

国民健康保険改革の施行に向けて

平成29年1月12日

厚生労働省保険局国民健康保険課

＜本日ご説明する内容＞

1. 国保制度における財政支援・子ども減額調整措置関係
2. 国保改革に係るスケジュール関係
3. 納付金関係
4. 国保運営方針関係
5. システム関係
6. 制度改正関係
7. 医療費適正化関係
8. 直近の動きについて
9. 国保組合関係
10. マイナンバー関係

1. 国保制度における財政支援

- ・子ども減額調整措置関係

国民健康保険の改革による制度の安定化（当初の案）

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

- ※ 公費約3,400億円は、現在の国保の保険料総額（約3兆円）の1割を超える規模
- ※ 被保険者一人当たり、約1万円の財政改善効果

<平成27年度から実施> (①)

- **低所得者対策の強化**のため、低所得者数に応じた自治体への財政支援を拡充**（約1,700億円）**

<平成29年度まで> (②)

- 平成27年度から、**財政安定化基金を段階的に造成**等（平成27年度200億円⇒平成29年度約1,700億円）

<平成30年度から実施>（毎年約1,700億円）(③)

- 財政調整機能の強化**（財政調整交付金の実質的増額）
 ※自治体の責めによらない要因による医療費増・負担への対応（精神疾患、子どもの被保険者数、非自発的失業者等） } 700～800億円
- 保険者努力支援制度**…医療費の適正化に向けた取組等に対する支援 } 700～800億円 等

（参考）①②③の推移

（単位：億円）

	27年度	28年度	29年度	30年度 （都道府県移行）
①低所得者対策の強化	1700	1700	1700	1700
②財政安定化基金の造成等 （保険料の激変緩和にも活用）	200	400	1700	
③国保改革に伴う財政基盤の強化 （保険者努力支援制度等）				1700

消費税財源
（5⇒8%）

総報酬割化
財源

国民健康保険における財政支援について

平成28年12月22日

国民健康保険制度の基盤強化に関する
国と地方の協議(国保基盤強化協議会)

- 国保への財政支援の拡充については、後期高齢者支援金の全面総報酬割の実施に伴い生じる国費を含めた社会保障の充実財源の中で、下記の通り対応する。
 - ① 平成30年度以降、国保改革（都道府県単位化）と併せて実施される保険者努力支援制度等の実施のために必要となる約1,700億円を確保その際、平成30年度及び31年度においては財政安定化基金の一部を活用
 - ② 平成29年度予算においては、都道府県が保険料の激変緩和を目的として市町村に資金を交付するための約300億円及び上記①による活用も念頭に置いた約500億円を別途財政安定化基金の積立てとして措置
 - ③ 上記②による積立て分を除く財政安定化基金については、平成29年度はこれまでの積立て分と合わせて1,700億円規模を確保するとともに、平成32年度末までに速やかに必要な積み増しを行い、2,000億円規模を確保
- 平成30年度の国保改革の施行に向け、国として必要な情報等を速やかに示しつつ、引き続き、地方との協議を進める。

国保への財政支援の拡充について（イメージ）

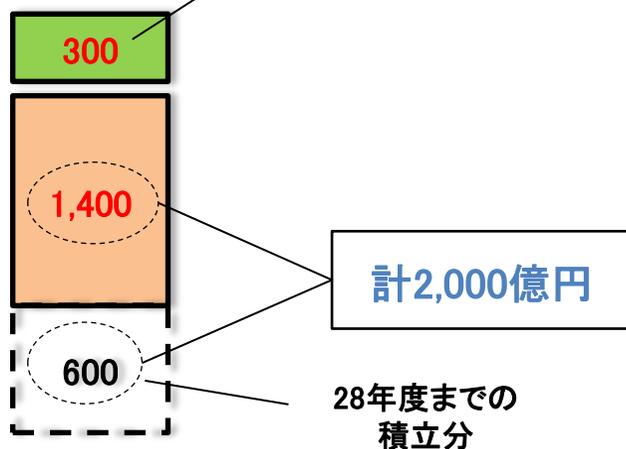
当初案

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

毎年度の事業費
への補助



特例基金積立分
(保険料の激変緩和に活用)

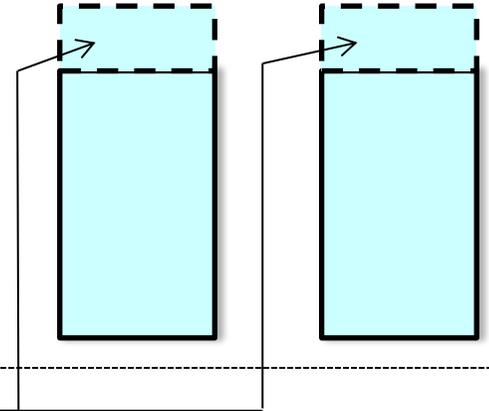


財政安定化基金

変更後

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

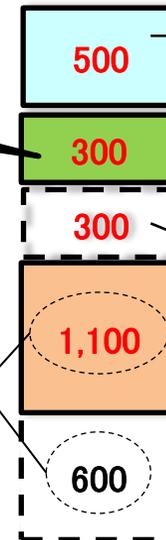
【ポイント①】
平成30年度以降の
1,700億円の予算の
確保



【ポイント②】
激変緩和のための
300億円を確保

【ポイント③】
制度施行時に
1,700億円を確保

計1,700億円
(▲300億円)



【ポイント④】
平成32年度末までに速
やかに必要な積み増し
を行い、2,000億円規
模を確保

「子どもの医療制度の在り方等に関する検討会」議論のとりまとめ 及び「ニッポン一億総活躍プラン」における記載

「子どもの医療制度の在り方等に関する検討会」議論のとりまとめ（平成28年3月28日）（抄）

3. 子どもの医療に関わる制度

この子どもの医療に関する国保の減額調整措置については、本検討会でも賛否両面から様々な意見があったが、「一億総活躍社会」に向けて政府全体として少子化対策を推進する中で、地方自治体の取組を支援する観点から、早急に見直すべきとの意見が大勢を占めた。

その際には、

- ・ 医療費無償化による受診拡大等が医療保険制度全体の規律や医療提供体制に与える影響
- ・ 負担能力に応じた負担とする視点や過度な給付拡大競争の抑制
- ・ 小児科のかかりつけ医の普及、保護者等への啓発普及、他の子育て支援策の充実など併せて取り組むべき事項
- ・ 必要となる公費財源や財源の有効活用など財政再建計画との整合性

等の観点を踏まえつつ、検討を行うべきである。

「ニッポン一億総活躍プラン」（平成28年6月2日閣議決定）（抄）

3. 「希望出生率1.8」に向けた取組の方向

（5）若者・子育て世帯への支援

子育て中の保護者の約4割が悩みや不安を抱えており、妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援を実施する子育て世代包括支援センターについて、児童福祉法等改正により市町村での設置の努力義務等を法定化し、平成32年度末（2020年度末）までの全国展開を目指す。

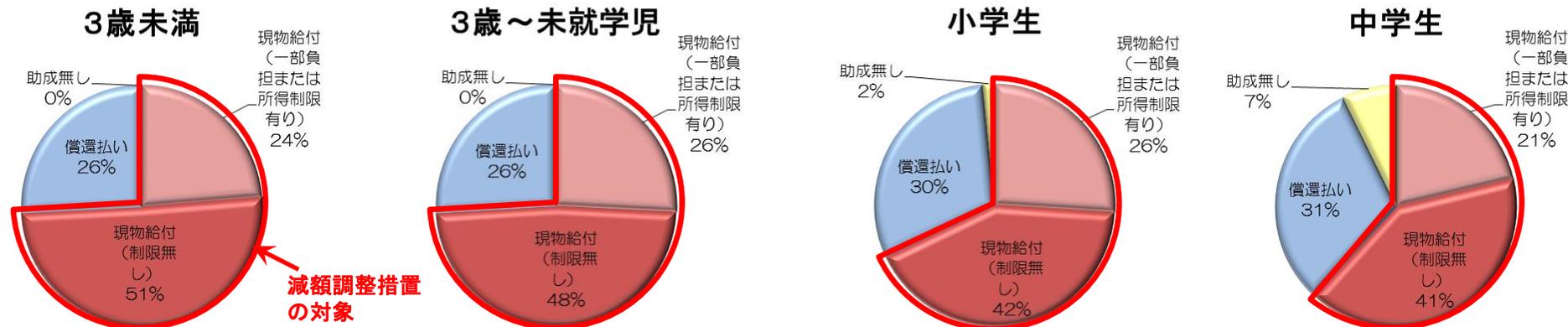
結婚年齢等の上昇と医療技術の進歩に伴い、不妊に悩む方が増加しており、不妊専門相談センターを平成31年度（2019年度）までに全都道府県・指定都市・中核市に配置して相談機能を強化し、不妊治療支援の充実を継続するとともに、不妊治療をしながら働いている方の実態調査を行い、必要な支援を検討する。

地域において分娩を扱う施設の確保など、小児・周産期医療体制の充実を図る。子どもの医療制度の在り方等に関する検討会でのとりまとめを踏まえ、国民健康保険の減額調整措置について見直しを含め検討し、年末までに結論を得る。

子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置について

- 地方公共団体が独自に行う子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置については、「ニッポン一億総活躍プラン」(平成28年6月2日閣議決定)において、「子どもの医療制度の在り方等に関する検討会 議論の取りまとめ」(平成28年3月28日)を踏まえ、見直しを含め検討し、年末までに結論を得るとされていた。
 - 本年10月に、医療保険制度における子どもの自己負担額(3割、ただし未就学児は2割)分に係る医療費助成について調査したところ、市町村ごとに、対象年齢、自己負担の有無等で様々な違いがあるが、未就学児に限定すれば、すべての市町村が何らかの医療費助成を実施していることが明らかとなった。
 - このような実態や社会保障審議会医療保険部会等の議論も踏まえ、自治体の少子化対策の取組を支援する観点から、平成30年度より、未就学児までを対象とする医療費助成については、国保の減額調整を行わないこととした。
(「ニッポン一億総活躍プラン」に基づく子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置に関する検討結果について)(保国発1222第1号平成28年12月22日付け国民健康保険課長通知))
- ※ 見直しにより生じた財源については、各自治体において、更なる医療費助成に拡大ではなく他の少子化対策の拡充に充てることを求める。

(参考)子ども医療費助成の実施状況(入院・市町村数ベース)



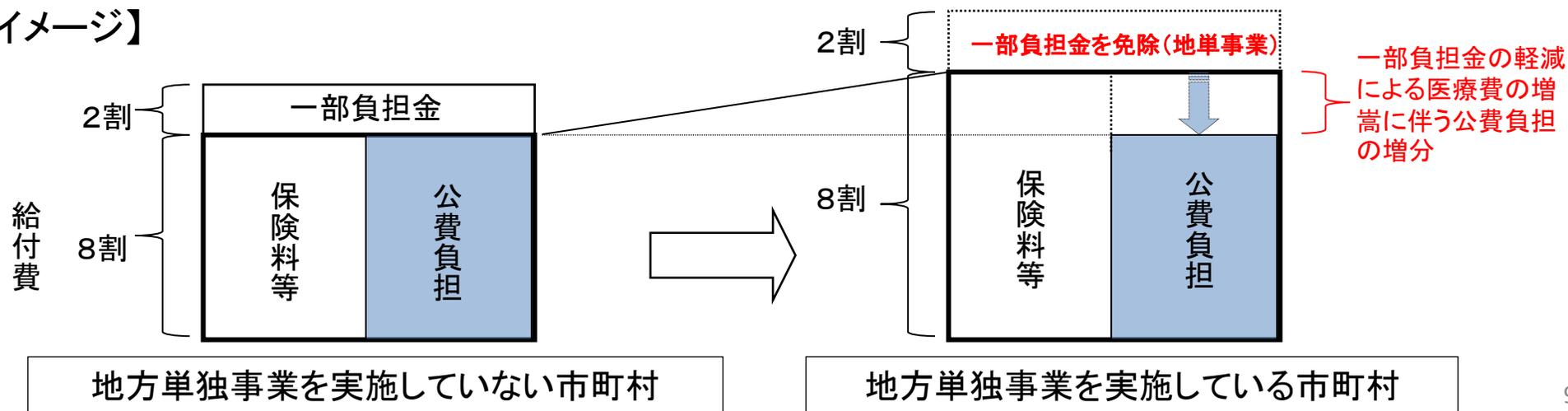
※平成28年10月6日付け「乳幼児等に係る医療費の援助についての追加調査」(速報)

(参考) 地方単独事業に係る市町村国保の公費負担の調整

- 医療保険制度では、医療を受けた人と受けない人との公平や適切な受診を確保する観点から一部負担金を求めている。
- 地方単独事業により、一部負担金が法定割合より軽減される場合、一般的に医療費が増嵩するが、この波及増分については、その性格上、当該自治体が負担するものとされ、国庫の公平な配分という観点から、減額調整をしている。

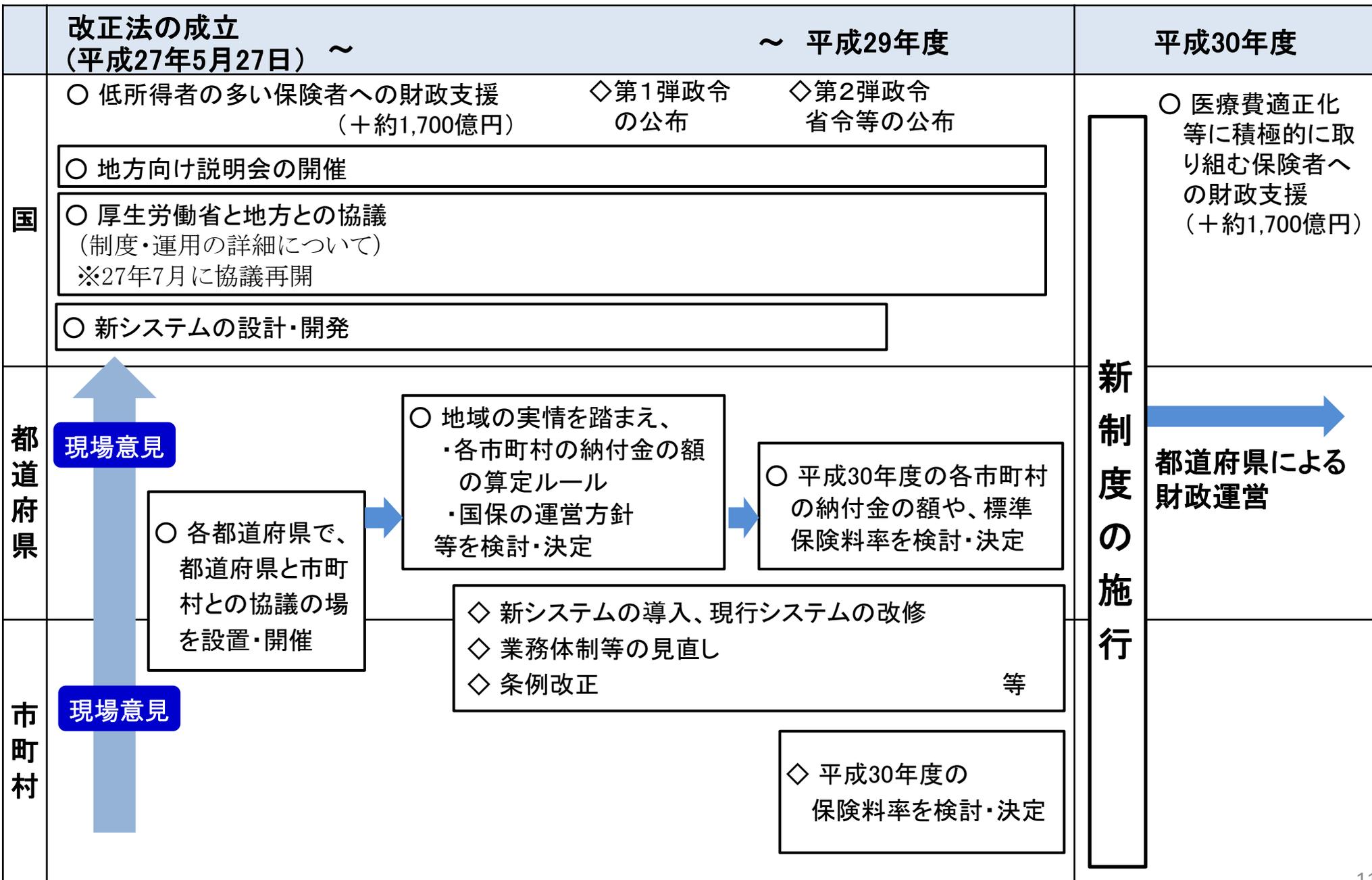
平成26年度	子ども	
	未就学児	小学生以上
減額調整の規模	75.6億円	37.6億円
対象市町村数	1,410	1,188

【イメージ】



2. 国保改革に係るスケジュール関係

国保改革の主な流れ (イメージ)



(参考)国保改革に係る平成28年度の検討スケジュール(案)

	平成28年4月	7月	12月	平成29年1月	3月
財政運営等の 仕組み <small>(保険料(税)のあり方 特別高額医療費共同事業 保険者努力支援制度 キャッシュフロー)</small>	事務レベルWGにおいて 仕組みを検討	国保保険税のあり方について、税制改正プロセス 事務レベルWGにおいて 仕組みを検討 政令案①の提示	政令案②の提示 都道府県と市町村の協議の場において、納付金算定方式等を協議 (10月以降は試算結果を活用) 第1回試算	事務レベルWGにおいて 仕組みを検討(公費中心) 第2回試算	保険者努力支援制度について、前倒し分の施行状況を踏まえ、30年度以降の指標・仕組みの詳細を検討
財政安定化基金 (特例基金含む)	事務レベルWGにおいて 仕組みを検討	<small>(29年度 概算要求)</small> 28年度分 内示	政令案・基金取扱要領(例)の提示 <small>(29年度 予算案決定)</small> 28年度分 交付決定		
保険給付費等交付金 ・都道府県繰入金	事務レベルWGにおいて ガイドライン(案)を検討	ガイドライン 決定	都道府県と市町村の協議の場において保険給付費等交付金、都道府県繰入金の 規則等を検討		
事務運営 <small>都道府県による給付点検 都道府県による不正利得 回収 都道府県から国保連への 支払</small>	事務レベルWGにおいて仕組み を検討	都道府県と市町村の協議の場において、都道府県単位の資格管理、高額療養費該当回数の通算、 都道府県における給付点検等の医療費適正化、事務の標準化・効率的・広域化の検討(国保運営方針の中で検討) 不正利得回収の契約案を検討			
標準事務処理システム	システム開発 <small>※随時説明会を実施</small>	市町村標準システム導入判断	納付金システム 簡易版配布	情報集約 共同委託契約案 の通知	自庁システムの改修
その他	事務レベルWGにおいて必要に 応じて検討	ブロック会議			

※ 上記のスケジュールは平成28年10月時点の見込みであり、検討状況により変更がありうる。また、都道府県等の取組については、目安である。

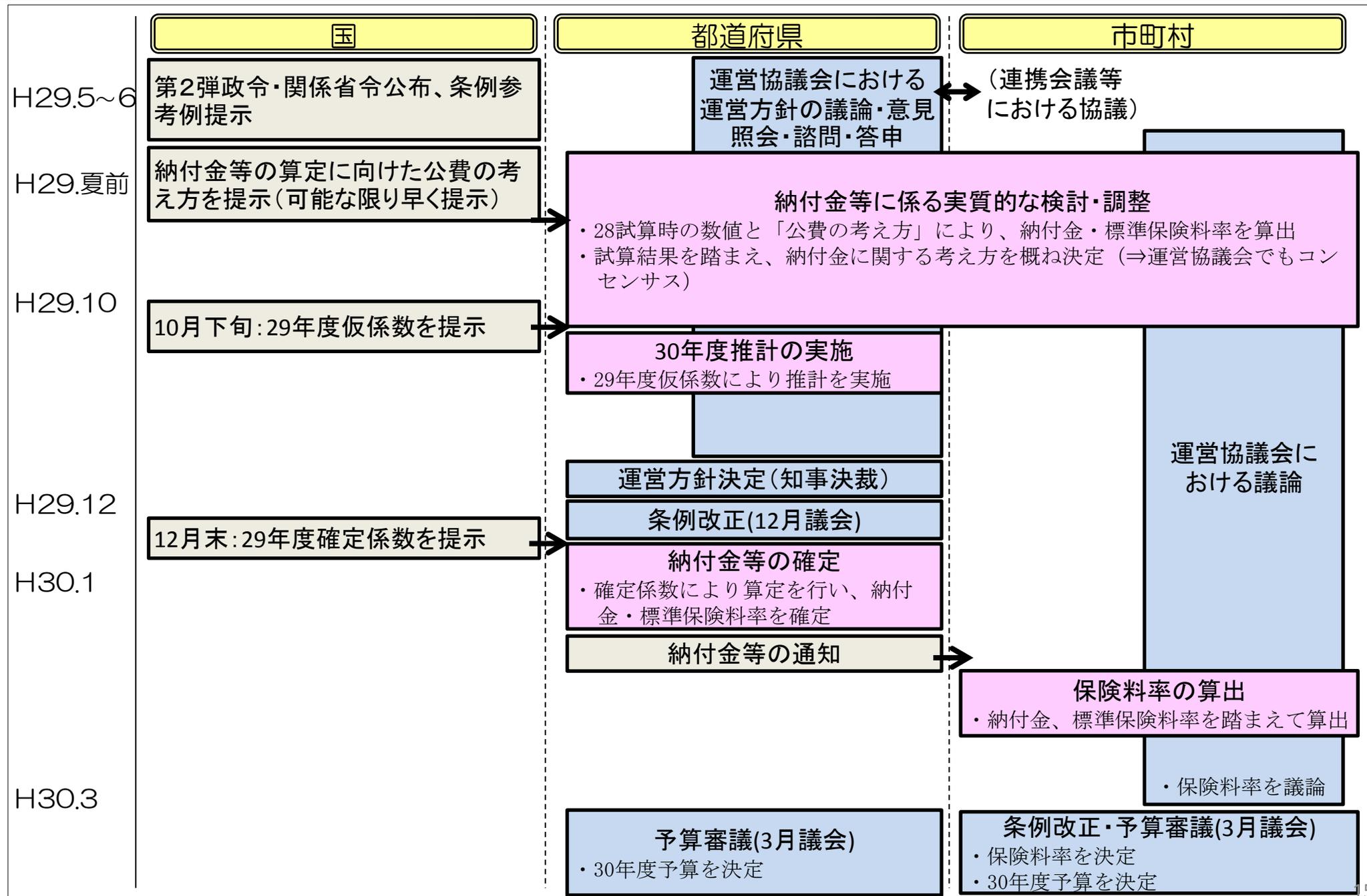
(参考)国保改革に係る平成29年度の検討スケジュール(案)

	平成29年4月	8月	12月	平成30年1月	3月
財政運営等の仕組み <small>(保険料(税)のあり方 特別高額医療費共同事業 保険者努力支援制度 キャッシュフロー)</small>	国保保険税条例(例)の提示 納付金ガイドライン改正 事務レベルWGにおいて 仕組みを検討(公費中心)	第3回試算(29年度) 運営協議会 諮問・答申	予算編成 (30年度の納付金・市町村との調整) 運営方針 策定・公表 納付金 条例制定	30年度(特別会計)予算 市町村保険料(税)条例 議会審議・成立	
都道府県と市町村の協議の場において、納付金算定方式・赤字の解消等を協議					
財政安定化基金 (特例基金含む)	基金条例(例)の提示 基金条例・基金取扱要領の検討	基金条例 制定	29年度分 内示(P)	29年度分 交付決定	基金運営 要綱制定
保険給付費等交付金・都道府県繰入金	事務レベルWGにおいて ガイドライン改正を検討	交付金 ガイドライン 改正	都道府県と市町村の協議の場において保険給付費等交付金、都道府県繰入金の 規則等を検討		給付費交付 金・繰入金 規則等制定
事務運営 <small>(都道府県による給付点検 都道府県による不正利得 回収 都道府県から国保連への 支払)</small>	事務レベルWGにおいて 仕組みを検討 不正利得回収の 契約案を検討	契約案 の通知 都道府県における給付点検について協議 (国保運営方針の中で検討)	診療報酬の支払方法について検討		審査支払契約 不正利得 回収契約
医療費適正化、事務の標準化・効率化・広域化の検討(国保運営方針の中で検討)					
標準事務処理システム	情報集約 共同委託契約 情報集約システム 配布・連携テスト	納付金システム 機能改善	市町村標準システム 配布	納付金システム(基金 管理・収納管理)	
自庁システムの改修・クラウド環境の構築・運用					
その他	事務レベルWGにおいて 必要に応じて検討	ブロック会議			

※ 上記のスケジュールは平成28年10月時点の見込みであり、検討状況により変更がありうる。また、都道府県等の取組については、目安である。

3. 納付金関係

納付金・標準保険料率、市町村保険料の決定フロー(事務レベルWGの議論を踏まえ検討中)



[政省令改正にあたっての基本的な考え方]

- 国保改革に伴う政省令改正に当たり、平成30年4月1日施行日までの間、各自治体における条例改正等の準備期間を十分に確保する必要がある。
- 具体的には、平成29年9月議会にて改正条例を審議いただくことを想定し、平成29年春を目処に政省令を公布すると共に、条例参考例をお示しする予定。
- ただし、国民健康保険税については、地方税法の改正が必要となる。法改正後における自治体の準備期間を確保するためには、平成29年の通常国会に地方税法改正案を提出する必要があることに鑑み、

⇒ 地方税法改正に影響する「国民健康保険料に係る国保令改正事項」に限り、29年1月に公布 ...【第1弾政令】
 (29年1月に国保令公布→29年通常国会に地方税法改正案を提出)

⇒ 国民健康保険料以外の政令改正事項は、前述のとおり29年春を目処に公布(省令公布・条例参考例提示) ...【第2弾政令】

※ 総務省自治税務局と協議済

[(参考)政令の主な改正事項]

第1弾(保険料関係) 29年1月公布予定

※ p3概要、別紙1(新旧対照条文)ご参照

- 保険料の賦課に関する基準(国保令第29条の7の改正)：基礎賦課総額、後期高齢者支援金等賦課額、介護納付金賦課額の算定ベースの変更等

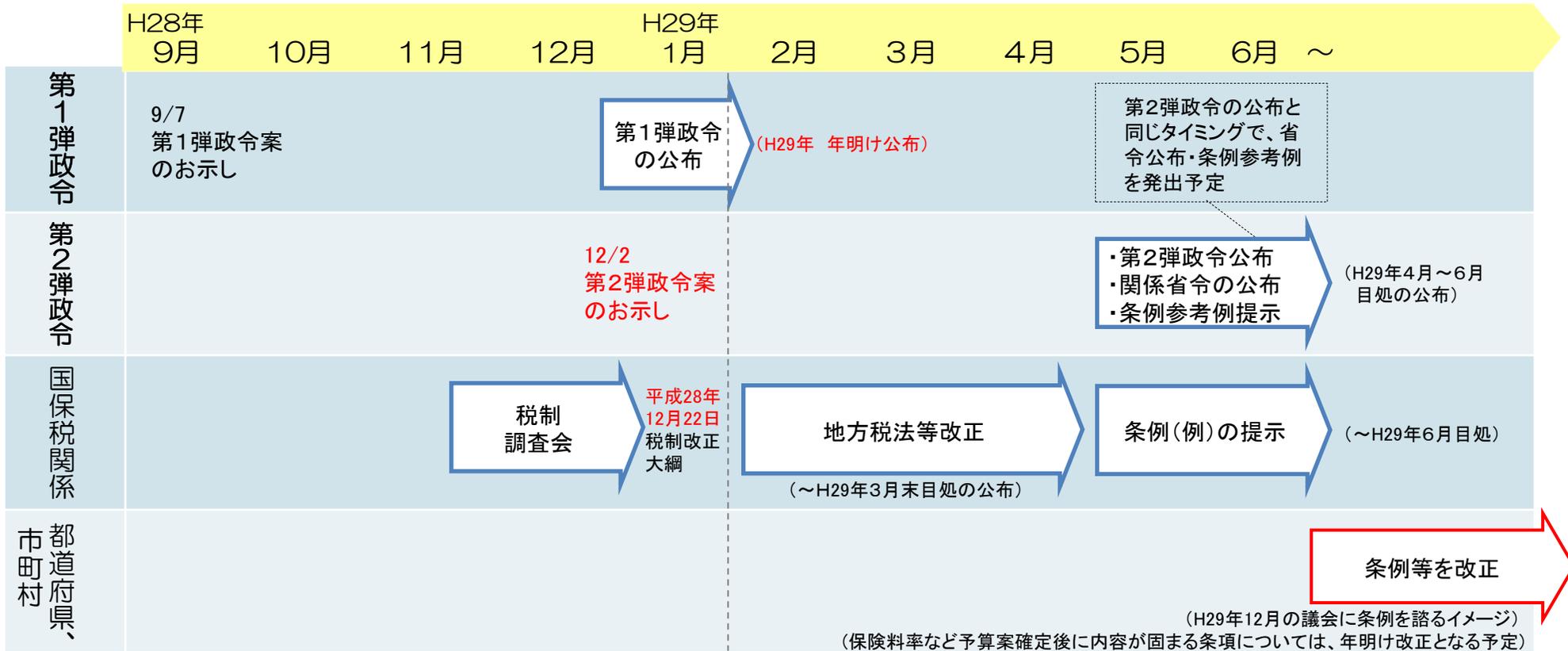
第2弾(保険料関係以外) 29年春公布予定

※ 別紙2(国保法等改正法 政令及び省令委任事項一覧)ご参照

- 国民健康保険運営協議会の組織(国保令第3, 4条の改正)：委員構成(被用者等保険者の代表を追加)、任期等の変更
- 高額療養費の多数回該当(国保令第29条の2等の改正)：県内市町村間で異動した場合の通算を可能に
- 都道府県から国保連への交付金直接支払い(算定政令に新設)：交付金収納事務の国保連委託を可能に
- 療養給付費等負担金(算定政令第2条の改正)：都道府県に対する国庫負担金の算定方法の規定
- 保険者努力支援制度(算定政令第4条、第4条の2の改正)：交付要件等の規定
- 都道府県繰入金(算定政令第4条の2の改正)：繰入れ額の考え方の規定
- 国民健康保険事業費納付金(算定政令に新設)：算定方法、算定に用いる係数等の規定
- 財政安定化基金(算定政令に新設)：貸付・交付額の算定方法、繰入れ額の考え方等の規定
- 高額医療費負担金・特別高額医療費共同事業(算定政令に新設)：交付・拠出金の算定方法等の規定

国保改革に伴う政令改正等について（施行までのスケジュール）

【今後のスケジュール】



【(参考)条例の主な改正事項】

[都道府県の条例]

- 国民健康保険保険給付費等交付金の交付に係る規定整備(改正国保法第75条の2第1項)
- 国民健康保険事業費納付金の徴収に係る規定整備(改正国保法第75条の7第1項)
- 国民健康保険運営協議会(都道府県協議会)の委員の定員(国保令第3条第5項改正予定)
- 都道府県繰入金に係る規定整備、繰入れ総額(算定令第4条の2第1,2項改正予定)
- 財政安定化基金の交付事由となる「特別な事情」(算定令に新設予定)
- 財政安定化基金拠出金の徴収方法(算定令に新設予定)

- 財政安定化基金の運用に関し必要な事項(算定令に新設予定)

[市町村の条例]

- 保険料率に関する事項(改正国保法第81条)
- 国民健康保険運営協議会(市町村協議会)の委員の定員(改正国保令第3条第5項)

※ 改正国保法等において、条例で定めることとされている項目を機械的にピックアップしたもの(追加修正ありうべし) 17

第1弾政令(第29条の7保険料関係)改正概要 29年 年初公布予定

●第1項<市町村が徴収する世帯ごとの保険料賦課額について>

- ・ 保険料の賦課額は、現行と同様、①市町村における国民健康保険事業に要する費用(②、③を除く)、②後期高齢者支援金等の納付に要する費用、③介護納付金の納付に要する費用について、それぞれ充てるための賦課額を算定した上で、これらを合算した額となる。
- ・ ただし、新制度(改正国保法第76条)において、①～③が国民健康保険事業費納付金(以下「納付金」という。)の一部として徴収されることを反映するため、①～③の規定ぶりを修正する。

市町村の国保特会を経由するものを、すべからく列記する修正を実施
(保険給付費は普通交付金と相殺されるため、結果は変わらず)

●第2項第1号<基礎賦課総額の算定方法について>

- ・ 新制度における保険料は、下記(ア)に充てるために徴収し、(ア)から下記(イ)を差し引いた額が基礎賦課総額となることを反映する。
- (ア) **当該市町村の保険給付費、当該市町村が都道府県に対して納付する納付金(※1)、財政安定化基金(交付補填分、市町村の貸付返済分)、保健事業費及びその他の費用**
- (イ) **都道府県から交付される国民健康保険保険給付費等交付金(以下「交付金」という。)** ~~のうち特別交付金(※2)~~ その他の収入

※1 納付金の対象となる主な費用は、医療給付費、財政安定化基金(県の貸付返済分)、特別高額医療費共同事業拠出金など。

※2 交付金については、市町村からの納付金と保険給付に要する費用の全額をまかなう「普通交付金」と、各市町村向けの公費等を原資とした「特別交付金」を規定する予定。特別交付金の内訳としては、特別調整交付金(市町村向けに限る)、都道府県繰入金(市町村向けに限る)、保険者努力支援制度分(市町村向けに限る)、特定健康診査等負担金等の市町村ごとに算定される公費が想定される。

●第2項第2号<賦課方式(2方式・3方式・4方式)について> ※第3項第2号、第4項第2号も同様の改正

- ・ 各賦課額の総額を世帯ごとに案分する際の、賦課方式(2方式・3方式・4方式)や、所得割、資産割、被保険者均等割及び世帯平等割の算定方法は変更しないが、標準割合は政令上示さないこととする。これは、新制度においては、各市町村の納付金の算定に当たり、納付金の「応能割額: 応益割額」を「所得係数: 1」とすることを基本としており、保険料についても同様の考え方とすることとしていること、また、「所得係数: 1」以外の割合とすることも認めていることから、全国统一の標準割合を示すことが難しいためである。

●第3項第1号/第4項第1号<後期高齢者支援金等賦課額/介護納付金賦課額の算定方法について>

- ・ 新制度(改正国保法第76条)において、上記②、③が国民健康保険事業費納付金(以下「納付金」という。)の一部として徴収されることを反映するため、②、③の規定ぶりを修正する。

保険料率の定義が国保法上存在しないため、「標準保険料率を参考にする」という規定を置くことは政令上不可とされ、削除(省令に規定予定)

●第5項<市町村標準保険料率について>

~~新制度において、市町村は、保険料率を定めるに当たり(改正後の国保法第81条に基づき、国保令第29条の7第1項～第4項までに規定する保険料賦課額の基準に従うとともに、)市町村標準保険料率(都道府県が各市町村ごとの納付金額をベースに、都道府県内統一の算定方式で算出)を参考にする事となるため、その旨を規定する。~~

附則第4条

- 退職被保険者等分の保険料について、都道府県国保特別会計に計上されることとなった費目を規定から削除する修正を実施。

第2弾政令（納付金・交付金関係）改正概要 29年4～6月頃公布予定

● 国民健康保険保険給付費等交付金（以下「交付金」とする。）について

- ・ 交付金は、普通交付金と特別交付金とする。
- ・ 普通交付金は、各市町村の保険給付に要する費用の額について、都道府県が条例で定めるところにより交付する。
- ・ 特別交付金は、都道府県内の市町村の財政状況等を勘案し、当該市町村の国民健康保険に関する特別会計において負担する国民健康保険事業に要する費用（普通交付金を交付するものを除く。）に充てるものとして都道府県が条例で定めるところにより交付する。

● 国民健康保険事業費納付金（以下「納付金」とする。）について

※ 納付金ガイドラインの規定化

○ 国民健康保険事業費納付金は、下記①～④の合算額。

①一般納付金基礎額（医療分）、②後期高齢者支援金等納付金基礎額、③介護納付金納付金基礎額、

④省令で定めるところにより算定した額（特別高額医療費共同事業負担金など、個別事情に応じて加算又は減額する額）

○ 一般納付金基礎額について

- ・ 各市町村の一般納付金基礎額は、以下の式により都道府県が定める額とする。

納付金等ガイドライン中の記号を用いて表現した算定式

$$\begin{aligned} \text{一般納付金基礎額} &= \text{一般納付金算定基礎額}(C) \times \{1 + \text{医療費水準反映係数}(\alpha) \cdot (\text{年齢調整後の医療費指数} - 1)\} \\ &\times \{ \text{所得係数}(\beta) \cdot \text{都道府県内市町村所得等割合} + \text{都道府県内市町村被保険者等割合} \} / \{1 + \text{所得係数}(\beta)\} \times \\ &\{ \text{一般納付金基礎額調整係数}(\gamma) \} \end{aligned}$$

- ・ 一般納付金算定基礎額は、下記(ア)から(イ)を差し引いた額とする。 ※詳細は次ページご参照
(ア)県内の全市町村における保険給付費の合算額等 (イ)国庫負担金、国調整交付金など
 - ・ 医療費指数反映係数は、0から1までの範囲において都道府県が条例で定める数とする。
 - ・ 年齢調整後医療費指数、所得係数、都道府県内市町村所得等割合（所得割指数、資産割指数）、都道府県内市町村被保険者数等割合（被保険者均等割指数、世帯別平等割指数）、一般納付金算定調整係数の算定方法について定める。
- ※ 上記係数等の算定方法を示し、納付金按分の標準割合については示さないこととする。
- ※ 医療費指数反映係数、年齢調整後医療費指数、所得指数、一般納付金基礎額調整係数は、(政省令)で定めるところにより、都道府県が条例で定めることとする。

○ 後期高齢者支援金等納付金基礎額、介護納付金納付金基礎額についても同様の規定を設ける。

○ 退職被保険者等分の納付金について規定を設ける。

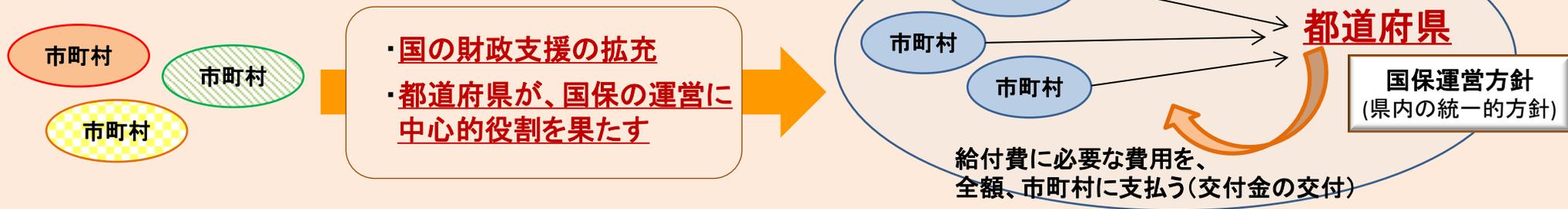
【税制改正関係①】 国民健康保険法の改正に伴う税制上の所要の措置

1. 背景

平成27年5月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国民健康保険事業費納付金を決定するとともに、市町村は、保険料(税)を賦課・徴収し、都道府県に納付金を納める仕組みへ見直すこととされた。

【現行】 市町村が個別に運営

【制度改正後】 都道府県が財政運営責任を担う など中心的役割

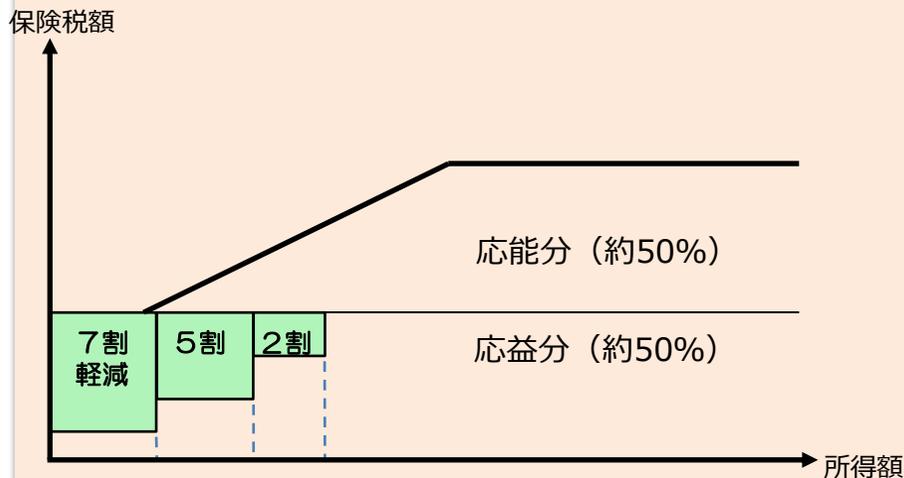


2. 要望内容

持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律の施行に伴い、国民健康保険税の算定方法を一部変更する等の措置を講ずる。

【税制改正関係②】 低所得者に係る国民健康保険税の軽減判定所得の見直し

1. 現行



【現行】 軽減判定所得（平成28年度）

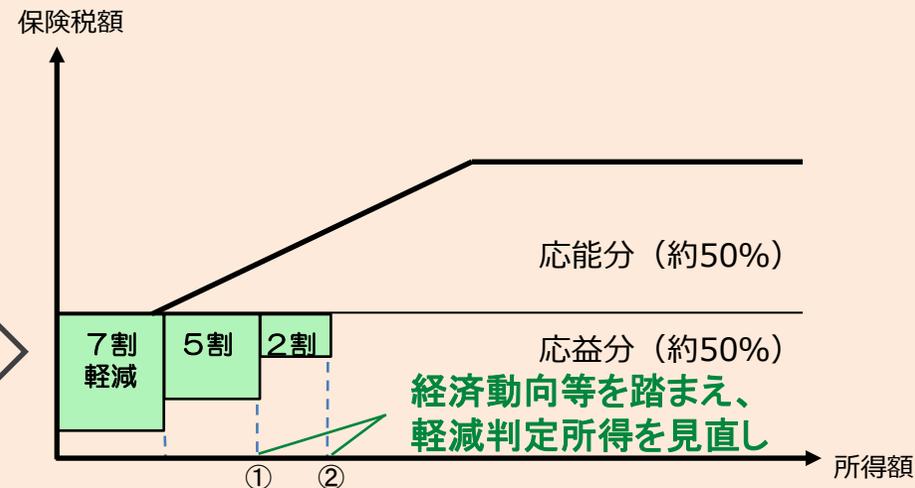
7割軽減基準額＝基礎控除額(33万円)

5割軽減基準額
＝基礎控除額(33万円)＋26.5万円×(被保険者数*)

2割軽減基準額
＝基礎控除額(33万円)＋48万円×(被保険者数*)

*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。

2. 改正後



【改正後】 軽減判定所得（平成29年度）

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)＋27万円×(被保険者数*)

2割軽減基準額
＝基礎控除額(33万円)＋49万円×(被保険者数*)

3. 要望内容

低所得者に対する国民健康保険税の軽減措置の対象となる世帯の軽減判定所得について、経済動向等を踏まえ所要の見直しを行う。

※ 国民健康保険税の賦課限度額については、医療保険部会での議論を踏まえ、見直さないこととする。

■社会保障制度改革国民会議報告書(平成25年8月6日)(抄)

※国保保険料(税)賦課(課税)限度額 関係資料

第2部 社会保障4分野の改革**Ⅱ 医療・介護分野の改革****3 医療保険制度改革****(1)財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保**

医療保険制度における保険料の負担についても、負担能力に応じて応分の負担を求めると通じて保険料負担の格差是正に取り組むべきである。

国民健康保険の保険者の都道府県への移行は財政運営の安定化のみならず保険料負担の平準化に資する取組であるが、このほか、国民健康保険において、相当の高所得の者であっても保険料の賦課限度額しか負担しない仕組みとなっていることを改めるため、保険料の賦課限度額を引き上げるべきである。同様の問題が被用者保険においても生じており、被用者保険においても標準報酬月額上限の引上げを検討するべきである。

■持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(平成25年法律第112号)(抄)

(医療制度)

第四条

7 政府は、持続可能な医療保険制度等を構築するため、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一 (略)

二 医療保険の保険料に係る国民の負担に関する公平の確保についての次に掲げる事項

イ～ハ (略)

ニ 国民健康保険の保険料の賦課限度額及び標準報酬月額等(医療保険各法(国民健康保険法を除く。)に規定する標準報酬月額、標準報酬の月額、給料の額及び標準給与の月額をいう。)の上限額の引上げ

三 (略)

8 政府は、前項の措置を平成二十六年度から平成二十九年までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十七年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。

平成29年度の国保保険料(税)賦課(課税)限度額について

○ 国保料(税)の賦課(課税)限度額については、被用者保険におけるルール(※)とのバランスを考慮し、当面は超過世帯割合が1.5%に近づくように段階的に賦課限度額を引き上げているところ。

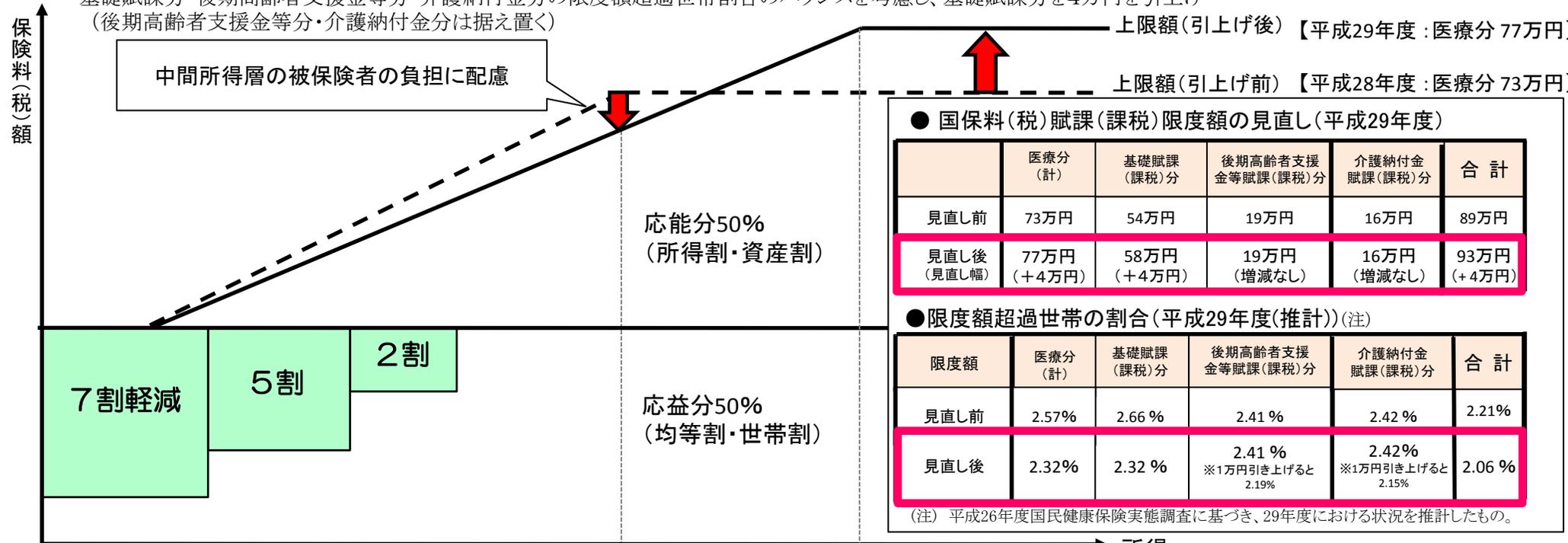
※最高等級の標準報酬月額に該当する被保険者の割合が1.0%~1.5%(平成28年度より0.5%~1.5%)の間となるように法定されている。

- 平成29年度においては、
 - ・ 低中所得層が多く、保険料率の高い市町村においては、相対的に所得の低い世帯の保険料額が賦課限度額に該当することもあること
 - ・ 平成30年度から都道府県が財政運営の責任主体となる制度改革が施行されることを踏まえ、どのように考えるかという論点について、**社会保障審議会医療保険部会において議論。**

⇒【結論】平成30年度からの国保の都道府県単位化を控える中、一度立ち止まって賦課限度額の根本的なあり方について議論していくべきとの医療保険部会での御指摘を踏まえ、平成29年度においては国民健康保険料の賦課限度額は見直さないこととした。

【参考】29年度において、例年通りの引上げを行った場合

…基礎賦課分・後期高齢者支援金等分・介護納付金分の限度額超過世帯割合のバランスを考慮し、基礎賦課分を4万円を引上げ(後期高齢者支援金等分・介護納付金分は据え置く)



※ 限度額(医療分)に達する収入及び所得(注1、注2)
(基礎賦課(課税)分+後期高齢者支援金等分)

【平成28年度】

【平成29年度】

所得

給与収入 約1,040万円 / 年金収入 約1,030万円
(給与所得 約820万円 / 年金所得 約820万円)

給与収入 約1,090万円 / 年金収入 約1,070万円
(給与所得 約860万円 / 年金所得 約860万円)

(注1) 給与収入又は年金収入を有する単身世帯で試算。

(注2) 保険料率等は、旧ただし書・4方式を採用する平成26年度全国平均値で試算。平成26年度 所得割率 8.43%、資産割額 14,845円、均等割額 28,986円、世帯割額 27,509円。同様の考え方で平成29年度の限度額に達する収入を試算すると、3方式の場合には給与収入約960万円/年金収入約950万円、2方式の場合には給与収入約1,100万円/年金収入約1,080万円となる。

改革後の国保財政の仕組み(イメージ)

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

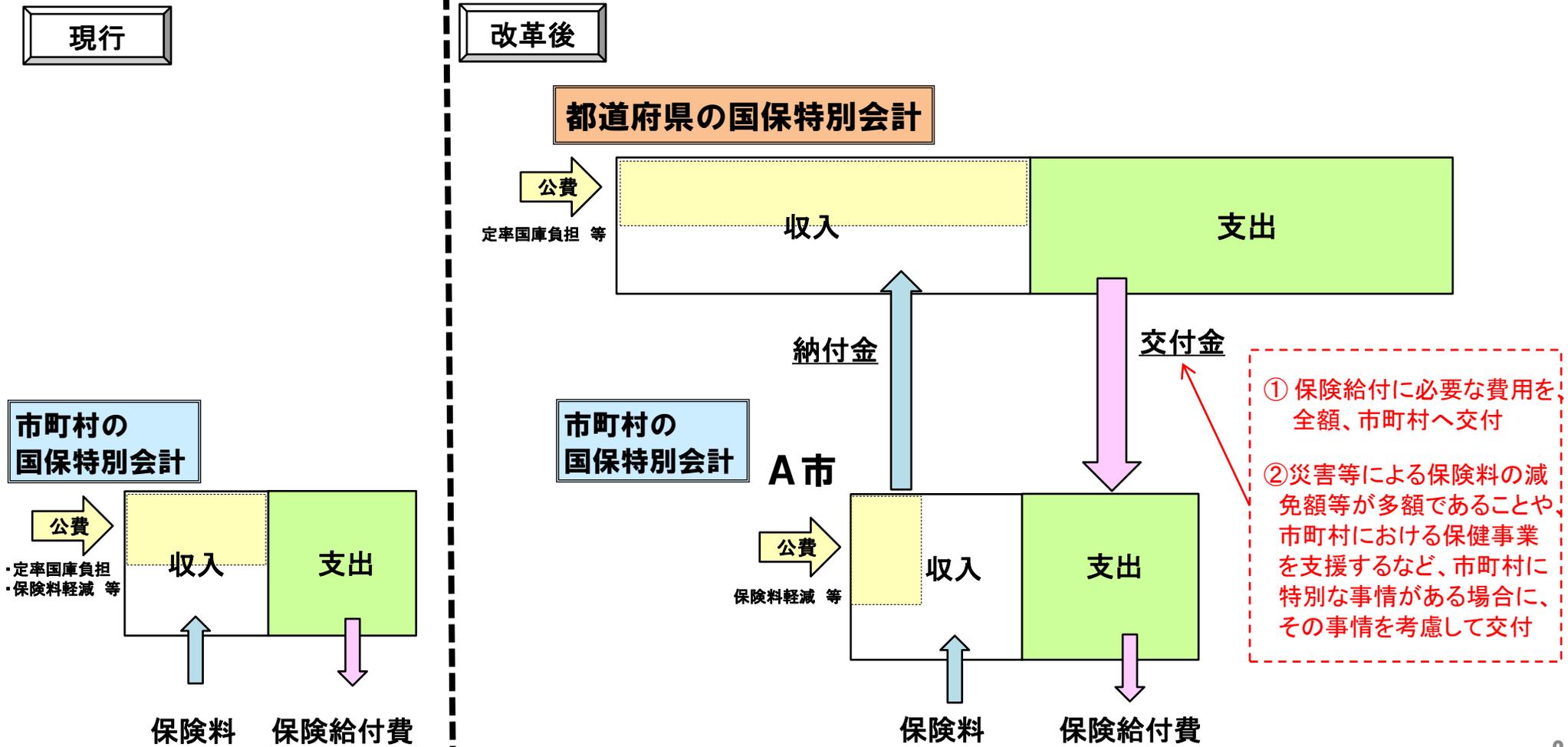
※ 都道府県にも国保特別会計を設置

○ 市町村は、都道府県が市町村ごとに決定した納付金を都道府県に納付する。

※ 納付金の額は、市町村ごとの医療費水準と所得水準を考慮

現行

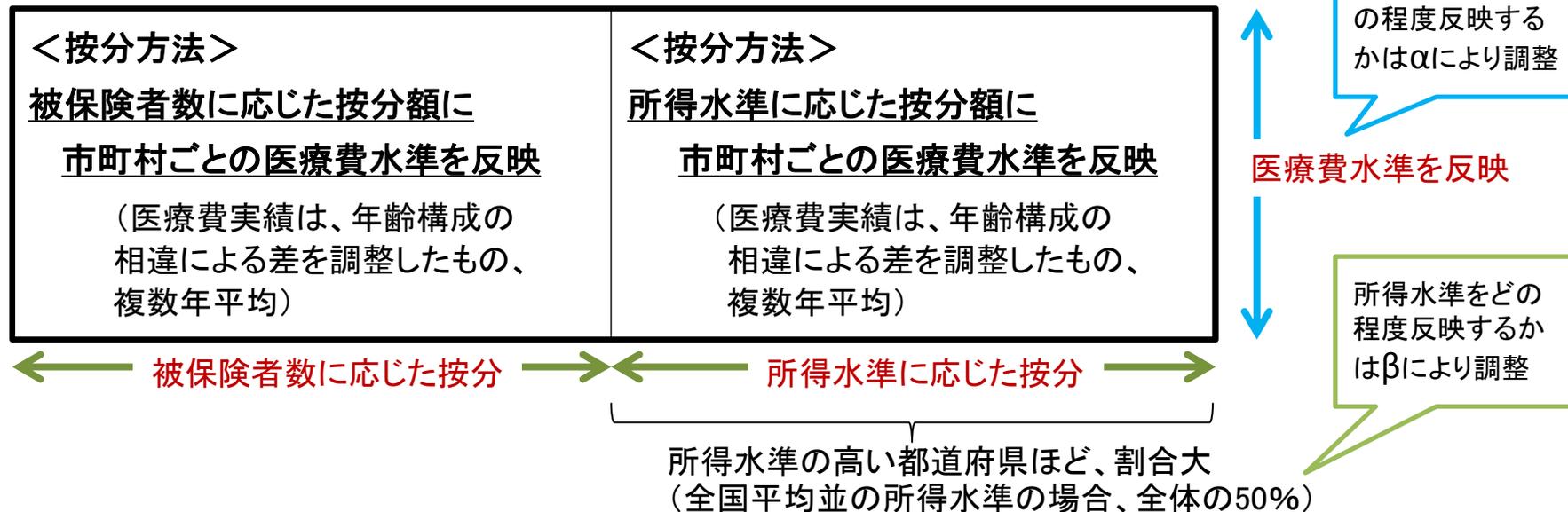
改革後



国保事業費納付金の市町村への配分(イメージ)

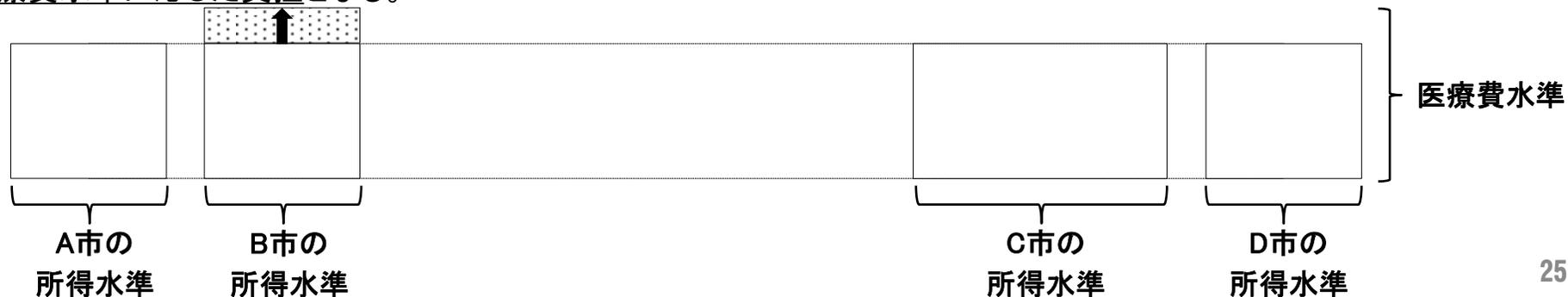
- 都道府県が、都道府県内の保険料収納必要額(医療給付費－公費等による収入額)を市町村ごとの被保険者数と所得水準で按分し、それぞれに医療費水準を反映することにより、市町村ごとの国保事業費納付金の額を決定

〈市町村の納付金額〉



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

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



医療費に係る納付金の計算方法

納付金算定の仕組みを数式にした場合のイメージ(高額医療費等について加味)

$$\begin{aligned} \text{市町村の納付金の額} &= (\text{都道府県での必要総額}) \times \{ \alpha \cdot (\text{年齢調整後の医療費指数} - 1) + 1 \} \\ &\quad \times \{ \beta \cdot (\text{所得(応能)のシェア}) + (\text{人数(応益)のシェア}) \} / (1 + \beta) \\ &\quad \times \gamma \\ &\quad - \text{高額医療費負担金調整} \\ &\quad + \text{地方単独事業の減額調整分} \\ &\quad + \text{財政安定化基金の返済分・補填分 等} \end{aligned}$$

- ※1 α は医療費指数をどの程度反映させるかを調整する係数 ($0 \leq \alpha \leq 1$)
 $\alpha = 1$ の時、医療費水準を納付金額に全て反映。
 $\alpha = 0$ の時、医療費水準を納付金額に全く反映させない(都道府県内統一の保険料水準)。
- ※2 β は所得のシェアをどの程度反映させるかを調整する係数であり、都道府県の所得水準に応じて設定することを原則とする。
- ※3 都道府県で保険料水準を統一する場合に、例外的に、収納率の多寡で保険料率が変化しないよう収納率の調整を行うことも可能とする仕組みとする。
- ※4 γ は市町村の納付金額の総額を都道府県の必要総額に合わせるための調整係数
- ※5 後期高齢者支援金、介護納付金に係る費用については別途所得調整を行う算式により計算した後に納付金額に加算することとする。

試算の位置づけ

○ 今回の試算は、各都道府県におけるあるべき負担のあり方について今後検討を深めるため、現行制度を前提に一定の条件の下で、納付金・標準保険料率をシミュレーションするものである。

※ 試算結果が新制度における各市町村の実際の負担を直接的に示すものではない。

○ この試算結果に基づき、各都道府県における具体的な検討内容としては、

- ・ 納付金の配分方法及び市町村標準保険料率の算定方法の検討
- ・ 激変緩和の条件及び必要規模の検討
- ・ 決算補填等を目的とする法定外の一般会計繰入の削減・解消の検討 等

が考えられる。

また、都道府県の国民健康保険運営協議会への諮問の準備にも活用していただきたい。

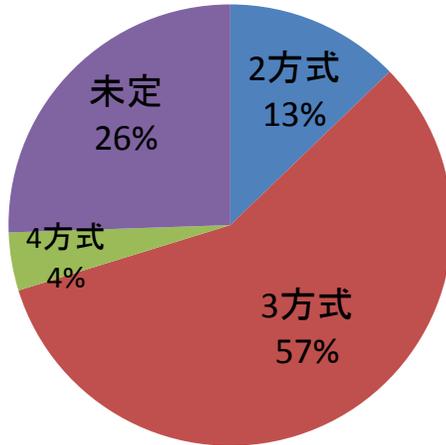
○ 国における制度の検討にも活用する。

試算を見るとききの留意点

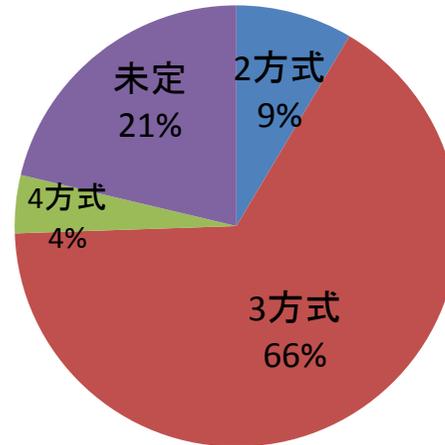
- 今回の試算では、現行制度を前提にした一定の条件を元にした試算であるため、下記の①から④に留意する必要がある。
- ① 普通調整交付金の交付見込額は、市町村ごとの交付実績額を都道府県ごとに合計した額としている。
 - ② 特別調整交付金交付見込額(市町村向け)は平成27年度と同額と見込んでいる。
 - ③ 以下の金額は「0円」としている。
特別調整交付金交付見込額(都道府県向け)、保険者努力支援制度、財政安定化基金積立金、都道府県の事務費・委託費、特例基金繰入金
 - ④ 公費拡充分は考慮していない。

(参考) 国保事業費納付金の配分方式等

納付金の配分方式

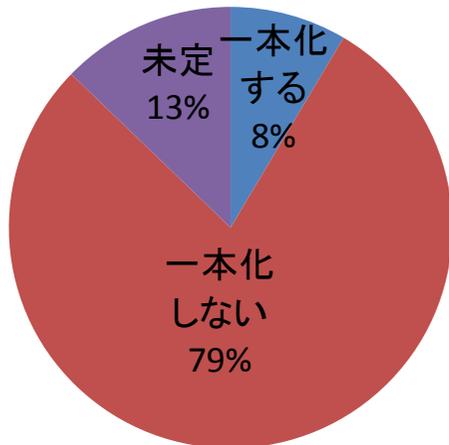


市町村標準保険料の算定方式



※都道府県準備状況調査(平成28年10月1日現在)及び都道府県への聞き取りにより作成

保険料水準の一本化



○ 保険料率水準の一本化に向けた課題

- ・ 医療費水準の平準化
- ・ 保険料算定方式の統一化
- ・ 応能・応益割合の統一化
- ・ 保険料収納率の統一化
- ・ 保健事業費、葬祭費等の基準額の統一化
- ・ 地方単独事業の整理
- ・ 将来に亘る医療費適正化インセンティブの確保

注:一本化する都道府県とは、 $\alpha=0$ 等の条件により保険料水準を一本化する方針の都道府県である。

(参考) 保険料水準の統一に向けた課題

○ 各都道府県における保険料水準の統一に向けた課題は、次のとおり。

① 医療費水準に関する課題

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

$\alpha=0$ にすることによって、医療費水準によらず、保険料水準を統一することが可能である。しかし、都道府県内の各市町村の医療費水準が実質的に平準化されれば、 $\alpha=1$ によっても $\alpha=0$ と同じ結果が得られる。このため、 $\alpha=0$ を設定した場合には、将来にわたり、医療費適正化インセンティブをどのように図るべきか、都道府県の役割として、今後検討する必要がある。

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
- ・ 応能・応益割合の統一化

都道府県と市町村との協議の場において、あるべき姿の議論によって、現在検討が進められている。

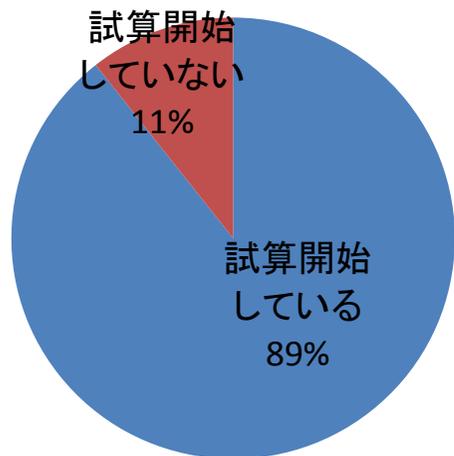
③ 各市町村の取組に関する課題

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

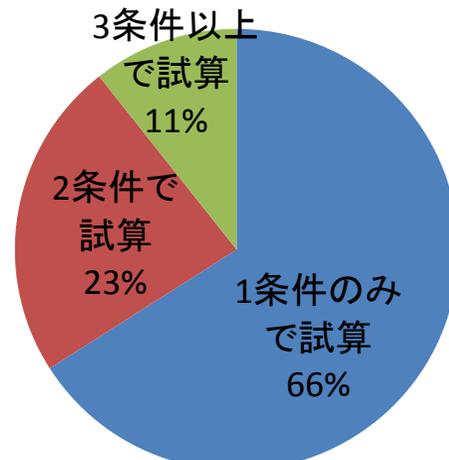
国が基準額を示している葬祭費や出産育児一時金については、都道府県内で金額を合わせることも考えやすいが、保健事業及び保険料収納率や、地方単独事業などの市町村が個別に政策的に取り組んでいるものについては、地域差が生じやすく、全体的に統一することが難しいことが多い。

(参考)各都道府県における国保事業費納付金等の試算状況①

試算開始状況

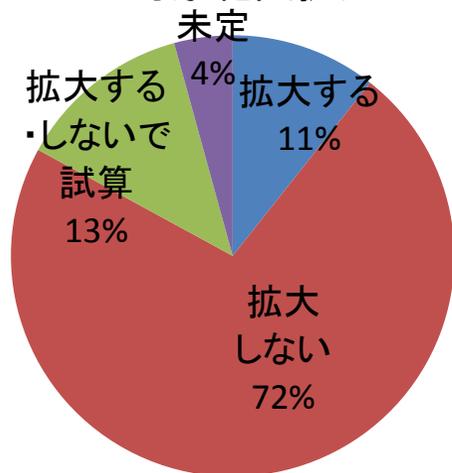


納付金配分方式・市町村標準保険料率算定方式

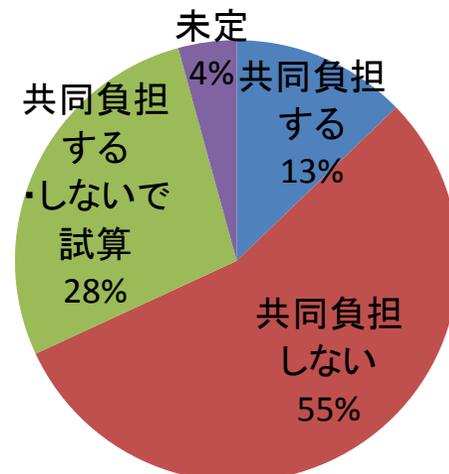


注:試算予定の納付金配分方式・市町村標準保険料率算定方式の組合せの数で分類した。

納付金・保険給付費等交付金対象範囲拡大



高額医療費共同負担



注:特別高額医療費共同負担を含む。
なお、共同負担する場合、医療費水準を調整する。

納付金の議論に向けて必要な視点

- 新制度においては、都道府県内で各市町村が公平に支え合う観点から、各市町村の年齢調整後の医療費水準や所得水準に応じた公平な負担のあり方を考える必要がある。
 - 新制度の仕組みの導入に伴う各市町村の負担の激変については、係数 α 、 β の設定や高額医療費共同負担の活用により、負担を調整することが可能なので、よく御議論いただきたい(国においても研修等を通じて必要な支援を行う。)
 - その上で、残る激変については、都道府県繰入金(2号分)を政策的に繰り入れることで、激変を緩和することが可能なので、よく御議論いただきたい。
- ※ 試算結果によっては、将来的に目指す方向である都道府県内の保険料水準の統一を検討することも考えられる。

都道府県内の議論に向けて

◎今回の改革は都道府県も巻き込んだ制度創設以来と言われる大きな改革



地域における合意形成が不可欠

〔議論において望まれる視点〕

- 関係者を挙げて、国民皆保険の最後の拠り所である**国民健康保険**を守っていくこと。
- 市町村個別の財政運営では厳しい状況に至っているという現状認識をもって**市町村の立場を超えた検討**を進めること。
- 都道府県単位での財政運営は、従来からある市町村の被保険者相互の支え合いの仕組みに加え、**市町村相互の支え合いの仕組みを加えるものでもある**ことを踏まえること。
- それぞれの都道府県において、**何が地域の被保険者全体にとって「公平」な分担かを考え、そこに向けて計画的に取組を進める**こと。

「第1回試算後の課題」と今後の対応

市町村基礎データに誤りがある、推計方法にバラツキがある

- 市町村基礎データに誤りがある場合には、当該市町村の納付金額等を**正確に推計できない**だけでなく、同一都道府県内の**他市町村の納付金額等にも影響**を与えることとなる。(本来の所得総額より高い金額になっている、等)
- 医療分、後期支援金等分等のそれぞれに対する、各市町村の正確な法定外繰入額が分からない等により、前年度の保険料額(後期支援金等分、介護納付金分)が、国が告示する1人当たり負担額より著しく高い場合や著しく低い場合がある。
また、保健事業費や葬祭費等の推計方法が市町村ごとに異なるため、都道府県の**激変緩和措置の検討が困難な状況**。

現行制度を前提に、前年の仮係数を用いており、新制度施行後の影響を分析しにくい

- 平成28年度予算編成用の仮係数を用いている、直近の給付費の実績データが少なく、平成28年度診療報酬改定の影響が十分に反映されていない、社保の適用拡大が反映されていないなど、**平成29年度の推計値としては精度が低い状況**である。
- 前期高齢者交付金や普通調整交付金などについては、現行制度を前提に、市町村ごとに推計しているため、**新制度移行後の影響を分析するのが困難な状況**である。

納付金の仕組みの導入等による影響を緩和する観点から、ガイドラインの見直しを検討が必要

- **納付金等の仕組みの導入等による影響を緩和する観点等から、以下のような見直しの検討が必要**である。
 - ・ 納付金額が年度間で大きく変動しないよう、単年度の所得で算定する方式から、複数年度の平均所得で算定。
 - ・ 激変緩和措置の対象を医療分の保険料に限定せず、後期支援金等分や介護納付金等も対象とする。
 - ・ 市町村標準保険料率の算定にあたっては、 β' の使用を可能とする、など。

国保事業費納付金等算定標準システム(簡易算定版)の機能改善が必要(別掲)

- 市町村基礎データを正確なものに修正しつつ、国が示す確定係数を使用して、平成29年1月末までに、**第2回試算を実施**。⇒ **ここから激変緩和措置等の本格的な議論を開始してはどうか**。
- **新制度施行後の財政調整の仕組みを踏まえ、平成29年8月を目途に第3回試算を実施**。
- **平成29年夏に向けて、納付金等算定ガイドラインの見直しや納付金等算定標準システムの機能改善を検討**。

- 第1回試算結果及び全都道府県を対象とするシミュレーション研修(平成27年11月7日~17日のうち8日間)を踏まえ、**納付金等の仕組みの導入による影響を緩和する観点等から**、国保事業費納付金等算定ガイドラインについて、以下のような見直しを行う予定。

1 所得水準の調整方法

- 直近過去3年間の平均所得を活用し、所得変動に連動する市町村ごとの納付金の変動を緩和する。

2 市町村標準保険料率の算定方法

- これまで市町村が保険料率を応能:応益=50:50に設定してきた経緯を踏まえ、市町村標準保険料率の算定においても、 β' が使用できるようにする。

3 激変緩和の考え方

- 市町村間の所得水準の調整により、激変が生じる可能性のある、後期支援金等分及び介護納付金分も激変緩和措置の対象とし、その変化の丈比べについては、医療分+後期支援金等分+介護納付金分の合計額について行うこととする。

4 経過措置への対応

- 平成29年度分の定率国庫負担、療養給付費等交付金、都道府県調整交付金(精算を実施する場合のみ)については、市町村ごとに平成30年度に精算を行う。また、前期高齢者納付金、後期高齢者支援金等、介護納付金については、平成31年度まで、市町村ごとに精算する。

5 退職被保険者等分の納付金算定方法等の整理

- 退職被保険者等分の納付金については、保険料の収納実績が都道府県に納めるべき納付金額に満たない場合であっても、基準収納割合(当該市町村の過去3年平均の収納率)までは、被用者保険からの療養給付費等交付金が交付されるため、平成30年度以降も市町村ごとの収納実績に基づき、退職被保険者等の納付金の精算を可能とする。

6 その他定義や計算方法の明確化を図る。

納付金等算定ガイドライン見直し(案)① 所得水準の調整方法

- 国保被保険者の所得は、比較的、農林水産事業者が高く、年金生活者が低い傾向が見られる。
- 一方、農林水産事業においては、気温、降水量など自然現象に起因する所得変動が起こりやすい傾向がある。また、産業振興等を目的とした3年に一度のイベント開催年に所得が多額となる地域もある。
- 平成30年度の納付金等は、平成28年中の所得を元に算定を行うこととなるが、たまたまこの年に所得が高くなる地域があると、納付金の算定の仕組みの導入等によって保険料負担が増加する可能性がある。
- このため、各市町村の所得規模(負担能力)の算定にあたっては、自然現象等の外的要因による所得変動を均し、過去3年間の平均所得を用いることとしてはどうか。
- これに伴い、普通調整交付金の算定についても、過去3年間の平均所得を用いることとしてはどうか。

(北海道・農業地域の所得変動、賦課限度額控除後所得、対前年度伸び率)

※ 気候影響等により、米作地域と畑作地域で所得が真逆の傾向を示す年もある。

	24年度	25年度	26年度	27年度
A町	11.9%	12.0%	▲3.2%	▲19.7%
B町	31.2%	30.9%	▲3.6%	▲33.1%
C村	▲1.2%	▲6.1%	11.7%	17.3%
D町	2.8%	▲8.2%	11.9%	▲6.8%

納付金等算定ガイドライン見直し(案)② 市町村標準保険料率の算定方法

- 納付金の配分については、所得水準を考慮して応能分と応益分に按分することとしており、都道府県平均の所得水準(β)が、全国平均の所得水準より高い場合には応能割合が1より大きくなり、全国平均より低い場合には1より小さくなることとしたうえで、激変緩和の観点から、 β' を用いて、応能分と応益分の配分割合の調整を可能としている。
- 一方、市町村標準保険料率の算定にあたっては、ガイドライン上は β の使用のみに限定し、市町村の所得水準と全国平均の所得水準との比較によって算定することにより、普通調整交付金との整合性を図っている。
これにより、市町村の所得水準が、全国平均の所得水準と同じであれば、全国どこの市町村でも同じ負担水準になるよう、市町村間の水平調整を図っている。
- しかしながら、これまで市町村は、保険料率の設定に当たり、応能:応益=50:50に合わせるよう調整してきた経緯があり、特に、平成30年度から、 $\beta < 1$ の都道府県においては、現状と比べて応益割の比重が著しく増加する場合がある。(この結果、低所得者の保険料負担も増加する。)
- このため、原則は β であるが、激変緩和の観点から、当分の間、市町村標準保険料率の算定にあたっても、 β' を使用できるようにしてはどうか。

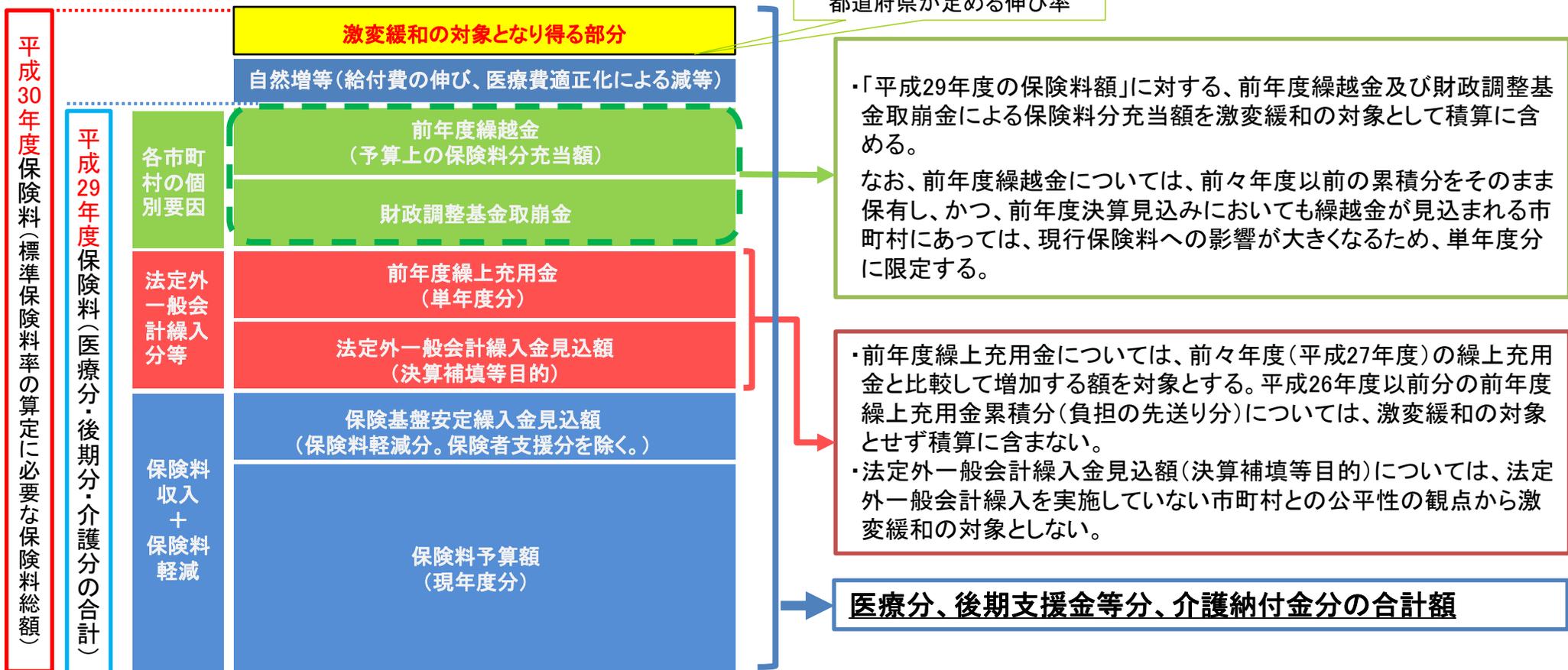
($\beta < 1$ の都道府県における保険料率の試算結果、3方式、医療分のみ)

	平成28年度保険料率			平成29年度保険料率 ($\beta < 1$)			平成29年度保険料率 ($\beta' = 1$ で試算)		
	所得割	均等割	平等割	所得割	均等割	平等割	所得割	均等割	平等割
A市	8.65%	26,500	25,700	9.83%	39,000	28,000	11.38%	33,800	24,200
B市	11.3%	27,200	23,000	9.32%	37,000	26,500	11.15%	33,000	23,700
C町	9.50%	25,000	23,000	8.72%	34,600	24,800	10.14%	30,100	21,600

納付金等算定ガイドライン見直し(案)③ 激変緩和の考え方(丈比べする1人あたり保険料額の算定)

引き続き地方と協議

- 納付金の仕組みの導入や納付金の算定方法の仕組みにより、一部の市町村においては、「各市町村が本来集めるべき1人あたり保険料額」が変化し、保険料が上昇する可能性がある。都道府県は、市町村から1)前年度決算の状況(法定外一般会計繰入の有無、財政調整基金への積増等)や、2)今年度の収支見込みに伴う補正予算の必要性について資料の提供を求めるとともに聴き取りを実施し、納付金の仕組みの導入等による影響を適切に把握した上で、必要な激変緩和措置を検討する。
- 激変緩和措置の検討にあたっては、納付金の仕組みの導入前の、被保険者1人当たりの「標準保険料率の算定に必要な保険料総額(e) (医療分、後期支援金等分、介護納付金分の合計額)」と丈比べし、各市町村の実質的な負担の変化を見て、激変緩和の必要性を判断する。 ※後期支援金等分、介護納付金分も、市町村間の所得水準の調整によって、激変が生じる可能性があるため、合算する。



- 激変緩和の観点から、平成29年度分の定率国庫負担、療養給付費等交付金、都道府県調整交付金(精算が生ずる場合のみ)については、市町村ごとに平成30年度に精算額の計算を行う。
- 前期高齢者納付金・交付金並びに後期高齢者支援金及び介護納付金は、2年後に精算を行う仕組みとなっているため、平成31年度までは、都道府県単位で精算額を反映して保険料収納必要額を算定した上で、市町村ごとの精算額を反映して各市町村の納付金額を算定する。

● 前期高齢者納付金・交付金

保険給付費(一般分)(A)
 - 前期高齢者交付金(注1)
 + 前期高齢者納付金等(注2)
 - 退職者前期調整額
 = A' = 前期調整後保険給付費

(注1)前期高齢者交付金
 = 当年度概算前期交付金
 - [(前々年度概算前期交付金
 - 前々年度確定前期交付金)
 + 調整金額]

(注2)前期高齢者納付金
 = 当年度概算前期納付金
 - [(前々年度概算前期納付金
 - 前々年度確定前期納付金)
 + 調整金額] + 事務費拠出金額

c - 高額医療費負担金
 - 特別高額医療費共同事業負担金
 + (前々年度概算前期交付金 - 前々年度確定前期交付金) + 調整金額
 - (前々年度概算前期納付金 - 前々年度確定前期納付金) - 調整金額
 + 地方単独事業の減額調整分
 + 財政安定化基金積立金
 (各市町村の返済分・補填分)(広域化等支援基金の返済分を含む。)
 + 審査支払手数料
 = d = 各市町村の納付金(医療分・一般分)

● 後期高齢者支援金

(後期支援金・一般分)・・・(A)には精算分を反映
 B + (前々年度概算支援金額 - 前々年度確定支援金額)
 + 調整金額 = C → C
 c - (前々年度概算支援金額 - 前々年度確定支援金額)
 - 調整金額
 = d = 各市町村の納付金(後期支援金分)

● 介護納付金

(介護納付金・一般分・退職分)・・・(A)には精算分を反映
 B + (前々年度概算介護納付金額 - 前々年度確定介護納付金額) + 調整金額 = C → C
 c - (前々年度概算納付金額 - 前々年度確定納付金額)
 - 調整金額
 = d = 各市町村の納付金(介護納付金分)

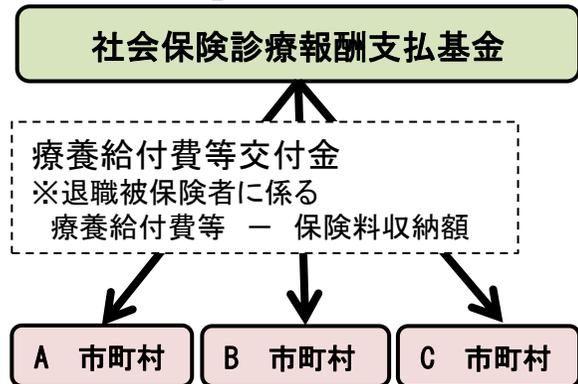
保険料収納必要額(B)
 + 高額医療費負担金(国分等)
 + 特別高額医療費共同事業負担金
 - 地方単独事業の減額調整分
 - (前々年度概算前期交付金
 - 前々年度確定前期交付金)
 - 調整金額
 + (前々年度概算前期納付金
 - 前々年度確定前期納付金)
 + 調整金額
 = C = 納付金算定基礎額

	28年度			29年度			30年度	31年度	32年度
概算	A市	B町	C村	A市	B町	C村	A県	A県	A県
精算	(26年度分) A市 B町 C村	(27年度分) A市 B町 C村	(28年度分) A市 B町 C村	(29年度分) A市 B町 C村	(30年度分) A市 B町 C村				
	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	合計額			合計額			合計額		
	合計額→精算額 = [A市+B町+C村の概算交付額] - [A市+B町+C村の確定交付額]			合計額→精算額 = [A市+B町+C村の概算交付額] - [A市+B町+C村の確定交付額]			合計額→精算額 = [A市+B町+C村の概算交付額] - [A市+B町+C村の確定交付額]		

- 療養給付費等交付金については平成29年度分までは、改正法附則第14条第1項の規定に基づき、従前どおり、**支払基金と市町村との間で調整**を行う。このため、都道府県は、平成29年度分の療養給付費等交付金に係る調整額を納付金に含める必要はない。
- このため、平成30年度分から都道府県に交付される療養給付費等交付金の第5期(9月)の概算交付額との調整を行うことはできず、原則どおり、交付金不足の場合は支払基金から市町村へ不足額を交付し、交付金超過の場合は、市町村が平成29年度に受取済の療養給付費等交付金を支払基金へ還付する(市町村は過去の返還金額を踏まえ予算措置が必要)。
- 平成30年度分の療養給付費等交付金からは、**支払基金と都道府県との間で、交付・調整**を行う。一方、療養給付費等交付金は、退職被保険者等に係る療養給付費の実績額から退職被保険者等から収納した保険料額を差し引いた額(基準収納割合まで)を対象として交付されるため、納付金額に満たない分の保険料相当額分を一時的に財政安定化基金から貸付金として受けたとしても、交付金を財源として返済できる場合がある。そこで、**都道府県と市町村との間で、市町村の退職被保険者等に係る保険料収納実績に基づき、翌々年度の納付金額との精算を可能**とする。
- 平成30年度分の療養給付費等交付金が交付金超過の場合の平成31年度における調整は、調整する額が第5期の概算交付額より小額の場合、都道府県から支払基金への申し出により調整することができる。

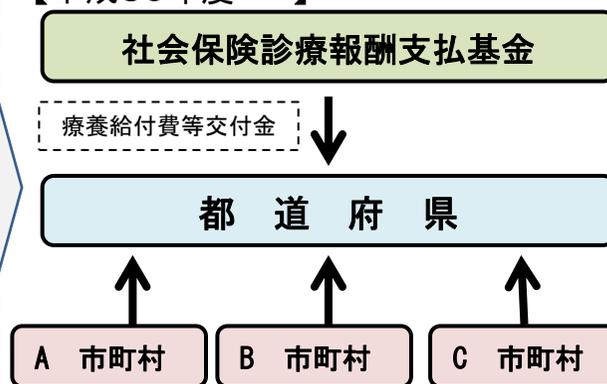
● 療養給付費等交付金 (改正法附則第14条、改正国保法附則第7条)

【～平成29年度】※平成29年度分の精算額を含む



当該市町村の過去3年平均の収納率(基準収納割合)

【平成30年度～】



全国平均の収納率(平均収納割合)

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



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

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

○ 以下のとおり定義や計算方法を明確化する。

- ・「療養給付費等負担金」は、法令どおり、保険基盤安定繰入金控除後及び地方単独事業の減額調整後の金額とする。
- ・財政安定化基金積立金(市町村分)は、法令上は納付金に含まれないが、保険料を財源とし、市町村から都道府県に納付するため、計算上は医療分の「各市町村の納付金(d)」に含む。
- ・過年度の保険料収納見込額を現年度分の各市町村の納付金額(d)から減算するかは、都道府県、市町村との協議の上、決定する。
※ 過年度の保険料収納見込額とは、「滞納繰越分の収納見込額」と「過年度の賦課を当年度に行う場合の収納見込額」をいい、主に①所得の修正申告が翌年度あった場合、②国保の遡及適用が生じた場合等が想定される。
- ・保険料を財源とする「予備費」を計上する場合には、各市町村の納付金(d)から標準保険料率の算定に必要な保険料総額(e)を算定する際の加算項目とする。
- ・保険料を財源とする「その他の収入」や「その他の支出」を計上する場合には、都道府県、市町村との協議の上、各市町村の納付金(d)もしくは標準保険料率の算定に必要な保険料総額(e)に加減算することも可能とする。
- ・退職被保険者等分の保険基盤安定繰入金による繰入相当分は、被用者保険からの療養給付費等交付金で賄われるため、退職被保険者等分の納付金から控除する。ただし、介護納付金分については、一般分と退職分を分けていないため、一旦、繰入相当分を含む金額を都道府県に納付した後、退職分の精算時に繰入相当分を減算する(P)。
- ・後期高齢者支援金等とあわせて、「後期高齢者支援金負担金」「国の普通調整交付金(後期分)」「都道府県繰入金」を推計する際、病床転換支援金等の納付が見込まれる場合には、病床転換支援金(一般分)に係る額を含んで計算する。
- ・「後期高齢者支援金等(一般分)」に含まれる「後期高齢者関係事務費拠出金」には、法令どおり、退職分を含む。
- ・市町村の算定方式に基づく保険料率を算定する際には、実質的な参考料率となるよう、市町村が予算編成に用いた「賦課限度額控除後所得」を用いることも可能とする。

保険者における予防・健康づくり等のインセンティブの見直し

- H27年国保法等改正において、保険者種別の特性を踏まえた保険者機能をより発揮しやすくする等の観点から、①市町村国保について保険者努力支援制度を創設し、糖尿病重症化予防などの取組を客観的な指標で評価し、支援金を交付する（H28年度から前倒し実施を検討）、②健保組合・共済の後期高齢者支援金の加算・減算制度についても、特定健診・保健指導の実施状況だけでなく、がん検診や事業主との連携などの取組を評価する（施行はH30年度から）仕組みに見直すこととした。

〈現行（平成27年度まで）〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（市町村）	後期高齢者医療広域連合
	後期高齢者支援金の加算・減算制度 ⇒特定健診・保健指導の実施率がゼロ（0.1%以下）の保険者は、加算率0.23%			

〈平成28、29年度〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（市町村）	後期高齢者医療広域連合
	同上		30年度以降の取組を前倒し実施（平成28年度は150億円）	30年度以降の取組を前倒し実施（20～50億円）

〈平成30年度以降〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（都道府県・市町村）	後期高齢者医療広域連合
手法等	後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し ⇒最大で特定健診・保険指導の実施率が5%程度の保険者まで対象拡大 ⇒加算率：最大1.0% ⇒減算率：1～10%の間で検討	各支部の取組等を都道府県単位保険料率に反映	保険者努力支援制度を創設（700～800億円）	各広域連合の取組等を特別調整交付金に反映（100億円）
共通指標	①特定健診・保健指導、②特定健診以外の健診（がん検診など）、③糖尿病等の重症化予防、④ヘルスケアポイントなどの個人へのインセンティブ等、⑤重複頻回受診・重複投薬・多剤投与等の防止対策、⑥後発医薬品の使用促進			
独自指標（案）	被扶養者の健診実施率向上、事業主との連携（就業時間中の配慮、受動喫煙防止等）等		保険料収納率向上等	高齢者の特性（フレイルなど）を踏まえた保健事業の実施等

保険者努力支援制度について

経済財政運営と改革の基本方針2015(抄)[平成27年6月30日閣議決定]

(インセンティブ改革)

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

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

保険者努力支援制度の前倒し分

実施時期: 28年度及び29年度

対象 : 市町村

規模 : 特別調整交付金の一部を活用し150億円とする。(平成28年度前倒し分)

評価指標: 保険者共通の指標に加え、収納率等国保固有の問題にも対応

保険者努力支援制度

実施時期: 30年度以降

対象 : 市町村及び都道府県

規模 : 700～800億円

評価指標: 前倒し分の実施状況を踏まえつつ検討

保険者努力支援制度(前倒し(平成28年度分))について

○考え方について

【評価指標の考え方について】

- 糖尿病等の重症化予防、後発医薬品の使用促進、特定健診受診率向上、個人へのインセンティブ提供などの医療費適正化に資する取組の実施状況を項目として設定する。

【評価指標ごとの加点の考え方について】

- 各評価指標ごとに医療費適正化効果、取組の困難さ及び基礎的な体制構築等を総合的に考慮し5～40点を配点する。

【予算規模について】

- 前倒し分にあっても、一定のインセンティブを付与する観点から150億円の予算とする。

○評価指標について

保険者共通の指標

指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

- 特定健診受診率・特定保健指導受診率
- メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況

- がん検診受診率
- 歯科疾患(病)検診実施状況

指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

- 重症化予防の取組の実施状況

指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況

- 個人へのインセンティブの提供の実施
- 個人への分かりやすい情報提供の実施

指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

- 重複服薬者に対する取組

指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

- 後発医薬品の促進の取組
- 後発医薬品の使用割合

国保固有の指標

指標① 収納率向上に関する取組の実施状況

- 保険料(税)収納率
- ※過年度分を含む

指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況

- データヘルス計画の策定状況

指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況

- 医療費通知の取組の実施状況

指標④ 地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況

- 国保の視点からの地域包括ケア推進の取組

指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況

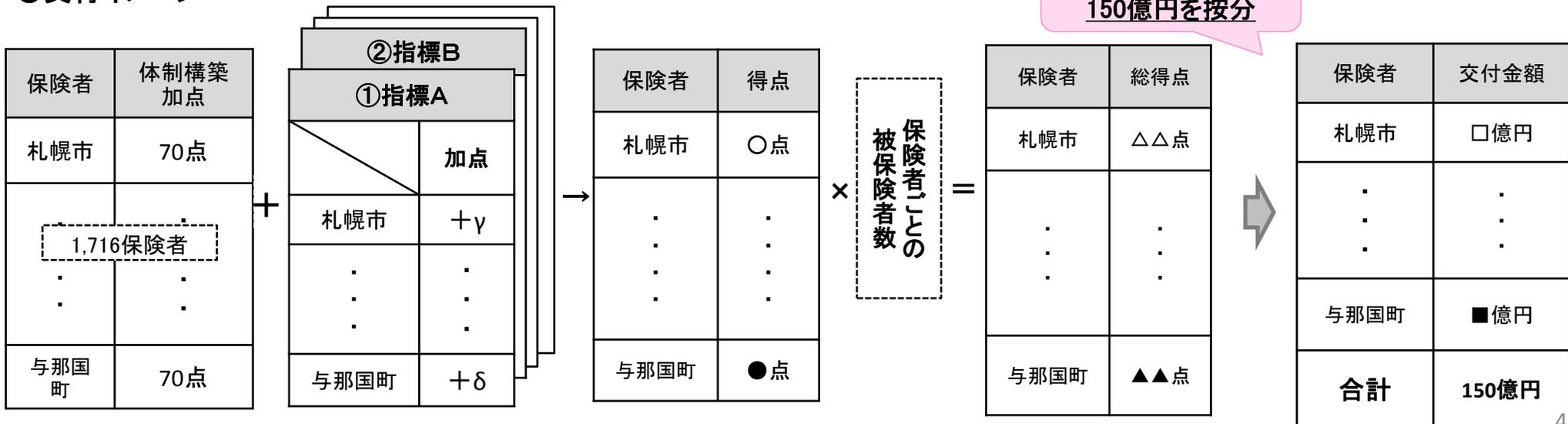
- 第三者求償の取組状況

保険者努力支援制度(前倒し(平成28年度分))について

○配点について

加点	項目
40点	重症化予防の取組、収納率向上 ※本来「後発医薬品の使用割合」はこの配点であるが、使用割合の把握方法が不十分のため暫定的に15点とする。
20点	特定健診受診率、特定保健指導実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率、個人へのインセンティブ提供、個人への分かりやすい情報提供
15点 ※暫定的な点数設定	後発医薬品の使用割合、後発医薬品の促進の取組
10点	がん検診受診率、歯周疾患(病)検診、重複服薬者に対する取組、データヘルス計画の策定、医療費通知の取組、第三者求償の取組
5点	地域包括ケアの推進

○交付イメージ



保険者努力支援制度前倒し分における評価指標①

No.	指標	加点
共通 1－i	<p>(1) 特定健康診査の受診率（平成26年度の実績を評価）</p> <p>① 第二期特定健康診査等実施計画期間における目標値（60%）を達成しているか。</p> <p>② ①の基準は達成していないが、受診率が全自治体の上位3割に当たる45.2%を達成しているか。</p> <p>③ ①及び②の基準は達成していないが、受診率が全自治体の上位5割に当たる39.4%を達成しているか。</p> <p>④ ①から③までの基準は達成していないが、平成25年度の実績と比較し、受診率が3ポイント以上向上しているか。</p>	<p>①20点 ②15点 ③10点 ④5点</p>
共通 1－ii	<p>(2) 特定保健指導の受診率（平成26年度の実績を評価）</p> <p>① 第二期特定健康診査等実施計画期間における目標値（60%）を達成しているか。</p> <p>② ①の基準は達成していないが、受診率が全自治体上位3割に当たる46.5%を達成しているか。</p> <p>③ ①及び②の基準は達成していないが、受診率が全自治体上位5割に当たる30.2%を達成しているか。</p> <p>④ ①から③までの基準は達成していないが、平成25年度の実績と比較し、受診率が5ポイント以上向上しているか。</p>	<p>①20点 ②15点 ③10点 ④5点</p>
共通 1－iii	<p>(3) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（平成26年度の実績を評価）</p> <p>① 第二期特定健康診査等実施計画期間における目標値（25%）を達成しているか。</p> <p>② ①の基準は達成していないが、減少率が全自治体の上位3割に当たる9.17%を達成しているか。</p> <p>③ ①及び②の基準は達成していないが、減少率が全自治体の上位5割に当たる4.62%達成しているか。</p> <p>④ ①から③の基準は達成していないが、平成25年度の実績と比較し、減少率が3ポイント以上向上しているか。</p>	<p>①20点 ②15点 ③10点 ④5点</p>

保険者努力支援制度前倒し分における評価指標②

No.	指標	加点
共通 2-i	<p>(1) がん検診受診率（平成26年度の実績を評価）</p> <p>① 胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がんの5つのがん検診の平均受診率が全自治体の上位5割に当たる13.3%を達成しているか。</p> <p>② 上記基準は達成していないが、平成25年度と比較し、平均受診率が1ポイント以上向上しているか。</p>	<p>①10点 ②5点</p>
共通 2-ii	<p>(2) 歯周疾患（病）検診実施状況（平成28年度の実施状況を評価）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 歯周疾患（病）検診を実施しているか。 	10点
共通 3	<p>重症化予防の取組の実施状況（平成28年度の実施状況を評価）</p> <p>以下の基準を全て満たす糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施しているか。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>※ 取組方法については、受診勧奨、保健指導、受診勧奨と保健指導を一体化した取組等の中から地域の実情に応じ適切なものを選択する。</p>	40点

保険者努力支援制度前倒し分における評価指標③

No.	指標	加点
共通 4-i	<p>(1) 個人へのインセンティブの提供の実施（平成28年度の実施状況を評価）</p> <p>① 一般住民の予防・健康づくりの取組や成果に対しポイント等を付与し、そのポイント数に応じて報奨を設けるなど、一般住民による取組を推進する事業を実施しているか。</p> <p>② その際、PDCAサイクル等で見直しを行うことができるよう、インセンティブが一般住民の行動変容につながったかどうか、効果検証を行っているか。</p> <p>※ 効果検証とは、例えば、取組に参加した者へのアンケート調査等が考えられる。</p>	20点
共通 4-ii	<p>(2) 個人への分かりやすい情報提供の実施（平成28年度の実施状況を評価）</p> <p>① 特定健診等の受診者に、ICT等を活用して健診結果を提供しているか。</p> <p>② 疾病リスクとの関係で検査の数値の持つ意味について分かりやすく説明しているか。</p> <p>③ 疾病リスクにより医療機関を受診することが必要な場合には、確実に受診勧奨を実施しているか。</p> <p>④ 検査値を改善するための個人の状態に応じた生活習慣についてのアドバイスも提供していること</p>	<p>① 3点</p> <p>② 3点</p> <p>③ 7点</p> <p>④ 7点</p> <p>※複数 算定可能</p>
共通 5	<p>○ 重複服薬者に対する取組（平成28年度の実施状況を評価）</p> <p>「同一月に3以上の医療機関より、同一の薬効の薬剤の投与を受けている」場合といった重複投与者の抽出を行い、その者に対して何らかのアプローチをするなどの取組を実施しているか。</p>	10点

保険者努力支援制度前倒し分における評価指標④

No.	指標	加点
共通 6-i	<p>(1) 後発医薬品の促進の取組（平成28年度の実施状況を評価）</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 後発医薬品の使用割合（数量ベース）及び後発医薬品の薬剤費額を把握しているか。 ② 後発医薬品の使用状況について、年齢別等に類型化し、把握した上で、事業目標を立てているか。 ③ 後発医薬品の差額通知の事業を実施し、通知前後で後発医薬品への切り替えが行われているか確認をしているか。 <p>※ 平成28年度中に取組を実施していれば、実施状況を評価するものとする。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ① 7点 ② 4点 ③ 4点 <p>※複数算定可能</p>
共通 6-ii	<p>(2) 後発医薬品の使用割合（平成27年度の実績を評価）</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 使用割合が全自治体上位1割に当たる67.9%を達成しているか。 ② 使用割合が全自治体上位3割に当たる62.2%を達成しているか。 ③ ①及び②の基準は達成していないが、平成26年度と比較し、使用割合が5ポイント以上向上しているか。 	<ul style="list-style-type: none"> ① 15点 ② 10点 ③ 5点

保険者努力支援制度前倒し分における評価指標⑤

No.	指標	加点
固有 1	<p>1 収納率向上に関する取組の実施状況 (1) 保険料(税)収納率(平成27年度実績を評価) ① 現年度分の収納率が市町村規模別の平成26年度の全自治体上位3割又は上位5割に当たる収納率を達成しているか。 10万人以上 90.83%(平成26年度上位3割) 89.80%(平成26年度上位5割) 5万~10万人 91.11%(平成26年度上位3割) 89.97%(平成26年度上位5割) 1万人~5万人 93.77%(平成26年度上位3割) 92.69%(平成26年度上位5割) 1万人未満 96.52%(平成26年度上位3割) 95.19%(平成26年度上位5割) ② 平成26年度と比較し収納率が1ポイント以上向上しているか。 ③ 過年度分の収納率が平成26年度と比較し、5ポイント以上向上しているか。</p>	<p>①15点(3割) 10点(5割) ②10点 ③15点 ※複数 算定可能</p>
固有 2	<p>2 医療費等の分析(平成28年度の実施状況を評価) ○ データヘルス計画の策定状況 データヘルス計画を策定し、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を実施しているか。</p>	<p>10点</p>
固有 3	<p>3 給付の適正化等(平成28年度の実施状況を評価) ○ 医療費通知の取組の実施状況 ・医療費通知について、次の①~⑥の要件を満たす取組を実施しているか。 ① 医療費の額を表示している。 ② 受診年月を表示している。 ③ 1年分の医療費を漏れなく送付している。 (送付頻度は問わない) ④ 医療機関名を表示している。 ⑤ 入院・通院・歯科・薬局の別及び日数を表示している ⑥ 柔道整復療養費を表示している。</p>	<p>10点</p>

保険者努力支援制度前倒し分における評価指標⑥

No.	指標	加点
固有 4	<p>4 地域包括ケアの推進（在宅医療・介護の連携等）</p> <p>○ 地域包括ケア推進の取組（平成28年度の実施状況を評価）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 国保の視点から地域包括ケアの推進に資する例えば下記のような取組を国保部局で実施しているか。 ① 地域包括ケアの構築に向けた医療・介護・保健・福祉・住まいなど部局横断的な議論の場への国保部局の参画 ② 地域包括ケアに資する地域のネットワークへの国保部局の参画 ③ KDB・レセプトデータを活用した健康事業・介護予防・生活支援の対象となる被保険者の抽出 ④ 個々の国保被保険者に対する保健活動・保健事業の実施状況について、地域の医療・介護・保健・福祉サービス関係者との情報共有の仕組み ⑤ 国保被保険者を含む高齢者などの居場所・拠点、コミュニティ、生きがい、自立、健康づくりにつながる住民主体の地域活動の国保部局としての支援の実施 ⑥ 国保直診施設を拠点とした地域包括ケアの推進に向けた取組の実施 ⑦ 後期高齢者医療制度と連携した保健事業の実施 <p>※ 上記に類する取組を一つでも実施する場合に評価することとする。</p>	5点
固有 5	<p>5 第三者求償</p> <p>○ 第三者求償の取組状況（平成28年度の実施状況を評価）</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 第三者行為によって生じた保険給付の疑いのあるレセプトを抽出し、被保険者に確認作業を行っているか。 ② 第三者求償の適正な事務を行うために、一般社団法人日本損害保険協会等と第三者行為による傷病届の提出に関する覚書を締結し、連携した対応を実施しているか。 ③ 第三者求償事務に係る評価指標について、数値目標を設定しているか。（平成28年4月4日国民健康保険課長通知） 	<ul style="list-style-type: none"> ① 3点 ② 3点 ③ 4点 ※複数算定可能

4. 国保運営方針関係

国保運営方針の位置付け

○ 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の国保運営方針を定め、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進する。

※1 都道府県は、あらかじめ連携会議で市町村の意見を聴いた上で、都道府県に設置する国保運営協議会での議論を経て、平成29年12月末までに地域の実情に応じた国保運営方針を定める。

※2 厚生労働省は、地方と協議をしつつ国保運営方針のガイドラインを作成し、都道府県へ示した（2016/4/28）。

■ 主な記載事項

〈必須事項〉

(1) 国保の医療費、財政の見通し

(2) 市町村の保険料の標準的な算定方法に関する事項

・標準的な保険料の算定方式、市町村規模別の標準的な収納率 等

(3) 保険料の徴収の適正な実施に関する事項

・複数の自治体による滞納整理事務の共同実施、収納担当職員に対する研修会の共同実施 等

(4) 保険給付の適正な実施に関する事項

・海外療養費の審査等の専門的な知見を要する事務の共同実施、保険医療機関による大規模な不正請求が発覚した場合における不正利得の回収に関する事項 等

〈任意項目〉

(5) 医療費適正化に関する事項

・後発医薬品の使用促進に関する事項、医療費通知の共同実施 等

(6) 市町村が担う事務の効率化、広域化の推進に関する事項

(7) 保健医療サービス・福祉サービス等に関する施策との連携に関する事項

(8) 施策の実施のために必要な関係市町村相互間の連絡調整等

2. 国保運営方針の策定手順

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

① 市町村等との連携会議の開催

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

② 国保運営方針案を作成、市町村へ意見聴取

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

③ 都道府県の国保運営協議会で審議、諮問・答申

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

④ 都道府県知事による国保運営方針の決定

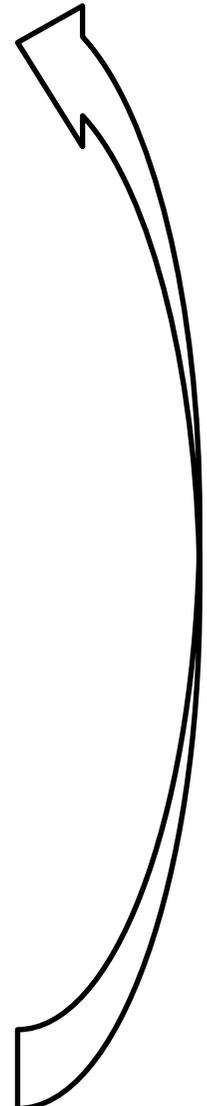
国保運営方針は、都道府県の国保運営協議会の答申を判断資料として都道府県知事が決定するが、国保運営協議会の意見は、法的に知事を拘束するものではない。

⑤ 国保運営方針の公表

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

⑥ 事務の実施状況の検証、国保運営方針の見直し

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



国保運営方針での検討を期待する取組(例)

収納対策の強化に向けた取組

(収納対策)

- 収納率が低く、収納不足が生じている市町村の要因分析、必要な対策の整理を行うこと。
(例)・口座振替の促進を目的としたキャンペーンの実施
 - ・マルチペイメント・ネットワーク・システムの共同導入
 - ・収納担当職員に対する研修会の実施
 - ・徴収アドバイザーの派遣
 - ・複数の自治体による滞納整理事務の共同実施
- 都道府県が、収納対策の強化に資する取組を定めること。

医療費の適正化に向けた取組

(医療費の適正化対策)

- 医療費の適正化に関する取組について、市町村ごとの差を見える化し、市町村・都道府県の取組を定めること。
(例)・レセプト分析の共同実施
 - ・医療費通知やジェネリック医薬品差額通知の共同実施
 - ・重複受診やコンビニ受診などの防止を目的としたキャンペーンの実施
 - ・取組の進んでいる市町村の好事例の横展開等
 - ・データヘルス計画に基づくPDCAサイクルによる効果的・効率的な保健事業の実施

保険給付の適正な実施に向けた取組

(都道府県による保険給付の点検、事後調整)

- 市町村が行った保険給付の点検等(例えば海外療養費等)や、市町村の委託を受けて行う不正請求等に係る費用返還を求める等の取組を行うこと。

(その他の保険給付の適正な実施に関する取組)

- 保険給付の適正な実施に関する取組を定めること。
(例)・療養費の支給の適正化
 - ・レセプト点検の充実強化
 - ・第三者求償や過誤調整等の取組強化
 - ・高額療養費の多数回該当の取扱い 等

市町村事務の広域的及び効率的実施に向けた取組

(広域的及び効率的運営の推進に向けた取組)

- 市町村事務の広域的・効率化に資する取組を定めること。
(例)・市町村が担う事務の共通化
 - ・収納対策や医療費適正化対策の共同実施
 - ・職員に対する研修会の実施 等

国保運営方針における赤字解消・削減の取り組みや目標年次に関する留意点

国保運営方針における赤字解消・削減の取り組みや目標年次の設定にあたっては、国保運営方針策定要領に記載した点に加え、下記の点に留意する。

- 平成30年度以降、追加公費の投入や納付金の導入、財政安定化基金の設置等により、構造上、国保財政の赤字(※)を解消しやすい仕組みになると考えられる。
- したがって、平成30年度以降、
 - ・ 収納率向上や医療費適正化等の取り組みを進めて、新たな赤字が発生しないようにするとともに、
 - ・ 目標年次までに、各市町村の保険料率を各市町村の算定基準に基づく標準的な保険料率に近づけていくことで、単年度の赤字を解消する計画を立てていただきたい。
- 赤字解消の目標年次については、各市町村の実情に応じた時点を設定した上で、改革初年度である平成30年度から赤字解消・削減の取り組みを計画的に進めることが望ましい。なお、平成29年度から着手できる部分については、平成29年度から計画的に着手しておいていただきたい。
- 「赤字市町村」とは、平成28年度決算に赤字が発生した市町村と平成29年度に赤字の発生が見込まれる市町村(補正等の実情も踏まえて判断)であって、改革施行後の平成30年度以降も継続して赤字の発生が見込まれる市町村とする。
なお、赤字市町村と判定されなかった市町村であっても、平成30年度以降の実績額として赤字が発生した場合には、赤字解消・削減の取り組みや目標年次を設定することが必要である。

※ 「赤字」の定義について

- ① 解消・削減すべき赤字額とは、「決算補填等目的の法定外繰入額」と「繰上充用金の増加額」の合算額とする。
- ② 繰上充用金については、以下のとおり整理する。
 - ・ 平成29年度の収支の赤字による繰上充用金の増分については、解消・削減すべき赤字額に含まれるものとする。
 - ・ 平成30年度以降に繰上充用金の増加が起こった場合、その増加部分については解消・削減すべき赤字となる。
 - ・ 平成28年度以前に発生した繰上充用金については、各市町村の実情に応じ、可能な限り、計画的な解消・削減を目指すものとする。

法定外一般会計繰入の内訳(分類変更前・変更後)

平成26年度 法定外一般会計繰入額の内訳(平成28年2月公表)

決算補填等目的											決算補填等以外の目的							合計
保険者判断によらないもの					保険者判断によるもの					小計	保健事業費に充てるため	直営診療施設に充てるため	納税報奨金(納付組織交付金等)	基金積立	返済金	その他	小計	
単年度の決算補填のため	累積赤字補填のため	医療費の増加	後期高齢者支援金	公債費、借入金利息	保険料(税)の負担緩和を図るため	保険料(税)の減免額に充てるため	地方単独の保険料(税)の軽減額	地方単独事業の医療費波及増等	任意給付に充てるため									
1,547	146	242	31	0	944	178	42	325	14	3,468	133	5	0	16	12	148	314	3,783

平成26年度 法定外一般会計繰入額の内訳(分類変更後)

決算補填等目的											決算補填等以外の目的							合計		
保険者判断によらないもの					保険者判断によるもの					小計	保険料(税)の減免額に充てるため	地方単独事業の医療費波及増等	保健事業費に充てるため	直営診療施設に充てるため	納税報奨金(納付組織交付金等)	基金積立	返済金		その他	小計
単年度の決算補填のため	累積赤字補填のため	医療費の増加	後期高齢者支援金	公債費、借入金利息	保険料(税)の負担緩和を図るため	地方単独の保険料(税)の軽減額	任意給付に充てるため													
1,547	146	242	31	0	944	42	14	2,966	178	325	133	5	0	16	12	148	817	3,783		

平成27年度 法定外一般会計繰入額の内訳(平成28年10月7日時点速報値)

決算補填等目的											決算補填等以外の目的							合計		
保険者判断によらないもの					保険者判断によるもの					小計	保険料(税)の減免額に充てるため	地方単独事業の医療費波及増等	保健事業費に充てるため	直営診療施設に充てるため	納税報奨金(納付組織交付金等)	基金積立	返済金		その他	小計
単年度の決算補填のため	累積赤字補填のため	医療費の増加	後期高齢者支援金	公債費、借入金利息	保険料(税)の負担緩和を図るため	地方単独の保険料(税)の軽減額	任意給付に充てるため													
1,341	183	191	43	9	1,231	54	10	3,062	133	321	157	4	0	26	37	105	783	3,845		

①繰入目的が不明確になっている。

②後期支援金(保険料)の負担緩和が含まれている

③介護納付金・前期納付金(保険料)の負担緩和が含まれている。

計画的に削減・解消すべき法定外一般会計繰入の分類(修正案)

(3) 平成27年度 財政状況 (H29.2月頃公表予定)

①決算補填等目的

a)保険者判断によらないもの

○単年度の決算補填のため

○累積赤字補填のため

○医療費の増加

○後期高齢者支援金

○公債費、借入金利息

b)保険者判断によるもの

○保険料の負担緩和を図るため

○任意給付に充てるため

②決算補填等以外の目的

○保険料の減免額に充てるため

○地方独自事業の波及増補填等

○保健事業費に充てるため

○直営診療施設に充てるため

○基金積立

○返済金

○その他



(4) 修正案 (H29年度調査・公表)

①決算補填等目的

a)保険者判断によらないもの

○**保険料の収納不足のため**

○医療費の増加

b)保険者判断によるもの

○保険料の負担緩和を図るため

(前期納付金・後期支援金・介護納付金分を含む。)

○任意給付に充てるため

c)過年度の赤字によるもの

○**累積赤字補填のため**

○**公債費、借入金利息**

②決算補填等以外の目的

○保険料の減免額に充てるため

○地方独自事業の波及増補填等

○保健事業費に充てるため

○直営診療施設に充てるため

○基金積立

○返済金

○その他

(平成30年度からは医療費の増加に対し、財政安定化基金から貸付を受けるため、赤字は発生しない。)

国保運営方針に基づき、計画的に削減・解消すべき赤字

法定外一般会計繰入定義変更後の再集計結果

平成27年度 法定外繰入額の内訳(H28.10.7時点速報値)

決算補填等目的										決算補填等以外の目的								合計	
保険者判断によらないもの					保険者判断によるもの					小計	保険料(税)の減免額に充てるため	地方単独事業の医療給付費波及増等	保健事業費に充てるため	直営診療施設に充てるため	納税報奨金(納付組織交付金等)	基金積立	返済金		その他
単年度の決算補填のため	累積赤字補填のため	医療費の増加	後期高齢者支援金	公債費、借入金利息	高額療養費貸付金	保険料(税)の負担緩和を図るため	地方単独の保険料(税)の軽減額	任意給付に充てるため	小計									133	
1,341	183	191	43	9	0	1,231	54	10	3,062										



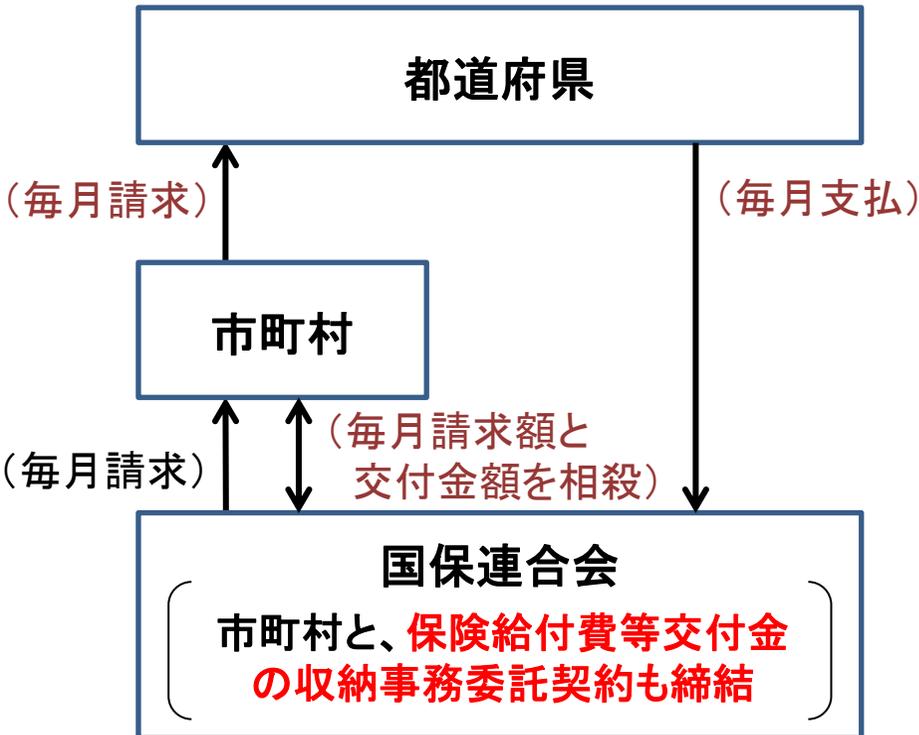
平成27年度 法定外繰入額の内訳(H28.12.28時点速報値)

決算補填等目的										決算補填等以外の目的								合計	
保険者判断によらないもの					保険者判断によるもの					小計	保険料(税)の減免額に充てるため	地方単独事業の医療給付費波及増等	保健事業費に充てるため	直営診療施設に充てるため	納税報奨金(納付組織交付金等)	基金積立	返済金		その他
保険料の収納不足のため	累積赤字補填のため	医療費の増加	後期高齢者支援金(予期せぬ増)	公債費、借入金利息	高額療養費貸付金	保険料(税)の負担緩和を図るため	地方単独の保険料(税)の軽減額	任意給付に充てるため	小計									130	
27	181	258	8	1	0	2,498	51	11	3,034	▲ 4	▲ 20	17	▲ 0	0	6	20	16	35	8
▲ 1314	▲ 2	67	▲ 35	▲ 8	0	1267	▲ 3	1	▲ 27	▲ 4	▲ 20	17	▲ 0	0	6	20	16	35	8

↑ 財政安定化基金の対象 計画的な削減・解消の赤字

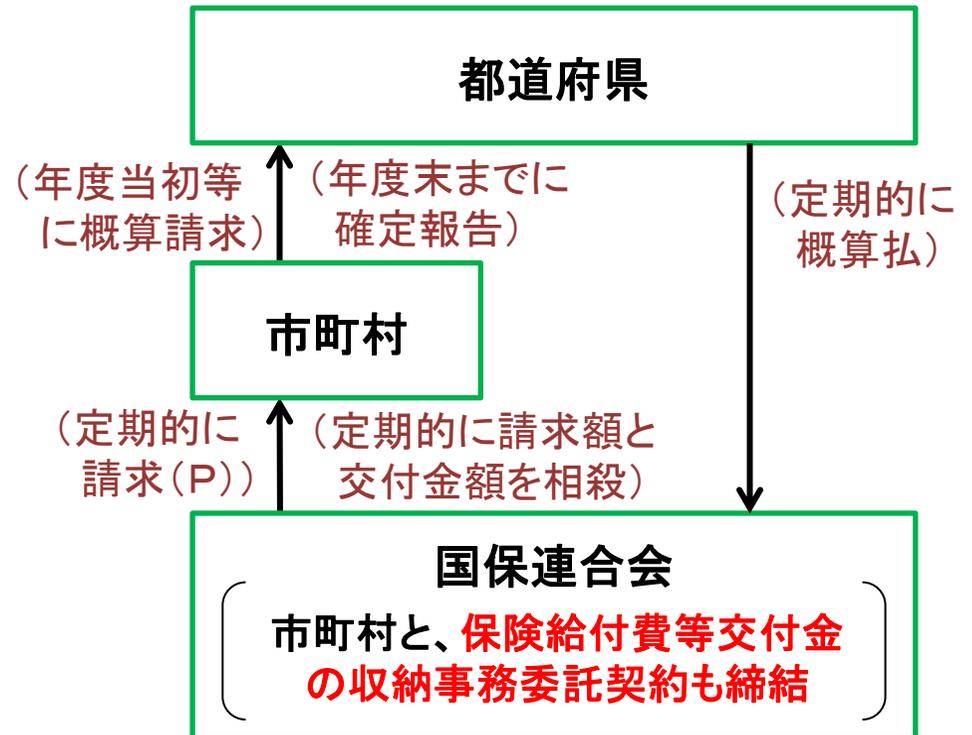
都道府県→国保連合会
(直接確定払 案①)

- 毎月、国保連合会からの請求に基づき、市町村が給付決定額を都道府県に確定請求。
- 保険医療機関等への支払い早期化を進めてきたため、都道府県は、国保連合会の請求から10日程度で支払えるように交付する必要がある。
- この方法では市町村に請求額と交付金額の相殺事務が残り簡素化が期待されず、日程に追われる。



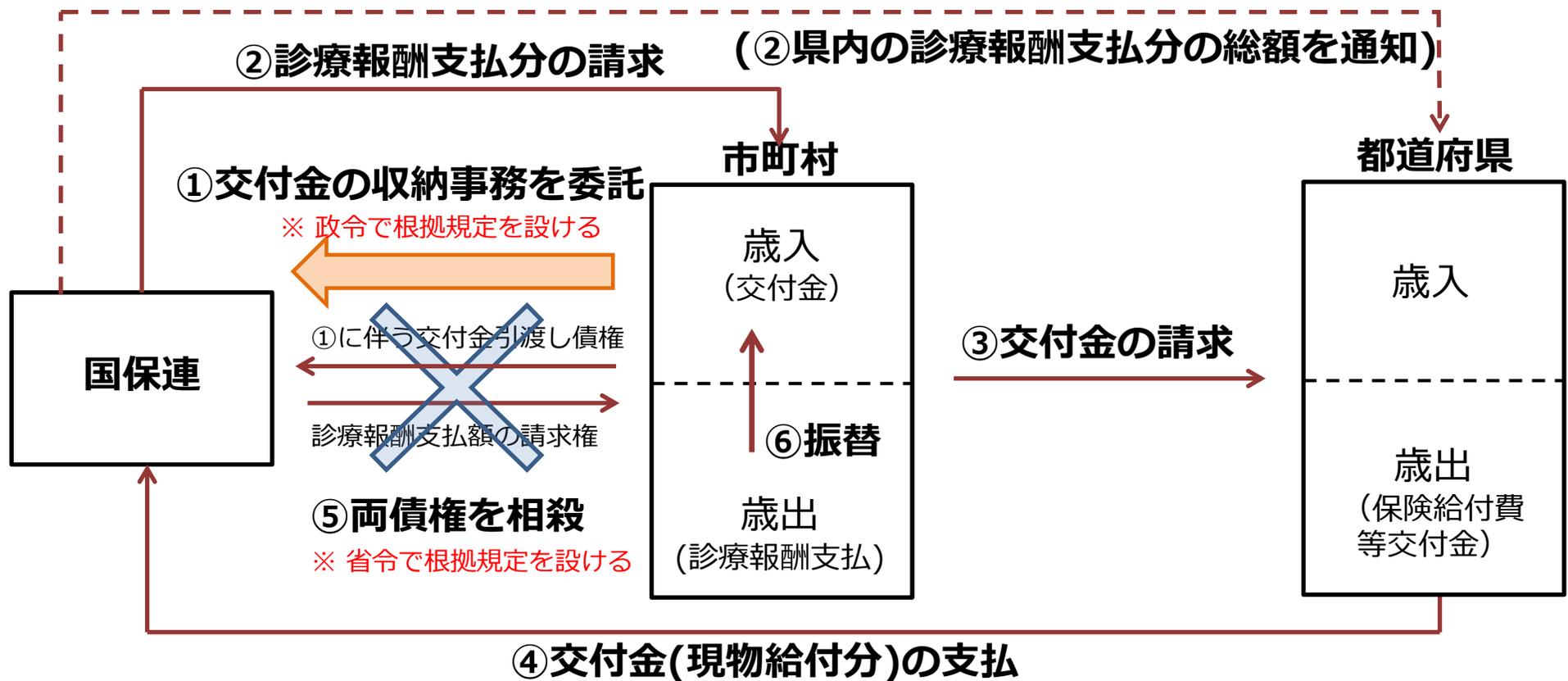
都道府県→国保連合会
(直接概算払 案②)

- 年度当初(又は定期的)に、市町村が合理的な支出計画を提出し、交付金を都道府県に概算請求。
- 都道府県は、事前に複数月分をまとめて支払うことも可能となる(P)(年度末までに金額確定する)。
- この方法では国保連合会が事前に財源を持てるようになる(P)ため日程に追われることは減り、毎月、国保連合会に支払う事務の一部簡素化も期待される。



案①_直接支払い(県から国保連への確定払い)

- 市町村は、国保連に都道府県からの保険給付費等交付金の収納事務を委託し、これにより、国保連に対する保険給付費等交付金の引渡し債権を取得する(①)。
- 国保連は、市町村に対して診療報酬支払い分の請求を行い(②)、都道府県は、市町村からの請求(③)に応じ、国保連に対し保険給付費等交付金を支払う(④)。
- ※ 都道府県の事務の円滑化のため、②と同時に県内の診療報酬支払分の総額を国保連から都道府県に通知することも考えられる。
- 市町村の保険給付費等交付金引渡し債権と国保連の診療報酬支払額の請求権を相殺し(⑤)、市町村は、相殺を契機に、歳出の診療報酬の支払いを歳入の保険給付費等交付金に振替を行う(⑥)。



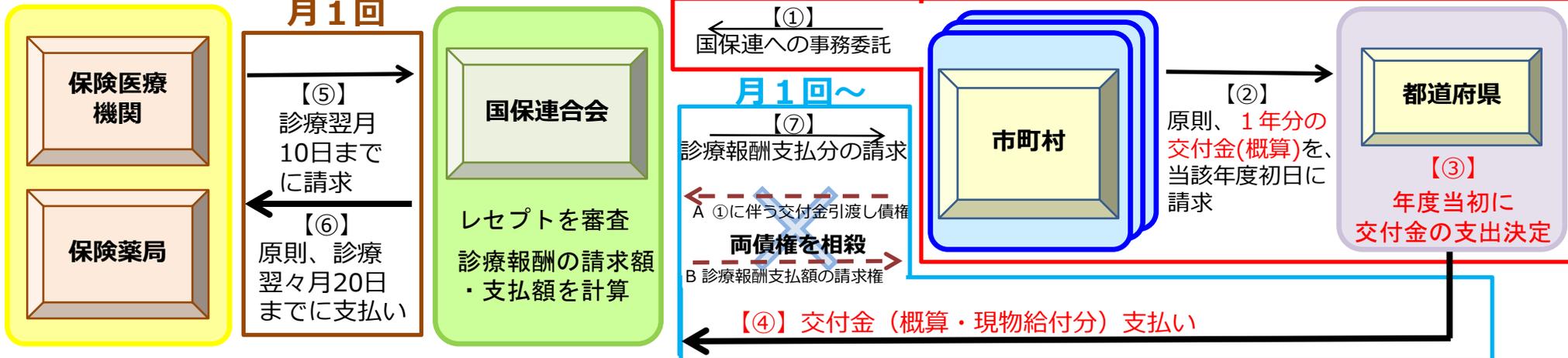
案②_直接支払い(県から国保連への概算払い)

- **市町村**は、国保連への事務委託【①】後、都道府県に対し、**前年度実績**(国保連から必要額の見通し通知がある場合は当該見通し)に基づく**原則1年分(3月-2月診療分)の交付金を、当該年度初日めど**(都道府県毎に期限を設定)に**請求**【②】
- **都道府県**は、各市町村からの請求に基づき、**1年分(3月-2月診療分)の交付金を支出決定する【③】**とともに、**国保連合会**に対し、**都道府県単位の交付金を支払う【④】**。交付金の支払い方(※1)については、当該年度中に分割して行う(支払期日は、診療翌々月20日までに支払う必要があることを踏まえつつ設定。ただし、最初の分割払いは、前年度3月診療分の支払いに間に合わせるため、5/20までに支払う必要がある。)
- **国保連合会**は、
 - ・ **都道府県から支払われた交付金を原資に、保険医療機関、保険薬局から毎月行われる請求【⑤】**に対し、**毎月支払いを行う【⑥】**とともに、
 - ・ **市町村に対する請求【⑦】**を、都道府県からの交付金支払い回数に従い(※2)、当該年度中に分割して行う。
- **精算**については、翌年度の4月以降に、**国保連合会から都道府県(市町村経由を想定)に対し、交付金(概算)と診療報酬確定金額の差額**について、**3~2月診療分をまとめて返納する(遅くとも翌年度末までに精算)**。

⑤のタイミングで、下記の債権を相殺(※2)
 A) 市町村の、国保連に対する、交付金引渡し債権
 B) 国保連の、市町村に対する、診療報酬支払額の請求権

※1 交付金の支払い回数については、月1回~可能とする。
 ※2 交付金年数回分割払いにおける、国保連と市町村の債権相殺(一対一対応関係)を可能とするため、
 ・国保法令上に、交付金の収納委託時の取扱いを規定(『国保法施行規則第31条』・『国保連診療報酬審査支払規則例』を改正するイメージ)
 ・国保連から市町村への診療報酬の請求を、交付金の支払い回数に揃えて年1回(~4回)にまとめて行うという契約内容にしておくことを検討中。

原則年1回



各都道府県における交付金支払方法のご検討状況 ～全都道府県アンケートを踏まえて～

◇ 各都道府県における交付金支払方法（予定） ※ H28. 11月末時点



→ 約74%の都道府県において、直接払いを実施予定

具体的なご意見

■ 直接払いを実施しない理由

- ・ 現金給付分等、各市町村に支払う必要があるものが引き続き残るため。
- ・ (確定払いの場合) 短期間での事務負担が発生するため、市町村への概算払いで対応予定。
- ・ (確定・概算払いいずれも) 市町村においても債権債務の相殺や歳出と歳入の振替えによる事務が発生し、制度の複雑化を招くため。また、国保連への直接払いが、市町村への概算払いと比べて、事務軽減が図られるかについて疑義があるため。
- ・ 概算払いにおいて、キャッシュフロー不足となった場合の対応が不明。
- ・ 現在、市町村・国保連・医療機関の取決めにより、診療月の翌月に、診療報酬の概算払いを実施している。直接払いを実施する場合、診療月の翌々月支払いとなるため、医療機関からの反発が予想され、市町村・国保連・医療機関での調整が困難。

■ 直接払いを実施する理由

- ・ 市町村による診療報酬支払いの前に、交付金を支払うことができず、市町村のキャッシュフロー不足が発生する可能性があるため。
- ・ 市町村から、事務負担軽減を理由に、直接払いの実施要望が強いため。

■ 確定払いの実施における課題

- ・ 市町村からの請求の取りまとめに時間がかかることが想定される。
- ・ 確定払いでは、毎月、支出負担行為伺を知事決裁することになるが、支払いまでの期限が短すぎる。

■ 概算払いの実施における課題

- ・ 国からの公費や市町村からの納付金等を、年度当初に県が歳入として見込めることが前提となる。
- ・ 概算払いの場合、支払い後に①市町村からの実績報告提出、②差額精算等の手続きが必要となり、精算の仕組みを明らかにする必要がある。
- ・ 概算払いは、会計年度独立の原則により必ず年度内の債務確定が必要だが、交付金支払額(3月支払分)の調整を伴う年度内交付金精算は実施困難。



これらの課題も踏まえ、引き続き検討

- 各都道府県は、連携会議の場等において、国民健康保険保険給付費等交付金ガイドライン(平成28年4月28日)を踏まえ、国保運営方針との整合性を確保する観点から、交付の詳細について検討を進めているところ、以下の点について、趣旨を明確化する観点から、修正することを予定。

1 保険給付費等交付金の「概算払」と「確定払」における請求等

- 会計年度区分に基づく請求と支払いの基準を明確化する。

2 交付対象費用の明確化

- 平成29年度以前分の給付費等も、平成30年度以降に請求があったものについては、保険給付費等交付金の対象費用に含まれる。

3 保険給付費等交付金の精算の取扱い

- 世帯主の所在不明等の理由により給付できない場合の事故繰越や、死亡等により給付できなくなった場合に保険給付費等交付金を都道府県に返還する処理の基準を明確化する。

4 都道府県繰入金(2号分)の交付対象メニュー

- 保険者事務の効率化、標準化、広域化等の支援に対しても、都道府県繰入金(2号分)を充てられるようにする。

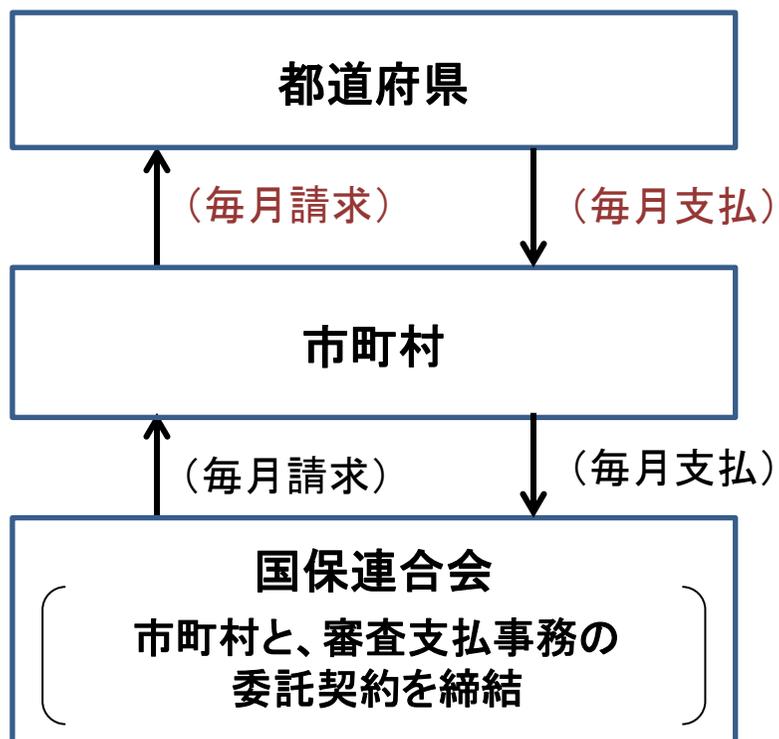
交付金ガイドライン見直し(案)① 保険給付費等交付金の「概算払」と「確定払」における請求等

- 保険給付費等交付金については、市町村からの請求に基づき交付する「確定払」と、地方自治法第232条の5第2項に基づき、事前に市町村からの合理的な年間の支出計画に基づき交付する「概算払」のいずれかを選択することが可能である。
- 「確定払」とする場合には、市町村から毎月請求を受けることにより、当該請求額を確認したうえで、執行することとなる。
- 「概算払」とする場合には、市町村との協議により、2か月毎、4半期毎の支払いとすることができる。(国保連合会に概算払する場合に、複数月分を一括して支払うことが可能かは現在調整中。) 執行額については、地方自治法施行令第162条及び各都道府県の規則に基づき、合理的に計算された支出見込金額となる。
- 都道府県の国保特別会計における保険給付費等交付金の会計年度所属区分は、地方自治法施行令第143条第1項第5号に基づき、「その支出負担行為を行った日の属する年度」となる。「その支出負担行為をした日の属する年度」とは、保険者(国保連を経由するものにあつては国保連とする。)が、診療報酬等についての請求を受理した日の属する年度となる。【総務省と調整中】
- なお、次のとおり支払方法ごとに取扱いが異なることに留意する。
 - ・ 「確定払」の場合には、都道府県が3月31日までに支出負担行為を行った請求分のみが当年度予算で執行される。このため、都道府県が3月31日までに処理可能となるよう、市町村に対して、請求期日を示しておく必要がある。(例えば、3月20日までに請求すること等。)
 - ・ 「概算払」の場合には、市町村からの請求の都度、分割支払い処理を行うが、翌年度の出納整理期間中に請求があったとしても、前年度に支出負担行為が行われているため、前年度予算で執行される。ただし、確定処理を当該年度内に行う必要がある。

保険給付費等交付金の支払方法(都道府県⇒市町村)

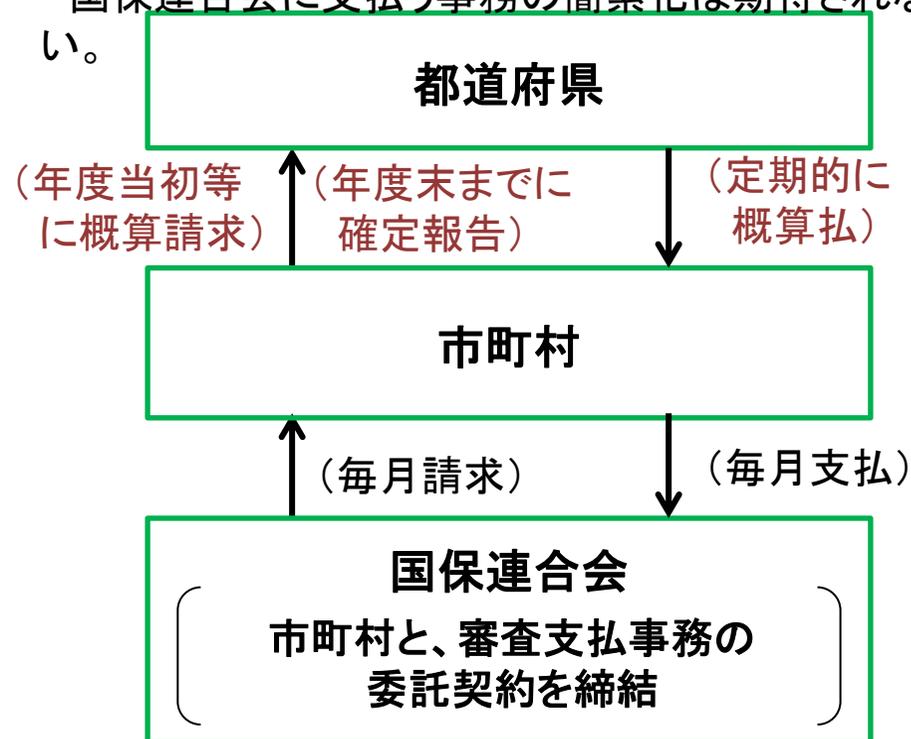
都道府県⇒市町村 (確定払)

- 毎月、国保連合会からの請求に基づき、市町村が給付決定額を都道府県に確定請求。
- 保険医療機関等への支払い早期化を進めてきたため、都道府県は、市町村が国保連合会の請求から10日程度で支払えるように交付する必要がある。
- この方法では事務の簡素化が期待されず、日程に追われる。



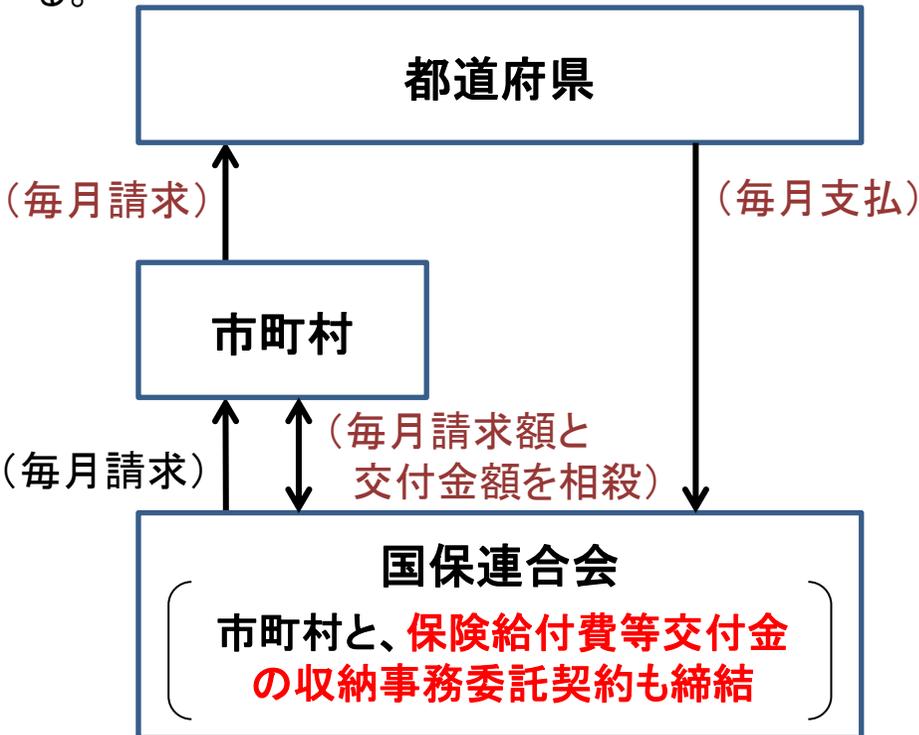
都道府県⇒市町村 (概算払)

- 年度当初(又は定期的)に、市町村が合理的な支出計画を提出し、交付金を都道府県に概算請求。
- 都道府県は、事前に複数月分をまとめて支払うことも可能となる(年度末までに金額確定する)。
- この方法では市町村が事前に財源を持てるようになるため、日程に追われることは減るが、毎月、国保連合会に支払う事務の簡素化は期待されない。



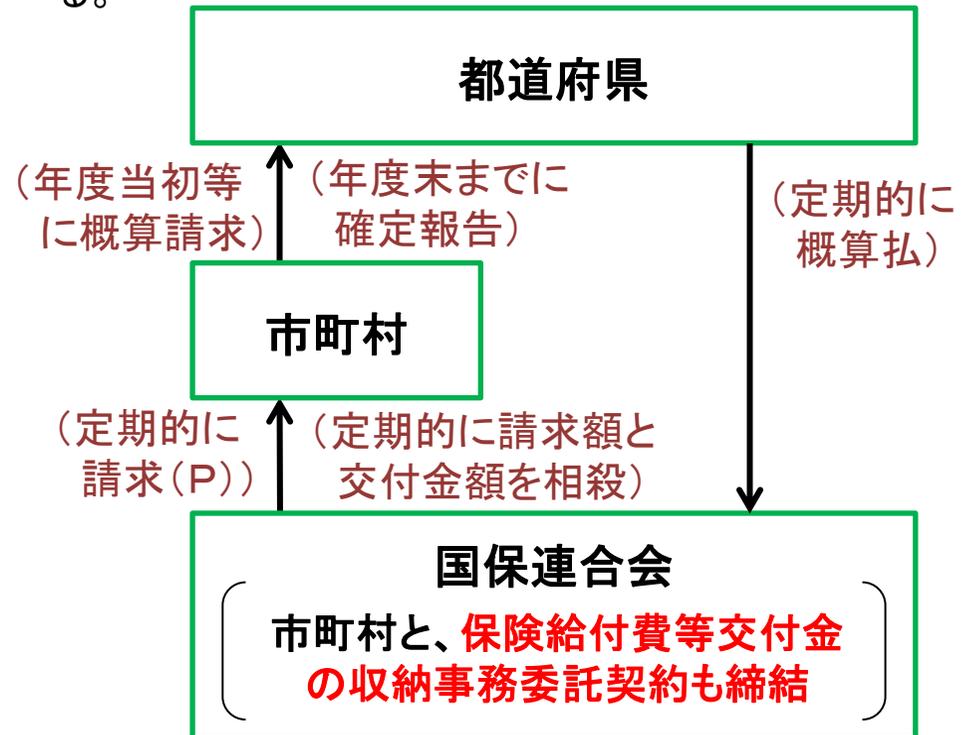
都道府県⇒国保連合会 (直接確定払)

- 毎月、国保連合会からの請求に基づき、市町村が給付決定額を都道府県に確定請求。
- 保険医療機関等への支払い早期化を進めてきたため、都道府県は、国保連合会の請求から10日程度で支払えるように交付する必要がある。
- この方法では市町村に請求額と交付金額の相殺事務が残り簡素化が期待されず、日程に追われる。



都道府県⇒国保連合会 (直接概算払)

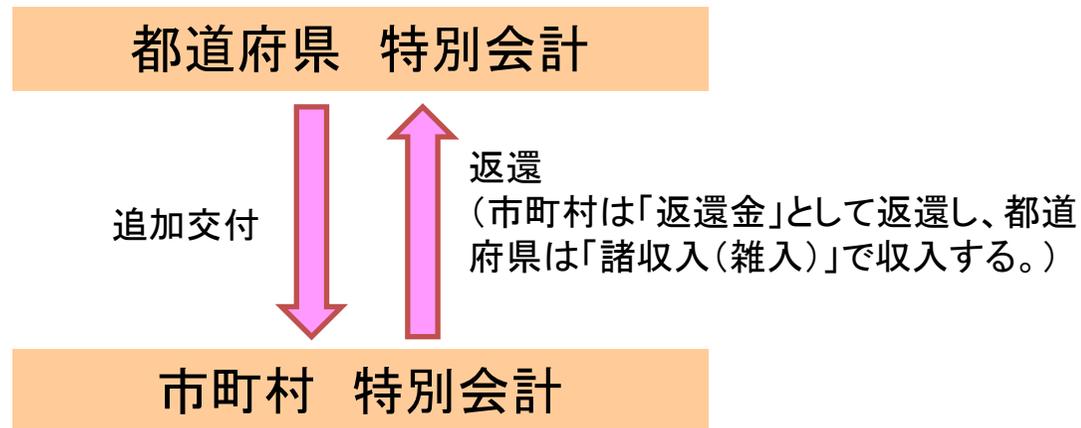
- 年度当初(又は定期的)に、市町村が合理的な支出計画を提出し、交付金を都道府県に概算請求。
- 都道府県は、事前に複数月分をまとめて支払うことも可能となる(P)(年度末までに金額確定する)。
- この方法では国保連合会が事前に財源を持てるようになる(P)ため日程に追われることは減り、毎月、国保連合会に支払う事務の一部簡素化も期待される。



- 平成30年2月以前の療養の給付に関する診療報酬その他の保険給付について、平成30年4月以降に請求があった場合も、持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律附則第11条第2項により、保険給付費等交付金の対象となる。
- なお、高額療養費については、被保険者からの請求に基づき支給することを原則としているため、便宜的に現物給付化を進めてきているが、会計年度については、従前どおり現金給付と同様、市町村が給付を決定した日の属する会計年度に処理する。(通常の会計年度である4-3ベース)
- また、出産育児一時金については、現行どおりとし、3月10日にまで国保連合会が受け付けたもので、正常分娩分は3月中に各市町村に請求されるため、当年度予算で執行し、異常分娩分は4月に各市町村に請求されるため、翌年度予算で執行する。
- 審査支払手数料については、現在、国保連合会が2月診療分を3月に審査して、4月に市町村に報告し、市町村は新年度予算で支払っているため、診療月で2-1月ベースとなっている。平成30年度以降も、従来どおり、2-1月ベースで、審査支払手数料を計上する。

- 現行の国民健康保険給付費等交付金ガイドラインにおいて、保険給付の精算が必要となるケースとして、確定払・概算払に関わらず、
 - ・ 現物給付分について保険医療機関の請求に認められないものが含まれていた場合、
 - ・ 現金給付に対する不正が明らかになった場合、
 - ・ 現物給付分について、第三者求償を行うべき事案が明らかとなった場合、
 を示しているが、
 - ・ 被保険者の死亡等により給付できなくなり、当該給付に係る取消処分を行った場合や時効が到来した場合、を加える。

- なお、世帯主の所在不明等の理由により給付できない場合には、「事故繰越」に該当し、引き続き、被保険者に対し給付する債務を負う。



- 現行の国民健康保険保険給付費等交付金ガイドラインにおいて、都道府県繰入金(2号分)の交付メニューとして、
- ・ 保険者の責めによらない医療費増、災害等、
 - ・ 納付金の仕組みの導入等に伴う激変緩和分(特定の期間を設けない)、
- 等をお示ししているが、
- ・ 保険者事務の効率化、標準化、広域化等の支援
- を交付メニューに追加してはどうか。
- (事務レベルWGでの議論を踏まえ、その他のメニューも検討。)

保険者事務の効率化、標準化、広域化等の支援

- 資格管理や給付、保険料の賦課・徴収等の保険者事務の効率化、標準化を推進する取組やシステム改修経費等の財政負担を支援するため、都道府県ごとの基準(負担割合)による交付を想定。

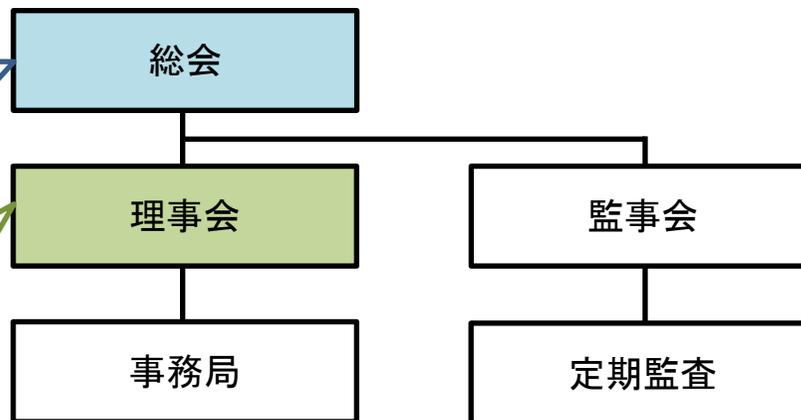
都道府県の国保連合会加入についての主な論点

- 国民健康保険法(以下「国保法」という。)の改正により、平成30年度から都道府県も国保の保険者として、国民健康保険団体連合会(以下「国保連合会」という。)に加入する予定である。これに伴い、以下のような論点が考えられる。
 - ① 加入により全ての保険者の代表者が出席する総会(議決機関)に都道府県の代表者も出席し、議決権を行使することとなるが、総会での議決権行使については、国保以外の後期、介護、障害福祉等の案件にも及ぶこととするか。
 - ② 総会で役員である理事会(執行機関)の理事等を選出するため、都道府県の代表者も選出される可能性があるが、全ての市町村が市町村長を代表者としている一方で、都道府県は知事以外の方を代表者とすることができるようにするか。
 - ③ 加入に伴い都道府県に対する負担金(会費)をどのように設定し、都道府県はどのように負担すべきか。

総会とは議決機関であり、会員である全ての保険者の代表者をもって構成され、規約改正や予算決算等を議決事項とする。

理事会とは執行機関であり、総会で選任された全ての理事をもって構成され、総会に提出する議案や会務運営の具体的方針等を決定する。

国保連合会機構図(例)



国民健康保険等診療報酬審査委員会
(国保法87条、高齢者医療確保法等)

国民健康保険等療養審査委員会
(※協定書又は受領委任の取扱規程等)

介護給付費等審査委員会
(介護保険法第179条)

介護サービス苦情処理委員会
(介護保険法第176条第1項第3号)

役員構成(27年4月1日現在)		理事長	副理事長	常務理事	理事	監事	その他	合計
関係 保険者	首長	44	86	6	379	110		625
	首長 以外	国保組合理事長	5		45	5		55
		その他			2			2
保険者関係以外		3	2	45	18	14	4	86
合計		47	93	51	444	129	4	768

論点① 総会での議決権

論点	国保連合会の意見と対応案	
総会での議決権	国保連合会の意見	<ul style="list-style-type: none"> ・都道府県は、会員である一方、国保連合会の指導監督機関、届出認可機関でもある。市町村保険者との立場の違いを整理した上で、議決権について議論すべきだと思う。 ・都道府県の議決権の取扱い(議決権の強弱や議決権の範囲等)については、国保連合会の負担金の扱い(都道府県の負担の有無、金額等)を踏まえた上で、検討する必要がある。
	対応案	<p>(都道府県の立場) 国保連合会は、診療報酬請求等の審査の適正と支払の迅速・統一的な処理を図るため、各保険者を統一する審査機構として、都道府県知事の認可を得て設立されたものである。今後も都道府県は行政庁として国保連合会の指導監督機関であり、届出認可機関であるが、平成30年度から都道府県は国保の保険者としての立場で、国保法第84条の規定に基づき、国保連合会に加入にする。</p> <p>(都道府県の議決権) 国保連合会の総会は議決機関であり、会員である全ての保険者の代表者をもって構成され、規約改正や予算決算等の意思決定を行う。平成30年度から都道府県も国保財政運営の責任主体として総会に出席し議決権を行使して意思決定に関与することとなるが、都道府県の代表者については、国保の保険者であり会員間に優劣はないことに鑑み、国保組合と同様に議決権の特例を設け、国保に関する議案のみについて、他保険者と同等に議決権(1)を行使するのが適切ではないかと考える。</p>

国保連合会アンケートの結果 (未回答がある)

● 国に示してもらいたい議決権の考え方 (40連合会)

都道府県は議決権を有さない	都道府県も議決権を1とする	都道府県は強い議決権を有する	その他(※)
3連合会	23連合会	0連合会	12連合会

※ 「その他」の内容(12連合会) ・国が示す取扱いに合わせる(6連合会)、・負担金の取扱いを整理してから検討すべき(3連合会)、
 ・指導監督との関係を整理してから検討すべき(2連合会)、・議決権を有しないとする場合、その取扱いの検討が必要(1連合会)

● 国に示してもらいたい議決権の特例の考え方

介護保険関係業務に関する議決権を有さない	障害者自立支援関係業務に関する議決権を有さない	後期高齢者医療制度関係業務に関する議決権を有さない	その他
28連合会	28連合会	27連合会	10連合会

※ 「その他」の内容(10連合会) ・国が示す取扱いに合わせる(3連合会)、・議決権の特例なし(3連合会)、
 ・負担金の取扱い、指導監督との関係を整理してから検討すべき(2連合会)、・知事が役員となった場合、議決権を有しないことにより支障をきたさないか懸念(1連合会)、・議決権よりも会員としての義務・権利を明確にすべき(1連合会)

論点② 理事等(役員)と都道府県の代表者

論点	国保連合会の意見と対応案	
理事会と理事等の役割、都道府県の代表者	国保連合会の意見	<p>・知事を役員(理事)として考えた場合、理事会は代理出席ができないため、日程調整が困難となり、知事が出席できないことも考えられるため、部長を理事とすることも可能とする等の考慮が必要となると考える。</p>
	対応案	<p>(理事会と理事の役割) 国保連合会の理事会は執行機関であり、総会で選任された全ての理事をもって構成され、総会に提出する議案や会務運営の具体的方針等を決定する。理事等の役員は、民間企業の取締役に相当する職であり、国保連合会の規約において、保険者の代表者から選任すると規定しているところがある(17連合会)。 理事は、その個人の経験や能力・資質に着目して組織運営が委任されるため、自ら理事会に出席して議決権を行使することが求められる。(一身専属的な考え方から原則は代理を認めていないが、理事が欠席する場合は、議決案件について書面により議事に加わることができる。)</p> <p>(都道府県の代表者) 都道府県(保険者)の代表者は知事であると解され、知事が選任され理事を務めることも考えられるが、国保連合会規約に規定を設けることにより、現行と同様に書面評決を認めることが可能である。一方、国保連合会規約において、代表者を知事と規定していなければ、予め、知事が指定する職員を都道府県の代表者とすることも許容されると考えられる。 いずれにせよ、国保連合会が担う国保、後期、介護、障害福祉等の業務範囲を踏まえ、部長級以上の職員が望ましいと考える。具体的には都道府県、市町村と国保連合会とで協議のうえ、理事会において国保連合会規約の改正と合わせてご検討いただきたい。その上で、適切に総会の場において、ご判断いただきたい。</p>

国保連合会アンケートの結果 (未回答がある)

● 国に示してもらいたい都道府県代表者の考え方 (33連合会)

知事とすべき	知事とすべきでない	回答の理由
19連合会	13連合会	<p>【都道府県知事とすべきとする理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現状の市町村における取扱いに合わせる (6連合会) ・都道府県の代表者であるため (5連合会) ・知事が良いと考えるが、役員就任、理事会への代理出席等に対する考慮が必要 (4連合会) 他 <p>【都道府県知事とすべきではないとする理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国保連合会に対する認可、指導監督の権限への影響を考慮するため (4連合会) ・知事では、理事会、総会等の日程調整が困難なため (3連合会) 他

論点③ 国保連合会の負担金

論点	関係者の意見と対応案	
	関係者の意見	<ul style="list-style-type: none"> ・都道府県に対し、市町村・国保組合と同様の算出方法で負担を求めるのは難しいと考えている。 ・負担金を求めるにあたり、都道府県にメリットのある事業展開についても考慮する必要があると考えている。 ・都道府県の負担金の財源が、市町村納付金に転嫁されるということであれば、都道府県の負担金は平等割のみで良いのではないかとと思われるが、都道府県の負担金の財源のあり方を含め、都道府県・市町村と協議する必要がある。
国保連合会の負担金(会費)	対応案	<p>(負担金の使途) 国保連合会の会員は、国保連合会規約により、特定の業務のために支払う審査支払手数料等とは別に、毎年度、会費に相当する負担金を納付することとされ、負担金は、国保連合会の人事管理費や事務所の維持管理費等の主に総務費に充てられている。</p> <p>(負担金の財源等) 都道府県が国保連合会に加入することに伴い一定の管理コストが発生することが見込まれるため、都道府県に負担金を求めることとなる場合には、国民健康保険法施行令第29条の7の規定に基づき、被保険者の保険料を財源とするため、都道府県は納付金の一部に当該負担金額を算入して、市町村に納付を求める。このため、国保連合会は、都道府県に対し、費用額と按分方法を明示する必要がある。その際、現行の負担金の按分方法(被保険者数割、保険者平等割等)も含めて、都道府県と市町村、国保連合会とで協議の上、理事会において国保連合会規約の改正と合わせてご検討いただきたい。その上で、適切に総会において、ご判断いただきたい。</p> <p>(負担金の免除措置) 一方、負担金で賄うべき費用の増加が見込まれない場合には、当分の間、都道府県に対する負担金を免除することができるようにするなど、柔軟な対応ができるようにすることも一つの考え方である。こうした点についても、ご検討いただきたい。</p>

国保連合会アンケートの結果（未回答がある）

- 国保連合会が良いと考える負担金の標準的な算出方法（13連合会）

被保険者割	保険者平等割	診療施設割	その他
5連合会	4連合会	1連合会	3連合会

国民健康保険法(抄)等の関係法令

● 国民健康保険法（平成30年4月1日施行）

第七章 国民健康保険団体連合会

（設立、人格及び名称）

第八十三条 都道府県若しくは市町村又は組合は、共同してその目的を達成するため、国民健康保険団体連合会（以下「連合会」という。）を設立することができる。

2～4 （略）

（設立の認可等）

第八十四条 （略）

2 （略）

3 都道府県の区域を区域とする連合会に、その区域内の都道府県及び市町村並びに組合の三分の二以上が加入したときは、当該区域内のその他の都道府県及び市町村並びに組合は、全て当該連合会の会員となる。

● 国民健康保険法施行令（昭和33年12月27日政令第362号）

第三章の三 保険料

（市町村の保険料の賦課に関する基準）

第二十九条の七 （略）

2 （略）

一 当該基礎賦課額（第五項に規定する基準に従いこの項の規定に基づき算定される被保険者均等割額又は世帯別平等割額を減額するものとした場合にあつては、その減額することとなる額を含む。）の総額（以下この条及び附則第四条第二項第一号において「基礎賦課総額」という。）は、イに掲げる額の見込額からロに掲げる額の見込額を控除した額を基準として算定した額であること。ただし、法第七十七条の規定による保険料の減免を行う場合には、イに掲げる額の見込額からロに掲げる額の見込額を控除した額にハに掲げる額の見込額を合算した額を基準として算定した額とすることができる。

イ 当該年度における療養の給付に要する費用の額から当該給付に係る一部負担金に相当する額を控除した額、入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、特別療養費、移送費、高額療養費及び高額介護合算療養費の支給に要する費用の額、前期高齢者納付金等の納付に要する費用の額、保健事業に要する費用の額、法第八十一条の二第一項第一号に掲げる交付金を交付する事業に係る同条第二項の規定による拠出金（当該事業に関する事務の処理に要する費用に係るものを除く。）の納付に要する費用の額、同条第一項第二号に掲げる交付金を交付する事業に係る同条第二項の規定による拠出金（当該事業に関する事務の処理に要する費用に係るものを除く。）の納付に要する費用の額の二分の一に相当する額並びにその他の国民健康保険事業に要する費用（国民健康保険の事務（前期高齢者納付金等及び後期高齢者支援金等並びに介護納付金の納付に関する事務を含む。ロにおいて同じ。）の執行に要する費用を除く。）の額の合算額（前期高齢者交付金がある場合には、これを控除した額）

ロ （略）

ハ （略）

国民健康保険法(抄)等の関係法令

● 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年8月17日法律第80号）

第六章 国民健康保険団体連合会の高齢者医療関係業務

（国保連合会の業務）

第百五十五条 国保連合会は、国民健康保険法の規定による業務のほか、第七十条第四項（第七十四条第十項、第七十五条第七項、第七十六条第六項及び第七十八条第八項において準用する場合を含む。）の規定により後期高齢者医療広域連合から委託を受けて行う療養の給付に要する費用並びに入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費及び訪問看護療養費の請求に関する審査及び支払の業務を行う。

2 国保連合会は、前項に規定する業務のほか、後期高齢者医療の円滑な運営に資するため、次に掲げる業務を行うことができる。

一 第五十八条第三項の規定により後期高齢者医療広域連合から委託を受けて行う第三者に対する損害賠償金の徴収又は収納の事務

二 前号に掲げるもののほか、後期高齢者医療の円滑な運営に資する事業

（議決権の特例）

第百五十六条 国保連合会が前条の規定により行う業務（以下「高齢者医療関係業務」という。）については、国民健康保険法第八十六条において準用する同法第二十九条の規定にかかわらず、厚生労働省令で定めるところにより、規約をもつて議決権に関する特別の定めをすることができる。

（区分経理）

第百五十七条 国保連合会は、高齢者医療関係業務に係る経理については、その他の経理と区分して整理しなければならない。

● 介護保険法（平成9年12月17日法律第123号）

第十章 国民健康保険団体連合会の介護保険事業関係業務

（連合会の業務）

第百七十六条 連合会は、国民健康保険法の規定による業務のほか、次に掲げる業務を行う。

一 第四十一条第十項（第四十二条の二第九項、第四十六条第七項、第四十八条第七項、第五十一条の三第八項、第五十三条第七項、第五十四条の二第九項、第五十八条第七項及び第六十一条の三第八項において準用する場合を含む。）の規定により市町村から委託を受けて行う居宅介護サービス費、地域密着型介護サービス費、居宅介護サービス計画費、施設介護サービス費、特定入所者介護サービス費、介護予防サービス費、地域密着型介護予防サービス費、介護予防サービス計画費及び特定入所者介護予防サービス費の請求に関する審査及び支払

二 第百十五条の四十五の三第六項の規定により市町村から委託を受けて行う第一号事業支給費の請求に関する審査及び支払並びに第百十五条の四十七第六項の規定により市町村から委託を受けて行う介護予防・日常生活支援総合事業の実施に必要な費用の支払決定に係る審査及び支払であつて、前号に掲げる業務の内容との共通性その他の事情を勘案して厚生労働省令で定めるもの

三 指定居宅サービス、指定地域密着型サービス、指定居宅介護支援、指定施設サービス等、指定介護予防サービス、指定地域密着型介護予防サービス及び指定介護予防支援の質の向上に関する調査並びに指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、指定介護予防サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者及び指定介護予防支援事業者に対する必要な指導及び助言

2 （略）

（議決権の特例）

第百七十七条 連合会が前条の規定により行う業務（以下「介護保険事業関係業務」という。）については、国民健康保険法第八十六条において準用する同法第二十九条の規定にかかわらず、厚生労働省令で定めるところにより、規約をもつて議決権に関する特段の定めをすることができる。

（区分経理）

第百七十八条 連合会は、介護保険事業関係業務に係る経理については、その他の経理と区分して整理しなければならない。

● 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年11月7日法律第123号）

第七章 国民健康保険団体連合会の障害者総合支援法関係業務

（連合会の業務）

第九十六条の二 連合会は、国民健康保険法の規定による業務のほか、第二十九条第七項（第三十四条第二項において準用する場合を含む。）、第五十一条の十四第七項及び第五十一条の十七第六項の規定により市町村から委託を受けて行う介護給付費、訓練等給付費、特定障害者特別給付費、地域相談支援給付費及び計画相談支援給付費の支払に関する業務を行う。

（議決権の特例）

第九十六条の三 連合会が前条の規定により行う業務（次条において「障害者総合支援法関係業務」という。）については、国民健康保険法第八十六条において準用する同法第二十九条の規定にかかわらず、厚生労働省令で定めるところにより、規約をもって議決権に関する特段の定めをすることができる。

（区分経理）

第九十六条の四 連合会は、障害者総合支援法関係業務に係る経理については、その他の経理と区分して整理しなければならない。

第三章 会 員

(会員)

第七条 この連合会は、第四条の区域における国民健康保険を行う市町村及び国民健康保険組合（以下「国民健康保険の保険者」という。）をもって会員とする。

(加入)

第八条 この連合会に加入しようとする国民健康保険の保険者は、国民健康保険に関する条例又は規約を添え、書面をもってその旨をこの会に申し込まなければならない。

2 加入の申込をした国民健康保険の保険者は、その日から会員となる。

3 この連合会に第四条の区域内の三分の二以上の国民健康保険の保険者が加入したときは、区域内のその他の国民健康保険の保険者は、この連合会の会員となるものとする。

(脱退)

第九条 会員は、六箇月以上の予告期間を設けて、その年度の終りにおいて、この連合会から脱退することができる。ただし、連合会の区域のすべての国民健康保険の保険者が加入している場合はこの限りでない。

(届出)

第十条 会員は、国民健康保険の保険者の名称、主たる事務所の所在地並びに国民健康保険の保険者を代表する者の職名、氏名及び生年月日を、遅滞なく、この連合会に届け出なければならない。

2 会員は、前項に規定する事項に変更があったときは、遅滞なく、その旨及びその年月日をこの連合会に届け出なければならない。

3 会員は、別に定めるところにより、各月の被保険者数の状況をこの連合会に報告しなければならない。

4 会員たる組合が解散したときは、清算人は、就任の日から一週間以内に、その旨及びその年月日をこの連合会に届け出なければならない。

(書面又は代理人による選挙権及び議決権)

第十一条 会員は、書面又は代理人をもって、第十六条の規定によりあらかじめ通知のあった事項につき、選挙権又は議決権を行うことができる。ただし、その会員たる国民健康保険の保険者の代表者若しくは職員又は会員でなければ、代理人となることはできない。

2 代理人は、二以上の会員を代理することはできない。

3 代理人は、代理権を証する書面をこの連合会に提出しなければならない。

(負担金及び手数料)

第十二条 会員は、毎年度、負担金を納付しなければならない。

- 2 会員は、診療報酬の審査及び支払、特定健康診査・特定保健指導の費用の支払及びデータの管理、介護給付費及び介護予防・日常生活支援総合事業費の審査及び支払並びに障害介護給付費及び障害児給付費の支払に関する事務を連合会に委託したときは、手数料を納付しなければならない。
- 3 会員（市町村に限る。）は、第六条の二第一号から第四号までに規定する特別徴収に係る経由事務について、手数料を納付しなければならない。
- 4 前三項に規定する負担金及び手数料の額、賦課方法等については、別にこれを定める。
- 5 この連合会は、総会の議決を経て、臨時に会員をして負担金を納付させることができる。
- 6 負担金又は手数料の額及び納期を決定したときは、ただちに、これを会員に通知するものとする。
- 7 会員が納付期限を経過してもなお負担金又は手数料を納付しないときは、理事長は、期限を定めて、督促しなければならない。

第四章 総会

(議決権の特例)

第十八条の二 第六条第四項に定める業務（以下「介護保険事業関係業務」という。）に関しては、法第八十六条において準用する同法第二十九条の規定にかかわらず、会員たる国民健康保険組合は、議決権を有さない。

(議決権の特例)

第十八条の三 第六条第五項に定める業務（以下「障害者総合支援法関係業務等」という。）に関しては、法第八十六条において準用する同法第二十九条の規定にかかわらず、会員たる国民健康保険組合は、議決権を有さない。

(議決権の特例)

第十八条の四 第六条第三項に定める業務（以下「後期高齢者医療関係業務」という。）に関しては、法第八十六条において準用する同法第二十九条の規定にかかわらず、会員たる国民健康保険組合は、議決権を有さない。

第六章 理事会

(理事会の議決事項)

第三十二条 理事会においては、次に掲げる事項について議決する。

- 一 総会の招集及び総会に提出する議案
- 二 会務運営の具体的方針の決定
- 三 会務執行に関する事項で理事会において必要と認めた事項
- 四 ○○○
- 五 その他この規約に定める事項

(理事会の議事)

第三十三条 理事会の議事は、理事の過半数が出席し、その過半数で決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

- 2 理事会に出席することのできない理事は、あらかじめ通知を受けた会議の目的たる事項について、書面により、理事会の議事に加わることができる。
- 3 前項の規定により、賛否の意見を明らかにした書面により議事に加わる理事は出席したものとみなす。

5. システム関係

【改正事項のポイント】

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

* これに伴い、都道府県単位で被保険者証のレイアウトを統一することが考えられる

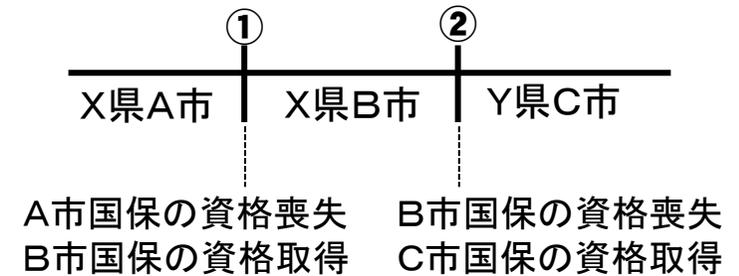
○ ただし、転居後の市町村において、改めて被保険者証を交付する。

* 資格管理の法的主体は市町村

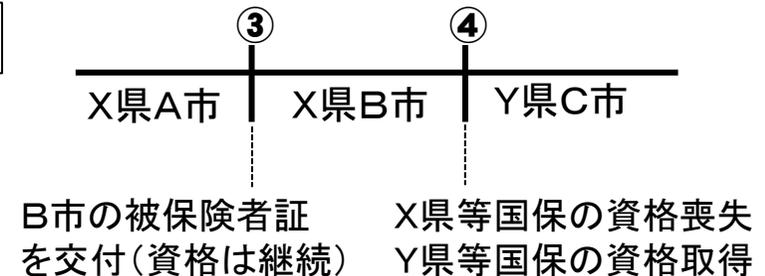
* なお、上記の事務を支援するための電算処理システムを開発する方針

※経過措置として、新制度施行後の一定の期間においては、従来の被保険者証を使用することができるよう検討中。

改正前



改正後



■ 改正後の国民健康保険法（抜粋）

（被保険者）

第5条 都道府県の区域内に住所を有する者は、当該都道府県が当該都道府県内市町村とともに行う国民健康保険の被保険者とする。

（資格取得の時期）

第7条 都道府県等が行う国民健康保険の被保険者は、都道府県の区域内に住所を有するに至った日又は前条各号のいずれにも該当しなくなつた日から、その資格を取得する。

（資格喪失の時期）

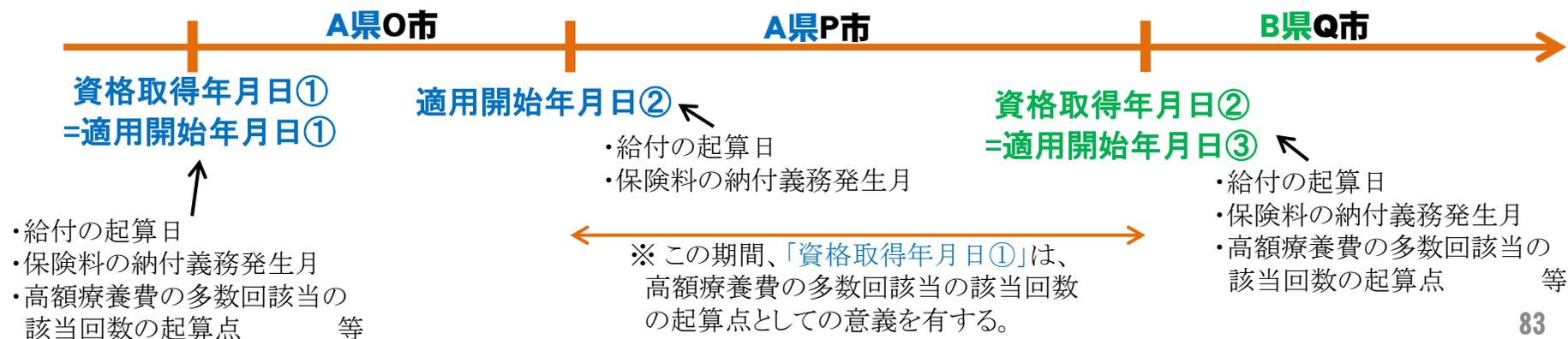
第8条 都道府県等が行う国民健康保険の被保険者は、都道府県の区域内に住所を有しなくなつた日の翌日又は第6条各号（第9号及び第10号を除く。）のいずれかに該当するに至つた日の翌日から、その資格を喪失する。ただし、当該市町村の区域内に住所を有しなくなつた日に他の市町村の区域内に住所を有するに至つたときは、その日から、その資格を喪失する。

2 （略）

都道府県単位の資格管理に伴う「資格取得年月日」等の概念整理(案)

※詳細は引き続き地方と協議

- 今回の国保改革により都道府県も国保の保険者となることに伴い、都道府県単位で資格管理を行う仕組みへと見直すこととなる。これにより、平成30年度以降は、被保険者が都道府県内他市町村へ住所異動した場合には、資格の喪失・取得が生じないこととなる。※都道府県外への住所異動の場合には、資格の喪失・取得が生じる。
- 一方、平成30年度以降において、被保険者の資格管理、保険給付、保険料の賦課・徴収等については市町村が担うこととされていることから、被保険者が都道府県内他市町村へ住所異動した場合には、その異動日を適切に記録・管理する必要がある。
- このため、今般新たに「市町村による資格管理の開始日」を「適用開始年月日」(仮称)として位置づけることとする。
 - ※ 「適用開始年月日」については、給付の起算日や、保険料の納付義務発生月の属する日等の意義を有する。
 - ※ 都道府県内他市町村への住所異動がない場合、「資格取得年月日」=「適用開始年月日」として取扱う。
 - ※ なお、高齢受給者証等で用いられている「発効期日」(証が有効となる年月日であり、証の更新により変更)とは別概念。
- また、被保険者が都道府県内他市町村へ住所異動した場合であっても、(当該被保険者が転出元市町村に住所異動した日である)「資格取得年月日」については、引き続き、高額療養費の多数回該当に係る該当回数^{の起算点}としての意義を有することから、システム上、適切に記録・管理する必要がある。



国保改革に伴い改正を行う様式一覧

省令様式	改正点
被保険者証(様式第一号)	<ul style="list-style-type: none"> ・「国民健康保険被保険者証」→「●●都道府県国民健康保険被保険者証」 ・「資格取得年月日」→「適用開始年月日」・「保険者名」→「交付者名」
被保険者資格証明書(様式第一号の三)	<ul style="list-style-type: none"> ・「国民健康保険被保険者資格証明書」→「●●都道府県国民健康保険被保険者資格証明書」 ・「保険者」→「交付者」・「保険者番号並びに保険者の名称及び印」→「保険者番号並びに交付者の名称及び印」 ・有効期限の記載を最上段へ移動
高齢受給者証(様式第一号の四及び様式第一号の五)	<ul style="list-style-type: none"> ・「国民健康保険高齢受給者証」→「●●都道府県国民健康保険高齢受給者証」 ・「保険者名」→「交付者名」・有効期限の記載を最上段へ移動
特定同一世帯所属者証明書(様式第一号の五の二)	<ul style="list-style-type: none"> ・「保険者」→「交付者」 ・「保険者番号並びに保険者の名称及び印」→「保険者番号並びに交付者の名称及び印」
食事療養標準負担額認定証(様式第一号の六)	<ul style="list-style-type: none"> ・「国民健康保険食事療養標準負担額減額認定証」→「●●都道府県国民健康保険食事療養標準負担額減額認定証」 ・「保険者印」→「交付者印」・「保険者番号並びに保険者の名称及び印」→「保険者番号並びに交付者の名称及び印」 ・有効期限の記載を最上段へ移動
生活療養標準負担額認定証(様式第一号の六の二)	<ul style="list-style-type: none"> ・「国民健康保険生活療養標準負担額減額認定証」→「●●都道府県国民健康保険生活療養標準負担額減額認定証」 ・「保険者印」→「交付者印」・「保険者番号並びに保険者の名称及び印」→「保険者番号並びに交付者の名称及び印」 ・有効期限の記載を最上段へ移動
特定疾病療養受療証(様式第一号の七)	<ul style="list-style-type: none"> ・「国民健康保険特定疾病療養受療証」→「●●都道府県国民健康保険特定疾病療養受療証」 ・「保険者番号並びに保険者の名称及び印」→「保険者番号並びに交付者の名称及び印」・有効期限の記載を最上段へ移動
限度額適用認定証(様式第一号の八)	<ul style="list-style-type: none"> ・「国民健康保険特定疾病療養受療証」→「●●都道府県国民健康保険特定疾病療養受療証」 ・「保険者番号並びに保険者の名称及び印」→「保険者番号並びに交付者の名称及び印」・有効期限の記載を最上段へ移動
限度額適用・標準負担額減額認定証(様式第一号の九)	<ul style="list-style-type: none"> ・「国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」→「●●都道府県国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」 ・「保険者印」→「交付者印」・「保険者番号並びに保険者の名称及び印」→「保険者番号並びに交付者の名称及び印」 ・有効期限の記載を最上段へ移動
特別療養証明書(様式第二)	<ul style="list-style-type: none"> ・「国民健康保険特別療養証明書」→「●●都道府県国民健康保険特別療養証明書」 ・「保険者」→「交付者」
身分を示す証明書(様式第五)	<ul style="list-style-type: none"> ・「保険者印」→「交付者印」
退職被保険者等に関する被保険者証(様式第七号及び様式第七号の二)	<ul style="list-style-type: none"> ・「●●都道府県」を追記 ・「保険者名」→「交付者名」
退職被保険者等証明書(別記様式)	<ul style="list-style-type: none"> ・「国民健康保険退職被保険者等証明書」→「●●都道府県国民健康保険退職被保険者等証明書」 ・「保険者印」→「交付者印」・「保険者番号並びに保険者の名称及び印」→「保険者番号並びに交付者の名称及び印」

※被保険者証と同様に、平成30年4月1日以後最初に到来する有効期限の翌日(更新日)から切り替えることを基本とする。(有効期限のない特定同一世帯所属者証明書(様式第一号の五の二)の様式を除く。身分を示す証明書(検査証。様式第五号)は平成30年4月1日から定義を変更。)

高額療養費の多数回該当に係る該当回数引継ぎについて

■ 国民健康保険の見直しについて(議論のとりまとめ) (平成27年2月12日 国保基盤強化協議会)(抜粋)

3 改革により期待される効果

…(略)… さらに、被保険者が同一都道府県内に転居した場合、高額療養費の多数回該当に係る該当回数を引継ぐこととするなど、被保険者の負担軽減を図る。

- 今回の国保改革により都道府県も国保の保険者となることにあわせ、被保険者が同一都道府県内の他市町村へ住所異動した場合には、新たに、当該被保険者の高額療養費の多数回該当に係る該当回数を引継ぐこととする。
- 高額療養費の多数回該当に係る該当回数を引継ぐことによって、一定期間に多数回にわたって高額な医療費を負担していた世帯が、同一都道府県内の他市町村へ住所異動した場合にも、自己負担限度額を継続して引き下げることとなるため、被保険者の負担を軽減することができる。
- 該当回数の引継ぎに係る事務を円滑に遂行する観点から、今般新たに開発する予定の「国保情報集約システム」により、都道府県単位で、市町村における資格管理情報や高額療養費の支給情報等を集約・管理する予定。
- 昭和59年9月29日保発第73号厚生省保険局国民健康保険課長通知にて、「多数該当の通算は、家計の同一性、世帯の連続性を考慮して行う」と示しており、該当回数の引継ぎに当たっては、同一都道府県内で市町村をまたがる住所異動があった世帯について、家計の同一性、世帯の連続性(以下「世帯の継続性」という。)の判定を行う必要がある。

★国民健康保険における高額療養費支給事務の取扱い等について(昭和59年9月28日保発第72号厚生省保険局国民健康保険課長通知)

第一 高額療養費に関する事項

…(略)…

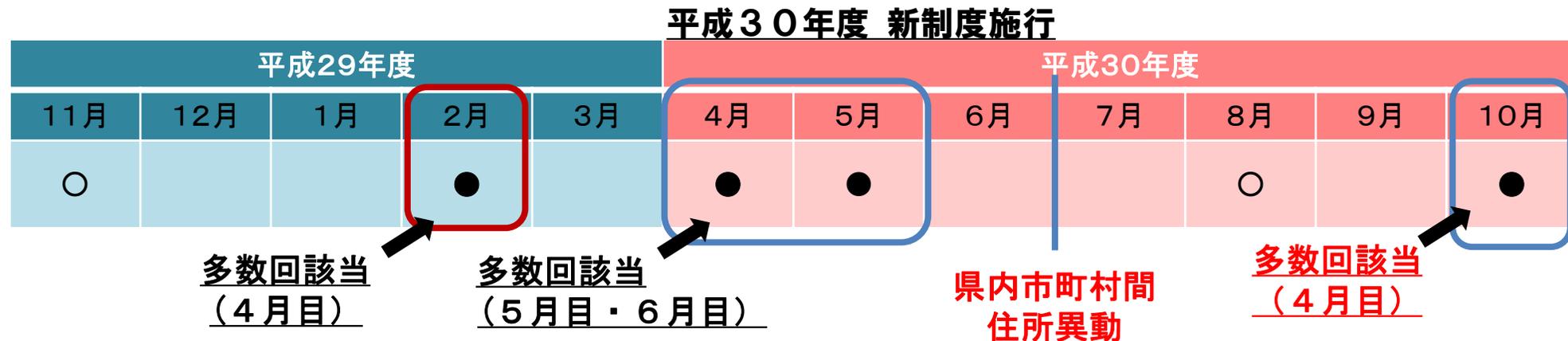
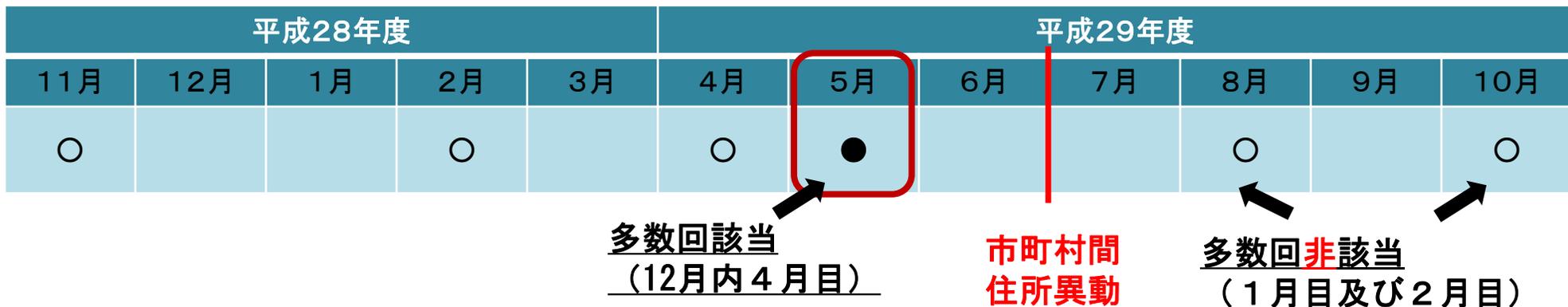
四 高額療養費支給制度の改正は、本年一〇月診療分から適用されるものであるため、高額療養費多数該当世帯に係る措置(四回目以降の高額療養費の支給額の特例)が適用されるのは、早くとも昭和六〇年一月診療分からとなること。なお、多数該当の判定は、保険者単位に行うものであり、市町村間の住所異動があった場合には、連続してカウントされないものであること。

→ 平成30年4月以降の多数該当の判定は、同一都道府県内で市町村間の住所異動があった場合、世帯の継続性が認められるときは、連続してカウントされるものであること。

同一都道府県内市町村間の住所異動に伴う多数回該当の引継ぎ(案)

- 平成30年度以降は、都道府県も国民健康保険の保険者となることに伴い、市町村をまたがる住所の異動があっても、それが同一都道府県内であり、かつ、世帯の継続性が保たれている場合には、平成30年4月以降の療養において発生した転出地における高額療養費の多数回該当に係る該当回数を転入地に引継ぎ、前住所地から通算して被保険者の負担軽減を図る。

同一都道府県内市町村間の住所異動に伴う高額療養費多数回該当の判定



同一都道府県内の他市町村へ住所異動があった場合における 世帯の継続性の判定基準(案)について

※詳細は引き続き地方と協議

同一都道府県内の他市町村へ住所異動があった場合における「世帯の継続性」の判定基準については、次のとおり**世帯主の変更に着目する参酌基準とすること**を検討中。

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

○ 一の世帯で完結する異動とは、次のいずれかに該当するものとする。

(1) 他の世帯と関わらず、当該世帯の構成員の数が変わらない場合の住所異動。

具体的には、転入及び世帯主の変更を想定。

(2) 他の世帯と関わらず、資格取得・喪失による当該世帯内の国保加入者数の増加又は減少を伴う場合の住所異動。

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

II 世帯分離、世帯合併による一の世帯で完結しない住所異動(他の世帯からの異動による国保加入者の増加や、他の世帯への異動による国保加入者の減少をいう。) の場合には、次のとおりとする。

(1) **世帯主と住所の両方に変更がない世帯**に対して、世帯の継続性を認める。

(2) **住所異動前の世帯主が主宰する世帯**に対して、世帯の継続性を認める。

高額療養費制度は、世帯員の療養に要した費用は世帯主が負担したものと取扱った上で、家計の負担軽減を図ることを目的としている。このため、世帯を主宰し、主たる生計維持者である世帯主に着目して、世帯の継続性を判定することを原則とする。

新しい国保制度に対応したシステムの開発について

■ 開発の必要性

○ 今回の国保改革による新たな事務の円滑な実施

- ・都道府県…新たに納付金の額や標準保険料率の算出、決定
- ・市町村…都道府県内の他市町村へ転居した場合の高額療養費の多数回該当に係る該当回数引継ぎ

等

○ 制度改正のたびに必要となるシステム改修に係る負担軽減

※「厚生労働省が社会保障・税番号制度の導入も踏まえつつ主導的に構築する標準システムの活用等により、市町村の事務遂行の効率化・コスト削減、標準化が図られるとともに、それにより事務の共同処理や広域化が図られやすくなる」

(国保基盤強化協議会の議論のとりまとめ。平成27年2月12日。)

■ 標準事務処理システムとは

都道府県及び市町村が行う国保事務を支援するため、以下のような標準的な電算処理システムを開発し、無償配布の予定。

① 国保事業費納付金等算定標準システム

都道府県による市町村ごとの国保事業費納付金の額の決定や、市町村ごとの標準保険料率の算定業務を支援するためのシステム

② 国保情報集約システム

市町村ごとに保有する資格情報等を都道府県単位で集約し、被保険者が同一都道府県内で転居した場合に高額療養費の多数回該当に係る該当回数を引継ぐなど、市町村間の情報連携等を支援するためのシステム

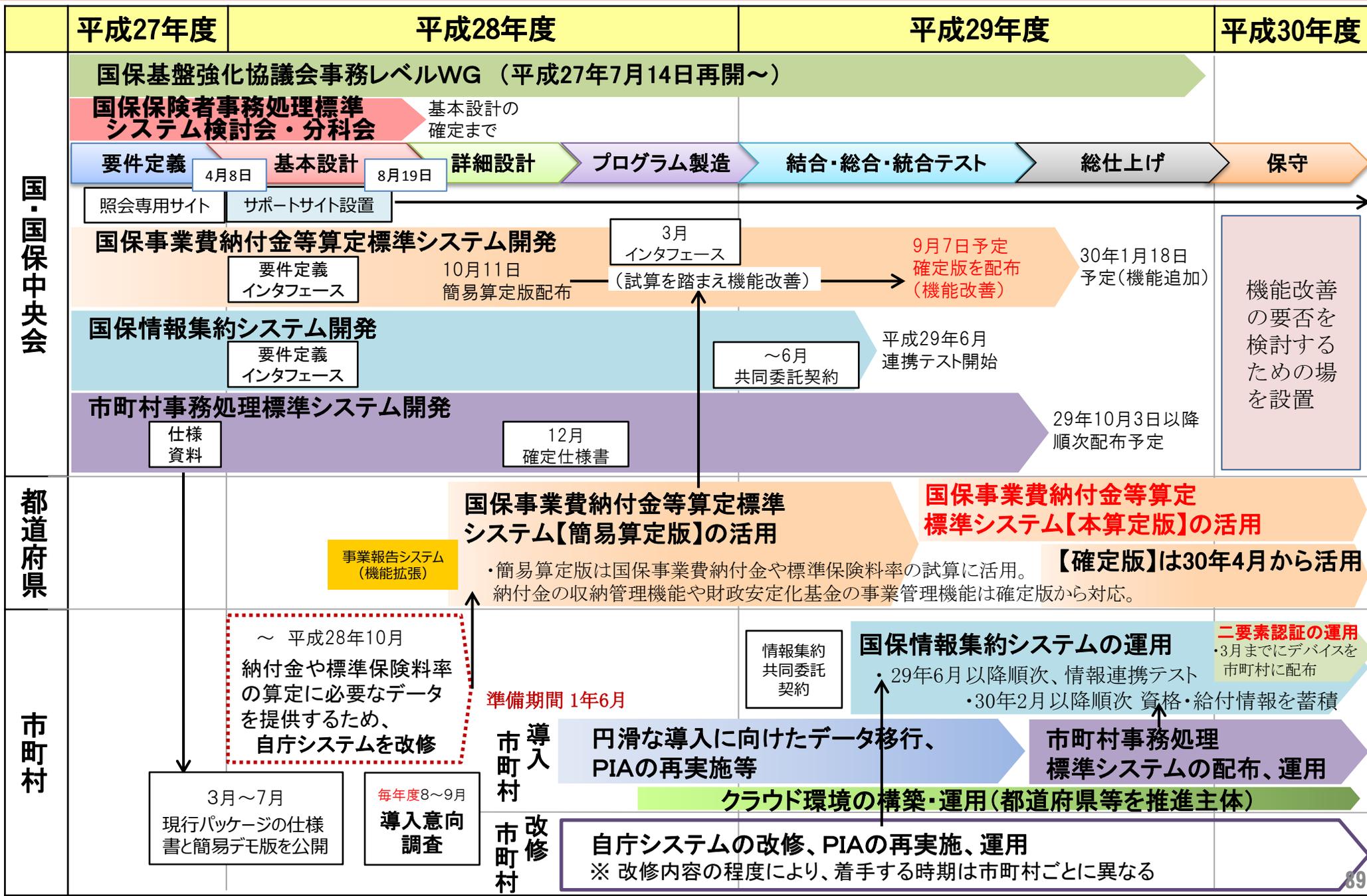
③ 市町村事務処理標準システム

市町村が行う資格管理、賦課、徴収・出納、給付業務を支援するための標準的な事務処理システム

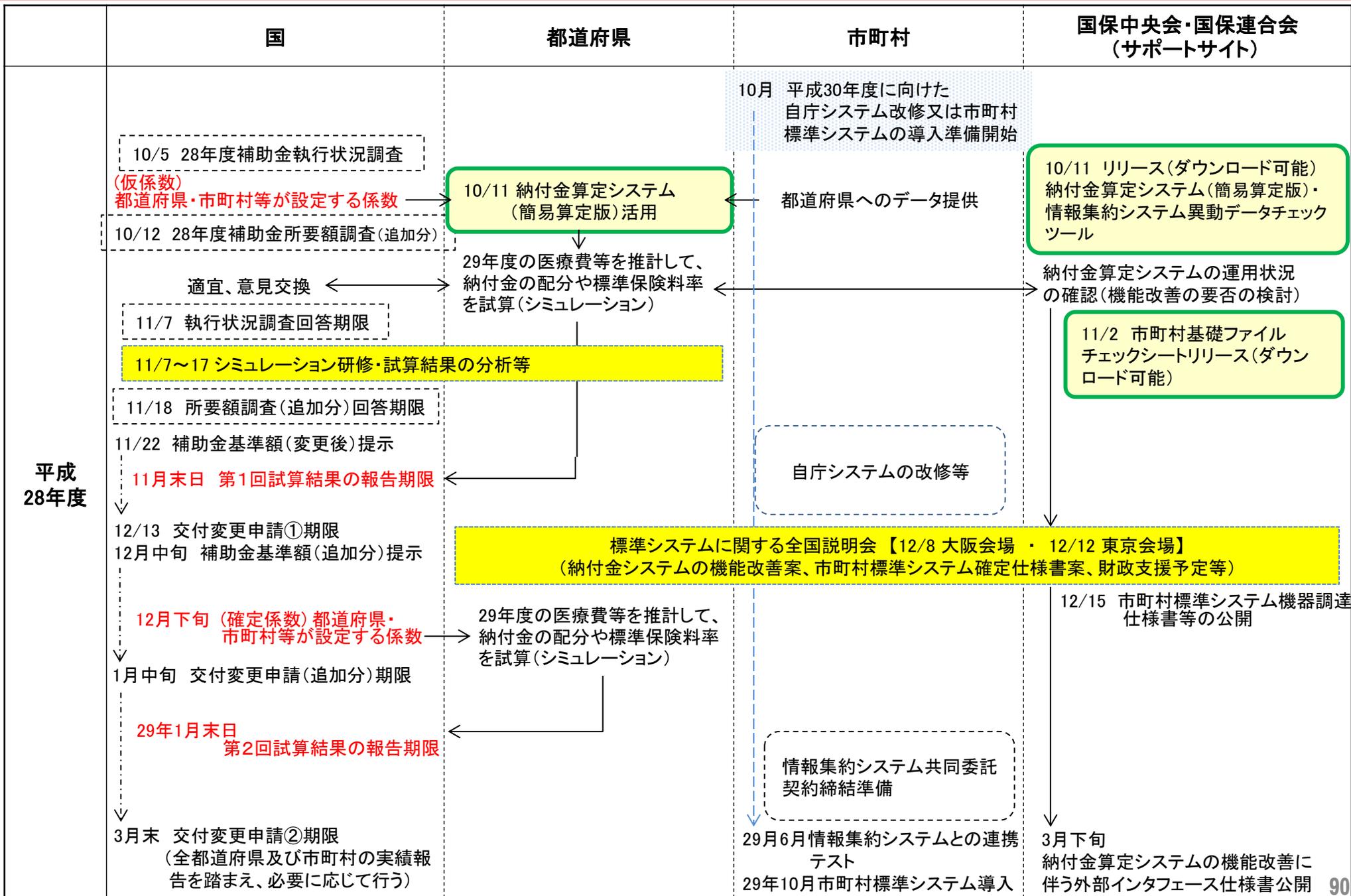
■ 配布スケジュール

- 平成29年4月を目途に、国保情報集約システムを国保連合会に配布。早ければ、6月から市町村との連携テストを開始。
- 平成29年9月上旬を目途に、国保事業費納付金等算定標準システム簡易版の機能改善版を全都道府県に配布。
- 平成30年度から市町村事務処理標準システムの導入を希望する市町村に対し、平成29年10月を目途に無償配布。(平成30年度以降も市町村の希望に応じて、随時導入可能。また、制度改正に応じて、国が主導して改修を実施。)

国保保険者 標準事務処理システム 開発スケジュール



標準システムに係る平成28年度の準備スケジュール(目安)

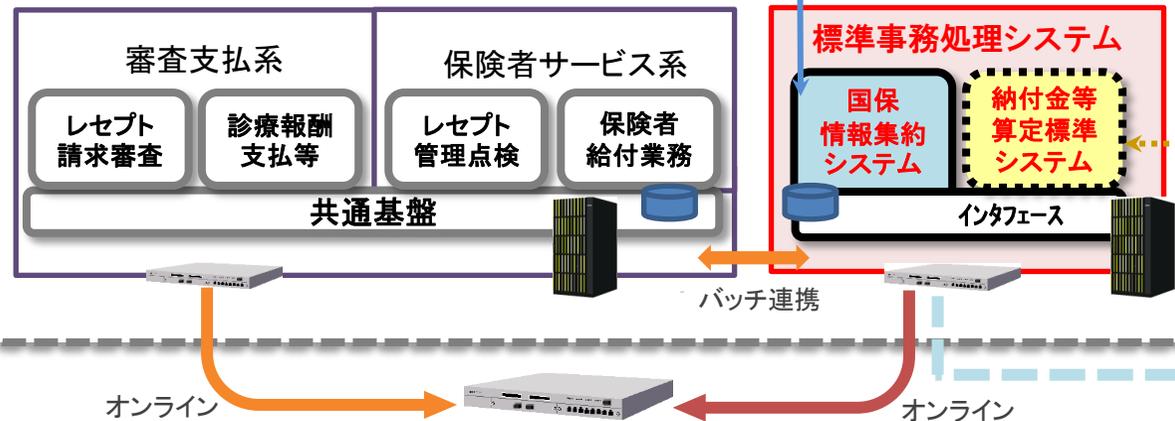


国保保険者 標準事務処理システムの連携(イメージ)

- 国保保険者標準事務処理システムの各システムは、連携して、法令に基づく保険者の標準的な事務処理を支援する。また、都道府県の定める国保運営方針に基づき、地域の実情に応じた柔軟な運営が可能となるようパラメータ設定を可能とする。
- 資格管理や保険料の賦課、給付管理を適正かつ効率的に行うため、市町村の住基・税システム及び国保連合会の国保総合システムとの連携を前提に構築する。

国保連合会

国保総合システム(診療報酬審査支払業務と保険者事務共同処理のシステム)



・ 国保情報集約システムは、市町村が行う資格管理及び給付事務のうち都道府県単位で一元的に管理が必要な情報取得・喪失年月日情報及び高額療養費の多数回該当に係る該当回数を管理し、市町村間における情報連携等を支援。市町村は運用管理を国保連合会に共同委託。

・ 国保事業費納付金等算定標準システムは、財政運営の責任主体である都道府県が行う、国保事業費納付金等の算定や財政安定化基金の管理等を支援。
※ 国保連に運用管理を委託することも可能。

都道府県



市町村

※既存の保険者ネットワーク(インフラ)を活用して効率的に環境を構築



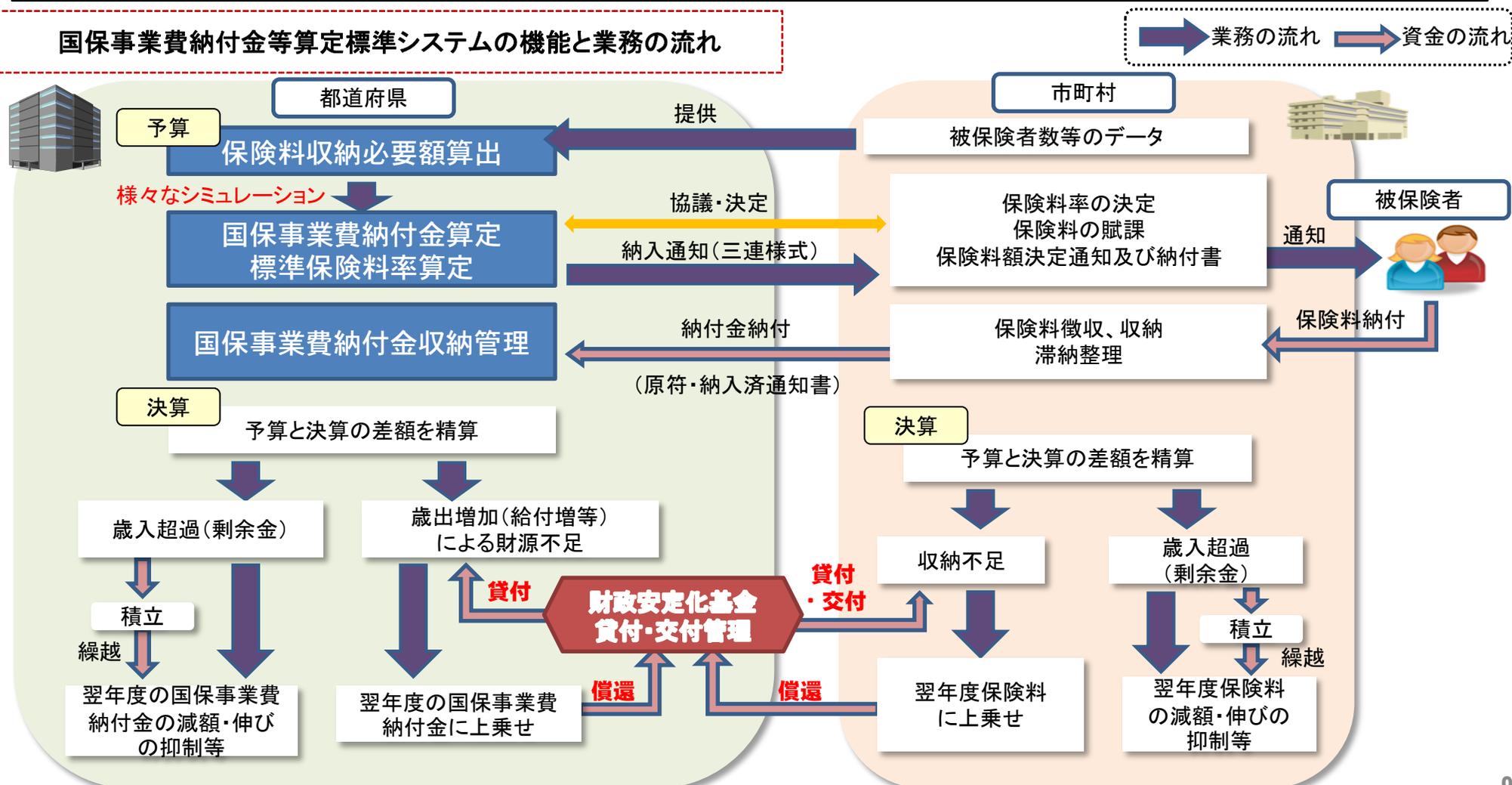
・ 市町村事務処理標準システムは、住民に身近な事務として市町村が行う資格管理や保険料の賦課・徴収等の標準的な事務処理を支援。
※ 場合によっては、導入により、市町村の運用ルールを見直していただくことも必要。

国保事業費納付金等算定標準システムの機能概要(イメージ)

- 国保事業費納付金等算定標準システムは、財政運営の責任主体である都道府県が行う以下の業務を支援する。
 - ・ 保険料収納必要総額の算出と、市町村ごとの国保事業費納付金額及び標準保険料率の算定
 - ・ 市町村から収納した国保事業費納付金の収納管理
 - ・ 財政安定化基金による交付金・貸付金（返済金）に係る事業管理

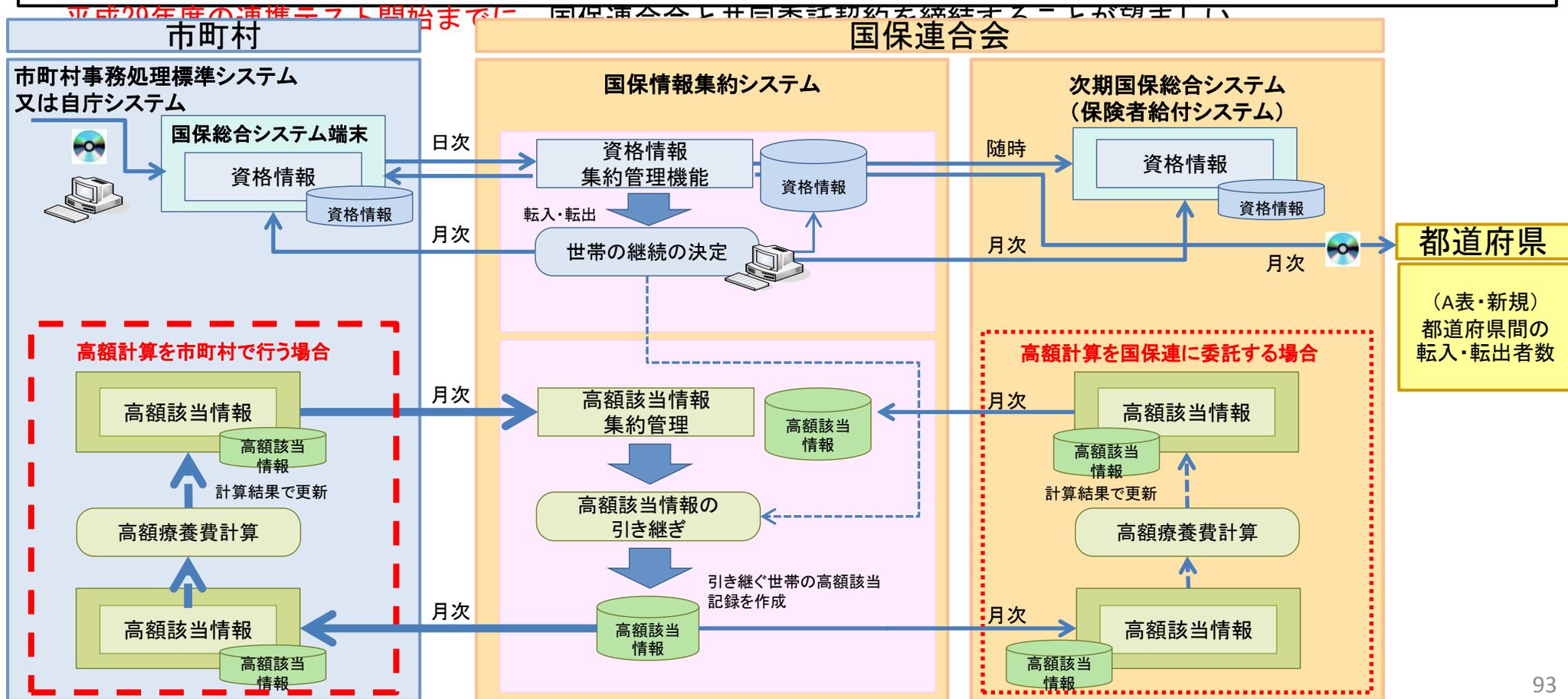
※ 国保事業費納付金の納入通知等は都道府県の財務会計システムによる処理を想定。基金の現金管理は会計担当が行うことを想定。

国保事業費納付金等算定標準システムの機能と業務の流れ



国保情報集約システムの機能概要(イメージ)

- 今回の国保改革により都道府県も国保の保険者となることに伴い、
 - ・ 「都道府県の区域内に住所を有する者」を「当該都道府県が当該都道府県内の市町村とともに行う国民健康保険の被保険者とする」こととされ、都道府県単位でも資格管理を行う仕組みを構築する。
 - ・ 被保険者が同一都道府県内の他市町村へ転居した場合には、新たに当該被保険者の高額療養費の多数回該当に係る該当回数を引継ぐこととされた。
- 都道府県単位で資格や高額療養費の管理を行うため、国保情報集約システムを開発する。市町村は、資格情報を日次で、高額療養費情報を月次で連携する。※ファイル連携を希望する場合には、28年8月から機器調達について国保連合会と協議。
- 国保情報集約システムの管理運営については、都道府県内全ての市町村が、国民健康保険法第113条の3に基づき、



都道府県単位での資格管理等に伴う共同委託

- 都道府県単位で資格管理や高額療養費の該当回数管理を行うため、同一都道府県内の全ての市町村が共同して、早ければ平成29年6月から始まる連携テストまでに、次の事務を国保連合会に委託する必要がある。

1) 都道府県内市町村間の情報提供等事務、 2) 国保情報集約システムの管理運用事務

都道府県内市町村間の情報提供等事務の性格

1 国民健康保険法に基づく個人番号利用事務（番号利用法^(注)の適用の範囲外）

- 国民健康保険法第113条の3の規定により、番号利用法の改正を要せずに**国保連合会は個人番号利用事務を行うことができる。**
- 国保情報集約システムでは、国民健康保険法第113条の3による委託を受けた国保連合会が独自に創成した都道府県被保険者ID(符号)を用いて、被保険者の資格情報等を管理する。この符号は個人番号とは全く異なる論理構成により創成するため、番号利用法に規定する個人番号に当たらない。
- また、**被保険者の資格情報等の連携は、個人番号を介さず、符号に紐づく市町村被保険者IDを振出して行うため、番号利用法の適用範囲外**である。

2 法令に基づく個人情報の提供

- 市町村は、市町村被保険者IDを介して、個人番号を含む特定個人情報ファイルを国保連合会に提供するため、市町村においては個人情報保護条例、国保連合会においては個人情報保護法の規定に従うこととなる。
- 一方、市町村は、国民健康保険法第113条の3に基づく共同委託契約を締結することによって、個人情報の提供(国保連合会を介する都道府県内各市町村への提供を含む。)は**法令に基づく行為となり、あらかじめ本人の同意を得ずとも、個人情報保護条例等に抵触しない。**

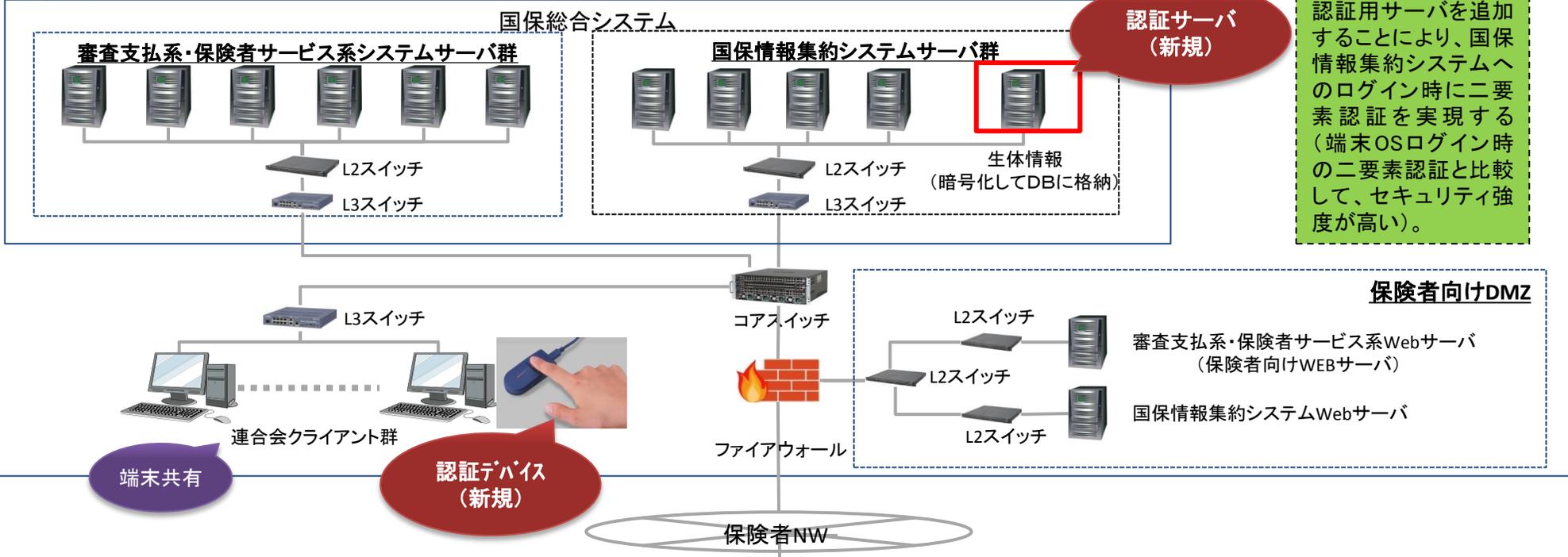
3 特定個人情報保護評価再実施の目的

- 国保情報集約システムとの情報連携は、**国民健康保険法に基づく個人番号利用事務**として個人情報保護条例等の特例で行うが、**個人番号を含む特定個人情報ファイルを国保連合会に預けて管理させる事務は、番号利用法第9条の委託事務**となるため、**適切な管理措置が確保されるよう市町村は特定個人情報保護評価を再実施**する。

国保情報集約システムのセキュリティ強靱化(二要素認証の実現)

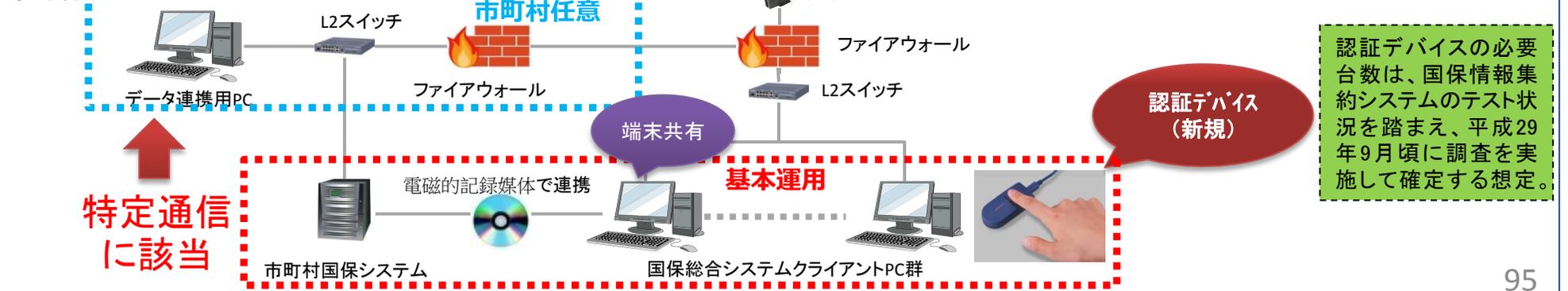
- 国保情報集約システムにおいてマイナンバーを活用するため、マイナンバーの利用事務に対して求められる、三層によるセキュリティ対策の抜本的強化策を講じることとし、**「二要素認証」を実現**する。
- 二要素認証の具体的な実現方法は、**なりすましや偽造が困難な強固なセキュリティを実現できるものとし、各市町村に設置している、国保総合システムの端末を共有して生体認証による方式として、国保情報集約システムに認証用サーバを追加する方法とする。**

国保連合会



認証用サーバを追加することにより、国保情報集約システムへのログイン時に二要素認証を実現する(端末OSログイン時の二要素認証と比較して、セキュリティ強度が高い)。

市町村



認証デバイスの必要台数は、国保情報集約システムのテスト状況を踏まえ、平成29年9月頃に調査を実施して確定する想定。

市町村事務の標準化等と標準システム開発の必要性

- 市町村は、国保連を設立し保険者事務の共同実施を進めるとともに、これまで広域化等支援方針の下、保険者事務の共通化を図ってきている。
- また、一部の市町村では、広域連合を設立し事務の共同処理を図ることや、自治体クラウドを構築し国保業務と連携する住民基本台帳・税システムの集約化と共同利用を進め、主体的に経費削減と住民サービスの向上に取り組んでいる。
- しかしながら、各市町村が地域の実情に応じた異なる運用や事務処理手順、異なるシステム(独自開発やパッケージシステムのカスタマイズ)を用いるため、市町村ごとに取扱いに差が生じ、事務の広域化等が進めにくい状況がある。また、制度改正の度に、自庁システム改修の負担が生じている。
- 厚生労働省が社会保障・税番号制度の導入も踏まえつつ主導的に構築する**標準システムの活用**や、都道府県が都道府県内の統一的な国保運営方針を定めること等により、**市町村の事務遂行の効率化・コスト削減、標準化**が図られるとともに、それにより**事務の共同処理や広域化**が図られやすくなる。

(保険者事務の標準化・効率化・広域化を進めるための多様な選択肢)

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

**標準システムと共同処理等を組み合わせることで、
効率化の相乗効果**

単体の活用でもコスト削減等の効率化効果

市町村事務処理標準システムの機能概要(イメージ)

- 市町村事務処理標準システムについては、市町村における事務遂行の効率化等を目的として開発する。このため、カスタマイズを不可としている。
- 市町村事務処理標準システムは、以下の4業務と1の業務共通機能で構成され、約180の基本機能を備える。
 - ※ 効率的に開発するため、約180の基本機能中、約170の機能(約9割)を備える国保パッケージシステム(日立システムズ製品)を検討のベースに置く。
 - 不足する機能の約半分は29年10月までに開発。残る機能は運用状況を見て対応。⇒市町村の協力を得たRFI(2回)と入札により開発経費20億円削減。
- 市町村事務処理標準システムは、希望する市町村に配布するが、導入しない市町村においては、平成28年8月24日に公開の「基本設計書」と12月15日公開予定の「各種仕様書(確定稿)」を参考に自庁システムを改修することにより、事務の標準化を実現することも可能とする。

市町村事務処理標準システム

①資格管理業務(30基本機能)

- ・届出得喪管理
 - ・一部負担金減免
 - ・特定疾病認定
 - ・所得区分判定
 - ・基準収入額適用 等
- (帳票数 121)

導入**必須**機能

③給付業務(66機能)

- ・資格給付確認
 - ・過誤再審査
 - ・給付記録管理、補正
 - ・療養費支給(償還払い、受領委任払い)
 - ・特別療養費支給 等
- (帳票数 93)

導入**任意**機能

②保険料(税)賦課業務(27機能)

- ・所得把握
 - ・保険料(税)確定賦課、異動賦課
 - ・特別徴収対象者把握
 - ・保険料(税)減免管理
 - ・保険料(税)仮計算 等
- (帳票数 127)

導入**必須**機能

④保険料(税)収納業務(26機能)

- ・保険料(税)期割管理
 - ・収納管理
 - ・収納状況照会
 - ・滞納者等管理
 - ・所在不明者管理 等
- (帳票数 306)

導入**任意**機能

⑤業務共通機能(34機能)

- ・宛名管理業務(住民登録者管理、住民登録外者管理、退職者等適用適正化、特定疾患治療研究事業)
- ・業務共通(住基・税システムとの連携、事業月報・年報、医療費推計表作成、基盤安定交付金資料等作成
口座情報管理、EUC機能) 等

導入**必須**機能

市町村事務処理標準システム導入意向調査の結果(都道府県別内訳)

■ 導入意向調査の結果については、平成28年11月末時点の回答状況を集計したもの(一部、その後の辞退を反映している)。
 (集計結果) 平成30年4月導入:352 団体 平成30年度中導入:7団体 平成31年度以降:517 団体 導入しない:860団体
 (結果概況)

- ・平成30年4月の導入意向を示す市町村数については、都道府県別では北海道が最多で127団体。
 - ・平成30年4月に、どの市町村も導入しない都道府県は、13都道府県。
 - ・平成30年4月に導入意向を示す市町村のうち、最多被保険者数の団体は、11万3千人、続いて10万4千人の規模となっている。
- ※政令指定都市からの導入意向はない。

(共同利用(クラウド導入)概況)

- ・平成30年4月の導入を希望する市町村のうち、共同利用を希望する市町村が含まれる都道府県数は、17都道府県。
- ・都道府県クラウドの意向を明確に示しているのは北海道のみであり、その他の市町村は、複数市町村の集合体による共同利用を検討している。

< 平成30年度中の導入希望保険者数 >

※括弧内の数値は、平成30年度中に導入を希望する保険者数

都道府県	保険者数	都道府県	保険者数	都道府県	保険者数	都道府県	保険者数	都道府県	保険者数	都道府県	保険者数
北海道	127 (3)	栃木県	0	石川県	0	滋賀県	6	岡山県	5	佐賀県	6
青森県	8	群馬県	0	福井県	0	京都府	0	広島県	8	長崎県	6
岩手県	5	埼玉県	0	山梨県	2	大阪府	4	山口県	0	熊本県	2
宮城県	5	千葉県	3	長野県	2	兵庫県	8	徳島県	2	大分県	14
秋田県	4	東京都	17	岐阜県	3	奈良県	7	香川県	2	宮崎県	0 (1)
山形県	10	神奈川県	15	静岡県	5	和歌山県	0	愛媛県	4 (1)	鹿児島県	0
福島県	23 (2)	新潟県	4	愛知県	2	鳥取県	0	高知県	0	沖縄県	10
茨城県	1	富山県	0	三重県	3	島根県	7	福岡県	22	合計	352 (7)

< システム機能別の導入希望保険者数 >

全ての機能を導入	必須機能のみ導入 (資格管理と保険料賦課)	必須機能と給付機能を導入	必須機能と収納機能を導入	未定
118	82	139	10	3

市町村事務処理標準システム導入のメリット

	区分	メリット	デメリット（それに対する対策）
1	費用	<ul style="list-style-type: none"> ①標準システム（APP）が無償配布される ②システム導入に関して補助金による財政支援を予定 ③原則、法改正対応の必要がない（外付けシステム等を利用する場合は改修費用が必要になる場合あり） ④将来的なシステム維持費の抑制が可能となる 	<ul style="list-style-type: none"> ○新規にハードウェア、ソフトウェアを導入した場合、保守費が発生する
2	機能	<ul style="list-style-type: none"> ①市町村間の機能格差が解消され、将来的に広域化が図りやすくなる ②豊富なパラメータを有しており、事務処理の平準化を図りやすくなる 	<ul style="list-style-type: none"> ○市町村独自のカスタマイズの自由度が低下する
3	連携・運用	<ul style="list-style-type: none"> ①納付金算定システム・情報集約システムとの連携機能が標準で提供されるため、連携テスト等に要する時間が削減できる ②納付金算定システム・情報集約システムとの連携が確保されているため、ベンダごとの調整負担やリスクが解消される 	<ul style="list-style-type: none"> ①基幹システム（住基、税等）との連携環境の構築が必要となる ⇒連携インターフェースが標準で公開される ②既存システムからデータ移行が必要となる ⇒チェックツールが無償で提供される
4	維持運用 （制度改正対応）	<ul style="list-style-type: none"> ①制度改正に対応した標準システム（APP）が無償で提供され、個別対応が不要となる（外付けシステム等を利用している場合は対応が必要になる場合がある） 	
5	その他	<ul style="list-style-type: none"> ①ベンダロックがかからないシステムのため、標準システムの構築・SEサポートは既存ベンダでも対応が可能である ②システムの問合せについてサポートサイトを活用でき、標準システムの情報入手が容易である。 	<ul style="list-style-type: none"> ○機器調達内容によっては、設置場所の確保に留意する必要がある

市町村事務処理標準システム導入上の課題と対応

ハードウェアやミドルウェア等の調達費用が高額である

- ・ オンプレミス(自庁)方式で導入した場合、ハードウェア・ミドルウェアに要する費用が高額。
- ・ データ移行経費が高額である。

経費削減策を提示

人口30万人以上であり、標準システムの運用実績を見たい

- ・ 人口30万人以上であり、標準システムの提供が29年10月のため、導入実績を見てから検討したい。
- ・ 標準システムの機能詳細、画面推移、操作手順などが不明である。

デモ環境を提供

導入する際には、クラウド化を実現したい

- ・ 同一都道府県内に同時期に標準システムを導入する市町村がなく、クラウドの導入を断念。
- ・ 平成31年度以降に導入を検討している市町村が県内に数団体あるため、今後これらの市町村と協議して導入時期を検討する。

都道府県を推進主体に

機器更改のタイミングに導入したい

- ・ 税等の基幹系システムの更新(平成30年10月1日)時期の年度当初への前倒しを検討したが、不可能であったため、標準システムの導入時期を基幹システムの更新と同時期にする。
- ・ 市町村事務処理標準システムを平成30年4月から導入した場合、現行システムの契約期間との重複期間が発生するため、
経費の無駄が多くなる(契約を解除する上違約金が発生する)

当分の間財政支援を
予定

市町村独自の事務がある

- ・ 市独自の保険料減免額を計算するためには、外付けシステム開発する必要がある。

事務の標準化を検討

オールインワンパッケージと比べて、非効率である

- ・ 転入・転出等の異動があった場合に住民基本台帳システムとの連携が図られず、事務処理が増える可能性がある。
- ・ 保険証の交付が即日行えない可能性がある。

疑似リアルを実現

○ 市町村標準システムの導入費用が低減できるよう、以下4つの取組を推進する。

1 帳票作成等に使用するソフトウェアを特別価格で提供し、負担の縮減を図る

- ▶ 標準システムの導入経費の縮減を目的とし、標準システム専用の「SVF国保市町村事務処理パック」という製品を準備し、専用問合せ先を準備する。
参照資料: 機器調達仕様書(確定稿) ※SVF…標準システムで帳票作成や表示をする際に利用する、ウイングアーク1st社が提供する帳票管理ソフトウェア。

2 ミドルウェア（オラクル）を特別価格で提供し、負担の縮減を図る

- ▶ 既存の自庁システムで使用しているミドルウェアライセンスが使用できない等の場合、ライセンス調達費用が高額になる可能性があるが、標準システムの導入経費の低減を目的とし、専用問合せ先を準備する。(ただし、オラクルライセンスの規定上、標準システムの専用パック化は行っていない。)
※参照資料: 機器調達仕様書(確定稿) ※オラクル…標準システムのデータベース管理で利用する、オラクル社が提供するデータベースソフトウェア。

3 真に必要なデータ移行に伴う費用を算出できるよう、詳細な作業情報を提供する

- ▶ 移行対象となるデータの規模と移行作業、データ移行後の検証作業の実施により費用が高額になる可能性があるが、標準システムへデータ移行作業については、移行データの抽出・検証のそれぞれの作業について詳細化を行い、また、現行システムから抽出するデータ項目の精査を行っているため、現行ベンダが精度の高い見積もりを行うことを可能とし、費用の必要性を検証できるようにしている。 ※参考資料: データ移行仕様書(確定稿)_付録ならびにデータ移行手順書(案)

4 複数の市町村が共同してクラウド環境を構築し、費用縮減効果を推進する

- ▶ 既存の自庁システムで使用しているハードウェアが使用できない場合、標準システムを導入するハードウェアの調達費用が高額になる可能性があるが、複数の市町村で共同利用するクラウド環境を構築することにより、クラウドサービスとして提供される機器の使用料(ミドルウェアのライセンス料を含む)や、保守費等が市町村数で按分可能なため、導入費・運用費・保守費の低減が期待できる。 ※参照資料: 導入ガイドライン(確定稿)_付録. B

■ その他の縮減に努めるべき費用について

- 住記・税システム等の他システム連携に係る自庁の既存システムの改修や、既存の収納管理システムの継続利用等による外付けシステムの開発経費については、1) 総務省が示す中間標準レイアウト(Ver.3.0)に準拠した連携が確保されている場合は、改修規模が縮小されるとともに、2) 入札等の適切な契約手続き等によって、費用の縮減に努めることが重要である。

共同利用(クラウド化)の推進

■ 推進主体(都道府県)、事業運営主体/クラウド提供者、クラウドベンダのそれぞれの役割と作業分担(例)

項番	区分	【事業推進主体】	【事業運営主体】		【クラウドベンダ】
1	タスク	推進主体(都道府県)	クラウド事業の運営	クラウド事業の管理	クラウド環境構築・クラウド環境運用
2	役割	事業推進主体として、都道府県内における市町村に対する国保事務の標準化等を推進する、また、事務の標準化等を目的に標準システムの導入とクラウド化を推進する。	事業運営主体として、事業計画の策定を行う。 また、都道府県内市町村に対し、標準システムのクラウド提供を行う。	策定した計画を基に調達を実施する。 また、クラウド環境構築・クラウド運用のプロジェクトにおいて、クラウド環境構築ベンダ・クラウド環境運用ベンダの管理を行う。	クラウド環境構築ベンダ・クラウド環境運用ベンダとして、クラウド提供者が公開する調達仕様書の内容に準拠し、標準システムのクラウド環境の構築・クラウド環境の運用を行う。
3	作業内容	①全体事業統括 ②事業方針決定 ③費用負担の調整 ④共同利用によるコスト削減の推進	①事業計画の策定 ②調達仕様検討/決定 ③市町村との契約手続き ④市町村へのクラウドサービスの説明 ⑤オプションサービスの提供(ヘルプデスクの開設等) ⑥資金運営	●調達時(導入準備): 当年度 ①要件定義、仕様化 ②業務範囲及び事業者選定方法の決定 ③調達仕様書の作成 ④評価基準の策定 ⑤プロポーザル等の実施 ●構築時(初期導入): 次年度 ⑦プロジェクト実施計画書作成 ⑧構築作業進捗監視 ⑨定例会及び臨時検討会の開催・運営 ⑩運用手順及びSLAの確立 ⑪運用事業者側のBCP策定 ⑫市町村側ベンダとの調整 ⑬市町村側からの問合せ対応 ●運用時(サービス提供): 次々年度以降 ⑭運用状況管理 ⑮情報セキュリティに関する事業者監査 ⑯運用事業者の見積に関する評価・精査 ⑰障害時の対応	①標準システムに係るデータセンタ内のクラウド環境構築 ②データセンタ内のNW敷設 ③クラウド環境構築後の運用 ④オプションサービスの検討・提供(ヘルプデスクの開設等) ⑤障害時の対応

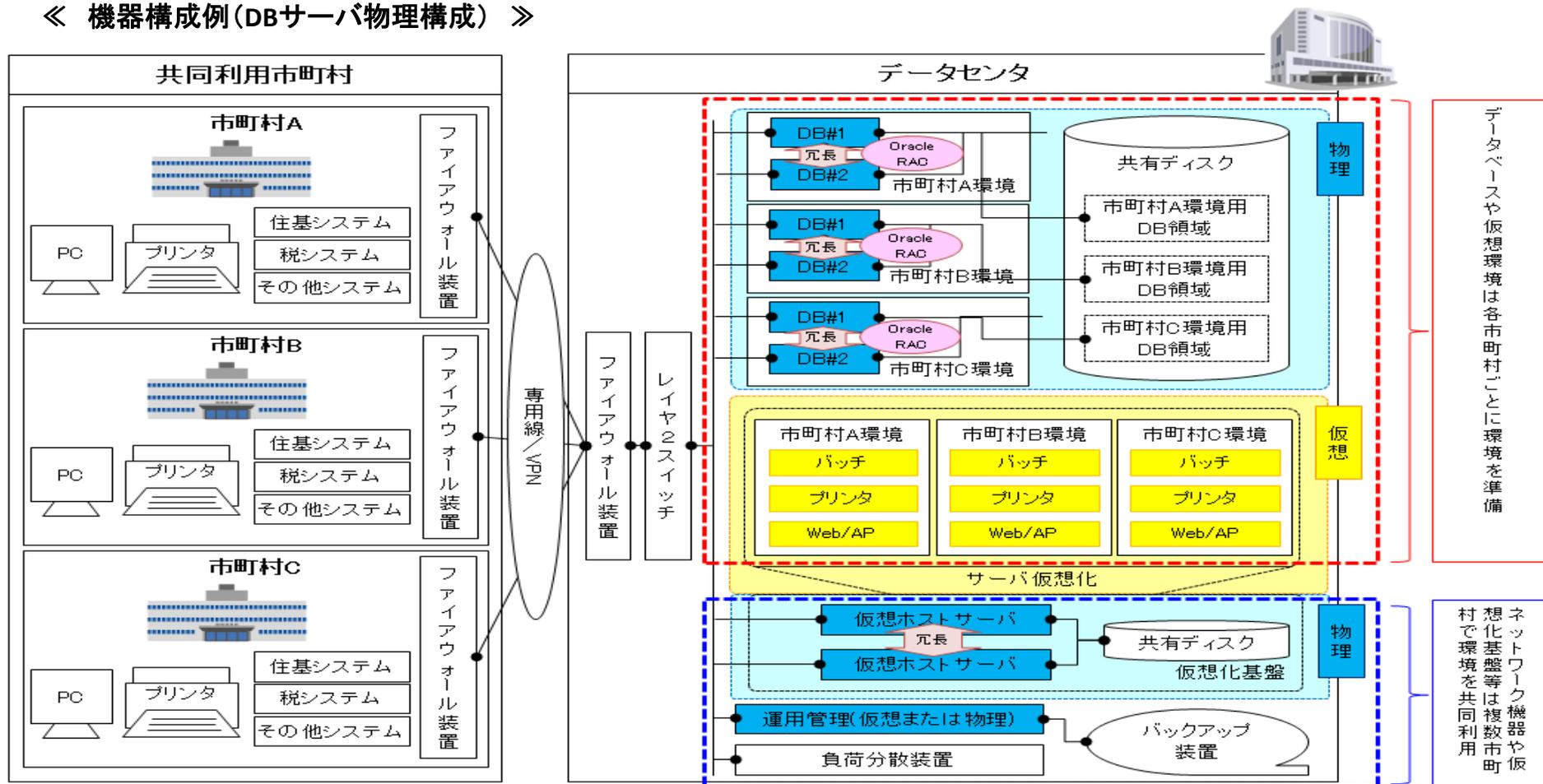
▼上記は役割分担の例であり、都道府県内の市町村との協議により、作業内容の範囲を決定する。

市町村事務処理標準システムの標準的な機器構成(クラウド化)

■ 市町村事務処理標準システムの共同利用における標準的な機器構成(1) (DBサーバ物理構成)

- 市町村は、仮想化基盤上に市町村ごとの仮想環境(バッチサーバ、プリンタサーバ、Web/APサーバ)を構築する。
- DBサーバは市町村ごとの物理構成とし、OracleのRAC機能を搭載することで高い可用性を実現する。
- 仮想環境及びDBサーバについては、市町村ごとの管理となるが、仮想化基盤等のハードウェア(ホストサーバ等)やネットワーク機器については、市町村で共有する。
- 市町村からデータセンタまでのネットワークも共同利用となるが、専用線やVPNなどを使用し、論理的にネットワークを分離するため、個人情報が出ないようセキュアな環境を構築する。

◀ 機器構成例(DBサーバ物理構成) ▶

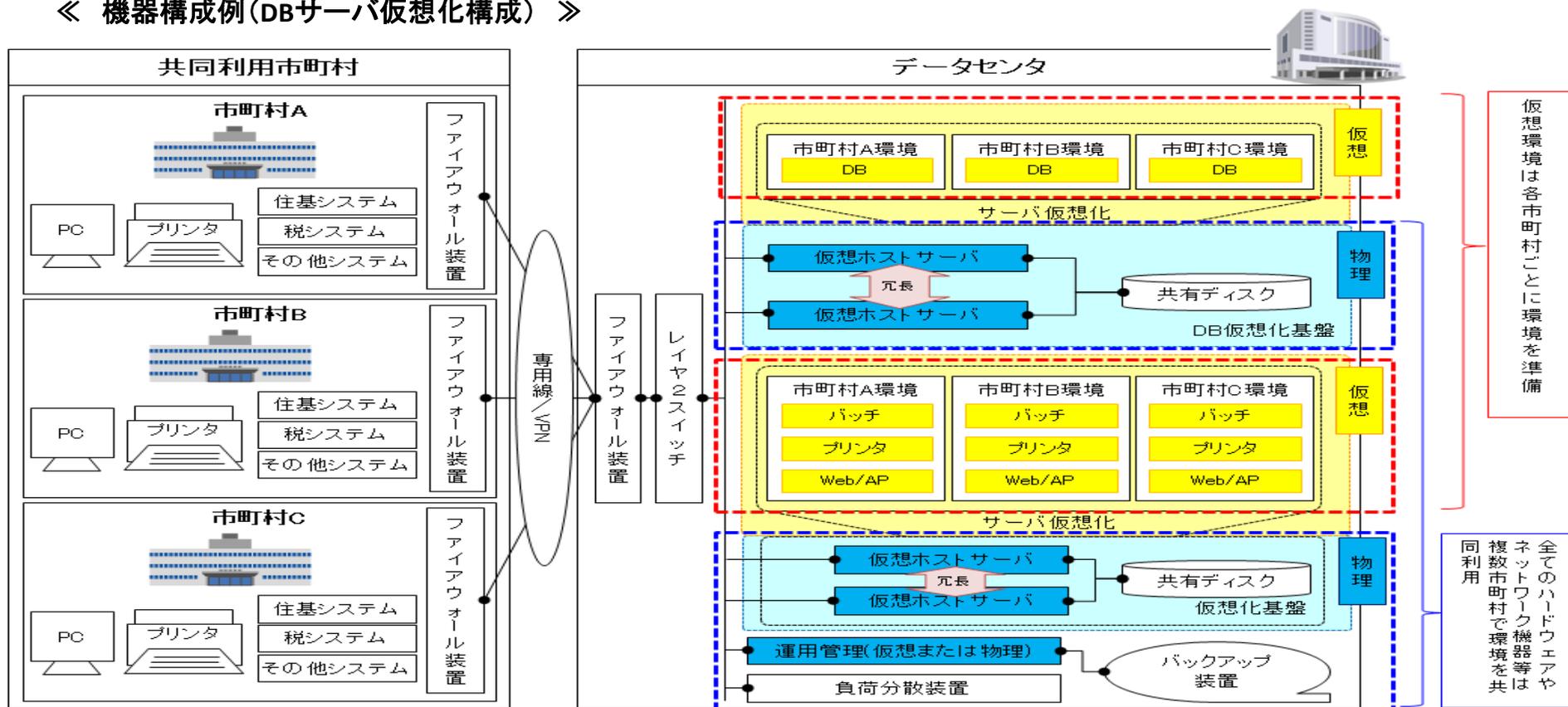


市町村事務処理標準システムの標準的な機器構成(クラウド化・財政支援対象)

■ 市町村事務処理標準システムの共同利用における標準的な機器構成(2) (DBサーバ仮想化構成)

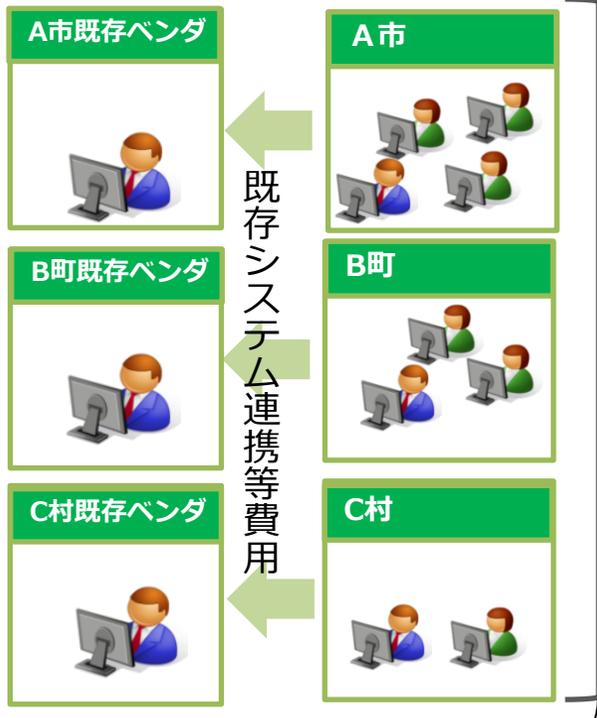
- 市町村は、仮想化基盤上に市町村ごとの仮想環境(バッチサーバ、プリンタサーバ、Web/APサーバ)を構築する。
- DBサーバも仮想化構成とすることで、ハードウェアの必要台数が削減され、費用削減効果が見込まれる。
※ DB仮想化基盤と仮想化基盤を分けることで、仮想ホストサーバの増加に伴うOracleライセンス費用を最小化している。
- 全てのハードウェアやネットワーク機器について市町村で共有するが、仮想環境は市町村ごとの管理となる。
- 市町村の環境が仮想となるため、順次使用する市町村数を増やすことが容易となり、共同利用する市町村数が増加することで、さらに費用削減効果が高まることが見込まれる。
- 市町村の合意に基づく共同利用となるため、都道府県などが推進主体となるといった協力が必要となる。
- 市町村からデータセンタまでのネットワークも共同利用となるが、専用線やVPNなどを使用し、論理的にネットワークを分離するため、個人情報が出ないようにセキュアな環境を構築する。

◀ 機器構成例(DBサーバ仮想化構成) ▶



(参考例)北海道クラウドの構築

共同利用型クラウドサービス
参加自治体



- ・全体事業の総括
- ・クラウド化方針の策定
- ・クラウド提供者の選定
- ・国保事務の平準化、標準システム導入推進
- ・共同利用によるコスト削減の推進 等



調整交付金・
補助金・
申請及び交付

調整交付金・
補助金・
申請及び交付



導入・運用共に
負担金を想定

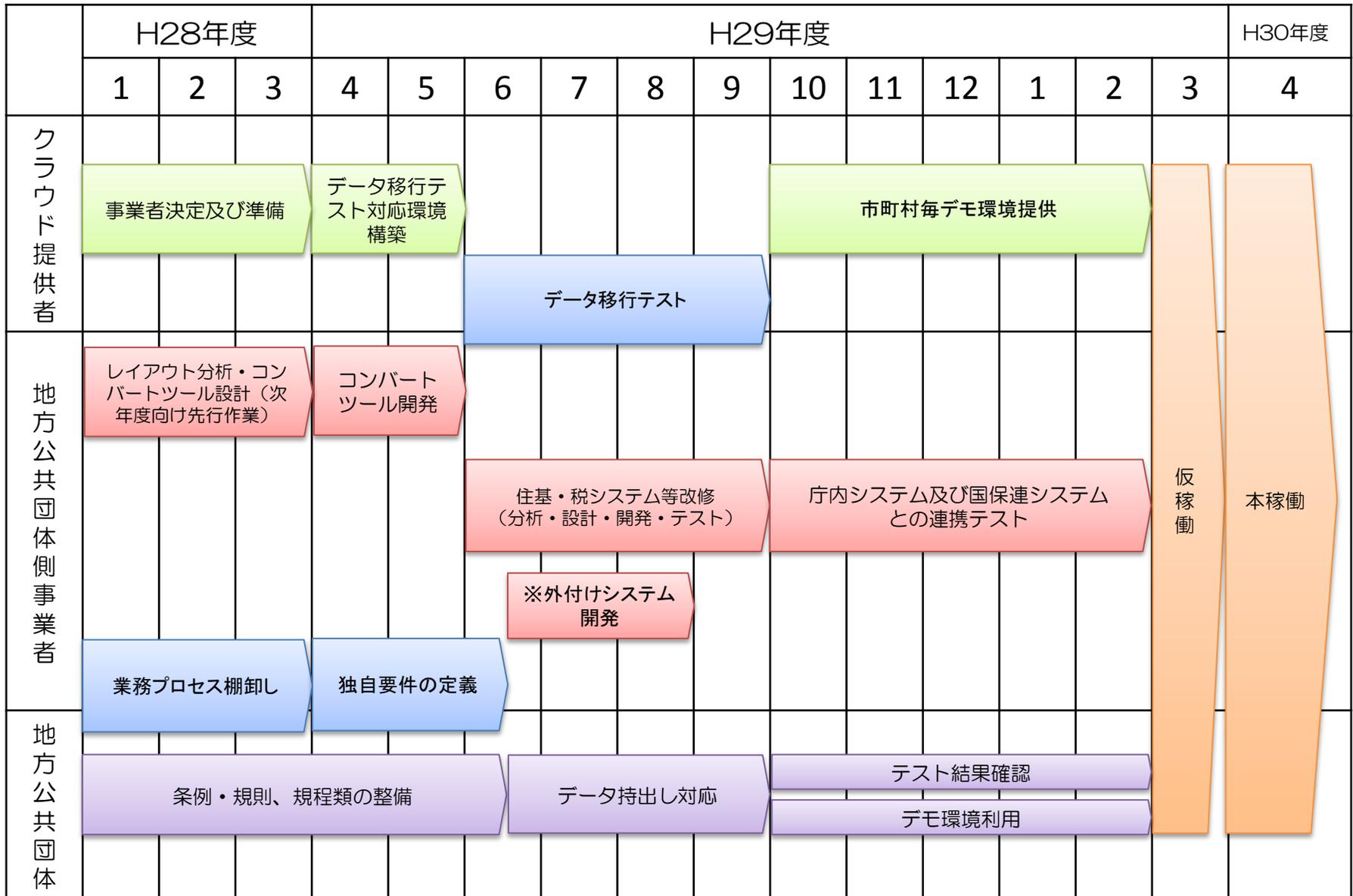
委託料

- ・クラウド提供者との契約
- ・環境構築 (庁内ネットワーク、端末、プリンタ等)
- ・データ移行
- ・標準システム連携開発
- ・外付システム開発
- ・運用試験、システム切替
- ・条例・規則の改定 等

- ・事業運営主体
- ・クラウド提供ベンダの選定・契約
- ・市町村との契約
- ・ベンダ向け説明会開催 等

- ・データセンタ環境構築
- ・回線サービス
- ・標準システムセットアップ
- ・共同利用外付システム開発
- ・センター運用
- ・ヘルプデスク設置・運用
- ・障害対応

(参考例)北海道クラウドの構築スケジュール



市町村事務処理標準システム利用開始までのスケジュール

○ 市町村事務処理標準システムを利用するため、国保中央会と市町村とで使用許諾契約の締結に向けて、以下のようなスケジュールで準備を進めることとしている。

No.	作業	担当	平成29年 2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	
1	通知	国保中央会	[Yellow arrow from Feb to Mar]									
2	使用許諾申請書の 発行依頼	市町村	[Green arrow from Feb to Apr]									
3	使用許諾申請書の 発行可否承認及び通知	国保中央会	[Yellow arrow from Feb to May]									
4	使用許諾申請書の 発行依頼確認	国保中央会	[Yellow arrow from Apr to May]									
5	使用許諾申請	市町村	[Green arrow from Feb to Jul]									
6	使用許諾申請確認	国保中央会	[Yellow arrow from Jul to Aug]									
7	使用許諾承認	国保中央会	[Yellow arrow from Aug to Oct]									

契約書の送付方法は以下①又は②となる。
①契約書のみ送付
②標準システム資材と同時送付

■ 使用許諾申請において合意いただく内容は以下を想定。

▶ 許諾する権利

使用権: アプリケーションの機器へのインストールを含む、標準システムの使用を許諾する。

▶ 制限事項

プログラムの改変: 標準システムのプログラムに改変を加えることを禁止する。

プログラムの複製: 第三者に対し標準システムの構築以外の目的で標準システムが渡ることを防止するため、目的外の複製を禁止する。目的外利用: 市町村国保業務のみのための利用とし、その他の目的外の利用を禁止する。

平成28年度 国保保険者標準事務処理システム関係経費 財政支援スケジュール(概要)

	システム改修等の実施内容	執行状況調査	交付変更申請 ①	交付額の変更決定	所要額調査 (追加分)	交付変更申請 (追加分)	交付額の変更決定 (追加分)	実績報告	交付変更申請 ②	確定・支出
都道府県	○納付金等算定準備関連事業 ・ 国保事業費納付金等算定標準システムの環境構築（機器調達） ・ 国保事業費納付金等算定標準システムとの情報連携のための国保事業報告システムの改修（必要データの一括出力機能）	10月5日 ～11月7日	基準額を 11月22日 に提示 11月22日 ～12月13日	1月下旬	-	-	-	事業完了から1か月以内又は翌年度4月10日のいずれか早い日		
	・ 国保事業費納付金等算定標準システムとの情報連携のための自庁システムの改修（国保事業費納付金等の算定に必要なデータ作成）									
市町村	○追加補助事業（平成29年度予算での財政支援を基本とするものであり、28年度から経費が発生する作業を行う必要がある場合に限る。）（注2）									
	[市町村事務処理標準システムを導入しない場合] ・ 国保情報集約システムとの情報連携のための自庁システムの改修 ・ 制度改正に伴う自庁システムの改修（被保険者証等の様式改正、高額療養費の該当回数の通算等）	-	-	-	10月12日 ～11月18日	基準額を 12月20日 に提示 12月20日 ～1月24日	2月下旬	事業完了から1か月以内又は翌年度4月10日のいずれか早い日	全ての都道府県・市町村の実績報告が揃った上で、確定額を提示 28年度末頃を想定	28年度末を想定 (注3)
	[市町村事務処理標準システムを導入する場合] ・ 外付けシステムの開発・改修 ・ 住民基本台帳や住民税等の基幹系電算処理システムの改修（データ移行・連携テストを含む）	平成28年9月7日事務連絡により、平成29年度以降の財政支援の方針を提示								
[市町村事務処理標準システムを導入する場合] ・ サーバ等の初期費用等、ミドルウェア、ネットワーク工事費用（注4）	8月24日公開の「市町村事務処理標準システムに係るクラウド化について」16頁で示しているDBサーバも仮想化構成で共同利用する場合には、平成29年度特別調整交付金による財政支援(最大1/2)を予定									
	システム改修等の実施内容	所要額の精査		所要額提出	交付申請	交付決定	実績報告			
国保連	・ 国保情報集約システムの環境の構築	作業経費をベンダから見積り、精査の上、中央会に提出 ↓		-	基準額を 1月下旬 に提示 ～2月下旬	3月下旬	事業完了から1か月以内又は翌年度4月10日のいずれか早い日			
中央会	・ 国保情報集約システムの機器一括調達	機器一括調達額及び国保連作業経費を精査		1月上旬						
	・ 国保保険者標準事務処理システムの開発等	年度末に実績に基づく交付申請を行い、交付決定・支出								

※スケジュールは29年1月時点での予定である。

(注1) 執行状況調査(平成28年11月7日期限)の結果等に基づき、11月22日に変更後の基準額を提示(交付変更申請の提出期限は12月13日)。

(注2) 平成30年4月1日から市町村事務処理標準システムに乗り換ええない市町村については、29年6月以降、国保情報集約システムと順次情報連携テストが始まる予定であること、また、国保改革に応じた改修を平成30年4月までに行うことから、自庁システムの改修が完了する、29年度予算での財政支援を基本としている。

一方、市町村事務処理標準システムに乗り換える市町村についても、導入に伴い外付けシステムの開発・改修や基幹系システムの改修が必要な場合があるため、こうした対応が完了する、29年度予算での財政支援を基本としている(平成30年度の途中に市町村事務処理標準システムを導入する場合には、金額の低い方についてのみ財政支援を検討している)。このため、28年度においては、庁内での要件定義の事前検討や調達準備など経費が発生しない範囲に必要な作業を実施すること。それでもなお、28年度から経費が発生する作業を行う必要がある場合に限り、追加補助事業の対象とする(10月12日「平成28年度国民健康保険制度関係業務準備事業実施要綱」を改正)。

追加補助事業の基準額は、納付金等算定準備関連事業の交付変更申請が全て提出された後に、交付変更による減額と、11月18日を期限とする所要額調査(追加分)の結果を踏まえて算定し、12月20日事務連絡にて発出。

(注3) 国民健康保険制度関係業務準備事業費補助金((注4)を除く実施内容に対する財政支援)の交付額は、全ての都道府県及び市町村からの実績報告が揃ったうえで確定するものであるが、年度末に概算払いによる支出を行うことを検討しており、この場合には、翌年度において交付額の確定(超過交付額が生じた場合には返還)を行う予定である(国保連分についても同様)。

なお、市町村における納付金等算定準備関連事業の実績報告と、(注2)の追加補助事業の実績報告は、各々の完了ごとに別に行う。

システム改修等に要する経費に係る28・29年度における財政支援

市町村向け

- 平成28年度は、「平成29年度国民健康保険制度関係業務準備事業費補助金」により、全ての市町村を対象に、国保事業費納付金等の算定に必要なデータ作成のためのシステム改修経費に対し財政支援を実施。
- 平成29年度は、平成30年度の制度施行に向けて、市町村事務処理標準システムを「導入しない市町村」と「導入する市町村」それぞれの場合に応じて(注1)、「平成29年度国民健康保険制度関係業務準備事業費補助金」により、制度改正に対応するためのシステム改修経費等に対し財政支援を行う予定(最大10/10)。
 その他、事業報告システムの改修経費(月報・年報(国保保険給付費等交付金や国保事業費納付金等の収支情報)の改修)についても財政支援を行う予定。
- 平成31～35年度の期間中に、市町村事務処理標準システムを導入する市町村については、導入のために生じる基幹系システムの改修経費等に対し、平成30～35年度まで「特別調整交付金」による財政支援を検討(最大10/10)。
- 市町村事務処理標準システムのサーバ等の機器をクラウド構成(DBサーバも仮想化構成(注2)で構築する場合に限る。)により共同利用する市町村については、平成29年度から「特別調整交付金」により、共同利用する機器等の調達に要する初期費用等に対し財政支援を予定(最大1/2)。

28年度	29年度	30～35年度(検討中) (市町村事務処理標準システムを導入する年度:31～35年度)
<ul style="list-style-type: none"> 国民健康保険制度関係業務準備事業費補助金 国保事業費納付金等の算定に必要なデータの作成 <p>補助金 最大10/10</p>	<p>導入しない</p> <ul style="list-style-type: none"> 国保情報集約システムとの情報連携のための自庁システムの改修 制度改正に伴う自庁システムの改修(被保険者証等の様式改正、高額療養費の該当回数の通算等) <p>補助金 最大10/10</p>	<p>新制度施行後</p> <p>特別調整交付金</p> <p>[31年度以降に導入する場合]</p> <ul style="list-style-type: none"> 外付けシステムの開発・改修 住民基本台帳や住民税等の基幹系電算処理システムの改修(データ移行・連携テストを含む) <p>特別調整交付金 最大10/10</p>
	<p>導入する</p> <p>[30年度から導入する場合]</p> <ul style="list-style-type: none"> 外付けシステムの開発・改修 住民基本台帳や住民税等の基幹系電算処理システムの改修(データ移行・連携テストを含む) <p>補助金 最大10/10</p> <p>(注1)</p> <p>[DBサーバも仮想化構成(注2)で共同利用する場合]</p> <ul style="list-style-type: none"> サーバ等の初期費用等、ミドルウェア、ネットワーク工事費用 <p>特別調整交付金 最大1/2</p>	

(注1) 30年度の途中に市町村標準システムを導入する市町村については、金額の低い方についてのみ財政支援を検討

(注2) 8月24日公開の「市町村事務処理標準システムに係るクラウド化について」16頁で示している構成

「平成29年度国民健康保険の保険者等の予算編成に当たっての留意事項について」(平成28年12月27日保国発1227第1号)において、平成29年度における財政支援予定の内容を記載。

※以下は、前ページの図から29年度部分を抜粋し、補助上限予定額等を参考記載したもの。

29年度	
導入しない	<ul style="list-style-type: none"> 国保情報集約システムとの情報連携のための自庁システムの改修 制度改正に伴う自庁システムの改修 (被保険者証等の様式改正、高額療養費の該当回数の通算等) <p>補助金 最大10/10</p>
導入する	<p>[30年度から導入する場合]</p> <ul style="list-style-type: none"> 外付けシステムの開発・改修 住民基本台帳や住民税等の基幹系電算処理システムの改修 (データ移行・連携テストを含む) <p>補助金 最大10/10</p>
	<p>[DBサーバも仮想化構成で共同利用する場合]</p> <ul style="list-style-type: none"> サーバ等の初期費用等、ミドルウェア、ネットワーク工事費用 <p>特別調整交付金 最大1/2</p>

被保険者数規模	補助上限予定額 (千円)
5千人未満	2,900
5千人～1万人未満	4,300
1万人～3万人未満	6,800
3万人～5万人未満	11,700
5万人～10万人未満	21,700
10万人～30万人未満	29,500
特別区	35,400
新政令市	44,300
旧政令市	85,600

28年度から前倒して実施する市町村は、表の補助上限予定額から28年度追加補助事業の交付額を差し引いた金額が、29年度の補助上限予定額となる。

外付けシステムの開発・改修、住民基本台帳や住民税等の基幹系電算処理システムの改修

被保険者数規模	補助上限予定額 (千円)
5千人未満	8,500
5千人～1万人未満	8,700
1万人～3万人未満	12,800
3万人～5万人未満	20,800
5万人～10万人未満	35,600
10万人～30万人未満及び特別区	49,800

データ移行、運用設計、運用設定及び運用試験・システム切替に要する費用

被保険者数規模	参考金額 (千円)
5千人未満	17,500
5千人～1万人未満	17,900
1万人～3万人未満	22,900
3万人～5万人未満	34,900
5万人～10万人未満	47,800
10万人～30万人未満及び特別区	62,600

人口規模	構成団体数	参考金額(目安) 千円
5千人未満	30	4,100
5千人～1万人未満	30	4,200
1万人～3万人未満	15	5,000
3万人～5万人未満	15	5,200
5万人～10万人未満	16	5,900
10万人～20万人未満	16	6,700
20万人～30万人未満	16	8,500

※データ移行・連携テスト費用については、国において引き続き、費用削減のための方策を検討していく予定。
このため、下表の参考金額についてはあくまで予算計上の目安とするための参考であり、実際の補助上限額は、参考金額より低くなることも考えられる。

○構成団体数: 同一の人口規模の市町村で共同利用する場合において、最も効率的(安価)となる場合
○参考金額: 最も効率的(安価)な構成団体数の場合の対象経費(2分の1)
※あくまで予算計上の目安とするための参考であり、実際には、人口規模の異なる市町村で共同利用することなども考えられ、また、費用の負担割合の設定などはベンダーによって異なることから、交付限度額は、参考金額より低くなることも高くなることも考えられる。

(28年度国民健康保険制度関係業務準備事業費補助金の対象経費)

1. 国保事業費納付金等算定標準システム（以下「納付金等算定システム」という。）の稼働環境の構築に要する費用

機器等	スタンドアロン	クライアントサーバ方式	運用業務等を外部委託
(1)端末等の購入費(リース料)	○	○	○
(2)ミドルウェア購入費	◎	◎	◎
(3)サーバ購入費(リース料)		○	○
(4)庁内LAN敷設経費		○	○
(5)ネットワーク敷設経費			○

◎新たに調達 ○既存のもので対応できなければ調達

※ミドルウェア(SVF)の購入については、国保専用パックを準備。スタンドアロン構成では、1ライセンス単位で購入を可能とする。

※プリンタについては、カラーでなくても業務に支障が生じることはないこととして、機器調達仕様書を修正。

※本システムのインストール作業等の委託料も補助対象経費とはしているが、8月下旬を目途に全国説明会を開催する予定であり、都道府県職員や自庁内SE等に対応できるようにすることを基本としている。

※国保連合会とのネットワーク敷設経費については、都道府県がKDBシステムを閲覧できるようにする等、補助金に係る留意事項の通知に記載された条件(昨年12月に発出した予算編成通知にも記載)を満たすこと。

2. 事業報告システムの改修経費（納付金等算定システムとの連携のための改修）

(29年度国民健康保険制度関係業務準備事業費補助金の対象経費)

1. 国保保険者事務処理標準システム関係経費

・29年度にクライアントサーバ方式の稼働環境を構築する場合におけるサーバ購入費等

2. その他

・以下のいずれかを目的として国保連合会との間に新たにネットワーク敷設を行う場合の経費

(1)都道府県がKDBシステムを閲覧できるようにする。

(2)都道府県が国保連合会に直接、診療報酬を支払えるようにする。

(3)都道府県が、市町村が行った給付点検を行えるようにする。

・事業報告システムの改修経費（月報・年報(国保事業費納付金や国保保険給付費等交付金等の収支情報、都道府県間の転入・転出情報や都道府県の職員体制等を報告するため)の改修、納付金の算定に必要なデータの追加連携)

6. 制度改正関係

高額療養費制度の見直しについて

制度概要

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

見直し内容

- 第1段階目(29年8月～30年7月)では、現行の枠組みを維持したまま、限度額を引き上げ。一般区分の限度額(世帯)については、多数回該当を設定。
- 第2段階目(30年8月～)では、現役並み所得区分については細分化した上で限度額を引き上げ。一般区分については外来上限額を引き上げ。
- 一般区分については、1年間(8月～翌7月)の外来の自己負担額の合計額に、年間14.4万円の上限を設ける。

○現行(70歳以上)

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

○1段階目(29年8月～30年7月)

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

○2段階目(30年8月～)

区分(年収)	外来 (個人)	限度額 (世帯※1)
年収約1160万～ 標報83万円以上 課税所得690万以上	252,600円 + 1% <140,100円>	
年収770万～1160万 標報53～79万円 課税所得380万円以上		
年収370万～770万 標報28～50万円 課税所得145万円以上	80,100円 + 1% <44,400円>	
一般 (年収156万～370万円)		
住民税非課税		
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税 (所得が一定以下)	8,000円	15,000円

※1 同じ世帯で同じ保険者に属する者

※2 収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合も含む

高額介護合算療養費制度の見直しについて

制度概要

- 高額介護合算療養費制度とは、医療保険と介護保険における1年間(毎年8月1日～翌年7月31日)の自己負担の合算額が高額な場合に、さらに負担を軽減する制度。
- ※ 医療保険制度の世帯に介護保険の受給者がいる場合に、被保険者からの申請に基づき、高額療養費の算定対象となる世帯単位で、医療保険と介護保険の自己負担を合算した額が限度額を超えた場合に支給。
- ※ 給付費は、医療保険者、介護保険者の双方が、自己負担額の比率に応じて按分して負担。

見直し内容

- 現役並み所得者については、現役世代と同様に、細分化した上で限度額を引き上げ。
- 一般区分については、限度額を据え置く。

<現行>

	70歳以上(注2)
現役並み(年収370万円～) 健保 標報28万円以上 国保・後期 課税所得145万円以上	67万円
一般(年収156～370万円) 健保 標報26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満(注1)	56万円
市町村民税世帯非課税	31万円
市町村民税世帯非課税 (所得が一定以下)	19万円(注3)

細分化+
上限引き上げ

据え置き

<平成30年8月～>

	70歳以上(注2)
年収約1160万～ 標報83万円以上 課税所得690万以上	212万円
年収770万～1160万 標報53～79万円 課税所得380万円以上	141万円
年収370万～770万 標報28～50万円 課税所得145万円以上	67万円
一般(年収156～370万円) 健保 標報26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満(注1)	56万円
市町村民税世帯非課税	31万円
市町村民税世帯非課税 (所得が一定以下)	19万円(注3)

[参考]70歳未満(注2)

212万円
141万円
67万円
60万円
34万円

(注1) 収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合及び旧ただし書所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

(注2) 対象世帯に70～74歳と70歳未満が混在する場合、まず70～74歳の自己負担合算額に限度額を適用した後、残る負担額と70歳未満の自己負担合算額を合わせた額に限度額を適用する。

(注3) 介護サービス利用者が世帯内に複数いる場合は31万円。

入院時の居住費（光熱水費相当額）の見直し

- 65歳以上の医療療養病床に入院する患者の居住費について、介護保険施設や在宅との負担の公平化を図る観点から、光熱水費相当額の負担を求めることとする。
- ただし、難病患者については、居住費（光熱水費相当額）の負担を求めない。

<現行>

65歳以上 医療療養病床	負担額
医療区分Ⅰ (ⅡⅢ以外の者)	320円/日
医療区分ⅡⅢ (医療の必要性の 高い者)	0円/日
難病患者	

<平成29年10月～>

65歳以上 医療療養病床	負担額
医療区分Ⅰ (ⅡⅢ以外の者)	370円/日
医療区分ⅡⅢ (医療の必要性の 高い者)	200円/日
難病患者	0円/日

<平成30年4月～>

65歳以上 医療療養病床	負担額
医療区分Ⅰ (ⅡⅢ以外の者)	370円/日
医療区分ⅡⅢ (医療の必要性の 高い者)	370円/日
難病患者	0円/日

(注) 介護保険施設(老健・療養)の多床室に入所する低所得者(市町村民税非課税者)の居住費負担額(光熱水費相当額)は、直近の家計調査の結果を踏まえ、平成27年4月に320円/日から370円/日に引き上がっている。

保険料軽減特例及び高額療養費の見直しに関する広報・周知（案）

【基本的考え方】

平成29年4月に後期高齢者の保険料軽減特例の見直し、平成29年8月に70歳以上の方の高額療養費制度の見直しを、それぞれ予定しており、その見直し内容等について、「国民全般に対する広報」と「被保険者に対する周知」を行う必要がある。

1 国民全般に対する広報

- (1) 全国紙等の活用（4月）
全国紙の突き出し広告やインターネットによる広報を検討中
- (2) ポスター・リーフレットの配置（4月～）
厚生労働省においてポスターとリーフレットを作成し、後期高齢者医療広域連合、都道府県並びに市区町村（高齢者医療担当部局（以下「市区町村」））、国保保険者（国民健康保険担当部局及び国保組合）において、それぞれの窓口等に配置していただく。
※ 国保保険者については、高額療養費制度の見直しについてのみ対応
- (3) 保険医療機関等におけるポスターの配置（4月～）※高額療養費制度の見直しのみ
- (4) インターネットの活用（4月～）
厚生労働省において、ホームページやツイッター等による広報を行う。
保険者においては、それぞれのホームページにおいて厚生労働省のホームページへのリンクを張っていただく。
- (5) その他
保険者において独自の広報活動（インターネットや地域のメディア等を活用した広報）を実施することも想定。

2 被保険者に対する周知

(1) リーフレットの送付（6～7月頃）

広域連合において、リーフレットを作成し、管下市区町村において、保険料額決定通知書に同封の上、全被保険者に対して郵送していただく。

※ 入院時生活療養費の見直しに係る広報についても同様に対応していただくことを予定している。

(2) 国保保険者は、高額療養費制度の見直しについて、原則、上記と同様の対応を行う。

※ 平成30年度からの国保改革事項（都道府県単位の資格管理、高額療養費の多数回該当に係る該当回数引継ぎ）について併記いただくことを想定

3 照会・相談体制

(1) 広域連合（市区町村の後期高齢者医療担当を含む。）及び国保保険者

ア 厚生労働省において、広域連合及び国保保険者用の質疑応答マニュアルを作成・配布（2月中旬～）

イ 保険者独自にコールセンター等を設置することについては、相談いただきたい。

(2) 厚生労働省

ア 保険局高齢者医療課の直通回線を増設（通常2回線→最大5回線）。（1月上旬～）

イ 定型的な質疑応答マニュアルを作成し、省内コールセンターを活用。（2月上旬～）

4 必要経費の負担

(1) 広域連合において発生する、2（1）の広報媒体の作成費、配送・郵送費等については、特別調整交付金で対応する。1（5）に係る経費についても、一定の条件の下、特別調整交付金により対応する。

なお、保険料額決定通知書と併せて郵送する場合、郵送料が当初の額を超えた場合にその差額を対象とする。

(2) 国保保険者において発生する、上記1（4）及び2（2）の広報媒体の作成費、配送・郵送費等については、本年5月実施予定の「特別調整交付金（その他特別の事情がある場合）における交付基準策定のための調査」の結果を踏まえつつ、特別調整交付金で対応する。（国保組合において発生する経費については、国保組合特別調整補助金で対応予定。）

なお、保険料額決定通知書と併せて郵送する場合、郵送料が当初の額を超えた場合にその差額を対象とする

(参考)ポスター・リーフレットによる広報・周知スケジュール(後期高齢者医療担当分)

ポスター(各B3版/4色刷り/2種類)・平積み用リーフレット(各A4版両面/4色刷り/2種類)

4月上旬に厚生労働省から送付されるポスターとリーフレット(保険料軽減特例及び高額療養費の見直しの2種類)を庁舎の窓口等に設置していただく。

	4月			5月			6月			7月	8月
	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬		
被保険者											
都道府県		庁内及び関係機関等に継続して配置									
市区町村		庁内及び関係機関等に継続して配置									
広域連合		庁内及び関係機関等に継続して配置									
厚労省	広域・自治体に送付										

被保険者送付用リーフレット(A3版/4色刷り/1種類(※については、A4版/4色刷り/1種類))

4月に厚生労働省から送付されるひな形を基に、広域連合においてリーフレットを作成の上、6月頃に管内全被保険者へ郵送していただく。(保険料額決定通知書に同封し、送付。)

※入院時生活療養費の見直しに係るリーフレットについても併せて送付していただくことを予定している。ひな形は4月頃に送付予定。

	4月			5月			6月			7月	8月
	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬		
被保険者										被保険者用リーフレット到着	
都道府県											
市区町村										市町村から被保険者に発送(保険料額決定通知に同封)	
広域連合		議会承認、業者選定・発注		リーフレット作成 市区町村への配送							
厚労省	デザイン(軽減特例、高額療養費、入院時生活療養費)を広域に送信										

※平成30年度からの国保改革事項(都道府県単位の資格管理、高額療養費の多数回該当に係る該当回数の上継ぎ)について併記いただくことを想定

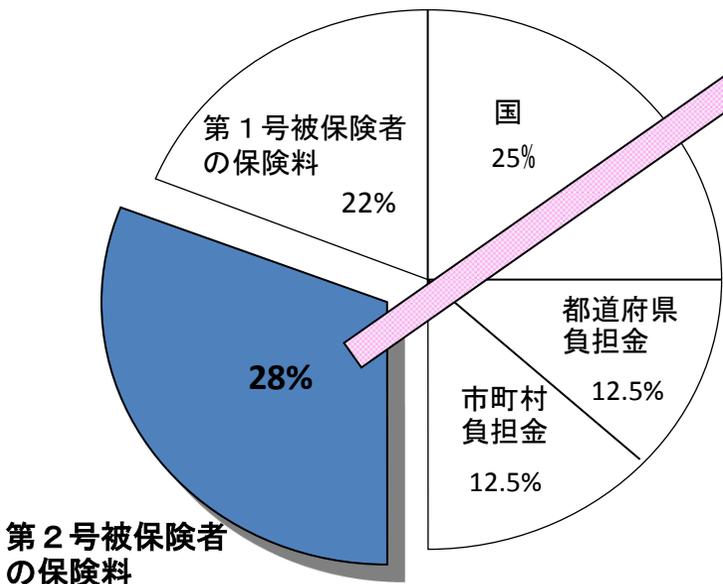
(注)市区町村への配送等の経費については、特別調整交付金で対応予定。

介護納付金の総報酬割の導入について

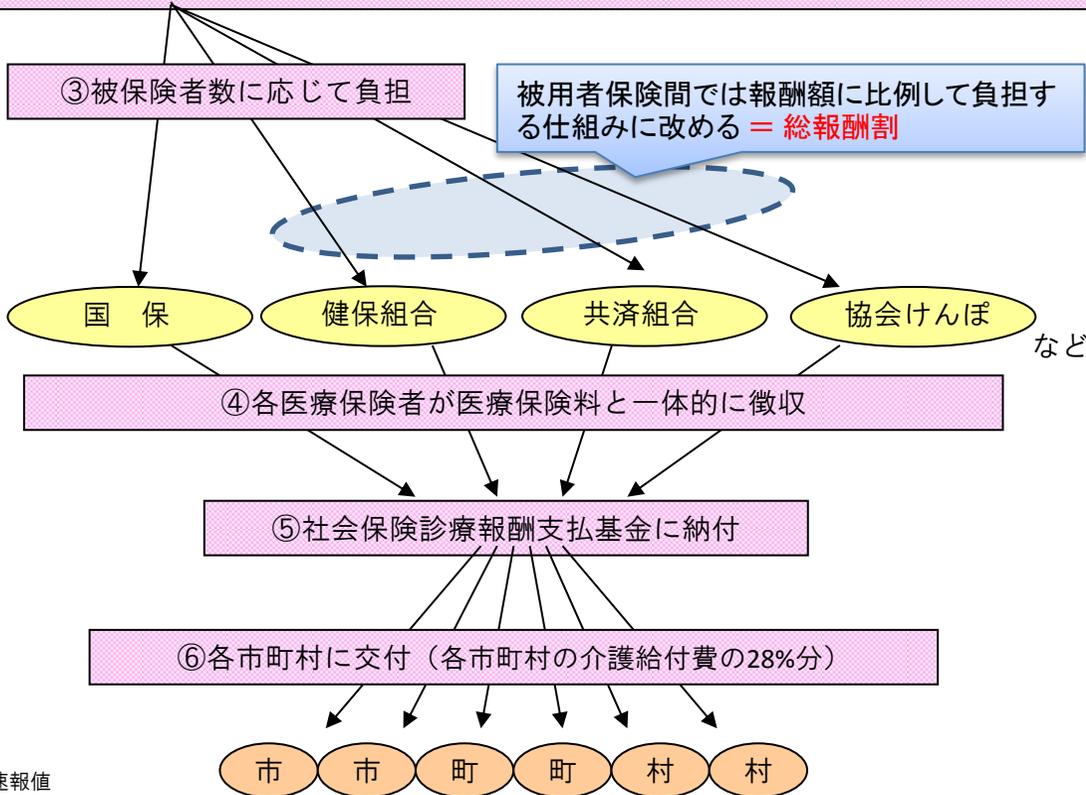
- 40～64歳が負担する保険料については、その加入する医療保険の加入者数である第2号被保険者の人数に応じて負担する介護納付金の額が決められる仕組みとなっている。
- 介護納付金の総報酬割は、これを、被用者保険(協会けんぽ、健保組合、共済組合)間では報酬額に比例した負担にする仕組み。

[介護納付金の仕組み]

①第2号被保険者(40～64歳)は給付費の28%を負担



②第2号被保険者一人あたりの保険料額を計算
(介護給付費の28% ÷ 第2号被保険者数 = 第2号被保険者1人あたり保険料額)



(参考) 協会けんぽと健保組合における介護保険料率の比較

平成26年度介護保険料率	
協会けんぽ	1.72%
健保組合	1.40%

※健保組合については、予算早期集計において報告のあった組合(1409組合)ベースの速報値

○大臣折衝事項(平成28年12月19日厚生労働省)(抄)

(3) 介護納付金の総報酬割の導入

- 一 被用者保険における介護納付金について、現行の加入者割から総報酬割へ段階的に移行する【平成29年度から段階施行※(平成29年度・平成30年度1/2導入、平成31年度3/4導入、平成32年度全面導入)】。

※平成29年8月分の介護納付金から適用(平成29年度分については介護納付金のうちの8/12について導入)

- 一 平成31年度末までの時限措置として、総報酬割の導入による負担の増加が特に大きい保険者に対する支援策(年度ごとに被保険者一人当たりの介護納付金の額に上限を設け、その超過分を全ての被用者保険者間で加入者割により再按分して負担※)を導入する。

※各年度の予算で定める範囲内(平成29年度は国費90億円程度)で、一定の被用者保険者に対し、再按分による負担の増加分の全部又は一部を国庫補助

社会保障・税一体改革大綱等における記載

○社会保障・税一体改革大綱（平成24年2月17日閣議決定）（抄）

今後の急速な高齢化の進行に伴って増加する介護費用を公平に負担する観点から、介護納付金の負担を医療保険者の総報酬に応じた按分方法とすること（総報酬割の導入）を検討する。また、現役世代に負担を求める場合には、負担の公平性などの観点に立ち、一定以上の所得者の利用者負担の在り方など給付の重点化についても検討する。

○社会保障制度改革国民会議報告（平成25年8月6日社会保障制度改革国民会議）（抄）

第2部 社会保障4分野の改革

4 介護保険制度改革

（略）第2号被保険者の加入する医療保険者が負担する介護納付金については、現在、第2号被保険者の人数に応じたものになっており、負担の公平化の観点から、被用者保険について、被保険者の総報酬額に応じたものとしていくべきであるが、後期高齢者支援金の全面総報酬割の状況も踏まえつつ検討すべきである。

○持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（平成25年法律第112号）（抄）

（介護保険制度）

第5条（略）

1～3（略）

4 政府は、前条第七項第二号ロに掲げる事項に係る同項の措置（※）の検討状況等を踏まえ、被用者保険等保険者に係る介護保険法第百五十条第一項に規定する介護給付費・地域支援事業支援納付金の額を当該被用者保険等保険者の標準報酬総額に応じた負担とすることについて検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

※ 医療保険制度における後期高齢者支援金の全面総報酬割

介護納付金の総報酬割の導入について（経緯②）

経済財政運営と改革の基本方針2015等における記載

○ 経済財政運営と改革の基本方針2015（平成27年6月30日閣議決定）（抄）

現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図る。このため、社会保障改革プログラム法に基づく検討事項である介護納付金の総報酬割やその他の課題について検討を行う。

○ 経済・財政再生アクション・プログラム（平成27年12月24日経済財政諮問会議）（抄）

現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図るための社会保障改革プログラム法における検討事項である介護納付金の総報酬割導入や（略）について、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論を得て、その結果に基づいて必要な措置を講ずる（法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む）。

○ 経済・財政再生計画改革工程表（平成27年12月24日経済財政諮問会議）（抄）

	2014・2015年度	集中改革期間				2019年度	2020年度～	KPI（第一階層）	KPI（第二階層）
		2016年度		2017年度	2018年度				
負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化		通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会			-	-
	<⑤現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図るための検討> <(i)介護納付金の総報酬割>								
	社会保障改革プログラム法における検討事項である介護納付金の総報酬割導入について、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論			関係審議会等における検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる（法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む）					

○ 経済財政運営と改革の基本方針2016（平成28年6月2日閣議決定）（抄）

社会保障分野においては、世界に冠たる国民皆保険・皆年金を維持し、これを次世代に引き渡すことを目指し、「経済・財政再生計画」に掲げられた医療・介護提供体制の適正化、インセンティブ改革、公的サービスの産業化、負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化、薬価・調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革、年金、生活保護等に係る44の改革項目について、改革工程表に沿って着実に改革を実行していく。

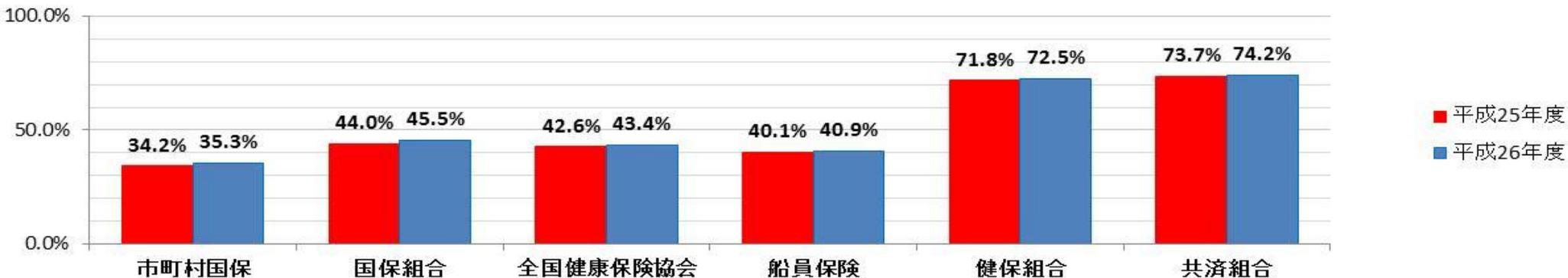
7. 医療費適正化関係

特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別）

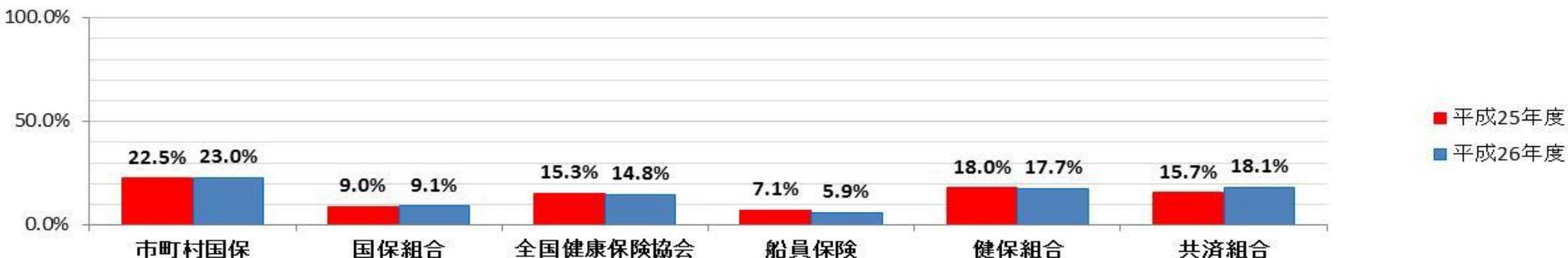
○ 各医療保険者において、特定健診・保健指導の実施率は、施行（平成20年度）から8年経過し、着実に向上しているが、目標（特定健診70%以上 保健指導45%以上）とは依然かい離があり、更なる実施率の向上に向けた取組が必要。

○ なお、特定健診については、市町村国保・国保組合は、いずれも60%を目標としている。

〈特定健康診査の保険者種類別の実施率〉



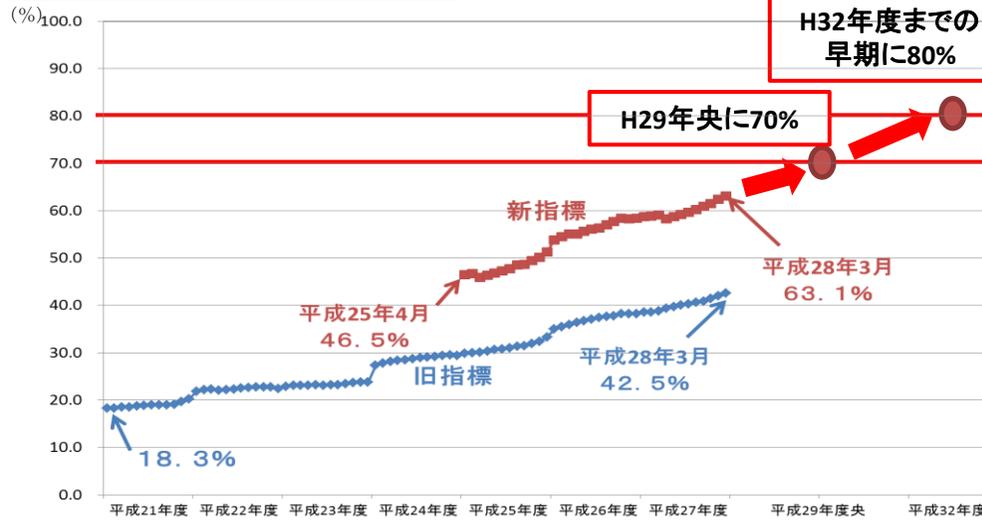
〈特定保健指導の保険者種類別の実施率〉



平成25年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況より

平成26年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況より

後発医薬品の使用割合



(注) 保険薬局における後発医薬品使用割合。

【後発医薬品の使用促進】

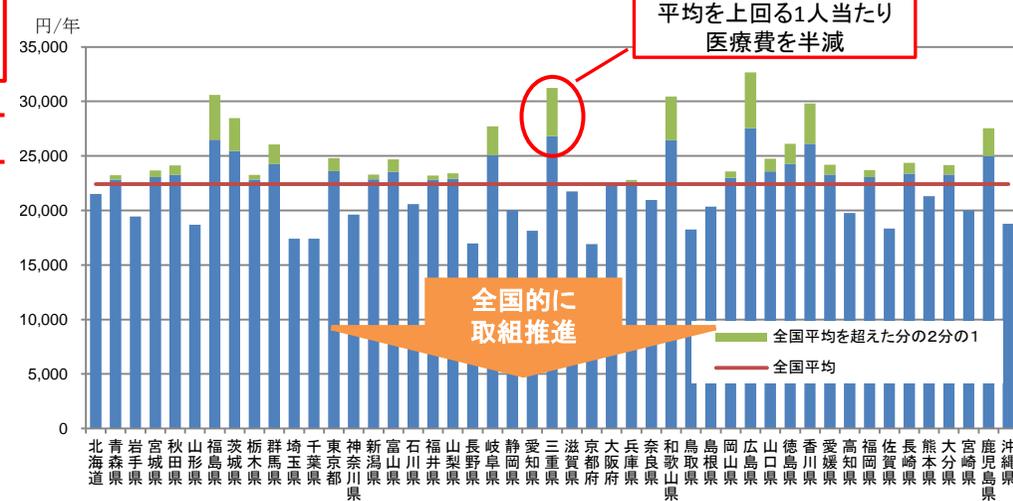
- 医療機関や薬局に対して**診療報酬でインセンティブ**付与、患者に対して後発医薬品に置き換えるとどのくらい薬剤費が軽減されるかを「**差額通知**」で見える化
⇒使用割合は伸びている。【H25年4月:46.5%→H28年3月:63.1%】引き続き目標達成に向けて取り組みを継続。

【糖尿病の重症化予防、医薬品の適正使用】

- 本年4月に策定した糖尿病性腎症重症化予防プログラムを用いて
 - ①都道府県単位の**プログラム策定を推進**
 - ②市町村に対し、都道府県、国保連、医師会等の関係団体から複数のルートで積極的な働きかけを行うとともに、取り組みやすい環境整備をすることにより、重症化予防の取組の促進を図る。
- かかりつけ医などによる服薬管理や、**保険者がレセプトデータを活用して該当者を抽出し、訪問指導等を行うこと**を通じて、医薬品の適正使用を推進
⇒今後、国において**各データを毎年度公表**するなどして、**取り組みの進捗を評価し、PDCAを強化**

糖尿病の重症化予防

人口1人当たり糖尿病患者の医療費(40歳以上)

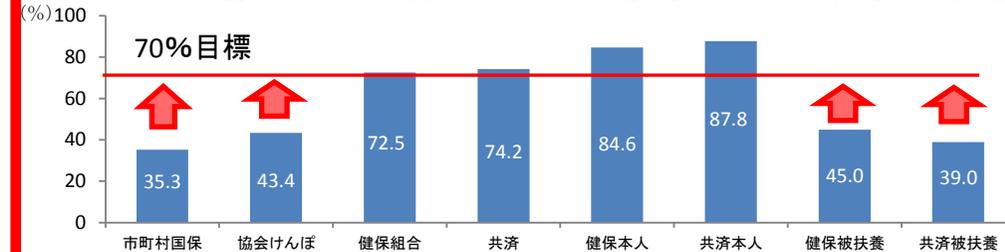


(注) 平成25年10月の入院外レセプト、調剤レセプトを医療機関所在地、薬局所在地ベースで分析。

【特定健診・保健指導の実施率の向上】

健診受診者：約2000万人（H20年度）→約2600万人（H26年度）
毎年100万人増加。受診率約50%

⇒ 国保・協会けんぽと健保・共済の被扶養者の受診率向上が課題



＜受診率向上の対応策＞

- ・**保険者へのインセンティブのメリハリ強化**
 - ✓ 受診率の著しく低い健保組合等へのペナルティ(高齢者支援金の加算)
 - ✓ 実施率が高い国保へのインセンティブ
 - ✓ 保険者が未受診者を把握した上で、個別に受診を促す。受診率の低い保険者を公表
- ・**個人へのインセンティブ**(健康ポイント・施設利用券等)の推進
- ・**被扶養者が身近な場所で健診を受診できる機会を拡充**
 - ✓ 自治体のがん検診と連携した特定健診を実施

諮問会議における議論の状況について

○ 経済・財政再生アクション・プログラム2016(平成28年12月21日経済財政諮問会議)(抄)における記載

1. 改革初年度(2016年度)におけるこれまでの取組と今後必要な対応

[2]改革2年目における今後の取組

一人当たり医療費の地域差半減に向け、都道府県の医療費適正化計画等の策定・推進を後押しするとともに、**医療費の地域差や伸びの要因分析を進め、関係者間の調整等を通じて、関係者それぞれの役割分担と責任を明確にしながら協働して取組を進めるようガバナンスの強化を図ることが重要**である。また、疾病予防や健康づくりに向けた取組は国民の生活の質(QOL; Quality of Life)や企業の生産性の向上につながるものである。このため、地域や職場ごとの健康課題を「見える化」・類型化することで、日常生活における取組も含め、民間事業者も活用した先進的なデータヘルス事業を全国展開する。医療保険者が、レセプト・特定健診等のデータを活用し、PDCAサイクルに沿って効果的かつ効率的に行う、加入者の健康の保持増進のための事業を全国展開する。

2. 主要分野ごとの改革の取組

[1]社会保障分野

(1)医療・介護提供体制の適正化

(今後の主な取組)

・医療費適正化に向けた取組を推進するためには、国、都道府県、保険者、医療関係者、企業、国民が、それぞれの役割の下で協働して取り組むよう国や都道府県のガバナンスの強化を図ることが重要である。とりわけ、都道府県によるデータ分析等を通じた関係者調整等を行い実効性を確保していくことが重要である。そのために、国は医療費の地域差を半減する目標が都道府県の医療費適正化計画に適切に反映されるよう、引き続き都道府県に働きかけるとともに、医療費適正化計画が地域差半減に向けて着実に実行されるよう、調整交付金の医療費適正化のインセンティブとしての傾斜配分等について、2017年央までに検討する。

(2)疾病予防・健康づくり、インセンティブ改革、公的サービスの産業化

・糖尿病性腎症重症化予防について、厚生労働省、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議の3者が協定を締結し、糖尿病重症化予防プログラムを策定した。これに基づき、日本医師会等と連携しつつ、都道府県単位でのプログラムの策定、市町村における重症化予防の取組を進めている。

・予防・健康づくりに取り組む保険者へのインセンティブについて、保険者種別で共通的に取り組むべき指標を提示した。国民健康保険では、2016年度から特別調整交付金を活用して保険者努力支援制度の趣旨を踏まえた取組を前倒しで実施する。

(今後の主な取組)

・特定健診受診率の向上も含め予防対策を推進していくことが必要であり、**特に受診率が低い国保等について、2018年度から都道府県が国保運営において中心的な役割を担うことを見据えながら対策の強化を検討することが必要**である。保険者がデータヘルスを進めていく上で、ポータルサイト等も活用しながら、課題の「見える化」や事業のパッケージ化などを通じて、効果的な全国展開を行っていくことが必要である。

・先進的なデータヘルス事業を全国展開するため、「データヘルス・予防サービス見本市」など、民間事業者を活用し、保険者の取組を推進していく。また、データヘルスの推進や医療費動向の分析において保険者の機能強化が重要であり、審査支払機関の活用等による、保険者への支援策の強化を検討する。

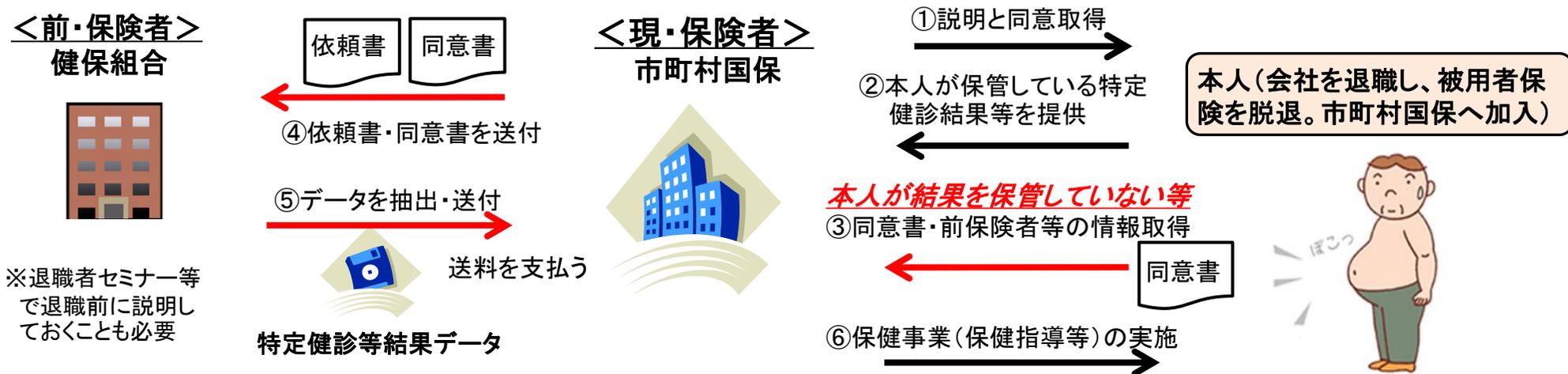
各保険者の特定健診・保健指導の実施率の公表について

平成28年12月19日 第26回保険者による
健診・保健指導等に関する検討会 資料より

- 特定健診・保健指導の実績については、保険者の実施率向上の取組を評価する観点から、現在、後期高齢者支援金の減算対象（特定健診・保健指導の実施率が高い）となった保険者名を公表している。
 (※1) 支援金減算対象保険者数（H26年度の実施率）：市町村国保73、国保組合4、総合健保組合9、単一型健保組合71、共済4
- 特定健診・保健指導は、生活習慣に起因する糖尿病等の発症・重症化の予防により医療費を適正化するため、保険者が共通に取り組む保健事業であり、効果的な保健事業に取り組む環境づくり(※2)を進め、保険者機能の責任を明確にする観点から、厚生労働省において、**全保険者の特定健診・保健指導の実施率を、29年度実績から(※3)公表することとする。**
 (※2) 特定保健指導による内臓脂肪の減少等の効果は、被保険者が保険者を異動しても効果の持続が期待される。保険者が継続して特定健診データを把握することで効果的な保健事業ができるので、本人同意のもとデータの保険者間移動も可能である。
 (※3) 一部の保険者では報告漏れやシステム上の不備により正確な実施率の報告ができていないが、こうした保険者も第3期に向けたシステム改修を29年度中に行う中で必要な対応を行うことで、30年度に行う29年度実績の報告から正確な報告が可能である。

特定健診データの保険者間での移動 現在の対応の手順

※H28年3月にルールの雛形等を公表。
6月に各保険者協議会に周知。

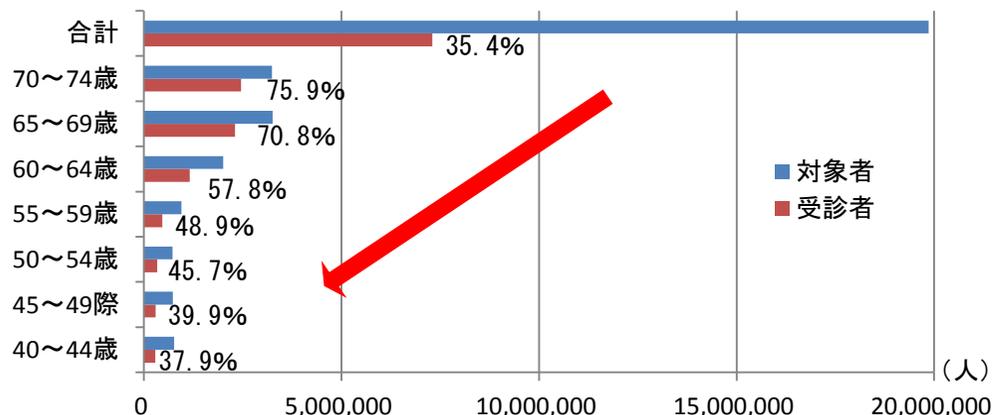


※①の説明の結果、本人が同意し、②本人が保管している過去の特定健診等結果通知表(コピー)を、現保険者に提供すれば、⑥の保健事業の実施が可能。本人が結果を保管していない場合、③～⑤の手続きを追加。

市町村国保における特定健診の受診率の傾向

- 特定健診対象年齢のうち若年(就業年齢)になるほど受診率は低くなっている
- 対象者規模が小さい方が特定健診受診率が高い傾向にある
- 未受診の理由は、40歳代・50歳代・60歳代では「忘れていた」が最も多く、70歳代では「通院中」が多い
- 未受診の理由は、「健康である・メタボでない」はどの年代も多い
- 未受診の理由は、「市からの情報不足(場所・申込方法が不明・会場が遠い・無料)」

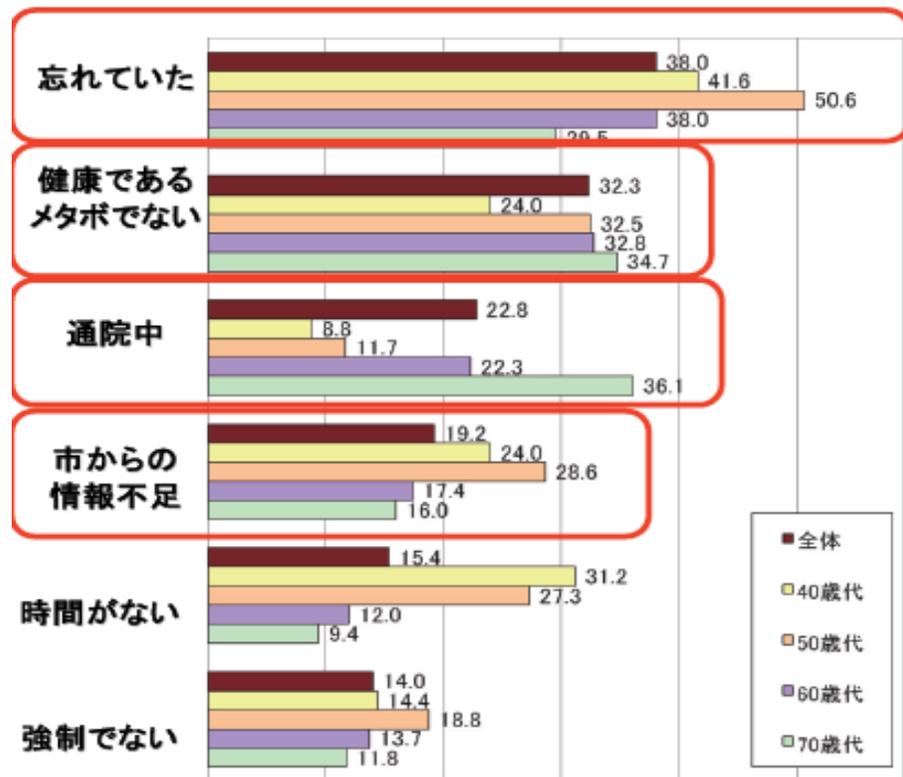
特定健診受診率（年齢階級別）



特定健診受診率（対象者規模別）



未受診理由



市町村国保の特定健診受診率が低い要因と受診率向上に向けて考えられる対応例

特定健診受診率を向上させるためには、各市町村国保において、受診率が低い要因を分析し、その結果を踏まえた対応を行う必要があるが、考えられる要因と対応例は以下のとおり。

考えられる要因

1. 医療機関に定期的に通院中のため特定健診を受診する必要がないと誤解している。

2. 職場における健康診断と異なり、健診場所へ行くことを仕事や家事が忙しいと後回しにしてしまう。

3. 被保険者に情報が届いていない。

4. 「忘れていた」、「健康である」等、受診の優先順位が低い。

対応例

医師会・かかりつけ医等と連携した受診の啓発

- 通院していても、全身的な管理を受けていない場合もあるため、特定健診受診の意義を周知・啓発
- 医療機関との連携・契約等により保険者が入手した検査データの結果をもって特定健診を受けたものとみなす 等

保険者による受診環境の整備

- 市町村の国保担当課と健康増進担当課で連携し、特定健診とがん検診との同時実施の促進
(※経済財政運営と改革の基本方針2016記載事項)
- 特定健診の夜間・休日実施、実施期間の延長、送迎 等

被保険者に対する受診の働きかけ

- アンケート結果の未受診理由に対応した受診勧奨の実施等、効果的な受診勧奨の好事例を参考に、受診勧奨を実施
- 自治会等の市民団体との協働によるきめ細やかな受診への働きかけの実施
- 勧奨はがきの送付回数を増やす等の受診への働きかけの強化 等

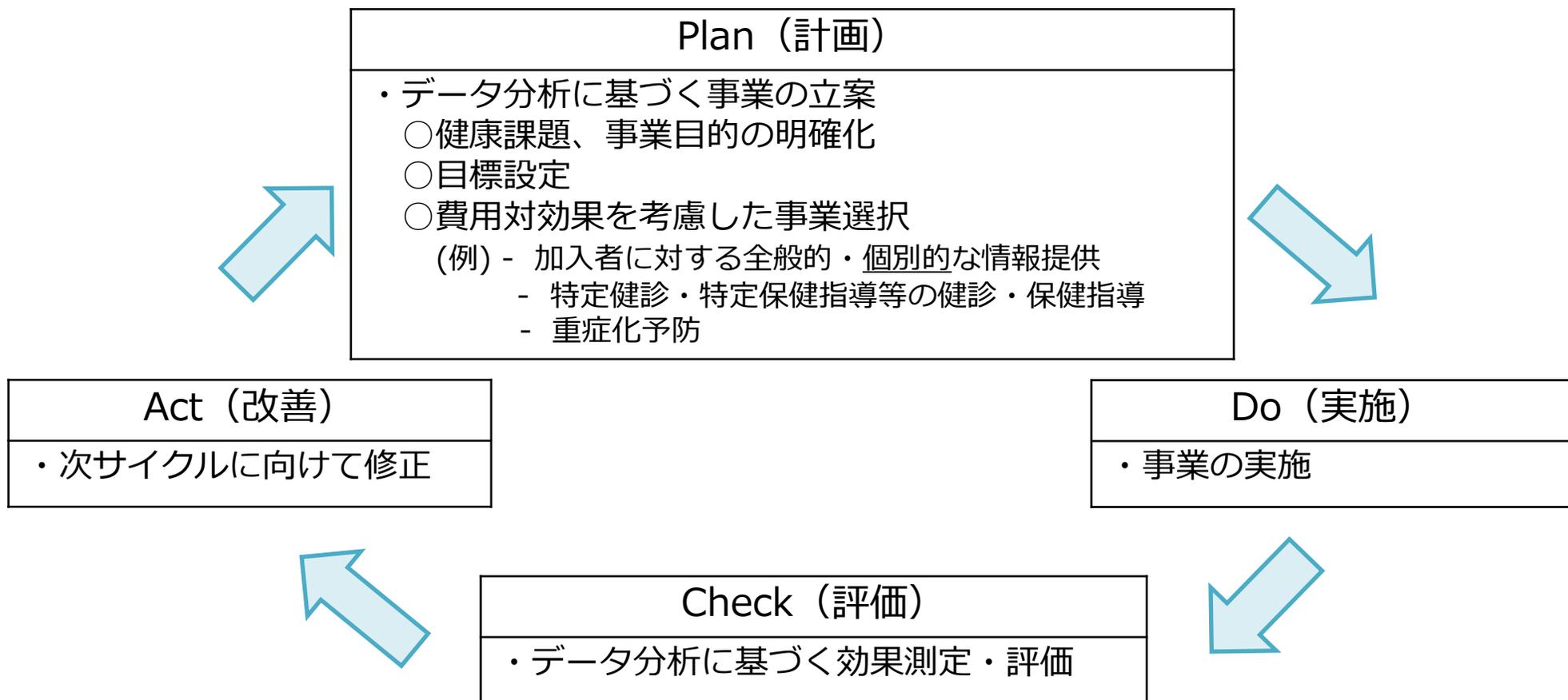
個人へのインセンティブ付け

- 保険者において、被保険者が特定健診を受診した場合にポイントを付与する等の個人へのインセンティブを提供する取組を推進 等

「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

ねらい：「健康寿命の延伸」と「医療費の適正化」を同時に図る。



保険者におけるデータヘルス計画に基づく保健事業の取組

①現状の把握

これまでの保健事業の振り返りと特定健診・レセプトデータ分析による現状把握に基づき、加入者の健康課題を明確にした上で事業を計画。

②健康課題に対応した保健事業の実施(費用対効果の観点も考慮し、次のような取組を実施)

- 加入者に自らの生活習慣等の問題点を発見しその改善を促すための取組
(健診結果・生活習慣等の自己管理ができるツールの提供、個人へのインセンティブ付与に関する取組)
- 生活習慣病の発症を予防するための特定健診・保健指導の実施率向上に向けた取組
- 生活習慣病の進行及び合併症の発症を抑えるための重症化予防の取組(糖尿病の重症化予防事業等)
- その他の健診・レセプト情報を活用した取組
(後発医薬品の利用促事業、訪問指導による残薬管理、歯科健診・保健指導の実施等)

③客観的な指標(例：生活習慣の状況、特定健診の実施率、健診結果、医療費等)を用いた保健事業の評価

④評価結果に基づく事業内容等の見直し

⑤コラボヘルス(関係機関との協働)

企業(事業主等)、地方公共団体(一般衛生部門等)、学術機関(大学等)・専門機関等と連携した効果的な保健事業の推進

データヘルス計画策定の効果

分かる



データ分析をすることで・・・

- 地域が抱えている健康課題が見える。自市町村の立ち位置が分かる。
- データに基づくことで、保健事業実施にかかる目標値の根拠・これまでの事業の妥当性が分かる。
- 保健事業を行うべきハイリスク者など対象者(ターゲット)を個別に絞り込むことができる。

巻き込む



連携をとることで様々な相乗効果が・・・

- ・衛生部門:保健活動にも影響。関係部門等との協働の重要性が増す。
- ・財政当局:根拠が明確となり予算の確保につながる。
- ・医師会等:地域の医療関係者の理解・協力が得られる。
- 関係者が一緒に計画をたてていく中で、情報・問題認識・目的の共有化がはかれる。
⇒国保課の問題から自治体全体の問題へ
- データヘルス計画を公表することで、幅広い関係者へ市町村の姿勢をアピールできる。

全体を見る



保健事業を部分でなく全体として見る、長期的な視点で見る・・・

- PDCAサイクルを意識することで、特にC(評価)とA(改善)を考慮した次に繋げる事業が展開できる。
- 既存事業の振り返りや現状分析をすることで、業務の効率化と実現可能な計画が見えてくる。
- 限られた人的資源、財源の中で、効果的な事業を推進できる。

データヘルス計画策定状況（市町村国保）

「市町村国保の85%超が、データヘルス計画を策定済み又は平成28年度中に策定予定である。

（平成28年7月1日時点）

データヘルス計画の策定状況	保険者数
策定済	1,131 (65.9%)
策定中	446 (26.0%)
①平成28年度中に策定予定	338 (19.7%)
②平成29年度中に策定予定	96 (5.6%)
③上記以外	12 (0.6%)
未着手	139 (8.1%)

※「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成16年厚生労働省告示第307号）」に基づく保健事業の実施計画を策定等している保険者数。

データヘルス計画策定状況（都道府県別）

都道府県	保険者数	データヘルス計画策定状況				
		策定している	策定中の場合			未着手
			平成28年度中	平成29年度中	それ以外	
北海道	157	84	36	9	1	27
青森県	40	27	7	5	0	1
岩手県	33	28	4	1	0	0
宮城県	35	20	11	0	0	4
秋田県	25	5	6	14	0	0
山形県	32	30	2	0	0	0
福島県	59	28	22	4	1	4
茨城県	44	34	10	0	0	0
栃木県	25	10	14	1	0	0
群馬県	35	20	7	2	0	6
埼玉県	63	16	30	9	2	6
千葉県	54	33	12	3	0	6
東京都	62	30	12	5	1	14
神奈川県	33	11	10	3	2	7
新潟県	30	22	7	1	0	0
富山県	15	14	1	0	0	0
石川県	19	19	0	0	0	0
福井県	17	13	2	1	1	0
山梨県	27	10	9	3	0	5
長野県	77	62	8	4	0	3
岐阜県	42	20	13	3	0	6
静岡県	35	28	3	1	0	3
愛知県	54	40	1	10	1	2
三重県	29	20	6	0	0	3

都道府県	保険者数	データヘルス計画策定状況				
		策定している	策定中の場合			未着手
			平成28年度中	平成29年度中	それ以外	
滋賀県	19	19	0	0	0	0
京都府	26	18	7	0	0	1
大阪府	43	34	5	0	0	4
兵庫県	41	27	14	0	0	0
奈良県	39	13	11	5	0	10
和歌山県	30	8	7	2	1	12
鳥取県	19	6	6	0	0	7
島根県	19	8	3	5	1	2
岡山県	27	15	6	1	1	4
広島県	23	18	5	0	0	0
山口県	19	16	3	0	0	0
徳島県	24	23	0	1	0	0
香川県	17	14	3	0	0	0
愛媛県	20	19	1	0	0	0
高知県	34	28	6	0	0	0
福岡県	60	49	9	2	0	0
佐賀県	20	18	2	0	0	0
長崎県	21	21	0	0	0	0
熊本県	45	39	5	1	0	0
大分県	18	16	1	0	0	1
宮崎県	26	26	0	0	0	0
鹿児島県	43	33	9	0	0	1
沖縄県	41	39	2	0	0	0
計	1,716	1,131	338	96	12	139

(参考) 市町村国保においてデータヘルス計画を策定していない理由

(複数回答)

人的資源が不足している	193 (73.9%)
データ分析のスキル・ノウハウがない	109 (41.7%)
企画・運営のスキル・ノウハウがない	73 (27.9%)
分析するデータが集められていない	64 (24.5%)
財源の確保が難しい	48 (18.3%)
事業としての優先順位が低い	45 (17.2%)
その他	34 (13.0%)
関係団体との調整がつかない	14 (5.3%)

出典: 日本健康会議2016 保険者データヘルス全数調査

市町村国保等におけるデータヘルス事業の推進

■ 市町村国保は、平成26年度以降、順次、データヘルス計画(※)の作成・公表

<データヘルス事業を推進するための取組み>

○ 国保データベースシステム(KDBシステム)等を活用したデータ分析

- 市町村国保等における医療費分析や保健事業の計画の作成・実施等を支援するためのシステム(KDBシステム)が平成25年10月以降、順次稼働。
- KDBシステム等を活用し、自らの地域の健康状態の特徴を把握し、優先すべき課題を明確化し、被保険者をリスク別に分け、個人に対する効果的・効率的な保健事業を実施する。

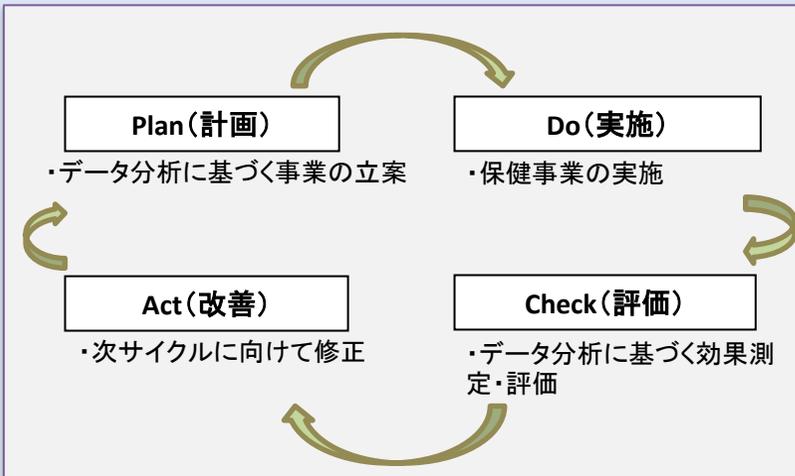
○ 市町村国保の取組を支援するための体制整備

- 市町村国保等における取組を支援するための有識者等からなる支援体制を中央・都道府県レベルで整備するとともに、市町村や国保連合会における職員への研修等を実施。

762保険者を支援
(平成27年度)

保険者（市町村国保等）

<データヘルス計画>



KDBシステム



※健診・保健指導、医療、介護の各種データを利活用して、統計情報や個人の健康に関するデータを作成するシステム

データヘルス計画の作成支援

保健師等による
・データヘルス計画策定への助言
・具体的な保健事業の取組の提示
・保健事業の評価・分析
・市町村職員への研修 等

全国の
国保連合会

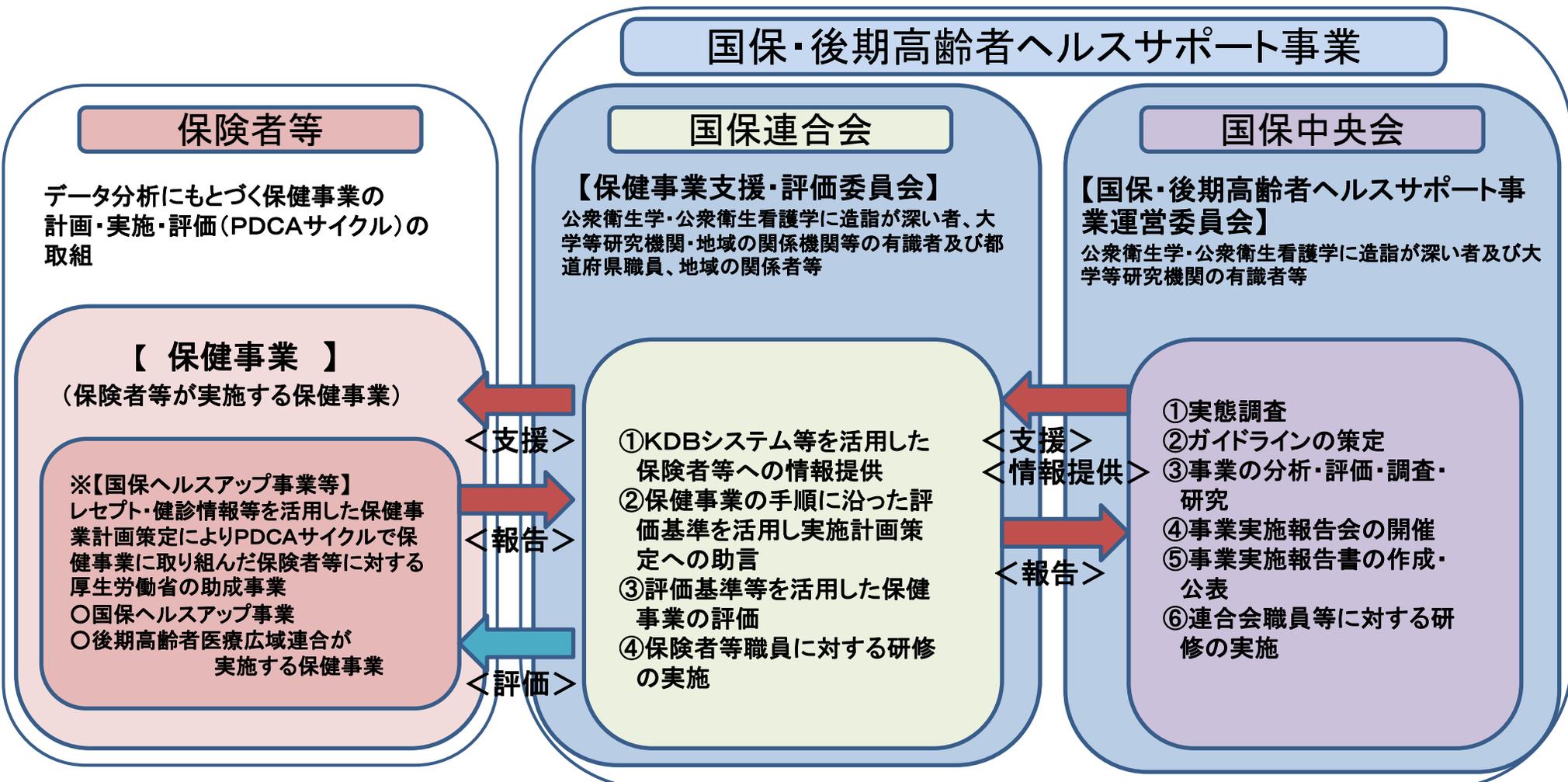
- 支援・評価に関するガイドラインの策定
- 国保連の支援・評価結果を分析
- 好事例の情報提供
- 国保連合会職員・保健師等への研修 等

支援

国保中央会

国保・後期高齢者におけるデータヘルスの取組

- 市町村国保等におけるデータヘルス計画作成等を支援するため、平成26年度に都道府県国保連合会に「保健事業支援・評価委員会」を立ち上げた。（全都道府県で設置済み）
- 継続的に都道府県内の保険者等のデータヘルスの実施を支援するとともに、国保中央会において全国の実施状況をとりまとめて情報提供することとしている。



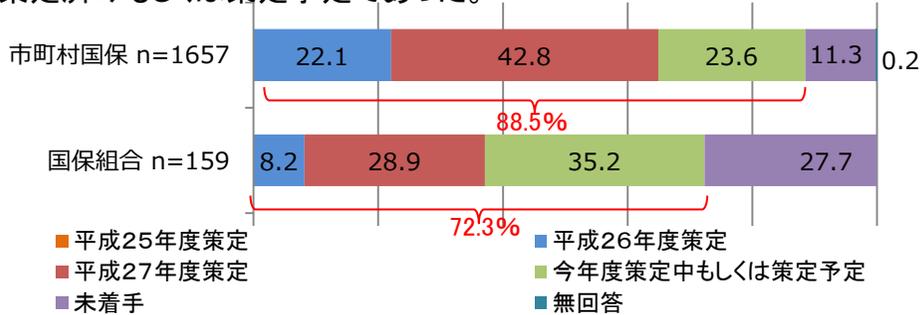
○国保ヘルスアップ事業については、保健事業支援・評価委員会から評価を受けることが必須要件

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業(国保中央会) データヘルス計画・保健事業等に関する実態調査集計結果概要

平成29年1月12日
現在の集計結果

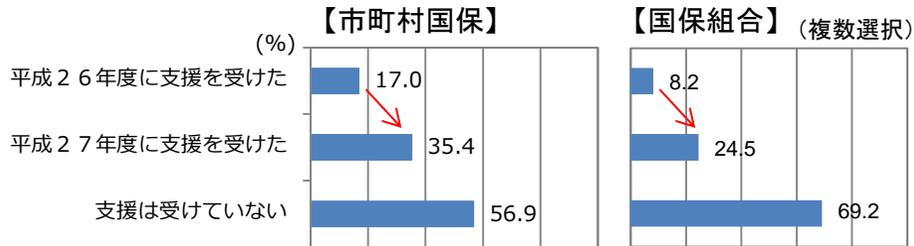
1. 計画策定状況

データヘルス計画は、市町村国保では9割弱、国保組合では7割超が策定済みもしくは策定予定であった。



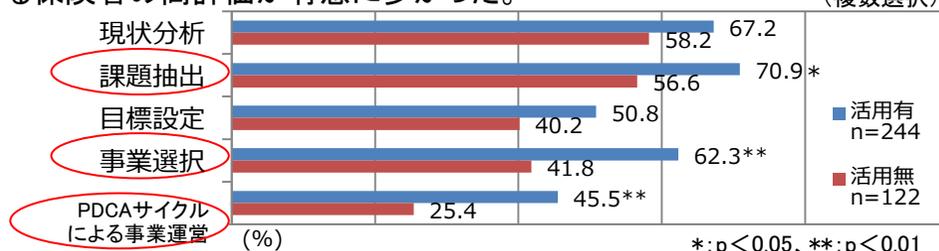
2. 評価・支援委員会による支援状況

支援・評価委員会による支援は増加傾向である。



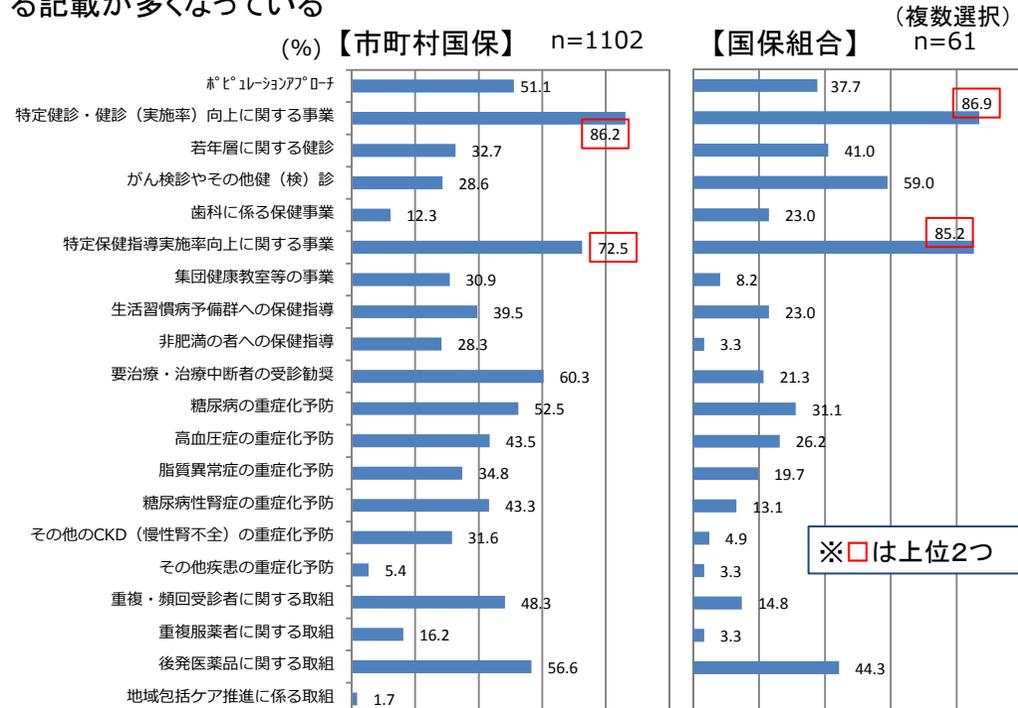
4. 評価・支援委員会の支援に対する評価

データヘルス計画を策定した保険者の自己評価は、課題抽出、事業選択、PDCAサイクルについては、支援・評価委員会の支援を活用している保険者の高評価が有意に多かった。



3. 計画に記載されている保健事業

計画に記載されている保健事業は、特定健診や保健指導の実施率向上に関する記載が多くなっている

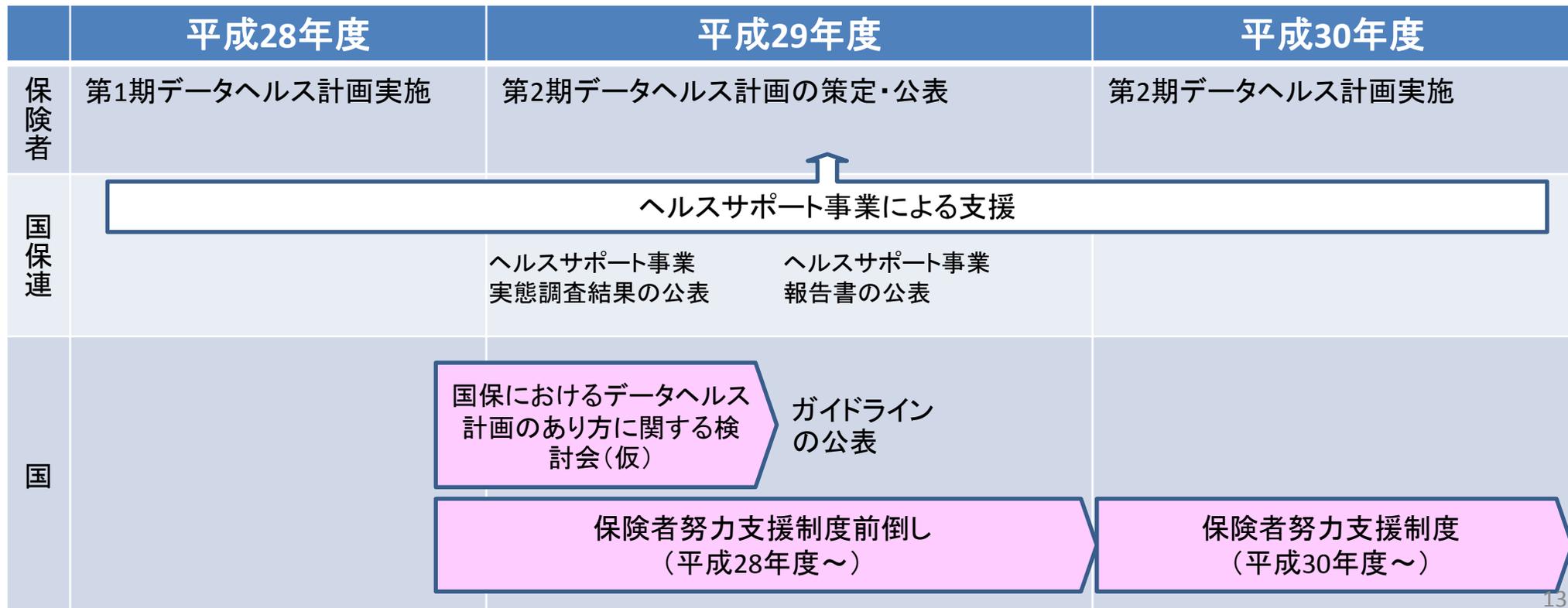


支援に対する評価は総じて良好であり、保険者のニーズに沿った支援がされていると考えられる。

引き続き、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業では保険者が抱える課題を明確にし、支援の周知啓発・充実を図っていく。

国保における第2期データヘルス計画の策定・実施に向けて

- 平成26年度以降、順次、国保がレセプト・健診情報等を活用した「データヘルス計画」の作成・公表を行い、レセプト・健診情報等のデータ分析に基づく保健事業を実施することを推進。
- 平成30年度からの第2期データヘルス計画の策定・実施に向けて、国では、効果的なデータヘルス計画のあり方を検討のうえガイドラインを公表し、普及啓発するとともに、国保連における直接的な支援の更なる充実を図る予定。
- また、保険者努力支援制度の前倒しにより、データヘルス計画を策定し、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を実施している国保を評価することで、取組を推進。



保険者による予防・健康づくりの好事例の横展開（呉市等の重症化予防の取組等）

1. 呉市の取組とその横展開

- 広島県呉市の国保では、レセプトや健診データを活用し、以下のような糖尿病性腎症の重症化予防の取組を実施。
 - ① 健診異常値者から医療機関未受診者等を抽出 ⇒ 受診勧奨の実施
 - ② 糖尿病性腎症等の重症化リスクのある対象者を抽出 ⇒ かかりつけ医等と連携した個別指導の実施
- こうした取組を全国に横展開するためには、各自治体、郡市医師会が協働・連携できる体制を整備する必要。
- そこで、「厚生労働省・日本医師会・日本糖尿病対策推進会議」の三者が協定を締結し、平成28年4月には、国レベルで「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定。
- 同年5月には、都道府県、市町村及び国保連を対象に本プログラムの説明会を開催。
- 引続き、日本医師会等と連携しつつ
 - ① 都道府県単位でのプログラムの策定
 - ② 市町村における重症化予防の取組の促進に取り組んでいる。



さらに
横展開を支援

2. 保険者に対するインセンティブ

- 平成27年5月に成立した医療保険制度改革関連法において、重症化予防の取組を含めた医療費適正化等に係る都道府県や市町村国保の取組を評価・支援するため「保険者努力支援制度」を創設（平成30年度施行。財政規模は700～800億円の予定。）
- さらに、骨太方針2015等を踏まえ、平成28・29年度において、保険者努力支援制度の趣旨を踏まえた取組を前倒しで実施。具体的には、現行の市町村国保への交付金（特別調整交付金）を活用し、糖尿病等の重症化予防等に取り組む市町村に対し、平成28年度から財政支援を実施。（財政規模は今後検討。）

3. 進捗状況と今後の取組

- かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む市町村国保は、118市町村(平成27年度末)。
※ 何らかの重症化予防の取組を行っているのは、659市町村
- 今後、まずは、800市町村(平成32年)※を目指し、市町村の取組を促進していく。※日本健康会議の宣言2020の目標

重症化予防の達成基準の該当状況

宣言2

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

保険者データヘルス全数調査の達成状況

	保険者 全体	市町村・国 保	広域連合	健保組合	共済組合	国保組合	協会 けんぽ
糖尿病性腎症の重症化予防の取組を行っている	1,104	659	9	368	10	11	47
現在は実施していないが予定あり	602	362	10	183	24	23	0
現在も過去も実施していない	1,385	520	12	703	48	101	1
過去実施していたが現在は実施していない	66	35	0	28	1	2	0
①対象者の抽出基準が明確であること	1,035	622	7	339	10	10	47
②かかりつけ医と連携した取組であること	523	503	6	88	1	1	10
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	823	566	5	234	3	5	11
④事業の評価を実施すること	932	582	6	285	5	7	47
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	150	136	2	4	0	1	7
全要件達成数(対象保険者)		118	4				

重症化予防（国保・後期広域）WG

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。

これまでの取組概要

- ・ 日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省の三者による糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定を締結（平成28年3月24日）
- ・ 重症化予防WGで議論の上、連携協定に基づき「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を三者で策定（平成28年4月20日）

今後の活動

- ・ 都道府県レベルでのプログラム策定の更なる推進策の検討
- ・ 各市町村の先進的な取組事例の紹介
- ・ 各市町村の取組内容の詳細な把握
- ・ 取組を進める上での課題の整理と対応策の検討
- ・ 厚生労働科学研究において、自治体における糖尿病性腎症重症化予防に関する取組内容の効果検証を実施

WGの開催

- ・ 第1回重症化予防（国保・後期広域）WG（平成27年11月9日開催）
- ・ 第2回重症化予防（国保・後期広域）WG（平成28年3月28日開催）
- ・ **第3回重症化予防（国保・後期広域）WG（平成28年11月15日開催予定）**

WGの構成員

有澤 賢二	日本薬剤師会 常務理事
飯山 幸雄	国民健康保険中央会 常務理事
今村 聡	日本医師会 副会長
春日 雅人	糖尿病対策推進会議 常任幹事
門脇 孝	日本糖尿病学会 理事長
唐橋 竜一	埼玉県保健医療部保健医療政策課 政策幹
迫 和子	日本栄養士会 専務理事
佐藤 文俊	全国国民健康保険組合協会 常務理事
高野 直久	日本歯科医師会 常務理事
津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センター センター長
橋田 淳一	高知県梶原町保健福祉支援センター センター長
榛澤 俊成	神奈川県後期高齢者医療広域連合 事務局長
福井 トシ子	日本看護協会 常任理事
宮田 俊男	京都大学産官学連携本部 客員教授
森山 美知子	広島大学大学院医歯薬保健学研究院 教授
片岡 孝	東京都荒川区 福祉部長
山縣 邦弘	日本腎臓学会 理事

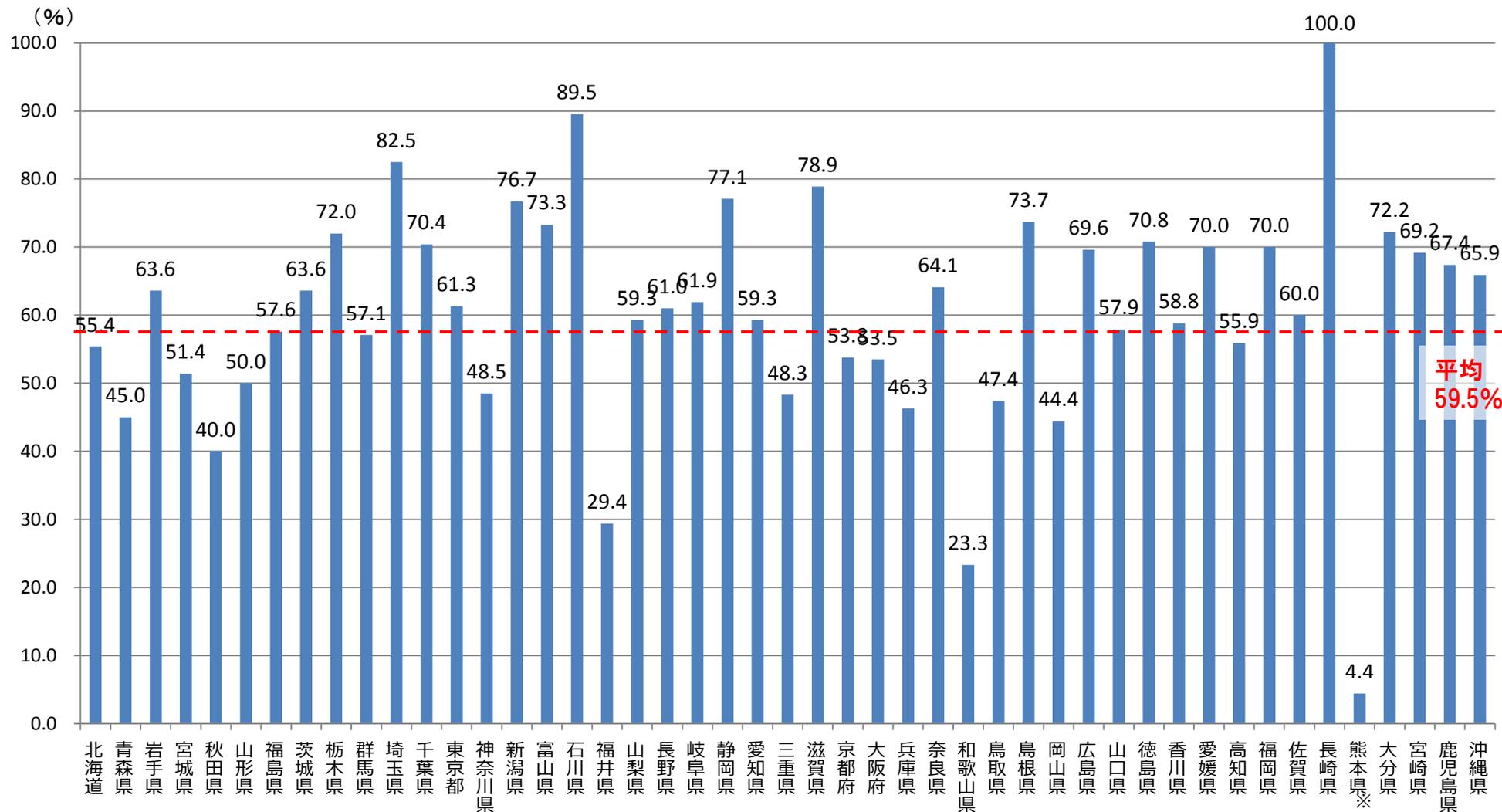
（五十音順、敬称略）

都道府県別に見た重症化予防に取り組んでいる・実施予定の市町村の割合

○重症化予防の取組を行っている又は実施予定と回答のあった市町村が都道府県内保険者総数に占める割合を比較したもの。

○都道府県により管内保険者の実施率には大きな差がある。

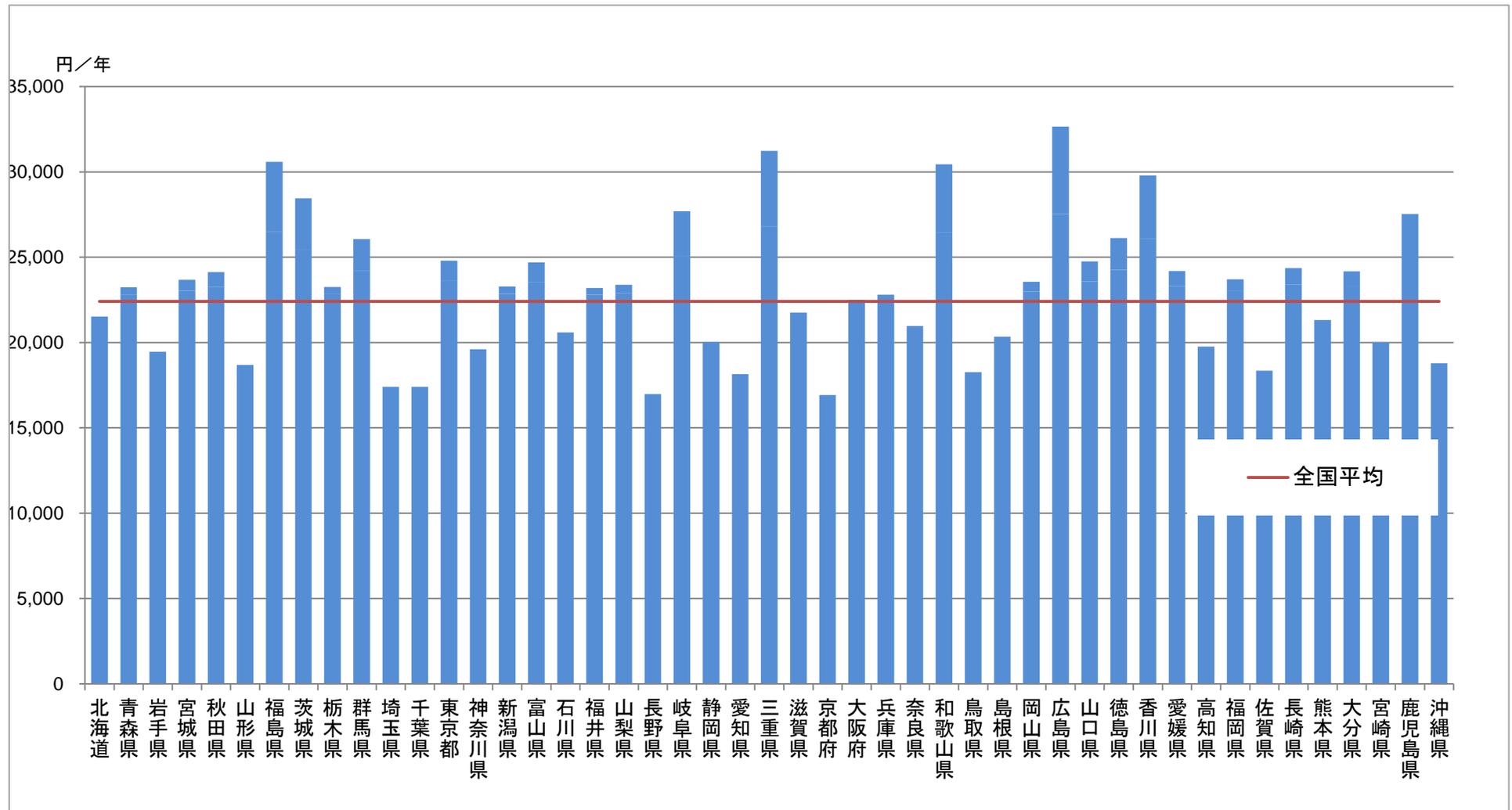
○今後の予定も含めると100%になる長崎県がある一方で和歌山県、福井県は水準が特に低い。



※熊本県内の保険者は調査対象外であったが、2保険者より回答あり集計した。

一人当たり糖尿病患者入院外医療費の都道府県別状況

平成25年度 人口一人当たりの「糖尿病患者の医療費」(40歳以上)



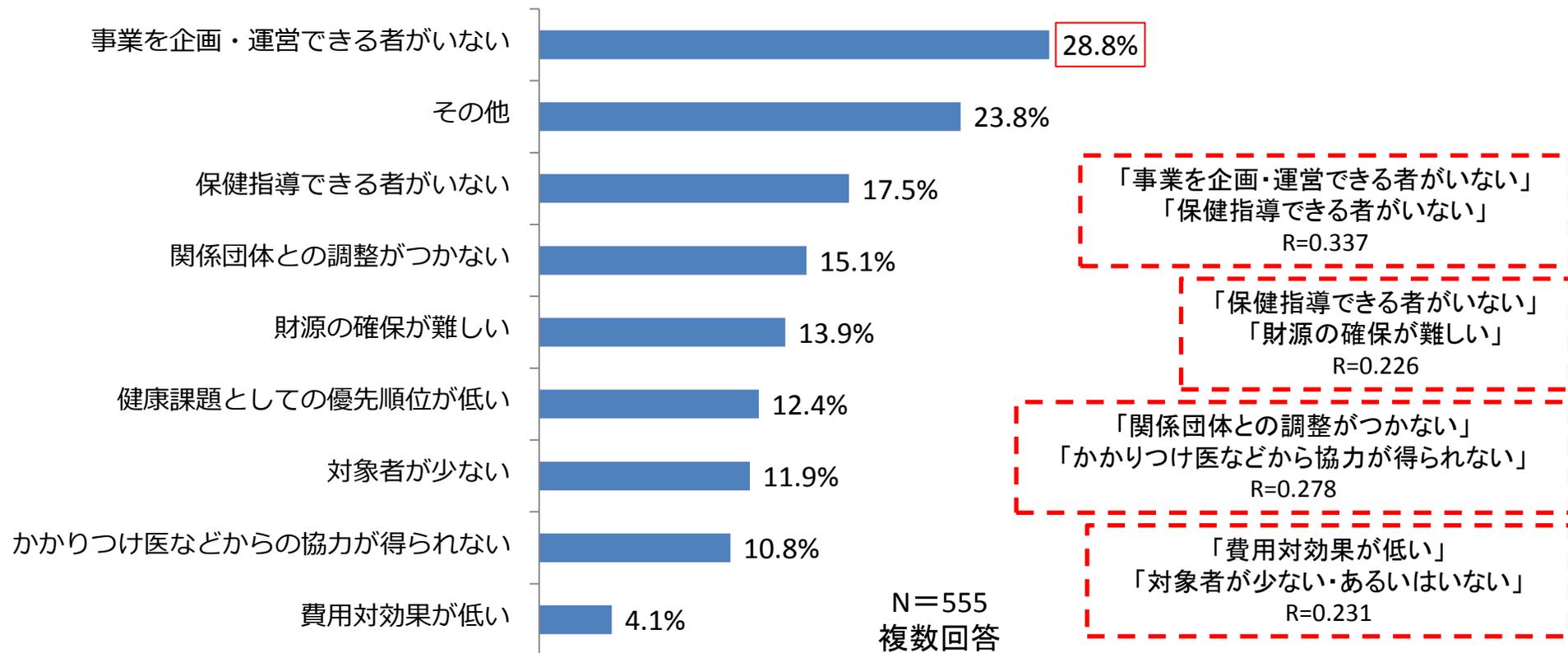
※ NDBより都道府県別の糖尿病患者（40歳以上）に係る入院外医療費を集計し、それを都道府県別の（患者調査による糖尿病患者数／NDBによる糖尿病患者数）を調整係数として乗じたうえで、人口当たりで除すことにより算出。

重症化予防の取組を実施していない理由(市町村国保)

○現在、重症化予防の取組を実施していない市町村が重症化予防の取組を実施していない理由としては、「事業を企画・運用できる者がいない」が最も多い。

○重症化予防の取組を実施していない理由のうち相関があるのは、以下の達成基準の組み合わせである。

- ・「事業を実施できる者がいない」と「保健指導できる者がいない」
- ・「保健指導できる者がいない」と「財源の確保が難しい」
- ・「関係団体との調整がつかない」と「かかりつけ医などから協力が得られない」
- ・「費用対効果が低い」と「対象者が少ない・あるいはいない」

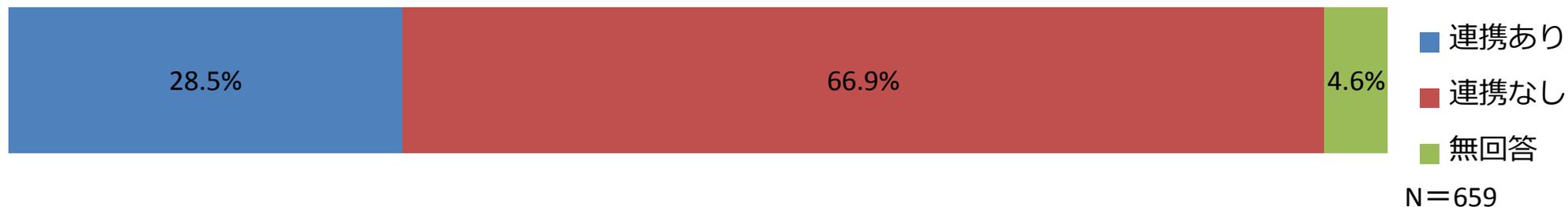


※「その他」は、他の選択肢を選択している保険者を除いて集計

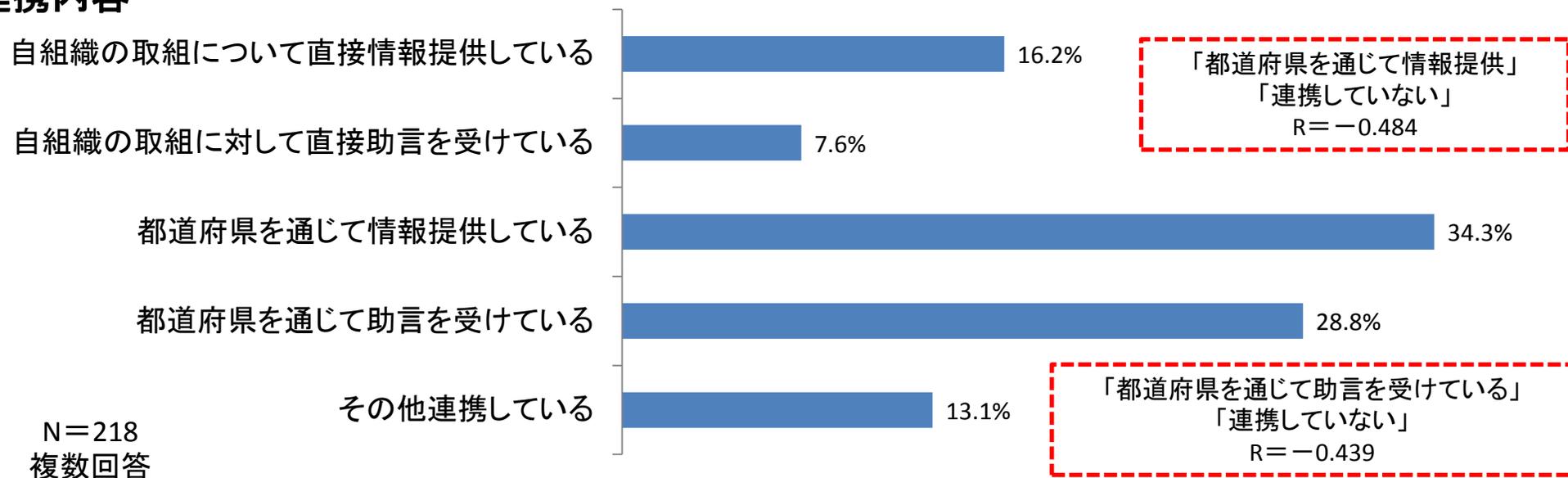
都道府県糖尿病対策推進会議との連携の状況（市町村国保）

- 都道府県糖尿病対策推進会議と連携している市町村国保は、3割弱に止まっている。
- 連携内容としては、都道府県を通じた情報提供、助言が多い。
- 「糖尿病対策推進会議へ都道府県を通じて情報提供している」「糖尿病対策推進会議から都道府県を通じて助言を受けている」それぞれと「糖尿病対策推進会議と連携していない」に弱い負の相関がある。

(1) 連携の有無

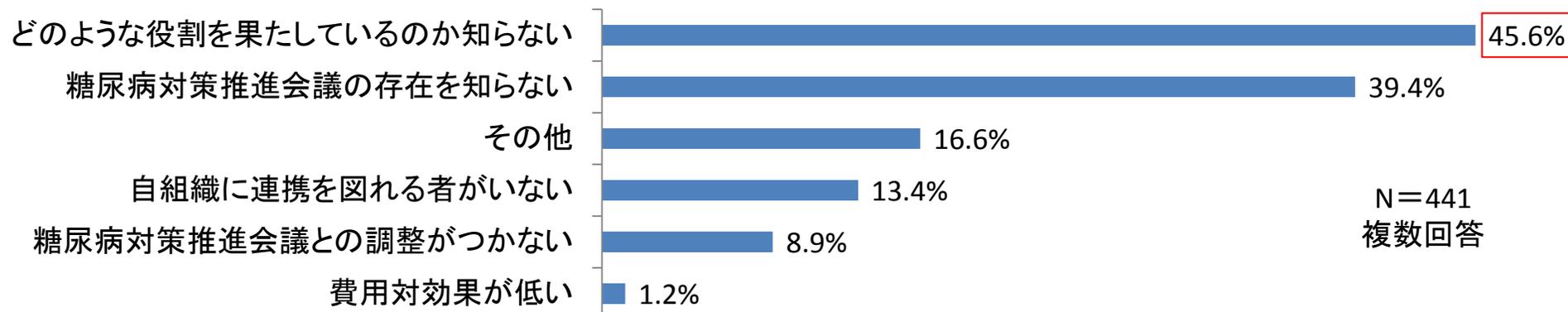


(2) 連携内容



都道府県糖尿病対策推進会議と連携していない理由(市町村国保)

- 都道府県糖尿病対策推進会議と連携していない理由としては、「どのような役割を果たしているか知らない」、「存在を知らない」が多い。
- 都道府県糖尿病対策推進会議の存在を知らないと回答した市町村のある都道府県は全国に点在しているが、東北地方にやや多い(東北6県のうち5県)。



糖尿病対策推進会議の存在を知らないと回答した市町村のある都道府県※

- | | | | |
|-----|------|------|---------------|
| 北海道 | 埼玉県 | 滋賀県 | 香川県 |
| 青森県 | 千葉県 | 京都府 | 愛媛県 |
| 岩手県 | 東京都 | 大阪府 | 高知県 |
| 宮城県 | 神奈川県 | 兵庫県 | 福岡県 |
| 秋田県 | 新潟県 | 奈良県 | 佐賀県 |
| 山形県 | 山梨県 | 和歌山県 | 長崎県 |
| 福島県 | 長野県 | 鳥取県 | 大分県 |
| 茨城県 | 静岡県 | 岡山県 | 宮崎県 |
| 栃木県 | 愛知県 | 広島県 | 鹿児島県 |
| 群馬県 | 三重県 | 山口県 | 沖縄県 |
| | | | 40都道府県 |

※糖尿病対策推進会議と連携していない市町村のうち、連携していない理由として、「糖尿病対策推進会議の存在を知らない」と回答した市町村のある都道府県

都道府県版重症化予防プログラムの策定状況

- 都道府県版重症化予防プログラムの策定状況は、既に策定済みは6府県(12.8%)、今後策定予定は29道府県(61.7%)であった。
- 今後策定予定のうち、平成28年度中の策定予定は11県(37.9%)、平成29年度中の策定は14県(48.3%)であった。

策定している	今後策定する予定	未定
(平成26年度策定) 埼玉県 (平成27年度策定) 大阪府 (平成28年度策定) 石川県 長野県 広島県 大分県	(平成28年度予定) 秋田県 山形県 栃木県 富山県 山口県 香川県 福岡県 佐賀県 長崎県 鹿児島県 沖縄県 (平成29年度予定) 北海道 岩手県 福島県 茨城県 千葉県 福井県 静岡県 京都府 奈良県 島根県 徳島県 愛媛県 高知県 宮崎県 (平成30年度予定) 群馬県 鳥取県 (平成31年度以降予定) 愛知県 和歌山県	青森県 宮城県 東京都 神奈川県 新潟県 山梨県 岐阜県 三重県 滋賀県 兵庫県 岡山県 熊本県 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"> 調査時点: 平成28年10月1日時点 </div>
6府県(12.8%)	29道府県(61.7%)	12都県(25.5%)

重症化予防の取組推進における当面の課題と対応①

基本的な方向性:

- 重症化予防に取り組む市町村及び広域連合の数を増やす。
- 合わせて、
 - ①中身の充実した取組を促進する。
 - ②評価を行い効果の上がる取組を促進する。
- 自治体の取組を推進するため、
 - ①都道府県のプログラム策定を推進し、都道府県による支援を進める。
 - ②関係団体による取組・支援を進める。

当面の課題

対応

1)重症化予防に取り組む市町村の数が少ない。

- 取組を行っていても、達成基準を達成できない要因を分析して対応する必要がある。
 - ・糖尿病対策推進会議の認知度が低く、連携が進んでいない。
 - ・医師会・かかりつけ医との連携が進んでいない。
 - ・専門職が携わる保健指導を進める上での課題を整理する必要がある。
 - ・事業の効果を上げるための事業の評価を進める上での課題を整理する必要がある。

以下を検討して、効果的な取り組み方を取りまとめ

- ・医師会・かかりつけ医との連携を進めるために具体的にどう取り組むべきか。
- ・保健指導での専門家の関わりをどう進めるべきか整理。
- ・実効がある取組を進めるために事業評価の実施をどう進めるべきか。

○取り組みを実施していない市町村の阻害要因を分析して対応する必要がある。

- ・市町村で事業を実施できる人材(企画・運営・保健指導)が不足している。
- ・関係団体との調整がつかない・かかりつけ医などからの協力が得られない。
- ・財源の確保が難しい。
- ・健康課題としての優先順位が低い。

以下を検討して、効果的な取り組み方を取りまとめ

- ・人材が不足する市町村にどう対応するべきか。
- ・市町村が関係団体との調整・かかりつけ医との協力を円滑に進めることができるようにするためにどうするべきか。
- ・市町村の施策の優先順位を上げるためにどう対応するべきか。
- ・重症化予防の優先順位が低い市町村にどう対応するべきか。

重症化予防の取組推進における当面の課題と対応②

当面する課題	対応
<p>2)取り組んでいるとする市区町村の取組みの中身に濃淡がある可能性がある。</p> <p>○抽出基準、対象者、取組み内容などについて掘り下げて調査把握する必要がある。</p>	<p>調査を実施し、抽出基準、対象者、取組み内容などについて課題を把握</p>
<p>3)都道府県を挙げた取組の推進が進んでいない地域がある。</p> <p>○都道府県の重症化予防の取組状況を掘り下げて調査把握する必要がある。</p> <p>○4月のプログラムを踏まえた都道府県の対応状況を調査把握する必要がある。</p>	<p>調査実施し、都道府県の重症化予防の取組状況を把握</p>
<p>4)糖尿病対策推進会議等の関係団体との連携が進んでいない。</p> <p>○糖尿病対策推進会議との連携が進まない要因を分析して対応する必要がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県により、連携が取れている市町村の状況に差がある。 ・糖尿病対策推進会議の存在を知らない市町村が多い。 ・糖尿病対策推進会議の果たす役割を知らない市町村が多い。 ・糖尿病対策推進会議との連携の必要性を理解していない市町村がある。 <p>○糖尿病対策推進会議を構成する団体の取組状況を分析して対応する必要がある。</p> <p>○取組における外部の連携では、全体運用(計画策定、評価等)は都道府県及び国保連、実施は群市区医師会が大きな役割を担っている。</p>	<p>以下を整理して、効果的な取組み方を周知啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ・連携を進めるために具体的にどう取り組むべきか。 ・市町村との連携の実を挙げ、重症化予防の取組を進める上で、今後どのような取組を進めることが効果的か。

国保における重症化予防の今後の方向性について

○日本健康会議（平成27年7月～）

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。

○厚生労働科学研究委託補助金「糖尿病性腎症重症化予防プログラム開発のための研究」（平成27年度～）

○重症化予防（国保・後期高齢）ワーキンググループ（平成27年11月～）

○保険者努力支援制度前倒し（平成28年度～）
「重症化予防の取組の実施状況」

※制度施行は平成30年度

平成29年度

○「今後の横展開に資する方策報告書（第一次）（仮）」を取りまとめ公表予定（平成29年7月目途）

○保険者努力支援制度（平成30年度～）
「重症化予防の取組の実施状況」

【今後の方向性】

○糖尿病における重症化予防は、有識者等による議論を踏まえた報告書の公表とともに、保険者努力支援制度によるインセンティブにより、重症化予防の取組の推進を図る。

○健康寿命延伸と適正な医療を目的に、糖尿病以外の生活習慣病についても課題を明確化していく。

糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定（長野県）



これまでの取組と課題

- 発症予防から重症化予防への連携（特定健診の結果による受診勧奨）が不十分。
- 保険者が医療機関で治療中の者に対する介入を行うのが困難。
- かかりつけ医と保険者との連携が不十分。
- 小規模市町村が多いため、保険者間で取組状況にバラつきがある。

プログラムの内容(工夫した点)

○保険者協議会との連携

長野県医師会、長野県糖尿病対策推進会議に加え、長野県保険者協議会と連携して策定。

○プログラムにおける取組

- ①受診勧奨 ②保健指導 ③かかりつけ医と専門医の連携
- ①と②の対象者選定基準は、国プログラムより拡大し、保険者が柔軟に決められる。

○保健指導の実施手順 以下の2パターンを提示

- ①包括同意…あらかじめ、かかりつけ医（郡市医師会）から保健指導の対象者選定基準と実施する保健指導の内容について了解を得ておき、個別の同意は得ない。
- ②個別同意…個々の対象者について、かかりつけ医の同意を得る。

策定の経緯

<市町村からの要望>

- かかりつけ医との連携の枠組みを県レベルで構築して欲しい。
- 保険者努力支援制度の評価対象となることを見据えて、全市町村で取り組めるよう、プログラムを策定して欲しい。

長野県におけるプログラムの策定 (H28年8月公表)

将来的に被用者保険での取組も視野に入れて、策定段階から実施主体の保険者と連携。

保険者でのこれまでの取組を尊重

保健指導の対象者選定基準では、糖尿病性腎症を発症している者だけでなく、そのリスクが高い者も含めた。（喫煙者、メタボ等）

地域の実情に沿った取組を推進

マンパワーの少ない小規模市町村でも、事務負担を簡素化できる包括同意の手順を採用することにより、かかりつけ医との連携を進めやすくなる。

今後の展開

<現状の取組状況> (H28.10月時点) (全市町村数77)
受診勧奨: 51市町村(66%) / 保健指導: 47市町村(61%)

<目標>

まずは全市町村国保で受診勧奨の取組をH29年度中に開始することを目指す。(残り26市町村)

県としての取組

- 市町村が郡市医師会等と調整を行う際のサポート
例) 県の保健福祉事務所が、包括医療協議会の場を活用し、市町村と医療関係者との調整を行う。
- 市町村保健師、栄養士等の専門職のスキルアップの支援
- 保険者協議会を活用した、好事例の横展開

1 第3期日本一の健康長寿県構想

<血管病（脳血管疾患、心疾患、糖尿病）対策の推進>
・特定健診の受診勧奨の強化や特定保健指導の体制強化、要治療者への受診勧奨強化の取組みにより血管病対策を推進

重症化予防対策

未治療ハイリスク者への早期介入及び治療中断者に対する治療継続の支援

治療開始及び症状の悪化防止や合併症の発症減少、治療継続による重症化の予防

2 事業の進め方

K D B 国保データベースシステム、特定健診等データ管理システムを活用したハイリスク者の抽出

未治療者一覧作成ツール

健診結果から有所見者を抽出し、その内、高血圧、糖尿病、脂質異常症にかかる投薬の算定有無を確認することで未治療者をリスト化するためのツール

治療中断者一覧作成ツール

糖尿病における治療中断者をリスト化するためのツール。
前年度の治療状況から糖尿病重症患者を選定し、その内、今年度の糖尿病治療（投薬、インスリン注射等）が無い者を抽出する。

- ・リストを作成し、ハイリスク者へのアプローチを実施
- ・重症化予防対策をPDCAサイクルに沿って進めるために保険者から県に進捗の報告

(参考)ツールの指定条件による抽出結果(H28.8.12現在)

①H27年度特定健診受診者数	②未治療者数(※1)	抽出率②/①
47,934	1,153	2.4%

①H27年度平均被保険者数	②糖尿病治療中断者数(※2)	抽出率②/①
199,228	753	0.4%

(※1) 未治療者 (ツール抽出条件)

- ◆H27年度健診受診者で条件に該当する者の内、H27年度内に血圧・血糖・脂質いずれも服薬が無い有資格者
- ◆条件【血圧160/100以上、HbA1c8.4以上、尿蛋白2+以上、eGFR40未満のいずれかに該当】

(※2) 糖尿病治療中断者 (ツール抽出条件)

- ◆H27年度に糖尿病治療等【糖尿病薬、インスリン注射、HbA1c検査、生活習慣病管理料（糖尿病）、栄養指導料】が有り、H28年度（4～5月診療分）に糖尿病治療等の無い者の内、H27年度に糖尿病性合併症（網膜症・腎症・神経障害）又はインスリン注射が有る有資格者

3 スケジュール

- ・H28年3月：試作版を全市町村に配布
国保連合会からXRLにてツール、操作マニュアル、アンケートの配布
(アンケート締切：H28年4月22日(金))
- ↓
- ・H28年4月～5月：上記アンケートを踏まえ、国保連合会で試作版ツールを改良
- ↓
- ・H28年5月～6月：説明会開催
- ↓
- ・H28年8月：正式版ツールを全市町村に配布

- ・H28年8月：市町村でH27データによるリストを作成、県に介入前の状況を報告（5月診療分を反映）

ハイリスク者へのアプローチ開始

- ・H29年1月：市町村から県に介入内容等の進捗の報告（10月診療分を反映）

ハイリスク者へのアプローチ継続

- ・H29年6月：市町村から県に介入内容等の進捗の最終報告（3月診療分を反映）
市町村でH28データによるリストを作成



いろは健康ポイント事業



対象者：40歳以上の市民
（平成27年度参加者1,016人）
（平成28年度参加者約1,700人）
（平成29年度参加者＋500人追加予定）



主な獲得ポイント

- ① 歩数ポイント
歩いた歩数に応じて獲得
- ② からだ改善ポイント
体脂肪やBMIが改善すると獲得
- ③ 運動ポイント
市指定の運動教室等に参加すると獲得
- ④ 健診受診ポイント
健康診査を受診すると獲得



健康増進につながる行動をした場合等に、
商品券に交換できる「いろは健康ポイント」がもらえる制度

- ・ 日常生活でのウォーキング、健康教室等への参加
- ・ 体脂肪やBMIが改善した場合

9割の参加率・脱落者が少ない！

地域で使える商品券と交換
※平成27年度は
最高1人6,500円

歩くのが苦にならなくなった。
市役所へ来る回数が増えた！

地域全体で
約300万円還元

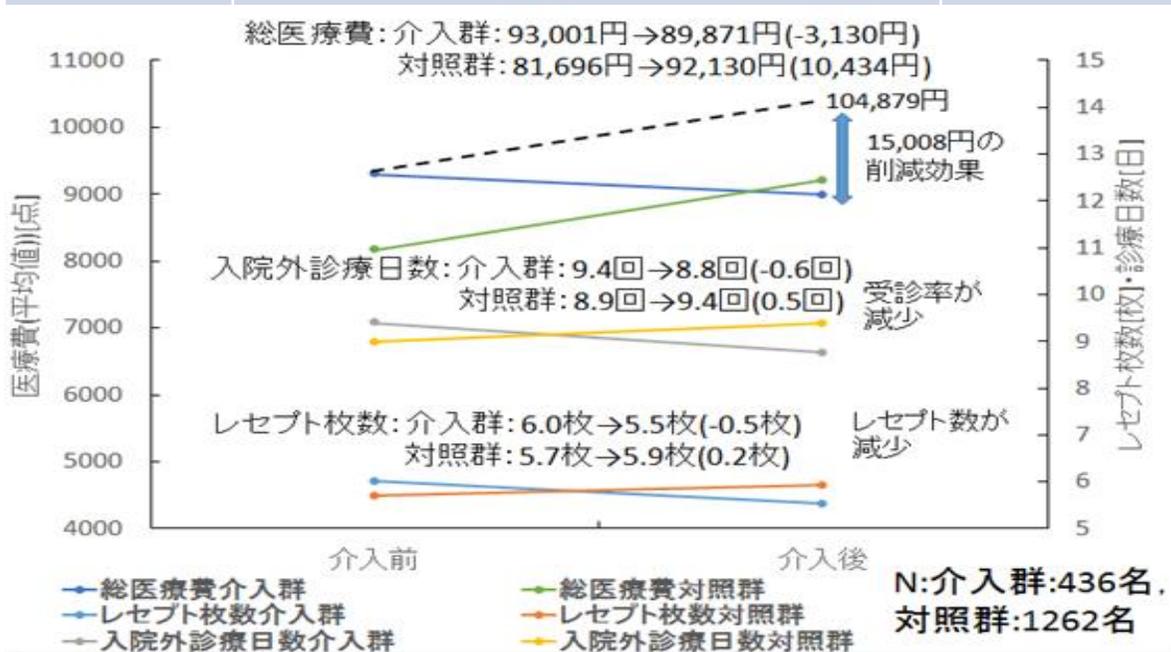


《医療費削減効果》

【健康ポイント事業】



項目	成果	効果	備考
医療費	1人あたり15,008円／6か月 30,016円／年 介入群93,001円→89,871円 (▲3,130円)し、一方で対照群 は増加傾向(対照群81,699円 →92,130円(10,434円))	特に慢性疾患(糖尿病・ 高血圧・高脂血症)を複 数持つ人の医療費が減 少したことで循環器疾患 の予防につながる	介入群:463人 (ポイント事業参加者で国保被 保険者) 対照群:1,262人 (ポイント事業に参加していない 国保被保険者) ※ 性別、年齢、平成26年度と 平成27年度の特健診受診の有無 によりプロペンシティスコアを導出す ることでマッチングを行った



	人数		年齢	
	男性	女性	男性	女性
介入群	133	303	68.2 ± 4.5	67.3 ± 5.6
対照群	423	839	67.8 ± 5.3	67.4 ± 5.1

1人あたり6か月で
約1万5千円の
医療費削減効果

千葉県香取市 「受診勧奨と継続的な保健指導、 かかりつけ医との情報共有」

【平成27年度】

- ・郡市医師会に糖尿病性腎症予防に係るアンケート実施
- ・市内A病院(糖尿病専門医)との**合同勉強会**2回実施
- ・市内B病院の「透析予防の会(地域連絡会)」参加
- ・重症化予防のための家庭訪問

【平成28年度】

- ・研究班参加
(**部課を超えて**、国民健康保険班と健康づくり班が協力体制)
- ・郡市医師会に事業説明、治療中の人への保健指導介入について協力依頼

	27年度	男	女
特定健診受診者数	8,516	3,812	4,704
HbA1c 6.5以上	750	462	288
(AND)問診項目2番 インスリン・血糖下げる薬(-)	337	204	133
(AND)問診項目6番 慢性腎不全・透析(-)	331	200	131
(AND)問診項目4, 5番 脳卒中・心臓病(-)	295	169	126
(AND)問診項目1, 3番 血圧・コレステ下げる薬(-)	160	100	60
HbA1c 6.5以上	750	462	288
(AND)尿蛋白(+)以上	81	66	15
(AND)問診項目2番 インスリン・血糖下げる薬(-)	26	22	4

⇒26名に対して、28年7月にレセプトを確認し、14名に絞り込んだ

昨年度から、こつこつ体制
づくりを積み重ねてきて...

- ①保健指導プログラム案内を郵送
- ②電話での参加勧奨
- ③初回面談
- ④継続支援(月1回、面談または電話)
- ⑤糖尿病連携手帳によるかかりつけ医との情報共有



糖尿病性腎症重症化予防事業について

1. 趣旨

- 2型糖尿病性腎症で治療中の人工透析導入前の国民健康保険被保険者に対し、重症化予防を目的とした保健事業をかかりつけ医、薬局薬剤師、管理栄養士等の協働で実施するもの。

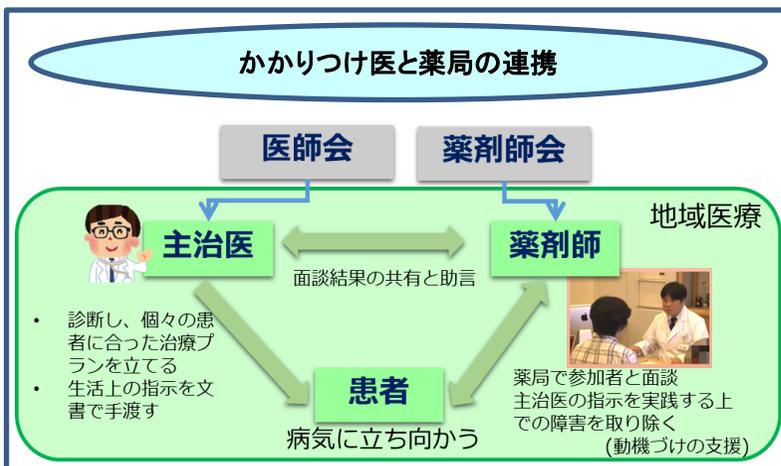
協力: 松本市医師会、松本薬剤師会

2. 対象者

- 国保被保険者で2型糖尿病患者 20~50人(糖尿病性腎症第2~3期で通院治療している40歳以上75歳未満の者)

3. 対象者の抽出と事業実施までの流れ(平成28年度の状況)

- (1) レセプトデータから、協力医療機関・病名・処方された薬剤等を条件として、事業の対象者を抽出
 - (2) 協力医療機関(かかりつけ医)へ上記(1)の名簿を提供し、かかりつけ医から重症化予防事業の対象となる患者に事業への参加を勧奨
 - (3) 対象者は、普段利用している薬局で事業内容の説明を受けた上で、参加の同意書を提出
 - (4) かかりつけ医からの指示に基づき、**薬局薬剤師から対象者へ6ヶ月間の「コーチングプログラム(服薬・食事・生活習慣等の自己管理支援プログラム)」**を実施し、自己管理目標の達成を図る
- ※ 薬局薬剤師が指導を実施することで、対象者が必要な時に相談し易い体制を構築



薬局薬剤師 コーチングプログラム

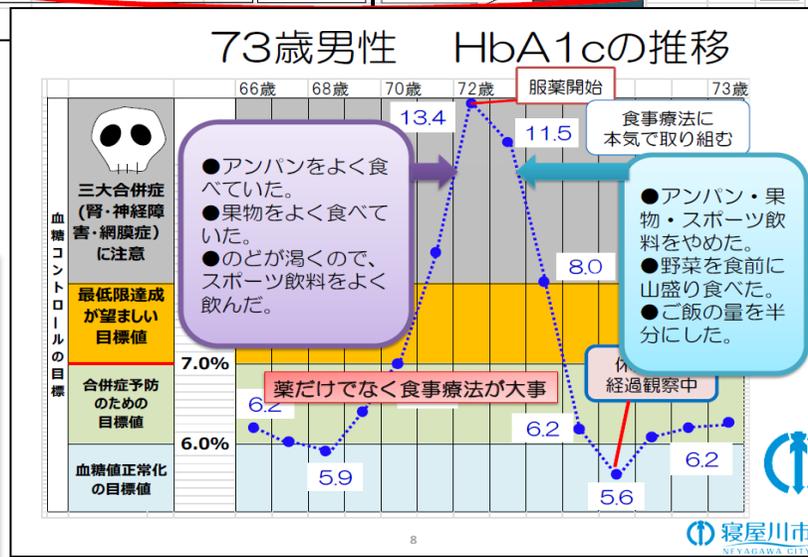
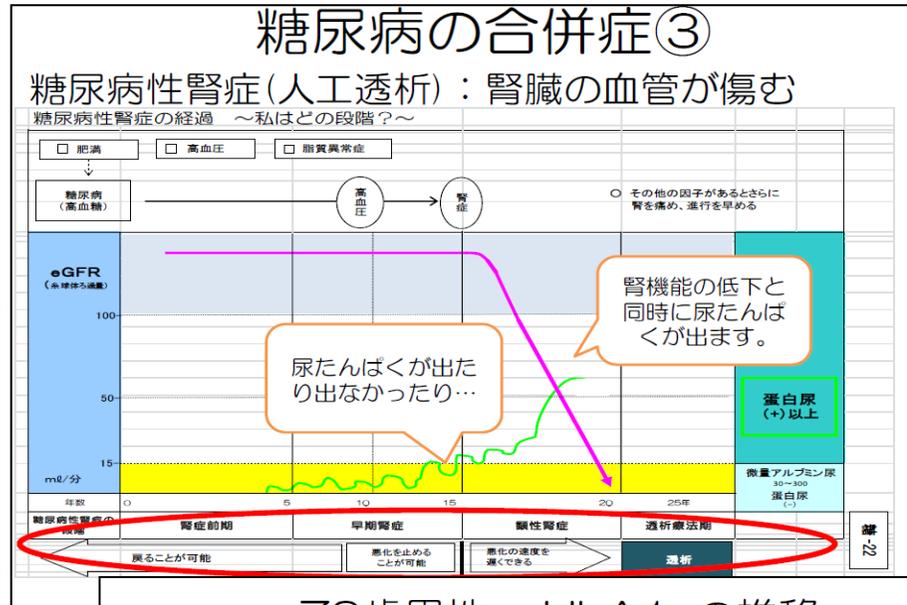
- 自己管理目標の設定支援
「味噌汁を1日1回にする」
「毎日20分足踏み運動をする」
「薬を忘れずに服用する」 等
- 面談の実施
・ 1回平均30~40分
・ 対面(4回以上)、電話相談(2回以上)

結果

- ◆ 継続率 95%
- ◆ 自己管理目標 8割達成
- ◆ 糖尿病内服薬 服薬遵守率改善 (91%→99%)

大阪府寝屋川市「重症化予防事業の取組み」

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (e-GFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30未満)	30以上
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299)	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上
第4期 (腎不全期)	問わない	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	



CKD対策としてH24~実施してきた教室から対象者抽出

腎機能低下の方の教室
【eGFR60未満】
(70歳以上50未満)
尿中微量アルブミン30以上
糖尿病治療歴がある人

高血糖の方の教室
【HbA1c6.5%以上】尿
中微量アルブミン30以上
eGFR数値確認

後発医薬品の使用促進に向けた取組（国民健康保険）

○ 取組内容

【国民健康保険の保険者】

○以下の取組を行うよう努めることを平成21年1月20日国民健康保険課長通知にて周知

- ・ジェネリック医薬品利用差額通知書の送付
- ・ジェネリック医薬品希望カード、ジェネリック医薬品希望シール等の配布

【国民健康保険団体連合会】

○平成26年12月以降、差額通知書を送付した被保険者がジェネリック医薬品に切り替えたことによる削減効果額等を保険者が把握するための「ジェネリック差額通知効果測定支援システム」が順次稼働

【国民健康保険中央会】

○平成23年10月から被保険者からの問い合わせへの対応のための「後発医薬品利用差額通知に係るコールセンター」を設置

○ 差額通知書送付実績（市町村国保）

	保険者数	実施保険者数	実施件数
26年度	1,716	1,503(87.6%)	407万件
25年度	1,717	1,362(79.3%)	372万件
24年度	1,717	1,131(65.9%)	290万件
23年度	1,717	496(28.9%)	128万件
22年度	1,722	213(12.4%)	48万件

呉市における後発医薬品使用促進通知の成果

平成20年7月から平成27年3月通知分までの、累計切替者数の推移
切替による効果の高いと思われる対象者約3,000人/月に通知

通知書送付月	通知回数	累計通知者数	累計切替者数	切替率
平成20年7月	1回	2,970	897	30%
平成20年8月	2回	6,427	1,815	28%
平成20年9月	3回	9,594	2,862	30%
平成20年10月	4回	11,528	3,448	30%
平成20年11月	5回	11,772	5,496	47%
平成20年12月	6回	11,899	6,079	51%
平成21年1月	7回	11,978	6,520	54%
平成21年2月	8回	12,183	6,906	57%
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
平成22年7月	25回	19,250	13,445	70%
平成22年8月	26回	19,555	13,747	70%
平成22年9月	27回	19,909	14,057	71%
平成22年10月	28回	20,160	14,368	71%
平成22年11月	29回	20,498	14,700	72%
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
平成26年11月	55回	29,741	24,937	84%
平成26年12月		29,741	25,083	84%
平成27年1月	56回	29,986	25,280	84%
平成27年2月		29,986	25,415	85%
平成27年3月	57回	30,299	25,598	84%

通知開始2年後には累計通知者の約70%が切替

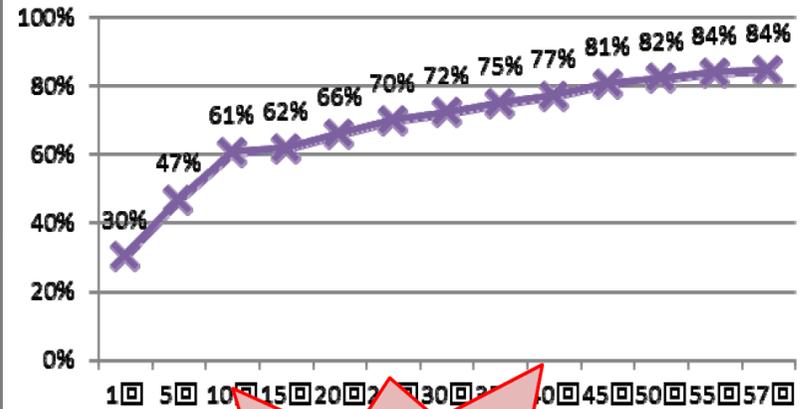
通知を継続することにより累計切替者数は増加

レセプト枚数の内訳（月間）

医科(入院)	1,400枚	} 72,400枚
“(入院外)	44,000枚	
調剤	27,000枚	
歯科	10,000枚	
計	82,400枚	

通知開始2年後(25回目の通知)には累計通知者の約70%が切替。
現在では80%以上が切替。

呉市における切替率推移



累積薬剤費削減額
平成27年3月まで
857,713千円
(通知数30,299)

※ 切替率: 累計切替者数 ÷ 累計通知者数
※ 平成23年度以降は隔月(偶数月)に通知

北海道内におけるジェネリック医薬品の普及促進に関する調査 (概要)

背景等

- ・ 政府は、ジェネリック医薬品の数量シェア目標を平成29年中に70%、30年度から32年度末までの間に80%以上とする目標を設定
 - ・ 道内の住民から当局の行政相談に、ジェネリック医薬品の使用に消極的な病院があり、薬代が高く困っているとの苦情
- ⇒ ジェネリック医薬品は先発医薬品に比べ薬価が安く、その普及は患者負担の軽減、医療保険財政の改善に寄与するもの
道内におけるジェネリック医薬品の普及状況や北海道厚生局の医療機関等に対する指導状況等について調査

【改善通知日】
平成28年6月10日

【通知先】
北海道厚生局

【関連調査対象機関】
北海道、市町村、保険医療機関、保険薬局、関係団体等

調査事項

市町村等における普及状況

普及促進に係る保険者の取組

保険者に対する助言・指導

医療機関に対する調査・指導等

医療機関におけるジェネリック医薬品使用状況

主な調査結果

・ 地域によってはジェネリック医薬品が十分に普及していない

・ 差額通知等を実施していない市町村国保や国保組合が存在

・ ジェネリック医薬品の普及が低調な市町村に対する助言を行っていない

・ 厚生労働省が示す方法による指導等となっていない

・ 公的医療機関において、ジェネリック医薬品の使用状況に差あり

主な改善通知事項

- 国民健康保険者別の使用割合を把握し、定期的な情報提供の実施
- 差額通知等が未実施の市町村国保や国保組合に対する助言・指導の実施
- 普及が低調な市町村に対する助言の実施

- 厚生労働省の示す方法による指導等の実施
- 医療機関の使用状況等を把握し、使用が低調な医療機関に対する指導の実施

1 北海道内の市町村等におけるジェネリック医薬品の普及状況

調査結果

市町村等における普及状況

(結果報告書p2～p6)

- 国保保険者(注)別のジェネリック医薬品の使用割合は、最高82.0%、最低37.1%と、その差は約45ポイントとなっており、地域差がみられる(表1)
 - ・ 平成29年中の政府目標である70%を超える国保保険者が37保険者、一方で50%未満も8保険者
 - ・ 各国保保険者は、自身の使用割合は把握しているものの、他保険者の使用割合を承知していないため、自身が全道の中でどのような位置付けにあるのか認識できず、自らのジェネリック医薬品の使用割合について評価できない
- 医療関係者が組合員である3国保組合のジェネリック医薬品の使用割合が全道平均(63.9%)以下。特に北海道医師国保組合の使用割合が41.5%と、道内183国保保険者において2番目に低調
(注) 道内179市町村、北海道医師国保組合、北海道歯科医師国保組合、北海道薬剤師国保組合、北海道建設国保組合(計183保険者)

普及促進に係る保険者の取組

(結果報告書p6～p9)

- 道内市町村国保の差額通知(注)の実施率は76.5%で全国平均の87.6%を下回る状況(道内179市町村国保中42市町村国保(23.5%)で未実施)(表2)
(注) 住民に対し、現在使用している先発医薬品からジェネリック医薬品へ変更した場合の医療費削減額を通知するもの
- 道内4国保組合のうち3国保組合については、差額通知が未実施、さらに2国保組合については、保険証等に貼付するジェネリック医薬品希望シール等の配布も未実施

保険者に対する助言・指導状況

(結果報告書p9～p11)

- 北海道厚生局は、ジェネリック医薬品の使用割合が低調な市町村国保を把握していないため、使用割合の低調な市町村への助言を未実施
- 差額通知を実施していない市町村に対する助言等が徹底されていない状況有
- ジェネリック医薬品の使用割合が低調であり、かつ、差額通知等を実施していない国保組合に対して、文書による指導を行っていない

改善通知事項

(結果報告書p11)

- ① 道内の国保保険者のジェネリック医薬品の使用割合を把握し、国保保険者に対する使用割合の定期的な情報提供を実施
- ② ジェネリック医薬品の使用割合が低調な市町村国保に対する必要な助言の実施
- ③ 差額通知を実施していない市町村国保に対し、効果的に助言等を実施
- ④ 差額通知等を実施していない国保組合に対し、適切に指導を実施

表1 道内国保保険者別のジェネリック医薬品の使用割合
(平成27年10月時点)

順位	国民健康保険者名	ジェネリック医薬品使用割合 (数量ベース)
1	砂川市	82.0%
1	上砂川町	82.0%
3	奈井江町	80.8%
4	浦臼町	79.4%
5	歌志内市	78.9%
6	赤平市	78.5%
7	新十津川町	77.7%
8	雨竜町	76.7%
9	上富良野町	76.5%
10	滝川市	75.4%
	・	
	・	
	・	
174	新得町	51.0%
175	根室市	50.2%
176	美深町	48.8%
177	音威子府村	46.7%
178	今金町	45.6%
179	中川町	43.3%
180	標津町	43.1%
181	西興部村	42.8%
182	北海道医師国保	41.5%
183	中頓別町	37.1%
-	北海道平均	63.9%

○ 上記のうち、道内4国保組合の状況

全道順位	国保組合名	ジェネリック医薬品使用割合 (数量ベース)
120	北海道道建設国保	62.1%
161	北海道歯科医師国保	55.2%
166	北海道薬剤師国保	53.6%
182	北海道医師国保	41.5%

(注) 北海道国民健康保険団体連合会の資料に基づき、当局が作成した。

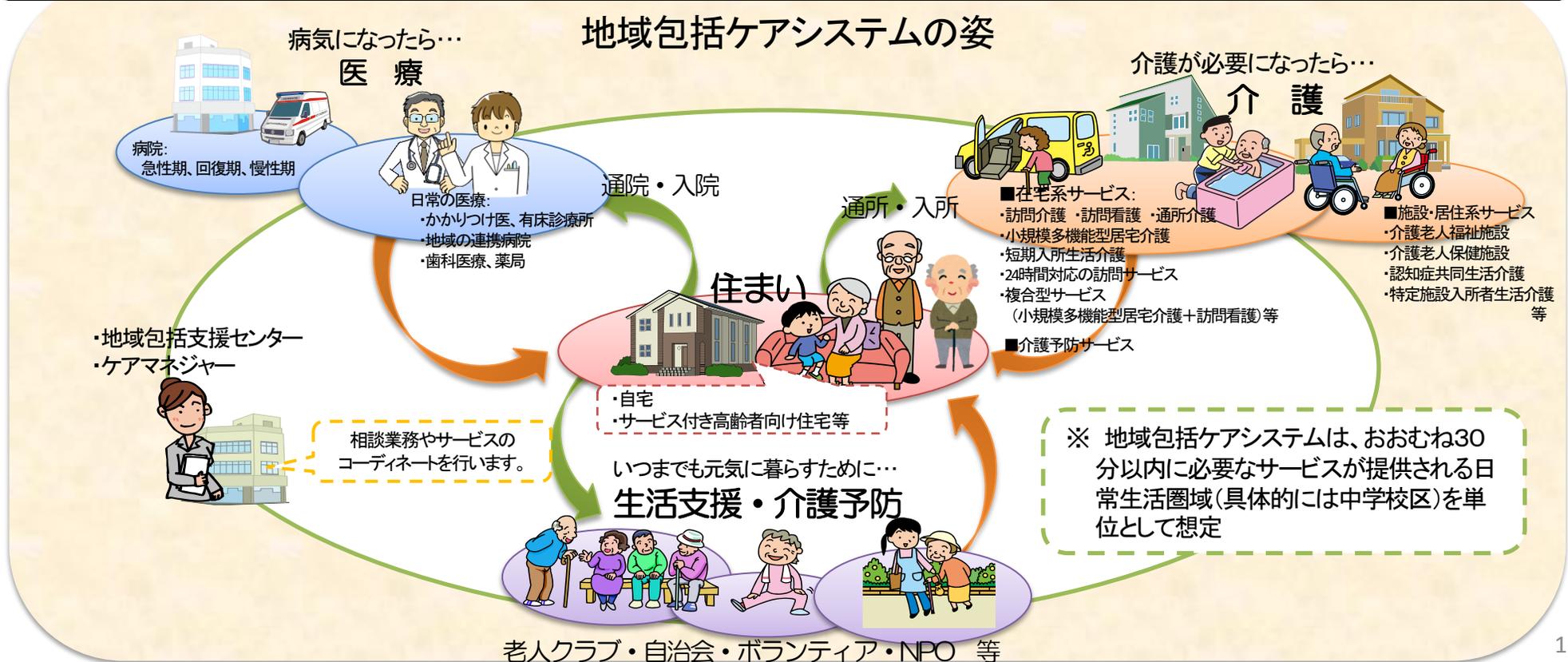
表2 道内振興局管内別の差額通知の実施状況 (平成26年度)

振興局名称	管内市町村数	差額通知実施 市町村数	実施割合
空知総合振興局	24	22	91.7%
石狩振興局	8	8	100.0%
後志総合振興局	20	20	100.0%
胆振総合振興局	11	7	63.6%
日高振興局	7	5	71.4%
渡島総合振興局	11	10	90.9%
檜山振興局	7	5	71.4%
上川総合振興局	23	17	73.9%
留萌振興局	8	8	100.0%
宗谷総合振興局	10	6	60.0%
オホーツク総合振興局	18	10	55.6%
十勝総合振興局	19	9	47.4%
釧路総合振興局	8	7	87.5%
根室振興局	5	3	60.0%
北海道全体	179	137	76.5%

(注) 北海道厚生局及び北海道の資料に基づき、当局が作成した。

地域包括ケアシステムの考え方

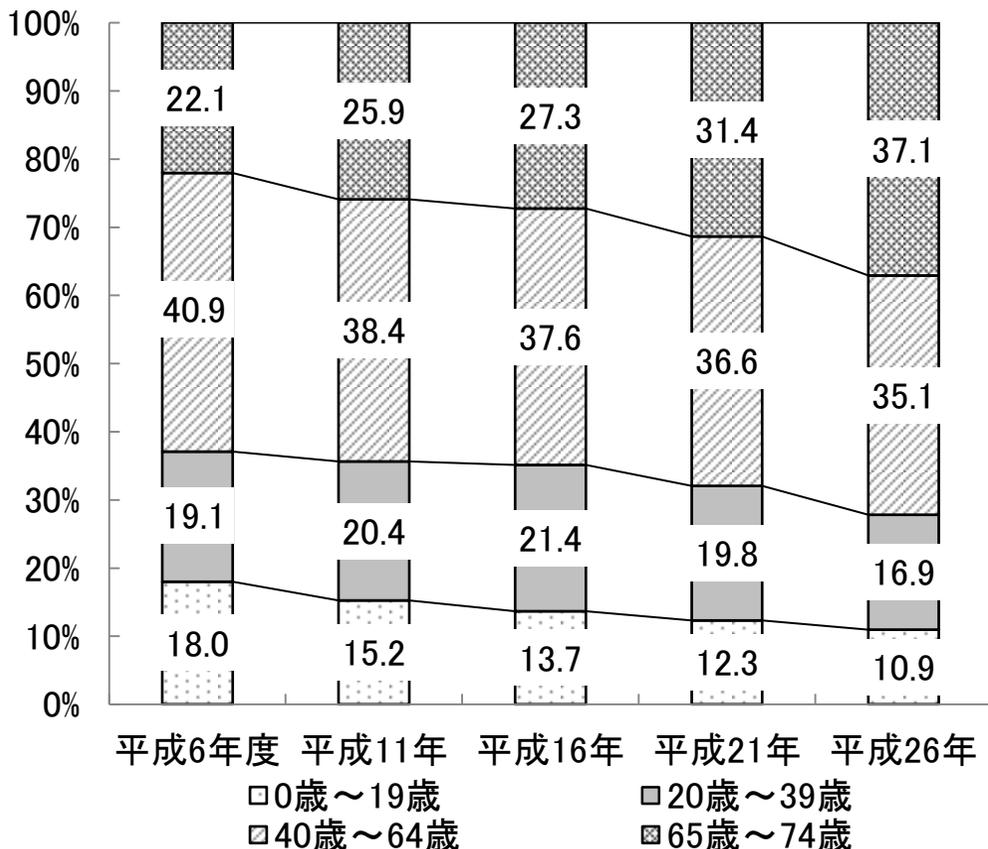
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



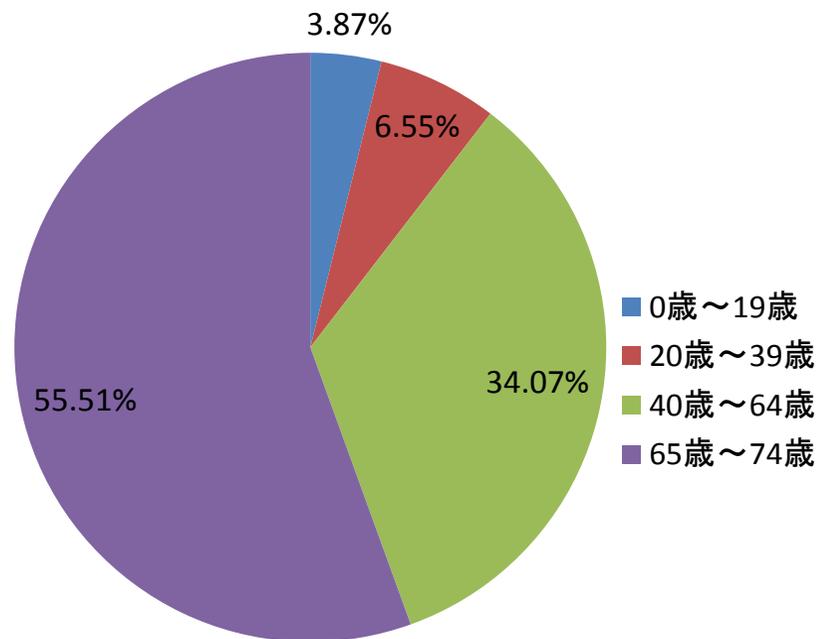
国民健康保険における地域包括ケアの重要性

- 今後の高齢化の進展を踏まえると、地域包括ケアは介護保険・医療提供体制だけでなく、国民健康保険として取り組むことが重要。そもそも国保では65歳以上高齢者の割合が約1/3強、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も半数以上と高い。
- また、市町村としては、介護保険・高齢者医療の安定的運営も念頭に置かなければならない。
- 従って高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策に国保担当としても主体的に取り組むことが重要。

〔市町村国保の被保険者(75歳未満)の年齢構成の推移〕



〔市町村国保の年齢階層別医療費〕



「医療保険に関する基礎資料」(平成26年度)から作成

国保において行う地域包括ケアシステム構築に向けた取組

- 国民健康保険においても、効率的な医療費の活用を進め、地域の住民が暮らしやすい体制を構築するために、地域に即した地域包括ケアシステムの構築に市町村保険者が積極的に関わることが期待される。
- 国保として行う取り組みとしては例えば次のようなものが考えられる。

①課題を抱える被保険者の把握と働きかけ

- ・KDBデータなどを活用した包括ケア実現に向けた事業等のターゲット層の洗い出し
- ・洗い出された被保険者にお知らせ・保健師の訪問活動などにより働きかけ
- ・リスクが高い者に係る情報の地域サービス関係者との共有、地域ケア会議などでの地域関係者との意見交換 など

②地域で被保険者を支える仕組みづくり

- ・地域で被保険者を支える仕組みづくりに向けた施策・事業・人材などさまざまなレベルでの取り組みを検討・実施
- ・健康教室等地域住民の参加するプログラムの開催、自主組織の育成
- ・介護保険で進められている日常生活支援事業、在宅医療・介護連携など地域支援事業や介護保険事業計画に基づく事業などへの参加・協力
- ・介護担当と協力した在宅医療体制の構築の支援、総合的な医療・介護チームづくり など

③地域で被保険者を支えるまちづくり

- ・医療・介護・保健・福祉・住まいなど暮らし全般を支えるための直面する課題、将来の地域の動向、必要なサービス・人材・資源、地域にある既存の資源、地域でできること、必要な仕掛けなどについて議論
- ・国保保険者として企画担当者・保健師が積極的に参加 など

④国保直診施設の積極的活用

- ・国保直診施設において地域に不足する様々なサービスを実施
- ・地域のサービスのコーディネーター役を担当
- ・地域づくりの司令塔の役割を担当 など

①課題を抱える被保険者の把握と働きかけ

特定健診データや国保レセ・介護レセをKDBデータを活用するなどして分析し、ハイリスク・予備軍と考えられるターゲット層を洗い出し



その際に、市町村において地域包括ケア実現に向け取り組んでいる保健・介護・生活支援・介護予防などの関連事業についても関心を持って対応

保健師の活動の一環に位置付けて、訪問活動を展開

訪問した結果、医療だけではなく、介護予防や生活支援、介護などが必要

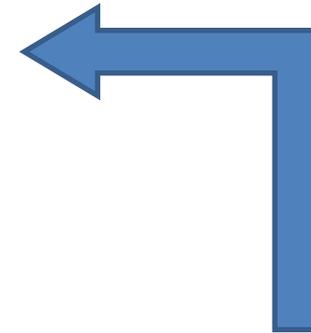


- ・市町村の地域包括支援センターの担当者などにつなぐ。
- ・サービス事業者などに情報をつなぐ

課題が複雑に絡んでいて、担当者だけでは解決が難しい



市町村で行われている地域ケア会議に事案を提出して、地域の様々な関係者との意見交換につなげ、働きかけていく



地域ケア会議や、今まで介護サービスを中心として利用していた被保険者について、情報提供を受けて、国保の訪問活動につなげていく

②地域をつなぐ仕組みづくりへの参加・協力

○健康教室など地域住民へ働きかけるプログラムを開催する際に工夫。

＝住民自身を地域のリーダーとして養成し、地域で自主的活動を広める主体になってもらうとともに、自主組織の育成を進める。

○介護保険において進められている介護予防・日常生活支援総合事業や在宅医療・介護連携事業、介護保険事業計画に基づく様々な在宅サービスの基盤整備のための事業を積極的に活用。

○高齢者を支援するため、既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用した多様なサービスとの関わりを持つ。

○市町村の各地区に設けられた地域包括支援センターで開催される地域ケア会議に国保からも保健師や企画担当が出席。

○地域の在宅医療体制の構築の支援

<期待される効果>

自主組織が、地域での生活支援や介護予防などの担い手に成長していくことも期待。

地域にある様々な自主組織に対して、保健サイドから働きかけることで、相乗効果を期待。

こういった活動を進める中で、国保サイドでの保健事業についても情報提供を行ったり、参加を呼びかけたり、あるいは活用を働きかけるといった形で、相互の関わりを拡大。

議論に参加することで、地域で生じているニーズを把握し、保健・医療の側面からどういう取組ができるのか考える契機となる。

医療と介護ではもともとの行動原理が違うため、介護担当と一緒にあって、その隙間をつなぎ、地域での総合的な医療・介護チームを作り上げていく。

③地域で被保険者を支えるまちづくりへの参加・協力

地域の関係者と地域ケア会議などにおいて、高齢者などの暮らしをどう支え、どのような地域としていきたいか将来像を描き、具体化に向けて取り組む

- ・医療・介護・保健・福祉・住まいなど全般にわたって高齢者の暮らしを支えるために、今どのような課題があるのか、
 - ・将来の地域の動向はどうなるのか、
 - ・課題に対応するために必要なサービス・人材・資源は何か、
 - ・そのために地域を中心としてできることは何か、
 - ・どのような仕掛けが最も適切か
- といったことを議論。

○国保保険者(企画担当者・保健師)としてもその議論に積極的に参加・協力していく

○議論の中で浮かび上がってくる保健施策のニーズに国保サイドの取組としてどんなことができるか考える。

○保険者として幅広く持っている地域の医療データの情報などを活用し、地域の傾向からみて、こういったところをやってみたらどうだろうか等の提案を行う。

④国保直診施設等の積極的活用

□地域包括ケアを進める上で、「医療」はその中核的役割を果たす。
このため、地域の中核的な医療機関が、その役割を担うことが期待される。

- ・国保直診施設がある場合には、その国保直診施設。
- ・国保直診施設の代わりに、公立病院や、医師会病院、民間の中核的医療機関などがその役割を担うことも考えられる。

<期待される役割>

①地域に不足する様々なサービスの実施

- ・医療を提供するだけでなく、地域で必要とされている保健事業、訪問診療、訪問看護、介護サービス、生活支援等を一元的・総合的に実施する。

②地域のサービスのコーディネートの役割

- ・問題解決のための行政機関や地域のサービス事業者、住民や地域の様々な団体などとの連携、地域の抱える課題を解決するための資源の開発、様々な関係者とのネットワークづくりを行う。

③地域づくりの司令塔の役割

- ・地域の行政機関や地域のサービス事業者、住民や地域の様々な団体などとのネットワークの中心となって、地域づくりを進める。

国保における地域包括ケアシステム構築に対する支援(保険者努力支援制度の前倒し指標)

- 28年度から実施する保険者努力支援制度の前倒し指標の候補に、国保部局による地域包括ケアの推進を加え、取組を行う自治体を評価し、交付金によるインセンティブ措置を整備。

4 地域包括ケアの推進(在宅医療・介護の連携等)

- 地域包括ケア推進の取組(平成28年度の実施状況の評価)

- ・国保の視点から地域包括ケアの推進に資する例えば下記のような取組を国保部局で実施しているか。

- ① 地域包括ケアの構築に向けた医療・介護・保健・福祉・住まいなど部局横断的な議論の場への国保部局の参画
- ② 地域包括ケアに資する地域のネットワークへの国保部局の参画
- ③ KDB・レセプトデータを活用した健康事業・介護予防・生活支援の対象となる被保険者の抽出
- ④ 個々の国保被保険者に対する保健活動・保健事業の実施状況について、地域の医療・介護・保健・福祉サービス関係者との情報共有の仕組み
- ⑤ 国保被保険者を含む高齢者などの居場所・拠点、コミュニティ、生きがい、自立、健康づくりにつながる住民主体の地域活動の国保部局としての支援の実施
- ⑥ 国保直診施設を拠点とした地域包括ケアの推進に向けた取組の実施
- ⑦ 後期高齢者医療制度と連携した保健事業の実施

※ 上記に類する取組を一つでも実施する場合に評価することとする。

- 28年度に実施する保健事業に対する助成の中で、地域包括ケアシステムを推進する取組を助成メニューに追加し、自治体の取組の事務経費等に対する補助制度を措置。

(k) 地域包括ケアシステムを推進する取組

地域包括ケアシステムの推進に資する取組であって、国保部門が医療、介護、保健、福祉、住まいなどの関係部局と連携して実施するもの。

〈取組の例〉

- ・ 地域包括ケアシステムに資する地域のネットワークへの国保部局の参画
- ・ KDB・レセプトデータを活用した健康事業・介護予防・生活支援の対象となる被保険者の抽出
- ・ 個々の国保被保険者に係る保健活動・保健事業の実施状況の地域の医療・介護・保健・福祉サービス関係者との情報共有の仕組みづくり
- ・ 国保被保険者を含む高齢者などの居場所・拠点、コミュニティ、生きがい、自立、健康づくりにつながる住民主体の地域活動の支援の実施
- ・ 後期高齢者医療制度と連携した保健事業の実施
- ・ 介護保険部門と連携した、介護予防の観点も盛り込んだ生活習慣病予防教室や個別健康教室

自助・互助・共助・公助からみた地域包括ケアシステム

- 自分のことは自分です。
- 自分の年金収入等により、自らの生活を支える
- 自分の健康は自分で維持
- 市場サービスの購入

自助

- 隣近所の助け合いなど地域社会での支え合い
- 高齢者によるボランティア・生きがい就労

互助

- ボランティア活動
- 住民組織の活動

共助

- 介護保険などの社会保険制度
- 社会保険により提供されるサービス

公助

- 生活保護
- 行政による保健・福祉・医療などの高齢者向け支援

※自助・互助・共助・公助からみた地域包括ケア(地域包括ケア研究会)をもとに作成

新たな地域包括ケアシステムの構築に向けて

○それぞれの地域の実情によって地域包括ケアシステムの形も異なる

- 地域包括ケアシステムは、地域の地勢、生活文化、社会資源などによりそれぞれ異なる。
 - ・今何が課題なのか
 - ・暮らしの安心をどこに求めるのか
 - など
- 正解の形がある訳ではなく、「我がまち」流の仕組みを考え、その実現を目指して取組を進めることが必要。
- 様々な他地域の取組も参考に、その目的や工夫を読み取りながら、地域の市民や関係主体とともに工夫することが重要。

○地域包括ケアシステムの構築に向けて必要な共通の「仕組み」には5つの要素がある。

- ・不足する支援・サービスの把握と解決のための場づくり
 - ・地域の目指す姿についての合意形成
 - ・多様な担い手の育成・サービス創出（*既存の資源の発掘・活用も）
 - ・専門職による質の高い支援・サービス実践の基盤整備
 - ・情報発信と双方向のコミュニケーション
- ※主役は市民、専門職はサポーター、地域は舞台、行政は仕掛け人

○地域包括ケアシステムは必ずしも高齢者に限るものではない。

- 国保被保険者には精神疾患、子どもなど支えを必要とする者が存在。
- 地域で支え合う仕組みづくりも考えられる。

組織横断的な取り組み

個人支援と
まちづくりの
両輪が必要

- 健康寿命の延伸と元気高齢者の社会参加への支援
- 病気や要介護状態になっても安心して暮らせるケアの提供

上記を実現する社会基盤整備

- 一部門の枠組みだけでは解決できない
- 組織横断的な取組への意識改革が必要

保健・医療
部門

財政部門

市長村長
政策部門

土木・交通
部門

介護・福祉
部門

まちづくり
部門

生涯教育
部門

農政・経済
部門

施策化・事業化には根拠が求められ、タイミングがある
行政職員のチームワークとリレーが大切

第三者求償の取組強化

■ 国保の現状

- 市町村の行った保険給付が交通事故等に起因する場合、市町村は第三者求償権を取得。

※ 平成26年度 求償実績 約39,000件

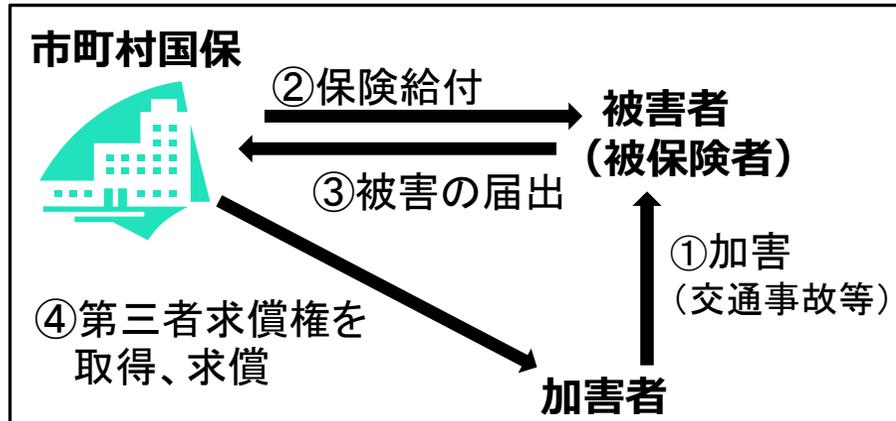
被保険者1,000人当たりの求償件数 0.5件(石川・山口県内)～2.2件(鹿児島県内)。

■ 課題

- 現状、**第三者求償の取組状況には地域差**がある。また、第三者求償を行うべきケースについて、被保険者からの傷病届の提出が必ずしも励行されていないといった課題がある。

※ 被保険者から、傷病届が市町村に出されるまでの平均的な期間は、国保の利用から、2～3か月後。

- 第三者求償を行うには経験や専門的知見等を要する。市町村においては、人事異動等により、専門性を高めにくく、**9割の市町村が国保連合会に求償事務を委託しているため、国保連合会の取組強化も必要**。 ※ 第三者求償専門員…平成27年度 45連合会に85人(うち、損保会社OBは24連合会に40人)



傷病届の提出の励行
(損害保険関係団体との覚書
周知・啓発の強化)

市町村及び国保連合会の
体制強化
(専門性の確保)

都道府県の役割強化、
国からの支援
(取組改善通知を发出)

第三者求償事務取組強化のロードマップ(28年度)

		4～6月	7～9月	10～12月	1～3月
市町村の実績把握・取組強化	4月～ 損保団体との覚書の締結による効果測定 ※ 全国の経過状況を公表(12月目途)	①4月事故分⇒6月20日	②5～7月事故分 ⇒ 9月末日	③8～11月事故分 ⇒ 1月末日	④12月以降 ⇒ 翌年度
	5月 市町村の評価指標・数値目標把握	6月～ 実施状況調査・データ収集・分析 (傷病届の受付件数、求償額等)			1月 公表
	4月～ 著しく実績の低い自治体及び著しく実績の高い自治体へのヒアリング ※3年連続で求償実績がゼロ又は被保険者1,000人当たり4件以上の市町村等				
	市町村向け研修の充実(国保連) ※第三者行為求償アドバイザーの講演と標準的な求償事務マニュアルの活用を兼ねるもの 4/25福岡県、4/28山梨県、5/13岐阜県、5/16愛知県、5/18和歌山県、5/27岡山県、6/2北海道、6/17高知県、6/22鳥取県、6/23島根県、6/24兵庫県、7/8三重県、7/20岩手県、7/22熊本県、7/27青森県、7/28宮城県、9/27滋賀県、10/3茨城県、11/2香川県、11/4大分県、11/11静岡県、11/24奈良県 (随時開催の予定)				
	求償事務マニュアルの配布		8/29 国保連研修 (中央会)		求償事務マニュアル改定版の配布
国からの取組要請・周知(毎年実施) ・28年度 6～8月:全国ブロック会議 等					
体制強化等の取組	国	市町村・国保連における体制強化に向けた多様な支援、国保連間のサービス平準化の検討 ・第三者行為求償アドバイザーの活用奨励(4/4通知) ・都道府県に対する指導等の要請 ・国保連合会向け補助金の増額 ・保険者努力支援制度の趣旨の前倒し実施 ・損保OB等の採用奨励 ・民間委託奨励			
	民間との連携	損保協会等6団体との連携を強化 (国保中央会と損保協会等6団体との協議の場を設置) ※第三者行為求償アドバイザーも出席 5/9 第1回協議 (国保連合会等を通じて運用状況を把握) 10/27 第2回協議 2/13 第3回協議			
	市町村・国保連等	市町村 ①多様な広報媒体を通じて、傷病届を周知・啓発等(把握手段の拡大)、②損保団体・医療機関等との連携、③損保OBの活用 等 国保連 ①職員の増員・受託範囲の拡大、②標準的な求償事務マニュアルの活用、③研修の充実 等 中央会 国保総合システムの改修 等			
国保改革による対応	4月	都道府県において 国保運営方針を策定 ※都道府県は、市町村における第三者求償事務の取組に関する数値目標や取組計画等を把握するなど 第三者求償事務の取組強化に資する取組を定める。			
		平成28年度から特別調整交付金の算定に際し、保険者努力支援制度の趣旨を前倒しで反映 ※各都道府県は、医療費適正化等の取組の一層の強化が図られるよう、市町村等との連携など必要な支援			

損保団体との覚書に基づく傷病届提出の代行状況

○ 覚書締結後の交通事故分のうち、損保会社が提出を代行した傷病届の提出件数

4月…77件、5月…326件、6月…677件、7月…660件、8月…629件 月平均…473.8件

	4月	5月	6月	7月	8月	計	月平均
1 北海道	5	7	9	12	9	42	8.4
2 青森県	2	2	10	8	9	31	6.2
3 岩手県	3	3	1	6	2	15	3.0
4 宮城県	3	4	16	10	8	41	8.2
5 秋田県	0	3	6	6	3	18	3.6
6 山形県	1	10	25	16	14	66	13.2
7 福島県	2	1	5	2	7	17	3.4
8 茨城県	2	18	16	22	31	89	17.8
9 栃木県	3	17	19	22	24	85	17.0
10 群馬県	1	8	20	19	20	68	13.6
11 埼玉県	2	17	40	53	34	146	29.2
12 千葉県	7	12	43	41	27	130	26.0
13 東京都	6	19	41	35	35	136	27.2
14 神奈川県	0	8	18	17	19	62	12.4
15 新潟県	0	3	4	8	5	20	4.0
16 富山県	1	3	3	4	3	14	2.8
17 石川県	0	1	3	10	8	22	4.4
18 福井県	1	4	6	6	5	22	4.4
19 山梨県	2	9	16	11	10	48	9.6
20 長野県	0	3	7	2	3	15	3.0
21 岐阜県	0	11	12	15	12	50	10.0
22 静岡県	2	14	30	23	26	95	19.0
23 愛知県	15	25	65	56	69	230	46.0
24 三重県	0	1	13	7	9	30	6.0
25 滋賀県	0	4	8	4	2	18	3.6

	4月	5月	6月	7月	8月	計	月平均
26 京都府	0	0	11	10	11	32	6.4
27 大阪府	2	21	47	41	40	151	30.2
28 兵庫県	3	27	28	39	26	123	24.6
29 奈良県	0	2	8	4	6	20	4.0
30 和歌山県	10	25	18	19	21	93	18.6
31 鳥取県	0	0	5	1	3	9	1.8
32 島根県	0	0	1	1	3	5	1.0
33 岡山県	0	4	6	6	5	21	4.2
34 広島県	0	5	13	19	15	52	10.4
35 山口県	1	1	2	6	4	14	2.8
36 徳島県	0	4	8	5	8	25	5.0
37 香川県	0	2	2	1	4	9	1.8
38 愛媛県	0	4	8	7	11	30	6.0
39 高知県	1	2	10	8	14	35	7.0
40 福岡県	1	14	21	30	22	88	17.6
41 佐賀県	0	2	3	2	1	8	1.6
42 長崎県	0	2	5	1	4	12	2.4
43 熊本県	0	2	22	24	25	73	14.6
44 大分県	0	0	5	2	3	10	2.0
45 宮崎県	0	1	4	7	5	17	3.4
46 鹿児島県	1	0	12	12	4	29	5.8
47 沖縄県	0	1	2	0	0	3	0.6
全 国	77	326	677	660	629	2,369	473.8

※4・5月分は「第三者行為求償事務の取組に係る数値目標の設定状況等に関する調査について」(平成28年4月4日付保国発0404第1号)により調査。

※6～8月分は「平成27年度における国民健康保険事業の実施状況報告について」(平成28年7月1日付事務連絡)による調査の速報値(平成28年10月5日現在)。179

損保団体との覚書の締結による効果(傷病届の提出件数)

○ 覚書の締結により、保険者が勧奨しない自主的な傷病届の提出率が全体の約6割から約8割に2割程度増加している。

【 傷 病 届 の 提 出 件 数 】

(参考)交通事故発生件数

	27年度		28年度				27年度	28年度	
	提出件数 ①	うち、自主提出分 ②	提出件数 ③(④+⑤)	覚書運用前 事故分 (~H28.3) ④	覚書運用後事故分 (保険者勧奨分を含む)(H28.4~) ⑤	うち、自主提出分 ⑥			
4月	2,589	1,694 (65%) ②/①	2,599	2,274	325	304 (94%) ⑥/⑤	77 (24%) ⑦/⑤	44,683	38,679 (87%)対前年
5月	2,298	1,510 (66%) ②/①	2,477	1,638	839	747 (89%) ⑥/⑤	325 (39%) ⑦/⑤	42,044	39,391 (94%)対前年
6月	3,711	2,113 (57%) ②/①	3,007	1,452	1,555	1,292 (83%) ⑥/⑤	677 (44%) ⑦/⑤	42,470	39,565 (93%)対前年
7月	3,370	1,828 (54%) ②/①	2,452	888	1,564	1,201 (77%) ⑥/⑤	660 (42%) ⑦/⑤	44,836	41,469 (92%)対前年
8月	3,364	1,873 (56%) ②/①	2,321	690	1,631	1,210 (74%) ⑥/⑤	629 (39%) ⑦/⑤	43,249	43,439 (100%)対前年
合計	15,332	9,018 (59%) ②/①	12,856	6,942	5,914	4,754 (80%) ⑥/⑤	2,368 (40%) ⑦/⑤	217,282	202,543 (93%)対前年

(出典)警察庁 交通事故統計より

損保団体との覚書の締結による効果(傷病届提出までの平均日数)

○ 覚書の締結により、国保利用開始日から傷病届提出日までの平均日数が1か月程度短縮し、平均2か月程度で提出されている。

【 傷 病 届 提 出 ま だ の 平 均 日 数 】 (国保利用から傷病届提出までの日数)

	27年度		28年度			
		うち、自主提出分	覚書運用前 事故分 (~H28.3)	覚書運用後 事故分 (保険者勧奨分を含む) (H28.4~)	うち、自主提出分	
4月	108.4 (3.5 か月)	91.6 (3.0 か月)	126.3	11.1 (0.5 か月)	11.0 (0.5 か月)	うち、損保代行分
						15.0
5月	100.0 (3.0 か月)	83.5 (3.0 か月)	129.6	24.2 (1.0 か月)	23.3 (1.0 か月)	うち、損保代行分
						27.5
6月	89.2 (3.0 か月)	78.5 (2.5 か月)	166.8	40.8 (1.0 か月)	35.3 (1.0 か月)	うち、損保代行分
						43.4
7月	88.0 (3.0 か月)	81.3 (3.0 か月)	198.4	47.5 (2.0 か月)	47.4 (2.0 か月)	うち、損保代行分
						47.4
8月	84.8 (3.0 か月)	75.3 (3.0 か月)	220.7	54.6 (2.0 か月)	46.7 (2.0 か月)	うち、損保代行分
						54.9

「損保団体との覚書」に基づく運用改善

- 「損保団体との覚書」に基づく運用については、平成28年8月末までの取組状況調査の結果を踏まえ、国保中央会、国保連合会及び第三者行為求償アドバイザーの協力を得て、平成29年10月に損保団体等との協議の場を開催。
- 損保団体・市町村双方の主な改善意見等について協議し、覚書の早期定着に向けた今後の対応方針等について以下のとおり整理を行った。
なお、後期高齢者医療制度・被用者保険においても同じ取扱いとしている。

損保団体側から示された主な改善意見

- ① 傷病届等について市町村が定める様式での作成代行が求められる
(受け付けてもらえない)
- ② 誓約書や念書の作成代行も求められる
(覚書による援助の範囲を超えている)
- ③ 個人番号の記載がない傷病届については出し直しが求められる
(個人番号を調べるための同意書の取付を指示される)

市町村側から示された主な改善意見

- ① 損保会社の社員は、覚書の存在自体を知らない。
- ② 損保団体との覚書に基づく損保会社の協力が不十分である。

損保団体からの改善意見に対する対応方針

① 傷病届等の様式の取扱いについて

- 傷病届等の様式については、損害保険団体との覚書に定める様式に統一し、受理する。
なお、世帯主等から直接傷病届等の提出を受ける場合は、この限りでない。

- ① 取り決めに定める被害届等は、国保法施行規則に定める必要な記載内容を満たすものであるが、その各様式が、各保険者が規則等において定める様式と異なる場合においても、一般的には、規則等で定める様式の記載内容を満たしていれば、レイアウト等の多少の差異は許容されるものであると考えられる。
(「第三者行為による被害に係る求償事務の取組強化について」(平成27年12月3日保国発1203第1号厚生労働省保険局国民健康保険課長通知))
- ② 損害保険団体との覚書第6条において、当該覚書に定める様式を使用することとしている。

② 誓約書及び念書の取扱いについて

- 誓約書及び念書については、覚書による作成代行の対象書類に含めていない。

- ① 「誓約書」は、損害額が自賠責保険の限度額を超過した場合に備えて作成を求める書類であるが、保険者が代位取得した損害賠償請求権の行使は、法律上当然に認められるとともに、損害保険団体との覚書の対象者は、必ず自動車保険(任意保険)に加入し、その約99%は無制限の対人賠償保険に加入しているため、自賠責保険の限度額を超過しても、第三者に直接求償する機会はず生じない。
- ② 「念書」は、被害者が損害賠償請求権を放棄した場合等に備えて作成を求める書類であるが、保険者の不当利得返還請求権の行使は、法律上当然に認められる。
- ③ 必要な書類を限ることにより、損保会社による作成代行等の援助が迅速・円滑に進むこととなり、国保の利用開始日から1か月以内の提出が遵守されるようにしている。

③ 個人番号の取扱いについて

- 傷病届に個人番号の記載が義務付けられているが、覚書では、傷病届に個人番号の記載を求める場合、別途委託契約を締結する必要があるとしている。出し直しの求めや頑なに不受理とすることのないよう対応する。

- ① 損保団体との覚書別紙第4条第3項により、市町村は傷病届等の提出の際に個人番号の記載を併せて求める場合には、損害保険会社等と個人番号の取扱いに係る委託契約を締結する必要がある。
- ② 個人番号を記載することが各制度における法的な義務であることに鑑み、原則として個人番号の記載を求めることとなるが、各種申請を初めて行う際等に、申請者が自身の個人番号がわからず申請書等への個人番号の記載が難しい場合等については、職員が住民基本台帳、住民基本台帳ネットワーク等を用いて個人番号を検索し、記載することが可能な場合もあるため、申請書等に個人番号が記載されていないことをもって一律に受理を拒否することがないよう対応いただきたい。(「個人番号の利用開始に当たっての国民健康保険に関する事務におけるQ&Aの送付について」(平成28年2月29日厚生労働省保険局国民健康保険課事務連絡))

市町村からの改善意見に対する対応方針

① 覚書の存在に関する周知について

- 損保団体に加盟する全ての損保会社は、社員に対し、被害者が国保を利用した場合には、傷病届等の様式を作成・提出代行するよう、文書やマニュアルにより周知徹底しているとのことである。このため、必ずしも「覚書」の存在自体を知らされていない場合もあるが、そうであっても傷病届等の作成代行等に係る運用には支障がないとしている。
- 各保険者においては、損保会社の社員に対し、「傷病届等の作成代行等」という行為の協力を求めることが肝要となる。なお、各保険者においては、損保会社の社員が覚書の存在を知らない場合には、国保の全ての保険者が損保団体と覚書を締結していることについて申し添えていただきたい。

② 損害保険団体との覚書の遵守について

- 覚書の遵守については、国から損保団体に対し強く要請している。
- 損保団体からも、協力が弱い地域や会社がある場合、具体的な改善が見られない場合には、個別具体的な事例をご連絡いただきたいと依頼されている。このため、各都道府県においては、個別具体的な事例をとりまとめの上、国保連合会に連絡を行っていただきたい。また、国保連合会は、国保中央会に連絡していただきたい。

< 地域における損害保険団体との連携 >・・・覚書の効果を上げるための自発的な取組(北海道での事例)

- 北海道では、損保団体との覚書の効果があまり上がっていないという課題認識の下、北海道と国保連合会が兵平成28年8月に損保協会北海道支部を往訪し、次の具体的な事例を指摘して事態の改善を要請。
 - ・人身傷害保険の案件については対象とならないと誤認されているケースがある。
 - ・健康保険や自由診療の選択権は被害者にあるにもかかわらず、被害者の選択権が曖昧なまま健康保険が利用されているようなケースがある。
- 要請を受けた損保協会北海道支部では、損害サービス部会において、事態の改善と制度周知の適切な推進を図るとともに、実務を担う担当者一人ひとりに周知・徹底がなされるよう、損害サービス部会の委員宛に書面による徹底が図られた。また、北海道内各地で実務を所管する損害サービス分科会においても、事務局から説明し徹底が図られている。

市町村等の体制強化・国等による支援

体制の強化

市町村 は、第三者求償の体制を強化するため、

① 数値目標を設定し、PDCAサイクルの確立に着手

<評価指標と数値目標の設定> (平成28年4月4日通知)

- 被保険者や損保会社等から自主的に傷病届が提出される件数が増加するよう覚書を活用
- 第三者行為による治療のための国保利用開始日から傷病届受理までの平均期間が、1か月程度に短縮できるよう取組強化
- 求償できていない滞留事案がある場合は、保険給付の都度求償できるよう実施体制を見直し等

② 目標の達成に向け、以下のような取組により体制を強化

- 1) 損保OBや第三者求償アドバイザーの活用
- 2) 損保団体との覚書の活用や覚書対象外の事案の発見強化
- 3) 国保連合会への委託拡大
- 4) 国保連合会が提供する標準的な事務処理マニュアルの活用
- 5) 国保連合会が実施する研修の受講等

国保連合会 は、市町村の目標達成を支援する観点から、さらなる体制の強化等

- 1) 損保団体との覚書の運用確認
- 2) 損保OBや顧問弁護士の活用 ⇒ 自賠責保険、自動車保険に加え、個人賠償責任保険や加入者個人への求償など、受託範囲の拡大
- 3) 国保中央会が提供する、標準的な事務処理マニュアルの活用や国保連合会職員向け研修の受講 ⇒ 疑いレセプトの抽出精度の向上
- 4) 被害者リストを作成し、傷病届の提出勧奨や給付の都度求償できる体制を整備
- 5) 療養費における負傷原因の入力や、巡回相談等による市町村への助言等

支援体制の強化

国保中央会による支援

- 1) 国保連合会に標準的な事務処理マニュアルを提供(市町村向けマニュアルを含む)
- 2) 国保連合会による損保団体との覚書運用の推進、損保団体と協議の場を設置し、覚書の取組状況を継続的に改善
- 3) 国保保険者標準システムや、国保総合システムの開発による事務処理を支援

都道府県(指導助言)

- 1) 損保団体との覚書活用に向けた啓発
- 2) 数値目標や取組状況を把握
- 3) 国保運営方針等を通じて、市町村の取組の底上げを支援

国による支援

- 1) 第三者求償アドバイザー設置(28年度)
- 2) 広報の取組強化に対する財政支援
- 3) 国保中央会と連携して、損保団体との覚書を推進、定期的に取り組状況を評価
- 4) 国保運営方針ガイドラインを提示(市町村及び都道府県の役割を強化)
- 5) 市町村の達成状況を把握し、効果的な取組の実施を支援

評価指標・目標数値の設定状況

主な評価指標・目標数値

指標	設定市町村数	27年度実績	28年度目標	増減率
1 傷病届の自主的な提出率 (必須の指標)	1,428	70.2% (35,000件)	73.9% (40,000件)	+3.7% (5,000件増加)
2 傷病届受理日までの平均日数 (必須の指標)	1,427	119.9日 (4か月)	72.6日 (2か月)	▲39.4% (2か月短縮)
3 レセプトによる第三者行為の 発見率 (任意の指標)	912	28.4%	45.4%	+17.1%
4 レセプトへの「10.第三」の 記載率 (任意の指標)	853	73.8%	97.3%	+23.5%

地域の実情に応じた独自の評価指標 (例)

- ホームページその他の広報媒体による周知の実施状況
- 上記3・4に、療養費を加えた場合の発見率・記載率
- 高額療養費支給申請書等の申請書類による第三者行為の発見率
- 医療費通知等の多様な送付物の活用による周知の実施

保険者努力支援制度の指標案(第三者求償・平成28年度)

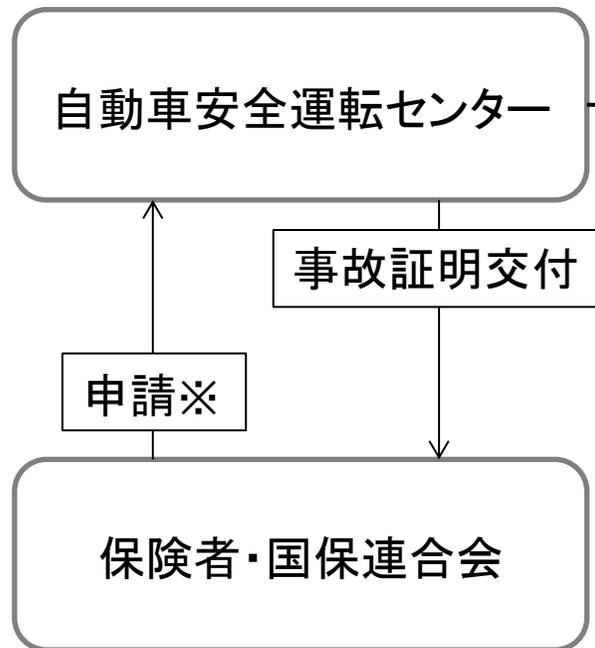
	指標	加点基準		
		○	×	
市町村	1.第三者行為によって生じた保険給付の疑いレセプトを抽出し、被保険者に確認作業を行っているか。	3点	0点	
	2.第三者求償の適正な事務を行うために、損保協会等と覚書を締結し、連携した対応を行っているか。	3点	0点	
	3.第三者求償事務に係る評価指標を設定しているか。	4点	0点	
	4.警察や消防、保健所等の関係機関から救急搬送記録の提供を受ける体制を構築しているか。(平成29年度予定)	/		
	5.療養費等の各種支給申請書に第三者行為の有無の記載欄を設けているか。(平成29年度予定)			
	6.各市町村のホームページに第三者求償のページを設け、傷病届の提出義務について記載し、傷病届の様式(覚書様式)をダウンロードできるようにしているか。(平成29年度予定)			
	7.第三者直接請求の実績があるか。(平成29年度予定)			
経営努力 (特別調整 交付金)	第三者求償事務研修会への参加 (第三者行為求償事務アドバイザーを講師とする研修又は国保中央会が作成した標準的な求償事務マニュアルに準拠した研修に職員が参加し、求償事務に係る知識の習得等に取り組んでいるか。)	経営努力評価においても上記3つの指標に基づく取組状況も加味する		
都道府県	<ul style="list-style-type: none"> ・都道府県単位で第三者求償に関する研修会を開催し(国保連合会主催も可)、都道府県はそれに関与しているか。(平成30年度予定) ・判例等の情報提供協力をしているか。(平成30年度予定) 	/		

交通事故証明書の交付申請

○ 保険者及び国保連合会は、自動車安全運転センター法第29条に規定する「正当な利益を有する者」に該当するため、自動車安全運転センターに対し、独自に交通事故証明書の交付を申請することができる。

※保険者は、国民健康保険法第64条等により、保険給付部分の損害賠償請求権を代位取得し、当該賠償請求権を行使するために交通事故証明書を必要とする。

※国民健康保険法第64条第3項の規定等により保険者から委託を受けた国保連合会に限る。



○ 受付に当たり、保険者が損害賠償請求権を代位取得していることを確実に担保する必要がある。

○ 交通事故証明書交付申請書の欄中、発生日時、発生場所、取扱警察署(隊)及び当事者相手側氏名は、傷病届がなければ記入できない事項であり、これらの記載があれば、代位取得していることを確認することができる。

これらの項目が全て完璧に記載されていない場合には、交通事故を特定できる十分な記載がどうか、申請者からの聴き取り調査により判断する。

○ 窓口受付の際は、窓口来訪者に対して、職員証の提示を求める。

郵便振替申請の際は、申請者及び送付先が保険者等に相違ないことを確認する。

※被保険者と連絡が取れないなど、証明書の入手が困難な場合。

※交通事故証明書は、発行に事故後1週間以上かかる。

事故から時間が経過すると第三者から提出を受けるのが困難になる傾向があるため、傷病届受理後1か月以内の入手を心がける。

※交付手数料は、賠償金に含めて第三者に請求。

消防との連携(福岡県飯塚市の取組事例)

兵庫県加西市や茨城県常陸太田市でも同様の取組

救急搬送記録に関する情報提供の取組

(経緯)

- ・平成23年以前 救急搬送記録閲覧
- ・平成23年 情報公開保護条例施行(飯塚地区消防組合)
- ・平成24年1月 **情報公開審査会に付議**



(個人情報の非公開の例外として認められ、従来どおり閲覧が認められる)

飯塚地区消防組合情報公開条例において個人情報の非公開の例外で、公務員の公務遂行に関する情報で公開することが公益上必要と認められるものは、公開の対象としている。

○ **救急搬送記録の情報提供開始** (国保加入者以外の情報も含まれるので、氏書く台帳と突合)

- 情報公開請求書 (毎年)
- 交通事故に係る救急搬送記録の情報提供について依頼 (毎月)

・平成26年4月 **目的外利用として許可済みのため、情報公開請求書の提出は不要**

傷病届の件数	内訳		
	レセプト	救急搬送記録	事前提出 (※)
41件	11件	8件	22件
	27%	20%	54%

※事前提出: 保険会社や本人より通知前に提出があった場合

被保険者から、**どうやって把握したのか、**
と聞かれたら。。。

→ 条例の手続きを経て、救急搬送記録
から把握した、と回答する。

この他、飯塚市では、傷病届を回収するため、連絡が取れない被保険者等の自宅を訪問している。

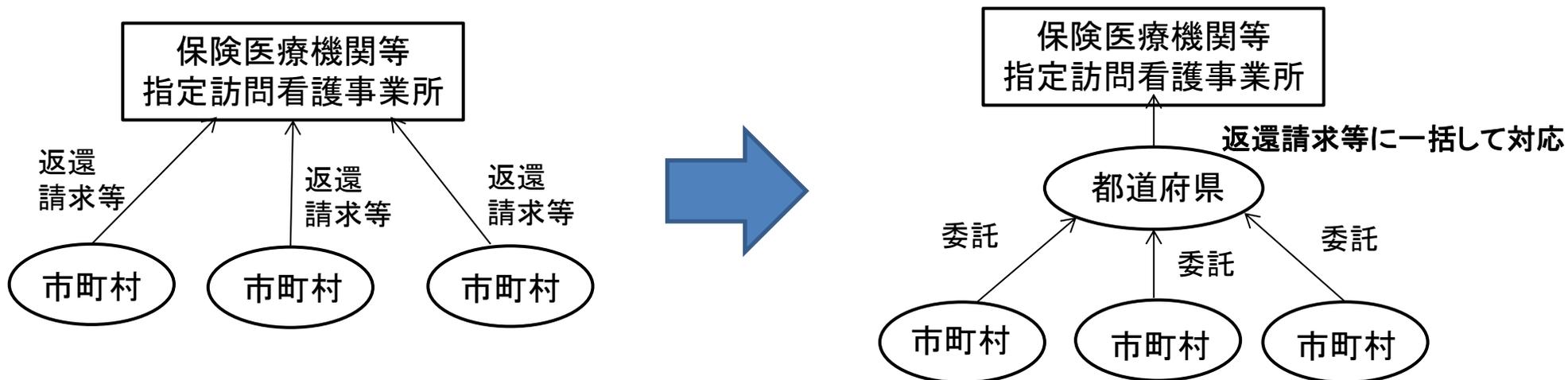
都道府県による不正利得の回収等へのイニシアティブの発揮について

■ 改正後の国民健康保険法（抜粋） ※第4項は新設

（不正利得の徴収等）

第65条 （略）

- 2 （略）
- 3 市町村及び組合は、保険医療機関等又は指定訪問看護事業者が偽りその他不正の行為によつて療養の給付に関する費用の支払…（中略）…を受けたときは、当該保険医療機関等又は指定訪問看護事業者に対し、その支払った額につき返還させるほか、その返還させる額に100分の40を乗じて得た額を支払わせることができる。
- 4 都道府県は、市町村からの委託を受けて、市町村が前項の規定により保険医療機関等又は指定訪問看護事業者から返還させ、及び支払わせる額の徴収又は収納の事務のうち広域的な対応が必要なもの又は専門性の高いものを行うことができる。

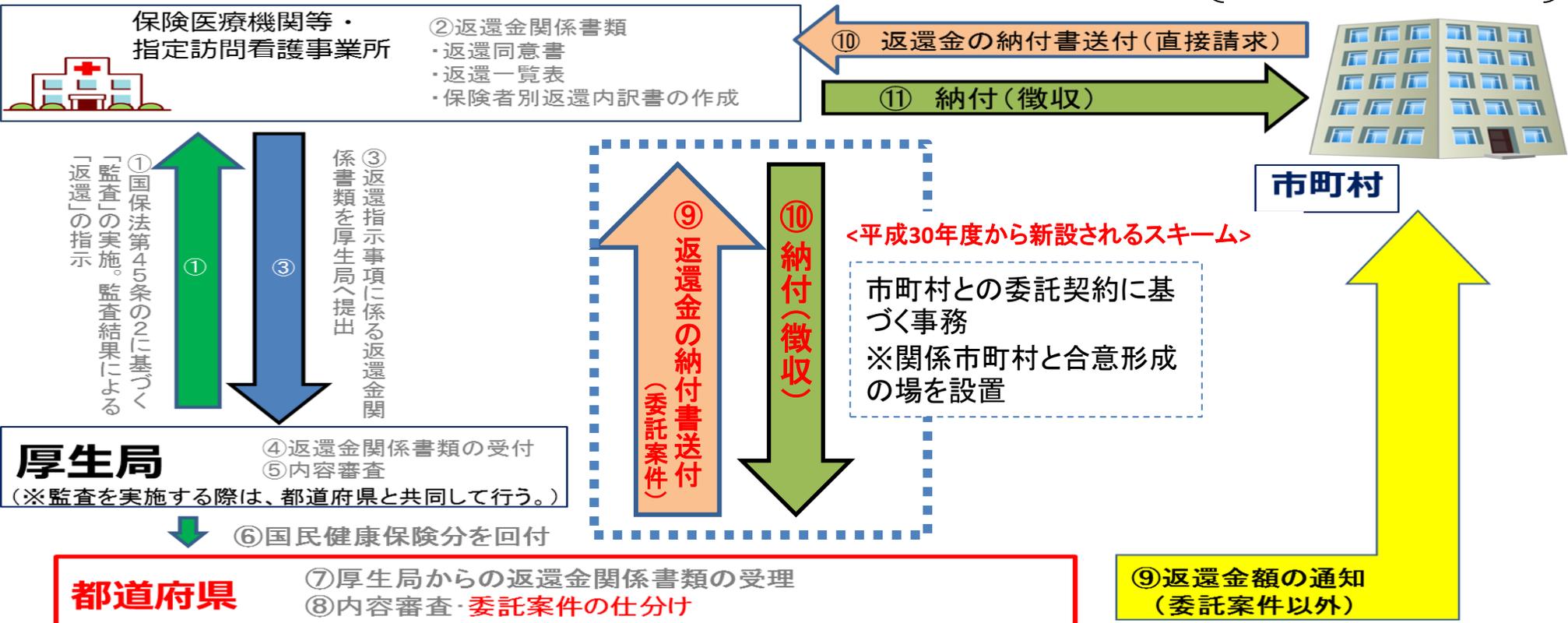


都道府県が専門性を要する事務に一括して対応することにより、より効果的に返還金の徴収等が行われることが期待されるとともに、市町村の事務負担の軽減に資する

不正利得に係る返還金の事務委託(案)

- 都道府県は、不正利得に係る以下の条件に該当する案件について、市町村から委託を受けることとしてはどうか。
- ・平成30年度以降実施の監査の結果により判明した不正利得であり、同一都道府県内の複数の市町村にまたがるなど広域的に処理することが効率的・効果的と考えられる案件
 - ・返還金の回収に法的手続き等が必要と想定される案件(例:医療機関開設者が破産等したケース)
- ※ 加算金の徴収や回収した債権の市町村への交付については、別途整理。

・既存のスキーム:①~⑪
 ・平成30年度からの事務委託後のスキーム(案):①~⑧、⑨⑩

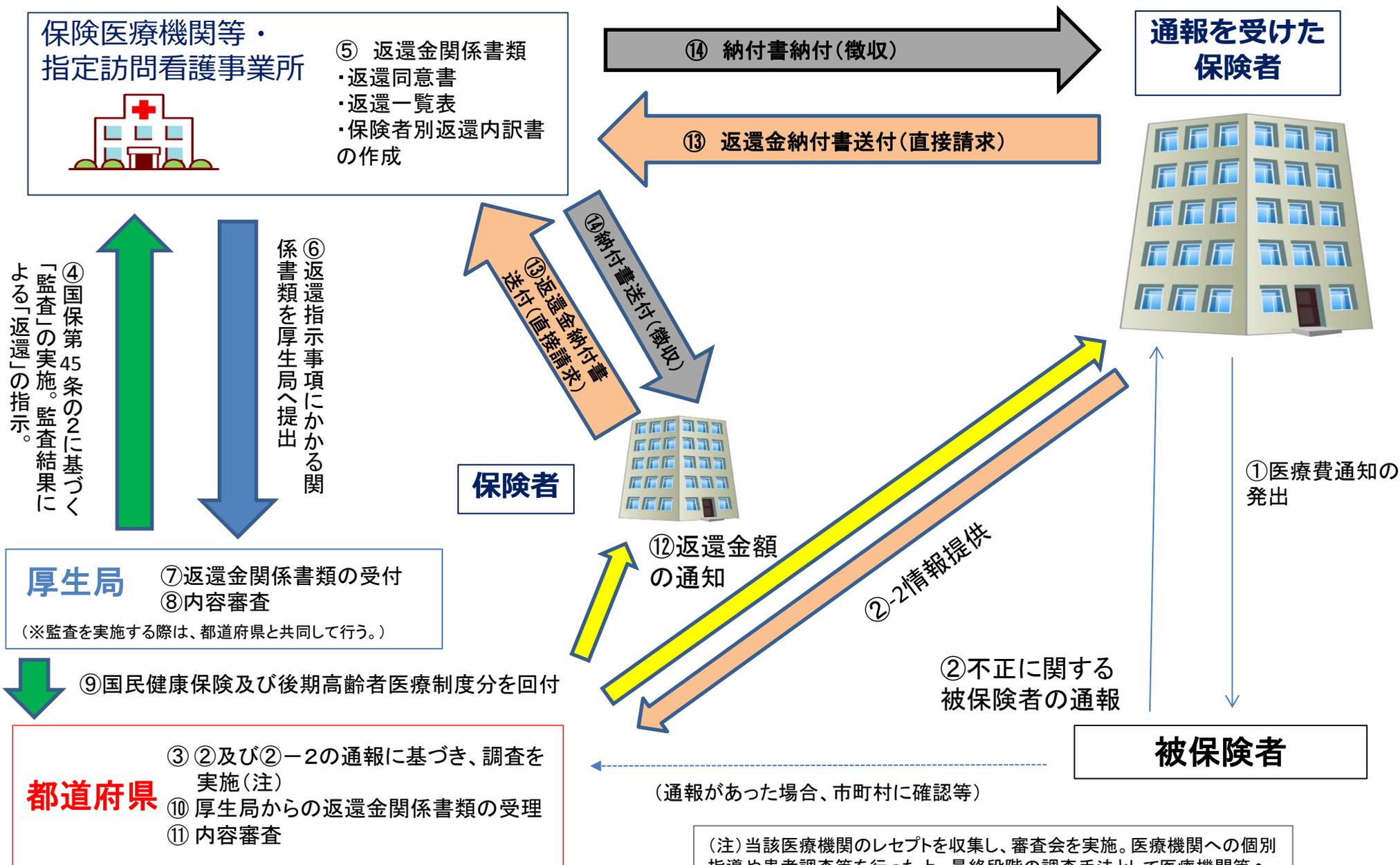


[ご相談事項]

- ・都道府県が市町村から事務委託を受ける案件について、上記で提示したもの以外に何か考えられるものはあるか。
- ・都道府県が市町村から事務委託を受ける場合の事務の流れ(上記スキーム図)について、その実現可能性や都道府県における具体的な事務負担増の懸念等、何かご意見はあるか。

(参考)不正利得に係る徴収金の事務処理フロー(医療費通知による発見)

未定稿



8. 直近の動きについて(指摘事項等)

諮問会議における議論の状況について

○ 経済・財政再生アクション・プログラム2016(平成28年12月21日経済財政諮問会議)(抄)における記載

1. 改革初年度(2016年度)におけるこれまでの取組と今後必要な対応

[2]改革2年目における今後の取組

一人当たり医療費の地域差半減に向け、都道府県の医療費適正化計画等の策定・推進を後押しするとともに、医療費の地域差や伸びの要因分析を進め、関係者間の調整等を通じて、関係者それぞれの役割分担と責任を明確にしながら協働して取組を進めるようガバナンスの強化を図ることが重要である。また、疾病予防や健康づくりに向けた取組は国民の生活の質(QOL; Quality of Life)や企業の生産性の向上につながるものである。このため、地域や職場ごとの健康課題を「見える化」・類型化することで、日常生活における取組も含め、民間事業者も活用した先進的なデータヘルス事業を全国展開する。医療保険者が、レセプト・特定健診等のデータを活用し、PDCAサイクルに沿って効果的かつ効率的に行う、加入者の健康の保持増進のための事業を全国展開する。

2. 主要分野ごとの改革の取組

[1]社会保障分野

(1)医療・介護提供体制の適正化

(今後の主な取組)

・医療費適正化に向けた取組を推進するためには、国、都道府県、保険者、医療関係者、企業、国民が、それぞれの役割の下で協働して取り組むよう国や都道府県のガバナンスの強化を図ることが重要である。とりわけ、都道府県によるデータ分析等を通じた関係者調整等を行い実効性を確保していくことが重要である。そのために、国は医療費の地域差を半減する目標が都道府県の医療費適正化計画に適切に反映されるよう、引き続き都道府県に働きかけるとともに、医療費適正化計画が地域差半減に向けて着実に実行されるよう、調整交付金の医療費適正化のインセンティブとしての傾斜配分等について、2017年央までに検討する。

(2)疾病予防・健康づくり、インセンティブ改革、公的サービスの産業化

(今後の主な取組)

・特定健診受診率の向上も含め予防対策を推進していくことが必要であり、特に受診率が低い国保等について、2018年度から都道府県が国保運営において中心的な役割を担うことを見据えながら対策の強化を検討することが必要である。保険者がデータヘルスを進めていく上で、ポータルサイト等も活用しながら、課題の「見える化」や事業のパッケージ化などを通じて、効果的な全国展開を行っていくことが必要である。

・先進的なデータヘルス事業を全国展開するため、「データヘルス・予防サービス見本市」など、民間事業者を活用し、保険者の取組を推進していく。また、データヘルスの推進や医療費動向の分析において保険者の機能強化が重要であり、審査支払機関の活用等による、保険者への支援策の強化を検討する。

データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会

- 診療報酬の審査の在り方に関する検討組織として、効率的で質の高い医療の実現を目的として、ICTの活用、ビッグデータの活用により保険者機能を強化する新たなサービス等を検討するため、有識者の参加を得て、検討会を開催。

社会保険診療報酬支払基金について、「審査支払」の実施自体を存在意義とする「業務集団」から、ビッグデータとICTを最大限に活用することで、保険者と協働しつつ、医療の質の向上に寄与するいわば「頭脳集団」へ、その役割を再定義。

構成員

飯塚 正史 元明治大学大学院客員教授
尾形 裕也 東京大学政策ビジョン研究センター
健康経営研究ユニット特任教授
葛西 重雄 情報処理推進機構CIO補佐官
金丸 恭文 フューチャー株式会社
代表取締役会長兼社長
佐藤 主光 一橋大学大学院経済学研究科教授
神成 淳司 慶應義塾大学環境情報学部准教授
◎ 西村 周三 医療経済研究機構所長
林 いづみ 桜坂法律事務所弁護士
松原 謙二 日本医師会副会長

宮田 裕章 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教授
森 昌平 日本薬剤師会副会長
森下 竜一 大阪大学大学院医学系研究科寄付講座教授
○ 森田 朗 国立社会保障・人口問題研究所所長
山口 武之 日本歯科医師会理事
山崎 泰彦 神奈川県立保健福祉大学名誉教授
山本 雄士 ソニーコンピュータサイエンス研究所
リサーチャー
山本 隆一 自治医科大学客員教授

※◎は座長、○は副座長
(五十音順・敬称略)

検討事項

- (1) 保険者機能を強化する新たなサービス
- (2) ビッグデータを活用した医療の質を向上させる新たなサービス
- (3) ビッグデータの活用をはじめとする保険者のガバナンスの在り方
- (4) ICTの活用による審査業務の効率化と統一的な判断基準の策定
- (5) 新たなサービスを担うにふさわしい審査支払機関の組織・ガバナンス体制 等

有識者検討会の開催経過

有識者検討会

- 第1回 (4/25)
 - ・本検討会の開催目的、検討の方向性等について
 - ・各構成員の意見交換
- 第2回 (5/23)
 - ・諸外国のビッグデータ等の活用に関するヒアリング
 - 韓国HIRAの取組 (廉宗淳先生)
 - 諸外国のビッグデータ (満武巨裕先生)
 - ・審査支払機関改革に関する支払基金のヒアリング
- 第3回 (6/14)
 - ・国民健康保険連合会の取組についてヒアリング
 - ・支払基金のヒアリング (第2回の続き)
- 第4回 (7/8)
 - ・ビッグデータの現状について
 - ・構成員からのプレゼンテーション
 - ・当面の検討事項の整理について (座長 ペーパー)

2つのWGの開催 (8~11月上旬)

- 支払基金東京支部視察 (7/26)
- 東京都国保連視察 (8/19)

<審査・支払効率化WG> 計6回開催

<ビッグデータ活用WG> 計3回開催

有識者検討会

- 第5回 (11/16)
 - ・審査・支払効率化ワーキンググループ及びビッグデータ活用ワーキンググループの議論について報告
 - ・有識者検討会における今後の検討事項について
- 第6回 (11/30)
 - ・ビッグデータ活用と保険者機能の強化等に関する保険者のヒアリング
 - ・ビッグデータの活用における保険者・審査支払機関の対応体制の在り方について
 - ・支払基金の組織・体制の在り方について
- 第7回 (12/7)
 - ・審査委員会の現状について審査委員長のヒアリング
 - ・支払基金の組織・体制の在り方について
- 第8回 (12/21)
 - ・議論の整理 (案) について
- 第9回 (12/26)
 - ・報告書 (案) について

※1月中旬を目処に取りまとめ

有識者検討会の議論を踏まえた今後の対応の方向性

- 審査・支払効率化WGにおいては、内閣官房IT総合戦略室の協力を得て、支払基金のみならず、各都道府県国保連ごとの状況を比較し、審査効率化に向けた現状を整理。ここでの整理が今後の出発点。[11/16 資料1 及び同別紙参照]
 - ・システムの在り方
 - ・コンピュータチェックルール、チェック設定の違いの比較
 - ・付箋貼付の差異の比較
 - ・Sランプ・Vランプの採用状況の比較 など
- 検討会報告書においては、審査支払体制の在り方やビッグデータの活用について様々な側面からの取組を求める記載がなされている。
- また、報告書においては、支払基金が矢面に立っているが、検討会委員・大臣からは国保連の同時の取組が期待されている。
- 審査支払業務の効率化は共通の課題であり、国保連も同時に並行して効率化に向けた取組を速やかに進めることが求められている。
- 着実な改革を進めるため、今後厚生労働省・医師会等・支払基金・国保連・関連政府機関・ICT関連の有識者等による検討の場が設けられ、コンピュータチェックのルールやチェック結果等の差異に係る把握・分析や統一化等に向けた検討を継続的に行うこととされている。
- 今後両審査支払機関には、業務効率化計画・工程表について、本年春を目処に基本方針のとりまとめが求められており、今後、国保連・中央会が一体となって業務の効率化に向けて取り組みを進めることが求められることとなる。
- 併せて、ビッグデータ活用推進計画・工程表についても、支払基金・国保中央会・厚労省において、本年春を目処に基本方針のとりまとめが求められており、今後、支払基金・中央会が一体となって個人の健康・医療・介護に関するヒストリーをビッグデータとして分析可能とするデータベースを連結し、プラットフォーム化していく取り組みを進めることが求められることとなる。

2. 本検討会における検討事項

(1) 審査業務の効率化・審査基準の統一化に関する事項

- 審査支払機関の業務改革及びシステム改革については、本検討会や審査・支払効率化ワーキンググループでの議論及び規制改革会議からの指摘を踏まえ、下記の3点にフォーカスして改革の方向性を、以下に提示する。
 - A コストパフォーマンスが高く最適なアーキテクチャ（設計思想）による業務・システムの実現
 - B 審査プロセスの見直し・効率化
 - C 審査業務における情報支援
- 日本の医療保険制度では、被保険者の被用者保険と国民健康保険の間の移動があることを踏まえ、**審査支払機関の審査業務の効率化・審査基準の統一化を検討するに当たっては、社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）と国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）による改革の検討を一体的に進める必要がある。**
- その際、支払基金については、システム刷新の時期が差し迫っていることや規制改革会議において明示的に指摘を受けていること等を踏まえ、**審査業務の効率化・審査基準の統一化については、まずは支払基金による改革の取組みを加速させていく。**一方、**国保連による改革についても、支払基金による改革の検討も踏まえながら、支払基金との審査基準の統一化も含め、引き続き継続的に検討し取り組んでいくこととする。**
- なお、新たに構築設計されるシステムは、現行の審査の質は維持しつつも、保険者機能の強化、医療機関の負荷軽減、審査の事務職員・審査委員の負荷軽減、審査基準の統一化など、業務改革を踏まえ、PDCAの回る医療情報分析が可能なスケーラブル（拡張可能）なデータベースを有するシステムとする。

3. 審査業務の効率化・審査基準の統一化について

(1) コストパフォーマンスが高く最適なアーキテクチャによる業務・システムの実現（抄）

- 審査支払機関におけるこれまでのシステム設計構築は、発注側のガバナンスが著しく不足しており、業務遂行に資するアーキテクチャではない利便性を欠くシステムに対して、非常に高額な費用が費やされてきたと考えられる。また、業務の重要性に鑑みれば、情報セキュリティへの対応が不足しており、この点についても見直しが必要である。
- 支払基金は、業務改革に基づく業務運営体制の抜本的見直しを図るとともに、上記のような、専任のCIOとICTの専門家によるタスクフォースの設置に加え、業務効率化やシステム等の専門家の配置などを推進し、業務改革やシステム刷新計画の立案・遂行、ベンダーマネジメントや、セキュリティ等における推進体制の見直しを実施していくことが望ましい。
- また、国保連は、支払基金の業務改革に基づく業務運営体制の抜本的見直しの検討を踏まえながら、引き続き、審査基準の地域間のばらつきの是正や業務プロセスの見直しなどの業務効率化、利便性の高いシステムの設計構築や、セキュリティ等における推進体制の見直しを検討し、着実に取り組んでいくべきである。

(2) 審査プロセスの見直し・効率化及び審査業務における情報支援（抄）

- 審査プロセスの見直し・効率化は、手続の簡素化に当たり、医療機関等や保険者の負担が減少することも意識しつつ、審査プロセスを構築していくべきである。
- まず、審査支払機関で行っているコンピュータチェックルールを公開することは、レセプトの返戻数の減少や審査支払機関の職員が行っている審査共助事務の軽減化が期待されるなど、医療機関等及び審査支払機関の効率化に資するものである。保険者や医療関係者等と調整の上で公開の基準を定め、原則として公開すべきである。
- これに加え、再審査の申し出や返戻再請求は、紙媒体でやりとりされることがほとんどであり、業務効率化の妨げとなっていることから、原則電子化を行うべきである。また、レセプト形式については、なるべく目視による審査を不要とするため、コンピュータチェックで判定可能な形式に見直しを行うべきである。
- さらに、「各審査支払機関における地域間差異や支払基金と国保連における差異を含めたコンピュータチェックや付箋の貼付及び剥がしの状況等」の審査プロセスにおける見える化がエビデンスベースの業務改革の基盤となることを踏まえ、審査プロセスの継続的な見える化と審査基準の継続的な統一化に向けた改善を図るための仕組みが必要である。

3. 審査業務の効率化・審査基準の統一化について

(3) 新たなシステムの基本設計について(抄)

① コンピュータチェックを医療機関等において行う仕組み

- 審査支払機関から医療機関等にレセプトが返戻・査定される際、不適切とする理由が十分に示されていないため、医療機関等で、大量の情報提供とチェックが必要になる場合があることを踏まえ、システム対応により、返戻・査定理由の明確化を行うべきである。
- 審査支払機関からのレセプトの返戻をできる限り少なくするため、現在、審査支払機関が行っているオンライン請求システムにおけるASPチェック及びレセプト電算処理システムにおける受付事務点検のコンピュータチェックの内容について、レセプトの請求前に医療機関等での事前のコンピュータチェックを可能とし、チェックでエラーが判明した場合には、これを訂正した上でレセプトの請求を行えるようにすべきである。
- その際、上記のような医療機関等における事前のコンピュータチェックルールをベンダーがそれぞれ独自に構築するのではなく、審査支払機関が一元的に構築して医療機関等がレセプトの請求前に活用できるようにすべきである。このことにより、各医療機関等でのシステムの構築・保守コストの効率化およびチェック内容の一元化と、各医療機関等及び審査支払機関におけるレセプト返戻などに伴う事務負担の軽減等が図られる。

③ コンピュータチェックルールや付箋貼付状況の差異に係る継続的な見える化等

- 支払基金と国保連間及び支部間・都道府県間のコンピュータチェックルールや付箋貼付状況の差異については一部判明しているが、時間的制約もあり、全体像は未だ判明していないことから、引き続き、より多面的な把握・分析による見える化について、不合理な差異の解消に向けて計画的に取り組むことが必要である。
- 国保連は、各都道府県の独自の外付けシステムも含めたシステム全体のコンピュータチェックルール等の処理状況を継続して把握、分析し、各都道府県間で可能な範囲での整合性を図る必要がある。
- コンピュータチェックのルールやチェック結果等の差異に係る把握・分析や統一化等については、厚生労働省・医師会等・支払基金・国保連に加え、関連政府機関、ICT関連の有識者等が集まって、具体的に点数表の解釈や地域の差異を明確化していくなど、定期的にPDCAを回して継続的に検討していく場を設けていくべきである。
- また、当該検討の場において明確化された、点数表の解釈や、地域の差異については、医療機関等及び保険者に共有すべきである。

4. ビッグデータ活用について

(2) データプラットフォームについて

- 国民の多くは、壮年期には被用者保険に加入しており、高齢になって退職してから、国民健康保険に移る。さらに、歳を重ねると、後期高齢者医療制度に加入し、要介護認定を受け、介護保険サービスの対象となる。このように、医療・介護の場合、ライフサイクルの中で加入する保険制度が変わっていく、という特性がある。この結果、国民健康保険には、個人の疾病・医療に関する情報はあがるが、健康な時期に関する情報がない。一方で、被用者保険には、壮年期の特定健診等の情報があるが、そのアウトプットに相当する医療（もしくは介護）に関する情報がない、という状況が生じている。
- これらの情報を連結していくことができれば、例えば、ある個人が、何歳の時点で特定健診・特定保健指導を受け、その後、いつ医療機関にかかり、どのような状態でどういった処置を受け、更に、将来的にどのような医療・介護を必要としていったかが、分析できるようになる。つまり、これらの情報の連結は、個人の健康・医療・介護に関するヒストリーを、ビッグデータとして分析することを可能とし、医療の質を更に向上させる可能性を秘めたものだと言える。今後、こうした可能性の実現に向けて、健康・医療・介護のデータベースを連結し、プラットフォーム化していく取組みを進めていくべきである。
- プラットフォーム化した情報は、民間を含む専門家による分析を幅広く行い、その結果を、保険者や現場の医療関係者等にフィードバックすることで、医療の質の向上や、保険者機能の強化等を果たしていくべきである。
- また、こうしたプラットフォーム化をしていく場合、上記「(1) ビッグデータ活用に関する基本的な方向性」を踏まえた上で、既存のインフラを最大限に活用する観点からも、現に医療・介護のレセプト情報や特定健診等の情報を扱っている支払基金・国民健康保険中央会において、その質の管理・運営を制度横断的・統一的に行い、個々人の健康・医療・介護情報の一元的なヒストリーを把握可能とすることが望ましい。

4. ビッグデータ活用について

(3) 支払基金・国保連の保有するビッグデータの活用と保険者機能の強化

- 保険者においては、従来から被保険者の資格管理、保険料の設定・徴収、保険給付、審査支払を行っているところであるが、今後、保健事業等を通じた加入者の健康管理、医療の質や効率性の向上のための医療提供側への働きかけについての取組みや、それを達成するための保険者自身のガバナンスの強化（保険者機能の強化）が更に求められている。
- 上記のとおり、足元でも、審査支払機関には、大量の医療・介護のレセプト情報や特定健診等の情報が集積されているにもかかわらず、これらが有効に活用されているとは言えない状況にある。保険者機能の強化の観点から、こうした有用なデータベースは国民一人一人の健康寿命の延伸に向けた医療・介護サービスの効率的な提供に資するものであり、早々に活用方策を検討し、実行に移していくべきである。
- 国保連には、既に、医療・介護の情報を連結した国保データベース（KDB）システムが実装されており、KDBを活用した保険者のデータヘルス計画の作成支援などの取組が展開されている。今後は、こうした連結データの特性を踏まえ、医療・介護全般に関して、保険者機能の強化の観点から、更なる活用の拡大の取組みが期待される。
- 支払基金で現行法下においては、医療レセプト等の情報を審査支払のみにしか活用していない実態がある。今後は、国保連の取組も参考にしつつ、保険者ごとに特徴や状況を分析できるようにすることで、それぞれの保険者の実情に沿ったデータヘルス等の推進を図っていくべきである。
- また、こうしたビッグデータの活用の際には、例えば、医療レセプトへの郵便番号の記載や未コード化傷病名への対応など、データそのものの有用性をあげていく取組みが重要となる。また、特に、医療データに比べて、介護データは情報が不足していることが多い。政府の関係会議でも議論になっているように、介護データに関し、自立支援介護等、科学的分析に基づく重度化予防・自立促進への取組みに資するデータインフラの抜本的整備を行うことが不可欠であることを認識すべきである。

6. 今後の対応について

- 本検討会において指摘された内容を踏まえ、**確実に改革を早期実現していくために**、支払基金と厚生労働省において利用者である保険者等の意見も聞きながら、新たなシステム刷新計画等も見据え、**具体的なスケジュールや内容などを盛り込んだ支払基金業務効率化計画・工程表**について、**平成29年春を目処に基本方針を取りまとめるべき**である。
- 併せて、支払基金と国民健康保険中央会及び厚生労働省において、業務運営体制や費用負担なども踏まえながら、**今後、データプラットフォーム化やその活用方策、また保険者のガバナンス強化に向けた取組みも盛り込んだビッグデータ活用推進計画・工程表**について**平成29年春を目処に基本方針を取りまとめるべき**である。
- 支払基金と国民健康保険中央会及び厚生労働省が中心となり作成する、以上の**計画・工程表の内容**については、**確実に改革が実施していけるよう関連政府機関や本検討会においてもフォローアップしていくこととする**。
- なお、第2回検討会において支払基金より提出された自らの改革案は、本検討会が提示した改革の方向性に沿っていると考えられることから、支払基金において、まずは本報告書の内容に沿って、速やかに改善の取組みを進めていくべきである。
- また、工程表の内容も踏まえ、**平成29年夏を目処に**、規制改革推進会議を始めとして、**政府の方針において方向性を示し、平成30年通常国会において社会保険診療報酬支払基金法等について改革の内容に沿った法整備を行うべき**である。

地方分権改革に関する提案募集

70歳から74歳までの国民健康保険被保険者の高額療養費支給申請手続の簡素化等について

経緯

●平成28年 夏

平成28年度 地方分権改革に関する提案募集 地方からの提案 (川崎市、兵庫県、洲本市、川西市、滋賀県、大阪府、和歌山県)

70歳から74歳までの国保被保険者は、申請する月毎に領収書をまとめ、市町村に提出しなければならないが、大きな負担となっている。しかし、70歳から74歳までの国保被保険者と後期高齢者との間で①自己負担限度額が同一になっているとともに、②病院の受診回数にも差がないことから、70歳から74歳までの国保被保険者と後期高齢者との間で高額療養費制度の手続きに差を設ける必要がない。

(参考)「後期高齢者医療の高額療養費の支給、食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の減額の取扱いについて」(H21.5.11付け保高発第0511002号)(抄)

高額療養費の対象者が高齢者であることに鑑み、事務的な負担が過重なものとならないよう、①申請時に、受診状況の申告及び領収書の添付は求めない、②高齢者本人による申請が困難な場合には、代理人による申請を認める、③同一世帯に複数の高齢者が存在する場合には、申請書を1枚でまとめる、などの対応を行うこと。

また、高額療養費の支給対象となった場合における高齢者の毎回の申請・受給に係る負担を軽減するため、①申請書の記載内容の工夫などにより実質的な申請は初回時のみで足りるようにする、②高額療養費の受け取りについても初回申請時に高齢者が指定した口座に振り込むなど、適切に対応されたいこと。

●平成28年度 秋

・地方分権改革有識者会議・提案募集検討専門部会合同会議(重点事項に選定)

・第1次回答及び提案募集専門部会におけるヒアリング

<第1次回答(抄)>

・国民健康保険においては、医療保険者間の異動による資格得喪が多く、毎回の申請が不要な方法での高額療養費の支給(振込)を行った場合には過誤給付が多く発生することが考えられ、その場合、保険者は過誤給付文の返還請求等の事務が必要になること

・さらに、世帯単位で自己負担額を合算して世帯主が申請を行うことになっており、同一世帯に70歳以上の被保険者の70歳未満の被保険者がいる世帯に係る事務手続等を整理する必要があること

といった課題も踏まえつつ、どのような方法が可能か検討していきたい。

・再検討要請を受けた第2次回答

<第2次回答(抄)>

現在、市町村国保の都道府県化に向けて、自治体と緊密に協議しており、高額療養費の支給申請手続の簡素化についてもその俎上にのせて、協議していきたい。また、その結果等を踏まえ、平成28年中に見直しの方向性をお示ししたい。

・事務レベルWG参加自治体に意見照会を実施

●平成28年 12月20日

・地方分権改革推進本部(対応方針案 決定)

・「平成28年の地方からの提案等に関する対応方針」閣議決定

市町村(特別区を含む。以下この事項において同じ。)が行う国民健康保険の70歳から74歳までの被保険者の高額療養費の支給申請については、高齢者の負担を軽減する観点から、市町村の判断により手続を簡素化することを可能とし、平成28年度中に省令改正等の必要な措置を講ずる。

また、高額療養費の支給申請の際、原則として国民健康保険の保険者の判断により、領収書(一部負担金等の支払額の証拠書類)の添付を省略できることについて、改めて国民健康保険の保険者に平成28年中に通知する。

・「市町村が行う国民健康保険の70歳から74歳までの被保険者の高額療養費の支給申請の手続の簡素化等について」

(保国発1220第1号 国民健康保険課長通知) 発出

市町村が行う国民健康保険の70歳から74歳までの被保険者の高額療養費の支給申請の 手続の簡素化について(平成28年12月20日付け保国発1220第1号 国民健康保険課長通知)

- 高額療養費の支給申請について、現在、国民健康保険法施行規則第27条の17に規定される必要事項を記載した高額療養費支給申請書を、添付書類と併せて保険者に提出する必要があるとして、これ以外の方法は認めていないが、今般、省令を改正し、**70歳から74歳までの高額療養費の支給申請について、市町村が別段の定めをすることを可能とする**旨の条項を追加する。なお、各市町村においては、デメリットがあることも踏まえた検討をお願いする。

※ ただし、**同一世帯に70歳以上の被保険者しかおらず、世帯主も70歳以上である場合に限る。**

※ 公布日(平成28年度中を予定)施行とする予定。

- 高額療養費の支給申請の際の領収書の取扱いについて、原則として、一部負担金等が支払われていると保険者が判断すれば、領収書の添付は省略できる旨を周知。

※ ただし、高額療養費に係る療養が、国民健康保険法施行令第29条の2第1項第2号に規定する**特定給付対象療養であるときは、領収書を添付する必要がある。**

【簡素化した場合のメリットの例】

- 市町村に月毎に申請するという70歳から74歳の被保険者の負担が軽減される。
- 月毎に申請書を受け付け、申請書の記載等を確認するという市町村の事務負担が軽減される。

【簡素化した場合のデメリット(注意すべき点)の例】

- 滞納者との接触の機会が失われる。
- 簡素化されている世帯に、70歳未満の被保険者世帯員が途中加入すると、世帯全体が簡素化の対象から外れ、70歳未満の加入・脱退の状況によっては、簡素化の対象・対象外を繰り返すことになり、高齢者の負担が大きくなる。
- レセプト情報のみで支給額を決定することとなるため、一部負担金等を支払っていない場合にも高額療養費を支給してしまう可能性がある。
- 世帯主が死亡した場合にその把握が遅れることで、相続人の口座ではなく死亡した世帯主の口座に振込処理してしまう可能性がある等、資格得喪の把握が遅れることで、被保険者に対する高額療養費の過誤給付が発生する。
- 高額療養費支給申請書の記載項目とレセプトを突合することにより、レセプトの記載誤りを発見出来ることもあるが、その機会を失う。

革新的であるが高額な新薬への対応

現状

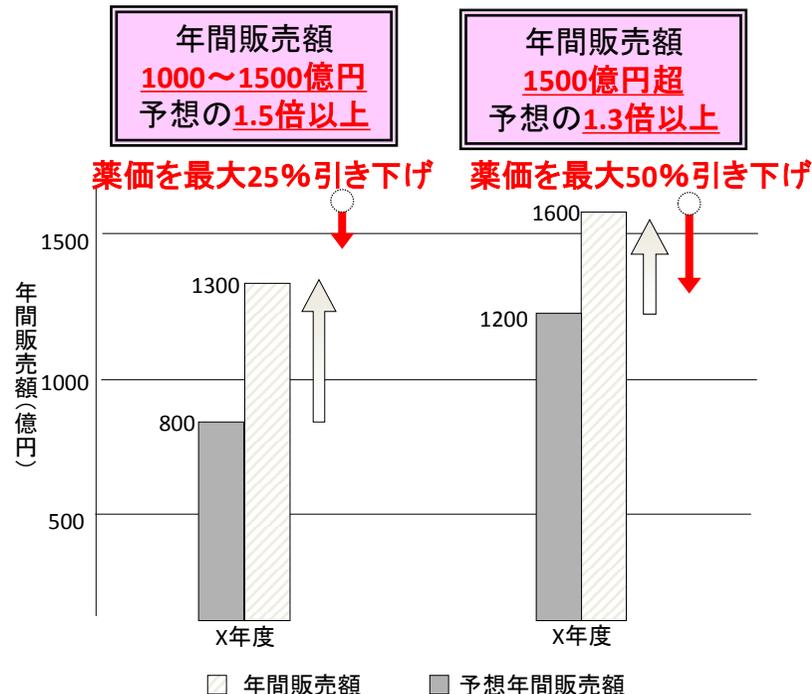
- C型肝炎治療薬のソバルディ(平成27年5月収載)、ハーボニー(同年8月収載)など、近年、革新的であるが高額な薬剤が保険適用されることにより、薬剤費の給付が増加している保険者が見られる。
- ソバルディ等のC型肝炎治療薬は、将来の肝硬変や肝がんを減らし、医療費の負担軽減に資する可能性があるが、当面の薬剤費の負担が保険財政を圧迫する。
- 抗がん剤のオプジーボ(平成27年9月収載)は、薬事承認時点(平成26年7月)では適応疾患は希少疾患の悪性黒色腫のみであり高額な薬価を設定した。その後肺がん等の効能・効果が追加され、大幅に市場が拡大している。

現行制度での対応

- 革新的であるが高額な薬剤の在り方について、平成28年度診療報酬改定において次の対策が講じられた。
 - ・ 年間販売額が極めて大きな品目に対応するため、市場拡大再算定の特例を新設(ソバルディ薬価・ハーボニー薬価▲31.7%)

※ なお、一定の基準を満たす医薬品等については、費用対効果評価を試行的に導入し、今後データを踏まえた再評価を行い価格調整を検討
- オプジーボについては、
 - ・ 2年に1度の改定年ではないが緊急的に薬価を50%引下げる(平成29年2月1日から適用)
 - ・ 今後、「最適使用推進ガイドライン」を作成し、最適な使用を推進することを行う。
- さらに、平成28年12月20日に「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」をとりまとめ、効能追加等に伴う一定規模以上の市場拡大に速やかに対応するため、年4回薬価を見直すこととした。
- 国保では
 - ① **高額・超高額医療費共同事業の調整対象として財政調整**を実施することで保険者の負担を緩和。 * 1月~3月分は28年度に調整。
 - ② 調整基金があればこれを取り崩して穴埋め

特例拡大再算定による価格の引き下げ



新国保制度での対応

- 高額な医療費に対しては、**高額医療費負担金として国と都道府県が1/4ずつ負担、特別(超)高額医療費共同事業を引き続き実施**することにより、保険者の負担を緩和。
- 平成30年度以降新たな納付金制度の下では、このような年度当初見込めなかった**医療給付費の上昇が生じたときは財政安定化基金から都道府県に貸付**。
- **給付費分は全額、都道府県から交付金が交付されるため、市町村における赤字繰り入れは不要**。

国会で指摘を受けた事項について

○ 国民健康保険と健康保険の二重加入について(平成28年10月3日 衆・予算委 長妻昭議員(民進))

<指摘内容>

国民健康保険と健康保険の二重加入を防ぐ対策を講じるべきとの指摘

<対応方針>

- 日本年金機構と市町村の間で覚書の締結が進むよう取り組むことが必要と考えており、この仕組みの更なる周知徹底を図っていく予定。

○ 避難指示解除区域等における窓口負担等免除措置について(平成28年11月1日 衆・復興特委 真山祐一議員(公明))

<指摘内容>

当該措置の継続予定について事実関係を確認したいとの意見

<対応方針>

- 平成27年度までに避難指示が解除された区域等(※)については、平成28年度は上位所得層を除き特別な財政支援を実施しており、平成29年度においても平成28年度と同様の財政支援を継続
- 平成28年度以降に避難指示が解除された区域についても、平成27年度までに避難指示が解除された区域等と同様の取り扱いを検討中

(※) 平成25年以前に指定が解除された旧緊急時避難準備区域等、平成26年度に指定が解除された旧避難指示解除準備区域等及び平成27年度に指定が解除された旧避難指示解除準備区域

○ 不正な診療報酬請求等の返還金の回収額の把握について(平成28年11月22日 参・厚労委 東徹議員(維新))

<指摘内容>

指導監査等の結果に基づく診療報酬請求の返還金の回収額(平成26年度:約133億円)を、国として把握すべきとの指摘

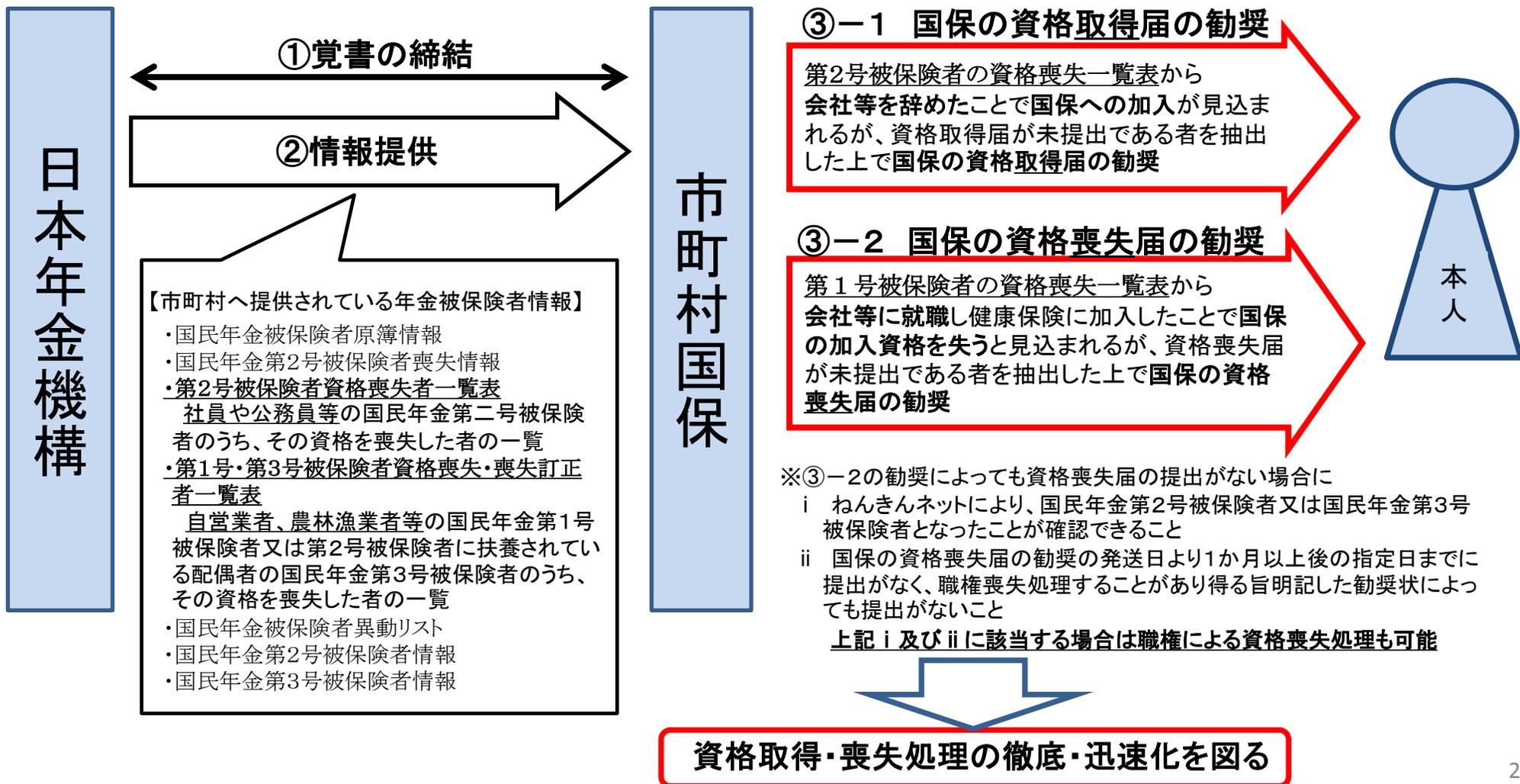
<対応方針>

- 従来、保険医療機関等による診療報酬(調剤報酬を含む。)の請求に関する不正又は不当の事例については、毎年度、国民健康保険事業の実施状況の調査によりご報告いただいているところ。
- 当該指摘を踏まえ、追加調査として、平成27年度の実態について
 - ・ 国保法第65条第3項の規定による保険医療機関等からの「診療報酬との相殺」・「医療機関等への直接請求」の件数等
 - ・ 2ポツのうち、被保険者が医療機関等へ支払った一部負担金の過払い分として、保険者が被保険者に返還している件数等等のご報告をお願いしている。
- 引き続き、保険者、審査支払機関等の事務負担を考慮しつつ、平成28年度以降の把握方法について検討していく。

年金被保険者情報の活用による国保の資格取得・喪失処理の徹底について

- 平成23年2月から、日本年金機構と市町村との間で覚書を締結することにより、すべての市町村で年金被保険者情報を活用することが可能となった。
- さらに、平成23年12月からねんきんネットの活用の覚書を締結することで、情報提供の範囲が拡大し、職権喪失要件の緩和及び退職被保険者の適用への利用が可能となった。

＜資格に関する届出がない被保険者に対する年金情報の活用＞



保険料収納対策等の実施状況

1. 収納対策

(1) 収納対策に関する要綱の策定状況

	平成27年9月1日現在	
	保険者数	割合
要綱(緊急プラン、収納マニュアル等)の策定保険者	869	50.6%

(2) 収納体制の強化

	平成27年9月1日現在	
	保険者数	割合
①税の専門家の配置(嘱託等含む)	348	20.3%
②収納対策研修の実施	945	55.1%
③連合会に設置した収納率向上対策アドバイザーの活用	123	7.2%

(3) 徴収方法改善等の実施状況

	平成27年9月1日現在	
	保険者数	割合
①口座振替の原則化	186	10.8%
②マルチペイメントネットワークシステムを利用した口座振替の推進	158	9.2%
③多重債務相談の実施	662	38.6%

(4) 滞納処分の実施状況

	平成27年9月1日現在	
	保険者数	割合
①滞納処分件数	差押数(件数)	277,303(平成26年度実績)
	差押金額(億円)	943.1(平成26年度実績)
②財産調査の実施	1,602	93.4%
③差押えの実施	1,576	91.8%
④搜索の実施	837	48.8%
⑤インターネット公売の活用	738	43.0%

2. 国民年金被保険者情報の活用状況

	平成27年9月1日現在	
	保険者数	割合
①日本年金機構との覚書の締結状況	1,069	62.3%
②職権喪失の実施状況(2月の通知に基づき職権喪失を実施)	516	30.1%

3. 医療費適正化対策の実施状況

	平成26年度	
	保険者数	割合
柔道整復療養費についての患者調査の実施	594	34.6%

(出所)厚生労働省保険局国民健康保険課調べ

(注)平成28年3月31日時点での集計である。

平成29年度における対応（案）

（東京電力福島第一原子力発電所事故に伴う避難指示区域等の被災者への対応）

- 帰還困難区域等については、平成28年度は、保険者等が行う窓口負担・保険料(税)の減免について、特別な財政支援を実施しており、平成29年度においても平成28年度と同様の財政支援を継続
- 平成27年度までに避難指示が解除された区域等(※)については、平成28年度は上位所得層を除き特別な財政支援を実施しており、平成29年度においても平成28年度と同様の財政支援を継続
- 平成28年度以降に避難指示が解除された区域についても、平成27年度までに避難指示が解除された区域等と同様の取り扱いを検討中

(※)平成25年以前に指定が解除された旧緊急時避難準備区域等、平成26年度に指定が解除された旧避難指示解除準備区域等及び平成27年度に指定が解除された旧避難指示解除準備区域。
 (注1)平成26・27・28年度における旧緊急時避難準備区域等、旧避難指示解除準備区域等及び旧避難指示解除準備区域の上位所得層の取扱いについて、半年間の周知期間を設定しており、避難指示解除準備区域についても同様の取扱いとする。
 (注2)特別な財政支援の対象外となる上位所得層についても、保険者等の判断により、窓口負担及び国保・後期高齢者医療・介護保険の保険料(税)の減免措置を、引き続き行うことは可能。

		帰還困難区域等	旧緊急時避難準備区域等・ 旧避難指示解除準備区域等
国保・ 後期高齢者医療・ 介護保険	窓口負担	10/10支援 (復興特会6/10, 特別調整 交付金4/10【注】)	10/10支援 (復興特会6/10, 特別調整交付金4/10【注】) ・ <u>上位所得層は対象外</u> (葛尾村、川内村、南相馬市、飯館村、川俣町の一部等 の上位所得層は、10月以降を予定)
	保険料 (税)		
(参考) 被用者保険	窓口負担	財政力に応じて0/3~3/3 (復興特会)	財政力に応じて0/3~3/3 (復興特会) ・ <u>上位所得層は対象外</u> (葛尾村、川内村、南相馬市、飯館村、川俣町の一部等 の上位所得層は、10月以降を予定)

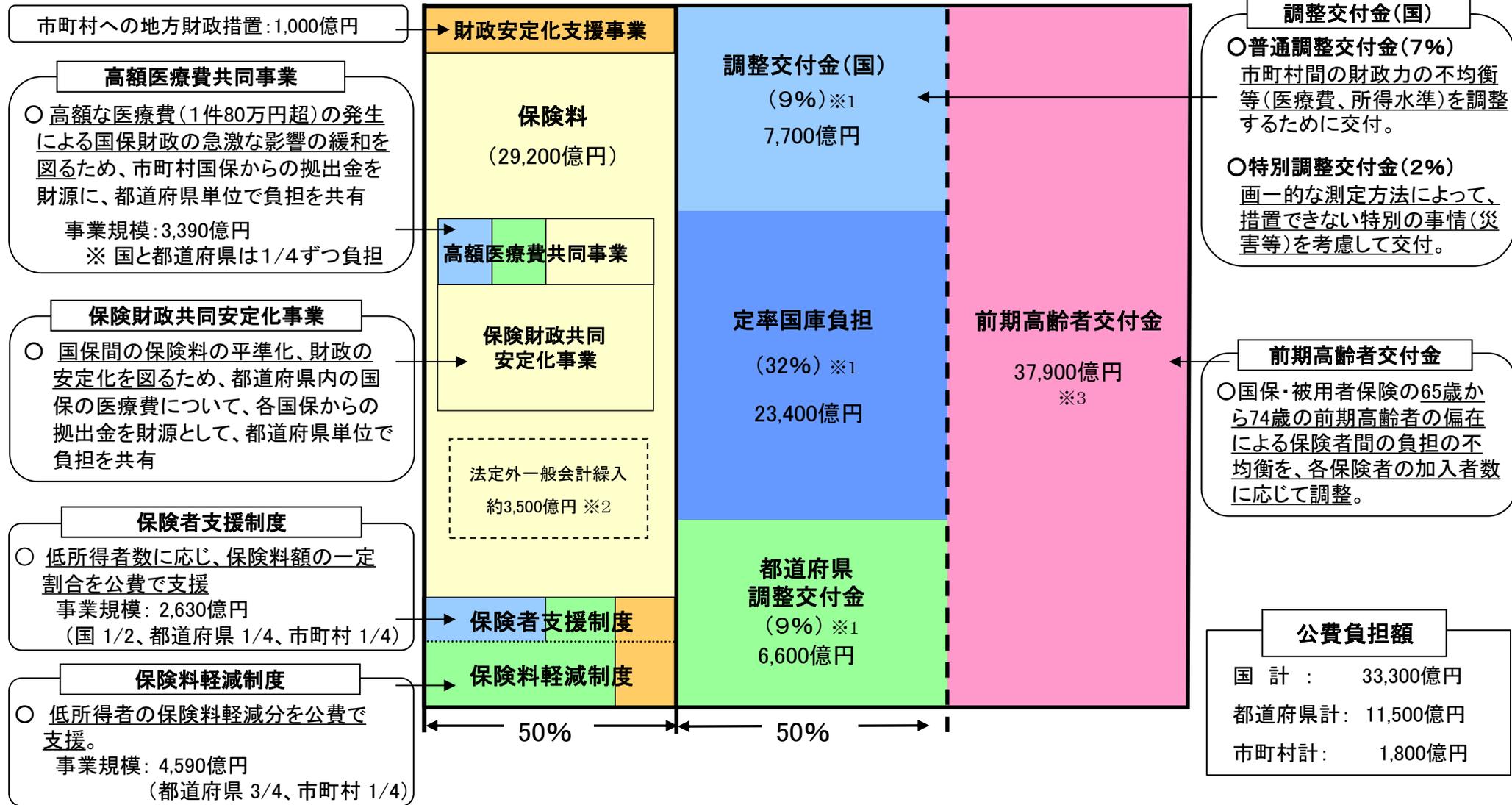
【注】財政支援の財源構成割合(復興特会:特別調整交付金)は、国保・後期高齢者医療においては、平成26年度以前の8:2から、平成27年度に7:3に変更。更に平成29年度は6:4に変更。
 介護保険においては、平成26年度以前は全額復興特会であったが、平成27年度に財源構成割合を9:1に変更。更に平成29年度から8:2に変更

(参考)上位所得層を区分する指標としては、保険者等の負担に配慮し、高額療養費の上位所得の判定基準を参考とする。
 ・国保、後期高齢者医療…世帯に属する全ての被保険者の旧ただし書き所得の合計額が年間600万円以上(全国の国保被保険者の約4~5%)
 ・介護保険…個人単位で医療保険と同程度となる基準を設定
 ・被用者保険…被保険者の標準報酬月額53万円以上

国保財政の現状

(平成29年度予算案ベース)

医療給付費等総額： 約114,700億円



※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26年度決算(速報値)における決算補填等の目的の一般会計繰入の額
 ※3 退職被保険者を除いて算定した前期高齢者交付金額であり、実際の交付額とは異なる

平成 2 9 年 度 国 民 健 康 保 険 助 成 費 の 概 要

(国民健康保険課)

事 項	平成 2 8 年 度	平成 2 9 年 度	対 前 年 度	対 前 年 度	摘 要
	予 算 額	予 算 額	案 比 較 増 ▲ 減 額	伸 率 (%)	
	千円	千円	千円		
市町村等の国民健康保険助成に必要な経費	3,433,337,052	3,553,521,419	120,184,367	3.50	
(項) 医療保険給付諸費	3,151,549,506	3,273,015,280	121,465,774	3.85	
(目) 国民健康保険療養給付費等負担金	1,891,113,858	2,019,386,411	128,272,553	6.78	
療養給付費負担金	1,635,472,999	1,613,232,019	▲ 22,240,980	▲ 1.36	
保険基盤安定等負担金	255,640,859	406,154,392	150,513,533	58.88	
(目) 国民健康保険後期高齢者医療費支援金負担金	534,895,692	525,409,389	▲ 9,486,303	▲ 1.77	
(目) 国民健康保険財政調整交付金	569,723,546	562,631,741	▲ 7,091,805	▲ 1.24	
(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	150,439,414	147,771,390	▲ 2,668,024	▲ 1.77	
(目) 国民健康保険制度関係業務準備事業費補助金	5,376,996	17,816,349	12,439,353	231.34	
(項) 介護保険制度運営推進費	264,556,007	263,274,874	▲ 1,281,133	▲ 0.48	
(目) 国民健康保険介護納付金負担金	206,482,720	205,482,828	▲ 999,892	▲ 0.48	
(目) 国民健康保険介護納付金財政調整交付金	58,073,287	57,792,046	▲ 281,241	▲ 0.48	
(項) 医療費適正化推進費	17,231,539	17,231,265	▲ 274	▲ 0.00	
(目) 国民健康保険特定健康診査・保健指導負担金	17,231,539	17,231,265	▲ 274	▲ 0.00	
国民健康保険団体に必要な経費	117,391,751	88,414,113	▲ 28,977,638	▲ 24.68	
(目) 国民健康保険団体連合会等補助金	3,963,612	4,390,684	427,072	10.77	・うち6.4億円を「新しい日本のための優先課題推進枠」に計上
(目) 高齢者医療制度円滑運営臨時特例交付金	100,796,139	81,877,556	▲ 18,918,583	▲ 18.77	
(目) 国民健康保険制度関係業務準備事業費補助金	12,632,000	2,145,873	▲ 10,486,127	▲ 83.01	

事 項	平成 2 8 年 度	平成 2 9 年 度	対 前 年 度	対 前 年 度	摘 要
	平 算 額	平 算 案	比 較 増 ▲ 減 額	伸 率 (%)	
	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	294,378,356	295,280,893	902,537	0.31	
(項) 医療保険給付諸費	264,416,701	265,727,823	1,311,122	0.50	
(目) 国民健康保険組合療養給付費補助金	198,726,869	199,988,203	1,261,334	0.63	
(目) 国民健康保険組合後期高齢者医療費支援金補助金	59,031,226	59,007,658	▲ 23,568	▲ 0.04	
(目) 国民健康保険組合出産育児一時金等補助金	4,302,675	4,413,870	111,195	2.58	
出 産 育 児 一 時 金 補 助 金	2,082,675	2,151,660	68,985	3.31	
高 額 医 療 費 共 同 事 業 補 助 金	2,220,000	2,262,210	42,210	1.90	
(目) 国民健康保険組合事務費負担金	2,355,931	2,318,092	▲ 37,839	▲ 1.61	
(項) 介護保険制度運営推進費	29,409,071	28,980,547	▲ 428,524	▲ 1.46	
(目) 国民健康保険組合介護納付金補助金	29,409,071	28,980,547	▲ 428,524	▲ 1.46	
(項) 医療費適正化推進費	552,584	572,523	19,939	3.61	
(目) 国民健康保険組合特定健康診査・保健指導補助金	552,584	572,523	19,939	3.61	
国民健康保険関係助成費総計	3,845,107,159	3,937,216,425	92,109,266	2.40	
うち(項) 医療保険給付諸費	3,533,357,958	3,627,157,216	93,799,258	2.65	
うち(項) 介護保険制度運営推進費	293,965,078	292,255,421	▲ 1,709,657	▲ 0.58	
うち(項) 医療費適正化推進費	17,784,123	17,803,788	19,665	0.11	

東日本大震災に係る国保保険者等に対する財政支援の延長

【平成29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

○延長対象

東京電力福島第一原発の事故により設定された避難指示区域等(※)に住所を有する被保険者。

ただし、平成27年度までに避難指示が解除された区域等については、平成28年度は上位所得層を除き特別な財政支援を実施しており、平成29年度においても平成28年度と同様の財政支援を継続。

なお、平成28年度以降に避難指示が解除された区域についても、平成27年度までに避難指示が解除された区域等と同様の取り扱いを検討中。

※避難指示区域等とは、①警戒区域、②計画的避難区域、③緊急時避難準備区域、④特定避難勧奨地点(ホットスポット)と指定された4つの区域等をいう(いずれも、解除・再編された場合を含む)。

○対象期間

一部負担金免除・・・平成29年3月～平成30年2月診療分

保険料(税)減免・・・平成29年4月～平成30年3月納期到来分(平成29年度分)

(億円)

	市町村 国保	国保 組合	国保中 央会・ 国保連	備 考
一部負担金免除	24.7	0.9	—	一部負担金免除の6割相当を補助。 4割相当は特別調整交付(補助)金で補助予定。
保険料減免	15.9	1.3	—	保険料減免の6割相当を補助。 4割相当は特別調整交付(補助)金で補助予定。
固定資産税の課税免除	1.3	—	—	固定資産税の免除に伴う保険料減収分の1/2を補助。 残り1/2は特別調整交付金で補助予定。
被災者に対する特別措置についての周知事業	—	—	(0.06)	医療機関等に対して、一部負担金免除等の特別措置の延長を周知する事業
特定健診等の自己負担免除	(0.08)	(0.0)	—	特定健康診査等に係る自己負担金に対する助成。
計	41.9	2.2	0.0	

補助金申請事務等の適正化について

平成27年度決算検査報告について

会計検査院における平成27年度決算検査報告において、国民健康保険助成費について、次のとおり指摘があったところである。

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

1. 不当事項

〔療養給付費負担金〕

(ア) 地方単独事業に係る高額療養費の集計誤り	9 保険者	1 5 0, 5 7 7 千円
(イ) 医療給付費の算定誤り	5 保険者	1 0 2, 4 5 5 千円
(ウ) 地方単独事業の調整率の適用誤り	2 保険者	1 4, 0 3 9 千円
(エ) 遡及退職被保険者等の医療給付費の控除漏れ	5 保険者	8, 5 8 7 千円

合 計 21 保険者 275, 658 千円

〔財政調整交付金〕

(ア) 結核精神病に係る医療費給付費の算定誤り	7 保険者	4 6 5, 0 7 2 千円
(イ) 所得金額の算定誤り	3 保険者	2 3 8, 3 4 4 千円
(ウ) 地方単独事業に係る高額療養費の集計誤り	8 保険者	1 2 5, 0 7 3 千円
(エ) 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	5 保険者	4 4, 9 2 4 千円
(オ) 医療給付費の算定誤り	1 保険者	2 3, 0 9 2 千円
(カ) 遡及退職被保険者等の医療給付費の控除漏れ	1 保険者	2 1, 5 3 4 千円
(キ) 地方単独事業の調整率の適用誤り	2 保険者	6, 4 0 4 千円
(ク) 一般被保険者数の集計誤り	1 保険者	1, 9 9 8 千円

合 計 29 保険者 926, 441 千円

【参考】前回の指摘状況との比較

(単位:百万円)

	前回(26年度検査報告)		今回(27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	57	971	21	276
財政調整交付金	47	505	29	926
合 計	104	1,176	50	1,202

2. 意見を表示し又は処置を要求された事項

国民健康保険の療養給付費負担金等の交付額の算定に当たり、医療機関等に対する加算金の額を医療給付費の額から控除することを交付要綱等に明記するなどして、その交付額の算定が適正に行われるよう改善の処置を求められた。

9. 国保組合関係

平成29年度予算案(国保組合関係)

	【平成28年度予算】		【平成29年度予算案】
◎定率補助	1,862.6億円	→	1,840.2億円 (▲22.4億円)
◎調整補助金	1,009.1億円	→	1,039.5億円 (+30.4億円)
◎出産育児一時金補助金	20.8億円	→	21.5億円 (+0.7億円)
◎高額医療費共同事業補助金	22.2億円	→	22.6億円 (+0.4億円)
◎事務費負担金	23.6億円	→	23.2億円 (▲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)	5.5億円	→	5.7億円 (+0.2億円)
計	2943.8億円	→	2952.8億円 (+9.0億円)

* 項目毎に四捨五入している。

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。

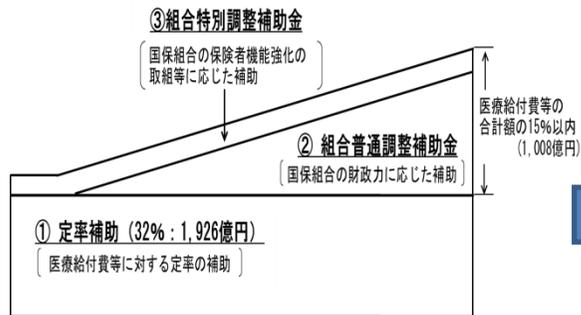
○具体的には、所得水準が150万円未満の組合には32%の定率補助を維持し、150万円以上の組合に対しては所得水準に応じ段階的に引き下げ、240万円以上の組合については13%とする。

○また、被保険者の所得水準の低い国保組合の国庫補助には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40組合 計163組合(291万人))

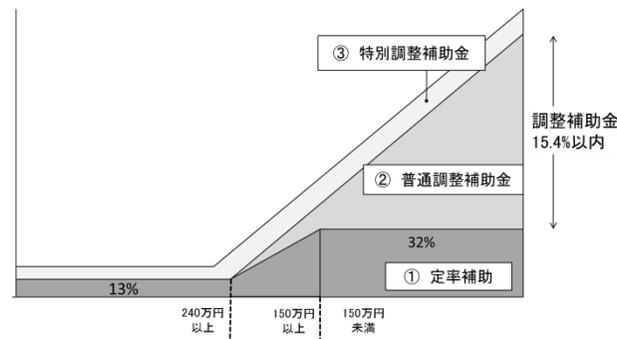
現行の国庫補助

(H27年度)



見直し後

(H32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	平成27年度(現行)	平成28~31年度	平成32年度
定率補助	150万円未満	32%	32% (現行通り)	
	150万円以上 160万円未満		※5年間かけて段階的な見直し	30.0%
	240万円以上			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。

○平成28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	現行	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32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逡減率とし、今回の見直しで13%まで引き下げる。

国保組合の国庫補助見直しに伴う激変緩和措置(案)

1. 段階的实施

○国庫補助の見直しを行うに当たっては、保険料水準が急激に上昇することのないよう、平成28年度から平成32年度まで5年間かけて、ゆるやかに実施することとしている。

2. 特別調整補助金による激変緩和

○組合ごとの特殊事情を勘案し、平成28年度から特別調整補助金による激変緩和措置を実施する。具体的には下記に着目した特別調整補助金による措置を実施。

- ①組合特定被保険者の割合
- ②支出に占める前期納付金及び後期支援金の割合

3. 国保組合の法定積立金の見直し

○国庫補助の見直しにより、医療費増等に備えた法定積立額の必要額が増加することとなるが、政令改正により、そもそもの積立規模を見直すことで積み増しを不要とする。

⇒上記の3措置の内容を含んだ国保組合の予算編成通知(※)を平成28年12月27日に発出済

※各国保組合が29年度の予算を立てる際の参考とするもの

特別調整補助金（保険者機能強化分）

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

（平成27年度実績 約25億円）

【補助対象事業】

①医療費適正化事業

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

②適用適正化事業

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

③保健事業

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

④その他保険者機能強化に資する事業

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

国保組合が行うがん検診事業に対する補助（案）

1. 補助対象とするがん検診の項目

種類	検査方法	対象者	備考
胃がん	胃内視鏡検査	50歳以上	2年に1回の計上
胃がん	胃部エックス線検査	40歳以上	
子宮頸がん	視診、子宮頸部の細胞診及び内診	20歳以上	2年に1回の計上
肺がん	胸部エックス線検査	40歳以上	
肺がん	胸部エックス線検査及び喀痰細胞診	40歳以上	
乳がん	乳房エックス線検査	40歳以上	2年に1回の計上
乳がん	視触診及び乳房エックス線検査	40歳以上	2年に1回の計上
大腸がん	便潜血検査	40歳以上	

2. 補助の考え方

平成28年度のがん検診対象者数 × 平成27年度の受診率（受診者数／対象者数）
× 単価 × 別に定める率

3. 今後の予定

国保組合特別調整補助金（保険者機能強化分）の交付基準において詳細をお示しする予定

保険者に対する予防・健康づくり等のインセンティブの見直し

○ これまでの検討会での指摘や日本再興戦略等を踏まえ、平成27年の医療保険制度改革関連法において、国保の保険者努力支援制度が創設されたこともあり、保険者種別それぞれの特성에応じた新たなインセンティブ制度に見直すこととした。

〈現行(～平成29年度)〉

保険者種別	健康保険組合 ・共済組合	協会けんぽ	国保(市町村)	国保組合	後期高齢者医療 広域連合
手法	後期高齢者支援金の加算・減算制度				なし
指標	特定健診・保健指導の実施率				

〈見直し後(平成30年度～)〉

保険者種別	健康保険組合 ・共済組合	協会けんぽ	国保(都道府県 ・市町村)	国保組合	後期高齢者医療 広域連合
手法	後期高齢者支援金の 加算・減算制度の見直し	各支部の取組等を 都道府県単位保険料 率に反映	保険者努力支援制度を 創設	各国保組合の取組等を 特別調整補助金に反映	各広域連合の取組等 を特別調整交付金に 反映
指標	保険者種別共通の項目を設定 (各項目の具体的な基準や、保険者種別の特性を踏まえて追加する項目は保険者種別毎に設定)				

○ なお、指標の設定に当たっては、以下の附帯決議に留意する必要がある。

◎持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議

参議院厚生労働委員会

一、国民健康保険について

5 保険者努力支援制度の実施に当たっては、保険者の努力が報われ、医療費適正化に向けた取組等が推進されるよう、綿密なデータ収集に基づく適正かつ客観的な指標の策定に取り組むこと。

国保組合におけるインセンティブについて

1. 指標案

- ・市町村国保の保険者努力支援制度前倒し分における評価指標に沿ったものを検討中。
- ・さらに国保組合固有の指標についても、今後、検討予定。

2. 評価方法

特別調整補助金において評価に応じた補助を行うが、具体的な評価基準については検討中。

3. 今後の予定

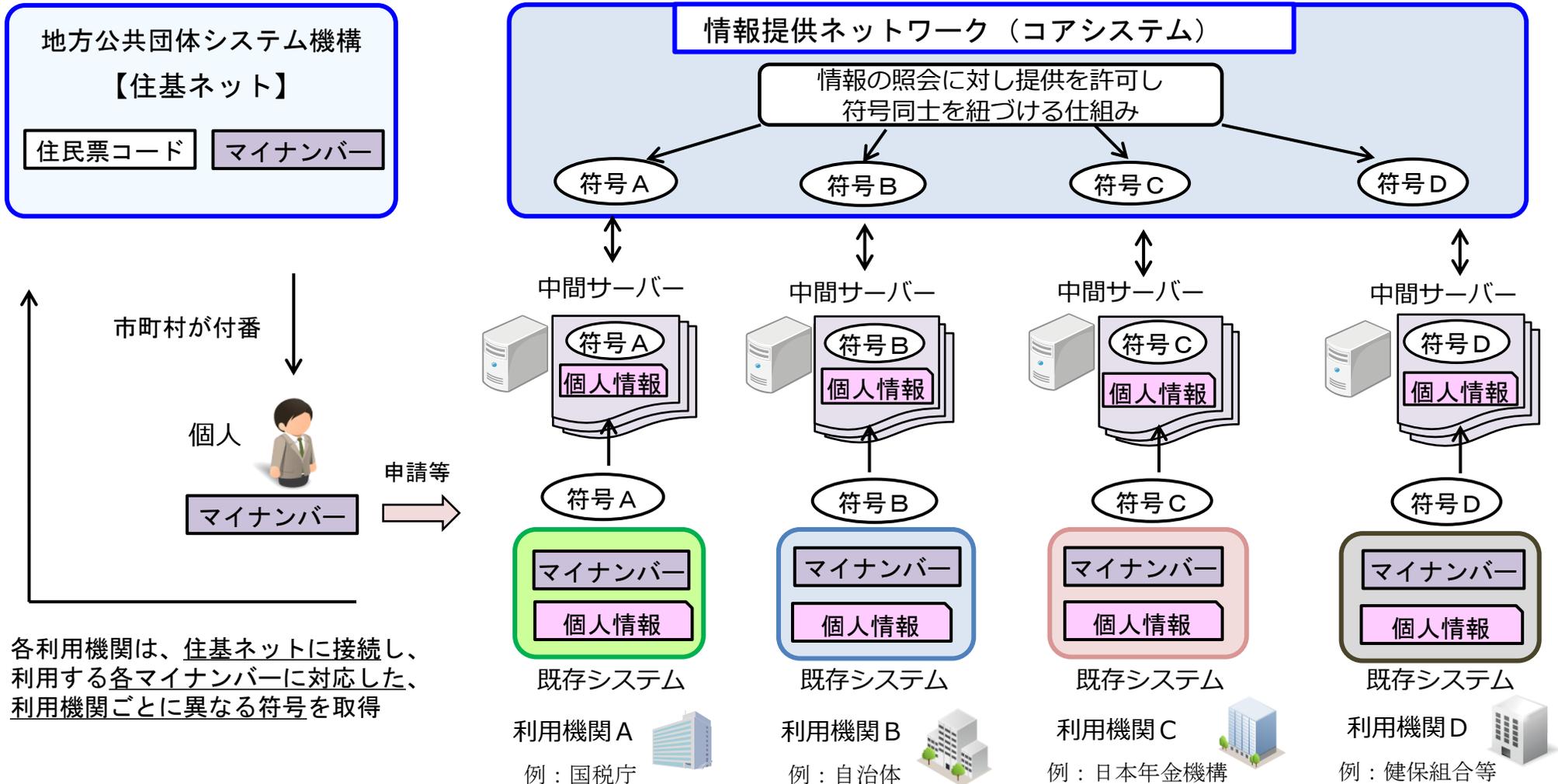
平成30年度以降に実施する予定（詳細は交付基準においてお示しする予定）

10. マイナンバー関係

番号制度における情報連携の仕組み

- 番号制度の情報連携は、①マイナンバーを直接用いず、各機関ごとに振り出された符号を利用し、芋づる式に情報が漏えいすることを防止する、②情報連携の対象となる個人情報、各利用機関の既存システムから中間サーバーに収載し、照会に対し自動的に提供する、安全で効率的な仕組みとしている。

平成29年 1月～ 国の機関間の情報連携
7月～ 地方公共団体・医療保険者の情報連携



各利用機関は、住基ネットに接続し、
利用する各マイナンバーに対応した、
利用機関ごとに異なる符号を取得

保険者事務の支払基金・国保連への共同委託(情報提供ネットワークへの接続の集約化)

○ 個人番号制度の施行に伴い、保険者は住基ネットに接続して符号を取得し、情報提供ネットワークへの接続が必要。

→ 保険者が個別に接続するとコスト大

※ 被保険者が異動するつど住基ネットに接続して符号を取得し、保険者ごとに住基接続の固定費や体制確保が必要。

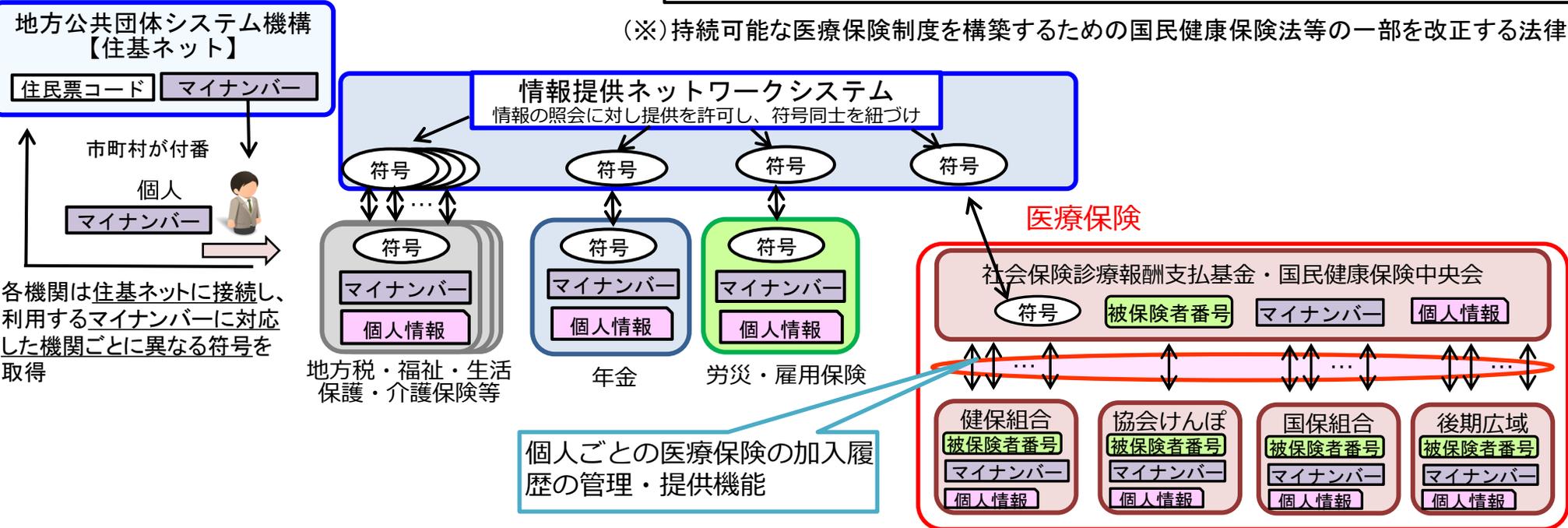
○ 支払基金と国保連が保険者の委託を受け、住基ネットと情報提供ネットワークに一元的に接続し、保険者の負担を軽減。

○ あわせて、医療保険の加入履歴の管理・提供機能により、保険者間での情報連携を効率化。

※ 国保の資格取得申請時の資格証明書の添付省略等

→ 保険者が保険給付、保険料徴収等に関する情報の収集、利用等に関する事務を支払基金又は国保連に共同して委託できることとする等の法律改正を行った(平成27年5月成立・公布。平成28年4月施行)

(※)持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律



※情報ネットワークとの接続(符号取得)は便宜上、支払基金が行う

中間サーバー等の導入の背景

社会保障・税番号制度（以下「番号制度」という。）の実施にあたり、医療保険者等は他の個人番号利用事務者との間で個人情報に関する情報連携が必要。

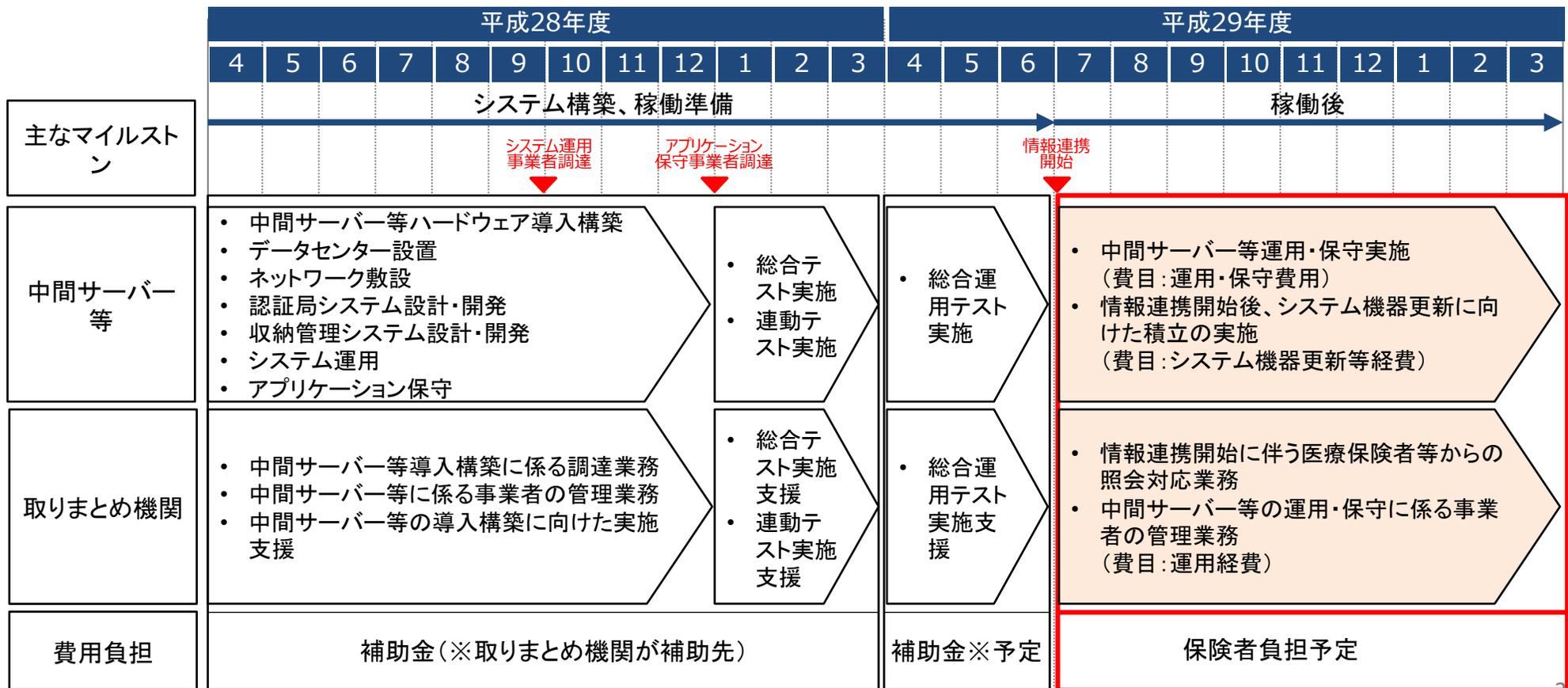
個々の医療保険者等で実施環境を構築する場合は、システム構築コストやシステム運用コスト、また実施する組織体制の確保等の運用コストが増大する。

厚生労働省が要請し、社会保険診療報酬支払基金と公益社団法人国民健康保険中央会が効率的な業務遂行の観点から、「取りまとめ機関」として、「中間サーバー等」のシステム構築、運用を行うこととなり、平成29年7月の情報連携開始に向け、各種準備作業を実施中。

※法律的には、行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成27年法律第65号）（以下「番号法」）のほか、関連する医療保険各法について改正を実施

中間サーバー等における必要経費の負担の考え方

- 中間サーバー等に係る必要経費について、
 - ・情報連携開始前の平成28年度に発生する中間サーバー等の費用は国から直接、取りまとめ機関へ補助する。
 - ・情報連携開始前の平成29年4月から6月までに発生する必要経費は国から直接、取りまとめ機関へ補助する予定。
 - ・情報連携開始後の平成29年7月から発生する必要経費は保険者へ負担頂くことになる予定。
- 平成30年度以降の中間サーバー等に係る必要経費について、
 - ・平成29年7月からの費用負担の考え方にに基づき決定する予定。



中間サーバー等における必要経費の負担の考え方

負担方法

- 平成29年7月以降、発生する中間サーバー等・取りまとめ機関運用に係る必要経費について、全保険者から負担金を頂くことを予定しています。

中間サーバー等・取りまとめ機関運用に係る必要経費

全保険者から負担金を頂く予定

協会けんぽ・健康保険組合・国民健康保険組合・後期高齢者医療広域連合

A保険者

B保険者

C保険者

D保険者

E保険者

...

- 保険者から負担金を頂く場合、以下の方法にて各保険者の負担金を算出することを想定しています。

$$\text{各保険者の負担金} = \text{中間サーバー等に係る必要経費} \times \frac{\text{各保険者の加入者数}}{\text{全保険者の加入者数合計}}$$

※ 厚生労働省が毎年公表する各医療保険制度の事業年報(前々年度数値)の被保険者数を基に算出

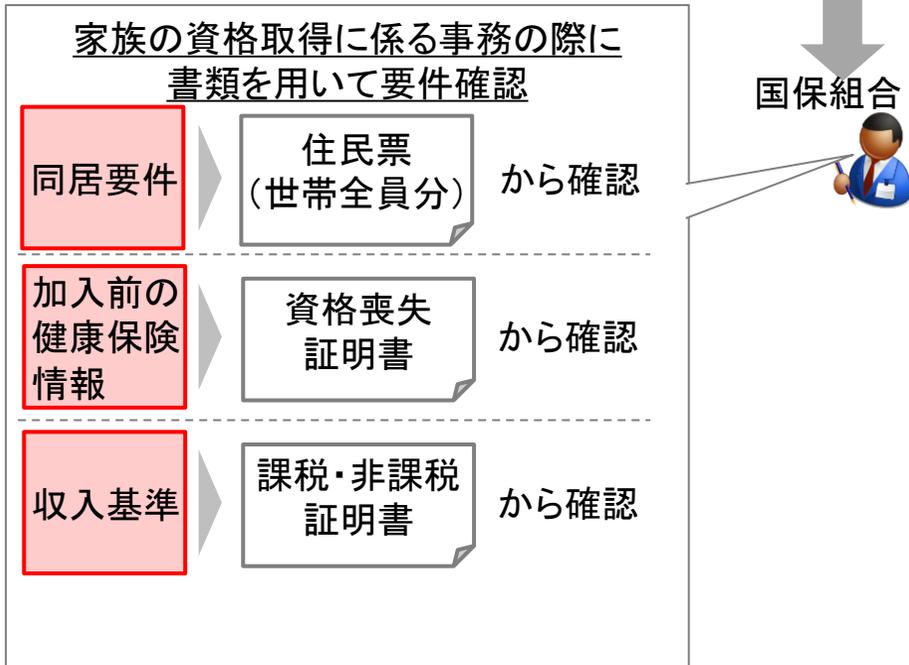
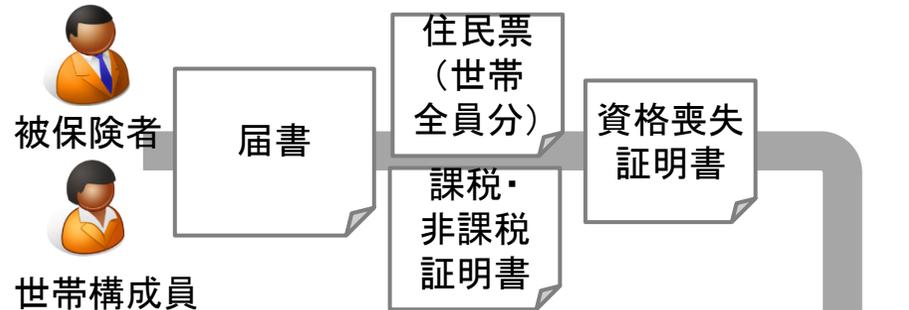
※被用保険者
※後期高齢者・国保組合

加入者数 = 被保険者数 + 被扶養者数
加入者数 = 被保険者数

情報連携開始後の業務運用例

『家族の資格取得』に係る事務に関連して、情報連携で『同居要件』、『加入前の健康保険情報』、『収入基準』が確認可能なため、住民票や資格喪失証明書、課税・非課税証明書が省略される予定です。

情報連携開始前の業務の流れ(概要)



情報連携開始後の業務の流れ(概要)

