



全国高齢者医療・国民健康保険主管課(部)長
及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議

<国民健康保険分科会>

保険局国民健康保険課説明資料
平成30年1月30日

I 国保改革の施行に向けた取組等について

II 平成30年度国民健康保険助成費の概要、
補助金申請事務等について

III 国保組合の事務運営について

< 目次 >

I 国保改革の施行に向けた取組等について	4
1. 国保制度改革の意義とスケジュール	5
2. 公費拡充	16
3. 納付金等の算定と激変緩和	22
4. 保険者努力支援制度	34
5. 国保改革の準備・運用スケジュール（事業運営を中心）	45
6. 都道府県国保運営方針と国保運営協議会の役割	49
7. 赤字解消・削減計画の策定	53
8. 高額医療費共同事業・保険財政共同安定化事業の廃止等	60
9. キャッシュフロー（資金）計画と資金調達	69
10. 都道府県単位の資格管理・高額療養費の該当回数を通算	80
11. 国民健康保険標準事務処理システムの施行準備・機能改善等	86
12. 月報・年報の改正	92
13. 保険給付費等交付金と直接払の取扱い	97
14. 都道府県による給付点検と不正利得回収	103
15. 高額療養費制度の見直し（外来年間上限）	112
16. 保険者に期待される役割	116
17. 特定健診・保健指導の推進	119
18. データヘルス計画の策定	123
19. 糖尿病重症化予防の推進	130
20. 国保における保健事業への助成等	136
21. 後発医薬品の活用推進	141
22. その他	145
II 平成30年度国民健康保険助成費の概要、補助金申請事務等について	161
III 国保組合の事務運営について	168

I 国保改革の施行に向けた取組等について

1. 国保制度改革の意義とスケジュール

医療保険制度改革の背景と方向性

1. 改革の背景

○増大する医療費 約42兆円 (毎年約1兆円増加)

H27国民医療費・・・前年比約1.6兆円(+3.8%)

- ①人口の減・・・約0.04兆円(-0.1%)
- ②人口の高齢化・・・約0.4兆円(1.0%)
- ③その他・・・約1.2兆円(2.9%)

○少子高齢化の進展による現役世代の負担増

給付費・・・後期高齢者は若人の約5倍

○国保の構造的な課題 (年齢が高く医療費水準が高い等)

2. 改革の方向性

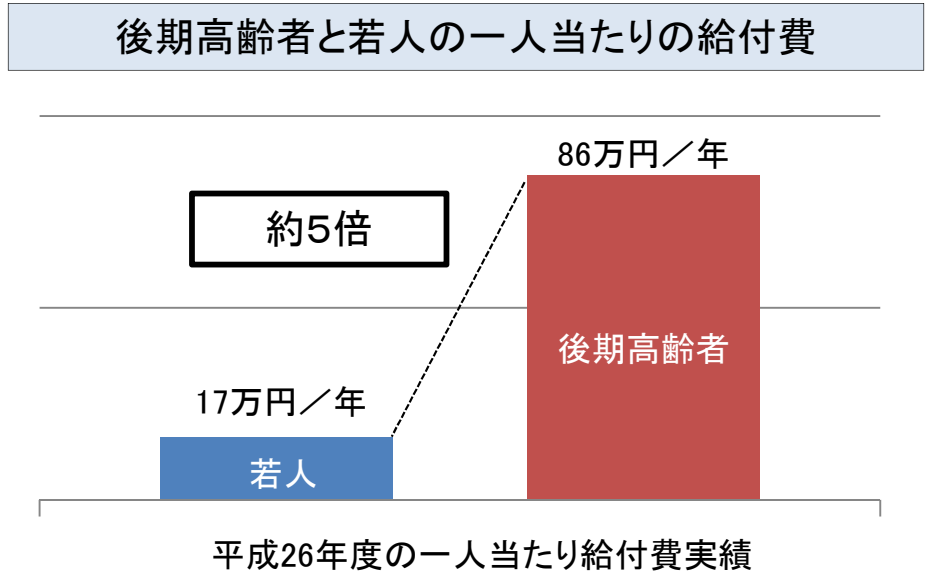
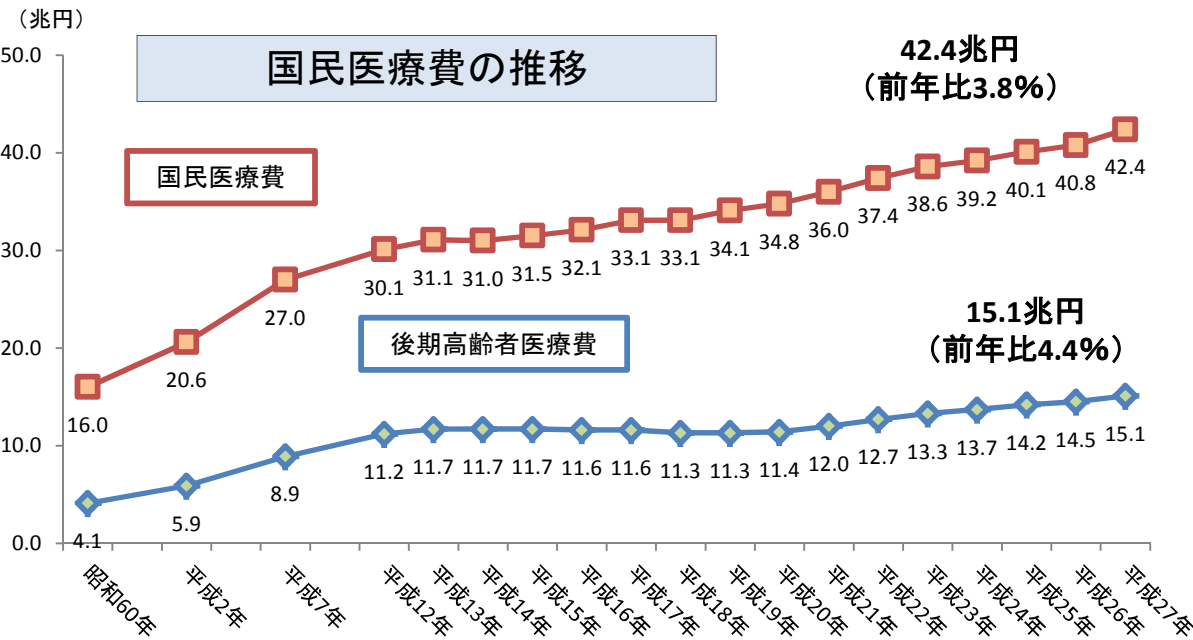
以下により、国民皆保険を将来にわたって堅持

①医療保険制度の安定化 (国保、被用者保険)

②世代間・世代内の負担の公平化

③医療費の適正化

- ・病床機能の分化・連携、入院医療の適正化、地域包括ケアの推進
- ・予防・健康づくりの推進、ICTの活用
- ・後発医薬品の使用促進



市町村国保が抱える構造的な課題と 社会保障制度改革プログラム法における対応の方向性

1. 年齢構成

① 年齢構成が高く、医療費水準が高い

- ・ 65～74歳の割合:市町村国保(38.9%)、健保組合(3.0%)
- ・ 一人あたり医療費:市町村国保(35.0万円)、健保組合(14.9万円)

2. 財政基盤

② 所得水準が低い

- ・ 加入者一人当たり平均所得:市町村国保(84.4万円)、健保組合(207万円(推計))
- ・ 無所得世帯割合:28.4%

③ 保険料負担が重い

- ・ 加入者一人当たり保険料/加入者一人当たり所得
市町村国保(9.8%)、健保組合(5.7%) ※健保は本人負担分のみの推計値

④ 保険料(税)の収納率

- ・ 収納率:平成11年度 91.38% → 平成27年度 91.45%
- ・ 最高収納率:95.49%(島根県) ・最低収納率:87.44%(東京都)

⑤ 一般会計繰入・繰上充用

- ・ 市町村による法定外繰入額:約3,900億円 うち決算補てん等の目的:約3,000億円、繰上充用額:約960億円(平成27年度)

3. 財政の安定性・市町村格差

⑥ 財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在

- ・ 1716保険者中3000人未満の小規模保険者 471 (全体の1/4)

⑦ 市町村間の格差

- ・ 一人あたり医療費の都道府県内格差 最大:2.6倍(北海道) 最小:1.1倍(富山県)
- ・ 一人あたり所得の都道府県内格差 最大:22.4倍(北海道) 最小:1.2倍(福井県)
- ・ 一人当たり保険料の都道府県内格差 最大:3.6倍(長野県)※ 最小:1.3倍(長崎県)

※東日本大震災による保険料(税)減免の影響が大きい福島県を除く。

① 国保に対する財政支援の拡充

② 国保の運営について、財政支援の拡充等により、国保の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、

- ・ 財政運営を始めとして都道府県が担うことを基本としつつ、
- ・ 保険料の賦課徴収、保健事業の実施等に関する市町村の役割が積極的に果たされるよう、都道府県と市町村との適切な役割分担について検討

③ 低所得者に対する保険料軽減措置の拡充

「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」(国保基盤強化協議会) について

1. 協議事項

- ① 国民健康保険の財政上の構造問題の分析とその解決に向けた方策
- ② 国民健康保険の運営に関する業務に係る都道府県と市町村の役割分担のあり方
- ③ その他、地方からの提案事項

2. メンバー

○政務レベル協議

【厚生労働省】 厚生労働大臣、副大臣、政務官

【地方代表】 栃木県知事、高知市長(高知県)、聖籠町長(新潟県)

○事務レベルWG (平成29年度)

【厚生労働省】 厚生労働省保険局

総務課長、国民健康保険課長、高齢者医療課長、調査課長

【地方代表】 (全国知事会)… 山形県、栃木県、愛知県、鳥取県、愛媛県

(全国市長会)… 三鷹市(東京都)、裾野市(静岡県)、高松市(香川県)、高知市(高知県)

(全国町村会)… 東庄町(千葉県)、奥多摩町(東京都)、聖籠町(新潟県)、飛島村(愛知県)

3. 経緯

平成26年1月31日 政務レベル協議
 ↓ 事務レベルWG(計7回)
 8月8日 政務レベル協議(中間整理)
 ↓ 事務レベルWG(計7回)
 平成27年2月12日 政務レベル協議(議論のとりまとめ)
 平成27年5月27日 改正法の成立
 ↓ 事務レベルWG(計11回)

平成28年4月28日 「納付金及び標準保険料率ガイドライン」及び「都道府県国保運営方針ガイドライン」の発出
 ↓ 事務レベルWG(計3回)
 平成28年12月17日 政務レベル協議(国民健康保険における財政支援について)
 12月22日 「国民健康保険における財政支援について」決定
 ↓ 事務レベルWG(計5回)
 平成29年7月5日 「公費のとりまとめ」決定

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の概要

(平成27年5月27日成立)

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、持続可能な医療保険制度を構築するため、国保をはじめとする医療保険制度の財政基盤の安定化、負担の公平化、医療費適正化の推進、患者申出療養の創設等の措置を講ずる。

1. 国民健康保険の安定化

- 国保への財政支援の拡充により、財政基盤を強化 (27年度から約1700億円、29年度以降は毎年約3400億円)
- 平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化

2. 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

- 被用者保険者の後期高齢者支援金について、段階的に全面総報酬割を実施
(26年度:1/3総報酬割→27年度:1/2総報酬割→28年度:2/3総報酬割→29年度:全面総報酬割)

3. 負担の公平化等

- ①入院時の食事代について、在宅療養との公平等の観点から、調理費が含まれるよう段階的に引上げ
(27年度:1食260円→28年度:1食360円→30年度:1食460円。低所得者、難病・小児慢性特定疾病患者の負担は引き上げない)
- ②特定機能病院等は、医療機関の機能分担のため、必要に応じて患者に病状に応じた適切な医療機関を紹介する等の措置を講ずることとする (紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入)
- ③健康保険の保険料の算定の基礎となる標準報酬月額の上限額を引き上げ (121万円から139万円に)

4. その他

- ①協会けんぽの国庫補助率を「当分の間16.4%」と定めるとともに、法定準備金を超える準備金に係る国庫補助額の特例的な減額措置を講ずる
- ②被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助について、所得水準に応じた補助率に見直し
(被保険者の所得水準の低い組合に影響が生じないように、調整補助金を増額)
- ③医療費適正化計画の見直し、予防・健康づくりの促進
 - ・都道府県が地域医療構想と統合的な目標(医療費の水準、医療の効率的な提供の推進)を計画の中に設定
 - ・保険者が行う保健事業に、予防・健康づくりに関する被保険者の自助努力への支援を追加
- ④患者申出療養を創設 (患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組み)

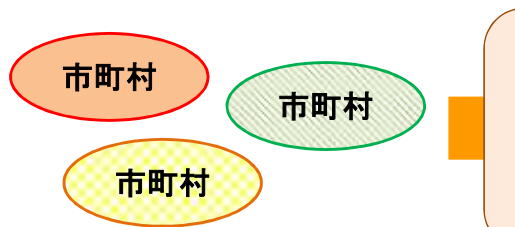
国保制度改革の概要(運営の在り方の見直し)

○平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化

- ・給付費に必要な費用は、全額、都道府県が市町村に交付
- ・将来的な保険料負担の平準化を進めるため、都道府県は、市町村ごとの標準保険料率を提示（標準的な住民負担の見える化）
- ・都道府県は、国保の運営方針を定め、市町村の事務の効率化・広域化等を推進

○市町村は、地域住民と身近な関係の中、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業等、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う

【現行】市町村が個別に運営



- ・国の財政支援の拡充
- ・都道府県が、国保の運営に中心的役割を果たす

(構造的な課題)

- ・年齢が高く医療費水準が高い
- ・低所得者が多い
- ・小規模保険者が多い

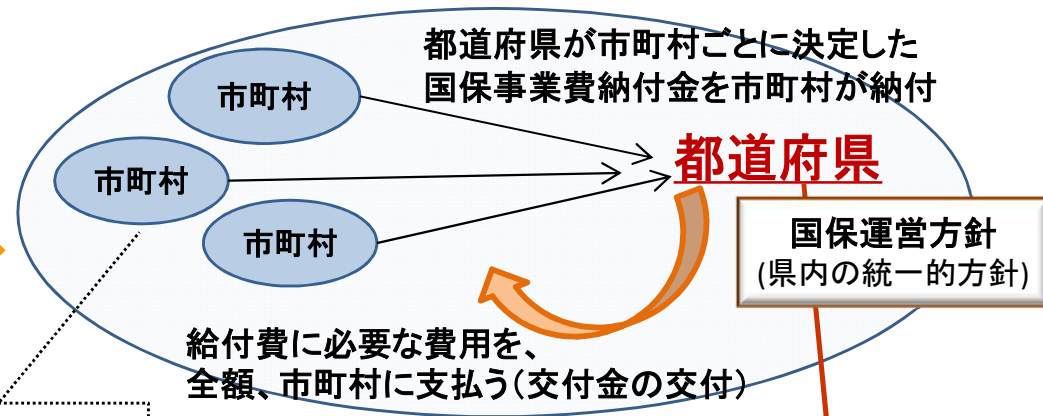
- ・資格管理(被保険者証等の発行)
- ・保険料率の決定、賦課・徴収
- ・保険給付
- ・保健事業

※被保険者証は都道府県名のもの

※保険料率は市町村ごとに決定

※事務の標準化、効率化、広域化を進める

【改革後】都道府県が財政運営責任を担うなど中心的役割



- ・財政運営責任(提供体制と双方に責任発揮)
- ・市町村ごとの納付金を決定
市町村ごとの医療費水準、所得水準を考慮することが基本
- ・市町村ごとの標準保険料率等の設定
- ・市町村が行った保険給付の点検、事後調整
- ・市町村が担う事務の標準化、効率化、広域化を促進

○ 詳細については、引き続き、地方との協議を進める

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

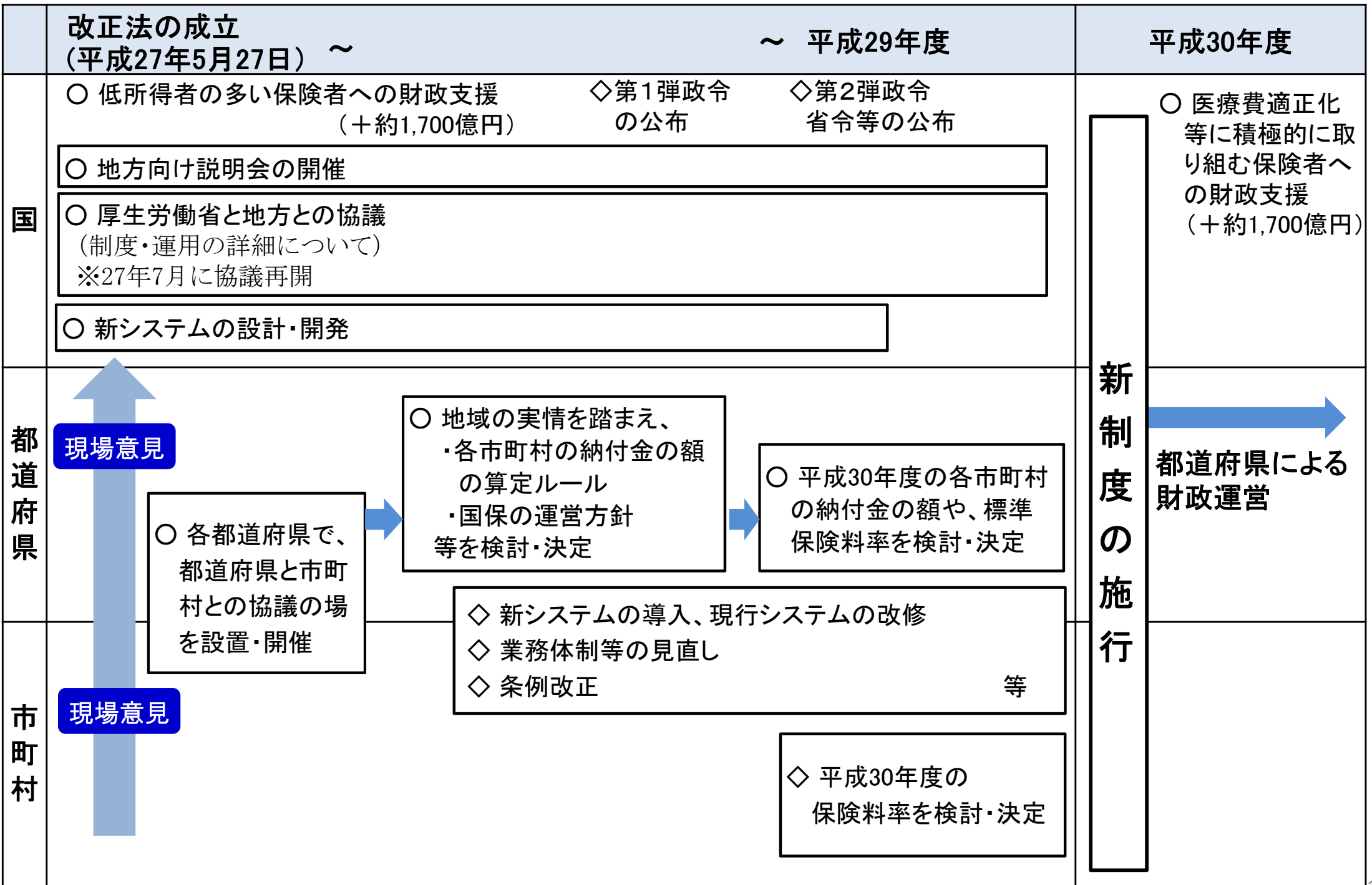
国保制度改革の概要(都道府県と市町村の役割分担)

改革の方向性

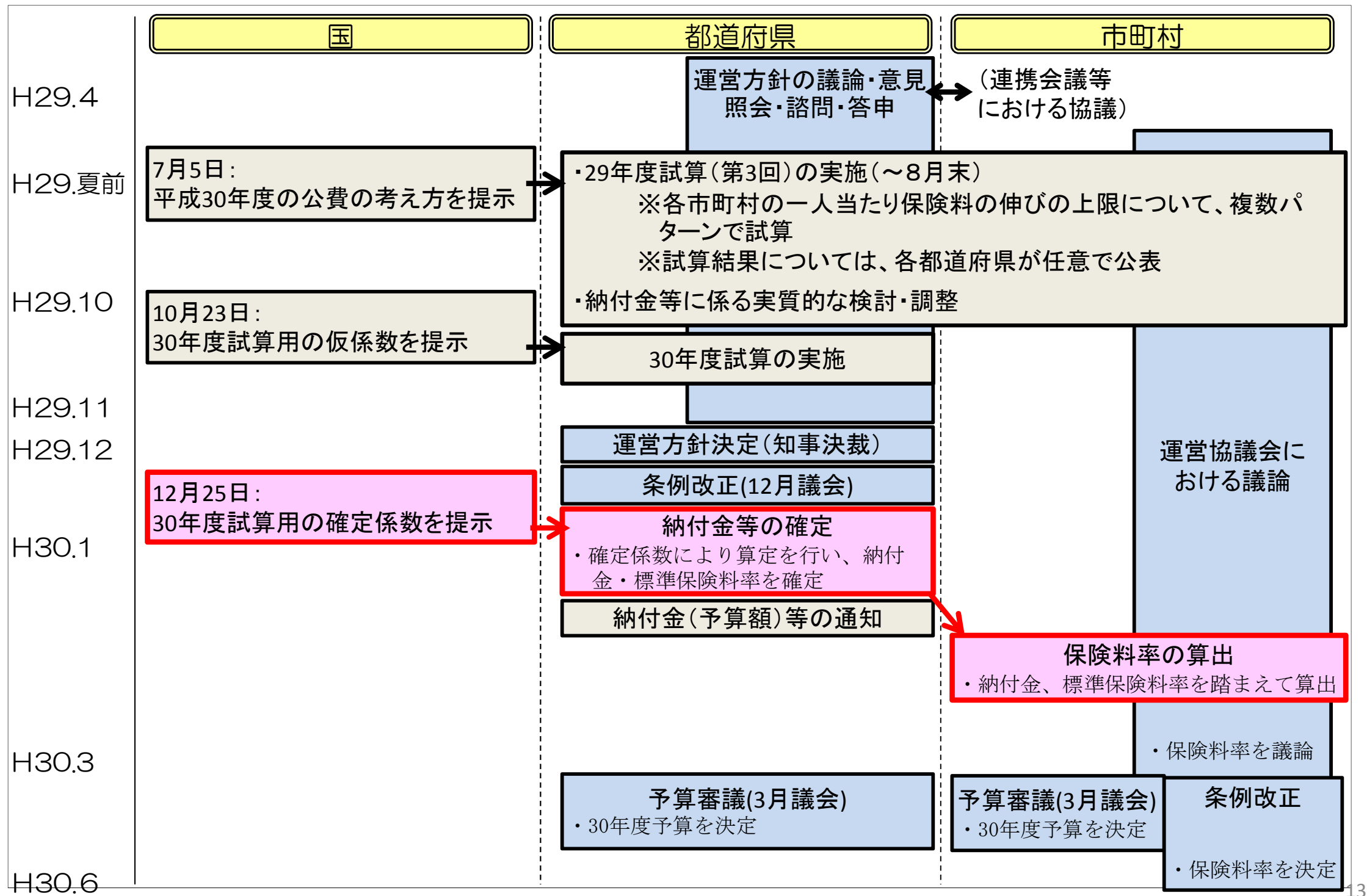
<p>1. 運営の在り方 (総論)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 都道府県が、当該都道府県内の市町村とともに、国保の運営を担う ○ 都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化 ○ 都道府県が、都道府県内の統一的な運営方針としての国保運営方針を示し、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進
---------------------------	---

	都道府県の主な役割	市町村の主な役割
<p>2. 財政運営</p>	<p>財政運営の責任主体</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村ごとの国保事業費納付金を決定 ・ 財政安定化基金の設置・運営 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国保事業費納付金を都道府県に納付
<p>3. 資格管理</p>	<p>国保運営方針に基づき、事務の効率化、標準化、広域化を推進</p> <p>※4. と5. も同様</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域住民と身近な関係の中、資格を管理(被保険者証等の発行)
<p>4. 保険料の決定 賦課・徴収</p>	<p>標準的な算定方法等により、市町村ごとの標準保険料率を算定・公表</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 標準保険料率等を参考に保険料率を決定 ・ 個々の事情に応じた賦課・徴収
<p>5. 保険給付</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払い ・ 市町村が行った保険給付の点検 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保険給付の決定 ・ 個々の事情に応じた窓口負担減免等
<p>6. 保健事業</p>	<p>市町村に対し、必要な助言・支援</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 被保険者の特性に応じたきめ細かい保健事業を実施 (データヘルス事業等)

国保改革の主な流れ (イメージ)



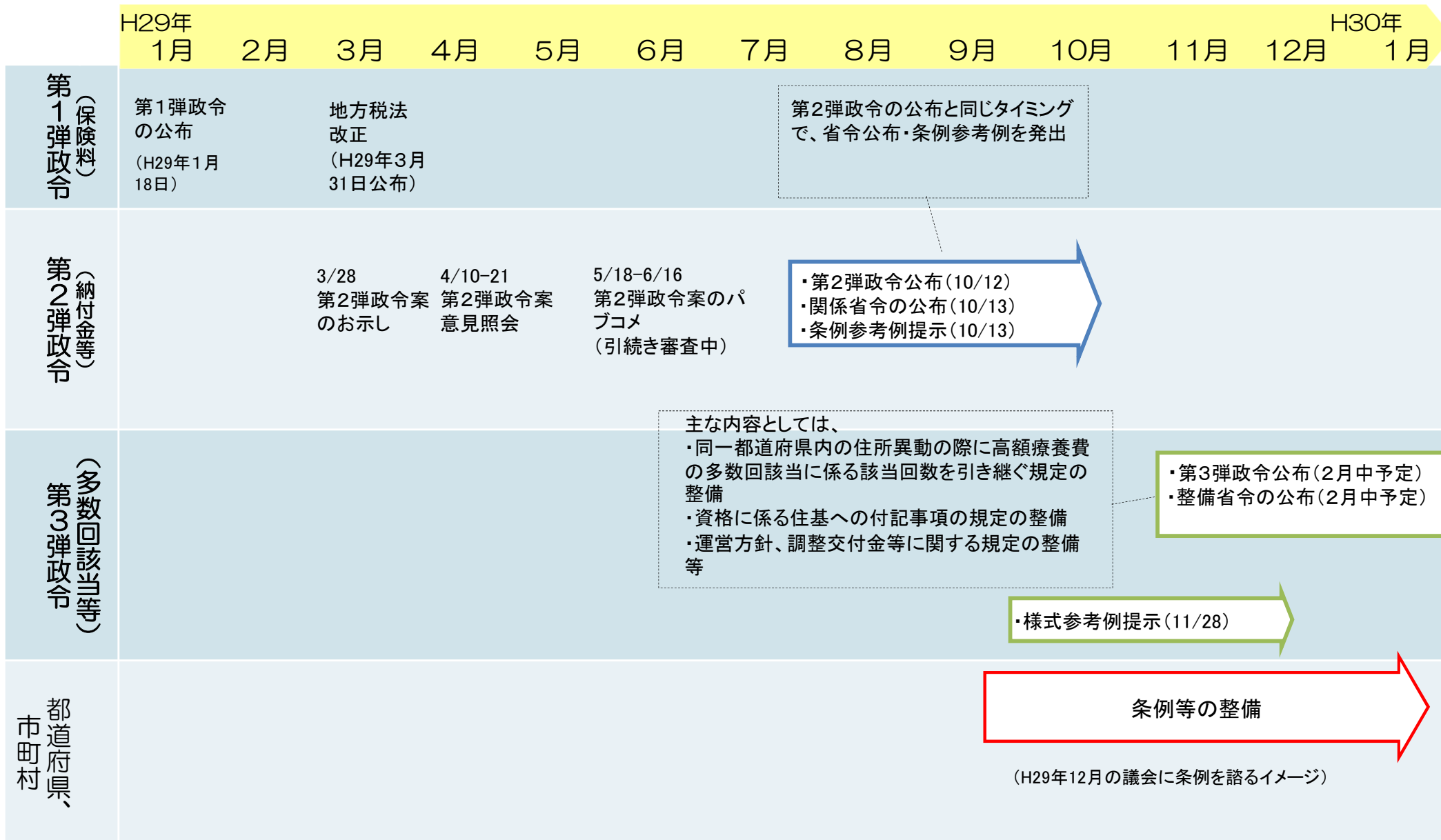
各都道府県・市町村の検討スケジュール



国保改革に伴う政令改正等について（施行までのスケジュール）

[今後のスケジュール]

29年 (※) ・第2弾政令(保険料以外関係) 公布予定
 ・省令公布予定
 ・条例参考例通知予定



情報提供状況

○ 確定係数通知（済）

診療報酬・介護報酬の改定率を踏まえ、12月25日に確定係数通知を发出。

○ 保険給付費等交付金の要綱例（済）

12月26日に提供。普通交付金・特別交付金の種別に応じた交付申請手続き規定や精算規定等を例示。

○ 保険料・税の条例参考例

税制改正大綱決定後、保険税については12月21日、保険料については12月22日に提供。

○ 財政安定化基金の取扱要領例

30年1月目途。財政安定化基金の交付金・貸付金の申請手続きなど具体的な事務処理手順が明確にされる。

○ 赤字解消・削減の通知

30年1月目途。平成30年度からの赤字解消・削減計画の具体的な策定手順等が整理される。

○ 都道府県の給付点検業務の通知

30年1月目途。都道府県の給付点検による、保険給付費等交付金の減額等との関係性が整理される。

また、市町村の保有するレセプト情報（個人情報）の外部提供に関する法令解釈等について整理される。

○ 不正利得の回収に係る通知及び委託契約例

12月27日に提供。市町村から委託を受けて都道府県が不正利得の改修を行えるようになる。

○ 収納事務の委託契約例

12月26日に提供。市町村が国保連合会に保険給付費等交付金の収納事務を委託できるよう例示。

○ 保険財政共同安定化事業・高額医療費共同事業実施要綱の廃止要綱、特別高額医療費共同事業実施要綱の制定

30年1月目途。（特別高額医療費共同事業実施要綱は、超高額医療費共同事業実施要綱の改正）

○ 都道府県単位の資格管理・高額療養費の取扱い

30年1月目途。（住民基本台帳法施行令の改正後。）

2. 公費拡充

国保制度改革の概要（公費による財政支援の拡充）

国民健康保険に対し、平成26年度に実施した低所得者向けの保険料軽減措置の拡充（約500億円）に加え、**毎年約3,400億円の財政支援の拡充**等を以下の通り実施することにより、国保の抜本的な財政基盤の強化を図る。

※ 公費約3,400億円は、現在の国保の保険料総額（約3兆円）の1割を超える規模

※ 被保険者一人当たり、約1万円の財政改善効果

＜平成27年度から実施＞（毎年約1,700億円）

- 低所得者対策の強化のため、保険料の軽減対象となる低所得者数に応じた自治体への財政支援を拡充（約1,700億円）

＜平成30年度から実施＞（毎年約1,700億円）

- 財政調整機能の強化（財政調整交付金の実質的増額）
 - 自治体の責めによらない要因による医療費増・負担への対応
（精神疾患、子どもの被保険者数、非自発的失業者等）
 - 保険者努力支援制度…医療費の適正化に向けた取組等に対する支援
 - 財政リスクの分散・軽減方策（高額医療費への対応）
- 約800億円
- 約840億円※
- 約60億円

※平成29年度に財政安定化基金の特例基金として措置した500億円のうち、170億円を充てる。

平成27年度から、財政安定化基金を段階的に造成しており、平成30年度は、**300億円を積増し**
本体部分の積立額…平成27年度200億円 ⇒ 平成28年度600億円 ⇒ 平成29年度1,700億円 ⇒ **平成30年度2,000億円**

- あわせて、医療費の適正化に向けた取組や保険料の収納率向上などの事業運営の改善等を一層推進し、財政基盤の強化を図る。

国保制度における平成30年度の公費拡充について【概要】

(平成29年7月5日国保基盤強化協議会事務レベルWG とりまとめを一部修正)

○財政調整機能の強化

(財政調整交付金の実質的増額)

【800億円程度】

＜普調＞【300億円程度】

＜暫定措置（都道府県分）＞【300億円程度】

※制度施行時の激変緩和に活用

＜特調（都道府県分）＞【100億円程度】

・子どもの被保険者【100億円程度】

＜特調（市町村分）＞【100億円程度】

・精神疾患【70億円程度】、非自発的失業【30億円程度】

○保険者努力支援制度

・医療費の適正化に向けた取組
等に対する支援

【837億円程度】

＜都道府県分＞【500億円程度】

※170億円は特例基金を
取り崩し充てる

- ・医療費適正化の取組状況（都道府県平均）【200億円程度】
- ・医療費水準に着目した評価【150億円程度】
- ・各都道府県の医療費適正化等に関する取組の実施状況【150億円程度】

＜市町村分＞【337億円程度】

※別途、特調より163億円程度追加

合計
1,000億円の
インセンティブ
制度

※特別高額医療費共同事業への国庫補助を拡充し、60億円を確保

※平成31年度以降の公費の在り方については、施行状況を踏まえ、地方団体と十分に協議を行った上で決定するものとする

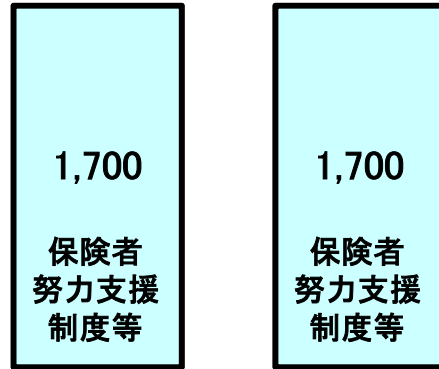
国保への財政支援の拡充について

赤字は平成30年度予算案における対応

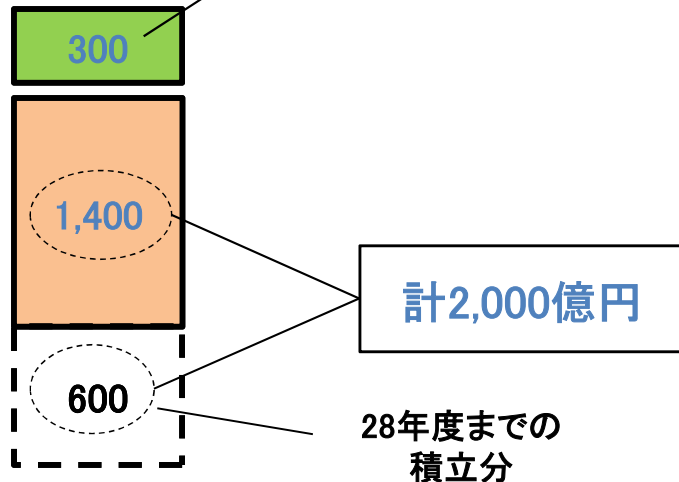
当初案

【27年度～】 1,700億円 低所得者数に応じた 保険者支援	【29年度】 1,700億円	【30年度】 1,700億円	【31年度】 1,700億円
	1,700億円	1,700億円	1,700億円

度等に要する費用
保険者努力支援制



特例基金積立分
(保険料の激変緩和に活用)

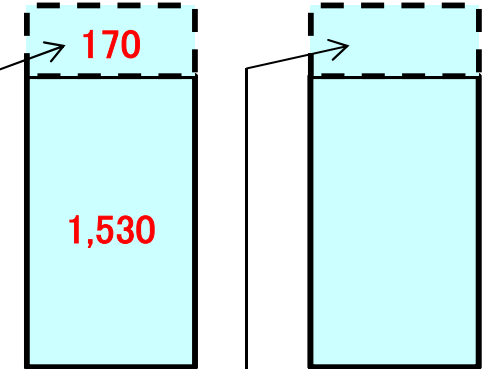


財政安定化基金

社保本部決定(28.12.12)

【27年度～】 1,700億円	【29年度】 1,700億円	【30年度】 1,700億円	【31年度】 1,700億円
	1,400億円 + 500億円		

【ポイント①】
平成30年度以降の
1,700億円の予算の
確保
⇒H30予算案で確保

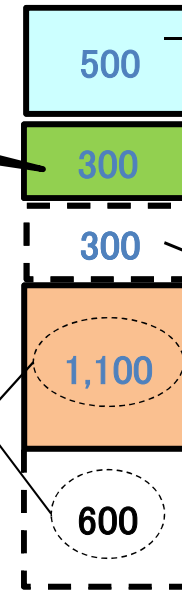


30・31年度
に活用

【ポイント②】
激変緩和のための
300億円を確保

【ポイント③】
制度施行時に
1,700億円を確保

計1,700億円
(▲300億円)

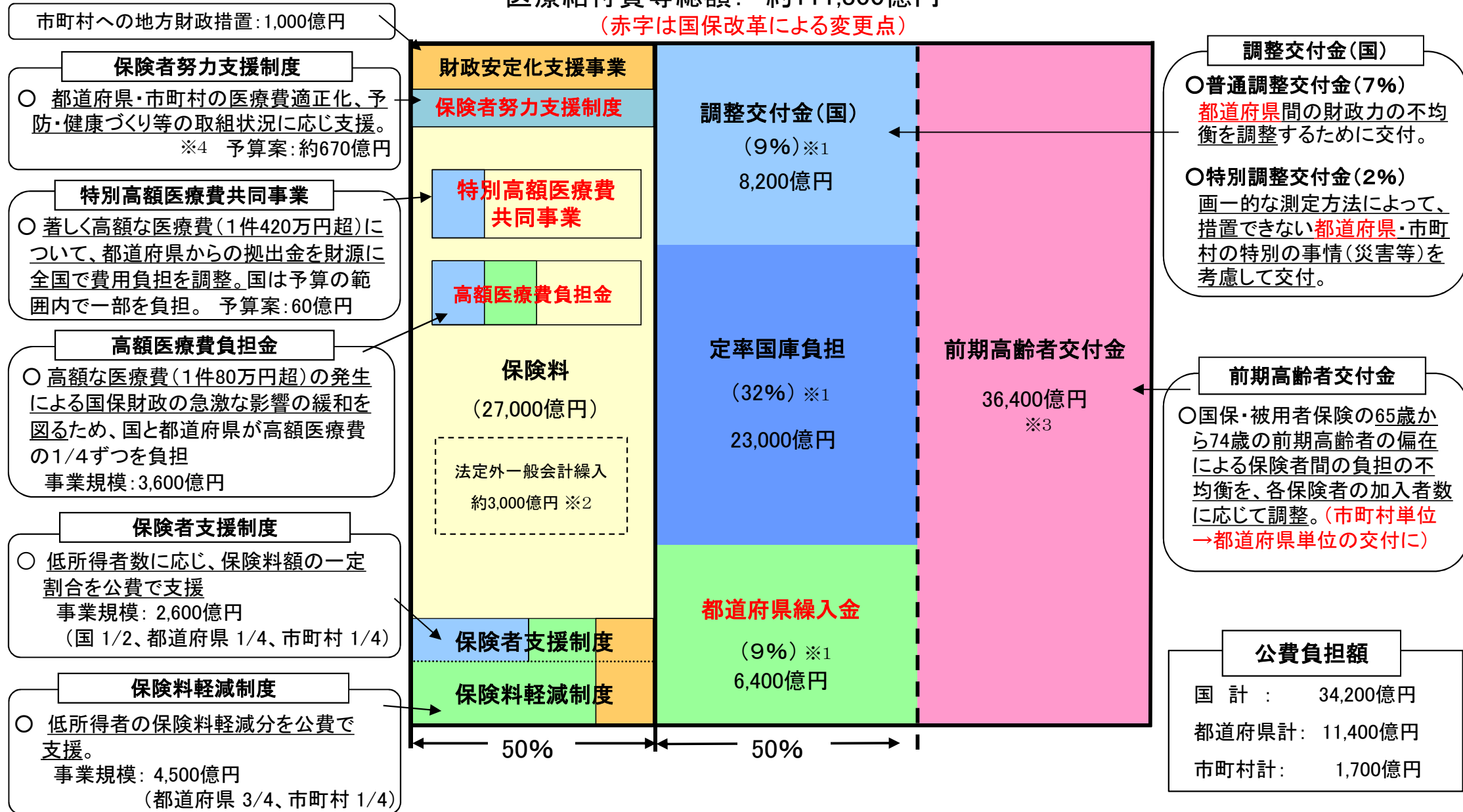


【ポイント④】
平成32年度末までに速やかに必要な積み増しを行い、2,000億円規模を確保
⇒H30予算案で300億円を積み増し、2,000億円規模を実現

平成30年度の国保財政

(平成30年度予算案ベース)

医療給付費等総額： 約111,800億円
(赤字は国保改革による変更点)



※1 それぞれ保険給付費等の9%、32%、9%の割合を基本とするが、定率国庫負担等のうち一定額について、財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振りかえる等の法律上の措置がある
 ※2 平成27年度決算(速報値)における決算補填等の目的の一般会計繰入の額
 ※3 退職被保険者を除いて算定した前期高齢者交付金額であり、実際の交付額とは異なる
 ※4 別途、平成29年度に特例基金に措置した500億円のうち170億円を活用

平成31年度の公費の在り方について

- 平成31年度以降の公費の在り方については、施行状況を踏まえ、地方団体と十分に協議を行った上で決定することとしている。
(「平成30年度の公費の在り方について・とりまとめ」(平成29年7月5日国保基盤強化協議会事務レベルWG))
- 考えられる論点は以下のとおり
 - ・ 暫定措置の在り方
 - ・ 保険者努力支援制度の評価指標、配点等の在り方
 - ・ 保険者努力支援制度の評価指標のうち、平成31年度評価分以降に具体的な評価内容を検討することとしている項目の在り方
(保険者協議会、都道府県のKDB活用、医療提供体制適正化 等)
- 今後、
 - ・ 各都道府県にアンケート調査を行った上で、
 - ・ 本年5月以降、国保基盤強化協議会事務レベルWGにおいて議論を行い、
 - ・ 本年夏頃までに結論を得ることとしたい。

※ 検討結果を踏まえ、本年秋頃に平成31年度分の保険者努力支援制度の評価を行うとともに、秋の試算において仮係数の提示を行う。

3.納付金等の算定と激変緩和

改革後の国保財政の仕組み

○ 都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業費納付金の額の決定や、保険給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払う(保険給付費等交付金の交付)ことにより、国保財政の「入り」と「出」を管理する。

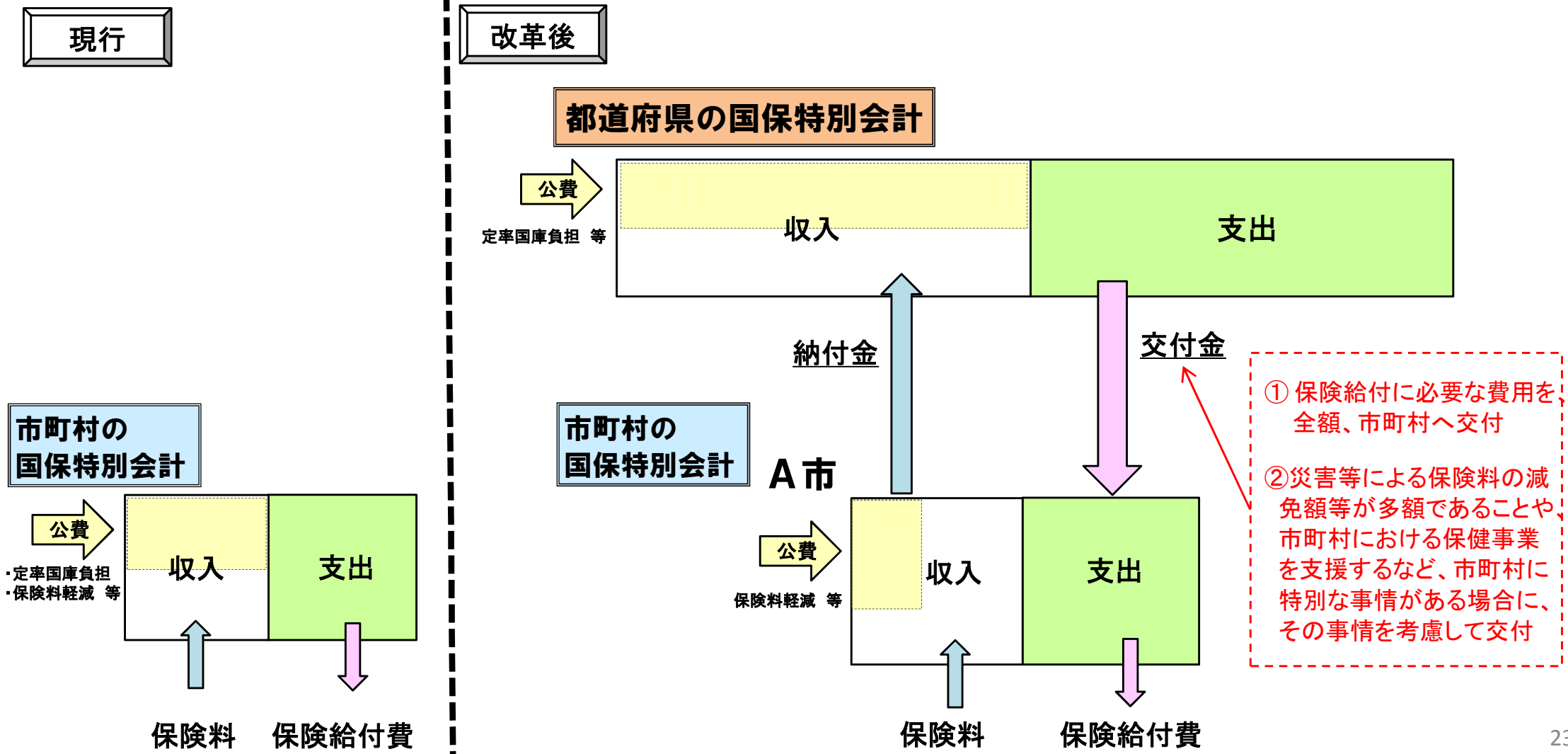
※ 都道府県にも国保特別会計を設置

○ 市町村は、都道府県が市町村ごとに決定した納付金を都道府県に納付する。

※ 納付金の額は、市町村ごとの医療費水準と所得水準を考慮

現行

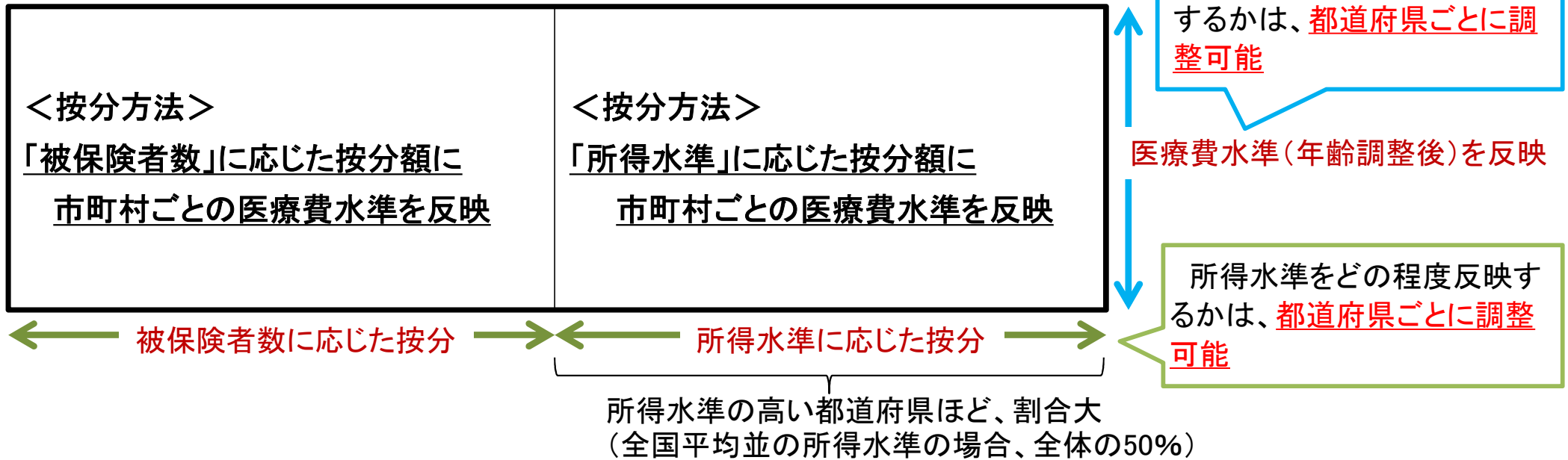
改革後



納付金の市町村への配分

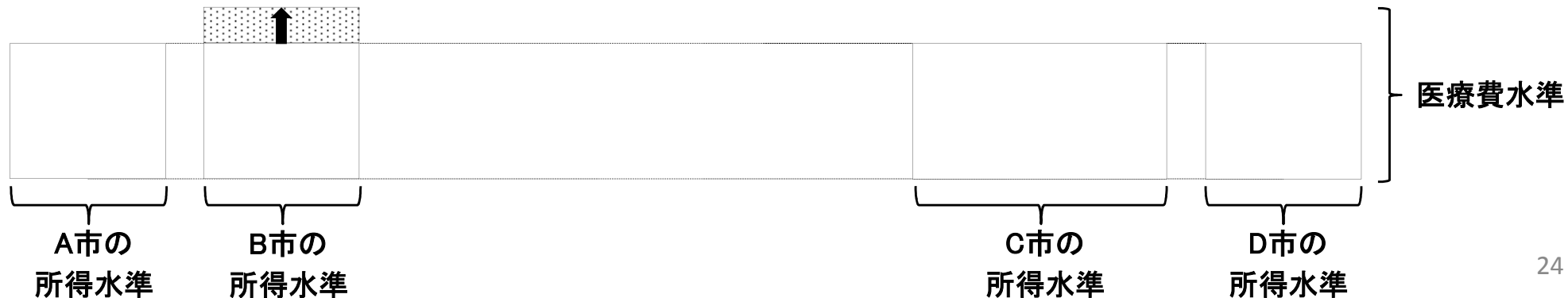
- 都道府県が、都道府県内の保険料収納必要額(医療給付費－公費等による収入額)を市町村ごとの「被保険者数」と「所得水準」で按分し、それぞれに「医療費水準」を反映することにより、市町村ごとの国保事業費納付金の額を決定

〈市町村の納付金額〉



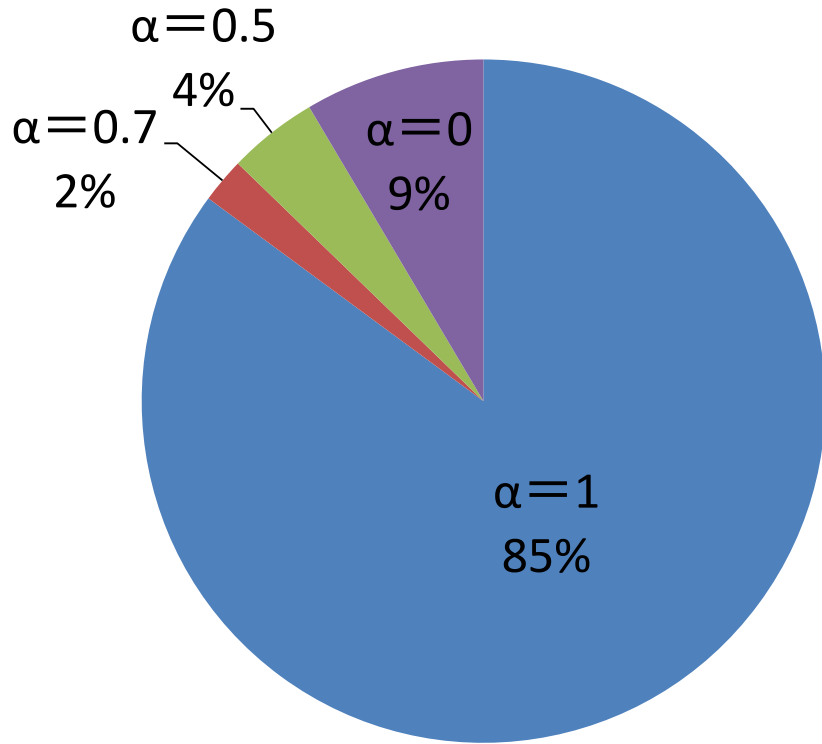
- 市町村の所得水準が同じ場合、年齢構成の差異の調整後の医療費水準が高いほど納付金の負担が大きくなり、医療費水準に応じた負担となる。

- 年齢調整後の医療費水準が同じ場合、市町村の所得水準が高いほど納付金負担が大きくなり、公平な保険料水準となる。



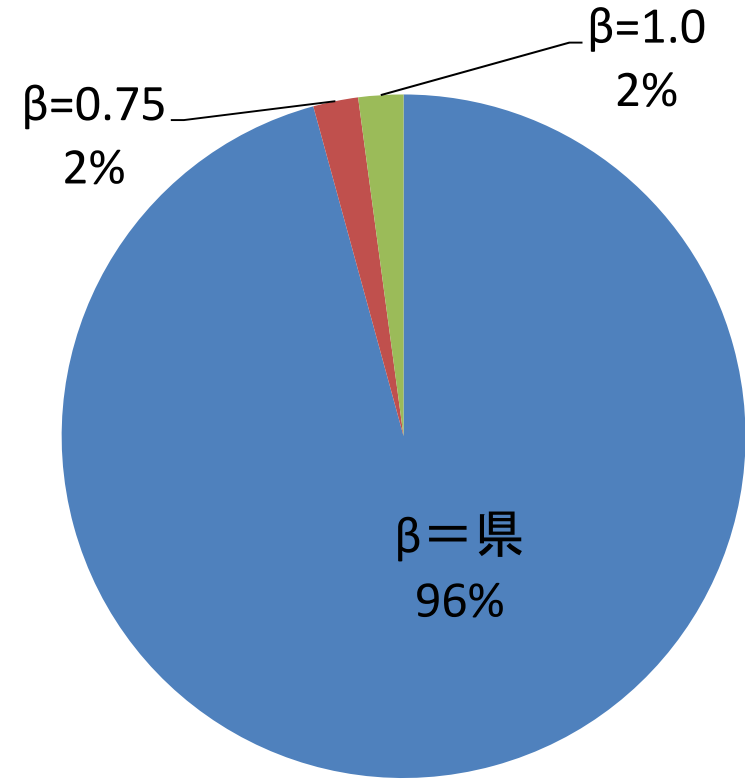
α （医療費指数反映係数）・ β （所得係数）の設定状況について （平成29年11月中旬時点）

【 α の設定状況】



α	1	0.7	0.5	0
都道府県数	40	1	2	4

【 β の設定状況】



β	県平均	0.75	1
都道府県数	45	1	1

確定係数について

- 確定係数においては、平成30年度予算ベースのものとする（診療報酬改定を反映）。
 - ・ 特別調整交付金による追加激変緩和措置として100億円を配分（各都道府県の被保険者数に応じて配分）。
- これまでの試算では見込額であった前期高齢者交付金・後期高齢者支援金・介護納付金が確定額に近い額となる。
- 追加公費については、秋の試算時には配分方針を示していなかった暫定措置50億円分の配分額を明らかにすることで、約1,700億円のうち約1,600億円分の具体的な配分を示すこととなる。
（暫定措置の50億円については、既に配分方法を示している250億円と同様に、各都道府県の被保険者数に応じて配分する。）

		平成28年11月・29年1月	平成29年7月	平成29年11月	平成30年1月
		第1回・第2回試算	第3回試算	秋の試算（仮係数）	本算定（確定係数）
対象予算		平成29年度予算ベース	平成29年度予算ベース	平成30年度予算ベース	
制度前提		現行制度（市町村単位）	新制度（都道府県単位）	新制度を前提（都道府県単位）	
追加公費		未反映	1,200億円	約1,500億円	約1,600億円
内訳	普通調整交付金	—	約300億円	約300億円	約300億円
	暫定措置	—	約250億円	約250億円	約300億円
	特別調整交付金	—	約100億円（子ども）	約100億円（子ども）	約100億円（子ども）
	保険者努力（都道府県）	—	約200億円	約500億円	約500億円
	保険者努力（市町村）	—	約300億円 （別途特調より200億）	約300億円 （別途特調より200億）	約340億円 （別途特調より160億円）
	特別高額医療費共同事業	—	約60億円	約60億円	約60億円
その他		—	—	経営努力分の経過措置を反映	前期高齢者交付金等がほぼ確定額に 特調による追加激変緩和措置として100億円を交付

※追加公費のうち、精神、非自発分（約100億円）については未反映。追加公費の総額部分については四捨五入を行っている

暫定措置について

- 改革施行当初の激変緩和に充てるため、平成30年度から投入される1,700億円のうち300億円程度を、追加激変緩和のための「暫定措置（都道府県分）」として確保する。
- 当該予算の配分に当たっては、都道府県間の公平性に十分配慮することとし、予算総額のうち多くの部分は、各都道府県の被保険者数に応じて配分を行うものとする。
- 当該予算については、保険料負担が著しく増加する市町村に対し、納付金計算c→dの際に重点配分することにより、都道府県繰入金（1号分）に先だって投入することで、激変緩和を行うために有効に活用するものとする。これにより、できる限り一定割合の引下げを図る。

※財源目的に鑑み、保険料負担の減少する市町村も含めて、全市町村に薄撒きすることは好ましくない。

※ 予算額は徐々に減少させるものとする。減少相当額の取扱いは、政令上、普調と特調の配分について7：2が原則とされていることも踏まえつつ、改革の円滑な施行の観点も含め検討

※ 公平な配分の観点から、300億円の全額について、各都道府県の被保険者数に応じて配分

※ 暫定措置部分の法令上の位置付けについては、普通・特別どちらの性格にも属さない交付金として位置付け

平成30年度の公費の在り方について とりまとめ

（平成29年7月5日国保基盤強化協議会事務レベルWG）【抜粋】

<暫定措置（都道府県分）> 【300億円程度】

- ・追加激変緩和（都道府県間の公平性に十分配慮しつつ配分）

※予算額は徐々に減少させるものとする。減少相当額の取扱いは、政令上、普調と特調の配分について7：2が原則とされていることも踏まえつつ、改革の円滑な施行の観点も含め検討（「財政調整機能の強化」の総額（800億円程度）は将来にわたり維持する）

保険料水準に関する指標の整理

		法定の標準保険料率		任意の標準保険料率		一人当たり 保険料額
		都道府県 標準保険料率 【1】	市町村 標準保険料率 【2】	当該市町村の 保険料算定方式で算出した場合		
				標準的な保険料率 【3】	前年度並みの法定外繰入等 を行った場合の 標準的な保険料率【3】	
意義		全国統一の保険料算定ルールにより、 都道府県間比較を行うもの	県内統一の保険料算定ルールにより、 市町村間比較を行うもの	市町村ごとの保険料算定ルールにより、 あるべき保険料水準の目安を示すもの	市町村ごとの保険料算定ルール及び法定外繰入等の反映により、 実態に近い保険料水準の目安を示すもの	激変緩和時の基準として、 市町村ごとの負担水準を示すもの
算出方法	方式	2方式	県内統一の方式	市町村ごとの方式	市町村ごとの方式	—
	賦課割合	理論値	理論値	実態に応じて設定 (繰入等の影響あり)	実態に応じて設定	
	収納率	標準的な収納率	標準的な収納率	標準的な収納率	実態に応じた収納率	—
	繰入	なし	なし	なし	実態に応じて算入	なし/実態に応じて算入
具体的イメージ		X県： 所得割 8% 均等割 40,000円	Y市： 所得割 10% 均等割 50,000円	Y市： 所得割 11% 均等割 45,000円	Y市： 所得割 9% 均等割 40,000円	Y市： 10万円/8万円
			Z町： 所得割 6% 均等割 30,000円	Z町： 所得割 6% 均等割 23,000円 平等割 10,000円	Z町： 所得割 5.8% 均等割 22,000円 平等割 9,500円	Z町： 6万円
計算上の特徴		全国統一ルールとして 2方式で算出	県内統一の方式（この場合は2方式）で算出 Z町はY市の6割の水準となる（所得水準は同じ、年齢調整後の医療費水準が10：6と仮定）	Y市の賦課割合を実態に合わせたものとして算出 Z町は3方式で算出する	法定外繰入等を行っているY市は、同程度の繰入を前提に算出 実際に見込まれる収納率が標準的な収納率よりも高いZ町は調整を行う	

4段階の激変緩和措置

- 平成30年度においては、追加公費の投入(1,700億円規模)が行われるため、一般的には、平成29年度から平成30年度にかけての保険料の伸びは抑制・軽減されることとなる。
- ただし、国保の財政運営の仕組みが変わる(納付金方式の導入等)ことに伴い、一部の市町村においては、被保険者の保険料負担が上昇する可能性がある。

被保険者の保険料負担が急激に増加することを回避するための重層的な仕組みを用意

ア)市町村ごとの「納付金の設定」の際の対応

- 納付金の算定にあたって、各都道府県は、市町村ごとの医療費水準や所得水準の差を、納付金にどの程度反映させるかを定めることになるが、激変が生じにくい反映方法を用いることを可能とする。

イ)「都道府県繰入金」による対応

- 都道府県繰入金(給付費の9%相当)の活用により、市町村ごとの状況に応じたきめ細やかな激変緩和措置を講じることが可能な仕組みを設ける。

ウ)「特例基金」による対応

- 施行当初の激変緩和の財源を確保するため、各都道府県ごとの「特例基金」を国費により設け、これを計画的に活用することが可能な仕組みを設ける。(平成30~35年度の時限措置。基金の規模は全国で300億円【6年間で活用】)

エ)「追加激変緩和財源」による対応

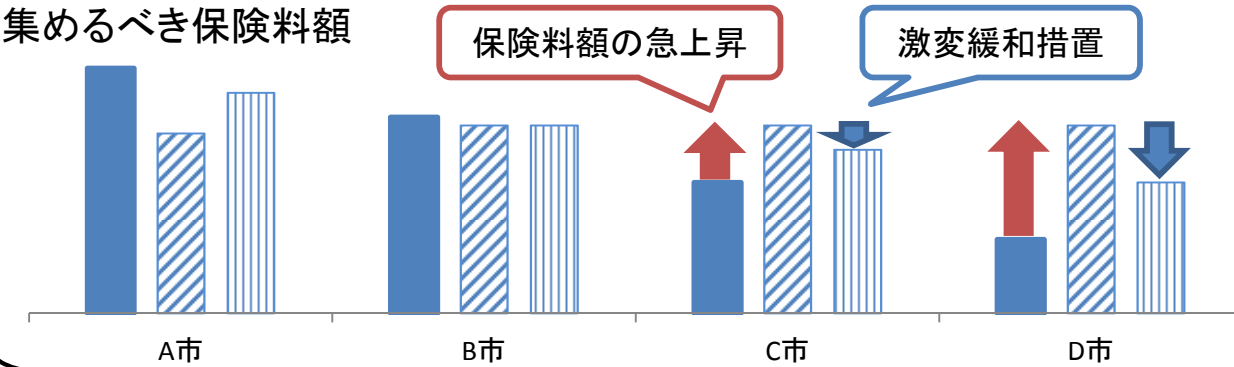
- 施行当初の激変緩和財源の充実に関する地方団体からの要請を踏まえ、平成30年度から投入する1,700億円の中の300億円を追加激変緩和財源として確保し、都道府県ごとの柔軟な活用を可能とする。(施行当初の暫定措置。平成30年度は全国で300億円【単年度で活用】)。さらに、平成30年度は、特別調整交付金による追加激変緩和措置として100億円を交付。

※ 決算補填目的等のための法定外一般会計繰入を削減したことによる変化は緩和措置の対象外

4段階の激変緩和措置イメージ

ア. 市町村ごとの納付金の額を決定する際の α ・ β 等の設定による配慮

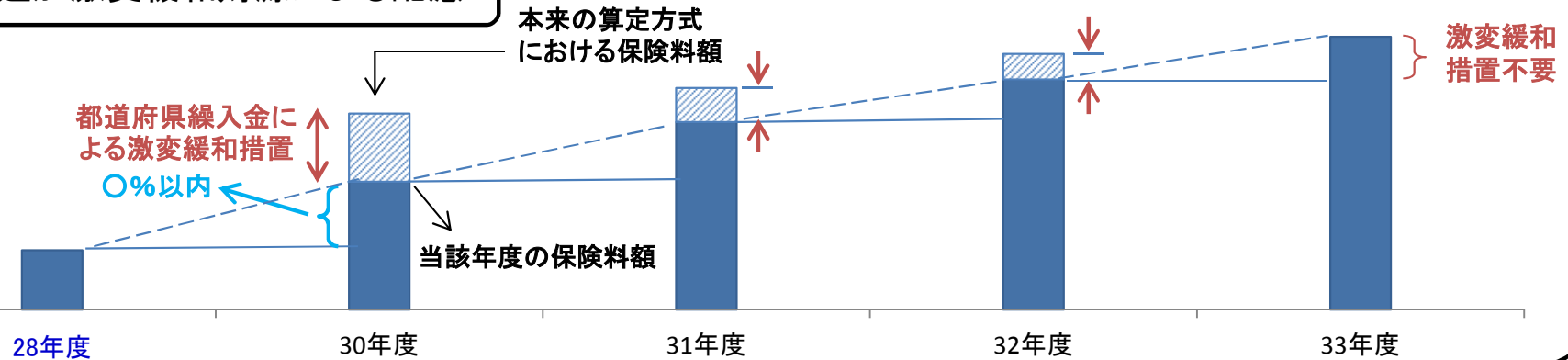
集めるべき保険料額



- 平成28年度
- ▨ 平成30年度
(激変緩和措置を加味しない算定方式の場合)
- ▤ 平成30年度
(激変緩和措置を加味した算定方式の場合)

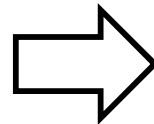
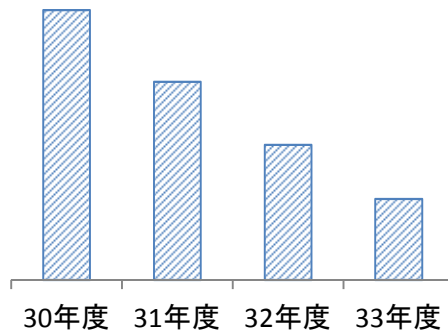
イ、エ. 都道府県繰入金と追加激変緩和財源による配慮

激変緩和丈比への基点は、平成28年度保険料決算額で固定する。都道府県は毎年度一定割合を定めて、市町村ごとに都道府県繰入金の必要を判断する。(施行当初は追加激変緩和財源による対応も可能。)



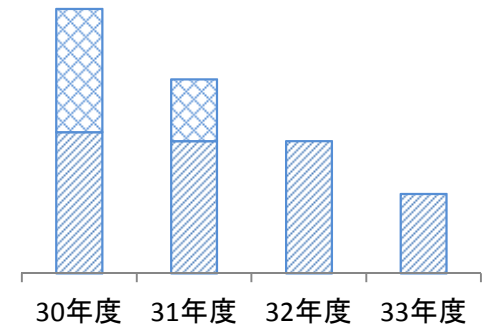
ウ. 特例基金による配慮(平成35年度までの措置)

仮にD市のような自治体が多数あった場合、当該県において必要となる激変緩和用の都道府県繰入金総額の推移



都道府県繰入金を激変緩和用として多く活用する場合、他の市町村の納付金を増加させる影響が大きいことから、激変緩和用の特例基金を活用して繰入金減少分を補填する。

また、独自に決算剰余金等の財源を特例基金に積み立てた場合には、その財源を活用して、各市町村の納付金を個別に減算することも可能。



国保事業費納付金や標準保険料率、1人当たり保険料(税)額を公表する際の留意点

公表する際の留意点

以下のような対応を行うことが望ましいと考えられる。

- 都道府県標準保険料率や各市町村標準保険料率を公表する際には、年齢調整後の医療費指数を示す。
- 試算結果の公表に先立ち市町村に説明を行うとともに、算出プロセス等の各種資料を提供する。
- 報道関係者等に対して、国保改革の趣旨や資料の内容について丁寧に説明を行う。
- 一人当たり保険料額等の伸び率は単年度の伸び率とするとともに、その増減については、自然増・改革影響によるものと、法定外一般会計繰入の削減等によるものを区別する。
- 現行の保険料率と標準保険料率は、法定外一般会計繰入や収納率、算定方式等の前提条件が異なるため、そのまま比較することが困難である点について丁寧に説明を行う。

【補足事項】 ※公表にあたって以下を参考として、注釈を記載する等の対応が考えられる。

(納付金dベースの金額を公表する場合)

実際の保険料額は、納付金額から、保険基盤安定繰入金や保険者努力支援制度交付金(市町村分)等の公費拡充分が減算されるため、一般的にこの金額より低くなる。

(保険料eベース(保険料軽減前)の金額を公表する場合)

保険料軽減前の金額を記載しているため、実際の保険料額は、一般的にこの金額より低くなる。(保険料軽減後の金額を公表する場合も、その旨を明記)

(参考) 保険料水準の統一に向けた課題

○ 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

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

$\alpha=0$ とすることによって、医療費水準によらず、保険料水準を統一することが可能。ただし、市町村の納得を得るためには、都道府県内の各市町村の医療費水準がある程度平準化されることが重要。また、 $\alpha=0$ を設定した場合には、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、今後検討する必要

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

- ・ 保険料収納率に関する整理
- ・ 保健事業費等の基準額の統一化
- ・ 地方単独事業の整理
- ・ 赤字の解消

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

各市町村の保険料設定における検討の要点

○ 各市町村において平成30年度の保険料水準を検討する際は、以下の点について、最終的な住民負担への配慮の観点や、国保改革の円滑な施行の観点を踏まえた丁寧な検討をお願いします。

- 1 法定外一般会計繰入や財政調整基金取崩等の額
- 2 保険料の算定方式
- 3 応能・応益割合、あるいは均等割・平等割・所得割・資産割の賦課割合
- 4 保険料の賦課限度額
- 5 現状より低い標準保険料率が示された場合の対応
- 6 個別の保険料減免の取扱い

※ 標準保険料率は理論値であり、現行の保険料率とは算出の前提が異なる部分があることから、30年度の具体的な保険料水準の検討の際は、標準保険料率も参考としつつ、現行の保険料率を前提に、最終的な住民負担への配慮の観点も踏まえた検討を行うことが重要。

4. 保険者努力支援制度

保険者努力支援制度の実施について

保険者努力支援制度

実施時期:30年度以降

対象 :市町村及び都道府県

規模 :800億円(国保改革による公費拡充の財源を活用) ※別途、特調より200億円程度を追加

評価指標:前倒しの実施状況を踏まえ、今夏に平成30年度の評価指標等を市町村及び都道府県へ提示。
平成31年度以降の評価指標については、今後の実施状況を踏まえ検討。

保険者努力支援制度【前倒し分】

実施時期:28年度及び29年度

対象 :市町村

規模 :特別調整交付金の一部を活用し実施する。(平成28年度:150億円、平成29年度:250億円)

評価指標:保険者共通の指標に加え、収納率等国保固有の問題にも対応

経済財政運営と改革の基本方針2015(抄)[平成27年6月30日閣議決定]

(インセンティブ改革)

全ての国民が自らががんを含む生活習慣病を中心とした疾病の予防、合併症予防を含む重症化予防、介護予防、後発医薬品の使用や適切な受療行動をとること等を目指し、特定健診やがん検診の受診率向上に取り組みつつ、個人や保険者の取組を促すインセンティブのある仕組みを構築することが重要である。

このため、保険者については、国民健康保険において、保険者努力支援制度の趣旨を現行補助制度に前倒しで反映する。その取組状況を踏まえ、2018年度(平成30年度)までに保険者努力支援制度のメリハリの効いた運用方法の確立(中略)など、保険者における医療費適正化に向けた取組に対する一層のインセンティブ強化について制度設計を行う。

平成30年度の保険者努力支援制度について（全体像）

市町村分（300億円程度）※特調より200億円程度を追加

保険者共通の指標

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・特定保健指導受診率
- 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
- 歯科疾患（病）検診実施状況

指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

- 重症化予防の取組の実施状況

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

- 重複服薬者に対する取組

指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

- 後発医薬品の促進の取組
- 後発医薬品の使用割合

国保固有の指標

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 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 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 地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況

- 国保の視点からの地域包括ケア推進の取組

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 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

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

- 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
 - ・後発医薬品の使用割合
 - ・保険料収納率
- ※ 都道府県平均等に基づく評価

指標② 医療費適正化のアウトカム評価

- 都道府県の医療費水準に関する評価
- ※国保被保険者に係る年齢調整後一人当たり医療費に着目し、
 - ・その水準が低い場合
 - ・前年度より一定程度改善した場合に評価

指標③ 都道府県の取組状況

- 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、重症化予防の取組等）
 - ・医療提供体制適正化の推進
 - ・法定外繰入の削減

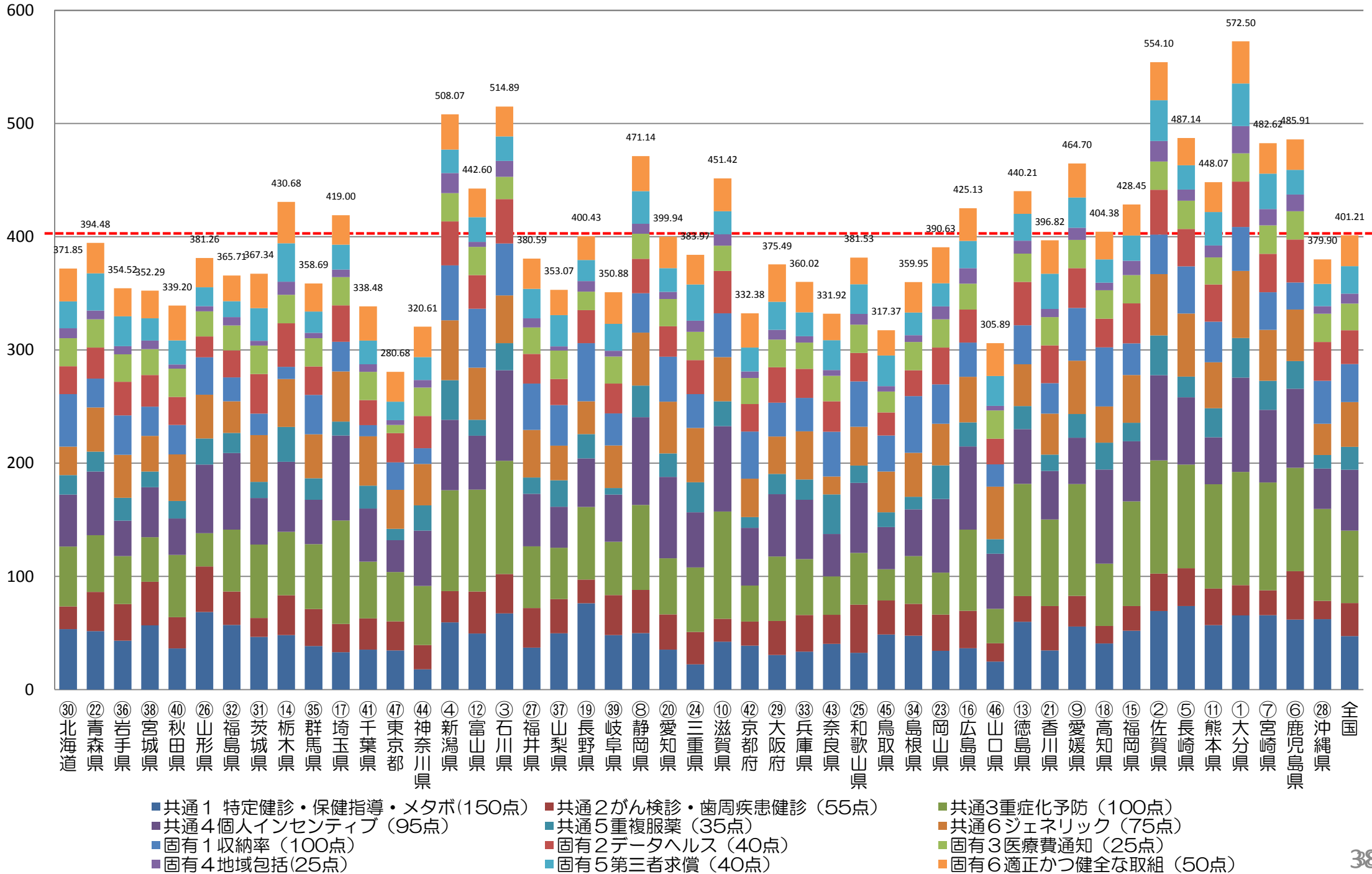
平成30年度保険者努力支援制度の結果 (市町村分)

平成30年度保険者努力支援制度（市町村分） 都道府県別市町村平均獲得点①

速報値

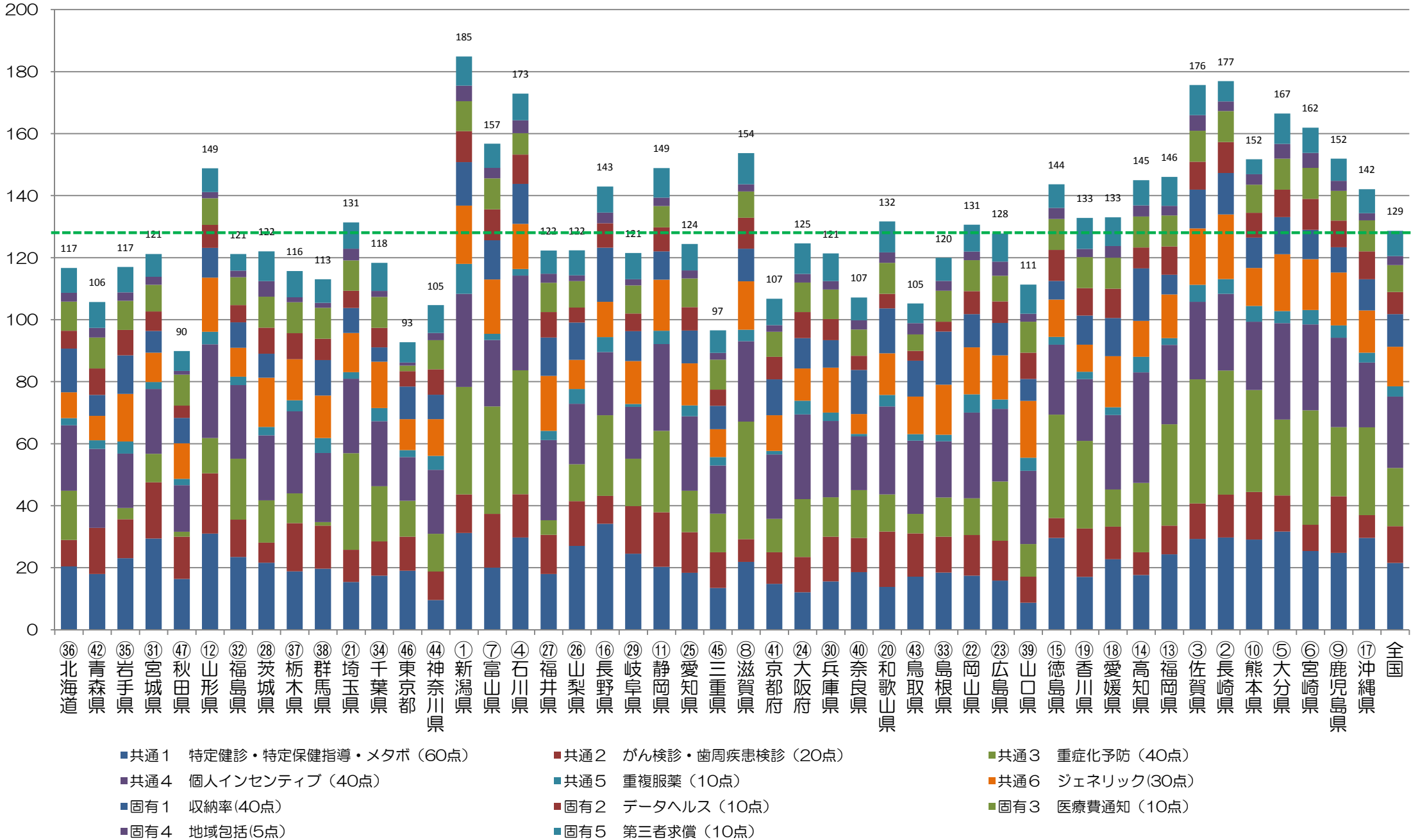
全体（790点満点 ※体制構築加点（60点）含まず）

（得点）



(参考) 平成28年度保険者努力支援制度前倒し分 都道府県別市町村平均獲得点
(275点満点 ※体制構築加点(70点)含まず)

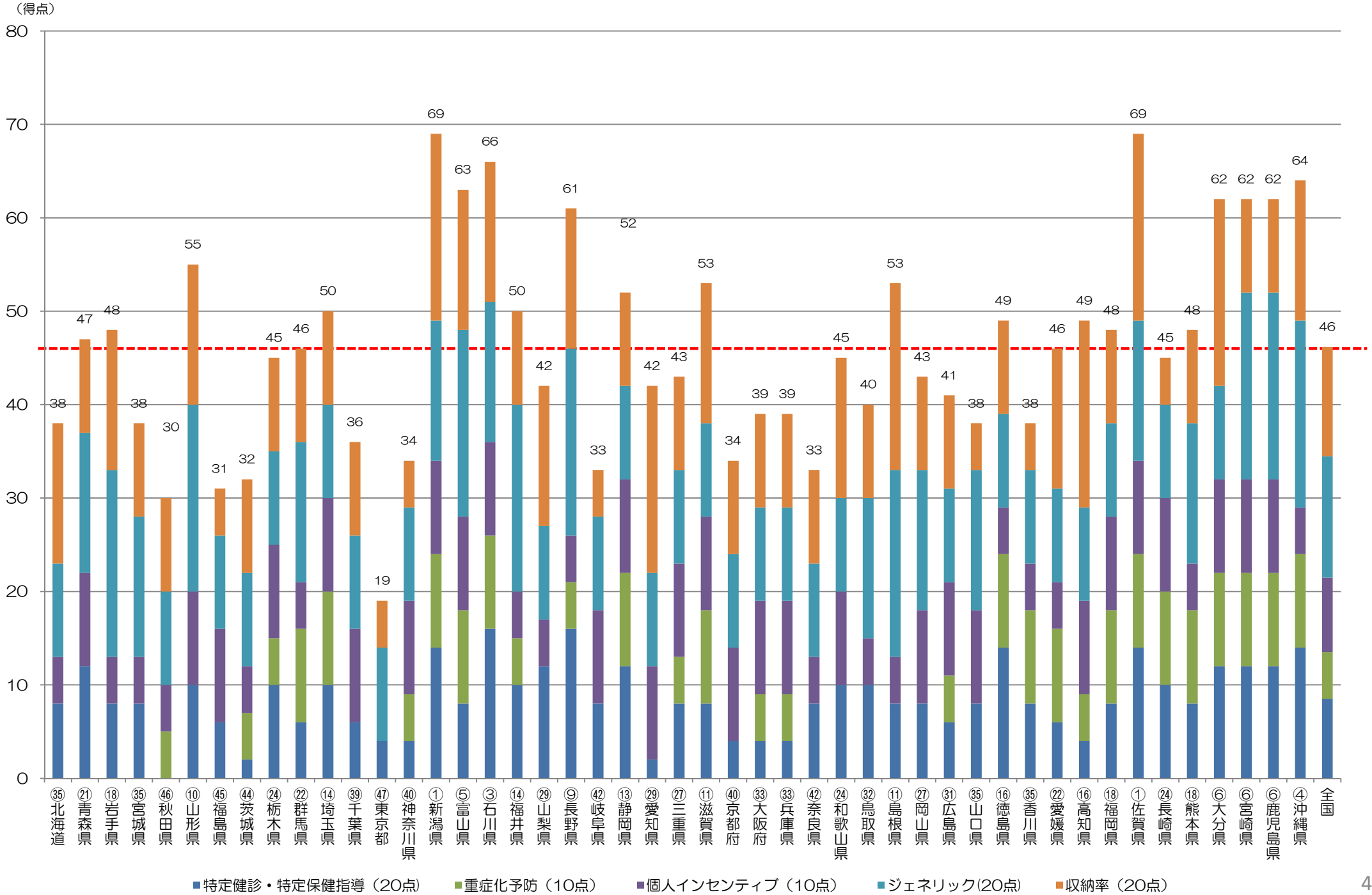
(得点)



平成30年度保険者努力支援制度の結果 (都道府県分)

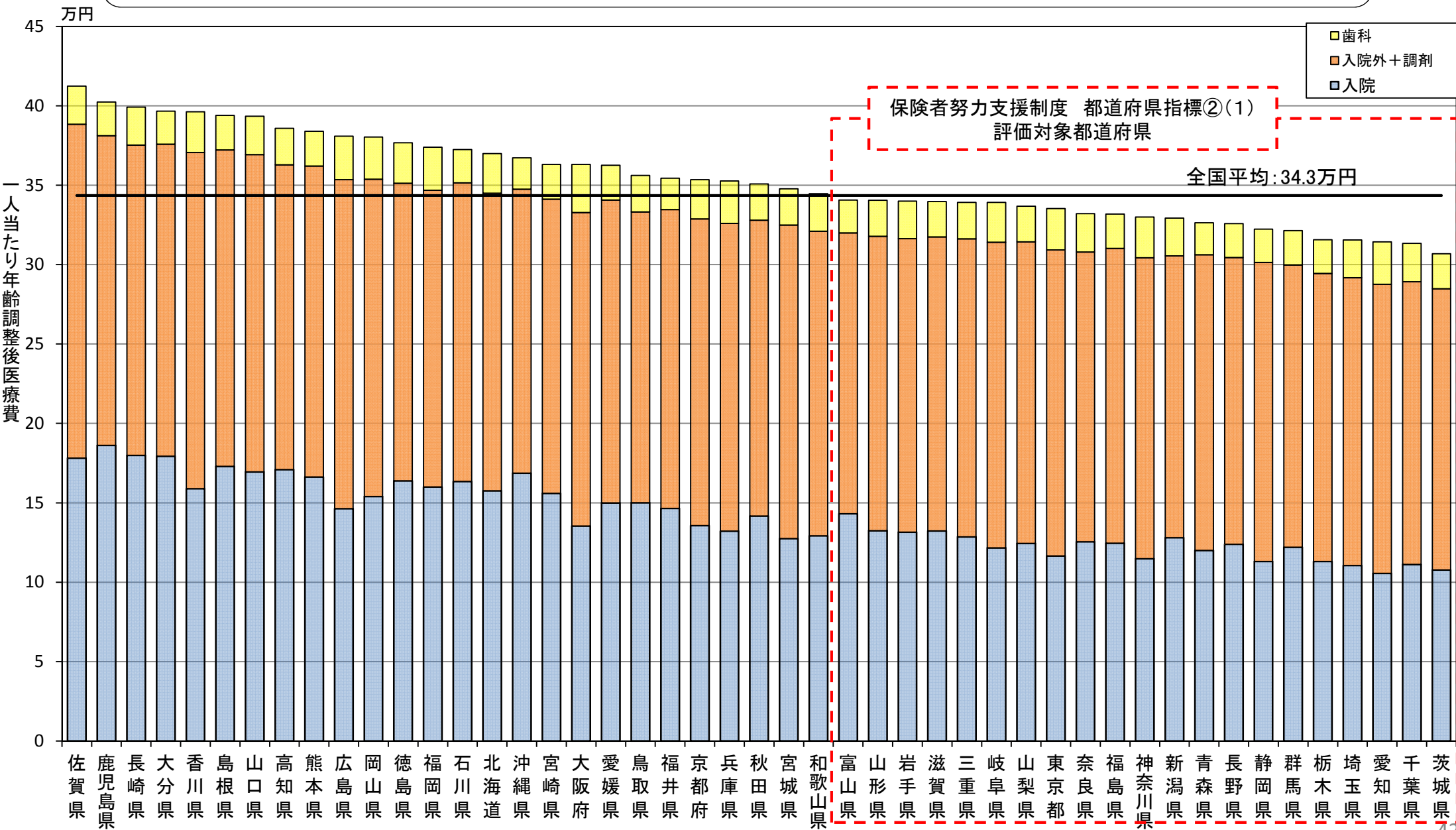
平成30年度保険者努力支援制度（都道府県分）都道府県別獲得点（体制構築加点（20点除く）
（指標① 市町村指標の都道府県単位評価）

速報値



平成30年度保険者努力支援制度（都道府県分）都道府県別獲得点 （指標② 都道府県の医療費水準①）

1) 年齢調整後一人当たり医療費（平成27年度の実績値）が全国平均よりも低い都道府県を評価
 ・全国上位 1位～5位 20点、6位～10位 15点、11位～ 10点



出典:「平成27年度 医療費の地域差分析」(厚生労働省保険局調査課)

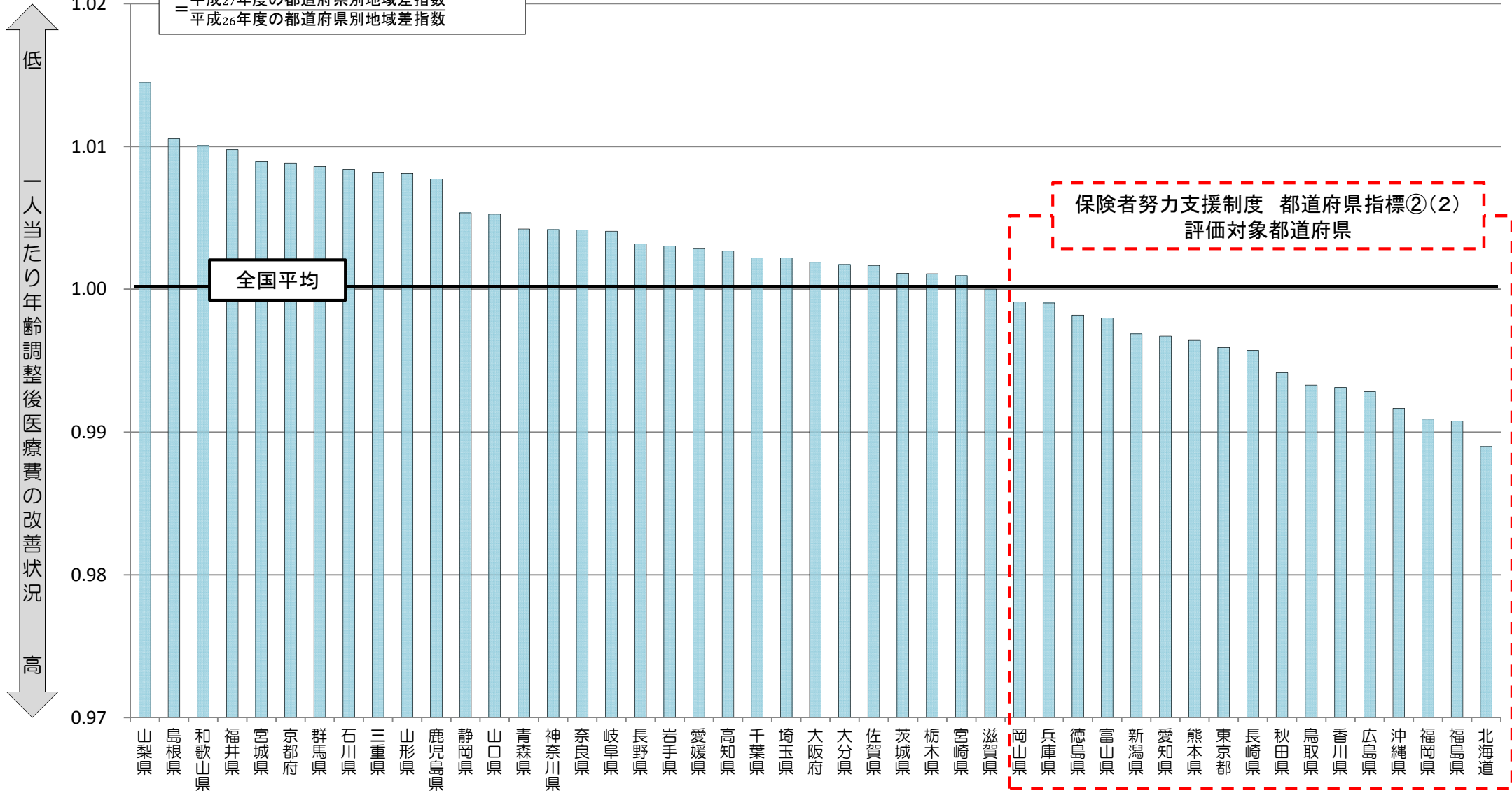
平成30年度保険者努力支援制度（都道府県分）都道府県別獲得点 （指標② 都道府県の医療費水準②）

2) 年齢調整後一人当たり医療費の前年度から改善状況を評価
 ・全国上位 1位～5位 30点、6位～10位 25点、11位～ 20点

※年齢調整後一人当たり医療費の改善とは、年齢調整後一人当たり医療費の伸びが、全国平均よりも相対的に低いことをいう。
 ※評価に当たっては「都道府県別の地域差指数」の平成26年度指数と平成27年度指数の比較により評価する。

年齢調整後一人当たり医療費の改善状況

$$\text{平成27年度の都道府県別地域差指数} - \text{平成26年度の都道府県別地域差指数}$$



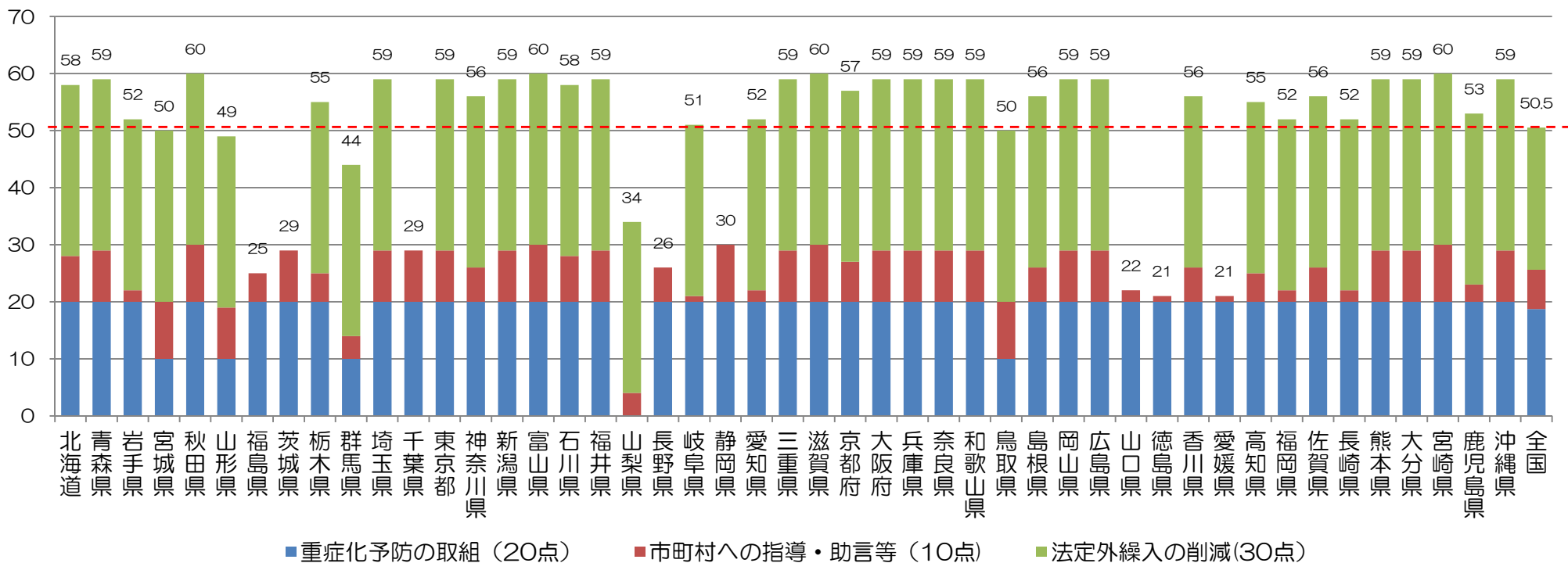
保険者努力支援制度 都道府県指標②(2)
 評価対象都道府県

平成30年度保険者努力支援制度（都道府県分）都道府県別獲得点 （指標③ 都道府県の取組状況の評価）

速報値

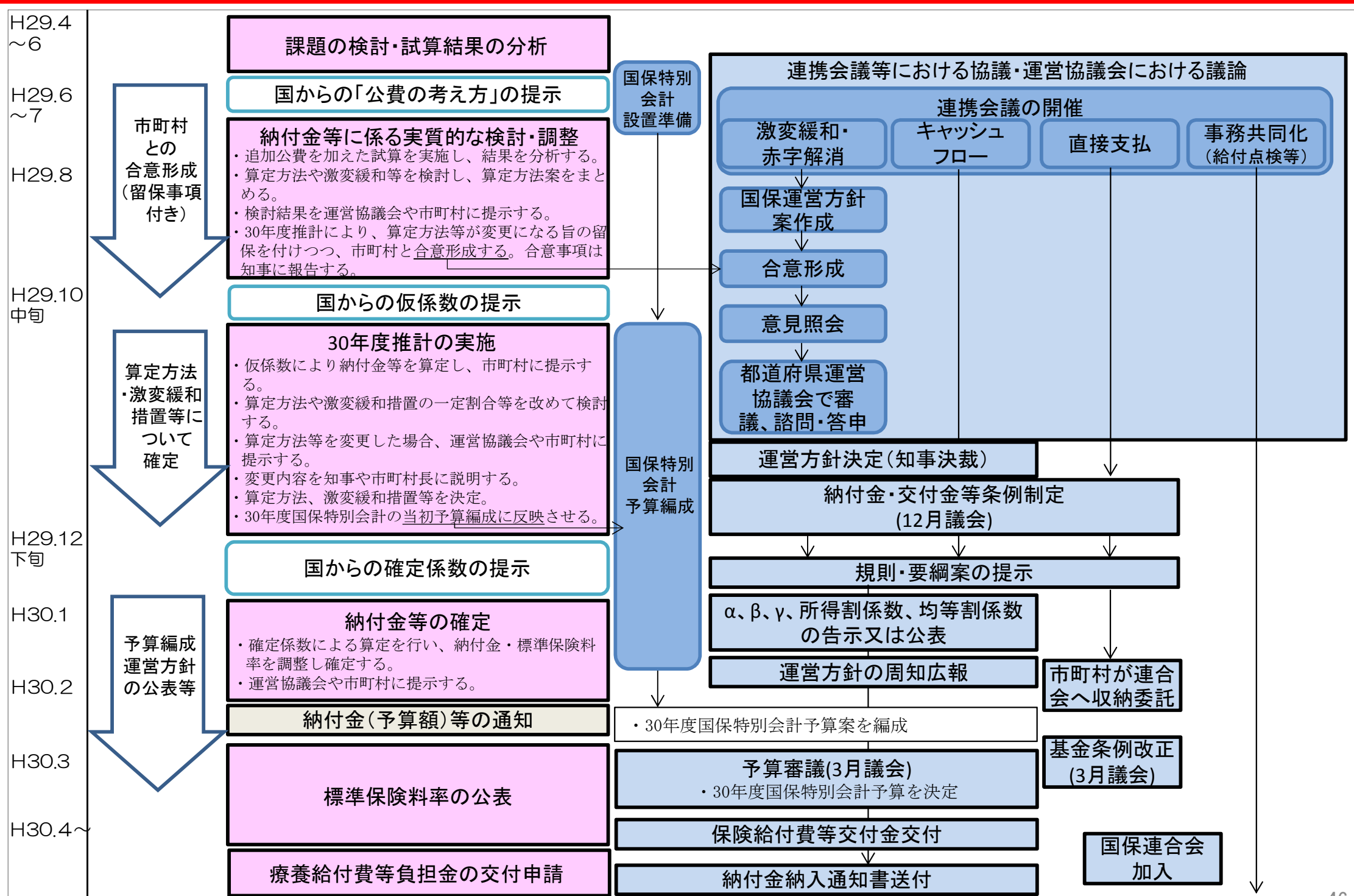
評価項目	評価内容	点数		
1.医療費適正化等の主体的な取組状況	・重症化予防の取組	・都道府県医師会、都道府県糖尿病対策推進会議等との連携協定を締結するなど、市町村における重症化予防の取組を促進するための支援策を講じている場合	10	
		・都道府県版重症化予防プログラムを策定している場合	10	
	・市町村への指導・助言等	・給付点検	・国保運営方針に給付点検の実施について記載することとし、平成30年度から実施するか。	3
		・不正利得の回収	・国保運営方針に不正利得の回収の実施について記載することとし、平成30年度から実施するか。	4
		・第三者求償	①第三者求償に係る市町村の設定目標を把握し、その取組状況を確認しているまたは確認予定としているか。	1
			②研修の機会等を活用して、第三者求償の目的や債権管理等に関する助言を行っているまたは行う予定としているか。	1
	③都道府県が設置する県立病院や保健所等の機関が第三者行為に関する情報を市町村に提供しているまたは提供予定としているか。	1		
2.法定外繰入の削減	・都道府県内の市町村が決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っていない場合、または、都道府県が国保運営方針に基づき、決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っている市町村ごとに、削減の目標年次を定めた個別の計画を作成している場合	30		

（得点）

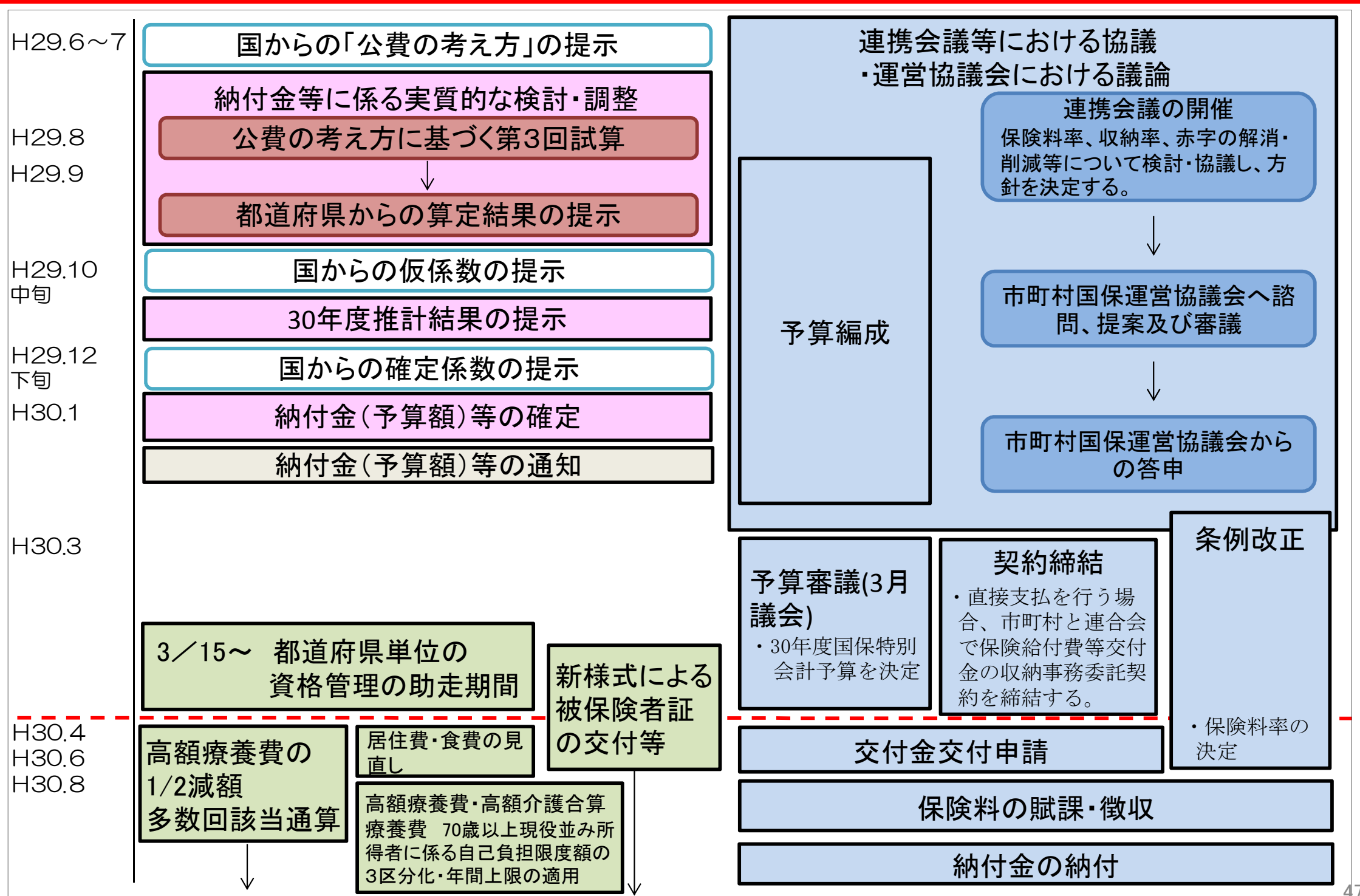


5.国保改革の準備・運用スケジュール (事業運営を中心)

都道府県の作業スケジュール(例)



市町村の作業スケジュール(例)



今後の準備・運用スケジュール(29年度の例に基づく目安)

	国	都道府県	市町村	国保中央会・国保連合会 (サポートサイト)
平成 29年度		30年1/31 納付金算定システム 追加機能版提供(基金管理等)	2月～ 生体情報登録、テスト 3月～制度施行に向けたデータセットアップ作業(情報集約)	～1月末 静脈認証デバイス配布
平成 30年度	7月上旬 納付金ガイドライン改定版・ 交付金ガイドライン改定版発出	(とりまとめ)	6/22 決算見込額情報回答	5/末 市町村標準システム 機能改善版リリース ・限度額認定証、年間上限等
	7月13日 決算見込額情報 回答期限 ←		6月 市町村標準システム 平成31年度導入団体向け説明会	
	8月20日～ 市町村標準システム導入意向調査		8月末日 賦課限度額控除後基準 総所得金額等回答	6/末 市町村標準システム 平成31年度導入団体向け 統合プログラム提供
	9/中旬 納付金算定システム説明会	(とりまとめ)	9月 納付金基礎データ提供準備	9/月上旬 納付金算定システム 機能改善版リリース
9/30 導入意向調査回答期限 ←		市町村標準システム 31年度導入意向調査回答		
9月末日 賦課限度額控除後基準総所得 金額等調査回答期限				
10月22日 仮係数等の提示 →		秋の試算(～12/28) ・31年度の医療費等を推計して、 納付金の配分や標準保険料率を 計算	11月、2月 市町村標準システム 平成31年度導入団体向け研修会	
12月28日 確定係数等の提示予定 →				
平成 31年度	9月末日 賦課限度額控除後基準総所得 金額等調査回答期限	8月末日 賦課限度額控除後基準 総所得金額等回答	全被保険者の所得情報を作成 都道府県に提供	
	10月下旬 仮係数等の提示 →	秋の試算(～12/28) ・32年度の医療費等を推計して、 納付金の配分や標準保険料率を 計算		

6.都道府県国保運営方針と 国保運営協議会の役割

国保運営方針の位置付け

- 国保改革に伴い、国保の保険者としての事務は、都道府県と市町村で役割分担をして行うこととなり、都道府県は財政運営の責任主体として安定的な財政運営に責任を持つとともに、県内市町村の国保事業の広域化や効率化を推進する役割も果たすこととなる。
 - そこで、改革後は、都道府県と市町村が一体となって、財政運営、資格管理、保険給付、保険料の賦課徴収、保健事業その他の保険者の事務を共通の認識の下で実施するとともに、各市町村が国保事業の広域化や効率化を推進できるよう、都道府県が、国保法第82条の2に基づき、県内の統一的な国民健康保険の運営方針を定める。
 - 市町村は、国保法第82条の2に基づき、都道府県国保運営方針を踏まえた国民健康保険の事務の実施に努める。
- ※1 都道府県は、あらかじめ連携会議において議論を重ね、法に基づき市町村の意見を聴いた上で、都道府県に設置する国保運営協議会での議論、諮問・答申を経て、技術的助言として、地域の実情に応じた国保運営方針を定める。
- ※2 厚生労働省は、地方と協議をしつつ、技術的助言として国保運営方針の策定ガイドラインを作成し、都道府県へ示している。
(平成28年月28日)

■ 主な記載事項

〈必須事項〉

- (1) 国保の医療費、財政の見通し
- (2) 市町村の保険料の標準的な算定方法に関する事項
・標準的な保険料の算定方式、市町村規模別の標準的な収納率 等
- (3) 保険料の徴収の適正な実施に関する事項
・複数の自治体による滞納整理事務の共同実施、収納担当職員に対する研修会の共同実施 等
- (4) 保険給付の適正な実施に関する事項
・海外療養費の審査等の専門的な知見を要する事務の共同実施、保険医療機関による大規模な不正請求が発覚した場合における不正利得の回収に関する事項 等

■ 主な記載事項

〈任意項目〉

- (5) 医療費適正化に関する事項
・後発医薬品の使用促進に関する事項、医療費通知の共同実施 等
- (6) 市町村が担う事務の効率化、広域化の推進に関する事項
- (7) 保健医療サービス・福祉サービス等に関する施策との連携に関する事項
- (8) 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等

国保運営方針の策定手順

- 国保運営方針の策定に当たっては、①都道府県・市町村が保険者として目指す方向性について認識を共有すること、②被保険者、療養担当者、公益、被用者保険等の関係者の意見を聴くことが重要であり、策定後も定期的な検証・見直し・改善をしていくことが重要。このため、以下の手順を基本として、地域の実情に応じて策定を行う。

① 市町村等との連携会議の開催

連携会議では、都道府県の関係課室、市町村の国保担当部局等、国保連、その他の関係者による意見交換、意見調整を行う。国保運営方針案の議決を行う場ではない。

② 国保運営方針案を作成、市町村へ意見聴取

実施済み状況 98% ※1/16時点

都道府県は、連携会議とは別に、当該都道府県内のすべての市町村に対し、国保運営方針案について意見を求めなければならない。（法82条の2第6項）

③ 都道府県の国保運営協議会で審議、諮問・答申

都道府県の国保運営協議会は、地方自治法第138条の4第3項に基づく都道府県の執行機関の附属機関として位置づけられる。

④ 都道府県知事による国保運営方針の決定

決定済み状況 81% ※1/16時点

国保運営方針は、都道府県の国保運営協議会の答申を判断資料として都道府県知事が決定するが、国保運営協議会の意見は、法的に知事を拘束するものではない。

⑤ 国保運営方針の公表

法第82条の2第7項に基づき、都道府県は遅滞なく公表するよう努めるものとする。公表の方法は、都道府県のホームページや公報による公示などが考えられる。

⑥ 事務の実施状況の検証、国保運営方針の見直し

見直しの手順は①～⑤までと同様。少なくとも3年ごとに検証を行い、必要に応じて見直すことが望ましい。

赤字解消・削減計画の策定

【計画の策定】

○赤字解消・削減計画については、次のいずれかの方法により策定することとされている。

1) 国保運営方針に定める方法

国保運営方針に、市町村ごとの赤字の解消・削減の目標年次及び赤字解消に向けた取組が記載されている。

2) 国保運営方針とは別に定める方法

都道府県は、赤字を有する市町村に対し、赤字解消・削減計画の作成及び提出を求める。

赤字市町村は、赤字の解消・削減に向けた基本方針、目標設定、実効性のある取組等について都道府県と協議を行ったうえで、計画を定める。

また、都道府県は、市町村ごとの赤字解消・削減計画をとりまとめて、その内容を総括して計画を策定する。

【法令等の根拠】

○国保法第82条の2

都道府県は、国民健康保険の安定的な財政運営を図るため、国保運営方針を定める。

○国保運営方針策定要領(平成28年4月)

財政収支の改善等について検討を行うとともに、赤字の要因分析を踏まえ市町村ごとの赤字の解消又は削減の目標年次及び赤字解消に向けた取組を定める。

※国保運営方針に全体的な方向性を定め、市町村毎の取組を別に定めることも可能。

○「国民健康保険保険者の赤字解消・削減計画の策定等について」(平成30年1月 日保国発 第 号)

国保運営方針とは別に計画を定める場合の細則を定める。

※本通知に伴い、昭和46年通知は廃止する。

【計画期間・提出期限】

○計画の第1年次は平成30年度以降とし、原則として6年以内の計画を作成。

○市町村から都道府県への計画の提出期限は3月末。都道府県から厚生労働省(地方厚生局)への計画の報告期限は、次年度4月末とする。計画にかかる実施状況の報告は毎年度9月末とする。

7.赤字解消・削減計画の策定

赤字解消の取組経緯



実質収支の均衡・繰上充用の解消

保険者の自主的な財政再建 →収支均衡の実質的な回復

多額の赤字を生じ、国保事業の運営に支障をきたしている保険者がみうけられる。赤字保険者は、財政再建計画を定め、自主的な財政再建を行うこととし、おおむね5年以内の国保特別会計(事業勘定)の収支均衡の実質的な回復を図る。

赤字保険者に赤字解消計画を義務づけ

→実質収支の均衡・累積赤字解消
国保特別会計(事業勘定)の実質収支が2年連続して赤字の保険者が策定するものであるが、恒常的支出に対応する収入を確保しつつ、原則5年以内に累積赤字を解消するための計画。

繰上充用の解消・一般会計繰入の解消

広域化等支援方針に基づく赤字解消の取組

→まずは繰上充用の計画的解消、次いで、一般会計繰入による赤字補填分のできる限り早期の解消

赤字解消の目標年次については、まずは、繰上充用分の計画的な解消を図り、目標を定める。次いで、一般会計繰入による赤字の補てん分については、保険料の引上げ、収納率の向上、医療費適正化策の推進等により、できる限り早期に解消するよう努める。



都道府県も国保の保険者に(3400億円の公費拡充)

決算補填等目的の一般会計繰入と前年度繰上充用金の新規増加分の計画的・段階的な解消、削減

国保財政の基盤強化・財政運営の安定化

→「決算補填等を目的とする一般会計繰入」と「繰上充用金の新規増加分」を計画的・段階的に削減・解消
※30年度以前の累積赤字(繰上充用)は、市町村の実情に応じ、可能な限り計画的な削減・解消を目指す

決算補填等を目的とする一般会計繰入や繰上充用の新規増加分については、収納率の向上や医療費適正化の取組にあわせ、保険料の適正な設定等により、計画的・段階的な解消が図られるよう、実効性のある取組を定める。

赤字市町村については、赤字についての要因分析、必要な対策の整理を行う。これを踏まえ、都道府県は、市町村ごとの赤字の解消又は削減の目標年次及び赤字解消に向けた取組を定める。

※ 将来的に、都道府県内で保険料率の統一化を図るためには、累積赤字も含めて、赤字の解消が必要となる。

計画的に削減・解消すべき赤字の定義

平成22年度

平成30年度

赤字解消計画による取組

広域化等支援方針による取組

国保運営方針による取組

従来の定義

繰上充用金

繰上充用金

新規増加分

赤字補填分の
一般会計繰入

新定義

決算補填等
目的の
一般会計繰入

繰上充用金
(新規増加分)

繰上充用金
(累積分)

決算補填等
目的以外の
一般会計繰入

平成30年度以降、国保運営方針のもと、市町村が計画的に削減・解消すべき赤字の定義は、
「決算補填等目的の法定外一般会計繰入金」と
「繰上充用金の新規増加分」
 のうち**発生年度の翌々年度までに解消できない額**とする。

平成30年度以降、市町村が地域の実情に応じて可能な限り計画的に削減・解消

※赤字の定義変更により対象市町村数は増加する見込みのため、公表する場合には、従前の定義による対象市町村数も併せて公表することとし、新定義との違いを区別する。

法定外繰入の状況(平成27年度決算)

単位:億円

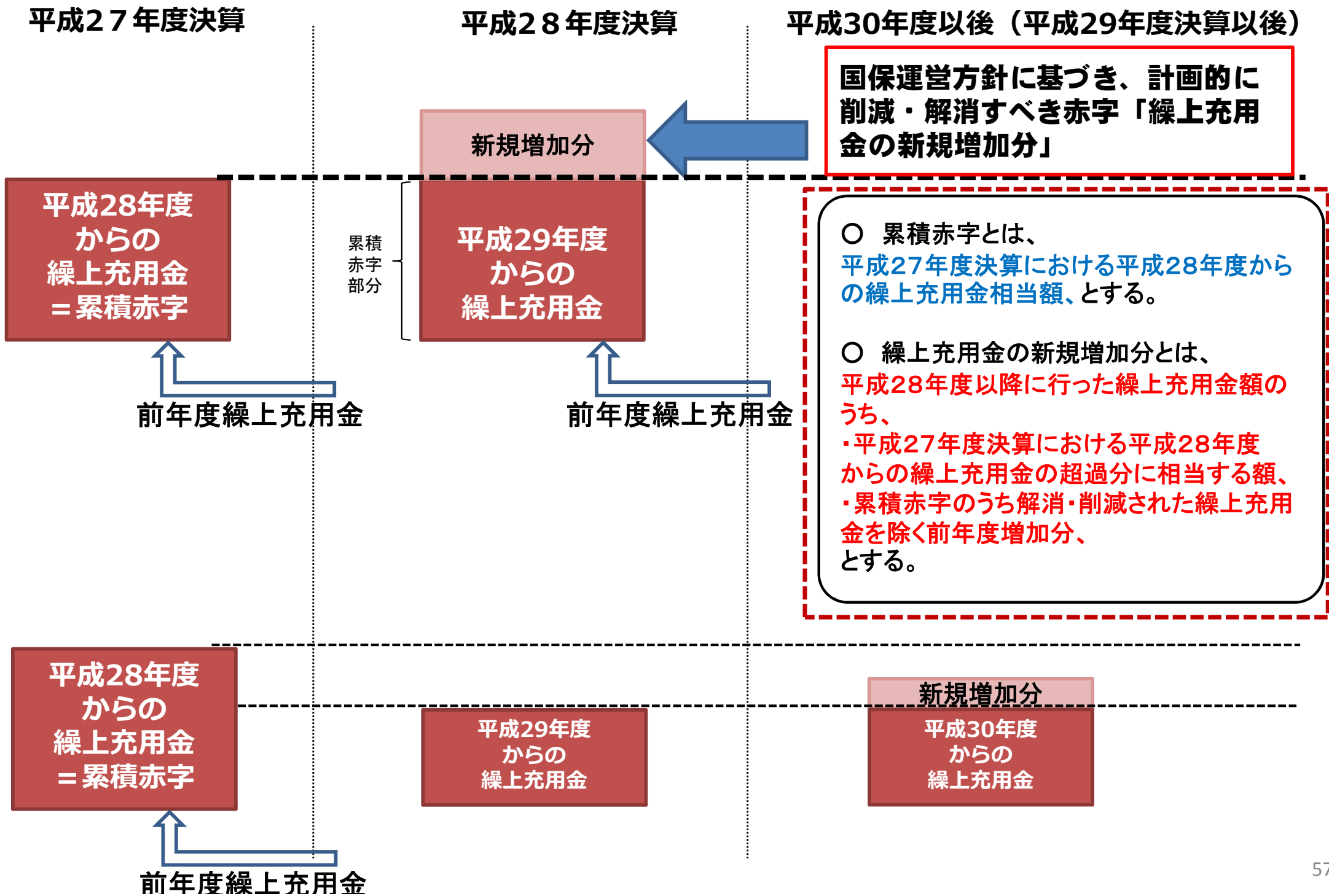
	分類	27年度	対26年度
決算補填等目的の法定外繰入	① 決算補填目的のもの	293	▲1,282
	保険料収納不足のため	27	▲1,314
	医療費の増加	258	67
	後期高齢者支援金等	8	▲35
	高額療養費貸付金	0	0
	② 保険者の政策によるもの	2,560	1,267
	保険料(税)の負担緩和を図るため	2,498	1,267
	地方単独の保険料(税)の軽減額	51	▲1
	任意給付費に充てるため	11	1
	③ 過年度の赤字によるもの	182	▲10
累積赤字補填のため	181	▲2	
公債費・借入金利息	1	▲8	
	小計	3,034	▲25
決算補填等目的以外の法定外繰入	保険料(税)の減免額に充てるため	130	▲4
	地方単独事業の医療給付費波及増等	300	▲20
	保健事業費の充てるため	173	17
	直営診療施設に充てるため	4	▲0
	納税報償金(納付組織交付金)等	0	0
	基金積立	32	6
	返済金	57	20
	その他	126	21
	小計	822	39
合計		3,856	12

平成30年度からは保険料の収納不足や医療費の増加に対し、財政安定化基金を活用することで、基本的に赤字は発生しない。

国保運営方針に基づき、計画的に削減・解消すべき赤字「決算補填等目的の一般会計繰入」

出典 国民健康保険の事業実施状況報告
(平成29年2月28日公表速報値)

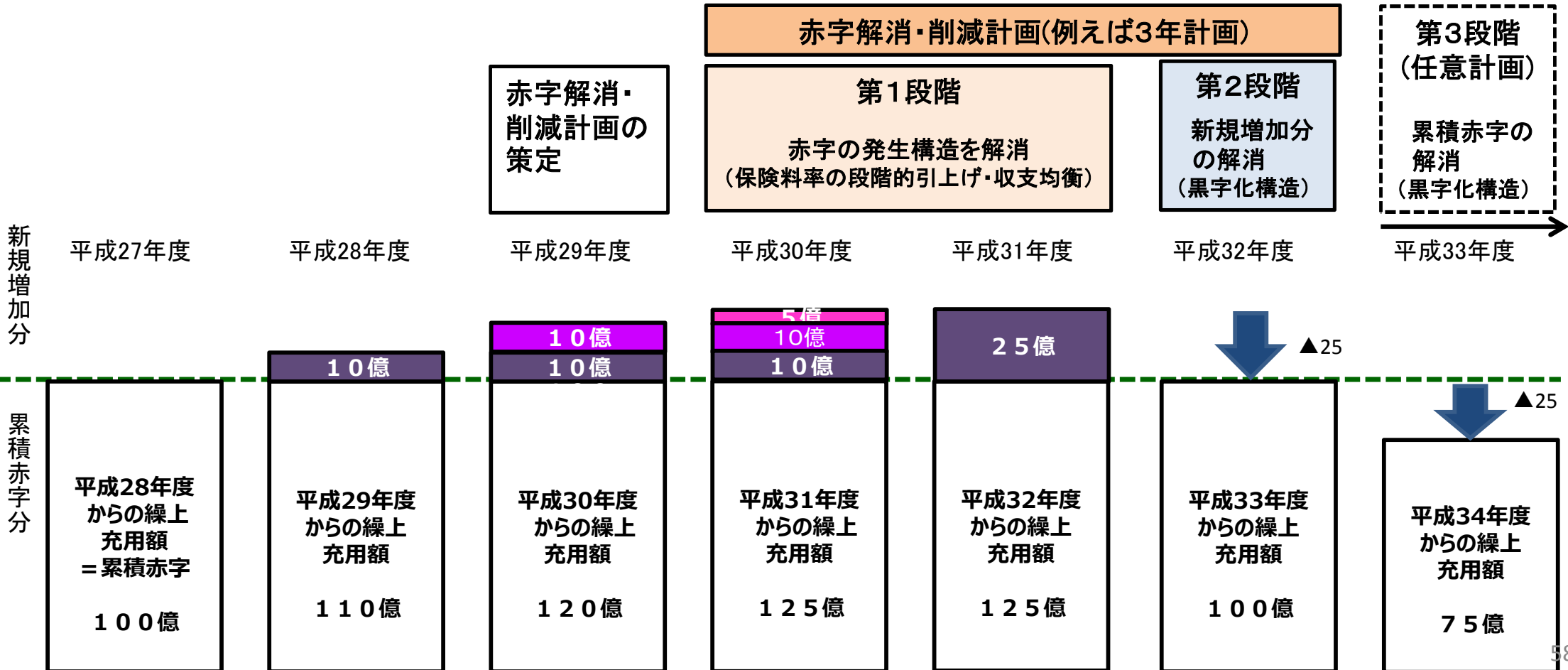
計画的に削減・解消すべき「繰上充用金の新規増加分」の定義



赤字削減・解消計画の例

<下記の計画例では、毎年10億円ずつ赤字（繰上充用）が発生する財政構造を想定している。>

- 赤字削減・解消計画を策定し、計画の第1段階として、2年後の平成31年度には、新たな赤字が発生しないよう「単年度収支均衡の財政構造を構築」することを目標とする（＝取組例として段階的な保険料率の引上げ）。
- 赤字の発生構造が解消される平成31年度までの間に新規増加分の赤字が累積するため、計画の第2段階として、3年後の平成32年度において、累積した新規増加分の赤字の解消を図ることとし、「単年度収支黒字化の財政構造の構築」を図ることを目標とする（＝取組例として保険料率の更なる引上げ、保険者努力支援交付金の収入増）。
- 計画対象赤字が解消した4年後の平成33年度からは、計画の第3段階(任意)として、平成36年度までに段階的に、平成27年度までの累積赤字の解消を図ることとし、「単年度収支黒字化の財政構造を維持（引上げ後の保険料率）」する。



計画的に削減・解消すべき赤字の計算

平成27年度

平成28年度

平成29年度

平成30年度

4~5月(出納整理)

6月

10月

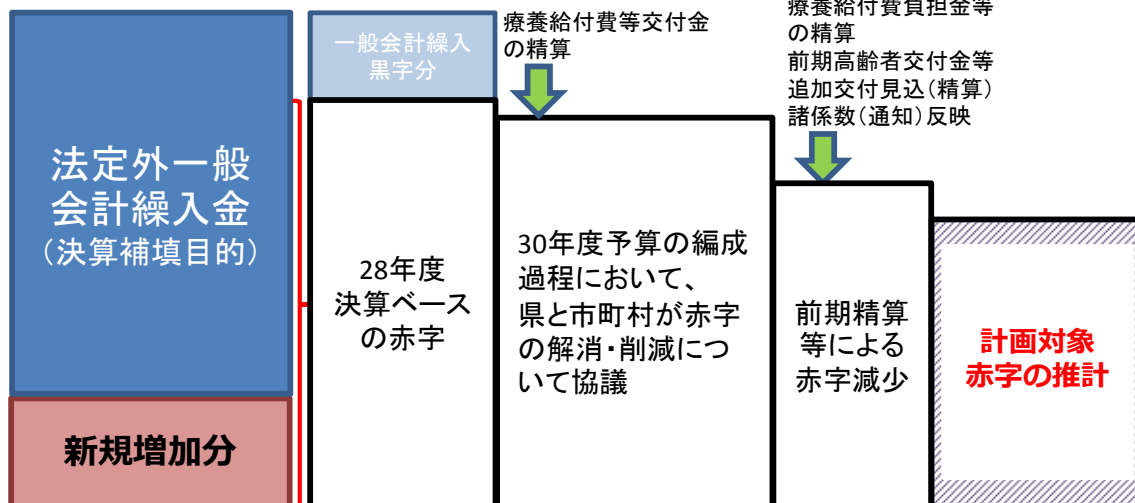
12月

1月

3月

30年度予算編成作業

計画策定



計画対象の赤字がない場合や、平成30年度までに確実に解消が見込まれる場合、赤字削減・解消計画の策定は**不要**

○ 計画の策定に当たっては、決算ベースの赤字ではなく、**翌々年度までに解消困難な赤字を推計**する。具体的には、

- (1) 都道府県から示される国保事業費納付金額に基づき、保険料収納必要額を算出して、予算ベースで計画対象の赤字見込額を推計する。
- (2) 赤字の削減・解消に当たっては、被保険者への激変が生じないような時間軸を置きつつ、**実現可能な削減目標値と具体策**を検討する。

《具体策の例》

- ・保険料率の改定による適正な設定
- ・保険料収納率向上対策
- ・医療費適正化の取組
- ・保険者努力支援交付金の確保、等

(3) **状況に応じて適宜計画の見直し**

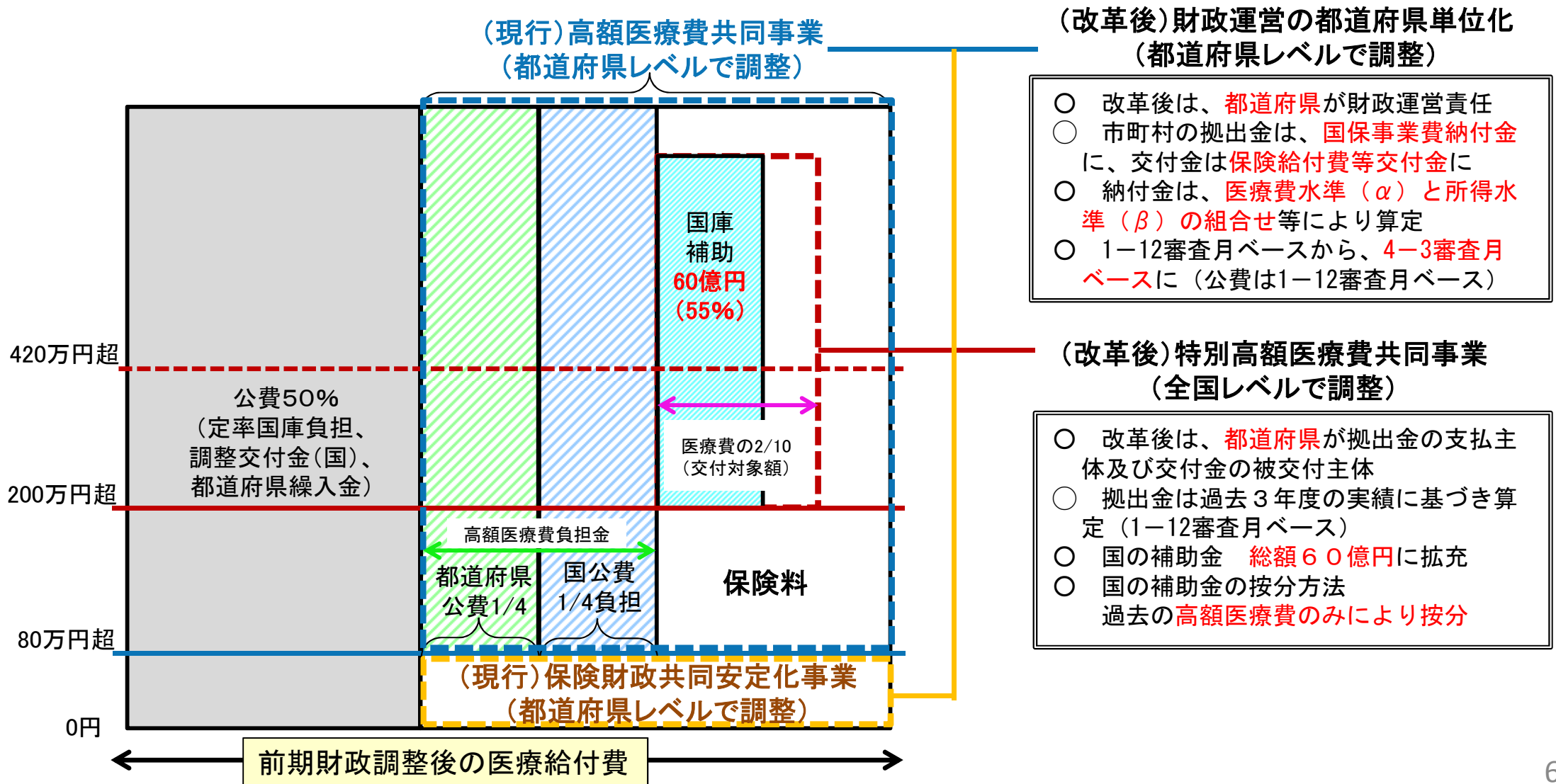
※ 決算補填目的の法定外一般会計繰入金を加えた収入額が支出額を超えて黒字に相当する額(黒字分)については、計画対象に含めない。

8.高額医療費共同事業

- ・保険財政共同安定化事業の廃止等**

国保改革後の財政調整の仕組み(イメージ)

- 国保財政の安定化を図るため、国保連合会事業として都道府県レベルで財政調整を行ってきた、高額医療費共同事業と保険財政共同安定化事業は、平成30年度から、都道府県を財政運営責任主体とする財政運営の都道府県単位化に移行するため、その役割を終えることとなる。なお、国と都道府県による高額医療費に対する公費負担は継続する。
- 一方、高額医療共同事業の一部として、国保連合会と国保中央会との間で行ってきた、著しく高額な医療費に係る全国レベルでの財政調整については、事業主体を国保連合会から都道府県に移して引き続き行う。また、事業費拠出金に対する国庫補助も継続する。



高額医療費共同事業等の廃止に伴う取扱い

- 平成29年12月診療分から平成30年2月診療分までの医療給付費については、高額医療費共同事業等の対象から除かれるが、共同事業の交付金が、診療月の4か月後に交付(29年11月診療分は30年4月交付)されるため、この交付金を活用して、平成29年度の医療給付費を執行することにより、財政の不安定要素は一定除かれる。

※ 29年12月診療分から30年2月診療分の医療給付費に対し、市町村に財源不足が生じた場合には、その要因に応じて、都道府県繰入金(2号分)、財政調整基金又は繰上充用金により対応することが考えられる。

- 平成30年度の医療給付費から、全額、保険給付費等交付金の対象となるため、市町村の財政は安定する。また、高額医療費の発生状況による国保事業費納付金の負担については、医療費水準(α)の調整、あるいは、共同負担方式の採用による納付金の仕組みにより、市町村間の負担の財政調整が行われる。

29年11月診療分まで	29年12月～30年2月診療分
共同事業の対象	共同事業の 対象外
共同事業の 交付金を活用して支出	共同事業の 交付金を活用して支出

Q. 高額医療費共同事業の過誤調整はどこが担うのか。

A. 高額医療費共同事業の過誤調整分については、**11月診療分と同時期に決定される分までは、国保連合会**が共同事業の調整対象に含めて調整する。

その後に発生した過誤調整分は、平成30年度からの保険給付費等交付金の対象費用に含めることとなるため、都道府県が交付金・納付金の仕組みに含めて調整する。

保険財政共同安定化事業に係るものも同じである。

平成30年度以降の高額医療費情報の作成(都道府県)

- 平成30年度以降、都道府県は、国保法第72条の2第2項に基づき、高額医療費の一部に対し、一般会計から国保特別会計に公費(高額医療費負担金)を繰り入れる必要がある。また、国は、国保法第70条第3項に基づき、都道府県からの申請により都道府県に対し、高額医療費の一部に係る公費(県の負担金額と同額)を負担する。
- 都道府県は、高額医療費負担金額を算出するため、都道府県単位で高額医療費の実績を把握する必要がある。また、市町村ごとの医療費水準を反映して納付金額を計算する場合は、市町村ごとの過去の実績に基づき公費を充当して納付金(保険料)負担を軽減するため、市町村ごとの実績も把握する必要がある。

Q. 平成30年度以降、都道府県は、何を根拠に国保連合会から高額医療費情報を受けることになるのか。

A. 国が策定する「高額医療費負担金交付要綱」又は「同交付申請書作成要領」において、都道府県は、高額医療費負担金の交付申請に当たり必要となる高額医療費情報(1-12審査月ベース)について、当該都道府県内の市町村に対して報告を求めるものとするを規定する予定であり、都道府県は、この根拠規定に基づき、市町村から高額医療費情報を受けることとなる。※国庫負担金算定政令第2条第4項に基づき1-12審査月となる。

なお、国保連合会から高額医療費情報を受ける方法については、一つの考え方として、都道府県が国保連合会に高額医療費情報の集計等の事務を委託する契約を結び、国保連合会が受託した旨を市町村に通知して、都道府県の委託により市町村に情報提供を求めることにより、国保連合会は市町村から当該情報について報告を受けるとなり、都道府県に集計結果を報告することが想定される。

※ 当初交付申請額については、国から前年度実績に基づく金額を5月頃にお示しする予定である。一方で、翌年2月の変更交付申請額については、当該年度の前年度の1月から当該年度の12月までの実績に基づく金額となるため、それまでの間に、都道府県は、高額医療費情報を把握する必要がある。

平成30年度以降の高額医療費情報の作成(国保連合会に委託する場合)

Q. 国保連合会が、次期国保総合システムを活用して高額医療費情報を作成する際、第三者求償額等を減算するため、市町村から第三者求償額等の情報提供を受ける必要がある。各国保連合会は、市町村から何を根拠に情報を受けることになるのか。

A. 「**国民健康保険の事務費負担金等の交付額等の算定に関する省令**」(昭和47年厚生省令第11号)に、次のような新たな根拠規定を設け、市町村に情報提供を義務付ける予定である。

- ・ 市町村は都道府県に高額医療費及び特別高額医療費に係る第三者求償及び不正利得分の情報を提出しなければならない。

なお、特別高額医療費共同事業においても第三者求償額等の情報が必要となるため、次の規定も新設する予定。

- ・ 都道府県は国保中央会に特別高額医療費に係る第三者求償及び不正利得分の情報を提出しなければならない。

上記の取扱いに伴い、国保連合会が都道府県から高額医療費情報の集計等の事務委託を受けた場合は、**当該委託契約**に基づき、市町村から情報提供を受けることとなる。

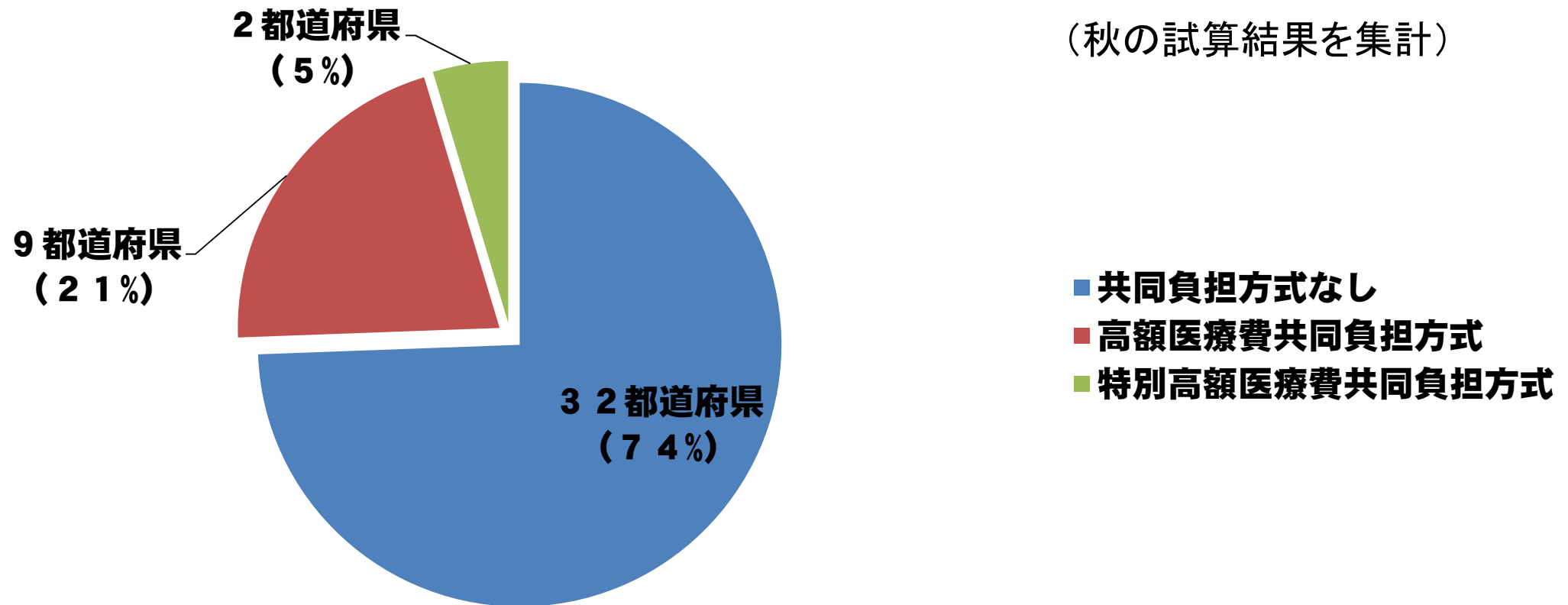
Q. 次期国保総合システムは、市町村からの手数料により保守が行われていると理解しているが、高額医療費情報を作成するための費用も、この手数料に含まれるのか。

A. 「国民健康保険制度の改正に伴う財務の取扱いについて」(平成29年10月30日付け保国発1030第1号厚生労働省保険局国民健康保険課長通知)の別紙「都道府県及び市町村における平成30年度国民健康保険特別会計予算編成にあたっての留意事項」第2の2(1)ア(イ)③に記載のとおり、**高額医療費情報の作成は、都道府県からの委託費で行うことを基本**としているため、**保守費用は、当該委託料を充てるのが想定される**が、情報作成費用を委託費とするか負担金(会費)とするかについては、都道府県と連合会との協議に基づき、決定されたい。

なお、情報作成に係る委託費は、一般財源からの繰出事務経費として、地方交付税措置の対象となる。

共同負担方式の導入状況

(秋の試算結果を集計)



※ $\alpha = 0$ を設定する4都道府県は、全ての医療費を対象に共同負担するため、含めていない。

○ 都道府県で保険料水準を統一する場合には医療費水準を納付金の配分に反映させないこととなるが、高額医療費を共同負担する場合には、「年齢調整後の医療費指数を算出する際に、当該市町村の実績の1人当たり医療費を用いるのではなく、高額医療費に係る都道府県単位の実績の1人当たり医療費を用いることも可能」としている。(国保事業費納付金等算定ガイドライン)

特別高額医療費共同事業の創設等

特別高額医療費共同事業の概要

- 平成30年度から、超高額医療費共同事業を廃止し、国保法第81条の3に基づき、都道府県と指定法人(国保中央会)との間で、特別高額医療費共同事業が始まる。
- 都道府県が国保中央会に納付する拠出金については、都道府県ごとの過去3年度の特別高額医療費共同事業交付金(平成29年度以前は超高額医療費共同事業交付金)に基づいて算定する。この拠出金に対し、平成30年度から国庫補助を60億円に拡大する(補助率:平成30年度ベース約55%)。

特別高額医療費共同事業 (基本スキーム)

拠出金の総額を過去3年度の特別(超)高額医療費共同事業交付金に基づき、都道府県ごとに按分。

特別審査の対象となるレセプト1件当たり420万円を超える医療費のうち、200万円を超える額の2/10を対象として、都道府県ごとに交付金を交付

過去3年度の特別(超)高額医療費共同事業交付金に基づき、都道府県ごとに按分して、拠出金の一部へ補助金を交付

国庫補助

国保中央会

特別高額医療費共同事業
拠出金

特別高額医療費共同事業
交付金

国保
連合会
(※)

特別高額分も含め、保険給付に要した費用を保険給付費等交付金として交付

保険給付費等交付金

市町村

病院
等

納付金

都道府県

市町村ごとの納付金額は過去3年度の高額医療費の実績に基づいた公費支援分を差し引くことで調整

特別高額医療費共同事業 (+収納委託)

国保中央会

特別高額医療費共同事業
交付金

国保
連合会
(※)

病院
等

保険給付費等交付金

都道府県

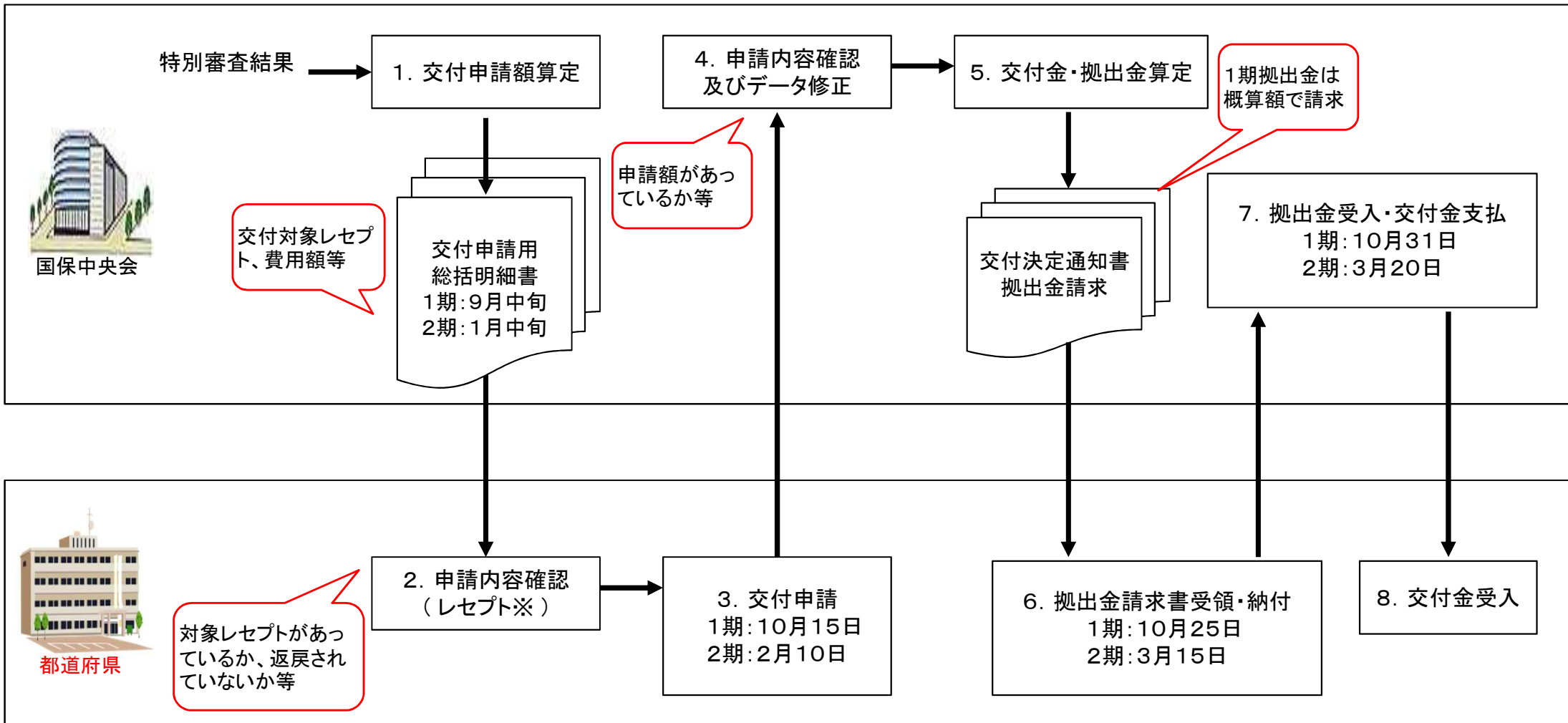
市町村

納付金

※ 都道府県は、対象レセプトの確認及び拠出金・交付金の出納事務を、国保連合会に委託することが可能。

特別高額医療費共同事業における事務の流れ(平成30年度以降)

- 特別審査の結果をもとに国保中央会から都道府県へ交付申請用総括明細書(交付対象レセプトの費用額及び交付申請額等を記載)を提供し、都道府県が、その内容を確認したうえで、国保中央会に交付金の交付申請を行う。
- 事業運営については、1年度を2期に分け、1～6月審査分を1期として10月に、7～12月審査分を2期として3月に、それぞれ拠出金の納付及び交付金の交付を行う。



※ 平成30年4月以降、都道府県は、次期国保総合システム端末を使用することにより、交付対象レセプト情報が確認できるようになるが、対象レセプトの確認事務及び拠出金・交付金の出納事務を、国保連合会に委託することが可能。

9. キャッシュフロー(資金)計画と資金調達

安定的なキャッシュフロー確保のための取組について

- 国保における支出規模は、医療給付費、後期高齢者支援金、介護納付金の支払いを合計すると毎年総額10兆を超えることから、年度当初から年度末にかけて歳出の累計額が歳入の累計額を大幅に超過することのないよう安定的なキャッシュフローを確保していく必要がある。

1. 国保改革後の安定的な財政運営のための公費の前倒し交付等

- 都道府県及び市町村に交付される公費を、早期かつ多い割合を国や都道府県の一般会計等から交付する。
 - ・療養給付費等負担金の前倒し交付(4月～7月までに11か月分)
 - ・国・普通調整交付金の概算交付規模の拡大(9月に前年交付額の50%) かつ、確定交付分も5日程度前倒しする予定。
 - ・国・保険基盤安定負担金の前倒し交付(12月に3/4を交付)
 - ・前期高齢者交付金等については、5月～4月までの12ヶ月の交付を予定
 - ・保険者努力支援交付金は9月に交付。
 - ・その他の公費も安定的なキャッシュフローが確保されるよう計画的に交付。

2. 国保事業費納付金の納付時期等の検討

- 市町村から都道府県に納める国保事業費納付金については、保険料や公費を原資とすることを踏まえ、都道府県は納付金の納付回数及び1回当たりの納付規模について、予め定めることとする。

3. 保険給付費等交付金の交付時期等の検討

- 都道府県は、保険給付費等交付金の交付時期等について、市町村と協議の上、決定する。
 - ・交付方法(概算払・確定払、概算払とする場合の交付回数、交付日等)、交付先(市町村・国保連合会)
 - ・30年4月から発生する、療養費等の現金支給分に対する交付時期
 - ・保険給付費等交付金の交付申請時期

保険給付費等交付金に係る国公費等の交付スケジュール

	財源内訳	交付月・交付率												4月
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
普通交付金	療養給付費等負担金	50%	13.8%	13.8%	13.8%								8.6%	
	国・普通調整交付金						50%							50%
	国・特別調整交付金 (市町村向け除く)													100%
	高額医療費負担金			16.6%	8.3%	8.3%	8.3%	8.3%	8.3%	8.3%	8.3%	8.3%	25%	
	特別高額医療費 共同事業負担金						100%							
	保険者努力支援交付金 (市町村向け除く)						100%							
	前期高齢者交付金	(8.3%)	8.3%	8.3%	8.3%	8.3%	8.3%	8.3%	8.3%	8.3%	8.3%	8.3%	8.3%	8.3%
	療養給付費等交付金	(8.3%)	8.3%	8.3%	8.3%	8.3%	8.3%	8.3%	8.3%	8.3%	8.3%	8.3%	8.3%	8.3%
特別交付金	国・特別調整交付金													100%
	保険者努力支援交付金						100%							
	特定健康診査等負担金							100%					※	
	保険基盤安定負担金 (国・保険者支援)									75%			25%	

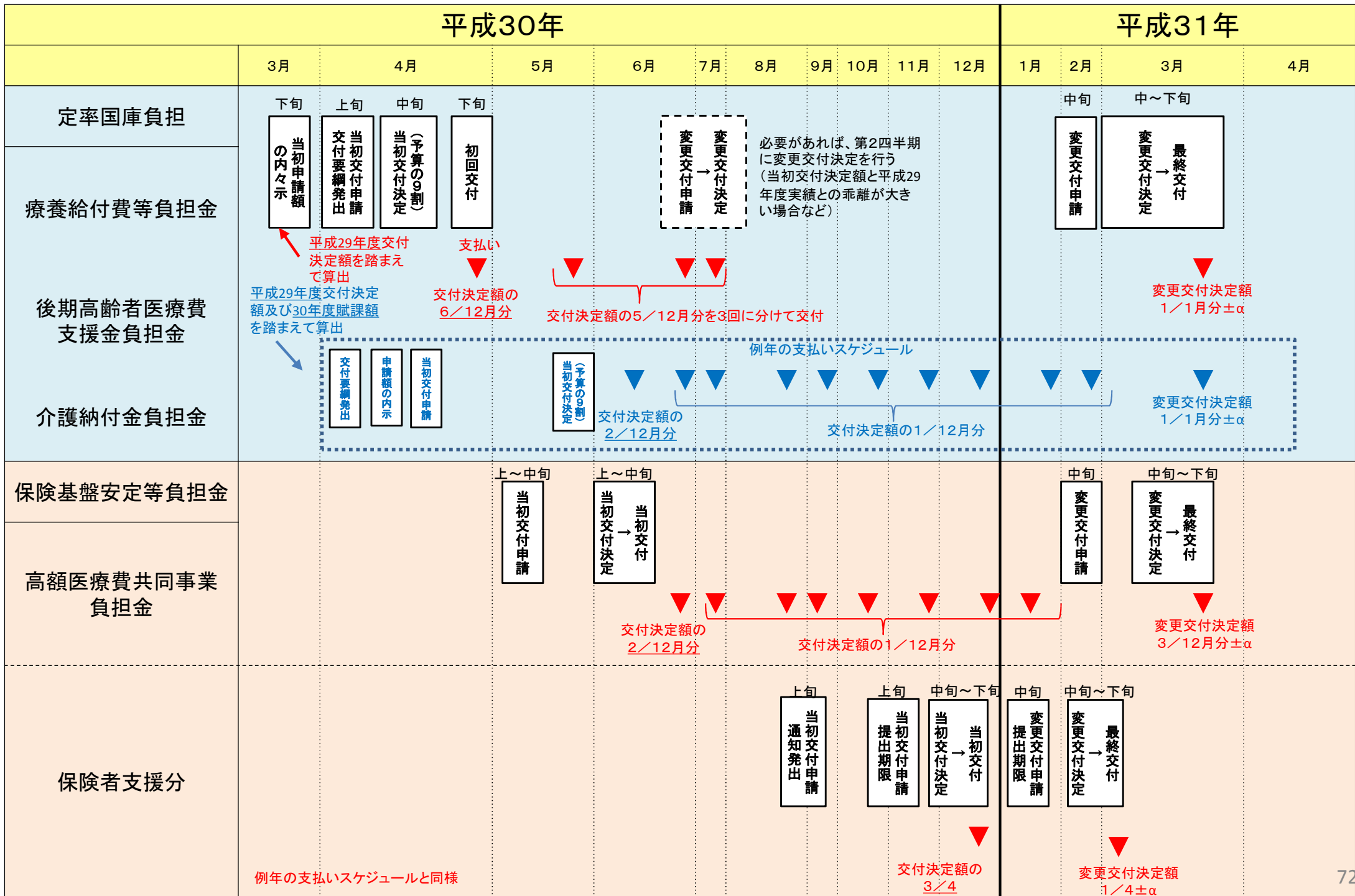
注1：30年4月の前期交付金と療養給付費等交付金は、前年度分として市町村に交付される。

※追加交付が必要な場合には、3月に交付。

注2：療養給付費等交付金にかかる29年度分の精算は、30年9月に市町村が納付書による返還、または10月に市町村に追加交付となる。

30年度分の精算においては、31年9月に都道府県が返還（一定の要件により充当可能）、または10月に都道府県に追加交付となる。

平成30年度 国庫負担金等の交付スケジュール(案) ①



平成30年度 国庫負担金等の交付スケジュール(案) ②

	平成30年										平成31年			
	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月
特別高額医療費 共同事業負担金					中旬 交付申請		上～中旬 交付決定 → 交付 支払い							
調交				上～中旬	中旬		上～中旬			上～中旬		下旬	下旬	上旬
財政調整交付金 (普調・特調)				当初交付申請通知発出	当初交付申請提出期限		当初交付決定 → 当初交付 支払い (国⇒都道府県) 前年度交付額の5割			変更交付申請通知発出		変更交付申請提出期限	変更交付決定(実績確定)	最終交付 支払い (国⇒都道府県) 変更決定額と 当初交付額の差額
後期高齢者医療費 支援金財政調整交付金														
介護納付金 財政調整交付金														

例年の支払いスケジュールと同様

平成30年度 国庫負担金等の交付スケジュール(案) ③

平成30年											平成31年			
3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	
<p>保険者努力支援制度 (都道府県・市町村分)</p> <p><u>※30年度交付分</u></p> <p>(市町村分については別途、特別調整交付金で163億円を追加交付)</p>														
		下旬		月上旬		下旬		中旬						
		申請額の内示	交付要綱発出	交付申請	交付申請提出期限	交付決定		交付						
		<p>29年12月の確定係数通知において提示した平成30年度交付額を基本とする</p>				※交付決定後に財務省への支払協議		支払い						
<p>保険者努力支援制度 (都道府県・市町村分)</p> <p><u>※31年度交付分</u></p>														
				中～下旬		中～下旬		上～中旬						
				事業見込調査		見込調査提出期限		交付申請額の内示						
				※31年度の納付金算定のため調査するもの				※支払いは翌年度になる						

(注)現時点の案であり、今後変更がありえる。

- 国庫負担金等のうち、定率国庫負担の当初交付申請については、国から都道府県に対し、概算交付額を内示するので、これに基づいて、従前の申請手続きにより行っていただく予定。(調交も従前同様の予定。)
- また、確定数値に基づく変更交付申請や実績報告については、従前どおり、市町村から必要情報を都道府県に上げていただき、これを事業報告システム内で自動集計した上で、申請書類を作成いただく予定である。このため、平成30年中にシステム改修を行うこととしている。
- 申請に必要な情報を都道府県に提供する市町村の事務は、現行と変わらないものと考えている。
- 詳細なシステムの操作手順等については、各地域のベンダーの協力を得て、操作マニュアル等として都道府県・市町村に提供する予定。

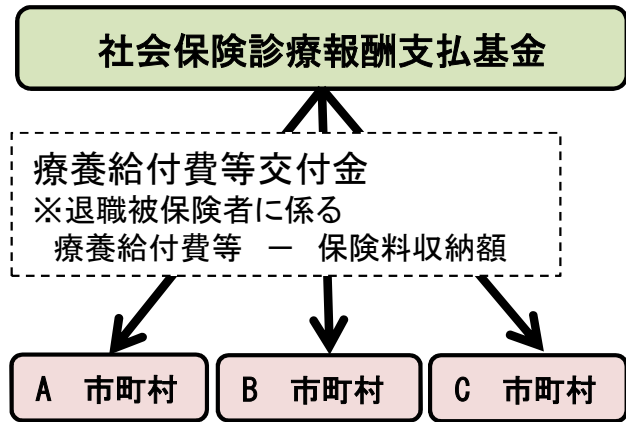
療養給付費等交付金の精算等

療養給付費等交付金の取扱い(平成30年度)

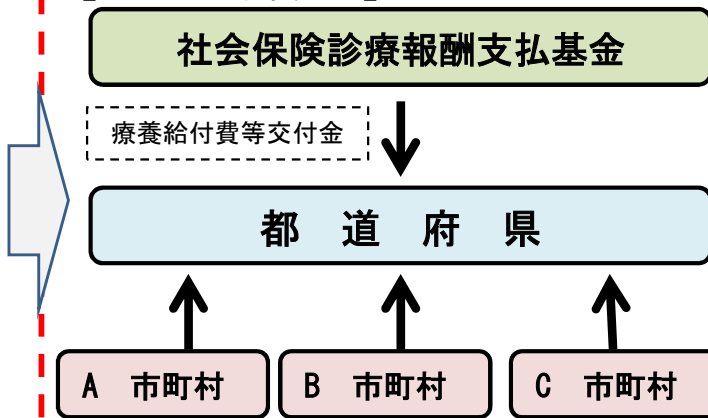
- 平成30年度までは、改正法附則第14条第1項の規定に基づき、従前どおり、**支払基金と市町村との間で、平成29年度分の療養給付費等交付金の調整**を行う。このため、都道府県は、平成29年度分の療養給付費等交付金に係る調整額を納付金に含める必要はない。
- このため、平成30年度分から都道府県に交付される療養給付費等交付金の第5期(9月)の概算交付額との調整を行うことはできず、原則どおり、交付金不足の場合は支払基金から市町村へ不足額を交付し、交付金超過の場合は、市町村が平成29年度に受取済の療養給付費等交付金を支払基金へ還付する(市町村は過去の返還金額を踏まえ予算措置が必要)。
- 平成30年度分の療養給付費等交付金からは、**支払基金と都道府県との間で、交付・調整**を行う。ただし、療養給付費等交付金は、退職被保険者等に係る療養給付費の実績額から、退職被保険者等から収納した保険料額との差額(基準収納割合まで、**保険料額は過年度分を含む。**)を対象として交付されるため、納付金額に満たない分の保険料相当額を一時的に財政安定化基金から貸付金として受けたとしても、必ずしも保険料を財源として返済する必要はないため、**都道府県と市町村との間で、市町村の退職被保険者等に係る保険料収納実績に基づき、翌々年度の納付金額との精算を可能**とする。
- 平成30年度分の療養給付費等交付金が交付金超過の場合の平成31年度における調整は、調整する額が第5期の概算交付額より小額の場合、都道府県から支払基金への申し出により調整することができる。

● 療養給付費等交付金(改正法附則第14条、改正国保法附則第7条)

【～平成29年度】※平成29年度分の精算額を含む



【平成30年度～】



	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度
交付	A市 B町 C村 ○ ○ ○	A市 B町 C村 ○ ○ ○	A県 ○	A県 ○	A県 ○
調整	(27年度分) A市 B町 C村 ○ ○ ○	(28年度分) A市 B町 C村 ○ ○ ○	(29年度分) A市 B町 C村 ○ ○ ○	(30年度分) A県 ○	(31年度分) A県 ○

当該市町村の過去3年平均の収納率(基準収納割合)

全国平均の収納率(平均収納割合)



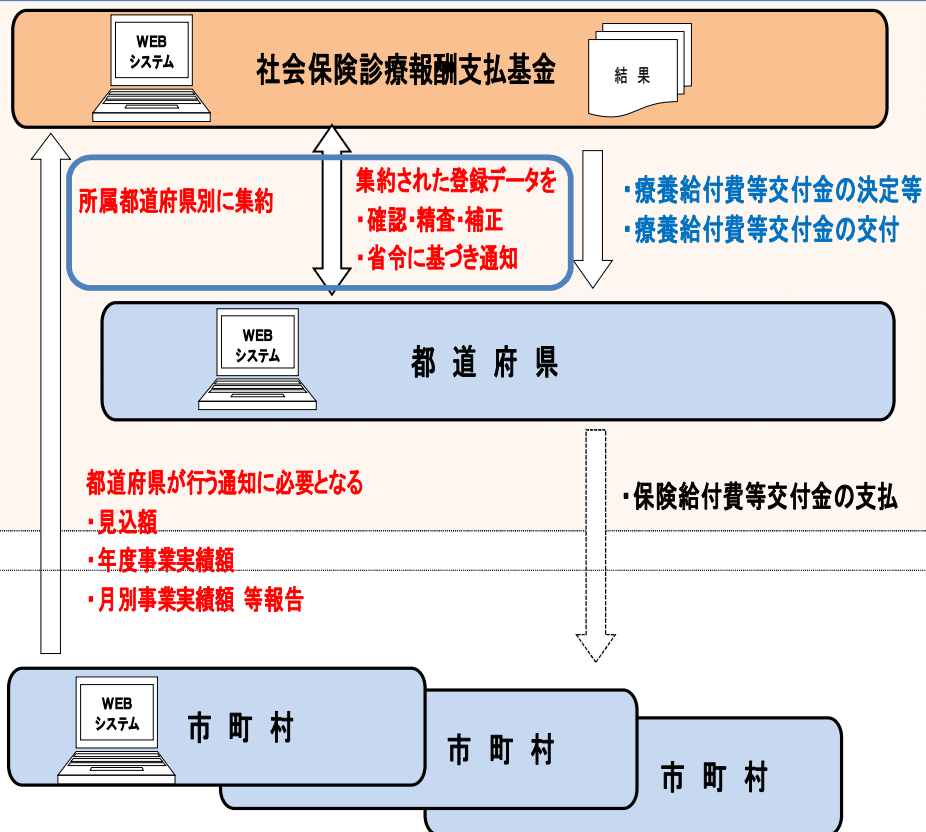
保険料の収納実績が基準収納割合に満たない分は、財政安定化基金の貸付金を活用し、返済に保険料を充てる。

保険料の収納実績が納付金額に満たなくても、基準収納割合までは、療養給付費等交付金が交付されるため、市町村は、納付金の納付のため一時的に財政安定化基金の貸付金を活用したとしても、返済に保険料を充てる必要がない。

平成30年度以降の療養給付費等交付金事務について

- 平成29年度までは、市町村と社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」。）との間で当該事務を行ってきたが、平成30年度以降は都道府県と支払基金との間で事務を行うこととなる。【国保法附則第7条、第15条】
（平成29年度以前分の交付金にかかる精算等事務については、なお従前の例とする。）【改正法附則第14条】
- 都道府県は、平成30年度以降、新たに、市町村から退職被保険者等にかかる各種データの報告を受け、それを集約・確認し、支払基金に報告する事務が発生する。このため、市町村の報告期限は現行より早まるが、退職被保険者等数が減少することを考慮して、スケジュールを設定。※人数は対前年度で、29年度約3割減、30年度約6割減、31年度約8割減、で推移する見込み。
市町村においては、制度上、これまでの支払基金との間の事務が都道府県に置き換わることになるが、実務上は支払基金のWEBシステムに報告データを登録する。

平成30年度以降の療養給付費等交付金事務の流れ



◎ 都道府県が行う集計作業において、効率的な事務が行えるよう、既存の仕組みを利用して、

- ①市町村は、従前通り、支払基金のWEBシステムを活用し、報告データを登録
- ②支払基金のシステム上で、市町村の登録データを都道府県別に集約
- ③都道府県は、集約された登録データを確認・精査・補正し、WEBシステムにより支払基金に通知

上記の対応ができるよう省令等を改正予定。（療養給付費等交付金は、支払基金から都道府県に交付。）

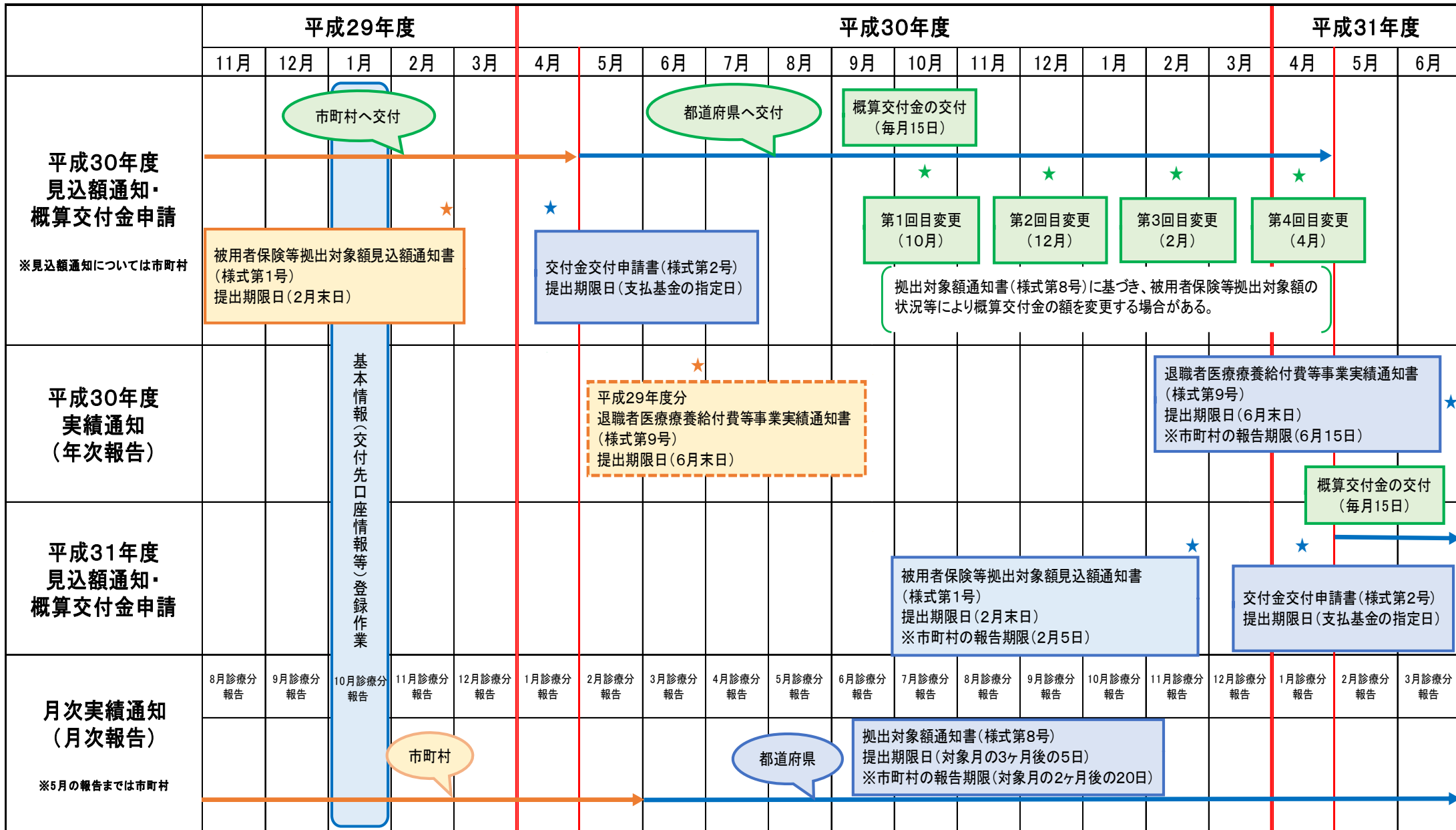
※ 左記青枠内の集計業務をこれまでどおり支払基金が行い、支払基金から集計結果の提供を受けることで都道府県事務の効率化を図る。

・支払基金は、支払基金が定めた登録期限までに登録のあった市町村データ分の集計業務を行い、都道府県に情報提供する

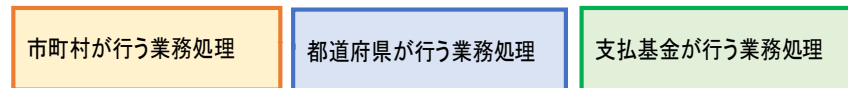
◎ 都道府県においては、管内市町村が支払基金の定めた登録期限までに提出するよう指導いただく必要がある。

・都道府県は、その集計結果を確認・精査・（修正）し、支払基金に通知

平成30年度療養給付費等交付金事務スケジュール(イメージ)



- ※1.市町村は、都道府県が上記スケジュールにある期限までに通知できるよう、支払基金の指定する期日までに報告データを登録する。
支払基金は、指定日までに都道府県に集計データを提供する。
- ※2.平成30年度実績が確定後、交付金の過不足により、追加交付・返還等精算事務が発生する。
- ※3.支払基金は、必要に応じて都道府県及び市町村に照会・確認等を行う。



上記のとおり、市町村の報告期限が2週間程度早まることに留意。

退職被保険者等に係る国保事業費納付金の市町村別精算方法

- 療養給付費等交付金は、退職被保険者等に係る療養給付費の実績額から、退職被保険者等から収納した保険料額との差額が交付されるため、退職被保険者等に係る国保事業費納付金分は、当該市町村の療養給付費実績及び保険料収納実績に基づき、翌々年度の納付金額との精算を可能としている。
- 退職被保険者等に係る納付金の精算方法については、翌々年度の納付金に関わらず、以下のいずれのケースも考えられるため、都道府県と市町村の協議により決定する必要がある。なお、一般被保険者に係る納付金に加減算することはできないことに留意。

●平成30年度における退職被保険者等に係る国保事業費納付金の個別精算方法（例）

国保事業費納付金<保険料収納見込額の場合等 ＝療養給付費等交付金が減少	国保事業費納付金>保険料収納見込額の場合等 ＝療養給付費等交付金が増加
<p>保険料収納見込額の増加等に伴う支払基金による変更算定により、年度途中で療養給付費等交付金の減額補正を行うことが基本。</p> <p>①都道府県は、対象市町村の国保事業費納付金を年度途中(30年度又は31年度)に増額補正し、保険料収納(見込)額に合わせる。</p> <p>②療養給付費等交付金の減少による収入不足額分については、都道府県が</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当該年度(平成30年度)に財政安定化基金を取り崩して補填、あるいは、 ・一般被保険者に係る納付金の過剰が見込まれる場合には、当該余剰額を流用して補填、等を行い、取崩相当額等は対象市町村からの徴収金により賄う(基金の貸付に該当せず償還にあたらぬ)。 	<p>保険料収納見込額の減少等に伴う支払基金による変更算定により、年度途中で療養給付費等交付金の減額補正を行うことが基本。</p> <p>①都道府県は、対象市町村の国保事業費納付金を年度途中(30年度又は31年度)に減額補正し、保険料収納(見込)額に合わせる。</p> <p>②都道府県が療養給付費等交付金の増加による収入超過額分を翌年度(平成31年度)に繰越す。</p> <p>当年度(30年度)、当該市町村が、保険料収納不足により、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・財政安定化基金の貸付を受けていた場合には、都道府県が交付金の繰越金を財政安定化基金への償還財源に活用、あるいは、 ・財政調整基金等を活用していた場合には、都道府県が翌々年度(32年度)の対象市町村の国保事業費納付金額を減額、等を行う。

※ 療養給付費等交付金は、翌年度に交付額を確定し、精算(返還・追加交付)を行う。また、当年度内にも変更算定(4回)を行い、当初概算額の全国合計額の範囲内で、都道府県毎の当初概算額の増減調整を行う。その際、都道府県の増額変更については、他都道府県の減額変更分を財源に充てるため、減額変更額の範囲内での調整となる。なお、都道府県は、市町村毎に退職分に係る納付金の個別精算を行う場合、市町村別の交付額の内訳を把握する必要がある。

10.都道府県単位の資格管理・ 高額療養費の該当回数を通算

都道府県単位での資格の管理について

【改正事項のポイント】

○ 改正後においては、被保険者が同一都道府県内の他の市町村へ転出した場合には、資格は継続する。

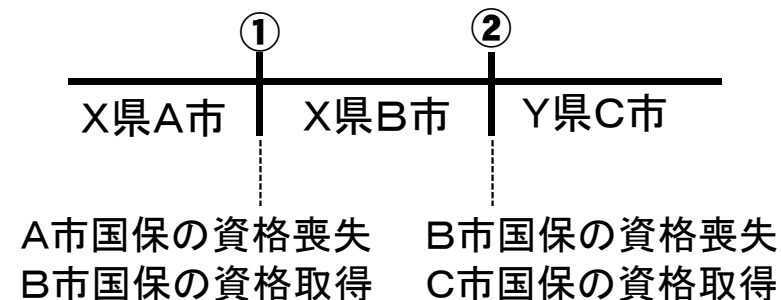
* 転入日＝資格取得年月日とならないため、住基法施行令を改正し、転入届の付記事項に資格取得年月日を記載。

○ ただし、転入後の市町村において、改めて被保険者証を交付する。(転出時は被保険者証を返還する。)

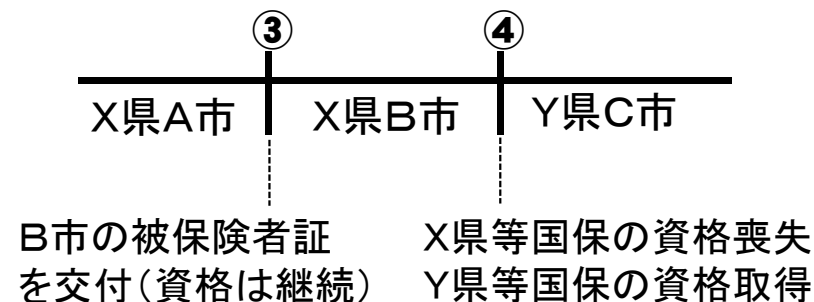
* 資格管理の法的主体は市町村

※新制度施行後の一定の期間(一斉更新時期を目安)においては、従来の被保険者証を使用することができるよう省令に経過措置を設けている。

改正前



改正後



現行(省令様式)



改正案

国民健康保険被保険者証	有効期限 年 月 日	●●都道府県国民健康保険被保険者証	有効期限 年 月 日
記号	番号	記号	番号
氏名	性別	氏名	性別
生年月日	年 月 日	生年月日	年 月 日
資格取得年月日	年 月 日	適用開始年月日	年 月 日
交付年月日	年 月 日	交付年月日	年 月 日
世帯主氏名		世帯主氏名	
住所		住所	
保険者番号		保険者番号	
保険者名	印	交付者名	印

＜転入届に資格取得年月日を記載できるようにするための対応例＞

○ 平成30年4月1日以前に交付された被保険者証には、資格取得年月日が記載されているため、基本的にその日付を転入届の付記事項に記載してもらうよう周知。

※省令上、資格取得年月日を適用開始年月日と読替。

○ 都道府県内住所異動以外の場合には、適用開始年月日＝資格取得年月日となる旨を周知しつつ、同一県内の住所異動の場合には転入届の付記事項に資格取得年月日を記載する必要があることと併せて、資格取得年月日を納入通知等に記載して定期的に周知。

○ 被保険者が転入届に資格取得年月日を付記できるよう、希望に応じて、転出地市町村は「資格取得年月日を証する書類」を交付。
※情報集約システムに個人単位の書類を作成する機能を実装。 81

同一都道府県内市町村間の住所異動に伴う多数回該当の引継ぎ

- 平成30年度以降は、都道府県も国民健康保険の保険者となることに伴い、市町村をまたがる住所の異動があっても、それが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には、平成30年4月以降の療養において発生した転出地における高額療養費の多数回該当に係る該当回数を転入地に引継ぎ、前住所地から通算して被保険者の負担軽減を図る。
- 新制度施行後は平成30年4月以降の都道府県内における該当回数を市町村間で連続して通算するが、市町村内における直近12月間中の該当回数は、従前の例により平成30年3月以前分も連続して通算する。

同一都道府県内市町村間住所異動に伴う高額療養費多数回該当の判定の場合

平成29年度					平成30年度				
		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月
A県	A市				①			③	④
	B市					②			
C県	C市						①		

新制度施行

県内で通算されて多数回該当（4月目）

新制度施行前後をまたがる場合

平成29年度					平成30年度				
		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月
A県	A市			①				④	
	B市				①		②		④
C県	C市					①			

県内で通算されて多数回該当（4月目）

市町村単位においては従前の例により、新制度施行前分も通算されて多数回該当（4月目）となる⁸²

世帯の継続性の判定基準の設定状況

- 平成30年度以降、高額療養費の多数回該当に係る該当回数を転入地市町村に引継ぐため、県内で統一的に公平な判定が行われるよう、都道府県単位で「世帯の継続性」の判定基準を統一するとともに、判定基準については被保険者に事前に丁寧に周知しておくことが必要。

※市町村は、被保険者に、省令に定められる世帯主の変更届の提出期限(2週間)についても、周知しておくことが必要。

I 単なる住所異動等の一の世帯のみで完結する住所異動の場合には、家計の同一性、世帯の連続性があるものとして、世帯の継続性を認める。

- 一の世帯で完結する異動とは、次のいずれかに該当するものとする。

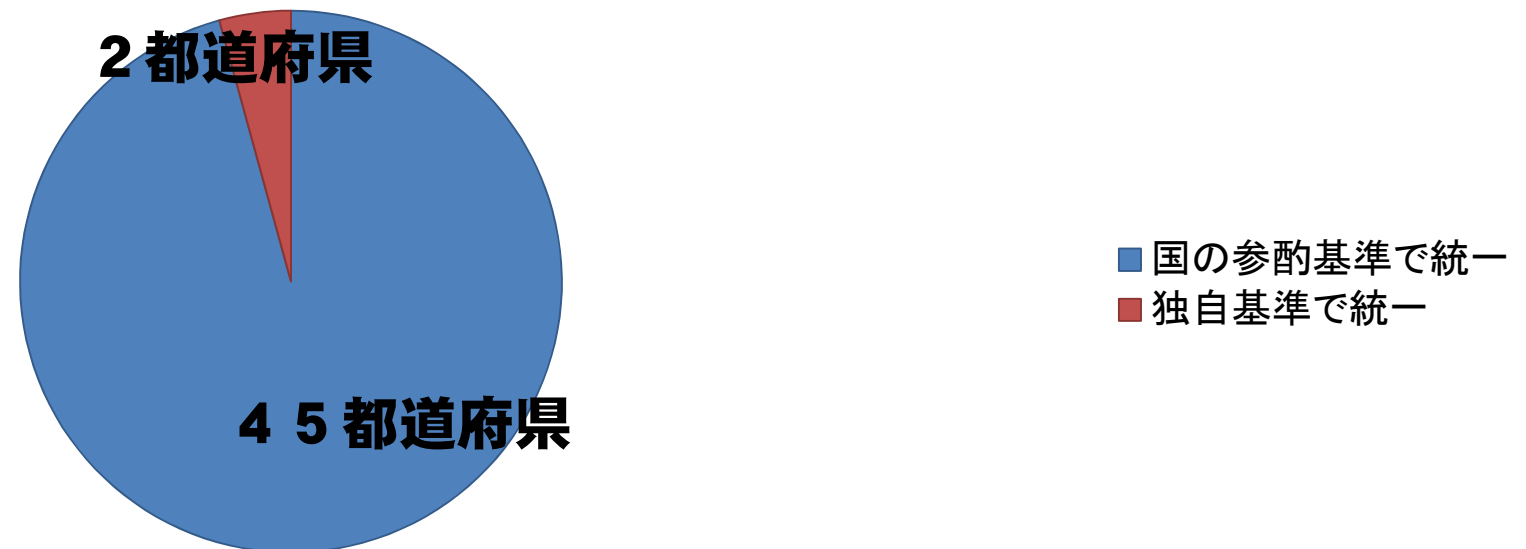
(1)他の国保被保険者を含む世帯と関わらず、当該世帯内の国保被保険者の数が変わらない場合の住所異動。

具体的には、転入及び世帯主の変更を想定。

(2)他の国保被保険者を含む世帯と関わらず、資格取得・喪失による当該世帯内の国保被保険者の数の増加又は減少を伴う場合の住所異動。

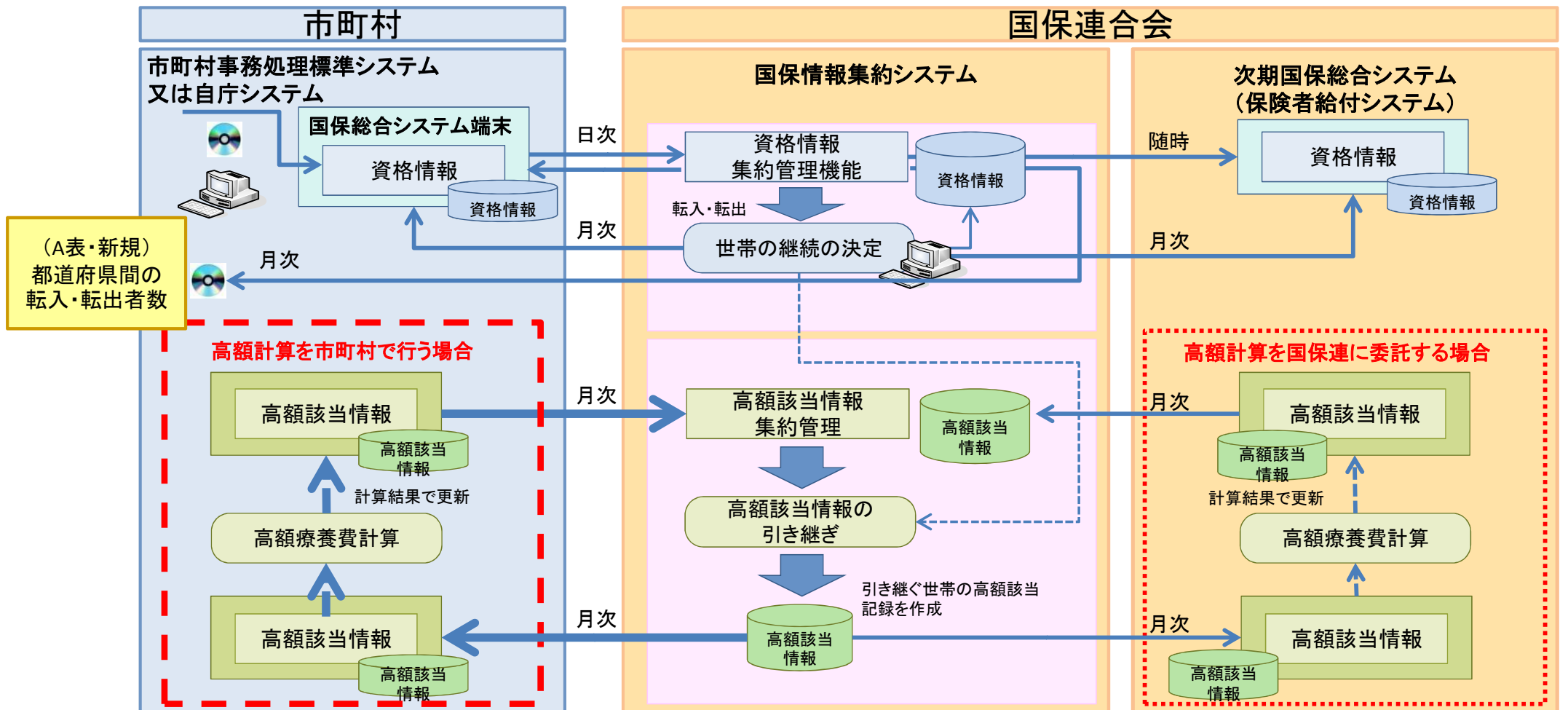
具体的には、出生、社会保険離脱、生活保護廃止等による資格取得又は死亡、社会保険加入、生活保護開始等による資格喪失を想定。

II 世帯分離、世帯合併による一の世帯で完結しない住所異動（他の世帯からの異動による国保被保険者の数の増加や、他の世帯への異動による国保被保険者の数の減少をいう。）の場合には、異動後の世帯主が異動前に世帯主として主宰していた世帯との継続性を認める。



国保情報集約システムの機能概要と資格情報等のセットアップ

- 都道府県単位で資格や高額療養費の管理を行うため、国保情報集約システムをする。市町村は、資格情報を日次で、高額療養費情報を月次で連携する。国保情報集約システムの管理運営は、都道府県内全ての市町村が、国保法第113条の3(29年度は改正法附則第9条(準備行為))に基づき、平成29年度の運用テスト開始までに、国保連合会と共同委託契約を締結。
- **運用テスト第1弾(平成29年6月～11月)「資格管理等」に係る運用テスト**
同一県内の市町村間における、資格取得・喪失年月日の引継ぎや、世帯の継続性の判定結果の連携に関する運用テストは、11月末までに終了。なお、**クリティカルエラーやマイナンバーの未設定の被保険者数がある場合には2月末までに解消。**
- **運用テスト第2弾(平成29年12月～30年2月)「高額該当情報の引継」に係る運用テスト**
- **データセットアップ(平成30年3月15日までの完全同期化) ⇒ 以後、4月以降と同様に、日次で異動情報の連携が基本。**



住所地特例者等に係る個人番号の取得について

- 平成30年度から国保情報集約システムにおいて、個人番号を含む資格情報を同一都道府県単位で集約し、被保険者IDと紐付けて資格管理等を行うため、被保険者の個人番号の取得を不可欠な仕組みとしている。
- 各市町村では、住民基本台帳と連動して、基本的に個人番号を取得できているが、住所地特例者等の住民基本台帳に登録されていない被保険者（以下「住登外被保険者」という。）については、各市町村や住登外被保険者の状況等に応じて、以下いずれかの方法により、30年2月までに個人番号を取得する。

取得方法1 被保険者本人に個人番号の提供を依頼する。（番号法第14条第1項）

取得方法2 地方公共団体情報システム機構に機構保存本人確認情報の提供を依頼する。（同条第2項）

（1）機構保存本人確認情報の提供を一括して依頼する方法

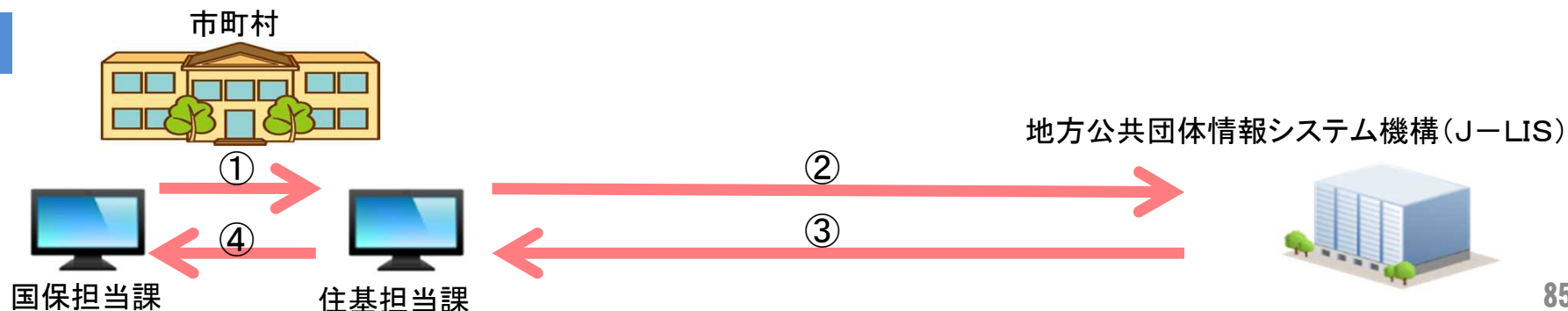
検索条件とする基本4情報を複数件格納した照会要求ファイルを作成して、複数件まとめて照会を行う。照会要求ファイル※は媒体に出力して統合端末またはCS（コミュニケーションサーバ）に移入し、照会結果ファイルは統合端末またはCSから媒体に移出する。

※詳細については、住基担当課に配布されている「一括提供方式による本人確認情報の利用外部インターフェース仕様書（市町村版）」を参照。

（2）住基ネットの統合端末を使用して、機構保存本人確認情報の提供を受ける方法（即時提供可能）

住基ネットの統合端末を使用して、基本4情報（氏名、住所、性別、生年月日）を検索条件として画面から入力し、1件ずつ本人確認情報の照会を行う。

一括提供の場合



11.国民健康保険標準事務処理システム の施行準備・機能改善等

国保標準事務処理システムに係る平成30年度以降の主な対応事項(予定)

○ 標準システムについては、平成29～31年度において、制度改革等も含めて以下の機能改善等を予定。

システム名	主な課題	検討内容	着手時期 (予定)	リリース 目標時期
国保事業費納付金等 算定標準システム	算定方法見直し の対応	(1) 賦課限度額控除後所得の算出方法の改善 (2) 交付した財政安定化基金の市町村別補填額の算出 等	30年度 30年度	31年度 30年度
情報集約システム	個人番号関連	(3) 被保険者証記号番号の付番ルールの一統化 (4) 中間サーバーとの連携 (5) 全国一意の都道府県被保険者ID (6) 被保険者証への個人IDの表記連携 等	30年度以降 検討中 29年度 30年度	検討中 検討中 30年度 30年度以降
市町村事務処理標準 システム	制度改革対応	(7) 年間上限対応 (8) 高額療養費・高額介護合算療養費の70歳以上現役並み 所得者の自己負担限度額3区分化 (9) 居住費・食費対応 等	29年度 30年度 29年度	30年度 30年度 29年度
	運用改善対応	(10) 高齢者の高額療養費の支給申請の手続の簡素化 (11) 住民税の改正対応(非上場株式、特例適用利子等) (12) 医療費通知の所得控除への活用	29年度 29年度 29年度	30年度 29年度 29年度
	導入(標準化)の 推進	(13) 導入推進、クラウド化推進体制の構築支援 (14) 政令市対応 等	29年度 検討中	30年度 検討中
	その他	(15) 納付金算定システムや国保情報集約システムの改修 と連動した改修 等	必要に応じ	必要に応じ
国保総合システム		(16) 都道府県による縦覧・横覧点検等 (17) 結核・精神に該当する医療費の把握 等 ※市町村標準システムと同様の対応は記載していない。	30年度 検討中	30年度 検討中

国保事業費納付金等算定標準システムの改善案件について(案)

- 国保事業費納付金等算定標準システムについては、前頁のほか、これまでの都道府県からの要望を踏まえた以下の内容を運用改善として、平成30年9月に提供できるよう検討中。
- また、29年12月に行った都道府県ニーズ調査の結果を踏まえ追加改善内容も併せて検討中。

平成30年9月リリース予定	運用改善の概要(案)
財政安定化基金の拠出金額の按分に係る改善	市町村の特別な事情により、保険料収納不足額の1/2以内の額を財政安定化基金から交付した場合に、交付による毀損分の1/3の額を県内市町村で按分して積み立てる運用に対応するための改善 等
予備項目加減算の自動連携	納付金等の算定において、予備項目一括登録ツールを活用して、加減算している項目について、ツールを使わずに、納付金システム内で自動的に連携可能な仕組みとする改善
国保事業報告システムの改修対応(事業月報・年報等の様式変更)	介護保険第2号被保険者が属する世帯数、特定世帯数及び特定継続世帯数を国保事業報告システム連携ファイルのインタフェース項目に追加し、納付金算定に活用できるようデータを蓄積する等の改善(平成32年度から推計に活用)
システム操作性等の改善	国保事業費納付金算定に使用する外付けツールのシステム化
統一保険料率を算定するための改善	統一保険料率の算定に対応するため、市町村ごとの納付金基礎額算出後の加減算項目を保険料収納必要総額算出時の加減算項目として自動反映する仕組みとする改善
新規帳票の作成(検討中)	29年12月に行ったニーズ調査の結果も踏まえて今後検討

○ 平成30年度の機能改善案件対応スケジュール

		平成29年度				平成30年度					
		12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
イベント					◎基本設計完了予定 (機能改善①)	◎基本設計完了予定 (機能改善②)					◎機能改善版 リリース
平成30年度の 機能改善案件	機能改善① (当初予定分)	要件定義・基本設計		詳細設計・プログラム製造			結合 テスト	総合 テスト	リリース 準備		
	機能改善② (ニーズ調査分)	ニーズ調査 案件整理(※)		要件定義・ 基本設計	詳細設計・ プログラム 製造		結合 テスト	総合 テスト	リリース 準備		

(※)当初予定分の機能改善①に含まれるニーズについては、機能改善①にて対応予定。また、その他のニーズについては、今後改善要否および対応時期も含め検討する。 88

市町村事務処理標準システムにおける今後の主な対応事項(予定)

<平成30年2月リリース予定分>

No.	案件	主な内容	法令等の根拠	リリース時期	市町村への財政支援
1	高額療養費支給申請簡素化	<ul style="list-style-type: none"> 支給申請を簡素化する世帯抽出機能の追加 支給申請を簡素化する世帯への継続した支給処理対応 	通知済み H28年12月20日発出	H30年2月	-
2	高額療養費制度見直し(平成29年8月施行分)	<ul style="list-style-type: none"> 70歳以上の算定基準額の引き上げ、および一般所得者の対数回該当の算定基準額の新設に伴う高額療養費計算機能の見直し 	通知済み H28年12月22日発出	H30年2月	29年度特調で財政支援を予定。
3	住民税法改正	<ul style="list-style-type: none"> (H29年度)特定中小株式に関する所得計算等の対応 (H30年度)特例適用利子等所得/配当等所得に関する所得計算等の対応 	通知済み H28年12月26日発出	H30年2月	-
4	医療費通知改定	<ul style="list-style-type: none"> 医療費通知への「被保険者又はその被扶養者が支払った医療費の額」の出力機能の追加 医療費通知の出力単位(個人・世帯)の選択機能の追加 医療費通知のオンライン画面からの出力機能の追加 	通知済み H29年3月31日発出	H30年2月	-
5	性同一性障害の通称名表記	<ul style="list-style-type: none"> 性同一性障害者の通称名情報管理機能の追加 被保険者証(表面)等における通称名出力機能の追加 	通知済み H29年8月31日発出	H30年2月	-
6	事業月報・年報の変更に伴う対応	<ul style="list-style-type: none"> 介護保険2号世帯数、特定世帯数・特定継続世帯数、他県からの転入(転出)など事業月報A表への項目追加 介護保険2号世帯数、特定世帯数・特定継続世帯数、他県からの転入(転出)について、集計処理の追加 	未通知	H30年2月(予定)	-
7	資格取得年月日の通知対応	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者の資格取得年月日を被保険者証の交付通知や保険料の納入通知書へ出力する対応 (※ただし、出力する帳票については、現在検討中) 	未通知	H30年2月(予定)	-

※制度運用上、必須でないシステム改修については、財政支援の対象としないことを原則。

市町村事務処理標準システムにおける今後の主な対応事項(予定)


<平成30年5月リリース予定分>


No.	案件	主な内容	法令等の根拠	リリース時期	市町村への財政支援
1	高額療養費制度見直し(平成30年8月施行分)	<ul style="list-style-type: none"> 現役並所得者の所得区分の細分化に伴う所得区分判定機能および限度額認定申請機能(細分化される区分に応じた限度額認定証の交付対応)の見直し 現役並所得者の所得区分の細分化に伴う高額療養費計算機能および高額介護合算療養費計算機能の見直し 	通知済み H28年12月22日発出	H30年5月(予定)	30年度特調で財政支援を予定。
2	高額療養費制度見直し(年間外来合算対応)	<ul style="list-style-type: none"> 高額療養費(外来年間合算)の算定機能の追加 高額療養費(外来年間合算)の勧奨機能の追加 	通知済み H28年12月22日および H29年12月4日発出	H30年5月(予定)	30年度特調で財政支援を予定。

※制度運用上、必須でないシステム改修については、財政支援の対象としないことを原則。

なお、限度額認定証については、下図のように、下の2区分について、下から「現役並みⅠ」、「現役並みⅡ」という5文字の表記となる。

【限度額認定証レイアウト(案)】

中央県 国民健康保険限度額通用認定証							
有効期限	平成 31年 7月 31日						
交付年月日	平成 30年 8月 1日						
記号	中央A 番号 11111111						
世帯主	住所 中央県A市B町1丁目2番地3456号 中央マンション 701号室						
氏名	国保 太郎 男						
適用対象者	氏名 国保 次郎 男						
生年月日	昭和 48年 1月 1日						
有効期日	平成 30年 8月 1日						
適用区分	現役並みⅠ						
保険者番号並びに交付者の名称及び印	<table border="1"> <tr><td> </td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td></tr> </table> A市 		9	9	9	9	9
	9	9	9	9	9		

中央県 国民健康保険限度額通用認定証							
有効期限	平成 31年 7月 31日						
交付年月日	平成 30年 8月 1日						
記号	中央A 番号 11111111						
世帯主	住所 中央県A市B町1丁目2番地3456号 中央マンション 701号室						
氏名	国保 太郎 男						
適用対象者	氏名 国保 次郎 男						
生年月日	昭和 48年 1月 1日						
有効期日	平成 30年 8月 1日						
適用区分	現役並みⅡ						
保険者番号並びに交付者の名称及び印	<table border="1"> <tr><td> </td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td></tr> </table> A市 		9	9	9	9	9
	9	9	9	9	9		

市町村事務処理標準システムの導入とクラウド利用

(市町村事務の標準化・効率化・広域化を進めるための多様な選択肢)

共同処理 (共通化・共同事業)	共同処理 (広域化)	共同利用 (クラウド化)	事務の標準化 (市町村標準システム)
<ul style="list-style-type: none"> ● 国保連を活用し、審査支払業務やレセプト点検、損害賠償請求等の事務を共同事業として実施。 ● 次期国保総合システムを活用し、給付事務の共通化等を推進。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 現在、空知、大雪、後志、最上で広域連合を設立し、保険者事務を共同処理。 ● 都道府県が加入する広域連合や一部事務組合を設立することで共同処理の拡大も可能。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 自治体クラウドを構築し、住基や税等の基幹系業務システムと連携して、共同利用(平成26年4月現在、208団体)。 ● 総務省は、データ移行の諸条件をまとめた中間標準レイアウト仕様を提示。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 標準システムは、市町村の国保業務の標準化等を目的として開発。 ● 広域化による共同処理や、クラウド化といった運用形態にも対応可能。

単体の活用でもコスト削減等の効率化効果

標準システムと共同処理等を組み合わせることで、効率化の相乗効果

(29年度導入意向調査)

○ 平成31～35年度の期間中に、市町村事務処理標準システムを導入する市町村については、導入のために生じる基幹系システムの改修経費等に対し、平成30～35年度まで「特別調整交付金」による財政支援を検討(最大10/10)。

市町村標準システム		30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度	36年度以降	時期未定	合計
導入市町村数		254	42	74	67	39	34	8	274	792
共同利用	市町村数	137	16	38	21	11	10	0	72	305
	都道府県数	10	5	13	8	5	6	0	19	29

○ 導入推進・クラウド推進体制への財政支援

- ・ 都道府県が市町村事務処理標準システムのクラウド構成(DBサーバも仮想化)による共同利用を推進する事業推進主体となる場合 かつ
- ・ 事業計画の策定等をはじめとする事業運営を国保連等の事業運営主体に委託し、市町村事務処理標準システムの導入推進とクラウド化の両方を進める場合



委託費(体制構築に係る人件費、説明会の会場費等。クラウド運用に係るランニングコストは除く。)の一部(最大1/2)について、「平成30年度国民健康保険制度関係業務事業費補助金」による財政支援を予定。

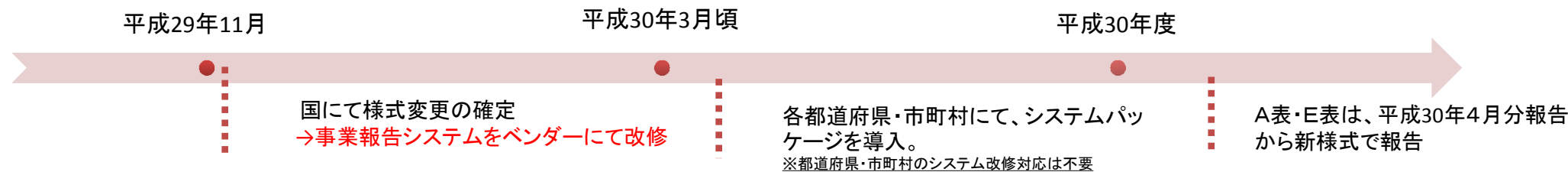
都道府県	共同利用市町村数 (平成30年4月)	都道府県が事業推進主体	事業運営主体
北海道	105	○	北海道国保連合会
東京都	8	—	市町村がクラウドベンダと協議しながら運営
岐阜県	2	—	市町村がクラウドベンダと協議しながら運営
奈良県	3	—	市町村がクラウドベンダと協議しながら運営
愛媛県	2	—	市町村がクラウドベンダと協議しながら運営
福岡県	3	—	市町村がクラウドベンダと協議しながら運営
大分県	8	—	市町村がクラウドベンダと協議しながら運営
沖縄県	1	○	沖縄県国保連合会
計	132	2道県	

12.月報・年報の改正

事業月報・年報の変更に伴う対応について

今般の国保改革に伴い、以下の国保事業月報・年報の様式改正を予定していることから、都道府県及び市町村は、平成29年度中に国保事業報告システムの様式変更の対応を行っていただく必要がある。

<今後のスケジュール>



【月報】

【年報】 ※平成30年度分の年報報告から(対応は平成31年度)

		報告主体	変更の有無
A表 (一般状況)	様式1	市町村	有
	様式7	都道府県	有
C表 (保険給付状況)	様式3関係	市町村	無
	様式9関係	都道府県	無
E表 (退職 一般状況)	様式5	市町村	無
	様式11	都道府県	無
F表 (退職 保険給付状況)	様式6関係	市町村	無
	様式12関係	都道府県	無

		報告主体	変更の有無
A表 (一般状況) ※変更内容は月報と同じ	様式13	市町村	有
	様式19	都道府県	有
B表 (経理状況) ※年報のみ	様式14関係	市町村	有
	様式20	都道府県	有
C表 (保険給付状況) ※報告様式は月報と同じ	様式15関係	市町村	無
	様式21関係	都道府県	無
E表 (退職 一般・経理状況) ※経理状況は年報のみ。 一般状況は月報と同じ報告様式。	様式17関係	市町村	有
	様式23	都道府県	有
F表 (退職 保険給付状況) ※報告様式は月報と同じ	様式18関係	市町村	無
	様式24関係	都道府県	無

※事業報告システムの変更対応に係る経費(ランニングコスト除く)は、国庫補助対象経費として、本年9月に交付決定済み。

事業月報・年報の変更内容について（A表関係）

様式1

国民健康保険毎月事業状況報告書（事業月報）A表
（平成 年度：平成 年 月）

都道府県名					
保険者名					
都道府県・保険者番号		-			

○一般状況

		本月末現在				
		(再掲) 未就学児	(再掲) 前期高齢者	(再掲) 70歳以上一般	(再掲) 70歳以上現役並み所得者	
世帯数		A8				
被保険者数	総数	A16	A120	A151	A121	A122
	退職被保険者等	A20	A123			
	一般被保険者	A36	A126	A152	A127	A128

		本月末現在	
① 介護保険第2号被保険者数	A113	標準負担額の減額状況	A170
① 介護保険第2号世帯数	A○	④	本月末現在

		本月末現在	
② 特定世帯数	A○	世帯の継続性を認めた世帯数 (市町村内転居の場合を除く)	
特定継続世帯数	A○	A○	

被保険者増減内訳	本月中増	③ 転入	(再掲)他県からの転入	社保離脱	生保廃止	出生	後期高齢者離脱	その他	計
		A37	A○	A38	A39	A40	A171	A41	A42
	本月中減	転出	(再掲)他県への転出	社保加入	生保開始	死亡	後期高齢者加入	その他	計
A43		A○	A44	A45	A46	A153	A47	A48	

本月末現在 事務職員数	専任	兼任	計
	A56	A57	A58

<報告するデータについて>
「世帯の継続性を認めた世帯数」以外の項目は、自庁システムから抽出し、「世帯の継続性を認めた世帯数」については、情報集約システムから抽出することを原則とする。
ただし、市町村の自庁システムで、県外・県内異動の区別をしていない場合もあるため、「世帯の継続性を認めた世帯数」以外についても、情報集約システムから提供される情報で報告することも可能とする。

主な追加点

※年報についても変更点は同じ

① 介護保険第2号世帯数

…国保被保険者のうち、介護保険第2号被保険者が属する世帯について報告すること。

② 特定世帯数・特定継続世帯数

…毎月末時点の特定世帯または特定継続世帯について報告すること。

※平成25年4月23日付け事務連絡「特定世帯等にかかる国民健康保険料の軽減特例措置の延長等に関するQ&A問2で示している通り、市町村は、特定世帯又は特定継続世帯の判定をア)賦課期日、イ)賦課期日後に世帯主の変更があった時、ウ)世帯の国保被保険者が国保から後期へ移行する時に実施している。

このことを踏まえ、市町村は、当該判定基準により認める特定世帯又は特定継続世帯の月末時点の数を報告すること。(報告月に新たに判定を行った世帯ではなく、報告月に保険料(税)軽減を行っている世帯とする。)

都道府県においては、①②を国保事業費等納付金算定標準システムに連携するためのインターフェイス変更対応に係る改修も必要。なお、当該改修経費(概算見積額:約216千円(税込))は、平成30年度特別調整交付金にて予算の範囲内で措置予定。

③ 転入／転出

…「転入(A37)」欄には、適用開始を受けた被保険者数を報告し、「転出(A43)」欄には、適用終了を受けた被保険者数を報告すること。

「(再掲)他県からの転入」欄には、県外転入により国保の資格取得をした被保険者数について報告し、「(再掲)他県への転出」欄には、県外転出により国保の資格喪失となった被保険者数について報告すること。

※「(再掲)他県からの転入(転出)」は、適用開始年月日+県外転入(転出)(異動事由)を入力する市町村が報告すること。

これまで、外国人の国保被保険者の異動については、「その他」欄で報告するよう定義していたが、平成30年4月分報告から、以下の取扱いに変更する。

- ・住民基本台帳上に外国人として登録がある国保の被保険者の異動 ⇒ 「転入／転出」欄で報告
- ・上記以外の外国人の国保被保険者の異動 ⇒ 「その他」欄で報告

④ 世帯の継続性を認めた世帯数

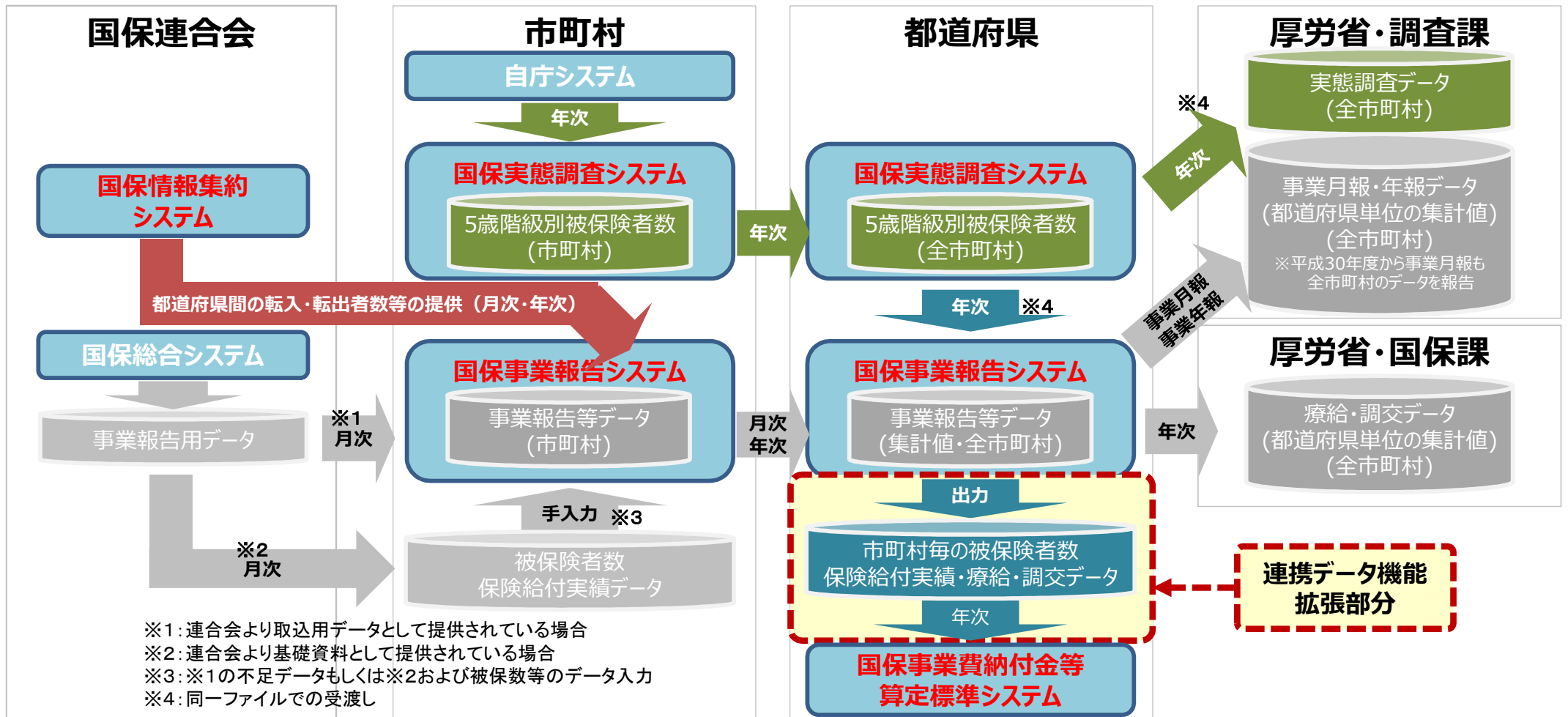
…本月中に新規に世帯の継続性を認めた(判定した)世帯のうち、高額療養費の多数回該当に係る該当回数が引き継がれた世帯数(市町村内転居の場合を除く)について報告すること。

例

※都道府県は、市町村から提出される月報・年報データを集計のうえ、報告すること。また、都道府県は新たに都道府県職員数について報告を求めるよう様式を改正(様式7, 19)

国保事業報告システムとの連携 (イメージ)

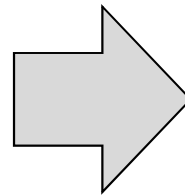
- 市町村は、国保事業報告システムを通じて、被保険者数及び保険給付費の実績データ(月報・年報)を都道府県に送付するとともに、国保実態調査システムから国保事業報告システムに9月末時点の5歳階級別被保険者数(保険者票データ)を取込み、都道府県に送付。
- 都道府県は、事業報告システムの一括出力機能により作成したデータを国保事業費納付金等算定標準システムに取込み、保険給付費推計を行うとともに、国保事業費納付金や標準保険料率を算定。
- 国保連合会は、平成30年4月から、月次・年次で、市町村に対し、①都道府県間の転入転出者数の情報を、平成30年5月から、月次・年次で、市町村に対し、②世帯の継続性が認められた世帯数、③継続性が認められた世帯のうち、多数回該当に係る該当回数が転出地から引き継がれた世帯数、を提供する。これらのデータについては月報・年報の報告にも活用できる。



事業年報様式変更の内容について（B表・E表関係）

様式B表、E表は現在様式改定の検討を行っているところであり、以下の改正を予定している。

			報告主体	変更の有無
年 報	B表 (経理状況)	様式14関係	市町村	有
		様式20	都道府県	有
	E表 (退職 一般・経理状況)	様式17関係	市町村	有
		様式23	都道府県	有



改正内容(案)
<ul style="list-style-type: none"> ・市町村は、会計勘定の変更に伴い、10月30日付けで示した「国民健康保険制度の改正に伴う財務の取扱いについて」に基づき改正する予定である。 ※各市町村の事情により、国が示した会計区分とは異なる区分設定を行う場合であっても、年報報告に備えてあらかじめ整理しておくことが望ましい。
<ul style="list-style-type: none"> ・都道府県は、新設される都道府県特別会計の設置に伴い、都道府県特別会計の収支状況に基づき年報B表を報告していただくことを予定している。 ・改正内容は、10月30日付けで示した「国民健康保険制度の改正に伴う財務の取扱いについて」に基づき改正する予定である。そのため、各都道府県は年報報告を見据えた予算措置を行うようにされたい。 ・また、都道府県は、経理状況の他に都道府県標準保険料率等を毎年報告していただく予定である。
<ul style="list-style-type: none"> ・市町村の経理状況については、B表の改正内容にしたがって改正を行う予定である。
<ul style="list-style-type: none"> ・様式17関係の改正内容に準拠

13. 保険給付費等交付金と直接払の取扱い

改革後の国保財政の仕組み

○ 都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業費納付金の額の決定や、保険給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払う(保険給付費等交付金の交付)ことにより、国保財政の「入り」と「出」を管理する。

※ 都道府県にも国保特別会計を設置

○ 市町村は、都道府県が市町村ごとに決定した納付金を都道府県に納付する。

※ 納付金の額は、市町村ごとの医療費水準と所得水準を考慮

現行

改革後

都道府県の国保特別会計

公費

収入

支出

定率国庫負担
(療養給付費等交付金) 等

保険給付費等交付金

納付金

① 普通交付金

② 特別交付金

市町村の
国保特別会計

市町村の
国保特別会計

A市

公費

収入

支出

保険料軽減 等

- ① 普通交付金
保険給付に必要な費用を、全額、市町村へ交付
- ② 特別交付金
災害等による保険料の減免額等が多額であることや、市町村における保健事業を支援するなど、市町村に特別な事情がある場合に、その事情を考慮して交付

公費

収入

支出

・定率国庫負担
(療養給付費等交付金)
・保険料軽減 等

保険料

保険給付費

保険料

保険給付費

保険給付費等交付金交付要綱(参考例)について

1. 概要

- 都道府県は、県内の市町村の財政状況その他の事情に応じた財政の調整を行うため、保険給付費等交付金を交付する。(法第75条の2)。
- 交付に当たっての実施方法は、都道府県の条例に基づき、要綱等で定める。

要綱例として「国民健康保険保険給付費等交付金交付要綱(参考例)」(平成29年12月26日付け保国発1226第1号厚生労働省保険局国民健康保険課長通知)を示している。以下、当該要綱(参考例)の主な内容及び留意事項を示す。

2. 国民健康保険保険給付費等交付金交付要綱(参考例)の主な内容及び留意事項

- 保険給付費等交付金は、普通交付金及び4種の特別交付金の5メニューに分類(第4条)当該交付金の申請、交付決定等は、メニューごとにそれぞれ行う(第6条、第10条)

交付金の種別ごとに申請時期や交付時期、財源の確保時期が異なることによるもの。

- 普通交付金の費用の範囲を定める(第4条第1項第1号)

普通交付金の範囲(出産育児一時金を含むか否か等)は、当該交付要綱で定める。市町村との丁寧な合意形成が必要。

- **特別交付金のメニューごとの交付額の算出方法等を定める(第4条第1項第2号)**

- ・特別調整交付金分… 国において特別調整交付金の交付基準等に係る通知を別途発出(平成30年12月頃予定)。
※ 特別調整交付金の対象となる保健事業に係る助成基準案(予算成立前のため「案」)及びこれに係る特別交付金としての交付基準例は、国において別途発出(平成30年2月を予定)。
- ・保険者努力支援制度(市町村分)分… 国において保険者努力支援交付金の交付要綱を別途発出(平成30年5月頃予定)。
- ・都道府県繰入金(2号)分… 国において算出基準例等を示す予定はない。
- ・特定健診等分… 国において特定健診等負担金の交付要綱案(予算成立前のため「案」)を別途発出(平成30年2月頃予定)。
※ 特定健診等に係る特別交付金の算出基準例等を国において示す予定はない。

- 保険給付費等交付金の**余剰金は、返還又は当該交付金の額に充当**させる(第13条)

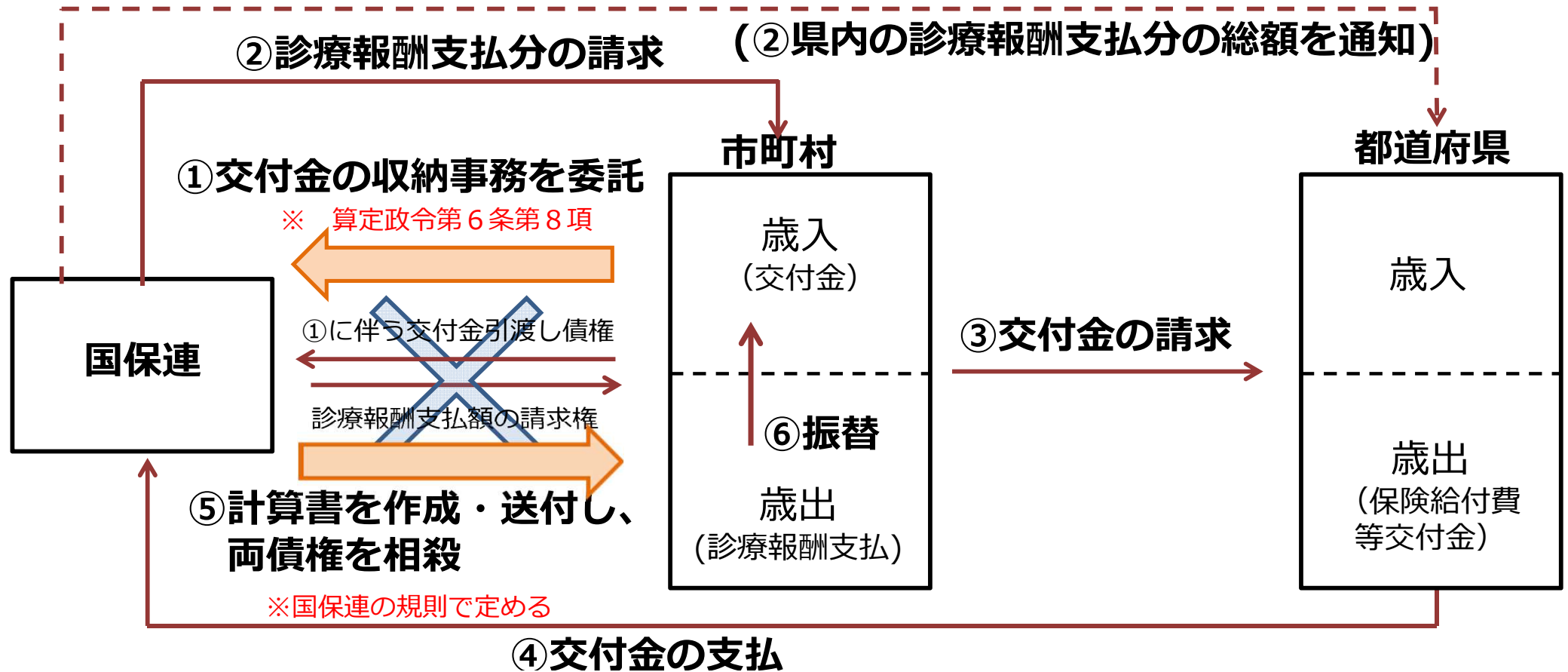
交付金の交付後、余剰金が把握された場合、当該余剰金は都道府県に返還する必要がある。

これに関し、交付金の直接払を採用する都道府県では、余剰金が連合会に発生した場合、交付金等省令第2条第2項の規定に基づき市町村に払い込んだ上、市町村から都道府県に返還すべきところ、事務負担軽減等の観点から、交付金(未交付部分)の額に「充当」できることを規定。

この規定により、年度末処理等の結果、翌年度に発見された余剰金は、当該翌年度の普通交付金の額に充当することができる。

保険給付費等交付金の直接支払について

- 市町村は、国保連に都道府県からの保険給付費等交付金の収納事務を委託し、これにより、国保連に対する保険給付費等交付金の引渡し債権を取得する(①)。 ※ 直接支払いを採用する場合、連合会は収納事務委託に係る規則を定める。
- 国保連は、市町村に対して診療報酬支払い分の請求を行い(②)、都道府県は、市町村からの請求(③)に応じ、国保連に対し保険給付費等交付金を支払う(④)。
 ※ 都道府県の事務の円滑化のため、②と同時に県内の診療報酬支払分の総額を国保連から都道府県に通知することも考えられる。
 ※ 概算払いの場合、②と③の順番は逆転する場合もある。
- 市町村の保険給付費等交付金引渡し債権と国保連の診療報酬支払額の請求権を相殺し(⑤)、市町村は、相殺を契機に、歳出の診療報酬の支払いを歳入の保険給付費等交付金に振替を行う(⑥)。相殺する部分を除く余剰額については、市町村又は当該市町村の指定金融機関等に払い込む。



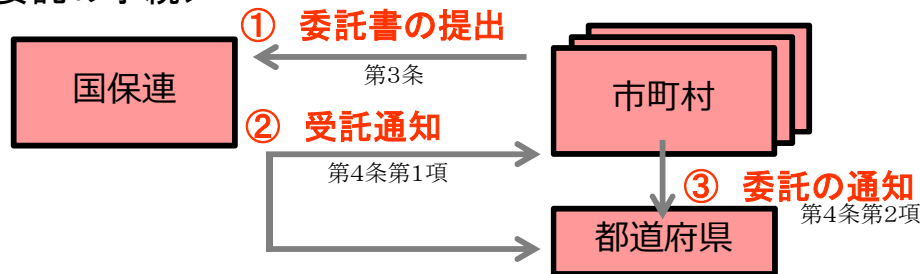
直接払に係る「収納事務委託規則例」(国保連合会規則例)①

1. 根拠法令等

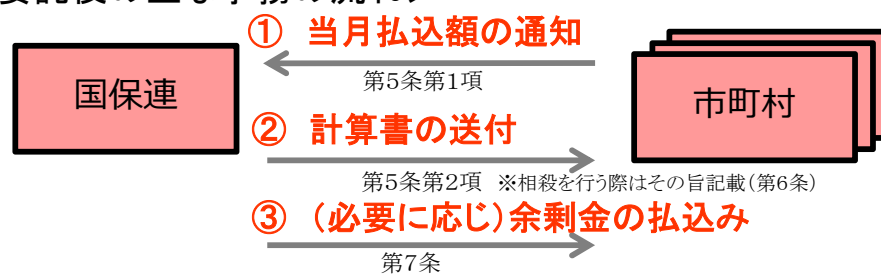
- 市町村は、普通交付金の収納事務について、連合会に対し委託できることとされている(算定政令第6条第8項)。
- 委託方法や収納事務の実施方法について、各連合会の規則で定める。
規則例として「国民健康保険団体連合会普通交付金収納事務規則例」(平成29年12月26日付け保国発1225第2号厚生労働省保険局国民健康保険課長通知)を示している。以下、当該規則例の主な内容及び留意事項を示す。

2. 国民健康保険団体連合会普通交付金収納事務規則例の主な内容及び留意事項

<委託の手續>



<委託後の主な事務の流れ>



- 連合会が行う普通交付金の**収納事務の範囲を規定**すること(第2条)。

連合会がどの費用に係る普通交付金について収納事務を行うか、最大の範囲を規定する。なお、当該範囲を規定する又は範囲を見直すに当たっては、連合会、都道府県及び都道府県内の市町村で事前に協議を行う必要がある。

- 市町村は、収納事務を委託するときは、**連合会に委託書を提出**すること(第3条)。

委託書について、①委託期間を一年間とするもの(様式1-1、毎年委託書提出が必要)と、②委託期間を定めないもの(様式1-2)を示している。これは、都道府県が普通交付金を複数月分連合会に概算払し、市町村ごとの内訳を示さない場合における第5条第2項の計算書に記載する相殺後の交付金残額(都道府県単位での総額)について、

- ①の委託書方式とする場合、委託書に記載する市町村ごとの「交付見込額」に応じて按分することが考えられ、
- ②の委託書方式とする場合、第5条第1項の「支払うべき診療報酬等の額」に応じて按分することが考えられる、ことによる場合分け。

- 市町村から委託書の提出があった場合、連合会は受託した旨を市町村及び都道府県に**通知**すること(第4条)。

市町村への通知の様式については、委託書と同様2種類を示している。都道府県への通知については、「受託期間の指定の『有 無』×「各市町村分ごとに受託を通知するか、複数の市町村分まとめて通知するか」で、計4種類示している。

直接払に係る「収納事務委託規則例」(国保連合会規則例)②

- 市町村は、連合会に対し、その月に市町村が連合会に払い込むべき診療報酬等の額を通知すること(第5条第1項)。

診療報酬等の額と普通交付金の額との相殺は、それらの確定額を双方が認識したうえで行う必要があるため。

- **連合会は、市町村に対し、診療報酬等の額及び普通交付金の額を記載した計算書を送付すること(第5条第2項)。**

計算書について、

- ・A案(様式5-1)は、普通交付金が複数月分まとめて概算払いされる場合(相殺後に交付金残額が連合会に残る場合)等を、
- ・B案(様式5-2)は、普通交付金が毎月支払われる場合(確定払・概算払)等を、一般的に想定。

- **連合会は、普通交付金の額と診療報酬等の額とを相殺**できること(第6条第1項)。

相殺できる診療報酬等の額は、連合会が審査支払事務の委託を受けているもののうち、現物給付に係る額に限られる。

- 連合会が上記の**相殺を行うときは、計算書にその旨記載**すること(第6条第2項)。

当該記載をもって相殺が成立する。

- 連合会は、相殺してなお普通交付金に係る余剰金がある場合、交付金等省令第2条第2項に基づき、市町村に対し当該余剰金を払い込むこと(第7条第1項)。ただし、**都道府県の国民健康保険給付費等交付金交付要綱**(以下「交付要綱」という。)に基づき**普通交付金の額に当該余剰金の額を充当する場合にはこの限りでない**こと(同項ただし書)。

国が示す交付要綱例に倣えば、交付要綱において、余剰金が発生する場合に(翌年度等の)保険給付費等交付金に充当する旨規定される。当該規定がある場合には、第7条第1項ただし書のような規定を設けることにより、市町村への余剰金払込みを省略することができる。なお、直接払を導入する都道府県においては、当該余剰金の取扱いについて、連合会とよく協議する必要がある。

- 収納事務に関する委託契約は、市町村・連合会双方から解除することができること(第8条第1項及び第2項)。

まず相手方に申し出を行い、協議の上、解除すること。解除した者は、当該解除の事実を都道府県に対し通知すること。

- 連合会は、収納事務に係る委託料又は手数料を徴収できること(第10条第1項)。

委託料又は手数料は徴収しないこととすることもできる。

14. 都道府県による給付点検と 不正利得回収

都道府県による給付点検調査（概要）

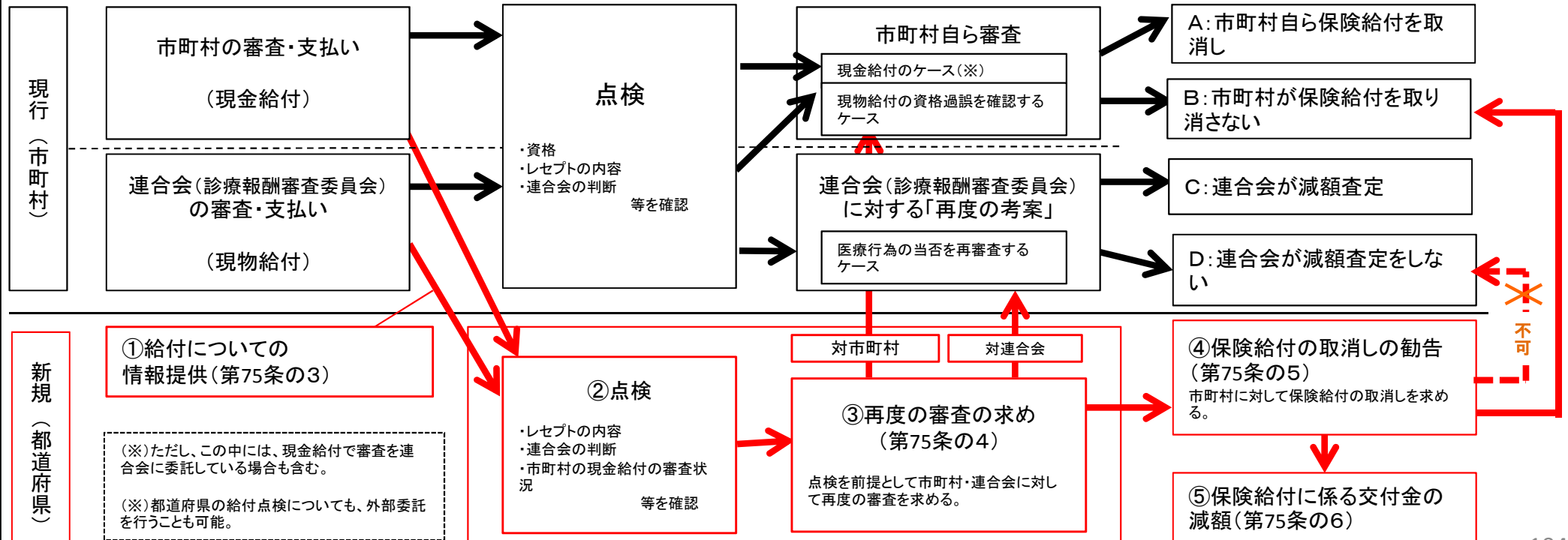
1 法改正のポイント

○ 都道府県による保険給付の点検調査(改正後の国民健康保険法第75条の3～第75条の6関係)

- ・ 都道府県は、広域的又は医療に関する専門的な見地から、市町村による保険給付の適正な実施を確保し、保険給付費等交付金を適正に交付するため、市町村又は審査支払機関が行った保険給付の審査及び支払に係る情報の提供を求めることが可能。(法第75条の3)
- ・ 点検の結果、都道府県が違法又は不当に保険給付が行われたおそれがあると判断したものについては、理由を付して、市町村や審査支払機関に対して再度の審査(以下「再審査」という。)を求めることが可能。(法第75条の4)
- ・ 再審査の求めに係る保険給付の全部又は一部を市町村が取り消さない場合で、都道府県が当該保険給付が違法又は不当に行われたものと判断した時は、市町村からの意見聴取を行ったうえで、保険給付の全部又は一部取り消す勧告(以下「取消勧告」という。)が可能。(法第75条の5)
- ・ 都道府県が取消勧告を行っても、なお、市町村が取消しを行わなかった場合、当該勧告に係る部分に限り、普通交付金の減額が可能。(法第75条の6)

⇒ 個別市町村だけで実施することが難しかった広域的又は医療に関する専門的な見地から給付点検調査を行うことで、より効果的かつ効率的な給付点検調査が可能となり、さらに、都道府県に再審査を求める権限や交付金を減額させる権限等を付与することで、保険者機能の強化が図られ、より一層の保険給付の適正化が期待できる。

2 具体的な事務の流れ



都道府県による給付点検調査事務のポイント

1 点検調査

都道府県は、広域的又は医療に関する専門的な見地により、市町村が行った保険給付の点検調査を行う。 ※広域的又は医療に関する専門的な見地の例は以下のとおり。

広域的な見地	医療に関する専門的な見地
<ul style="list-style-type: none"> ・同一都道府県内の市町村間の異動があった被保険者に係るレセプトの縦覧点検（※同一都道府県内の市町村間異動があった被保険者に係るレセプト情報を集約する機能を新たに設ける予定。（平成31年度～）） ・被保険者等からの情報提供に基づく保険医療機関等から請求のあったレセプトの点検調査等 	<p>次のいずれかに該当するような疑いのあるレセプトを重点的に点検調査を実施。</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 医療法第25条第1項に基づき、指導・監査を受けた病院から請求のあったレセプト ② 生活保護法第54条に基づき、指導・監査を受けた保険医療機関等から請求のあったレセプト ③ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第38条の6に基づき、指導・監査を受けた保険医療機関等から請求のあったレセプト ④ 法第64条（第三者求償）に係るもの等

2 再審査の求め

- ・法第75条の4の規定に基づき、都道府県は市町村又は国保連に対して保険給付について再度の考案を求めることができる（※）。
その際、国保連に再審査請求を行う場合は、同一内容について考案の求めを行わないよう、市町村が同一内容ですでに請求を行っていないか確認する等して、留意すること。
（※）現在、市町村が国保連に対して再度の考案を求める場合、システムを使って電子上で請求を行っている。しかしながら、都道府県ではその機能を現時点では有していない。そのため、都道府県は、再度の考案を求める際は、必要書類を添えて再審査請求書を提出して行うこととするが、その取扱いについては、あらかじめ都道府県、市町村、国保連の3者で十分に協議を行うこと。
- ・再審査請求を受けた市町村又は国保連は、再度の審査を行い、その結果を都道府県知事へ報告すること。

3 保険給付の取消勧告

- ・都道府県は、再審査の求めに係る保険給付の全部又は一部を取り消さない場合であり、当該保険給付が違法又は不当に行われたものと認めるときは、当該市町村に対し、市町村からの意見聴取を行ったうえで、当該保険給付の全部又は一部を取り消す勧告ができる。
なお、国保連合会が設置する国民健康保険診療報酬審査委員会又は支払基金に設置する審査委員会若しくは特別審査委員会に対する再審査の求めに係る保険給付については、取消し勧告を行うことができないため留意すること。

4 交付金の減額

- ・都道府県は、取消し勧告を行っても、なお、市町村が取消しを行わなかった場合、当該勧告に係る部分に限り、保険給付費等交付金（普通交付金）を減額することができる。保険給付費等交付金を減額する際は、当該市町村に対しその旨を通知し、弁明の機会を付与すること。

都道府県による給付点検調査（市町村の給付情報の閲覧）に係る個人情報の取扱い

- ✓ 都道府県は、実務上、国保総合システム端末の設置によりレセプト情報等が閲覧することにより、給付点検調査を行う。
- ✓ 当該情報の閲覧に当たっては、以下の法的整理により、個人情報保護等の観点から問題は生じない。

(1)レセプト情報の第三者(都道府県)提供に当たっての被保険者同意に係る法的整理

- ◆ 都道府県が、市町村の保有する個人情報であるレセプト情報等を、被保険者本人の同意なく活用するためには、市町村が定める個人情報保護条例に基づき、一般的には、「法令等に基づくとき」、「利用するに相当の理由があるとき」等のいずれかに該当するよう、整理を行う必要がある。

①「法令等に基づくとき」に該当する

都道府県は、改正国保法第75条の3の規定に基づき、保険給付の審査及び支払に係る情報の提供を市町村に求めることができる。

また、市町村は、国民健康保険給付費等交付金、国民健康保険事業費納付金及び標準保険料率に関する省令(平成29年厚生労働省令第111号)第1条の規定に基づき、都道府県から情報提供の求めの通知があった場合、速やかに情報の提供を行うこととされている。

したがって、当該都道府県が提供を求めたレセプト情報等について、市町村は、法令に基づき提供することが事実上義務化されている。

②「利用するに相当の理由があるとき」に該当する

都道府県は、国保の財政運営の責任主体として市町村とともに共同保険者となり、「当該都道府県内の市町村による保険給付の適正な実施を確保し、国民健康保険給付費等交付金を適正に交付する」(改正国保法第75条の3)立場として、市町村への情報提供の求めを行うこととなる。

こうした都道府県による当該情報提供の求めを実行たらしめるためには、レセプト情報等を活用することが最も合理的な手法であることから、改正国保法の規定やその立法趣旨等にかんがみても、都道府県が当該情報を利用するに相当の理由があると言える。

⇒ 上記の整理に基づき、都道府県が個人情報を含むレセプト情報を「法令等に基づくとき」、「利用するに相当の理由があるとき」に該当するものとして、被保険者本人の同意の必要条件が解除されるため、都道府県は、個人情報を含むレセプト情報を被保険者本人の同意なく活用することが可能となる。

<参考条文> 交付金等省令

(国民健康保険給付費等交付金の交付に係る情報提供)

第一条 国民健康保険法(昭和三十三年法律第九十二号。以下「法」という。)第七十五条の三の規定による都道府県内の市町村(特別区を含む。以下同じ。)に対する情報の提供の求めは、次に掲げる情報について、当該市町村に通知して行うものとする。

- 一 被保険者の氏名、住所、電話番号、生年月日及び性別
- 二 被保険者に係る被保険者証の記号番号
- 三 療養が行われた年月日
- 四 療養が行われた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び住所
- 五 その他当該市町村による保険給付の審査及び支払に係る情報

2 市町村は、前項の規定による通知を受け取った場合は、速やかに、都道府県に対して情報の提供を行うものとする。

(2)レセプト情報等閲覧に係る手続き

- ◆ 都道府県が、必要が生じる度に市町村にレセプト情報等の提供を求めることは、迅速性に欠け、都道府県及び市町村の双方にとって非効率かつ過大な事務負担とならざるを得ないことから、都道府県からの情報提供の求め、及び市町村による情報提供の実施に係る事務に関し、包括的に都道府県・関係市町村間で合意(以下の具体的な方法を参照)を得る必要がある。

【都道府県からの情報提供の求め、及び市町村による情報提供の実施に係る事務に関し、包括的に都道府県・関係市町村間で合意する方法】

(ア) 都道府県は、給付点検調査を開始する前に、

- ・ 改正国保法第75条の3の規定に基づき、給付点検調査に要する情報の提供を包括的に求めるとともに、
- ・ 交付金等省令第1条第1項の規定に基づき、給付点検調査に要する情報を一覧化し、市町村に対し通知する。

(イ) 市町村は、(ア)の通知を受けて、交付金等省令第1条第2項の規定に基づき、給付点検調査に要する情報の提供について包括的に同意する旨を、都道府県に対し回答を通知する。

⇒ 都道府県からの情報提供の求め、及び市町村による情報提供の実施に係る事務に関し、あらかじめ包括的に都道府県・関係市町村間でレセプト情報の提供を合意することにより、都道府県は、その都度市町村にレセプト情報を求めずとも、レセプト情報等を閲覧することが可能となる。

⇒ 都道府県は、上記(1)の法的整理を踏まえたうえで、(2)の手続きを予め行うことで、国保総合システム専用端末を活用した給付点検調査を行うことが可能となる。

【参考】 都道府県で新たに閲覧できる情報について

- 平成30年度から、新たに都道府県で給付点検の実施が可能になることから、都道府県に新たに国保総合システム専用端末を設置予定であり、国保総合システム専用端末を設置することにより、閲覧可能となる情報は以下のとおり。
- 国保総合システムについては、平成30年度に利用できる機能に制限があり、レセプト情報の閲覧のみ可能である。本格的な給付点検について、平成31年度以降を予定しており、詳細は確定次第順次お示しする予定。

国保総合システム

○県内被保険者にかかるレセプト情報等の閲覧 (平成30年度から順次)

都道府県においても保険給付の点検を行い、医療費の適正化等を推進することを目的として、都道府県に設置する国保総合システムの端末から、県内被保険者にかかるレセプト情報等の検索・閲覧を可能とする。

【平成30年4月～】

・レセプト情報(レセプトデータの検索・参照、レセプトの複写印刷が可能)

【平成31年度～】

・療養費、高額療養費、高額介護合算療養費、第三者行為求償情報
・保険者マスタ、被保険者マスタ(被保険者・世帯情報)、医療機関マスタ(医療機関情報)

○県内被保険者のシステム利用による給付点検(平成31年度～)

県内市町村を異動した者にかかる情報を紐付けることにより、広域的な観点による給付点検が可能となる。また、都道府県による再審査の求めについても、オンラインで対応できるよう検討中。

○請求情報に係る都道府県合計および市町村一覧表の帳票出力(平成30年度～)

都道府県が国保連合会に診療報酬に係る保険給付費等交付金を直接支払う場合を考慮し、都道府県に設置する国保総合システムの端末から以下の帳票の出力を可能とする。

【提供帳票】

- ①国民健康保険診療報酬等請求内訳書(都道府県計)
- ②国民健康保険診療報酬等請求内訳書一覧表
- ③出産育児一時金等請求内訳書
- ④出産育児一時金等請求内訳書一覧表

都道府県

(国保総合システム専用端末)



KDBシステム

○県内被保険者にかかる各種データ等の閲覧等(平成30年度～)

「健診、医療、介護の各種データを市町村、比較情報(県・同規模保険者・全国)単位に突合・集計した統計情報」や「医療レセプト等の個人に関するデータ」を画面表示または帳票やCSVデータの出力を可能とする。

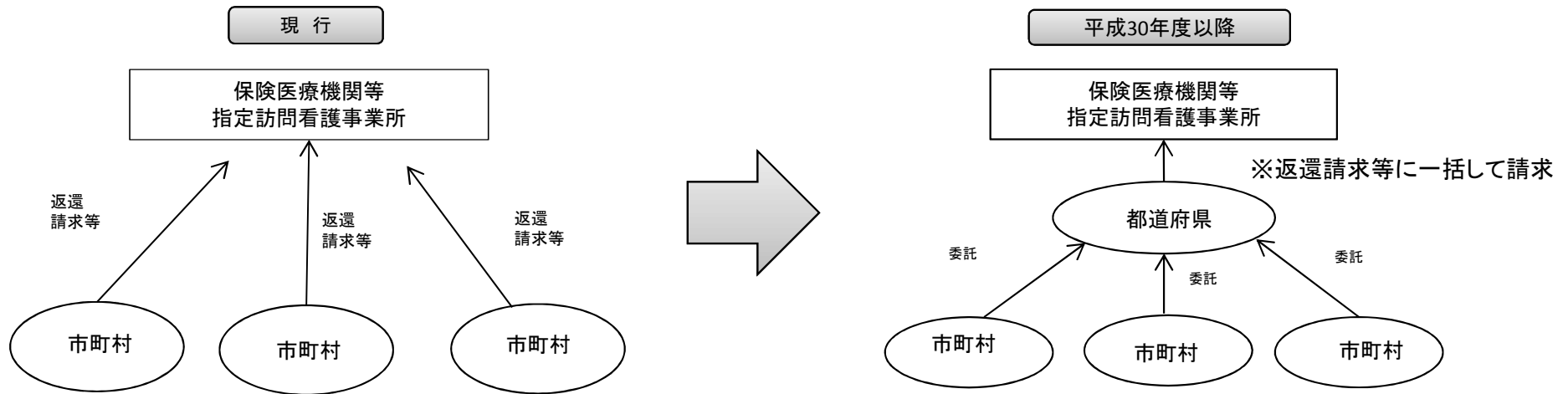
【具体的に閲覧できる情報例】

- ・都道府県・国・同規模市町村(都道府県)ごとの性・年齢階層別の医療費や疾病分類別医療費
- ・市町村、二次医療圏ごとの医科受診率・健診受診率・要介護(支援)認定者受診率
- ・性・年齢階層別の健診実施状況や服薬情報・既往歴、生活習慣の状況
- ・介護認定率や性・年齢階層別の要介護(支援)認定者の有病状況

都道府県による不正利得の回収(概要)

法改正のポイント(改正国保法第65条第4項)

- ◆ 都道府県は、市町村からの委託を受けて、保険医療機関等からの不正利得の返還金等の徴収又は収納の事務、「広域的事案」又は「専門的事案」について行うことができる。
- ◆ これまで市町村では対応が困難であった広域的事案又は専門的事案に係る事務を都道府県が一括して対応することにより、より効果的・効率的な返還金等の回収や市町村の事務負担及び費用負担の軽減が期待される。



※ あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師及び柔道整復師の施術による不正利得や保険医療機関等による過失等に起因する不当利得に係る返還金の回収事案は、法第65条第4項の対象外であるが、地方自治法第252条の14に基づき、都道府県が市町村との間で委託規約を定め、市町村から事務を受託することにより、市町村に代わり返還金の回収の事務を実施することは可能。また、地方自治法に基づく委託以外にも、事実行為(処分行為に当たらない業務(収納事務等))であれば、民事上の委託契約を結ぶことも可能。

■ (参考) 改正後の国民健康保険法 (抜粋)
(不正利得の徴収等)
第65条 (略)

2 (略)

3 市町村及び組合は、保険医療機関等又は指定訪問看護事業者が偽りその他不正の行為によつて療養の給付に関する費用の支払…(中略)…を受けたときは、当該保険医療機関等又は指定訪問看護事業者に対し、その支払った額につき返還させるほか、その返還させる額に100分の40を乗じて得た額を支払わせることができる。

4 都道府県は、市町村からの委託を受けて、市町村が前項の規定により保険医療機関等又は指定訪問看護事業者から返還させ、及び支払わせる額の徴収又は収納の事務のうち広域的な対応が必要なもの又は専門性の高いものを行うことができる。

不正利得の回収に係る事務処理規約の策定ポイント①

✓ 都道府県は、市町村から不正利得の回収の事務委託を受ける場合は、あらかじめ事務処理規約を策定する。

✓ 事務処理規約を策定するにあたっては、都道府県と市町村であらかじめ必要事項を協議し、策定を行うこと。

※詳細は、平成29年12月27日付け国民健康保険課長通知「都道府県による不正利得の回収に係る事務の取扱いについて」で示した事務規約例を参照。

1. 委託対象となる事案の種類について定めること(規約例第3条)

都道府県は、委託を受ける「広域的」又は「専門的」な事案の種類を定義する(以下参照)。

(広域的な事案)

- ・ 保険医療機関等への不正利得の回収に係る事務が当該都道府県内の複数市町村の被保険者に関わる事案

(専門的な事案)

- ・ 返還金等の回収に当たって法律的な知見等が必要となる事案

- ① 健康保険法(大正11年法律第70号)第80条の規定に基づく保険医療機関等の指定の取消し、同法第81条の規定に基づく保険医若しくは保険薬剤師の登録の取消し又は同法第95条の規定に基づく指定訪問看護事業者の指定の取消しを受け、開設者の所在状況等が把握困難となるもの
- ② 保険医療機関等又は指定訪問看護事業者が無資力又はこれに近い状態であるもの
- ③ 保険医療機関等又は指定訪問看護事業者につき、破産法第30条第1項の規定により破産手続開始の決定がされているもの又はこれに近い状態であるもの

2. 委託を受ける事務の範囲について定めること(規約例第4条)

都道府県が委託を受ける事務の範囲の例は、以下のとおり。

なお、国保法第65条第4項の規定に基づく委託を行う場合、地方自治法第252条の14の規定による委託と同様、当事者間で協議して定める規約の範囲において、市町村が保有する債権や権限等が都道府県へ移り、委託先(都道府県)の処理基準に基づき事務が執行されることを踏まえ、委託の範囲を検討すること。

(委託事務として想定される事務)

- ① 保険医療機関等に対して行う納入通知書の発行、送付
- ② 保険医療機関等から支払われる返還金の収納事務
- ③ 保険医療機関等に対して行う督促状の発送
- ④ 財産調査
- ⑤ 裁判所による回収手続(支払督促、少額訴訟、訴えの提起等)の求め・債務名義の取得
- ⑥ 強制執行申立て、財産差押え
- ⑦ 債権者集会への出席、破産管財人との協議、調整等
- ⑧ 時効の援用、時効の中断
- ⑨ 債権放棄、不納欠損処理

※とりわけ、「⑨債権放棄、不納欠損処理」を委託事務に含めるかどうかは、債権放棄が市町村の議会の議決事項であることに留意のうえ、都道府県と市町村の十分な協議により決定する必要がある。

不正利得の回収に係る事務処理規約の策定ポイント②

3. 委託関係の成立に必要な手続きについて定めること(規約例第5条、第6条)

市町村は、都道府県に不正利得の回収を委託する場合、関係書類を添えて委託書を提出すること。
都道府県は、委託書を受理後、内容を確認し、事務を受託する旨を市町村に対して通知すること。

4. 返還金等の市町村間の配分方法について定めること(規約例第8条)

委託を受けて都道府県が回収した返還金等について、事案ごとに不公平な取扱いとならないよう、以下のいずれかをあらかじめ定めておくこと。

- ① 各市町村が保有する債権額に応じた比率で按分する方法
- ② 消滅時効までの期間に応じて按分する方法

※なお、都道府県に不正利得の回収を委託する場合、加算金の設定を行うか否かは、市町村ごとの判断に委ねることが基本となるが、あらかじめ都道府県と市町村で協議のうえ、委託規約において一律の加算金ルールを設定しておくことも可能である。

5. 委託関係終了に必要な手続きについて定めること(規約例第9条、第10条)

都道府県は、市町村との契約内容を完了した場合、委託事務完了通知書を送付すること。また、必要な手段を尽くしても、債権回収ができない場合は、委託解除通知書の送付をもって委託契約を終了すること。

6. 不納欠損処分¹の取扱いについて定めること(規約例第11条)

※「2 委託を受ける事務の範囲」で⑨債権放棄、不納欠損処分まで含める場合のみ規定
都道府県が不納欠損処分を行うことができる場合には、その処理基準について定めるとともに、債権回収が不能である旨、市町村に報告を行い、不正利得回収事務委託契約解除通知書²を通知すること。

7. 委託事務に要する経費の負担方法について(規約例第12条)

都道府県による不正利得の回収に係る費用の負担方法については、都道府県と市町村で協議のうえ、設定すること。

- ① 都道府県が事務の遂行のために要した実費経費を、関係市町村で均等に負担する方法
- ② 事案1件あたりの額を定め、関係市町村が当該額を按分して支払いを行う方法
- ③ 都道府県による回収額(実績)に対して一定割合を課す方法
- ④ 市町村の請求額に対して一定割合を課す方法
- ⑤ その他(都道府県が費用負担する方法や保険者努力支援制度で交付される交付金を活用する方法等)

【参考】都道府県による不正利得の回収に係る具体的な事務の流れ

(1) 事案の発見

以下の事案を発見した場合は、都道府県と市町村で協議を行い、委託対象とすかどうか事前に協議を行う。

- ・ 診療報酬等の請求に不正があったことを疑うに足りる理由がある場合
- ・ 厚生局及び都道府県による指導及び監査の結果等により、委託対象となりうる事案を発見した場合 等

(2) 不正利得事務の委託

市町村は、不正利得事務を都道府県へ委託する際、委託書に関係書類を添えて都道府県に提出(①)。(規約例第5条)

都道府県は、提出を受けた委託書等の内容を確認し(②)、不正利得事務受託通知書を関係市町村へ送付(③)。(規約例第6条)

(3) 保険医療機関等への請求等

都道府県は、委託事務規約で定める事務の範囲内で保険医療機関等へ返還金等を請求(④)。(規約例第7条)

(4)-1 返還金等 回収

・ 都道府県は、保険医療機関等から返還金等を回収した場合、速やかに市町村に送付(⑤)。(規約例第8条)

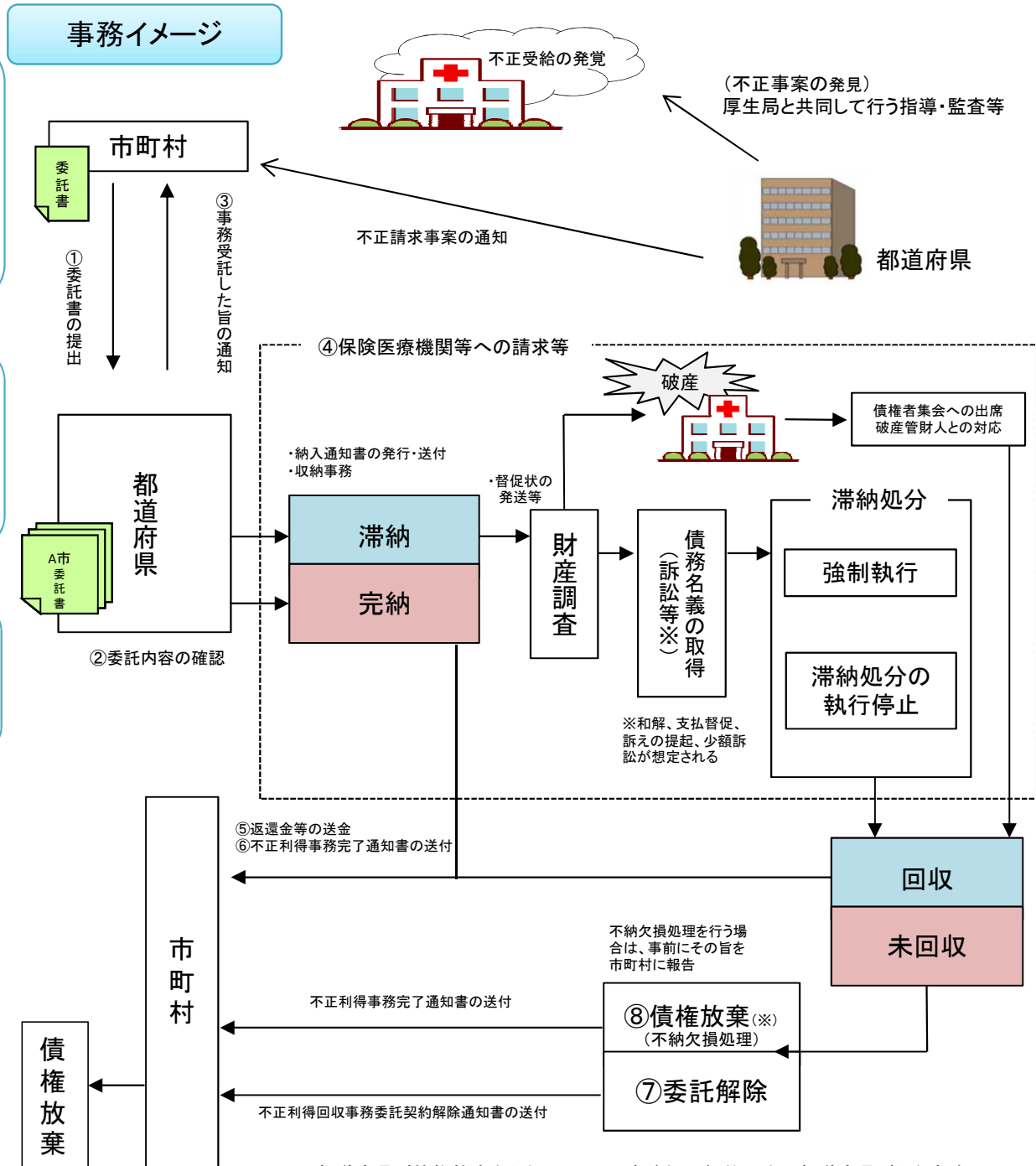
・ 委託事務が完了次第、不正利得事務委託完了通知書を送付(⑥)。(規約例第9条)

(4)-2 返還金等 未回収

都道府県は、保険医療機関等からの返還金等の回収が困難と判断した場合、委託事務規約で定める事務の範囲に基づき、以下のいずれかの対応が必要となる。

- ・ 都道府県にて不正利得回収事務委託契約解除通知書を送付し、契約を解除すること。(規約例第10条)市町村は、必要に応じて債権放棄を実施すること。(⑦)
- ・ 都道府県にて不納欠損処理を行い、債権放棄(※)を実施(⑧)。(規約例第11条)

事務イメージ



(※) 都道府県が債権放棄を行うケースは、事務処理規約の中に都道府県が行う事務として含める場合に限られる。

15. 高額療養費制度の見直し (外来年間上限)

高額療養費制度の見直し

制度概要

- 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い(※)される制度。
- (※)入院の場合や同一医療機関での外来の場合、医療機関の窓口での支払を自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みが導入されている。
- 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じて設定される。

見直し概要

- 第1段階目(29年8月～30年7月)では、平成29年7月までの枠組みを維持したまま、限度額を引き上げ。一般区分の限度額(世帯)については、多数回該当を設定。
 - 第2段階目(30年8月～)では、現役並み所得区分については細分化した上で限度額を引き上げ。一般区分については外来上限額を引き上げ。
 - 一般区分については、7月31日を基準日として、1年間(8月～翌7月)の外来の自己負担額の合計額に、年間14.4万円の上限を設ける。
- ※年間上限額は基準日に一般もしくは住民税非課税区分である場合に対象となる。

○～29年7月(70歳以上)

区分	外来(個人)	限度額(世帯※1)
現役並み (年収約370万円以上) <small>健保 標報28万円以上 国保・後期 課税所得145万円以上</small>	44,400円	80,100円 + 1% <44,400円>
一般 (年収156万～370万円) <small>健保 標報26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満※2</small>	12,000円	44,400円
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円

○現行(29年8月～30年7月)

区分	外来(個人)	限度額(世帯※1)
現役並み	57,600円	80,100円 + 1% <44,400円>
一般	14,000円 (年間上限 14.4万円 ※3)	57,600円 <44,400円>
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円

○2段階目(30年8月～)

区分(年収)	外来(個人)	限度額(世帯※1)
年収約1160万円～ <small>標報83万円以上 課税所得690万円以上</small>	252,600円 + 1% <140,100円>	
年収約770万～約1160万円 <small>標報53～79万円 課税所得380万円以上</small>	167,400円 + 1% <93,000円>	
年収約370万～約770万円 <small>標報28～50万円 課税所得145万円以上</small>	80,100円 + 1% <44,400円>	
一般	18,000円 (年間上限 14.4万円 ※3)	57,600円 <44,400円>
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円

○現行(69歳以下)

区分	限度額(世帯)
現役並み	252,600円 + 1% <140,100円>
一般	167,400円 + 1% <93,000円>
一般	80,100円 + 1% <44,400円>
一般	57,600円 <44,400円>
住民税非課税	35,400円 <24,600円>

※1 同じ世帯で同じ保険者に属する者
 ※2 収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合も含む。
 ※3 1年間のうち一般区分又は住民税非課税区分であった月の外来の自己負担額の合計額について、14.4万円の上限を設ける。
 <>内の金額は、過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受けた場合の4回目以降の限度額(多数回該当)。年収は東京都特別区在住の単身者の例。

高額療養費制度の見直し(平成29年8月施行分)に伴う事務取扱について

- 平成29年8月1日より、70歳以上の高額療養費の限度額を見直すことに伴い、年間を通して外来特例に該当するような長期療養を受けている方の負担が増えないよう配慮する観点から、基準日（7月31日）時点で一般区分又は低所得区分である被保険者の外来療養に係る額が年間14万4,000円を超える場合に、その超える分を高額療養費として支給する仕組み（外来年間合算）が新設されます。
- 各保険者におかれましては、「後期高齢者医療制度における外来療養に係る年間の高額療養費の支給等の事務の取扱いについて」（平成29年12月4日付け保高発1204第1号）や「高額療養費制度の見直しに関するQ&A」の更新について」（平成29年12月27日保険局保険課、国民健康保険課、高齢者医療課事務連絡）等を参考に、円滑な事務運用に努めていただきますようお願いいたします。

○～29年7月(70歳以上)

区分	外来 (個人)	限度額 (世帯)
現役並み (年収約370万円以上) <small>健保 標額28万円以上 国保・後期 課税所得145万円以上</small>	44,400円	80,100円 + 1% <44,400円>
一般 (年収156万～370万円) <small>健保 標額26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満</small>	12,000円	44,400円
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円

○現行(29年8月～30年7月)

区分	外来 (個人)	限度額 (世帯)
現役並み	57,600円	80,100円 + 1% <44,400円>
一般	14,000円 (年間上限 14.4万円 (※))	57,600円 <44,400円>
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円

新たに、外来年間合算が創設されます。これに伴い、新たな事務が発生するとともに、高額介護合算の事務運用など現行の制度にも影響しますので、円滑な事務運用に努めていただきますようお願いいたします。

※ 1年間のうち一般区分又は住民税非課税区分であった月の外来の自己負担額の合計額について、14.4万円の上限を設ける。
 < >内の金額は、過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受けた場合の4回目以降の限度額(多数回該当)。年収は東京都特別区在住の単身者の例。

高額療養費制度の見直し(平成30年8月施行分)に伴う事務取扱について

- 平成30年8月1日より、高額療養費制度において、現役並み区分を細分化した上で各区分の限度額の見直しが行われます。これに伴い、新たに、現役並みの3区分のうち、下の2区分に限度額適用認定証を発行することとなります。
- 各保険者におかれましては、平成30年8月以降、現役並みの3区分のうち、下の2区分に該当することになる方が各区分の限度額にて現物給付を受けるためには、限度額適用認定証の交付を受けることが必要となる旨を被保険者に対して周知していただきますようお願いいたします。

(参考)「高額療養費制度の見直しに関するQ&A」の更新について(平成29年12月27日保険局高齢者医療課事務連絡)より抜粋

問5.1 現役並みの3区分は、被保険者証等への職権記載とするのか、限度額適用認定証を発行するのか。[平成29年12月修正]

(答)

現役並みの3区分は、限度額適用認定証に記載することとし、現役並みの3区分のうち、下の2区分に限度額適用認定証を発行し、一番上の区分は限度額適用認定証の発行を受けずに現物給付を受けることができますこととします。

○現行(29年8月～30年7月)

区分(年収)	外来 (個人)	限度額 (世帯)
現役並み (年収約370万円以上) <small>健保 標報28万円以上 国保・後期 課税所得145万円以上</small>	57,600円	80,100円 + 1% <44,400円>
一般 (年収156万～370万円) <small>健保 標報26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満</small>	14,000円 (年間上限 14.4万円)	57,600円 <44,400円>
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円

○2段目(30年8月～)

区分(年収)	外来 (個人)	限度額 (世帯)
年収約1160万円～ <small>標報83万円以上 課税所得690万円以上</small>		252,600円 + 1% <140,100円>
年収約770万～約1160万円 <small>標報53～79万円 課税所得380万円以上</small>		167,400円 + 1% <93,000円>
年収約370万～約770万円 <small>標報28～50万円 課税所得145万円以上</small>		80,100円 + 1% <44,400円>
一般	18,000円 (年間上限 14.4万円)	57,600円 <44,400円>
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円

各区分の限度額にて現物給付を受けるためには、新たに、限度額適用認定証の交付を受けることが必要です。

16. 保険者に期待される役割

国保改革の中での保険者への期待

- 今回の国保改革により財政運営の都道府県単位化と公費拡充が実施され、国保制度は従来に比べて大きく安定化することが期待される。
- 一方、被保険者の年齢構成が高い、医療費水準が高い、所得水準が低い等、国保が抱える構造的な課題については、国保改革施行後も引き続き対応していく必要がある。
- このため、国保制度の持続可能性を高める観点から、都道府県及び市町村が保険者機能を発揮し、より一層の医療費適正化を進めることが重要。
- これに際しては、庁内横断的な連携の下で、被保険者の健康づくりや地域づくりなどを進めることも重要。

経済財政運営と改革の基本方針2017（抄） （平成29年6月9日閣議決定）

第3章 経済・財政一体改革の進捗・推進

3. 主要分野ごとの改革の取組

（1）社会保障

- ② 地域医療構想の実現、医療計画・介護保険事業計画の統合的な策定等
（略）

国保の財政運営責任を都道府県が担うことになること等を踏まえ、都道府県のガバナンスを強化するとともに、アウトカム指標等による保険者努力支援制度、特別調整交付金等の配分によりインセンティブを強化する。現行の普通調整交付金は、医療費が増えると配分が増える算定方法ともなっているため、所得調整機能を維持しながら、医療費適正化のインセンティブを効かせる観点から、地域差に関する調整・配分の在り方を検証し、2018年度（平成30年度）の新制度への円滑な移行に配慮しつつ速やかに関係者間で見直しを検討する。また、市町村の法定外一般会計繰入れの計画的な削減・解消を促す。

（略）

- ④ 健康増進・予防の推進等

（略）

健康なまちづくりの視点を含め、市町村国保のデータヘルスの取組を推進するとともに、国保の保険者努力支援制度や都道府県繰入金の活用を促すことにより、国保のインセンティブ措置を強化する。

（略）

17. 特定健診・保健指導の推進

特定健診・保健指導の見直しのポイント（2018年度～2023年度）

（1）医療保険制度では、国民の健康増進と医療費適正化の観点から、内臓脂肪の蓄積等に起因する糖尿病等の発症・重症化を予防するため、専門職が個別に介入する、保険者が共通に取り組む法定義務の保健事業として、特定健診・保健指導（メタボ健診）を実施。

（※1）特定健診は、2015年度時点で約2700万人が受診。2008年制度導入後（導入時2000万人）、受診者が毎年100万人増加している。

（※2）特定健診の全保険者の平均実施率が50%を超えた。70%目標に達していないが、保険者、医療関係者、健診実施機関、現場の関係者の取組により、制度は着実に定着。

（2）特定保健指導の2015年度時点の平均実施率は18%。全保険者目標45%を上回る優良な保険者もあるが、健保組合・共済組合は、3割の保険者が実施率5%未満（協会けんぽの実施率13%）。保険者間の差が大きく、実施率向上が最優先課題。

（3）このため、保険者機能の責任の明確化の観点から、厚生労働省において、2017年度の実績から、各保険者別に特定健診・保健指導の実施率を公表する。

厳しい保険財政や限られた人的資源の中で、特定保健指導の質を確保しつつ、対象者の個別性に応じた現場での創意工夫や運用の改善を可能とし、効果的・効率的な実施により、実施率の向上につながるよう、特定保健指導の運用ルールを緩和する。

（4）特定健診では、詳細健診（医師が必要と認める場合に実施）に「血清クレアチニン検査」を追加し、糖尿病性腎症の重症化予防を強化。問診の質問票に新たに「食事をかんで食べる時の状態」に関する質問を追加し、歯科の保健指導や受診勧奨にもつなげる。

特定健診・特定保健指導の実施状況(保険者種別)

(1) 特定健康診査の保険者種類別の実施率

※()内は、平成27年度特定健診対象者数

	総数 (5,396万人)	市町村国保 (2,160万人)	国保組合 (146万人)	全国健康 保険協会 (1,533万人)	船員保険 (5万人)	健保組合 (1,196万人)	共済組合 (356万人)
平成27年度	50.1%	36.3%	46.7%	45.6%	46.8%	73.9%	75.8%
平成26年度	48.6%	35.3%	45.5%	43.4%	40.9%	72.5%	74.2%
平成25年度	47.6%	34.2%	44.0%	42.6%	40.1%	71.8%	73.7%
平成24年度	46.2%	33.7%	42.6%	39.9%	38.9%	70.1%	72.7%
平成23年度	44.7%	32.7%	40.6%	36.9%	35.3%	69.2%	72.4%
平成22年度	43.2%	32.0%	38.6%	34.5%	34.7%	67.3%	70.9%
平成21年度	41.3%	31.4%	36.1%	31.3%	32.1%	65.0%	68.1%
平成20年度	38.9%	30.9%	31.8%	30.1%	22.8%	59.5%	59.9%

(2) 特定保健指導の保険者種類別の実施率

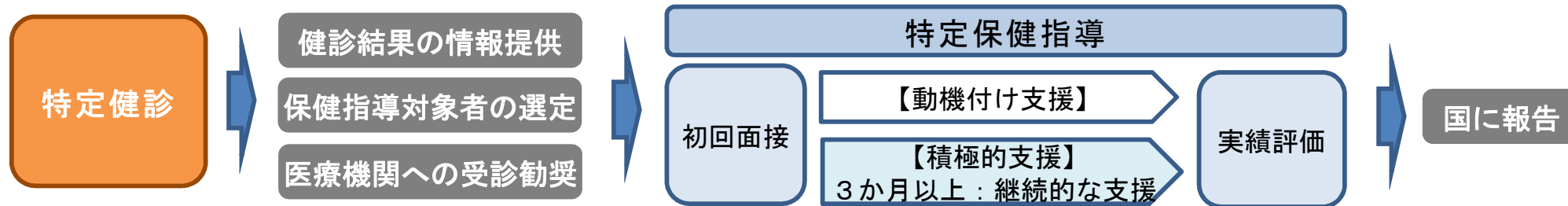
※()内は、平成27年度特定保健指導対象者数

	総数 (453万人)	市町村国保 (92万人)	国保組合 (13万人)	全国健康 保険協会 (134万人)	船員保険 (0.8万人)	健保組合 (163万人)	共済組合 (50万人)
平成27年度	17.5%	23.6%	8.9%	12.6% (注)	6.9%	18.2%	19.6%
平成26年度	17.8%	23.0%	9.1%	14.8%	5.9%	17.7%	18.1%
平成25年度	17.7%	22.5%	9.0%	15.3%	7.1%	18.0%	15.7%
平成24年度	16.4%	19.9%	9.5%	12.8%	6.3%	18.1%	13.7%
平成23年度	15.0%	19.4%	8.3%	11.5%	6.5%	16.7%	10.6%
平成22年度	13.1%	19.3%	7.7%	7.4%	6.3%	14.5%	8.7%
平成21年度	12.3%	19.5%	5.5%	7.3%	5.8%	12.2%	7.9%
平成20年度	7.7%	14.1%	2.4%	3.1%	6.6%	6.8%	4.2%

(注) 全国健康保険協会の平成27年度の特定保健指導の実施率の低下は、不審通信への対処のため、約1年間、協会けんぽのシステムについて、ネットワーク接続から遮断したこと等により、健診結果のデータをシステムに効率的に登録することができず、初回面接の件数が大きく落ち込んだことが影響している。

特定健康診査・特定保健指導について

○ 特定健診・保健指導は、保険者が健診結果により、内臓脂肪の蓄積に起因する糖尿病等のリスクに応じて対象者を選定し、対象者自らが健康状態を自覚し、生活習慣改善の必要性を理解した上で実践につなげるよう、専門職が個別に介入するものである（法定義務）。



<特定健診の検査項目>

- ・ 質問票（服薬歴、喫煙歴 等）
→ 「かんで食べる時の状態」を追加（H30年度～）
- ・ 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）、血圧測定
- ・ 血液検査（脂質検査、血糖検査、肝機能検査）
- ・ 尿検査（尿糖、尿蛋白）
- ・ 詳細健診（医師が必要と認める場合に実施）
心電図検査、眼底検査、貧血検査
→ 「血清クレアチニン検査」を追加（H30年度～）

<特定保健指導の選定基準> ※ 服薬中の者は、特定保健指導の対象としない。

腹囲	追加リスク		④喫煙歴	対象	
	①血糖	②脂質		③血圧	40-64歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当		/	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当		あり なし		
上記以外で BMI ≥ 25	3つ該当		/	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当		あり なし		
	1つ該当		/		

<特定健診・保健指導の実施率>（目標：特定健診70%以上 保健指導45%以上）

特定健診 受診者数 2019万人（H20年度）→ 2706万人（H27年度） 毎年100万人増
 実施率 39%（H20年度）→ 50%（H27年度）

特定保健指導 終了者数 30.8万人（H20年度）→ 79.3万人（H27年度）
 実施率 8%（H20年度）→ 18%（H27年度）

保険者機能の責任を明確にする観点から、厚生労働省において、全保険者の特定健診・保健指導の実施率を公表する。（H29年度実績～）

【特定保健指導の運用の弾力化】（H30年度～：第3期計画期間）

- 行動計画の実績評価の時期を、現在の「6か月以降」から、保険者の判断で「3か月以降」とすることができる。
- 保険者が特定保健指導全体の総括・管理を行う場合、初回面接と実績評価の「同一機関要件」を廃止する。
- 初回面接の分割実施を可能とし、特定健診受診当日に、対象者と見込まれる者に初回面接できるようにする（受診者の利便性の向上）。
- 積極的支援に2年連続で該当した場合、2年目の状態（腹囲、体重等）が1年目より改善していれば、2年目は動機付け支援相当でも可とする。
- 積極的支援対象者に対する柔軟な運用による特定保健指導のモデル実施（3か月以上の保健指導により腹囲・体重の値が改善すれば、180ポイントの実施量を満たさなくても特定保健指導とみなす）を導入する。
- 情報通信技術を活用した初回面接（遠隔面接）の推進：国への実施計画の事前届出を廃止し、より導入しやすくする（H29年度～） 等

18. データヘルス計画の策定

「データヘルス計画」とは

- レセプト・健診情報等のデータの分析に基づく、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。
- ※ 計画の策定にあたって、電子化された健康・医療情報を分析し、被保険者等の健康課題を明確にした上で、事業の企画を行う。

計画 (Plan)

[現状の整理]

これまで実施した保健事業の考察。

[健康・医療情報等の分析]

多角的・複合的な視点に立ち、集団全体の健康問題の特徴をデータから分析。
データの他、質的情報等も分析。
県内平均値との比較
全国平均値との比較
県内保険者・同規模保険者との比較
地区別の分析 性・年齢別の分析
疾病分類別の分析 経年比較

[健康課題の抽出・明確化]

分析結果を踏まえ、集団の優先的な健康課題を選択。
どのような疾病にどのくらい医療費を要しているか、より高額な医療費の原因は何か、それは予防可能な疾患なのか等を検討。

[目標の設定]

最も効果が期待できる課題を、重点的に対応すべき課題として目標・対策を設定。

実施 (Do)

[保健事業対象の明確化]

抽出された課題や目標を十分に踏まえ、支援方法・優先順位等を検討し、保健事業を選択、優先順位付けて実施。
健診未受診者
メタボ該当者・予備群
生活習慣病重症化予防対象者
性・年齢別特定健診・特定保健指導の実施結果
質問票調査の結果
性・年齢別健診有所見者状況

[効率的・効果的な保健指導の実施]

保健事業の対象とする個人を適切に抽出。
外部有識者等との連携・協力体制を確保。
対象者のライフスタイルや行動変容の準備状態にあわせた学習教材を用意。
確実に行動変容を促す支援を実践。

<より効率的・効果的な方法・内容に改善>

評価 (Check)

検査データの改善度、行動目標の達成度、生活習慣の改善状況等を評価。

[ストラクチャー評価 (構造)]
保健事業を実施するための仕組みや体制の評価。
(指標：事業運営状況の管理体制の整備等)

[プロセス評価 (過程)]
事業の目的や目標の達成に向けた過程 (手順) や活動状況を評価。
(指標：必要データの入手等)

[アウトプット評価 (実施量)]
目的・目標の達成のために行われる事業の結果を評価。
(指標：保健指導実施率等)

[アウトカム評価 (結果)]
事業の目的や目標の達成度、また成果の数値目標を評価。
(指標：健診結果、医療費の変化等)

改善 (Action)

検証結果に基づく、課題解決に向けた計画の修正。
健康課題をより明確にした戦略的取組の検討。

保険者（国保・後期広域）によるデータ分析に基づく保健事業（データヘルス）の実施

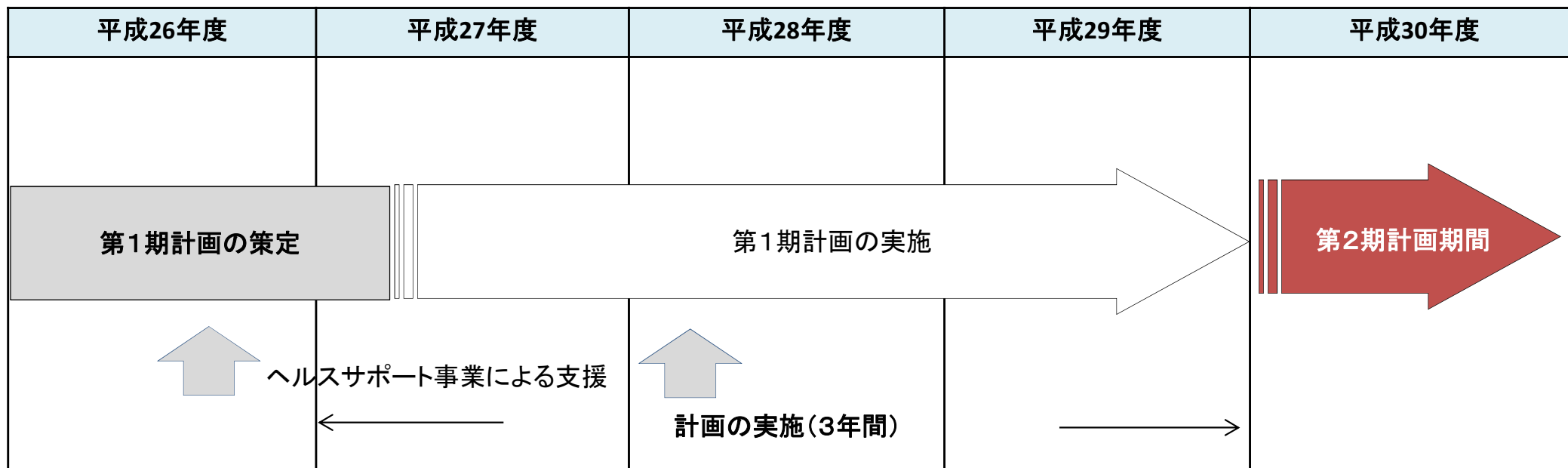
- 平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、保険者にデータヘルス計画の策定と事業実施、評価等を求めるとされ、これを受けて、平成26年4月に保健事業の実施等に関する指針の改正等を実施。

日本再興戦略（平成25年6月14日閣議決定）抄

健康保険法等に基づく厚生労働大臣指針（告示）を今年度中に改正し、全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画（仮称）」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。

- 更に、国保保険者・広域連合がデータヘルス計画を策定するに当たって盛り込むべき事項や留意点等をまとめた「手引き」を策定（平成26年6月（国保）、同7月（後期広域））。各保険者は、これらを踏まえ、順次、「データヘルス計画」の策定・公表を行い、保健事業を推進。また、国保中央会、連合会において、有識者等による保険者の支援体制を整備。
- 平成30年度からの第2期データヘルス計画の策定に向けて、国において、平成29年7月から「データヘルス計画（国保・後期広域）の在り方に関する検討会」を開催し、そこでの議論を踏まえ、平成29年9月に「手引き」を改定。引き続き、**全ての保険者**が保険者機能をより一層発揮し、加入者の健康の保持増進に資する取組が円滑に進むよう、国としても支援していく。

<データヘルス計画（国保・後期広域）の実施スケジュール>



データヘルス計画策定状況（都道府県別）

（平成29年7月1日現在）

都道府県	保険者数	データヘルス計画策定状況				
		策定している	策定中の場合			未着手
			平成29年度中	平成30年度中	それ以降	
北海道	157	110	33	6	0	8
青森県	40	36	3	1	0	0
岩手県	33	31	1	0	0	1
宮城県	35	29	4	1	0	1
秋田県	25	13	12	0	0	0
山形県	32	31	1	0	0	0
福島県	59	49	10	0	0	0
茨城県	44	43	1	0	0	0
栃木県	25	23	2	0	0	0
群馬県	35	26	7	0	1	1
埼玉県	63	51	11	1	0	0
千葉県	54	40	9	3	0	2
東京都	62	40	13	2	0	7
神奈川県	33	28	5	0	0	0
新潟県	30	30	0	0	0	0
富山県	15	15	0	0	0	0
石川県	19	19	0	0	0	0
福井県	17	15	2	0	0	0
山梨県	27	21	3	2	0	1
長野県	77	71	4	0	0	2
岐阜県	42	33	9	0	0	0
静岡県	35	33	2	0	0	0
愛知県	54	47	5	0	0	2
三重県	29	22	5	1	0	1

都道府県	保険者数	データヘルス計画策定状況				
		策定中の場合				
		策定している	平成29年度中	平成30年度中	それ以降	未着手
滋賀県	19	19	0	0	0	0
京都府	26	21	3	0	0	2
大阪府	43	38	4	0	0	1
兵庫県	41	39	2	0	0	0
奈良県	39	23	13	1	0	2
和歌山県	30	14	13	0	0	3
鳥取県	19	11	4	2	0	2
島根県	19	14	4	0	0	1
岡山県	27	23	3	0	0	1
広島県	23	23	0	0	0	0
山口県	19	19	0	0	0	0
徳島県	24	23	1	0	0	0
香川県	17	17	0	0	0	0
愛媛県	20	20	0	0	0	0
高知県	34	34	0	0	0	0
福岡県	60	59	1	0	0	0
佐賀県	20	19	1	0	0	0
長崎県	21	21	0	0	0	0
熊本県	45	44	1	0	0	0
大分県	18	17	1	0	0	0
宮崎県	26	26	0	0	0	0
鹿児島県	43	43	0	0	0	0
沖縄県	41	40	1	0	0	0
計	1,716	1,463	194	20	1	38

保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き【国保・後期広域】

○ 平成30年度からの第2期データヘルス計画の策定に向けて、有識者検討会で議論を行い、計画に記載すべき事項や留意点等について整理し、国保・後期広域で一本の手引きとして、平成29年9月8日に改定。

1. 計画の基本的事項

◎計画の位置付け

・計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。

◎関係者が果たすべき役割

○実施主体・関係部局の役割

・計画は、保険担当部局（又は担当課・担当係等）が主体となり策定等することが基本となる。
・市町村国保の場合、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっていることから、国保部局が関係部局と連携して計画策定等を進める必要がある、関係部局連携を促進するためには、幹部（首長や副市町村長、部長級等）が計画策定等に主体的に関与することが重要である。
・広域連合は、構成市町村が、保健事業の実施の中心になることが想定されることから、構成市町村の意見を聴きながら、計画の策定等を進める必要がある。
・計画期間を通じた確実な計画運用ができるよう、業務をマニュアル化する等により明確化・標準化する。 等

○外部有識者等の役割

・計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となり、外部有識者等とは、学識経験者、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の保健医療関係者等が考えられる。
・他の医療保険者、国保連及び国保連に設置される支援・評価委員会や都道府県との連携・協力も重要であり、データの見える化等により、被保険者の健康課題をこれらの者の間で共有することが重要となる。 等

○被保険者の役割

・計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的・積極的に取り組むことが重要である。このため、保険者等は、外部有識者等だけではなく、被保険者の立場からの意見を計画等に反映させるべきである。 等

2. 計画に記載すべき事項

◎基本的事項

・国指針等を踏まえ、計画策定の趣旨や背景、目的等について記載するとともに、計画期間を定めるに当たっては、他の法定計画（医療費適正化計画や医療計画等）との整合性を考慮する。
・「関係者が果たすべき役割」を踏まえ、実施体制、外部有識者等や被保険者の参画について記載するとともに、具体的な連携や参画の方策を明確化する。 等

◎現状の整理

・被保険者の年齢構成、性別などのデータを把握する等により、被保険者がどのような特徴を持つ集団であるかを記載する。
・既に計画策定している保険者等は、前期計画全般の考察を行うとともに、これまでに実施した保健事業に関して、実績に基づいた改善の検討を行う。 等

◎健康・医療情報の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出

・健診データにより、被保険者の健康状況に係る全体像を把握し、健康課題を的確に抽出するため、多角的・複合的な視点に立った分析を行うことが望ましい。
・KDBの活用を基本としつつ、各種データベースを活用することが有効であり、KDBに係る操作研修の受講、他保険者等の計画におけるKDB活用の好事例の情報収集等に努める。
・健康課題を明確にするため、KDB等を活用し同規模保険者等と比較する等、比較分析を行う。外部委託の場合も、保険者等が自らKDB等を活用する等により、的確な比較分析を行う。
・健康・医療情報等の分析結果に基づき、前期計画の評価も踏まえ、健康課題を抽出・明確化し、関係者と共有するとともに、健康課題をより明確にするため、他保険者等との連携に努める。 等

保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き【国保・後期広域】

◎目標

- ・目的は、抽出された健康課題と対応して設定する。
- ・目標は、健康課題と対応して設定した目的に到達するため、各年度、計画の中間年度等の経過ごと、異なる視点ごと等に設定する。
- ・目標の設定は、短期的な目標と中長期的な目標とし、中長期的な目標は、計画の最終年度までに達成を目指す目標を設定し、短期的な目標は、原則として年度ごとに、中長期的な目標を達成するため、実施状況や達成度合に関する目標を設定する。各々の目標は、抽出した健康課題に対応する目標を設定する。
- ・できる限り多くの視点で目標設定を行い、可能な限り、具体的な数値により根拠をもって行う。 等

◎保健事業の内容

- ・目標達成のため、抽出された課題や目標を十分に踏まえて、保健事業を選択・優先順位付けする。
- ・市町村国保の場合、保険者等として実施する保健事業のほか、保健衛生部局等他の部局が実施する保健事業と併せて計画に盛り込むよう努めるとともに、広域連合とも連携しつつ、高齢者の特性を踏まえた保健事業の選択を行うよう努める。 等

◎計画の評価・見直し

- ・評価指標等は、計画の策定段階であらかじめ設定しておき、評価指標に基づき、最終年度のみならず、中間時点等で進捗確認・中間評価を行うことを記載する。次期計画の策定を円滑に行うため、最終年度の上半期に仮評価を行うこと等も考慮する。
- ・短期では評価が難しいアウトカム(成果)を含めた評価を、可能な限り数値を用いて行い、評価方法・体制は、あらかじめ計画に記載する。
- ・事業ごとに、計画における目標等を踏まえた評価指標を設定し、毎年度、評価を行った上で、翌年度の保健事業の実施内容等の見直しを行い、評価は可能な限り数値で評価を行うよう努める。 等

◎計画の公表・周知

- ・計画は、国指針において、公表するものとされており、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の関係団体経由で医療機関等に周知し、配布する。公表・配布は、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要である。 等

◎個人情報の取扱い

- ・保険者等は、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。特に、保険者等が外部委託し、分析等のために健診データ等を事業者に渡す場合、個人データの盗難・紛失等を防ぐための物理的な安全措置等に留意して委託仕様等を作成するなど、個人情報の管理について、万全の対策を講じる。 等

◎地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

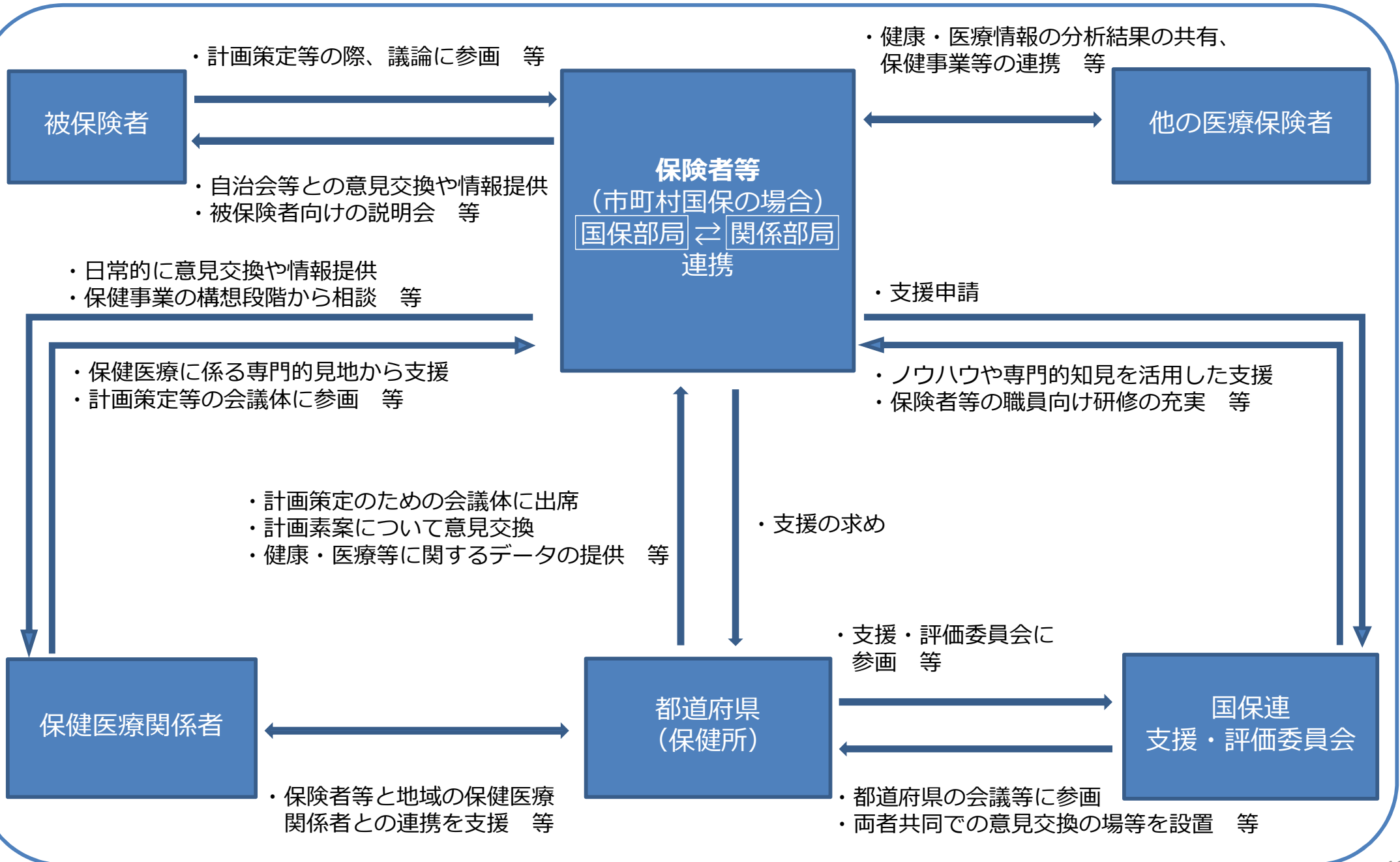
- ・市町村国保や広域連合は、介護保険サービスを利用する被保険者が相対的に多いという保険者特性を踏まえ、地域包括ケアに係る分析や課題抽出、保健事業等について、可能な限り記載する。 等

●策定における支援

- ◎国保・後期高齢者ヘルスサポート事業等（支援・評価委員会を設置し、KDB等を活用した保健事業の実施計画の策定や実施の支援等）
- ◎国保ヘルスアップ事業等（被保険者の健康保持増進、疾病予防等を目的に、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用に対する助成等）
- ◎保険者努力支援制度等の保険者インセンティブ（医療費適正化等に取り組む保険者等への制度として、特別調整交付金等の一部を活用して実施）

改定版手引き（関係者が果たすべき役割）

<関係フロー図（イメージ）>



19. 糖尿病重症化予防の推進

これまでの糖尿病性腎症重症化予防の推進

背景

- 人工透析は医療費年間総額1.57兆円を要するため、人工透析の主な原疾患である糖尿病性腎症の重症化予防は、健康寿命の延伸とともに医療費適正化の観点において喫緊の課題である。
- 平成27年6月「経済財政運営と改革の基本方針2015」及び平成27年7月の日本健康会議「健康なまち・職場づくり宣言2020」※等において生活習慣病の重症化予防を推進することとされており、レセプトや健診データを効果的・効率的に活用した取組を全国に横展開することが必要である。 ※かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体800市町村(平成32年)を目指す

横展開を推進

環境整備・ツール提供

- 厚生労働省・日本医師会・日本糖尿病対策推進会議の三者が連携協定を締結(平成28年3月)。
- 国レベルで「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定(平成28年4月)。
- 重症化予防WGとりまとめ「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」及び事例集を公表(平成29年7月)。

財政支援

- 国保ヘルスアップ事業・国保保健指導事業(市町村向け)

市町村が実施する保健事業(特定健診未受診者対策、生活習慣病重症化予防等)に係る経費を助成※する

※国保被保険者数に応じた助成限度額:国保ヘルスアップ事業600万~1,800万円、国保保健指導事業400万~1,200万円。財源は特別調整交付金を活用。

保険者努力支援制度における評価

- 保険者努力支援制度の創設(平成28年度より前倒し実施、平成30年度より本格施行)

指標「糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況」	配点	全国平均点
平成28年度	40点/345点	18.7点
平成29年度(速報)	70点/580点	44.1点

重症化予防の達成要件の該当状況

宣言2

かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。

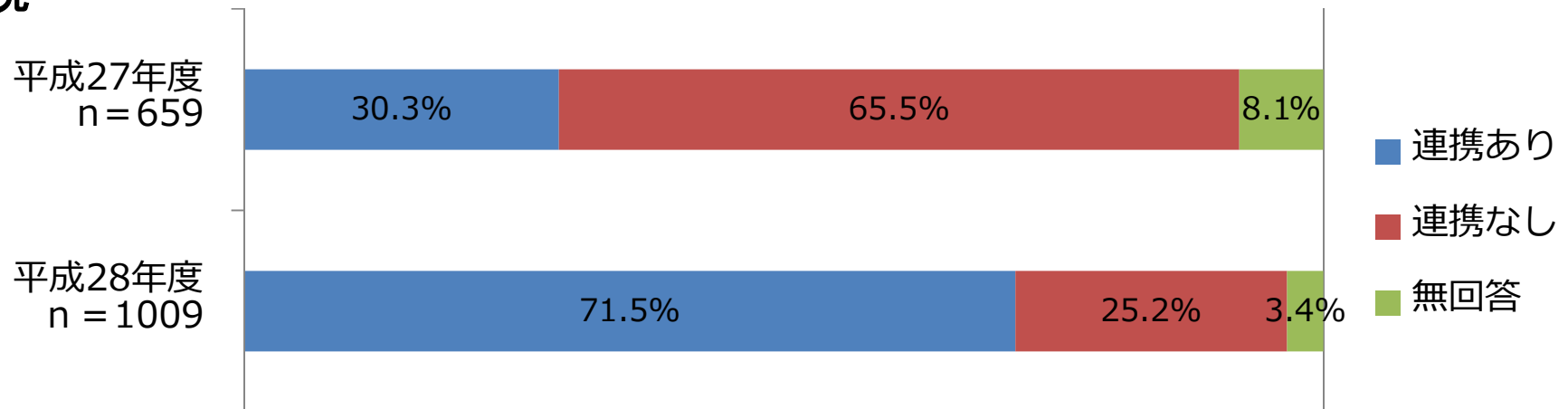
※日本健康会議における「健康なまち・職場づくり宣言2020」

要件	平成28年度 保険者データヘルス 全数調査 (平成28年3月時点)	平成29年度 保険者データヘルス 全数調査 (平成29年3月時点)
糖尿病性腎症の重症化予防の取組を行っている	659	1009
現在は実施していないが予定あり	362	303
現在も過去も実施していない	520	250
過去実施していたが現在は実施していない	35	23
①対象者の抽出基準が明確であること	622	957
②かかりつけ医と連携した取組であること	503	846
③保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること	566	907
④事業の評価を実施すること	582	721
⑤取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携(各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など)を図ること	136	817
全要件達成数(対象保険者)	118	654

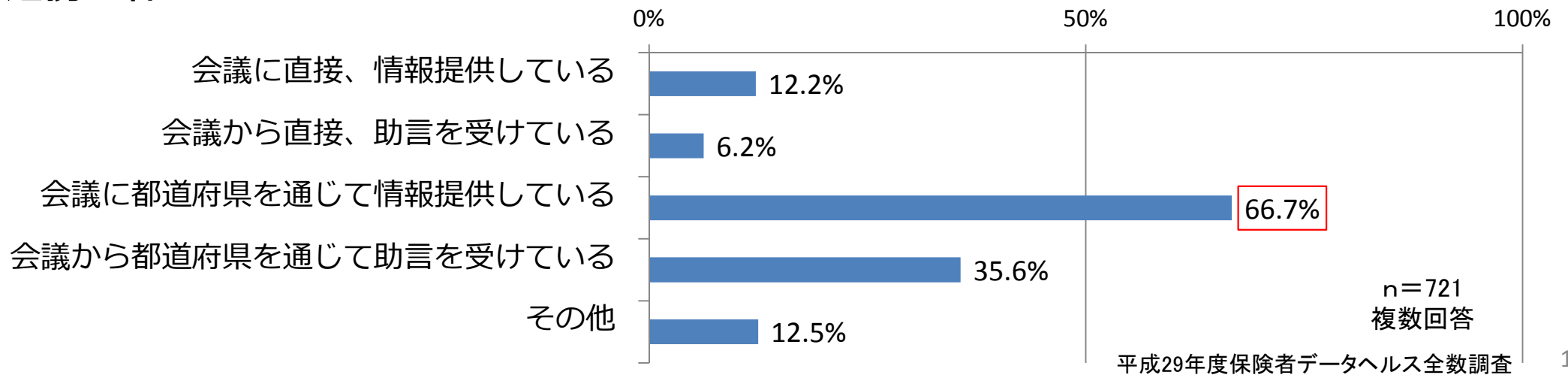
都道府県糖尿病対策推進会議との連携の状況

- 重症化予防に取り組んでいる保険者のうち、都道府県糖尿病対策推進会議と連携している保険者は全体で7割超であり、前年度より41.2ポイント増加している。
- 都道府県糖尿病対策推進会議と連携している場合、全体の連携内容は「会議に都道府県を通じて情報提供している」が最も多いが、「会議に直接、情報提供している」、「会議から直接、助言を受けている」は1割前後である。

(1) 連携状況



(2) 連携内容

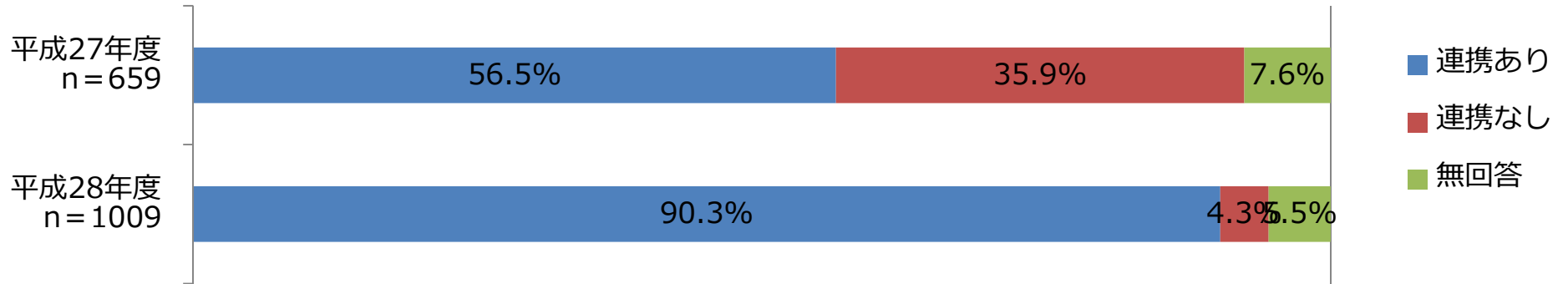


市町村における医師会との連携の状況

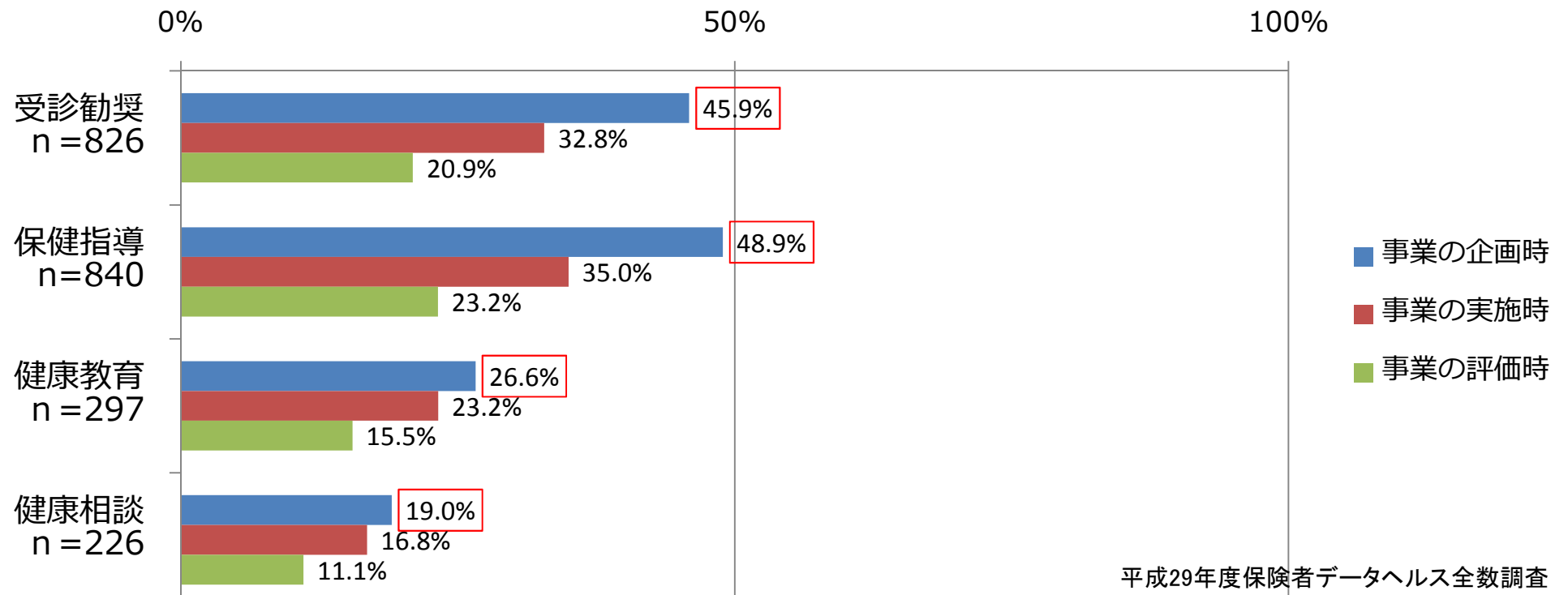
○重症化予防に取り組んでいる保険者のうち、医師会と連携している保険者は9割超であり、前年度より33.8ポイント増加している。

○医師会との連携は、全ての取組方策で「事業の企画時」に最も連携している。

(1) 医師会との連携の有無



(2) 医師会との連携内容



今後の糖尿病性腎症重症化予防の基本的な方向性

かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む市町村国保は654市町村(平成28年度末)であり、今後、800市町村(平成32年)*を目指し、市町村の取組を促進していく。

※ 日本健康会議「健康なまち・職場づくり宣言2020」の目標

基本的な方向性

- 重症化予防に取り組む市町村及び広域連合の数を増やす。
- 取組内容の中身の充実を図る。
- 自治体の取組を推進するため、
 - ①都道府県の体制整備(プログラム策定等)を推進し、都道府県による支援を進める。
 - ②関係団体による取組・支援を進める。

今後の予定

1. 重症化予防WGにおける検討の深掘り

- ・取組状況の把握(調査実施等)
- ・取組内容の効果検証(研究班等)
- ・重症化予防の推進支援等の検討

2. 重症化予防の周知啓発 (平成30年度新規)

- ・保健指導の手引きを作成し配布
- ・広報活動(ポスター、リーフレット、動画)
- ・全国の各ブロックで説明会を開催

3. 取組に対する財政支援

○市町村が実施する保健事業に対する助成 (平成30年度も引き続き実施)

- ・国保ヘルスアップ事業、国保保健指導事業

※市町村が実施する特定健診未受診者対策、生活習慣病重症化予防等に係る経費を助成する

※国保被保険者数に応じた助成限度額(平成29年度実施分):国保ヘルスアップ事業~1,800万円、国保保健指導事業~1,200万円

○都道府県が実施する保健事業等に対する助成 (平成30年度新規)

- ・都道府県国保ヘルスアップ支援事業(仮)

※都道府県が実施する基盤整備、現状把握・分析等に係る経費を助成する

※国保被保険者数に応じた助成限度額:1,500万~2,500万円

4. 保険者努力支援制度による評価

○取組の質の向上に向けて評価指標を見直し

- ・平成29・30年度の実施状況等を見つつ、重症化予防WGでの議論も踏まえ、評価指標を見直し

20. 国保における保健事業への助成等

国保保健事業への助成

被保険者の健康の保持増進・QOLの向上と医療費適正化に資するため、被保険者の積極的な健康づくりを推進し、地域の特性や創意工夫を活かした事業の実施を支援する。

※以下の助成要件等は平成29年度事業のもの

(1) 国保ヘルスアップ事業

KDBシステム等並びに第三者評価機関を活用し、データ分析に基づきPDCAサイクルに沿って効率的・効果的に実施する事業に対する助成。

【助成要件】

- データ分析に基づくPDCAサイクルに沿った中長期的なデータヘルス計画を策定すること。
- データヘルス計画は、被保険者の医療情報や健診情報等のデータを分析するKDB等を活用し、策定すること。
- 国保連に設置された学識経験者等から構成される支援・評価委員会を活用すること。
 - ・支援・評価委員会の助言を踏まえ、データヘルス計画を策定すること。
 - ・支援・評価委員会と情報交換等を行い、予め保健事業の実施内容・実施方法、評価方法等について助言を求めること。
- 事業区分毎に予め最低1つの評価指標を設定して評価すること。

【助成限度額】 ※(2)に比べ、1.5倍。

被保険者数	1万人未満	1～5万人未満	5～10万人未満	10万人以上
限度額	600万円	900万円	1,200万円	1,800万円

(2) 国保保健指導事業

国保被保険者に対しての取組として必要な場合に、安全性と効果が確保された方法により実施する事業に対する助成。

【助成要件】

- 年度内に事業完了すること。

【助成限度額】 ※予め事業区分毎に評価指標について1指標以上の設定がない場合には、下記の額の8割を限度とする。

被保険者数	1万人未満	1～5万人未満	5～10万人未満	10万人以上
限度額	400万円	600万円	800万円	1,200万円

事業内容

※(1)(2)共通

a)～e)までの必須事業のうち、1事業は実施する

① 必須事業(国が重点的に推進する事業)

- a) 特定健診未受診者対策
- b) 特定保健指導未利用者対策
- c) 受診勧奨判定値を超えている者への受診勧奨
- d) 特定健診継続受診対策
- e) 生活習慣病の1次予防に重点を置いた取組

② 国保一般事業

- f) 健康教育
- g) 健康相談
- h) 保健指導
 - ① 重複・頻回受診者
 - ② 重複服薬者
 - ③ 生活習慣病重症化予防
 - ④ その他保健指導
- i) 糖尿病性腎症重症化予防
- j) 歯科にかかる保健事業
- k) 地域包括ケアシステムを推進する取組
- l) 健康づくりを推進する地域活動等
- m) 保険者独自の取組

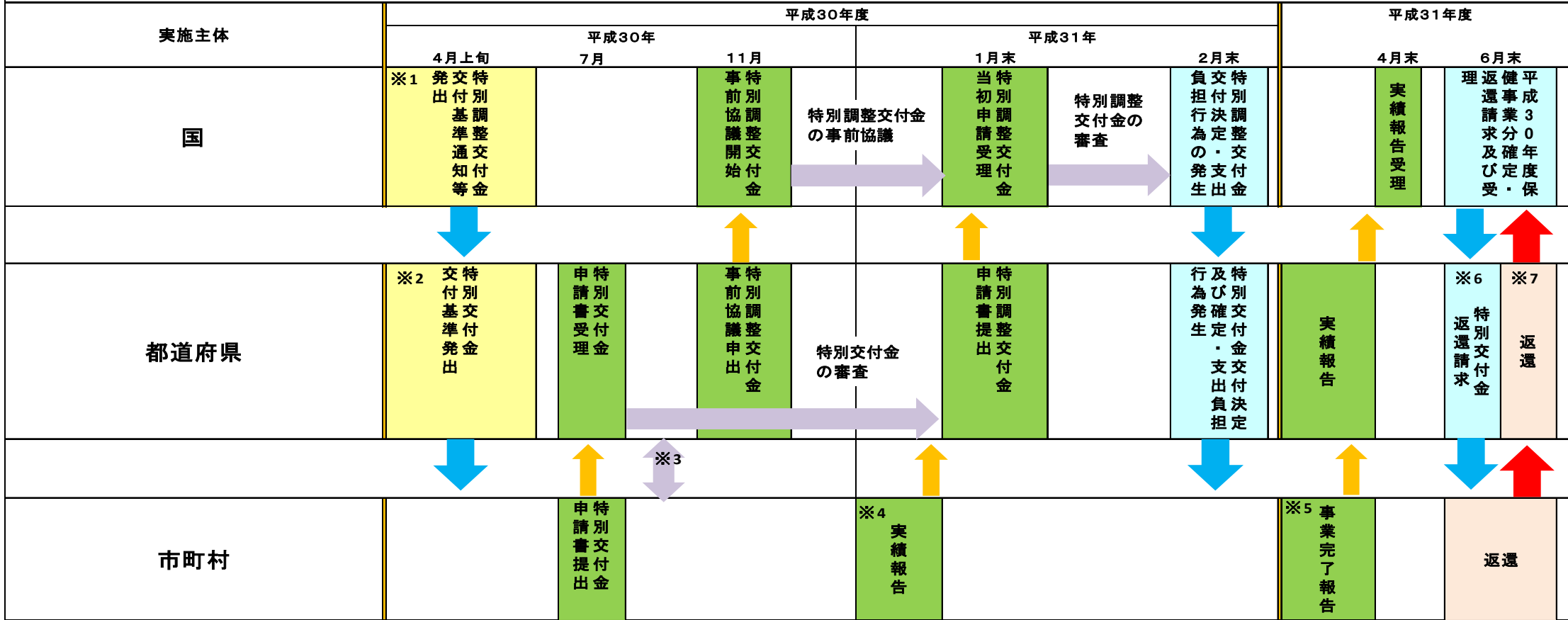
◎平成30年度以降、改正後の国民健康保険法に基づく調整交付金については都道府県に対して交付されることとなるため、市町村の行う保健事業を対象とする助成は都道府県を通じて市町村へ交付される。

⇒ 次ページ参照。

市町村国保保健事業に関する特別調整交付金等の交付スケジュール(平成30年度～)

- 市町村国保における保健事業(※)の実施に当たっては、国が市町村に対して特別調整交付金を交付し、その必要経費を助成してきた。
 - 国保改革の施行により平成30年度以降、この市町村の必要経費に係る助成は、
 - ・ 国が都道府県に対して特別調整交付金として交付し、
 - ・ 都道府県は市町村に対してその同額を保険給付費等交付金(以下「特別交付金」という。)として交付することとなる。
 - このため、これら保健事業に関する特別調整交付金(及び特別交付金)の交付に係る諸手続きは、国・都道府県・市町村の三者に跨ることとなり、変更が生じる(具体的な交付スケジュールイメージは以下のとおり)。
- (※) 国保ヘルスアップ事業、国保保健指導事業、健管センター等健康管理事業等、総合保健施設事業、直診整備事業

保健事業を対象とする特別調整交付金及び特別交付金交付スケジュールイメージ(平成30年度)



※1 国による特別調整交付金(保健事業分)に係る交付要綱・交付基準通知、都道府県が示すべき特別交付金(保健事業分)に係る交付基準の参考例。なお、当該交付要綱については、本年2月を目途に、その時点での案を国から参考として通知することを予定。

※2 都道府県による特別交付金(保健事業分)に係る交付基準。なお、特別交付金(保健事業分)は、特別調整交付金(保健事業分)を原資として交付することを踏まえ、当該交付金の交付基準(助成基準)は、特別調整交付金(保健事業分)の交付基準と同じ内容とする。

※3 都道府県は受理した申請書の内容を確認し、事業内容等について市町村と必要な調整を行う。

※4 年度末の実施状況を見込んで年度分として報告する。

※5 前年度事業の確定した実績を踏まえ、前年度の実績報告との差額等について報告する。

※6 都道府県は国へ特別調整交付金(保健事業分)を返還する必要がある場合には、市町村に特別交付金(保健事業分)の返還請求をすることとなる。その際、翌年度に発見された返還金は、当該翌年度の特別交付金(保健事業分)の額に充当することができる。

※7 市町村の事業完了報告の結果、特別交付金(保健事業分)が不足していた場合、都道府県は次年度(N+1年度)の特別調整交付金として申請を行い、交付を受け、特別交付金として改めて交付する方針を予定。

都道府県国保ヘルスアップ支援事業(仮)の創設

【経緯】

- 平成30年度以降の国保制度改革により、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等、国保運営の中心的な役割を担うこととなった。
- 「都道府県国民健康保険運営方針策定要領」(平成28年4月28日付け保発0428第16号厚生労働省保険局長通知別添)においても、都道府県は、保健事業を含む医療費適正化に向けた取組(現状の把握、市町村の好事例の横展開、市町村に対する定期的・計画的な指導・助言の実施等)を推進することが期待されている。

都道府県国民健康保険運営方針策定要領 (抜粋)

※都道府県が策定する国保運営方針に定める事項

3. 主な記載事項※

(5) 医療費の適正化に関する事項

(現状の把握)

- 取組の進んでいる市町村の好事例の横展開等、医療費適正化対策の充実強化に資する取組を定めること。また、データヘルス計画に基づくP D C Aサイクルにより、効果的・効率的に保健事業を実施すること。

(医療費適正化に向けた取組)

- 都道府県は、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や、市町村に対する定期的・計画的な指導・助言の実施等、医療費適正化対策の充実強化に資する取組を定めること。また、保健事業に取り組む際には、データヘルス計画に基づくP D C Aサイクルによる事業実施を行い、効果的・効率的な実施を行うこと。

- 更に、平成30年度からは、都道府県は保険者努力支援制度において評価されることとなり、都道府県の役割を踏まえた医療費適正化に向けた取組(特定健診受診率、重症化予防の取組割合、医療費分析の実施、市町村への指導・助言等)が評価指標となっている。

以上を踏まえ、平成30年度より、都道府県が実施する保健事業等に対する助成事業として、特別調整交付金を活用した「**都道府県国保ヘルスアップ支援事業(仮)**」を創設する。

※ 今後、平成30年度以降の都道府県が担う役割を踏まえ、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(平成16年厚生労働省告示第307号)における都道府県の役割に係る記載についても改正を検討。

都道府県国保ヘルスアップ支援事業(仮)の助成要件等(案)

平成29年12月7日付け事務連絡

都道府県が実施する保健事業等に対する助成事業として、特別調整交付金を活用した「都道府県国保ヘルスアップ支援事業(仮)」を創設する。

【助成対象】

都道府県が、管内市町村国保における保健事業を支援するため、効率的・効果的に実施する事業。

- ※1 国民健康保険特別会計事業勘定(款)保健事業費に相当する科目により実施する事業に充当
- ※2 市町村が実施する保健事業との役割を調整するよう留意
- ※3 委託可

〈事業の例〉

- A. 市町村が実施する保健事業が円滑に進むような基盤整備
 - ・都道府県レベルの連携体制構築(連携会議の開催等)
 - ・市町村保健事業の効率化に向けたインフラ整備(保健事業の対象者抽出ツールの開発、管内共通ヘルスケアポイント制度創設等)
- B. 市町村の現状把握
 - ・KDBを活用した管内市町村の分析(KDBと他DBを合わせた分析等)
- C. 都道府県が直接実施する保健事業
 - ・周知・啓発(都道府県全域に訴求効果ある手法)
 - ・保健所を活用した取組(保健所の専門職による保健指導支援等)
 - ・人材育成(管内全域から参加できる研修等)
- D. その他独自の取組

【助成要件】

- 事業ごとの実施計画(単年又は複数年)の策定
- 事業ごとの評価指標(ストラクチャー指標、プロセス指標、アウトプット指標、アウトカム指標)・評価方法の設定
 - ※翌年度も同じ事業を申請する場合は評価指標による成果報告
- 第三者(支援・評価委員会、有識者検討会等)の活用

【助成限度額】

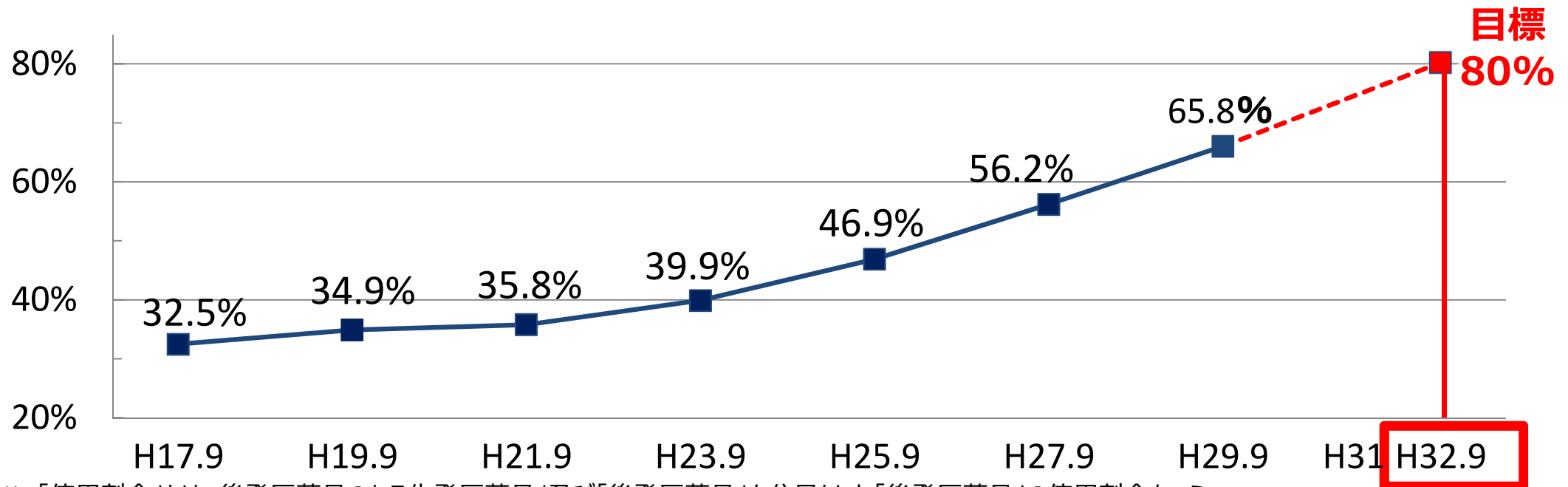
国保被保険者数に応じ、都道府県ごとの助成限度額(1,500万～2,500万円)を設けることとする。

21. 後発医薬品の活用推進

後発医薬品の使用割合の推移と目標

「経済財政運営と改革の基本方針2017」（平成29年6月9日閣議決定）（抄）

⑦薬価制度の抜本改革、患者本位の医薬分業の実現に向けた調剤報酬の見直し、薬剤の適正使用等
2020年（平成32年）9月までに、後発医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する。



※ 「使用割合」とは、後発医薬品のある先発医薬品及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の使用割合をいう。

※ 「薬価調査」とは、薬価基準改正の基礎資料を得ることを目的とし、2年に1度、医薬品販売業者等を対象に医薬品価格を調査するもの。

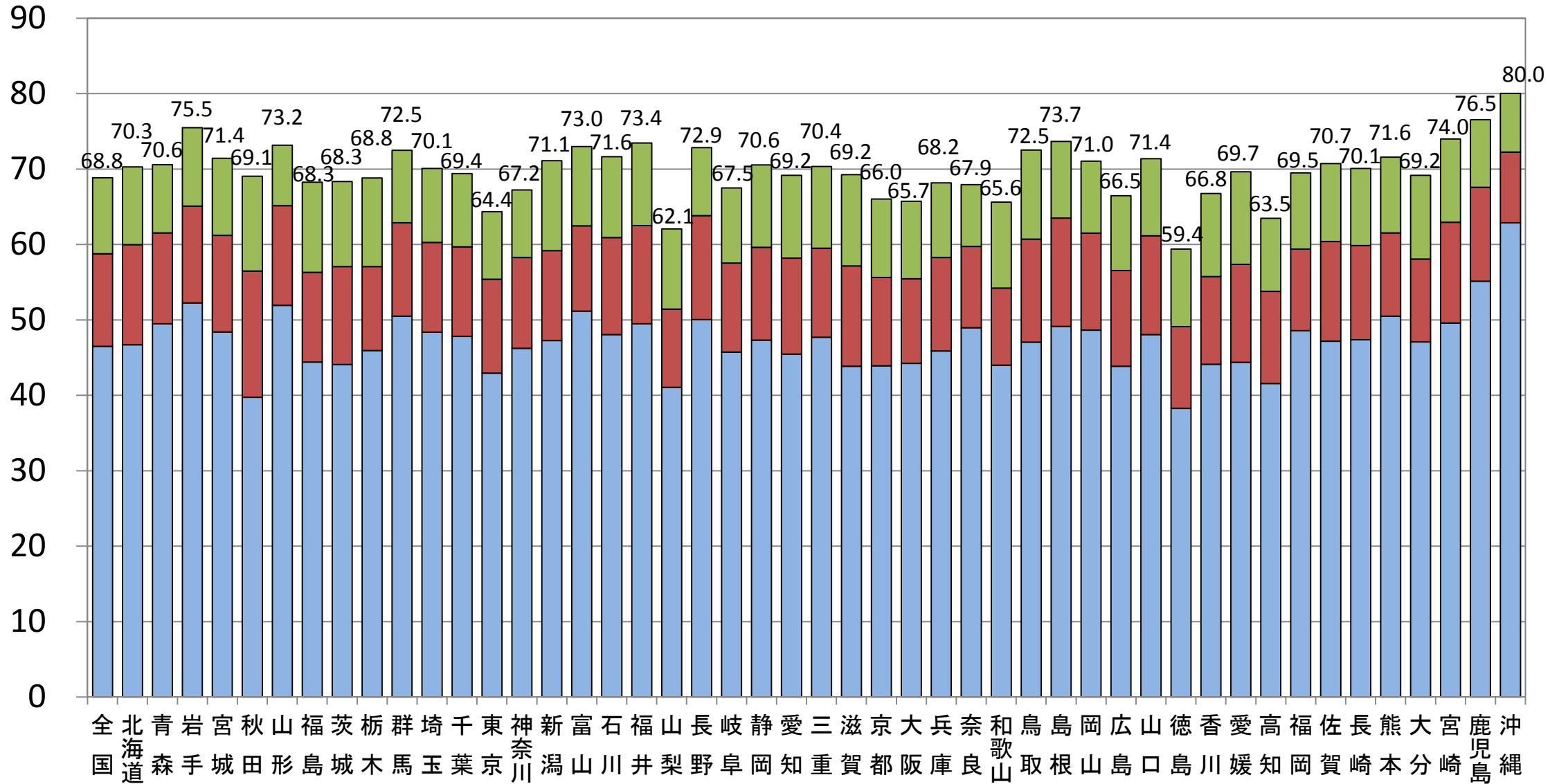
対応

- 品質等に関する信頼性の確保などに引き続き取り組むとともに、特に後発医薬品の使用促進が進んでいない地域等の要因をきめ細かく分析し、その要因に即した対応を図る。
- 引き続き後発医薬品の品質確認検査品目数の拡大を行うとともに、ブルーブックの作成・公表を行う。
- 引き続き中央社会保険医療協議会において議論を進め、その議論を踏まえて平成30年度診療報酬改定を実施する。
- 第3期医療費適正化計画の目標について、毎年度進捗状況を把握する。

「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」における都道府県別後発医薬品使用割合と伸び幅 (数量ベース)

(%)

■ 後発医薬品割合 (2013年4月) ■ 伸び幅 (2013年4月～2015年4月) ■ 伸び幅 (2015年4月～2017年4月)



注1) 保険薬局で、レセプト電算処理システムで処理された調剤レセプトのデータをもとに分析したものであり、院内処方(入院、院内調剤)及び紙レセプトを含まない数値である(出典:「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」(厚生労働省保険局調査課))。

注2) 保険薬局の所在する都道府県ごとに集計したものである。

注3) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

注4) 後発医薬品の数量シェア(置換え率)=[後発医薬品の数量]/([後発医薬品のある先発医薬品の数量]+[後発医薬品の数量])

保険者別の後発医薬品の使用割合の公表について(イメージ)

医療保険者別の後発医薬品の使用割合の公表について(平成29年10月27日厚生労働省保険局国民健康保険課事務連絡)

後発医薬品の使用促進に向けて、厚生労働省において、保険者別の後発医薬品の使用割合の公表を実施する(2018年度実績～)。

後発医薬品の使用割合の公表方針

2017年度実績



厚労省から都道府県に対して保険者別の使用割合のデータを送付し、都道府県や保険者協議会での分析・検討に活用。(2017年度末(2018年3月)の実績を2018年夏頃に送付)

2018年度以降の実績

厚労省が毎年度、全ての保険者別の使用割合を公表。

… ①年度の中央(9月時点)実績の同年度末頃の公表、②年度末(3月時点)の実績の翌年度夏頃の公表を想定 [→2018(平成30)年9月の実績は2018年度末に公表予定]

注1) 公表対象は、全ての医療保険者(協会けんぽ、共済、健保組合、国保、国保組合、後期高齢)

注2) 使用割合は、厚労省がNDBデータから抽出する予定(保険者独自の計算とは誤差が生じ得る)

※ 後発医薬品の使用割合は、医療保険者の各種インセンティブ制度の評価指標となっている。

※ 公表にあたっては、使用割合の低かった保険者が法令違反状態にあるといった誤解を受けることのないよう留意する。

保険者種別の後発医薬品使用割合

協会	70.4%
共済	69.0%
健保	69.5%
国保	69.3%
後期	66.4%
制度計	68.6%

出典:平成28年度調剤医療費の動向(厚労省)
(2017.3時点・数量ベース)
※調剤医療費・電算処理分のみ

22. その他

在留外国人の不適正事案に関する通知

在留外国人の医療保険の利用について

発端

- 一部にて「入国当初から治療目的で来日する中国人等が、「経営・管理」ビザや「留学」ビザを取得し、市町村国保に加入して、支払った保険料を大きく超える高額な医療サービス（ハーボニーの処方など）を低額な負担で受けている。」との報道（昨年11月、本年1月等）

（参考）市町村国保における外国人への適用状況

市町村国保における外国人への適用要件	外国人適用状況
<ul style="list-style-type: none">○ 日本に在留する<u>外国人への国保の適用</u>については、<ul style="list-style-type: none">① <u>出入国管理及び難民認定法上の在留資格があり、適法に3月を超えて在留する予定等の外国人</u>であって、② <u>住所を有する者</u>（住民基本台帳法の適用対象）を「被保険者」とすることとしている。○ なお、<u>医療を受けることを目的として医療滞在ビザを取得している外国人</u>は、適用除外 <p>(※) 納付することとなる保険料に比べ、当該外国人が受ける保険給付の額が多額となることが明らかであるため</p>	約97.3万人 (平成28年度)



実態把握のため調査を実施

考え方の整理

調査結果

- 一定の条件に該当するレセプトの洗い出しと、個別の聞き取りにより、都道府県及び市町村の協力を得て、平成29年3月から全数調査を行ったが、報道のような事例はほぼ確認できなかった。

基本的な考え方

- しかしながら、偽装滞在により、国民健康保険へ加入して高額な医療サービスを受けている可能性が残る事例も極少数ながら存在している。
- そのため、より一層、適正な資格管理に努める必要がある。
- 一方、適法に国保の加入要件を満たす外国人に対し、必要な保険給付を行うことは当然であり、外国人であることを理由に国保を適用しない等の事態は厳に慎まなければならない。

対応すべき「不適正利用」とは

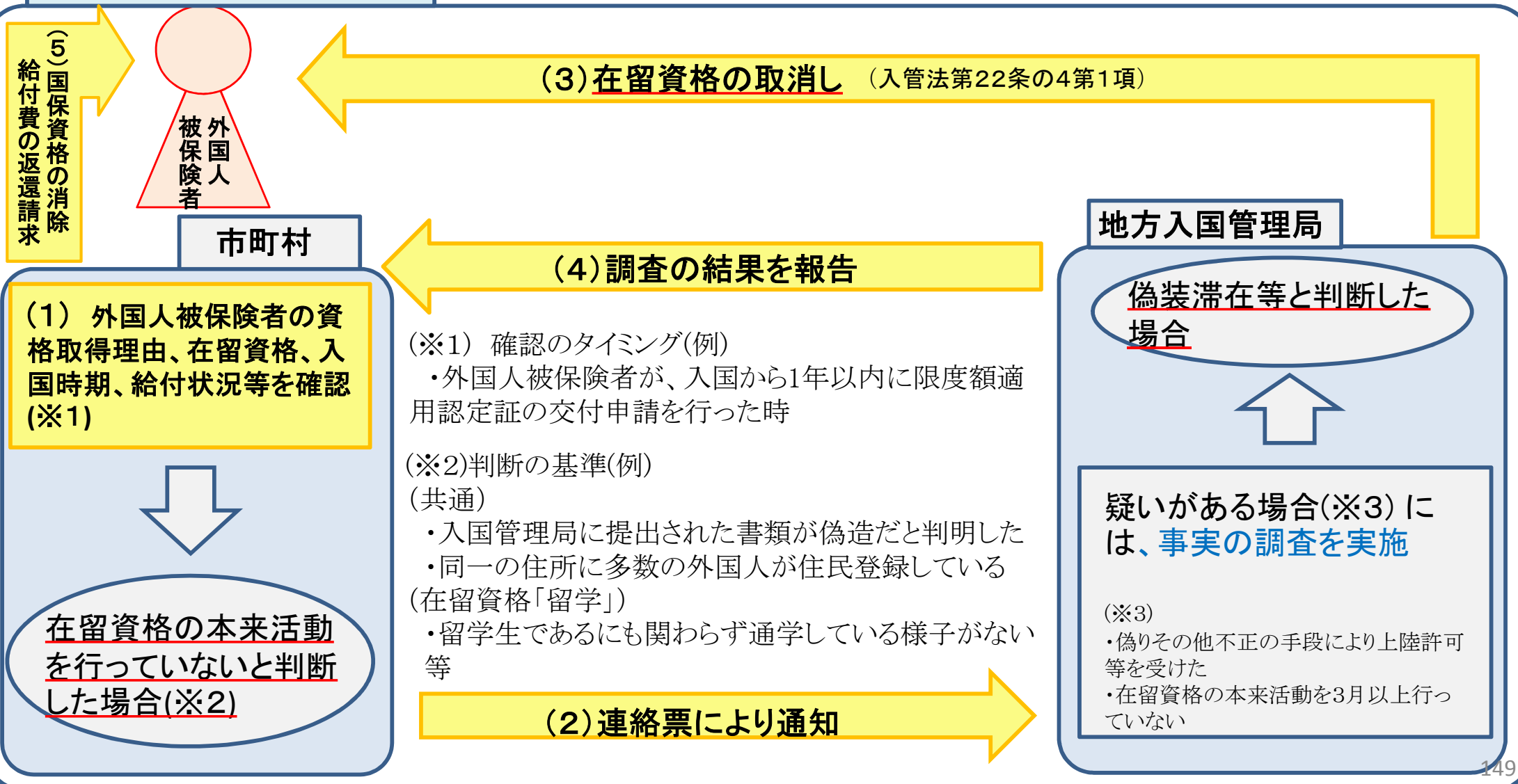
- 今般、対応すべき不適正利用とは、違法に在留資格を取得等し、偽装滞在することにより被保険者資格を取得して受けた医療、である。 (※)「偽装滞在」の判断は、入国管理局が行う

【通知】在留外国人の国民健康保険適用の不適正事案に関する通知制度の試行的運用について

(平成29年12月27日付け保国発第1227第1号厚生労働省保険局国民健康保険課長通知)

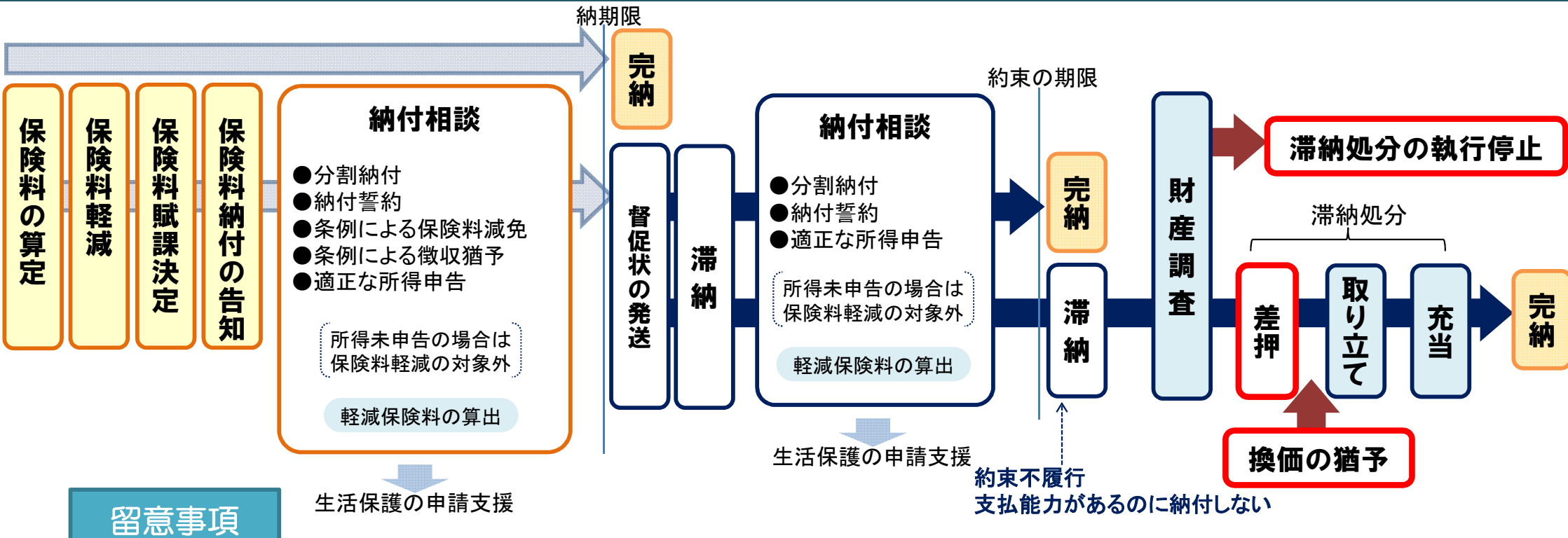
- 厚生労働省と法務省が連携し、在留資格の本来活動を行っていないと市町村が判断した外国人被保険者を、地方入国管理局へ通知することのできる制度を試行的に創設。
- 通知を受けた地方入国管理局は調査を実施し、偽装滞在であると判断した場合、**在留資格の取消しを行う**。
- 運用期間をまずは**平成30年1月からの1年間**とし、以降の運用については、その施行状況等を踏まえ、後日別途通知する。

具体的な事務の流れ(イメージ)



事務運営における個別留意事項

国保保険料（税）の徴収業務の流れ



<給与等の差押禁止の基準>

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

<滞納処分の停止における生活困窮の基準>

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

<申請による換価の猶予>

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

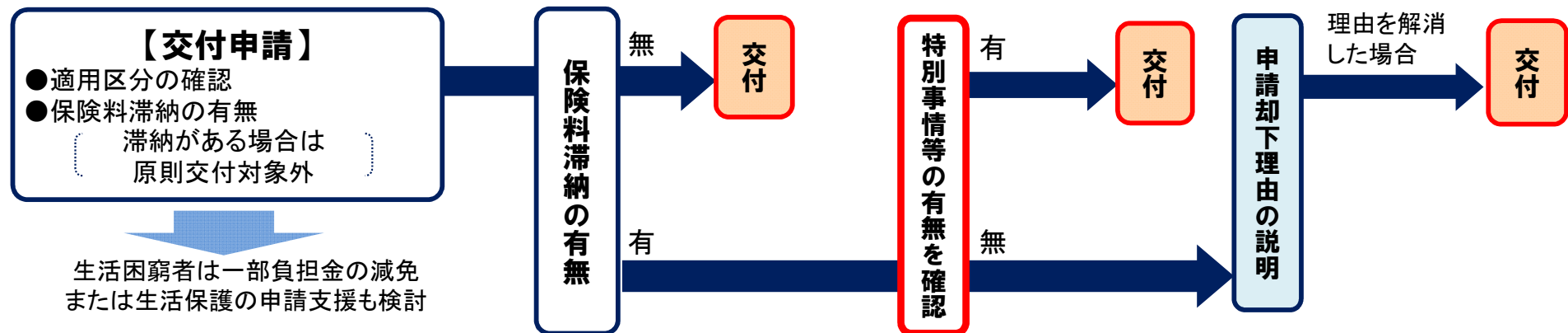
限度額適用認定証の運用に当たっての留意点

保険料に滞納がある者への限度額適用認定証の交付

70歳未満の被保険者が限度額適用認定証の交付を受ける際は、各種添付書類を添えて申請書を提出するとともに、保険料の滞納がないことが条件となっている。

ただし、特別の事情がある場合（災害、盗難・病気、負傷・事業の休廃止、事業の著しい損失、又はこれらに類する事項）又は保険者が適当と認める場合は、保険者の判断により交付する事も可能とされている。

被保険者に限度額適用認定証の交付を行わない場合は、交付されない理由と、当該理由を解消の上再度申請すれば交付されることについて、説明を行っていただく必要がある。



70歳から74歳の被保険者における所得判定

非課税世帯に属する70歳以上の被保険者の自己負担限度額の適用区分については、総所得金額等（公的年金等の支給を受ける者については公的年金等控除額を80万円として算定）の有無により判定を行う。

※各所得の算定に当たっては、損益通算、純損失・雑損失の繰越控除適用後の所得金額を用いる。

所得額が少ない被保険者については、控除漏れ等がないか確認する等、被保険者の生活実態に即した判定を行うよう留意して頂く必要がある。

被保険者資格の適正な管理等に向けた取組

被保険者資格の適正な管理等に向けた取組について

主旨

国民健康保険の被保険者資格を有したまま健康保険に加入している場合の資格確認や、本来健康保険・厚生年金に加入すべきであるにも関わらず、未適用となっており、市町村国保に加入している者がいる場合の社会保険への適用促進など、被保険者資格の適正な管理等に向けた取組を一層進める必要がある。

これまでの取組

- 平成23年以降、日本年金機構と覚書きの締結により年金被保険者情報やねんきんネットの活用が可能となり、そうした情報を活用することで、国保の資格取得・喪失処理の徹底、迅速化を図ってきた。
- 国保の被保険者資格の適正な管理を図る観点から、事業所に勤務されている方に健康保険・厚生年金制度を理解してもらうことが重要であり、平成29年4月以後、次のような周知、啓発の取組みを行ってきた。
 - ① 窓口健康保険・厚生年金加入に関するリーフレットを常時設置する。
 - ② 窓口に来所された方がリーフレットを基に自ら健康保険・厚生年金保険の加入要件を確認した上で、加入要件に該当する等の相談があった場合には、直接、年金事務所に行くよう案内する。
 - ③ 市町村の広報誌等にリーフレットを掲載する等、幅広く周知を図る。その場合、国民健康保険被保険者資格喪失届の提出が必要である旨も併せて案内する。
- 被保険者の資格確認事務として、窓口や郵送等で就労状況等を確認した上で、年金事務所へ情報提供を行うモデル事業を実施した(7月～9月に実施:29市区町)。その結果等を検証した上で、全国の市町村への取組を支援する方針。

今後の取組について

【資格確認事務のモデル事業の概要】

○ 市町村の協力を得て、下記のように市町村国保の窓口や郵送時に就労状況等を確認した上で、年金事務所へ情報提供を行うモデル事業を実施。

(1) 市町村窓口で確認する。

国保の加入手続きや納付相談時において、事業所に勤務し被用者保険適用の可能性のあるものについて、リーフレットで説明のうえ質問票の記載を依頼した。

(2) 保険料滞納者の催告書等の郵送時に質問票等を同封して確認する。

国保保険料(税)を滞納している被保険者に対する催告書や短期被保険者証等の郵送時において、リーフレットや質問票を同封して質問票への記載を依頼した。

【事業の検証と今後の取組】

○ 事業実施結果については、年金事務所での事業所調査に一定の時間を要するため、検証等には相当の時間を要する。

○ しかしながら、被保険者資格に係る適用事務は、国保事業運営の基本であり、資格管理の適正化を促進する観点から、平成30年度においても、年金事務所と連携した取組の実施を支援する方針。

(1) 市町村の実情に応じた取組

モデル事業で取り組んだ年金事務所と連携した資格確認事務については、対応が可能な市町村から順次取組を進める(モデル事業実施市町村に限定しない)。

(2) 実施費用にかかる助成

取組の実施費用については、特別調整交付金で助成を行うことを検討中。(詳細は別途通知予定)

【年金被保険者情報の提供方法の活用について】

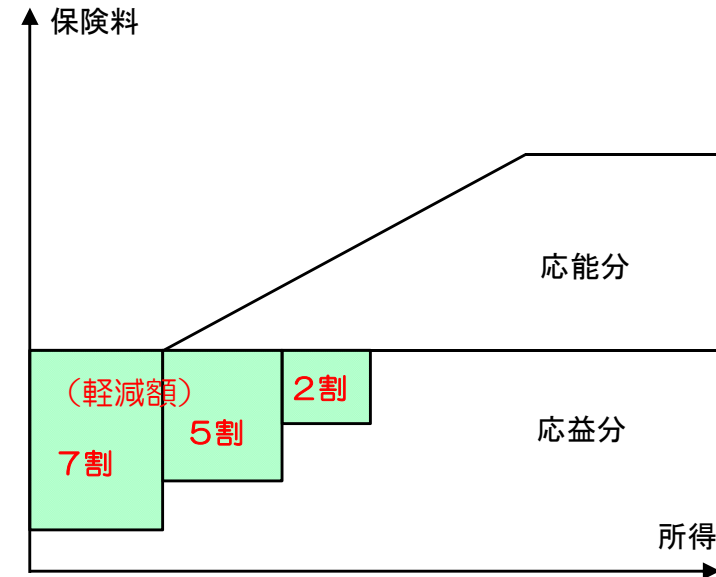
○ 日本年金機構から市町村に提供されている「ねんきんネット」については、今後新たな導入は行わず、それに替わる機器に置き換えることが検討されている。(紙の一覧表については継続)

○ 今後、日本年金機構(年金事務所)から各市町村へ個別に連絡する予定。

保険料の軽減判定

保険料(税)軽減判定所得の算定方法の見直しの検討

- 低所得者の保険料(税)負担の軽減を図るため、市町村は法令で定める基準に従って条例に基づき、世帯の負担能力に応じて、均等割額及び世帯別平等割額を一定割合(7割・5割・2割)軽減することとしている。
- 当該減額賦課の適用区分判定に用いる所得(以下「軽減判定所得」という。)の算定については、世帯の負担能力に応じた保険料負担とするという軽減措置の趣旨に鑑み、個人住民税所得割の課税標準の算定上と異なる取扱いとし、青色事業専従者給与を必要経費とする規定は適用しないこととしている。
- その結果、純損失額や繰越純損失額等については、個人住民税所得割の課税標準の算定上の金額とは異なることとなるため、保険者が、別に算定・管理した上で、軽減判定所得を算定する必要がある。



平成30年度税制改正要望

(内容)

保険者が国民健康保険税の軽減判定所得を算定するに当たり、個人住民税所得割の課税標準の算定に用いる、被保険者が申告した繰越純損失額をそのまま活用することができるよう所要の改正を行うことを要望。

(趣旨)

被保険者が自ら控除額を把握できるようにすることで、分かりやすく、公平公正な負担の実現を図る。

(結果)

改正案について制度面及び法制面で課題があり、内容について引き続き検討する必要がある、とされた。

※ 当面、現行の規定に基づき算定を行うこととなる。

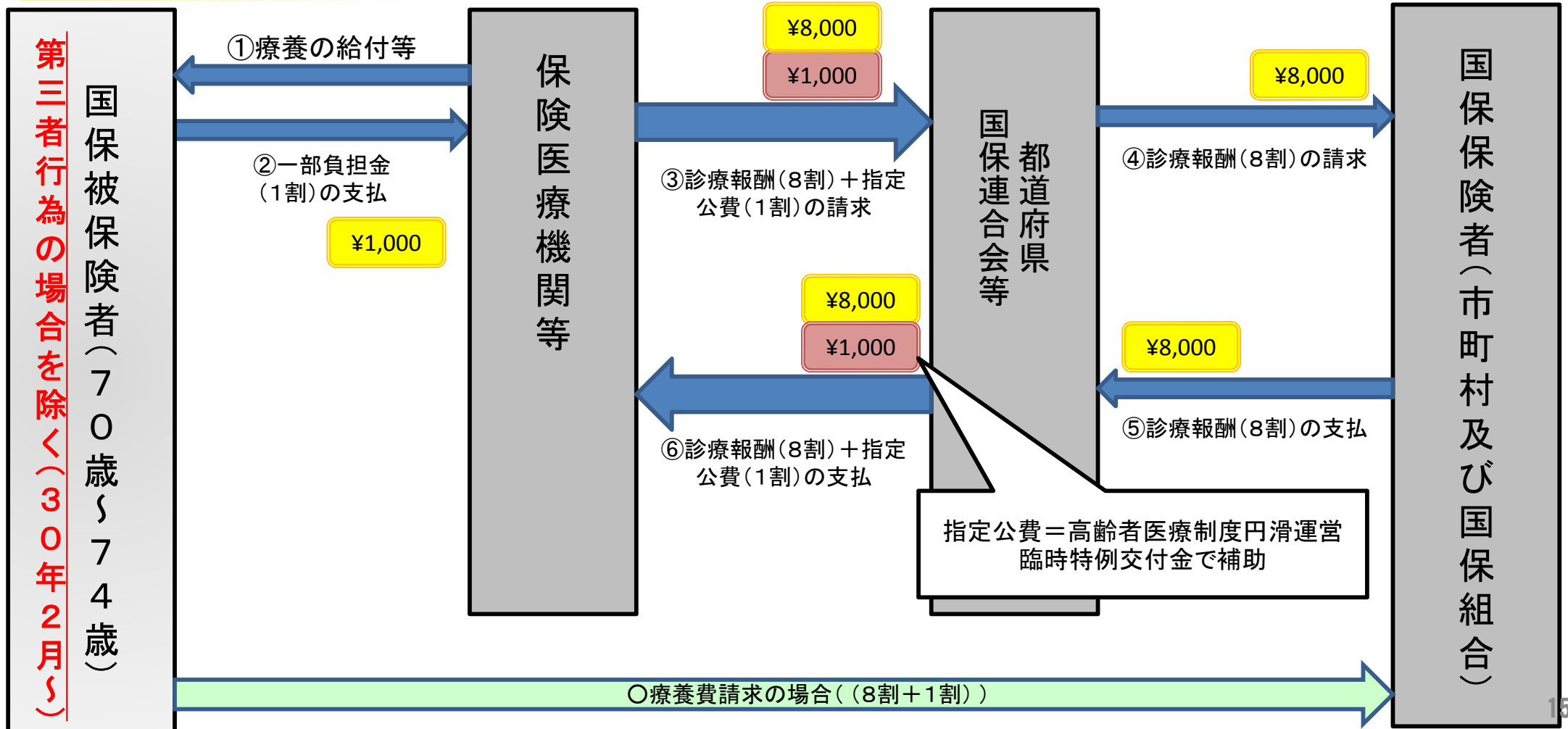
※ 今後の税制改正要望については、制度面及び法制面の課題を整理しつつ、市町村の要望など、今後の動向を踏まえる。

第三者行為求償の取組強化

指定公費負担医療制度の支給対象者の見直し(30年2月施行)

- 70歳～74歳までの高齢者の生活を支援するため、平成20年度から、要綱を定めて、窓口負担2割のうち1割相当分について 指定公費負担医療を支給。(平成26年度までは国保連合会/診療報酬支払基金に設置された基金から取崩して保険医療機関等へ支払いを行っていた。平成26年度から制度を廃止し、対象者が75歳に達するまでの経過措置として、現在73歳以上の方を対象に実施。平成30年度末をもって終了予定。)
- 保険給付と同様に、第三者行為の結果生じた傷病であっても、指定公費負担医療の支給を行っているが、一部の損害保険会社においては、請求に係る法的根拠が不十分であるとして、指定公費負担医療相当額に係る保険者からの損害賠償請求に応じられないケースがある。
- 第三者行為に起因するものは本来保険者が負担すべきものではないが、請求の根拠に疑義が生じないように、第三者行為に起因するものは、指定公費の支給対象から除外することとして、要綱を改正。**平成30年2月1日から施行。**

(例) 医療費が¥10,000の場合



指定公費負担医療に係る第三者求償

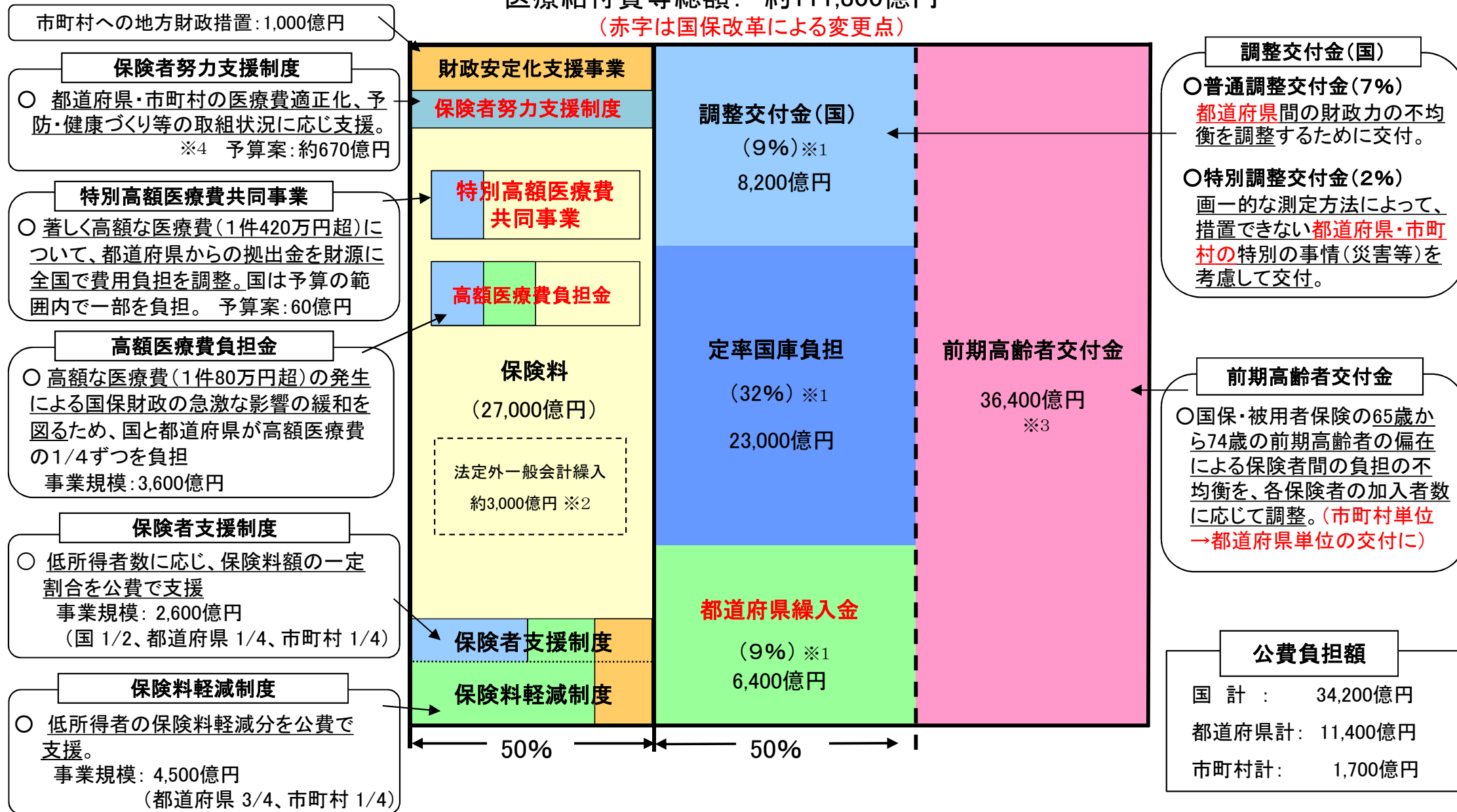
	改正後	改正前
支給要件 (要綱改正)	<p>・平成30年2月診療分から、第三者行為に起因する傷病については、原則、指定公費負担医療の支給対象外とする旨を規定。</p>	<p>・規定上除外されないため、第三者行為に起因する傷病であっても原則支給。</p>
保険医療機関等 における対応	<p>・患者からの申し出等により、医師が傷病の原因が第三者行為によるものと判断する場合には、支給対象外として、治療が終了(症状固定)するまで、当該傷病に係る診療分については、高齢受給者証(1割)の記載にかかわらず、法定の2割負担で一部負担金相当額を請求。</p> <p>※レセプト特記事項欄に「特記.10.第三」を記載するケースを想定。2割負担となる場合には、原則どおり特記事項欄に「20. 二割」と「10. 第三」を併記。</p> <p>※患者からの申し出等がなく、第三者行為によるものと判断されない場合や第三者行為によらない私病に係る診療分については、現行どおり、指定公費を支給(= 1割相当額を請求)。</p>	<p>・規定上除外されないため、保険医療機関等の窓口においては、高齢受給者証に記載された負担割合(1割)に基づき請求。</p>
保険者における 対応	<p>・指定公費負担医療の支給対象外であるにもかかわらず、支給を受けていた場合であっても、レセプトは返戻せずに、保険者から被保険者に対し、指定公費負担医療相当分の不当利得返還請求を行う。ただし、第三者が不明等の場合には、案件によっては、保険者判断により自損事故とみなしことも可能とする。</p> <p>※保険医療機関等においては、必ず第三者行為であることを把握できるとは限らないため、第三者行為に該当するものであっても、保険者はレセプトの返戻を行わない。</p> <p>※被保険者に対し、第三者行為による場合には指定公費負担医療の支給対象外となること、また、支給を受けた場合には、不当利得返還請求を行うこととなる旨の周知を行う。</p> <p>・被保険者が保険者に指定公費負担医療相当額の損害賠償請求を委任(同意)した場合には、民法第643条に基づき、保険者から第三者又は第三者の加入する損害保険会社等に直接指定公費負担医療相当額の損害賠償請求を行う。</p> <p>※被保険者から指定公費負担医療相当分について保険者が直接請求することについては、予め保険者が被保険者から同意書を取得する。</p>	
その他	<p>・現行どおり、被保険者の過失分については、給付費と同様に、指定公費を支給する。</p> <p>・第三者求償により返還を受けた指定公費負担医療分については、現行どおり、返還を受けた分を相殺して、毎月の指定公費負担医療分の医療費の請求する。(国保連と保険者間の契約による歳入歳出事務や連名簿等に影響がなければ、保険者が国保連に委託して高齢者医療制度円滑運営臨時特例交付金で精算することは可能と考える。)</p> <p>・指定公費は、30年度末をもって事業終了の予定である。終了後の返還等については、関係省庁との調整になるが、平成31年度まで当初予算を要求することで現行どおりの取り扱いが可能と考えており、それ以降については、別途お知らせする予定。</p>	

Ⅱ 平成30年度国民健康保険助成費の概要、 補助金申請事務等について

平成30年度の国保財政

(平成30年度予算案ベース)

医療給付費等総額： 約111,800億円
(赤字は国保改革による変更点)



※1 それぞれ保険給付費等の9%、32%、9%の割合を基本とするが、定率国庫負担等のうち一定額について、財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振りかえる等の法律上の措置がある
 ※2 平成27年度決算(速報値)における決算補填等の目的の一般会計繰入の額
 ※3 退職被保険者を除いて算定した前期高齢者交付金額であり、実際の交付額とは異なる
 ※4 別途、平成29年度に特例基金に措置した500億円のうち170億円を活用

平成30年度国民健康保険助成費の概要

(国民健康保険課)

事 項	平成29年度	平成30年度	対前年度		摘 要
	予 算 額	予 算 案	比 較 増 減 額	伸 率 (%)	
	千円	千円	千円		
市町村等の国民健康保険助成に必要な経費	3,553,521,419	3,466,649,901	▲ 86,871,518	▲ 2.44	
(項) 医療保険給付諸費	3,273,015,280	3,198,671,588	▲ 74,343,692	▲ 2.27	
(目) 国民健康保険療養給付費等負担金	2,019,386,411	1,858,225,263	▲ 161,161,148	▲ 7.98	
療養給付費負担金	1,613,232,019	1,600,238,808	▲ 12,993,211	▲ 0.81	
保険基盤安定等負担金	406,154,392	257,986,455	▲ 148,167,937	▲ 36.48	
(目) 国民健康保険後期高齢者医療費支援金負担金	525,409,389	503,991,824	▲ 21,417,565	▲ 4.08	
(目) 国民健康保険財政調整交付金	562,631,741	627,362,284	64,730,543	11.50	
(目) 国民健康保険後期高齢者医療費支援金財政調整交付金	147,771,390	141,747,701	▲ 6,023,689	▲ 4.08	
(目) 国民健康保険保険者努力支援交付金	0	66,661,554	66,661,554		※別途、平成29年度に特例基金に措置した500億円のうち170億円を活用
(目) 国民健康保険制度関係業務準備事業費補助金	17,816,349	0	▲ 17,816,349	▲ 100.00	
(目) 国民健康保険制度関係業務事業費補助金	0	682,962	682,962		
(項) 介護保険制度運営推進費	263,274,874	250,747,048	▲ 12,527,826	▲ 4.76	
(目) 国民健康保険介護納付金負担金	205,482,828	195,705,013	▲ 9,777,815	▲ 4.76	
(目) 国民健康保険介護納付金財政調整交付金	57,792,046	55,042,035	▲ 2,750,011	▲ 4.76	
(項) 医療費適正化推進費	17,231,265	17,231,265	0	0.00	
(目) 国民健康保険特定健康診査・保健指導負担金	17,231,265	17,231,265	0	0.00	
国民健康保険団体に必要な経費	88,414,113	41,577,890	▲ 46,836,223	▲ 52.97	
(目) 国民健康保険団体連合会等補助金	4,390,684	2,946,926	▲ 1,443,758	▲ 32.88	・うち12.5億円を「新しい日本のための優先課題推進枠」に計上
(目) 高齢者医療制度円滑運営臨時特例交付金	81,877,556	34,456,809	▲ 47,420,747	▲ 57.92	
(目) 国民健康保険制度関係業務準備事業費補助金	2,145,873	0	▲ 2,145,873	▲ 100.00	
(目) 国民健康保険制度関係業務事業費補助金	0	4,174,155	4,174,155		

事 項	平成 2 9 年 度 予 算 額	平成 3 0 年 度 予 算 案	対 前 年 度 比 較 増 ▲ 減 額	対 前 年 度 伸 率 (%)	摘 要
	千円	千円	千円		
国保組合の国民健康保険助成に必要な経費	295,280,893	287,620,061	▲ 7,660,832	▲ 2.59	
(項) 医療保険給付諸費	265,727,823	259,184,199	▲ 6,543,624	▲ 2.46	
(目) 国民健康保険組合療養給付費補助金	199,988,203	193,341,057	▲ 6,647,146	▲ 3.32	
(目) 国民健康保険組合後期高齢者医療費支援金補助金	59,007,658	58,736,780	▲ 270,878	▲ 0.46	
(目) 国民健康保険組合出産育児一時金等補助金	4,413,870	4,818,623	404,753	9.17	
出 産 育 児 一 時 金 補 助 金	2,151,660	2,131,185	▲ 20,475	▲ 0.95	
高 額 医 療 費 共 同 事 業 補 助 金	2,262,210	2,687,438	425,228	18.80	
(目) 国民健康保険組合事務費負担金	2,318,092	2,287,739	▲ 30,353	▲ 1.31	
(項) 介護保険制度運営推進費	28,980,547	27,863,339	▲ 1,117,208	▲ 3.86	
(目) 国民健康保険組合介護納付金補助金	28,980,547	27,863,339	▲ 1,117,208	▲ 3.86	
(項) 医療費適正化推進費	572,523	572,523	0	0.00	
(目) 国民健康保険組合特定健康診査・保健指導補助金	572,523	572,523	0	0.00	
国民健康保険関係助成費総計	3,937,216,425	3,795,847,852	▲ 141,368,573	▲ 3.59	
うち (項) 医療保険給付諸費	3,627,157,216	3,499,433,677	▲ 127,723,539	▲ 3.52	
うち (項) 介護保険制度運営推進費	292,255,421	278,610,387	▲ 13,645,034	▲ 4.67	
うち (項) 医療費適正化推進費	17,803,788	17,803,788	0	0.00	

東日本大震災に係る国保保険者等に対する財政支援の延長

【平成30年度予算案】 ※復興庁(東日本大震災復興特別会計)に一括計上

① 帰還困難区域等(注)の住民及び平成29年度以前に避難指示が解除された区域等の上位所得層以外の住民

- 窓口負担・保険料の免除をさらに1年延長
- 国により全額を財政支援(復興特会 及び 特別調整交付金)

② 平成29年度以前に避難指示が解除された区域等の上位所得層の住民

- 本来の制度により、保険者の判断で窓口負担・保険料の減免が可能
→減免について、財政負担が著しい場合に、国により減免額の8/10以内の額を財政支援(特別調整交付金)

(注) 「帰還困難区域等」とは、避難指示区域等から再編された区域であって、平成30年4月1日時点において設定されている①帰還困難区域、②居住制限区域、③避難指示解除準備区域の3つの区域をいう。

(億円)

	市町村 国保	国保 組合	国保中 央会・ 国保連	備 考
一部負担金免除	24.5	0.9	—	一部負担金免除の6割相当を補助。 4割相当は特別調整交付(補助)金で補助予定。
保険料減免	15.8	1.3	—	保険料減免の6割相当を補助。 4割相当は特別調整交付(補助)金で補助予定。
固定資産税の課税免除	1.3	—	—	固定資産税の免除に伴う保険料減収分の1/2を補助。 残り1/2は特別調整交付金で補助予定。
被災者に対する特別措置につい ての周知事業	—	—	0.06	医療機関等に対して、一部負担金免除等の特別措置の延長を周知 する事業
特定健診等の自己負担免除	0.08	0.001	—	特定健康診査等に係る自己負担金に対する助成。
計	41.7	2.2	0.06	

補助金申請事務等の適正化について

平成28年度決算検査報告について

会計検査院における平成28年度決算検査報告において、国民健康保険助成費について、次のとおり指摘があったところである。

例年、過大交付とされる事務処理誤りは同じような内容が繰り返されており、補助金申請事務の適正化に御配慮をお願いしたい。

1. 不当事項

〔療養給付費負担金〕

(ア) 地方単独事業に係る医療給付費の集計誤り	7 保険者	1 1 8, 5 6 6 千円
(イ) 医療給付費の算定誤り	7 保険者	8 5, 7 6 6 千円
(ウ) 遡及退職被保険者等の医療給付費の控除漏れ	9 保険者	3 8, 7 7 1 千円
(エ) 地方単独事業の調整率の適用誤り	3 保険者	3 0, 3 8 4 千円

合 計 26保険者 273, 487千円

〔財政調整交付金〕

(ア) 所得金額の算定誤り	4 保険者	3 1 4, 8 5 0 千円
(イ) 非自発的失業保険料軽減世帯の一般被保険者数等の算定誤り	9 保険者	2 5 1, 3 0 3 千円
(ウ) 結核精神病に係る医療費給付費の算定誤り	2 保険者	8 5, 1 5 0 千円
(エ) 地方単独事業の調整率の適用誤り	5 保険者	5 8, 7 2 2 千円
(オ) 地方単独事業に係る医療給付費の集計誤り	5 保険者	3 5, 2 8 4 千円
(カ) 一般被保険者数の集計誤り	2 保険者	2 0, 9 6 7 千円
(キ) 基礎資料からの転記誤り	2 保険者	4, 5 8 4 千円

合 計 29保険者 770, 860千円

【参考】前回の指摘状況との比較

(単位:百万円)

	前回(27年度検査報告)		今回(28年度検査報告)	
	保険者数	指摘金額	保険者数	指摘金額
療養給付費負担金	21	276	26	273
財政調整交付金	29	926	29	771
合 計	50	1,202	55	1,044

Ⅲ 国保組合の事務運営について

平成30年度予算案(国保組合関係)

	【平成29年度予算】		【平成30年度予算案】
◎定率補助	1,840.2億円	→	1,762.4億円 (▲ 77.8億円)
◎調整補助金	1,039.5億円	→	1,037.0億円 (▲ 2.5億円)
◎出産育児一時金補助金	21.5億円	→	21.3億円 (▲ 0.2億円)
◎高額医療費共同事業補助金	22.6億円	→	26.9億円 (+ 4.3億円)
◎事務費負担金	23.2億円	→	22.9億円 (▲ 0.3億円)
◎特定健診・保健指導補助金等 (医療費適正化対策推進室)	5.7億円	→	5.7億円 (± 0億円)
計	2,952.8億円	→	2,876.2億円 (▲ 76.6億円)

* 項目毎に四捨五入している。

特別調整補助金（保険者機能強化分）

- 医療費適正化事業等に要した経費に対する補助として、平成23年度から創設。
（平成29年度）

【補助対象事業】

①医療費適正化事業

- (1)レセプト点検 …保険者独自基準に基づく点検
- (2)医療費通知 …医療費通知、減額査定通知
- (3)第三者求償 …第三者行為求償事務
- (4)後発医薬品の普及促進 …後発医薬品利用時の自己負担軽減額通知 等
- (5)適正受診の普及啓発 …適正受診普及啓発用のパンフレット・冊子等の作成 等
- (6)医療費分析等の調査研究及びデータの整備
- (7)海外療養費の不正請求対策 …海外療養費の支給申請に対する審査業務等の委託 等

②適用適正化事業

- (1)研修・広報に関する事業 …適用適正化のための組合員への研修・広報 等

③保健事業

- (1)国保ヘルスアップ事業 …データ分析に基づくPDCAサイクルに沿って効率的・効果的に実施する保健事業
- (2)保健指導事業 …特定健診受診率・特定保健指導実施率向上のための対策 等
- (3)保健事業の実施計画の策定 …中長期的な展望を踏まえた保健事業の実施計画
- (4)がん検診事業

④その他保険者機能強化に資する事業

- (1)システム開発等 …制度改正に伴うシステム改修
- (2)保険料算定方式の見直し …加入者の実態に応じた保険料算定方式の調査研究
- (3)事業の共同実施 …複数組合による共同実施事業
- (4)その他 …EIS予防・ウイルス性肝炎予防等に関するパンフレット作成、講習会の開催等

国民健康保険組合における保険者インセンティブの評価指標について

○考え方について

【評価指標の考え方について】

- 特定健診・特定保健指導の受診率、被保険者へのインセンティブ提供、後発医薬品の使用促進などの医療費適正化に資する取組の実施等の状況を項目として設定する。
- 国保組合固有の指標として、データヘルス計画の実施状況、健康・体力づくり事業などを項目として設定する。

【評価指標ごとの加点の考え方について】

- 各評価指標ごとに医療費適正化効果、取組の困難さ等を総合的に考慮し15～100点を配点する。

【規模について】

- 3億円程度とする。

○評価指標について

保険者共通の指標

指標① 特定健診・特定保健指導の受診率、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・特定保健指導受診率
- 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
- 歯科疾患(病)検診実施状況

指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

- 重症化予防の取組の実施状況

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

- 重複服薬者に対する取組

指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

- 後発医薬品の促進の取組
- 後発医薬品の使用割合

国保組合固有の指標

指標① 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② 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③ 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④ 予防接種の実施状況

指標⑤ 健康・体力づくり事業に係る実施状況

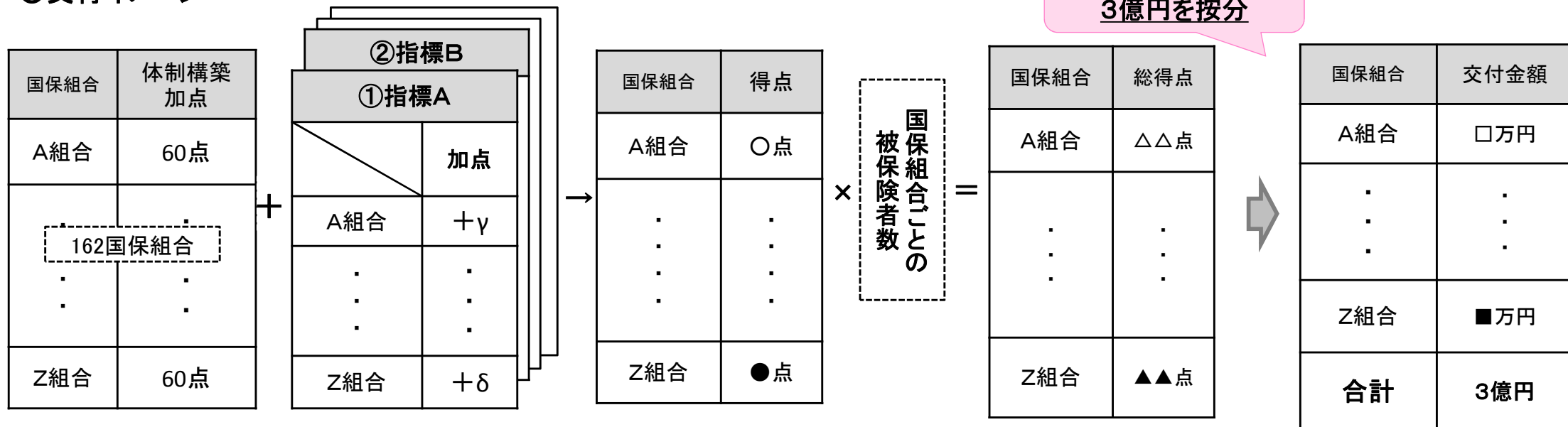
指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況

国民健康保険組合における保険者インセンティブの評価指標について

○配点について

加点	項目
100点	後発医薬品の使用割合、データヘルス計画の実施
70点	健康・体づくり事業の実施
55点	被保険者へのインセンティブの提供
50点	特定健康診査・特定保健指導の受診率、メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の減少率、重症化予防の取組
40点	適正かつ健全な事業運営の実施
35点	重複服薬者に対する取組、後発医薬品の促進の取組、第三者求償の取組
30点	がん検診受診率
25点	歯周疾患(病)検診実施、被保険者への分かりやすい情報提供、医療費通知の取組
15点	予防接種の実施

○交付イメージ



国民健康保険組合における保険者インセンティブの評価指標①

No.	指標	加点
共通 1-i	<p>(1) 特定健康診査の受診率（平成28年度の実績を評価）</p> <p>① 第二期特定健康診査等実施計画期間における目標値（70％）を達成しているか。</p> <p>② ①の基準は達成していないが、受診率が全国保組合の上位3割に当たる0％を達成しているか。</p> <p>③ ①及び②の基準は達成していないが、受診率が全国保組合の上位5割に当たる0％を達成しているか。</p> <p>④ 平成27年度の実績と比較し、受診率が3ポイント以上向上しているか。</p> <p>※ 厚労省においてNDBから抽出されるデータを用いて評価するため、国保組合が報告する必要はない。</p> <p>※ 〇について、数値の把握時期は平成30年8月になる。</p> <p>※ ④は①～③との複数算定可。</p>	<p>①30点 ②25点 ③20点 ④20点</p> <p>計（最大）50点</p>
共通 1-ii	<p>(2) 特定保健指導の受診率（平成28年度の実績を評価）</p> <p>① 第二期特定健康診査等実施計画期間における目標値（30％）を達成しているか。</p> <p>② ①の基準は達成していないが、実施率が全国保組合の上位3割に当たる0％を達成しているか。</p> <p>③ ①及び②の基準は達成していないが、実施率が全国保組合の上位5割に当たる0％を達成しているか。</p> <p>④ 平成27年度の実績と比較し、実施率が5ポイント以上向上しているか。</p> <p>※ 厚労省においてNDBから抽出されるデータを用いて評価するため、国保組合が報告する必要はない。</p> <p>※ 〇について、数値の把握時期は平成30年8月になる。</p> <p>※ ④は①～③との複数算定可。</p>	<p>①30点 ②25点 ③20点 ④20点</p> <p>計（最大）50点</p>
共通 1-iii	<p>(3) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（平成28年度の実績を評価）</p> <p>① 第二期特定健康診査等実施計画期間における目標値（25％）を達成しているか。</p> <p>② ①の基準は達成していないが、減少率が全国保組合の上位3割に当たる0％を達成しているか。</p> <p>③ ①及び②の基準は達成していないが、減少率が全国保組合の上位5割に当たる0％を達成しているか。</p> <p>④ 平成27年度の実績と比較し、減少率が3ポイント以上向上しているか。</p> <p>※ 厚労省において特定健診検査等実施状況データを用いて評価するため、国保組合が報告する必要はない。</p> <p>※ 〇について、数値の把握時期は平成30年8月になる。</p> <p>※ ④は①～③との複数算定可。</p>	<p>①30点 ②25点 ③20点 ④20点</p> <p>計（最大）50点</p>

国民健康保険組合における保険者インセンティブの評価指標②

No.	指標	加点
共通 2-i	<p>(1) がん検診受診率（平成29年度の実績を評価）</p> <p>① 胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がんの5つのがん検診の平均受診率が全国保組合の上位5割に当たる〇%を達成しているか。</p> <p>② 平成28年度の実績と比較し、平均受診率が1ポイント以上向上しているか。</p> <p>※ 〇について、30年度に調査を実施し、集計後確定予定。</p>	<p>①15点</p> <p>②15点</p> <p>計30点</p>
共通 2-ii	<p>(2) 歯周疾患（病）検診実施状況（平成30年度の実施状況を評価）</p> <ul style="list-style-type: none"> 歯周疾患（病）検診を実施しているか。 	<p>25点</p> <p>計25点</p>
共通 3	<p>○ 重症化予防の取組の実施状況（平成30年度の実施状況を評価）</p> <p>以下の糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施しているか。</p> <p>① 対象者の抽出基準が明確であること</p> <p>② かかりつけ医と連携した取組であること</p> <p>③ 保健指導を実施する場合には、専門職が携わること</p> <p>④ 事業の評価を実施すること</p> <p>⑤ 受診勧奨を、全ての対象者に対して、文書の送付等により実施していること。また、実施後、対象者の受診の有無を確認し、受診が無い者には更に面談等を実施していること。</p> <p>⑥ 保健指導を受け入れることを同意した全ての対象者に対して、面談、電話又は個別通知を含む方法で実施していること。また、実施後、対象者のHbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果を確認し、実施前後で評価していること。</p>	<p>①10点</p> <p>② 5点</p> <p>③ 5点</p> <p>④10点</p> <p>⑤10点</p> <p>⑥10点</p> <p>計50点</p>

国民健康保険組合における保険者インセンティブの評価指標③

No.	指標	加点
共通 4-i	<p>(1) 被保険者へのインセンティブの提供の実施（平成30年度の実施状況を評価）</p> <p>① 被保険者の予防・健康づくりの実施やその成果に対しポイント等を付与し、そのポイント数に応じて報奨を設けるなど、被保険者による実施を推進する事業を行っているか。</p> <p>② その際、PDCAサイクル等で見直しを行うことができるよう、インセンティブが被保険者の行動変容につながったかどうか、効果検証を行っているか。</p> <p>※ 効果検証とは、例えば、取組に参加した者へのアンケート調査等が考えられる。</p>	55点 計55点
共通 4-ii	<p>(2) 被保険者への分かりやすい情報提供の実施（平成30年度の実施状況を評価）</p> <p>① 特定健診等の受診者に、ICT等を活用して健診結果を提供しているか。</p> <p>② 疾病リスクとの関係で検査の数値の持つ意味について分かりやすく説明しているか。</p> <p>③ 疾病リスクにより医療機関を受診することが必要な場合には、確実に受診勧奨を実施しているか。</p> <p>④ 検査値を改善するための個人の状態に応じた生活習慣についてのアドバイスも提供していること。</p>	①4点 ②7点 ③7点 ④7点 計25点
共通 5	<p>○ 重複服薬者に対する取組（平成30年度の実施状況を評価）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「同一月に3以上の医療機関より、同一の薬効の薬剤の投与を受けている」場合といった重複投与者の抽出を行い、その者に対して何らかのアプローチをするなどの取組を実施しているか。 	35点 計35点

国民健康保険組合における保険者インセンティブの評価指標④

No.	指標	加点
共通 6-i	<p>(1) 後発医薬品の促進の取組（平成30年度の実施状況を評価）</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 後発医薬品の使用状況について、年齢別等に類型化し、把握した上で、事業目標を立てているか。 ② 後発医薬品の差額通知の事業を実施し、通知前後で後発医薬品への切り替えが行われているか確認をしているか。 	<ul style="list-style-type: none"> ①20点 ②15点 <p>計35点</p>
共通 6-ii	<p>(2) 後発医薬品の使用割合（平成29年度の実績を評価）</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 使用割合が全国保組合上位1割に当たる0%を達成しているか。 ② 使用割合が全国保組合上位3割に当たる0%を達成しているか。 ③ 平成28年度と比較し、使用割合が5ポイント以上向上しているか。 <p>※ 厚労省においてNDBから抽出されるデータを用いて評価するため、国保組合が報告する必要はない。 ※ 0について、数値の把握時期は平成30年夏頃になる。 ※ ③は①、②との複数算定可。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ①60点 ②50点 ③40点 <p>計(最大)100点</p>

国民健康保険組合における保険者インセンティブの評価指標⑤

No.	指標	加点
固有 1	<p>1 医療費の分析等に関する取組の実施状況（平成30年度の実施状況を評価）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ データヘルス計画の実施状況 <ul style="list-style-type: none"> ① データヘルス計画を策定し、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を実施しているか。 ② 保健事業の実施について、少なくとも年1回、定量的な評価を行っているか。 ③ 保健事業の実施や評価等に当たって、都道府県または国保連合会との連携体制が構築されているか。 ④ 保健事業の実施や評価等に当たって、保健医療関係者等との連携体制が構築されているか。 ⑤ 職場風土に根ざした視点を盛り込んでいるか。 （例：女性の多い組合では、女性向け検診メニューを充実させる。アスベスト等職業性疾患についての保健事業を充実させる 等） 	<ul style="list-style-type: none"> ①40点 ②10点 ③10点 ④10点 ⑤30点 <p>計100点</p>
固有 2	<p>2 給付の適正化に関する取組の実施状況（平成30年度の実施状況を評価）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 医療費通知の取組の実施状況 医療費通知について、次の①～⑥の要件を満たす取組を実施しているか。 <ul style="list-style-type: none"> ① 医療費の額（10割）または被保険者が支払った医療費の額を表示している。 ② 受診年月を表示している。 ③ 1年分の医療費を漏れなく送付している。（送付頻度は問わない） ④ 医療機関名を表示している。 ⑤ 入院・通院・歯科・薬局の別及び日数を表示している ⑥ 柔道整復療養費を表示している。 	<p>25点</p> <p>計25点</p>

国民健康保険組合における保険者インセンティブの評価指標⑥

No.	指標	加点
固有 3	<p>3 第三者求償の取組の実施状況</p> <p>○ 第三者求償の取組状況（平成30年度の実施状況を評価）</p> <p>① 第三者行為によって生じた保険給付の疑いのあるレセプトを抽出し、被保険者に確認作業を行っているか。</p> <p>② 第三者求償の適正な事務を行うために、一般社団法人日本損害保険協会等と第三者行為による傷病届の提出に関する覚書を締結し、連携した対応を実施しているか。</p> <p>③ 消防や地域包括支援センター、警察、病院、保健所、消費生活センター等の関係機関から救急搬送記録等の第三者行為による傷病発見の手がかりとなる情報の提供を受ける体制を構築しているか。</p> <p>④ 各組合のホームページに第三者求償のページ等において、傷病届の提出義務について周知し、傷病届の様式（覚書様式）と、第三者行為の有無の記載欄を設けた療養費等の各種申請書をダウンロードできるようにしているか。</p> <p>⑤ 国保連合会等主催の第三者求償研修に参加し、知識の習得に努めている。また、求償アドバイザーの助言などを得て、課題の解決に取り組んでいる。</p> <p>⑥ 求償専門員の設置や国保連合会との連携など、第三者直接請求を行う体制を構築し、第三者直接求償を行っているか。</p>	<p>① 5点</p> <p>② 5点</p> <p>③ 8点</p> <p>④ 5点</p> <p>⑤ 6点</p> <p>⑥ 6点</p> <p>計35点</p>
固有 4	<p>4 予防接種の実施状況（平成30年度の実施状況を評価）</p> <ul style="list-style-type: none"> インフルエンザワクチン接種等の各種予防接種を実施しているか、または各種予防接種を実施した被保険者への補助を行っているか。 	<p>15点</p> <p>計15点</p>

国民健康保険組合における保険者インセンティブの評価指標⑦

No.	指標	加点
固有 5	<p>5 健康・体力づくり事業に係る実施状況（平成30年度の実施状況を評価）</p> <p>① 40歳未満を含めた、運動習慣改善のための事業（特定保健指導の対象となっていない者を含む）を実施しているか。</p> <p>② 40歳未満を含めた、食生活の改善のための事業（料理教室など）を実施しているか。</p> <p>③ こころの健康づくりのための事業（専門職による個別の相談体制の確保、こころの健康づくり教室等の開催）を実施しているか。</p> <p>④ 40歳未満を含めた、喫煙対策事業（標準的な健診・保健指導プログラムを参考に禁煙保健指導の実施、事業主と連携した個別禁煙相談、禁煙セミナー、事業所敷地内の禁煙等）を実施しているか。</p>	<p>①15点 ②15点 ③15点 ④25点</p> <p>計70点</p>
固有 6	<p>6 適正かつ健全な事業運営の実施状況</p> <p>(1) 給付の適正化状況</p> <p>レセプト点検の充実・強化（平成30年度の実施状況を評価（③④は28年の実績を評価））</p> <p>① 複数の医療機関で受診した同一患者に係るレセプト点検を行っているか。</p> <p>② 柔道整復療養費について、他部位、長期または頻度が高い施術患者に対して、負傷部位や原因の調査等を実施し、患者に対する適正受診の指導を行っているか。</p> <p>③ 平成28年（1月～12月）の1人当たりの財政効果額が前年（1月～12月）と比較して、向上しているか。</p> <p>④ 平成28年の1人当たりの財政効果額が全国平均を上回っているか。</p> <p>※ ③及び④は厚労省において既存のデータを用いて評価するため、国保組合が報告する必要はない。</p> <p>(2) 保険料（税）収納対策状況</p> <p>① 未納者すべてに納付勧奨等を実施しているか。</p> <p>② 保険料納付説明会・相談会、口座振替の促進等保険料収納のための対策を実施しているか。</p>	<p>(1)</p> <p>①5点 ②5点 ③5点 ④5点</p> <p>(2)</p> <p>①10点 ②10点</p> <p>計40点</p>