

全国老人医療・国民健康保険主管課(部)長及び
後期高齢者医療広域連合事務局長会議

《保険局保険課説明資料》

平成19年8月6日

高額医療・高額介護合算制度案について

※現時点での案であり、今後、内容の変更があり得る。

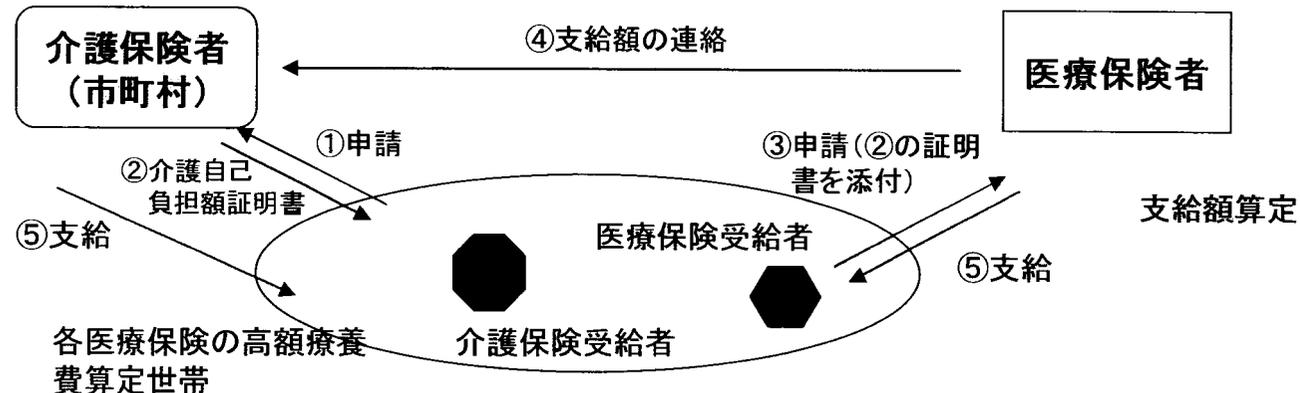
高額医療・高額介護合算制度について(案)

○ 1年間(毎年8月1日～翌年7月31日(※1))の医療保険と介護保険における自己負担(※2)の合算額が著しく高額になる場合に、負担を軽減する仕組みを設ける(平成20年4月施行)。

(制度の基本的枠組み)

- ①対象世帯 医療保険各制度(被用者保険、国保、後期高齢者医療制度等)の世帯に介護保険の受給者が存在する場合に、被保険者からの申請に基づき、高額療養費の算定対象となる世帯単位で、医療保険と介護保険の自己負担を合算した額が、新たに設定する自己負担限度額を超えた場合(※3)に支給する。
- ②限度額 年額56万円を基本とし、医療保険各制度や被保険者の所得・年齢区分ごとの自己負担限度額を踏まえてきめ細かく設定する。
- ③費用負担 医療保険者、介護保険者の双方が、自己負担額の比率に応じて負担し合う。

(制度のイメージ)



- (※1) 国保及び後期高齢者医療制度における所得区分の変更が、8月1日から適用されることを踏まえたもの
(※2) 食費・居住費及び差額ベッド代等については、別途負担が必要となる(現行の高額療養費・高額介護サービス費等の制度と同様。)
(※3) 高額医療・高額介護制度の目的は「医療保険と介護保険の自己負担の合算額が著しく高額になる場合に負担を軽減する」ことであるとともに、関係する保険者が複数(2以上)にわたり、それぞれ事務負担及び費用が生じることを踏まえ、(自己負担の合算額－自己負担限度額)が500円以上となる場合に限り、支給するものとする。

高額医療・高額介護合算制度の参考事例

- 夫婦とも75歳以上(住民税非課税)で、夫が医療サービス、妻が介護サービスを受けている世帯の場合
 - (医療サービス) 病院に入院(※)
 - (介護サービス) 特別養護老人ホームに入所(※)
 - (年金収入) 夫婦で年間211万円以下(住民税非課税)

自己負担:年間60万円



自己負担:年間31万円
(29万円の軽減)

今まで(20年3月まで)



自己負担 30万円

医療費の1割負担。
ただし、毎月の負担
の上限あり。
(このケースでは、2
万4600円まで)

自己負担 30万円

介護費の1割負担。
ただし、毎月の負担
の上限あり。
(このケースでは、2
万4600円まで)

これから(20年4月から)



医療費と介護費の自己負担
(合計60万円)を支払った後、
各保険者に請求



自己負担限度額(31万円)を
一定程度超えた場合に、当該
超えた額(29万円)を支給

保険者

(※) 療養病床に入院した場合又は特別養護老人ホームに入所した場合にかかる食費・居住費及び差額ベッド代等については、別途負担が必要となる(現行の高額療養費・高額介護サービス費等の制度と同様。)

自己負担限度額設定について

○ 年額56万円(老人医療と介護保険の自己負担を合算した額の分布状況を踏まえて設定)を基本とし、医療保険各制度や所得・年齢区分ごとの自己負担限度額を踏まえてきめ細かく設定。

		後期高齢者医療制度 + 介護保険	被用者保険又は国保 + 介護保険 (70歳～74歳がいる世帯(※3))	被用者保険又は国保 + 介護保険 (70歳未満がいる世帯(※4))
現役並み所得者 (上位所得者)		67万円 (56万円の約1.20倍(※1・2))	67万円 (62万円の約1.09倍)	126万円 (67万円の約1.88倍)
一 般		56万円	62万円 (56万円の約1.10倍)	67万円 (56万円の約1.20倍)
低所得者	II	31万円 (56万円の約0.55倍)	31万円 (62万円の約0.50倍)	34万円 (67万円の約0.51倍)
	I	19万円 (56万円の約0.34倍)	19万円 (62万円の約0.31倍)	

(※1) $1.20 = 639,900 \div 532,800 =$ (高額療養費制度における現役並み所得者の自己負担限度額(年単位))
 \div (高額療養費制度における一般の自己負担限度額(年単位))

(※2) 算出した額に1万円未満の端数がある場合において、その端数金額が5千円未満であるときはこれを切り捨て、5千円以上であるときはこれを1万円に切り上げる。

(※3・4) 対象となる世帯に、70歳～74歳の者と70歳未満の者が混在する場合には、①まずは70歳～74歳の者に係る自己負担の合算額に、(※3)の区分の自己負担限度額が適用された後、②なお残る負担額と、70歳未満の者に係る自己負担の合算額とを合算した額に、(※4)の区分の自己負担限度額が適用される。

高額医療・高額介護合算制度の経過措置について

- 施行初年度の平成20年度については、計算期間（平成20年8月1日～平成21年7月31日（※1））の途中の4月1日から制度が施行されることから、当該期間を4月1日から平成21年7月31日までとする（12ヶ月間→16ヶ月間）とともに、自己負担限度額については、通常のを12で除し、16を乗じた（4/3）額とする。
- ただし、平成20年8月以降に負担が集中している場合など、（16ヶ月で算出した支給額）＜（12ヶ月で算出した支給額）となる場合には、通常の方法により算出した額を支給額とする。

		後期高齢者医療制度 ＋介護保険	被用者保険又は国保 ＋介護保険 (70歳～74歳がいる世帯(※3))	被用者保険又は国保 ＋介護保険 (70歳未満がいる世帯(※4))
現役並み所得者 (上位所得者)		89万円 (67万円の4/3倍(※2))	89万円 (67万円の4/3倍)	168万円 (126万円の4/3倍)
一 般		75万円 (56万円の4/3倍)	83万円 (62万円の4/3倍)	89万円 (67万円の4/3倍)
低所得者	Ⅱ	41万円 (31万円の4/3倍)	41万円 (31万円の4/3倍)	45万円 (34万円の4/3倍)
	Ⅰ	25万円 (19万円の4/3倍)	25万円 (19万円の4/3倍)	

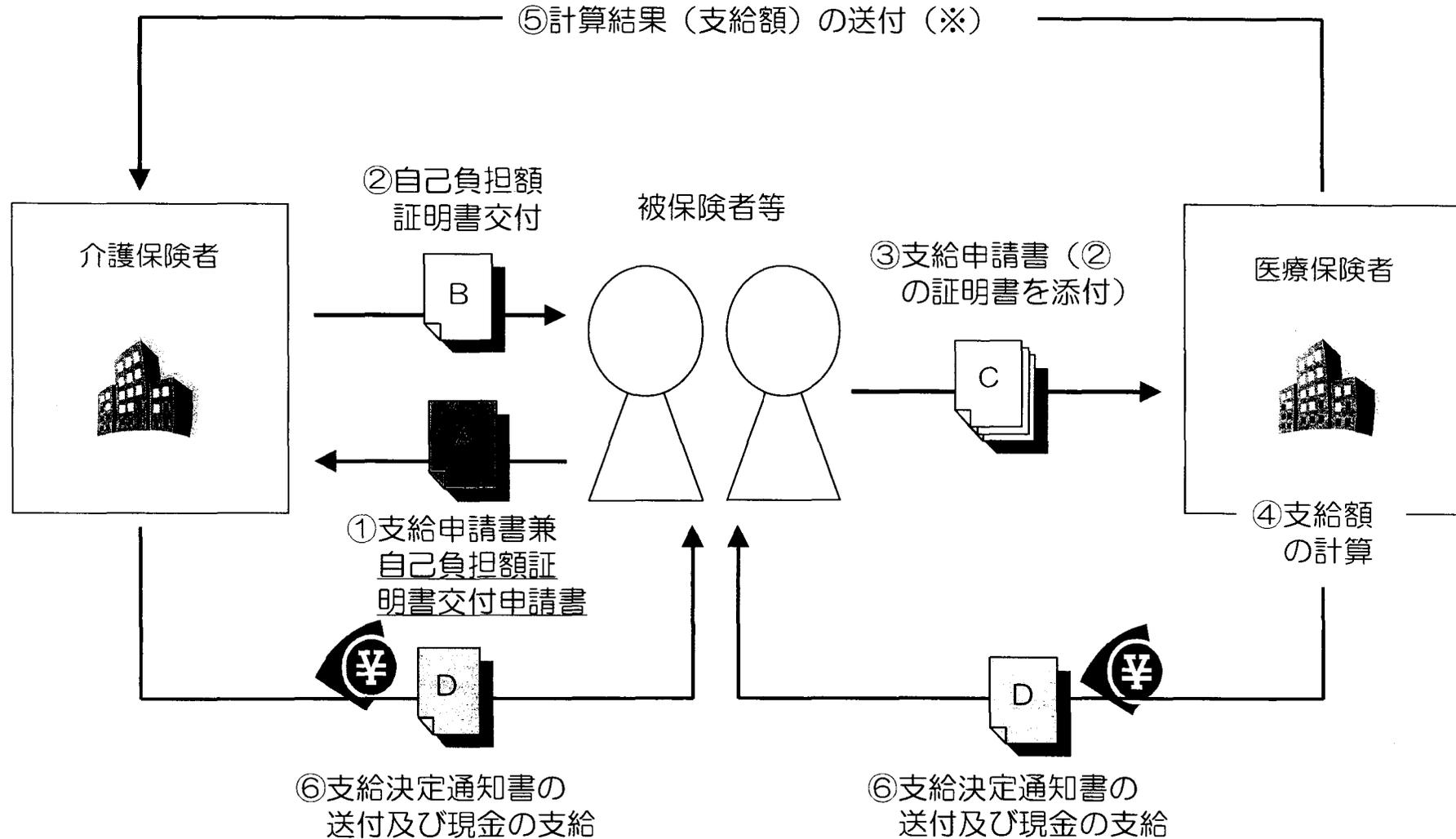
(※1) 国保及び後期高齢者医療制度における所得区分の変更は原則として8月1日から適用されることを踏まえたもの。

(※2) 算出した自己負担限度額に1万円未満の端数がある場合において、その端数金額が5千円未満であるときはこれを切り捨て、5千円以上であるときはこれを1万円に切り上げる。

(※3・4) 3頁の(※3・4)に同じ。

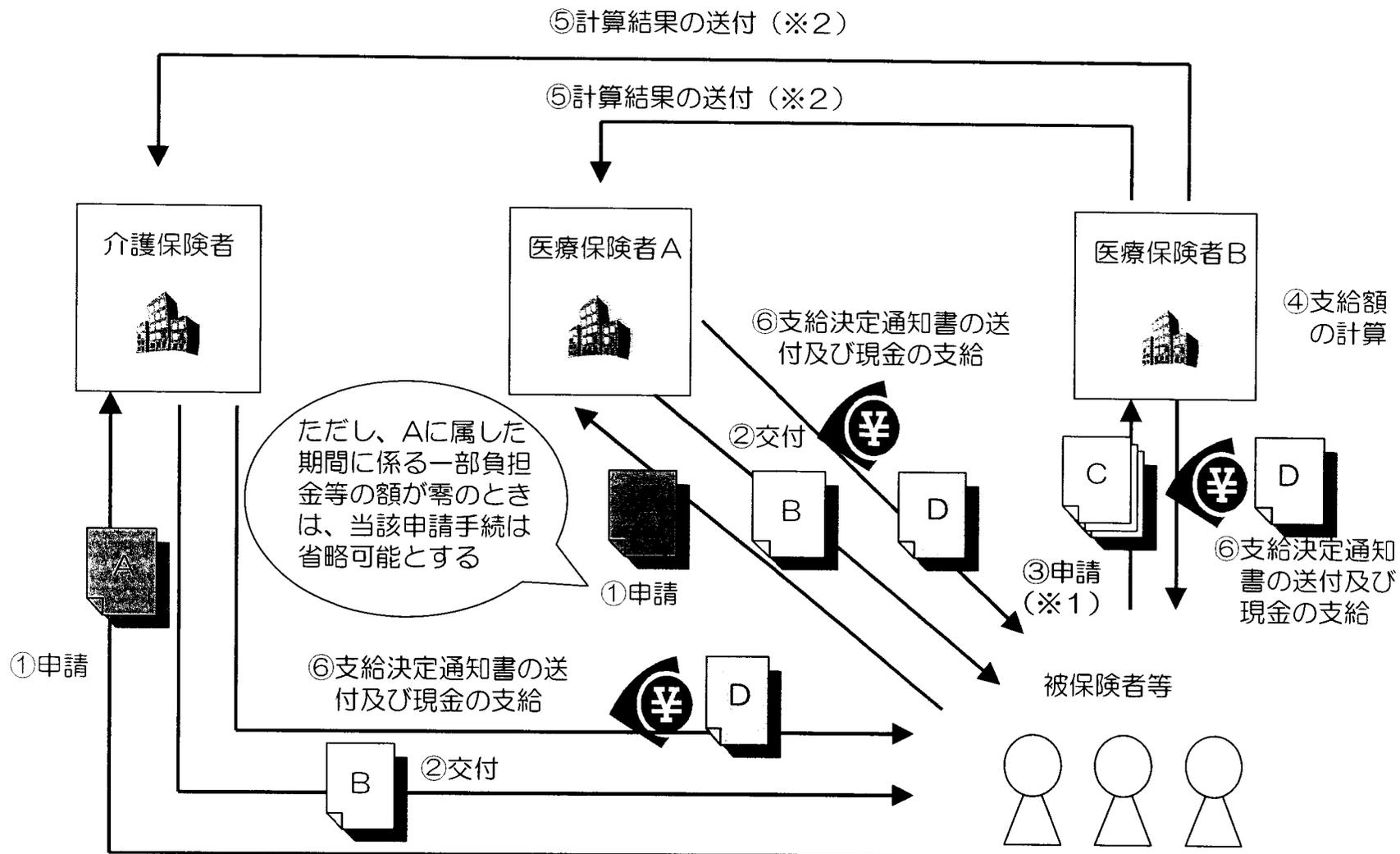
支給に係る事務手続の流れについて

1. 計算期間（毎年8月1日～翌年7月31日）内に加入している保険者に変更がない場合



(※) 計算期間の末日（7月31日）以後1年の間に、医療保険者から「⑤計算結果の送付」がない場合には、介護保険者は、申請者に連絡をとることにより、①の申請は取り下げられたものとみなすことができる。

2. 計算期間（毎年8月1日～翌年7月31日）内に加入している保険者に変更があった場合
例。被保険者等は7月31日現在、医療保険Bに加入（計算期間内に医療保険をA→Bに変更。）。



- (※1) 被保険者等は、毎年7月31日に加入する医療保険者以外のすべての保険者から、負担額証明書の交付を受ける。支給計算は、毎年7月31日に加入する医療保険者が行うため、被保険者等は自己負担額証明書を添付して、支給申請を行う。また、支給対象期間内に加入介護保険者に異動があった場合も同様に取扱う。
- (※2) 計算期間の末日（7月31日）以後1年の間に、医療保険者Bから「⑤計算結果の送付」がない場合には、医療保険者A及び介護保険者は、申請者に連絡をとることにより、①の申請は取り下げられたものとみなすことができる。

全国老人医療主管課(部)長及び国民健康保険主管課(部)長並びに
後期高齢者医療広域連合事務局長会議

説明資料

(特定健診関連・病床転換助成金)

2007年8月6日

保険局総務課
医療費適正化対策推進室

特定健康診査・特定保健指導の 実施体制の確立に向けて

1. 特定健康診査等実施計画の策定
2. 集合契約等の推進(協力)
3. 他の健診との連携

1. 特定健康診査等実施計画の策定スケジュール

①計画策定に向けた事前整理(平成18年度中)

	②目標値の設定	③実施方法の検討・スケジュール作成	④原案や⑦案の作成	⑤費用等の検討	⑥保健指導体制の整備	⑧承認手続(国保における予算・保険料率等の承認)
4月	H24年度の目標値の設定	H20~24年度各年度の目標値設定	①②に基づく対象者数の推計	直接実施、委託実施(集団契約・個別契約)の判断	年間スケジュール案作成	対象者(特に被扶養者)への周知・案内の方法
5月						
6月	H24年度の目標値の設定	H20~24年度各年度の目標値設定	①②に基づく対象者数の推計	直接実施、委託実施(集団契約・個別契約)の判断	年間スケジュール案作成	対象者(特に被扶養者)への周知・案内の方法
7月						
8月	都道府県からの照会への報告・適宜調整	年間スケジュール案作成	他の健診データの受領方法	①~③を基に実施計画の原案作成	他の保険者への委託の申込、個別契約する場合の委託先の決定	自己負担率、上限設定の決定
9月						
10月	都道府県からの照会への報告・適宜調整	年間スケジュール案作成	他の健診データの受領方法	①~③を基に実施計画の原案作成	他の保険者への委託の申込、個別契約する場合の委託先の決定	自己負担率、上限設定の決定
11月						
12月	都道府県からの照会への報告・適宜調整	年間スケジュール案作成	他の健診データの受領方法	①~③を基に実施計画の原案作成	他の保険者への委託の申込、個別契約する場合の委託先の決定	自己負担率、上限設定の決定
1月						
2月	都道府県からの照会への報告・適宜調整	年間スケジュール案作成	他の健診データの受領方法	①~③を基に実施計画の原案作成	他の保険者への委託の申込、個別契約する場合の委託先の決定	自己負担率、上限設定の決定
3月						

従事予定スタッフの研修参加
専門スタッフの採用準備等

国保の場合
必要な費用及びその内訳を算出
保険料率の設定

理事会や運営協議会での手続
市町村議会での予算承認

⑨特定健診等実施計画の公表(平成20年4月初旬)

参考：実施計画策定における医療保険者の主な作業工程(詳細)

①計画策定に向けた事前整理(平成18年度中)

- * 40歳以上74歳以下の対象者の年齢構成(市町村国保においては75歳以上も)
- * 対象者の居住地(被扶養者は不明でも可)
- * 健診の過去の受診状況(受診者数、受診場所)

} 次ページ

②目標値の設定

- * 国が示す参酌標準に即して5年後の平成24年度における目標値を設定(平成19年6月までをメドに)
- * 特定健診・特定保健指導の実施率については、平成24年度の目標値到達までの平成20年度から24年度までの各年度における目標値を設定(平成19年7月までをメドに)
- * 関係都道府県の照会に対し上記目標値を報告し、都道府県の求めに応じ、適宜調整(平成19年8月～10月メド)

③実施方法の整理

- * ①②に基づく対象者数の推計(平成19年4月～6月)
- * 直接実施、委託(集合契約・個別契約)等の判断(平成19年4月～8月)
- * 他の保険者へ委託する場合の申し込み、健診・保健指導機関へ委託する場合の委託先の決定(平成19年9月～12月)
- * 対象者(特に被扶養者)への周知・案内の方法(平成19年8月～9月)
- * 他の健診データの受領方法(平成19年8月～9月)
- * 毎年度の実施スケジュールの作成(平成19年7月～8月)、等

④上記①～③を基に(その他の必須記載事項も含めて)、特定健診等実施計画の原案作成(平成19年7月～9月)

⑤費用等の検討

- * 自己負担率、上限設定(必要があれば)の決定(平成19年10月～12月)
- * 公費による助成予定の内容及び各健診機関等の単価(他の保険者への委託の場合を含む。)を踏まえ、必要な費用及びその内訳を算出(平成20年1月～2月 ※国保の場合は平成19年11月～12月)
- * 保険料率の設定(平成20年1月～2月 ※国保の場合は平成19年11月～12月)

⑥保険者自身により特定保健指導を実施する場合はその体制の整備(研修の実施、非常勤の保健師・管理栄養士の採用準備、ステーション作り等)。(平成19年6月頃～平成20年3月)

⑦特定健診等実施計画案の策定(平成20年1月～2月)

⑧承認手続き(国保における予算・保険料率等の承認)

- * 理事会や運営協議会での手続き(平成20年1月～2月)
- * 市町村議会での承認(平成20年2月～3月)

⑨特定健診等実施計画の公表(平成20年4月初旬)

項目	内容	趣旨
40歳以上74歳以下の加入者の年齢構成(市町村国保においては75歳以上も)	<p>具体的には、5歳刻み、男女別。</p> <p>被用者保険にあっては、被保険者本人と被扶養者の数を分けて把握しておく。</p>	<p>保健指導対象者数を推計し、費用見込み等を算出するため。</p>
加入者の居住地(被扶養者は不明でも可)	<p>①集合的な契約形態による健診を基本として提供する場合 ○原則として、市町村ごとに居住する加入者数を把握しておく。ただし、被扶養者については不要(*)。</p> <p>②被扶養者について個別契約形態による健診も提供する場合 ○原則として、市町村ごとに居住する加入者数を把握しておく。被扶養者についても個別の健診委託契約の締結に必要な範囲で把握する。</p> <p>※市町村国保の場合は、住基による把握が行われているので、ことさらに作業は不要</p>	<p>どの地域(市町村)で何人程度に対応できる受診体制を整える必要があるのかを検討する際に用いる。</p>
健診の過去の受診状況(受診者数、受診場所)	<p>健診の過去の受診状況(ただし、可能な範囲で)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診率(受診者数/受診対象者数) ・実施方法 ・受診場所、等 <p>※目標とする受診率の起点を定めるために、現状の受診者数等がわかった方が望ましいが、現状がわからなくても目標設定は可能なので、把握が難しい場合は不明でも可</p>	<p>健診の受診率(特に各年度の受診率)の目標を設定する際に用いる。</p>
今後の受診場所の希望	<p>基本的に不要(集合的な契約形態を活用する場合は、基本的に全国をカバーするので、そもそも不要。そうでない場合も居住地がわかれば不要であるため)。</p> <p>ただし、被用者保険において、集合的な契約形態を活用せずに個別契約形態や直営形態のみで被扶養者への健診を提供する場合で、被扶養者の希望する受診場所とのズレはない、という確信が持てない時は、アンケート等により被扶養者の希望を把握する。</p>	<p>どの地域(市町村)で何人程度に対応できる受診体制を整える必要があるのかを検討する際に用いる。</p>

* 被扶養者の住所は、平成18年度の作業としては不要であるが、特定健診の案内や受診券の送付の際に用いることを予定している保険者においては、極力把握するよう努める必要がある。

参考：特定健康診査等基本指針

- 各保険者が、特定健康診査等実施計画を作成するにあたり、必要な情報を取りまとめた指針。
- 実施計画そのものは、②③を参考に作成し、①は③を記述する上で留意すべき点のみに絞って整理

①特定健診・特定保健指導の実施方法

②実施計画にて設定する目標値

③実施計画に記載すべき事項

第一 背景及び趣旨
第二 特定健康診査等の実施方法に関する基本的な事項 <ul style="list-style-type: none">一 特定健康診査の実施方法に関する基本的な事項<ul style="list-style-type: none">1 特定健康診査の基本的考え方2 特定健康診査の実施に係る留意事項3 事業者等が行う健康診断との関係二 特定保健指導の実施方法に関する基本的な事項<ul style="list-style-type: none">1 特定保健指導の基本的考え方2 特定保健指導の実施に係る留意事項3 事業者等が行う保健指導との関係三 特定健康診査等の実施における個人情報の保護
第三 特定健康診査等の実施及びその成果に係る目標に関する基本的な事項 <ul style="list-style-type: none">一 特定健康診査の実施に係る目標二 特定保健指導の実施に係る目標三 特定健康診査等の実施の成果に係る目標
第四 特定健康診査等実施計画の作成に関する重要事項 <ul style="list-style-type: none">一 達成しようとする目標二 特定健康診査等の対象者数に関する事項三 特定健康診査等の実施方法に関する事項四 個人情報の保護に関する事項五 特定健康診査等実施計画の公表及び周知に関する事項六 特定健康診査等実施計画の評価及び見直しに関する事項七 その他特定健康診査等の円滑な実施を確保するために保険者が必要と認める事項

必要な範囲で(目標設定や実施方法の検討に)、簡潔に

その他、必要に応じ

各保険者の現状調査
(一部はH18年度済)

背景・現状等(各保険者の特徴や分布等)

特定健康診査等の実施における基本的な考え方

序文(はじめに)

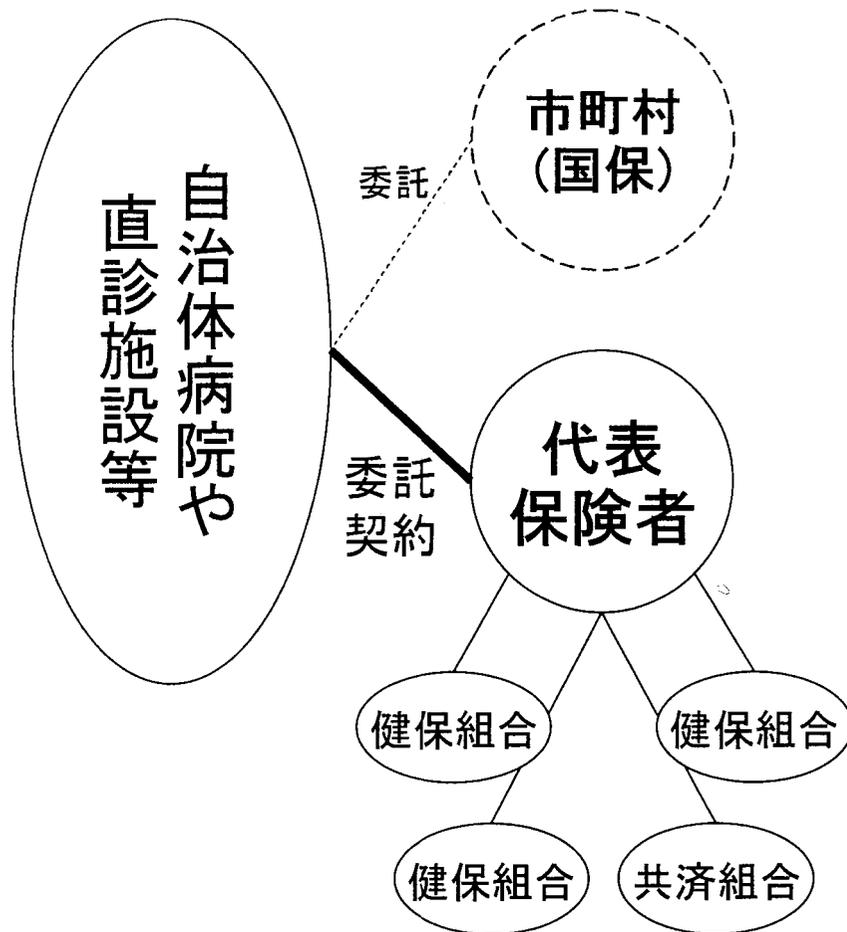
- ・メタボ概念の導入
- ・特定健診とは
- ・実施の目的 等々

法19条	特定健康診査等基本指針	記載すべき事項	主に定めるべき内容
第2項 第二号	第四の一	▶達成しようとする目標	<ul style="list-style-type: none"> ● 特定健康診査の実施率、特定保健指導の実施率及びメタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率に係る目標
第2項 第一号	第四の二	特定健康診査等の対象者数	<ul style="list-style-type: none"> ● 特定健康診査等の対象者数(事業主健診の受診者等を除外した保険者として実施すべき数)の見込み(計画期間中の各年度の見込み数)を推計 <p>※健診対象者数は保険者として実施する数の把握になるが、保健指導対象者数を推計するためには、保険者で実施せず他からデータを受領する数の把握も必要。</p>
	第四の三	▶特定健康診査等の実施方法	<ul style="list-style-type: none"> ● 実施場所、実施項目、実施時期あるいは期間 ● 外部委託の有無や契約形態、外部委託先の選定に当たつての考え方、代行機関の利用 ● 周知や案内(受診券や利用券の送付等)の方法 ● 事業主健診等他の健診受診者の健診データを、データ保有者から受領する方法 ● 特定保健指導の対象者の抽出(重点化)の方法 ● 実施に関する毎年度の年間スケジュール、等
第2項 第三号	第四の四	個人情報保護	<ul style="list-style-type: none"> ● 健診・保健指導データの保管方法や保管体制、保管等における外部委託の有無、等
第3項	第四の五	特定健康診査等実施計画の公表・周知	<ul style="list-style-type: none"> ● 広報誌やホームページへの掲載等による公表や、その他周知の方法 ● 特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法
第2項 第三号	第四の六	特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	<ul style="list-style-type: none"> ● 評価結果(進捗・達成状況等)や、その後の状況変化等に基づく計画の見直しに関する考え方
	第四の七	その他、特定健康診査等の円滑な実施を確保するために保険者が必要と認める事項	

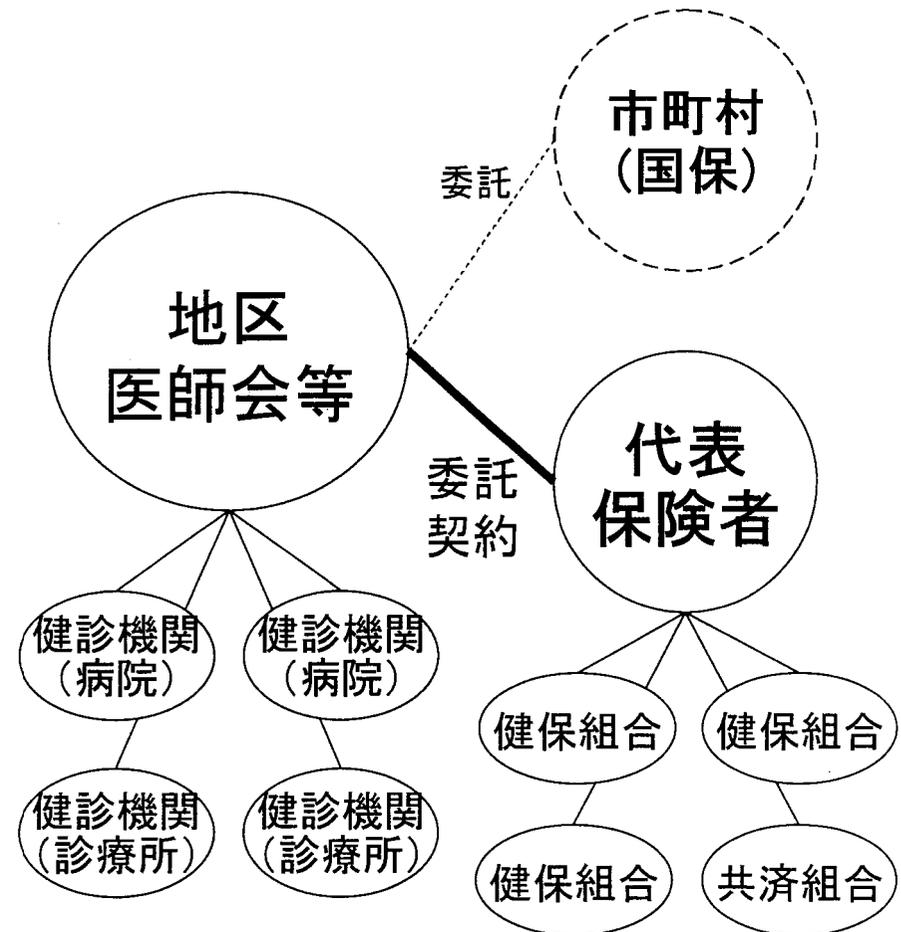
2. 集合契約 (被用者保険の被扶養者の特定健診・保健指導の実施形態)

被用者保険は、被扶養者が地元で健診を受けられるよう、市町村(国保)が実施する枠組みを活用

【国保が直診等で実施する場合】



【国保が、地区医師会等に委託する場合】



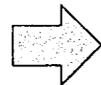
被用者保険の地元での健診等の実施体制づくり

- 住民健診(老人保健法の基本健康診査)は、平成20年度から特定健診・保健指導に変わり、医療保険者が加入者に実施するものとなるため、市町村は、国保担当部署が国保被保険者にのみ健診等を実施することになる。
- 健保等被用者保険の加入者が、平成20年度以降も引き続き、地元で受診できるよう(市町村に苦情が殺到する恐れあり)、市町村(国保)の実施体制に、被用者保険も参加する仕組みが必要。

市町村(国保)が、直診施設等で直接特定健診等を行う場合
市町村(国保)が、地区医師会等に委託して特定健診等を実施する場合



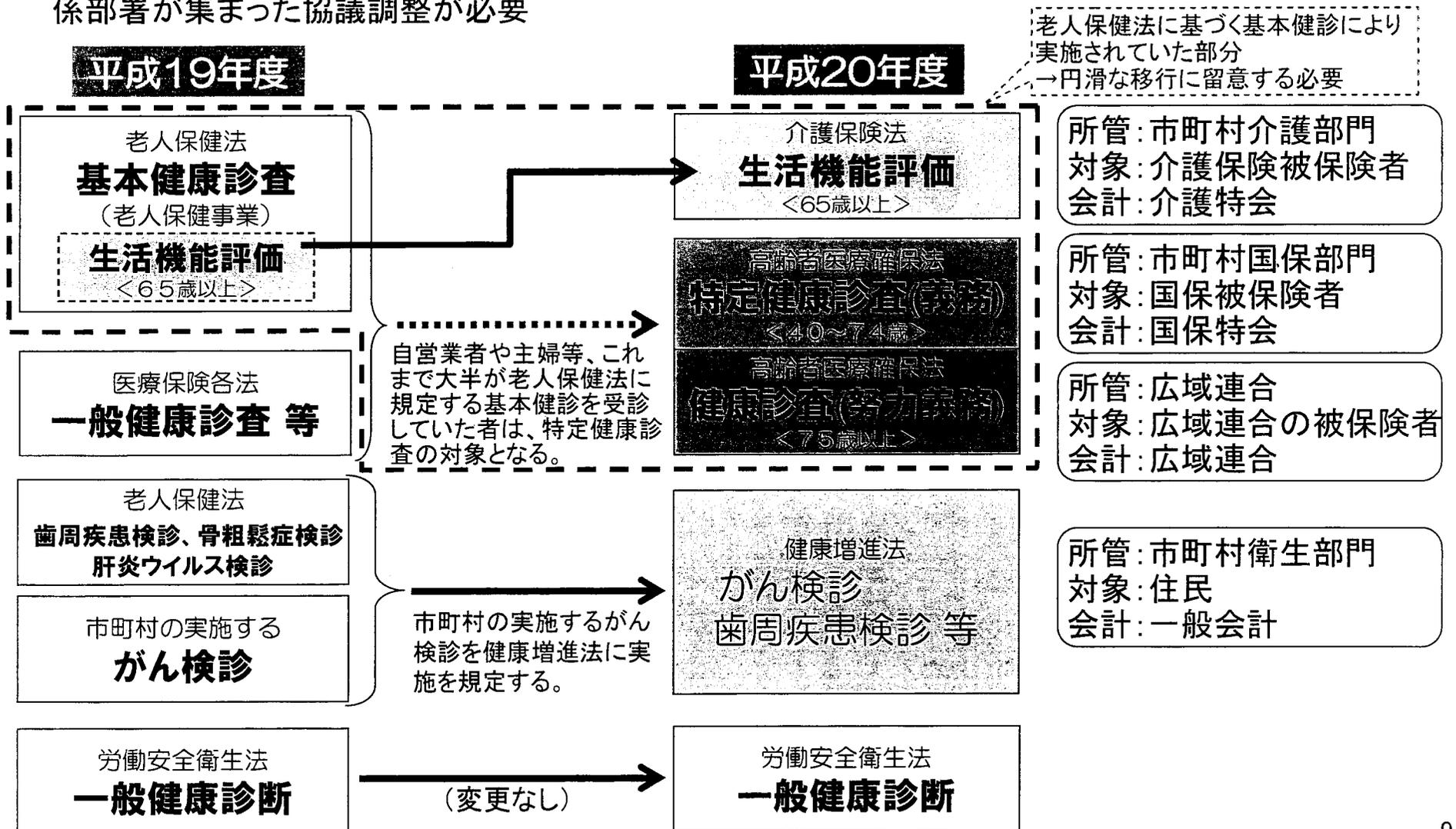
被用者保険は、直診施設等と委託契約。
市町村(国保)の契約と同じ条件(単価・内容)で、被用者保険と地区医師会等が契約 市町村(国保)は、保険者協議会を通じ、必要な支援(情報提供・取次ぎ等)を行う。



- この仕組みの成立に向け、市町村(国保)は、平成20年度からの特定健診・保健指導実施方法(委託の有無、委託する場合の委託予定先等)を早急に固め、被用者保険側(保険者協議会)にお知らせする必要がある。
- 現時点で、実施体制が未定の市町村(国保)が少ないこと、被用者保険への配慮まで考えられていないケースが多いことから、住民である被用者保険の加入者も同じ取扱ができるよう、市町村(国保)の協力・支援が必要。

3. 各種健診の連携

- 市町村が行う各種の健診は、平成20年度から、実施責任者と実施対象者が以下のように分かれるが、対象者が何度も受診するような不便を避け、受診率を高めるため、案内の共通化や同時実施等、市町村の部門間連携が重要。
- 併せて、市町村内の健診業務の実施体制(人員配置・予算要求・事務処理体制等)についても、関係部署が集まった協議調整が必要

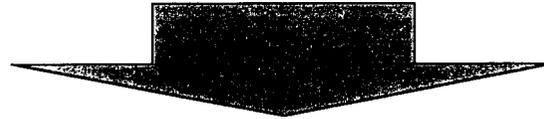


参考：契約の考え方

- 現在、市町村と地区医師会等との各種健診の契約では、健診の種類（老人保健法の基本健康診査や、骨粗しょう症検診、肝炎ウイルス検査、生活機能評価、各種がん検診等）別に、契約書を締結しておらず、全ての健診を一本の契約書で対応している市町村が少なくない。
- H20年度以降は、主に以下の理由から、市町村では、役割別に（国保、衛生、介護で分けて）契約を締結することが適当と考えられる。
 - 国保保険者としての市町村や、一般衛生部門としての市町村等、役割と実施すべき健診項目が明確に分けられる
 - 国保は国保特会、一般衛生は一般会計と、会計が異なり、請求処理も異なることから、透明性を確保するためにも、契約についても明確に分けておくことが適切
- 契約は分けるものの、市町村において、受診者の利便性向上のために各種健診を共同実施することは必要（契約に準じ分離実施する必要はない）。ここで特定健診とその他一般衛生等における健診とを共同実施する場合、被用者保険の被扶養者は、特定健診の受診券を持参すれば、共同実施している健診のうち該当するもの全てを一回で受診可能、既に別途特定健診を受診済であれば一般衛生等特定健診以外の健診のみ受診可能となる。
- 特定健診の集合契約は、市町村の国保部門における契約に準じるが、国保において人間ドック等を行っており、H20以降は特定健診を含んだ人間ドックを実施していく契約を締結する予定となっている等、あまりにも特定健診の項目とかけ離れている場合、集合契約における委託項目は人間ドックになるのではなく、特定健診部分に限定される。

[現状]

市町村内の 担当部署	国保部門	その他の部門(一般衛生・介護等)
健診の種類	人間ドック等	基本健診(老健法) その他の各種健診
契約	一本の契約で全てをカバー(多くの市町村)	
会計	国保特会	一般会計・介護特会等



[H20以降](※人間ドック等も引き続き実施する場合)

市町村内の 担当部署	国保部門	その他の部門(一般衛生・介護等)
健診の種類	人間ドック等 特定健診	その他の各種健診
契約	人間ドック等 特定健診 あるいは 国保としての委託部分	一般衛生・介護等 あるいは 一般衛生 介護 ●●●●
会計	国保特会	一般会計・介護特会等

集合契約における適用部分
(項目・単価が中心)

- 契約や会計は別だが、共同実施は可能
- その場合、市町村は、国保保険者には全ての健診の受診券を、被用者保険の被扶養者には特定健診以外の受診券を発行・送付

事務連絡
平成19年7月10日

各都道府県医療構造改革担当部（局） 御中

厚生労働省保険局総務課
医療費適正化対策推進室

集合契約の成立に向けた準備の推進について（依頼）

厚生労働行政の推進につきましては、平素から格段の御配慮を賜り、厚く御礼申し上げます。

特定健康診査及び特定保健指導については、平成20年度からの実施に向け、各保険者において平成19年度中にその準備を済ませる必要があり、今年度前半のうちには、ある程度実施方法等を固めて頂く様、当室からモデルスケジュールを提示しております。

特に健診・保健指導機関への委託を市町村国保の契約スキームを利用する集合契約によって行う場合には、各都道府県の保険者協議会において、代表保険者を選出して頂くこととなっておりますが、既にご案内の通り、準備状況を加速する必要が生じていることから、これまでにいくつかの調査をお願いしているところです。

このたび、都道府県としての準備の促進だけではなく、各保険者としての準備、そして保険者協議会としての準備の推進が最も重要なことから、去る7月3日に開催されました第8回保険者協議会中央連絡会において、被用者保険の集合契約の成立に向け、委員各自が傘下団体への働きかけなど必要な取組を早急に進めることを申し合わせ、併せて、別添の依頼文（保険者協議会中央連絡会から各都道府県保険者協議会へ発出）に基づき、必要な取組を各都道府県の保険者協議会にお願いすることとなりましたので、お知らせ致します。

なお、別添「集合契約の準備を円滑に進めるために必要となる各主体の取組」に記載されている事項のうち、都道府県の役割としては、ほぼ既にお願している事項ではありますが、積極的に御対応下さいますよう、宜しくお願い致します。

[本件照会先]
医療費適正化対策推進室
（健康調整係長 元村）
TEL：03-3595-2164
FAX：03-3504-1210

平成19年7月10日

各都道府県保険者協議会 御中

保険者協議会中央連絡会

集合契約の成立に向けた準備の推進について（依頼）

保険者協議会の運営につきましては、平素から格段の御配慮を賜り、厚く御礼申し上げます。

特定健康診査及び特定保健指導については、平成20年度からの実施に向け、各保険者において平成19年度中にその準備を済ませる必要があります。今年度前半のうちには、ある程度実施方法等を固めて頂く様、国からモデルスケジュールが提示されております。

特に健診・保健指導機関への委託を市町村国保の契約スキームを利用する集合契約によって行う場合には、各都道府県の保険者協議会において、代表保険者を選出して頂くこととなっておりますが、準備状況が遅れ気味であることから、去る7月3日に開催されました第8回の会議において、被用者保険の集合契約の成立に向け、委員各自が必要な取組を早急に進めることを申し合わせ、併せて、以下の取組を各都道府県の保険者協議会にお願いすることとなりましたので、お知らせ致します。

各都道府県の保険者協議会におかれましては、当方の要請に基づき、積極的に御対応下さいますよう、宜しくお願い致します。

記

保険者協議会中央連絡会は、各都道府県の保険者協議会に対し、以下に示す各自の作業について（併せて別添「集合契約の準備を円滑に進めるために必要となる各主体の取組」の配布を通じて）、協議会関係者（各都道府県内の主な保険者等）に伝えることをはじめ、以下の取組への積極的な対応を要請します。

- 保険者協議会への共済組合の加入を急ぐこと
- 被用者保険の集合契約の成立に向け、代表保険者の選出に関し、関係者を集め、協議を始めること
- 市町村(国保)の実施形態の整理・確定、関係者間での情報共有、委託先による被用者保険の受け入れ準備の促進等、必要な支援・協力を早急に進めること
- 上記作業上の問題点があれば即座に国（厚生労働省医療費適正化対策推進室）に報告する（様式自由）こと

以上

集合契約の準備を円滑に進めるために必要となる各主体の取組

1. 保険者団体(及び保険者)

(1) 共済組合の保険者協議会への参加【共済】

共済組合については、都道府県保険者協議会の構成員の一つとなり、集合契約へ積極的に参加・関与していく必要があるが、構成員となっていない協議会があるようなので、県内各共済組合と調整の上、協議会の臨時開催の依頼、及び参加承認を頂く。

当面必要な取組	①共済組合の保険者協議会への参加状況の管理(把握・整理) ②保険者協議会未参加の共済組合(あるいは支部)の保険者協議会への参加促進
---------	--

(2) 代表保険者選出への積極的関与【健保・共済・政管・国保組合】

被用者保険者の中から、集合契約の成立に不可欠である代表保険者を選出することが必要不可欠であり、保険者協議会での選出作業を加速させる必要がある。健保連・政管健保・各共済組合は、各都道府県の主要な健保組合・地方社会保険事務局・共済組合に対し、代表保険者選出に向けた取組に積極的に参画(むしろリード)するよう、働きかけていく。

併せて、契約に関する代表保険者の事務負担を軽減するための環境整備、すなわち代表保険者以外の保険者の実務面での協力体制が重要であることから、代表保険者にならない場合でも、各保険者(あるいは保険者協議会)が一丸となって取組んでいくよう、関係の各保険者に働きかけていく。

当面必要な取組	①健保連は支部、及び各都道府県の主要な健保組合に対し、代表保険者への立候補、もしくは他の保険者と選出の調整に入るよう、働きかける ②各共済組合は、保険者協議会への参加が済んでいる共済組合(あるいは支部)に対し、代表保険者への立候補、もしくは他の保険者と選出の調整に入るよう、働きかける ③健保連・政管健保・各共済組合・国保組合は、関係の各保険者に対し、代表保険者の事務処理を分担する等、代表保険者の事務処理負担の軽減を図るよう、働きかける
---------	---

(3)被用者保険の被扶養者の地元受診の実現の支援【国保・健保・共済】

被用者保険の被扶養者への特定健診・特定保健指導を、住民として地元市町村で受けられる体制作りとして、市町村国保と同様の形態で実施できるよう、市町村国保は必要な準備を行う。

当面必要な取組	<p>①まず、市町村(国保)は、被保険者に対する特定健診・保健指導の実施体制を早急に固める。その際、住民である被用者保険の被扶養者のことも考慮する</p> <p>②次に、国保中央会は、各都道府県の連合会を通じ、市町村(国保)に対し、被用者保険の集合契約の相手先の確定に向け、必要な支援・協力を早急に進めるよう、要請</p>
---------	---

2. 保険者協議会

(1)各保険者協議会への要請【中央連絡会】

当面必要な取組	<p>①保険者協議会中央連絡会は、被用者保険の集合契約の成立に向け、各自が必要な取組を早急に進めることを申し合わせ(※7/3 済)</p> <p>②保険者協議会中央連絡会は、①を踏まえ、各都道府県の保険者協議会(国保連合会)に対し、以下の取組を要請(※書面にして配布)</p> <ul style="list-style-type: none">○ ①の申し合わせ及び以下の作業について関係者に伝えること○ 共済組合の加入を急ぐこと○ 被用者保険の集合契約の成立に向け、代表保険者の選出に向け、関係者を集め、協議を始めること○ 市町村(国保)の実施形態の整理・確定、関係者間での情報共有、委託先による被用者保険の受け入れ準備の促進等、必要な支援・協力を早急に進めること○ 上記作業上の問題点があれば即座に国(厚生労働省医療費適正化対策推進室)に報告する(様式自由)こと
---------	--

(2)集合契約の成立準備【各保険者協議会】

当面必要な取組	要請に基づき、(1)②に示した作業を実施
---------	----------------------

3. 国(都道府県)

(1)市町村の実施体制の確立に向けた支援【国・都道府県】

特定健診・特定保健指導を、住民が地元市町村で受けられる体制の確立を促進するため、市町村国保の実施形態を調査し、その結果を関係者間で共有する必要がある。

当面必要な取組	<p>①国・都道府県は「特定健康診査及び特定保健指導の実施体制に関する調査」を3回に分けて実施中。</p> <p>②都道府県は、毎回の上記調査結果(実施形態、委託先、単価等)を、保険者協議会を通じ、県内の保険者に迅速に提供する。</p> <p>③都道府県は、上記調査の実施及び結果の分析を通じ、市町村(国保)における実施体制の確立を具体的に指導するほか、被用者保険の集合契約の受け入れ準備を指示</p>
---------	---

(2)委託先候補の紹介【国・都道府県】

集合契約や市町村(国保)における委託先の候補となる、地元市町村をサービスエリアとする健診・保健指導機関に関する情報を調査し、その結果を関係者間で共有する必要がある。

当面必要な取組	<p>①国は、国立保健医療科学院ホームページにて健診・保健指導のアウトソーシング先調査を7月下旬に実施し、その情報を即時に公開する。</p> <p>②都道府県は、保健福祉部門等で関連サービス機関(特に健診機関)のリスト等を保有している場合は、リスト等を保険者協議会に提供する。</p> <p>③都道府県は、①②から各機関に対し、「運営についての重要事項に関する規程の概要」ホームページの作成や、9月頃からの支払基金への機関番号取得申請を幅広く呼びかける。</p>
---------	---

(3)保険者協議会等の支援【国・都道府県】

集合契約の成立に向けた調整の場である保険者協議会において、着実に進むよう調査し、その結果を関係者間で共有する必要がある。

当面必要な取組	<p>①国は、7月から、厚生局(医療構造改革推進官)を通じ、保険者協議会への関与・支援のほか、被用者保険の代表保険者選定を促進・支援する。</p> <p>②都道府県は、7月から、保険者協議会における集合契約の成立に向けた準備状況を随時進捗管理し、遅れている場合は指導する。</p>
---------	--

4. 共通

(1)進捗管理【全員】

保険者団体及び国（厚生局・都道府県）は、1～3に示した各自の役割を着実に果たすため、それぞれの取組についての進捗状況を管理し、それぞれ、保険者協議会中央連絡会にて定期的に報告する。

保険者協議会中央連絡会は、進捗管理のため、当面は月1回以上の頻度で開催することとする。

当面必要な取組	<p>①国は、厚生局（医療構造改革推進官）を通じ、ヒアリング等により定期的に管内の状況の報告を求める。</p> <p>②都道府県は、保険者協議会における集合契約の成立に向けた準備状況を随時進捗管理し、毎月末に国に報告する。</p> <p>③健保連・政管健保・各共済組合・国保組合は、各支部や関係の保険者等から、各都道府県における代表保険者等の選定状況について定期的に報告を受け、未決定の都道府県支部や関係の保険者等への働きかけを行う。</p>
---------	---

(2)課題の早期解決【国】

保険者及び保険者協議会等、集合契約の成立に向けた取組の中で課題等がある場合は、迅速に対処・解決していく必要がある。

当面必要な取組	<p>①保険者団体や保険者、厚生局や都道府県は、各自の取組の過程で生じた課題等については、その状況等を整理の上、即座に国（厚生労働省医療費適正化対策推進室）に直接報告する。</p> <p>②報告を受けた国（厚生労働省医療費適正化対策推進室）は、詳細を確認の上、必要な対応策を検討し、関係者に通知する。</p>
---------	--

以上

集合契約の成立に向けた進捗状況管理調査(第1回)

平成19年7月20日時点

都道府県	4月～6月				7月	
	①平成19年度保険者協議会の開催	②共済組合を構成員とすることについての協議及び決定	③代表保険者選定についての協議開始	④「特定健康診査及び特定保健指導の実施体制に関する調査(1回目)」結果を都道府県から入手し関係者間で共有・周知	⑤集合契約に参加する保険者(都道府県内)の仮設定	⑥代表保険者の選定、中央連絡会及び他県保険者協議会への周知
北海道	○	○	×(8月末)	○	×	×(9月中)
青森県	○	○	×	×	×	×
岩手県	×(7/24)	△(7/24)	×(7/24予定)	○	×(8月中)	×(8月中)
宮城県	8月末	○	8月末	○	8月末	8月末
秋田県	×(8月下旬まで)	△(8月下旬まで)	×(8月下旬まで)	△(8月下旬まで)	×(8月下旬まで)	×(8月下旬まで)
山形県	○	△	△	×	×	×
福島県	○	○	△(8月下旬)	×(8月下旬)	×	×
茨城県	○	○	△	×	×	×
栃木県	○	○	○	△(8月)	△	×(9月)
群馬県	×(7/24)	○	×	○	×	×
埼玉県	×(9～10月)	△(9～10月)	×	△	×	×
千葉県	○	○	×	×	×	×
東京都	○	×(8月上旬)	○	×	×(9月末)	×(9月末)
神奈川県	○	○	×	○	×(7月下旬)	×
山梨県	○	○	○	○	△(8月下旬まで)	△(8月下旬まで)
新潟県	○	○	○	○	△(7月末)	×(8月末まで)
長野県	○	○	×(8月末予定)	○	×(8月末予定)	○
静岡県	○	○	○	○	△	×
富山県	○	○	○	○	△	×(8月下旬まで)
石川県	○	○	○	×(7月19日)	×(7月下旬)	×(8月中旬)
岐阜県	○	○	○	○	×	×(8月中旬まで)
愛知県	×(8/8(予定))	○	×(8/8(予定))	×(8/8(予定))	×(8/8(予定))	×(8/8(予定))
三重県	○	○	×(7/31)	×(7/31)	×	×
福井県	△(9月まで)	○	×(9月まで)	△	△(9月まで)	△(9月中旬まで)
滋賀県	○	○	×	○	×	(8月下旬見込み)
京都府	○	△(8月中)	△(8月中)	○	△(8月中)	△(8月中)
大阪府	×(8月(予定))	×	×(8月(予定))	×	×	×
兵庫県	○	×	○	○	×	×
奈良県	○	○	○	○	△(9月～10月)	×(9月～10月)
和歌山県	○	△	○	○	△(8月下旬まで)	×(8月下旬まで)
鳥取県	○	○	△	○	×	×
島根県	○	○	△(8月)	○	×(8月)	×
岡山県	○	○	△	×(なし)	×	×
広島県	○	○	×(8月下旬)	○	×(8月下旬)	×(8月下旬)
山口県	×(8/1)	○	×(8/1)	△(8/1)	×	×
徳島県	○	○	○	○	○	△(8月下旬まで)
香川県	○	○	○	○	△(8月)	×(8月)
愛媛県	○	○	×	×(7月末まで)	×	×
高知県	○	○	△(8月中旬)	○	○	×(8月中旬)
福岡県	○	○	○	○	△(9～10月)	△(9～10月)
佐賀県	○	○	×(8月頃)	○	×(10月頃)	×(11月頃)
長崎県	○	○	○	○	△(8月中)	△(11月下旬)
熊本県	○	○	△(9月中)	○	×(9月中)	×(9月以降)
大分県	△	○	△	○	(8月下旬まで)	(9月上旬まで)
宮崎県	○	○	×	○	△	×(8月中旬まで)
鹿児島県	○	○	×	○	×(8月末まで)	×(8月末まで)
沖縄県	×(7月末まで)	○(H20、4月)	×(7月末)	×	×(8月)	×(8月)

(注)・実施済みであれば「○」、実施中であれば「△」、未実施であれば「×」

・()については完了予定時期

病床転換助成事業について

※各都道府県医療構造改革担当部局(各都道府県における当室との窓口)が、本日臨席されている国保主管課(部)でない場合は、本資料を該当する部局へお渡し頂き、本日の内容をお伝え願います。

病床転換助成金（政令部分）

前期高齢者納付金等及び後期高齢者医療の国庫負担金の算定等に関する政令
附則第5条～第8条（新設）

- 病床転換助成事業（病院等の開設者が行う病床の転換（病床を減少させるとともに介護保険施設の新設又は増設により病床の減少数に相当する数の範囲内において入所定員を増加させること）に要する費用を助成する事業）の終期を平成25年3月31日とすること。
- 病床転換助成事業に要する費用の額の総額を定める率を、当該年度におけるすべての後期高齢者医療広域連合の療養の給付等に要する費用の額の予想額の総額の0.25%とすること。
- 病床転換助成事業に要する費用に対する国の交付金の額を、各都道府県につき、当該年度における病床転換助成事業に要する費用の額の27分の10に相当する額とすること。
- 病床転換助成事業に要する費用に対する支払基金の交付金の額を、各都道府県につき、当該年度における病床転換助成事業に要する費用の額の27分の12に相当する額とすること。

病床転換助成金（省令部分）

高齢者の医療の確保に関する法律による保険者の前期高齢者交付金等の額の算定等に関する省令
附則第5条～第7条

- 病床転換助成事業の対象となる保険医療機関の開設者は、次に掲げる者とする。
 - ① 医療法（昭和23年法律第205号）第39条第2項に規定する医療法人
 - ② 医療法第7条の規定により病院又は診療所の開設の許可を受けた者（①に該当する者を除く。）
 - ③ 医療法第8条の規定により、診療所の開設の届出をした者

- 病床転換助成事業の対象となる病床の転換に係る病床の種別は、次に掲げる病床とする。
 - ① 医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床
 - ② 前号に掲げるもののほか、医療の効率的な提供の推進のために病床の転換が必要と認められる病床

- 病床転換助成事業の対象となる病床の転換に係る転換先となる施設は、軽費老人ホームその他の厚生労働大臣が定めるものとする。

病床転換助成事業(医療保険財源を活用した整備費助成)

(1) 条件

- 療養病床等の長期入院病床を老人保健施設又は居住系サービス施設等に転換すること。
- 改修、新築とも可。新築の場合、同じ老人保健福祉圏域内であれば、別の場所でも可。
- 転換対象となる病床(案)
 - ① 療養病床、 ② 入院している患者の年齢構成、医療の提供の状況等を考慮して療養病床の転換と一体的に取り扱う方が適当と認められる病床 等
- 転換先となる施設(案)
 - ① 老人保健施設、 ② ケアハウス、
 - ③ 有料老人ホーム(居室が原則個室、床面積が概ね13㎡以上、利用者負担第3段階以下の者でも入居可能な居室を確保しているものに限る。)、
 - ④ 特別養護老人ホーム及び併設されるショートステイ用居室、
 - ⑤ 認知症高齢者グループホーム、 ⑥ 小規模多機能型居宅介護事業所、
 - ⑦ 生活支援ハウス(離島振興法等に基づくものに限る。)、
 - ⑧ 高齢者専用賃貸住宅のうち一定の要件を満たすもの

(2) 財源

- 事業実施主体：都道府県
- 費用負担割合：国：都道府県：保険者(病床転換支援金等)＝10：5：12

(3)補助単価(検討中)

- 老健局「地域介護・福祉空間整備等交付金」の先進的事業支援特例交付金、ならびに医政局「医療提供体制施設整備交付金」の医療施設近代化設備と同額とする方向で検討中。

	補助基準単価 (1床あたり)	国(10/27)	都道府県(5/27)	保険者(12/27) (病床転換支援金等)
創設・新設	1,000千円	370千円	185千円	445千円
改築	1,200千円	445千円	222千円	533千円
改修	500千円	185千円	93千円	222千円

老健局

	交付基準単価
創設	1,000千円
改築	1,200千円
改修	500千円

医政局

	交付単価
新築	1,000千円
改築	1,200千円
改修	500千円

(4) 手続き

- 平成19年度以降、毎年度、各都道府県は、県内の医療療養病床等を有する医療機関等から、病床転換の意向聴取を行い、翌年度における予定転換数を把握する。
- 厚生労働省は、各都道府県が把握した数字を集計し、政令で定めた給付費に対する上限比率(0.25%)の範囲内にあるかどうかを確認する。
- 各都道府県は、厚生労働大臣と協議して、病床転換助成事業に要する費用の額を定める。
- 厚生労働省は、費用額を社会保険診療報酬支払基金に伝え、基金において保険者からの病床転換支援金の徴収及び都道府県への交付を行う。

(5) 主なスケジュール ※詳細はスケジュール(次ページ)参照

- 国の交付要綱(案)を作成(9月頃を目途)
- 国の交付要綱(案)を受けて、各都道府県における交付要綱(案)を作成(10月頃を目途)
- 交付要綱(案)の作成と並行し、各都道府県において、平成20年度の予算化(11月頃まで)
 - ◆ 補助単価(検討中)に、想定転換数(意向調査等も含め総合的に判断)を乗じる
 - ◆ 予算化の過程で、47都道府県の総額が国の予算と整合性が取れるよう、協議調整

病床転換支援事業の財源構成の考え方

○ 後期高齢者医療制度における費用負担割合

以下の負担割合を基本としつつ、高齢者の保険料は含めないこととする。

(理由)

医療の面のみで見れば、高齢者の多い療養病床の削減は、高齢者にとって、保険料の低減になる一方で、給付の削減につながることから、そのための費用として高齢者の保険料は充てない。

公費 5割	国 4 (全体の1/3)	地方 : 2 (全体の1/6)
高齢者の保険料 1割	後期高齢者医療支援金(仮称)(若年者の保険料) 4割(全体の2/5)	

※なお、地方の負担については、

- ①事業の実施主体が都道府県であること(市町村から都道府県への助成は一般的ではないこと)
- ②入院者は通常広域にわたることから、市町村が受ける医療費削減効果に応じた費用負担ルールを定めることが難しいこと
などから、都道府県のみにおいて行う。

○ 各費用負担主体の負担割合の考え方

高齢者保険料分を国、都道府県、保険者(被用者保険・国保)に割り振り、後期高齢者医療制度における負担割合にしたがって負担

⇒ 国:都道府県:保険者(被用者保険・国保) = 1/3:1/6:2/5 = 10:5:12

療養病床の再編成に関する全体スケジュール

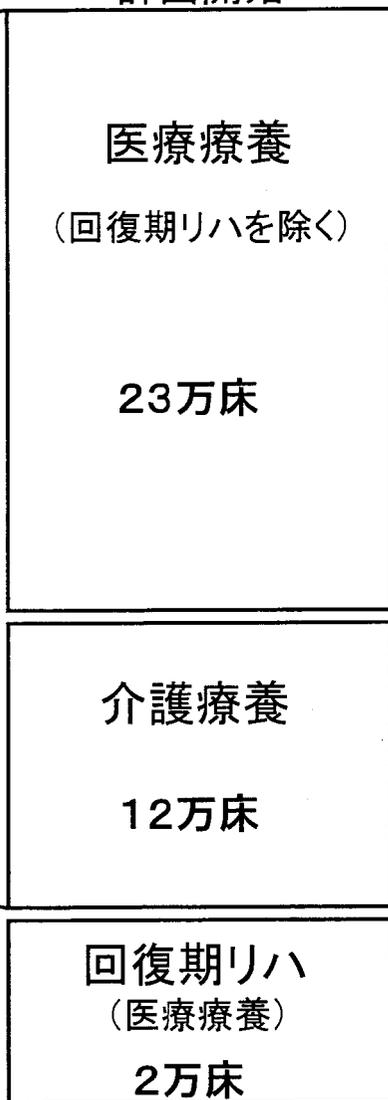
	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
医療費適正化計画			← 第1期 →				← 第2期 →		
病床転換助成事業			← →				← - - - - - →		
介護保険移行準備病棟	→								
診療報酬	改定		改定		改定		改定		改定 県別特例
介護保険事業支援計画	← 第3期 →		← 第4期 →			← 第5期 →			
地域介護・福祉空間 整備等交付金(病床転換 係るもの)	→								
経過型介護療養型 医療施設	→								
介護報酬	改定			改定			改定		

各都道府県の療養病床の目標数(平成24年度)(案)

平成20年度
第1期医療費適正化
計画開始

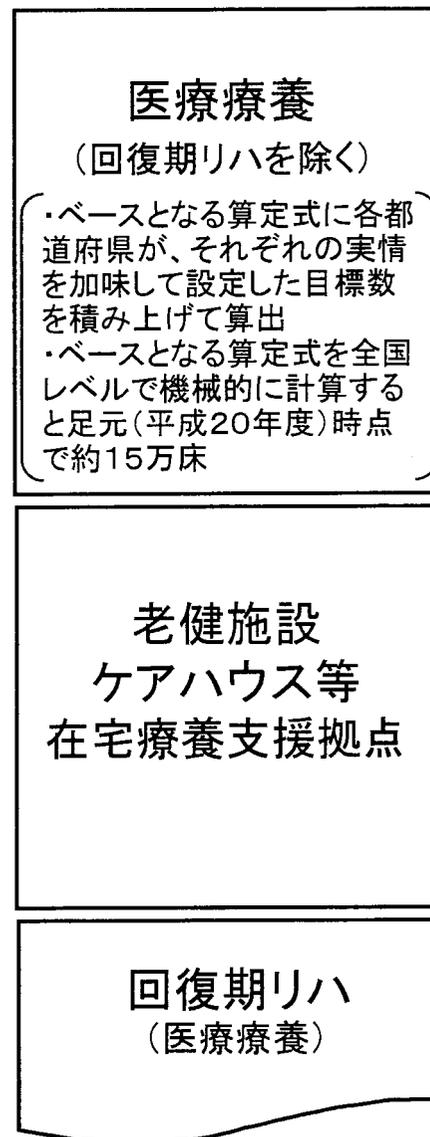
平成24年度
第1期終了

回復期リハを除く
療養病床
35万床
(平成18年度)



医療の
高い
必要性

医療の
低い
必要性



※病床数は全国ベース

高齢者の医療の確保に関する法律(抄)

附 則

(病床転換助成事業)

第二条 都道府県は、政令で定める日までの間、当該都道府県における医療費適正化を推進するため、当該都道府県の区域内にある保険医療機関(医療法人その他の厚生労働省令で定める者が開設するものに限る。)に対し、当該保険医療機関である病院又は診療所の開設者が行う病床の転換(医療法第七條第二項各号に掲げる病床の種別のうち厚生労働省令で定めるものの病床数を減少させるとともに、介護保険法第八條第二十二項に規定する介護保険施設(同法第四十八條第一項第三号に規定する指定介護療養型医療施設を除く。)その他厚生労働省令で定める施設について新設又は増設により、病床の減少数に相当する数の範囲内において入所定員を増加させることをいう。以下同じ。)に要する費用を助成する事業(以下「病床転換助成事業」という。)を行うものとする。

(病床転換助成事業の費用の額の決定)

- 第三条 都道府県知事は、病床転換助成事業に要する費用の額を定めようとするときは、あらかじめ、厚生労働大臣に協議し、その同意を得なければならない。
- 2 厚生労働大臣は、前項の規定による協議をするに際しては、各都道府県における病床転換助成事業に要する費用の額の総額が、当該年度におけるすべての後期高齢者医療広域連合の療養の給付等に要する費用の額の予想額の総額に、すべての都道府県における病床の転換の見込み及びそれに要する費用の予想額等を勘案して政令で定める率を乗じて得た額を超えないよう調整するものとする。
- 3 厚生労働大臣は、都道府県が病床転換助成事業に要する費用の額を定めたときは、支払基金に対し、その金額を通知しなければならない。

(費用の支弁)

第四条 都道府県は、病床転換助成事業に要する費用及び当該事業に関する事務の執行に要する費用を支弁する。

(国の交付金)

第五条 国は、政令で定めるところにより、都道府県に対し、病床転換助成事業に要する費用の額の二十七分の十に相当する額を交付する。

(病床転換助成交付金)

第六条 都道府県が附則第四条の規定により支弁する費用の二十七分の十二に相当する額については、政令で定めるところにより、支払基金が当該都道府県に対して交付する病床転換助成交付金をもつて充てる。

2 前項の病床転換助成交付金は、次条第一項の規定により支払基金が徴収する病床転換支援金をもつて充てる。

(病床転換支援金の徴収及び納付義務)

第七条 支払基金は、附則第十一条第一項に規定する業務及び当該業務に関する事務の処理に要する費用に充てるため、年度ごとに、保険者から病床転換支援金及び病床転換助成関係事務費拠出金(以下「病床転換支援金等」という。)を徴収する。

2 保険者は、病床転換支援金等を納付する義務を負う。

(病床転換支援金の額)

第八条 前条第一項の規定により各保険者から徴収する病床転換支援金の額は、当該年度における病床転換助成事業に要する費用の二十七分の十二に相当する額を、厚生労働省令で定めるところにより算定した当該年度におけるすべての保険者に係る加入者の見込総数で除して得た額に、厚生労働省令で定めるところにより算定した当該年度における当該保険者に係る加入者の見込数を乗じて得た額とする。

(病床転換助成関係事務費拠出金の額)

第九条 附則第七条第一項の規定により各保険者から徴収する病床転換助成関係事務費拠出金の額は、厚生労働省令で定めるところにより、当該年度における附則第十一条第一項に規定する支払基金の業務に関する事務の処理に要する費用の見込額を基礎として、各保険者に係る加入者の見込数に応じ、厚生労働省令で定めるところにより算定した額とする。

(中略)

(病床転換助成事業に係る支払基金の業務)

第十一条 支払基金は、第百三十九条第一項に掲げる業務のほか、保険者から病床転換支援金等を徴収し、都道府県に対し病床転換助成交付金を交付する業務及びこれに附帯する業務を行う。

全国老人医療・国民健康保険主管課（部）長及び
後期高齢者医療広域連合事務局長会議

《保険局国民健康保険課説明資料》

平成19年 8月 6日

国民健康保険課 全国会議資料

1. 改正項目	1
○ 施行令・算定政令 主要改正項目	
○ 関係省令 主要改正項目	
2. 平成20年度以降の国民健康保険料関係	4
○ 平成20年度以降の国民健康保険料の賦課基準(概要)	
○ 国保保険料算定ワークシート	
○ 後期高齢者医療制度の創設に伴う国保保険料における 配慮について	
① 低所得者に対する軽減についての配慮	
② 世帯割で賦課される保険料の軽減について	
③ (条例減免)被扶養者であった者の保険料軽減について	
○ 制度改正スケジュール(国保保険料関係)	
○ 国保保険料の緩和措置に関する賦課方法について	
○ 国保保険料(税)の特別徴収の導入を任意とする 保険者について	
○ 国保保険料(税)の特別徴収を任意とすることができる 被保険者について	
3. 70歳以上「現役並み所得者」の判定に係る経過措置について	31
4. 国民年金の未納者に対する国保短期被保険者証の活用について	39
5. 市町村国保の特定健診・特定保健指導の実施体制等について	43
6. 事業者健診を受けた場合の健診データの取得等について	47
7. 特定健診・特定保健指導のデータ管理について	55

1. 改正項目

施行令・算定政令 主要改正項目

1. 国民健康保険料の算定方法に関する改正

- 後期高齢者支援金等賦課額の創設
- 基礎賦課額の算定方法の改正(前期高齢者納付金等の納付に要する費用等に関する改正)
- その他(2割軽減の職権適用)

2. 後期高齢者医療制度の創設に伴う、国民健康保険の保険料における軽減措置

- 世帯別平等割額半額世帯に関する軽減制度
- 保険料軽減の算定基準となる所得の判定単位に関する見直し
- 後期高齢者医療制度の創設に伴い、国保被保険者となる元被用者保険被扶養者に対する保険料減免

3. 70歳以上の現役並み所得者の判定及び高額療養費の所得区分の判定

- 平成20年4月～7月の経過措置
- 平成20年8月～平成22年7月の経過措置

4. 国民健康保険料の特別徴収に関する改正

2

5. 高額療養費の自己負担限度額の見直し(各制度共通)

6. 高額医療・高額介護合算療養費制度の創設に関する改正(各制度共通)

7. 後期高齢者医療制度及び前期高齢者の財政調整制度の創設に伴う所要の改正

- 国保組合の積立金の算定
- 事務費負担金、療養給付費等負担金、調整交付金、都道府県調整交付金、保険財政共同安定化事業交付金、高額医療費共同事業交付金等の算定

8. 退職者医療制度の廃止に伴う経過措置

- 国保運営協議会の被用者保険等保険者代表委員に関する経過措置
- 退職被保険者等に係る保険料の算定及び療養給付費等交付金、療養給付費等拠出金に関する経過措置

9. 病床転換支援金の納付に要する費用の負担に関する経過措置

- 保険料等に関する読替規定
- 国庫負担、療養給付費等拠出金等に関する読替規定

10. 老人保健拠出金の精算に関する経過措置

11. その他

- 特定健診等費用に係る国庫負担金

関係省令 主要改正項目

1. 国民健康保険料の特別徴収に関する改正

2. 高額医療・高額介護合算療養費制度の創設に関する改正（各制度共通）

3. 後期高齢者医療制度及び前期高齢者の財政調整制度の創設に伴う所要の改正

- 事務費負担金、療養給付費等負担金、調整交付金、都道府県調整交付金、保険財政共同安定化事業交付金、高額医療費共同事業交付金等の算定に関する改正
- 市町村の特別会計の事業勘定の歳入歳出項目
- 後期高齢者となる者に対する資格喪失届の省略 等

4. 退職者医療制度の廃止に伴う経過措置

- 退職者医療制度の廃止に伴う経過措置（読替規定等）
- 療養給付費等交付金、療養給付費等拠出金に関する経過措置

5. 世帯別平等割額半額世帯の軽減等、新たな保険料軽減等の措置に伴う旧国保被保険者に関する手続の整備

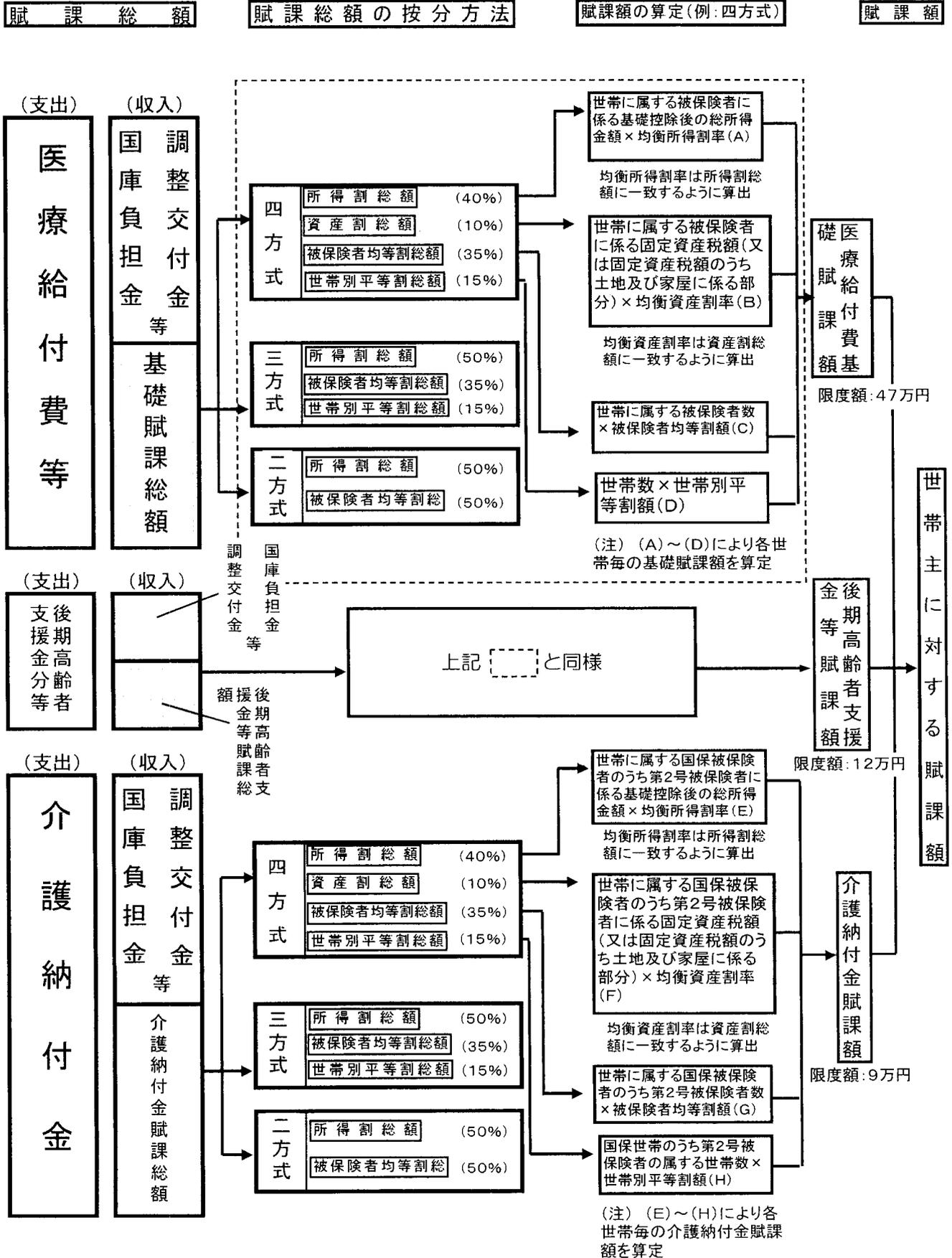
- 旧国保被保険者の資格喪失・資格取得時の世帯主の届出 等

6. その他

- 老人保健制度の廃止に伴う、老人保健法の規定による医療を受けることができる者に関する手続規定の削除等
- 被保険者証、被保険者資格証明書、高齢受給者証、特定疾病療養受療証、限度額適用認定証、標準負担額減額認定証等各種様式の改正
- 職員が携帯する証明書様式について、写真、氏名等付記する改正（各制度共通）

2. 平成20年度以降の国民健康保険料関係

国民健康保険料の賦課基準(概要)



国保保険料算定ワークシート

1. 本ワークシートの目的

平成20年度における国保保険料(一般被保険者分)の賦課総額算出の考え方を示します。

2. 今後の作業

本ワークシートを参考にして、賦課総額を算出後、9月上旬に国保中央会から出される『保険料(税)適正算定マニュアル』を利用し、実際の保険料率、所得階層別世帯人員別の平均保険料額等を算出していただきたいと考えております。当該マニュアルについては、国保中央会のホームページからダウンロードすることができます。詳細については同ホームページをご覧ください。

3. ワークシート一覧

- 一般被保険者に係る基礎賦課総額の算定(参考例)
- 一般被保険者に係る後期高齢者支援金等賦課総額の算定(参考例)
- シート1 給付費試算(11ヶ月分)(参考例)
- シート2 (老人保健拠出金、特定健診・特定保健指導に要する費用等)
- シート3 (保険財政共同安定化事業・高額医療費共同事業拠出金等)
- シート3 (参考①~④)(保険財政共同安定化事業基準拠出対象額)
- シート4 (前期高齢者交付金)
- シート5 (退職被保険者等に係る老人医療費拠出金相当額等)
- シート6 (保険財政共同安定化事業・高額医療費共同事業交付金等)
- シート7 (後期高齢者支援金等の納付に要する費用の額等)
- シート8 (退職被保険者等に係る後期高齢者支援金等相当額)
- 参考 (参考値の算出方法等)

一般被保険者に係る基礎賦課総額の算定(参考例)

平成20年度の賦課総額(あらい試算)													
歳 出	保険給付費(食事療養費等含む) ※1	千円	← シート1の①										
	前期高齢者交付金に係る事務費拠出金 ※2	千円	← シート2の①										
	老人医療費拠出金 ※3	千円	← シート2の②										
	特定健診・保健指導に要する費用	千円	← シート2の③										
	その他保健事業に要する費用	千円											
	保険財政共同安定化事業・高額医療費共同事業拠出金 ※4 (注)	千円	← シート3の①										
	その他事業費 ※5	千円											
	歳出計 (I)	千円											
歳 入	療養給付費等負担金 ※6	千円											
	調整交付金	千円											
	都道府県調整交付金	千円											
	前期高齢者交付金	千円	← シート4の①										
	退職被保険者等に係る老人医療費拠出金及び前期高齢者交付金相当額	千円	← シート5の①										
	特定健診等に係る国及び都道府県負担金	千円	← シート5の②										
	一般会計繰入金 ※7	千円											
	保険財政共同安定化事業・高額医療費共同事業交付金等 ※8 (注)	千円	← シート6の①										
その他収入	千円												
歳入計 (II)	千円												
差 引	保険料収納必要額 (I - II)	千円											
	賦課総額 (保険料収納必要額 ÷ 収納予定率)	千円											
応能・応益 按分	均等割総額	千円	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>収納予定率</td><td></td></tr> <tr><td>均等割率</td><td></td></tr> <tr><td>平等割率</td><td></td></tr> <tr><td>資産割率</td><td></td></tr> <tr><td>所得割率</td><td></td></tr> </table>	収納予定率		均等割率		平等割率		資産割率		所得割率	
	収納予定率												
	均等割率												
	平等割率												
資産割率													
所得割率													
平等割総額	千円												
資産割総額	千円												
所得割総額	千円												
一般世帯 の状況	一般被保険者	人											
	一般世帯数	世帯											
	有効総所得金額	千円											
保険料率	均等割	円											
	平等割	円											
	資産割	円											
	所得割	率											

(注)各市町村の保険財政共同安定化事業、高額医療費共同事業の拠出金及び交付金の額については、各都道府県連合会において、所要の係数等を含め、改めてお示しする予定。(スケジュールについては特別徴収の保険料算定に必要な時期までにお示しできるよう、現在、国保中央会と調整中)

※1 保険給付費は、H20年3月分とH20年4月分～H21年2月分(11ヶ月)の合算額

※2 前期高齢者加入率が全被保険者の前期高齢者加入率より高い場合は交付金となり、低い場合は納付金となる。市町村国保では、ほぼすべてが交付金となるため、納付金に関しては省略

※3 老人医療費拠出金は、H20年3月分老人医療費拠出金、H18年度老人医療費拠出金精算金とH20年3月分老人医療費拠出金に係る事務費拠出金の合算額

※4 保険財政共同安定化事業・高額医療費共同事業拠出金は、保険財政共同安定化事業拠出金、高額医療費共同事業拠出金、保険財政共同安定化事業事務費拠出金と高額医療費共同事業事務費拠出金の合算額

※5 出産一時金、葬祭費(後期高齢者分は除く)等

※6 療養給付費等負担金については、保険給付費から基盤安定繰入金の2分の1に相当する額、前期高齢者交付金と退職被保険者等に係る前期高齢者交付金を差し引いた額に、34%を乗じた額。

※7 基盤安定繰入金以外の法定繰入分

※8 保険財政共同安定化事業・高額医療費共同事業交付金等は、保険財政共同安定化事業交付金、高額医療費共同安定化事業交付金の合算額と国・都道府県の高額医療費共同事業負担金

一般被保険者に係る後期高齢者支援金等賦課総額の算定(参考例)

平成20年度の賦課総額(あらい試算)		
歳出	後期高齢者支援金等の納付に要する費用の額 ※	千円
	歳出計 (I)	千円
歳入	療養給付費負担金	千円
	調整交付金	千円
	都道府県調整交付金	千円
	退職被保険者等に係る後期高齢者支援金等相当額	千円
	一般会計繰入金	千円
	その他収入	千円
	歳入計 (II)	千円
差引	保険料収納必要額 (I - II)	千円
	賦課総額 (保険料収納必要額 ÷ 収納予定率)	千円
応能・応益 按分	均等割総額	千円
	平等割総額	千円
	資産割総額	千円
	所得割総額	千円
一般世帯 の状況	一般被保険者	人
	一般世帯数	世帯
	有効総所得金額	千円
保険料率	均等割	円
	平等割	円
	資産割	円
	所得割	率

← シート7の①

← シート8の①

収納予定率	
-------	--

均等割率	
平等割率	
資産割率	
所得割率	

※ 後期高齢者支援金等の納付に要する費用の額は、後期高齢者支援金、病床転換支援金と後期高齢者支援金に係る事務費拠出金の合算額

平成20年度の給付費試算(11ヶ月分)(参考例)

2割負担の0～2歳の給付率を入力

3～69歳の給付率を入力

3割負担の3～69歳の給付率の値と1割負担の70～74歳の給付率の値の平均値を入力(単純平均値)

※ H18年度決算の数値を使用し、負担区分ごと(0～2歳、3～69歳、70～74歳)の全体医療費金額、全体給付費をもとに計算していくことを前提として試算例を示している。

区分	年齢階層	1人当医療費試算	1人当医療費	給付費試算	給付率	1人当給付費	H20/人員	給付費(円)	伸び率(倍)※5	補正後給付費(円)
一般	0～2歳			H18年度給付率	※1					
	3～6歳	0～2歳1人当医療費×0.51(階層差)※2		3割→2割補正						
	7～64歳	3～69歳1人当医療費-(3～6+65～69)※3		H18年度給付率	※1					
	65～69歳	70～74歳1人当医療費×0.71(階層差)※4		H18年度給付率						
	70～74歳			1割→2割補正						
	65～74歳計	再掲								
計										A

各自治体独自に算出した伸び率を入力

$$A \times 11/12 = \text{H20年度分給付費(11ヶ月)}$$

H20年3月分給付費

+

H20年度分給付費(11ヶ月)

=

保険給付費 ①

※1 H18年度給付率は、H18年度全体給付費(決算値)÷H18年度全体医療費(決算値)で算出。

※2 階層差0.51は、0～2歳から3～6歳を推計するための率。3～6歳の全国平均1人当たり医療費÷0～2歳の全国平均1人当たり医療費で算出。

※3 7～64歳は、3～69歳の総医療費から7歳未満65歳以上の推計医療費を差し引き、人数で割り戻す。

※4 階層差0.71は、70～74歳から65～69歳を推計するための率。65～69歳の全国平均1人当たり医療費÷70～74歳の全国平均1人当たり医療費で算出。

※5 H19年度からH20年度への伸び率は、過去3年の伸び率等を使用する等、各保険者において実績を勘案した伸び率を使用すること。

一般被保険者に係る基礎賦課総額の算定・計算式の概要(歳出分)

1. 前期高齢者交付金に係る事務費拠出金

前期高齢者に係る 事務費拠出金単価(円)	×	0~74歳の被保険者数(人)	=	前期高齢者交付金に係る 事務費拠出金(円)
13.7(注1)				①

注1: H19年度保険者の拠出金の額の算定に関する諸係数、支払基金事務費単価を代用

2. 老人医療費拠出金

H20年3月分概算老人医療費拠出 金(円)	+	H18年度老人医療費拠出精算金 (円)	+	H20年3月分老人医療費拠出金 に係る事務費拠出金(円)	=	老人医療費拠出金(円)
A		B		C		②

(1) H20年3月分概算老人医療費拠出金分

H20年3月分概算老人医療費拠出 金(円)
A

(2) H18年度老人医療費拠出金精算分

H18年度確定老人医療費拠出 金(円)	-	H18年度概算老人医療費拠出 金(円)	+	H18年度確定老人医療費拠出 金(円)	-	H18年度概算老人医療費拠出 金(円)	×	調整金額の算定率	=	H18年度老人医療費拠出精算金 (円)
				調整金額				0.019766(注2)		B

注2: H19年度保険者の拠出金の額の算定に関する諸係数、調整金額の算定率を代用

(3) H20年3月分老人医療費拠出金に係る事務費拠出金

老人医療費拠出金に係る 事務費拠出金単価(円)	×	総被保険者数(人)	×	1/12	=	H20年3月分老人医療費拠出 金に係る事務費拠出金(円)
13.7(注1)						C

3. 特定健診・特定保健指導に要する費用

特定健診に要する費用(円)	+	特定保健指導に要する費用(40 ~64歳)(円)	+	特定保健指導に要する費用(65 ~74歳)(円)	=	特定健診・保健指導に要する費 用(円)
A		B		C		③

(1) 特定健診に要する費用

H20年度単価(円)	×	健診対象者見込数(人)	×	受診予定率	×	給付率	=	特定健診に要する費用(円)
(40~64歳分) (65~74歳分)						(非課税世帯に属する者) 0.9 (課税世帯に属する者) 0.7		A

(2) 特定保健指導に要する費用(40~64歳)

H20年度単価(円)	×	健診対象者見込数(40~64歳) (人)	×	受診予定率	×	給付率	×	保健指導対象者率(%)	×	保健指導実施率	=	特定保健指導に要する費用(40 ~64歳)(円)
動機付け支援 積極的支援						(非課税世帯に属する者) 0.9 (課税世帯に属する者) 0.7		0.110 0.152				B

(3) 特定保健指導に要する費用(65~74歳)

H20年度単価(円)	×	健診対象者見込数(65~74歳) (人)	×	受診予定率	×	給付率	×	保健指導対象者率(%)	×	保健指導実施率	=	特定保健指導に要する費用(65 ~74歳)(円)
動機付け支援						(非課税世帯に属する者) 0.9 (課税世帯に属する者) 0.7		0.210				C

(凡例)

は、全制度を通じて算出される値である。確定値ではなく、平成20年度予算概算要求時の数値で計算し直し、改めてお示しする予定(9月中旬頃)。

は、各保険者ごとに算出される値。

一般被保険者に係る基礎賦課総額の算定・計算式の概要(歳出分)

1. 保険財政共同安定化事業・高額医療費共同事業拠出金

※ 保険財政共同安定化事業、高額医療費共同事業拠出金の額については、各都道府県連合会において、所要の係数等を含め、改めてお示しする予定。

※ 国民健康保険の高額医療費共同事業及び保険財政共同安定化事業について、65歳未満の被保険者の療養の給付等に要する費用の額及び前期高齢被保険者の療養の給付等に要する費用の額に前期高齢者の財政調整制度を考慮する。

保険財政共同安定化事業拠出金 (円) A	+	高額医療費共同事業拠出金(円) B	+	保険財政共同安定化事業事務費拠出金(円) C	+	高額医療費共同事業事務費拠出金(円) D	=	保険財政共同安定化事業・高額共同事業拠出金(円) ①
----------------------------	---	----------------------	---	---------------------------	---	-------------------------	---	-------------------------------

(1) 保険財政共同安定化事業拠出金

$$\left[i \times \frac{1}{2} \times (ii + iii + iv) \div \frac{\text{各都道府県内のすべての市町村の } ii + iii + iv}{\text{各都道府県内のすべての市町村の平成18年度の各月末における0~74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数}} \right] + \left[i \times \frac{1}{2} \times \frac{\text{各都道府県内のすべての市町村の平成18年度の各月末における0~74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数}}{\text{各都道府県内のすべての市町村の平成18年度の各月末における0~74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数の合計}} \right] = \text{保険財政共同安定化事業拠出金(円) A}$$

┓ ※ i ~ ivの算出については、シート3(参考①)、シート3(参考②)を参照

(2) 高額医療費共同事業拠出金

$$v \times \left[\frac{(vi + vii + viii)}{\text{各都道府県内のすべての市町村の } vi + vii + viii}} \right] = \text{高額医療費共同事業拠出金(円) B}$$

※ v ~ viiiの算出については、シート3(参考③)、シート3(参考④)を参照

(3) 保険財政共同安定化事業事務費拠出金

当該年度における連合会の保険財政共同安定化事業に関する事務の処理に要する費用の見込額(円)	×	平成18年度の各月末における0~74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数	÷	各都道府県内のすべての市町村の平成18年度の各月末における0~74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数	=	保険財政共同安定化事業事務費拠出金(円) C
---	---	---	---	--	---	---------------------------

(4) 高額医療費共同事業事務費拠出金

当該年度における連合会の高額医療費共同事業に関する事務の処理に要する費用の見込額(円)	×	平成18年度の各月末における0~74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数	÷	各都道府県内のすべての市町村の平成18年度の各月末における0~74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数	=	高額医療費共同事業事務費拠出金(円) D
---	---	---	---	--	---	-------------------------

(凡例)

□ は、全制度を通じて算出される値である。確定値ではなく、平成20年度予算概算要求時の数値で計算し直し、改めてお示しする予定(9月中旬頃)。

□ は、各都道府県連合会において示される値である。

(参考) 保険財政共同安定化事業基準拠出対象額

※ 保険財政共同安定化事業、高額医療費共同事業拠出金の額については、各都道府県連合会において、所要の係数等を含め、改めてお示しする予定。

i 平成20年度 保険財政共同安定化事業基準拠出対象額

平成20年1月～3月の被保険者(75歳以上の被保険者及び65歳未満の退職被保険者等を除く。)に係る療養に係る費用の額が30万円を超えるものの8万円から80万円未満の部分の合算額(円)	-	療養に係る費用の額が30万円を超えるものの8万円から80万円未満の部分の65～74歳の被保険者1人当たりの額(円)(平成19年度)	×	平成19年度の各月末における0～74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数(人)	÷	平成19年度の各月末における0～74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数(人)	-	全保険者の前期高齢者加入割合(平成19年度)	×	3/12			
+		療養に係る費用の額が30万円を超えるものの8万円から80万円未満の部分の65～74歳の被保険者1人当たりの額(円)(平成20年度)	×	平成20年度の各月末における一般被保険者数の合計数(人)	÷	平成20年度の各月末における65～74歳の被保険者数の合計数(人)	-	全保険者の前期高齢者加入割合(平成20年度)	×	9/12			
									0.124	×	59/100	=	保険財政共同安定化事業基準拠出対象額(円)(平成20年度)

12 ii 平成16年度 保険財政共同安定化事業基準拠出対象額

平成16年1月～12月の被保険者(75歳以上の被保険者及び65歳未満の退職被保険者等を除く。)に係る療養に係る費用の額が30万円を超えるものの8万円から80万円未満の部分の合算額(円)	-	療養に係る費用の額が30万円を超えるものの8万円から80万円未満の部分の65～74歳の被保険者1人当たりの額(円)(平成15年度)	×	平成15年度の各月末における0～74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数(人)	÷	平成15年度の各月末における0～74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数(人)	-	全保険者の前期高齢者加入割合(平成15年度)	×	3/12			
+		療養に係る費用の額が30万円を超えるものの8万円から80万円未満の部分の65～74歳の被保険者1人当たりの額(円)(平成16年度)	×	平成16年度の各月末における0～74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数(人)	÷	平成16年度の各月末における65～74歳の被保険者数の合計数(人)	-	全保険者の前期高齢者加入割合(平成16年度)	×	9/12			
									0.124	×	59/100	=	保険財政共同安定化事業基準拠出対象額(円)(平成16年度)

iii 平成17年度 保険財政共同安定化事業基準拠出対象額

平成17年1月～12月の被保険者(75歳以上の被保険者及び65歳未満の退職被保険者等を除く。)に係る療養に係る費用の額が30万円を超えるものの8万円から80万円未満の部分の合算額(円)	-	×	×	÷	-	全保険者の前期高齢者加入割合(平成16年度)	} × 3/12
	療養に係る費用の額が30万円を超えるものの8万円から80万円未満の部分の65～74歳の被保険者1人当たりの額(円)(平成16年度)	平成16年度の各月末における0～74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数(人)	平成16年度の各月末における65～74歳の被保険者数の合計数(人)	平成16年度の各月末における0～74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数(人)	全保険者の前期高齢者加入割合(平成16年度)		
+	×	×	×	÷	-	全保険者の前期高齢者加入割合(平成17年度)	} × 9/12
療養に係る費用の額が30万円を超えるものの8万円から80万円未満の部分の65～74歳の被保険者1人当たりの額(円)(平成17年度)	平成17年度の各月末における0～74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数(人)	平成17年度の各月末における65～74歳の被保険者数の合計数(人)	平成17年度の各月末における0～74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数(人)	全保険者の前期高齢者加入割合(平成17年度)			
						× 59/100 =	保険財政共同安定化事業基準拠出対象額(円)(平成17年度)

iv 平成18年度 保険財政共同安定化事業基準拠出対象額

平成18年1月～12月の療養に係る費用の額が30万円を超えるものの8万円から80万円未満の部分の合算額(円)	-	×	×	÷	-	全保険者の前期高齢者加入割合(平成17年度)	} × 3/12
	療養に係る費用の額が30万円を超えるものの8万円から80万円未満の部分の65～74歳の被保険者1人当たりの額(円)(平成17年度)	平成17年度の各月末における0～74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数(人)	平成17年度の各月末における65～74歳の被保険者数の合計数(人)	平成17年度の各月末における0～74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数(人)	全保険者の前期高齢者加入割合(平成17年度)		
+	×	×	×	÷	-	全保険者の前期高齢者加入割合(平成18年度)	} × 9/12
療養に係る費用の額が30万円を超えるものの8万円から80万円未満の部分の65～74歳の被保険者1人当たりの額(円)(平成18年度)	平成18年度の各月末における0～74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数(人)	平成18年度の各月末における65～74歳の被保険者数の合計数(人)	平成18年度の各月末における0～74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数(人)	全保険者の前期高齢者加入割合(平成18年度)			
						× 59/100 =	保険財政共同安定化事業基準拠出対象額(円)(平成18年度)

(参考) 高額医療費共同事業基準拠出対象額

v 平成20年度 保険財政共同安定化事業基準拠出対象額

平成20年1月～3月の被保険者(75歳以上の被保険者及び65歳未満の退職被保険者等を除く。)に係る療養に係る費用の額が30万円を超えるものの8万円から80万円未満の部分の合算額(円)	+	療養に係る費用の額が80万円を超えるものの当該超える部分の65～74歳の被保険者1人当たりの額(円)(平成19年度)	×	平成19年度の各月末における0～74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数(人)	÷	平成19年度の各月末における0～74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数(人)	-	全被保険者の前期高齢者加入割合(平成19年度)	}	3/12	
+	平成20年4月～12月の一般被保険者に係る療養に係る費用の額が30万円を超えるものの8万円から80万円未満の部分の合算額(円)	+	療養に係る費用の額が80万円を超えるものの当該超える部分の65～74歳の被保険者1人当たりの額(円)(平成20年度)	×	平成20年度の各月末における一般被保険者数の合計数(人)	÷	平成20年度の各月末における65～74歳の被保険者数の合計数(人)	-	全被保険者の前期高齢者加入割合(平成20年度)	}	9/12
										× 59/100 =	
										保険財政共同安定化事業 基準拠出対象額(円) (平成20年度)	

vi 平成16年度 保険財政共同安定化事業基準拠出対象額

平成16年1月～12月の被保険者(75歳以上の被保険者及び65歳未満の退職被保険者等を除く。)に係る療養に係る費用の額が80万円を超えるものの当該超える部分の額の合算額(円)	-	療養に係る費用の額が80万円を超えるものの当該超える部分の65～74歳の被保険者1人当たりの額(円)(平成15年度)	×	平成15年度の各月末における0～74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数(人)	÷	平成15年度の各月末における0～74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数(人)	-	全被保険者の前期高齢者加入割合(平成15年度)	}	3/12	
+	療養に係る費用の額が80万円を超えるものの当該超える部分の65～74歳の被保険者1人当たりの額(円)(平成16年度)	×	平成16年度の各月末における0～74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数(人)	÷	平成16年度の各月末における65～74歳の被保険者数の合計数(人)	-	平成16年度の各月末における0～74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数(人)	-	全被保険者の前期高齢者加入割合(平成16年度)	}	9/12
										× 59/100 =	
										保険財政共同安定化事業 基準拠出対象額(円) (平成16年度)	

vii 平成17年度 保険財政共同安定化事業基準拠出対象額

平成17年1月～12月の被保険者(75歳以上の被保険者及び65歳未満の退職被保険者等を除く。)に係る療養に係る費用の額が80万円を超えるものの当該を超える部分の額の合算額(円)	-	×	×	÷	-	全保険者の前期高齢者加入割合 (平成16年度)	} × 3/12
	療養に係る費用の額が80万円を超えるものの当該を超える部分の65～74歳の被保険者1人当たりの額(円)(平成16年度)	平成16年度の各月末における0～74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数(人)	平成16年度の各月末における65～74歳の被保険者数の合計数(人)	平成16年度の各月末における0～74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数(人)	全保険者の前期高齢者加入割合 (平成16年度)		
+	×	×	×	÷	-	全保険者の前期高齢者加入割合 (平成17年度)	} × 9/12
療養に係る費用の額が80万円を超えるものの当該を超える部分の65～74歳の被保険者1人当たりの額(円)(平成17年度)	平成17年度の各月末における0～74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数(人)	平成17年度の各月末における65～74歳の被保険者数の合計数(人)	平成17年度の各月末における0～74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数(人)	全保険者の前期高齢者加入割合 (平成17年度)			
× 59/100 =						保険財政共同安定化事業 基準拠出対象額(円) (平成17年度)	Ⅳ

viii 平成18年度 保険財政共同安定化事業基準拠出対象額

平成18年1月～12月の被保険者(75歳以上の被保険者及び65歳未満の退職被保険者等を除く。)に係る療養に係る費用の額が80万円を超えるものの当該を超える部分の額の合算額(円)	-	×	×	÷	-	全保険者の前期高齢者加入割合 (平成17年度)	} × 3/12
	療養に係る費用の額が80万円を超えるものの当該を超える部分の65～74歳の被保険者1人当たりの額(円)(平成17年度)	平成17年度の各月末における0～74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数(人)	平成17年度の各月末における65～74歳の被保険者数の合計数(人)	平成17年度の各月末における0～74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数(人)	全保険者の前期高齢者加入割合 (平成17年度)		
+	×	×	×	÷	-	全保険者の前期高齢者加入割合 (平成18年度)	} × 9/12
療養に係る費用の額が80万円を超えるものの当該を超える部分の65～74歳の被保険者1人当たりの額(円)(平成18年度)	平成18年度の各月末における0～74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数(人)	平成18年度の各月末における65～74歳の被保険者数の合計数(人)	平成18年度の各月末における0～74歳の被保険者(65歳未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数(人)	全保険者の前期高齢者加入割合 (平成18年度)			
× 59/100 =						保険財政共同安定化事業 基準拠出対象額(円) (平成18年度)	Ⅳ

一般被保険者に係る基礎賦課総額の算定・計算式の概要(歳入分)

1. 退職被保険者等に係る老人医療費拠出金及び前期高齢者交付金相当額

退職被保険者等に係るH20年3月分老人医療費拠出金相当額(円)	+	退職被保険者等に係る老人医療費拠出精算金相当額(円)	+	退職被保険者等に係る前期高齢者交付金相当額(円)	=	退職被保険者等に係る老人医療費拠出金及び前期高齢者交付金相当額(円)
A		B		C		①

(1) 老人医療費拠出金分

① H20年3月分老人医療費拠出金分

H20年3月分老人医療費拠出金(円)	×	H19年度退職被保険者等0~74歳の被保険者数(人)	÷	H19年度総被保険者数(人)	=	退職被保険者等に係るH20年3月分老人医療費拠出金相当額(円)
						A

② H18年度老人医療費拠出金精算分

H18年度についての確定医療費拠出額(円)	-	H18年度についての概算医療費拠出金額(円)	+	H18年度についての確定医療費拠出額(円)	-	H18年度についての概算医療費拠出金額(円)	×	調整金額の算定率
								0.019766(注1)

注1: H19年度保険者の拠出金の額の算定に関する諸係数、調整金額の算定率を代用

調整金額

17

H18年度退職被保険者等0~74歳の被保険者数(人)	×	H18年度総被保険者数(人)	÷	退職被保険者等に係る老人医療費拠出精算金相当額(円)
				B

(2) 前期高齢者交付金分

前期高齢者1人あたり医療給付費(円)	+	被保険者1人あたり後期高齢者支援金(円)	+	被保険者1人あたり病床転換支援金(円)	×	65~74歳の被保険者数(人)	÷	0~74歳の被保険者数(人)	×	11/12
		40,100		160						
前期高齢者調整対象基準額										
×										
当該保険者の退職被保険者等0~64歳の被保険者数(人)										
÷										
0~74歳の被保険者数(人)										
=										
退職被保険者等に係る前期高齢者交付金相当額(円)										
C										

2. 特定健診に係る国及び都道府県負担金

H20年度補助単価(円)	×	健診対象者見込数(人)	×	受診予定率	×	給付率	×	国・都道府県負担割合	=	特定健診に係る国及び都道府県負担金(円)
(40~64歳分)						(非課税世帯に属する者) 0.9		2/3		②
(65~74歳分)						(課税世帯に属する者) 0.7				

(凡例)

は、全制度を通じて算出される値である。確定値ではなく、平成20年度予算概算要求時の数値で計算し直し、改めてお示しする予定(9月中旬頃)。

は、各保険者ごとに算出される値。

一般被保険者に係る基礎賦課総額の算定・計算式の概要(歳入分)

1. 保険財政共同安定化事業・高額医療費共同事業交付金等

※ 保険財政共同安定化事業・高額医療費共同事業交付金の額については、各都道府県連合会において、所要の係数等を含め、改めてお示しする予定。

※ 国民健康保険の高額医療費共同事業及び保険財政共同安定化事業について、65歳未満の被保険者の療養の給付等に要する費用の額及び前期高齢被保険者の療養の給付等に要する費用の額に前期高齢者の財政調整制度を考慮する。

$$\begin{array}{|c|} \hline \text{保険財政共同安定化事業交付金} \\ \hline \text{(円)} \\ \hline \text{A} \\ \hline \end{array} + \begin{array}{|c|} \hline \text{高額医療費共同安定化事業交付金(円)} \\ \hline \text{B} \\ \hline \end{array} + \begin{array}{|c|} \hline \text{国・県の高額医療費共同事業負担金} \\ \hline \text{(円)} \\ \hline \text{C} \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline \text{保険財政安定化事業・高} \\ \hline \text{額共同事業交付金等} \\ \hline \text{(円)} \\ \hline \text{①} \\ \hline \end{array}$$

(1) 保険財政共同安定化事業交付金

$$\begin{array}{|c|} \hline \text{平成20年1月～3月の被保険者(75歳} \\ \hline \text{以上の被保険者及び65歳未満の退} \\ \hline \text{職被保険者等を除く。)に係る療養に} \\ \hline \text{係る費用の額が30万円を超えるもの} \\ \hline \text{の8万円から80万円未満の部分の合} \\ \hline \text{算額(円)} \\ \hline \text{+} \\ \hline \text{平成20年4月～12月の一般被保険者} \\ \hline \text{に係る療養に係る費用の額が30万円} \\ \hline \text{を超えるもの8万円から80万円未} \\ \hline \text{満の部分の合算額(円)} \\ \hline \end{array} \times \left[\begin{array}{|c|} \hline \text{療養に係る費用の額が30万円を超えるもの8} \\ \hline \text{万円から80万円未満の部分の65～74歳の被保} \\ \hline \text{険者1人当たりの額(円)(平成19年度)} \\ \hline \times \\ \hline \text{平成19年度の各月末における0～74歳} \\ \hline \text{の被保険者(65歳未満の退職被保険者} \\ \hline \text{等を除く。)の数の合計数(人)} \\ \hline \div \\ \hline \text{平成19年度の各月末における65～74歳の被保険者} \\ \hline \text{数の合計数(人)} \\ \hline \div \\ \hline \text{平成19年度の各月末における0～74歳の被保険者(65歳} \\ \hline \text{未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数(人)} \\ \hline \div \\ \hline \text{全保険者の} \\ \hline \text{前期高齢者加入割合} \\ \hline \text{(平成19年度)} \\ \hline \times \\ \hline \text{3/12} \\ \hline \end{array} \right] + \left[\begin{array}{|c|} \hline \text{療養に係る費用の額が30万円を超えるもの8} \\ \hline \text{万円から80万円未満の部分の65～74歳の被保} \\ \hline \text{険者1人当たりの額(円)(平成20年度)} \\ \hline \times \\ \hline \text{平成20年度の各月末における一般被保} \\ \hline \text{険者数の合計数(人)} \\ \hline \times \\ \hline \text{平成20年度の各月末における65～74歳の被保険者} \\ \hline \text{数の合計数(人)} \\ \hline \div \\ \hline \text{平成20年度の各月末における一般被保険者数の合計数} \\ \hline \text{(人)} \\ \hline \div \\ \hline \text{平成20年度の各月末における} \\ \hline \text{一般被保険者数の合計数} \\ \hline \text{(人)} \\ \hline \div \\ \hline \text{全保険者の} \\ \hline \text{前期高齢者加入割合} \\ \hline \text{(平成20年度)} \\ \hline \times \\ \hline \text{9/12} \\ \hline \end{array} \right] \times \frac{59}{100} = \begin{array}{|c|} \hline \text{保険財政共同安定化事} \\ \hline \text{業交付金(円)} \\ \hline \text{A} \\ \hline \end{array}$$

(2) 高額医療費共同安定化事業交付金

$$\begin{array}{|c|} \hline \text{平成20年1月～3月の被保険者(75歳} \\ \hline \text{以上の被保険者及び65歳未満の退} \\ \hline \text{職被保険者等を除く。)に係る療養に} \\ \hline \text{係る費用の額が80万円を超えるもの} \\ \hline \text{の当該を超える部分の合算額(円)} \\ \hline \text{+} \\ \hline \text{平成20年4月～12月の一般被保険者} \\ \hline \text{に係る療養に係る費用の額が80万円} \\ \hline \text{を超えるもの当該を超える部分の合} \\ \hline \text{算額(円)} \\ \hline \end{array} \times \left[\begin{array}{|c|} \hline \text{療養に係る費用の額が80万円を超えるもの当} \\ \hline \text{該を超える部分の65～74歳の被保険者1人当} \\ \hline \text{たりの額(円)(平成19年度)} \\ \hline \times \\ \hline \text{平成19年度の各月末における0～74歳} \\ \hline \text{の被保険者(65歳未満の退職被保険者} \\ \hline \text{等を除く。)の数の合計数(人)} \\ \hline \times \\ \hline \text{平成19年度の各月末における65～74歳の被保険者} \\ \hline \text{数の合計数(人)} \\ \hline \div \\ \hline \text{平成19年度の各月末における0～74歳の被保険者(65歳} \\ \hline \text{未満の退職被保険者等を除く。)の数の合計数(人)} \\ \hline \div \\ \hline \text{全保険者の} \\ \hline \text{前期高齢者加入割合} \\ \hline \text{(平成19年度)} \\ \hline \times \\ \hline \text{3/12} \\ \hline \end{array} \right] + \left[\begin{array}{|c|} \hline \text{療養に係る費用の額が80万円を超えるもの当} \\ \hline \text{該を超える部分の65～74歳の被保険者1人当} \\ \hline \text{たりの額(円)(平成20年度)} \\ \hline \times \\ \hline \text{平成20年度の各月末における一般被保} \\ \hline \text{険者数の合計数(人)} \\ \hline \times \\ \hline \text{平成20年度の各月末における65～74歳の被保険者} \\ \hline \text{数の合計数(人)} \\ \hline \div \\ \hline \text{平成20年度の各月末における一般被保険者数の合計数} \\ \hline \text{(人)} \\ \hline \div \\ \hline \text{平成20年度の各月末における} \\ \hline \text{一般被保険者数の合計数} \\ \hline \text{(人)} \\ \hline \div \\ \hline \text{全保険者の} \\ \hline \text{前期高齢者加入割合} \\ \hline \text{(平成20年度)} \\ \hline \times \\ \hline \text{9/12} \\ \hline \end{array} \right] \times \frac{59}{100} = \begin{array}{|c|} \hline \text{高額医療費共同安定化} \\ \hline \text{事業交付金(円)} \\ \hline \text{B} \\ \hline \end{array}$$

(3) 国・県の高額医療費共同事業負担金

$$\begin{array}{|c|} \hline \text{高額医療費共同事業拠出金(円)} \\ \hline \text{シート3・B} \\ \hline \end{array} \times \frac{1}{2} = \begin{array}{|c|} \hline \text{国・県の高額医療費共同事業負担金} \\ \hline \text{(円)} \\ \hline \text{C} \\ \hline \end{array}$$

(凡例)

は、全制度を通じて算出される値である。確定値ではなく、平成20年度予算概算要求時の数値で計算し直し、改めてお示しする予定(9月中旬頃)。

は、各都道府県連合会において示される値である。

※ シート7は、平成19年4月に厚生労働省と相談の上、全国国民健康保険組合協会が示したものの(若干修正が加えてある)を参考までに提供するものです。

一般被保険者に係る後期高齢者支援金等賦課総額の算定・計算式の概要(歳出分)

1. 後期高齢者支援金等の納付に要する費用の額

後期高齢者支援金(円)		病床転換支援金(円)		後期高齢者支援金に係る事務費 拠出金等(円)		後期高齢者支援金等の納付に 要する費用の額(円)
A	+	B	+	C	=	①

(1) 後期高齢者支援金

被保険者1人あたり 後期高齢者支援金(円)		0~74歳の被保険者数(人)		後期高齢者支援金調整率(注1)		11/12		後期高齢者支援金(円)
40,100	×		×		×		=	A

注1: 後期高齢者支援金調整率は、特定健康診査等の実施及びその成果に係る目標の達成状況等を勘案し、90/100~110/100の範囲内で政令で定めるところにより算定される率。

(2) 病床転換支援金

被保険者1人あたり 病床転換支援金(円)		0~74歳の被保険者数(人)		11/12		病床転換支援金(円)
160	×		×		=	B

(3) 後期高齢者支援金に係る事務費拠出金等

後期高齢者に係る 事務費拠出金単価(円)		0~74歳の被保険者数(人)		11/12		後期高齢者支援金に係る事務 費拠出金(円)
13.7(注2)	×		×		=	C

注2: H19年度保険者の拠出金の額の算定に関する諸係数、支払基金事務費単価を代用

(凡例)

は、全制度を通じて算出される値である。確定値ではなく、平成20年度予算概算要求時の数値で計算し直し、改めてお示しする予定(9月中旬頃)。

は、各保険者ごとに算出される値。

一般被保険者に係る後期高齢者支援金等賦課総額の算定・計算式の概要(歳出分)

1. 退職被保険者等に係る後期高齢者支援金等相当額

退職被保険者等に係る 後期高齢者支援金相当額(円)	+	退職被保険者等に係る 病床転換支援金相当額(円)	=	退職被保険者等に係る 後期高齢者支援金等相当額 (円)
A		B		①

(1) 後期高齢者支援金分

被保険者1人あたり 後期高齢者支援金(円)	×	退職被保険者等被保険者数 (人)	×	後期高齢者支援金調整率	×	11/12	=	退職被保険者等に係る 後期高齢者支援金相当額(円)
40,100					A

(2) 病床転換支援金分

被保険者1人あたり 病床転換支援金(円)	×	退職被保険者等被保険者数 (人)	×	11/12	=	退職被保険者等に係る 病床転換支援金相当額(円)
160					B

20

(凡例)

..... は、全制度を通じて算出される値である。確定値ではなく、平成20年度予算概算要求時の数値で計算し直し、改めてお示しする予定(9月中旬頃)。

..... は、各被保険者ごとに算出される値。

後期高齢者医療制度の創設に伴う国保保険料における配慮について(案)

後期高齢者医療制度の創設に伴って、制度創設時の後期高齢者又は制度創設後に75歳に到達する者が国保から後期高齢者医療制度に移行すること（以下「国保からの移行」という。）があっても、同じ世帯に属する国保被保険者の保険料が従前と同程度となるよう、次のような措置を講じます。（制度創設後に75歳に到達する場合には、継続的な措置となる。）

① 低所得者に対する軽減についての配慮

軽減を受けている世帯について、国保からの移行により世帯の国保被保険者が減少しても、一定期間、従前と同様の軽減措置を受けることができるよう、所要の措置を講じます。

② 世帯割で賦課される保険料の軽減について

国保からの移行により単身世帯となる者について、一定期間、世帯割で賦課される保険料を軽減する措置を講じます。

22

① 低所得に対する軽減についての配慮

(例) 夫婦2人世帯 (夫(世帯主):75歳以上、妻:75歳未満)

2割軽減: [(35万円×世帯に属する被保険者数)+33万円] 以下

【現行制度】

夫、妻ともに国保

35万円×2名+33万円

【20年4月以降】

夫が後期、妻が国保

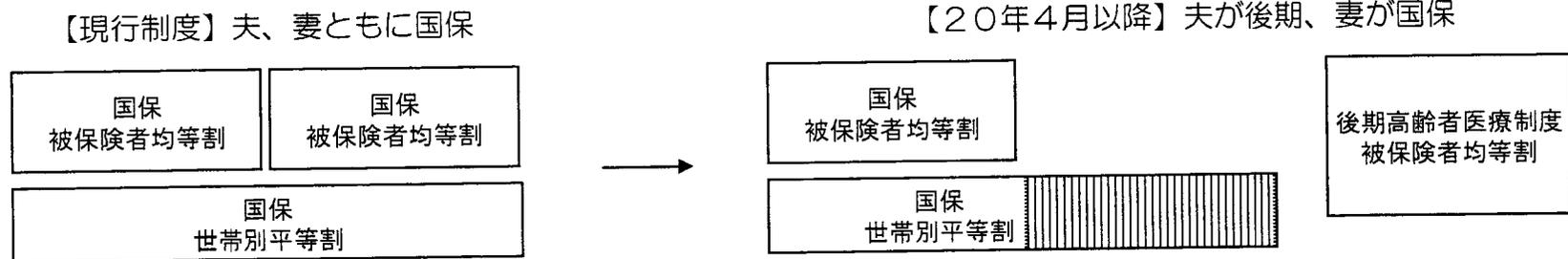
35万円×1名+33万円



2名とする措置を講じます

② 世帯割で賦課される保険料の軽減について

(概念図)



※ 被保険者均等割…被保険者1人当たりで賦課される保険料
世帯別平等割……世帯割で賦課される保険料

軽減する措置を講じます

① 低所得者に対する軽減についての配慮(案)

軽減を受けている世帯について、後期高齢者医療制度の創設に伴って、制度創設時の後期高齢者又は制度創設後に75歳に到達する者が国保から後期高齢者医療制度に移行することにより世帯の国保被保険者が減少しても、4年間、従前と同様の軽減措置を受けることができるよう、所要の措置を講じます。(制度創設後に75歳に到達する場合については、継続的な措置となる。)

1. 内容

国保保険料の軽減判定の際に、国保から移行した後期高齢者(以下「旧国保被保険者」という。)の所得及び人数も含めて軽減所得の判定を行い、国保からの移行により世帯の国保被保険者が減少しても、4年間、従前と同様の軽減措置を受けることができることとする。具体的には、軽減判定の基準を以下のように改めることとする。

- ・ 5割軽減：(旧) 33万円＋(24.5万円×世帯主以外の被保険者数)
(新) 33万円＋(24.5万円×世帯主以外の被保険者数と世帯主以外の旧国保被保険者数の合算数)
- ・ 2割軽減：(旧) 33万円＋(35万円×世帯に属する被保険者数)
(新) 33万円＋(35万円×世帯に属する被保険者数と世帯に属する旧国保被保険者数の合算数)

2. 判定の手続き

賦課期日現在において当該世帯に属する世帯主、被保険者及び旧国保被保険者に係る前年度の総所得金額等及び人数により行うものであること。したがって、年度途中における世帯内の被保険者及び旧国保被保険者の増減を考慮しないものであること。

賦課期日後において世帯主が変更された場合においては、当該日における当該世帯に属する世帯主、被保険者及び旧国保被保険者に係る前年度の総所得金額等及び人数により行うものであること。

(参考)

○ 旧国保被保険者

旧国保被保険者とは、後期高齢者医療の被保険者(高齢者の医療の確保に関する法律第52条の規定により後期高齢者医療の被保険者の資格を取得した日の属する月以後4年が経過する月までの間であるものに限る。)のうち、次の(ア)及び(イ)に該当する者をいう。

(ア) 後期高齢者医療の被保険者の資格を取得した日において国民健康保険の被保険者の資格を有する者

(イ) 後期高齢者医療の被保険者の資格を取得した日において同一の世帯に属する国民健康保険の世帯主(以後継続して世帯主である者に限る。)と当該日以後継続して同一の世帯に属する者(当該日に国民健康保険の世帯主であった場合にあっては、当該日以後継続して国民健康保険の世帯主である者)

② 世帯割で賦課される保険料の軽減について(案)

後期高齢者医療制度の創設に伴って、制度創設時の後期高齢者又は制度創設後に75歳に到達する者が国保から後期高齢者医療制度に移行することにより単身世帯となる者について、4年間、世帯割で賦課される保険料を半額にします。（制度創設後に75歳に到達する場合については、継続的な措置となる。）

1. 内容

基礎賦課額及び後期高齢者支援金等賦課額に係る世帯割で賦課される保険料（世帯別平等割額）を旧国保被保険者と同一の世帯に属する国保単身世帯について半額とする。

2. 判定の手続き

賦課期日現在及びに賦課期日後において国保世帯の構成に変更があった際に「旧国保被保険者と同一の世帯に属する国保単身世帯であるか」の判定を行うこととする。したがって年度途中における世帯内の旧国保被保険者の増減は考慮しないものであること。

（参考1）

○ 世帯別平等割額の算定方法

①又は②に掲げる世帯の区分に応じ、それぞれ①又は②に定める額であることとする。

- ① ②に掲げる世帯以外の世帯 世帯別平等割総額を被保険者が属する世帯の数から旧国保被保険者と同一の世帯に属する被保険者の属する国保単身世帯（以下「世帯別平等割額半額世帯」という。）の数に二分の一を乗じて得た数を控除した数で除して得た額
- ② 世帯別平等割額半額世帯 ①に定める額に二分の一を乗じて得た額

（参考2）（再掲）

○ 旧国保被保険者

旧国保被保険者とは、後期高齢者医療の被保険者（高齢者の医療の確保に関する法律第52条の規定により後期高齢者医療の被保険者の資格を取得した日の属する月以後4年が経過する月までの間であるものに限る。）のうち、次の（ア）及び（イ）に該当する者をいう。

（ア）後期高齢者医療の被保険者の資格を取得した日において国民健康保険の被保険者の資格を有する者

（イ）後期高齢者医療の被保険者の資格を取得した日において同一の世帯に属する国民健康保険の世帯主（以後継続して世帯主である者に限る。）と当該日以後継続して同一の世帯に属する者（当該日に国民健康保険の世帯主であった場合にあっては、当該日以後継続して国民健康保険の世帯主である者）

③(条例減免) 被扶養者であった者の保険料軽減について(案)

後期高齢者医療制度の創設に伴って、制度創設時の後期高齢者又は制度創設後に75歳に到達する者が被用者保険から後期高齢者医療制度に移行することにより、当該被保険者の被扶養者から国保被保険者となった者(以下「旧被扶養者」という。)について、被用者保険の被扶養者であった期間に保険料を賦課されていなかったのに対して、国保被保険者となったことで保険料負担をすることになるため、当該被扶養者であった者について、2年間、後期高齢者医療制度と類似の緩和措置を講ずるもの。(制度創設後に75歳に到達する場合については、継続的な措置となる。)

1. 内容

市町村の条例減免において、旧被扶養者について以下のような措置を講ずることとする。

《応能保険料》

- (ア) 旧被扶養者に係る応能保険料(所得割、資産割)について所得、資産にかかわらず賦課しない。
(なお、世帯の軽減判定の際には、旧被扶養者に係る所得についても判定の対象とする。)

《応益保険料》7割(6割)軽減、5割(4割)軽減に該当する場合を除き、

- (イ) 旧被扶養者に係る被保険者均等割を半額とする。
(ウ) 旧被扶養者のみで構成される世帯については、世帯別平等割を半額とする。

2. 対象被保険者数(推計)

約7万人

(参考)

○ 旧被扶養者

旧被扶養者とは、国民健康保険の被保険者(国民健康保険の被保険者の資格を取得した日の属する月の翌月以後2年間を経過する月までの間であるものに限る。)のうち、次の①、②及び③に該当する者をいう。

- ① 国民健康保険の被保険者の資格を取得した日に65歳以上である者
- ② 国保の被保険者資格を取得した日の前日に被用者保険の被扶養者であった者
- ③ 国民健康保険の被保険者の資格を取得した日の前日に扶養関係にあった被用者保険の被保険者本人が、その翌日に後期高齢者医療被保険者となった場合

平成20年4月までの制度改正スケジュール(案)(国保保険料関係)

平成19年

- 7月末 政省令案、告示案 パブリック・コメント開始（～8月下旬 終了）
政省令の原案を市町村に事務連絡
- 9月初め 政省令公布（保険料算定基準、限度額(料・税)、緩和措置(料のみ)等）、条例参考例送付
※国保税の緩和措置については、12月中旬の与党税制改正大綱を経て、年度末に地方税法改正として公布される予定
- 11月中旬～
12月中旬 各市町村の12月議会において、平成20年度の保険料に係る条例を制定
- 12/10まで 年金保険者から経由機関を通じて市町村に対し、特別徴収対象者情報を通知
- 12月中旬～ 市町村において、特別徴収対象者情報と被保険者台帳を突合し、該当する被保険者について、介護との保険料(税)合算額が年金受給額の1/2を超えるか否かを判定し、特別徴収対象被保険者を特定
※緩和措置の対象となる者については、特別徴収対象から除外することを検討中

平成20年

- ～1月中旬 市町村において、1/2判定後の特別徴収対象被保険者に係るデータ作成
- 1/18まで 市町村から経由機関に対して特別徴収依頼情報を通知(平成20年4月分の年金からの仮徴収に向けたもの)
- 1/31まで 経由機関から年金保険者に対して特別徴収依頼情報を通知(平成20年4月分の年金からの仮徴収に向けたもの)
- 4月1日～ 施行

国民健康保険料の緩和措置に関する賦課方法について(案)

国民健康保険料の緩和措置「低所得者に対する軽減についての配慮」については、制度改革に伴う影響を未然に緩和するため、申請を待つことなく、当初賦課において軽減の職権適用をすることが保険料算定基準の基本的な考え方である。

ただし、システム改修等の観点から、どうしても当初賦課において軽減の職権適用が困難な市町村においては、次のような方法も考えられる。

○ 低所得者に対する軽減についての配慮

- ① 2割軽減の判定において75歳以上の擬制世帯主を人数に含めた上で、軽減を職権適用する。

(旧) 33万円 + (35万円 × 世帯に属する被保険者数)

(新) 33万円 + (35万円 × 世帯に属する被保険者数と75歳以上の世帯主の合算数)

- ② 子が世帯主の場合など、法令に定める保険料算定基準による軽減対象世帯であるにもかかわらず、①では軽減の対象とならない世帯については、条例に基づき申請による軽減を行う。

この場合においては、軽減の適用に漏れがないよう、十分な周知を図り、申請勧奨を行う必要がある。

○ 世帯割で賦課される保険料の軽減について

法令上は厳密に世帯別平等割額の算定基準について定義するものの、システム改修等の観点から、法令に定める世帯別平等割額の算定基準を採用することが困難な市町村においては、半額となる世帯別平等割額の合算額の見込みを基礎賦課総額及び後期高齢者支援金等賦課総額に含めることで、世帯別平等割額を算出することができる。

国保保険料(税)の特別徴収の導入を任意とする保険者について

国保保険料(税)の年金からの特別徴収については、平成20年4月若しくは10月に支給される年金から開始することとしているが、被保険者数が少ないことや、すでに100%に近い収納率を達成しているなど、法令上、「**特別徴収を行うことが適当でない**と認められる市町村」については、現状の普通徴収による体制を維持、一定期間猶予することを可能とし、その判断基準を示したところ。(詳細については、平成19年6月14日付け国民健康保険課事務連絡「特別徴収を任意とする保険者及び被保険者について」参照)

【特別徴収に関する法令の規定】

○保険料

「特別徴収…の方法による場合を除くほか、普通徴収…の方法によらなければならない。」

(平成20年4月施行国民健康保険法第76条の3第1項)

「ただし、当該通知に係る**第一号被保険者(「被保険者である世帯主」に詭替予定)**が少ないことその他の特別の事情があることにより、**特別徴収を行うことが適当でない**と認められる市町村においては、特別徴収の方法によらないことができる。」

(平成20年4月施行国民健康保険法第76条の4において準用する介護保険法第135条第1項ただし書き)

○保険税

「特別徴収の方法によって徴収するものとする。ただし、**特別徴収対象被保険者が少ない**ことその他の特別の事情があることにより、**特別徴収を行うことが適当でない**と認められる市町村においては、この限りではない。」

(平成20年4月施行地方税法第706条第2項)

○「特別徴収を行うことが適当でない

①被保険者数が少ない

・平成19年4月1日現在の国保全被保険者数が、おおむね1000人未満(最大でも1,100人以下)

②収納率が高い

・平成16～18年度の平均収納率が**98%以上**

③口座振替及び納付組織の実施率が高い

・口座振替率と納付組織率の合計が**85%以上**(平成19年3月31日現在)

④平成20年4月以降2年以内に国保システムの入れ替えに伴う大規模改修を行うことが決定しており、その改修前に特別徴収を実施するためには仮システムの構築が必要な場合(二重コストがかかるため)

国保保険料(税)の特別徴収を任意とすることができる被保険者について

平成20年4月若しくは10月より導入する国保保険料(税)の年金からの特別徴収は、原則、世帯内の国保被保険者全員が65歳以上75歳未満の世帯の世帯主(擬制世帯主を除く。)をその対象とすることとしているが、法令上、「**災害その他の特別の事情があることにより、特別徴収の方法によって保険料を徴収することが著しく困難であると認めるものその他政令で定めるもの**」については、特別徴収の方法によらず、普通徴収の方法によることを可能とし、その判断基準を示したところ(詳細については、平成19年6月14日付け国民健康保険課事務連絡「特別徴収を任意とする保険者及び被保険者について」参照)

【特別徴収に関する法令の規定】

○保険料

「市町村は、…**第一号被保険者(「被保険者である世帯主」に読替予定)(災害その他の特別の事情があることにより、特別徴収の方法によって保険料を徴収することが著しく困難であると認めるものその他政令で定めるものを除く。…)**に対して課する当該年度の保険料の全部(厚生労働省令で定める場合にあつては、その一部)を、特別徴収の方法によって徴収するものとする。」

(平成20年4月施行国民健康保険法第76条の4において準用する介護保険法第135条第1項)

○保険税

「市町村は、当該年度の初日において、当該市町村の国民健康保険税の納税義務者が老齢等年金給付…の支払を受けている年齢六十五歳以上の国民健康保険の被保険者である世帯主(**災害その他の特別の事情があることにより、特別徴収の方法によって国民健康保険税を徴収することが著しく困難であると認めるものその他政令で定めるものを除く。…)**)である場合においては、当該世帯主に対して課する国民健康保険税を特別徴収の方法によって徴収するものとする。…」

(平成20年4月施行地方税法第706条第2項)

○「災害その他の特別の事情があることにより、特別徴収の方法によって保険料を徴収することが著しく困難であると認めるものその他政令で定めるもの」の判断基準

○制度導入時及び特別徴収対象者判定時

- ①滞納がなく、口座振替による納付を継続している者で、今後も確実な収納が見込めると判断した場合
- ②75歳到達まで2年未満である場合であって、普通徴収の方法でも確実な収納が見込まれる場合

○75歳到達年度

75歳到達年度の徴収について、全額普通徴収の方法によるほうが、徴収事務等を円滑に遂行できると判断した場合

○保険料(税)の増額

年度途中に保険料(税)が増額した場合であって、増額分も含めた当該年度分の保険料(税)全額を普通徴収にすることが適当と市町村が判断した場合

○過年度分滞納がある場合

過年度分保険料(税)に滞納がある者で、現年度分(特別徴収)＋過年度分(普通徴収)という納付が難しいため、特別徴収によることが適当ではないと市町村が判断した場合

○その他の特別な事情に該当する場合で、特別徴収によることが適当ではないと市町村が判断した場合

※平成20年4月からの保険料(税)の緩和措置の対象となる者については、平成20年度に限り、特別徴収の対象から除外することを検討中。

3. 70歳以上「現役並み所得者」の判定に係る 経過措置について

後期高齢者医療制度の創設による現役並み所得者の判定の経過措置について(案)

- 現役並み所得者(3割負担)に該当するかどうかについて、現行の国民健康保険制度では、同一世帯に属する70歳以上の方の**被保険者**に係る所得及び収入により判定しています。
- 今回の改正により、75歳以上の方については、独立した医療制度を創設することに伴い、後期高齢者となる同一世帯に属する75歳以上の方が国保世帯からいなくなり、70歳～74歳の国保被保険者のみの所得及び収入により判定することとします。

これにより、一部の方については、新たに現役並み所得者と判定され、1割負担から3割負担となることから、激変緩和のため、平成20年8月から平成22年7月まで、自己負担限度額を一般並み(月額44,400円)に据え置きます。

<経過措置対象者の要件>

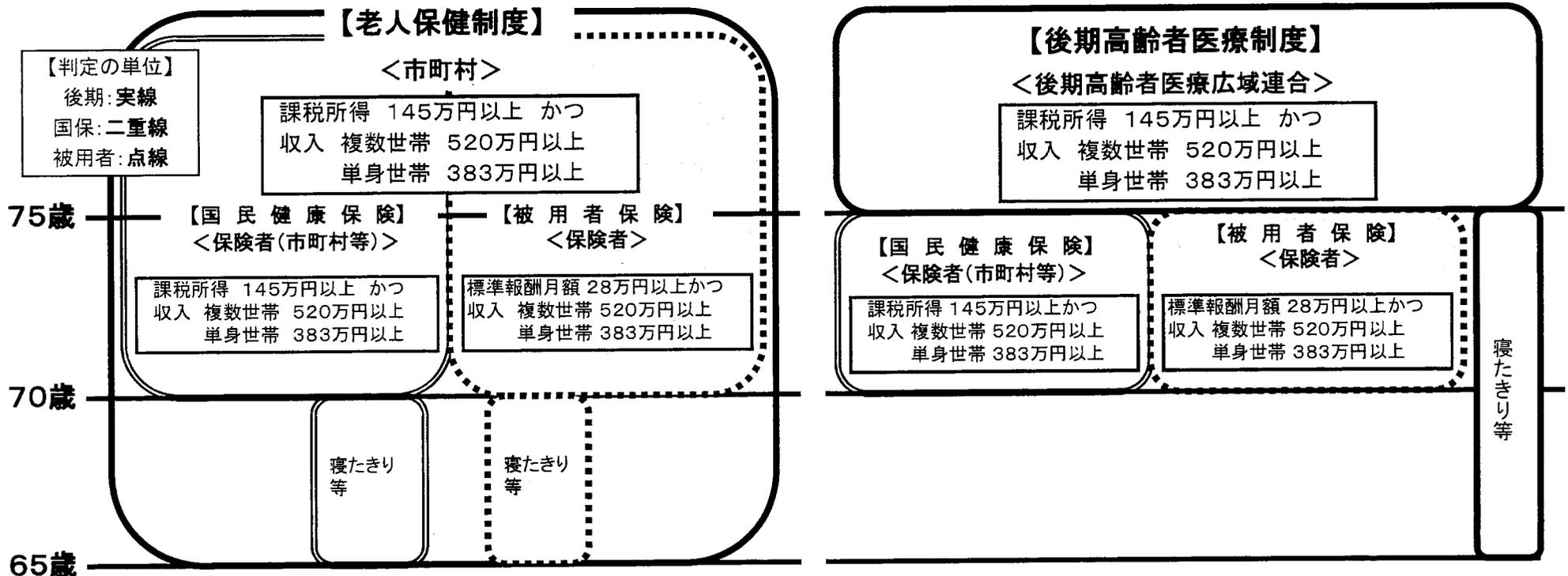
課税所得145万円以上、かつ、年収383万円以上の被保険者であって、同一世帯に属する70～74歳の者も含めた年収が520万円未満

※平成20年7月までは、施行前までになされた判定(公的年金等控除の見直しによる経過措置を含む。)が引き継がれます。

◎現役並み所得者の判定基準の見直し 〔現 行〕



〔改正後〕



現役並み所得者の判定単位の変更による影響(案)

※ 夫70~74歳、妻75歳以上で、夫の収入が高い場合

1. 夫の課税所得が145万円以上の場合

夫婦収入合算520万円

未満 ← → 以上

上段: 現行制度
→ 下段: 改正後

(1) 夫383万円以上、夫婦520万円未満

夫: 1割、妻: 1割
→ 夫: 3割、妻: 1割

(2) 夫383万円以上、夫婦520万円以上

① 妻: 383万円以上
(課税所得145万円以上)
夫: 3割、妻: 3割
→ 夫: 3割、妻: 3割

② 妻: 383万円未満
夫: 3割、妻: 3割
→ 夫: 3割、妻: 1割

↑ 以上
↓ 未満
⇒ 20年8月から2年間、自己負担限度額を一般並みに据え置く経過措置を設ける

(3) 夫383万円未満、夫婦520万円未満

夫: 1割、妻: 1割
→ 夫: 2割、妻: 1割

(4) 夫383万円未満、夫婦520万円以上

夫: 3割、妻: 3割
→ 夫: 2割、妻: 1割

夫収入383万円

33

2. 夫の課税所得が145万円未満の場合……………(3)

妻は1割負担のまま変更なく、夫は2割負担となる。

後期高齢者医療制度の創設による現役並み所得者の判定単位の変更に伴う経過措置(案)

後期高齢者医療制度の創設により、新たに現役並み所得者に移行する被保険者については、平成20年8月から平成22年7月まで、自己負担限度額を一般並みに据え置く。

<経過措置対象者>

課税所得145万円以上かつ年収383万円以上の被保険者であって、同一世帯に属する後期高齢者(旧国保被保険者)も含めた年収が520万円未満である者

※後期高齢者についても、同様の経過措置を設ける。

※平成20年7月までは、施行前になされた判定(平成18年8月からの公的年金等控除の見直しに伴う経過措置を含む。)を引き継ぐ。

	現 行	経過措置 (H20.8~H22.7)	経過措置終了後 (H22.8~)
定率負担	1割	3割	3割
自己負担限度額	44,400円	<u>44,400円</u>	80,100円+1%
外来限度額	12,000円	<u>12,000円</u>	44,400円

※70~74歳の場合、H20.4から
自己負担限度額 62,100円
外来限度額 24,600円

高額療養費の所得区分の判定単位についての経過措置

～20. 3

20. 4. 1

20. 4～20. 7

20. 8～22. 7

老人保健制度

70歳以上

70歳以上
(老健と同じ判定結果)

後期高齢者医療被保険者

【現役並み所得者の判定単位
の変更に伴う経過措置】

70歳以上

従前と同じ判定結果
のため判定の必要なし

国民健康保険

《70歳以上》
70歳以上の国保被保険者

(老健を仮定して判定)

《70歳以上》

国保被保険者

70～74歳の国保被保険者+旧国保被保険者

従前と同じ判定結果
のため判定の必要なし

【現役並み所得者の判定単位
の変更に伴う経過措置】

《70歳未満》
国保被保険者

《70歳未満》
国保被保険者のみ

70～74歳の国保被保険者
+旧国保被保険者

現役並み所得者の判定単位の変更に伴う経過措置（平成20年8月～平成22年7月）

1. 趣旨

平成20年4月の後期高齢者医療制度の創設により現役並み所得者の判定単位の変更が行われることに伴い、新たに現役並み所得者になる者の負担を軽減するため、経過措置を講ずる。

2. 経過措置（案）

平成20年8月～平成22年7月までの2年間、次の要件を満たす者の自己負担限度額を一般に据え置く。

- ① 所得145万円以上の70～74歳の単身の被保険者であって、収入383万円以上であること
- ② 世帯内にいる旧国保被保険者も含めた収入が520万円未満であること

- ・ 判定単位の変更に伴い、新たに現役並み所得者となる者のみが経過措置の対象者となる。
- ・ 本経過措置は、急激な負担増を緩和するため設けるものであるため、負担割合は新制度の基準により3割とするが、月の負担の上限である自己負担限度額について緩和する措置を設ける。

（平成18年8月から2年間実施している、公的年金等控除の縮減及び老年者控除の廃止に伴い、新たに現役並み所得者となった70歳以上の者に対する経過措置と同様。）

○ 旧国保被保険者（再掲）

旧国保被保険者とは、後期高齢者医療の被保険者（高齢者の医療の確保に関する法律第52条の規定により後期高齢者医療の被保険者の資格を取得した日の属する月以後4年が経過する月までの間であるものに限る。）のうち、次の（ア）及び（イ）に該当する者をいう。

（ア）後期高齢者医療の被保険者の資格を取得した日において国民健康保険の被保険者の資格を有する者

（イ）後期高齢者医療の被保険者の資格を取得した日において同一の世帯に属する国民健康保険の世帯主と当該日以後継続して同一の世帯に属する者（当該日に国民健康保険の世帯主であった場合にあっては、当該日以後継続して国民健康保険の世帯主である者）

※ 後期高齢者医療制度の被保険者及び被用者保険の70歳以上の被保険者についても、類似の経過措置を設けることとする。

高額療養費の所得区分の判定単位について(平成20年4月～7月)

後期高齢者医療制度の創設に伴って、制度創設時の後期高齢者又は制度創設後に75歳に到達する者が国保から後期高齢者医療制度に移行すること(以下「国保からの移行」という。)により、国保被保険者の所得区分が変更されるケースが想定されるが、後期高齢者医療制度の円滑な施行のため、平成20年4月から7月まで、後期高齢者医療制度と同様に、従前の所得区分を引き継ぐ経過措置を講ずる。

1. 内容

70歳以上の所得区分の判定について、

- ① 現役並み → (旧) 国保70歳以上の世帯員全員の課税所得・収入で判定
(新) 国保70歳以上の世帯員及び旧国保被保険者全員の課税所得・収入で判定
※ 次ページ参照
- ② 低所得Ⅰ → (旧) 70歳以上の世帯員全員が市町村民税非課税の場合
(新) 70歳以上の世帯員及び旧国保被保険者全員が市町村民税非課税の場合
- ③ 低所得Ⅱ → (旧) 70歳以上の世帯員全員が住民税課税対象所得がない場合
(新) 70歳以上の世帯員及び旧国保被保険者全員が住民税課税対象所得がない場合
- ④ 一般 → ①、②、③以外

とする経過措置を設けることとし、平成20年3月と同じ範囲の者の所得・収入で判定することとなるため、世帯主の変更や世帯分割等がない限り、平成20年4月から7月までの間は国保からの移行による国保被保険者の所得区分の変更を行わない。

※ 70歳以上の国保被保険者に係る所得区分「現役並み所得者」の判定については以下の通り判定する。

(第1段階：課税所得による判定)

(旧) 国保70歳以上の世帯員全員の課税所得で判定(職権)

(新) 国保70歳以上の世帯員及び旧国保被保険者全員の課税所得で判定(職権)

【A】 課税所得額145万円未満 → 2割(所得区分「一般」)

【B】 課税所得額145万円以上

213万円未満 → 基準収入額適用申請へ

(申請しなければ、3割・限度額「一般」)

【C】 課税所得額213万円以上 → 基準収入額適用申請へ

(申請しなければ、3割・限度額「現役」)

(第2段階：基準収入額適用申請)

(旧) 国保70歳以上の世帯員全員の収入で判定(申請)

(新) 国保70歳以上の世帯員及び旧国保被保険者全員の収入で判定(申請)

【B】 が申請した場合

《旧国保被保険者が世帯内にいない
国保70歳以上単身世帯》

・ 383万円未満 → 2割

・ 383万円以上

484万円未満 → 3割・限度額「一般」

《複数世帯

(旧国保被保険者と同居する
国保70歳以上単身世帯を含む。)》

・ 520万円未満 → 2割

・ 520万円以上

621万円未満 → 3割・限度額「一般」

【C】 が申請した場合

《旧国保被保険者が世帯内にいない
国保70歳以上単身世帯》

・ 383万円未満 → 2割

・ 383万円以上

484万円未満 → 3割・限度額「一般」

《複数世帯

(旧国保被保険者と同居する
国保70歳以上単身世帯を含む。)》

・ 520万円未満 → 2割

・ 520万円以上

621万円未満 → 3割・限度額「一般」

4. 国民年金の未納者に対する 国保短期被保険者証の活用について

国民健康保険（市町村）との連携について —国民年金保険料等の未納者に対する国保短期被保険者証の活用—

考え方

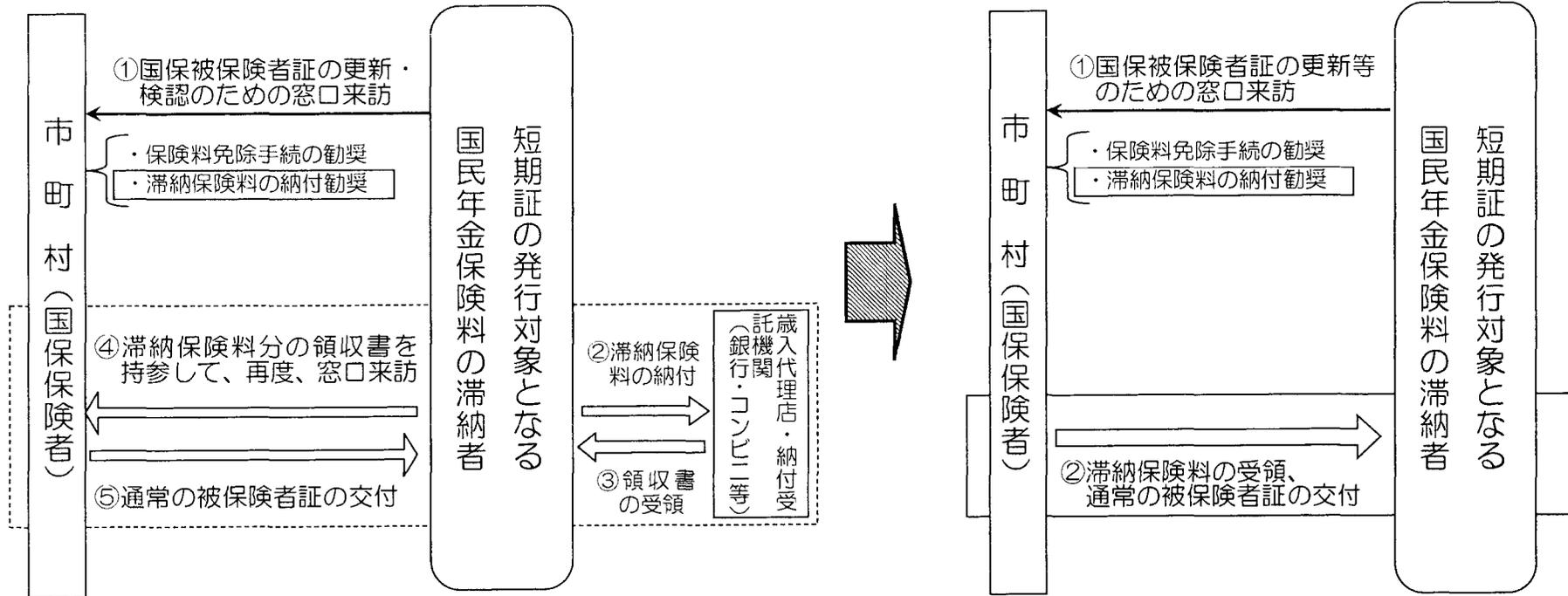
- ◎ 高齢化の進展とともに、地域経済に占める年金給付のウェイトが高まっており、今後、更なる高齢化の進展を考慮すると、年金受給権の確保は地域経済の発展のためにも重要な課題。
- ◎ 現在、介護保険料（1号）の徴収の80%は年金からの天引き（特別徴収）により行われており、市町村の効率的な事務の実施に貢献している。さらに、平成20年度から、新たな高齢者医療制度の保険料や前期高齢者の国保保険料についても、年金から天引きすることとされており、住民の年金受給権の確保は、このような仕組みが機能するための前提であり、医療保険財政や介護保険財政の安定的な運営上も不可欠。

概要

- ◎ 現在、国保保険料（税）の未納がある場合には、市町村の判断により、国保の短期被保険者証（短期証）を発行することができるが、これに加え、国民年金保険料の未納がある場合についても、短期証を発行することとする。
 - 国保の短期証の仕組みは、市町村の窓口で短期証を発行することを通じて、市町村が保険料未納者との接触の機会を増やし、自主的な納付などを直接働きかけることを目的として設けられたもの。
 - ※ 短期証は、通常の被保険者証と比較して有効期限が短いのみで、市町村の窓口で検認・更新を経れば、医療機関においては通常どおり3割の窓口負担で受診が可能（資格証明書（窓口10割負担）とは異なる）。短期証の発行によって受診を抑制するものではない。
 - 今回の措置は、国民年金保険料の納付が行われていない住民に対して、短期証の仕組みを通じて、負担能力のない方への免除措置や、未納者への自主的な納付の働きかけを行い、市町村が住民の年金受給権を確保することができるようにするもの。
 - 今回の措置を実施する市町村に対しては、条件整備として、①未納者からの保険料の受領を可能とする（納付受託機関）、②住民の未納情報の提供、③住民の納付状況を確認するための情報端末装置の設置、④交付金による財政上の手当、といった措置を講ずる。

〈 市町村が保険料を受領できない【現行】 〉

〈 市町村を納付受託機関とする 〉



※ 市町村を納付受託機関とすることは、

- ・ 短期証の発行対象となる国民年金保険料の滞納者が被保険者証の更新等のために窓口を来訪した際に、滞納保険料をその場で支払うことができるようにするためのもの。
- ・ 市町村に国民年金保険料の徴収責任を負わせるものではない。

○ 国民年金事業等の運営の改善のための国民年金法等の一部を改正する法律（抄）

◎ 国民健康保険法（昭和三十三年法律第九十二号）（平成二十年四月施行）（第十五条関係）（傍線部分は改正部分）

		改 正 後			改 正 前
<p>10 第九條 (届出等) 2~9 (略)</p>	<p>10 市町村は、被保険者証及び被保険者資格証明書の有効期間を定めることができる。この場合において、この法律の規定による保険料（地方税法の規定による国民健康保険税を含む。）を滞納している世帯主（第三項の規定により市町村が被保険者証の返還を求めるものとされる者を除く。）、国民年金法（昭和三十四年法律第四百四十一号）の規定による保険料を滞納している世帯主（同法第八十八条第二項の規定により保険料を納付する義務を負う者を含み、社会保険庁長官が厚生労働省令で定める要件に該当するものと認め、その旨を市町村に通知した者に限る。）その他厚生労働省令で定める者の被保険者証については、特別の有効期間を定めることができる。</p>	<p>改 正 後</p>	<p>10 第九條 (届出等) 2~9 (略)</p>	<p>10 市町村は、被保険者証及び被保険者資格証明書の有効期間を定めることができる。この場合において、この法律の規定による保険料（地方税法の規定による国民健康保険税を含む。）を滞納している世帯主（第三項の規定により市町村が被保険者証の返還を求めるものとされる者を除く。）、国民年金法（昭和三十四年法律第四百四十一号）の規定による保険料を滞納している世帯主（同法第八十八条第二項の規定により保険料を納付する義務を負う者を含み、社会保険庁長官が厚生労働省令で定める要件に該当するものと認め、その旨を市町村に通知した者に限る。）その他厚生労働省令で定める者の被保険者証については、特別の有効期間を定めることができる。</p>	<p>改 正 前</p>
<p>12 第九條 (届出等) 13 (略)</p>	<p>11 市町村は、前項の規定により被保険者証又は被保険者資格証明書の有効期間を定める場合（被保険者証につき特別の有効期間を定める場合を含む。）には、同一の世帯に属するすべての被保険者（厚生労働省令で定める者を除く。）について同一の有効期間を定めなければならない。</p>	<p>改 正 後</p>	<p>10 第九條 (届出等) 11 (略)</p>	<p>10 市町村は、前項の規定により被保険者証又は被保険者資格証明書の有効期間を定める場合（被保険者証につき特別の有効期間を定める場合を含む。）には、同一の世帯に属するすべての被保険者（厚生労働省令で定める者を除く。）について同一の有効期間を定めなければならない。</p>	<p>改 正 前</p>

5. 市町村国保の特定健診・特定保健指導の 実施体制等について

市町村国保の特定健診・特定保健指導の実施体制等について

(制度改正の趣旨)

- 今回の法改正により、特定健診・特定保健指導が導入されたが、その目的は、外来・入院医療費の伸びの要因となっている糖尿病・高血圧・高脂血症の発症あるいは重症化や合併症への進行の予防に重点をおいた特定健診・特定保健指導を行うことにより、生涯にわたって、生活の質を維持向上させることである。
- したがって、医療保険者として、自らの医療費を分析し、①どのような疾病に医療費がかかっているのか、②どのような疾病で医療費が増えているのか、③被保険者・市町村の抱える健康課題は何かなどを、分析・把握し、被保険者・地域の抱える健康課題を解決し、医療費の適正化に結びつけていくという明確な目的意識の下に、特定健診・特定保健指導を実施していくことが重要。

(実施体制の構築について)

- 市町村国保として、どのように実施体制を組むかは、それぞれの市町村の規模、保健所・保健センター等の組織体制、専門職である保健師等の人数等により異なるものであり(健康局から、国保・衛生一体型、分散配置型、衛生引き受け型、国保引き受け型の類型を提示)、それぞれの市町村で判断していただくべきもの。

- 市町村からの情報によれば、次の理由から、現実的な対応として衛生部門で国保としての特定健診・特定保健指導を実施する体制が検討されるところが多い。
 - ・保健師等の専門職数は限られており、分散配置するより一元管理した方が、業務に柔軟に対応できる。
 - ・生活習慣病予防対策を効果的に行うためには、特定健診・特定保健指導(ハイリスクアプローチ)と、衛生部門が主に担当する健康教育、健康相談、住民組織活動、健康づくりのための環境整備など(ポピュレーションアプローチ)の連携が不可欠。
 - ・保健指導の企画に当たっては、地域の健康課題等を把握する必要があるが、地域で保健活動を担ってきた保健師が熟知している。また、保健事業の評価は、ポピュレーションアプローチも含めた生活習慣病予防対策全体について行うことが必要。

- 今回の改革の趣旨を踏まえ、まず、国保担当部門において、自らの医療費を分析し、①どのような疾病に医療費がかかっているのか、②どのような疾病で医療費が増えているのか等の、医療保険者として明確な問題意識を持つことが必要。その上で、技術的な事項や地域の健康課題の分析等については、衛生部門との連携・協力を得ながら、双方の部門で問題意識を共有することが重要。

- 衛生部門で、国保の特定健診等を担うという実施体制を選択するのであれば、国保としての目標達成を第一義的に考えることが必要。特定健診実施率・特定保健指導実施率やメタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率が低ければ、市町村国保として、後期高齢者支援金が加算され、地域住民の保険料に上乘せされることにも繋がる。

(被扶養者に対する特定健診・特定保健指導の市町村の対応)

- 被用者保険の被扶養者については、地域住民としてその便宜を考慮し、従来と同様、できるだけ身近なところで特定健診・特定保健指導が受けられるようにする必要がある。市町村国保が他の保険者にかかる被扶養者の特定健診等を実施することは、一般的ではないと考えられるので、集合契約の成立に向けた準備を円滑に進めるため、市町村は次の取組を行う。
- (高齢者医療確保法においても、「保険者は、その加入者の特定健診等の実施に支障がない場合には、他の保険者の加入者に係る特定健診等を行うことができる」とされている。)
- ① まず、市町村国保は、被保険者に対する特定健診・特定保健指導の実施体制を早急に固め、保険者協議会に対して情報提供を行う。
 - ② 次に、支払代行機関(当面、立地する都道府県の社会保険診療報酬支払基金支部)に以下のとおり申請を行い、被用者保険代表保険者と委託契約を締結するための環境整備を行う。
 - ・ 既に保険医療機関番号がある自治体病院や国保直診病院等は、特定健診・特定保健指導機関として届出を行う。
 - ・ それ以外の保健所、保健センター、市町村の衛生部門を実施機関とする場合には、新たな機関番号取得を行う必要があり、そのための申請を行う。
- なお、衛生部門が実施機関として被扶養者の特定健診等を受託する場合の実施責任は、被用者保険保険者にあり、被用者保険保険者に費用請求を行うこととなる。この場合、国保部門は実施に関する指揮命令等の責任を負うことはなく、費用についても一般会計で受けることになる。

※ 以上のような点について、制度改革に伴う特定健診・特定保健指導の責任の所在の変更、それを前提とした環境整備の必要性等について、明確な意識を持って、現実的な実施体制を検討することが重要。

6. 事業者健診を受けた場合の健診データの 取得等について

事業者健診を受けた場合の健診データの取得等について

① 特定健康診査と事業者健診との関係について

基本的な考え方

- ・ 高齢者の医療の確保に関する法律(以下「法」という。)において、労働安全衛生法その他の法令に基づく健康診断が特定健康診査よりも優先されることが定められている。(法第21条第1項)
- ・ 特定健康診査は、保険者に義務づけられているが、事業者健診等の実施義務者から、健診データを取得することで受診義務を免れることとなっている。(法第20条)
- ・ 事業者は、保険者から事業者健診データの提供を求められたときは、それに応じなければならないこととされている。(法第27条第3項)

事業者健診の実施

労働安全衛生法では、常時使用する労働者に対して雇い入れ時に行う健康診断及び1年に1回、定期健康診断が義務づけられている。この健診結果については、50人以上の事業所に労働基準監督署への報告が義務づけられており、これらの事業所では実施されていると考える。一方、50人未満の小規模な事業所については、事業者健診を実施せず市町村の住民健診を受診している事例もあるものと考えられる。

事業者健診のデータを取得することにより、保険者の実施義務が免除されるため、保険者においては、極力、健診後のデータを取得することが必要である。

② 事業者健診のデータ取得について

事業者健診データの取得については、次のような手順で周知を図りデータを取得する。

- 1) 被保険者への受診案内の際に、
 - ・ 事業所に勤めており事業者健診を受ける場合は、事業者健診が優先し、特定健診を受診する必要がないこと
 - ・ 事業者健診を受けた後に、事業主又は本人から市町村に健診データを提出してもらうこと
 - ・ 事業主から健診データを提出してもらう場合は、本人からの提出は必要ないこと等の内容を通知する。

- 2) 事業者に対して、
 - ・ 労働安全衛生法において、事業者健診を行う義務があること
 - ・ 事業者健診は、特定健診よりも優先されることとなっているので、事業者健診を行った後、健診データを直接又は本人から提出してもらうこと
 - ・ 被保険者本人へは特定健診の受診案内を送付する際に、事業者健診を受けた場合のデータの提出などについて周知していること等の内容を通知する。

※ なお、対象者の把握方法については、検討中であるため、方針がまとまり次第連絡することとする。

③ 市町村国保被保険者の適用の適正化

事業者健診のデータ取得に伴う周知等を通じて、法人格があり給与を支払っている国保の被保険者が複数いる事業所である場合等、被用者保険に加入すべき事業所で適用漏れであると疑いのあるものについては、社会保険事務所へ連絡する。

社会保険事務所では、これらの事業所について、調査、加入勧奨、職権適用等を行い、適用が行われた場合に、国保側では、その報告により被保険者資格の喪失処理を行う方向で社会保険庁と検討を行うこととしている。

【参考】

高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)(抄)

(特定健康診査)

第二十条 保険者は、特定健康診査等実施計画に基づき、厚生労働省令で定めるところにより、四十歳以上の加入者に対し、特定健康診査を行うものとする。ただし、加入者が特定健康診査に相当する健康診査を受け、その結果を証明する書面の提出を受けたとき、又は第二十六条第二項の規定のより特定健康診査に関する記録の送付を受けたときは、この限りでない。

(他の法令に基づく健康診断との関係)

第二十一条 保険者は、加入者が、労働安全衛生法(昭和四十七年法律第五十七号)その他の法令に基づき行われる特定健康診査に相当する健康診断を受けた場合又は受けることができる場合は、厚生労働省令で定めるところにより、前条の特定健康診査の全部又は一部を行ったものとする。

2 労働安全衛生法第二条第三号に規定する事業者その他の法令に基づき特定健康診査に相当する健康診断を実施する責務を有する者(以下「事業者等」という。)は、当該健康診断の実施を保険者に対し委託することができる。この場合において、委託しようとする事業者等は、その健康診断の実施に必要な費用を保険者に支払わなければならない。

(特定健康診査等に関する記録の提供)

第二十七条 保険者は、加入者の資格を取得した者があるときは、当該加入者が加入していた他の保険者に対し、当該他の保険者が保存している当該加入者に係る特定健康診査又は特定保健指導に関する記録の写しを提供するよう求めることができる。

2 保険者は、加入者を使用している事業者等又は使用していた事業者等に対し、厚生労働省令で定めるところにより、労働安全衛生法その他の法令に基づき当該事業者等が保存している当該加入者に係る健康診断に関する記録の写しを提供するよう求めることができる。

3 前二項の規定により、特定健康診査若しくは特定保健指導に関する記録又は健康診断に関する記録の写しの提供を求められた他の保険者又は事業者等は、厚生労働省令で定めるところにより、当該記録の写しを提供しなければならない。

【参考】

労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)(抄)

(健康診断)

第六十六条 事業者は、労働者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、医師による健康診断を行わなければならない。

労働安全衛生規則(昭和47年労働省令第32号)(抄)

(雇入時の健康診断)

第四十三条 事業者は、常時使用する労働者を雇い入れるときは、当該労働者に対し、次の項目について医師による健康診断を行わなければならない。ただし、医師による健康診断を受けた後、三月を経過しない者を雇い入れる場合において、その者が当該健康診断の結果を証明する書面を提出したときは、当該健康診断の項目に相当する項目については、この限りでない。

(定期健康診断)

第四十四条 事業者は、常時使用する労働者(第四十五条第一項に規定する労働者を除く。)に対し、一年以内ごとに一回、定期に、次の項目について医師による健康診断を行わなければならない。

(健康診断結果報告)

第五十二条 常時五十人以上の労働者を使用する事業者は、第四十四条、第四十五条又は第四十八条の健康診断(定期のものに限る。)を行ったときは、遅滞なく、定期健康診断結果報告書(様式第六号)を所轄労働基準監督署長に提出しなければならない。

【参考】

国民健康保険法(昭和33年法律第192号)(抄)

(被保険者)

第五条 市町村又は特別区(以下単に「市町村」という。)の区域内に住所を有する者は、当該市町村が行う国民健康保険の被保険者とする。

(適用除外)

第六条 前条の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者は、市町村が行う国民健康保険の被保険者としなない。

- 一 健康保険法の規定による被保険者。
- 二～十一 (略)

(資料の提供等)

※

第百十三条の二 市町村は、被保険者の資格、保険給付及び保険料に関し必要があると認めるときは、被保険者もしくは被保険者の属する世帯の世帯主の資産もしくは収入の状況又は国民年金の被保険者の種別の変更につき、郵便局その他の官公署に対し、必要な書類の閲覧もしくは資料の提供を求め、又は銀行、信託会社その他の期間若しくは被保険者の雇用主その他の関係者に報告を求めることができる。

※ 市町村国保が税情報を活用して、適用の適正化を図ることができる根拠となる。
(ただし、市町村においては個人情報保護条例との整合性を図る必要が生じる)

【参考】

健康保険法(大正11年法律第70号)(抄)

(定義)

第三条 この法律において「被保険者」とは、適用事業所に使用される者及び任意継続被保険者をいう。(略)

2 (略)

3 この法律において「適用事業所」とは、次の各号のいずれかに該当する事業所をいう。

一 次に掲げる事業の事業所であつて、常時5人以上の従業員を使用するもの

イ 物の製造、加工、選別、包装、修理又は解体の事業

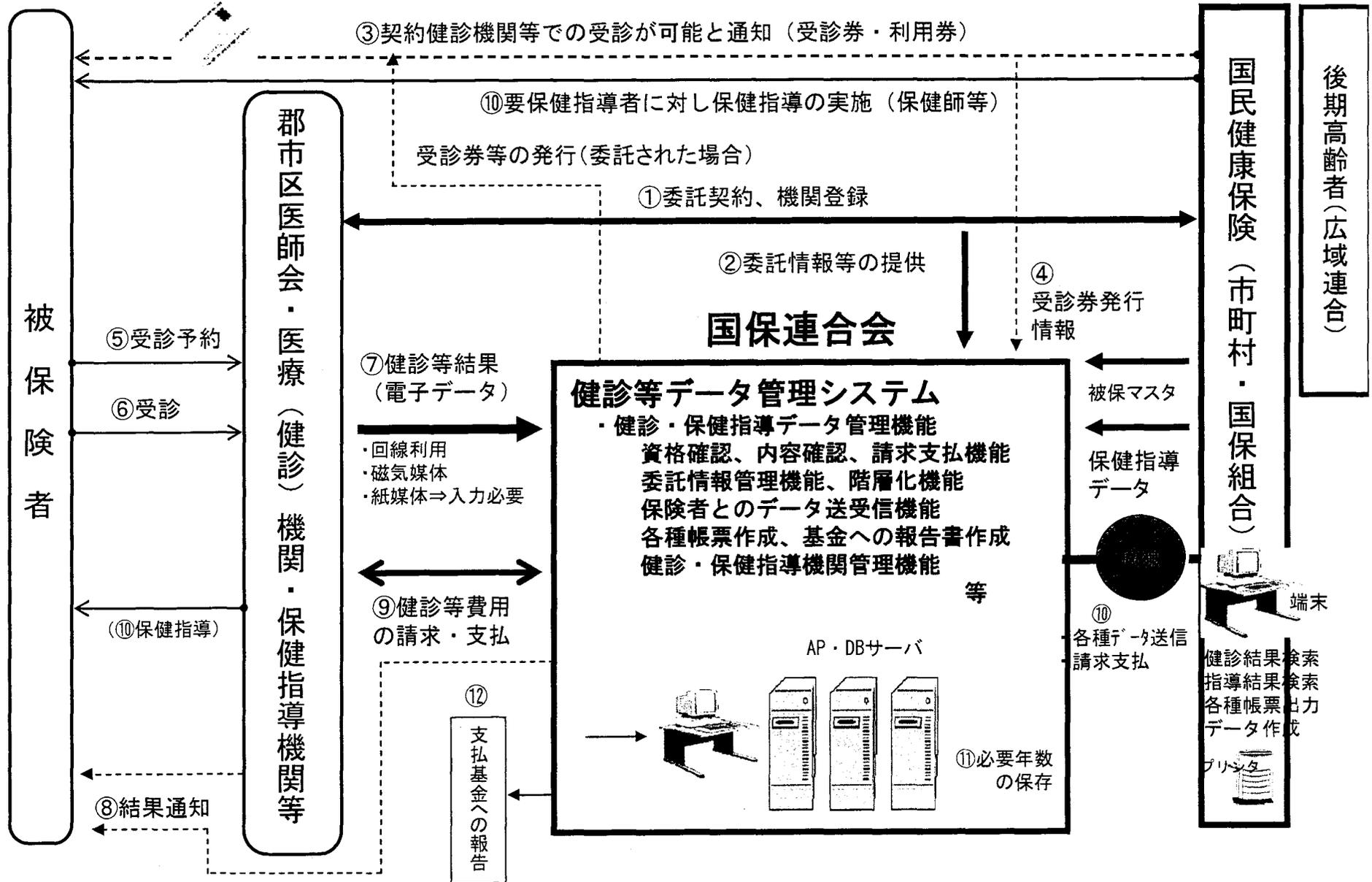
ロ～タ (略)

二 前号に掲げるもののほか、国、地方公共団体又は法人の事業所であつて、常時従業員を使用するもの

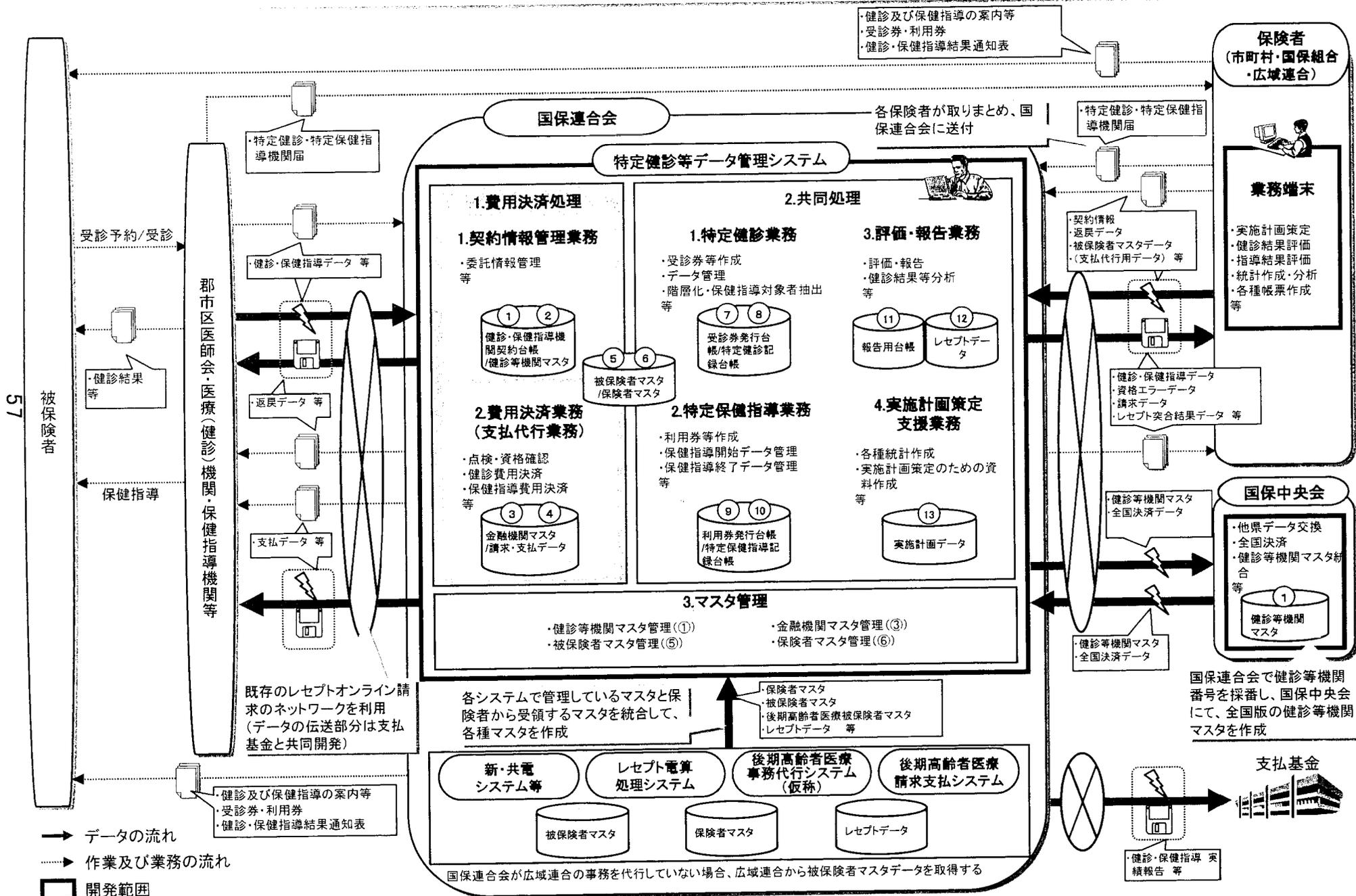
4～10 (略)

7. 特定健診・特定保健指導のデータ管理について

国保における特定健診・保健指導のながれ図（想定）



特定健診及び特定保健指導業務全体概要(案)



特定健診等データ管理システムの機能(検討中)

業務		処理概要
1. 費用決済処理業務		
1. 契約情報管理業務	委託情報管理	各保険者が契約した健診・保健指導機関との契約情報を、各保険者から受付け、健診・保健指導機関契約台帳に格納する。
	点検・資格確認	健診・保健指導機関から受付けた健診・保健指導データについて、健診・保健指導機関契約台帳、被保険者マスタ情報等を照合し、記載項目の点検と健診受診資格の確認を行い、帳票を作成する。
2. 費用決済業務	全国決済処理	県境に在住する被保険者などが自分の所在する県(自県)と異なる場所にて受診した分(他県受診分)の費用決済も可能とする。その際、国保中央会を通じてデータ交換を行う。国保中央会では、国保連合会間の健診等費用の請求額と支払額等の相殺処理を行い、相殺結果通知を作成する。
	費用決済	健診費用・保健指導費用の決済を行い、健診等機関に支払額通知書等を作成するとともに、各保険者への払込請求書等を作成する。
	支払代行	健診・保健指導機関から受領した健診・保健指導データより請求・支払額を算定し処理する方法に加え、保険者から受領した支払代行データに基づき、健診・保健指導機関へ支払代行業を可能とする。
2. 共同処理業務		
1. 実施計画策定支援業務	各種統計作成	健診結果・保健指導結果をもとに、各種統計資料(性別・年齢・地区別統計、健診機関別統計、経年比較統計、水準比較統計等)を作成する。
	実施計画策定のための資料作成	保健指導等の達成目標値の設定、対象者・委託健診機関把握、健診・保健指導計画策定支援に必要な資料等を作成する。
2. 特定健診業務	受診券等作成	被保険者マスタから健診対象者を抽出し、受診券・問診票・健診案内を作成する。
	健診データ管理・総括表等作成	健診データを特定健診記録台帳へ格納し、データの管理とこれを集計した帳票(健診結果通知表、健診結果総括表、未受診者リスト等)を作成する。
	階層化・保健指導対象者抽出	健診データに階層化処理を行い、保健指導対象者の一覧を作成する。
3. 特定保健指導業務	利用券等作成	抽出された保健指導対象者のデータに基づき、利用券・保健指導参考資料・保健指導案内を作成する。
	保健指導データ管理・総括表等作成	保健指導データを特定保健指導記録台帳へ格納し、データの管理とこれを集計した帳票(保健指導結果通知表、保健指導結果総括表、未利用者リスト等)を作成する。
4. 評価・報告業務	評価・報告	健診・保健指導の結果をもとに評価を行い、帳票(改善状況、目標達成状況)等を作成する。また、社会保険診療報酬支払基金等へ送付するための健診及び保健指導の事業実績報告を作成する。
	健診結果等分析	結果をもとに分析・評価等を行い、翌年度以降の計画見直しを行うための基礎資料を作成する。

特定健診等データ管理システムの機能(検討中)

業務		処理概要
3. マスタ管理業務		
1. マスタ管理業務	健診等機関マスタ管理	「特定健診・特定保健指導機関届」に記載されている、健診・保健指導機関の名称、所在地等、経営主体、口座情報等を管理する。保険者より伝送された情報を元に、国保連合会にて健診等機関マスタを作成し、基本マスタのみを国保中央会に送付する。国保中央会にて、全国版の健診等機関マスタを作成し、そのマスタを国保連合会が取得する。
	被保険者マスタ管理	特定健診・特定保健指導の対象である40歳以上の被保険者情報を管理する。各保険者及び新・共電システム等の請求支払システム、後期高齢者医療事務代行システムより被保険者情報を取得する。 また、異動履歴データの管理も行う。
	保険者マスタ管理	市町村、国保組合、広域連合の保険者情報を管理する。レセプト電算処理システム、後期高齢者医療請求支払システムより保険者情報を取得する。
	金融機関マスタ管理	全国の金融機関の名称、所在地等の情報を管理する。このマスタについては、国保中央会から国保連合会の後期高齢者医療請求支払システムへ一括送信することを想定しており、その情報を本システムにも取り込む。

特定健診等データ管理システムの開発スケジュール(案)

