

# 国保制度改革施行に向けた検討状況 について

平成29年8月25日

厚生労働省保険局

国民健康保険課長 鳥井陽一

## <本日ご説明する内容・目次>

I . 国保制度改革の概要	3
II . 公費の拡充	18
III . 納付金の試算(激変緩和の対応方法等)	36
IV . 赤字繰入の取扱い	44
V . 保険者機能の強化	51

# I . 国保制度改革の概要

# 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  
(26年度: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  
(27年度:1食260円→28年度:1食360円→30年度:1食460円。低所得者、難病・小児慢性特定疾病患者の負担は引き上げない)
- ②特定機能病院等は、医療機関の機能分担のため、必要に応じて患者に病状に応じた適切な医療機関を紹介する等の措置を講ずることとする (紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入)
- ③健康保険の保険料の算定の基礎となる標準報酬月額の上限額を引き上げ (121万円から139万円に)

## 4. その他

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

# 国保制度改革の概要(公費による財政支援の拡充)

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

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

※ 被保険者一人当たり、約1万円の財政改善効果

## <平成27年度から実施>

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

## <平成30年度から実施>(毎年約1,700億円)

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



# 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)<sup>6</sup>

# 改革後の国保財政の仕組み(イメージ)

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

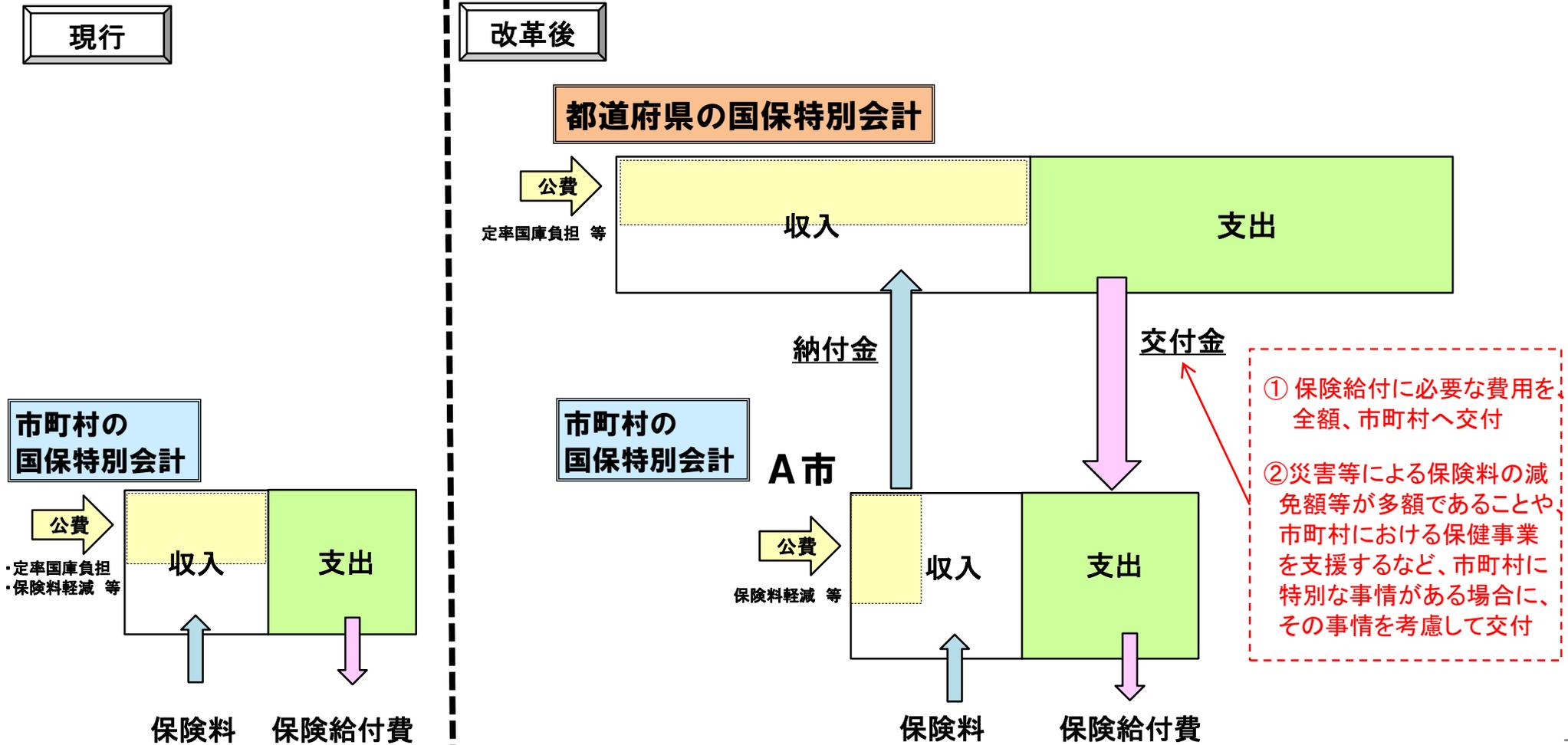
※ 都道府県にも国保特別会計を設置

○ 市町村は、都道府県が市町村ごとに決定した納付金を都道府県に納付する。

※ 納付金の額は、市町村ごとの医療費水準と所得水準を考慮

現行

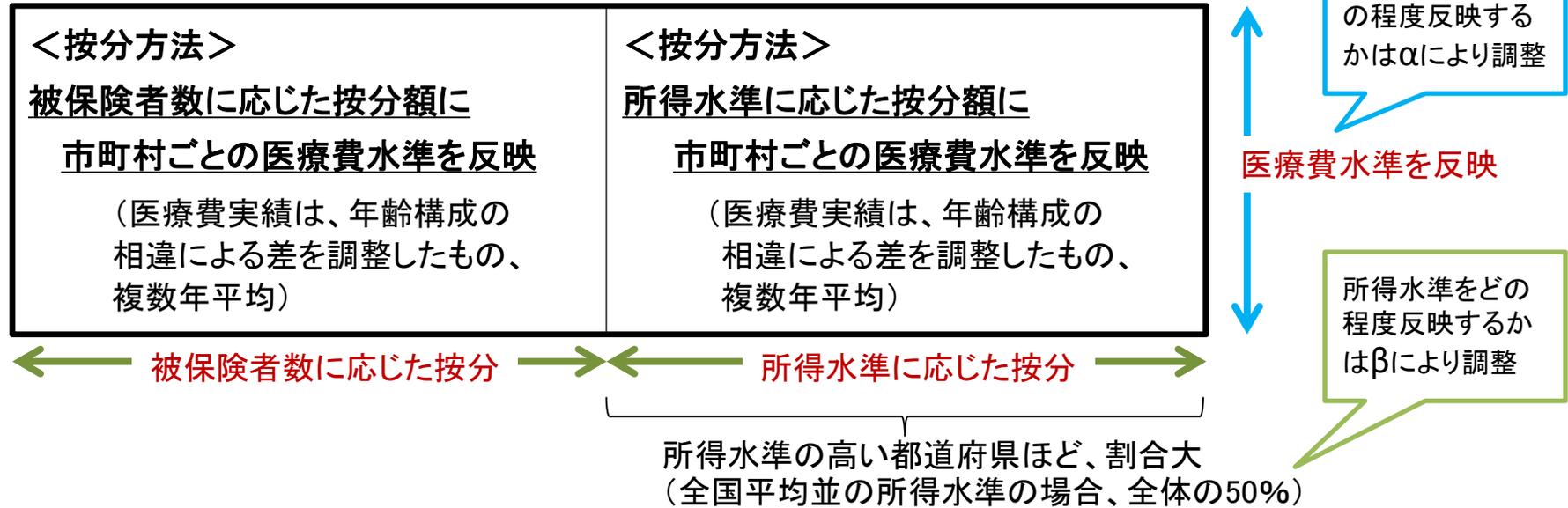
改革後



# 国保事業費納付金の市町村への配分(イメージ)

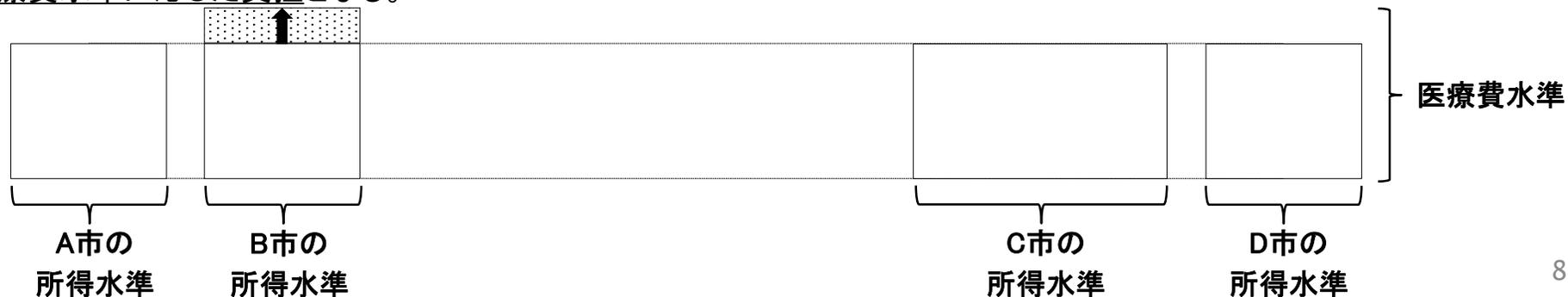
- 都道府県が、都道府県内の保険料収納必要額(医療給付費－公費等による収入額)を市町村ごとの被保険者数と所得水準で按分し、それぞれに医療費水準を反映することにより、市町村ごとの国保事業費納付金の額を決定

## 〈市町村の納付金額〉



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

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

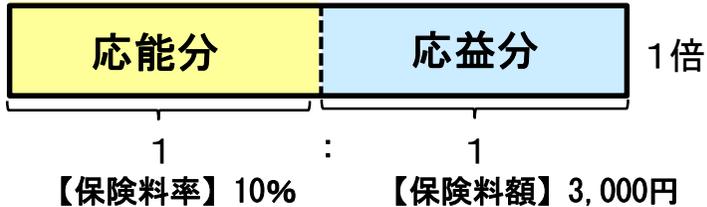


# 保険料の設定方法の見直しの効果 (イメージ)

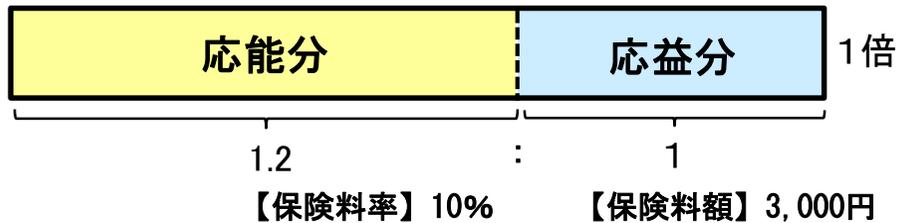
## <所得水準が保険料に与える影響 (医療費水準が同じ場合)>

○ 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)

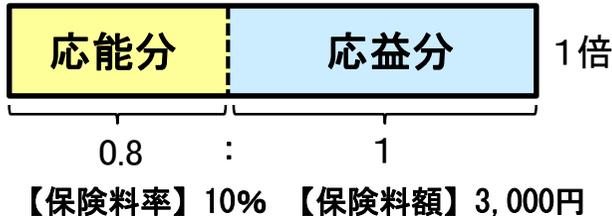
### ■ 所得水準が県内平均の市町村 (※)



### ■ 所得水準が高い市町村 (県内平均の1.2倍)



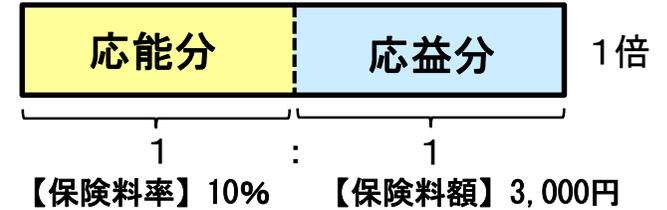
### ■ 所得水準が低い市町村 (県内平均の0.8倍)



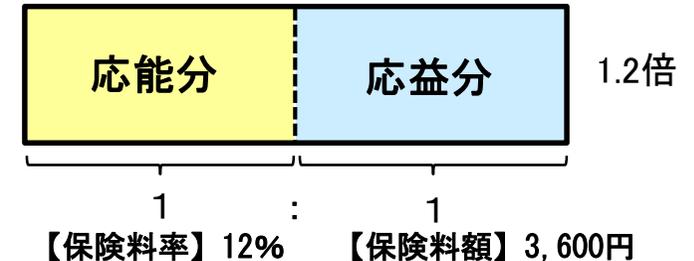
## <医療費水準が保険料に与える影響 (平均的な所得の場合)>

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

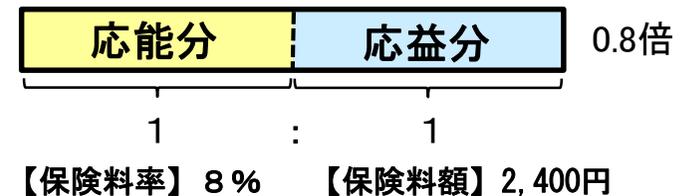
### ■ 医療費水準が県内平均の市町村 (※)



### ■ 医療費水準が高い市町村 (県内平均の1.2倍)



### ■ 医療費水準が低い市町村 (県内平均の0.8倍)



※全国的にも平均的な所得水準の都道府県の場合

※ 保険料水準が急激に変化しないよう、時間をかけて、見直しを進める必要

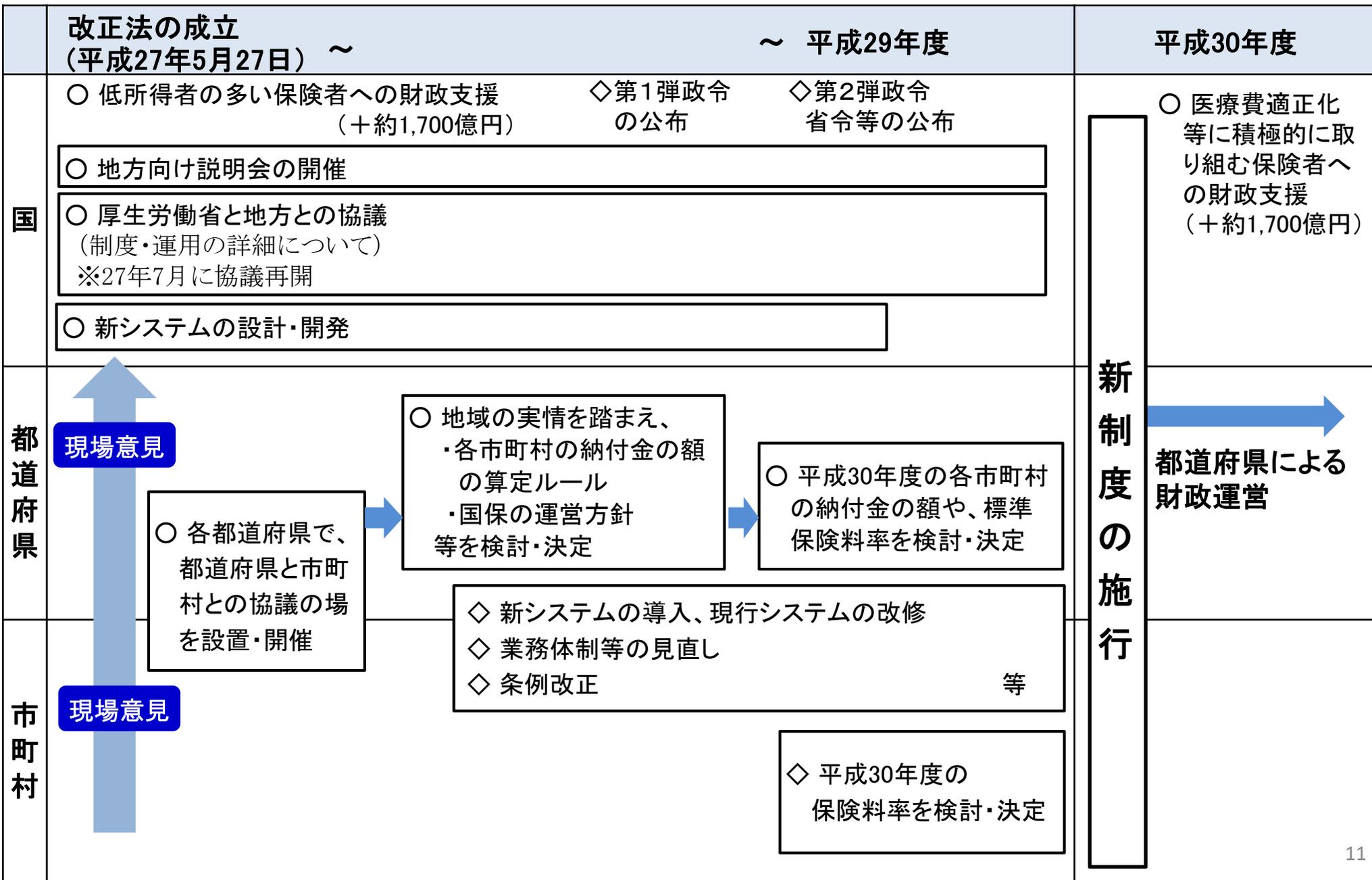
# 医療費に係る納付金の計算方法

## 納付金算定の仕組みを数式にした場合のイメージ(高額医療費等について加味)

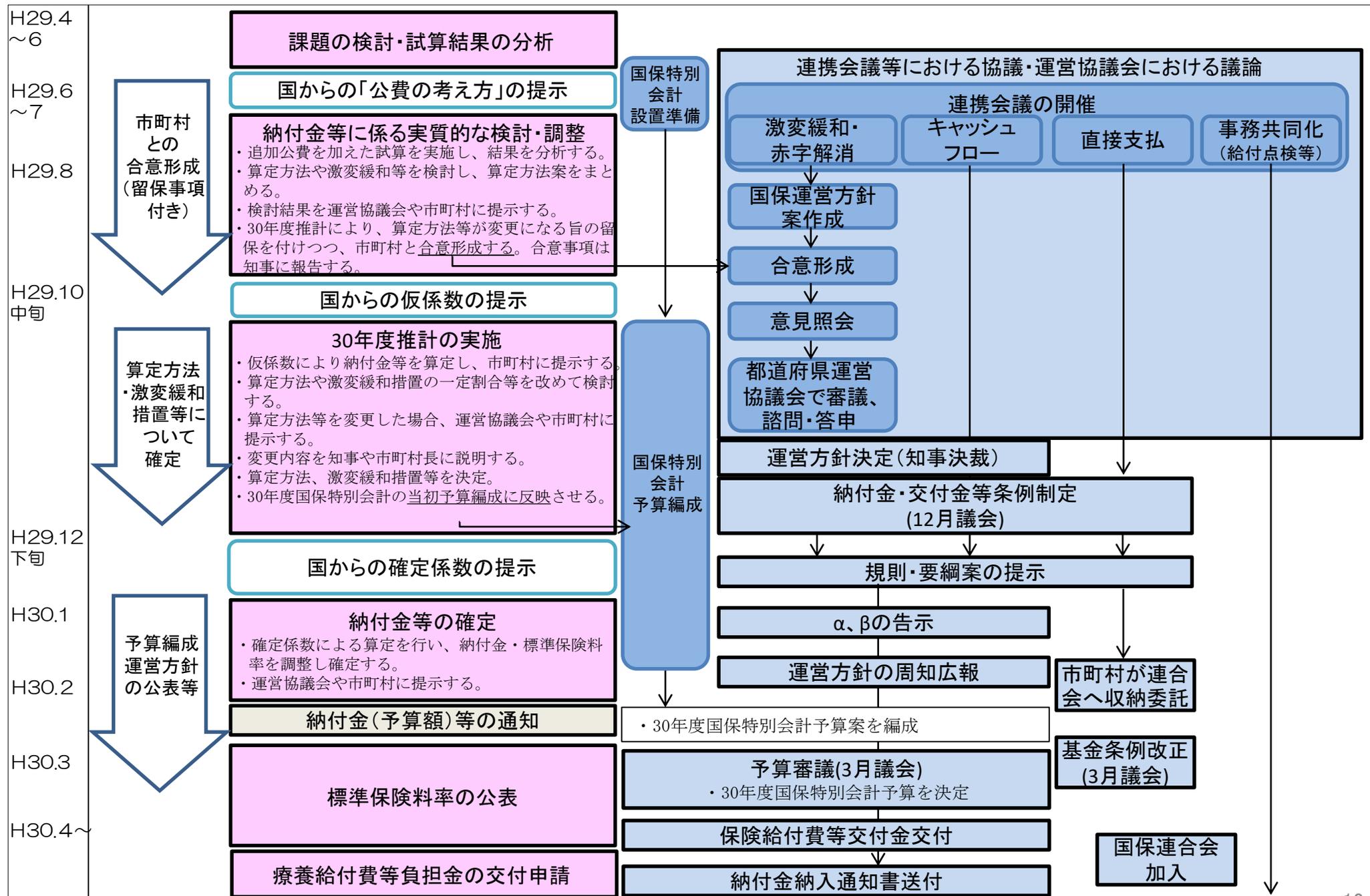
$$\begin{aligned} \text{市町村の納付金の額} &= (\text{都道府県での必要総額}) \times \{ \alpha \cdot (\text{年齢調整後の医療費指数} - 1) + 1 \} \\ &\quad \times \{ \beta \cdot (\text{所得(応能)のシェア}) + (\text{人数(応益)のシェア}) \} / (1 + \beta) \\ &\quad \times \gamma \\ &\quad - \text{高額医療費負担金調整} \\ &\quad + \text{地方単独事業の減額調整分} \\ &\quad +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

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

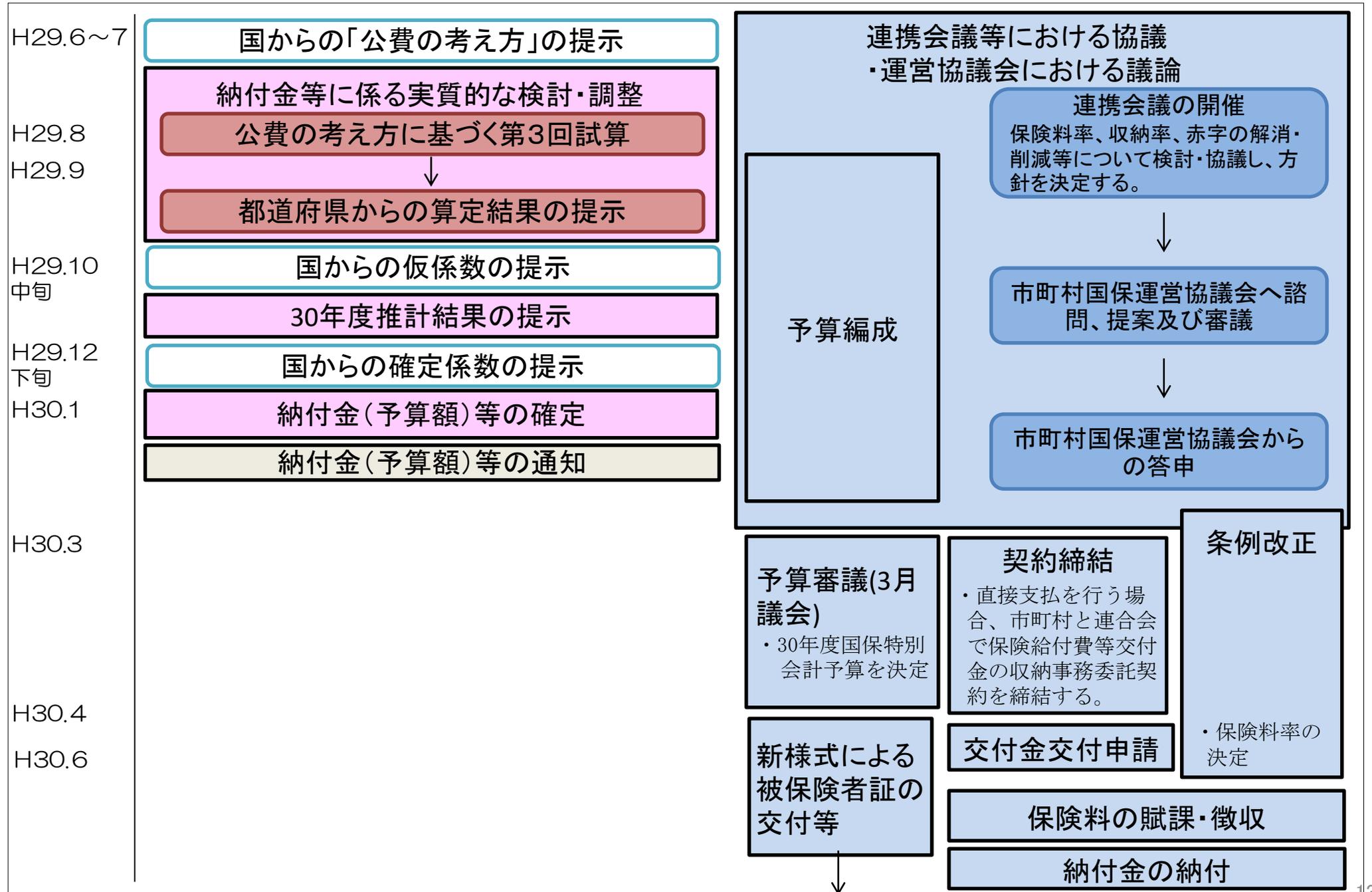
# 国保改革の主な流れ（イメージ）



# 都道府県の作業スケジュール(例)



# 市町村の作業スケジュール(例)



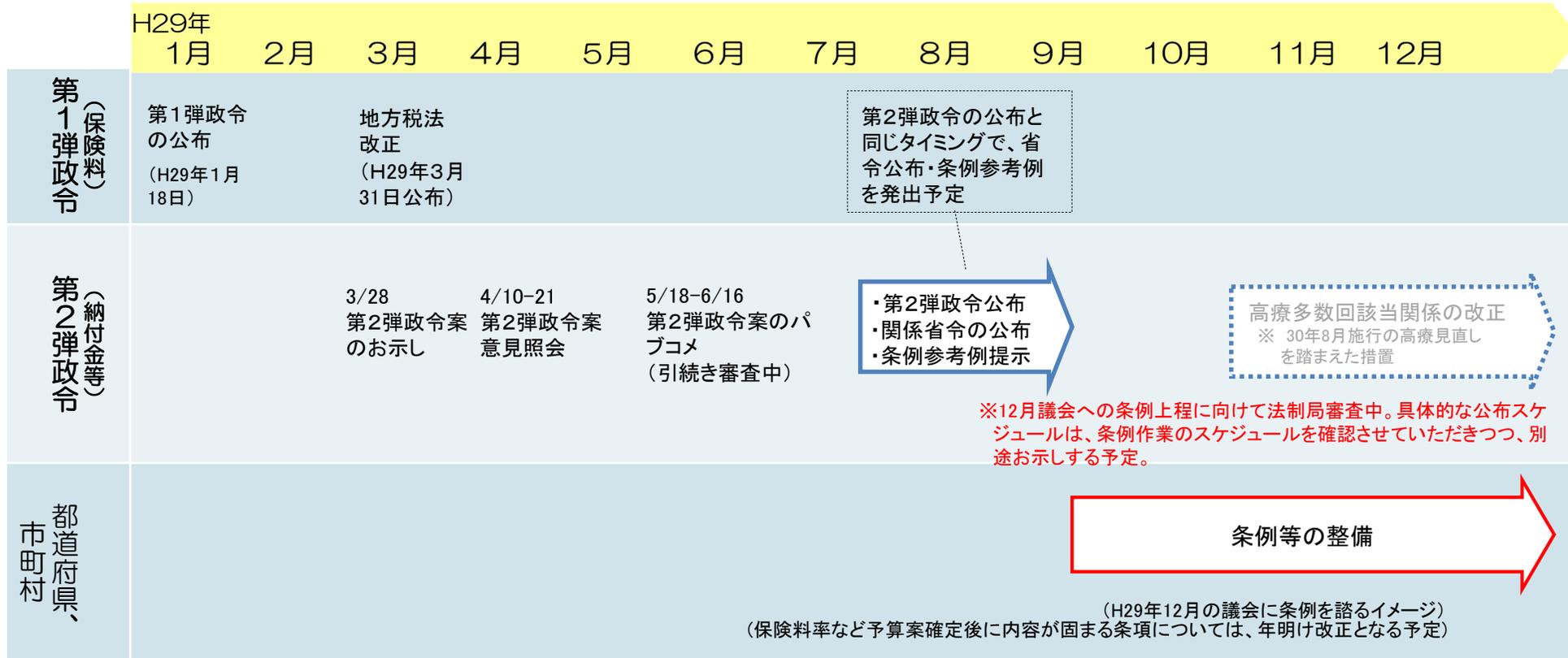
# 都道府県の施行準備状況(評価基準表)

区分		評価指標
1	納付金の試算状況	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 複数パターン(<math>\alpha</math> <math>\beta</math> の設定、共同負担の実施等)を設定して、第3回試算を実施している。</li> <li>2) 市町村ごとの保険料の増減要因が分析されている(年齢調整後医療費水準、所得水準による影響等)。</li> <li>3) 前期交付金(概算額、精算額)の影響が分析されている。</li> <li>4) 都道府県単位化(普通調整交付金、前期交付金)の影響が分析されている。</li> <li>5) 法定外繰入、前年度繰上充用、基金繰入金等の影響が分析(実際の保険料と比較)されている。</li> <li>6) 保険料水準の統一について議論されている。</li> <li>7) 試算結果を適切に公表している(複数の選択肢、法定外繰入等の丈の一致等)。</li> </ol>
2	激変緩和の検討状況	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 一定割合(自然増+<math>\alpha</math>)と下限割合が設定されている。</li> <li>2) 激変緩和の所要額が見積もられている。(激変が生じない場合、その要因が分析されている。)</li> <li>3) 都道府県繰入金が必要規模、下限割合設定による確保財源の規模を把握している。</li> <li>4) 子どもの特別調整交付金や暫定措置(公費)の配分方法が検討されている。</li> <li>5) 保険財政共同安定化事業繰入分の規模を把握し、緩和財源が不足する場合の対応を検討している。</li> <li>6) 特例基金の活用方法を検討している。(30年度は活用しない見直しを含む。)</li> <li>7) 保険料水準の統一に向けた、中長期(6年等)ビジョンを持っている。</li> <li>8) モデル世帯を設定して、きめ細かく激変の生じる可能性を検討している。</li> <li>9) 実態を踏まえつつ、計画的・段階的に赤字の解消・削減を進めることとしている(特に30年度の軟着陸)。</li> </ol>
3	決定プロセスの進捗状況	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) <math>\alpha</math> <math>\beta</math> の設定、共同負担の実施等、基本的な算定方式が概ね合意(留保付)されている。</li> <li>2) 29年12月までに納付金・交付金条例を制定し、運営方針を決定する予定である。</li> <li>3) 運営協議会を設置し、諮問・答申の時期が予定されている。(実施済みである。) また、市町村への法定意見聴取の時期が予定されている。(実施済みである。)</li> <li>4) 都道府県は、知事の意向を確認し、議論を進めている。</li> <li>5) 市町村は、首長に議論の状況を報告し、指示を受けている。</li> <li>6) 知事と市町村長との意見交換の機会(総会等)を設けている。</li> </ol>
4	キャッシュフローの検討状況	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 保険給付費等交付金の支払方法(概算直接払等)について、市町村と協議を進めている。</li> <li>2) 年度末における交付金額の決定方法等について市町村(連合会)と調整を進めている。</li> <li>3) 年度当初における交付金額の交付申請等について市町村と調整を進めている。</li> <li>4) 歳入・歳出予算の年間執行計画を検討し、シミュレーションしている。</li> <li>5) 市町村は、連合会と収納事務委託契約の検討を始めている。</li> </ol>
5	都道府県担当者の状況	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 管理職は、施行準備(納付金の算定、高額療養費等)の全体像を把握し、戦略的に準備を進めている。</li> <li>2) 納付金の仕組みを理解・分析し、議会、運営協議会、マスコミ等へ適切に対応を行っている。</li> <li>3) 高額療養費の多数回該当を含め、事務の共同化等を進めている。</li> </ol>

# 国保改革に伴う政令改正等について（施行までのスケジュール）

## [今後のスケジュール]

- 29年（※）
- ・第2弾政令（保険料以外関係）公布予定
  - ・省令公布予定
  - ・条例参考例通知予定



## [条例の主な改正事項]

### [都道府県の条例]

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

- 財政安定化基金の運用に関し必要な事項(算定令に新設予定)

### [市町村の条例]

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

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

# 条例参考例の記載項目(案)

## [都道府県の条例]

(平成29年12月議会を想定)

○国民健康保険保険給付費等交付金の交付に係る規定整備(改正国保法第75条の2第1項

+算定政令に新設予定)

⇒ 具体的な条例事項(案)の例 : 普通交付金・特別交付金の対象費用の範囲

○国民健康保険事業費納付金の徴収に係る規定整備(改正国保法第75条の7第1項

+算定政令に新設予定)

⇒ 具体的な条例事項(案)の例 : 納付金算定に用いる係数

(平成30年3月議会を想定)

○国民健康保険運営協議会(都道府県協議会)の委員の定数(国保令第3条第5項改正予定)

○都道府県繰入金に係る規定整備、繰入れ総額(算定政令第4条の2第1項改正予定)

○財政安定化基金の交付事由となる「特別な事情」(算定政令に新設予定)

○財政安定化基金拠出金の徴収方法(算定政令に新設予定)

○財政安定化基金の運用に関し必要な事項(算定政令に新設予定)

## [市町村の条例]

(平成30年3月議会または6月議会を想定)

○保険料率に関する事項(改正国保法第81条)

○国民健康保険運営協議会(市町村協議会)の委員の定数(改正国保令第3条第5項) ※定数を変更する場合

## Ⅱ. 公費の拡充

# 国保制度改革の概要(公費による財政支援の拡充)

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

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

※ 被保険者一人当たり、約1万円の財政改善効果

## <平成27年度から実施>

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

## <平成30年度から実施>(毎年約1,700億円)

- 財政調整機能の強化(財政調整交付金の実質的増額)
  - 自治体の責めによらない要因による医療費増・負担への対応  
(精神疾患、子どもの被保険者数、非自発的失業者等)
  - 保険者努力支援制度・医療費の適正化に向けた取組等に対する支援
  - 財政リスクの分散・軽減方策(財政安定化基金の創設・高額医療費への対応等)等
- 700~800億円
- 700~800億円

- ・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。

# 国民健康保険への財政支援の拡充

## ○ 平成27年度に保険料の軽減対象者数に応じた保険者への財政支援を拡充。

### 《拡充の内容》

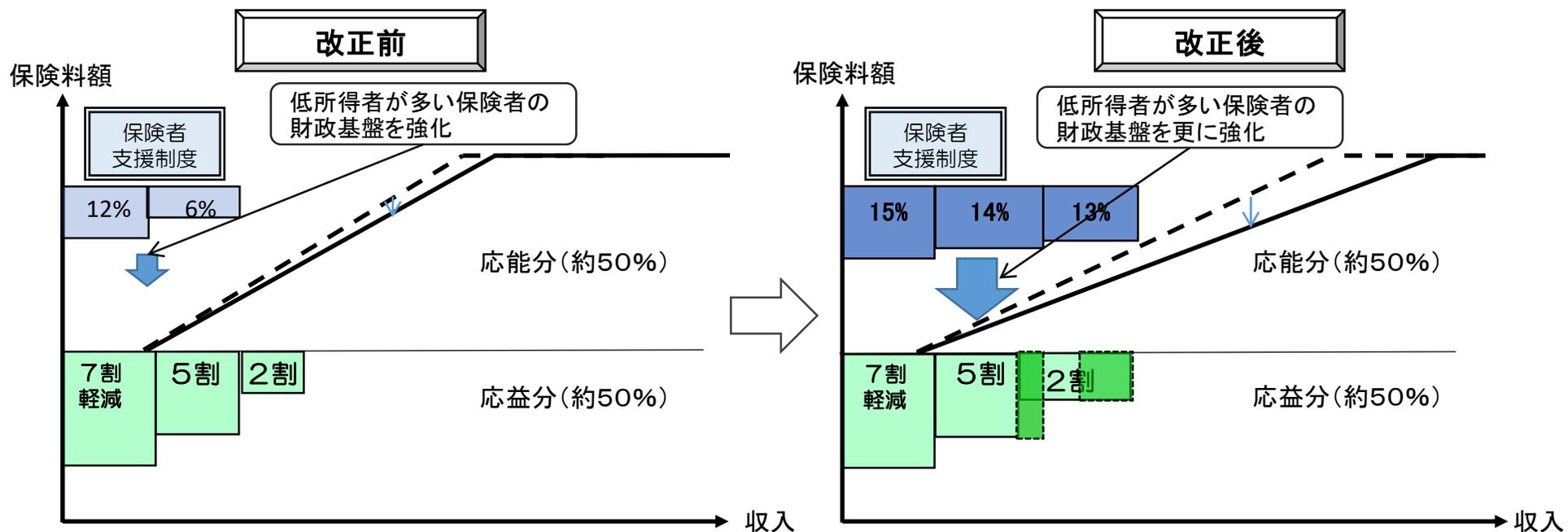
- ① 財政支援の対象となっていなかった2割軽減対象者についても、財政支援の対象とするとともに、軽減対象の拡大に応じ、財政支援の対象を拡大。
- ② 7割軽減・5割軽減の対象者数に応じた財政支援の補助率を引き上げ。
- ③ 財政支援額の算定基準を平均保険料収納額の一定割合から、平均保険料算定額の一定割合に変更。

※ 収納額 = 算定額 - 法定軽減額 - 未納額

【改正前】 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29年度予算額(公費)1,664 億円(国:1/2、都道府県:1/4、市町村:1/4)



# 平成30年度の公費について（拡充分の全体像）

平成30年度の公費の在り方について  
とりまとめ  
平成29年7月5日  
国保基盤強化協議会事務レベルWG

## ○財政調整機能の強化

（財政調整交付金の実質的増額）

【800億円程度】

### ＜普調＞【300億円程度】

#### ＜暫定措置（都道府県分）＞【300億円程度】

- ・追加激変緩和（都道府県間の公平性に十分配慮しつつ配分）

※予算額は徐々に減少させるものとする。減少相当額の取扱いは、政令上、普調と特調の配分について7：2が原則とされていることも踏まえつつ、改革の円滑な施行の観点も含め検討（「財政調整機能の強化」の総額（800億円程度）は将来にわたり維持する）

#### ＜特調（都道府県分）＞【100億円程度】

- ・子どもの被保険者【100億円程度】（既存分と合わせ200程度）

※平均以下の子ども被保険者数を交付対象に追加。市町村の過去の交付実績及び子ども被保険者数に着目した再配分を行うことを基本とする

#### ＜特調（市町村分）＞【100億円程度】

- ・精神疾患【70億円程度】（既存分と合わせ200程度）
- ・非自発的失業【30億円程度】（既存分と合わせ70程度）

## ○保険者努力支援制度

・・医療費の適正化に向けた取組  
等に対する支援

【800億円程度】

#### ＜都道府県分＞【500億円程度】

- ・医療費適正化の取組状況（都道府県平均）【200億円程度】
- ・医療費水準に着目した評価【150億円程度】
- ・各都道府県の医療費適正化等に関する取組の実施状況【150億円程度】

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

#### ＜市町村分＞【300億円程度 ※別途、特調より200億円程度追加】

- ・前倒し実施分（一部指標を発展）
- ・事務等の適正化に係る指標

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

※特別高額医療費共同事業への国庫補助の拡充に数十億円程度を確保

※平成31年度以降の公費の在り方については、施行状況を踏まえ、地方団体と十分に協議を行った上で決定するものとする

# 保険者努力支援制度について（市町村分（i）全体像）

## I. 考え方について

### 【評価指標の考え方について】

- 保険者共通の指標である、特定健診受診率や糖尿病等の重症化予防などの医療費適正化に資する取組の実施状況については、新たに取組の達成度や充実度を評価する指標を追加・変更。国保固有の指標である、データヘルス計画の実施状況や第三者求償などの健全な事業運営に資する取組の実施状況については、取組段階の引上げを促す新たな指標を追加変更。
- 特別調整交付金の経営努力分で評価を行っていた「適正かつ健全な事業運営の実施状況」のうち、主要な項目について、新たに市町村分の保険者努力支援制度の評価項目に加える。

### 【評価指標ごとの加点の考え方について】

- 各評価指標ごとに医療費適正化効果、取組の困難さ及び基礎的な体制構築等を総合的に考慮し、25～100点を配点する。

### 【予算規模について】

- 300億円程度 ※特調より200億円程度を追加

## II. 評価指標について

### 保険者共通の指標

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

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

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

- がん検診受診率
- 歯科疾患（病）検診実施状況

指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

- 重症化予防の取組の実施状況

指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況

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

指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

- 重複服薬者に対する取組

指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

- 後発医薬品の促進の取組
- 後発医薬品の使用割合

### 国保固有の指標

指標① 収納率向上に関する取組の実施状況

- 保険料（税）収納率
- ※ 過年度分を含む

指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況

- データヘルス計画の実施状況

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

指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況

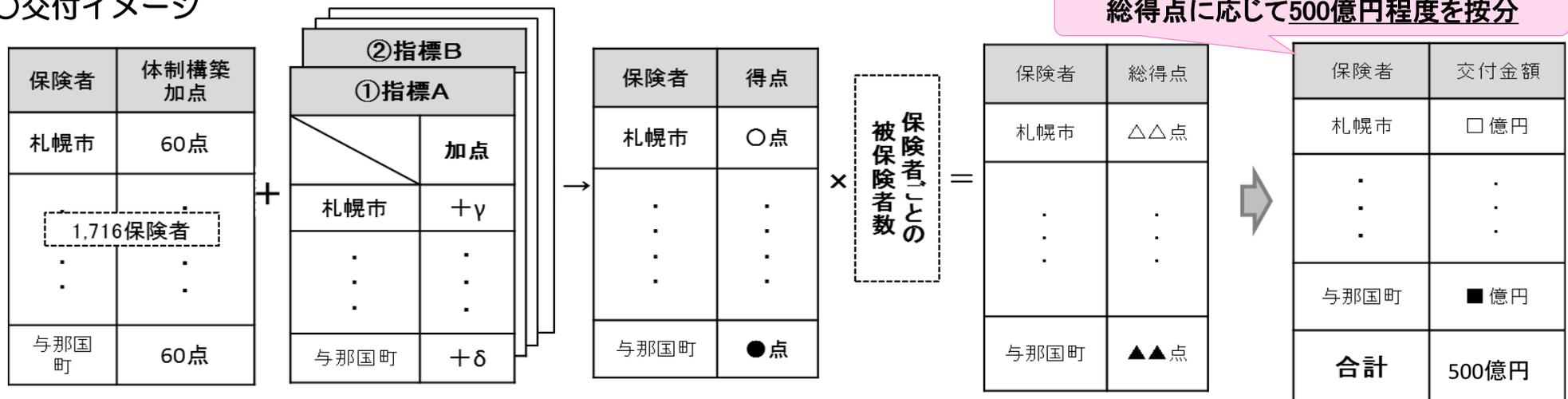
- 適切かつ健全な事業運営の実施状況

# 保険者努力支援制度について（市町村分(ii)配点)

## ○配点について

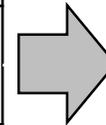
加点	項目
100点	重症化予防の取組、収納率向上 ※本来「後発医薬品の使用割合」はこの配点であるが、使用割合の把握方法が不十分なため暫定的に低い点数とする。
70点	個人へのインセンティブ提供
50点	特定健診受診率、特定保健指導実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率、適正かつ健全な事業運営の実施状況
40点	後発医薬品の使用割合、データヘルス計画の取組、第三者求償の取組
35点	重複服薬者に対する取組、後発医薬品の促進の取組
30点	がん検診受診率
25点	歯周疾患（病）健診、個人への分かりやすい情報提供、医療費通知の取組、地域包括ケアの推進

## ○交付イメージ



# (参考) 保険者努力支援制度 各年度配点比較

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



		平成29年度 (前倒し分)	
		加点	(A)に対して占める割合
共通①	(1) 特定健診受診率	35	6%
	(2) 特定保健指導実施率	35	6%
	(3) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	35	6%
共通②	(1) がん検診受診率	20	3%
	(2) 歯周疾患(病)検診	15	3%
共通③	重症化予防の取組	70	12%
共通④	(1) 個人へのインセンティブ提供	45	8%
	(2) 個人への分かりやすい情報提供	15	3%
共通⑤	重複服薬者に対する取組	25	4%
共通⑥	(1) 後発医薬品の促進の取組	25	4%
	(2) 後発医薬品の使用割合	30	5%
固有①	収納率向上	70	12%
固有②	データヘルス計画の取組	30	5%
固有③	医療費通知の取組	15	3%
固有④	地域包括ケアの推進	15	3%
固有⑤	第三者求償の取組	30	5%
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	/	
	体制構築加点	70	12%
全体	体制構築加点含まず	510	
	体制構築加点含む(A)	580	



		平成30年度	
		加点	(A)に対して占める割合
共通①	(1) 特定健診受診率	50	6%
	(2) 特定保健指導実施率	50	6%
	(3) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	50	6%
共通②	(1) がん検診受診率	30	4%
	(2) 歯周疾患(病)検診	25	3%
共通③	重症化予防の取組	100	12%
共通④	(1) 個人へのインセンティブ提供	70	8%
	(2) 個人への分かりやすい情報提供	25	3%
共通⑤	重複服薬者に対する取組	35	4%
共通⑥	(1) 後発医薬品の促進の取組	35	4%
	(2) 後発医薬品の使用割合	40	5%
固有①	収納率向上	100	12%
固有②	データヘルス計画の取組	40	5%
固有③	医療費通知の取組	25	3%
固有④	地域包括ケアの推進	25	3%
固有⑤	第三者求償の取組	40	5%
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	50	6%
	体制構築加点	60	7%
全体	体制構築加点含まず	790	
	体制構築加点含む(A)	850	

# 保険者努力支援制度について（都道府県分(i)指標①）

指標①：主な市町村指標の都道府県単位評価		
評価の概要	○ 市町村分の主要指標について、都道府県平均値に基づく評価を行う。	
具体的 評価方法	○ 以下の指標について、都道府県平均値に基づく評価を実施 <div style="text-align: right; font-size: small;">             【予算規模：200億円程度】              総得点：100点（体制構築含む）              体制構築加点 20点           </div>	
	(i) 特定健診・特定保健指導の実施率（平成27年度実績を評価） <span style="float: right;">加点 各10×2=20</span>	20
	① 特定健診（特定保健指導）受診率の都道府県平均値が目標値（60%）を達成しているか。	6
	② ①の基準は満たさないが、特定健診（特定保健指導）受診率の都道府県平均値が上位3割相当の数値を達成しているか。	4
	③ ①②の基準は満たさないが、特定健診（特定保健指導）受診率の都道府県平均値が上位5割相当の数値を達成しているか。	2
	④ 特定健診（特定保健指導）受診率の都道府県平均値が平成26年度実績と比較して0.9ポイント（特定保健指導の場合は0.3ポイント）以上向上しているか。	4
	(ii) 糖尿病等の重症化予防の取組状況 <span style="float: right;">加点</span>	10
	① 管内市町村のうち、市町村指標①から⑤までを満たす市町村の割合が、8割を超えているか。	10
	② ①の基準は満たさないが、管内市町村のうち市町村指標①から⑤までを満たす市町村の割合が、6割を超えているか。	5
	(iii) 個人インセンティブの提供 <span style="float: right;">加点</span>	10
	① 管内市町村のうち、市町村指標①、②を満たす市町村の割合が4割を超えているか。	10
	② ①の基準は満たさないが、管内市町村のうち市町村指標①、②を満たす市町村の割合が2割を超えているか。	5
	(iv) 後発医薬品の使用割合（平成28年度実績を評価） <span style="float: right;">加点</span>	20
	① 後発医薬品の使用割合の都道府県平均値が上位2割相当の数値を達成しているか。	10
	② ①の基準は満たさないが、後発医薬品の使用割合の都道府県平均値が上位4割相当の数値を達成しているか。	5
	③ 後発医薬品の使用割合の都道府県平均値が平成27年度実績と比較して3.7ポイント以上向上しているか。	10
	④ ③の基準は満たさないが、後発医薬品の使用割合の都道府県平均値が平成27年度実績と比較して向上しているか。	5
	(v) 保険料収納率（平成28年度実績を評価） <span style="float: right;">加点</span>	20
	① 保険料収納率の都道府県平均値が上位2割相当の数値を達成しているか。	10
	② ①の基準は満たさないが、保険料収納率の都道府県平均値が上位4割相当の数値を達成しているか。	5
③ 保険料収納率の都道府県平均値が平成27年度の実績と比較して0.4ポイント以上向上しているか。	10	
④ ③の基準は満たさないが、保険料収納率の都道府県平均値が平成27年度実績と比較して向上しているか。	5	
※体制構築加算は制度施行当初の暫定措置とする		

# 保険者努力支援制度について（都道府県分(ii)指標②）

指標②：医療費適正化のアウトカム評価	
評価の概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 国保被保険者に係る年齢調整後一人当たり医療費に着目し、               <ul style="list-style-type: none"> <li>・その水準が低い場合</li> <li>・前年度より一定程度改善した場合</li> </ul>               に評価を行う。             </li> </ul>
具体的 評価方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 国保被保険者に係る年齢調整後一人当たり医療費の当該都道府県の数値について、以下の場合に評価  <div style="text-align: right;">【予算規模：150億円程度】</div> </li> </ul> <p><u>(i)全国上位である場合</u>            平成27年度の数値が全国平均よりも低い水準である場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1～5位 20点</li> <li>・ 6～10位 15点</li> <li>・ 11位～ 10点</li> </ul> <p><u>(ii)改善した場合</u>            平成27年度の数値が前年度より改善した場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1～5位 30点</li> <li>・ 6～10位 25点</li> <li>・ 11位～ 20点</li> </ul> <p>※ 年齢調整後一人当たり医療費の改善は、当該年度の国保被保険者に係る医療費の伸びが、全国平均よりも相対的に低いことを意味する</p> <p>※ 改善幅については、誤差を排除できる程度の線引きを想定</p> <p>※ 使用する年齢調整後一人当たり医療費の年度については、評価の時期によって変動があり得る</p> <p>⇒ (i)と(ii)の点数を合計した上で、各都道府県の被保険者数を乗じた値に基づいて交付額を決定</p>

# 保険者努力支援制度について（都道府県分(iii)指標③）

## 指標③：都道府県の取組状況

○ 各都道府県の医療費適正化等に関する取組の実施状況について評価を行う。

○ 都道府県の取組状況 【予算規模：150億円程度】

評価項目	評価内容	点数
1.医療費適正化等の主体的な取組状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>保険者協議会に積極的に関与している場合 (※今後の保険者協議会に係る検討状況を踏まえ、具体的な評価内容を検討)</li> </ul>	—
	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県がKDBを活用して県内医療費の分析を行い、市町村に提供している場合 (※29年度中の評価は困難)</li> </ul>	—
	<ul style="list-style-type: none"> <li>重症化予防の取組                             <ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県医師会、都道府県糖尿病対策推進会議等との連携協定を締結するなど、市町村における重症化予防の取組を促進するための支援策を講じている場合</li> </ul> </li> </ul>	10
	<ul style="list-style-type: none"> <li>重症化予防の取組                             <ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県版重症化予防プログラムを策定している場合</li> </ul> </li> </ul>	10
	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療費適正化に向けた取組として、都道府県が市町村へ指導・助言等(※)を行っているか。</li> </ul>	10
2.医療提供体制適正化の推進	(※今後の地域医療介護総合確保基金に係る検討状況等を踏まえ、具体的な評価内容を検討)	(30)
3.法定外繰入の削減	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県内の市町村が決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っていない場合、または、決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っている市町村ごとに、削減の目標年次を定めた個別の計画を作成している場合</li> </ul> ※評価内容については、30年度以降の取組の進捗状況等を踏まえつつ必要な見直しを行う	30

具体的  
評価方法

(※) 「市町村への指導・助言等」に係る指標の中身については、今後検討を行う。

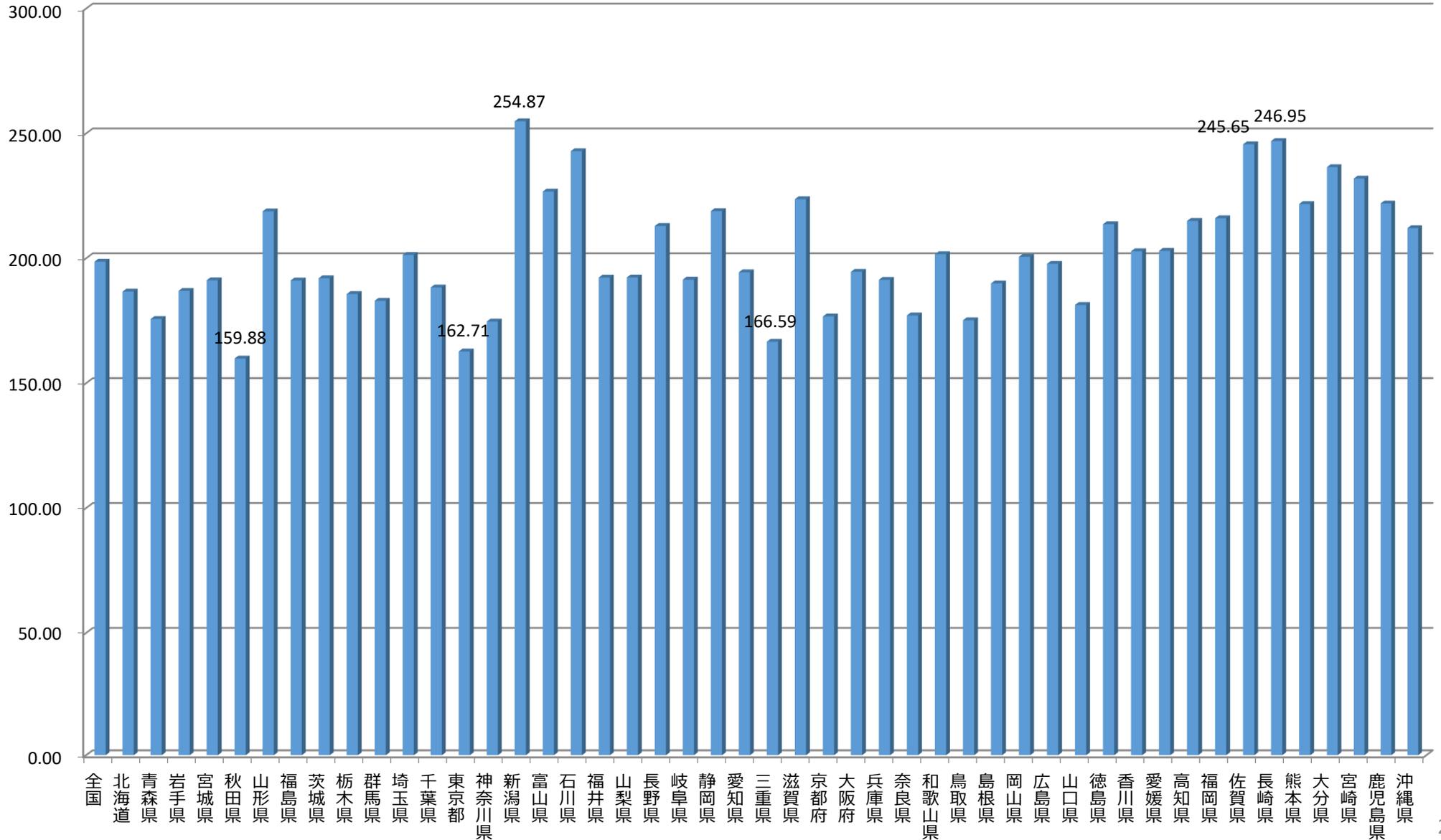
(交付額の算定方法)

評価指標毎の加点の合計×各都道府県内被保険者数（退職被保険者を含む）により算出した点数を基準として、全都道府県の算出点数の合計に占める割合に応じて、予算の範囲内で交付する。

# 保険者努力支援制度(28年度前倒し分)の結果の「見える化」について

平成28年度 保険者努力支援制度 都道府県別平均獲得点(345点満点)

※体制構築加点含む



# 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。

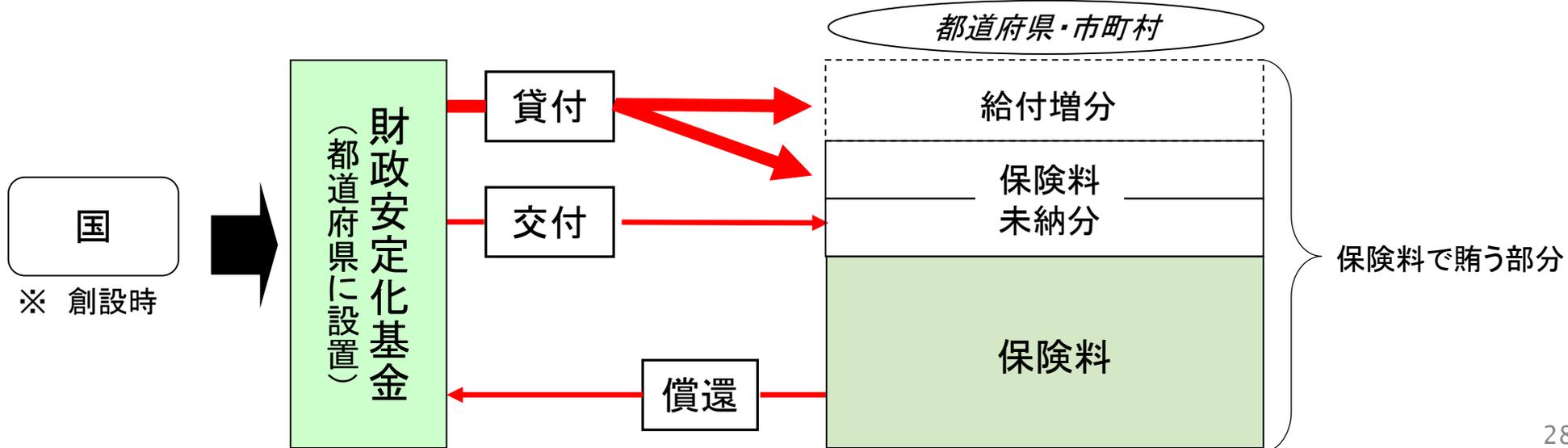
## 2. 内容

- 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に留意しつつ、財源不足額のうち保険料収納不足額×1/2以内を交付

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

## 3. 基金規模等

- 2,000億円規模をめざし、国費で創設・順次積増しすることとし、平成27年度は200億円、平成28年度は約400億円(予算案)を措置。
- 交付分に対する補填は各都道府県が決定。  
※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

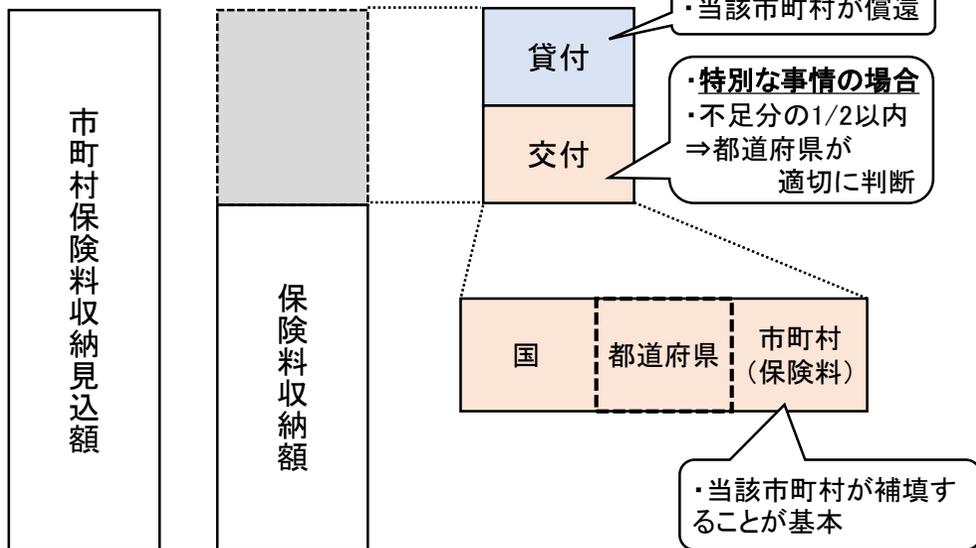


# 財政安定化基金による貸付・交付(イメージ)

## 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

- ・非自発的の失業者に対する保険料軽減
- ・災害(東日本大震災など)

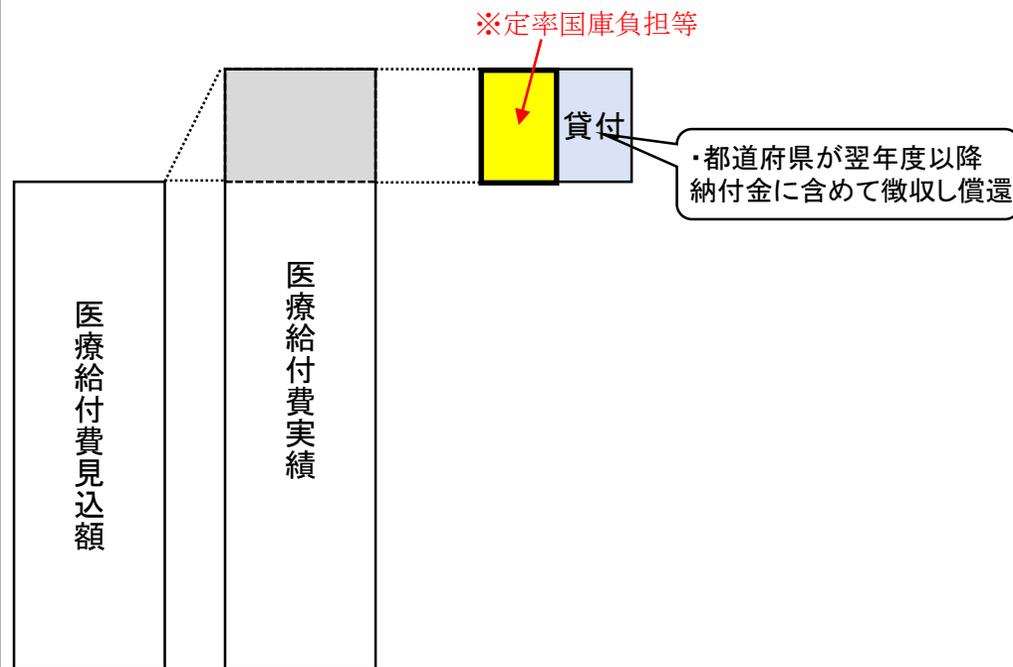
### 財政安定化基金から貸付する場合

- ・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

# 【参考】平成30年度以降の国保財政の姿

(赤字は国保改革による変更点)

市町村への地方財政措置: 1,000億円

## 特別高額医療費共同事業

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

※ 平成30年度以降、数十億円程度増額

## 高額医療費負担金

○ 高額な医療費(1件80万円超)の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、国と都道府県が高額医療費の1/4ずつを負担

## 保険者努力支援制度

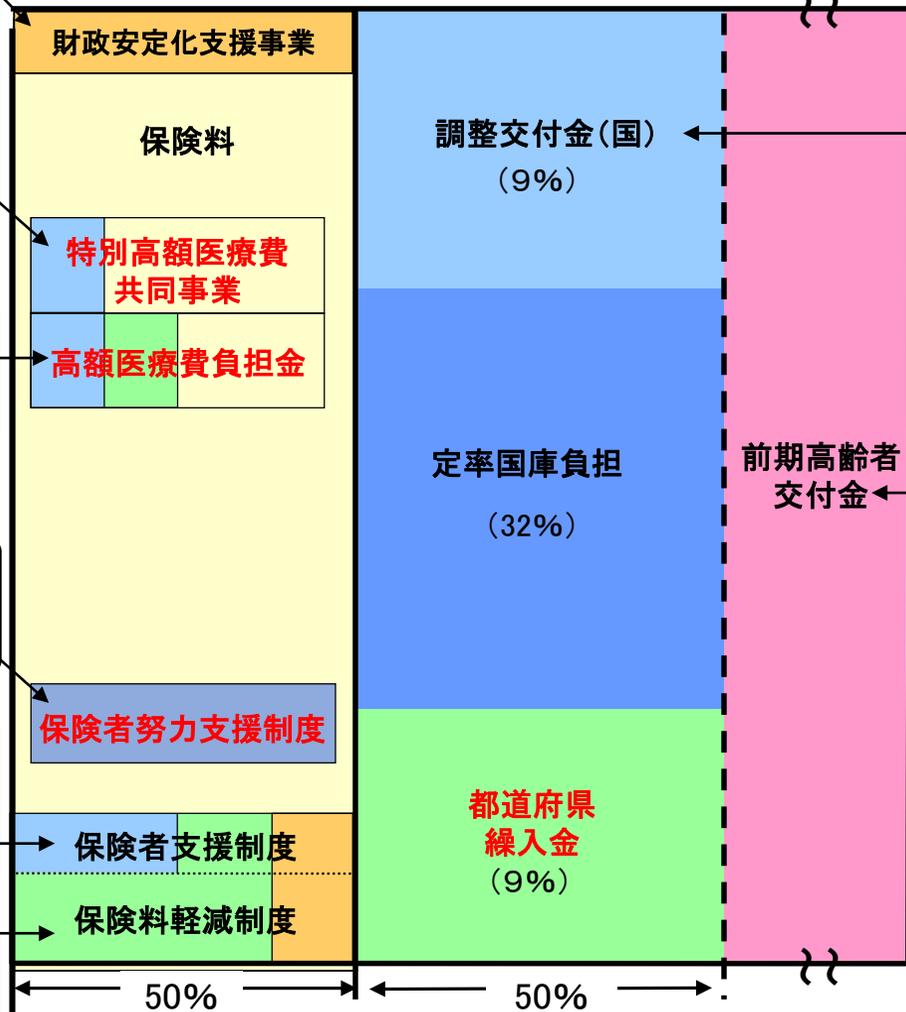
○ 都道府県・市町村の医療費適正化、予防・健康づくり等の取組状況に応じ支援。事業規模: 800億円程度

## 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  
(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。  
(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%)  
都道府県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、措置できない都道府県・市町村の特別の事情(災害等)を考慮して交付。

※ 平成30年度以降、800億円程度について、実質的増額。

## 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。(市町村単位→都道府県単位の交付に)

## 【財政安定化基金】

○ 貸付・交付分(2,000億円)  
給付増や保険料収納不足により財源不足になった場合に備え、都道府県に基金を設置し、都道府県・市町村に対して貸付・交付を行う。

○ 激変緩和分(300億円)  
平成35年度までの間、新制度の円滑な施行に必要な資金として活用可能。

## 国民健康保険における財政支援について

平成28年12月22日

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

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

## 今後の社会保障改革の実施について

平成28年12月22日  
社会保障制度改革推進本部決定案

「医療保険制度改革骨子」（平成27年1月13日社会保障制度改革推進本部決定。以下「改革骨子」という。）における制度改革の実施については、「社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法の一部を改正する等の法律等の一部を改正する法律」（平成28年法律第85号）等に基づき平成31年10月に消費税率が引き上げられることを踏まえ、以下の方針により、引き続き着実に進めていくこととする。

- (1) 国民健康保険への財政支援の拡充については、改革骨子の考え方に沿って国保改革を着実に実施していくため、後期高齢者支援金の全面総報酬割の実施に伴い生じる国費を含めた社会保障の充実財源の中で、下記のとおり対応する。
  - ① 平成30年度以降、国保改革（都道府県単位化）と併せて実施される保険者努力支援制度等の実施のために必要となる約1,700億円を確保する。このため、平成32年度に消費税込（国分）が満年度化することも踏まえ、平成30年度及び平成31年度において、財政安定化基金の一部を活用する。
  - ② 平成29年度予算においては、都道府県が保険料の激変緩和を目的として市町村に資金を交付するための約300億円及び上記①による活用も念頭に置いた約500億円を別途財政安定化基金の積立てに措置する。
  - ③ 上記②による積立分を除く財政安定化基金については、平成29年度はこれまでの積立分と合わせて1,700億円規模を確保し、平成32年度末までに、新制度の運営状況を踏まえながら、速やかに必要な積増しを行い、2,000億円規模を確保する。

# 国保への財政支援の拡充について（イメージ）

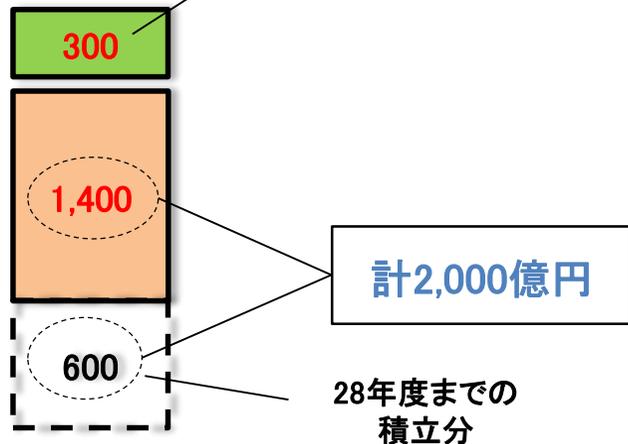
## 当初案

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

毎年度の事業費  
への補助



特例基金積立分  
(保険料の激変緩和に活用)

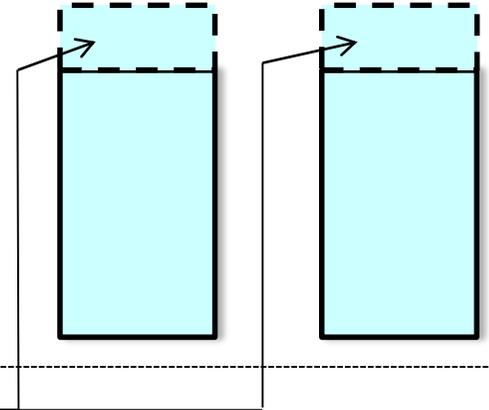


財政安定化基金

## 変更後

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

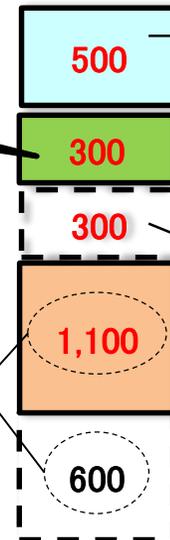
【ポイント①】  
平成30年度以降の  
1,700億円の予算の  
確保



【ポイント②】  
激変緩和のための  
300億円を確保

【ポイント③】  
制度施行時に  
1,700億円を確保

計1,700億円  
(▲300億円)



30・31年度  
に活用

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

# 都道府県ガバナンスの強化に向けた国保制度のインセンティブ改革について

H29.5.23経済財政諮問会議厚労大臣提出資料

- 国保制度における医療費適正化等のインセンティブを強化し、都道府県間の医療費格差を解消していくため、平成30年度より、①医療費適正化等の取組の**成果を評価する指標**の導入、②**1,000億円規模のインセンティブ**の仕組みを設けるとともに、
- ③**普通調整交付金の見直し**についても検討していく

## 課題

- 平成30年度に、都道府県が国保の保険者に加わる国保改革が施行
- この機会を捉え、地域の予防・医療等の司令塔としての都道府県の役割発揮を促すため、国保制度において様々なインセンティブを付与する必要

都道府県の役割	予防・健康	医療	
	適正化計画の策定	提供体制	保険
		医療計画の策定	国保の保険者 (H30~)

## ①「成果を評価する指標」の導入

### 【平成30年度から実施】

- 取組状況中心の指標に加え、各都道府県の医療費適正化等の取組の「**成果を評価する指標**」（年齢調整後医療費水準等）を導入することで、都道府県による実効的な取組を推進

### 【①保険者努力支援制度】

700~800億円（30年度~）



## ②1,000億円規模のインセンティブ制度の構築

### 【平成30年度から実施】

- 保険者努力支援制度に加え、調整交付金からの財源も追加することで、**総額1,000億円規模のインセンティブ**の仕組みを構築

### 【②特別調整交付金+保険者努力支援制度】

保険者努力支援制度（700~800億円）に加え、特別調整交付金の財源（200~300億円）も活用

## ③普通調整交付金の見直しの検討

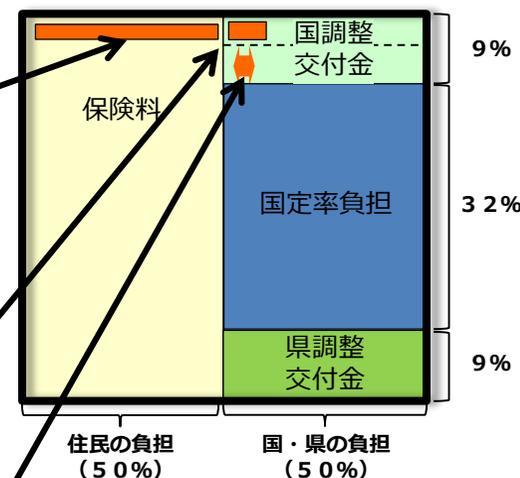
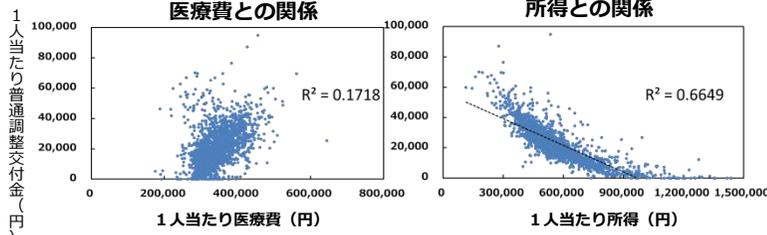
### 【検討を開始】

- 都道府県が責任を持って減らすべき「地域差」について分析を進めた上で、**普通調整交付金における調整の在り方について**、改革の施行状況も踏まえつつ関係者間で議論し、結論を得て対応

### 【③普通調整交付金】

所得調整の仕組みとして有効に機能。

⇒ この機能を維持しつつ、解消すべき「地域差」を算定対象とするこの是非について検討



## □経済財政運営と改革の基本方針2017（抜粋）

### 第3章 経済・財政一体改革の進捗・推進

#### 3 主要分野ごとの改革の取組

##### (1) 社会保障

##### ② 地域医療構想の実現、医療計画・介護保険事業計画の統合的な策定等

国保の財政運営責任を都道府県が担うことになること等を踏まえ、都道府県のガバナンスを強化するとともに、アウトカム指標等による保険者努力支援制度、特別調整交付金等の配分によりインセンティブを強化する。現行の普通調整交付金は、医療費が増えると配分が増える算定方法ともなっているため、所得調整機能を維持しながら、医療費適正化のインセンティブを効かせる観点から、地域差に関する調整・配分の在り方を検証し、2018年度（平成30年度）の新制度への円滑な移行に配慮しつつ速やかに関係者間で見直しを検討する。また、市町村の法定外一般会計繰入れの計画的な削減・解消を促す。

## Ⅲ.納付金の試算(激変緩和の対応方法等)

### 第3回試算の概要

- 第3回試算は、公費の在り方の検討結果を踏まえ、初めて新制度を前提に実施する。追加公費（1,700億円）のうち一部（1,200億円）を含めるとともに、普通調整交付金等の交付見込額を「都道府県単位」で算定する。また、平成29年度予算ベースの丈を直近の規模に近づける。（所得、医療給付費等のデータを最新のものに更新することで、規模が縮小する。）
- 今回の試算において、激変緩和を予行する。激変緩和は、保険料の伸びの上限として都道府県が定める一定割合と国が提示する一定割合の双方を活用して行う。一定割合を超過した市町村に対し、都道府県繰入金及び暫定措置（国公費）を投入して、一定割合で頭打ちとする。また、一定割合と同率で下限割合も設定して、都道府県繰入金の重点配分による激変緩和も行う。
- 都道府県及び市町村は、試算結果を活用して、 $\alpha\beta$ の設定等の納付金の算定方法や激変緩和策の在り方等について、具体的に協議・検討し、30年度予算ベースではないことの留保条件をつけつつ、合意形成を進める。また、自然増分や医療費適正化効果等について、独自に仮定を置くことによって、試算結果を30年度予算編成に活用できる。

		平成28年11月	平成29年1月	平成29年7月	平成29年11月	平成30年1月
		第1回試算 (仮係数)	第2回試算 (確定係数)	第3回試算 (確定係数+一部更新)	第1回算定 (仮係数)	第2回算定 (確定係数)
<b>対象予算</b>		平成29年度予算ベース (見込みのため過大)		平成29年度予算ベース (実態に近い丈に縮小)	平成30年度予算ベース	
<b>制度前提</b>		現行制度 (市町村単位)		新制度 (都道府県単位)	新制度を前提 (都道府県単位)	
<b>追加公費</b>		未反映		ほぼ反映(1,200億円)	基本的に反映（約1,600億円） ※結核・精神、非自発分のみ未反映	
内 訳	普通調整交付金	—		約300億円	約300億円	同左
	暫定措置	—		約250億円	約300億円	同左
	特別調整交付金	—		約100億円(子ども)	約100億円(子ども)	同左
	保険者努力(都道府県)	—		約200億円	約500億円	同左
	保険者努力(市町村)	—		約300億円 (別途特調より200億)	約300億円 (別途特調より200億)	同左

※特別高額医療費共同事業分については公費60億円を仮置き。

※既存の特別調整交付金についても可能な限り算定。

# 第3回試算の進め方

試算準備・試算

## ① 医療給付費の推計

平成29年2月診療分までの実績と平成29年2月末までの被保険者数実績を反映して、医療給付費等を推計。その結果、第2回試算時と比較して、医療給付費の見込額や公費は、全体として小さくなると想定される点に留意。

## ② 所得額の変更

普通調整交付金の確定交付額を算定する際に活用した、平成26～28年度の所得額を活用して、市町村ごとに3年平均所得額を算出。これに基づき、 $\beta$ を変更。

## ③ 保険者努力支援制度等の公費拡充分の反映

保険者努力支援制度の市町村向けについては、平成30年度の交付予定額を平成29年度に前倒しで実施したと仮定した500億円を都道府県に提示。当該額を平成28年度における市町村への交付実績に基づき按分して市町村への交付額を推計。都道府県向けについては、平成29年度に前倒しで一部実施したと仮定した額200億円とする(重点配分も可能)。その他、拡充された公費を配分。

## ④ 試算

## ⑤ 激変緩和の予行

激変緩和の予行は、一人当たり保険料額の比較によることとする。平成29年度一人当たり保険料額(試算結果)と平成27年度の一人当たり保険料額(決算ベース)を比較した上で、次の一定割合を置いて、上昇抑制を図る。※納付金ベースで読み替えることも可能。

【激変緩和】①～④全ての一定割合パターンについて、例えば以下2つの流れ(下限割合を設定する場合と設定しない場合)が想定される

### 【一定割合のパターン設定】

- ① 都道府県の定める一定割合(=自然増+ $\alpha$ )
- ② 一定割合=自然増のみ。 $\alpha$ =ゼロ
- ③ 一定割合=2%(単年度)
- ④ 一定割合=3%(単年度)

①は暫定措置がない前提で都道府県と市町村があるべき数値として設定したもの。  
③と④は、激変緩和後の一人当たり平均保険料額の平均伸び率が自然増を下回る場合がある。

ア) 暫定措置額(国公費)全額を投入して増加を抑制する。

イ) 保険料の下げ幅を制限する下限割合は、一定割合と同率に設定する。その結果得られた財源額は、暫定措置額に上乗せして増加を抑制する。

ウ) 暫定措置額及び下限割合の設定により生じた財源を活用してもなお一定割合を超過する場合、都道府県繰入金(1号分)を活用する。

一人当たり保険料額の伸び率が、一定割合で頭打ちとなる。

激変緩和の予行

試算後直ちに国に速報を提出

※最終報告期限：8月31日

公表等

## ⑥ 都道府県・市町村の判断により試算結果を公表(運営協議会、議会、マスコミ等への公表において共通)

第3回試算結果を公表する都道府県及び市町村は、上記4パターンの一定割合を当てはめて算定した、市町村別の平成29年度一人当たり保険料額(激変緩和後)と平成28年度一人当たり保険料額の比較結果を公表する。(28年度に法定外繰入・前年度繰上充用・財政調整基金取崩等により増加抑制を図った市町村は、一人当たり同額の法定外繰入等を29年度にも繰入れた額とする。保険基盤安定負担金も一人当たり同額で繰入れた保険料軽減後の額とする。)

## ⑦ 予算編成

# 都道府県内の議論に向けて

◎今回の改革は都道府県も巻き込んだ制度創設以来と言われる大きな改革



## 地域における合意形成が不可欠

〔議論において望まれる視点〕

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

# 三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 $\alpha$ や $\beta$ 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 $\alpha$ や $\beta'$ 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)

# 三段階の激変緩和措置イメージ

## ア. 市町村ごとの納付金の額を決定する際の $\alpha$ ・ $\beta$ 等の設定による配慮

集めるべき保険料額

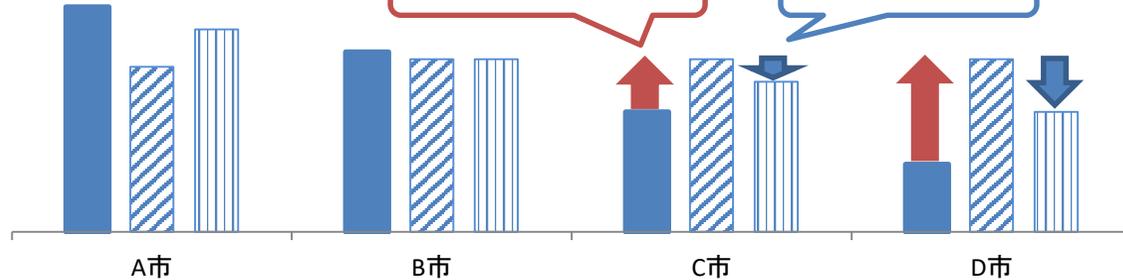
保険料額の急上昇

激変緩和措置

■ 平成28年度

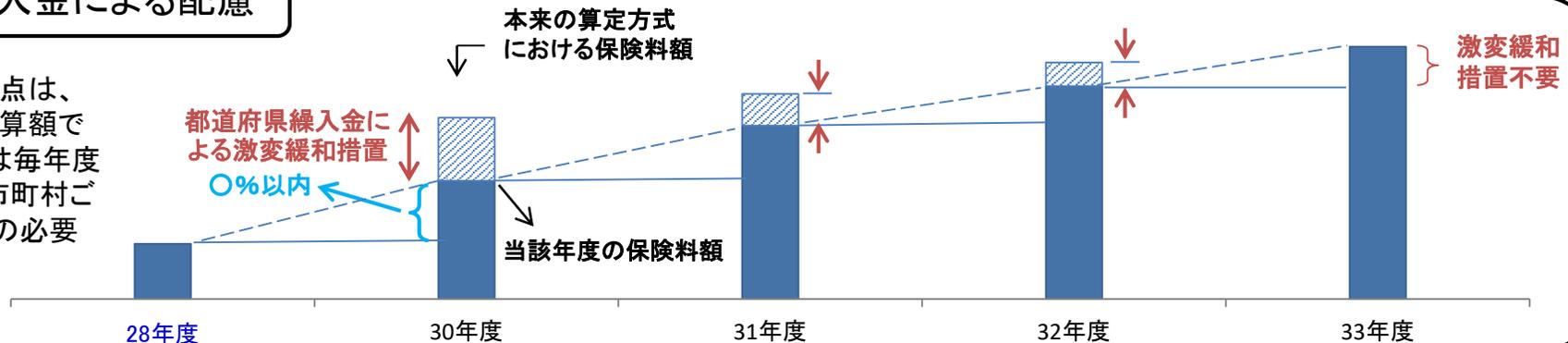
▨ 平成30年度  
(激変緩和措置を加味しない算定方式の場合)

▤ 平成30年度  
(激変緩和措置を加味した算定方式の場合)



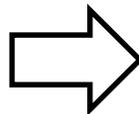
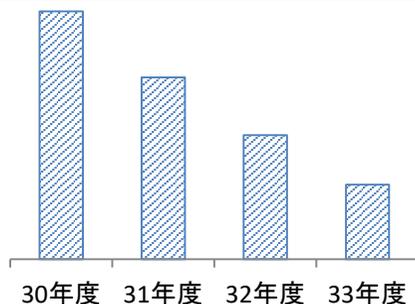
## イ. 都道府県繰入金による配慮

激変緩和丈比への基点は、平成28年度保険料決算額で固定する。都道府県は毎年度一定割合を定めて、市町村ごとに都道府県繰入金の必要を判断する。



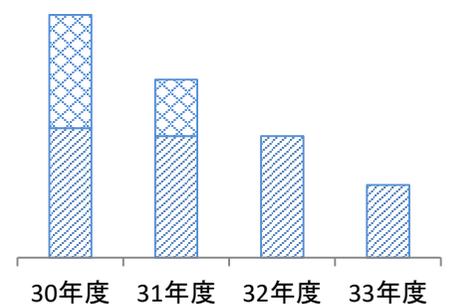
## ウ. 特例基金による配慮(平成35年度までの措置)

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して繰入金減少分を補填する。

また、独自に決算剰余金等の財源を特例基金に積み立てた場合には、その財源を活用して、各市町村の納付金を個別に減算することも可能。



## 暫定措置

- 改革施行当初の激変緩和に充てるため、平成30年度から投入される1,700億円のうち300億円程度を、追加激変緩和のための「暫定措置（都道府県分）」として確保する。
  - 当該予算の配分に当たっては、都道府県間の公平性に十分配慮することとし、予算総額のうち多くの部分は、各都道府県の被保険者数に応じて配分を行うものとする。
  - 当該予算については、納付金計算のc→dの算出の際に、都道府県繰入金（1号分）に先だって投入することで、激変緩和を行うものとする。
- ※ 予算額は徐々に減少させるものとする。減少相当額の取扱いは、政令上、普調と特調の配分について7：2が原則とされていることも踏まえつつ、改革の円滑な施行の観点も含め検討
  - ※ 第3回試算においては、300億円のうち250億円について、各都道府県の被保険者数に応じて配分した前提で係数を作成
  - ※ 暫定措置部分の法令上の位置付けについては、今後の政令等審査において検討

### 平成30年度の公費の在り方について とりまとめ

（平成29年7月5日国保基盤強化協議会事務レベルWG）【抜粋】

#### <暫定措置（都道府県分）> 【300億円程度】

- ・追加激変緩和（都道府県間の公平性に十分配慮しつつ配分）

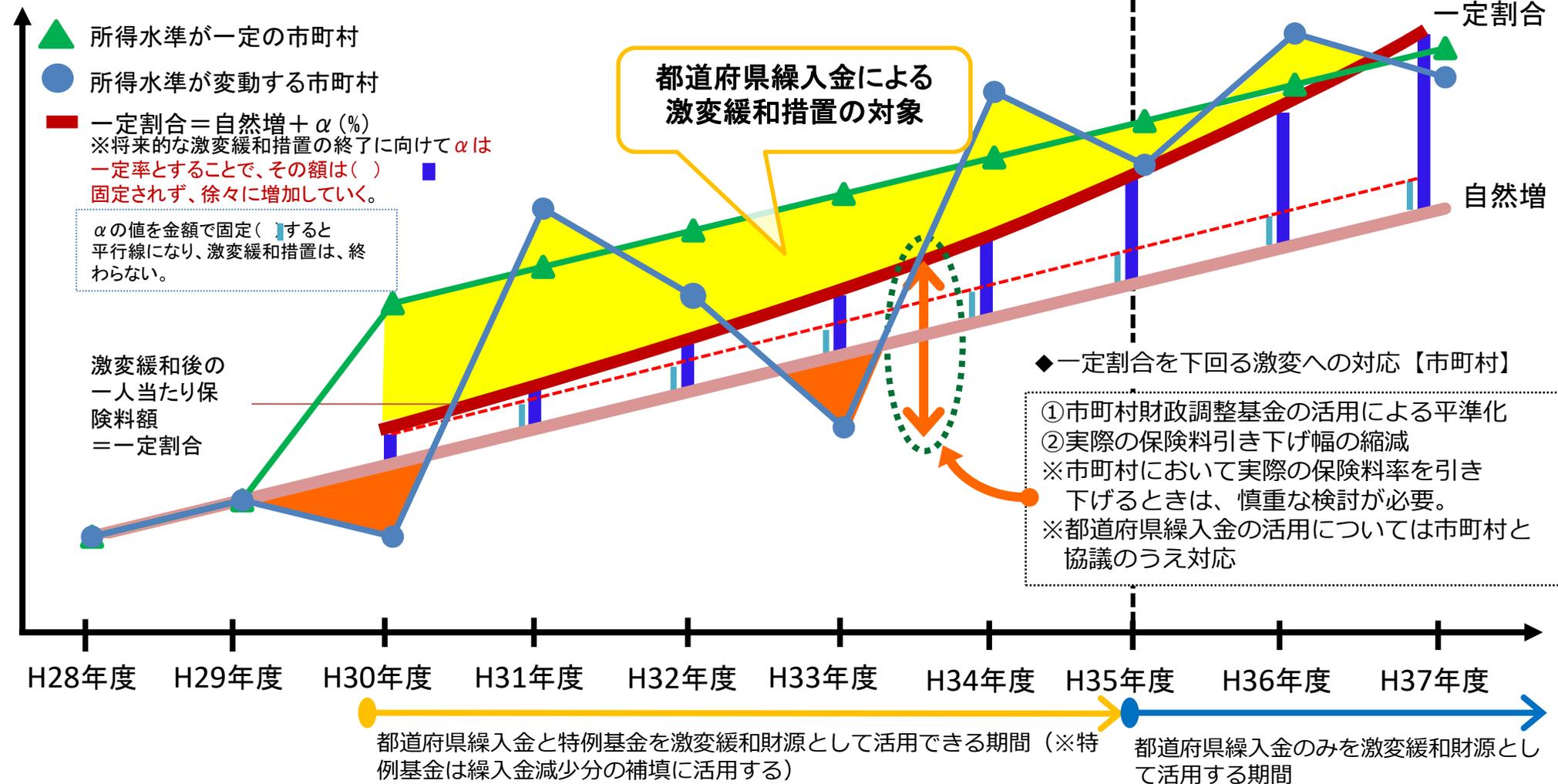
※予算額は徐々に減少させるものとする。減少相当額の取扱いは、政令上、普調と特調の配分について7：2が原則とされていることも踏まえつつ、改革の円滑な施行の観点も含め検討（「財政調整機能の強化」の総額（800億円程度）は将来にわたり維持する）

# 激変緩和措置モデル(イメージ)

○ 新制度の円滑な施行の観点から、納付金の仕組みの導入等による激変緩和措置は、①初めから措置対象期間を限定せず、②給付費の増加や所得の変動による負担増も緩和し、年度間の平準化を図りつつ、③緩やかに上昇するような、**都道府県と市町村の相互協力による複合的・総合的な対策を講じる必要がある。**

※ 納付金算定の仕組みでは、年度間の所得変動による保険料の変動が均されるよう過去3年平均の1人当たり所得を活用。

★1人当たりの年間保険料額



※  $\alpha = 1$ 、 $\beta = \beta$  で固定し、給付費の伸び、医療費指数及び前期高齢者交付金が一定であると仮定。

## IV. 赤字繰入の取扱い

# 赤字解消の取組経緯

昭和34年1月

昭和36年4月

昭和46年11月

平成22年5月

平成30年3月

新国民健康保険法成立

国民皆保険の達成

広域化等支援方針の取組

実質収支の均衡・繰上充用の解消

繰上充用の解消・一般会計繰入の解消

## 保険者の自主的な財政再建 →収支均衡の実質的な回復

多額の赤字を生じ、国保事業の運営に支障をきたしている保険者がみうけられる。赤字保険者は、財政再建計画を定め、自主的な財政再建を行うこととし、おおむね5年以内の国保特別会計（事業勘定）の収支均衡の実質的な回復を図る。

## 赤字保険者に赤字解消計画を義務づけ

### →実質収支の均衡・累積赤字解消

国保特別会計（事業勘定）の実質収支が2年連続して赤字の保険者が策定するものであるが、恒常的支出に対応する収入を確保しつつ、原則5年以内に累積赤字を解消するための計画。

## 広域化等支援方針に基づく赤字解消の取組

### →まずは繰上充用の計画的解消、次いで、一般会計繰入による赤字補填分のできる限り早期の解消

赤字解消の目標年次については、まずは、繰上充用分の計画的な解消を図り、目標を定める。次いで、一般会計繰入による赤字の補てん分については、保険料の引上げ、収納率の向上、医療費適正化策の推進等により、できる限り早期に解消するよう努める。

平成30年4月  
国民健康保険改革

第1期 国保運営方針

平成36年4月

第2期 国保運営方針

都道府県も国保の保険者に（3400億円の公費拡充）

決算補填等目的の一般会計繰入と前年度繰上充用金の新規増加分の計画的・段階的な解消、削減

## 国保財政の基盤強化・財政運営の安定化

### →「決算補填等を目的とする一般会計繰入」と「前年度繰上充用金の新規増加分」を計画的・段階的に解消・削減

※30年度以前の累積赤字（前年度繰上充用）は、市町村の実情に応じ、可能な限り計画的な解消・削減を目指す

決算補填等を目的とする一般会計繰入や前年度繰上充用について、収納率の向上や医療費適正化の取組にあわせ、保険料の適正な設定等により、計画的・段階的な解消が図られるよう、実効性のある取組を定める。

赤字市町村については、赤字についての要因分析、必要な対策の整理を行う。これを踏まえ、都道府県は、市町村ごとの赤字の解消又は削減の目標年次及び赤字解消に向けた取組を定める。

# 解消・削減すべき赤字の定義の変遷

平成22年度

平成30年度

赤字解消計画による取組

広域化等支援方針による取組

国保運営方針による取組

実質収支の赤字

繰上充用金

繰上充用金

新規増加分

赤字補填分の  
一般会計繰入

負担抑制分  
(黒字分)

決算補填等  
目的の  
一般会計繰入

繰上充用金  
(新規増加分)

平成30年度以降、国保運営方針のもと、市町村が計画的に解消・削減すべき赤字

※ 定義の変更により対象市町村数は増加するが、公表する場合には、従前の定義による対象市町村数も併せて公表することとし、新定義との違いを区別する。

実質収支の赤字

繰上充用金  
(累積分)

平成30年度以降、市町村が地域の実情に応じて可能な限り計画的に解消・削減

## V. 保険者機能の強化

# 1. 特定健診・保健指導の推進

# 特定健診・特定保健指導の実施状況(保険者種別)

## (1) 特定健康診査の保険者種類別の実施率

※( )内は、平成26年度特定健診対象者数

	総数 (5,385万人)	市町村国保 (2,216万人)	国保組合 (148万人)	全国健康 保険協会 (1,474万人)	船員保険 (5万人)	健保組合 (1,181万人)	共済組合 (361万人)
平成26年度	48.6%	35.3%	45.5%	43.4%	40.9%	72.5%	74.2%
平成25年度	47.6%	34.2%	44.0%	42.6%	40.1%	71.8%	73.7%
平成24年度	46.2%	33.7%	42.6%	39.9%	38.9%	70.1%	72.7%
平成23年度	44.7%	32.7%	40.6%	36.9%	35.3%	69.2%	72.4%
平成22年度	43.2%	32.0%	38.6%	34.5%	34.7%	67.3%	70.9%
平成21年度	41.3%	31.4%	36.1%	31.3%	32.1%	65.0%	68.1%
平成20年度	38.9%	30.9%	31.8%	30.1%	22.8%	59.5%	59.9%

## (2) 特定保健指導の保険者種類別の実施率

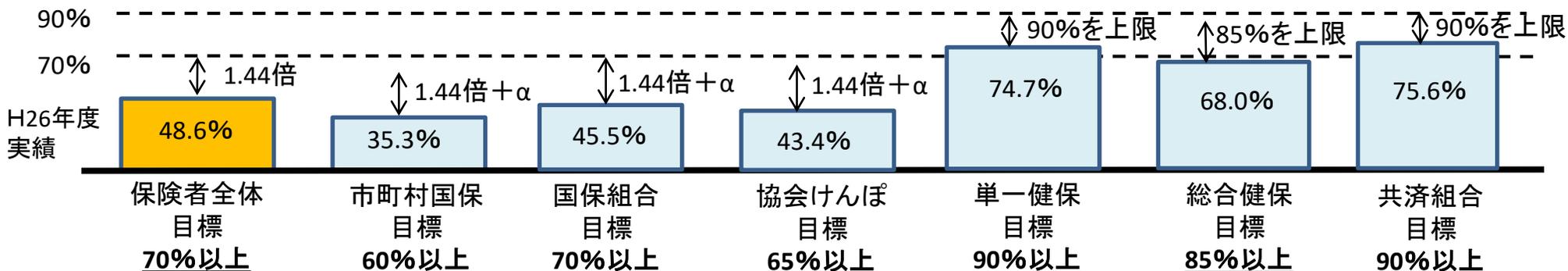
※( )内は、平成26年度特定保健指導対象者数

	総数 (440万人)	市町村国保 (92万人)	国保組合 (13万人)	全国健康 保険協会 (123万人)	船員保険 (0.8万人)	健保組合 (161万人)	共済組合 (50万人)
平成26年度	17.8%	23.0%	9.1%	14.8%	5.9%	17.7%	18.1%
平成25年度	17.7%	22.5%	9.0%	15.3%	7.1%	18.0%	15.7%
平成24年度	16.4%	19.9%	9.5%	12.8%	6.3%	18.1%	13.7%
平成23年度	15.0%	19.4%	8.3%	11.5%	6.5%	16.7%	10.6%
平成22年度	13.1%	19.3%	7.7%	7.4%	6.3%	14.5%	8.7%
平成21年度	12.3%	19.5%	5.5%	7.3%	5.8%	12.2%	7.9%
平成20年度	7.7%	14.1%	2.4%	3.1%	6.6%	6.8%	4.2%

# 第3期実施計画期間における保険者の特定健診・保健指導の目標値

## (1) 特定健診実施率の目標値

○ 第3期の特定健診実施率の保険者の目標値は、第2期と同様、70%以上の実施率を保険者全体で達成するため、実績に比して等しく実施率を引き上げた場合の実施率を基準に設定（実績が高い保険者には計算上の上限値を置き、実施率の低い保険者の目標値に振り分けて設定）することとし、第2期と同じ目標値とする。

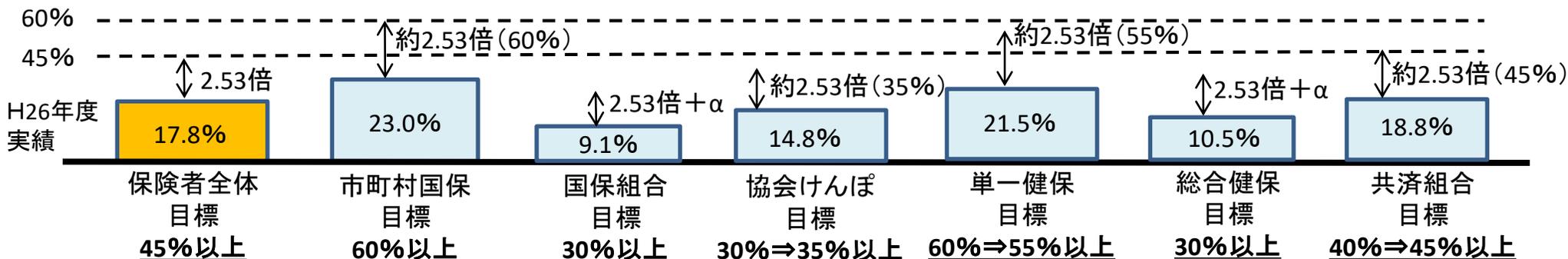


※私学共済は総合健保の目標値と同じ設定

## (2) 特定保健指導実施率の目標値

○ 第3期の特定保健指導実施率の保険者の目標値は、第2期と同様、45%以上の実施率を保険者全体で達成するため、実績に比して等しく実施率を引き上げた場合の実施率を基準に設定（実績が高い保険者には計算上の上限値を置き、実施率の低い保険者の目標値に振り分けて設定）する。

(※) 保険者全体で等しく実施率を引き上げる際、保険者全体の目標に達していない目標値は引き上げる一方、保険者全体の目標を超えている目標値は維持又は引き下げ、第2期の目標値との増減幅を5%以内とする。



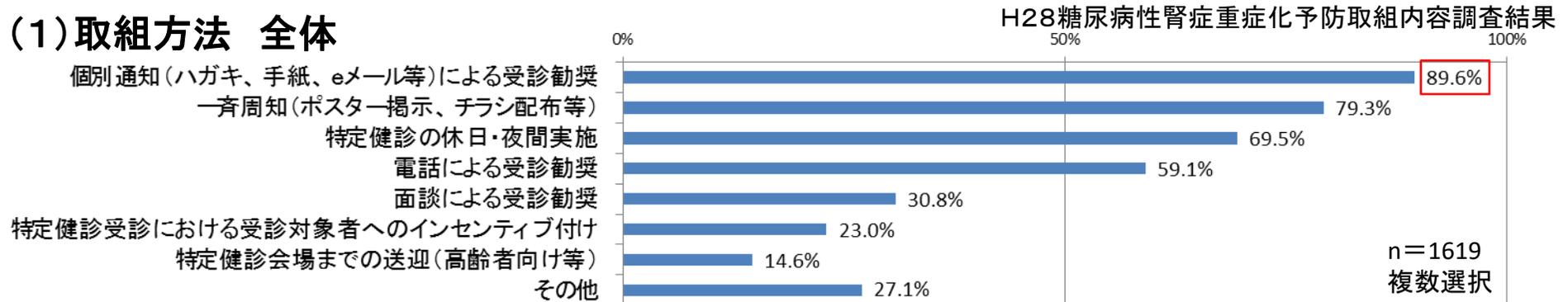
(船員保険は30%以上の目標を維持)

※私学共済は総合健保の目標値と同じ設定

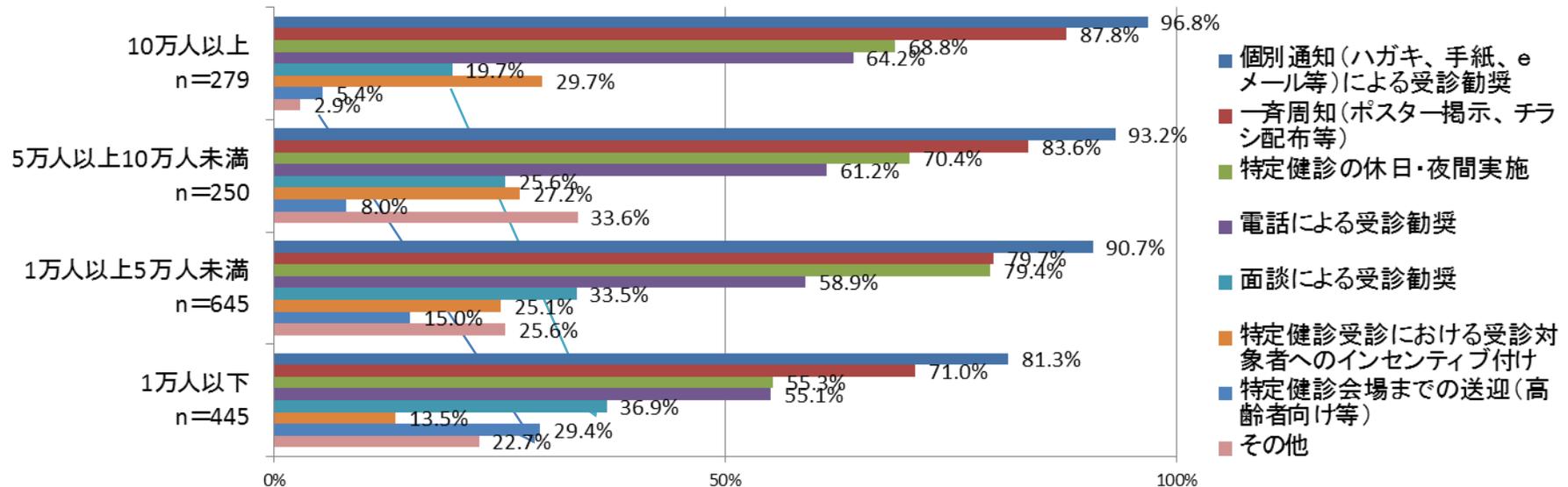
# 特定健康診査受診率向上の取組方法

- 受診率向上の取組方法では、「個別通知(ハガキ、手紙、eメール等)による受診勧奨」が最も多く9割弱の保険者が実施していた。
- 取組方法を人口規模別でみると、大規模保険者のほうが「個別通知による受診勧奨」「一斉周知」「特定健診の休日・夜間実施」「電話による受診勧奨」「特定健診受診における受診対象者へのインセンティブ付け」は実施されているが、一方で小規模保険者のほうが「面談による受診勧奨」「特定健診会場までの送迎」は実施されている。

## (1) 取組方法 全体



## (2) 取組方法 人口規模別



# 特定健康診査受診率向上の取組方法（その他）

## ○実施の仕方

- ・がん検診、肝炎ウィルス検診（一部）、歯周病健診（一部）と同時実施
- ・心電図・眼底・貧血検査を追加項目として内容充実
- ・40歳健診の無料化30歳代健診の実施
- ・漁協や農協と連携して優先日を設ける
- ・男性専用日、女性専用日の設定
- ・町内会とタイアップした出前型セット健診
- ・通年で実施
- ・受診率の低い地域の健診実施日を増やした
- ・24時間インターネット予約（集団健診）
- ・農家の多い地域なので、出荷や生産時期（農繁期）から集団検診の日をずらし、秋から冬にかけ小集団検診を実施
- ・保健部門と連携して、各種がん検診の受診票と国保特定健診の受診券を一体化

## ○連携

- ・農協・漁協とのタイアップ
- ・町内医療機関と連携し、定期検査を特定健診として実施
- ・診療所の医師に患者に対し特定健診を受けようと言ってもらう（医師が言うとかかなりの確率で特定健診を受診する）
- ・JA、商工会、消防団、勤医協友の会などの協力を依頼して、健診を受けようと呼びかけ
- ・乳幼児健診や新生児訪問などの母子保健事業での受診勧奨

## ○同時イベント

- ・保健推進員による健診スタンプラリーの実施などお祭りの会場の場づくり
- ・集団健診での地元野菜販売及び健康メニュー紹介
- ・ボランティアによる喫茶コーナー設置

## ○サービス

- ・山間部の一部の医療機関は受診時の送迎サービス
- ・子育て世代へ向けて（特に母親）託児サービスの実施

## ○健康意識の向上

- ・町内医療機関所属医師による健康講話
- ・モデル地区における健康教室の開催
- ・健診の勧誘以外の時期に家庭訪問し血圧を測ったり、医療への受診状況を聞いたりして、日頃の積み重ねを大事にして健診受診へと導く
- ・受診率の低い地域から2地区を選定し、授業時間を利用し、両親や祖父母に健康メッセージの手紙を書く

## ○データ受領

- ・医療機関で受診した項目をデータにて受領することで医療機関と連携
- ・町外で健診を受けている場合は健診結果データを提供してもらう
- ・職場健診のデータ受領
- ・データ不足分をかかりつけ医からもらい始め、個人でのデータ持参も受け付けている
- ・県医師会に委託し、特定健診に係る診療情報提供事業を実施
- ・JAからの健診結果情報提供
- ・事業者健診（JA、消防団、商工会）から結果の情報提供を受ける

## ○インセンティブ

- ・55歳到達者に特定健診とがん検診を無料で受けられる受診券を発行
- ・健康マイレージ事業の対象として特定健診を入れた
- ・町のセルフケア推進方針に基づいた金融機関と連携した有利な金融商品の提供
- ・温泉組合、スポーツ施設、健康のおもてなし協力店との連携による日帰り温泉等割引券の提供
- ・健康朝食・日帰り温泉の提供
- ・民間信用金庫との連携事業として、預金金利上乘せ
- ・市内の商工会の協力を得て、満点カード1枚で買い物交換
- ・信用組合の協力により、スーパー定期（1年）利用した場合、健診受診者は店頭表示利率が+0.2%加算
- ・各区で受診率ダービーを実施し、上位には報奨金を授与

## ○自治会での周知啓発

- ・町内会・保健推進員と連携し、地域の集まりでの周知や町内回覧など情報発信を実施
- ・健康づくり推進員の総会や自治会の老人クラブ
- ・高齢者サロンや老人クラブ、婦人会で受診の必要性など周知

## ○広報

- ・年に2回ほど、健診の広報周知としてパネル展を公共施設で実施
- ・包括連携協定を結ぶイオン等市内スーパー各店舗における健診問診票の設置
- ・町内放送、市ホームページやSNS（Facebook、ツイッター）での周知

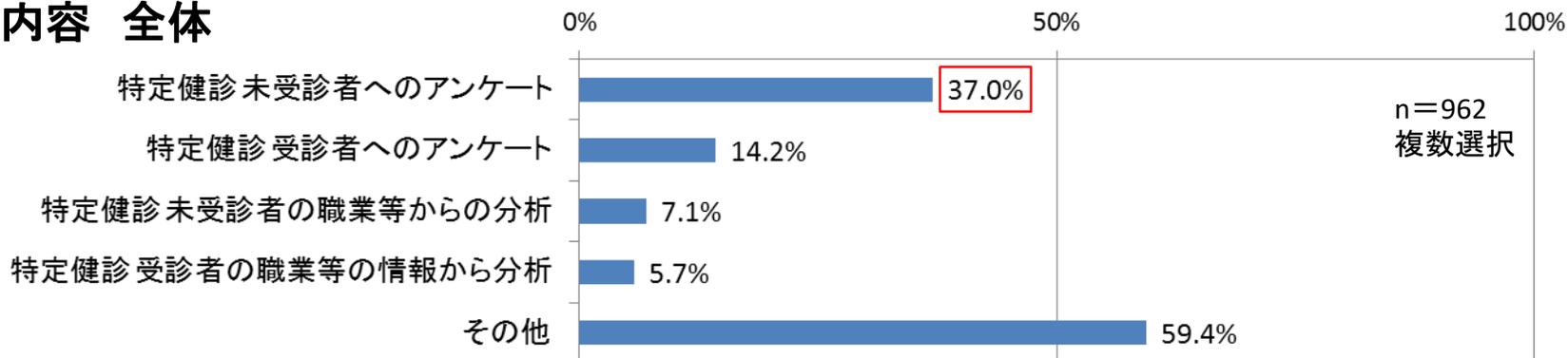
## ○体制

- ・保健推進員により全戸取りまとめ
- ・個人健診が受けられる検査・医療機関の拡大

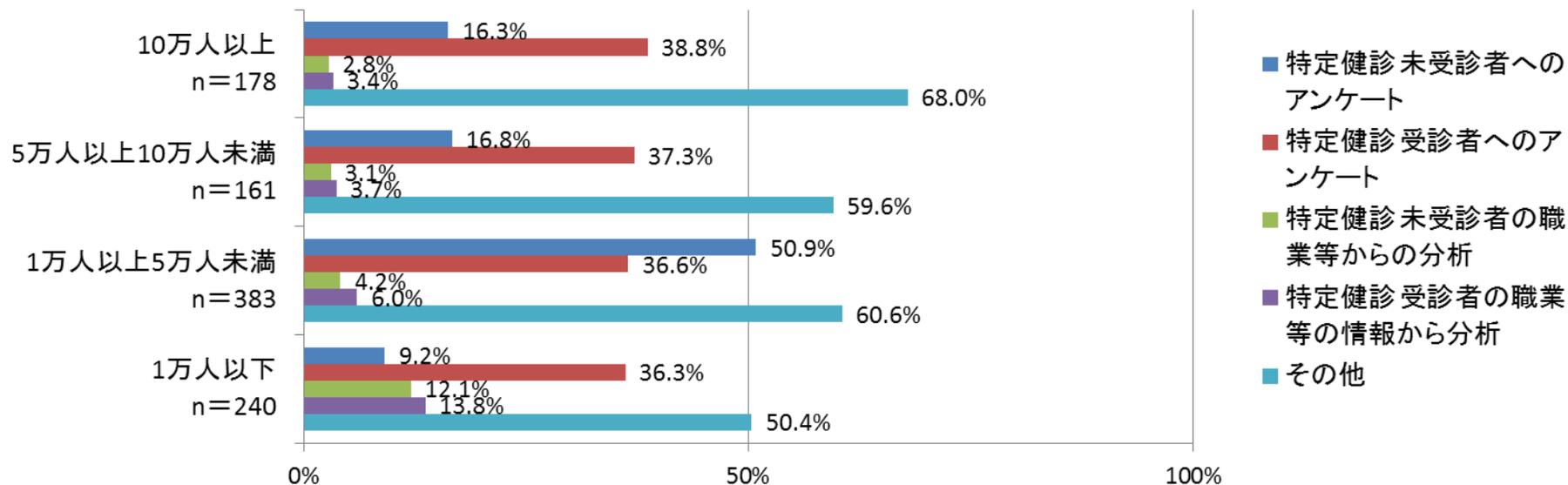
# 特定健康診査受診率向上に向けた現状分析の実施内容

- 特定健康診査受診率向上に向けて現状分析を実施している保険者の中では、「特定健診未受診者へのアンケート」が最も多く実施され、4割弱の保険者が実施していた。
- 現状分析を人口規模別でみると、どの規模の保険者も「特定健診未受診者へのアンケート」を最も多く実施しており、小規模保険者はより「特定健診受診者の職業等の情報から分析」を比較的多く実施している。

## (1)実施内容 全体



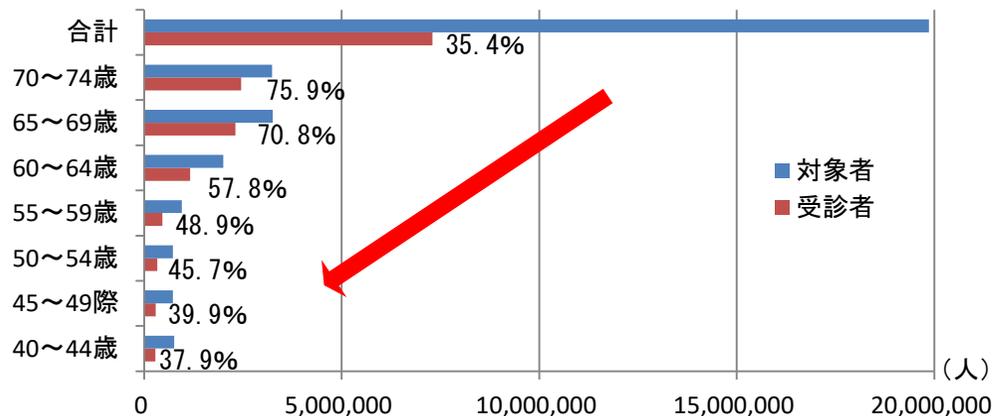
## (2)実施内容 人口規模別



# 市町村国保における特定健診の受診率の傾向

- 特定健診対象年齢のうち若年(就業年齢)になるほど受診率は低くなっている
- 対象者規模が小さい方が特定健診受診率が高い傾向にある
- 未受診の理由は、40歳代・50歳代・60歳代では「忘れていた」が最も多く、70歳代では「通院中」が多い
- 未受診の理由は、「健康である・メタボでない」はどの年代も多い
- 未受診の理由の約2割は、「市からの情報不足(場所・申込方法が不明・会場が遠い・無料)」

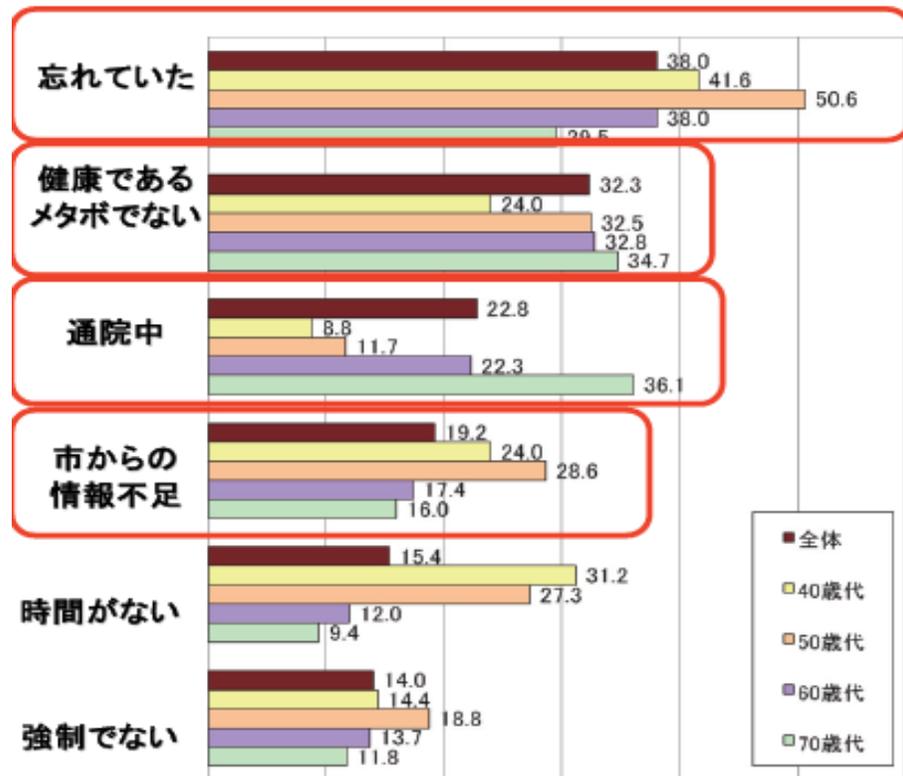
### 特定健診受診率 (年齢階級別)



### 特定健診受診率 (対象者規模別)



### 未受診理由



# 市町村国保の特定健診受診率が低い要因と受診率向上に向けて考えられる対応例

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

## 考えられる要因

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

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

3. 被保険者に情報が届いていない。

4. 「忘れていた」、「健康である」等、受診の優先順位が低い。

## 対応例

### 医師会・かかりつけ医等と連携した受診の啓発

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

### 保険者による受診環境の整備

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

### 被保険者に対する受診の働きかけ

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

### 個人へのインセンティブ付け

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

## 2. データヘルス計画

# 「データヘルス計画」とは

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

## ※ ヘルスサポート事業

### データヘルス計画の作成支援

保健師等による

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

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

全国の  
国保連合会

支援

国保中央会

### Plan(計画)

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

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

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

### Act(改善)

- ・次サイクルに向けて目標値及び事業内容を見直す

### Do(実施)

- ・事業の実施

### Check(評価)

- ・データ分析に基づく効果測定・評価

# 保険者によるデータ分析に基づく保健事業（データヘルス）の実施

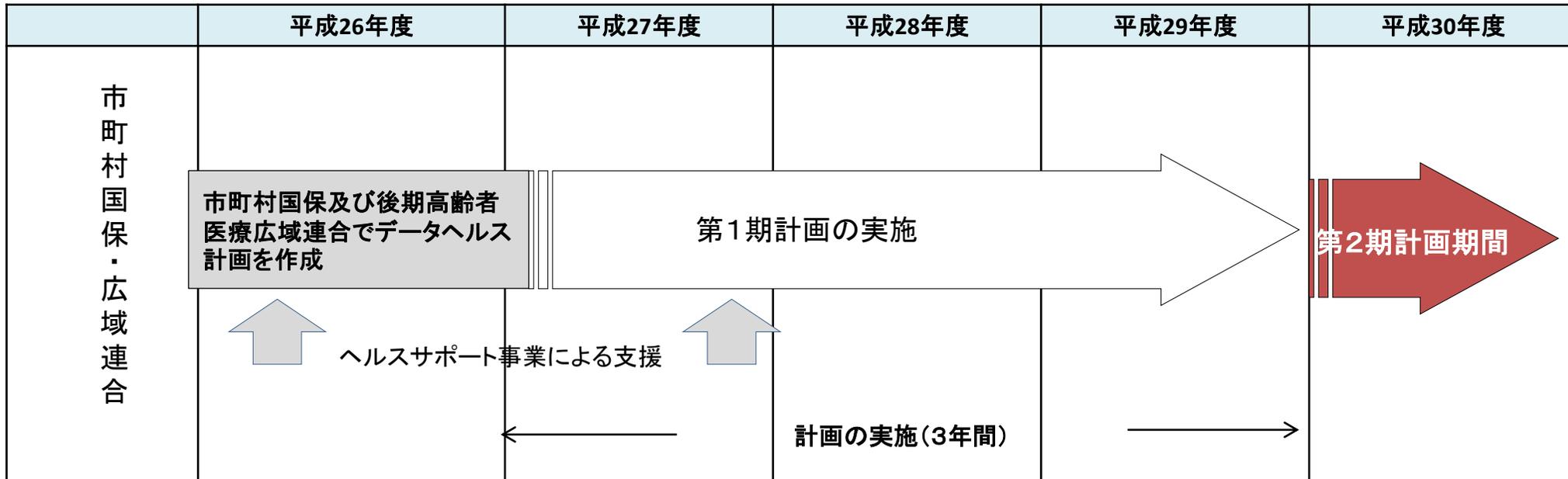
- 平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、全ての健康保険組合等に対して、データヘルス計画の作成と事業実施等を求めることとされ、平成26年4月には保健事業の実施等に関する指針の改正等を実施。

## 日本再興戦略（平成25年6月14日閣議決定）抄

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

- 医療保険者が、平成26年度以降、順次、レセプト・健診情報等を活用した「データヘルス計画」の作成・公表を行い、平成27年度までにレセプト・健診情報等のデータ分析に基づく保健事業を実施することを推進。市町村国保等においては、中央・都道府県レベルで有識者等からなる支援体制を整備し、データヘルスへの取組の支援を進めていく。
- 今後、全ての医療保険者が保険者機能をより一層発揮し、加入者の健康の保持増進に資する取組が円滑に進むよう、国としても支援していく。

## <データヘルス計画の実施スケジュール>



- 平成26年度以降、国民健康保険においてレセプト・健診情報等を活用しデータ分析に基づく保健事業を実施するため「データヘルス計画」の作成・公表を推進している。
- 現在、9割を超える市町村がデータヘルス計画を策定済又は策定中であるが、未着手の市町村が1割弱存在する。未着手である理由には「人的資源の不足」、「データ分析のスキル・ノウハウがないこと」等が挙げられている。
- また、策定済の市町村ではデータヘルス計画の策定段階や実施段階において、衛生部署や介護部署等との庁内連携や医療機関をはじめとする外部組織との連携が必ずしも十分でないこと等が課題となっている。

## 第1期データヘルス計画策定状況（平成28年7月1日時点）

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

## 未着手の理由

## 複数選択

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%)

## 第1期データヘルス計画の実施

Plan (計画)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・データ分析に基づく事業の立案                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○健康課題、事業目的の明確化</li> <li>○目標設定</li> <li>○費用対効果を考慮した事業選択</li> </ul> </li> <li>(例) - 加入者に対する全般的・個別的な情報提供                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 特定健診・特定保健指導等の健診・保健指導</li> <li>- 重症化予防</li> </ul> </li> </ul>

Act (改善)

・次サイクルに向けて修正

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

## 計画策定済みの市町村が抱えるデータヘルス計画の策定段階・実施段階における課題

	課題
策定体制	○国保部署単独での計画策定の場合⇒医療費データの分析が中心となり健診結果の分析等がされていない
現状分析	○既存事業の実施状況を振り返りながらも、その達成要因や未達成の理由についての分析が不十分である ○日頃の地区活動から得られた質的情報の分析があまり取り組まれていない
課題抽出・目標設定	○計画策定の際、目標設定の仕方が分からない。目標とすべき指標や値について、必ずしも明確になっていない。 ○地域の健康課題として挙げられていながらも、目標として設定されていない事業がある
事業選択	○事業実施の際、優先順位をつけずに事業を選択している。
事業実施	○マンパワー不足
関係者との連携	○個別保健事業の実施に当たっては、保険者等の内部の体制だけで完結することはほとんどなく、医療機関をはじめとした外部機関との連携が不可欠であり、それを課題としてあげる保険者も多い。
事業評価	○事業評価の仕方が分からず、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの4つの観点での事業の自己評価を実施している保険者が少ない。
分かりやすい計画策定	○データヘルス事業の対象者は被保険者であるため、被保険者にとって分かりやすい内容でなければならない
第2期への準備	○小規模保険者でデータヘルス計画未策定の保険者が多い。また計画策定にあたって専任の人員を充てられず衛生部門に計画策定を任せている。 ○市町村がその区域の保健事業の充実のためにはできるだけ多くの住民のデータを収集する必要がある。

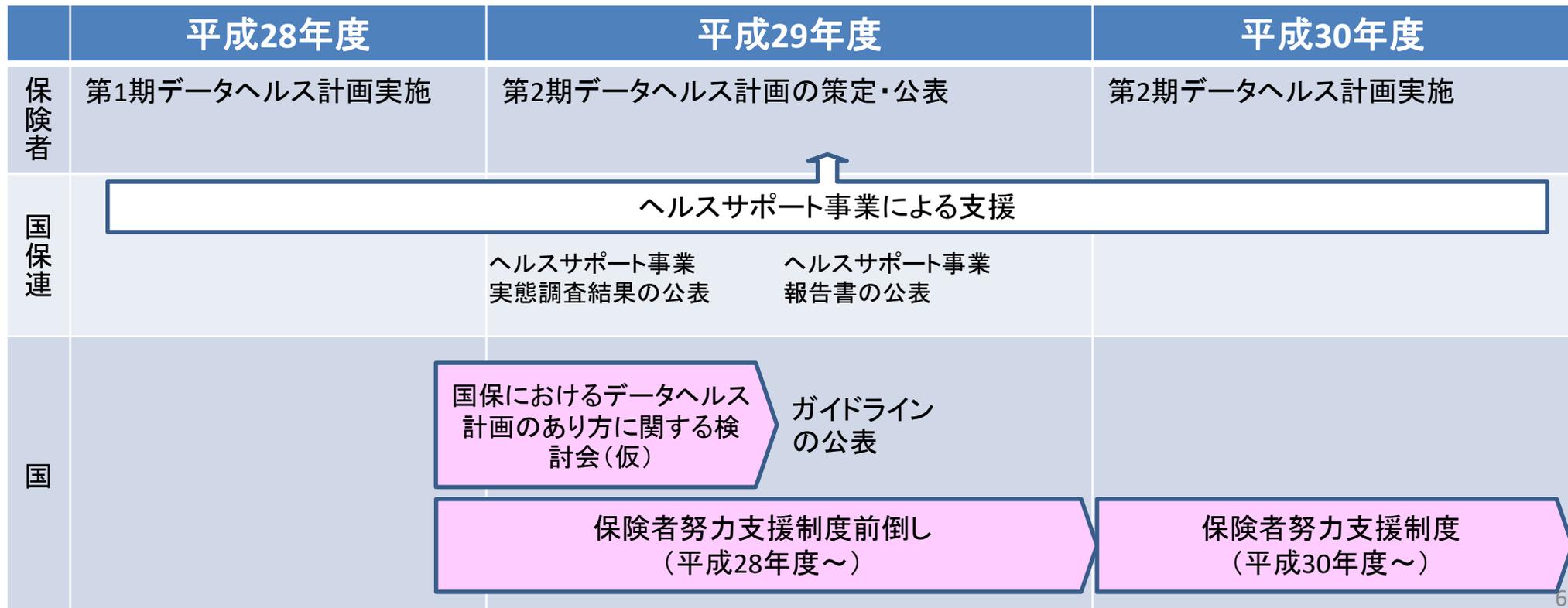
# データヘルス計画策定状況（都道府県別）

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

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

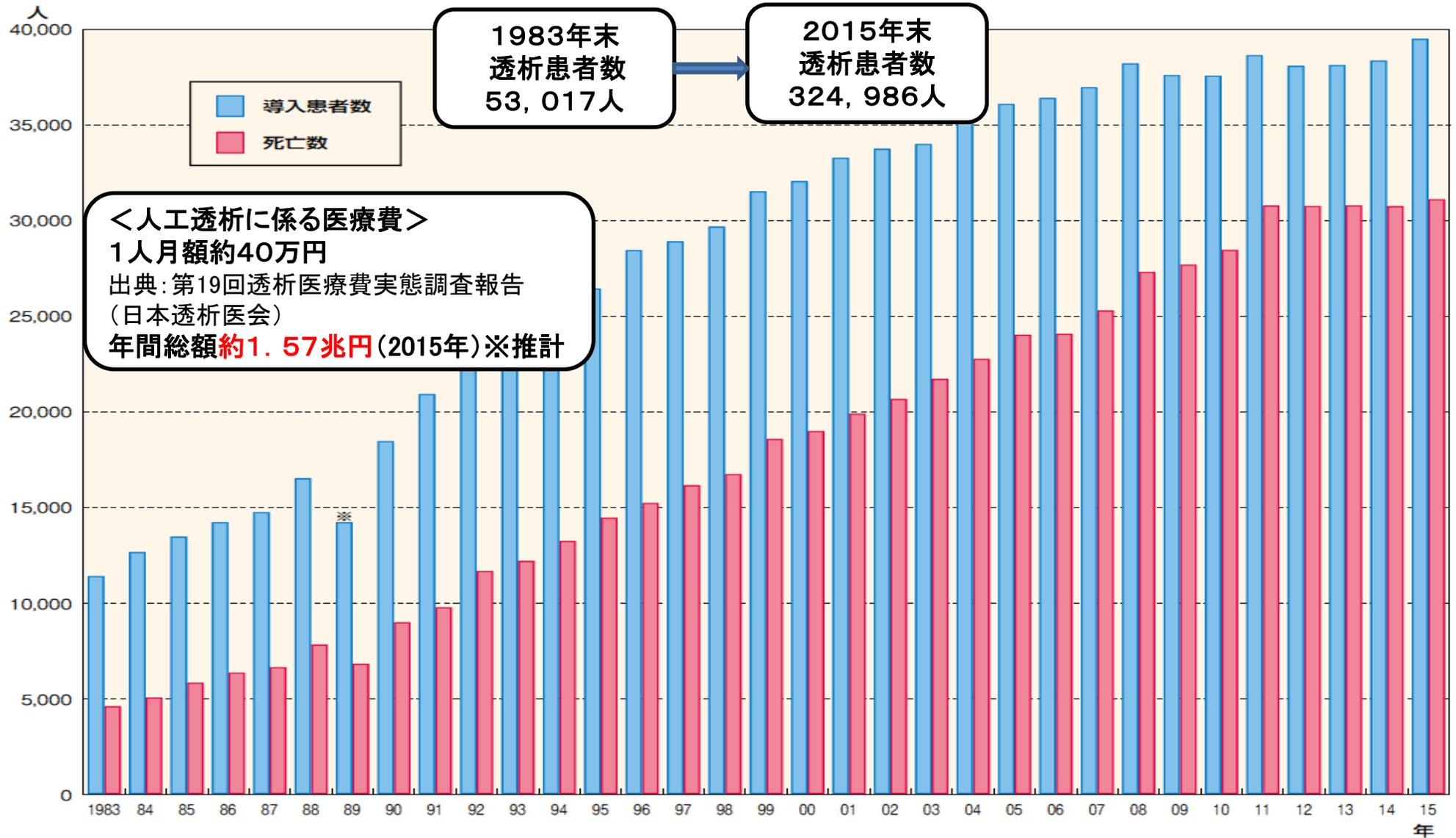
# 国保における第2期データヘルス計画の策定・実施に向けて

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



### 3. 糖尿病性腎症の重症化予防

# 透析患者数、新規透析導入患者数、死亡患者数の推移



出典: 我が国の慢性透析療法の現状(日本透析医学会)

※: 1989年の減少はアンケート回収率が86%と例外的に低かった事による見かけ上の影響(2013年は回収率99%) 63

# 日本健康会議「健康なまち・職場づくり宣言2020」

- 日本健康会議で、2020年の数値目標を入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を取りまとめ（H27年7月）。政府の「改革工程表」のK P Iにも位置づけられた。

宣言1

予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。

宣言2

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

宣言3

予防・健康づくりに向けて、47都道府県の保険者協議会すべてが地域と職域が連携した予防に関する活動を実施する。

宣言4

健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。

宣言5

協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を1万社以上とする。

宣言6

加入者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供する保険者を原則100%とする。その際、情報通信技術（ICT）等の活用を図る。

宣言7

予防・健康づくりの企画・実施を提供する事業者の質・量の向上のため、認証・評価の仕組みの構築も視野に、保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者を100社以上とする。

宣言8

品質確保・安定供給を国に求めつつ、すべての保険者が後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取組を行う。

## 「経済・財政再生計画改革工程表」のK P I（2020年度まで）

- ・ 予防・健康づくりのインセンティブを推進する自治体・保険者【800市町村、600保険者】
- ・ 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等【800市町村、24後期広域連合】
- ・ 好事例を反映したデータヘルスの取組を行う保険者【100%】
- ・ 後発品医薬品の利用勧奨など使用割合を高める取組を行う保険者【100%】
- ・ 保険者と連携して健康経営に取り組む企業の数【500社】 等

# 糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定の締結(28年3月24日)

## 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、埼玉県の場合のように、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、「厚生省・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. 参加者

日本医師会	横倉会長(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(糖尿病学会理事長)
	清野副会長(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
<ul style="list-style-type: none"> <li>・プログラムを都道府県医師会や郡市区医師会へ周知</li> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プログラムを構成団体へ周知</li> <li>・国民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める</li> <li>・自治体等による地域医療体制の構築に協力</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プログラムを自治体等に周知</li> <li>・取組を行う自治体に対するインセンティブの導入等</li> <li>・自治体等の取組実績について、分析及び研究の推進</li> </ul>

# 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。
- 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

- 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。

## 3. 関係者の役割

(市町村)

- 地域における**課題の分析・対策の立案**・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**

(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、必要な協力を努める**

(都道府県糖尿病対策推進会議)

- 国・都道府県の動向等について**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
- 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

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

## 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。

## 7. 評価

- 事業の実施状況の評価に基づき、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。

# 都道府県版プログラムの策定等の要請

- 平成28年10月に都道府県・市町村に対し取組内容調査を行ったところ、次のような課題が見られた。
  - ・都道府県版プログラムを策定したのは6府県に止まる。
  - ・国保担当と健康推進担当の連携が必ずしも取れていない。
  - ・行政とかかりつけ医・医師会・糖尿病対策推進会議等との連携が必ずしも取れていない。
- このため、平成29年3月に、厚生労働省から都道府県及び市町村に対して①都道府県版プログラムの策定、②庁内連携の推進、③連携協定の締結を要請した。(H29.3.10国保課・高齢者医療課・健康推進課通知)

## 1 都道府県版プログラムの策定

- ・都道府県レベルでの糖尿病性腎症重症化予防プログラムは、関係者の役割を明確にし、連携体制の構築を行い、市町村への様々な支援を行うことで、取組の重要性を関係者に明らかにし、市町村、広域連合が体制を構築する際の負担を軽減させ、継続的な取組の展開を促すもの。
- ・特に、医療機関との連携が必要不可欠であり、都道府県の役割を期待。
- ・未策定の都道府県は、国のプログラムを踏まえ、市町村、広域連合の取組が円滑に行われるよう関係者と調整の上、都道府県版プログラムを速やかに策定することを求める。

## 2 庁内連携の推進

- ・都道府県、市町村においては国民健康保険担当課のみならず**組織横断的な取組が必要**
- ・一方で、必ずしも国民健康保険担当課と健康増進担当課等で十分連携が図られていない。
- ・都道府県・市町村それぞれ**国民健康保険担当課、後期高齢者医療担当課、健康増進担当課等の間において庁内連携を推進し、それぞれの視点を生かしながら重症化予防の取組が都道府県・市町村全体で効果的・効率的に行われるよう調整する。**

## 3 連携協定の締結

- ・重症化予防に向けて受診勧奨、保健指導等といった取組を進めるに当たっては、**地域の医療機関や糖尿病性腎症の専門医等の専門関係団体・専門家との連携が不可欠。**
- ・そのため、**各都道府県の関係団体、糖尿病対策推進会議等との間で連携協定を締結することで、目的を共有し、それぞれの立場から協力して取組を進める体制づくりを進める。**

# 糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて

(平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループとりまとめ)

## 1. 現状

- 新規人工透析導入患者は約**3万1千人**であり、世界主要国のなかでは日本が最も人工透析患者数（人口当たり）が多い。このうち、原疾患が糖尿病性腎症である者が**43.7%**と最も多い。
- 医科診療医療費全体のうち糖尿病による医療費は約**1.2兆円（4.4%）**を占める。
- 人工透析には**一人月額約40万円、年間約1.57兆円**を要する等、医療費全体から見ても大きな課題。

## 2. 重症化予防を進める意義

- (都道府県)**
- 都道府県内の医療費適正化を推進、国保財政の基盤強化
- (市町村・広域連合)**
- 住民の健康保持・増進
  - 医療費適正化、保険料の伸び抑制

- (患者及び家族)**
- 心身の苦痛、行動制限、金銭等の負担軽減
  - 健康保持・増進、健康寿命の延伸、QOL向上
- (かかりつけ医・専門医等)**
- 医療機関未受診・治療中断患者の受診
  - 医療機関の人的・物的資源の効率的活用

## 3. 基本的な取組の流れ

- 市町村等が基本的な取組を実施するときは、**庁内連携、地域連携、事業計画策定、事業実施、事業評価、次年度事業の修正をPDCA**により実施することが必要である。
- 特に、**あらかじめ地域における医師会等の関係者と密接に連携**することが必要である。  
【実施すべき事項】
  - ・ 医師会等に市町村等の課題や事業のねらいを情報提供する
  - ・ 医師会等と連携方策について協議し共通認識の形成を図る

重症化予防の基本的な取組の流れ



(参考) 糖尿病性腎症重症化予防プログラム（平成28年4月20日付け保発0420第4号保険局長通知）において、基本的な取組の考え方や取組例を示している。地域の実情に応じた柔軟な対応が可能。

平成28年度厚生労働科学研究「糖尿病性腎症重症化予防プログラムの開発のための研究」 津下一代ほか

## 5. 更なる展開に向けた取組

### (1) 市町村

#### 課題

#### 更なる展開に向けて

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>● 取組を実施しない市町村の存在</li><li>● 幹部等のリーダーシップの不足</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>○ 市町村の意識の啓発<ul style="list-style-type: none"><li>・首長・幹部等が意義を理解しリーダーシップを発揮し優先順位を上げることが重要。</li><li>・都道府県や国保連の研修等を活用した専門的人材の育成、国保担当課と健康増進担当課等との連携による庁内人材の効率的活用、外部委託事業者の活用等が必要。</li><li>・健康の保持増進、健康寿命延伸と医療費適正化を目指す目標の明確化が重要。</li></ul></li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>● 組織の縦割りの弊害</li></ul>                               | <ul style="list-style-type: none"><li>○ 担当課の縦割の排除<ul style="list-style-type: none"><li>・予防・健康づくりの施策と医療費を踏まえた対応に向け、健康増進担当課と国保担当課等における縦割を排除し、組織一体的に取り組むことが必要。</li><li>・事務職の役割も大きく 業務を整理し個人の属性に頼らない仕組み化が重要。</li><li>・窓口を明示して内外の情報共有や協議を円滑にする工夫が必要。</li></ul></li></ul>                |
| <ul style="list-style-type: none"><li>● 事業目的とのかい離</li><li>● 状況に応じた対象者の限定・変更</li></ul>     | <ul style="list-style-type: none"><li>○ 抽出基準の明確化<ul style="list-style-type: none"><li>・従来の業務との連続性が重要。</li><li>・市町村等の状況に即した適切な対象者の抽出基準を設定することが必要。</li><li>・抽出基準が課題を解決するために適切か、医師会等と検討が必要。</li></ul></li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>● 医師会・かかりつけ医等との連携不足</li></ul>                       | <ul style="list-style-type: none"><li>○ 医師会等との連携の推進<ul style="list-style-type: none"><li>・対象者への継続的な医療を担うかかりつけ医等との連携は不可欠。特に、受療中断者や治療中の患者を対象とする場合は個別に連携・協力が必要。このため、企画段階から医師会等と協議し実施体制の合意形成が重要。</li><li>・かかりつけ医・専門医等の連携が円滑に進むよう地域の連携体制の整備が必要。</li></ul></li></ul>                     |
| <ul style="list-style-type: none"><li>● 糖尿病対策推進会議等との低い連携</li></ul>                        | <ul style="list-style-type: none"><li>○ 都道府県糖尿病対策推進会議等との連携<ul style="list-style-type: none"><li>・都道府県との連携体制を確認したうえで、糖尿病対策推進会議等と連携することが必要。CKD対策のネットワークも活用が可能。</li><li>・情報提供のみではなく、取組のあり方や実施方法等について糖尿病対策推進会議と直接相談することが重要。</li></ul></li></ul>  |

## (2) 広域連合

### 課題

### 更なる展開に向けて

#### ● 市町村との連携不足

#### ○ 市町村との連携の推進

- ・保険者機能を有する者として、保有する後期高齢者の健診・医療情報を積極的に構成市町村に提供。
- ・広域連合と市町村の双方参画のもとで企画運営組織を設け、定期的に会議を開催するなど、実施体制の確保に努めることが必要。
- ・高齢期に一貫性、連続性のある取組を行えるよう、市町村と情報や課題を共有し、一貫した保健指導を行うなど連携を推進が必要。

## (3) 都道府県

### 課題

### 更なる展開に向けて

#### ● 幹部等のリーダーシップの不足

#### ○ 都道府県の意識の啓発

- ・平成30年度から国保の保険者としての役割を担うため、都道府県全体の問題として幹部等のリーダーシップが発揮されるよう進め、主体的な取組と市町村等への支援を行うことが重要。

#### ● 庁内の縦割

#### ○ 担当課の縦割りの排除

- ・部署間の連携を密にすることが必要。
- ・健康増進計画、医療費適正化計画等の策定主体として、関係課が一体で取り組むべき。

#### ● 都道府県の取組の温度差

#### ○ 市町村等への支援

- ・都道府県の連携体制、支援内容の機能等を市町村等へ示すことが必要。
- ・市町村等の実施状況を定期的に把握し、遅れている市町村を重点的に支援することが必要。
- ・市町村等に都道府県の持つデータを提供することが必要。
- ・人材不足・財政不足に悩む市町村等に人的・財政的支援を行うことが必要。
- ・保健所の機能・人材を有効に活用し、医療関係者と市町村等のつなぎ役となる。

### (3) 都道府県(つづき)

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>● 少ない連携協定の締結</li><li>● 都道府県医師会・都道府県糖尿病対策推進会議等との連携不足</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>○ 医療関係者との連携の促進<ul style="list-style-type: none"><li>・都道府県医師会・糖尿病対策推進会議・拠点病院等の医療関係者との連携を仲立ちする役割が必要。</li><li>・糖尿病対策推進会議等の地域の実情に応じた組織を柔軟に活用して連携の枠組みを作り、市町村に具体的な連携方法を情報提供することが必要。</li><li>・都道府県医師会・糖尿病対策推進会議等と連携協定を締結する。</li></ul></li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>● 都道府県版プログラムの未策定</li></ul>                                    | <ul style="list-style-type: none"><li>○ 都道府県版重症化予防プログラム策定の推進<ul style="list-style-type: none"><li>・市町村等の状況に応じた選定基準が設定できるようにする。</li><li>・かかりつけ医等と保険者が相互に補完しながら策定することが必要。</li><li>・地域の課題に柔軟に対応できるものとしつつ、連携体制など共通事項を示し、関係者との関係づくり、進捗管理、人材の計画的養成などを行う。</li><li>・策定に当たっては、保険者努力支援制度で市町村・都道府県が評価されることを念頭におく。</li></ul></li></ul> |

### (4) 糖尿病対策推進会議等

#### 課題

#### 更なる展開に向けて

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>● 市町村等との連携不足</li><li>● 連携の認識不足</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>○ 糖尿病対策推進会議等と市町村等との連携の意義<ul style="list-style-type: none"><li>・従来の事業のほか、行政と連携・協力して行う個々の支援を想定した具体的取組の検討を進めることが必要。</li></ul></li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>● 構成団体の地域差</li><li>● 市町村への周知不足</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>○ 糖尿病対策推進会議等の体制のあり方<ul style="list-style-type: none"><li>・かかりつけ医等と専門医等が連携できる団体構成とするとともに、歯科・保健・看護・栄養・薬剤等の幅広い専門職と連携を図ることができる体制が必要。</li></ul></li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>● 市町村等との直接的な連携の不足</li></ul>              | <ul style="list-style-type: none"><li>○ 市町村等との連携体制の構築<ul style="list-style-type: none"><li>・都道府県と連携を進め、都道府県糖尿病対策推進会議と市町村等の連携のあり方をあらかじめ協議し、地域の実情に合った体制構築に協力することが必要。</li><li>・必要な場合には専門医等へ相談できる支援体制を構築することが必要。</li><li>・市町村担当者が直接相談できる一元的な窓口を提示する。</li></ul></li></ul> |

#### (4) 糖尿尿対策推進会議等(つづき)

##### 課題 更なる展開に向けて

- 多様な治療ガイドラインの存在
- 多くの専門職種に関わり
- 構成団体による取組の推進
  - ・各構成団体は、担当者を置き専門性に応じた可能な取組を行うことが必要。
  - ・重症化予防に寄与する多職種は必要に応じて協力体制を構築し効果的に実施する。
  - ・学会等でのシンポジウムや研修会を関係団体共同で開催することにより、会員へ連携体制を周知・啓発することが重要。
  - ・かかりつけ医と専門医等が地域で連携できる仕組みを築くことが必要。

#### (5) 関係団体

##### 課題 更なる展開に向けて

- 都道府県・市町村との連携体制構築の問題
- 医師会等関係団体による行政機関との連携
  - ・医療関係団体それぞれが連携が進んでいない市町村等の求めに応じて必要な協力を行うよう周知・啓発が必要。

#### (6) 国保連

##### 課題 更なる展開に向けて

- 保険者保有データの未活用
- KDB活用等による支援
  - ・健診データと合わせてレセプトデータから受診状況、服薬等の状況の確認ができるため、KDBによりレセプトデータの活用を再検討することが重要。
  - ・今後も支援・評価委員会やKDBを充実して市町村への支援を行うことが必要。

## (7)取組内容の充実

### 課題

### 更なる展開に向けて

- 対象者からの受診勧奨や保健指導の断り
  - 住民の理解と参加を得るための方策の推進
    - ・対象者及び家族や近隣住民、地域の企業等へわかりやすい方法で周知徹底が重要。
    - ・対象者自身が自主的に取り組むよう、個人インセンティブを併用することも必要。
    - ・保健指導員や健康づくり推進員の養成や催しの開催、要望の吸い上げ等、住民を受け手から担い手にする健康なまちづくりの工夫が必要。
- 取組等の濃淡の存在
  - 取組等の濃淡を比較する手法の検討・開発
    - ・基本的な取組を他市町村等と比較することが難しく、実施状況の濃淡や自市町村等の位置づけが見える手法が検討・開発されることが必要。
  - 取組の目標・評価・手法の検討
    - ・短・中・長期の評価指標を設定し、各期間でPDCAサイクルを意識した評価が必要。
    - ・エビデンスを踏まえたより効果の高い取組の手法が検討されることが必要。
    - ・効果的な介入方法、相関の高い評価指標を検討・開発することが必要。
- 保健・医療・福祉等との連携不足
  - 地域包括ケアに向けての体制づくり
    - ・国保では前期高齢者の割合が高いことから、医療サービスに止まらず、高齢者を支える地域包括ケアシステムの構築を念頭に重症化予防に取り組むことが必要。

## 6. 国による支援

- 研究の推進
  - ・継続的に市町村等の取組状況を把握し、国版プログラムの評価・検証することが必要。
- 取組状況の把握と情報提供・働きかけ
  - ・市町村等の取組状況を評価・分析し、今後の取組の方向性を整理することが必要。
  - ・都道府県の支援状況等を把握し、都道府県間の進捗状況をフィードバックし助言することが必要。
- 先進的事例の収集と横展開
  - ・好事例の収集・横展開に努めることが重要。（とりまとめ別冊として事例集を作成）
- 医療関係者との連携
  - ・国、都道府県、市町村、広域連合それぞれのレベルで医療関係者と連携を図ることが重要。特に国では、施策の更なる深化に努め、各地域での取組を支援することが必要。

## 6. 国による支援（つづき）

### ○ 制度的なインセンティブの活用

- ・平成30年度からの保険者努力支援制度（支援金）では重症化予防の取組を指標としているが、今後さらに指標の内容を進化させることが必要。

### ○ 関係施策との連携

- ・法定の計画や施策と密に連携する必要があることを都道府県に周知・啓発することが重要。

## 7. 留意点

### ○ 外部委託事業者の活用と留意点

- ・市町村等は、地域の実情に応じた必要な指示を行うなど、司令塔としての役割を果たすことが必要。

### ○ 個人情報の取扱い

- ・健診・レセプトデータは個人情報保護法に定める要配慮個人情報に該当するため、あらかじめ取扱いについて整理することが重要。
- ・市町村等による保健事業での個人情報の活用は一般的に条例で定める法令上通常想定される目的内利用であり、改めでの個人同意は不要。
- ・市町村等が有する健診・レセプトデータ等の個人情報は本人同意があれば都道府県への情報提供が可能。平成30年4月以降は給付点検等に必要な範囲は、条例の範囲内で本人同意なくとも活用可能。
- ・医療機関はガイダンスに従い個人情報を取り扱うことが必要。
- ・外部委託事業者は条例・契約書の定めに従い、安全管理措置等万全の対策を講じることが必要。

### ○ 被用者保険との連携

- ・国保の加入前からの予防・健康づくりが重要であり、被用者保険との情報提供の推進が重要。
- ・保険者協議会等を通じて、被用者保険から国保、後期高齢者医療制度の一貫した重症化予防の取組が重要。

### ○ 高齢者に対する対応

- ・後期高齢者は、前期高齢者であったときの状況やその後の状況変化が、加齢に伴う心身機能の変化とともに健康状態等へ影響を及ぼす可能性を考慮し、国保等の若者世代から連続した取組を進めることが必要。

# 【再掲】 保険者努力支援制度について（市町村分（i）全体像）

## I. 考え方について

### 【評価指標の考え方について】

- 保険者共通の指標である、特定健診受診率や糖尿病等の重症化予防などの医療費適正化に資する取組の実施状況については、新たに取組の達成度や充実度を評価する指標を追加・変更。国保固有の指標である、データヘルス計画の実施状況や第三者求償などの健全な事業運営に資する取組の実施状況については、取組段階の引上げを促す新たな指標を追加変更。
- 特別調整交付金の経営努力分で評価を行っていた「適正かつ健全な事業運営の実施状況」のうち、主要な項目について、新たに市町村分の保険者努力支援制度の評価項目に加える。

### 【評価指標ごとの加点の考え方について】

- 各評価指標ごとに医療費適正化効果、取組の困難さ及び基礎的な体制構築等を総合的に考慮し、25～100点を配点する。

### 【予算規模について】

- 300億円程度 ※特調より200億円程度を追加

## II. 評価指標について

### 保険者共通の指標

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

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

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

- がん検診受診率
- 歯科疾患（病）検診実施状況

指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

- 重症化予防の取組の実施状況

指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況

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

指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

- 重複服薬者に対する取組

指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

- 後発医薬品の促進の取組
- 後発医薬品の使用割合

### 国保固有の指標

指標① 収納率向上に関する取組の実施状況

- 保険料（税）収納率
- ※過年度分を含む

指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況

- データヘルス計画の実施状況

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

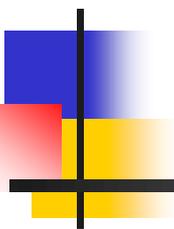
- 国保の視点からの地域包括ケア推進の取組

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

指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況

- 適切かつ健全な事業運営の実施状況



# 新たな国保制度に向けた 課題への対応について

---

政策研究大学院大学

島崎謙治

# 国民健康保険の保険者の在り方等について

## 第2部 社会保障4分野の改革

### II 医療・介護分野の改革

#### 2 医療・介護サービスの提供体制改革

##### (2) 都道府県の役割強化と国民健康保険の保険者の都道府県移行

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

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

#### (質問)

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

# 国民健康保険の改革による制度の安定化（運営の在り方の見直し）

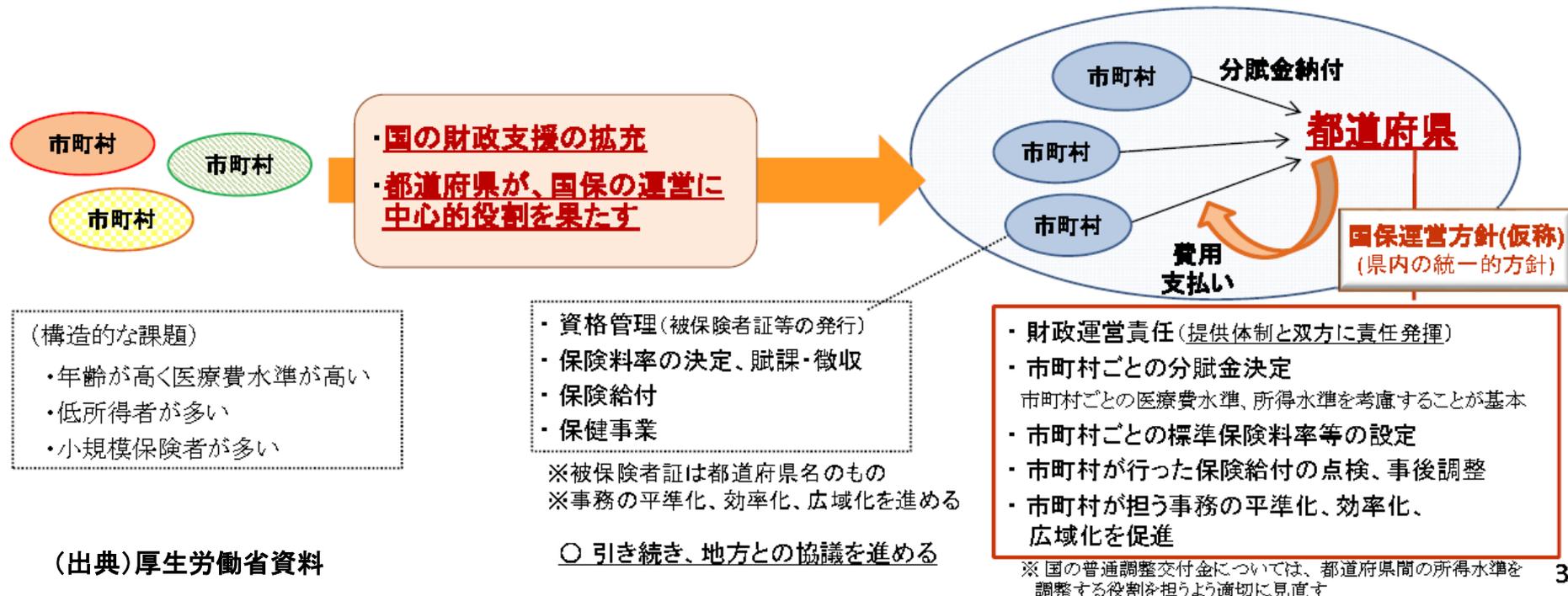
○平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の**国保運営に中心的な役割**を担い、制度を安定化

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

○市町村は、地域住民と直接顔の見える関係の中、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業等地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う

## 【現行】市町村が個別に運営

## 【改革後】都道府県が中心的役割



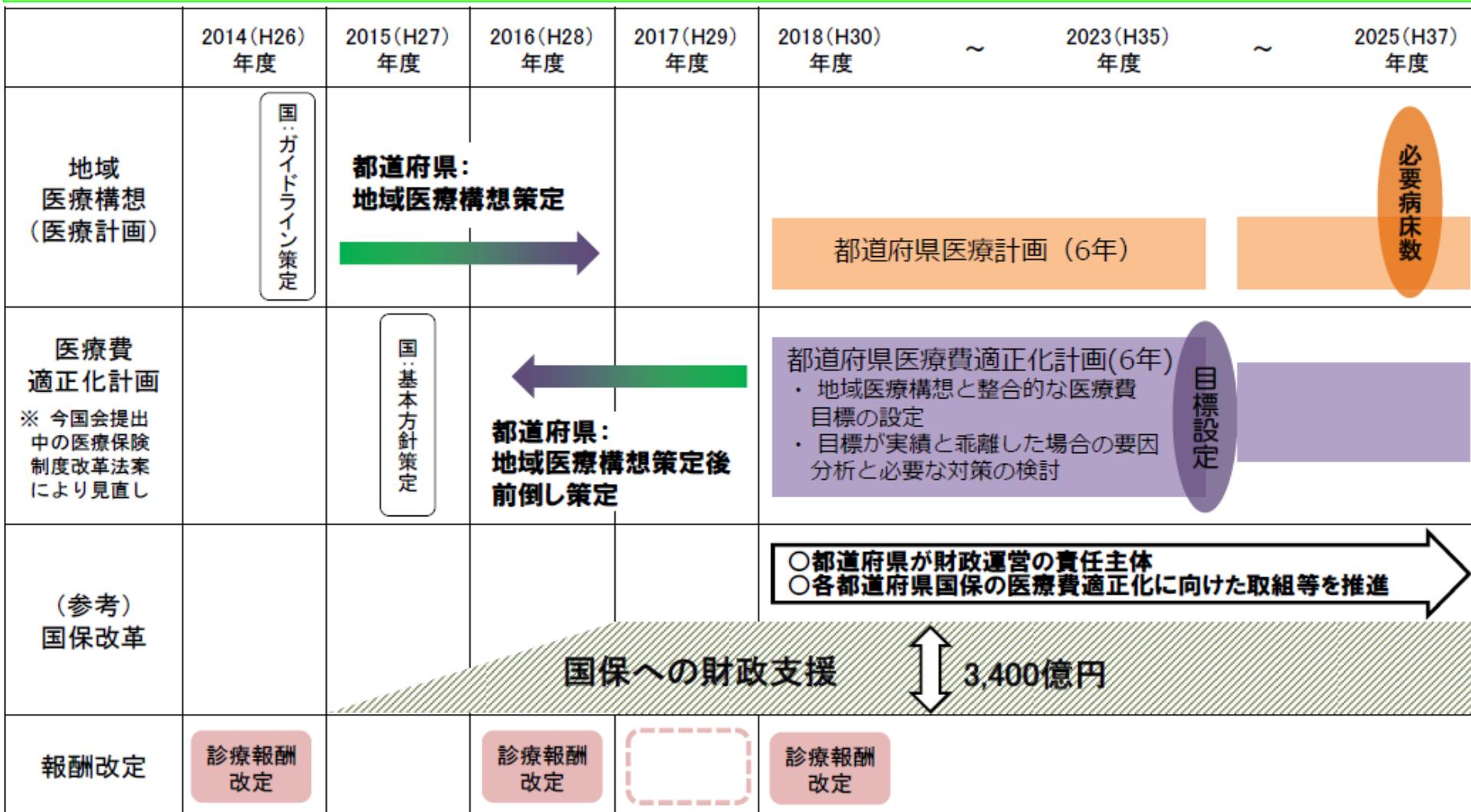
(出典)厚生労働省資料

○引き続き、地方との協議を進める

※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

# 医療提供体制改革、医療費適正化計画策定等のスケジュール

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



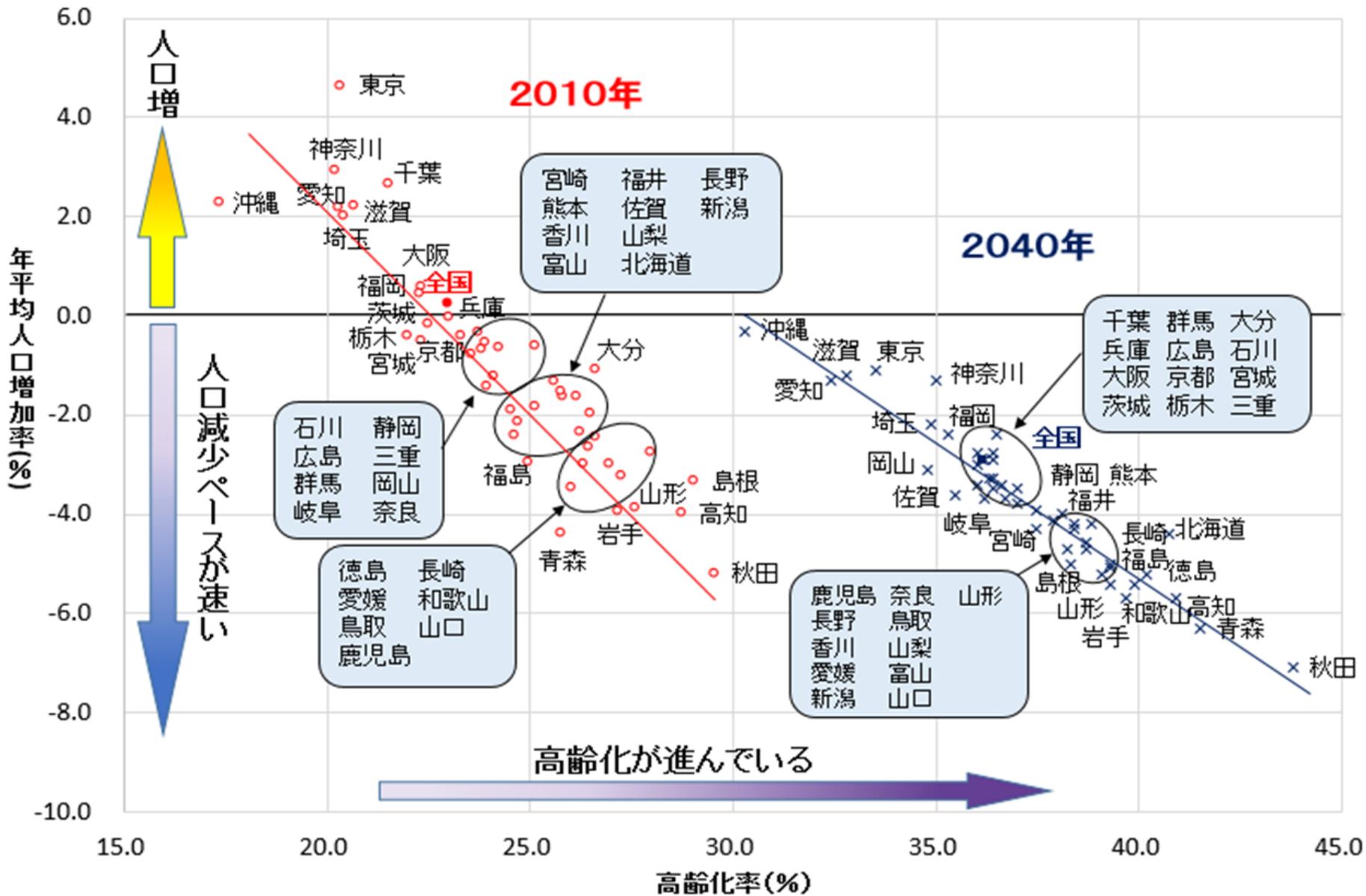
# 将来人口の基本指標

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

(注) 括弧書は2015年を100とした場合の割合。

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

# 都道府県別高齢化率と人口減少率（2010年,2040年）



(原出典)総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」

(出典)国立社会保障・人口問題研究所金子副所長のスライドを本人の承諾を得て借用。一部筆者加工。

# 今回の国保制度改革の位置づけと課題

- 今回の国保制度改革は、一連の医療費適正化や医療提供体制改革と密接に結びついている。
- 今回の国保制度改革の影響は決して小さくない。それだけにうまく“ソフト・ランディング”させないといけない。  
⇒ 短期的視点と中長期的視点の双方が必要。
- 国保は「住所」(生活の本拠)により保険関係が成立。  
⇒ 「住所」を管理するのは市町村である以上、都道府県だけで国保事務は完結しない。
- 「共同保険者」はガバナンスが難しい仕組み。権限と責任の明確化と共通目的に向けた協働が不可欠。

# 各事例発表者に尋ねたい事項

## 1. 総論

- 今回の国保制度改革の意義や影響について、都道府県・市町村の間で十分認識が共有されているか。
- 円滑に施行するには、激変緩和措置と併せて、住民の理解を得るべく丁寧な説明が大切だが、その対応如何。

## 2. 各論

- 都道府県間、市町村間で、人口・面積、医療資源の分布、所得水準等の格差がある中で、医療費水準の反映( $\alpha$ )および所得水準の反映( $\beta$ )の考え方如何。
- 短期的課題(例:激変緩和)、中長期的課題(例:医療費の地域差縮小・保険料の平準化)への方策如何。

国保制度改革に向けた  
北海道の取組

平成29年8月25日

北海道保健福祉部国保医療課

# 北海道の概況

## 市町村数が多い ~ 全国の市町村の約1割

全国1,741市町村のうち、179市町村が北海道。  
 広大な面積と相まって、他の都府県と比べ医療費や所得の地域差が大きい。

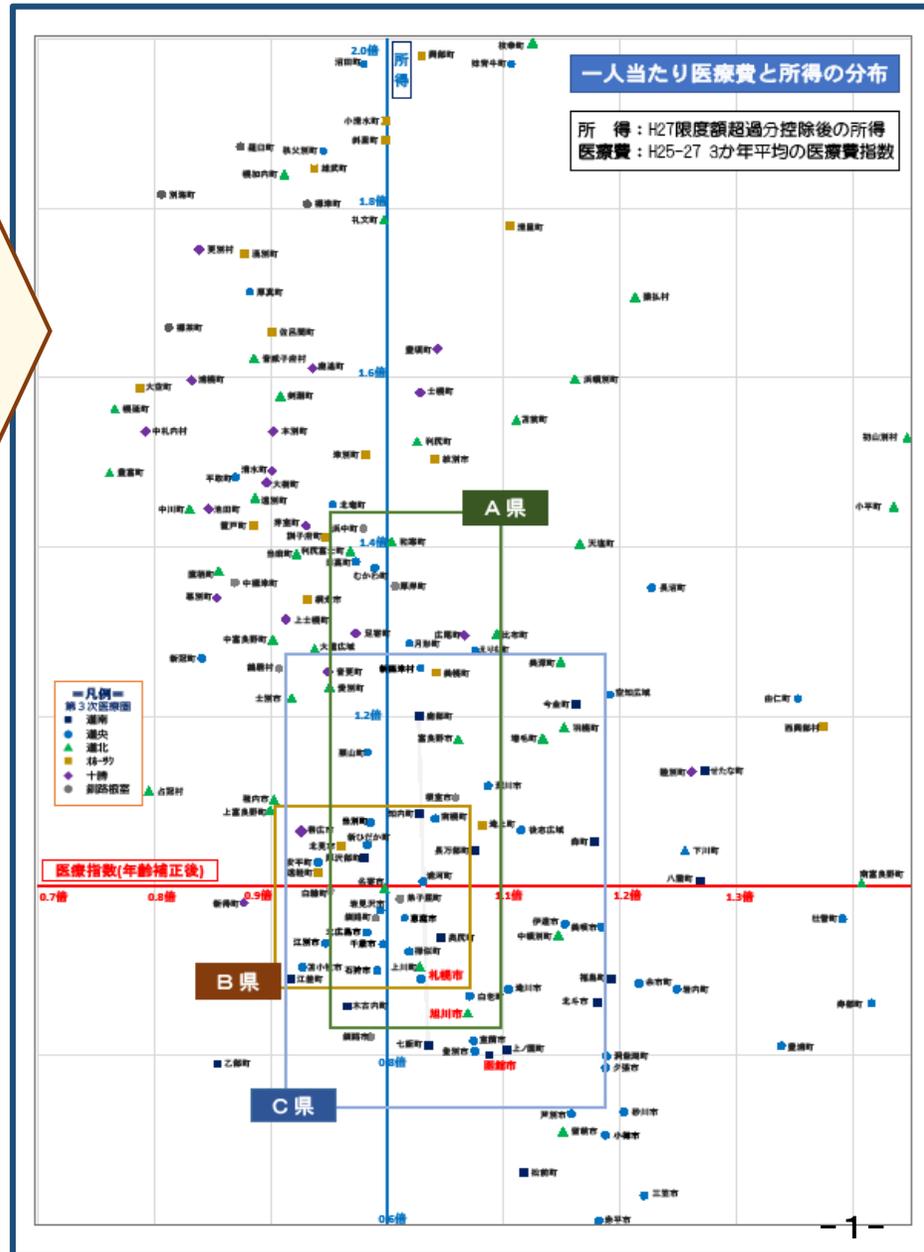
所得は都市部や旧産炭地域で低く、一次産業が中心の地域で高い傾向にある。

医療費は、圏域の病床数との相関が強い。

## 面積が広大 ~ 国土面積の22%

根室市(道東)から函館市(道南)まで、665kmあり、これは東京都から岡山県までの距離と等しい。  
 地域によって、気候や産業などが大きく違う。

広域分散型で、地域により医療環境や医療機関へのアクセスにも違いがある。

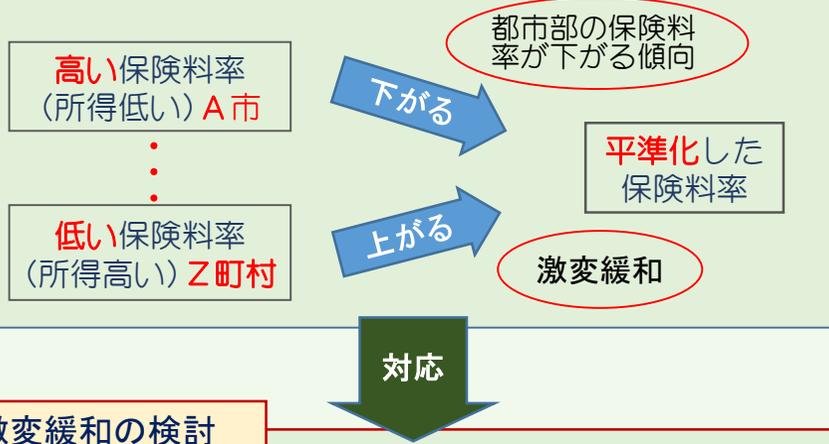


# 国保の都道府県単位化の概要

## 制度改正に向けた北海道の考え方

### 保険料の平準化

所得に応じた保険料とすることにより保険料が大きく増減する市町村がある。



### 激変緩和の検討

医療費増加分を除き1人当たり収納必要額が対前年度**2%を超えない**ことを基本。

1. 医療費水準及び所得水準の影響緩和  
国基準： $\alpha = 1$ 、 $\beta = 0.87$  → 道： $\alpha = 0.5$ 、 $\beta = 0.75$
2. 中間所得層の負担軽減(独自)  
所得階層の偏りによる中間層の負担を軽減するための調整。
3. 激変緩和の実施期間  
6年間(基金に準拠)を基本に3年ごとの方針見直しで検討。
4. 交付金精算による保険料への影響緩和(独自)  
前期高齢者交付金などの精算による影響の緩和策(H30、31)
5. 緩和期間後の保険料安定化対策(独自)  
激変緩和期間の終了後における保険料上昇への対応策

### 事務の標準化・広域化

#### システムの共同化

1. 事務処理システムのクラウド化による共同運用  
国が開発した全国統一システムをクラウド化により共同運用。制度改正などによるシステム改修の事務的・経費的な軽減。給付データから国庫支出金の申請・実績報告を作成。
2. 地方単独事業の請求及び支払事務の効率化  
単独事業に公費番号を符番、レセプトにより請求・支払い。

#### 対応

1. 市町村のシステム導入促進  
国庫補助金の活用及び道交付金の適用拡大による経費負担の軽減。
2. 医療機関などへの周知徹底  
請求及び審査支払い業務の変更を周知。(業務は軽減される)

#### 事務の標準化

1. 標準的な規定(要綱等)や事務処理フローの作成  
保険料滞納処分などの標準的な事務フロー提示、関係機関の連携  
保険料及び一部負担金の減免の所得要件や減免対象者に関する規定
2. 給付額及び基準などの統一  
資格取得の届出遅滞にかかる遡及給付(原則適用日まで遡及)  
高額療養費の支給にかかる申請勧奨(勧奨基準の統一)

#### 対応

1. 整備すべき条例等の整理  
市町村において整備すべき条例や規則等の内容及び時期等の提示。
2. 事務処理マニュアルの策定・共有  
Web上で常に最新のマニュアルを掲示し検索を容易にするなど。

# 国保事業費納付金算定の概要 1

## 1 基本的考え方

◆新制度への移行にあたり加入者の保険料増加に配慮しつつ、全道で加入者の負担を公平なものとするため、各市町村と協議し保険料の平準化を進める。

### ■ 市町村特会の健全化

→ 市町村の実情に応じた赤字や法定外繰入の解消を協議

### ■ 急激な負担増の回避

→ 所得や世帯など市町村の状況に応じた納付金の算定。

### ■ 保険料の平準化推進

→ 急激な負担増に配慮しつつ保険料の平準化を進める。

**急激な負担増に留意しつつ保険料の平準化を進める。**

### 主な論点

- ① **市町村の赤字や法定外繰入の解消**  
→ 解消による保険料増加を考慮し市町村と協議。
- ② **独自の緩和措置を検討**  
→ ガイドラインによる激変緩和の終了後に保険料の大幅増となる市町村への緩和措置を検討。
- ③ **全道の保険料水準の平準化**  
→ 小規模市町村の負担の安定化のため、一定期間後に医療費水準の反映を0とすることを検討。

## 2 経過

H28. 10 第1回仮算定 医療費水準の反映( $\alpha$ )=0.5、所得水準の反映( $\beta$ )=0.75、激変緩和なし

H29. 1 第2回仮算定 道調整交付金(50億)と特例基金(12億)を算入、限度額超過所得の調整(所得再設定)、激変緩和5%

H29. 2 第2.5回仮算定 所得再設定2回実施、激変緩和2%

### ◆試算結果の概要

現行保険料より減少 = 市町村の53%、加入者の81%

一人あたり収納必要額 = 105,554円(現行の▲10.9%) ※激変緩和2%

## 3 道の方針

1. 加入者の保険料増加に配慮しつつ、各市町村と協議し保険料の平準化を進める。
2. 試算を基に、各市町村とのオープンな議論により納付金の算定方法などを決定する。
3. 事務レベルWGや連携会議などできる限り多く協議の場を設定し、本道の実情に応じた算定方法とすることを目指す。

# 国保事業費納付金算定の概要 2

## 4 納付金の算定条件

### (1) 基本的事項

- ① 算定の基礎数値
  - ・被保険者数、世帯数、所得＝算定年度4月1日時点（本算定は変更予定）
  - ・国庫支出金等は平成27年度実績を基に道が一括して算入
- ② 市町村間の保険料比較のための要件（標準保険料率の算定）
  - ・**賦課割合**は、所得割・50：均等割・35：平等割・15
  - ・賦課限度額は法定どおり
  - ・現行保険料との増減比較は法定外繰入等を加えた**保険料収納必要額**で行う。

### (2) 加入者負担の安定化

- ① 納付金算定に用いる所得は過去3年間（H30は2年間）の平均。
- ② 標準保険料率の設定に用いる収納率は過去3年間の平均。
- ③ 高額な医療費（80万円以上）を全道で共同負担。

### (3) 保険料の激変緩和

- ① 医療費水準を反映する割合( $\alpha$ )は、国の基準＝1から0.5へ緩和。
- ② 所得水準を反映する割合( $\beta$ )は、国の基準＝0.87から0.75へ緩和。
- ③ 保険料率の上昇により新たに保険料の限度額を超える所得を控除(**所得再設定**)。
- ④ 算定した納付金が前年度の収納必要額の102%を超える額を**激変緩和**。

#### ◆賦課割合

全道統一の賦課割合による料率のほか、市町村の賦課割合に応じた料率も算定

#### ◆保険料収納必要額

保険料収入＋基盤安定繰入＋法定外繰入＋繰上充用(単年度分)＋繰越金(保険料充当分)＋基金繰入金(保険料充当分)

$\alpha$ ＝医療費急増などを考慮しつつ、医療費適正化の取組も考慮し0.5に設定。  
医療費適正化のインセンティブは道調整交付金でも担保。

$\beta$ ＝平均所得が高い市町村の保険料上昇を緩和するため0.75に設定。

#### ◆所得再設定

市町村で収納可能な保険料とするため実際に世帯単位の保険料を算定し

#### ◆激変緩和

制度移行後6年間。緩和期間終了後に激変が生じないように対応を検討

## 5 第3回仮算定の変更点

- (1) 国庫支出金をH27決算額からH30見込額（国の示した額）とする。
- (2) 仮算定結果と比較する現行保険料は平成28年度決算を用いる（比較は市町村の個別費用算入後(e)で行う）。
- (3) 特例基金（12億）の算入時期は今後検討（第3回仮算定では算入しない）
- (4) 国の追加公費（1,700億）を市町村別に算入（前回は一律1人5,000円算入）。 ※現時点の判明分のみ算入



# 国保事業費納付金算定の概要 4

## 6 検討課題

### (1) 前期高齢者交付金などの精算の影響緩和

交付金の精算はH31年度まで市町村ごとに行うが、保険料への影響が大きいいため緩和策が必要。  
追加交付または返還となる市町村それぞれに不均衡が生じないように配慮が必要。  
返還が多額な市町村の当該年度の保険料への影響を緩和する方策の検討を行う。

### (2) 道調整交付金の交付要件を追加

従前からの医療費適正化や健全財政の取組の評価と交付金への反映（国の保険者努力支援制度を補完）。

### (3) 激変緩和期間終了後の対応

激変緩和期間終了後の保険料上昇への対応策の検討（算定方法の見直しや緩和措置の検討）。

### (4) 道の特別会計の年度間調整の手法（繰越金の確保、財政調整基金の積立てなど）。

剰余金を確保し基金を積み立てるなどして、年度初めの資金確保など特別会計の年度間調整を行うことが必要。

### (5) 努力支援制度にかかる算入（見込み）方法の検討

保険者努力支援制度分の算入（道事業の検討）、市町村ごとの算入額検討。

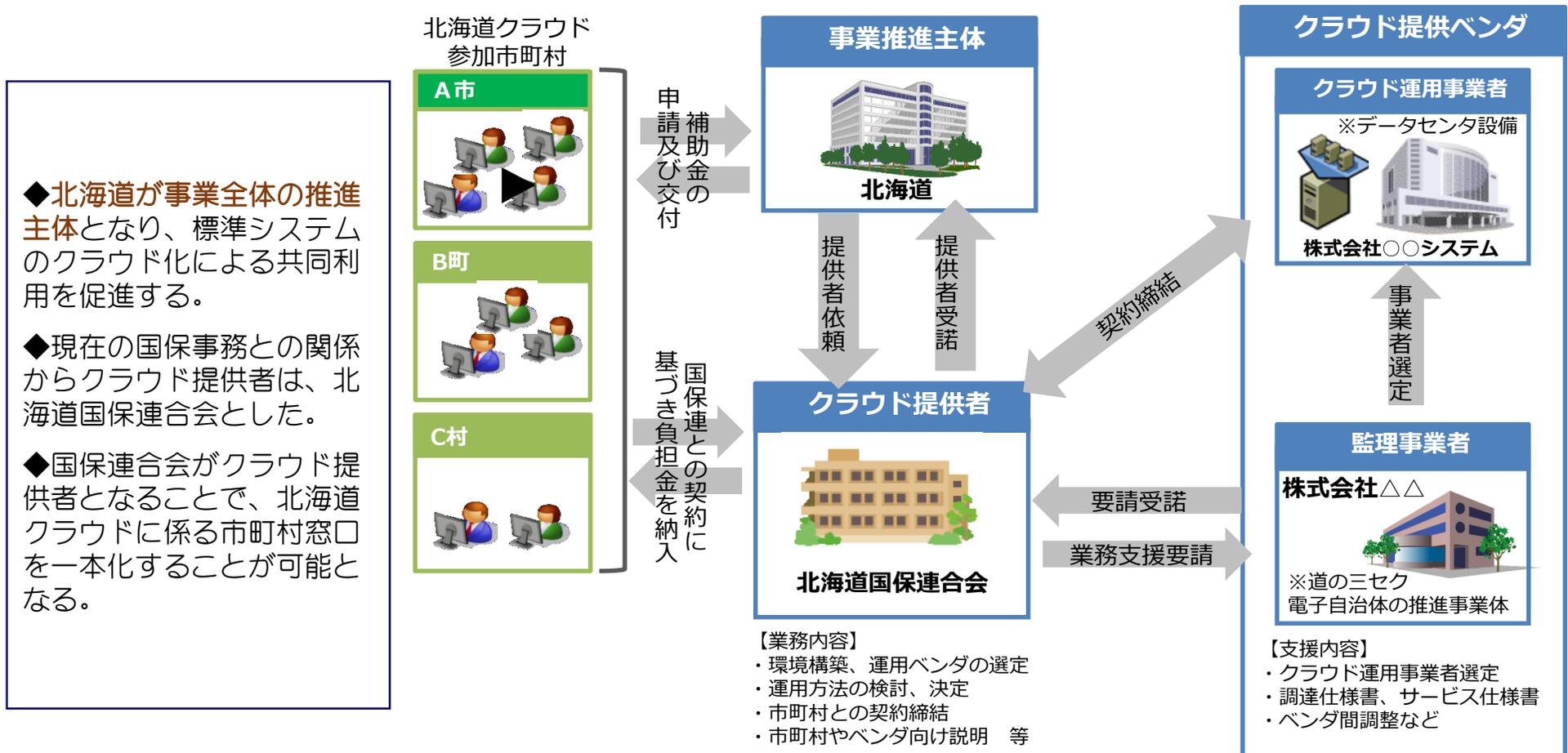
## 7 今後の日程

7月下旬	第3回納付金仮算定（～8月上旬）
8月中旬	仮算定結果通知（道・連合会 → 市町村）
中旬	道の国保運営方針決定（国の状況を踏まえ内容検討）
下旬	29年度第2回市町村連携会議（道内7ブロック）
中旬	仮係数により本算定（10月下旬まで）
11月中旬	各市町村へ概算納付金及び標準保険料率を通知
1月中旬	各市町村へ確定納付金及び標準保険料通知（退職合算分は2月上旬）

# 事務処理システムのクラウド化による運用 1

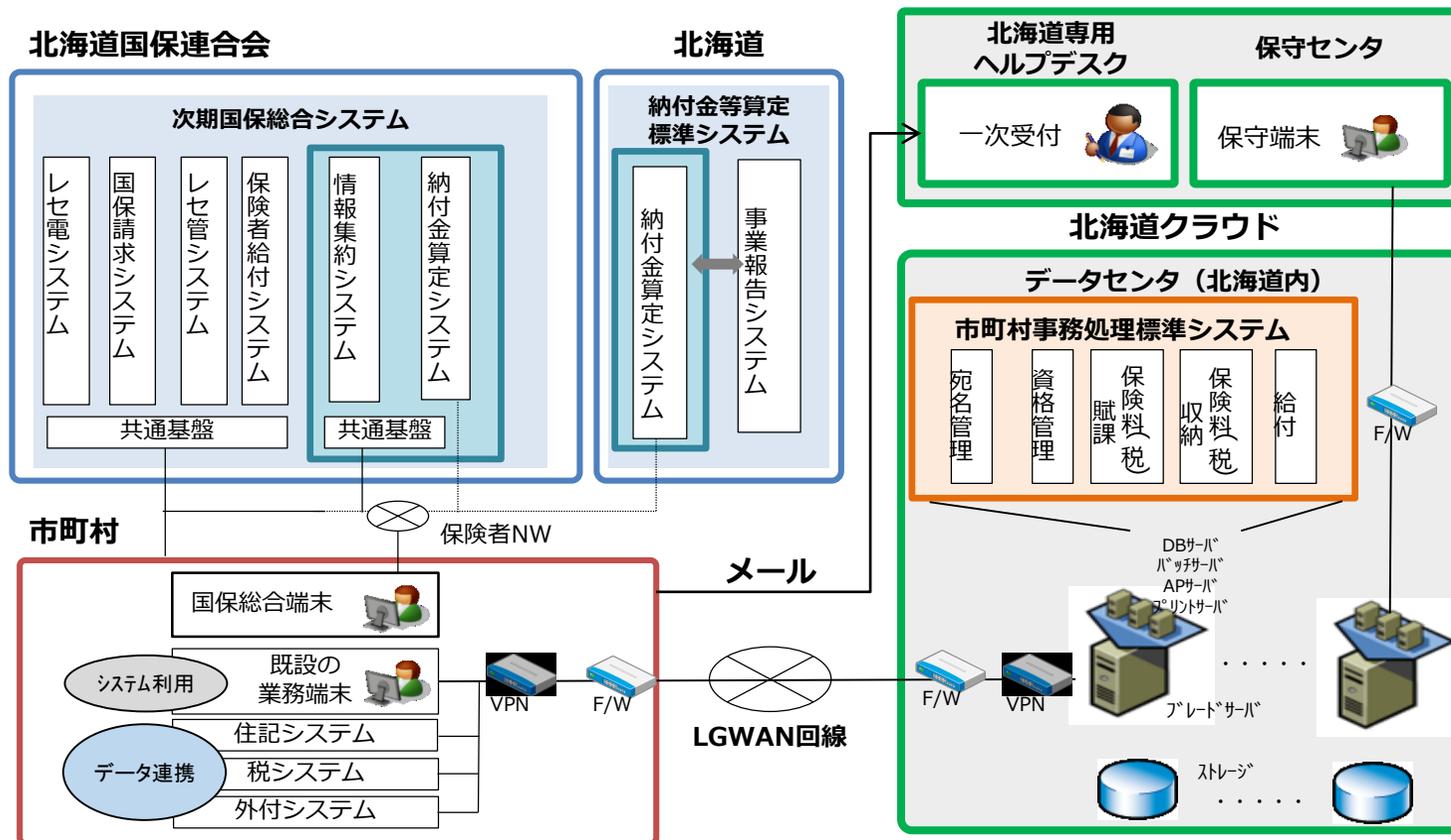
- 国保制度改革により、30年度から都道府県は国保の財政運営の責任主体となり、『国保運営方針』を定め、**事務の標準化、効率化、広域化**を推進することとなった。
- 新たな国保制度における市町村の事務が効率的に実施されるよう、国が主導的に〈市町村事務処理標準システム〉を開発、無償配布することで、制度改革のたびに発生するシステム改修にも対応する方針が示された。

北海道では〈市町村事務処理標準システム〉の導入により、システムを統一し、事務の**標準化**を目指す方針を決定。市町村事務の**効率化・広域化**を推進するため、**クラウド（共同利用）**により導入することとした。



# 事務処理システムのクラウド化による運用 2

北海道クラウドでは、標準システムと国保連合会の情報集約システムと国保総合システム、また納付金算定システムと事業報告システムとの連携により、給付から各種統計、国庫支出金申請、納付金の算定までの自動化を目標にシステムを構築。



# 国保制度改革に係る 栃木県の取組状況

平成29年8月25日

栃木県保健福祉部国保医療課長 亀田 隆夫

# 1 本県の市町村国保の特徴

○H29.4.1保険者数 25 (H16.4.1 49)

○1 保険者当たりの被保険者数：やや多い (H27)

平均 21,927人 (131,313人～3,207人) 全国平均 19,036人

○1 人当たりの医療費：少ない (H27)

平均 317,797円 (372,941円～285,016円) 全国平均 349,697円

○1 人当たりの所得：やや少ない (H27)

平均 66.3万円 (83.4万円～49.6万円) 全国平均 68.3万円

○保険税徴収率：全国ワースト2位 (H27・現年分)

平均 88.94% (95.12%～86.43%) 全国平均 91.45%

【1人当たり調定額】平均 90,669円 (110,780円～75,428円) 全国平均 84,156円

## 2 市町等との協議体制

H27.5.19 「国民健康保険制度に関する検討会」の設置

- ・ 検討会：県及び各市町の国保主管課長、国保連事務局長
- ・ 4分科会：県及び各市町の国保主管課並びに国保連の担当職員  
財政運営、資格管理・保険給付、国保税、保健事業

H28.4.22 上記検討会を「栃木県国保運営方針連携会議」に改組

(組織の構成、分科会の設置については、従前どおり)



## 3 協議における主な検討課題

(1) 納付金の算定（試算）方法

(2) 納付金試算結果

(3) 激変緩和の方法

(4) 保険者努力支援制度（都道府県分）の配分

## 4 主な検討課題への対応

### (1) 納付金の算定（試算）方法

- ① 第2回（ ← 追加公費1,700億円を反映せず）
  - ・ 国のガイドラインの考え方にに基づき算定
  - ・ 各市町の H27納付金相当額 → H29納付金額  
最大 112.48% ～ 最小 85.11%（医療費の伸び 2.25%）
  
- ② 第3回（ ← 追加公費のうち1,200億円を反映）
  - ・ 国のガイドラインの考え方にに基づき算定
  - ・ 激変緩和措置後の納付金額について試算

## 4 主な検討課題への対応

### (2) 納付金試算結果

#### ① 第2回試算結果

- ・ 追加公費を見込まなければ、**納付金総額の増額は必然**
- ・ 追加公費の投入により国保財政は安定化するものとの認識の中で、**負担増となることへの不安や不満の発生も懸念**
- ・ 県議会の一部の会派からは、**早急に公表すべきとの意見**

→ **全市町長に対する個別説明**を実施し、現状について問題意識を共有化  
(「5 市町長への個別説明」で)

## 4 主な検討課題への対応

### (2) 納付金試算結果

#### ② 第3回試算結果

- ・負担増となる市町においては、激変緩和措置が重要な要素
- ・県国保運営協議会、市町国保運営協議会での協議スケジュールを考えれば、**速やかな試算結果の公表**が求められる

→ 「**保険者努力支援制度等は、参考値・変動する見込み**」として、激変緩和後の市町別納付金一覧を作成予定

## 4 主な検討課題への対応

### (3) 激変緩和（丈比べ）の方法

- 国のガイドライン：被保険者1人当たりの保険料（保険税）決算額  
又は、被保険者1人当たりの納付金額ベースの保険料（保険税）決算額
- 本県案：次の理由から、市町の納付金総額 又は 1人当たりの納付金額 で  
実施予定
  - ・ 納付金算定に用いない「保険者努力支援制度」等の影響を除外すること
  - ・ 医療費及び所得の水準による影響を、より明確にできるものあること

## 4 主な検討課題への対応

### (4) 保険者努力支援制度（都道府県分）の配分

都道府県分（500億円）の再配分のあり方については、

医療費適正化に係る都道府県のガバナンスの強化の観点から、

県調整交付金の対象事業との調整も含めて、現在、庁内調整中

## 4 主な検討課題への対応

### (5) その他の調整事項

- ① 県又は二次医療圏ごとの保険税及び賦課方式の統一並びに高額医療費を共同で負担するための調整は、**当分の間、行わない。**
- ② 標準保険料は、**3方式**で試算する。
- ③ 納付金・保険給付費等交付金の対象範囲を療養の給付以外の事業にも拡大するかの検討については、将来の保険税の一本化に併せて行う。
- ④ H30年度から、**国保被保険者証及び高齢受給者証の一体化カード**を導入する。

# 5 市町長への個別説明

## (1) 説明要旨等

■実施期間 H29.6.12～H29.7.6

■説明の要旨

- ・今回の試算には追加公費を含んでいないため、**県全体で、医療費の伸び分だけ納付金総額が増加していること。**
- ・試算結果は、**市町の医療費及び所得の水準がどのように納付金に影響するかを見るためのもの。**
- ・今後、追加公費（約1,700億円）の反映により、納付金額は減少する見込み。その際、負担が大きく増加する市町については、激変緩和措置を講じる予定であること。
- ・**試算結果のみが一人歩きすると、住民の不安が生じる懸念があるので、取扱いについては、十分留意されたいこと。**

# 5 市町長への個別説明

## (2) 個別説明の結果及び対応

### ■各市町の反応

- ・医療費及び所得水準による納付金の傾斜配分については、基本的に了承。
- ・傾斜配分により負担が増加する市町においては、配分方針を理解するも、試算結果を見て判断したいとの意向。
- ・負担の増減に関わらず、ほとんどの市町において、H30の予算要求や保険税への影響を懸念。

→ 各市町の予算編成の参考となるよう、「予算編成支援シート」を作成

## 6 予算編成支援シート

### ■ 考え方

- ・ H27の納付金相当額は、決算ベースの数値である。
  - ・ **納付金額と同相当額の比較は、予算と決算の比較となり、結果的に、負担増の印象を抱かれる傾向となる。**
- このため、各市町の納付金額・同相当額から、制度改正前後の保険料収納必要額を算出し、**予算編成や保険税額への影響**を明らかにする。

## 6 予算編成支援シート（イメージ）

H29保険料収納総額を基礎 とした納付金相当額		<b>実際の予算額から納付金相当額を算定</b>
-	納付金算定に用いない公費	
+	保健事業、特定健診費、 出産育児諸費等	
-	基盤安定負担金	
=	保険料収納必要総額	
÷	収納率	
=	調定予定額（予算額）	

H29納付金試算結果		<b>納付金額から必要な予算額を算定</b>
-	納付金算定に用いない公費	
+	保健事業、特定健診費、 出産育児諸費等	
-	基盤安定負担金	
=	保険料収納必要総額	
÷	収納率	
=	調定予定額（予算額）	

## 7 まとめ

### (1) タイトな協議日程

- ・現時点において、明確でない事項も少なくない中、前述のとおり、協議・調整すべき事項は多数。
- ・県としては、関係条例案を12月議会に上程する必要があるが、協議日程は、極めてタイト。
- ・県（市町）議会、県（市町）運営協議会も、新制度について強い関心を抱いており、時宜を得た報告・答申が必要。

### (2) H30年度の国保制度の円滑な施行を最優先に調整

このため、H30年4月に国保制度の円滑な施行を最優先に考え、諸課題については、当面、H30年度の対応として速やかに調整し、次年度以降も継続して検討。

# 国保制度改革に向けた 課題への対応について

高知市健康福祉部長 村岡 晃

平成29年度 全国市町村国民健康保険主管課長研究協議会

日時：平成29年8月25日

# ■ はじめに ～国保制度改革に向けた課題～

---

---

## 1 平成30年4月をどう迎えるか

- 国保事業納付金への対応や制度改正への準備
- 各都道府県と市町村との関係・協議
- 国保連合会との連携
- システムの改修，準備等

## 2 制度改革の関係

- 将来的な都道府県内保険料の平準化
- 法定外繰入の解消への対応
- 保険料賦課限度額の問題
- 改革により期待される業務の効率化

## 3 保険者努力支援制度への対応

- 医療費水準の適正化など保険者としての取り組み

## 4 公費支援 3,400億円で充分か？

などなど

# 1 高知市・高知県の現状

---

---

- ◇ 高知市の人口 33.2万人（46.4%） 高知県の人口 71.5万人（34市町村）
- ◇ 国保の被保険者数 71,564人（60歳以上が38,303人 53.5%）  
被保険者数は、年々減少傾向。高齢化が進んでいる。
- ◇ 医療費水準 高い（伸び率は、ほぼ全国平均並み）  
H27一人当たり医療費 高知市399,459円、県405,941円、国347,352円
- ◇ 所得水準 低い（高齢者が増加し、無職の被保険者が増加）  
H27 所得100万円未満の世帯が 68%（前年度より1ポイント増）
- ◇ 保険料の調定額 年々減少している  
H25 74.2億円 H26 73.1億円 H27 70億円 H28 68.5億円
- ★ 保険料収納率（現年・一般）は、上昇している  
H25 88.98% H26 89.33% H27 89.90% H28 90.97%
- ◇ 特定健診受診率が低い H27 25.50% H28 28.86%

## 2 都道府県と市町村の関係性

---

---

改正前国民健康保険法

第4条2項 都道府県は、国民健康保険事業の運営が健全に行われるように必要な指導をしなければならない 「これまでは、指導される側」

改正後

第3条 都道府県は、当該都道府県内の市町村とともに 国民健康保険を行うものとする。

第4条2項 都道府県は、安定的な財政運営、市町村の国民健康保険事業の効率的な実施の確保その他の都道府県及び当該都道府県内の市町村の国民健康保険事業の健全な運営について中心的な役割を果すものとする。

都道府県と市町村は、共同保険者

○対等な関係性の下で、国民健康保険事業をより良いものにしていくという視点が重要ではないか

### 3 保険料の将来的な平準化に関して

皆保険制度である以上、全国のどの地域に住んでいても、同じ保険料の負担で同水準の医療が提供されること（負担の公平・給付の平等）が望ましい！

全国市長会・全国町村会・国保中央会も医療保険制度の一本化を要望  
しかし、現実には ⇒ 現在の国保には、構造的な問題である大きな格差がある

項目	現状は？
1人当たり医療費	・最大3.3倍 ・最低1.2倍 ・2倍以上5都道府県 ・本県でも1.8倍
1人当たり所得	・最大で14.6倍 ・最低1.3倍 ・2倍以上25都道府県 ・本県でも2倍
保険料水準	・最大で2.8倍 ・最低1.3倍 ・2倍以上6都道府県 ・本県でも1.5倍

将来的には、同じ都道府県内の保険料水準の平準化をめざすべきと考えるが市町村の理解と納得の下にすすめていくことが重要。

※ドラスティックな改革は、混乱を招くのでは

## 4 国保賦課限度額の問題

---

---

現在 89万円（医療基礎54万，後期支援金19万，介護納付金16万）

この間，4万円ずつ引き上げ（平成26～28年度）

※国の方針 限度額超過世帯が1.5%に近づくよう段階的に引き上げ

平成28年度 給与・年金所得で，820万円の方が限度額に到達

実態は，どうでしょう？

私の試算では，北海道A市では，二人世帯で給与所得477万円で

中国地方B市では，二人世帯で給与所得496万円で

■今後，法定外繰入の解消によって，保険料水準を引き上げていけば

\*国の方針である限度額超過世帯は，1.5%よりも増加

⇒更なる引き上げ？ 追いかけても追いかけても追いつかない

\*保険料水準が高くなれば，限度額到達所得は，さらに低くなる

**★国保の賦課限度額のあり方は，真剣に議論していかななくてはならない**

## 5 保険者努力支援制度・医療費適正化の取り組み

---

### 《医療費の適正化》

今後の高齢化，医療の高度化，社会保障費の伸びを考えると，医療費の適正化は，真剣に取り組まなくてはならないし，これまでも取り組んできたと思うが…（一方での，経済財政諮問会議等の議論）

国保の基盤強化（構造問題の解決） 市町村の格差の解消も課題の一つ

《保険者努力支援制度》が，格差の解消につながる制度になることを期待  
インセンティブと言いながら，大きなペナルティになるような仕組みとな  
ってはいけない！

例えば，何を持って評価していくか 評価のあり方は難しい

医療費の地域差の解消 地域の風土や文化の違い，疾病構造の違い

などなど，背景は様々

**★保険者の努力を後押しし，応援する制度としての充実を！**

## 6 公費支援の3,400億円で大丈夫？

---

---

財政運営の都道府県単位化が実現したが、将来の見通しは、決して  
明るなものではない！

※高齢化の進展や医療の高度化、支える現役世代の減少

保険料負担も限界にきている保険者もいる

○今回の国保制度改革 振り返ってみると

具体的に進み始めたきっかけは、H20～後期高齢者医療制度の発足

H21～22高齢者医療制度改革会議

その後の社会保障制度改革国民会議などを経て、今回の制度改革

⇒ 制度を変えていくには、10年ぐらいは必要

制度をどう守り、どうしていくべきか、常に考えなくてはならない！

**★皆保険制度を守り、国民健康保険制度を今後も持続可能なものにして  
いく責任は、今、国保制度に関わる私たち自身にあるとも言える！**

平成30年度の国保制度改革に向けて、  
残り7カ月 国・都道府県・市町村、  
力をあわせ、スムーズな移行をめざしましょう！

---

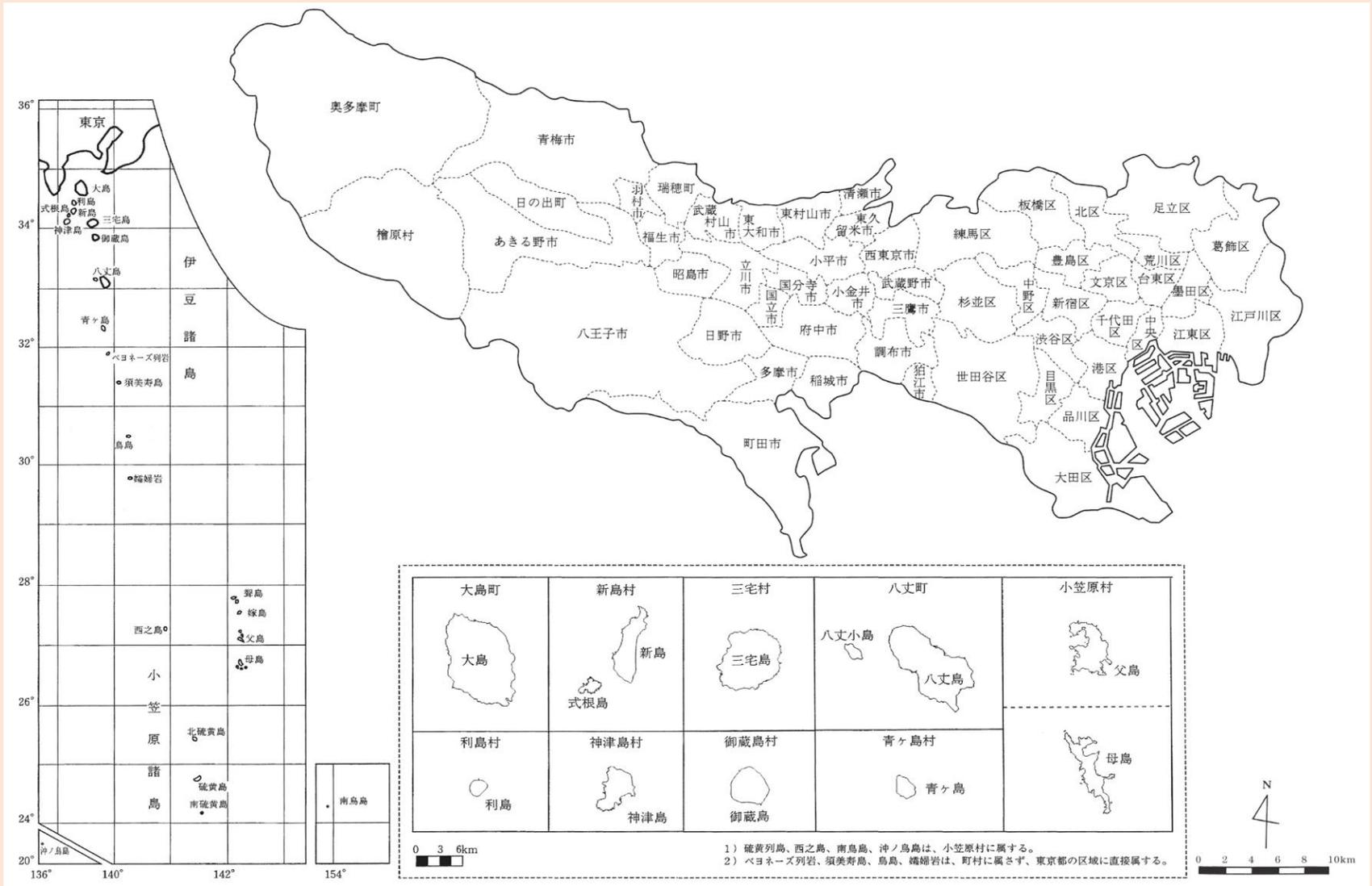
ご清聴ありがとうございました

## 「新たな国保制度に向けた課題への対応について」



小規模自治体での取組み～東京都奥多摩町の場合～  
東京都奥多摩町福祉保健課長 清水 信行

# 東京都の基礎自治体 23区 26市 5町 8村 62区市町村



## 東京都の国保の状況

東京都には、区市町村保険者が62保険者（内訳は、23特別区、26市、5町、8村）あり、その他に22の国保組合が設置され、東京都全体で473万人余りの国保被保険者がいるが、国保組合には86万人余りの都外被保険者が含まれている。



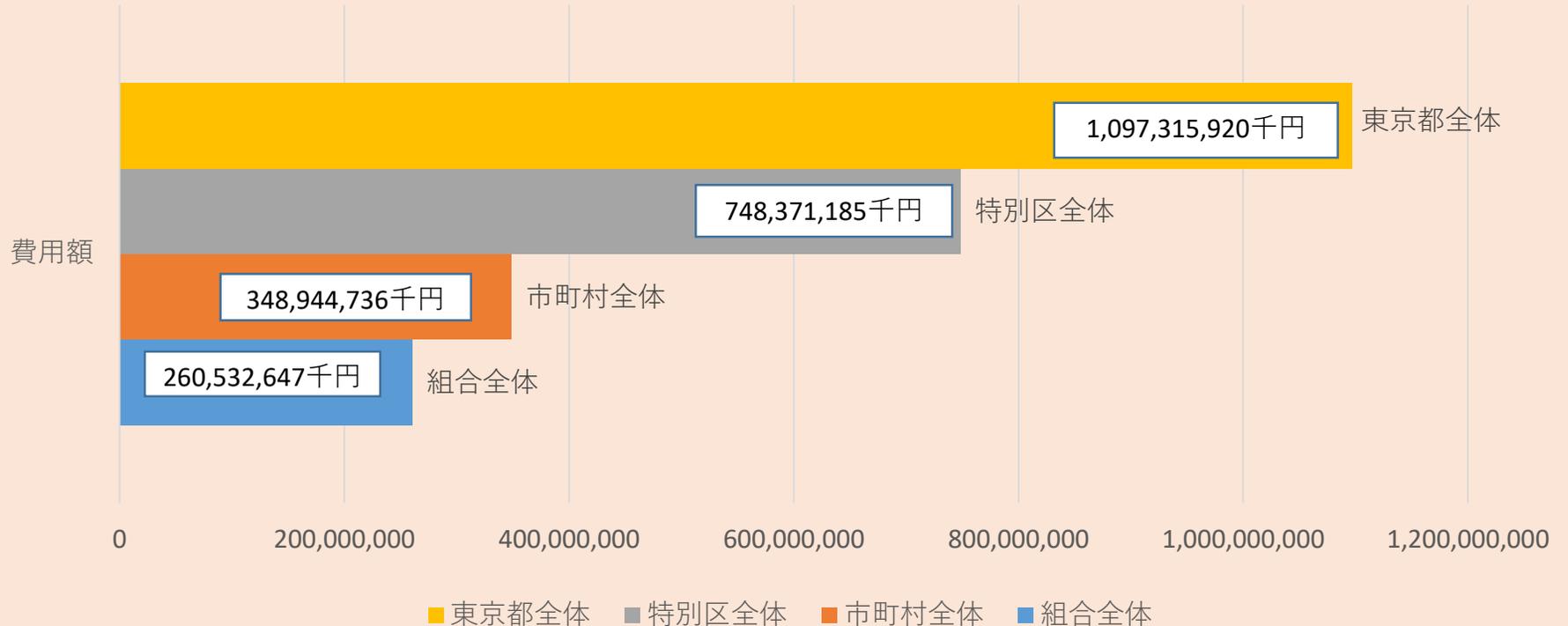
平成27年度末における被保険者数は、都内被保険者数で387万5千人で、前年度より3.4%減少している。都内被保険者総数が、東京都の人口に占める割合（加入率）は28.8%で、前年度より1.3ポイント減となっている。

このうち、特別区では25.6%、市町村では25.4%で、市町村のうち多摩地区では25.4%であるが、島しょ地区では40.7%と国保加入者の割合が大きい状況である。

平成27年度末現在の都内での加入世帯数は、2,507,470世帯で、前年度と比べて1.8%減、世帯の被保険者の状況は、都内全体で未就学児は、3.5%、前期高齢者は29.8%であるが、未就学児においては島しょ地区が高く、前期高齢者においては、多摩地区市町村における割合が高くなっている。

# 東京都の医療費の状況

## 療養諸費費用額の状況—全体分—平成27年度



平成27年度の公営保険者分の療養諸費の費用額は、全体では前年度に比べ**1.0%**増の**1兆973億円**で、そのうち一般被保険者分が**1.8%**の増、退職者分が**20.0%**減であり、内訳では特別区で**1.0%**の増、市町村で**0.9%**増、組合で**2.9%**の増である。

診療費の状況は、受診件数で**1.6%**減、費用額で**0.2%**増となっており、調剤費では、件数で**1.2%**減、費用額で**4.3%**増であり、療養費等では、**4.7%**の減である。

## 東京都の保険料(税)の賦課及び収納状況

保険料(税)について、特別区は「保険料」として賦課しており、市町村は、2市が「保険料」他の37市町村が「保険税」として賦課している。賦課方式では、医療分において所得割、均等割の2方式を採用しているのは41区市町村、平等割を加えた3方式を採用しているのは5市町村、さらに資産割を加えた4方式を採用しているのは16市町村で、2方式の区市町村が66%を占めている。

平成27年度における保険料(税)の収納状況は、現年分の一般被保険者分及び退職被保険者分を合わせた3,524億8,841万8,704円の調定額に対して、3,082億1,131万3,787円の収納額となり、87.44%の収納率であった。

また、同じく滞納繰越分については、一般被保険者分及び退職被保険者分を合わせた984億3,983万9,983円の調定額に対して、287億9,723万95円の収納額であり、29.25%の収納率となった。

1世帯当たりの調定額では、全体では151,582円で、前年度に比較して1.4%の減となり、1人当たりの調定額では99,633円で前年度とほぼ同額になり、1人当たりの収納額では、87,118円と0.8%の増で、収納率については、87.44%となり、前年度より0.7ポイント改善している。特別区と市町村を比較すると1世帯当たり調定額では23%、1人当たり保険料額で33%、特別区が市町村を上回っているが、収納率では市町村が特別区を6.8ポイント上回っている。

# 奥多摩町について

奥多摩町は、東京都の西北端に位置し、東は青梅市、西は山梨県北都留郡、北は埼玉県秩父市、南は檜原村に接し、全域が**秩父多摩甲斐国立公園**に含まれる豊かな自然に恵まれた地域で、東京都の約**10分の1**の面積を有しており、町の面積のうち約**96%**が山林で、急峻な地形の中に集落が点在しています。

高度経済成長期の産業構造の転換により基幹産業であった林業が衰退し、人口流出が進んで、国保加入者の種別も退職者や高齢者に偏ってきたことから、国保固有の構造的課題がより顕著となっております。





# 奥多摩町の国保の状況

平成28年3月31日現在

- 年度平均加入世帯数：1,038世帯
- 年度平均被保険者数：1,677人　うち、未就学児22人、前期高齢者825人  
被保険者の増減：213人の増、271人の減  
増の要因：社保離脱164人、転入45人：減の要因：社保加入109人、後期高齢者加入84人、転出52人
- 保険税の賦課方式：所得割、均等割の2方式

区分	税率			算定基礎
	医療分	後期支援金分	介護分	
所得割	4.95%	1.40%	1.60%	基礎控除控除後
均等割	24,000円	8,000円	11,000円	被保険者1人当たり

- 保険税収納状況　現年度分98.26%、滞納繰越分41.63%、全体94.79%
- 保険税軽減世帯状況　全世帯の55%が軽減該当

区分	7割軽減世帯数	5割軽減世帯数	2割軽減世帯数
医療分	296世帯	146世帯	130世帯
後期支援分	296世帯	146世帯	130世帯
介護分	143世帯	52世帯	56世帯

## 奥多摩町と東京都全体との比較

- ◎平成28年4月1日における奥多摩町の人口：5,372人は、東京都の人口：1,345万8,848人の0.04%
- ◎平成27年度末の奥多摩町の国保被保険者数：1,642人は、東京都の国保被保険者数：3,451,418人の0.05%
- ◎平成27年度の療養等諸費費用額6億2,000万3,366円は、東京都全体の療養等諸費費用額1兆973億1,592万325円の0.06%



### ◎医療費水準

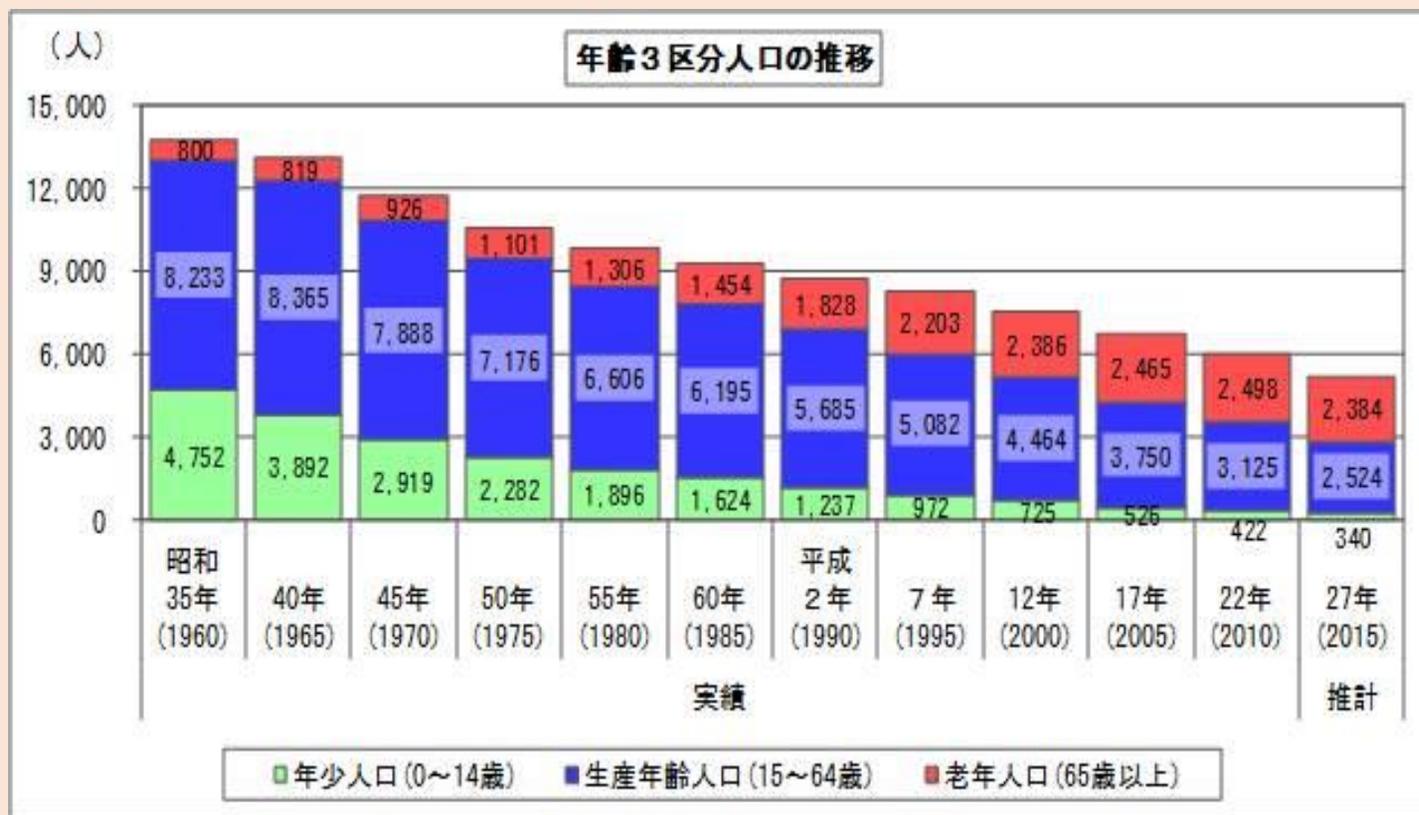
1人当たりで見ると、奥多摩町費用額は、377,590円 東京都の上位3分の1  
東京都費用額は、317,932円

### ◎所得水準

1人当たりの所得金額 東京都62区市町村中、61位  
都内での所得格差、約2.1倍

## 奥多摩町の年齢3区分別人口の推移

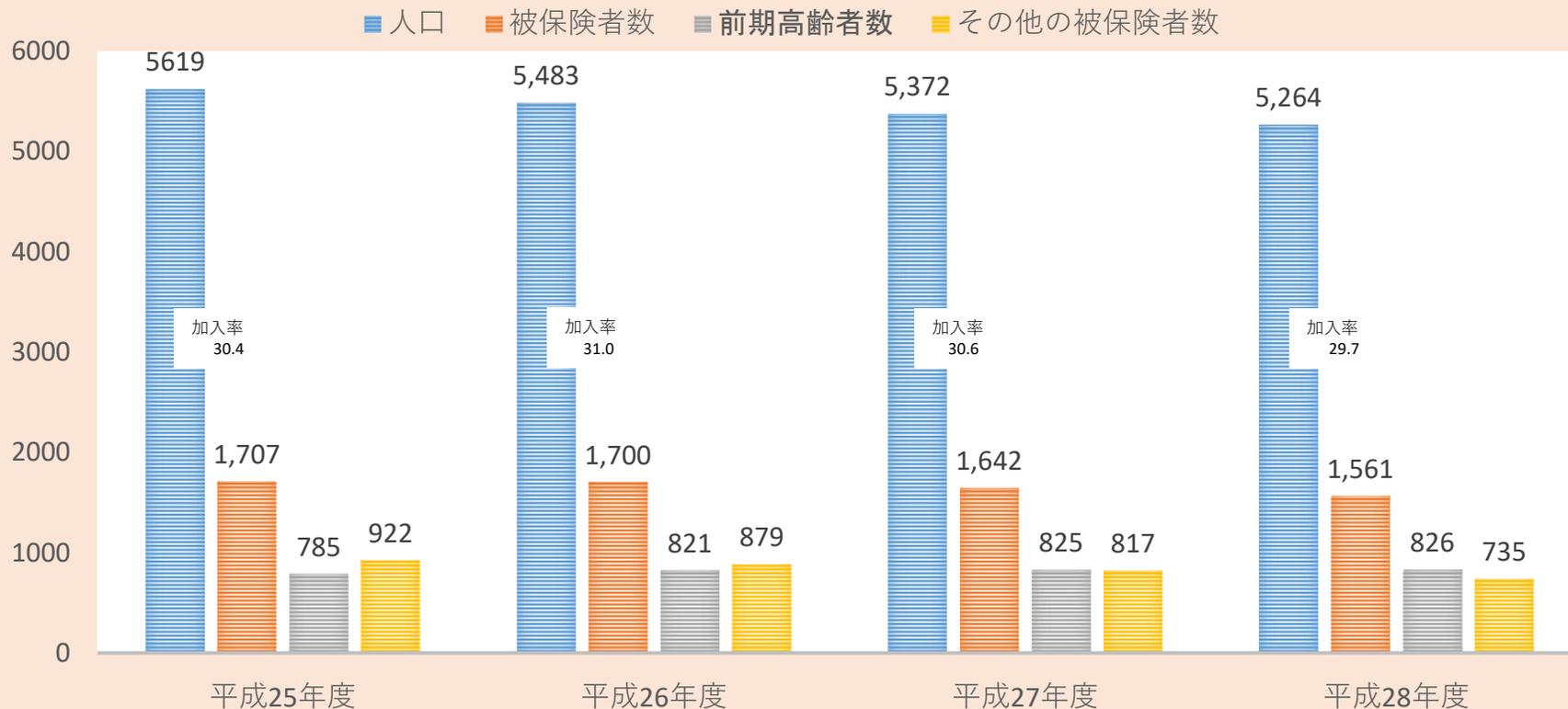
年少人口及び生産年齢人口は一貫して減少し、老年人口は増加してきましたが、近年では老年人口の伸びを年少人口、生産年齢人口の減少が上回ることによる高齢化率の増加が著しくなっています。



# 奥多摩町の国保被保険者数等の推移

奥多摩町の国保被保険者数は、人口とともに減少しており、加入率も30%前後で、平成27年度において前期高齢者数が64歳以下の被保険者数を上回り、徐々に差が開きつつある状況となっています。

## 被保険者等の内訳



## **東京都、区市町村及び国保連合会との連携会議について**

- **平成22年7月、東京都国民健康保険連携会議設置規程に基づき設置**  
構成員：特別区国保主管課長の代表5名  
市国保主管課長の代表5名  
町村国保主管課長の代表2名  
東京都国民健康保険団体連合会職員2名  
東京都国民健康保険課長(議長) 及び医療費適正化担当課長(副議長)
- **平成26年度以前は、保険財政共同安定事業の拡大等について協議**
- **平成27年度から本格的に「国民健康保険制度改革について」協議**
- **合わせて下部組織である実務者会議を設置し、実務者レベルで協議**  
◎平成27年度中に3回の連携会議を開催し、制度改革に向けた検討事項等について協議  
◎平成28年度中に、連携会議を6回、実務者会議を4回開催し、協議した。

# 東京都国民健康保険連携会議での協議事項

## 納付金の算定方法

◎医療費水準： $\alpha = 1$ （区市町村の医療費水準を反映する）

★都内の医療費格差は、1.88倍と大きいため

◎所得水準： $\beta =$ 都の所得水準を反映し、所得水準に応じた負担とする

## 標準保険料率の算定方式

◎2方式（所得割及び均等割）とする。

◎標準的な収納率：直近実績（平成27年度）の収納率とする。

◎保健事業、葬祭費等は、納付金の対象外とする。

## 激変緩和の方法

◎「1人当たり納付金額」を27年度と比較し、一定割合以上増加する場合に調整

★一定割合（自然増+0.5～2.0%）は、今後次回試算の結果を見て、区市町村に意見照会し、決定する。

## **国保基盤強化協議会事務レベルワーキンググループでの町村としての主張**

●保険給付については、都道府県が担うべきである。

○現状の通り、給付の決定は市町村が行うこととする。

●収納率の高い団体が、低い団体の分をカバーするやり方は認められない。

町村部のほうが低所得者が多いが、収納率は高い傾向にある。

○各保険者の被保険者の規模により標準収納率を設定（都道府県との協議）

●国保連への支払いを市町村を経由せずに都道府県から直接支払う方式にする。

○現在の3 - 2ベースを維持しつつ、都道府県からの直接支払いを実現。

給付決定は市町村のため、請求年月日により2月診療分は暫定額となる。

●財政安定化基金からの交付・貸付について、貸付を受けた分は当該貸付を受けた市町村が補てんすることとされたい。

○当該貸付を受けた市町村が補てんすることを基本とする。その後、すべての市町村の意見を踏まえ、都道府県が決定する。

# 国保制度改革への奥多摩町の取組

## ●国保税率の改定

赤字補てんのための一般会計繰り入れの解消に向け、徐々に税率を改定  
平成29年度において、前年度調定額 + 5 %分の増額改定実施  
引き続き、平成30年度においても同程度の規模で増額改定を予定

## ●市町村標準事務処理システム導入の検討

平成28年度において、基幹系システムの更新があったことから、標準シ  
ステムの導入は困難（近隣の3町村との共同電算処理を実施している）

## ●保険者努力支援制度（前倒し分）の活用

データヘルス計画に基づく、糖尿病性腎症重症化予防事業の実施  
地域包括ケアシステムへの取組みに対する国保部局の参画  
ジェネリック医薬品使用割合の向上に向けた啓発事業の実施

## **平成30年4月に向けた、今後の取組み**

### **●引き続き東京都国民健康保険連携会議での協議**

激変緩和措置の基本的な考え方の合意（意見統一）

### **●標準保険料（税）率を受けての各区市町村内での対応**

一般会計からの赤字繰り入れ額の減少に向けた取り組み

国民健康保険料（税）率の改定等

保健事業の一層の推進

保険者努力支援制度の積極的な活用

※小規模自治体としてできることを選択

①収納率向上に向けた取組

②後発医薬品使用割合の向上

③特定健診、特定保健指導実施率の向上 等

**平成30年4月1日という日を余裕をもって迎えら  
れるよう、国からの情報を目ざとくキャッチし、都道  
府県、都道府県内各市区町村が歩調を合わせて、  
新しい制度へ移行できるよう努力しましょう！**

**ご清聴ありがとうございました。**





**新たな国保制度に向けた課題への対応について  
～保険者のイコールパートナーを目指して～**

**平成29年8月25日**

**大阪府国民健康保険団体連合会**

## はじめに

- 保険者である市町村、新たに保険者に加わる大阪府は、今般の国保制度改革に向け、事務の広域化や統一化など、新たな課題への対応、具体化を迫られています。  
私たちは、当連合会が培ってきた実績、ノウハウを活かした提案・提言に努め、真に保険者のイコールパートナーとしてなれるよう、その取組みを進めています。

# 1 大阪府域における国保広域化推進の背景

## ■ 平成22年5月

大阪府知事と府内市町村長との意見交換会

府内統一保険料を目指すことで一致

【前提条件】

- ①市町村の責任で累積赤字を処理
- ②府一般会計からの法定外繰入は行わない
- ③保険料は下がるところもあれば、上がるところもある

## ■ 同年10月

大阪府・市長会・町村長会による国への三者要望

統一保険料の実現を目指し、市町村との適切な役割分担のもと、  
国保制度改革（都道府県化）を要望

## 2 国保制度改革に向けた府域の対応

### (1) 国保都道府県化勉強会

平成25年12月の社会保障改革プログラム法の成立を踏まえ、国保の都道府県化に向け、関係機関での情報の共有化や、各々の役割等に係る課題について、実務的な対応を含め、研究、検討する場として設置。

■平成26年6月～27年3月、合計5回の開催。

■メンバー：府福祉部国民健康保険課 課長補佐

府内市町村国保担当課長（6市町村）

府国保連合会事務局長、企画調整室長（事務局）

■検討項目等

- ・国動向等の情報共有
- ・大阪府と市町村の役割分担に伴う課題点、問題点の整理
- ・役割分担を踏まえた連合会が行う実施事業等について

## 2 国保制度改革に向けた府域の対応

### (2) 大阪府・市町村国民健康保険広域化調整会議

平成30年度の国民健康保険制度の改革に向け、「都道府県国民健康保険運営方針」に盛り込む内容や標準保険料率等を、大阪府・市町村等で検討するために設置。

■平成27年5月～

■現在の委員構成：市町村代表 部長級職員 9名  
府国保連合会 事務局次長 1名  
府福祉部国民健康保険課 副理事 1名（事務局）

※会議の下に、参画団体の課長級職員で構成する「財政運営」と「事業運営」の2つの検討ワーキング・グループを設置。

①財政運営検討WG：保険料・税の区分、賦課方式、賦課割合、保険料率、賦課限度額、保険料減免・軽減基準、標準収納・目標収納率等を検討。

②事業運営検討WG：一部負担金減免、保健事業の共通基準、医療費適正化の取組み、レセプト点検、第三者行為求償、被保険者証・その他証の基準等を検討。

また、事業運営検討WGにおける具体的な検討にかかる作業チームとして、係長級職員など、実務担当で構成する「保健事業・医療費適正化取組検討作業チーム」、「給付点検検討作業チーム」が設置されており、本会からもテーマに即した担当職員が出席。

## 2 国保制度改革に向けた府域の対応

### (3) 大阪府・市町村国民健康保険広域化調整会議検討状況

(平成29年7月末現在)

#### ■ 広域化調整会議

・27年度中 3回、28年度中 4回、合計 7回

#### ■ 財政運営検討ワーキング・グループ

・27年度中 8回、28年度中10回、29年度中 6回、合計24回

※ 合同ワーキング・グループ3回を含む

#### ■ 事業運営検討ワーキング・グループ

・27年度中 8回、28年度中10回、29年度中 6回、合計24回

※ 合同ワーキング・グループ3回を含む

#### ■ 事業運営検討WG 作業チーム

・28年度中 5回、29年度中 3回、合計 8回

## 2 国保制度改革に向けた府域の対応

### (3) 大阪府・市町村国民健康保険広域化調整会議検討状況

■広域化調整会議		■財政運営検討WG		■事業運営検討WG	
年月日	議題等	年月日	議題等	年月日	議題等
H27.5.25	・会議立ち上げ ・WGの設置について ・今後のスケジュール等について	H27.7.2	・WG立ち上げ ・WGでの検討について ・今後のスケジュール等について	H27.7.9	・会議立ち上げ ・WGの設置について ・今後のスケジュール等について
H27.10.27	・国の動向について ・WGでの検討状況と中間報告等について ・今後のスケジュールについて	H27.8.6	・事業費納付金等の算定等について	H27.8.11	・事業費納付金等の算定等について
H28.3.29	・27年度検討状況のとりまとめについて ・28年度の検討スケジュールについて	H27.9.11	・標準化に関する検討について	H27.9.9	・標準化に関する検討について
H28.5.30	・27年度の検討状況報告 ・28年度の検討スケジュールについて ・作業チーム設置について	H27.10.8	・広域化調整会議への中間報告内容について ・今後の議論の方向性について	H27.10.5	・広域化調整会議への中間報告内容について ・今後の議論の方向性について
H28.8.26	・国保制度改革について	H27.12.21	・府内標準設定に向けた検討について	H27.12.9	・府内標準設定に向けた検討について
H28.11.7	・府内標準設定に向けた検討について	H28.1.14	・府内標準設定に向けた検討について(合同)		
H29.3.29	・府内標準設定に向けた検討について	H28.2.8	・府内標準設定に向けた検討について	H28.2.3	・府内標準設定に向けた検討について
		H28.2.25	・府内標準設定に向けた検討について	H28.2.16	・府内標準設定に向けた検討について
		H28.6.8	・28年度の検討スケジュールについて ・府内標準設定に向けた検討について	H28.6.3	・28年度の検討スケジュールについて ・作業チーム設置について ・府内標準設定に向けた検討について
		H28.7.6	・府内標準設定に向けた検討について	H28.6.24	・府内標準設定に向けた検討について
		H28.7.28	・府内標準設定に向けた検討について	H28.7.11	・府内標準設定に向けた検討について
		H28.8.18	・府内標準設定に向けた検討について	H28.7.27	・府内標準設定に向けた検討について
		H28.9.1	・府内標準設定に向けた検討について	H28.8.16	・府内標準設定に向けた検討について
		H28.9.28	・府内標準設定に向けた検討について	H28.8.30	・府内標準設定に向けた検討について
		H28.10.19	・府内標準設定に向けた検討について(合同)		
		H28.11.21	・府内標準設定に向けた検討について	H28.11.24	・府内標準設定に向けた検討について
		H28.12.9	・府内標準設定に向けた検討について	H28.12.15	・府内標準設定に向けた検討について
		H29.2.15	・府内標準設定に向けた検討について(合同)		
		H29.5.15	・今後の想定スケジュール(案)について ・国保運営方針骨子概要について ・府内標準設定に向けた検討について	H29.5.22	・今後の想定スケジュール(案)について ・国保運営方針骨子概要について ・府内標準設定に向けた検討について
		H29.5.30	・府内標準設定に向けた検討について	H29.5.31	・府内標準設定に向けた検討について
		H29.6.20	・府内標準設定に向けた検討について	H29.6.27	・府内標準設定に向けた検討について
		H29.6.28	・府内標準設定に向けた検討について	H29.7.5	・府内標準設定に向けた検討について
		H29.7.11	・府内標準設定に向けた検討について	H29.7.12	・府内標準設定に向けた検討について
		H29.7.20	・府内標準設定に向けた検討について	H29.7.20	・府内標準設定に向けた検討について

## 2 国保制度改革に向けた府域の対応

### (3) 大阪府・市町村国民健康保険広域化調整会議検討状況

■ 給付点検検討作業チーム		■ 保健事業・医療費適正化取組検討作業チーム	
年月日	議題等	年月日	議題等
H28.7.19	<ul style="list-style-type: none"> <li>療養費の支給に係る共通基準</li> <li>府による点検内容</li> <li>不正利得の回収範囲</li> </ul>	H28.7.20	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療費通知・後発医薬品差額通知にかかる共通基準設定の検討について</li> </ul>
H29.7.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>療養費の支給に係る共通基準</li> <li>府による点検内容</li> <li>不正利得の回収範囲</li> </ul>	H28.7.22	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定健康診査・特定保健指導について</li> </ul>
		H29.2.9	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健事業 共通基準等の検討について</li> <li>健康づくり・疾病予防等へのインセンティブの強化策</li> </ul>
		H29.2.15	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療費通知・後発医薬品差額通知にかかる共通基準設定の検討について</li> </ul>
		H29.6.7	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療費通知・後発医薬品差額通知にかかる共通基準設定の検討について</li> </ul>
		H29.6.21	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健事業 共通基準等の検討について</li> </ul>

# 大阪府国民健康保険運営方針骨子（案）～国民健康保険制度改革に向けた検討状況～

## 運営方針骨子（案）の概要（H29.3現在）

■目的：平成30年度からの新たな国保制度において、府と市町村が一体となり、保険者事務を共通認識の下で実施するとともに、市町村事業の広域化・効率化の推進に寄与

■根拠：医療保険制度改革関連法附則第7条・改正国保法第82条の2  
 ■対象期間：平成30年4月～平成33年3月（平成29年度中に策定）

### 主な内容

#### ① 府内の国保運営に関する基本的考え方

##### 基本認識

- 国保は社会保険制度
- 国民皆保険を支えるナショナル・ミニマムであり、本来国において一元的に担うのが基本
- 今回の改革は将来の見直しに向けた通過点

##### 視 点

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

オール大阪で広域化

持続可能な制度

#### 【府内共通（統一）基準】

- ① 保険料率  
（「保険料・税区分」「賦課方式」「賦課割合」「賦課限度額」等）
- ② 出産育児一時金及び葬祭費の額
- ③ 保険料及び一部負担金の減免基準
- ④ 被保険者証及びその他の証（資格証明書等）
- ⑤ 保健事業

#### 【統一時期】

平成30年4月1日。ただし、出産育児一時金・葬祭費以外については別に定める「激変緩和措置期間」終了時

#### ② 医療に要する費用・財政見通し

- 医療費の動向や国保財政の将来の見通し
- 「保険料引下げ目的等の一般会計繰入」等の赤字の解消
  - ・激変緩和措置期間内の解消を前提に、当該市町村ごとに目標年次を設定し解消
- 従来の「累積赤字」の計画的な解消
  - ・平成29年度までの解消を基本認識
  - ・「赤字解消計画」を策定している市町村は計画に基づき解消
  - ・「計画策定対象外」市町村は早期解消
- 予期せぬ医療費増等に対する国保財政安定化基金の運用（貸付・交付）

#### ③ 市町村の保険料の標準的な算定方法

- 保険料は3方式（所得割・均等割・平等割）。各市町村の医療費水準は反映せず、府内統一保険料率  
 （例外措置）①市町村が独自に激変緩和措置を講じる必要がある場合（累積赤字解消、保険料減免一般会計繰入解消） ※激変緩和措置期間中に限定  
 ②財政安定化基金からの借入金の償還財源確保の必要がある場合
- 医療給付費のほか、府内共通基準に係る府内全体の費用を府内全体で賄う
- 最長6年間の激変緩和措置を講じる  
 （市町村における一般会計繰入による保険料抑制分は各市町村の責任で対応）

#### ④ 市町村における保険料徴収の適正な実施

- 目標収納率の設定
- 収納率向上に向けた取組実施
- 収納率向上に対するインセンティブ方策
  - ・各市町村の実績・伸び率等と取組の両面から評価する仕組みの構築

#### ⑤ 市町村における保険給付の適正な実施

- 療養費の適正給付
- レセプト点検強化
- 第三者求償・過誤調整等の取組強化
- 不正請求等に対する広域的な対応

#### ⑥ 医療費適正化への取組み

- データヘルス計画に基づくPDCAサイクルによる事業実施
- 医療費適正化に対するインセンティブ方策
  - ・事業費納付金への医療費水準の反映に代わるような、健康づくり・疾病予防等へのインセンティブとなる仕組みの構築

#### ⑦ 市町村事務の広域化・効率的な運営

- 被保険者証等の様式統一、一斉更新事務の共同実施
- 医療費通知、後発医薬品差額通知の共同実施

#### ⑧ 保健医療サービス・福祉サービス等に関する施策との連携

- 地域包括ケアシステムとの連携

#### ⑨ 関係市町村相互の連絡調整

- 国保広域化調整会議等を活用

### 3 国保制度改革に向けた府連合会の対応

#### (1) 準備組織の立ち上げ

平成27年4月、事務局長直下に国保制度改革準備室を設置

■ 体制：事務局長兼準備室長（大阪府からの派遣）

主幹級職員 2名（うち1名大阪市からの派遣）

主査級職員 1名（市への交流経験者）

主事級職員 1名（市からの交流職員）

■ 事務分掌

- 新国保制度移行のための大阪府、市町村との連携・調整に関すること。
- 新国保制度における保険者支援方策の検討、標準的な処理基準や事務の効率化などの支援及び役割検討に関すること。
- 現行市町村業務の把握及び移行に際しての課題の整理に関すること。
- 国保制度改革に伴う会務運営の総合的企画及び調整並びに事務の改善に関すること。

### 3 国保制度改革に向けた府連合会の対応

#### (2) 準備組織の拡充

平成28年度より、国保制度改革準備室を組織拡充。

■体制：1課2係、12名の体制に拡充。

広域調整課（事業調整係、システム調整係）

平成29年度より、システム準備体制をさらに強化。

■体制：1課2係、15名の体制に拡充。

大阪府・大阪市からの派遣2名

市町村国保担当課への交流経験者4名

#### ■事務分掌

- 27年度の事務分掌に加え、国保制度改革下において、保険者業務を支える重要なツールであり、また「国保保険者標準事務処理システム」との関連も高まることから、「次期国保総合システム」についての業務を新たに所管。

## 3 国保制度改革に向けた府連合会の対応

### (3) 今後の取組みの方向性

#### ■府域の方向性（大阪府国民健康保険運営方針骨子(案) P 8から）

##### 方針案①国保運営に関する基本的考え方

⇒ 府内共通（統一）基準：被保険者証及びその他証、保健事業

##### 方針案④市町村における保険料徴収の適正な実施

⇒ 収納率向上に向けた取組実施

##### 方針案⑤市町村における保険給付の適正な実施

⇒ 療養費の適正給付、レセプト点検強化、第三者求償・過誤調整等の取組強化、不正請求等に対する広域的な対応

##### 方針案⑥医療費適正化への取組み

⇒ データヘルス計画に基づくPDCAサイクルによる事業実施

##### 方針案⑦市町村事務の広域化・効率的な運営

⇒ 被保険者証等の様式の統一、一斉更新事務の共同実施

⇒ 医療費通知、後発医薬品差額通知の共同実施

### 3 国保制度改革に向けた府連合会の対応

#### (4) イコールパートナー意識の徹底、貢献

長年の保険者からの委託を受け、資格確認等やレセプト審査、支払処理、保健事業、これらに関するシステム運用等の経験・知識を踏まえ、積極的なアドバイス、支援は当然ながら、連合会職員は、委託者・受託者といった枠組みのみにとらわれず、以下の視点を意識するよう徹底。

- ① 国保連合会が担うべき内容を見極める視点
- ② 保険者等オーダーが絶対的と捉えない視点
- ③ ユーザー目線に立ったシステム開発・運用を行う視点
- ④ より効果的な代替案を検討・提示する視点
- ⑤ より効率的・経済的な手法を検討・提示する視点