

第94回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成28年3月24日（木）
16時00分～18時00分
場所：全国都市会館大ホール

（ 議 題 ）

1. 国保改革の施行に向けた検討状況について
2. 医療費適正化基本方針の見直しについて
3. 短時間労働者の適用拡大について（公的年金制度の持続可能性の向上を図るための国民年金法等の一部を改正する法律案の報告）
4. 「療養病床の在り方等に関する検討会」の報告等について

（ 配布資料 ）

- | | | |
|---------|---|--|
| 資 料 | 1 | 国保改革の施行に向けた検討状況について |
| 資 料 | 2 | 医療費適正化基本方針案の概要について |
| 資 料 | 3 | 短時間労働者の適用拡大について（公的年金制度の持続可能性の向上を図るための国民年金法等の一部を改正する法律案の概要） |
| 資 料 | 4 | 「療養病床の在り方等に関する検討会」の報告等について |
| 参 考 資 料 | 1 | 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)(案) |
| 参 考 資 料 | 2 | 都道府県国民健康保険運営方針策定要領(案) |
| 参 考 資 料 | 3 | 医療費適正化基本方針の改正案 |
| 参 考 資 料 | 4 | 外来医療費の分析等について |
| 参 考 資 料 | 5 | 療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて ～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～（平成28年1月28日 療養病床の在り方等に関する検討会） |
| 参 考 資 料 | 6 | 「療養病床の在り方等に関する特別部会」の設置について(案) |

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成28年3月24日

いわむら まさひこ ○ 岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
えんどう ひさお ◎ 遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授
えんどう ひでき 遠藤 秀樹	日本歯科医師会常務理事
おかざき せいや 岡崎 誠也	全国市長会国民健康保険対策特別委員長／高知市長
かわじり たかお 川尻 禮郎	全国老人クラブ連合会理事
きくち れいこ 菊池 令子	日本看護協会副会長
こばやし たけし 小林 剛	全国健康保険協会 理事長
しばた まさと 柴田 雅人	国民健康保険中央会理事長
しらかわ しゅうじ 白川 修二	健康保険組合連合会副会長
しんたに のぶゆき 新谷 信幸	日本労働組合総連合会副事務局長
すがはら たくま 菅原 琢磨	法政大学経済学部教授
たけひさ ようぞう 武久 洋三	日本慢性期医療協会会長
ひぐち けいこ 樋口 恵子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長
ふくだ とみかず 福田 富一	全国知事会社会保障常任委員会委員長／栃木県知事
ふじい りゅうた 藤井 隆太	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
ほり まなみ 堀 真奈美	東海大学教養学部人間環境学科教授
まつばら けんじ 松原 謙二	日本医師会副会長
もちづき あつし 望月 篤	日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会長
もり まさひら 森 昌平	日本薬剤師会副会長
よこお としひこ 横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長
わだ よしたか 和田 仁孝	早稲田大学法学学術院教授
わたなべ ひろきち 渡邊 廣吉	全国町村会行政委員会委員／新潟県聖籠町長

◎印は部会長、○印は部会長代理である。

(五十音順)

第94回 社会保障審議会医療保険部会

平成28年3月24日(木) 16:00~18:00

全国都市会館 大ホール

○
速記

遠藤秀樹委員 ○
吉田審議官 ○
唐澤局長 ○
遠藤部会長 ○
谷内審議官 ○
渡邊委員 ○

菊池委員 ○									○横尾委員
小林委員 ○									○森委員
柴田委員 ○									○望月委員
白川委員 ○									○松原委員
新谷委員 ○									○堀委員
菅原委員 ○									○藤井委員
武久委員 ○									○福田委員 (参考人)
									○樋口委員

○秋田課長	○藤原課長	○榎本課長	○宮本課長	○渡辺課長	○城課長	○宮崎課長	○眞鍋企画官	○安藤室長	○間課長
-------	-------	-------	-------	-------	------	-------	--------	-------	------

○仲津留企画官	○高齢者医療課	○国民健康保険課	○保険課	○友田室長	○連携政策課	○三浦室長	○田口管理官	○中井管理官	○年金課
---------	---------	----------	------	-------	--------	-------	--------	--------	------

傍聴者席

国保改革の施行に向けた検討状況について

平成28年3月24日
厚生労働省保険局

I. これまでの経緯と改革の全体像

II. 新たな財政運営の仕組み

- 1 都道府県を財政運営主体とする新たな仕組みの概要
- 2 納付金・標準保険料率の算定方法(ガイドライン)
- 3 保険者努力支援制度

III. 改革後の国保事務の運営

- 1 国保運営方針の策定プロセスとポイント
- 2 国保運営協議会
- 3 地域包括ケアシステムの構築

I . これまでの経緯と改革の全体像

社会保障制度改革国民会議以降の流れ

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

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

⇒ 「『法制上の措置』の骨子」(H25.8.21:閣議決定)

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

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

平成26年の通常国会以降:順次、個別法改正案の提出

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

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

1. 協議事項

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

2. メンバー

○政務レベル協議

【厚生労働省】 厚生労働大臣、副大臣、政務官

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

○事務レベルWG

【厚生労働省】 厚生労働省保険局

総務課長、国民健康保険課長、高齢者医療課長、調査課長

【地方代表】 (全国知事会)… 山形県、栃木県、愛知県、鳥取県、愛媛県

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

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

3. 経緯

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

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

(平成27年5月27日成立)

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

1. 国民健康保険の安定化

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

2. 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

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

3. 負担の公平化等

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

4. その他

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

国保制度改革の概要(公費による財政支援の拡充)

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

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

※ 被保険者一人当たり、約1万円の財政改善効果

<平成27年度から実施>

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

<平成30年度から実施>(毎年約1,700億円)

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

- ・平成27年度から、財政安定化基金を段階的に造成等(平成27年度200億円⇒平成29年度約1,700億円)
- ・平成30年度以降は、上記の項目に約1,700億円を配分

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

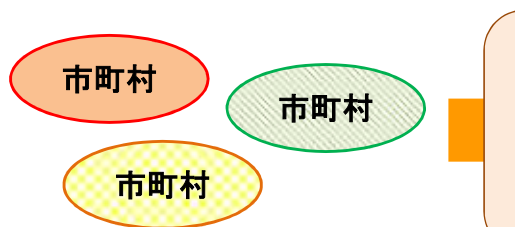
国保制度改革の概要(運営の在り方の見直し)

○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



- ・国の財政支援の拡充
- ・都道府県が、国保の運営に中心的役割を果たす

(構造的な課題)

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

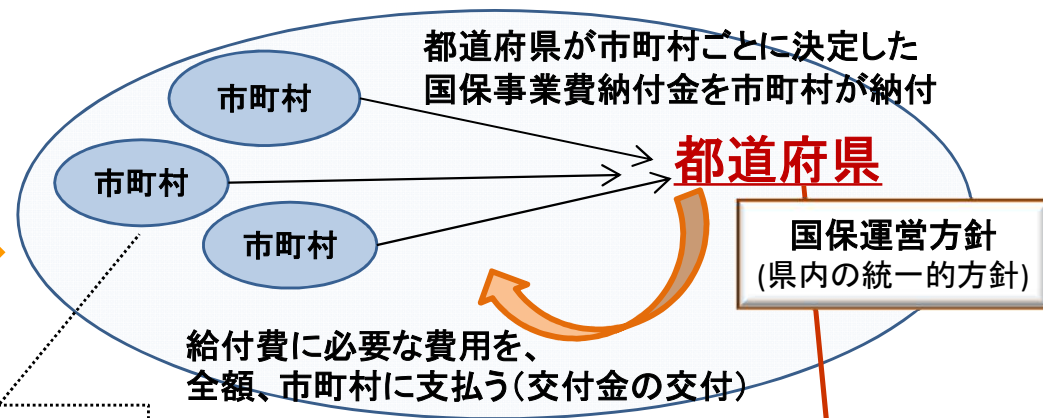
- ・資格管理(被保険者証等の発行)
- ・保険料率の決定、賦課・徴収
- ・保険給付
- ・保健事業

※被保険者証は都道府県名のもの

※保険料率は市町村ごとに決定

※事務の標準化、効率化、広域化を進める

【改革後】都道府県が財政運営責任を担うなど中心的役割



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

○ 詳細については、引き続き、地方との協議を進める

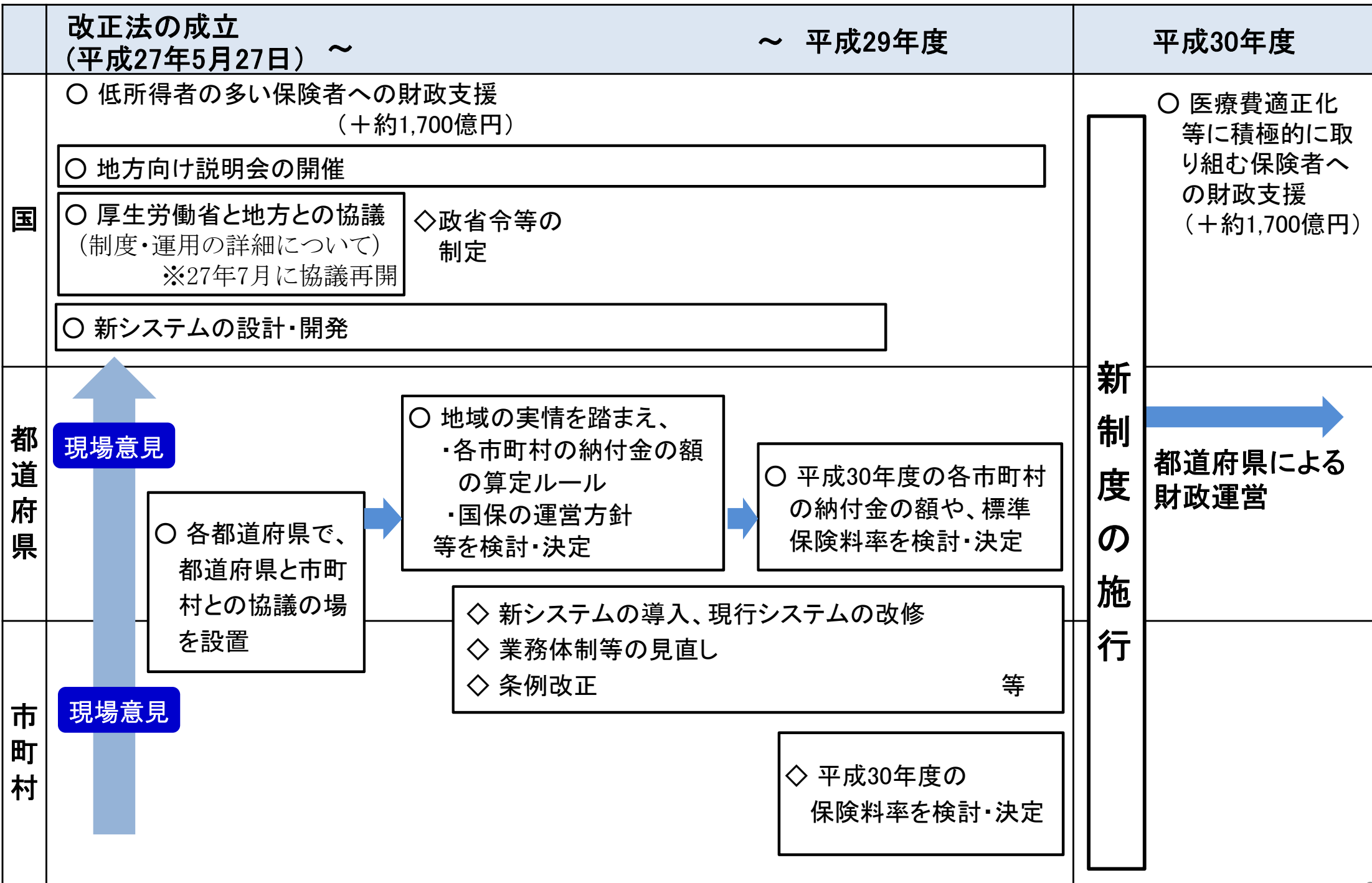
なお、国の普通調整交付金については、都道府県間の所得水準を調整する役割を担うよう適切に見直す

国保改革に係る平成27年度の検討状況

	平成27年9月	12月	平成28年1月	3月
財政運営等の仕組み (国保事業費納付金 標準保険料率 保険給付費等交付金 等)	国保基盤強化協議会事務レベルWG(以下「事務レベルWG」)において 国保事業費納付金、標準保険料率のあり方等について議論		国保事業費納付金、標準保険料率等の仕組み(案)を各自治体等に提示(1/18)	仕組みの決定 関連政省令(案)を提示
都道府県は、市町村との議論の場を設置し、財政運営や、市町村が担う事務の効率化・広域化等に関する議論の推進				
国保運営方針	事務レベルWGにおいて国保運営方針のガイドラインについて議論		国保運営方針のガイドライン(案)を各自治体等に提示(1/18)	国保運営方針のガイドラインを決定
国保運営協議会	事務レベルWGにおいて国保運営協議会の詳細について議論		必要に応じ都道府県は28年度予算へ反映 国保運営協議会の詳細を提示(1/26)	
関連政省令(案)を提示				
国保保険者標準事務処理システム	国保保険者標準事務処理システムの開発範囲、要件定義等について議論		・28年度における各自治体のシステム対応について通知、調達仕様書の開示 ・国の28年度予算案の通知(12/24)	各自治体における28年度予算への反映
財政安定化基金	・27年度財政安定化基金交付決定 ・財政安定化基金条例準則の提示 事務レベルWGにおいて、財政安定化基金のあり方について議論		都道府県における対応 ・補正予算編成 ・条例制定 国の28年度予算案の通知(12/24)	
都道府県における28年度予算への反映				
保険者努力支援制度	保険者による健診・保健指導等に関する検討会において、保険者共通の取組について議論 上記検討会の状況を踏まえつつ、事務レベルWGにおいて国保固有の取組についても議論			・基本的仕組みの決定 ・保険者努力支援制度前倒しの考え方について提示

※ 上記のスケジュールは平成27年9月末時点の見込みであり、検討状況により変更がありうる。また、都道府県等の取組については、目安である。

国保制度改革の主な流れ (イメージ)



Ⅱ．新たな財政運営の仕組み

- 1 都道府県を財政運営主体とする新たな仕組みの概要
- 2 納付金・標準保険料率の算定方法(ガイドライン)
- 3 保険者努力支援制度

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

改革後の国保財政の仕組み(イメージ)

※詳細は引き続き地方と協議

○ 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。

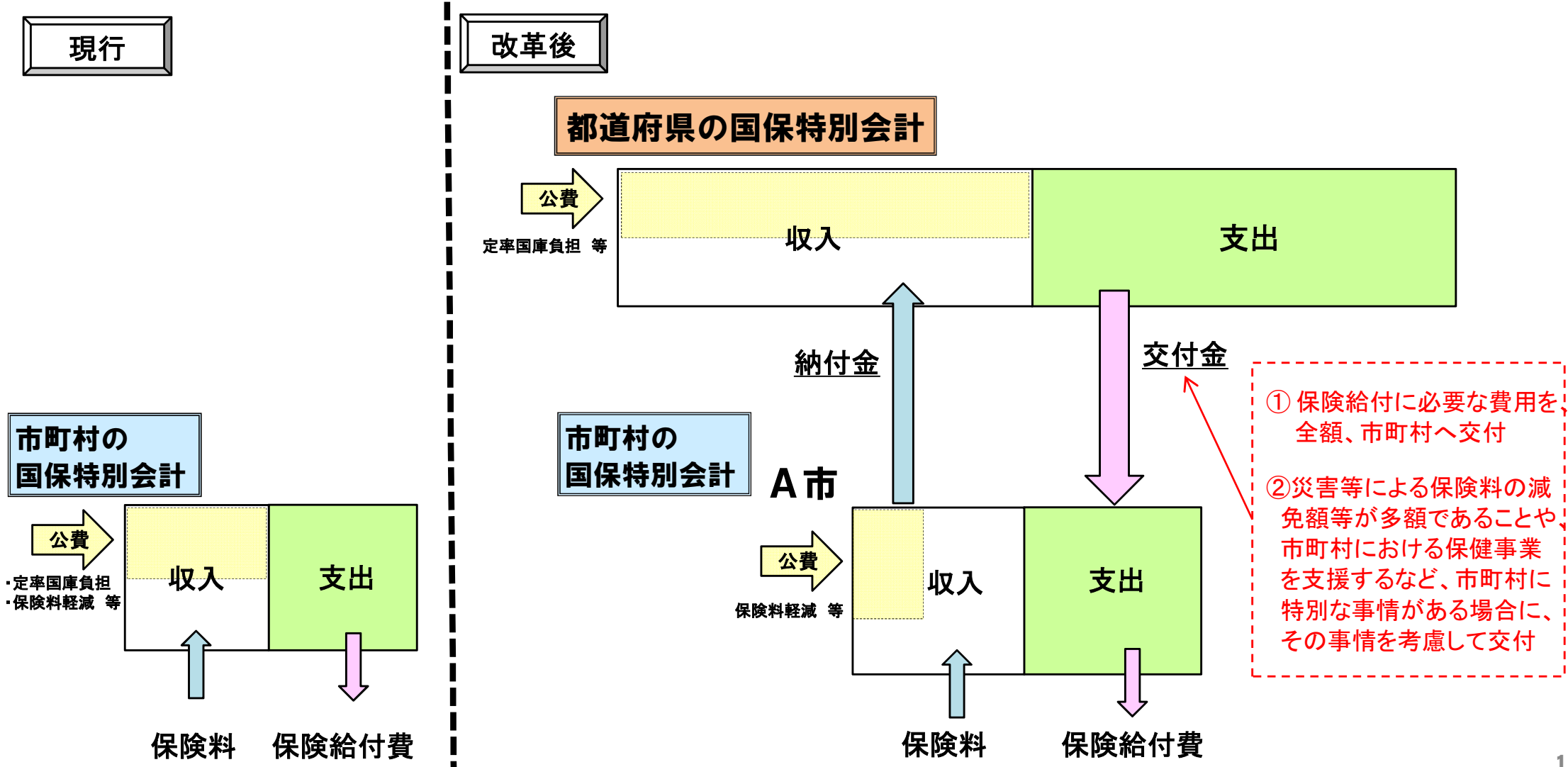
※ 都道府県にも国保特別会計を設置

○ 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

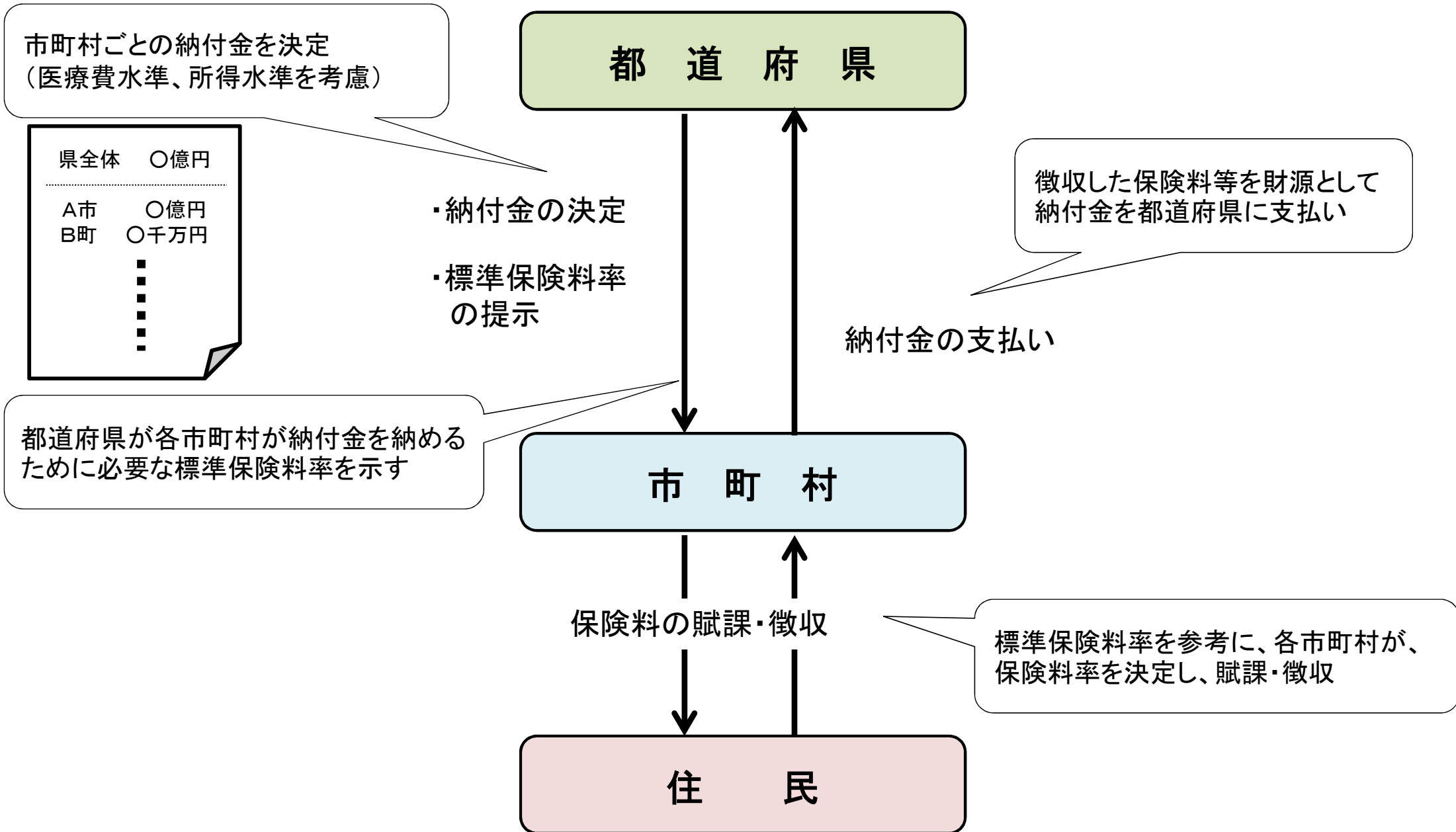
改革後



- ① 保険給付に必要な費用を全額、市町村へ交付
- ② 災害等による保険料の減免額等が多額であることや、市町村における保健事業を支援するなど、市町村に特別な事情がある場合に、その事情を考慮して交付

国保保険料の賦課、徴収の仕組み(イメージ)

※詳細は引き続き地方と協議



- 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

< 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%

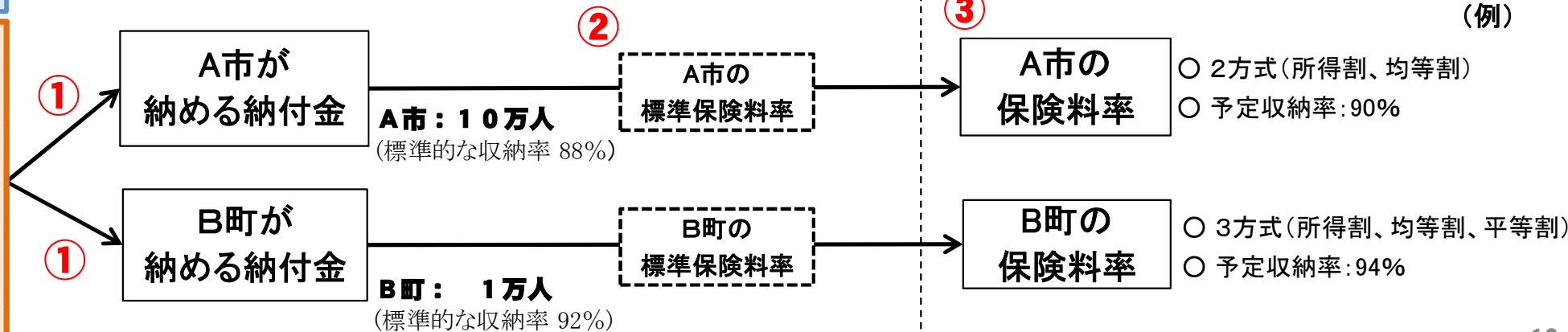
- 都道府県が定めた標準的な保険料算定方式等を参考に、実際の算定方式や保険料率を定め、保険料を賦課、徴収

※ 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)

医療給付費等

公費等

保険料収納必要額



財政運営の仕組みの変化

現 行

○市町村ごとの財政運営

⇒被保険者が少ない自治体の運営が不安定

○保険財政共同安定化事業

⇒各市町村の所得水準、医療費水準、被保険者数による調整

⇒年度途中で保険料で集めるべき額が変動

○普通調整交付金

⇒市町村間の所得水準を全国レベルで調整

○前期高齢者交付金

⇒市町村間で前期高齢者加入率の差異を調整

改革後

○都道府県が財政運営の責任主体

⇒一定の被保険者数を確保

○納付金制度

⇒市町村間で所得水準、年齢構成を加味した医療費水準による調整

⇒市町村の保険料で集めるべき額が医療費増等に影響されない

○普通調整交付金

⇒都道府県間の所得水準を全国レベルで調整

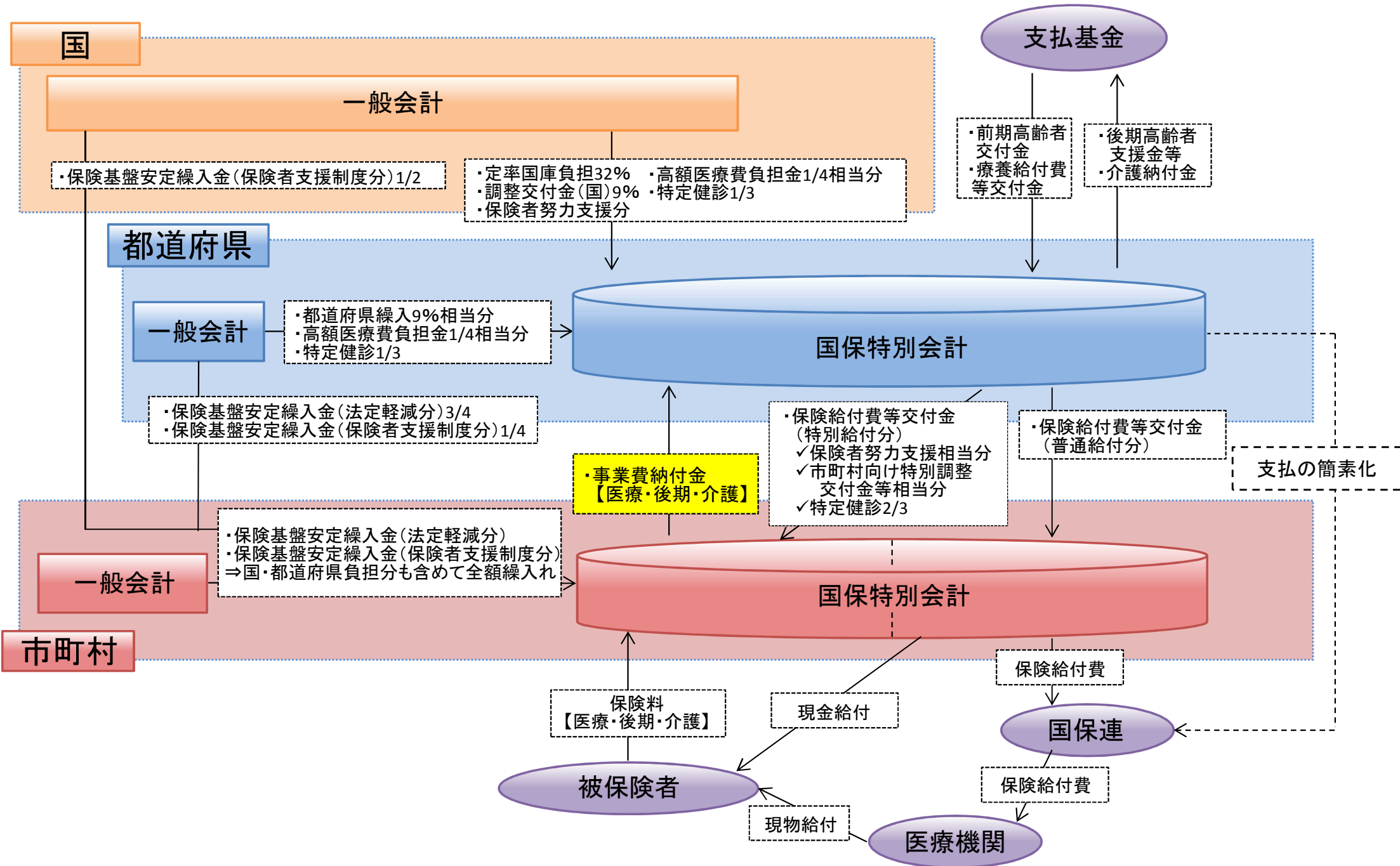
○前期高齢者交付金

⇒都道府県間で前期高齢者加入率の差異を調整

○財政安定化基金

⇒保険料収納不足、医療費の増加等に対応

国・都道府県・市町村間の費用の流れ(案)



新たな財政調整の仕組みの全体像(案)

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

Ⅱ．新たな財政運営の仕組み

- 1 都道府県を財政運営主体とする新たな仕組みの概要
- 2 納付金・標準保険料率の算定方法(ガイドライン)
- 3 保険者努力支援制度

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

ガイドラインの目次

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

(1) 納付金の原則的考え方

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

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

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

(2) 納付金算定の手順(医療費分)①

(納付金総額の算定)

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

(2) 納付金の算定の手順(医療費分)②

(医療費水準による調整)

- 医療費分の納付金については年齢調整後の医療費水準により調整を行い、当該水準を反映させた納付金の配分とすることが原則となるが、都道府県内で統一の保険料率を設定する観点から、当該調整は反映させないようにすることも可能。

※ α (医療費水準調整指数) = 1の時、年齢調整後の医療費水準を納付金の配分に全て反映。

※ $\alpha = 0$ の時、医療費水準を納付金の配分に全く反映させない(都道府県内統一の保険料率)。

- 医療費のうち高額なものについては、高額医療費負担金による国と都道府県による補助があることから、各市町村分の金額を算出した後に、個別に各市町村の該当する医療費の多寡により、調整を行う。

(所得水準による調整)

- 納付金で集めるべき総額のうち、およそ半分を市町村の所得のシェアに応じて配分、残りを市町村の被保険者数のシェアにより配分。その比率については、当該都道府県の所得水準に応じて決定する。

※ β (所得水準調整指数) : 1で上記比率を決定。所得水準が、全国平均なみの都道府県の場合、 β (所得水準調整係数) = 1とし、納付金で集めるべき総額のうち半分が所得のシェアによる配分となる。所得水準が高い場合には β が1より大きくなり、所得シェアにより行う配分の比率が、被保険者数のシェアにより行う比率よりも高くなる。

(個別の調整)

- 上記の調整により各市町村ごとの納付金基礎額を算出した後に、審査支払手数料や財政安定化基金の返済分などについて各市町村ごとに調整を行い、各市町村の納付金を算定する。

※ 退職被保険者等に関しては市町村標準保険料率に基づき必要となる納付金の額を別途計算し、一般分の納付金額に最後に加算する。

(3) 標準保険料率の原則的考え方

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

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

(4) 標準保険料率の算定の手順(医療費分)

(納付金額からの調整)

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

(収納率による調整)

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

(5) その他特別なルール

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

(激変緩和措置)

○ 納付金の仕組みの導入等により、「各市町村が本来集めるべき1人あたり保険料額」が変化し、被保険者の保険料負担が上昇する場合に対応するため、下記のような激変緩和の仕組みを設ける。

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

(都道府県で統一の保険料率)

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

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

(保険給付費等交付金の範囲の拡大)

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

※ その他の留意事項

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

Ⅱ．新たな財政運営の仕組み

- 1 都道府県を財政運営主体とする新たな仕組みの概要
- 2 納付金・標準保険料率の算定方法(ガイドライン)
- 3 保険者努力支援制度

保険者努力支援制度(案)

概要・規模

(概要)

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

(規模)

700～800億円程度

項目・算定方法

(指標)

○保険者努力支援制度に基づく支援金については、保険者の努力を判断する指標を踏まえて交付額を加算する。

○指標については、「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」において示される保険者種別毎の共通の指標の他、あるべき医療提供体制を考える都道府県が適正化計画等に定める目標についても都道府県の取組として勘案して加算の対象とする。また、収納率等、構造問題への対応分についても加算の対象とすることとする。

⇒指標イメージ

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

(算定方法)

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

第3章「経済・財政一体改革」の取組－「経済・財政再生計画」－

5. 主要分野ごとの改革の基本方針と重要課題

[1] 社会保障

(略)

(インセンティブ改革)

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

このため、保険者については、国民健康保険において、保険者努力支援制度の趣旨を現行補助制度に前倒して反映する。その取組状況を踏まえ、2018年度(平成30年度)までに保険者努力支援制度のメリハリの効いた運用方法の確立、国民健康保険料に対する医療費の地域差の一層の反映、後期高齢者支援金の加算・減算制度の運用面での強化、医療保険の審査支払機関の事務費・業務の在り方など、保険者における医療費適正化に向けた取組に対する一層のインセンティブ強化について制度設計を行う。

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

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

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

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り組みを行う。

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

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

(1) 予防・健康づくりに係る指標

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

- 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率、健診未受診者・保健指導未利用者対策

【指標②】特定健診に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況

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

【指標③】糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

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

【指標④】広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況

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

(2) 医療の効率的な提供への働きかけに係る指標

【指標⑤】加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

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

【指標⑥】後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

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

Ⅲ. 改革後の国保事務の運営

1 国保運営方針の策定プロセスとポイント

2 国保運営協議会

3 地域包括ケアシステムの構築

○ 都道府県は、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保のため、都道府県内の統一的な運営方針としての国保運営方針を定め、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進する。

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

※2 厚生労働省は、地方と協議をしつつ国保運営方針のガイドラインを作成し、都道府県へ示す予定。

■ 主な記載事項

〈必須事項〉

(1) 国保の医療費、財政の見通し

(2) 市町村の保険料の標準的な算定方法に関する事項

・標準的な保険料の算定方式、市町村規模別の標準的な収納率 等

(3) 保険料の徴収の適正な実施に関する事項

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

(4) 保険給付の適正な実施に関する事項

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

〈任意項目〉

(5) 医療費適正化に関する事項

・後発医薬品の使用促進に関する事項、医療費通知の共同実施 等

(6) 市町村が担う事務の効率化、広域化の推進に関する事項

(7) 保健医療サービス・福祉サービス等に関する施策との連携に関する事項

(8) 施策の実施のために必要な関係市町村相互間の連絡調整

(1) 市町村国保の現状と課題

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



(2) 改正法による国保の都道府県単位化

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

(3) 国保運営方針の必要性

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

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

2. 国保運営方針の策定手順

※詳細は引き続き地方と協議

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

① 市町村等との連携会議の開催

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

② 国保運営方針案を作成、市町村へ意見聴取

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

③ 都道府県の国保運営協議会で審議、諮問・答申

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

④ 都道府県知事による国保運営方針の決定

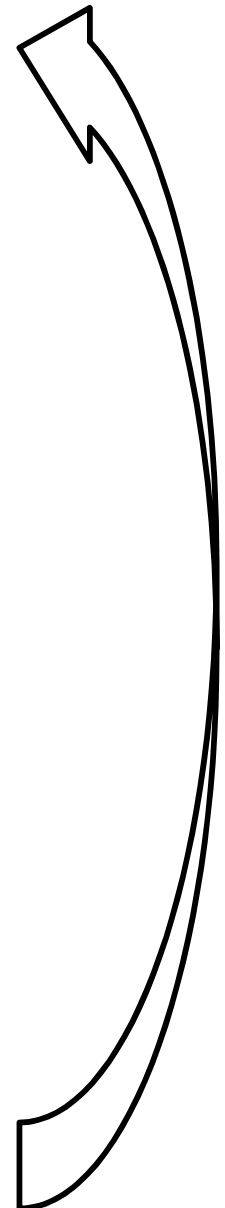
国保運営方針は、都道府県の国保運営協議会の答申を判断資料として都道府県知事が決定するが、国保運営協議会の意見は、法的に知事を拘束するものではない。

⑤ 国保運営方針の公表

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

⑥ 事務の実施状況の検証、国保運営方針の見直し

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



(1) 国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し

(医療費の動向と将来の見通し)

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

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

(財政収支の改善に係る基本的な考え方)

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

(赤字解消・削減の取組、目標年次等)

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

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

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

(2) 市町村における保険料の標準的な算定方法に関する事項

(標準的な保険料算定方式)

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

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

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

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

(標準的な収納率)

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

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

(3) 市町村における保険料の徴収の適正な実施に関する事項

(収納対策)

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

※ 収納対策の強化に資する取組としては、例えば、収納担当職員に対する研修会の実施、徴収アドバイザーの派遣、複数の自治体による滞納整理事務の共同実施への支援等がある。

(4) 市町村における保険給付の適正な実施に関する事項

(都道府県による保険給付の点検、事後調整)

- 平成30年度以降、都道府県は、広域的又は専門的な見地から、法第75条の3等の規定に基づく市町村が行った保険給付の点検等(例えば海外療養費等)や、法第65条第4項に基づき、市町村の委託を受けて行う不正請求等に係る費用返還を求める等の取組を行うことも可能となるため、こうした取組の具体的内容について定めること。

(その他の保険給付の適正な実施に関する取組)

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

(5) 医療費の適正化に関する事項

(医療費の適正化に向けた取組)

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

(医療費適正化計画との関係)

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

(6) 市町村が担う事務の広域的及び効率的な運営の推進に関する事項

(広域的及び効率的な運営の推進に向けた取組)

- 都道府県は、市町村の意向・要望を聴取した上で、市町村が担う事務の共通化、収納対策や医療費適正化対策の共同実施、職員に対する研修会の実施等の取組を定めること。

(7) 保健医療サービス・福祉サービス等に関する施策と連携に関する事項

(保健医療サービス・福祉サービス等との連携)

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

(8) 施策の実施のために必要な関係市町村相互間の連絡調整

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

※ その他の留意事項

(国保運営方針の名称)

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

(国保運営方針の対象期間)

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

Ⅲ. 改革後の国保事務の運営

1 国保運営方針の策定プロセスとポイント

2 国保運営協議会

3 地域包括ケアシステムの構築

法律上の国民健康保険運営協議会(都道府県、市町村)の位置付け

都道府県に設置される 国保運営協議会

主な審議事項	<ul style="list-style-type: none"> ・国保事業費納付金の徴収 ・国保運営方針の作成 <p style="text-align: center;">その他の重要事項</p>
委員	<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者代表 ・保険医又は保険薬剤師代表 ・公益代表 ・被用者保険代表 <p>(*)「国民健康保険の見直しについて(議論のとりまとめ)」(平成27年2月12日国保基盤強化協議会)より</p>

市町村に設置される 国保運営協議会

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

(参考) 改正後の国民健康保険法(抜粋)

(国民健康保険事業の運営に関する協議会)

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

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

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

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

Ⅲ. 改革後の国保事務の運営

1 国保運営方針の策定プロセスとポイント

2 国保運営協議会

3 地域包括ケアシステムの構築

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を期待される。
- 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を担当
- ・地域づくりの司令塔の役割を担当 など

參考資料

28年度における都道府県・市町村の主な準備事務

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

※上記の他、通常の国保事務も引き続き実施

国の調整交付金

改正後の国民健康保険法

(調整交付金等)

第72条

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

現 在

普通調整交付金

- ・市町村間の所得水準を全国レベルで調整

特別調整交付金

- ・市町村の特別な事情を考慮

改 革 後

普通調整交付金

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

特別調整交付金

- ・都道府県の特別な事情を考慮
- ・市町村の特別な事情を考慮

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

都道府県繰入金(案)

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

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

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

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

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

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

国民健康保険保険給付費等交付金(案)

○ 国民健康保険保険給付費等交付金は下記2つの目的で交付される。

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

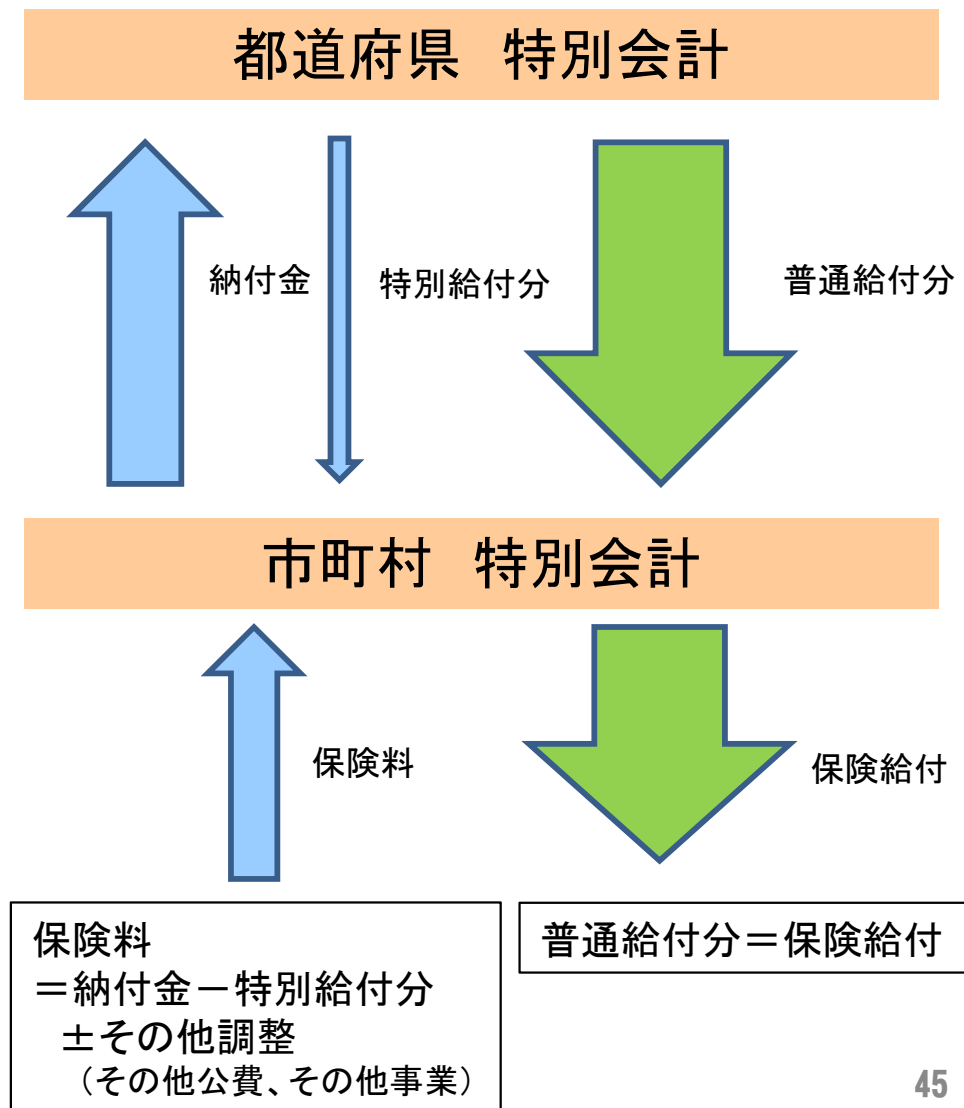
普通給付分

- ・各市町村が保険給付に要した費用を全額交付
(療養の給付、入院時食事療養費、入院時生活療養費、
保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、特別療養費、
移送費、高額療養費、高額介護合算療養費)

特別給付分

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

※都道府県で保険料率を一本化する場合には特別な調整が必要となる。



国保会計の歳入・歳出の構成(案)

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

※主な交付金・補助金について整理を行ったもの

納付金制度の対象範囲(案)

【納付金制度の対象】

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

【都道府県における保険料収納必要総額の計算】

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

【各市町村において保険料収納必要額から差し引く公費】

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

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

医療費に係る納付金の計算方法(案)

納付金算定の仕組みを数式にした場合のイメージ(高額医療費等について加味)

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

※1 α は医療費指数をどの程度反映させるかを調整する係数 ($0 \leq \alpha \leq 1$)

$\alpha = 1$ の時、医療費水準を納付金額に全て反映。

$\alpha = 0$ の時、医療費水準を納付金額に全く反映させない(都道府県内統一の保険料水準)。

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

※3 都道府県で保険料率を一本化する場合に、例外的に、収納率の多寡で保険料率が変化しないよう収納率の調整を行うことも可能とする仕組みとする。

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

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

医療費水準の調整方法(案)

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

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



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



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

①

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

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

②

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

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

③

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

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

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

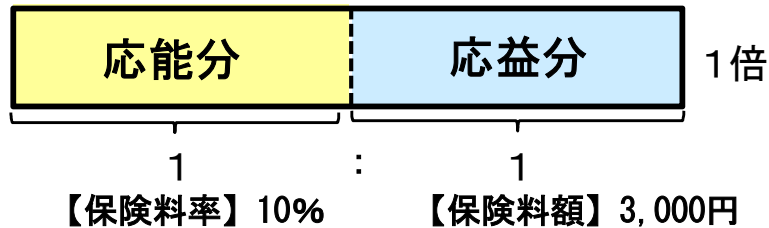
※③医療費を複数年で平均してから、年齢調整を行うことも考えられるが、直近の年齢構成の実情が過大に反映されやすく、毎年の変動も大きくなるため、各年度において年齢調整を実施してから、複数年平均を行う。

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

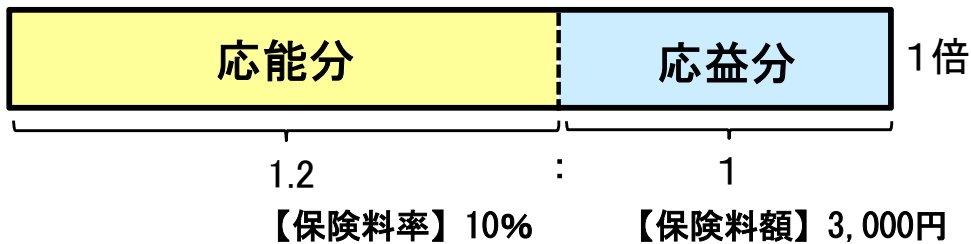
<所得水準が保険料に与える影響 (医療費水準が同じ場合)>

- 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)

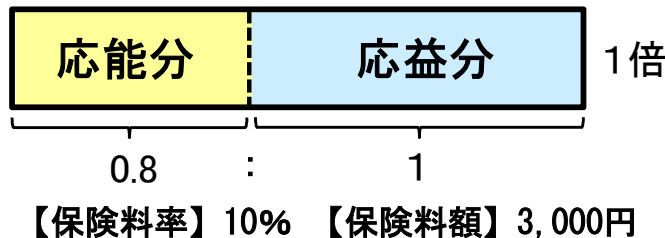
■ 所得水準が県内平均の市町村 (※)



■ 所得水準が高い市町村 (県内平均の1.2倍)



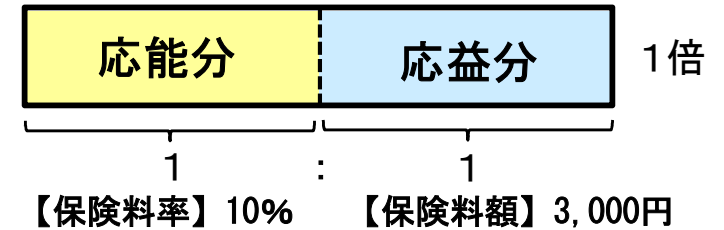
■ 所得水準が低い市町村 (県内平均の0.8倍)



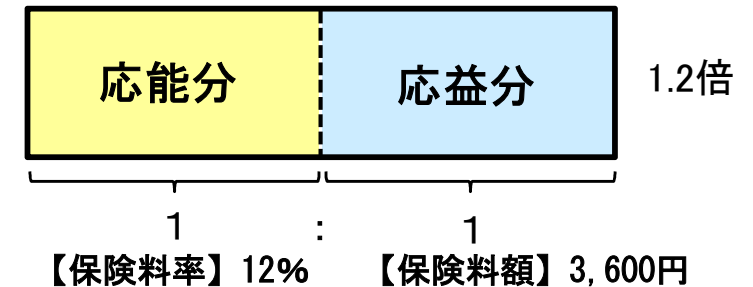
<医療費水準が保険料に与える影響 (平均的な所得の場合)>

- 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

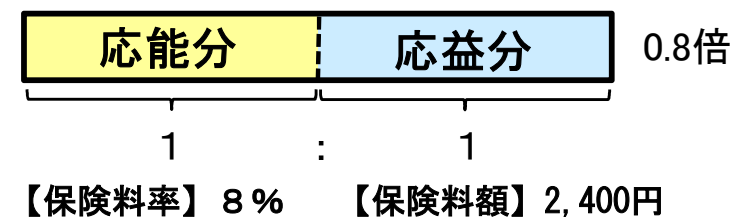
■ 医療費水準が県内平均の市町村 (※)



■ 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

国民健康保険における納付金及び標準保険料率の算定方法の全体像(イメージ)

医療分

3章

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

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

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

$(C) \times \{1 + \alpha \cdot (\text{年齢調整後の医療費指数} - 1)\}$
 $\times \{\beta \cdot (\text{応能シェア}) + (\text{応益シェア})\} / (1 + \beta)$
 $\times \gamma$
 = 各市町村ごとの納付金基礎額(c)

(c) ▲高額医療費負担金調整
 ▲特別高額医療費共同事業負担金
 + 地方単独事業の減額調整分
 + 財政安定化基金の返済分・補填分
 + 審査支払手数料
 = 各市町村の納付金（一般分）(d)

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

後期高齢者支援金分

4章

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

(A')
 ▲後期高齢者支援金負担金
 ▲国・普通調整交付金
 ▲都道府県繰入金
 = 保険料収納必要総額(B)

(B) = 納付金算定基礎額(C)

$(C) \times \{\beta \cdot (\text{応能シェア}) + (\text{応益シェア})\} / (1 + \beta)$
 $\times \gamma$
 = 各市町村ごとの納付金基礎額(c)

(c) = 各市町村の納付金（一般分）(d)

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

介護納付金分

5章

介護納付金（一般分・退職分）（A）
 ▲介護納付金負担金
 ▲国・普通調整交付金
 ▲都道府県繰入金
 = 保険料収納必要総額(B)

(B) = 納付金算定基礎額(C)

$(C) \times \{\beta \cdot (\text{応能シェア}) + (\text{応益シェア})\} / (1 + \beta)$
 $\times \gamma$
 = 各市町村ごとの納付金基礎額(c)

(c) = 各市町村の納付金 (d)

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

まとめ 6章

市町村標準保険料率

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

各市町村の算定基準に基づく保険料率

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

都道府県標準保険料率

	所得割率	均等割率
医療分		
後期分		
介護分		
合計		

納付金総額

医療分	
後期分	
介護分	
合計	

(3ア) (e)/標準的な収納率
=調整後の標準保険料率の算定に必要な保険料総額(e')

市町村標準保険料率 (3イ)

(e')標準保険料率の算定に必要な保険料総額
(※国保運営方針、当該市町村の所得水準等により按分)

所得割 総額(g)	資産割 総額(h)	均等割 総額(j)	平等割 総額(k)
÷	÷	÷	÷
総所得 金額	固定資 産税額	被保険 者総数	総世帯 数
=所得 割率	=資産 割率	=均等 割率	=平等 割率

※被保険者数については2号被保険者

(3ウ) 各市町村の算定基準に基づく保険料率

(e')標準保険料率の算定に必要な保険料総額
(※当該市町村の算定方式により按分)

所得割 総額(g)	資産割 総額(h)	均等割 総額(j)	平等割 総額(k)
÷	÷	÷	÷
総所得 金額	固定資 産税額	被保険 者総数	総世帯 数
=所得 割率	=資産 割率	=均等 割率	=平等 割率

※被保険者数については2号被保険者

(3エ) 都道府県標準保険料率

(Σe')都道府県全体の標準保険料率の算定に必要な保険料総額
(※2方式により按分)

所得割 総額(g)	均等割 総額(j)
÷	÷
総所得 金額	被保険 者総数
=所得 割率	=均等 割率

※被保険者数については2号被保険者

各市町村納付金分(一般分)(d)
+退職被保険者等分の納付金(d_i)
=当該市町村の確定納付金(d_{final})

(3ア) (e)/標準的な収納率
=調整後の標準保険料率の算定に必要な保険料総額(e')

市町村標準保険料率 (3イ)

(e')標準保険料率の算定に必要な保険料総額
(※国保運営方針、当該市町村の所得水準等により按分)

所得割 総額(g)	資産割 総額(h)	均等割 総額(j)	平等割 総額(k)
÷	÷	÷	÷
総所得 金額	固定資 産税額	被保険 者総数	総世帯 数
=所得 割率	=資産 割率	=均等 割率	=平等 割率

(3ウ) 各市町村の算定基準に基づく保険料率

(e')標準保険料率の算定に必要な保険料総額
(※当該市町村の算定方式により按分)

所得割 総額(g)	資産割 総額(h)	均等割 総額(j)	平等割 総額(k)
÷	÷	÷	÷
総所得 金額	固定資 産税額	被保険 者総数	総世帯 数
=所得 割率	=資産 割率	=均等 割率	=平等 割率

(3エ) 都道府県標準保険料率

(Σe')都道府県全体の標準保険料率の算定に必要な保険料総額
(※2方式により按分)

所得割 総額(g)	均等割 総額(j)
÷	÷
総所得 金額	被保険 者総数
=所得 割率	=均等 割率

各市町村納付金分(一般分)(d)
+退職被保険者等分の納付金(d_i)
=当該市町村の確定納付金(d_{final})

(3ア) (e)/標準的な収納率
=調整後の標準保険料率の算定に必要な保険料総額(e')

市町村標準保険料率 (3イ)

(e')標準保険料率の算定に必要な保険料総額
(※国保運営方針、当該市町村の所得水準等により按分)

所得割 総額(g)	資産割 総額(h)	均等割 総額(j)	平等割 総額(k)
÷	÷	÷	÷
総所得 金額	固定資 産税額	被保険 者総数	総世帯 数
=所得 割率	=資産 割率	=均等 割率	=平等 割率

(3ウ) 各市町村の算定基準に基づく保険料率

(e')標準保険料率の算定に必要な保険料総額
(※当該市町村の算定方式により按分)

所得割 総額(g)	資産割 総額(h)	均等割 総額(j)	平等割 総額(k)
÷	÷	÷	÷
総所得 金額	固定資 産税額	被保険 者総数	総世帯 数
=所得 割率	=資産 割率	=均等 割率	=平等 割率

(3エ) 都道府県標準保険料率

(Σe')都道府県全体の標準保険料率の算定に必要な保険料総額
(※2方式により按分)

所得割 総額(g)	均等割 総額(j)
÷	÷
総所得 金額	被保険 者総数
=所得 割率	=均等 割率

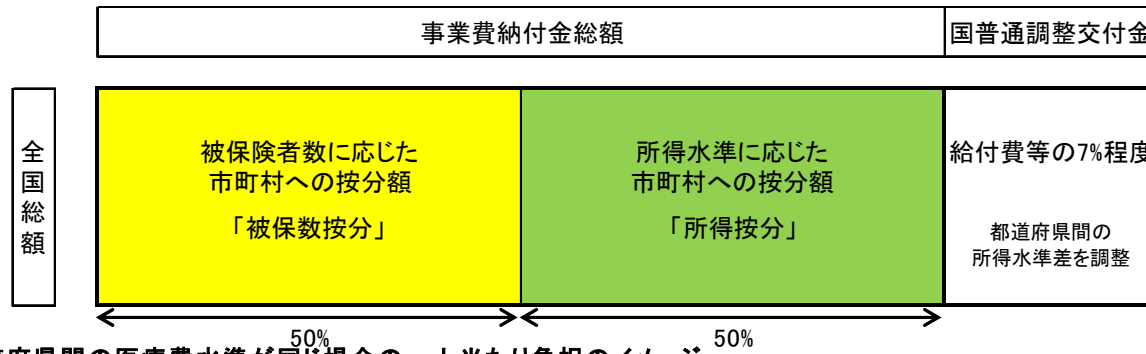
(4) 退職被保険者等分の納付金(d_i)
=Σ(各退職被保険者等世帯×標準保険料率)
×標準的な収納率
※市町村において計算

各市町村納付金分(一般分)(d)
+退職被保険者等分の納付金(d_i)
=当該市町村の確定納付金(d_{final})

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

普通調整交付金及び国保事業費納付金による調整の仕組み(イメージ)①

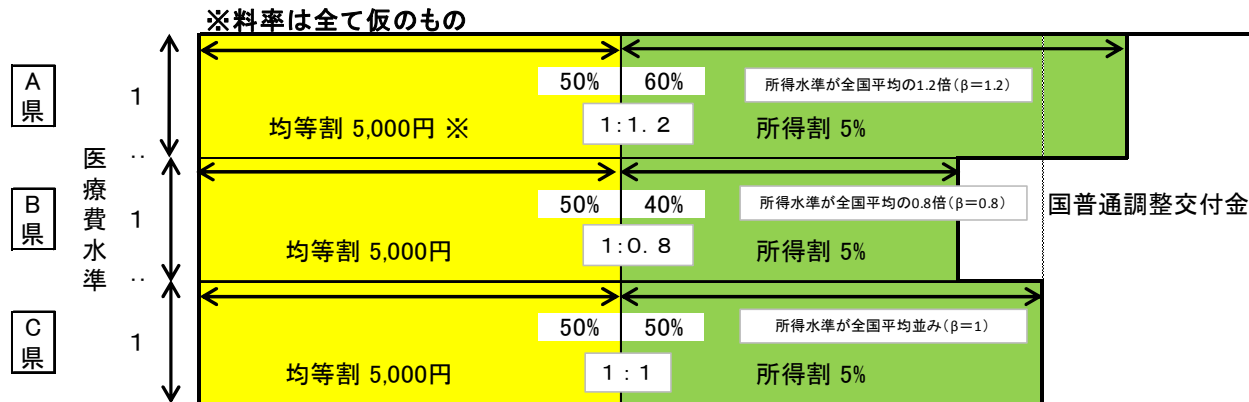
1 事業費納付金の全国ベースでの負担のイメージ



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

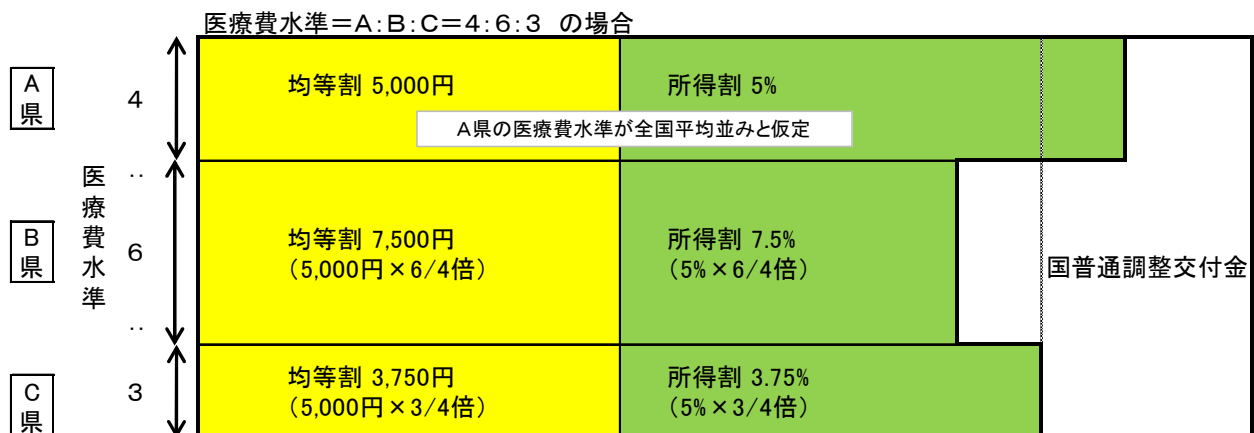
※個々で示している納付金総額は定率や前期高齢者交付金等の調整後(差し引き後)のベース

2 都道府県間の医療費水準が同じ場合の一人当たり負担のイメージ



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

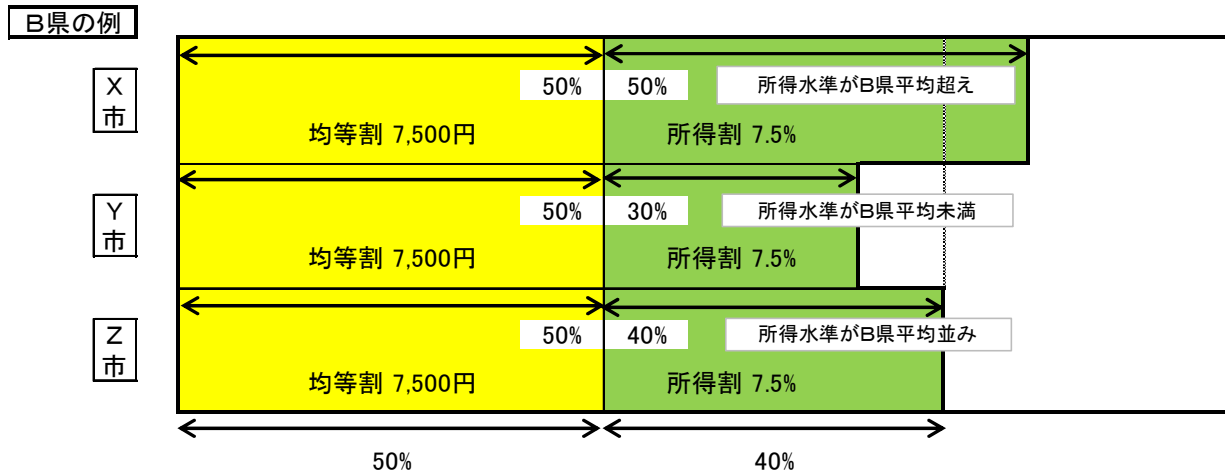
3 都道府県間の医療費水準が異なる場合の一人当たり負担のイメージ



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

普通調整交付金及び国保事業費納付金による調整の仕組み(イメージ)②

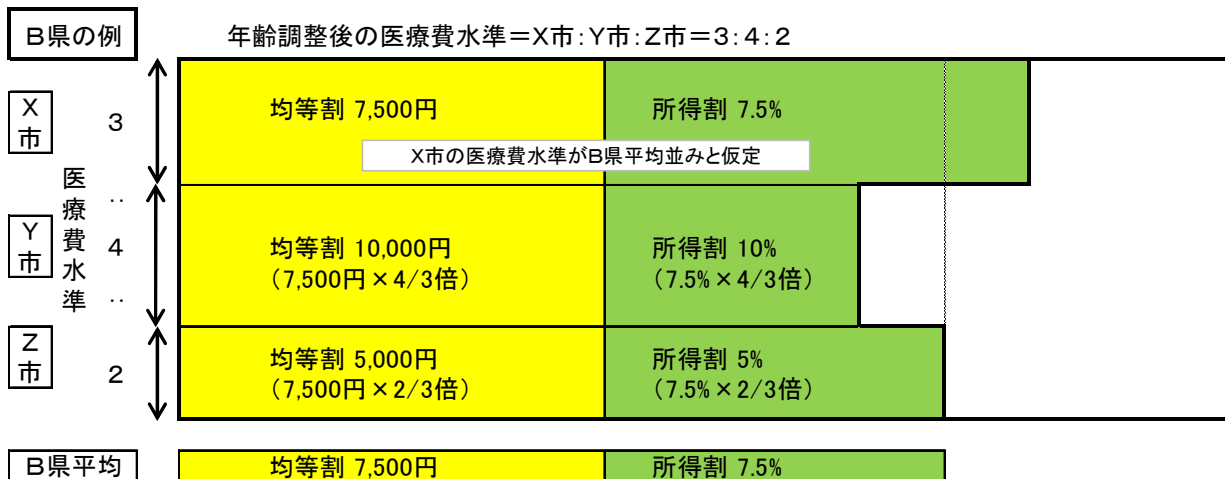
4 県内市町村での按分イメージ(市町村間での医療費水準を反映しない場合 ($\alpha = 0$))



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

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

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



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

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

標準保険料率を算定する考え方

※詳細は引き続き地方と協議

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

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

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

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

(イメージ) ※A市とB町が同じ所得水準である場合

都道府県 標準保険料率	一人当たり医療費		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)
	(年齢構成調整前)	→ (年齢構成調整後)			
所得割 8% 均等割 40,000円	A市: 380,000円	A市: 400,000円	A市: 所得割 10% 均等割 50,000円	A市: 所得割 10% 均等割 50,000円	A市 所得割 10% 均等割 50,000円
	B町: 300,000円	B町: 240,000円 (A市の6割)	B町: 所得割 6% 均等割 30,000円 (A市の6割)	B町: 所得割 6% 均等割 23,000円 世帯割 10,000円	B町 所得割 5.8% 均等割 22,000円 世帯割 9,000円

全国統一ルールで算出した場合

年齢調整後の医療費水準に応じた負担

収納率向上等により、都道府県が示す数値より引き下げが可能

改革後の国保の保険料の考え方(案)

○ あるべき保険料率の考え方について

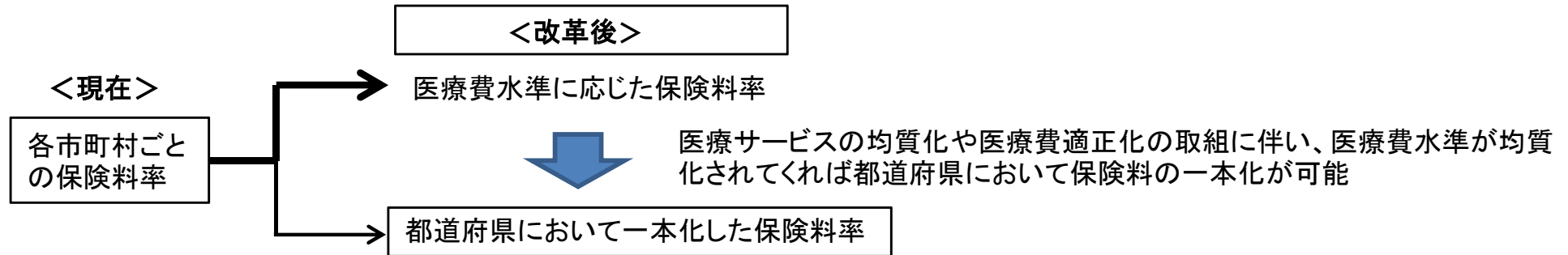
【年齢構成の差異を調整後の医療費水準に応じた保険料率】

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

【都道府県において一本化した保険料率】

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

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



○ 標準保険料率の果たすべき役割の整理

【各市町村が具体的に目指すべき値を示す】

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

【医療費水準等を踏まえたあるべき保険料率の見える化を図る】

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

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。

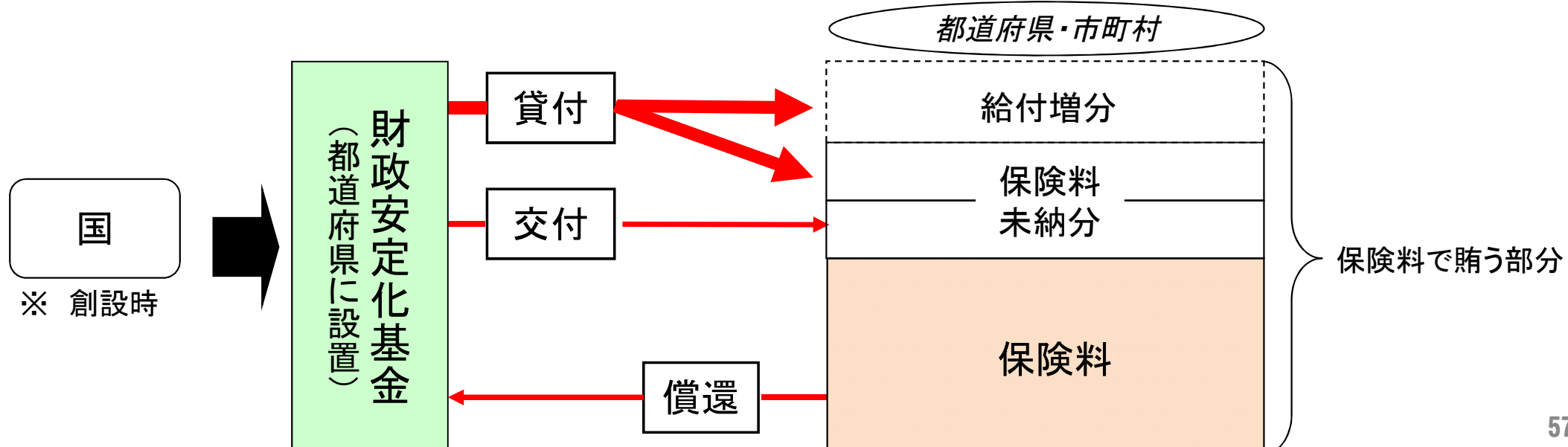
2. 内容

- 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。按分の在り方については引き続き検討)で1/3ずつ補填



保険者努力支援制度の交付イメージ

都道府県分

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

評価項目ごとに
点数を加算

① 指標A
② 指標B

→ 評価項目は引き続き検討

②指標B	
①指標A	
	加点
北海道	+α
⋮	⋮
沖縄県	+β

× 都道府県ごとの
被保険者数

	点数
北海道	〇〇
⋮	⋮
沖縄県	△△

北海道	〇億円
⋮	⋮
沖縄県	△億円
合計	●億円

点数に応じて
●億円を按分

市町村分

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

評価項目ごとに
点数を加算

① 指標C
② 指標D

→ 評価項目は引き続き検討

②指標D	
①指標C	
	加点
札幌市	+γ
⋮	⋮
与那国町	+δ

× 市町村ごとの
被保険者数

	点数
札幌市	〇〇
⋮	⋮
与那国町	△△

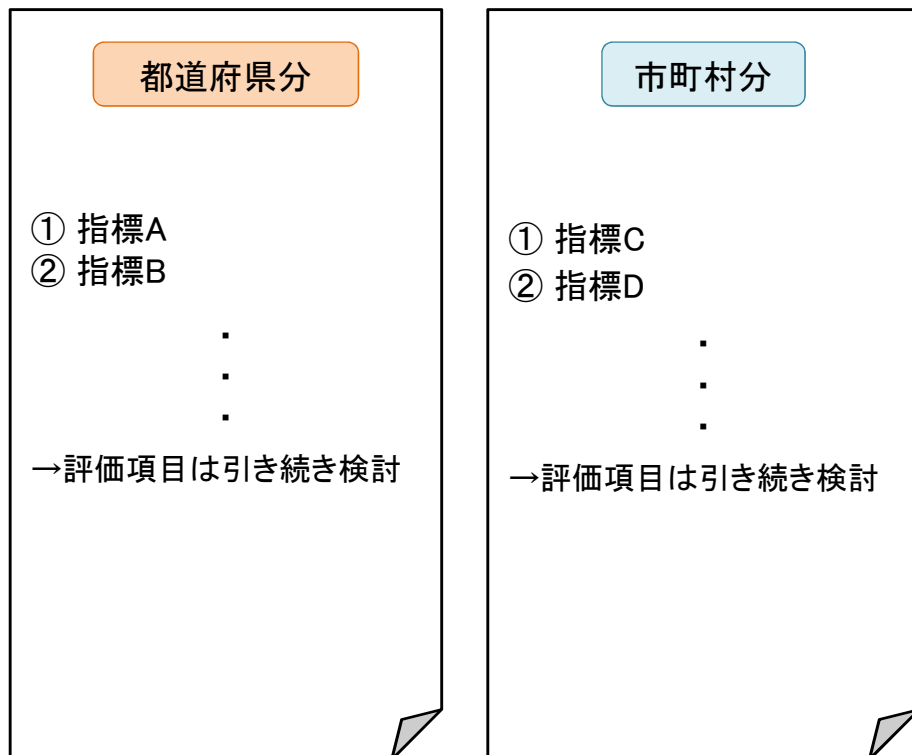
札幌市	〇億円
⋮	⋮
与那国町	△億円
合計	●億円

点数に応じて
●億円を按分

※ 市町村分と都道府県の配分金額については
今後指標を見ながら検討

保険者努力支援制度における算定・交付の考え方

算定



○ 主に都道府県の努力によるもの

○ 主に市町村の努力によるもの

交付

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

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

算定指標の努力に応
 じて市町村に配分

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

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

保険者に対する予防・健康づくり等のインセンティブの見直し

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

〈現行(～平成29年度)〉

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

〈見直し後(平成30年度～)〉

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

○ なお、指標の設定に当たっては、以下の附帯決議に留意する必要がある。

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

参議院厚生労働委員会

一、国民健康保険について

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

医療費適正化計画における指標と保険者努力支援制度における指標との関係

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

医療費適正化計画 (平成30年度～)※

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

(指標)

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

※ 地域医療構想の策定期間により平成28年度より前倒して計画策定が可能なため、本年度中に基本方針を策定

医療費適正化計画の指標も踏まえて検討

指標

支援

保険者努力支援制度にも盛り込まれた指標に係る取組を支援

保険者努力支援制度 (平成30年度～)※

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

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

三段階の激変緩和措置(案)

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



被保険者の保険料負担が急激に増加することを回避するための措置

ア) 市町村ごとの納付金の額を決定する際の配慮

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

イ) 都道府県繰入金による配慮

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

ウ) 特例基金による配慮

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

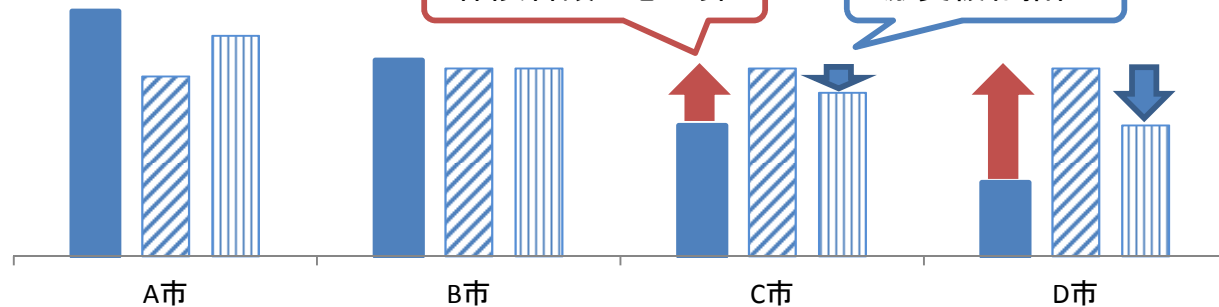
激変緩和措置のイメージ(案)

ア. 市町村ごとの納付金の額を決定する際の配慮

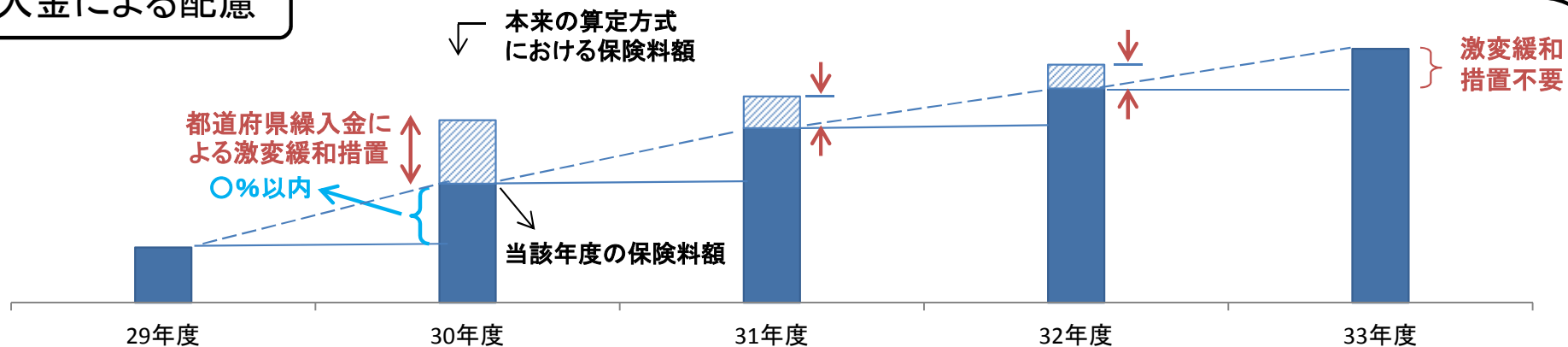
集めるべき保険料額

保険料額の急上昇

激変緩和措置

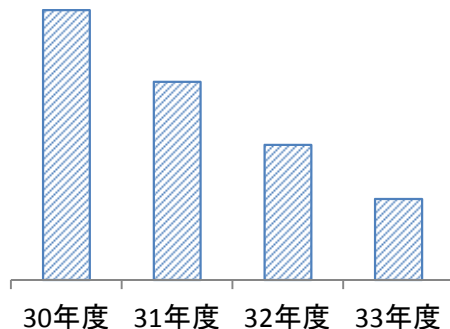


イ. 都道府県繰入金による配慮



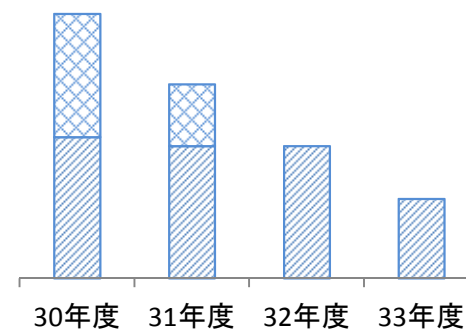
ウ. 特例基金による配慮

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



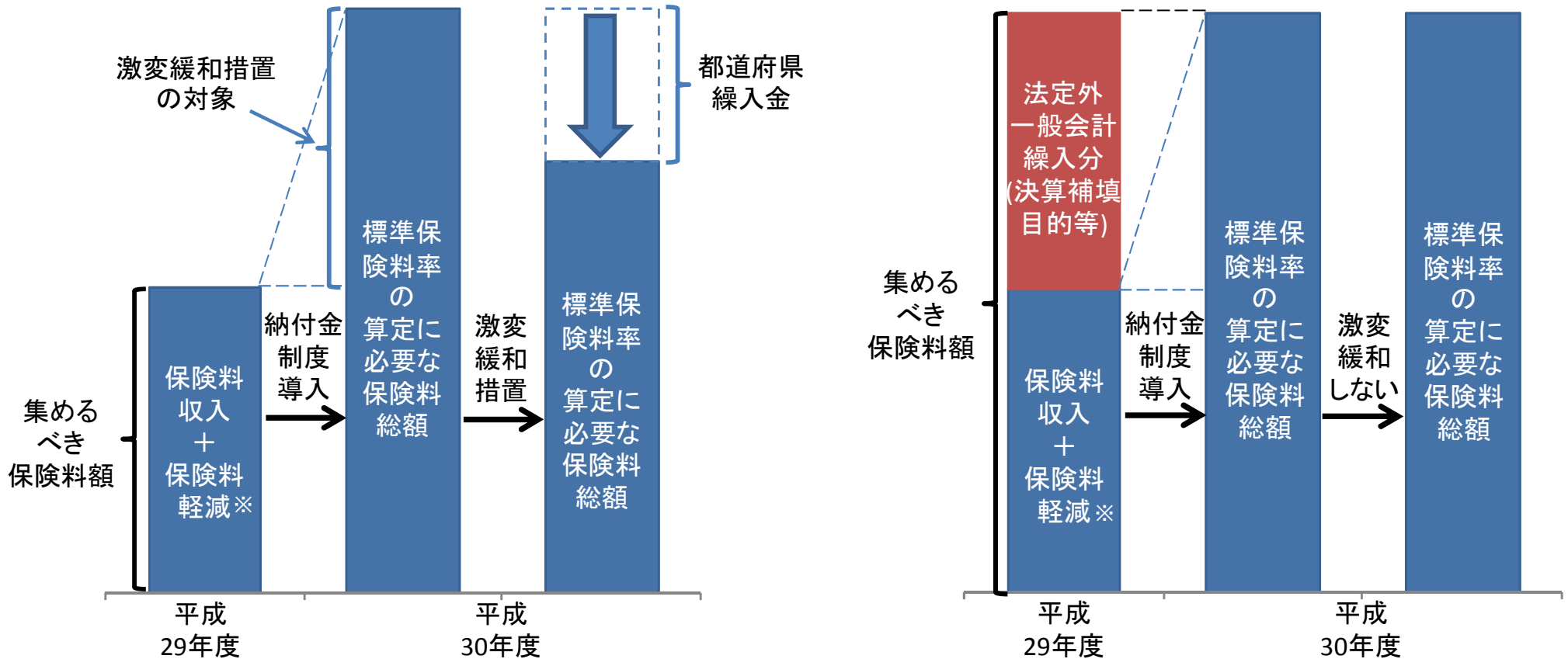
都道府県繰入金を激変緩和用として多く活用する場合、他の市町村の納付金を増加させる影響が大きいことから、激変緩和用の特例基金を活用する。

⇒各都道府県の状況に応じ、適切な規模を適切な年度に繰り入れ



激変緩和の対象

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



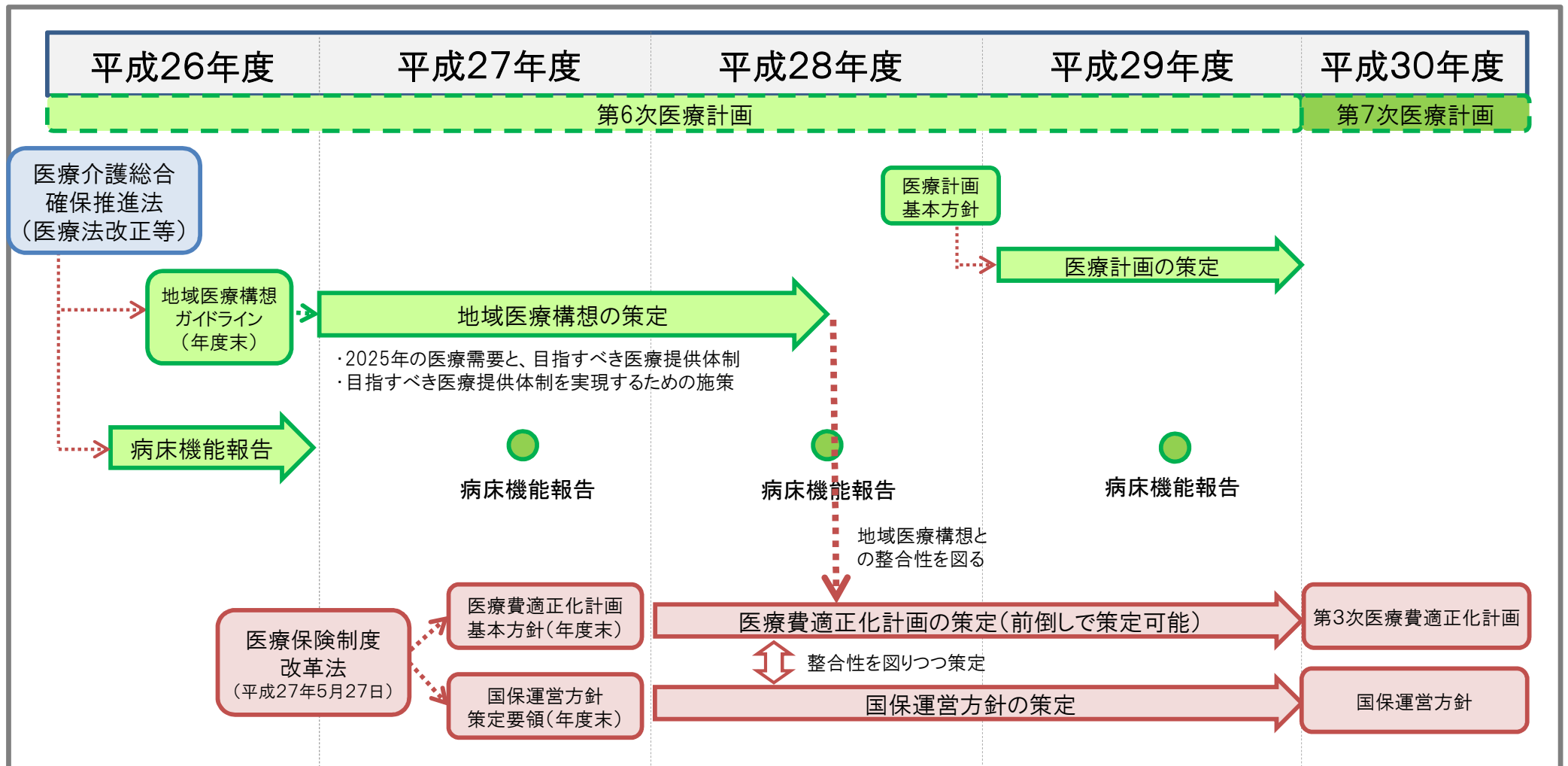
納付金制度の導入による保険料総額の増加分
→ 都道府県繰入金による激変緩和措置の対象になる。

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

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

地域医療構想・医療費適正化計画・国保運営方針の策定スケジュール（イメージ）

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



国保運営協議会(都道府県、市町村)の設置

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

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

2. 運営の在り方の見直し(保険者機能の強化)

- (略)

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

〈参考〉 国保運営協議会における審議事項

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



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

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

都道府県の国保運営協議会の構成等

<委員の構成>

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

<委員の数等>

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

市町村の国保運営協議会の構成等

<委員の構成>

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

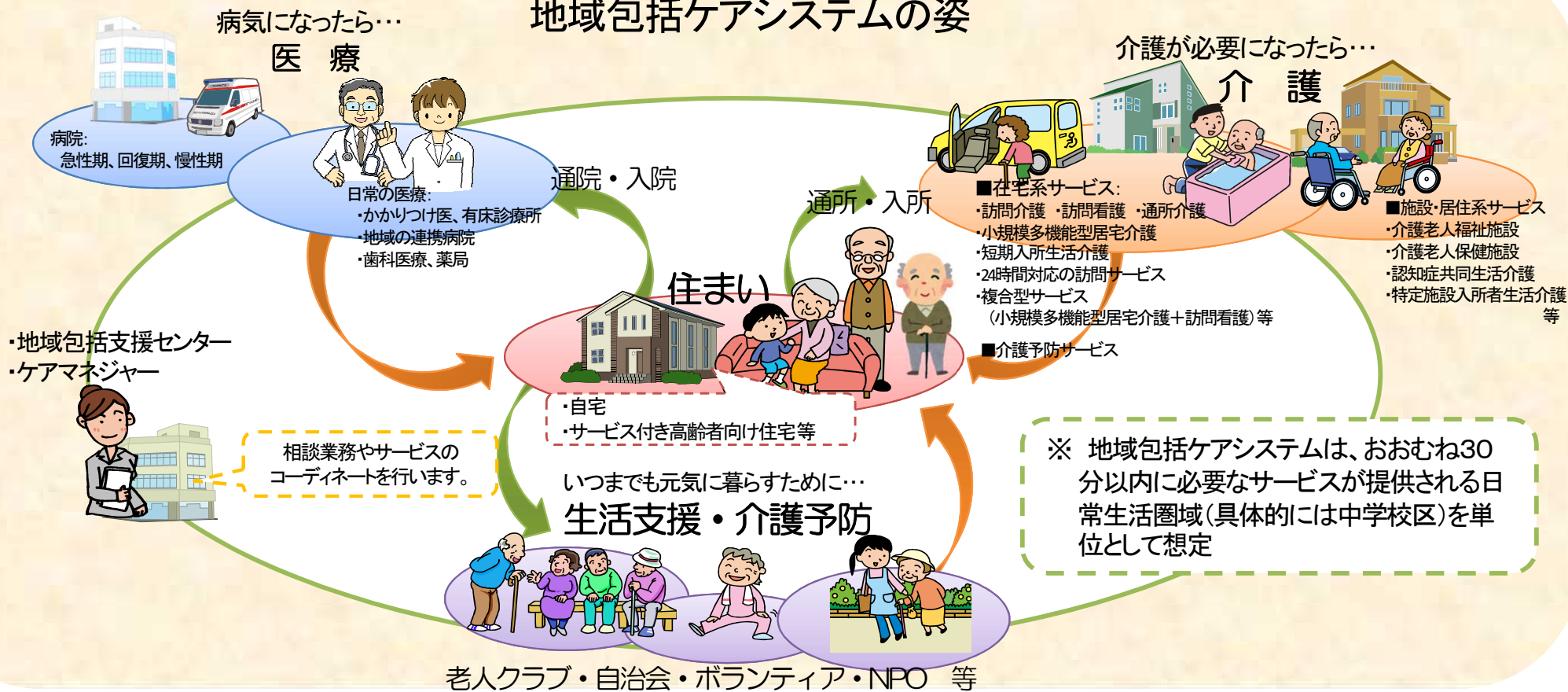
<委員の数等>

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

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



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

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

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護サービス資源の把握

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



（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

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

（キ）地域住民への普及啓発

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



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

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

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

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

（ウ）切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進

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

（カ）医療・介護関係者の研修

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

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

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

多様な主体による生活支援・介護予防サービスの重層的な提供

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

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

生活支援・介護予防サービスの提供イメージ



事業主体

民間企業

NPO

協同組合

社会福祉法人

ボランティア

等

バックアップ

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

➡ 民間とも協働して支援体制を構築

新たな地域包括ケアシステムの構築に向けて

○それぞれの地域の実情によって地域包括ケアシステムの形も異なる

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

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

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

※主役は市民、専門職はサポーター、
地域は舞台、行政は仕掛け人

○地域包括ケアシステムは必ずしも高齢者に限るものではない。

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

医療費適正化基本方針案の概要について

平成28年3月24日
厚生労働省保険局

医療費適正化計画について

- 根拠法 : 高齢者の医療の確保に関する法律
作成主体 : 国、都道府県
計画期間 : 5年（第1期：平成20～24年度、第2期：平成25～29年度）
記載事項 : ①医療費の見込み（医療費目標）
②医療費適正化のための取組（可能なものは数値目標を設定）
※現在は、特定健診・保健指導実施率、平均在院日数の短縮目標を設定



○昨年の医療保険制度改正において以下の見直し

- ①都道府県が設定する医療費の見込みについて**病床機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえた医療費目標**とする
- ②**都道府県の取組内容の見直し（後発医薬品の使用促進等を追加）**
- ③上記を反映させた第3期計画（平成30年度～35年度）を都道府県が策定。
早期に計画を策定した都道府県は平成29年度から前倒し実施

○国は、都道府県が平成29年度から計画を前倒し実施することが可能となるよう、**基本方針（大臣告示）**を策定

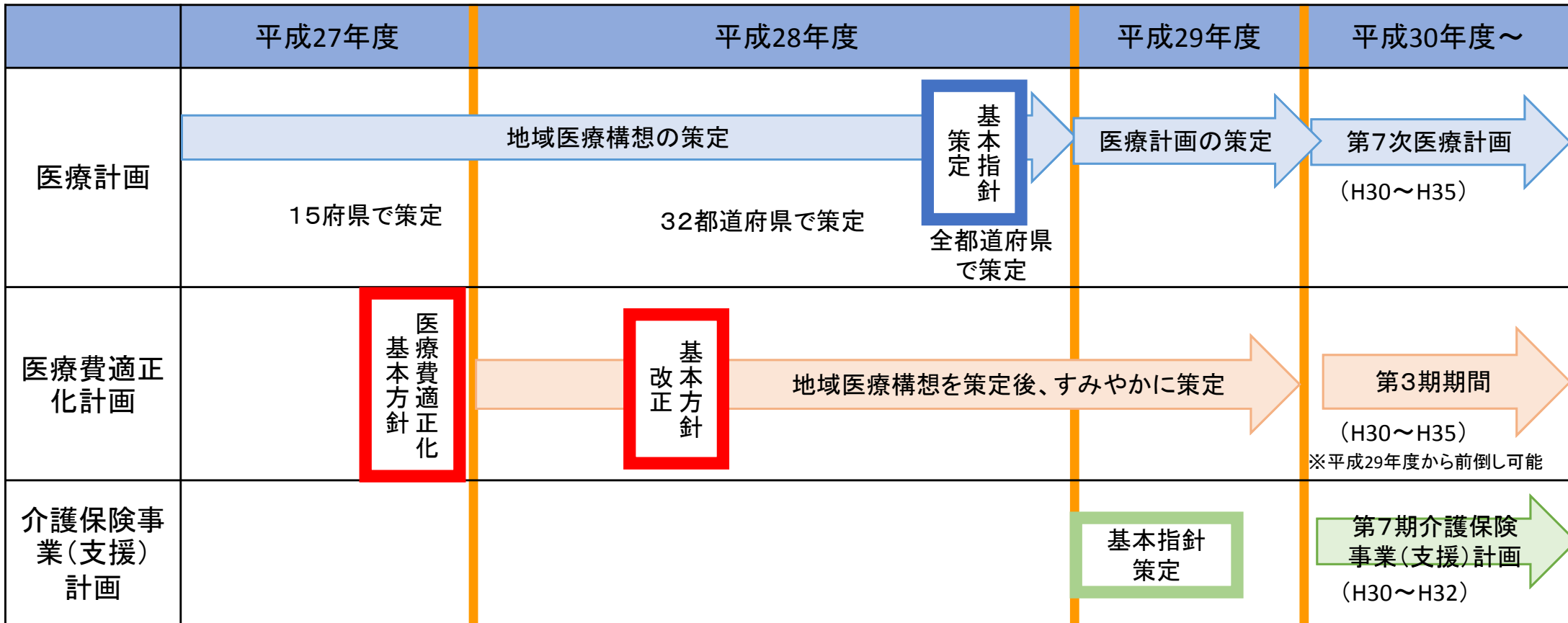
<基本方針の主な内容>

- ①都道府県が**医療費目標を推計するための算定式**（外来医療費・入院医療費）
- ②都道府県が推進する**医療費適正化の取組**（可能なものは数値目標化）

地域医療構想と医療費適正化計画（スケジュール）

地域医療構想の策定状況

- 地域医療構想については、平成27年度中の策定予定が15府県、平成28年度半ばまでに策定予定が39都道府県、平成28年度中に全都道府県が策定予定。（平成28年1月18日現在）



- このため、国においては、**本年度末までに、医療費適正化基本方針(大臣告示)を策定**するが、入院医療費の算定式については、今後策定されてくる地域医療構想の内容も踏まえ、本年夏頃を目途に基本方針の一部改正を行い、反映する。
- また、外来医療費については4月以降もさらなるデータ分析を行い、本年夏頃の基本方針の一部改正時に医療費適正化の取組内容を充実させる。

今年度末に策定する医療費適正化基本方針のポイント

医療費の適正化の取組

【外来医療費】

○都道府県の医療費目標(平成35年度)は、過去のトレンド等を踏まえた平成35年度の医療費から、医療費適正化の取組の効果を反映した医療費目標とする。効果の反映は2段階で行う。

<第1段階>

○都道府県に、平成35年度に向け、①**特定健診・保健指導実施率**の全国目標の達成、②**後発医薬品の使用割合**の全国目標の達成に向けた取組を推進してもらう。これらの全国目標が達成された場合の医療費の縮減額を反映
 ※特定健診実施率目標：70%以上、特定保健指導実施率目標：45%以上
 後発医薬品の使用割合の目標：80%以上

<第2段階>

○その上で、なお残る一人当たり医療費の地域差について、都道府県において、保険者等とも連携しつつ、以下のような取組を推進し、**地域差の縮減を目指す**。
 ※国は、日本健康会議の取組等を通じて、都道府県・保険者の取組を支援。

- ・民間事業者も活用したデータヘルスの推進
- ・ヘルスケアポイントの実施等健康づくりへのインセンティブ対策の強化
- ・糖尿病重症化予防の推進
- ・栄養指導等のフレイル対策の推進
- ・予防接種の普及啓発
- ・重複投薬の是正等
- ※このほか、都道府県の独自の取組
- ※今後のデータ分析の結果も踏まえ、内容の充実があり得る

【入院医療費】

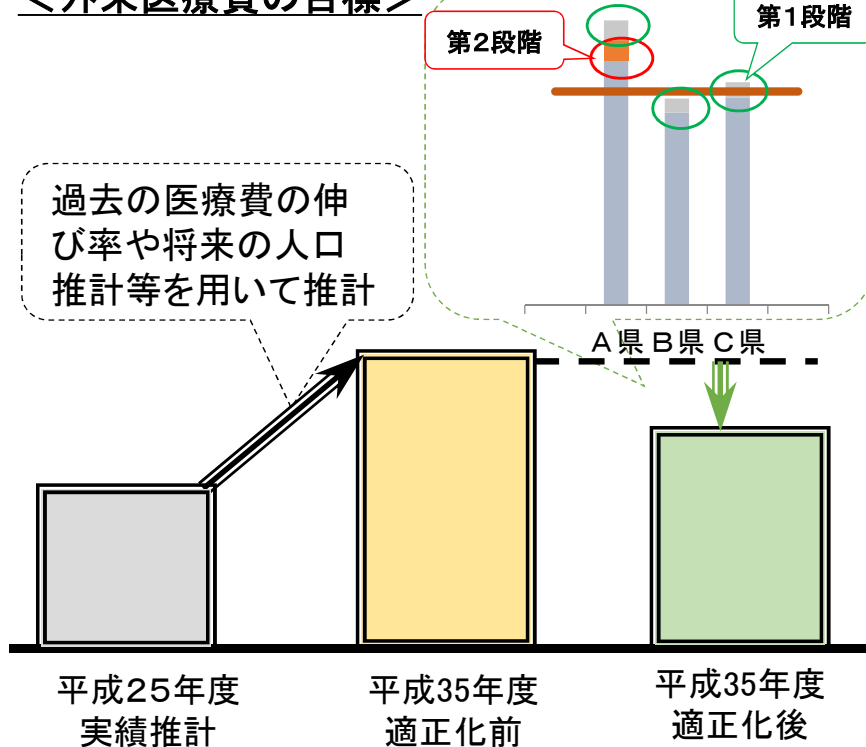
○入院医療費については、病床機能の分化及び連携の推進の成果等を踏まえる。

※**今年度末には上記の内容を告示**し、医療費目標の算定式は本年夏頃に告示。

地域差の「見える化」(今年度末に都道府県に提供)

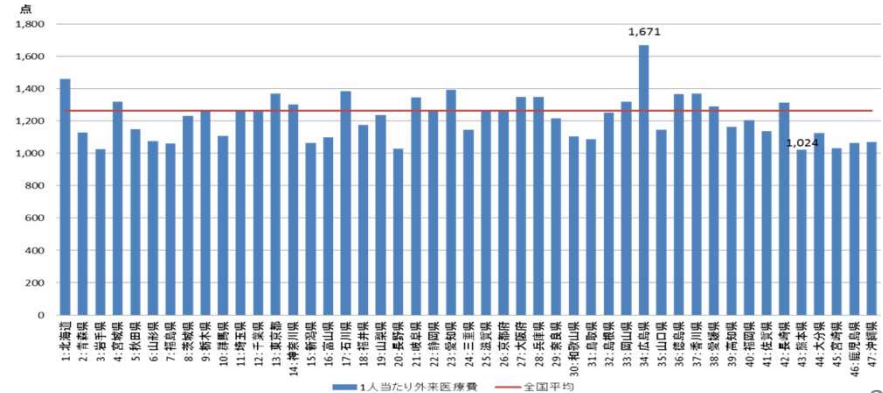
- 国において、NDB(ナショナル・データ・ベース)を用いた分析を行い、
- ・各都道府県の**疾病別医療費**の地域差(最大54疾病)
 - ・**後発医薬品の使用促進**の地域差
 - ・**重複・多剤投薬**の地域差など、「**地域差の見える化**」を行う。
- その結果について、都道府県の分析作業の参考としていただくため、**データセットとしてまとめ、都道府県に提供**していく。

<外来医療費の目標>



<地域差の「見える化」>

(糖尿病、75歳以上)一人当たり外来医療費



※平成25年10月の1ヶ月分のデータを用いて分析
 ※年齢調整を行っていない。

第三期医療費適正化基本方針(案)の 主な改正内容

第三期医療費適正化基本方針の見直しのポイント①

<計画における都道府県の目標>

	現行の方針	次期方針の見直し(案)
住民の健康の保持の推進に関する目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診の実施率 70%以上 ・ 特定保健指導の実施率 45%以上 ・ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率 29年度までに25%以上 ・ たばこ対策 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診の実施率 70%以上 ・ 特定保健指導の実施率 45%以上 ・ <u>メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率 25%以上</u> ・ たばこ対策 ・ <u>予防接種、生活習慣病等の重症化予防、その他予防・健康づくりの推進</u>についても目標として追加 <p>※ 4月以降のさらなるデータ分析の結果も踏まえた内容の充実があり得る。</p>
医療の効率的な提供の推進に関する目標	平均在院日数を目標としている	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>後発医薬品の数量シェア80%以上</u> ・ <u>医薬品の適正使用の推進に関する目標</u> <p>※ 4月以降のさらなるデータ分析の結果も踏まえた内容の充実があり得る。</p> <p>※ 医療費の見込みを、病床機能の分化・連携、地域包括ケアシステムの構築が推進されることによる医療の提供体制を踏まえた医療費の水準とすることを考えており、現時点では、平均在院日数の短縮を取組目標とすることは考えていない。</p>

第三期医療費適正化基本方針の見直しのポイント②

<目標達成のために都道府県において取り組むべき施策>

	現行の方針	次期方針の見直し(案)
(1)住民の健康の保持の推進	<ul style="list-style-type: none">・ 特定健診等 特定健診等の実施主体である保険者に対して保健所から提供された地域の疾病状況等の情報の提供、被扶養者の実施率向上に向けた各種健診情報と特定健診情報を共有化し、同時実施等に関する効果的な周知について技術的助言を行うこと等が期待。・ たばこ対策 保険者、医療機関、薬局等と連携した普及促進等。・ 予防接種の接種率の向上に向け、実施主体である市町村に加えて保険者が普及啓発等を行うことが期待され、都道府県においてその支援を行う。	<p>保険者等の関係者に対して、都道府県毎に組織される保険者協議会を通じて必要な協力を求め、計画の目標達成に向けて、主体的な取組を行うことが必要である旨を追加。</p> <ul style="list-style-type: none">・ 予防接種 医療関係者との連携、都道府県内の市町村間の広域的な連携の支援等を追加。・ <u>生活習慣病等の重症化予防</u> 都道府県が保険者等や医療関係者と連携し、事業を横展開していくことが期待されること、保険者協議会を通じて、必要に応じて支援や助言を行っていくこと等を追記。・ <u>その他予防・健康づくり</u> 保険者協議会を通じて、保険者等の取組の実態を把握するとともに、効果的な取組を広げていくことについて、保険者等と協力していくことが期待されることを追記。 <p>※ 4月以降のさらなるデータ分析の結果も踏まえた内容の充実があり得る。</p>

第三期医療費適正化基本方針の見直しのポイント③

	現行の方針	次期方針の見直し(案)
(2) 医療の効率的な提供の推進	<ul style="list-style-type: none">① 医療機関の機能分化・連携 医療計画のうち、医療費適正化計画においても都道府県が取り組むべき施策を記載。② 在宅医療・地域ケアの推進 在宅医療・地域ケアに係る体制の整備の推進に関する施策を記載することが考えられる旨を記載。③ 後発医薬品の使用促進 後発品の使用促進策について記載。	<ul style="list-style-type: none">① <u>病床機能の分化及び連携と地域包括ケアシステムの構築</u> 病床機能の分化及び連携の推進のため、地域連携パスの整備・活用推進などが取り組むべき施策として考えられること、また、その際、患者ができる限り住み慣れた地域で生活を継続できる体制整備を進めることが重要であり、地域包括ケアシステムの構築に関する施策を記載することが考えられる旨を記載。② <u>後発医薬品の使用促進</u> 使用割合を80%以上とすることに向け、都道府県域内における後発医薬品の使用促進策について記載することが考えられる旨を記載。③ <u>医薬品の適正使用の推進</u> 保険者協議会を通じて、保険者等による重複投薬の是正等に向けた取組の支援や、処方医と連携したかかりつけ薬剤師・薬局による取組の推進等を行うことが考えられる旨を追記。 <p>※ 4月以降のさらなるデータ分析の結果も踏まえた内容の充実があり得る。</p>

第三期医療費適正化基本方針の見直しのポイント④

<医療に要する費用の見込み>

現行の方針

各都道府県における医療費推計に平均在院日数の短縮効果と生活習慣病の予防による効果を織り込む。

次期方針の見直し(案)

医療費の見込みについては、国が定める一定の計算式に基づいて推計されたものとする。

【具体的な算定方法】

まず、適正化の取組を行う前の医療費を、第二期適正化基本方針と同様の算定方法で入院・入院外のそれぞれで設定する。

入院医療費については、適正化の取組を行う前の医療費に、病床機能の分化及び連携の推進の成果等を踏まえることとする。

また、病床機能の分化及び連携の推進に伴う在宅医療等の影響も、入院外医療費に見込む。(算定方法は本年夏頃に提示)

入院外医療費については、適正化の取組を行う前の1人当たり医療費について、①後発医薬品の使用割合など、国が定める目標を達成した場合の効果を見込んだ上で、②1人当たり医療費についてさらに残る地域差について一定の方法で縮減したものとする。(算定方法は本年夏頃に提示)

(参考)医療費の見込みの算定方法について

【適正化の取組を行わない場合の医療費の見込みの算定方法について】

○ 適正化の取組を行わない場合の医療費の算定方法については、第二期適正化基本方針と同様の算定方法(※)とすることを考えており、入院・入院外(調剤を含む)のそれぞれの医療費について設定する。

※ 過去の医療費の伸び率や将来の人口推計等を用いて推計する。

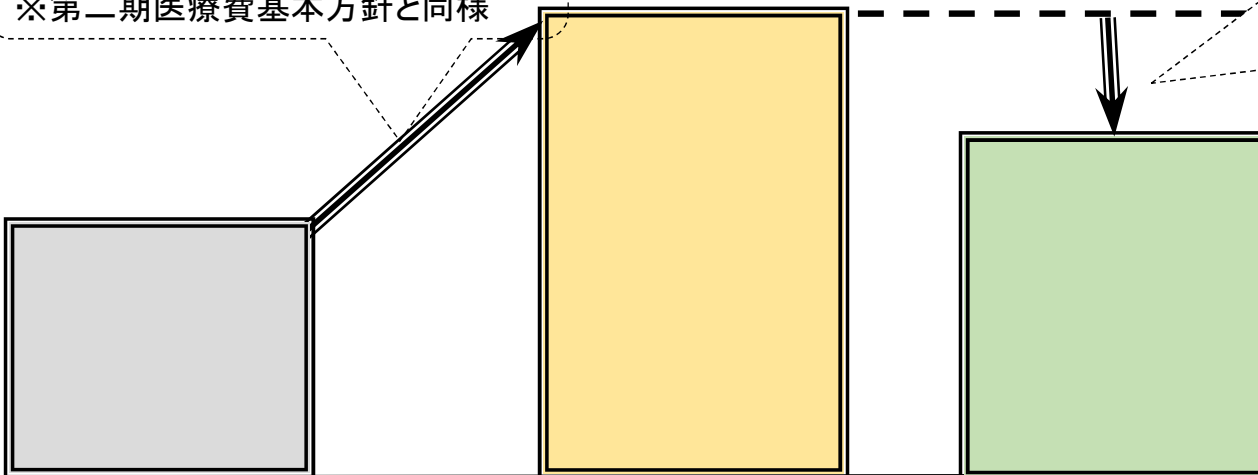
ア. 入院医療費の見込みの算定方法について(考え方)

○ 適正化の取組を行わない場合の医療費に、病床機能の分化及び連携の推進の成果等を踏まえ、入院医療費の見込みとすることを考えている。(算定方法は本年夏頃に提示)

○ また、病床機能の分化及び連携の推進に伴う在宅医療等の影響(入院外医療費への影響)についても、本年夏頃に算定方法を提示する際に併せて、提示する。

イ. 入院外医療費の見込みの算定方法(イメージ図)

過去の医療費の伸び率や将来の人口推計等を用いて推計
※第二期医療費基本方針と同様



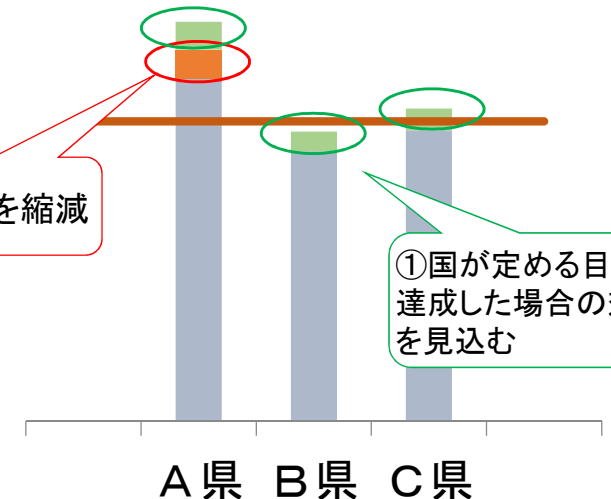
平成25年度実績推計

平成35年度

平成35年度の外来医療費の地域差を縮減したものを(以下の図の青の部分)を医療費目標とする。

②地域差を縮減

①国が定める目標を達成した場合の効果を見込む



第三期医療費適正化基本方針の見直しのポイント⑤

<都道府県医療費適正化計画の達成状況の評価方法等>

現行の方針

- ・ 計画期間の中間年に中間評価を実施
- ・ 計画期間の最終年度の翌年度に実績評価を実施

次期方針の見直し(案)

- ・ 計画に掲げた目標の達成に向けた進捗状況を把握するため、毎年度、進捗状況を公表。(計画期間の初年度及び最終年度を除く)
- ・ 計画期間の最終年度に、次期都道府県計画の作成、国の医療費適正化基本方針の作成に資するために進捗状況に関する調査及び分析(暫定評価)を行い、その結果を公表。
また、医療費適正化基本方針の作成に資するため、厚生労働大臣に報告するよう努めるものとする。
- ・ 計画期間の最終年度の翌年度に、計画期間の終了後に当該計画期間全体の評価を行うために実績評価を実施。(第2期と同様)

※都道府県が行う医療に要する費用の調査及び分析のための
都道府県別の入院医療費・入院外医療費のデータ等は、国から提供していく。

第三期医療費適正化基本方針の見直しのポイント⑥

<国、都道府県、保険者等の役割>

次期方針の見直し(案)

医療費適正化の取組については、国、都道府県、保険者等がそれぞれの役割の下、推進していく必要があるため、各者の役割について記載。

○国…医療費適正化の取組を行うに当たっては、制度全般を所管する国がその役割と責任を果たすことが前提であり、都道府県及び保険者等による医療費適正化の取組が円滑かつ効率的に実施されるよう必要な支援を行うとともに、次に掲げる施策を推進していく役割がある。

①国民の健康の保持の推進に係る施策

- ・保険者等が策定するデータヘルス計画の精度を向上させるための支援
- ・保険者が保健事業を実施していくための必要な環境整備(保険者に対するインセンティブを強化など)
- ・生活習慣病等の重症化予防について、効果的な事例の収集、取組を広げるための課題の検証や推進方策の検討を行い保険者等に提供
- ・高齢者の特性に応じた保険事業を推進する観点から、モデル事業の実施や効果的な事例の周知
- ・個人の健康づくりに向けた自助努力を喚起する取組の実施に当たってのガイドラインの策定

②医療の効率的な提供の推進に係る施策

- ・病床機能の分化及び連携について、医療介護総合確保基金を通じた都道府県に対する財政支援、都道府県及び市町村が医療及び介護に係る情報の分析を行うための基盤整備
- ・後発医薬品の使用促進について、医療関係者に対する啓発資料の送付や情報提供の推進、安定供給体制の確保について、医薬品の製造販売業者への指導
- ・医薬品の適正使用の推進について、医療関係者や保険者等と連携し、住民に対し、かかりつけ薬剤師・薬局の必要性の周知、処方医との連携を通じたかかりつけ薬剤師・薬局の機能強化のための支援

第三期医療費適正化基本方針の見直しのポイント⑦

次期方針の見直し(案)

- 都道府県…地域医療構想の策定を進め、医療提供体制の整備の推進、保険者等の取組の進捗状況を踏まえて保険者協議会を通じて必要な協力を求めることなど、目標達成に向け、主体的な取組を行うほか、平成30年度からは保険者機能の発揮という役割を担う。具体的な取組については、都道府県が取り組むべき施策を参照。
- 保険者…加入者の資格管理や保険料の徴収等、医療保険制度の事業を運営する主体としての役割に加え、保健事業等を通じた加入者の健康管理や医療の質や効率性向上のための医療提供体制側への働きかけを行う等、保険者機能の強化が期待されている。
 - ・重症化予防やその他予防・健康づくりについて、医療関係者と連携した重症化予防に係る取組、加入者の健康管理等に係る自助努力を支援する取組など、効果的な取組を推進
 - ・後発医薬品について、差額通知等の取組を推進
 - ・医薬品の適正使用の推進について、医療機関と連携した訪問指導の実施など、重複投薬を是正する取組を行う。
 - ・保険者協議会を通じた医療提供体制への働きかけについて、都道府県が医療計画や医療費適正化計画を作成する際に、加入者の立場から意見出しをする。

第三期医療費適正化基本方針の見直しのポイント⑧

次期方針の見直し(案)

- 医療の担い手等…特定健診等の実施や医療の提供に際して、質の高い効率的な医療の提供を行う役割がある。
 - ・重症化予防について、保険者等と連携した取り組みを進めることが期待されている。
 - ・病床機能の分化及び連携について、病床機能の分化及び連携を進めるために、都道府県や患者の理解を得ながら、調整会議で示されたデータを踏まえて、医療機関相互の協議により、自医療機関の位置づけを確認しつつ、地域における病床機能の分化及び連携に応じた自主的な取組を進めていくことが期待されている。
 - ・後発医薬品について、患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応や、調剤に必要な体制の整備に努めることが期待されている。
 - ・医薬品の適正使用の推進について、重複投薬等の解消に向けた取組を進めることが期待されている。
- 国民の取組…国民は、自らの加齢に伴って生じる心身の変化等を自覚して常に健康の保持増進に努めることが必要。このため、特定健診の結果等の健康情報の把握に努め、保険者等の支援も受けながら積極的に健康づくりの取組を行うことが期待されている。また、医療機関等の機能に応じ、医療を適切に受けるよう努めることが期待されている。

この方針の
見直し

地域医療構想の策定状況、地域包括ケアの推進状況及び医療費適正化に関する分析や取組の状況その他の事情を勘案し、必要な見直しを行う。

⇒この規定を踏まえ、本年夏頃に基本方針の一部改正を行う。

短時間労働者の適用拡大について

(公的年金制度の持続可能性の向上を図るための
国民年金法等の一部を改正する法律案の概要)

平成28年3月24日
厚生労働省

公的年金制度の持続可能性の向上を図るための国民年金法等の一部を改正する法律案の概要

公的年金制度について、制度の持続可能性を高め、将来の世代の給付水準の確保等を図るため、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社会経済情勢の変化に対応した保障機能の強化、より安全で効率的な年金積立金の管理及び運用のための年金積立金管理運用独立行政法人の組織等の見直し等の所要の措置を講ずる。

概要

1. 短時間労働者への被用者保険の適用拡大の促進(平成28年10月実施)

500人以下の企業も、労使の合意に基づき、企業単位で短時間労働者への適用拡大を可能とする。

(国・地方公共団体は、規模にかかわらず適用とする。)

※ 501人以上の企業等を対象に、平成28年10月から適用拡大を実施することは既に法定化。

2. 国民年金第1号被保険者の産前産後期間の保険料の免除(平成31年4月施行)

次世代育成支援のため、国民年金第1号被保険者の産前産後期間の保険料を免除し、免除期間は満額の基礎年金を保障。この財源として、国民年金保険料を月額100円程度引上げ。

3. 年金額の改定ルールの見直し((1)は平成30年4月、(2)は平成33年4月施行)

公的年金制度の持続可能性を高め、将来世代の給付水準を確保するため、年金額の改定に際して、以下の措置を講じる。

(1) マクロ経済スライドについて、年金の名目額が前年度を下回らない措置を維持しつつ、賃金・物価上昇の範囲内で前年度までの未調整分を含めて調整。

(2) 賃金変動が物価変動を下回る場合に賃金変動に合わせて年金額を改定する考え方を徹底。

4. 年金積立金管理運用独立行政法人(GPIF)の組織等の見直し(平成29年10月(一部公布日から3月以内)施行)

合議制の経営委員会を設け、基本ポートフォリオ等の重要な方針に係る意思決定を行うとともに、執行機関の業務執行に対する監督を行うほか、年金積立金の運用に関し、リスク管理の方法の多様化など運用方法を追加する措置を講ずる。

5. 日本年金機構の国庫納付規定の整備(公布日から3月以内施行)

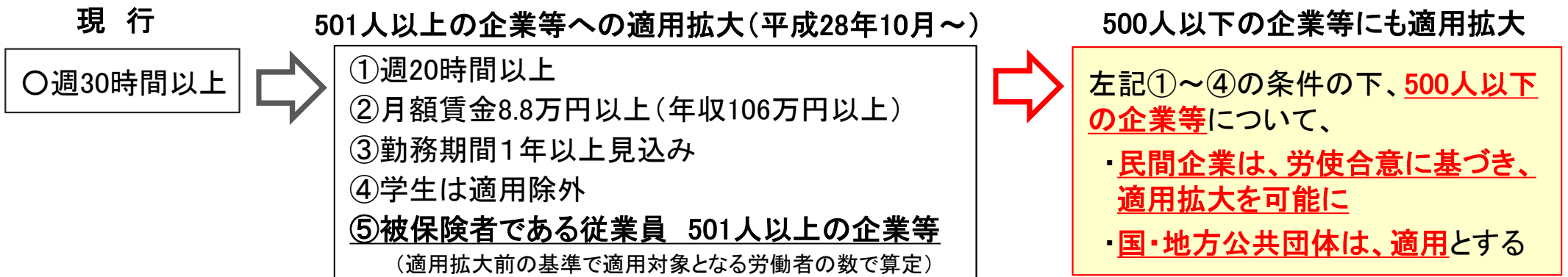
日本年金機構に不要財産が生じた場合における国庫納付に係る規定を設ける。

短時間労働者への被用者保険の適用拡大の促進

○ 労働参加の促進と年金水準の確保等のため、501人以上の企業における平成28年10月の被用者保険の適用拡大(※)の施行の日から、**500人以下の企業も、労使の合意に基づき、企業単位で、短時間労働者への適用拡大を可能とする。**【公布日施行(平成28年10月実施)】

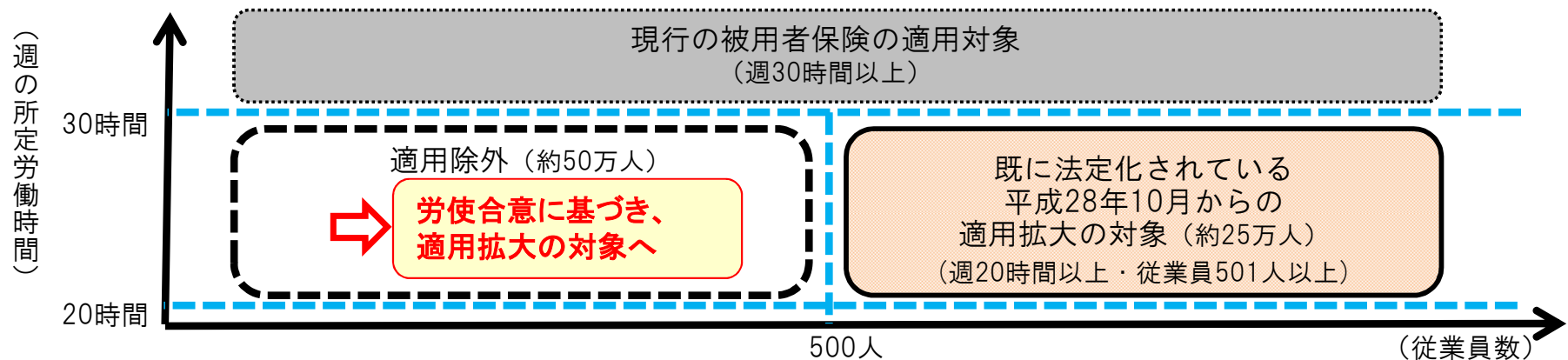
(国・地方公共団体は、規模にかかわらず適用とする)

※ 501人以上の企業等を対象に、平成28年10月から適用拡大を実施することは既に法定化。



※施行後3年以内に検討を加え、その結果に基づき、必要な措置を講じる。

<被用者保険の適用拡大のイメージ>

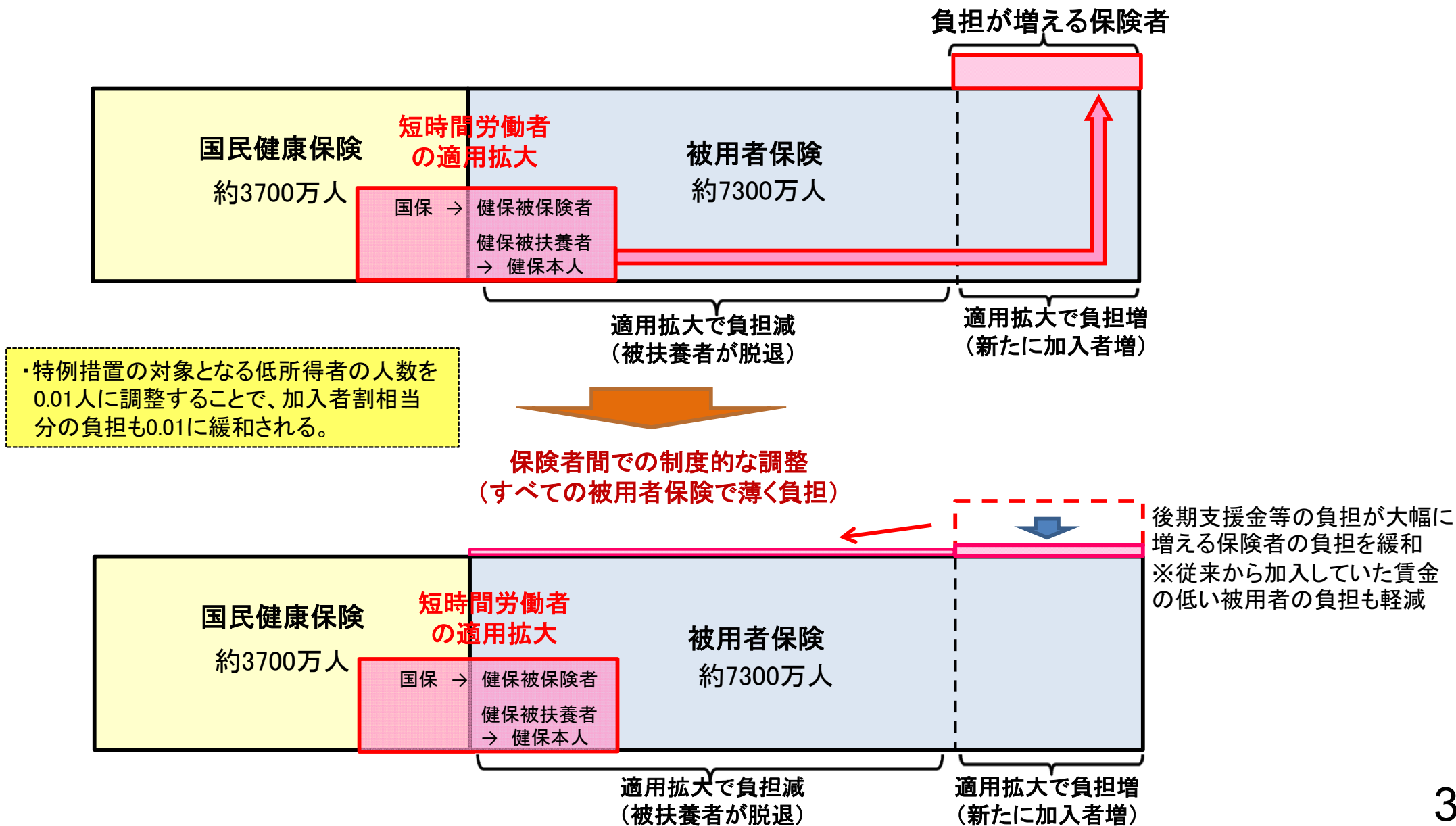


※ 就業調整を防ぎ、被用者保険の適用拡大を円滑に進める観点から、短時間労働者の賃金の引上げ及び労働時間の延長を行う事業主に対し、取組への一時的な支援を実施予定。(雇用保険二事業のキャリアアップ助成金の活用)

(参考) 短時間労働者の適用拡大に伴う医療保険等における激変緩和措置

- 短時間労働者には低所得者が多いことに鑑み、各保険者に加入者数で按分されている後期高齢者支援金(加入者割相当分)・介護納付金の算定において、報酬(標準報酬月額と標準賞与額の年平均額ベース)が10.1万円未満(標準報酬月額に換算して9.8万円以下)の者と、その被扶養者の人数(特定加入者)を0.01人換算で補正する。(※)

※3年間の時限措置として実施



「療養病床の在り方等に関する検討会」の 報告等について

平成28年3月24日
厚生労働省保険局

療養病床の在り方等に関する検討会

目的

- 平成27年3月に定められた地域医療構想ガイドラインでは、慢性期の病床機能及び在宅医療等の医療需要を一体として捉えて推計するとともに、療養病床の入院受療率の地域差解消を目指すこととなった。
- 地域医療構想の実現のためには、在宅医療等に対応する者について、医療・介護サービス提供体制の対応方針を早期に示すことが求められている。
- 一方、介護療養病床については、平成29年度末で廃止が予定されているが、医療ニーズの高い入所者の割合が増加している中で、今後、これらの方々を介護サービスの中でどのように受け止めていくのか等が課題となっている。
- このため、**慢性期の医療ニーズに対応する今後の医療・介護サービス提供体制について、療養病床の在り方をはじめ、具体的な改革の選択肢の整理等を行う**ため、本検討会を開催する。

検討事項

- (1) 介護療養病床を含む療養病床の今後の在り方
- (2) 慢性期の医療・介護ニーズに対応するための(1)以外の医療・介護サービス提供体制の在り方

構成員

(◎は座長、○は座長代理)

- ・池端 幸彦 (医療法人池慶会理事長・池端病院院長)
- ・井上 由起子 (日本社会事業大学専門職大学院教授)
- ・猪熊 律子 (読売新聞東京本社社会保障部部長)
- ◎遠藤 久夫 (学習院大学経済学部教授)
- ・尾形 裕也 (東京大学政策ビジョン研究センター特任教授)
- ・折茂 賢一郎 (中之条町介護老人保健施設六合つつじ荘センター長)
- ・嶋森 好子 (慶応義塾大学元教授)
- ・鈴木 邦彦 (日本医師会常任理事)
- ・瀬戸 雅嗣 (社会福祉法人栄和会理事・総合施設長)
- 田中 滋 (慶応義塾大学名誉教授)
- ・土屋 繁之 (医療法人慈繁会理事長)
- ・土居 丈朗 (慶応義塾大学経済学部教授)
- ・東 秀樹 (医療法人静光園理事長・白川病院院長)
- ・松田 晋哉 (産業医科大学医学部教授)
- ・松本 隆利 (社会医療法人財団新和会理事長)
- ・武藤 正樹 (国際医療福祉大学大学院教授)

スケジュール

- 平成27年7月10日から、平成28年1月15日までに7回検討会を開催し、1月28日に選択肢の整理案を提示。
- 検討会の報告を踏まえ、社会保障審議会の部会において、制度改革に向けた議論を開始。

「療養病床の在り方等に関する検討会」による新たな選択肢の整理案（概要）

慢性期の医療・介護ニーズに対応する今後のサービスの提供体制を整備するため、**介護療養病床を含む療養病床の在り方**をはじめ、**具体的な改革の選択肢の整理**等を行うことを目的として、療養病床の在り方等に関する検討会を開催。

議論の経過

第1回～第4回：療養病床の在り方等を検討する際の論点について（※第2回に有識者・自治体関係者からのヒアリングを実施）

第5回：新たな類型に関する論点について 第6回～第7回：新たな選択肢について

平成28年1月28日「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～」を公表

新たなタイプの整理案について

※ 医療療養病床のうち、看護人員配置が診療報酬上の基準で25対1のもの

現行の介護療養病床、医療療養病床（25対1）※の主な利用者のイメージ

- **要介護度や年齢が高い者が多い**
⇒ 80歳以上の高齢者、要介護度が4以上の者が大半を占める
- **平均在院日数が長く、死亡退院が多い**
⇒ 医療療養病床が約半年、介護療養病床が約1年半の平均在院日数
⇒ 介護療養病床は約4割、医療療養病床(25対1)は約3割が死亡退院
- **一定程度の医療が必要**
⇒ 医療療養病床(20対1)よりも比較的医療の必要性が低いが、病態は様々で容体急変のリスクのある者も存在

新たな選択肢を考えるに当たっての基本的な考え方

- 利用者の生活様式に配慮し、長期に療養生活を送るのにふさわしい、プライバシーの尊重、家族や地域住民との交流が可能となる環境整備（『**住まい**』の機能を満たす）
- 経管栄養や喀痰吸引等を中心とした**日常的・継続的な医学管理**や、**充実した看取りやターミナルケア**を実施する体制

医療・介護ニーズがあり、長期療養の必要がある者に対応する新たな類型

① **医療機能を内包した施設類型**（患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、2つのパターンが想定される）

② **医療を外から提供する、「住まい」と医療機関の併設類型**（医療機能の集約化等により、医療療養病床（20対1）や診療所に転換。残りスペースを居住スペースに。）

※ 療養病床の在り方等に関する検討会は、療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて、サービス提供体制の新たな選択肢の整理を行うものであり、**具体的な制度設計（財源、人員配置、施設基準等）は、社会保障審議会の部会**において議論。

※ なお、今後の検討に向けたメッセージとして構成員から例えば以下のような意見があった。

- ・ 医師や看護職員、介護職員の配置については、併設の病院なり診療所での医師や職員が柔軟に対応できるような配置要件が必要。
- ・ 長期に療養し、そこで亡くなるということを踏まえると、たとえ面積は狭くても個室などのプライバシーが保てるような場にする必要がある。
- ・ 介護療養病床の廃止期限の再延長、医療療養病床の看護人員配置の経過措置の延長は、選択肢として残すべき。
- ・ 新たな類型については、低所得の受け皿となることが考えられるため、低所得者対策を認める必要がある。

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型

	現行の医療療養病床(20対1)	案1 医療内包型		案2 医療外付型	現行の特定施設入居者生活介護
		案1-1	案1-2	案2	
サービスの 特徴	長期療養を目的としたサービス(特に、「医療」の必要性が高い者を念頭)	長期療養を目的としたサービス(特に、「介護」の必要性が高い者を念頭)	長期療養を目的としたサービス	居住スペースに病院・診療所が併設した場で提供されるサービス	特定施設入居者生活介護
	病院・診療所	長期療養に対応した施設(医療提供施設)		病院・診療所と居住スペース	有料老人ホーム 軽費老人ホーム 養護老人ホーム
利用者像	医療区分ⅡⅢを中心	<ul style="list-style-type: none"> ・医療区分Ⅰを中心 ・長期の医療・介護が必要 			
	医療の必要性が高い者	医療の必要性が比較的高く、容体が急変するリスクがある者	医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者		
医療機能	・人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療	・喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理	多様なニーズに対応する日常的な医学管理		医療は外部の病院・診療所から提供
	・24時間の看取り・ターミナルケア ・当直体制(夜間・休日の対応)	・24時間の看取り・ターミナルケア ・当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制	オンコール体制による看取り・ターミナルケア	併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア	
介護機能	介護ニーズは問わない	高い介護ニーズに対応	多様な介護ニーズに対応		

※医療療養病床(20対1)と特定施設入居者生活介護については現行制度であり、「新たな類型」の機能がわかりやすいよう併記している。

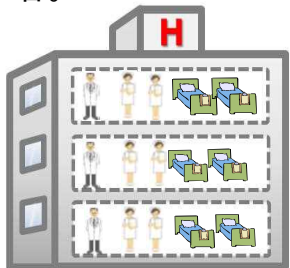
※案2について、現行制度においても併設は可能だが、移行を促進する観点から、個別の類型としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～」(平成28年1月28日 療養病床の在り方等に関する検討会)より抜粋 3

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型（イメージ）

医療機関 (医療療養病床 20対1)

- 医療区分ⅡⅢを中心とする者。
- 医療の必要性が高い者。



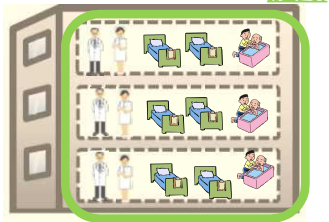
- 人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)
- 介護ニーズは問わない

医療機能を内包した施設系サービス

(患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、2つのパターンを提示。)

新(案1-1)

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性が比較的高く、**容体が急変するリスク**がある者。



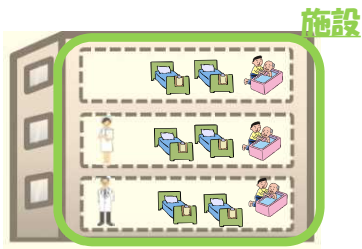
- 喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
- 高い介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



新(案1-2)

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定した者。**



- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- オンコール体制による看取り・ターミナルケア

- 多様な介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



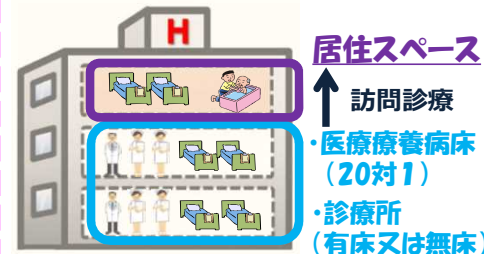
医療を外から提供する、 居住スペースと医療機関の併設

- 医療機能の集約化等により、20対1病床や診療所に転換。
- 残りスペースを居住スペースに。

新(案2)

医療機関に併設

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定した者。**



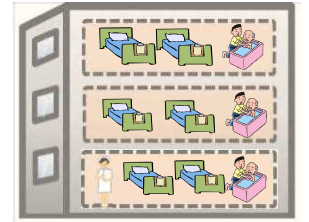
今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所(有床、無床)として経営を維持。

- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- 併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

(注) 居住スペースと医療機関の併設について、現行制度においても併設は可能だが、移行を促進する観点から、個別の種類としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

現行の
特定施設入居
者生活介護

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定した者。**



- 医療は外部の病院・診療所から提供

- 多様な介護ニーズに対応