全国市町村国保主管課長研究協議会

国保制度改革の検討状況について

平成28年8月24日
厚生労働省保険局
国民健康保険課長　榎本健太郎

＜本日ご説明する内容＞

Ⅰ．新たな国保制度での役割分担

Ⅱ．安定的な財政運営に向けて

Ⅲ．国保の構造問題への対応

Ⅳ．施行に向けたスケジュール

Ⅴ．保険者機能の強化

１　保険者が果たすべき役割

２　データヘルス計画

３　糖尿病性腎症の重症化予防の取組

４　保険者努力支援制度とその前倒し実施

５　地域包括ケアの推進

Ⅰ．新たな国保制度での役割分担

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

1．年齢構成

① 年齢構成が高く、医療費水準が高い（P13，14）

・65～74歳の割合：国保（32．5%）、健保組合（2．6%）
・一人あたり医療費：国保（31．6万円）、健保組合（14．4万円）

2．財政基盤

② 所得水準が低い（P15～17）

・加入者一人当たり平均所得：国保（83万円）、健保組合（200万円（推計））
・無所得世帯割合：23．3%

③ 保険料負担が重い（P18）

・加入者一人当たり保険料／加入者一人当たり所得
市町村国保（9．9%）、健保組合（5．3%） ※健保は本人負担分のみの推計値

④ 保険料（税）の収納率低下（P20）

・収納率：平成11年度 91．38% → 平成25年度 90．42%
・最高収納率：94．95%（島根県） ・最低収納率：86．20%（東京都）

⑤ 一般会計繰入・繰上充用（P21，22）

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

3．財政の安定性・市町村格差

⑥ 財政運営が不安定になるリスクの 高い小規模保険者の存在（P23）

・1716保険者中3000人未満の小規模保険者 458 （全体の1／4）

⑦ 市町村間の格差（P24，25）

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

---

① 国保に対する財政支援の拡充

② 国保の運営について、財政支援の拡充等により、国保の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、
- 財政運営を始めとして都道府県が担うことを基本としつつ、
- 保険料の賦課徴収、保健事業の実施等に関する市町村の役割が積極的に果たされるよう、

都道府県と市町村との適切な役割分担について検討

③ 低所得者に対する保険料軽減措置の拡充

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

１．協議事項

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

２．メンバー

○政務レベル協議

【厚生労働省】　厚生労働大臣、副大臣、政務官

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

○事務レベルWG

【厚生労働省】　厚生労働省保険局
総務課長、国民健康保険課長、高齢者医療課長、調査課長

【地方代表】
（全国知事会）… 山形県、栃木県、愛知県、鳥取県、愛媛県
（全国市長会）… 見附市(新潟県)、裾野市(静岡県)、高松市(香川県)、高知市(高知県)
（全国町村会）… 井川町(秋田県)、奥多摩町(東京都)、聖籠町(新潟県)、九重町(大分県)

３．経緯

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

平成27年５月27日　改正法の成立
７月４日 ↓ 平成28年４月28日　月１回程度　事務レベルWG（計11 回）
「納付金及び標準保険料率ガイドライン」及び「都道府県国保運営方針ガイドライン」の発出
↓
６月３日　事務レベルWG（法案成立後 第12回）

持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律の概要
（平成27年5月27日成立）

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

1. 国民健康保険の安定化

○国保への財政支援の拡充により、財政基盤を強化　（27年度から約1700億円、29年度以降は毎年約3400億円）

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

2. 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

○被用者保険者の後期高齢者支援金について、段階的に全面総報酬割を実施

（現行:1/3総報酬割→27年度:1/2総報酬割→28年度:2/3総報酬割→29年度:全面総報酬割）

3. 負担の公平化等

①**入院時の食事代**について、在宅療養との公平等の観点から、調理費が含まれるよう段階的に引上げ

（現行:1食260円→28年度:1食360円→30年度:1食460円。低所得者、難病・小児慢性特定疾病患者の負担は引き上げない）

②特定機能病院等は、医療機関の機能分担のため、必要に応じて患者に病状に応じた適切な医療機関を紹介する等の措置を講ずることとする（**紹介状なしの大病院受診時の定額負担**の導入）

③健康保険の保険料の算定の基礎となる**標準報酬月額の上限額を引き上げ**　（121万円から139万円に）

4. その他

①**協会けんぽの国庫補助率**を「当分の間16.4%」と定めるとともに、法定準備金を超える準備金に係る国庫補助額の特例的な減額措置を講ずる

②**被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助**について、所得水準に応じた補助率に見直し

（被保険者の所得水準の低い組合に影響が生じないよう、調整補助金を増額）

③**医療費適正化計画の見直し、予防・健康づくりの促進**

・都道府県が地域医療構想と整合的な目標（医療費の水準、医療の効率的な提供の推進）を計画の中に設定

・保険者が行う保健事業に、予防・健康づくりに関する被保険者の自助努力への支援を追加

④**患者申出療養を創設**　（患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組み）

【施行期日】　平成30年4月1日（4①は公布の日（平成27年5月29日）、2は公布の日及び平成29年4月1日、3及び4②～④は平成28年4月1日）

国保制度改革の概要（公費による財政支援の拡充）

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

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

※ 被保険者一人当たり、約1万円の財政改善効果

＜平成27年度から実施＞

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

＜平成30年度から実施＞（毎年約1,700億円）

○**財政調整機能の強化**（財政調整交付金の実質的増額）

○**自治体の責めによらない要因**による医療費増・負担への対応
（精神疾患、子どもの被保険者数、非自発的失業者 等）

} 700～800億円

○**保険者努力支援制度**･･･**医療費の適正化に向けた取組等に対する支援**　700～800億円

○**財政リスクの分散・軽減方策**（財政安定化基金の創設・高額医療費への対応 等）　等

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

・**平成30年度以降は、上記の項目に約1,700億円を配分**

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

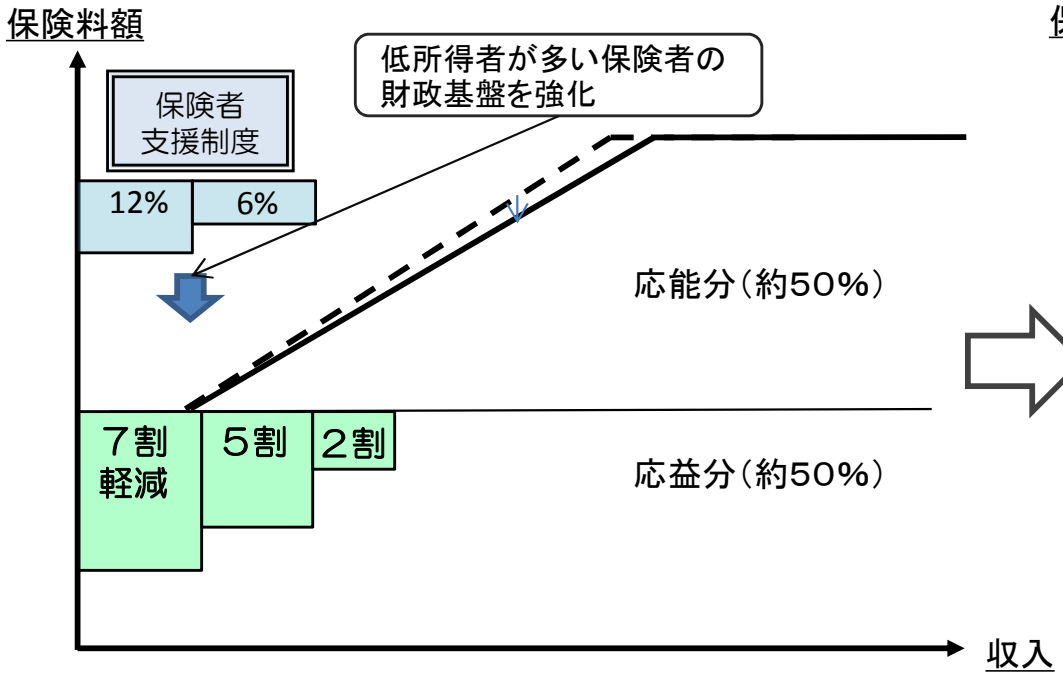
先行的な財政支援策としての保険者支援制度の拡充（平成27年度）

○ 低所得者（保険料の軽減対象者）数に応じた保険者への財政支援（平成26年度:約980億円）を更に約1,700億円拡充。
※被保険者一人当たり約5,000円の財政改善効果

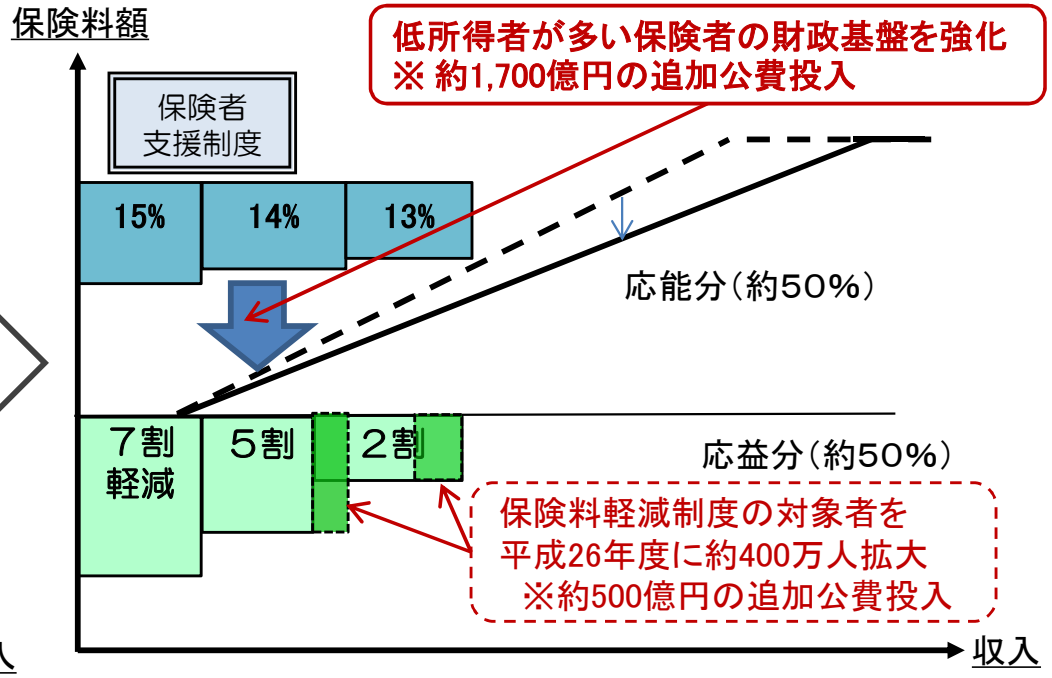
《拡充の内容》
① 現在、財政支援の対象となっていない2割軽減対象者についても、財政支援の対象とするとともに、軽減対象の拡大に応じ、財政支援の対象を拡大する。
② 現行の7割軽減・5割軽減の対象者数に応じた財政支援の補助率を引き上げる。
③ 財政支援額の算定基準を平均保険料収納額の一定割合から、平均保険料算定額の一定割合に改める。
※ 収納額 ＝ 算定額 － 法定軽減額 － 未納額

【現行】 軽減対象者1人当たりの支援額 ＝ 平均保険料収納額の12%（7割軽減）、6%（5割軽減）
【改正後】 軽減対象者1人当たりの支援額 ＝ 平均保険料算定額の15%（7割軽減）、14%（5割軽減）、13%（2割軽減）

平成26年度



平成27年度



国保制度改革の概要（運営の在り方の見直し）

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

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

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

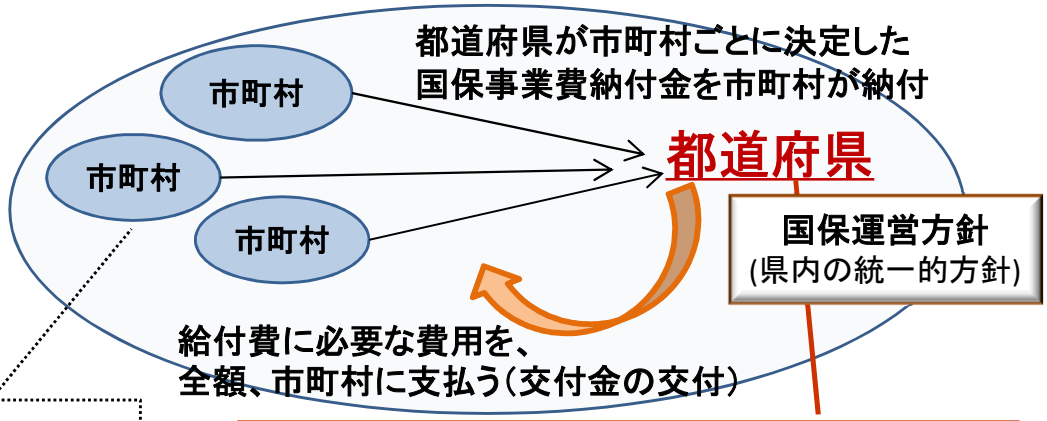
【現行】 市町村が個別に運営

市町村　市町村　市町村

・国の財政支援の拡充
・都道府県が、国保の運営に中心的役割を果たす

（構造的な課題）
- 年齢が高く医療費水準が高い
- 低所得者が多い
- 小規模保険者が多い

【改革後】 都道府県が財政運営責任を担うなど中心的役割



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

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

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

○ 詳細については、引き続き、地方との協議を進める

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

改革後の国保の運営に係る都道府県と市町村それぞれの役割

改革の方向性		
1. 運営の在り方 （総論）	○ 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 ・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	・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	・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	・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	・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	・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	・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）

Ⅱ．安定的な財政運営に向けて

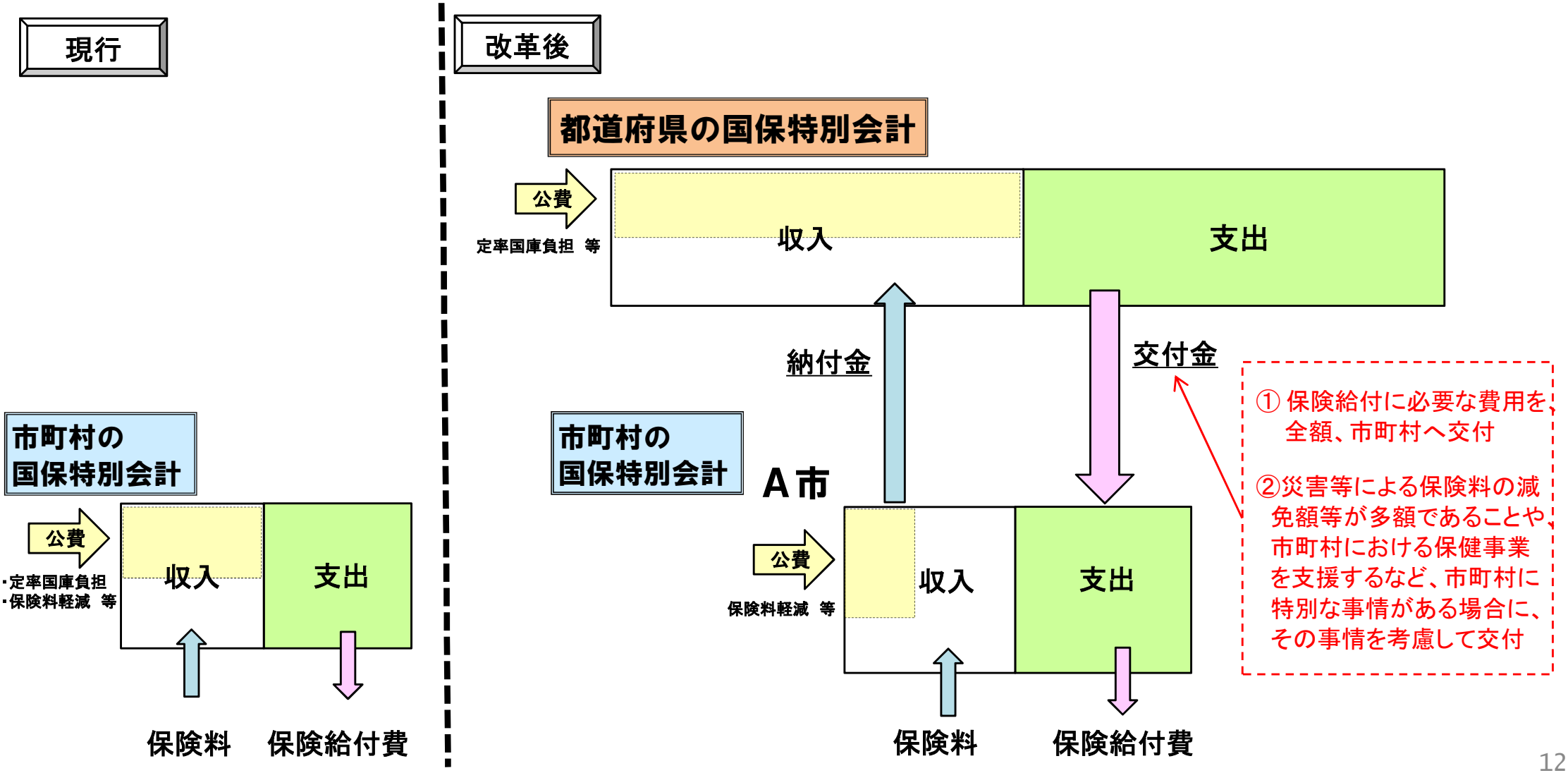
改革後の国保財政の仕組み（イメージ）

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

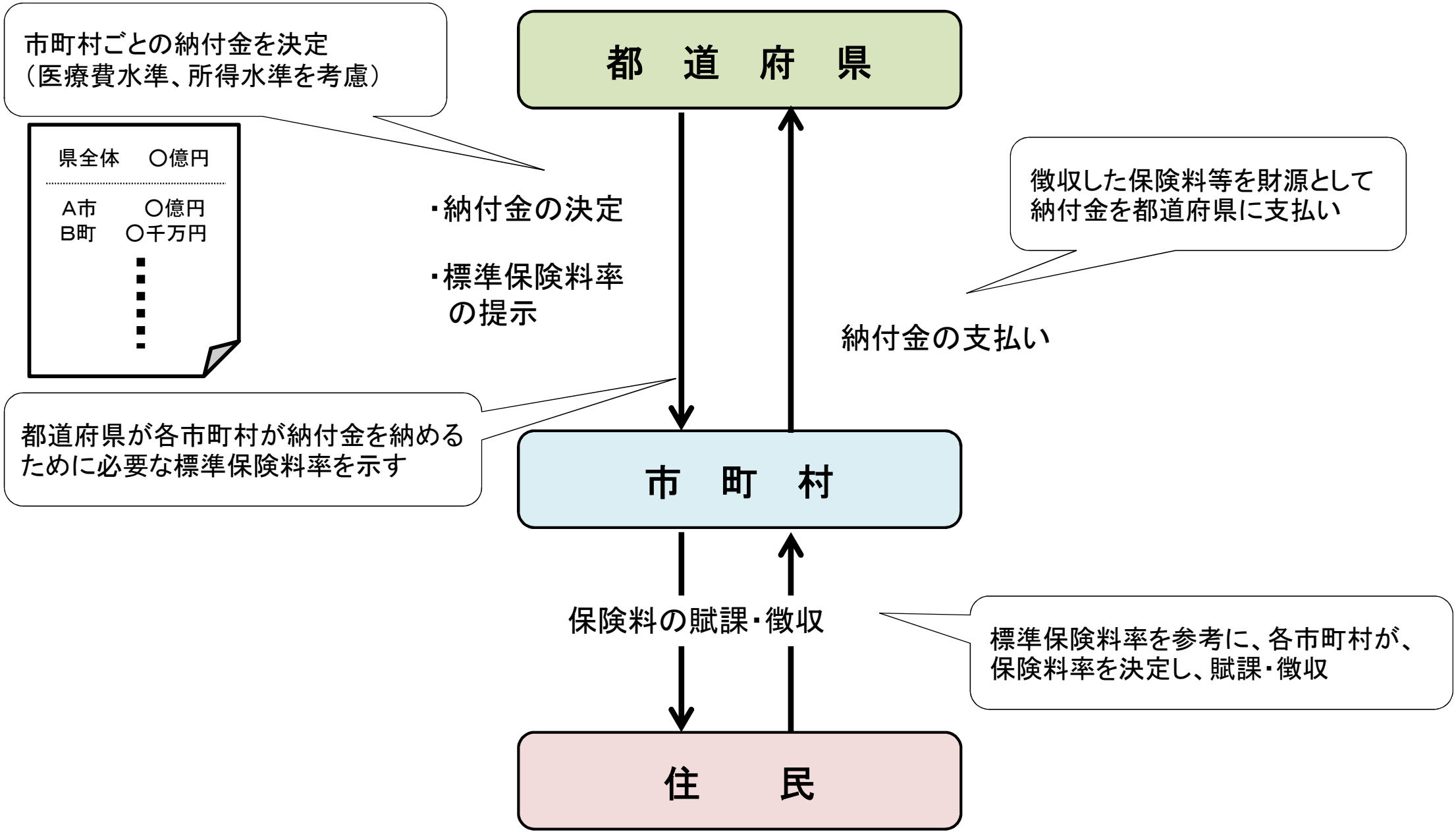
※ 都道府県にも国保特別会計を設置

○ 市町村は、都道府県が市町村ごとに決定した納付金を都道府県に納付する。

※ 納付金の額は、市町村ごとの医療費水準と所得水準を考慮



国保保険料の賦課、徴収の仕組み（イメージ）



国保事業費納付金の市町村への配分（イメージ）

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

〈市町村の納付金額〉

＜按分方法＞	＜按分方法＞
被保険者数に応じた按分額に 市町村ごとの医療費水準を反映 （医療費実績は、年齢構成の相違による差を調整したもの、複数年平均）	所得水準に応じた按分額に 市町村ごとの医療費水準を反映 （医療費実績は、年齢構成の相違による差を調整したもの、複数年平均）
← 被保険者数に応じた按分 →	← 所得水準に応じた按分 →

医療費水準を反映

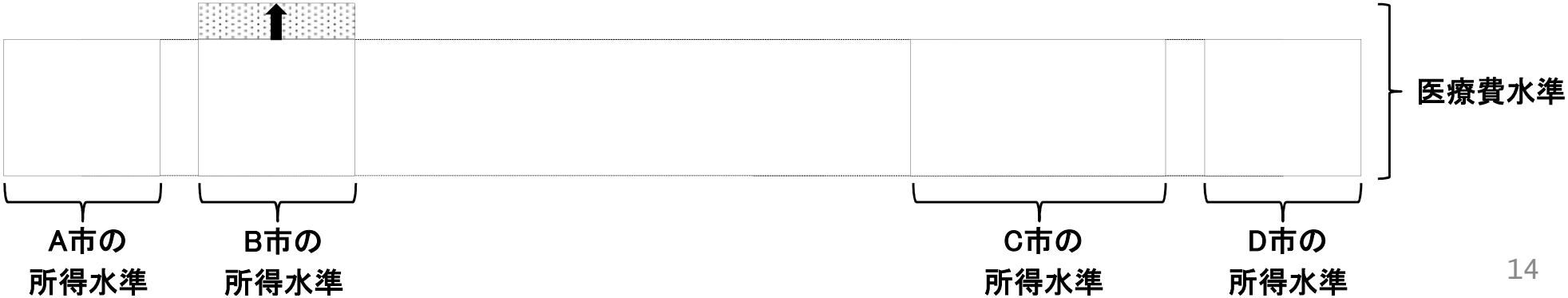
医療費水準をどの程度反映するかはαにより調整

所得水準をどの程度反映するかはβにより調整

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

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

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

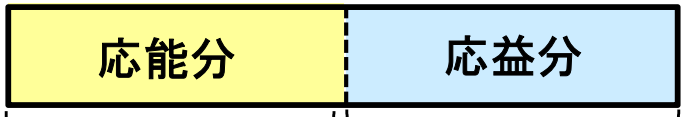


保険料の設定方法の見直しの効果（イメージ）

<所得水準が保険料に与える影響（医療費水準が同じ場合）>

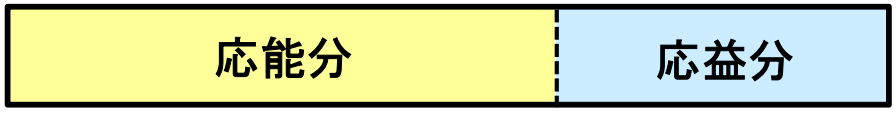
○ 年齢構成の差異の調整後の医療費水準が同じ市町村であれば同じ保険料水準となる。（所得水準の高い市町村ほど納付金の額のうち応能割保険料分の割合が大きくなる）

■ 所得水準が県内平均の市町村（※）



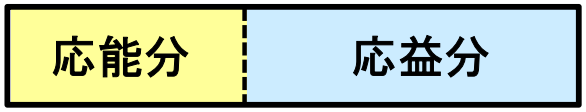
【保険料率】10%　【保険料額】3,000円

■ 所得水準が高い市町村（県内平均の1.2倍）



【保険料率】10%　【保険料額】3,000円

■ 所得水準が低い市町村（県内平均の0.8倍）

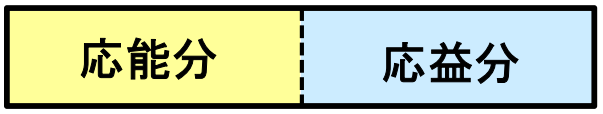


【保険料率】10%　【保険料額】3,000円

<医療費水準が保険料に与える影響（平均的な所得の場合）>

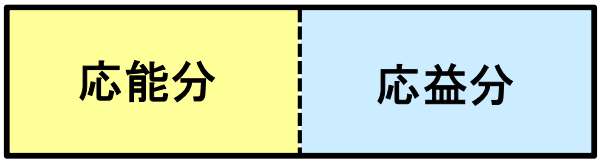
○ 所得水準が同じ市町村であれば、年齢構成の差異の調整後の医療費水準の高い市町村ほど、保険料が高くなる

■ 医療費水準が県内平均の市町村（※）



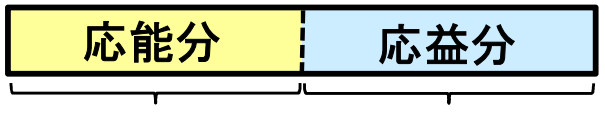
【保険料率】10%　【保険料額】3,000円

■ 医療費水準が高い市町村（県内平均の1.2倍）



【保険料率】12%　【保険料額】3,600円

■ 医療費水準が低い市町村（県内平均の0.8倍）



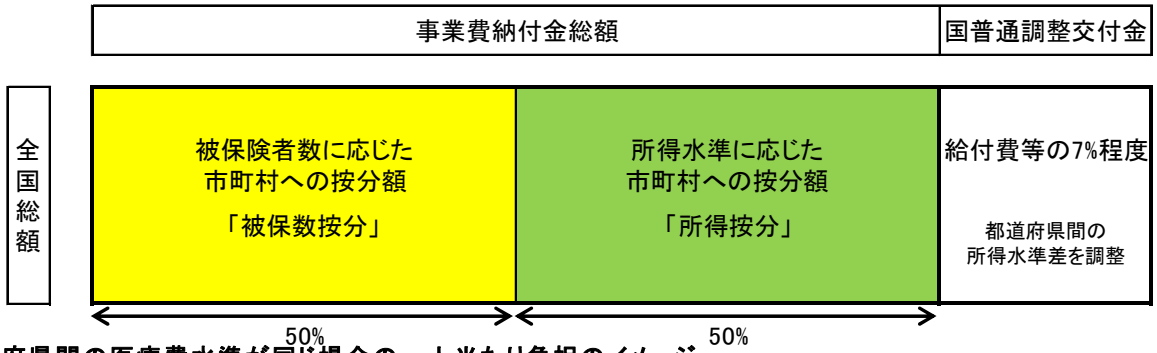
【保険料率】８％　【保険料額】2,400円

※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

普通調整交付金及び国保事業費納付金による調整の仕組み（イメージ）①

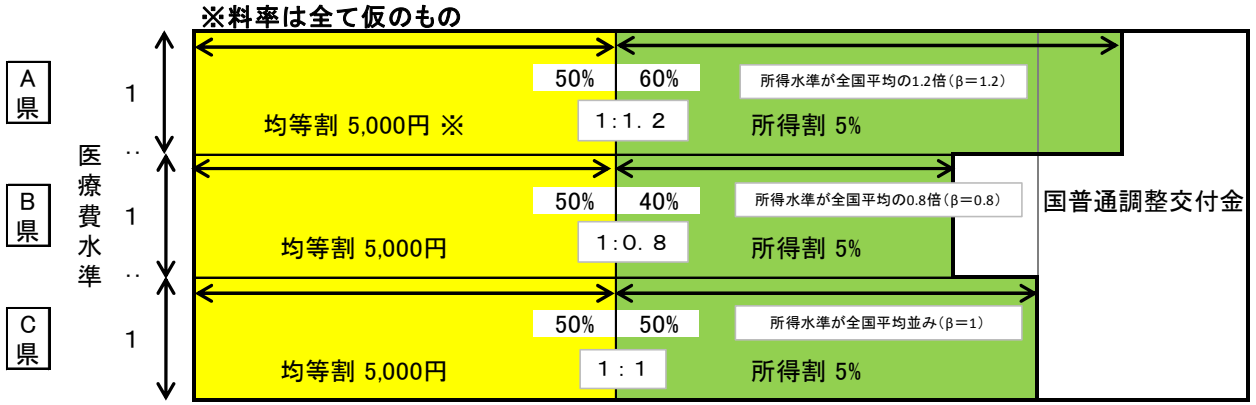
1　事業費納付金の全国ベースでの負担のイメージ



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

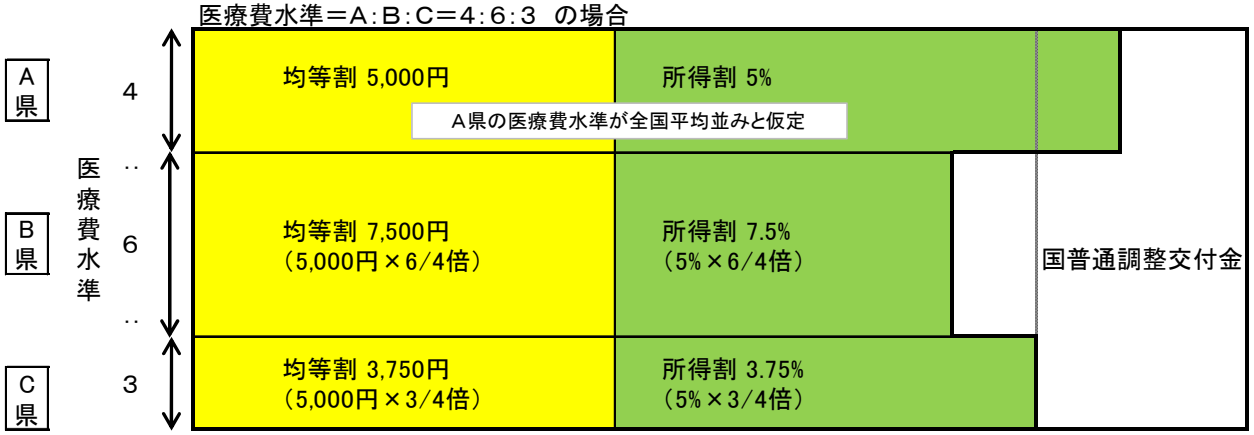
※個々で示している納付金総額は定率や前期高齢者交付金等の調整後（差し引き後）のベース

2　都道府県間の医療費水準が同じ場合の一人当たり負担のイメージ



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

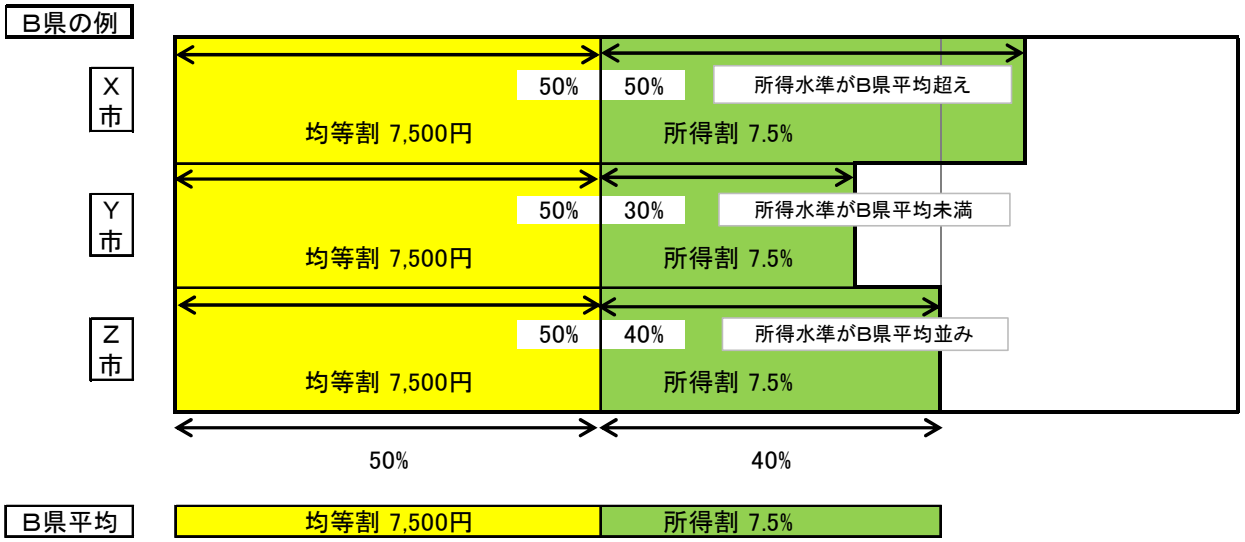
3　都道府県間の医療費水準が異なる場合の一人当たり負担のイメージ



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

普通調整交付金及び国保事業費納付金による調整の仕組み（イメージ）②

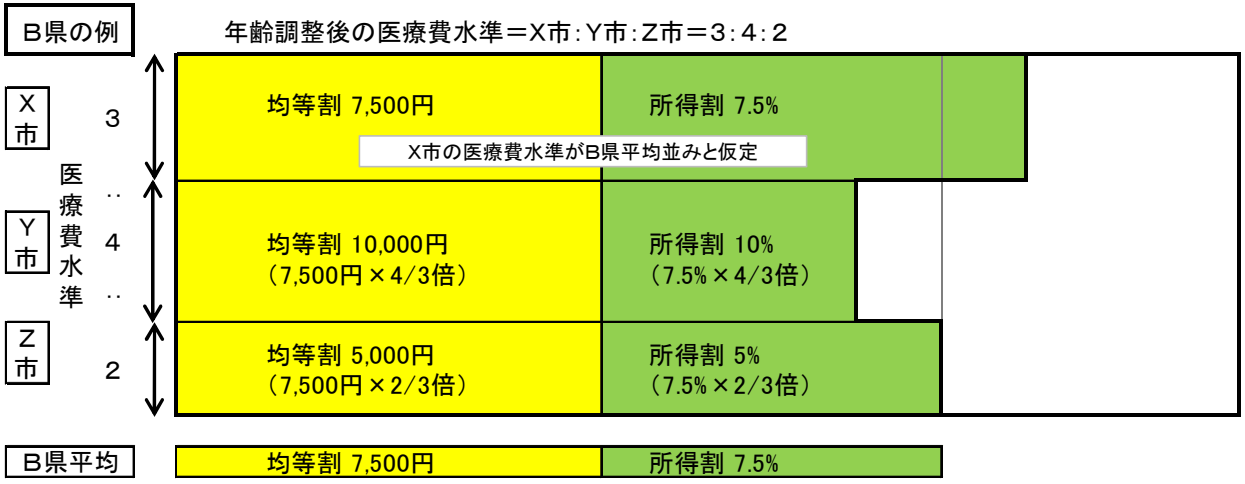
４　県内市町村での按分イメージ（市町村間での医療費水準を反映しない場合（α＝0））



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

＜年齢調整後の医療費水準による調整＝高さの調整＞
県内市町村ごとの「医療費水準」を反映しないことで、B県内で統一した保険料水準となる（被保割・所得割ともに）。

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



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

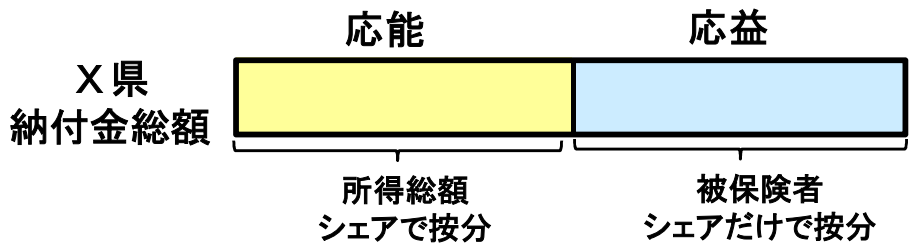
＜年齢調整後の医療費水準による調整＝高さの調整＞
県内市町村ごとの「医療費水準（年齢構成調整後）」を納付金に反映することで、年齢構成調整後医療費水準に応じた保険料率となる（被保割・所得割ともに）。

（参考）3方式以上の納付金・標準保険料率の考え方

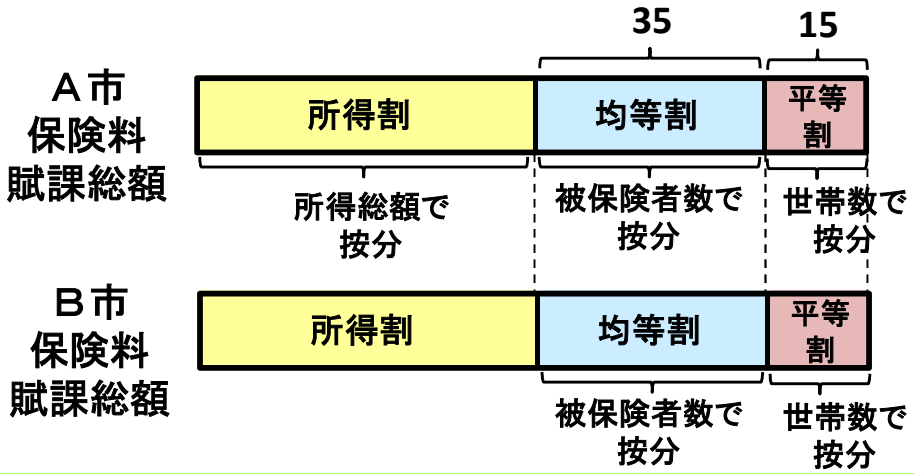
〇標準の保険料算定方式を３方式とする都道府県において、納付金の算定時に、「①被保険者シェアで按分」するか、「被保険者シェア及び世帯数シェアで按分」するかの考え方の違いについて整理

〇仮に同所得、同被保険者数、同じ医療費水準で世帯数の多いＡ市、少ないＢ市を想定

① 被保険者シェアで按分

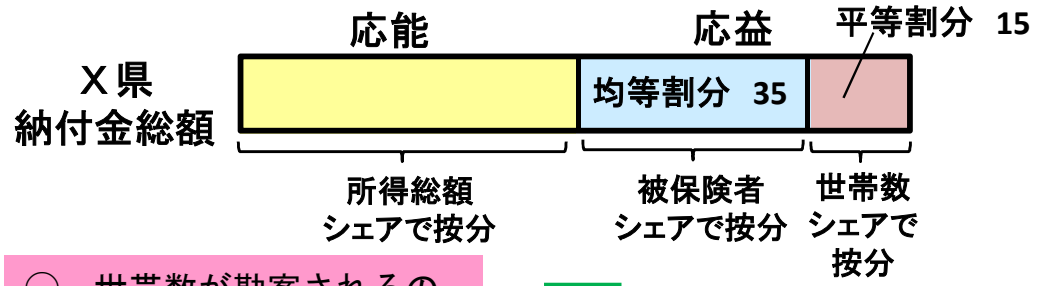


〇世帯数は勘案されていないので、Ａ市もＢ市も同じ納付金額となる。

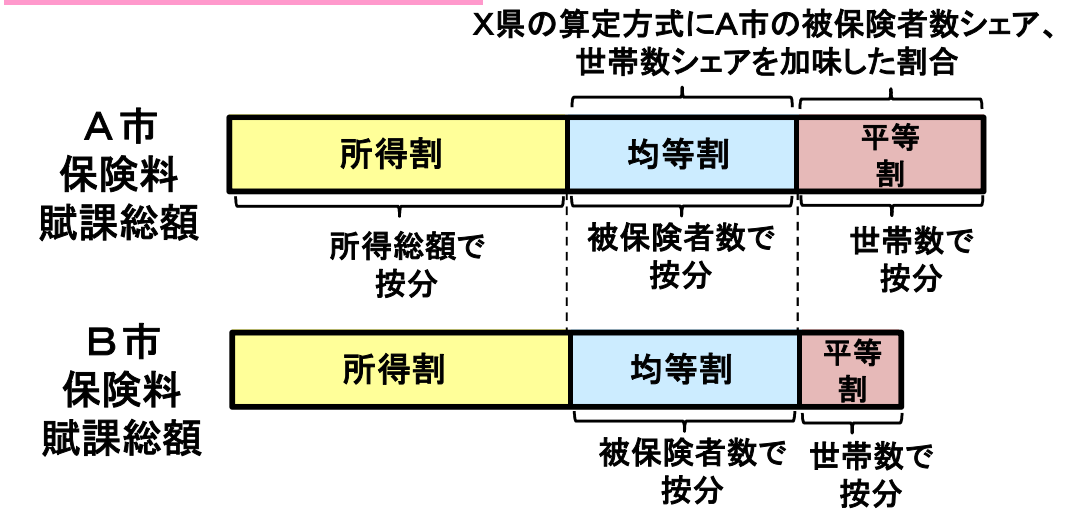


〇　Ａ市もＢ市も所得割、均等割、平等割の総額はいずれも同じだが、世帯数はＡ市が多いことから、Ａ市の平等割率はＢ市より低くなる。

② 被保険者シェア及び世帯数シェアで按分



〇　世帯数が勘案されるのでＡ市はＢ市よりも多い納付金額となる。



〇　Ａ市とＢ市は所得割率、均等割率、そして平等割率が全て同じとなる。

※　簡素化のため、Ｘ県は国保運営方針において均等割賦課と平等割賦課の比率を35：15(70:30)と定めているものとする。

※　４方式の場合も所得割と資産割部分について、①、②の算定方法が考えられる。

医療費に係る納付金の計算方法

納付金算定の仕組みを数式にした場合のイメージ（高額医療費等について加味）

市町村の納付金の額＝（都道府県での必要総額）　×｛α・（年齢調整後の医療費指数－１）＋１｝

×｛β・（所得（応能）のシェア）＋（人数（応益）のシェア）｝／（１＋β）

×　γ

― 高額医療費負担金調整

＋ 地方単独事業の減額調整分

＋ 財政安定化基金の返済分・補填分　等

※1　αは医療費指数をどの程度反映させるかを調整する係数（0≦α≦1）
　　α＝1の時、医療費水準を納付金額に全て反映。
　　α＝0の時、医療費水準を納付金額に全く反映させない（都道府県内統一の保険料水準）。

※2　βは所得のシェアをどの程度反映させるかを調整する係数であり、都道府県の所得水準に応じて設定することを原則とする。

※3　都道府県で保険料水準を統一する場合に、例外的に、収納率の多寡で保険料率が変化しないよう収納率の調整を行うことも可能とする仕組みとする。

※4　γは市町村の納付金額の総額を都道府県の必要総額に合わせるための調整係数

※5　後期高齢者支援金、介護納付金に係る費用については別途所得調整を行う算式により計算した後に納付金額に加算することとする。

標準保険料率を算定する考え方

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

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

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

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

（イメージ）　※A市とB町が同じ所得水準である場合

都道府県 標準保険料率	一人当たり医療費 （年齢構成調整前）	一人当たり医療費 （年齢構成調整後）	① 市町村 標準保険料率	② 当該市町村の 保険料算定方式で 算出した場合	実際の保険料率 （市町村が決定）
所得割 8% 均等割 40,000円	A市： 380,000円	A市： 400,000円	A市： 所得割 10% 均等割 50,000円	A市： 所得割 10% 均等割 50,000円	A市 所得割 10% 均等割 50,000円
	B町： 300,000円	B町： 240,000円 （A市の6割）	B町： 所得割　6% 均等割 30,000円 （A市の6割）	B町： 所得割　6% 均等割 23,000円 世帯割 10,000円	B町 所得割　5.8% 均等割 22,000円 世帯割　9,000円

全国統一ルールで算出した場合

年齢調整後の医療費水準に応じた負担

収納率向上等により、都道府県が示す数値より引き下げが可能

国保保険料の賦課・徴収の基本的仕組み（イメージ）

○ 都道府県は、
- 医療給付費等の見込みを立て、**市町村ごとの国保事業費納付金（※）の額を決定**（①）
  ※ 市町村ごとの医療費水準、所得水準を考慮
- 都道府県が設定する標準的な算定方式等に基づいて**市町村ごとの標準保険料率を算定・公表**（②）

○ 市町村は、都道府県の示す標準保険料率等を参考に、それぞれの保険料算定方式や予定収納率に基づき、**それぞれの保険料率を定め、保険料を賦課・徴収**し、納付金を納める。（③）

都 道 府 県

市 町 村

医療給付費等

公費等

保険料収納必要額

＜県の標準設定のイメージ＞②

○ **標準的な算定方式**は3方式（所得割、均等割、世帯割）

○ **標準的な収納率**は、市町村規模別に、右表のとおりとする。

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

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

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

③

（例）

① A市が納める納付金
A市：１０万人
（標準的な収納率 88%）

② A市の標準保険料率

A市の保険料率
○ 2方式（所得割、均等割）
○ 予定収納率：90%

① B町が納める納付金
B町：　１万人
（標準的な収納率 92%）

B町の標準保険料率

B町の保険料率
○ 3方式（所得割、均等割、平等割）
○ 予定収納率：94%

財政安定化基金の設置

1. 趣旨

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

2. 内容

○ 貸付・・・各年度、財源不足額を貸付。原則3年間で償還（無利子）

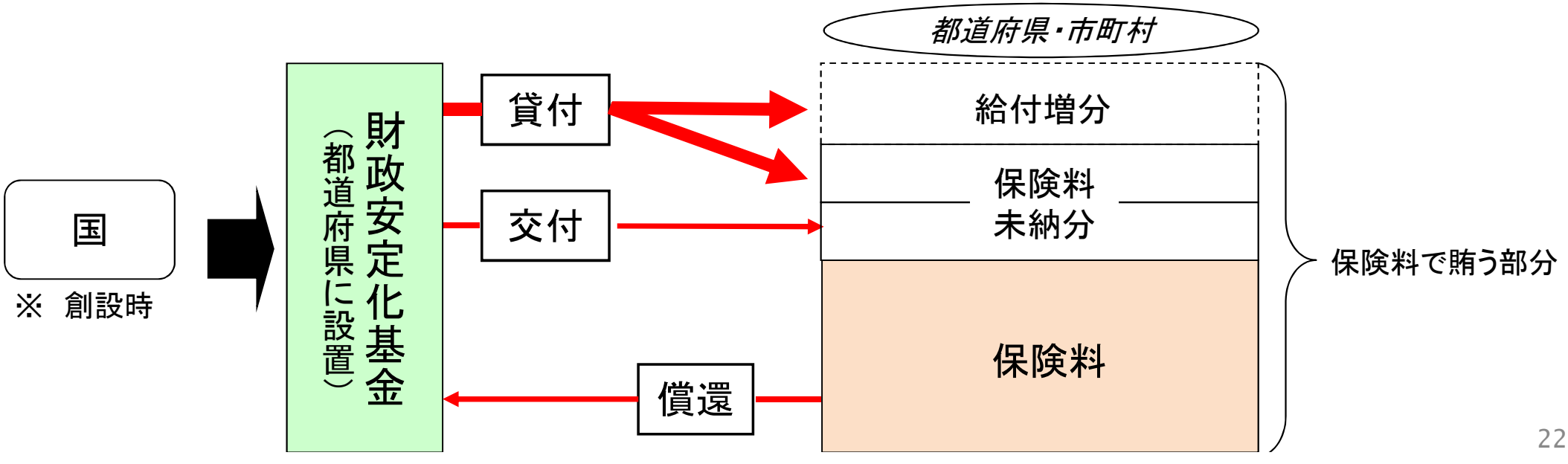
○ 交付・・・特別な事情が生じた場合、モラルハザードが生じないよう留意しつつ、財源不足額のうち保険料収納不足額×１／２以内を交付

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

3. 基金規模等

○ 2,000億円規模をめざし、国費で創設・順次積増しすることとし、平成27年度は200億円、平成28年度は約400億円（予算案）を措置。

○ 交付分に対する補填は各都道府県が決定。
※国・都道府県・市町村（保険料、交付を受けた当該市町村が負担することを基本）で１／３ずつ補填

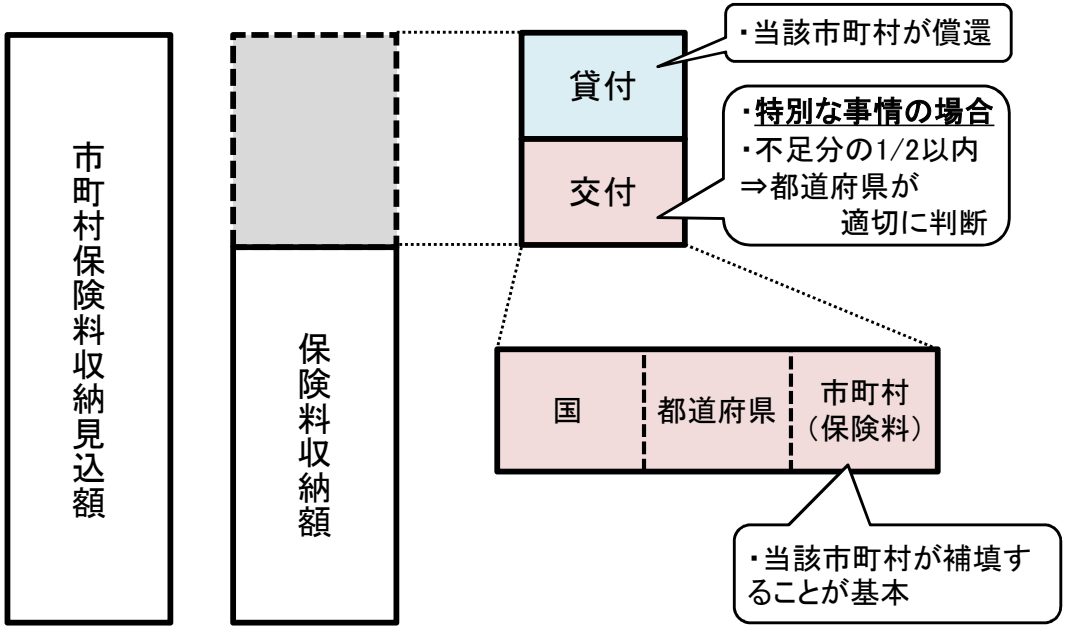


財政安定化基金による貸付・交付（イメージ）

趣旨

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

市町村において収納不足が生じた場合



特別調整交付金から交付する場合

・非自発的失業者に対する保険料軽減
・災害（東日本大震災など）

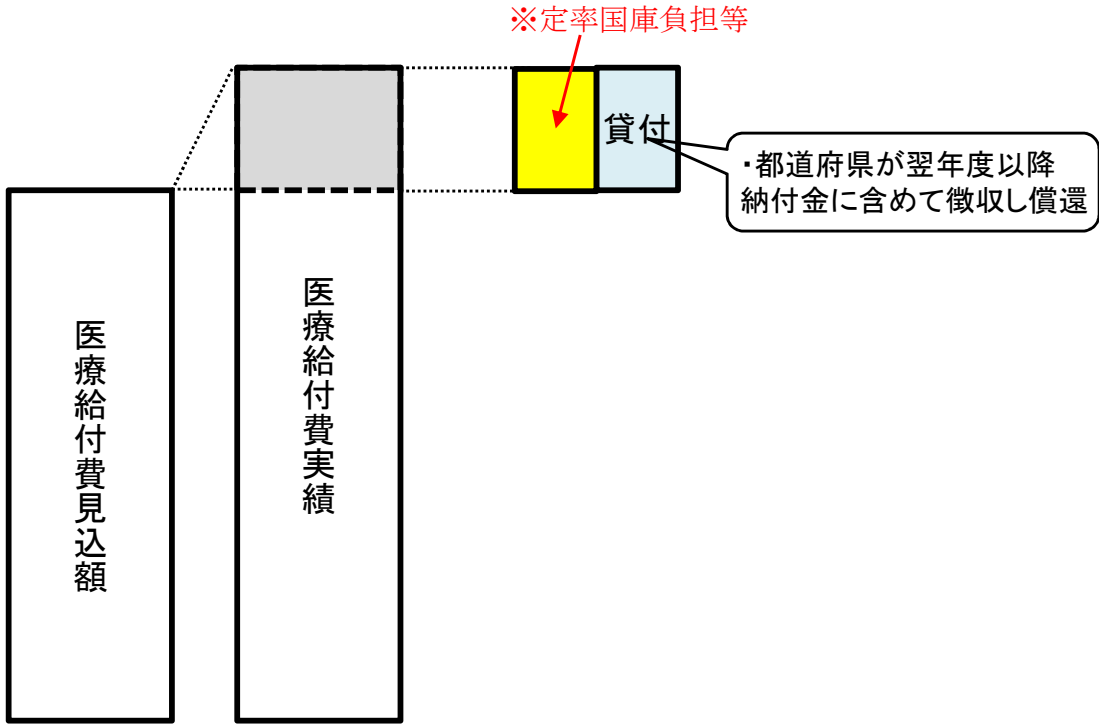
財政安定化基金から貸付する場合

・収納率の減少、
・被保険者数の減少
（総所得額の減少を含む）

財政安定化基金から交付する場合

・多数の被保険者の生活に影響を与える災害（台風、洪水、噴火など）の場合
・地域企業の破綻や主要産物の価格が大幅に下落するなど地域の産業に特別な事情が生じた場合
・その他、上記に類するような大きな影響が多数の被保険者に生じた場合

都道府県全体で給付増が生じた場合



特別調整交付金から交付する場合

・災害（東日本大震災など）
・流行病（インフルエンザなど）
・特殊疾病

財政安定化基金から貸付する場合

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

3段階の激変緩和措置

○ 財政運営責任等を都道府県へ移行する際（平成30年度）、財政改善効果を伴う追加公費の投入（1,700億円規模）が行われるため、一般的には、平成29年度から平成30年度にかけての保険料の伸びは抑制・軽減されることとなる。

○ ただし、国保の財政運営の仕組みが変わる（納付金方式の導入等）ことに伴い、一部の市町村においては、被保険者の保険料負担が上昇する可能性がある。

※ここでは「本来保険料で取るべき額」の変化に着目しており、決算補填目的等のための法定外一般会計繰入を削減したことによる変化は緩和措置の対象外

被保険者の保険料負担が急激に増加することを回避するための措置

ア）市町村ごとの納付金の額を決定する際の配慮

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

イ）都道府県繰入金による配慮

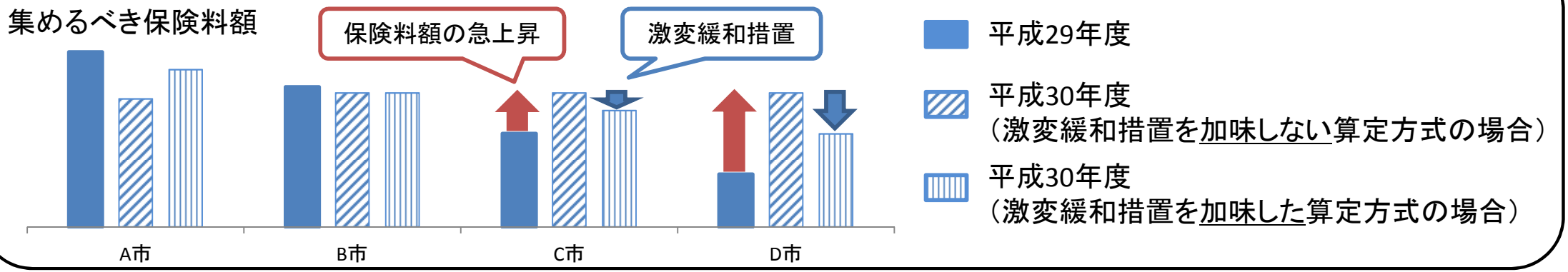
○ア）納付金の算定方法の設定による激変緩和措置については、都道府県で一つの計算式を用いるため、個別の市町村についての激変緩和措置が行えるわけではない。そのため、都道府県繰入金による激変緩和措置を設け、市町村ごとの状況に応じきめ細やかに激変緩和措置を講じることが可能な仕組みを設ける。

ウ）特例基金による配慮

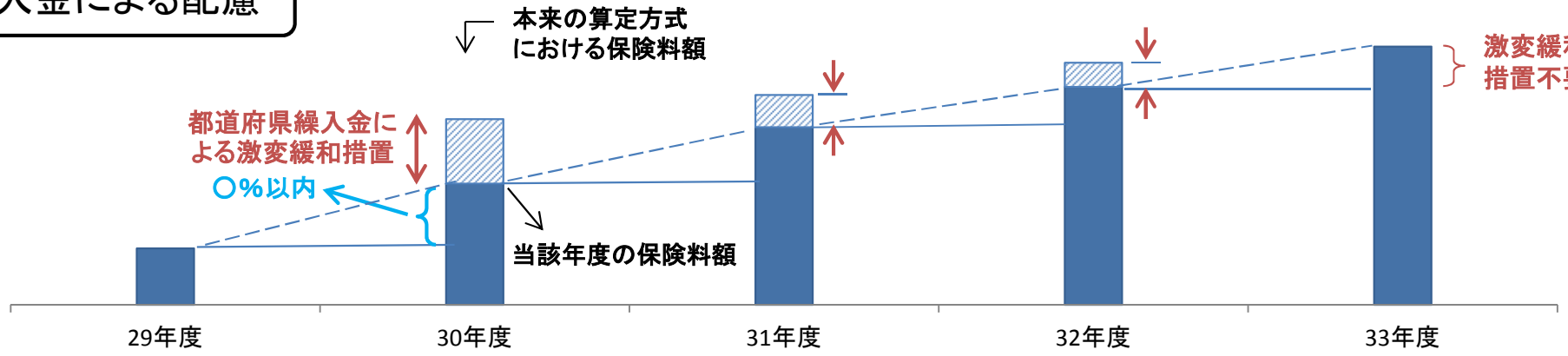
○施行当初においては、予め激変緩和用として積み立てる特例基金を計画的に活用することとし、当該基金を都道府県特別会計に繰り入れることで、イ）都道府県繰入金による激変緩和措置により、他の市町村の納付金の額に大きな影響が出ないように調整を行うこととする。（H30～35）

激変緩和措置のイメージ

ア．市町村ごとの納付金の額を決定する際の配慮

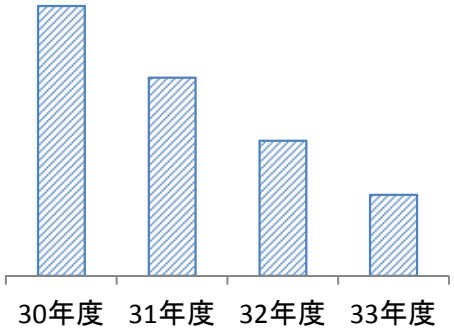


イ．都道府県繰入金による配慮



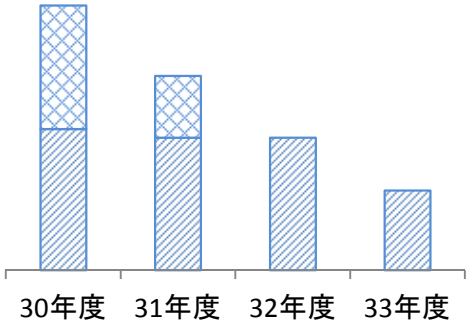
ウ．特例基金による配慮

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



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

⇒各都道府県の状況に応じ、適切な規模を適切な年度に繰り入れ



保険料率に影響を与える主な要因

＜平成30年度に向けて保険料に影響を与える主な要因＞

	27年度	28年度	29年度	30年度
①追加財政支援	＋1700億円	＋1700億円	＋1700億円	＋3400億円
②一般会計繰入の縮減･解消	→	→	→	→
③制度改正				納付金方式の導入等 財政運営制度の改正

＜ポイント＞

〇26年度と比べると、約3,400億円の追加的な財政支援により保険料の伸びの抑制が図られる。

〇一般会計繰入については、被保険者への影響を踏まえつつ、引き続き、計画的･段階的に解消するように取り組んでいただく必要。

〇年齢構成の差異を調整した医療費水準や所得水準を勘案した納付金方式の導入により、市町村の状況に応じて保険料に与える影響は異なる。

今回の国保改革における、保険料率引き下げ･伸びの抑制の主な要因	
低所得者の多い自治体	保険者支援制度の拡充
平均的な所得の低い自治体	納付金制度
医療費適正化等に取り組む自治体	保険者努力支援制度
年齢調整の差異を調整した1人あたり医療費が低い自治体	納付金制度
自治体の責めによらない要因による負担のある自治体 （精神疾患、子どもの被保険者数　等）	財政調整機能の強化

国保保険料及び国保保険税の条文構造について

未定稿

国保保険料

国保法（27年度改正）

- 総論

国保法施行令

- 基礎賦課総額
- 標準割合

⇒ 29年度中に改正予定

国保保険税

地方税法

- 総論
- 標準基礎課税総額
- 標準割合

⇒ 29年度税制改正要望

【今後の税制改正のスケジュール】

平成28年夏に税制改正要望を提出、年末に税制改正大綱を閣議決定

→ 地方税法改正案の法案審議を経て、平成28年度末をメドに改正法が公布

→ 平成29年度中に地方税法施行令等の整備

保険料(税)の論点

1. 賦課総額の考え方

○ 基本的な考え方は維持しつつ、新制度への移行に伴い、賦課総額の算定方法を以下のとおり修正する必要がある（技術的修正。イメージは以下のとおり。）

（納付金額＋財政安定化基金拠出金＋保健事業費＋その他の国民健康保険事業に要する費用）
－（市町村に充てられる公費（交付金等）＋その他の国民健康保険事業に要する費用のための収入）

2. 賦課総額の按分方法

＜賦課方式＞

○ 現行の2方式・3方式・4方式からの選択式（及び各方式の組合せ）は維持してはどうか。
※ 所得割総額、資産割総額、均等割総額、平等割総額の各方式の算定方法は変更しない

＜標準割合＞

○ 各方式の標準割合については、標準保険料率の算定に当たり「応能：応益」を「所得係数：１」を基本とすることや、現状でもばらつきがあることも踏まえ、具体的な割合を示さないこととしてはどうか。
※ 市町村は、都道府県が定める標準割合等を参考に、具体的な割合や保険料率を定めることとしてはどうか。

○ 「応能：応益」を「所得係数：１」とすることについても、例外的にこれによらなくても良いも想定していることから、政令上の基準としては定めず、ガイドラインによる技術的助言に止めてはどうか。
※ 納付金算定時に被保険者シェアだけではなく世帯シェアを勘案する場合には、各市町村の「応能：応益」は、「所得係数：１」にならないこともある。

3. 保険料率・標準保険料率

○ 保険料率は、引き続き、市町村が決定することとなる。

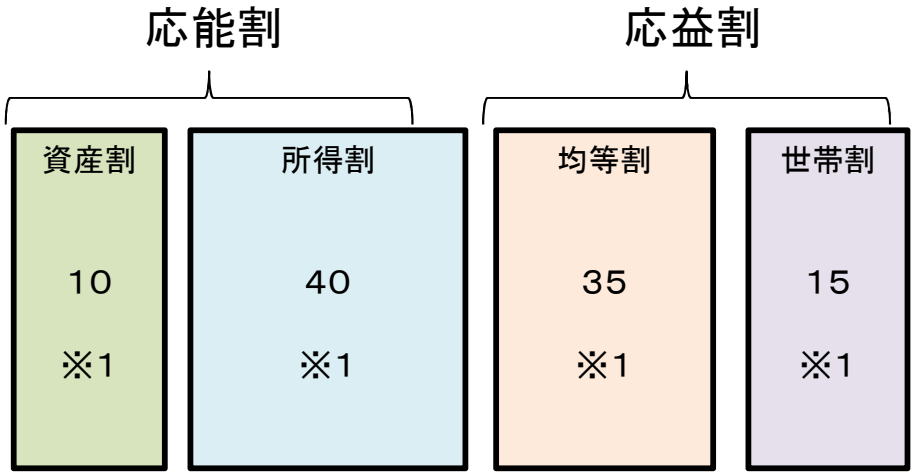
○ 市町村が保険料率を定めるに当たり、標準保険料率を参考にする旨を政令等で規定する必要。

4. その他

○ 減額賦課（保険料軽減）の基準、特例対象被保険者等（非自発失業者等）に係る特例は変更しない。

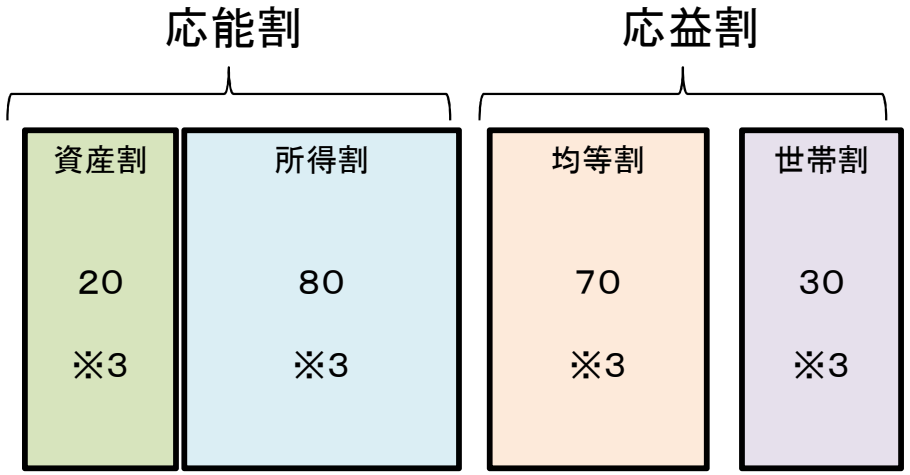
標準割合の見直しイメージ

現状　５０　：　５０



※1　政令で定める標準割合を基本とし、各市町村の実情に応じ標準割合によらないことも可能。

改革後　所得係数　：　１　※2



※2　「応能：応益」は、「所得係数：１」とすることを基本に各市町村が決定。（政令には明記せず。）ただし、納付金算定時に被保険者シェアだけではなく世帯シェアを勘案する場合には、各市町村の「応能：応益」は、「所得係数：１」にならないこともある。

※3　各方式の割合は、都道府県が定める標準割合等を参考に各市町村において定まる。

（参考）市町村の現状の方式ごとの割合

	資産割	所得割	均等割	世帯割
三鷹市（税）	―	67.4	32.6	―
裾野市（税）	11.7	48.8	26.3	13.2
高松市（料）	7.5	47.0	31.7	13.9
高知市（料）	―	53.5	28.1	18.4
聖籠町（税）	―	52.1	33.4	14.4
飛島村（税）	8.5	43.0	32.8	15.7
奥多摩町（税）	―	55.2	44.8	―
九重町（税）	―	49.5	34.1	16.4

＜出典＞国民健康保険の実態（国保中央会）

現行と改革後の超(特別)高額医療費共同事業の比較

現　行

○　国民健康保険連合会が拠出金の支払主体及び交付金の被交付主体

○　国の補助金
総額２０億円

○　国の補助金の按分方法
過去の高額医療費及び被保険者数により按分

改革後(案)

○　都道府県が拠出金の支払主体及び交付金の被交付主体

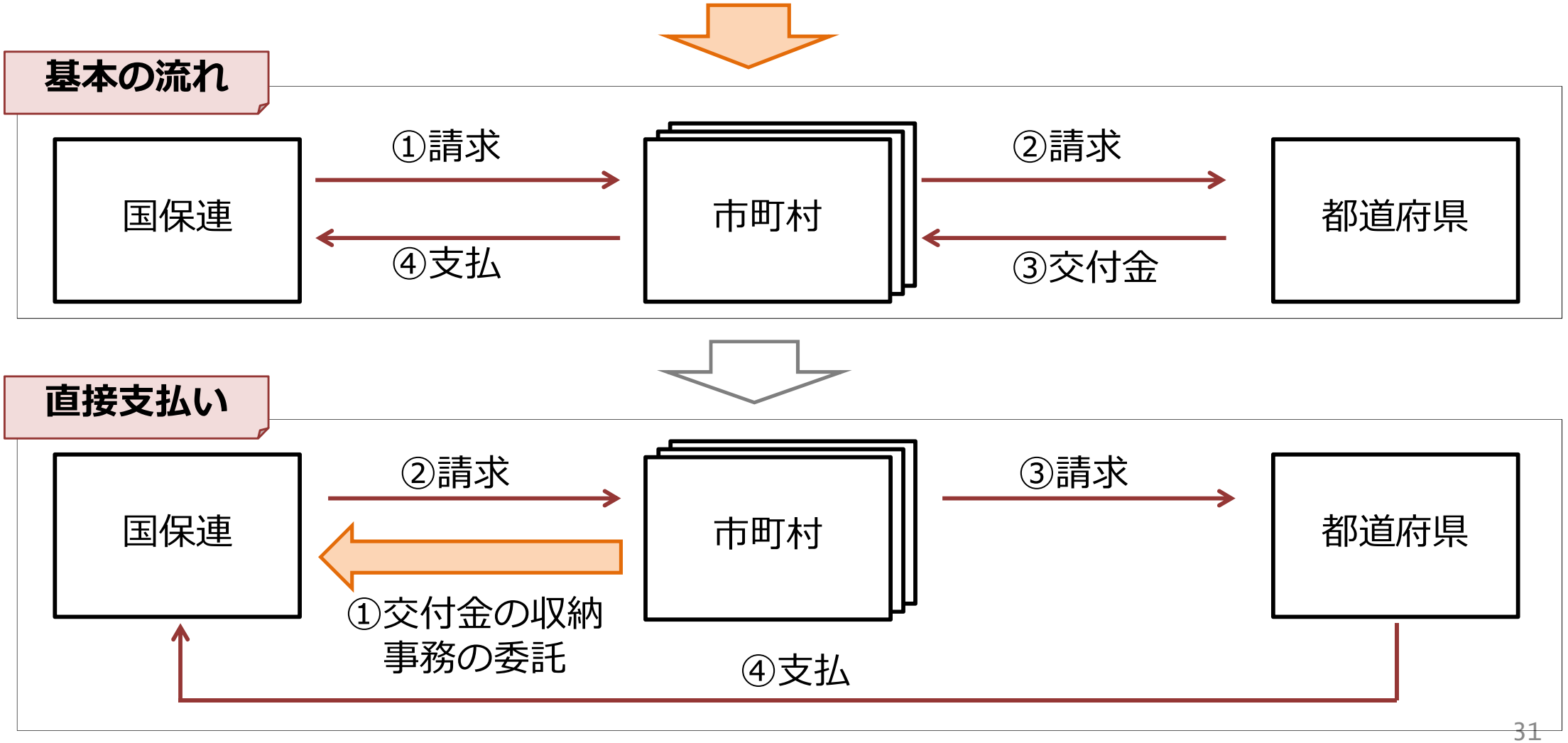
○　国の補助金
総額２０億円を拡充

○　国の補助金の按分方法
過去の高額医療費のみにより按分

都道府県による審査支払機関への診療報酬の直接支払い

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

> ２　運営の在り方の見直し（保険者機能の強化）
>
> ※ 市町村の事務負担の軽減を図るため、医療機関に支払いを行う審査支払機関に対し、都道府県が市町村を経由せず、直接支払いを行う仕組みを検討する。



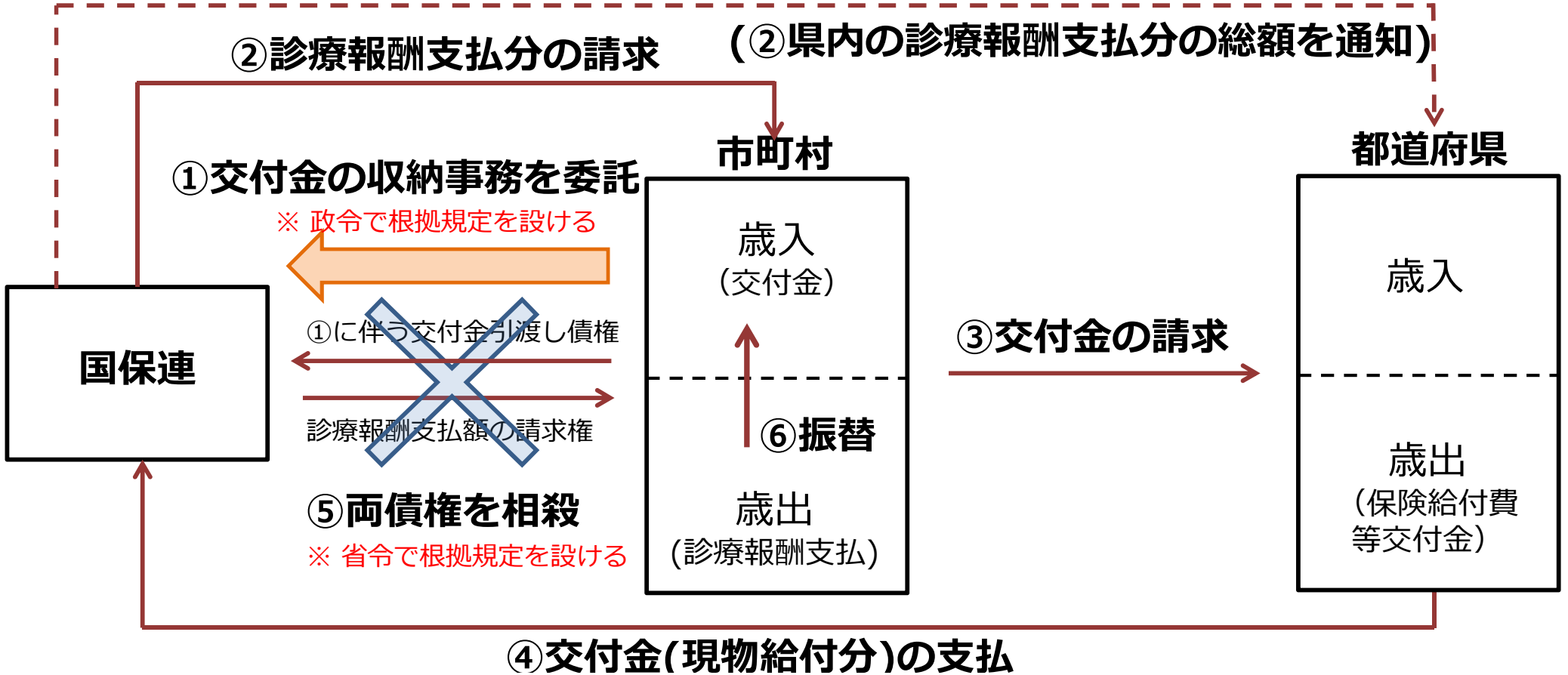
直接支払いの具体的な手順

○　市町村は、国保連に都道府県からの保険給付費等交付金の収納事務を委託し、これにより、国保連に対する保険給付費等交付金の引渡し債権を取得する（①）。

○　国保連は、市町村に対して診療報酬支払い分の請求を行い（②）、都道府県は、市町村からの請求（③）に応じ、国保連に対し保険給付費等交付金を支払う（④）。

※　都道府県の事務の円滑化のため、②と同時に県内の診療報酬支払分の総額を国保連から都道府県に通知することも考えられる。

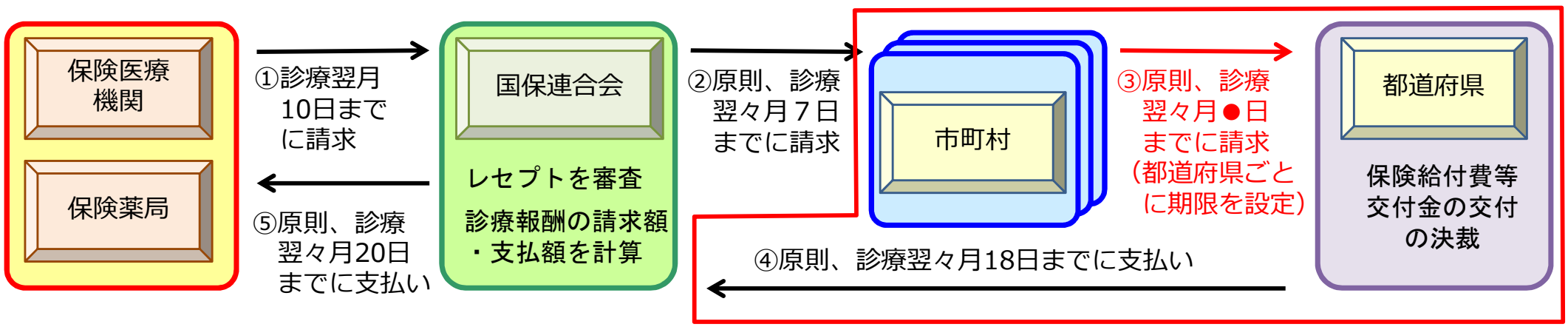
○　市町村の保険給付費等交付金引渡し債権と国保連の診療報酬支払額の請求権を相殺し（⑤）、市町村は、相殺を契機に、歳出の診療報酬の支払いを歳入の保険給付費等交付金に振替を行う（⑥）。



直接支払いの請求・支払いスケジュールと概算払い

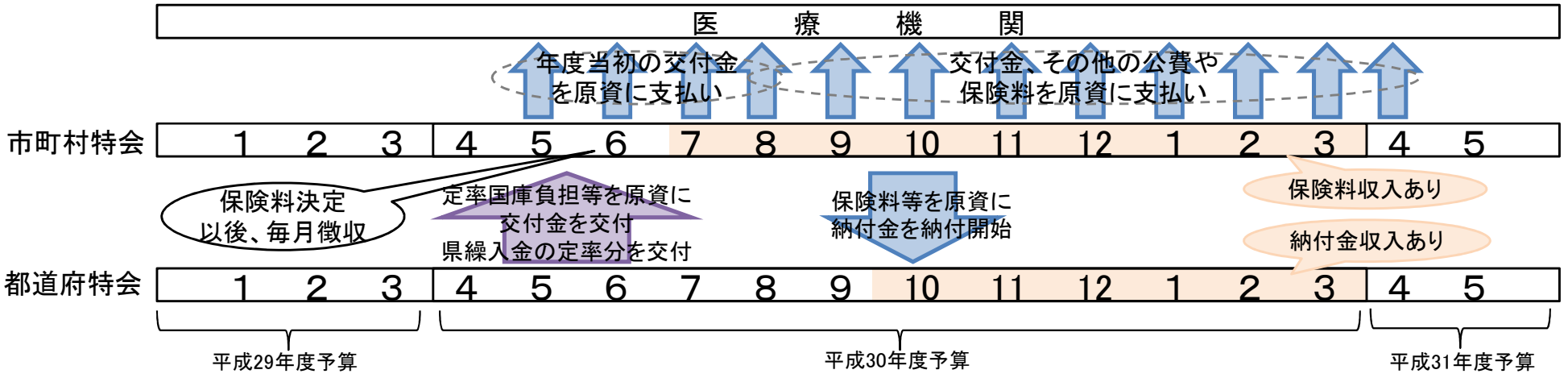
■ 直接支払いによる場合の請求・支払期限のイメージ

○ 直接支払いによる場合、国保連から市町村に請求がなされた後の約10日間（土日含む）のうちで、市町村が都道府県に請求を行い、それを受けて都道府県が国保連に支払いを行う必要がある。



■ 直接支払いによることが困難な場合の代替案（概算払い）

○ 直接支払いによることが困難な場合、保険医療機関等への支払期限を守るためには、市町村に対し、保険給付費等交付金を一定額まとめて概算払いしておき、当該交付金を原資に市町村が保険医療機関等の請求に応じ支払いを行う概算払い方式によることが考えられる。（キャッシュフローは以下のイメージ。）



キャッシュフロー確保のための取組について（案）

国保における支出は、医療給付、後期高齢者支援金、介護納付金の支払いを合計すると毎年総額10兆を超える規模となることから、年度の当初から終わりにかけて歳出の累計額が歳入の累計額を大幅に超過することのないよう、キャッシュフローを確保していく必要があるため以下の取組を行う。

１．公費の前倒し交付

○　都道府県及び市町村に交付される公費を、早期かつ多い割合を国や都道府県の一般会計等から交付する。

・定率国庫負担金の前倒し交付（7月までに11ヶ月分）

・普通調整交付金の暫定交付規模の拡大（9月に前年交付額の70%）

・保険基盤安定繰入金の前倒し（12月に3/4を交付）

２．納付金の納付時期の調整

○　市町村から都道府県への納付金については、保険料を原資としているため、その規模及び時期を市町村及び都道府県のキャッシュフローを加味して定める。

・納付金の納付回数及び納付規模に柔軟性を持たせ、予め都道府県が定めることとする。

例：8月20%、10月20%、12月20%、1月12.5%、2月12.5%、3月10%、4月5%など。

⇒詳細について引き続き検討を行う

市町村に設置される財政調整基金について

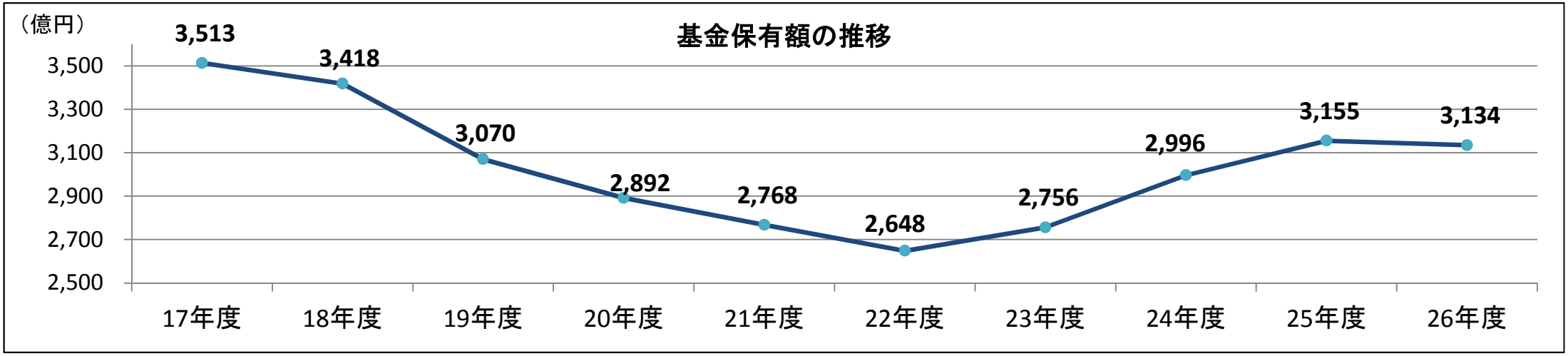
○市町村に設置される国保財政調整基金については、地方自治法第241条の規定を根拠として、国民健康保険事業の健全な発展に資するために設置されており、具体的には、

・医療給付費の増加等の予期せぬ支出増、

・保険料収納不足等の予期せぬ収入源

等のために活用されている。

○上記の役割については一部財政安定化基金が担うこととなり、また保険給付費等交付金の創設により、医療給付費の増加のリスクを市町村が負う必要は無くなるが、その他の予期せぬ支出増や収入減に対応するため、引き続き市町村においても財政調整基金を保有し、国保財政基盤の安定化のために活用することとする。



出所：国民健康保険事業実施状況報告

法定外一般会計繰入の分類の変更

(1) 平成25年度 財政状況（H27.1.28公表）

①決算補填等目的
- 〇保険料の負担緩和を図るため
- 〇保険料の減免額に充てるため
- 〇地方単独の保険料の軽減額
- 〇単年度の決算補填のため
- 〇累積赤字補填のため
- 〇地方独自事業の波及増補填等
- 〇任意給付に充てるため
- 〇医療費の増加
- 〇後期高齢者支援金
- 〇公債費、借入金利息

②決算補填等以外の目的
- 〇保健事業費に充てるため
- 〇直営診療施設に充てるため
- 〇基金積立
- 〇返済金
- 〇その他

(2) 平成26年度 財政状況（H28.2.9公表）

①決算補填等目的

a)保険者判断によらないもの
- 〇単年度の決算補填のため
- 〇累積赤字補填のため
- 〇医療費の増加
- 〇後期高齢者支援金
- 〇公債費、借入金利息

b)保険者判断によるもの
- 〇保険料の負担緩和を図るため
- 〇保険料の減免額に充てるため
- 〇地方単独の保険料の軽減額
- 〇地方独自事業の波及増補填等
- 〇任意給付に充てるため

②決算補填等以外の目的
- 〇保健事業費に充てるため
- 〇直営診療施設に充てるため
- 〇基金積立
- 〇返済金
- 〇その他

(3) 修正案

①決算補填等目的

a)保険者判断によらないもの
- 〇単年度の決算補填のため
- 〇累積赤字補填のため
- 〇医療費の増加
- 〇後期高齢者支援金
- 〇公債費、借入金利息

b)保険者判断によるもの
- 〇保険料の負担緩和を図るため
- 〇地方単独の保険料の軽減額
- 〇任意給付に充てるため

②決算補填等以外の目的
- **〇保険料の減免額に充てるため**
- 〇地方独自事業の波及増補填等
- 〇保健事業費に充てるため
- 〇直営診療施設に充てるため
- 〇基金積立
- 〇返済金
- 〇その他

※ (1)と「決算補填等目的の一般会計繰入」の範囲は同一

国保改革施行後の赤字解消に向けた道筋

赤字の主な要因	解消に向けた道筋
年度途中に医療費増や保険料収納不足等が発生するために、決算補填のための繰入を実施	納付金・保険給付費等交付金の仕組みの導入や財政安定化基金の創設により、年度中の財政は安定化することから、繰り入れの必要性は大幅に減少
保険料水準の引き下げのために一般会計繰入を実施	都道府県が、標準保険料率を示すことにより、各市町村本来のあるべき保険料水準を見える化。乖離の要因や地域の所得水準、近隣市町村の水準等も踏まえ、公費拡充も活用し、法定外繰入の計画的・段階的な解消・削減を実施
個別の保険料減免や地方単独事業の波及増補填のために一般会計繰入を実施	個別の保険料減免及び地方単独事業の波及増補填のための一般会計繰入は、「決算補填等以外の目的」と整理

革新的であるが高額な新薬への対応

現　状

○　C型肝炎治療薬のソバルディ（平成27年５月収載）、ハーボニー（同年８月収載）など、近年、革新的であるが高額な薬剤が保険適用されることにより、薬剤費の給付が増加している保険者が見られる。

○　ソバルディ等のC型肝炎治療は、将来の肝硬変や肝がんを減らし、医療費の負担軽減に資する可能性があるが、当面の薬剤費の負担が保険財政を圧迫する。

現行制度での対応

○　革新的であるが高額な薬剤の在り方については中医協においても議論となり、次の対策が講じられた。

・　年間販売額が極めて大きな品目に対応するため、市場拡大再算定の特例を新設（ソバルディ・ハーボニーの薬価▲31.7%）

※　なお、一定の基準を満たす医薬品等については、費用対効果評価を試行的に導入し、今後データを踏まえた再評価を行い価格調整を検討

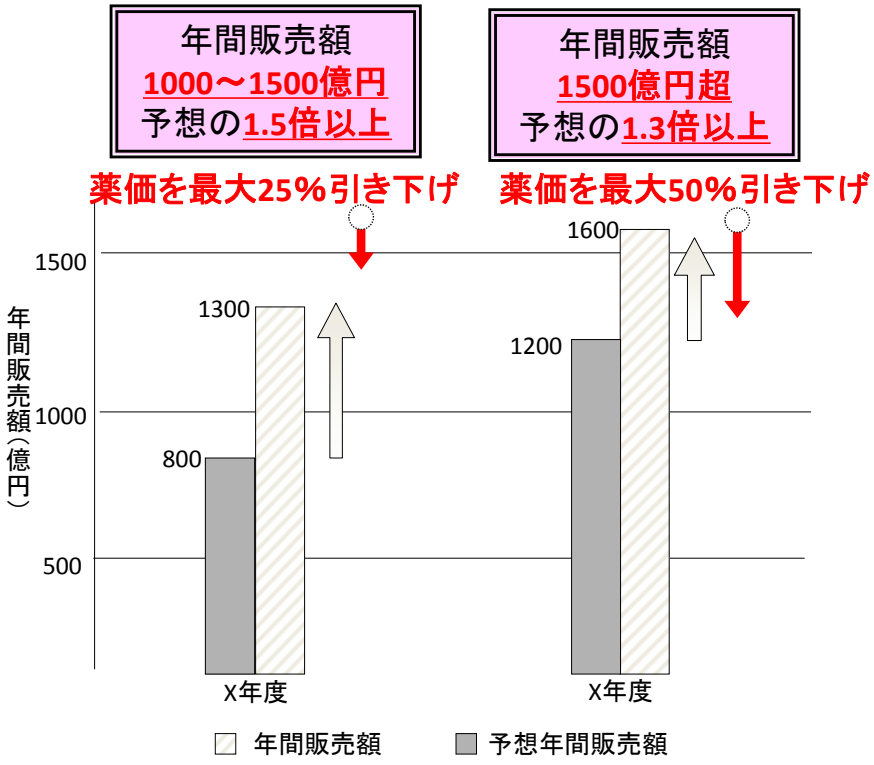
○　国保では

①　高額・超高額医療費共同事業の調整対象として財政調整を実施することで保険者の負担を緩和。

＊１月～３月分は28年度に調整。

②　調整基金があればこれを取り崩して穴埋め

特例拡大再算定による価格の引き下げ



新国保制度での対応

○　高額な医療費に対しては、高額医療費負担金として国と都道府県が1/4ずつ負担、特別（超）高額医療費共同事業を引き続き実施することにより、保険者の負担を緩和。

○　平成30年度以降新たな納付金制度の下では、このような年度当初見込めなかった医療給付費の上昇が生じたときは財政安定化基金から都道府県に貸付。

○　給付費分は全額、都道府県から交付金が交付されるため、市町村における赤字繰り入れは不要。

Ⅲ．国保の構造問題への対応

市町村国保が抱える構造的な課題と国保改革における対応①

① 年齢構成が高く、医療費水準が高い

・65～74歳の割合
国保(32.5%)、健保組合(2.6%)
・一人あたり医療費
国保(31．6万円)、健保組合(14．4万円)

② 所得水準が低い

・加入者一人当たり平均所得
国保(83万円)、健保組合(200万円(推計))
・無所得世帯割合:23．3%

③ 保険料負担が重い

・加入者一人当たり保険料／加入者一人当たり所得
市町村国保(9．9%)、健保組合(5.3%)
※健保は本人負担分のみの推計値

④ 保険料(税)の収納率低下

・収納率:
平成11年度　91．38%→平成25年度　90.42%
・最高収納率:94.95%(島根県)
・最低収納率:86.20%(東京都)

前期高齢者交付金による調整(都道府県単位)

[前期高齢者の加入者の割合が全国平均(国保・被用者全体)よりも高い都道府県の負担を軽減。]

納付金制度の導入

[市町村間で納付金を配分する際、年齢調整後の医療費水準を勘案することで公平に配分。]

普通調整交付金による調整(都道府県単位)

[都道府県間の所得水準の差を全国レベルで調整。]

納付金制度の導入

[市町村間で納付金を配分する際、所得水準を勘案することで公平に配分。]

財政支援の拡充

① 保険者支援制度の拡充

[H27より公費1700億円により支援の規模を拡充し低所得者が多い保険者の財政基盤を強化。]

② 財政調整の強化

[自治体の責めによらない要因(精神疾患、子どもの被保険者数、非自発的失業者 等)による医療費増・負担への調整交付金による財政調整を強化。]

③ 保険者努力支援制度の導入

[医療費の適正化等に積極的に取り組む保険者を支援するため努力を行う都道府県・市町村に支援金を交付。]

標準保険料率の導入

[標準保険料率の算定に当たり都道府県の標準的収納率を設定し、納付金の負担を減らすために収納率を向上させるインセンティブとする。]

国保運営方針の策定

[各市町村における収納率を向上させるため、保険者規模別・市町村別など収納率目標を設定。都道府県が行う収納対策の強化に資する取組を設定。]

市町村国保が抱える構造的な課題と国保改革における対応②

⑤ 一般会計繰入・繰上充用

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

⑥ 財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在

・1716保険者中3000人未満の小規模保険者458（全体の1／4）

⑦ 市町村間の格差

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

保険給付費等交付金の導入

［保険給付に必要な費用を全額市町村へ交付することにより年度中の財政運営を安定化。］

財政安定化基金の創設

［給付増や保険料収納不足による財源不足に対し財政安定化基金から貸付・交付を行い年度中の財政運営を安定化。］

国保運営方針の策定

［市町村ごとの赤字解消・削減の目標年次及び取組を記載。］

財政支援の拡充

① 保険者支援制度の拡充

［H27より公費1700億円により支援の規模を拡充し低所得者が多い保険者の財政基盤を強化。］

② 財政調整の強化

［自治体の責めによらない要因（精神疾患、子どもの被保険者数、非自発的失業者 等）による医療費増・負担への調整交付金による財政調整を強化。］

③ 保険者努力支援制度の導入

［医療費の適正化等に積極的に取り組む保険者を支援するため努力を行う都道府県・市町村に支援金を交付。］

都道府県単位による財政運営の導入

［高額な医療費の発生など多様なリスクを都道府県全体に分散。］

納付金制度の導入

［保険給付に必要な費用を全額市町村へ交付することにより年度中の財政運営を安定化。］

財政支援の拡充

［著しく高額な医療費に対する医療費共同事業への財政支援の拡充］

納付金制度の導入

［市町村間で納付金を配分する際、年齢調整後の医療費水準・所得水準を勘案することで公平に配分。（保険料水準の統一が可能な仕組みに）］

保険者努力支援制度の導入

［医療費の適正化等に積極的に取り組む保険者を支援するため努力を行う都道府県・市町村に支援金を交付。］

Ⅳ．施行に向けたスケジュール

国保制度改革の主な流れ （イメージ）

	改正法の成立（平成27年5月27日） ～ ～ 平成29年度	平成30年度
国	○ 低所得者の多い保険者への財政支援（＋約1,700億円） ○ 地方向け説明会の開催 ○ 厚生労働省と地方との協議（制度・運用の詳細について）※27年7月に協議再開 ◇政省令等の制定 ○ 新システムの設計・開発	○ 医療費適正化等に積極的に取り組む保険者への財政支援（＋約1,700億円）
都道府県	現場意見 ○ 各都道府県で、都道府県と市町村との協議の場を設置 ○ 地域の実情を踏まえ、・各市町村の納付金の額の算定ルール・国保の運営方針等を検討・決定 ○ 平成30年度の各市町村の納付金の額や、標準保険料率を検討・決定	新制度の施行 都道府県による財政運営
市町村	現場意見 ◇ 新システムの導入、現行システムの改修 ◇ 業務体制等の見直し ◇ 条例改正 等 ◇ 平成30年度の保険料率を検討・決定	

改革の円滑な実施に向けた県、市町村の役割

都道府県の役割

＜現状把握・認識共有＞
- ○ 市町村に対する新制度の説明等
- ○ 県内の現状把握
- ○ 管内市町村との現状認識の共有・意見交換

＜新制度の対応方針の検討＞
- ○ 県としての対応方針の作成・説明
- ○ 納付金・標準保険料率の算定ルール、財政安定化基金の運用ルール、国保運営方針の策定
- ○ 地域の実情に即した試算の実施
- ○ 激変緩和に向けた対応措置の検討
- ○ 円滑なシステムの構築

＜市町村の取組支援＞
- ○ 一般会計繰入・繰上充用の縮減に向けた県としての取組方針の検討
- ○ 県としての収納率の向上・保険給付の適正実施・医療費の適正化対策の取組方針の検討
- ○ 市町村事務の標準化・効率化・広域化の推進
- ○ 管内市町村の取組支援と進捗状況の管理

＜円滑な実施に向けたポイント＞
- ○ 知事を含めた幹部との意思疎通
- ○ 管内市町村の首長を含めた幹部の理解促進

県主導で足場を固める

県の方針を提示

連携会議等において県と市町村が議論

市町村の実情も踏まえ県の方針を提示

進捗状況の把握
助言・支援

市町村の役割

＜現状把握・認識共有＞
- ○ 新制度の内容の理解
- ○ 県・他市町村との現状認識の共有・意見交換

＜新制度の対応方針の検討＞
- ○ 納付金算定ルール、財政安定化基金の運用ルール、国保運営方針の策定に向けた議論への積極的参加
- ○ 被保険者の公平性の立場からの判断
- ○ 円滑なシステムの構築・自庁システムの改修

＜新制度に向けた市町村の取組＞
- ○ 一般会計繰入・繰上充用の縮減に向けた計画的取組
- ○ 市町村としての収納率の向上・保険給付の適正実施・医療費の適正化対策の推進
- ○ 保険者機能の強化に向けた取組の実施
- ○ データヘルス計画を始めとする保健事業等の実施
- ○ 市町村事務の標準化・効率化・広域化

＜円滑な実施に向けたポイント＞
- ○ 市町村の首長を含めた幹部の理解

納付金の算定にあたって各都道府県において決定すべき算定方針及び係数

平成28年4月28日に通知した、「国民健康保険における納付金及び標準保険料率の算定方法について（ガイドライン）」においてお示しした、各都道府県において予め決定すべき算定方針及び係数については以下の通り（P58～59）

（1）基礎的な算定方針について

- ○ 都道府県又は二次医療圏ごとで統一の保険料水準とするか。
  - ※ 都道府県で統一する場合、更に、標準的な収納率により、納付金の額を調整するかどうかについても検討。
- ○ 都道府県又は二次医療圏ごとで高額医療費を共同で負担するための調整を行うか。
  - ※ 調整を行う場合には、その対象とする範囲について検討。
- ○ 納付金として集め、また同時に保険給付費等交付金で給付する対象範囲を、療養の給付以外の出産育児一時金、葬祭費、保健事業等に拡大するか。
  - ※ 拡大した場合、拡大した内容を納付金算定時の医療費水準に反映させるか否かについても検討。

（2）主に納付金の算定に必要な係数、方針

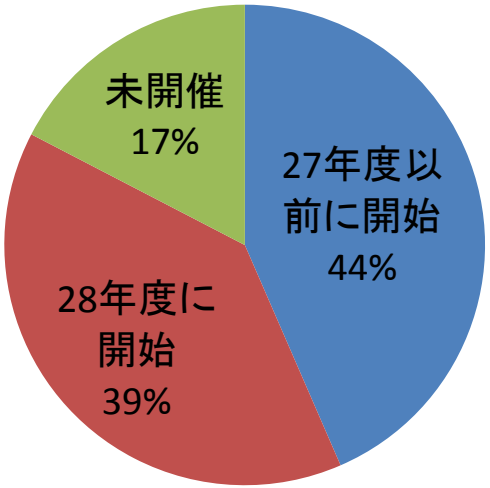
- ○ 納付金の算定方式（2方式、3方式、4方式）
  - ※ 標準保険料率の算定のパターン1又はパターン2の選択と同義
  - ※ 3方式又は4方式の場合、所得割指数 等も必要となる。
- ○ 所得割指数、資産割指数、均等割指数、平等割指数（医療分、後期高齢者支援金分、介護納付金分）
- ○ 納付金（d）の納付に要する費用ほかに保険料で賄うべきもの（医療費適正化対策等の事務費、国保連への審査支払等の委託費　等）
- ○ αの設定の仕方
- ○ βの設定の仕方（医療分、後期高齢者支援金分、介護納付金分）
  - ※ 必要に応じ、β'についても設定。
- ○ 賦課限度額（医療分、後期高齢者支援金分、介護納付金分。市町村標準保険料率の算定にも当該限度額を用いる。）
- ○ 保険者努力支援制度の都道府県分の扱い
- ○ 激変緩和の在り方
- ○ 財政安定化基金の交付分の補填の運用ルール

（3）主に標準保険料率の算定に必要な係数、方針

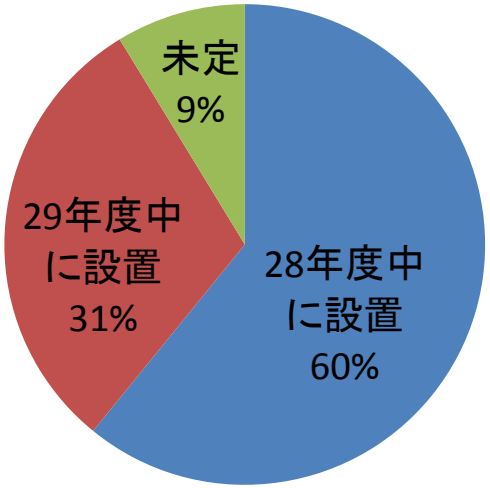
- ○ 標準的な収納率（医療分、後期高齢者支援金分、介護納付金分/各市町村の規模別等）
- ○ 標準的な算定方式（2方式、3方式、4方式）
- ○ 標準保険料率の算定をパターン1又はパターン2のいずれにするか
  - ※ 納付金の算定方式により自動的に決まるもの（再掲）
- ○ 所得割指数、資産割指数、均等割指数、平等割指数（医療分、後期高齢者支援金分、介護納付金分）
- ○ 都道府県繰入金2号分を活用した激変緩和措置の調整する範囲（標準保険料率の算定に必要な保険料総額（e）の増加を一定割合以内に収める際の基準）
- ○ 保険者努力支援制度の都道府県分の扱い（再掲）

都道府県準備状況調査結果

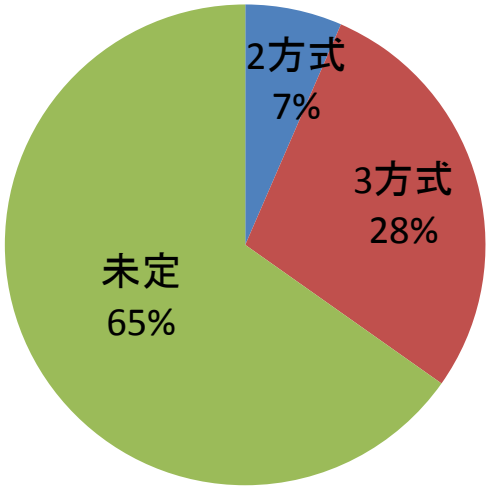
連携会議開催実績（2016/5/31時点）



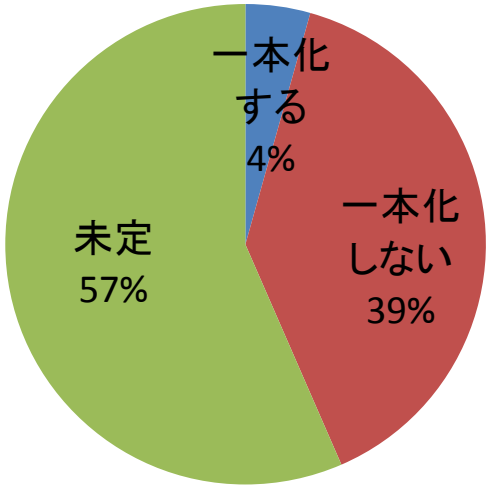
都道府県国保運営協議会設置予定（準備会合含む）



標準的な保険料の算定方式

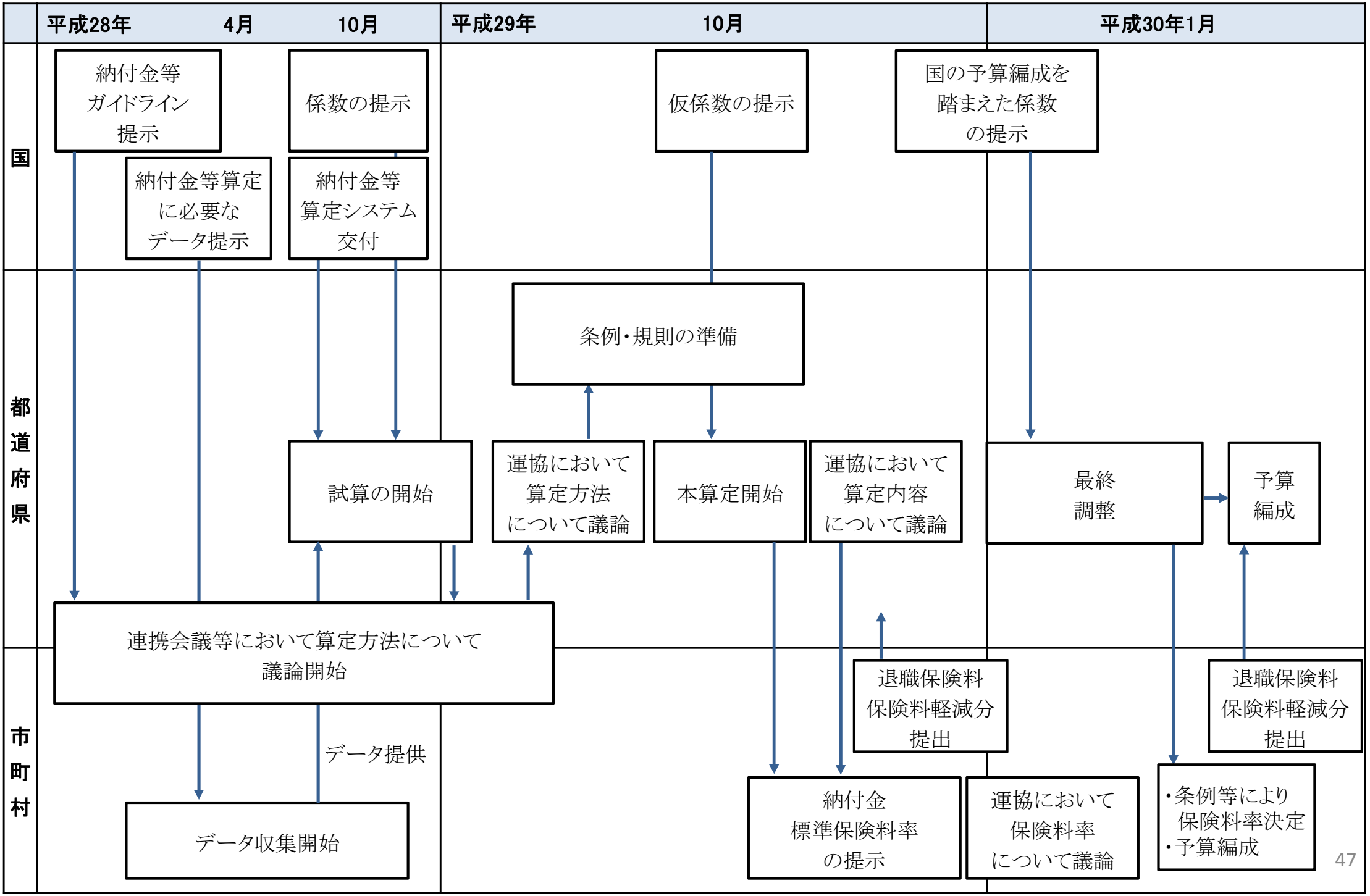


保険料率一本化

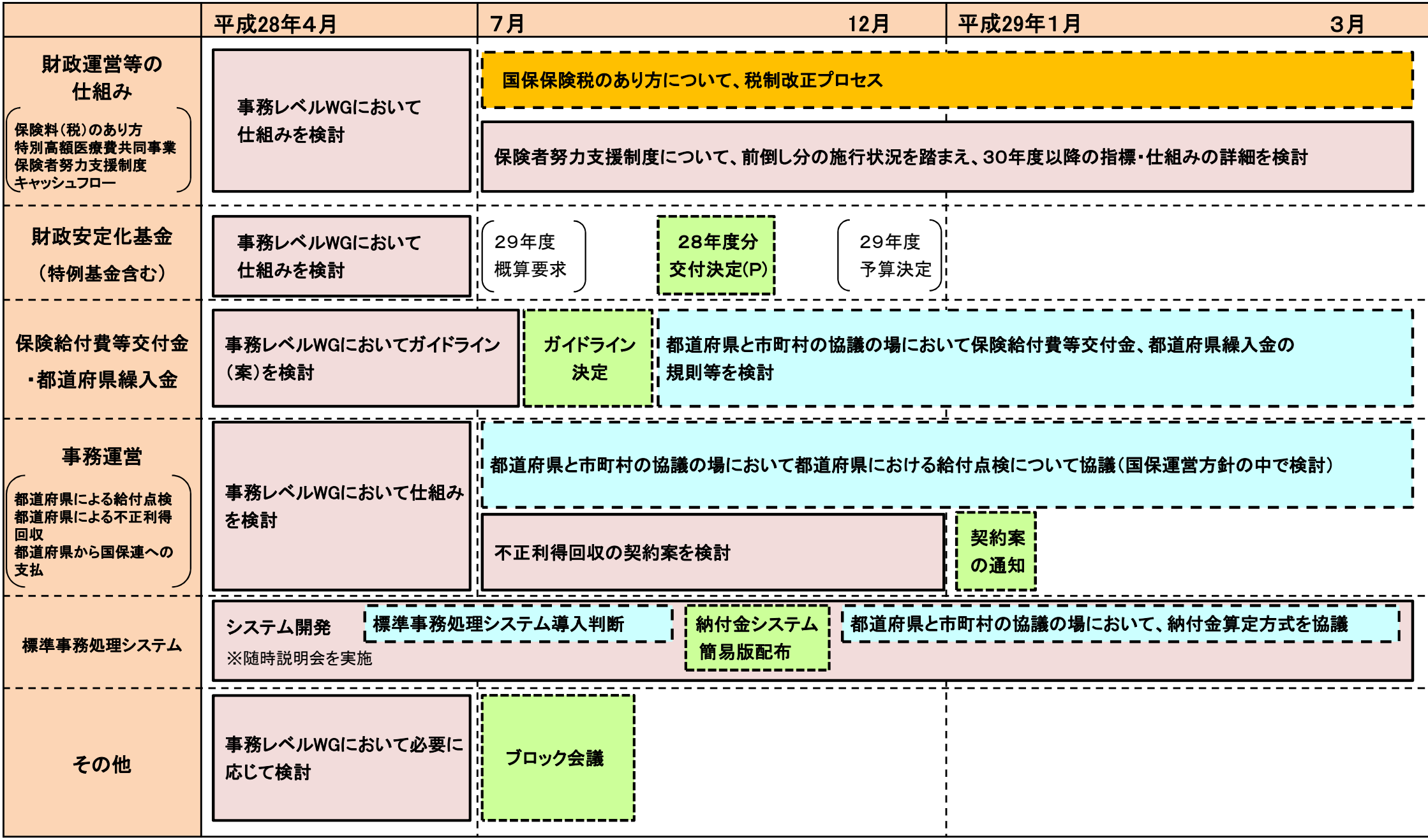


※　国民健康保険課における各都道府県への調査結果（2016/6/6時点の状況）をもとに作成

納付金・標準保険料率算定までの流れ（イメージ）

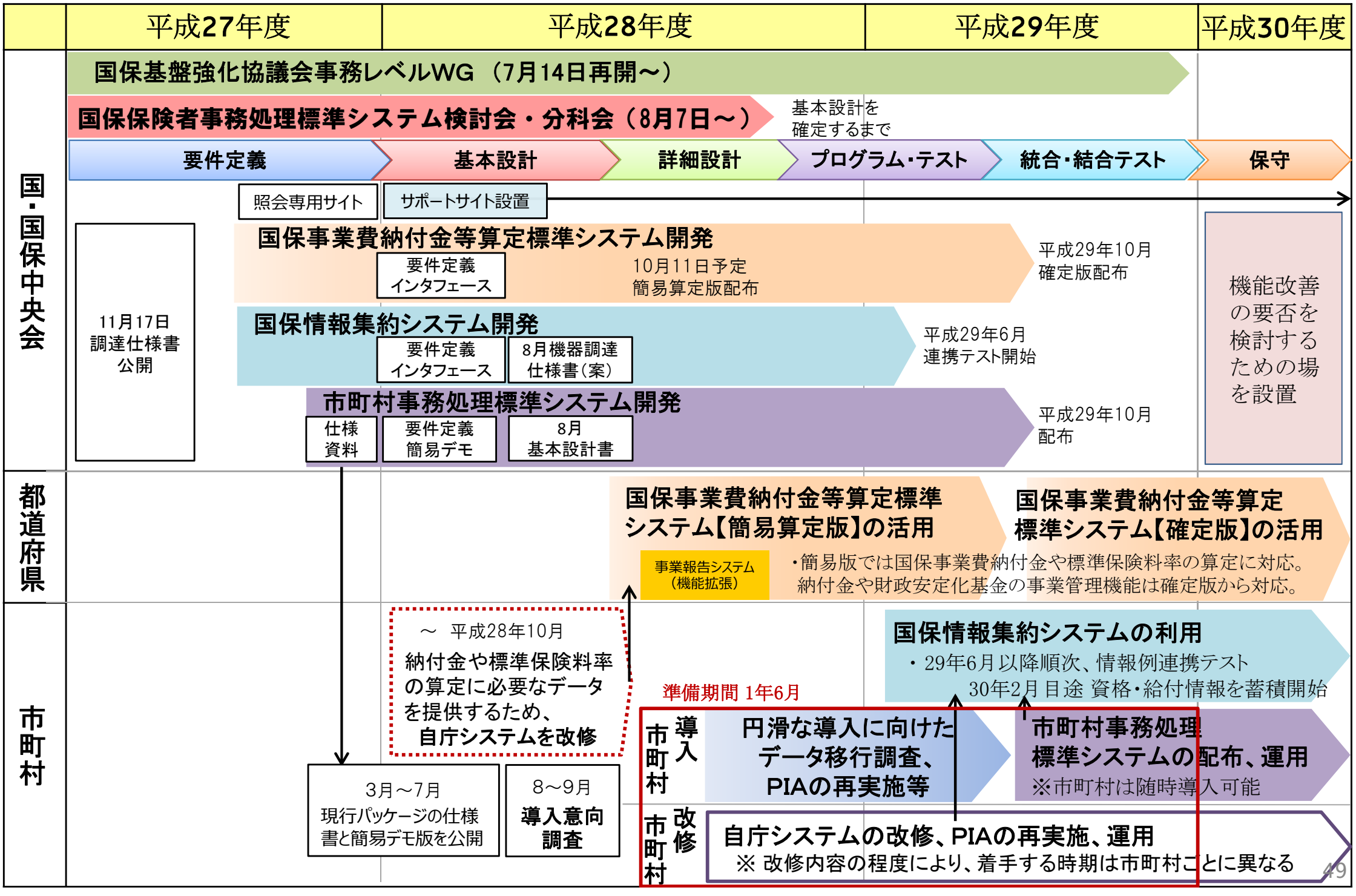


国保改革に係る平成28年度の検討スケジュール（案）



※　上記のスケジュールは平成27年度末時点の見込みであり、検討状況により変更がありうる。また、都道府県等の取組については、目安である。

国保保険者 標準事務処理システム 開発スケジュール



標準システムに係る平成28年度の準備スケジュール（目安）

	国	都道府県	市町村	国保中央会・国保連合会（サポートサイト）
平成28年度	5/20 28年度補助金所要額回答期限 ↓ 5/31 28年度補助金基準額提示 →	市町村へ28年度試算のスケジュールや必要なデータについて連絡 （市町村が自庁システムの改修事業者を調達する前に提供を求めるデータを確定することが望ましい。） （予算流用・補正予算） 機器等の調達 →	5/18 市町村標準システム全国説明会（新宿文化センター） （予算流用・補正予算） 自庁システム改修事業者の調達 （改修を行う場合）	
	6/1～24 28年度補助金交付申請		6月 国保情報集約システムに関する説明会（国保連合会主催） ※ 都道府県も参加可能	
	6/20 29年度の財政支援に係る事前アンケート回答期限 ←	(とりまとめ) ←	6月中旬 29年度の財政支援に係る事前アンケート回答	6/13 市町村標準システム関係資料公開 6/16 市町村基礎ファイル作成支援ツール仕様概要公開
	6月中旬 決算見込額情報調査 7月中旬 決算見込額情報回答期限 ←	(とりまとめ) ←	7月上旬 決算見込額情報回答 8月 国保情報集約システムに関する説明会（国保連合会主催） ※ 都道府県も参加可能	
	8月中旬 市町村標準システム導入意向調査		8月 納付金等の算定に必要なデータ提供に係る自庁システム改修終了（目安）	8月上旬 市町村基礎ファイル作成支援ツール画面イメージ公開 8月中旬 市町村標準システム基本設計書公開、PIAテンプレート提供
		8/30・31 納付金算定システムに関する全国説明会、9/2市町村標準システムに関する全国説明会		
			9月8日 市町村基礎ファイル作成支援ツール等の提供 9月 都道府県へのデータ提供準備	
	9/30 導入意向調査回答期限 ←	(とりまとめ) ←	8月～9月 市町村標準システム導入意向調査回答 9/30 28年10月から30年度までの準備スケジュール策定期限	
	↓ 10月上旬 28年度補助金状況調査 10/11 仮係数等の提示 → 11/1 28年度補助金実績報告 11/17～30 28年度交付変更申請 適宜、意見交換 ← →	10/11 納付金算定システム（簡易版）提供 ↓ 29年度の医療費等を推計して、納付金の配分や標準保険料率を試算の練習（シミュレーション）	10月 平成30年度に向けた自庁システムの改修又は市町村標準システムの導入準備の開始 ← 都道府県へのデータ提供 →	納付金算定システムの運用状況の確認（機能改善の要否の検討） 12月中旬 市町村標準システム機器調達仕様書等の公開

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

	システム改修等の実施内容	所要額の提出期限	交付申請	交付決定	実績報告	交付変更申請	確定・支出
都道府県	・ 国保事業費納付金等算定標準システムの環境構築（機器調達） ・ 国保事業報告システムの改修（必要データの一括出力機能）	（所要額調査①） 5/20	基準額を5月31日に提示 6/1～24	7月中旬	～11/1	確定額を11月17日目途に提示 11/17～30 （注1）	12月中旬
市町村	・ 自庁システムの改修（国保事業費納付金等の算定に必要なデータ作成）				←		→
	・ 自庁システムの改修等（国保情報集約システムとの連携等） →市町村事務処理標準システムを導入しない場合	（所要額調査②） 10/20 （注2）	（平成29年度予算での財政支援を基本として想定）				
	・ 市町村事務処理標準システムの導入支援等 →市町村事務処理標準システムを導入する場合						
国保連	・ 国保情報集約システムの環境の構築	－	基準額を9月上旬目途に提示 9月上旬～下旬	10月中旬	～1月中旬	確定額を2月中旬目途に提示 2月中旬～3月上旬	3月下旬
中央会	・ 国保情報集約システムの機器一括調達	8月下旬	・基準額の提示（9月上旬）までに、国保連から中央会へ一括調達への参加意向を回答				
	・ 国保保険者標準事務処理システムの開発等	5/20					

※スケジュールは28年5月時点での予定である。

（注1）全ての都道府県及び市町村において改修等が完了し、平成28年11月1日までに実績報告が提出されていることを想定。

全ての都道府県及び市町村の実績報告が揃ったうえで、国民健康保険制度関係業務準備事業費補助金の交付額を確定し、交付する予定。

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

一方、市町村事務処理標準システムに乗り換える市町村についても、導入に伴い基幹系システムの改修や外付けシステムの開発が必要な場合があるため、29年度予算での財政支援を検討している。

このため、平成28年9月を目途に、所要額調査②を行う（提出期限10月20日予定）。

また、事前アンケート調査を行うこととし、以下の市町村から回答を求める（提出期限6月20日予定）。

アンケート回答対象：①既に自庁システムの改修が確実な市町村（平成30年度から市町村事務処理標準システムを導入しないことが確実な市町村）

②既に市町村事務処理標準システムを導入することが確実な市町村

Ⅴ．保険者機能の強化

１　保険者が果たすべき役割

２　データヘルス計画

３　糖尿病性腎症の重症化予防の取組

４　保険者努力支援制度とその前倒し実施

５　地域包括ケアの推進

保険者機能とは

〔保険者とは〕

〇社会保険制度を運営する主体。

＊国保については、国保法上「都道府県は、当該都道府県内の市町村とともに、この法律の定めるところにより、国民健康保険を行うものとする」とされており、都道府県も市町村も共に保険者の立場にある。

〔保険者機能とは〕

〇保険者が自律的に果たすべき役割のこと

＊何を保険者機能の中核として考えるのかは、その時代背景や論者の立場の違いによりさまざま。

＊保険の種類によっても、果たしている保険者機能には大きな差が見られる。

＊保険者機能と一口にいっても、複数の保険者が共同して行うことになじむもの、保険者全体で対応すべきものがある。

＊保険者の置かれている状況に応じて最重要課題として取り組んでいることが異なることなどを踏まえた対応が必要。

保険者の果たす役割①　（私見）

医療費の資金調達（ファイナンス）という観点からは、次のような役割があると考えられる。

(1) 被保険者の適用（資格管理）

○適正に被保険者の適用・資格管理を行うこと

(2) 保険料の設定・徴収

○加入者のニーズを把握し、保険給付費等に見合った保険料率の合意・決定を自律的に行い、確実に保険料を徴収することにより安定的な財政運営を行うこと

(3) 保険給付（付加給付も含む）

○必要な法定給付を行うほか、加入者のニーズを踏まえ付加給付を行うこと

(4) 審査・支払

○レセプト点検の実施や療養費の点検・審査強化などを通じて、適正な審査・支払を行うこと

※保険者機能のあり方と評価に関する調査研究報告書を参考としつつ榎本作成

保険者の果たす役割②　（私見）

各保険者には加入者のエージェントとしてその役割・機能を発揮する役割もあり、加入者の健康の保持増進を図り、適切な医療サービスの提供を進め、地域づくりを進めるという役割もあると考えられる。

（１） 保健事業等を通じた加入者の健康管理

〇レセプトデータ・健診データを活用し、加入者のニーズや特徴を踏まえた保健事業等を実施し、加入者の健康の保持増進を図ること

〇加入者に対し、保険制度や疾病予防・健康情報、医療機関の選択に役立つ情報について啓発や情報提供を行うこと

（例） ・データヘルス計画の策定・推進
・糖尿病性腎症の重症化予防

（２） 適切な医療サービスの提供

〇医療機関等との連携を密にし、加入者に適切な医療を提供すること

〇医療費通知や後発医薬品の使用促進などにより医療費の適正化を図り、加入者の負担を減らすこと

（例） ・医療費通知・ジェネリックの使用促進
・第三者求償の推進

（３） 地域包括ケアシステムの推進

〇住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、地域の自主性を活かしながら、関係者と協力・連携して、課題を抱える被保険者の把握と働きかけ、被保険者を支える仕組みづくり、まちづくりなどを進めること

※保険者機能のあり方と評価に関する調査研究報告書を参考としつつ榎本作成

Ⅴ．保険者機能の強化

１　保険者が果たすべき役割

２　データヘルス計画

３　糖尿病性腎症の重症化予防の取組

４　保険者努力支援制度とその前倒し実施

５　地域包括ケアの推進

「データヘルス計画」とは

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

Plan（計画）

・データ分析に基づく事業の立案
　〇健康課題、事業目的の明確化
　〇目標設定
　〇費用対効果を考慮した事業選択
　　(例) - 加入者に対する全般的・個別的な情報提供
　　- 特定健診・特定保健指導等の健診・保健指導
　　- 重症化予防
　※　被保険者等に自らの生活習慣等の問題点を発見させ、その改善を促すための取組を重視する。

Do（実施）

・事業の実施

Check（評価）

・データ分析に基づく効果測定・評価

Act（改善）

・次サイクルに向けて目標値及び事業内容を見直す

※　ヘルスサポート事業

データヘルス計画の作成支援

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

全国の国保連合会

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

支援

国保中央会

データヘルス計画策定状況（市町村国保、後期広域連合）

（平成28年3月時点）

策定の有無	市町村国保	後期広域連合
データヘルス計画を策定している	1013 （64.5%）	47 （100.0%）
策定中	295 （18.8%）	0
策定していない	261 （16.6%）	0

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

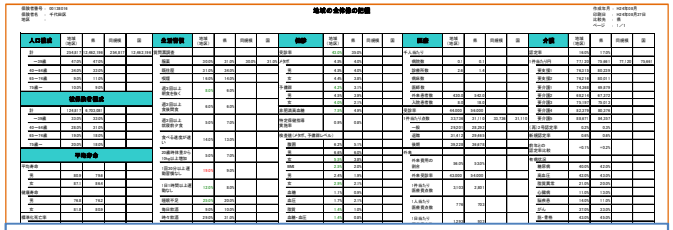
出典：日本健康会議2016　保険者データヘルス全数調査

国保データベース(KDB)システムの活用ポイント

○ 「健康日本21(第二次)」等の着実な推進には、PDCAサイクルを意識した保健事業を展開していく必要がある。国保データベース(KDB)システムから提供されるデータを分析することにより、地域住民の健康課題を明確化し、事業計画を策定した上で、それに沿った効率的・効果的な保健事業を実施することやその評価を行い、次の課題解決に向けた計画の見直しが可能となる。

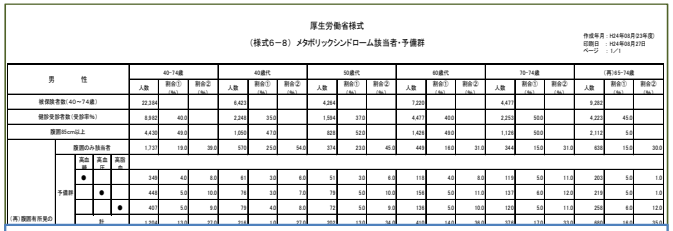
○ 国保データベース(KDB)システムは、医療・介護関連情報の「見える化」を推進し、それぞれの地域の特性にあった地域包括ケアシステムの構築にも活用が可能。

【地域の状況把握(現状分析)】
集団(地域)・個人の健康状況をデータ分析することにより、集団(地域)・個人の健康問題(状況)を把握する。



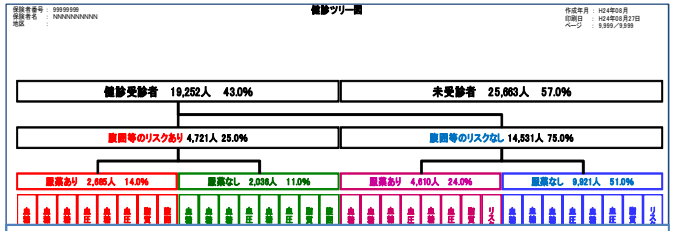
地域の健康課題が明確となり、事業計画の策定や住民へのポピュレーションアプローチに活用

【重点課題の抽出(健康課題の明確化)】
優先すべき課題(健診受診率向上、生活習慣病予防、重症化予防など)を明確にし、取組む事業の目標を設定する。



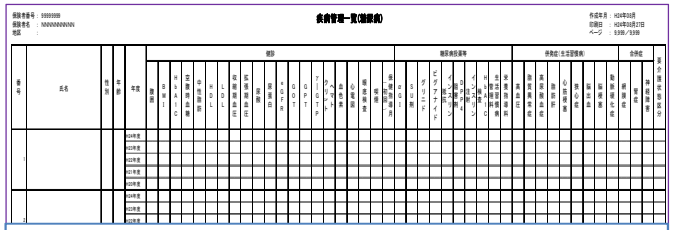
医療費や有病割合増加の背景要因の分析で対策を行うべきターゲットの効率的な選定が可能

【重点課題への対策(事業の実施)】
設定した重点課題に応じた対象者を選定し、ハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチを実施する。また、実施事業のモニタリングを行う。



優先すべき保健指導対象者の選定、個人の検査データを活用し、行動変容につなげる

【効果の確認(事業の評価)】
検査データの改善、生活習慣の変化、目標の達成度を確認し、実施した保健事業の評価を行う。



評価結果に基づく保健指導プログラムの改善や実施体制の見直しを行い、次の計画に反映

PDCAサイクルを意識した保健事業の展開をサポート

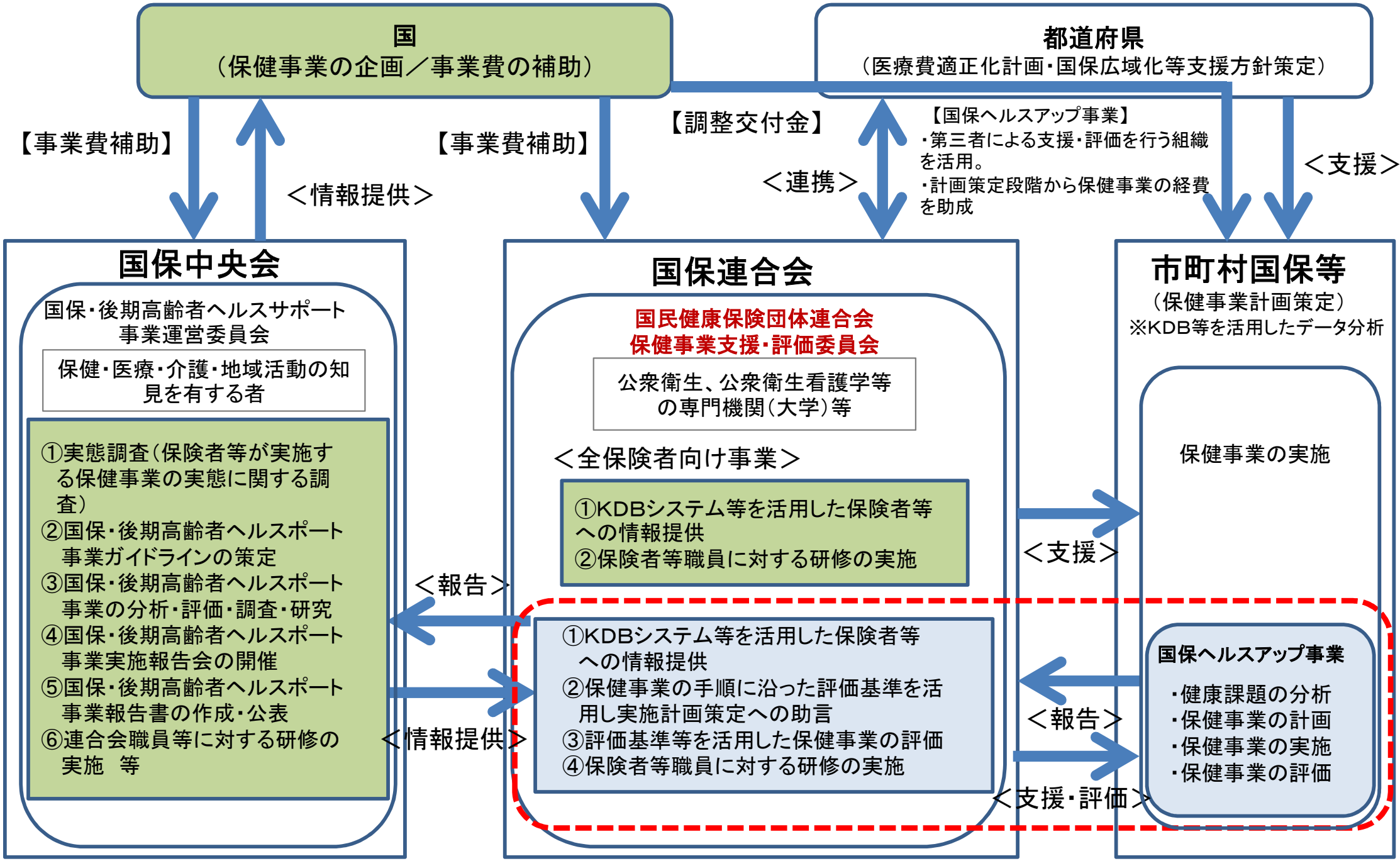
効率的・効果的な保健事業の実施

生活習慣病・重症化予防、受診機会・治療機会の確保

住民の健康の維持・増進に寄与(地域の健康水準の向上)

国保・介護保険の安定的な運営(医療費・介護給付費の適正化)

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業による実施支援



Ⅴ．保険者機能の強化等

１　保険者が果たすべき役割
２　データヘルス計画
３　保険者努力支援制度とその前倒し実施
４　糖尿病性腎症の重症化予防の取組
５　地域包括ケアの推進

保険者に対する予防・健康づくり等のインセンティブの見直し

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

〈現行（～平成29年度）〉

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

〈見直し後（平成30年度～）〉

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

○　なお、指標の設定に当たっては、以下の附帯決議に留意する必要がある。

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

参議院厚生労働委員会

一、国民健康保険について

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

保険者努力支援制度の交付イメージ

都道府県分

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

評価項目ごとに点数を加算

①指標A
②指標B
：

→評価項目は引き続き検討

②指標B

①指標A	加点
北海道	＋α
：	：
沖縄県	＋β

× 都道府県ごとの被保険者数 ＝

	点数
北海道	○○
：	：
沖縄県	△△

北海道	○億円
：	：
沖縄県	△億円
合計	**●億円**

点数に応じて●億円を按分

都道府県内市町村の財政支援
又は
都道府県内市町村の努力に応じて再配分

市町村分

※ 市町村分と都道府県の配分金額については今後指標を見ながら検討

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

評価項目ごとに点数を加算

① 指標C
② 指標D

→評価項目は引き続き検討

②指標D

①指標C	加点
札幌市	＋γ
：	：
与那国町	＋δ

× 市町村ごとの被保険者数 ＝

	点数
札幌市	○○
：	：
与那国町	△△

札幌市	○億円
：	：
与那国町	△億円
合計	**●億円**

点数に応じて●億円を按分

算定指標のに応じて市町村に配分
（都道府県経由）

⇒保険料の抑制等

国保 保険者努力支援制度の前倒しについて

経済財政運営と改革の基本方針2015（抄）[平成27年6月30日閣議決定]
（インセンティブ改革）

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

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

保険者努力支援制度の前倒し分

実施時期：28年度及び29年度
対象　　：市町村
規模　　：特別調整交付金の一部を活用（規模は今後検討）

（既存の特別調整交付金の基準・規模を考慮しつつ検討
震災関係　337億円、子どもの被保険者　125億円、精神疾患　150億円　等）

評価指標：保険者共通の指標に加え、収納率等国保固有の問題にも対応

保険者努力支援制度

実施時期：30年度以降
対象　　：市町村及び都道府県
規模　　：700～800億円
評価指標：前倒し分の実施状況を踏まえつつ　検討

保険者努力支援制度 前倒し分の指標の候補（4/28提示）

保険者共通の指標

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

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

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

○がん検診受診率
○歯科疾患（病）検診実施状況

指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

○重症化予防の取組の実施状況

指標④ 広く加入者に対して行う予防･健康づくりの取組の実施状況

○個人へのインセンティブの提供の実施
○個人への分かりやすい情報提供の実施

指標⑤ 加入者の適正受診･適正服薬を促す取組の実施状況

○重複服薬者に対する取組

指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

○後発医薬品の促進の取組
○後発医薬品の使用割合

国保固有の指標

指標① 収納率向上に関する取組の実施状況

○保険料（税）収納率
※過年度分を含む

指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況

○データヘルス計画の策定状況

指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況

○医療費通知の取組の実施状況

指標④ 地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況

○国保の視点からの地域包括ケア推進の取組

指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況

○第三者求償の取組状況

Ⅴ．保険者機能の強化等

１　保険者が果たすべき役割
２　データヘルス計画
３　保険者努力支援制度とその前倒し実施
４　糖尿病性腎症の重症化予防の取組
５　地域包括ケアの推進

日 本 健 康 会 議

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

日時：2015年7月10日（金）11:45－12:35
会場：ベルサール東京日本橋
人数：報道メディア、保険者、関係者など、計1,000名程度

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

日本健康会議の様子

(参考)第二部　先進事例の取組紹介（13:00－15:00）
・津下一代（あいち健康の森健康科学総合センター長）・西川太一郎（東京都荒川区長）・向井一誠（協会けんぽ広島支部長）
・谷村遵子（三菱電機健康保険組合）・南場智子（株式会社ディー・エヌ・エー　取締役会長）

健康なまち・職場づくり宣言2020

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、糖尿病対策推進協議会等の活用を図る。

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り組みを行う。

糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定締結について

１．趣旨

○　呉市等の糖尿病性腎症重症化予防の取組を全国的に広げていくためには、各自治体、郡市医師会が協働・連携できる体制の整備が必要。

○　そのためには、埼玉県の例のように、都道府県レベルで、県庁等が県医師会と協力して重症化予防プログラムを作成し、県内の市町村に広げる取組を進めることが効果的。

○　そのような取組を国レベルでも支援する観点から、国レベルで糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定する旨、「厚労省・日本医師会・日本糖尿病対策推進会議」の三者で、連携協定を締結した。

２．日時・場所・参加者

日時・場所　：　３／２４（木）18:05～　5分程度（場所は大臣室）

参加者　　：　日本医師会　　横倉会長（日本糖尿病対策推進会議会長を兼任）

日本糖尿病対策推進会議　門脇副会長（日本糖尿病学会理事長）清野副会長（日本糖尿病協会理事長）
堀副会長（日本歯科医師会会長）　今村副会長（日本医師会副会長）

塩崎厚生労働大臣

３．協定の概要

○　日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省は、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を速やかに定める。

○　策定したプログラムに基づき、三者は次の取組を進める。

日本医師会	日本糖尿病対策推進会議	厚生労働省
・プログラムを都道府県医師会や郡市区医師会へ周知 ・かかりつけ医と専門医等との連携の強化など自治体等との連携体制の構築への協力	・プログラムを構成団体へ周知 ・国民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める ・自治体等による地域医療体制の構築に協力	・プログラムを自治体等に周知 ・取組を行う自治体に対するインセンティブの導入等 ・自治体等の取組実績について、分析及び研究の推進

糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて（平成28年4月20日）

1．趣旨

○　呉市等の先行的取組を全国に広げていくためには、**各自治体と医療関係者が協働・連携できる体制の整備**が必要。
○　そのためには、埼玉県の取組例のように、**都道府県レベルで、県庁等が県医師会等の医療関係団体と協力して重症化予防プログラムを作成**し、県内の市町村に広げる取組を進めることが効果的。
○　そのような取組を国レベルでも支援する観点から、**日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省の三者で、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定**したもの（それに先立ち本年3月24日に連携協定締結）。

2．基本的考え方

（目的）
○　重症化リスクの高い**医療機関未受診者等に対する受診勧奨・保健指導**を行い治療につなげるとともに、**通院患者のうち重症化リスクの高い者に対して**主治医の判断で対象者を選定して**保健指導**を行い、**人工透析等への移行を防止**する。
（性格）
○　先行する取組の全国展開を目指し、取組の考え方や取組例を示すもの。各地域における取組内容については**地域の実情に応じ柔軟に対応が可能**であり、現在**既に行われている取組を尊重**。
（留意点）
○　**後期高齢者**については**年齢層を考慮した対象者選定基準**を設定することが必要。

3．関係者の役割

※例示であり地域の実情に応じた取組を尊重

（市町村）
○　地域における**課題の分析**（被保険者の疾病構造や健康問題などを分析）
○　**対策の立案**（取り組みの優先順位等を考慮して立案、地域の医師会等の関係団体と協議）
○　対策の**実施**、実施状況の**評価**

（都道府県）
○　**市町村の**事業実施状況の**フォロー**、都道府県レベルで**医師会や糖尿病対策推進会議等と取組状況の共有、対応策等について議論、連携協定の締結、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定**

3．関係者の役割（続き）

（後期高齢者医療広域連合）

○　広域連合は市町村と都道府県の両者の役割を担うが、**特に実施面では、市町村との連携が必要不可欠**

（地域における医師会等）

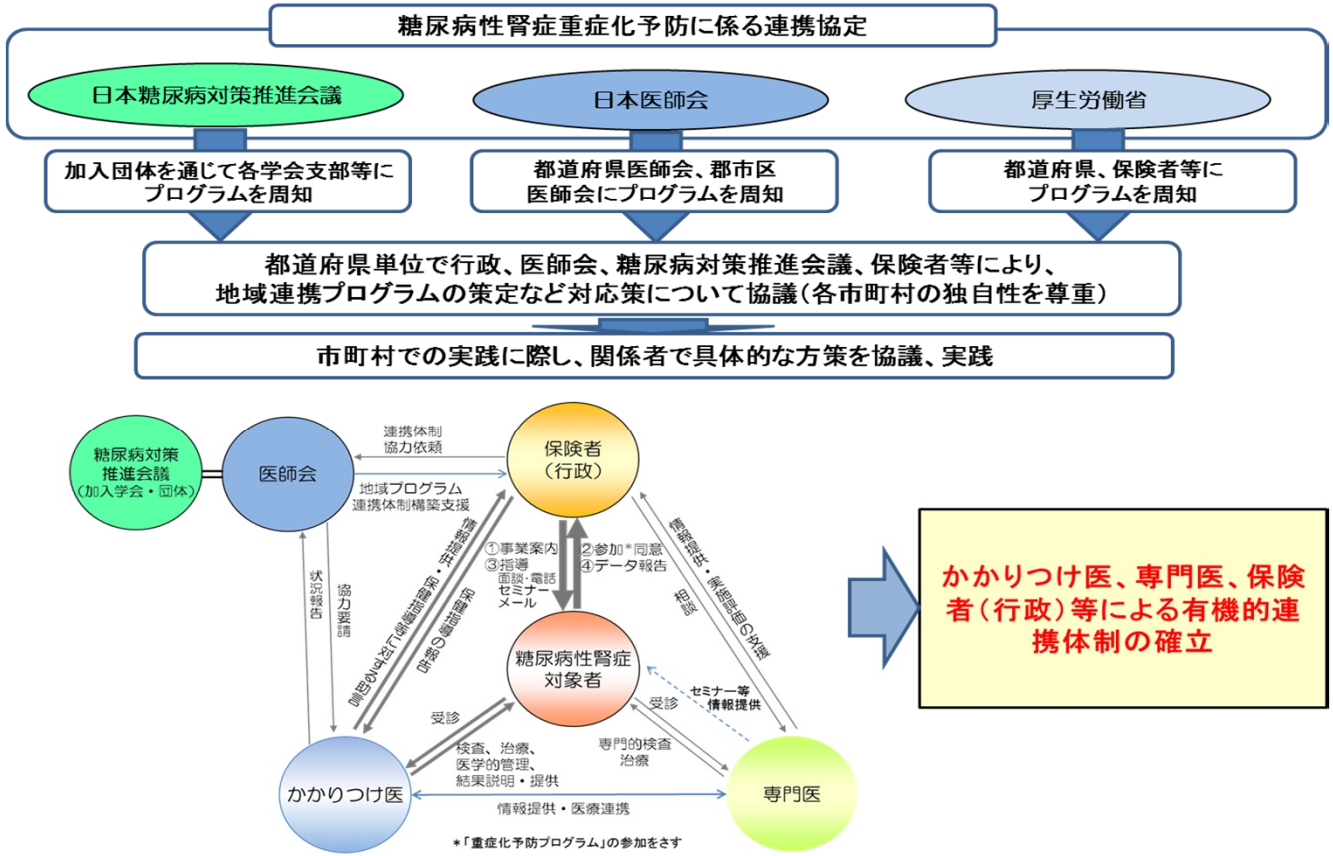
○　都道府県医師会等の関係団体は、**郡市区医師会等に対して、国・都道府県における動向等を周知**し、**必要に応じ助言**

○　都道府県医師会等や郡市区医師会等は、都道府県や市町村が取組を行う場合には、**会員等に対する周知、かかりつけ医と専門医等との連携強化など、必要な協力に努める**

（都道府県糖尿病対策推進会議）

○　国・都道府県の動向等について**構成団体に周知、医学的・科学的観点からの助言**など、**自治体の取組に協力するよう努める**

○　**地域の住民や患者への啓発**、**医療従事者への研修に努める**



4．対象者選定

※取組内容については地域の実情に応じ柔軟に対応

① **健診データ・レセプトデータ**等を活用したハイリスク者の抽出
- 日本糖尿病学会、日本腎臓学会のガイドラインに基づく基準を設定

② **医療機関における**糖尿病**治療中の者**からの**抽出**
- 生活習慣改善が困難な方・治療を中断しがちな患者等から医師が判断

③ **治療中断かつ健診未受診者**の抽出
- 過去に糖尿病治療歴があるものの、最近1年間に健診受診歴やレセプトにおける糖尿病受療歴がない者等

5．介入方法

※取組内容については地域の実情に応じ柔軟に対応

① **受診勧奨**：手紙送付、電話、個別面談、戸別訪問等
- 対象者の状況に応じ、本人への関わり方の濃淡をつける
- 必要に応じて受診後のフォローも行う

② **保健指導**：電話等による指導、個別面談、訪問指導、集団指導等
- 健診データ等を用いて自身の健康状態を理解してもらい、生活習慣改善につなげることを目標とする

6．かかりつけ医や専門医等との連携

○ 都道府県、市町村において、**あらかじめ医師会や糖尿病対策推進会議等と十分協議**の上、推進体制を構築。**郡市医師会は**各地域での推進体制について**自治体と協力**。

○ **かかりつけ医**は、**対象者の病状を把握し、本人に説明**するとともに、**保健指導上の留意点を保健指導の実施者に伝える**ことが求められる。

○ 必要に応じて**かかりつけ医と専門医の連携**、**医科歯科連携**ができる体制をとることが望ましい。

○ 臨床における検査値（血圧、血糖、腎機能等）を把握するに当たっては、**糖尿病連携手帳等を活用**し、本人ならびに連携機関と情報を共有できるようにすることが望ましい。

7．評価

○ ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の各段階を意識した評価を行う必要。また、中長期的な費用対効果の観点からの評価も行う必要。

○ 事業の実施状況の評価等に基づき、今後の事業の取組を見直すなど、**ＰＤＣＡサイクル**を回すことが重要。

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。

2016年度の達成状況

118市町村
4広域連合

【達成要件】

○糖尿病性腎症等の重症化予防の取組を行っていること。
○対象者を明確な抽出基準で抽出していること。
○かかりつけ医と連携していること。
○事業全体の効果検証を行っていること。
○各都道府県の糖尿病対策推進会議と連携していること。
○保健指導を実施している場合、専門職が携わっていること。
※ 後期高齢者は、その特性から糖尿病性腎症以外の取組についても対象とする。

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。

	保険者全体	市町村・国保	広域連合	健保組合	共済組合	国保組合	協会けんぽ
糖尿病性腎症の重症化予防の取組を行っている	1,104	659	9	368	10	11	47
現在は実施していないが予定あり	602	362	10	183	24	23	0
現在も過去も実施していない	1,385	520	12	703	48	101	1
過去実施していたが現在は実施していない	66	35	0	28	1	2	0
対象者を明確な抽出基準で抽出している	1,035	622	7	339	10	10	47
かかりつけ医と連携している	648	503	6	88	1	3	47
事業全体の効果検証を行っている	932	582	6	285	5	7	47
各都道府県の糖尿病対策推進会議等と連携している	151	137	2	4	0	1	7
保健指導を実施している場合専門職が携わっている	824	566	5	234	3	5	11
全要件達成数（対象保険者）		118	4				

Ⅴ．保険者機能の強化等

１　保険者が果たすべき役割
２　データヘルス計画
３　保険者努力支援制度とその前倒し実施
４　糖尿病性腎症の重症化予防の取組
５　地域包括ケアの推進

地域包括ケアシステムの考え方

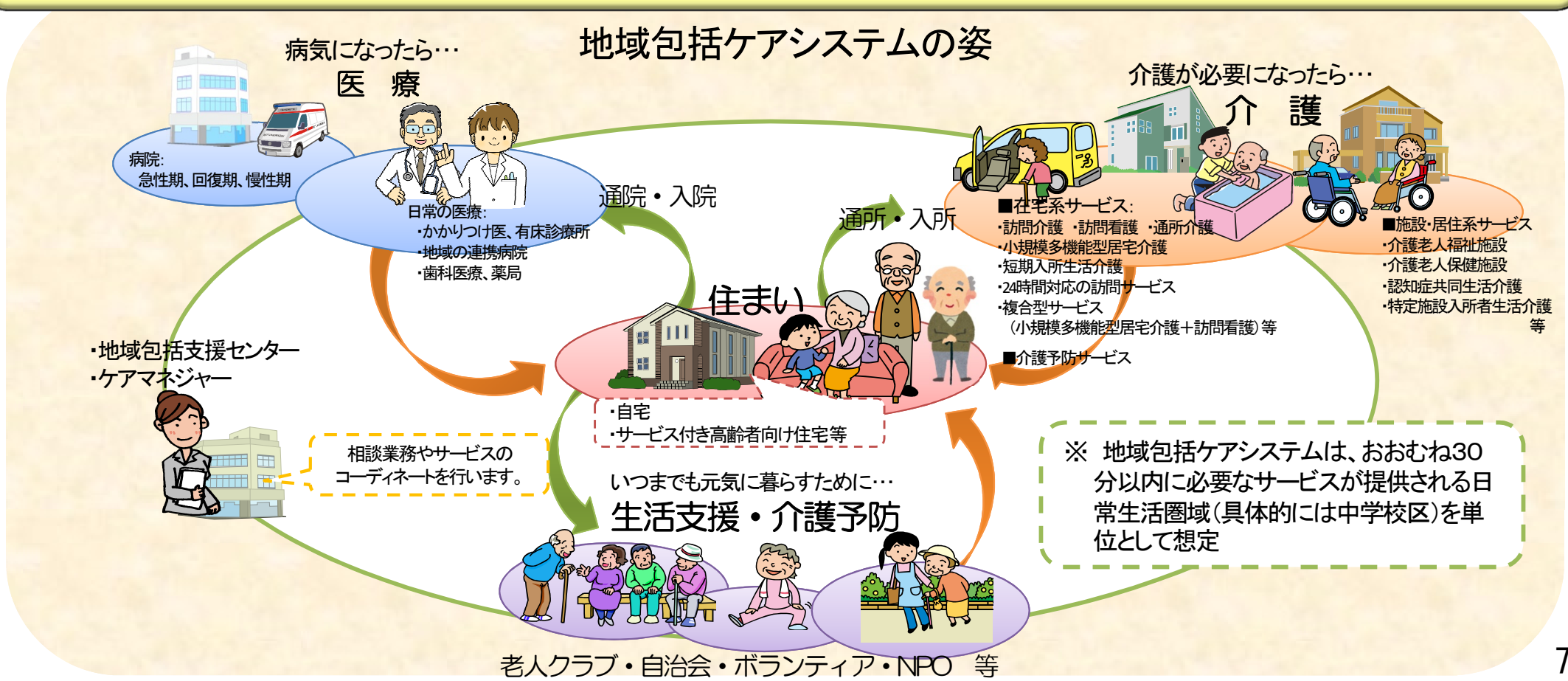
○　団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。

○　今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。

○　人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。

○　地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。

地域包括ケアシステムの姿



公立みつぎ総合病院作成

御調で地域包括ケアがはじまった きっかけとその後の経緯（変遷）

1　在宅ケアによる寝たきりゼロ作戦（S.49）
　→　最初はソフトからはじまった

2　保健・医療・福祉の連携・統合（S.59）
　→　病院と行政のドッキング（行政改革）

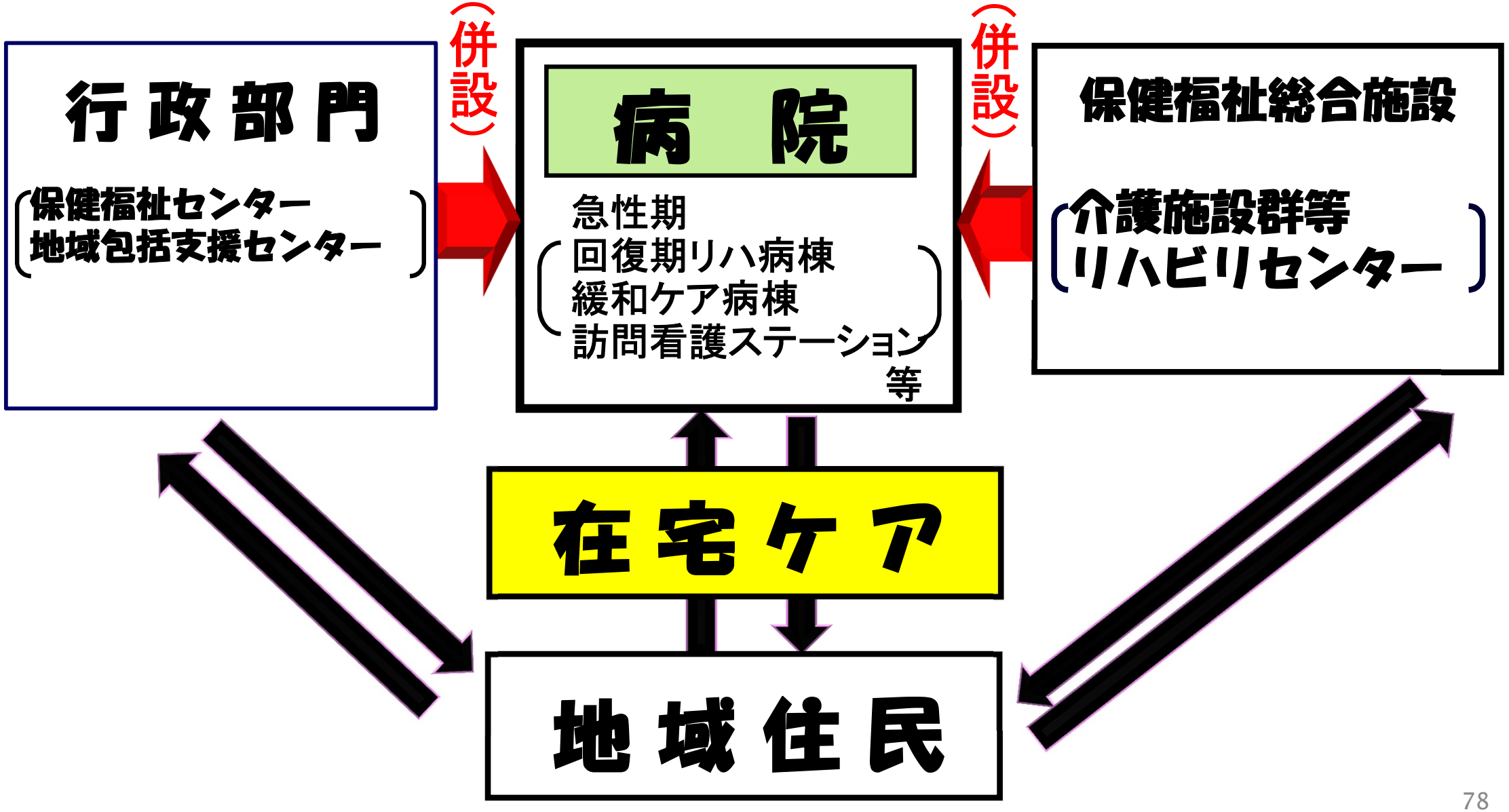
3　各種介護施設の併設（S.56）
　→　維持期（生活期）のリハビリセンターを合築

4　住民参加（S.60）
　→　住民組織とボランティア

5　地域包括ケアシステムの構築
　（S.59.国へ提言・　H.1.御調町で完成）

公立みつぎ総合病院作成

公立みつぎ総合病院を核とした地域包括ケアシステム
（保健・医療・介護・福祉の連携・統合システム）



公立みつぎ総合病院作成

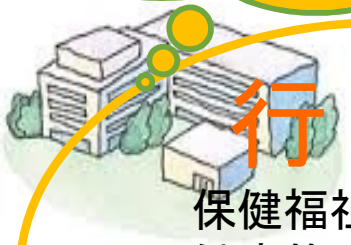
地域包括ケアシステムのネットワーク

― 地域連携システム、点から線へ、線から面へ ―

行政の情熱

利用者

自助



行　政

公助

保健福祉センター
健康管理センター
地域包括支援センター
保険者等
国保連合会
保険者協議会

住　民

互助

ボランティア
保健福祉推進
保健補導員
民生委員
民間企業・ＮＰＯ

専門職

（保健･医療･介護･福祉）

共助

〔施設、相互連携〕

「線」の連携

多職種連携
医療･介護連携

地域力･地元愛

「　面　」の　連　携

地域包括ケアシステムの成果

公立みつぎ総合病院作成

寝たきりの減

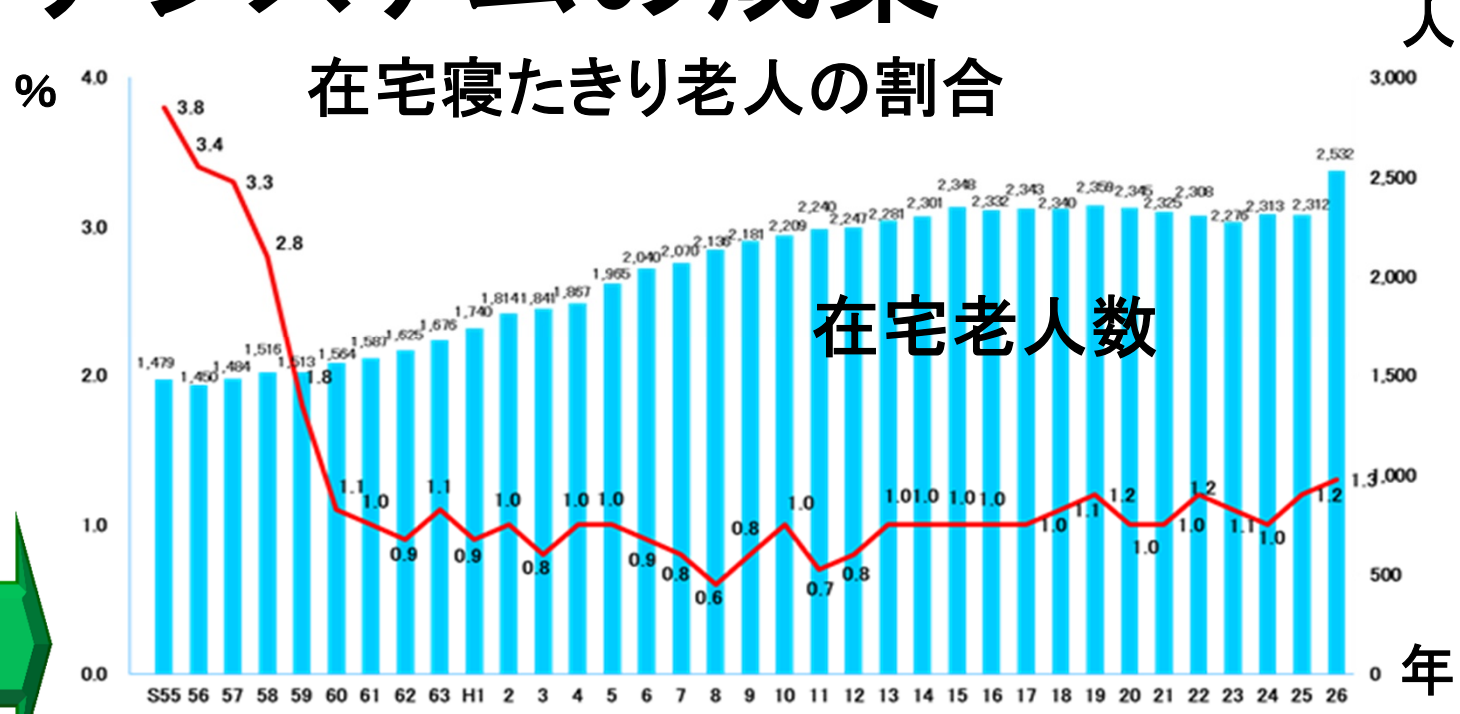
医療費伸び率の鈍化

経済効果

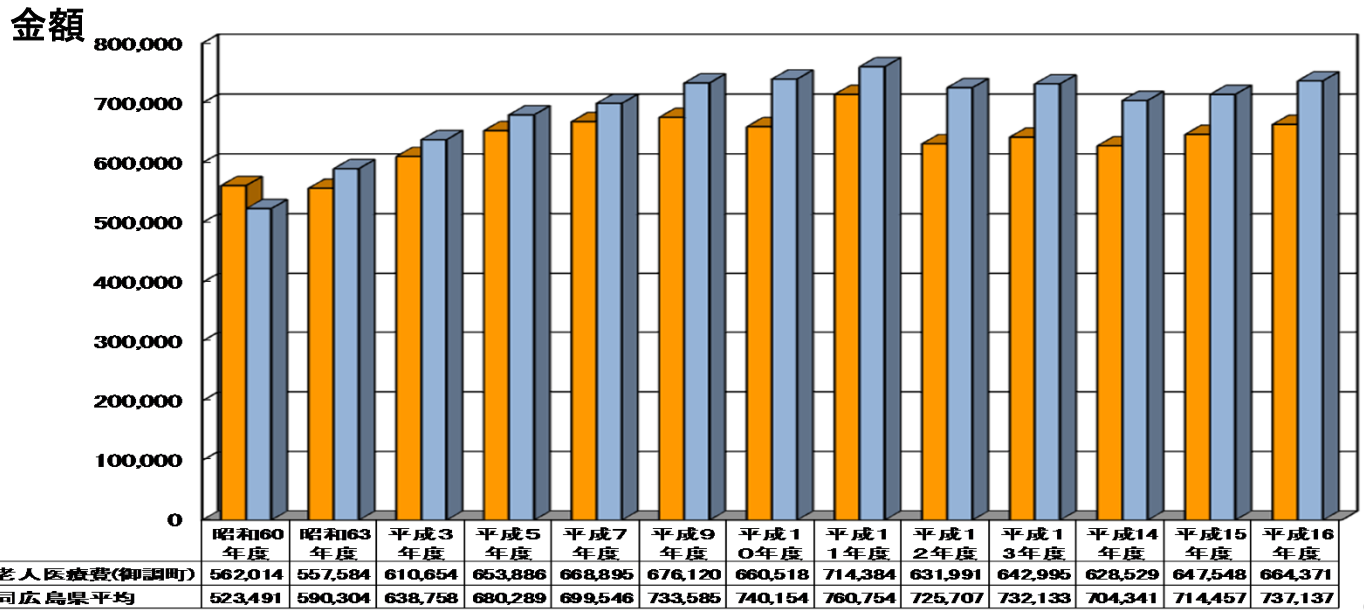
地域（まち）の活性化

過疎化の防止

まちづくり



御調町一人あたり（国保）老人医療費（公立みつぎ総合病院）



	昭和60年度	昭和63年度	平成3年度	平成5年度	平成7年度	平成9年度	平成10年度	平成11年度	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度
老人医療費(御調町)	562,014	557,584	610,654	653,886	668,895	676,120	660,518	714,384	631,991	642,995	628,529	647,548	664,371
同広島県平均	523,491	590,304	638,758	680,289	699,546	733,585	740,154	760,754	725,707	732,133	704,341	714,457	737,137

〔地域包括ケアシステム構築後の効果〕

（公立みつぎ総合病院）

1）寝たきりの減、医療費のダウン、経済効果、病院運営・経営に資する所大

2）
- ・住民の満足
- ・スタッフが満足
- ・首長が満足
- ・自治体の各種計画作成に貢献
- ・病院の信頼度が高まる

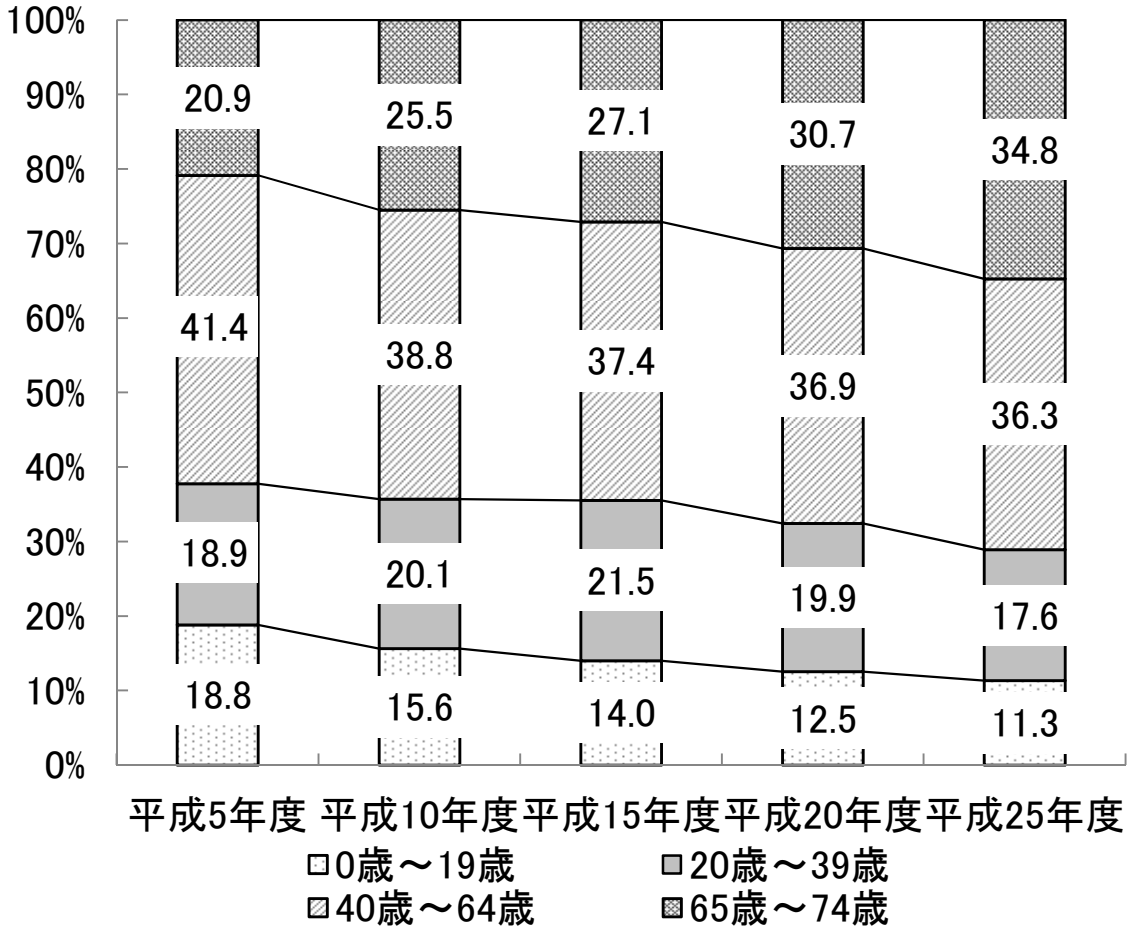
3）地域の活性化

4）福祉先進諸国と共通の認識（日・フィン交流）

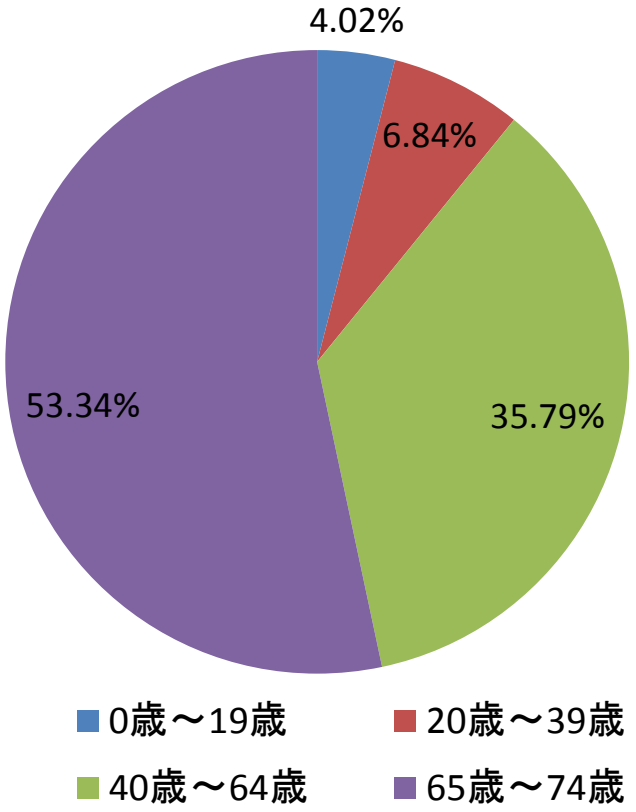
国民健康保険における地域包括ケアの重要性

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

〔市町村国保の被保険者（75歳未満）の年齢構成の推移〕



〔市町村国保の年齢階層別医療費〕



平成25年度医療給付実態調査等から作成

国保において行う地域包括ケアシステム構築に向けた取組

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

①課題を抱える被保険者の把握と働きかけ

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

②地域で被保険者を支える仕組みづくり

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

③地域で被保険者を支えるまちづくり

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

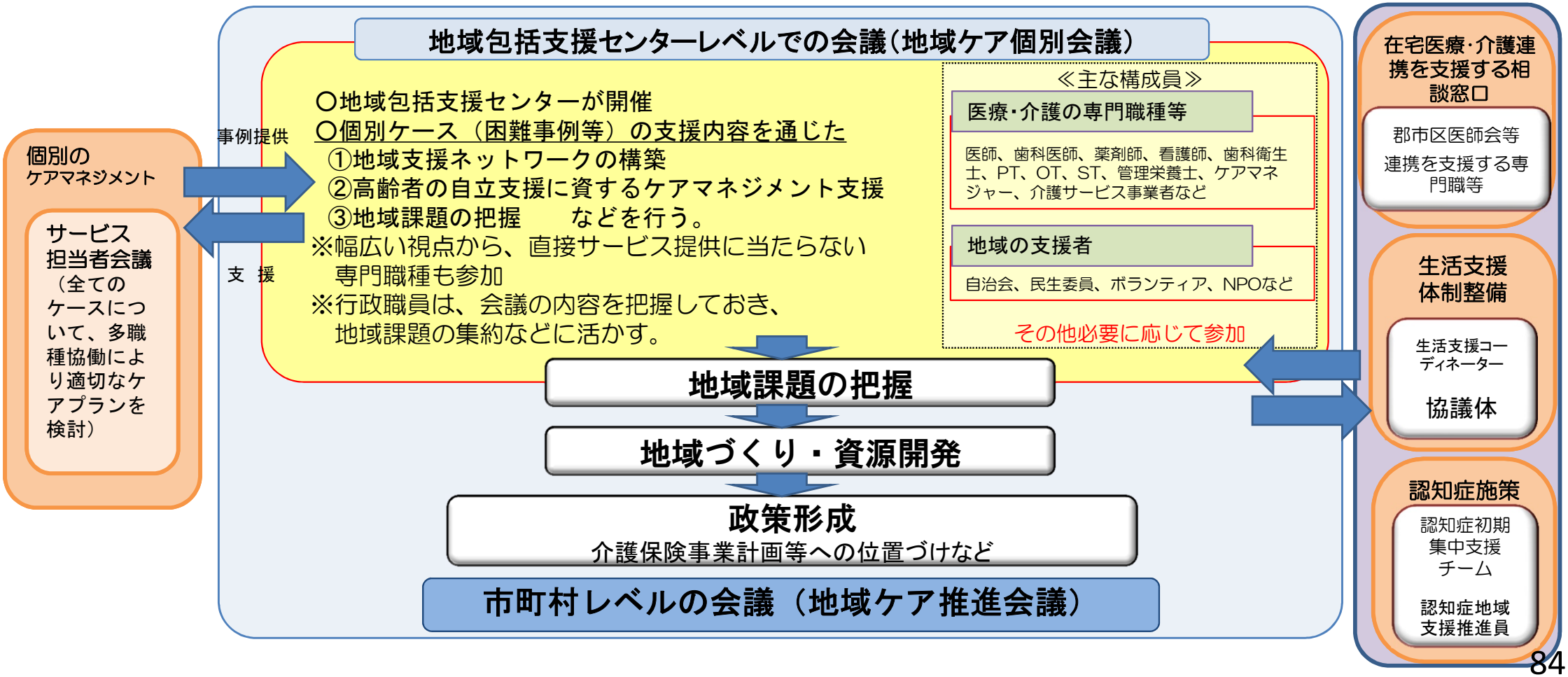
④国保直診施設の積極的活用

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

地域ケア会議の推進

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進する。
※従来の包括的支援事業（地域包括支援センターの運営費）とは別枠で計上

（参考）平成27年度より、地域ケア会議を介護保険法に規定。（法第115条の48）
- ○市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
- ○地域ケア会議を、適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして規定
- ○地域ケア会議に参加する関係者の協力や守秘義務に係る規定 など

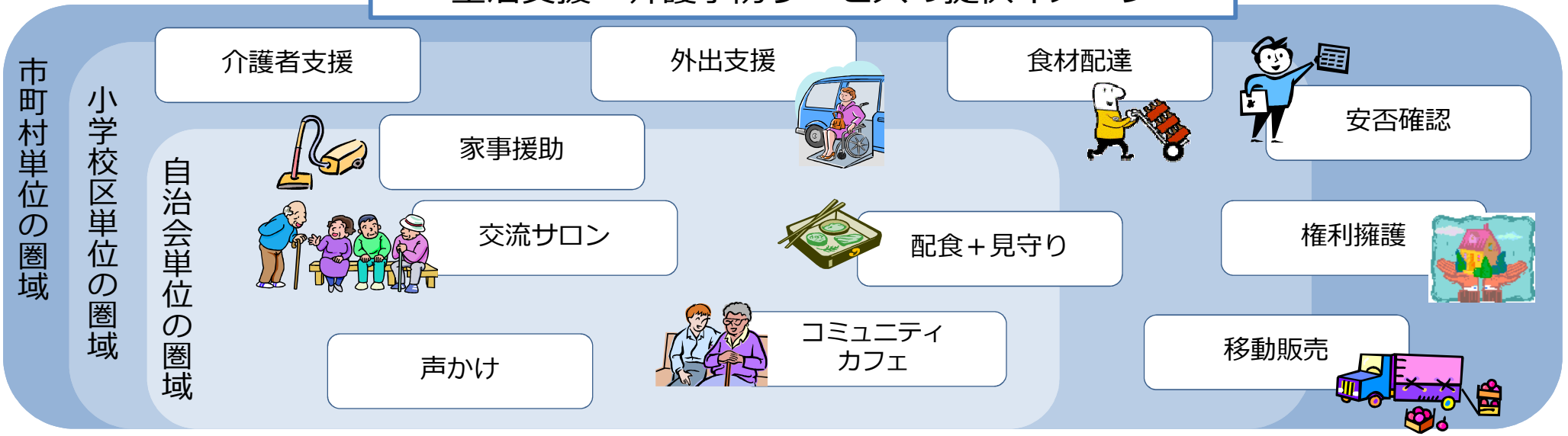


多様な主体による生活支援･介護予防サービスの重層的な提供

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

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

生活支援・介護予防サービスの提供イメージ



主な事業主体：民間企業／ＮＰＯ／協同組合／社会福祉法人／ボランティア 等

バックアップ

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

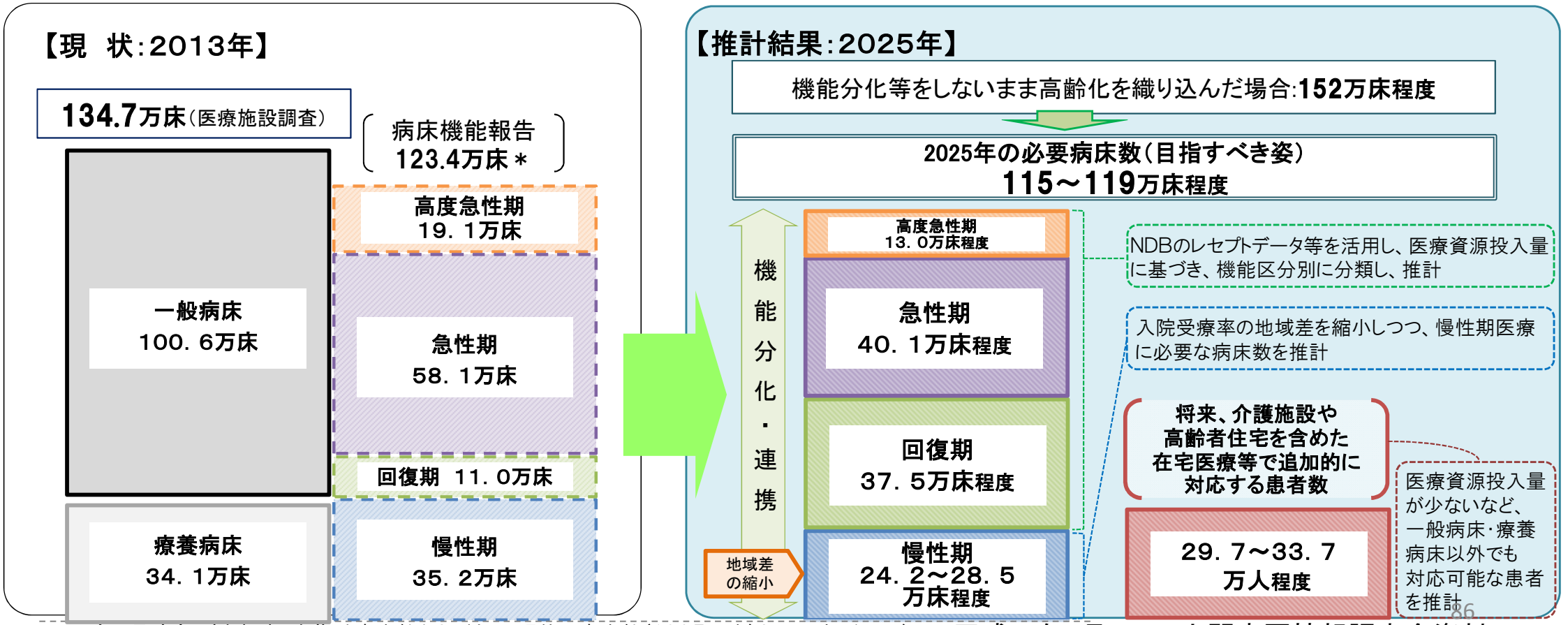
⇒ 民間とも協働して支援体制を構築

2025年のあるべき病床数の推計結果について

○ 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、限られた医療資源を効率的に活用するため、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化し、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。
（⇒ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環）

○ 今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。

○ 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進めるため、
・ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに
・ 今後の療養病床における医療提供のあり方を含め、受け皿としての医療・介護のあり方の検討を行うなど、
国・地方が一体となって取り組む。



＊2014年7月時点　（未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数（134.7万床）とは一致しない。）

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

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

4　地域包括ケアの推進（在宅医療・介護の連携等）

○　地域包括ケア推進の取組（平成28年度の実施状況を評価）

・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

② 地域包括ケアに資する地域のネットワークへの国保部局の参画

③ KDB・レセプトデータを活用した健康事業・介護予防・生活支援の対象となる被保険者の抽出

④ 個々の国保被保険者に対する保健活動・保健事業の実施状況について、地域の医療・介護・保健・福祉サービス関係者との情報共有の仕組み

⑤ 国保被保険者を含む高齢者などの居場所・拠点、コミュニティ、生きがい、自立、健康づくりにつながる住民主体の地域活動の国保部局としての支援の実施

⑥ 国保直診施設を拠点とした地域包括ケアの推進に向けた取組の実施

⑦ 後期高齢者医療制度と連携した保健事業の実施

※　上記に類する取組を一つでも実施する場合に評価することとする。

保険者努力支援制度における評価指標の候補の提示について（平成28年4月28日付け保国第0428第1号）

国保における地域包括ケアシステム構築に対する支援（保健事業助成）

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

（k）地域包括ケアシステムを推進する取組

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

〈取組の例〉

・地域包括ケアシステムに資する地域のネットワークへの国保部局の参画

・KDB・レセプトデータを活用した健康事業・介護予防・生活支援の対象となる被保険者の抽出

・個々の国保被保険者に係る保健活動・保健事業の実施状況の地域の医療・介護・保健・福祉サービス関係者との情報共有の仕組みづくり

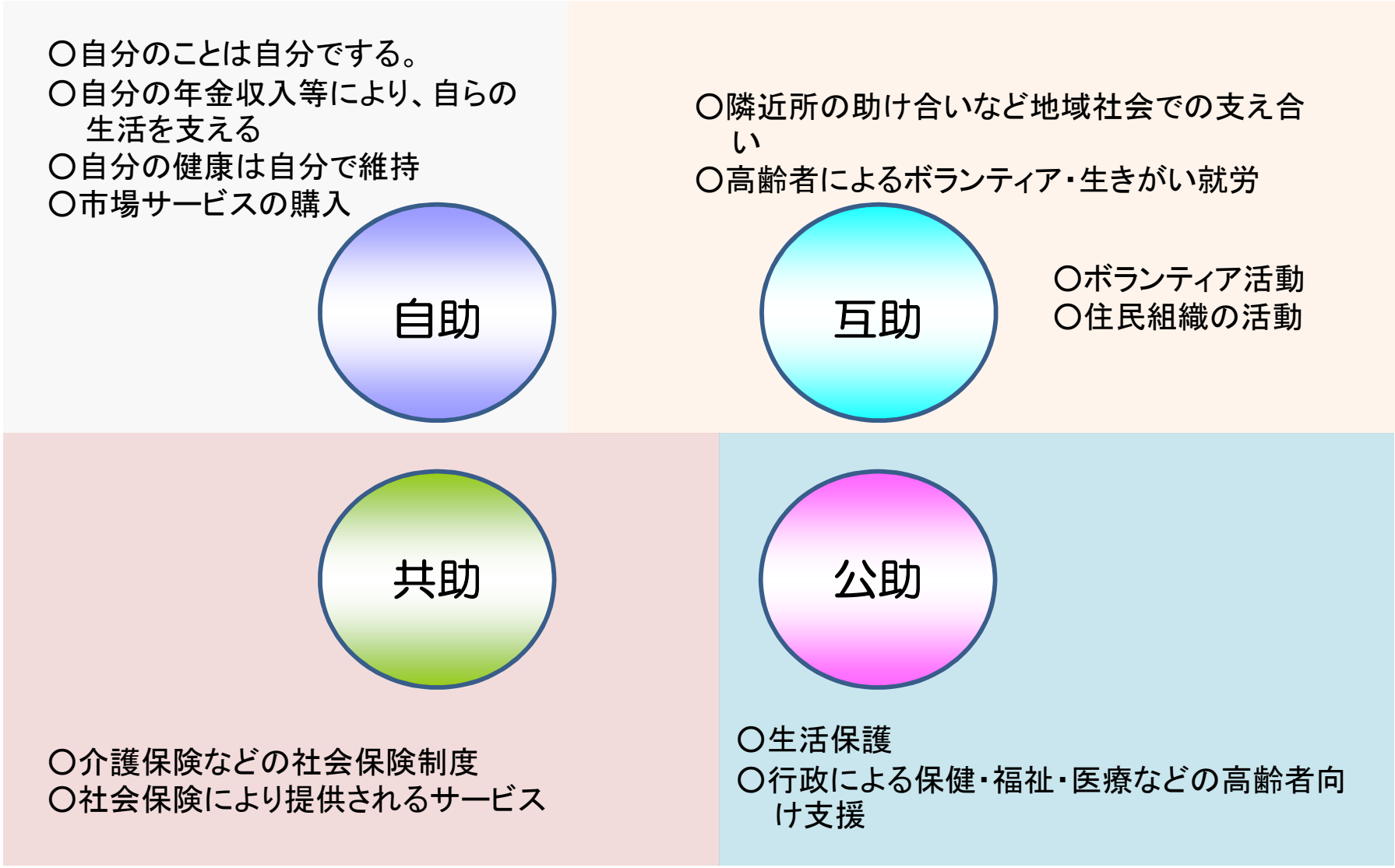
・国保被保険者を含む高齢者などの居場所・拠点、コミュニティ、生きがい、自立、健康づくりにつながる住民主体の地域活動の支援の実施

・後期高齢者医療制度と連携した保健事業の実施

・介護保険部門と連携した、介護予防の観点も盛り込んだ生活習慣病予防教室や個別健康教室

国民健康保険の保健事業に対する助成について（平成28年４月28日付け保国第0428第４号）（抄）

自助・互助・共助・公助からみた地域包括ケアシステム



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

地域包括ケアシステムの課題

○　「人」と「金」

○　縦割りの歪（壁）

○　シームレスなサービス提供

（医療・介護連携、ネットワークの構築）

○　首長と住民の理解と協力

○　専門職の認識

→ 地域包括ケアの概念の理解

→「人」をみる医療・介護・福祉

→「生活」の視点が重要

→「連携」の重要性

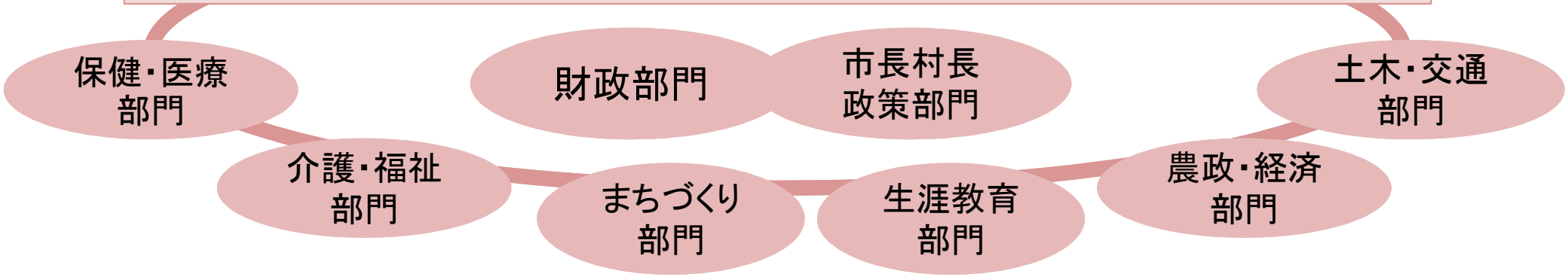
組織横断的な取り組み

個人支援と
まちづくりの
両輪が必要

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

上記を実現する社会基盤整備

■一部門の枠組みだけでは解決できない
■組織横断的な取組への意識改革が必要



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

新たな地域包括ケアシステムの構築に向けて

○それぞれの地域の実情によって地域包括ケアシステムの形も異なる

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

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

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

※主役は市民、専門職はサポーター、地域は舞台、行政は仕掛け人

○地域包括ケアシステムは必ずしも高齢者に限るものではない。

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

将来に向けた課題

〇将来にわたり住民を支えるためには、例えば次のような課題があると考えます。皆さまそれぞれの立場からできることは何でしょうか？

〇将来の人口構成の変化を見据え、地域の健康課題に対応するためにどう取り組むか。

〇そのときに住民の力をどう引き出すか。行政は何を行い、住民に何を委ねるべきか。

〇今後の高齢者の更なる増加に対応した地域の医療・介護のサービス基盤をどう整備するか。

〇家族をどう支えるか。

〇今後更に必要となる人材をどう確保するか。

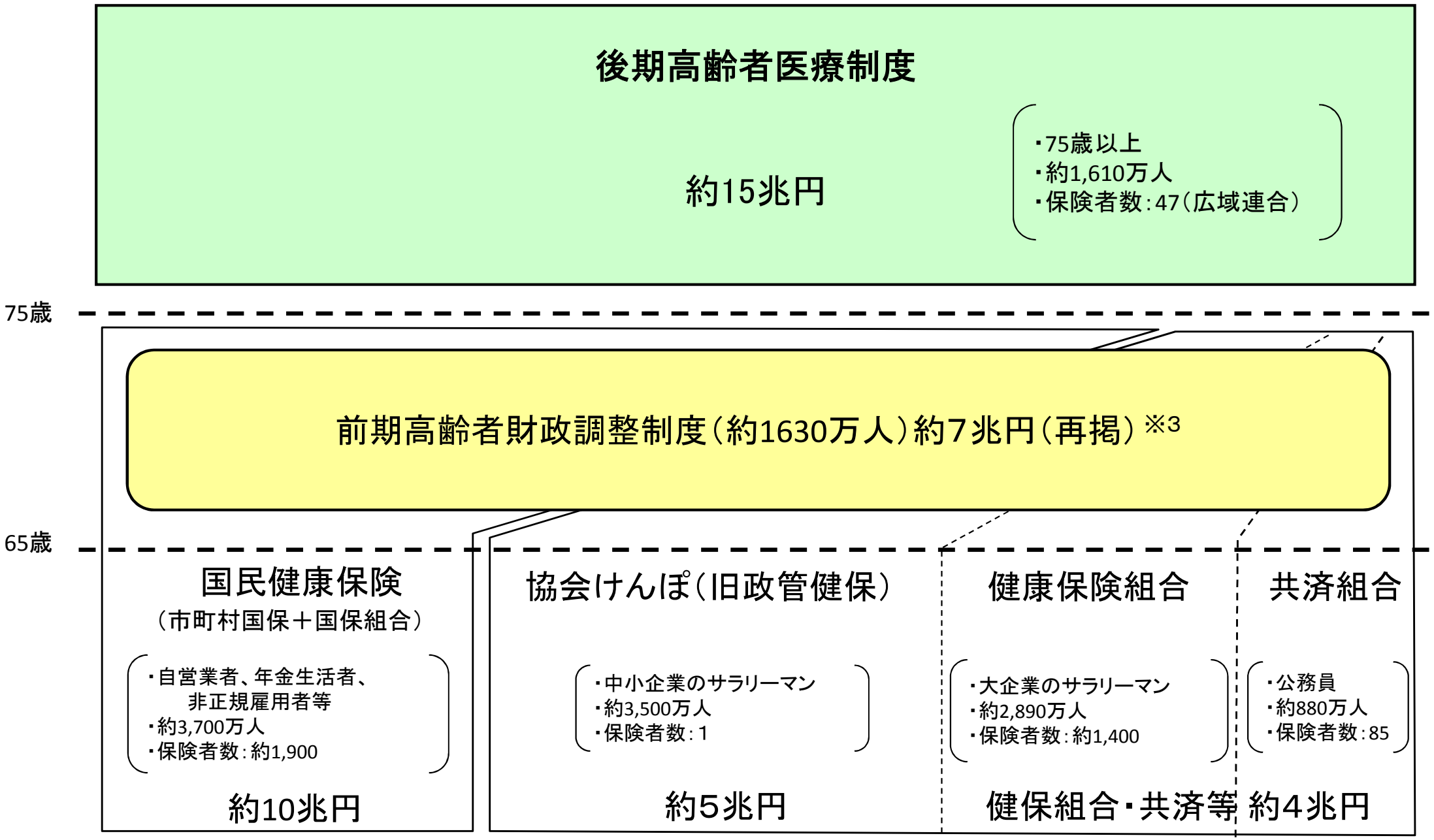
〇2040年に向けてどう地域の舵取りを進めるか。

ご清聴ありがとうございました。
皆さまのご発展をお祈りいたします。

地域包括ケア研究会報告書より
平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

参考資料

医療保険制度の体系



※1　加入者数・保険者数、金額は、平成27年度予算ベースの数値。
※2　上記のほか、経過措置として退職者医療（対象者約120万人）がある。
※3　前期高齢者数（約1630万人）の内訳は、国保約1310万人、協会けんぽ約210万人、健保組合約90万人、共済組合約10万人。

国保財政の現状 （平成28年度予算ベース）

医療給付費等総額： 約113,700億円

市町村への地方財政措置：1,000億円

高額医療費共同事業

○ 高額な医療費（1件80万円超）の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、市町村国保からの拠出金を財源に、都道府県単位で負担を共有

事業規模：3,360億円
※ 国と都道府県は1/4ずつ負担

保険財政共同安定化事業

○ 国保間の保険料の平準化、財政の安定化を図るため、都道府県内の国保の医療費について、各国保からの拠出金を財源として、都道府県単位で負担を共有

保険者支援制度

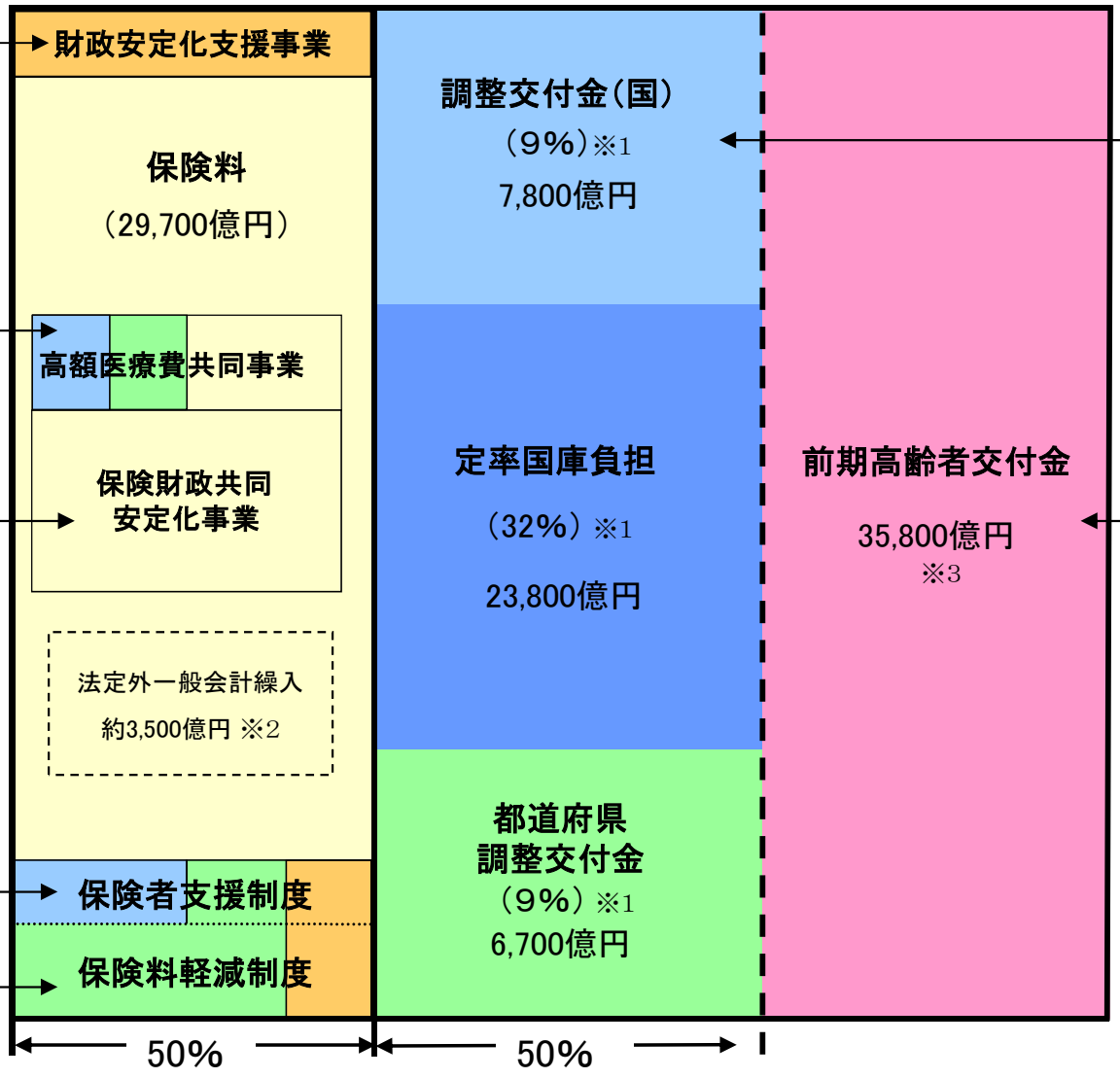
○ 低所得者数に応じ、保険料額の一定割合を公費で支援

事業規模： 2,630億円
（国 1/2、都道府県 1/4、市町村 1/4）

保険料軽減制度

○ 低所得者の保険料軽減分を公費で支援。

事業規模： 4,600億円
（都道府県 3/4、市町村 1/4）



調整交付金（国）

○**普通調整交付金（7%）**
市町村間の財政力の不均衡等（医療費、所得水準）を調整するために交付。

○**特別調整交付金（2%）**
画一的な測定方法によって、措置できない特別の事情（災害等）を考慮して交付。

前期高齢者交付金

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

公費負担額

国 計 ：	33,700億円
都道府県計：	11,600億円
市町村計：	1,800億円

※1 それぞれ保険給付費等の9%、32%、9%の割合を基本とするが、定率国庫負担等のうち一定額について、財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振りかえる等の法律上の措置がある
※2 平成25年度決算における決算補填等の目的の一般会計繰入の額
※3 退職被保険者を除いて算定した前期高齢者交付金額であり、実際の交付額とは異なる

第三者行為損害賠償求償の取組強化

効果的な第三者行為の発見方法について

福岡県飯塚市医療保険課

平成２８年８月２４日（水）

１．飯塚市の概要

◆飯塚市人口　　130,009人
　74歳以下人口　111,063人

(平成28年3月末時点）

◆国保被保険者加入割合　27.7％

(平成28年3月末時点）

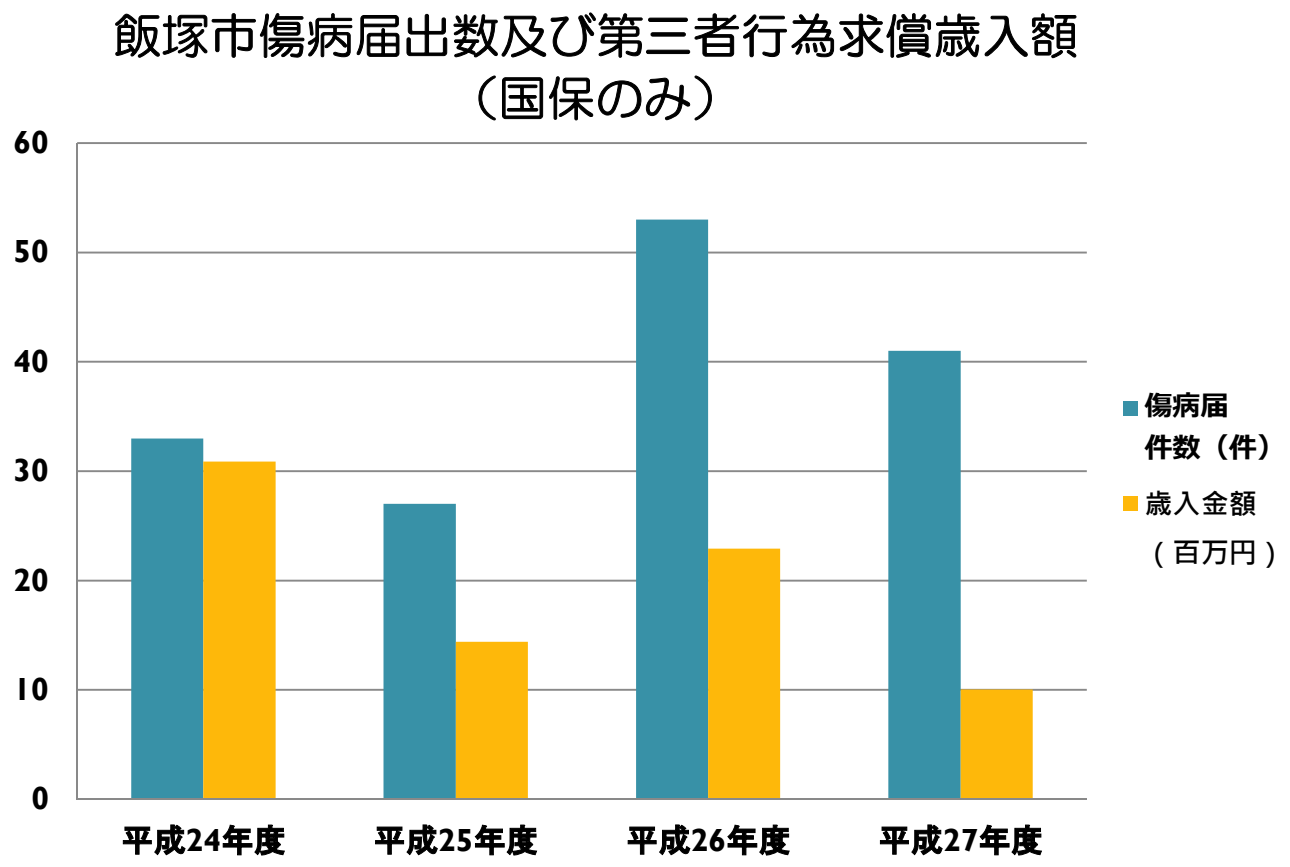
◆交通事故発生状況　件数1,157件

（平成27年1月～12月に飯塚市内で発生した事故）

面積に対する件数　5.40件／Km^2

※福岡県　7.97件／Km^2

◆傷病届出数及び第三者行為求償歳入の推移

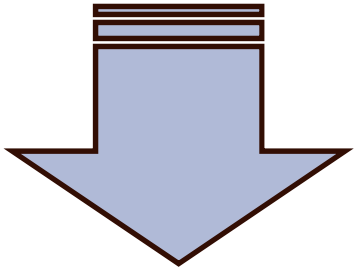


第三者行為求償事務は医療費適正化につながっています！

２．第三者行為による事故の傷病届の状況

◆国民健康保険法施行規則第３２条の６において、給付事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、被保険者は直ちに保険者に届けることが義務づけられている。

（後期高齢者医療保険では、高確法施行規則第46条の１）



被保険者から直ちに傷病届が提出されるケースは非常に少ない！

３．第三者行為の事故発見方法

(1)被保険者からの届出
(2)レセプトによる発見
(3)消防機関との連携による発見
(4)損害保険会社からの連絡・届出
(5)医療機関からの情報提供
(6)給付担当窓口からの情報提供
(7)レセプト点検員からの情報提供

４．傷病届の提出勧奨

◆お知らせ文書の送付

「レセプトによる発見」

「消防機関との連携による発見」対象者に送付

◆電話による問合せ（発送後1か月経過）

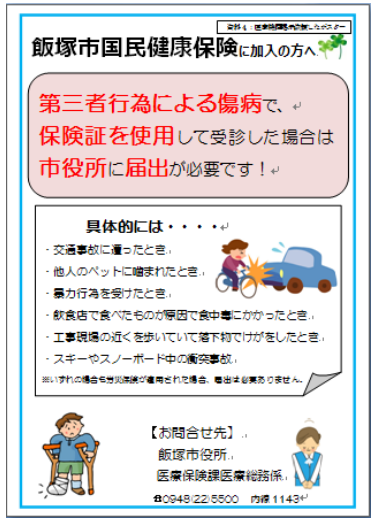
◆自宅訪問（発送後2～3か月経過）

・連絡が取れない被保険者

・連絡は取れたが、傷病届が未回収の被保険者

不在の際は不在連絡票を残す

５．被保険者への啓発及び他機関への協力依頼



被保険者への啓発

- 市報、ホームページ掲載
- 同封物チラシ
- ポスター掲示（医療機関に協力）

他機関への協力依頼

- 医療機関：レセプト特記事項の記入
  ポスター掲示
- 損害保険会社：傷病届提出の協力

６．救急搬送記録情報提供の経緯

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

（個人情報の非公開の例外として認められる）

救急搬送記録の情報提供開始

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

７．行政現場で生じる被保険者の対応

◆事故の情報をどのようにして知ったか

◆事故被害者なのに、傷病届の提出が必要か

◆加害者が不明な場合（ひき逃げなど）

8．まとめ

第三者行為求償事務の要

◆第三者行為事故の発見

◆傷病届提出

そのために・・・・

- 関係機関の協力による情報収集、被保険者に確実なアプローチ
- 被保険者に対する継続的な傷病届の提出勧奨

効果的な第三者行為の発見方法について

第三者行為求償の充実・強化を図り、
医療費適正化を推進しましょう！

ご静聴ありがとうございました・・・・

福岡県飯塚市医療保険課

第三者行為損害賠償求償の取組

日　時：平成 28 年 8 月 24 日（水）
テーマ：効果的な第三者行為の発見方法について
発　表：福岡県飯塚市

１．飯塚市の概要

（ア）飯塚市概略（人口、国保加入率等）

国民健康保険被保険者の状況　（平成 28 年 3 月末）

全　体	国　民　健　康　保　険　対　象				被保険者加入割合(%)
74 歳以下人口（人）	世 帯 数（世帯）	被　保　険　者　数（人）			
		一 般	退 職	合　計	
111,063	18,944	29,812	973	30,785	27.7

（イ）飯塚市の交通事故の状況（交通事故発生状況より、県の状況と比較して）

飯塚市交通事故発生状況　平成 27 年 12 月末現在

市町村名	人口（人）	面積①（km2）	年間事故発生件数②（件）	面積比 ②/①（件/Km2）	傷者数（人）
福岡県	5,062,751	4,986.40	39,734	7.97	52,758
飯塚市	129,343	214.07	1,157	5.40	1,625

※交通事故件数は福岡県警察ＨＰより抜粋
人口は福岡県ＨＰより抜粋
面積は平成 27 年 10 月 1 日の国土交通省国土地理院「全国都道府県市区町村別面積調」より抜粋

（ウ）飯塚市の第三者行為求償の状況（傷病届および収入状況）

飯塚市傷病届出数

	件数（件）				
平成 24 年度	33				
平成 25 年度	27				
平成 26 年度	53				
平成 27 年度	41	内訳	レセプト	救急	事前提出
			11	8	22

※事前提出：保険会社や本人より通知前に提出があった場合

飯塚市第三者行為求償歳入一覧

	決算額	
	件数（件）	歳入金額（円）
平成 22 年度	24	21,522,668
平成 23 年度	32	19,996,741
平成 24 年度	33	30,876,213
平成 25 年度	30	14,386,470
平成 26 年度	49	22,902,911
平成 27 年度	48	10,037,189

第三者行為求償事務は医療費適正化に大変有効である。

２．第三者行為による事故の傷病届の状況

保険者が第三者に対して有する損害賠償を代位請求する際には傷病届が必要である。

「給付事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、被保険者の属する世帯の世帯主又は組合員は、その事実、当該被保険者の氏名、当該被保険者が退職被保険者等である場合にあってはその旨、第三者の氏名及び住所又は居所(氏名又は住所若しくは居所が明らかでないときは、その旨)並びに被害の状況を、直ちに、保険者に届け出なければならない。」（国民健康保険法施行規則第３２条の６）

しかし、被保険者から即時に傷病届が提出されるケースは非常に少ない。

３．第三者行為の事故発見方法

(1) 被保険者（世帯主、その他代理人）からの届出
(2) レセプトによる発見・・・国民健康保険第三者行為該当者一覧（国保総合システム）
(3) 消防機関との連携による発見・・・救急搬送記録情報提供
(4) 損害保険会社からの連絡・届出
(5) 医療機関からの情報提供
(6) 給付担当窓口（高額療養費手続き等）からの情報提供
(7) レセプト点検員からの情報提供（犬咬による傷病）

４．傷病届の提出勧奨

・(2)（3）の該当者（世帯主）に「お知らせ文書」を送付する。

- 文書には「傷病届」は同封しない
- まずは、事故状況の確認を行い、必要書類等の依頼をする
  郵送で送付する場合は返信用封筒を入れる等、提出し易いように工夫
- 発送は、国保対象者だけでなく、３公費（子障親）および後期高齢者医療保

険対象者にも行う

・1か月経過しても連絡がない場合は電話にて連絡する
・2～3ヶ月経過を目安に、連絡がつかない場合は自宅訪問する。訪問の際、不在の場合は不在連絡票を残す
・(2) レセプトによる発見の場合は、必ず被保険者と接触を取るようにする
・被保険者と連絡がついたら、保険担当者を聞き出し保険会社に協力をお願いすると早期に傷病届の回収が可能になることも

5．傷病届出に関する被保険者への啓発及び他機関への協力依頼
・市報、ホームページ
・同封物チラシ（当初納付書発送および保険証発送時）
・医療機関にポスター掲示を依頼（医師会を通じて依頼してもらう）
  - 医療機関に「10 第三」の標記を依頼
  - 約 100 の医療機関にポスター掲示を依頼し、被保険者に第三者行為における事故に遭った場合の届出の必要性を周知する
・損害保険会社への傷病届提出の協力依頼

6．救急搬送記録情報提供の経緯

飯塚市では、平成18年度以前から消防署にて搬送記録の閲覧を行っていた。しかし、飯塚地区消防組合が平成23年度情報公開保護条例を施行するにあたり、当閲覧についても正式な手続きが必要となった。そこで、今後も手続きを踏めば従来どおりの情報提供が可能であるか否かについて飯塚市と飯塚地区消防組合との間で協議を行った。その結果、飯塚地区消防組合の情報公開審査会に付議されることとなり、救急搬送記録については個人情報の非公開の例外として審議され、従来どおりの閲覧内容について情報提供が可能となった。当時は一年ごとに「情報公開請求書」（消防本部が準備した様式）を消防組合長宛てに提出を行い、毎月「交通事故に係る救急搬送記録の情報提供について（依頼）」（消防署長宛て）を提出して前月分の救急搬送記録を受けていたが、平成26年度からは目的外利用として許可済みであることから、今後の「情報公開請求書」の提出は不要となり、「交通事故に係る救急搬送記録の情報提供について（依頼）」の手続きのみで情報提供を行っている。

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

7．行政現場で生じる被保険者の対応
・事故の情報をどのようにして知ったか
  ⇒以下2点について説明を行う

- 医療機関が作成するレセプト情報は交通事故と判るよう記録が義務づけられている。
- 消防署にある救急搬送記録の情報開示請求をして情報収集を行っている。情報提供にあたっては、消防組合の情報公開保護条例において情報公開審査会で協議のうえ決定されたものである。

・事故の被害者であるのに、なぜ傷病届の提出が必要なのか

⇒事故による傷病で保険証により保険給付が受けられることは、国保が偶発的な事故に備えて運営されている趣旨により有り得ることである。しかし、そこで生じた給付（保険者負担分）が第三者の行為によって生じた場合は、本来相手者が負担すべきものである。従って、国保が立替を行った保険者負担分については、後日相手者から返還する手続きを取らなくてはならない。それ故、保険給付事由が第三者の行為によって生じたものであるときには、被保険者（世帯主）が保険者に届け出ることが義務付けられている。

・加害者が見つからない場合

⇒自動車損害賠償保障事業（政府保障事業）の案内をする。

- 福岡県警本部　被害者支援・相談課

８．まとめ

第三者行為による求償事務の要は、「第三者行為の発見」と「傷病届提出」

- 関係機関の協力を得ながら情報を収集し、被保険者に確実なアプローチ
- 被保険者に対する、継続的な傷病届提出勧奨

平成２８年度全国市町村国保主管課長研究協議会

「地域での暮らしをどう支えるか」
一人ひとりのケアの実践から考える統合ケア

豊明団地から広がる次世代地域包括ケア
「けやきいきいきプロジェクト」

愛知県 豊明市 健康福祉部 高齢者福祉課
課長　藤井 和久

1　豊明市の概況

豊明市の概況

・愛知県のほぼ中央に位置する名古屋市のベッドタウン

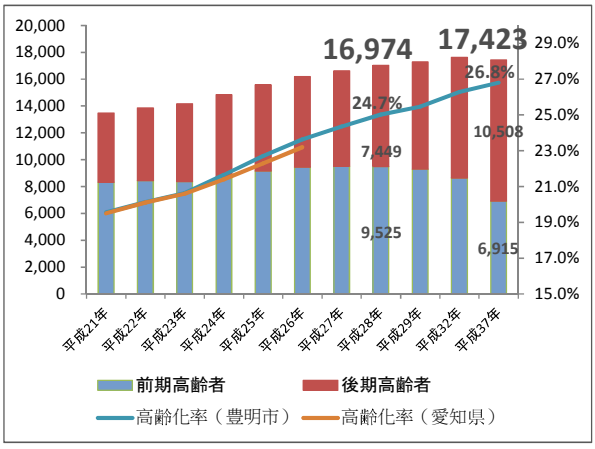
・人口　68,674人（28,947世帯）

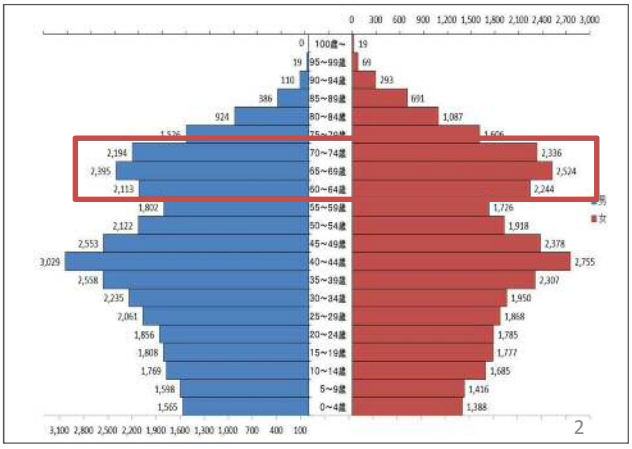
高齢者人口　16,974人 (平成28年４月１日現在)

・高齢化率　**24.7%**（県高齢化率より高い）

・人口構成は、前期高齢者に人口に山があり、

今後10年の後期高齢者の伸びが著しい地域特性





豊明市の医療･介護資源

医療資源

病院　3　（一般病床1,435、回復期床0、療養28）
　藤田保健衛生大学病院、 豊明栄病院
　桶狭間病院藤田こころケアセンター
診療所 39、歯科 39、薬局 25, 訪看　5、訪リハ　4
関連師会
◆医師会　　：　東名古屋豊明市医師会
◆歯科医師会：　愛豊歯科医師会豊明支部
◆薬剤師会　：　日進東郷豊明薬剤師会

介護資源

特別養護老人ホーム 4（259床）
老人保健施設 2（448床）
訪問介護　5,　通所介護　11
小規模多機能居宅介護 1
認知症対応型共同生活介護 4（5ユニット）
定期巡回随時対応型訪問看護介護　1
居宅介護支援事業所 13
地域包括支援センター 2（委託）

藤田保健衛生大学病院

許可ベッド数	**：1,435 床**
平均在院日数	**：15,2 日**
平均外来患者	：約 2,100 人/日
医療従事者	：約 2.600 人
年間手術件数	：約 11,000 件
退院調整依頼	： 1,500 件/年
年間退院患者数：約25,000人	

1つの医療施設としては我が国最多を誇る病床を持つ厚生労働省が定める特定機能病院

1　豊明市の概況

藤田保健衛生大学
FUJITA HEALTH UNIVERSITY

藤田保健衛生大学
地域包括ケア中核センター

2013年２月１日、全国初「学校法人」による
介護保険事業設置許可
居宅介護支援事業所･訪問看護ステーションを設置

24時間 365日体制で、重症やがん末期の訪問看護･リハビリも担う

豊明市を取り巻く課題認識

◇背景

・大都市近郊の高齢化の典型、**後期高齢者人口の著しい増加**

・**豊明団地**を中心に**独居高齢者・高齢者のみ世帯**の増加

・**大病院・急性期医療を「かかりつけ」**とした受診動向

◇課題

・**在院日数の短縮**、再発で繰り返す入退院

・全国平均、県平均を上回る一人あたりの**医療費**

・**施設サービス志向**による一人当たり**介護給付費の高さ**

・**急性期医療、地域医療、介護**の連携・統合

・軽度者を**要介護状態にさせない、重度化させない**仕組み

・医療・介護を担う人材の育成、**人材確保**

愛知県地域包括ケアモデル事業
(H26.4～H29.3　3ケ年事業)
医療・福祉一体提供モデルとして実施

豊明市北部地域をモデル地区とし
藤田保健衛生大学とともに事業展開

豊明団地における取り組み
＝けやきいきいきプロジェクト

介護保険　地域支援事業を活用して地域包括ケアを通じた地域づくりを充実・強化

愛知県在宅医療連携拠点推進事業
(H26.1～H27.3　15ケ月事業)
・地域包括ケア連絡協議会の設置
・多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成研修事業の実施
・ICT「いきいき笑顔ネットワーク」による連携推進
・ICTネットワークと見守りセンサーを活用した見守りサポート事業の実施　など

愛知県多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成研修　モデル事業
(H26.1～H27.3　15ケ月事業)

豊明団地における地域包括ケアの取り組み

豊明市全体における在宅医療・介護連携推進に関する取り組み

東名古屋医療圏域（豊明市・東郷町・日進市・長久手市）における在宅医療・介護連携推進に関する取り組み

統合ケア×地域ケア（integreted-care）×（community based-care）

（自治体・大学が核となり地域のフォーマル・インフォーマルケアを統合）

目指す姿：本人の生活の場を中心とした保健・医療・福祉の統合ケアの確立

重点取組み事項

◇ICT情報連携ツール「いきいき笑顔ネットワーク」活用
・ICTを「チーム支援」の標準ツールとして活用

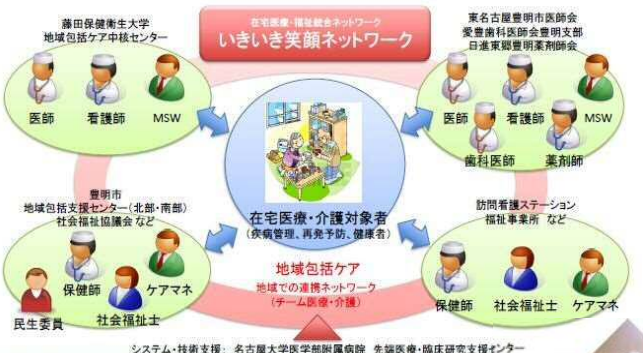
◇医療介護人材育成事業
・多職種人材育成研修、地域の職能団体組織化支援

◇入退院連携に関する政策研究
・患者動向の分析、医療介護連携に係る課題分析

◇地域介護予防活動の支援
・地域へのリハビリテーション専門職の派遣、市民リーダー育成

◇ ICT「いきいき笑顔ネットワーク」の活用

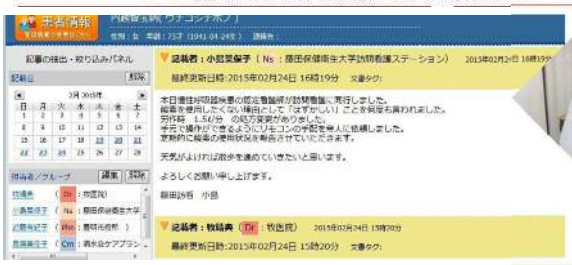
ICTを利用した医療福祉統合ネットワーク、介護保険新規申請時に同意書取得取得



いきいき笑顔ネットワークの利用・登録状況　H28.6現在

患者登録者数　482人
（参考）　豊明市の介護認定者数　約2,330人
今までの患者登録記事件数　約7,600件

登録医療機関・介護関係機関　143事業所
・医師会　・藤田保健衛生大学病院
・歯科医師会　・行政・包括
・薬剤師会　・障がい者相談支援センター
・居宅介護支援事業所　・デイケア　・ヘルパー事業所
・老健施設　・訪問看護、訪問リハビリ　など



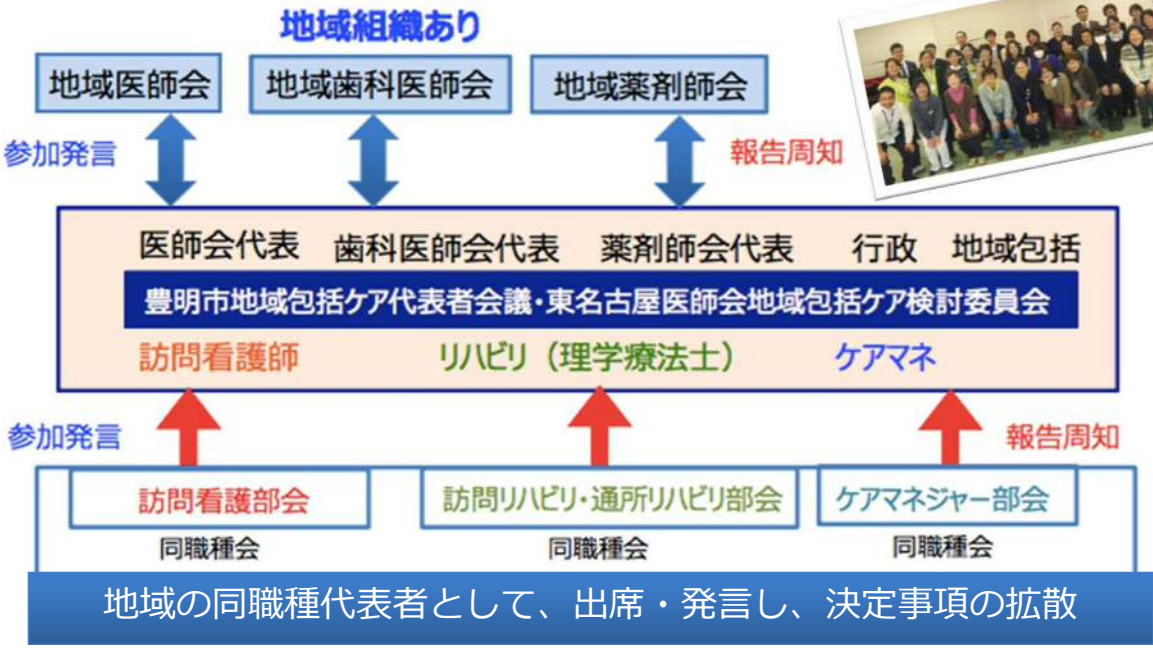
訪問看護

医師による往診

行政が介護保険新規申請時に利用同意を取得しておくことで、
ICTを医療介護の**「標準ツール」**とし、主治医、ケアマネジャー、
看護師、リハ職等の情報共有を円滑にし、**統合ケアを実現する**

◇医療介護人材育成事業　（地域の職能団体組織化支援）

○ 職種ごとの同職種会設立。
○ 代表者選出。同職種代表者は会議発言と、、同職種会で会議結果報告の役割。
○ 同職種共通課題の対策検討、３職種合同研修会開催。



地域の同職種代表者として、出席・発言し、決定事項の拡散

◇入退院連携に関する政策研究

①退院経過実態把握

市内急性期病院への入院を契機に、新規要介護認定申請をした患者（約５０名）について、切れ目なく支援を行いながら、医療保険・介護保険レセプト分析し、約１年間患者動向及び経過を追跡調査

自宅と病院を行き来し、医療と介護の狭間で重度化していくケース

多科、複数医療機関に同時受診するケース

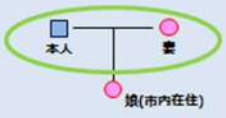
自宅で同一疾患を繰り返して発症し、何度も再入院するケース

見えてきた課題
本人の生活を起点に一体的・継続的なケアを提供する調整役の不在

退院支援地域連携実証事業 ケース２ 入退院を繰り返したケース

■ケース概要(No.8)

・本人状況　Bさん　89歳男性　妻と２人暮らし
　入院経緯：誤嚥性肺炎（7/26～）
・介護申請　申請者：娘(市内在住)　申請日：7/31
　※ケースワーカーより勧められ申請
・診療科　保大HP消化器内科



■申請時、娘さんからの聞き取り

・病院でリハビリ中。リハビリを受けて歩けるようになるといい。
・住宅改修も必要かも知れない、と思っている。
・前立腺肥大による排尿障害がある。

■認定調査結果（一部抜粋）

	身体機能（ADL）				生活機能（IADL）		
	○できる	△つかまれば可	×できない		○自立	△一部介助	×全介助
寝返り		△		移乗		○	
起き上がり		△		移動		見守り等	
座位保持		△		昇下		見守り等	
立位保持		○		食事摂取		見守り等	
歩行		△		排尿・排便		×	
立ち上がり		△		洗顔		△	
				整髪		△	

■入院から現在までの動向と支援状況

居場所	保大HP			自宅		保大HP	自宅	保大HP	相生山HP
事　項	・入院	・申請	・調査	・退院	・建定	・再入院	・退院	・再入院	・転院
日　付	7/26	7/31	8/11	8/13	9/1	9/26	10/8	10/29	12/7～
経過日数	0日	5日	16日	17日	35日	60日	72日	93日	101日～
本人状況	・誤嚥性肺炎				・要介護2	・誤嚥性肺炎		・誤嚥性肺炎	・嚥下訓練
本人・家族支援				↑ 8/14 ・医師説明	↑ 8/17 ・医師説明 →居宅紹介 ☆居宅サービス開始		↑ 10/8 ☆居宅サービス		

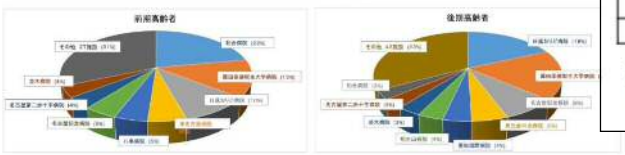
②通院・入院動向調査

国民健康医療保険・後期高齢者医療保険・介護保険レセプトを独自集計。
前期高齢者、後期高齢者の市民の通院・入院・転院動向の傾向を把握し、連携すべき医療機関等を絞り込む

医療機関名	65～74	75～	計
藤田保健衛生大学病院	97	182	279
相生山病院	4	63	67
辻村外科病院	6	31	37
藤田こころケアセンター	9	19	28
第一なるみ病院	4	17	21
南生協病院	6	9	15
小嶋病院	2	8	10
平岩病院	3	6	9
豊明栄病院	2	6	8
前原外科・整形外科	3	5	8
その他	23	82	105
計	159	428	587

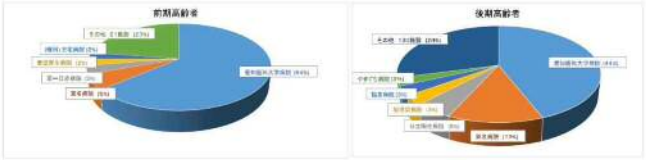
・藤田保健衛生大学病院の占める割合は、47.5%
・市外で連携の多い相生山病院、辻村外科病院、第一なるみ病院、南生協病院に、140人(23.9%)が入院。

入院動向調査結果　（東郷町）



入院動向調査結果　（日進市）

入院動向調査結果　（長久手市）



調査手法を二次医療圏に共有し、
医師会が中心となって、二次医療圏内の全自治体にて同調査を実施。
医療圏における患者動向を把握し、今後の地域医療連携に生かす予定。

◇地域介護予防活動支援
まちかど運動教室

平成２８年３月から総合事業へ移行したことに伴い実施。

●地元の集会所、公民館を活用し、歩いて行ける場所に
　週１回（１時間）の運動プログラムを提供

●地域が教室を誘致するというスタンスで展開

●役割分担
　地元：地元の合意形成、会場の確保、会場費負担
　　世話人（鍵の開け閉め、運営補助）の確保
　　住民への周知（開催スケジュールチラシ作成・配布）
　行政：インストラクター派遣、統一チラシ作成

●事前申し込み不要、当日会場に直接参加
　参加費無料、いつからでも参加可能

平成２８年度　６月末現在
地域会場１２会場　平均30～70人の参加
中央会場　１会場（２教室）平均８０人の参加
全会場参加者実人数　毎週1,200人超え

豊明団地の現状

- 昭和40年代　高度経済成長期に建設
  55 棟　5 階建て　エレベーター有は２棟

- 団地居住　4,228人　世帯数 2,320世帯
  うち、外国人 1,135人
- 65歳以上　1,159人
  高齢化率 26.2%(除外国人 35.1%)
- 65歳以上独居者
  約 270人　約 25%（市内平均 6%）

- 今後、老老世帯、独居世帯の増加予想
- 賃貸住宅ゆえのコミュニティの希薄化

けやきいきいきプロジェクトのあゆみ

学校法人藤田学園との包括協定

・藤田保健衛生大学・藤田保健衛生大学病院との多分野での連携協力に関する包括協定締結

ＵＲ都市機構との包括協定

・超高齢社会に向けた団地の地域の医療福祉拠点化に向けて包括協定締結

・全国１００団地拠点に選定

愛知県地域包括ケアモデル事業

・医療・福祉一体提供モデルとして実施
(H26.4～H29.3　3か年事業)

・豊明市北部地域をモデル地区とし
藤田保健衛生大学とともに事業展開

・豊明団地における地域包括ケアシステムづくり
「けやきいきいきプロジェクト」

豊明団地
ＵＲ都市機構による
医療福祉拠点整備
全国先行23拠点に

けやきいきいきプロジェクト

【構成・参加団体等】

- **豊明団地自治会・老人会**
- **UR都市機構中部支社**
- **藤田保健衛生大学**
- **豊明市高齢者福祉課**
- **コープあいち　とよあけ店**
- 豊明団地診療所医師
- UR豊明団地生活支援アドバイザー
- 豊明市北部地域包括支援センター

プロジェクトのあゆみ

	時期	実施内容
立ち上げ準備	H26年４月	**あいち地域包括ケアモデル事業選定**
		地域懇談会（市長、自治会、高齢者福祉課）
	５月～10月	検討会（３回） ・意見交換（自治会、大学、UR、行政） ・高齢者ニーズ調査
	10月～	高齢者健康増進事業開始（市×大学）
	12月	**けやきいきいきプロジェクト発足**
具体的な取組み	12月～	けやきいきいきプロジェクト会議定例開催
	H27年1月～	認知症サポーター養成講座、 認知症徘徊模擬訓練、住民向け講演会
	４月～	**団地学生居住開始**
	4月24日	**まちかど保健室開所**
	5月～	学生らによる自治会活動への参加 団地商店街との交流
	H28年3月	**地域包括支援センターブランチ開所**
	4月	病後児保育室「えがお」開所 学生居住　38人体制へ
	4月～	**コープあいちとよあけ店** **店舗直送「ふれあい便」スタート**

けやきいきいきプロジェクト–地域医療福祉の総合拠点へ

保健・医療の拠点「まちかど保健室」開所

豊明団地商店街内の空き店舗を利用し、
UR都市機構中部支社と藤田保健衛生大学
による共同プロジェクトとして開所
藤田保健衛生大学の教員、医療専門職が、
交代で住民からの相談に応じる

まちかど保健室概要

開室時間　：平日10～15時
料金　：無料
対象　：市内外誰でも
応対者　：看護・保健師、ケアマネ
理学・作業療法士、薬剤師
相談方法　：面接、電話、メール
相談記録　：利用者ごとの記録簿管理
主な相談　：健康不安（８割）、
薬剤、治療など
平均相談時間：30分程度
ミニ講座　：毎日実施

利用実績（４月末～５月末まで13ヶ月間）
開所日数　：２６４日
延べ来室者数　：３,７１９人(平均 14人/日)
講座参加者数　：１,８４５人(平均　6.9人/日)
個別相談件数　：　４３５件(平均　1.6件/日)
認知症疑い早期発見:１８件

地域とともに健康をつくりたい

ふじた まちかど保健室カレンダー

藤田保健衛生大学 地域包括ケア中核センター サテライト

午前11時～ ／ 午後 2時～
相談は10～15時 いつでも受付しています

行事の予定は、都合により変更することがあります。ご了承下さい。

日にち（曜日）		6/28（日）	6/29（月）	6/30（火）	7/1（水）	7/2（木）	7/3（金）	7/4（土）
午前	ミニ講座	<自治会>	脳トレーニング	お薬手帳の使い方	咳、痰、タバコの悩み、肺が楽になる呼吸嚥下体操！	頭の体操で認知症予防	夏バテ予防について	休み
午前	担当	ふれあい会食と出張相談	看護師	薬剤師 看護師	リハビリ療法士	薬剤師 看護師	看護師	
午後	ミニ講座		訪問看護って何？②		七夕かざりを作りましょう	頭の体操で認知症予防		
午後	担当		看護師 リハビリ療法士	薬剤師 看護師	看護師	薬剤師 看護師	看護師	

学生・職員の豊明団地居住

カラーコーディネート・IKEA改装モデルルーム

・2015年 4月　学生・職員計18人居住開始
2016年～　**学生・職員３７名居住体制へ**
・**4 or 5階の空室が対象**、URが改装

・全室2DK～３DK　**家賃 10 ～ 20%引　家賃32,000~**
IKEAコラボ改装　カラーデザイン改装他

・居住条件
自治会活動、保健室活動に参加し住民と交流、地域貢献
高齢独居者との食事会、安否確認、災害時の避難誘導、清掃活動

豊明団地居住学生と自治会役員

居住学生による地域活動参加

学生と自治会会議

公園清掃

学生による買い物支援

防災訓練

災害時炊き出し訓練

独居高齢者とのふれあい会食

豊明団地夏祭り

今後の計画

◇豊明団地集会所棟➡地域医療福祉拠点施設へ改修

・地域医療連携センター【豊明市・近隣自治体・大学・医師会】
　地域医療、病院、介護の橋渡し機能を担うセンターを設置
・**Robotic Smart Home【大学・県内大手企業】**
　住宅用介護ロボット開発、モデルルームにおける実証研究
・コミュニティスペース【UR】

◇居住環境の整備

・中層住棟へエレベータ設置【UR】
・健康寿命サポート住宅の供給【UR】

◇学生居住

・毎年２０戸ほどを学生居住用に改修【UR】
・４年間で（2018年までに）学生80～100名居住体制

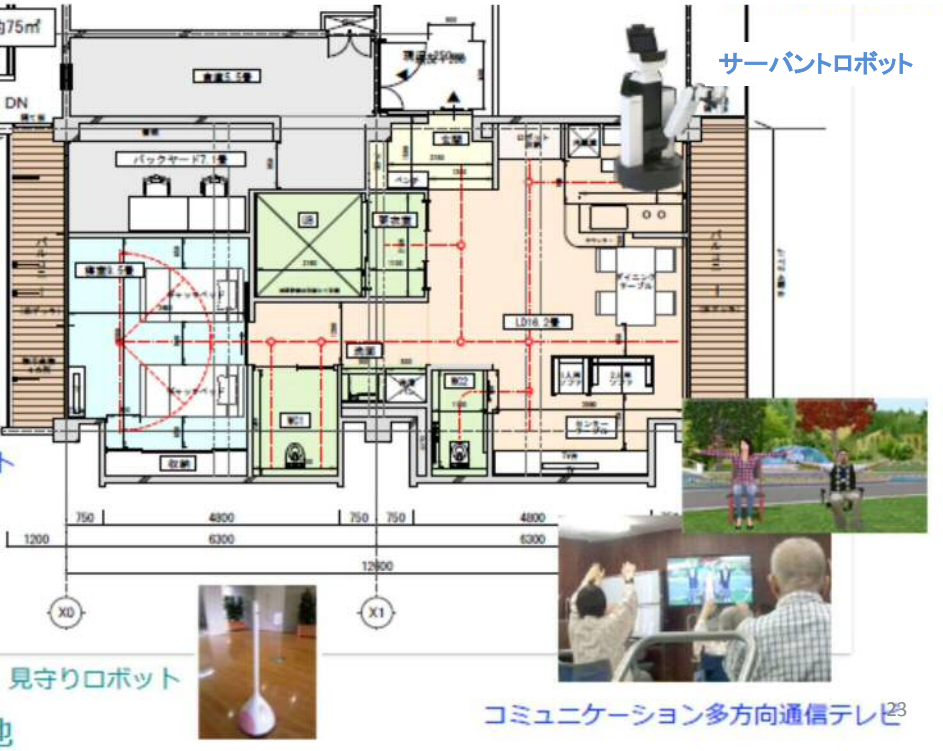
藤田保健衛生大学
FUJITA HEALTH UNIVERSITY

Robotic Smart Home

豊明団地を舞台に、移乗介助ロボット、生活支援機器を備えた「高齢者向けスマートホーム」を居住空間ごと開発するプロジェクト

移乗・移動ロボット

移乗ケアアシストロボット



サーバントロボット

見守りロボット

コミュニケーション多方向通信テレビ

RSH in UR豊明団地

地域医療介護

住まい地域

サービス次世代産業

教育人材確保

介護予防
健康づくり
高齢者住まい
子育て保育
ミクストコミュニティ
自治会活動
学生教育
人材育成
生活支援サービス
介護ロボット
ヘルスケア産業
データ分析
医療介護サービス

豊明団地
けやきいきいきプロジェクト

地域包括ケアをキーワードに
地域資源の持つ力を結集

徳島県那賀町
健診未受診者の受診勧奨

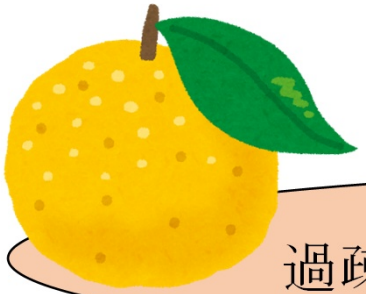
H28年8月24日

日本教育会館一ツ橋ホール

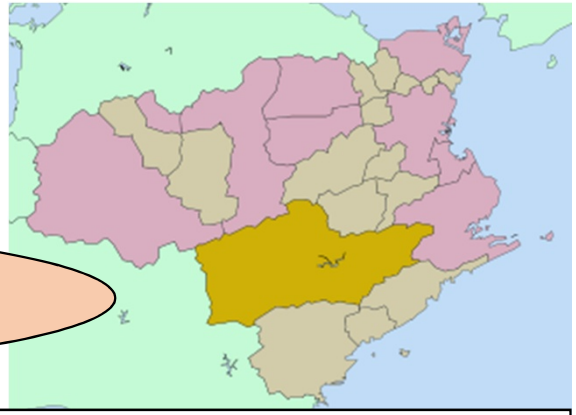
全国市町村主管課長研究協議会

那賀町相生保健センター

北谷　ユカリ



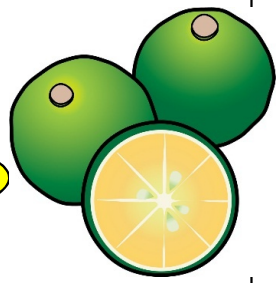
那賀町の概況



過疎・高齢化・自然豊か・あたたかい

人口：８，９７２人　高齢化率：４６％
国保人口：２，２６０人（加入率約２５％）
面積：694．98㎢

東京都の約１／３



保健師数：８人　　管理栄養士：１人
医療機関数：医院・診療所６カ所と病院１カ所
特産物：柚・すだち・番茶・おもと・いちご

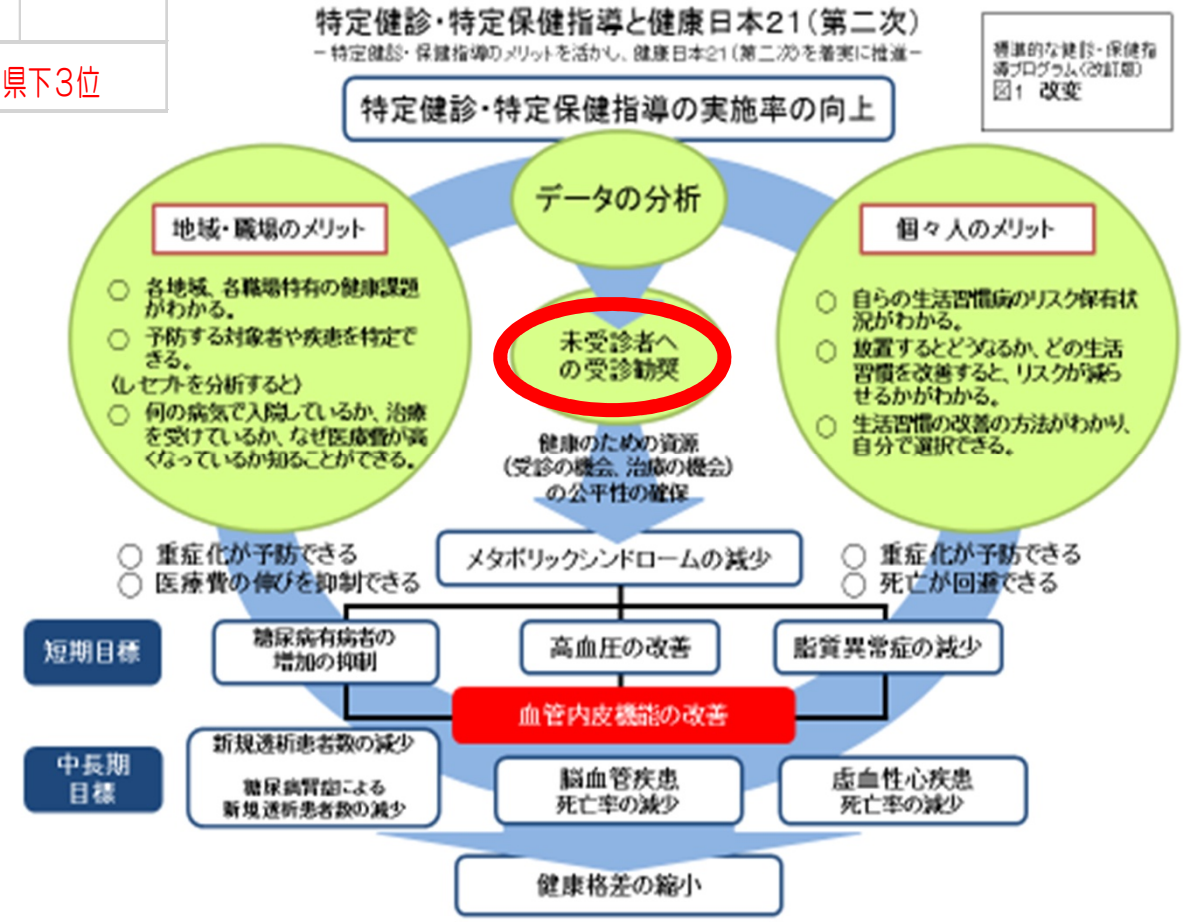
那賀町の特定健診受診率

H24年→	H25年→	平成26年	
1082人	867人	819人	
55.3% 県下2位	47% 県下3位	46.1% 県下3位	

伸び悩んでる！

★未受診者対策が必要！

平成27年度の
受診者数
878人



那賀町保健事業実施計画（データヘルス計画）の目指すべき方向性　H25～H26年度の結果より

平成27年11月25日作成

社会保障制度改革推進法 ― 消費税増税 → 医療制度改革 ← 医療と介護の適正化 ― 目標

（平成26年度）保健事業指針を10年ぶりに改正
計画策定手引きの提示

保健事業実施計画
（データヘルス計画）
（総論）
平成27年3月

データヘルスを
医療保険各法で明確化（告示→法制化へ）

厚労省
保険局　健康局

KDB
（国保データベース）

評価

特定健診・特定保健指導と健康日本21（第二次）
－特定健診・保健指導のメリットを活かし、健康日本21（第二次）を着実に推進－

特定健診・特定保健指導の実施率の向上

標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）
図1　改変

表1　5①②③　特定健診の状況

	H25年（同規模中の順位）	H26年（同規模中の順位）	同規模市町村（平均）
特定健診受診率	47.0%（55位／244）	46.1%↓（81位／244）	39.3%
特定保健指導実施率	64.6%	77.8%↑	37.7%
メタボ該当者	15.1%	17.2%↑	17.2%
メタボ予備群	10.8%	10.0%↓	11.6%
非肥満高血糖	8.3%	10.3%↑	9.2%

県下3位

県下8位

重症化（入院医療費の状況）

	H25年（同規模中の順位）	H26年（同規模中の順位）	同規模市町村（平均）
1人あたり医療費	29,322円（30位／244）	29,044円↓（47位／244）	25,108円
件数	3.4%	3.4%	3.3%
費用額	45.1%	43.5%↓	43.5%
在院日数	18.4日	18.4日	16.5日

医療費総額に占める割合

	H25年	H26年	同規模市町村（平均）
精神疾患	22.1%	24.0%↑	17.0%
慢性腎不全(透析あり)	3.6%	0.6%↓	8.9%
高血圧症	9.2%	13.0%↑	10.9%
糖尿病	12.3%	10.9%↓	10.1%

（参考）糖尿病性腎症患者数（患者千人当たり）　6.8人
同規模市町村 17.2人

那賀町の透析導入者は、25人　そのうち国保は、4人　糖尿病性腎症は1人（65歳からの後期0人）

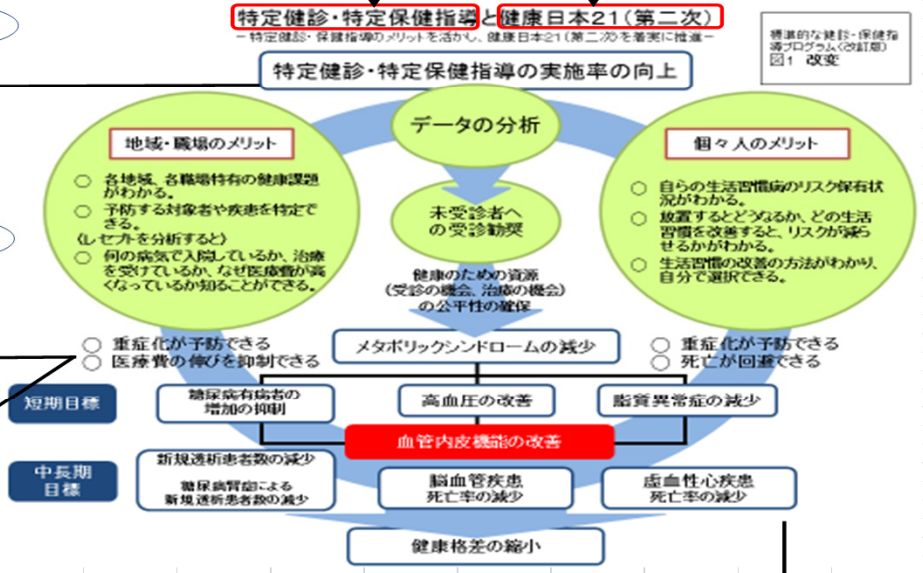
介護保険の状況

		H25年	H26年	同規模市町村（平均）
1件あたり給付費		91,225円	90,373円↓	71,395円
1号認定率		20.2%	21.2%↑	19.9%
新規認定者		0.3%	0.3%	0.3%
2号認定者		0.2%	0.2%	0.4%
要介護認定別医療費（40歳以上）	認定あり	7,144円	9,003円↑	8,405円
	認定なし	3,648円	3,663円↑	4,102円

高齢化率 43.7%（参考）

2号認定者の有病状況

脳卒中	51.4%
高血圧	51.4%



保健事業実施計画（データヘルス計画）の評価方法の設定

		年度	25（参考）	26	29（目標）
短期目標の達成状況	特定健診受診率		47.0%	46.1%↓	60%
	特定保健指導実施率		64.6%	77.8%↑	88%
	健診未受診者把握率			75.7%	85%
	重症化予防対象者数		245人	247人	未治療者の割合を減少させる
	重症化のうち未治療者		81人(18.3%)	83人(20.4%)↑	

1人あたり医療費

項目		1人あたり医療費【円】 全体	入院	入院外	伸び率（%） 全体	入院	入院外
H25年度	那賀町	29,322	13,210	16,110	2.1	3.8	0.6
	同規模	24,550	10,660	13,810	1.7	0.9	3.4
	徳島県	26,438	12,040	14,390	1.7	0.4	2.8
	国	23,013	9,420	13,520	2.6	1.8	4.2
H26年度	那賀町	29,044	12,621	16,423	-0.9	-0.4	1.9
	同規模	25,108	10,950	14,158	2.3	2.7	2.5
	徳島県	26,755	12,147	14,608	1.2	0.9	1.5
	国	23,292	9,387	13,905	1.2	-0.4	2.8

那賀町の課題

①40～64歳の健診未受診者が約3割。適切な医療受診ができずに重症化のおそれがある
②高齢化や炭水化物を摂取する環境があり、高血圧・糖尿病の重症化が進みやすい。

人工透析・脳卒中
脳・心・腎の血管機能不全
高血糖・高血圧

健診未受診者の把握
健診も医療も受けていない人

H25年度	361人	うち40～64歳	240人（66.5%）
H26年度	325人	うち40～64歳	210人（64.5%）

★H26年度未受診者受診勧奨325人中246人（75.7%）

那賀町の短期中長期目標

課題から導き出された主な目標	短期	①特定健康診査受診率　60%、特定保健指導実施率　88% ②健診受診者の検査結果の改善 ③重症化のうち未治療者の割合を減らす
	中長期	①虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病腎症を減らすことを目標に、平成26年度と比較して3疾患の入院を増加させない ②入院の医療費の伸び率を国並みに抑える

重症化予防対象者の状況

H25年受診者数 867人 H26年受診者数 819人	2度高血圧以上	LDL180以上	中性脂肪300以上	HbA1c6.5以上 治療中は7.0以上	尿蛋白2+以上	GFR50未満 70歳以上は40未満	メタボ該当
重症化対象H25　245人(28.3%)	5.4%	4.3%	2.0%	5.3%	1.8%	2.8%	15.0%
H26　247人(30.2%)↑	6.3%↑	3.5%↓	2.0%	6.2%↑	1.5%↓	2.0%↓	17.2%↑
うち治療なしH25　81人(18.3%)	4.3%	4.9%	2.0%	3.6%	0.9%	1.1%	5.2%
H26　83人(20.4%)↑	4.8%↑	4.0%↓	2.0%	4.3%↑	1.0%↑	1.0%↓	6.9%↑

★H26年度重症化予防対象者訪問指導　247人中217人（87.8%）

H27年度那賀町未受診者対策

①治療中で未受診の対策

病院にかかっているので健診を受けないという方がいるため、
町内の医療機関に健診把握の協力を依頼する。（7月）

②未治療で未受診の対策

KDBのCSVデーターからツールを使い未治療かつ未受診者を
抽出し、５地区担当の保健師に訪問依頼する。
なるべく対象者に会う機会を作り血圧・検尿も行う。
（9月～12月）

①治療中で未受診の対策

那賀町の医療対策会議で別紙の説明書を使い、健診把握の協力依頼。保健師が本人の同意をもらって、身長・体重・腹囲測定と血圧測定・検尿をしてくるので、直近の血液データと主治医の総合判定をお願いした。

町内の実施機関の医師からの意見・質問

- ・健診の対象者を未治療者にすればいいのでは。
- ・かかりつけの患者でないと総合判定はできない。
- ・血液検査は、プリントアウトして本人に渡してあるので分かるところは書いてきてほしい。
- ・検査項目で足りない血液項目（特にHbA1c）あったらどうするか？

→　血糖値があれば階層化できます

- ・総合判定は、ケア会議等でまとめて持ってきてもらいたい。何月頃になるか？

→　未受診者の訪問をしてからになるので、12 月～1 月頃になります

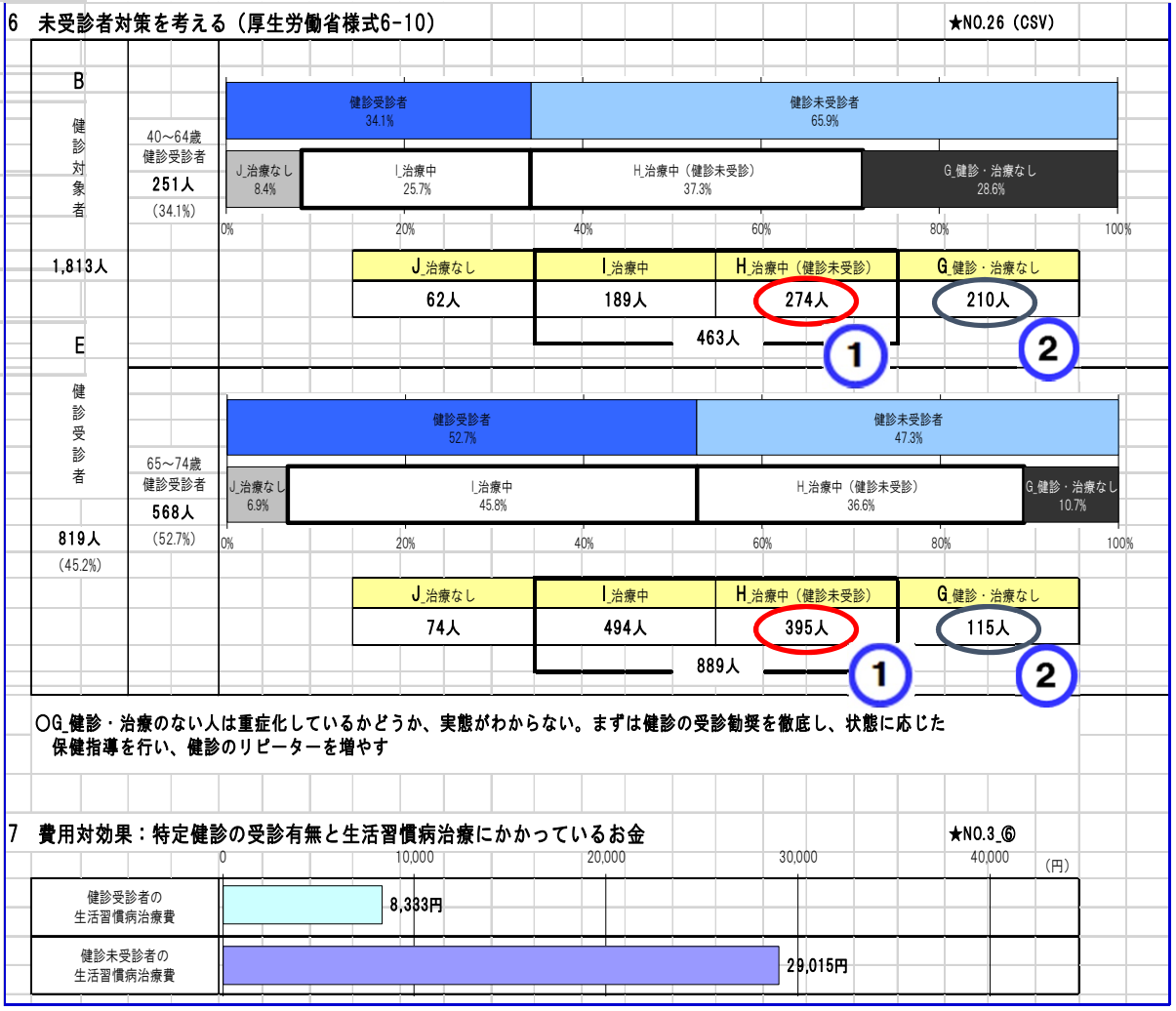
医療機関の先生にお願いします

国保の特定健診の受診率が伸び悩んでいます

H24年→	H25年→	平成26年
1082人	867人	819人
55.3% 県下2位	47% 県下3位	46.1%

① 治療中で健診を受けない方は、本人の了解を得てから、保健師が身長・体重・腹囲・血圧・検尿を実施し、主治医の医療機関で６ヶ月以内の血液検査のデーターをいただき、総合判定をお願いしたい。

② 未治療・未受診者は、保健師が積極的に受診勧奨し、病院につなげる。



病院名　　先生　様

特定健診として健康状態を把握しています

住所
氏名　　性別
生年月日　昭和　年　月　日

＊薬の服用状況
血圧（　有・無　）
糖（　有・無　）
高脂血（　有・無　）
＊たばこの(有・無)

検査項目			基準値	測定日(　　)
保健師測定	身体の大きさ	身長		
		体重		
		BMI	18.5～24.9	
		腹囲	男　～85cm未満 女　～90cm未満	
	血圧	収縮期	130mmHg未満	
		拡張期	85mmHg未満	
	検尿	蛋白	－	
		糖	－	

検査日(　　)				空腹　・　随時
病院でのデーター	血管への影響（動脈硬化の危険因子）	内臓脂肪の蓄積	中性脂肪	～149mg/dℓ
			AST（GOT）	～30IU/ℓ
			ALT（GPT）	～30IU/ℓ
			γ-GT（γ-GTP）	～50IU/ℓ
		コレステロール	HDLコレステロール	40～80mg/dℓ
			LDLコレステロール	80～119mg/dℓ
		インスリン抵抗性	血糖	空腹　～99mg/dℓ 随時　～139mg/dℓ
			HbA1c	Ｈ２５年から ～5.5％
		腎臓	血清クレアチニン	男　～1.2mg/dℓ未満 女　～1.0mg/dℓ未満
			eGFR	60～ml/min/1.73㎡
			尿酸	～7.0mg/dℓ
総合判定	主治医の先生にお願いします。該当するところに〇をご記入下さい。			1　治療継続 2　要医療 3　経過観察 4　異常なし
	主治医名：（サインまたは印鑑）			

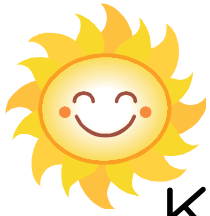
自分のデーターを特定健診として、那賀町に提出することに同意します。

（本人サイン）＿＿＿＿＿＿＿＿

平成27年度は9人把握

町内の医療機関に生活習慣病でかかっている方で、把握に協力してくれる方

★平成27年度は、未治療者の訪問が優先となり、把握数が少なかった。治療中で採血したから健診は受けないという方がいるので、平成28年度も把握活動を継続していく。



②未治療で未受診の対策

KDBのCSVデーターからツールを使い未治療かつ未受診者を抽出し、地区担当の保健師に訪問依頼する。

ツールで未治療･未受診者を抽出

訪問状況を入力

年度末年齢	性別	健診受診の有無 空欄：健診受診なし 1：健診受診あり 2：特定保健指導終了				医療機関の有無 空欄：受診なし 1：受診あり（生活習慣病以外） 2：受診あり（生活習慣病）				家族構成 1：一人暮らし 2：夫婦 3：親と同居 4：子と同居 5：3世代	住民の言葉	その他・生活環境等	受診の有無 ○：受けた △：受けると言う（健診はまだ） ×：受けない
		24年度	25年度	26年度	27年度	24年度	25年度	26年度	27年度				
70	男									1	また行くわ	理解がよくない	△
66	男					1	1	1	1	3	予約入れる	母を介護している	○
70	男									1		不在でチラシ置いてくる	×
69	男					1				2	わかったわ		△
50	男					1	1	1		3	行ってきました		○
56	男									4	忙しいけど時間ができたら行く	転職したばかり	△
66	女						1	1		転出			
57	男									3	検診が嫌ではないけど	認知症の母と生活農業をしている	△
56	男									2	(妻)最近喉が渇くとよく言っている	日曜以外は仕事	△
57	男							1		4	(母)分かりました	療育手帳取得しており毎日仕事に行っている	△
70	男					1		1	1	2	(妻)絶対に行かないと思う	自営業(車修理)	×
62	女									4	いかなああかんなあ	受診券再発行して渡す	△

～地区担当保健師が訪問しました～

那賀町は、5か町村合併。旧町村単位
を担当地区としている。

平成27年度に**健診も医療も受けてない対象者**を把握し訪問

	特定健診対象者数	訪問数（人）			受診に繋がった方（人）	
			一人暮らし（再掲）			
那賀町全体	1831	258	46	17.8%	42	16.3%
①鷲敷地区	552	88	19	21.6%	14	15.9%
②相生地区	522	86	9	10.5%	12	14.0%
③上那賀地区	336	45	10	22.2%	5	11.1%
④木沢地区	134	14	3	21.4%	3	21.4%
⑤木頭地区	287	25	5	20.0%	8	32.0%

（1）男性の1人暮らし

H27年度末年齢	性別	仕事ほか	本人の言葉	受診結果	地域
43	男		受けん。	×	①
63	男	ゆず取りで忙しい	長生きせんでええ。心配いらんけん。	×	⑤
66	男		健診で何が分かる？	×	②
68	男	母の死後、独居。時折森林組合などひらい仕事。自転車で移動。	病院にかかったのは、前にハチに刺された時くらい。	×	③
68	男	T市内に在中。	いけるけん。	×	③
71	男	悠々自適に生活している様子。	結果が悪かったら怖いので受けません。仕事をしていた時は職場健診を受けていた。	×	③
74	男		病院に行く方が病気になる。	×	②
46	男	地域おこし協力隊	以前はT市。医者に死ぬよと言われるくらい血圧高く、総合病院で2回眼の手術をした。血圧の薬は今飲んでいない。健診はドローンが落ち着いたら受けます。	受診予定	③
51	男	おもと栽培	あーはい。	受診予定	③
57	男	車の免許なし	はいはい。	受診予定	②
64	男		どこでも受けれるんで？	受診予定	①
65	男	母は施設入所	昔血圧が高いと内服していた。	受診予定	③
66	男	数年前に帰ってきた。	受診券ほんなんきとったか？	受診予定	⑤
70	男	理解が難しい。	また行くわ	受診予定	①
66	男		この間受診してきたよ。	受診	①
66	男	アルコール依存症で2年前に帰ってきた。	心配してくれるけん行くよ。	受診	②

(2)家族の介護等

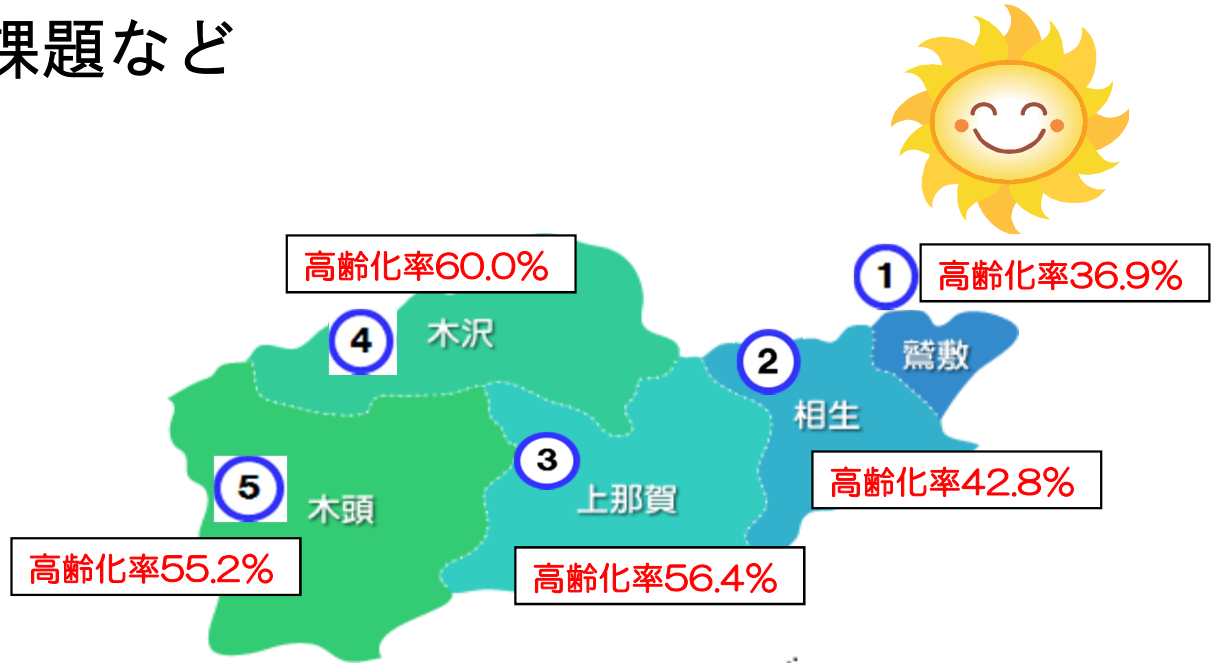
H27年度末年齢	性別	家族の介護　等	住民の言葉	受診結果	地区
66	男	母を介護	予約入れる	受診	①
68	女	姉の介護をしているが、介護できず度々問題に。	健診は行かない。（はっきり言い切る）	×	②
61	女	父の介護で疲れている。	「病院はたいそうな！」	受診予定	②
52	女	母親の介護、うつ気味になるらしい。	健診は意味が無いとTVで見たので受けません。	×	③
56	女	母の介護をしている。あまり外に出ていない。	健診を受けなくても大丈夫。	×	③
57	男	認知症の母と生活農業	検診が嫌ではないけど	受診予定	①
54	男	お寺の住職、母は認知傾向	今は健診に行く気分でない。	×	②
58	女	夫の看病でK市在中。知的あるかも？		×	⑤

（3）その他

H27年度末年齢	性別	受診につながらない理由	住民の言葉	受診結果	地区
57	男	療育手帳取得、毎日仕事	(母)分かりました	受診予定	①
64	男	自分流の健康法があり大丈夫と思っている。(妻より)	居留守を使う	×	②
63	男	母が心配し去年転入	行きます。お酒を飲んでいた。）	受診予定	③
55	男	気管切開、仕事はしていない	はい、はい。	×	③
46	男	アメリカで飲食店経営。帰国は年１～２回	会えなかった。	×	③
52	男	本人とは面会できず、ひきこもり状態かも。	若い者は受けんなあ（母）	×	④
42	男	訪問するも顔見れず。ごみ屋敷状態。		×	⑤
58	女	自営業(飲食店)、病気療養中		×	①
61	女	町外不在（水害後T市に住む。会えない）		×	③
66	女	人の集まる所は参加したがらない。	検討してみます。知ったところは嫌。	受診予定	④
65	女	数ヶ月前まで豆腐製造業していたが、廃業。	あんまり外に出んけんなあ。	受診予定	⑤

保健師が訪問してみての所感・課題など

	地域特性	担当保健師の感想
①	人口や若い世代が一番多く、会社勤めの人も多い。コンビニや商店もあり、隣市内へも30分程度で行ける。	病気や障害、確固たる信念がある人がいて、なかなか受診につながらなかった。また日雇い等の仕事で不在の人も多かった。
②	同居率は高いが、子と高齢化している親の同居が多い。医療機関は2カ所あり受診しやすい環境である。	生活環境が見えて良かった。対象者は、独身男性が多く、嫁不足を感じた。これからも訪問することで、世帯も見守っていきたいと思った。
③	広域に世帯が点在。町外にいる人が多い。高齢な父母と独身息子・娘の世帯が多かった。	今は問題なくてもこれから支援が必要になるかもしれにケースが多かった。未受診者は関わることなかったので良い機会だった。
④	県内屈指の最高齢化地区。限界集落。自然豊かな観光資源がある。町外にいる人が多い。	関係構築困難ケースが多い。情報収集ができる見守り体制が必要な地域だと思った。
⑤	那賀町の一番奥。母屋隠居制度（親と子の世帯分かれて生活）がある。特産物（柚）を核に地方再生に向けた発進力がある。	未治療未受診者の実態や背景がよく分かった。今後介護の問題が出てくる人が多かった。介護・福祉との連携をとっていかなくてはいけないと思った。



未受診者訪問をしてみて

特定健診の受診勧奨を目的に地区担当で家庭をまわったが、訪問したことで、一人暮らしの男性の問題や、これから何年か先に、介護や福祉の対象となる方が隠れているということが分かった。これから那賀町として地域包括ケアを考えていくうえで、保健師は健診を軸にしながら、あきらめず訪問を続け、住民との関係を作って行き、保健センターは開かれた扉であり続けることが大切だと思った。また、状況によっては、福祉や介護部門と連携していかなくてはいけないので、町民を見守る保健･医療・介護（福祉）の体制や連携の充実を図っていきたい。

未受診者の指導教材

からだノート
ウェルクル　どこでもケアより

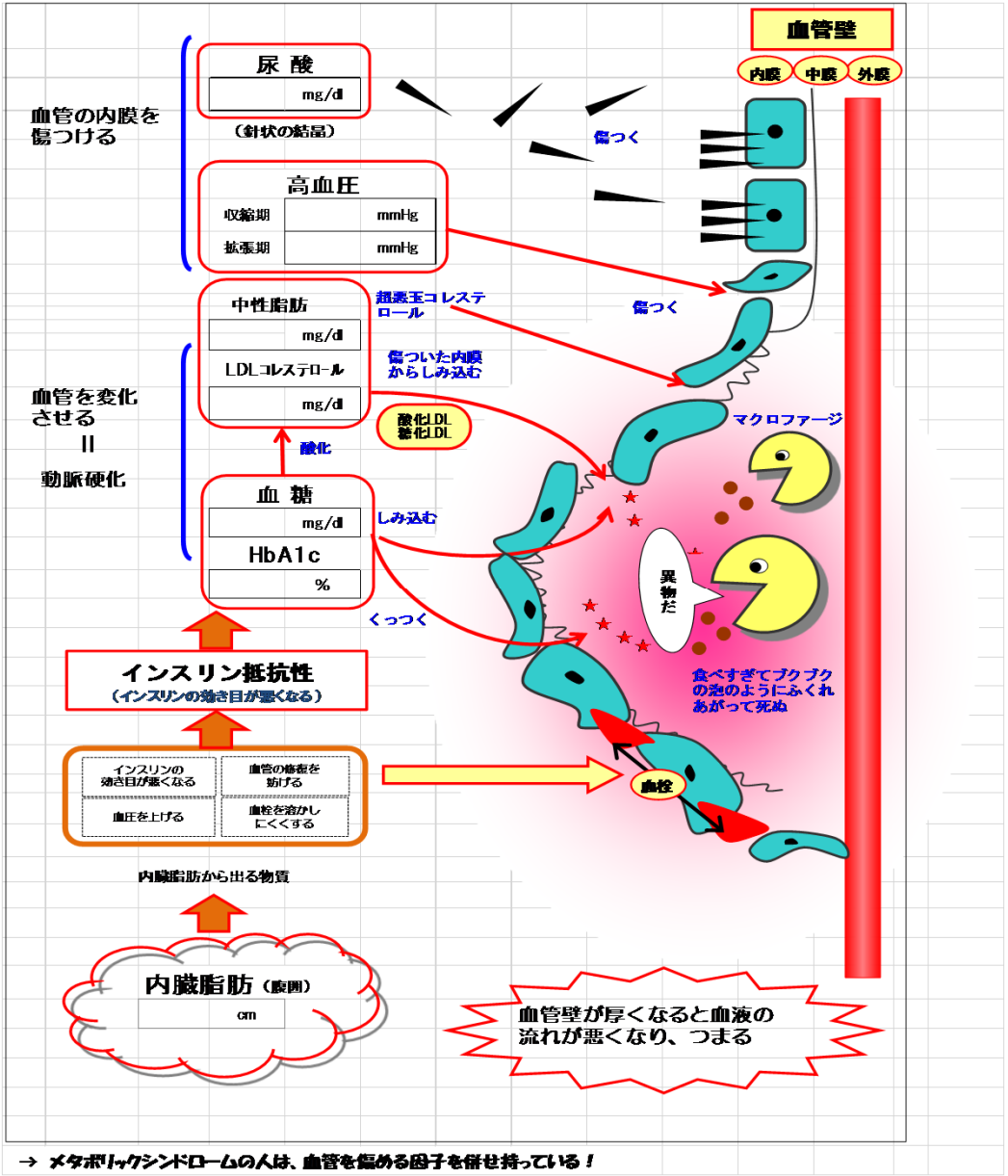
経年表

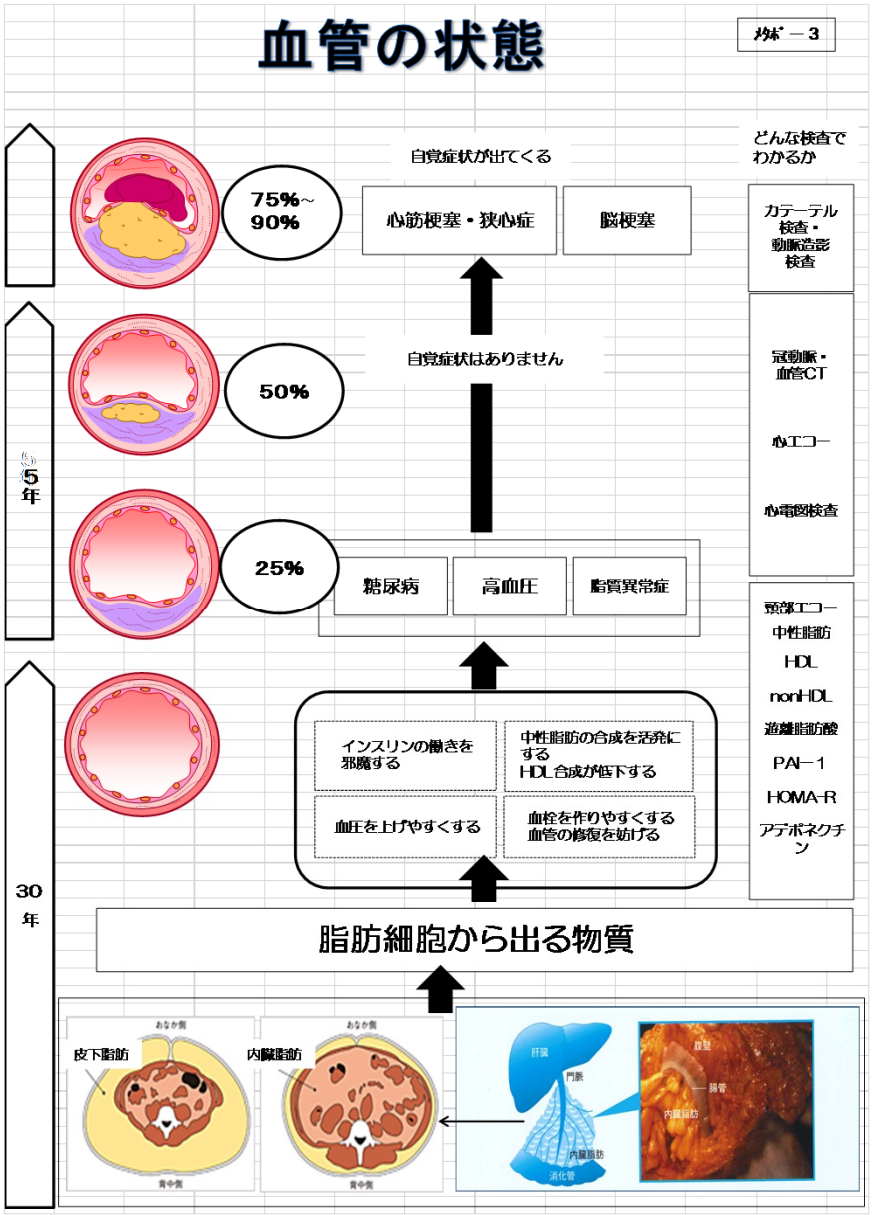
特定健診を受けてくれた方に毎年の健診結果を**経年表**にしてお知らせします。自分の体の成績表になります。

氏名　　様　　女性

健診経年結果一覧										
	年齢			66	67	68	69	70	71
	実施年	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27
	健診機関								
	医療機関								

検査項目				基準値	空腹	空腹	空腹	空腹	空腹	随時	空腹	随時
基本的な健診項目	身体の大きさ		身長				143.4	143.2	143.5	143.4	143.1	143.1
			体重				48.8	49	51.2	50.1	49.4	49.3
			BMI	18.5～24.9			23.7	23.9	24.9	24.4	24.1	24.1
			腹囲	男　～85cm未満 女　～90cm未満			88.5	83	93	85.5	86.5	90
	血管への影響（動脈硬化の危険因子）	内臓脂肪の蓄積	中性脂肪	空腹 ～149mg/dℓ 食後 ～199mg/dℓ			136	97	69	124	100	132
			HDLコレステロール	40～80mg/dℓ			67	64	60	45	59	63
			AST（GOT）	～30IU/ℓ			25	26	24	21	21	26
			ALT（GPT）	～30IU/ℓ			22	26	21	18	16	22
			γ-GT（γ-GTP）	～50IU/ℓ			12	12	12	13	11	12
		内皮障害	血圧　収縮期	130mmHg未満			134	96	120	124	118	110
			血圧　拡張期	85mmHg未満			54	69	44	83	61	60
			尿酸	～7.0g/dℓ			4.3	4.6	4.5	5.1	4.4	4.7
		インスリン抵抗性	血糖	空腹　～99mg/dℓ 随時　～139mg/dℓ			226	195	101	194	142	187
			HbA1c（JDS値）	～5.5% （～5.1%）			6.5 (6.1)	6.9 (6.5)	7.1 (6.7)	7.7 (7.3)	7 (6.6)	7.4 (7.0)
			尿糖	－			±	－	－	－	＋＋＋	＋＋＋
		腎臓	血清クレアチニン	男　～1.0mg/dℓ 女　～0.7mg/dℓ			0.9	0.9	0.8	0.9	0.89	0.9
			eGFR（糸球体ろ過量）	60～ml/min/1.73㎡			48.3	48.1	54.5	47.7	48.1	47.3
			尿蛋白	－			－	－	－	－	－	－
			尿潜血	－								
	その他の動脈硬化の危険因子		LDLコレステロール	～119mg/dℓ			106	88	101	91	94	115
詳細な項目	血管変化	心臓	心電図	所見なし								
		脳	眼底検査	H　O　S　O								
	血管の易血栓化		ヘマトクリット	男 38.5～48.9% 女 35.5～43.9%								
			血色素（ヘモグロビン）	男 13.1～16.6g/dℓ 女 12.1～14.6g/dℓ								
メタボリックシンドローム判定							非該当	非該当	予備群	非該当	非該当	該当者
保健指導レベル							情報提供	情報提供	情報提供	情報提供	情報提供	情報提供


血管壁
内膜
中膜
外膜
血管の内膜を傷つける
尿 酸
mg/dl
（針状の結晶）
傷つく
高血圧
収縮期
mmHg
拡張期
mmHg
傷つく
中性脂肪
mg/dl
超悪玉コレステロール
LDLコレステロール
mg/dl
傷ついた内膜からしみ込む
血管を変化させる
＝
動脈硬化
酸化LDL
糖化LDL
マクロファージ
酸化
血 糖
mg/dl
HbA1c
%
しみ込む
異物だ
くっつく
インスリン抵抗性
（インスリンの効き目が悪くなる）
食べすぎてブクブクの泡のようにふくれあがって死ぬ
インスリンの効き目が悪くなる
血管の修復を妨げる
血圧を上げる
血栓を溶かしにくくする
血栓
内臓脂肪から出る物質
内臓脂肪（腹囲）
cm
血管壁が厚くなると血液の流れが悪くなり、つまる
→ メタボリックシンドロームの人は、血管を傷める因子を併せ持っている！


血管の状態
ﾒﾀﾎﾞ－3
自覚症状が出てくる
どんな検査でわかるか
75%～90%
心筋梗塞・狭心症
脳梗塞
カテーテル検査・動脈造影検査
自覚症状はありません
50%
冠動脈・血管CT
心エコー
心電図検査
5年
25%
糖尿病
高血圧
脂質異常症
頸部エコー
中性脂肪
HDL
nonHDL
遊離脂肪酸
PAI－1
HOMA-R
アデポネクチン
インスリンの働きを邪魔する
中性脂肪の合成を活発にする
HDL合成が低下する
血圧を上げやすくする
血栓を作りやすくする
血管の修復を妨げる
30年
脂肪細胞から出る物質
皮下脂肪
内臓脂肪
肝臓
門脈
腸管
消化管
腹壁

高血圧の構造図

血圧－1

精密(二次)検診項目　治

健康障害 ↑ 血管変化 ↑ 健診結果 ↑ 私の血圧が上がる原因は？

重症化予防　発症予防

慢性腎臓病　既往　無・有

脳血管疾患（くも膜下出血・脳出血・脳梗塞）　既往　無・有

心疾患（狭心症・心筋梗塞・不整脈）　既往　無・有

クレアチニン（男性 ～1.0）（女性 ～0.7）
eGFR（60～）
尿蛋白（陰性（－））
微量アルブミン尿

細動脈の変化　眼底検査　H　S　所見

下肢動脈の変化　脈波伝播速度　足関節/上腕血圧比　間歇性跛行

冠動脈の変化　心電図所見

頸動脈の変化　頸動脈エコー　狭窄　プラーク　肥厚

尿酸（痛風）（～7.0）

血圧　収縮期/拡張期

180/110以上	重症高血圧
160-179/100-109	中等症高血圧
140-159/90-99	軽症高血圧
130-139/85-89	正常高値血圧
130/85未満	正常血圧

血糖
空腹時　（～ 99）
随時　（～139）
HbA1c（JDS値）（～5.5）（～5.1）

75グラム糖負荷試験

LDLコレステロール（～119）

中性脂肪（空腹～149）（食後～199）

HDLコレステロール（40～）

脱水

2 **塩分**
塩分は水をよぶ
体液は0.8%
塩1グラム－水125cc

7 **アルコール**
アルコールも水をよぶ

インスリンの働きを悪くする

中性脂肪がたくさん作る

血液の質（流れ・硬さ）

脂肪細胞から出る物質

血栓をつくる

血液の量

3 **肥満(内臓脂肪型肥満)**
体重　kg　20歳の体重　kg
ＢＭＩ　腹囲径　cm
（24.9以下）（男性 84.9cm以下 女性 89.9cm以下）

血管の太さ（収縮）

5 **たばこ**

4 **運動不足**

6 **交感神経**（過労、緊張、睡眠不足）

腎臓の仕事　不用なものを排泄
1日に約150㍑の血液が流れ
圧でフィルター(薄い血管壁)でろ過
1%にあたる1.5㍑の尿がつくられる
尿中には　塩分9グラム
遺伝(+)は6グラム

1 **遺伝因子（家族歴）**
脳卒中　心疾患
高血圧　腎疾患

妊娠歴
妊娠高血圧
蛋白尿の指摘

現病歴
甲状腺(低下・亢進症)
睡眠時無呼吸症候群

健診結果と生活との関連の読み取り

基本－4

早期発見・早期治療では悲しい！　私の値はどこへむかっているのか。予測してみよう。

○健診では何を見ているのでしょう。
○検査項目が多いのは血液です。（100ccの中の物質の量をはかっています。）
○一人ひとりの値もちがいます。そして、私の値も変化しています？

①インスリンなどのホルモン、いろいろな酵素の働き
②肝臓での仕事（アルコールの代謝）γ-GT酵素の働き
③年齢によって①②がちがってきます。
④脂肪細胞の多い人、少ない人（脂肪率）
⑤尿酸の排泄力（痛風）
⑥腎臓の弱い人

代謝（食べ物に含まれる栄養素の利用）には個人差がある。
±10%の幅がある遺伝的に20%の差がある。
（例）同じものを同じ量食べても、太る人太らない人）

1 体質や年齢

2 検査項目

3 食べ方
食品の種類・量
食べ合わせ・食べる時間

4 動き方

利用効率の個人差

酸素
赤血球　人体は酸素をためておけないので、常に呼吸によって取り込む
25～30兆（たくさん）の赤血球（酸素の運び役）の存在が必要

ごはん　果物　菓子類（砂糖）　酒・ビール　→ 糖
油　→ 吸収を遅らせる
野菜　きのこ　海藻　→ 食物センイ　ビタミン　ミネラル　代謝の補助
肉　魚　（卵）　→ 脂肪　コレステロール　蛋白質（プリン体）

血色素（ヘモグロビン）　蛋白質99.7%　鉄分　0.3%
くっついて（糖化蛋白）　ヘモグロビンエーワンシー HbA1c
血糖☆　血液中に５～７ｇ必要　細胞が生きるためのエネルギー源
余ると　働きかけて　インスリンホルモン
中性脂肪★　肝臓へ
小粒子LDL　材料の1/3　材料の2/3は脂肪と糖
LDLコレステロール　悪玉　細胞膜の材料
余ったLDLや中性脂肪を肝臓へ運ぶ運び役
HDLコレステロール　善玉
全ての食べ物　血液（尿）をアルカリ化する＝尿酸がよく解け出す

筋肉細胞（消費場所）
脂肪細胞（蓄積場所）
☆血中に余分に残ると
腹囲径
ＢＭＩ
脂肪細胞から血管を傷める物質を分泌
核はプリン体

肝臓
動物の肉→人間の肉（合成）AST・ALT酵素
毒物の処理・分解 γ-GT酵素
脂肪肝
AST（GOT）
ALT（GPT）
γ-GT（γ-GTP）
肝臓の細胞が壊れると血液中に流れ出す。

腎臓
尿酸　尿酸は汗からは出ません　高尿酸(尿)
老廃物　クレアチニン　eGFR（糸球体ろ過量）
水分(塩)　血圧　尿蛋白　尿潜血
1日に150㍑の血液が流れます。そのうち１%1.5㍑尿

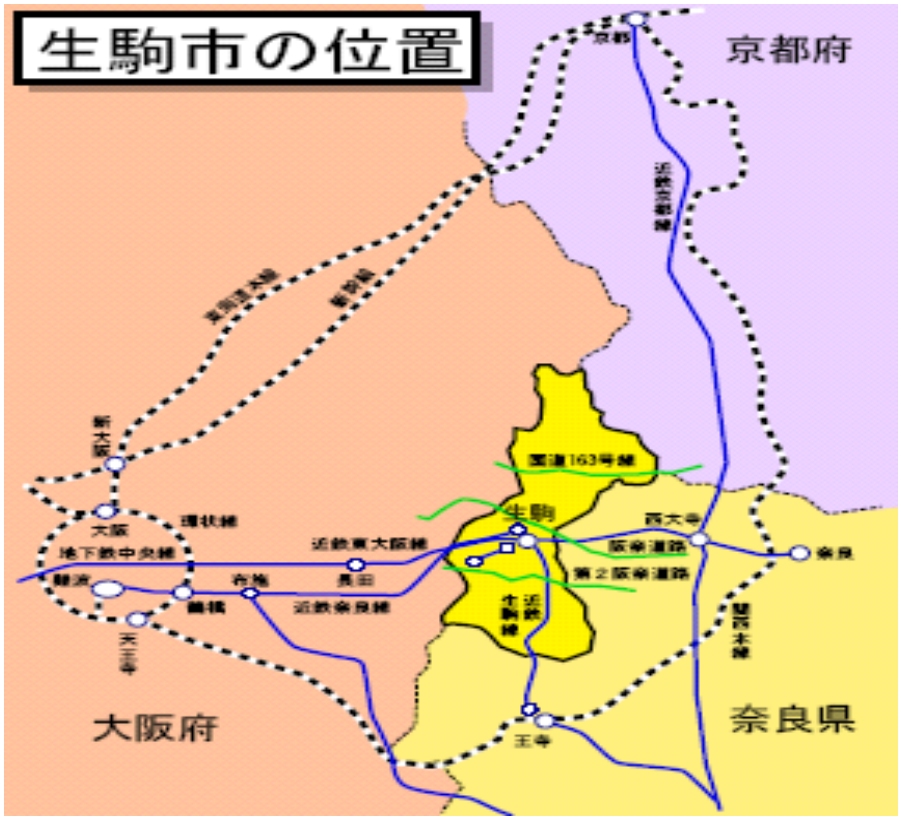
血管
脳　眼底検査
心臓　心電図検査

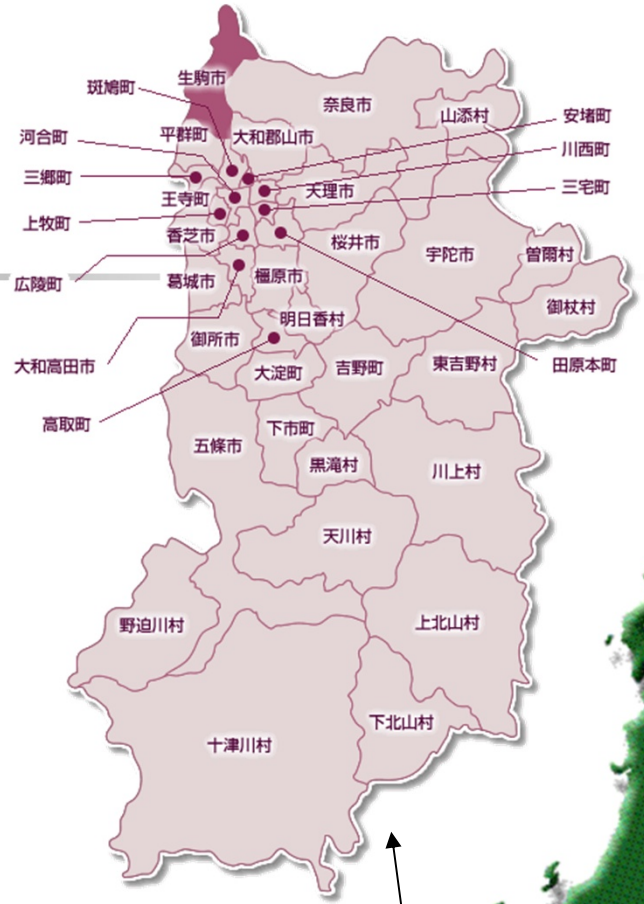
生駒市国保の
ジェネリック医薬品
利用推進の取組

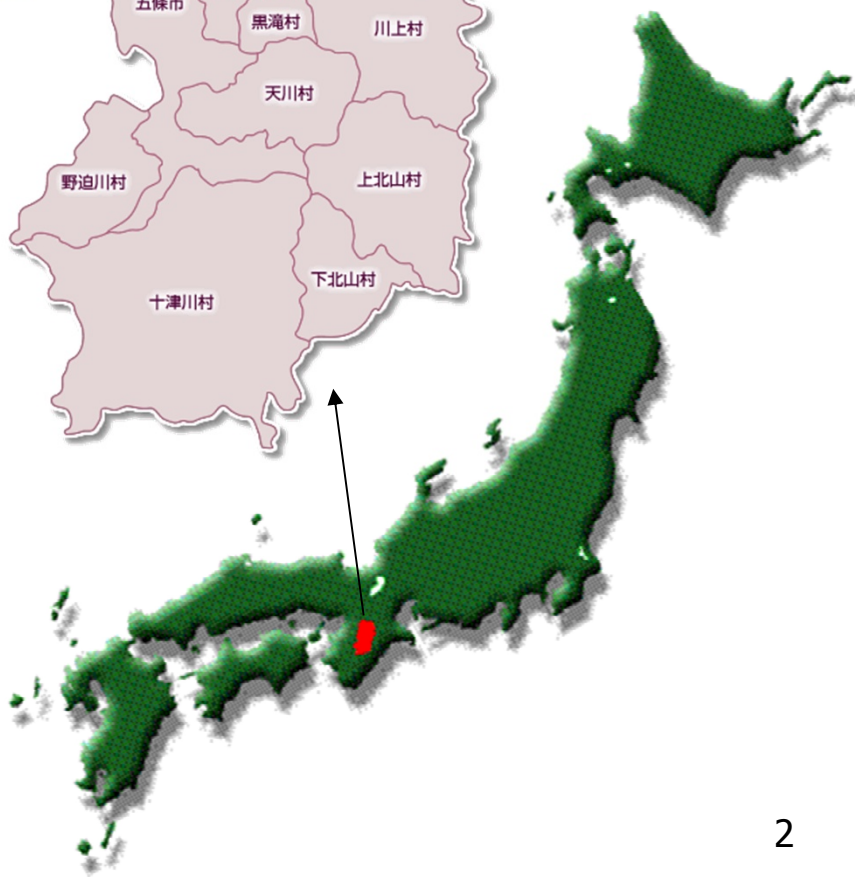
平成28年8月

奈良県生駒市役所　国保医療課

奈良県生駒市


生駒市の位置
京都府
大阪府
奈良県
生駒
国道163号線
近鉄東大阪線
近鉄奈良線
阪奈道路
第2阪奈道路
西大寺
奈良
王寺
大阪
環状線
地下鉄中央線
鶴橋
布施
長田
新大阪
天王寺


生駒市
斑鳩町
奈良市
山添村
安堵町
河合町
平群町
大和郡山市
川西町
三郷町
天理市
三宅町
王寺町
上牧町
香芝市
桜井市
宇陀市
曽爾村
広陵町
葛城市
橿原市
御杖村
明日香村
御所市
大和高田市
大淀町
吉野町
東吉野村
田原本町
高取町
下市町
五條市
黒滝村
川上村
天川村
野迫川村
上北山村
下北山村
十津川村



生駒市の国民健康保険

- 人口：120,835人（平成28年4月1日現在）
- 世帯数：49,184世帯
- 加入数：15,271世帯　32.0%
  25,528人　21.1%
- 前期高齢者比率　47.4%
- 収納率：現年　96.00%

H27年度見込　滞納　9.75%

生駒市は医療費適正化に何故、取り組んだのか？

国保財政の危機

- 国保特会の赤字が続く（H14-H21赤字）
- H19年度基金残高0円（ H13:12億円の基金）
- H20年度（13%）国保税値上、でも赤字
- H22年度（18%）再度国保税大幅値上げ

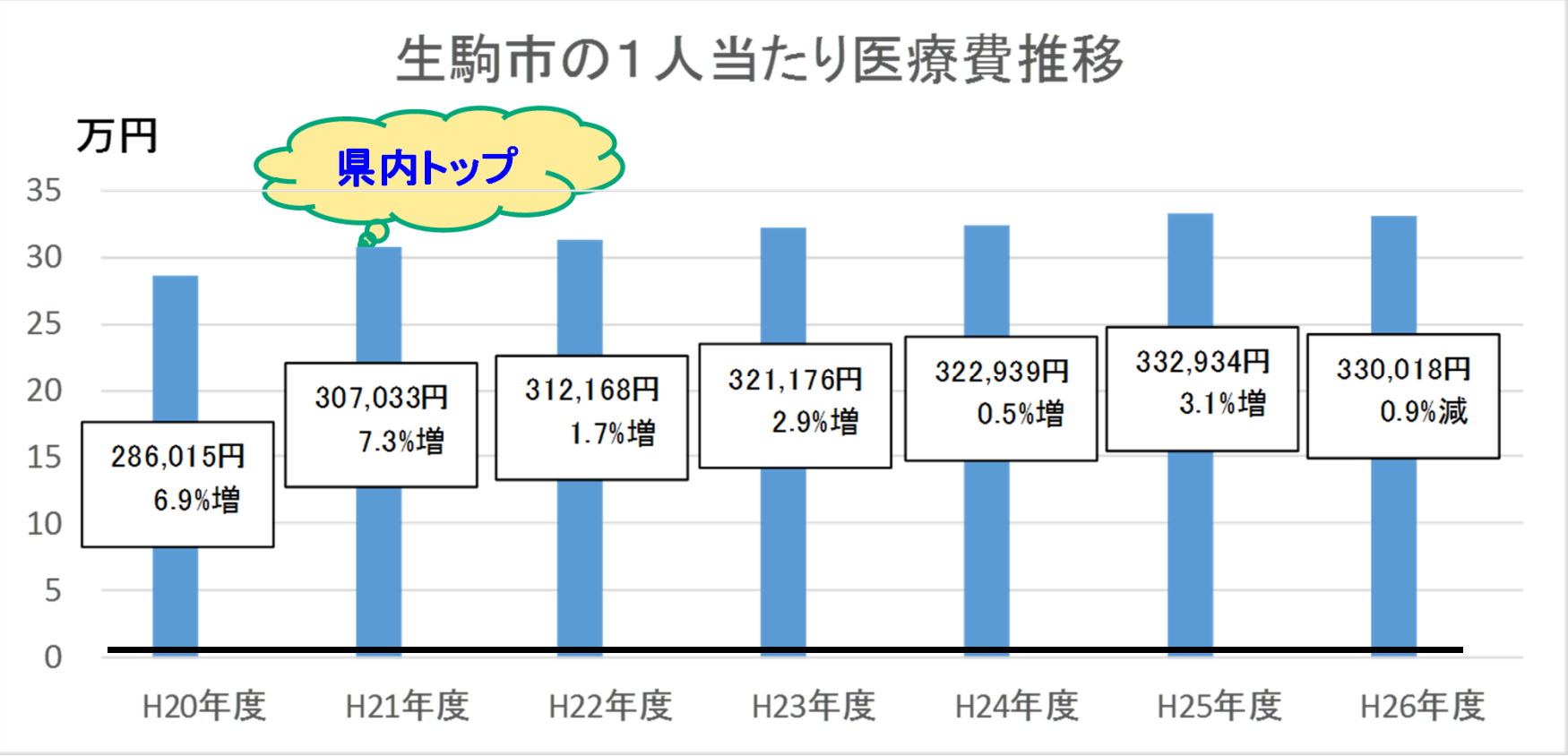
何とかせねば

生駒市の医療費等の適正化に向けた提言（H23.1）

- 特定健診・特定保健指導未受診対策
- 適正な医療受診啓発・医療費の現状の市民周知
- レセプト点検の充実
- **ジェネリック医薬品利用促進**

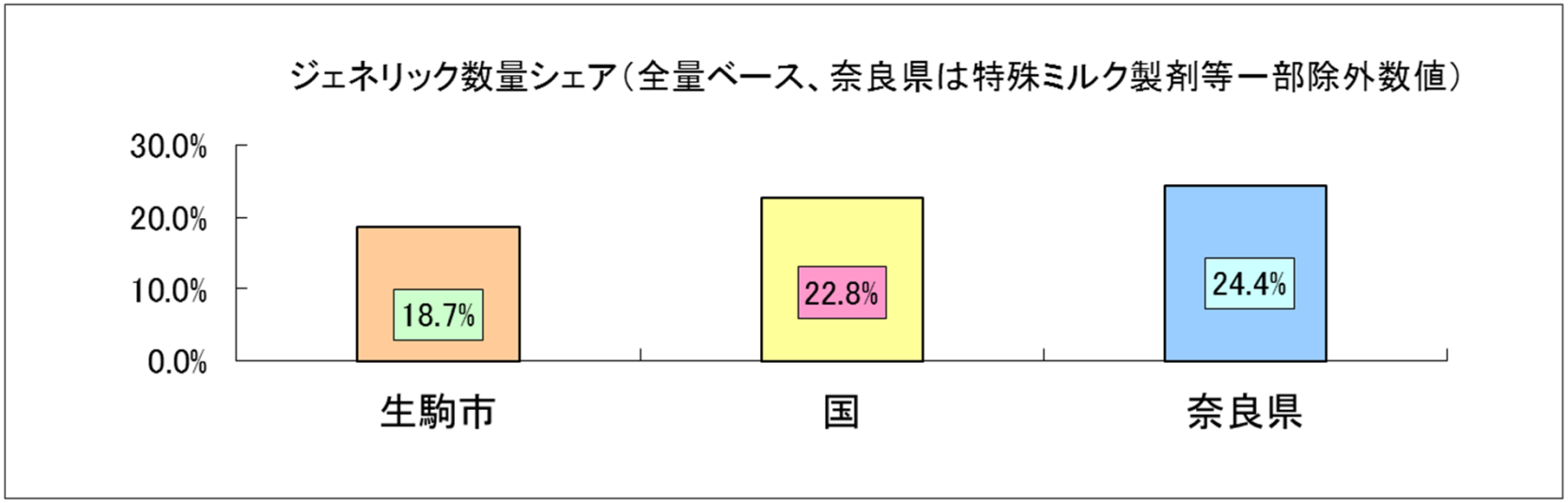
医療費等適正化検討部会
（H22.4設置）
医師、薬剤師、市民等

そして、一人当たり医療費が12市中トップ（悪い）



ジェネリック医薬品普及への取組

- 生駒市における後発医薬品の普及率が低い（H23.9）
- 普及率が増えれば、医療費削減につながる



★以下　①～⑥の取組みを始める

①ジェネリック医薬品
先発医薬品との差額通知

- 通知件数：35,147件　毎月640件

（H23年9月～28年3月発送分）　年間経費：約1千万円

630-
0000000448 *
奈良県生駒市
様

00000133#
奈9
157109

0000000448 *

この通知書の送付を希望されない方は、お手数ですが
生駒市国保医療課国保係　までご連絡ください。
電話　0743（74）1111
内線　782

生駒市国保医療課国保係
630-0288
生駒市東新町8番38号

あなたのお薬代を安くできます！
家計に優しいジェネリック医薬品

ジェネリック医薬品使用促進のお知らせ

平素は、生駒市国民健康保険の運営にご理解・ご協力いただきまして誠にありがとうございます。
当国民健康保険では年々増える医療費の有効利用と治療に係る皆様の費用負担を軽減する対策の一つとして、処方薬のジェネリック医薬品への切替えに伴う薬代の軽減の一例をご参考にお知らせしております。
なお、ジェネリック医薬品への切替えは、医師、薬剤師と十分にご相談いただき、ご本人が納得された上で行っていただきますようお願いします。
また、ジェネリック医薬品の在庫の都合により、すぐに処方（手渡し）ができない場合がありますので、念のためかかりつけ薬局にＦＡＸ等による対応、もしくは相談をしていただくようお願いします。

ジェネリック医薬品はこんなお薬です

効き目や安全性が実証されているお薬と主成分が同一であることなどが審査され、
厚生労働省により製造・販売が承認された安価なお薬です。

なぜ安いのですか?

先発医薬品の開発には多額の費用がかかりますが、ジェネリック医薬品は開発期間が短く、低コストなため、価格も安くなっています。

効き目は確かですか?

先発医薬品の特許がきれた後に製造され、これまで効き目や安全性が実証されてきたお薬（先発医薬品）と主成分が同一のお薬です。

ジェネリック医薬品を処方してもらうには？

お問い合わせ先

【ジェネリック医薬品通知サポートデスク(ヘルプデスク)】
0120-433-400　受付時間 10:00～17:00 土・日・祝日を除く

番号　157109

ジェネリック医薬品に切り替えた場合のお薬代の自己負担の軽減額に関するお知らせ

様

平成24年12月処方分　を、現在よく流通しているジェネリック医薬品に切り替えた場合のお薬のみの軽減可能額は

3,600円～　です

100円未満は切り捨てています。

この明細について

本明細※1では、これまであなたに処方された医薬品と、主成分が同一のジェネリック医薬品※2に切り替えた場合の軽減可能な金額を参考までにご紹介いたします。

平成24年12月分の処方実績 医療機関・薬局区分 薬品名※3	お薬の単価	数量	単位	お薬代※4（3割負担）	ジェネリック医薬品に※5切り替えることで軽減できる金額
薬局					
ペンタサ錠５００ｍｇ	103.0	336.0	錠	10,380	3,630 ～
小計				10,380	3,630 ～
薬局					
セルベックスカプセル５０ｍｇ	11.0	21.0	カプセル	60	20 ～
ロキソニン錠６０ｍｇ	18.6	5.0	錠	20	10 ～
小計				80	30 ～
合計				10,460	3,660 ～

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

※2　先発医薬品とジェネリック医薬品は主成分が同一ですが、使用できる病気（効能）は異なっており、切り替えできない場合があります。詳しくは薬剤師に相談してください。

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

※4　お薬にかかった金額のみです。実際の医療機関への支払金額には、技術料、指導料、検査費用などが含まれています。「お薬代」「軽減できる金額」には、国や市町村から医療助成を受けている場合や複数種のお薬の処方による割引が適用された場合などの金額は反映されておりません。そのため実際の支払金額とは異なる場合があります。

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

KH001 (12.12)

②「生駒市ジェネリック医薬品推奨薬局」の認定制度

H24.2実施

- 「金」

  後発医薬品調剤体制加算3（35%以上）　9薬局　（17薬局中）

- 「銀」

  後発医薬品調剤体制加算2（30%以上）　1薬局　（6薬局中）

- 「銅」

  後発医薬品調剤体制加算1（22%以上）　2薬局　（8薬局中）

後発医薬品調剤体制加算が22%以上の市内薬局に対し、
市が推奨薬局として認定し、後発医薬品の推進を図る。
注）H26.4から後発医薬品調剤体制加算率が変更されている。

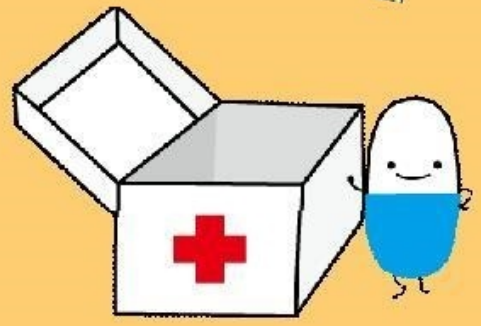
生駒市ジェネリック医薬品推奨薬局

平成26年1月1日現在

	薬局名	所在地	電話番号
金	フロンティア薬局生駒店	生駒市東松ヶ丘17-10	70－8877
	サン薬局生駒店	生駒市谷田町873-1	75－8050
	サン薬局谷田店	生駒市谷田町850-4	75－2264
	スギ薬局生駒店	生駒市谷田町1328-1	71－7505
	サン薬局生駒駅前店	生駒市元町1-13-1-405	71－6655
	サエラ薬局	生駒市本町5-9	71－7337
	サン薬局一分店	生駒市壱分町83-48	76－2288
	モリタ薬局生駒店	生駒市壱分町83-48	76－5800
	ドレミ薬局	生駒市小平尾町4-6	76－6810
銀	おひさま薬局	生駒市山崎町4-5NDAビル1F	70－8525
銅	イオン薬局登美ケ丘店	生駒市鹿畑町3027	79－5703
	メイプルリーフ薬局生駒店	生駒市俵口町1085-1	87－9010

出典：生駒市HP

ジェネリック医薬品推奨薬局



生駒市イメージキャラクター「たけまるくん」

生 駒 市

この薬局は、皆さんのお薬代を引き下げるために
ジェネリック医薬品を優先的に取り扱っています。

経費はシール印刷代の８千円のみ

推奨薬局のメリット

- 生駒市ホームページ掲載
- 生駒市広報紙に定期的に掲載
- 差額通知に推奨薬局リスト同封
- ジェネリック使用数量データ提供

（近隣病院　国保レセデータから算出）

H25.10.4　副市長から金の認定証授与

H26.2.1号広報

推奨薬局認定制度を始めたが・・・

- 「金」「銀」「銅」のランク付けへの反発

  認定基準を満たす23薬局中、
  認定を受けたのは12薬局に留まる。

- 後発医薬品体制加算の見直し

  平成26年4月の見直しで、
  後発医薬品体制加算が3段階から2段階に変更され、
  「金」「銀」「銅」3段階のランク付けができなくなった

後発医薬品体制加算の見直し（H26.4～）

旧基準　22%以上　→　廃止　(H28.4～)
30%以上　→　55%以上　→　65%以上
35%以上　→　65%以上　→　75%以上

H27．1～
推奨薬局制度変更

新認定基準（12月1日時点）

- 生駒市内で開業されている薬局（店舗ごと）
- 次のどちらかの基準を満たしていること。

・後発医薬品調剤体制加算を受けている薬局

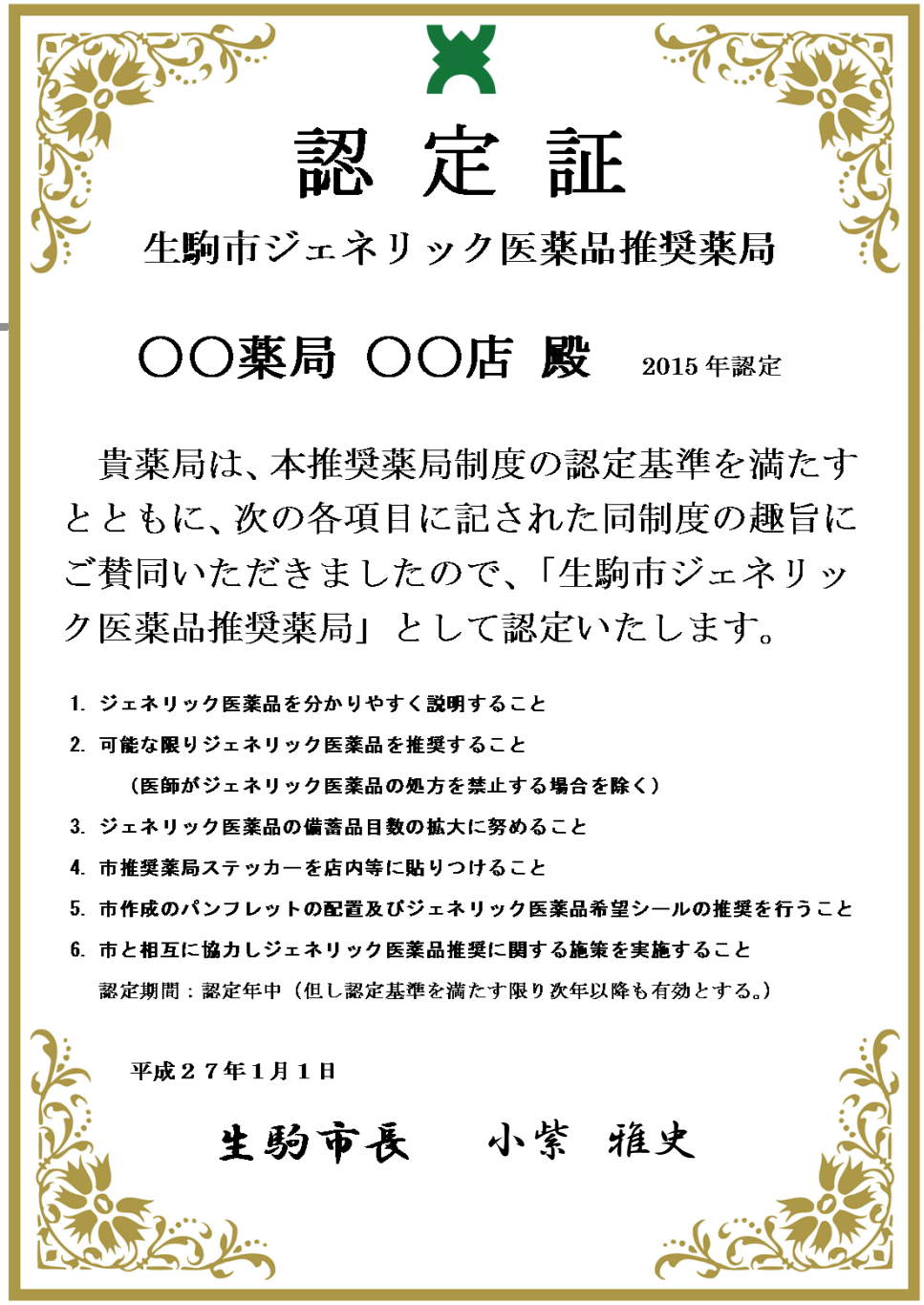
・後発医薬品備蓄品目数が200品目以上の薬局

対象薬局数　35薬局（全調剤薬局44薬局）

認定期間：1月1日から12月31日

賛同薬局数　　29薬局（H28.4.1現在）

「生駒市ジェネリック医薬品推奨薬局」認定証



認 定 証

生駒市ジェネリック医薬品推奨薬局

〇〇薬局 〇〇店 殿　2015 年認定

貴薬局は、本推奨薬局制度の認定基準を満たすとともに、次の各項目に記された同制度の趣旨にご賛同いただきましたので、「生駒市ジェネリック医薬品推奨薬局」として認定いたします。

1. ジェネリック医薬品を分かりやすく説明すること
2. 可能な限りジェネリック医薬品を推奨すること
   （医師がジェネリック医薬品の処方を禁止する場合を除く）
3. ジェネリック医薬品の備蓄品目数の拡大に努めること
4. 市推奨薬局ステッカーを店内等に貼りつけること
5. 市作成のパンフレットの配置及びジェネリック医薬品希望シールの推奨を行うこと
6. 市と相互に協力しジェネリック医薬品推奨に関する施策を実施すること

認定期間：認定年中（但し認定基準を満たす限り次年以降も有効とする。）

平成２７年１月１日

生駒市長　小紫 雅史

新認定ステッカー　経費はシール印刷代の８千円のみ

③ジェネリック医薬品 推奨プレートの配置

- 市内全薬局に『生駒市と協力してジェネリックを推進します』の推奨プレートを配置

経費：50個　8万円
1,600円/個

④「ジェネリック医薬品希望シール」の配布

- 保険証送付時同封（約17,000世帯）
- 全市民に配布（広報折込47,000世帯）
- 市全職員に配布（約1,000枚）

経費　30万円
H24.3　～毎年度

経費136万円
（市一般会計）
H24.5

ジェネリック医薬品希望の意志を表した、
保険証、お薬手帳などに直接貼れるシール

・カードは忘れる。
・出しづらい。

保険証に
貼っても
大丈夫？

ジェネリック医薬品を活用しましょう

生駒市国民健康保険では、皆さんの窓口負担を節約できるジェネリック医薬品の利用を促進するため、ジェネリック医薬品への切り替えの意思を手軽に伝えることができるシールを作成しました。ジェネリック医薬品を希望される方は、このシールを保険証等に貼ってご利用ください。

ジェネリック医薬品を希望します　ジェネリック医薬品を希望します　ジェネリック医薬品を希望します　ジェネリック医薬品を希望します

ジェネリック医薬品を希望します　ジェネリック医薬品を希望します　ジェネリック医薬品を希望します　ジェネリック医薬品を希望します

医師・薬剤師の皆様へ

ジェネリック医薬品を希望します

ジェネリック医薬品に関する説明をお願いします

生駒市国民健康保険

医師・薬剤師の皆様へ

ジェネリック医薬品を希望します

ジェネリック医薬品に関する説明をお願いします

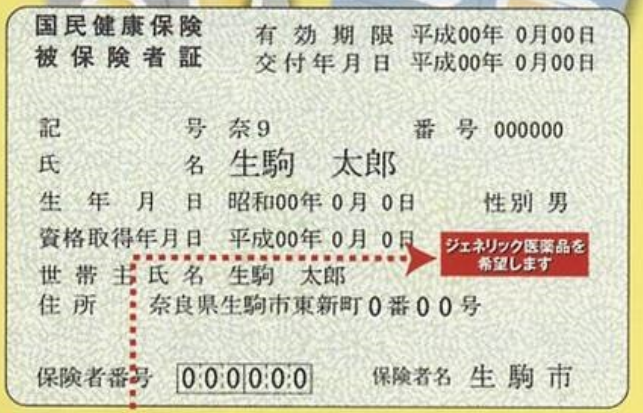
生駒市国民健康保険

このシールをはがして保険証やお薬手帳などの余白部分に貼ってお使いください。ご家族皆さんでご使用ください。

<裏面もご覧ください>

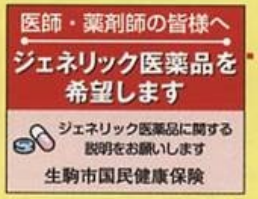
生駒市国民健康保険

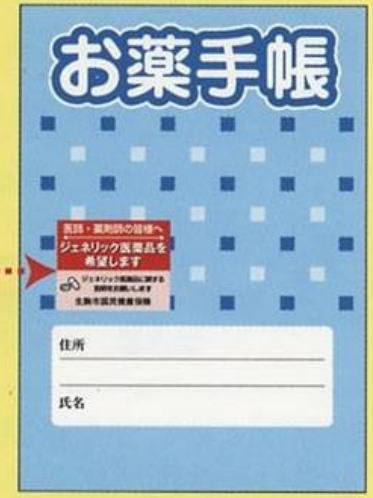
シールの使用例



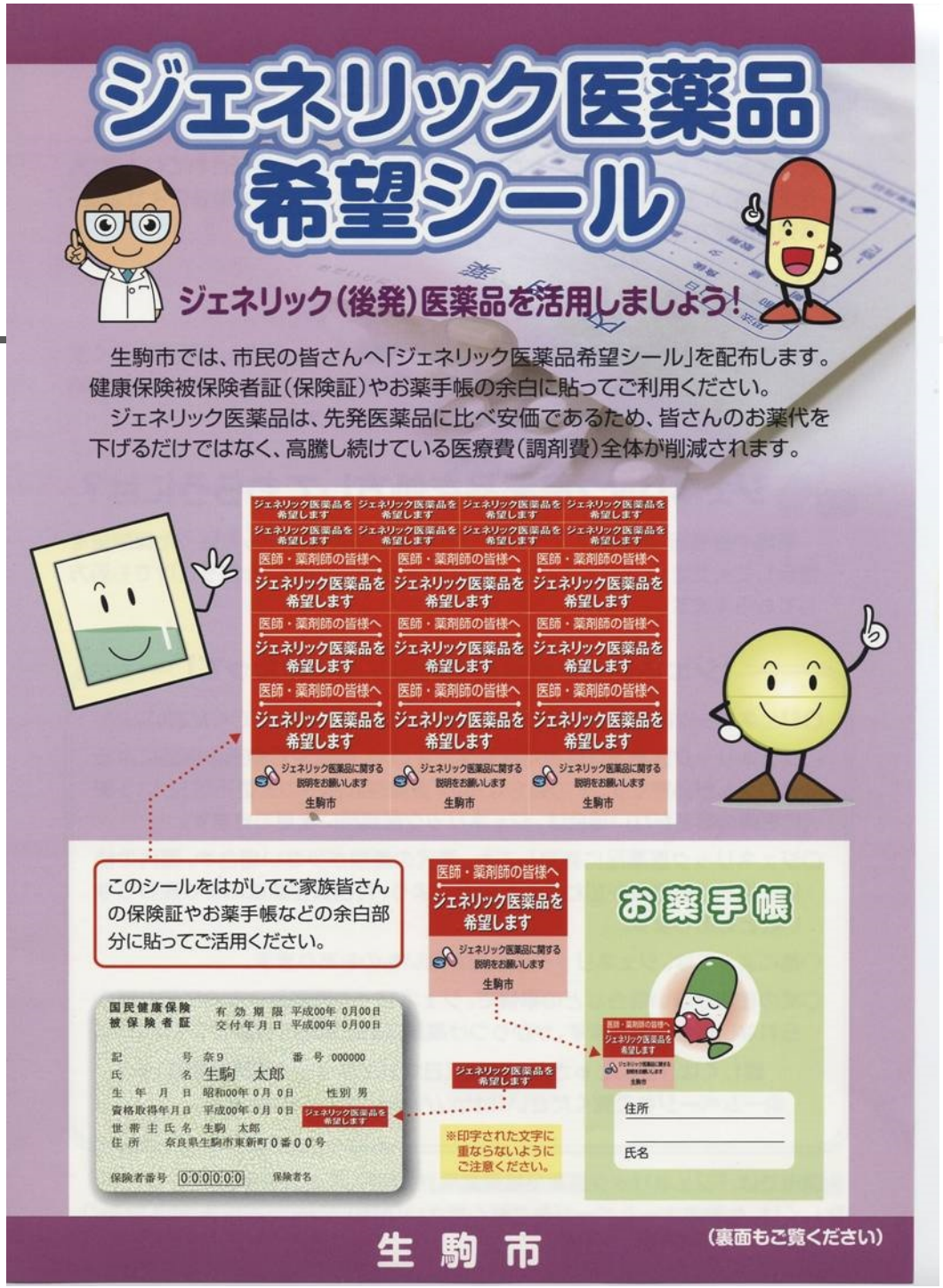
ジェネリック医薬品を希望します

※印字された文字に重ならないようにご注意ください。





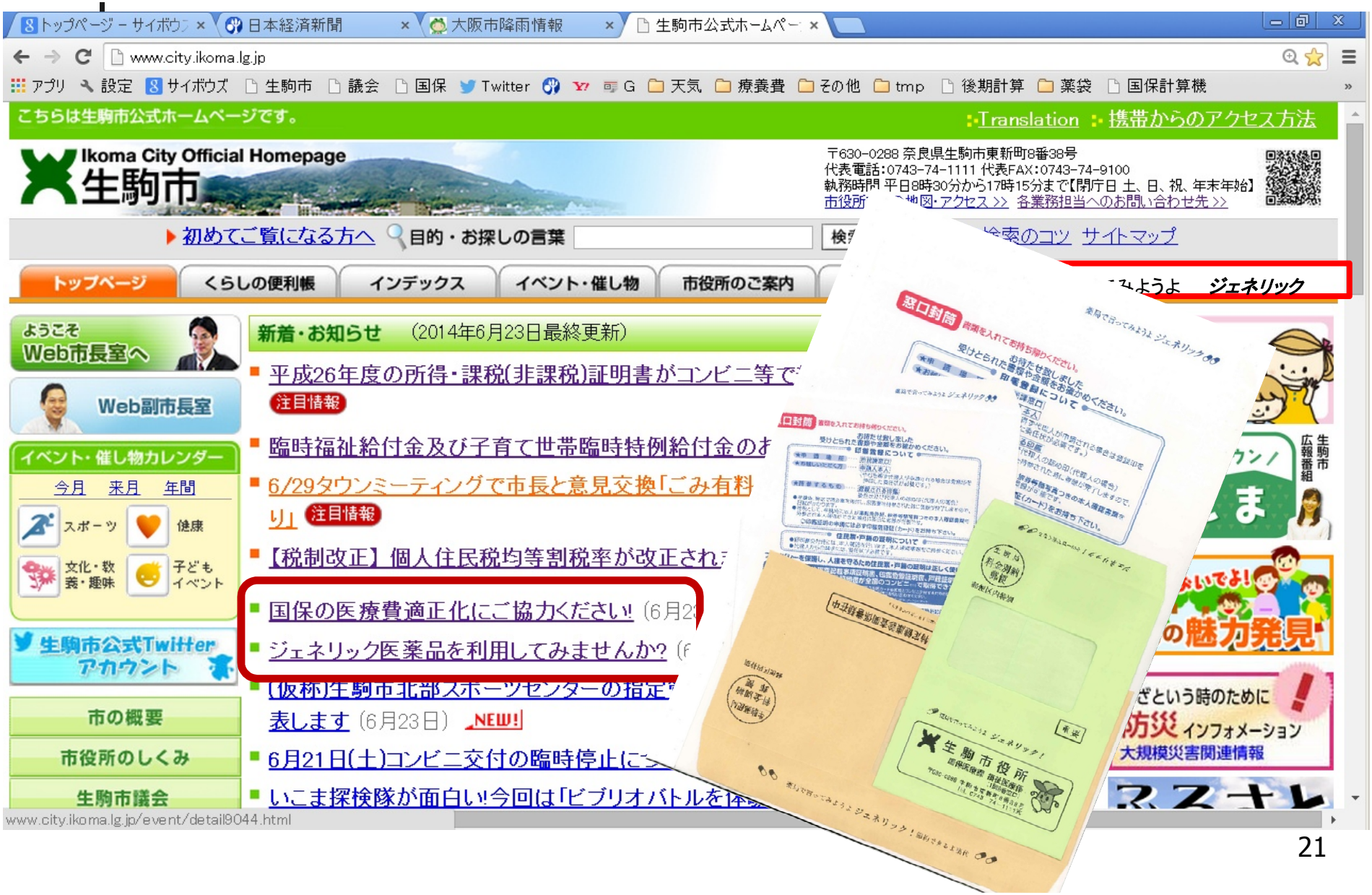
保険証送付時に同封　19円/枚



全職員
全世帯に配布

28円/枚

⑤ジェネリックキャッチコピー（H26.7）



H27．1～
ジェネリックキャッチコピー事業

- **キャッチコピーサンプル**
  - 薬局で言ってみようよ　ジェネリック
  - ジェネリック　その一言で安くなる
  - ジェネリック　使えば下がる薬代
  - 使ってみよう　ジェネリック

・薬袋
・薬剤情報提供書
・レシート　など

賛同薬局数	10薬局（H26.12.26現在）

⑥「バス車内音声案内広告」の実施

- 平成27年9月～
- 市中心部にある「生駒駅」・「東生駒駅」を発着する

路線バス車内で実施（15系統　延べ465回/日）　年間43万円

【広告内容】

１月～８月：ジェネリック医薬品利用促進（９月～１２月：特定健診受診勧奨）

「医療費は年々増加しています。将来のために私たちのできること。

生駒市では、品質が先発品と同等で値段が安いジェネリック医薬品の使用を積極的に推進しています。」

ジェネリック医薬品促進事業の効果

- ジェネリック医薬品使用状況（全量ベース）

	23年9月診療分	27年11月診療分	
新指標ﾍﾞｰｽ	33.63%	56.57%	＋22.94ﾎﾟｲﾝﾄ

- 調剤費の削減効果額（費用対効果）

167,823千円　(H23年10月～27年11月診療分（50カ月分）累計)

年平均40,278千円　（経費1千万円/年　うち 国補助600万円/年）

後発医薬品数量シェア

- ロードマップ（厚労省）数量シェア算出方法

$$\frac{\text{後発医薬品の販売数量}}{\text{全医薬品の販売数量－除外品（後発品がない先発品）}}$$

（H25．4～）

ロードマップ目標
H29年年央　70%
H32年度までの早い時期　80%

今後の課題

・生駒市の数量シェア

⇒取組開始時に比べ大きく伸び、

56.57%（H27.11診療（H28.3通知） 時点）となったが・・・

近頃は横ばいで推移

全国では56.2%(H27) H29年年央には70%

（これまでの取組を継続しつつ、）

どうすれば

・ジェネリック医薬品は「安い」という点だけでなく、他の利点を伝え、利用者の理解を深める必要があるのでは？

ジェネリック医薬品の安全性について

飲みやすさの向上など品質の改善について など

平成28年度 全国市町村国保主管課長研究協議会

鹿児島県国保連合会
収納率向上アドバイザー派遣事業を受けて

奄美市　国保年金課　国保税係
主査　中江　吉孝

本場奄美大島紬・龍郷柄（たつごうがら）

奄美大島の概要

特別天然記念物
アマミノクロウサギ

金 作 原 原生林
（きんさくばる）

郷土料理 鶏 飯
（けいはん）

奄美黒糖焼酎

本場奄美大島紬

奄美市　龍郷町（たつごうちょう）　瀬戸内町（せとうちちょう）
大和村（やまとそん）　宇検村（うけんそん）（1市2町2村）

奄美大島人口 約62,000人
（加計呂麻島等含む）

標高694m 湯湾岳
年間降水量2,800㎜
平成30年 世界自然遺産登録を目指しています

大 浜 海浜公園
（おおはま）

マングローブ原生林
カヌー体験

奄美市国保の概要

被保険者数の推移

	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
人　　口	45,882	45,444	45,653	44,609	44,052
被保険者数	15,597	15,092	14,409	13,924	13,255
割　　合	33.99%	33.21%	31.56%	31.21%	30.09%

※数値はいずれも年度末時点

国保税収納率の推移

		平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
現年分	国	89.39%	89.86%	90.42%	90.95%	
	鹿児島県	90.34%	90.43%	90.85%	91.17%	
	奄美市	87.41%	88.19%	91.25%	91.85%	92.73%
	滞納繰越分	9.68%	9.72%	11.99%	11.19%	11.05%
	奄美市合計（現年分＋滞納繰越分）	54.94%	55.77%	56.45%	57.65%	59.07%

※平成27年度 奄美市の数値は速報値

差押件数（国保税分）

		平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
合　　計		50	64	64	66	83
	税務課	50	64	64	63	64
	国保税係	0	0	0	3	19

※平成27年度 国保税係 19件のうち
9件はアドバイザー派遣事業による

アドバイザー派遣事業を受けた
平成27年度 国保税係員の紹介

※年齢、経験年数は当時

アドバイザー派遣事業の経過

平成26年12月19日　鹿児島県国保連合会様へ、アドバイザー派遣事業の要望を上げる。

⇩

平成27年1月21日　鹿児島県国保連合会様より、アドバイザー派遣事業の決定を受ける。

⇩

平成27年8月13～14日　アドバイザー派遣事業　1回目　講義

講師　堀　　博晴 先生　（NPO法人ローカルガバメント・ネットワーク　理事長）
　　立木　尚徳 先生　（長崎県平戸市職員）

⇩

平成27年12月7～8日　アドバイザー派遣事業　2回目　捜索

講師　堀　　博晴 先生　（NPO法人ローカルガバメント・ネットワーク　理事長）
　　立木　尚徳 先生　（長崎県平戸市職員）

捜索1週間前の状況

- 捜索対象者の確定
- 捜索用具の準備
- 立会人（総務課・市営住宅課職員）の依頼
- 奄美警察署への連絡
- 解錠専門業者への連絡
- あまみ税務研修協議会への応援依頼
  （大和村職員2名・宇検村職員2名）
- イメージ トレーニング（捜索のテレビ番組等）

用意した捜索用具

繰り返し視聴した、捜索のテレビ番組

捜索　事例1

捜索開始日時
12月7日　午前11時40分

57歳（男）　現場作業員

国保税	1,289,500円
市県民税	111,400円
滞納額計	1,400,900円

班長　上畑／副班長　津田
堀先生
捜索員　9名／立会人　1名
計13名

- 『奄美市“初”の捜索』班長は採用1年目の上畑
- 電気メーターの稼働状況で在宅を確認。3回目のチャイムと声かけで57歳男性がドアを開ける。
- 事情を説明し、本人立会のもと捜索開始

① 給与明細、通帳等の関係書類を確認している様子
市役所から送付した催告書等の文書が、未開封のまま多数見つかった。

② 換価できる動産を捜索している様子

③ タンスの引き出しから洋服類を全て出し、現金等がないか確認している様子

④ 聞き取りで夏頃までの過去1年間、無職。以後、現場作業員として生計維持、借金は無いことなどを確認

- 結果、ジッポライター、グラスセットなど3点の動産を差し押さえた。
捜索時間35分

捜索　事例2

捜索開始日時
12月7日　午後1時53分

54歳（男）　会社員

国保税	1,081,600円
固定資産税	88,600円
滞納額計	1,170,200円

班長　大石／副班長　田中
立木先生
捜索員　5名／立会人　1名
計9名

- 訪問時不在。立会依頼のため54歳男性の携帯電話にTELするが電話が通じず**捜索断念**
- 同日、会社へ訪問し、**給与差押**を行った。

※ 男性には消費者金融から多額の借入があることが判明し、後日、弁護士事務所へ同行訪問し、債務整理の相談を行った。

捜索　事例3

捜索開始日時
12月7日　午後1時59分

36歳(男) 自営業／30歳(女)
中1(女)／小3(男)／小1(男)

国保税	972,100円
市県民税	427,400円
軽自動車税	4,000円
市営住宅	874,000円
滞納額計	2,277,500円

- 写真の場所は、事前調査を行い、居住実態が無いことを確認していた住民基本台帳上の届出住所である市営住宅
- 捜索時間11分。換価できる動産確認できず「捜索調書」差置送達
- 場面は、36歳男性の携帯電話へ居住場所確認のためTELしている様子

班長　中江／副班長　津田
堀先生
捜索員　6名／立会人　1名
計10名

① 写真の場所は、市営住宅から車で3分の距離にある兄宅。36歳男性家族の居住場所
場面は、訪問するが不在のため、男性の携帯電話へ立会依頼のTELをかけている様子
立会できないとの返事であり、市職員を立会人とし、捜索に入る旨説明

午後2時27分　捜索開始

② 収支内訳書、領収書、通帳等の関係書類を確認している様子

③ 男性の趣味が魚釣りであることが判明。釣竿を中心とした動産12点、男性名義の普通自動車1台（書類上）を差し押さえた。捜索時間33分

④ 捜索終了間際に帰宅した兄。捜索に入った事情を説明した。

捜索　事例４

捜索開始日時
12月7日　午後2時22分

52歳（男）会社員／53歳（女）

主・国保税	299,000円
妻・国保税	468,200円
市県民税	5,500円
軽自動車税	7,200円
妻・滞納額計	480,900円

- 国保税の滞納があった53歳女性と52歳男性は2年前に結婚
- 52歳男性は社会保険に加入しており、男性が滞納している国保税は妻の擬制世帯主として賦課された分
- 訪問時不在。52歳男性の携帯電話へ立会人依頼のためTEL
  その5分後、妻が帰宅。捜索開始となる。

［班長　田中／副班長　大石
立木先生
捜索員　5名／立会人　1名
計9名］

① 男性が趣味で集めたフィギュアの車やバイク、電動ガンなど

② 聞き取りで「手持ちの現金」があることが判明。
督促が来ていた電気代を先に支払わせ、残額17,000円を差し押さえた。

③ 男性の財産として認定した小銭の入ったビンなど

④ 差押調書に差押金額を記入する必要があり、捜索時間は2時間15分に及んだ。

- 結果、フィギュアや電動ガンなど29点の動産、男性の通貨2,442円および妻の通貨17,000円を差し押さえた。
- 同日、会社へ訪問し、男性の給与差押を行った。

※ 妻は後日、男性の社会保険の扶養となった。

捜索　事例5

捜索開始日時
12月8日　午前9時40分

58歳（男）　自営業

国保税	767,800円
市県民税	80,600円
軽自動車税	7,200円
滞納額計	855,600円

班長　福／副班長　中江
立木先生
捜索員　4名／立会人　1名
計8名

- 訪問時不在。立会依頼のため58歳男性の携帯電話にTELするが電話が通じず捜索断念

・自宅前駐車場に駐車してある男性名義の軽自動車をタイヤロックすることに

① サイドミラーに「差押公示書」を取り付ける様子

② タイヤロックを取り付ける様子

③ 差押調書と「国保年金課へ至急ご連絡ください」と書かれた文書を同封した封筒を投函する様子

④『奄美市“初”のタイヤロック』

・翌日、男性より電話があり納付を促すも「できない」との返事であったため、車を搬出。公売会で売却し、滞納分へ充当した。

捜索　事例6

捜索開始日時（事例5と同時刻）
12月8日　午前9時40分

48歳(男）会社員／36歳(女）
小4(男）／小3(女）／1歳(女）

国保税	1,327,900円
市県民税	96,100円
軽自動車税	45,200円
市営住宅	287,100円
滞納額計	1,756,300円

- チャイムを鳴らすも応答無く、市営住宅課職員を立会人として選任後、捜索開始
- 36歳女性と1歳の子が寝室で寝ており、女性に事情を説明し、捜索を続行した。

班長　津田／副班長　稲田
堀先生
捜索員　6名／立会人　1名
計10名

① 2台ある冷蔵庫

② 複数台あるテレビやノートパソコンなど

③ 聞き取りで「手持ちの現金」が5万円あることが判明。
給料日までの生活費を勘案し、国保税5千円、市営住宅使用料（1か月分）
25,100円を納付させた。

④ 1歳の子が寝る寝室から、液晶テレビを搬出する様子

- 結果、液晶テレビ、ノートパソコンなど4点の動産を差し押さえた。
搜索時間57分

捜索した2日間の結果

- 動産　48点
- 通貨　2件　19,442円
- 普通自動車　1台
- 軽自動車　1台
- 給与　2件

差押

- 国保税　5,000円
- 市営住宅家賃　25,100円

納付

地元紙（南海日日新聞）へ記事掲載

52件差し押さえ

税滞納整理で奄美市

12月を税の滞納整理強化月間と位置付けている奄美市は7、8の両日、市内で滞納整理処分の一環として捜索を実施した。自動車のタイヤロックを含めて52件を差し押さえた。

捜索は相手の同意や令状がいらない強制調査。市税務課と国保年金課が共同で実施した。対象者は7人、8件を捜索し、現金や自動車、動産（テレビ、パソコン、ライター、釣り具など）らを差し押さえた。

今回、初めて捜索を実施した国保年金課は「納期内納付をしている多くの市民と公平を期すため、悪質な滞納……滞納処分の一環でタイヤロックされた自動車＝奄美市

者に対しては捜索を含めた滞納処分を今後も実施していく」と話している。

平成27年12月13日付

捜索後の経過

平成27年12月15日　税務課と合同で捜索

同　　日　　アドバイザー派遣事業 反省会

平成28年　1月19日　税務課と合同で捜索

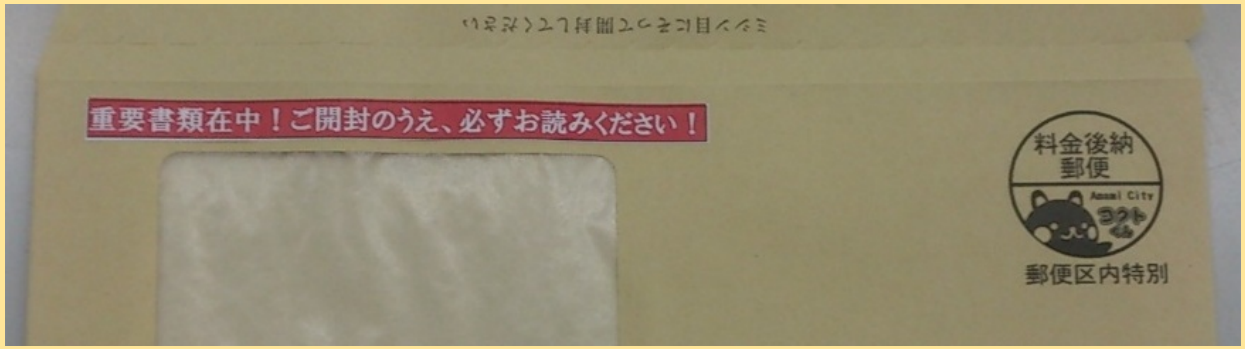
平成28年　2月13日　公売会を実施

2月13日に実施した公売会の様子

公売会で使用したチラシ

アドバイザー派遣事業を受けた後の変化

- **納税相談から滞納処分へ考え方のシフト**
- **債権を中心とした財産調査を実施**
- **強い意思のある差押予告書の送付**
- **「効率的に」「組織的に」滞納整理への取り組み**



差押予告書を送付する際に貼付ける「重要書類在中！ご開封のうえ、必ずお読みください！」

差押予告書の裏面に印刷する文書

熱い気持ちを持続させるために

「LGネット」「九州徴収フォーラム」への参加

6月24日に石垣島で行われた「第9回 九州徴収フォーラム」

- 先進自治体の取組事例を学ぶ
- 新規事案、困難事案への対応を相談
  - ◎ ペイジー（口座振替受付サービス）の導入
  - ◎ 住宅ローン返済中の不動産所有者の差押
- モチベーションの維持

ご清聴ありがとうございました！

奄美市公式キャラクター
コクトくん

本場奄美大島紬・秋名バラ
（あきなばら）