

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、制度改正に伴う特定健診・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。

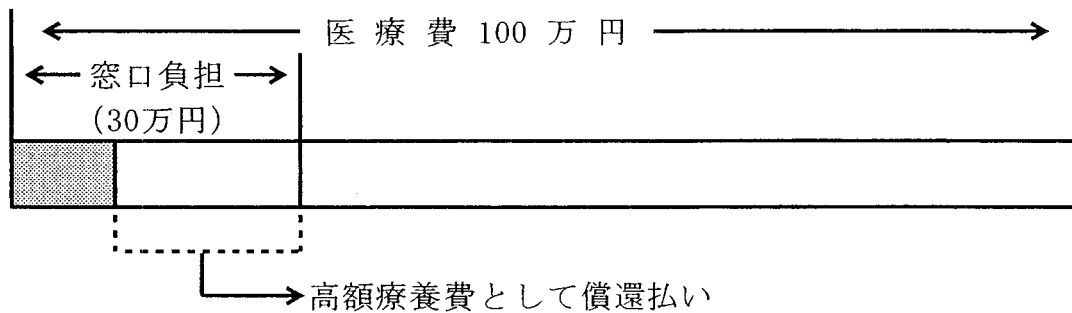
高額療養費制度の概要

1. 高額療養費制度の仕組み

高額療養費は、医療機関の窓口において医療費の定率の一部負担金を支払っていただいた後、この患者負担が過重とならないよう、自己負担限度額を超える部分につき、事後的に保険者から償還払いされるものである。

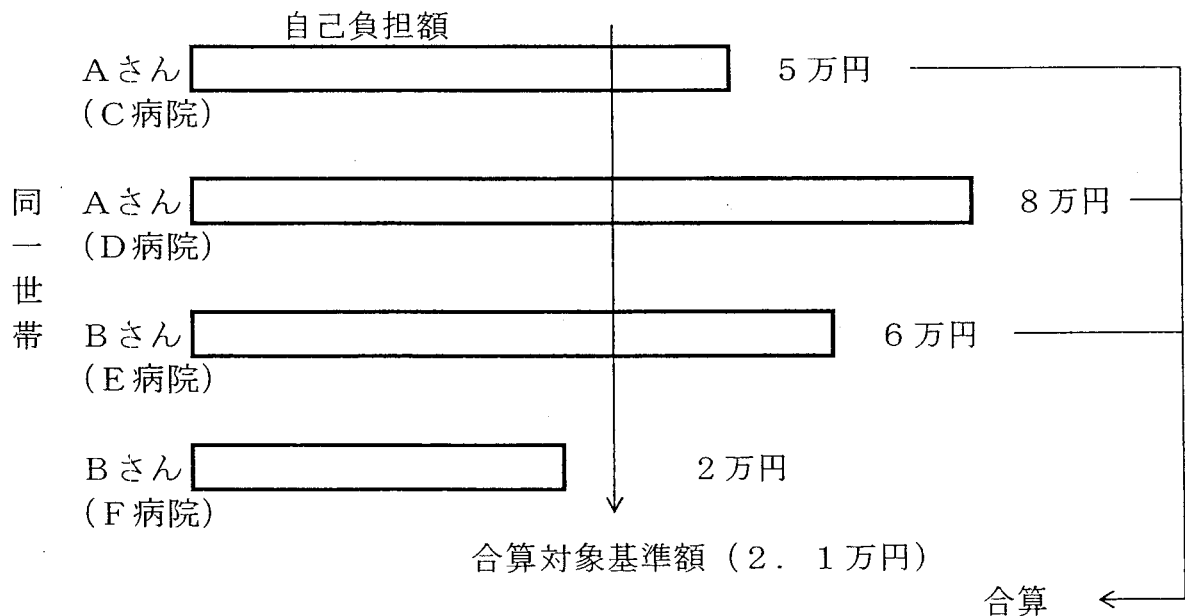
自己負担限度額は、被保険者の所得に応じ、一般・上位所得者・低所得者に分かれる。

一般的な例 被用者本人（3割負担）のケース



2. 世帯合算による負担軽減

同一世帯・同一月で一部負担金等の自己負担額が21,000円以上のものが複数生じた場合には、それらを合算して合算額から限度額を控除した額を高額療養費として償還払い。（70歳以上の場合は、全ての一部負担金等を合算する。）



3. 多数該当の場合の負担軽減

高額療養費の支給を受ける月以前の12か月間に、既に3月以上高額療養費の支給を受けている場合、当該4月目の支給に当たり限度額を低額に抑え、負担の軽減を図っている。

高額療養費の自己負担限度額等の見直し

【現行：平成18年10月以降】

【平成20年4月以降(予定)】

70歳未満の者	上位所得者 (月収53万円以上)		150,000円+1% (83,400円)	変更なし	70歳未満の者	上位所得者 (月収53万円以上)		150,000円+1% (83,400円)	
	一般		80,100円+1% (44,400円)			一般		80,100円+1% (44,400円)	
	低所得者 (住民税非課税)		35,400円 (24,600円)			低所得者 (住民税非課税)		35,400円 (24,600円)	
70歳以上の者			自己負担限度額		新設			自己負担限度額	
			外来(個人ごと)					外来(個人ごと)	
	現役並み所得者 (月収28万円以上、 課税所得145万円以上)		44,400円	80,100円+1% (44,400円)		現役並み所得者 (月収28万円以上、 課税所得145万円以上)		44,400円	80,100円+1% (44,400円)
	一般		12,000円	44,400円		一般		24,600円	62,100円 (44,400円)
	低所得者 (住民税非課税)	II	8,000円	24,600円		低所得者 (住民税非課税)	II	8,000円	24,600円
		I (年金収入80万円以下等)		15,000円			I (年金収入80万円以下等)		15,000円
70歳以上の者			自己負担限度額		変更なし			自己負担限度額	
			外来(個人ごと)					外来(個人ごと)	
	現役並み所得者 (月収28万円以上、 課税所得145万円以上)		44,400円	80,100円+1% (44,400円)		現役並み所得者 (月収28万円以上、 課税所得145万円以上)		44,400円	80,100円+1% (44,400円)
	一般		12,000円	44,400円		一般		12,000円	44,400円
	低所得者 (住民税非課税)	II	8,000円	24,600円		低所得者 (住民税非課税)	II	8,000円	24,600円
		I (年金収入80万円以下等)		15,000円			I (年金収入80万円以下等)		15,000円

(注) 金額は1月当たりの限度額。()内の金額は、多数該当(過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目の支給に該当)の場合。

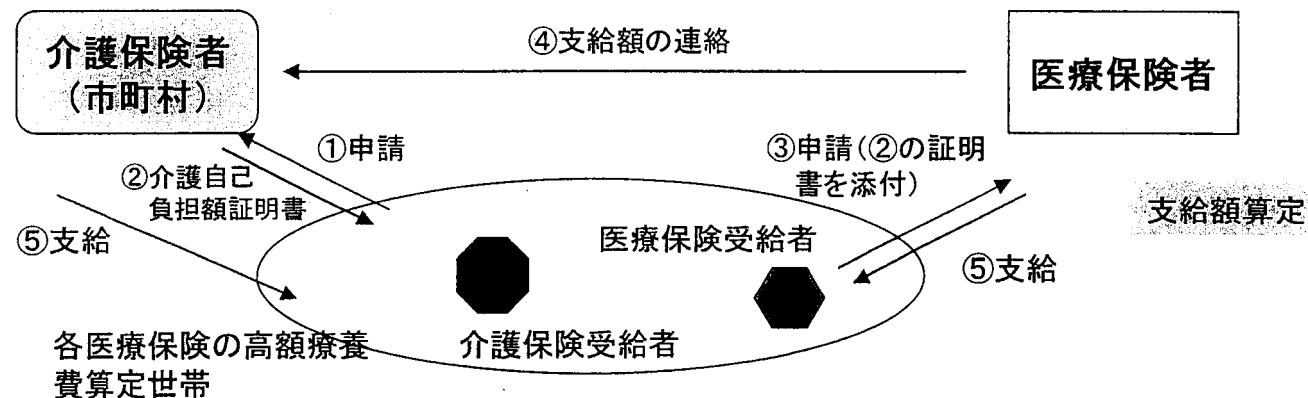
高額医療・高額介護合算制度について(案)

- 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。