

国保改革の検討状況等について

平成28年2月

厚生労働省保険局国民健康保険課

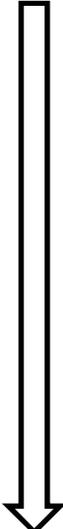
資料の一部には、納付金・標準保険料率に関するガイドライン案及び国保運営方針ガイドライン案など、国保基盤強化協議会事務レベルワーキングにおける検討中の内容が含まれている。

- I . 国保制度改革の経緯と概要・・・ p4
- II . 施行に向けたスケジュール・・・・・・ p15
- III . 新たな財政運営の仕組み・・・・・・ p19
- IV . 改革後の国保事務運営・・・・・・ p61
- V . 保険者機能の強化等・・・ p81
- VI . システム開発への対応・・・・・・ p142

I . 国保制度改革の経緯と概要

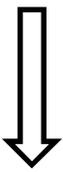
社会保障制度改革国民会議以降の流れ

社会保障制度改革国民会議(H24.11.30:第1回 ⇒ H25.8.6:報告書とりまとめ)

- 
- 社会保障制度改革国民会議(国民会議)は、社会保障制度改革推進法(改革推進法)(※1)に基づき、設置。
(設置期限:平成25年8月21日)
(※1)自民党、公明党、民主党の3党合意に基づく議員立法。平成24年8月10日成立、同22日公布。
 - 改革推進法に規定された「基本的な考え方」、社会保障4分野(年金、医療、介護、少子化対策)に係る「改革の基本方針」及び3党実務者協議でとりまとめた「検討項目」に基づき、15名の有識者(清家篤会長)が20回にわたり審議。
 - 政府は、国民会議における審議の結果等を踏まえて、法律の施行後1年以内(平成25年8月21日まで)に、必要な法制上の措置を講ずることとされた。(改革推進法第4条)

⇒ 「『法制上の措置』の骨子」(H25.8.21:閣議決定)

社会保障改革プログラム法(H25.10.15:提出 ⇒ H25.12.5:成立、H25.12.13:公布)

- 
- 「『法制上の措置』の骨子」に基づき、社会保障制度改革の全体像・進め方を明示。

平成26年の通常国会以降:順次、個別法改正案の提出

- 平成26年の通常国会では、医療法・介護保険法等の改正法案、難病・小児慢性特定疾病対策の法案、次世代育成支援対策推進法等の改正法案、雇用保険法の改正法案を提出し、成立。
- 平成27年通常国会には、医療保険制度改革のための法案を提出し、成立(H27.5.27)。

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

1. 協議事項

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

2. メンバー

○政務レベル協議

【厚生労働省】 厚生労働大臣、副大臣、政務官

【地方代表】 栃木県知事、高知市長(高知県)、井川町長(秋田県)(聖籠町長(新潟県))

○事務レベルWG

【厚生労働省】 厚生労働省保険局

総務課長、国民健康保険課長、高齢者医療課長、調査課長

【地方代表】 (全国知事会)… 山形県、栃木県、愛知県、鳥取県、愛媛県

(全国市長会)… 見附市(新潟県)、裾野市(静岡県)、高松市(香川県)、高知市(高知県)

(全国町村会)… 井川町(秋田県)、奥多摩町(東京都)、聖籠町(新潟県)、九重町(大分県)

3. 経緯

平成26年	1月31日	政務レベル協議
	2月	
	↓	毎月1回程度 事務レベルWG(計7回)
	7月	政務レベル協議(中間整理)
	8月8日	
	↓	毎月1回程度 事務レベルWG(計7回)
平成27年	2月12日	政務レベル協議(議論のとりまとめ)

(参考)国民健康保険の見直しについて(議論のとりまとめ)のポイント

平成27年2月12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)

国民皆保険を支える重要な基盤である国民健康保険制度の安定的な運営が可能となるよう、厚生労働省は、以下の方針に基づき、必要な予算の確保、本年通常国会への所要の法案の提出等の対応を行う。

1. 公費拡充等による財政基盤の強化

○毎年約3,400億円の財政支援の拡充等により財政基盤を強化。

⇒これに伴い、被保険者の保険料負担の軽減やその伸びの抑制が可能。

I. 平成27年度から低所得者対策として、保険者支援制度を拡充(約1,700億円)

II. 平成29年度以降は、更なる国費 毎年約1,700億円を投入

- ①国の財政調整機能の強化—自治体の責めによらない要因(※)に対する財政支援の強化(700~800億円規模)
※精神疾患、子どもの被保険者数、非自発的失業者 等
- ②医療費の適正化に向けた取組等(※)、努力を行う自治体に支援を行う「保険者努力支援制度」の創設
※例えば、後発医薬品使用割合、保険料収納率 等 (700~800億円規模)
- ③財政リスクの分散・軽減のため、財政安定化基金を創設(2,000億円規模)
- ④著しく高額な医療費に対する医療費共同事業への財政支援の拡充 (数十億円規模)

○あわせて、医療費の適正化に向けた取組、保険料の収納対策等を一層推進し、財政基盤を強化。

2. 運営の在り方の見直し（保険者機能の強化）

○平成30年度から、都道府県が、当該都道府県内の市町村とともに国保の運営を担う。

（1）都道府県

○都道府県が国保の財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営について中心的な役割を担うこととし、制度の安定化を図る。

- ・都道府県内の統一的な国保の運営方針の策定
 - ・国保運営協議会の設置
 - ・医療給付費等の見込みを立て、市町村ごとの分賦金(仮称)の額を決定（市町村ごとの医療費水準、所得水準を考慮することが基本）
 - ・市町村が参考とするための標準保険料率等を算定・公表
 - ・保険給付に要した費用を市町村に支払い
 - ・市町村が行った保険給付の点検
 - ・不正請求事案における不正利得回収等、市町村の事務負担の軽減 等
- ※国の普通調整交付金については、都道府県間の所得水準を調整する役割を担うよう適切に見直す

（2）市町村

○市町村は、地域住民と身近な関係の中、被保険者の実情を把握した上で、地域におけるきめ細かい事業を行う。

- ・保険料の賦課・徴収（標準保険料率等を参考）
- ・分賦金(仮称)を都道府県に納付
- ・個々の事情に応じた資格管理・保険給付の決定
- ・保健事業（レセプト・健診情報を活用したデータ分析に基づくデータヘルス事業等）
- ・地域包括ケアシステム構築のための医療介護連携 等

3. 改革により期待される効果

○小規模な保険者の多い従来の国保について、その運営の安定化を図り、全国の自治体において、今後も国保のサービスを確保し、国民皆保険を堅持。

① 地域医療構想を含む医療計画の策定者である都道府県が国保の財政運営にも責任を有する仕組み。

⇒これまで以上に良質な医療の効率的な提供に資する。

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ぎ。

② 財政安定化基金も活用しつつ、一般会計繰入の必要性を解消。

⇒保険給付費の確実な支払いを確保。

③ 標準システムの活用や統一的な国保の運営方針等により、市町村の事務遂行の効率化・コスト削減、標準化。

⇒事務の共同処理や広域化が図られやすくなる。

4. 今後、更に検討を進めるべき事項

○厚生労働省は、上記1. ～3. を踏まえた新たな制度の円滑な実施・運営に向け、制度や運用の詳細について、引き続き地方と十分協議しながら検討し、順次、具体化を図る。

○また、高齢化の進展等に伴い今後も医療費の伸びが見込まれる中、国保制度を所管する厚生労働省は、持続可能な国保制度の堅持に最終的な責任を有している。国民皆保険を支える国保の安定化を図ることはきわめて重要な課題であり、その在り方については、不断の検証を行うことが重要である。その際には、地方からの提案についても、現行制度の趣旨や国保財政に与える影響等を考慮しながら、引き続き議論していく。

○今回の改革後においても、医療費の伸びの要因や適正化に向けた取組の状況等を検証しつつ、更なる取組を一層推進するとともに、医療保険制度間の公平に留意しつつ、国保制度の安定的な運営が持続するよう、都道府県と市町村との役割分担の在り方も含め、国保制度全般について必要な検討を進め、当該検討結果に基づき、所要の措置を講じる。

⇒今後も、厚生労働省と地方との間で、国保基盤強化協議会等において真摯に議論を行う。

持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律の概要

(平成27年5月27日成立)

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

1. 国民健康保険の安定化

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

2. 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

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

3. 負担の公平化等

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

4. その他

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

国保制度改革の概要(公費による財政支援の拡充)

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

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

※ 被保険者一人当たり、約1万円の財政改善効果

<平成27年度から実施>

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

<平成30年度から実施>(毎年約1,700億円)

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

- ・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年度以降は、上記の項目に約1,700億円を配分

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

先行的な財政支援策としての保険者支援制度の拡充(平成27年度)

○ 低所得者(保険料の軽減対象者)数に応じた保険者への財政支援(平成26年度:約980億円)を更に約1,700億円拡充。

※被保険者一人当たり約5,000円の財政改善効果

《拡充の内容》

- ① 現在、財政支援の対象となっていない2割軽減対象者についても、財政支援の対象とするとともに、軽減対象の拡大に応じ、財政支援の対象を拡大する。
- ② 現行の7割軽減・5割軽減の対象者数に応じた財政支援の補助率を引き上げる。
- ③ 財政支援額の算定基準を平均保険料収納額の一定割合から、平均保険料算定額の一定割合に改める。

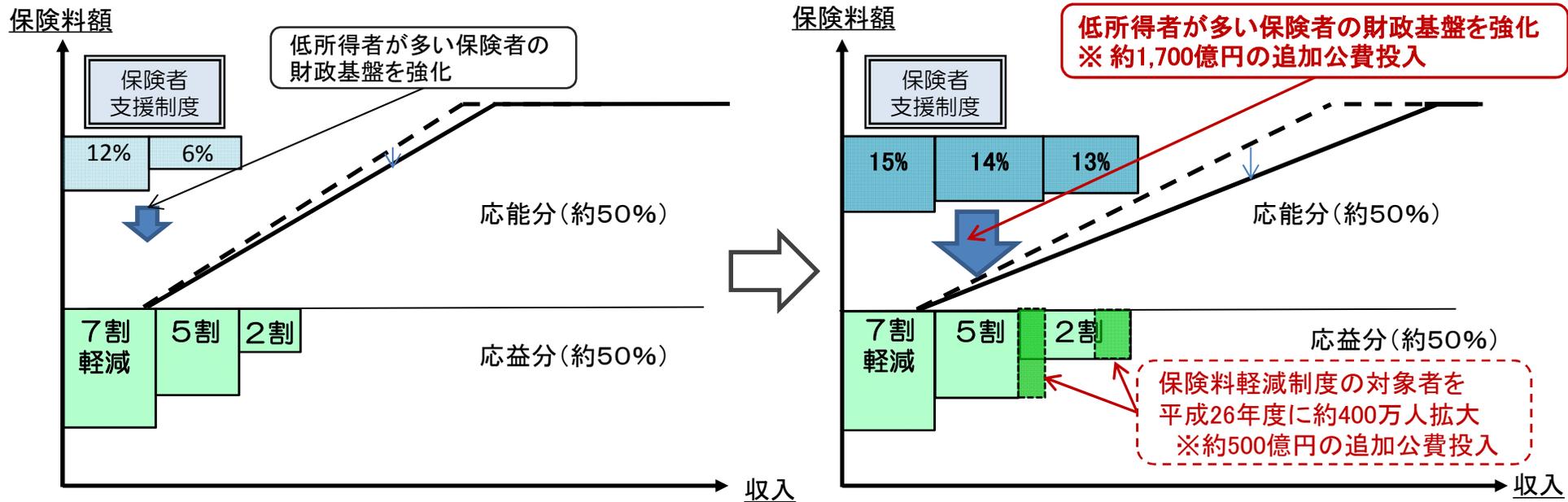
※ 収納額 = 算定額 - 法定軽減額 - 未納額

【現行】 軽減対象者1人当たりの支援額 = 平均保険料**収納額**の12%(7割軽減)、6%(5割軽減)

【改正後】 軽減対象者1人当たりの支援額 = 平均保険料**算定額**の15%(7割軽減)、14%(5割軽減)、13%(2割軽減)

平成26年度

平成27年度



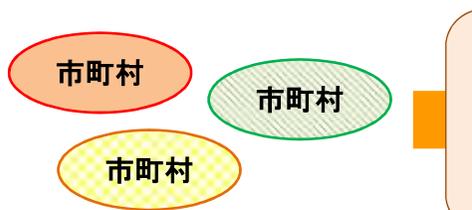
国保制度改革の概要(運営の在り方の見直し)

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

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

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

【現行】市町村が個別に運営



- ・国の財政支援の拡充
- ・都道府県が、国保の運営に中心的役割を果たす

(構造的な課題)

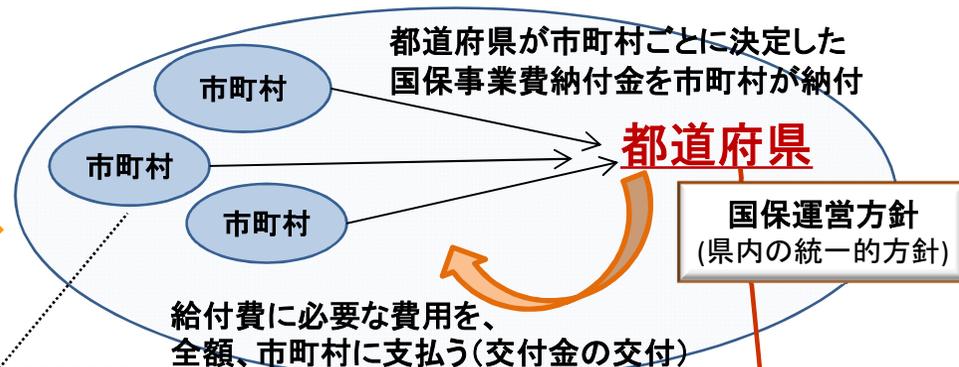
- ・年齢が高く医療費水準が高い
- ・低所得者が多い
- ・小規模保険者が多い

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

※被保険者証は都道府県名のもの
※保険料率は市町村ごとに決定
※事務の標準化、効率化、広域化を進める

○ 詳細については、引き続き、地方との協議を進める

【改革後】都道府県が財政運営責任を担うなど中心的役割



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

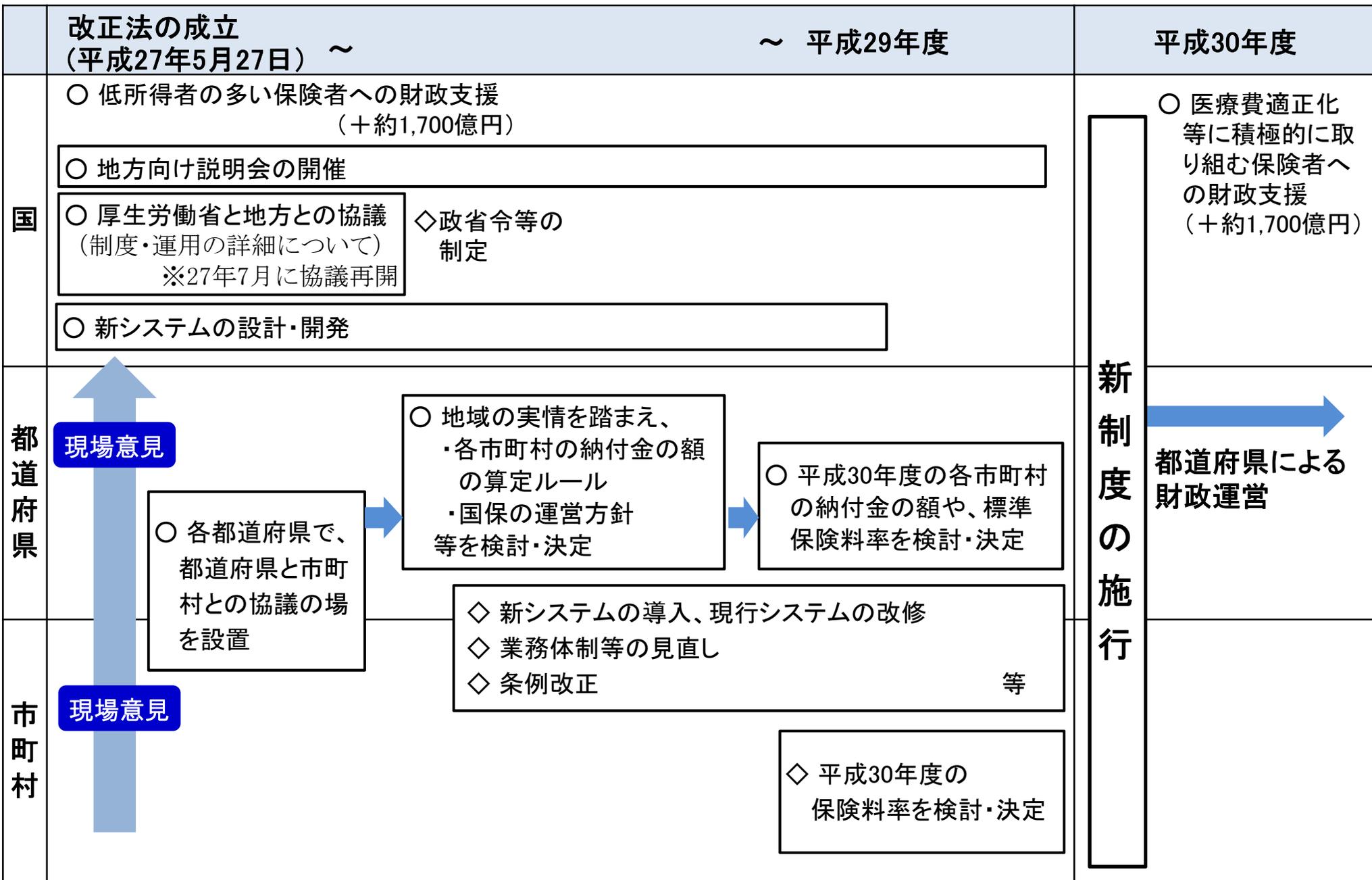
なお、国の普通調整交付金については、都道府県間の所得水準を調整する役割を担うよう適切に見直す

改革後の国保の運営に係る都道府県と市町村それぞれの役割

改革の方向性		
1. 運営の在り方 (総論)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 都道府県が、当該都道府県内の市町村とともに、国保の運営を担う ○ <u>都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化</u> ○ <u>都道府県が、都道府県内の統一的な運営方針としての国保運営方針を示し、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進</u> 	
	都道府県の主な役割	市町村の主な役割
2. 財政運営	<u>財政運営の責任主体</u> <ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村ごとの国保事業費納付金を決定 ・ 財政安定化基金の設置・運営 	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>国保事業費納付金を都道府県に納付</u>
3. 資格管理	国保運営方針に基づき、事務の効率化、標準化、広域化を推進 ※4. と5. も同様	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域住民と身近な関係の中、資格を管理(<u>被保険者証等の発行</u>)
4. 保険料の決定 賦課・徴収	標準的な算定方法等により、 <u>市町村ごとの標準保険料率を算定・公表</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>標準保険料率等を参考に保険料率を決定</u> ・ 個々の事情に応じた賦課・徴収
5. 保険給付	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払い</u> ・ 市町村が行った保険給付の点検 	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>保険給付の決定</u> ・ 個々の事情に応じた窓口負担減免等
6. 保健事業	市町村に対し、必要な助言・支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>被保険者の特性に応じたきめ細かい保健事業を実施</u> (データヘルス事業等)

Ⅱ．施行に向けたスケジュール

国保制度改革の主な流れ (イメージ)



国保改革に係る平成27年度の主な進め方

	平成27年9月	12月	平成28年1月	3月
財政運営等の仕組み (国保事業費納付金 標準保険料率 保険給付費等交付金 等)	国保基盤強化協議会事務レベルWG(以下「事務レベルWG」)において 国保事業費納付金、標準保険料率のあり方等について議論		国保事業費納付金、標準保険料率等の仕組み(案)を各自治体等に提示	仕組みの決定 関連政省令(案)を提示
都道府県は、市町村との議論の場を設置し、財政運営や、市町村が担う事務の効率化・広域化等に関する議論の推進				
国保運営方針	事務レベルWGにおいて国保運営方針のガイドラインについて議論		国保運営方針のガイドライン(案)を各自治体等に提示	国保運営方針のガイドラインを決定
国保運営協議会	事務レベルWGにおいて国保運営協議会の詳細について議論	必要に応じ都道府県は28年度予算へ反映		
		国保運営協議会の詳細を提示	関連政省令(案)を提示	
国保保険者標準事務処理システム	国保保険者標準事務処理システムの開発範囲、要件定義等について議論	・28年度における各自治体のシステム対応について通知、調達仕様書の開示 ・国の28年度予算案の通知		
		各自治体における28年度予算への反映		
財政安定化基金	・27年度財政安定化基金交付決定 ・財政安定化基金条例準則の提示	都道府県における対応 ・補正予算編成 ・条例制定		
	事務レベルWGにおいて、財政安定化基金のあり方について議論	国の28年度予算案の通知	都道府県における28年度予算への反映	
保険者努力支援制度	保険者による健診・保健指導等に関する検討会において、保険者共通の取組について議論			
	上記検討会の状況を踏まえつつ、事務レベルWGにおいて国保固有の取組についても議論			・基本的仕組みの決定 ・保険者努力支援制度前倒しの考え方について提示

※ 上記のスケジュールは平成27年9月末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。

28年度における都道府県・市町村の主な準備事務

都道府県	市町村
○都道府県内市町村との協議の実施	
<ul style="list-style-type: none"> ・市町村の国保運営の現状共有 ・納付金・標準保険料率試算のためのデータ等の収集 ・納付金・標準保険料率の仕組み(都道府県の算定方法等)についての議論 ・国保運営方針についての議論(保険者機能の強化等) ・事務処理等の標準化・効率化の検討 ・将来の国保財政・見通しについて議論(保険料水準、一般会計繰入の解消・縮減等) ※必要に応じWGを設置して議論	
○条例改正(29年度改正に向けた準備含む)	
<ul style="list-style-type: none"> ・国保運営協議会の設置 ・納付金の徴収 ・保険給付費等交付金の設計 ・財政安定化基金 (・特別会計の設置) 	<ul style="list-style-type: none"> ・業務フローの見直し等による改正
○国保運営協議会(又はその前身となる機関)の前倒し設置	
<ul style="list-style-type: none"> ・委員の選定 ・協議の開始 	<ul style="list-style-type: none"> ○30年度以降のシステム対応の決定 ・国が開発する市町村事務処理標準システムの導入の可否についての検討 ・自庁システムの改修
○納付金・標準保険料率試算	
<ul style="list-style-type: none"> ・納付金試算のためのデータ等の収集(再掲) ・試算の実施 ※28年秋に納付金算定標準システムの簡易版を配布	<ul style="list-style-type: none"> ・納付金試算のためのデータ等の収集(再掲)

※上記の他、通常の国保事務も引き続き実施

Ⅲ. 新たな財政運営の仕組み

- 1 都道府県を財政運営主体とする新たな仕組みの概要
- 2 新たな財政調整の仕組み
- 3 納付金の算定ルール
- 4 標準保険料率の設定
- 5 財政安定化基金
- 6 激変緩和措置

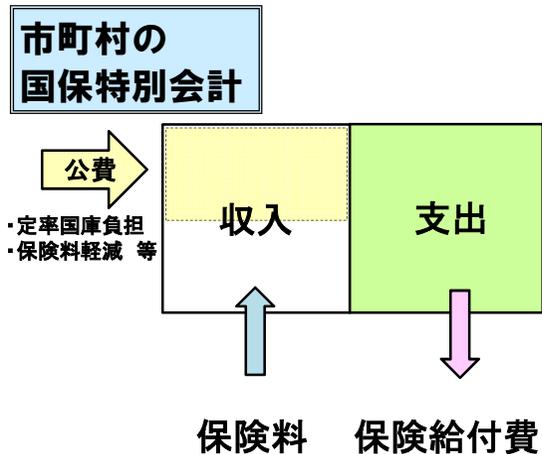
○ 都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業費納付金の額の決定や、保険給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払う(保険給付費等交付金の交付)ことにより、国保財政の「入り」と「出」を管理する。

※ 都道府県にも国保特別会計を設置

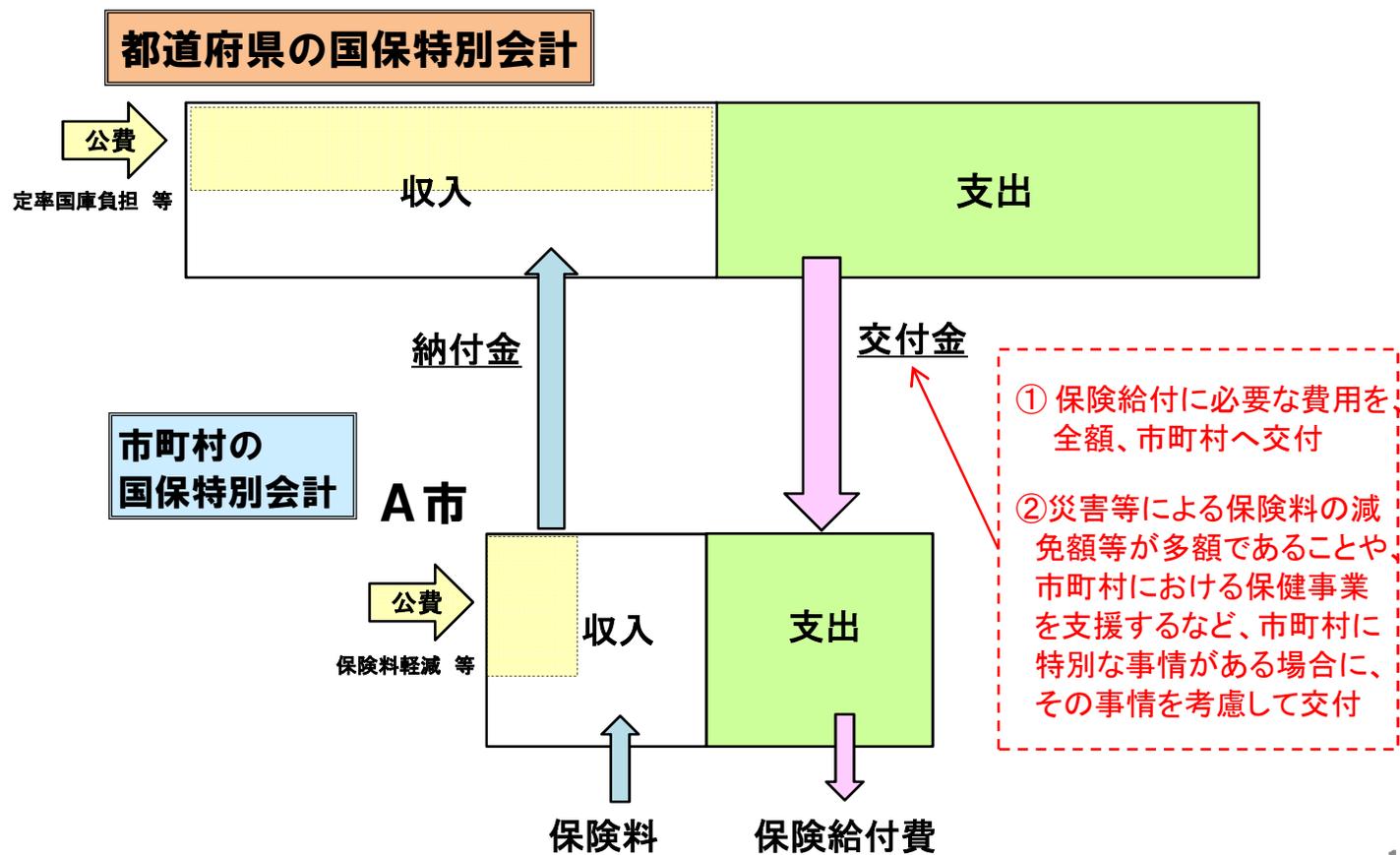
○ 市町村は、都道府県が市町村ごとに決定した納付金を都道府県に納付する。

※ 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



改革後の国保財政運営における国、都道府県、市町村の役割

＜国の役割＞

- 国は、定率国庫負担等を行うことで、国保財政全体に対し一律の財政支援を行うと同時に、全国レベルで調整すべき、都道府県間の所得水準の調整、全国レベルで調整すべき都道府県・市町村の特別な事情等を考慮して調整交付金を配分する。
- 都道府県、市町村の医療費適正化等に向けた取組のインセンティブとして支援金を交付する。

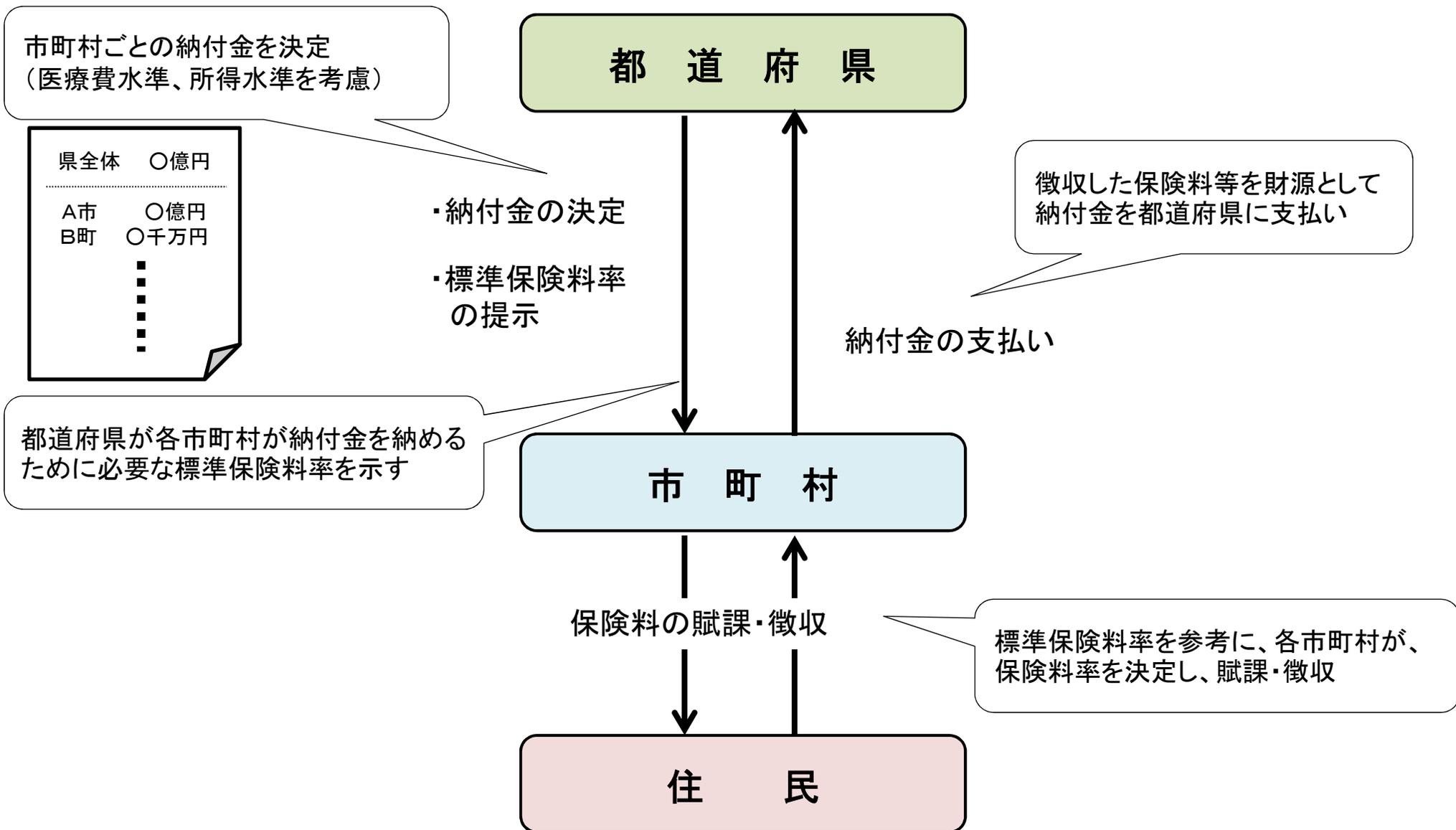
＜都道府県の役割＞

- 都道府県は、都道府県内市町村に医療給付、支払基金に後期高齢者支援金、介護納付金等を支払うが、そのための財源として国や都道府県一般会計からの公費のほか、市町村から集める納付金を充てる。
- 市町村間の医療費水準や所得水準の差異を調整した上で、市町村ごとの納付金を割当てる。また、納付金を納めるために必要な標準保険料率を示す。
- 国保の財政運営の責任主体として、一般会計から定率の公費繰入を実施し、都道府県における国保財政全体の安定化を図るとともに、都道府県内で調整すべき各市町村の特別な事情（納付金の算定方法変更等に伴う保険料の急激な変化等）を調整するため、一般会計から繰入れ、市町村に交付金を配分する。
- 財政安定化基金を設置し、予期せぬ給付増や保険料収納不足が生じた場合には、貸付及び交付を行うことで、当該都道府県内の国保財政を安定化させる。

＜市町村の役割＞

- 市町村は都道府県が定めた納付金を納めるため、都道府県に示された標準保険料率を参考にして、条例において国保の保険料率を決定し、賦課・徴収を行う。
- 地域住民と身近な関係のもと、資格管理、保険給付、保健事業等、地域におけるきめ細かい事業を引き続き実施する。

※その他、従来から実施している国保財政安定化のための公費支援（高額医療費、保険者支援、保険料軽減等）を引き続き実施



- **都道府県**は、
 - ・ 医療給付費等の見込みを立て、**市町村ごとの国保事業費納付金（※）の額を決定（①）**
 ※ 市町村ごとの医療費水準、所得水準を考慮
 - ・ 都道府県が設定する標準的な算定方式等に基づいて**市町村ごとの標準保険料率を算定・公表（②）**
- **市町村**は、都道府県の示す標準保険料率等を参考に、それぞれの保険料算定方式や予定収納率に基づき、**それぞれの保険料率を定め、保険料を賦課・徴収し、納付金を納める。（③）**

都道府県

市町村

公費等

医療給付費等

保険料収納必要額

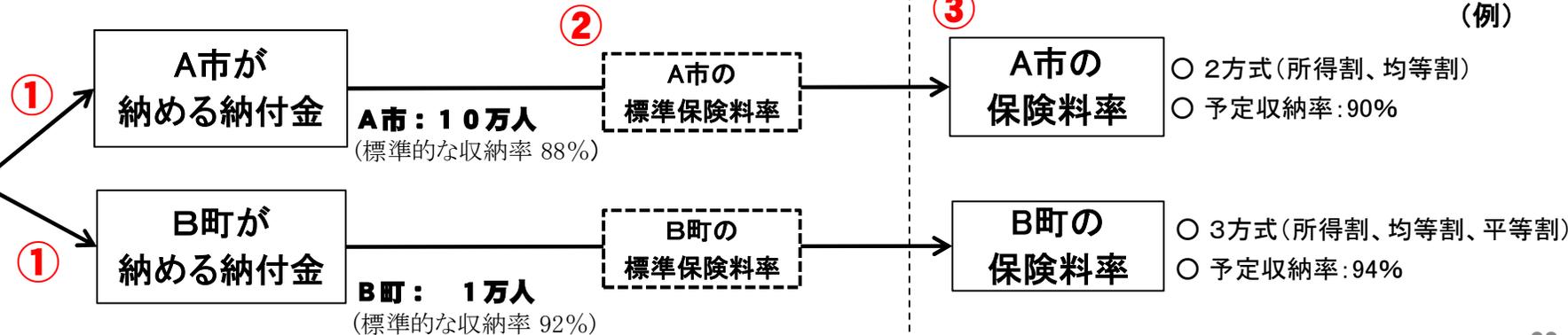
＜県の標準設定のイメージ＞②

- 標準的な算定方式は3方式(所得割、均等割、世帯割)
- 標準的な収納率は、市町村規模別に、右表のとおりとする。

被保険者数	標準的な収納率 (イメージ)
1万人未満	94%
1万人～5万人未満	92%
5万人～10万人未満	90%
10万人以上	88%

- 都道府県が定めた標準的な保険料算定方式等を参考に、**実際の算定方式や保険料率を定め、保険料を賦課、徴収**

※ 市町村は、都道府県が設定する標準的な収納率よりも高い収納率をあげれば、「標準保険料率」よりも安い保険料率を設定できる。(収納インセンティブの確保)



国民健康保険保険給付費等交付金(案)

○ 国民健康保険保険給付費等交付金は下記2つの目的で交付される。

- ①「保険給付の実施その他の国民健康保険事業の円滑かつ確実な実施」(普通給付分)
- ②「当該都道府県内の市町村の財政状況その他の事情に応じた財政の調整」(特別給付分)

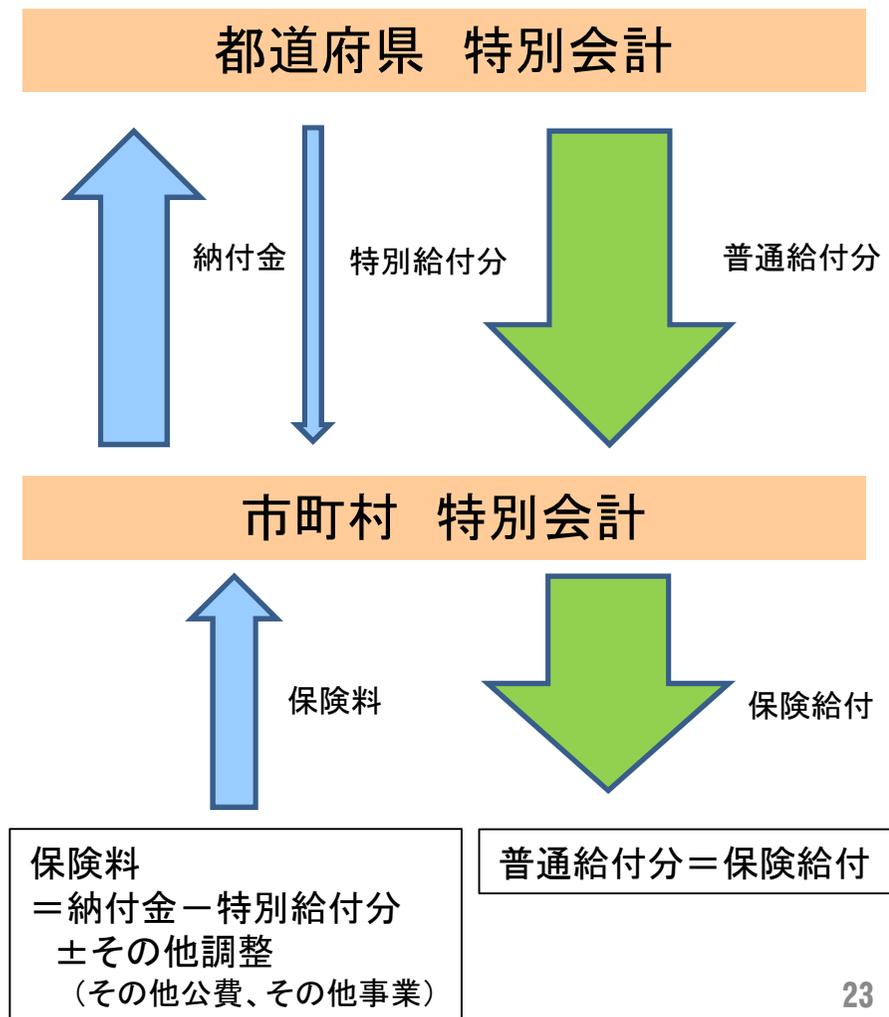
普通給付分

- ・各市町村が保険給付に要した費用を全額交付
(療養の給付、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、高額介護合算療養費)

特別給付分

- ・市町村向けの国の特別調整交付金分
- ・都道府県繰入金の2号交付金分(激変緩和分を含む)
- ・保険者努力支援制度分
- ・特定健診費用の3分の2負担分

※都道府県で保険料率を一本化する場合には特別な調整が必要となる。



Ⅲ. 新たな財政運営の仕組み

- 1 都道府県を財政運営主体とする新たな仕組みの概要
- 2 新たな財政調整の仕組み
- 3 納付金の算定ルール
- 4 標準保険料率の設定
- 5 財政安定化基金
- 6 激変緩和措置

財政運営の仕組みの変化

現 行

○市町村ごとの財政運営

⇒被保険者が少ない自治体の運営が不安定

○保険財政共同安定化事業

⇒各市町村の所得水準、医療費水準、被保険者数による調整

⇒年度途中で保険料で集めるべき額が変動

○普通調整交付金

⇒市町村間の所得水準を全国レベルで調整

○前期高齢者交付金

⇒市町村間で前期高齢者加入率の差異を調整

改革後

○都道府県が財政運営の責任主体

⇒一定の被保険者数を確保

○納付金制度

⇒市町村間で所得水準、年齢構成を加味した医療費水準による調整

⇒市町村の保険料で集めるべき額が医療費増等に影響されない

○普通調整交付金

⇒都道府県間の所得水準を全国レベルで調整

○前期高齢者交付金

⇒都道府県間で前期高齢者加入率の差異を調整

○財政安定化基金

⇒保険料収納不足、医療費の増加等に対応

改正後の国民健康保険法 (調整交付金等)

第72条

国は、都道府県等が行う国民健康保険について、都道府県及び当該都道府県内の市町村の財政の状況その他の事情に応じた財政の調整を行うため、政令で定めるところにより、都道府県に対して調整交付金を交付する。

現 在

普通調整交付金

- ・市町村間の所得水準を全国レベルで調整

特別調整交付金

- ・市町村の特別な事情を考慮

改 革 後

普通調整交付金

- ・都道府県間の所得水準を全国レベルで調整
(都道府県内市町村間の所得水準は納付金で調整)

特別調整交付金

- ・都道府県の特別な事情を考慮
- ・市町村の特別な事情を考慮

○国保改革により、財政調整機能の強化として、自治体の責めによらない要因に対応するため、特別調整交付金の財政支援を拡充する他、既存の特別調整交付金についても要件の見直しを行う。

都道府県繰入金(案)

- 現行制度では市町村へ交付金として交付される都道府県調整交付金は、改革後は、都道府県の一般会計から国保特別会計への繰入金(医療給付費等の9%分)として繰り入れられた上で、その一部が国保保険給付費等交付金の一部として交付されることとなる。

⇒ 今回の改革の趣旨に則して、現行の都道府県調整交付金の役割と、都道府県調整交付金配分ガイドラインの見直しが必要となる。

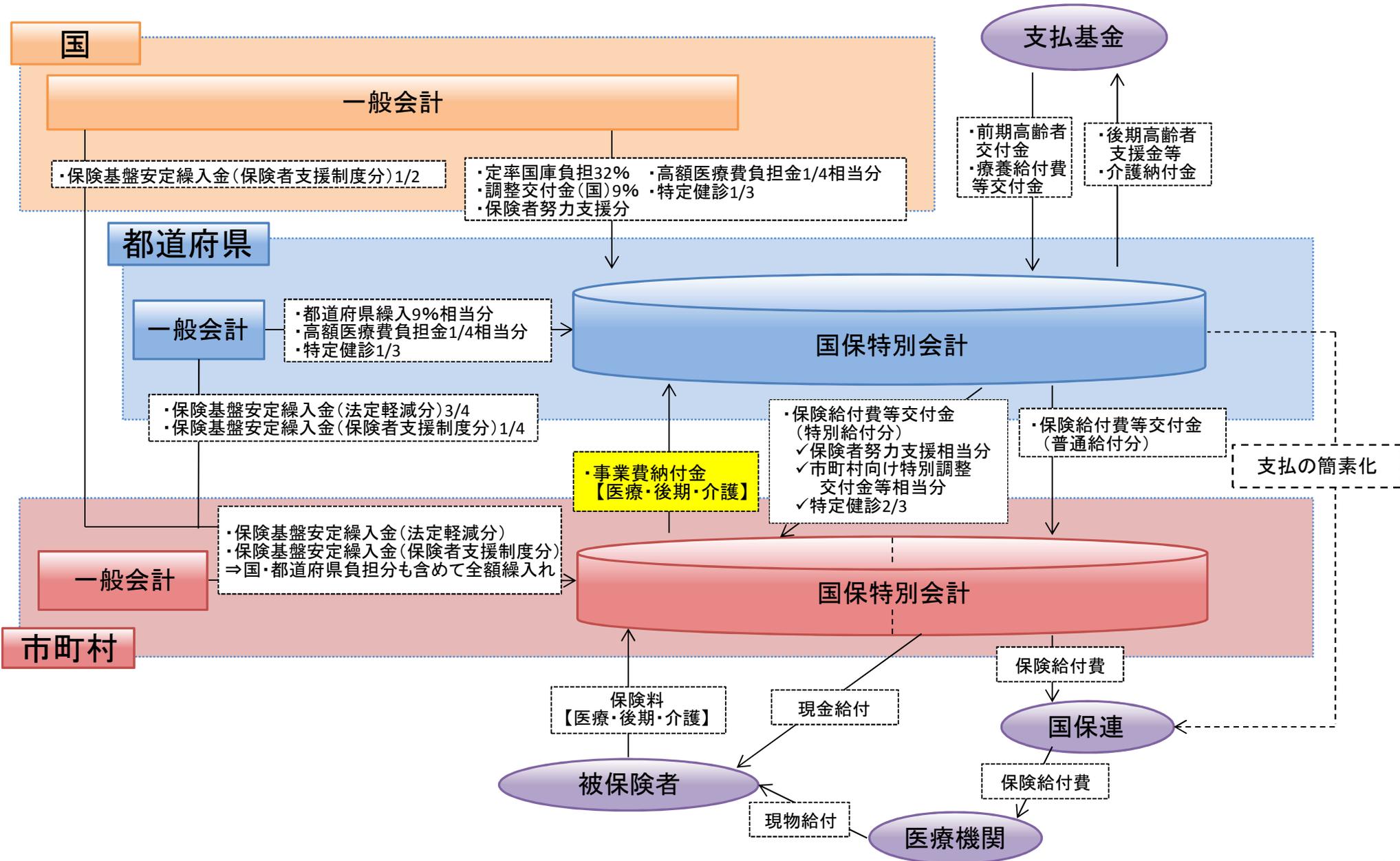
	現行	改革後
1号交付金	I 定率交付	⇒ 納付金の役割と重複しないよう、全て定率の扱いとし、都道府県単位の納付金総額から控除する
	II 定率交付以外(所得水準等に応じて交付)	
2号交付金	I 保険者の責によらない医療費増、災害等	⇒ 国の新しい特別調整交付金との調整が必要
	II 保険財政共同安定化事業の激変緩和	⇒ 納付金の仕組み導入に伴う激変緩和
	III 保険料平準化を支援	⇒ 引き続き活用
	IV 医療費適正化のための事業実施	⇒ 引き続き活用
	V 医療費の適正化や収納率向上の成績評価	⇒ 保険者努力支援制度との整理が必要
	VI その他	

- 現在、ガイドラインに定める1号交付金は、財政調整のため、定率または定率以外の方法により交付されているが、今後都道府県内市町村間の所得水準等の調整は納付金の算定の過程で行われるため、2号交付金分を除いた金額については都道府県の納付金総額から差し引く(都道府県全体の医療給付から差し引く)こととするを基本とする(※)。

※ 後期高齢者支援金、介護納付金にかかる都道府県繰入金は全額を納付金総額から差し引くことが基本となる。

- 2号交付金については引き続き、国保保険給付費等交付金の一部として、地域の特殊な事情に応じた調整として交付し、受領した市町村は納付金の支払いに充てる(=保険料水準の抑制に充てる)こととする(医療費適正化のための事業実施分は別)。その際、国保運営方針との整合性を確保する必要がある。
- また、現行制度において、2号交付金は、保険財政共同安定化事業の激変緩和に活用されていることに鑑み、納付金の仕組みの導入により、集めるべき保険料総額が著しく増加する市町村に対し、激変緩和措置として、2号交付金分を活用することとする。
- 1号交付金と2号交付金の割合については、各都道府県がその実情に応じ、連携会議にて市町村の意見を踏まえ検討。

国・都道府県・市町村間の費用の流れ(案)



国保会計の歳入・歳出の構成(案)

国		都道府県(一般会計)		市町村(一般会計)	
歳入	歳出	歳入	歳出	歳入	歳出
①定率国庫負担			③都道府県繰入金(1号)		
②普通調整交付金			⑥高額医療費負担金(全体の1/4)		
⑥高額医療費負担金(全体の1/4)			③都道府県繰入金(2号)		
⑦保険者努力支援制度			④保険料軽減分(全体の3/4)		④保険料軽減分(全体の1/4)
②特別調整交付金			⑤保険者支援制度(全体の1/4)		⑤保険者支援制度(全体の1/4)
⑤保険者支援制度(全体の1/2)			⑧特定健診(全体の1/3)		
⑧特定健診(全体の1/3)					
		都道府県(特別会計)		市町村(特別会計)	
		歳入	歳出	歳入	歳出
		①定率国庫負担		保険給付費等交付金(普通給付分)	医療給付費
		②普通調整交付金			
		②特別調整交付金(都道府県向け)			
		③都道府県繰入金(1号)			
		⑥高額医療費負担金(全体の1/2)			
		⑨前期高齢者交付金			
		⑦保険者努力支援制度(県向け)	介護納付金(支払基金宛)		
		⑩療養給付費等交付金	後期高齢者支援金(支払基金宛)		
		納付金	保険給付費等交付金(普通給付分)	保険料	納付金
		②特別調整交付金(市町村向け)	②特別調整交付金(市町村向け)	②特別調整交付金(市町村向け)	
		③都道府県繰入金(2号)	③都道府県繰入金(2号)	③都道府県繰入金(2号)	
				④保険料軽減分(全額)	
				⑤保険者支援制度(全額)	
		⑦保険者努力支援制度(市町村向け)	⑦保険者努力支援制度(市町村向け)	⑦保険者努力支援制度(市町村向け)	
		⑧特定健診(全体の2/3)	⑧特定健診(全体の2/3)		
			保険給付費等交付金(特別給付分) ←		
		市町村(保健事業)		歳入	歳出
				保険料(保健分)	保健事業
				②特別調整交付金(市町村向け、保健分)	
				⑧特定健診(全体の2/3)	特定健診費用

※主な交付金・補助金について整理を行ったもの

新たな財政調整の仕組みの全体像(案)

	現状 (市町村間の調整)	改革後	
		都道府県間	市町村間
所得水準	普通調整交付金 保険者支援制度	普通調整交付金	納付金算定 ※所得水準を反映 保険者支援制度
年齢構成調整	前期高齢者交付金	前期高齢者交付金	納付金算定 ※年齢構成の差異を調整した医療費を反映
年度間調整	保険財政共同安定化事業	(財政安定化基金)	納付金算定 ※市町村は、従前どおり保険料を財源とする基金を設置して調整も可能。
医療費適正化等	都道府県調整交付金(2号分)	保険者努力支援制度	保険者努力支援制度 都道府県繰入金(2号分) 〔納付金算定 ※年齢構成の差異を調整した医療費を反映〕
その他特別な事情	特別調整交付金 都道府県調整交付金(2号分)	特別調整交付金	特別調整交付金 都道府県繰入金(2号分)

Ⅲ. 新たな財政運営の仕組み

- 1 都道府県を財政運営主体とする新たな仕組みの概要
- 2 新たな財政調整の仕組み
- 3 納付金の算定ルール
- 4 標準保険料率の設定
- 5 財政安定化基金
- 6 激変緩和措置

- 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)を市町村ごとの医療費水準と所得水準等で按分し、市町村ごとの国保事業費納付金の額を決定

〈都道府県単位の保険料収納必要額〉

〈按分方法〉

被保険者数に応じた按分額に

市町村ごとの医療費実績を反映

(医療費実績は、年齢構成の相違による差を調整したもの、複数年平均)

〈按分方法〉

所得水準に応じた按分額に

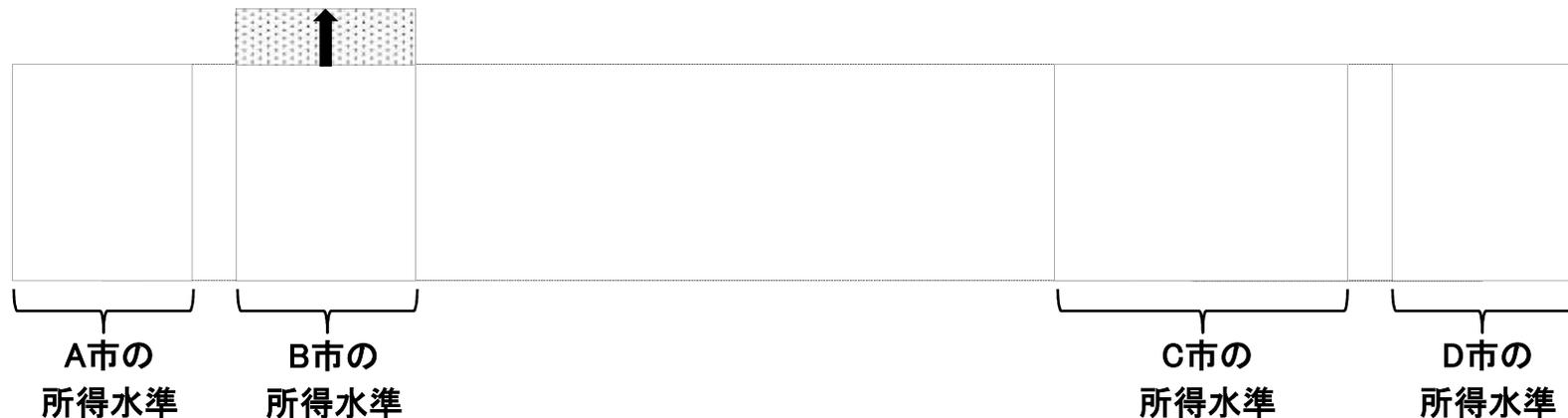
市町村ごとの医療費実績を反映

(医療費実績は、年齢構成の相違による差を調整したもの、複数年平均)

所得水準の高い都道府県ほど、割合大
(全国平均並の所得水準の場合、全体の50%)

- 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。



- 「納付金・標準保険料率の算定方法について」（納付金ガイドライン）は、都道府県が納付金及び標準保険料率の計算を行うにあたって、必要な考え方や計算方法の詳細について地方自治法に基づく技術的助言として示したものの。
- 都道府県においては、ガイドラインを踏まえて、市町村や関係者と議論を行った上で都道府県内の納付金及び標準保険料率の算定ルールを定め、それに基づいて、納付金額等を市町村に提示していくこととなる。
※平成28年秋に国保事業費納付金等算定標準システムの簡易版を配付することとしており、まずは、本ガイドラインに基づき、納付金及び標準保険料率の試算を実施することが想定される。

ガイドラインの目次

- 1. はじめに
- 2. 基本的考え方及び全体像
 - (1) 基本的考え方
 - (2) 広域連合等における納付金と標準保険料率について
 - (3) 算定の流れの全体像
- 3. 医療分の納付金算定
 - (1) 保険料収納必要総額の算出
 - (2) 納付金の算定
 - (3) 標準保険料率の算定
 - (4) 退職被保険者等分の納付金
- 4. 後期高齢者支援金の納付金
 - (1) 保険料収納必要総額の算出
 - (2) 納付金の算定
 - (3) 標準保険料率の算定
- (4) 退職被保険者等分の納付金
- 5. 介護納付金の納付金
 - (1) 保険料収納必要総額の算出
 - (2) 納付金の算定
 - (3) 標準保険料率の算定
 - (4) 退職被保険者等分の納付金
- 6. まとめ
 - (1) 総論
 - (2) 激変緩和措置について
- 7. 各都道府県において予め決定すべき算定方針及び係数
 - (1) 基礎的な算定方針について
 - (2) 主に納付金の算定に必要な係数、方針
 - (3) 主に標準保険料率の算定に必要な係数、方針
- 8. 国が示すべき係数

(1) 納付金の原則的考え方

- 納付金は医療費分、後期高齢者支援金分、介護納付金分にそれぞれわけて算定を行い、最後に合算した額が当該市町村の納付金総額となる。それぞれ以下の調整機能を担う。

	全体調整	個別調整
医療費分	年齢調整後の医療費水準、所得水準による調整	その他特別な事情を考慮
後期高齢者支援金分、介護納付金分	所得水準による調整	—

- ある年度の納付金を一度算定し市町村への割当額を確定させた後は、市町村の国保運営の安定化のため、当該年度途中は割当額の修正、精算等を行わないことを原則とする。

(2) 納付金算定の手順(医療費分)①

(納付金総額の算定)

- まずは、納付金で集めるべき総額を算定。医療給付費の見込みから、前期高齢者交付金や定率国庫負担などの公費等を見込みを差し引くことで、当該都道府県全体で集めるべき納付金の総額(納付金算定基礎額)を算出。
- 年齢調整後の医療費水準及び所得水準に応じて納付金算定基礎額を市町村ごとに配分する。これにより、納付金額の算定にあたっては、原則として同じ医療費水準(年齢調整後)である市町村は同じ保険料水準となる。また、各市町村ごとの合計額が納付金算定基礎額と等しくなるよう調整を行う。

(2) 納付金の算定の手順(医療費分)②

(医療費水準による調整)

- 医療費分の納付金については年齢調整後の医療費水準により調整を行い、当該水準を反映させた納付金の配分とすることが原則となるが、都道府県内で統一の保険料率を設定する観点から、当該調整は反映させないようにすることも可能。
 - ※ α (医療費水準調整指数) = 1の時、年齢調整後の医療費水準を納付金の配分に全て反映。
 - ※ $\alpha = 0$ の時、医療費水準を納付金の配分に全く反映させない(都道府県内統一の保険料率)。
- 医療費のうち高額なものについては、高額医療費負担金による国と都道府県による補助があることから、各市町村分の金額を算出した後に、個別に各市町村の該当する医療費の多寡により、調整を行う。

(所得水準による調整)

- 納付金で集めるべき総額のうち、およそ半分を市町村の所得のシェアに応じて配分、残りを市町村の被保険者数のシェアにより配分。その比率については、当該都道府県の所得水準に応じて決定する。
 - ※ β (所得水準調整指数): 1で上記比率を決定。所得水準が、全国平均なみの都道府県の場合、 β (所得水準調整係数) = 1とし、納付金で集めるべき総額のうち半分が所得のシェアによる配分となる。所得水準が高い場合には β が1より大きくなり、所得シェアにより行う配分の比率が、被保険者数のシェアにより行う比率よりも高くなる。

(個別の調整)

- 上記の調整により各市町村ごとの納付金基礎額を算出した後に、審査支払手数料や財政安定化基金の返済分などについて各市町村ごとに調整を行い、各市町村の納付金を算定する。
 - ※ 退職被保険者等に関しては市町村標準保険料率に基づき必要となる納付金の額を別途計算し、一般分の納付金額に最後に加算する。

※後期高齢者支援金分・介護納付金分は上記のうち、所得水準による調整のみを行う。

(3) 標準保険料率の原則的考え方

- 標準保険料率は医療費分、後期高齢者支援金分、介護分の納付金額に応じてそれぞれ分けて算定する。その際、下記の3つの保険料率を算定する。

	全体調整
都道府県標準保険料率	全国統一の算定基準による当該都道府県の保険料率の標準的な水準を表す
市町村標準保険料率	都道府県内統一の算定基準による市町村ごとの保険料率の標準的な水準を表す
各市町村の算定基準にもとづく標準的な保険料率	各市町村に配分された納付金を支払うために必要な各市町村の算定基準にもとづく保険料率

(4) 標準保険料率の算定の手順(医療費分)

(納付金額からの調整)

- 医療分の納付金額から、保険者支援制度や国の特別調整交付金など当該市町村に交付されることが見込まれる公費を差し引くと同時に、保健事業や出産育児一時金など、保険給付費等交付金の対象となっていない費用については、各市町村個別に、それぞれの納付金額に加算し、標準保険料率の算定に必要な保険料総額を算出する。

(収納率による調整)

- 標準保険料率の算定に必要な保険料総額を都道府県が定める標準的な収納率で割り戻して調整した後に、当該市町村の被保険者数や総所得をもとに、各算定基準に基づき、標準保険料率を算定する。

(5) その他特別なルール

都道府県が市町村との協議の場において予め各市町村の意見を伺った上で、下記のような調整を行うことを可能な仕組みとしている。

(激変緩和措置)

○ 納付金の仕組みの導入等により、「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、被保険者の保険料負担が上昇する場合に対応するため、下記のような激変緩和の仕組みを設ける。

- ① 納付金の算定方法(α 、 β)を段階的に変化させることで納付金額を調整する。
- ② 都道府県繰入金による個別の調整を行い標準保険料率を変化させる。
- ③ 特例基金を活用し、納付金総額を調整する(平成30～35年度)。

(都道府県で統一の保険料率)

○ 医療費水準を納付金に反映させないことで、都道府県で統一の保険料率となるように、各市町村の納付金額を調整する。

※ この他、二次医療圏ごとに統一の保険料率にする、医療費の高額部分については都道府県内共同で負担するといった仕組みも用意。

(保険給付費等交付金の範囲の拡大)

○ 都道府県で統一の保険料率を目指す都道府県を念頭に、医療給付分に限られる保険給付費等交付金の範囲を保健事業や出産育児一時金等にも拡大し、そのため納付金として集めるべき総額についても拡大する。

※ その他の留意事項

○ 国は納付金・標準保険料率の算定に必要な係数を各都道府県に提示することとし、各都道府県は、上記係数を活用しつつ、都道府県の実情も踏まえ算定することとなる。

納付金制度の対象範囲(案)

【納付金制度の対象】

対象に含む費用	対象に含まない費用
<ul style="list-style-type: none"> ○医療給付費 ○後期高齢者支援金等 ○介護納付金 ○財政安定化基金交付の補填分(市町村分) ○財政安定化基金貸付の返済分(都道府県・市町村) 	<ul style="list-style-type: none"> ○保健事業費 ○国保直診費用 ○条例減免等の地方単独事業 ○事務費

【都道府県における保険料収納必要総額の計算】

医療給付費	
+	後期高齢者支援金等
+	介護納付金
+	財政安定化基金(交付の補填分等)
▲	定率国庫負担
▲	普通調整交付金
▲	特別調整交付金(市町村向けを除く)
▲	都道府県繰入金(市町村向けを除く)
▲	高額医療費負担金(特別高額医療費を含む)
▲	保険者努力支援制度(市町村向けを除く)
▲	前期高齢者交付金
保険料収納必要額	

【各市町村において保険料収納必要額から差し引く公費】

- 保険給付費等交付金
 - ・市町村向け特別調整交付金相当分
 - ・市町村向け都道府県繰入金相当分
 - ・市町村向け保険者努力支援制度相当分
- 保険基盤安定繰入金(保険料軽減分)※
- 保険基盤安定繰入金(保険者支援制度分)

※ 保険料軽減分は含まれないため、上記の保険料収納必要額は保険料率を決定する際の賦課総額とは異なる。

医療費に係る納付金の計算方法(案)

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 都道府県で保険料率を一本化する場合に、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。

医療費水準の調整方法(案)

医療費水準の調整方法は、データの取得方法などの実務面での対応や調整の性格等を考慮して以下のような扱いとする。

①「5歳階級別」の「全国平均の1人あたり医療費」を各市町村の年齢構成に当てはめて1人あたり医療費を算出することで、「当該市町村の各年齢階級別の1人あたり医療費が全国平均であった場合の1人あたり医療費(A)」を算出する。



②「当該市町村の各年齢階級別の1人あたり医療費が全国平均であった場合の1人あたり医療費(A)」と「当該市町村の実績の1人あたり医療費(B)」を比較する(BをAで除する)ことで、「年齢調整後の医療費水準(C)」を算出[間接法]。



③直近3年分の「年齢調整後の医療費水準(C)」を算出後に平均して「複数年平均の数値(D)」を求める。

①

全国平均1人あたり医療費		A市の年齢構成割合	
0～4歳	21.2万円	0～4歳	0.5%
5～9歳	10.7万円	5～9歳	0.6%
...
70～74歳	55.3万円	70～74歳	24.5%

「当該市町村の医療費が全国平均であった場合の1人あたり医療費(A)」(ex.)33.4万円

②

「当該市町村の実績の1人あたり医療費(B)」
 「当該市町村の各年齢階級別の1人あたり医療費が全国平均であった場合の1人あたり医療費(A)」
 = 「年齢調整後の医療費水準(C)」

$$(ex.) \frac{32.1万円}{33.4万円} = 0.961$$

③

A市の「年齢調整後の医療費水準(C)」	
26年	0.988
27年	0.983
28年	0.961
「複数年平均の数値(D)」	0.977

※①において、「各都道府県の医療費」ではなく、「全国平均の医療費」を用いることで、各都道府県がそれぞれ年齢階級別医療費を算出し、代入するという事務の簡素化が可能。「全国平均」と「当該県平均」の年齢階級別医療費の傾向が同じであれば、どちらを使用しても算出結果にさほど大きな違いはない(後掲)。

※②において、当該市町村の年齢別医療費を全国平均の年齢構成に代入して医療費水準を算出する場合[直接法]、小規模自治体においては、年齢階級に該当する被保険者数が少ないため、個別の事情により、医療費水準が影響されやすく、納付金額が不安定となるおそれ。

※③医療費を複数年で平均してから、年齢調整を行うことも考えられるが、直近の年齢構成の実情が過大に反映されやすく、毎年の変動も大きくなるため、各年度において年齢調整を実施してから、複数年平均を行う。

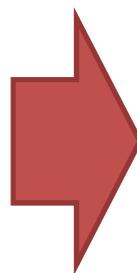
※医療費が対象とする範囲については、公平性と実務面での有効性を考慮しながら引き続き検討する。

高額医療費負担金の納付金への調整(案)

現行の高額医療費共同事業の制度趣旨を引き継ぐこととし、

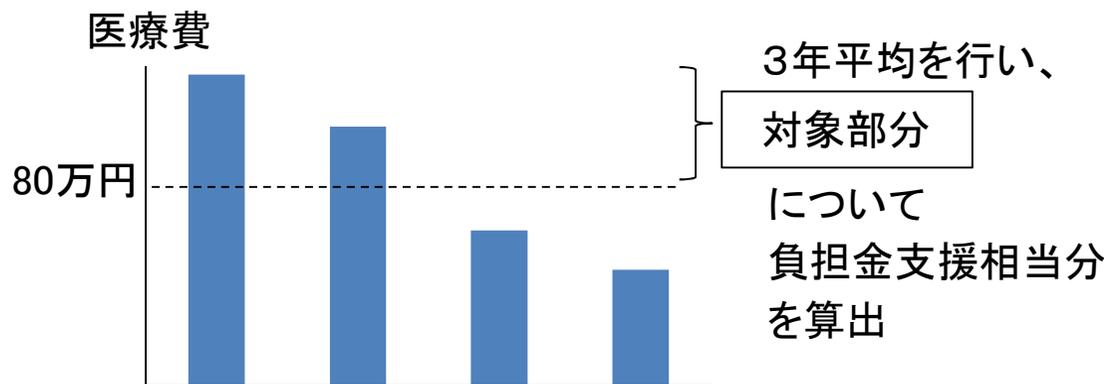
- ①納付金の按分は80万円超も含めた医療費水準を用いて、算出することとし、
- ②納付金算出後に、高額医療費の過去の実績額に応じ、負担金による支援部分について、各市町村ごとの納付金額から差し引くこととする。

- ① 納付金総額から高額医療費負担金を差し引かずに、
- ② 過去3年間における高額医療費(80万円超部分)を含んで医療費水準を計算し、各市町村の納付金額を算定する。



過去3年間における高額医療費(80万円超部分)の平均額の1/2部分(負担金支援部分)を各市町村の納付金算定額から差し引くこととする。

納付金額に過去の高額医療費相当分が反映されていることとなる。



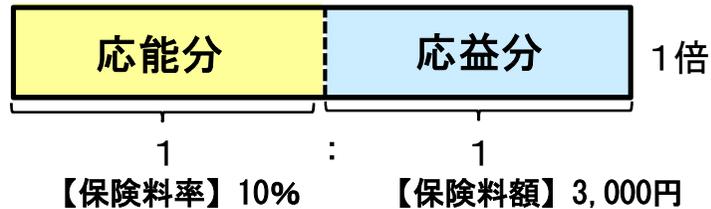
※①において、仮に、80万円超の医療費を80万円以下の医療費を区分して算出する場合には、各年齢階級別に80万円超の医療費と未満の医療費を区分するなど、納付金の算定式が非常に複雑になる。

※特別高額医療費共同事業についても同様の考え方により、交付該当分を納付金総額から差し引くことを検討。

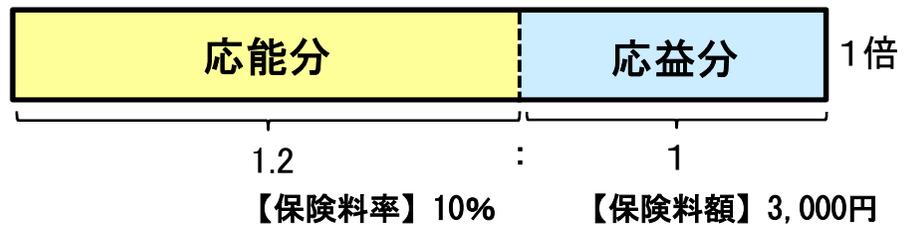
<所得水準が保険料に与える影響 (医療費水準が同じ場合)>

○ 年齢構成の差異の調整後の医療費水準が同じ市町村であれば同じ保険料水準となる。(所得水準の高い市町村ほど納付金の額のうち応能割保険料分の割合が大きくなる)

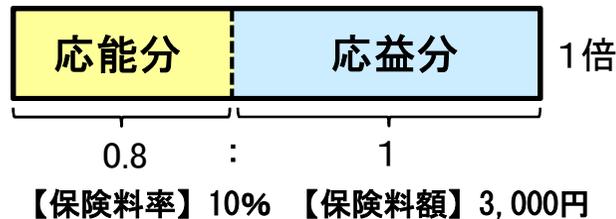
■ 所得水準が県内平均の市町村 (※)



■ 所得水準が高い市町村 (県内平均の1.2倍)



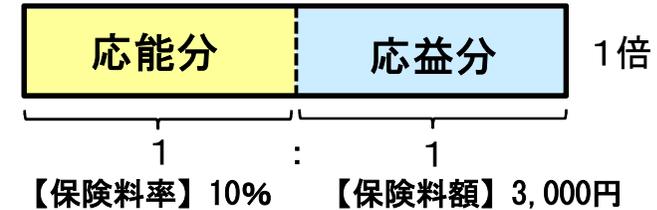
■ 所得水準が低い市町村 (県内平均の0.8倍)



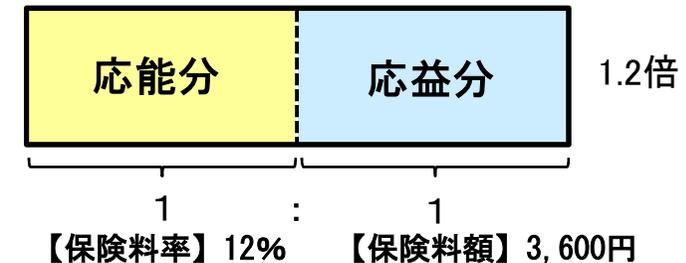
<医療費水準が保険料に与える影響 (平均的な所得の場合)>

○ 所得水準が同じ市町村であれば、年齢構成の差異の調整後の医療費水準の高い市町村ほど、保険料が高くなる

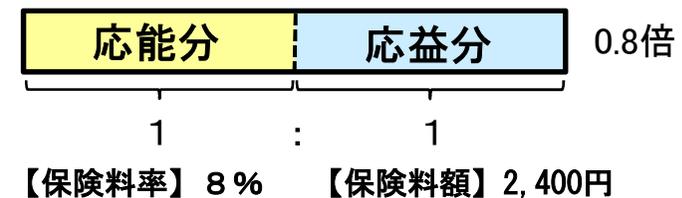
■ 医療費水準が県内平均の市町村 (※)



■ 医療費水準が高い市町村 (県内平均の1.2倍)



■ 医療費水準が低い市町村 (県内平均の0.8倍)



※全国的にも平均的な所得水準の都道府県の場合

調整係数αによる調整

- 調整係数αは医療水準の高さを納付金にどの程度反映させるかを調整する。医療水準を完全に考慮する場合にはα=1となり、全く考慮しない場合にはα=0となる。
- 仮に、被保険者数が同じA市、B市しか存在しないX県に対して、保険料必要総額600を納付金として各市に割振る場合、以下ようになる。医療費指数は年齢調整後のものとし、β=1とする。

パターン1

	医療費指数	所得指数 (シェア)
A市	1	1
B市	1	1

パターン2

	医療費指数	所得指数 (シェア)
A市	0.8	1
B市	1.2	1

パターン3

	医療費指数	所得指数 (シェア)
A市	1	1
B市	1	1.5

α=1 医療費水準を納付金額に全て反映	<p>A市 $600 \times 1 \times \frac{1}{2} = 300$</p> <p>B市 $600 \times 1 \times \frac{1}{2} = 300$</p>	<p>A市 $600 \times [1(0.8-1)+1] \times \frac{1}{2} = 240$</p> <p>B市 $600 \times [1(1.2-1)+1] \times \frac{1}{2} = 360$</p>	<p>A市 $600 \times 1 \times \frac{[\frac{1}{2.5} + \frac{1}{2}]}{2} = 270$</p> <p>B市 $600 \times 1 \times \frac{[\frac{1.5}{2.5} + \frac{1}{2}]}{2} = 330$</p>
α=0.5 医療費水準を納付金額に半分程度反映	同上	<p>A市 $600 \times [0.5(0.8-1)+1] \times \frac{1}{2} = 270$</p> <p>B市 $600 \times [0.5(1.2-1)+1] \times \frac{1}{2} = 330$</p>	<p>医療費指数 0.8 → 0.9 1.2 → 1.1 に補正</p> <p>同上</p>
α=0 医療費水準を納付金額に全く反映させない	同上	<p>A市 $600 \times [0(0.8-1)+1] \times \frac{1}{2} = 300$</p> <p>B市 $600 \times [0(1.2-1)+1] \times \frac{1}{2} = 300$</p>	<p>医療費指数 0.8 → 1 1.2 → 1 に補正</p> <p>同上</p>

調整係数βによる調整

- 調整係数βは所得水準の高さ(所得のシェア)をどの程度反映させるか、すなわち応能割で配分する割合を調整する。所得水準の高い都道府県ではβ>1となり、所得の影響を高く反映させる(応能割の割合を増やす)。
- 仮に、被保険者数が同じA市、B市しか存在しないX県に対して、保険料必要総額600を納付金として各市に割振る場合、以下ようになる。医療費指数は年齢調整後のものとし、α=1とする。

パターン1			パターン2			パターン3		
	医療費指数	所得指数(シェア)		医療費指数	所得指数(シェア)		医療費指数	所得指数(シェア)
A市	1	1	A市	0.8	1	A市	1	1
B市	1	1	B市	1.2	1	B市	1	1.5

<p>β=1 所得シェア1:人数シェア1</p> <p>県内平均の所得水準が全国平均と同一の場合</p>	<p>A市 $600 \times 1 \times \frac{1}{2} = 300$</p> <p>B市 $600 \times 1 \times \frac{1}{2} = 300$</p>	<p>A市 $600 \times 0.8 \times \frac{1}{2} = 240$</p> <p>B市 $600 \times 1.2 \times \frac{1}{2} = 360$</p>	<p>A市 $600 \times 1 \times \frac{[\frac{1}{2.5} + \frac{1}{2}]}{2} = 270$</p> <p>B市 $600 \times 1 \times \frac{[\frac{1.5}{2.5} + \frac{1}{2}]}{2} = 330$</p>
<p>β=2 所得シェア2:人数シェア1</p> <p>県内平均の所得水準が全国平均の2倍の場合</p>	<p>同上</p>	<p>同上</p> <div data-bbox="1077 856 1471 1106" data-label="Diagram"> <p>600のうち400を1:1.5で按分</p> <p>1 : 1.5 1 : 1</p> <p>160 240 100 100</p> <p>2 : 1</p> </div>	<p>A市 $600 \times 1 \times \frac{[2 \cdot \frac{1}{2.5} + \frac{1}{2}]}{1+2} = 260$ (160+100)</p> <p>B市 $600 \times 1 \times \frac{[2 \cdot \frac{1.5}{2.5} + \frac{1}{2}]}{1+2} = 340$ (240+100)</p>
<p>β=0.5 所得シェア1:人数シェア2</p> <p>県内平均の所得水準が全国平均の1/2の場合</p>	<p>同上</p>	<p>同上</p> <div data-bbox="1077 1128 1471 1363" data-label="Diagram"> <p>600のうち200を1:1.5で按分</p> <p>1 1.5 1 : 1</p> <p>80 120 200 200</p> <p>1 : 2</p> </div>	<p>A市 $600 \times 1 \times \frac{[\frac{1}{2} \cdot \frac{1}{2.5} + \frac{1}{2}]}{(1+\frac{1}{2})} = 280$ (80+200)</p> <p>B市 $600 \times 1 \times \frac{[\frac{1}{2} \cdot \frac{1.5}{2.5} + \frac{1}{2}]}{(1+\frac{1}{2})} = 320$ (120+200)</p>

※実際には、所得水準が低い都道府県には、普通調整交付金が多く交付されるため、納付金総額が調整される。

国民健康保険における納付金及び標準保険料率の算定方法の全体像(イメージ)

医療分

3章

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

(1)ウ

（A'）
▲療養給付費等負担金
▲国・普通調整交付金
▲国・特別調整交付金（市町村向け除く）
▲都道府県繰入金（市町村向け除く）
▲高額医療費負担金（国及び都道府県による負担金）
▲特別高額医療費共同事業負担金
▲過年度調整（納付金の過多）
▲保険者努力支援制度（市町村向け除く）
+ 財政安定化基金補填分
+ 都道府県の事務費・委託費
▲激変緩和用の特例基金
= 保険料収納必要総額（B）

(1)ウ

（B）+ 高額医療費負担金（国分及び都道府県分）
+ 特別高額医療費共同事業負担金
= 納付金算定基礎額（C）

(1)エ

（C）× { 1 + α · (年齢調整後の医療費指数 - 1) }
× { β · (応能シェア) + (応益シェア) } / (1 + β)
× γ
= 各市町村ごとの納付金基礎額（c）

(2)ア)イ)ウ)エ)オ)

（c） ▲高額医療費負担金調整
▲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
+ 財政安定化基金の返済分・補填分
+ 審査支払手数料
= 各市町村の納付金（一般分）（d）

(2)ア)カ)

（d） ▲保険者支援制度（医療分）
▲算定可能な特別調整交付金
▲算定可能な都道府県繰入金
▲保険者努力支援制度
▲特定健康診査等負担金
▲激変緩和分（都道府県繰入金の一部）
▲過年度の保険料収納見込み
▲出産育児諸費（法定繰入分）
+ 保健事業
+ 直営診療所に係る費用
+ 出産育児諸費
+ 葬祭諸費
+ 育児諸費
+ その他保険給付
+ 条例減免に要する費用
+ 医療費適正化等の対策等事務費
（国保連合会への委託手数料を含む）
+ 特定健康診査等に要する費用
= 標準保険料率の算定に必要な保険料総額（e）

(3)ア)

後期高齢者支援金分

4章

後期高齢者支援金等（一般分・退職分）（A）
▲後期高齢者支援金等（退職分）
=（A'）

(1)ウ

（A'）
▲後期高齢者支援金負担金
▲国・普通調整交付金
▲都道府県繰入金

(1)ウ

= 保険料収納必要総額（B）

（B）= 納付金算定基礎額（C）

(1)エ

（C）× { β · (応能シェア) + (応益シェア) } / (1 + β)
× γ
= 各市町村ごとの納付金基礎額（c）

(2)ア)イ)ウ)エ)

（c）= 各市町村の納付金（一般分）（d）

(2)ア)

（d） ▲保険者支援制度（支援金分）
= 標準保険料率の算定に必要な保険料総額（e）

(3)ア)

介護納付金分

5章

介護納付金（一般分・退職分）（A）
▲介護納付金負担金
▲国・普通調整交付金
▲都道府県繰入金

(1)ウ

= 保険料収納必要総額（B）

（B）= 納付金算定基礎額（C）

(1)エ

（C）× { β · (応能シェア) + (応益シェア) } / (1 + β)
× γ
= 各市町村ごとの納付金基礎額（c）

(2)ア)イ)ウ)エ)

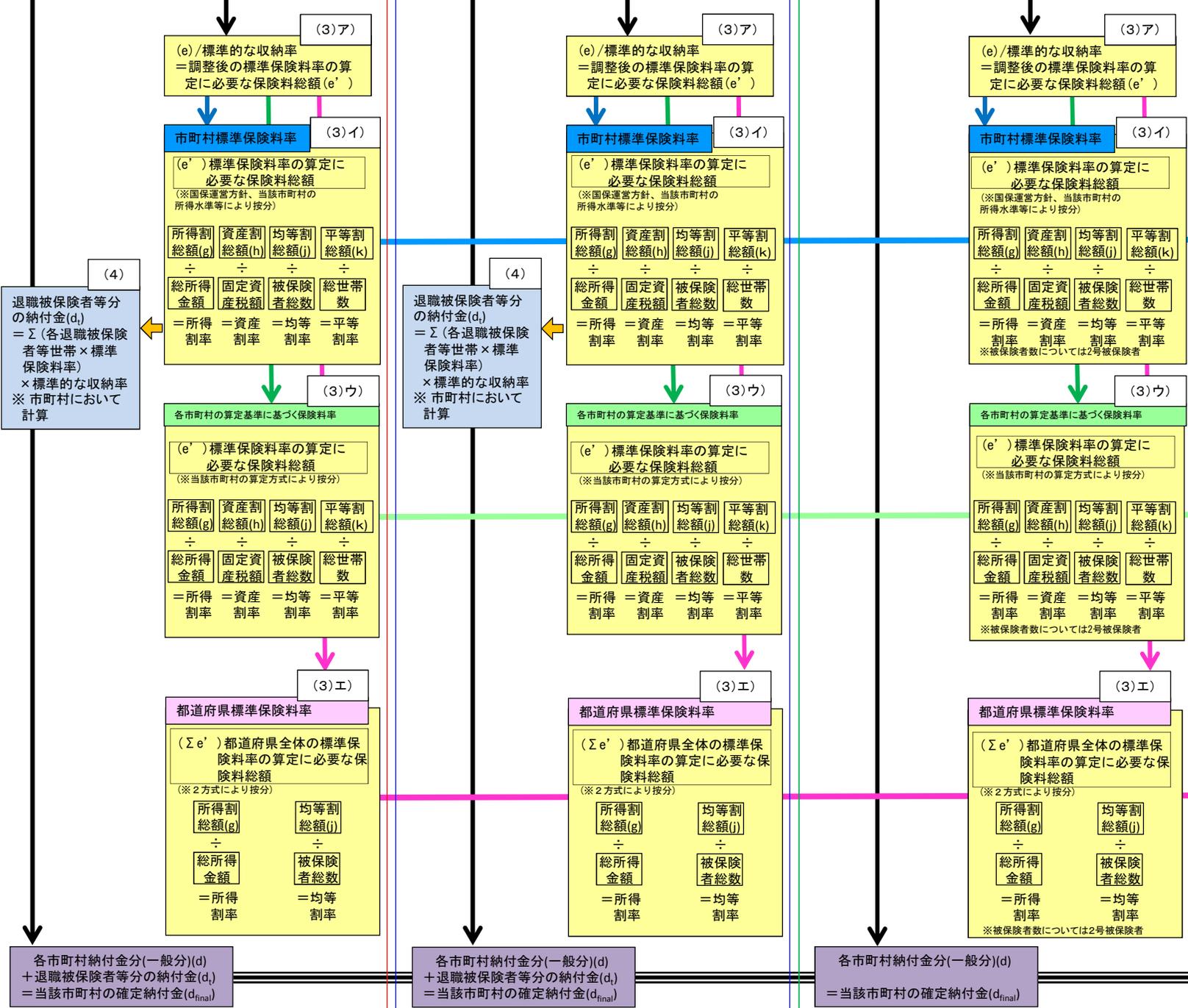
（c）= 各市町村の納付金（d）

(2)ア)

（d） ▲保険者支援制度（介護分）
= 標準保険料率の算定に必要な保険料総額（e）

(3)ア)

まとめ 6章



市町村標準保険料率

	所得 割合	資産 割合	均等 割合	平等 割合
医療分				
後期分				
介護分				
合計				

各市町村の算定基準に基づく保険料率

	所得 割合	資産 割合	均等 割合	平等 割合
医療分				
後期分				
介護分				
合計				

都道府県標準保険料率

	所得割合	均等割合
医療分		
後期分		
介護分		
合計		

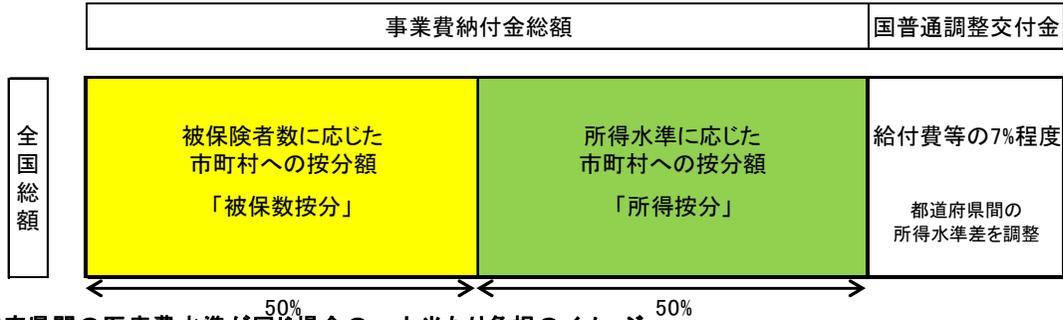
納付金総額

医療分	
後期分	
介護分	
合計	

※ (A)、(B)、(C): 都道府県単位の金額 (c)、(d)、(e)、(e')等: 市町村単位の金額。また、表中の記号は納付金・標準保険料率ガイドラインにおける該当箇所を示す。

普通調整交付金及び国保事業費納付金による調整の仕組み(イメージ)①

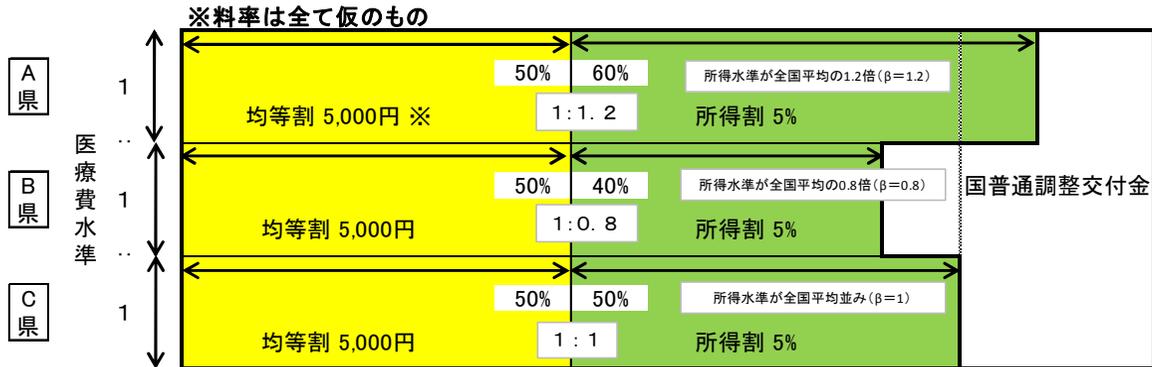
1 事業費納付金の全国ベースでの負担のイメージ



・事業費納付金の「被保数按分」と「所得按分」の比率は、**全国ベースで50:50**
 ・国調整交付金は**都道府県間の所得水準を調整**する機能となる（同じ医療費水準であれば同じ保険料率となるように交付）。

※個々で示している納付金総額は定率や前期高齢者交付金等の調整後(差し引き後)のベース

2 都道府県間の医療費水準が同じ場合の一人当たり負担のイメージ



・都道府県間の所得水準に応じて「**所得按分**」の割合が**変動**する(全国平均並みの場合50%)
 ⇒つまり「50:50」の固定ではなく、全国ベースで変動する
 ・「被保数按分」の割合は変わらない
 ・都道府県間の**医療費水準が同じ**であれば、**同じ保険料率**となるように調整交付金が交付される

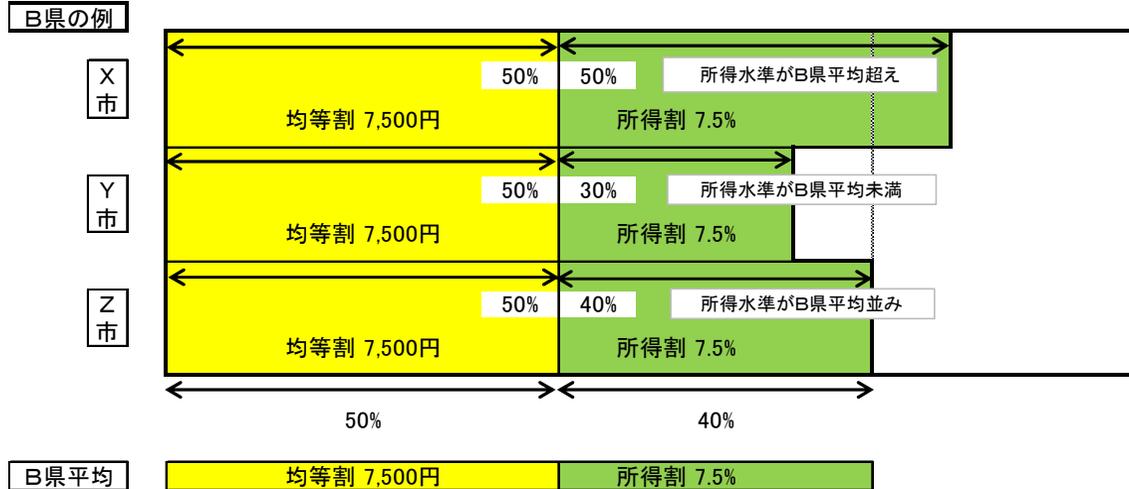
3 都道府県間の医療費水準が異なる場合の一人当たり負担のイメージ



・都道府県内の**医療費水準**に応じて、保険料率が増減する。(所得水準による増減はない)
 ・都道府県別の料率を比較することで、**都道府県間での保険料負担の見える化**を推進

普通調整交付金及び国保事業費納付金による調整の仕組み(イメージ)②

4 県内市町村での按分イメージ(市町村間での医療費水準を反映しない場合 ($\alpha = 0$))



<所得水準による調整=横幅の調整>
 B県内の市町村ごとの所得水準に応じて、「所得按分」の規模(横幅)が変動する。
 (全国平均並みの場合50% ($\beta=1$ のため、1:1)、B県平均並みの場合、この例では $\beta=0.8$ のため1:0.8)

<年齢調整後の医療費水準による調整=高さの調整>
 県内市町村ごとの「医療費水準」を反映しないことで、B県内での統一保険料率となる
 (被保割・所得割ともに)。

5 県内市町村での按分イメージ(市町村間での医療費水準を反映する場合 ($\alpha = 1$))



<所得水準による調整=横幅の調整>
 B県内の市町村ごとの所得水準に応じて、「所得按分」の規模(横幅)が変動する。
 (全国平均並みの場合50% ($\beta=1$ のため、1:1)、B県平均並みの場合、この例では $\beta=0.8$ のため1:0.8)

<年齢調整後の医療費水準による調整=高さの調整>
 県内市町村ごとの「医療費水準(年齢構成調整後)」を納付金に反映することで、年齢構成調整後医療費水準に応じた保険料率となる(被保割・所得割ともに)。

Ⅲ. 新たな財政運営の仕組み

- 1 都道府県を財政運営主体とする新たな仕組みの概要
- 2 新たな財政調整の仕組み
- 3 納付金の算定ルール
- 4 標準保険料率の設定
- 5 財政安定化基金
- 6 激変緩和措置

○ 現状、国保の保険料は様々な要因(※)により差異が生じているため、他の市町村の保険料水準との差を単純に比較することは困難な状況。

※ 市町村ごとに年齢構成や医療費水準に差があること、保険料の算定方式が異なること、決算補てん等目的の法的外繰入を行っている市町村があること等

⇒ 都道府県が市町村ごとの標準保険料率を示すことにより、標準的な住民負担に見える化。

※ 将来的な保険料負担の平準化を進める観点から、都道府県は、標準的な保険料算定方式や市町村規模別の標準的な収納率等に基づき、標準保険料率を算定することとする。

(イメージ) ※A市とB町が同じ所得水準である場合

都道府県 標準保険料率	一人当たり医療費		市町村 標準保険料率	当該市町村の 保険料算定方式で 算出した場合	実際の保険料率 (市町村が決定)
	(年齢構成調整前)	(年齢構成調整後)			
所得割 8% 均等割 40,000円	A市: 380,000円	A市: 400,000円	A市: 所得割 10% 均等割 50,000円	A市: 所得割 10% 均等割 50,000円	A市 所得割 10% 均等割 50,000円
	B町: 300,000円	B町: 240,000円 (A市の6割)	B町: 所得割 6% 均等割 30,000円 (A市の6割)	B町: 所得割 6% 均等割 23,000円 世帯割 10,000円	B町 所得割 5.8% 均等割 22,000円 世帯割 9,000円

全国統一ルールで算出した場合

年齢調整後の医療費水準に応じた負担

収納率向上等により、都道府県が示す数値より引き下げが可能

標準保険料率の算定ベース(案)

都道府県収入

納付金	国費・県費	前期高齢者交付金
-----	-------	----------

市町村収入

市町村向け公費				保険料 で集める 額	⑤保険料で 集める 保健事業分 等	⑥地方単独 事業費
①保険者 支援制度	②その他 (精神、子 ども等)	③保険者 努力支援 制度	④保険料 軽減			

標準保険料率の算定ベース

①保険者支援制度	②その他 (精神、子ども等)	③保険者努力支援制度	④保険料軽減	⑤保険料で集める保健事業分	⑥地方単独事業費
<ul style="list-style-type: none"> ○低所得者の被保険者数に応じて自動的に支援額が決定されるため市町村に賦課された納付金から差し引いて標準保険料率を算定する。 ○過去実績等を踏まえて算定。 	<ul style="list-style-type: none"> ○市町村の所与の事情に応じて決定されるため市町村に賦課された納付金から差し引いて標準保険料率を算定する。 ○過去実績等を踏まえて算定。 	<ul style="list-style-type: none"> ○市町村の努力に応じて交付されるため、一定の前提のもとでの推計を行い、<u>納付金から差し引いて標準保険料率を算定する。</u> ○過去実績や一定の前提のもとでの推計を行い算定する。 	<ul style="list-style-type: none"> ○低所得者に対する保険料軽減措置は、保険料率算定後に個別に行われるため、標準保険料率の算定ベース上は<u>納付金から差し引かないで算定する。</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ○保健事業は各市町村ごとに取組が異なり、納付金に含めないが、標準保険料率の算定ベース上は<u>納付金に加算して算定する。</u> ○国保運営方針等を踏まえ、過去実績や市町村の意見を参考に、算定する。 ※保健事業費が著しく低い市町村については、国保運営方針等を踏まえ一定規模を加算して算定。 	<ul style="list-style-type: none"> ○地方単独事業は各市町村ごとに取組が異なり、保険料ではなく一般会計繰入にて実施している自治体も多く、標準保険料率の算定ベース上は<u>納付金に加算しないものとする。</u>

改革後の国保の保険料の考え方(案)

○ あるべき保険料率の考え方について

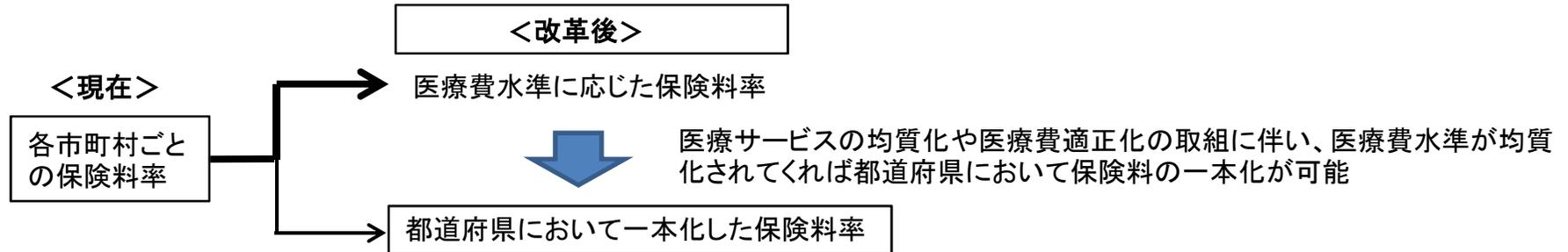
【年齢構成の差異を調整後の医療費水準に応じた保険料率】

- 各市町村の医療費適正化のインセンティブを確保することが可能。
- 都道府県内市町村において医療費水準の格差が大きい場合には、医療費水準を反映しない場合、医療費水準の低い市町村の被保険者の納得が得られにくい（特に被保険者が受けられる医療サービスに差がある場合など）。

【都道府県において一本化した保険料率】

- 都道府県内の市町村間を被保険者が異動しても保険料率に変化がなく、被保険者にとって公平に感じられる。
- 都道府県が保険者になる趣旨からすると、保険料負担の平準化が図られることが望ましい。
- 都道府県内市町村において医療費水準の格差が少ない場合には、都道府県における保険料率の一本化が受け入れやすい。

⇒ 医療費水準の格差が大きい場合には原則として医療費水準に応じた保険料率とし、将来的に地域の事情を踏まえつつ都道府県において一本化した保険料率を目指すこととする。



○ 標準保険料率の果たすべき役割の整理

【各市町村が具体的に目指すべき値を示す】

- 保健事業や直診事業など市町村個別の事情を含めて算定する。
- 各市町村は激変緩和を考慮しつつ、示された標準保険料率を目指して保険料率を設定していく。

【医療費水準等を踏まえたあるべき保険料率の見える化を図る】

- 医療費実績に応じた保険料率を設定することで市町村間の比較可能性を高める。
- ⇒ 例えば、各市町村の年齢構成調整後の医療費指数と標準保険料率をあわせて公表することとする。

Ⅲ. 新たな財政運営の仕組み

- 1 都道府県を財政運営主体とする新たな仕組みの概要
- 2 新たな財政調整の仕組み
- 3 納付金の算定ルール
- 4 標準保険料率の設定
- 5 財政安定化基金
- 6 激変緩和措置

1. 趣旨

- 財政の安定化のため、給付増や保険料収納不足により財源不足となった場合に備え、一般財源からの財政補填等を行う必要がないよう、都道府県に財政安定化基金を設置し、都道府県及び市町村に対し貸付・交付を行うことができる体制を確保する。

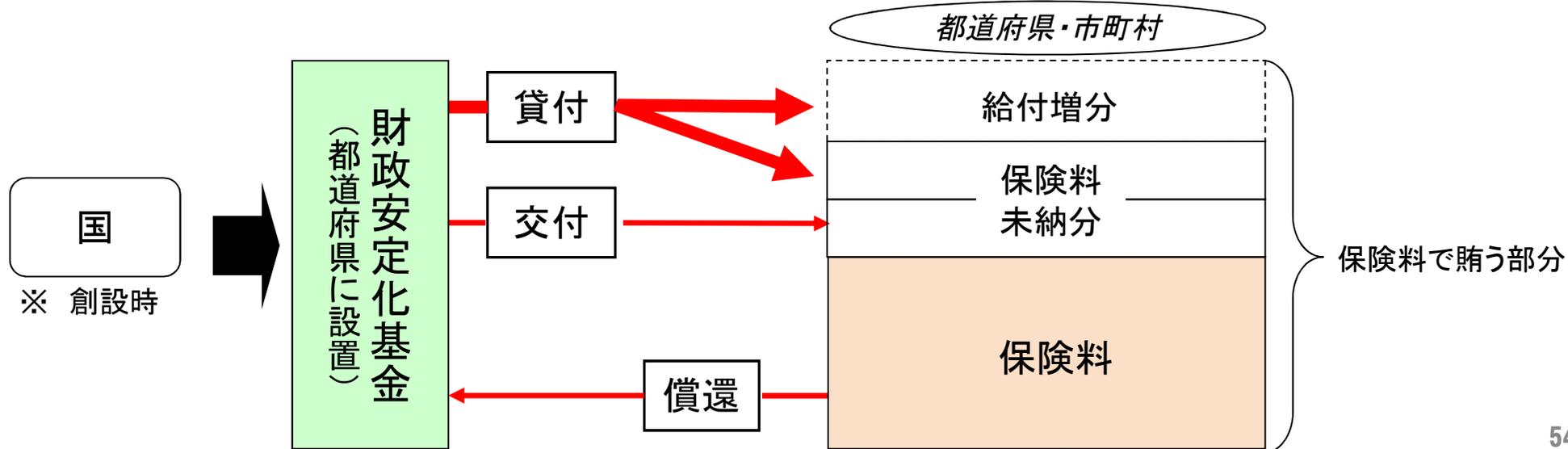
2. 内容

- 貸付・・・各年度、財源不足額を貸付。原則3年間で償還(無利子)
- 交付・・・特別な事情が生じた場合、モラルハザードが生じないように留意しつつ、財源不足額のうち保険料収納不足額×1/2以内を交付

特別な事情に該当する場合 ……災害、景気変動等(詳細は、今後地方と協議の上、政省令で規定)

3. 基金規模等

- 2,000億円規模をめざし、国費で創設・順次積増しすることとし、平成27年度は200億円、平成28年度は約400億円(予算案)を措置。
- 交付分に対する補填は各都道府県が基金の適正規模を判断して決定。
※国・都道府県・市町村(保険料。按分の在り方については引き続き検討)で1/3ずつ補填

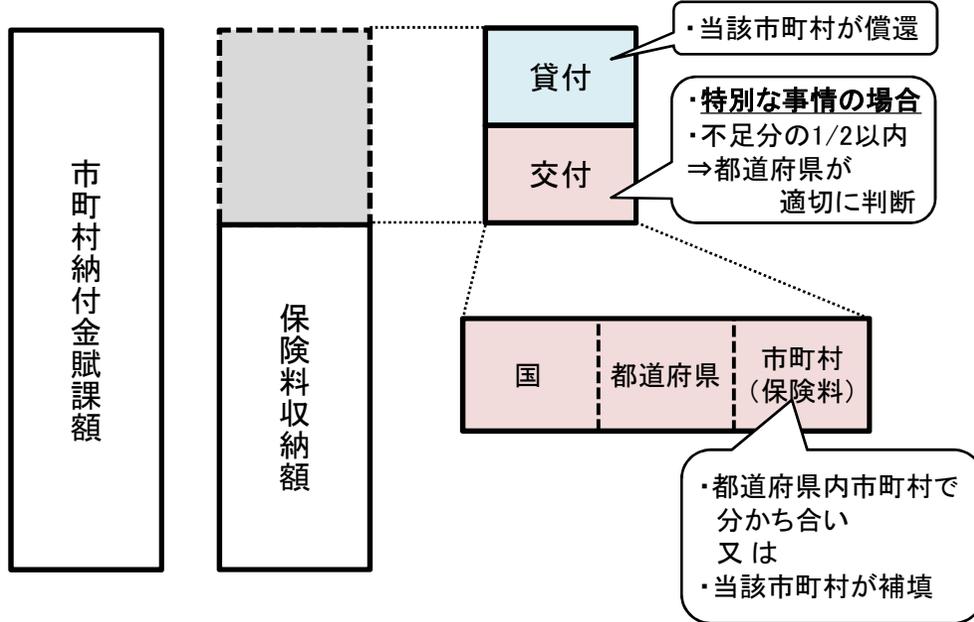


財政安定化基金による貸付・交付(イメージ)

趣旨

- 財政の安定化のため、給付増や保険料収納不足により財源不足となった場合に備え、一般財源からの財政補填等を行う必要がないよう、都道府県に財政安定化基金を設置し、都道府県及び市町村に対し貸付・交付を行うことができる体制を確保する。
⇒キャッシュフロー不足への対応が基本

市町村において収納不足が生じた場合



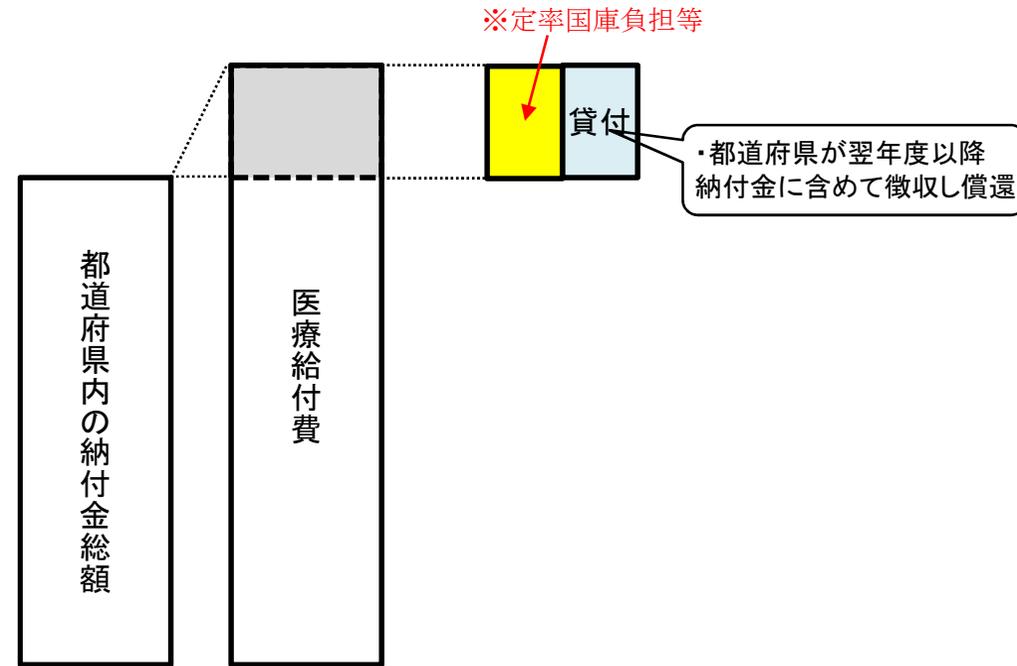
特別調整交付金から交付する場合

- ・非自発的失業者に対する保険料軽減
- ・災害(東日本大震災など)

財政安定化基金から交付する場合

- ・局地的災害(台風、洪水など)
- ・地域企業の破綻
- ・その他市町村の財政運営に大きな影響を及ぼす場合
⇒今後政省令で規定

都道府県全体で給付増が生じた場合



特別調整交付金から交付する場合

- ・災害(東日本大震災など)
- ・流行病(インフルエンザなど)
- ・特殊疾病

財政安定化基金から貸付する場合

- ・給付費見込みの誤り(上振れ)
- ・一人当たり医療費の伸び等
※実績が下振れした場合には、国保特会の積立金として繰り越されることとなる

Ⅲ. 新たな財政運営の仕組み

- 1 都道府県を財政運営主体とする新たな仕組みの概要
- 2 新たな財政調整の仕組み
- 3 納付金の算定ルール
- 4 標準保険料率の設定
- 5 財政安定化基金
- 6 激変緩和措置

三段階の激変緩和措置(案)

- 財政運営責任等を都道府県へ移行する際（平成30年度）、財政改善効果を伴う追加公費の投入(1,700億円規模)が行われるため、一般的には、平成29年度から平成30年度にかけての保険料の伸びは抑制・軽減されることとなる。
- ただし、国保の財政運営の仕組みが変わる（納付金方式の導入等）ことに伴い、一部の市町村においては、被保険者の保険料負担が上昇する可能性がある。
※ここでは「本来保険料で取るべき額」の変化に着目しており、決算補填目的等のための法定外一般会計繰入を削減したことによる変化は緩和措置の対象外



被保険者の保険料負担が急激に増加することを回避するための措置

ア) 市町村ごとの納付金の額を決定する際の配慮

- 納付金の算定にあたって、各都道府県は α や β の値を設定するが、その際、各都道府県は市町村の「年齢調整後の医療費指数」の格差や29年度までに実施している保険財政共同安定化事業の拠出金の算定方式等により、激変が生じにくい α や β の値を用いることを可能とする。

イ) 都道府県繰入金による配慮

- ア) 納付金の算定方法の設定による激変緩和措置については、都道府県で一つの計算式を用いるため、個別の市町村についての激変緩和措置が行えるわけではない。そのため、都道府県繰入金による激変緩和措置を設け、市町村ごとの状況に応じきめ細やかに激変緩和措置を講じることが可能な仕組みを設ける。

ウ) 特例基金による配慮

- 施行当初においては、予め激変緩和用として積み立てる特例基金を計画的に活用することとし、当該基金を都道府県特別会計に繰り入れることで、イ) 都道府県繰入金による激変緩和措置により、他の市町村の納付金の額に大きな影響が出ないように調整を行うこととする。(H30～35)

激変緩和措置のイメージ(案)

ア. 市町村ごとの納付金の額を決定する際の配慮

集めるべき保険料額

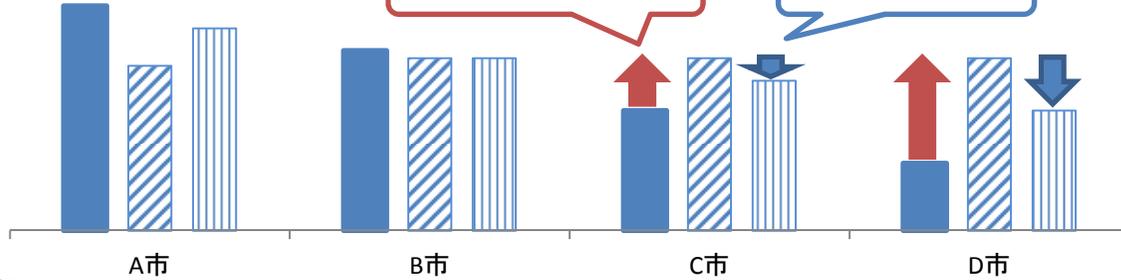
保険料額の急上昇

激変緩和措置

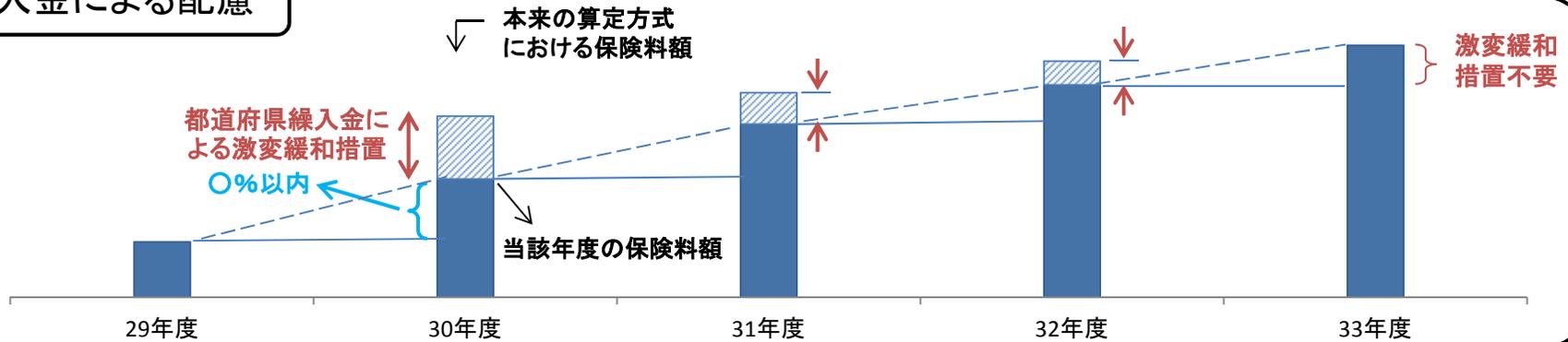
■ 平成29年度

▨ 平成30年度
(激変緩和措置を加味しない算定方式の場合)

▤ 平成30年度
(激変緩和措置を加味した算定方式の場合)

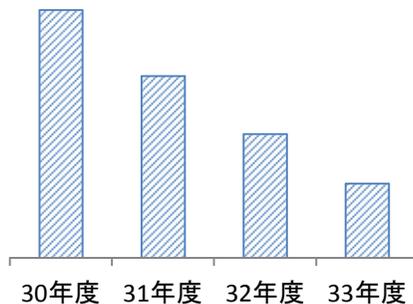


イ. 都道府県繰入金による配慮



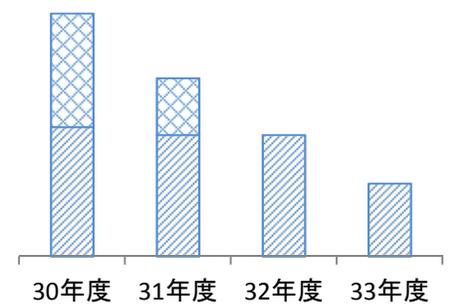
ウ. 特例基金による配慮

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



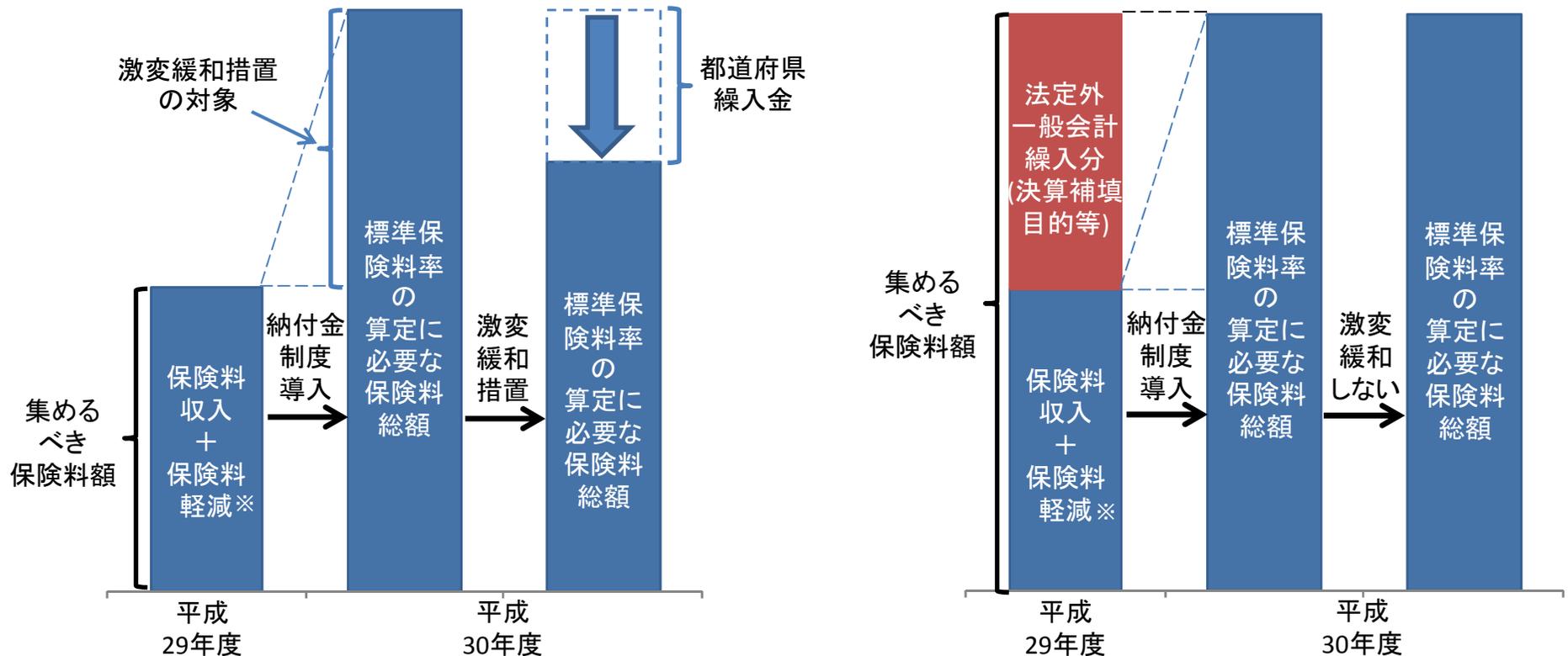
都道府県繰入金を激変緩和用として多く活用する場合、他の市町村の納付金を増加させる影響が大きいことから、激変緩和用の特例基金を活用する。

⇒各都道府県の状況に応じ、適切な規模を適切な年度に繰り入れ



激変緩和の対象

- 激変緩和は、標準保険料率で算定したときの一人当たりの標準保険料が、前年の標準保険料よりも急激に増加するときに、引き上げ幅が段階的なものとなるように、必要に応じて都道府県繰入金を活用して行うもの。
- 一方、市町村では、医療給付費等に充てるために本来はそれに応じた保険料を徴収すべきところ、その水準を政策的に一定水準に抑えるため、これまで法定外一般会計繰入を行ってきたところがある。
- こうした決算補填等を目的とした法定外一般会計繰入は、安定的な保険運営を図る上で本来望ましいものではないことから、従来より段階的・計画的に解消することが求められており、今回の国保改革に伴う財政支援の拡充により解消を図ることが適切。
- ただし、一般会計繰入を実施していない市町村との公平性の観点から、法定外一般会計繰入を解消することに伴う保険料の変化については、激変緩和措置の対象とはならない。



納付金制度の導入による保険料総額の増加分
→ 都道府県繰入金による激変緩和措置の対象になる。

法定外一般会計繰入(決算補填目的等)の解消による保険料総額の増加分
→ 都道府県繰入金による激変緩和措置の対象にならない。

※保険料軽減のための公費については、平成30年度以降は標準保険料率を算定した後に差し引くこととなるので、比較する29年度の保険料額には保険料収入に加算している。

IV. 改革後の国保事務の運営

1 国保運営方針の策定プロセスとポイント

2 国保運営協議会

3 その他の国保事務運営について

○ **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、地域の实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、都道府県へ示す予定。

■ 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

○ 国保運営方針策定要領(ガイドライン)は、都道府県が国保運営方針の策定・見直しを行うに当たり、

- ① 国保運営方針を策定するねらい
- ② 国保運営方針の策定や見直しの手順
- ③ 国保運営方針の記載事項ごとに盛り込むべき内容

などについての基本的な考え方を、地方自治法に基づく技術的助言として示すもの。

○ 都道府県においては、ガイドラインを踏まえて、市町村や関係者と議論を行った上で国保運営方針の策定・見直しを行い、市町村と共に当該国保運営方針に沿った事業運営を行っていくこととなる。

ガイドラインの目次

1. 策定のねらい

- (1) 市町村国保の現状と課題
- (2) 改正法による国保の都道府県単位化
- (3) 都道府県国民健康保険運営方針の必要性

2. 策定の手順等

- (1) 策定の流れ
- (2) 市町村等との連携会議の開催
- (3) 市町村への意見聴取
- (4) 都道府県の国民健康保険事業の運営に関する協議会における審議
- (5) 公表
- (6) 国保運営方針の検証・見直し
- (7) その他の留意事項

3. 主な記載事項

<必須項目>

- (1) 国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し
- (2) 市町村における保険料の標準的な算定方法に関する事項
- (3) 市町村における保険料の徴収の適正な実施に関する事項
- (4) 市町村における保険給付の適正な実施に関する事項

<任意項目>

- (5) 医療費の適正化に関する事項
- (6) 市町村が担う事務の広域的及び効率的な運営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

(1) 市町村国保の現状と課題

- 国保には、小規模保険者が多数存在し、財政が不安定になりやすい等の財政運営上の構造的な課題や、市町村ごとに事務処理の実施方法にばらつきがある等の事業運営上の課題がある。
- こうした課題に対し、これまで、公費投入、保険者間での財政調整、保険者事務の共通化・共同実施・広域化などによって対応してきたが、いまだ十分とはいえない。



(2) 改正法による国保の都道府県単位化

- こうした現状を改善するため、国民健康保険への財政支援の拡充を行うとともに、平成30年度から、都道府県が、国民健康保険の財政運営の責任主体として、安定的な財政運営や効率的な事業の確保などの事業運営において中心的な役割を担うことにより、国民健康保険制度の安定化を図ることとされた。

(3) 国保運営方針の必要性

- 新制度においては、都道府県が財政運営の責任主体となるほか、市町村においても、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業等の地域におけるきめ細かい事業を引き続き担うこととされている。
- そこで、新制度においては、都道府県とその県内の各市町村が一体となって保険者の事務を共通認識の下で実施するとともに、各市町村が事業の広域化や効率化を推進できるよう、都道府県が県内の統一的な国民健康保険の運営方針を定める必要がある。

※ 改正法の施行日は平成30年4月1日であるが、改正法附則第7条において、都道府県は、施行日の前日までに国保運営方針を定めることとされている。このため、各都道府県においては、地域の実情に応じ、市町村等との連携会議や国保運営協議会を前倒して設置して検討を行うなど、国保運営方針を定めるための準備を速やかに行い、平成29年度内に策定していただく必要がある。

2. 国保運営方針の策定手順

※詳細は引き続き地方と協議

- 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

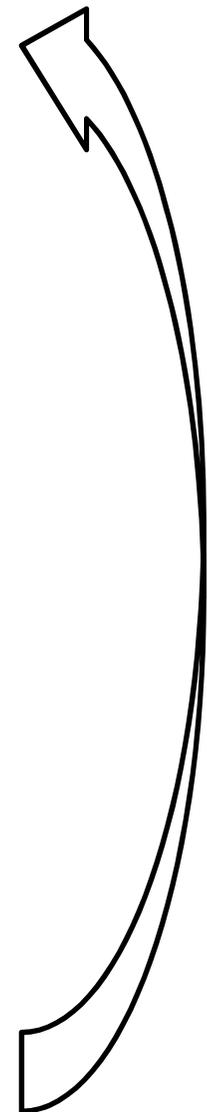
国保運営方針は、都道府県の国保運営協議会の答申を判断資料として都道府県知事が決定するが、国保運営協議会の意見は、法的に知事を拘束するものではない。

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。



(1) 国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し

(医療費の動向と将来の見通し)

- 都道府県全体の国民健康保険における医療費の動向や、市町村ごとの保険料水準、財政状況の現況などのほか、将来の国民健康保険財政の見通しについても記載する。

※ 医療費適正化計画においては、現在、第三期医療費適正化基本方針の策定に向けて、医療費の推計方法の見直しを検討中であり、国保運営方針においてその推計方法を参考とすることも考えられる。

(財政収支の改善に係る基本的な考え方)

- 国保財政を安定的に運営していくためには、国民健康保険特別会計の収支が均衡していることが重要。
- 国民健康保険特別会計において、解消又は削減すべき対象としての法定外の一般会計繰り入れとは、法定外の一般会計繰入のうち①決算補填等を目的としたものを指すものであり、②保健事業に係る費用についての繰入れなどの決算補填等目的以外のものは、必ずしも解消・削減すべきとまでは言えないものである。

(赤字解消・削減の取組、目標年次等)

- 決算補填等を目的とする一般会計繰入や前年度繰上充用について、収納率の向上や医療費適正化の取組にあわせ、計画的・段階的な解消が図られるよう、実効性のある取組を定めること。
- 赤字市町村については、赤字についての要因分析、必要な対策の整理を行うこと。これを踏まえ、都道府県は、市町村ごとの赤字の解消又は削減の目標年次及び赤字解消に向けた取組を定めること。

※ 赤字解消・削減の取組や目標年次は、新制度の納付金、標準保険料率、公費等を勘案し、平成30年度から設定することが望ましい。

※ また、赤字の解消又は削減は、原則として赤字発生年度の翌年度に解消を図ることが望ましいが、単年度での赤字の解消が困難な場合は、例えば、5年度以内の計画を策定し、段階的に赤字を削減し、できる限り赤字を解消するよう努めるものとするなど、市町村の実態を踏まえて、その目標を定めること。

(2) 市町村における保険料の標準的な算定方法に関する事項

(標準的な保険料算定方式)

○ 年齢構成の差異の調整後の医療費水準が同じ市町村であれば、同じ応益割保険料の標準保険料率となることを基本に、各市町村の実態も踏まえて、市町村における標準的な保険料算定方式を定めること。

※ 標準保険料率の算定に当たって必要な国保事業費納付金の算定に関連する項目についてもあわせて定めることが考えられ、具体的には、

- ・ 標準的な保険料算定方式について、2方式、3方式又は4方式のいずれの方式を採るか
- ・ 標準的な保険料の応益割と応能割の割合をどの程度にするか
- ・ 所得割と資産割、均等割と平等割の割合をそれぞれどの程度にするか
- ・ 標準保険料率の算定に必要な国保事業費納付金(以下「納付金」という。)の算定に当たって、医療費水準をどの程度反映するか(α をどのように設定するか)
- ・ 各市町村の所得のシェアを各市町村の納付金にどの程度反映するか(β をどのように設定するか)
- ・ 賦課限度額をどのように設定するか

等について定めることが考えられる(医療分、後期高齢者支援金分、介護納付金分についてそれぞれ定めることが考えられる。)

(標準的な収納率)

○ 標準的な収納率の算定に当たっては、各市町村の収納率の実態を踏まえた実現可能な水準としつつ、かつ、低い収納率に合わせることなく、例えば、保険者規模別や市町村別などにより適切に設定すること。

※ 各市町村が目指すべき収納率目標については、これとは別に定める必要があることに留意。

(3) 市町村における保険料の徴収の適正な実施に関する事項

(収納対策)

- 都道府県は、各市町村における収納率を向上させる観点から、収納率目標を定めること。収納率目標の設定に当たっては、標準的な収納率や各市町村の収納率の実態を踏まえつつ、かつ、低い収納率に合わせることなく、例えば、保険者規模別や市町村別などにより適切に設定すること。
- 収納率が低く、収納不足が生じている市町村は、収納不足についての要因分析、必要な対策の整理を行うこと。これを踏まえ、都道府県は、収納対策の強化に資する取組を定めること。

※ 収納対策の強化に資する取組としては、例えば、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への支援等がある。

(4) 市町村における保険給付の適正な実施に関する事項

(都道府県による保険給付の点検、事後調整)

- 平成30年度以降、都道府県は、広域的又は専門的な見地から、法第75条の3等の規定に基づく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、法第65条第4項に基づき、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も可能となるため、こうした取組の具体的内容について定めること。

(その他の保険給付の適正な実施に関する取組)

- 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の保険給付の適正な実施に関する取組について定めること。

(5) 医療費の適正化に関する事項

(医療費の適正化に向けた取組)

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

(医療費適正化計画との関係)

- 医療費の適正化に関する事項を定めるに当たっては、都道府県医療費適正化計画に定められた取組の内容との整合を図るとともに、その内容のうち保険者として取り組む内容は、国保運営方針にも盛り込むこと。

(6) 市町村が担う事務の広域的及び効率的な運営の推進に関する事項

(広域的及び効率的な運営の推進に向けた取組)

- 都道府県は、市町村の意向・要望を聴取した上で、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の取組を定めること。

(7) 保健医療サービス・福祉サービス等に関する施策と連携に関する事項

(保健医療サービス・福祉サービス等との連携)

- 都道府県は、従来から広域的な立場から医療提供体制の確保や、保健医療サービス、福祉サービスなどを推進する上で役割を果たしてきており、今回、国保の財政運営の責任主体として保険者の役割を担うことで、医療はもちろんのこと、保健・福祉全般にわたって目配りをしながら施策を推進することが可能となる。
- このため、都道府県は、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の重要性に留意し、保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策その他の関連施策との有機的連携に関する取組を定めること。

(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

- 連携会議の開催、連携会議の中で必要に応じて開かれる作業部会の開催、収納対策や医療費適正化対策、保健事業に関する研修会の実施など、関係市町村相互間の連絡・調整を行うための措置を定めること。
- 日頃からこのような関係市町村相互間の連絡調整体制を確保し、国保運営方針の実施状況の定期的な検証や見直しを行うこと。

※ その他の留意事項

(国保運営方針の名称)

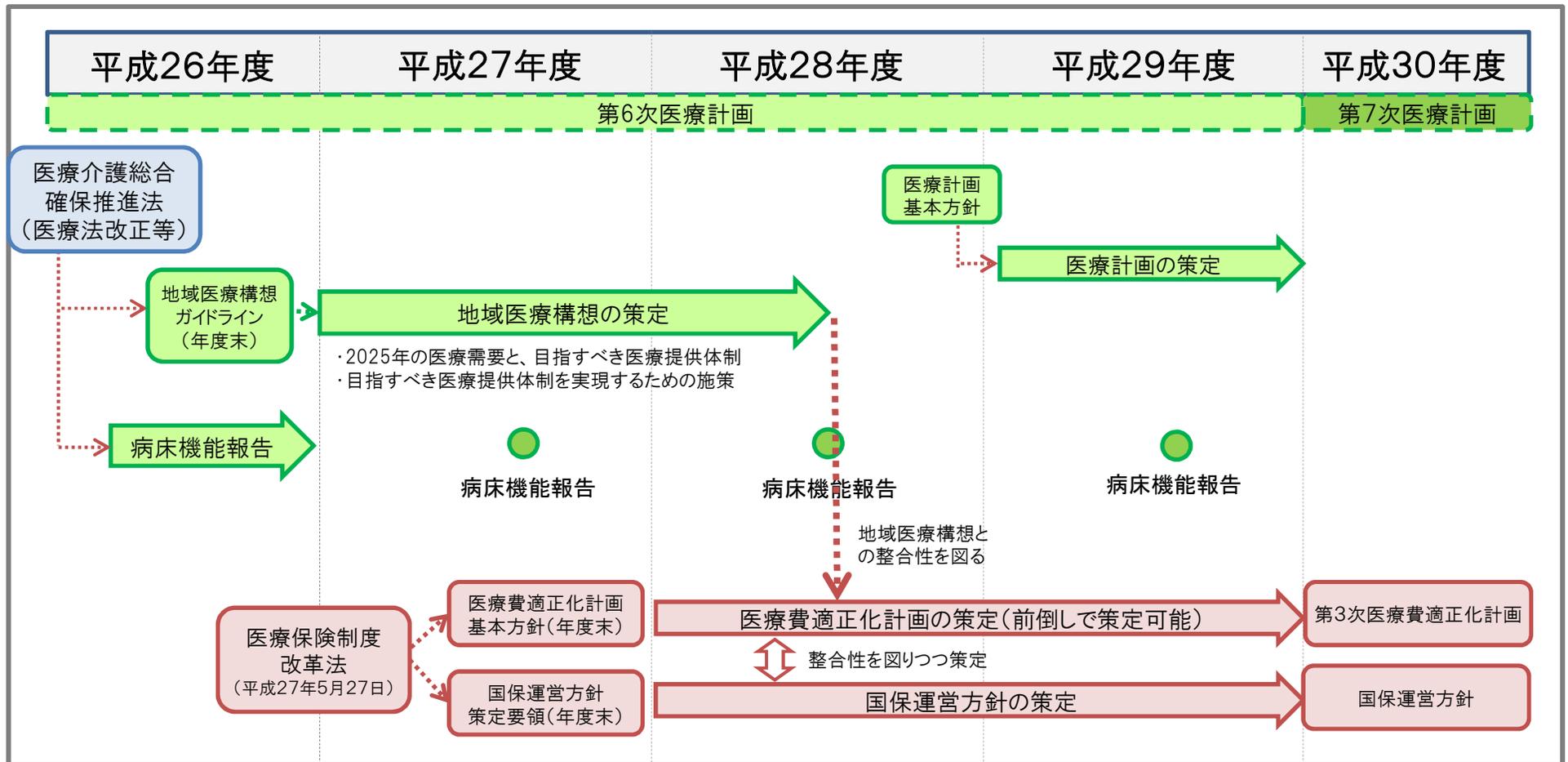
- 名称は「〇〇県国民健康保険運営方針」とすることが望ましいが、これ以外の名称であっても差し支えない。

(国保運営方針の対象期間)

- 対象期間は、特段の定めはないが、例えば、都道府県介護保険事業支援計画の改訂周期が3年とされており、医療計画もこれに合わせて6年間の中間年に必要な見直しを行うこととされていることなどを踏まえ、平成30年度からの3年間とするなど、地域の実情に応じて複数年度にわたるものとするのが望ましい。

地域医療構想・医療費適正化計画・国保運営方針の策定スケジュール（イメージ）

- 平成26年に成立した「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定することとなっている（法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい）。
- 医療費適正化計画については、厚生労働省において平成27年度内に基本方針を定め、これを踏まえて都道府県において、平成28年度以降、地域医療構想との整合性を図りつつ、策定作業を進めることとなる。
- 国保運営方針は、平成28年度以降、医療費適正化計画との整合性を図りつつ、策定作業を進めることとなる。



IV. 改革後の国保事務運営

1 国保運営方針の策定プロセスとポイント

2 国保運営協議会

3 その他の国保事務運営について

国保運営協議会(都道府県、市町村)の設置

○ 今般の国保法の改正により、都道府県及び市町村のそれぞれに、国保事業の運営に関する重要事項について審議する場である国保運営協議会を設置することとされた。

〈参考〉 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)

2. 運営の在り方の見直し(保険者機能の強化)

○ (略)

国保の運営に関する重要事項を協議する場として、都道府県に、被保険者代表、保険医又は保険薬剤師代表、公益代表、被用者保険代表が参加する国保運営協議会を設置する。

〈参考〉 国保運営協議会における審議事項

- ・ 都道府県… 国保事業費納付金の徴収、国保運営方針の作成その他の重要事項
- ・ 市町村… 保険給付、保険料の徴収その他の重要事項



○ 都道府県においては、国保事業費納付金の徴収(算定方法の決定等)や国保運営方針の作成等の重要事項について、都道府県の国保運営協議会の審議を経る必要があることから、平成30年度からの新制度の施行に向けて、平成29年度には国保運営協議会を設置する必要があるが、地域の実情に応じて、あらかじめ、国保運営協議会(又はその前身となる機関)を設置し、審議を行うことが考えられる。

○ そのため、国保運営協議会の運営に関する詳細(国保運営協議会の構成、委員の定数等)について、国保事務レベルWGで協議の上、平成28年1月26日付けの通知で各自治体に提示したところ。

法律上の国民健康保険運営協議会(都道府県、市町村)の位置付け

都道府県に設置される 国保運営協議会

主な審議事項	<ul style="list-style-type: none"> ・国保事業費納付金の徴収 ・国保運営方針の作成 <p style="text-align: right;">その他の重要事項</p>
委員	<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者代表 ・保険医又は保険薬剤師代表 ・公益代表 ・被用者保険代表 <p>(*)「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）より</p>

市町村に設置される 国保運営協議会

主な審議事項	<ul style="list-style-type: none"> ・保険給付 ・保険料の徴収 <p style="text-align: right;">その他の重要事項</p>
委員	<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者代表 ・保険医又は保険薬剤師代表 ・公益代表 ・被用者保険代表(任意)

(参考) 改正後の国民健康保険法 (抜粋)

(国民健康保険事業の運営に関する協議会)

第11条 国民健康保険事業の運営に関する事項（この法律の定めるところにより都道府県が処理することとされている事務に係るものであつて、…(略)…国民健康保険事業費納付金の徴収、…(略)…都道府県国民健康保険運営方針の作成その他の重要事項に限る。）を審議させるため、都道府県に都道府県の国民健康保険事業の運営に関する協議会を置く。

2 国民健康保険事業の運営に関する事項（この法律の定めるところにより市町村が処理することとされている事務に係るものであつて、…(略)…保険給付、…(略)…保険料の徴収その他の重要事項に限る。）を審議させるため、市町村に市町村の国民健康保険事業の運営に関する協議会を置く。

3 前二項に定める協議会は、前二項に定めるもののほか、国民健康保険事業の運営に関する事項(…(略)…)
を審議することができる。

4 前三項に規定するもののほか、第一項及び第二項に定める協議会に関して必要な事項は、政令で定める。

都道府県の国保運営協議会の構成等

<委員の構成>

- 国保運営協議会は、国保事業の適正な運営を図る観点から、国保事業の運営に関する重要事項について関係者による審議を行う場として設置されるものである。
- そのため、都道府県の国保運営協議会については、「国保の被保険者」、「国保の保険医又は保険薬剤師」、「公益(学識経験者等)」の三者の代表に加え、国保財政において被用者保険が拠出する前期高齢者交付金の割合が相当程度高く(約31%。平成27年度予算ベース)、国保事業の運営の在り方が被用者保険の運営にも影響を与えることに鑑み、「被用者保険」の代表も必ずその構成員とすることとする。
- 一方、都道府県とともに国保の運営を担うこととなる市町村については、都道府県の国保運営協議会の構成員ではなく、事務局の立場から審議に参画することを想定している。
 - ※ 都道府県と市町村との間の協議については、国保運営協議会とは別の場において行われ、当該場での協議内容を踏まえたものが国保運営協議会において審議されることを想定している。

<委員の数等>

- 国保の被保険者の代表、国保の保険医又は保険薬剤師の代表、公益の代表各側の意向が適切に配慮されるよう、それぞれ同数とする。被用者保険代表については、各代表の数の半数以上、同数以内とする。
- また、各側委員の具体的な人数については、各都道府県の実情を踏まえて条例により決定する。
- 委員の任期については、三年とする。
 - ※ 上記委員の数等については、現行の市町村の国保運営協議会と同様の取扱い。

市町村の国保運営協議会の構成等

<委員の構成>

- 従来より市町村に設置されている国保運営協議会にあつては、
 - ・「国保の被保険者」、「国保の保険医又は保険薬剤師」、「公益(学識経験者等)」の三者を必ずその構成員とし、
 - ・前期高齢者交付金の太宗を拠出する立場である「被用者保険の代表」については、国保の財政運営の責任主体となる都道府県に新たに設置される国保運営協議会において構成員と位置づけられ、都道府県の国保運営協議会において意見表明が可能であることから、市町村の国保運営協議会では任意の構成員と位置づける。
- ※ なお、被保険者の健康の保持のために必要な保健事業についての全体的な取組方針等は都道府県に置かれる保険者協議会において議論することを想定している。

<委員の数等>

- 国保の被保険者の代表、国保の保険医又は保険薬剤師の代表、公益の代表の各側の意向が適切に配慮されるよう、それぞれ同数とする。
被用者保険の代表については、任意の構成員であることに鑑み、他の各側の委員と同数を上限とする。
- 各側委員の具体的な人数については、各市町村の実情を踏まえて条例により決定する。
- 委員の任期については、三年とする。
※30年度までは現状通り二年の任期とし、30年度以降の委員の着任以降三年とする。

IV. 改革後の国保事務運営

- 1 国保運営方針の策定プロセスとポイント
- 2 国保運営協議会

3 その他の国保事務運営について

■ 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）

2. 運営の在り方の見直し（保険者機能の強化）

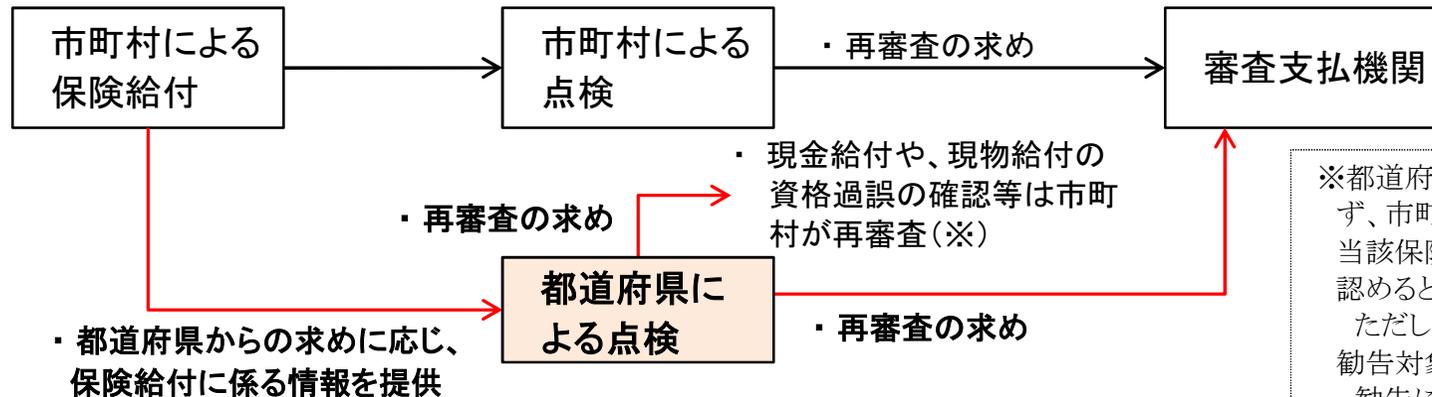
…（中略）… 都道府県は、保険給付に要した費用を市町村に対して確実に支払うとともに、市町村が行った保険給付の点検を行うなど、適正な給付を推進する。また、都道府県内の複数の市町村に関わるような医療機関による大規模な不正請求事案において、不正利得の回収にイニシアティブを発揮する等、市町村の事務負担の軽減を図る。



具体的な内容

○その1 （改正後の国民健康保険法第75条の3～第75条の6関係）

- ・ 都道府県は、広域的・専門的見地により、市町村が行った保険給付の点検を行うことが可能。
- ・ 点検の結果、違法又は不当に保険給付が行われたおそれがあると判断したものについては、理由を付して、市町村や審査支払機関に対して再度の審査を求めること等が可能。



※都道府県は、再審査を求めたにもかかわらず、市町村が保険給付を取り消さない場合、当該保険給付が違法又は不当に行われたと認めるときは、取り消しの勧告ができる。ただし、審査支払機関が再審査したものは勧告対象外。勧告に対応しない場合、交付金の額から当該保険給付分の相当額を減額できる。

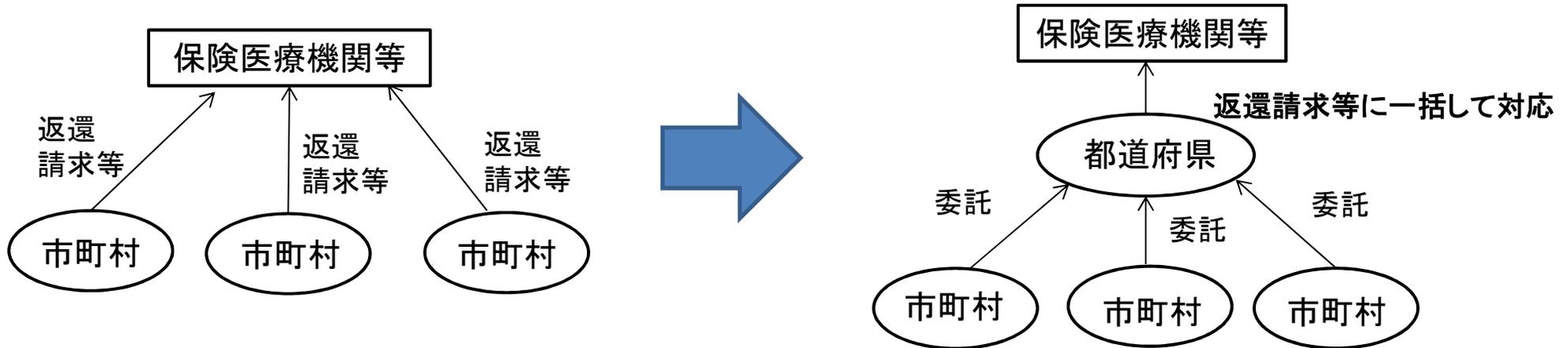
○その2 （改正後の国民健康保険法第65条第4項関係）

- ・ 保険給付を行った後、保険医療機関などによる大規模な不正請求等が発覚した場合には、都道府県は、広域的・専門的見地から、市町村に代わり、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が可能。

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

※詳細は引き続き地方と協議

- 都道府県は、保険給付に要した費用を市町村に対して確実に支払うとともに、市町村が行った保険給付の点検を行うなど、適正な給付を推進する。また、都道府県内の複数の市町村に関わるような医療機関による大規模な不正請求事案において、不正利得の回収にイニシアティブを発揮する等、市町村の事務負担の軽減を図る。
- 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。



■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って療養の給付に関する費用の支払…
(中略) …を受けたときは、当該保健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健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。

【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

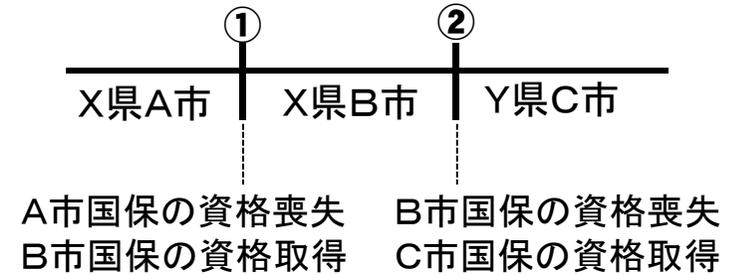
○ただし、転居後の市町村において、改めて被保険者証を交付する。

*資格管理の法的主体は市町村

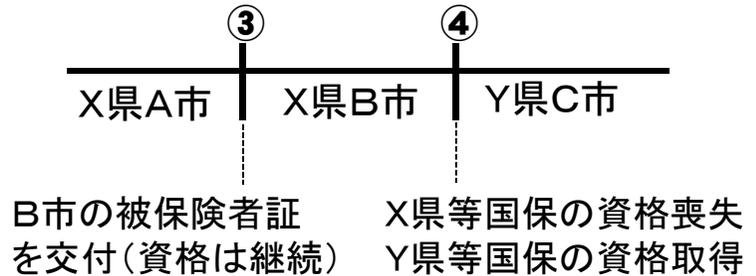
*なお、上記の事務を支援するための電算処理システムを開発する方針

※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）

V. 保険者機能の強化等

1 データヘルス計画

- 2 糖尿病性腎症の重症化予防の取組
- 3 後発医薬品の使用促進に向けた取組
- 4 第三者求償の推進
- 5 保険者努力支援制度とその前倒し実施
- 6 地域包括ケアの推進
- 7 情報セキュリティ対策の強化について
- 8 番号制度の導入と活用について

データヘルス計画の推進に係る政府の方針

政府の施策方針	健康・医療分野における重点項目	具体的な内容
日本再興戦略 (平成25年6月14日閣議決定)	○ 予防・健康管理の推進に関する新たな仕組みづくり	・ 保険者によるレセプト等のデータ分析 ・ 分析に基づく健康保持増進のための事業計画・評価等
	○ 医療・介護情報の電子化の促進	・ ICTを活用したレセプト等データの分析と健康づくりの推進
健康・医療戦略 (平成25年6月14日関係9閣僚申合せ)	○ 医療機関主体による新サービスや、企業と医療機関の連携による新サービス ○ 保健情報の分析の促進	・ 市町村によるレセプト等のデータ分析に基づく保健事業の実施を推進 ・ 市町村におけるKDBシステムの利活用による医療介護情報の統合的利活用を推進
	○ 分析結果に基づく保健事業の促進	
経済財政運営と改革の基本方針(骨太の方針) (平成25年6月14日閣議決定)	○ 健康管理・疾病予防に向けた医療関連情報の電子化・利活用の推進 ○ 医療保険者による疾病予防の促進	
「国民の健康寿命が延伸する社会」に向けた予防・健康管理に係る取組の推進について (平成25年8月30日厚生労働大臣公表)	○ 医療・介護情報の「見える化」等を通じた介護予防等の更なる推進	・ 市町村は、後期高齢者医療広域連合におけるKDBシステム等を活用し、介護予防等の視点を踏まえた保健事業の推進
健康・医療戦略 (平成26年7月22日閣議決定)	○ レセプト・健診情報等のデータ活用	・ 各保険者によるレセプト・健診情報等を活用し、データ分析に基づく保健事業の実施を推進
	○ レセプト・健診情報等のデータ活用 ○ 医療適正化と国民の健康の増進の総合的な推進	・ 市町村におけるKDBシステムによる医療介護情報の統合的利活用を推進

「データヘルス計画」とは

レセプト・健診情報等のデータの分析に基づく、効率的・効果的な保健事業をPDCAサイクルで実施するための事業計画
※ 計画の策定にあたって、電子化された健康・医療情報を分析し、被保険者等の健康課題を明確にした上で、事業の企画を行う。

※ ヘルスサポート事業

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

- ・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

全国の
国保連合会

支援

国保中央会

Plan(計画)

- ・データ分析に基づく事業の立案
 - 健康課題、事業目的の明確化
 - 目標設定
 - 費用対効果を考慮した事業選択

(例) - 加入者に対する全般的・個別的な情報提供
- 特定健診・特定保健指導等の健診・保健指導
- 重症化予防

※ 被保険者等に自らの生活習慣等の問題点を発見させ、その改善を促すための取組を重視する。

Act(改善)

- ・次サイクルに向けて目標値及び事業内容を見直す

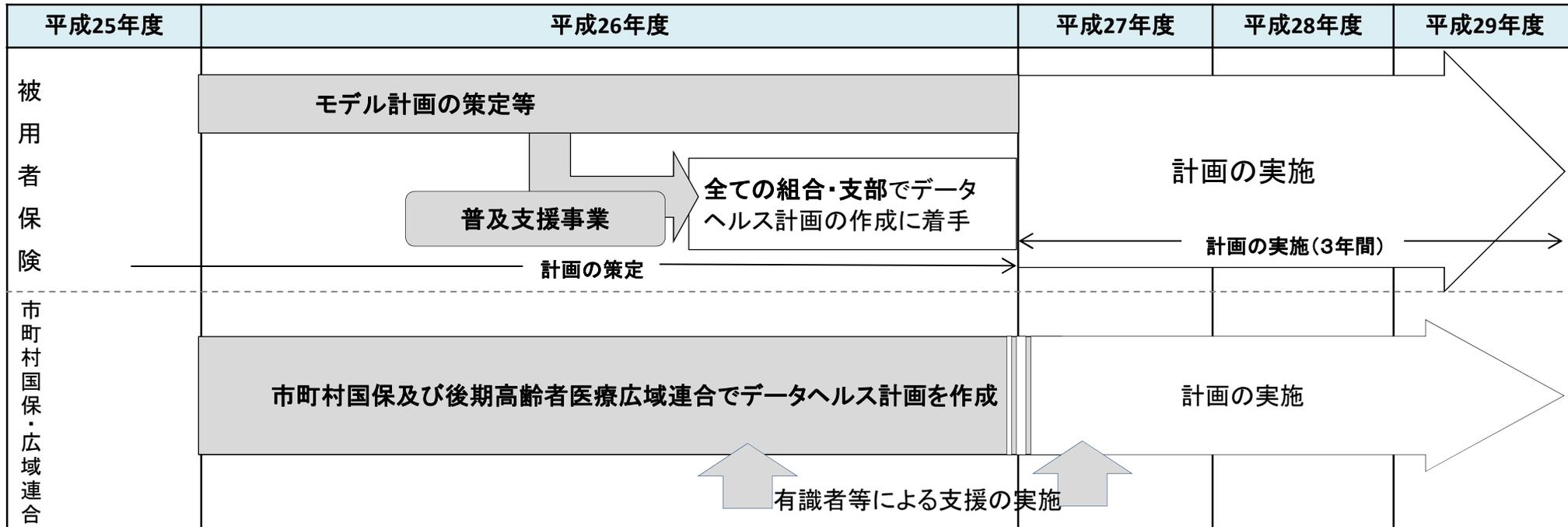
Do(実施)

- ・事業の実施

Check(評価)

- ・データ分析に基づく効果測定・評価

データヘルス計画の実施スケジュール



保健事業実施計画(データヘルス計画)作成の手引き【国保】

※ 平成26年6月12日事務連絡

- 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項
 - ◎背景
 - ・日本再興戦略における保健事業の推進、保健事業実施にかかる指針の改正
 - ◎データヘルス計画の位置づけ
 - ・データヘルス計画（PDCAサイクル、データ分析と評価）、他の計画・指針との関係
 - ◎計画期間
- 計画に記載する事項
 - ◎背景の整理
 - ・保険者の特性把握（被保険者の状況、性・年齢階層別、人口に対する割合、推移）
 - ・過去の取組の考察（特定健診・特定保健指導、その他の保健事業）
 - ◎健康・医療情報の分析及び分析結果に基づく健康課題の把握
 - ◎目的・目標の設定
 - ・課題に対応した各種目的、目標の設定の重要性、成果目標と事業量目標
 - ◎保健事業の実施内容
 - ・優先順位を決定し目標達成のために必要な事業を展開
（ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを組み合わせた事業展開）
 - ◎評価方法の設定
 - ・目標に対応した評価の実施、評価のタイミング
 - ◎計画の見直し
 - ◎計画の公表・周知
 - ◎その他（運営上の留意事項、市町村の関係部署との連携、個人情報保護等）
- 策定における支援
 - ◎国保・後期高齢者ヘルスサポート事業
 - ◎国保ヘルスアップ事業評価事業報告書

・ 計画策定にあたっての基本的な考え方や、計画にもり込むべき事項について、エッセンス部分をまとめたもの

※後期高齢者医療広域連合向け「保健事業実施計画(データヘルス計画)作成の手引き」(平成26年7月31日事務連絡)
健康保険組合向け「データヘルス計画作成の手引き」(平成26年10月14日公表)

市町村国保におけるデータヘルス計画の策定状況

市町村国保の約7割が、データヘルス計画を策定済 又は 平成27年度中に策定予定

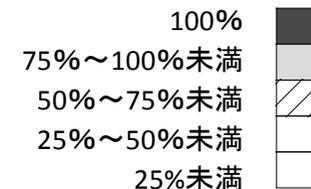
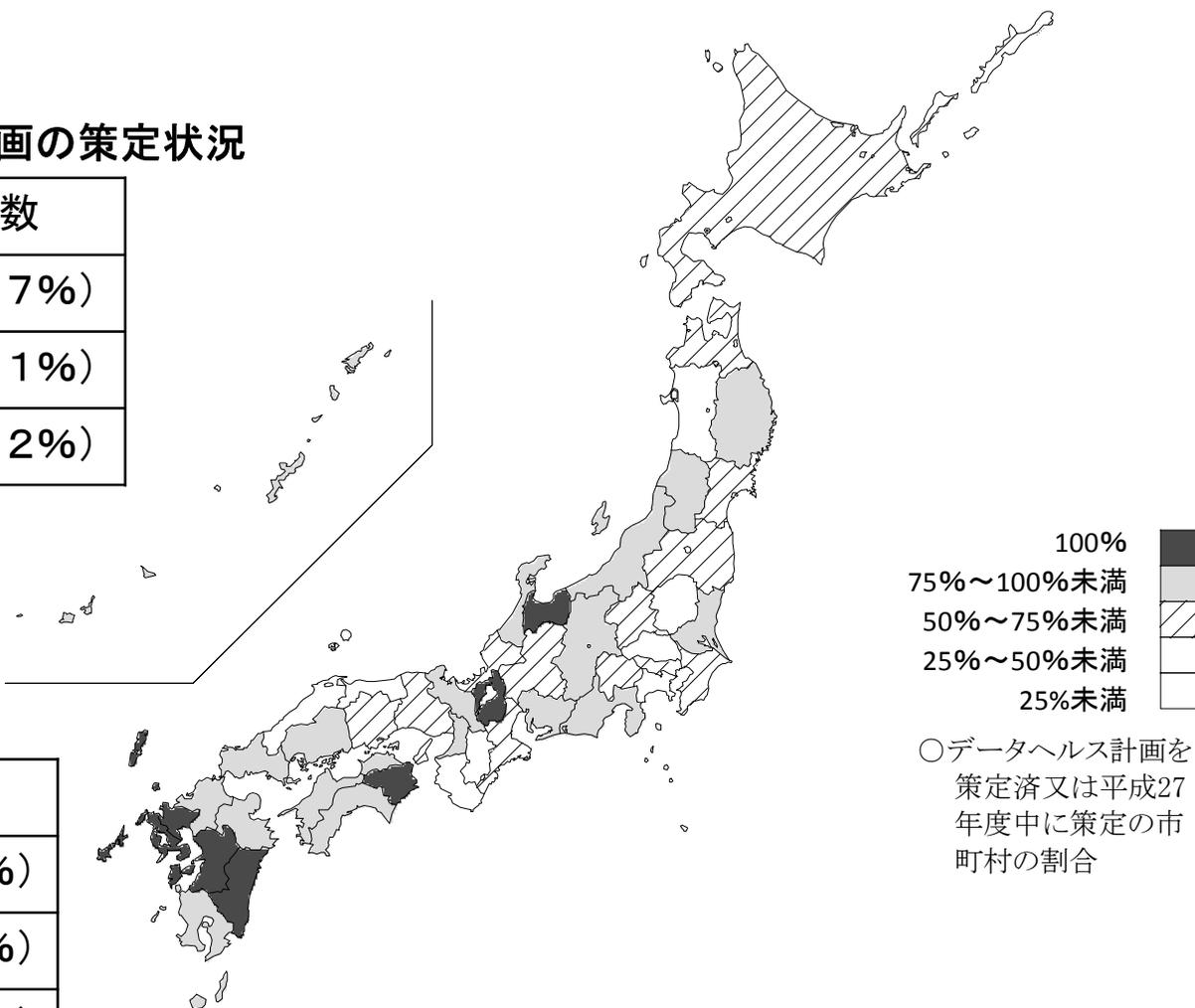
○平成27年7月1日時点でのデータヘルス計画の策定状況

策定状況	保険者数
策定済み	424(24.7%)
策定中	997(58.1%)
未着手	295(17.2%)



○策定中997保険者の策定期期

策定期期	保険者数
平成27年度中に策定予定	808(47.1%)
平成28年度中に策定予定	156(9.1%)
上記以外	33(1.9%)



○データヘルス計画を策定済又は平成27年度中に策定の市町村の割合

*平成27年7月 厚生労働省保険局国民健康保険課調べ

V. 保険者機能の強化等

1 データヘルス計画

2 糖尿病性腎症の重症化予防の取組

3 後発医薬品の使用促進に向けた取組

4 第三者求償の推進

5 保険者努力支援制度とその前倒し実施

6 地域包括ケアの推進

7 情報セキュリティ対策の強化について

8 番号制度の導入と活用について

生活習慣病の重症化予防に関する取組の推進

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)

(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。

(公的サービスの産業化)

民間事業者も活用した保険者によるデータヘルスの取組について、中小企業も含めた企業による健康経営の取組との更なる連携を図り、健康増進、重症化予防を含めた疾病予防、重複・頻回受診対策、後発医薬品の使用促進等に係る好事例を強力に全国に展開する。

日本健康会議「健康なまち・職場づくり宣言2020」(平成27年7月10日採択)

【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。



宣言を達成するため、「重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ」を設置

日本健康会議

- ◆ 経済界・医療関係団体・自治体のリーダーが手を携え、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図ることを目的として、自治体や企業、保険者における先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げるため、民間主導の活動体である「日本健康会議」を2015年7月10日に発足。
- ◆ 自治体や企業・保険者における先進的な取組を横展開するため、2020年までの数値目標（KPI）を入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を採択。
- ◆ この目標を着実に達成するため、
 - ① 取組ごとにワーキンググループを設置し、厚労省・経産省も協力して具体的な推進方策を検討し、ボトルネックの解消や好事例の拡大を行う。
 - ② 「日本健康会議ポータルサイト」を開設し、例えば、地域別や業界別などの形で取組状況を「見える化」し、競争を促す。

日時：2015年7月10日（金）11:45－12:35

会場：ベルサール東京日本橋

人数：報道メディア、保険者、関係者など、計1,000名程度

1. 趣旨説明	日本商工会議所	（会頭	三村 明夫
2. キーノートスピーチ	東北大学大学院 医学系研究科	（教授	辻 一郎
3. メンバー紹介			
4. 「健康なまち・職場 づくり宣言2020」	健康保険組合 連合会	（会長	大塚 陸毅
5. 今後の活動について	日本医師会	（会長	横倉 義武
6. 来賓挨拶 （総理挨拶）	厚生労働省	（大臣 官房副長官	塩崎 恭久 加藤 勝信
7. フォトセッション			



日本健康会議の様子

（参考）第二部 先進事例の取組紹介（13:00－15:00）

- ・津下一代（あいち健康の森健康科学総合センター長）・西川太一郎（東京都荒川区長）・向井一誠（協会けんぽ広島支部長）
- ・谷村遵子（三菱電機健康保険組合）・南場智子（株式会社ディー・エヌ・エー 取締役会長）

埼玉県の取組事例：糖尿病重症化予防対策

～「健康長寿埼玉プロジェクト」と合わせて「健康長寿」を実現～



超高齢社会＝大半の人が慢性疾患を抱えながら暮らす社会



「データヘルス」の手法を活用し重症化予防により健康寿命を延伸

糖尿病に着目

- ・国民の6人に1人「国民病」
 - ・有病者の4割が未受診
 - ・透析原因の4割以上が糖尿病
- 2025年には、糖尿病の重症化による人工透析患者数と透析医療費が1.5倍に



健康長寿埼玉モデル事業に参加
健康長寿サポーターとして活躍

健康者＝ウォーキング・筋トレ

生活習慣病患者・予備軍
＝外来、自宅(放置)

重症患者＝病院

通院服薬
保健指導

医療サービス + 新たな重症化予防策

取組内容

健診・レセプトデータからハイリスク者をピンポイントで抽出

- 未受診者に、医療機関受診を勧奨
- 通院患者に、かかりつけ医の指示の下、保健師等が6月間、生活習慣改善支援

平成26、27年度 30市町国保で実施
受診勧奨:約1万人 生活指導:約1300人

効果

生活機能維持

透析になると週3回4時間の治療

- 重症化を予防しQOL維持(さらに)
- 脳梗塞、心筋梗塞の発症も防止

医療費抑制

透析になると年500万円の医療費(透析導入前は、年50万円)

- 透析医療費の増加を抑制
- 医療保険財政の安定を確保

今後の展開

平成28年度に63市町村全県展開

現役世代対策の拡充(協会けんぽ)

(さらに)データヘルスの深化・拡充

荒川区



荒川区シンボルキャラクター
(あらみい・あら坊)

荒川区の取組事例：レセプト情報を保健事業や医療費適正化に有効活用

<取組>

- ◆糖尿病等重症化予防プログラムの実施
- ◆多受診者等への訪問指導
- ◆特定健診未受診者・医療機関未受診者への受診勧奨
- ◆ジェネリック医薬品利用勧奨

取組の ポイント

レセプトや特定健診データの分析により、
支援等が必要な対象者を特定し、アプローチ
(民間の医療データ分析サービスの活用と
地域の医療関係者の協力による事業実施)

取組の概要

<糖尿病等重症化予防（25年度～）>

- 保健師・栄養士等の専門職が、かかりつけ医と連携の上、保健指導（食事療法・運動療法等）を実施

<多受診者等への訪問指導（26年度～）>

- 重複受診・頻回受診・重複服薬の傾向がみられる国保加入者に対し、保健師が訪問指導等を実施

<特定健診未受診者・医療機関未受診者受診勧奨（26年度～）>

- 特定健診連続未受診者や、特定健診で検査数値に異常が見つかりながら医療機関を受診していない国保加入者に対し、受診勧奨通知を送付

<ジェネリック医薬品利用勧奨（25年度～）>

- ジェネリックへの切替により月100円以上薬代の軽減が見込まれる国保加入者に対し、利用勧奨通知を送付

効果検証

- プログラム終了者は25・26年度累計72名
- 終了者の中に人工透析に移行した者はいない
(26年12月時点)

- 42人に指導を実施（26年度）
- 指導後、33人の受診行動に改善がみられ、年換算340万円の医療費を削減

- 24・25年度の2年連続特定健診未受診者のうち、277人が通知送付後に特定健診を受診
- 医療機関を受診していなかった者のうち、21人が通知送付後に医療機関を受診
(いずれも26年度)

- 25年6月から27年9月までに延べ58,500人に通知を送付
- 27年5月までに累計約2億円の薬剤費を削減

生活習慣病の重症化予防に関する国の検討の方向性①

経済財政諮問会議「経済・財政再生アクションプログラム」(平成27年12月24日閣議決定)抜粋

インセンティブ改革については、全ての国民が自ら生活習慣病を中心とした疾病の予防や重症化予防、介護予防に取り組むとともに、後発医薬品の使用や適切な受療行動を行うこと等を目指し、個人と保険者の双方の取組を促すインセンティブのある仕組みを構築する。

そのため、保険者の医療費適正化への取組を促すための指標(後発医薬品の使用割合、重症化予防の取組、重複投薬等)を2015年度中に決定し、2016年度から国民健康保険の特別調整交付金の一部において傾斜配分の仕組みを開始し、その後、2018年度より指標の達成状況に基づく国民健康保険の保険者努力支援制度や健康保険組合等の後期高齢者支援金の加算・減算制度などの仕組みのメリハリある運用を本格実施することや、国民健康保険料に対する医療費の地域差が一層反映されるよう、財政調整交付金の配分方法を含む国民健康保険財政の仕組みの見直しを行うことで、取組状況等に応じた保険者や自治体に対するインセンティブやディスインセンティブの付与を強化する。

※ 経済・財政再生計画改革工程表(平成27年12月24日経済・財政一体改革推進委員会)において、KPIとして、「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の数【800市町村】、広域連合の数【24団体】」が示されている。

今後の保険者における予防・健康づくり等の取組の推進に当たって共通的に評価する指標について(保険者による健診・保健指導等に関する検討会での取りまとめ)(平成28年1月6日)抜粋

3. 保険者種別を超えて共通的に盛り込むべき指標について

ア. 基本的な考え方

- 本検討会では、保険者種別の特性も踏まえつつ、保険者種別を超えて、大枠としてイに記載する6つのインセンティブ指標についてそれぞれ盛り込むことが適当であると考える。
- 今後、保険者種別ごとに、これを指針として、既存の保険者の取組状況や好事例の取組等も踏まえ、具体的な評価基準の内容、評価基準の当てはめ方等について検討していくことが適当である。
- その際、評価基準については、当面は取組の実施状況に着目した指標(いわゆるアウトプット指標)を中心とするが、別途検討が進められている日本健康会議における宣言の達成基準を踏まえるとともに、可能な限り、数値等の客観的に取組状況が測れる、取組の成果に着目した指標(アウトカム指標)としていくことが望ましい。また、データに基づく医療費の分析結果を踏まえて今後の医療費適正化計画において位置付けられる都道府県の取組に関する指標も踏まえる必要がある。

イ. 盛り込むべき指標と具体化に当たっての留意点について

(1) 予防・健康づくりに係る指標

【指標③】糖尿病等生活習慣病の重症化予防の取組の実施状況

- 糖尿病等の治療中断者への働きかけや、治療中の加入者に対して医療機関等と連携して重症化を予防するための保健指導等を実施する取組など、生活習慣病の重症化を予防する取組について、指標として位置付けていくことが適当である。
- その際、具体的な評価基準としては、重症化予防の対象者に対する取組の実施割合、重症化予防の取組を実施した者のうちの新規の人工透析者数(2型糖尿病性腎症によるもの)等としていくことが考えられる。

V. 保険者機能の強化等

- 1 データヘルス計画
- 2 糖尿病性腎症の重症化予防の取組
- 3 後発医薬品の使用促進に向けた取組
- 4 第三者求償の推進
- 5 保険者努力支援制度とその前倒し実施
- 6 地域包括ケアの推進
- 7 情報セキュリティ対策の強化について
- 8 番号制度の導入と活用について

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	1815	28%
平成20年9月	3回	9,594	2862	30%
平成20年10月	4回	11,528	3448	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

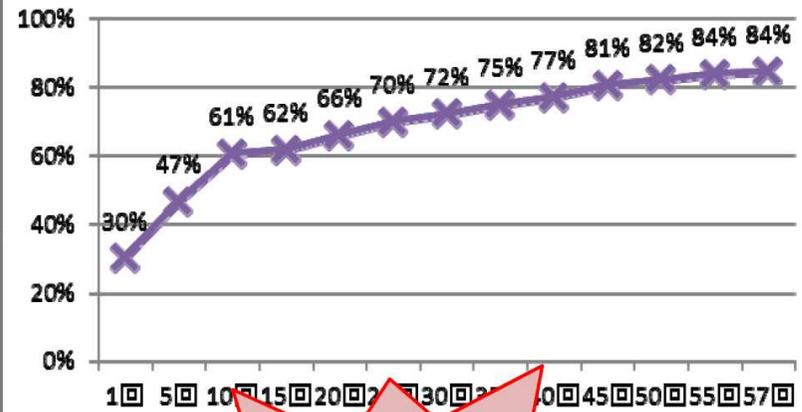
通知を継続することにより累計切替者数は増加

■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

呉市における後発医薬品使用促進通知

【通知書の見本：裏面】

【通知書の見本：表面】

123-4567
〇〇県△△市□□1-2-3
国保 太郎 様
〒1234567890
1234567890
000000001

お問い合わせ先

ジェネリック医薬品通知
サポートデスク(フリーダイヤル)
0120-433-400
受付時間 10:00~17:00
土・日・祝日を除く

呉市保険年金課
〒737-0041
呉市和庄1丁目2-13 (すこやかセンターくれ)

家計にやさしいお薬を紹介します！

ジェネリック医薬品は、患者さんのお薬代負担を軽くするお薬です。

新薬

開発期間 開発コスト

開発期間が短く、
開発コストが大幅に
抑えられるからお薬代
が安くなります。

ジェネリック

開発期間 開発コスト

ジェネリック医薬品は、安心・安全です。

ジェネリック医薬品は新薬と同様に薬事法に基づく、基準・規制の基に**同じ有効成分で効き目が同等**のものとして開発・製造・発売されています。

ジェネリック医薬品については、医師・薬剤師にご相談ください。

ジェネリック医薬品は**国の承認を受けた**お薬です。まずは、かかりつけの医師・薬剤師にご相談ください。最近では処方せんにジェネリック医薬品への変更不可の欄に医師のサインがなければ、薬剤師とご相談のうえお選びいただけるようになっていきます。

厚生労働省の承認を受けた薬だから安心ね！

医師・薬剤師にご相談してみよう！

「今後、この通知書の送付を希望されない方は、お手数ですが呉市保険年金課（電話0823-25-3151）までご連絡ください。」

ジェネリック医薬品使用促進のお知らせ

■番号 00000000
国保 一郎 様

平成21年09月処方分を現在、よく流通しているジェネリック医薬品に切り替えた場合の**薬のみの削減可能額は**

※1

3,600円～

です。

この明細について/使い方
本明細※3では、過去あなたに処方された医薬品と、同一成分のジェネリック医薬品※5に変更した場合の削減可能な金額を参考までにご紹介いたします。

平成21年09月分の処方実績				ジェネリック医薬品に※2切り替えることで削減できる金額	
医療機関・薬局区分	お薬代※1 (3割負担)				
薬局	8,810			3,610～	
合計	8,810			3,600～ <small>(100円未満切り捨て)</small>	

平成21年09月分の処方実績					ジェネリック医薬品に※2切り替えることで削減できる金額	
医療機関・薬局区分	お薬の単価	数量	単位	お薬代※1 (3割負担)		
薬局						
ベイスン錠0.2 0.2mg	47.5	270.0	錠	3,840	1,230～	
セロゲン錠40mg	29.8	180.0	錠	1,600	1,200～	
メフロチン5 5mg	65.6	90.0	錠	1,770	650～	
ガスターD錠20mg	59.3	90.0	錠	1,600	530～	
合計				8,810	3,610～	

※1 薬にかかった金額のみです。薬局の医療機関への支払金額には、技術料、指導料、検査費用などが含まれています。国や市町村から医療助成を受けている場合には、実際の支払金額と異なる場合があります。

※2 実際に支払った「お薬代」に対して、通知書発行時点でジェネリック医薬品として認定を受けている薬品に切り替えた場合、どの程度薬代を削減できるかをご紹介します。ジェネリック医薬品は複数存在する場合があります。金額にも幅があります。

※3 本明細は、医療機関・薬局の過去の請求データに基づいて作成されています。本明細に記載しきれない場合は、削減効果の大きい医療機関分から順に記載しています。

※4 上記に記載している医薬品には、がんその他特殊疾病に使用されるお薬、短期処方のお薬などについては除外しています。

※5 先発医薬品とジェネリック医薬品は同一の成分ですが、使用できる病気(効能)は異なっており、切り替えできない場合があります。詳しくは薬剤師にご相談してください。

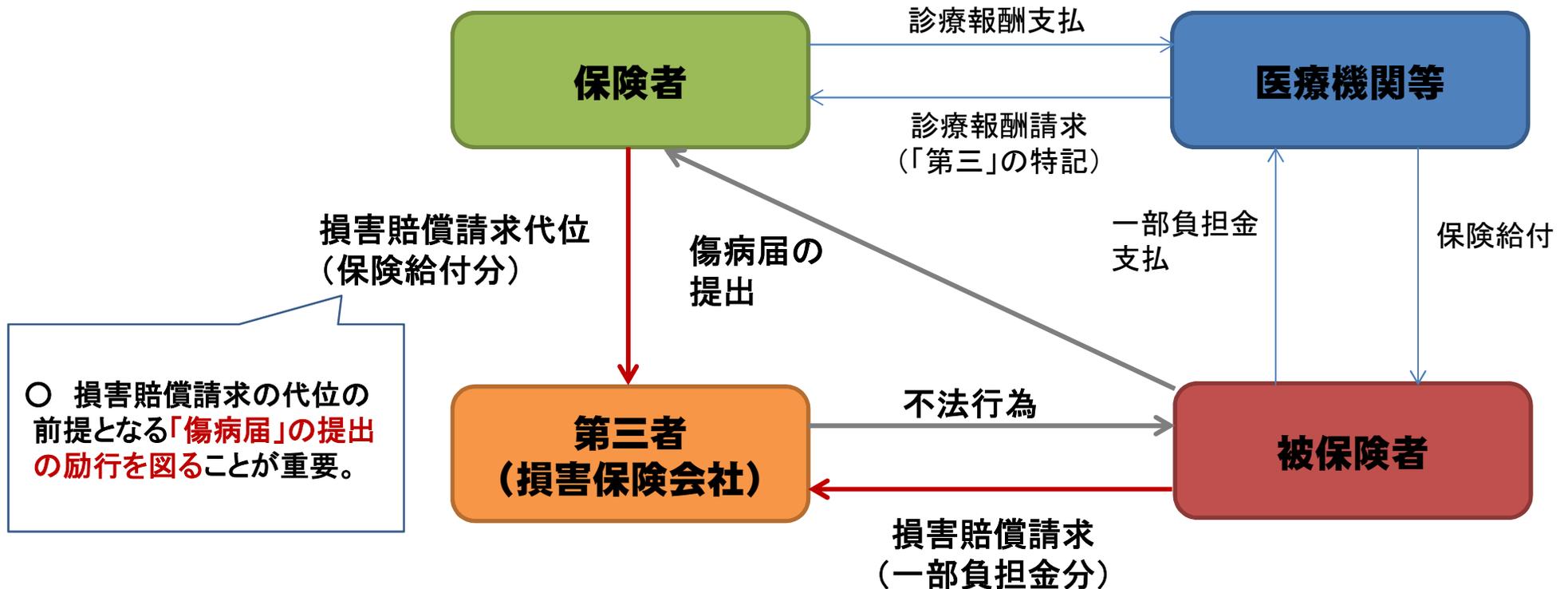
VI. 保険者機能の強化等

- 1 データヘルス計画
- 2 糖尿病性腎症の重症化予防の取組
- 3 後発医薬品の使用促進に向けた取組
- 4 第三者求償の推進
- 5 保険者努力支援制度とその前倒し実施
- 6 地域包括ケアの推進
- 7 情報セキュリティ対策の強化について
- 8 番号制度の導入と活用について

1 第三者求償の現状と課題

(1) 損害賠償請求権の代位取得

- 保険給付の対象となる疾病、負傷、死亡等の保険事故については、その事故の発生が、第三者の不法行為の結果生じたものであっても保険給付の対象となる。**給付事由が第三者行為による場合、世帯主等は保険者に傷病届の提出義務がある。**
- 社会保険各法は、第三者の不法行為によって**保険給付を行ったときは、その給付の価額の限度で、被保険者が第三者に対して有する損害賠償の請求権を保険者が取得する規定を設置。**(国保法第64条第1項、他)
- 保険者は、**傷病届の受理を契機として、代位取得した損害賠償請求権を行使して、第三者に対し求償を行う。**
 - ※ 自傷行為については、①故意の傷病に係る療養の給付は行わない(ただし、自殺未遂による傷病が精神疾患等に起因するものであるときは、給付の対象としている)、②闘争、泥酔、著しい不行跡による傷病に係る療養の給付は、その全部又は一部を行わないことができる。



※ 第三者とは、保険者と被保険者以外の者をいい、加害者が該当。加害者とは、民法上の一般的不法行為が成立した場合における加害者自身のほか、制限行為能力者の行為による監督義務者等、被用者の行為による使用者、土地の工作物又は竹木の加害による占有者及び所有者、動物の加害による占有者等、特殊な不法行為による責任を負う者も含まれる。加害者と被害者が親族関係にある場合の交通事故(親族間事故)についても、求償することができる。

1 第三者求償の現状と課題

(2) 損害賠償請求権の行使

○ 最高裁判所は、保険者が被保険者に療養の給付を行ったときは、**保険給付のつど、保険給付の価格を限度に、被保険者が第三者に対して有する損害賠償請求権を代位取得**することを認めている(平成10年9月10日判決)。

※ 療養の給付に先立ち被保険者が同一の事由について損害賠償を受けた場合には、その内訳のいかんにかかわらず、これにより第三者への損害賠償請求権はその価額の限度で消滅。保険者は、その残存する額を限度として損害賠償請求権を代位取得する。



○ 保険者は、第三者行為に伴う傷病に対し保険給付を行ったときは、**速やかに損害保険会社に、保険給付内訳書(昭和43年通知様式6)を送付することが重要。**

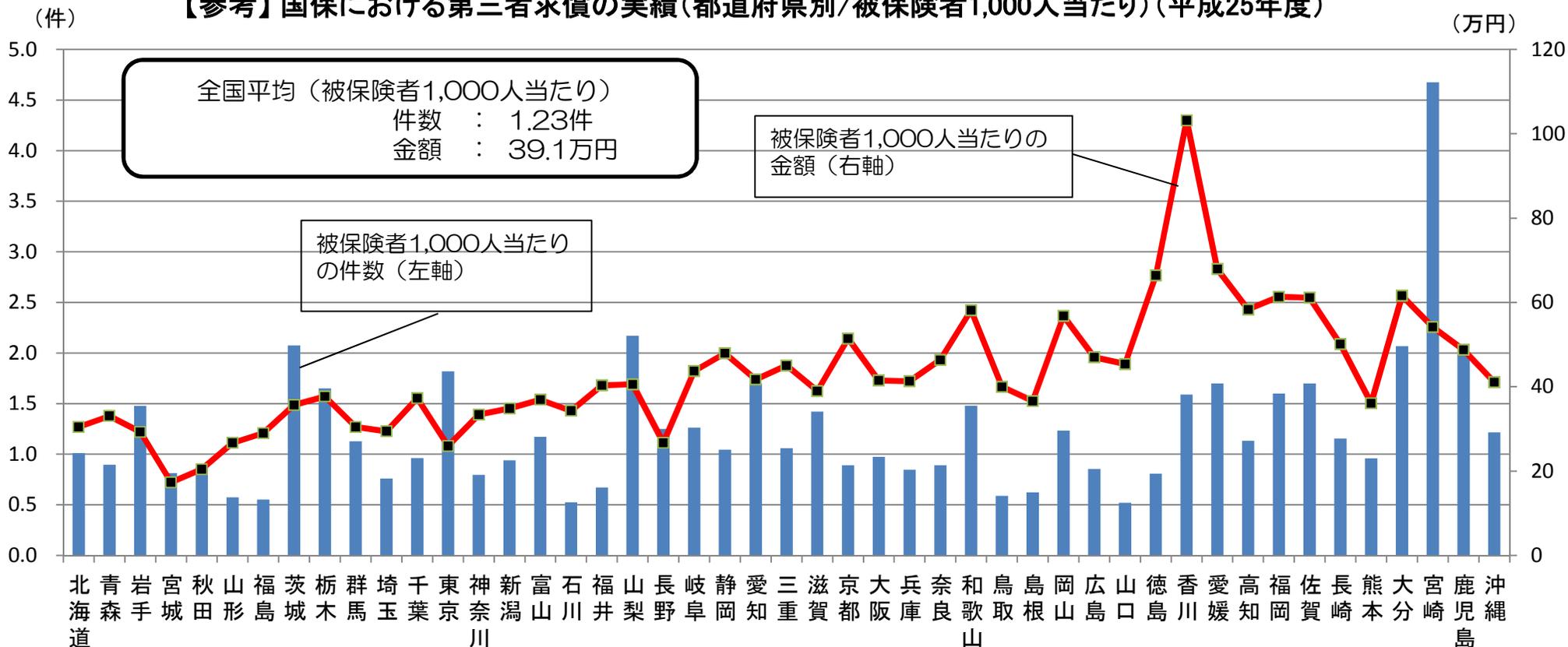
※ 自賠責保険においては、請求が遅れることによって、保険者が他の債権者に劣後する場合がある。

※ 保険者が第三者求償の対象となる保険給付を行ったときは、被保険者の第三者に対する損害賠償請求権の総額を明らかにした上で、その総額から療養の給付の価額のうちの保険者の負担額と保険会社から被保険者に支払われた損害賠償額とを時間の経過に従って順次控除してゆき、損害賠償請求権がなお残存する範囲において賠償を受けることができる。

国保における第三者求償の実績(平成25年度)

- 交通事故の発生状況(平成25年度)・・・交通事故死傷者数 785,867人(警察庁調べ)
- 交通事故の場合、治療費の請求に、公的医療保険を使わずに損害保険(自賠責保険等)のみを使うケースもあると考えられるが、損害保険団体に聴取したところによると、社会保険(医療保険等)からの給付は10%程度とのことである。
- 国民健康保険における第三者求償の実績(平成25年度)・・・約 43,000 件(うち交通事故分は 37,344 件、約4.8%)
 約 135 億円(うち交通事故分は 約 132 億円)
 (1件当たり平均は約31,400円)

【参考】国保における第三者求償の実績(都道府県別/被保険者1,000人当たり)(平成25年度)



(出所) 「国民健康保険事業の実施状況報告」 (国民健康保険課)

交通事故等の第三者の不法行為による傷病への損害賠償請求に関する取組強化について

■ 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25年度 求償実績 約43,000件

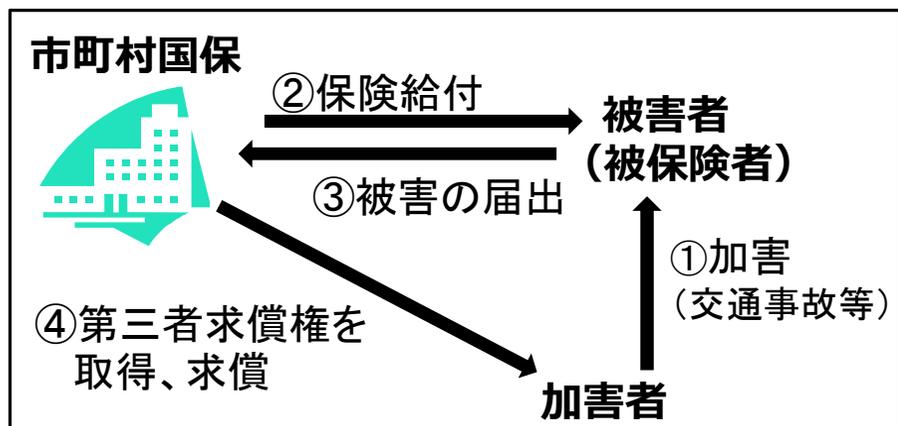
被保険者1,000人当たりの求償件数 0.5件(山口県内)～4.7件(宮崎県内)。

■ 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、被保険者からの届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、被害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25年度 44連合会に88人(うち、損保会社OBは24連合会に39人)



被害届の届出の励行
(損害保険関係団体との協定
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
(取組改善通知を発出)

第三者の不法行為による傷病への損害賠償請求に関する取組強化について(その1)

「被害届の提出の励行」

「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」(保国発1203第1号平成27年12月3日国民健康保険課長通知)

○ 市町村は、保険給付を行った後、被保険者から被害届の届出を受けて始めて、損害保険会社等への損害賠償請求が可能。
このため、つぎのような被害届の届出を促す取組を強化。

① 第三者行為の発見手段の拡大

保険者において、高額療養費や葬祭費等の各支給申請書に、第三者行為の有無の記載欄を設けるよう様式の改正を進めるとともに、挫創等の傷病名や救急病院等の病院名から、第三者行為が疑われるレセプト抽出の取組を強化。

② 被保険者への働きかけの強化

第三者行為が疑われる場合には、保険者から被保険者に確認を行い、被害届の届出を促すとともに、ホームページ等を活用して、被害届の届出義務や医療機関等への申し出の必要性に関する広報を強化。国は、広報の取組強化に係る財政支援。

③ 損害保険団体との連携の強化

保険者は、国保連合会に委任して、損害保険団体と被害届の作成・届出の支援に関する協定を締結。協定締結後の運用については、国の関与の下、損害保険団体・国保中央会と定期的に評価を実施。

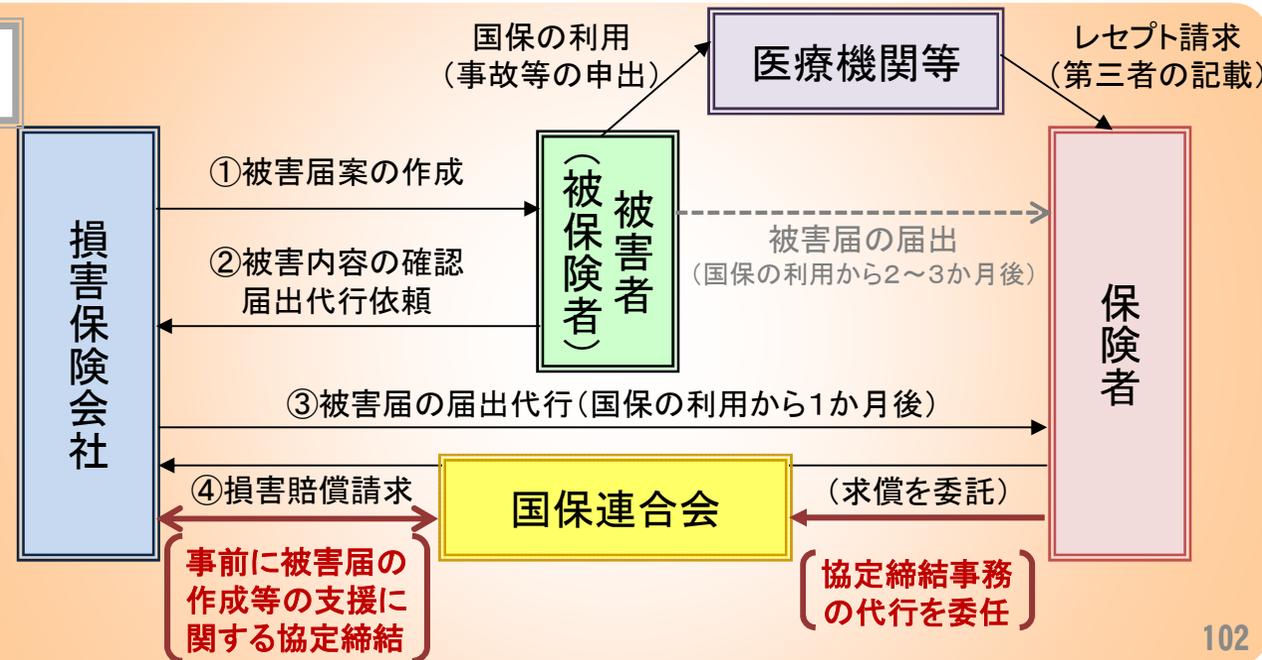
損害保険団体との協定締結後の事務の流れ

(協定の締結手続き)

市町村(1716保険者)が個別に損保団体と協定を締結する負担を軽減するため、国保連合会が保険者から委任を受け、損保団体との協定の締結事務を代行。

(協定の締結による効果)

国保の利用後1か月以内(現状2~3か月)に、被害届が保険者に届出られるとともに、届出漏れの防止が期待される。



2 第三者行為による被害の把握に向けた取組強化 (1) 発見手段の拡大と周知広報の強化

① 発見手段の拡大

1. 療養費、高額療養費、葬祭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定
2. 診療報酬明細書(レセプト)等の点検により、複数の骨折や頭部打撲、外傷性の傷害又はそれらが複合している傷害等の傷病名等から、あるいは、救急病院又は整形外科等の病院名等からの第三者行為が原因であることが疑われるレセプト等を抽出して被保険者に照会
3. 新聞やニュース等の報道情報を活用して交通事故等の発生やその状況等を把握
4. 損害保険関係団体との交通事故にかかる「第三者行為による傷病届」の提出に関する覚書を締結

第三者行為による被害を早期に発見し、世帯主等に対し速やかな傷病届の提出を勧奨。

② 周知広報の強化

1. 保険者のホームページなど様々な媒体を活用して、
 - 1) 受診等の際に医療機関等に「第三者行為(交通事故等)による被害である旨」の申し出ていただく必要があることについて周知
 - 2) 第三者行為による傷病の場合には、傷病届を保険者に提出する義務があること、及び提出先を周知
 - 3) 傷病届と合わせて関係書類(事故状況報告書等)が必要な場合には、各様式をダウンロードできるようにする
2. 被保険者向けに送付する医療費通知等の多様な媒体を複合的に活用して、提出の義務等が浸透するよう周知

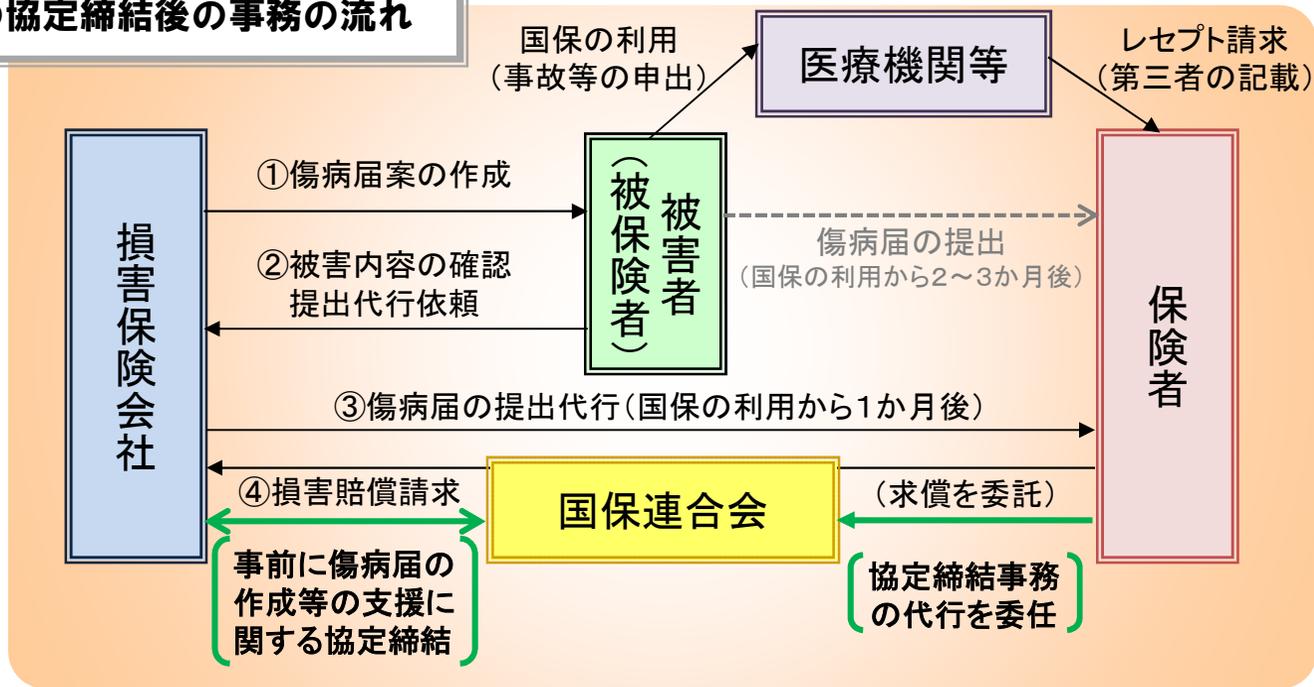
これらの取組強化については、国保連合会との連携が不可欠。

2 第三者行為による被害の把握に向けた取組強化 (2)「世帯主等による傷病届の作成等の援助に関する覚書」の締結①

- レセプトの提出は診療月の翌月以降となるため、このタイムラグにより第三者行為の発見が遅れる場合がある。
- 周知・広報の取組強化によって傷病届の提出の義務等が広く浸透した場合であっても、被保険者(被害者)の心身の状況等によっては、やむを得ず提出が遅れる場合がある。また、傷病届とともに作成する事故状況報告書等の関係書類については、その記載に時間と労力を要し、世帯主等の負担となる場合もある。

損害保険団体と覚書を締結することにより、第三者求償の契機となる傷病届が確実に提出されるようになるとともに、提出までの期間が短縮される。また、傷病届等の作成に係る世帯主等の負担も軽減される。

損害保険団体との協定締結後の事務の流れ



- 被保険者(被害者)が自ら加入する人身傷害補償保険を利用した場合、当該損害保険会社は、精算通知書を自賠責保険の取扱店に送付。保険者は、精算通知書到達後、1月以内に保険給付分を請求しなければ、按分支払が受けられないこととされている。
自賠責保険の取扱店は、精算通知書を受けた場合、保険者に対し連絡することが運用上取り決められているため、保険者は速やかに連絡を受けられるよう、第三者行為による傷病に対し保険給付を行ったときは、速やかに保険給付内訳書を自賠責保険の取扱店に送付しておくことが肝要。

2 第三者行為による被害の把握に向けた取組強化 (2)「世帯主等による傷病届の作成等の援助に関する覚書」の締結②

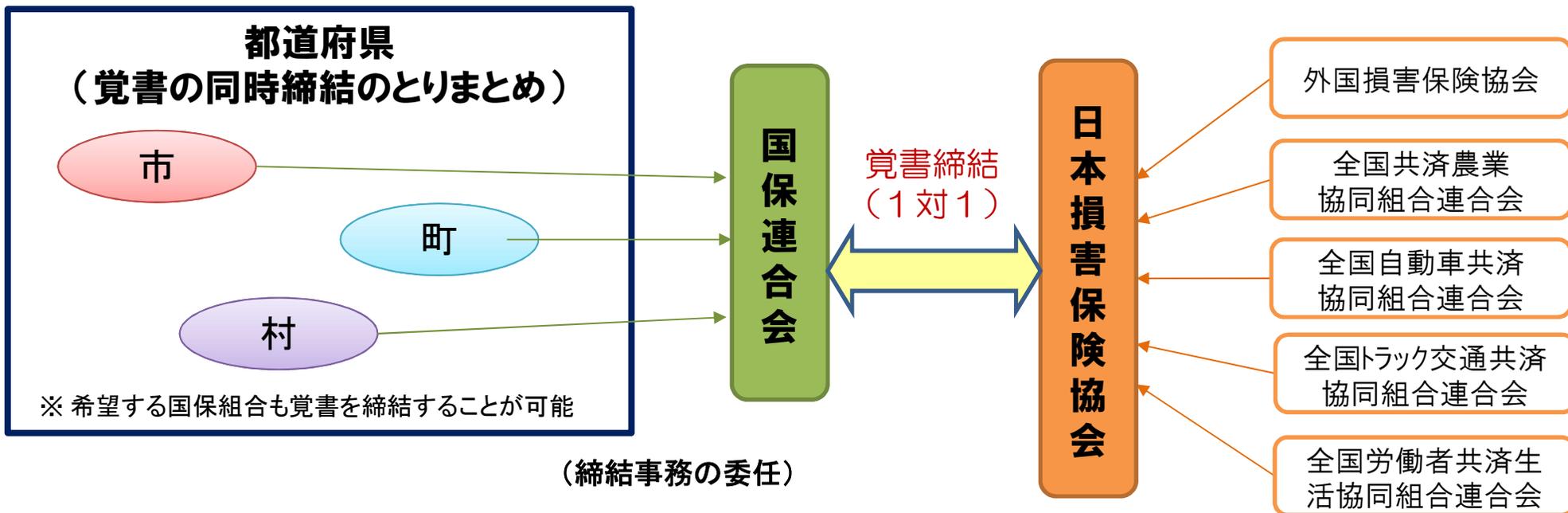
- 「世帯主等による傷病届の作成等の援助に関する覚書」の締結により、自動車保険(任意保険)が使用される傷病で、被保険者(被害者)が治療等のために国保を利用する場合、損害保険会社等が、示談代行サービス等の一環として、傷病届等の作成・提出を無償で援助。

※ 本覚書の締結は、保険者が国保連合会に求償事務の委託を行うものとは異なる。



国保の利用開始日から、原則約1か月以内に、保険者に傷病届が確実に提出されるようになる。

損害保険団体との覚書締結事務の手続き



※ 国保組合の場合、一の国民健康保険組合であっても締結可能であり、徐々に組合数が増えることも差し支えない。この場合、損害保険団体から、半年に1回など締結の時期を揃えて欲しいとの要請。

(締結事務の委任)

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
(数値目標の設定例)



- ① 交通事故日から傷病届受理までの平均期間が1か月を超える場合、1か月以内に短縮できるよう取組強化
- ② 求償できていない滞留事案がある場合は、その件数の減少に向け、保険給付の都度求償できる体制への見直し
- ③ 自賠責保険、自動車保険それぞれの収納実績を踏まえ、収納率向上対策を検討 等

体制の強化

- 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（予定）の活用
 - 2) 損保団体との協定締結事務を国保連合会に委任
 - 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) 損保団体との協定締結の取りまとめ
- 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協定締結の推進、損保団体と協議の場を設置し、協定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) 損保団体との協定締結に向けた啓発
- 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

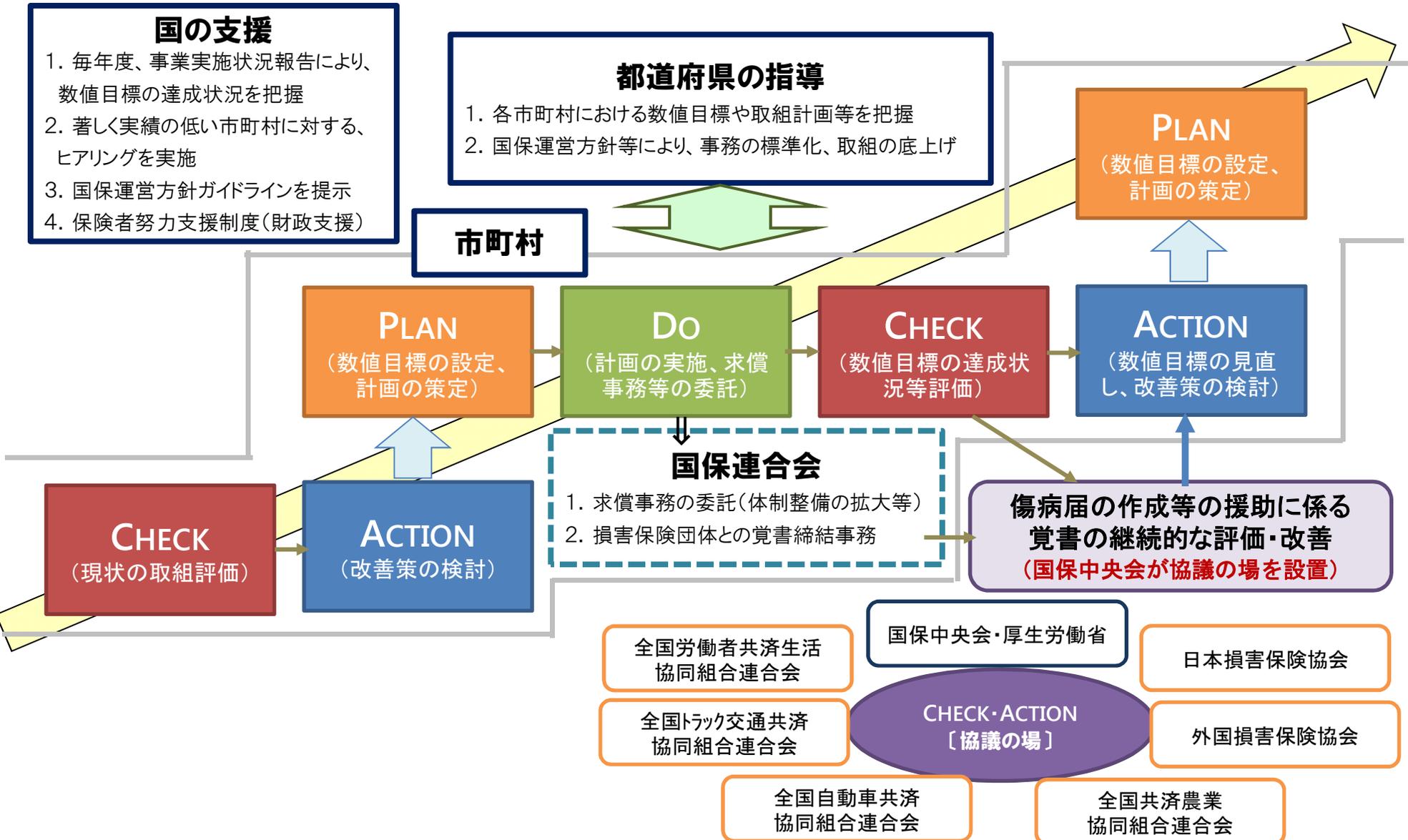
国による支援

- 1) 第三者求償アドバイザー設置（28年度予定）
- 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、損保団体との協定を推進、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

3 市町村等の体制強化・国等による支援

(1)市町村におけるPDCAサイクルの確立①

○ 市町村は、国及び都道府県の支援の下、第三者求償事務のPDCAサイクルを循環させて、継続的に求償事務の取組強化。



3 市町村等の体制強化・国等による支援 (1)市町村におけるPDCAサイクルの確立②

- 市町村は、PDCAサイクルの確立に向けて、まず現状の取組を評価した上で、求償事務の改善を図り、数値目標を定めて求償事務の計画的な取組を推進。
- 国は、28年度から第三者行為求償事務アドバイザーを設置し、改善策の検討等に対する助言ができるよう支援(予定)。

	CHECK (現状の取組評価)	ACTION (改善策の検討)	PLAN	
			数値目標の設定	計画策定
1	・交通事故等から傷病届受理日までの平均日数	・傷病届受理日までの平均日数の短縮策	<ul style="list-style-type: none"> ○ 国保の利用開始日から傷病届の受理日までの平均日数を30日以内に短縮 ○ 傷病届に記載された事故日から受理日までの日数が30日を超える件数の割合を低減 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 損害保険関係団体と「世帯主等による傷病害の作成等の援助に関する覚書」の締結 ○ 国保連合会への委託による届出の勧奨
2	・治療継続中等により滞留している未求償事案の有無と件数	・滞留している未求償事案の減少策	<ul style="list-style-type: none"> ○ 滞留している未求償事案の件数 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 損保0B等の活用による管理、求償体制の強化 ○ 国保連合会への委託
3	・損保会社や加害者等の請求先別求償額の収納率	・請求先別の収納率向上策	<ul style="list-style-type: none"> ○ 自賠責保険、自動車保険(任意保険)等の請求先別の収納率 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 照会・回答の仕組みや損保0Bの活用、訴えの提起 ○ 国保連合会への委託
4	・第三者行為が疑われるレセプトの抽出件数と該当率	・疑いレセプトの該当率向上策	<ul style="list-style-type: none"> ○ 疑いレセプトの抽出件数 ○ 疑いレセプトの該当率 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 国保連合会への委託
5	・診療報酬明細書の特記事項欄等の記載率	・診療報酬明細書等の記載率向上策	<ul style="list-style-type: none"> ○ 診療報酬明細書等の記載率 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療機関等に「10. 第三」の印を貸与する等の連携
6	・ホームページにおける広報の状況	・ホームページの活用策	<ul style="list-style-type: none"> ○ ホームページ掲載の有無 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ホームページ等に被害者が医療機関等に申し出るよう広報
7	・医療費通知等の活用状況	・医療費通知等の活用策	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療費通知等の活用数(発送件数) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 小冊子や医療費通知等の被保険者向けの送付物の活用

3 市町村等の体制強化・国等による支援 (2)国保連合会による支援

① 国保連合会における求償事務の取組強化

1. 損保OBや顧問弁護士の配置等の更なる人材確保
2. 国保中央会が作成する、国保連合会向けの「標準的な事務処理マニュアル」の活用による事務の底上げ
3. 自転車事故や土地の工作物等による傷病における、個人賠償責任保険への求償などの受託範囲の拡大
4. 低額な求償事案であっても委託するインセンティブが働くような費用負担の設定
5. 少なくともホームページに、受診等の際に医療機関等に申し出ていただくことや、傷病届の提出の義務及び提出先を掲載、関係書類の周知
6. 受託している場合には、医療費通知等の被保険者向けに送付する多様な媒体を複合的に活用して、傷病届の提出義務を周知

② 国保連合会による市町村職員研修の充実

1. 市町村向けに、「標準的な事務処理マニュアル」の提供 ※ 国保中央会で作成中。
2. 保険者に対する求償事務研修の充実(マニュアルの活用により、高額療養費の支給があった場合の計算方法のバラツキの解消等)
3. 巡回相談に個別支援(国保連合会の求償担当職員が希望する保険者を訪問して求償事務の基礎的内容等を助言)

③ 損害保険関係団体との覚書締結事務の支援

④ PDCAサイクルの確立に向けた支援

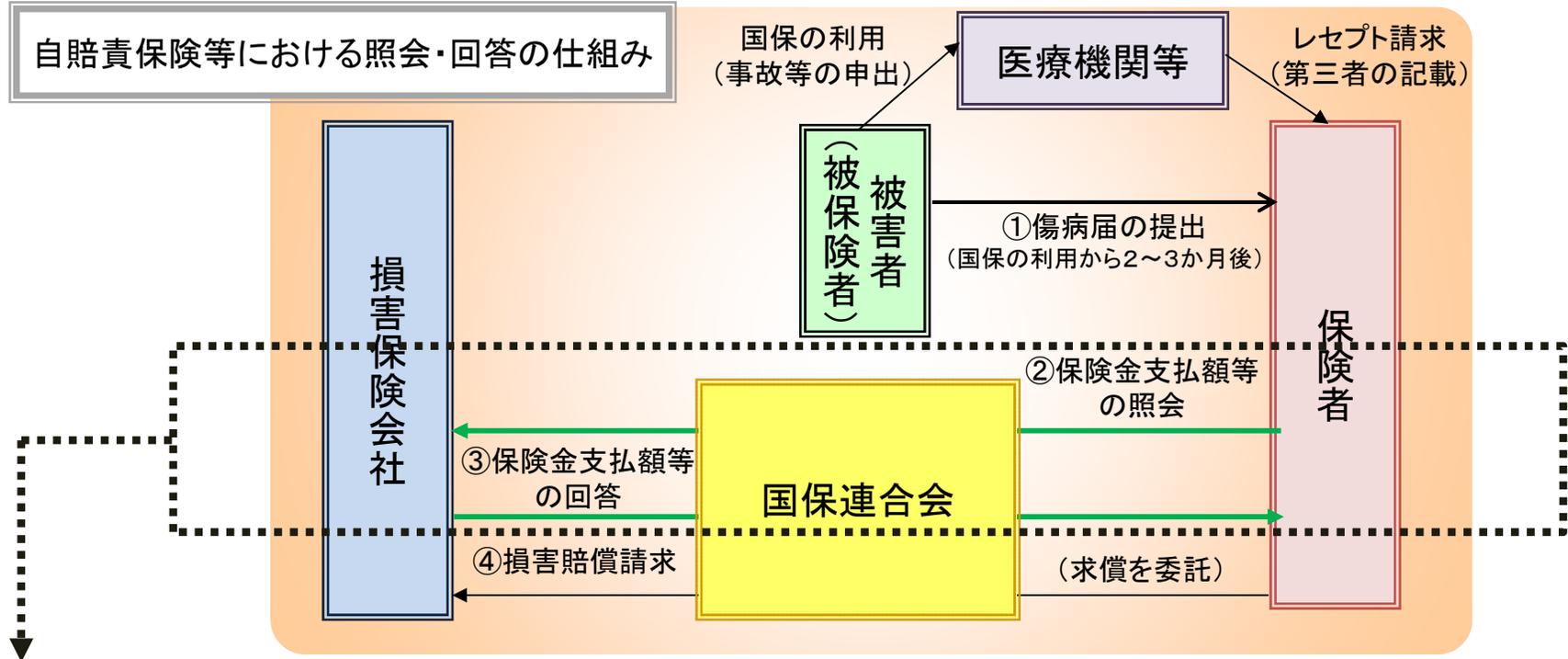
1. 各保険者に対し、第三者行為の被害に係る被保険者リストを作成・提供できるようにする
2. 当該リストを活用して、世帯主等への傷病届の提出の勧奨業務が行えるよう国保連合会内の体制の整備を検討
3. 該当する被保険者に対し、追加の保険給付が行われた場合には、保険給付のつど損害保険会社等へ求償が行えるような体制の整備を検討
4. 療養費支給申請書及び柔道整復療養費支給申請書からも第三者行為の被害に係る被保険者リストを作成・提供できるよう負担原因の入力委託を受託できる体制の整備を検討

(国から国保中央会への要請事項)

- ① 平成30年度に向けて開発を進めている、「国保総合システム」及び「国民健康保険保険者標準事務処理システム」のうち、「市町村事務処理標準システム」に備える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ただくこと。
- ② 国保連合会と連携して、各保険者向けの標準的な事務処理マニュアルと国保連合会向けの標準的な事務処理マニュアルを作成・提供すること。 109

3 市町村等の体制強化・国等による支援 (3)民間活力との更なる連携強化①(照会・回答の仕組み)

- 加入が義務づけられている自動車損害賠償責任保険及び共済保険からは、傷病に係る補償が120万円を限度とし、被害者救済の観点から、治療費のほか、保険金の仮渡金やお見舞金、休業補償等が支払われる。
- このため、保険者は、請求できる損害賠償金の額を確定するため、昭和43年から、損害保険会社に対し、保険金支払額等の照会・回答の仕組みを確立し、運用してきているところ。



(連携強化策①) 「自賠責保険における照会・回答の仕組みの改善」

- 長年の運用により、地域ごとに照会・回答の様式にバラツキが生じていたため、求償事務の向上の観点から、今般、統一的な様式をお示し、平成28年2月から使用開始。「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」(保国発1203第1号平成27年12月3日国民健康保険課長通知)

(連携強化策②) 「個人賠償責任保険における照会・回答の取扱開始」

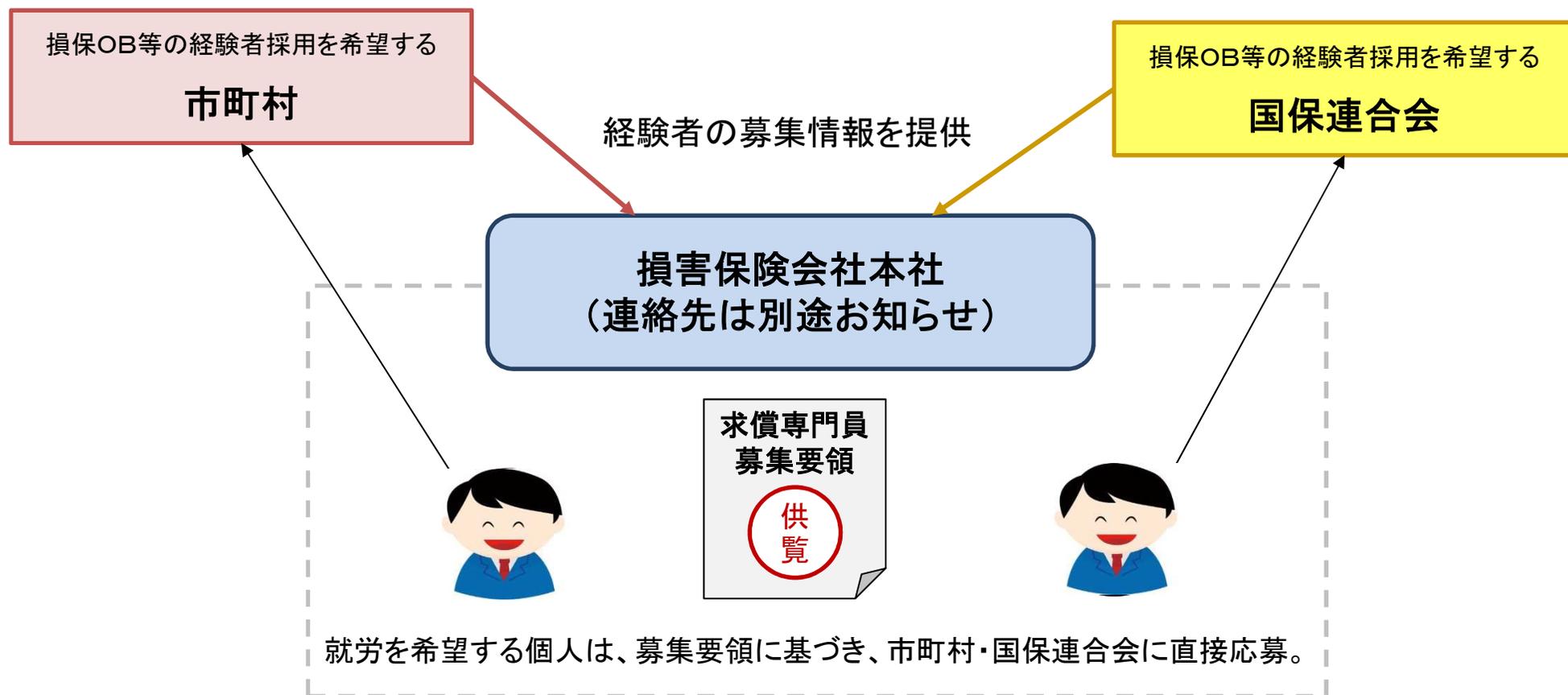
- 現在、自賠責保険に限っている照会・回答の仕組みを活用して、自転車事故やペットによる噛みつき等の傷病に対する「個人賠償責任保険(示談交渉サービスのあるものに限る)」についても、平成28年4月(予定)から照会・回答の取扱いを開始。

3 市町村等の体制強化・国等による支援 (3)民間活力との更なる連携強化②(損保OB等経験者の活用)

- 市町村及び国保連合会の中には、損害保険会社の経験者を自ら採用して専門性を確保し、執行体制の強化を図っているところがあるが、なかなか採用が得られない状況もある。

(イメージ)

損害保険会社(窓口)に募集情報を提供した場合に、その情報を関係者に供覧していただけるよう調整。



4 国保改革等における対応

(1) 国よる「第三者行為求償事務アドバイザー」の設置【予定】

○ 市町村が行う第三者求償事務の継続的な取組強化を図るため、28年度から、保険者の抱える第三者求償事務の課題に対して、具体的な解決策等を助言できる第三者行為求償事務アドバイザーを5名程度設置予定。(詳細は、追って連絡。)

市町村等は、直接、アドバイザーに依頼又は相談

※費用は依頼者が負担

- (1) 講演依頼に基づく講師派遣
- (2) 電話照会による相談対応
- (3) その他、会議への出席 等

(第三者行為求償アドバイザー予定者)

- 1 高田橋 厚男氏 (元都城市職員)
- 2 宮井 昭治氏 (元損害保険ジャパン職員、元和歌山市非常勤職員)
- 3 和田 憲明氏 (尼崎市職員)

この他1～2名に依頼する予定。

アドバイザーからの助言等により

- (1) 傷病届の提出の励行を促す取組の強化
- (2) 第三者による不法行為が疑われるレセプト発見の強化
- (3) 損害賠償請求の事務が滞っている場合の解消方法
- (4) 損害保険会社、医療機関等との連携方法
- (5) その他、求償事務の取組強化



等の求償事務の底上げに取り組み、

数値目標の達成

4 国保改革等における対応 (2)国による財政支援の在り方の検討

① 平成27年度特別調整交付金等による財政支援

平成27年11月26日事務連絡

○ 平成27年度特別調整交付金の交付に当たり、保険者が、損保協会と協定を締結した場合や第三者行為が疑われるレセプトの確認作業を行っている場合には、国民健康保険事業運営評価として、20点を加算。

(6) 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と第三者行為による傷病届の提出に関する取り決めの締結をし、連携した対応を実施しているか。

・実施している、または実施することとしているが該当者がいない +20 ・実施していない 0

(7) 第三者の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。

・行っている +20 ・行っていない 0

② 保険者努力支援制度等

○ 今後、保険者努力支援制度の中での指標化等についても検討

損害賠償金に係る会計処理

○ 市町村は、第三者行為に伴う損害賠償額が確定した場合は、直ちに調定し債権管理を行う。なお、**調定を行ったとき**は、その賠償金の額に係る療養に要した費用は、全て当該年度の療養給付費負担金の対象費用とはしない。(「第三者行為に伴う損害賠償金等に係る療養に要した費用の取扱いについて」昭和40年5月11日保険発第124号)

○ また、高額医療費共同事業や超高額医療費共同事業の対象医療費については、**第三者求償により取得した額を控除した額を対象**とすることとしている。

○ なお、**調定を行うべき損害賠償金の額は、収納できる額ではなく、「収納すべき額」**であり、高額医療費共同事業等における「取得した額」とは異なる取扱いとなる点に留意。

V. 保険者機能の強化等

- 1 データヘルス計画
- 2 糖尿病性腎症の重症化予防の取組
- 3 後発医薬品の使用促進に向けた取組
- 4 第三者求償の推進
- 5 保険者努力支援制度とその前倒し実施
- 6 地域包括ケアの推進
- 7 情報セキュリティ対策の強化について
- 8 番号制度の導入と活用について

保険者努力支援制度(案)

概要・規模

(概要)

○医療費適正化への取組や国保固有の構造問題への対応等を通じて保険者機能の役割を発揮してもらう観点から、適正かつ客観的な指標(後発医薬品使用割合・収納率等)に基づき、保険者としての努力を行う都道府県や市町村に対し支援金を交付することで、国保の財政基盤を強化する。

(規模)

700～800億円程度

項目・算定方法

(指標)

○保険者努力支援制度に基づく支援金については、保険者の努力を判断する指標を踏まえて交付額を加算する。
○指標については、「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」において示される保険者種別毎の共通の指標の他、あるべき医療提供体制を考える都道府県が適正化計画等に定める目標についても都道府県の取組として勘案して加算の対象とする。また、収納率等、構造問題への対応分についても加算の対象とすることとする。

⇒指標イメージ

都道府県に対する財政支援の努力の指標 (例)	市町村に対する財政支援の努力の指標 (例)
◆ 指標A ◆ 指標B 等	◆ 指標C ◆ 指標D 等

(算定方法)

○都道府県、市町村ごとに基礎点を定め、指標に基づき点数を加算した後、被保険者規模をかけることで、自治体ごとの点数を求める。

保険者努力支援制度の交付イメージ

都道府県分

都道府県	基礎点
北海道	100
⋮	⋮
47都道府県	⋮
⋮	⋮
沖縄県	100

評価項目ごとに
点数を加算

① 指標A
② 指標B

→評価項目は引き続き検討

②指標B	
①指標A	
	加点
北海道	+α
⋮	⋮
⋮	⋮
沖縄県	+β

×
都道府県ごとの
被保険者数

	点数
北海道	〇〇
⋮	⋮
⋮	⋮
沖縄県	△△

=

北海道	〇億円
⋮	⋮
⋮	⋮
沖縄県	△億円
合計	●億円

点数に応じて
●億円を按分

市町村分

市町村	基礎点
札幌市	100
⋮	⋮
1,716市町村	⋮
⋮	⋮
与那国町	100

評価項目ごとに
点数を加算

① 指標C
② 指標D

→評価項目は引き続き検討

②指標D	
①指標C	
	加点
札幌市	+γ
⋮	⋮
⋮	⋮
与那国町	+δ

×
市町村ごとの
被保険者数

	点数
札幌市	〇〇
⋮	⋮
⋮	⋮
与那国町	△△

=

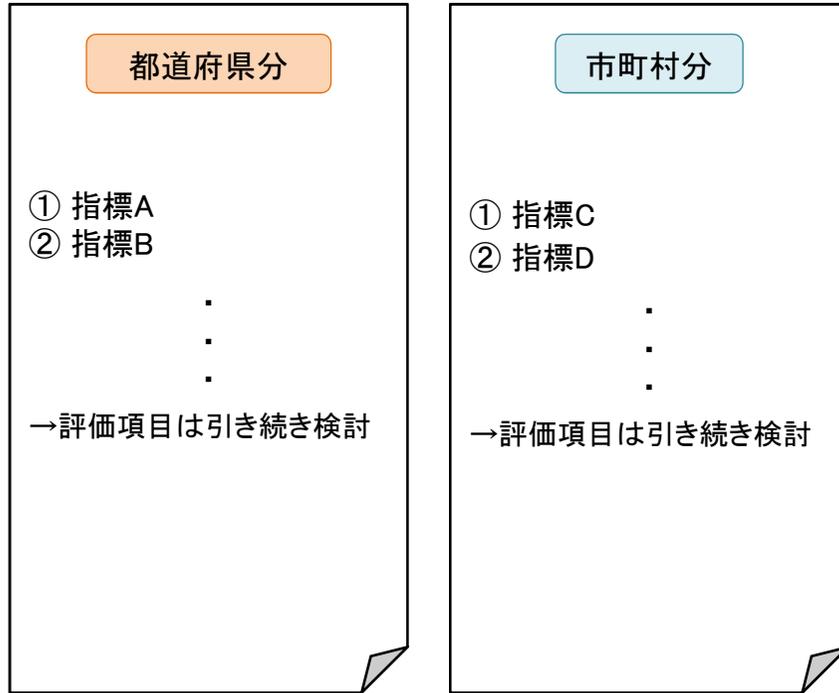
札幌市	〇億円
⋮	⋮
⋮	⋮
与那国町	△億円
合計	●億円

点数に応じて
●億円を按分

※ 市町村分と都道府県の配分金額については
今後指標を見ながら検討

保険者努力支援制度における算定・交付の考え方

算定



○ 主に都道府県の努力によるもの

○ 主に市町村の努力によるもの

交付

〇〇県 合計 ××億円		
①都道府県分	②市町村分	
〇〇億円	A市	〇円
	B市	△円
	C町	□円
	⋮	⋮
	⋮	⋮
	⋮	⋮
	Z村	◎円
合計	△△億円	

納付金総額を減らすことで、市町村の納付金額を減額
又は
都道府県の定める指標の努力に応じて市町村に配分
(都道府県内再交付)

算定指標の努力に応じて市町村に配分

○ 定率補助(都道府県の努力を都道府県内市町村全体で按分)により市町村の負担軽減を行うことも可能であるが、都道府県が独自に定める指標の評価に基づいて、努力を行う市町村に重点配分することも可能とする仕組みを検討。

○ 市町村分については、都道府県から市町村への交付は、市町村の努力に応じた算定基準に応じて交付する。

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、本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。

第3章「経済・財政一体改革」の取組－「経済・財政再生計画」－

5. 主要分野ごとの改革の基本方針と重要課題

[1] 社会保障

(略)

(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、国民健康保険料に対する医療費の地域差の一層の反映、後期高齢者支援金の加算・減算制度の運用面での強化、医療保険の審査支払機関の事務費・業務の在り方など、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。

個人については、健康づくりの取組等に応じたヘルスケアポイント付与や保険料への支援になる仕組み等の個人に対するインセンティブ付与を行うことにより、国民一人ひとりによる疾病予防、健康づくり、後発医薬品の使用、適切な受療行動を更に促進する。また、個人の健康管理に係る自発的な取組を促す観点から、セルフメディケーションを推進する。

要介護認定率や一人当たり介護給付費の地域差について、高齢化の程度、介護予防活動の状況、サービスの利用動向や事業所の状況等を含めて分析し、保険者である市町村による給付費の適正化に向けた取組を一層促す観点から、制度的な対応も含めた検討を行う。

民間事業者の参画も得つつ高齢者のフレイル対策を推進する。「がん対策加速化プラン」を年内をめどに策定し、がん対策の取組を一層推進する。

今後の保険者における予防・健康づくり等の取組の推進に当たって共通的に評価する指標 (保険者による健診・保健指導等に関する検討会での取りまとめ 28年1月6日)

- 「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」において、今後、保険者が種別にかかわらず共通的に推進すべき取組について検討し、検討会として以下のとおり取りまとめ。
- 下記を指針とし、今後、保険者種別ごとに具体的なインセンティブの指標や制度の詳細について検討を進める。

(1) 予防・健康づくりに係る指標

【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・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、健診未受診者・保健指導未利用者対策

【指標②】特定健診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

- がん検診や歯科健診などの 検（健）診の実施、健診結果等に基づく受診勧奨や精密検査の必要な者に対する働きかけ、歯科のリスク保有者への保健指導等の取組の実施状況

【指標③】糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

- 糖尿病等の治療中断者への働きかけや、治療中の加入者に対して医療機関等と連携して重症化を予防するための保健指導等を実施する取組

【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

- ICT等を活用して本人に分かりやすく健診結果の情報提供を行うことや、ヘルスケアポイント等による予防・健康づくりへのインセンティブ付与の取組のうち、実効性のあるもの

(2) 医療の効率的な提供への働きかけに係る指標

【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

- 地域の医療関係者等との連携の下、重複頻回受診者、重複服薬・多剤投与と思われる者への訪問指導 の実施や、訪問による残薬確認・指導等の取組

【指標⑥】後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

- 後発医薬品差額通知の実施や後発医薬品の希望カードの配付など、実施により加入者の後発医薬品の使用を定着・習慣化させ、その後の後発医薬品の継続使用に資するもの。具体的な評価基準としては、加入者に対する取組の実施割合、後発医薬品の使用割合・伸び率等としていくことが考えられる。

医療費適正化計画における指標と保険者努力支援制度における指標との関係

- 次期医療費適正化計画では、現在、様々な分析を行っているところであり、今後、都道府県や保険者等による適正化に向けた取組が可能なものについては指標として位置づけることを検討している。
- 保険者努力支援制度においては、医療費適正化計画に位置づけられる指標も踏まえて検討することとなる。

医療費適正化計画 (平成30年度～)※

- データ分析等を通じて、都道府県や保険者における取組が可能なものを中心に、指標として位置づける。

(指標)

- ① 住民の健康の保持の推進に関する目標
- ② 医療の効率的な提供の推進に関する目標

※ 地域医療構想の策定時期により平成28年度より前倒しで計画策定が可能のため、本年度中に基本方針を策定

医療費適正化計画の指標も踏まえて検討

指標

支援

保険者努力支援制度にも盛り込まれた指標に係る取組を支援

保険者努力支援制度 (平成30年度～)※

- 予防・健康づくり等の保険者共通のインセンティブに関する指標を踏まえて、今後、具体的な指標を検討
- その際、医療費適正化計画において位置づけられる指標も踏まえることが必要

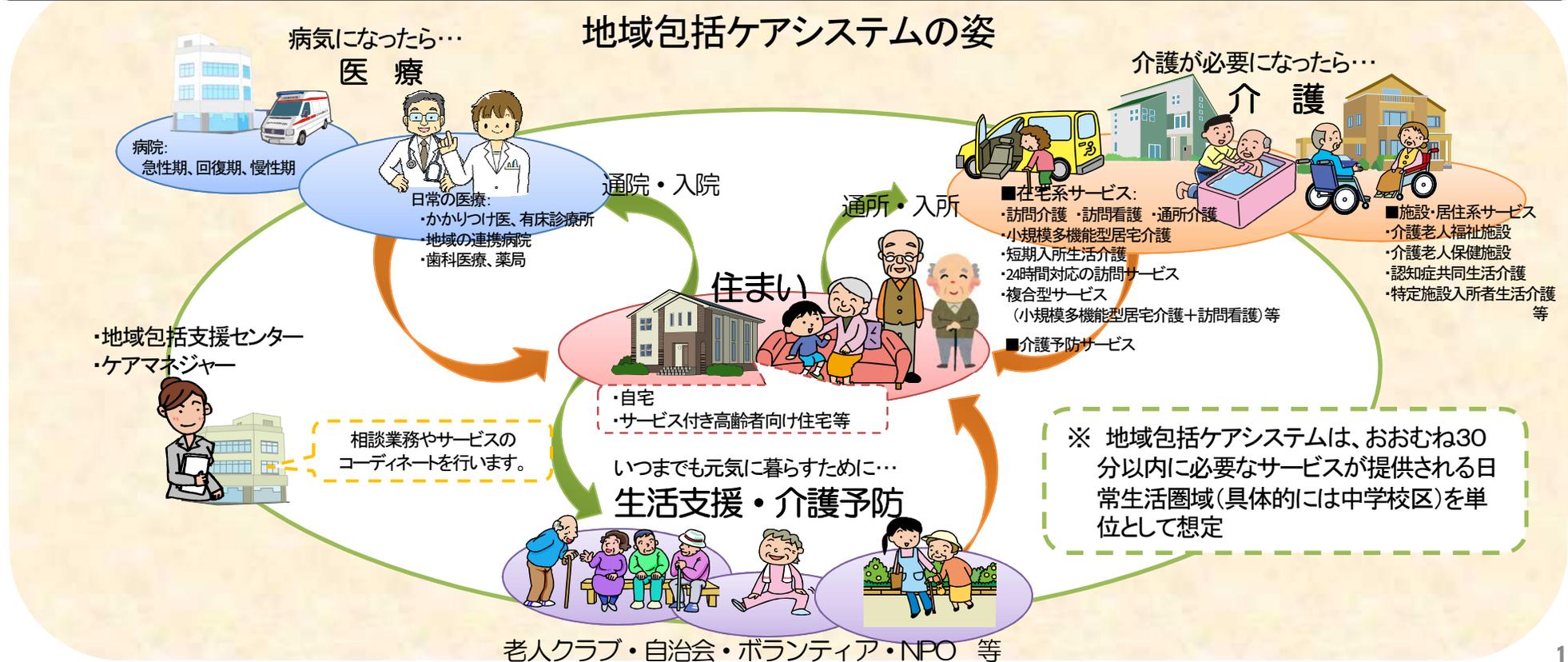
※ 保険者努力支援制度の指標のうち、可能なものは、平成28年度から特別調整交付金により支援

V. 保険者機能の強化等

- 1 データヘルス計画
- 2 糖尿病性腎症の重症化予防の取組
- 3 後発医薬品の使用促進に向けた取組
- 4 第三者求償の推進
- 5 保険者努力支援制度とその前倒し実施
- 6 地域包括ケアの推進
- 7 情報セキュリティ対策の強化について
- 8 番号制度の導入と活用について

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。



地域包括ケアシステムの構築と国民健康保険

- 国民健康保険においても、効率的な医療給付による適正化を進め、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て包括ケア実現に向けた事業等のターゲット層を洗い出し
- ・洗い出された被保険者にお知らせ・保健師の活動などにより働きかけ など

②地域で被保険者を支える仕組みづくりへの参加と協力

- ・地域で被保険者を支える仕組みづくり(介護保険で進められている介護予防・日常生活支援総合事業、在宅医療・介護連携事業などの地域支援事業や介護保険事業計画に基づく事業など)に参加・協力
- ・市町村の担当・実施する施策・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 など

③国保直診施設を積極的に活用した取組の推進

- ・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ト役を担当
- ・地域づくりの司令塔の役割を担当 など

④保健師による活動推進と地域関係者との連携

- ・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、地域の体制づくりに向けた働きかけ
- ・地域の自主組織への働きかけと連携 など

【参考】在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護サービス資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

（ウ）切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（カ）医療・介護関係者の研修

- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討
- 例) 二次医療圏内の病院から退院する事例等に関して、都道府県、保健所等の支援の下、医療・介護関係者間で情報共有の方法等について協議 等

多様な主体による生活支援・介護予防サービスの重層的な提供

○高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の多様な事業主体による重層的な生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築を支援

- ・介護支援ボランティアポイント等を組み込んだ地域の自助・互助の好取組を全国展開
- ・「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置や協議体の設置などに対する支援

生活支援・介護予防サービスの提供イメージ



事業主体

民間企業

NPO

協同組合

社会福祉法人

ボランティア

等

バックアップ

市町村を核とした支援体制の充実・強化（コーディネーターの配置、協議体の設置等を通じた住民ニーズとサービス資源のマッチング、情報集約等）

➡ 民間とも協働して支援体制を構築

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
- ・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の患者、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。

V. 保険者機能の強化等

- 1 データヘルス計画
- 2 糖尿病性腎症の重症化予防の取組
- 3 後発医薬品の使用促進に向けた取組
- 4 第三者求償の推進
- 5 保険者努力支援制度とその前倒し実施
- 6 地域包括ケアの推進
- 7 情報セキュリティ対策の強化について
- 8 番号制度の導入と活用について

個人情報 の適切な取扱いに係る基幹システムのセキュリティ対策の強化について(再要請)(抜粋)

(平成27年12月18日付 老発1218第1号・保発1218第1号)

今般、厚生労働省が所管する関連機関における大量の個人情報流出事案を受け、個人情報流出個人情報を含む重要情報の適正管理について、「個人情報の適切な取扱いに係る基幹システムのセキュリティ対策の強化について(依頼)」(平成27年6月17日老発0617第1号・保発0617第1号厚生労働省老健局長及び保険局長通知)にて既にお願ひしているところですが、それに伴いセキュリティ対策等について調査したところ、調査結果(別紙1参照)のとおり、未だ十分な対策をとられていない団体が見受けられること、医療や介護の情報は国民にとって特に機微な情報であることに鑑み、下記のとおり個人情報の流出防止のために十分な対策(別紙2参照)を実施していただくよう再度お願いいたします。

また、都道府県知事におかれては、下記について、管内市町村(国民健康保険、後期高齢者医療及び介護保険担当)、国民健康保険組合、国民健康保険団体連合会等に対する再要請等をお願いいたします。

なお、今後、対策状況のフォローアップを行う予定としておりますので、あらかじめご承知おき願ひします。

- ① 被保険者等の個人情報を取り扱う基幹システムに接続されたネットワーク(基幹系ネットワーク)とインターネットに接続されたネットワーク(以下「情報系ネットワーク」という。)を物理的又は論理的に分離すること(別紙3参照)。また、基幹システムの個人情報を取り扱う作業は、情報系ネットワークに接続されたパソコン等では行わないこと。
- ② 基幹システムにある個人情報データを外部の機関等へ移送する場合は、インターネット等を介した電子メール等での送信は行わず、必ず、暗号化・パスワードの設定等を行った上で電磁的記録媒体を使用する、または、専用線等のセキュリティが確保された通信を使用すること。また、作業に当たって一時的にパソコン等に個人情報を保存した場合は、作業終了後のデータ消去を徹底すること。
- ③ ①及び②について運用上可能なものは直ちに実施するとともに、システム対応が必要となるものについては、システム改修を検討すること。なお、システム改修までの間、基幹システムにある個人情報を取り扱う場合、必ず、暗号化・パスワードの設定、作業終了後のパソコン等からの個人情報の消去等の安全管理措置を徹底すること。

対象団体

- ・ 全国健康保険協会 (1) ・ 健康保険組合 (1,403) ・ 健康保険組合連合会 (1)
- ・ 社会保険診療報酬支払基金 (1)
- ・ 後期高齢者医療広域連合 (47)
- ※市区町村における後期高齢者医療担当 (1,739) にも調査
- ・ 国保中央会 (1) ・ 国保連合会 (47) ・ 市町村国保 (1,716) ・ 国保組合 (164)
- ・ 介護保険(市町村等) (1,579)

合計6,699

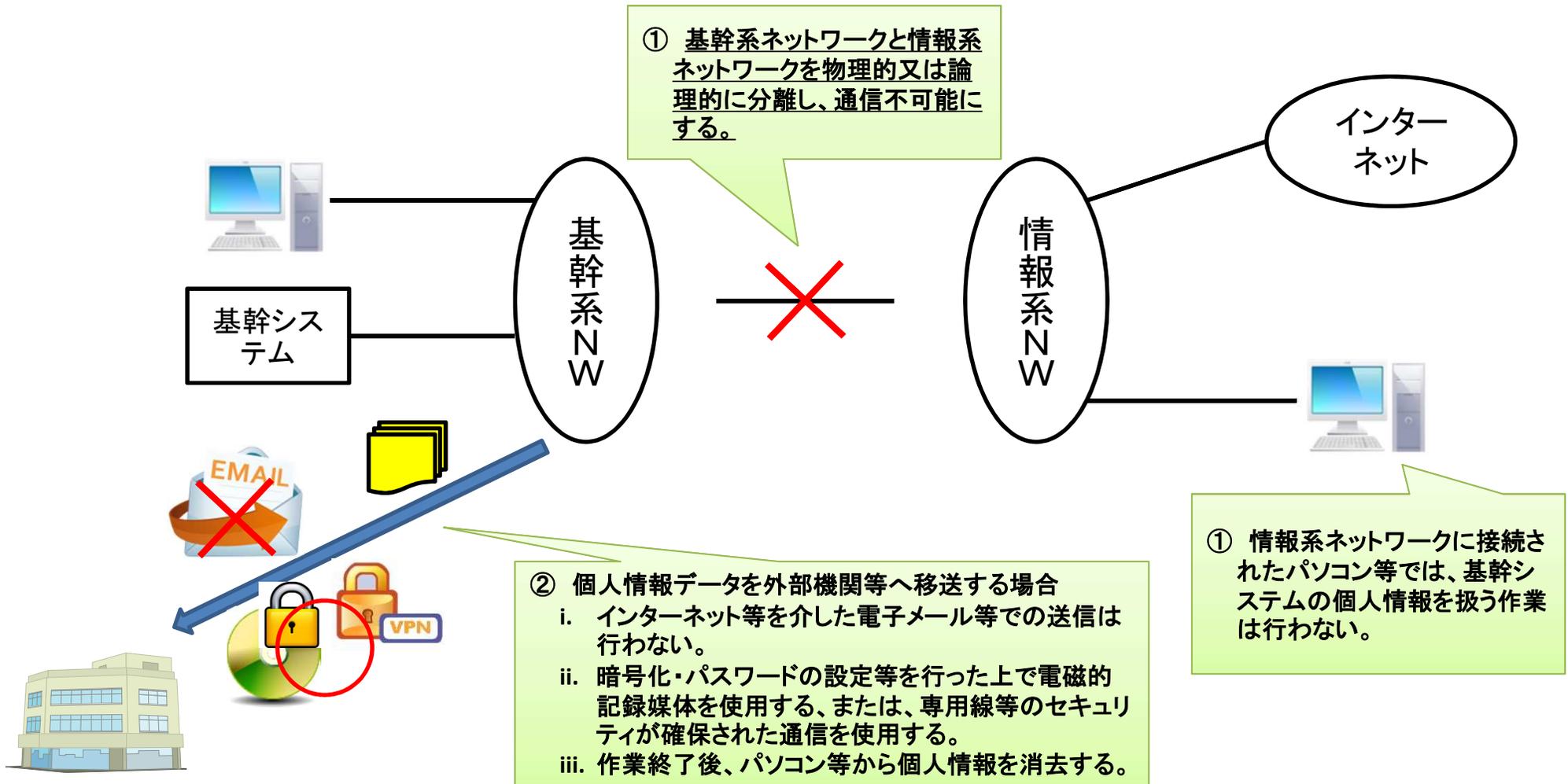
主な調査項目

- ①基幹系ネットワークとインターネットに接続されたシステムの接続状況
- ②基幹系ネットワークからインターネット接続のあるネットワークへの個人情報の移動
- ③個人情報の外部機関等への移送時のセキュリティ対策(媒体の暗号化など)

結果概要

調査期間：7月3日～7月21日(回答率：100%)

- 全ての医療保険者や介護保険者に対しセキュリティ対策等について調査したところ、概ね対策をとられている(物理的切断は約7割、外部機関の移送手段について暗号化等設定は約9割)。
- 未だ十分な対策をとられていない団体に対しては、個人情報の外部機関等への移送時のセキュリティ対策(媒体の暗号化、パスワードの設定)を早急に講じる等、個人情報の流出防止のために十分な対策を再度要請したところ。今後も適宜状況のフォローアップを行う。



- ①及び②について運用上可能なものは直ちに実施すること。
- システム対応が必要となるものについては、システム改修を検討すること。
- システム改修までの間、基幹システムにある個人情報を取り扱う場合、必ず、暗号化・パスワードの設定、作業終了後のパソコン等からの個人情報の消去等の安全管理措置を徹底すること。

「特定個人情報の適切な取扱いに関するガイドライン」における安全管理措置を講ずるに当たり留意すべき事項について(平成27年7月29日特個第461号 特定個人情報保護委員会事務局長通知)

⇒ 個人番号利用事務で使用する情報システムが接続するネットワークは、インターネットに接続されたネットワークから物理的又は論理的に分離すること。

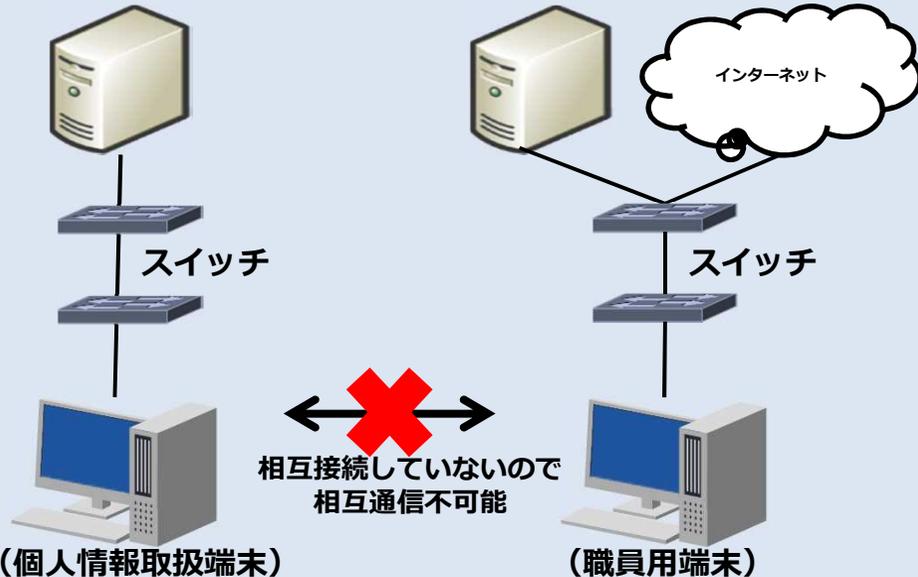
※上記のとおり、国の行政機関・独法等に示されたことから、医療保険者等のセキュリティ対策についても、特定個人情報保護委員会事務局長通知に準じ、「論理的」を追加し再要請することとする。

物理的分離

経路(ケーブル)及びネットワーク機器(スイッチ等)を物理的に分離することにより、ネットワーク間の相互通信が不可能な状態

(基幹系ネットワーク)

(情報系ネットワーク)

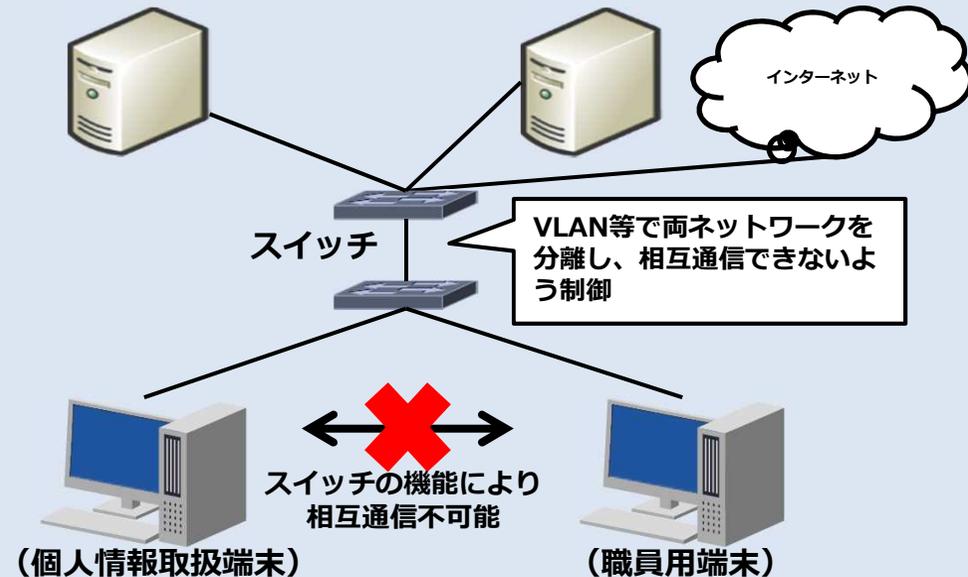


論理的分離

経路(ケーブル)及びネットワーク機器(スイッチ等)を共有する箇所があるが、ネットワークの設定(VLANを用い通信制御を行うなど)により、ネットワーク間の相互通信が不可能な状態

(基幹系ネットワーク)

(情報系ネットワーク)



※ 5年ごと機器更改していれば論理的分離は、ほぼこのケースのみ 132

被保険者証再発行に係る本人確認措置の確実な実施について(抄)

(平成27年12月28日付け 厚生労働省保険局保険課・国民健康保険課・高齢者医療課事務連絡)

平成27年10月から国民一人ひとりに個人番号が通知され、平成28年1月から段階的に各医療保険者における個人番号の利用が開始される一方で、基本四情報(氏名・性別・生年月日・住所)を悪用した、なりすましによる被害が生じることのないよう対策の徹底が求められます。

したがって、改めて、被保険者証再発行の取扱いについて、下記の点にご留意いただくとともに、都道府県におかれては、管内市町村(国民健康保険及び後期高齢者医療担当)に対する周知をお願いいたします。

1. 被保険者証の再発行申請を受け付けるに当たって本人確認を行う際は、運転免許証やパスポートなど、申請者本人の顔写真が分かるもので行うこと。
2. 1による本人確認が困難な場合は、住民票などの公的な証明書をもって確認を行い、データの照合のみによる確認や電話のみによる確認は避けること。
3. 本人の代理人が申請を行う場合は、代理人の身元確認に加えて、本人と代理人との関係が分かる書類等を併せて確認すること。(ただし、国民健康保険及び後期高齢者医療制度においては、代理人が同一世帯者である場合はこの限りでない。)
4. 郵送による再発行の申請があった場合においても、運転免許証等の写しを添付させるなど、1から3に準じた方法により本人確認を行うこと。(国民健康保険及び後期高齢者医療制度においては、被保険者の個人番号による本人確認も行うこと。)
5. 健康保険の被保険者のうち任意継続被保険者以外の被保険者については、再交付書に事業主名等がしっかり記載されているか確認のうえ、再発行を行うこと。

V. 保険者機能の強化等

- 1 データヘルス計画
- 2 糖尿病性腎症の重症化予防の取組
- 3 後発医薬品の使用促進に向けた取組
- 4 第三者求償の推進
- 5 保険者努力支援制度とその前倒し実施
- 6 地域包括ケアの推進
- 7 情報セキュリティ対策の強化について
- 8 番号制度の導入と活用について

平成25年 5 月	番号関連法の成立・公布
平成26年度～	システム改修等の設計・構築
平成27年10月～	国民への <u>個人番号の通知</u> の開始
平成28年 1 月～	<u>個人番号の利用</u> の開始 <u>個人番号カードの交付</u> の開始 (個人の申請により市町村が交付)
平成29年 7 月～	<u>地方公共団体・医療保険者等の 情報連携</u> の開始

※ 日本年金機構については、①マイナンバーの利用の事務は、平成29年5月31日までで政令で定める日までの間は、②特定個人情報の照会及び提供（情報連携）の事務は、平成29年11月30日までで政令で定める日までの間は、行うことができない（平成27年番号法改正で規定）。

【番号法別表第1に基づく主務省令】（平成26年9月10日公布）

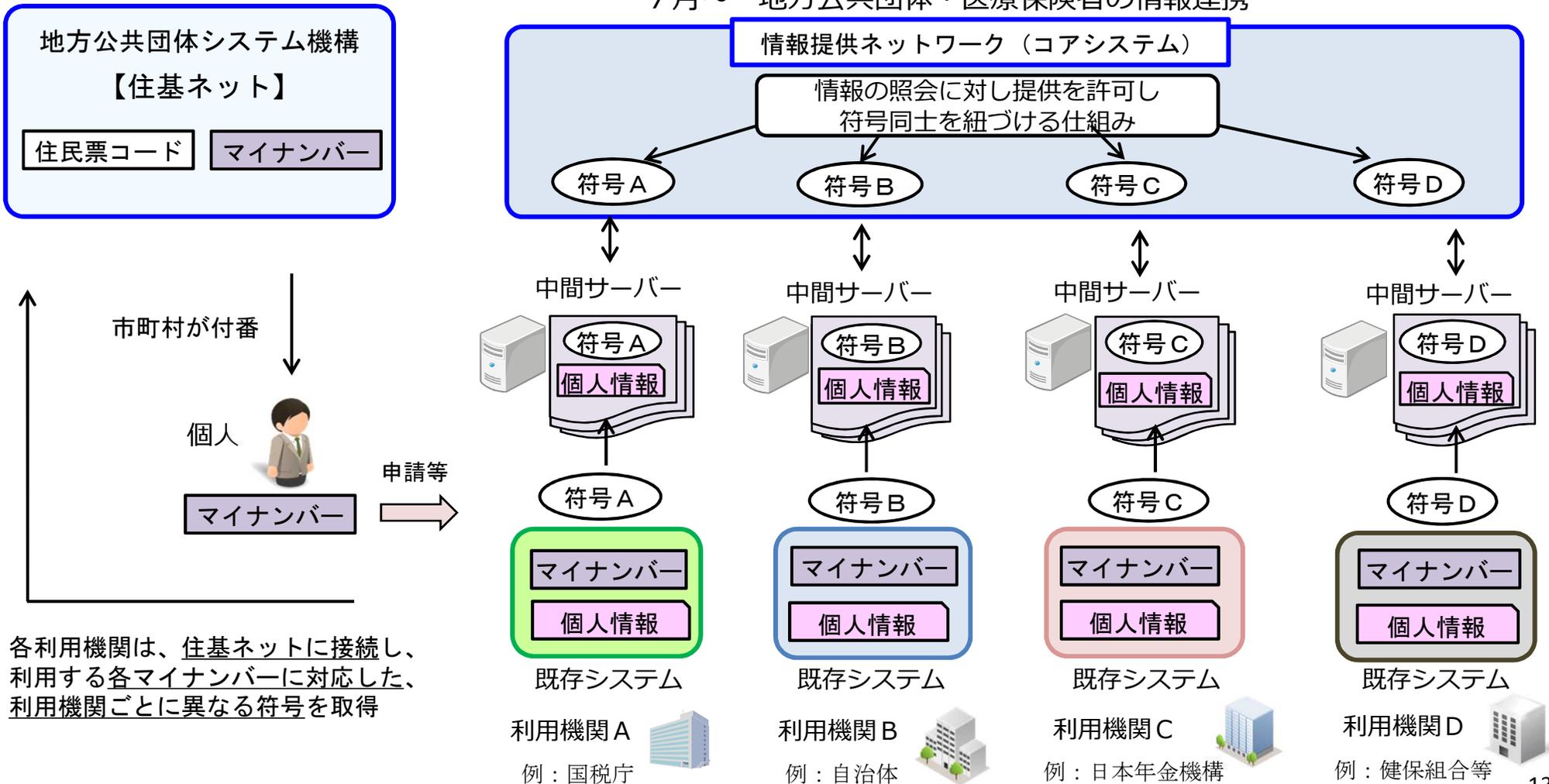
- 被保険者に係る申請等の受理、その申請等に係る事実についての審査又はその申請等に対する応答に関する事務
- 被保険者証、被保険者資格証明書、高齢受給者証、食事療養標準負担額減額認定証、生活療養標準負担額減額認定証等に関する事務
- 保険給付の支給に関する事務
- 一部負担金に係る措置に関する事務
- 一時差止めに関する事務
- 保険料の徴収又は保険料の賦課に関する事務

マイナンバー制度における情報連携の仕組み

- マイナンバー制度は、医療保険の立場から見れば、行政機関等が保有する情報を情報連携の対象として、医療保険者の保険給付・保険料徴収等に関する手続きに当たって必要な情報を取得して利用するもの。
 - 情報連携は、新たに立ち上げる情報提供ネットワークを通じて住基ネットに接続して行うこととしている。
 - その際には、悪意のある者がマイナンバーを用いても個人情報にアクセスすることができないよう、利用機関ごとに異なる「機関別符号」を用いて情報連携する仕組みとしている。
- ※マイナンバーそのものは個人情報に対して情報連携せず、芋づる式の情報漏えいを防止。

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

(参考)被用者保険等の支払基金・国保連への共同委託(平成27年国民健康保険法等改正)

○ 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。

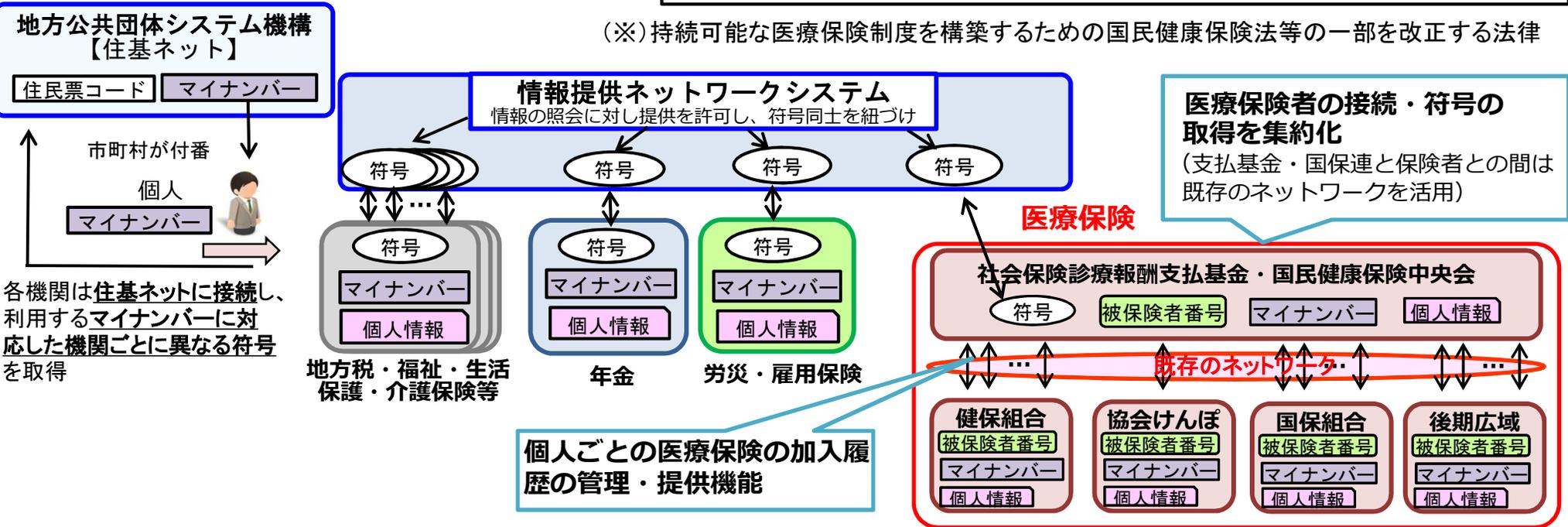
○ 支払基金と国保連が保険者の委託を受け、住基ネットと情報提供ネットワークに一元的に接続し、保険者の負担を軽減。

○ 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う(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(符号の取得等)は便宜上、支払基金が行う

※被保険者番号は、被保険者証記号・番号が個人毎に付与されている場合は記号・番号を、世帯毎等で同一の場合は記号・番号に枝番等を付番して利用。

国民健康保険分野における番号利用・情報連携の手続例

例) 国民健康保険の資格取得の届出、受理

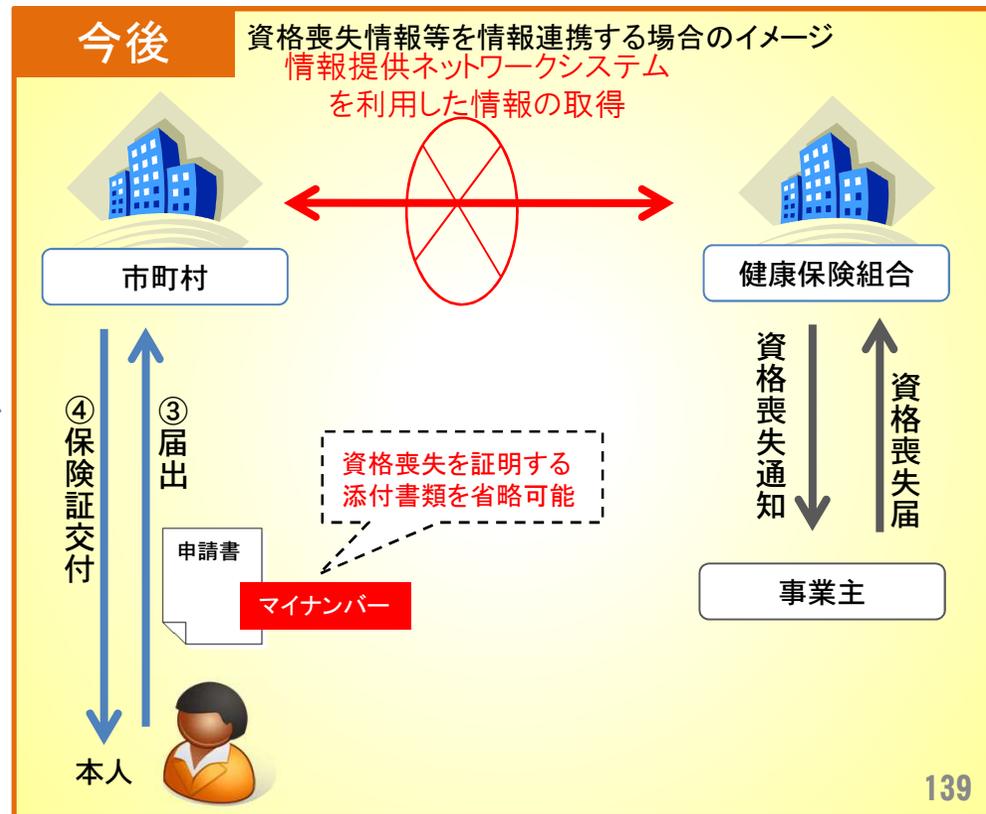
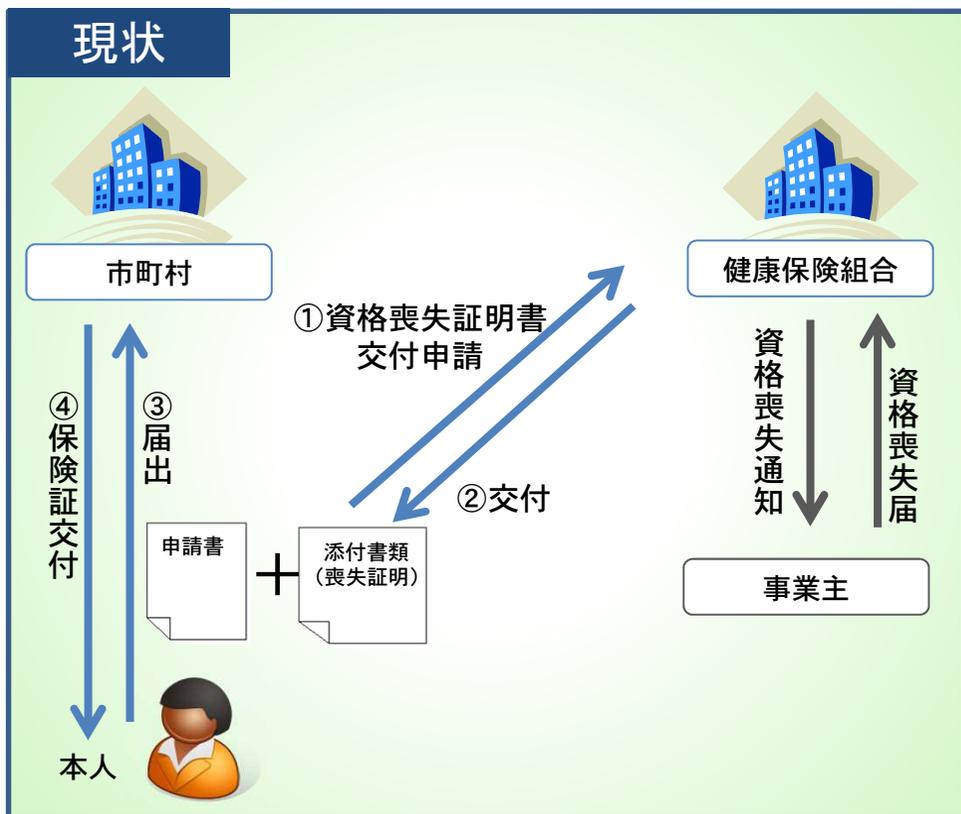
※想定されるパターンいくつかを例示したもの。本資料を参考に各自治体に応じた具体的なフローを検討されたい。また、本人確認措置を行う主体については記載を省略している。

1. 番号利用の概要

国民健康保険の資格取得届にマイナンバーの記載欄を追加し、届出を受ける際に、対象者のマイナンバーを取得し、管理することとなる。

2. 情報連携の概要

資格取得届の審査の際に、上記により取得したマイナンバーにより、情報提供ネットワークシステムを利用して、前医療保険者から資格喪失に関する情報を取得する。

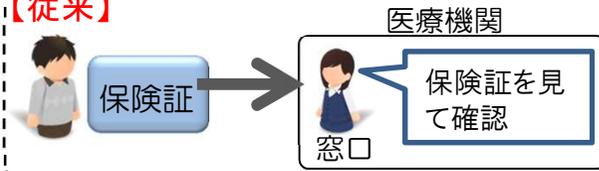


- ① **個人番号カードに健康保険証の機能を持たせる** 【2017年7月以降(※)できるだけ早期】
→ 医療機関等の事務の効率化に資する。
- ② **医療連携や研究に利用可能な番号の導入**
【2018年度から段階的運用開始、2020年の本格運用を目指す】
→ 医療機関や研究機関での患者データの共有や追跡が効率的に実施でき、医療連携や研究が推進される。

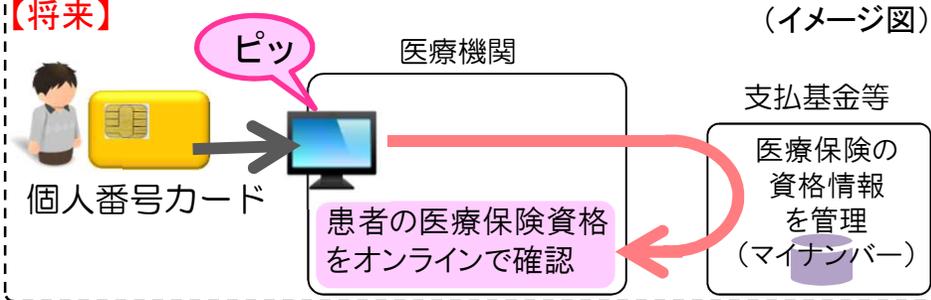
① 個人番号カードに健康保険証機能を付与

○ 個人番号カードで、医療機関の窓口での医療保険資格の確認ができる仕組みを構築する。（オンライン資格確認）

【従来】



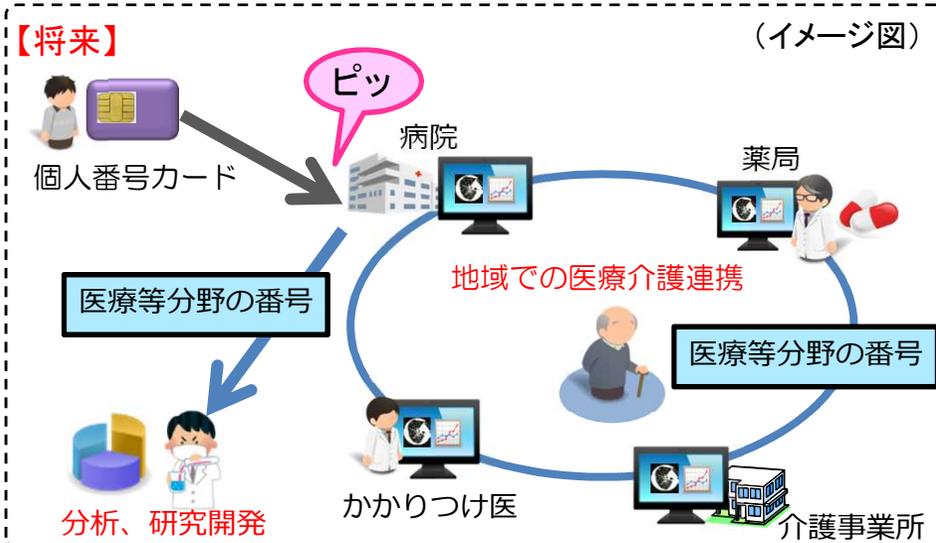
【将来】



② 医療連携や研究に利用可能な番号の導入

○ 病院、診療所間の患者情報の共有や、医学研究でのデータ管理などに利用可能な番号を検討、導入
【制度設計について2015年中に検討・一定の結論】

【将来】



※2017年7月から、マイナンバー制度による、医療保険者や自治体間の情報連携が開始される予定。

VI. システム開発への対応

新たな国保制度に対応したシステム開発の必要性

- 今回の国保改革に伴う新たな保険者事務が効率的に実施されるよう、国保保険者標準事務処理システムを開発し、希望する都道府県及び市町村に無償でアプリケーションソフトを配布。制度改正に伴うシステム改修は国が行う。

現状

国保の保険者は、市町村

財政運営の責任主体は、市町村

- ・市町村は、給付のための費用を保険料収入等から捻出。急に高額医療費が発生した場合等にキャッシュフローを工面する必要。
- ・予期せぬ医療費の増加や保険料収納不足の場合には、法定外の一般会計繰入等により対応。
- ・当該市町村の保険料水準や近隣市町村の水準との差異について、個別に説明責任。

市町村の区域内に住所を有する者が、被保険者

- ・他市町村へ住所異動すると、資格を喪失。
- ・同一市町村内で転居した場合、高額療養費の多数回該当に係る該当回数を通算。
- ・市町村は、転居世帯の継続性を判定。

市町村は、制度改正等の度にシステム改修対応が必要

具体的な見直しの内容

都道府県も、国保の保険者

財政運営の責任主体は、都道府県
(新たな事務)

- ・都道府県に新たに特別会計と財政安定化基金を設置。
- ・市町村が給付に必要な費用は全額、都道府県が市町村に交付。市町村は保険料を県に納付。
- ・都道府県が各市町村に対して、標準的な算定方式等により算出した、市町村ごとの標準保険料率を公表。

市町村も、国保の保険者

都道府県の区域内に住所を有する者が、被保険者
(新たな事務)

- ・同一都道府県内の他市町村へ住所異動した場合は、資格を継続。
- ・同一都道府県内の他市町村へ住所異動した場合も、高額療養費の多数回該当に係る該当回数を通算。
- ・市町村は、転入世帯の継続性を判定。

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)

国保保険者標準事務処理システム

国保事業費納付金等算定標準システム
(新規開発)

- 都道府県が、保険給付費(歳出)及び国庫負担金や前期高齢者交付金等の歳入を推計し、保険料収納必要額を推計する機能。
- 保険収納必要額を確保するため、所得水準等に基づき市町村ごとの保険料収納必要額を算定するとともに、標準保険料率を算定する機能。
- 市町村ごとの保険料収納必要額の収納管理や財政安定化基金の貸付・返済状況等の管理機能。

国保情報集約システム
(新規開発)

- 市町村ごとに保有する資格取得・喪失年月日の情報を都道府県単位で集約する機能。
- 被保険者が、同一都道府県内の住所異動した場合に、資格取得・喪失年月日を確定し、市町村に提供する機能。
- 同一都道府県内で住所異動した場合、市町村に対し、世帯の継続性の判定に必要な情報や、前住所地等における高額療養費の多数回該当に係る該当回数を提供する機能。

市町村事務処理標準システム
(市販のパッケージシステムをベースに新規開発)

- 市町村が行う資格管理、保険料の賦課・徴収、収納、給付業務の標準的な事務処理機能。

(既存)国保事業報告システム
(標準事務処理システムの体系に編入して連携)

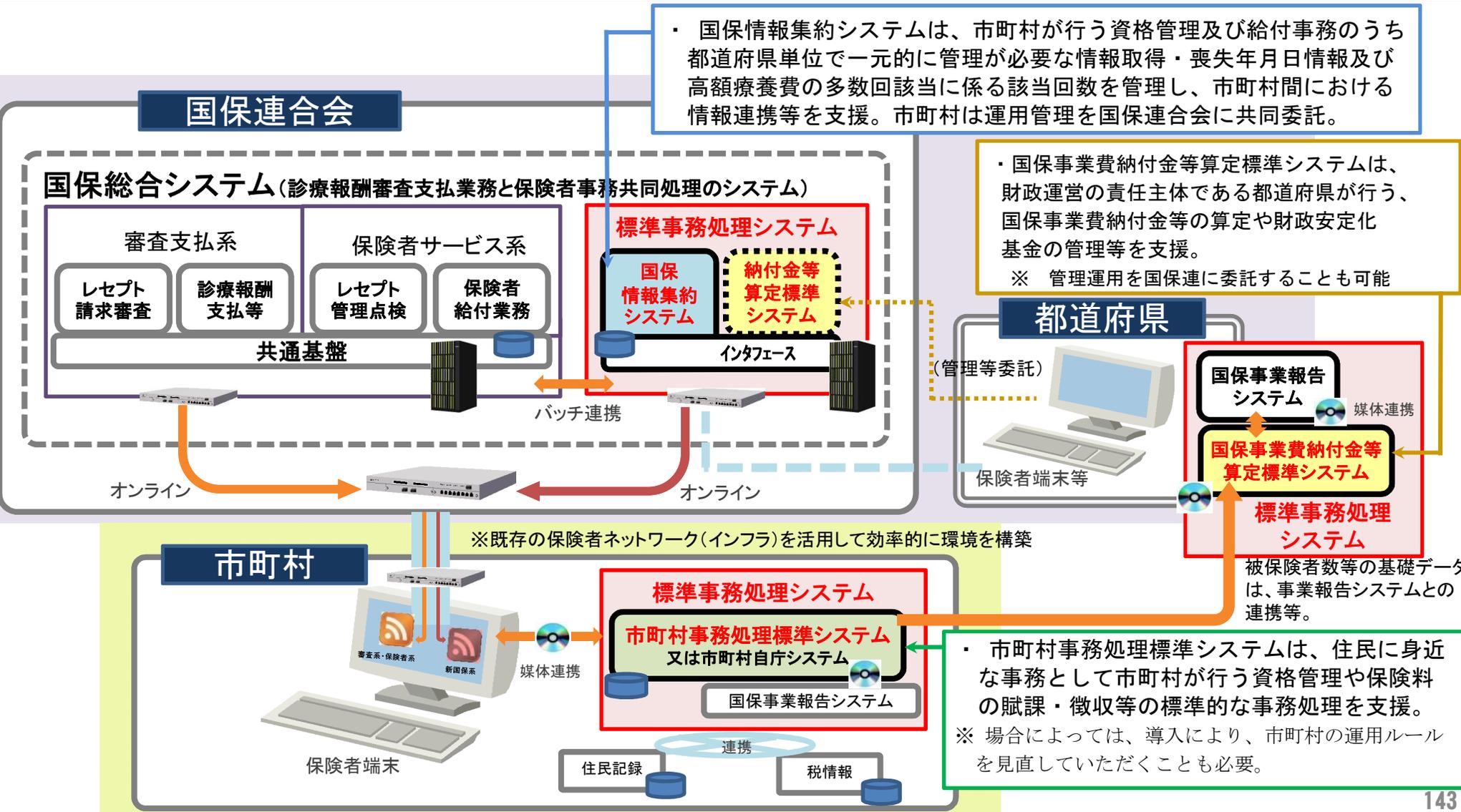
国保保険者 標準事務処理システムの連携(イメージ)

- 国保保険者標準事務処理システムは、都道府県が運用する国保事業費納付金等算定標準システム、国保連合会が運用する国保情報集約システム及び市町村事務処理標準システムという3つの新たな電算処理システムと、それに国保事業報告システムを加えた総称。これを国が主導的に開発して、希望する都道府県及び市町村にアプリケーションを無償配布。
- 国保保険者標準事務処理システムは、市町村の住基・税システム、国保総合システム及び国保事業報告システムとの連携を前提に構築。各システムは、都道府県の定める国保運営方針等に基づき、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。

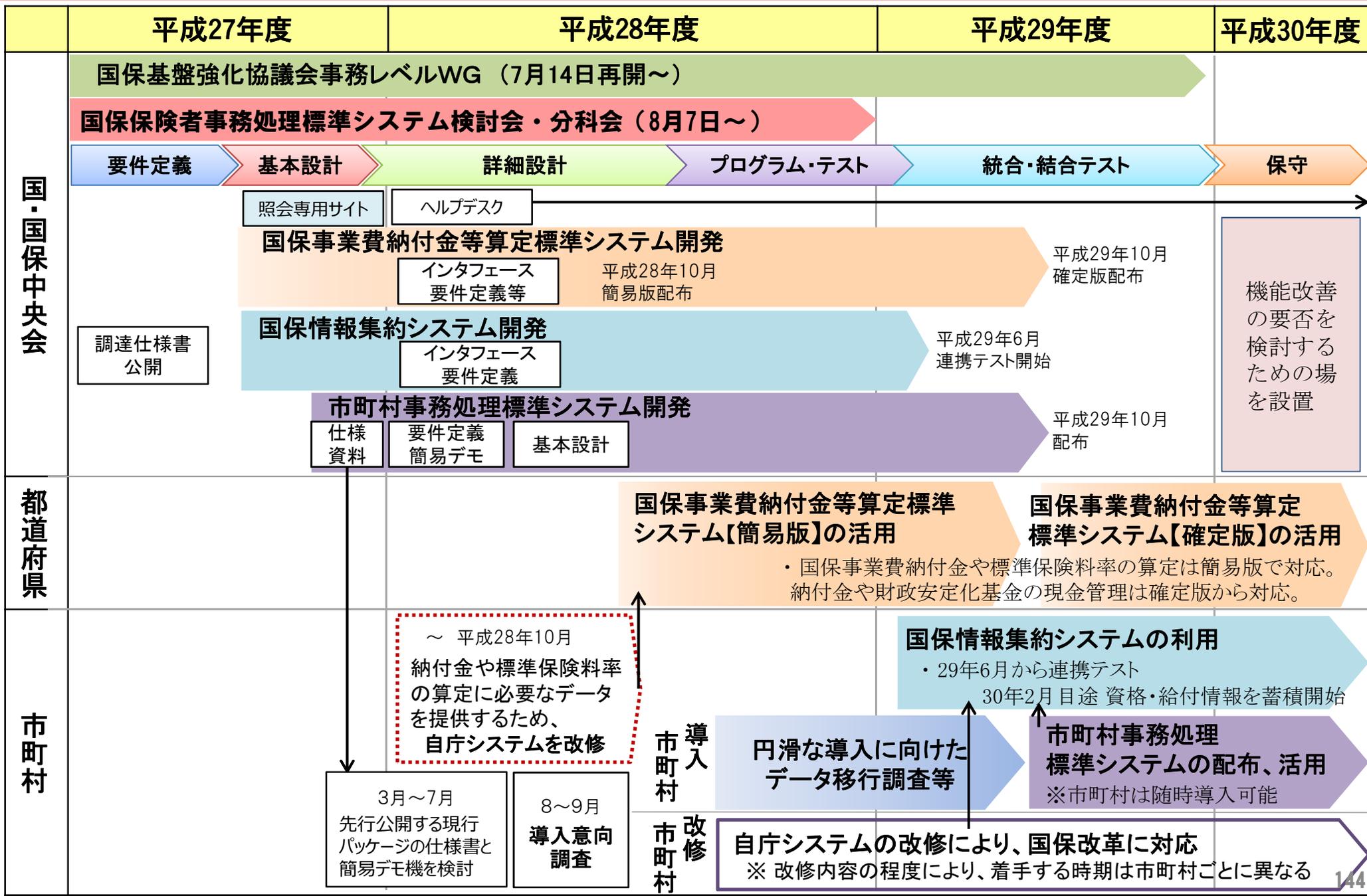
・ 国保情報集約システムは、市町村が行う資格管理及び給付事務のうち都道府県単位で一元的に管理が必要な情報取得・喪失年月日情報及び高額療養費の多数回該当に係る該当回数を管理し、市町村間における情報連携等を支援。市町村は運用管理を国保連合会に共同委託。

・ 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。
※ 管理運用を国保連に委託することも可能

・ 国保事業報告システムは、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。



国保保険者 標準事務処理システム 開発スケジュール



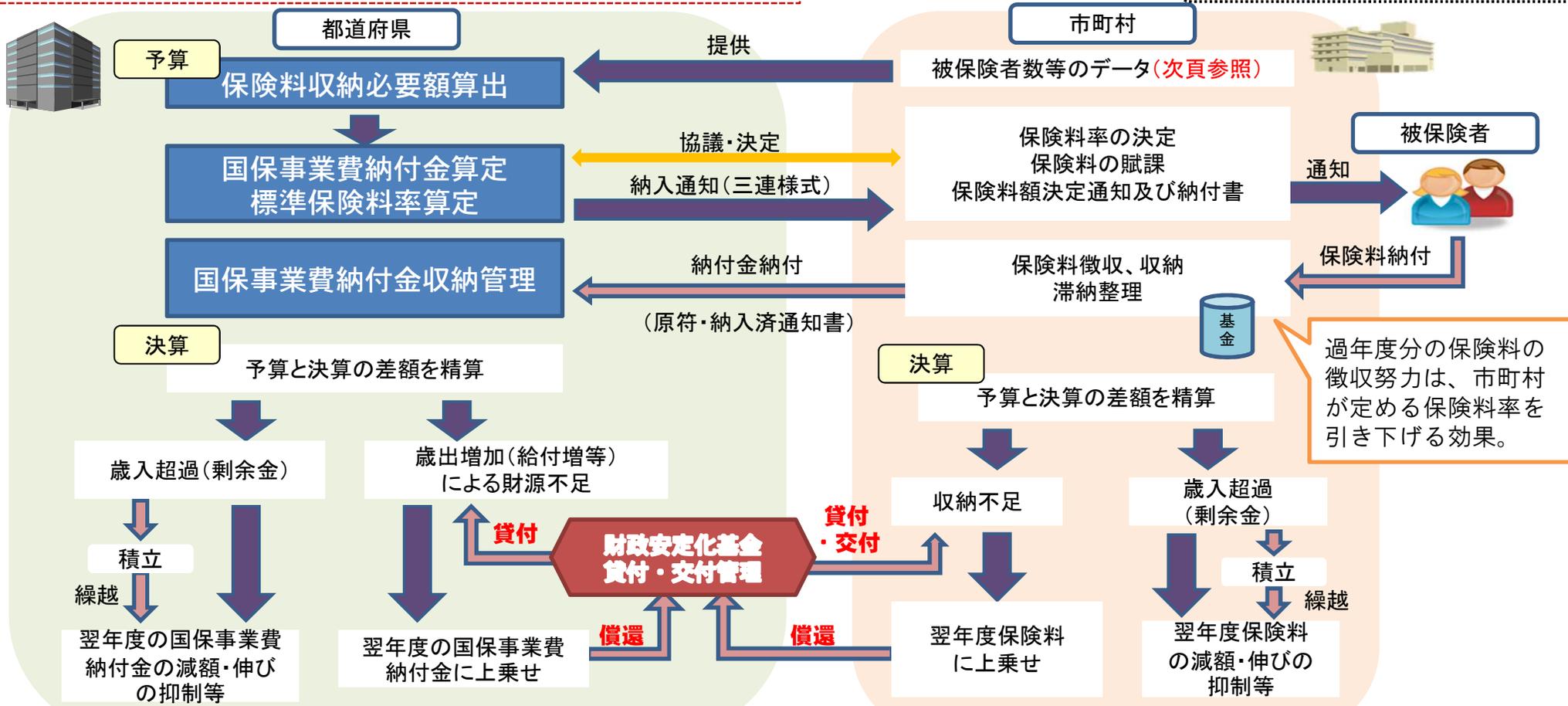
国保事業費納付金等算定標準システムの機能概要(イメージ)

- 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）の管理

※ 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担うことを想定。

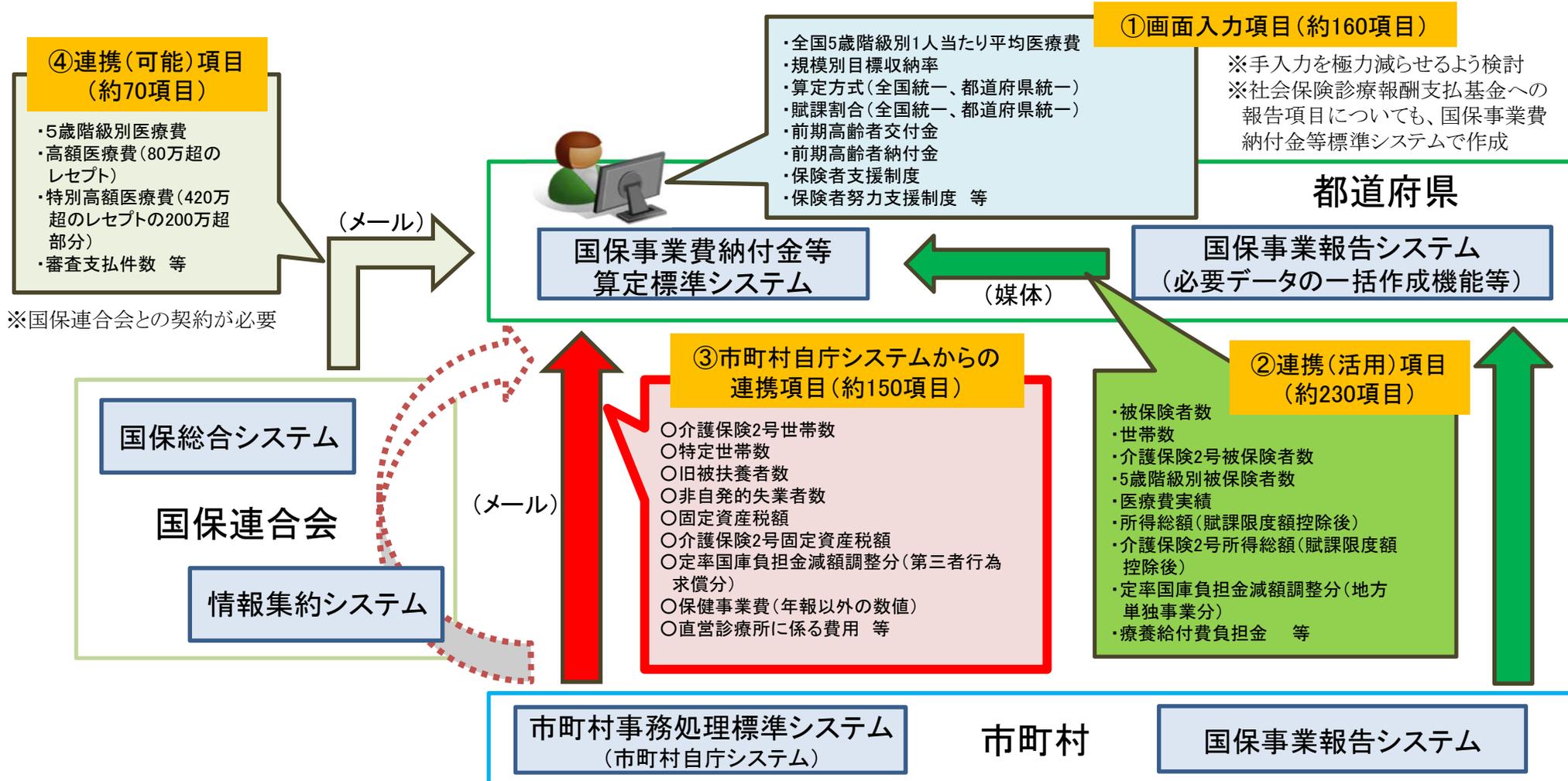
国保事業費納付金等算定標準システムの機能と業務の流れ

業務の流れ → 資金の流れ



国保事業費納付金等の算定に必要なデータ連携（イメージ）

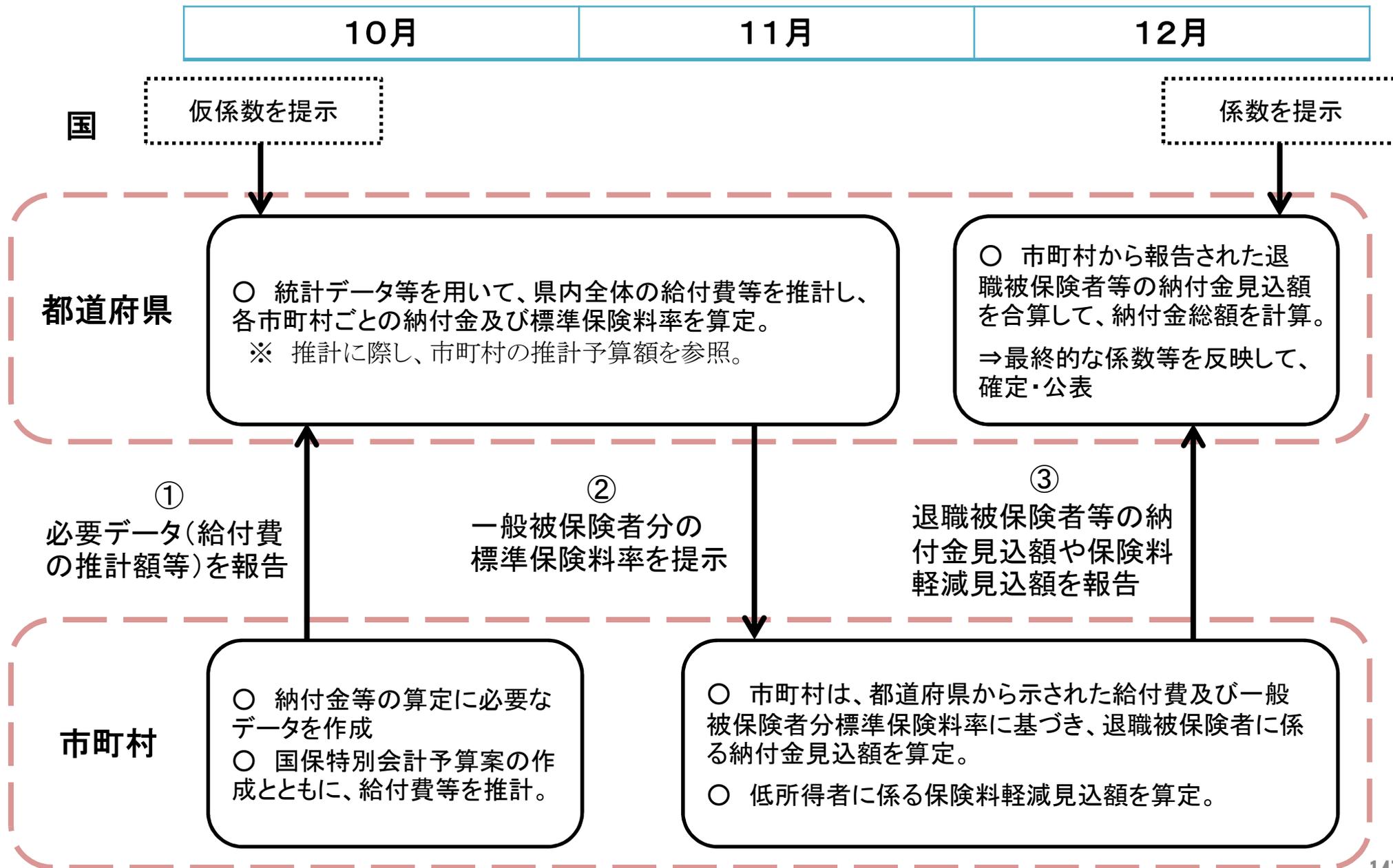
- 国保事業費納付金や標準保険料率等の算定に必要なデータ数は、現状、延べ約600項目を想定。
- 都道府県は、必要なデータを自ら作成・入力するほか、市町村及び国保連合会から情報を収集。
- 市町村は、国保事業報告システムやメール等を活用して都道府県に必要なデータを提供する。



※国保事業報告システムで保有している情報以外の項目については、市町村自庁システムから定められたインターフェースに合わせてデータを作成(市町村基礎ファイル)

国保事業費納付金及び標準保険料率算定の流れ

※詳細は引き続き地方と協議



国保事業費納付金等算定標準システムとの情報連携に向けた 市町村国保自庁システムの改修(現時点の想定)

- 市町村は、国保事業費納付金や標準保険料率等の算定に必要なデータについて、都道府県に対し、
 - ・ 国保事業報告システム（月報等）を活用して、被保険者数や基準総所得金額等のデータを提供するほか、
 - ・ 5歳階級別被保険者数や固定資産税額等の国保事業報告システムで保有していない情報項目については、市町村自庁システムから新たにデータを作成し、定められたインタフェースに合わせて提供する
- ※ 国保事業報告システムで保有していないデータの中には、既に市町村の自庁システムで作成しているデータも含まれることから、システム改修が必要かどうかは市町村によって異なる。
- 国保事業費納付金等算定標準システムのインタフェース仕様書は、平成28年4月に公開する予定。

国保事業費納付金等算定標準システム簡易版の利用に伴う必要データの連携(平成28年秋頃)

情報種別	主な連携データ項目
被保険者情報	・5歳階級別被保険者数(過去3年分) ・世帯数 ・介護保険2号被保険者数 ・非自発的失業者数 ・旧被扶養者数 等
医療費情報	・医療費実績(過去3年分) ・5歳階級別医療費(過去3年分) ・全国5歳階級別1人当たり平均医療費(過去3年分) ・高額医療費(80万超のレセプト) ・特別高額医療費(420万超のレセプトの200万超部分) 等
所得・賦課情報	・所得総額(賦課限度額控除後) ・固定資産税額 ・市町村の規模別目標収納率 ・標準保険料率の賦課方式(全国統一、都道府県統一、市町村別) ・標準保険料率の賦課割合(全国統一、都道府県統一、市町村別) 等
保険給付費等推計情報	・保険給付費推計 ・前期高齢者交付金 ・前期高齢者納付金 ・療養給付費負担金 ・普通調整交付金 ・特別調整交付金 等
その他(政策的に加減算するもの等)	・定率国庫負担金減額調整分(地方単独事業分、第三者行為求償分) ・保険者支援制度(医療分、後期支援金分、介護納付金分) ・保険者努力支援制度 ・審査支払手数料 ・保健事業費 ・直営診療所に係る費用 等

制度施行後の対応(平成30年度～)

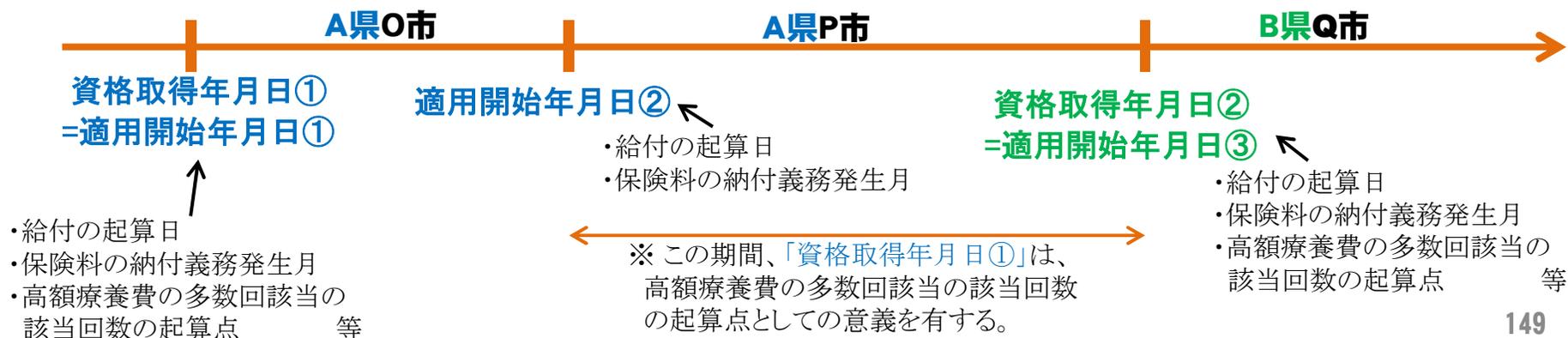
- 制度施行後は、定期的の実績データ等の最新情報を提供。

※全ての情報について、個人情報を含まない市町村単位の集計データを想定。

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^①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。



被保険者証の様式改正(案)

現行 (省令様式)



改正案

国民健康保険 被保険者証	有効期限	年	月	日
記号	番号			
氏名	性別			
生年月日		年	月	日
資格取得年月日		年	月	日
交付年月日		年	月	日
世帯主氏名 住所	都道府県 番号	保険者別 番号	検証 番号	
保険者番号	←-----→			
保険者名				印

● ● 都道府県 国民健康保険 被保険者証	有効期限	年	月	日
記号	番号			
氏名	性別			
生年月日		年	月	日
適用開始年月日		年	月	日
交付年月日		年	月	日
世帯主氏名 住所	都道府県 番号	市町村 番号	検証 番号	
保険者番号	←-----→			
交付者名				印

市町村印

- 改正後の市町村番号は、従来の保険者別番号どおり、市町村ごとに付番する。
- 記号番号は、従来通り市町村ごとに付番する。
- 円滑な施行の観点から、施行当初は被保険者証の有効期限が満了するまでの間、従来の様式を活用することも可とする。(例えば、平成29年10月～平成31年11月まで従来様式。) この場合、平成30年4月以降に新たに、当該旧様式を使用する国保被保険者となった者についても同様の取扱いを可とする。

※今後、被保険者証の様式に関する考え方を整理の上、他の省令様式(限度額適用認定証等)を整理する

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。)の判定基準を検討する必要がある。

★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

平成28年度					平成29年度						
11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
○			○		○	○			○		○

多数回該当 (12月内4月目) → 5月
 市町村間住所異動 (6月)
 多数回非該当 (1月目及び2月目) ← 1月、2月

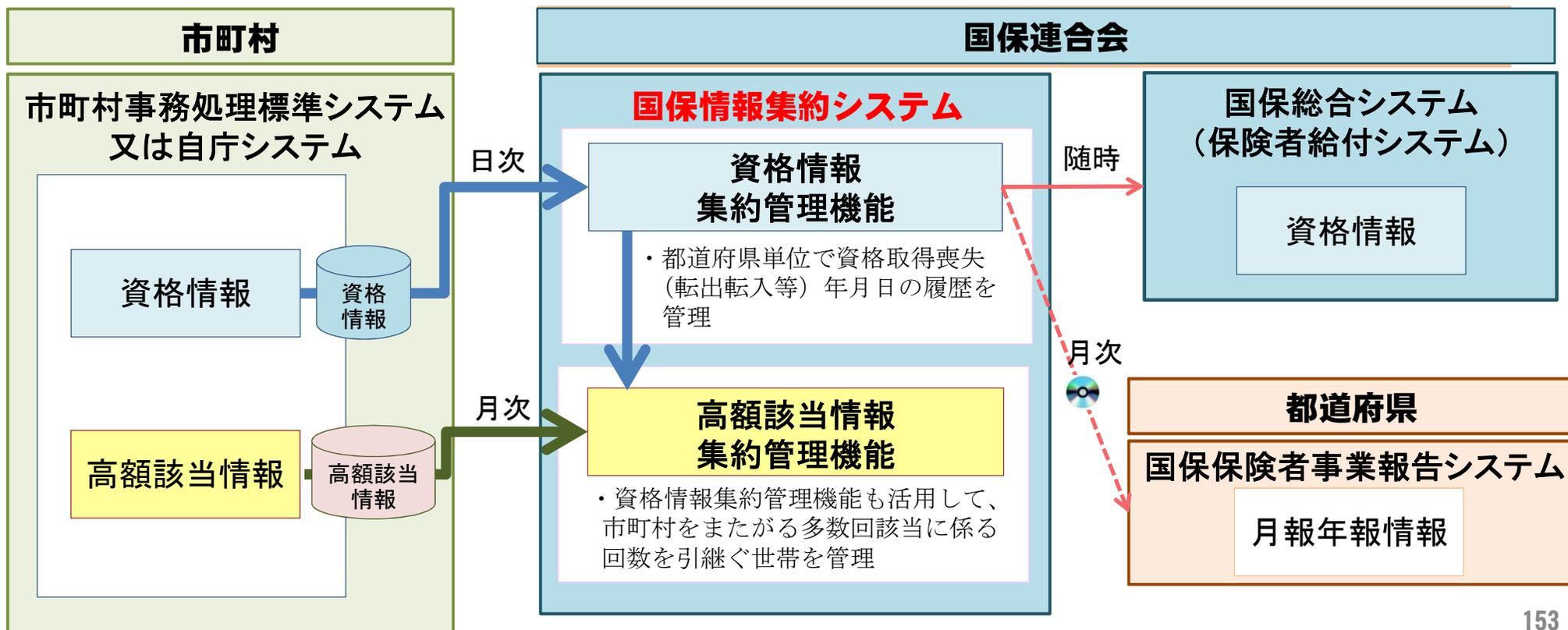
平成30年度 新制度施行

平成29年度					平成30年度						
11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
○			○		○	○		○			○

多数回該当 (4月目) → 2月
 多数回該当 (5月目) → 5月
 県内市町村間住所異動 (4月)
 多数回該当 (4月目) → 10月

国保情報集約システムの機能と業務の流れ(イメージ)

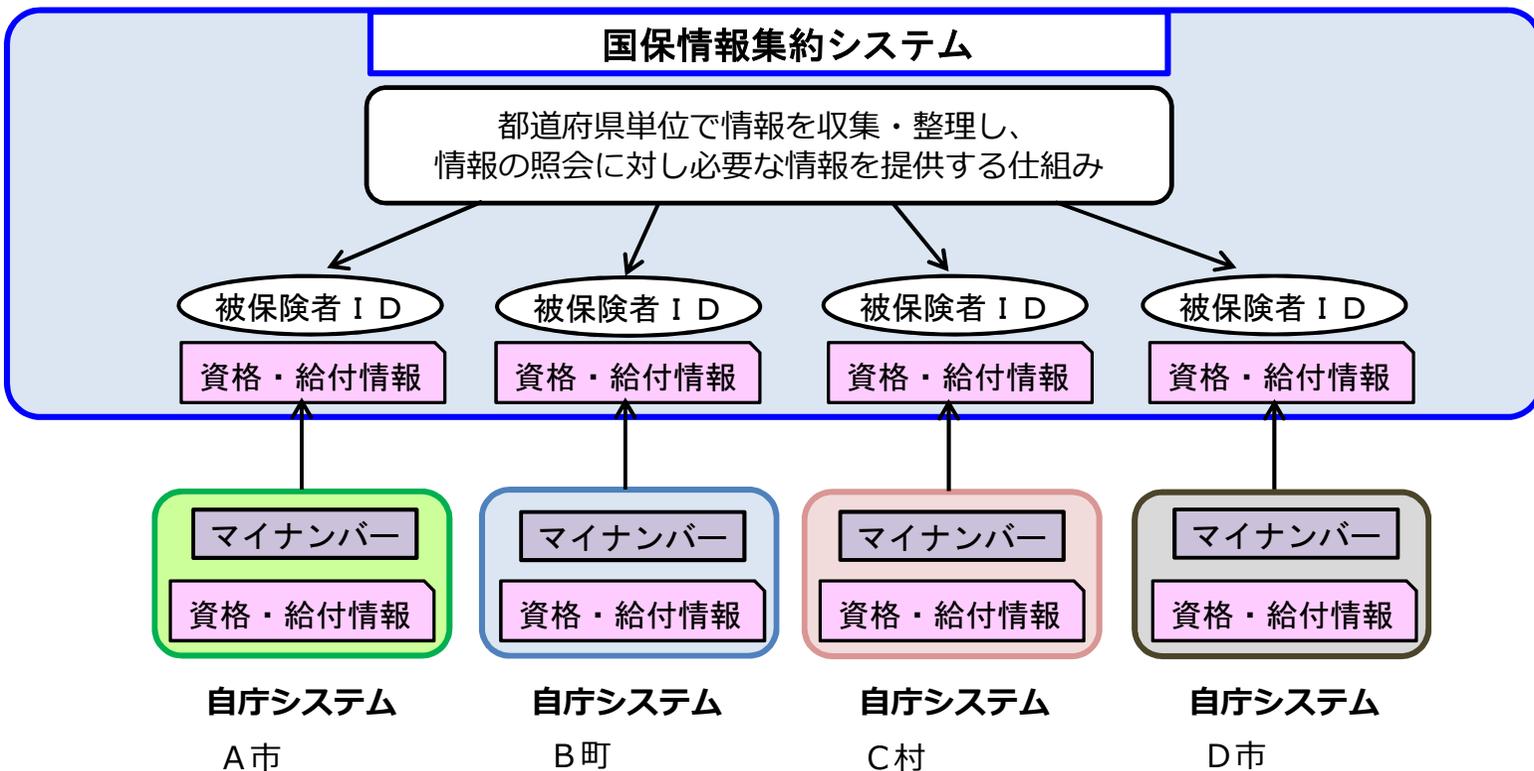
- 今回の国保改革により都道府県も国保の保険者となることに伴い、
 - ・ 「都道府県の区域内に住所を有する者」を「当該都道府県が当該都道府県内の市町村とともに行う国民健康保険の被保険者とする」こととされ、**都道府県単位で資格管理を行う仕組み**に見直し。
 - ・ 新たに、被保険者が同一都道府県内の他市町村へ転居した場合には、当該被保険者の**高額療養費の多数回該当に係る該当回数を引継ぐ**こととされている。
- 都道府県単位の新たな資格管理や高額療養費の仕組みを効率的に運営するため、国保情報集約システムを開発。このシステムの管理運営等については、都道府県内全ての市町村が、国民健康保険法第113条の3に基づき、平成29年夏頃までに、国保連合会と共同委託契約を締結することが必要。



国保情報集約システムにおける共同管理の仕組み(イメージ)

- 国保情報集約システムにおける市町村間での国保の資格情報（資格取得喪失年月日）や給付情報（高額療養費の多数回該当の該当情報）の提供については、①マイナンバーを直接用いず、都道府県単位で、被保険者ごとに符号（被保険者ID）及び世帯ごとに符号（世帯ID）を付与し、②同一都道府県内で市町村をまたがる住所異動があった場合に、機械的に資格履歴を検索し、転入地の市町村等に世帯の継続性等の情報提供する仕組みとする。
※ 被保険者IDはマイナンバーと紐づくが、居住する市町村が変わると異なる被保険者IDが表示される仕組みにするとともに、マイナンバーとは異なる体系で創成。
- 市町村は国民健康保険法第113条の3の規定に基づき、資格情報や保険給付の実施に係る情報の利用・提供に関する事務を国保連合会に共同委託することにより、予め本人の同意を得ることなく、第三者へ個人情報を提供できる。

平成30年4月～ 都道府県内市町村による共同管理（国保連合会への委託）



・マイナンバー及びマイナンバーに紐づく被保険者IDは見えない構造になるが、市町村はマイナンバーを記載した資格情報を国保連合会に共同委託するため、特定個人情報保護評価(PIA)が必要。

・国及び国保中央会は、PIAの実施に当たり、開発事業者の協力を得て、評価の参考となる情報を提供(平成28年春を目途)。

・都道府県内の全ての市町村は、平成29年夏頃までには、国保連合会と共同委託契約を締結する必要。

国保情報集約システムにおける番号利用による情報提供(イメージ)

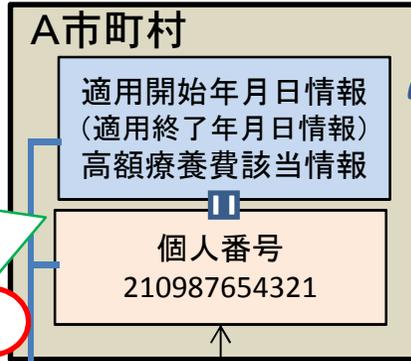
- 国保情報集約システムでは、同一都道府県内で被保険者及び世帯を一意に識別できるように独自の被保険者IDと世帯IDを創成して、資格取得喪失年月日や高額療養費の該当情報の管理、世帯の継続性の判定情報を提供する。

- 市町村は、個人番号と紐づく資格開始終了年月日情報や、高額療養費該当情報を、国保情報集約システムに登録。

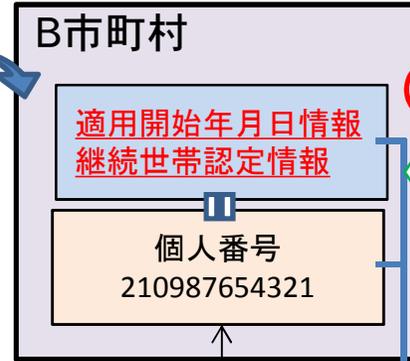
※ 資格情報は日次、高額該当情報は月次での連携を想定。

- 転出があった場合、適用終了年月日情報を登録。

1



住所異動



4

- 転入等によって、市町村が、適用開始年月日情報とともに個人番号を国保情報集約システムに登録した場合、国保情報集約システムは、都道府県単位の資格取得年月日情報を市町村に提供。

- 市町村が、高額療養費の該当回数を引継ぐ継続世帯判定情報を登録した場合、国保情報集約システムは、転出地市町村の高額該当情報を提供。
※自庁システムで高額療養費を計算する場合、高額該当情報を取込むことが可能。

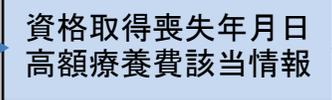
国保情報集約システム

- ① 資格取得年月日
- ② 高額療養費該当情報



2

- 国保情報集約システム内において、個人番号と紐づけて、資格取得喪失年月日の作成や高額療養費の該当情報を管理。
- 国保情報集約システム内に登録される全ての被保険者に対して、個人番号と紐づく都道府県単位の被保険者IDを創成。併せて、世帯に対し世帯IDを付与。



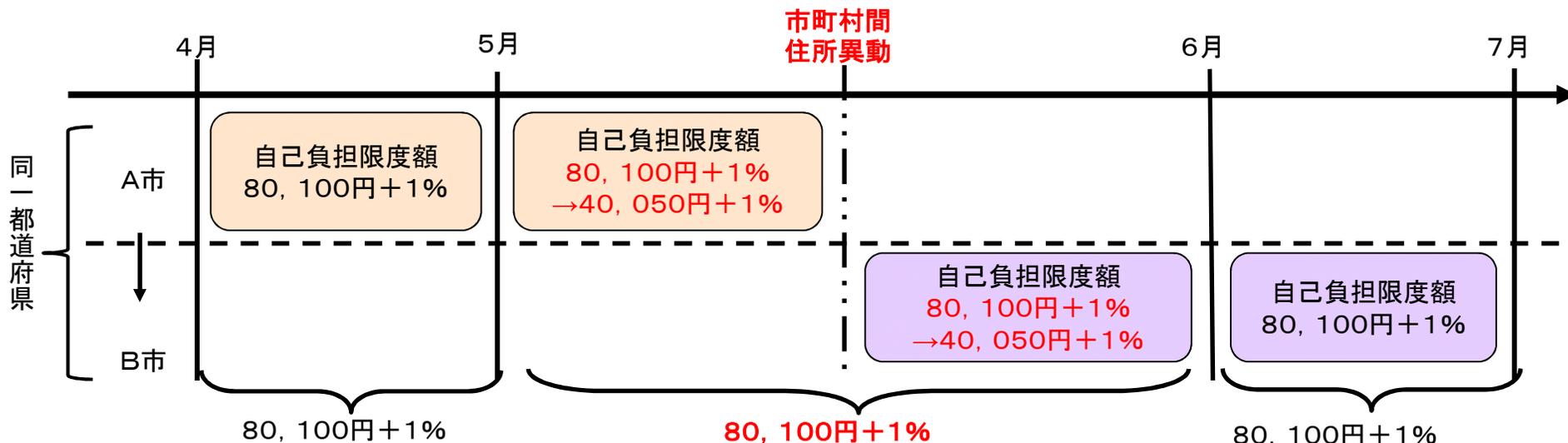
3

- 国保情報集約システム内において、個人番号と紐づく被保険者IDを創成した場合、外部表示される市町村別の被保険者IDを振り出す。これにより高いセキュリティを確保。
- 市町村別の被保険者IDを振り出す際、機械的に判定した世帯の継続性の判定結果を表示。
- 市町村は、外部表示される被保険者IDを活用して、情報集約システム内の情報を検索・閲覧することが可能。

同一都道府県内市町村間の住所異動月における自己負担限度額の取扱い(案)①

- 高額療養費は、歴月ごと、保険者（給付主体）ごとに計算する仕組みであることから、平成30年度から都道府県も国保の保険者となることに伴い、月の途中で都道府県内の市町村をまたがる住所異動によって、一部負担金等の額が転居しない場合と比べて最大2倍となることのないよう、転居月については、世帯の継続性が保たれている場合、居住日数にかかわらず、転出地の市町村と転入地の市町村における、自己負担限度額をそれぞれ本来の2分の1に設定する。
同様に、高額療養費の合算基準額（2万1000円）についても、2分の1に設定する。

(例) 同一都道府県内の市町村をまたがる住所の異動があった場合（基礎控除後所得210万円～600万円の70歳未満の世帯）



- 改正国保法第66条の2により、居住する市町村が変わった場合には、従前どおり、改めて所得区分の判定を行う。
- 上記の取扱いは、住所異動後も転入地の市町村において引き続き世帯の継続性が認められた世帯に対し行う。
- 簡素な仕組みとするため、同一月に3市町村以上にまたがる住所異動があった場合についても、自己負担限度額は市町村ごとに半額とする。
- 住所異動のあった月において複数市町村それぞれで高額療養費の支給があったとしても、多数回該当に係る回数のカウントは、1月につき1回とする。

同一都道府県内市町村間の住所異動月における自己負担限度額の取扱い(案)②

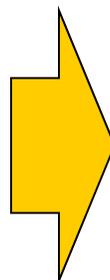
【住所異動月以外】

【住所異動月】

70歳未満

	自己負担限度額 (世帯合算)
基礎控除後所得 901万円超 適用区分「ア」	252,600円+1% (140,100円)
基礎控除後所得 600万円～901万円 適用区分「イ」	167,400円+1% (93,000円)
基礎控除後所得 210万円～600万円 適用区分「ウ」	80,100円+1% (44,400円)
基礎控除後所得 210万円以下 適用区分「エ」	57,600円 (44,400円)
住民税非課税 適用区分「オ」	35,400円 (24,600円)

	自己負担限度額 (世帯合算)
基礎控除後所得 901万円超 適用区分「ア」	126,300円+1% (70,050円)
基礎控除後所得 600万円～901万円 適用区分「イ」	83,700円+1% (46,500円)
基礎控除後所得 210万円～600万円 適用区分「ウ」	40,050円+1% (22,200円)
基礎控除後所得 210万円以下 適用区分「エ」	28,800円 (22,200円)
住民税非課税 適用区分「オ」	17,700円 (12,300円)



70歳以上

		外来(個人)	自己負担限度額 (世帯合算)
現役並み所得者		44,400円	80,100円+1% (44,400円)
一般		12,000円	44,400円
住民税非課税	Ⅱ	8,000円	24,600円
	Ⅰ (年金収入80万円以下等)		15,000円

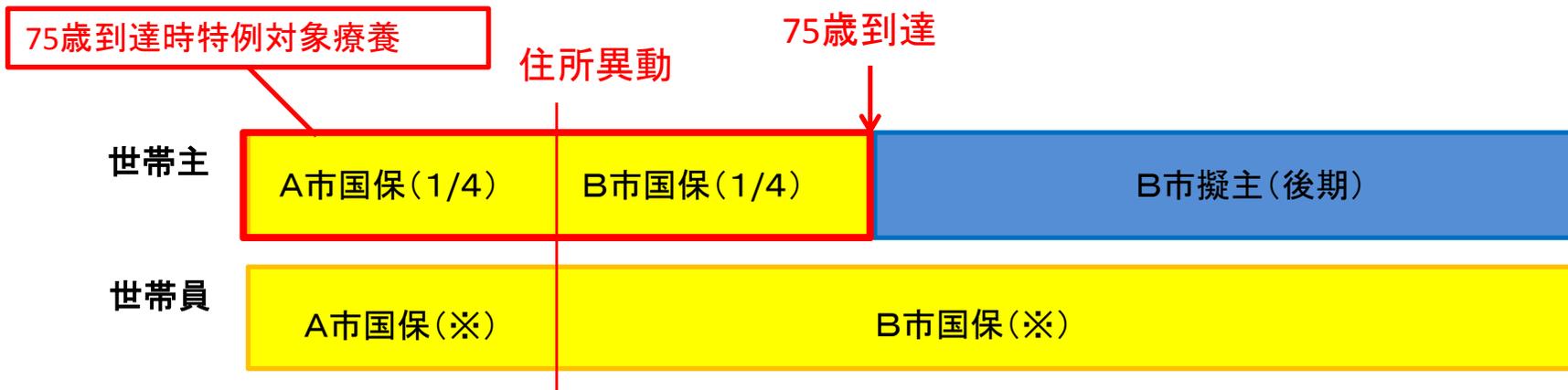
		外来(個人)	自己負担限度額 (世帯合算)
現役並み所得者		22,200円	40,050円+1% (22,200円)
一般		6,000円	22,200円
住民税非課税	Ⅱ	4,000円	12,300円
	Ⅰ (年金収入80万円以下等)		7,500円

(注)金額は1月当たりの限度額。()内の金額は、多数回該当の場合(当月を含む過去12ヶ月間に3回以上高額療養費の支給を受けている場合)

同一都道府県内市町村間の住所異動月における 75歳到達時特例対象療養に係る月の自己負担限度額の取扱い(案)①

平成30年4月以降、75歳到達時特例対象療養に係る月に都道府県内で住所異動をした場合、特例対象療養のみに着目すると、異動前市町村で特例の自己負担限度額（通常半額）まで負担し、異動後市町村でも特例の自己負担限度額（通常半額）まで負担することとなることから、特例対象者から見れば、当月の自己負担の上限額が住所異動しない場合（通常半額）と比べて、個人単位で2倍（通常と同じ限度額）となることが生じうる。

これに対応するため、異動月については、異動前市町村と異動後の市町村における自己負担限度額を個人単位でさらに2分の1（通常4分の1）に設定する。



※ 75歳到達時特例対象療養に係る高額療養費を世帯主個人について支給した後、なお残る負担と、世帯員の負担額とを合算して、限度額の1/2を超えた分を高額療養費として支給する。

同一県内市町村間の住所異動月における75歳到達時特例対象療養に係る月の自己負担限度額の取扱い(案)②

【通常】

【75歳の誕生日かつ住所異動月】

70歳未満		自己負担限度額 (世帯合算)
	基礎控除後所得 901万円超 適用区分「ア」	252,600円+1% (140,100円)
	基礎控除後所得 600万円～901万円 適用区分「イ」	167,400円+1% (93,000円)
	基礎控除後所得 210万円～600万円 適用区分「ウ」	80,100円+1% (44,400円)
	基礎控除後所得 210万円以下 適用区分「エ」	57,600円 (44,400円)
	住民税非課税 適用区分「オ」	35,400円 (24,600円)

	個人合算	自己負担限度額 (世帯合算)
基礎控除後所得 901万円超 適用区分「ア」	63,150円+1% (35,025円)	126,300円+1% (70,050円)
基礎控除後所得 600万円～901万円 適用区分「イ」	41,850円+1% (23,250円)	83,700円+1% (46,500円)
基礎控除後所得 210万円～600万円 適用区分「ウ」	20,025円+1% (11,100円)	40,050円+1% (22,200円)
基礎控除後所得 210万円超 適用区分「エ」	14,400円 (11,100円)	28,800円 (22,200円)
住民税非課税 適用区分「オ」	8,850円 (6,150円)	17,700円 (12,300円)



70歳以上		外来(個人)	自己負担限度額 (世帯合算)	
	現役並み所得者	44,400円	80,100円+1% (44,400円)	
	一般	12,000円	44,400円	
	住民税非課税	II	8,000円	24,600円
		I (年金収入80万円以下等)		15,000円

	外来(個人)	個人合算	自己負担限度額 (世帯合算)
現役並み所得者	11,100円	20,025円+1% (11,100円)	40,050円+1% (22,200円)
一般	3,000円	11,100円	22,200円
住民税非課税	2,000円	II	6,150円
		I (年金収入80万円以下等)	3,750円

(注1)金額は1月当たりの限度額。()内の金額は、多数回該当(当月含む過去12ヶ月間に3回以上高額療養費の支給を受けている場合)の場合

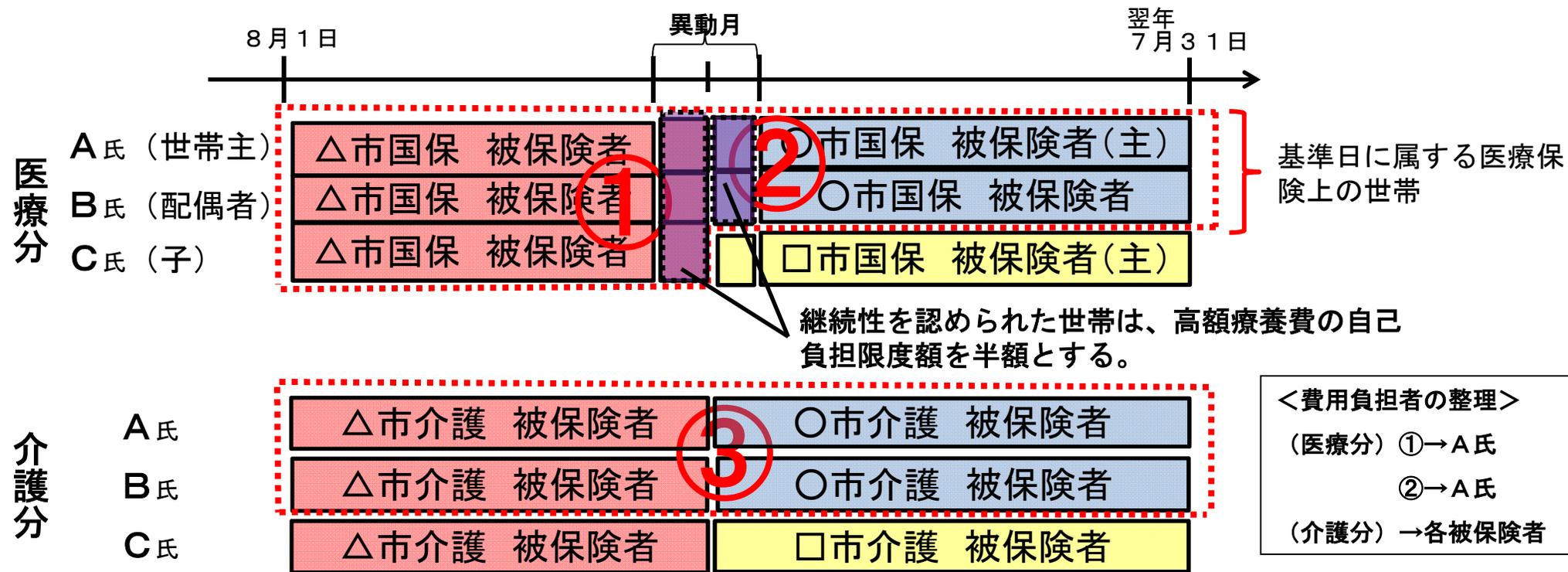
(注2)「75歳到達月における自己負担限度額の特例」は、個人ごとに適用する。適用後、なお負担すべき額がある場合は、通常の限度額で世帯合算を行う。

平成30年4月以降分に係る高額介護合算療養費の計算上の留意点(案)

医療と介護に係る負担を軽減するため、高額療養費等の支給を受けてもなお残る医療保険と介護保険の自己負担額に対して、高額介護合算療養費を支給している。

平成30年度以降もこの仕組みは変わらないが、新たな国保制度において、世帯の継続性を認めた世帯に対して高額療養費の多数回該当に係る該当回数を引き継ぐとともに、異動月に係る高額療養費の自己負担限度額を半額にする場合、高額介護合算療養費の支給額を計算する際に、異動月の自己負担額と多数回該当の引継による自己負担額の変化に留意する必要がある。

高額介護合算療養費の計算期間（8月1日～翌年7月末日）の途中で、同一都道府県内の他市町村へ住所異動するとともに、世帯分離があった場合の例（分離後、1つの世帯に継続性が認められている。）



<費用負担者の整理>
 (医療分) ①→A氏
 ②→A氏
 (介護分) →各被保険者

高額介護合算療養費支給額 = ① + ② + ③ - 介護合算算定基準額

世帯等の基本的な考え方について

- 今回の国保改革により、都道府県の区域内に住所を有する者が被保険者とされたことから、同一都道府県内で市町村をまたがる住所の異動があっても資格取得・喪失の異動はなく、**高額療養費の多数該当を通算する。**
- 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もの(昭和59年通知)とされているため、転入地において、**転入世帯に対し、前住所地からの世帯の継続性を判定する新たな事務を行う必要がある。**
- なお、国民健康保険において、保険料(税)の納付義務や各種届出義務を課している被保険者の属する世帯の「世帯主」の定義、高額療養費を給付する場合に自己負担額を合算する際の「世帯」の定義、高額療養費の自己負担限度額の区分判定や保険料(税)の軽減措置の対象として捉える「世帯主及び世帯」の定義については、従前のとおり。

○ 世帯とは

世帯とは、居住と生計をともにする社会生活上の単位である。(住民基本台帳事務処理要領について)

○ 世帯主とは

世帯を構成する者のうちで、その世帯を主宰する者が世帯主である。単身世帯にあっては、当該単身者が世帯主となる。地方税法第703条の4の規定による、国民健康保険税の納税義務者である「世帯主」については、主として世帯の生計を維持する者であって、国民健康保険税の納税義務者として社会通念上妥当と認められる者と解することとしており、国民健康保険法にいう世帯主の定義については、これに準じて取り扱うこととしている。

○ 擬制世帯主と、国民健康保険における世帯主

国民健康保険の被保険者でない者が世帯主となっている世帯(擬制世帯)における、世帯主(擬制世帯主)の取扱いについては、国民健康保険制度上の帰属関係を表していない場合もあることから、世帯主の変更を希望する場合については、平成13年度から、住民基本台帳法第25条に規定する世帯主の変更を届け出ることなく、当該擬制世帯に属する国民健康保険の被保険者を国民健康保険における世帯主とすることができることとしている。

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)①

※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ついては、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。) の場合については、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。

○ 上記判定基準を基本としつつ、被保険者の個別事情を考慮することも可能。ただし、この場合には、都道府県内で統一の基準とすることが必要。

★国民健康保険における高額療養費支給事務の取扱いについて（昭和59年9月29日保険発第73号厚生省保険局国民健康保険課長通知）

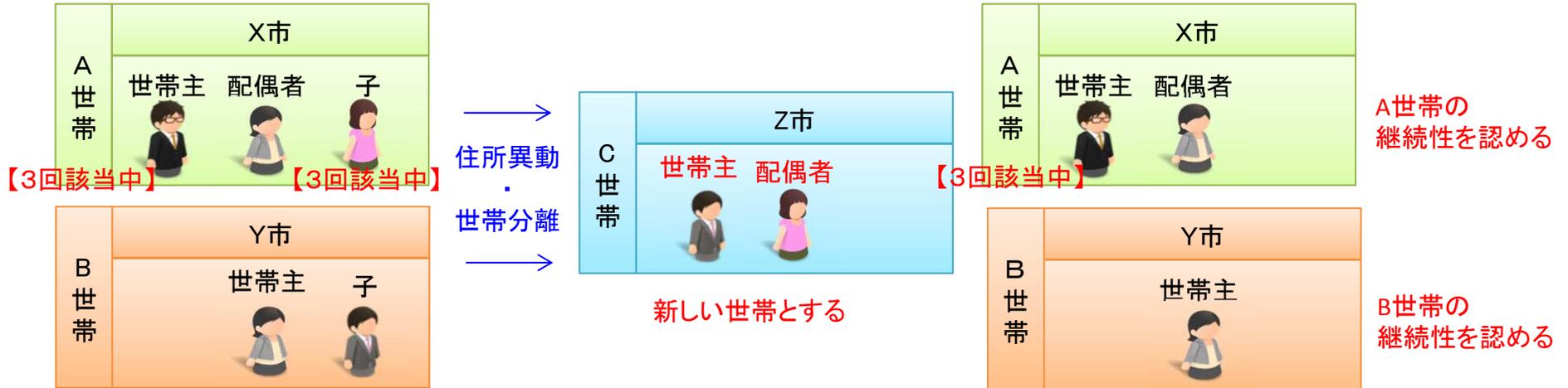
3 高額療養費多数該当世帯の負担軽減関係

(1) 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ものであり、例えば新たに世帯に加わった者が当該世帯に加わる月以前に受けた療養につき支給された高額療養費等は通算されないこと。

「世帯の継続性の判定基準II」の適用が想定される事例

(例1) 婚姻により子が独立して他市町村へ住所異動した場合

⇒基準II (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。



(例2) 子どもが実家に戻って世帯合併すると同時に、その子どもが世帯主になる場合

⇒基準II (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。



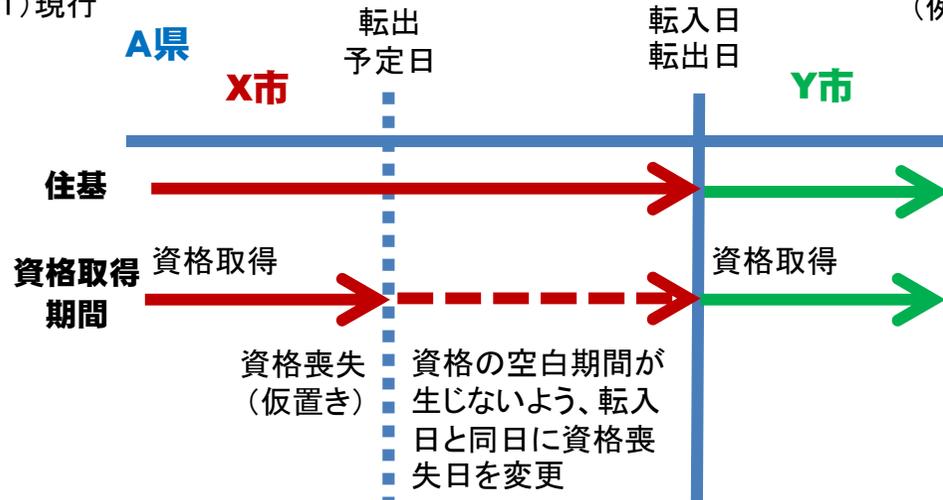
被保険者資格の適用の適正化について①

(1)適用開始・終了日の適切な管理(検討中)

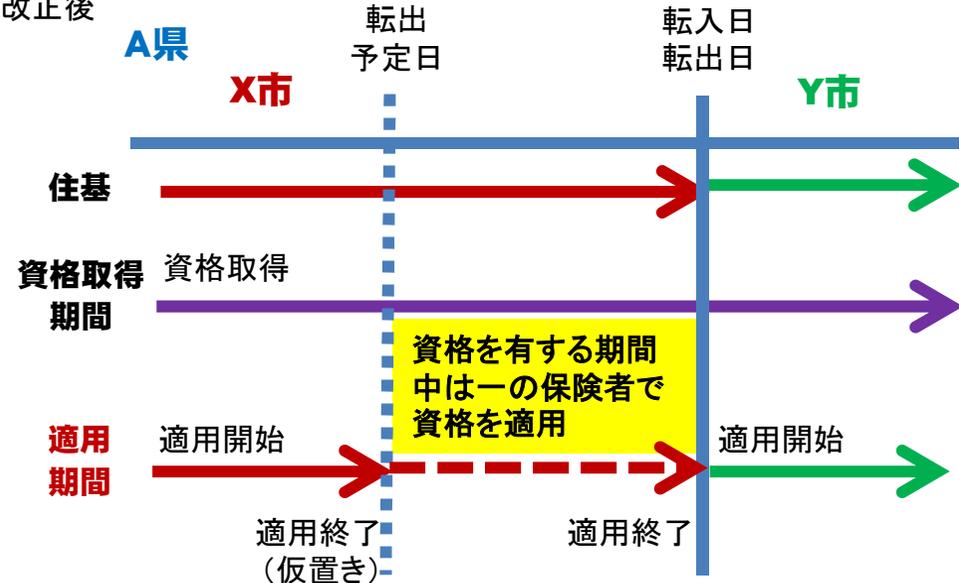
※詳細は引き続き地方と協議

- 現状、被保険者が他市町村へ転出する場合、届出のあった「転出予定年月日」に基づき資格喪失処理を一旦行い、実際の転出（転入）日が予定日と異なるときは、国民健康保険法第8条第1項に基づき、確定した日で資格喪失日の処理を行うとともに、この期間中に資格を有するときは、保険料額を計算し直して徴収する場合がある。
- 平成30年度から、国保情報集約システムを活用して、都道府県単位で資格取得・喪失年月日を管理するため、市町村は、資格を有するのに適用されない期間が生じることのないよう、被保険者に対する適用開始・終了年月日の確定を適切に行う必要がある。

(例1) 現行



(例2) 改正後



★ 改正国民健康保険法（抜粋）

(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った日の翌日又は第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った日の翌日から、その資格を喪失する。ただし、都道府県の区域内に住所を有しなくなった日に他の都道府県の区域内に住所を有するに至ったときは、その日から、その資格を喪失する。

2 (略)

被保険者資格の適用の適正化について②

(2)短期滞在者に対する適用(検討中)

※詳細は引き続き地方と協議

○ 現行の国民健康保険法第5条(被保険者)については、昭和34年から、「転入の当初より他所に移転することが明らかであり、かつ、在住の期間がきわめて短期間(※)に過ぎない者は、国保の性格に照らし、住所を有する者と認定しないことが適当である」とする解釈が示されている。

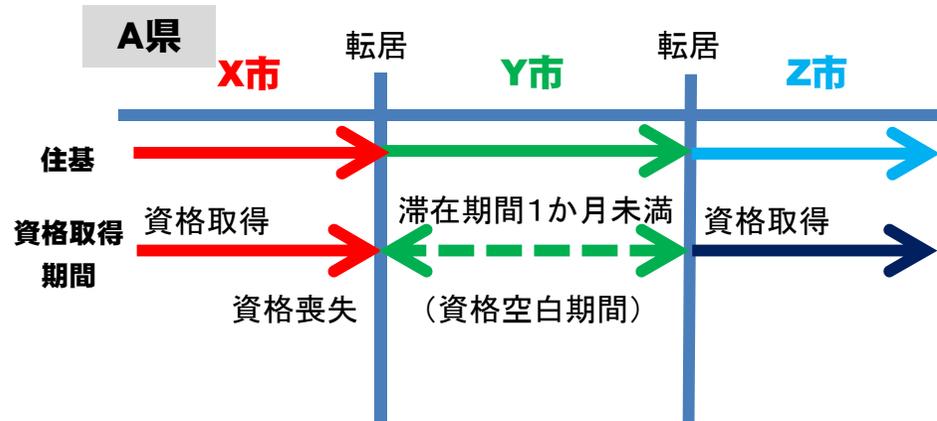
なお、この取り扱いは、全国民がいずれかの医療保険の保障を受けているという、いわゆる国民皆保険の趣旨からは、短期間といえども空白を生じさせるものであるから、慎重な取り扱いが望まれる、とされている。

(※) 短期間とは、概ね半月から1か月程度をさすと解されている。

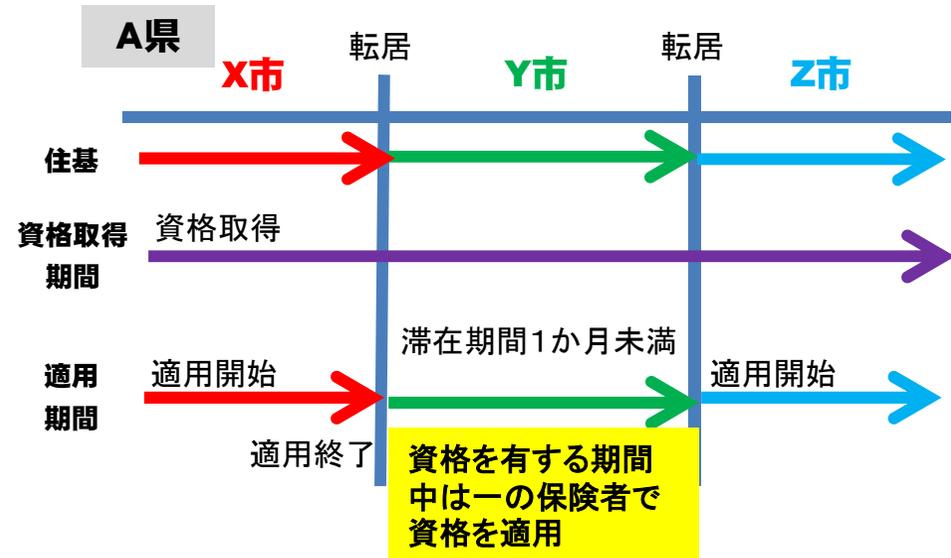
(※) この取扱いは、住所の変わらない、被用者保険 ⇒ 国保 ⇒ 被用者保険 の場合は想定していない。

○ 国保改革により、被保険者の住所要件が都道府県単位化されることに伴い、資格を有するのに適用されない期間が生じることのないよう、市町村は、被保険者に対する適用開始・終了年月日の確定を適切に行う必要がある。

(例1) 現行



(例2) 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国民健康保険の被保険者とする。

国保情報集約システムとの情報連携に向けた 市町村国保自庁システムの改修(現時点の想定①)

1. 都道府県単位で資格管理を行う仕組みへの見直しに伴う改修

(1) 資格取得・喪失年月日等のデータ取込及び管理

- 都道府県単位で管理する資格取得・喪失年月日の資格情報は、国保情報集約システムで管理しつつ、住民票に記載する必要があることから、市町村自庁システムにおいても引き続き管理が必要。
- 加えて、新たに市町村単位の資格情報として、「適用開始・終了年月日」の管理を行うことから、市町村自庁システムの改修が必要。

(2) 資格異動データ インタフェースファイルの変更

- 引き続き、住民票に資格取得・喪失年月日を記載するため、後期高齢者医療制度の例にならい、国保情報集約システム、市町村自庁システム及び住基システムとの間で、資格取得・喪失年月日を連携できるよう、インタフェースファイルを変更。

※ 住基担当において、適用開始・終了年月日の管理を行うかは各自治体の判断による。

【システム上の処理】

- ① 国保情報集約システムで管理する都道府県単位の資格取得・喪失年月日データを市町村の自庁システムに取込(引継)、管理
- ② 都道府県単位の資格取得年月日及び資格喪失年月日を住基システムに連携

国保情報集約システムとの情報連携に向けた 市町村国保自庁システムの改修(現時点の想定②)

2. 高額療養費の多数回該当に係る該当回数の引継ぎに伴う改修

(1) 高額療養費に係る該当情報の連携データ作成・登録

同一都道府県内の市町村間で、高額療養費の該当情報を円滑に引き継げるよう、市町村は世帯単位の高額療養費の該当情報を国保情報集約システムに登録するための改修が必要。

【システム上の処理】

- ① 高額療養費の該当の有無を反映したインタフェースファイルを作成し、月次で、情報集約システムに登録。
- ② 再計算等により高額該当情報に変更が生じた場合、変更情報を作成し、月次で、修正登録。

(2) 高額療養費に係る該当情報の連携データ取込

転入地市町村が高額療養費の該当回数を引継ぐ世帯と認めた場合に、転出地市町村における高額該当情報を取り込むための改修。(過去に転出地市町村が引き継いだ前々住所地等の該当情報を含む。)

(3) 高額療養費に係る該当回数を引継ぐ世帯の識別フラグの設定

該当回数の引継及び転居月における自己負担限度額の特例を適用するため、該当回数を引継ぐ世帯に対して、識別フラグを表示するための改修が必要。

(4) 市町村システムに取り込んだデータを基にした高額療養費計算

自庁システムで高額療養費を計算する場合、以下のような改修が必要。

【システム上の処理】

- ① 転出地市町村から引き継いだ該当回数を通算した上で、高額療養費を計算。
- ② 転居月の自己負担限度額を1/2とした上で、高額療養費を計算。(75歳特例対象療養に該当する場合は、自己負担限度額を1/4として計算。)

※ (4) 高額療養費の計算を国保連合会に委託する場合、計算処理に係るシステム改修は発生しない見込み。

市町村事務処理標準システムの機能概要

- 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。
- 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の基本機能中の約170の機能(約9割)を備える市販の国保パッケージシステム(日立製)を検討のベースに置く。システム検討会における検討を踏まえ、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する。
- 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月を目途に公開する「基本設計書」等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。

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
- ・限度額適用・標準負担額減額認定 等

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
- ・高額療養費支給 等

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
- ・保険料(税)率試算 等

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
- ・徴収猶予管理 等

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

市町村事務処理標準システム

市町村事務処理標準システム導入意向調査(案)

目的

- 新たな国保制度を円滑に施行するため、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数や市町村の規模、住基・税システムとの連携状況、データ保有状況等を把握することを目的として、導入意向調査を実施する。
- 調査結果を適切な稼働支援に結びつけるとともに、導入を希望する市町村においては、平成29年度の予算編成や的確に移行の準備に着手できるようにするため、調査については、平成28年度8～9月に実施する予定。また、前倒しで情報提供等を行う。

内容(案)

① 導入の希望	<input type="checkbox"/> 平成30年4月1日～ <input type="checkbox"/> 平成30年度中(○月) <input type="checkbox"/> 平成31年度以降 <input type="checkbox"/> 希望しない
② 導入の形態	<input type="checkbox"/> 単独利用 <input type="checkbox"/> クラウド利用(クラウドの形態)
③ 利用を希望する機能	<input type="checkbox"/> 全ての機能 <input type="checkbox"/> 一部の機能(<input type="checkbox"/> 資格管理、保険料(税)賦課 <input type="checkbox"/> 給付管理、 <input type="checkbox"/> 徴収・収納管理) ※ 給付管理機能等の機能の一部のみ利用を希望する場合であっても、資格管理・賦課機能の利用は必須。 また、給付管理機能のうち、例えば高額療養費の計算機能のみ等のサブ機能の利用を希望する場合の可否については、現在、検討中。
④ 既存システムの形態	<input type="checkbox"/> 独自開発 <input type="checkbox"/> パッケージシステム(<input type="checkbox"/> 国保単独、 <input type="checkbox"/> オールインワン <input type="checkbox"/> その他)

※平成29年1月を目途に導入意向の最終確認および導入市町村への調査(導入環境の確認、データ移行の確認、データ連携の確認等)を実施予定。

検討工程

市町村の検討に資するため、導入意向調査実施までの間、以下のスケジュールで参考資料等を随時公開。

28年3月	28年4月	28年6月	28年8月
・現行パッケージの仕様資料	・要件定義書	・機器調達仕様書(案)	・基本設計書
・ハードウェア等構成一覧	・簡易デモ版	・データ移行仕様書(案)	・PIAテンプレート
・データ移行方法の概要			
・一部機能の利用方法(案)			

平成28年度のシステム改修に係る補助金(都道府県向け 約2億円)

- 都道府県においては、早ければ平成28年10月から国保事業費納付金等の試算が可能となるよう、平成28年4月を目途に公開する予定の「機器調達仕様書」に基づき、計画的に必要な機器の調達を行っていただきたい。
- 機器調達及び国保事業報告システムの改修に係る経費については、国の予算の範囲内において、以下の補助を予定している。詳細は、平成28年4月頃、補助金交付要綱においてお示しする。
なお、平成28・29年度で段階的に稼働環境の構築を行う場合にも必要な費用を補助できるよう調整する。

都道府県向け補助対象経費	補助上限予定額
各都道府県における国保事業費納付金等算定標準システムの導入に関する次の一時的に必要な経費（ランニングコストは補助対象としない。）	補助対象経費ごとの補助上限予定額の範囲内で必要と認められた額（消費税を含む。）
① スタンドアロン端末購入費 * クライアントサーバー方式による稼働環境を構築する場合を除く。	400千円
② プリンタ購入費	100千円
③ 国民健康保険団体連合会とのネットワーク敷設工事費（注1）	900千円
④ クライアントサーバー方式による稼働環境の構築に伴う、サーバー及びクライアント端末購入費並びに庁内LAN敷設工事費（注2）	1,100千円
⑤ 国保事業費納付金等算定標準システムとの連携に係る事業報告システム改修経費	900千円

（注1） 国民健康保険団体連合会とのネットワーク敷設工事費の補助については、以下の全ての要件を満たすものとする。

- ・ 国保事業費納付金等の算定に必要なデータの集計等の業務を委託するためのものであること
- ・ 将来的にKDBシステムの閲覧ができるようにすること
- ・ 将来的に都道府県が国民健康保険団体連合会に直接診療報酬を支払う場合にも使用できること
- ・ 将来的に都道府県が市町村が行った保険給付の点検を行う場合にも使用できること

なお、国保総合システム専用端末を購入するための費用は、今回の補助対象経費に含まない。

また、28年度に敷設工事費に対する補助を行った場合には、29年度は補助の対象にしない予定。

（注2） 国民健康保険団体連合会等の外部にサーバーを設置する場合、庁内において稼働環境を構築する際に必要な機器類に限り補助対象とする。28年度にスタンドアロン端末購入費を補助した場合には、29年度にクライアントサーバー方式による稼働環境を構築する際における端末購入経費（400千円）を補助対象経費から除く予定。

平成28年度のシステム改修に係る補助金(市町村向け 約52億円)

- 市町村においては、今後、1) 2) に対応するため、平成28年度において自庁システムの改修を進めることが必要。
 - 1) 国保事業費納付金や標準保険料率を算定するために必要な情報を作成して都道府県に提供。
 - * 都道府県の準備状況によるが、体制が整えば平成28年10月までに提供。
 - * 市町村は自庁システムの改修に当たっては、平成28年4月公開予定の「国保事業費納付金等算定標準システム及び国保情報集約システムとの連携に係るインタフェース要件定義書」を踏まえる。
 - 2) 国民健康保険団体連合会が設置する国保情報集約システムと資格情報や高額該当情報の授受。
 - * 平成30年4月1日から市町村事務処理標準システムを導入する場合には、特段の改修は不要。
(平成28年8月を目途に導入意向調査を実施予定。)
 - * 平成30年4月1日から導入しない場合には、自庁システムの改修が必要。
この場合、平成29年6月を目途に、国保情報集約システムとのデータ連携テストを開始できるようにする。
- このうち、平成28年度予算案では、1) のための自庁システム改修に係る経費について、以下の補助を予定している。
詳細は、平成28年4月頃、補助金交付要綱においてお示しする。

市町村向け補助対象経費	補助上限予定額
各市町村が、都道府県に対し、国保事業費納付金や標準保険料率の算定のために必要な情報を提供する上で必要となる自庁システムの改修経費 (ランニングコストは補助対象としない。)	市町村ごとに3,000千円の範囲内において必要と認められた額(消費税を含む。)

※ 市町村の規模を考慮して設定予定

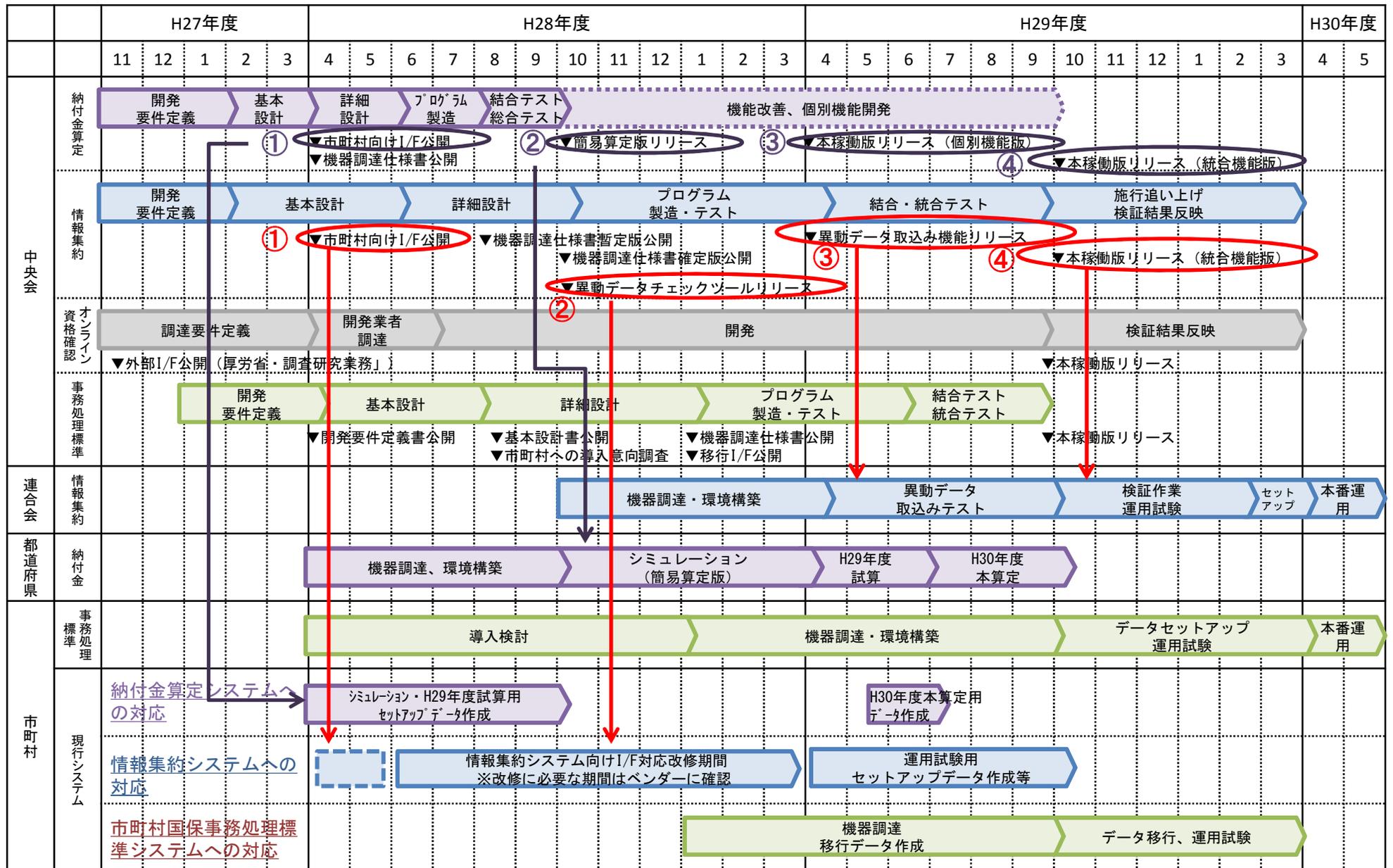
(注1) 市町村が、国保情報集約システムと情報の授受を行うために必要な自庁システムの改修経費に対する補助については、

- ・連携テストの開始予定時期が平成29年6月からであること、
- ・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る市町村においては、特段の改修が不要であること、

から、平成28年7月を目途にお知らせする予定。

(注2) 都道府県が国保事業費納付金等を算定するために必要な「5歳階級別医療費等」の国民健康保険団体連合会が保有する、約70項目の情報については、少なくとも平成29年度までは、市町村が、国民健康保険団体連合会と委託契約を締結して、都道府県に提供していただきたい。これに伴う経費に対する補助については、平成28年5月を目途にお知らせする予定。

詳細の開発スケジュール(案)



※オンライン資格確認連携機能のスケジュールは現時点における想定

參考資料

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

1. 年齢構成

① 年齢構成が高く、医療費水準が高い

- ・ 65～74歳の割合: 国保(32.5%)、健保組合(2.6%)
- ・ 一人あたり医療費: 国保(31.6万円)、健保組合(14.4万円)

2. 財政基盤

② 所得水準が低い

- ・ 加入者一人当たり平均所得: 国保(83万円)、健保組合(200万円(推計))
- ・ 無所得世帯割合: 23.3%

③ 保険料負担が重い

- ・ 加入者一人当たり保険料/加入者一人当たり所得
市町村国保(9.9%)、健保組合(5.3%) ※健保は本人負担分のみの推計値

④ 保険料(税)の収納率低下

- ・ 収納率: 平成11年度 91.38% → 平成25年度 90.42%
- ・ 最高収納率: 94.95%(島根県) ・ 最低収納率: 86.20%(東京都)

⑤ 一般会計繰入・繰上充用

- ・ 市町村による法定外繰入額: 約3,900億円 うち決算補てん等の目的: 約3,500億円、繰上充用額: 約1,000億円(平成25年度)

3. 財政の安定性・市町村格差

⑥ 財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在

- ・ 1716保険者中3000人未満の小規模保険者 458 (全体の1/4)

⑦ 市町村間の格差

- ・ 一人あたり医療費の都道府県内格差 最大: 3.3倍(東京都) 最小: 1.2倍(栃木県)
 - ・ 一人あたり所得の都道府県内格差 最大: 14.6倍(北海道) 最小: 1.3倍(福井県)
 - ・ 一人当たり保険料の都道府県内格差 最大: 3.0倍(長野県)※ 最小: 1.4倍(富山県)
- ※東日本大震災による保険料(税)減免の影響が大きい福島県を除く。

① 国保に対する財政支援の拡充

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

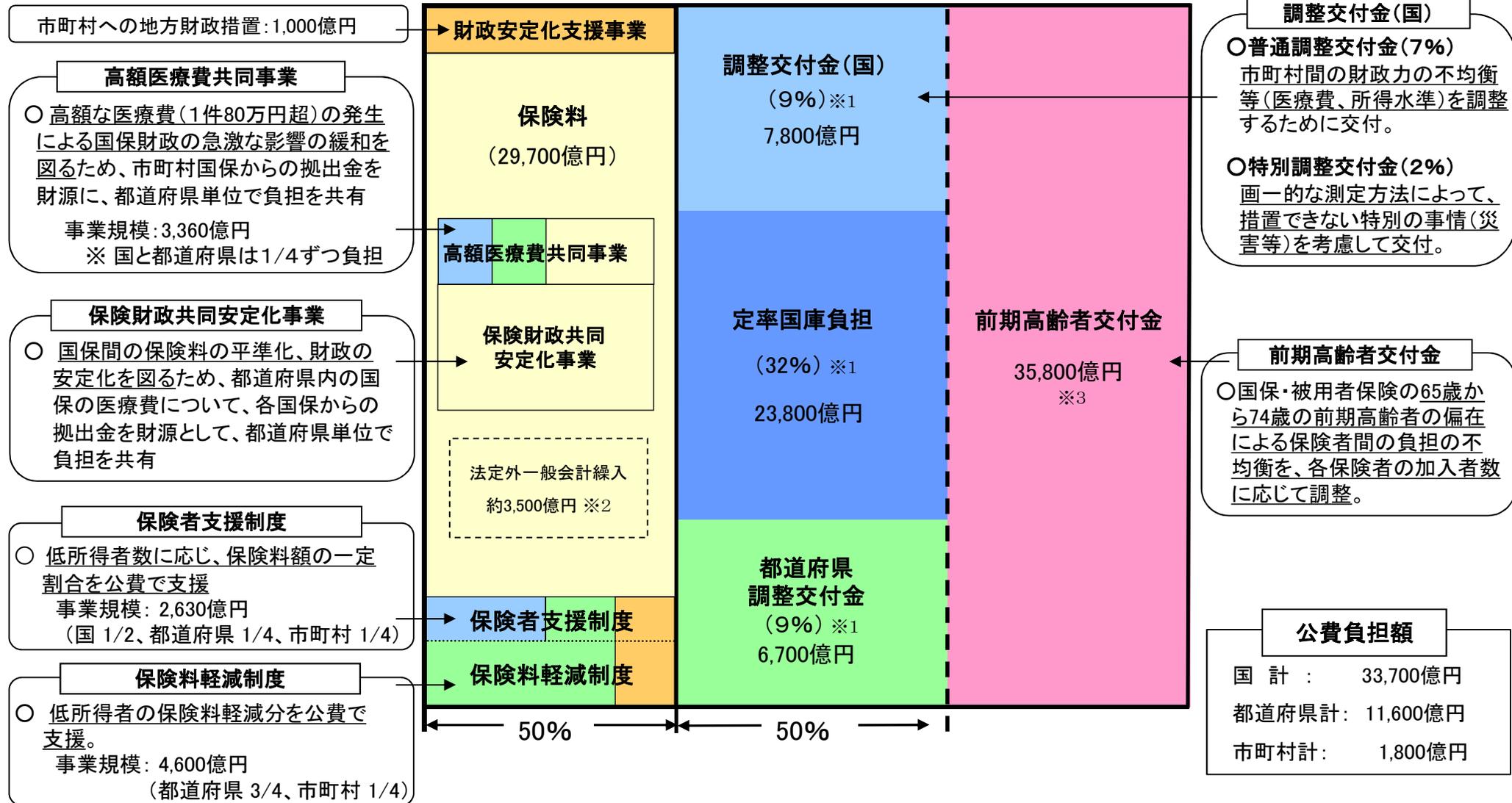
- ・ 財政運営を始めとして都道府県が担うことを基本としつつ、
- ・ 保険料の賦課徴収、保健事業の実施等に関する市町村の役割が積極的に果たされるよう、都道府県と市町村との適切な役割分担について検討

③ 低所得者に対する保険料軽減措置の拡充

国保財政の現状

(平成28年度予算案ベース)

医療給付費等総額： 約113,700億円



※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25年度決算における決算補填等の目的の一般会計繰入の額
 ※3 退職被保険者を除いて算定した前期高齢者交付金額であり、実際の交付額とは異なる

各保険者の比較

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者医療制度
保険者数 (平成25年3月末)	1, 717	1	1, 431	85	47
加入者数 (平成25年3月末)	3, 466万人 (2, 025万世帯)	3, 510万人 被保険者1, 987万人 被扶養者1, 523万人	2, 935万人 被保険者1, 554万人 被扶養者1, 382万人	900万人 被保険者450万人 被扶養者450万人	1, 517万人
加入者平均年齢 (平成24年度)	50. 4歳	36. 4歳	34. 3歳	33. 3歳	82. 0歳
65~74歳の割合 (平成24年度)	32. 5%	5. 0%	2. 6%	1. 4%	2. 6% (※2)
加入者一人当たり医療費 (平成24年度)	31. 6万円	16. 1万円	14. 4万円	14. 8万円	91. 9万円
加入者一人当たり 平均所得 (※3) (平成24年度)	83万円 一世帯当たり 142万円	137万円 一世帯当たり (※4) 242万円	200万円 一世帯当たり (※4) 376万円	230万円 一世帯当たり (※4) 460万円	80万円
加入者一人当たり 平均保険料 (平成24年度) (※5) <事業主負担込>	8. 3万円 一世帯当たり 14. 2万円	10. 5万円 <20. 9万円> 被保険者一人当たり 18. 4万円 <36. 8万円>	10. 6万円 <23. 4万円> 被保険者一人当たり 19. 9万円 <43. 9万円>	12. 6万円 <25. 3万円> 被保険者一人当たり 25. 3万円 <50. 6万円>	6. 7万円
保険料負担率 (※6)	9. 9%	7. 6%	5. 3%	5. 5%	8. 4%
公費負担	給付費等の50% +保険料軽減等	給付費等の16. 4%	後期高齢者支援金等の 負担が重い保険者等への 補助 (※8)	なし	給付費等の約50% +保険料軽減等
公費負担額 (※7) (平成27年度予算 ^ハ -ス)	4兆3, 814億円 (国3兆1382億)	1兆1, 692億円 (全額国費)	308億円 (全額国費)		7兆5, 347億円 (国4兆8450億円)

(※1) 組合健保の加入者一人当たり平均保険料及び保険料負担率については速報値である。

(※2) 一定の障害の状態にある旨の広域連合の認定を受けた者の割合である。

(※3) 市町村国保及び後期高齢者医療制度については、「総所得金額(収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離譲渡所得金額」を加えたものを年度平均加入者数で除したものである。(市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」のそれぞれの前年所得を使用している。)

協会けんぽ、組合健保、共済組合については、「標準報酬総額」から「給与所得控除に相当する額」を除いたものを、年度平均加入者数で除した参考値である。

(※4) 被保険者一人当たりの金額を表す。

(※5) 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。

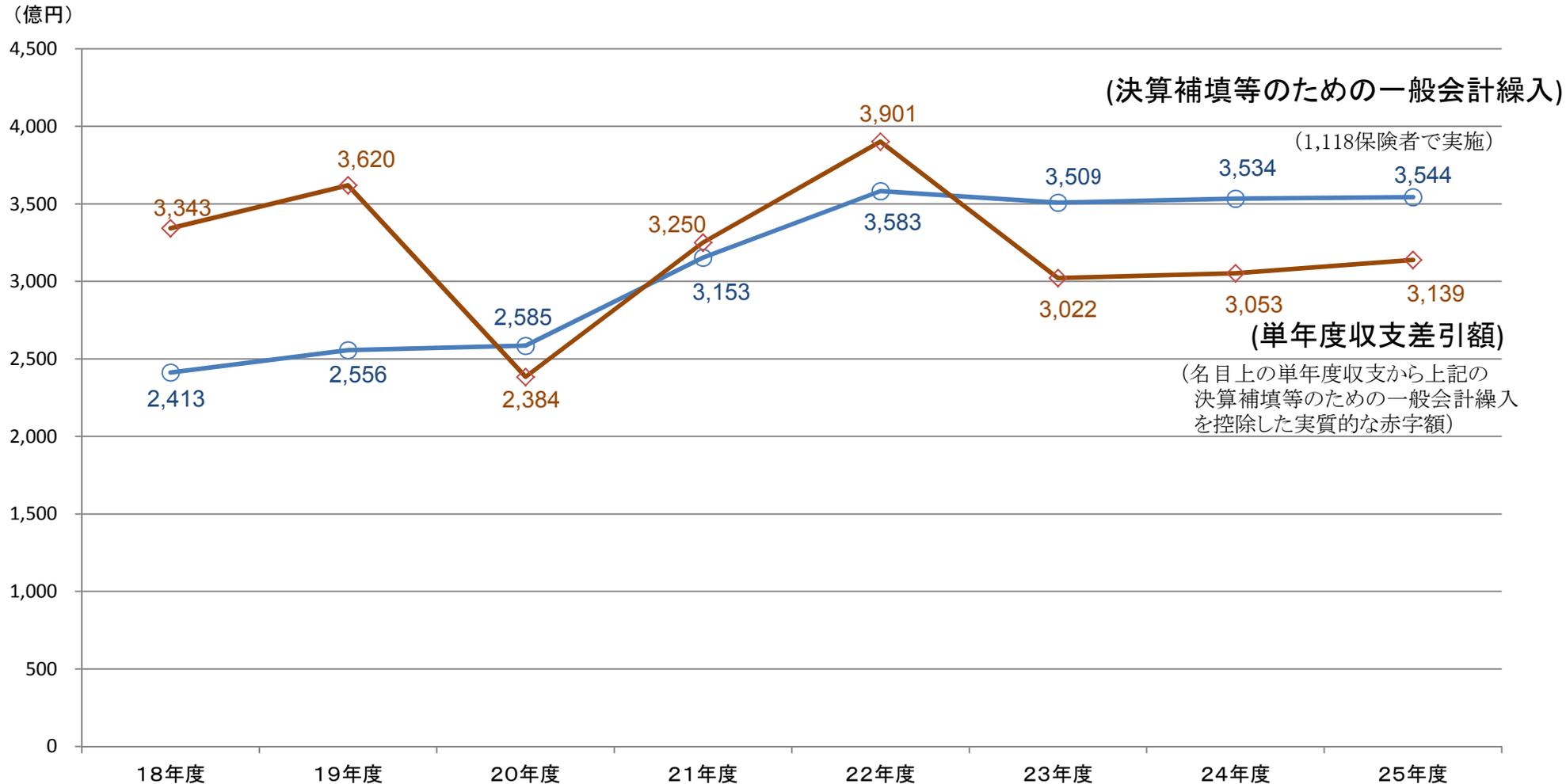
(※6) 保険料負担率は、加入者一人当たり平均保険料を加入者一人当たり平均所得で除した額。

(※7) 介護納付金及び特定健診・特定保健指導、保険料軽減分等に対する負担金・補助金は含まれていない。

(※8) 共済組合も補助対象となるが、平成23年度以降実績なし。

市町村国保の財政収支の状況(推移)

○単年度の収支は恒常的に赤字であり、決算補填等のための一般会計繰入も行われている。



(出所) 国民健康保険事業年報、国民健康保険事業実施状況報告書

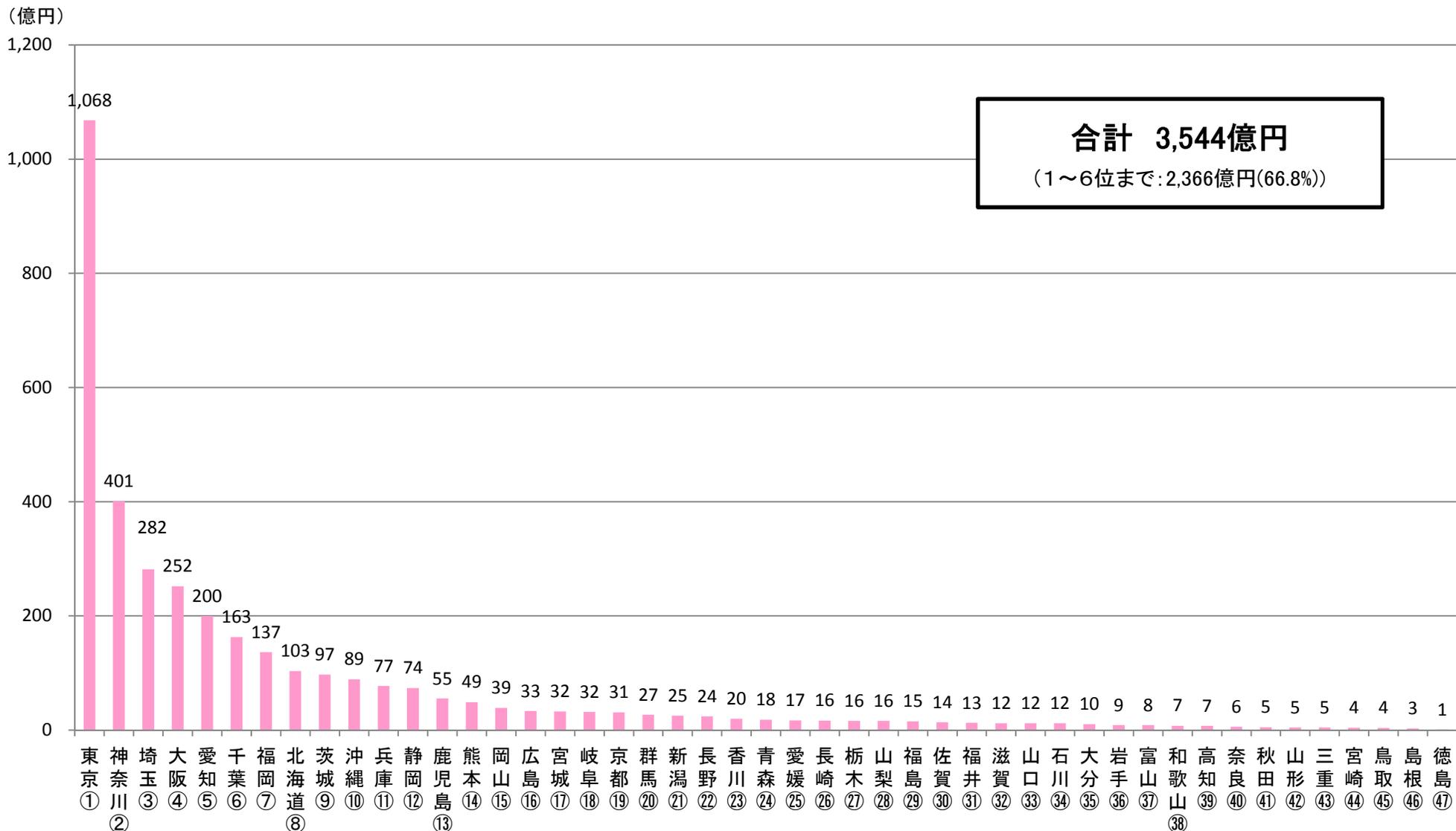
(注1) 「決算補てん等のための一般会計繰入金」とは、「一般会計繰入金(法定外)」のうち決算補てん等を目的とした額。平成21年度から東京都の特別区財政調整交付金のうち決算補てん目的のものを含む。

(注2) 単年度収支差引額は実質的な単年度収支差引額であり各年度いずれも赤字額。

(注3) 平成25年度は速報値である。

一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入(都道府県別状況：平成25年度)

- 法定外繰入を都道府県別に見ると、全体(3,544億円)の約3割(1,068億円)を東京都が占めている。
- 繰入金額が多く大都市を抱えている1位～6位までの都道府県における繰入金額は約2,400億円であり、全体の約7割を占めている。

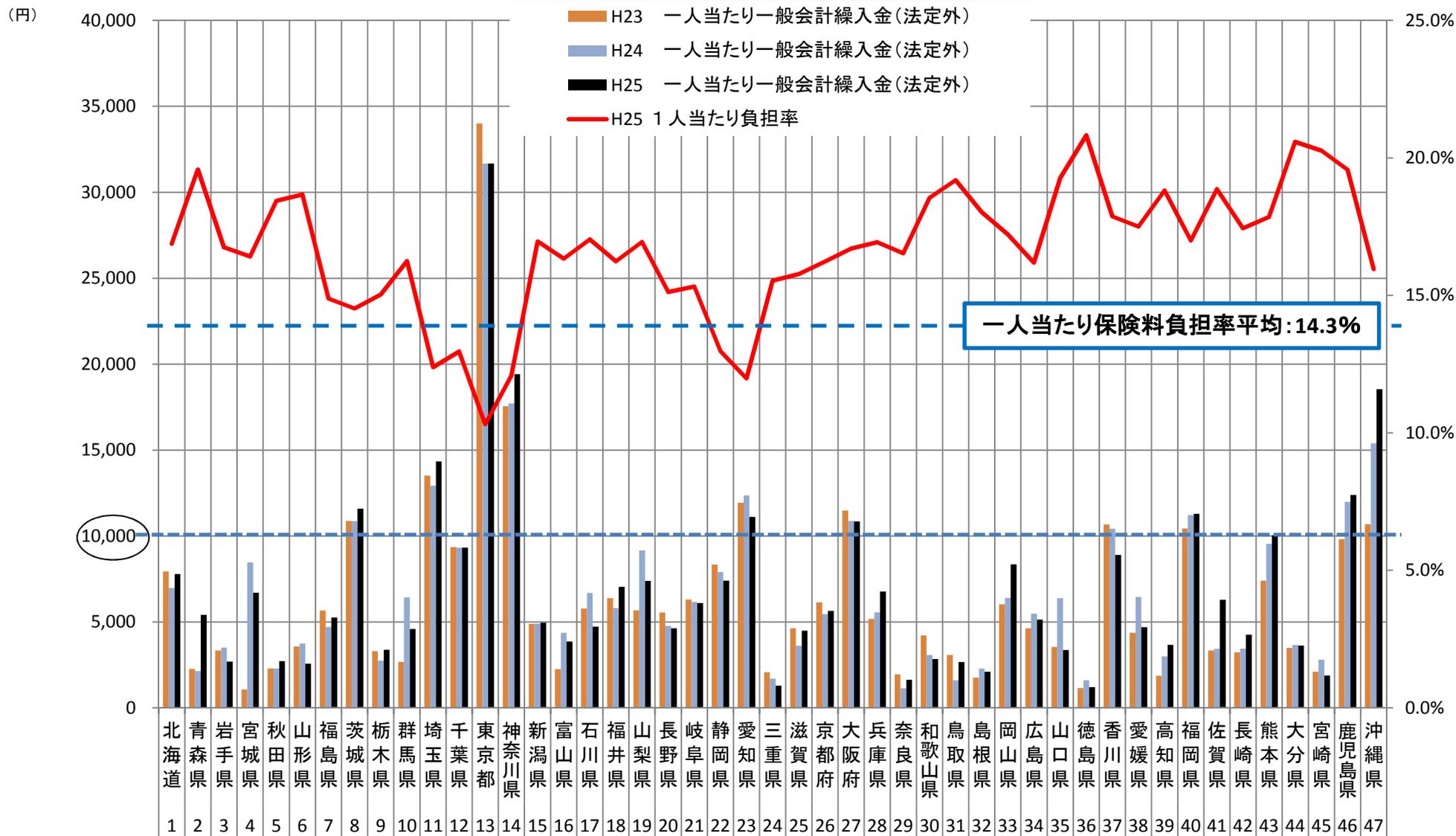


[出所]国民健康保険事業の実施状況報告

[注1]東京都の決算補填等目的の繰入金のうち約6割(約680億円)が特別区の繰入金である。

1人当たりの一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入（都道府県別状況）

○ 平成25年度の1人当たり繰入金が1万円を超えるのは、茨城、埼玉、東京、神奈川、愛知、大阪、福岡、熊本、鹿児島、沖縄。
 そのうち、埼玉、東京、神奈川、愛知の保険料負担率は平均（14.3%）よりも低く、茨城、大阪、福岡、熊本、鹿児島、沖縄の保険料負担率は平均よりも高い。



(出所) 国民健康保険事業年報、国民健康保険事業の実施状況報告、国民健康保険実態調査報告

(注1) 一般会計繰入額(法定外)は、定率負担等の法定繰入分を除いたものである。

(注2) 一人当たり負担率は、一人当たり保険料(税)調定額を一人当たり旧ただし書き所得で除したものである。

都道府県別1人当たり医療費の格差の状況(平成25年度)

	保険者別1人当たり医療費			都道府県別 1人当たり医療費			
	最大	最小	格差	1人当たり医療費	順位		
北海道	初山別村	526,295	羅臼町	224,090	2.3倍	364,012	13
青森県	外ヶ浜町	352,882	六ヶ所村	253,378	1.4倍	304,844	39
岩手県	大槌町	412,970	軽米町	267,929	1.5倍	334,643	25
宮城県	七ヶ宿町	370,371	大衡村	253,703	1.5倍	324,271	32
秋田県	男鹿市	416,513	大湯村	260,065	1.6倍	354,830	15
山形県	山辺町	378,224	最上地区広域連合	278,497	1.4倍	332,347	26
福島県	楢葉町	445,443	西郷村	269,445	1.7倍	321,798	34
茨城県	北茨城市	353,393	鉾田市	241,801	1.5倍	281,266	46
栃木県	壬生町	316,630	益子町	267,701	1.2倍	293,796	43
群馬県	神流町	431,508	昭和村	229,099	1.9倍	298,314	41
埼玉県	東秩父村	342,243	戸田市	269,157	1.3倍	296,689	42
千葉県	長柄町	352,006	旭市	242,101	1.5倍	292,674	44
東京都	利島村	555,744	小笠原村	170,706	3.3倍	292,132	45
神奈川県	山北町	360,667	大井町	277,786	1.3倍	306,556	38
新潟県	粟島浦村	444,296	南魚沼市	269,027	1.7倍	331,947	27
富山県	魚津市	393,305	砺波市	323,305	1.2倍	350,125	18
石川県	宝達志水町	432,293	野々市市	333,381	1.3倍	367,665	12
福井県	美浜町	422,632	高浜町	302,497	1.4倍	350,392	17
山梨県	丹波山村	456,721	忍野村	266,222	1.7倍	309,004	37
長野県	筑北村	415,635	南牧村	180,855	2.3倍	314,404	35
岐阜県	関ヶ原町	359,479	坂祝町	267,627	1.3倍	324,713	30
静岡県	西伊豆町	354,284	清水町	271,271	1.3倍	310,209	36
愛知県	豊根村	371,182	田原市	233,956	1.6倍	299,309	40
三重県	紀北町	398,423	度会町	284,020	1.4倍	331,810	28

	保険者別1人当たり医療費			都道府県別 1人当たり医療費			
	最大	最小	格差	1人当たり医療費	順位		
滋賀県	多賀町	376,065	愛荘町	290,033	1.3倍	323,927	33
京都府	南山城村	396,246	京丹後市	310,614	1.3倍	337,826	24
大阪府	岬町	413,412	泉南市	287,235	1.4倍	338,021	23
兵庫県	赤穂市	396,107	豊岡市	311,911	1.3倍	340,536	21
奈良県	上北山村	461,660	下北山村	261,459	1.8倍	324,419	31
和歌山県	紀美野町	394,570	みなべ町	250,148	1.6倍	326,800	29
鳥取県	南部町	421,001	鳥取市	323,262	1.3倍	346,834	20
島根県	川本町	467,893	知夫村	335,220	1.4倍	396,128	2
岡山県	新見市	456,187	総社市	361,545	1.3倍	375,435	10
広島県	大崎上島町	478,957	福山市	347,216	1.4倍	381,454	8
山口県	美祿市	482,882	下松市	346,791	1.4倍	397,230	1
徳島県	神山町	453,783	松茂町	323,823	1.4倍	374,484	11
香川県	直島町	456,819	宇多津町	329,265	1.4倍	391,387	3
愛媛県	久万高原町	445,396	宇和島市	311,559	1.4倍	352,613	16
高知県	北川村	508,629	大川村	283,153	1.8倍	376,156	9
福岡県	豊前市	431,738	那珂川町	305,425	1.4倍	349,357	19
佐賀県	みやき町	469,820	玄海町	326,243	1.4倍	384,422	5
長崎県	長崎市	431,351	小値賀町	318,489	1.4倍	383,975	6
熊本県	水俣市	523,049	産山村	295,089	1.8倍	354,999	14
大分県	津久見市	455,220	姫島村	305,426	1.5倍	386,609	4
宮崎県	美郷町	431,024	都農町	291,014	1.5倍	339,803	22
鹿児島県	南さつま市	473,269	与論町	231,528	2.0倍	381,547	7
沖縄県	大宜味村	368,672	座間味村	176,281	2.1倍	276,918	47

(※) 3~2月診療ベースである。
(出所) 国民健康保険事業年報

1人当たり医療費 全国平均：324,543円

都道府県内における1人当たり所得の格差（平成25年）

	平均所得 (万円)	最高		最低		格差
			(万円)		(万円)	
北海道	58.3	猿払村	435.1	三笠市	29.7	14.6
青森	47.6	六ヶ所村	70.9	今別町	34.0	2.1
岩手	52.4	野田村	72.9	西和賀町	43.7	1.7
宮城	60.7	南三陸町	86.2	白石市	47.3	1.8
秋田	44.7	大潟村	200.4	大館市	34.3	5.8
山形	54.3	三川町	72.5	小国町	37.9	1.9
福島	59.8	飯舘村	102.0	柳津町	42.9	2.4
茨城	65.3	守谷市	86.7	高萩市	48.5	1.8
栃木	70.1	高根沢町	102.3	茂木町	46.4	2.2
群馬	61.1	嬬恋村	119.8	上野村	39.0	3.1
埼玉	75.6	和光市	106.0	神川町	50.9	2.1
千葉	76.2	浦安市	110.5	いすみ市	55.3	2.0
東京	101.4	千代田区	251.4	奥多摩町	58.6	4.3
神奈川	89.0	鎌倉市	115.3	横須賀市	67.7	1.7
新潟	56.0	津南町	63.5	阿賀町	37.9	1.7
富山	60.8	黒部市	68.1	上市町	51.6	1.3
石川	60.4	川北町	76.2	穴水町	42.7	1.8
福井	59.6	池田町	64.1	おおい町	50.0	1.3
山梨	61.2	小菅村	91.5	早川町	43.4	2.1
長野	61.4	軽井沢町	298.2	売木村	30.0	9.9
岐阜	66.8	白川村	95.5	関ヶ原町	53.8	1.8
静岡	80.1	浜松市	110.3	西伊豆町	49.1	2.2
愛知	85.1	長久手市	129.3	豊根村	55.0	2.4
三重	63.6	木曾岬町	85.0	御浜町	45.5	1.9

	平均所得 (万円)	最高		最低		格差
			(万円)		(万円)	
滋賀	62.5	栗東市	86.2	豊郷町	43.5	2.0
京都	55.3	長岡京市	77.1	井手町	40.8	1.9
大阪	56.1	吹田市	83.2	泉南市	40.0	2.1
兵庫	60.1	芦屋市	128.1	新温泉町	45.7	2.8
奈良	56.9	生駒市	78.6	御所市	38.6	2.0
和歌山	47.9	みなべ町	59.9	湯浅町	36.1	1.7
鳥取	47.7	北栄町	63.8	日野町	35.6	1.8
島根	56.8	奥出雲町	99.4	美郷町	38.5	2.6
岡山	53.7	真庭市	66.8	美咲町	35.8	1.9
広島	61.2	府中町	71.2	神石高原町	46.4	1.5
山口	52.0	和木町	64.5	上関町	36.1	1.8
徳島	44.8	鳴門市	59.8	つるぎ町	26.4	2.3
香川	55.2	直島町	80.0	東かがわ市	43.7	1.8
愛媛	44.4	八幡浜市	55.4	松野町	26.8	2.1
高知	45.6	馬路村	60.1	大豊町	30.1	2.0
福岡	51.6	新宮町	68.8	川崎町	24.4	2.8
佐賀	53.9	佐賀市	60.0	大町町	36.3	1.7
長崎	44.8	長与町	56.4	波佐見町	38.3	1.5
熊本	50.3	嘉島町	62.4	津奈木町	27.6	2.3
大分	43.1	竹田市	48.4	姫島村	30.9	1.6
宮崎	44.2	新富町	52.3	日之影町	29.9	1.8
鹿児島	41.0	東串良町	55.1	伊仙町	14.5	3.8
沖縄	40.5	嘉手納町	69.7	多良間村	11.5	6.1

1人当たり所得 全国平均：67.6万円

(注1)厚生労働省保険局「平成26年度国民健康保険実態調査」速報(保険者票)における平成25年所得である。

(注2)ここでいう「所得」とは、旧ただし書所得(総所得金額及び山林所得金額並びに他の所得と区分して計算される所得の金額から基礎控除を除いた金額)である。

国保保険料の都道府県内格差(平成25年度)

	保険者別1人当たり保険料(税)調定額			都道府県別1人当たり 保険料(税)調定額			
	最大	最小	格差	調定額	順位		
北海道	猿払村	149,539	三笠市	57,973	2.6倍	84,647	23
青森県	中泊町	102,475	深浦町	65,597	1.6倍	82,740	27
岩手県	奥州市	89,271	岩泉町	55,263	1.6倍	75,571	43
宮城県	色麻町	107,304	七ヶ宿町	55,109	1.9倍	88,757	12
秋田県	大潟村	135,619	小坂町	51,914	2.6倍	77,003	40
山形県	川西町	107,984	西川町	64,905	1.7倍	91,125	6
福島県	浅川町	97,917	葛尾村・双葉町・大熊町・ 富岡町・楢葉町	0	-	75,047	44
茨城県	境町	104,426	常陸大宮市	71,412	1.5倍	85,121	22
栃木県	上三川町	126,734	茂木町	75,196	1.7倍	92,770	2
群馬県	榛東村	111,893	上野村	60,997	1.8倍	88,131	14
埼玉県	川島町	99,056	小鹿野町	55,128	1.8倍	84,147	24
千葉県	富津市	104,818	成田市	70,698	1.5倍	87,577	18
東京都	千代田区	126,531	三宅村	42,231	3.0倍	87,769	16
神奈川県	湯河原町	118,550	座間市	76,301	1.6倍	94,427	1
新潟県	粟島浦村	95,870	糸魚川市	56,990	1.7倍	82,789	26
富山県	南砺市	102,544	氷見市	74,375	1.4倍	89,233	11
石川県	加賀市	105,265	珠洲市	74,280	1.4倍	91,371	4
福井県	あわら市	95,541	池田町	58,572	1.6倍	86,952	19
山梨県	富士河口湖町	108,815	小菅村	57,939	1.9倍	90,379	8
長野県	山形村	102,797	大鹿村	34,031	3.0倍	77,280	39
岐阜県	岐南町	109,547	飛騨市	68,916	1.6倍	90,602	7
静岡県	御前崎市	104,850	川根本町	60,995	1.7倍	92,287	3
愛知県	田原市	107,919	豊根村	62,435	1.7倍	89,251	10
三重県	木曾岬町	104,213	大紀町	58,152	1.8倍	88,461	13

	保険者別1人当たり保険料(税)調定額			都道府県別1人当たり 保険料(税)調定額			
	最大	最小	格差	調定額	順位		
滋賀県	栗東市	105,289	甲良町	65,854	1.6倍	87,687	17
京都府	精華町	96,444	伊根町	49,329	2.0倍	80,915	32
大阪府	箕面市	100,584	田尻町	68,994	1.5倍	81,771	31
兵庫県	芦屋市	99,738	養父市	60,663	1.6倍	82,429	29
奈良県	生駒市	102,137	下北山村	45,313	2.3倍	83,119	25
和歌山県	上富田町	100,657	古座川町	46,954	2.1倍	80,609	34
鳥取県	若桜町	87,142	智頭町	42,534	2.0倍	80,306	35
島根県	松江市	95,808	津和野町	64,765	1.5倍	86,273	21
岡山県	早島町	99,660	久米南町	65,980	1.5倍	82,684	28
広島県	安芸高田市	92,385	神石高原町	55,030	1.7倍	88,059	15
山口県	周南市	100,275	上関町	58,346	1.7倍	91,359	5
徳島県	石井町	101,491	つるぎ町	57,354	1.8倍	82,350	30
香川県	多度津町	95,958	小豆島町	64,872	1.5倍	86,871	20
愛媛県	東温市	88,784	愛南町	54,693	1.6倍	77,457	38
高知県	馬路村	87,140	仁淀川町	44,647	2.0倍	76,416	42
福岡県	大木町	93,165	添田町	51,751	1.8倍	76,612	41
佐賀県	白石町	107,397	有田町	67,124	1.6倍	89,838	9
長崎県	大村市	82,549	小値賀町	57,915	1.4倍	73,733	45
熊本県	あさぎり町	97,495	津奈木町	55,932	1.7倍	80,704	33
大分県	竹田市	92,785	姫島村	48,490	1.9倍	80,237	36
宮崎県	新富町	94,857	椎葉村	57,094	1.7倍	78,409	37
鹿児島県	南九州市	84,898	伊仙町	33,728	2.5倍	70,611	46
沖縄県	北大東村	69,445	粟国村	28,969	2.4倍	54,750	47

(注1) 保険料(税)調定額には介護納付金分を含んでいない。

(注2) 被保険者数は3~2月の年度平均を用いて計算している。

(注3) 東日本大震災により保険料(税)が减免されたため、1人当たり保険料調定額が小さくなっている保険者がある
福島県を除くと東京都の格差が最大となる。

(※)平成25年度 国民健康保険事業年報を基に作成

1人当たり保険料(税)全国平均: 84,815円

(法改正年度)

- ・昭和63年 ○低所得者の保険料軽減分への公費補填制度の創設（※都道府県負担の導入） 国1/2、都道府県1/4、市町村1/4
- ・平成14年 ○広域化等支援基金の創設、都道府県に基金を設置（※市町村国保の広域化等を支援）
○保険者支援制度の創設 国1/2、都道府県1/4、市町村1/4
○高額医療費共同事業の拡充・制度化 国1/2、都道府県1/4、市町村1/4
- 平成17年 **【三位一体改革】**
○都道府県財政調整交付金の創設（給付費等の7%）
○低所得者の保険料軽減分への公費補填制度の都道府県割合を1/4から3/4に変更
- 平成18年 ○新たな高齢者医療制度の創設、都道府県に財政安定化基金を設置
○都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合（保険財政共同安定化事業の創設、政管健保の公法人化等）
○医療費適正化計画の創設（※都道府県に策定を義務づけ）
- 平成22年 ○広域化等支援方針の創設（※市町村国保の広域化等を推進）
- 平成24年 ○財政運営の都道府県単位化の推進（保険財政共同安定化事業の事業対象を全ての医療費に拡大）
○都道府県調整交付金を給付費等の7%から9%に引き上げ
- 平成27年 ○平成30年度以降、**都道府県が財政運営の責任主体**となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等の**国保運営に中心的な役割**を担う。