

本日の議題に関する基本資料

厚生労働省保険局
平成22年11月16日

目 次

- 国保の運営の具体的なあり方について …………… 2
- 健康の保持増進・医療の効率的な提供について …… 15
- その他制度改革の個別検討事項 …………… 17

国保の運営の具体的なあり方に関する論点

- I 75歳以上を都道府県単位化する第一段階において、「都道府県単位の運営主体」と「市町村」の具体的な役割分担をどのようにするか。
- ①保険料の設定・賦課・徴収・納付の具体的な仕組みをどうするか。
 - ②給付事務については、「都道府県単位の運営主体」が担うべきか、「市町村」が担うべきか。
- II 「都道府県単位の運営主体」は、「都道府県」か、「広域連合」か。
- III 全年齢を都道府県単位化する第二段階において、保険料、財政調整、事務体制、移行手順等をどのように考えるか。

I - ① 保険料の設定・賦課・徴収・納付の仕組み

【中間とりまとめ(抜粋)】

収納率の向上が大きな課題となっている市町村国保の現役世代も含めた広域化の実現も視野に入れ、都道府県単位の保険料という考え方は維持しつつ、保険料の収納対策に市町村が積極的に取り組むことを促す仕組みに改めることが必要である。具体的には次のような仕組みとすることが考えられる。

・「都道府県単位の運営主体」は、高齢者の給付に要する費用から、均等割と所得割の2方式で標準(基準)保険料率を定め、それを基に、市町村ごとに「都道府県単位の運営主体」に納付すべき額を定める。

・これを受け、市町村は、当該市町村の収納状況等を勘案し、当該市町村における高齢者の保険料率を定める。

このような仕組みとすることにより、市町村は収納率を高めるほど当該市町村の被保険者の保険料を安く設定することができ(略)、全年齢を対象とした都道府県単位化の実現までの段階を考慮しつつ、より具体的な設計について引き続き検討する。

【これまでの改革会議等における指摘】

75歳以上を都道府県単位化する第一段階において、

- ①「原則として、同じ都道府県で同じ所得であれば、同じ保険料」となっている現在の状況を変えることが適当か
- ②市町村国保(若人)とは異なり、高齢者の保険料の収納率は市町村間の差異が僅かであり、敢えて市町村ごとに異なる保険料を定める必要があるのか
- ③収納率の低い市町村に居住し保険料を適切に納付している高齢者の保険料が、制度移行に伴って増加することが適当か

⇒ 第一段階においては、市町村がそれぞれの収納率を勘案して、市町村ごとに異なる保険料率を定めるのではなく、「都道府県単位の運営主体」が定める標準(基準)保険料率を基に、市町村が保険料率を定めることとしてはどうか。

※ 第一段階では、市町村は高齢者分と若人分を合わせて保険料を徴収することから、市町村に収納意欲が低下することは基本的にはないが、全年齢を都道府県単位化する第二段階においては、市町村が収納対策に積極的に取り組むことを促すための仕組みについて、第一段階の施行状況も踏まえ改めて検討することが必要。

【参考1】 第一段階における保険料の設定・賦課・徴収・納付の仕組み

都道府県単位
の
運営主体

① 「都道府県単位の運営主体」は、高齢者の給付に要する費用から、標準（基準）保険料率を定める。
※ 離島など医療の確保が著しく困難である地域については、現行制度同様、不均一保険料の設定を可能とする。

② 市町村は、標準（基準）保険料率を基に、条例で高齢者の保険料率を定める。
※ 市町村がそれぞれの収納率を勘案して市町村ごとに異なる保険料率を定める仕組みとはしないことにより、「都道府県単位の運営主体」が定める保険料率どおりの設定で足り、都道府県内で均一の保険料率となる。

③ 市町村は、若人の保険料率を条例で別途定める（広域化等支援方針に基づき標準化を進める）。

④ 市町村は、高齢者の保険料と同一世帯の若人の保険料を合算し、世帯主に賦課し、世帯主から徴収する。

⑤ 「都道府県単位の運営主体」へ納付

○ 市町村は、高齢者分の保険料を「都道府県単位の運営主体」へ納付することとし、保険料の収納不足が生じた場合には、「都道府県単位の運営主体」が財政安定化基金を活用する。（現行制度同様、1/2交付、1/2貸付）

仮に、市町村において、「都道府県単位の運営主体」が定めた標準（基準）保険料率より低い保険料率を設定する場合、標準（基準）保険料率を適用すれば徴収できた額との差額は、市町村が一般会計から補填する仕組みとすることが必要。

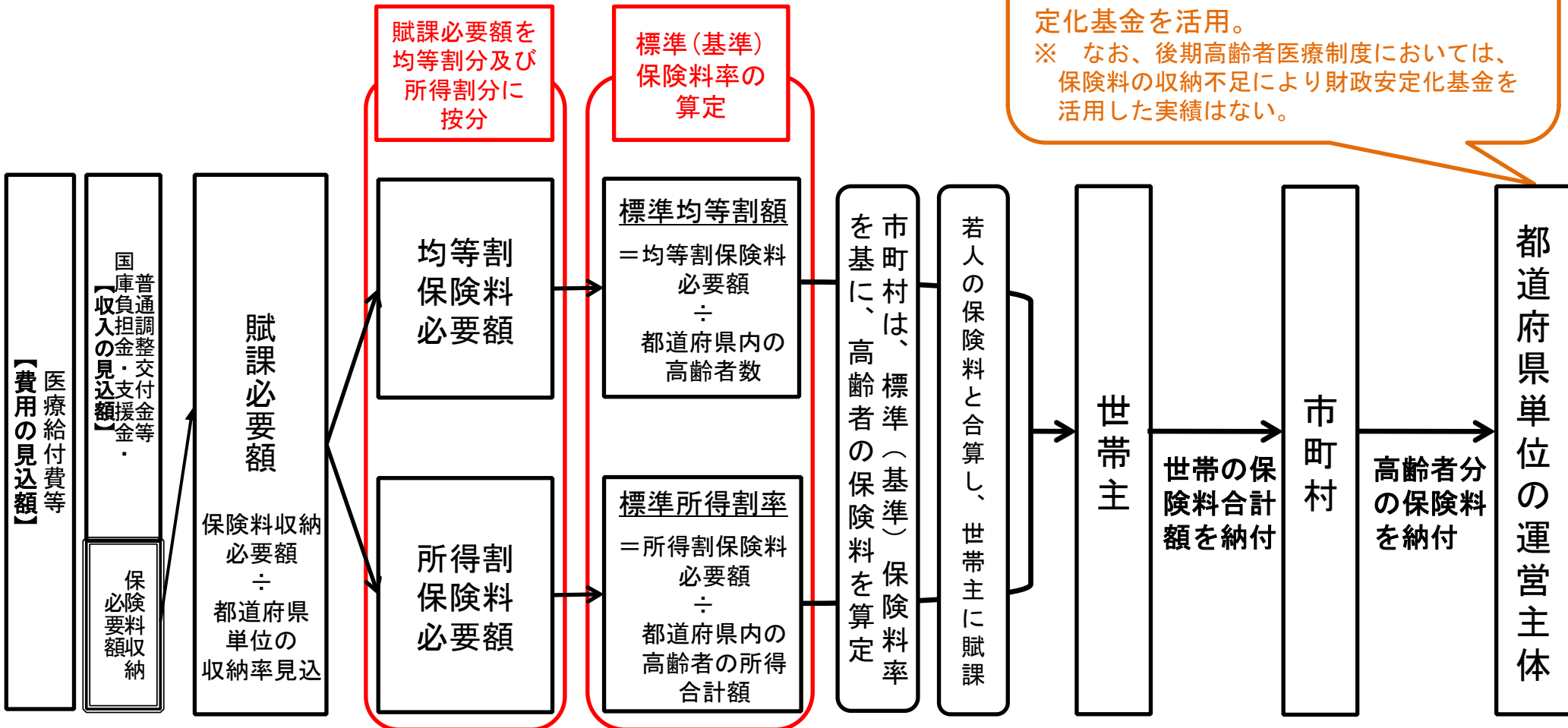
納付

市町村

【参考2】 第一段階における保険料の設定・賦課・徴収・納付の仕組み

都道府県単位の運営主体

市町村



保険料の収納不足が生じた場合には、「都道府県単位の運営主体」が財政安定化基金を活用。
 ※ なお、後期高齢者医療制度においては、保険料の収納不足により財政安定化基金を活用した実績はない。

I - ② 給付事務の主体

- 安定的な運営の確保及び保険料の公平化の観点から、「財政運営は都道府県単位」とする。
- 75歳以上の高齢者も市町村国保に加入するため、保険証の発行を含む「資格管理は市町村」が行う。
- 世帯単位で保険料を徴収することから、標準(基準)保険料率に基づき、「賦課・徴収は市町村」が行う。

- 「給付事務」については、「都道府県単位の運営主体」が担うべきか、「市町村」が担うべきか。

後期高齢者医療制度 (現行方式)

広域連合

- ・財政運営
- ・保険証の発行を含む資格管理
- ・均一保険料率の設定
- ・保険料の賦課
- ・保険給付
- ・保健事業(概ね市町村に委託)

市町村

- ・保険料の徴収
- ・窓口業務(申請受付・経由等)

i 市町村国保のうち75歳以上の高齢者に係る 「給付及び財政を都道府県単位化」する方式

都道府県単位の運営主体

- ・財政運営
- ・標準(基準)保険料率の設定
- ・保険給付
- ・保健事業(市町村に委託可)

市町村

- ・保険証の発行を含む資格管理
- ・保険料率の設定・賦課・徴収
- ・窓口業務(申請受付・経由等)

ii 市町村国保のうち75歳以上の高齢者に係る 「財政を都道府県単位化」する方式

都道府県単位の運営主体

- ・財政運営
- ・標準(基準)保険料率の設定

市町村

- ・保険証の発行を含む資格管理
- ・保険料率の設定・賦課・徴収
- ・保険給付
- ・保健事業
- ・窓口業務

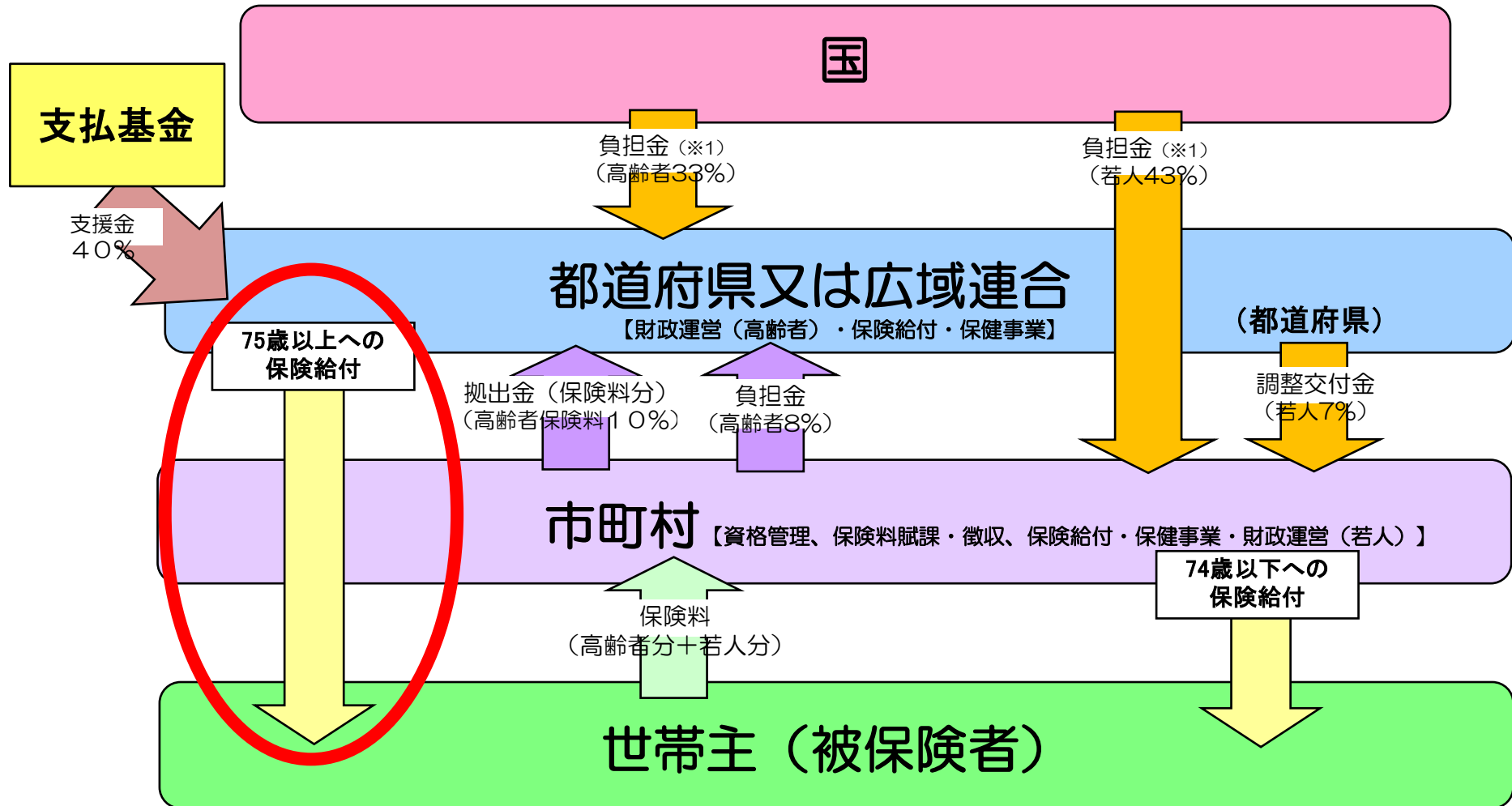
「給付事務の主体」の論点

i 給付事務を「都道府県単位の運営主体」が行う場合 ＝「給付及び財政を都道府県単位化」する方式	ii 給付事務を「市町村」が行う場合 ＝「財政を都道府県単位化」する方式
<p>【メリット】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○高齢者分の給付事務については、現在、広域連合で実施しており、現行制度からの移行が比較的容易となる。 ○都道府県単位で事務を実施することにより、市町村の事務が軽減されるとともに、事務の効率化が期待される。 	<p>【メリット】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○市町村に保険者事務が集約され、効率的に処理できるとともに、住民にとっても分かりやすく、サービスが向上する。 ○広域連合という組織を設けることなく、市町村と都道府県で国保を運営することができ、社会的コストが軽減される。 ※財政運営だけであれば、役割・事務に見合う組織を考えた場合、「広域連合」が行うことは適当ではなく、「都道府県」が行うことがより適切。 ○システム改修は、市町村のみとなる。
<p>【デメリット】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○新制度では、高齢者分の給付事務は、「都道府県単位の運営主体」が行い、若人分は「市町村」が行うため、現金給付について、高齢者分は「都道府県単位の運営主体」から、若人分は「市町村」から、それぞれ世帯主に支給されるため、住民にとって分かりにくいものとなる。 ○システム改修は、「都道府県単位の運営主体」と「市町村」双方で必要となる。 	<p>【デメリット】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○市町村では、事務処理が増加するため、事務処理体制を整えることが必要となる。

※ 給付事務を「都道府県単位の運営主体」が行う場合でも、「市町村」が行う場合でも、現行どおり、レセプトの審査や診療報酬の支払、高額療養費等の現金給付の計算事務等については、国保連への委託により、省力化・効率化を図ることが可能。(広域連合において給付事務に携わっている職員数313名；平成22年度実施状況調査)

【参考】 i 「給付及び財政を都道府県単位化」する方式のイメージ

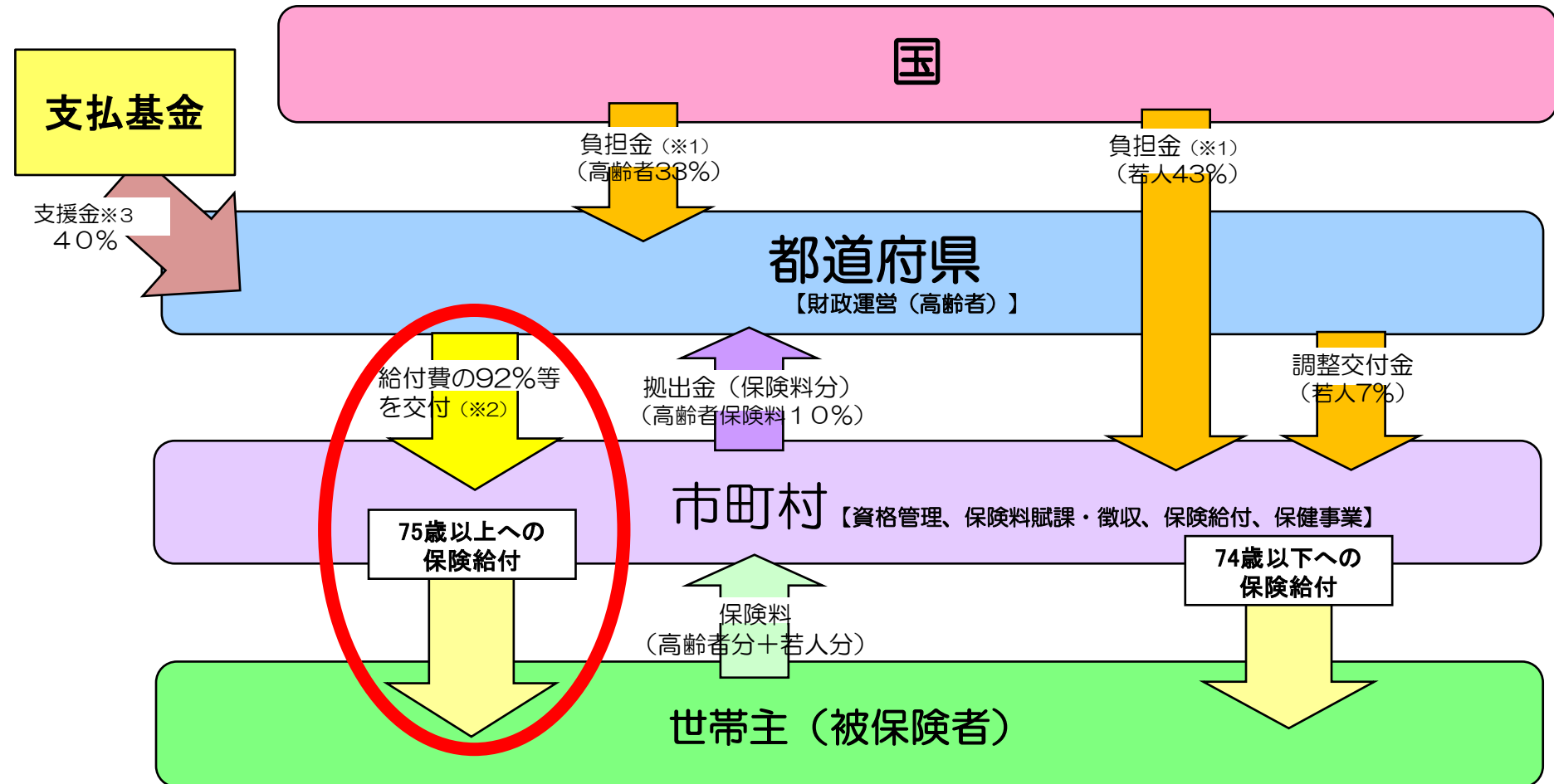
- 「都道府県単位の運営主体」(都道府県又は広域連合)は、市町村国保のうち75歳以上の高齢者に係る財政運営と保険給付、保健事業を行う。
- 市町村は、保険証の発行を含む資格管理、保険料の賦課・徴収を行う。



(※1) 国調整交付金、保健事業費負担金を含む。

【参考】 ii 「財政を都道府県単位化」する方式のイメージ

- 「都道府県単位の運営主体」(都道府県)は、市町村国保のうち75歳以上の高齢者に係る財政運営を行う。
- 市町村は、保険証の発行を含む資格管理、保険料の賦課・徴収、保険給付、保健事業を行う。



(※1) 国調整交付金、保健事業費負担金を含む。

(※2) 92%＝国負担金33.3% (定率負担25%＋調整交付金8.3%)＋保険料10%＋支援金40%＋都道府県定率負担8.3%。残りの8.3%は、市町村の定率公費負担分。その他、国と都道府県の保健事業費負担金 (各 1/3)。

(※3) 支援金は、市町村に入れるという選択肢もある。

Ⅱ 「都道府県単位の運営主体」について

【中間とりまとめ(抜粋)】

「都道府県単位の運営主体」を具体的にどこにすべきかについては、都道府県が担うべきとする意見が多数であったが、慎重な意見もあり、今回の中間とりまとめにより明らかになる新制度の全体像を踏まえ、また、将来的な財政試算等を明らかにしつつ、引き続き検討する。



【全国知事会 後期高齢者医療制度改革プロジェクトチーム中間とりまとめ(抜粋)】

被保険者管理や保険料徴収等の円滑な事務処理等、従来のノウハウとシステムを生かせることから、市町村広域連合が、新たな高齢者医療制度において区分する高齢者部分の保険運営主体となることが適当と考えられる。都道府県の役割としては、市町村広域連合が円滑に保険運営できるよう人的支援、効果的な保健指導に関する助言、医療保険と介護保険の給付情報の共有化・状況分析の支援等を行い、また、安定的で円滑な保険財政の運営のための基金を国とともに新たに設置するなど、市町村広域連合への支援を強化していくことが適当である。

【都道府県が担う場合のメリット】

- 都道府県が国保の保険財政に責任を持つことにより、都道府県が行っている健康増進や医療の効率的な提供に向けた取組がより推進されることが期待できる。(【参考】医療費適正化計画等と保険運営の一体的取組によるメリット)
- 同じ都道府県をエリアとして、広域連合という別の地方公共団体を設置し、運営するよりも、都道府県が運営することにより、社会的コストが軽減できる。
- 現行の後期高齢者医療広域連合に対して指摘されている以下のような問題点の改善が期待できる。
 - ① 都道府県や市町村と比べ、住民から十分に認知されていない
(広域連合について知らない方 約73%、75歳以上でみても約63%が広域連合を知らない;「高齢者医療制度に関する世論調査」)
 - ② 広域連合長は、運用上、住民から直接選ばれていないので、責任が明確でない
(例えば、A市住民とは関係のないB市長が広域連合長としてA市住民の保険料を決定している)
 - ③ 市町村に対する調整機能が十分に働いていない

【参考】医療費適正化計画等と保険運営の一体的取組によるメリット

- 平成18年の制度改正で、都道府県が、市町村、保険者等と協力し、医療費適正化及び関連する3計画を策定・実施することで、都道府県単位で医療費適正化を進める仕組みが導入された。
 - あわせて、医療保険も各都道府県の医療費の水準と保険料が連動する仕組みに改められた(老人保健制度から都道府県単位の後期高齢者医療制度へ。協会けんぽの財政単位も都道府県単位へ。)
- ⇒ さらに、医療費適正化計画等の策定主体である都道府県が、国保の財政運営を担うことで、国保財政の安定化に加えて、医療費適正化計画等やそれに基づく取組がより実効あるものになる。

(現行)

広域連合の役割

保険料率の設定等の財政運営

現行の仕組みでは主体が異なるため、医療費適正化計画等を実効あるものにしていくとするインセンティブが十分に働かない。

都道府県の役割

健康の保持増進・医療の効率的な提供の推進

医療費適正化計画

都道府県、市町村、保険者等で構成される協議会を都道府県に設置し、地域の関係機関が一体となって取り組む体制を整備する

(見直し案)

都道府県の役割

標準(基準)保険料率の設定等の財政運営

都道府県が国保の財政運営を担い、保険料率を設定することで、医療費適正化の成果が、直接、保険料率に連動。医療費適正化計画等がより実効あるものとなる。

医療費適正化計画及び関連3計画に基づき
保健・医療・介護の計画的な推進

健康増進計画～生活習慣病対策～

医療計画～医療機能の分化・連携、在宅医療の推進等～

介護保険事業支援計画～地域包括ケアの推進～

Ⅲ 第二段階における検討事項

- 全国一律に全年齢を対象とした都道府県単位化を図る際には、以下の点などについて結論を得ることが必要。

① 保険料の設定

- ・ 全年齢で都道府県単位化した段階で、若人と高齢者の保険料の基準は別々とするのか、一本化するのか。
- ・ 市町村の収納率や医療費格差を保険料率に反映するか。また、保健事業、国保直診などへの保険料の充当をどうするか。

② 財政調整のあり方

- ・ 全年齢で都道府県単位化した段階で、高齢者と若人の会計を区分する必要があるのか。(高齢者と若人の保険料を別々とするのかどうかとも関係)
- ・ 被用者保険と国民健康保険の間の財政調整の方法をどうするか。

③ 事務体制のあり方

- ・ 「都道府県単位の運営主体」と「市町村」の役割分担について、見直す必要があるのかどうか。

⇒ これらの点については、今後の医療費の動向や社会経済情勢等を踏まえつつ、平成25年度からの第一段階の都道府県単位化の施行状況等も見ながら、改めて検討することが必要。

⇒ 一方で、第二段階への移行の目標時期については、

- ・ できる限り速やかに全年齢での都道府県単位化を図ることが必要であること
- ・ そのためには、「広域化等支援方針」に基づき、市町村間の保険料の平準化の取組が進められることが必要であるが、具体的時期が定められなければ実効性のある取組は進まないことから、今回の法案に明記することが必要。

※ 国保の保険料は、現在、2～4方式で賦課されているが、全年齢で都道府県単位化した場合の保険料の賦課方式については、各都道府県における現在の賦課方式の状況を踏まえ、各都道府県において移行しやすい保険料率の方式をそれぞれ採用することとする。

第二段階への移行の目標時期

⇒ 第二段階への移行の目標時期までに、保険料の平準化に向けて、「広域化等支援方針」に基づき、

- ① 保険財政共同安定化事業の対象医療費(現行30万円超)の拡大
- ② 保険財政共同安定化事業の拠出金の算定方法の変更(医療費水準に基づく拠出を縮小し、被保険者数・所得水準等に基づく拠出を拡大)
- ③ 保険料算定方式の標準化
- ④ 繰上充用、一般会計繰入の段階的・計画的な解消に向けた取組

などについて、市町村が利害を超えて取り組むことが必要となるが、これらについて実現可能な具体的な時期をいつに設定するか。

平成22年度

平成23～24年度

平成25年度～
(第一段階)

平成〇〇年度頃
(第二段階)

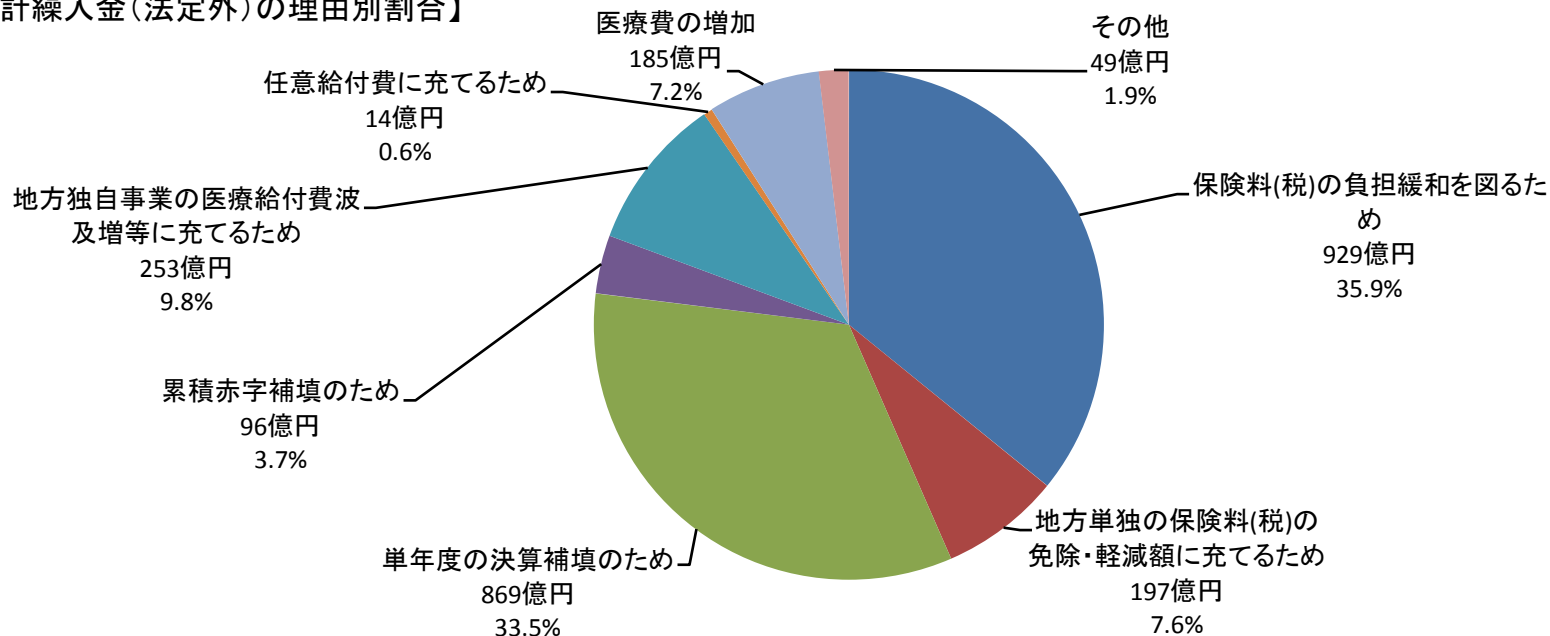
広域化等支援方針に基づいた環境整備

保険財政共同安定化事業	・検討	保険財政共同安定化事業(いわゆる再保険)の対象医療費(現行30万円超)を拡大 → 段階的に財政運営の都道府県単位化が進む	若人部分も含めた 都道府県単位化
		保険財政共同安定化事業の拠出金の算定方法の変更(医療費水準に基づく拠出を縮小し、被保険者数・所得水準等に基づく拠出を拡大) → 段階的に保険料水準が平準化する	
保険料算定方式の標準化	・検討	・標準化された保険料算定方式への変更	
収納率の格差	・分析 ・収納率目標設定	・収納率の向上	→
繰上充用・一般会計繰入	・分析	・繰上充用の段階的縮小 ・一般会計繰入の段階的縮小	→

市町村による法定外一般会計繰入等について

○ 市町村国保の一般会計繰入や繰上充用については、市町村の政策的判断によって行っている部分もあるが、市町村国保の財政運営の健全化を図るためには、保険料引上げだけでなく、収納率向上、医療費適正化などの取組を行うことにより、段階的かつ計画的に解消していくことが望ましい。今後さらに、全年齢を都道府県単位化する第二段階への円滑な移行を図るため、国としても、一般会計繰入・繰上充用を解消する市町村の取組に対する支援の在り方について幅広く検討する。

【平成20年度一般会計繰入金(法定外)の理由別割合】



- ・ 平成20年度の市町村国保の単年度収入は12兆4,589億円
- ・ 法定外の一般会計繰入は3,670億円であるが、保険給付以外の支出である保健事業や直営診療施設等の繰入や、東京都の財政調整分等を除いた額(2,592億円)の内訳を示している。(単年度収入の2.1%)
- ・ 「保険料(税)の負担緩和を図るため」とは、保険料水準全体を抑制する場合、「地方単独の保険料(税)の免除・軽減額に充てるため」とは、被保険者の所得等に応じて独自に減免する場合をいう。

健康の保持増進・医療の効率的な提供への取組

【現状・課題】

【見直しの方向性】

論点Ⅰ 各保険者における 壮年期からの 健康づくり

- 特定健診等の実施率の向上が課題。
特定健診実施率38.3%
特定保健指導終了率7.8%
(20年度)
- 75歳以上の方の健康診査について、広域連合の努力義務となった中で、受診率が低下。
(20年度21%)

論点Ⅱ 各地域における 医療費適正化の 取組

- 都道府県単位での健康の保持増進や医療の効率的な提供に向けた取組を一層推進するための体制や具体的仕組みについて検討が必要。

論点Ⅲ 高齢期における 医療の効率的な 提供のための取組

- 必要な医療の提供が妨げられることのないよう配慮しつつ、効率化できる部分を効率化する取組の強化は必要。
 - ・ 医療費通知が未実施
…4広域連合
 - ・ 後発医薬品希望カードの配布が未実施…6広域連合
 - ・ 重複・頻回受診者への訪問指導が未実施…28広域連合(全市町村で実施している広域連合は8)

- 特定健診等の実施率向上に向けた取組の検討・実施。
- 75歳以上の高齢者の方々に対しても保険者に実施を義務付け。国保の特定健診等の費用について、国・都道府県はそれぞれ1/3を負担。

※ 高齢者への対応を含め、健診項目、保健指導のプログラムなど、技術的な問題については別途検討。
※ 特定健診・特定保健指導の達成状況による支援金の加算・減算の仕組みの取扱いについては、次ページ。

- 医療費適正化計画等の策定主体である都道府県が、国保の財政運営を担うことで、医療費適正化計画等がより実効あるものになる。

- 都道府県、市町村、保険者等で構成される協議会を都道府県に設置し、地域の関係機関が一体となって取り組む体制を整備。

- 医療費通知の100%実施。

- 後発医薬品希望カードの配布及び利用差額通知の100%実施。

- 重複・頻回受診者への訪問指導の強化。

- レセプト点検、適正受診の普及・啓発等の取組の強化。

支援金の加算・減算の仕組みについて

- 現在、後期高齢者支援金については、各保険者の特定健診・保健指導の実施状況等に応じて、±10%の範囲内で加減算する仕組みとなっている。(平成25年度から施行)

現行の加減算制度については、以下のような論点が考えられる。

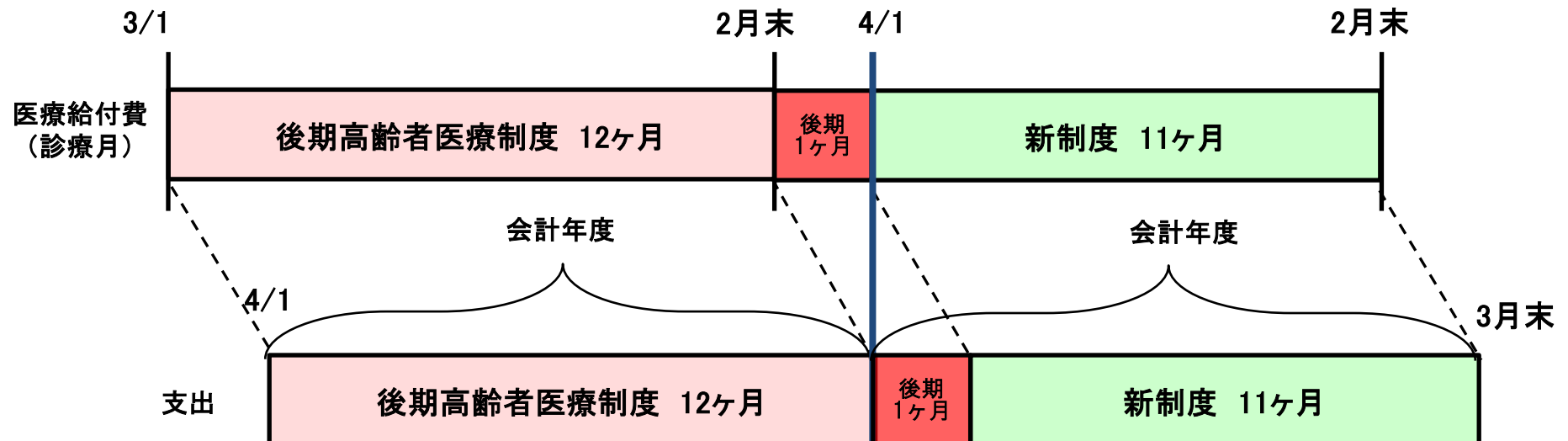
- そもそも実施率の低い保険者へのペナルティーである等の理由により、加減算制度自体を廃止すべき、との意見をどう考えるか。
 - 保険財政全体に貢献をした保険者にメリットを与えるのが加減算制度の本来の趣旨。既に20年度において国の定める参酌基準を達成した保険者も存在。
- 状況の異なる保険者を一律に比較することが良いかどうか。(被用者保険と市町村国保の達成状況の相違など)
 - 保険者毎の状況に配慮し保険者の種別・規模等を勘案する必要があるか。
- 加減算される金額(最大で後期高齢者支援金の±10%)は過大ではないか。(特定健診等の全保険者の事業規模は約1,000億円程度である一方、後期高齢者支援金の10%は、約5,000億円程度(平成22年度予算ベース))
 - 保険者毎の財政状況を勘案し適正な加減算の規模とする必要があるか。
- 生活習慣病対策による将来的な医療費への効果と加減算される支援金の対応関係をどのようにつけるか。
 - 中期的な実施状況やデータの蓄積状況を勘案する必要があるのではないか。

⇒ 今般の高齢者医療制度の見直しに当たっては、各保険者の特定健診・保健指導の実施状況等に応じて支援金を加減算する旨の現行と同様の規定を新制度にも設けることとした上で、関係者間で詳細な検討を行う場を設置し、医療費適正化計画の第2期のスタート(平成25年度～)までに結論を得る。

新制度の施行日

- 3月中の診療分は、診療月の翌月にレセプト審査がなされ、診療報酬が支払われるため、医療保険制度の会計年度(4月から3月までの支出)は、診療月ベースで見ると3月から2月までとなる。
 - 新制度の施行日を4月1日とすると、その直前の3月分の診療報酬は、次の会計年度で1ヶ月分だけ旧制度として処理することが必要となる。
 - ※ 後期高齢者医療制度の施行が平成20年4月1日だったため、20年3月診療分については老健制度として20年度の処理を行い、後期高齢者医療制度の20年度は11ヶ月の診療分に対応するものとなっていた。これにより、20年度・21年度の保険料で賄うべき医療給付費が23ヶ月で、22年度・23年度は24ヶ月となったため、保険料の増加要因となった。また、20年3月診療の1ヶ月分に対応する20年度の老健拠出金が各保険者に発生した。
 - ※ 新制度においても、4月1日施行とすると、これと同じ問題が発生するとともに、旧後期高齢者医療制度の1ヶ月分の保険料を元の被保険者に対し賦課・徴収することも必要となる。
- ⇒ このような状況を生じさせないよう、新制度の施行日は3月1日とすることが適当。

【4月施行とする場合】



新たな制度への資格の移行

○ 現行制度においては、国保の資格取得・喪失の際には、世帯主が市町村に届出を行う必要があるが、新制度施行に伴う資格の移行を確実にかつ簡素な仕組みで行う必要がある。

⇒ 後期高齢者医療制度の被保険者のうち、被用者保険等に参加する方以外は、市町村において国保の被保険者として職権で加入させ、世帯主から市町村への国保の被保険者資格取得届出を不要とする。

【市町村国保への資格の移行】

○ 被用者保険に参加することとなる方については、その加入情報を被用者保険者から支払基金及び広域連合を經由して市町村に送付する仕組みとし、その方については市町村国保の資格がないものとして取扱う。

※ 市町村への情報の送付後に、退職・転職等の資格取得予定の変更が生じた場合には、被保険者が市町村に対して、その旨の申告を行う必要がある。

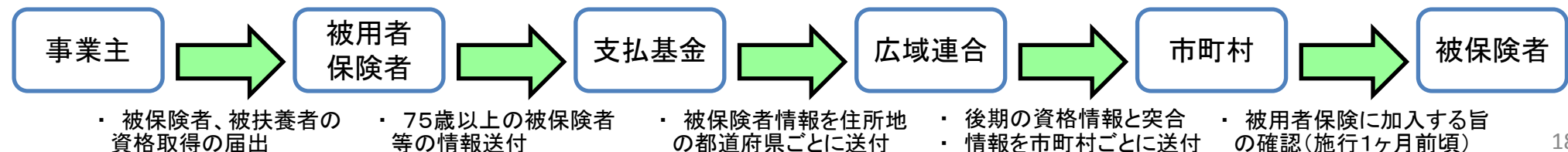
○ 被用者保険等への加入者を除き、市町村において国保の被保険者となるものとして職権で加入させ、世帯主から市町村への国保の被保険者資格取得届出を不要とする。

【被用者保険等への加入手続】

○ 被用者保険においては、通常の資格取得時の手続と同様に、事業主が保険者に対し、雇用している75歳以上の高齢者の資格取得の届出を行う。また、被扶養者に関しては、被保険者本人から事業主を經由して保険者に届出を行う。

※各保険者等と連携し、届出漏れが生じないように、周知・広報を徹底する。

<被用者保険加入者についての情報送付の基本的な流れ>



65歳～74歳で一定の障害の状態にある方について

- 現行制度においては、65歳～74歳で一定の障害の状態にある方は、申請を行い保険者の認定を受けることで、後期高齢者医療制度に加入できることとしている(障害認定)。平成22年度7月末現在、44.3万人が認定を受けている。

<障害認定の必要性>

障害の状態にある方は、一般的に医療を受ける必要性が高い場合が多く、医療費も高額となりやすいため、75歳以上の方と同様に後期高齢者医療制度の対象とすることで、

- ① 窓口負担割合を1割(現役並み所得者を除く)とするとともに、
- ② その医療費を、特定の保険者のみが負うのではなく、公費や支援金により支える。

⇒ 新たな制度においても、65歳～74歳で一定の障害の状態にある方について、窓口負担割合や公費・支援金の取扱いを75歳以上の高齢者と同様とする仕組みを設ける。

新たな制度での障害認定の仕組み

- 65歳～74歳で一定の障害(現行と同じ基準)の状態にある方を対象とする。
 - 加入するそれぞれの保険者が認定することとし、認定を受けた方はその方が加入する保険に加入したまま、75歳以上の高齢者と同様の取扱いを受けることとする。
- <国保の被保険者> 障害認定を受けた場合に窓口負担割合を原則1割とするとともに、都道府県単位の財政運営の対象とし、75歳以上の高齢者と同様の費用負担(公費及び支援金)とする。
- <被用者保険の被保険者> 障害認定を受けた場合に窓口負担割合を原則1割とするとともに、75歳以上の高齢者と同様の費用負担(公費及び支援金)とする。
- 認定に当たっては、国民年金証書、身体障害者手帳等に基づき、客観的に行うこととなる。ただし、一部これらによっては障害の程度が確認できない場合があるが、この場合は、都道府県等に協議の上、医師の診断により個別に認定することとなる。