

新国保制度を取り巻く最新の状況について

平成30年8月22日

厚生労働省保険局

国民健康保険課

< 本日の内容 >

1. 国保改革のあらまし、現状
2. 保険者努力支援制度
3. 保健事業（データヘルス）
4. 今後の医療保険制度、社会保障制度の課題

1. 国保改革のあらまし、現状

国保制度改革の概要（運営の在り方の見直し）

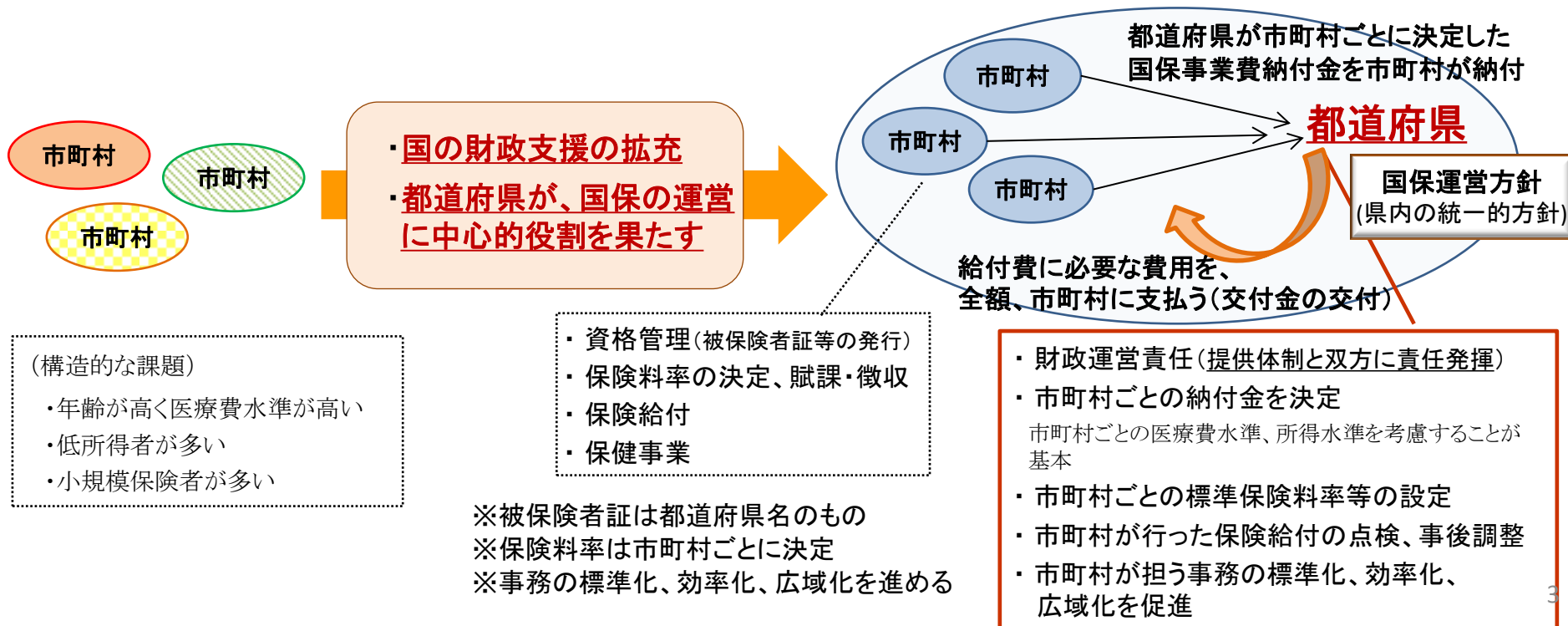
○平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化

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

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

【改革前】市町村が個別に運営

【改革後】都道府県が財政運営責任を担う



国保制度改革の概要（都道府県と市町村の役割分担）

改革の方向性		
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 ○ 都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化 ○ 都道府県が、都道府県内の統一的な運営方針としての国保運営方針を示し、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進 	
	都道府県的主要な役割	市町村的主要な役割
2. 財政運営	財政運営の責任主体 <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(被保険者証等の発行)
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"> ・ 標準保険料率等を参考に保険料率を決定 ・ 個々の事情に応じた賦課・徴収
5. 保険給付	<ul style="list-style-type: none"> ・ 給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払い ・ 市町村が行った保険給付の点検 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保険給付の決定 ・ 個々の事情に応じた窓口負担減免等
6. 保健事業	市町村に対し、必要な助言・支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 被保険者の特性に応じたきめ細かい保健事業を実施（データヘルス事業等）

国保改革による財政支援の拡充について

- 国保の財政運営を都道府県単位化する国保改革とあわせ、毎年3,400億円の財政支援の拡充を行う。

<平成27年度から実施> (1,700億円)

- **低所得者対策の強化**
(低所得者数に応じた自治体への財政支援を拡充)

1,700億円

<平成30年度から実施> (1,700億円)

- **財政調整機能の強化**
(精神疾患や子どもの被保険者数等自治体の責めによらない要因への対応 等)

800億円

- **保険者努力支援制度**
(医療費の適正化に向けた取組等に対する支援)

840億円

- **財政リスクの分散・軽減方策**
(高額医療費への対応)

60億円

- ※ 保険料軽減制度を拡充するため、平成26年度より別途500億円の公費を投入
- ※ 平成27～30年度予算において、2,000億円規模の財政安定化基金を積み立て

【参考】

(単位：億円)

	27年度	28年度	29年度	30年度	31年度～
低所得者対策の強化	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700
財政調整機能の強化・ 保険者努力支援制度等	—	—	—	1,700	1,700
財政安定化基金の造成 <積立総額>	200 <200>	400 <600>	1,100 <1,700>	300 <2,000>	— <2,000>

消費税財源
(5⇒8%)

総報酬割化
財源

改革後の国保財政の仕組み

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

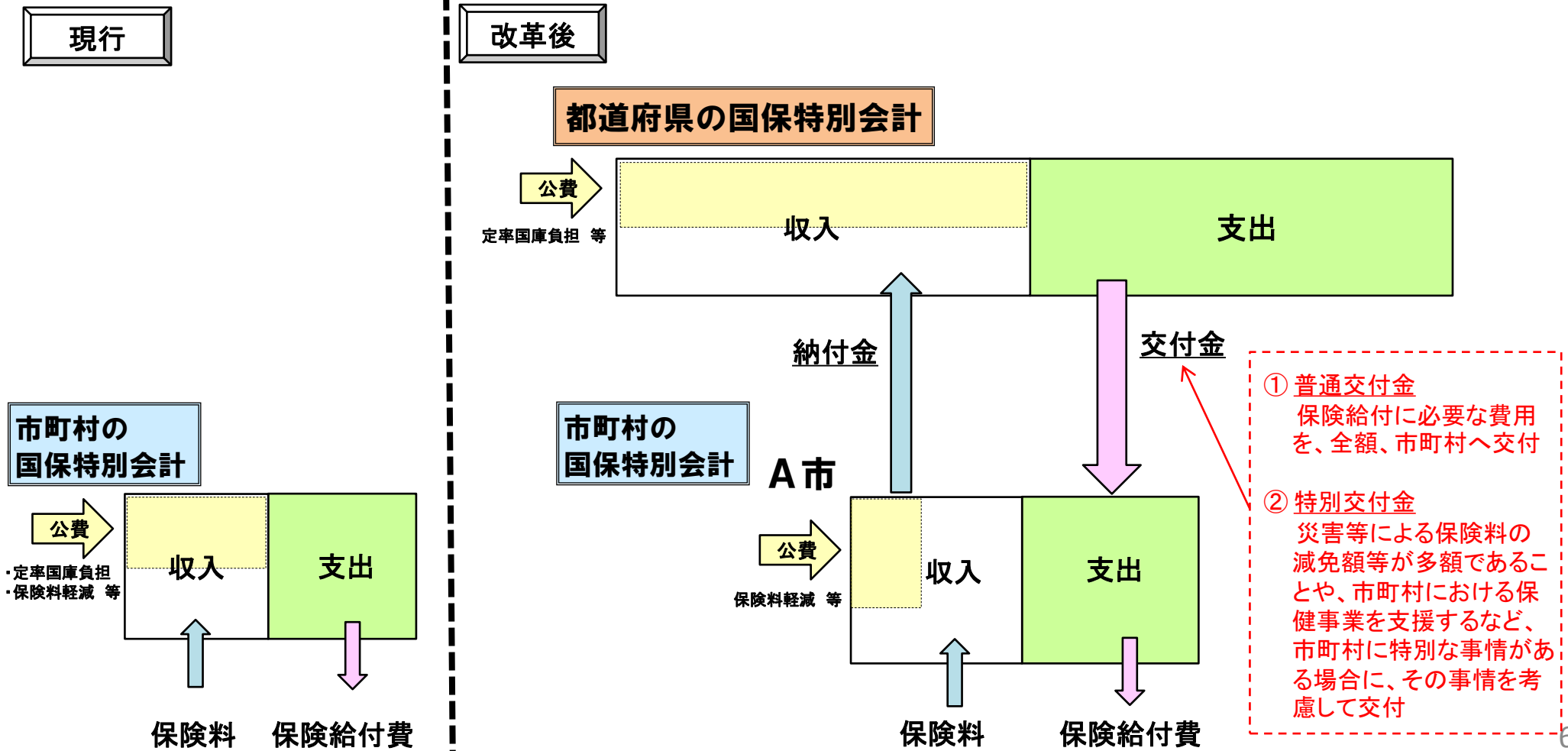
※ 都道府県にも国保特別会計を設置

○ 市町村は、都道府県が市町村ごとに決定した納付金を都道府県に納付する。

※ 納付金の額は、市町村ごとの医療費水準と所得水準を考慮

現行

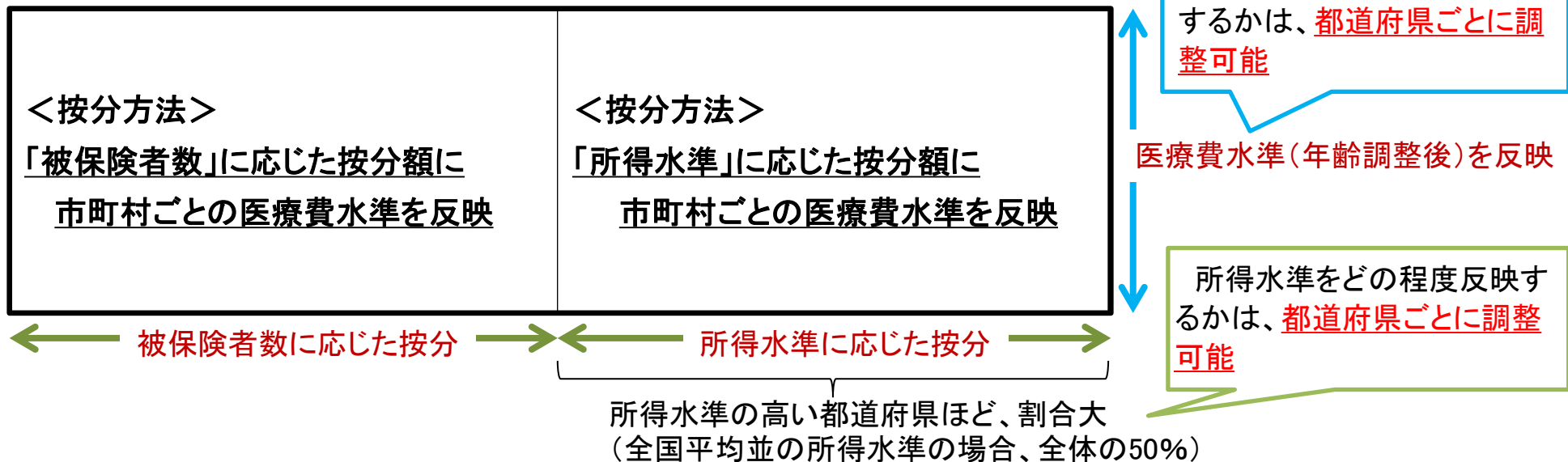
改革後



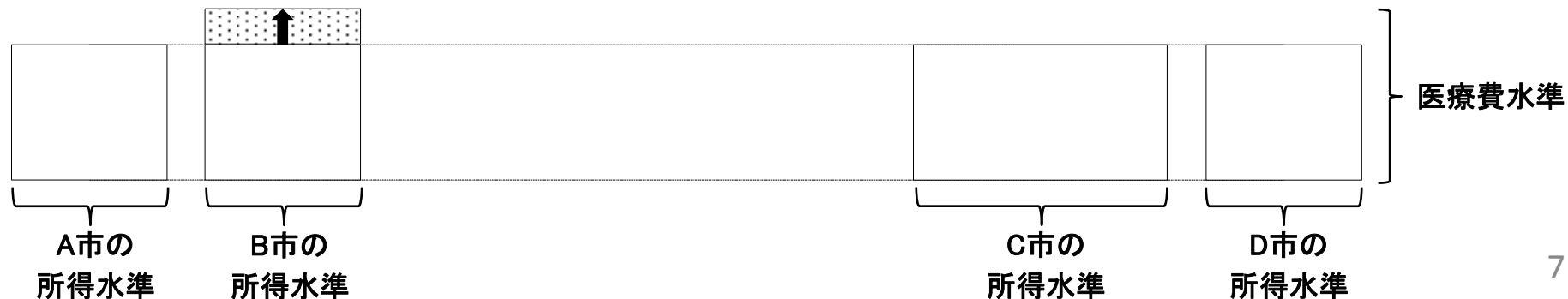
納付金の市町村への配分

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

〈市町村の納付金額〉



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

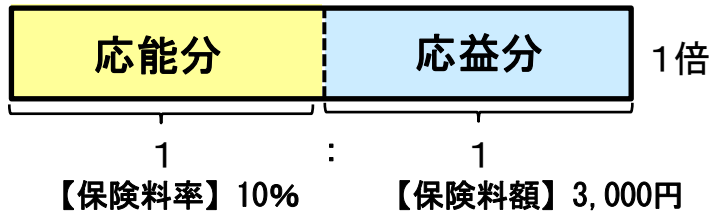


保険料の設定方法の見直しの効果

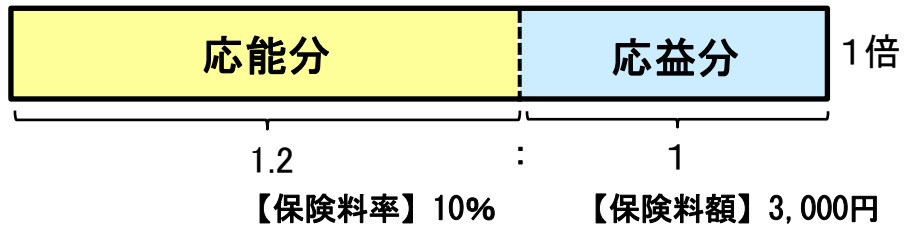
<所得水準が保険料に与える影響(医療費水準が同じ場合)>

- 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)

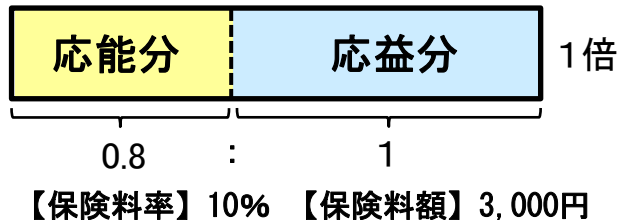
■ 所得水準が県内平均の市町村 (※)



■ 所得水準が高い市町村 (県内平均の1.2倍)



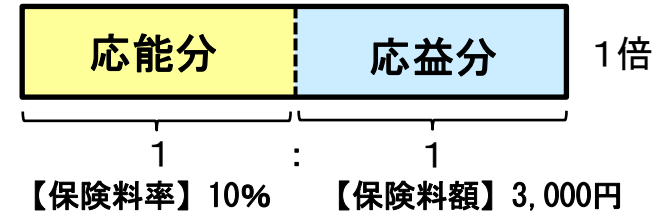
■ 所得水準が低い市町村 (県内平均の0.8倍)



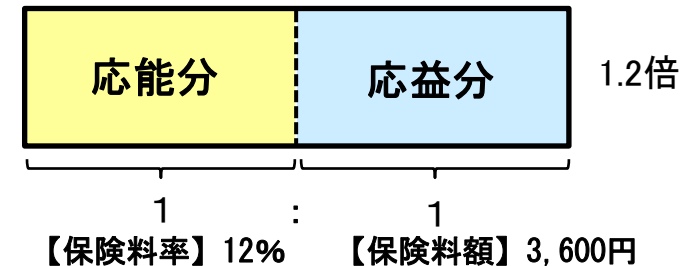
<医療費水準が保険料に与える影響(平均的な所得の場合)>

- 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

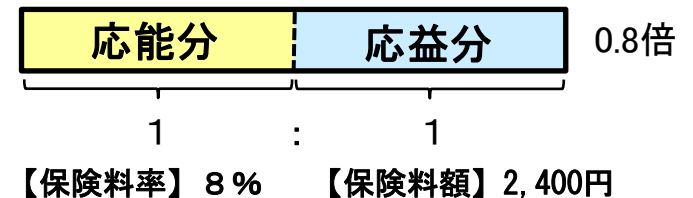
■ 医療費水準が県内平均の市町村 (※)



■ 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

※ 保険料水準が急激に変化しないよう、時間をかけて、見直しを進める必要

4段階の激変緩和措置

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

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

ア)市町村ごとの「納付金の設定」の対応

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

イ)「都道府県繰入金」による対応

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

ウ)「特例基金」による対応

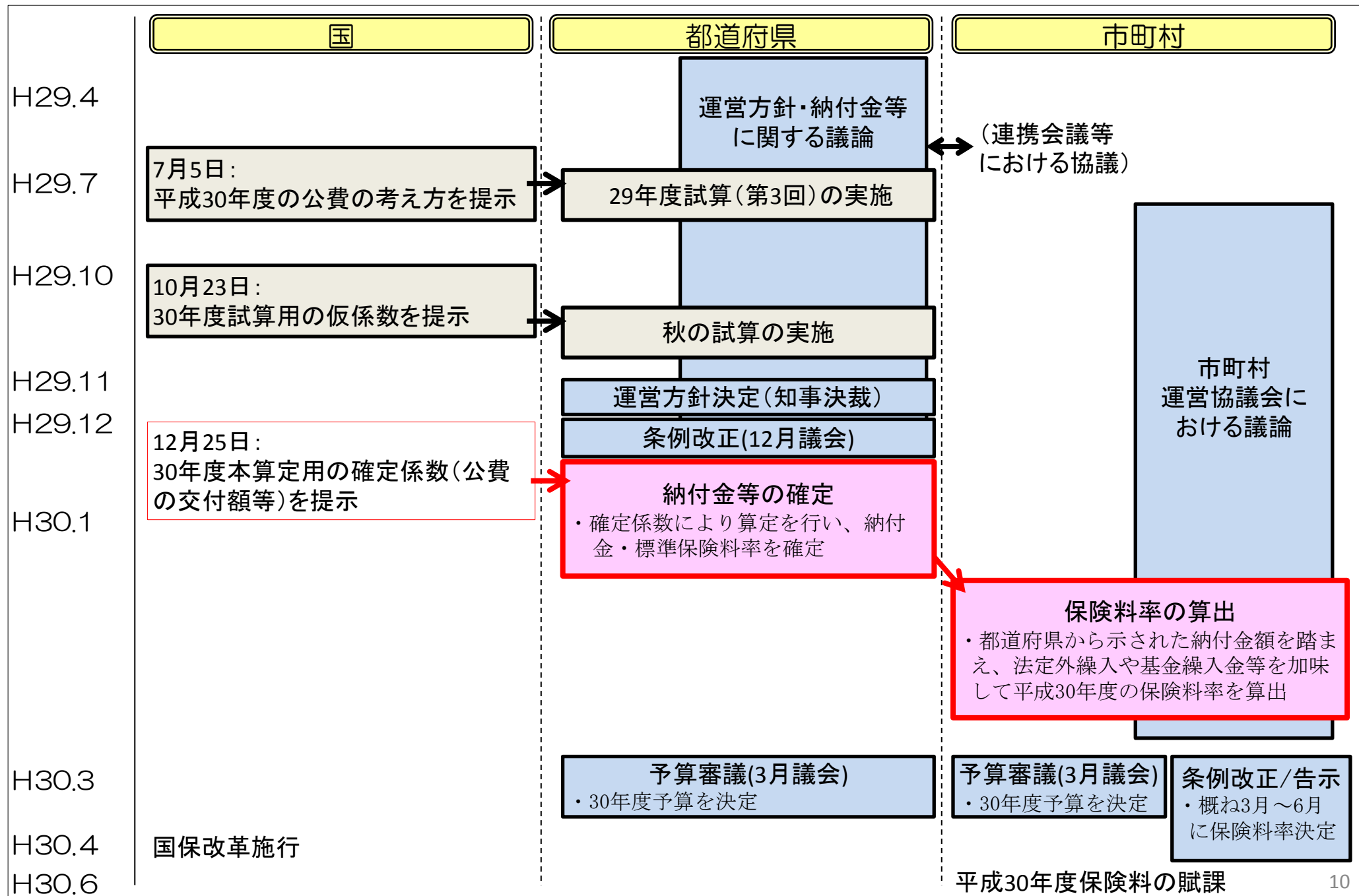
- 施行当初の激変緩和の財源を確保するため、各都道府県ごとの「特例基金」を国費により設け、これを計画的に活用することが可能な仕組みを設ける。(平成30~35年度の時限措置。基金の規模は全国で300億円【6年間で活用】)

エ)「追加激変緩和財源」による対応

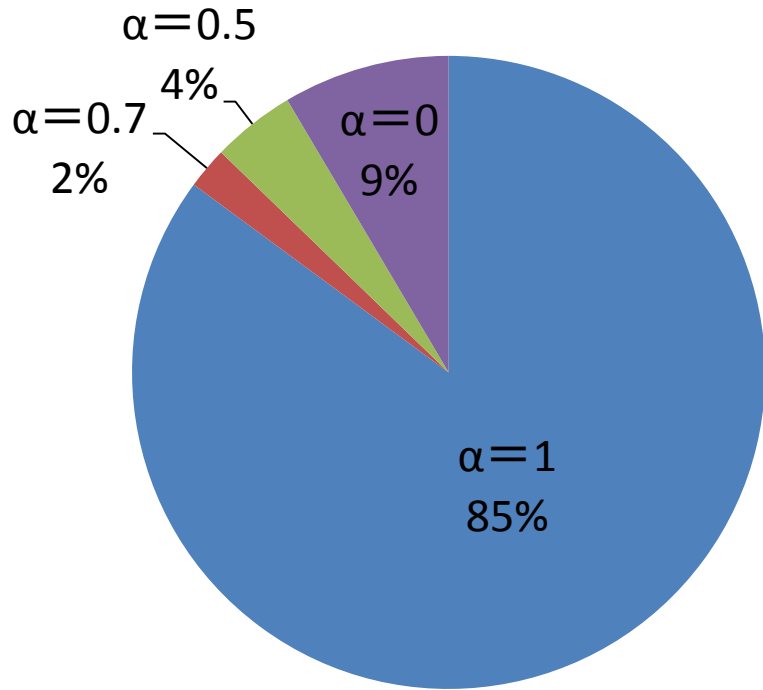
- 施行当初の激変緩和財源の充実に関する地方団体からの要請を踏まえ、平成30年度から投入する1,700億円の中の300億円を追加激変緩和財源として確保し、都道府県ごとの柔軟な活用を可能とする。(施行当初の暫定措置。平成30年度は全国で300億円【単年度で活用】)。さらに、平成30年度は、特別調整交付金による追加激変緩和措置として100億円を交付。

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

国保改革の施行スケジュールについて

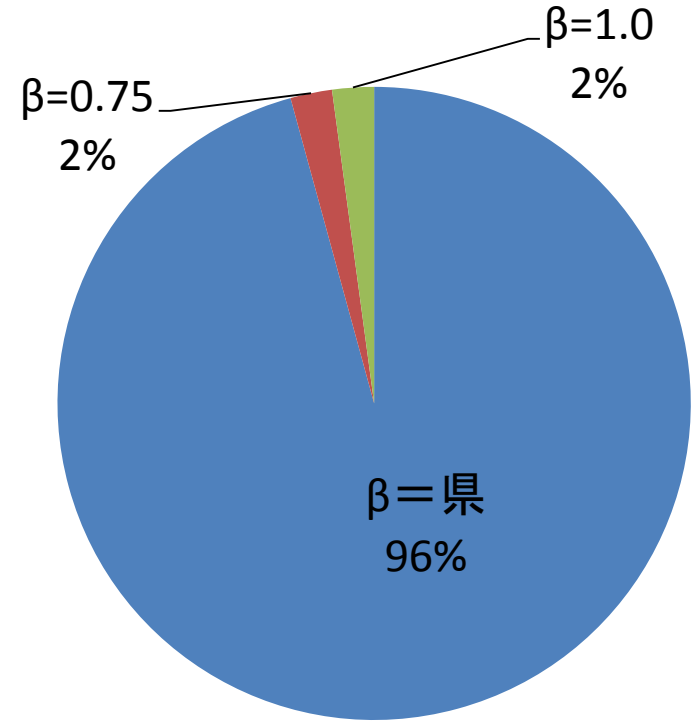


【 α の設定状況】



α	1	0.7	0.5	0
都道府県数	40	1	2	4

【 β の設定状況】



β	都道府県 β	0.75	1
都道府県数	45	1	1

「都道府県の算出による国保改革前後の保険料の動向の取りまとめ」 (平成30年3月30日公表) について

【概要】

- 本取りまとめは、平成30年4月に施行される国保改革の前後における、市町村ごとの一般被保険者一人当たり保険料または納付金の伸び率（法定外一般会計繰入等の影響を除いた理論値同士を比較）について、各都道府県が算出し、国に提出したものをとりまとめたもの。

※ 国保改革の影響を把握する方法としては、保険料ベースで把握する方法と、納付金ベースで把握する方法の2種類があり、各都道府県は、国保改革の影響を把握する方法として適切と判断した方法により算出を行っている。

- 平成30年度に公費拡充及び激変緩和措置を行う結果、市町村ごとの単年度換算後伸び率を見ると、保険料ベースでは約59%の市町村が維持または減少、約41%の市町村が増加（納付金ベースでは約55%が維持・減少、約45%が増加）となっている。

	都道府県数	増加市町村数	維持・減少市町村数	合計
保険料ベース	21	292 (41%)	421 (59%)	713
納付金ベース	24	364 (45%)	447 (55%)	811
(参考) 合計	45	656 (43%)	868 (57%)	1,524

(注) 北海道は一人当たり納付金額のみ、宮城県は一人当たり納付金額及び県平均伸び率のみの提出であり、市町村数の計算には含まれない

※ 伸び率については、今回の改革による国保財政の都道府県単位化や公費拡充の影響だけでなく、改革の有無に関わらず生じる医療費の自然増（一人当たり医療費の平成26年度から28年度の伸び率は全国平均で年間3%程度）等に対応した保険料等の上昇が含まれることに留意が必要

- 平成30年度における各市町村の実際の保険料率については、都道府県から示される納付金額に基づき、各市町村の判断で行う決算補填等目的の法定外一般会計繰入や財政調整基金からの繰入等も踏まえて3～6月にかけて決定される。（本調査結果とは一致しない）

【公表日】

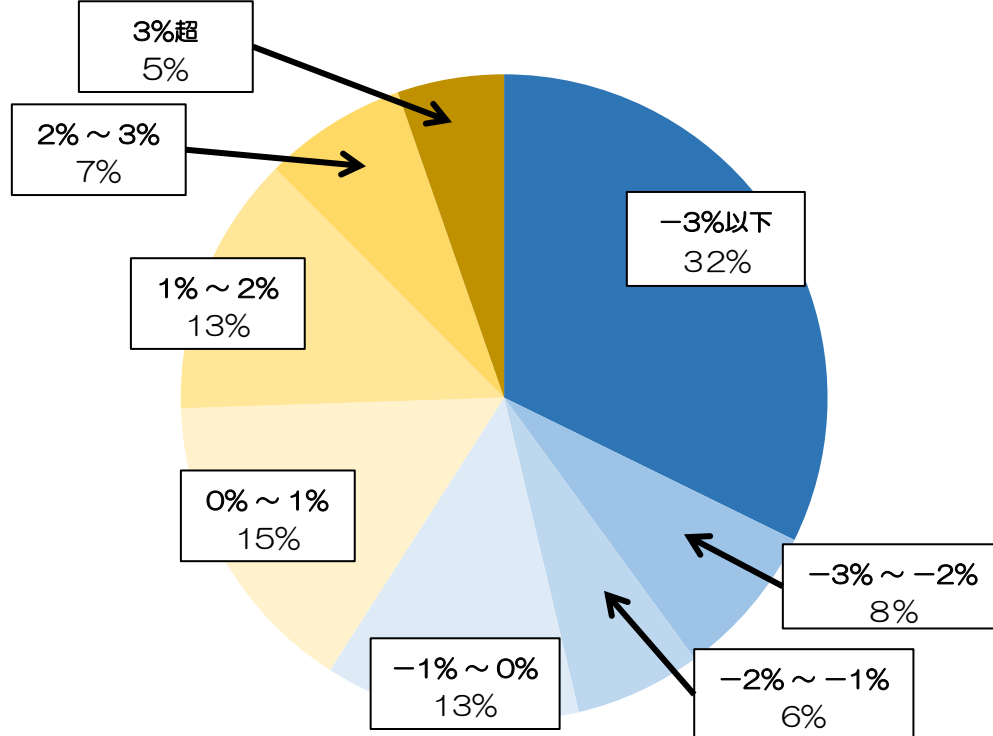
- 3月30日

一人当たり保険料または納付金の伸び率(単年度換算後)別の市町村数の分布

○ 市町村ごとの単年度換算後伸び率を見ると、保険料ベースでは約59%の市町村が維持または減少、約41%の市町村が増加（納付金ベースでは約55%が維持・減少、約45%が増加）となっている。

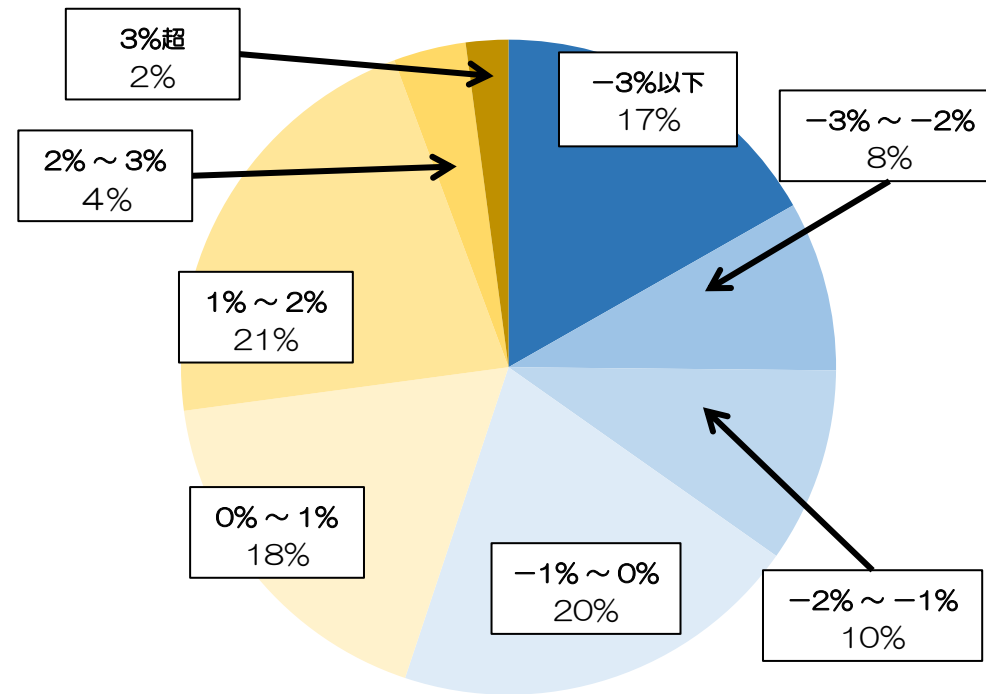
※ 伸び率については、今回の改革による国保財政の都道府県単位化や公費拡充の影響だけでなく、改革の有無に関わらず生じる医療費の自然増（一人当たり医療費の平成26年度から28年度の伸び率は全国平均で年間3%程度）等に対応した保険料水準の上昇が含まれることに留意が必要（単年度換算により、公費拡充の影響は半分程度に減殺されている）

【保険料ベース（713）】



伸び率	-3%以下	-3%超 -2%以下	-2%超 -1%以下	-1%超 0%以下
市町村数	230	55	45	91
伸び率	0%超 1%以下	1%超 2%以下	2%超 3%以下	3%超
市町村数	110	93	51	38

【納付金ベース（811）】



伸び率	-3%以下	-3%超 -2%以下	-2%超 -1%以下	-1%超 0%以下
市町村数	136	68	78	165
伸び率	0%超 1%以下	1%超 2%以下	2%超 3%以下	3%超
市町村数	144	174	29	17

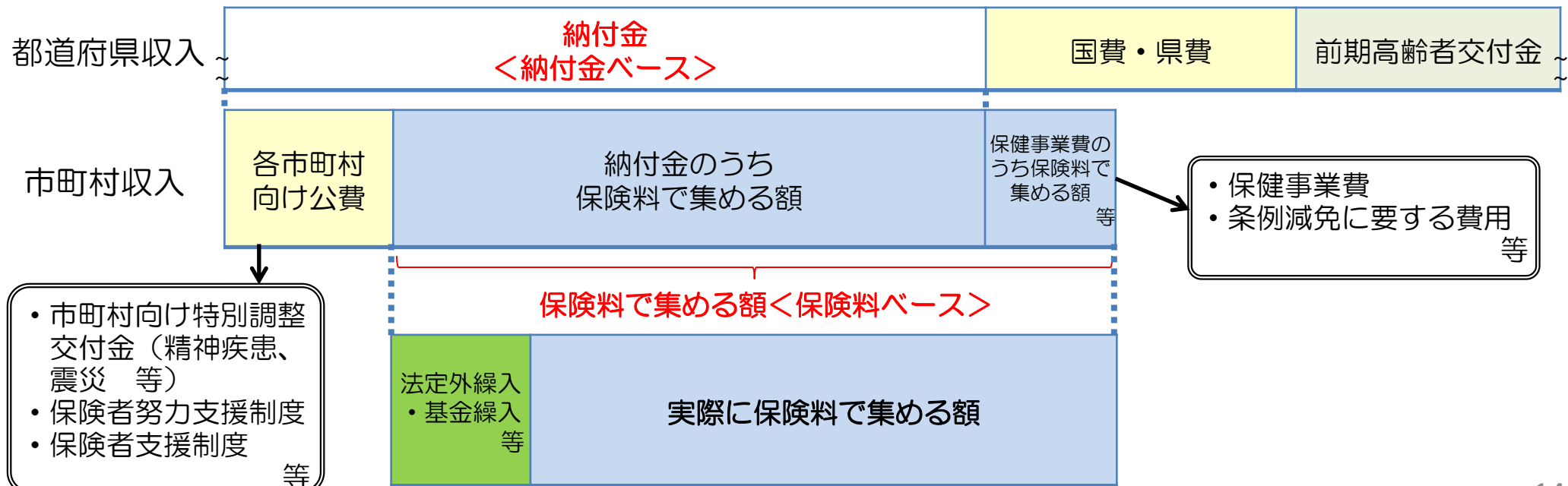
【補足資料】納付金と保険料の関係について

「各市町村の納付金額」－「各市町村向け公費」＋「保健事業分等」
 ＝「保険料で集める額」

⇒ 国保改革により、財政運営の仕組みが変わることに伴う影響を緩和するために激変緩和措置を設けているが、
 ①納付金ベースで行う都道府県と、
 ②保険料ベースで行う都道府県
 の2種類があり、各都道府県において市町村との議論により決定している。

※ ①納付金ベースで行う都道府県は、改革の影響は納付金に反映されること、市町村ごとの保健事業分の増減は国保改革と直接関係がないこと、市町村向けの特調（事後的に算出・交付される）については当該年度の保険料設定に反映していない市町村もあること、等を踏まえて判断。一方、②保険料ベースで行う都道府県は、わかりやすさの観点や、より手厚い激変緩和の観点等から判断している。

※ 実際の保険料設定は、各市町村の判断による法定外一般会計繰入や財政調整基金からの繰入の増減等により影響を受ける。



平成30年度都道府県標準保険料率について(速報版)

都道府県名	医療分		後期高齢者支援分		介護分	
	所得割率	均等割額	所得割率	均等割額	所得割率	均等割額
北海道	7.27%	41,314 円	2.38%	13,501 円	1.86%	13,835 円
青森県	6.99 %	39,741 円	2.57 %	14,581 円	2.10 %	15,687 円
岩手県	6.25 %	35,553 円	2.32 %	13,133 円	1.95 %	14,562 円
宮城県	6.63 %	37,695 円	2.44 %	13,795 円	2.14 %	15,938 円
秋田県	5.98 %	34,002 円	2.53 %	14,310 円	1.93 %	14,416 円
山形県	6.52 %	37,062 円	2.44 %	13,843 円	1.89 %	14,079 円
福島県	6.07 %	34,498 円	2.40 %	13,568 円	1.88 %	13,997 円
茨城県	7.61%	43,264 円	2.54%	14,397 円	2.12%	15,762 円
栃木県	6.20%	35,245 円	2.44%	13,845 円	2.00%	14,937 円
群馬県	6.57%	37,339 円	2.50%	14,145 円	2.16%	16,099 円
埼玉県	6.40%	36,398 円	2.33%	13,169 円	1.98%	14,748 円
千葉県	6.31%	35,897 円	2.19%	12,422 円	1.93%	14,417 円
東京都	7.71%	43,860 円	2.42%	13,717 円	2.08%	15,473 円
神奈川県	6.71%	38,152 円	2.40%	13,616 円	1.99%	14,911 円
新潟県	6.36%	36,154 円	2.53%	14,334 円	2.03%	15,153 円
富山県	6.32%	35,910 円	2.41%	13,635 円	2.15%	16,025 円
石川県	7.44%	42,279 円	2.41%	13,653 円	2.09%	15,590 円
福井県	6.89%	39,176 円	2.28%	12,935 円	2.17%	16,136 円
山梨県	7.11%	40,420 円	2.19%	12,389 円	1.87%	13,962 円
長野県	6.91%	39,304 円	2.32%	13,167 円	1.88%	13,989 円
岐阜県	6.67%	37,946 円	2.38%	13,471 円	2.02%	15,089 円
静岡県	6.76%	38,444 円	2.34%	13,265 円	1.98%	14,762 円
愛知県	6.57%	37,342 円	2.32%	13,114 円	2.05%	15,259 円
三重県	6.94%	39,480 円	2.50%	14,137 円	2.16%	16,065 円

都道府県名	医療分		後期高齢者支援分		介護分	
	所得割率	均等割額	所得割率	均等割額	所得割率	均等割額
滋賀県	6.70%	38,096 円	2.40%	13,604 円	2.02%	15,053 円
京都府	6.72%	38,266 円	2.51%	14,207 円	2.18%	16,299 円
大阪府	7.86%	44,665 円	2.66%	15,075 円	2.19%	16,323 円
兵庫県	6.94%	39,466 円	2.58%	14,606 円	2.31%	17,226 円
奈良県						
和歌山県	7.21%	40,990 円	2.35%	13,319 円	2.08%	15,495 円
鳥取県	7.13%	40,566 円	2.62%	14,854 円	2.17%	16,180 円
島根県	7.18%	40,817 円	2.69%	15,224 円	2.22%	16,511 円
岡山県	7.50%	42,646 円	2.48%	14,061 円	2.08%	15,521 円
広島県	7.25%	41,244 円	2.39%	13,549 円	2.03%	15,112 円
山口県	7.74%	44,009 円	2.57%	14,552 円	2.30%	17,115 円
徳島県	8.12%	46,164 円	2.32%	13,136 円	2.10%	15,346 円
香川県	8.02%	45,617 円	2.42%	13,712 円	2.08%	15,488 円
愛媛県	6.87%	38,981 円	2.46%	13,914 円	2.04%	15,187 円
高知県	7.19%	40,869 円	2.39%	13,560 円	2.11%	15,694 円
福岡県	7.44%	42,321 円	2.44%	13,848 円	2.08%	15,510 円
佐賀県	8.97%	51,019 円	2.39%	13,527 円	2.06%	14,895 円
長崎県	7.54%	42,876 円	2.60%	14,713 円	2.15%	16,014 円
熊本県	8.26%	46,994 円	2.44%	13,804 円	2.01%	14,982 円
大分県	8.45%	48,105円	2.46%	13,953円	2.16%	16,079円
宮崎県	7.08%	40,238 円	2.44%	13,793 円	2.05%	15,285 円
鹿児島県	8.08%	45,921 円	2.40%	13,572 円	2.02%	15,085 円
沖縄県	6.90%	39,205 円	2.41%	13,625 円	1.87%	13,963 円

都道府県国保運営方針の策定

- 国保改革に伴い、国保の保険者としての事務は、都道府県と市町村で役割分担をして行うこととなり、都道府県は財政運営の責任主体として安定的な財政運営に責任を持つとともに、県内市町村の国保事業の広域化や効率化を推進する役割も果たすこととなる。
- そこで、改革後は、都道府県と市町村が一体となって、財政運営、資格管理、保険給付、保険料の賦課徴収、保健事業その他の保険者の事務を共通の認識の下で実施するとともに、各市町村が国保事業の広域化や効率化を推進できるよう、都道府県が、国保法第82条の2に基づき、県内の統一的な国民健康保険の運営方針を定める。
- 市町村は、国保法第82条の2に基づき、都道府県国保運営方針を踏まえた国民健康保険の事務の実施に努める。

■ 主な記載事項

〈必須事項〉

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

■ 主な記載事項

〈任意項目〉

- (5) 医療費適正化に関する事項
・後発医薬品の使用促進に関する事項、医療費通知の共同実施 等
- (6) 市町村が担う事務の効率化、広域化の推進に関する事項
- (7) 保健医療サービス・福祉サービス等に関する施策との連携に関する事項
- (8) 施策の実施のために必要な関係市町村相互間の連絡調整等

全都道府県で策定済み(平成30年3月末現在)

(参考)国保運営方針の対象期間	3年間(32年度)	6年間(35年度)
都道府県数	37	10

都道府県内における国保関係事務等の広域化・集約化・共同化に向けた動向

- 国保改革を契機として、都道府県は、国保運営方針を策定し、
 - ①事務処理の広域化・集約化・共同化による効率化等や、
 - ②都道府県内統一の標準的な基準の整備等によるサービスの均質化、均一化を推進することとしている。
- 各都道府県の国保運営方針における、これらの事項の記載状況を整理すると概ね以下のとおり

①事務処理の共同化等による効率化等

主な項目	内容例	都道府県数
保健事業、医療費適正化対策の共同化	重症化予防の取組の共同実施等 特定健診受診促進広報	36
被保険者への広報事業の共同化	国保制度全般に係る広報・外国語版の作成等の共同実施	28
各種統計資料作成事務の共同化	事業月報・年報等に係る資料作成事務の共同実施等	17
保険料収納対策の共同化	広域的な徴収組織の活用等	28
被保険者証等の発行事務の共同化	様式や更新時期を統一した上で行う発行事務	19

②統一基準の整備等によるサービスの均質化、均一化

主な項目	内容例	都道府県数
一部負担金の減免基準の統一	減免基準の段階的統一等	19
保険料の減免基準の統一	減免理由や基準の段階的統一等	17
出産育児一時金等の支給額等の統一	出産育児一時金・葬祭費の支給額や申請方法の統一等	15
短期被保険者証等の交付基準の統一	短期被保険者証・資格証明書の交付基準の統一	13
療養費の標準的な取扱基準の策定	療養費の標準的な取扱基準の策定等	11

⇒ 今後、国保運営方針に基づき、具体的な取組を推進

保険料水準の統一に向けた動向

- 国保の保険料水準の統一について、国は、納付金等算定ガイドラインにおいて、将来的に保険料水準の平準化（同一都道府県内において、同じ所得水準・同じ世帯構成であれば、同じ保険料水準）を目指す、こととしている。
- 国保改革が施行時点における、各都道府県の保険料水準の統一に向けた状況は、次のとおり。
（各都道府県の国保運営方針の記載に基づき整理を行ったもの）

①国保運営方針において、具体的な統一時期や検討時期等に係る記載がある都道府県

運営方針における記載等	該当都道府県
平成30年度より統一	大阪府（6年間の例外措置あり）
平成36年度までを目標に検討	北海道※1、福島県、奈良県、広島県※2、沖縄県 ※1：北海道は、納付金ベースでの統一 ※2：広島県は、収納率の差異によるバラツキを容認
平成39年度までに統一	和歌山県

②その他の都道府県については、

- ・ 時期を明示せず、将来的に統一を目指す、
- ・ 医療費水準の平準化・赤字の解消等を踏まえ検討、等と整理している。

③保険料水準を統一する場合、保険料算定方式の統一化も重要な課題であるが、以下のように統一期限を明記している都道府県がある。

宮城県：32年度、鹿児島県：35年度、和歌山県：39年度（いずれも3方式に統一）

○ 各都道府県における保険料水準の統一に向けた課題は、次のとおり。

① 医療費水準に関する課題

- 医療費水準の平準化
- 将来にわたる医療費適正化インセンティブの確保

$\alpha=0$ とすることによって、医療費水準によらず、保険料水準を統一することが可能。ただし、市町村の納得を得るためには、都道府県内の各市町村の医療費水準がある程度平準化されることが重要。また、 $\alpha=0$ を設定した場合には、将来にわたり、医療費適正化インセンティブをどのように図るべきか、都道府県の役割として、今後検討する必要

② 保険料算定方法に関する課題

- 保険料算定方式の統一化
- 賦課割合の統一化

都道府県と市町村との協議の場において、あるべき姿の議論が必要

③ 各市町村の取組に関する課題

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

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

【参考】都道府県別1人当たり年齢調整後医療費指数の地域差の状況（過去3年度平均）

	保険者別1人当たり医療費指数			都道府県別1人当たり医療費指数			
	最大	最小	格差	指数	順位		
北海道	初山別村	1.759	幌延町	0.819	2.1倍	1.112	34
青森県	平内町	1.044	新郷村	0.824	1.3倍	0.950	10
岩手県	大槌町	1.315	九戸村	0.787	1.7倍	1.044	25
宮城県	川崎町	1.136	大衡村	0.855	1.3倍	1.017	19
秋田県	藤里町	1.229	大館市	0.920	1.3倍	1.099	31
山形県	南陽市	1.099	大江町	0.813	1.4倍	1.035	21
福島県	楢葉町	1.324	西会津町	0.846	1.6倍	0.980	13
茨城県	北茨城市	1.021	守谷市	0.802	1.3倍	0.860	1
栃木県	塩谷町	1.008	那須町	0.816	1.2倍	0.901	5
群馬県	上野村	1.167	嬭恋村	0.779	1.5倍	0.929	8
埼玉県	美里町	1.028	鳩山町	0.847	1.2倍	0.916	7
千葉県	長南町	1.009	東庄町	0.847	1.2倍	0.913	6
東京都	青ヶ島村	1.142	小笠原村	0.710	1.6倍	0.879	3
神奈川県	山北町	1.022	葉山町	0.846	1.4倍	0.947	9
新潟県	粟島浦村	1.358	津南町	0.818	1.7倍	1.024	20
富山県	舟橋村	1.054	黒部市	0.897	1.2倍	1.078	29
石川県	宝達志水町	1.136	珠洲市	0.892	1.3倍	1.142	36
福井県	美浜町	1.102	高浜町	0.927	1.2倍	1.104	32
山梨県	早川町	1.253	小菅村	0.715	1.8倍	0.969	12
長野県	平谷村	1.565	川上村	0.694	2.3倍	0.984	14
岐阜県	東白川村	1.166	白川町	0.906	1.3倍	1.009	16
静岡県	河津町	1.063	川根本町	0.794	1.3倍	0.963	11
愛知県	南知多町	0.978	田原市	0.779	1.3倍	0.896	4
三重県	紀北町	1.168	度会町	0.825	1.4倍	1.035	22

	保険者別1人当たり医療費指数			都道府県別1人当たり医療費指数			
	最大	最小	格差	指数	順位		
滋賀県	豊郷町	1.042	湖南市	0.930	1.1倍	1.013	18
京都府	井手町	1.221	綾部市	0.919	1.3倍	1.042	23
大阪府	岬町	1.206	豊能町	0.927	1.3倍	1.042	24
兵庫県	佐用町	1.120	豊岡市	0.922	1.2倍	1.049	26
奈良県	上北山村	1.141	三宅町	0.893	1.3倍	0.995	15
和歌山県	北山村	1.223	みなべ町	0.874	1.4倍	1.012	17
鳥取県	境港市	1.256	北栄町	0.971	1.3倍	1.095	30
島根県	江津市	1.274	知夫村	0.969	1.3倍	1.259	47
岡山県	高梁市	1.190	新庄村	0.876	1.4倍	1.172	39
広島県	江田島市	1.218	世羅町	0.855	1.4倍	1.157	38
山口県	上関町	1.322	下松市	0.973	1.4倍	1.253	46
徳島県	神山町	1.282	上勝町	0.912	1.4倍	1.151	37
香川県	坂出市	1.219	多度津町	1.056	1.2倍	1.221	45
愛媛県	久万高原町	1.219	宇和島市	0.913	1.3倍	1.107	33
高知県	大豊町	1.421	四万十市	0.961	1.5倍	1.183	40
福岡県	大木町	1.235	春日市	0.994	1.2倍	1.062	27
佐賀県	多久市	1.403	基山町	1.097	1.3倍	1.214	43
長崎県	長崎市	1.290	小値賀町	0.920	1.4倍	1.194	41
熊本県	芦北町	1.413	産山村	0.871	1.6倍	1.124	35
大分県	臼杵市	1.213	姫島村	0.943	1.3倍	1.221	44
宮崎県	美郷町	1.263	椎葉村	0.877	1.4倍	1.068	28
鹿児島県	南さつま市	1.346	与論町	0.837	1.6倍	1.208	42
沖縄県	糸満市	1.254	粟国村	0.692	1.8倍	0.867	2

1人当たり年齢調整後医療費全国平均：283,857円
(26~28年度平均)

(※)平成30年度の国保事業費等納付金を配分するために使用した平成26~28年度の平均である。
年齢構成の違いによる医療費格差を調整している。
(出所)国民健康保険事業年報等

【暫定措置について】

1. 昨年度の事務レベルWGでのとりまとめにおいて、「予算額は徐々に減少させる」としていることを前提としつつ、都道府県アンケートの結果や事務レベルWGのご議論、激変緩和における重要性を踏まえ、平成31年度の予算額は250億程度(対前年比▲50億程度)とする。
2. 減額相当額については、普通調整交付金の拡充に振り替えることとする。

(参考) 昨年度の事務レベルWGのとりまとめ 抜粋

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

- ・ 普調 【350億程度 (+50億程度)】
- ・ 暫定措置 【250億程度 (▲50億程度)】
- ・ 特調 (都道府県分) 【100億程度】
- ・ 特調 (市町村分) 【100億程度】

財政調整機能強化の総額
(800億程度)は将来に
わたり維持

3. 配分方法については平成30年度と同様に、各都道府県の被保険者数に応じて配分を行うものとする。

【特別調整交付金について】

- 都道府県分、市町村分ともに、平成30年度拡充分も含めた、平成30年度のメニューについて、原則として維持するものとする。

- ※ 具体的な交付方法等については、調整交付金全体の予算等を踏まえた修正があり得る
- ※ 平成30年度に例外的にメニュー化した「追加激変緩和」について、平成31年度も一定額を確保する
- ※ 6条1号ヲ6(2)については、経過措置であることを踏まえた所要の見直しを行う

平成31年度の公費について（拡充分の全体像）

平成30年度の公費の在り方について
とりまとめ
平成30年7月13日
国保基盤強化協議会事務レベルWG

○財政調整機能の強化

（財政調整交付金の実質的増額）

【800億円程度】

＜普調＞【350300億円程度】

＜暫定措置（都道府県分）＞【250300億円程度】

※制度施行時の激変緩和に活用

＜特調（都道府県分）＞【100億円程度】

・子どもの被保険者【100億円程度】

＜特調（市町村分）＞【100億円程度】

・精神疾患【70億円程度】、非自発的失業【30億円程度】

○保険者努力支援制度

・医療費の適正化に向けた

取組等に対する支援

【800億円程度】

＜都道府県分＞【500億円程度】

・医療費適正化の取組状況（都道府県平均）【200億円程度】

・医療費水準に着目した評価【150億円程度】

・各都道府県の医療費適正化等に関する取組の実施状況【150億円程度】

＜市町村分＞【300億円程度】

※別途、特調より200億円程度追加

合計
1,000億円の
インセンティブ
制度

※個々の項目の詳細な予算額は、予算編成過程において検討するが、総額は平成30年度と同規模（合計約1700億円）を維持する

※特別高額医療費共同事業への国庫補助を拡充し、60億円を確保

※平成32年度以降の公費の在り方については、施行状況を踏まえ、地方団体と十分に協議を行った上で決定するものとする

平成31年度の納付金の算定方法等の検討に当たっての留意点

- 平成31年度の納付金算定に当たっては、昨年度と同様に、都道府県と市町村の間で、激変緩和の在り方等について十分ご議論いただきつつ、秋の試算・本算定を実施することとする。その際の留意点は以下のとおり。

【平成31年度納付金の激変緩和】

- 平成31年度の納付金の検討に当たっては、本年4月以降の施行状況を踏まえつつ
 - ・ 国保改革の円滑施行に配慮した適切な激変緩和措置と
 - ・ 国保運営方針等に基づくあるべき方向性への意識のバランスに十分留意いただくことが重要。

※ 激変緩和財源としては、事務レベルWGの議論を踏まえ、平成30年度に例外的にメニュー化した「追加激変緩和」について、平成31年度も一定額を確保することとした。

【国保関係事務の共同化・統一化】

- 各市町村の国保関係事務については、都道府県運営方針を踏まえつつ
 - ・ 事務処理の広域化・集約化・共同化による効率化
 - ・ 都道府県内統一の標準的な基準の整備等によるサービスの均質化、均一化を計画的に進めていくために、市町村の取組支援を実施することが重要。

<参考> 経済財政運営と改革の基本方針2018(平成30年6月15日閣議決定)(抜粋)

第3章 「経済・財政一体改革」の推進

4 主要分野ごとの計画の基本方針と重要課題

(1) 社会保障

(予防・健康づくりの推進)

糖尿病等の生活習慣病や透析の原因にもなる慢性腎臓病及び認知症の予防に重点的に取り組む。糖尿病等の生活習慣病の重症化予防に関して、県・国民健康保険団体連合会・医師会等が連携して進める埼玉県の取組など、先進・優良事例の横展開の加速に向けて今後3年間で徹底して取り組む。

(医療・介護提供体制の効率化とこれに向けた都道府県の取組の支援)

国保財政の健全化に向け、法定外繰入の解消など先進事例を後押しするとともに横展開を図り、受益と負担の見える化を進める。

(見える化、技術革新を活用した業務イノベーション、先進・優良事例の横展開等)

保険者努力支援制度の評価指標への追加などインセンティブの一層の活用、戦略的な情報発信などによる後押しにより、先進・優良事例の横展開を促進する。

国保の普通調整交付金について、所得調整機能を維持しながら、医療費適正化のインセンティブを効かせる観点から、地域差に関する調整・配分の在り方の検証を進め、都道府県が国民健康保険の財政運営の責任主体となる新制度の円滑な運営に配慮しつつ、速やかに関係者間で見直しを検討(※)する。

(※) 加入者の性・年齢で調整した標準的な医療費を基準に配分すべきとの意見や、普通調整交付金が担う地方団体間の所得調整機能は大変重要であるとの意見等があることを踏まえつつ検討を行う。

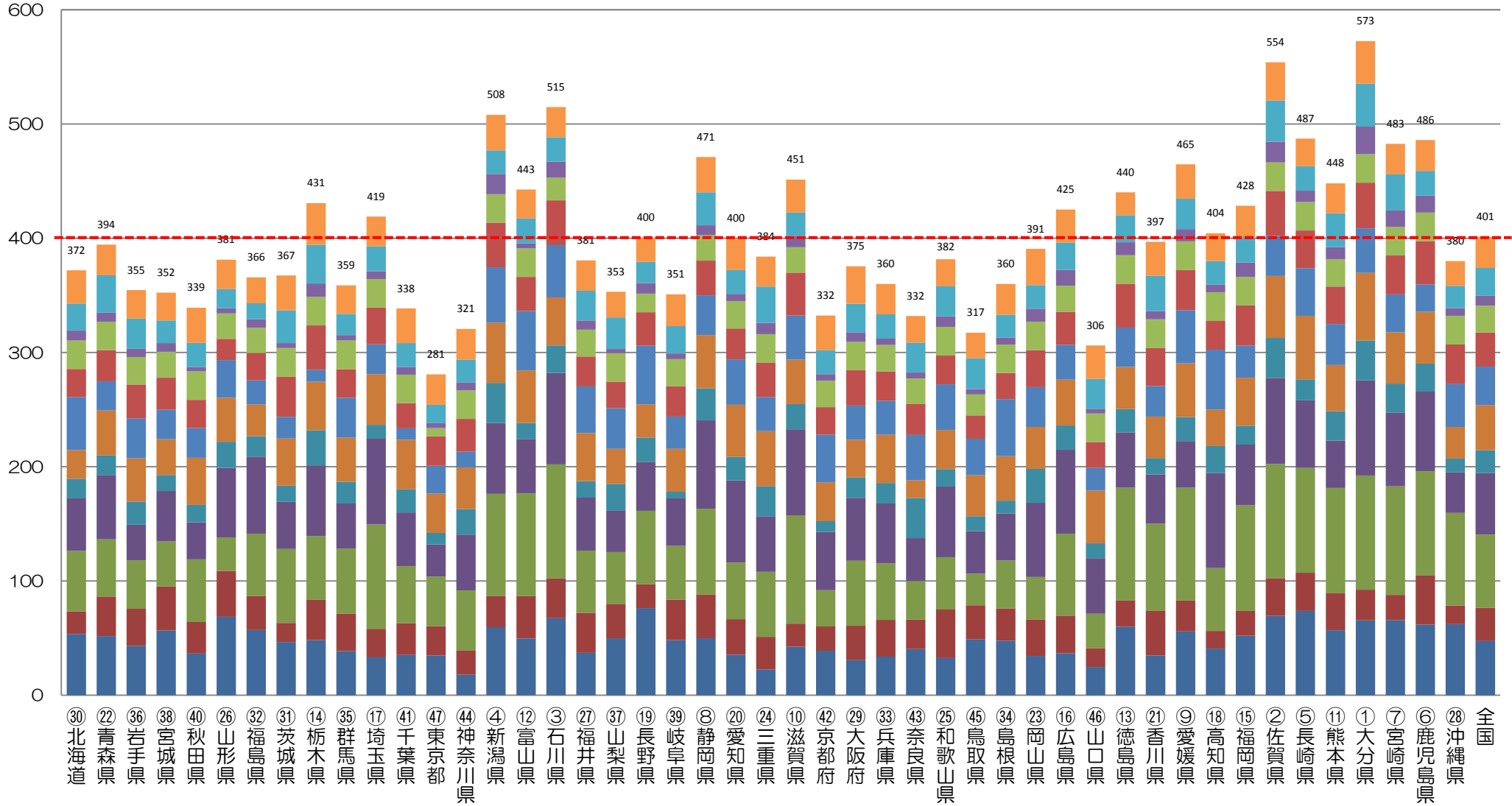
2. 保険者努力支援制度

平成30年度保険者努力支援制度（市町村分） 都道府県別市町村平均獲得点①

速報値

全体（790点満点 ※体制構築加点（60点）含まず）

（得点）



- 共通1 特定健診・保健指導・メタボ(150点)
- 共通2 がん検診・歯周疾患健診 (55点)
- 共通3 重症化予防 (100点)
- 共通4 個人インセンティブ (95点)
- 共通5 重複服薬 (35点)
- 共通6 ジェネリック (75点)
- 固有1 収納率 (100点)
- 固有2 データヘルス (40点)
- 固有3 医療費通知 (25点)
- 固有4 地域包括(25点)
- 固有5 第三者求償 (40点)
- 固有6 適正かつ健全な取組 (50点)

平成30年度保険者努力支援制度（都道府県分） 都道府県別獲得点

速報値

(点)

200

180

160

140

120

100

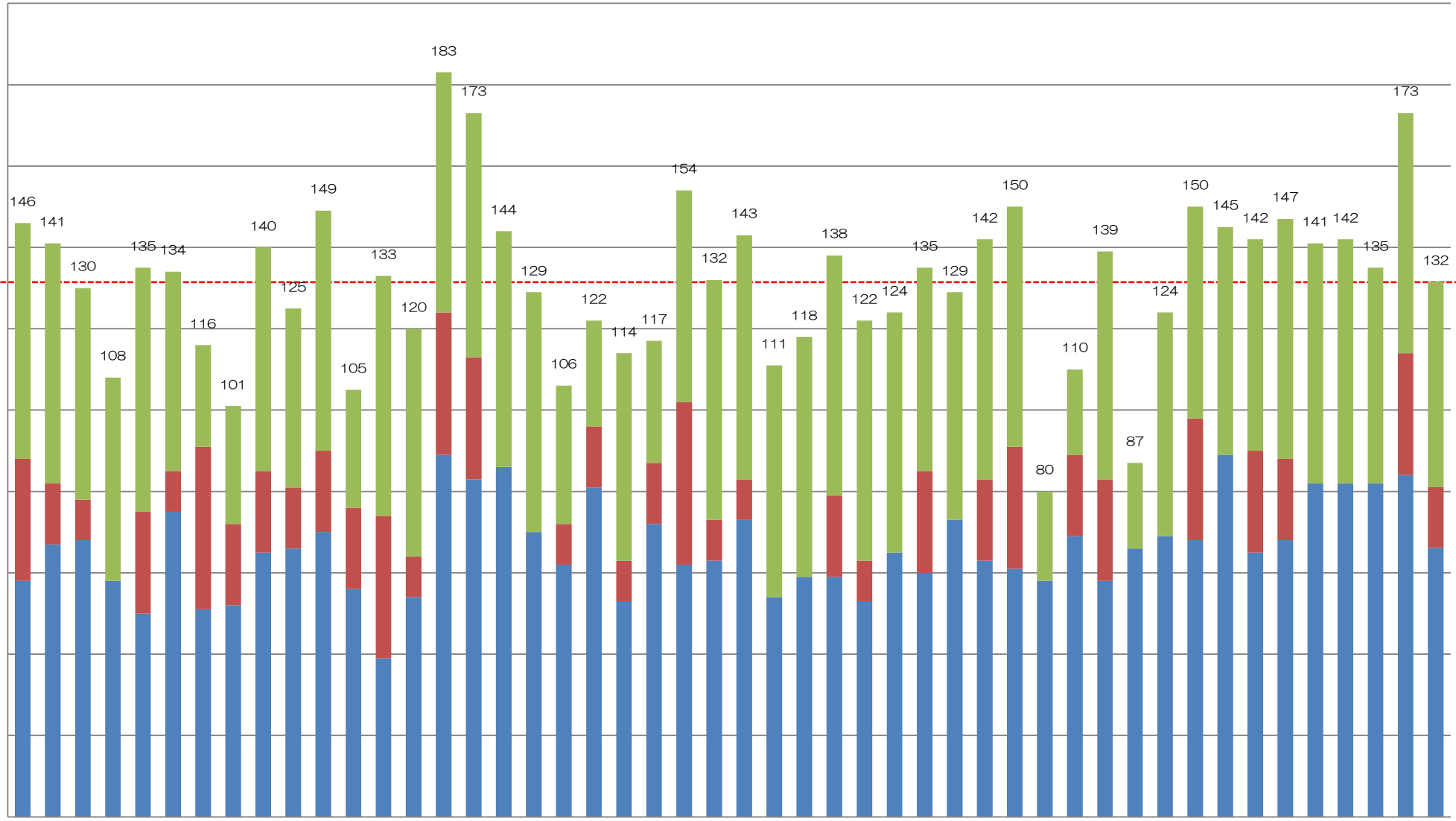
80

60

40

20

0



■ 指標1（市町村指標の都道府県単位評価：100点）

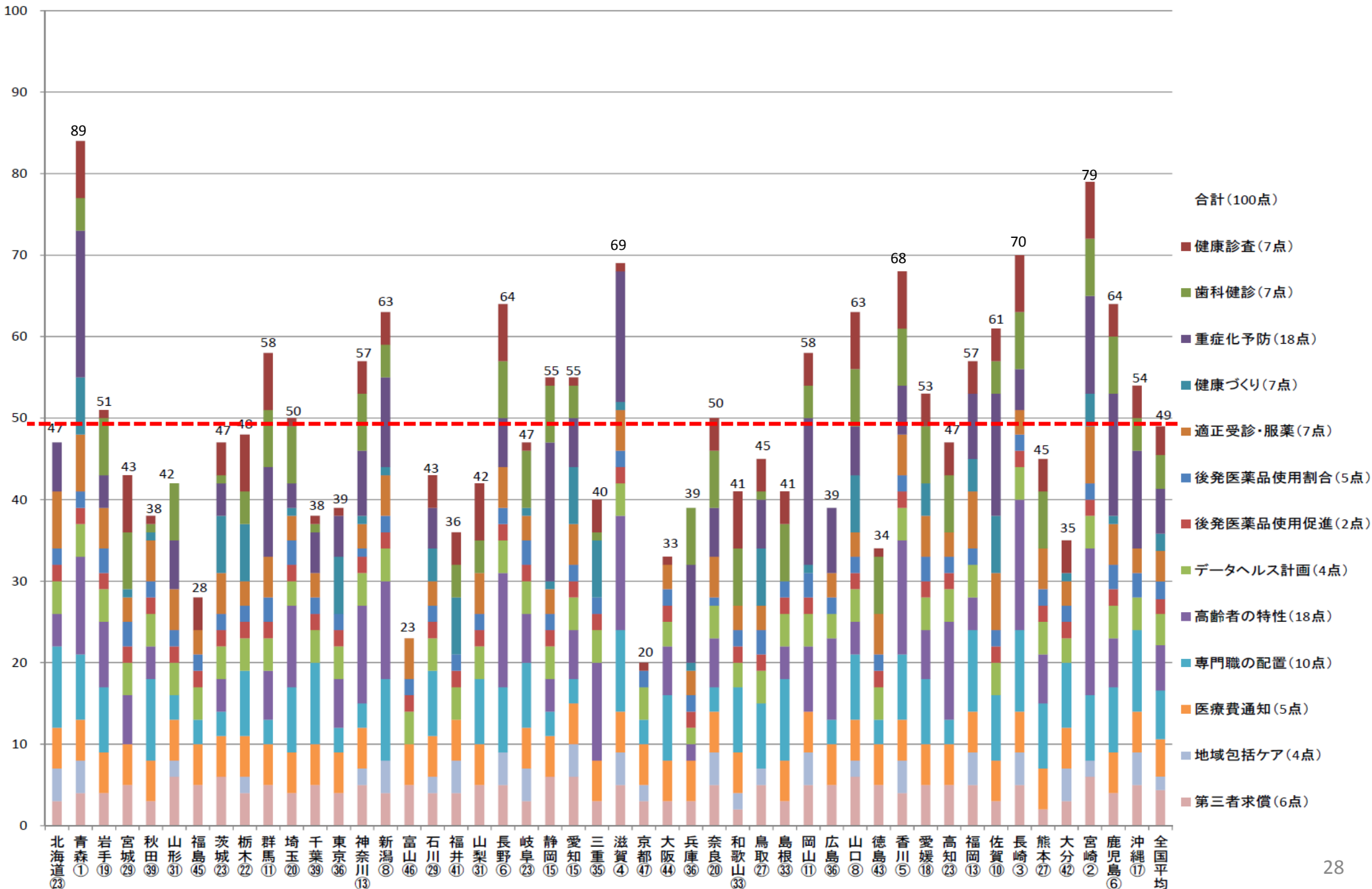
■ 指標2（都道府県の医療費水準：50点）

■ 指標3（都道府県の取組状況：60点）

27

後期高齢者医療制度における保険者インセンティブ(平成29年度)の採点結果

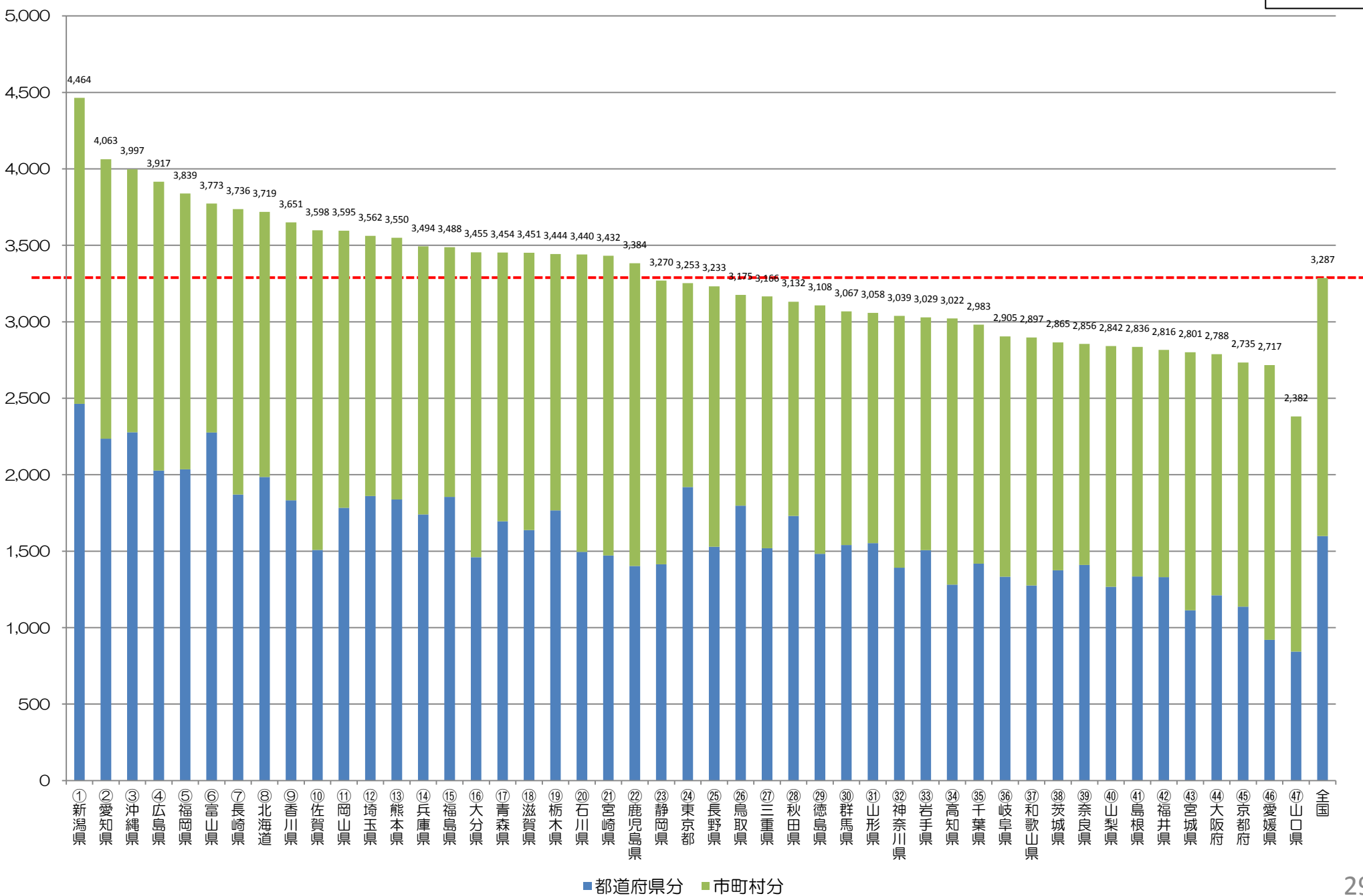
(点)



(円)

平成30年度保険者努力支援制度（都道府県分+市町村分） 一人当たり交付額

速報値



■都道府県分 ■市町村分

【平成31年度の保険者努力支援制度】

1. 評価指標・配点の在り方

- 評価指標については、インセンティブの適切な付与に向けた見直しの観点と、都道府県、市町村の取組目標としての予見可能性の重要性の両方を勘案し、時点修正に加え、必要な見直し・追加を行うこととする。
- 配点については、平成30年度の配点を基本としつつ、都道府県アンケートの結果や、指標の重要度等を勘案し、必要な見直しを行うこととする。

※ 市町村の規模に応じた指標設定や、改善指標の細分化等、事務レベルWGや都道府県アンケートでいただいたご意見については、評価実績の分析等を行いつつ、引き続き検討

2. 平成30年度に具体的な評価方法を定めていなかった項目の評価の在り方

- 保険者協議会への関与、KDBを活用したデータ分析、医療提供体制適正化の推進について、新たに評価指標として追加することとする。

3. 都道府県・市町村分の予算配分の在り方について

- 都道府県分・市町村分の予算配分については、都道府県アンケートの結果も踏まえ、平成30年度と同様に、都道府県分500億程度・市町村分500億程度とする。

※ 今後、都道府県単位化の趣旨を踏まえ、改革施行後の状況を見つつ、徐々に都道府県分重視の仕組みに見直していくことを検討

(その他)

平成30年度の評価指標のうち一部「実施見込」で判定することとしていた項目について、実際の取組状況を踏まえた調整を、平成31年度の評価の中で反映することとする。

保険者努力支援制度(市町村分) 平成31年度配点

【平成30年度】

加点	項目
100点	重症化予防の取組、収納率向上
70点	個人へのインセンティブ提供
50点	特定健診受診率、特定保健指導実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率、適正かつ健全な事業運営の実施状況
40点	後発医薬品の使用割合、データヘルス計画の取組、第三者求償の取組
35点	重複服薬者に対する取組、後発医薬品の促進の取組
30点	がん検診受診率
25点	歯周疾患(病)健診、個人への分かりやすい情報提供、医療費通知の取組、地域包括ケアの推進



【平成31年度】

加点	項目
100点	重症化予防の取組、 後発医薬品の使用割合 、収納率向上
70点	個人へのインセンティブ提供
60点	適正かつ健全な事業運営の実施状況
50点	特定健診受診率、特定保健指導実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率 重複・多剤投与者に対する取組、データヘルス計画の取組
40点	第三者求償の取組
35点	後発医薬品の促進の取組
30点	がん検診受診率
25点	歯科健診、医療費通知の取組、地域包括ケアの推進、
20点	個人への分かりやすい情報提供

医療保険者別の後発医薬品の使用割合の公表について

概要

- 後発医薬品の使用促進について、平成32年9月までに80%とする目標とする中、使用割合は伸び悩んでいる（平成29年6月時点では、目標70%に対して65.1%（推計））。
- 政府として、目標達成に向けて様々な促進策をあわせて検討し推進する必要があるとあり、平成29年10月18日の経済財政諮問会議社会保障WGにおいては、医療保険者別の後発医薬品の使用割合の公表をすべきとの指摘。
- そこで、厚労省において医療保険者別の後発医薬品の使用割合の公表を実施する（平成30年度実績～）。

※ 使用割合の公表については、これまで、平成29年5月23日の経済財政諮問会議の厚労大臣提出資料において「保険者において後発医薬品の使用率の公表を目指す」と示していたところ。

後発医薬品の使用割合の公表方針

平成29年度実績

厚労省から都道府県に対して医療保険者別の使用割合のデータを送付し、県や保険者協議会での分析・検討に活用。（29年度末（30年3月）の実績を30年夏頃に送付）

平成30年度以降の実績

厚労省が毎年度、全ての医療保険者別の使用割合を公表。（①年度の中央（9月時点）実績の同年度末頃の公表、②年度末（3月時点）の実績の翌年度夏頃の公表を想定）

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

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

保険者種別の後発医薬品使用割合

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

出典：平成28年度調剤医療費の動向（厚労省）
（H29.3時点・数量ベース）
※調剤医療費・電算処理のみ

※ 後発医薬品の使用割合は、平成30年度以降の医療保険者に係る各種インセンティブ制度において、評価指標となっている。

※ 公表にあたっては、後発医薬品の使用自体が医療保険者の法的義務ではないことから、使用割合が低かった医療保険者を法令違反状態にあるといった誤解を受けることのないよう留意する。

保険者努力支援制度(市町村分) 各年度配点比較

		平成28年度 (前倒し分)	
		加 points	(A)に対して 占める割合
共通①	(1)特定健診受診率	20	6%
	(2)特定保健指導実施率	20	6%
	(3)メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	20	6%
共通②	(1)がん検診受診率	10	3%
	(2)歯周疾患(病)検診	10	3%
共通③	重症化予防の取組	40	12%
共通④	(1)個人へのインセンティブ提供	20	6%
	(2)個人への分かりやすい情報提供	20	6%
共通⑤	重複・多剤投与者に対する取組	10	3%
共通⑥	(1)後発医薬品の促進の取組	15	4%
	(2)後発医薬品の使用割合	15	4%
固有①	収納率向上	40	12%
固有②	データヘルス計画の取組	10	3%
固有③	医療費通知の取組	10	3%
固有④	地域包括ケアの推進	5	1%
固有⑤	第三者求償の取組	10	3%
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	/	
	体制構築加 points	70	20%
全体	体制構築加 points含まず	275	
	体制構築加 points含む(A)	345	



		平成29年度 (前倒し分)	
		加 points	(A)に対して 占める割合
		35	6%
		35	6%
		35	6%
		20	3%
		15	3%
		70	12%
		45	8%
		15	3%
		25	4%
		25	4%
		30	5%
		70	12%
		30	5%
		15	3%
		15	3%
		30	5%
		/	
		70	12%
		510	
		580	



		平成30年度	
		加 points	(A)に対して 占める割合
		50	6%
		50	6%
		50	6%
		30	4%
		25	3%
		100	12%
		70	8%
		25	3%
		35	4%
		35	4%
		40	5%
		100	12%
		40	5%
		25	3%
		25	3%
		40	5%
		50	6%
		60	7%
		790	
		850	



		平成31年度	
		加 points	(A)に対して 占める割合
		50	5.5%
		50	5.5%
		50	5.5%
		30	3%
		25	2.5%
		100	11%
		70	7.5%
		20	2%
		50	5.5%
		35	4%
		40	5%
		100	11%
		100	11%
		50	5.5%
		25	2.5%
		25	2.5%
		40	4.5%
		60	6.5%
		40	4.5%
		880	
		920	

保険者努力支援制度(都道府県分) 各年度配点比較

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価【200億円程度】	H30年度	H31年度
(i) 特定健診受診率・特定保健指導実施率	20 (10点×2)	20 (10点×2)
(ii) 糖尿病等の重症化予防の取組	10	15
(iii) 個人インセンティブの提供	10	10
(iv) 後発医薬品の使用割合	20	20
(v) 保険料収納率	20	20
体制構築加算	20	15
合計	100	100

指標② 都道府県の医療費水準に関する評価【150億円程度】	H30年度	H31年度
(i) 平成28年度の数値が全国平均よりも低い水準である場合	20	20
(ii) 平成28年度の数値が前年度より改善した場合	30	30
合計	50	50

指標③ 都道府県の取組状況に関する評価【150億円程度】	H30年度	H31年度
(i) 医療費適正化等の主体的な取組状況		
<ul style="list-style-type: none"> 重症化予防の取組 	20	20
<ul style="list-style-type: none"> 市町村への指導・助言等 	都道府県による給付点検	10
	都道府県による不正利得の回収	
	第三者求償の取組	
<ul style="list-style-type: none"> 保険者協議会への積極的関与 	—	10
<ul style="list-style-type: none"> 都道府県によるKDBを活用した医療費分析 	—	10
(ii) 決算補填等目的の法定外一般会計繰入等の削減	30	30
(iii) 医療提供体制適正化の推進	(30)	25
合計	60	105

※ 改革施行後の医療費適正化の取組状況を見つ、アウトカム評価の比重を高めていくものとする

保険者努力支援制度（平成31年度市町村分）における評価指標

【共通指標①（1）特定健康診査の受診率】

平成30年度実施分

特定健康診査の受診率 (平成27年度の実績を評価)	得点	該当保 険者数	達成率
① 第二期特定健康診査等実施計画期間における目標値（60%）を達成しているか。	30	80	4.6%
② ①の基準は達成していないが、受診率が全自治体の上位3割に当たる46.02%を達成しているか。	25	440	25.3%
③ ①及び②の基準は達成していないが、受診率が全自治体の上位5割に当たる40.26%を達成しているか。	20	352	20.2%
④ 平成26年度の実績と比較し、受診率が3ポイント以上向上しているか。	20	245	14.1%



平成31年度実施分

特定健康診査の受診率 (平成28年度の実績を評価)	得点
① 第二期特定健康診査等実施計画期間における目標値（60%）を達成しているか。	25
② ①の基準は達成していないが、受診率が全自治体の上位3割に当たる〇〇%を達成しているか。	20
③ ①及び②の基準は達成していないが、受診率が全自治体の上位5割に当たる〇〇%を達成しているか。	15
④ 平成27年度の実績と比較し、受診率が3ポイント以上向上しているか。	25

【平成31年度指標の考え方】

- 都道府県アンケートの結果等を踏まえ、市町村の努力をより評価する観点から、④の配点を相対的に高くする。

保険者努力支援制度（平成31年度市町村分）における評価指標

【共通指標①（2）特定保健指導の受診率】

平成30年度実施分

特定保健指導の受診率 (平成27年度の実績を評価)	得点	該当保 険者数	達成率
① 第二期特定健康診査等実施計画期間における目標値（60%）を達成しているか。	30	295	16.9%
② ①の基準は達成していないが、受診率が全自治体上位3割に当たる47.20%を達成しているか。	25	227	13.0%
③ ①及び②の基準は達成していないが、受診率が全自治体上位5割に当たる31.0%を達成しているか。	20	348	20.0%
④ 平成26年度の実績と比較し、受診率が5ポイント以上向上しているか。	20	464	26.7%



平成31年度実施分

特定保健指導の受診率 (平成28年度の実績を評価)	得点
① 第二期特定健康診査等実施計画期間における目標値（60%）を達成しているか。	25
② ①の基準は達成していないが、受診率が全自治体上位3割に当たる〇〇%を達成しているか。	20
③ ①及び②の基準は達成していないが、受診率が全自治体上位5割に当たる〇〇%を達成しているか。	15
④ 平成27年度の実績と比較し、受診率が5ポイント以上向上しているか。	25

【平成31年度指標の考え方】

- 都道府県アンケートの結果等を踏まえ、市町村の努力をより評価する観点から、④の配点を相対的に高くする。

保険者努力支援制度（平成31年度市町村分）における評価指標

【共通指標②（1）がん検診受診率】

平成30年度実施分

がん検診受診率（平成27年度の実績を評価）	得点	該当保険者数	達成率
① 胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がんの5つのがん検診の平均受診率が全自治体の上位5割に当たる12.88%を達成しているか。	15	872	50.1%
② 平成26年度の実績と比較し、平均受診率が1ポイント以上向上しているか。	15	257	14.8%



平成31年度実施分

がん検診受診率（平成28年度の実績を評価）	得点
① 胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がんの5つのがん検診の平均受診率が全自治体の上位5割に当たる00%を達成しているか。	10
② 平成27年度の実績と比較し、平均受診率が1ポイント以上向上しているか。	20

【平成31年度指標の考え方】

- 受診率向上の取組を促す観点から、②の配点を相対的に高くする。

保険者努力支援制度（平成31年度市町村分）における評価指標

【共通指標③重症化予防の取組実施状況】

平成30年度実施分

重症化予防の取組の実施状況 (平成29年度の実施状況を評価)	得点	該当保険 者数	達成率
以下の基準を全て満たす糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施しているか。 ※ 取組方法については、受診勧奨、保健指導、受診勧奨と保健指導を一体化した取組等の中から地域の実情に応じ適切なものを選択する	50	1,197	68.8%
① 対象者の抽出基準が明確であること			
② かかりつけ医と連携した取組であること			
③ 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること			
④ 事業の評価を実施すること			
⑤ 取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携（各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など）を図ること			
以上の基準を全て満たす取組を実施する場合、その取組は以下を満たすか。			
⑥ 受診勧奨を、全ての対象者に対して、文書の送付等により実施していること。また、実施後、対象者の受診の有無を確認し、受診が無い者には更に面談等を実施していること。	25	970	55.7%
⑦ 保健指導を受け入れることを同意した全ての対象者に対して、面談、電話又は個別通知を含む方法で実施していること。また、実施後、対象者のHbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果を確認し、実施前後で評価していること。	25	955	54.9%



平成31年度実施分

重症化予防の取組の実施状況 (平成30年度の実施状況を評価)	得点
以下の基準を全て満たす糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施しているか。 ※ 取組方法については、受診勧奨、保健指導、受診勧奨と保健指導を一体化した取組等の中から地域の実情に応じ適切なものを選択する	50
① 対象者の抽出基準が明確であること	
② かかりつけ医と連携した取組であること	
③ 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること	
④ 事業の評価を実施すること	
⑤ 取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携（各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など）を図ること	
以上の基準を全て満たす取組を実施する場合、その取組は以下を満たすか。	
⑥ 受診勧奨を、①の抽出基準に基づく全ての対象者に対して、文書の送付等により実施していること。また、実施後、対象者の受診の有無を確認し、受診が無い者には更に面談等を実施していること。	25
⑦ ①の抽出基準に基づく対象者のうち、保健指導を受け入れることを同意した全ての対象者に対して、面談、電話又は個別通知を含む方法で実施していること。また、実施後、対象者のHbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果を確認し、実施前後で評価していること。	25

【平成31年度指標の考え方】

- 要件の趣旨を明確化する観点から、⑥、⑦の文言を修正する。

保険者努力支援制度（平成31年度市町村分）における評価指標

【共通指標④（1）個人へのインセンティブの提供の実施】

平成30年度実施分

個人へのインセンティブの提供の実施 （平成29年度の実施状況を評価）	得点	該当保 険者数	達成率
① 一般住民の予防・健康づくりの取組や成果に対しポイント等を付与し、そのポイント数に応じて報奨を設けるなど、一般住民による取組を推進する事業を実施しているか。	55	833	47.8%
② その際、PDCAサイクル等で見直しを行うことができるよう、インセンティブが一般住民の行動変容につながったかどうか、効果検証を行っているか。			
③ 商工部局との連携、地域の商店街との連携等の「健康なまちづくり」の視点を含めた事業を実施しているか。	15	477	27.4%



平成31年度実施分

個人へのインセンティブの提供の実施 （平成30年度の実施状況を評価）	得点
① 一般住民の予防・健康づくりの取組や成果に対しポイント等を付与し、そのポイント数に応じて報奨を設けるなど、一般住民による取組を推進する事業を実施しているか。	55
② その際、PDCAサイクル等で見直しを行うことができるよう、インセンティブが一般住民の行動変容につながったかどうか、効果検証を行っているか。	
③ 商工部局との連携、地域の商店街との連携等の「健康なまちづくり」の視点を含めた事業を実施しているか。	15

【平成31年度の指標の考え方】

- 時点の更新を行う。

保険者努力支援制度（平成31年度市町村分）における評価指標

【共通指標⑤重複・多剤投与者に対する取組】

平成30年度実施分

重複服薬者に対する取組 (平成29年度の実施状況を評価)	得点	該当保 険者数	達成率
「同一月に3以上の医療機関より、同一の薬効の薬剤の投与を受けている」場合といった重複投与者の抽出を行い、その者に対して何らかのアプローチをするなどの取組を実施しているか。	35	966	55.5%



平成31年度実施分

重複・多剤投与者に対する取組 (平成30年度の実施状況を評価)	得点
重複・多剤投与者の抽出基準を設定し、対象者を抽出した上で、その者に対して服薬情報の通知や個別に訪問・指導するなどの取組を実施しているか。	50

【平成31年度指標の考え方】

- 「医療費適正化に関する施策についての基本方針」（平成28年厚生労働省告示第128号）により、第三期医療費適正化計画では、重複服薬・多剤投与者に対する取組を目標として掲げることとなっていること等を踏まえ、指標を修正する。また、取組内容を例示することで、指標を明確化する。

保険者努力支援制度（平成31年度市町村分）における評価指標

【共通指標⑥（1）後発医薬品の促進の取組】

平成30年度実施分

後発医薬品の促進の取組 (平成29年度の実施状況を評価)	得点	該当保 険者数	達成率
① 後発医薬品の使用割合（数量ベース）及び後発医薬品の薬剤費額を把握しているか。	10	1,548	88.9%
② 後発医薬品の使用状況について、年齢別等に類型化し、把握した上で、事業目標を立てているか。	15	580	33.3%
③ 後発医薬品の差額通知の事業を実施し、通知前後で後発医薬品への切り替えが行われているか確認をしているか。	10	1,422	81.7%



平成31年度実施分

後発医薬品の促進の取組 (平成30年度の実施状況を評価)	得点
① 後発医薬品の使用割合（数量ベース）及び後発医薬品の薬剤費額を把握しているか。	10
②① 後発医薬品の使用状況について、年齢別等に類型化し、把握した上で、事業目標を立てているか。	15
③② 後発医薬品の差額通知の事業を実施し、通知前後で後発医薬品への切り替えが行われているか確認をしているか。	10
③ 被保険者に対し、後発医薬品についてのさらなる理解の促進を図るため、被保険者への差額通知等において、後発医薬品の品質や使用促進の意義等に関する情報を記載しているか。	10

【平成31年度指標の考え方】

- 後発医薬品の使用割合（数量ベース）については、本年夏目途に、被保険者所在地ベースの保険者別使用割合が国から都道府県に提供されるようになり、都道府県から市町村にも提供されることが想定されるため、平成30年度の指標①については、指標から削除する。
- 「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」（平成25年4月公表）において、後発医薬品の促進の意義について理解の促進を図ることが課題とされていることも踏まえ、新たに指標を設定する。

保険者努力支援制度（平成31年度市町村分）における評価指標

【共通指標⑥（2）後発医薬品の使用割合】

平成30年度実施分

後発医薬品の使用割合 (平成28年度の実績を評価)	得点	該当保 険者数	達成率
① 使用割合が全自治体上位1割に当たる74.58%を達成しているか。	25	176	10.1%
② 使用割合が全自治体上位3割に当たる69.29%を達成しているか。	20	346	19.9%
③ 平成27年度の実績と比較し、使用割合が5ポイント以上向上しているか。	15	1,031	59.2%



平成31年度実施分

後発医薬品の使用割合 (平成29年度の実績を評価)	得点
① 後発医薬品の使用割合の政府目標である目標値（80%）を達成しているか。	55
② ①の基準は達成していないが、使用割合が全自治体上位〇割に当たる〇〇%を達成しているか。	40
③ ①②の基準は達成していないが、使用割合が全自治体上位〇割に当たる〇〇%を達成しているか。	30
④ 平成28年度の実績と比較し、使用割合が5ポイント以上向上しているか。	45

【平成31年度指標の考え方】

- 「経済財政運営と改革の基本方針2017」（平成29年6月9日閣議決定）において、「2020年（平成32年）9月までに後発医薬品の使用割合を80%とする。」と定められたことから、当該目標値を評価指標に加える。
※被保険者の所在地ベースの使用割合のデータが不明のため、達成基準を〇割としておく。
- 被保険者の所在地ベースでの使用割合の評価が可能となったことや、指標の重要性等を踏まえ、配点の引き上げを行う。

保険者努力支援制度（平成31年度市町村分）における評価指標

【固有指標①保険料（税）収納率】

平成30年度実施分

保険料（税）収納率（平成28年度実績を評価）	得点	該当保険者数	達成率
① 現年度分の収納率が市町村規模別の平成27年度の全自治体上位3割又は上位5割に当たる収納率を達成しているか。			
10万人以上	(上位3割) 50	(上位3割) 602	34.6%
91.18%（平成27年度上位3割） 90.39%（平成27年度上位5割）			
5万～10万人	or (上位5割) 45	(上位5割) 350	20.1%
91.70%（平成27年度上位3割） 90.50%（平成27年度上位5割）			
1万人～5万人	45		
94.11%（平成27年度上位3割） 93.02%（平成27年度上位5割）			
1万人未満			
96.72%（平成27年度上位3割） 95.43%（平成27年度上位5割）			
② 平成27年度実績と比較し収納率が1ポイント以上向上しているか。	25	299	17.2%
③ 滞納繰越分の収納率が平成27年度実績と比較し、5ポイント以上向上しているか	25	213	12.2%



平成31年度実施分

保険料（税）収納率（平成29年度実績を評価）	得点
① 現年度分の収納率が市町村規模別の平成28年度の全自治体上位3割又は上位5割に当たる収納率を達成しているか。	
10万人以上	(上位3割)
91.80%（平成28年度上位3割） 90.50%（平成28年度上位5割）	
5万～10万人	50 or (上位5割) 45
92.13%（平成28年度上位3割） 91.12%（平成28年度上位5割）	
1万人～5万人	45
94.51%（平成28年度上位3割） 93.48%（平成28年度上位5割）	
1万人未満	
96.97%（平成28年度上位3割） 95.66%（平成28年度上位5割）	
② 平成28年度実績と比較し収納率が1ポイント以上向上しているか。（平成29年度の収納率が100%である場合を含む）	25
③ ②の基準は達成していないが、平成28年度実績と比較し収納率が0.5ポイント以上向上しているか。	10
④ 滞納繰越分の収納率が平成28年度実績と比較し、5ポイント以上向上しているか。（平成29年度の滞納繰越分の収納率が100%である場合を含む）	25
⑤ ④の基準は達成していないが、滞納繰越分の収納率が平成28年度実績と比較し、2ポイント以上向上しているか。	10

【平成31年度指標の考え方】

- 改善状況において、よりきめ細かく評価する観点から、伸び率評価においても傾斜配分をおくこととする。

保険者努力支援制度（平成31年度市町村分）における評価指標

【固有指標②データヘルス計画の実施状況】

平成30年度実施分

医療費等の分析 (平成29年度の実施状況を評価)	得点	該当保 険者数	達成率
第1期データヘルス計画の実施状況			
① データヘルス計画を策定し、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を実施しているか。	5	1,380	79.3%
第2期データヘルス計画の策定に向けた検討状況 ※ 平成30年度にデータヘルス計画を改定しない保険者 にあつては、以下の括弧内の基準を適用すること。			
② 第2期計画の策定に当たって、現在のデータヘルス計画に係る定量的評価を行うこととしているか。 (第1期計画に係る保健事業の実施について、少なくとも年1回、定量的な評価を行っているか。)	7	1,375	79.0%
③ 第2期計画の策定に当たって、国保部門と健康づくり部門等、関係部署による連携体制が構築されているか。 (第1期計画に係る保健事業の実施や評価等に当たって、国保部門と健康づくり部門等、関係部署による連携体制が構築されているか。)	7	1,553	89.2%
④ 第2期計画の策定に当たって、都道府県との連携体制が構築されているか。 (第1期計画に係る保健事業の実施や評価等に当たって、都道府県との連携体制が構築されているか。)	7	1,272	73.1%
⑤ 第2期計画の策定に当たって、医師会等の医療関係者との連携体制が構築されているか。 (第1期計画に係る保健事業の実施や評価等に当たって、医師会等の医療関係者との連携体制が構築されているか。)	7	1,098	63.1%
⑥ 第2期計画の策定に当たって、地域包括ケアの視点を盛り込んでいるか。 (第1期計画に係る保健事業の個別事業計画において、地域包括ケアの視点を踏まえているか。)	7	940	54.0%



平成31年度実施分

データヘルス計画の実施状況 (平成30年度の実施状況を評価)	得点
① データヘルス計画を策定し、 これに基づき 保健事業が実施されているか。	5
② データヘルス計画に係る平成30年度の個別の保健事業について、 データヘルス計画の目標等を踏まえた評価指標が設定されているか。	8
③ データヘルス計画に係る平成29年度の個別の保健事業について、 定量的な評価指標に基づき評価を行っているか。	8
④ データヘルス計画に係る平成30年度の保健事業の実施・評価について、 国保部局・高齢者医療部局・保健関係部局・介護部局等の関係部局による連携体制が構築されているか。	8
⑤ データヘルス計画に係る平成30年度の保健事業の実施・評価について、 都道府県(保健所含む。) との連携体制が構築されているか。	8
⑥ データヘルス計画に係る平成30年度の保健事業の実施・評価について、 学識経験者、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の保健医療関係者などとの連携体制が構築されているか。	8
⑦ KDB等各種データベースを活用し、データヘルス計画に係る保健事業の実施・評価に必要なデータ分析(医療費分析を含む。)を行っているか。	5

【平成31年度指標の考え方】

- 平成30年度から第二期データヘルス計画の実施期間であることを踏まえ、平成30年度におけるデータヘルス計画に基づく保健事業の実施・評価の状況等について評価を行う観点から、指標を修正する。

保険者努力支援制度（平成31年度市町村分）における評価指標

【固有指標④地域包括ケアの取組】

平成30年度実施分

地域包括ケアの推進 (在宅医療・介護の連携等)	得点	該当保 険者数	達成率
地域包括ケア推進の取組（平成29年度の実施状況を評価） 国保の視点から地域包括ケアの推進に資する例えば下記のような取組を国保部局で実施しているか。			
① 地域包括ケアの構築に向けた医療・介護・保健・福祉・住まいなど部局横断的な議論の場への国保部局の参画（庁内での連携）	4	887	50.9%
② 地域包括ケアに資する地域のネットワークへの国保部局の参画又は個々の国保被保険者に対する保健活動・保健事業の実施状況について、地域の医療・介護・保健・福祉サービス関係者との情報共有の仕組み（外部組織との連携）	4	696	40.0%
③ KDB・レセプトデータを活用した健康事業・介護予防・生活支援の対象となる被保険者の抽出例）KDBで要支援・介護の要因を分析し、その要因に重点的に受診勧奨・保健指導を実施する等	5	660	37.9%
④ 国保被保険者を含む高齢者などの居場所・拠点、コミュニティ、生きがい、自立、健康づくりにつながる住民主体の地域活動の国保部局としての支援の実施	4	553	31.8%
⑤ 国保直診施設を拠点とした地域包括ケアの推進に向けた取組の実施	4	193	11.1%
⑥ 後期高齢者医療制度又は介護保険制度と連携した保健事業の実施	4	507	29.1%



平成31年度実施分

地域包括ケアの取組（在宅医療・介護の連携等） (平成30年度の実施状況を評価)	得点
国保の視点から地域包括ケアの推進に資する例えば下記のような取組を国保部局で実施しているか。	
① 地域包括ケアの構築に向けた医療・介護・福祉・住まい・生活支援など部局横断的な議論の場への国保部局の参画（庁内での連携や地域ケア会議での連携）	5
② KDB等を活用してハイリスク群・予備群等のターゲット層を抽出し、医療・介護・福祉関係者等と共有	5
③ ②により抽出されたターゲット層に対するお知らせ・保健師の訪問活動、介護予防を目的とした運動予防の実施、健康教室等の開催、自主組織の育成等について、国保部局としての支援の実施	5
④ 国保直診施設を拠点とした地域包括ケアの推進に向けた取組の実施	5
⑤ 後期高齢者医療制度又は介護保険制度と連携した保健事業の実施	5

【平成31年度指標の考え方】

- 「データヘルス計画策定の手引き（改訂版）」（平成29年9月提供）を踏まえ、指標を修正する。

保険者努力支援制度（平成31年度都道府県分）における評価指標②

指標②：医療費適正化のアウトカム評価	
評価の概要	<ul style="list-style-type: none"> ○ 国保被保険者に係る年齢調整後一人当たり医療費に着目し、 <ul style="list-style-type: none"> ・その水準が低い場合 ・前年度より一定程度改善した場合 に評価を行う。
具体的 評価方法	<ul style="list-style-type: none"> ○ 国保被保険者に係る年齢調整後一人当たり医療費の当該都道府県の数値について、以下の場合に評価 <div style="text-align: right;">【予算規模：150億円程度】</div> (i) <u>全国上位である場合</u> 平成28年度の数値が全国平均よりも低い水準である場合 <ul style="list-style-type: none"> ・ 1～5位 20点 ・ 6～10位 15点 ・ 11位～ 10点 (ii) <u>改善した場合</u> 平成28年度の数値が前年度より改善した場合 <ul style="list-style-type: none"> ・ 1～5位 30点 ・ 6～10位 25点 ・ 11位～ 20点 <p style="margin-left: 40px;">※ 年齢調整後一人当たり医療費の改善は、当該年度の国保被保険者に係る医療費の伸びが、全国平均よりも相対的に低いことを意味する</p> <p>⇒ (i)と(ii)の点数を合計した上で、各都道府県の被保険者数を乗じた値に基づいて交付額を決定</p>

【平成31年度指標の考え方】

- 時点の更新を行う。

保険者努力支援制度（平成31年度都道府県分）における評価指標③

【1.医療費適正化等の主体的な取組状況（重症化予防の取組）】

平成30年度実施分

重症化予防の取組 （平成29年度の実施状況を評価）	30年度分	該当保険者数	達成率
・都道府県医師会、都道府県糖尿病対策推進会議等との連携協定を締結するなど、市町村における重症化予防の取組を促進するための支援策を講じている場合	10	45	95.7%
・都道府県版重症化予防プログラムを策定している場合	10	43	91.5%



平成31年度実施分

重症化予防の取組 （平成30年度の実施状況を評価）	得点
1. 市町村における重症化予防の取組を促進するため、次の支援策を講じているか。	
① 都道府県医師会等の関係団体に対する働きかけ（連携体制を構築し、会議や研修等の実施）	4
② 糖尿病対策推進会議等に対する働きかけ（連携体制を構築し、会議や研修等の実施）	4
③ 市町村に対する働きかけ（市町村の現状把握をした上で、データの提供や研修、保健所による助言・支援等の実施）	2
2. 都道府県版重症化予防プログラムを策定している場合、次の事項は含まれているか。	
① 都道府県において分析した管内の状況（健診データ・レセプトデータの分析、保険者の取組状況の把握等）	2
② 各関係者の役割（市町村、都道府県、後期高齢者医療広域連合、地域における医師会等、都道府県糖尿病対策推進会議等）	2
③ 関係機関・関係者との具体的な連携方法（窓口、様式等）	4
④ 抽出方法、介入方法等	2

【平成31年度指標の考え方】

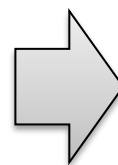
- 平成30年度の達成状況を踏まえ、より質に着目した指標に修正する。

保険者努力支援制度（平成31年度都道府県分）における評価指標③

【 1.医療費適正化等の主体的な取組状況（市町村への指導・助言等） 】

平成30年度実施分

市町村への指導・助言等 (平成29年度の実施状況を評価)		得点	該当都道府県数	達成率
・給付点検	・国保運営方針に給付点検の実施について記載することとし、平成30年度から実施するか。	3	34	72%
・不正利得の回収	・国保運営方針に不正利得の回収の実施について記載することとし、平成30年度から実施するか。	4	31	66%
・第三者求償	① 第三者求償に係る市町村の設定目標を把握しその取組状況を確認しているまたは確認予定としているか。	1	42	89%
	② 研修の機会等を活用して、第三者求償の目的や債権管理等に関する助言を行っているまたは行う予定としているか。	1	45	96%
	③ 都道府県が設置する県立病院や保健所等の機関が第三者行為に関する情報を市町村に提供しているまたは提供予定としているか。	1	11	23%



平成31年度実施分

市町村への指導・助言等 (平成30年度の実施状況を評価)		得点
1. 給付点検		
① 都道府県は、市町村から給付点検調査に要する情報の提供を求めるために、包括的な合意を得ているか。	1	
② 給付点検調査のための担当者を配置し、庁内関係部局間での担当者会議を定期的に行う等により、日頃から連携体制を構築しているか。	1	
③ 給付点検調査に係る事務処理方針を策定しているか。	1	
2. 不正利得の回収		
① 国保部局において、債権回収に係る事務処理方針を策定しているか。	2	
② 市町村と協議のうえ、委託規約を策定しているか。	1	
③ 不正利得の回収事案について、庁内関係部局間での担当者会議を定期的に行う等して、日頃から連携体制を構築しているか。	1	
3. 第三者求償		
① 第三者求償に係る市町村の設定目標を把握し、その取組状況を確認しているまたは確認予定としているか。	1	
② 研修の機会等を活用して、第三者求償の目的や債権管理等に関する助言を行っているまたは行う予定としているか。	1	
③ 都道府県が設置する県立病院や保健所等の機関が第三者行為に関する情報を市町村に提供しているまたは提供予定としているか。	1	

【平成31年度指標の考え方】

- 給付点検及び不正利得の回収について、平成30年度から取組が開始されることを踏まえ、その実施体制等を評価する観点から、指標を修正する。

保険者努力支援制度（平成31年度都道府県分）における評価指標③

【 1.医療費適正化等の主体的な取組状況（保険者協議会への積極的関与）（新規）】

平成31年度実施分

保険者協議会への積極的関与（平成30年度の実施状況を評価）	得点
① 保険者協議会の事務局を、都道府県が自ら担う、又は国保連と共同で担っているか。（※1）	3
② 保険者協議会を、医療関係者等（2以上の団体）の参画を得て開催しているか。（※2）	3
③ 医療費の調査分析等のための人材育成を行っているか。（※3）	2
④ 厚生労働省から提供される医療費適正化計画に関する医療費データ（NDB）を、保険者協議会へ提示・提供しているか。（※4）	2

※1 都道府県が単独で事務局を担う場合と、国保連と共同で担う場合のいずれであっても評価対象とする。

※2 保険者協議会への関係者の参画が、正式な構成員である場合と、オブザーバーである場合のいずれであっても評価対象とする。

※3 都道府県が行う人材育成、保険者協議会が行う人材育成いずれも評価対象。人材育成の対象者は、県職員、国保連職員、保険者協議会の参加者等のいずれであっても評価対象とする。人材育成の内容については、数日間の研修実施、1日の研修会の開催等の様々な形態が考えられる。

※4 厚生労働省から提供する医療費データについては、毎年度、NDBデータを活用して、例えば、都道府県毎の入院・外来別の医療費、疾病別医療費、後発医薬品使用割合、特定健診実施率等を送付予定。

（参考）都道府県は、市町村と協議し合意を得ることによって、保険者努力支援制度による交付金について都道府県における医療費分析、人材育成等に充てることも可能。

【平成31年度指標の考え方】

- 平成30年度から都道府県が保険者協議会の構成員となることと「「保険者協議会開催要領」の一部改正について」（平成30年1月15日付通知）を踏まえ、新たに指標を設定する。

保険者努力支援制度（平成31年度都道府県分）における評価指標③

【 1.医療費適正化等の主体的な取組状況（都道府県によるKDB等を活用した医療費分析）（新規）】

平成31年度実施分

都道府県によるKDB等を活用した医療費分析（平成30年度の実施状況を評価）	得点
・ 都道府県が、健診データやレセプトデータ等を活用し、管内市町村国保に関する医療費等の分析を行い、その結果を市町村へ提供しているか。	10

【平成31年度指標の考え方】

- 平成30年度から都道府県が国保の共同保険者となることを踏まえ、新たに指標を設定する。
- 県内の横断的な健康・医療データを活用し、これまで市町村単独では分析ができなかった比較分析等を行い、市町村に提供することを評価する。
- 分析については、KDBを活用した市町村国保横断的な分析（管内の全市町村比較等）、厚生労働省から提供される都道府県ごとの医療費データ（NDB）等を活用した保険者横断的な分析（国保、国保組合、後期高齢、被用者保険等の保険者別比較等）等が考えられる。

※ 平成31年度指標の実施状況、分析内容等を踏まえ、来年度以降の指標の在り方を更に検討。

保険者努力支援制度（平成31年度都道府県分）における評価指標③

【2.決算補填等目的の法定外一般会計繰入等の削減】

平成30年度実施分

決算補填等目的の法定外一般会計繰入等の削減（平成29年度の実施状況进行评估）	得点	該当都道府県数	達成率
<ul style="list-style-type: none"> 都道府県内の市町村が決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っていない場合、または、都道府県が国保運営方針に基づき、決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っている市町村ごとに、削減の目標年次を定めた個別の計画を作成している場合 	30	39	83%



平成31年度実施分

決算補填等目的の法定外一般会計繰入等の削減（平成30年度の実施状況进行评估）	得点
① 都道府県内の市町村が決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っていない※1、または、国保運営方針に基づき、決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っている 全ての市町村※2 について、削減の目標年次及び削減予定額（削減予定率でも可）を定めた個別の計画が作成されているか。	30
② ①の基準は満たさないが、国保運営方針に基づき、決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っている市町村※2のうち〇割以上の市町村について、削減の目標年次及び削減予定額（削減予定率でも可）を定めた個別の計画が作成されているか。	10

※1：「国民健康保険保険者の赤字削減・解消計画の策定等について」（平成30年1月29日付け保国発0129第2号国民健康保険課長通知）において、赤字削減・解消計画の策定が必要とされる市町村がない場合を含む

※2：「国民健康保険保険者の赤字削減・解消計画の策定等について」において、赤字削減・解消計画の策定が必要とされる市町村に限る

【平成31年度指標の考え方】

- 平成30年度評価指標では、目標年次を定めた計画で評価対象としていたが、「国民健康保険保険者の赤字削減・解消計画の策定等について」（平成30年1月29日付け保国発0129第2号国民健康保険課長通知）で、赤字の削減予定額（率）を盛りこんだ計画策定を求めていることから、必要な修正を行う。
- 都道府県アンケートの結果等を踏まえ、計画策定対象となる全市町村が策定している場合に限らず、対象市町村の計画策定が一定進んでいる都道府県も評価されるよう、新たに指標を設定する。
- 取組を後押しするための有効な指標設定の在り方について、平成32年度以降も引き続き検討を行う。

保険者努力支援制度（平成31年度都道府県分）における評価指標③

【3.医療提供体制適正化の推進（新規）】

平成31年度実施分

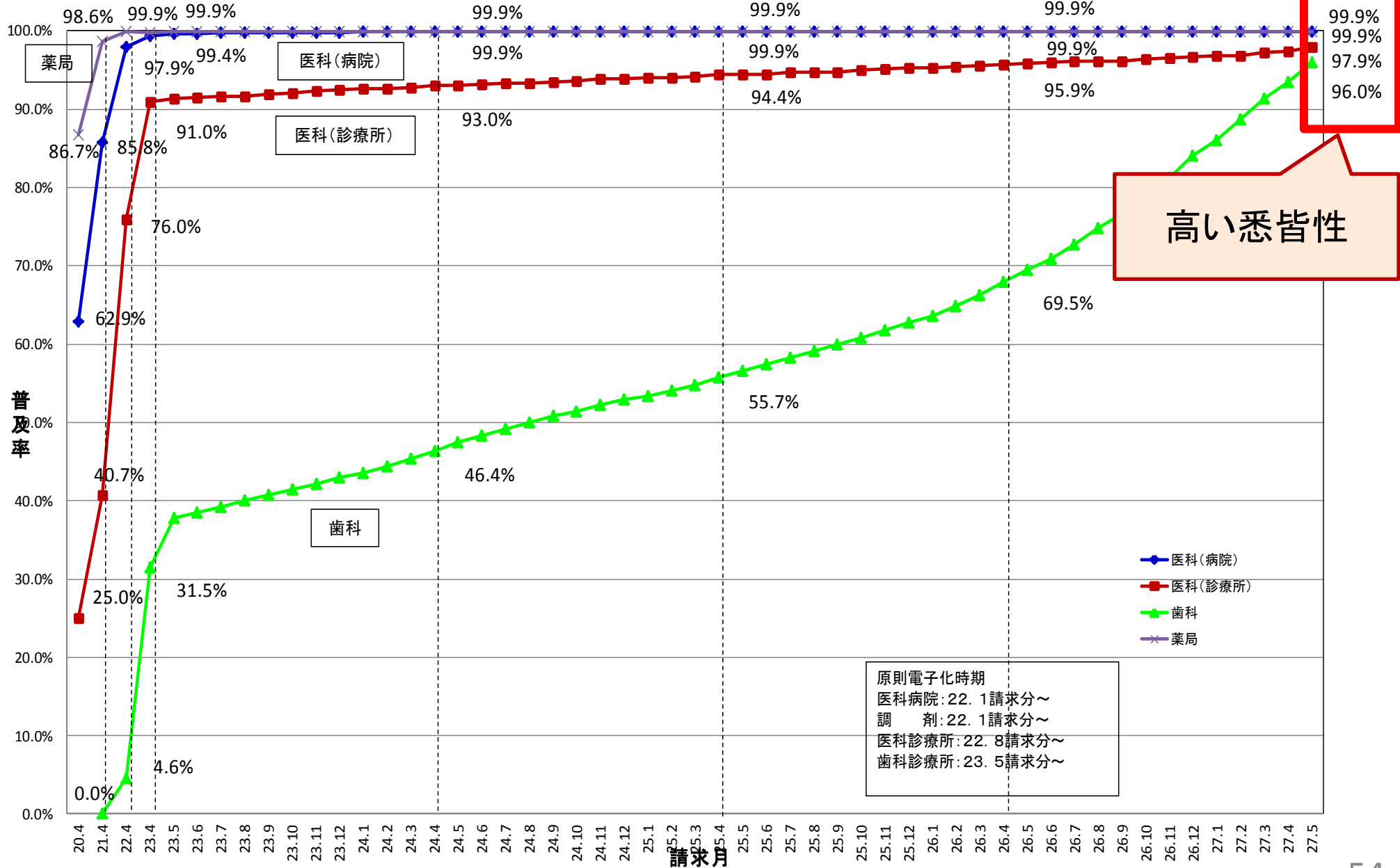
医療提供体制適正化の推進（平成30年度の実施状況を評価）	得点
① 地域医療構想調整会議における具体的対応方針について、複数の構想区域で合意が得られているか。	13
② ①の基準は満たさないが、地域医療構想調整会議における具体的対応方針について、1つの構想区域で合意が得られているか。	8
③ 平成29年度病床機能報告の報告率が平成30年6月末報告時点で100%を達成しているか。	2
④ 地域医療構想調整会議において、非稼働病棟を有する医療機関に関する議論を行っているか。	5
⑤ 地域医療構想調整会議において、新公立病院改革プラン又は公的医療機関等2025プランの議論を行っているか。	5

【平成31年度指標の考え方】

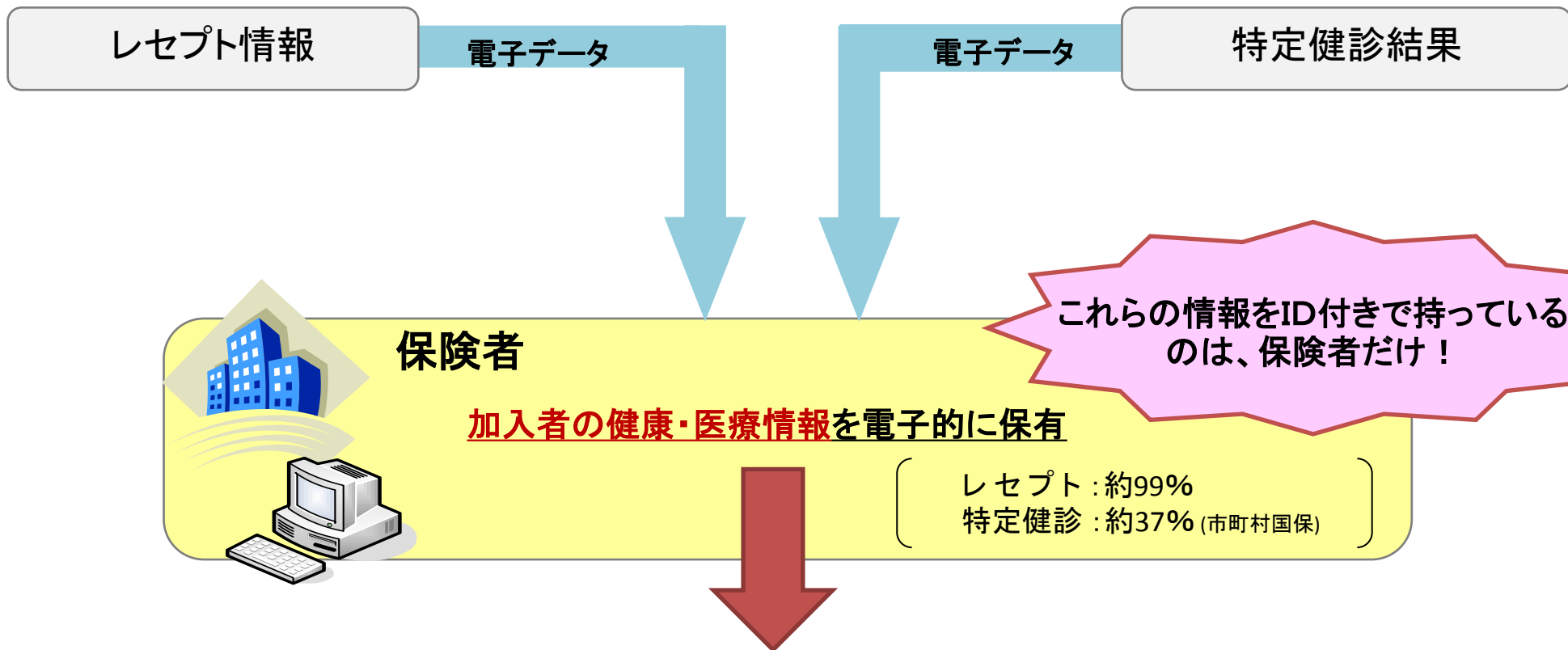
- 地域医療構想に関するワーキンググループ（厚生労働省）における地域医療構想推進に係る議論を踏まえ、新たに設定する。

3. 保健事業(データヘルス)

医療機関のレセプト電子化の推移（レセプト件数ベース）



データヘルスの発想



データを活用したPDCAによる保健事業の実施が可能に

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

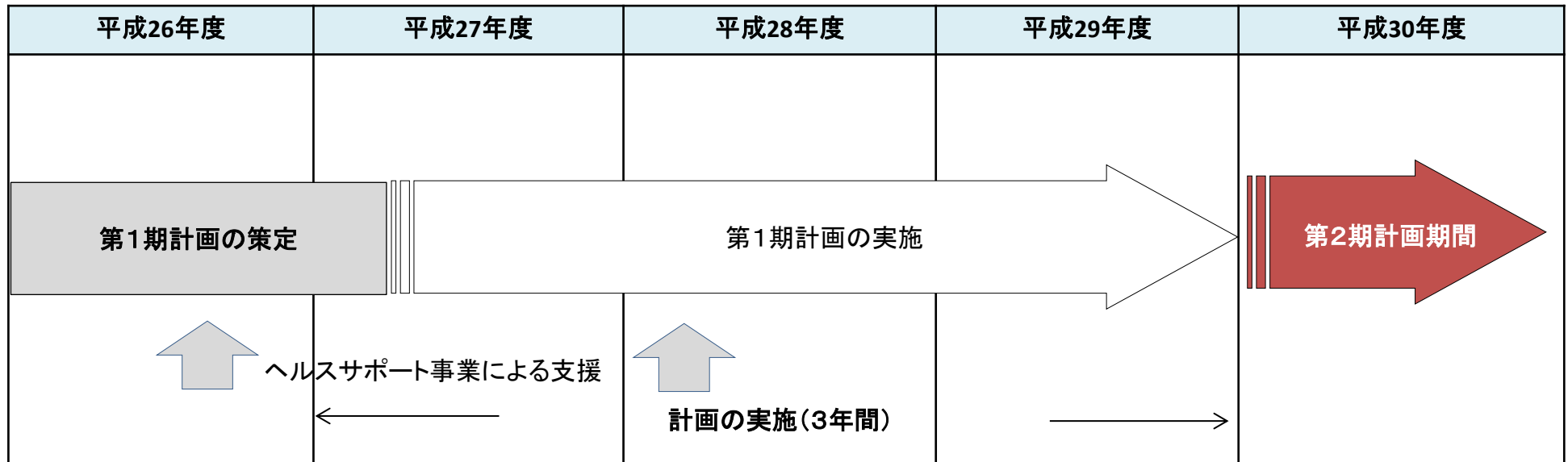
- 平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、保険者にデータヘルス計画の策定と事業実施、評価等を求めるとされ、これを受けて、平成26年4月に保健事業の実施等に関する指針の改正等を実施。

日本再興戦略（平成25年6月14日閣議決定）抄

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

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

<データヘルス計画（国保・後期広域）の実施スケジュール>



データヘルス計画におけるPDCAサイクル

計画 (Plan)

[現状の整理]
これまで実施した保健事業の考察。

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

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

[目標の設定]
最も効果が期待できる課題を、重点的に対応すべき課題として目標・対策を設定。

実施 (Do)

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

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

<より効率的・効果的な方法・内容に改善>

評価 (Check)

検査データの改善度、行動目標の達成度、生活習慣の改善状況等を評価。

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

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

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

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

改善 (Action)

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

糖尿病性腎症重症化予防の推進

背景

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

横展開を推進

環境整備・ツール提供

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

財政支援

- 国保ヘルスアップ事業・国保保健指導事業(市町村向け)

市町村が実施する保健事業(特定健診未受診者対策、生活習慣病重症化予防等)に係る経費を助成※する
※国保被保険者数に応じた助成限度額:国保ヘルスアップ事業600万~1,800万円、国保保健指導事業400万~1,200万円。財源は特別調整交付金を活用。

- 都道府県国保ヘルスアップ支援事業(都道府県向け、平成30年度新規)

都道府県が実施する保健事業等(基盤整備、現状把握・分析等)に係る経費を助成※する
※国保被保険者数に応じた助成限度額:1,500万~2,500万円。

保険者努力支援制度における評価

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

日本健康会議について

- 平成27年7月に、**経済界・医療関係団体・自治体・保険者団体のリーダー**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、保険者等における先進的な予防・健康づくりの取組が全国に広がるよう、民間主導の活動体として「**日本健康会議**」が発足。
- **保険者全数調査を実施**し、達成状況を**ホームページで公表**。
(※) 日本健康会議データポータルサイトで地域別などで「見える化」し取組を加速化
- メンバーは、**各団体のリーダーおよび有識者の計32名**で構成。
- 日本健康会議2017は、**平成29年8月23日**に開催。



今年の日本健康会議の様子

「健康なまち・職場づくり宣言2020」（8つの宣言）

宣言1	予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。
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3	予防・健康づくりに向けて、47都道府県の保険者協議会すべてが地域と職域が連携した予防に関する活動を実施する。
宣言4	健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。
宣言5	協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を1万社以上とする。
宣言6	加入者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供する保険者を原則100%とする。その際、情報通信技術（ICT）等の活用を図る。
宣言7	予防・健康づくりの企画・実施を提供する事業者の質・量の向上のため、認証・評価の仕組みの構築も視野に、保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者を100社以上とする。
宣言8	品質確保・安定供給を国に求めつつ、すべての保険者が後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取組を行う。

WEBサイト上にて全国の取組状況を可視化



重症化予防に取り組む自治体の状況

日本健康会議「健康なまち・職場づくり宣言2020」

宣言2

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

全自治体(1716市町)

要件	平成28年度 保険者データヘルス 全数調査 (平成28年3月時点)	平成29年度 保険者データヘルス 全数調査 (平成29年3月時点)
現在も過去も実施していない	520	250
過去実施していたが現在は実施していない	35	23
現在は実施していないが予定あり	362	303
糖尿病性腎症の重症化予防の取組を行っている	659	1009

5つの要件の達成状況

5つの要件の達成状況	平成28年3月時点	平成29年3月時点
①対象者の抽出基準が明確であること	622	957
②かかりつけ医と連携した取組であること	503	846
③保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること	566	907
④事業の評価を実施すること	582	721
⑤取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携(各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など)を図ること	136	817
全要件達成数(対象保険者)	118	654

保険者努力支援制度における評価状況

指標「糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況」	配点	全国平均点(得点率)
平成28年度	40点/345点	18.7点(46.75%)
平成29年度(速報)	70点/580点	44.1点(63.0%)

重症化予防(国保・後期広域)WG

趣旨

- 平成27年6月30日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2015」では、「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」とされるなど、生活習慣病の重症化予防等の取組を促進することが求められているところ。
- 同年7月10日に開催された日本健康会議において採択された「健康なまち・職場づくり宣言2020」の中で、「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。」とされたところ。
- 多くの市町村及び広域連合が生活習慣病の重症化予防に取り組むことが出来るよう、好事例の収集・検証や、取組にあたっての課題を整理する等の具体的な検討を行うため、本ワーキンググループを開催する。

開催状況

- 平成27年度：
○第1回(平成27年11月9日)～第2回(平成28年3月28日)
- 平成28年度：
○第3回(平成28年11月15日)～第4回(平成29年2月6日)
- 平成29年度：
○第5回(平成29年4月5日)～第7回(平成29年7月6日)
- 平成30年度：
○第8回(平成30年6月13日)～第10回(時期未定)

活動内容

- 都道府県、市町村、広域連合等の取組状況を把握
- 取組事例の収集、把握、発表
- 厚労科研(津下班)による取組内容の効果検証
- 重症化予防の取組を進める上での課題と対応策の検討

WG構成員

平成30年6月13日時点

有澤 賢二	日本薬剤師会 常務理事
飯山 幸雄	国民健康保険中央会 常務理事
今村 聡	日本医師会 副会長
春日 雅人	糖尿病対策推進会議 常任幹事
片岡 孝	東京都荒川区 福祉部長
門脇 孝	日本糖尿病学会 理事長
迫 和子	日本栄養士会 専務理事
佐藤 文俊	全国国民健康保険組合協会 常務理事
清水 雅之	埼玉県保健医療部保健医療政策課 課長
高野 直久	日本歯科医師会 常務理事
◎津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センター センター長
中板 育美	日本看護協会 前常任理事
西山 喜代史	滋賀県豊郷町医療保険課 課長
宮田 俊男	大阪大学産学共創本部 特任教授
森山 美知子	広島大学大学院医歯薬保健学研究院 教授
柳澤 和也	神奈川県後期高齢者医療広域連合 事務局長
山縣 邦弘	日本腎臓学会 理事

今後の糖尿病性腎症重症化予防の基本的な方向性

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

※ 日本健康会議「健康なまち・職場づくり宣言2020」の目標

基本的な方向性

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

今後の予定

1. 重症化予防WGにおける検討の深掘り

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

2. 重症化予防の周知啓発 (平成30年度新規)

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

3. 取組に対する財政支援

○市町村が実施する保健事業に対する助成

- ・国保ヘルスアップ事業、国保保健指導事業

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

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

○都道府県が実施する保健事業等に対する助成 (平成30年度新規)

- ・都道府県国保ヘルスアップ支援事業(仮)

※都道府県が実施する基盤整備、現状把握・分析等に係る経費を助成する

※国保被保険者数に応じた助成限度額:1,500万~2,500万円

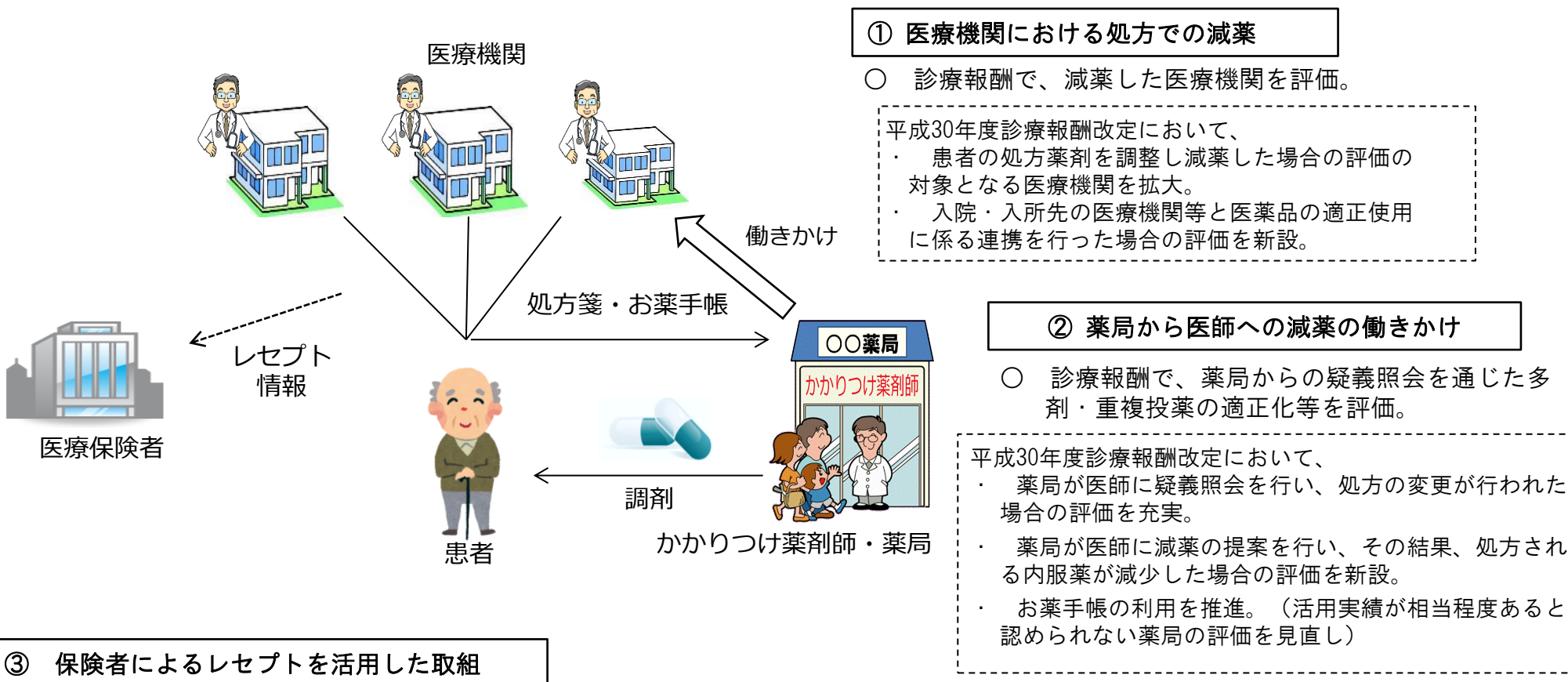
4. 保険者努力支援制度による評価

○取組の質の向上に向けて評価指標を見直し

- ・平成29・30年度の実施状況等を見つつ、日本健康会議重症化予防WGでの議論も踏まえ、平成31年度の評価指標を設定

- 医薬品適正使用の推進は、医薬品の有効性確保や副作用防止、医療費の適正化の観点から重要。その際、薬局や医療機関が、個々の患者の服薬状況を正確に把握した上で対応できるようにすることが重要。今後、レセプト情報を活用した個々の患者の服薬情報の一元的な把握による、医療機関・薬局での処方・調剤での減薬の手法について検討していく。

(※) 多剤・重複投薬の適正化を含め、患者の安全な服薬の観点から、厚労省の「高齢者医薬品適正使用検討会」において高齢者の医薬品適正使用の指針に関する検討が進められている(平成30年4~6月を目途に総論編、平成30年度末に詳細編がそれぞれ策定予定)。



高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）

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

高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）

はじめに

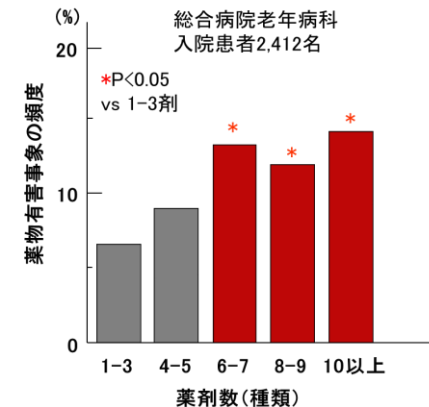
1. ポリファーマシーの概念
 2. 多剤服用の現状
 3. 薬剤見直しの基本的な考え方及びフローチャート
 4. 多剤服用時に注意する有害事象と診断、処方見直しのきっかけ
 5. 多剤服用の対策としての高齢者への薬物投与の留意事項
 6. 服薬支援
 7. 多職種・医療機関及び地域での協働
 8. 国民的理解の醸成
- 別添 高齢者で汎用される薬剤の基本的な留意点 等

【二段階の指針案作成について】

調査分析等を並行して実施するため、**二段階の作成**を検討。

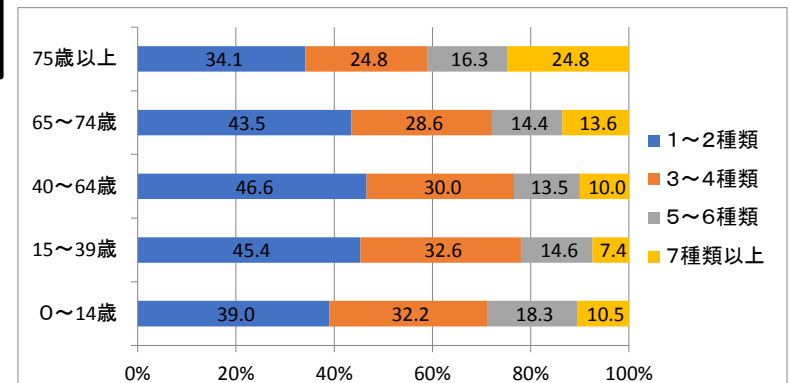
- 平成29年度：指針（総論編）
⇒ **平成30年5月29日通知発出「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）について」**
- 平成30年度：追補として療養環境別の指針

図1. 服用薬剤数と薬物有害事象の頻度



(「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015」より改変引用)

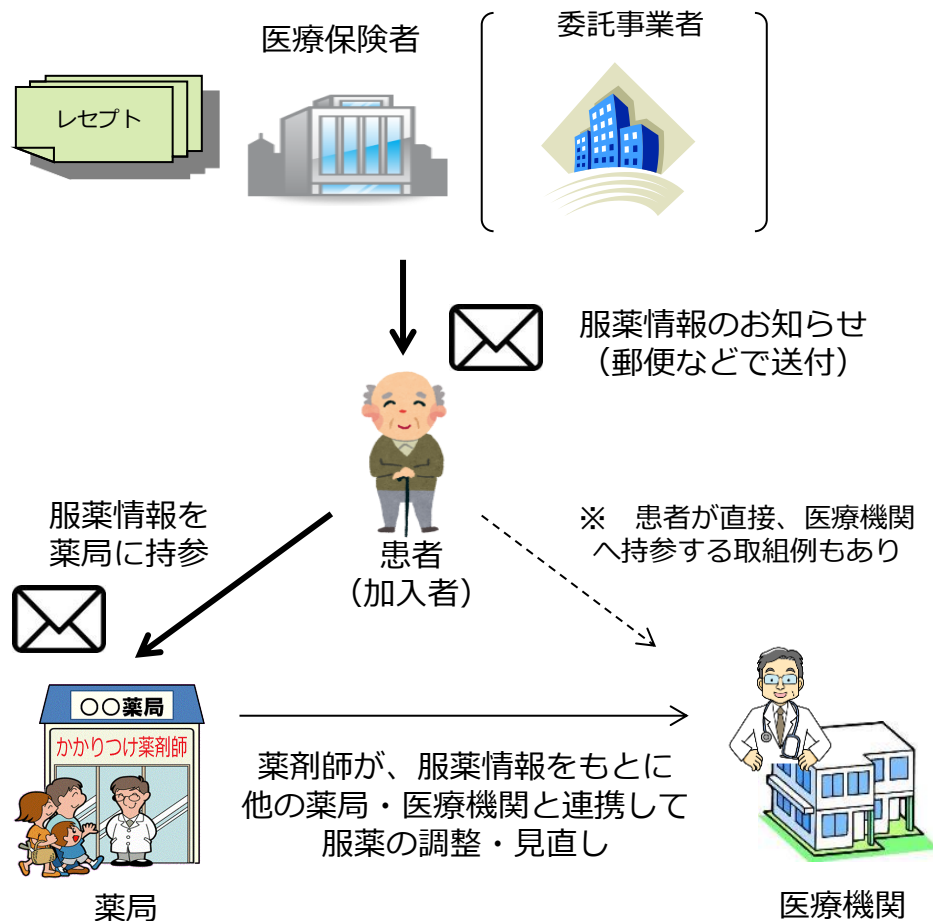
図2 同一の保険薬局で調剤された薬剤種類数（/月）
（平成28年社会医療診療行為別統計）



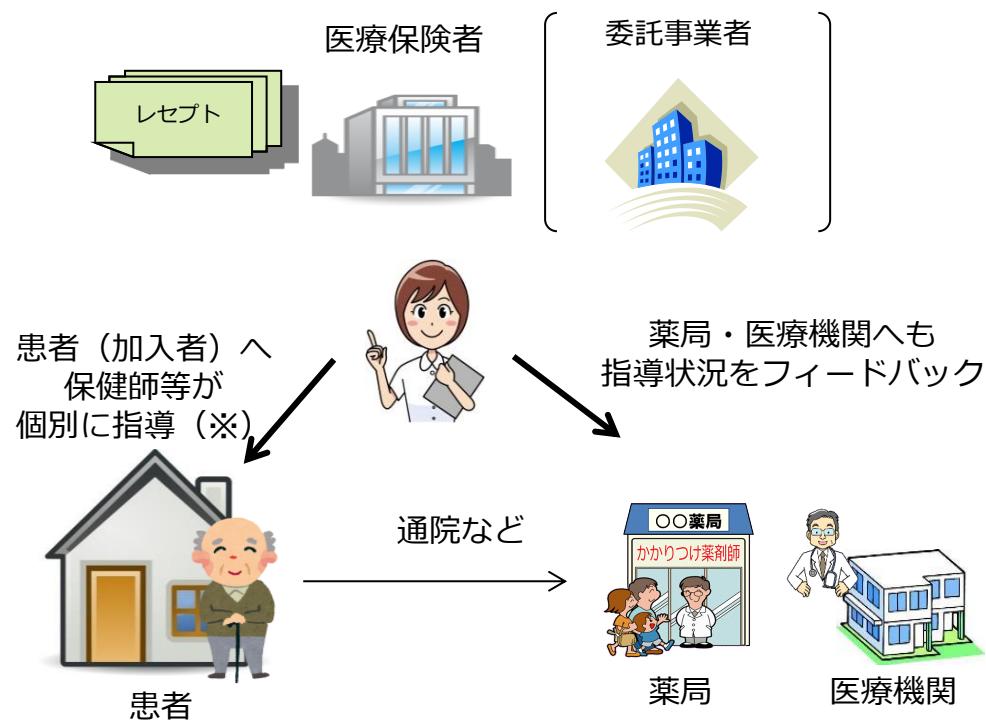
保険者による現行の取組例

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

対象の加入者に服薬情報を通知するパターン



対象の加入者に個別に訪問・指導するパターン

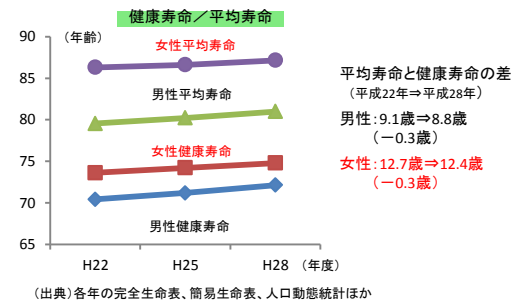


(※) 重複・多剤服薬の指導を、薬の飲み残しや生活習慣の見直しの指導等とあわせて実施する取組例もある。

(※) 服薬指導を、患者が利用する薬局（薬剤師）に直接委託することで、効果的に調剤・処方の見直しへつなげる取組例もある。

予防・健康づくりの推進(医療保険・介護保険における予防・健

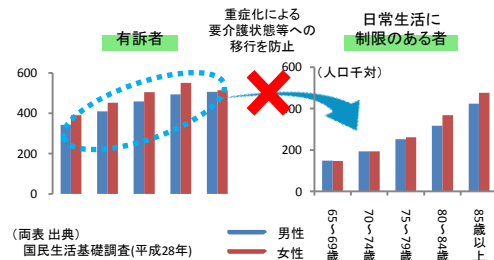
- 人生100年時代を見据え、健康寿命を延伸するため、高齢者の予防・健康づくりを推進することが重要。
- 高齢者の有病率は高く、早期発見・早期対応とともに、重症化予防が課題。
- また、生活機能も急速に低下し、高齢者が参加しやすい活動の場の拡大や、フレイル対策を含めたプログラムの充実が課題。
- さらに、介護予防と生活習慣病対策・フレイル対策は実施主体が別であり、高齢者を中心として提供されるよう連携が課題。
- このため、フレイル対策等の介護予防と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防を一体的に実施する枠組みを構築。



健康寿命の延伸に向けた課題

1. 疾病予防・重症化防止の対応

- ▶ 高齢者の大半は何らかの自覚症状を有し、医療機関に受診。
- ▶ 慢性疾患の有病率が非常に高く、複数の慢性疾患を有する割合も高水準。
 - ⇒ 早期発見・早期対応 (特定健診・保健指導の実施率向上等)
 - ⇒ 効果的な重症化予防 (日常生活に支障が生じるリスクへの対応)



2. 高齢者の生活機能低下への対応

- ▶ 高齢者の生活機能は75歳以上で急速に低下。

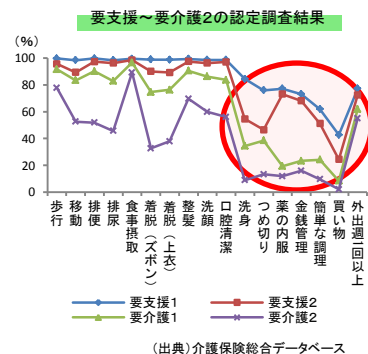
	65~69	70~74	75~79	80~84	85~
日常生活に制限	15%	19%	26%	35%	46%
要介護認定率	3%	6%	14%	29%	59%

(出典) 上欄: 国民生活基礎調査(平成28年)
下欄: 人口推計及び介護保険事業状況報告月報(平成27年11月分)

- ▶ 身の回りの動作等は維持されていても、買い物、外出等の生活行為ができなくなる傾向。
- ▶ 高齢者が気軽に立ち寄る通いの場(=介護予防の場)を整備しているが、参加率は低迷。フレイル対策(運動、口腔、栄養等)を含めたプログラムの改善が求められている。

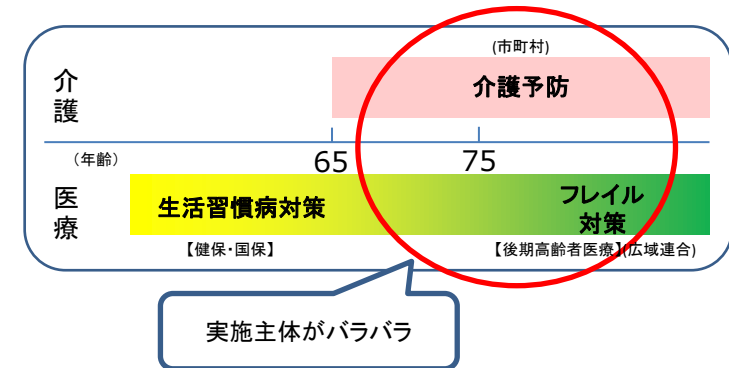
※平成28年度の参加率: 高齢者人口の4.18%

- ⇒ 高齢者が参加しやすい活動の場の拡大、プログラムの充実



3. 1・2の一体的対応

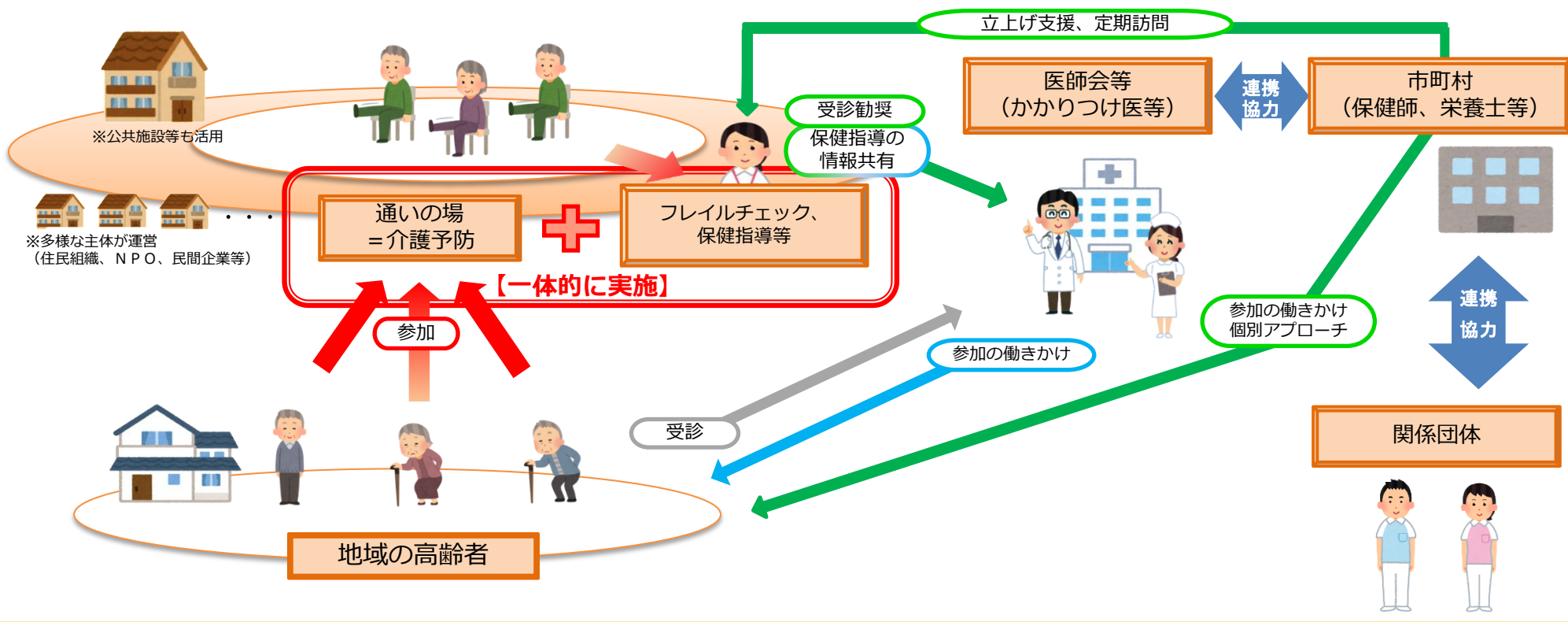
- ▶ 生活習慣病対策・フレイル対策(医療保険)と介護予防(介護保険)が別々に展開。
- ▶ 医療保険の保健事業は、75歳を境に、保険者・事業内容が異なる。



予防・健康づくりの推進(医療保険・介護保険における予防・健康づくりの一体的実施)②

- 高齢者の通いの場を中心とした介護予防（フレイル対策(運動、口腔、栄養等)を含む）と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防の一体的実施。
- 通いの場の拡大、高齢者に対して生きがい・役割を付与するための運営支援、かかりつけの医療機関等との連携。

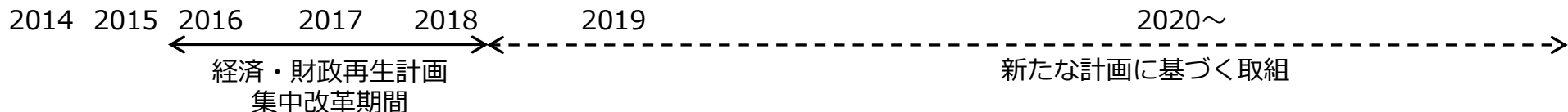
地域ぐるみで介護・フレイル予防を一体的に実施 ⇒ 健康寿命の延伸



4. 今後の医療保険制度、 社会保障制度の課題

2040年を展望した社会保障改革についての国民的な議論の必要性

- 高齢者数がピークを迎える2040年頃の社会保障制度を展望すると、社会保障の持続可能性を確保するための給付と負担の見直し等と併せて、新たな局面に対応する課題である「健康寿命の延伸」や「医療・介護サービスの生産性の向上」を含めた新たな社会保障改革の全体像について、国民的な議論が必要。



社会保障・税一体改革等への対応

2040年を展望した社会保障改革

<社会保障の充実・安定化>

- 社会保障の充実
 - ・ 子ども・子育て新制度の創設、保育の受け皿拡大、育児休業中の経済的支援の強化など、消費税収を子ども・子育て分野に充当
 - ・ 医療・介護の充実、年金制度の改善
- 社会保障の安定化
 - ・ 基礎年金国庫負担割合 2分の1等

消費税率引上げ
(2019年10月予定)
→ 一体改革に関わる
制度改革が完了

(社会保障の充実)

- 年金生活者支援給付金制度の創設
 - 介護保険1号保険料軽減強化の完全実施
- ※ 新しい経済政策パッケージを実施

- 後期高齢者保険料軽減特例(均等割)の見直し

<持続可能性の確保のための制度改革>

- 社会保障制度改革プログラム法や改革工程表に沿って、社会保障の給付に係る重点化・効率化を推進
- 経済・財政再生計画の「目安」を達成。社会保障関係費の実質的な伸びは2016～2018年度で1.5兆円弱

<引き続き取り組む政策課題>

これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保

<新たな局面に対応した政策課題>

現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上

労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保

これらの政策課題を総合的に検討していくため、
社会保障改革の全体像に関する国民的な議論が必要

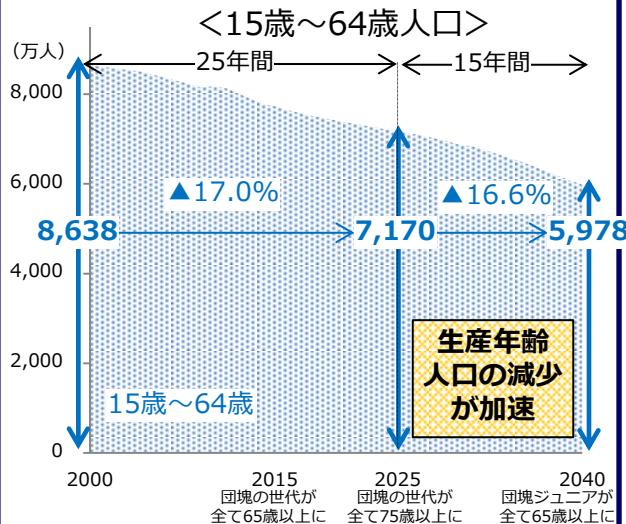
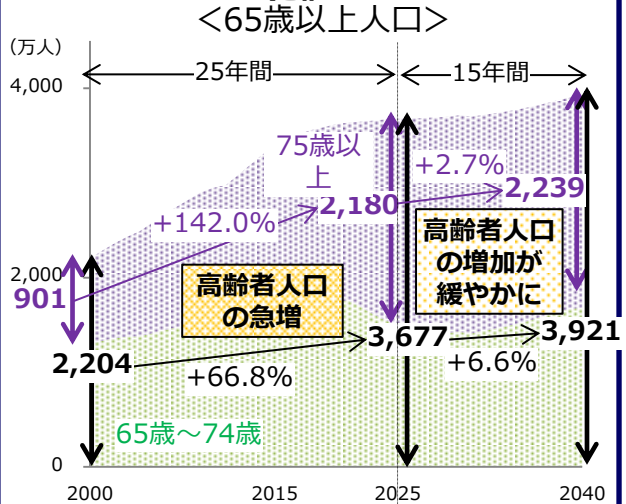
厚生労働省において、健康寿命の延伸と医療・介護サービスの生産性向上に向けた目標設定や施策の具体化に着手。可能なものから予算措置や制度改革を検討。

2040年頃を展望した社会保障改革の新たな局面と課題

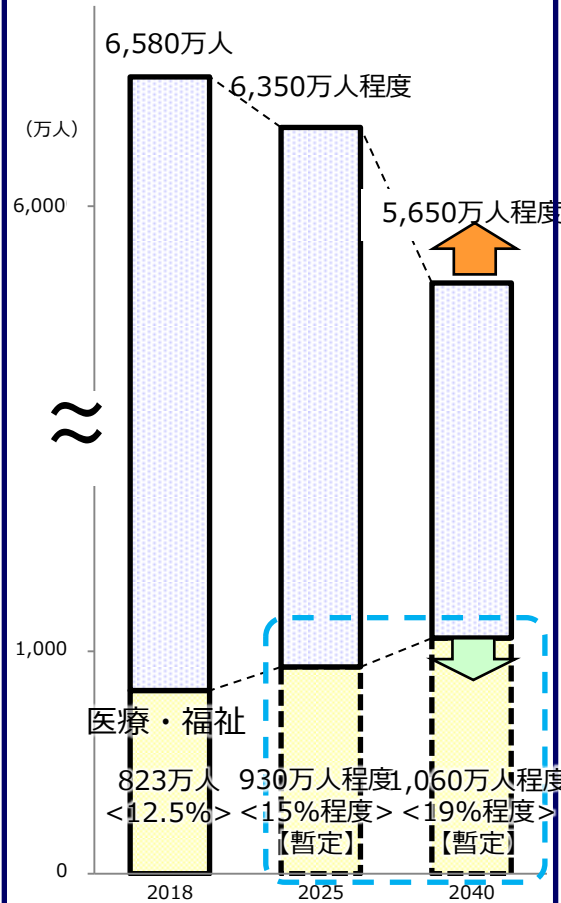
人口構造の推移を見ると、2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化。

2025年以降の現役世代の人口の急減という新たな局面における課題への対応が必要。

《2040年までの人口構造の変化》



《就業者数の推移》



(資料) 就業者数について、2018年は内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」、2025年以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年 労働力需給の推計」の性・年齢別の就業率と国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」(出生中位・死亡中位推計)を用いて機械的に算出。医療・福祉の就業者数は、医療・介護サービスの年齢別の利用状況(2025年)をもとに、人口構造の変化を加味して求めた将来の医療・介護サービスの需要から厚生労働省において推計(暫定値)。

国民的な議論の下、

- これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保も図りつつ、
- 以下の新たな局面に対応した政策課題を踏まえて、総合的に改革を推進。

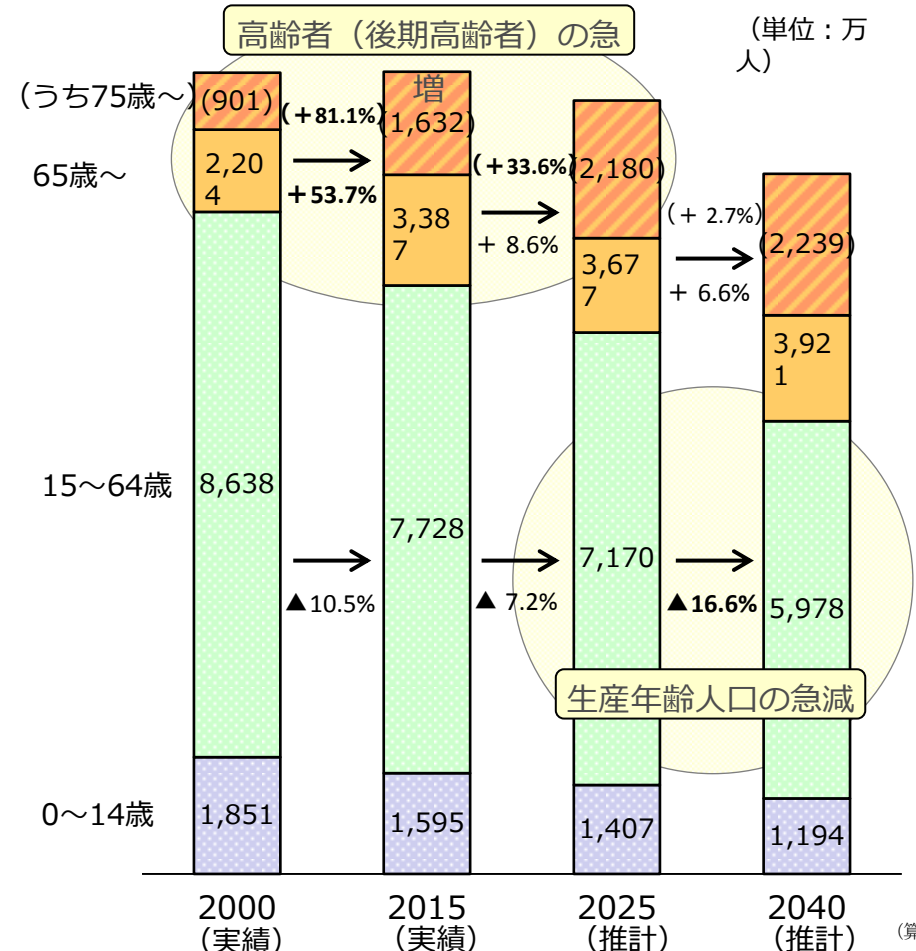
《新たな局面に対応した政策課題》

1. 現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上
 ⇒ 高齢者をはじめとして多様な就労・社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していく基盤として2040年までに3年以上健康寿命を延伸することを目指す。
2. 労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保
 ⇒ テクノロジーの活用等により、2040年時点において必要とされるサービスが適切に確保される水準の医療・介護サービスの生産性の向上を目指す。

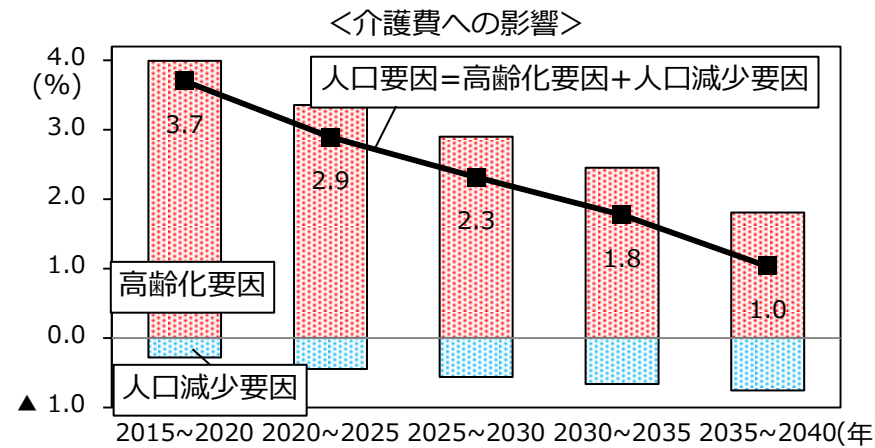
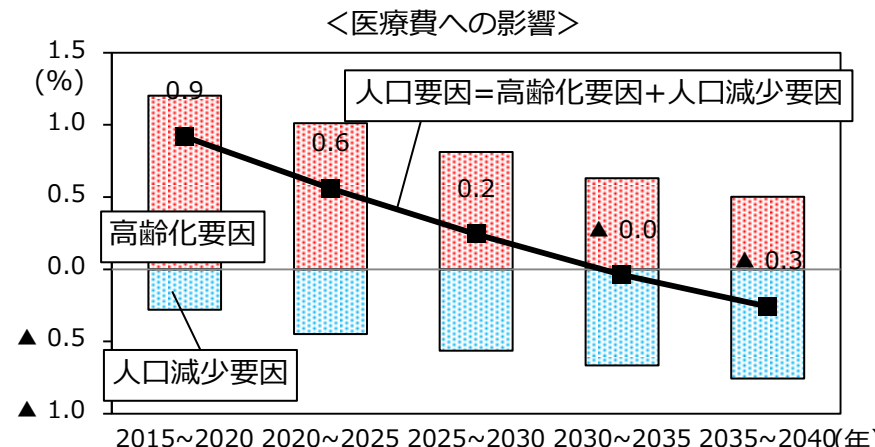
2025年までの社会の変化と2025年以降の社会の変化

- 我が国の人口動態を見ると、いわゆる団塊の世代が全員75歳以上となる2025年に向けて高齢者人口が急速に増加した後、高齢者人口の増加は緩やかになる。一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速。
- 人口構造の変化の要因が医療・介護費の増加に及ぼす影響は、2040年にかけて逡減。

【人口構造の変化】



【人口構造の変化が医療・介護費に及ぼす影響】



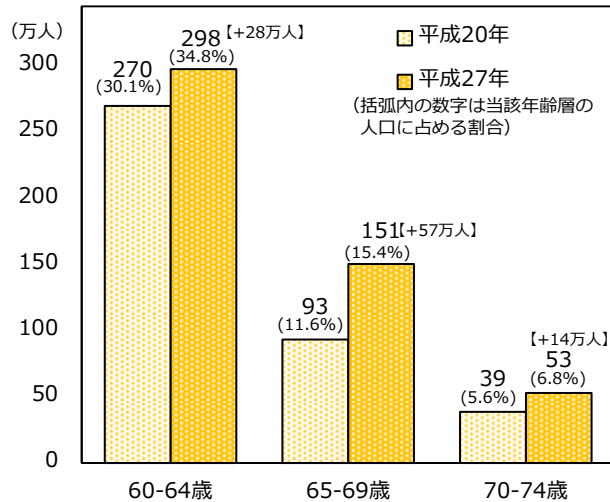
(算出方法) 年齢階級別1人当たり医療費及び介護費の実績と将来の年齢階級別人口を元に、年齢階級別1人当たり医療費・介護費を固定した場合の、将来の年齢階級別人口をベースとした医療費及び介護費を算出し、その伸び率を「人口要因」による伸び率としている。その上で、総人口の減少率を「人口減少要因」とし、「人口要因」から「人口減少要因」を除いたものを、「高齢化要因」としている。

生産年齢人口の急減という局面で健康寿命の延伸に取り組むことの重要性 ～高齢者就業の拡大を例に～

- 近年の高齢者就業の拡大は、今日の経済社会において、社会保障のみならず経済社会全体に様々な好影響をもたらしている。
- 今後、生産年齢人口の急減という新たな局面を迎える我が国経済社会の活力の維持向上のためには、高齢者の方々の就労・社会参加の基盤となる健康寿命の延伸等が重要な政策課題に。

制度の支え手と保険料収入の増加

<被用者保険被保険者の推移(60~74歳)>

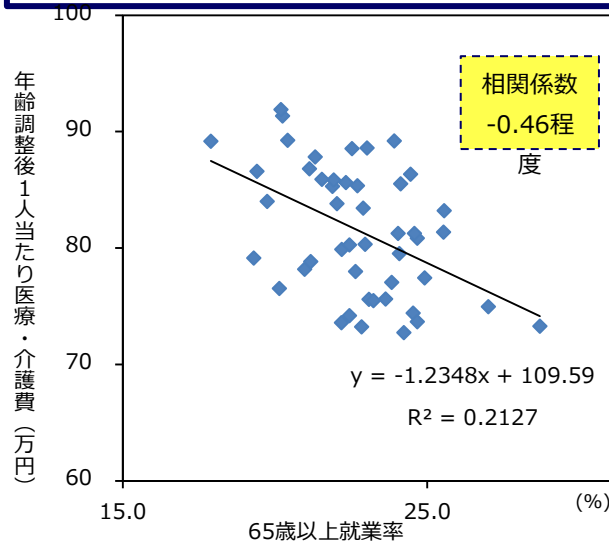


- 平成27年は平成20年と比べて、60~74歳の被用者保険被保険者数は99万人増（被保険者数全体の増（149万人）の約2/3に相当）。
- この増加した者に係る標準報酬が当該年齢の平均値（平成27年健康保険被保険者実態調査より）と同程度と仮定して、保険料収入への影響を粗く推計すると、約3,400億円の増加。

(グラフ出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

就業による健康の保持 (医療・介護の需要減)

<65歳以上就業率と医療・介護費 (27年度)>

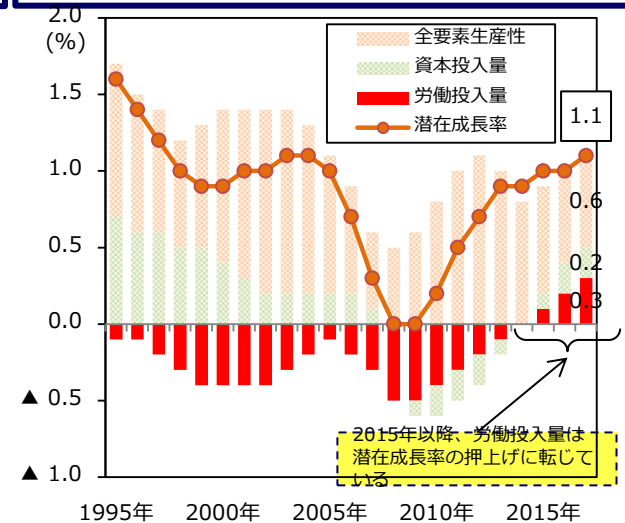


- 都道府県ごとの65歳以上就業率と年齢調整後1人当たり医療・介護費との間には負の相関。
- 厚生労働省「中高齢縦断調査」(特殊報告)によれば、1年前に就業していない者より就業している者の方が「健康」を維持する確率や、「不健康」が「健康」へ改善される確率が高いとの結果。

(グラフ出典) 65歳以上就業率は「国勢調査」。年齢調整後1人当たり医療費は、市町村国保と後期高齢者医療における年度データ。年齢調整後1人当たり介護費は、1号被保険者を対象に集計した年度データ。

労働投入増による潜在成長率の押し上げ

<潜在成長率の推移>



- 労働投入量の潜在成長率への寄与を見ると、労働力人口が頭打ちとなる中で長らく押し下げ要因だったが、2015年以降、押し上げ要因に転換。
- 「中長期の経済財政に関する試算」の成長実現ケースは、今後潜在成長率が2%程度となる姿を描いており、これを実現するためには、高齢者の方々のさらなる就業促進を通じた労働投入量の拡大が重要。

(グラフ出典) 内閣府「月別経済報告」

2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材） 一概要一

（内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 平成30年5月21日）

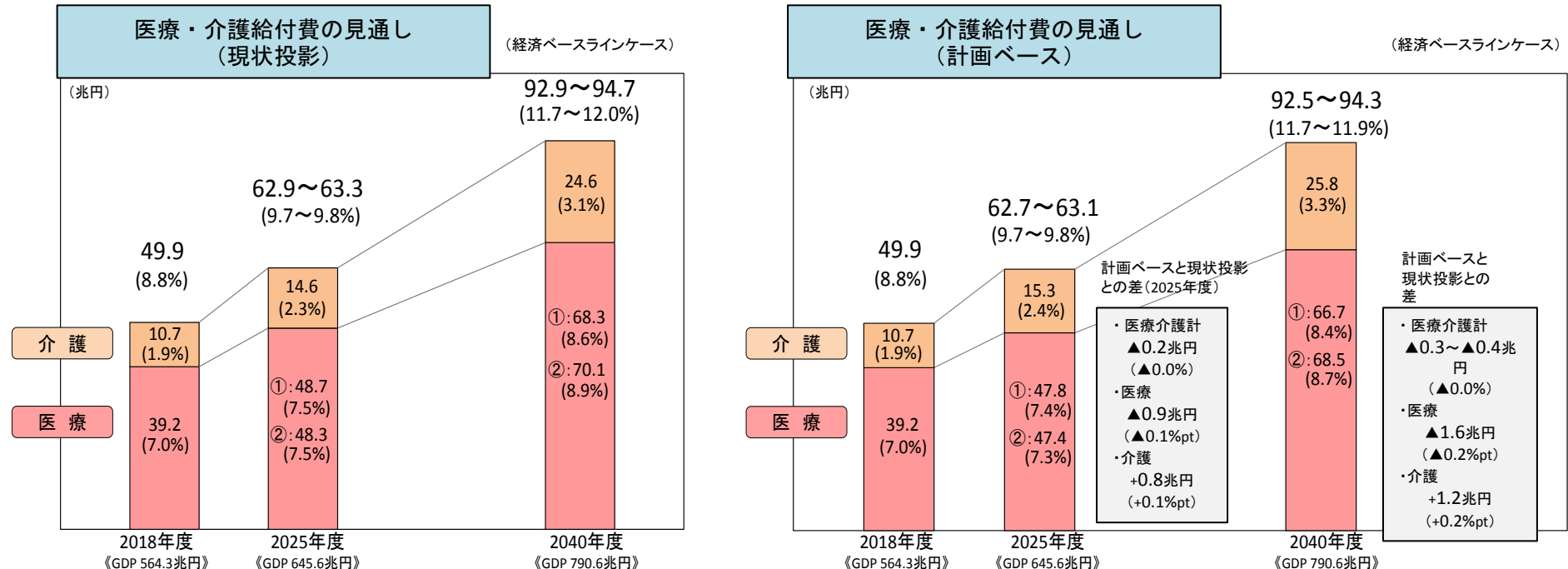
○ 高齢者人口がピークを迎える2040年頃を見据え、社会保障給付や負担の姿を幅広く共有するための議論の素材を提供するために、一定の仮定をおいた上で、将来見通しを作成。

試算結果①医療・介護給付費の見通し（計画ベースと現状投影との比較）

○ 現在、全国の都道府県、市区町村において、医療・介護サービスの提供体制の改革や適正化の取組みが進められている。これらの取組みに係る各種計画（地域医療構想、医療費適正化計画、介護保険事業計画）を基礎とした「計画ベース」の見通しと、現状の年齢別受療率・利用率を基に機械的に将来の患者数や利用者数を計算した「現状投影」の見通しを作成。

○ 医療・介護給付費について2つの見通しを比較すると、計画ベースでは、

- ・ 医療では、病床機能の分化・連携が進むとともに、後発医薬品の普及など適正化の取組みによって、入院患者数の減少や、医療費の適正化が行われ（2040年度で▲1.6兆円）、
- ・ 介護では、地域のニーズに応じたサービス基盤の充実が行われることで（2040年度で+1.2兆円）疾病や状態像に応じてその人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会の実現を目指したものとなっている。



（注1）医療については、単価の伸び率の仮定を2通り設定しており、給付費も2通り（①と②）示している。

（注2）「計画ベース」は、地域医療構想に基づく2025年度までの病床機能の分化・連携の推進、第3期医療費適正化計画による2023年度までの外来医療費の適正化効果、第7期介護保険事業計画による2025年度までのサービス量の見込みを基礎として計算し、それ以降の期間については、当該時点の年齢階級別の受療率等を基に機械的に計算。なお、介護保険事業計画において、地域医療構想の実現に向けたサービス基盤の整備については、例えば医療療養病床から介護保険施設等への転換分など、現段階で見通すことが困難な要素があることに留意する必要がある。

※ 平成30年度予算ベースを足元に、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」、内閣府「中長期の経済財政に関する試算（平成30年1月）」等を踏まえて計算。

なお、医療・介護費用の単価の伸び率については、社会保障・税一体改革時の試算の仮定を使用。（ ）内は対GDP比。

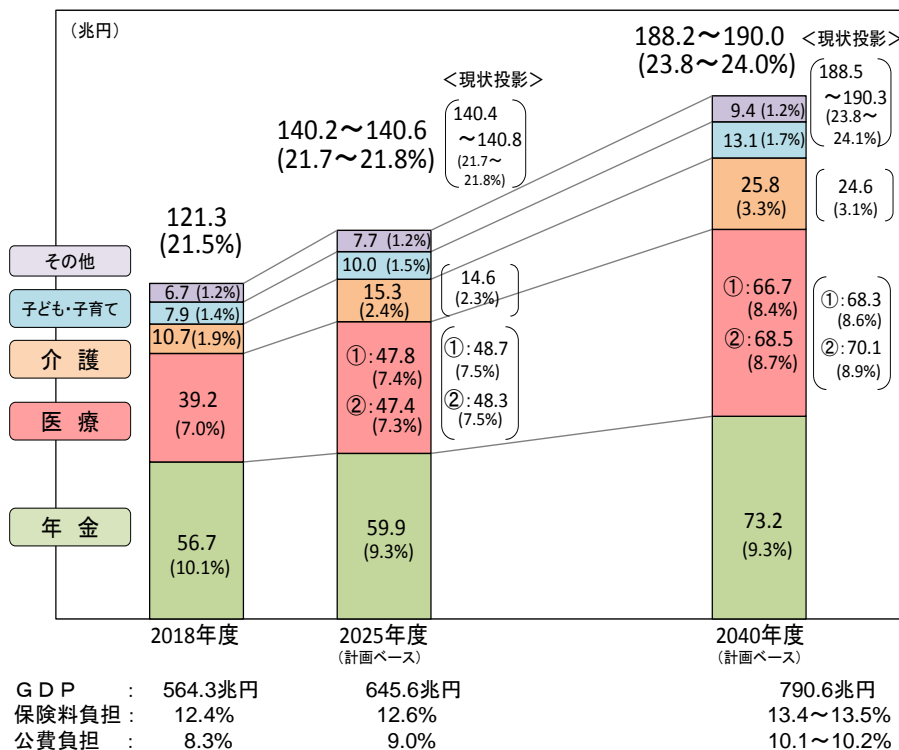
試算結果②(社会保障給付費全体の見通し)

- 社会保障給付費の対GDP比は、2018年度の21.5%(名目額121.3兆円)から、2025年度に21.7~21.8%(同140.2~140.6兆円)となる。その後15年間で2.1~2.2%ポイント上昇し、2040年度には23.8~24.0%(同188.2~190.0兆円)となる。(計画ベース・経済ベースラインケース※)
- 経済成長実現ケース※でも、社会保障給付費の対GDP比は概ね同様の傾向で増加するが、2040年度で比較するとベースラインケースに比べて、1%ポイント程度低い水準(対GDP比22.6~23.2%(名目額210.8~215.8兆円))(計画ベース・経済成長実現ケース)。

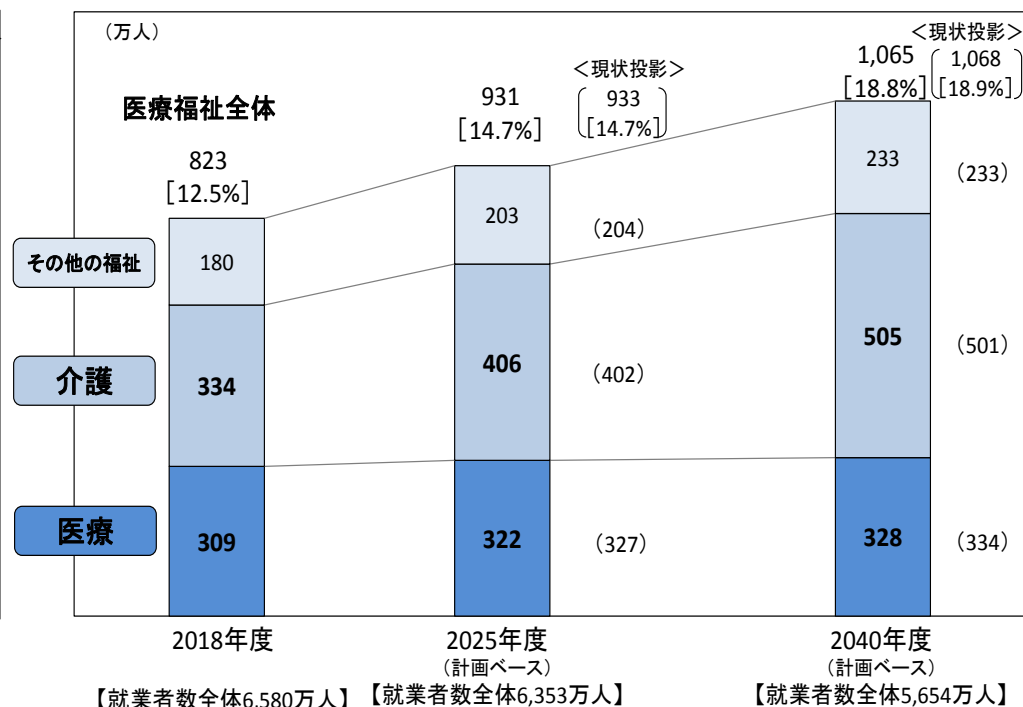
※経済ベースラインケース及び成長実現ケースの経済前提については次頁参照。

社会保障給付費の見通し

(経済ベースラインケース)



医療福祉分野における就業者の見通し



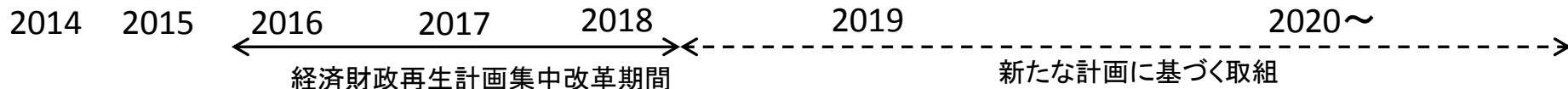
(注1) 医療については、単価の伸び率の仮定を2通り設定しており、給付費も2通り(①と②)示している。

(注2) 「計画ベース」は、地域医療構想に基づく2025年度までの病床機能の分化・連携の推進、第3期医療費適正化計画による2023年度までの外来医療費の適正化効果、第7期介護保険事業計画による2025年度までのサービス量の見込みを基礎として計算し、それ以降の期間については、当該時点の年齢階級別の受療率等を基に機械的に計算。なお、介護保険事業計画において、地域医療構想の実現に向けたサービス基盤の整備については、例えば医療療養病床から介護保険施設等への転換分など、現段階で見通すことが困難な要素があることに留意する必要がある。

(注3) 医療福祉分野における就業者の見通しについては、①医療・介護分野の就業者数については、それぞれの需要の変化に応じて就業者数が変化すると仮定して就業者数を計算。②その他の福祉分野を含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の就業者数の変化率を用いて機械的に計算。③医療福祉分野の短時間雇用者の比率等の雇用形態別の状況等については、現状のまま推移すると仮定して計算。

※平成30年度予算ベースを足元に、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」、内閣府「中長期の経済財政に関する試算(平成30年1月)」等を踏まえて計算。なお、医療・介護費用の単価の伸び率については、社会保障・税一体改革時の試算の仮定を使用。()内は対GDP比。[]内は就業者数全体に対する割合。保険料負担及び公費負担は対GDP比。

これまでの医療保険制度改革と一体改革後の展望



社会保障・税一体改革等への対応

《消費税増収分等を活用した社会保障の充実》

- 地域医療介護総合確保基金(2014年度～)
- 国保等の低所得者保険料軽減措置の拡充(2014年度～)
- 国保への財政支援の拡充
(2015年度～:約1,700億円 2018年度～:約3,400億円)
- 高額療養費の見直し(2015年～)

《持続可能性の確保等のための制度改革》

- (患者負担関係)
- 70～74歳の患者負担の見直し(2014～18年度:1割→2割)
 - 高齢者の高額療養費の見直し(2017、18年度)
 - ・一般外来:1.2万円/月→段階的に1.8万円/月
 - ・現役並み外来:外来特例廃止、3区分化
 - 紹介状のない大病院受診の定額負担
(2016年度:500床以上、18年度:400床以上)
 - 入院時の食事療養費の見直し(2016、18年度)
 - 高齢者の入院時居住費の見直し(2017、18年度)
- (保険料関係)
- 後期高齢者保険料軽減特例の見直し(2017～19年度)
 - ・所得割:5割軽減→段階的に軽減なし
 - ・元被扶養者:9割軽減→段階的に軽減なし
 - 後期高齢者支援金の総報酬割(2015～17年度)
- (財政基盤関係・診療報酬関係)
- 国保改革(都道府県単位の財政運営:2018年度～)
 - 薬価制度の抜本改革(2018年度～)

消費税率引上げ
(2019年10月予定)
→ 一体改革に関わる制度改革が完了

- (一体改革の社保充実)
- 年金生活者支援給付金制度の創設
 - 介護保険1号保険料軽減強化の完全実施

※新しい経済政策パッケージを実施

改革工程表2018年度内の検討課題

- 後期高齢者医療制度の患者負担の在り方
- 外来受診時の定額負担の在り方
- 薬剤自己負担の引上げ
- 医療保険制度の負担への金融資産等の反映

- 後期高齢者保険料軽減特例(均等割)の見直し

2040年を展望した社会保障改革

国民的な議論の下、

- これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保も図りつつ、
- 以下の新たな局面に対応した政策課題を踏まえて、総合的に改革を推進。

《新たな局面に対応した政策課題》

1. 現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上

⇒ 高齢者をはじめとして多様な就労・社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していく基盤として、2040年までに3年以上健康寿命を延伸することを目指す。

2. 労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保

⇒ テクノロジーの活用等により、2040年時点において必要とされるサービスが適切に確保される水準の医療・介護サービスの生産性の向上を目指す。

地域医療構想に基づく医療提供体制改革

医療費適正化計画

データヘルス改革、審査支払機関改革

今後の医療保険制度の検討について

- 消費税率引上げが予定されている2019年10月に社会保障と税の一体改革に関わる制度改革が完了が予定されており、一体改革後の社会保障改革の展望が求められる。
- 高齢者数がピークを迎える2040年頃の社会保障制度を展望すると、社会保障の持続可能性を確保するための給付と負担の見直し等と併せて、新たな局面に対応する政策課題である「健康寿命の延伸」や「医療・介護サービスの生産性の向上」を含めた新たな社会保障改革の全体像について、国民的な議論が必要。
- こうした中、厚生労働省においては、2040年を展望した社会保障改革に対応していく必要があり、健康寿命の延伸と医療・介護サービスの生産性の向上に向けた目標設定や施策の具体化に着手し、可能なものから予算措置や制度改正を検討していくことが必要。あわせて、医療保険制度の持続可能性の確保のため、不断の改革を進め、総合的な社会保障改革に取り組んでいくことが必要。

2040年を展望した社会保障改革
(医療保険制度関係)

1. 社会保障の持続可能性の確保

給付と負担の見直し等により制度の持続可能性の確保を図る。

- 負担能力に応じた負担の在り方(世代間・世代内)、保険給付の在り方
 - 医療保険制度の基盤・保険者機能の強化
 - 高齢者医療制度の在り方 等
- ※改革工程表の検討事項

2. 現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上

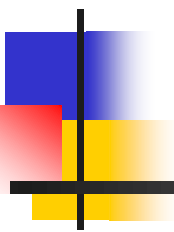
高齢者をはじめとして多様な就労・社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していく。

- 健康寿命の延伸(介護予防と保健事業の一体的実施等)
- 被用者保険の適用拡大 等

3. 労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保

テクノロジーの活用等により、2040年時点において必要とされるサービスが適切に確保される水準の医療・介護サービスの生産性の向上を目指す。

地域医療構想に基づく医療提供体制改革
医療費適正化計画
データヘルス改革、審査支払機関改革



新国保制度施行と 今後の展開について

政策研究大学院大学 島崎謙治

最初に・・・古いフィルムを映写した趣旨

1. このフィルムは、岩手県の国保の取組みをPRするために、おそらく1955年初めに作製されたもの。
 - ※ 映像中に昭和29年10月29日付けの領収書が出てくる。
岩手県は昭和30年にすべての県下市町村が国保を実施。
2. 国保法の制定は昭和13年であるが、それ以前から産業組合（農協の前身）が医療利用組合を設け農村医療活動を展開。
 - ※ ちなみに、昭和23年に厚生農協連に承継された際、岩手県は病院・診療所は県が引き取った。 cf. 青森、秋田。
3. 今日、国保や国民皆保険は“空気のような存在”だが、これは先人の並々ならぬ努力の知恵の産物である。この貴重な財産を後世代に引き継ぐことは我々に課せられた責務。
4. 住民協働による診療所・病院の建設、国保保健婦（当時）活動、国保運営協議会の活動など「原点」を考える上で示唆的。

今般の改革の「原点」に戻ると・・・

国民健康保険の保険者の在り方等について

第2部 社会保障4分野の改革

II 医療・介護分野の改革

2 医療・介護サービスの提供体制改革

(2) 都道府県の役割強化と国民健康保険の保険者の都道府県移行

・・・**A**:国民健康保険に係る財政運営の責任を担う主体(保険者)を都道府県とし、**B**:更に地域における医療提供体制に係る責任の主体と国民健康保険の給付責任の主体を都道府県が一体的に担うことを射程に入れて実務的検討を進め、**C**:都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担の在り方を総合的に検討することを可能とする体制を実現すべきである。ただし、**D**:国民健康保険の運営に関する業務について、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・保健事業など引き続き市町村が担うことが適切な業務が存在することから、都道府県と市町村が適切に役割分担を行い、**E**:市町村の保険料収納や医療費適正化へのインセンティブを損なうことのない分権的な仕組みを目指すべきである。

※ AからEのアルファベットは原文にはない。説明の便宜上、島崎が付したものである。

(質問)

- Aについて・・・保険者とは何か？ 財政運営に責任を負う主体だけが保険者か？
- Bについて・・・これはどういう意味か？ 今回の国保制度改革のねらいは何か？
- Cについて・・・「地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担」との関係如何？
- Dについて・・・具体的にどのような役割分担となるか。そして、それはなぜなのか？
- Eについて・・・これは何を言っているのか？

国保制度改革の概要（都道府県と市町村の役割分担）

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

医療制度と年金制度の相違

- 年金制度とは、誰か(例:現役の労働者)からお金を徴収し、それを財源として、他の誰か(例:高齢になり引退した労働者)の給付に充てるという、financeだけの仕組みである。これに対し、医療制度では、financeの前に医療サービスのdeliveryが存在する。deliveryとfinanceは、車の両輪にたとえられる。そのどちらかの構造が悪いと医療制度は機能しない。
- 年金は生活を営む上で重要だが、生死に直接かかわるわけではない。医療は人の生死に直接かかわる。したがって、年金制度がない国でも、国民皆が医療を受けられるようにすること(UHC:ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ)が目指されている。

UHCの実現の手法

UHCを実現する手法としては、大別して次の2つがある。どちらを選択するかは、医療政策の大きな「分岐点」である。

(1) 社会保険方式

「国民皆(全員)」を「社会保険」によりカバーする方式。財源は主として保険料である。

(代表国) 日本、ドイツ、フランス、オーストリア、オランダ、スイス

(注)「保険」とは、あらかじめ保険料を拠出し保険事故(医療では病気・怪我)が生じた場合に給付を行う仕組みである。なお、民間保険と異なり社会保険では、①強制加入が通例、②保険料は傷病リスクに比例しない、③保険料は応能負担(所得に応じた負担)が加味されるのが通例、といった相違がある。

(2) 税方式

政府(国または地方自治体)が医療サービスを直接供給する方式。財源は当然税金であるため、一般に「税方式」と呼ばれる。

(代表国) 英国、北欧4国、カナダ、オーストラリア、ニュージーランド、イタリア

(注)この方式の重要なポイントは、政府がdelivery とfinanceを一体的に行うことにある。その意味では、税方式というよりも直接供給方式と呼ぶ方が、その本質を的確に表している。

図 医療制度の粗い国際比較

	日本	ドイツ	フランス	イギリス	スウェーデン	アメリカ					
供給	「民」中心 (公の占める割合は約3割)	「公」中心 (公の占める割合は約9割)	「公」中心 (公の占める割合は約7割)	ほぼすべてが「公」	ほぼすべてが「公」	「民」中心 (公の占める割合は約25%)					
財政	「公」 (社会保険方式)	「公」 (社会保険方式)	「公」 (社会保険方式)	「公」 (税方式)	「公」 (税方式)	「民」 (メディケア・メディケイドを除く)					
財政の制度設計	<ul style="list-style-type: none"> ○国民皆保険 ○社会保険方式 ○「保険料」のほか「税」の割合も高い <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">75歳</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-right: 1px solid black; padding: 5px;">後期高齢者医療</td> <td style="width: 33%; border-right: 1px solid black; padding: 5px;">国民健康保険</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">被用者保険</td> </tr> </table> </div>	後期高齢者医療	国民健康保険	被用者保険	<ul style="list-style-type: none"> ○国民の9割が対象(自営業者・高所得者は任意加入) ○社会保険方式 ○原則として「保険料」 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">9割の国民を社会保険方式でカバー</p> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">※2009年1月から国民皆保険化(公的保険か民間保険に加入)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○全国民が対象 ○社会保険方式 ○保険料が約5割、その他一般社会拠出金等が約5割 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">民間セクターの被用者 保険(一般制度)</p> <p style="text-align: center;">公務員等の被用者 保険(特別制度)</p> <p style="text-align: center;">自営業者 保険</p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> ○全国民を対象 ○保健サービス方式 ○財源は「税」 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> <p>税方式で国民 全員をカバー</p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> ○全国民を対象 ○保健サービス方式 ○財源は「税」 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> <p>税方式で国民 全員をカバー (県単位)</p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> ○公的医療費保障は、高齢者・障害者、低所得者、児童のみ ○メディケアは社会保険方式 ○メディケイドは「税」により低所得者をカバー <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">65歳</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-right: 1px solid black; padding: 5px;">公的医療保険 (メディケア)</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">民間保険に 任意加入</td> </tr> </table> </div>	公的医療保険 (メディケア)	民間保険に 任意加入
後期高齢者医療	国民健康保険	被用者保険									
公的医療保険 (メディケア)	民間保険に 任意加入										

(出典) 島崎謙治 (2011) 『日本の医療—制度と政策』

被用者保険と地域保険の二本建てによる国民皆保険

1. 基本構造

- 市町村に住所を有する者は、当該市町村を保険者とする国民健康保険(地域保険)の適用対象。ただし、被用者(官公庁や民間企業の正規労働者)およびそれらの被扶養者は国民健康保険の適用除外。

※ 正確に言えば、生活保護受給者は医療扶助が行われるため適用除外。

- つまり、日本の国民皆保険は、国民健康保険(地域保険)の「投網」をいったん国民全員にかけること(換言すれば国民健康保険を「受け皿」とすること)により成り立っている。

2. 沿革

- 1922年:ドイツの疾病保険法をモデルとして、工業労働者を対象に健康保険法が制定。その後、ホワイトカラーなど対象拡大。
- 1938年:農民・自営業者等を対象に国民健康保険法(旧法)が制定。これは日本の独創である。ただし、任意設立・任意加入方式であった。
- 1958年:国民健康保険法が全面改正。1961年から全市町村で実施かつ強制加入(国民皆保険の実現)。

1938年の旧国民健康保険法の制定の背景と成功要因

1. 背景

当時、農村の窮乏が深刻。医療内容も劣悪。被用者保険の「農村版」を作り、農村の疲弊を救済する必要に迫られた。

2. 成功要因

① 制度設計(例:診療報酬)に関し被用者保険の仕組を「援用」できるとともに、地域保険を運営する行政財政のインフラが存在。

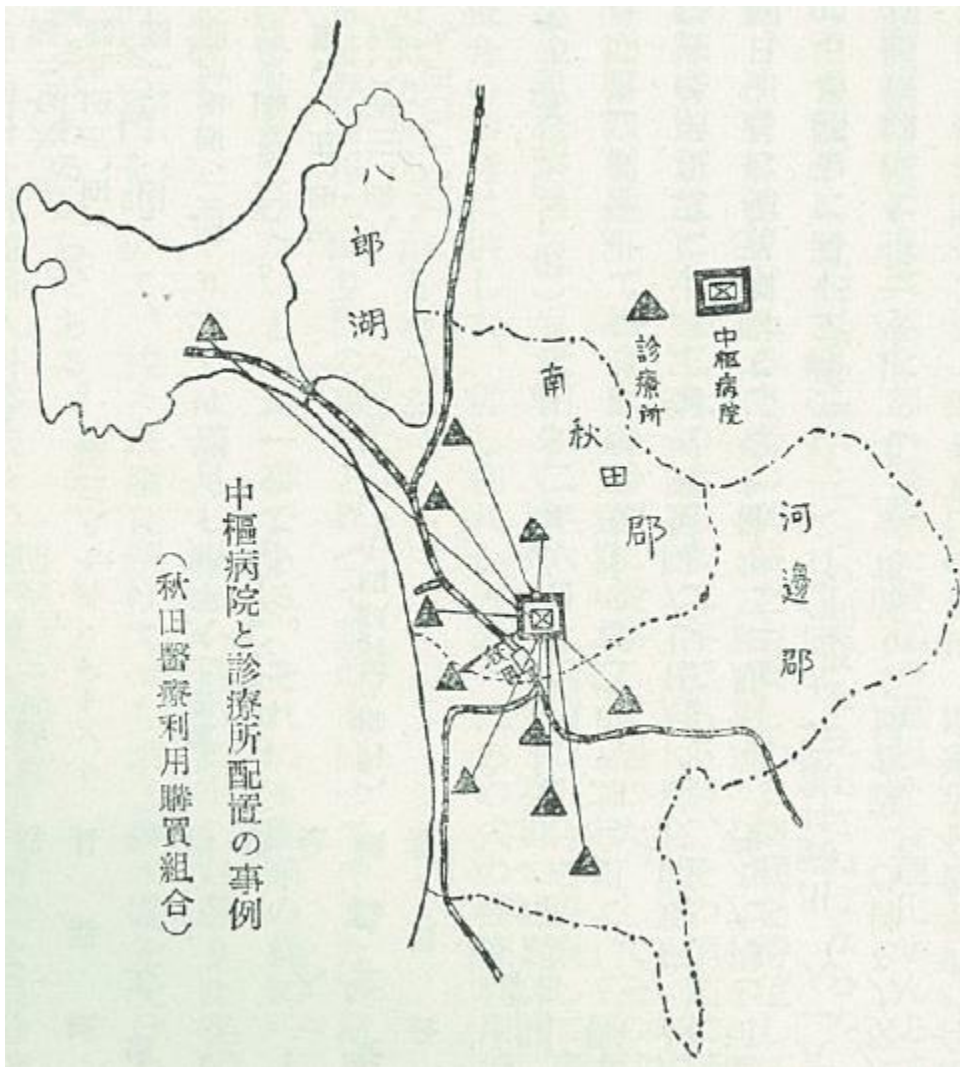
(例)この当時、住所管理(地域保険では必須)の仕組ができていた。また、地方住民税の徴収も行われていた。⇒ 住民のフローの所得の捕捉がある程度できており、応能負担の保険料設定が可能であった。

② 医療水準は高くなかったとはいえ、農村の医療を確保する活動等が展開されていた。例:現在の農業協同組合の前身が病院等を建設。

③ 戦時体制の強化に伴い、国が「健民健兵」(国民を健康にすることにより健康な兵士を作る)の一環として、国保の普及を強力に推進。

⇒ 1942年頃には全国で95%程度まで普及。ただし 国民皆保険に近づいたというのは過大評価(医師や医療資材の不足により保健活動中心が実情)。

(参考) 医療利用組合の先駆性



1. 基本的な考え方

「地勢上、交通上1ブロックをなす地区の中心に、近代医学の粋を集めた完全なる総合病院を設置し、此處に多数の優秀なる人的要素を擁する。かくて之を「基地」として、此處より区域内僻地に支所として分院、診療所、出張所等を配置し、又はこれらを置くことの出来ない地域には巡回診療班を派遣する」

(出典) 黒川泰一(1939)『保健政策と産業組合』167-168頁

2. 先駆性

・これは、偶然にも、1931年の国際連盟保健部による農村地区の医療制度の組織化の考え方と符合。

・また、戦後、WHOが開発途上国に対し勧奨した、3層制による地域医療確保構想の「先取り」。

1961年の国民皆保険の背景と成功要因

1. 背景

- ① 日本経済は、第二次世界大戦の壊滅的打撃を克服し急速に復興。
※ 社会保険は国民の所得水準が一定以上でなければ成立しない。
- ② 一方、傷病による貧困は大きな社会問題。1956年当時、総人口の約3割が無保険者状態にあった。
- ③ 1955年に保守勢力が結集し現在の自由民主党が結成。政治が戦後復興の「明るいシンボル」を求めている。
⇒ いわば経済復興（「もはや戦後ではない」1956年度版経済白書）と貧困（「果たして戦後は終わったか」1956年度版厚生白書）が交錯する時代背景の中で、国民皆保険が政治プロセスに浮上した。

2. 成功要因

- ① 被用者保険と国民健康保険の二本建ての基盤が存在。
※ 国民皆保険前でも国民健康保険を実施していた市町村は数多く存在。
- ② 僻地に公立病院の設置が進むなど一定水準の医療のdeliveryが確保。
- ③ 地方自治関係団体・マスコミ等が国民皆保険を強く支持。
※ 国(厚生省)は当初は“及び腰”(皆保険は実現不可能だと考えていた)。
- ④ 経済界が国民皆保険を支持した。医師会も強い反対は行わなかった。
そのひとつの理由は当時の医療水準では医師は過剰気味であったこと。
- ⑤ 制度設計の権限の分散がなかった(厚生省に権限が一元化されていた)。
- ⑥ 貧富の差が大きいと皆保険は難しいが、日本は貧富の差が小さかった。

国民皆保険が実現した後の給付の拡充

日本は1973年にオイルショックが起こるまで高度経済成長が続いた。これを背景に、給付内容を拡充するなど国民皆保険の実質を具備させていった。本当の国民皆保険の完成は1973年頃という見方も可能。

(主な例)

①. 国民健康保険、被用者保険の被扶養者の給付率の引上げ(5割給付から7割給付へ)

②. 高額療養費(自己負担限度額の上限設定)制度の導入

③. 「制限診療」を撤廃

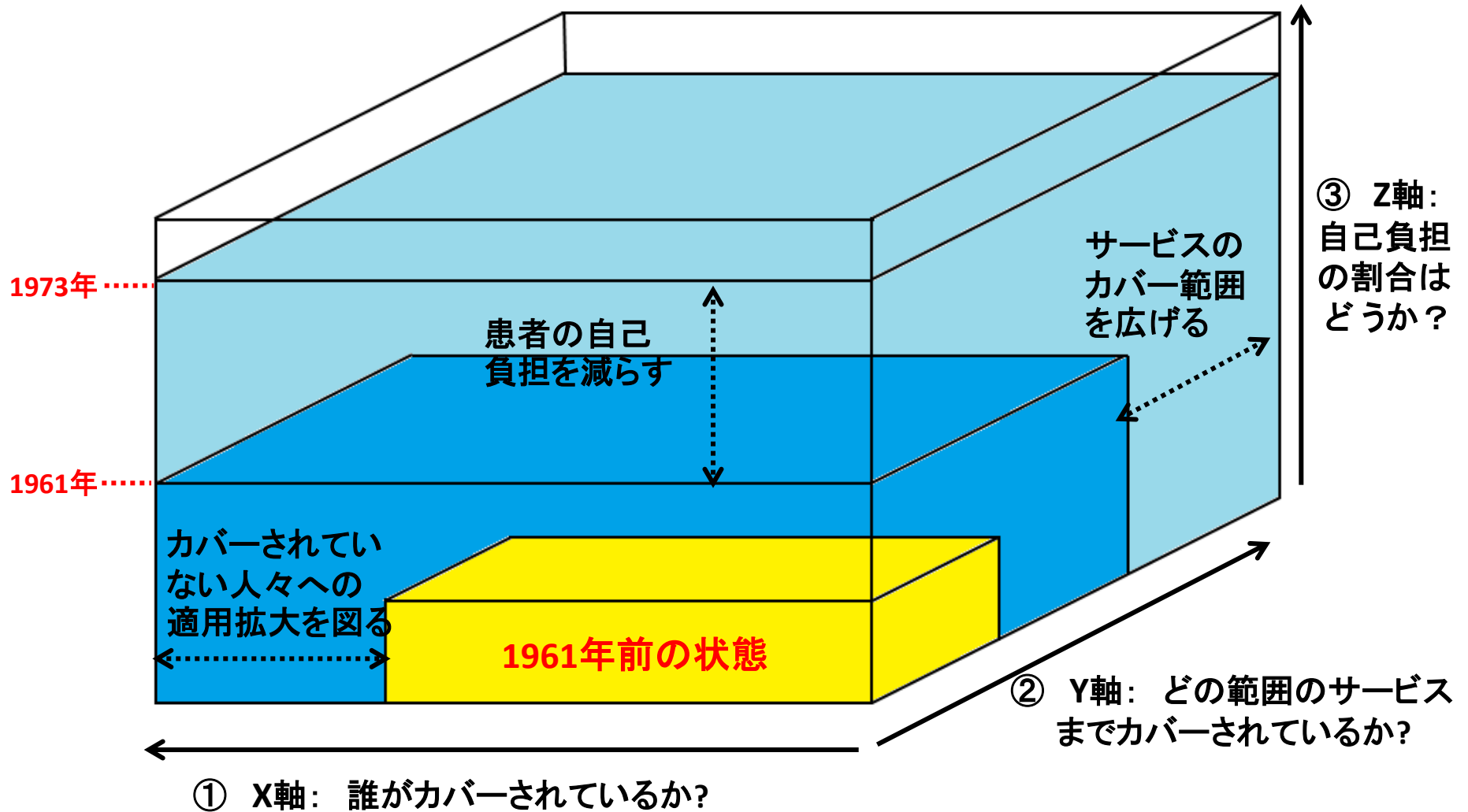
※ 制限診療・・・最新の抗生物質を使用できるのは、サルファ剤を使ってもダメ、ペニシリンを使用しても効果がなかった場合に限られるなどの制限があった。

④. 老人医療費の無料化(1973年度から実施)

⇒ 演者は①から③は評価するが、④は(沢内村等の取組は別にして)日本の医療制度史上、最大の「失策」だとの評価。

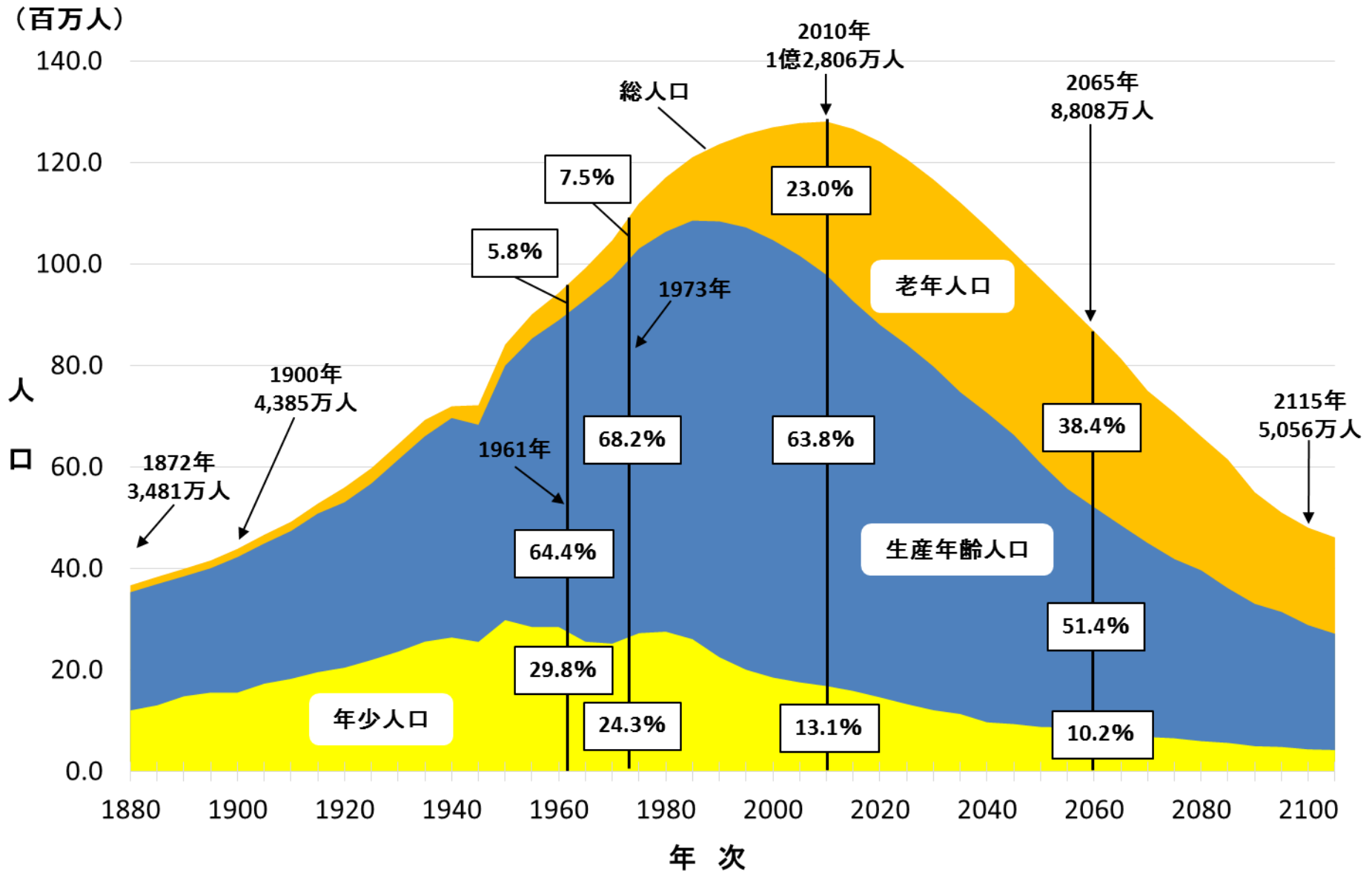
国民皆保険の達成・成熟過程

(1961年前・1961年・1973年の比較)



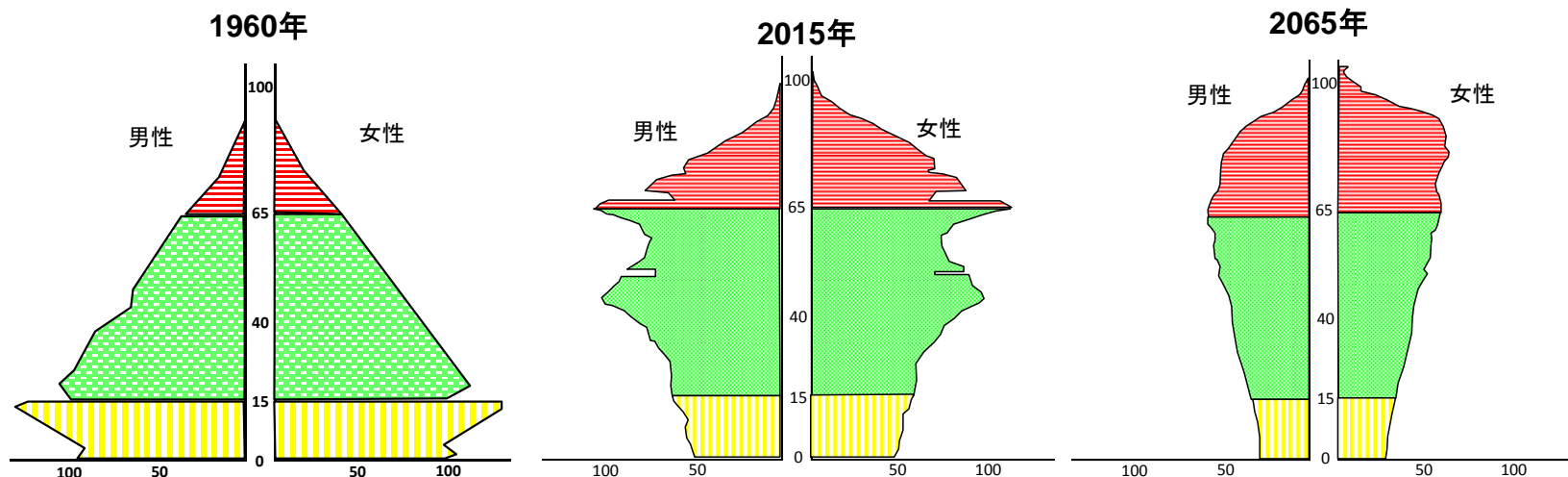
(出典)筆者作成。立方体の図のコンセプトは「World Health Report 2010」による。

日本の人口の推移(年齢3区分) 1880-2115年



(出典)「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計(2017年推計)」

人口ピラミッドの変化（1960年，2015年，2065年）



(留意すべき点)

- ① 「第一次ベビーブーム」(および「第二次ベビーブーム」)の影響が、“波のように”長期にわたり及ぶ。
- ② 今後、出生数が減少するのは合計特殊出生率が低下するからではない。母数となる出産年齢人口が減少するからである。(参考) 出生率中位の場合の仮定値は、2015年が1.45、2040年が1.44、2065年は1.44。
- ③ 100歳以上は、1963年が153人。2015年は6.2万人。2051年には53.4万人と推計される。

(注)縦軸は年齢、横軸は人口(単位:万人)。

(出典)1960年・2015年は「国勢調査」。2065年は「日本の将来推計人口(2017年推計)」の出生中位・死亡中位推計。

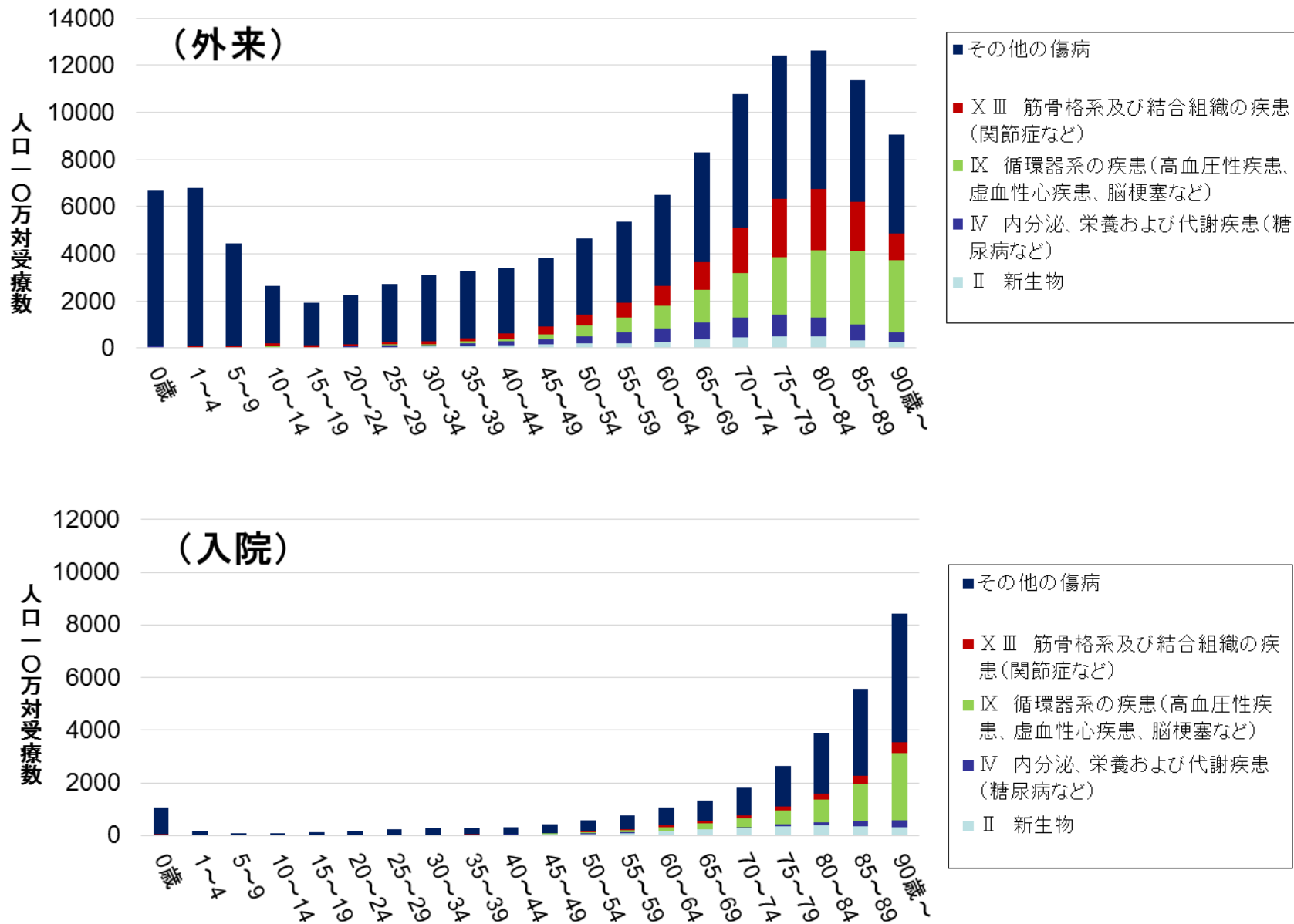
将来人口の基本指標

年	総人口(A) (万人)	人口3区分				高齢化率 (D/A)	老年人口の 生産年齢人 口に対する 割合(D/C)	(参考) 生産年齢人 口を20~69歳、 老年人口を70 歳以上とした 場合の老年人 口の生産年齢 人口の割合
		年少 人口(B) (15歳未満) (万人)	生産年齢 人口(C) (15~64歳) (万人)	老年 人口(D) (65歳以上) (万人)	(参考) 再掲 (75歳以上) (万人)			
2015	12,709 (100)	1,595 (100)	7,728 (100)	3,387 (100)	1,632 (100)	26.6 %	2.3人で 1人を 支える	3.4人で 1人を 支える
2040	11,092 (87)	1,194 (75)	5,978 (77)	3,921 (116)	2,239 (137)	35.3 %	1.5人で 1人を 支える	2.1人で 1人を 支える
2065	8,808 (69)	898 (56)	4,529 (59)	3,381 (100)	2,248 (138)	38.4 %	1.3人で 1人を 支える	1.7人で 1人を 支える

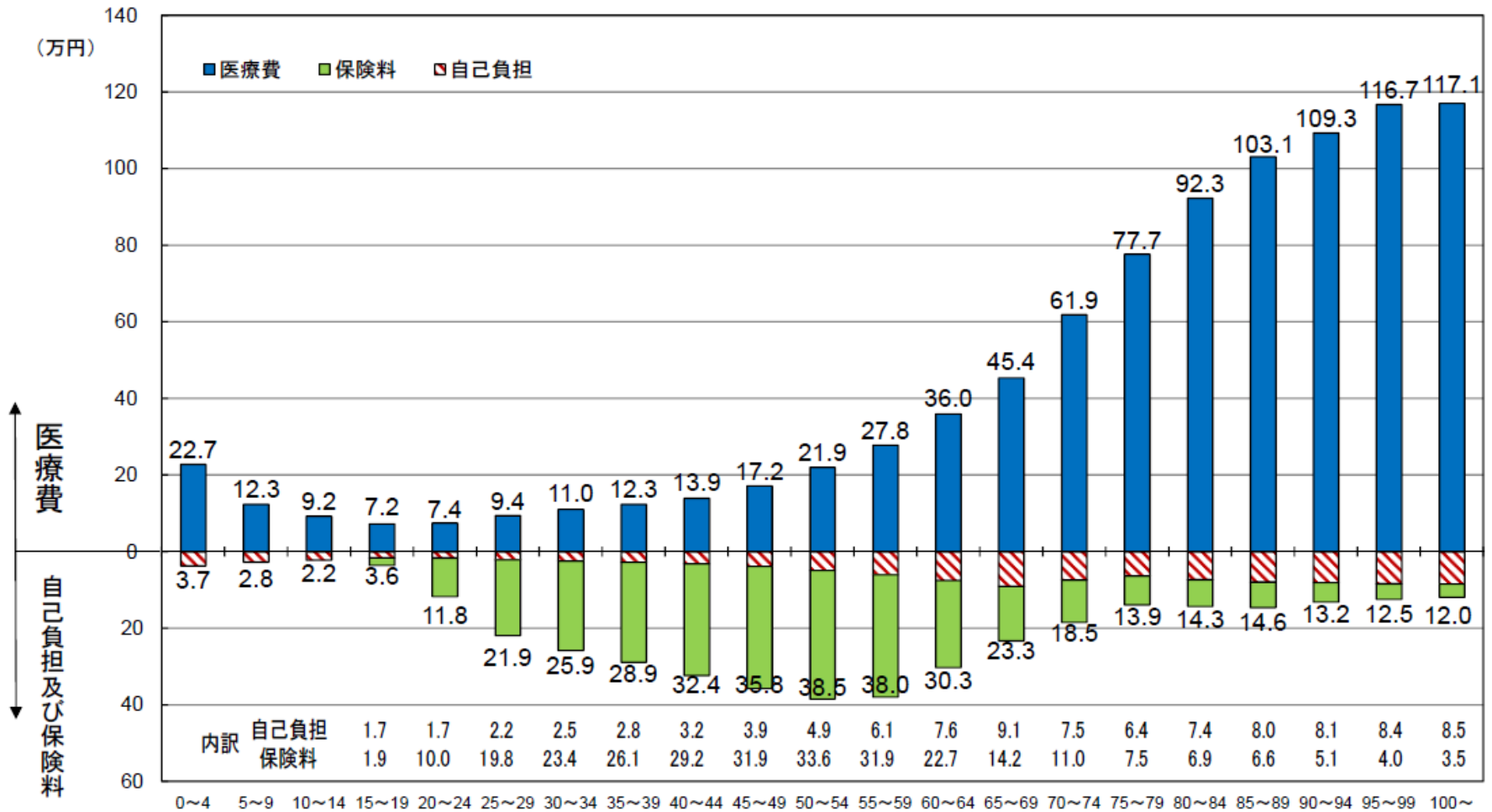
(注) 括弧書は2015年を100とした場合の割合。

(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2017年推計)」(出生中位・死亡中位の場合)

年齢階級別受療数



年齢階級別1人当たり医療費、自己負担額及び保険料の比較(年額) (平成26年度実績に基づく推計値)



- (注) 1. 1人当たりの医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったものである。
 2. 自己負担は、医療保険制度における自己負担である。
 3. 予算措置による70~74歳の患者負担補填分は自己負担に含まれている。
 4. 1人当たり保険料は、被保険者(市町村国保は世帯主)の年齢階級別の保険料(事業主負担分を含む)を、その年齢階級別の加入者数で割ったものである。
 また、年齢階級別の保険料は健康保険被保険者実態調査、国民健康保険実態調査、後期高齢者医療制度被保険者実態調査等を基に推計した。
 5. 端数処理の関係で、数字が合わないことがある。

社会保障関係費の増加と税収の減少

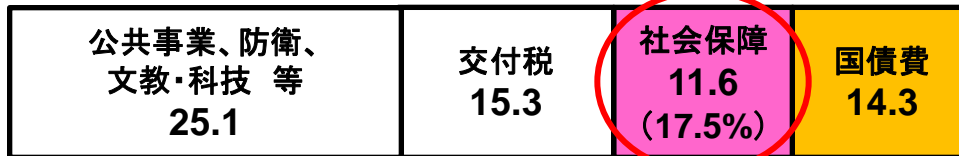
(単位:兆円)

【1990年度】 ← 赤字(特例)国債発行から脱却した年度

歳入
66.2



歳出
66.2

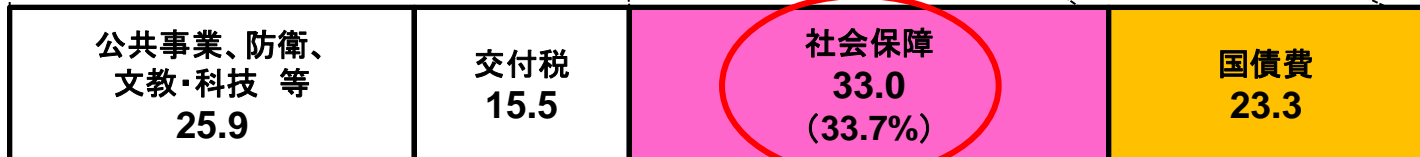


+31.5

+21.4

+9.0

歳出
97.7



歳入
97.7



【2018年度】

(注)当初予算ベース。

(出典)財務省HP

従来(改訂前)の財政健全化目標

2014～
2015年度

国の一般会計の基礎的財政収支について、少なくとも各年度4兆円程度改善（「中期財政計画」H25.8.8 閣議了解）

2015年度
(平成27年
度)

国・地方を合わせた基礎的財政収支の赤字対GDP比を2010年度(▲6.6%)に比べて半減(▲3.3%)

2020年度
(平成32年度)

国・地方を合わせた基礎的財政収支を黒字化

以降～

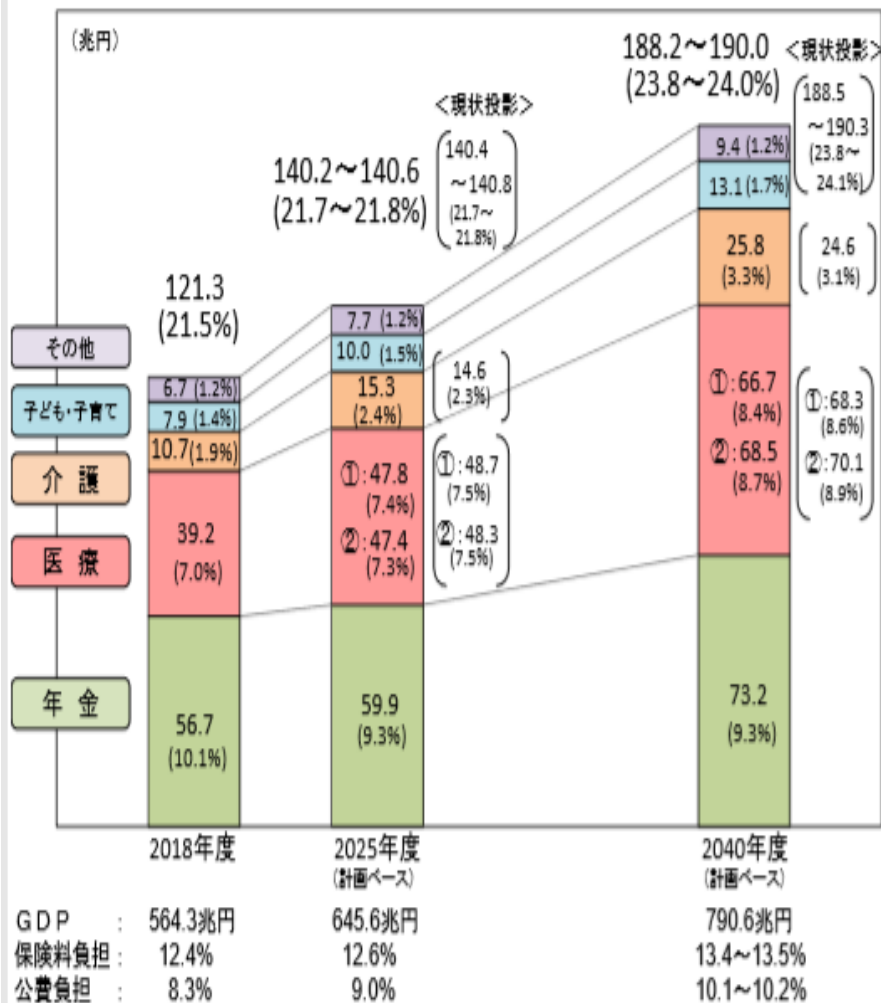
債務残高対GDPの安定的な引下げ

2040年を見据えた社会保障の将来見通し一抄一

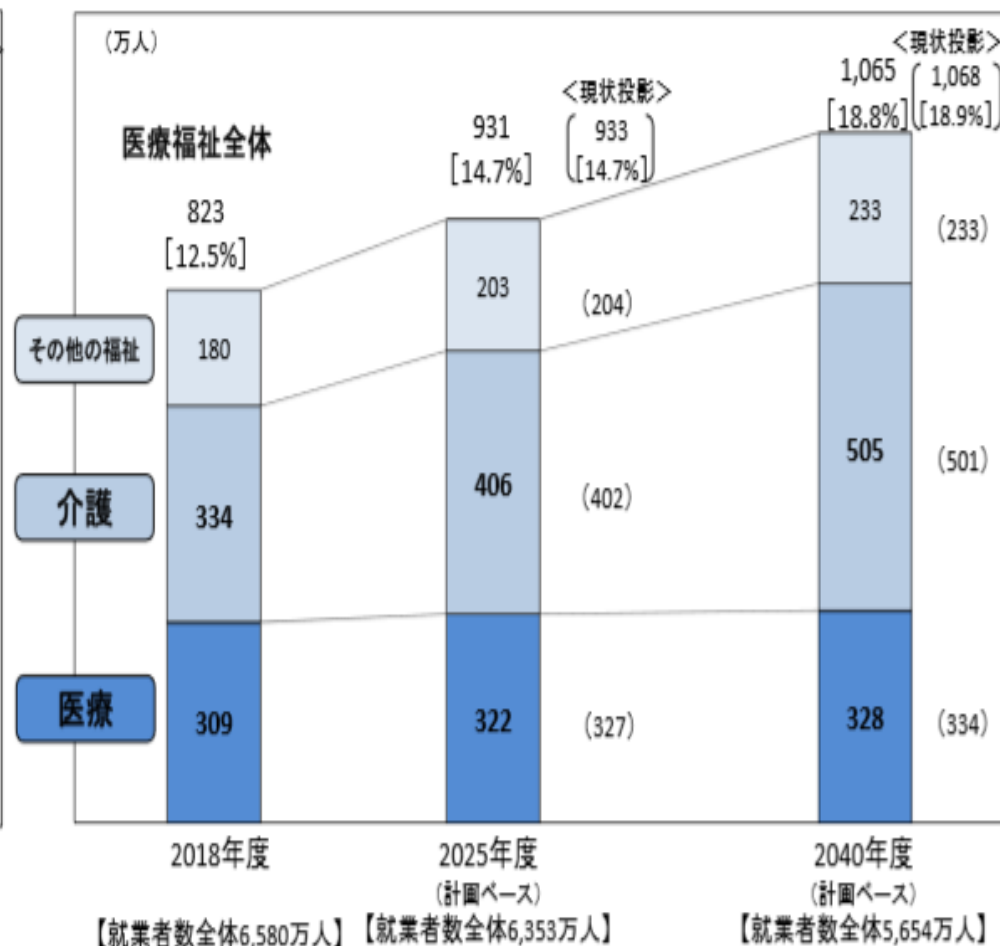
(内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 平成30年5月21日)

社会保障給付費の見通し

(経済ベースラインケース)

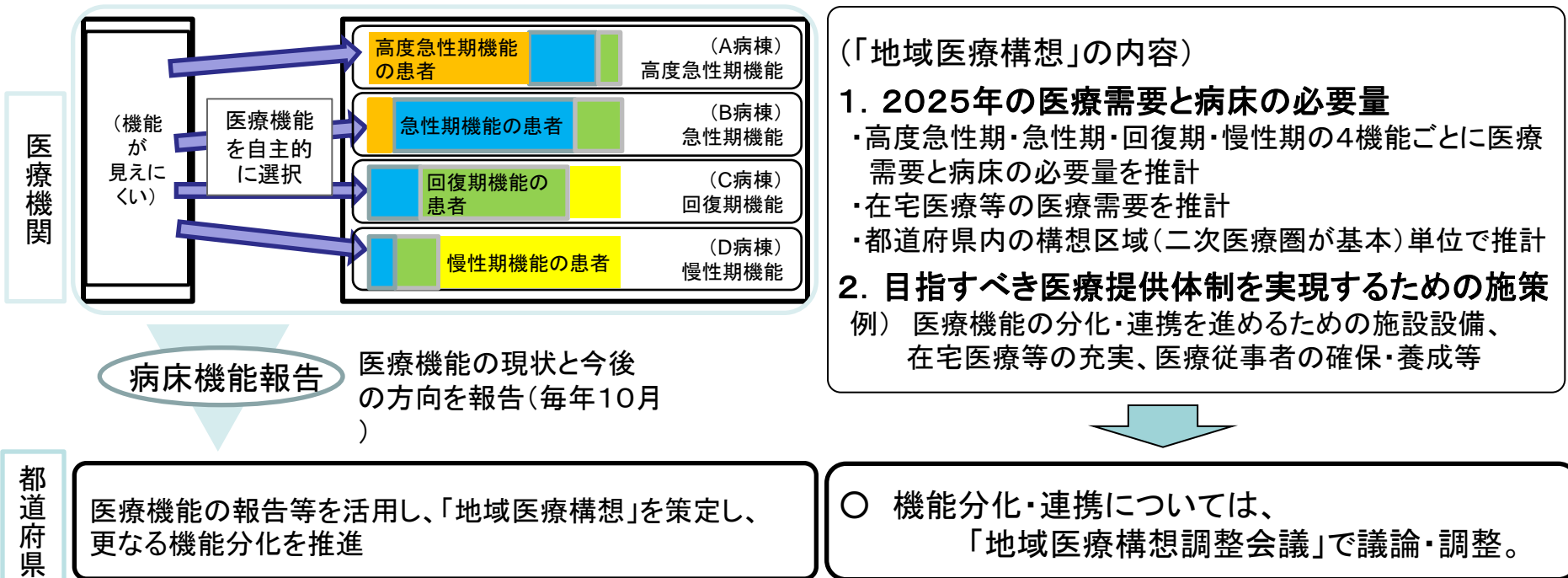


医療福祉分野における就業者の見通し



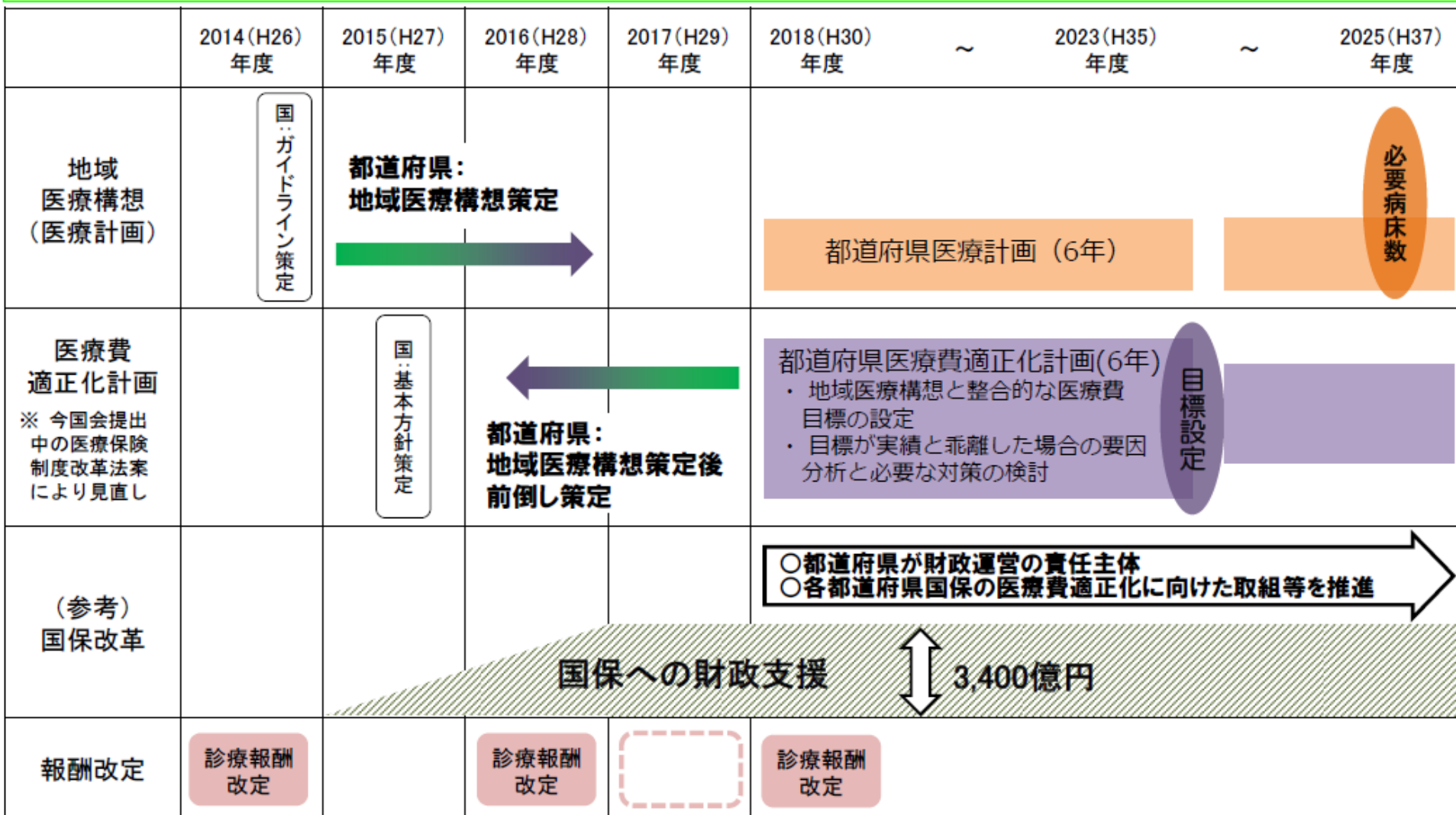
地域医療構想について

- 「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。平成28年度中に全都道府県で策定済み。
※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



医療提供体制改革、医療費適正化計画策定等のスケジュール

○ 将来のあるべき病床機能を達成するために、都道府県において、データに基づいて将来必要となる病床数に係る地域医療構想を策定するとともに、地域医療構想と統合的な医療費目標等を盛り込んだ医療費適正化計画を前倒して策定することとされている。



国民健康保険の改革による制度の安定化（運営の在り方の見直し）

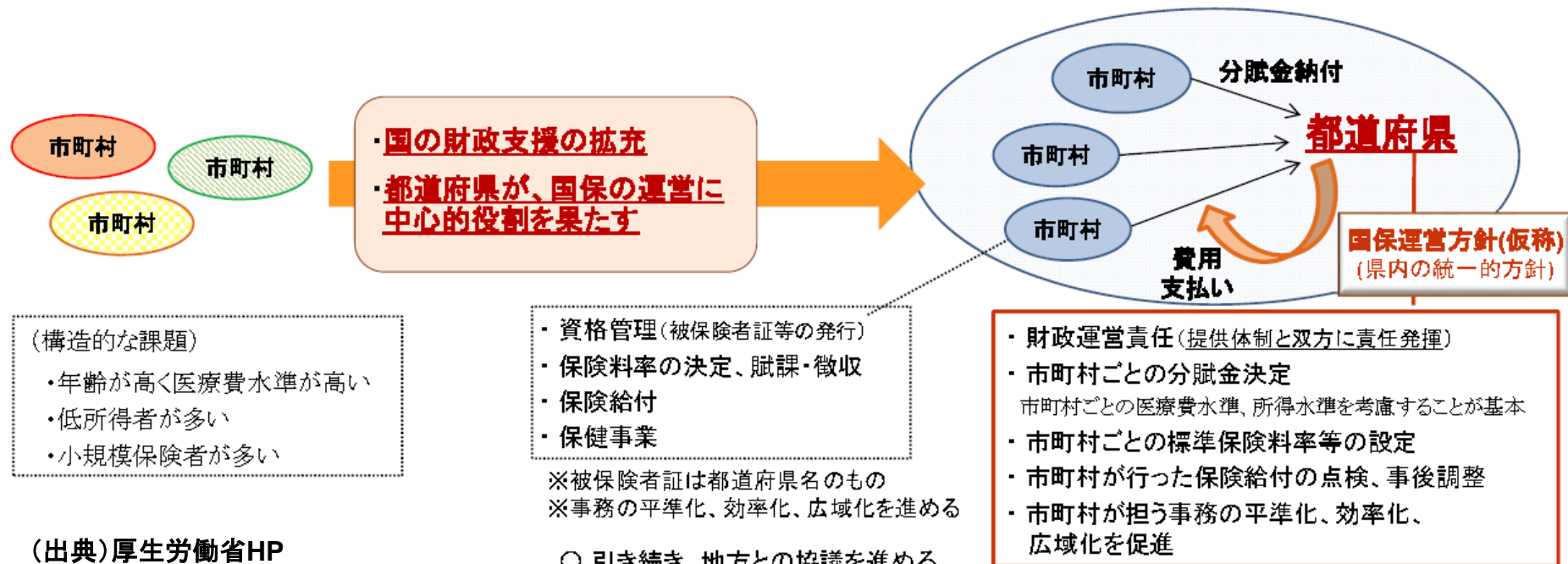
○平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の**国保運営に中心的役割**を担い、制度を安定化

- ・給付費に必要な費用は、**全額**、都道府県が市町村に交付
- ・保険料負担の平準化を更に進めるため、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、地域住民と直接顔の見える関係の中、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

【改革後】都道府県が中心的役割



(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
※事務の平準化、効率化、広域化を進める

○引き続き、地方との協議を進める

- ・財政運営責任(提供体制と双方に責任発揮)
- ・市町村ごとの分賦金決定
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平準化、効率化、広域化を促進

※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

(出典)厚生労働省HP

「国民健康保険制度における改革について」資料2:参考資料

もう一度このスライドを見てみよう

国民健康保険の保険者の在り方等について

第2部 社会保障4分野の改革

II 医療・介護分野の改革

2 医療・介護サービスの提供体制改革

(2) 都道府県の役割強化と国民健康保険の保険者の都道府県移行

・・・**A**:国民健康保険に係る財政運営の責任を担う主体(保険者)を都道府県とし、**B**:更に地域における医療提供体制に係る責任の主体と国民健康保険の給付責任の主体を都道府県が一体的に担うことを射程に入れて実務的検討を進め、**C**:都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担の在り方を総合的に検討することを可能とする体制を実現すべきである。ただし、**D**:国民健康保険の運営に関する業務について、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・保健事業など引き続き市町村が担うことが適切な業務が存在することから、都道府県と市町村が適切に役割分担を行い、**E**:市町村の保険料収納や医療費適正化へのインセンティブを損なうことのない分権的な仕組みを目指すべきである。

※ AからEのアルファベットは原文にはない。説明の便宜上、島崎が付したものである。

(質問)

- Aについて・・・保険者とは何か？ 財政運営に責任を負う主体だけが保険者か？
- Bについて・・・これはどういう意味か？ 今回の国保制度改革のねらいは何か？
- Cについて・・・「地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担」との関係如何？
- Dについて・・・具体的にどのような役割分担となるか。そして、それはなぜなのか？
- Eについて・・・これは何を言っているのか？

今般の国保制度改革の位置づけと課題

- 今般の国保制度改革は、医療提供体制改革や医療費適正化対策と密接に結びついている。
- 国保は「住所」(生活の本拠)により保険関係が成立。
⇒ 「住所」を管理するのは市町村である以上、都道府県だけで国保事務は完結しない。
- 「共同保険者」はガバナンスが難しい仕組み。都道府県と市町村の責任の規律と連携・協働が不可欠。
- 社会経済が変容する中で医療制度をめぐる課題は山積。国保改革も“ソフト・ランディング”したが、引き続き構造的課題への取り組みが必要。正念場はこれから。

各事例発表者に尋ねたい事項

1. 今般の国保制度改革のインパクトは小さくない。その意義や影響について、都道府県・市町村の間で認識は共有されているか。医療関係者や住民の認識はどうか。
2. 保険料水準の統一に関し、今後の課題（例：医療費の地域差縮小、保険料算定方式の統一、赤字繰入れの解消）や実現可能性等について、どのようにお考えか。
3. 国保運営の安定化という観点から、今後取り組むべき短期的課題、中長期的課題の重点項目は何か。
4. 国は都道府県と市町村が協力して保険者機能を発揮することを強く求めているが、データヘルス計画や保険者努力支援制度等への取組み状況および課題如何。

大阪府における 新国保制度施行後の課題と対応

平成30年8月22日(水)

大阪府健康医療部国民健康保険課



目次

- 1 新国保制度における府の取組方針
- 2 新国保制度施行後の課題と対応
 - ・ 被保険者間の負担の公平化をめざす
 - ・ 健康づくり・医療費適正化へのインセンティブの評価
 - ・ 赤字（法定外一般会計繰入）の解消

大阪府国民健康保険運営方針

大阪府国保運営方針の概要（H29.12.1策定）

I 基本的事項

■目的：府と市町村の適切な役割分担の下、国民健康保険の安定的な財政運営並びに市町村国保事業の広域化及び効率化を推進するための統一的な方針として策定

■根拠：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別第7条

■対象期間：平成30年4月1日から平成33年3月31日の3年間

II 府における国保制度の運営に関する基本的な考え方

基本認識

- 社会保険制度としての国保は、国民皆保険を支えるナショナル・ミニマムであり、権限・財源・責任を国において一元的に担うことが本来の姿
- 今回の改革は、安定的かつ持続可能な医療保険制度の構築に向けた通過点

オール大阪で
広域化

視点

- 「大阪府で一つの国保」の考え方の下、
- 被保険者間の受益と負担の公平性の確保
- 健康づくり・医療費適正化取組の推進
- 保険財政の安定的運営
- 事業運営の広域化・効率化

持続可能な
制度の構築

<運営方針に盛り込む二本柱>

被保険者間の負担の公平化をめざす

同じ所得水準・世帯構成であれば同じ保険料となるよう、保険料率を統一

【府内統一基準】

- 保険料（「保険料・税区分」「賦課方式」「賦課割合」「賦課限度額」「保険料率」等）
- 保険料及び一部負担金の減免基準 等

【統一時期】

平成30年4月1日（6年間の漸次緩和措置期間を設ける）

健康づくり・医療費適正化へのインセンティブの強化

- 保険者努力支援制度等を活用し、健康づくり事業や医療費適正化などに取り組む市町村を重点的に支援
- 被保険者自身による健康づくり・疾病予防のための取組推進

【具体的な支援取組内容】

- 特定健診・特定保健指導の充実と受診率・実施率向上
- 健康マイレージ事業の実施
- 後発医薬品の使用割合の向上 等

III 国保の医療に要する費用・財政見通し

- 「決算補填等目的の法定外一般会計繰入」等は、「計画的に解消すべき赤字」と位置付け、当該市町村ごとに計画を定めた上で目標年次を設定し、解消をめざす
- 累積赤字は、原則として新制度施行までに解消又は赤字解消計画に基づき解消
- 市町村が保有する財政調整基金は、国保財政基盤の安定化のために活用
- 府財政安定化基金を設置し、財源不足時に府・市町村に貸付・交付

IV 市町村における保険料の標準的な算定方法

- 市町村標準保険料率は府内統一とする（納付金の算定に医療費水準は反映しない）
（例外）①漸次緩和措置期間中に、市町村が独自に漸次緩和措置を講じる必要がある場合
②緊急措置として府財政安定化基金からの貸付を受け、その償還財源を確保する必要がある場合
- 保険料の算定方式は3方式（所得割・均等割・平等割）
※介護納付金分保険料は2方式（所得割・均等割）
- 均等割と平等割の割合は60：40
- 漸次緩和措置期間は6年間（市町村は漸次緩和計画を定め、府に提出する）

V 市町村における保険料の徴収の適正な実施

- 収納率向上に対するインセンティブ方策として、市町村の実績と取組の両面から評価する仕組みを構築（目標収納率の設定）
- 大阪府域地方税徴収機構への参加

VI 市町村における保険給付の適正な実施

- 療養費の支給の適正化
- レセプト点検、第三者求償・過額調整等の取組強化

※今後、国での検討を踏まえ共通基準の設定を協議予定

VII 医療費の適正化の取組

- 健康づくり・医療費適正化に対するインセンティブ方策として、実績と取組の両面から市町村を評価する仕組みを構築
- 生活習慣病重症化予防及び適正受診・適正服薬等を推進（特定健診項目の共通基準化、人間ドックを共通基準として実施、医療費通知・後発医薬品差額通知の共通基準化）
- 重点配分により、積極的に取り組む市町村への支援を拡充
- 被保険者の疾病予防・健康づくりのインセンティブとなる仕組みの検討

VIII 市町村が担う事務の広域的・効率的な運営の推進

- 被保険者証の様式・更新時期・有効期間等の統一、一斉更新事務の共同実施

IX 保健医療サービス・福祉サービスに関する施策との連携

- 地域包括ケアシステムの推進に対するインセンティブ方策の構築

X 施策の実施のために必要な関係市町村相互の連絡調整

- 対等な立場で協議する場として、調整会議を引き続き設置

◆新国保制度における府の取組方針

1. 基本認識

- ◇ 社会保険制度としての国保は、国民皆保険を支えるナショナルミニマムであり、本来、国において権限・財源・責任を一元的に担うことが基本
- ◇ 今回の制度改革は、「医療保険制の一元化」に向けた一歩として評価できるものであり、将来の見直しに向けた通過点



オール大阪で広域化

持続可能な制度の構築

2. 運営方針の二本柱

被保険者間の負担の公平化をめざす

健康づくり・医療費適正化へのインセンティブの強化

◆新国保制度施行後の課題と対応

-被保険者間の負担の公平化をめざす-

1. 課題認識

- ◇ 被保険者の医療機関における窓口負担が同じであるにもかかわらず、同じ所得水準・世帯構成あっても保険料額は市町村によって相違する
⇒大阪府の保険料の地域格差（標準化指数の差）約1.7倍
- ◇ 大阪府では、今後10年、20年先に見込まれる人口減少・高齢化の進展により、保険料に係る府内格差が拡大し続け、「被保険者間の負担の公平化」を図ることができなくなる



統一保険料率の導入

府内のどこでも「同じ所得・同じ世帯構成」であれば「同じ保険料額」に

◇統一項目
保険料率、保険料及び一部負担金の減免基準、保健事業（共通基準）など

◇激変緩和措置
平成35年度までの6年間

※ 激変緩和措置期間中に限り、計画を定めた上で各市町村の判断に委ねる

平成30年4月1日《統一》



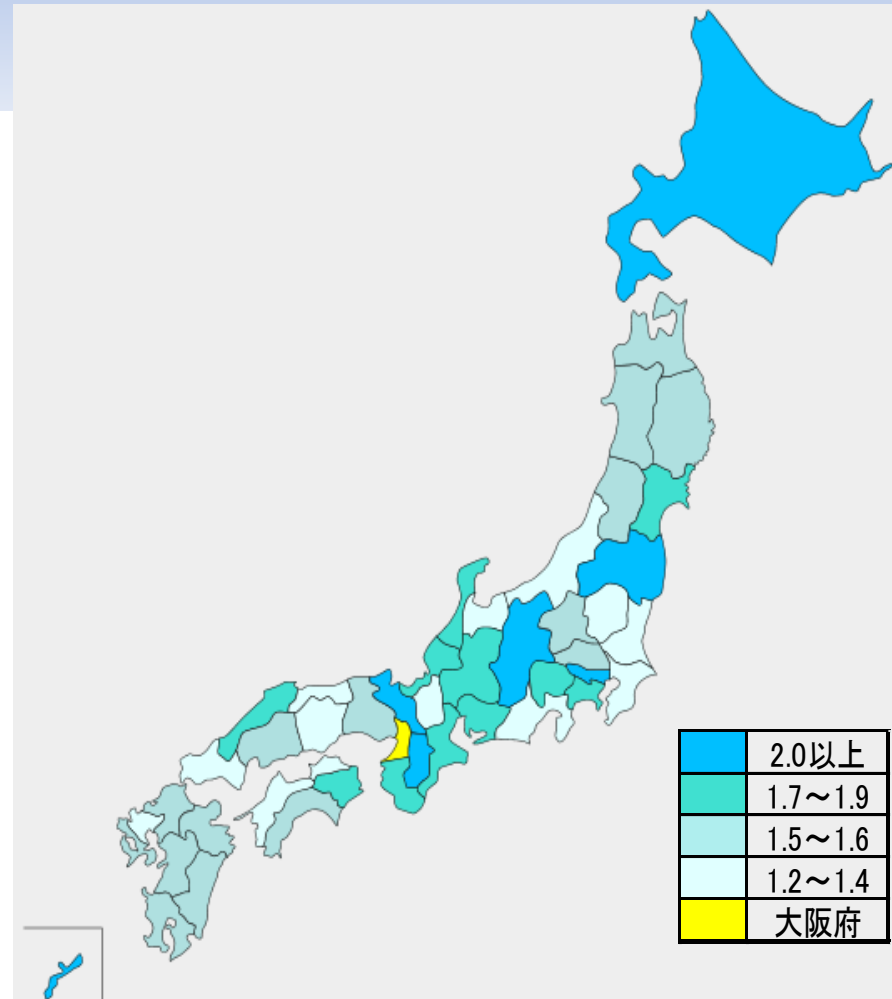
平成36年度《完全統一化》

保険料の地域格差

<標準化指数地域格差>

	標準化指数			
	最大	最少	格差	順位
北海道	1.686	0.660	2.6	2
青森県	1.319	0.887	1.5	34
岩手県	1.212	0.767	1.6	24
宮城県	1.261	0.678	1.9	10
秋田県	1.322	0.822	1.6	22
山形県	1.350	0.865	1.6	27
福島県	1.299	0.548	2.4	3
茨城県	1.086	0.931	1.2	47
栃木県	1.275	0.960	1.3	43
群馬県	1.274	0.775	1.6	20
埼玉県	0.992	0.627	1.6	23
千葉県	1.133	0.849	1.3	42
東京都	0.905	0.458	2.0	6
神奈川県	1.259	0.754	1.7	17
新潟県	1.198	0.870	1.4	38
富山県	1.142	0.843	1.4	39
石川県	1.297	0.773	1.7	16
福井県	1.130	0.616	1.8	11
山梨県	1.208	0.639	1.9	8
長野県	1.199	0.523	2.3	4
岐阜県	1.212	0.728	1.7	19
静岡県	1.087	0.750	1.4	35
愛知県	1.100	0.642	1.7	14
三重県	1.205	0.724	1.7	18

	標準化指数			
	最大	最少	格差	順位
滋賀県	1.146	0.896	1.3	45
京都府	1.182	0.605	2.0	7
大阪府	1.306	0.754	1.7	13
兵庫県	1.311	0.873	1.5	31
奈良県	1.204	0.558	2.2	5
和歌山県	1.450	0.771	1.9	9
鳥取県	1.309	0.913	1.4	37
島根県	1.239	0.686	1.8	12
岡山県	1.178	0.923	1.3	46
広島県	1.166	0.778	1.5	32
山口県	1.317	1.009	1.3	44
徳島県	1.552	0.922	1.7	15
香川県	1.174	0.875	1.3	41
愛媛県	1.329	0.924	1.4	36
高知県	1.213	0.781	1.6	28
福岡県	1.319	0.852	1.5	29
佐賀県	1.282	0.952	1.3	40
長崎県	1.326	0.890	1.5	33
熊本県	1.333	0.849	1.6	26
大分県	1.331	0.860	1.5	30
宮崎県	1.411	0.864	1.6	21
鹿児島県	1.192	0.755	1.6	25
沖縄県	1.638	0.572	2.9	1

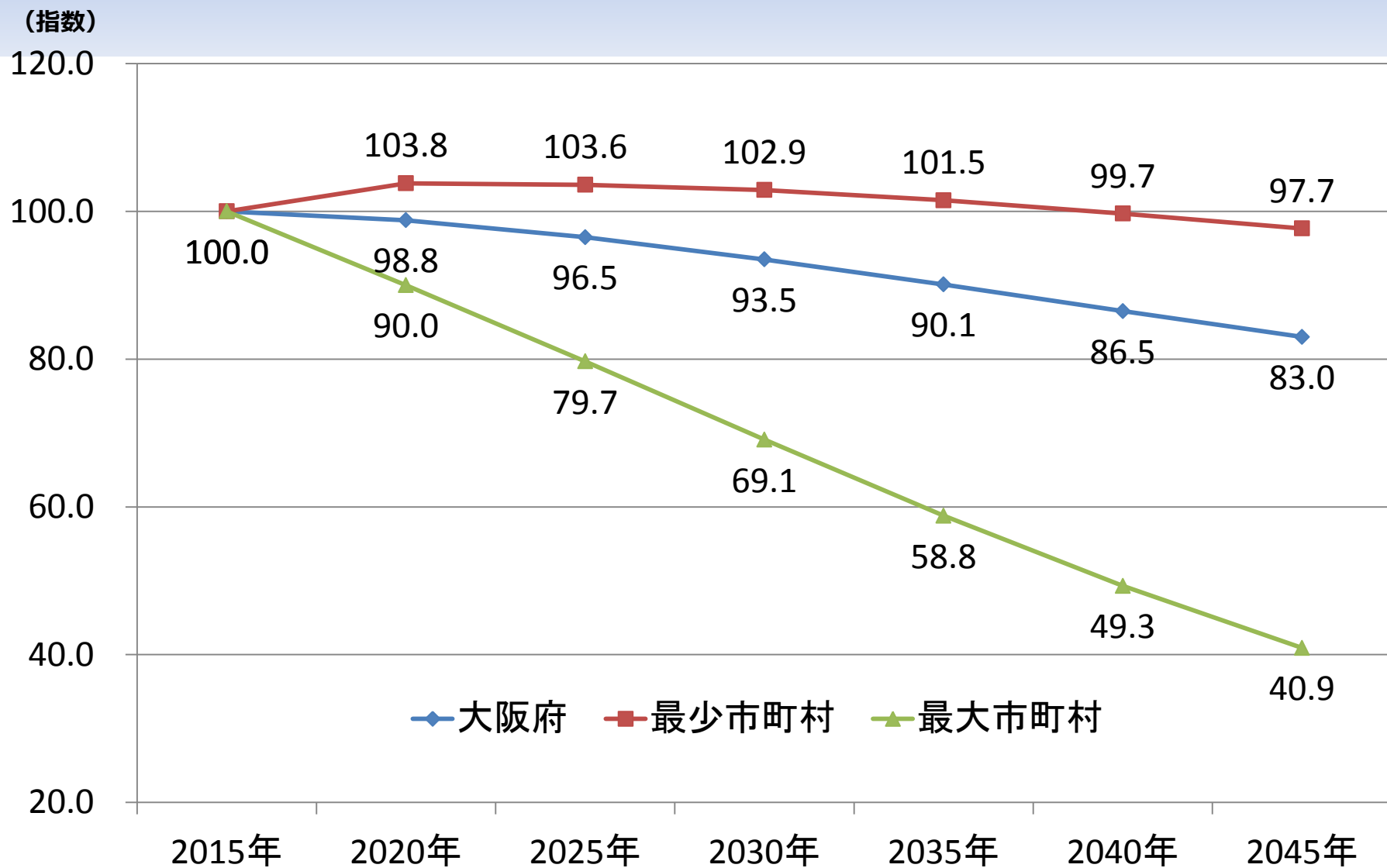


標準化指数

- ・平均所得者の保険料の応益割と応能割の比率で
 応益割指数と応能割指数を加重平均したもの
- ・平均所得者の保険料水準を示す指標

(出所)厚生労働省「平成27年度 市町村国民健康保険における 保険料の地域差分析」

大阪府における人口推計 ～平成27(2015)年の総人口を100としたときの総人口の指数～



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所
「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)」

◆ 新国保制度施行後の課題と対応

-被保険者間の負担の公平化をめざす-

2. 府の対応（方針）

◇ 統一保険料率の実現など、府国保運営方針の実効性を担保

◇ 激変緩和措置期間が終了する「平成36年度までの完全統一化」

・市町村が激変緩和措置計画を策定

・府独自インセンティブの仕組みの中で各市町村の取組状況を評価

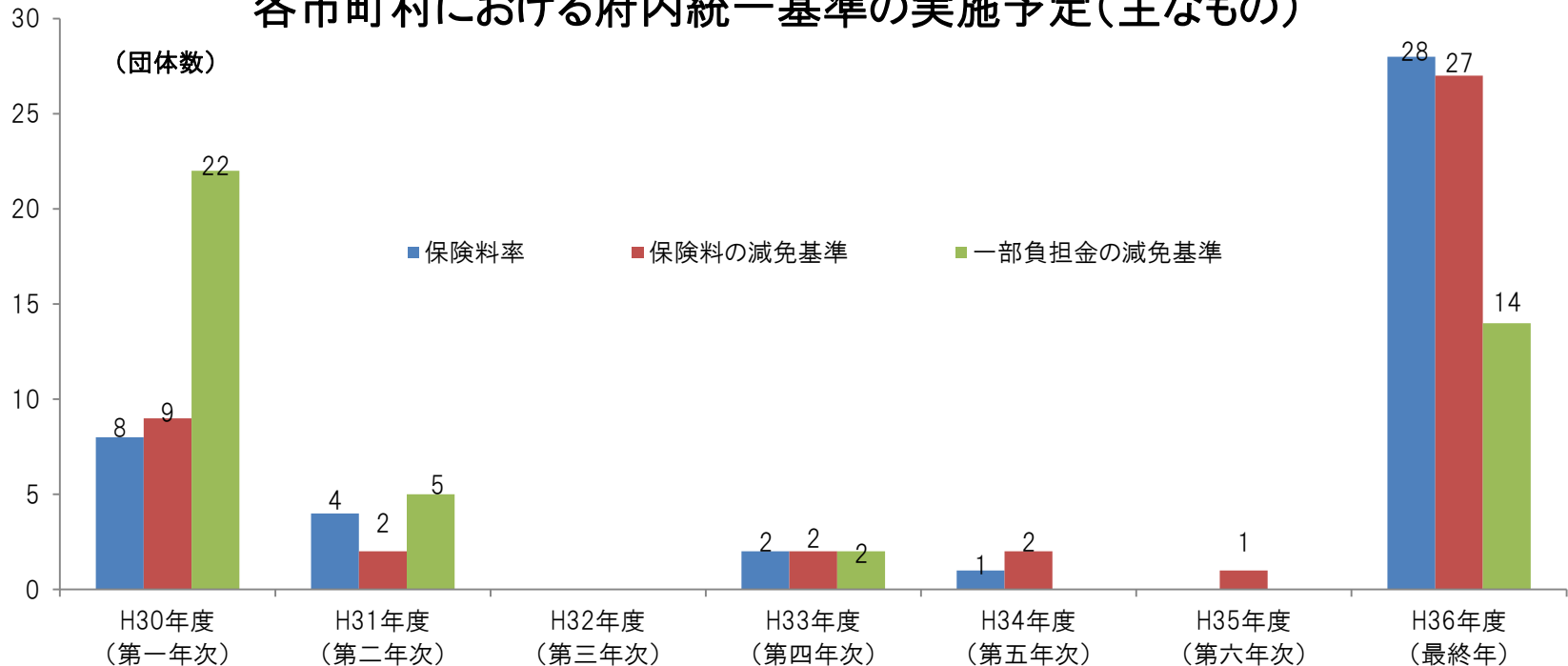
3. 今後の取組目標

◇ 激変緩和措置計画の取扱いも含めた被保険者への影響等を検証しつつ、進捗管理を行い、必要に応じて見直しを検討

激変緩和措置計画について

- ◇ 平成30年度からの新制度において、保険料が急激に増加することがないように、平成35年度までの6年間に限り、各市町村において計画を定めた上で激変緩和措置を講ずることとしている。期間経過後の平成36年4月1日には、保険料率、保険料及び一部負担金の減免基準等を府内完全統一とすることとしている。

各市町村における府内統一基準の実施予定(主なもの)



※ 保険料率、保険料及び一部負担金の減免基準など、第一年次（平成30年度）に取り組む団体がある。一方、多くの団体において、最終年にあたる平成36年度に統一すべく激変緩和を図っている。

府独自インセンティブの仕組みの構築

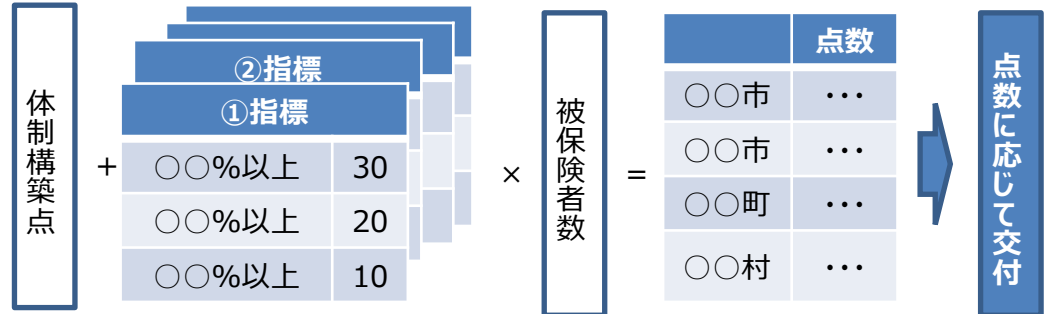
◇府2号繰入金等を活用した府独自のインセンティブの仕組みを構築

【配分割合】

交付区分	H30年度～
財政の健全性の確保・向上	3
広域化の推進	3
健康づくり・医療費適正化の促進	4

【配分方法（イメージ）】

交付区分ごとの総額を、各市町村の評価点数に保険者規模を乗じた点数に基づき、按分の上、交付(一部、取組実績に応じて交付する指標あり)



【評価項目（予定）】

評価指標「府国民健康保険運営方針を踏まえた国民健康保険の事務を実施している」に係る配点内訳

府国民健康保険運営方針を踏まえた国民健康保険の事務を実施している

- i 市町村で設定する保険料率を標準保険料率(統一保険料率)と同率で設定している
- ii iには該当しないが、策定した激変緩和計画に基づき、保険料率を設定している
- iii 保険料賦課限度額を府運営方針に統一している
- iv 保険料算定期を府運営方針の算定期及び期数に統一している
- v 保険料減免の基準を府運営方針の別に定める基準に統一している
- vi 一部負担金減免の基準を府運営方針の別に定める基準に統一している
- vii 被保険者証年次更新業務の共同処理に参加している

※ 併せて、市町村事務の標準化、広域化に向けたシステム改修費用を助成

評価項目

平成30年5月21日現在

交付区分	評価方法	評価項目(下線部分は重点的に配分)	
財政の健全性の確保・向上	成績評価	<u>法定外繰入の削減状況</u>	
		<u>既存の累積赤字解消の取組状況</u>	
		収納率向上のための取組状況	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>目標収納率(現年度分)</u> ・<u>目標収納率(滞納繰越分)</u> ・<u>滞納整理等の実施</u> ・<u>納付環境の整備</u> ・<u>収納対策の強化</u> ・<u>適用の適正化</u> ・<u>職員の能力向上</u> ・<u>その他【多重債務者の納付相談等】</u>
広域化の推進	成績評価	<u>大阪府国民健康保険運営方針に基づく事務の実施状況</u>	
		<u>処理システムに係る達成状況</u>	
	その他【先駆的な取組みの実施】(調整中)		
	実績交付	広域化の推進に向けたシステム改修推進事業	
健康づくり・医療費適正化の促進	成績評価	<u>医療費水準(被保険者に係る年齢調整後一人当たり医療費の数値)</u>	
		<u>後発医薬品</u>	
		<u>重複投薬</u>	
		給付の適正化に係る取組状況	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>レセプト点検の充実・強化</u> ・<u>一部負担金の適切な運営</u>
		特定健康診査・特定保健指導の実施状況	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>特定健診受診率</u> ・<u>特定保健指導実施率</u> ・<u>メタボリックシンドローム該当者及び予備群の状況</u>
		<u>がん検診・歯周疾患検診の実施状況</u>	
		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	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>個人へのインセンティブの提供</u> ・<u>分かりやすい情報提供</u>
		<u>汎用性の高い行動変容プログラムの取組状況</u>	
		<u>糖尿病等の重症化予防に係る取組等の実施状況</u>	
		<u>データヘルス計画の策定状況</u>	
		<u>地域包括ケアに係る取組状況</u>	
		<u>第三者求償に係る取組状況</u>	
	実績交付	非肥満高血圧高値者・血糖高値者への受診勧奨推進事業	

◆新国保制度施行後の課題と対応

-健康づくり・医療費適正化へのインセンティブの強化-

1. 課題認識

◇ 大阪府の健康指標は全国的に低い水準

◇ 医療費水準の平準化

年齢調整後一人当たり医療費（地域差指数）約1.2倍

（参考）

『国民健康保険制度～都道府県別1人当たり年齢調整後医療費指数（過去3年平均）～』

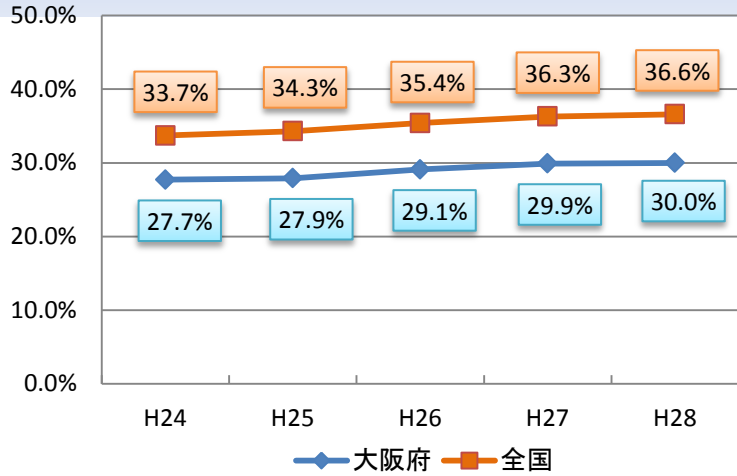
◇ 将来にわたる健康づくり、医療費適正化のためのインセンティブの確保



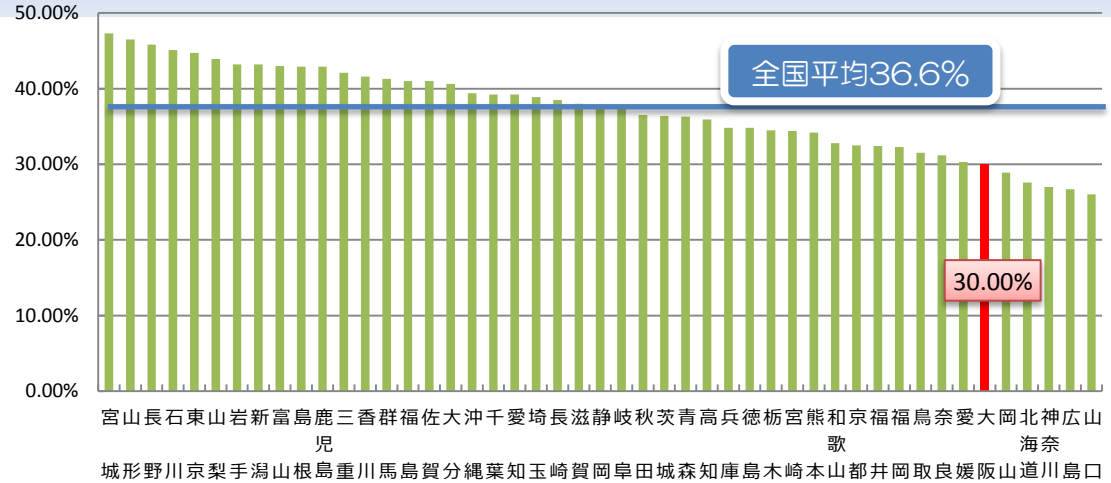
健康づくり・医療費適正化取組の推進

大阪府内 市町村国保 特定健診受診率・特定保健指導実施率の推移及び都道府県別の実施状況

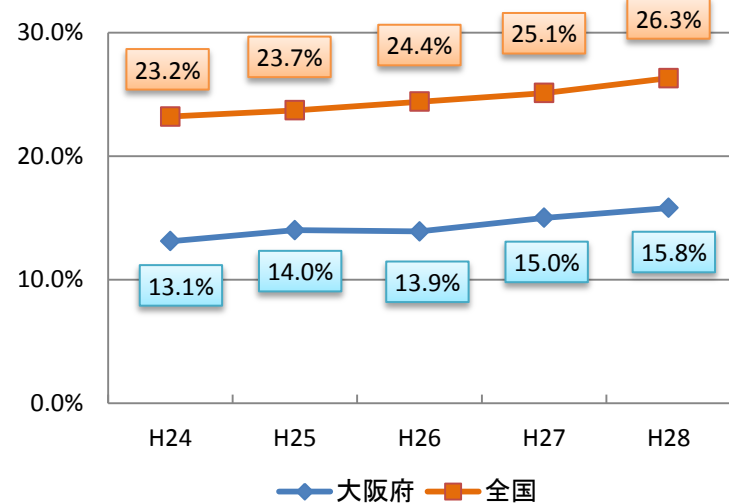
■ 特定健診受診率（推移）



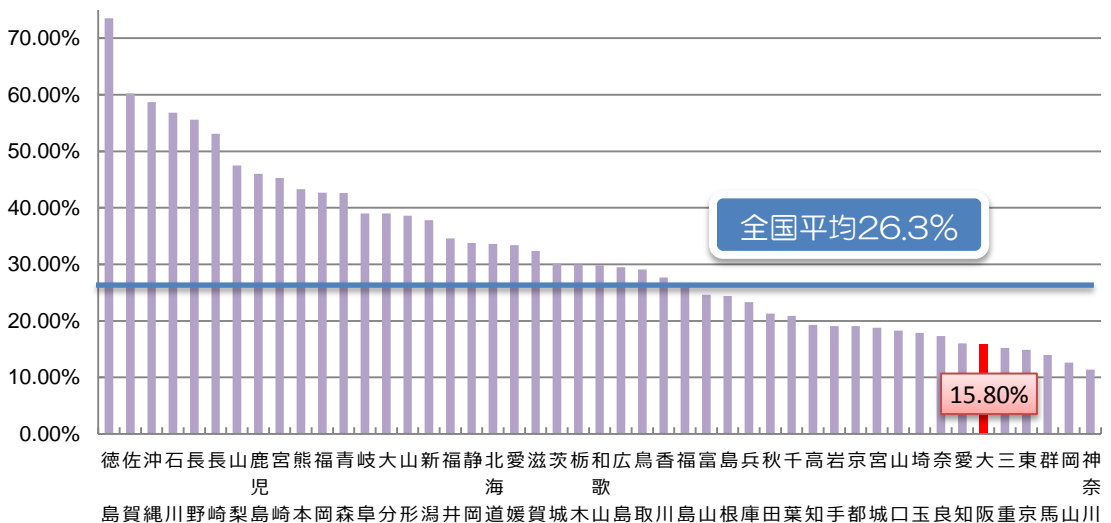
■ 都道府県別特定健診受診率の状況（平成28年度）



■ 特定保健指導実施率（推移）



■ 都道府県別特定保健指導実施状況（平成28年度）



都道府県別 1人あたり年齢調整後医療費指数（過去3年平均）

	保険者別 1人あたり医療費指数				
	最大		最少	格差	
北海道	初山別村	1.675	豊富町	0.866	1.9
青森県	外ヶ浜町	1.030	鶴田町	0.859	1.2
岩手県	大槌町	1.194	九戸村	0.824	1.4
宮城県	川崎町	1.103	大衡村	0.863	1.3
秋田県	藤里町	1.133	八郎潟町	0.928	1.2
山形県	南陽市	1.096	大江町	0.845	1.3
福島県	楡葉町	1.400	西会津町	0.855	1.6
茨城県	北茨城市	1.035	取手市	0.829	1.2
栃木県	上三川町	0.998	那須町	0.834	1.2
群馬県	神流町	1.077	嬭恋村	0.794	1.4
埼玉県	美里町	1.031	鳩山町	0.834	1.2
千葉県	長柄町	1.012	旭市	0.830	1.2
東京都	利島村	1.318	小笠原村	0.742	1.8
神奈川県	山北町	1.020	大井町	0.873	1.2
新潟県	阿賀町	1.168	湯沢町	0.824	1.4
富山県	舟橋村	1.099	黒部市	0.898	1.2
石川県	宝達志水町	1.156	珠洲市	0.908	1.3
福井県	美浜町	1.104	高浜町	0.890	1.2
山梨県	丹波山村	1.246	小菅村	0.801	1.6
長野県	平谷村	1.179	小谷村	0.709	1.7
岐阜県	笠松町	1.085	飛騨市	0.894	1.2
静岡県	河津町	1.037	伊東市	0.839	1.2
愛知県	南知多町	1.009	田原市	0.804	1.3
三重県	紀北町	1.139	度会町	0.845	1.3

	保険者別 1人あたり医療費指数				
	最大		最少	格差	
滋賀県	豊郷町	1.074	湖南市	0.919	1.2
京都府	井手町	1.182	伊根町	0.918	1.3
大阪府	岬町	1.170	豊能町	0.944	1.2
兵庫県	佐用町	1.110	豊岡市	0.928	1.2
奈良県	上北山村	1.125	三宅町	0.876	1.3
和歌山県	北山村	1.181	みなべ町	0.861	1.4
鳥取県	境港市	1.212	岩美町	0.963	1.3
島根県	江津市	1.236	知夫村	0.930	1.3
岡山県	新見市	1.184	新庄村	0.887	1.3
広島県	大崎上島町	1.245	世羅町	0.921	1.4
山口県	上関町	1.262	下松市	0.991	1.3
徳島県	神山町	1.239	上勝町	0.976	1.3
香川県	坂出市	1.232	土庄町	1.048	1.2
愛媛県	久万高原町	1.205	宇和島市	0.921	1.3
高知県	芸西村	1.365	四万十市	0.954	1.4
福岡県	大牟田市	1.219	東峰村	0.993	1.2
佐賀県	多久市	1.346	基山町	1.096	1.2
長崎県	長崎市	1.278	小値賀町	0.913	1.4
熊本県	水俣市	1.431	小国町	0.903	1.6
大分県	臼杵市	1.233	姫島村	0.895	1.4
宮崎県	美郷町	1.226	椎葉村	0.901	1.4
鹿児島県	南さつま市	1.319	与論町	0.800	1.6
沖縄県	糸満市	1.202	竹富町	0.710	1.7

（出所）厚生労働省「医療費の地域差分析」

注：地域差指数（計）の過去3年平均（H25～H27）

◆ 新国保制度施行後の課題と対応

-健康づくり・医療費適正化へのインセンティブの強化-

2. 府の対応（方針）

◇ 健康づくり事業や医療費適正化などに取組む市町村を重点的に支援



府独自のインセンティブの仕組みを構築

健康格差解決プログラム促進事業の実施

◇ 被保険者自身による健康づくり（疾病予防につながる取組の推進）



健康づくり支援プラットフォーム整備等事業の実施

3. 今後の取組目標

◇ 必要な医療を確保しつつ、健康づくりや医療費適正化への取組支援を通じ、医療費の伸びをできる限り抑制

◇ 市町村の健康格差縮小と健康寿命の延伸

将来にわたる医療費適正化インセンティブの構築

- ◇ 健康づくり事業や医療費適正化などに取組む市町村を重点的に支援するため、平成30年度から創設される国の「保険者努力支援制度」に加え、府2号繰入金等を活用した府独自のインセンティブの仕組みを構築

【配分割合における重点化】

医療費適正化インセンティブを強化するため、健康づくり・医療費適正化に重点配分

交付区分	H29年度	H30年度～
財政の健全性の確保 ・向上	5	3
広域化の推進	4	3
健康づくり ・医療費適正化の促進	1	4

【評価項目の設定】

交付区分「健康づくり・医療費適正化の促進」の評価項目の一つとして、「年齢調整後一人当たり医療費」に関する評価項目を重点配点予定

評価項目（予定）	
① 大阪府平均よりも低い水準である場合 厚生労働省が公表する「医療費の地域差分析」における地域差指数が大阪府の地域差指数未満となっているか。	上位5位以内
	上位6～10位
② 前年度より改善した場合 厚生労働省が公表する「医療費の地域差分析」における地域差指数が前年度未満となっているか。	上位11位～
	改善率 上位5位以内
	改善率 上位6～10位
	改善率 上位11位～

健康格差解決プログラム促進事業【H30～】

- ◇ 市町村の健康格差（健康寿命の差）の縮小に向けて、モデル市町村との連携のもと、「特定健診の受診」、「保健指導の実施」、「フレイル（高齢になって心身の活力が落ちた状態）の予防」の3分野において、改善プログラムの開発・効果検証を実施し、取組みモデルを府内市町村へ広げていく。

【特定健診の受診】

（課題）
市町村国保の特定健診を受診した人の約3割が翌年度の健診を未受診

【保健指導の実施】

（課題）
市町村国保の特定保健指導は、約2割が途中で中断するなど実施率が低い

【フレイルの予防】

（課題）
高齢期のフレイルの予防に向けて、筋力低下が始まる前(働く世代)からの取組みが必要

課題解決に向けた取組みが必要！！

モデル市町村と連携した「健康格差」の解決プログラム促進事業の実施 （3分野におけるプログラムの開発・効果検証を実施）

特定健診受診率向上プログラム

市町村、府医師会、健診機関と連携し、特定健診の未受診者に対し受診を働きかける「継続受診勧奨プログラム」を開発

特定保健指導実施率向上プログラム

市町村、大阪大学医学部と連携し、特定保健指導を効果的・効率的に実施するため、「保健指導プログラム」を開発

フレイル予防のための生活習慣改善プログラム

市町村、国立健康・栄養研究所と連携し、働く世代から実践できる効果的な「生活習慣（運動・食生活など）改善プログラム」を開発

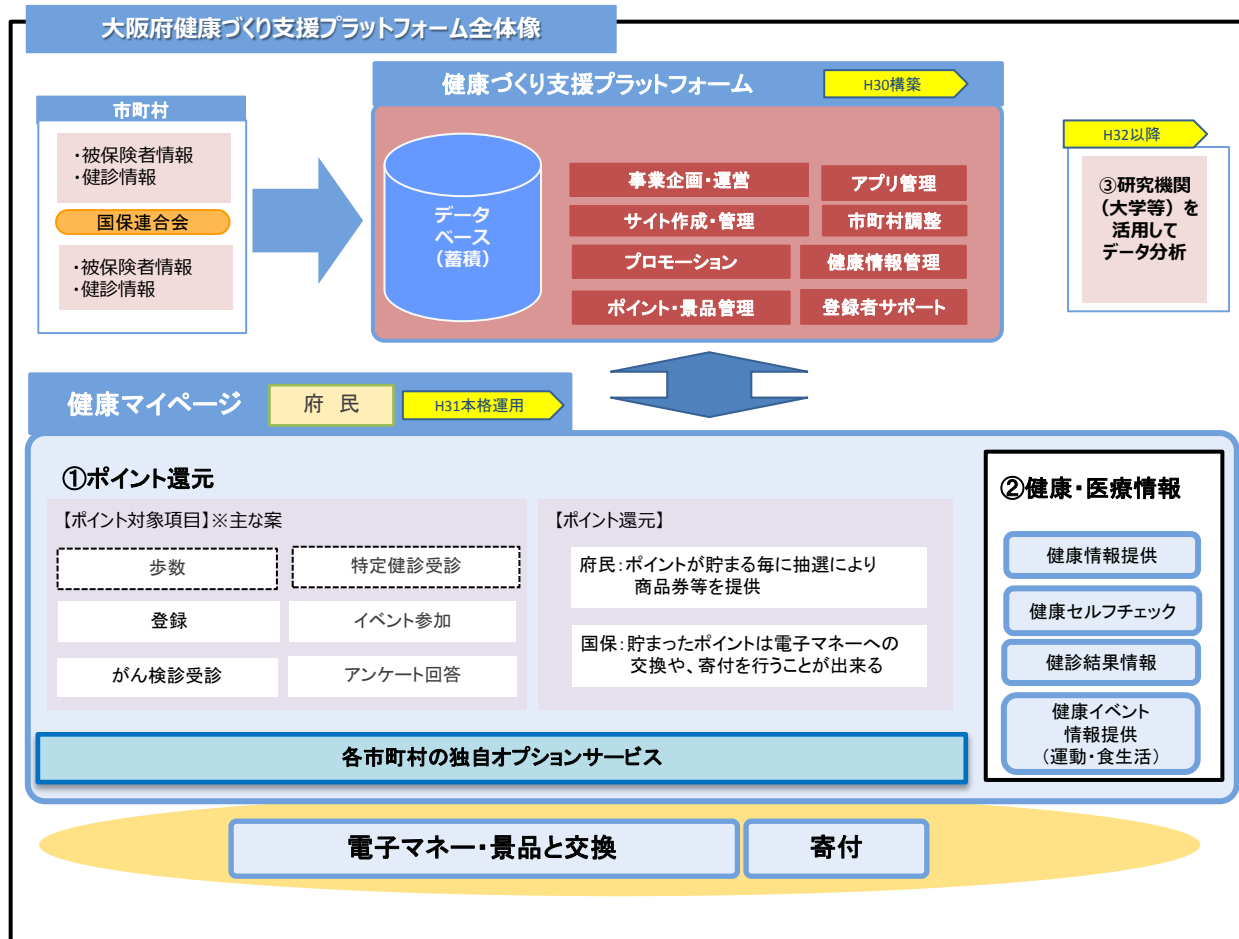
“3分野における取組みモデル”を、府内市町村へ展開

特定健診受診率の向上、特定保健指導実施率の向上、生活習慣の改善をめざす！



大阪府健康づくり支援プラットフォーム整備等事業

◇ 被保険者自身による健康づくり・疾病予防の取組みを促進するため、「大阪府健康づくり支援プラットフォーム整備等事業」として、ICTを活用した基盤を整備し、個人に対するインセンティブを活用した健康づくり事業を実施。



【事業内容】

- 府民にポイント還元による健康づくり活動への動機づけを行い、継続的に自発的な行動を促進
 - システムに登録された府民に対して『歩数』によりポイントを付与
 - 併せて市町村国保の被保険者に対しては『特定健診受診』によりポイントを付与
- 個人が健康情報を把握し、自発的な健康づくりを促進
 - 個人毎のマイページにおいて健康情報等を見える化し、健康管理の意識付け
 - 健康づくりや『歩く』行動をより促進するため、健康イベント情報を発信
- 健診情報や歩数管理による健康行動の変容など、蓄積されたデータを分析した上で、将来的に府民への効果的な健康づくりと医療費適正化施策の実施につなげる

府民一人ひとりの健康づくりの取組努力にインセンティブを与え、医療費適正化と健康寿命を延伸

◆新国保制度施行後の課題と対応

-赤字（法定外一般会計繰入）の解消-

1. 課題認識

◇ 法定外一般会計繰入については、法に反するものではないが、国民健康保険に加入していない住民に対して、結果として、国のルール以外の税負担を求めることになるため、住民の税負担の公平性の観点などから、適切ではない

◇ 大阪府内の市町村における解消すべき赤字額
平成29年度 府定義 約123億円（国定義 約76億円）



赤字（法定外一般会計繰入）の早期解消

◆ 新国保制度施行後の課題と対応

-赤字（法定外一般会計繰入）の解消-

2. 府の対応（方針）

◇ 激変緩和措置期間（6年間）内での解消



府独自の赤字の基準の設定

市町村が赤字解消計画を策定

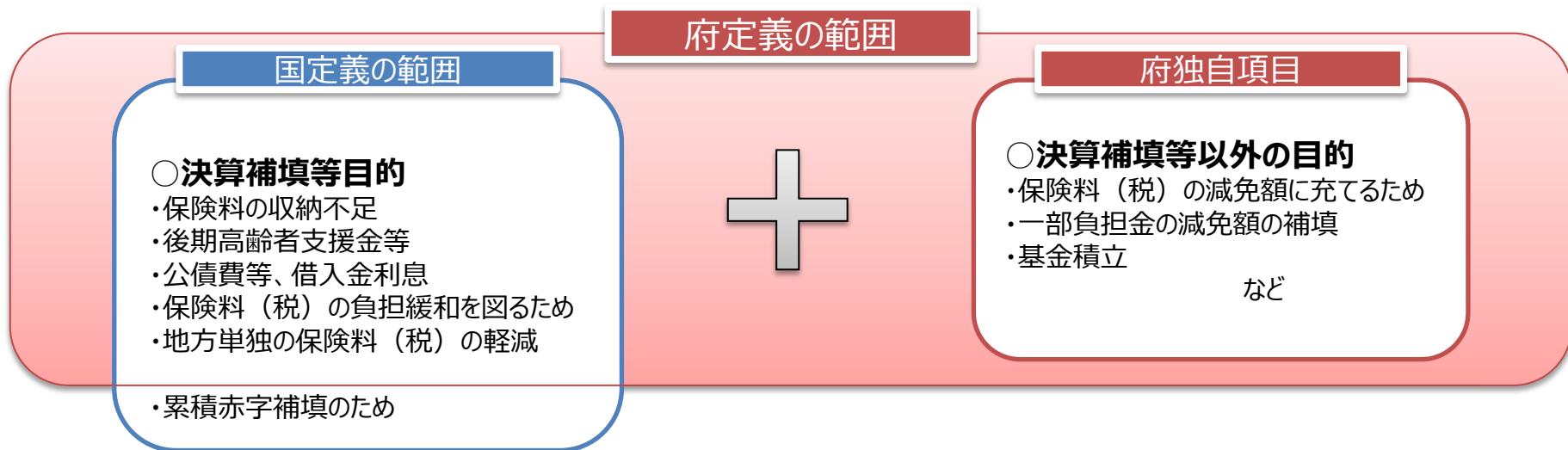
各市町村の取組状況を府独自インセンティブの仕組みの中で評価

3. 今後の取組目標

◇ 法定外一般会計繰入に頼らずとも、将来にわたって持続可能となる国保制度をめざす

府独自の赤字の基準と府独自インセンティブの仕組みの構築

- ◇ 府独自の赤字の基準として、「大阪府国民健康保険運営方針」では、下記の範囲内の法定外一般会計繰入は、受益と負担の公平性の観点より、本来保険料を財源とすべきであり、「名目的な赤字」として解消すべきものと定めている。



- ◇ 府2号繰入金等を活用した府独自のインセンティブの仕組みを構築

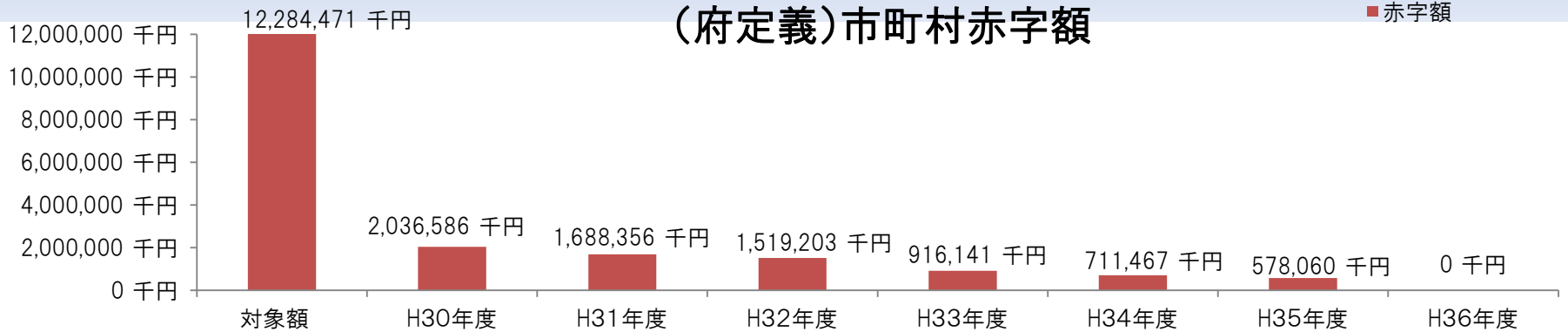
【配分割合】

交付区分	H30年度～
財政の健全性の確保・向上	3
広域化の推進	3
健康づくり・医療費適正化の促進	4

【評価項目（予定）】

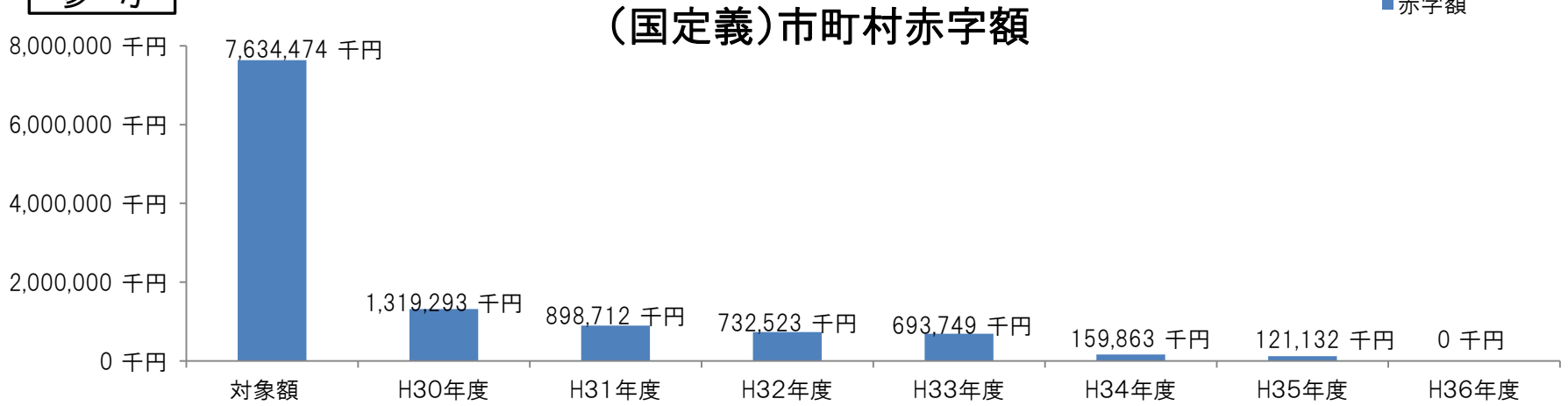
項目	評価指標	配点
法定外繰入の削減状況	決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っていないか	25
	国保運営方針に基づき、決算補填等目的の法定外一般会計繰入等の削減の目標年次を定めた個別の計画を策定しているか	(15)
既存の累積赤字解消の取組状況	累積赤字がないか	25
	府基準により対象市町村が策定した赤字解消計画について、達成しているか	(5)
	府基準による赤字解消計画の策定対象外団体のうち、前年度決算の累積赤字額が前々年度の累積赤字額を下回っているか	(5)

赤字解消額の推移（計画）



削減額	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度	平成36年度
	▲10,247,885千円	▲348,230千円	▲169,153千円	▲60,3062千円	▲204,674千円	▲133,407千円	▲578,060千円

参考

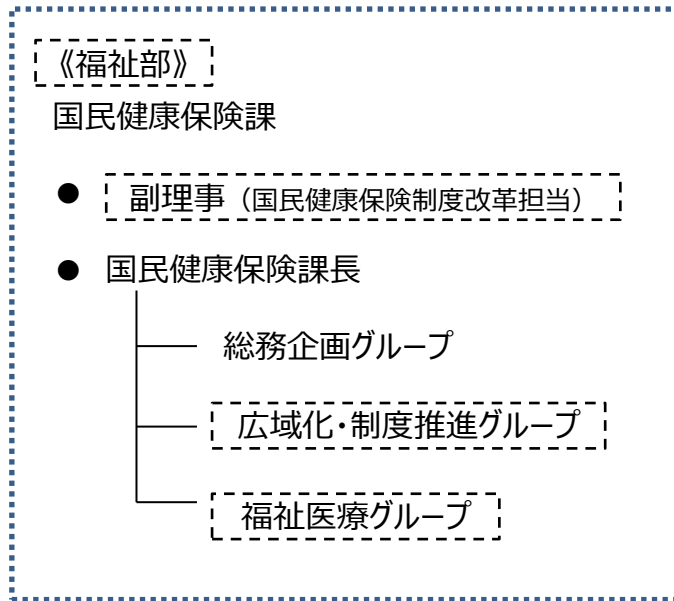


削減額	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度	平成36年度
	▲6,315,181千円	▲420,581千円	▲166,189千円	▲38,774千円	▲533,886千円	▲38,731千円	▲121,132千円

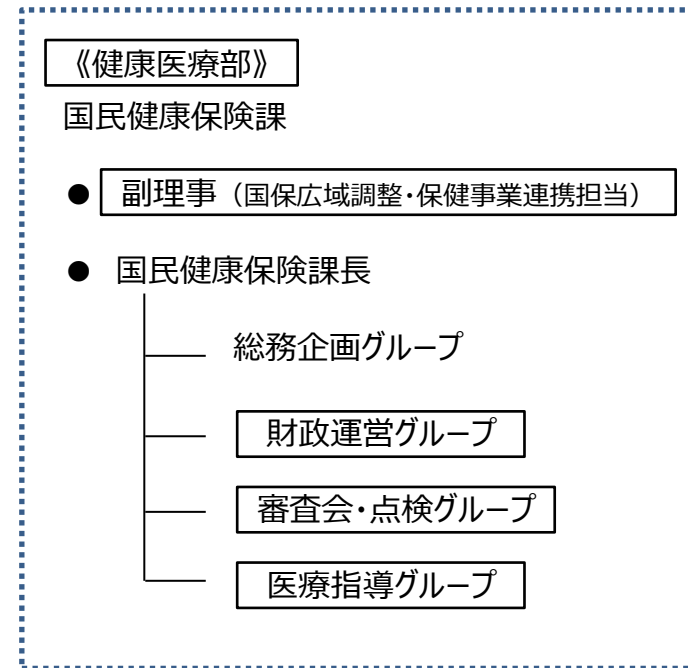
◆ 新国保制度施行後の課題と対応

制度施行後の府の体制

【～平成29年度】



【平成30年度～】



期待する効果

◇ 平成30年4月より、国民健康保険課を健康医療部に移管し、より国民健康保険施策と健康医療施策との連携・調整を図り、効率的・効果的に制度を運営。

- 地域医療提供体制と国保の給付責任体制の一体的な運営（ガバナンスの強化）
- より効果的な医療費適正化の取組みの促進
- 府民の健康管理・健康づくりの充実

香川県内市町国保の現状と課題

平成30年8月22日

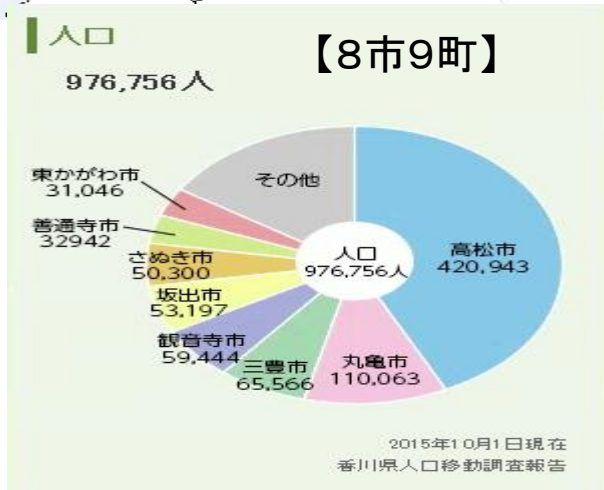
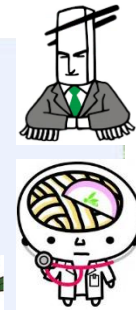
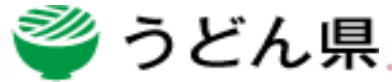
香川県 健康福祉部 医務国保課

課長 東 善博

1 香川県の医療を取り巻く状況

香川県の地勢・交通・人口等の状況

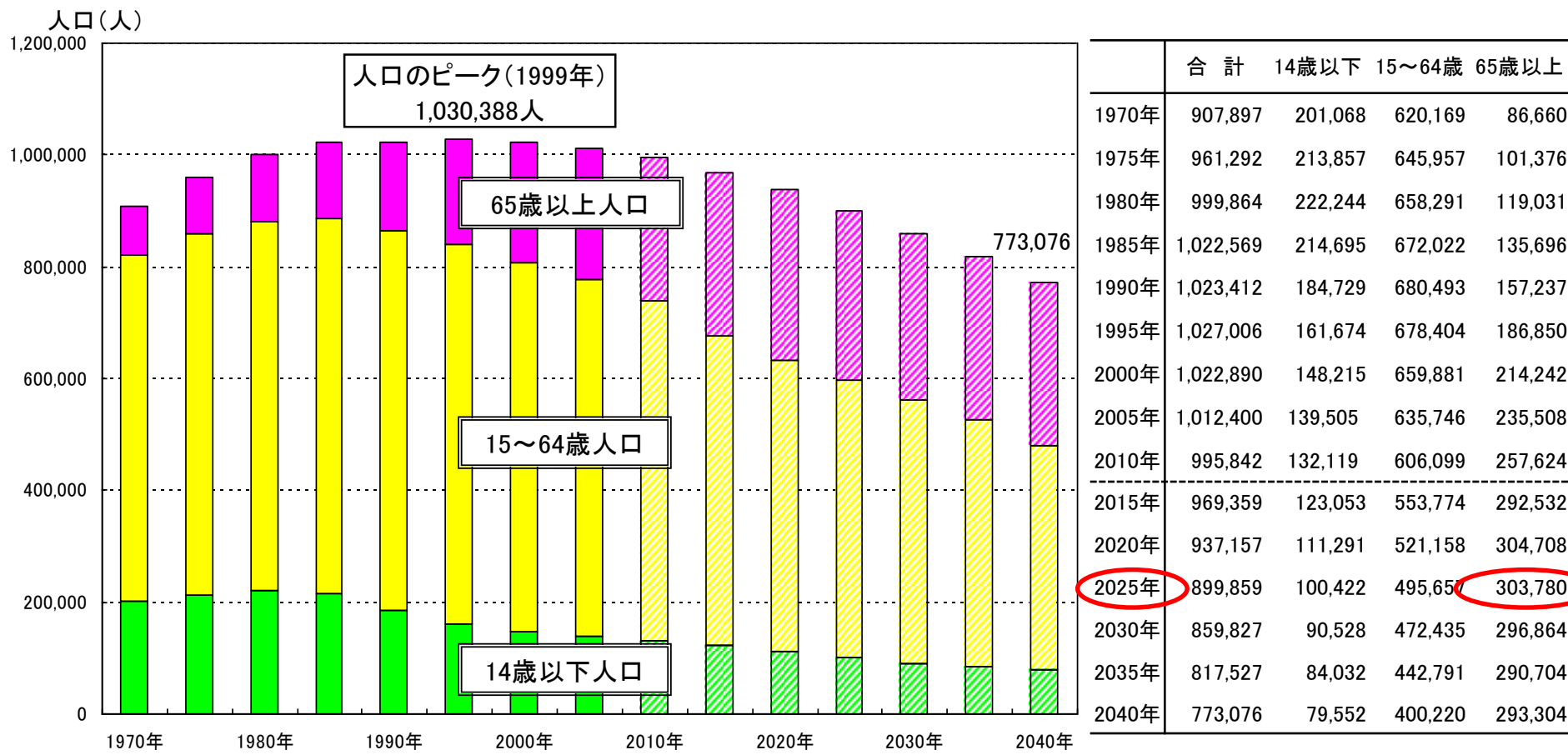
都道府県人口・面積・人口密度ランキング(2017年10月1日現在)



人口		面積		人口密度	
1 東京都	13,742,906	1 北海道	78,420.77	1 東京都	6,272.44
2 神奈川県	9,161,139	2 岩手県	15,275.01	2 大阪府	4,635.69
3 大阪府	8,831,642	3 福島県	13,783.74	3 神奈川県	3,791.99
4 愛知県	7,526,911	4 長野県	13,561.56	4 埼玉県	1,924.19
5 埼玉県	7,307,579	5 新潟県	12,584.18	5 愛知県	1,455.07
6 千葉県	6,255,876	6 秋田県	11,637.52	6 千葉県	1,212.93
7 兵庫県	5,502,987	7 岐阜県	10,621.29	7 福岡県	1,024.86
8 北海道	5,320,523	8 青森県	9,645.56	8 兵庫県	655.04
9 福岡県	5,110,338	9 山形県	9,323.15	9 沖縄県	632.93
10 静岡県	3,673,401	10 鹿児島県	9,186.99	10 京都府	563.57
11 茨城県	2,896,675	11 広島県	8,479.47	11 香川県	515.6
12 広島県	2,830,069	12 兵庫県	8,400.93	12 茨城県	475.09
13 京都府	2,599,313	13 静岡県	7,777.43	13 静岡県	472.32
14 宮城県	2,322,024	14 宮崎県	7,735.31	14 奈良県	365.29
15 新潟県	2,266,121	15 熊本県	7,409.44	15 滋賀県	351.71
16 長野県	2,076,017	16 宮城県	7,282.22	16 佐賀県	337.46
17 岐阜県	2,010,698	17 岡山県	7,114.47	17 広島県	333.76
18 栃木県	1,961,963	18 高知県	7,103.93	18 長崎県	327.56
19 群馬県	1,958,409	19 鳥根県	6,708.24	19 宮城県	318.86
20 岡山県	1,908,447	20 栃木県	6,408.09	20 三重県	311.53
21 福島県	1,882,666	21 群馬県	6,362.28	21 群馬県	307.82
22 大分県	1,798,886	22 大分県	6,340.74	22 栃木県	306.17
23 熊本県	1,765,518	23 山口県	6,112.34	23 石川県	274.11
24 鹿児島県	1,624,801	24 茨城県	6,097.12	24 岡山県	268.25
25 沖縄県	1,443,802	25 三重県	5,774.41	25 富山県	248.59
26 滋賀県	1,412,956	26 愛媛県	5,676.19	26 愛媛県	240.29
27 山口県	1,381,584	27 愛知県	5,172.90	27 熊本県	238.28
28 愛媛県	1,363,907	28 千葉県	5,157.64	28 山口県	226.03
29 長崎県	1,353,550	29 福岡県	4,986.40	29 和歌山県	199.87
30 奈良県	1,348,257	30 和歌山県	4,724.71	30 岐阜県	189.31
31 青森県	1,278,450	31 京都府	4,612.19	31 福井県	185.74
32 岩手県	1,254,807	32 山梨県	4,465.27	32 山梨県	184.44
33 大分県	1,151,853	33 富山県	4,247.61	33 大分県	181.66
34 石川県	1,147,447	34 福井県	4,190.49	34 新潟県	180.08
35 山形県	1,101,452	35 石川県	4,186.09	35 徳島県	179.26
36 宮崎県	1,088,136	36 徳島県	4,146.79	36 鹿児島県	176.86
37 富山県	1,055,893	37 長崎県	4,132.20	37 鳥取県	161.17
38 秋田県	995,380	38 滋賀県	4,017.38	38 長野県	153.08
39 香川県	967,640	39 埼玉県	3,797.75	39 宮崎県	140.67
40 和歌山県	944,320	40 奈良県	3,690.94	40 福島県	136.59
41 佐賀県	823,620	41 鳥取県	3,507.13	41 青森県	132.54
42 山梨県	823,580	42 佐賀県	2,440.68	42 山形県	118.14
43 福井県	778,329	43 神奈川県	2,415.92	43 鳥根県	102.06
44 徳島県	743,356	44 沖縄県	2,281.14	44 高知県	100.43
45 高知県	713,465	45 東京都	2,191.00	45 秋田県	85.53
46 鳥根県	684,668	46 大阪府	1,905.14	46 岩手県	82.15
47 鳥取県	565,233	47 香川県	1,876.73	47 北海道	67.85

香川県の人口の推移(将来推計)

- 県の人口は1999年をピーク(103万人)に減少しており、2020年には約93万人に、2040年には約77万人にまで減少することが見込まれている。
- 人口減少が、日本全体の推移より、10年早く進んでいる。

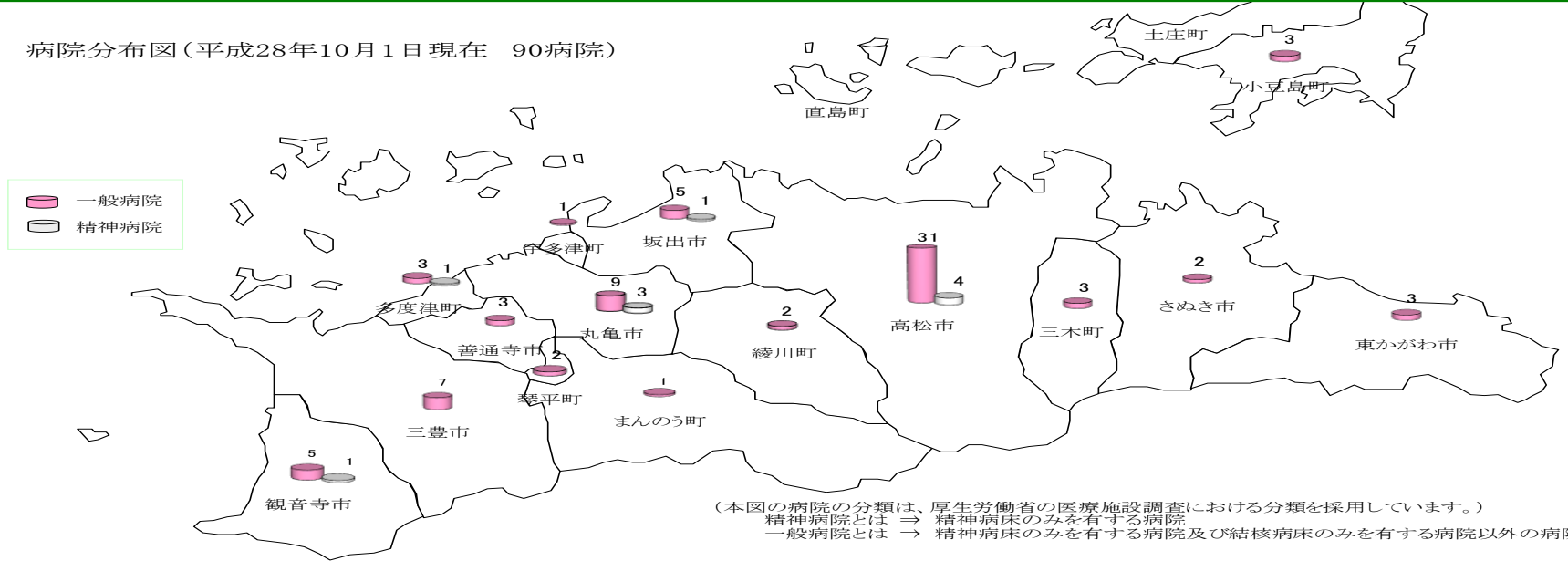


(資料出所) 2010年までは総務省統計局「国勢調査」の実績値、2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別人口推計(平成25年12月)」(13年12月25日公表)の香川県市町の合計値

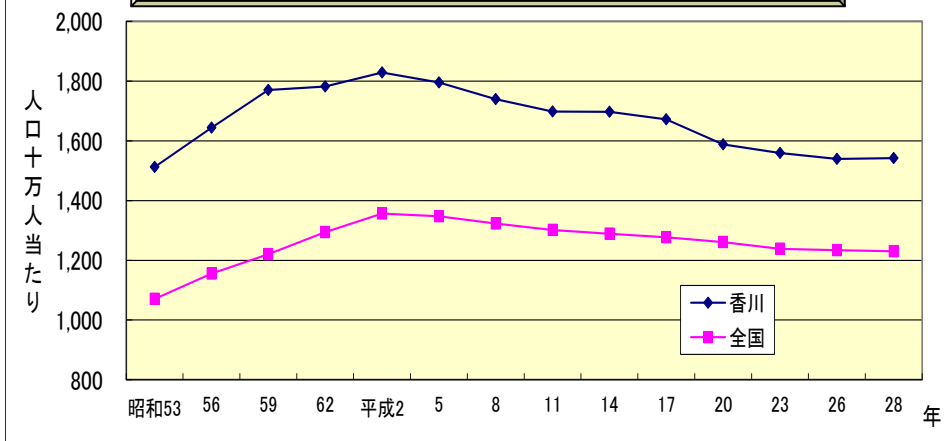
香川県内の病院数・病床数

- 香川県内で、病院数は90病院、病床数は14,987床となっている(平成28年10月1日現在)
- 人口10万人あたりでは、**病院数は9.3(全国13位)**、**病床数は1541.9(全国16位)**であり、それぞれ、全国平均(6.7、1229.8)を大きく上回っている。 ※平成28年医療施設調査

病院分布図(平成28年10月1日現在 90病院)



病院における病床数の推移



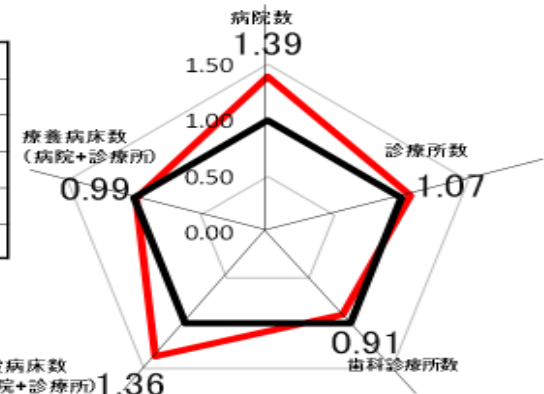
(出典)医療施設調査(厚生労働省)

香川県の医療提供施設の状況

【人口10万人当たり病院数等】

	香川県	全国平均
病院数	9.3	6.7
診療所数	65.4	80.0
歯科診療所数	49.2	54.3
一般病床数	1,058.7	776.0
療養病床数	963.0	977.3

※ 療養病床のみ、65歳以上人口10万人当たり



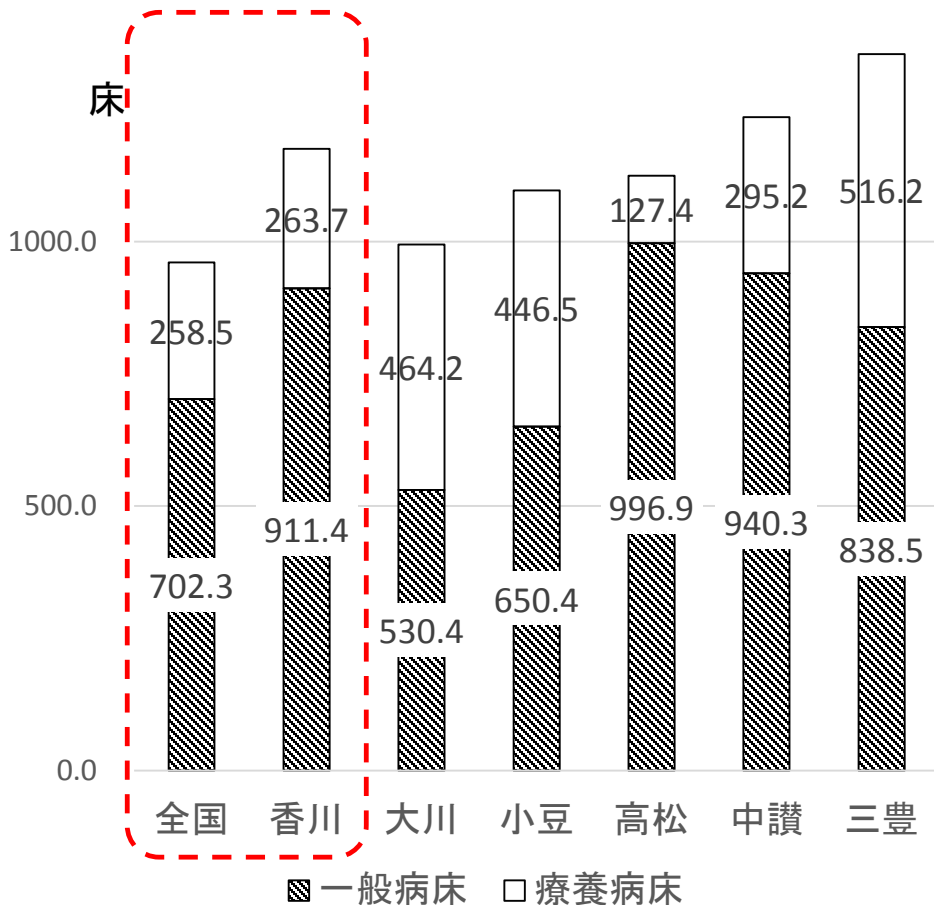
※ 病院数、診療所数、病床数及び人口は平成28年10月1日現在

※ 平成28年医療施設調査より作成

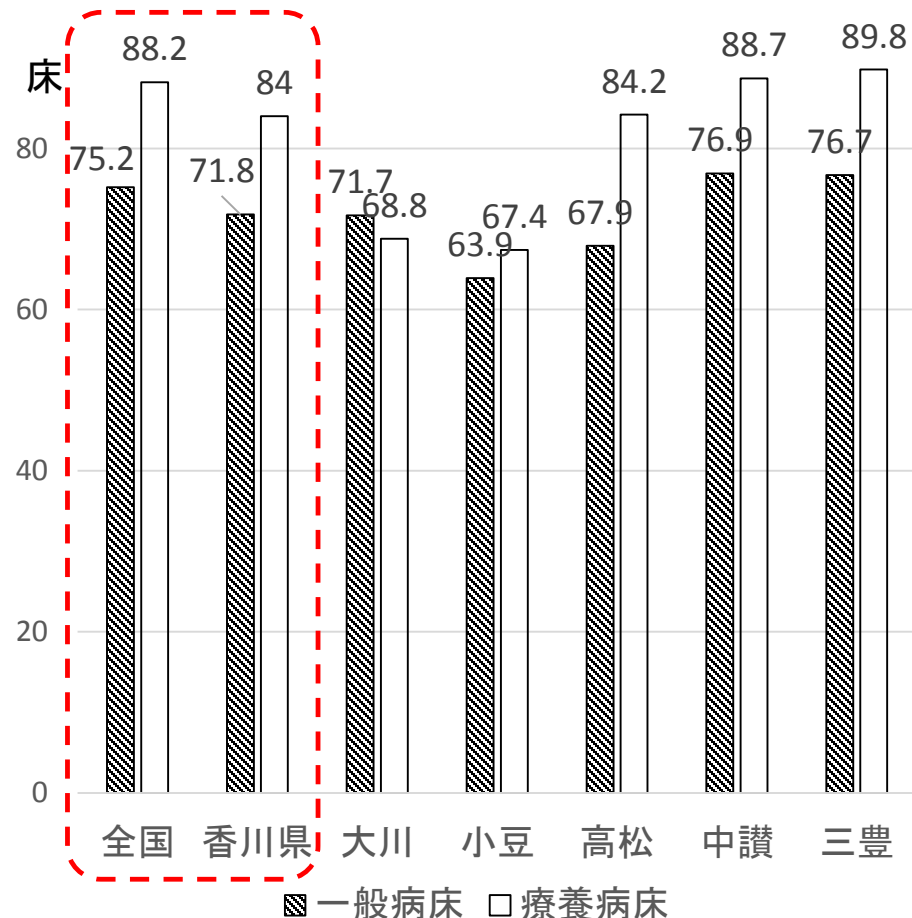
香川県における一般病院の病床数と病床利用率

- 香川県における人口10万人当たりの**一般病院の病床数**は、**全国平均を上回っている**。大川、小豆、三豊の二次医療圏では、療養病床の比率が高い。
- 香川県における一般病院の**病床利用率**は、**全国平均を下回っている**。二次医療圏ごとに全国平均と比較すれば、大川、小豆、高松では低い一方、中讃、三豊では高い。

香川県における一般病院の病床数(人口10万人対比)



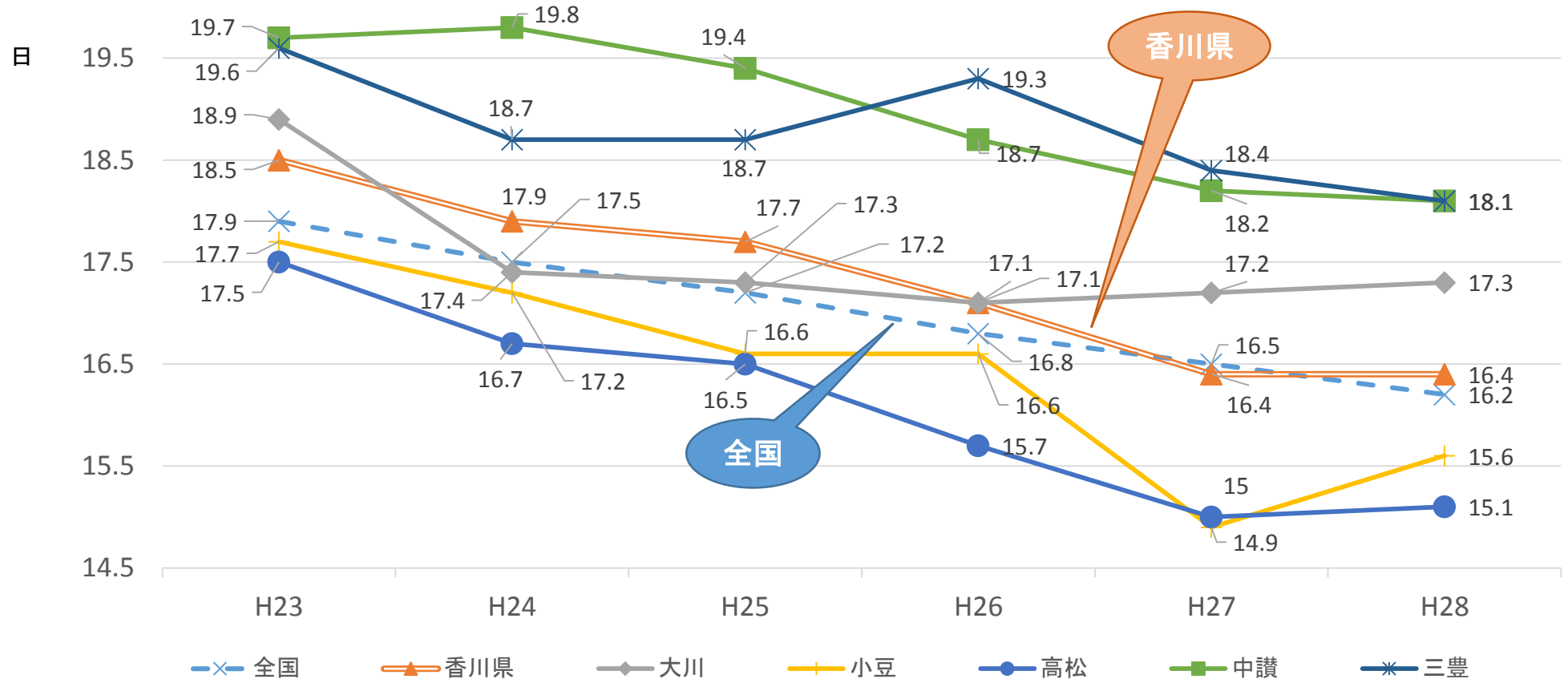
香川県における病床利用率



香川県における平均在院日数

- 香川県の一般病床の平均在院日数は、近年、全国平均を上回って推移しているものの、**全国平均並み**にまで短縮してきている。
- 二次医療圏単位では、高松、小豆医療圏では全国平均を下回っている一方、中讃、三豊、大川医療圏では、全国平均を上回っている。大川医療圏のみ、直近3年で微増で推移している。

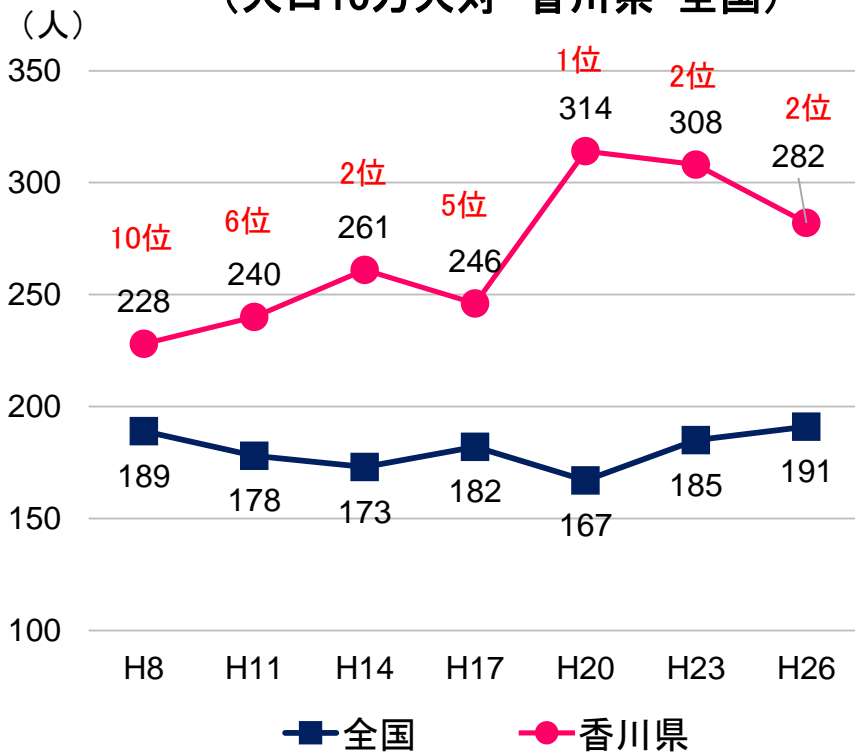
香川県における平均在院日数の推移(一般病床)



香川県における糖尿病受療率・死亡率の推移

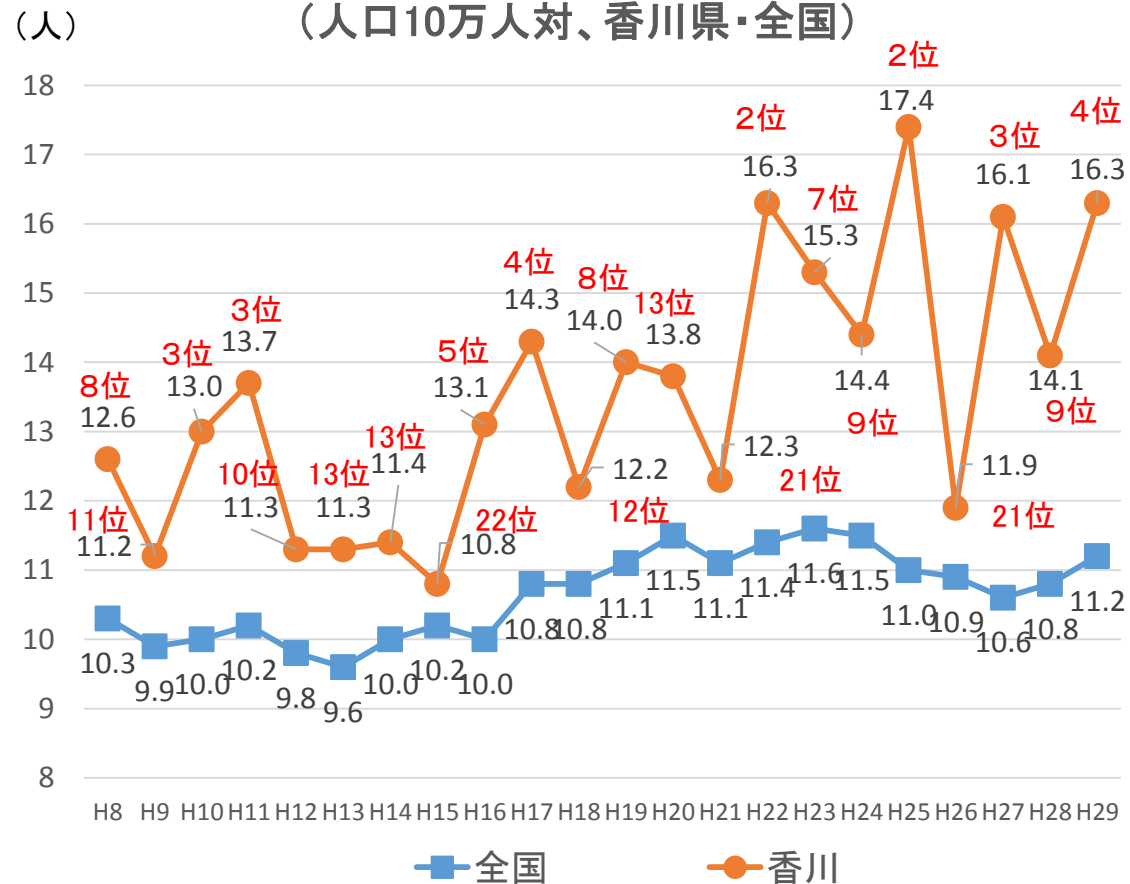
- 香川県では、**糖尿病受療率**（糖尿病の診断を受け、医療機関を受診している人の割合）は、平成8年～20年まで増加傾向、全国上位を推移。その後、減少はしているものの、直近では**全国2位**と、依然として高い状況。
- **糖尿病死亡率**においても、年度ごとに乱高下はあるものの、常に全国平均を上回っており、直近10年で、**全国10位以内が7回**と、常に高い水準で推移している。

糖尿病受療率の年次推移 H8～H26
(人口10万人対 香川県・全国)



【出典】 厚生労働省「平成26年患者調査」

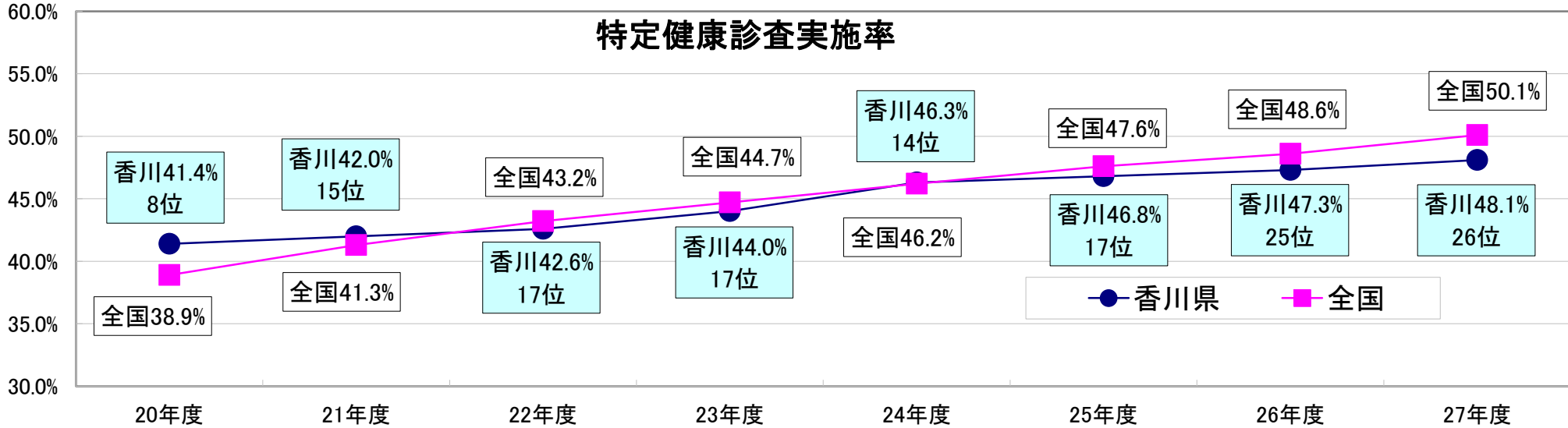
糖尿病死亡率の推移 H8～H29
(人口10万人対、香川県・全国)



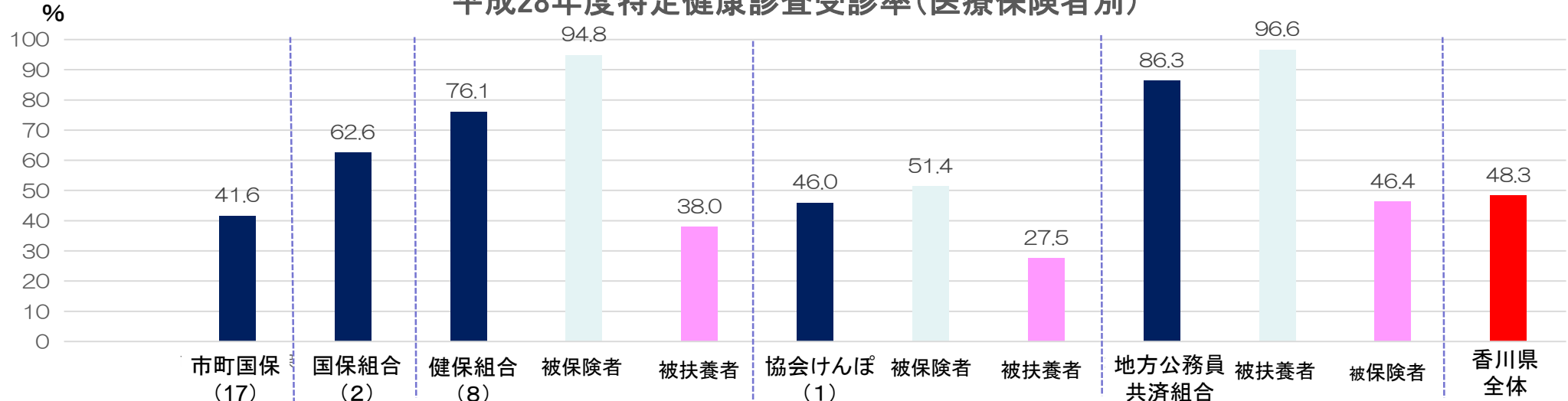
【出典】 厚生労働省「平成30年人口動態統計」 8

香川県における特定健診実施率の状況

- 香川県の特定健診受診率は徐々に増加しているものの、微増にとどまっており、近年全国順位を下げている。
- 医療保険者別の特定健診受診率(28年度)は、市町国保、協会けんぽの加入者と被扶養者の受診率が低い。



平成28年度特定健康診査受診率(医療保険者別)

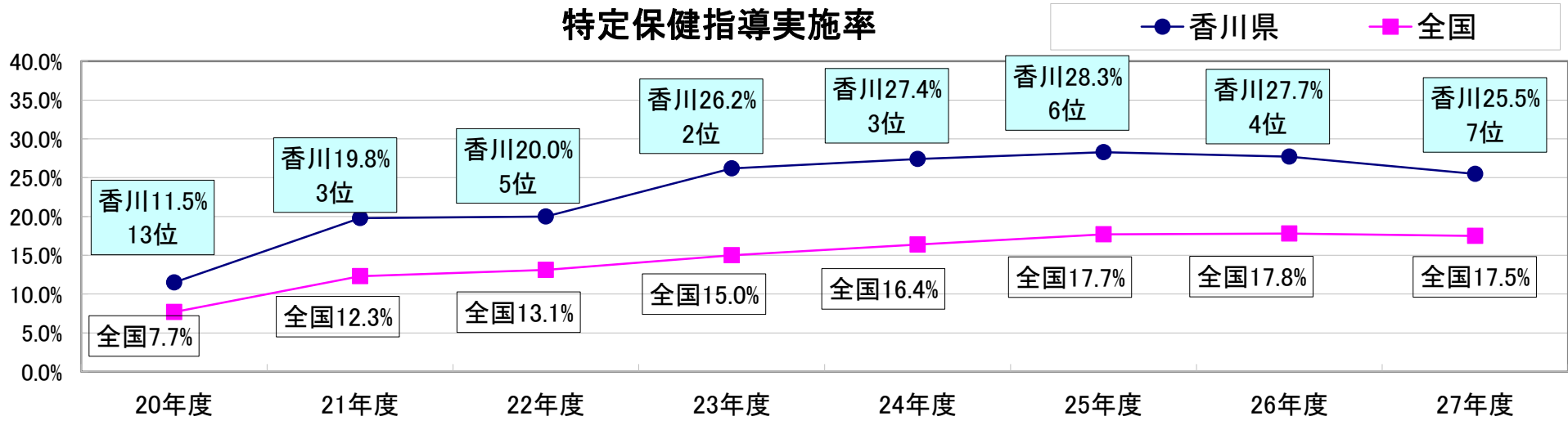


【出典】 厚生労働省「特定健康診査・特定保険指導の実施結果に関するデータ」

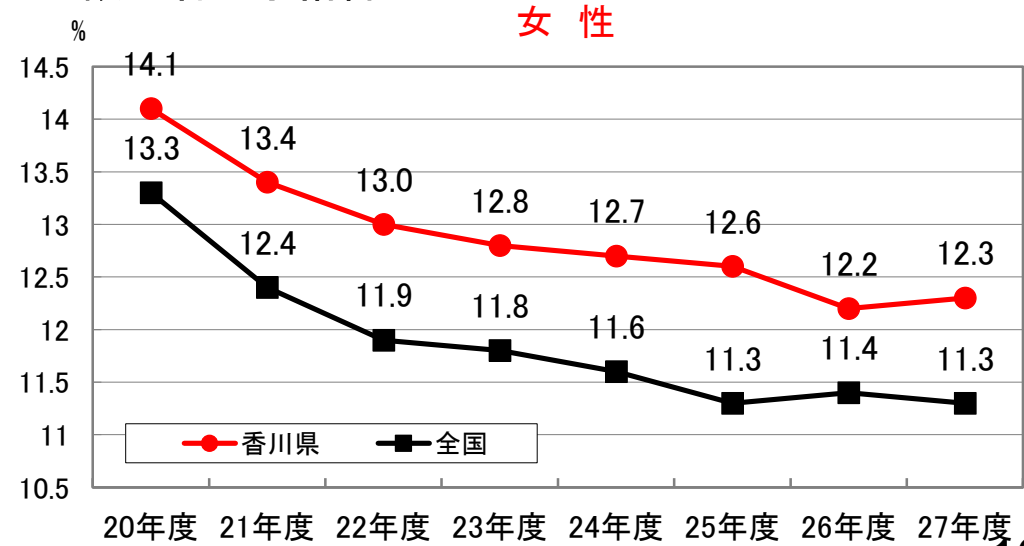
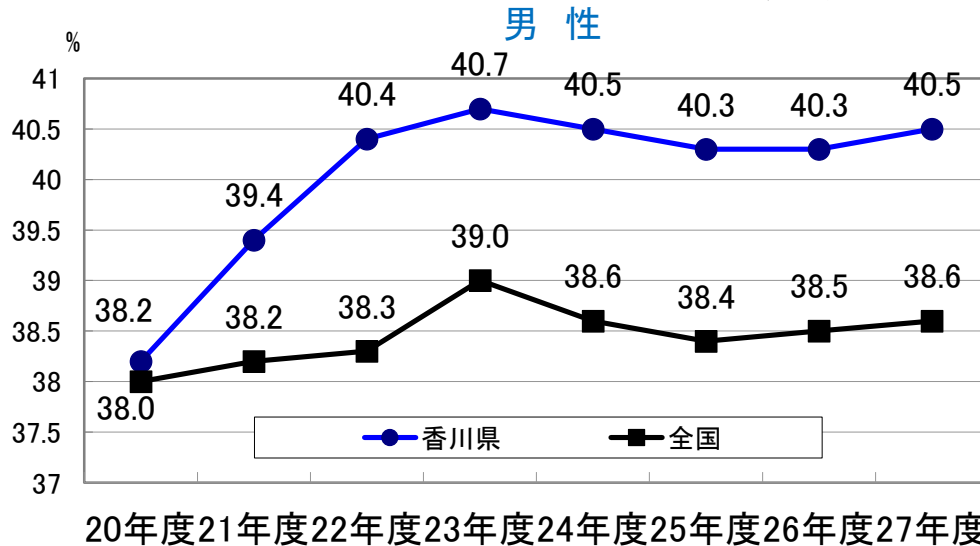
香川県における特定保健指導・メタボ該当者の状況

- 特定健診の結果、特定保健指導の実施率は、全国平均を大きく上回り、かつ、全国上位で推移している。
- 特定健診の結果、男性の約4割、女性の約1割がメタボ+予備群であり、いずれも全国平均を上回っている。

特定保健指導実施率



メタボリックシンドローム該当者+予備群

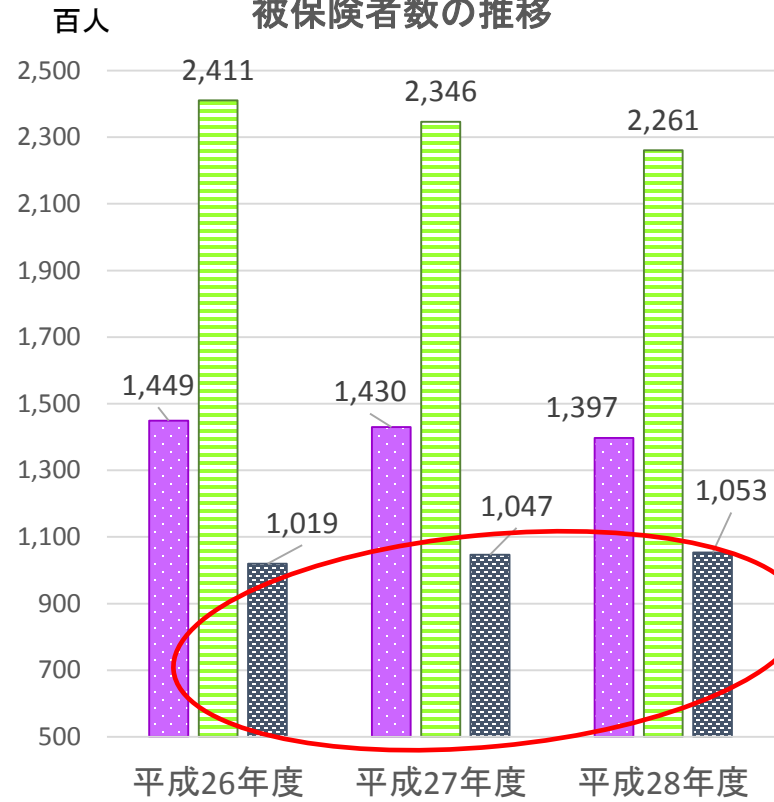


2 香川県の国民健康保険の 医療費、財政の見通し

香川県の国民健康保険被保険者数、年齢構成の推移

- 国保被保険者の世帯数、被保険者数はともに減少傾向。
- 被保険者を年齢階級別に見ると、**前期高齢者数、割合はともに増加。**(特に70歳以上の被保険者数が増加)
また、**前期高齢者の割合は、全国平均を大きく上回り、かつ、全国よりも増加幅が大きい。**

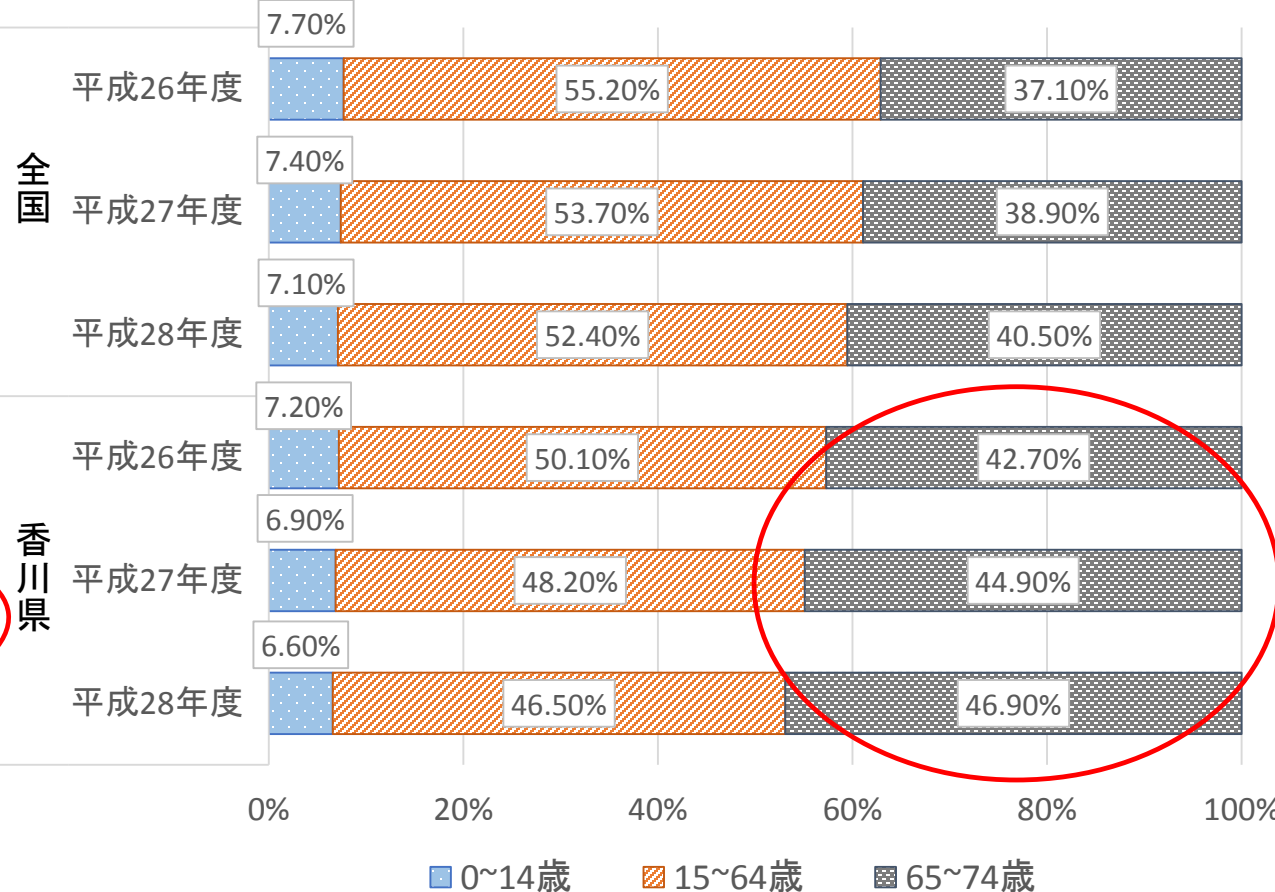
香川県の国保被保険者の世帯数、被保険者数の推移



■ 世帯数 ■ 被保険者数 ■ 前期高齢者数

【出典】 厚生労働省「国民健康保険事業年報」

市町村国保の被保険者の年齢構成の推移(全国、香川県)



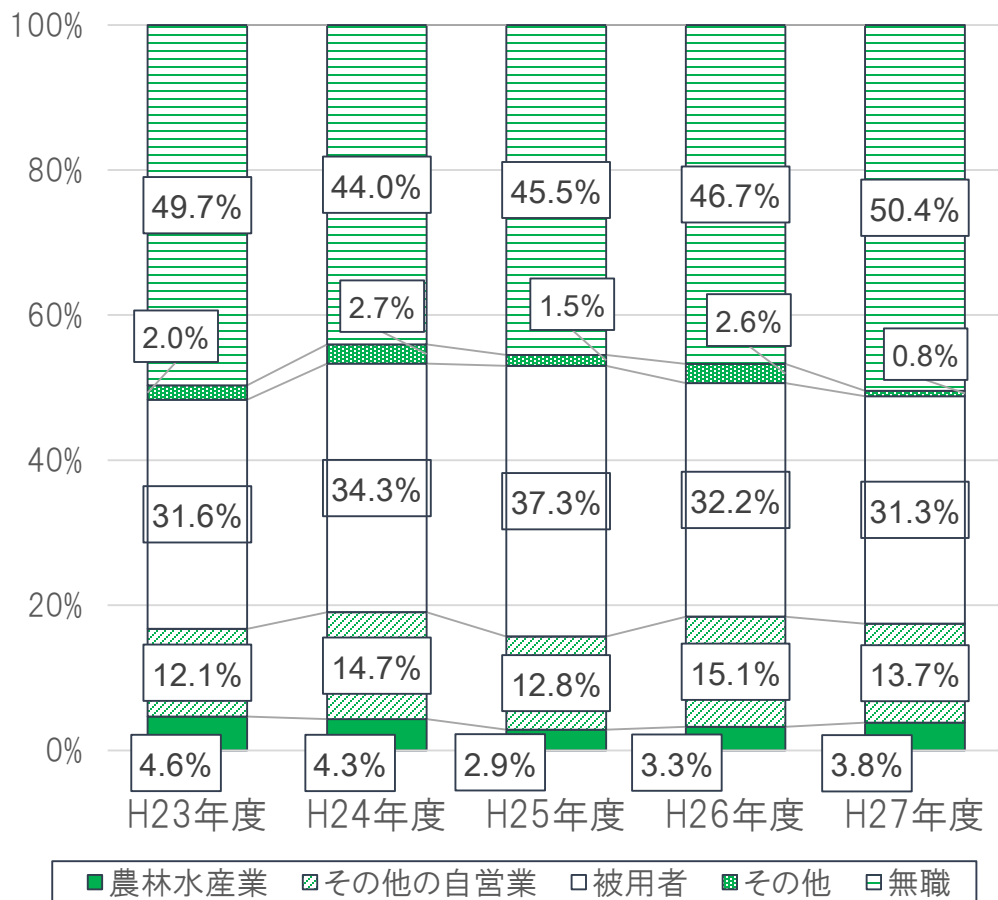
■ 0~14歳 ■ 15~64歳 ■ 65~74歳

【出典】 厚労省「国民健康保険実態調査(保険者表編)」(平成26・27・28年9月30日)
香川県「香川県人口移動調査報告」(平成26・27・28年10月1日)

香川県の国民健康保険被保険者の世帯主の職業構成と所得状況の推移

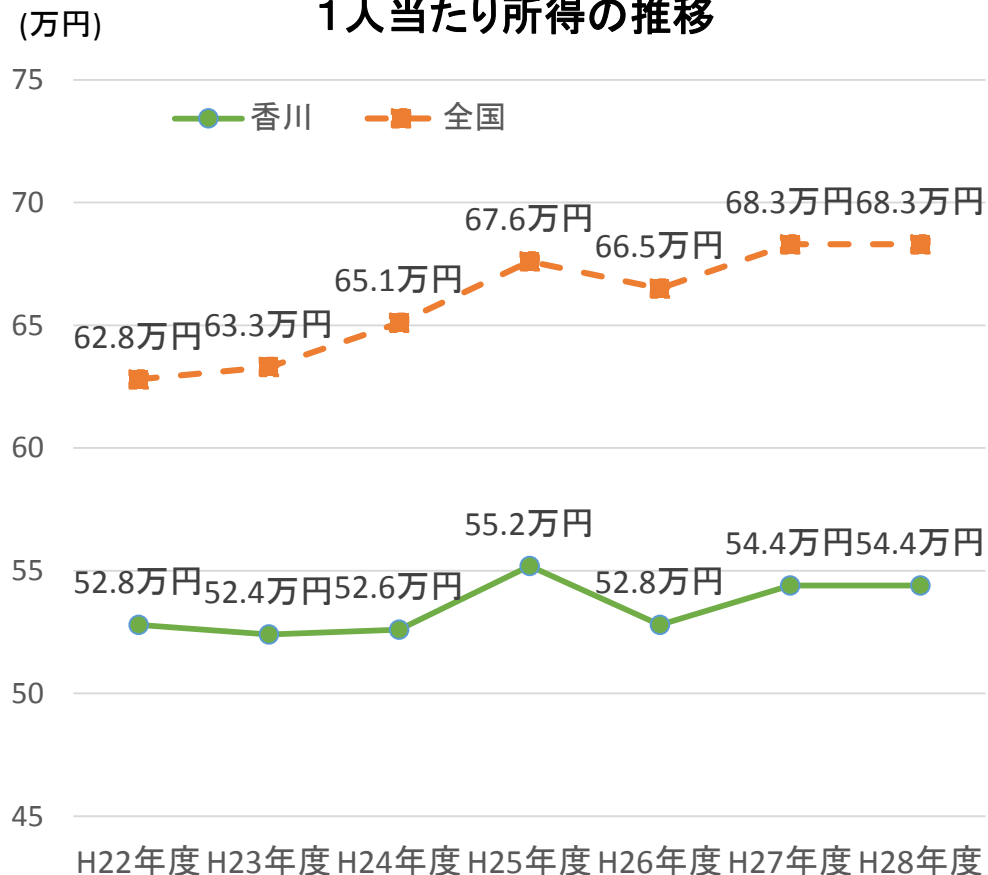
- 職業別の構成割合は、**無職者(年金受給者を含む)**が最も高く、次いで非正規労働者等の被用者、その他の自営業の順に多い。(全国平均よりも、無職者、農林水産業の割合が高い。)
- 1人当たり所得は、52万円台から55万円台で推移。**全国平均よりも低く、かつ、その差が拡大している。**

世帯主の職業別の構成割合の推移



【出典】厚生労働省「国民健康保険実態調査」

1人当たり所得の推移

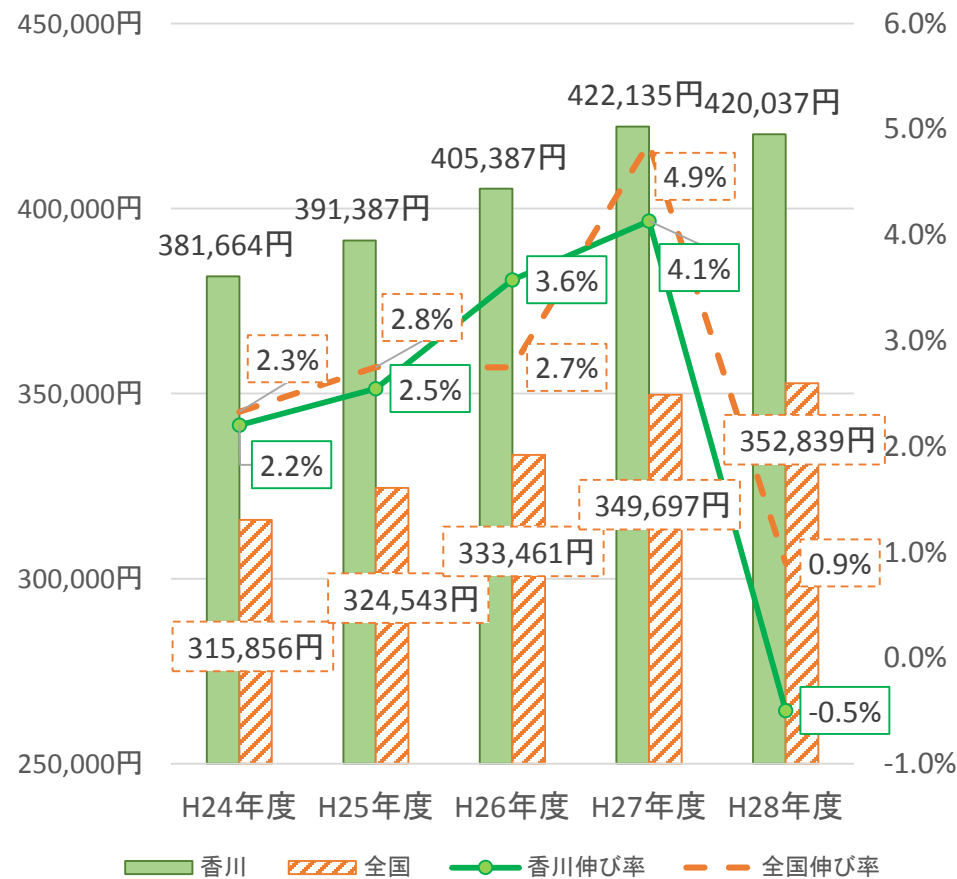


【出典】厚生労働省「国民健康保険実態調査」

香川県の国民健康保険医療費の状況

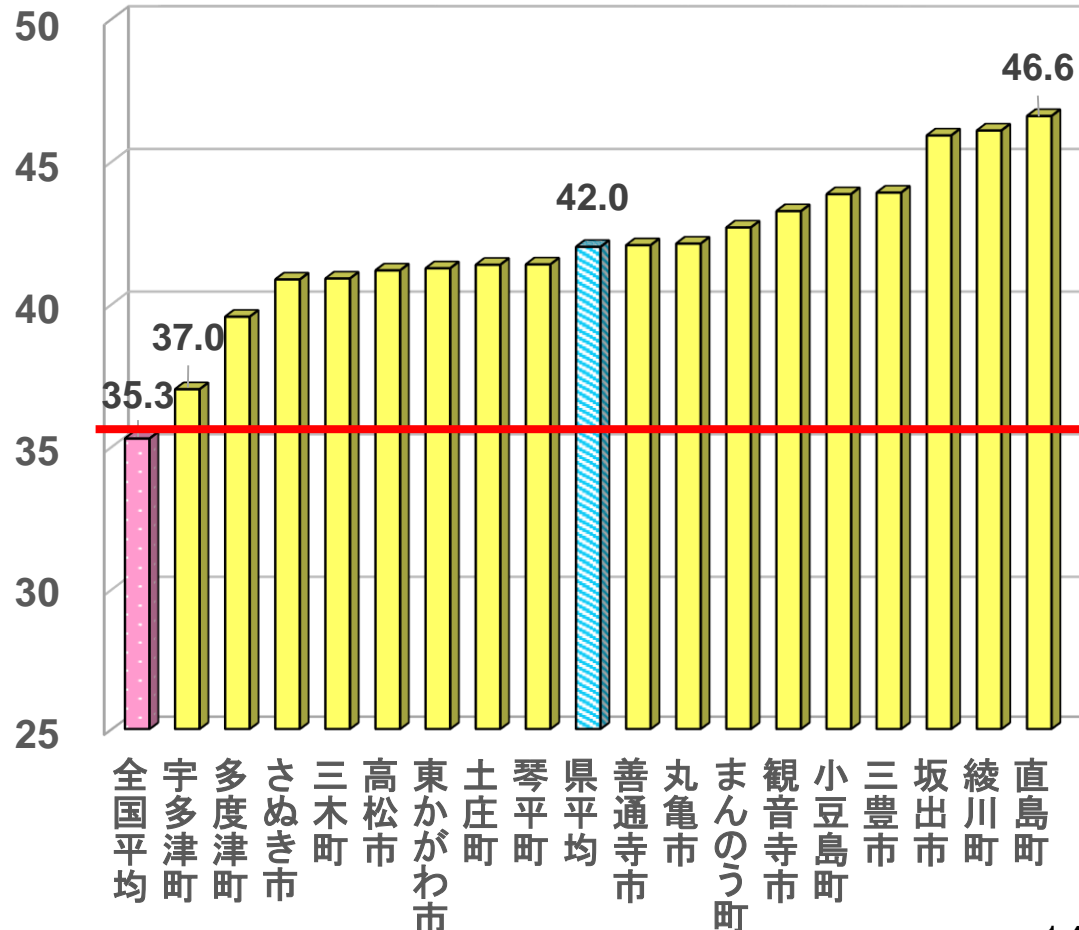
- 国保の一人当たり医療費は、伸び率にバラつきはあるものの、毎年上昇し続け、香川県の一人当たり医療費は、直近5年間、**全国平均よりも約7万円(約1.2倍)高い状況で推移**。
- **平成28年度の一人当たり医療費は420,037円(全国4位。うち、入院10位、入院外+調剤1位。)**
- **県内保険者別一人当たり医療費は、全ての保険者で全国平均を上回っており、格差は1.3倍(約10万円)。**

一人当たり医療費の推移と対前年度比伸び率



【出典】 厚生労働省「国民健康保険事業年報」

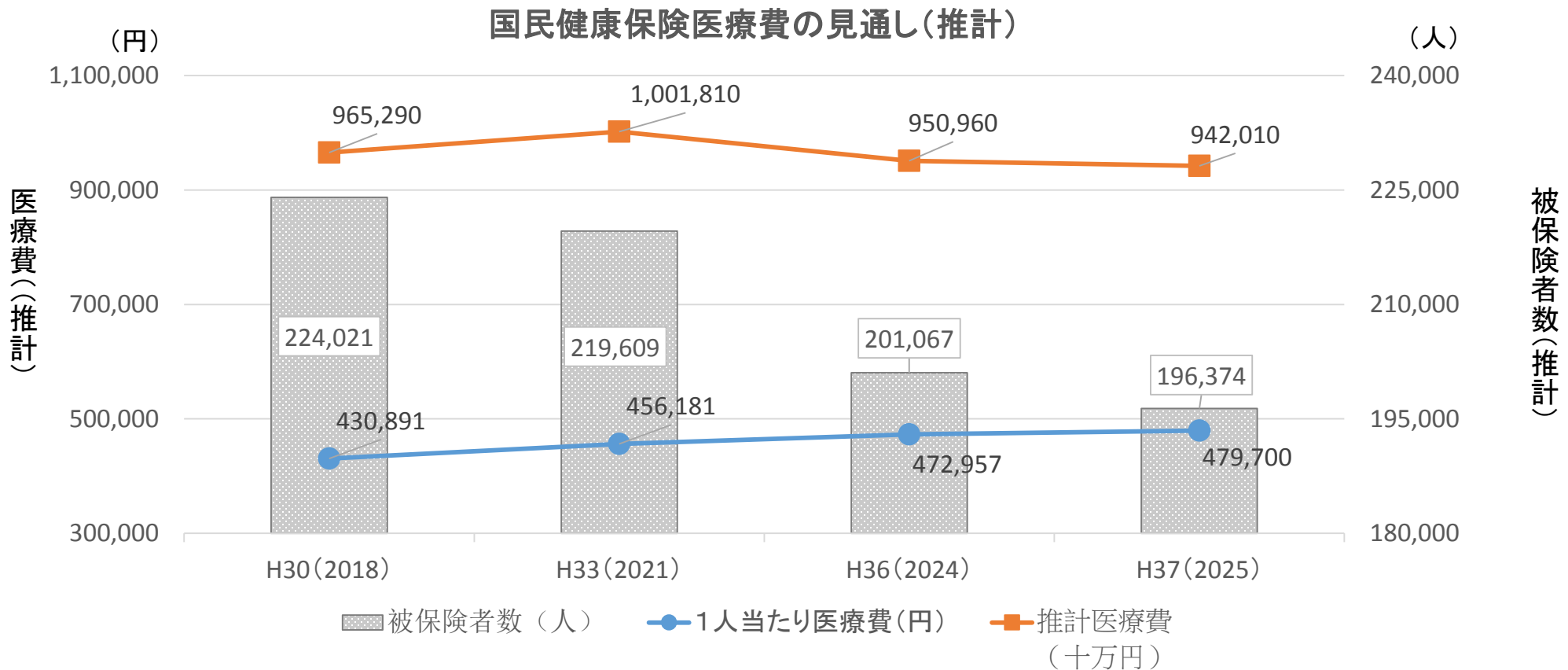
(万円) 香川県内保険者別一人当たり医療費(平成28年度実績)



【出典】 厚生労働省「平成28年度国民健康保険実態調査」

香川県の国民健康保険医療費・被保険者数の今後の見通し

- 医療費の伸びや将来の被保険者数及び被保険者の年齢構成等を勘案して、平成37年度(2025年度)までの国民健康保険に係る医療費の見込みを推計。
- **医療費は増加傾向が続くものの、平成33年度(2021年度)以降、減少に転じる見通し。**これは、
 - ・ 1人当たり医療費が被保険者の高齢化や医療の高度化等により引き続き増加することが見込まれること、
 - ・ 団塊の世代が後期高齢者医療制度に移行することに伴い、これまで増加傾向であった前期高齢者数が平成33年度(2021年度)以降に減少することが要因と考えられる。



【推計医療費の数式】 年度別推計医療費 = 推計年度における被保険者数 × 1人当たり医療費

【出典】 厚労省「国民健康保険事業年報」、社人研「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」、香川県「人口移動調査報告」

香川県の国民健康保険の財政状況(決算収支状況)

- 県全体の決算収支状況は例年黒字であるが、収入額(A)から財政調整基金からの繰入金や前年度からの繰越金等を控除した**単年度収入額(D)**と、支出額(B)から基金への積立金や繰上充用等を控除した**単年度支出額(E)**を比較した県全体の**単年度収支差額(F)**では、平成27年度まで**赤字**が続いていた。
- 県内8市9町の**市町ごとの単年度収支状況**では、平成27年度まで、赤字の市町が黒字の市町を上回っている。赤字となっている市町は、基金や繰越金等の前年度までの剰余金で収入不足を補う状況となっている。

【香川県内の国民健康保険の収支状況】

(単位:百万円)

年度	収入額 (A)	支出額 (B)	収支差引額 (C) (A)-(B)	単年度 収入額 (D) ^{※1}	単年度 支出額 (E) ^{※2}	単年度収支 差引額 (F) (D)-(E)	単年度 収支状況	
							黒字額	赤字額
H24	116,356	115,253	1,103	114,181	114,704	△ 523	287 (7)	810 (10)
H25	117,003	115,872	1,131	115,286	115,450	△ 163	487 (6)	650 (11)
H26	118,803	118,104	699	116,961	117,880	△ 919	130 (3)	1,049 (14)
H27	132,374	131,719	655	130,917	131,304	△ 387	211 (9)	598 (8)
H28	127,489	125,894	1,596	126,407	125,507	900	930 (15)	30 (2)

※1 「収入額(A)」から「基金繰入(取崩)金」・「(前年度からの)繰越金」を控除

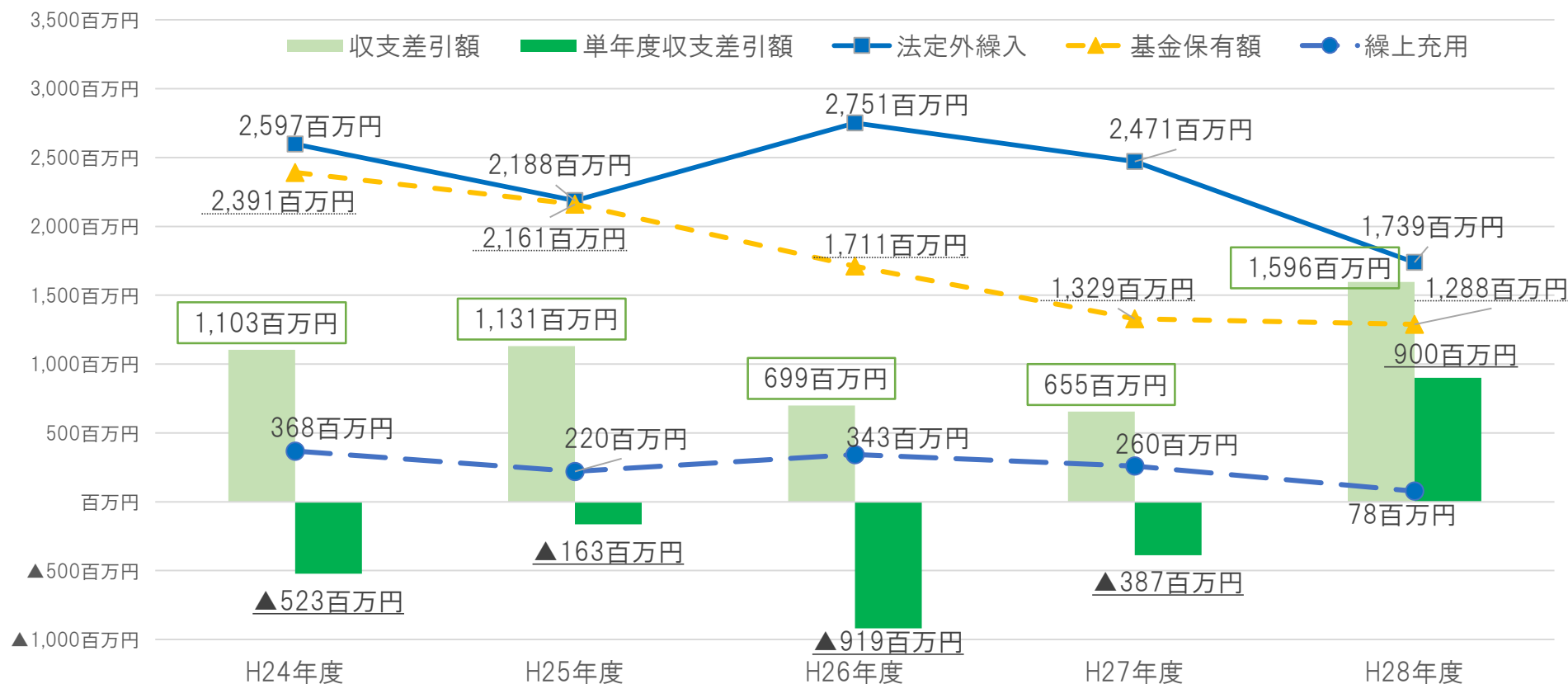
※2 「支出額(B)」から「基金積立金」「前年度繰上充用(欠損補填金)」「公債費」を控除

【出典】 厚生労働省「国民健康保険事業年報」

* 単年度収支状況の()内は保険者数 16

香川県の国民健康保険の財政状況(基金、一般会計からの繰入等の状況)

- 給付増や保険料収納不足による財源不足に備えて基金を所有している市町もある。**県内市町の基金保有額**は、平成28年度末時点の合計で、**約12億88百万円**となっている。
- 乳幼児医療等の地方単独事業に係る国庫負担金減額調整分への補填や保健事業等のほか、決算補填等(医療費の増加、保険料の負担緩和等)のため、一般会計からの法定外繰入を行っている市町もある。平成28年度は、**12市町で合計約17億39百万円の法定外繰入**が行われ、うち**4市町で約11億29百万円が決算補填等目的**。
- 翌年度の歳入を繰り上げて歳入不足分に充てる**前年度繰上充用**は、平成28年度、**2市で合計約78百万円**。



香川県の赤字解消・削減に向けた取組方針

- 赤字の市町は、医療費水準、保険料率の設定、収納率等について要因分析を行うとともに、県と協議のうえ、必要な取組みを定めた**赤字の解消・削減計画を作成し、取組みの実施状況及び成果を、毎年度、市町国民健康保険運営協議会及び県に報告**する。県に対する報告の際には、市町運営協議会における意見を付すこととする。
- 県は、毎年、取組みの評価に応じて、赤字の市町と協議の上、目標年次や必要な取組みについて見直しを行う。

- 平成28年度に決算補填等目的の法定外繰入を行っている**県内4市町**から、30年3月末までに**赤字削減・解消計画書(平成30年度から35年度まで6ヵ年計画)の作成・報告あり**。

市町村計画における方針・取組内容等

赤字削減・解消のための基本方針

- ・法定外繰入金は、保険者努力支援制度による財政支援を最大限活用しながら、計画的、段階的に縮小できるよう努める。
- ・保険料は、保険料負担額の増額抑制を図ることとし、赤字削減状況をみながら保険料の適正な賦課について、見直しを行う。

保険者努力支援制度による歳入の確保と、医療費適正化の取組みにより、段階的に赤字の解消を図る。

- ・被保険者の保険料負担水準に激変が生じないよう、長期的に決算補填等目的の繰入額を減らしていく。
- ・削減に当たっては、国及び県の財政支援の確保と医療費適正化に努めるとともに、定期的に国保税率改正の検討を行う。

保険税率を徐々に上げるが、加入者に過度な保険税の増額とならないよう、一般会計からの財政支援を受けつつも、保険税の適切な負担と医療費の適正化を進める。

赤字削減・解消のための具体的取組内容

- ・**保険者努力支援制度全評価指標を最大限活用**
- ・人工透析治療に係る医療費削減を柱に保険給付費の適正化推進
- ・**差押えの強化等による収納率の向上**

- ・**保険者努力支援制度による収入増**
- ・医療費適正化対策事業の推進
- ・**第5年次終了時に赤字が残っている場合、国保税率見直しを検討**

- ・**保険者努力支援制度の対象事業推進による歳入確保**
- ・糖尿病性腎症重症化予防事業実施医療機関を増加し、医療費適正化事業を推進
- ・**介護保険料の見直し時期に併せて税率見直しを検討**

- ・**保険税率を徐々に段階的に上げるが、上げ幅は毎年見直し**
- ・保険事業や医療費適正化、特定健診・特定保健指導にも注力し、加入者の生活の質の維持、向上を図りながら、医療費の伸びを抑制

3 国保都道府県単位化に伴う 保険料の状況と 医療費適正化の取組み

香川県内の市町の保険料の標準的な算定方法、保険料統一に係る方針

これまでの状況

- 平成29年度までは、**全市町**が保険料の算定を**4方式**(均等割り、平等割、所得割、資産割)で実施。
- **1人当たり年齢調整後医療費指数**(平成26～28年度平均)は、県内最大の坂出市と最小の多度津町で、その**格差は1.2倍**。また、都道府県別1人当たり年齢調整後医療費指数では**1.221**で、高い順で**全国3位**となっている。

納付金の配分方法・標準保険料率の算定方式

- **納付金の配分**に当たっては、県全体の医療分・後期高齢者支援金分・介護納付金分を個別に算定し、それぞれを**市町ごとに、3方式(人数、世帯数、所得のシェア)により算定**した額を合算する。
- 現状では、市町間の年齢調整後の医療費水準に差異が生じていることから、
 - **医療分**については、**市町ごとの年齢調整後の医療費指数の差と所得水準を、市町ごとの納付金に反映**
 - **後期高齢者支援金分、介護納付金分**については、**所得水準のみを反映**
- 県が定める新制度の標準的な保険料の算定方式は**3方式**とする。
- 市町は、世帯ごとの世帯構成、課税所得、固定資産税額等の状況を勘案して、保険料率の算定方式を決定。

αの値	βの値	保険料算定方式 (納付金配分方式)	均等割指数	高額(80万円超) レセプトの調整
α=1 (原則どおり)	β=対全国平均 (原則どおり)	3方式 (所得割、均等割、平等割)	0.7 (均等割:平等割=7:3)	県全体で共同負担するよう調整

保険料水準の統一に係る方針

- 県内の**保険料水準の統一**については、**当面、時期を限定せず、将来的に年齢調整後の医療費水準等の市町間格差が縮小した時点で、検討**する。
- 県は、年齢調整後の医療費水準等の市町間格差が縮小するよう、市町に対して、保健事業の推進や、適正受診の啓発、重複・頻回受診者及び重複投薬者への指導の充実を推進するよう、指導・助言を行う。

平成30年度国保事業費納付金等の算定結果

- 国からH29.12.25に示された係数と市町からのデータをもとに、平成30年度納付金等を算定し、H30.2.6に公表。(下表参照)
- ・ **平成30年度の被保険者数**(年度平均)は207,578人と推計。平成28年度平均(218,422人)と比べ、**1万人以上減少**する見込み。
 - ・ **平成30年度の1人あたり医療費**は、440,531円と推計。平成28年度(416,459円)と比べ、**約2万4,000円増加**する見込み。
 - ・ **年齢調整後の医療費指数**(全国平均=1)は、最大が坂出市の約1.23、最小が多度津町の約1.07。**県平均は約1.16**。
 - ・ **1人あたり平均所得(医療分)**は、最大が直島町の698,688円、最小が小豆島町の405,673円。県平均は、**501,144円**。

	【参考】 年齢調整後の 医療費指数	納付金額 (円)	平成30年度 市町村標準保険料率 (3方式)									
			医療分			後期高齢者支援金分			介護納付金分			
			所得割 (%)	均等割 (円)	平等割 (円)	所得割 (%)	均等割 (円)	平等割 (円)	所得割 (%)	均等割 (円)	平等割 (円)	
高松市	1.1658902	11,775,284,138	8.31	34,057	23,611	2.36	9,691	6,719	2.09	11,145	5,404	高松市
丸亀市	1.1696626	3,020,334,001	7.53	30,841	21,382	2.35	9,631	6,677	1.94	10,315	5,001	丸亀市
坂出市	1.2347007	1,514,073,597	7.57	30,996	21,489	2.31	9,469	6,565	1.96	10,439	5,061	坂出市
善通寺市	1.1794745	942,138,626	8.50	34,843	24,156	2.31	9,460	6,559	2.03	10,818	5,245	善通寺市
観音寺市	1.1999596	1,868,792,394	8.75	35,844	24,850	2.29	9,376	6,500	2.12	11,291	5,474	観音寺市
さぬき市	1.0916269	1,283,623,578	6.61	27,062	18,762	2.34	9,584	6,645	2.09	11,102	5,383	さぬき市
東かがわ市	1.1115613	935,665,968	7.66	31,384	21,758	2.32	9,522	6,601	1.88	9,986	4,842	東かがわ市
三豊市	1.1366847	1,865,054,072	7.08	29,020	20,120	2.31	9,486	6,577	2.01	10,690	5,183	三豊市
土庄町	1.0796343	417,674,859	6.31	25,864	17,931	2.23	9,160	6,351	1.96	10,450	5,067	土庄町
三木町	1.1156435	731,996,651	5.97	24,442	16,945	2.41	9,862	6,837	2.04	10,865	5,268	三木町
直島町	1.1569266	112,982,261	8.91	36,509	25,312	2.30	9,413	6,526	1.94	10,329	5,008	直島町
宇多津町	1.1679409	397,377,169	7.01	28,732	19,920	2.28	9,342	6,477	2.16	11,511	5,581	宇多津町
琴平町	1.1413769	269,325,226	8.15	33,377	23,140	2.03	8,318	5,767	1.89	10,080	4,888	琴平町
多度津町	1.0715589	625,585,441	7.79	31,918	22,128	2.39	9,803	6,796	1.86	9,874	4,788	多度津町
まんのう町	1.1225167	487,247,277	6.16	25,240	17,499	2.30	9,422	6,532	1.79	9,519	4,615	まんのう町
小豆島町	1.1587889	434,163,206	7.89	32,344	22,424	2.41	9,888	6,855	1.95	10,375	5,031	小豆島町
綾川町	1.1866015	685,282,140	6.40	26,239	18,191	2.38	9,766	6,771	2.03	10,780	5,227	綾川町
合計(県平均)	1.1584145	27,366,600,604										

※ 平成30年度及び平成31年度の2年間に限り、市町ごとに納付金算定基礎額を配分後、前期高齢者交付金等の精算額を市町ごとに加減算するため、必ずしも年齢調整後の医療費水準と所得水準に応じた配分となっていない。

※ 市町村標準保険料率は、同じ尺度で市町ごとの保険料率を見るためのものであり、市町ごとの事情(基金からの繰入等)を考慮していないため、市町が定める保険料率とは必ずしも一致しないこと。

香川県内の保険者別平成30年度国保保険料の状況

- 市町は、県が示した納付金額、保険料必要額等を参考に、収納率見込み、基金からの繰入等を考慮して、保険料の算定方式（3方式、4方式）、保険料率等を決定。（下表を参照）
- 17市町のうち、**12市町が3方式に変更、5市町が4方式を維持**した上で、保険料率を設定。（**3市町が29年度と同じ保険料率**）

平成30年度の市町の保険料率（平成30年3月調査）

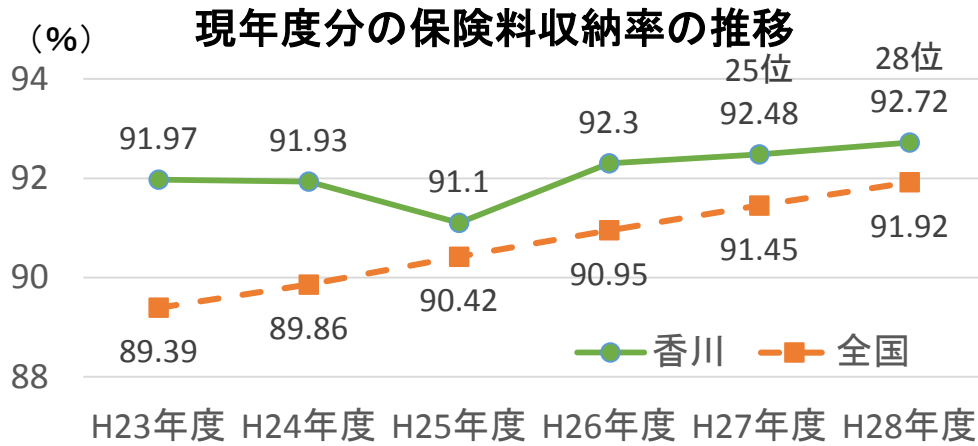
	医療分				後期高齢者支援金分				介護納付金分				合計			
	所得割 (%)	資産割 (%)	均等割 (円)	平等割 (円)	所得割 (%)	資産割 (%)	均等割 (円)	平等割 (円)	所得割 (%)	資産割 (%)	均等割 (円)	平等割 (円)	所得割 (%)	資産割 (%)	均等割 (円)	平等割 (円)
高松市	8.58		27,000	20,400	2.16		7,200	5,400	2.13		9,000	4,800	12.87	0.00	43,200	30,600
	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	1.87	▲ 29.10	0	0
丸亀市	7.60		26,500	26,300	2.10		6,000	5,700	2.12		8,000	5,000	11.82	0.00	40,500	37,000
	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.72	▲ 25.00	0	0
坂出市	8.10		27,000	26,000	2.70		7,600	6,800	2.40		8,000	5,000	13.20	0.00	42,600	37,800
	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	1.70	▲ 35.00	0	800
善通寺市	8.10		30,000	26,000	2.20		8,000	6,000	2.30		9,000	7,000	12.60	0.00	47,000	39,000
	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	1.20	▲ 34.80	3,000	2,000
観音寺市	8.70		27,000	28,000	2.40		7,200	4,500	1.00		6,200	4,000	12.10	0.00	40,400	36,500
	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	2.30	▲ 32.70	0	0
さぬき市	7.00	30.00	27,000	27,000	1.50	6.00	6,000	4,500	1.30	7.00	8,000	4,500	9.80	43.00	41,000	36,000
	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0
東かがわ市	6.90	34.70	26,400	23,100	1.30	6.90	4,800	4,500	1.10	7.00	8,100	4,800	9.30	48.60	39,300	32,400
	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0
三豊市	7.30		28,000	26,000	2.20		7,000	7,000	2.00		7,000	7,000	11.50	0.00	42,000	40,000
	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	1.50	▲ 30.00	4,000	2,000
土庄町	6.60	31.10	27,400	21,500	1.90	9.60	7,600	5,800	1.55	8.40	9,200	5,600	10.05	49.10	44,200	32,900
	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0
三木町	6.70		27,900	24,200	2.05		9,700	6,900	1.45		10,400	5,300	10.20	0.00	48,000	36,400
	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	1.30	▲ 47.20	10,100	0
直島町	5.16	31.50	29,700	24,300	1.90	5.85	9,500	8,400	1.54	5.40	10,300	7,400	8.60	42.75	49,500	40,100
	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.55	▲ 4.75	1,600	300
宇多津町	7.00		30,000	22,000	2.20		9,600	6,000	2.00		9,500	4,500	11.20	0.00	49,100	32,500
	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.80	▲ 45.00	500	500
琴平町	8.15		33,400	23,200	2.03		8,400	5,800	1.89		10,100	4,900	12.07	0.00	51,900	33,900
	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	▲ 0.43	▲ 35.00	4,800	▲ 9,000
多度津町	7.60		30,000	20,000	2.10		8,800	6,000	2.10		9,200	4,400	11.80	0.00	48,000	30,400
	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.10	▲ 39.50	1,200	▲ 9,800
まんのう町	6.70		26,000	19,000	2.50		9,500	7,000	1.80		10,000	5,000	11.00	0.00	45,500	31,000
	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	1.00	▲ 37.00	4,500	▲ 5,000
小豆島町	7.30	30.00	27,500	18,500	2.20	6.00	8,100	5,400	1.60	9.60	7,900	4,500	11.10	45.60	43,500	28,400
	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	1.90	▲ 0.03	3,700	▲ 3,200
綾川町	7.70		28,000	27,000	2.40		10,000	8,000	2.30		10,000	8,000	12.40	0.00	48,000	43,000
	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.60	▲ 30.00	3,000	0

※上段：平成30年度保険料率、下段：平成29年度保険料率との差
 ※下線は29年度と同じ保険料率

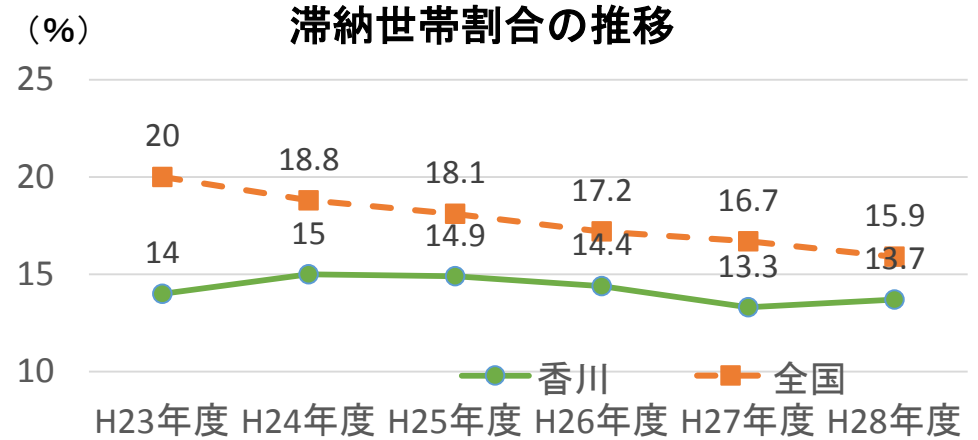
※太枠は、29年度から引き上げとなったもの

保険料の徴収の適正な実施

○ 保険料収納率、滞納世帯割合は、共に全国平均水準よりもいいが、近年、全国の改善率の方が上回っており、香川県は全国順位を下けている状況。



【出典】厚生労働省「国民健康保険事業年報」



【出典】厚生労働省「平成27年度国保の財政状況について」

収納率目標の設定

○ 県は、**収納率の状況、収納対策の実施状況等を確認**し、保険者努力支援制度における保険料収納率に係る評価指標及び達成基準を参考にして、毎年、**収納率目標を設定**する。

○ 収納不足となった市町は、**要因分析**（滞納状況、口座振替率等）を行い、収納対策**実施計画を策定**、県に報告

市町における収納対策

納付環境の整備（口座振替・コンビニ収納）による利便性向上と窓口におけるきめ細かい納付相談の実施

新規滞納の発生抑制（全庁体制での確認、催告の確実な実施）

短期被保険者証・資格証明書の適正な交付による滞納世帯との接触機会の確保

県による指導・助言

収納事務（計画策定、アドバイザー活用）に対する助言、納付環境整備に向けた支援

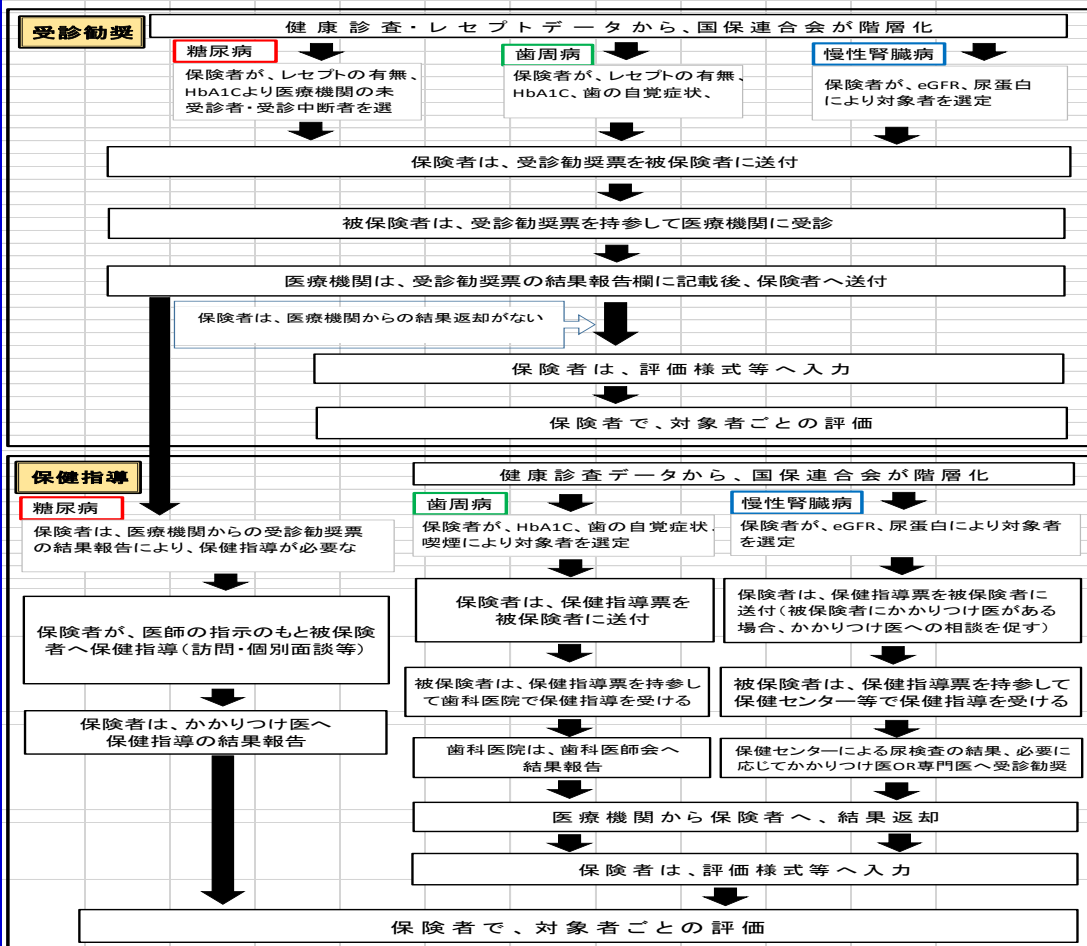
関係職員を対象とした研修の実施（香川県国保連との連携）

短期被保険者証等の適正交付に関する指導

医療費適正化の取組み(糖尿病性腎症重症化予防事業)①プログラム策定

- 香川県は、糖尿病の受療率・死亡率が全国上位にあり、糖尿病対策が喫緊の課題となっている。
- 県内保険者等による糖尿病性腎症等重症化予防の取組を推進していくため、平成29年3月、県、県医師会、県糖尿病対策推進会議、県国保連の四者で連携し、「香川県糖尿病性腎症等重症化予防プログラム」を策定。
- 具体的には、国保保険者等が、国保連合会開発のツールを使用し、特定健診データ・レセプトデータから糖尿病、歯周病、慢性腎臓病の3疾病ごとに、一定の抽出基準を設けて対象者を抽出し、医療機関への受診勧奨や保険者の保健師等による医療機関と連携した保健指導実施の取組をモデルとして県内全保険者等へ提示。(県内の大半の保険者等の取組みを基に明文化)

香川県糖尿病性腎症等重症化予防プログラム フロー図



①糖尿病 対象者抽出基準

レベル	医療受診中断期間	特定健診 検査値 HbA1c値(NGSP)		
		検診の受診なし	6.5未満	6.5以上6.9未満
判定なし	判定なし	階層		
レベル0 ・24か月以上「糖尿病」の病名なし	判定なし	介入等なし		受診勧奨①
レベル1 ・24か月中に「糖尿病」の病名あり ・糖尿病服薬、インシュリン なし	3か月以上 糖尿病の治療歴なし	介入等なし		受診勧奨②
	6か月以上 糖尿病の治療歴なし	経過観察①		
レベル2 ・24か月中に「糖尿病」の病名あり ・糖尿病服薬もしくはインシュリン あり	12か月以上 糖尿病の治療歴なし	経過観察②	受診勧奨④	
	3か月以上 糖尿病の治療歴なし	介入等なし		受診勧奨③
レベル3 ・24か月中に「糖尿病」の病名あり ・人工透析者(糖尿病関連性)	6か月以上 糖尿病の治療歴なし	経過観察③	経過観察④	
判定なし	判定なし	介入等なし		経過観察④

②歯周病

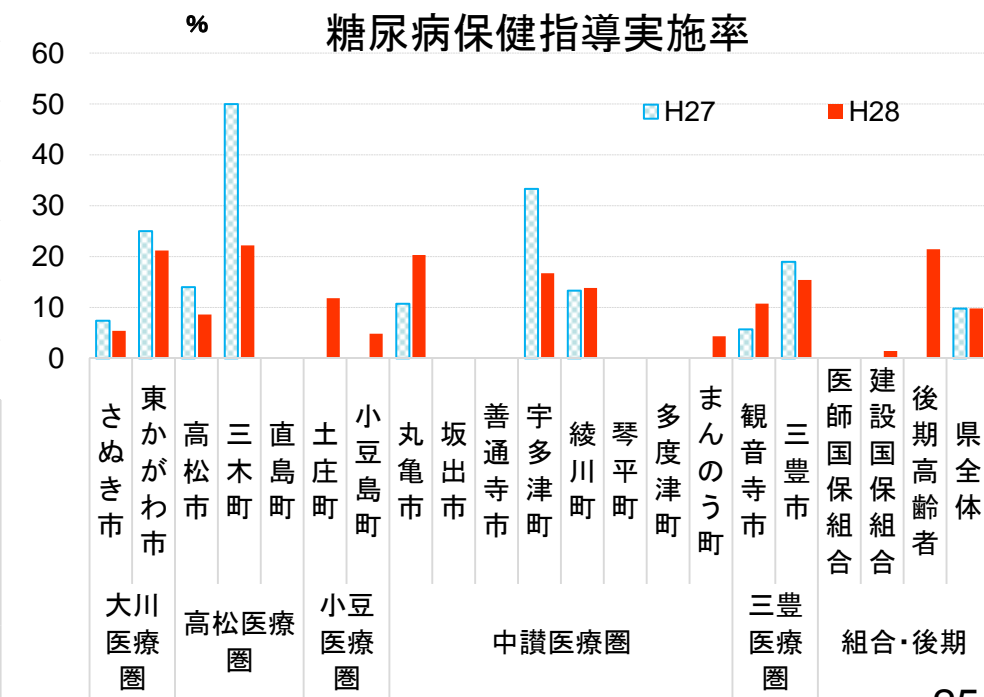
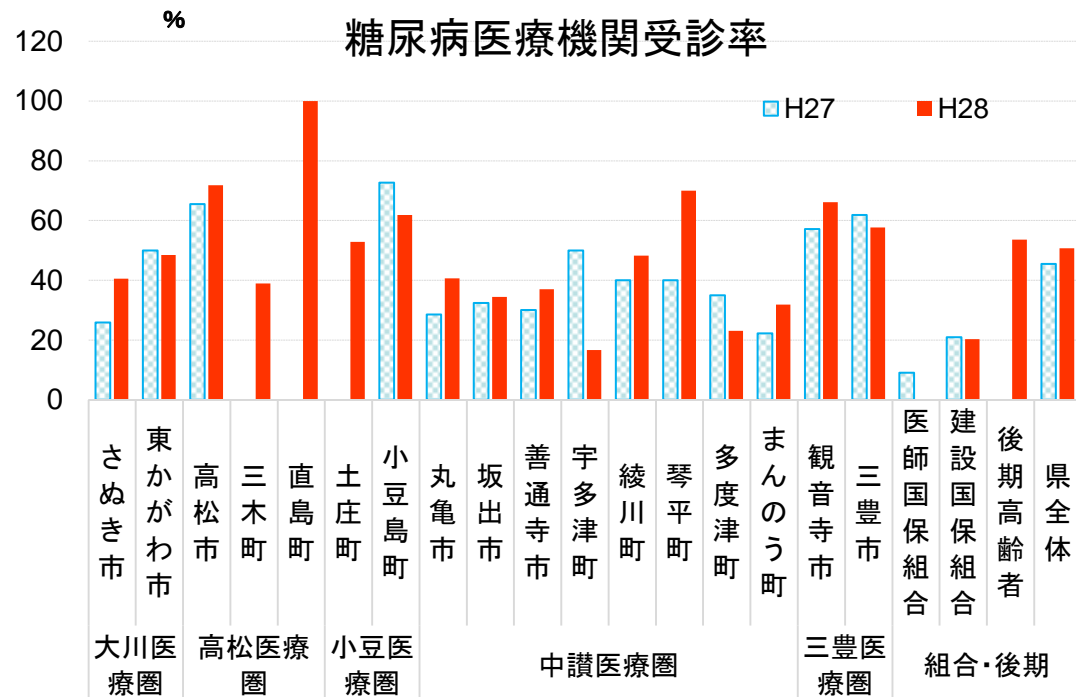
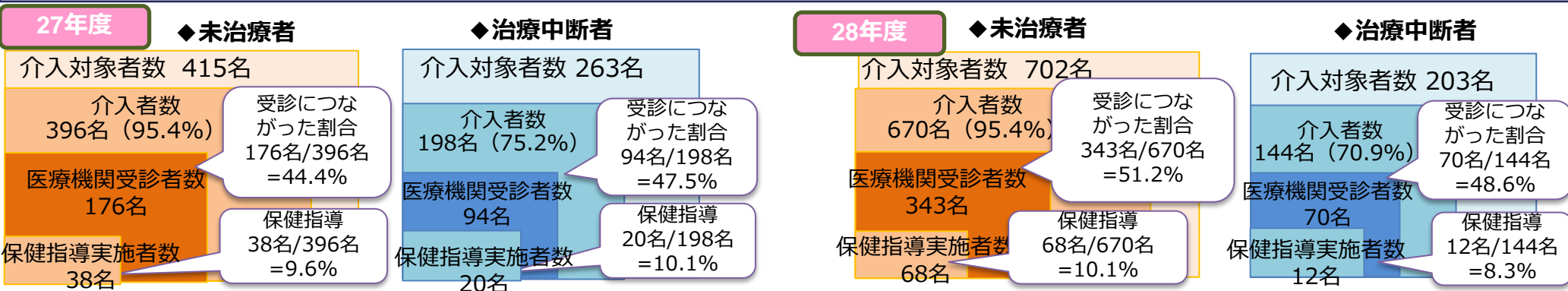
歯科受診	特定健診 歯科問診		特定健診 検査値 HbA1c値(NGSP)		
	自覚症状	喫煙	5.0未満	5.0以上6.2未満	6.2以上
12か月以上 歯科レセプトなし	歯茎が腫れる、歯がぐらぐらする	なし	階層		
11か月以内に 歯科レセプトあり	歯磨きの時、歯茎から血が出る	あり	勧奨等なし		受診勧奨
	歯磨きの時、歯茎から血が出る	なし	保健指導①		
11か月以内に 歯科レセプトあり	歯磨きの時、歯茎から血が出る	あり	保健指導②		
	歯磨きの時、歯茎から血が出る	なし	保健指導②		

③慢性腎臓病

健診判定 (eGFRの単位: ml/min/1.73m ²)	尿蛋白 (-, ±)	尿蛋白 (+)	尿蛋白 (++, +++)	
				正常
↑	50 (70歳以上は40) ≤ eGFR < 60	受診勧奨		
↓	eGFR < 50 (70歳以上は40)	受診勧奨		
異常				

医療費適正化の取組み(糖尿病性腎症重症化予防事業)②実施状況(例:糖尿病)

- 糖尿病の医療機関受診勧奨を実施した結果、受診につながった割合は、27年度よりも28年度に増加している保険者が多く、28年度の受診率が50%を上回っているのは、高松、小豆、三豊医療圏の保険者に多くみられる。
- 糖尿病の医療機関受診勧奨を実施した者のうち、保健指導につながった割合は、27年度よりも28年度に増加している保険者がやや多く、県全体の割合としては、前年度並み。実施人数は、前年度よりも22人増加し、合計80人に保健指導を実施。



医療費適正化の取組み(糖尿病性腎症重症化予防事業)③分析・今後の推進

平成27・28年 糖尿病 受診勧奨・保健指導事業の分析

◆香川県内の市町等において、平成27年度に糖尿病受診勧奨・保健指導事業を実施した結果、翌年度の受診勧奨の対象者数が減少した割合で分析した結果は以下のとおりである。

すべての受診勧奨対象者では、0.2ポイントの悪化となったが、治療中断者では、0.1ポイントの改善となった。すべての対象者中、最も改善ポイントが高かったのは、宇多津町の0.7ポイントであるが、各市町の受診勧奨による受診率と改善ポイントに相関はみられなかった。

分析項目	H27年度		H28年度	H27・H28比較
特定健診受診者のうち、受診勧奨①～④に該当する者の割合	1.0%	→	1.2%	0.2ポイント悪化
特定健診受診者のうち、受診勧奨②～④に該当する者の割合(治療中断者)	0.3%	→	0.2%	0.1ポイント改善

◆香川県内の市町等において、HbA1c値が改善した割合を同様の算出方法で分析していたのは、6市町であり、その合計から計算した改善割合は、以下のとおりである。

※算出方法＝H28年度の特定健診によるHbA1c値改善者数/H27年度の受診勧奨者数

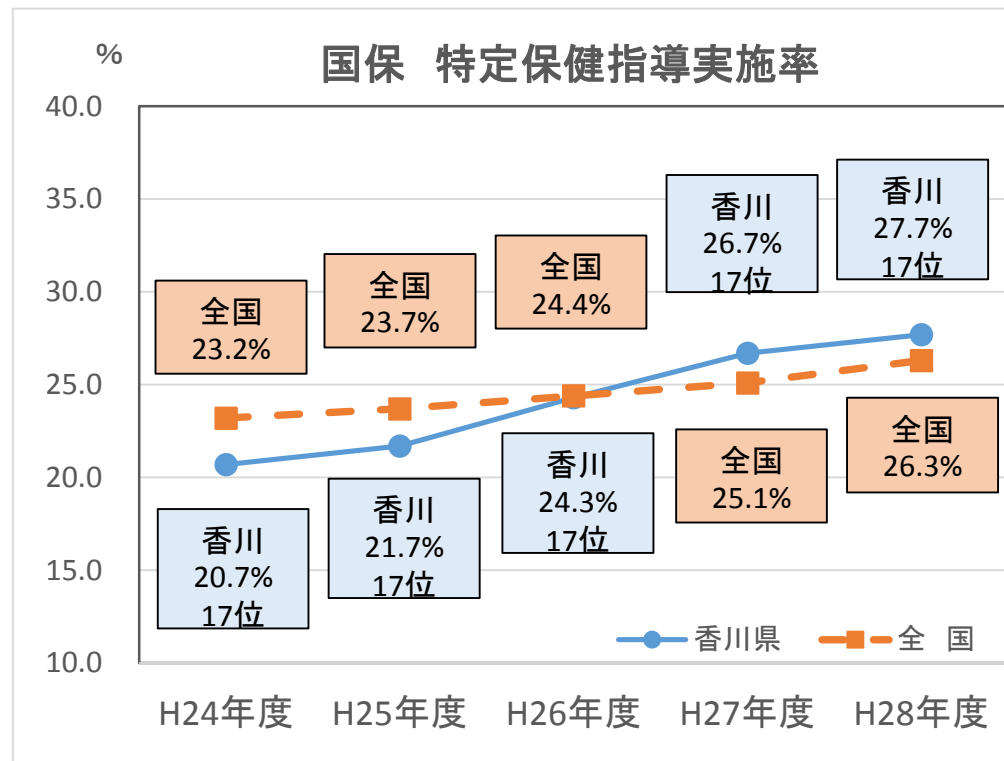
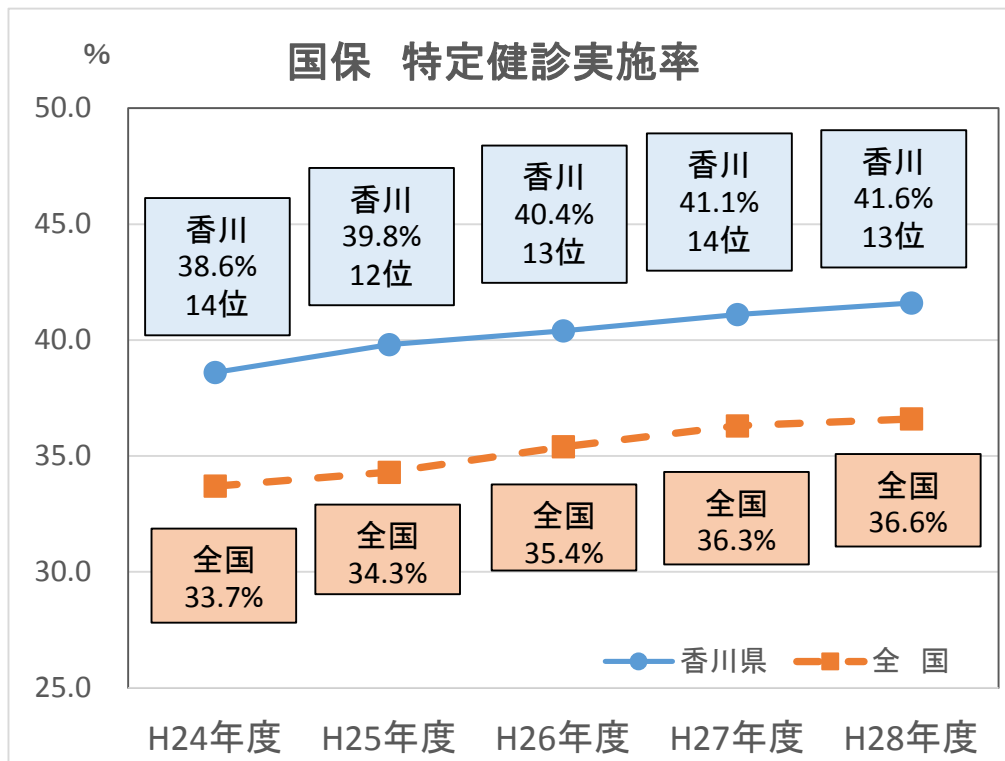
分析項目	H27年度	
HbA1c値が改善した者の割合	34.6%	H28年度の改善結果はH29年度の特定健診結果が揃った後、分析することとする。

今後の県内の取組推進に向けて

- 事業の実施に伴い、介入者に係る検査値の改善等、一定の効果は確認できたものの、医療機関の受診率や保健指導実施率の更なる向上に向けて、県及び市町による広報等を活用した周知・啓発をより強化していく必要がある。
- 医療機関の受診率向上のためには、保険者が介入者の受診の有無を確認し、受診が無い場合は、再度、電話や面談等により受診を勧めることが重要である。
- これらの取組状況に応じて、県は市町に交付金を活用した助成を実施していく。
- 市町国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合以外の被用者保険についても、お互いの取組状況や課題などを情報共有することで、地域・職域・医療が連携しやすい体制整備に向けて、関係課協働による取組強化が必要である。

医療費適正化の取組み(特定健診・特定保健指導の実施率向上)

- 香川県内国保の特定健診受診率は増加傾向にあり、近年全国平均を大きく上回っている。
- 特定保健指導の実施率も、増加傾向にあり、平成27年度に全国平均を上回っている。



市町

県

特定健診、特定保健指導の実施率向上のために、広報活動や未受診者に対する受診勧奨を実施

市町の取組み状況を把握・助言するとともに、全国の効果的な取組の好事例等を収集、市町と情報共有しながら、効果的な取組みを検討

医療費適正化の取組み(KDB等を活用した医療費分析事業)

- 香川県は県民一人当たりの医療費が全国平均を大きく上回っており、また市町間の年齢調整後の医療費水準に差異が生じていることから、医療費適正化を図る必要がある。
また、死因の約5割が生活習慣病によるものであり、生活習慣病の予防や改善を図ることが重要。
- そこで、市町がより効果的・効率的な保健事業を実施することができるよう、国保データベース(KDB)システム等を活用した医療費分析を行うとともに、分析結果の「見える化」を図り、市町に提供する。
- 具体的には、特定健診の健診結果と質問項目、医療費データをクロス集計し、「見える化」を図ることで、地域の生活習慣の特性を明らかにし、重点的に取り組まなければならない保健事業を検討するための基礎データとする。
- 医療費上位の疾病や高医療費の要因となる疾病について、地域別に受診状況を分析するとともに、被保険者の医療受診状況と特定健診の検査データや質問項目から複数のリスクが認められる地域を地域別に分析し、それぞれが抱える健康課題を見える化により明らかにすることで、地域の特性に応じた効果的・効率的な健康づくり対策、保健事業の検討に役立てる。
- 初年度の平成30年度は、予算の範囲内で複数の市町に対して上記の医療費分析をモデル的に実施し、平成31年度からは分析ツールを開発し、すべての市町で分析可能となるよう検討したい。

医療費適正化の取組み(広報・普及啓発事業)

- 県では、県民の健康に関する意識の向上や医療機関の適正受診、医薬品の適正使用等の啓発を目的としたチラシを全戸配布している。
- 県及び市町は、引き続き医療費適正化に向けた広報活動を実施するとともに、より効果的な広報活動について検討する。

【全戸配布チラシ(平成29年度版)】

香川県

健康を守るため できること

2つのポイントがあります。

医療保険制度を守るために、
今すぐカンタンに実行できる

私たちの健康と
健全な医療保険制度

私たちの健康・健全な医療保険制度

このままだと危険！
医療費は増え続けています

超高齢化社会の到来や生活習慣病などの慢性疾患の増加により、医療費は増え続けています。特に香川県は県民一人あたりの医療費が全国平均を大きく上回っており、このままでは医療保険制度の維持が難しくなります。

ぜひ、今すぐできることを実行してください。その一歩が私たちの健康や豊かな社会へつながります。

香川県県民一人あたりの医療費は
全国平均を大きく上回っています！

年度	H14	H17	H20	H23	H26
香川県	348	358	372	382	367
全国平均	295	304	320	330	311

※単位：100万円未満

「特定健診」を受診しましょう！

「特定健診」は、メタボリックシンドロームとその他の予備病を予防し、糖尿病などの生活習慣病のリスクをいち早く発見改善するための健康診査です。生活習慣の改善が必要とされた人とは、「特定健診指導」が実施されます。専門家の指導により、生活習慣を改善する機会となります。

6月下旬頃に対象者へ、受診券を郵送しています。**特定健診の受診には期間があります！**

40歳から74歳の医療保険加入者や家族を対象に実施され、病院や診療所、検査機関などで受診できます。

「特定健診」とは

日常生活の改善が必須とされた人とは、「特定健診指導」が実施されます。専門家の指導により、生活習慣を改善する機会となります。

6月下旬頃に対象者へ、受診券を郵送しています。**特定健診の受診には期間があります！**

40歳から74歳の医療保険加入者や家族を対象に実施され、病院や診療所、検査機関などで受診できます。

「特定健診」を受診しましょう！

「特定健診」は、メタボリックシンドロームとその他の予備病を予防し、糖尿病などの生活習慣病のリスクをいち早く発見改善するための健康診査です。生活習慣の改善が必要とされた人とは、「特定健診指導」が実施されます。専門家の指導により、生活習慣を改善する機会となります。

6月下旬頃に対象者へ、受診券を郵送しています。**特定健診の受診には期間があります！**

40歳から74歳の医療保険加入者や家族を対象に実施され、病院や診療所、検査機関などで受診できます。

「特定健診」とは

日常生活の改善が必須とされた人とは、「特定健診指導」が実施されます。専門家の指導により、生活習慣を改善する機会となります。

6月下旬頃に対象者へ、受診券を郵送しています。**特定健診の受診には期間があります！**

40歳から74歳の医療保険加入者や家族を対象に実施され、病院や診療所、検査機関などで受診できます。

「かかりつけ医」を持ちましょう！

口頭の診察や健康相談まで、身近にいて、気軽に相談しやすい「かかりつけ医」を持てましょう。かかりつけ医は、病気の予防や早期発見・治療のために、必要な検査や「かかりつけ医」を通じて、大きな病院を受診しやすくなります。数200床以上の病院に紹介状なしで受診すると、特別料金や加算されることもあります。

薬を正しく飲みましょう！

「かかりつけ薬」を決め、「お薬手帳」を活用すること。薬の服用量や飲み合わせのトラブルを防ぐことができます。

「ジェネリック医薬品」を活用しませんか？

新薬と同じ有効成分を持ち、同等の効果のある、価格の安い薬が「ジェネリック医薬品」です。医師や薬剤師に相談し、「ジェネリック医薬品」を活用しましょう。

安心・安全
お薬手帳
お薬手帳
お薬手帳

「かかりつけ医」を持ちましょう！

口頭の診察や健康相談まで、身近にいて、気軽に相談しやすい「かかりつけ医」を持てましょう。かかりつけ医は、病気の予防や早期発見・治療のために、必要な検査や「かかりつけ医」を通じて、大きな病院を受診しやすくなります。数200床以上の病院に紹介状なしで受診すると、特別料金や加算されることもあります。

薬を正しく飲みましょう！

「かかりつけ薬」を決め、「お薬手帳」を活用すること。薬の服用量や飲み合わせのトラブルを防ぐことができます。

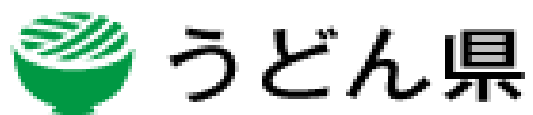
「ジェネリック医薬品」を活用しませんか？

新薬と同じ有効成分を持ち、同等の効果のある、価格の安い薬が「ジェネリック医薬品」です。医師や薬剤師に相談し、「ジェネリック医薬品」を活用しましょう。

安心・安全
お薬手帳
お薬手帳
お薬手帳

今後の検討課題

- 保険料水準の統一をどう定義するか。(納付金、収納率の別など)
- 医療費水準等の引下げや市町間格差の縮小をどの程度までと考えるか。
- 医療費適正化のインセンティブをどのように確保するか。



ご清聴ありがとうございました。





平成30年度 全国市町村国保主幹課長研究協議会


平成30年8月22日

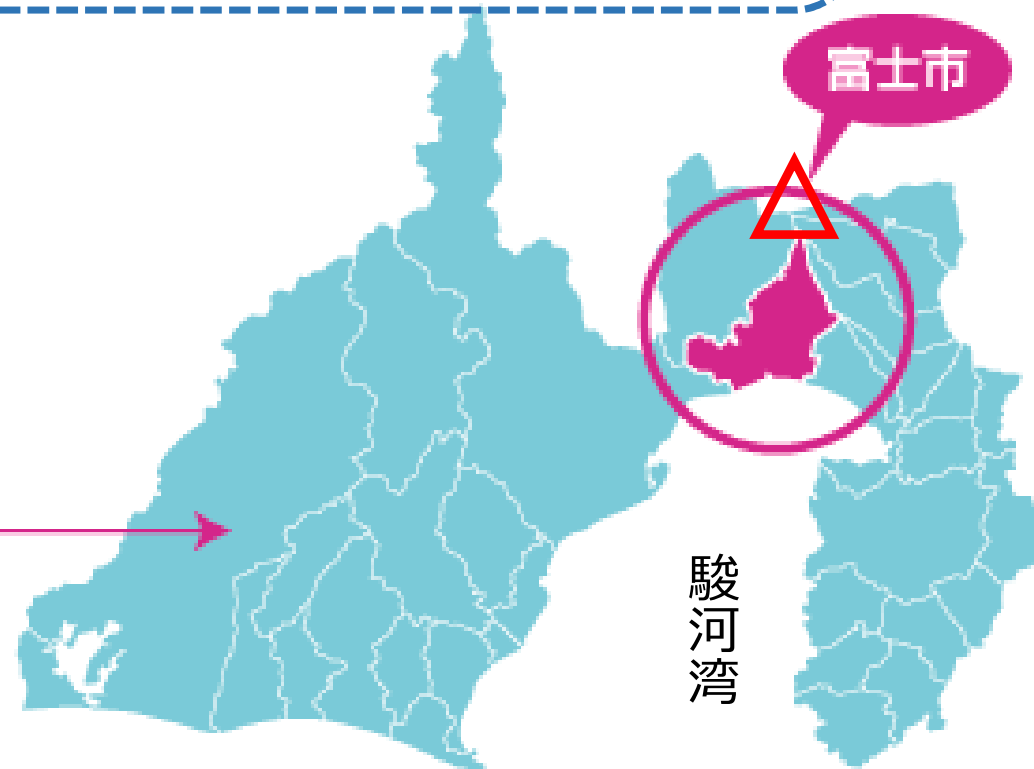
新国保制度施行で見えてきた課題への対応について

～保険者努力支援制度に係る取組から～

静岡県富士市 保健部国保年金課長 小川洋二郎



- 
- 日本で唯一、富士山と海があるまち
 - 富士川の河口幅が約2,000メートル
 - 富士山の見える日数は214日（午前8時）
 - トイレットペーパー生産量 34.7%（全国比）



富士市国保の概況

(平成30年4月1日現在)

総人口 254, 203人 (104, 646世帯)

65歳以上 68, 109人 (26. 8%)

国保被保険者数 57, 486人 (35, 390世帯)

(総人口の22. 6%、世帯では33. 8%)

財政の状況 (平成30年度予算)

一般会計 831億 円

国保特別会計 248億9, 000万円

うち、保険給付費 171億 477万円

国保関連事業の執行体制

◆保健部国保年金課

保険給付担当（国保の資格・給付に関すること）

賦課 担当（国保税の賦課に関すること）

保健事業担当（国保の保健事業に関すること） ※H30新設

◆ // 健康政策課（がん検診、生活習慣病予防に関すること）

※重症化予防事業、国保特定保健指導

◆ // 地域保健課（地域における市民の健康に関すること）

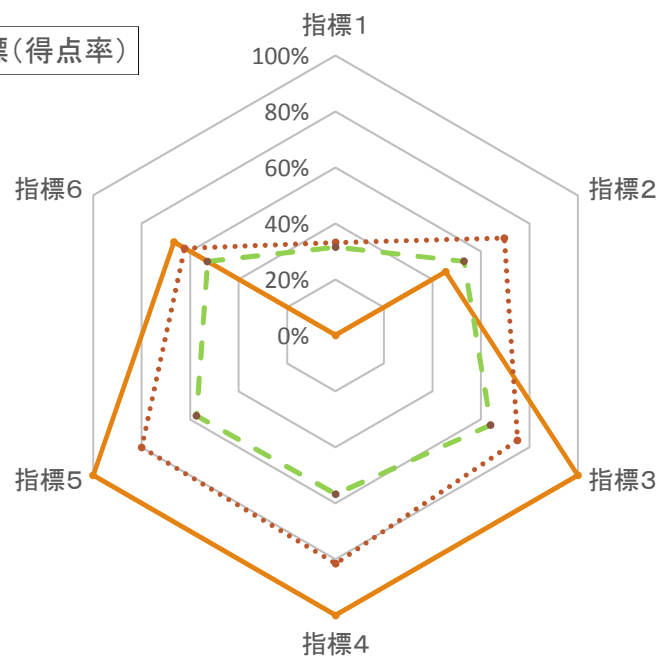
◆財政部収納課（収納・滞納処分に関すること）

◆市民部市民課（総合窓口：国保資格得喪）

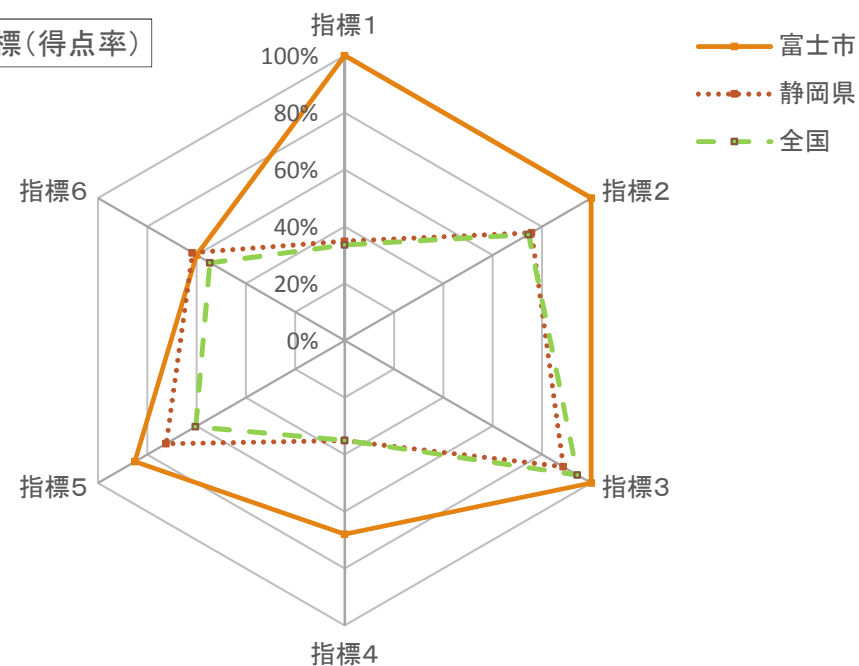
■国保運営協議会（委員構成：被保険者5、保険医等5、公益代表5、保険者3）

保険者努力支援制度の実績

共通指標(得点率)



固有指標(得点率)



指標1	特定健診受診率・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者及び予備群の減少率
指標2	がん検診受診率・歯周疾患(病)検診受診率
指標3	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況
指標4	個人インセンティブ・分かりやすい情報提供
指標5	重複服薬者に対する取組の実施状況
指標6	後発医薬品の促進の取組・使用割合

指標1	収納率向上に関する取組の実施状況
指標2	データヘルス計画策定状況
指標3	医療費通知の取組の実施状況
指標4	地域包括ケア推進の取組の実施状況
指標5	第三者求償の取組の実施状況
指標6	適正かつ健全な事業運営の実施状況

評価の高い項目

共通指標3: 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

○特定健診受診結果連絡票を用いた糖尿病重症化予防事業

特定健診の結果に受診勧奨値を含む被保険者に対し受診勧奨及び保健指導を実施

・対象者抽出基準: 高血圧・糖尿病・脂質異常の治療者を除く基準値該当者

(70歳未満) e GFR : 50ml/分/1.73m²未満

(年齢制限なし) 尿蛋白 : 2+以上、HbA1c : 6.9%以上、血圧160/100mmHg以上

・実施者: 管理栄養士、保健師 (市の健康づくり部門)

・平成29年度実績: 対象者29人、受診勧奨者29人 (100%)

うち、18人に対し、医療機関への連絡票を配付

→ レセプトにより全員の受診を確認

医療機関からの返信は10件 (要治療8件、経過観察2件)

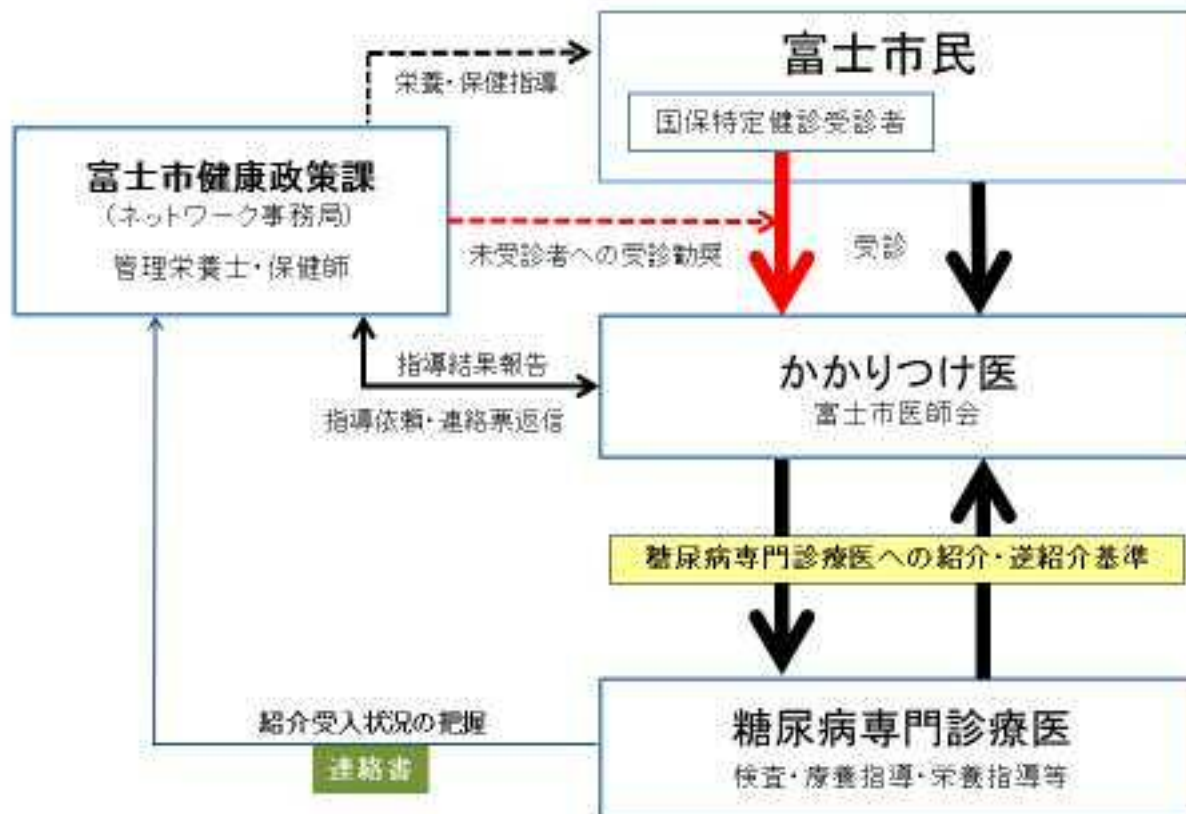
※保健指導依頼数6件

評価の高い項目

共通指標3: 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

○富士市糖尿病ネットワーク（平成30年4月1日～）

富士市糖尿病ネットワーク体制図



○富士市糖尿病ネットワーク推進事業要領

第1条 この要領は、市民の“生活の質”の向上を実現するため、本市の糖尿病の重症化予防による人工透析導入患者の減少、及び心血管疾患の減少を図ることを目的として、関係者（機関）、団体、行政等が協働して糖尿病対策を実施することについて必要な事項を定めるものとする。

○推進項目

- ◆ 医療機関の連携システムの整備、保健指導体制の整備、早期発見のための健診等の実施率向上、市民への啓発、糖尿病対策にかかわる者の資質向上、その他

○運営委員会の構成

- 富士市医師会：医師
- 富士市立中央病院（医師、地域医療連携担当）
- 共立蒲原総合病院（医師、地域医療連携担当）
- 市（健康政策課 地域保健課 国保年金課）

○経過

- 平成29年12月 準備会発足
- 病診連携マニュアル作成
（市内医療機関に配付）
- 平成30年4月 富士市糖尿病ネットワーク発足

富士市CKDネットワーク（平成25年4月～）

SMR（標準化死亡比）が高い
腎不全一人当たり医療費が高い

H17. 11 高血圧・腎疾患勉強会（医師会）

H23. 11 第11回勉強会 講演

「新たな一歩を踏み出すCKDの病身連携」
静岡県立総合病院 森典子副院長

12 富士市立中央病院から市に打診

H24. 9 富士市CKD設立準備会

H25. 4 富士市CKDネットワーク運用開始

評価の高い項目

共通指標4: 個人インセンティブ・分かりやすい情報提供

○個人へのインセンティブ

「ふじさん青春マイレージ」

- 20歳以上の市民を対象に、ウェブまたは、市窓口で配付する専用シートで実施
- 運動や食事など参加者自らが選ぶ健康行動実施や健診受診でポイントをゲット
- ポイント達成で、県内の施設・店舗で特典が受けられる「ふじのくに健康いきいきカード」を交付、抽選で地場農産品等の景品を贈呈も

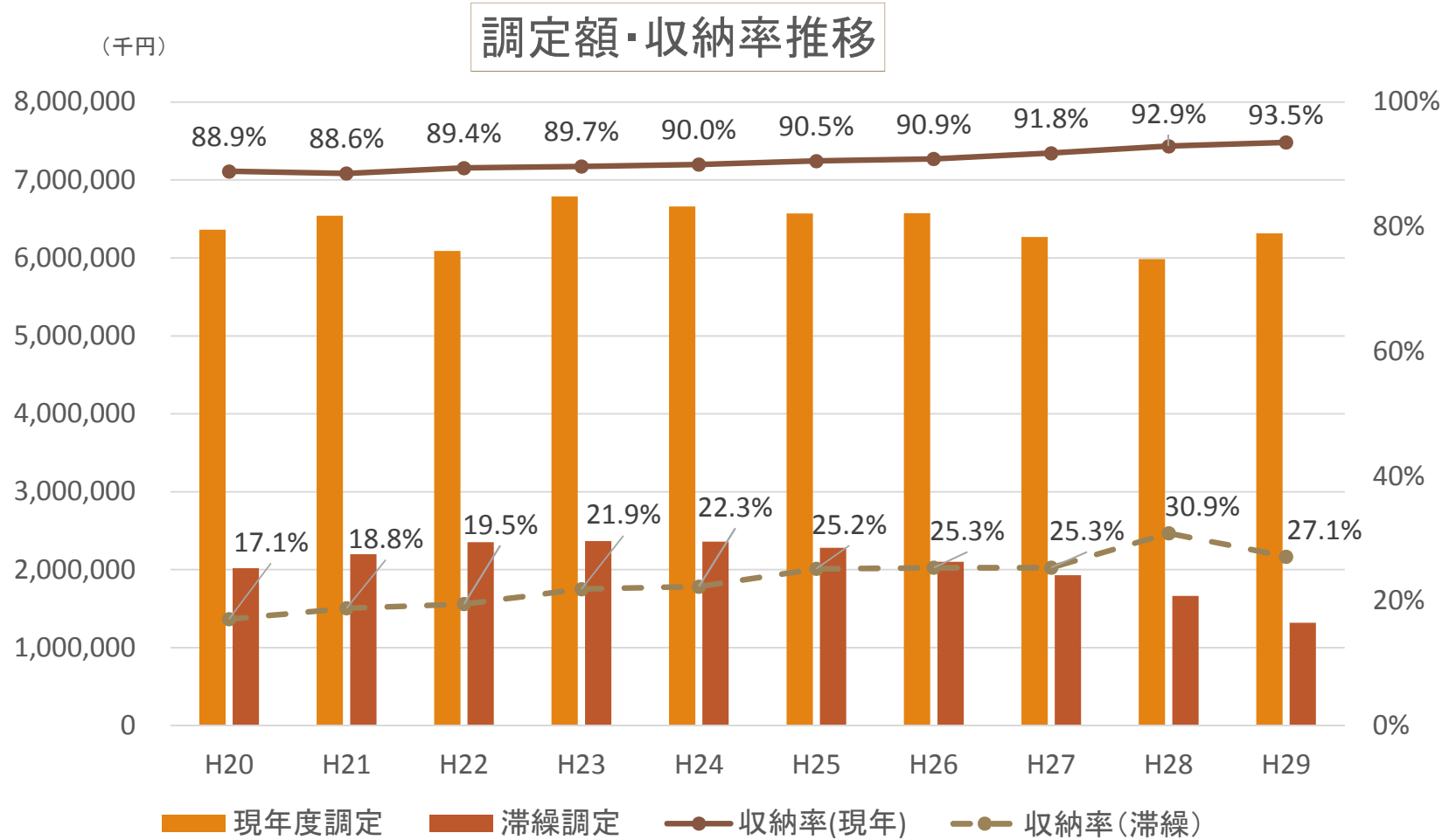
※ 実施者の伸び悩みが課題、周知に更なる工夫が必要

○分かりやすい情報提供

- 特定健診の受診結果を、集団健診受診者には郵送、個別健診受診者には各医療機関の医師から説明、受診勧奨値のある者には連絡票により受診を促す
- 市独自に、血圧、血糖値、脂質に関するリーフレットを作成し、健診実施医療機関による健診結果説明の際に対象者に配付

評価の高い項目

固有指標1：収納率向上に関する取組の実施状況



評価の高い項目

固有指標1：収納率向上に関する取組の実施状況

○税徴収にかかる組織体制の変遷

H6 徴収嘱託員(非常勤)による臨戸訪問を開始

H21 国民健康保険課収納担当を廃止し、収納課に事務移管

特別滞納整理室を新設

納税お知らせセンター(民間委託)を設置し、現年度課税分の初期滞納者に電話による

納税勧奨を実施

H25 特別滞納整理室を債権対策課に改組

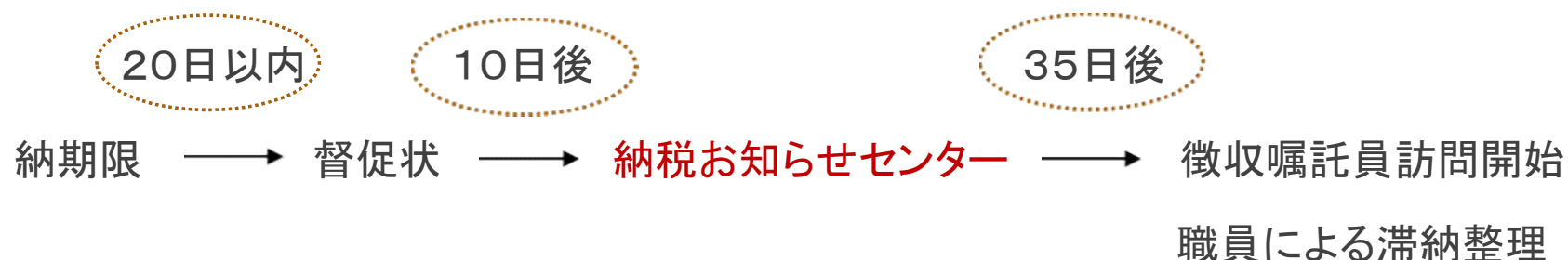
H27 国保税のコンビニ収納開始 (住民税・固都税はH24から)

H30 債権対策課を廃止し、収納課に特別債権回収室を設置

評価の高い項目

固有指標1: 収納率向上に関する取組の実施状況

(滞納整理の流れ)



納税お知らせセンター取扱状況

	平成27年度	平成28年度	平成29年度
初期滞納額(A)	1,277,275千円	1,275,980千円	1,411,988千円
電話件数	13,441件	19,483件	20,916件
通話件数	7,445件	10,818件	10,171件
納付約束件数	3,308件	4,815件	5,152件
納付約束金額(B)	65,722千円	129,596千円	142,263千円
納付率(B/A)	5.1%	10.2%	10.1%
配置人員	3人	3人	3人

評価の高い項目

固有指標2: データヘルス計画策定状況

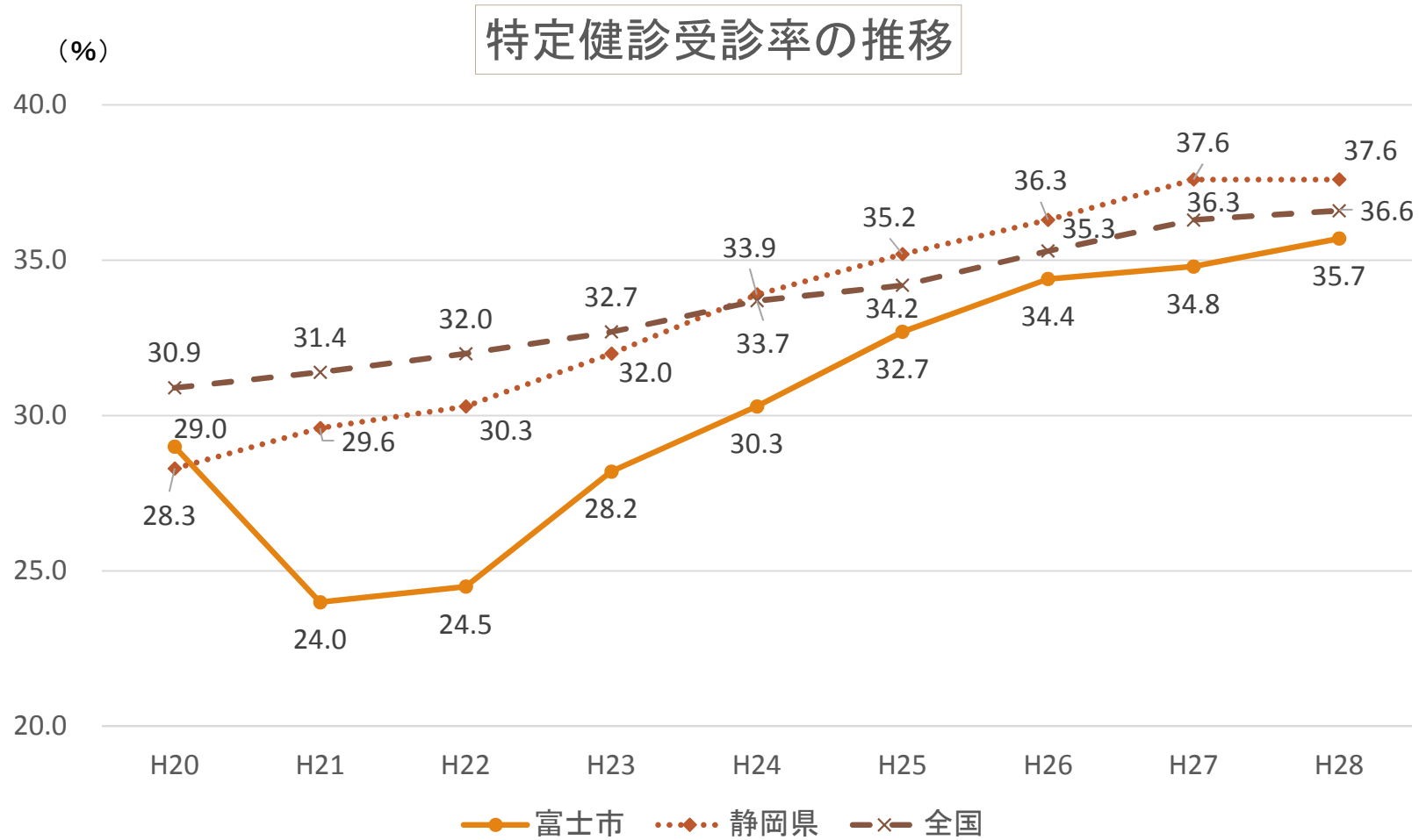
○第二期データヘルス計画(平成30～35年度)

- ・平成29年度中に、第一期計画(H28～H29)の評価を行い第二期計画を策定
- ・「第三期特定健康診査等実施計画」と一体的に策定
 - ・業者に委託せず自前で策定(国保運営協議会において審議)
 - ・平成29年度に策定会議を6回開催(国保部門+健康づくり部門)
 - ・担当者間の打合せを随時開催
- ・計画の推進においても、データヘルス計画推進会議を定期的に開催し、健康づくり部門と連携

PDCAサイクルに沿った保健事業の実施について、国保連合会が設置する「保健事業支援・評価委員会」を活用し、必要に応じ毎年見直しを行う。また、平成32年度に中間評価を実施する。

課題となる項目

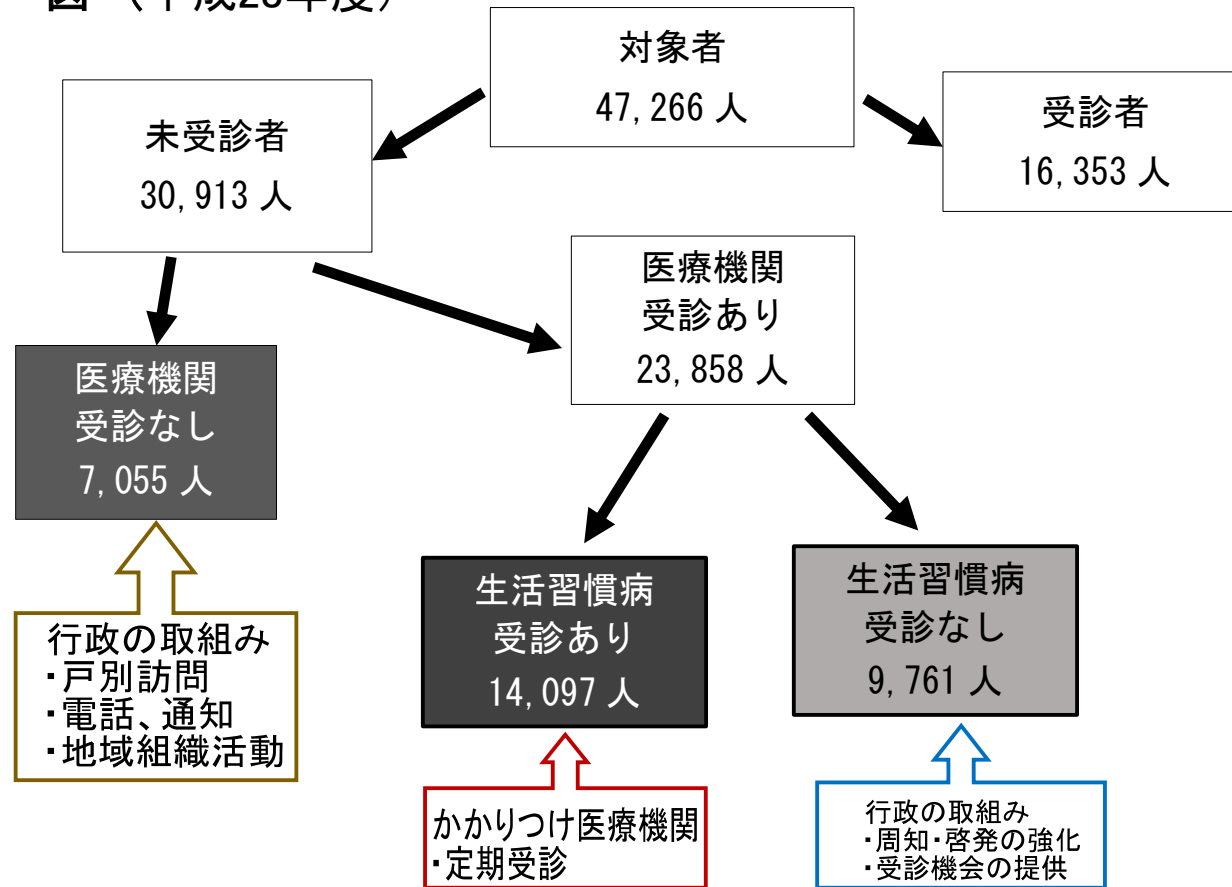
共通指標1：特定健診受診率・特定保健指導実施率・メタボ該当者及び予備群の減少率



課題となる項目

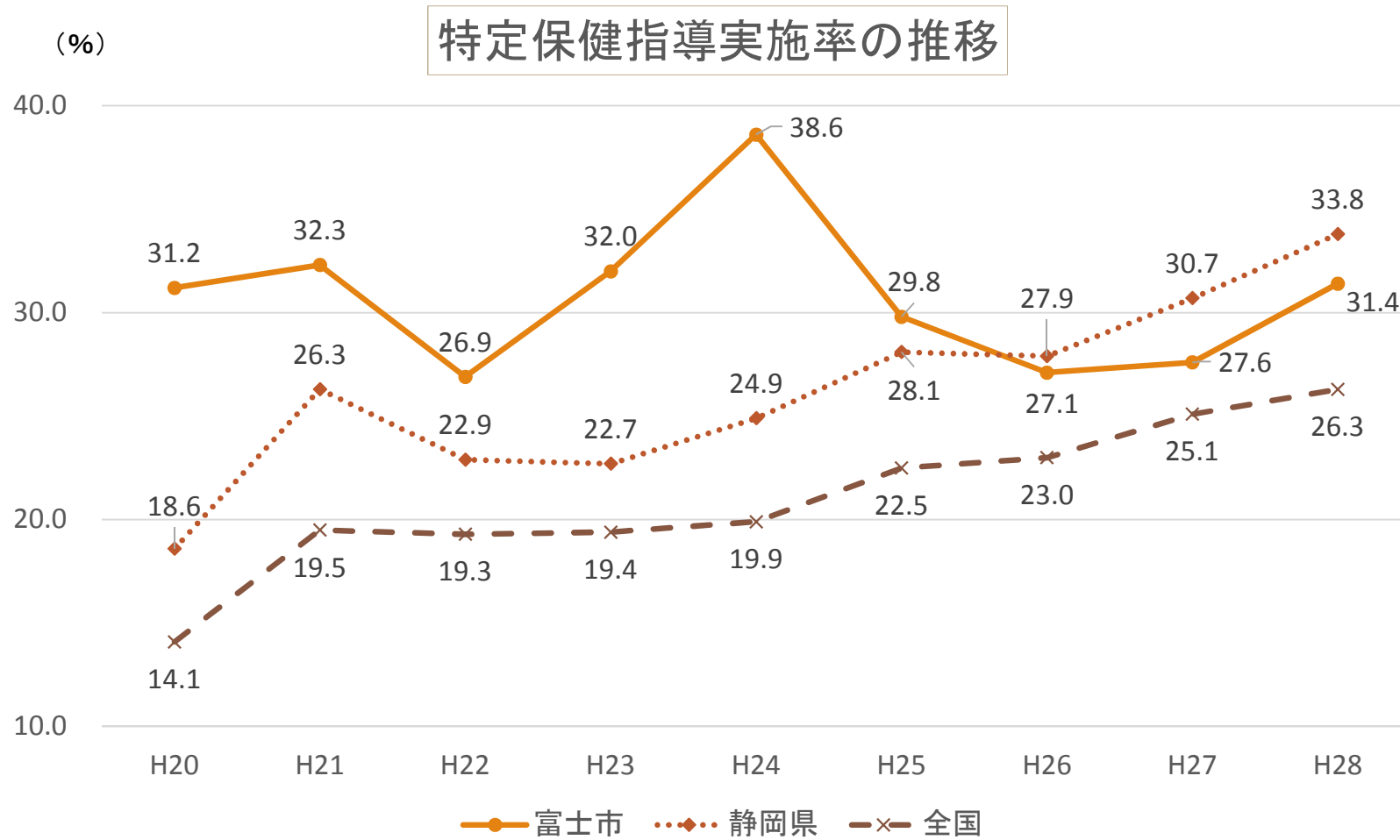
共通指標1：特定健診受診率・特定保健指導実施率・メタボ該当者及び予備群の減少率

未受診者のフロー図（平成28年度）



課題となる項目

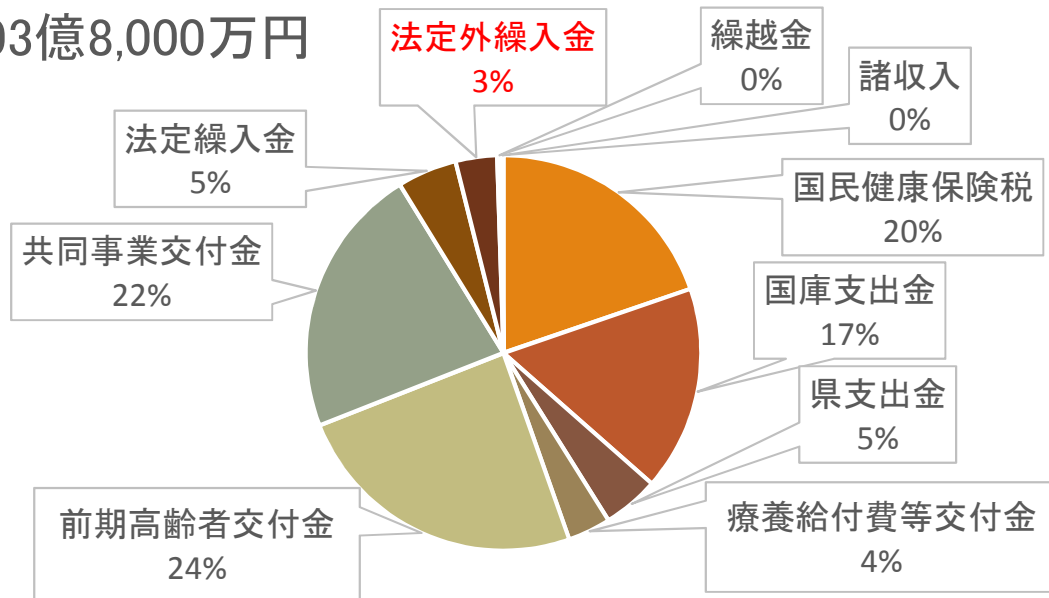
共通指標1：特定健診受診率・特定保健指導実施率・メタボ該当者及び予備群の減少率



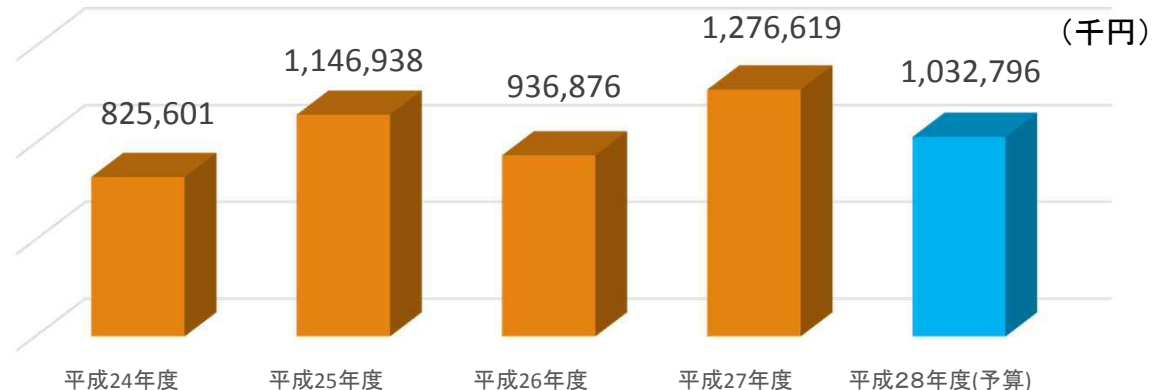
～新制度への準備の中で～ 移行前の財政状況と赤字繰入への対応

平成28年度予算(歳入)

303億8,000万円



その他繰入金推移
(決算額)



新制度への準備の中で……

○法定外繰入金の削減に向け

国民健康保険税率の見直しは3年に1度（運営協議会の答申による）

高齢化・医療の高度化等による医療費増嵩の中、毎年約10億円前後を繰入

平成29年度の国保税率見直し 平成30年度の制度改正を見据え

県から示される標準保険料率は？ 国の財政支援による効果は？

赤字の縮減に向け引き上げを行うか、様子を見るか……

⇒赤字繰入(県内1位)を圧縮すべきとし、平均12%の引上げ改定を行った

- ◆税率改定に加え、調整交付金等の増額により歳入が見込みを上回ったこと、診療報酬改定等により保険給付費が見込みを下回ったことの相乗効果により、平成29年度決算(見込)において赤字はほぼ解消の状況となっている。

北海道における市町村事務処理標準システム 導入・運用状況について

平成30年8月22日

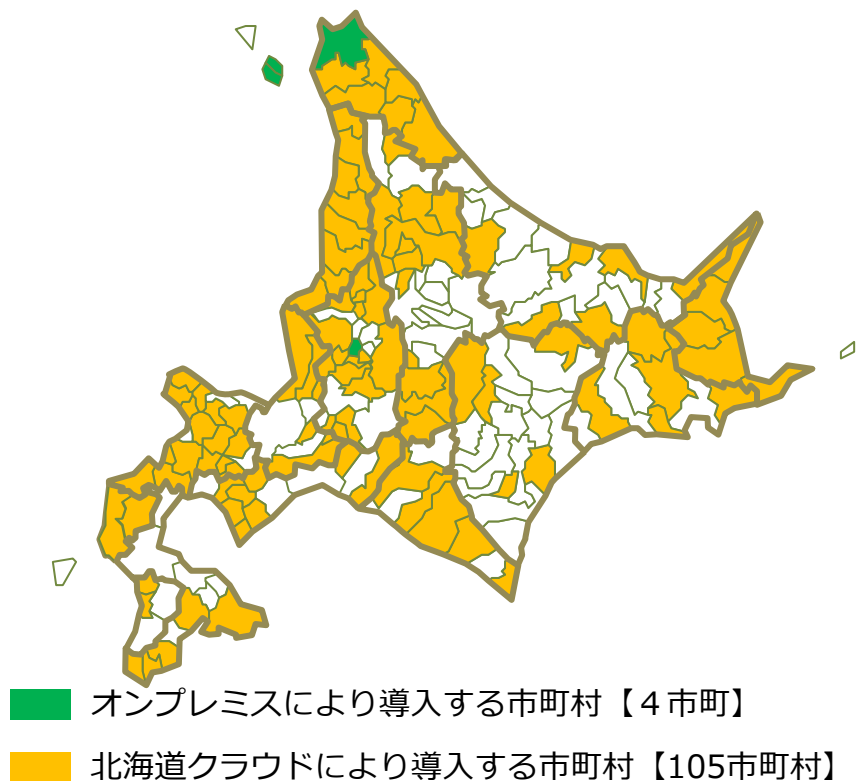
北海道保健福祉部健康安全局国保医療課
北海道国民健康保険団体連合会

1. 北海道クラウドの概要

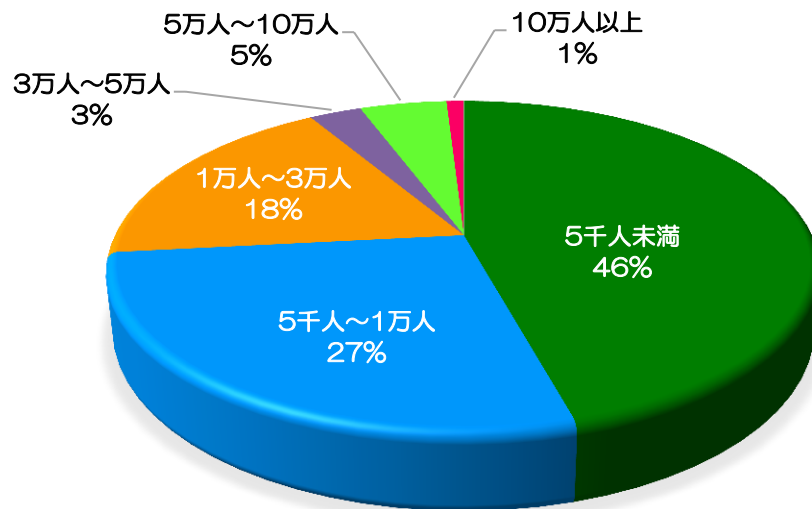
1. 1 市町村事務処理標準システム導入状況

北海道では、平成28年8月から市町村事務処理標準システムの導入促進をスタートさせ、国が行った導入意向調査時点（H28.9月末）では、127市町村が導入の意向を示したが、最終的には、18の市町村が導入を辞退することになったものの、北海道179市町村のうち、109市町村（約61%）において市町村事務処理標準システムを導入し、平成30年4月の新制度施行時から運用をスタートさせている。

【導入・非導入図】 109/179



【市町村人口規模別導入状況】



人口1万人未満までで、全体の73%
人口3万人未満までだと全体の91%を占めており、小規模
保険者の導入が多くなっている。

1. 北海道クラウドの概要

1. 2 北海道クラウドの特徴

北海道では、市町村事務処理標準システムの導入に当たっては、事務負担の軽減・事務の効率化・コスト削減を図るためクラウド（共同利用）により導入することを選択し、「北海道クラウド」として構築を実現。主な北海道クラウドの特徴は以下のとおり。

1. 北海道内105市町村による共同利用型クラウドを実現！

北海道179市町村のうち105市町村（約59%）において、市町村事務処理標準システムを共同利用型クラウドで導入し新制度をスタート。今後は157団体まで拡張される予定。

2. 他社ベンダの国保システムから市町村事務処理標準システムへのデータ移行を複数実施！

市町村側の基幹システムにおいて複数のベンダシステムからデータ移行を実現。総務省から公開された中間標準レイアウト仕様により、国保中央会から提供されたデータ移行チェックツールを活用し、市町村事務処理標準システムの環境を構築。

3. 複数ベンダの基幹システムとの連携を実現！

15ベンダにおける基幹システムとのデータ連携を実現。国保中央会より提供されている「他システム連携仕様書」をもとに連携を実現し、業務に支障の無い運用を行っている。

4. 北海道クラウドプレミアム（付加価値サービス）を提供！

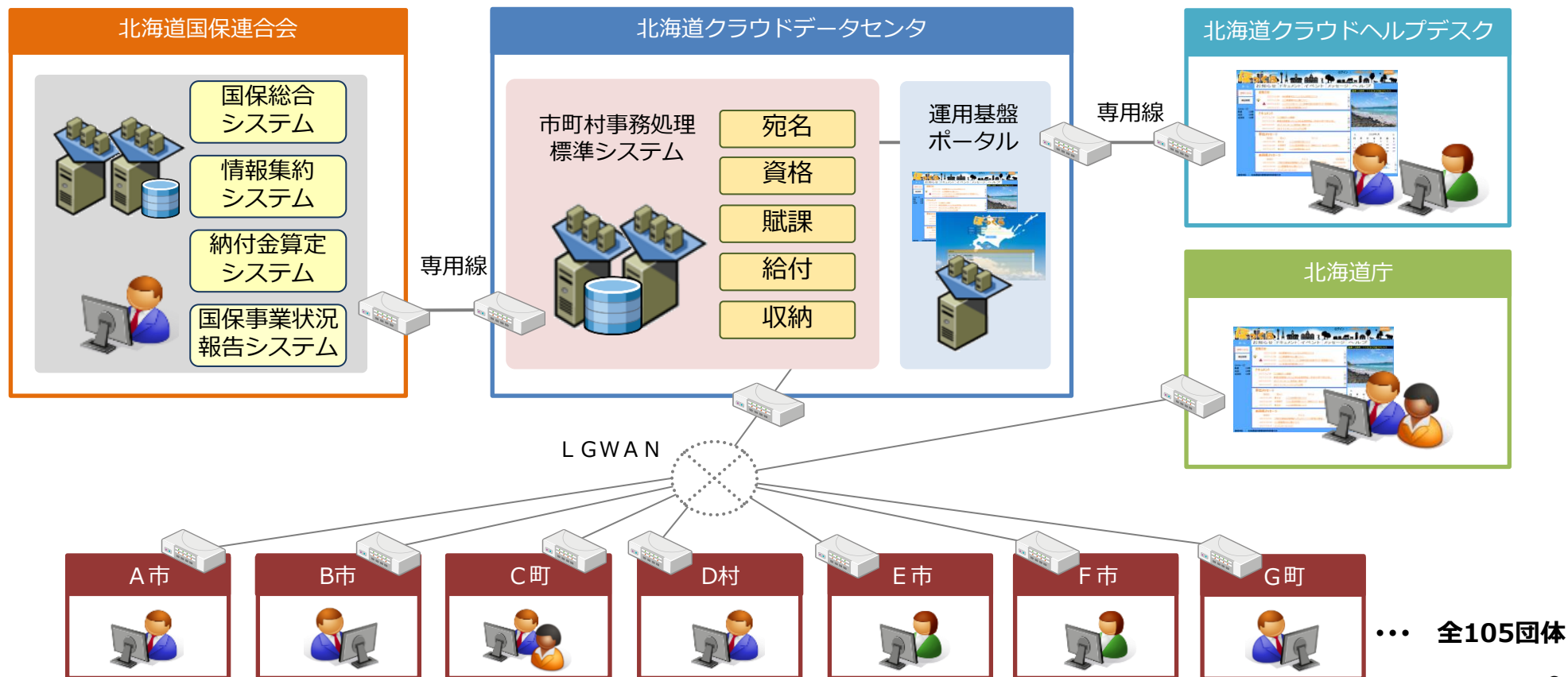
北海道クラウドの稼動環境として整備したインフラ基盤や北海道国保連合会が保有するデータ等を有効活用し、北海道クラウドに参加する市町村の事務処理の効率化・費用負担の軽減等を実現するための新たな付加価値サービスとして国保事業状況報告システムクラウド、運用基盤ポータルを提供している。

1. 北海道クラウドの概要

1. 3 システム概要図

北海道クラウドは、LGWANの敷設されたデータセンタと105の市町村を連携するとともに、北海道国保連合会に敷設された国保総合システムとも連携し、市町村事務処理標準システムを軸として道内市町村における国保事務の標準化、広域化、効率化の実現を目指している。

また、北海道クラウド専用のヘルプデスクを設置し、クラウドに参加している市町村とのコミュニケーション基盤（運用基盤ポータル）も確立し、更なる業務効率化を実現している。



2. システム導入の背景

2. 1 市町村事務処理標準システム『北海道クラウド』導入促進の経緯

平成30年度からの国保制度改革は、納付金制度の導入により北海道内国保加入者の医療費等を全市町村で負担する仕組みとなり、これまでの市町村ごとではなく都道府県単位で制度を支え合うことになるため、保険料（率）の平準化や小規模保険者のリスク分散が道全体でなされることで、国保加入者の公平な負担へと近づけていくことを北海道は目標としている。そのため、特に被保険者に係る給付や窓口等のサービスについても、高い水準での標準化が求められる。

本道は、179もの市町村を有し、その数に比例しシステムも多様化しておりサービス内容も異なることから、市町村事務の標準化は非常に困難と考えていた。また、人口1万人未満の小規模市町村が多く、近年は、職員数の削減等により国保事務担当者の負担が増大し、複雑な国保制度を熟知し対応することが出来ない問題を抱えている。



- ・ 新たな国保事務が効率的に実施されるよう国が主導的に開発、無償配付する市町村事務処理標準システムを導入することにより、システム統一による事務の標準化を目指す方針を決定



- ・ 導入に当たっては、事務負担の軽減・事務の効率化・コスト削減を図るためクラウド（共同利用）により導入することを選択。その効果を最大限発揮させるため積極的な導入促進を行った。「北海道クラウド」と命名

2. システム導入の背景

2. 2 北海道クラウド導入の目的

北海道は、179の市町村を抱えており、被保険者数が3千人未満である小規模保険者が98保険者と約6割を占めている。また、被保険者数は年々減少していることと65歳から74歳までの被保険者が全体に占める割合が4割を超えており、高齢化が急速に進んでいる。

こうした状況から、将来へと続く安定的な国保運営に向け、以下事項を目的として北海道クラウドの構築を決断した。

1. 国保事務の標準化・統一化の実現

市町村事務処理標準システムの導入により、各種証や様式の統一、業務基準についてパラメータの設定を統一、更には短期証・資格証対象者の統一した条件での抽出等、標準化を実現する。

2. 制度改正等対応に係るシステム改修及び運用費用の抑制

制度改正の度に発生する自庁国保システムの多額の改修経費が削減されるだけでなく、制度改正に係る事務負担も大幅に縮減。更には全道179市町村を対象としたスケールメリットを活かし経費削減を図る。また、システム運用や維持管理について一元化し、トータルコストの削減を図る。

3. 国保事務の効率化による職員事務負担の軽減

統一基準等を盛り込んだ窓口ベースの市町村事務処理標準システム事務処理マニュアルを作成し市町村事務の業務支援を図るだけでなく、導入時・導入後における操作支援等をヘルプデスクによりきめ細やかに実施し、国保事務担当者の負担軽減を実施する。

2. システム導入の背景

2. 3 北海道クラウド導入による標準化・統一化

北海道クラウド導入による国保事務の標準化、統一化について以下にその一部を記す。

1. 各種『証』・『申請書様式』・『通知様式』等の標準化・統一化

・システムにより発行される『証』『様式』は市町村事務処理標準システムを導入することで統一される。

2. 業務パラメータ設定により業務基準等の統一を目指す

・市町村との協議の上、設定基準を決定し、パラメータ設定の統一を目指す。

3. 同一システムの利用による国保業務処理手順・運用の標準化

・道内の6割を超える市町村が市町村事務処理標準システム標準機能の利用することによる業務処理・運用を統一する。

4. 『給付業務機能』を用いた高額療養費・窓口療養費等の支給処理の効率化

・現行既存システムにおいて『給付機能』を導入していない市町村の事務処理の効率化を図る。

5. 短期証・資格証対象者の抽出等の標準化

・対象者となり得る被保険者について、統一した条件で抽出。

6. 市町村事務処理標準システム事務処理マニュアルを作成

・統一基準等を盛り込んだ窓口ベースの運用支援ハンドブックを作成し市町村事務の業務支援を図る。

市町村事務処理標準システムの導入率 = 北海道内国保事務の標準化・統一化率

2. システム導入の背景

2. 4 北海道クラウド導入によるコスト削減

北海道クラウド導入による国保事務の効率化、コスト削減について以下にその一部を記す。

1. 市町村事務処理標準システムについてのアプリケーションソフトの無償配付

- ・制度改正の度に発生する自庁国保システムの多額の改修経費が削減される。更に事務負担も大幅に縮減。

2. 共同利用による運用経費の縮減

- ・全道179市町村のスケールメリットを最大限に活かし経費削減を図る。

3. 様式統一化による大量印刷物等の共同アウトソーシング

- ・導入市町村全てが同じ様式であるため、スケールメリットを生かし印刷物を外部委託し経費縮減を図る。

4. 情報集約システムと自動連携環境の構築

- ・情報集約システムとの連携に必要なPC環境をクラウド環境内に構築することで、物理的なPCと市町村側でのネットワークとの接続設定変更費用を不要とする。

5. 国保事業月報の作成の自動化など『北海道クラウドプレミアム』を検討

- ・サーバー内保有データや北海道国保連合会保有データを使用し、事業月報作成の省力化を検討する。

6. 運用基盤ポータルへの導入による説明会等の運用コストの縮減

- ・市町村への会議資料の配付や連絡、通知、アンケートの実施、会議内容の音声データの公開などポータル機能の活用により、会議参加のための移動時間と交通費用等の削減を図る。

北海道クラウド環境の有効活用による様々な効率化によるコスト削減

3. 北海道クラウド導入に向けた活動

3. 1 北海道クラウド導入に向けた活動

北海道クラウドの導入に当たっては、北海道が必要と考える安定的な国保運営のための標準化、広域化、効率化実現のためのビジョンを市町村と共有すべく、北海道庁の強力なリーダーシップのもと、複数回の説明会を実施するだけでなく、市町村事務処理標準システムの導入を希望または導入を躊躇していた市町村に対して、個別の電話、訪問による個別ヒアリングも実施し、北海道クラウド参加団体を募った。

以下に市町村に対して注力して活動した実施内容を記す。

1 北海道クラウド導入の目的と将来に向けた北海道のビジョンの市町村との共有

北海道における将来にわたっての国保運営の安定化と市町村事務の標準化・広域化実現の必要性と北海道における国保事務の効率化を実現するために、国より無償で配付される市町村事務処理標準システムの活用によるクラウド構築の有用性を粘り強く訴えた。

2 北海道特別調整交付金を適用した市町村財政負担の軽減

北海道では、北海道クラウドの導入が将来に向けた維持運用コストの縮減や道内市町村における国保事務の標準化、統一化の実現になるとの考えから、北海道クラウドに参加する市町村に対して、国の補助金または特別調整交付金に加え、北海道特別調整交付金を活用し、財政負担の軽減を図る支援を実施した。

3 市町村連携会議、ブロック会議等を活用した複数回の説明会を実施

市町村の立場から市町村事務処理標準システムがどのようなものなのか理解されなければ普及が進まないとの考えから、国保中央会の協力を得つつ複数回説明会を実施。共同説明会だけでなく、市町村個別の説明会も実施し、市町村事務処理標準システムの理解向上に努めた。

3. 北海道クラウド導入に向けた活動

3. 1 北海道クラウド導入に向けた活動

4 市町村事務処理標準システムのベースパッケージADWORLDでのデモ実施

市町村職員に対してシステムのイメージの把握と実際に機能が充足しているかの理解をしてもらうためにベースパッケージのADWORLDのデモを実施。デモについては150名規模の職員が参加し、画面イメージ、操作性、機能概要の確認をして頂き、システム導入の検討の機会をつくった。

5 説明会に参加出来ない職員も考慮したFAQの作成と配付

説明会の実施においての課題として、システムを利用する可能性のある市町村職員が全員参加出来ないことから、市町村から市町村事務処理標準システムに関して寄せられた質問とその回答をFAQとしてまとめ周知し、市町村職員の不安払拭に努めた。

6 市町村事務処理標準システムに関する質問への個別回答の実施

国保中央会のサポートサイトが開設されていたが、市町村側の利便性とより迅速な回答の実現のため、市町村からの個別質問を北海道庁、北海道国保連合会が取りまとめ回答を実施。対応した回答は道内の全市町村に公開し、システム導入の検討に当たっての不安解消を行った。

7 要求のあった市町村での個別の説明会（意見交換会）を実施

北海道庁、北海道国保連合会が主体に市町村事務処理標準システムの導入を検討している市町村、広域連合に出向き、国保担当の職員だけでなく情報処理担当の職員も含めた説明会を実施。該各市町村の個別事情等への対応や説明会に参加できなかった職員、既存ベンダに対して北海道クラウドの理解向上を図った。

3. 北海道クラウド導入に向けた活動

3. 1 北海道クラウド導入に向けた活動

8 市町村事務処理標準システム導入可否の検討を支援する資料を通知

道からの事務連絡として、導入意向調査の前に市町村側でのシステム導入の検討を支援する以下の資料を配付。

- ①市町村連携会議等で寄せられた意見・質問をまとめたFAQ
- ②収納システムを導入しない場合の納付書出力パターン
- ③市町村事務処理標準システムのクラウド(共同利用)とオンプレ(単独利用)の比較
- ④市町村事務処理標準システムを導入した場合等のメリット・デメリット
- ⑤市町村事務処理標準システムに関する公開資料一覧
- ⑥市町村事務処理標準システム構築業務 概算見積依頼書 (例)

9 北海道庁・北海道国保連合会からの積極的な情報発信を実施

北海道クラウドの導入に当たって必要と思われる情報を、50件以上の事務連絡として発信。市町村側の不安や疑義を解消するため、国保中央会の協力も得て対応。以下、主な事務連絡。

- ①北海道クラウドから提供する被保険者証・限度額適用認定証等の印字レイアウトについて
- ②市町村が印刷する不定型用紙の登録のための調査
- ③クラウドと接続するための、市町村庁内NW調査
- ④被保険者証番号等にかかる留意事項(前ゼロ・ハイフン)、地区統計コードにかかる対応周知 etc...

10 電話・訪問による個別ヒアリングの実施

市町村事務処理標準システムの導入を希望したほぼ全ての市町村に対して、電話、訪問による個別ヒアリングを実施。導入検討に当たり、個々の市町村が抱える課題や不安について、ヒアリングを実施。内容については、国保中央会や(株)HARPと協議し、適宜回答を行った。

3. 北海道クラウド導入に向けた活動

3. 2 導入促進等に係る市町村支援活動

日付	イベント	内 容	
H28.8.10	市町村事務処理標準システム説明会	市町村事務処理標準システムの概要説明、北海道クラウドの提案ベースパッケージのデモを実施	
H28.8.26～	国保保険者標準事務処理システムブロック別説明会（6か所）	H28.8.10説明会の内容を各ブロックで再度説明・意見交換	
H28.9.2	北海道電子自治体共同運営協議会企画運営部会への報告①	市町村の情報担当者を構成員とする協議会において、市町村事務処理標準システム及び北海道クラウドについて説明し、国保担当課への協力を依頼	
H28.9.20	市町村事務処理標準システムの導入促進通知	導入のメリット、必要となる経費、導入後の運用方法等を例示	
H28.11.10～	市町村連携会議（7か所）	北海道クラウドの役割分担（案）、導入スケジュールを提示	概算経費（1回目）
H28.11.21	北海道国保連合会に「クラウド提供者」依頼⇒受諾	北海道が「推進主体」、北海道国保連合会が「クラウド提供者」となり、市町村への支援体制を確立	
H28.12.21	市町村事務処理標準システム（北海道クラウド）説明会	ベンダ向けに市町村事務処理標準システムの確定稿及び北海道クラウド参加に必要となる市町村側の作業等について説明	概算経費（2回目）
H29.2.8～	市町村連携会議（7か所）	市町村・データセンタで行う作業分担表の提示 所要額調書作成に当たっての留意事項（見積りの精査方法等）を説明	概算経費（3回目）
H29.2.16	北海道電子自治体共同運営協議会企画運営部会への報告②	北海道クラウドの進捗報告、所要額調書作成に向けて国保担当課が行う見積りの精査作業への協力を依頼	
H29.3.21	市町村事務処理標準システムに係る3月ブロック別説明会	ヘルプデスクの設置、検証機の提供等北海道独自の支援策を提示	概算経費（4回目）
H29.4.21	（北海道国保連合会）北海道クラウド構築に係る契約金額通知	各市町村が北海道国保連合会に支払うクラウドの構築負担金を提示	構築経費確定
H29.5.21～	市町村連携会議（7か所）	ソフトウェア、庁内ネットワークの設定等、個別に発生する経費に係る留意事項、北海道クラウドの独自機能（プレミアム）の提案	
H29.6.16	市町村事務処理標準システムに係る6月ブロック別説明会	フィットギャップの確認作業、各市町村の作業スケジュール及び管理方法等について説明	

※ 以降、システム説明会や操作研修会等を実施（掲載略）

3. 北海道クラウド導入に向けた活動

3. 3 北海道個別の財政支援

北海道では、市町村事務処理標準システム及び北海道クラウドの普及・拡大が国保運営の安定化・標準化を進めるとの判断から、国の財政支援に加えて北海道における特別調整交付金を適用し、市町村側の財政負担が生じないようにし、市町村事務処理標準システムの導入を進めた。

項番	補助金名	補助率	概要	対象経費
1	準備事業費補助金	国：10 / 10	システム改修費用	・基幹システムとの連携費用 ・外付けシステム開発費 ・データセンタへのデータ移行費
2	国特別調整交付金	国：1 / 2	ハードウェアの初期購入費	・サーバ等の機器購入経費 ・追加ライセンス、庁内NW変更等
3	道特別調整交付金	道：1 / 2	ハードウェアの初期購入費	・同上
4	道特別調整交付金	道：10 / 10	上記以外のクラウド導入経費	・国の補助対象にならないが、クラウド構築で必須となる費用

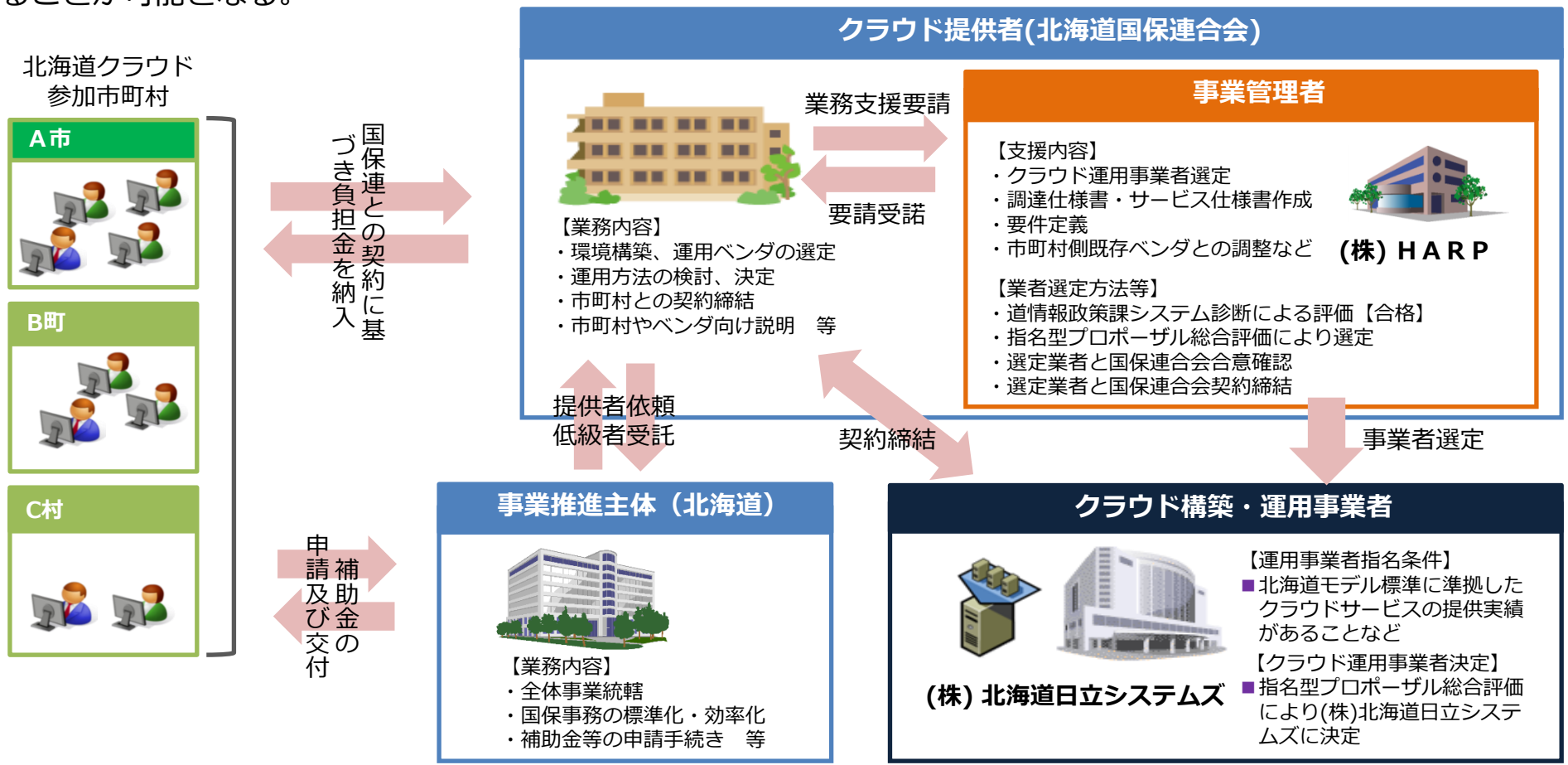
北海道クラウドにおける人口規模別の市町村費用負担については、以下の3つを組合せて積算を実施。

- ①係数：ハードウェアの占有率（人口規模：大→占有率：大）により算出
- ②レンジ：ライセンスに係る人口規模にて算出
- ③均等：人口規模にて負担差が無い項目について導入団体数で除して算出

4. 北海道クラウドの構築

4. 1 北海道クラウドに係るステークホルダー

北海道クラウドでは、北海道が全体事業の推進者となり、市町村事務処理標準システム共同利用についての導入推進を行っている。クラウド提供者は、市町村が安心して依頼することができるよう、現行の国保事務等の受託関係を鑑み北海道国保連合会に依頼した。国保連合会がクラウドベンダに対して委託契約を行い、クラウド環境の構築・運営を実現することになる。国保連合会がクラウド提供者となることで、北海道クラウドに係る市町村窓口を一本化することが可能となる。



4. 北海道クラウドの構築

4. 2 北海道クラウドにおけるステークホルダーの役割

北海道クラウドにおけるステークホルダーの役割は以下のとおり。

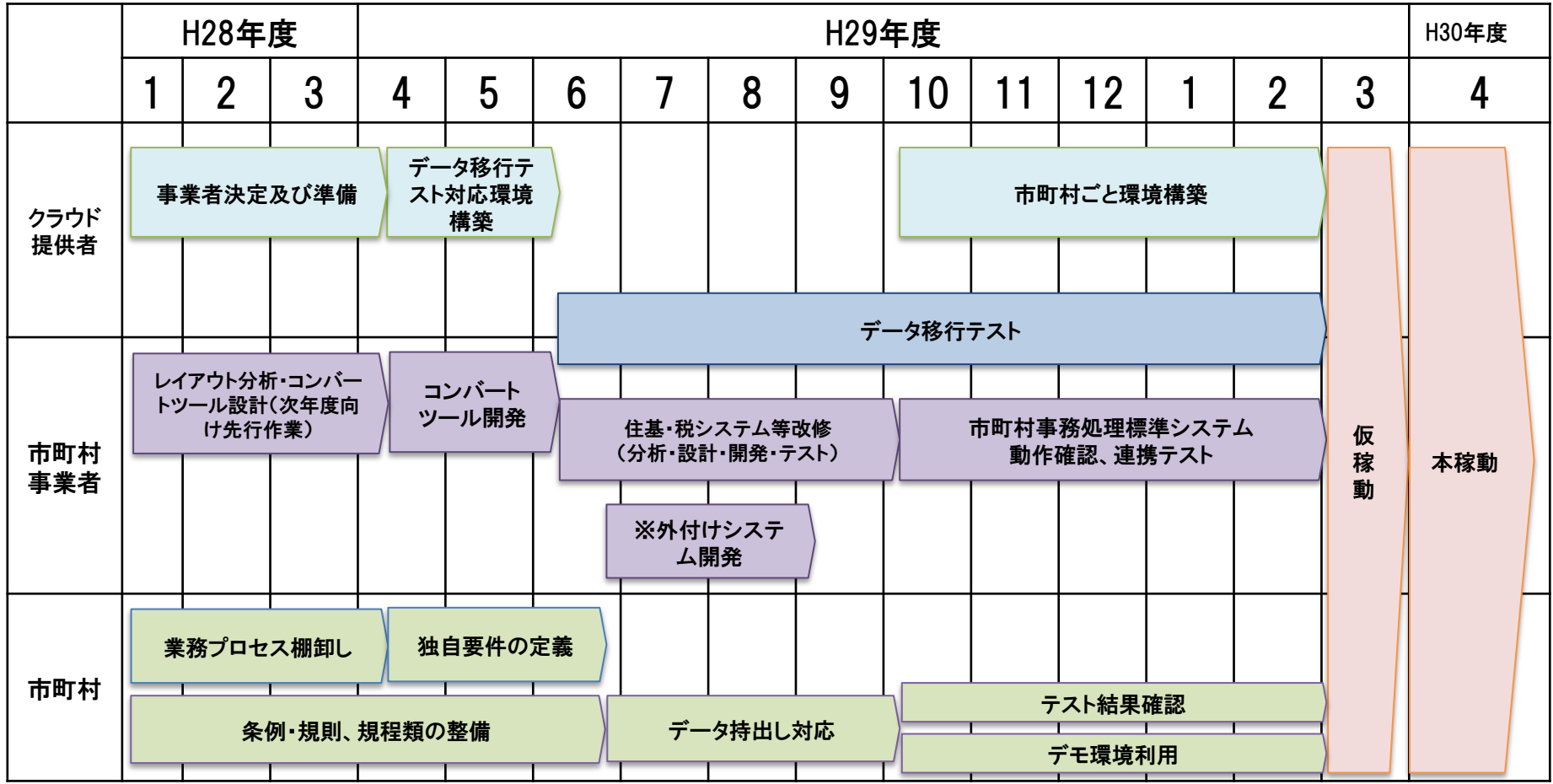
No.	区分	【事業推進主体】	【事業運営主体／クラウド提供者】		【クラウドベンダ】
1	担当	北海道	北海道国保連合会		(株) 北海道日立システムズ
2	タスク	推進主体（都道府県）	クラウド提供	クラウド事業の管理 ((株) HARPへ委託)	クラウド環境構築及び クラウド環境運用
3	役割	事業推進主体として、北海道内における市町村に対する国保事務の平準化、標準化を目的に市町村事務処理標準システムの導入及びクラウド化の推進を行う。	事業運営主体として、市町村事務処理標準システムのクラウド提供を道内市町村に対して行う。	クラウド監理事業者として、クラウド提供者の代理となり、事業運営方針を基に調達を支援する。また環境構築及び運用プロジェクトにおいて、クラウド環境構築ベンダおよびクラウド環境運用ベンダの管理を行う。	クラウド環境構築ベンダ及びクラウド環境運用ベンダとして、クラウド提供者が決定した調達仕様書の内容に準拠し、市町村事務処理標準システムのクラウド環境の構築及びクラウド環境の運用を行う。
4	作業内容	<ul style="list-style-type: none"> ①全体事業統括 ②事業方針検討・決定 ③国保事務の標準化・効率化 ④市町村事務標準システム導入推進 ⑤共同利用によるコスト削減の推進 ⑥補助金等の申請手続き 	<ul style="list-style-type: none"> ①調達仕様決定 ②クラウド提供ベンダの選定 ③市町村との契約 ④運用方針の検討・決定 ⑤市町村へのクラウドサービスの説明 ⑥北海道クラウドプレミアムの提供 ⑦資金運営 ⑧資産管理 	<ul style="list-style-type: none"> ●調達時（導入準備）：28年度 <ul style="list-style-type: none"> ①要件定義、仕様化 ②業務範囲及び事業者選定方法の決定 ③調達仕様書・評価基準の作成 ④プロポーザル等実施 ⑤運用事業者選定 ●構築時（初期導入）：29年度 <ul style="list-style-type: none"> ⑥プロジェクト実施計画書作成 ⑦構築作業進捗監視 ⑧定例会及び臨時検討会の開催・運営 ⑨運用手順及びSLAの確立 ⑩運用事業者側のBCP策定 ⑪市町村側ベンダとの調整 ⑫市町村側からの問合せ対応 ●運用時（サービス提供）：30年度以降 <ul style="list-style-type: none"> ⑬運用状況管理 ⑭情報セキュリティに関する事業者監査 ⑮運用事業者の見積に関する評価・精査 ⑯障害時対応 	<ul style="list-style-type: none"> ①データセンタ内に市町村事務処理標準システムのクラウド環境構築 ②L G W A N - A S Pの登録申請 ③データセンタ内のL G W A N敷設 ④クラウド環境構築後の運用 ⑤ヘルプデスク対応 ⑥オプションサービスの検討及び北海道クラウドプレミアムの環境構築

4. 北海道クラウドの構築

4. 3 構築スケジュール

北海道クラウドの構築に当たっては、105市町村の基幹システムとの連携を伴うクラウド環境の構築となることから、国保中央会より公開されているモデルスケジュールを参考に平成29年2月の業者決定から平成30年4月のシステム稼動まで14ヶ月間での構築とした。

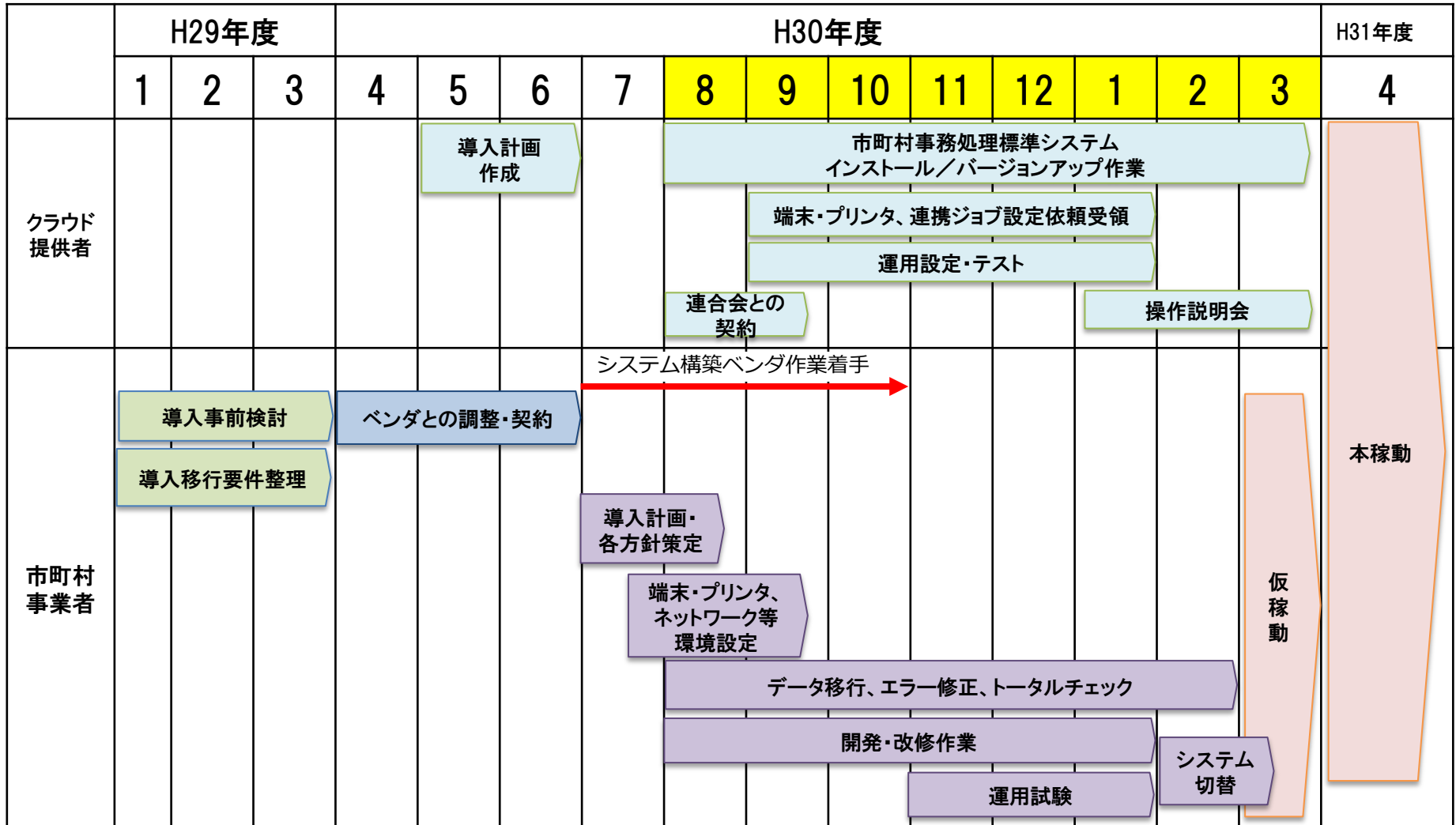
実際の構築では、情報集約システムとの連携に伴うデータクレンジング作業と対応時期が重なり、市町村側のデータ移行検証や総合運用テストの期間の確保が不十分であったとの反省がある。



4. 北海道クラウドの構築

4. 4 平成31年4月に稼動する市町村の構築スケジュール（例）

北海道クラウドにおいては、約8ヶ月のシステム構築期間を要します。そのため、市町村側のシステム構築ベンダ（既存ベンダ）との契約については、それ以前に行う必要があり、既存のシステムから北海道クラウドへ移行するデータ作成に必要な事前準備を実施して頂くこととなります。



4. 北海道クラウドの構築

4. 5 システム構築前の準備作業

市町村事務処理標準システムの導入に当たっては、実際のシステム構築前の準備作業が重要となります。事前準備作業期間は、市町村側のシステム状況や運用方法等により異なりますが、一定期間の確保が必要です。

また、システム構築に当たっては、市町村側基幹システムの既存ベンダ側作業として、現行の国保システムからのデータ移行、基幹システムとの連携環境構築が必要となり、既存ベンダにおける協力は不可欠です。現行の国保システムからの切り替えとなるため、市町村固有に実施しているカスタマイズや運用など事前に整理し、Fit&Gapを行うことが重要です。

1 既存ベンダにおける協力、調整（導入計画・方針決定、Fit&Gap、予算化等）

現行システムの最大の理解者であり、データの連携や移行など、導入計画策定においても協力が必要です。

2 現行システムと市町村事務処理標準システムとの機能差異の把握と運用方法の整理

現行システムとの機能差異の把握は、新システムでのスムーズな業務運用を行う上で、重要となります。機能不足や追加機能での運用方法も検討しておくことがポイントです。

3 現行システムにおける個別カスタマイズ実施内容の把握とシステム切替え後の取り扱い

市町村事務処理標準システムは、原則ノンカスタマイズでの導入となるため、カスタマイズ機能の取り扱いについて事前に決めておくことをお勧めします。

4 不正データ、イレギュラーデータの補正と整備

システムの違いによるデータ項目の差異や桁数の相違の確認はもとより、現行システムで保有するデータに関する不正やイレギュラー状態の補正など、現行システム側で整備しておくことも重要です。

4. 北海道クラウドの構築

4. 6 北海道クラウド構築における特徴的な工夫点

北海道クラウドでは、システム構築時の課題に対応しシステム本稼動を迎えたが、北海道クラウド構築における特徴的な工夫点を以下に記す。

1. 北海道クラウド専用ヘルプデスクの設置

市町村事務処理標準システムに係る質問については、国保中央会によりサポートサイトが開設されているが、北海道クラウド固有のインフラ環境、運用、構築スケジュール、イベント等の問合せに対しても迅速な回答を行うことで、市町村側のシステム導入に係る不安や疑義の解消とシステム構築への間接的な支援を目的に北海道クラウド専用のヘルプデスクを設置した。市町村から個別に問合せを受けた内容で、全市町村への案内・伝達が必要と判断されたものは、全市町村へ案内し、全体的なシステム構築のリスク対策を行った。

2. 北海道クラウド参加市町村別の検証環境の設置

人口規模のバラツキによる運用方法の相違による検証期間の確保や移行データの検証、運用試験などの実施を行うため、北海道クラウド参加市町村個々に検証環境を設置。市町村間での検証作業の時期や作業時間等の調整を回避することとした。

また、検証環境を利用して市町村職員が、早い段階からシステムを操作することで、画面や機能の把握、操作に慣れてもらうことを可能とした。更にシステム導入後も当初賦課前のテストの実施や内容確認、バージョンアップの事前動作確認を市町村独自に実データで実施可能とすることとした。

3. 運用支援ハンドブックの配付

国保中央会から提供されているバッチ処理マニュアルは業務単位となっていないため、道内市町村においては、これまで既存ベンダにバッチ処理について委託していた市町村が複数存在し事務の見直しを行わなければならないこと、システム稼動当初はシステムに不慣れな状況で窓口業務を行わなければならないことから、市町村のニーズにより、業務単位で作成した「運用支援ハンドブック」を個別に配付した。

5. 北海道クラウド構築に係る反省事項

5. 1 北海道クラウド構築に係る反省事項

北海道クラウドの構築に当たっては、幾つかの反省事項が存在した。平成31年以降の北海道クラウド参加団体への対応に反省を活かし対応する。

- 1 市町村側のデータ移行不良、運用試験実施（検証作業）の把握が不十分であった。
（本番直前まで、移行エラーを抱えたままの団体が存在した。）
- 2 稼動直前のヘルプデスクに対する問合せ件数増加への対応に課題があった。
（想定を超える問合せ内容と件数への対応があった。）
- 3 説明会等で導入ガイドラインに記載のある F i t & Gap について再三実施を促したが、結果的に実施していない団体が存在してしまった。
- 4 ネットワークベンダと基幹システムベンダが異なる場合の対応を想定し切れなかった。
（市町村側のネットワーク対応ベンダの調査が事前に必要だった。）
- 5 国保業務の運用保守契約を行わない市町村への対応を想定しきれなかった。
（既存ベンダに継続契約を依頼したが対応不可のベンダがあった。）
- 6 市町村側既存ベンダと北海道クラウド側の作業・役割分担を明確にしたつもりだったが、一部曖昧な部分があった。

6. 北海道クラウドプレミアム

6. 1 北海道クラウドプレミアムとは

北海道クラウドにおける稼働環境として整備したインフラ基盤（サーバ等のハードウェア、ネットワーク等）を有効に活用することで、新たに必要となるコストを抑制するだけでなく北海道国保連合会が国保総合システム等の保有するデータも活用して北海道クラウドに参加する市町村の事務処理の効率化・費用負担の軽減等を実現するための取組み（サービス）のこと。

市町村のニーズ・効果・実現可能性・コスト等を勘案した上で、本取組みによる新サービスを創出し、国保業務の安定的な運営を支援することを目的としている。

● 検討当初のプレミアム検討内容（一部抜粋）

項番	検討項目	概要
1	国保事業状況報告システムクラウド化	市町村（保険者）が北海道へ報告する国民健康保険の国保事業状況報告（月報・年報）の作成及び北海道が国へ申請する調整交付金等の交付申請書の作成支援。
2	運用基盤ポータルへの導入	北海道クラウドの利用者（参加自治体）と運営者（北海道庁、北海道国保連合会）との情報共有を図り、運営工数の削減、利用満足度向上を図る。
3	プリントアウトソーシング環境の整備	市町村事務処理標準システムより出力する帳票アウトソーシングの効率化と安全性向上を図る目的でプリントデータをPDF化し、サーバー内での効率的な管理を行う。
4	BIツール活用によるデータ分析	レセプトデータ、住記情報、所得・収滞納情報、更には健康管理システム、生活保護システム等のデータを関連付け分析することにより、重症化予防や健康増進等の事業施策立案のための基礎情報のビジュアル化やレポート化に活用する。
5	国保関連書類のアーカイブ化	道、市町村にて作成する国保関連の報告書等をPDF化し、データセンタ内で一元管理する。このことにより、書類補完における効率化と安全化を図る。

当初の検討段階では、上記を含む1～3項目の付加価値を検討した内、「国保事業状況報告システムクラウド化」と「運用基盤ポータルへの導入」について、30年度からサービス提供することが出来た。

7. 北海道クラウド導入推進に向けた今後の対応

7. 1 今後の北海道クラウド参加団体への対応

北海道の掲げる北海道クラウド導入の目的と将来に向けた北海道のビジョンを共有していただいた市町村と北海道クラウドを構築し、平成30年4月に105市町村での稼動を迎えた。

平成31年以降更なる市町村の参加を実現すると共に、事務の効率化、標準化を目指し、北海道クラウドプレミアムにおける更なるサービスの創成と提供を行う予定である。

1. 北海道クラウド参加市町村増に向けた普及促進活動の実施

平成31年度以降、北海道クラウドへは157団体までは導入意向を示しているが、更なる市町村の参加を目標に普及促進を展開を行う。北海道クラウドは、運用フェーズに入ったことから新たな課題や改善事項への対応を行い、北海道クラウドを中心に、北海道国保事務の標準化を実現し、国保運営の安定化を行う。

	30年度	31年度	32年度以降	計（35年度まで導入意向）
市町村数	105	6	46	157

2. 北海道クラウドプレミアム提供の検討

北海道クラウドプレミアムの提供に当たっての方針は、北海道クラウドに参加する市町村のニーズ・効果・実現性・コスト等を考慮し、更なる事務の効率化・標準化に繋がるサービスを提供することである。プレミアムとして検討した事項の見直し、導入の検討を行わない市町村のメリットを追及する。

- BIツール活用によるデータ分析
- 国保関連書類のアーカイブ化
- 国保収納率向上に向けた督促・催告作業
- プリントアウトソーシング環境の整備
- 預貯金照会機能の実装
- etc…

7. 北海道クラウド導入推進に向けた今後の対応

7. 2 今後の北海道クラウド参加団体への対応

北海道では、平成30年4月に105市町村にて本稼働を向かえ、平成31年以降に北海道クラウドへの参加意思を示している52市町村への対応とともに、参加の市町村を募っていく予定。

今後の拡張も踏まえ、市町村事務処理標準システムにおける共同利用方式での導入を行ったことによる導入効果については、以下のとおりと考えている。

1. 市町村側国保事務の標準化・効率化・統一化の実現

2. 将来の保険料水準統一化に向けた環境整備（市町村業務パラメータの統一）

3. 同一システム利用による被保険者サービスの平準化、均質化

4. 法改正対応等システム改修に係るコストの削減による安定的な財政運営への寄与

5. 他の国保システム（国保総合・国保情報集約システム等）との共同運用に伴うコスト削減

6. 北海道・市町村・国保連の協働とアイデアで新たな効率化メニューの創出可能な環境の確保

7. 同一システム利用による市町村間の職員異動に伴うシステム習得の負担低減

8. 最後に

8. 1 北海道クラウドを構築・運用した経験から

1. 市町村様向け

- ① 既存ベンダとの調整を行い、導入計画を立てる必要がある。
(既存の運用ベンダやネットワークベンダとの調整)
- ② 市町村事務処理標準システムの機能、操作性を把握しておく必要がある。
- ③ 必要な移行データを把握しておく必要がある。
- ④ 市町村、既存ベンダ、市町村事務処理標準システム構築ベンダの役割を明確にしておく必要がある。
- ⑤ 事務の標準化、効率化、コスト削減を目指すには、より多くの市町村と共同利用するために、都道府県へ推進を求める。
- ⑥ 既存ベンダと移行データ作成（開発・改修）経費の交渉を行う。
- ⑦ 既存ベンダと運用経費の交渉を行う。
- ⑧ 既存ベンダとの契約内容により、市町村の運用作業が増える場合がある。

8. 最後に

8. 1 北海道クラウドを構築・運用した経験から

2. 都道府県様向け

- ① 市町村事務の標準化、効率化、コスト削減を図るため、県内の市町村共同化を推進する。（統一方針の策定）
- ② 市町村のコスト削減を図るため、国へ財政支援の要望を積極的に行う。
- ③ 市町村のコスト削減を図るため、都道府県の財政支援の検討、実施。
- ④ 市町村ベンダとの協議、調整を行う。

3. 国保連合会向け

- ① 市町村事務の効率化、コスト削減を図るため、クラウド提供者、市町村の共同体として、円滑な構築、運営を目指す。
- ② 市町村事務処理標準システム機能等を理解してもらうための研修会の開催。
- ③ 市町村ニーズを把握し、実現可能な方策を探る。
- ④ 市町村ニーズに対応するためには、国、都府県、国保中央会、構築ベンダ等の協力を得ることが不可欠。
- ⑤ クラウド提供者としての資金運営、資産管理を行う。



その先の、道へ。北海道

Hokkaido. Expanding Horizons.

2018年は北海道150年