



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
令和2年2月18日

I 国民健康保険をめぐる動向

II 令和2年度国民健康保険助成費の概要、
補助金申請事務等

III 国保組合の事務運営

< 目次 >

I 国民健康保険をめぐる動向	3
1. 保険者努力支援制度について	4
2. 国保運営方針の改定に向けて	26
3. 令和2年度の納付金算定状況について	35
4. システム（納付金・市町村標準）関係	39
5. 税制改正関係	42
6. その他留意事項	53
7. 保険者機能の強化	68
8. オンライン資格確認等システム	131
II 令和2年度国民健康保険助成費の概要、補助金申請事務等	150
III 国保組合の事務運営	158

I 国民健康保険をめぐる動向

1. 保険者努力支援制度について

保険者努力支援制度の抜本的強化

保険者努力支援制度の抜本的な強化

人生100年時代を見据え、保険者努力支援制度を抜本的に強化し、新規500億円(総額550億円)により予防・健康づくりを強力に推進

事業スキーム(右図)

新規500億円について、保険者努力支援制度の中に

① **「事業費」として交付する部分**を設け(200億円。現行の国保ヘルスアップ事業を統合し事業総額は250億円)、

※ 政令改正を行い用途を事業費に制限

② **「事業費に連動」して配分する部分**(300億円)と合わせて交付

※ 既存の予防・健康づくりに関する評価指標に加え、①の予防・健康づくり事業を拡大する等により、高い点数が獲得できるような評価指標を設定し配分

⇒ ①と②と相まって、**自治体における予防・健康づくりを抜本的に後押し**

事業内容

【都道府県による基盤整備事業】

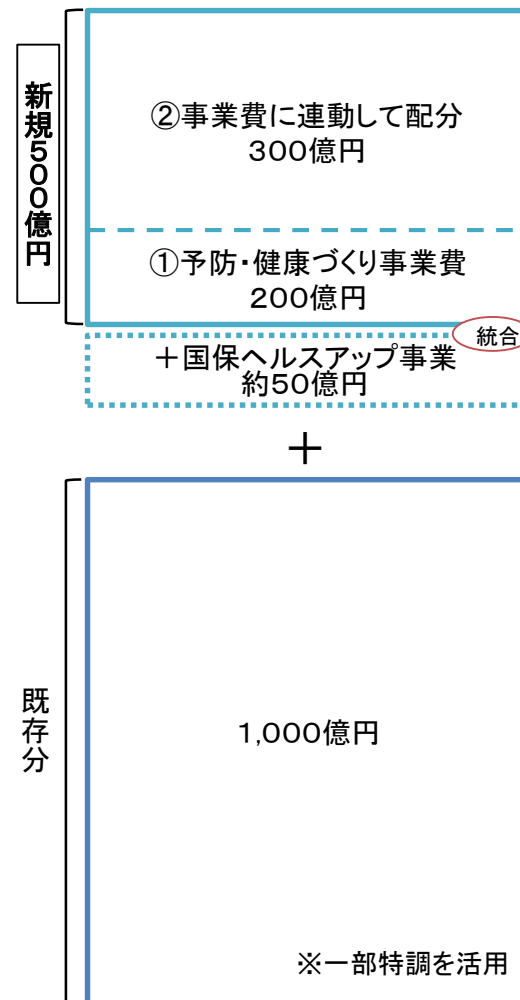
- 国保ヘルスアップ支援事業の拡充(上限額引上げ)
- ◎ 人材の確保・育成
- ◎ データ活用の強化

【市町村事業】

- 国保ヘルスアップ事業の拡充(上限額引上げ)
- ◎ 効果的なモデル事業の実施(※都道府県も実施可)

※ ◎は新たに設ける重点事業

【見直し後の保険者努力支援制度】



保険者努力支援交付金(予防・健康づくり支援)の交付について

新規500億円について、保険者努力支援制度の中に、「事業費」として交付する部分を設け、「事業費に連動」して配分する部分と合わせて交付することにより、自治体における予防・健康づくりを抜本的に後押し

事業費部分(200億円※)

都道府県の事業計画(市町村事業を含む)に対して、事業費を交付

※ 現行の国保ヘルスアップ事業を統合し事業総額は250億円

事業費連動部分(300億円)

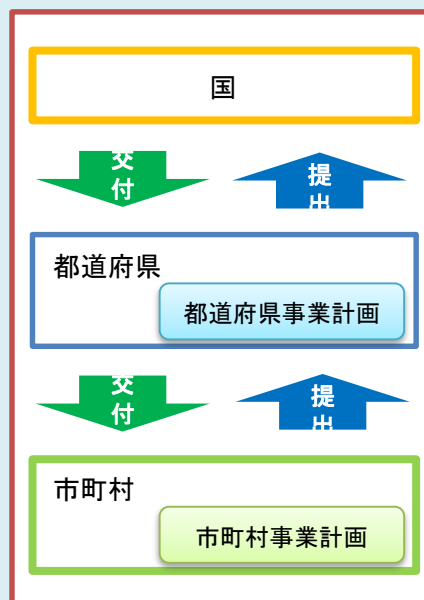
予防・健康づくりに関する評価指標を用いて、各都道府県に交付金を配分

【交付金のプロセス】

(当年度)

- ① 市町村は、市町村事業計画を作成し、都道府県に提出
- ② 都道府県は、市町村事業計画を踏まえた都道府県事業計画を作成し、国に交付申請
- ③ 国は、都道府県事業計画の内容を審査の上、交付決定し、都道府県に事業費を交付
- ④ 都道府県は、市町村に対し、市町村事業に係る事業費を交付
- ⑤ 都道府県、市町村において事業を実施

<計画提出・交付の流れ>



(翌年度)

- ⑥ 実績報告、国庫返還

【交付金の配分方法】

- 都道府県ごとに、以下の評価指標に基づいて採点

- ① 予防・健康づくりに関する評価 【150億円】
- ② 「重点事業」の取組状況 【100億円】
- ③ 「重点事業」の事業評価 【50億円】

- 上記の①～③について、それぞれ、都道府県ごとの「点数」×「合計被保険者数」＝「総得点」を算出し、総得点で予算額を按分して配分 ※保険者努力支援交付金(既存分)と同様

【交付金のプロセス】

(前年度)

- ① 国において、評価指標を決定・提示

(当年度)

- ② (都道府県事業計画を踏まえつつ) 評価指標に基づいて採点
- ③ 国は、採点結果に基づいて交付決定し、都道府県に交付金を交付
- ④ 都道府県は、当年度の保険給付費に充当する形で予算執行
⇒ 結果として生じる剰余金については、翌年度以降の調整財源として活用

都道府県 国保ヘルスアップ支援事業

【交付対象】

- 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
 - ⇒ 都道府県が実施する市町村への支援の充実・促進を図るため、都道府県国保ヘルスアップ支援事業の交付上限額を拡充する。中小規模の市町村を中心に、人材不足や、データを活用した事業の企画・立案のノウハウ不足といった課題があることから、人材の確保・育成事業、データ活用を目的として実施する事業、市町村と協働で実施するモデル事業を【重点事業】と位置づける。

【交付要件】

- 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

(事業分類及び事業例)

A. 市町村が実施する保健事業の更なる推進に資する基盤整備

- ・ 都道府県レベルの連携体制構築
- ・ 保健事業の対象者抽出ツールの開発
- ・ 市町村保健事業の効率化に向けたインフラ整備
- ・ 人材育成

B. 市町村の現状把握・分析

- ・ KDBと他のDBを合わせた分析

C. 都道府県が実施する保健事業

- ・ 保健所を活用した取組
- ・ 予防・健康づくりの周知・啓発

- ※1 国民健康保険特別会計事業勘定(款)保健事業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

D.【重点】人材の確保・育成事業

- ・ かかりつけ医師等に対する研修
- ・ 医療機関に勤務する糖尿病療養指導士等の活用
- ・ 重症化予防アドバイザーの派遣
- ・ 在宅保健師等会や栄養士会等との連携
- ・ 保健事業に係るデータ分析に関する専門的研修

E.【重点】データ活用を目的として実施する事業

- ・ 医療・健康情報データベースの構築
- ・ 一体的実施や地域職域連携に資する現状把握・分析
- ・ データヘルス計画の標準化に向けた現状把握・分析
- ・ 保健事業の対象者抽出及び追跡ツールの開発
- ・ ICTを活用した特定健診・保健指導の基盤整備
- ・ 予防・健康づくりに資するシステムの構築

F.【重点】モデル事業

- ・ モデル市町村を指定し、協働で実施する先進的な保健事業(医療費分析+研修・先進的保健指導・重症化予防・フレイル対策・重複多剤投与者に対する保健事業・若年者の生活習慣病予防対策・企業と連携した健康教育等)
- ※ 都道府県が市町村分を含めて費用を負担する場合は全額を交付。都道府県と市町村がそれぞれ費用を負担する場合は都道府県の負担部分に対して交付

【交付限度額】(補助率10/10)

被保険者数	25万人未満	25～50万人未満	50～75万人未満	75～100万人未満	100万人以上
基準額	15,000万円	17,500万円	20,000万円	22,500万円	25,000万円

※ 民間事業者への委託やシステム構築等への対応が可能となるよう、交付限度額を大幅に拡充

市町村 国保ヘルスアップ事業

国保ヘルスアップ事業(A)

【申請要件】

○ 右記の事業①～③のうち、いずれかの事業を実施すること。ただし、事業①の必須事業から、少なくとも1つの事業を実施すること。

○ 年度内に事業を完了すること。

【交付限度額】(補助率10/10)

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

※ あらかじめ事業区分ごとにストラクチャー指標、プロセス指標、アウトプット指標及びアウトカム指標のうち定量的な3つ以上の指標の設定がない場合は6割、2つ以上の指標の設定がない場合には5割を限度とする。

国保ヘルスアップ事業(B)

【申請要件】

○ 国保ヘルスアップ事業(A)の要件を満たし、さらに下記の要件を満たしていること。

○ 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していること。

※ 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。

○ 国保連合会の支援・評価委員会を活用すること。

※ 支援・評価委員会の活用状況(支援決定通知等)、活用内容が分かるものを添付すること。

【交付限度額】(補助率10/10)

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	900万円	1,350万円	1,800万円	2,700万円

国保ヘルスアップ事業(C)

【申請要件】

○ 国保ヘルスアップ事業(B)の要件を満たし、さらに「効果的なモデル事業」(右記の事業④)を実施していること。

【交付限度額】(補助率10/10)

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	1,350万円	2,025万円	2,700万円	4,050万円

事業内容

①【重点】国が特に推進する生活習慣病予防対策

※a)～f)までは必須事業とし、1事業は実施する

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) 早期介入保健指導事業

f) 特定健診40歳前勧奨

※必須事業

②【重点】生活習慣病重症化予防対策

g) 生活習慣病重症化予防における保健指導

h) 糖尿病性腎症重症化予防

③ 国保一般事業

i) 健康教育

j) 健康相談

k) 保健指導 ①重複・頻回受診者 ②重複・多剤服薬者

③禁煙支援 ④その他保健指導

l) 歯科にかかる保健事業

m) 地域包括ケアシステムを推進する取組

n) 健康づくりを推進する地域活動等

o) 保険者独自の取組

④【重点】効果的なモデル事業

p) 都道府県の指定を受けて実施する先進的な保健事業

※ 都道府県国保ヘルスアップ支援事業の事業F【重点】(モデル事業)に記載された事業例を参照

※ 都道府県と協働で実施しない場合であっても、都道府県の指定を受けた場合は申請可(複数の市町村が協働で実施する場合など)

※ 都道府県と市町村がそれぞれ費用を負担する場合は市町村の負担部分に対して交付

保険者努力支援制度(予防・健康づくり支援) 事業費連動分に係る評価指標(案)

○ 事業費連動分については、都道府県ごとに、以下の評価指標に基づいて採点を実施

- ① 予防・健康づくりに関する評価
- ② 「重点事業」の取組状況
- ③ 「重点事業」の事業評価



左記①～③について、それぞれ都道府県ごとの「点数」×「合計被保険者数」＝「総得点」を算出し、総得点で予算額を按分して配分

①《予防・健康づくりに関する評価》

150億円

(都道府県)

1) 予防・健康づくりに関する評価指標の合計獲得点数を加点

(保険者努力支援交付金(既存分(都道府県分))の評価指標(※)のうち、指標①(i)特定健診受診率・特定保健指導実施率、(ii)糖尿病等の重症化予防の取組、(iii)個人インセンティブの提供、指標②重症化予防のマクロ的評価、指標③(i)重症化予防の取組等) ※当年度の評価指標(前年に採点済)を使用

(市町村)

- 1) 市町村共通指標②(1)がん検診受診率において5点以上を獲得している市町村の割合に応じて右の点を加点
- 2) 市町村共通指標②(2)歯科健診受診率において23点以上を獲得している市町村の割合に応じて右の点を加点

10%以上～30%未満・・・5点
30%以上～50%未満・・・10点
50%以上～70%未満・・・15点
70%以上・・・20点

②《「重点事業」の取組状況》

100億円

(都道府県)

- 1) 事業A～Cを1つ以上実施している場合 ……4点
- 2) 事業D【重点】(人材の確保・育成)を実施している場合 ……8点
- 3) 事業E【重点】(データ活用)を実施している場合 ……8点
- 4) 事業F【重点】(モデル事業)を実施している場合 ……10点

(市町村) 要件を満たす管内市町村の割合に応じて加点

- 1) 事業①【重点】(生活習慣病予防)を実施する管内市町村の割合が9割を超えている場合 ……6点
- 2) 事業①【重点】(生活習慣病予防)を2つ以上実施する管内市町村の割合が4割を超えている場合 ……6点
- 3) 事業②【重点】(重症化予防)を実施する管内市町村の割合が7割を超えている場合 ……9点
- 4) 事業④【重点】(モデル事業)を実施 又は 都道府県国保ヘルスアップ支援事業の事業F【重点】(モデル事業)に参画している管内市町村の割合が3割を超えている場合 ……9点

※ データヘルス計画に基づく保健事業の実施、個別保健事業に係るアウトカム指標の設定が前提

③《「重点事業」の事業評価》

50億円

(都道府県)

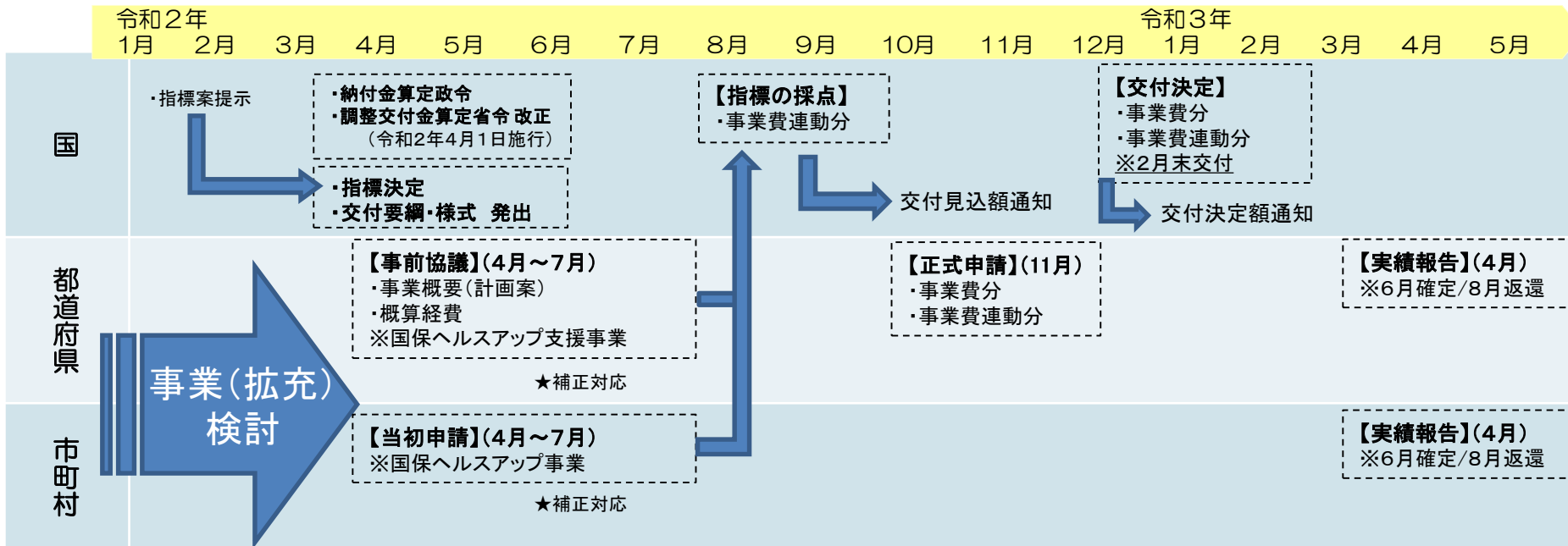
- 1) 管内市町村が下記1)～5)を満たせるよう、支援を実施している場合 ……7点
- 2) 下記1)～5)を全て満たす管内市町村の割合が3割を超えている場合 ……8点

(市町村) 重点事業を実施する全ての市町村が要件を満たす場合に加点

- 1) データヘルス計画で設定した目標に応じて、各事業のPDCAサイクルを回しつつ、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを組み合わせるなど総合的に事業を展開している場合 ……3点
- 2) 1)について関係者と連携し評価を実施している場合 ……3点
- 3) 事業ごとにアウトカム評価を実施している場合 ……3点
- 4) 性・年齢別等の視点に加え、地域ごとの分析を実施している場合 ……3点
- 5) 事業の計画、実施、評価にわたり、第三者の評価を受け、事業に反映している場合 ……3点

※ データヘルス計画に基づく保健事業の実施、個別保健事業に係るアウトカム指標の設定が前提

保険者努力支援交付金（予防・健康づくり支援） 令和2年度交付スケジュール(案)



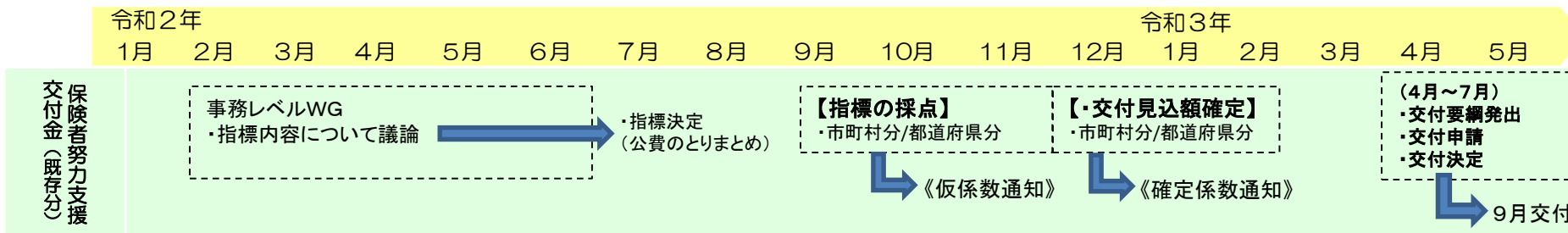
(事業費分)

- 国は都道府県に対して市町村分を含めた事業費を交付。都道府県は特別交付金として市町村に交付。

(事業費連動分)

- 国は都道府県に交付金を交付。交付見込額については、令和2年度の財政運営や令和3年度以降の納付金算定の参考となるよう、令和3年度納付金に係る仮係数通知までに交付見込額を通知する予定。

《参考》令和3年度 保険者努力支援交付金(既存分) 交付スケジュール



保険者努力支援交付金 (予防・健康づくり支援) に関するQ&A

【事業費部分】 主なご照会

分類	主なご照会	考え方（検討中）
申請事務	市町村国保ヘルスアップ事業の小区分pについて、県はいつモデル市町村を指定すればよいのか。市町村と県の間でどのような手続きを行えばよいのか、御教示いただきたい。	7月までに実施する国との事前協議時に市町村の事業計画書を提出いただくこととなるが、計画書には、事業区分を明示していただくことが必要となるため、それまでに決定する必要がある。なお、国への計画書提出時に「モデル市町村選定状況表（仮称）」を添付いただく予定である。
	交付申請にあたり、補正予算の対応でも申請は可能か。また、年度途中から実施を予定する事業でも申請することは可能か。	年度内に事業を実施する場合は、申請可能とする。
	事業計画や申請様式は、これまでの様式に準じたものとなるのか。	様式は、市町村分、都道府県分ともに、従前の特別調整交付金の様式を活用しつつ一部改変する予定である。
モデル事業	県が指定するモデル事業とは、どのように指定することを想定しているのか。	事業計画に反映させる必要があるため、計画の作成前に市町村からの申出を受け、県において指定していただくことを想定している。その際、県においては、将来的な横展開を見据えつつ、データ分析方法や事業内容を市町村から聞き取りを行うとともに、支援評価委員会の支援を得られる範囲内であるかについて、事前に国保連合会に確認を行っていただくなど準備をお願いしたい。
	モデル事業は独自の事業内容を設定することが可能か。また、単独の市町村であってもモデル事業としてよいか。	どちらも可能である。 モデル事業については、市町村や都道府県がデータ分析を通して、課題を発見し、新たな取組として事業を実施する場合であって、将来的に管内の市町村への横展開が期待されるものであれば該当するものと考えている。そのため、内容は独自で設定していただくことが可能である。また、実施市町村数は問わない。 なお、事業としては以前から実施している場合であっても、令和2年度の事業実施に当たって新たにデータ分析を実施し、取組内容の見直しや改変を行ったうえで事業を実施する場合もモデル事業に該当する。

【事業費部分】 主なご照会

分類	主なご照会	考え方（検討中）
補助対象 経費	<p>国保以外の部署が一般会計で実施している事業の対象者に国保被保険者が含まれる場合に、国保特別会計から一般会計に繰り出しを行った場合の費用を対象経費として認めていただきたい。</p>	<p>今回拡充された交付金については、試行的に広く予防健康づくりを推進するものであることに鑑み、国保特別会計から一般会計への繰り出しを行った場合についても、補助対象とするが、事業の内容によっては国保加入者数等により按分をする必要がある。また、当該事業における国保主管課の役割や、当該事業による国保被保険者に期待される効果については明らかにする必要がある。</p>
	<p>交付限度額の区分に用いる「被保険者数」とは、どの数値を使うのか。</p>	<p>前年度の年度平均被保険者数を用いる（令和元年度までと同様）。</p>
	<p>広域連合の構成市町村については、各市町村で保健事業を実施しているが、現在、広域連合を1保険者として交付上限額設定されているため、1市町村当たりの交付額が非常に少額となっている。広域連合の場合は構成市町村数に応じて、各市町村の事業区分・規模に応じた交付上限額を設定し、その合計を広域連合の交付上限額とすることは可能か。</p>	<p>広域連合については、1保険者として取扱ってきたところであるが、実態として各構成市町村において保健事業を実施しており、支出や契約事務については、広域連合が行っている場合、今回の交付金については、各構成市町村ごとの限度額の合計額を交付することを認める。（ただし、ある市町村が限度額を超え、他の市町村が限度額を超えていない場合に、交付金を広域連合内で融通することは認めないため、申請に当たっては、各市町村の費用内訳等を示すこと。）</p>
	<p>上限額が、都道府県／市町村とも大きく拡大したが、この予算規模は、いつまで続く見込みなのか。また、市町村の上限額は、(A)、(B)、(C)の条件をそれぞれ満たしていけば、単純に足しあげるという認識で良いか。（例: 1万人未満600万円＋900万円＋1,350万円＝2,850万円）</p>	<p>本交付金は再来年度も要求する予定であるが、毎年度の予算編成の中で補助上限額は合算しないものであり、事例の場合は、(C)の限度額1,350万円が適用される。</p>
	<p>基盤整備事業について、導入経費だけではなく、維持管理経費（後年後に発生する経費）も補助対象となるか。</p>	<p>運用経費は補助対象外とする。</p>
	<p>システム構築等への対応が可能となるよう、交付限度額を大幅に拡充したとのことだが、事業実施のために必要な備品購入費については、従前の1/2補助から10/10補助になるのか。従前どおり1/2補助のままでは、都道府県の持ち出しが発生し、システム構築のためのハード整備等の事業は実施できないと考える。</p>	<p>備品購入費は従前どおりの取扱い（1/2補助）とする。 なお、ハードを都道府県の備品とせず、レンタルする場合（利用料）や、環境構築に関しても委託により実施する場合（委託料）は10/10を補助対象とする。</p>

【事業費部分】 主なご照会

分類	主なご照会	考え方（検討中）
補助対象 経費	令和元年度の市町村国保保健指導事業及びヘルスアップ事業が、国保ヘルスアップ事業（A）及び（B）にそれぞれ移行するということか。また、「健康管理センター等健康管理事業等」、「直営診療施設整備事業」や「総合保健施設整備等事業」は従前の調整交付金（保健事業分）として残るのか。	お見込みのとおり。 （ただし、市町村のヘルスアップ事業については、一部、事業を再編する予定。）
	国保ヘルスアップ支援事業を実施するにあたり、正規職員の保健師の人件費は補助対象となるか。また、事業実施のために、会計年度任用職員を雇用した場合、その職員の報酬、共済費及び期末手当は、補助の対象となるか。	正規職員の人件費については、保健師等の専門職に限らず全て補助対象外とする。なお、事業実施のために雇用した会計年度任用職員の人件費については補助対象とする。
	都道府県が実施する保健事業で、周知・啓発を目的とした事業はこれまで認められていなかったと認識しているが、予防・健康づくりのために実施する周知・啓発は対象事業になると考えてよいか。対象事業として実施する場合の条件などはあるか。	今回拡充された交付金については、試行的に広く予防健康づくりを推進するものであることに鑑み、都道府県が国保被保険者に対して実施するポピュレーションアプローチは補助対象とする。
	今回の拡充により、都道府県国保ヘルスアップ事業において、現在の取扱いでは、補助対象外とされている都道府県職員の研修経費、旅費、会議費は補助対象となるか。	今回の交付金においては、都道府県が主催する研修会等を開催するために要する研修経費、旅費、会議費（会場借上料等）は補助対象として認める。ただし、職員の自己研鑽のためにセミナー等に出席する場合の旅費や参加費用等は補助対象外とする。

【事業費部分】 主なご照会

分類	主なご照会	考え方（検討中）
補助対象経費	<p>高齢者の保健事業と介護予防一体的な実施に係る事業との関係はどのようになるのか。 また、国保被保険者数等による按分が必要な場合の考え方はどのようになるのか。</p>	<p>後期高齢者医療制度の保健事業、介護保険制度の地域支援事業（介護予防）と一体的に実施するよう努めることとされたことを受け、 ①都道府県による基盤整備事業、②ポピュレーションアプローチ（受診勧奨、保健指導等）の経費については、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 基本的には、国保・後期で共通する内容の事業であること、 ・ 集団を対象とした保健事業であり、国保単独での実施と、国保・後期共同での実施で、必ずしも事業総額が大きく変動するものではないこと、 ・ 国保法上も、高齢者の保健事業については、後期の保健事業と一体的に実施するよう努めることとされていること <p>等を踏まえ、国保・後期の間の按分は不要とする。ただし、対象者に国保被保険者が含まれない場合や極めて少ない場合は対象外とする。</p> <p>なお、ハイリスクアプローチ等、個人に対して実施する保健事業の場合であって全住民向けに実施する事業については、引続き、国保加入者数等による按分を行うこと。</p> <p>また、国保担当課が実施主体となり、都道府県と市町村（それ以外の機関）との間で実施される研修等の事業については、国保で実施する保健事業へのフィードバックが行われることが明確であれば、そこに被用者保険の関係者等が出席していても、今回の交付金においては按分を要しないこととする。</p>

【事業費連動部分】 主なご照会

分類	主なご照会	考え方（検討中）
評価方法	<p>令和2年度の予防・健康づくり支援交付金（事業費連動分）と、令和3年度保険者努力支援交付金は同一の指標を用いるのか。 その場合、保険者努力支援交付金の申請時に提出する資料で事業費連動分も採点を行うということか。</p>	<p>令和2年度に交付する事業費連動分の採点には、令和元年度に採点を行った令和2年度の努力支援交付金（既存分）の予防・健康づくりに関する指標（特定健診受診率等）を一部活用する予定である。</p>
	<p>評価は、申請市町村へのヒアリング等により都道府県が行うのか。 その場合、評価はどのように行うのか（市町村に所定様式及び根拠資料等を作成、提出させるのか）。</p>	<p>事業費連動分の評価は、事業費分の事業計画の内容審査を行う過程で、同時に国において採点を実施するため、事業費分の申請のために作成する事業計画が採点用の様式兼ねるものとする予定である。そのため、都道府県において、令和元年度のヘルスアップ事業等の申請時と同様に、市町村の事業計画の内容点検を実施していただくことになるが、採点のための作業をしていただくことは予定していない。</p>
	<p>市町村では、要件に該当する事業を実施しているが、少額を理由に申請を行っていない場合、連動部分で評価対象とならないのか。</p>	<p>事業費連動分の評価指標のうち②（「重点事業」の取組状況）については、小額等を理由に申請していない場合を含め実際に相当する事業を実施する場合には評価することとする。このため、仮に申請額が0円の場合であっても事業計画は提出していただくこととする。</p>
	<p>交付申請時点で事業を実施する予定であったが、結果的に実施できなかった場合、「事業費連動部分」の交付金の扱いはどうなるのか。実績報告により事業費部分と合わせて翌年度精算するのか。</p>	<p>事業費連動部分に変更が生じた場合の取扱いについては、今後検討する。</p>

2020年度の保険者努力支援制度の結果 (速報値)

2020年度の国保の保険者努力支援制度について

○ 人生100年時代を迎え、疾病予防・健康づくりの役割が増加。このため、各般の施策に併せ、保険者における予防・健康インセンティブについても強化。

⇒ 予防・健康づくりについて、配点割合を高めてメリハリを強化するとともに、成果指標を拡大。

○ 法定外繰入等についても、インセンティブ措置により、早期解消を図る。

※ 一部の評価指標におけるマイナス点については、骨太の方針2019（令和元年6月21日閣議決定）等に基づき、設定することとしているが、これは、過去の取組状況に対し後年度になってペナルティを科し、あるいは罰則を付すものではなく、国保改革に伴って拡充された公費（自治体の取組等に対する支援）の配分について、一部メリハリを強化するものである。

○ 予防・健康インセンティブの強化

- ・ 予防・健康づくりに関する評価指標（特定健診・保健指導、糖尿病等の重症化予防、個人インセンティブの提供、歯科健診、がん検診）について、配点割合を引き上げ【市・県指標】
- ・ 特定健診・保健指導について、マイナス点を設定し、メリハリを強化（受診率が一定の値に満たない場合や2年連続で受診率が低下している場合）

○ 成果指標の拡大等

【糖尿病等の重症化予防】

- ・ アウトカム指標（検査値の変化等）を用いて事業評価を実施している場合に加点【市指標 共③】
- ・ 重症化予防のアウトカム指標を導入【県指標②】

【歯科健診】

- ・ 歯科健診の実施の有無に係る評価に加え、受診率に係る評価を追加【市指標 共②(2)】

【個人インセンティブ】

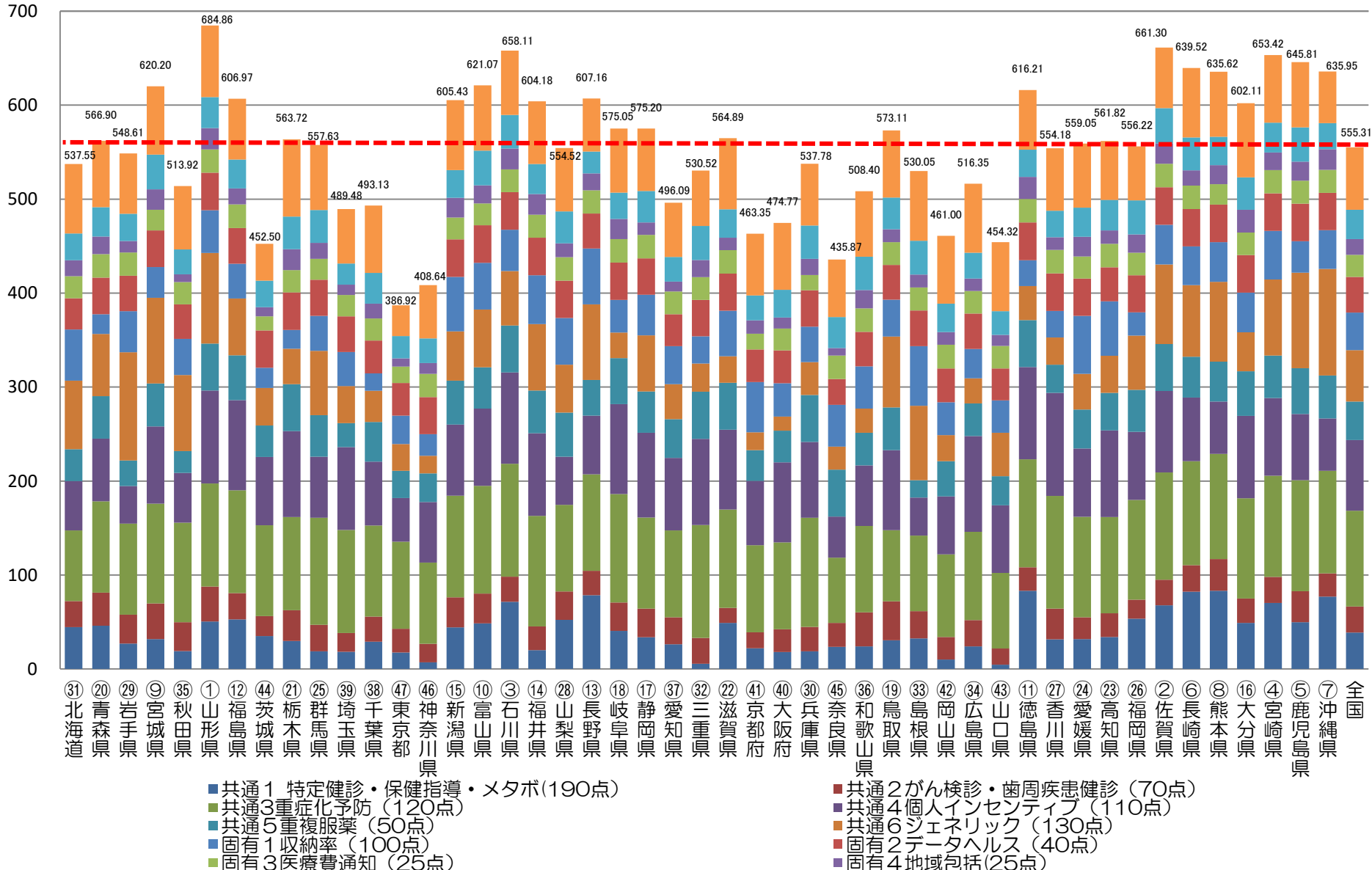
- ・ 健康指標の改善の評価や、参加者への健康データ等の提供等を行う場合に加点【市指標 共④(1)・県指標①(iii)】

○ 法定外繰入の解消等

- ・ 都道府県指標に加え、市町村指標を新設【市指標 個⑥(iv)・県指標③】
- ・ 赤字解消計画の策定状況だけでなく、赤字解消計画の見える化や進捗状況等に応じた評価指標を設定
- ・ マイナス点を設定し、メリハリを強化（赤字市町村において、削減目標年次や削減予定額(率)等を定めた赤字解消計画が未策定である場合等）

2020年度保険者努力支援制度（市町村分） 都道府県別平均獲得点 995点満点

(点)



【参考】 2019年度保険者努力支援制度(市町村分)
都道府県別平均獲得点 880点満点(体制構築加点除く。)

(点)

700

600

500

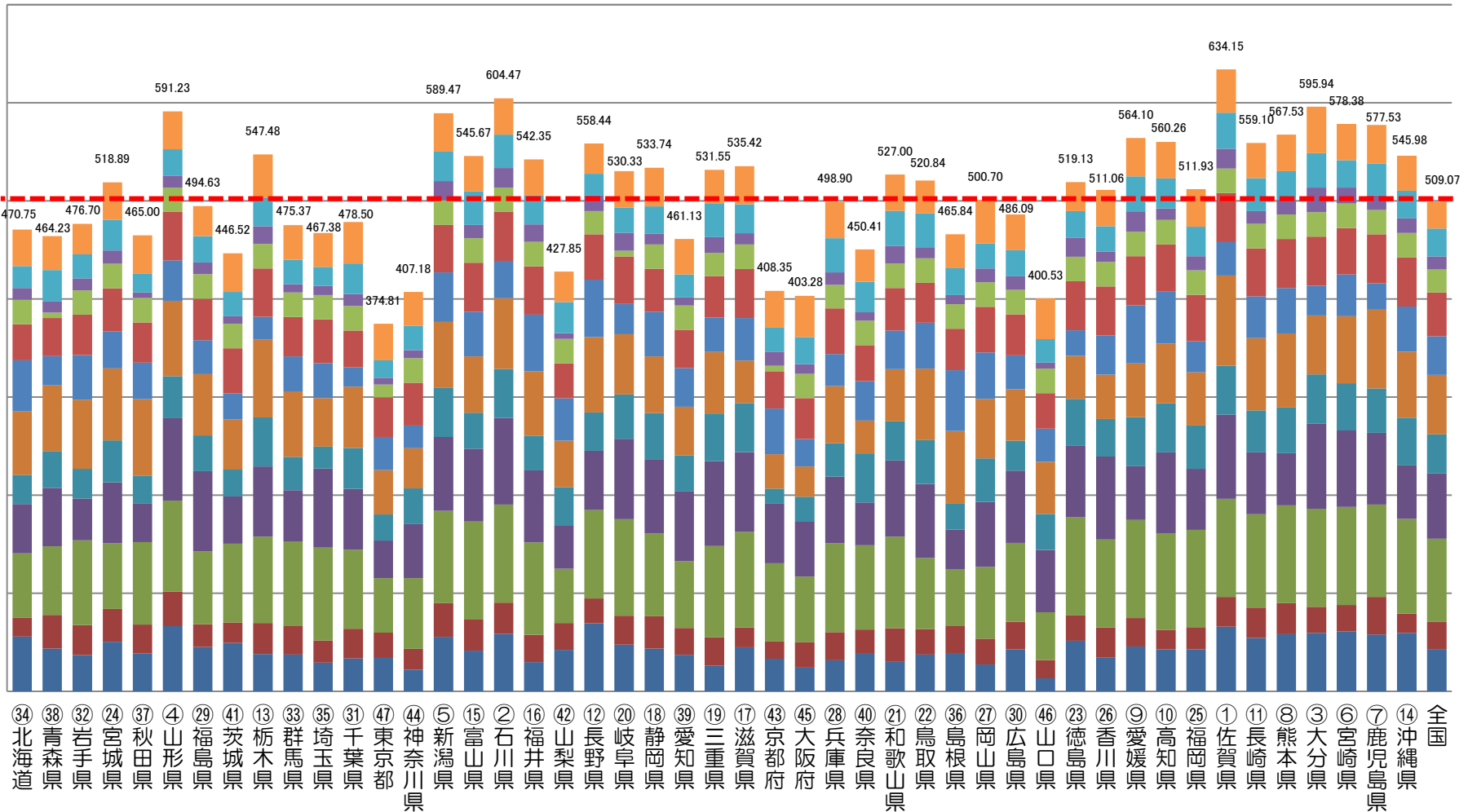
400

300

200

100

0



- 共通1 特定健診・保健指導・メタボ(150点)
- 共通2 がん検診・歯周疾患健診(55点)
- 共通3 重症化予防(100点)
- 共通4 個人インセンティブ(90点)
- 共通5 重複服薬(50点)
- 共通6 ジェネリック(135点)
- 固有1 収納率(100点)
- 固有2 データヘルス(50点)
- 固有3 医療費通知(25点)
- 固有4 地域包括(25点)
- 固有5 第三者求償(40点)
- 固有6 適正かつ健全な取組(60点)

2020年度保険者努力支援制度（都道府県分） 都道府県別獲得点

速報値

(点)

260

240

220

200

180

160

140

120

100

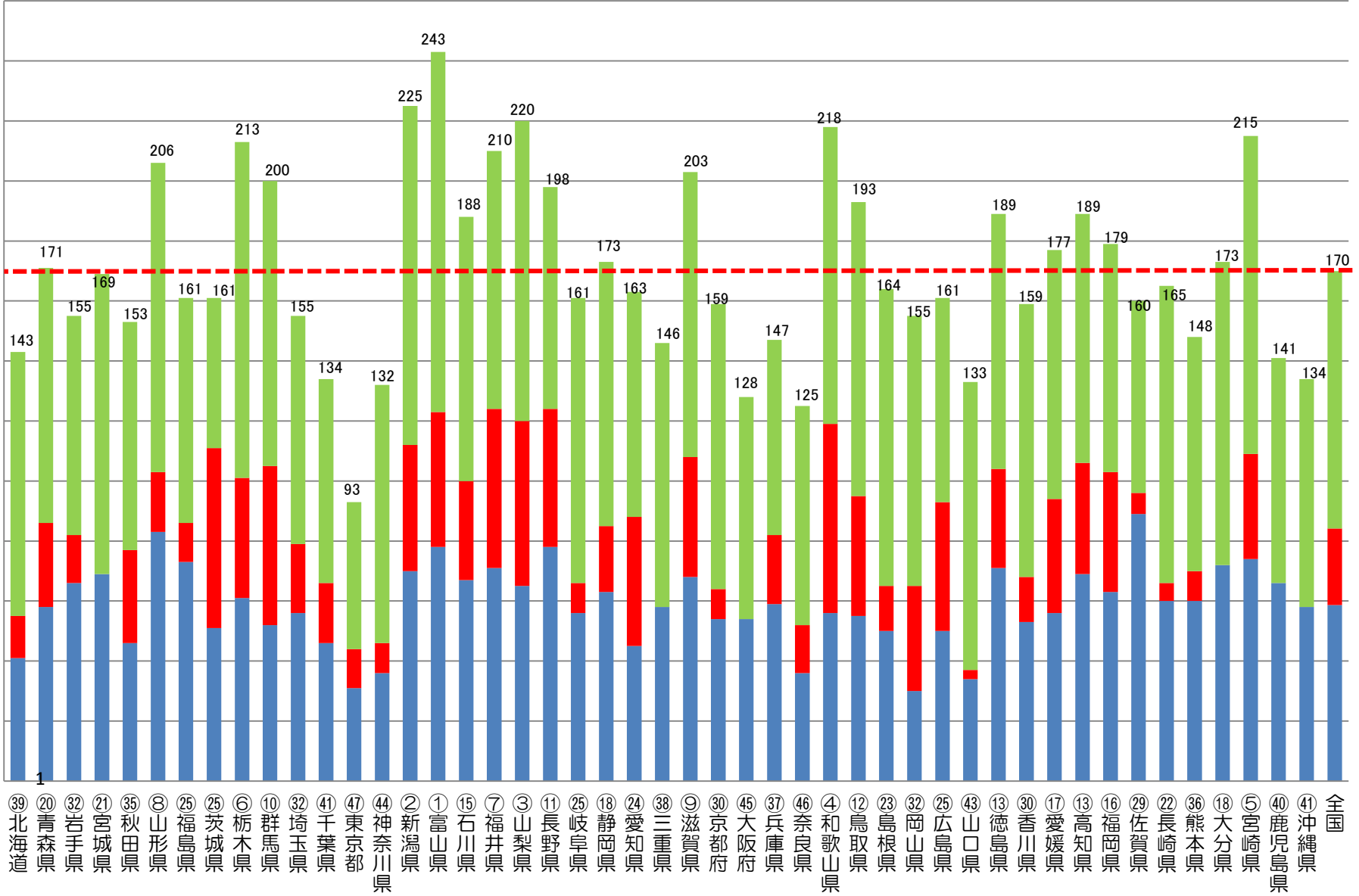
80

60

40

20

0



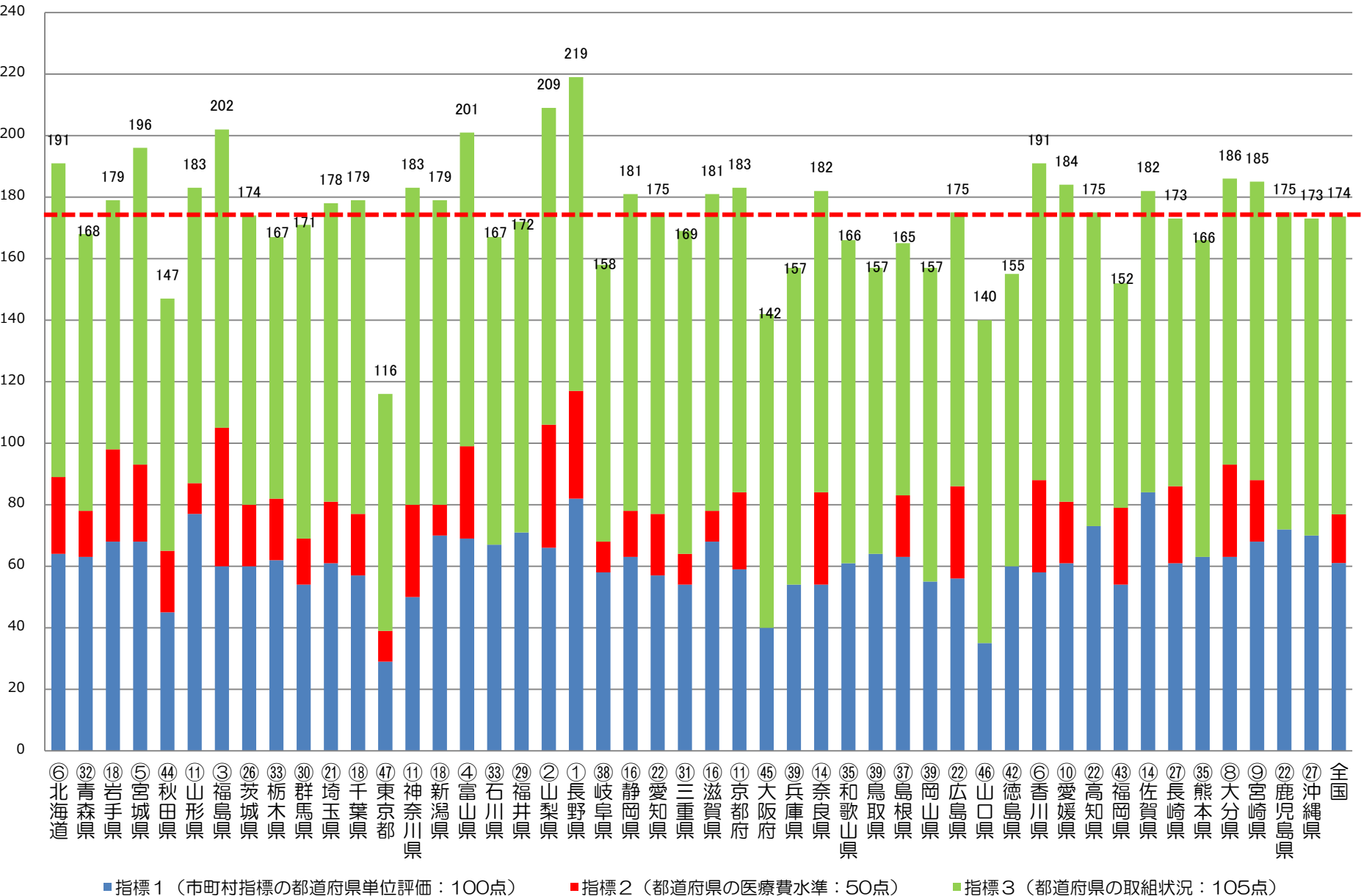
■指標1 都道府県指標の市町村単位評価 110点

■指標2 都道府県の医療費水準等 80点

■指標3 都道府県の取組状況 120点

【参考】2019年度保険者努力支援制度（都道府県分） 都道府県別獲得点

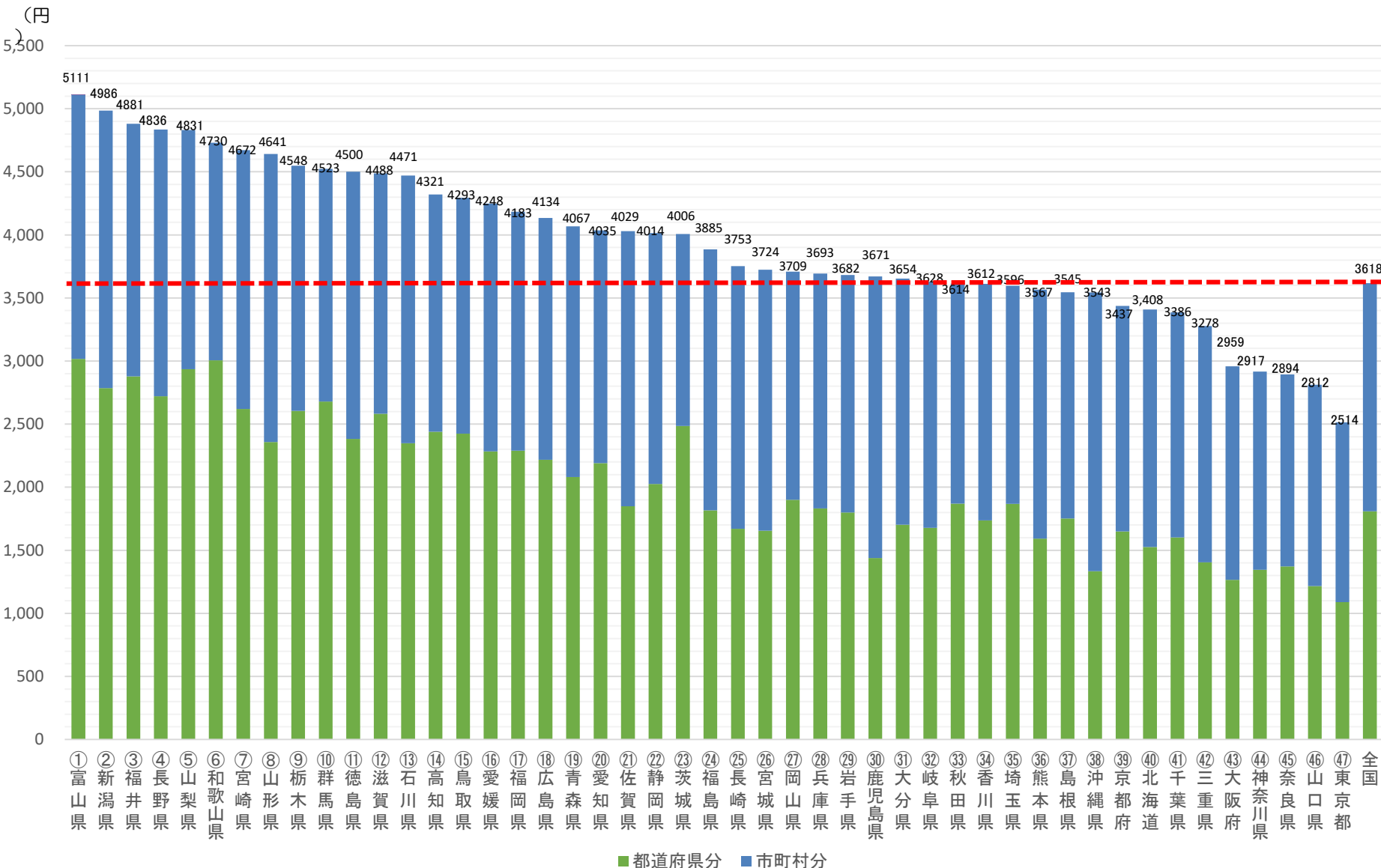
(点)



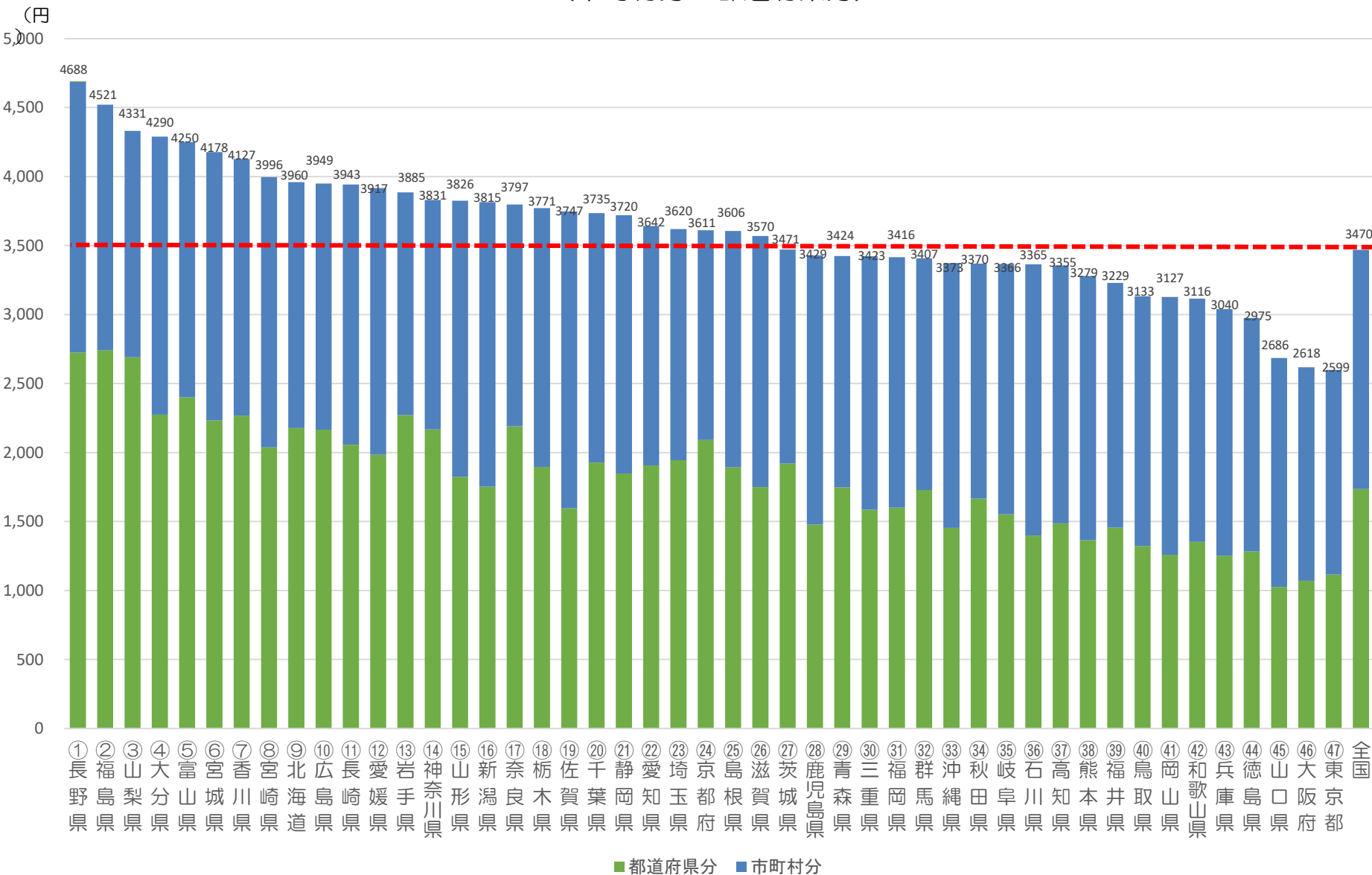
■指標1（市町村指標の都道府県単位評価：100点） ■指標2（都道府県の医療費水準：50点） ■指標3（都道府県の取組状況：105点）

2020年度保険者努力支援制度 一人当たり交付額 (市町村分+都道府県分)

速報値



【参考】 2019年度保険者努力支援制度 一人当たり交付額
(市町村分+都道府県分)

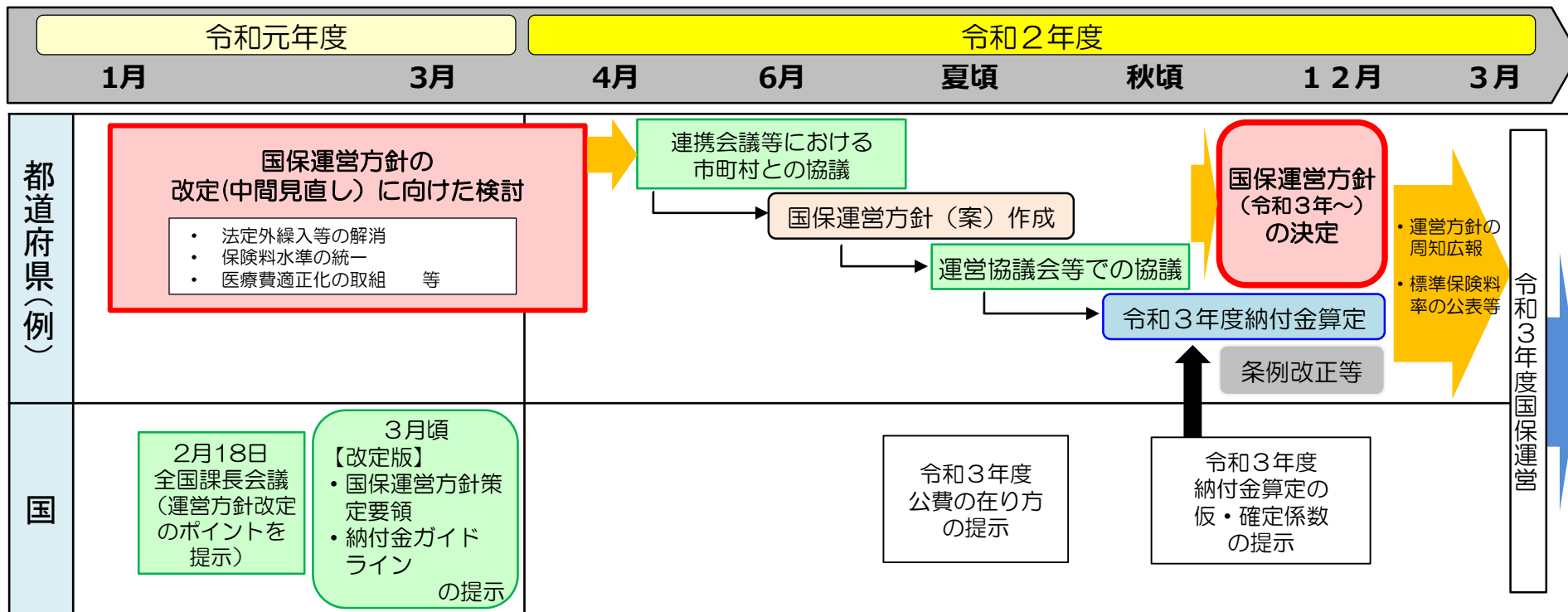


2. 国保運営方針の改定に向けて

国保運営方針の改定(令和2年度末)に向けた流れ

- 令和2年度末の国保運営方針の改定(または中間見直し)に向けて、
 - ・ 法定外繰入等の解消を含めた財政運営の健全化
 - ・ 都道府県内保険料水準の統一
 - ・ 重症化予防や高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を始めとする医療費適正化等
 について、都道府県と市町村とで協議を進めていくことが重要。
- 国において年度内に「国保運営方針策定要領※」・「納付金等算定ガイドライン」等を改定予定であるが、こうした改定を踏まえつつ、計画的に協議を進めていただきたい。
 - ※ 各都道府県において将来的に保険料水準の統一を目指すという方向性を記載するなど、上記の観点で踏まえた記載の見直しを予定。

【改定に向けた流れ】



国保運営方針の改定等に向けたガイドラインの見直しの方向性(ポイント)

- 都道府県は、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保のため、都道府県内の統一的な運営方針として国保運営方針を策定しており、令和2年度末に向けて、市町村と協議しつつ改定(又は中間見直し)を検討。
- 平成30年度改革が現在概ね順調に実施されていることを踏まえ、今後は国保の都道府県単位化の趣旨の深化を一層図ることが重要であり、都道府県における検討に資するよう、国のガイドラインについて所要の見直しを実施予定。

国保運営方針策定要領

(法定外繰入等の解消を含めた財政運営の健全化)

- 法定外繰入等の計画的・段階的な解消の観点から、解消期限や解消に向けた実効的・具体的な手段が盛り込まれた**赤字解消計画の策定・実行の推進、市町村ごとの見える化**を追記
- 将来の歳出見込みも見据えた財政運営の観点から、**決算剰余金等の留保財源の基金への積立て**を追記

(都道府県内保険料水準の統一)

- 保険料水準の統一について、**都道府県において将来的に目指すことを明確化し、そのための市町村との具体的な議論の実施**を追記

(重症化予防や一体的実施を始めとする医療費適正化等)

- 健保法等改正(R2.4施行)や保険者努力支援制度の抜本的な強化(R2年度)を踏まえ、**都道府県の保健事業支援や、市町村における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施**を追記
- 「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の改定(H31.4)等を踏まえ、**都道府県を中心とした重症化予防の取組の推進**を追記
- このほか、第2期データヘルス計画(令和2年度中間評価・見直し)との整合性の確保や、保険者協議会の活用を追記

納付金算定等ガイドライン

(保険者努力支援制度の抜本的な強化)

- 保険者努力支援制度の抜本的な強化(「事業費」として交付する部分を設け、「事業費に連動」して配分する部分と合わせて交付)に伴い、
 - ・ 「**事業費部分**」については、**納付金の軽減財源から控除すること**、
 - ・ 「**事業費連動部分**」については、**当年度の保険給付費等交付金に充当し、結果として生じる剰余金を翌年度以降の調整財源に活用すること**をそれぞれ追記

(安定的な財政運営)

- 決算剰余金について、納付金の減算に加え、**基金積立ても可能**であることを明記

(都道府県内保険料水準の統一)

- 保険料水準の統一について、**都道府県において将来的に目指すことを明確化**

交付金ガイドライン

(保険者努力支援制度の抜本的な強化)

- 保険者努力支援制度(予防・健康づくり支援に係る部分)について、「**事業費部分**」と「**事業費連動部分**」の交付方法等をそれぞれ追記

保険料水準の統一に向けた課題

- 国は、納付金等算定ガイドラインにおいて、将来的に保険料水準の統一（同一都道府県内において、同じ所得水準・同じ世帯構成であれば、同じ保険料水準）を目指す、こととしている。
- 各都道府県における保険料水準の統一に向けた状況と課題は次のとおりであり、骨太方針2019においても「国保の都道府県内保険料水準の統一や収納率の向上など受益と負担の見える化に取り組む都道府県の先進・優良事例について全国展開を図る。」とされている。

2018年度～	2024年度までを目標に検討	2027年度まで
大阪府 (例外措置あり)	奈良県、沖縄県 北海道(納付金ベース)、広島県(準統一)	和歌山県 佐賀県

※ その他の都道府県については、時期を明示せず、将来的に統一を目指す。あるいは、医療費水準の平準化・赤字の解消等を踏まえ検討等と整理。
岐阜県は検討期間を2024年度に設定。
福島県、滋賀県は2024年度以降の統一を目指している。

① 医療費水準に関する課題

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

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

② 保険料算定方法に関する課題

- ・ 保険料算定方式の統一化
- ・ 賦課割合の統一化

都道府県と市町村との協議の場において、あるべき姿の議論が必要。

③ 各市町村の取組に関する課題

- ・ 将来にわたる保険料収納率向上インセンティブの確保
- ・ 保健事業費等の基準額の統一化
- ・ 地方単独事業の整理
- ・ 赤字の解消
- ・ 市町村事務の標準化、均質化、均一化

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

保険料水準の統一に向けた議論について

- 保険料水準の統一に向けた議論を行う際は、まず、何故統一が必要なのかといった理念を共有した上で、納付金及び標準保険料率の算定過程における市町村毎の収入・支出項目等について、地域の実情（医療提供体制、収納率、市町村毎の各種事業・任意給付等）を踏まえ、どの水準までの統一を目指すのかなど、「統一の定義」について議論する必要がある。
- 統一を目指す過程においては、例えば、統一できるものから議論を進め、段階的に実施していくことも考えられる。
 Step 1 納付金算定時に減算する都道府県向けの公費（dの収入①）や、任意給付（eの支出①出産育児諸費等）について、各市町村の加算・減算額（割合）を統一することを検討することも考えられる
 [視点] このほかにも、既に統一されているものを整理し、また、比較的統一が容易なものについて、改めて検討
 Step 2 医療費水準や収納率について、都道府県統一を目指しつつ、その際に地域・規模別の要素を加味し、まずはグループごとの統一から検討することも考えられる（cの支出①、e'の①）
 [視点] 地域の実情に応じ、バラツキの縮小を進めながら、段階的な統一を目指す
 ※ これらに並行して、保険料算定方式を統一することも主要な検討事項と考えられる

主な収入・支出項目の算定方法について（例）

各市町村の納付金
算定基礎額
(c) ベース

支出

- ① 二次医療圏や地域毎の年齢調整後の医療費水準を統一することから検討（医療費の高い都市部と医療費の低い島しょ部で、年齢調整後の医療費指数を分けて算定する 等）
- ② 年齢調整後の医療費水準を反映させない ($\alpha = 0$ とする)
 ※（特別）高額医療費の共同負担の仕組みから導入することや、 α を徐々に0に近づけることも考えられる

各市町村の納付金
(d) ベース

収入

- ① 保険者努力支援制度（都道府県分）の配分方法
- ② 特別調整交付金（都道府県分）の配分方法

支出

- ① 各市町村における地方単独事業の減額調整分の負担方法

標準保険料率の
算定に必要な保険料
総額 (e) ベース

収入

- ① 市町村向け公費（市町村特調・都道府県繰入金（2号）・保険者努力支援制度（市町村分）・財政安定化支援事業・保険者支援制度等）の配分方法

支出

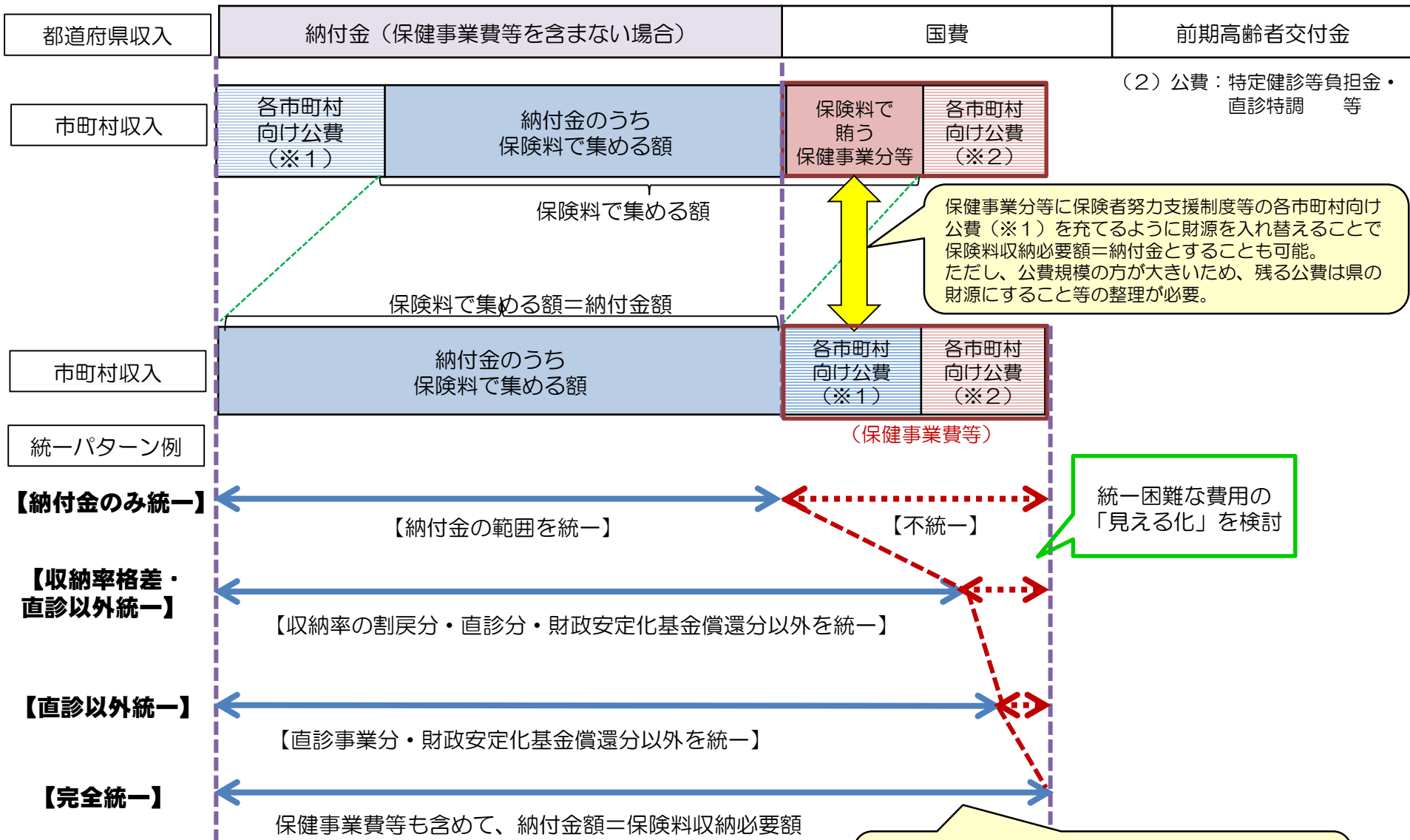
- ① 任意給付に要する費用（出産育児諸費・葬祭諸費等）の取扱い
 ※上記を統一のうえ、保険料収納必要総額（B）に含めるかどうか
- ② 市町村独自の保健事業費、特定健康診査等の費用の負担方法
- ③ 条例減免に要する費用の取扱い
- ④ 財政安定化基金の積立金（市町村の償還分）の取扱い（ $c \Rightarrow d$ も同様）

調整後の標準保険料率
の算定に必要な保険料
総額 (e') ベース

収入

- ① 算定に使用する標準的な収納率に幅を持たせる（（規模別の）収納率目標の達成状況等による調整を行う等）
- ② 都道府県統一の保険料率とする
 ※ 各市町村の納付金基礎額（c）の算定過程において、標準的な収納率による調整を行う

【参考】保険料水準の統一に向けた保健事業費等の取扱い



保険料率を統一するため、納付金の対象経費を拡大することと合わせて、市町村向け公費を県の財源にすること等の整理が必要。（県の財源としない場合、保険料の収納必要額が著しく増加すると考えられる。）

保険料水準の統一に向けた課題への対応(事例①)

(各都道府県の国保運営方針や2019年ブロック会議時の都道府県ヒアリングの結果等を参考に作成)

- 将来的な保険料水準の統一に向けた、主な課題（医療費水準、保険料算定方法、各市町村の取組）について、既に統一方針を定めている都道府県の取組（又は検討）状況は以下のとおり。

医療費適正化インセンティブ

- 統一を進めながら、その際、医療費適正化インセンティブを確保し、又は激変緩和措置を講ずる例
 - 特定健診の受診率向上を始めとした、各市町村の保健事業の取組・目標達成状況に応じて、特別交付金（都道府県繰入金（2号分））を交付
 - ⇒ 統一後は、納付金に充てる財源とは別に交付することで、各市町村独自の保健事業等の財源として活用することも考えられる
 - 都道府県の平均医療費水準よりも低い医療費水準の各市町村に対し、 $\alpha = 1$ で算出した場合と $\alpha < 1$ で算出した場合の納付金の差額（の一部）等について、特別交付金（都道府県繰入金（2号分））を交付する
 - 都道府県単位化に伴う激変緩和財源（暫定措置、特例基金等）に加え、保険者努力支援交付金（都道府県分）や特別調整交付金（都道府県分のうち重点配分分）を活用し、一部各市町村の負担が急増しないよう、激変緩和措置を実施
- ⇒ 各市町村はこれらの財源を活用し、統一までの間、住民負担に配慮した保険料率を設定

保険料収納率向上インセンティブ

- 算定に使用する標準的な収納率に幅を持たせる例
(前提) 納付金算定等ガイドライン上では、標準保険料率の算定にあたり、国保運営方針に定められた標準的な収納率による割り戻しを行うことを基本としている。このため、収納率を含めた保険料水準の統一を図る場合は、各市町村の納付金基礎額（c）の算定過程において、標準的な収納率による調整を行うことも可能としている。
 - 各市町村の収納率実績と（規模別）収納率目標を比較し、目標の達成状況に応じて、算定に使用する標準的な収納率の調整（加算・減算）を行う
- eベース（標準保険料率の算定に必要な保険料総額）での統一保険料をベースに各市町村の収納率を反映する例
 - 各市町村間の収納率の差が大きいことを踏まえ、保険者としての負担の公平性に配慮し、当分の間は各市町村の収納率を反映する
- ⇒ 各市町村の取組の結果、バラツキが一定程度解消されたとみなされる段階で、統一保険料率とすることを目指す

保険料水準の統一に向けた課題への対応(事例②)

(各都道府県の国保運営方針や2019年ブロック会議時の都道府県ヒアリングの結果等を参考に作成)

- 将来的な保険料水準の統一に向けた、主な課題（医療費水準、保険料算定方法、各市町村の取組）について、既に統一方針を定めている都道府県の取組（又は検討）状況は以下のとおり。

法定外繰入の解消等

- 都道府県独自のインセンティブの仕組みを設ける例
- ・ 都道府県繰入金（2号分）において、財政の健全化に関するメニューを設定し、法定外繰入等を行っている市町村の取組が進むようなインセンティブを確保
- （例）法定外繰入及び累積赤字の解消状況や、赤字解消計画に対する取組状況について指標を設定し、達成状況に応じて交付金を配分する 等
- 市町村事務の共同化・広域化による取組強化を図る例
- ・ 広域的な徴収組織（滞納整理推進機構等）の活用により、都道府県と市町村の共同徴収を行う
 - ・ 多くの市町村が課題としている保健事業（重複服薬者等対策事業等）を都道府県と市町村で共同実施する
- ⇒ 上記取組により、収納率向上や医療費適正化に加え、保険者努力支援交付金額の増額が期待され、都道府県全体の保険料必要額の引き下げにも繋がる

市町村事務の広域的及び効率的実施に向けた取組例

- 市町村が担う資格管理、保険料の賦課徴収、保険給付、医療費適正化・保健事業等に係る保険者事務については、法令等に基づき各市町村において実施されているが、各市町村の運用によるバラツキがある。
- 都道府県は、国保運営方針に基づき、被保険者サービスの平準化、均質化、向上、将来的な保険料水準の統一に向けた環境整備等を図るため、次のような観点から、事務の標準化、効率化、広域化を推進。**※取組例は都道府県国保運営方針から抜粋**

1) **統一の標準的な基準やマニュアルを整備**することにより、サービスの均質化、均一化を図るとともに、**事務処理の標準化、効率化、経費削減が期待できるもの。**

※ 資格取得などについて被保険者が届出を怠った場合の罰則に関する運用規定。児童福祉施設入所者資格適用除外規定、養護老人ホーム等入所者で収入が低い被保険者の適用についても統一化しているところもある。

2) **事務処理の共同化・広域化・集約化を図る**ことにより、市町村が単独で実施するよりも**効率化、経費削減、事業効果が期待できるもの。**

※ **実現に当たっては、各県とも国保連合会による共同事務処理を更に活用。**

奈良県では、事務の共同化等を推進する組織体制として、国保連合会内に「国保事務支援センター」を設置。

- 出産育児一時金・葬祭費の支給額・申請方法の統一
- 一部負担金の減免基準
- 保険料の減免理由・減免基準
- 短期被保険者証・資格証明書の交付基準の統一
- 修学中特例者に対する被保険者証の更新時期の統一
- 相対的給付制限・絶対的給付制限の取扱基準
- 療養費の標準的な取扱基準、任意給付の標準化
- 職員研修の共同化等

- 被保険者証と高齢受給者証との一体化を図り、更新時期を統一して、台紙作成から印刷、封入封緘までの一連の作業を共同化
- 高額療養費・高額介護合算療養費の支給申請勧奨の時期、様式等の作成条件、対象者・通知金額基準を統一し、事務を共同化
- 限度額適用認定証と標準負担額減額認定証との一体化を図り、交付勧奨事務を共同化、発行制限に係る基準の統一
- 情報集約システムを活用して資格過誤による返戻事務を共同化
- 保険料収納対策の共同化(広域的な徴収組織の活用等)
- 保健事業、医療費適正化対策の共同化(KDBシステムを活用したデータ分析、レセプト二次点検の共同実施、医療費通知・後発医薬品差額通知の作成条件の統一化)
- 特別調整交付金(結核・精神)に係る申請対象レセプト抽出作業の共同化
- 月報・年報等の各種統計資料作成事務の共同化
- 被保険者への広報事業 等

3. 令和2年度の納付金算定状況について

令和2年度 国保事業費納付金等の算定状況（確定係数）

- **令和2年度の1人当たり国保事業費納付金(保険料ベースの理論値)は、令和元年度より微増し、前年度比+0.80%となった。**
また、激変緩和措置の基点年度である平成28年度から令和2年度の伸び率は+0.93%(単年度換算)となっている。
- **令和2年度の1人当たり国保事業費納付金(納付金ベース)は、令和元年度より微減し、前年度比▲0.31%となった。**
また、激変緩和措置の基点年度である平成28年度から令和2年度の伸び率は+1.59%(単年度換算)となっている。

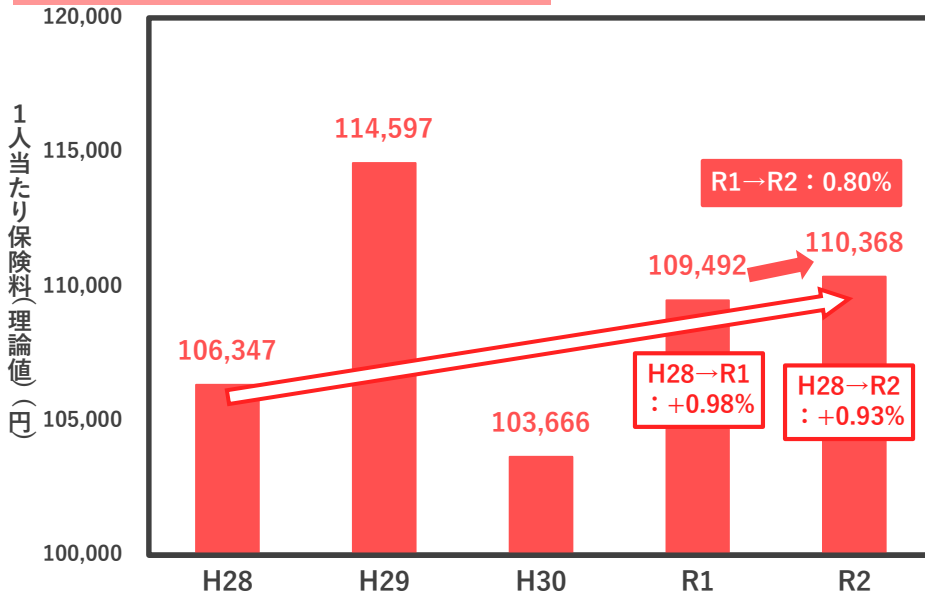
※令和2年度の1人当たり納付金額の減少要因

- 1) 令和2年度前期高齢者交付金概算交付額の増
- 2) 平成30年度前期高齢者交付金確定額の増（令和2年度に追加交付）
- 3) 平成30年度の決算剰余金の充当 等

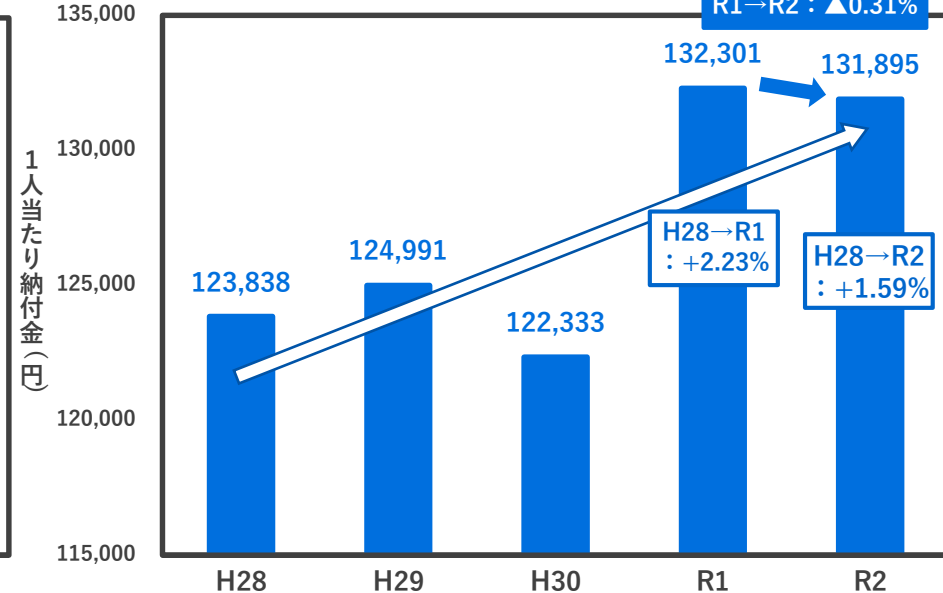
- 令和2年度前期高齢者交付金（都道府県単位化後）における2年後精算額は都道府県単位化前に比べ精算額の幅が縮小
平成29年度(市町村単位での精算)：約6.7万円～約▲8.3万円 → 平成30年度(都道府県単位での精算)：約1.3万円～約▲0.7万円
- 他方、前期高齢者交付金においてなお±1万円程度の精算が生じており、また、医療費の自然増が見込まれる中で、引き続き前期高齢者交付金の精算や医療費の変動等に備えた留保財源の確保についても留意が必要。

【参考】

保険料ベース（20都道府県の単純平均）

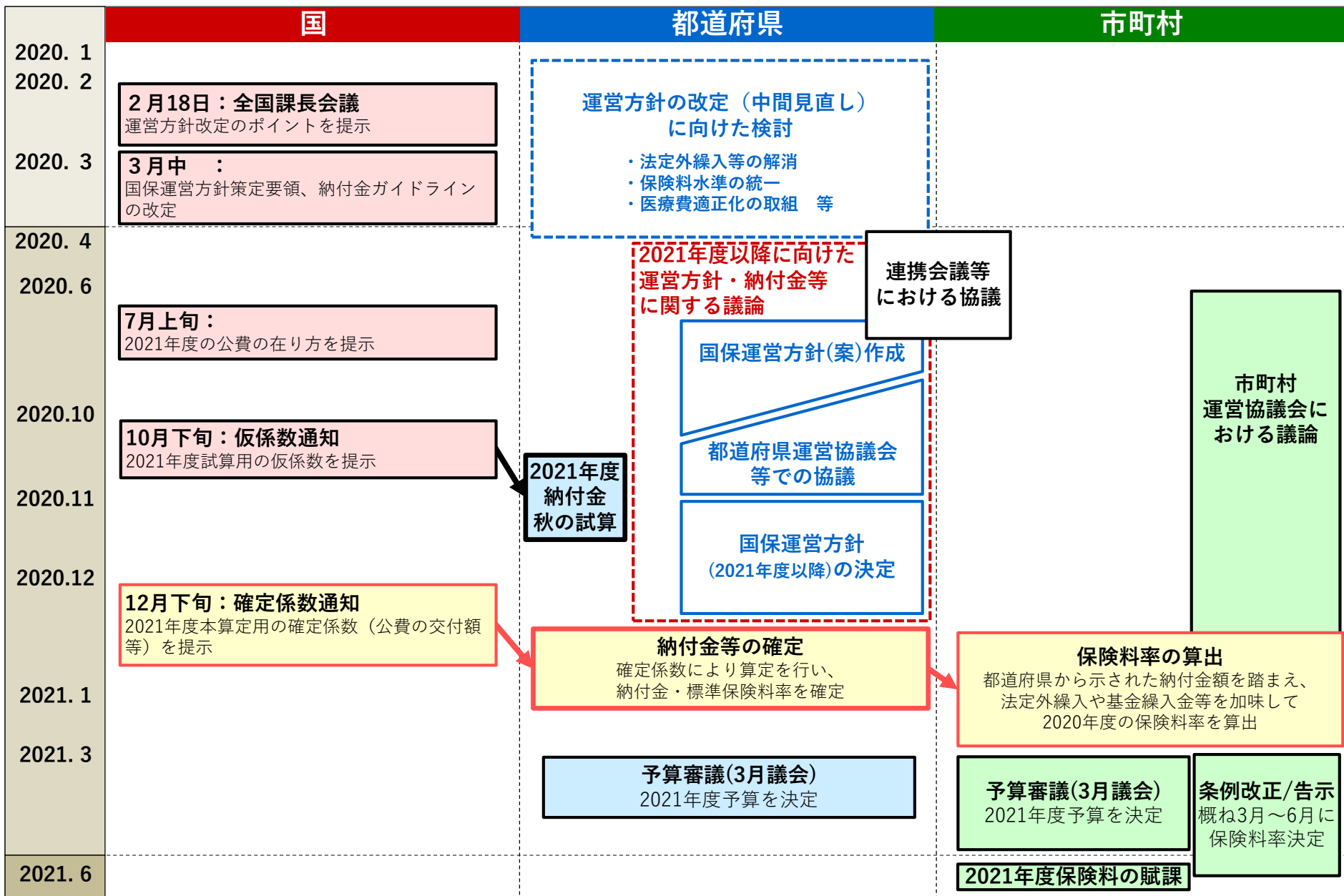


納付金ベース（28都道府県の単純平均）



※都道府県からの令和2年度納付金算定報告値を基に算出

2021年度納付金等の算定スケジュール【予定】



令和2年度 国公費交付スケジュール予定

都道府県は、以下のスケジュールを踏まえつつ、市町村から現物給付・現金給付それぞれに必要な額の交付申請を受け、毎年度3/31までに、保険給付費等交付金の支出負担行為を行う必要がある。

当年度交付分 財源内訳		交付日・交付率												
		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
普通 交付金	療養給付費等負担金	4/22 (50%)	5/8 (13.8%)	6/4 (13.8%)	7/2 (13.8%)								3/30 (8.6%)	
	国・普通調整交付金						9/17 (50%)							4/10 (50%)
	国・特別調整交付金 (市町村向け除く)						9/17 概算							4/10 精算
	国・特例調整交付金						9/17 (100%)							
	高額医療費負担金			6/24 (16.6%)	7/2 (8.3%)	8/2 (8.3%)	9/3 (8.3%)	10/2 (8.3%)	11/5 (8.3%)	12/3 (8.3%)	1/7 (8.3%)		3/30 (25%)	
	特別高額医療費 共同事業負担金						9/24 (100%)							
	保険者努力支援交付金 (市町村向け除く)						9/17 (100%)							
	保険者努力支援交付金 (予防・健康づくり支援)											2月末概算 (予定)		
	前期高齢者交付金(注1)	前年度分 (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		5/15 (100%)											
特別 交付金	国・特別調整交付金						9/17 概算							4/10 精算
	保険者努力支援交付金						9/17 (100%)							
	保険者努力支援交付金 (予防・健康づくり支援)										2月末概算 (予定)			
	特定健康診査等負担金							10/26 100%						
保険基盤安定負担金 (国・保険者支援)										12/25 (75%)			3/18 (25%)	

注1：前期高齢者交付金は、毎月15日頃交付される。

注2：9月17日の特別調整交付金の概算払いにおいて、保険者努力支援分（特調措置分）、経営努力分（経過措置分）、追加激変緩和措置分も交付する予定。

注3：国保災害臨時特例補助金は、9月17日、2月25日に交付する予定。

前年度 精算分	○ 療養給付費等負担金、高額医療費負担金、特別高額医療費共同事業負担金にかかる前年度分の精算は、当年度の3月に返還又は追加交付となる。
	○ 保険者努力支援交付金は、翌年度精算払いとなるが、基本的に当該年度概算交付額と一致するため、追加交付はない。
	○ 調整交付金のうち保健事業分は、当年度に概算払い、翌年度実績確定後、精算（返還のみ）が行われる。
	○ 療養給付費等交付金にかかる前年度分の精算は、9月に返還又は10月に追加交付となる。

注：返還による精算を行うため、予算の確保が必要と見込まれる場合には、スケジュールを遵守できるよう、仮定を置いて当初予算に計上するか、予算流用・補正予算等により対応。

：調整交付金等について、交付額確定後に過大交付が確認された場合、原則当初交付確定日から5年以内に交付額の再確定処理を行い、国庫返還を行うことになる。

4. 国保保険者標準事務処理システム

国保保険者標準事務処理システムの機能改善等経緯と今後の予定①

提供日	2016年10月11日	2017年度		2018年度	
		2017年9月7日	2018年1月31日		2018年9月19日
納付金算定システム	【SB00-01】 都道府県が国保事業費納付金及び標準保険料率を試算するために使用する簡易算定版をリリース。	【SB00-02】 ログイン／ログアウト、ユーザ管理等の基盤機能、納付金算定方法見直し及び操作性向上の検討に伴う機能改善に対応した 本稼働版をリリース 。	【SB01-00】 国保事業費納付金収納管理、財政安定化基金事業管理、データ分析等の機能をリリース。		【SB01-01】 被保険者数などの推計値の計算式変更、激変緩和シミュレーションにおける各都道府県の実情に応じた対応、財政安定化基金の取扱要領例への対応、その他操作性向上の機能改善をリリース。

提供日	2016年10月11日	2017年度					2018年度		
		4月25日	10月18日	12月14日	2月2日	2月28日	7月5日・31日	9月28日	12月20日
情報集約システム	【SA00-01】 市町村が作成する資格情報等のインタフェースファイルを事前に市町村でセルフチェックするための「異動データチェックツール」をリリース。	【SA00-02】 資格情報連携・資格情報等のチェック、世帯継続判定等の機能を実装した国保情報集約システム本体機能の 初版リリース 。	【SA01-00】 高額該当情報連携・高額該当情報のチェック、管理、行政区対応、次期国保総合システム連携、納付金算定システム連携等の機能をリリース。	【SA01-01】 二要素認証機能をリリース。	【SA01-02】 セットアップ等に向けた性能改善及び各種運用改善に対応した機能をリリース。	【SA01-03】 資格取得年月日確認書発行機能及び第三者行為求償情報照会の機能をリリース。	【SA01-04】 高額療養費に係る高齢者の現役並み所得区分の細分化への対応版をリリース。	【SA01-05】 世帯継続判定の事務効率化に向けた対応として、国の参酌基準に準拠し、継続候補世帯の抽出対象世帯を絞り込む機能改善版をリリース。	資格の引き継ぎ処理の対象外となったデータを補正し、正しい国保資格取得喪失年月日の情報をシステムから市町村へ連携可能とするためのリカバリ用ツールをリリース。

提供日	2016年	2017年度			2018年度		
		10月3日	11月28日	2月22日	4月20日	6月15日	8月30日
市町村標準システム		【SC00-01】 平成30年4月の国保改革に対応するための機能等を反映した標準システムの 初版リリース 。	【SC00-02】 高額該当情報ファイルの出力、宛番号および被保険者証番号の桁数追加対応した機能をリリース。	【SC01-00】 住民税制度改正、高額療養費支給申請手続きの簡素化、医療費通知の改定、高額療養費制度の見直し(外来年間合算を除く)、性同一性障害の通称名併記対応の機能をリリース。	【SC01-01】 月報(A表)に特定世帯数や特定継続世帯数、及び他県への転入・転出といった項目を追加集計値を出力、また、集計根拠としての対象被保険者証台紙への印字、CSV出力に対応した機能をリリース。	【SC02-00】 高額療養費制度の見直し(外来年間合算)への対応、被保険者へ資格取得年月日通知を行うための被保険者証台紙への印字、CSV出力に対応した機能をリリース。	【SC02-01】 高額療養費制度(外来年間合算・高額介護合算)に係る勤奨時の支給申請書一括作成機能、外来年間合算における世帯主変更・期中精算に係る機能をリリース。

国保保険者標準事務処理システムの機能改善等経緯と今後の予定②

提供日	2018年度		2019年度			
		5月17日	9月19日		9月26日	12月19日
納付金算定システム		【SB01-02】 改元に伴い、改正される元号を、画面および帳票等に反映する対応をリリース。	【SB01-03】 ツール含め、以下の7案件をリリース。 ・都道府県単位の医療費等推計の見直し ・被保険者数、所得総額等推計機能のシステム化 ・算定結果表へのケース番号の出力 [ツール提供] ・推計表補正機能 ・開始月を任意とする推計機能 ・特定の年度を除外した推計機能		[ツール提供] ・コーホート要因法を用いた被保険者数の推計機能	【SB01-04】 以下の2案件についてリリース。 ・ケース情報の複写機能の追加 ・元年度表記対応

提供日	2018年度				2019年度	
	1月25日	2月28日	4月18日	9月5日	2月下旬予定	3月下旬予定
情報集約システム	【SA01-06】 事業月報A表「世帯の継続性を認めた世帯数」「他県からの転入・他県への転出」の件数把握機能をリリース。	【SA01-07】 レセプト縦覧点検に活用する都道府県点検用番号を払い出す機能をリリース。	【SA01-08】 改元に伴い、改正される元号を、画面および帳票等に反映する対応をリリース。	【SA01-09】 納付金等算定システムの機能改善（コーホート要因法を用いた被保険者数の推計）において基準人口及び移動率を算出するための基データを、市町村単位、都道府県単位の集計し、連携する機能をリリース。	【SA01-10】 以下の案件についてリリース予定。 ・国保総合システムへの連携項目の追加に係る対応（在留資格コード、在留期限日）	【SA01-11】 以下の3案件についてリリース予定。 ・市町村から連携される資格情報の登録誤り等、不要な資格情報を削除するツールの提供 ・市町村が解消しきれていない残存するクリティカルエラーを把握する機能の追加 ・転居月75歳到達時特例対象者ファイル出力要件の変更

提供日	2018年度				2019年度		
	3月22日	4月18日	5月10日	6月14日	9月30日	12月26日	3月下旬予定
市町村標準システム	【SC03-00】 以下の5案件についてリリース。 ・H31地方税法改正対応 ・年次所得情報、固定資産税情報のファイル連携のバッチ処理化 ・確定賦課時の特徴対象者判定に関する機能の追加 ・応益割に係る旧被扶養者減免の減免期間の見直し対応 ・出入国管理及び難民認定法改正対応（在留資格追加等）	【SC03-01】 改元に伴い、改正される元号を、画面および帳票等に反映する対応をリリース。	【SC03-02】 SC03-04の事前準備として、フラグ格納機能をリリース。	【SC03-03】 番号制度に関する、2019年度の副本レイアウト変更への対応をリリース。	【SC03-04】 以下の2案件についてリリース。 ・応益割に係る独自減免期間の見直し対応（画面表示の改善） ※該当日から2年未経過の月と2年経過後も独自に減免を行うとした月との表示切り分け ・月報等統計事務の効率化対応（保険基盤安定負担金）	【SC03-05】 以下の案件についてリリース。 ・応益割に係る独自減免期間の見直し対応（調整交付金算出基礎表（AF表））	【SC04-00】 以下の6案件についてリリース予定。 ・情報集約システムへの連携項目追加（在留資格コード、在留期限日） ・アウトソーシング用ファイルの拡充 ・パンチデータ取り込み機能の拡充（独自減免情報） ・還付金の自動充当機能の追加 ・纏め納付書消込時の時効期判定機能の追加 ・月報等統計事務の効率化対応（療給等負担金、事業月報A・E表、C・F表）

5. 税制改正関係

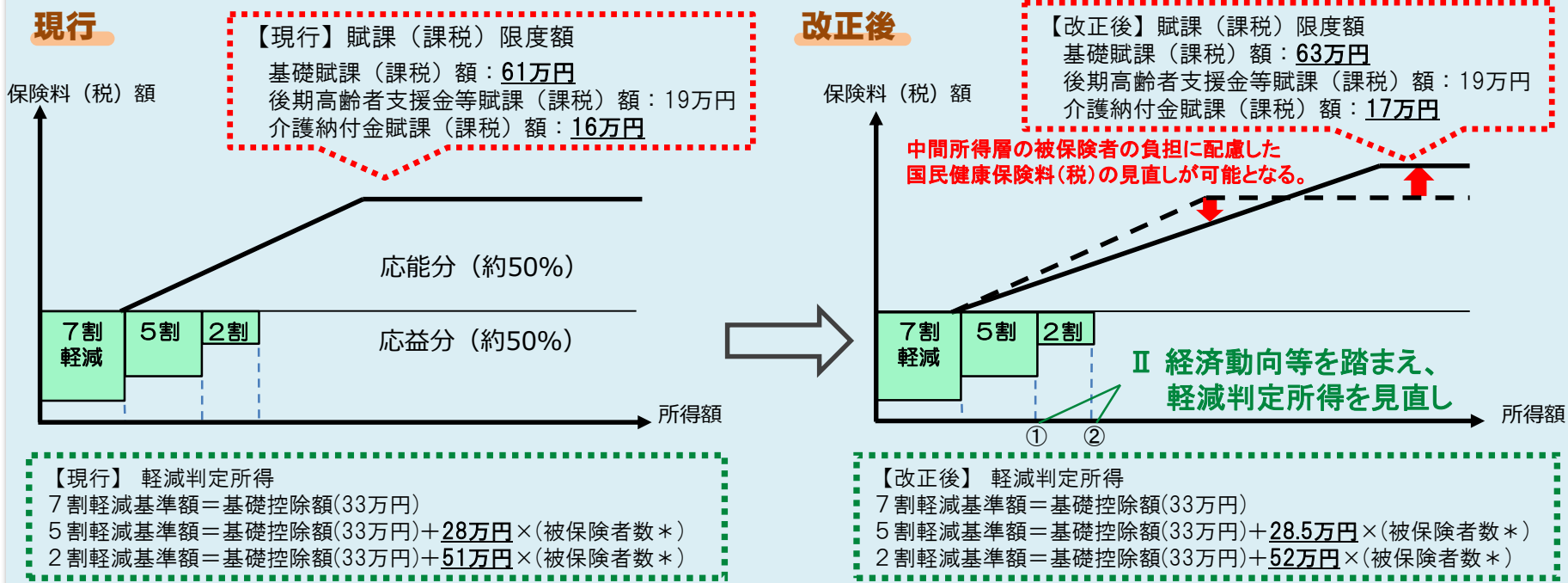
**国民健康保険料(税)の賦課(課税)限度額
及び
低所得者に係る軽減判定所得の見直し**

国民健康保険料（税）の賦課（課税）限度額及び低所得者に係る軽減判定所得の見直し

1. 概要

- I 国民健康保険料（税）の基礎賦課（課税）額に係る限度額を63万円（現行：61万円）に、介護納付金賦課（課税）額に係る限度額を17万円（現行：16万円）に引き上げる。
- II 国民健康保険料（税）の減額の対象となる所得の基準について、次のとおりとする。
 - ① 5割軽減の対象となる世帯の軽減判定所得の算定において被保険者の数に乗すべき金額を28.5万円（現行：28万円）に引き上げる。
 - ② 2割軽減の対象となる世帯の軽減判定所得の算定において被保険者の数に乗すべき金額を52万円（現行：51万円）に引き上げる。

2. 制度の内容



* 被保険者数には、同じ世帯の中で国民健康保険の被保険者から後期高齢者医療の被保険者に移行した者を含む。

平成30年度税制改正に伴う 国民健康保険制度の見直し

平成30年度税制改正の概要等

- 平成30年税制改正において、働き方の多様化を踏まえ、特定の働き方だけでなく、様々な形で働く人を応援し、「働き方改革」を後押しする観点から、以下の改正が行われた（改正地方税法は、令和3年1月1日施行）。
- 上記の税制改正に伴い、国民健康保険料（税）や保険給付の負担水準に関して意図せざる影響や不利益が生じないよう、国民健康保険施行令等の規定の見直しを行う。

1. 改正の概要

(1) 給与所得控除

- イ 控除額を一律10万円引き下げる。
- ロ 給与所得控除の上限額が適用される給与等の収入金額を850万円、その上限額を195万円に引き下げる。

(2) 公的年金等控除

- イ 控除額を一律10万円引き下げる。
- ロ 公的年金等の収入金額が1,000万円を超える場合の控除額については、195万5千円の上限を設ける。
- ハ 公的年金等に係る雑所得以外の所得に係る合計所得金額が1,000万円を超え2,000万円以下である場合の控除額を上記イ及びロの見直し後の控除額から一律10万円、公的年金等に係る雑所得以外の所得に係る合計所得金額が2,000万円を超える場合の控除額を上記イ及びロの見直し後の控除額から一律20万円、それぞれ引き下げる。

(3) 基礎控除

- イ 控除額を一律10万円引き上げる。
- ロ 合計所得金額が2,400万円を超える個人についてはその合計所得金額に応じて控除額が逡減し、合計所得金額が2,500万円を超える個人については基礎控除の適用はできないこととする。

2. 所得情報を活用している社会保障制度等における対応

※平成30年度与党税制改正大綱

「今回の個人所得課税の見直しにおいて、給与所得控除や公的年金等控除から基礎控除へ10万円の振替を行うことにより、税負担は増加しないが、総所得金額等や合計所得金額が増加する場合が生じうる。この変化に伴い、所得税又は個人住民税の総所得金額等や合計所得金額を活用している社会保障制度等の給付や負担の水準に関して意図せざる影響や不利益が生じないよう、当該制度等の所管府省において、適切な措置を講じなければならない。」

国保制度における所得等の活用状況

○ 国保制度においては、自己負担割合や自己負担限度額の決定、保険料（所得割）の算定等において、様々な所得を活用している。

	使用している制度	算出イメージ
収入金額	○自己負担割合（70歳以上）： <u>現役並み所得者の判定</u>	給与収入、年金収入
各種所得 (各種収入－諸控除)	○高療の負担限度額（70歳以上）： <u>低Ⅱ・低Ⅰの判定</u> ○入院時食事療養費（70歳以上）： <u>低Ⅱ・低Ⅰの判定</u> ○入院時生活療養費（70歳以上）： <u>低Ⅱ・低Ⅰの判定</u>	各種所得 給与所得控除、 公的年金等控除
総所得金額等	○均等割軽減： <u>減額割合の判定</u>	総所得金額等 — 損益通算、純損失の 繰越控除等
旧ただし書所得	○所得割の賦課ベース ○自己負担限度額（69歳以下）： <u>上限額区分の判定</u>	旧ただし書所得 基礎控除 (33万)
課税所得	○自己負担割合（70歳以上）： <u>現役並みの判定</u> ○自己負担限度額（70歳以上）： <u>現役並み・一般の判定</u>	課税所得 所得控除 (基礎控除、人的控除等)
課税・非課税	○自己負担限度額（70歳以上）： <u>一般・低Ⅱの判定</u> ○自己負担限度額（69歳以下）： <u>市民税非課税区分の判定</u> ○入院時食事療養費： <u>市民税非課税区分の判定</u> ○入院時生活療養費： <u>市民税非課税区分の判定</u>	※ 合計所得金額（総所得金額等から繰越控除の影響を除いたもの）が一定額を下回る場合は住民税は課税されない（非課税）。 具体的には、35万円×世帯人数+21万円（東京都の場合）を下回る場合は非課税となる。

【～70歳の自己負担・高療の負担限度額】

【70歳～74歳の自己負担・高療の負担限度額】

【均等割軽減】

区分	負担割合	月単位の上限額（円）
旧ただし書所得901万円超	3割	252,600+ (医療費-842,000)×1% <多数回該当: 140,100>
旧ただし書所得600～901万円		167,400+ (医療費-558,000)×1% <多数回該当: 93,000>
旧ただし書所得210～600万円		80,100+ (医療費-267,000)×1% <多数回該当: 44,400>
旧ただし書所得210万円以下		57,600 <多数回該当: 44,400>
住民税非課税		35,400 <多数回該当: 24,600>

区分	負担割合	月単位の上限額（円） (外来)
現役並み所得者(※1)(※2) (課税所得690万円以上)	3割	252,600+ (医療費-842,000)×1% <多数回該当: 140,100>
現役並み所得者(※1)(※2) (課税所得380万円以上)		167,400+ (医療費-558,000)×1% <多数回該当: 93,000>
現役並み所得者(※1)(※2) (課税所得145万円以上)		80,100+ (医療費-267,000)×1% <多数回該当: 44,400>
一般 (課税所得145万円未満)	2割	18,000 年間上限 14.4万円
住民税非課税(低所得Ⅱ)		57,600 <多数回: 44,400>
住民税非課税(低所得Ⅰ) (各種所得が0円(※3))		24,600 15,000

区分	減額割合
総所得金額等（一部補正） 33万円以下	7割
総所得金額等（一部補正） 33万円+【被保険者数】×28万円以下	5割
総所得金額等（一部補正） 33万円+【被保険者数】×51万円以下	2割

【入院時食事（生活）療養費】

区分	食事療養費	生活療養費	
		食費	居住費
住民税課税	460円	460円	370円
住民税非課税(低所得Ⅱ)	210円	210円	
住民税非課税(低所得Ⅰ) (70歳以上で各種所得が0円(※3))	100円	130円	

※1 収入金額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合は「一般」

※2 旧ただし書所得の合計額が210万円以下の場合「一般」

※3 年金収入が80万円以下である必要がある

平成30年度税制改正による国保被保険者の所得等への影響(概観)

- 平成30年度税制改正により、給与所得控除・公的年金等控除（以下「給与所得控除等」という。）が10万円引き下げられるとともに、基礎控除が10万円引き上げられる。

※ 高額所得者については、給与所得控除等の引下げ影響が更に大きくなる（課税所得が大きくなる）仕組みが設けられる。

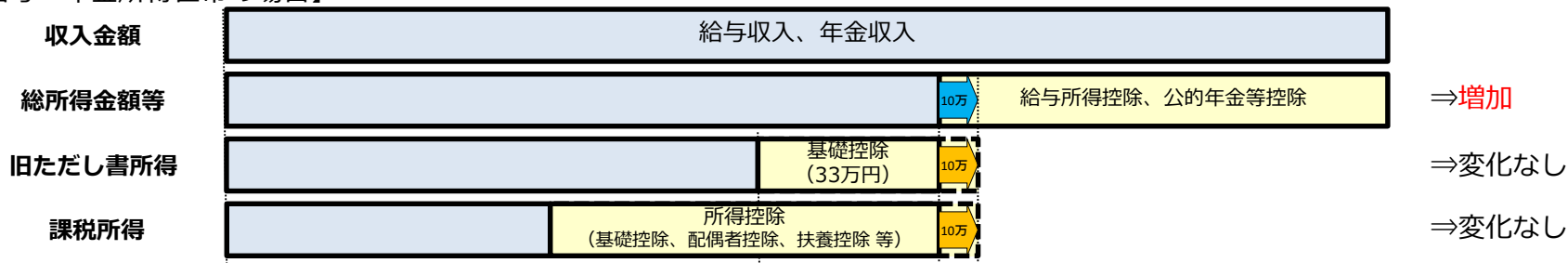
- 国保制度においては、地方税法の規定を引用している部分があるため、特段の措置を講じない場合、国保被保険者の属性により、保険料の軽減判定に用いる「総所得金額等」や、所得割の算定に用いる「旧ただし書所得」等が影響を受けることとなる。

<税制改正による所得等への影響(概観)>

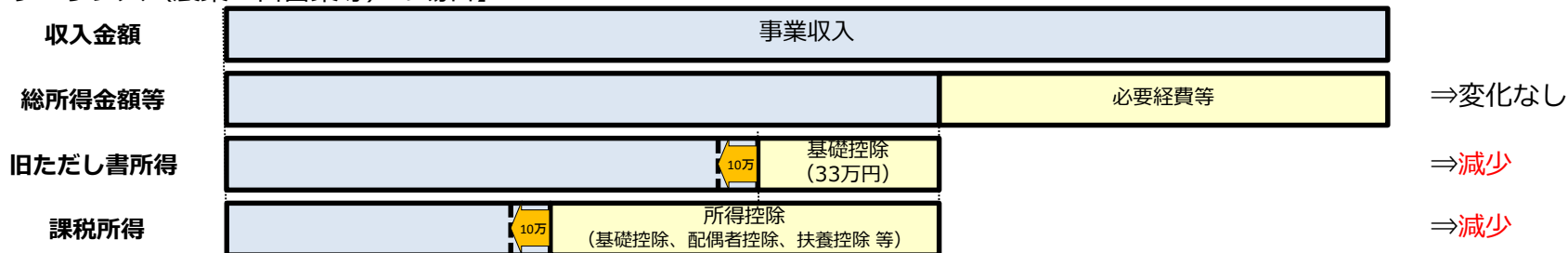
	給与・年金所得世帯	フリーランス（農業・自営業等）
収入金額	変化なし	変化なし
総所得金額等	増加 (∵給与所得控除等↓)	変化なし
旧ただし書所得	変化なし(※) (∵給与所得控除等↓、基礎控除増額↑)	減少 (∵基礎控除増額↑)
課税所得	変化なし(※) (∵給与所得控除等↓、基礎控除増額↑)	減少 (∵基礎控除増額↑)

※高額所得者は給与所得控除等減額>基礎控除増額となるため「増加」する。

【給与・年金所得世帯の場合】



【フリーランス（農業・自営業等）の場合】



平成30年度税制改正に伴う国民健康保険制度の見直し①

保険料軽減判定基準額に係る見直し

- 国民健康保険においては、低所得世帯に対する国民健康保険の保険料の負担を軽減するため、世帯主並びに当該世帯主の世帯に属する被保険者及び特定同一世帯所属者の総所得金額等が一定額以下の場合に、保険料のうち応益割(均等割額及び世帯別平等割額)に係る部分について、その額の7割、5割又は2割を軽減する措置を講じている。
- 一定の給与所得者等が2人以上いる世帯については、平成30年度税制改正後、当人の担税力に変化がない場合でも、保険料(保険税を含む。以下同じ。)軽減措置に該当しにくくなることから、その影響を遮断するため、軽減判定基準において、軽減判定所得の算定時における基礎控除額相当分の基準額を43万円(現行:33万円)に引き上げるとともに、被保険者のうち一定の給与所得者と公的年金等の支給を受ける者の数の合計数から1を減じた数に10万円を乗じて得た金額を加えることとする。(国保令第29条の7第5項関係)

【現行】

7割軽減基準額:基礎控除額(**33万円**)

5割軽減基準額=基礎控除額(**33万円**)+28.5万円×(被保険者数(※2))

2割軽減基準額=基礎控除額(**33万円**)+52万円×(被保険者数(※2))

【改正後】

7割軽減基準額=基礎控除額(**43万円**)

+10万円×(給与所得者等の数(※1)-1)

5割軽減基準額=基礎控除額(**43万円**)+28.5万円×(被保険者数(※2))

+10万円×(給与所得者等の数(※1)-1)

2割軽減基準額=基礎控除額(**43万円**)+52万円×(被保険者数(※2))

+10万円×(給与所得者等の数(※1)-1)

※1 一定の給与所得者(給与収入55万円超)と公的年金等の支給(60万円超(65歳未満)又は110万円超(65歳以上))を受ける者

※2 同じ世帯の中で、国民健康保険の被保険者から後期高齢者医療の被保険者に移行した者を含む。

(注)上記の改正は、令和3年度分以後の国民健康保険料(税)について適用。

- 特例対象被保険者(非自発的失業者)の属する世帯に係る高額療養費・高額介護合算療養費算定基準における2割軽減基準についても、同様の見直しを行う。(国保令第29条の3第10項、第29条の4の3第6項関係)

【現行】低所得世帯の取扱い

2割軽減基準額=基礎控除額(**33万円**)+52万円×(被保険者数)

【改正後】低所得世帯の取扱い

2割軽減基準額=基礎控除額(**43万円**)+52万円×(被保険者数)

+10万円×(給与所得者等の数-1)

(注)上記の改正は、令和3年度8月療養分以後の高額療養費・高額介護合算療養費について適用。

平成30年度税制改正に伴う国民健康保険制度の見直し②

高額療養費・高額介護合算療養費に係る見直し

- 高額療養費制度においては、被保険者が同一の月に受けた療養に係る一部負担金等を合算した額が、1か月の自己負担限度額を超える場合に、当該超える額を高額療養費として支給することとしている。
(注) 高額介護合算療養費の規定(国保令第29条の4の3第3項)は、上記高額療養費の規定を準用。
- 70歳以降の低所得世帯(※1)における給与所得者は、当人の担税力に変化がない場合でも、高額療養費における判定区分の低所得Iに該当しにくくなる(※2)ことから、その影響を遮断するため、給与所得者の場合は低所得Iに係る各種所得(※3)の算定の際に、給与所得の金額から10万円を控除することとする。(国保令第29条の3関係)

【現行】 高額療養費及び高額介護合算療養費算定基準額(※4)
・世帯主及び世帯の被保険者全員の各種所得を以下のとおり算定。

各種所得 = 収入金額 - 諸控除



【改正後】 高額療養費及び高額介護合算療養費算定基準額(※4)
・世帯主及び世帯の被保険者全員の各種所得を以下のとおり算定。

各種所得 = 収入金額 - 諸控除 - 10万円(収入金額に給与収入が含まれている場合)

- ※1 世帯主及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税である世帯
- ※2 給与所得者の場合、各種所得が10万円増加することから、軽減措置に該当しにくくなる。なお、雑所得の算定に係る公的年金等控除については、基礎年金の満額にあわせて設定されていることから、個人所得課税の見直し後においても据え置く(控除額を80万円として計算する)こととするため、影響なし。
- ※3 各種所得とは、地方税法の規定による市町村民税に係る総所得金額及び山林所得金額に係る所得税法に規定する各種所得の金額並びに他の所得と区分して計算される所得の金額(各収入金額から諸控除(給与所得控除等)を控除したもの)。
(注) 上記の改正は、令和3年度8月療養分以後の高額療養費・高額介護合算療養費について適用。
- ※4 当該算定基準額の見直しは、低所得世帯以外の世帯の場合、課税所得を用いているため改正は不要。また、70歳前に受けた療養に係る高額療養費・高額介護合算療養費の支給の算定基準額については、市町村民税非課税世帯の場合は、市町村民税非課税であること、それ以外の世帯の場合は、旧ただし書き所得を用いているところ、給与所得者及び年金所得者の旧ただし書き所得は個人所得課税の見直し前後で変化がない(注)ことから、措置は不要。
(注) 給与所得控除及び公的年金等控除は10万円下がるが、基礎控除は10万円上がるため。

平成30年度税制改正に伴う国民健康保険制度の見直し③

70歳以上の一部負担金に係る所得算定基準の見直し

- 70歳から74歳までの被保険者の一部負担金の自己負担割合は、課税所得で判定している（145万円以上ある場合には3割負担）。
- 70歳から74歳までの者が世帯主であって、当該世帯主と同一の世帯に療養を受ける日の属する年の前年（※）の12月31日現在において、合計所得金額が38万円以下である19歳未満の者（控除対象者）がいる場合には、一部負担金の算定に当たって下記①及び②の額の合計額を当該世帯主の課税所得から控除することとしている。
 - ※ 当該療養の給付を受ける日の属する月が1月から7月までの場合は前々年の12月31日現在。
- 個人所得課税の見直しに伴い、給与所得者は、当該見直し後において合計所得金額が10万円増加することにより、控除対象者に該当しにくくなることから、その影響を遮断するため、給与所得者の場合は控除対象者に係る合計所得金額の算定の際に、給与所得の金額から10万円を控除することとする。（国保令第27条の2第1項関係）

【現行】

19歳未満の者の合計所得金額が38万円未満の場合、当該世帯主の課税所得から、①、②の合計額を控除して算定。

- ①16歳未満の被保険者の人数×33万円
- ②16歳以上19歳未満の被保険者の人数×12万円

【改正後】

19歳未満の者の合計所得金額（給与所得者については給与所得から10万円を控除して算定した合計所得金額）が38万円未満の場合、当該世帯主の課税所得から、①、②の合計額を控除して算定。

- ①16歳未満の被保険者の人数×33万円
- ②16歳以上19歳未満の被保険者の人数×12万円

（注）上記の改正は、令和3年度8月療養分以後の一部負担金について適用。

基礎控除に係る規定の見直し

- 基礎控除に係る規定について、地方税法第314条の2第2項の改正に伴い、合計所得金額2,400万円超のものについては、控除額が遞減・消失する仕組みに見直す。（国保令第29条の3第10項、第29条の4の3第6項、第29条の7第5項関係）

【現行】

基礎控除額 = 33万円（一定額）

【改正後】

基礎控除額 = 改正後の地方税法第314条の2第2項に掲げる場合に依り当該各号に定める金額

（注）上記の改正は、令和3年度分以後の国民健康保険料（税）及び令和3年度8月療養分以後の高額療養費・高額介護合算療養費について適用。

（参考）地方税法（昭和25年法律第226号）（抄）【改正後】
（所得控除）

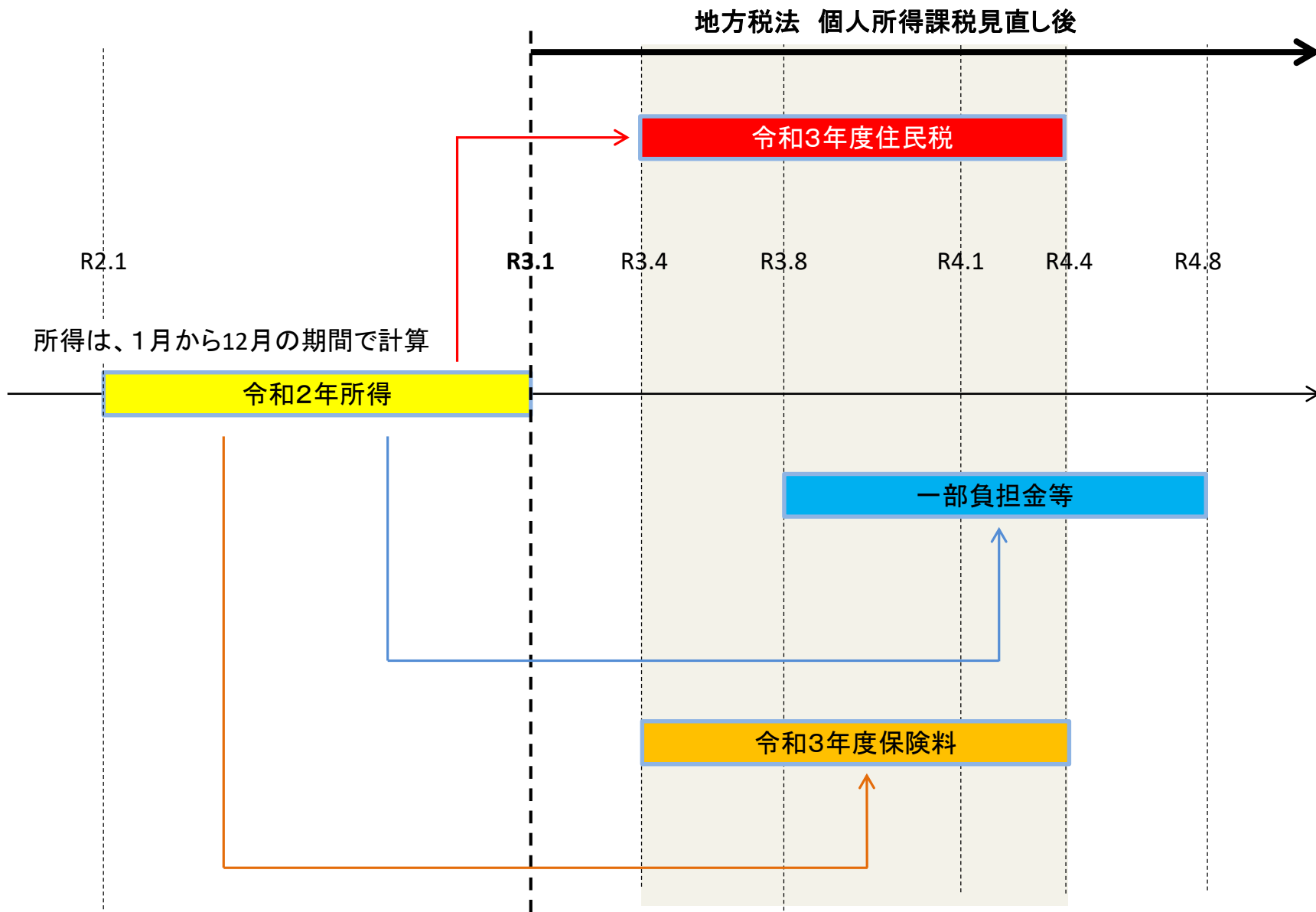
第三百十四条の二（略）

2 市町村は、前年の合計所得金額が二千五百万円以下である所得割の納税義務者については、その者の前年の所得について算定した総所得金額、退職所得金額又は山林所得金額から、次の各号に掲げる場合の区分に応じ、当該各号に定める金額を控除するものとする。

- 一 当該納税義務者の前年の合計所得金額が二千四百万円以下である場合 四十三万円
- 二 当該納税義務者の前年の合計所得金額が二千四百万円を超え二千四百五十万円以下である場合 二十九万円
- 三 当該納税義務者の前年の合計所得金額が二千四百五十万円を超え二千五百万円以下である場合 十五万円

【参考】今後のスケジュール（イメージ）

- 2020年分以後の所得税及び2021年度分以後の個人住民税について適用する。
- 国保令等の一部を改正する政令案は、令和3年1月1日施行予定で調整中。



6. その他留意事項

資格管理の適正化

「外国人材の受入れ・共生のための総合的対応策」(平成30年12月25日)の 医療保険関係ポイント

(医療保険の適正な利用の確保)

- 健康保険について、引き続き、海外居住者の被扶養認定の厳格な認定を実施
また、健康保険の被扶養者や国民年金第3号被保険者の認定において、原則として国内居住要件を導入し、その際、一定の例外を設ける【令和元年5月22日公布、令和2年4月1日施行】
- 国民健康保険について、在留資格の本来活動を行っていない可能性があると考えられる場合に市町村が入国管理局に通知する枠組みについて、通知対象を拡大【平成31年1月7日通知発出】
また、被保険者の資格の得喪に関し、市町村が関係者に報告を求めることができる旨を明確化【令和元年5月22日公布、同日施行】
- 出産育児一時金について、審査を厳格化【平成31年4月1日通知発出】
- なりすましについて、医療機関が必要と判断する場合に、本人確認書類の提示を求めることができるよう必要な対応を行う【令和2年1月10日通知発出】

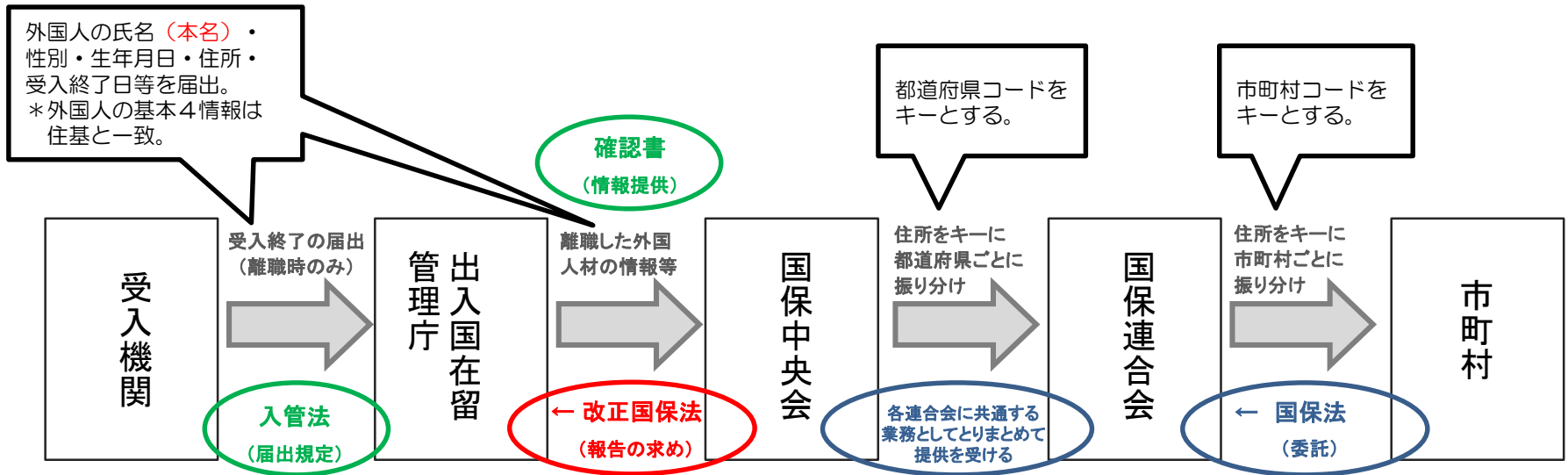
(社会保険への加入促進)

- 国民健康保険について、市町村において、離職時等に、年金被保険者情報等を活用しながら行う加入促進の取組を推進【平成31年3月29日通知発出】
- 新たな在留資格による外国人(本年4月からの特定技能1号・2号)について、上陸許可や在留資格変更許可等をした外国人の身分事項等を法務省から厚生労働省等に提供し、関係機関において、当該情報を活用しながら所要の確認や適用、必要に応じた加入指導等を実施【令和2年4月から実施予定】
- 新たな在留資格による外国人(本年4月からの特定技能1号・2号)について、国民健康保険・国民年金の保険料を一定程度滞納した者からの在留期間更新許可申請等を不許可とする【平成31年4月1日より実施】

外国人材の受入拡大に伴う国保への加入促進に係る情報連携について

- 平成31年4月に、在留資格「特定技能1号」「特定技能2号」の創設等を内容とする改正入管法が施行され、外国人材の受入れが開始。こうした外国人材の国保への加入を促進するためには、関係行政機関が連携して取り組む必要。
- 厚生労働省では、実務的な観点から法務省等との間で検討を進めてきたが、以下のような情報連携のスキームを構築したいと考えており、都道府県におかれても引き続き市町村への周知及び取組の推進についてご協力をお願いしたい。
- なお、法令上、市町村が「出入国在留管理庁に報告を求める事務」を国保連合会に委託(国保中央会に再委託)するという構成になることから、各市町村と国保連合会との間で当該事務に係る委任契約の締結をお願いしている。

市町村において、「出入国在留管理庁→国保中央会→国保連合会」経由で、入国・離職した外国人材の情報の提供を受け、外国人材に対する加入勧奨を実施



◎国民健康保険法(昭和33年法律第192号) ※赤字部分を追加(健保法等改正法: 令和元年5月15日可決・成立、同月22日公布・施行) ※
(資料の提供等)

第百十三条の二 市町村は、被保険者の資格、保険給付及び保険料に関し必要があると認めるときは、被保険者の資格の取得及び喪失に関する事項、被保険者若しくは被保険者の属する世帯の世帯主の資産若しくは収入の状況又は国民年金の被保険者の種別の変更若しくは国民年金法の規定による保険料の納付状況につき、官公署に対し、必要な書類の閲覧若しくは資料の提供を求め、又は銀行、信託会社その他の機関若しくは被保険者の雇用主その他の関係者に報告を求めることができる。

(連合会又は支払基金への事務の委託)

第百十三条の三 保険者は、第四十五条第五項(第五十二条第六項、第五十二条の二第三項、第五十三条第三項及び第五十四条の二第十二項において準用する場合を含む。)に規定する事務のほか、次に掲げる事務を第四十五条第五項に規定する連合会又は支払基金に委託することができる。

- 一 第四章の規定による保険給付の実施、第七十六条第一項又は第二項の規定による保険料の徴収、第八十二条第一項の規定による保健事業の実施その他の厚生労働省令で定める事務に係る情報の収集又は整理に関する事務

保険医療機関等において本人確認を実施する場合の方法について

対応方針

- 2020年度のオンライン資格確認の運用開始に伴い、マイナンバーカードのICチップの読み取りによりオンライン資格確認を行う保険医療機関等においては、マイナンバーカードによる本人確認が可能となる。
- 一方、各保険医療機関等がオンライン資格確認を導入し、患者によるマイナンバーカードの提示が普及するまでの対応として、保険医療機関等が必要と判断する場合には、被保険者証とともに本人確認書類の提示を求めることができる旨を厚生労働省から通知する。

本人確認の具体的な方法

- 保険医療機関等において、窓口での本人確認の必要性が高いと考える場合は、過去の診療履歴等により本人であることが明らかな事例や本人確認書類の提示が困難な子どもの事例など、一定のケースを除いて、外来患者に幅広く本人確認書類の提示を求めることができる。
- 上記のような幅広い範囲での本人確認を実施しない保険医療機関等においても、例えば、過去の診療履歴等に照らして血液型や身長が違っているなど、本人であることに合理的な疑いがある場合に、個別に本人確認を行うことは差し支えない。

<留意点>

- 保険医療機関等の判断で本人確認を実施する場合には、国籍による差別とならないよう、国籍に応じて本人確認の実施の有無を判断しないこと。
- 提示された被保険者証が本人のものでないと判断される場合には、当該被保険者証を用いた保険診療は認められないが、すべての患者が顔写真付きの本人確認書類を所持しているわけではないことに鑑み、本人確認書類が提示されなかったことのみをもって保険診療を否定しないこと。
- 幅広い範囲での本人確認を実施するに当たっては、保険医療機関等において事前に掲示等を行うことにより、患者が保険医療機関等を受診する際に混乱を生じさせないように十分な期間を設けて周知を行うこと。

(本人確認書類(写真付き身分証)の例)

運転免許証、運転経歴証明書(平成24年4月1日以降交付のもの)、旅券、個人番号カード(マイナンバーカード)、在留カード、特別永住者証明書、官公庁が顔写真を貼付した書類(身体障害者手帳等)

(参考) 主なQ&A

(Q) 本人確認については、全ての保険医療機関等において実施することが義務付けられているのか。

(A) 全ての保険医療機関等において実施することを義務付けているものではなく、各保険医療機関等において、窓口での本人確認の必要性に応じて、本人確認を実施するかどうか判断することとなる。

(Q) 本人かどうかの判断基準如何。

(A) 本人確認書類として写真付き身分証を提示していただき、当該書類の写真が本人かどうか確認するとともに当該書類に記載された氏名(及び生年月日)が被保険者証の情報と一致することで判断することを基本とする。

なお、提示された写真付き身分証のみで判断が難しい場合には、別の本人確認書類の提示を求めること等を行うことにより、総合的に判断していただきたい。

(Q) 本人確認書類の提示を断られるなど提示されなかった場合にはどのような対応を行うのか。

(A) 本人確認書類が提示されなかった場合には、本人確認を実施している趣旨を説明し、次回の診療時に提示するよう案内いただきたい。ただし、複数回提示されなかった場合には、被保険者証を発行している医療保険者へ連絡するといった対応を行うこと。

なお、すべての患者が顔写真付きの本人確認書類を所持しているわけではないことに鑑み、本人確認書類が提示されなかったことのみをもって保険診療を否定しないようご留意いただきたい。

(Q) そもそも顔写真付きの本人確認書類がない患者にはどのような対応を行うのか。

(A) 被保険者証の提示とあわせて国民年金手帳、児童扶養手当証書、特別児童扶養手当証書、住民票の写し、官公庁から発行・発給された書類等の書類の提示を求めるとともに、2つ以上の書類に記載された氏名(及び生年月日)が被保険者証の情報と一致することにより本人確認を行っていただきたい。

(Q) 提示された本人確認書類の写真が本人かどうか疑わしい場合はどのような対応を行うのか。

(A) 提示された本人確認書類の写真が本人かどうか疑わしい場合は、その旨を患者情報(例:氏名、住所、連絡先(電話番号やメールアドレス))と併せて被保険者証を発行している医療保険者へ連絡するといった対応を行うこと。ただし、提示された被保険者証が本人のものでないと判断される場合には、当該被保険者証を用いた保険診療は認められない。なお、保険医療機関等において写真を見た上で保険診療を認めたものの、結果として、他人による被保険者証の流用であった場合であっても、保険医療機関等の責任にはならない。

(Q) 連絡を受けた医療保険者はどのような対応を行うのか。

(A) 当該日に保険医療機関等を受診したかどうか確認する文書を被保険者に送付することや直接被保険者に連絡する等の方法により、当該日に実際に保険医療機関等を受診したかどうかを確認していただきたい。

(Q) 本人確認を拒否した場合、患者に対する罰則等はあるのか。

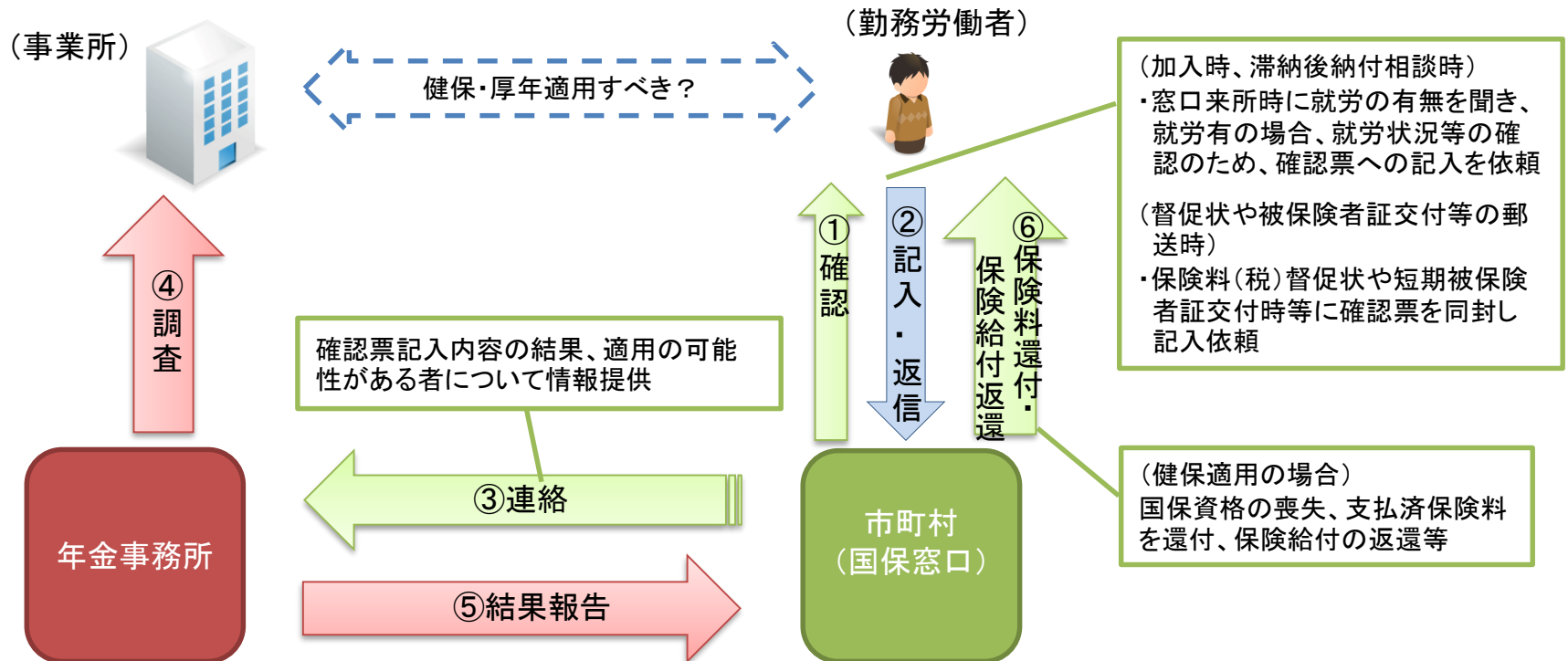
(A) 罰則等はない。

(Q) 本人確認を実施せず、他人の被保険者証を流用した受診による不当請求が発生した場合、保険医療機関等に対する罰則等はあるのか。本人確認を実施したが、流用を防げなかった場合はどうか。

(A) いずれの場合も罰則等はない。なお、診療報酬の支払にも影響を与えない。

年金事務所と連携した被保険者資格に係る確認事務について

- 市町村国保窓口において、国民健康保険加入手続きや納付相談等のために来所された方に、就労の有無を聞き取り、リーフレットを手交し説明。確認票への記入を依頼。
- 国民健康保険料(税)を滞納している被保険者(世帯主)に督促状や催告書の送付、短期被保険者証等を交付する時等に、リーフレットや質問票を同封して郵送。
- 窓口で記入した確認票や、郵送により返信された確認票の記入内容により就労状況を確認し、健康保険・厚生年金加入の可能性が高い者については年金事務所へ情報提供し、年金事務所において事業所への調査等を実施。



被保険者証の記載について

- 被保険者証の記載事項等の様式は、国民健康保険法施行規則で定められている（規則第6条）。
 - 記載事項については、保険者の判断により、カードの大きさを変えない範囲で、注意事項を追加で記載することや、文字の大きさを変えるといった変更・調整は可能。
 - 氏名については、従来から、保険者がやむを得ないと判断した場合には、被保険者証における氏名の表記方法を工夫しても差し支えないとされている（例：旧氏併記等）。
- ※ 被保険者証における氏名の表記については、様々な場面で被保険者証が本人確認書類として利用されていることに鑑み、裏面を含む被保険者証全体として、戸籍上の氏名を確認できるようにすることが適当。

(参考)

被保険者証の氏名表記について(平成29年8月31日保国発0831第1号) 抄

性同一性障害を有する被保険者又は被扶養者から、被保険者証において通称名の記載を希望する旨の申し出があり、保険者がやむを得ないと判断した場合には、被保険者証における氏名の表記方法を工夫しても差し支えない。

また、被保険者証における氏名の表記方法については、様々な場面で被保険者証が本人確認書類として利用されていることに鑑み、裏面を含む被保険者証全体として、戸籍上の氏名を確認できるようにすること。

例えば、被保険者証の表面の氏名欄には「通称名」を記載し、裏面の備考欄に「戸籍上の氏名は〇〇」と記載することや、被保険者証の表面の氏名欄に「戸籍上の氏名」を記載するとともに「通称名は〇〇」と併記すること等が考えられる。

被保険者証の性別表記について(平成24年9月21日事務連絡) 抄

上述した観点から、性別は被保険者証の必要記載事項として、被保険者証の表面に性別欄を設けるとともに、戸籍上の性別を記載することとしています。

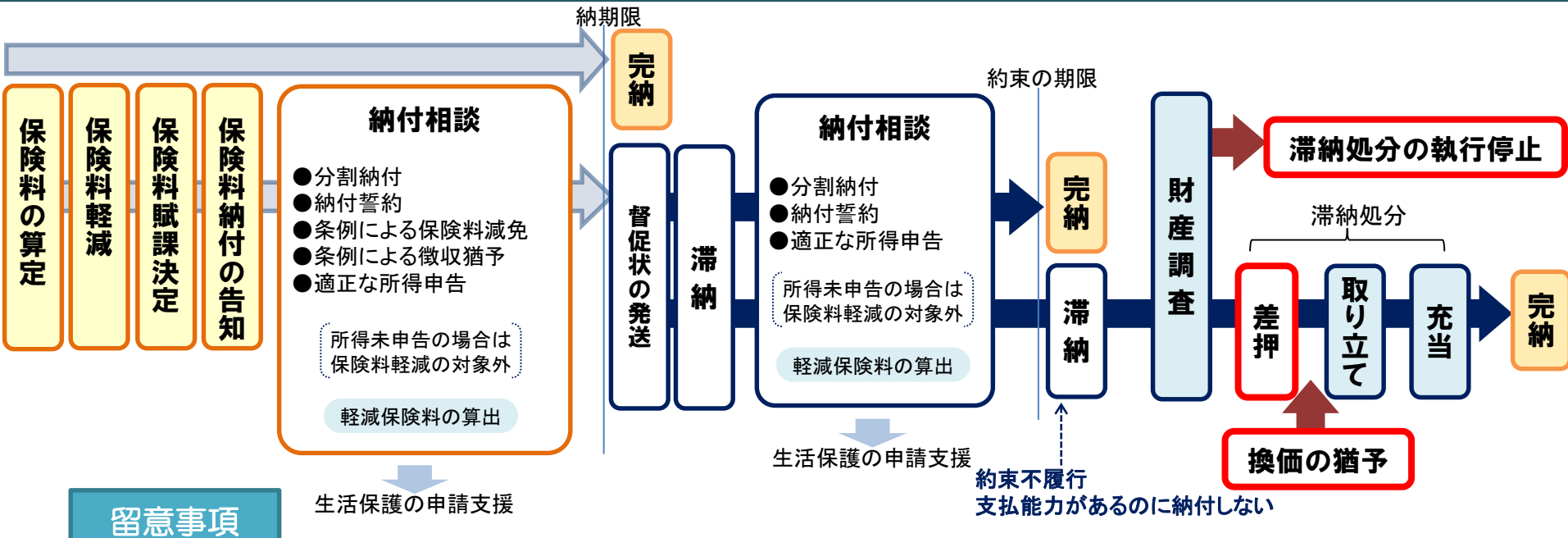
しかしながら、被保険者から被保険者証の表面に戸籍上の性別を記載してほしくない旨の申し出があり、やむを得ない理由があると保険者が判断した場合は、裏面を含む被保険者証全体として、戸籍上の性別が保険医療機関等で容易に確認できるよう配慮すれば、保険者の判断によって、被保険者証における性別の表記方法を工夫しても差し支えありません。例えば、被保険者証の表面の性別欄は「裏面参照」と記載し、裏面の備考欄に「戸籍上の性別は男(又は女)」と記載すること等が考えられます。

健康保険法施行規則等の一部を改正する省令の施行について(平成15年8月29日保発0829003号) 抄

被保険者証等の余白は、各保険者の判断により、写真を貼るほか、臓器提供の意思表示の記入欄又は臓器提供意思表示シールの添付欄とするなど、適宜使用して差し支えないこと。

国保保険料(税)の徴収業務の流れ

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。とされている。「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。

差押禁止財産について

【概要】

滞納者の最低限の生活保障、生業維持等の観点から、以下の差押禁止財産を定めている。

- 一般の差押禁止財産
滞納者及びその者と生計を一にする親族の生活に必要な衣服や食料等
- 給与の差押禁止
生活保護法における生活扶助の基準となる金額等
(=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)
- 社会保険制度に基づく給付の差押禁止
社会保険制度に基づき支給される退職年金、老齢年金、普通恩給、休業手当金及びこれらの性質を有する給付
- 条件付差押禁止財産
農業に必要な器具や漁業に必要な器具、職業又は事業の継続に必要な機械・器具等
※ 全額を徴収することができ、換価が困難でなく、かつ、第三者の権利の目的となっていないものを提供したときのみ

参考：広島高等裁判所松江支部平成25年11月27日判決（抜粋）

「本件預金債権の大部分が本件児童手当の振込みにより形成されたものであり、本件児童手当が本件口座に振り込まれた平成20年6月11日午前9時の直後で本差押がされた同日午前9時9分時点では、本件預金債権のうちの本件児童手当相額はいまだ本件児童手当としての属性を失っていなかったと認めるのが相当である。」

「処分行政庁において本件児童手当が本件口座に振り込まれる日であることを認識した上で、本件児童手当が本件口座に振り込まれた9分後に、本件児童手当によって大部分が構成されている本件預金債権を差し押さえた本件差押処分は、本件児童手当相額の部分に関しては、実質的には本件児童手当を受ける権利自体を差し押さえたのと変わりがないと認められるから、児童手当法15条の趣旨に反するものとして違法であると認めざるを得ない。」

滞納処分の停止について

【概要】

すでに差し押さえされている財産、あるいは今後差し押さえの対象となりうる財産の換価処分（公売）を、一定の要件に該当した場合に猶予する。

主な要件

- 滞納処分の執行等を行う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。
 - ※ 「生活を著しく窮迫させるおそれがあるとき」とは、滞納者の財産につき滞納処分の執行を行うことにより、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になるおそれのある場合をいう。（＝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）
- その所在及び滞納処分の執行等を行うことができる財産がともに不明であるとき。

効果

- **差押えの解除**
停止の期間内は新たな差押えを行うことができず、既に差し押さえた財産についてはその差押えを解除しなければならない。
- **延滞金の免除**
停止の期間に対応する部分の金額に相当する延滞金額を免除する。
 - ※ 滞納者が自発的にその停止に係る保険料を納付したときに、その納付金をその停止に係る保険料に充てることは差し支えない。
 - ※ 滞納処分の停止の期間中においても、その滞納処分の停止に係る保険料の消滅時効は進行する。
 - ※ 滞納処分の停止が取り消されないで3年間継続したときは、納付する義務は当然に消滅する。

換価の猶予について

【概要】

滞納者に一定の事由がある場合に、滞納処分により財産を換価すること又は一定の財産を差し押さえることを1年の範囲内で猶予するものであり、

- ・ 税務署長が職権をもって行う換価の猶予（職権による換価の猶予）
 - ・ 滞納者の申請に基づき行う換価の猶予（申請による換価の猶予）
- の2種類がある。

主な要件

- 滞納者が納付について誠実な意思を有すると認められること。
- 次のいずれかに該当すると認められる場合であること。
 - (イ) 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生活の維持を困難にするおそれがあるとき。
 - (ロ) 財産の換価を猶予することが、直ちに換価することに比し、徴収上有利であるとき。

猶予期間

- 1年を限度とする
- ※ やむを得ない理由があると認めるときは、申請に基づき、すでに猶予した期間とあわせて2年を超えない範囲でその期間を延長することができる。

生活困窮者等の自立を促進するための

生活困窮者自立支援法等の一部を改正する法律（平成30年法律第44号）の概要

改正の趣旨

生活困窮者等の一層の自立の促進を図るため、生活困窮者に対する包括的な支援体制の強化、生活保護世帯の子どもの大学等への進学支援、児童扶養手当の支払回数の見直し等の措置を講ずるほか、医療扶助における後発医薬品の原則化等の措置を講ずる。

改正の概要

「生活困窮者自立支援制度と国民健康保険制度及び後期高齢者医療制度との連携について」の一部改正について（平成30年10月1日付け社援地発1001第12号厚生労働省社会・援護局地域福祉課長・保国発1001第1号厚生労働省保険局国民健康保険課長・保高発1001第1号厚生労働省高齢者医療課長通知）により都道府県宛に通知済。

1. 生活困窮者の自立支援の強化（生活困窮者自立支援法）

(1) 生活困窮者に対する包括的な支援体制の強化

- ① 自立相談支援事業・就労準備支援事業・家計改善支援事業の一体的実施を促進
 - ・ 就労準備支援事業・家計改善支援事業を実施する努力義務を創設
 - ・ 両事業を効果的・効率的に実施した場合の家計改善支援事業の国庫補助率を引上げ(1/2→2/3)

② 都道府県等の各部局で把握した生活困窮者に対し、自立相談支援事業等の利用勧奨を行う努力義務の創設

③ 都道府県による市等に対する研修等の支援を行う事業を創設

(2) 子どもの学習支援事業の強化

① 学習支援のみならず、生活習慣・育成環境の改善に関する助言等も追加し、「子どもの学習・生活支援事業」として強化

(3) 居住支援の強化（一時生活支援事業の拡充）

① シェルター等の施設退所者や地域社会から孤立している者に対する訪問等による見守り・生活支援を創設 等

2. 生活保護制度における自立支援の強化、適正化（生活保護法、社会福祉法）

(1) 生活保護世帯の子どもの貧困の連鎖を断ち切るため、大学等への進学を支援

① 進学の際の新生活立ち上げの費用として、「進学準備給付金」を一時金として給付

(2) 生活習慣病の予防等の取組の強化、医療扶助費の適正化

① 「健康管理支援事業」を創設し、データに基づいた生活習慣病の予防等、健康管理支援の取組を推進

② 医療扶助のうち、医師等が医学的知見から問題ないと判断するものについて、後発医薬品で行うことを原則化

(3) 貧困ビジネス対策と、単独での居住が困難な方への生活支援

① 無料低額宿泊所について、事前届出、最低基準の整備、改善命令の創設等の規制強化

② 単独での居住が困難な方への日常生活支援を良質な無料低額宿泊所等において実施

(4) 資力がある場合の返還金の保護費との調整、介護保険適用の有料老人ホーム等の居住地特例 等

3. ひとり親家庭の生活の安定と自立の促進（児童扶養手当法）

(1) 児童扶養手当の支払回数の見直し（年3回（4月、8月、12月）から年6回（1月、3月、5月、7月、9月、11月）） 等

施行期日

平成30年10月1日（ただし、1. (2)(3)は平成31年4月1日、2. (1)は公布日、2. (2)①は平成33年1月1日、2. (3)は平成32年4月1日、3. は平成31年9月1日※ 等）

生活困窮者自立支援制度における他制度との連携について

- 生活困窮者自立支援制度においては、自立相談支援事業を中核に、任意事業の活用や他制度との連携により、本人の状態像に応じたきめ細かい支援を実施することが重要。
- また、地域資源の開発に当たっても、他制度のネットワークや他機関と連携することが重要。

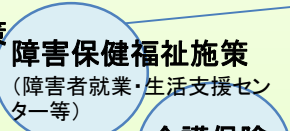
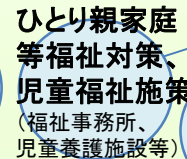
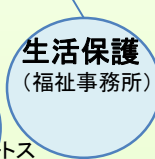
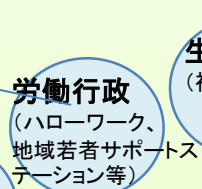
連携通知(注)で示した連携の例

(注)「生活困窮者自立支援制度と関係制度等との連携について」(平成27年3月27日付け事務連絡)等

・必要に応じ、生活保護へのつなぎ、生活保護脱却後の困窮者制度の利用(連続的な支援)

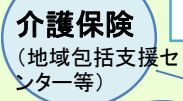
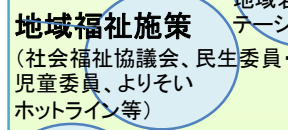
・ひとり親家庭特有の課題や、複合的な課題への連携した対応
 ・児童養護施設退所後の子どもの支援 等

・ハローワークとのチーム支援やハローワークのノウハウの活用
 ・求職者支援制度の活用



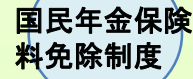
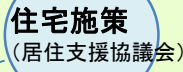
・本人の意向を踏まえつつ、障害の可能性や世帯の生活課題への連携した対応
 ・障害者支援に係る専門性の生活困窮者支援への活用
 ・認定就労訓練事業の担い手確保 等

・地域住民相互の支え合い等インフォーマルな支援の創出
 ・地域のネットワーク強化 等

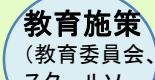
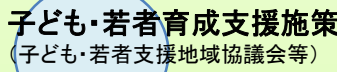


・介護保険制度の要介護、要支援にとどまらない、世帯の生活課題への連携した対応
 ・地域ネットワークの整備等に係る連携 等

・住居に関する課題への連携した対応

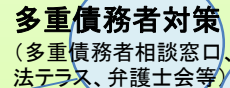


・支援調整会議と子ども・若者支援地域協議会の連携(共同開催等)
 ・子ども・若者総合相談センターとの連携



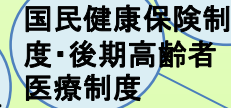
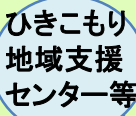
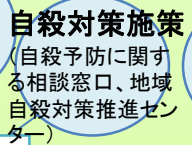
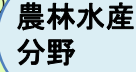
・納付相談に訪れる者のつなぎ
 ・国民年金保険料免除制度の周知 等

・多重債務者に対する専門的な支援との連携



・子どもの状況の背景にある世帯の生活課題への対応
 ・高等学校等の修学支援 等

・農林水産分野における就労の場の確保

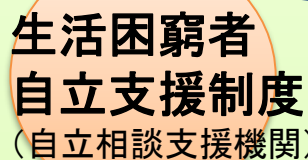


・矯正施設出所者に対する自立相談支援機関の情報提供 等

・自殺の危険性が高い者への連携した対応

・ひきこもり状態にある者への連携した対応

・納付相談に訪れる者のつなぎ
 ・所得の低い世帯への配慮措置の周知や申請援助
 ・保険料(税)滞納者への連携した対応



※上記の例にとどまらず、本人の自立支援に資する他制度と連携した支援のあり方については国や自治体において引き続き検討していく。 67

7. 保険者機能の強化

特定健診・保健指導の推進

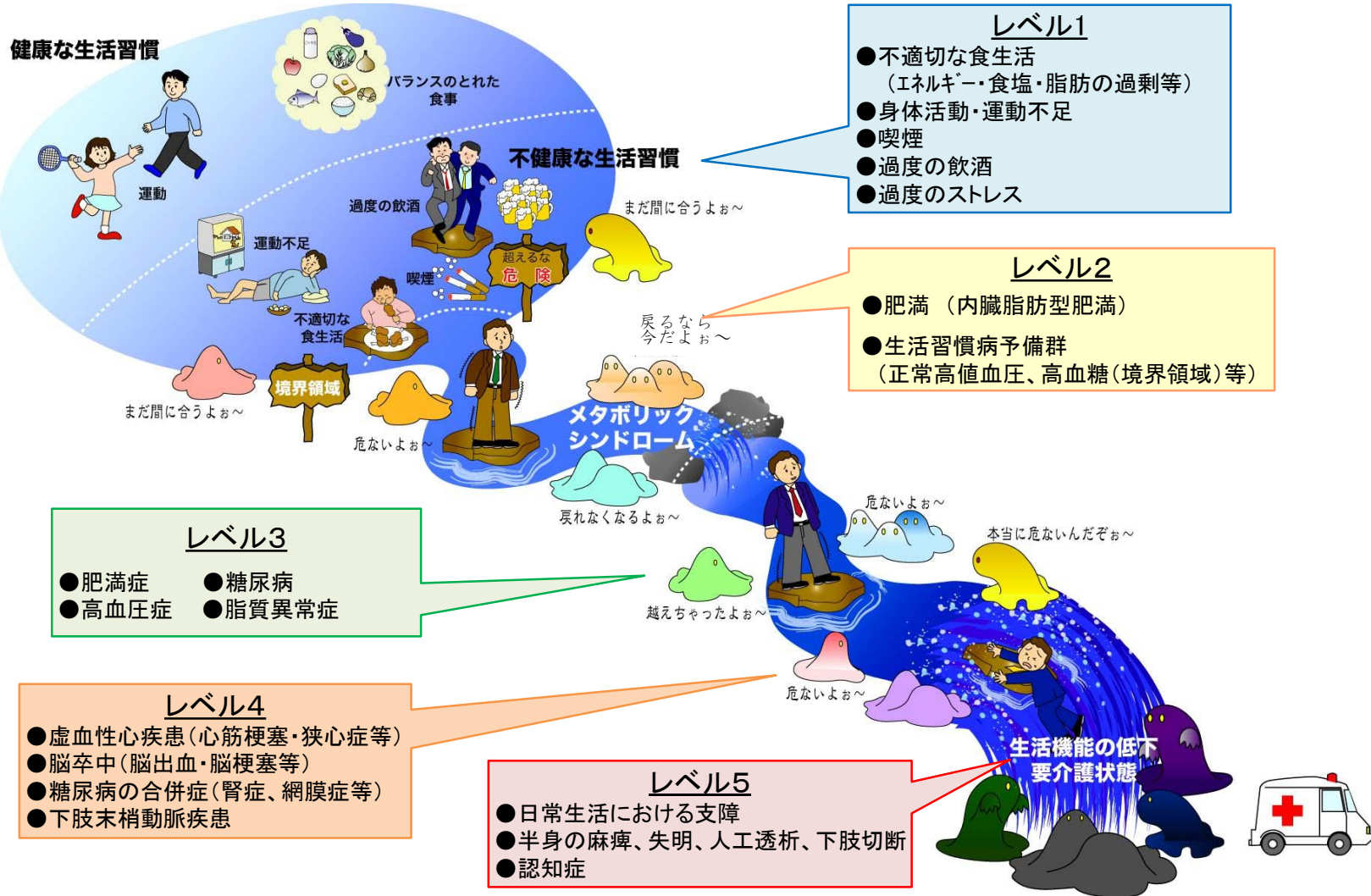
特定健診・特定保健指導の制度について

高齢者の医療の確保に関する法律に基づき医療保険者は特定健診・保健指導を実施

制度概要

- 根拠法:「高齢者の医療の確保に関する法律」
- 実施主体:医療保険者
- 対象:40歳以上74歳以下の被保険者・被扶養者
- 内容(健診):高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他の内臓脂肪の蓄積に起因する生活習慣病に関する健康診査を実施
- 内容(保健指導):健診の結果、健康の保持に努める必要がある者に対して特定保健指導を実施。
- 実施計画:医療保険者は5年ごとに特定健診等実施計画を策定
* 第3期からは6年ごと
- 計画期間:第1期(2008(平成20)年度～2012(平成24)年度)(5年間)
第2期(2013(平成25)年度～2017(平成29)年度)(5年間)
第3期(2018(平成30)年度～2023年度)(6年間)
- 健診項目及び対象者:特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(厚生労働省令)等により規定

- 運動・食事・喫煙などに関する不適切な生活習慣が引き金となり、肥満、脂質異常、血糖高値、血圧高値から起こる虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の発症・重症化を予防するためには、重症化に至っていく前の段階で、本人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られるよう、保険者が健診結果によりリスクが高い者を的確なタイミングで選定し、専門職が個別に介入する必要がある。こうした国民の健康保持・増進と医療費適正化の観点から、保険者は、法律に基づき、特定健診・保健指導を実施し、その結果を国に報告することが義務付けられている。



特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者種別推移）

（１）特定健診の保険者種類別の実施率

※上段（ ）内は、2017年度保険者数
下段（ ）内は、2017年度特定健診対象者

	総数 (3,373保険者) (5,388万人)	市町村国保 (1,738保険者) (1,985万人)	国保組合 (163保険者) (142万人)	全国健康保険協会 (1保険者) (1,671万人)	船員保険 (1保険者) (5万人)	健保組合 (1,385保険者) (1,235万人)	共済組合 (85保険者) (348万人)
2017年度	53.1%	37.2%	48.7%	49.3%	(注)	77.3%	77.9%
2016年度	51.4%	36.6%	47.5%	47.4%	48.5%	75.2%	76.7%
2015年度	50.1%	36.3%	46.7%	45.6%	46.8%	73.9%	75.8%
2014年度	48.6%	35.3%	45.5%	43.4%	40.9%	72.5%	74.2%
2013年度	47.6%	34.2%	44.0%	42.6%	40.1%	71.8%	73.7%
2012年度	46.2%	33.7%	42.6%	39.9%	38.9%	70.1%	72.7%
2011年度	44.7%	32.7%	40.6%	36.9%	35.3%	69.2%	72.4%
2010年度	43.2%	32.0%	38.6%	34.5%	34.7%	67.3%	70.9%
2009年度	41.3%	31.4%	36.1%	31.3%	32.1%	65.0%	68.1%
2008年度	38.9%	30.9%	31.8%	30.1%	22.8%	59.5%	59.9%

(注) 船員保険の独自システム変更の際に、特定健診情報ファイルの検査結果の一部が出力されなかった事象が生じていたことが明らかになったため、集計値への影響について精査中。

（２）特定保健指導の保険者種類別の実施率

※（ ）内は、2017年度特定保健指導対象者数

	総数 (492万人)	市町村国保 (87万人)	国保組合 (13万人)	全国健康保険協会 (161万人)	船員保険 (0.8万人)	健保組合 (178万人)	共済組合 (51万人)
2017年度	19.5%	25.6%	9.3%	13.2%	6.8%	21.4%	25.5%
2016年度	18.8%	24.7%	9.1%	14.2%	7.2%	19.2%	23.2%
2015年度	17.5%	23.6%	8.9%	12.6% (注)	6.9%	18.2%	19.6%
2014年度	17.8%	23.0%	9.1%	14.8%	5.9%	17.7%	18.1%
2013年度	17.7%	22.5%	9.0%	15.3%	7.1%	18.0%	15.7%
2012年度	16.4%	19.9%	9.5%	12.8%	6.3%	18.1%	13.7%
2011年度	15.0%	19.4%	8.3%	11.5%	6.5%	16.7%	10.6%
2010年度	13.1%	19.3%	7.7%	7.4%	6.3%	14.5%	8.7%
2009年度	12.3%	19.5%	5.5%	7.3%	5.8%	12.2%	7.9%
2008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2015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。

40歳、50歳代に対する特定健診について

○ 市町村国保の特定健診受診率は、他の保険者に比べ相当程度低い状況。また、特に40歳・50歳代での受診率が低い。

※ 経済財政諮問会議において、40歳・50歳代の受診率向上のため、保険者努力支援制度の評価指標に加えるべきとの意見あり。

40歳・50歳代が市町村国保の被保険者のボリュームゾーンではない中で、現在は市町村国保全体での底上げが重要であることや、保険者努力支援制度の評価指標を抜本的に見直したところであることなどから、これについては見送ったところ。

⇒ ライフサイクルの中で、できる限り早期に生活習慣を整えていただくため、若年層特有の課題に留意しつつ、受診率向上策を図ることが重要。
 なお、特定健診データに基づき経年的に保健指導をしていく観点からも、こうした層への対応を図ることは重要。

【未受診の理由】 一般的に言われている未受診の理由としては、40歳代では、「忘れていた」「時間がない」「健康である」「自治体からの情報不足」を挙げる声が多い。

⇒ ナッジ理論も活用しつつ情報をきちんと対象者に届けることや休日夜間の対応などの検討も重要

【表1: 特定健診受診率(保険者種類別)】 ⇒市町村国保は、受診率も伸び率も相当程度低い

	総数	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	健保組合	共済組合
2017年度	53.1%	37.2%	48.7%	49.3%	77.3%	77.9%
2008年度	38.9%	30.9%	31.8%	30.1%	59.5%	59.9%

【表2: 2017年度特定健診受診率(年齢階層別)】 ※速報値。未公表につき取扱注意。

⇒40歳代が特に低く、2割程度の受診率

	全体	40-49歳	50-59歳	60-69歳	70-74歳
全体	53.1%	58.2%	58.2%	46.7%	43.9%
市町村国保	37.2%	20.5%	26.4%	40.6%	45.4%

(参考)新経済・財政再生計画／改革工程表2019における記述

【取組事項】

40～50歳代の特定健診・がん健診受診率の向けて、(中略)がん健診と特定健診の一体的実施等によるアクセシビリティの向上、40歳時をターゲットとした効果的な受診勧奨などナッジの活用、40歳時の健診・健診の無料・低額化等(中略)について総合的に取り組む。

【2020年度】

国保において、40～50歳代が特定健診を受診しやすくなるよう、休日夜間の健診実施や40歳未満からの健診実施等の横展開を図る。

【考えられる取組】

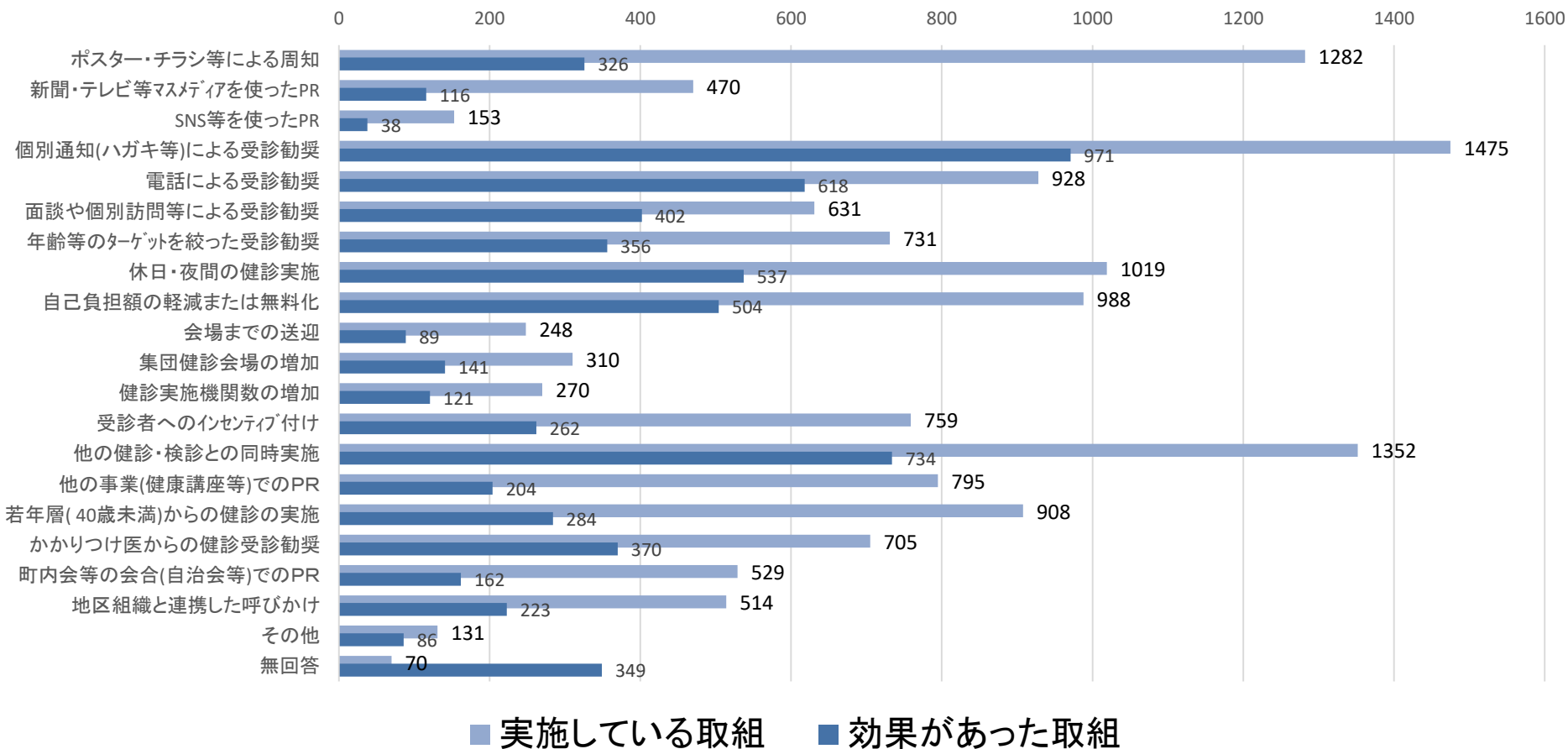
- 個人の予防・健康づくりへの啓発促進(ICTの活用も検討)
- まずは地域診断を実施。自治体特性や地域ごとの状況の相違、性別、年齢階層別の状況も確認し、ターゲット層を十分判断。
 ※ なお、40歳前(就業時や40歳直前も効果があると考えられる)への受診勧奨は、新たな「予防・健康づくり交付金」における必須事業の一つとしており、また、年齢別・地域ごとの分析は、同交付金における加点項目としている。
- ナッジ理論の活用を含め受診率向上施策ハンドブックや他の自治体の取組を参考に効果的な手法を改めて確認。
- 受診勧奨方法の工夫(通知内容と通知タイミングの見直し(40歳到達時に「特定健診が始まること」を特にPR、ターゲットを絞った電話勧奨やショートメール等を活用した勧奨等)。
- 地域・職域連携の促進
- 「就労層」への対応の検討(休日夜間の実施や健診場所の拡大、特定健診とがん健診の同時実施等)。
- 医師会、医療機関や自治会等地区組織と連携した取組の拡充の検討
- 医療機関との連携(診療における検査データの活用)等

※ 2020年度の保険者努力支援制度において、特定健診について、配点の引上げ、マイナス点の導入、市町村規模別指標の導入、継続的な取組の評価を行うなどメリハリの強化が図られている点に留意。個人へのインセンティブ付与についても、メリハリの強化が行われている。(なお、個人へのインセンティブについては、個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取組に係るガイドライン <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000124579.html> を参照)

※ 受診率向上施策ハンドブック <https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000500407.pdf>

特定健診・特定保健指導の取組状況(実施率向上対策)

実施している取組と効果があった取組(回答数 1689)



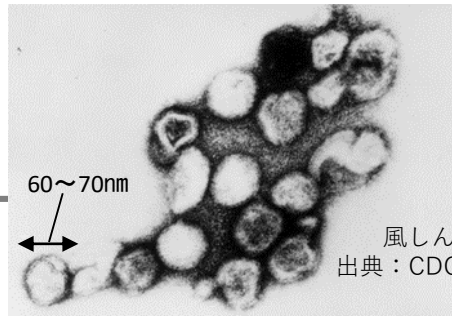
※出典：2019年度保険者データヘルス全数調査

風しん対策について

風しんについて

風しんとは

- ① 症 状：発熱、発疹、リンパ節腫脹を特徴とするが、**15～30%は無症状**である。
- ② 潜伏期間：14～21日間。
- ③ 感染経路：飛沫感染。**感染力が強い**
(発症約1週間前～発疹出現後1週間程度感染力がある)。
- ④ 治療・予防：対症療法のみ。予防にはワクチンが有効。

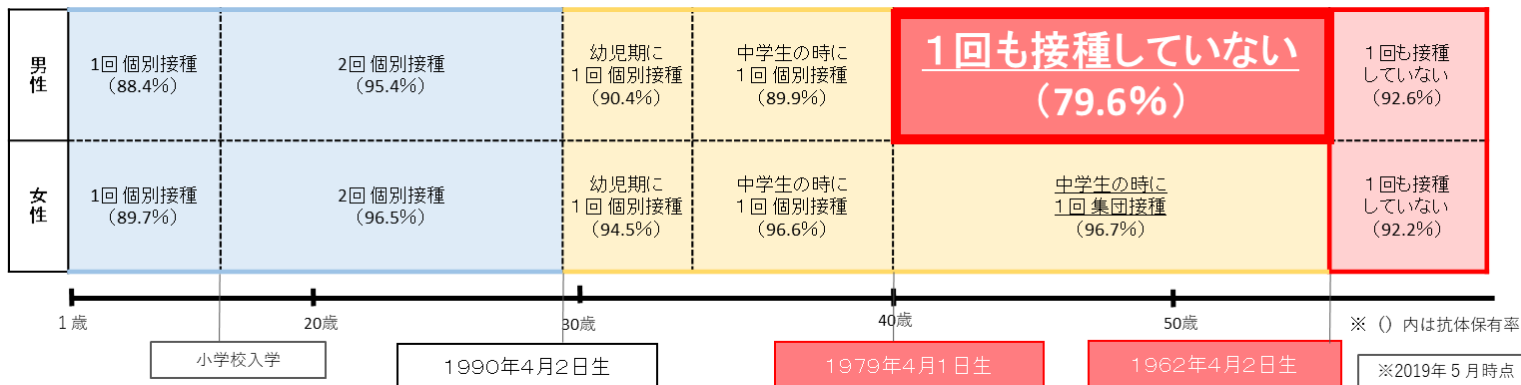


風しんウイルスの電子顕微鏡写真
出典：CDC Public Health Image Library

先天性風しん症候群（CRS）とは

- 風しんに対して免疫のない女性が、特に妊娠初期に罹患した場合に出生児に引き起こされる障害。
- 出生児に引き起こされる障害としては、
 - ・ 先天性心疾患、難聴、白内障が三大症状
 - ・ ほかに網膜症、肝脾腫、血小板減少、糖尿病、発育遅滞、精神発達遅滞、小眼球 など

先天性風しん症候群の児に見られる主な症状



【出典】国立感染症研究所「年齢/年齢群別の風疹抗体保有状況」2013-2017年をもとに算出（10歳以下のみ2017年のデータで計算）

風しんの対策の実施率の向上策（自営業者等向け）

追加的対策のポイント

特に抗体保有率が低い41～58歳*の男性に対し、

※2020年4月時点

- ① 予防接種法に基づく定期接種の対象とし、3年間、全国で原則無料で定期接種を実施
- ② ワクチンの効率的な活用のため、まずは抗体検査を受けていただくこととし、全国で原則無料で実施
- ③ 事業所健診の機会に抗体検査を受けられるようにすること等の体制を整備

【目標1】2020年7月までに対象世代の男性の抗体保有率を85%に引き上げる

【目標2】2021年度末までに対象世代の男性の抗体保有率を90%に引き上げる

抗体検査の実施状況

**【目標】
2020年7月までに
480万人に検査**

**【現状】
2019年11月末で
109万人に検査**

抗体検査の実施率を高める必要

自営業者等向けの向上策

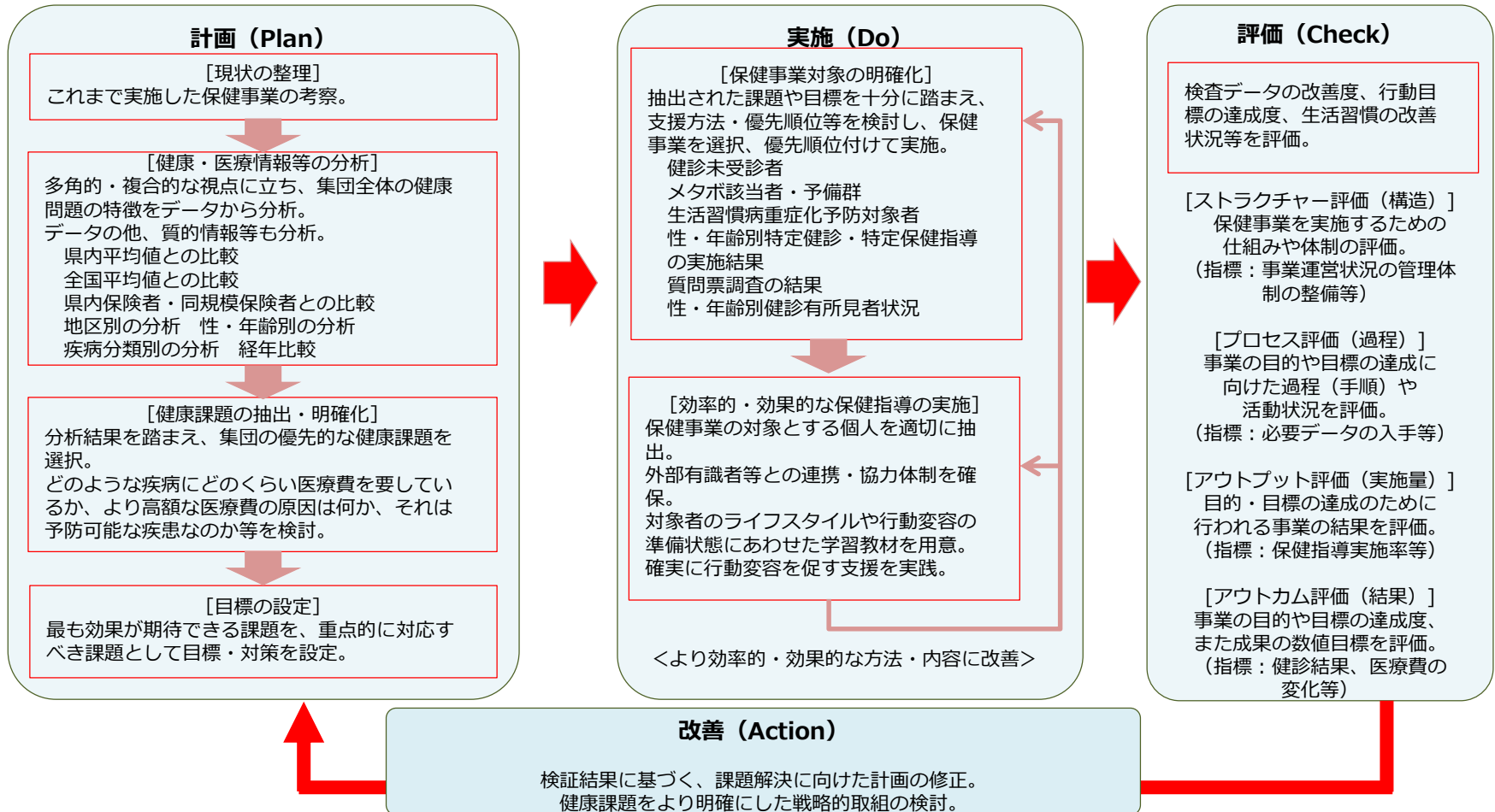
- ①市町村が実施する集団検診の機会に併せて抗体検査を実施
- ②特定健康診査の予診票等の送付時に、風しんの案内や予診票を送付。
- ③特定健診と風しんの抗体検査を同時に実施するための取組状況を報告すること

「特定健康診査」の機会に風しんの抗体検査を実施できる体制を構築

データヘルス計画の中間評価

「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。



データヘルス計画策定状況（都道府県別）

（令和元年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
			令和元年度中	令和2年度中	それ以降	
北海道	157	147	7	1	0	2
青森県	40	40	0	0	0	0
岩手県	33	33	0	0	0	0
宮城県	35	34	1	0	0	0
秋田県	25	25	0	0	0	0
山形県	32	32	0	0	0	0
福島県	59	59	0	0	0	0
茨城県	44	44	0	0	0	0
栃木県	25	25	0	0	0	0
群馬県	35	33	2	0	0	0
埼玉県	63	63	0	0	0	0
千葉県	54	53	1	0	0	0
東京都	62	55	0	1	0	6
神奈川県	33	33	0	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	17	0	0	0	0
山梨県	27	27	0	0	0	0
長野県	77	76	0	0	0	1
岐阜県	42	42	0	0	0	0
静岡県	35	35	0	0	0	0
愛知県	54	51	3	0	0	0
三重県	29	27	1	0	1	0
滋賀県	19	19	0	0	0	0
京都府	26	25	1	0	0	0
大阪府	43	41	1	0	0	1
兵庫県	41	40	1	0	0	0
奈良県	39	39	0	0	0	0
和歌山県	30	28	1	0	0	1
鳥取県	19	19	0	0	0	0
島根県	19	19	0	0	0	0
岡山県	27	27	0	0	0	0
広島県	23	23	0	0	0	0
山口県	19	19	0	0	0	0
徳島県	24	24	0	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	60	0	0	0	0
佐賀県	20	20	0	0	0	0
長崎県	21	21	0	0	0	0
熊本県	45	45	0	0	0	0
大分県	18	18	0	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	41	0	0	0	0
計	1,716	1,683	19	2	1	11

第2期データヘルス計画の中間評価について

- 平成30年度からスタートした第2期データヘルス計画については、令和2年度に中間評価の時期を迎える。
- 「データヘルス計画策定の手引き」(平成29年9月)において、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行うことを計画に記載している。
- 保険者においては令和2年度内に、「データヘルス計画策定の手引き」(平成29年9月)を踏まえて、中間評価等を実施。

データヘルス計画策定の手引き(平成29年9月)～(抜粋)～

(6)計画の評価・見直し

【記載内容】

設定した目標等について、いつ、どのような評価を行うかを記載する。

【留意点】

ア.評価の時期

○ 通常、評価は事業実施後に行うものであるが、そのための評価指標や評価指標に要する情報源・その取得方法については、計画の策定段階であらかじめ設定しておく。

○ **設定した評価指標に基づき、計画の最終年度のみならず、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行うことを計画に記載する。**

また、計画の最終年度においては、その次の期の計画の策定を円滑に行うため、当該最終年度の上半期に仮評価を行うこと等も考慮する。

イ.評価方法・体制

○ 計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム(成果)による要素を含めた評価を行う。

○ 評価は、KDB等も活用し、可能な限り数値を用いて行う。また、評価方法(評価に用いるデータの入手時期、方法を含む)・体制についても、あらかじめ計画に記載しておく。

評価体制とは、具体的には、例えば、評価を行う会議体に外部有識者等に委員として参画してもらい、意見聴取を行う等の方法が考えられる。

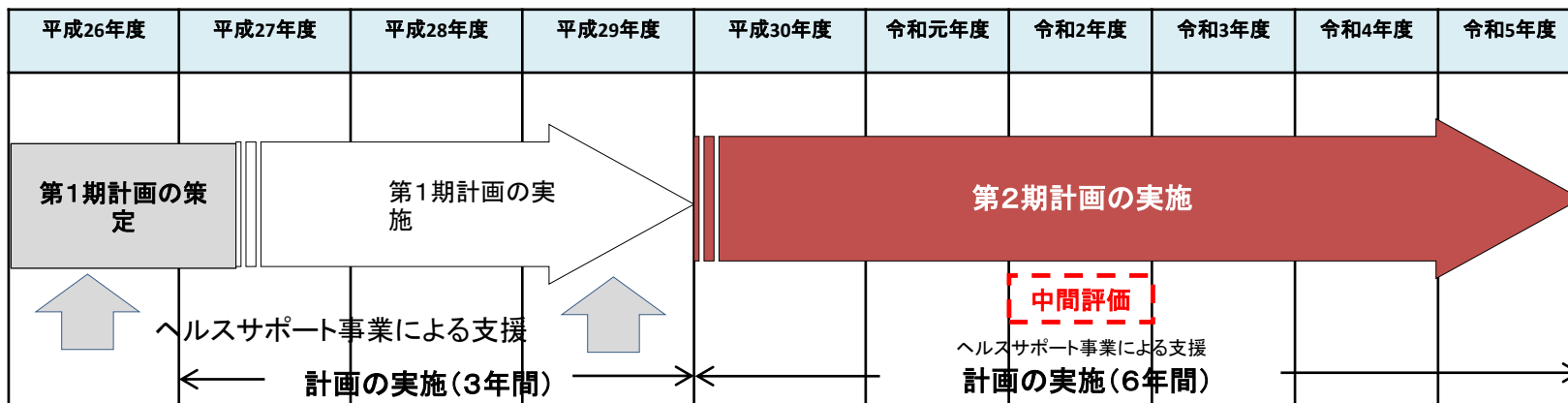
○ 評価に当たっては、市町村国保における保健事業の評価を広域連合と連携して行うなど、必要に応じ他の保険者等との連携・協力体制を整備することも重要である。

ウ.計画に盛り込む個別の保健事業に係る評価

○ 計画に盛り込んだ個別の保健事業の実施状況等については、計画における目標等を踏まえた評価指標を個別に設定し、毎年度、評価を行った上で、必要に応じて翌年度の保健事業の実施内容等の見直しを行う。

○ なお、これらの評価については、計画全体の評価に向けた通過点であることを前提にした簡易な評価として差し支えないが、この場合にあっても、可能な限り数値で評価を行うよう努める。

<データヘルス計画の実施スケジュール>



第2期データヘルス計画の中間評価のポイント

- * 現時点でデータヘルス計画未策定の市町村等においては、早急な計画策定を検討いただきたい。都道府県におかれても、必要な支援をお願いしたい。なお、その場合の計画期間は令和5年度末までとすることが考えられる。
- * データヘルス計画に基づき事業を実施している市町村等においては、令和2年度内に中間評価・見直しを実施。
- * 中間評価の実施に当たっては、KDBシステム等を活用し、あらためて必要な健康・医療情報等の分析・評価を行い、健康課題・目標やそれらに応じた事業の優先順位付けの見直しなどを行うことが考えられる。
- * 中間評価の実施に当たって、具体的に考えられるポイントは以下のとおり。

<中間評価の進め方>

- データヘルス計画に記載している評価計画(評価指標、評価体制等)に基づき、中間評価の実施。
- データヘルス計画に位置づけている、個別保健事業の振り返り、進捗確認。
- 個別保健事業について、評価指標に基づき評価、第三者による評価。
- データヘルス計画全体の目標等の進捗確認、必要に応じ計画の見直し。
- 評価結果のデータヘルス計画及び次年度以降の事業への反映。

<中間評価の視点>

- データヘルス計画に位置づけている個別保健事業の目標と実績の比較。
- PDCAサイクルに基づく保健事業が展開されているかの検証。
- ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの4つの視点での評価。
- 自己評価のみならず、第三者の視点による評価。

<支援・評価委員会等の活用>

- 国保連合会のヘルスサポート事業による支援。
- 国保連合会の支援・評価委員会や大学など外部有識者による助言。

糖尿病重症化予防の推進

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を1,500市町村とする(2019年度より目標を800市町村から1,500市町村に上方修正)

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月策定)。^{※平成31年4月改定。}
- 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(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)に係る経費等を助成[※]する
※国保被保険者数に応じた助成限度額

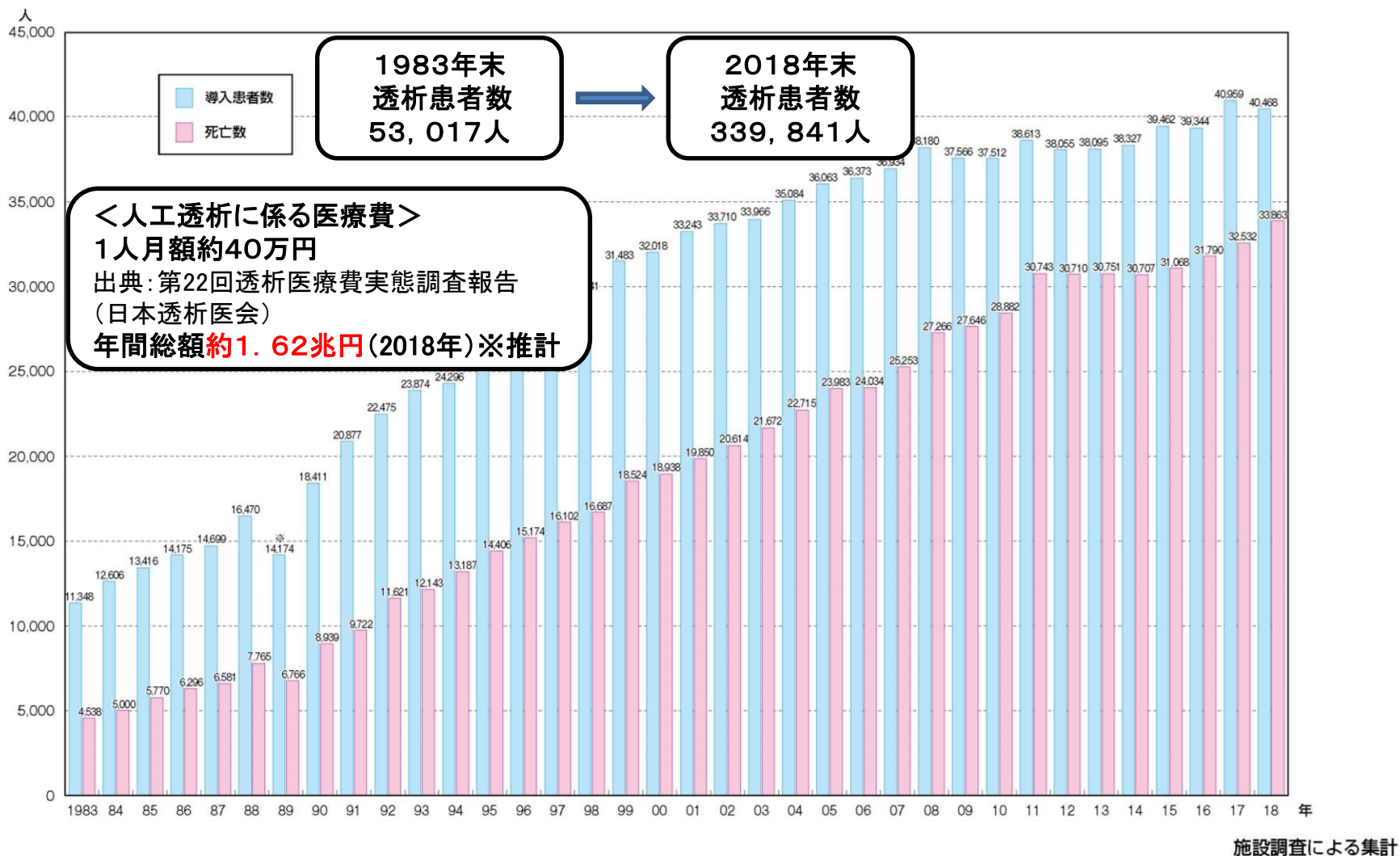
- 都道府県国保ヘルスアップ支援事業(都道府県向け、平成30年度創設)

都道府県が実施する保健事業等(基盤整備、現状把握・分析等)に係る経費等を助成[※]する
※国保被保険者数に応じた助成限度額

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1,000億円規模のインセンティブとして本格実施)

透析患者数、新規透析導入患者数、死亡患者数の推移



出典：わが国の慢性透析療法の現状（日本透析医学会）

※：1989年の減少はアンケート回収率が86%と例外的に低かった事による見かけ上の影響（2013年は回収率99%）

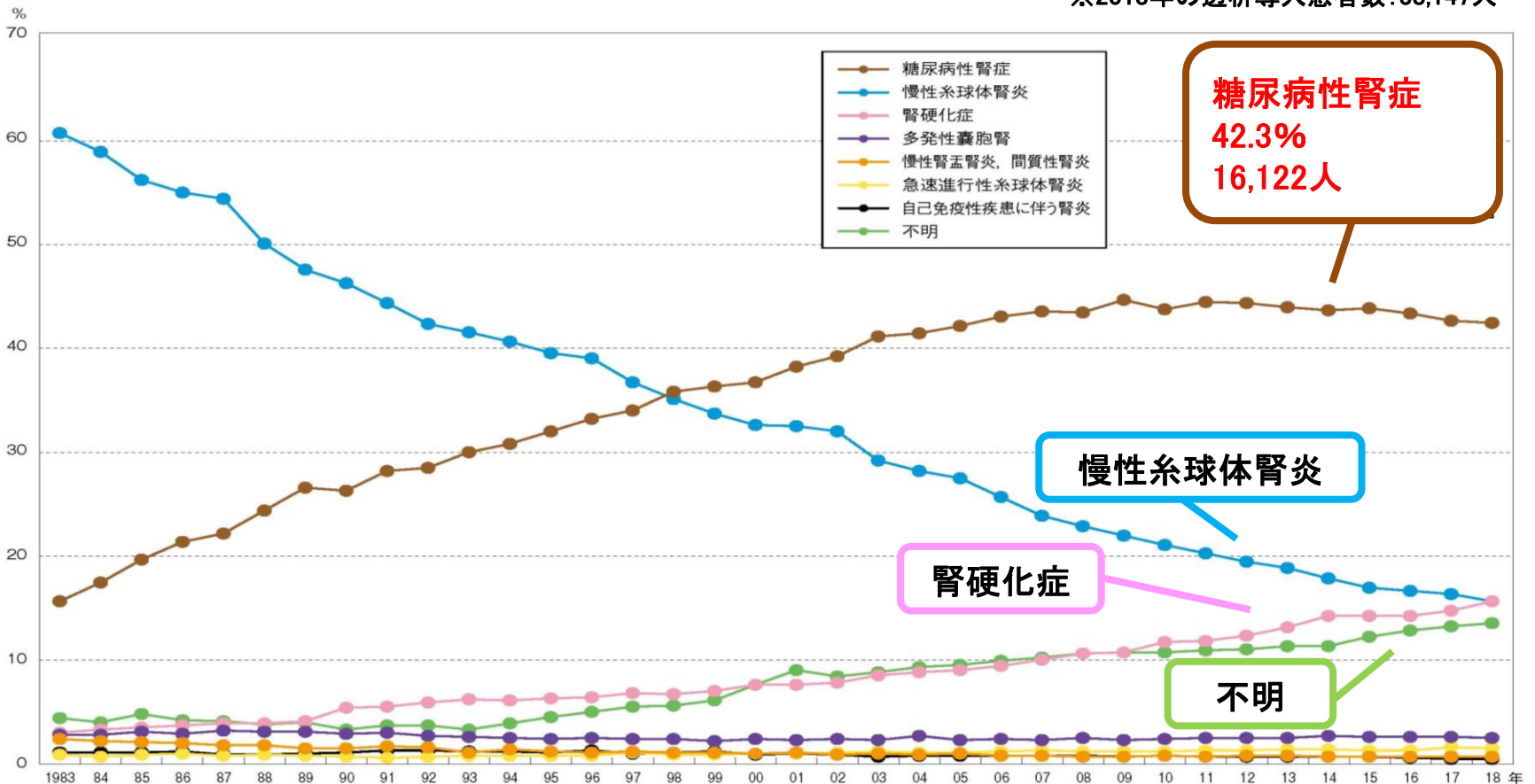
透析導入患者の主要原疾患の推移(年別)

- 糖尿病性腎症が進行し腎不全に陥ると、人工透析を要する状態になる。
- 2018年の透析導入患者約3万8千人のうち、約1万6千人(42.3%)は糖尿病性腎症が原因である。

(参考)2018年末時点の透析患者数:339,841人

透析導入患者の主要原疾患の推移(年別)

※2018年の透析導入患者数:38,147人



糖尿病性腎症
42.3%
16,122人

慢性糸球体腎炎

腎硬化症

不明

出典:わが国の慢性透析療法の現状(日本透析医学会)

糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて(平成28年4月20日策定。平成31年4月25日改定)

1. 改定の背景

- 呉市等の先行的取組を全国に広げていくためには、**各自治体と医療関係者が協働・連携できる体制の整備**が必要。
- 国レベルでも支援する観点から、**日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省の三者で、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定**したもの(それに先立ち平成28年3月24日に連携協定締結)
- 日本健康会議の「宣言2」として掲げられている5つの達成要件を達成した市町村や広域連合においても取組の質にはばらつきが見られることから、より効果的・効率的な事業の実施を目指すためには、**プログラムの条件における留意点の整理**が必要
- 関係者の連携や取組内容等実施上の課題に対応し、**更なる推進を目指していくために改定**するもの

2. 基本的考え方

- 重症化リスクの高い**医療機関未受診者等に対する受診勧奨・保健指導**を行い治療につなげるとともに、**通院患者のうち重症化リスクの高い者に対して**主治医の判断で対象者を選定して**保健指導**を行い、**人工透析等への移行を防止**する
その際、CKD対策等、既存の取組を活用し取り組むことも考えられる

3. 関係者の役割

(市町村)

- **庁内体制の整備**・地域における**課題の分析と情報共有**・**対策の立案**・対策の**実施**・実施状況の**評価**・**人材確保と育成**

(都道府県)

- **庁内体制を整備の上市町村の事業実施状況のフォロー**、都道府県レベルで**医師会や糖尿病対策推進会議等と取組状況の共有、対応策等について議論、連携協定の締結、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定(改定)、人材育成**
- **保健所を活用した取組支援**

(広域連合)

- 後期高齢者医療制度と国保の保健事業が**一体的に実施されるよう調整**するなど、**市町村との連携が不可欠**
- 広域連合からの委託等により**市町村が保健指導を実施する際は、実施支援のための情報提供が重要**

(地域における医師会等)

- 都道府県医師会等の関係団体は、**都市区医師会等に対して、国・都道府県における動向等を周知し、必要に応じ助言**
- 都道府県医師会等や都市区医師会等は、都道府県や市町村が取組を行う場合には、**会員等に対する周知、かかりつけ医と専門医等との連携強化、保健事業のアドバイザーとして取組を支援するなど、必要な協力を努める**

(都道府県糖尿病対策推進会議)

- 国・都道府県の動向について**構成団体に周知、医学的・科学的観点からの助言、市町村等との連携の窓口となる責任者を周知**するなど、**自治体の取組に協力するよう努める**
- **地域の住民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める**

(国保連合会の役割)

- **KDBの活用によるデータ分析・技術支援、課題抽出、事業実施後の評価分析**などにおいて連携し、取組を支援

4. 地域における関係機関との連携

- 都道府県、市町村において、**あらかじめ医師会や糖尿病対策推進会議等と問題認識を共有し十分協議の上**、推進体制を構築
- **都道府県レベル、二次医療圏等レベルで協議会や検討会を実施する**など、地域の関係者間で顔を合わせ議論することにより連携体制の充実を図る
- 必要に応じて**かかりつけ医と専門医の連携、医科歯科連携**ができる体制をとることが望ましい

5. プログラムの条件

- ① **対象者の抽出基準が明確であること**
- ② **かかりつけ医と連携した取組であること**
- 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**
- ④ **事業の評価を実施すること**
- ⑤ **取組の実施に当たり、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**

（効果的・効率的な事業を実施するための条件）

- ① **レセプトの請求情報（薬剤や疾患名）も活用**し被保険者の全体像を把握した上で抽出することにより、健診未受診者層等からの抽出が可能
- ② **事業の実施時のみならず企画時や評価時などきめ細かく連携**することにより、PDCAサイクルに基づく取組を実施
- ③ **医師・歯科医師・薬剤師等多職種連携による取組**を行うことにより保健指導の質の向上につながる
- ④ **アウトカム指標（特定健診結果の値や人工透析新規導入患者数の変化等）を用いた事業評価**を行うことにより、重症化予防効果等の測定が可能
- ⑤ **情報提供のみならず専門的助言を受け、更に事業へ反映**することにより取組の質の向上へとつながる

6. 取組方策

- ・ 体制整備（庁内連携、地域連携）
- ・ 事業計画
- ・ 事業実施
- ・ 事業評価、**改善（次年度事業の修正）**

7. 対象者選定 ※取組内容については地域の実情に応じ優先順位を意識し柔軟に対応

- ① **健診データ・レセプトデータ**等を活用したハイリスク者の抽出
- ② **医療機関における糖尿病治療中の者からの抽出**
※生活習慣改善が困難な方・治療を中断しがちな患者等から医師が判断
- ③ **治療中断かつ健診未受診者**の抽出

8. 介入方法 ※取組内容については地域の実情に応じ優先順位を意識し柔軟に対応

- ① **受診勧奨**：手紙送付、電話、個別面談、戸別訪問等
 - ② **保健指導**：電話等による指導、個別面談、訪問指導、集団指導等
- ※ 受診勧奨、保健指導等の保健事業については外部委託が可能

9. 評価

- 関係者と共に、**中長期的な視点**をもった事業評価を行い、今後の事業の取組を見直すなど、**PDCAサイクル**を回すことが重要

10. 個人情報の取扱い

- 取組に当たっては、基本情報に加え**健診データやレセプトデータ等個人情報**を活用することから、**取扱いに留意する**必要がある

重症化予防に取り組む自治体の状況（市町村国保）

日本健康会議「健康なまち・職場づくり宣言2020」

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。

* 2019年度より目標を800市町村から1,500市町村、24広域連合から47広域連合に上方修正

取組の実施状況	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)	平成30年度 保険者データヘルス 全数調査 (平成30年3月時点)	2019年度 保険者データヘルス 全数調査 (平成31年3月時点)
現在も過去も実施していない	520	250	94	44
過去実施していたが現在は実施していない	35	23	6	6
現在は実施していないが予定あり	362	303	247	128
糖尿病性腎症の重症化予防の取組を行っている	659	1,009	1,282	1,506

全自治体
(1,716市町村)

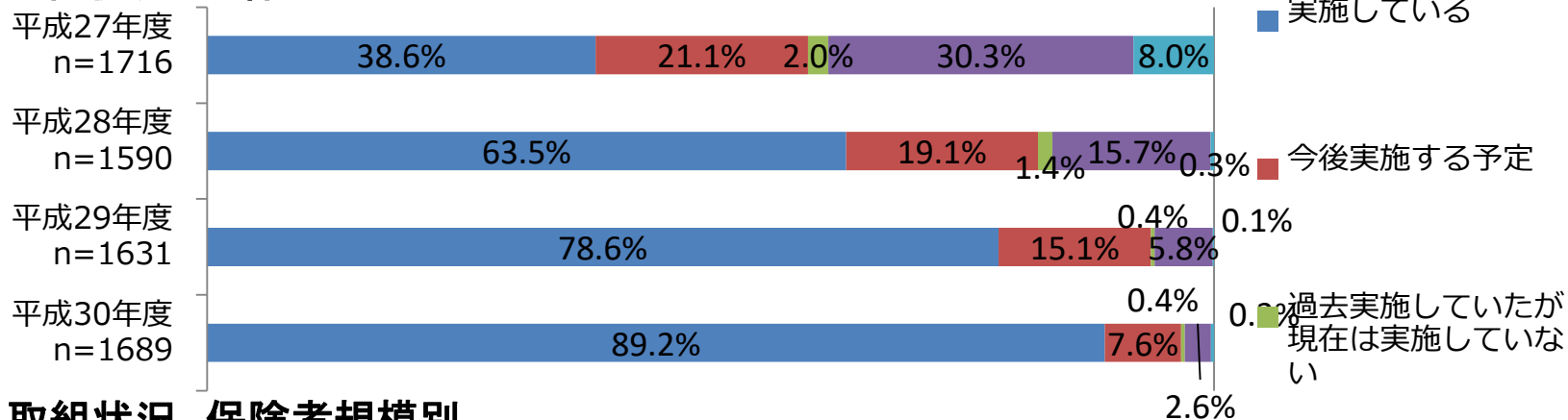
5つの要件の達成状況

5つの要件の達成状況	平成28年3月時点	平成29年3月時点	平成30年3月時点	平成31年3月時点
①対象者の抽出基準が明確であること	622	957	1,249	1,477
②かかりつけ医と連携した取組であること	503	846	1,156	1,357
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	817	1,087	1,325
④事業の評価を実施すること	583	907	1,164	1,367
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	721	1,088	1,285
全要件達成数(対象保険者)	118	654	1,003	1,180

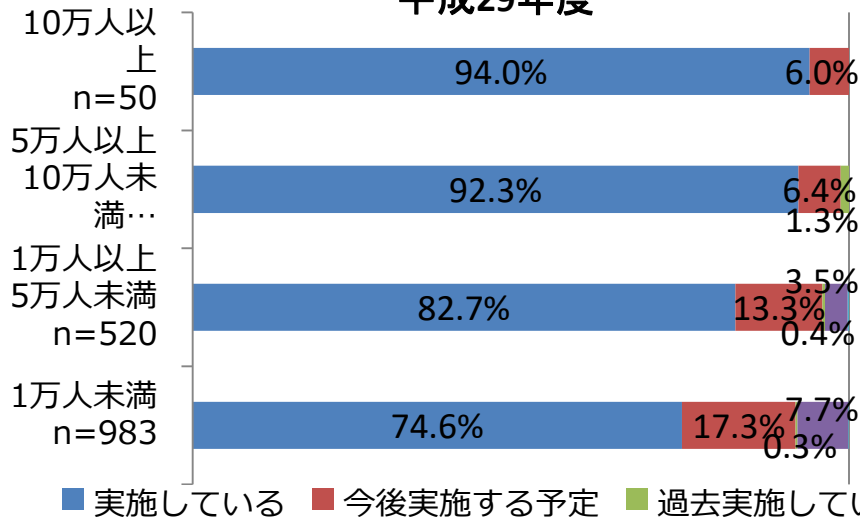
市町村における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況

○重症化予防に取り組んでいる保険者は、全体では約9割であり前年度より10.6ポイント増加している。
 ○保険者規模別では、10万人以上の大規模保険者は全ての保険者が取り組んでおり、小規模保険者においては「実施している」の割合が前年に比べ10ポイント以上増加している。

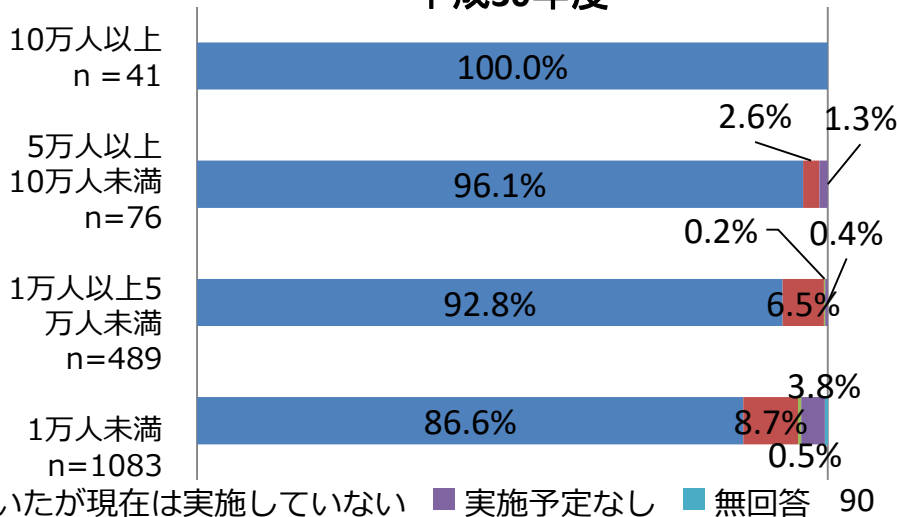
(1) 取組状況 全体



(2) 取組状況 保険者規模別 平成29年度



平成30年度



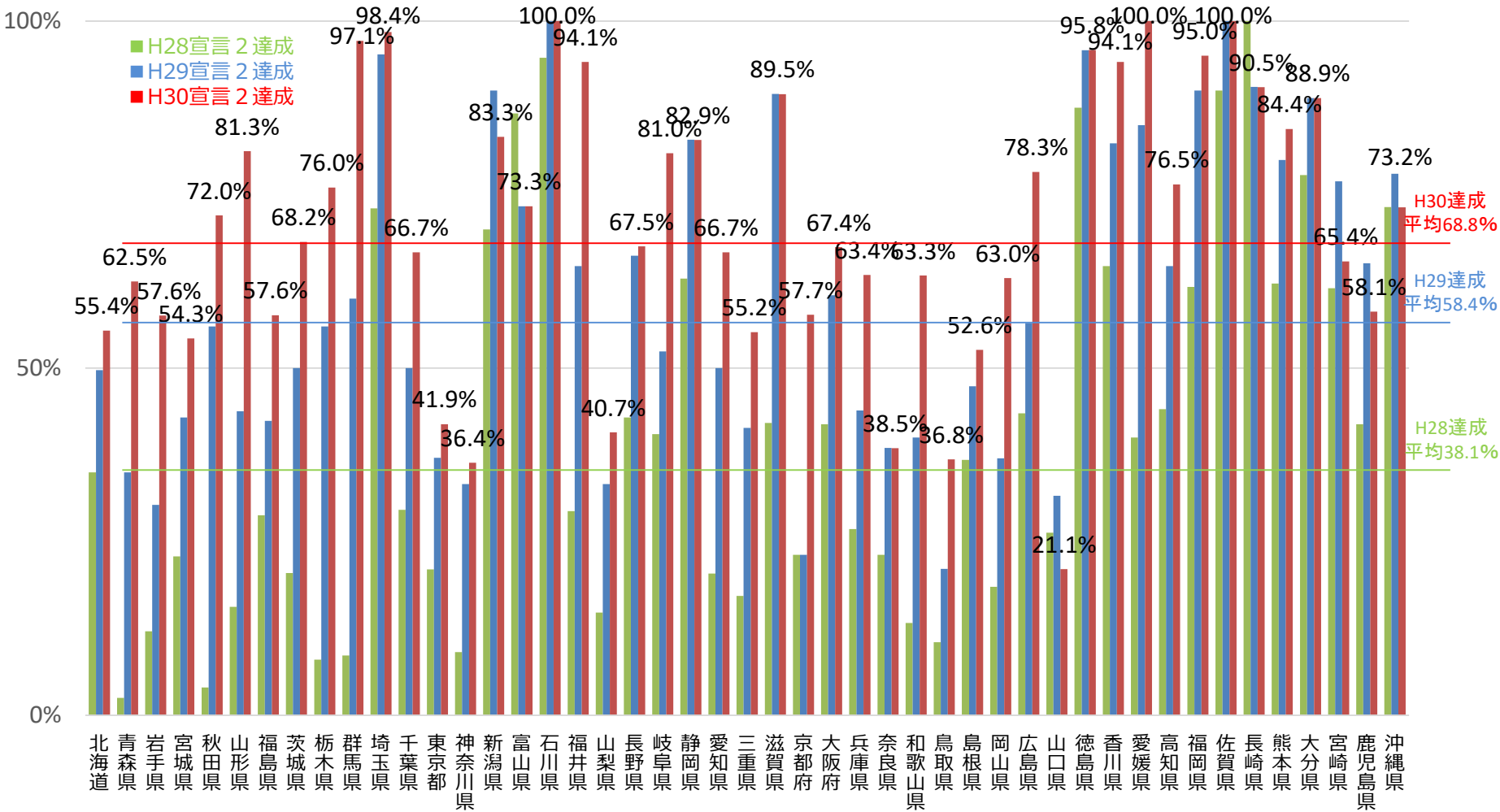
※出典：2019年度保険者データヘルス全数調査

市町村における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況（都道府県別）

○重症化予防に取り組んでいる保険者の取組状況は、都道府県別では21.1%から100%まで幅がある。

○都道府県別では、ほぼ全ての都道府県で達成率が上昇している。

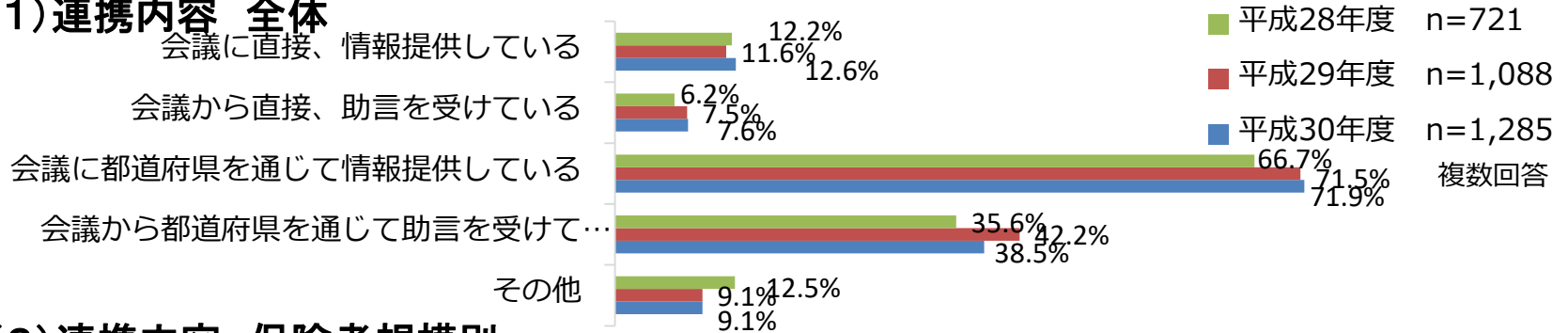
※日本健康会議における「宣言2」を達成している保険者数が都道府県内保険者総数に占める割合を示したもの。



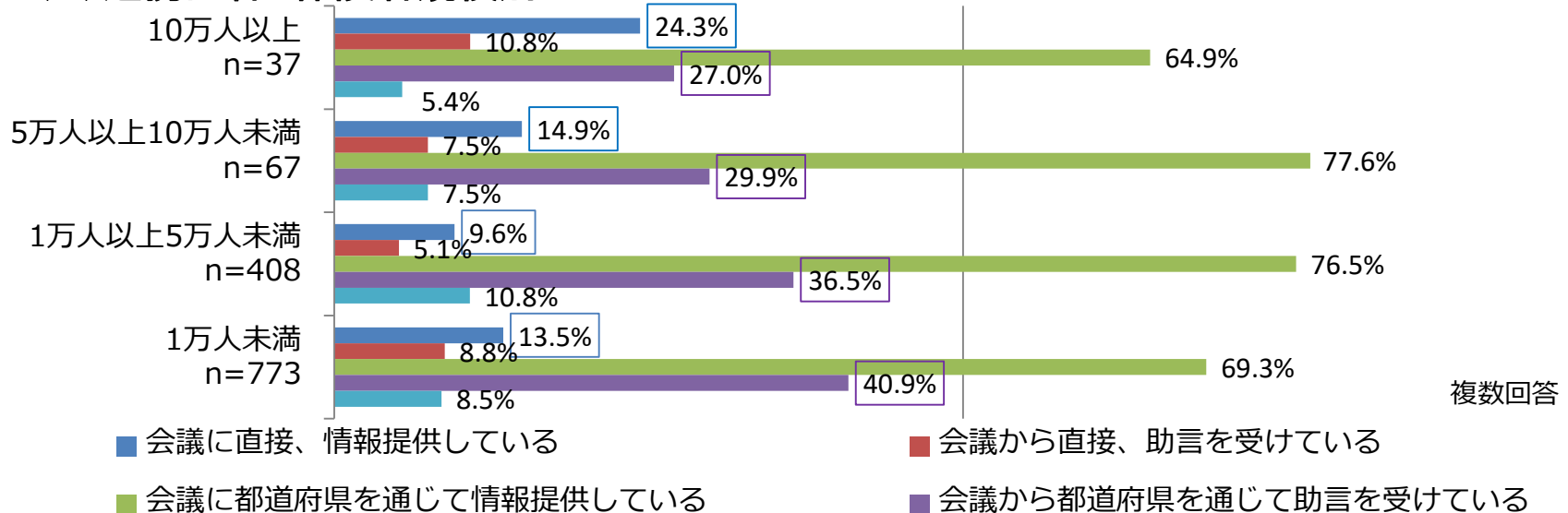
都道府県糖尿病対策推進会議との連携内容

- 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」は約1割である。
- 保険者規模別では、10万人以上の保険者は「会議に直接、情報提供している」が2割以上であり、小規模保険者ほど「会議から都道府県を通じて助言を受けている」が多い。

(1) 連携内容 全体

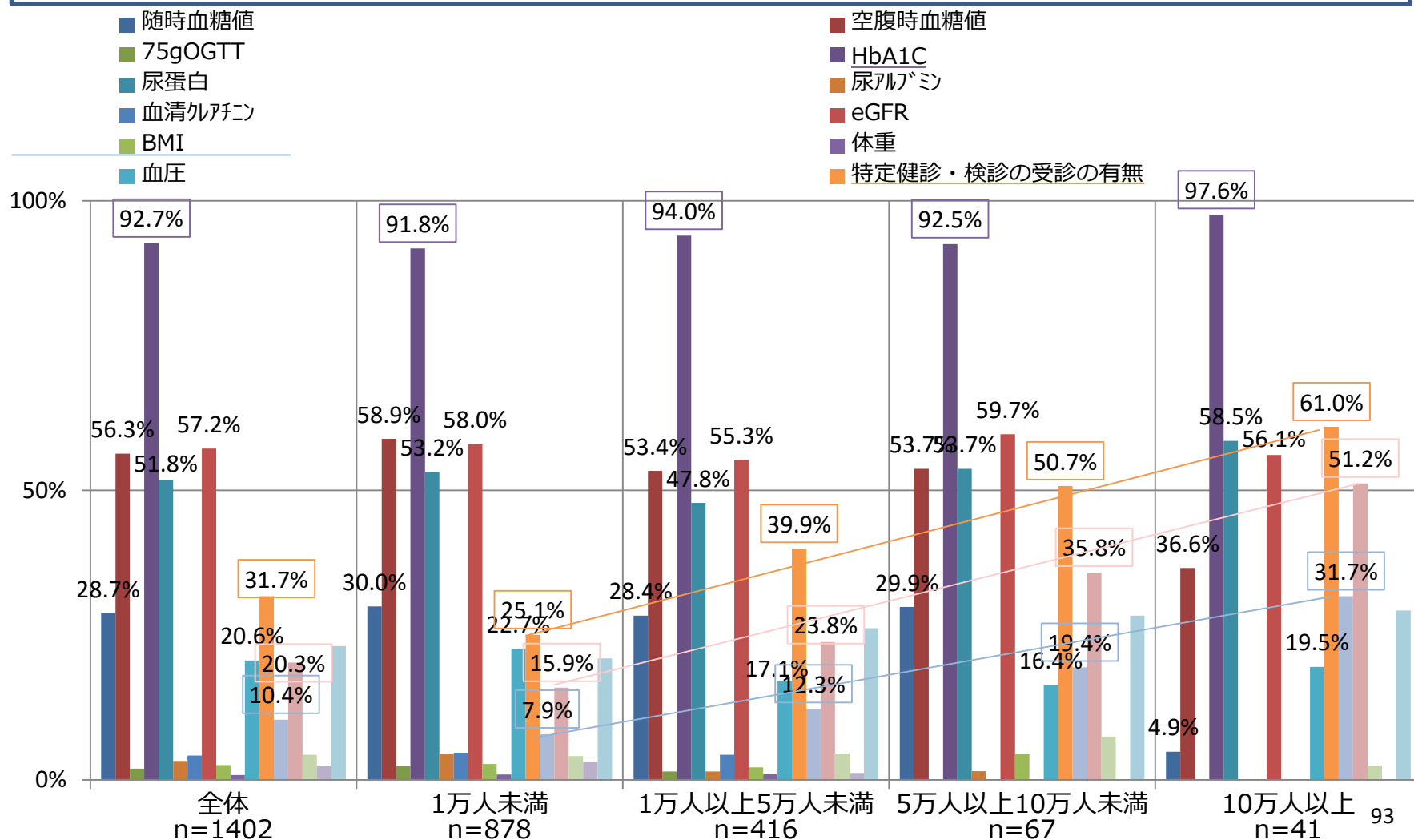


(2) 連携内容 保険者規模別



重症化予防における受診勧奨の対象者抽出基準の内容

- 受診勧奨の対象者抽出基準のうち、「HbA1c」が最も多く9割以上の保険者が基準として設けている。
- 保険者規模別では、「特定健診・検診の受診の有無」、「特定のレセプトの請求(薬剤)」、「レセプト請求における疾患名」が大規模保険者ほど基準として設けられている。



※出典：2019年度保険者データヘルス全数調査

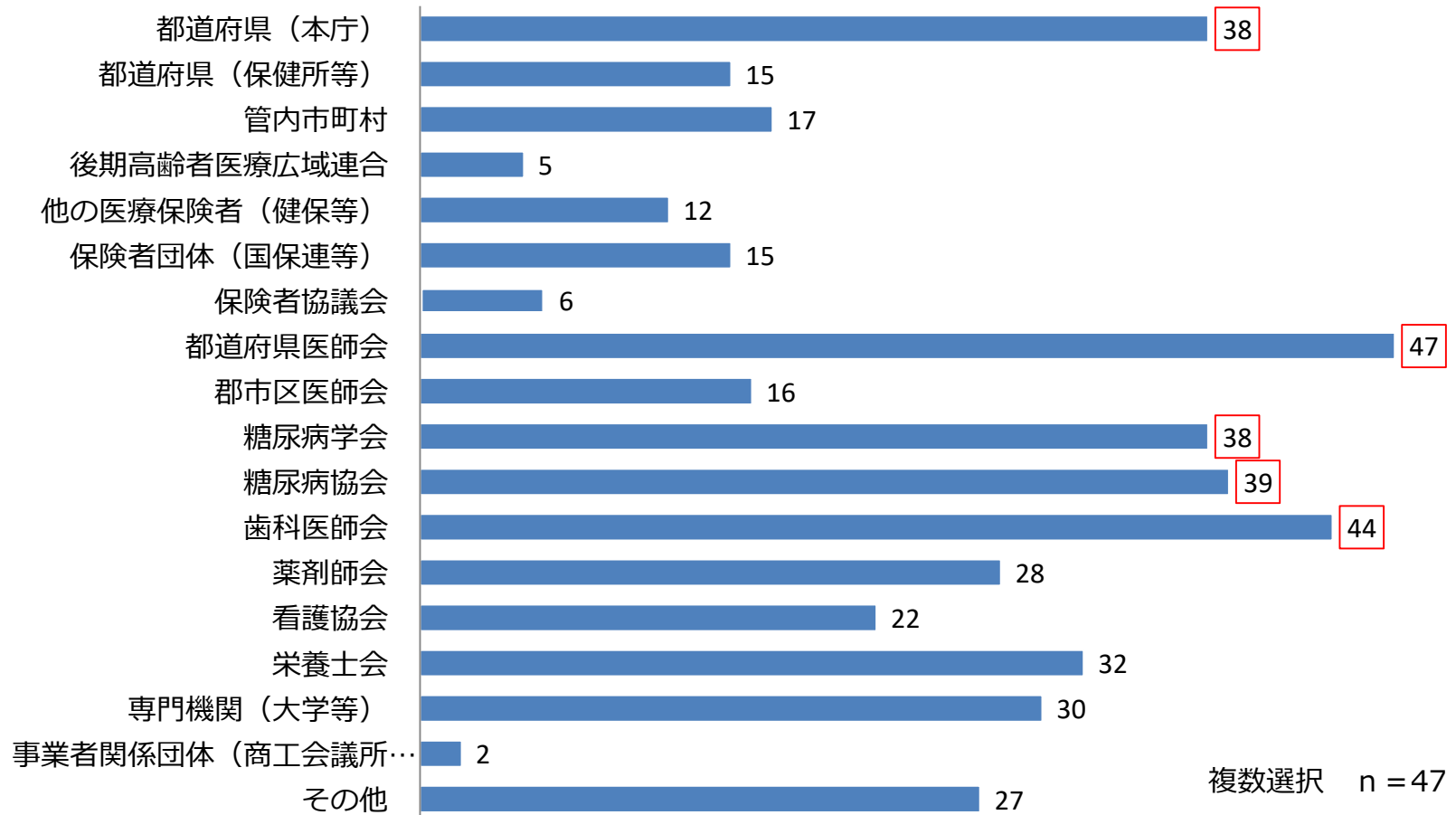
都道府県版重症化予防プログラムの改定（改訂）状況

○47都道府県のうち都道府県版重症化予防プログラムを改定（改訂）しているのは13府県（27.7%）、今後改定（改訂）する予定は27都県（57.4%）であり、合計40都府県が改定（改訂）済み又は改定（改訂）予定である。

改定（改訂）している	今後改定（改訂）する予定	未定
(2018年度改定（改訂）) 埼玉県 大阪府 和歌山県 香川県 愛媛県 熊本県 鹿児島県 (2019年度改定（改訂）) 秋田県 福井県 山梨県 岐阜県 京都府 長崎県	(2019年度予定) 山形県 茨城県 東京都 新潟県 富山県 石川県 兵庫県 奈良県 島根県 山口県 高知県 福岡県 大分県 沖縄県 (2020年度予定) 宮城県 栃木県 愛知県 岡山県 広島県 佐賀県 宮崎県 (2021年度予定) 長野県 (2022年度以降予定) 岩手県 千葉県 静岡県 三重県 滋賀県	北海道 青森県 福島県 群馬県 神奈川県 鳥取県 徳島県
13府県（27.7%）	27都県（57.4%）	7道県（14.9%）

都道府県糖尿病対策推進会議等の構成団体

○都道府県糖尿病対策推進会議等の会議構成団体は、「都道府県医師会」「歯科医師会」「糖尿病協会」「糖尿病学会」「都道府県(本庁)」の順に多い。



※事務局を担っている組織も構成団体に含める

都道府県糖尿病対策推進会議等の構成団体（その他）

○病院・診療所等

病院協会(2)、病院・診療所(4)、健診機関、病院勤務の職員(看護部長、管理栄養士)

○専門医

糖尿病専門医(2)、腎臓専門医

○学会等

眼科医会(7)、糖尿病臨床医会、腎臓学会(4)、内科医会・内科医学会(3)、泌尿器科医会、小児科医会、透析医会(2)

○職能団体等

糖尿病療養指導士会(7)、糖尿病懇話会、健康運動指導士会(2)、臨床検査技士会(4)、理学療法士会(3)、作業療法士会、歯科衛生士会、介護福祉士会、病院薬剤師会、市町村保健師協議会(2)、学校保健会

○その他団体、会議体等

患者会・当事者(2)、慢性腎臓病(CKD)対策連絡協議会、食生活改善推進員協議会、協会けんぽ(2)、新聞社

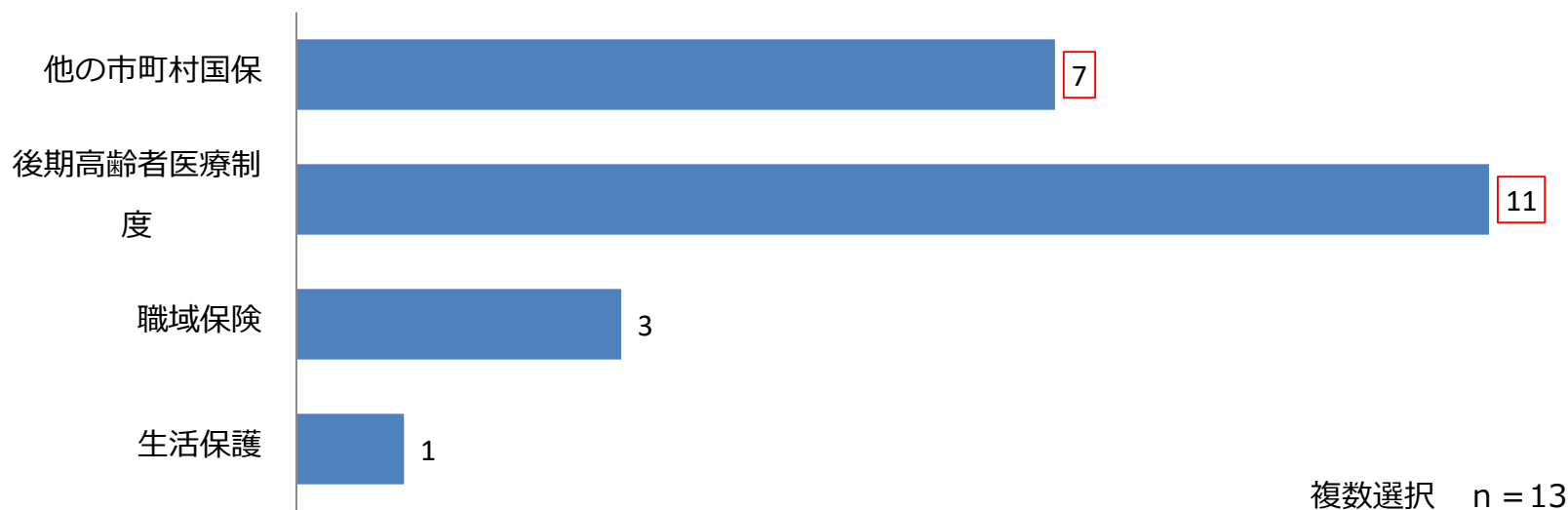
都道府県における他の保険等に移行した場合の検討状況

- 他の保険等に移行した場合の取扱いは13府県が検討している。
- 他の保険等に移行した場合の取扱い状況は「後期高齢者医療制度」が最も多く、次いで「他の市町村国保」、「職域保険」、「生活保護」の順に多い。

(1) 検討の有無



(2) 他の保険等に移行した場合の取扱い状況



予防・健康づくりに関する大規模実証事業（健康増進効果等に関する実証事業）

令和2年度予算（案） 7.3億円（内保険局分2.9億円）（新規）

保険者等に対して適切な予防健康事業の実施を促進するため、**予防・健康づくりの健康増進効果等のエビデンスを確認・蓄積するための実証事業**を行う。

● 実証事業の内容（予定）

- 特定健診・保健指導のアクセシビリティ向上策の実証事業
- がん検診のアクセシビリティ向上策等の実証事業
- AI・ICTを活用した予防・健康づくりの効果実証事業
- 重症化予防プログラムの効果検証事業
- 個人インセンティブの効果検証事業
- 歯周病予防に関する実証事業
- AI・ICT等を活用した介護予防ツール等の効果・普及実証事業
- 健康増進施設における標準的な運動プログラム検証のための実証事業
- 女性特有の健康課題に関するスクリーニング及び介入方法検証のための実証事業
- 食行動の変容に向けた尿検査及び食環境整備に係る実証事業

※このほか、経済産業省でも実証事業を実施

● スケジュール

成長戦略実行計画では、2020年度から実証を開始し、その結果を踏まえて2025年度までに保険者等による予防健康事業等に活用することとされていることを踏まえ、以下のスケジュールで事業を実施する。



統計的な正確性を確保するため、実証事業の検討段階から、統計学等の有識者に参加を求め、分析の精度等を担保

【参考】経済財政運営と改革の基本方針（骨太）2019～抜粋～
③疾病・介護の予防（iii）エビデンスに基づく政策の促進
上記（i）や（ii）の改革を進めるため、エビデンスに基づく評価を取組に反映していくことが重要である。このため、データ等を活用した予防・健康づくりの健康増進効果等を確認するため、エビデンスを確認・蓄積するための実証事業を行う。

● ねらい：人工透析移行ストップ

- 人工透析にかかる医療費は年間総額約1.57兆円となっており、そ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で喫緊の課題である。
- 専門医療機関等における介入のエビデンスは存在するが、透析導入患者をみると適切に医療を受けてこなかったケースも多く、医療機関未受診者を含めた戦略的な介入が必要である。このため、保険者において実施されている重症化予防の取組について、腎機能等一定の年月を必要とする介入・支援の効果やエビデンスを検証する。

● 実証の手法

現在、保険者においては、糖尿病性腎症重症化予防プログラム（平成28年4月策定、平成31年4月改定）に基づき、健診・レセプトデータを活用して抽出したハイリスク者（糖尿病治療中の者や治療中断かつ健診未受診者等）に対し、かかりつけ医や専門医等との連携の下、受診勧奨・保健指導の取組を実施している。実証においては、①介入方法を類型化して登録、②健診、医療レセプト情報を長期的に追跡、③腎機能の変化（腎症病期、eGFR低下速度、尿蛋白陽性率）と透析導入率をベースラインの病期やリスクファクターを考慮して分析、という工程で実施する。非介入群との比較も踏まえた上で、介入すべき対象者の優先順位や適切な介入方法等を検討する。

【規模感】

・計5,000名～10,000名程度 ⇒ 実施主体（保険者）100程度（各保険者50名～100名程度）

● 実証のスケジュール（案）

2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
<ul style="list-style-type: none"> ・実証事業全体のスキームにおける位置づけを検討 ・実証事業の詳細立案：統計学者等の意見を聞きながら進める 	<ul style="list-style-type: none"> ・既存の研究事業の効果検証の結果を踏まえ、実証事業に反映 ・実証フィールドの検討（市町村など100保険者） 	<ul style="list-style-type: none"> ・実証フィールド（100保険者）での実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・実証フィールド（100保険者）での実施 ・実証分析・評価：第三者の視点も加えて実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症重症化予防プログラム等への反映を検討

※別途既存の類似する研究事業が2020年度まで行われる予定となっており、これと適切に接続することで、中長期的な効果も確認。

糖尿病性腎症重症化予防の基本的な方向性

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は増加しているが、なお小規模自治体を中心に都道府県ごとに差がみられることから、引き続き取組自治体を増やすとともに、今後は地域における重症化予防の取組の充実・底上げを図る。
- 特に、以下の点に留意する。
 - ①都道府県の体制整備(都道府県版プログラム改定等)の推進
 - ②市町村と糖尿病対策推進会議等との連携の強化
 - ③対象者層の明確化とそれに応じた適切な介入の推進
 - ④保険者・かかりつけ医・専門医・専門職による連携の強化
 - ⑤保険者間の連携・一体実施

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)

- ・重症化予防の推進支援等の検討

2. 調査研究

- 介入・支援の効果やエビデンスを検証
 - ・研究班等(プログラムに基づく介入効果の検討等)
 - ・大規模実証事業(優先的に介入すべき対象群の検討等)

3. 重症化予防事業の更なる推進等

- ・好事例の収集、自治体規模等に応じた事例の公表等
- ・効果的な研修方法の検討(国保中央会実施)
- ・47都道府県にて自治体職員対象セミナーの実施(国保連合会実施)

4. 取組に対する財政支援 ※予防・健康づくり支援交付金の積極的な活用を推進

- 市町村が実施する保健事業に対する助成
 - ・国保ヘルスアップ事業 ※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等を助成する
- 都道府県が実施する保健事業等に対する助成
 - ・都道府県国保ヘルスアップ支援事業 ※都道府県が実施する基盤整備、現状把握・分析等に係る経費等を助成する
- 広域連合が実施する保健事業に対する助成
 - ※高齢者の低栄養防止・重症化予防等に係る経費を助成する

5. 保険者努力支援制度、後期高齢者医療制度の保険者インセンティブによる評価

- 取組の質の向上に向けて評価指標を見直し
 - ・過年度の実施状況等を見つつ、日本健康会議重症化予防WGでの議論も踏まえ、翌年度の評価指標を設定

後発医薬品の活用推進等

後発医薬品について

後発医薬品（ジェネリック医薬品）とは

- 既承認医薬品（新薬、標準製剤）と同一の有効成分を同一量含む同一投与経路の製剤で、効能・効果、用法・用量が原則的に同一で、既承認医薬品と同等の臨床効果が得られる医薬品。
- 欧米では一般名（generic name）で処方することが多いため、こうした製剤のことを「ジェネリック医薬品」と呼んでいる。

主な特徴

- 有効成分、効能・効果、用法・用量等は先発医薬品と同じ
- 価格が安い
 - ※ 添加物が異なる場合がある。
 - ※ 先発医薬品との同等性は承認時等に確認。その基準は欧米と同じ
 - ※ 先発品が効能追加を行っている場合、効能・効果等が一部異なるものも。

使用促進の効果

- 後発医薬品の普及 → 患者負担の軽減
限られた医療費資源の有効活用

後発医薬品推進の意義・目的

- 先発医薬品に比べて薬価が低い後発医薬品を普及させることは、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資するものである。
- しかしながら、後発医薬品推進の本来的な意義は、医療費の効率化を通じて、限られた医療資源の有効活用を図り、国民医療を守ることである。

後発医薬品推進の主な具体策

安定供給・品質の信頼性確保

■ 安定供給

- 安定供給に支障を生じた事例について、メーカーに対して、原因究明と再発防止の改善を指導
- 業界団体・メーカーにおいて安定供給のためのマニュアル等の推進をするよう通知において指導

■ 品質の信頼性確保

- 国立医薬品食品衛生研究所に設置した「ジェネリック医薬品品質情報検討会」を司令塔として品質検査の実施や情報発信
- メーカーが医療関係者を対象としてセミナー開催・工場見学・情報発信を積極的に実施

情報提供・環境整備

■ 医療関係者への情報提供

- 厚生労働省において後発医薬品の品質に関する情報を掲載した「後発医薬品品質情報」を年2回発行
- 各都道府県において、後発医薬品使用促進協議会と保険者協議会が、連携をしながら、情報共有や医療機関等への働きかけ等を実施
- 地域の中核的な病院等において汎用後発医薬品リストを作成して、地域の医療機関に情報提供を実施

■ 環境整備

- 政府広報の活用やポスター・リーフレット等による普及啓発の推進
- 医療保険の保険者において後発医薬品を利用した場合の負担額の違いについて被保険者へ知らせるための通知を発出
- 保険者毎の後発医薬品の使用割合を公表（2018年度実績より）
- 後発医薬品の使用促進が進んでいない都道府県から重点地域を指定し、問題点の調査・分析、モデル事業を実施
- 第3期医療費適正化計画（2018～2023年度）に基づき、各都道府県において使用促進の取組を実施

医療保険制度上の事項

■ 診療報酬上の評価等

【医療機関】

- 医療機関における後発医薬品使用体制加算、外来後発医薬品使用体制加算の要件の厳格化（後発医薬品の使用割合の引上げ）
- 一般名処方加算の評価の引上げ

【薬局】

- 薬局における後発医薬品調剤体制加算の要件を厳格化（後発医薬品の調剤割合の引上げ）
- 後発医薬品の使用割合が著しく低い薬局の減算規定を創設

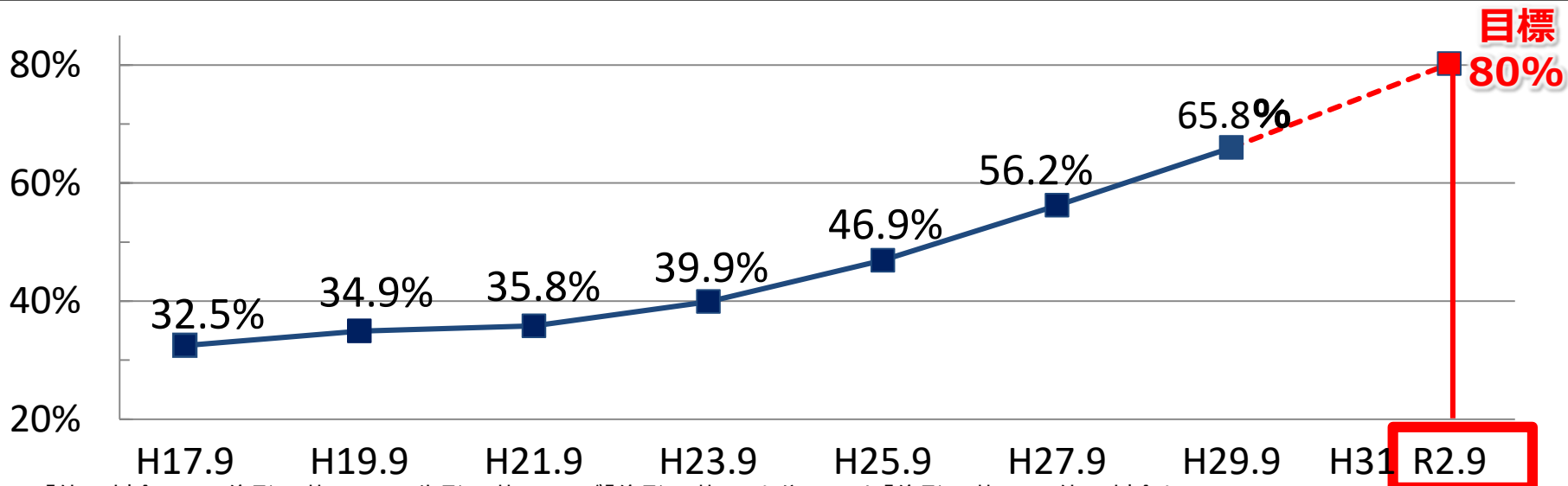
■ 薬価改定・算定

- 新規収載される後発医薬品の薬価について、先発品の5割を原則（10品目を超える内用薬は4割）とする
- 上市から12年が経過した後発医薬品について原則として1価格帯とする

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。
- 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。

保険者別の後発医薬品の使用割合について

概要

- 「経済・財政計画改革工程表2017改定版」（平成29年12月21日経済財政諮問会議）に基づき、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を公表している。
- 平成31年3月18日には、平成30年9月診療分、令和元年9月24日には、平成31年3月の使用割合を公表した。

計算方法等

- 計算方法
使用割合（数量シェア）
＝後発医薬品の数量 ÷（後発医薬品がある先発医薬品の数量＋後発医薬品の数量）
- 対象レセプトの種類
医科入院、DPC（出来高払い部分は対象。包括払い部分は対象外）、医科入院外、歯科、調剤

保険者別の使用割合については、以下URLで公表

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000190726.html>

ポリファーマシー対策の推進

ポリファーマシー対策の取組について

①「高齢者の医薬品適正使用の指針」の策定

- 多剤・重複投薬の適正化を含め、患者の安全な服薬の観点から「高齢者の医薬品適正使用の指針」を策定

②かかりつけ薬剤師・薬局の推進

- 「患者のための薬局ビジョン」に基づき、かかりつけ薬剤師・薬局による服薬情報の一元的・継続的把握等の取組を推進
- 今年度モデル事業においてポリファーマシー対策の取組を実施

③診療報酬における評価

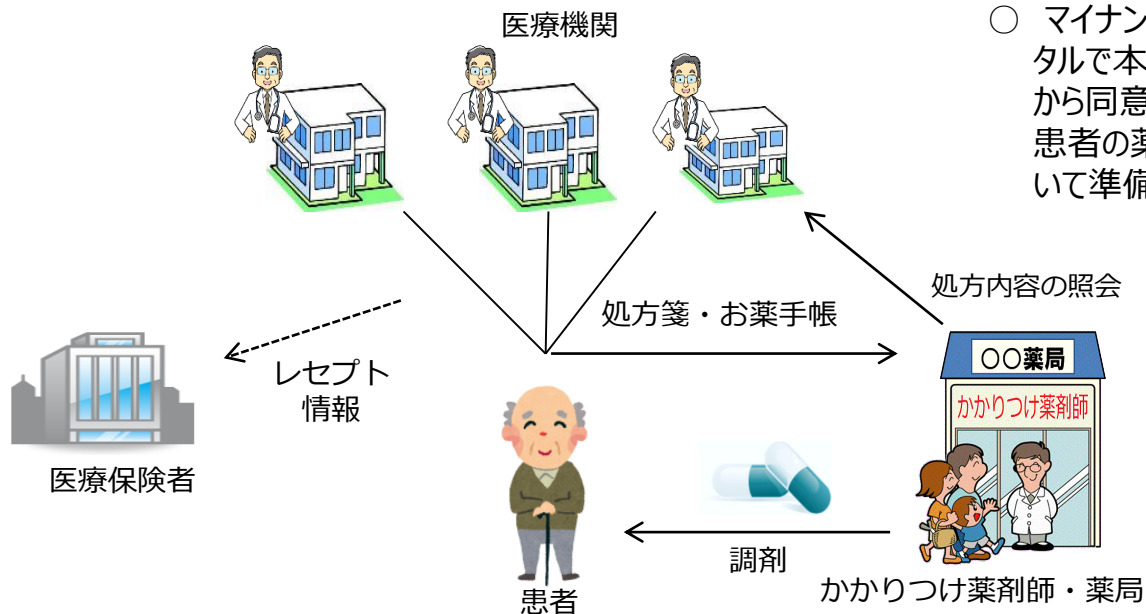
- 医療機関・薬局における減薬の取組の評価等

④保険者における取組

- 保険者におけるインセンティブの見直し

⑤レセプト情報の活用

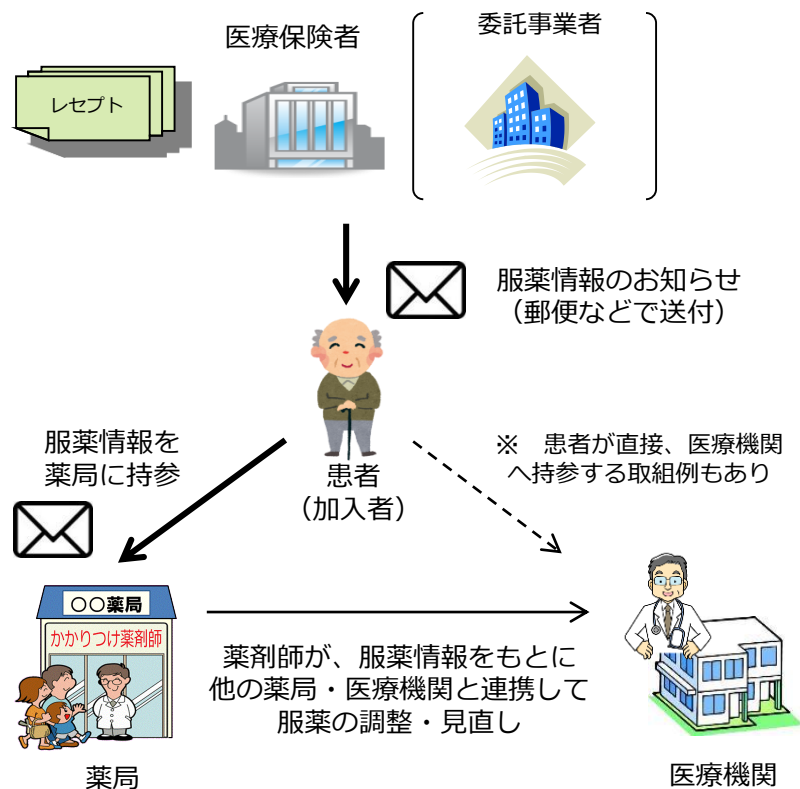
- マイナンバーカードにより、薬剤情報をマイナポータルで本人が確認できるようにするとともに、本人から同意を取得した上で、医療機関・薬局等でも患者の薬剤情報の閲覧を可能とする仕組みについて準備



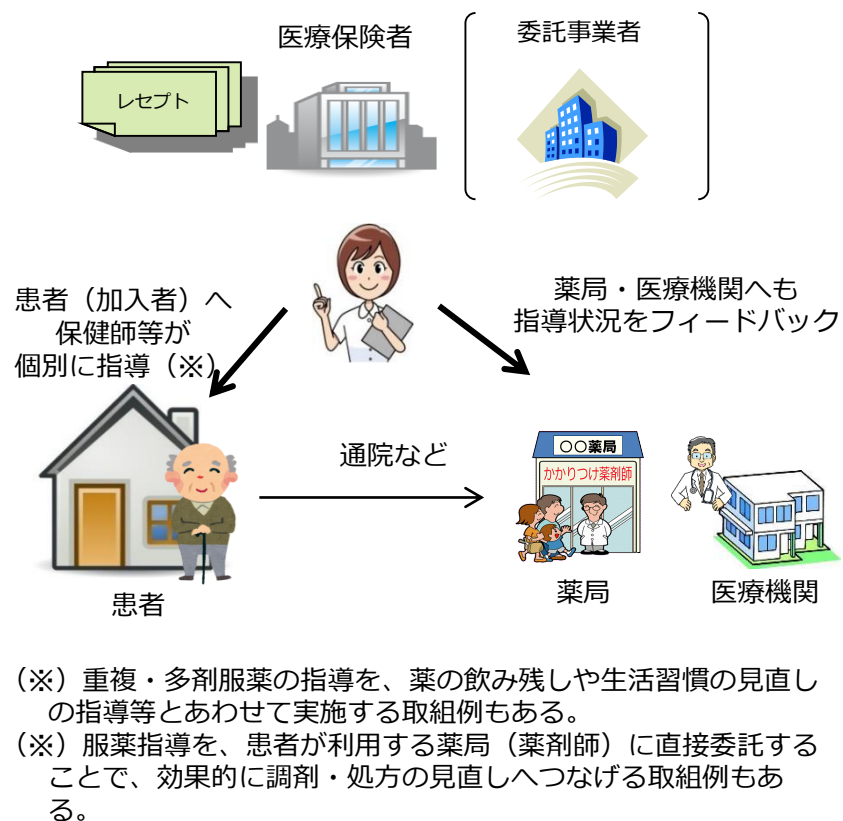
保険者による現行の取組例

- 保険者は、レセプト情報により患者（加入者）の服薬状況を把握できるため、それを活用して多剤・重複投薬されている者を抽出して取組を実施することが可能。対象の加入者に個別に訪問・指導を行う取組も行われている。

対象の加入者に服薬情報を通知するパターン



対象の加入者に個別に訪問・指導するパターン



高齢者の医薬品適正使用の指針

- 高齢者の薬物療法の適正化(薬物有害事象の回避、服薬アドヒアランスの改善、過少医療の回避)を目指す。
- 高齢者の特徴に配慮したより良い薬物療法を実践するための基本的留意事項をまとめたガイダンス。
- 診療や処方の際の参考情報を提供することを意図して高齢者医薬品適正使用検討会で作成。
- 65歳以上の患者を対象としながら、特に平均的な服用薬剤の種類が増加する75歳以上の高齢者に重点。

高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)

はじめに

1. ポリファーマシー^(※)の概念
2. 多剤服用の現状
3. 薬剤見直しの基本的な考え方及びフローチャート
4. 多剤服用時に注意する有害事象と診断、処方見直しのきっかけ
5. 多剤服用の対策としての高齢者への薬物投与の留意事項
6. 服薬支援
7. 多職種・医療機関及び地域での協働
8. 国民的理解の醸成

別添 高齢者で汎用される薬剤の基本的な留意点 等

※ 平成30年5月29日通知発出「高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)について」

(※) 多剤服用の中でも害をなすもの。単に服用する薬剤が多いのみならず、それに関連して薬害有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態をいう。

図1 服用薬剤数と薬物有害事象の頻度

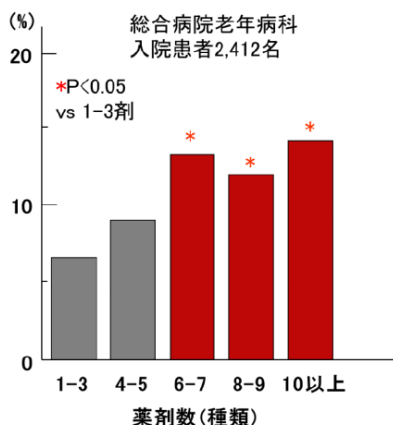
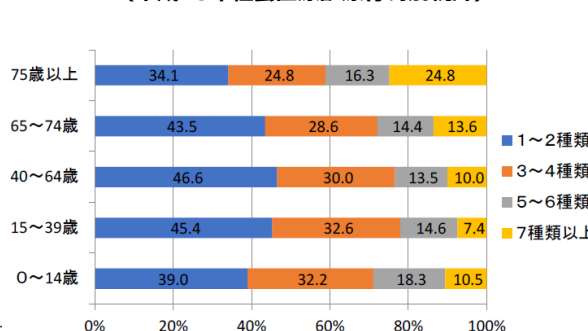


図2 同一の保険薬局で調剤された薬剤種類数(／月)



高齢者の医薬品適正使用の指針(各論編(療養環境別))

各療養環境において共通する留意点

- ACPが実践されている場合における薬物療法の適正化
- 非薬物的対応の重要性
- 多職種の役割、連携

第1部 外来・在宅医療・特別養護老人ホーム等の常勤の医師が配置されていない施設

- 処方確認・見直しの考え方
- 外来・在宅医療への移行時における留意点
- 処方検討時の留意点

第2部 急性期後の回復期・慢性期の入院医療

※地域包括ケア病棟含む

- 入院時の処方確認・見直しの考え方
- 入院中から退院までの留意点
- 処方検討時の留意点

第3部 その他の療養環境

(常勤の医師が配置されている介護施設等)

- 入所時の処方確認・見直しの考え方
- 入所中から退所までの留意点
- 処方検討時の留意点

別添1 高齢者で汎用される薬剤の基本的な留意点

別添2 処方見直しの事例集

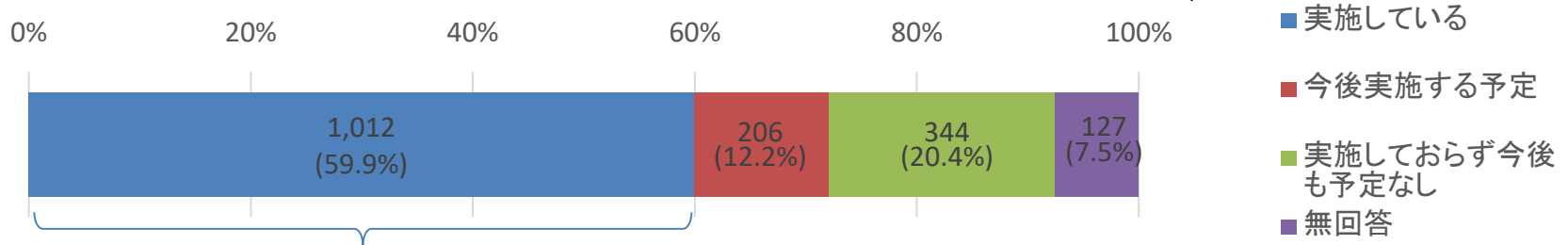
別添3 入院入所から退院退所までの多職種協働による薬剤調整

※ 令和元年6月14日通知発出「高齢者の医薬品適正使用の指針(各論編(療養環境別))について」

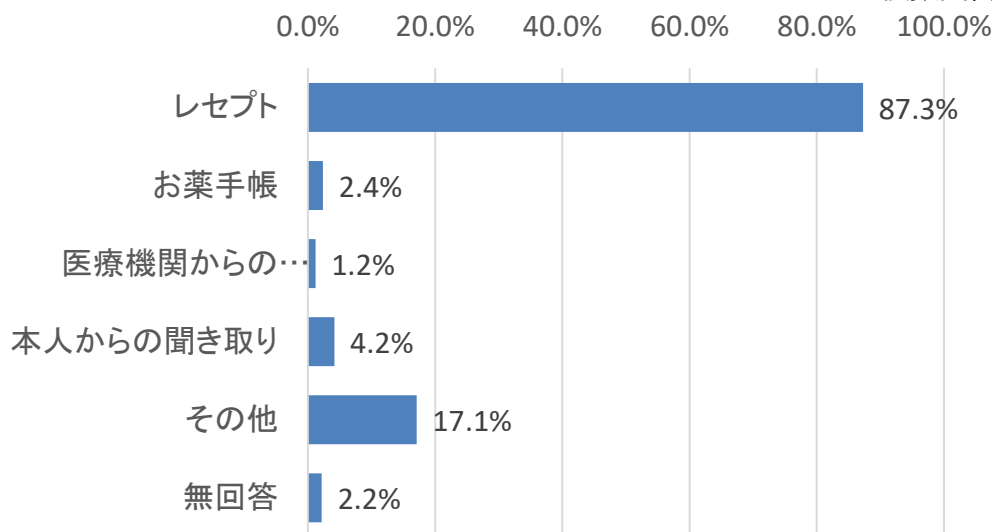
重複投薬者への取組状況

- 重複投薬者への指導等の取組は、約 6 割の市町村が実施している。
- 重複投薬者の抽出方法は、レセプトが約 9 割を占めている。
- 取組により重複薬剤が改善したかの検証は、取組を行う市町村のうち約 6 割が実施している。

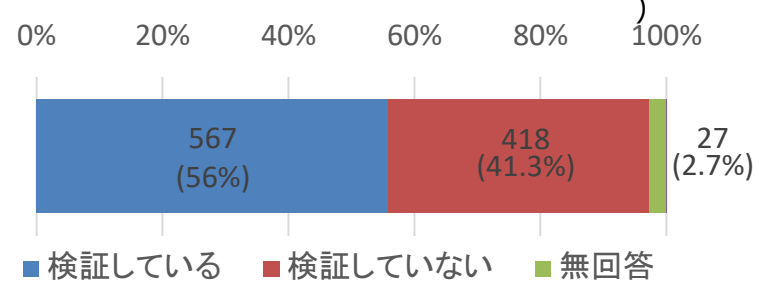
重複投薬者への取組状況(平成30年度)
(N=1,689)



重複投薬者の抽出方法 (N=1,012)
※複数回答



改善状況の検証状況 (N=1,012)

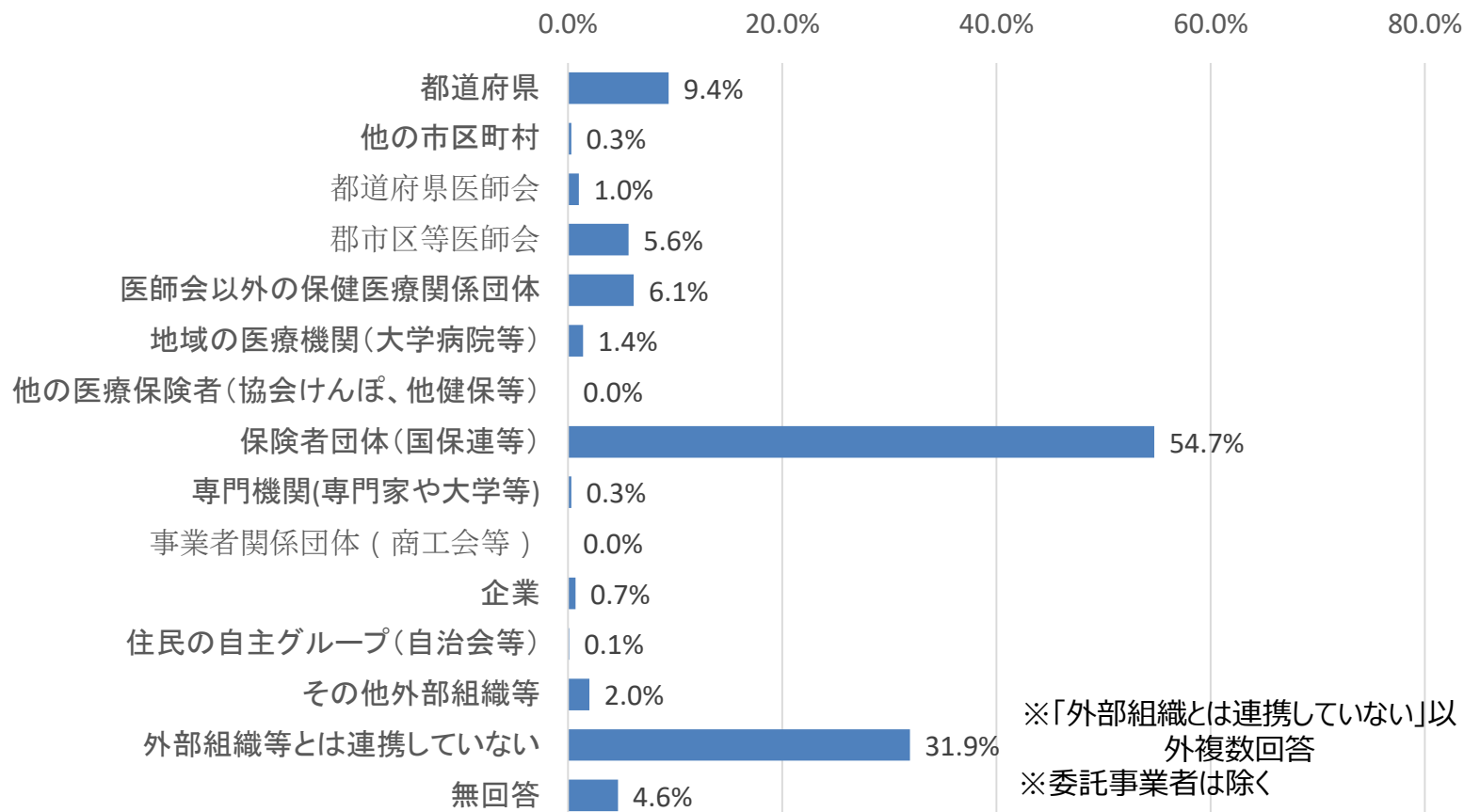


重複投薬者への取組で連携している外部組織

○重複投薬者への取組を実施している市町村国保のうち、実施にあたり連携している外部組織は、保険者団体（国保連等）が最も多く、次いで、都道府県、医師会以外の保健医療関係団体の順であった。

重複投薬者への取組で連携している外部組織

(N=1,012)



高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施等

保健事業と介護予防の現状と課題(イメージ)

医療保険

介護保険

退職等

75歳

被用者保険の保健事業 (健保組合、協会けんぽ)

- 特定健診、特定保健指導
- 任意で、人間ドック
- 重症化予防(糖尿病対策等)
 - 保険者により、糖尿病性腎症の患者等に対して、医療機関と連携した受診勧奨・保健指導等の実施。
- 健康経営の取組
 - ・ 保険者と事業主が連携した受動喫煙対策や職場の動線を利用した健康づくりの実施。
 - ・ 加入者の健康状態や医療費等を見える化した健康スコアリングレポート等の活用。

国民健康保険の保健事業(市町村)

- 特定健診、特定保健指導
- 任意で、人間ドック
- 重症化予防(糖尿病対策等)
 - ・ 保険者により、糖尿病性腎症の患者等に対して、医療機関と連携した受診勧奨・保健指導等の実施。
- 市町村独自の健康増進事業等と連携した取組

後期高齢者広域連合の保健事業 (広域連合。市町村に委託・補助)

- 健康診査のみの実施がほとんど
- 一部、重症化予防に向けた個別指導等も実施

*国保と後期高齢者の保健事業の接続の必要性
(現状は、75歳で断絶)*

*フレイル状態に着目した疾病予防の取組の必要性
(運動、口腔、栄養、社会参加等のアプローチ)*

保健事業と介護予防の一体的な実施(データ分析、事業のコーディネート等)

国民健康保険の保健事業(国保組合) (※退職により市町村国保に加入する場合あり)

65歳

介護保険の介護予防・日常生活支援総合事業等(市町村)

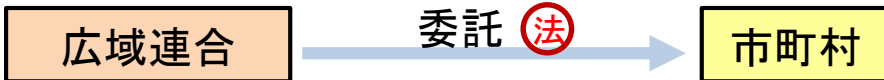
- 一般介護予防事業(住民主体の通いの場)
- 介護予防・生活支援サービス事業
 - 訪問型サービス、通所型サービス、生活支援サービス(配食等)、生活予防支援事業(ケアマネジメント)

→保健事業との連携による支援メニューの充実の必要性

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（スキーム図）

高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施。

＜市町村が、介護の地域支援事業・国保の保健事業との一体的な取組を実施＞



国（厚生労働省）

- 保健事業の指針において、一体的実施の方向性を明示。 **法**
- 具体的な支援メニューをガイドライン等で提示。
- 特別調整交付金の交付、先進事例に係る支援。

- 広域計画に、広域連合と市町村の連携内容を規定。 **法**
- データヘルス計画に、事業の方向性を整理。
- 専門職の人的費用等の費用を交付。

- 一体的実施に係る事業の基本的な方針を作成。 **法**
- 市町村が、介護の地域支援事業・国保の保健事業との一体的な取組を実施。 **法**
 （例）データ分析、アウトリーチ支援、通いの場への参画、支援メニューの改善 等
- 広域連合に被保険者の医療情報等の提供を求めることができる。 **法**
- 地域ケア会議等も活用。

必要な援助

都道府県への報告・相談

都道府県（保健所含む）
 国保中央会
 国保連合会
 三師会等の医療関係団体

- 事例の横展開、県内の健康課題の俯瞰的把握、事業の評価 等
- データ分析手法の研修・支援、実施状況等の分析・評価 等 **法**
- 取組全体への助言、かかりつけ医等との連携強化 等

事業の一部を民間機関に委託できる。 **法**
 （市町村は事業の実施状況を把握、検証）

※ **法** は法改正事項

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（市町村における実施のイメージ図）

市町村が一体的に実施

④多様な課題を抱える高齢者や、閉じこもりがちで健康状態の不明な高齢者を把握し、アウトリーチ支援等を通じて、必要な医療サービスに接続。

医療・介護データ解析

- ②高齢者一人ひとりの医療・介護等の情報を一括把握
- ③地域の健康課題を整理・分析



①事業全体のコーディネートやデータ分析・通いの場への積極的関与等を行うため、市町村が、地域に保健師、管理栄養士、歯科衛生士等の医療専門職を配置

経費は広域連合が交付（保険料財源＋特別調整交付金）

国保中央会・国保連が、分析マニュアル作成・市町村職員への研修等を実施

高齢者

※フレイルのおそれのある高齢者全体を支援

保健事業

疾病予防・重症化予防

⑤国民健康保険と後期高齢者医療制度の保健事業を接続

⑥社会参加を含むフレイル対策を視野に入れた取組へ

介護予防の事業等

生活機能の改善

⑨民間機関の連携等、通いの場の大幅な拡充や、個人のインセンティブとなるポイント制度等を活用

⑩市民自らが担い手となって、積極的に参画する機会の充実

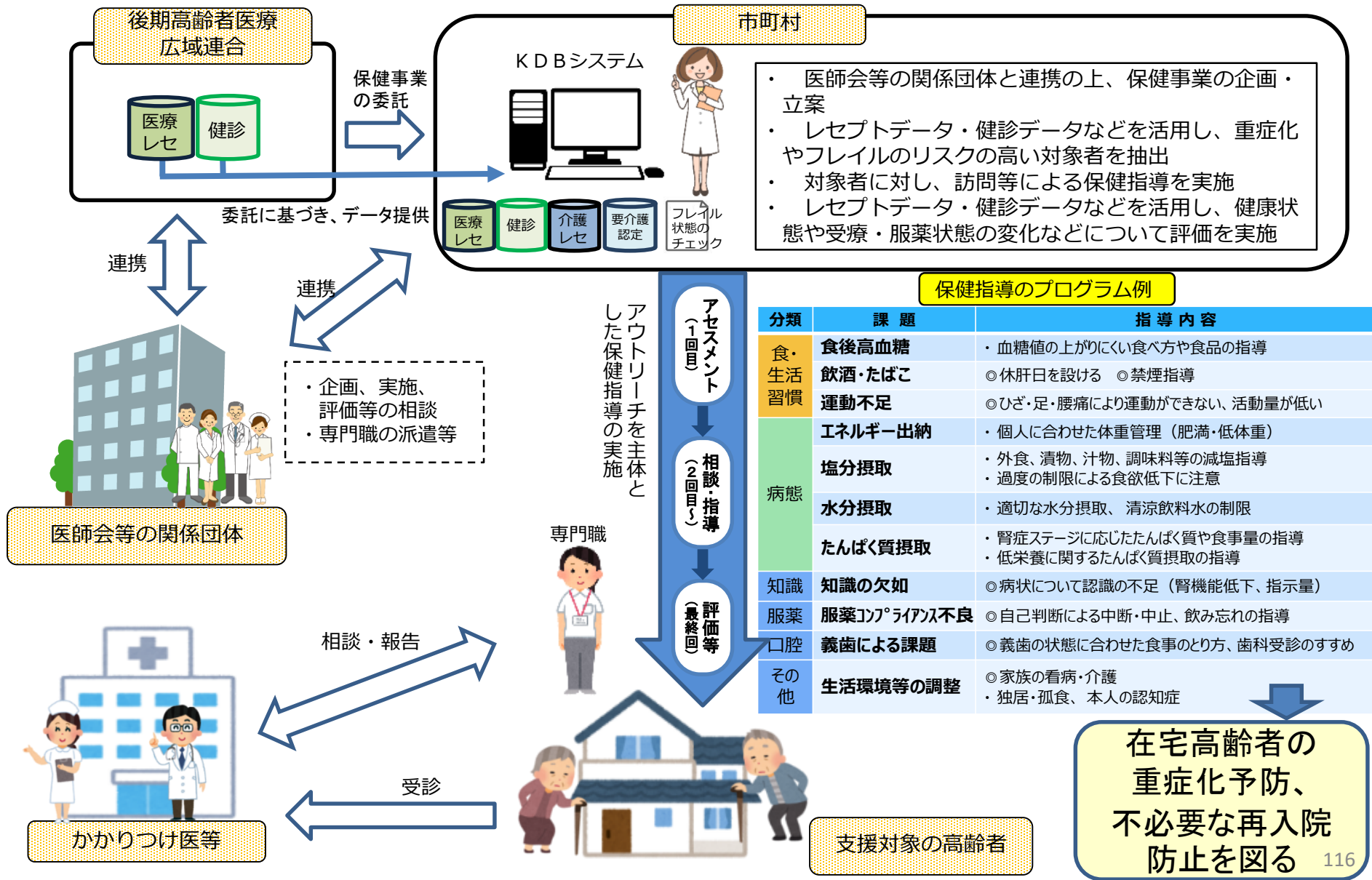
かかりつけ医等

⑧通いの場への参加勧奨や、事業内容全体等への助言を実施

⑪通いの場に、保健医療の視点からの支援が積極的に加わることで、

- ・通いの場や住民主体の支援の場で、専門職による健康相談等を受けられる。
- ・ショッピングセンターなどの生活拠点等を含め、日常的に健康づくりを意識できる魅力的な取組に参加できる。
- ・フレイル状態にある者等を、適切に医療サービスに接続。

(参考) 高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進事業（「個別アプローチ」のイメージ）



都道府県による保健事業支援について（令和2年4月施行）

- 保健事業を担う市町村と市町村に対する支援を行う都道府県との現行の役割分担を前提として、都道府県は、市町村等が行う保健事業に対する支援に努めなければならないこととする。
- 保健事業支援のためのレセプト情報等の提供については、都道府県が事前に市町村から包括的同意を得た上で、KDBシステムで閲覧することを想定しており、具体的な事務の取扱いは、今後通知でお示しする予定。

国

（厚生労働省）

- 保健事業に関して、指針の公表、情報の提供その他の必要な支援
【法第82条第9項】（改正後）

都道府県

（保健所含む）

- 国保事業の健全な運営について中心的な役割
【法第4条第2項】
- 国保運営方針（「医療に要する費用の適正化の取組」含む）
【法第82条の2】
- 市町村相互間の連絡調整、専門的な技術・知識を有する者の派遣、情報の提供その他の必要な支援
【法第82条第11項】（新設）

国保中央会
国保連合会

- 調査研究・保健事業等の実施に係る市町村相互間の連絡調整
- 専門的な技術・知識を有する者の派遣、情報の提供、**保健事業の実施状況の分析・評価**その他の必要な援助
【法第104条】

市町村

- 保健事業の実施
 - ・特定健康診査・特定保健指導の実施
 - ・被保険者の健康の保持増進のために必要な事業の実施
【法第82条第1項】

レセプト情報等の提供
【法第82条第12項】（新設）

必要な支援
例）レセプト情報等を活用した個別事例の検討会や講習会の開催

ヘルスアップ^o支援事業等 事例紹介

都道府県国保ヘルスアップ支援事業

事業E. データ活用を目的として実施する事業

- (1) データヘルス計画の標準化に向けた現状把握・分析(静岡県)
- (2) ICTを活用した特定健診・保健指導の基盤整備(愛媛県)
- (3) 予防・健康づくりに資するシステム構築(大阪府)

事業F. モデル事業

- (1) 働き盛りの特定健診未受診者対策(鹿児島県)
- (2) 先進的保健指導(富山県)
- (3) フレイル対策(京都府)
- (4) 若年者の生活習慣病予防対策(長野県長野市)
- (5) 企業と連携した健康教育(福井県南越前町)

静岡県における市町データヘルス計画支援事業

全市町の第2期データヘルス計画を構造化し、ヒアリングを実施
事業ターゲットを明確化し、市町における保健事業のPDCA推進体制を確立

市町の現状

- ・未受診者対策を実施するも受診率がなかなか上がらない
- ・保健事業の効果に市町間で差がある
- ・国保部門と健康づくり部門の連携が不十分

東京大学未来ビジョン研究センター(※)に依頼

- ・地域特性を踏まえた分析
- ・各市町への助言、研修

※全国約1,400の健保組合ポータルサイト運営等で実績あり



目的

- ・KDBデータ等(※)を活用した健康課題明確化と保健事業への活用
- ・国保部門と健康増進部門の連携強化

※国保・後期加入者の6.5年間の健診結果、レセプト、介護給付実績等

(今後の展開)

- ・データヘルス計画の評価、中間見直しの支援
- ・事業成果の県民への周知、広報 など

事業実施内容

■全市町の第2期データヘルス計画を構造化

- ・各市町のデータヘルス計画を整理し、健康課題と保健事業の紐付け、評価指標等を明確化
- ・健康課題を効果的な保健事業に紐付けていく方策を検討

■全市町とのヒアリング実施、専門家助言

- ・市町幹部、国保・健康づくり担当課長等が臨席
- ・市町庁内の連携体制の見直し

■データ分析と施策への活用

- ・KDB等を活用し、性・年齢・地域などの各要素に分解して分析し、効果等を比較
- ・全体研修会で演習、ディスカッション実施

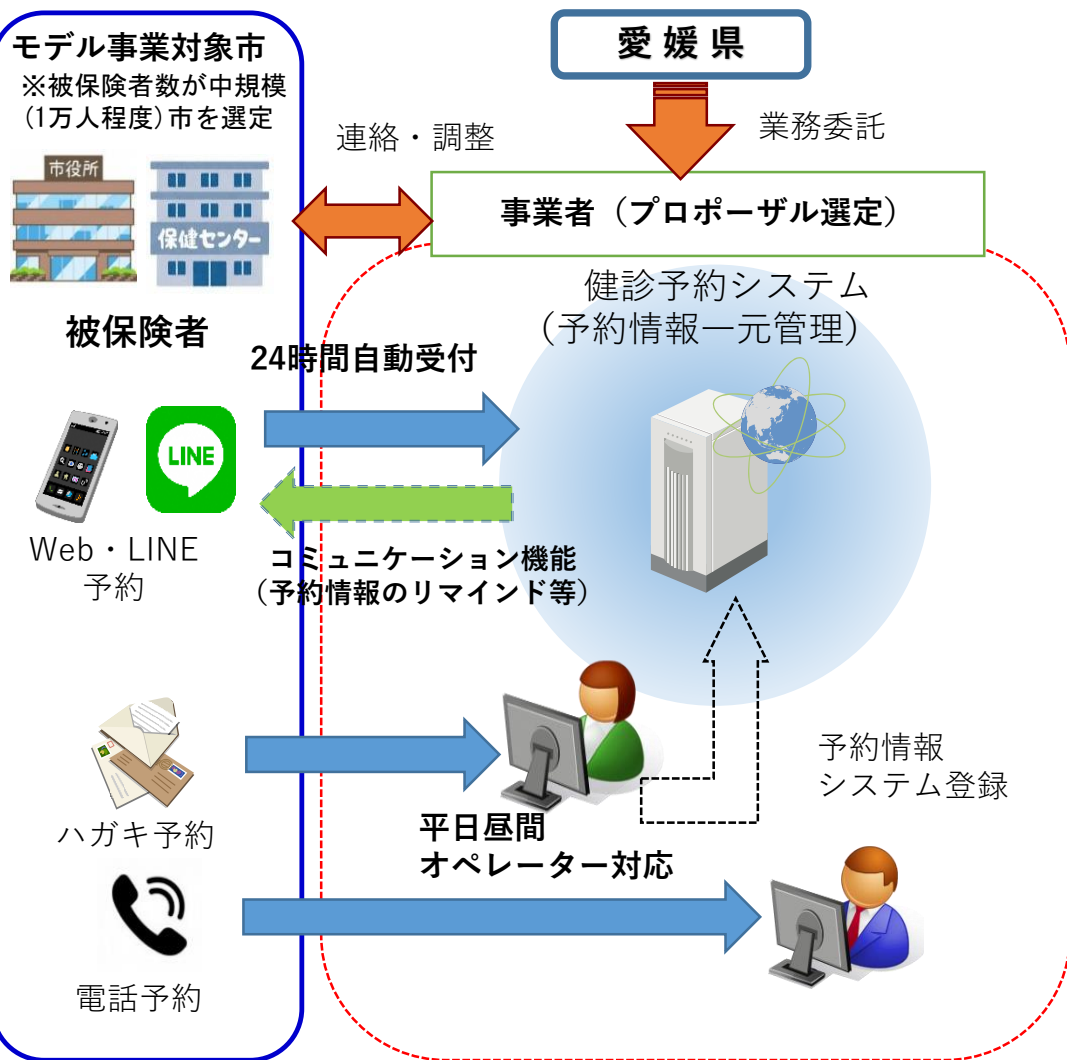


成果

- 事業ターゲットの明確化、絞り込み
(効果を最大限にするための対象者の提示など)
- 市町庁内でデータヘルス計画への認識共有
- データヘルス計画のPDCA推進体制の確立

ICTを活用した健診予約システム(モデル事業)について (愛媛県)

《モデル事業のイメージ》



【背景】

- 特定健診受診率の低迷、特に若年層（40代・50代）受診率が低く、当該世代に対する効果的なアプローチが不可欠
- スマホ・インターネット予約の普及など、ライフスタイルの多様化にあわせた健診予約体制の確立が必要
- 市町健診業務における慢性的マンパワー不足

【事業概要】

- 公募型プロポーザルにより事業者を選定し、県から事業を委託
- 従来の電話・はがきによる申込みに加え、新たにWeb・LINE（スマホ等）という健診予約チャンネルを追加
- 電話やハガキによる申込みにも対応したオペレーターも配置
- 健診予約システムにより、これらの予約情報を一元管理
 - ※システムでは、特定健診のほか、がん検診の予約も可能
- 事業者は、ナッジ理論等を活用した受診勧奨のノウハウなどを提供するとともに、年度末にモデル事業の検証・結果報告会を開催

【事業効果】

- 被保険者の利便性向上による受診率の底上げ
 - ⇒ スマホ保有率の高い若年層の行動変容を促す
 - ⇒ コミュニケーション機能により健診離脱を防止
- 市町職員の事務負担軽減
 - ⇒ 健診予約対応等の事務負担を軽減することで、保健指導等の業務に労力を傾注できる



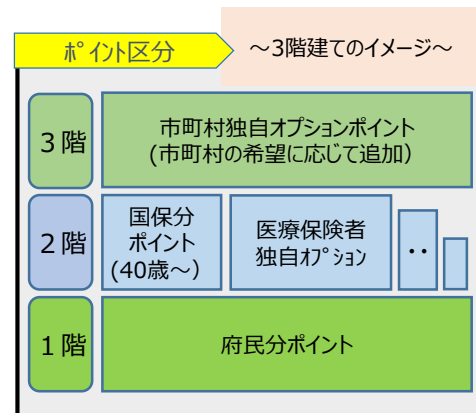
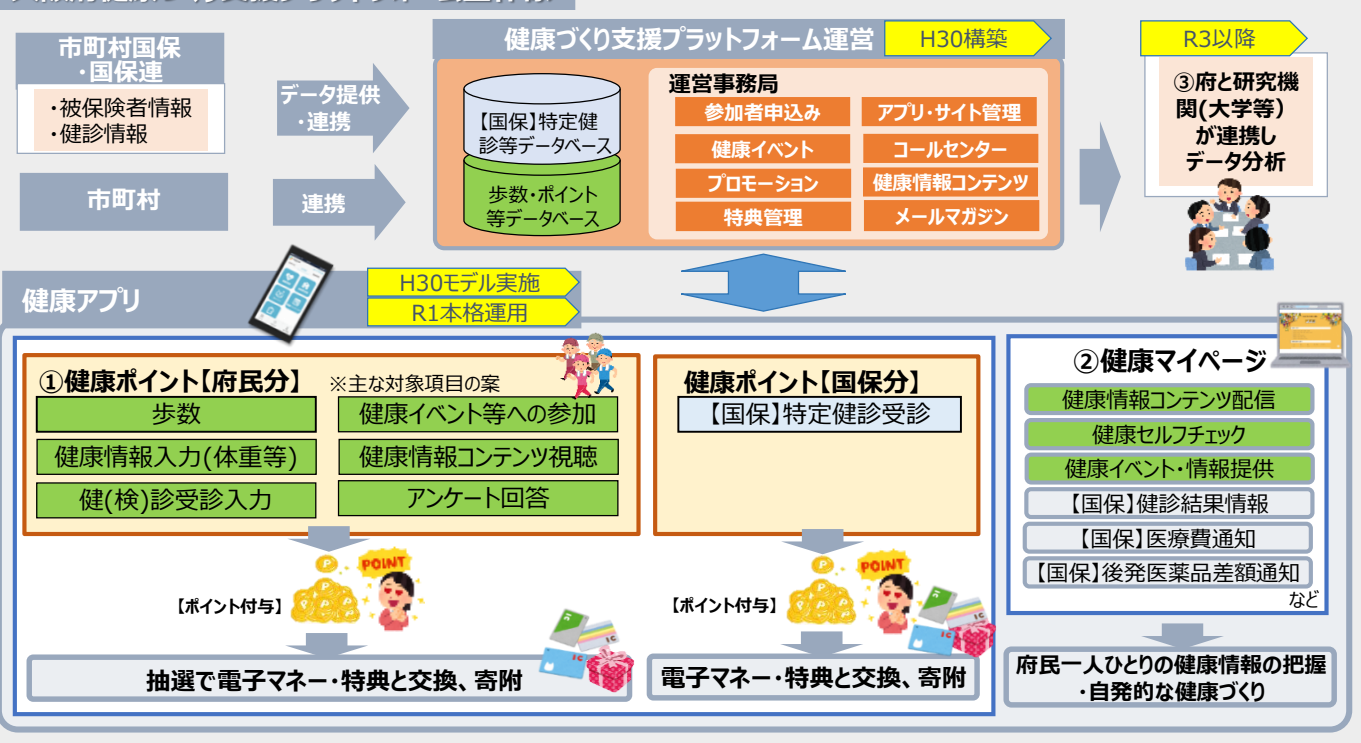
大阪府健康づくり支援プラットフォーム整備等事業

【概要】 府民の健康づくりに対する意識の向上と実践を促すため、ICTを活用した基盤を整備し、個人インセンティブを活用した健康づくり事業を府内全域で実施（事業の位置づけ）大阪府と市町村の共同事業（参加対象者）満18歳以上の府内市町村在住・在勤者 ※在勤者については、医療保険者単位での参画が前提

【事業内容】

- 府民にポイント還元による健康づくり活動への動機づけを行い、継続的に自発的な行動を促進（市町村独自のポイント運用も可能な仕組みとする）【3階】
 - 府民に『歩数』や健康イベント参加等によりポイントを付与 ◆市町村国保の被保険者には『特定健診受診』によりポイントを付与【2階】
 - 市町村国保以外の医療保険者について参画を誘導【2階】
- 個人が健康情報を把握し、自発的な健康づくりを促進
 - マイページで健康情報等が見える化し、健康管理の意識付け ◆健康づくりや『歩く』など健康行動をより促進するため、健康イベント情報を発信
- 蓄積されたデータを分析した上で、将来的に府民への効果的な健康づくりと医療費適正化施策の実施につなげる

大阪府健康づくり支援プラットフォーム全体像



目標参加人数

参加人数	H30	R1	R2	R3
府民(国保含)	2万人	10万人	20万人	30万人
国保	1万人	5万人	10万人	15万人

鹿児島県における「働き盛りの特定健診未受診者対策」

(資料:鹿児島県くらし保健福祉部国民健康保険課)

現状

当県の平成29年度特定健診実施率は41.3%と、国の目標値60%に比べ依然として低い状況にあり、年齢階級別にみると、特に、40～50歳代の働き盛り世代における受診率が低く、課題である。



目的

さらなる実施率の向上に向け、40～50歳代の働き盛り世代に着目した特定健診未受診者対策について、県内市町村のモデルとなる事業の立案・実施・評価を行うことにより、基盤整備を図る。

事業概要

モデル市町村において、40～50歳代の働き盛り世代に着目した特定健診実施率向上対策を実施し、県内市町村へ横展開を図る。

【実施内容】

- 特定健診受診者及び未受診者に係る分析の実施（課題の抽出）
- 関係者検討会の開催（※主な関係機関は右図に記載）
郡市医師会や商工会等地域における関係機関・団体と連携し、課題に応じた方策の検討、事業評価を行う（年度に2回程度開催）
- 受診者の特性に応じた受診勧奨資材及びポスターの作成
※ アドバイザーによる監修（R元年度に検討会を2回開催）
 - ・ 特定健診・がん検診の受診勧奨資材の作成（再受診勧奨含む）
 - ・ 受診勧奨ポスターの作成
- 健診実施方法の工夫
 - ・ 脱漏健診の工夫、夜間健診の導入の検討等

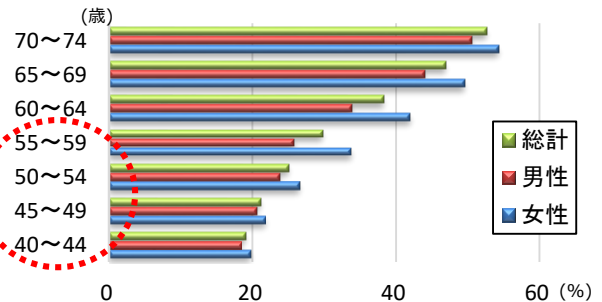
【その他】

- モデル市町村を1市町村選定し、R元～R2年度までの2年間、委託により実施（R2年度の本格実施に向け、R元年度に体制整備を行う）



◎鹿児島県ぐりぶー
ターゲット層は、
40～50歳代!!

<平成29年度県内市町村国保年齢階級別特定健診実施率>



関係機関等



県内市町村への横展開

- 県内全ての市町村において活用できるよう、アドバイザー監修により作成した受診勧奨資材のデータを提供する。
- 県が実施する市町村等説明会や研修会等の機会を捉えて取組紹介を行い、モデル事業の横展開を図る。

【富山県】望ましい生活習慣を学べる「健康合宿」

メタボ解消！

取組の背景

富山県のメタボリックシンドローム該当者は増加傾向にあり、特に国民健康保険加入者（市町村）におけるメタボリックシンドローム該当者（予備群を含む）の割合は30.6%で全国6位となっている。この要因には、塩分や脂質が多い総菜や冷凍食品、糖質の多いアイスクリームやプリン等の購入量が多いことや、自動車中心のライフスタイルにより、日常生活で歩く機会が少ないこと等、本県特有の傾向があると考えられる。

健康寿命延伸のためには、生活習慣病の予防が大変重要であることから、その原因となるメタボリックシンドローム対策を推進するため、健康づくり無関心層を中心として、生活習慣改善に向けた取組みを実施する必要がある。

取組概要

食事や運動の体験を通じて、生活習慣改善への意識の向上を図るための「健康合宿」を開催し、食生活改善、運動習慣や睡眠等に関する講座、各種アクティビティ等の実施により、楽しみながら参加者の健康意識を高めるとともに、市町村が実施する特定保健指導の受診にもつなげることにより、生活習慣の改善を促し、メタボリックシンドローム該当者の減少を図る。

(1) 対象者

市町村国民健康保険に加入する、特定保健指導対象者、メタボリックシンドローム該当者（予備群含む）及びこれに準ずる者など

(2) 各コースの概要

区分	日帰りコース	宿泊コース(1泊2日)
実施回数	4回	4回
実施時期	8～9月	9～11月
参加者負担金	2,000円	2,700～9,000円(※)
実施内容	運動習慣、食生活・栄養、休息(睡眠)に関する講座、アクティビティ(運動体験、リフレッシュ体験)、参加者による情報交換会 など	
参加者数	延39人	延37人

※国民健康保険の保険税(料)軽減措置に応じて、参加料を割引

宿泊コースの参加者に対して、希望者にウェアラブル端末を貸与し、3ヶ月間のフォローアップを実施。

(3) その他

今後、参加者全員に3か月後の体重や腹囲等の変化、生活習慣の変化等を調査し評価予定



◎メタボ対策が気になる方必見! ◎お友達同士、ご夫婦での参加大歓迎!



体験イメージ



昼食イメージ



とやま健康パーク(湯治庵)

<募集ポスター>

京都府におけるデータヘルスの推進 ～市町村、大学と連携したフレイル予防の効果検証事業～

1. 現状・課題

- 平均寿命は全国上位にもかかわらず、健康寿命が短い

平成27年度平均寿命 男性81.40歳（全国3位） 女性87.35歳（全国9位）

平成28年度健康寿命 男性71.85歳（全国28位） 女性73.97歳（全国44位）

- 全国平均と比較し、要介護認定率が高い

平成29年度認定率 全国18.01% 京都府19.97%

- 事業の効果の検証やエビデンスに基づく施策展開が不十分

2. 背景

(1) 京都府の目標

健康寿命を全国のトップクラスまで延伸する

(2) 京都府の支援体制

<きょうと健康長寿・未病改善センター>

平成27年度にセンターを立ち上げ、疾病・介護予防に向けた健診・医療・介護データの収集・分析に着手し、産学公連携による健康づくり事業推進を支援。

<健康長寿データヘルス推進プロジェクト>

平成30年6月には、市町村と連携した健康寿命延伸対策をより一層強化するためにプロジェクトを設置し、きょうと健康長寿・未病改善センターの分析結果を基に地域課題、重点施策を明確化することで、エビデンスに基づく健康づくり対策を推進。

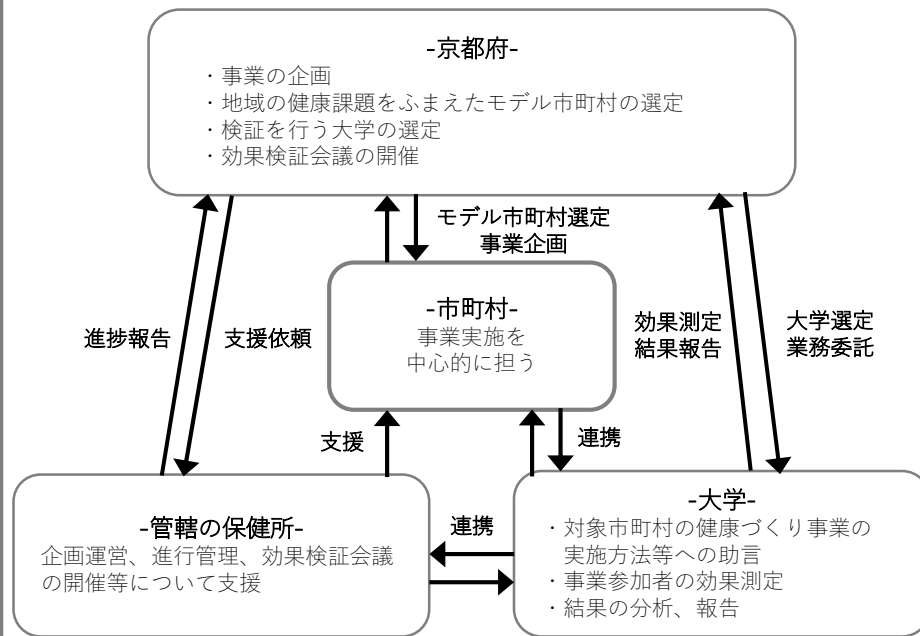
3. 事業目的

京都府内の国保被保険者が元気な高齢期を迎えられるよう、市町村が実施するフレイル予防のための健康づくり事業の効果検証を行い、地域の特性に応じた効果的・効率的な運用方法等の検討を行うことで、次年度以降に府内市町村国保における健康づくり施策の横展開につなげる。

4. 事業内容

府内の大学等と連携し、先行モデルとなる2市が実施する健康体操（ご当地体操）等の健康づくり事業の効果測定を市町村国保被保険者を対象に実施。効果検証会議を開催し、効果検証の方向性や結果のとりまとめについて協議。

<実施体制>



5. 令和元年度以降の展開

京都府は本事業を踏まえ、府内市町村国保が実施するフレイル予防事業について、地域の特性に応じた効果検証の実施及び効果的な事業展開を支援する。

市町村は、京都府が提供する本事業の結果をもとに、地域の特性に応じた効果的・効率的な健康づくり事業の企画・運営・実施等による事業展開を戦略的かつ効果的に実施する。

京都府、大学と連携したフレイル予防の検証事業 ～京都府南部B市～

1,事業目的

京都府南部B市では高齢化率が30%を超え、介護保険認定状況は要支援者率が管内全体・京都府全国平均と比較して高く、幅広い市民が参加可能なフレイル対策が求められている。

低体力者は低負荷の運動でも筋力改善効果が得られることが示されており、B市では京都府内の大学との協働で、日常的に取り組み可能な低負荷身体活動＝ウォーキングの健康増進効果について検討した。また、参加者を「活動量計を持つ群（見える群）」と「活動量計を持たない群（見えない群）」に分け、活動量可視化による身体活動量の増加効果についても併せて検討した。

2,事業内容

(1) 検証内容

10週間活動量計を用いて身体活動量を測定。身体活動量の増加による、低体力者（ロコモティブ症候群該当者）の筋力改善効果について検証した。

(2) 効果検証に使用したデータ

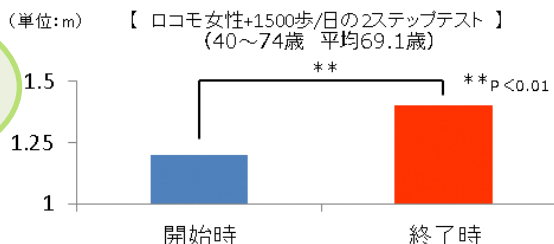
- ①身体について：身長、体重、筋肉量、BMI、腹囲
- ②体力について：握力、5m歩行、2ステップテスト、立位バランス
- ③アンケート：生活習慣、ロコモ5

(3) 事業対象者

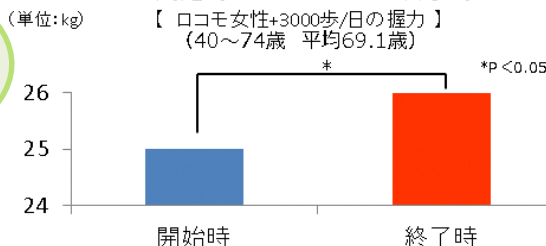
「いきいき歩数チェック！」に参加した市町村国保被保険者 143名

3,検証で見たウォーキングの効果（男性57名・女性86名）

1日に1500歩増やすとロコモが改善！

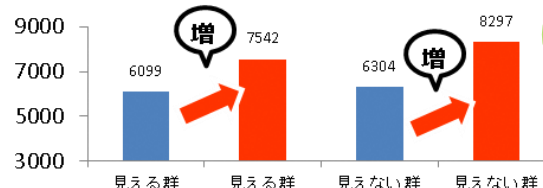


歩数を3000歩増やすと筋力改善効果あり！



4, 歩数の「見える」vs「見えない」による活動量の変化

(単位:歩) 【歩数チェック参加者の平均歩数】



どちらの群も
しっかり歩数が
増えました！

見える群（活動量計を持つ）と見えない群（目標を立てる）の歩数の増加に有意差は認めず。



5,他自治体が参考にすべき「4つのポイント」

① 明確な目標を示す！



活動量計がない場合でも、参加者にプラス15分・30分等の明確な目標を示すことで活動量増加の効果が期待できます。

② 検証することを示す！



参加者に効果を検証します！と伝えることで参加者の動機づけの強化が期待できます。

③ PRは手元に届ける！



事業ターゲットを定め、郵送などで直接に届く仕組みを活用しましょう。

④ 大学とコラボする！



「〇〇大学の～」と市民さんからお問い合わせがありました。

B市の事業では、リストごとに参加期待率を推計し、参加定員となる様に調整し、7日間で定員となりました。

チラシやポスターで大学との連携を示すことで、既存の健康づくり事業に参加しない層からの関心が期待できます。

6,大学の先生からのメッセージ

- ・歩数増加は、高齢ロコモ女性の健康増進策として有効性が示せました。
- ・男性については参加者数が少なく、今後の検討課題です。
- ・活動量計が住民に配布出来ない自治体さんでも「明確な目標を立てる」ことで、歩数の増加が得られる事業を実施できます。

長野市における若年者の生活習慣病予防対策 ～庁内連携で行う糖尿病の発症予防について～

本市の健康課題である糖尿病の発症予防を効果的に進めるため、若年期から自分のからだの特徴や健康状態を知り、食生活などの生活習慣の改善に継続的に取り組めるよう支援している。

長野市データヘルス計画 (国民健康保険課)

〔国保ヘルスアップ支援事業〕

【30歳代の健康診査】

- 対象者：30～39歳の国保被保険者
- 方法：市が送付した受診券を持
参し指定医療機関で実施
期間中に受診
- 自己負担額：1,000円
- 受診率：14.9% (R1年度)

【30歳代健康診査後の保健指導】

- 対象者：特定保健指導基準該当者
- 方法：市保健師・管理栄養士が
訪問等により実施
- 実施率：25% (12月25日現在)

連携・協力

長野市健康増進・食育推進計画 (保健所健康課)

〔市単事業 糖尿病発症予防〕

【青年期糖尿病予防講座】

- 対象者：健診機会のない20～30歳代
特に母子保健事業で母子健康手帳
から把握した糖尿病の発症リスク
が高い者（妊娠中に糖代謝異常、
尿蛋白陽性、基準以上の体重増加
や糖尿病家族歴等がある者）
- 方法：時間予約制、1回25名定員
年8回開設
- 保健所：血液検査・体組成測定・口腔内
チェック・食事分析
- 保健センター（市内12か所）
個別保健指導結果の見方や食・運
動に関する学習
- 自己負担額：血液検査料954円+税
- 実績：150名 (R1年度)

・課題の共有
・企画の検討
・両事業を母子
保健事業や子育て
アプリ等で周知
・保健指導の実
施
・受診データ個
人記録の共有
・保健指導スキ
ル向上研修会の
開催

福井県南越前町における健康増進プログラム

現状

- 健康教室の参加者は、65歳以上の女性が中心で、働き盛りの世代や男性の参加が少ない。
- 単発事業では生活習慣の改善に結び付きにくい。
- 国保医療費において、悪性新生物、高血圧、糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病の占める割合が多い。
- H29から町独自の取組み「がん予防スタートプロジェクト」を立ちあげ、食を通じた健康づくりに取り組んできた。しかし、依然として健康に対する意識啓発が進んでいない。

課題

- 働き盛りの世代や男性が参加者したくなる健康教室の模索
- 「がん予防スタートプロジェクト」を広く普及し町民の健康意識向上を図る方法の模索

働き盛りの世代や男性の関心を引きつける、著名な民間企業との連携により、町民の健康意識・がん予防に大きなインパクトを与える。

民間企業との連携による健康増進プログラムの概要

- <事業概要> 外部業者と連携（委託契約）し、健診有所見者を対象とした健康増進プログラムを実施。
体重の減少の成果に応じて委託料を支払う。
- <対象者> ①南越前町在住で20歳～64歳の方
②今年度の健診結果でBMI25以上もしくは腹囲が男性85cm、女性90cm以上の方
③原則、全日程参加可能な方 ④今年度および次年度の健診結果を提供いただける方
- <定員> 50名 ※1グループ25名を上限とし、午前、午後の2グループにて実施。
- <日程> 計8回（3か月間）
- <内容> ①運動指導 器具を使用せず、1人でできる筋カトレニング、ストレッチ等の実技指導。
②食事指導・管理 栄養バランスの良い食事について講義。期間中スマホアプリ等で食事記録への指導。
③体組成の測定 体重、体脂肪率、筋肉量などの体の部位別の測定を実施し変化を把握。
- <参加者負担金> 1人あたり10,000円
※全8回中6回以上の参加かつ終了時に当初の体重から5%以上の減少があった者については5,000円程度の記念品を贈呈。
- <従事者> ①外部業者トレーナー ②町保健師
- <広報等> ①広報誌・回覧版・コンビニ・企業等における幅広い募集案内と広報誌での結果報告
②メディアを活用した事業の紹介

ポイント：著名企業との連携により、若い世代と男性の興味を引き付ける

ポイント：次年度の評価を約束し、終了後のリバウンドを防止

ポイント：3か月間の継続実施による、望ましい生活習慣の定着

ポイント：参加者負担金による途中脱落防止と、努力と成果への報酬で意欲持続

ポイント：各種広報により、町民へ健康づくりに関し強いインパクトを与える

その他

PDCAサイクルに沿った保健事業等の取組事例の調査・分析について(概要)

事業の目的

- 国民健康保険課における令和元年度委託事業として、市町村で行われている保健事業の取組事例(糖尿病性腎症重症化予防等)や特定健診の実施率向上の取組について、事業実施の背景、事業の内容、評価等を調査、PDCAサイクルに沿った保健事業等について事例の収集を行うことを目的として実施。
- 収集した事例等については、事例集及び報告書において情報提供を行う予定。

事業内容

事業は、以下の3本を予定している。

- 市町村における取組事例(テーマごとに数事例)の収集・事例調査及び事例集の作成
(調査テーマ:糖尿病性腎症重症化予防、重複服薬・多剤投与対策、データヘルス計画に基づくその他の保健事業)
- 特定健診実施率向上対策の分析
- 報告書のとりまとめ

実施スケジュール

- 有識者委員会による検討、有識者委員会への進捗報告(令和元年12月～令和2年2月)
- 対象市町村に対するアンケート調査、ヒアリング等による調査実施(令和2年1月下旬～2月中旬)
- 調査結果、分析結果のとりまとめ(令和2年2月中旬～3月初旬)
- 事例集、報告書の情報提供(令和2年3月中)

8. オンライン資格確認等システムについて

1. オンライン資格確認の導入等について

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律の概要

令和元年5月15日成立

改正の趣旨

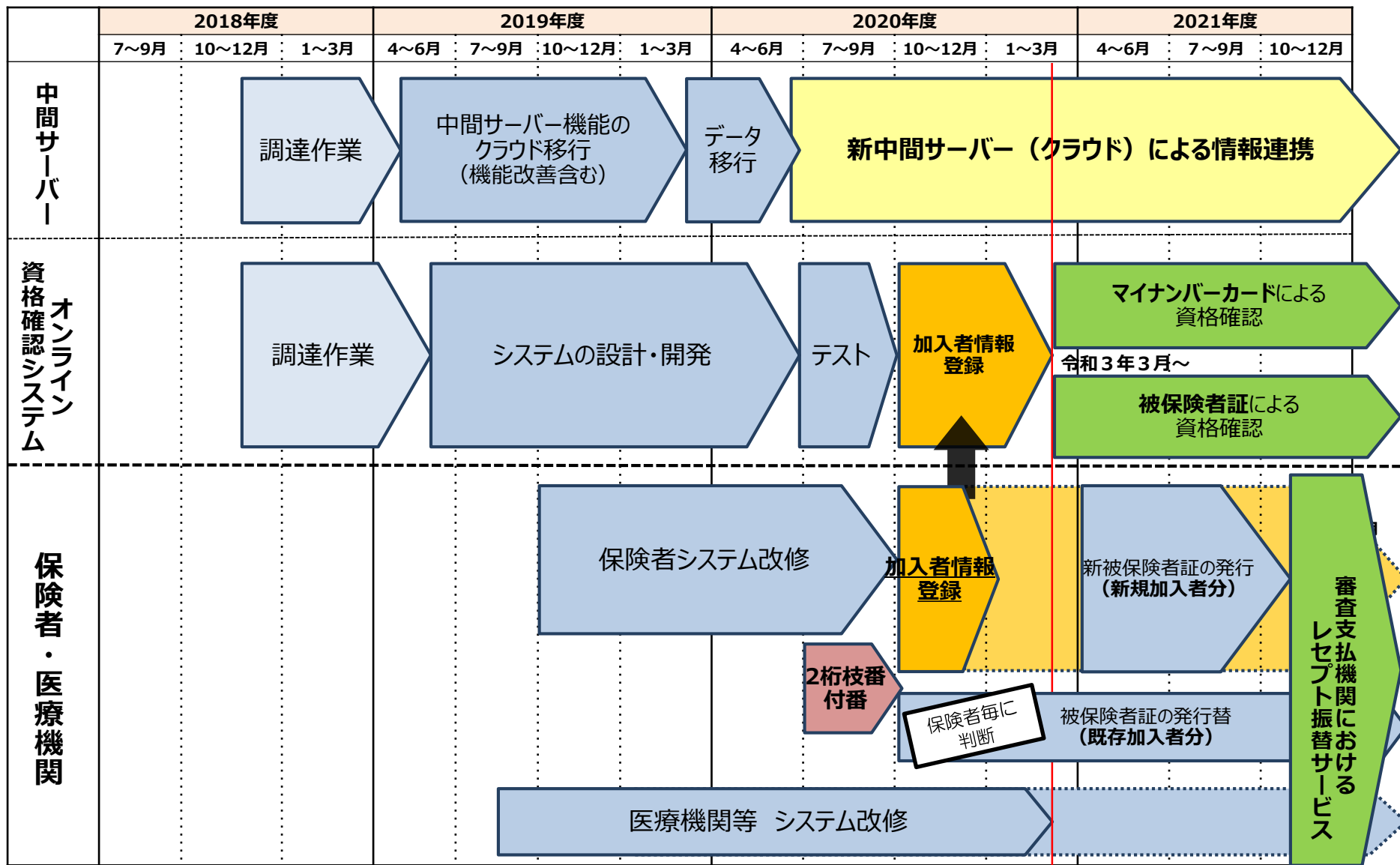
医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るため、保険者間で被保険者資格の情報を一元的に管理する仕組みの創設及びその適切な実施等のために医療機関等へ支援を行う医療情報化支援基金の創設、医療及び介護給付の費用の状況等に関する情報の連結解析及び提供に関する仕組みの創設、市町村において高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する枠組みの構築、被扶養者の要件の適正化、社会保険診療報酬支払基金の組織改革等の措置を講ずる。

改正の概要

- 1. オンライン資格確認の導入**【健康保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律（高確法）、船員保険法】
 - オンライン資格確認の導入に際し、資格確認の方法を法定化するとともに、個人単位化する被保険者番号について、個人情報保護の観点から、健康保険事業の遂行等の目的以外で告知を求めることを禁止（告知要求制限）する。（**公布日から2年を超えない範囲内で政令で定める日**）
- 2. オンライン資格確認や電子カルテ等の普及のための医療情報化支援基金の創設**【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律】（**令和元年10月1日**）
- 3. NDB、介護DB等の連結解析等**【高確法、介護保険法、健康保険法】
 - 医療保険レセプト情報等のデータベース（NDB）と介護保険レセプト情報等のデータベース（介護DB）について、各DBの連結解析を可能とするとともに、公益目的での利用促進のため、研究機関等への提供に関する規定の整備（審議会による事前審査、情報管理義務、国による検査等）を行う。（DPCデータベースについても同様の規定を整備。）（**令和2年10月1日（一部の規定は令和4年4月1日）**）
- 4. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等**【高確法、国民健康保険法、介護保険法】
 - 75歳以上高齢者に対する保健事業を市町村が介護保険の地域支援事業等と一体的に実施することができるよう、国、広域連合、市町村の役割等について定めるとともに、市町村等において、各高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるよう規定の整備等を行う。（**令和2年4月1日**）
- 5. 被扶養者等の要件の見直し、国民健康保険の資格管理の適正化**【健康保険法、船員保険法、国民年金法、国民健康保険法】
 - 被用者保険の被扶養者等の要件について、一定の例外を設けつつ、原則として、国内に居住していること等を追加する。（**令和2年4月1日**）
 - 市町村による関係者への報告徴収権について、新たに被保険者の資格取得に関する事項等を追加する。（**公布日**）
- 6. 審査支払機関の機能の強化**【社会保険診療報酬支払基金法、国民健康保険法】
 - 社会保険診療報酬支払基金（支払基金）について、本部の調整機能を強化するため、支部長の権限を本部に集約する。（**令和3年4月1日**）
 - 医療保険情報に係るデータ分析等に関する業務を追加する（支払基金・国保連共通）。（**令和2年10月1日**）
 - 医療の質の向上に向け公正かつ中立な審査を実施する等、審査支払機関の審査の基本理念を創設する（支払基金・国保連共通）。（**令和2年10月1日**）
- 7. その他**
 - 未適用事業所が遡及して社会保険に加入する等の場合に発生し得る国民健康保険と健康保険の間における保険料の二重払いを解消する。【国民健康保険法】（**公布日**）

1. オンライン資格確認の導入等について

オンライン資格確認／定着までのロードマップ（全体スケジュール案）



令和3年3月

2. システムの改修について

○市町村等における作業範囲について（案）

※1 自庁システム(汎用機・パッケージ等)

項番	対応内容	行程	市町村事務処理標準システムで運用している市町村	自庁システム(独自システム)で運用している市町村 ※1	国保情報集約システム共通
①	○特定個人情報保護評価(P I A)の実施	準備	市町村	市町村	—
②	○システム改修費用の見積もり取得、委託業者との契約締結		国保中央会	市町村	国保中央会
③	○資格履歴管理業務に関する契約の締結		市町村	市町村	国保連合会
④	<システム改修>(市町村・国保中央会) ○2桁の採番・管理に係る機能追加 ・個人を識別するための2桁の番号を被保険者に採番・管理 ○2桁の印字に係る機能追加 ・採番した2桁の番号を被保険者証に印字 ○情報集約システムとの連携項目の追加 ・2桁、券面上の被保険者証記号番号、氏名、読み仮名等	システム設計・開発・テスト	国保中央会	市町村	—
	<システム改修> ○セットアップ・運用テスト ・アプリケーションのインストール ・情報集約との連携、被保険者証印字のテスト		市町村	市町村	国保連合会
⑤	○情報集約システムの改修 ・市町村との連携インターフェースの追加対応 ・医療保険者等向け中間サーバー等への連携対応 等		—	—	国保中央会
⑥	○中間サーバー連携テスト ・市町村システム→情報集約→中間サーバー等との連携テスト		市町村	市町村	国保連合会
⑦	○2桁の採番・管理、通知(市町村) ・個人を識別するための2桁の番号の採番・管理、被保険者へ通知 ○被保険者証への2桁番号印字(市町村) ・採番した2桁の番号を被保険者証に印字 ○資格情報(マスタ)登録(国保連合会) ・医療保険者等向け中間サーバー等に資格情報を登録		市町村	市町村	国保連合会
			市町村	市町村	国保中央会
⑧	○厚労省への補助金申請 ・システム改修費用について厚労省へ補助金申請	市町村	市町村	国保中央会	
		国保中央会	市町村	国保中央会	

2. システムの改修について

○市町村及び国保連合会におけるシステム改修スケジュール

2021年3月のオンライン資格確認の開始に伴い、2020年11～12月にマスタ登録が可能となるようシステム改修をお願いしたい。

	2019年度				2020年度				2021年度			
	4～6月	7～9月	10～12月	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	1～3月
マイルストーン				★診療報酬改定	●中間サーバー稼動 (医療保険者向け)				●マイナンバーカードによる資格確認開始 (3月目途～)			●レセプトに2桁付番で請求、 振替サービス(9月診療分～)
被保証切替	記号・番号								記号・番号・枝番(2桁)			
									被保険者証切替期間(発行済被保険者証)			
									新規発行分(2桁対応)			
情報集約システム	国保中央会	設計・開発			統合テスト							
	市町村						セットアップ・運用テスト 中間サーバー連携テスト マスタ登録					
標準事務処理システム	国保中央会	設計・開発			統合テスト							
	市町村						セットアップ・運用テスト 中間サーバー連携テスト マスタ登録					
市町村		設計・開発・テスト						マスタ登録				

2. システムの改修について

○令和元年度社会保障・税番号制度システム整備費補助金の交付申請手続きについて

1. 交付申請書の事前提出について

市町村における標記補助金の申請手続きについては、「令和元年度社会保障・税番号制度システム整備費補助金の交付申請書の事前提出について」(令和2年1月16日付け国民健康保険課事務連絡)において連絡し、交付申請書等を事前提出いただいております。現在、当課において提出いただいた交付申請書等の確認を行っている

2. 今後のスケジュール

事前提出いただいた交付申請書等を基に、以下のスケジュールで正式な交付申請を行っていただく予定としている。

(1) 当課からの交付決定見込額(厚生労働大臣の認めた額)の内示及び正式な交付申請依頼

令和2年2月末～3月上旬に依頼する予定

(2) 市町村からの正式な交付申請書の提出(都道府県取りまとめ後)

令和2年3月上旬～3月中旬にご出いただく予定

3. その他

事前提出いただいた交付申請書等に不備等があった場合は、都道府県を通じて差替えをお願いするので、速やかに再提出をお願いしたい。

3. 特定個人情報保護評価（PIA）について

○特定個人情報保護評価（PIA）のためのテンプレート

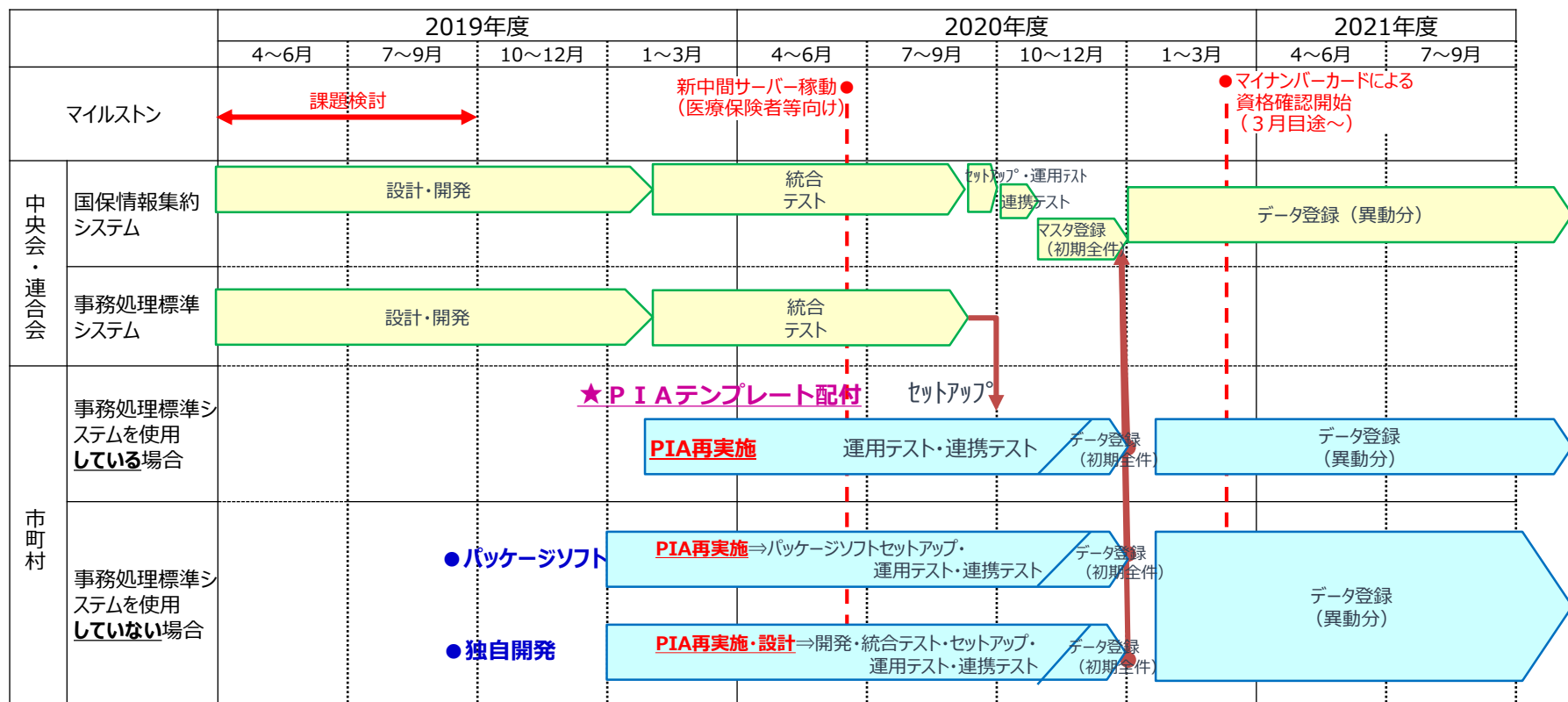
- オンライン資格確認を実施するにあたり、オンライン資格確認等システム上で資格情報を一元管理するため、医療保険者等向け中間サーバー等へ特定個人情報を連携することとなる（オンライン資格確認等システム上では、マイナンバーは管理しない）。
- このため、市町村においては、市町村がすでに作成済みの特定個人情報保護評価書に対して、国保情報集約システムから医療保険者等向け中間サーバー等までの連携を含めたリスク対策等について加筆したうえで、特定個人情報保護評価（PIA）を再実施していただく必要がある。
- この再実施を踏まえ、市町村国保テンプレートについては、令和元年12月25日にテンプレート案を事前に提供させていただいたところであり、今後、正式な「市町村国保システムテンプレート」及び「市町村事務処理標準システムテンプレート」の提供を予定している。（令和2年2月中旬ごろ発出予定）
- いずれのテンプレートも引き続き全項目評価へ対応するものとしているが、基礎項目評価、重点項目評価を実施する場合は、該当項目を参考として実施いただきたい。
- なお、国保連合会が運用する国保総合システム並びに新たに構築するオンライン資格確認等システムにおいては、特定個人情報を取り扱わないこととしていることから、PIAの対象とならない。

No	名 称	内 容
①	市町村国保システム テンプレート	市町村事務処理標準システムを <u>導入していない</u> 市町村向けのテンプレート。
②	市町村事務処理標準システム テンプレート	市町村事務処理標準システムを <u>導入している</u> 市町村向けのテンプレート。

3. 特定個人情報保護評価（PIA）について

○特定個人情報保護評価（PIA）の再実施時期

- 特定個人情報保護評価については、
 - ①パッケージソフトを利用している場合には、その改修版の適用前までに、
 - ②独自に開発したシステムを利用している場合には、その改修作業（プログラミング）前までに終え、特定個人情報保護評価書を公表する必要がある。



3. 特定個人情報保護評価（PIA）について

○特定個人情報保護評価（PIA）及びオンライン資格確認等に関する問合せ窓口等について

1. 特定個人情報保護評価（PIA）に関する問合せ

・問合せに係る運用については、電話ではなくメールによる問合せとしますので、ご理解・ご協力をお願いいたします。

詳細は、正式なテンプレートの提供と併せて連絡します。（令和2年2月中旬ごろ発出予定）

・問合せ専用のメールアドレスを以下のとおり開設しましたので、専用の「問合せ票」により問合せをお願いいたします。

2. オンライン資格確認等に関する問合せ

・これまでは、当課（保険局国保課）に都道府県を經由してメールでお問合せをいただいておりますが、上記のとおり、問合せ専用のメールアドレスを開設しましたので、オンライン資格確認等に関する問合せについてもメールによることとし、同メールアドレスで受け付ける運用に変更いたします。

・問合せに係る運用については、PIAに準じて対応してください。

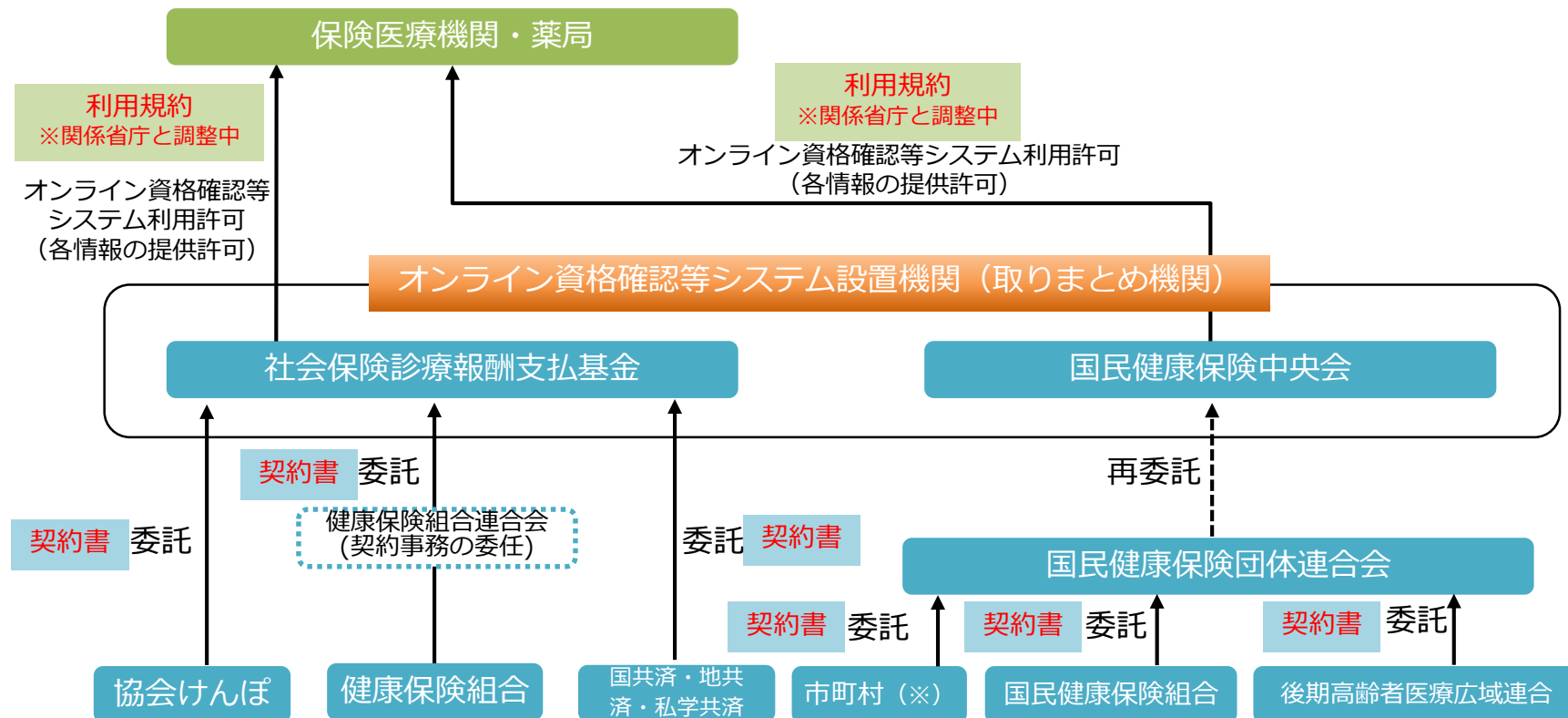
問合せ専用メールアドレス：onshi-senyou@mhlw.go.jp

○オンライン資格確認等に関する事務等の考え方【(1)・(2)事務の委託・利用規約の関係整理】

(1) オンライン資格確認に関する事務

(2) 薬剤情報、特定健診等情報及び医療費情報の管理及び提供事務

※(3) 公的個人認証サービスの利用者証明用電子証明書を利用して行う事務(本人確認事務)の関係整理は、次ページ参照。
 また、オンライン資格確認等システムは複数のシステム・事務から構成されることとなるが、支払基金及び国保中央会が行うに当たって必要な保険者等との委託契約及び医療機関との利用規約は、システムや(1)～(3)の事務ごとに行わず、一度にまとめて行うこととする。



※市町村は、国保組合・広域連合と異なり、連合会・国保中央会と同時に三者で契約を結ぶこととなる。

【管理・運営主体について】

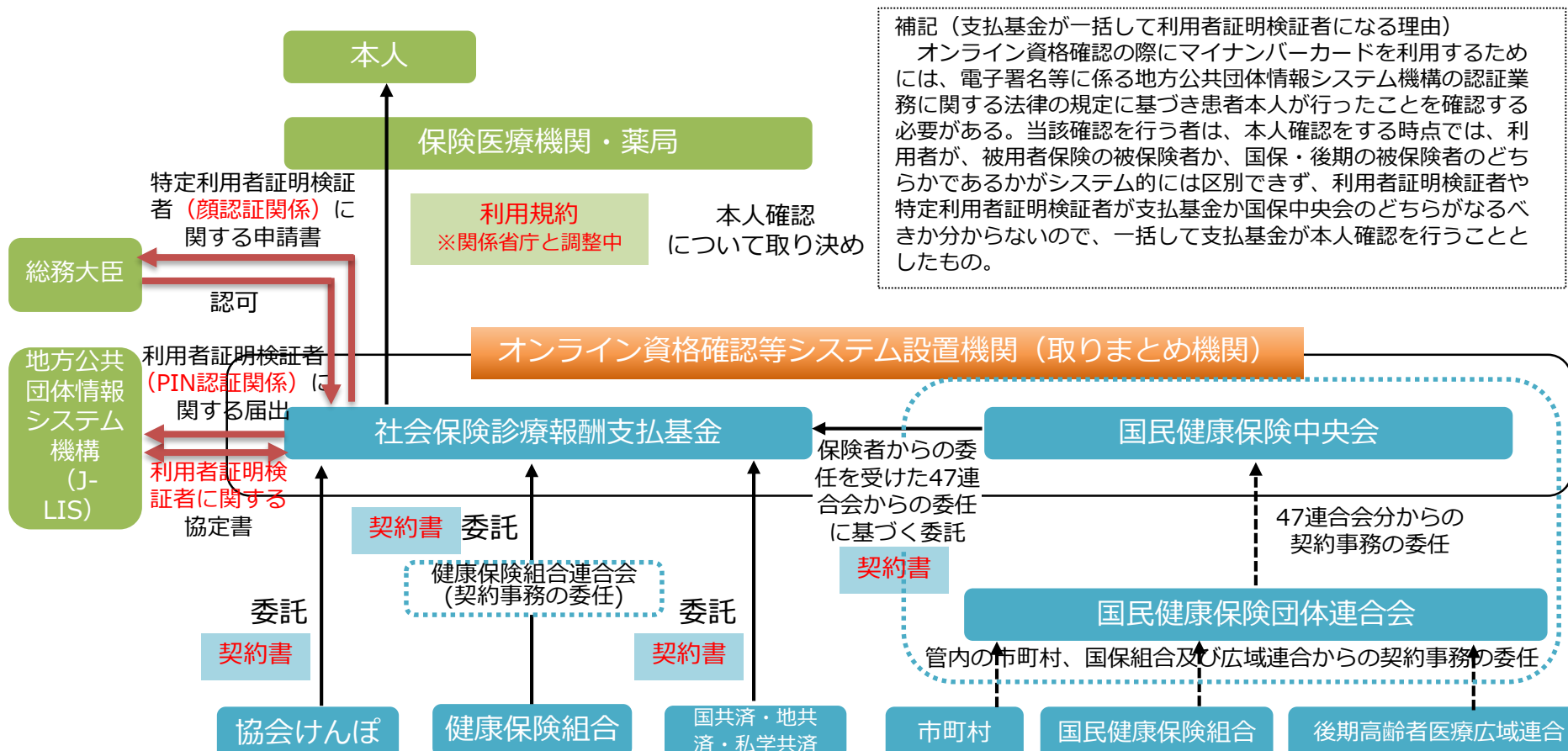
○ オンライン資格確認等に関する事務については、保険給付に係る事務及び保健事業の実施に係る事務であることを踏まえ、原則、支払基金と国保中央会の両者の業務(共同運営)として位置づける。なお、健康保険法第205条の4等において、保険者は、「支払基金又は国保連合会に次に掲げる事務を委託することができる」としており、管理・運営主体を支払基金及び国保連の共同とするか否かは委託する事務の性質等を踏まえて整理される。

○オンライン資格確認等に関する事務等の考え方【(3) 事務の委託・利用規約の関係整理】

(3) 公的個人認証サービスの利用者証明用電子証明書を利用して行う事務(本人確認事務)

(1) マイナンバーカードを利用したオンライン資格確認に関する事務 ※初回登録に係る事務を含む。

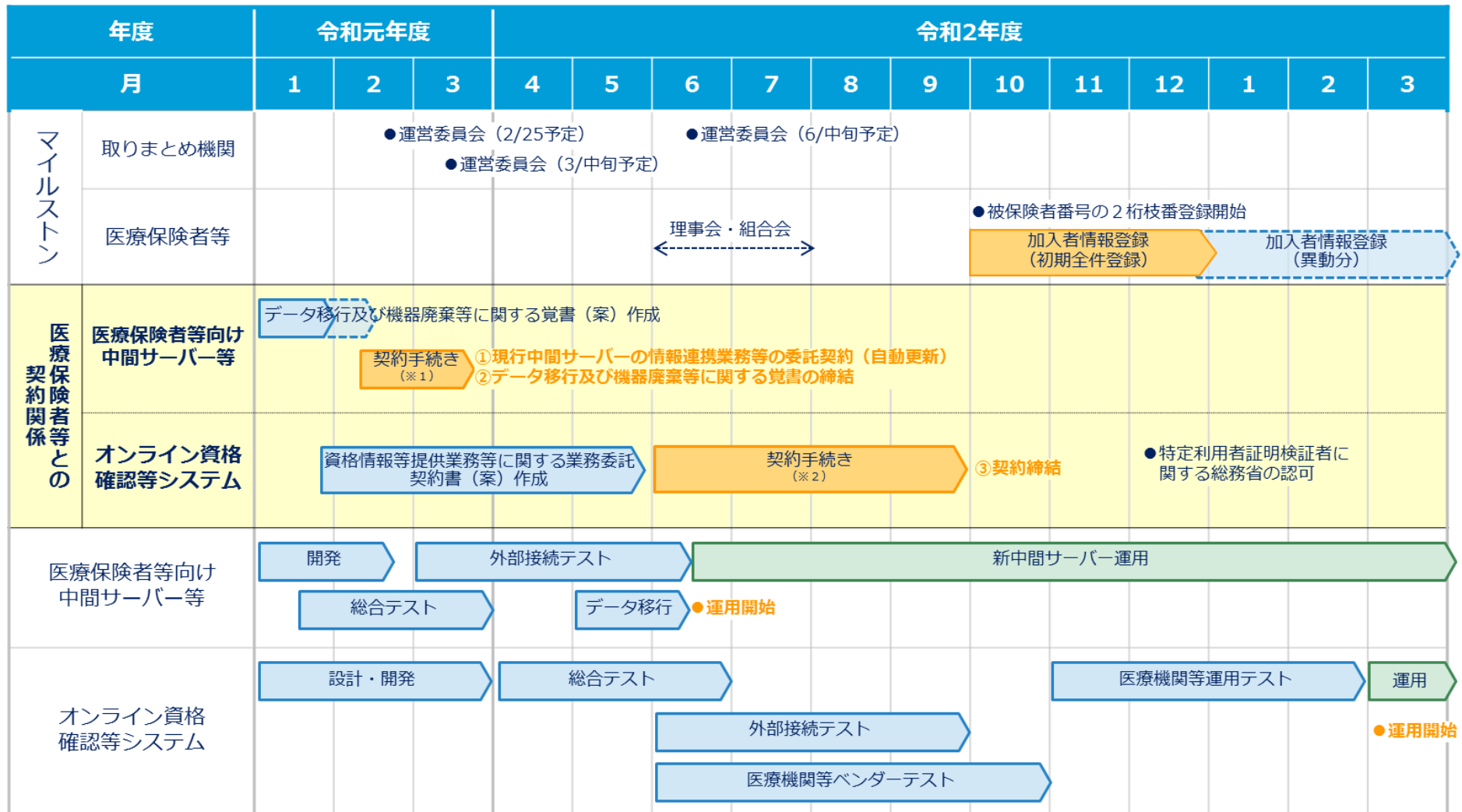
(2) 薬剤情報、特定健診等情報及び医療費情報の管理及び提供事務の一部で必要)



補記(支払基金が一括して利用者証明検証者になる理由)
 オンライン資格確認の際にマイナンバーカードを利用するためには、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律の規定に基づき患者本人が行ったことを確認する必要がある。当該確認を行う者は、本人確認をする時点では、利用者が、被用者保険の被保険者か、国保・後期の被保険者のどちらかであるかがシステム的には区別できず、利用者証明検証者や特定利用者証明検証者が支払基金か国保中央会のどちらがなるべきか分からないので、一括して支払基金が本人確認を行うこととしたもの。

【公的個人認証サービスの仕組みについて】
 公的個人認証サービスにより発行された利用者証明用電子証明書の失効情報等の提供は、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律の規定に基づき、地方公共団体情報システム機構にあらかじめ届出を行った利用者証明検証者(改正後の同法第37条)に対して行われる。届出を行う者は、情報通信技術を活用した行政の推進等に関する法律第3条第2号に規定する行政機関等とされている(改正後の同法第17条)。また、総務大臣の認定を受けた特定利用者証明検証者は、本人が電子利用者証明を行ったことの確認を顔認証方式で行うことができる(改正後の同法第38条の2)。

○オンライン資格確認等システム導入に関する医療保険者等との契約関係スケジュール案



※1：市町村国保を除く医療保険者等（協会けんぽ、健保組合、共済組合、国保組合、後期高齢者医療広域連合）が行う契約手続き
 ※2：市町村国保を含むすべての医療保険者等が行う契約手続き

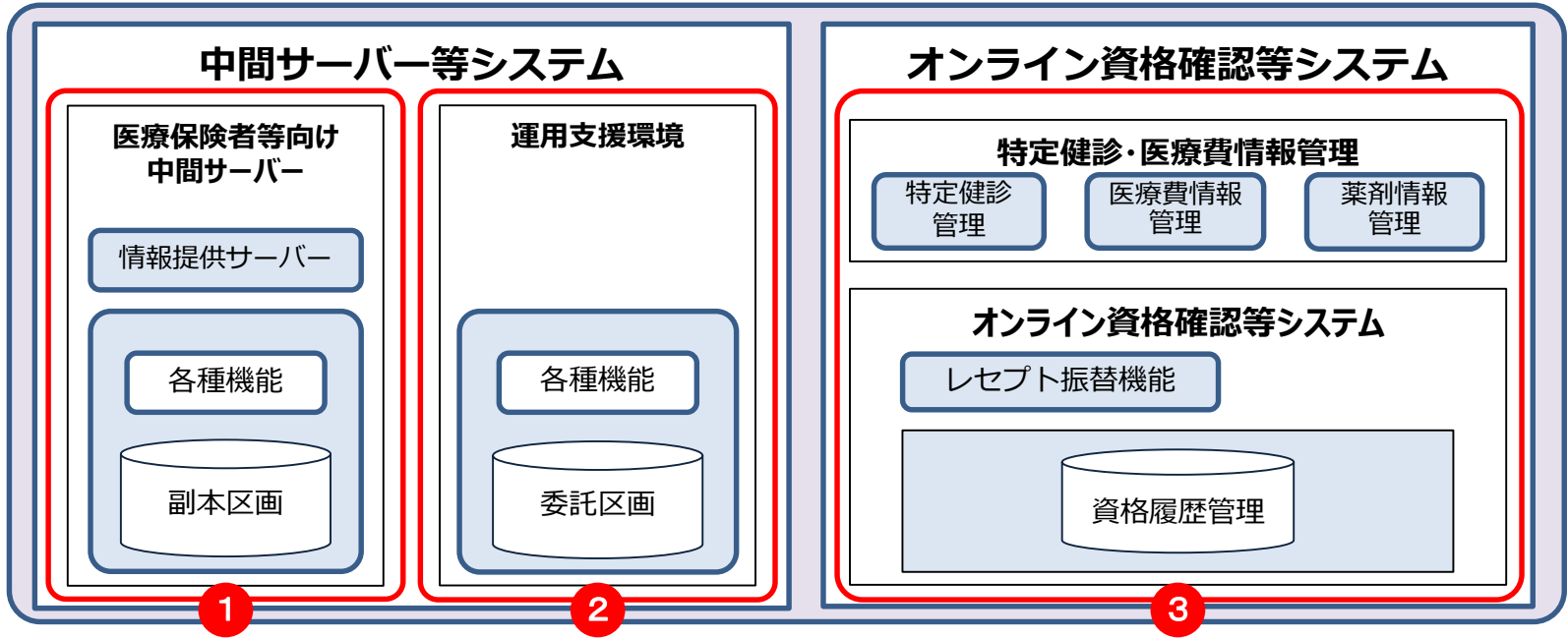
5. オンライン資格確認等の実施に伴う市町村の運営負担金について

令和元年 8月
都道府県ブロック会議資料より抜粋

1. 保険者ごとの各システムの利用範囲

- オンライン資格確認等システムは、被保険者の正しい資格情報を医療機関等でオンラインで効率的に確認できるようにする仕組みであり、保険者における資格管理事務の効率化に資するものである。また、薬剤情報、特定健診情報等の提供については、加入者の健康づくりや利便性の向上に資するサービスを提供する仕組みとなっている。このため、オンライン資格確認等システムの運営費用については、全医療保険者等で負担を分かち合う仕組みを構築する。
- 中間サーバー等システムは、現在は、市町村国保以外の5制度の医療保険者等が運営費用を負担しているが、オンライン資格確認等システムへの資格情報の登録に際し、市町村国保は、中間サーバー等システムの「運用支援環境」を経由して登録する。このため、オンライン資格確認等システムの稼働後は、「運用支援環境」における資格登録の利用に係る部分（データ管理とサーバー処理に係る費用）について、市町村国保にも負担をお願いしたい。
- 市町村を含めた医療保険者等が負担する運営費用については、中間サーバー等システム及びオンライン資格確認等システムごとに、各医療保険者等が利用する部分（範囲）を計算し、加入者数割での負担としたい。

（オンライン
資格確認等の
運用開始後）



5 制度の医療保険者が利用 全医療保険者が利用
（現行と同じ）（市町村国保は資格登録で一部利用）

全医療保険者が利用
（※）医療機関に発行する電子証明書の費用は除く

5. オンライン資格確認等の実施に伴う市町村の運営負担金について

2.各システムの稼働スケジュール

		令和2年度(2020年度)			令和3年度(2021年度)		令和4年度(2022年度)	
		4月~6月	6月15日~2月	3月	4月~9月	10月~3月	4月~3月	
運用開始時期		●現行運用	●新中間サーバー等(クラウド)運用開始			●オン資等システム(レセプト振替、医療費・薬剤情報管理機能)運用開始		
				●オン資等システム(医療機関等資格確認・特定健診管理機能)運用開始				
中間サーバー等システム	現行中間サーバー等(オンプレミス)	5制度						
	医療保険者等向け中間サーバー		5制度					
	運用支援環境		5制度	6制度				
オン資等システム	クラウド	医療機関等資格確認機能		6制度				
		特定健診管理機能		6制度				
		医療費・薬剤情報管理機能			6制度			
		レセプト振替・分割機能			6制度			

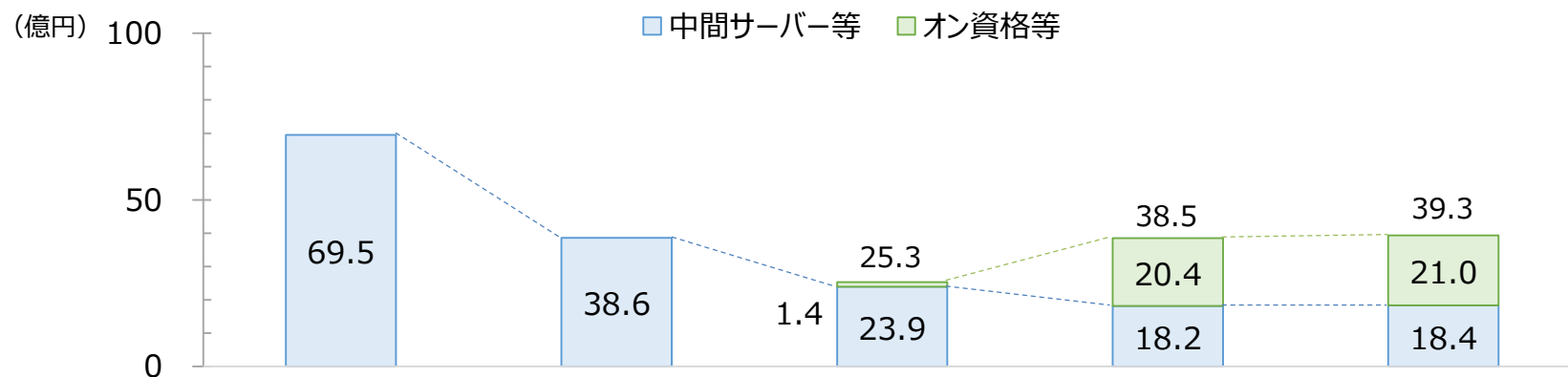
5制度 (協会けんぽ、健保組合、共済組合、国保組合、後期高齢者医療広域連合)

6制度 (上記5制度+市町村国保)

5. オンライン資格確認等の実施に伴う市町村の運営負担金について

3. 令和2～4年度の運営経費概要

- 令和2年度の運営負担金は中間サーバー等のクラウド化による費用減を受けて令和元年度より減少する。令和3年度以降、オンライン資格確認や特定健診、レセプト振替等のシステム稼働開始に伴い、運営経費は上昇する。



中間サーバー等・オン資等の必要運営経費 (※)

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
中間サーバー等	中間サーバー等 (現行オンプレミス)	69.5億円	38.6億円	7.9億円	—	—
	中間サーバー等 (新規クラウド)	—	—	16.0億円	18.2億円	18.4億円
	オンライン資格確認等 (新規クラウド)	—	—	1.4億円	20.4億円	21.0億円
	合計費用	69.5億円	38.6億円	25.3億円	38.5億円	39.3億円

※ 必要運営経費とは「システム費用(運用保守経費)」、「取りまとめ機関運用費用(人件費等)」、「その他業務費用(ヘルプデスク経費等)」である。

注 数値は四捨五入した値を使用。四捨五入の関係により計等が不一致の場合がある。

5. オンライン資格確認等の実施に伴う市町村の運営負担金について

4. 令和2年度における運営負担金の単価について

中間サーバー等及びオン資格等における必要経費の加入者1人あたりの月額負担金単価

- 令和2年度の中間サーバー等及びオン資格等における必要経費について負担いただく金額は以下のとおりです。

加入者	市町村国保加入者数:27,518千人 ※	
区分	中間サーバー等 (新規クラウド)	オン資格等
運営負担金対象経費 (カッコ内は対象経費の総額)	14百万円 (16.0億円)	30百万円 (1.4億円)
加入者1人あたりの月額負担金単価	0.51円	1.10円

※ 「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき支払基金に報告している加入者数(平成31年3月末時点)

マイナンバーカードの普及促進等のポイント

デジタル・ガバメント関係会議 資料
(令和元年9月3日)

- 国民がマイナンバー制度のメリットをより実感できるデジタル社会を早期に実現するため、マイナンバーカードの普及、その利活用を強力に促進するとともに、マイナンバーの利活用を図る。
- 関係府省庁が連携し、「マイナンバーカードを活用した自治体ポイントの実施」や「マイナンバーカードの健康保険証利用の仕組み」など、マイナンバーカードの利便性を実感できる施策を順次実施する。

1. 自治体ポイントの実施

- 消費税率引き上げに伴う消費活性化策として令和2年度に予定されている自治体ポイントの実施にマイナンバーカードを活用。
- マイキープラットフォームの改修や制度の具体化・広報、マイナンバーカードを活用したキャッシュレス基盤の構築等、利用環境の整備等を着実に進める。

2. マイナンバーカードの健康保険証利用

- マイナンバーカードの健康保険証利用の仕組みを令和3年3月から本格運用。
- 全国の医療機関等ができる限り早期かつ円滑に対応できるよう、令和4年度中に概ね全ての医療機関での導入を目指し、具体的な工程表を8月を目途に公表。医療機関等の読み取り端末、システム等の早期整備に対する十分な支援を実施。
- 令和4年度末までの具体的な移行スケジュールを含め、保険者毎の被保険者のカード取得促進策を本年8月を目途に公表。国家公務員や地方公務員等による本年度中のマイナンバーカードの取得を推進。

3. マイナンバーカードの円滑な取得・更新の推進等

- 安全・安心で利便性の高いデジタル社会をできる限り早期に実現する観点から、令和4年度中にほとんどの住民がマイナンバーカードを保有していることを想定し、国は具体的な工程表を8月を目途に公表。市町村ごとのマイナンバーカード交付円滑化計画の策定の推進と定期的なフォローアップを行うとともに必要な支援を実施。
- マイナンバーカードの利便性、保有メリットの向上、利活用シーンの拡大。

全体スケジュール

デジタル・ガバメント関係会議 資料
(令和元年9月3日)

(マイナンバーカード交付枚数 (想定))

2020年7月末	3000～4000万枚	マイナンバーカードを活用した消費活性化策に向けて
2021年3月末	6000～7000万枚	健康保険証利用の運用開始時
2022年3月末	9000～10000万枚	医療機関等のシステム改修概成見込み時
2023年3月末	ほとんどの住民がカードを保有	

(マイナンバーカードの健康保険証としての医療機関等の利用環境整備)

2019年10月	「医療情報化支援基金」設置、医療機関等におけるシステムの検討を継続
2020年8月	詳細な仕様の確定、各ベンダのソフト開発を受け、医療機関等におけるシステム整備開始
2021年3月末	健康保険証利用の本格運用 医療機関等の6割程度での導入を目指す
2021年10月	マイナポータルでの薬剤情報の閲覧開始
2022年3月末	2022年診療報酬改定に伴うシステム改修時 医療機関等の9割程度での導入を目指す
2023年3月末	概ね全ての医療機関等での導入を目指す

6. マイナンバーカードの取得促進等について

国民健康保険におけるマイナンバーカード取得促進の取組状況等

マイナンバーカードの健康保険証利用
に関する協議会幹事会 資料
(令和元年12月12日)

- 市町村国保(被保険者約3000万人)及び国民健康保険組合(162組合:被保険者約280万人)では、デジタル・ガバメント閣僚会議で示されたマイナンバーカードの交付スケジュールの想定のもと、被保険者のマイナンバーカードの取得と初回登録(被保険者証としての登録)の促進に取り組む。【市町村国保】

●マイナンバーカードの取得促進に向けた取組

- ・被保険者証の更新時におけるカード取得に係る申請書類等の送付
 - ✓ 被保険者証の更新時期(概ね1～2年毎。8月、10月等)に、被保険者証とともにカード申請書類、リーフレット、返信用封筒を同封し、取得勧奨を行う。
 - ✓ 令和2年度においては、被保険者全員に申請書類(4情報(氏名、住所、生年月日、性別)の記載なし)を送付。
 - ✓ 令和3年度以降においては、4情報及びマイナンバーを印刷した申請書類をカード未発行の被保険者に送付することを検討。
- ・その他、マイナンバーカード発行担当部局と国保担当部局との連携を強化し、可能な範囲で本年度中に取得勧奨等を行う。
 - ✓ 医療費通知、広報誌等の発送時における取得勧奨
 - ✓ 令和2年4月(予定)の初回登録(被保険者証の登録)の予約登録に係る周知等

【国民健康保険組合】

●マイナンバーカードの取得促進に向けた取組

- ・令和元年12月に、業所管官庁から国民健康保険組合の設立母体である業界団体、関係団体へのマイナンバーカードの取得勧奨依頼通知が発出された後、令和2年2～3月に開催される国民健康保険組合の組合会において、組合員代表(事業主代表、地域代表等)や国保組合支部代表に対して、被保険者への取得勧奨の要請を行い、可能な範囲で本年度中に取得勧奨を実施。
 - ✓ 資格取得届等の書類提出時における事業主、被保険者本人に対する取得勧奨
 - ✓ 健康診断や健康づくり事業等の主催イベントにおける取得勧奨
 - ✓ 医療費通知、広報誌等の発送時における取得勧奨、被保険者証の更新時(概ね1～2年毎)における取得勧奨の準備

【厚生労働省】

●マイナンバーカードの取得促進に向けた取組

- ・令和元年9月3日付けで、都道府県宛てに「マイナンバーカードの取得と健康保険証としての利用の推進について」の通知を発出。
- ・国民健康保険組合の設立母体である業界団体、関係団体への取得勧奨依頼通知の発出、個別の協力依頼の実施。

●フォローアップ

- ・業所管官庁によるアンケート調査等にあわせて、国民健康保険組合における取得状況等についてのアンケート調査等を実施

Ⅱ 令和2年度国民健康保険助成費の概要、 補助金申請事務等

令和2年度 国保関係予算案のポイント

【市町村国保関係】

○ 給付費等に必要な経費 3兆4,863億円（+323億円）

※ 来年度は、人生100年時代を見据え、更に予防・健康づくりを強力に推進するため、保険者努力支援制度に新規500億円（事業費200億円）を計上

○ 国民健康保険制度関係業務事業費補助金（都道府県分） 3.3億円

【国民健康保険団体関係】

○ 国民健康保険団体連合会等補助金 26.8億円

○ 国民健康保険制度関係業務事業費補助金（中央会分） 28.3億円

【国民健康保険組合関係】

○ 給付費等に必要な経費 2,740億円

【避難指示区域等の特別措置関係】（東日本大震災復興特別会計）

○ 被災者に対する医療保険の一部負担金及び保険料の免除等の特別措置 15.6億円

（注）措置内容は令和元年度と同じ。

【番号制度の利活用推進事業関係】

○ オンライン資格確認等システムの整備等に必要な経費等（保険局全体） 140.2億円

令和2年度の国保財政

(令和2年度予算案ベース)

医療給付費等総額： 約111,000億円

市町村への地方財政措置：1,000億円

保険者努力支援制度

- 都道府県・市町村の医療費適正化、予防・健康づくり等の取組状況に応じ支援。
予算額：約1400億円 ※4 (うち事業費200億円)

特別高額医療費共同事業

- 著しく高額な医療費(1件420万円超)について、都道府県からの拠出金を財源に全国で費用負担を調整。国は予算の範囲内で一部を負担。国庫補助額：60億円

高額医療費負担金

- 高額な医療費(1件80万円超)の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、国と都道府県が高額医療費の1/4ずつを負担
事業規模：3,800億円、国庫補助額：950億円

保険者支援制度

- 低所得者数に応じ、保険料額の一定割合を公費で支援
事業規模：2,600億円、国庫補助額：1,300億円
(国 1/2、都道府県 1/4、市町村 1/4)

保険料軽減制度

- 低所得者の保険料軽減分を公費で支援。
事業規模：4,400億円
(都道府県 3/4、市町村 1/4)

財政安定化支援事業

保険者努力支援制度

特別高額医療費共同事業

高額医療費負担金

保険料

(26,100億円)

法定外一般会計繰入

約1,800億円 ※2

保険者支援制度

保険料軽減制度

調整交付金(国)

(9%)※1

8,200億円

定率国庫負担

(32%)※1

22,800億円

都道府県繰入金

(9%)※1

6,400億円

調整交付金(国)

- 普通調整交付金(7%)
都道府県間の財政力の不均衡を調整するために交付。

- 特別調整交付金(2%)
画一的な測定方法によって、措置できない都道府県・市町村の特別の事情(災害等)を考慮して交付。

前期高齢者交付金

- 国保・被用者保険の65歳から74歳の前期高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を、各保険者の加入者数に応じて調整。

前期高齢者交付金

36,200億円

※3

公費負担額

国計： 34,700億円

都道府県計： 11,300億円

市町村計： 1,700億円

← 50% ← 50% →

※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29年度決算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 令和2年度は、平成29年度に特例基金に措置した500億円のうち残330億円は取り崩ししない

令和 2 年 度 国 民 健 康 保 険 助 成 費 の 概 要 (予 算 案)

(国民健康保険課)

事 項	令 和 元 年 度 予 算 額	令 和 2 年 度 予 算 額 (案)	対 前 年 度 対 比 増 減	対 前 年 度 伸 率 (%)	摘 要
	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	3,454,023,691	3,486,334,644	32,310,953	0.94	
(項) 医療保険給付諸費	3,206,194,663	3,226,216,724	20,022,061	0.62	
(目) 国民健康保険療養給付費等負担金	1,828,747,521	1,820,619,359	▲ 8,128,162	▲ 0.44	
療養給付費負担金	1,599,955,767	1,591,477,421	▲ 8,478,346	▲ 0.53	
保険基盤安定等負担金	228,791,754	229,141,938	350,184	0.15	
(目) 国民健康保険後期高齢者医療費支援金負担金	516,248,217	501,036,881	▲ 15,211,336	▲ 2.95	令和元年度予算額は補正後の金額
(目) 国民健康保険財政調整交付金	625,425,440	622,152,307	▲ 3,273,133	▲ 0.52	
(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	143,332,623	140,916,623	▲ 2,416,000	▲ 1.69	令和元年度予算額は補正後の金額
(目) 国民健康保険保険者努力支援交付金	91,161,554	141,161,554	50,000,000	54.85	
(目) 国民健康保険制度関係業務事業費補助金	1,279,308	330,000	▲ 949,308	▲ 74.20	
(項) 介護保険制度運営推進費	230,013,012	242,886,655	12,873,643	5.60	
(目) 国民健康保険介護納付金負担金	179,522,351	189,570,072	10,047,721	5.60	令和元年度予算額は補正後の金額
(目) 国民健康保険介護納付金財政調整交付金	50,490,661	53,316,583	2,825,922	5.60	令和元年度予算額は補正後の金額
(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	
(項) 社会保障・税番号活用推進費	584,751	0	▲ 584,751	▲ 100.00	
(目) 社会保障・税番号制度システム整備費補助金	584,751	0	▲ 584,751	▲ 100.00	
国民健康保険団体に必要な経費	10,539,233	5,861,353	▲ 4,677,880	▲ 44.39	
(目) 国民健康保険団体連合会等補助金	5,311,486	2,680,548	▲ 2,630,938	▲ 49.53	令和元年度予算額は補正後の金額
(目) 高齢者医療制度円滑運営臨時特例交付金	856,992	348,234	▲ 508,758	▲ 59.37	(令和元年度補正予算額1,395,510千円(システム改修経費等))
(目) 国民健康保険制度関係業務事業費補助金	4,308,715	2,832,571	▲ 1,476,144	▲ 34.26	
(目) 社会保障・税番号制度システム整備費補助金	62,040	0	▲ 62,040	▲ 100.00	

事 項	平成 3 1 年 度 予 算 額	令和 2 年 度 予 算 額 (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	287,623,411	273,968,853	▲ 13,654,558	▲ 4.75	
(項) 医療保険給付諸費	258,648,928	250,067,443	▲ 8,581,485	▲ 3.32	
(目) 国民健康保険組合療養給付費補助金	191,193,386	186,570,742	▲ 4,622,644	▲ 2.42	
(目) 国民健康保険組合後期高齢者医療費支援金補助金	60,459,170	56,446,974	▲ 4,012,196	▲ 6.64	
(目) 国民健康保険組合出産育児一時金等補助金	4,739,478	4,832,633	93,155	1.97	
出 産 育 児 一 時 金 補 助 金	2,042,040	1,952,790	▲ 89,250	▲ 4.37	
高 額 医 療 費 共 同 事 業 補 助 金	2,697,438	2,879,843	182,405	6.76	
(目) 国民健康保険組合事務費負担金	2,256,894	2,217,094	▲ 39,800	▲ 1.76	
(項) 介護保険制度運営推進費	28,387,190	23,318,285	▲ 5,068,905	▲ 17.86	
(目) 国民健康保険組合介護納付金補助金	28,387,190	23,318,285	▲ 5,068,905	▲ 17.86	
(項) 医療費適正化推進費	572,523	583,125	10,602	1.85	
(目) 国民健康保険組合特定健康診査・保健指導補助金	572,523	583,125	10,602	1.85	
(項) 社会保障・税番号活用推進費	14,770	0	▲ 14,770	▲ 100.00	
(目) 社会保障・税番号制度システム整備費補助金	14,770	0	▲ 14,770	▲ 100.00	
国民健康保険関係助成費総計	3,752,186,335	3,766,164,850	13,978,515	0.37	
うち (項) 医療保険給付諸費	3,475,320,784	3,482,145,520	6,824,736	0.20	
うち (項) 介護保険制度運営推進費	258,400,202	266,204,940	7,804,738	3.02	
うち (項) 医療費適正化推進費	17,803,788	17,814,390	10,602	0.06	
うち (項) 社会保障・税番号活用推進費	661,561	0	▲ 661,561	▲ 100.00	

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

【令和2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)の住民及び令和元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)

※ 令和元年度に避難指示が解除された区域等の上位所得層の住民については、令和2年10月1日以降財政支援の対象外とする予定(同日以降は②の者と同様の取扱い)

② 令和元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、令和2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	8.2	0.3	—	一部負担金免除の2割相当を補助。 8割相当は特別調整交付(補助)金で補助予定。
保険料減免	5.3	0.4	—	保険料減免の2割相当を補助。 8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	14.8	0.7	0.06	

補助金申請事務等の適正化について①

平成30年度決算検査報告について

会計検査院における平成30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。

※国民健康保険関係国庫補助金等に係る事務処理の適正化について（通知）（令和元年12月6日保国発1206第2号及び同日事務連絡）参照。

○ 不当事項

〔療養給付費負担金〕

① 遡及退職被保険者等の医療給付費の控除漏れ	6 保険者	12,993 千円
② 基礎資料からの転記誤り	4 保険者	28,372 千円
③ 医療給付費の算定誤り	1 保険者	1,818 千円

合 計 11 保険者 43,183 千円

〔財政調整交付金〕

① 基礎資料からの転記誤り	9 保険者	85,180 千円
② 結核精神病に係る一般被保険者数の集計誤り	2 保険者	38,598 千円
③ 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	6 保険者	21,168 千円
④ 旧被扶養者の保険料減免額の集計誤り	2 保険者	7,820 千円
⑤ 一般被保険者数の集計誤り	2 保険者	25,019 千円
⑥ 保険財政共同安定化事業基準拠出対象額の算定誤り	1 保険者	6,517 千円
⑦ 限度額を超える基準総所得の計上誤り	1 保険者	1,502 千円
⑧ 離職者減免対象被保険者数の集計誤り	1 保険者	38,464 千円

合 計 24 保険者 224,268 千円

補助金申請事務等の適正化について②

【参考1】前回検査報告の指摘状況との比較

(単位:百万円)

	前回(29年度検査報告)		今回(30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	14	75	11	43
財政調整交付金	27	212	24	224
合 計	41	287	35	267

【参考2】平成30年度からの申請事務処理等の変更内容

平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体として保険者に加わるとともに、都道府県が療養給費負担金及び調整交付金の交付申請・実績報告を行うこととなった。一方で市町村は引き続き、当該負担金等の算定のための資料作成を行うため、市町村に対して資料等の確認を十分に行うよう指導するとともに、都道府県においても当該負担金等の算定に当たり確認事務の強化を図るようお願いしたい。

(29年度まで)

- 申請者:市町村
- 申請書作成者:市町村
- 交付先:市町村(普調、特調)



(30年度から)

- 申請者:都道府県
- 申請書作成者:都道府県(算定の基礎となる資料は市町村が作成)
- 交付先:都道府県(普調、特調、特例(当分の間))

Ⅲ 国保組合の事務運営

令和2年度予算案(国保組合関係)

	【令和元年度予算】		【令和2年度予算案】
◎定率補助	1,738.1億円	→	1,598.1億円 (▲140.0億円)
◎調整補助金	1,062.3億円	→	1,065.3億円 (+ 3.0億円)
◎出産育児一時金補助金	20.4億円	→	19.5億円 (▲ 0.9億円)
◎高額医療費共同事業補助金	27.0億円	→	28.8億円 (+ 1.8億円)
◎事務費負担金	22.6億円	→	22.2億円 (▲ 0.4億円)
◎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	→	5.8億円 (+ 0.1億円)
◎社会保障・税番号制度 システム整備費補助金	0.1億円	→	0億円 (▲ 0.1億円)
計	2876.2億円	→	2739.7億円 (▲136.5億円)

※項目毎に四捨五入している。

※定率補助及び調整補助金は義務的経費（国保組合が負担する療養の給付、後期高齢者支援金、介護納付金に対する国庫補助金）であり、法律上、国の補助が義務付けられているため、必要な予算は確保している。

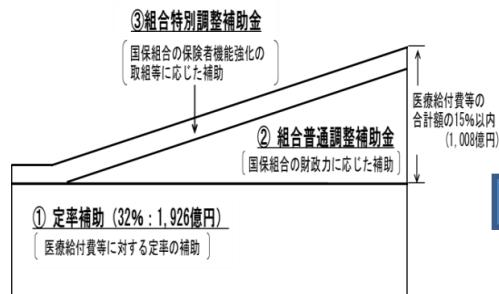
被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助の見直し

- 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は、負担能力に応じた負担とする観点から、各組合への財政影響も考慮しつつ、平成28年度から5年間かけて段階的に見直すこととし、所得水準に応じて13%から32%の補助率とする。
- 具体的には、所得水準が150万円未満の組合には32%の定率補助を維持し、150万円以上の組合に対しては所得水準に応じ段階的に引き下げ、240万円以上の組合については13%とする。
- また、被保険者の所得水準の低い国保組合の国庫補助に影響が生じないようにするため、調整補助金を15.4%まで段階的に増額する。

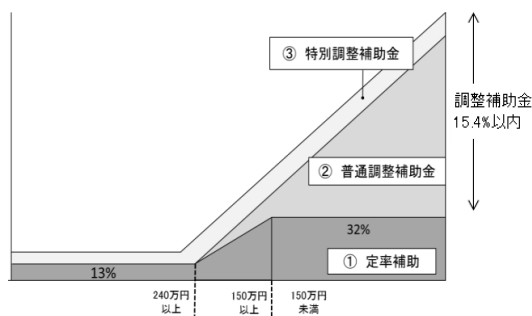
国保組合・・・同業同種の者を対象に国保事業を行うことができる公法人

(医師・歯科医師・薬剤師:92組合/建設関係32組合/一般業種38組合 計162組合(277万人※))※被保険者数は平成29年度末

H27年度の国庫補助



見直し (2020年度)



所得水準の高い国保組合の国庫補助の見直し

	国保組合の平均所得	2015年度	2016～2019年度	2020年度
定率補助	150万未満		32% (現行通り)	
	150万以上 160万未満 ～ 240万以上	32%	30.0% ※所得水準10万円毎に2%ずつ調整する、段階的なきめ細かい補助率を設定 ※5年間かけて段階的な見直し	
			13.0%	
調整補助金の総額の国保組合の医療給付費等の総額に対する割合		15%以内		15.4%以内

※ 国保組合の平均所得を算出するに当たっては、他制度との均衡を考慮し、各被保険者の所得の上限額(1200万円)を設定し計算する。

※ 平成9年9月以降の組合特定被保険者に係る定率補助の補助率については、医療給付分については、13%にて一定。後期高齢者支援金、介護納付金については、他の被保険者に係る補助率と同様の減率とし、今回の見直しで13%まで引き下げる。

○2016年度以降における国保組合に係る定率補助率(予定)

	国保組合の平均所得	2015年度 以前	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	
定率補助	150万円未満	32%	32%					
	150万円以上 160万円未満		31.6%	31.2%	30.8%	30.4%	30.0%	
	160万円以上 170万円未満		31.2%	30.4%	29.6%	28.8%	28.0%	
	170万円以上 180万円未満		30.8%	29.6%	28.4%	27.2%	26.0%	
	180万円以上 190万円未満		30.4%	28.8%	27.2%	25.6%	24.0%	
	190万円以上 200万円未満		30.0%	28.0%	26.0%	24.0%	22.0%	
	200万円以上 210万円未満		29.6%	27.2%	24.8%	22.4%	20.0%	
	210万円以上 220万円未満		29.2%	26.4%	23.6%	20.8%	18.0%	
	220万円以上 230万円未満		28.8%	25.6%	22.4%	19.2%	16.0%	
	230万円以上 240万円未満		28.4%	24.8%	21.2%	17.6%	14.0%	
	240万円以上		28.2%	24.4%	20.6%	16.8%	13.0%	
調整補助金の総額の国保組合の医療給付費等の 総額に対する割合	15%以内	15.1%以内	15.2%以内	15.3%以内	15.4%以内	15.4%以内		

※国保組合の平均所得を算出するに当たっては、他制度との均衡を考慮し、各被保険者の所得の上限額(1200万円)を設定し計算する。

※平成9年9月以降の組合特定被保険者に係る定率補助の補助率については、医療給付分については、13%にて一定。後期高齢者支援金、介護納付金については、他の被保険者に係る補助率と同様の逓減率とし、今回の見直しで13%まで引き下げる。

平成30年度国民健康保険組合の所得調査結果について

○調査実施組合

全162組合中、114組合が実施

※ 未実施の国保組合は、国庫補助(定率補助、普通調整補助金、事務費負担金)の算定において、所得水準(1人当たり課税標準額)が最も高い国保組合と同じ水準であるものとして算定する。

○調査対象者

平成30年5月1日現在の組合員及びその家族

○調査項目

平成30年度市町村民税に係る課税標準額(平成29年分所得)

○調査方法

- ・マイナンバーを活用した情報連携により、対象者の課税標準額を調査する方法
- ・対象者からの課税標準額の証明書の提出により調査する方法

○調査結果概要

- ・平成30年度所得調査を実施した国保組合の業種すべてにおいて、平成26年度所得調査と比べ、一人当たり市町村民税課税標準額の上昇が見られた。
- ・一般業種及び建設関係の国保組合においては、平均で20%以上の上昇が見られた。
- ・43組合において平均所得別の補助率の区分(カテゴリー)に変動が見られた。

※平均所得の上昇によりカテゴリーが「+」となった組合：38組合
平均所得の減少によりカテゴリーが「-」となった組合：5組合

業種別の1人当たり市町村民税課税標準額

過去3回の調査比較 (単位:万円)

	上限1200万			
	21年度	26年度	30年度	増減率 (26→30)
医師	338	356	—	—
歯科医師	189	193	194	0.5%
薬剤師	195	213	217	1.9%
一般業種	114	116	141	21.6%
建設関係	69	77	95	23.4%
合計	151	163	177	8.6%

※医師は平成30年度調査未実施のため、課税標準額及び増減率を表記していない。
※一般業種国保組合(1組合)は調査未実施であるが、前回調査との比較に用いるため、業種別課税標準額の算出の際には平成26年度調査結果の値を使用している。

特別調整補助金（保険者機能強化分）

【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 等
- (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)レセプト・健診データによる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 …審査を強化する取組の実施等に係るリーフレット等の作成 等

②適用適正化事業

- 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 …データヘルス計画の策定 等
- (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 …国保組合が独自に実施するがん検診 等

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 …エイズ予防・ウィルス性肝炎予防に関するパンフレット作成、講習会の開催等

特別調整補助金（その他特別な事情がある場合）

【補助対象事業】

①東日本大震災による財政負担増

- (1) 保険料減免の特例措置に対する財政支援
- (2) 一部負担金免除の特例措置に対する財政支援

②臓器提供の意思表示に係る被保険者証等の様式変更等に伴う財政負担増

- (1) 制度周知用チラシ、パンフレット等の作成に要した費用
- (2) 臓器提供の意思表示をした内容を保護するシールの作成に要した費用
- (3) 被保険者証等の様式変更又は臓器提供意思表示シールの作成に要した費用（被保険者証等の作成費用を除く）

③社会保障・税番号制度に係る周知・広報等に伴う財政負担分

④平成30年度所得調査に伴う財政負担分

⑤社会保障・税番号制度システム整備費の支出に伴う財政負担増

- (1) 平成30年7月のデータ標準レイアウト改版に伴うシステム改修費用等のうち平成30年度に要した費用
- (2) 平成31年6月のデータ標準レイアウト改版に伴うシステム改修費用等のうち平成30年度に要した費用

⑥平成30年7月豪雨による財政負担増

- (1) 保険料減免の特例措置に対する財政支援
- (2) 一部負担金免除の特例措置に対する財政支援

⑦令和元年台風第19号等による財政負担増

- (1) 保険料減免の特例措置に対する財政支援
- (2) 一部負担金免除の特例措置に対する財政支援

⑧定率補助率見直しによる激変緩和措置

- (1) 組合特定被保険者の割合が少ない組合
- (2) 支出に占める、前期高齢者納付金及び後期高齢者支援金の割合が多い組合

令和元年度国保組合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】

- 特定健康診査・特定保健指導の受診率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。
- 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。

【評価指標ごとの加点の考え方について】

- 評価指標ごとに医療費適正化の効果、取組の困難さ等を総合的に判断し、15～100点を配点する。

○平成30年度からの主な変更点

- 歯科健診の実施状況や重複・多剤投与者に対する取組などの評価指標の改正。
- 重症化予防の取組の実施状況などの配点を引き上げ。
- 被保険者へのインセンティブの提供の実施などの包括指標を分割。

○令和元年度の評価指標について

保険者共通の指標

指標① 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群の減少率

- 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率
- メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

指標② 特定健康診査・特定保健指導に加えて、他の健康診査の実施や健康診査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

- 被保険者へのインセンティブの提供の実施
- 被保険者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・多剤投与者に対する取組

指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

- 後発医薬品の使用促進の取組
- 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

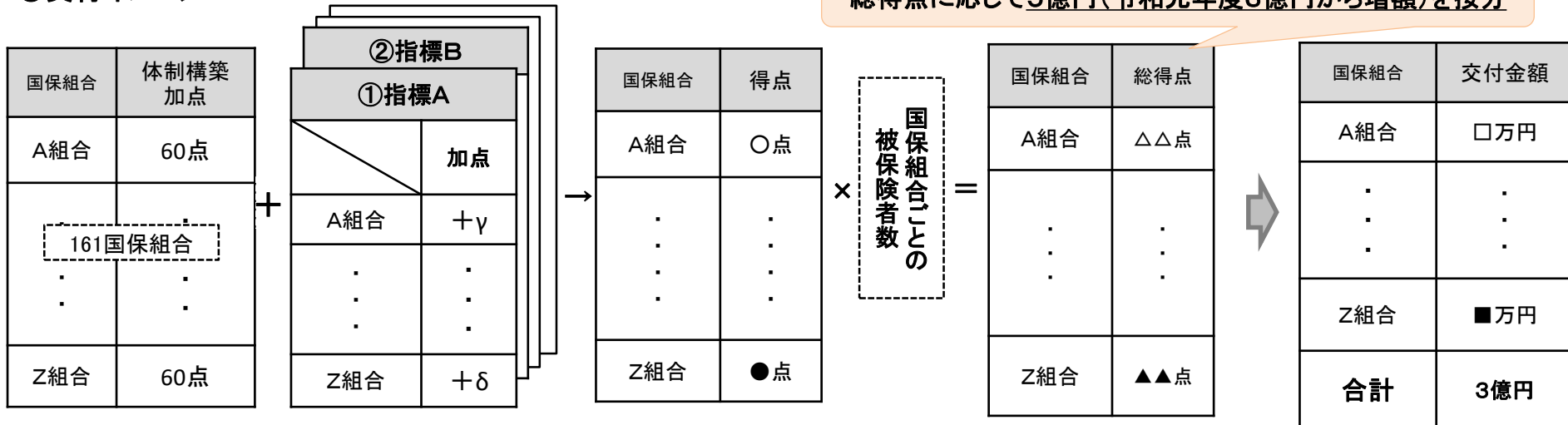
令和元年度における国民健康保険組合の保険者インセンティブの評価指標について

○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状況
80点	重症化予防の取組の実施状況
70点	健康・体力づくり事業に係る実施状況
55点	被保険者へのインセンティブ提供の実施
50点	特定健康診査の受診率、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、重複・多剤投与者に対する取組
45点	がん検診受診率
40点	適正かつ健全な事業運営の実施状況
35点	後発医薬品の使用促進の取組、第三者求償の取組状況
25点	歯科健診実施状況、被保険者への分かりやすい情報提供の実施、医療費通知の取組の実施状況
15点	予防接種の実施状況

令和2年度の評価指標について、現在検討中
春頃、公表予定

○交付イメージ



総得点に応じて5億円(令和元年度3億円から増額)を按分

令和元年度における国民健康保険組合の保険者インセンティブに係る作業スケジュール

