

第96回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成28年7月14日(木)
16時00分～18時00分
場所：ベルサール半蔵門

(議 題)

1. 骨太2016、規制改革実施計画等の報告について
2. 骨太2016、経済・財政再生計画改革工程表の指摘事項について
 - (1) 高額療養費について
 - (2) 後期高齢者の窓口負担について
3. 被用者保険をめぐる諸課題について
4. データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会の検討状況について
5. その他

(配布資料)

- | | |
|----------|---|
| 資 料 1 | 骨太2016、規制改革実施計画等の報告について |
| 資 料 2 | 高額療養費について
後期高齢者の窓口負担について |
| 資料 3 - 1 | 被用者保険の概要・財政状況について |
| 資料 3 - 2 | 被用者保険の保健事業について |
| 資料 4 - 1 | データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会開催要綱 |
| 資料 4 - 2 | データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会当面の検討事項の整理案 |
| 参 考 資 料 | 社会保障審議会療養病床の在り方等に関する特別部会資料 |

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成28年7月14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
かねこ ひさし 兼子 久	全国老人クラブ連合会理事
きくち れいに 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
はら かつのり 原 勝則	国民健康保険中央会理事長
ひぐち けいに 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 ひるきち 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96回 社会保障審議会医療保険部会

平成28年7月14日(木) 16:00~18:00

ベルサール半蔵門 ホールA

速記

(岡崎委員
参考人)
遠藤委員
濱谷審議官
鈴木局長
遠藤部長
谷内審議官
和田委員
横尾委員

兼子委員
菊池委員
小林委員
白川委員
新谷委員
菅原委員
武久委員
原委員

森委員
望月委員
松原委員
堀委員
藤井委員
福田委員
(参考人)
樋口委員
(参考人)

山内課長
泉課長
榎本課長
宮本課長
城課長
黒田課長
迫井課長
眞鍋企画官
平子室長

赤羽根室長
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
矢田貝室長
小椋管理官
中山管理官

傍聴者席

経済財政運営と改革の基本方針2016（平成28年6月2日閣議決定）（医療保険関係 抜粋①）

第3章 経済・財政一体改革の推進 5. 主要分野ごとの改革の取組 —(1) 社会保障

基本的な考え方

社会保障分野においては、世界に冠たる国民皆保険・皆年金を維持し、これを次世代に引き渡すことを目指し、「経済・財政再生計画」に掲げられた医療・介護提供体制の適正化、インセンティブ改革、公的サービスの産業化、負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化、薬価・調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革、年金、生活保護等に係る44の改革項目について、改革工程表に沿って着実に改革を実行していく。

i) 医療

(医療費適正化計画の策定、地域医療構想の策定等による取組推進)

- 「経済・財政再生計画」が目指す医療費の地域差の半減に向け、医療費適正化基本方針に係る追加検討を進め、地域医療構想に基づく病床機能の分化及び連携の推進の成果等を反映させる入院医療費の具体的な推計方法や、医療費適正化の取組とその効果に関する分析を踏まえた入院外医療費の具体的な推計方法及び医療費適正化に係る具体的な取組内容を、本年夏頃までに示す。医療費適正化計画においては、後発医薬品の使用割合を80%以上とすることに向けた後発医薬品の使用促進策について記載するとともに、重複投薬の是正に関する目標やたばこ対策に関する目標、予防接種の普及啓発施策に関する目標等の設定を行い、取組を推進する。
- 医薬品の適正使用の観点から、複数種類の医薬品処方¹の適正化の取組等を実施する。また、費用対効果評価の導入と併せ、革新的医薬品等の使用の最適化推進を図るとともに、生活習慣病治療薬等の処方の在り方等について今年度より検討を開始し、平成29年度中に結論を得る。

(医療費の増加要因や地域差の更なる分析、医療・介護データを連結した分析等)

- 高齢化などの人口要因や診療報酬改定などによる影響を取り除いた医療の伸び（「その他」を要因とする伸び）など医療費の増加要因や、診療行為の地域差を含む地域差について、更なる分析を進める。
- 医療保険者によるレセプト等の分析による医療の実態把握や、レセプト情報の活用による医療の質の評価の検討を行うとともに、分析結果等について医療専門職との情報共有を進めることで質の改善につながる仕組みについて検討を行う。
- 医療・介護の総合的な対策を推進するために、双方のデータを連結した分析を進める。また、今後更に増大する施策や研究利用のニーズに対応するため、拡充したNDBのサーバーの活用等を進める。

（データヘルスの強化等）

- ・データ分析に基づき、被保険者の個々の状態像に応じた適切な対策を実施することで、効果的なデータヘルスを実現するとともに、健康維持率等の継続的把握により、各保険者の取組状況や効果を測定する。診療報酬と保健事業の役割分担等について検討しつつ、合併症予防を含む重症化予防等の取組を進める。
- ・保険者によるデータの集約・分析や保健事業の共同実施等を支援する。ICTとビッグデータを最大限活用し、保険者によるデータヘルスや医療の質の評価・向上を通じて「医療の質を創る」ための新たな保険者支援サービスについて、ICT時代にふさわしい審査支払機関の在り方の議論を踏まえて検討する。
- ・データヘルスの好事例の全国展開に向け、国レベルでの医療関係団体とのプログラムの共同作成や、先進的なデータヘルス事業の体系的な整理・パッケージ化を行うとともに、平成30年度からのインセンティブ改革を今年度から一部前倒しで実施し、取組を行う自治体のインセンティブを導入する。
- ・データヘルス事業に十分な資源を投入できない保険者に対し、事業導入に係る初期費用の補助を含めた支援を行うとともに、保険者と民間企業等のマッチングを促進する。

（健康づくり・疾病予防・重症化予防等の取組推進）

- ・がん検診と特定健診の同時実施等による健診のアクセス向上等により特定健診受診率の大幅な向上を図る。かかりつけ医等とも連携しつつ、健康づくりや疾病予防、重症化予防等への効果的な誘導を実現する。
- ・高齢者のフレイル対策については、保険者が参照するガイドラインの作成・周知や先駆的な好事例を踏まえた効果的な事業の全国展開等により、更に推進する。
- ・予防・健康づくり等の取組に係る共通のインセンティブ指標を踏まえつつ、保険者努力支援制度や後期高齢者支援金の加算・減算制度等について具体的な指標を検討し、疾病予防・健康づくり等に関するインセンティブ強化を実現する。

iii) その他

- ・平成28年度診療報酬改定の影響について、調査・検証を行う。特に、かかりつけ薬剤師による服薬状況の一元的・継続的把握、服薬指導等への評価の新設を含む調剤報酬については、患者本位の医薬分業の実現の観点から、改定内容の「見える化」や効果の検証等を実施する。

規制改革実施計画（平成28年6月2日閣議決定）（医療保険関係 抜粋①）

③診療報酬の審査の効率化と統一性の確保

No	事項名	規制改革の内容	実施時期
5	診療報酬の審査の在り方に関する検討組織の設置と具体的検討	<p>現在の社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）を前提とした組織・体制の見直しではなく、<u>診療報酬の審査の在り方をゼロベースで見直す</u>。このため、以下の要件を満たす検討組織を設置し、論点と検討の方向性を示した上で、<u>平成28年夏を目処に方針を整理し、平成28年内に結論を得る</u>。</p> <p>a 診療報酬の審査の効率化と統一性の確保の実現を担う検討組織を設置し、検討組織の事務局には、支払基金及び支払基金の利害関係者を含めない。</p> <p>b 検討組織の構成員は、ICTによる業務効率化の専門家やコスト意識の高い企業経営者など、専門性の高い外部の有識者とする。また、支払基金関係者は構成員としない。</p>	<p>検討組織の設置は措置済み、平成28年夏を目処に方針を整理し、平成28年内に結論を得次第速やかに措置</p>
6	診療報酬の審査の在り方の見直し	<p>社会保険及び国民健康保険の診療報酬の審査において、<u>ICTの最大限の活用により人手を要する事務手続を極小化し、業務の最大限の効率化、高精度化、透明性の向上、並びに医療機関及び保険者の理解促進を図るため</u>、以下のa～iについて具体的に検討し、結論を得る。</p> <p>a 医師の関与の下で、全国統一かつ明確な判断基準を策定すること</p> <p>b 上記判断基準に基づく精度の高いコンピューターチェックの実施を可能とすること（医学的判断を要する審査対象を明確化すること）</p> <p>c コンピューターチェックに適したレセプト形式の見直しを行うこと</p> <p>d レセプトの請求段階における記載漏れ・誤記などの防止措置を構築すること</p> <p>e 審査結果の通知及び審査基準の情報開示をICTの活用により効率的に行うこと</p> <p>f 医師による審査における医学的判断を集約し、継続的にコンピューターチェックに反映する仕組みを構築すること</p> <p>g 医師による審査及び合議のオンライン化や、審査結果等のデータ蓄積を自動化し、統計的な分析結果の参照や過去事例の検索や人工知能の活用などにより、医学的判断を要する審査手続の効率化、高度化を行うこと</p> <p>h 医学的な判断が分かれるなどの理由から審査結果に疑義がある場合について、医療機関及び保険者からの請求に基づく医師による再審査の仕組みを効率化、高度化すること</p> <p>i 社会保険及び国民健康保険のレセプト情報の共有化及び点検条件の統一化を図ること</p>	<p>a～iにつき平成28年夏を目処に方針を整理し、平成28年内に結論を得次第速やかに措置</p>

③診療報酬の審査の効率化と統一性の確保

No	事項名	規制改革の内容	実施時期
7	組織・体制の在り方の見直し	<p>医療費の円滑で適切な審査・支払を維持しつつ、社会全体として効率的な組織・体制の在り方を追求する観点から、現行の支払基金を前提とした組織・体制の見直しではなく、<u>診療報酬の審査の在り方をゼロベースで見直すため</u>、以下のa～cについて具体的に検討し、結論を得る。</p> <p>a「診療報酬の審査の在り方の見直し」の検討を踏まえた上で、現行の支払基金が担っているとされる各業務（特に、職員による点検事務及び説明・指導）について要否を検討し、不要・非効率な業務を削減すること</p> <p>b aで必要とされる業務のうち、効率的な運営を図るため、支払基金以外の者（民間企業を含む）を保険者が活用することが適切な業務の有無を検討し、当該業務がある場合の具体的な活用の仕組みを構築すること</p> <p>c aで必要とされる業務のうち、bの検討を経て支払基金が担うことが適切な業務がある場合には、その具体的な組織・体制等の在り方（業務拠点も含めた職員及びシステムなどの体制、業務範囲、法人形態、ガバナンス体制、事務費負担の在り方、法規制の在り方等）を検討すること</p>	<p>平成28年夏を目処に方針を整理し、平成28年内に結論を得次第速やかに措置</p>

3. 「希望出生率1.8」に向けた取組の方向

(5) 若者・子育て世帯への支援

- ・ 地域において分娩を扱う施設の確保など、小児・周産期医療体制の充実を図る。子どもの医療制度の在り方等に関する検討会での取りまとめを踏まえ、国民健康保険の減額調整措置について見直しを含め検討し、年末までに結論を得る。

6. 10年先の未来を見据えたロードマップ

《希望出生率1.8の実現》希望どおりの人数の出産・子育て(保育・育児不安の改善)

④ 妊娠・出産・育児に関する不安の解消

【具体的な施策】

- ・ 国民健康保険における公費負担の減額調整措置の在り方について、子どもの医療制度の在り方等に関する検討会での取りまとめにおいて、少子化対策を推進する中で自治体の取組を支援する観点から早急に見直すべきとの意見が大勢を占めた。その際、医療保険制度の規律や負担の公平性、過度な給付拡大競争の抑制等の観点を踏まえ検討を行うべきとされたことも踏まえ、年末までに結論を得る。

骨太2016、経済・財政再生計画改革工程表 の指摘事項について

(1) 高額療養費について

(2) 後期高齢者の窓口負担について

平成28年7月14日

厚生労働省保険局

経済財政運営と改革の基本方針2016（抄）

（平成28年6月2日閣議決定）

5. 主要分野ごとの改革の取組

(1) 社会保障

① 基本的な考え方

社会保障分野においては、世界に冠たる国民皆保険・皆年金を維持し、これを次世代に引き渡すことを目指し、「経済・財政再生計画」に掲げられた医療・介護提供体制の適正化、インセンティブ改革、公的サービスの産業化、負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化、薬価・調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革、年金、生活保護等に係る44の改革項目について、改革工程表に沿って着実に改革を実行していく。

経済財政運営と改革の基本方針2015（抄）

（平成27年6月30日閣議決定）

（負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化）

- ・ 社会保障制度の持続可能性を中長期的に高めるとともに、世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点から、医療保険における高額療養費制度や後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する（略）。

経済・財政再生アクション・プログラム（抄）

（平成27年12月24日 経済財政諮問会議決定）

3. 主要分野毎の改革の取組

（2）負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化

（取組方針・時間軸）

世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点から、

- （i）医療保険における高額療養費制度及び介護保険における高額介護サービス費制度の見直しについて、関係審議会等において具体的内容を検討し、2016年末までに結論を得て、その結果に基づいて速やかに必要な措置を講ずる。
- （ii）医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方について、関係審議会等において検討し、集中改革期間中に結論を得る。

経済・財政再生計画 改革工程表
(平成27年12月24日 経済財政諮問会議決定)

	集中改革期間				2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
	2014・2015年度 《主担当府省庁等》	2016年度	2017年度	2018年度				
負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化	<p>《厚生労働省》</p> <p align="center">通常国会</p> <p align="center">概算要求 税制改正要望等</p> <p align="center">年末</p> <p align="center">通常国会</p>							
	<p>＜④世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点からの検討＞</p> <p>＜(i)高額療養費制度の在り方＞</p>							
	<p>外来上限や高齢者の負担上限額の在り方など、高額療養費制度の見直しについて、世代間・世代内の負担の公平や負担能力に応じた負担等の観点から、関係審議会等において具体的内容を検討し、2016年末までに結論</p>				<p>関係審議会等における検討の結果に基づいて速やかに必要な措置を講ずる</p>			
	<p>＜(ii)医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方＞</p>							
	<p>医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方について、70歳から74歳の窓口負担の段階的な引上げの実施状況等も踏まえつつ、関係審議会等において検討し、結論</p>							
<p>＜(iii)高額介護サービス費制度の在り方＞</p>								
<p>高額介護サービス費制度の見直しについて、制度改正の施行状況や高額療養費との均衡の観点も踏まえつつ、関係審議会等において具体的内容を検討し、2016年末までに結論</p>				<p>関係審議会等における検討の結果に基づいて速やかに必要な措置を講ずる</p>				
<p>＜(iv)介護保険における利用者負担の在り方 等＞</p>								
<p>介護保険における利用者負担の在り方について、制度改正の施行状況や医療保険制度との均衡の観点も踏まえつつ、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論</p>				<p>関係審議会等における検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる（法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む）</p>				

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

(平成25年12月13日公布・施行)

第4条

7 政府は、持続可能な医療保険制度等を構築するため、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一 医療保険制度等の財政基盤の安定化についての次に掲げる事項

ハ 健康保険法等の一部を改正する法律(平成25年法律第26号)附則第2条に規定する所要の措置

※ 附則第2条は、協会けんぽ国庫補助率について、「高齢者医療に要する費用負担の在り方についての検討状況等を勘案し、平成26年度までの間に検討を行い、必要があると認められるときは、所要の措置を講ずる」と規定している。

二 医療保険の保険料に係る国民の負担に関する公平の確保についての次に掲げる事項

イ 国民健康保険の保険料及び後期高齢者医療の保険料に係る低所得者の負担の軽減

ロ 被用者保険等保険者に係る高齢者医療確保法第118条第1項に規定する後期高齢者支援金の額の全てを当該被用者保険等保険者の標準報酬総額に応じた負担とすること

三 医療保険の保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等についての次に掲げる事項

イ 低所得者の負担に配慮しつつ行う七十歳から七十四歳までの者の一部負担金の取扱い及びこれと併せた負担能力に応じた負担を求める観点からの高額療養費の見直し

8 政府は、前項の措置を平成26年度から平成29年度までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成27年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。

9 政府は、第7項の措置の実施状況等を踏まえ、高齢者医療制度の在り方について、必要に応じ、見直しに向けた検討を行うものとする。

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（抄）

（平成27年5月29日公布・施行）

附 則

（検討）

第2条 政府は、この法律の公布後において、持続可能な医療保険制度を構築する観点から、医療に要する費用の適正化、医療保険の保険給付の範囲及び加入者等の負担能力に応じた医療に要する費用の負担の在り方等について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

【衆議院附帯決議】（抄）

三 本法による制度改革の実施状況を踏まえつつ、高齢者医療制度を含めた医療保険制度体系、保険給付の範囲、負担能力に応じた費用負担の在り方等について、必要に応じ、盤石な医療保険制度を再構築するための検討を行うこと。

【参議院附帯決議】（抄）

二、高齢者医療制度及び被用者保険について

- 1 高齢者の医療費の増加等に伴い、現役世代の負担が大きくなっている中で、持続可能な医療保険制度の確立に向けて、更なる医療保険制度改革を促進するとともに、負担の公平性等の観点から高齢者医療制度に関する検討を行うこと。
- 2 前期高齢者納付金及び後期高齢者支援金については、今後高齢化の一層の進展が見込まれていることを踏まえ、現役世代の拠出金負担が過大とならないよう、本法に規定された拠出金負担が特に重い保険者に対する拠出金負担軽減措置を講ずるとともに、将来にわたって高齢者医療運営円滑化等補助金の財源を確保するよう努めること。
- 3 後期高齢者支援金の総報酬割の拡大に当たっては、被用者保険の保険財政への影響の評価及び検証を行うとともに、被用者保険の保険者及び被保険者に十分な説明を行い、その理解と納得を得るよう努めること。

第95回(平成28年5月26日)における 高齢者の自己負担等に関する意見について

- 現役世代の負担の伸びを寝かせる、或いは止めるという方向の制度改革が必要ではないか。
- 現役並み所得という考え方についても論点となるのではないか。
- 高齢者は疾病数が増え長期化するという特性も踏まえながら、医療費を国民全体でどう支えていくか、何が国民の利益か、考えていくべき。
- 高齢者は収入が増えない中で、どのような負担が必要か検討すべき。
- 制度の持続可能性を考えつつ、世代間の負担の公平性を検討した上で見直すことが必要。
- 検討に当たっては、現役世代が納得できる制度という視点を念頭に置かなければならない。

参 考 资 料

【医療保険制度の体系】

(平成28年度予算ベース)

後期高齢者医療制度

約15兆円

- ・75歳以上
- ・約1,660万人
- ・保険者数:47(広域連合)

75歳

前期高齢者財政調整制度(約1640万人)約7兆円(再掲)※3

65歳

国民健康保険

(市町村国保+国保組合)

- ・自営業者、年金生活者、
非正規雇用者等
- ・約3,600万人
- ・保険者数:約1,900

約10兆円

協会けんぽ(旧政管健保)

- ・中小企業のサラリーマン
- ・約3,550万人
- ・保険者数:1

約5兆円

健康保険組合

- ・大企業のサラリーマン
- ・約2,870万人
- ・保険者数:約1,400

健保組合・共済等 約4兆円

共済組合

- ・公務員
- ・約870万人
- ・保険者数:85

※1 加入者数・保険者数、金額は、平成28年度予算ベースの数値。

※2 上記のほか、経過措置として退職者医療(対象者約90万人)がある。

※3 前期高齢者数(約1640万人)の内訳は、国保約1310万人、協会けんぽ約220万人、健保組約90万人、共済組約10万人。

高齢者医療制度

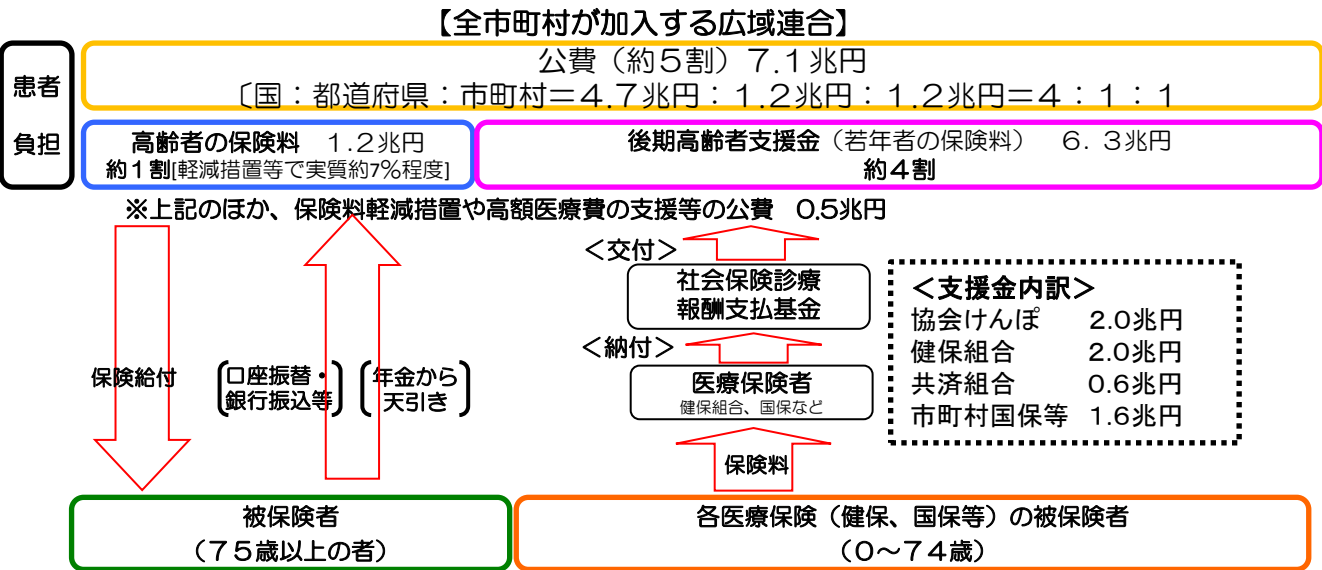
- 国保と被用者保険の二本立てで国民皆保険を実現しているが、所得が高く医療費の低い現役世代は被用者保険に多く加入する一方、退職して所得が下がり医療費が高い高齢期になると国保に加入するといった構造的な課題がある。このため、高齢者医療を社会全体で支える観点に立って、75歳以上について現役世代からの支援金と公費で約9割を賄うとともに、65歳～74歳について保険者間の財政調整を行う仕組みを設けている。
- 旧老人保健制度において「若人と高齢者の費用負担関係が不明確」といった批判があったことを踏まえ、75歳以上を対象とする制度を設け、世代間の負担の明確化等を図っている。

後期高齢者医療制度

<対象者数>
75歳以上の高齢者 約1,660万人

<後期高齢者医療費>
16.3兆円（平成28年度予算ベース）
給付費 15.0兆円
患者負担 1.2兆円

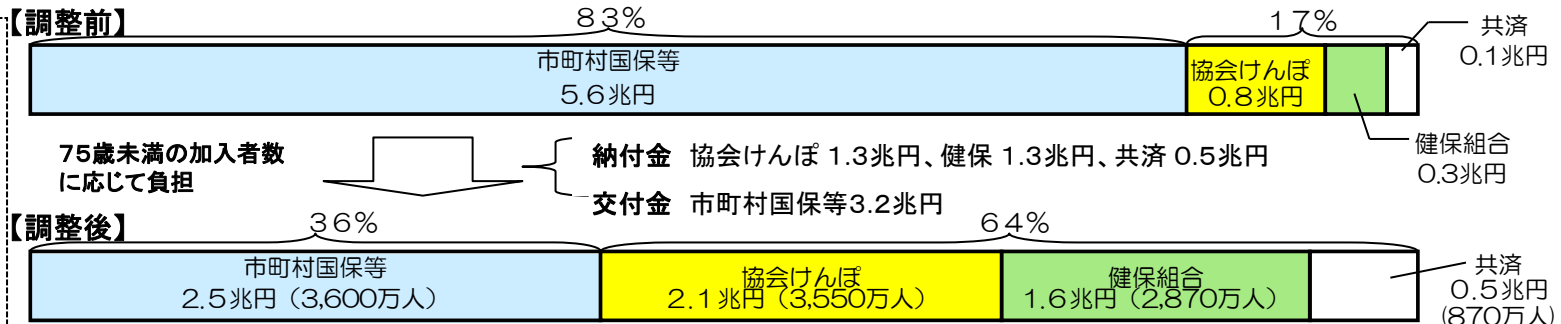
<保険料額（平成28・29年度見込）>
全国平均 約5,660円/月
※ 基礎年金のみを受給されている方は約380円/月



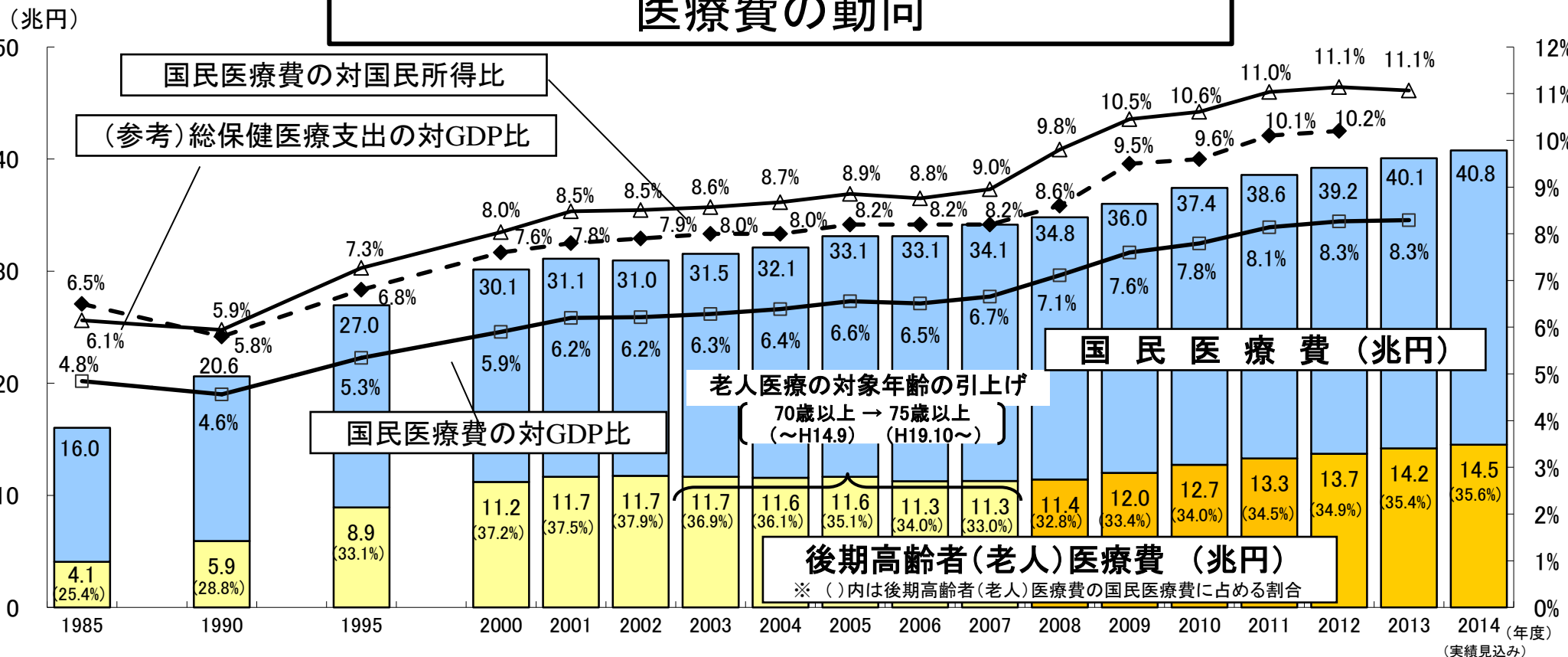
前期高齢者に係る財政調整

<対象者数>
65～74歳の高齢者
約1,640万人

<前期高齢者給付費>
6.8兆円
(平成28年度予算ベース)



医療費の動向



(診療報酬改定) 0.2% ▲2.7% ▲1.0% ▲3.16% ▲0.82% 0.19% 0.004% 0.10%
 (主な制度改正) ・介護保険制度施行 ・高齢者1割負担導入 (2000) ・高齢者1割負担徹底 (2002) ・被用者本人3割負担等 (2003) ・現役並み所得高齢者3割負担等 (2006) ・未就学児2割負担 (2008) ・70-74歳2割負担 (2014)

<対前年度伸び率>

	1985 (S60)	1990 (H2)	1995 (H7)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)	2012 (H24)	2013 (H25)	2014 (H26)	(%)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	▲0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1	1.6	2.2	1.8	
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.5	3.0	3.6	2.3	
国民所得	7.2	8.1	1.1	1.7	▲2.2	▲0.8	1.2	0.5	1.1	1.1	0.8	▲6.9	▲3.0	2.4	▲0.9	0.7	2.9	-	
GDP	7.2	8.6	1.8	0.8	▲1.8	▲0.7	0.8	0.2	0.5	0.7	0.8	▲4.6	▲3.2	1.3	▲1.3	0.1	1.8	-	

注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算による。総保健医療支出はOECD諸国の医療費を比較する際に使用される医療費で、予防サービスなども含んでおり、国民医療費より範囲が広い。2012年のOECD加盟国の医療費の対GDP比の平均は9.3%
 注2 2014年度の国民医療費(及び後期高齢者医療費。以下同じ。)は実績見込みである。2014年度分は、2013年度の国民医療費に2014年度の概算医療費の伸び率(上表の斜字体)を乗じることによって推計している。
 ※70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除(1割→2割)。2014年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

後期高齢者医療制度の被保険者数の推移

年度										
	全被保険者		(再掲)現役並み所得者		(再掲)現役並み所得者 以外		(再掲) 低所得Ⅰ該当者		(再掲) 低所得Ⅱ該当者	
	被保険者数(千人) (対前年度比(%))	構成比 (%)	被保険者数(千人) (対前年度比(%))	構成比 (%)	被保険者数(千人) (対前年度比(%))	構成比 (%)	被保険者数 (千人)	構成比 (%)	被保険者数 (千人)	構成比 (%)
平成20	13,194 (一)	100	1,077 (一)	8.2	12,117 (一)	91.8	2,298	17.4	2,413	18.3
平成21	13,616 (3.2)	100	1,033 (▲4.0)	7.6	12,583 (3.8)	92.4	2,481	18.2	2,471	18.1
平成22	14,060 (3.3)	100	1,013 (▲2.0)	7.2	13,047 (3.7)	92.8	2,584	18.4	2,669	19.0
平成23	14,484 (3.0)	100	1,013 (0.1)	7.0	13,471 (3.2)	93.0	2,674	18.5	2,871	19.8
平成24	14,905 (2.9)	100	1,017 (0.4)	6.8	13,888 (3.1)	93.2	2,758	18.5	3,034	20.4
平成25	15,266 (2.4)	100	1,021 (0.4)	6.7	14,245 (2.6)	93.3	2,821	18.5	3,170	20.8
平成26	15,545 (1.8)	100	1,038 (1.7)	6.7	14,507 (1.8)	93.3	2,867	18.4	3,300	21.2
平成27	16,049 (3.2)	100	1,039 (0.1)	6.5	15,010 (3.5)	93.5	2,965	18.5	3,552	22.1

(資料)保険局「平成25年度後期高齢者医療事業年報」

※平成26・27年度については、「後期高齢者医療毎月事業状況報告(事業月報)平成27年12月 総括表(速報値)」中の数値。

医療費の一部負担(自己負担)割合について

○ それぞれの年齢層における一部負担(自己負担)割合は、以下のとおり。

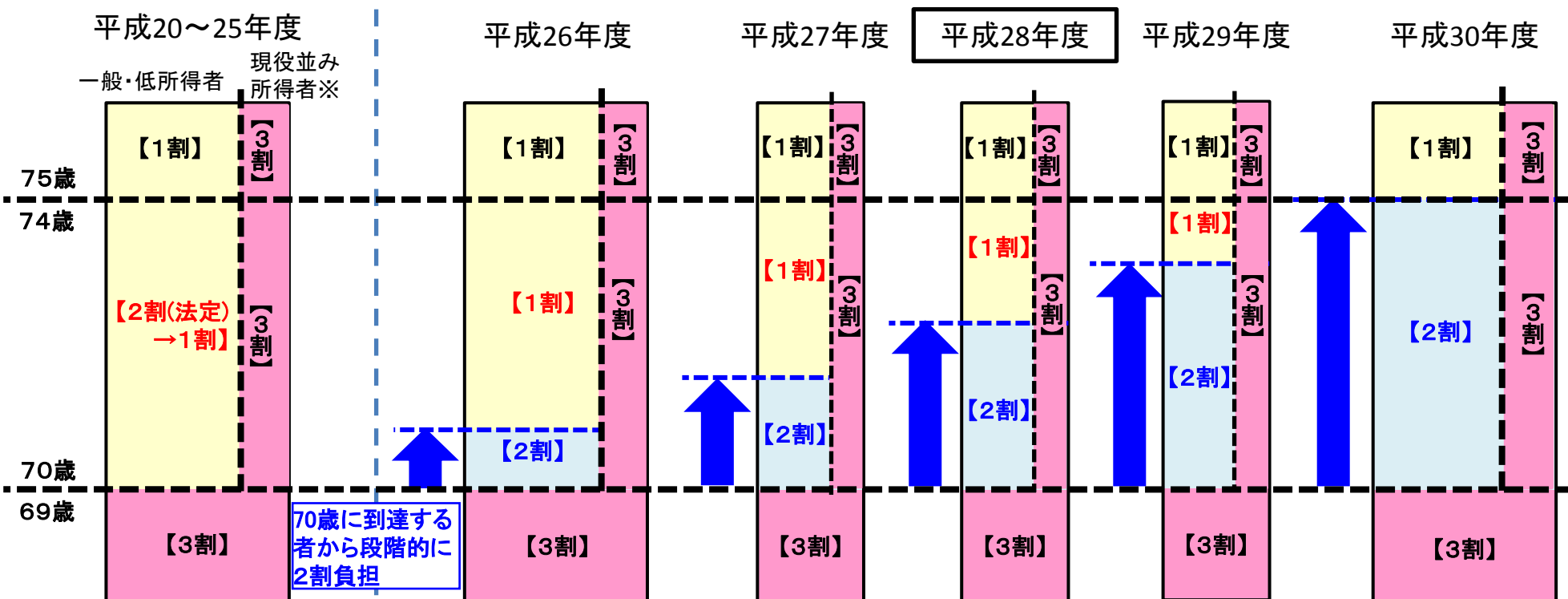
- ・ 75歳以上の者は、1割(現役並み所得者は3割。)
- ・ 70歳から74歳までの者は、2割※(現役並み所得者は3割。)
- ・ 70歳未満の者は3割。6歳(義務教育就学前)未満の者は2割。

※ 平成26年4月以降70歳となる者が対象。これまで、予算措置により1割に凍結してきたが、世代間の公平を図る観点から止めるべき等との指摘を踏まえ、平成26年度から、高齢者の生活に過大な影響が生じることのないよう配慮を行った上で、段階的に2割とした。

	一般・低所得者	現役並み所得者
75歳	1割負担	3割負担
70歳	2割負担 ※平成26年4月以降70歳になる者から	
6歳 (義務教育就学前)	3割負担	
	2割負担	

70～74歳の自己負担の特例措置の見直し

- 社会保障制度改革国民会議報告書等を踏まえ、以下の見直しを実施。
 - ・ 平成26年4月に新たに70歳になる者(69歳まで3割負担だった者)から、段階的に法定負担割合(2割)とする(個人で見ると負担増にならない)。※70歳になる月の翌月の診療から2割負担(4月に70歳になる者は、5月の診療から2割負担)。
 - ・ 平成26年3月末までに既に70歳に達している者は、特例措置(1割)を継続する。
 - ・ 低所得者を含め、高額療養費の自己負担限度額を据え置く。
- 平成28年度予算 1,146億円
 (参考)平成27年度予算 1,433億円、平成26年度予算1,806億円、平成25年度分予算1,898億円



※ 現役並み所得者…国保世帯:課税所得145万円以上の70歳以上の被保険者がいる世帯、被用者保険:標準報酬月額28万円以上の70歳以上の被保険者及びその被扶養者(ただし、世帯の70歳以上の被保険者全員の収入の合計額が520万円未満(70歳以上の被保険者が1人の場合は383万円未満)の場合及び旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合(平成27年1月以降、新たに70歳となる被保険者の属する国保世帯に限る。))は除く

患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額(現行)

(平成27年1月～)

70歳未満			負担割合	月単位の上限額(円)	
	年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上 国保：旧ただし書き所得901万円超		3割	252,600+ (医療費－842,000)×1% 〈多数回該当：140,100〉	
	年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円 国保：旧ただし書き所得600万～901万円			167,400+ (医療費－558,000)×1% 〈多数回該当：93,000〉	
	年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円 国保：旧ただし書き所得210万～600万円			80,100+ (医療費－267,000)×1% 〈多数回該当：44,400〉	
	～年収約370万円 健保：標報26万円以下 国保：旧ただし書き所得210万円以下			57,600 〈多数回該当：44,400〉	
住民税非課税		35,400 〈多数回該当：24,600〉			
70歳 ～ 74歳	現役並み所得者 (年収約370万円～) 健保：標報28万円以上 国保：課税所得145万以上		負担割合	外来(個人ごと)	80,100+ (総医療費－267,000)×1% 〈多数回：44,400〉
	一般(～年収約370万円) 健保：標報26万円以下(※1) 国保：課税所得145万円未満(※1)(※2)		2割 (※3)	12,000 (※4)	44,400 (※4)
	住民税非課税			8,000	24,600
	住民税非課税 (所得が一定以下)				15,000
	75歳	現役並み所得者 (年収約370万円～) 課税所得145万以上		負担割合	外来(個人ごと)
一般(～年収約370万円) 課税所得145万円未満(※1)(※2)		1割	12,000	44,400	
住民税非課税			8,000	24,600	
住民税非課税 (所得が一定以下)				15,000	

※1 収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合も含む。

※2 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

※3 平成26年4月1日までに70歳に達している者は1割。

※4 2割負担の場合は62,100円(外来24,600円)とされていたが、平成26年4月より1割負担だった際の限度額に据え置き。

医療保険制度における自己負担の推移

～昭和47年 12月		昭和48年1月～	昭和58年2月～	平成9年9月～	平成13年1月～	平成14年 10月～	平成15年 4月～	平成18年 10月～	平成20年4月～	
老人医療費 支給制度前		老人医療費支給制度 (老人福祉法)	老人保健制度						75歳以上	後期高齢者 医療制度
国 保	3割	なし	入院300円/日 外来400円/月	→1,000円/日 →500円/日 (月4回まで) +薬剤一部負担	定率1割負担 (月額上限付き) *診療所は定額制を 選択可 薬剤一部負担の廃止 高額医療費創設	定率1割負担 (現役並み所得者2割)	定率1割負担 (現役並み所得者3割)	1割負担 (現役並み所得者3割)		
被用者本人	定額負担								70～74歳	2割負担 (現役並み所得者3割) ※平成26年3月末までに70歳に 達している者は1割 (平成26年4月以降70歳にな る者から2割)
被用者家族	5割	若人	国保	3割 高額療養費創設(S48～)	入院3割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割(H14年10月～))	3割 薬剤一部負担 の廃止	3割	70歳未満	3割 (義務教育就学前2割)	
		被用者本人	定額	→1割(S59～) 高額療養費創設	入院2割 外来2割+薬剤一部負担					
		被用者家族	3割(S48～)	→入院2割(S56～) 高額療養費創設 外来3割(S48～)	入院2割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割(H14年10月～))					

(注) ・昭和59年に特定療養費制度を創設。将来の保険導入の必要性等の観点から、従来、保険診療との併用が認められなかった療養について、先進的な医療技術等にも対象を拡大し、平成18年に保険外併用療養費制度として再構成。
 ・平成6年10月に入院時食事療養費制度創設、平成18年10月に入院時生活療養費制度創設
 ・平成14年10月から3歳未満の乳幼児は2割負担に軽減、平成20年4月から義務教育就学前へ範囲を拡大

(参考) 介護保険はこれまで1割に据え置いている利用者負担について、相対的に負担能力のある一定以上の所得がある者については自己負担割合を平成27年8月から2割とする改正を行った。

高額療養費制度の概要

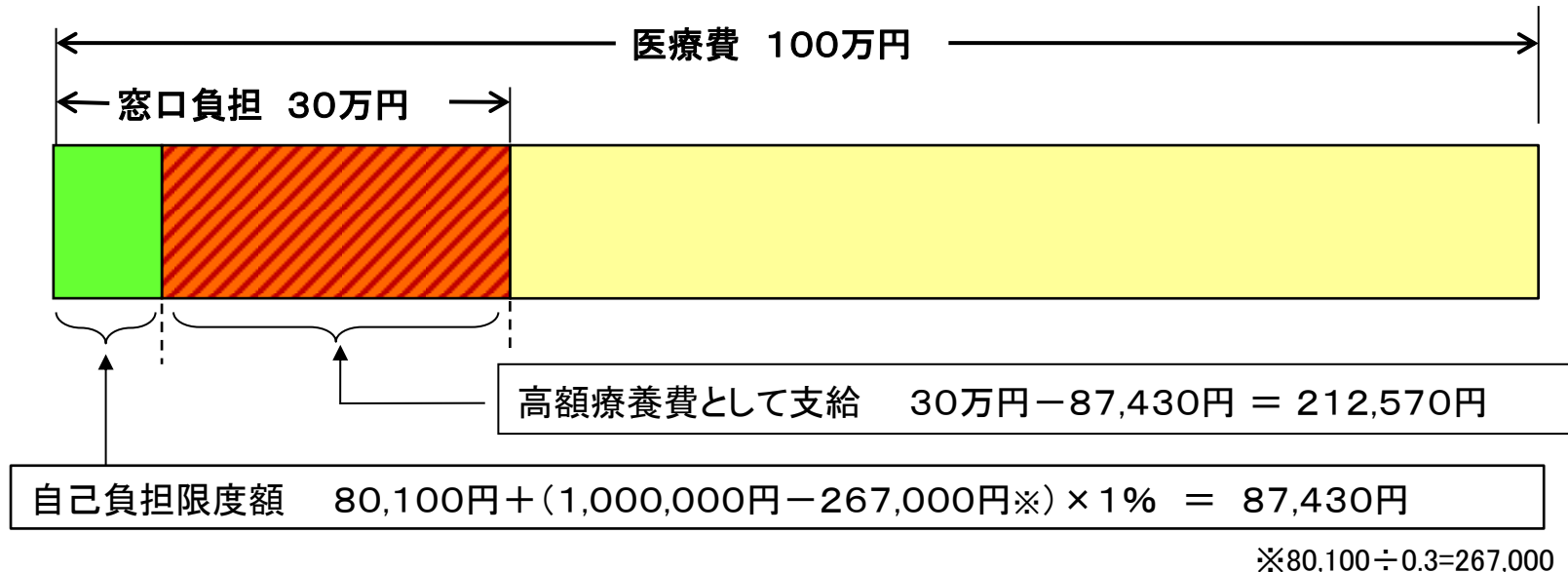
○ 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い（※）される制度。

（※1）入院の場合、医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みを導入

（※2）外来でも、平成24年4月から、同一医療機関で自己負担限度額を超える場合に現物給付化を導入

○ 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じて設定される。

（例）70歳未満・年収約370万円～約770万円の場合（3割負担）



（注）同一の医療機関における一部負担金では限度額を超えない場合であっても、同じ月の複数の医療機関における一部負担金（70歳未満の場合は2万1千円以上であることが必要）を合算することができる。この合算額が限度額を超えれば、高額療養費の支給対象となる。

高額療養費制度の主な改正経緯

○ 高額療養費制度は、昭和48年の制度創設以来、数次の改正の中で、低所得者の所得区分の設定、世帯合算方式や多数該当世帯の負担軽減、入院時の現物給付化などの見直しを行ってきた。

制度改正(施行年月)	高額療養費制度の改正内容	その他の主な制度改正
昭和48年10月	<ul style="list-style-type: none"> 医療の高度化により高額の自己負担を必要とする場合が少なくないことを踏まえ、被扶養者について高額療養費制度を創設 	<ul style="list-style-type: none"> 被扶養者の自己負担の引下げ(5割→3割)
昭和56年3月	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者本人の低所得者について高額療養費を創設 被扶養者について低所得者の所得区分を創設 	<ul style="list-style-type: none"> 被扶養者の自己負担の引下げ(入院3割→2割) 本人一部負担金(定額)の引上げ
昭和59年10月	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者本人の低所得者以外にも高額療養費を創設 世帯合算方式の創設 ※合算対象基準額(一般3万円、低所得者2万1千円) 多数該当世帯の負担軽減を創設 高額長期疾病の特例(血友病、慢性腎不全)を創設 	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者本人の定率負担(1割)の導入 退職者医療制度の創設
平成8年6月	<ul style="list-style-type: none"> 高額長期疾病の特例の対象に後天性免疫不全症候群を追加 	
平成13年1月	<ul style="list-style-type: none"> 高所得者の実質的な負担率が低下していたことを踏まえ、上位所得者の区分を創設 一定額を超えた医療費の1%を自己負担限度額に加算 	<ul style="list-style-type: none"> 一般保険料と介護保険料を合算した率に適用されていた保険料率の上限を、一般保険料率のみに適用する改正
平成14年10月	<ul style="list-style-type: none"> 70歳以上について入院時の高額療養費の現物給付化 平均標準報酬月額に対する自己負担限度額の水準の引上げ(22%→25%) 一般・上位所得者の合算対象基準額の引下げ(3万円→2万1千円) 	<ul style="list-style-type: none"> 保険料の総報酬制(ボーナスに標準報酬月額と同一の保険料率を賦課)を導入(平成15年4月施行) 被保険者本人の3割負担の導入(平成15年4月施行)
平成19年4月	<ul style="list-style-type: none"> 70歳未満について入院時の高額療養費の現物給付化 	<ul style="list-style-type: none"> 現役並み所得のある高齢者の自己負担の引上げ(2割→3割)
平成24年4月	<ul style="list-style-type: none"> 外来時の高額療養費の現物給付化 	
平成27年1月	<ul style="list-style-type: none"> 70歳未満について所得区分を細分化(3段階→5段階)、自己負担限度額の見直し (年収約370万円以下は引下げ、約770万円以上は引上げ) 	<ul style="list-style-type: none"> 70~74歳の自己負担の特例措置の見直し (平成26年4月に新たに70歳になる者から段階的に2割負担)

※ 上記の改正のほか、平均的な給与の伸び、可処分所得の伸びを勘案して、自己負担限度額の見直しを行ってきた。

高額療養費の支給状況

- 75歳以上の者に支給される高額療養費の一人当たり支給額やその割合は、75歳未満と比較して高い傾向にあると考えられる。
- また、75歳未満の者は75歳以上と比較し、一件当たりの支給額が高い。

	加入者数(①) (千人)	支給件数(千件)						支給金額(④) (億円)	一人当たり支給額 (④/①) (円)	一件当たり支給額 (④/③) (円)	支給割合※ (②/①) (%)
		月平均(②)※			年間(③)						
		現物 給付	現金 給付	計	現物 給付	現金 給付	計				
75歳以上	15,289	992	1,696	2,688	11,904	20,349	32,253	5,429	35,509	16,832	17.6
75歳未満	111,200	1,265	553	1,818	15,180	6,632	21,811	16,772	1,507	76,894	1.63

※ 平成25年度実績(各制度の事業年報等を基に保険局調査課が作成。)

※ 支給件数は、機械的に、平成25年度のを12で除して月平均としている。現物給付と現金給付の両方とも支給されている者が存在するため、必ずしも件数が支給者数とは一致しない。

後期高齢者医療制度の負担区分別被保険者数

○ 後期高齢者医療の被保険者において、現役並み所得者が約7%である一方で、低所得者は約4割を占める。

※括弧内は被保険者に占める割合

区分		自己負担割合	自己負担限度額		人数(万人)
			外来		
現役並み所得者		3割負担	44,400円	80,100円+ (総医療費-267,000円)×1% <多数回該当:44,400円>	102 (6.7%)
一般		1割負担	12,000円	44,400円	825 (54.0%)
低所得者	住民税 非課税		8,000円	24,600円	317 (20.8%)
	住民税 非課税 (所得が 一定以下)			15,000円	282 (18.5%)
被保険者計					1,527

年齢階級別の負担状況①

- 高齢者の医療費は年齢が高くなるにつれて大きくなるが、自己負担額の医療費に占める割合は高齢者のほうが低い。
- 収入に対する自己負担の割合は、75歳以上が一番高い。

1人当たり医療費と自己負担

年齢(負担割合)		1人当たり医療費(年)	自己負担額(年)	医療費に対する自己負担の割合
75歳以上(1割、現役並み所得3割)		91.8万円	7.4万円	8.1%
70～74歳※1	法定2割 (現役並み所得3割)	56.2万円	7.1万円	12.6%
	1割凍結 (現役並み所得3割)		4.3万円	7.7%
65～69歳(3割)		42.2万円	8.9万円	21.1%
20～64歳(3割)		17.5万円	3.9万円	22.3%

平均収入に対する自己負担の割合

年齢(負担割合)		平均収入(年)	自己負担額(年)	収入に対する自己負担の割合
75歳以上(1割、現役並み所得3割)		174万円	7.4万円	4.3%
70～74歳※1	法定2割 (現役並み所得3割)	202万円	7.1万円	3.5%
	1割凍結 (現役並み所得3割)		4.3万円	2.1%
65～69歳(3割)		236万円	8.9万円	3.8%
20～64歳(3割)		274万円	3.9万円	1.4%

※1 平成26年4月以降70歳に達した者から、自己負担割合は2割。

※2 一人あたり医療費、自己負担額は、各制度の事業年報等をもとに作成した平成24年度の値。

※3 平均収入額は、平成25年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成24年の数値。

年齢階級別の負担状況②

- 自己負担額に保険料負担を加えた場合の収入に占める負担の割合をみると、保険料の事業主負担分を含めても、現役世代が約9～10%となっているのに対して、高齢世代が約8～9%となっている。

平均収入に対する負担(自己負担+保険料)の割合

年齢(負担割合)		平均収入(年)	自己負担+保険料 ^{※4} (年)	収入に対する自己負担+保険料 ^{※4} の割合
75歳以上(1割、現役並み所得3割)		174万円	14.1万円	8.1%
70～74歳 ^{※1}	法定2割 (現役並み所得3割)	202万円	17.8万円 (16.8万円)	8.8% (8.3%)
	1割凍結 (現役並み所得3割)		15.0万円 (14.0万円)	7.4% (6.9%)
65～69歳(3割)		236万円	22.0万円 (19.6万円)	9.3% (8.3%)
20～64歳(3割)		274万円	28.0万円 (16.8万円)	10.2% (6.1%)

※1 平成26年4月以降70歳に達した者から、自己負担割合は2割。

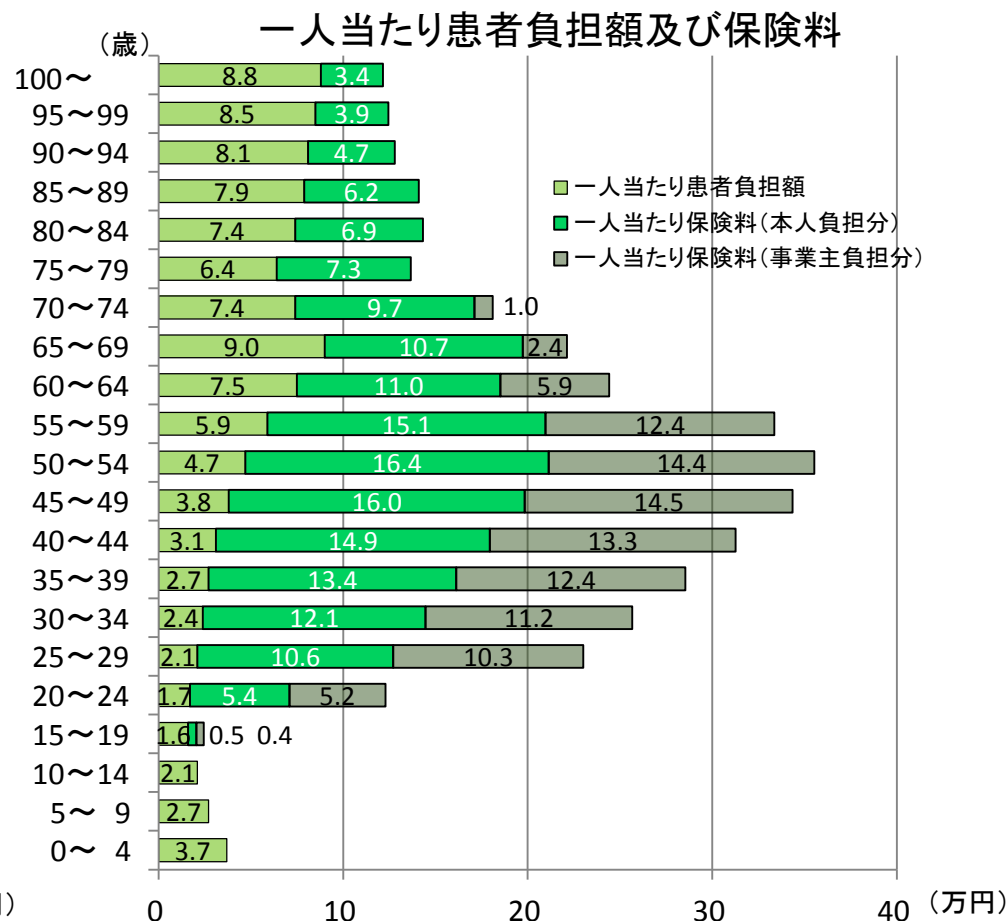
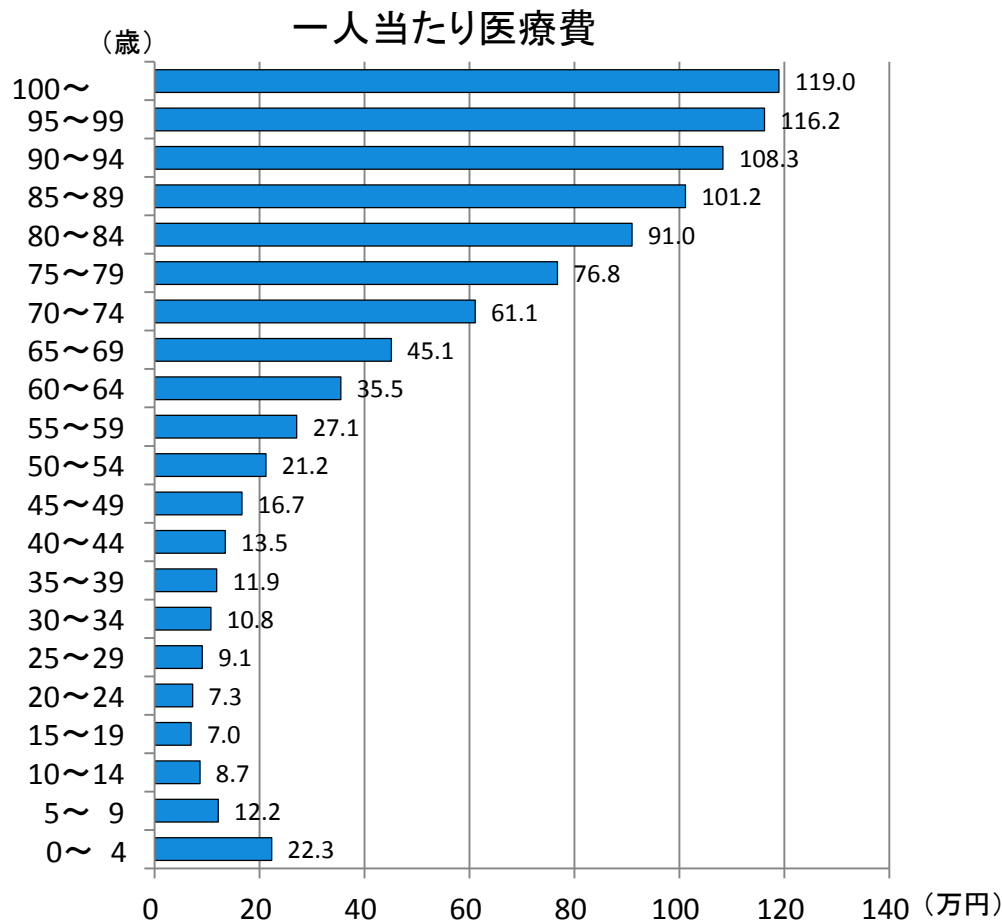
※2 一人あたり医療費、自己負担額は、各制度の事業年報等をもとに作成した平成24年度の値。

※3 平均収入額は、平成25年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成24年の数値。

※4 カッコ内の数値は、保険料について事業主負担分を除いた場合の数値。

年齢階級別の1人当たり医療費・患者負担額及び保険料について

- 年齢階級別に、患者負担額に保険料を加えた負担の額をみると、現役世代の負担が多い。
- ただし、これは、高齢期に増加する医療費が、社会連帯の精神に基づく後期高齢者支援金を通じて、現役世代の保険料によっても賄われていることによるもの。



※ 一人当たり医療費は、「医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等により作成した平成24年度の数値。

※ 一人当たり患者負担額及び保険料は、「医療保険に関する基礎資料」(厚生労働省保険局)に基づき作成した平成24年度の数値。

医療及び介護における患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額

医療

70歳未満

	負担割合	月単位の上限度額 (円)
年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上 国保：旧ただし書き所得901万円超	3割	252,600+ (医療費－842,000) × 1% <多数回該当：140,100>
年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円 国保：旧ただし書き所得600万～901万円		167,400+ (医療費－558,000) × 1% <多数回該当：93,000>
年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円 国保：旧ただし書き所得210万～600万円		80,100+ (医療費－267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
～年収約370万円 健保：標報26万円以下 国保：旧ただし書き所得210万円以下		57,600 <多数回該当：44,400>
住民税非課税		35,400 <多数回該当：24,600>

70～74歳

	負担割合	外来 (個人ごと)	
		80,100+ (総医療費－267,000) × 1% <多数回：44,400>	
現役並み所得者 (年収約370万円～) 健保：標報28万円以上 国保：課税所得145万以上	3割	44,400	
一般 (～年収約370万円) 健保：標報26万円以下(※1) 国保：課税所得145万円未満(※1)(※2)	2割 (※3)	12,000 (※4)	44,400 (※4)
		住民税非課税	24,600
		住民税非課税 (所得が一定以下)	15,000

75歳

	負担割合	外来 (個人ごと)	
		80,100+ (総医療費－267,000) × 1% <多数回：44,400>	
現役並み所得者 (年収約370万円～) 課税所得145万以上	3割	44,400	
一般 (～年収約370万円) 課税所得145万円未満(※1)(※2)	1割	12,000	44,400
		住民税非課税	24,600
		住民税非課税 (所得が一定以下)	15,000

※ 介護保険では、利用者負担割合における一定以上所得者と、高額介護サービス費における現役並み所得者について、異なる所得基準を用いて判定しているが、医療保険との比較のために、それぞれの所得基準を便宜的に統合して表している。
(生活保護被保険者等に係る月単位の上限度額の区分については便宜的に記載していない)

介護

65歳以上

	負担割合	月単位の上限度額 (円)
現役並み所得者 課税所得145万以上	2割	44,400 (世帯)
一定以上所得者 合計所得金額160万以上	1割	37,200 (世帯)
合計所得金額160万未満 (※5)		
一般 住民税課税者等 (※6)		
住民税非課税		24,600 (世帯)
住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000 (個人) 等

※1 収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合も含む。
 ※2 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。
 ※3 平成26年4月1日までに70歳に達している者は1割。
 ※4 2割負担の場合は62,100円(外来24,600円)とされていたが、平成26年4月より1割負担だった際の限度額に据え置き。

※5 世帯内の65歳以上の被保険者の収入+その他の合計所得金額の合計額が346万円未満(世帯内の65歳以上の被保険者が1人の場合は280万円未満)の場合も含む。
 ※6 世帯内の65歳以上の被保険者の収入の合計額が520万円未満(世帯内の65歳以上の被保険者が1人の場合は383万円未満)の場合も含む。

高齢者の「現役並み所得」について

医療保険

- 現役並みの所得水準として、協会けんぽ(旧政管健保)の平均収入額を設定し、窓口負担や高額療養費の負担区分の判定に用いている。

75歳～	後期高齢者医療	世帯内のいずれかの被保険者の課税所得が145万円※ ¹ 以上の場合	かつ	世帯の被保険者全員の収入の合計額が520万円※ ² (世帯の被保険者が1人の場合は383万円※ ²)以上の場合
70～74歳	国民健康保険	世帯内のいずれかの被保険者の課税所得が145万円以上の場合		世帯の被保険者全員の収入の合計額が520万円(世帯の被保険者が1人の場合は383万円)以上の場合
	被用者保険	被保険者の標準報酬月額が28万円以上の場合		被保険者及び被扶養者の収入の合計額が520万円(被扶養者がいない場合は383万円)以上の場合

※¹ 平成16年度の政管健保の平均標準報酬月額に基づく平均収入額(夫婦二人世帯モデル:約386万円)から諸控除を控除し、課税所得として算出した額

※² 高齢者複数世帯又は単身世帯のモデルを設定し、その世帯の課税所得が145万円となる収入額を算出した額

注¹ 課税所得とは、収入から地方税法上の必要経費、所得控除等を控除した後の額をいう。

注² 国民健康保険と被用者保険における被保険者や被扶養者は70～74歳の者に限る。

介護保険

- 自己負担限度額(高額介護サービス費)の現役並みの所得基準は、医療保険と同様の基準を用いている。
- 一方で、利用者負担については、一定以上の所得水準(65歳以上の被保険者の上位20%相当)の者を2割負担としている。

高額介護サービス費における現役並み所得者	医療保険(70歳以上)の現役並み所得者に相当する者		
利用者負担における一定以上所得者	合計所得金額が160万円(単身で年金収入のみの場合280万円)※ ¹ 以上である場合	かつ	年金収入とその他の合計所得金額の合計額が、単身で280万円、2人以上世帯で346万円※ ² 以上である場合

※¹ 65歳以上の被保険者の上位20%に相当する水準

※² 世帯内の65歳以上の被保険者の年金収入等の合計。280万円に国民年金の平均額(5.5万円)の年額を加えた額。

注 合計所得金額とは、収入から地方税法上の必要経費を控除した後の額をいう。

高齢者の高額療養費の自己負担限度額の考え方

[70歳以上]

		自己負担限度額（1月当たり）	
		外来（個人ごと）	
現役並み所得者		44,400円 (⑤)	80,100円＋ （医療費－267,000円）×1% 〈多数回該当※44,400円〉 (①)
一般		12,000円 (⑥)	44,400円 (②)
低所得者	住民税非課税	8,000円 (④)	24,600円 (③)
	住民税非課税 （所得が一定以下）		15,000円 (④)

※過去12カ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目に該当

所得区分要件・限度額設定の考え方

- ①現役並み所得者については、現役世代との負担の均衡を踏まえ、70歳未満の一般の自己負担限度額に合わせて設定。
- ②一般の者については、高齢者には長期入院が多いこと等を踏まえ、70歳未満の一般の多数該当限度額に合わせて設定。
- ③70歳未満の低所得者の多数該当限度額に合わせて設定。
- ④平成14年10月の1割負担導入時以降、据え置き。
- ⑤現役並み所得者の外来の限度額は、一般の自己負担限度額と同額に設定。
- ⑥一般の外来限度額は、患者毎の医療費分布をもとに、統計的な例外値である上位3%ラインにおける患者負担の水準に設定。

高齢者の高額療養費における外来上限の考え方について

○ 70歳以上の高齢者の外来上限は、平成14年10月から、それまで設けられていた外来の月額上限を廃止し、定率1割負担の徹底を行った際に、

- ① 高齢者は外来の受診頻度が若年者に比べて高いこと
 - ② 高齢者の定率1割負担を導入してから間もない(平成13年1月から実施)こと
- 等を考慮して、設けられたもの。

≪限度額設定の考え方≫

【現役並み所得者】 一般の自己負担額と同額に設定。

【一般】 患者毎の医療費分布をもとに、統計的な例外値である上位3%ラインにおける患者負担の水準(平成14年改正時12,000円)に設定。

【低所得者】 自己負担限度額が一般のものに占める割合(平成14年改正当時61%)を踏まえ、一般の概ね2/3の水準に設定。

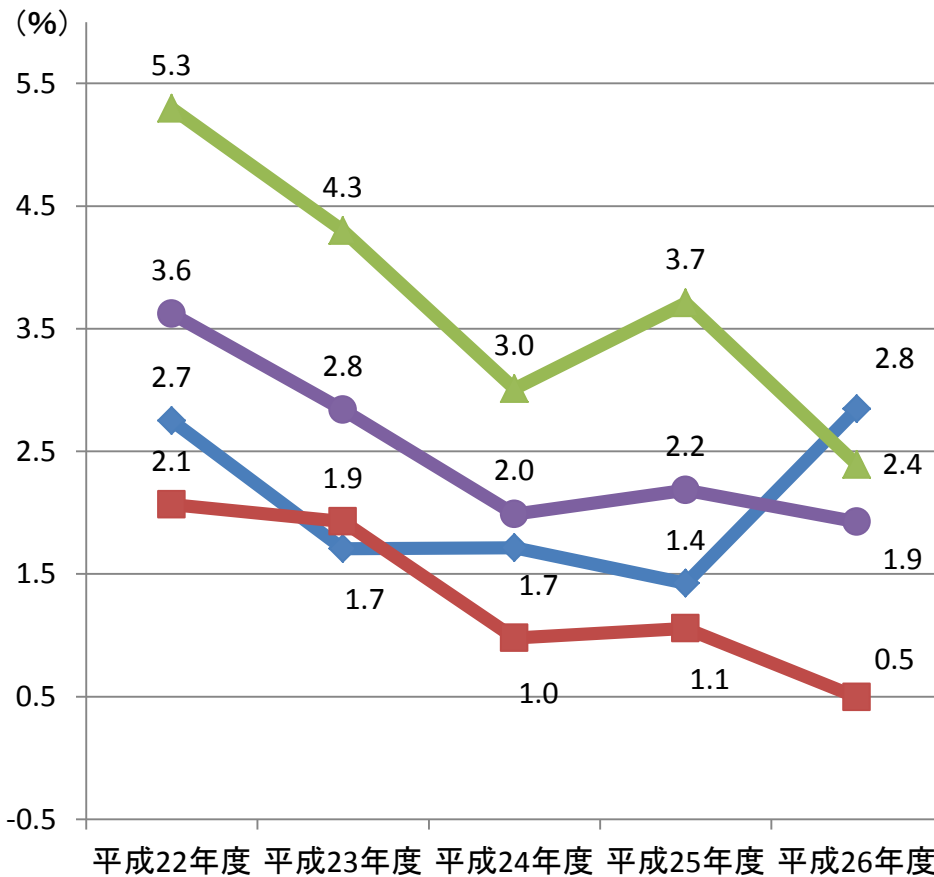
[70歳以上の自己負担限度額(現行)]

		外来 (個人ごと)	自己負担限度額 (1月当たり)
現役並み所得者		44,400円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% 〈多数回該当※44,400円〉 ※ 過去12カ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目に該当
一般		12,000円	44,400円
低所得者	住民税非課税	8,000円	24,600円
	住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円

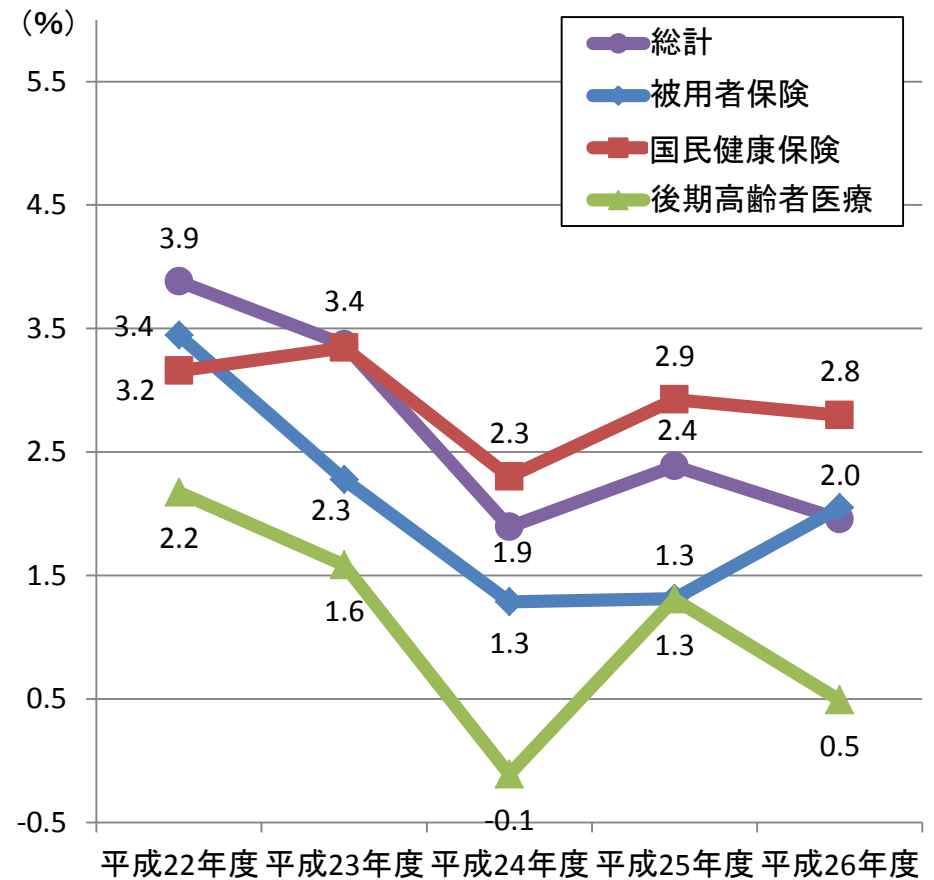
医療費の伸び率

- 後期高齢者医療の医療費全体の伸び率は2.4%(平成26年度)で、伸び率は鈍化傾向。
- また、一人当たり医療費でみると、他制度と比較して、更に伸び率は鈍化している。

【医療費全体】



【一人当たり医療費】

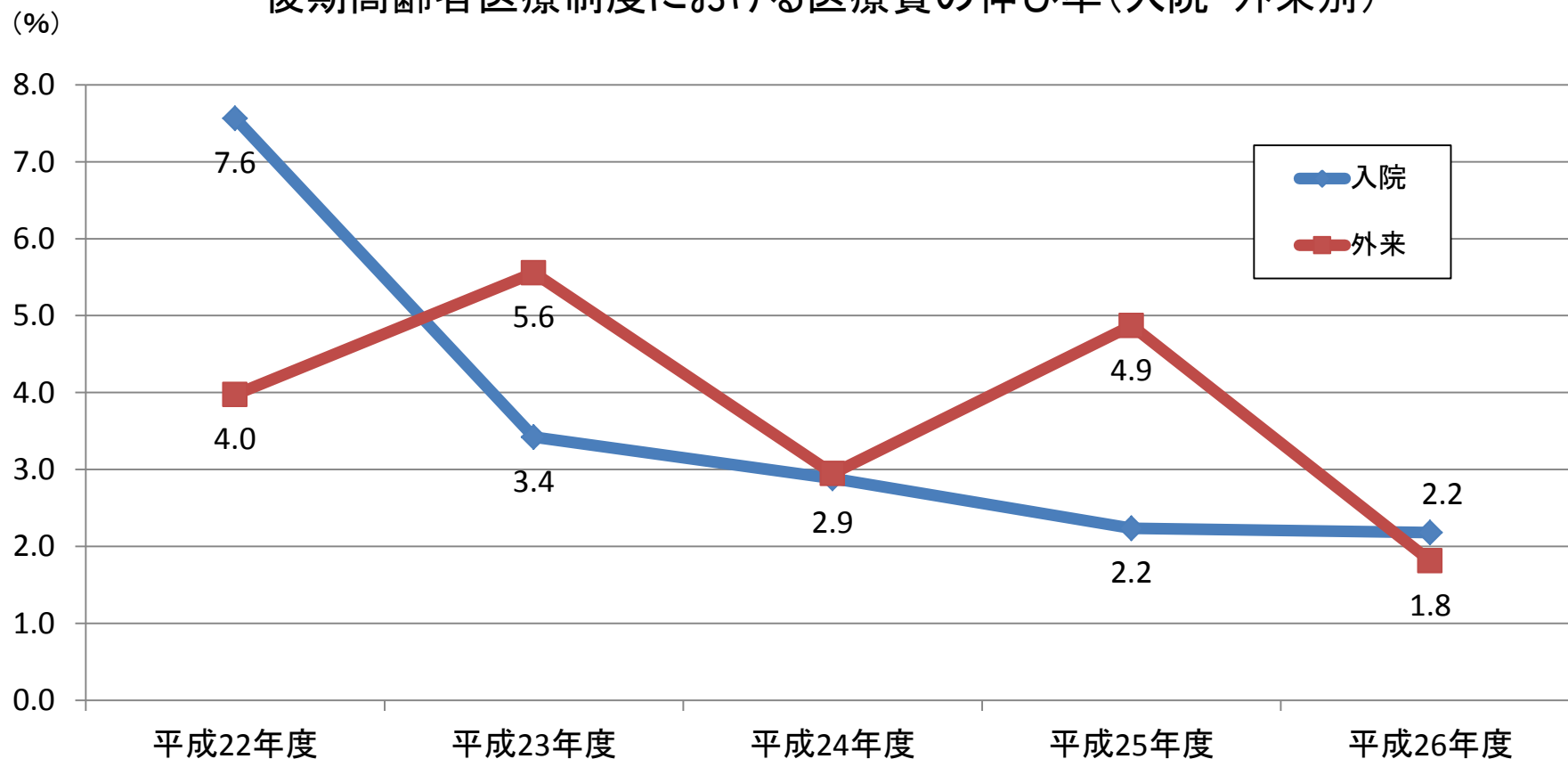


出典：医療費の動向調査(平成26年度)をもとに高齢者医療課作成
 注：【医療費全体】は、休日等の影響を補正した後の数値。

医療費の伸び率(入院・外来別)

- 後期高齢者医療の入院医療費の伸び率は2.2%(平成26年度)で、鈍化傾向。
- 外来医療費の伸び率は1.8%(平成26年度)で、鈍化傾向。

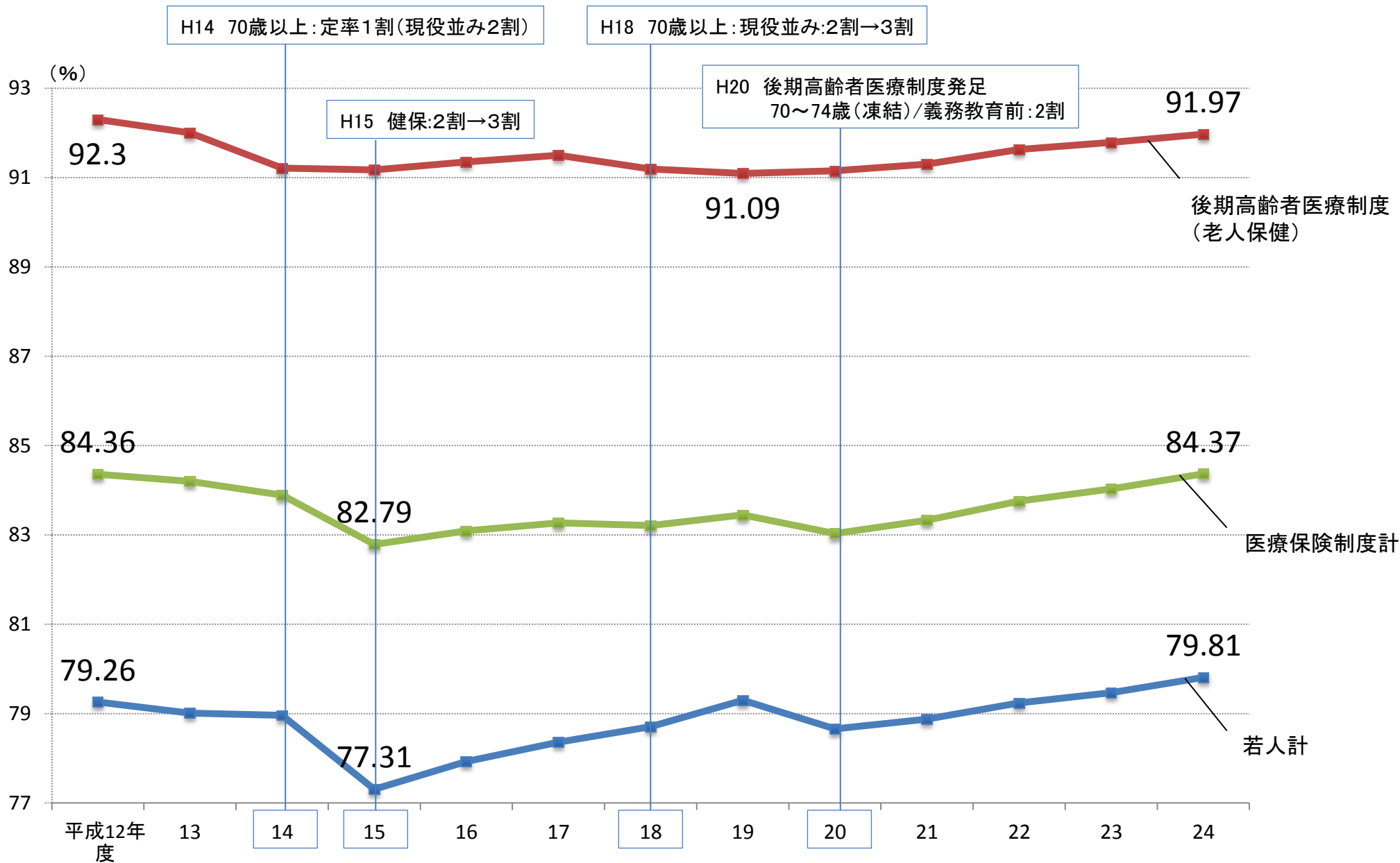
後期高齢者医療制度における医療費の伸び率(入院・外来別)



出典:後期高齢者医療事業状況報告(平成26年度)をもとに高齢者医療課作成

注:入院は、診療費及び食事療養・生活療養費(医科)の費用額。外来は、診療費及び調剤の費用額。

医療保険制度別の実効給付率の推移

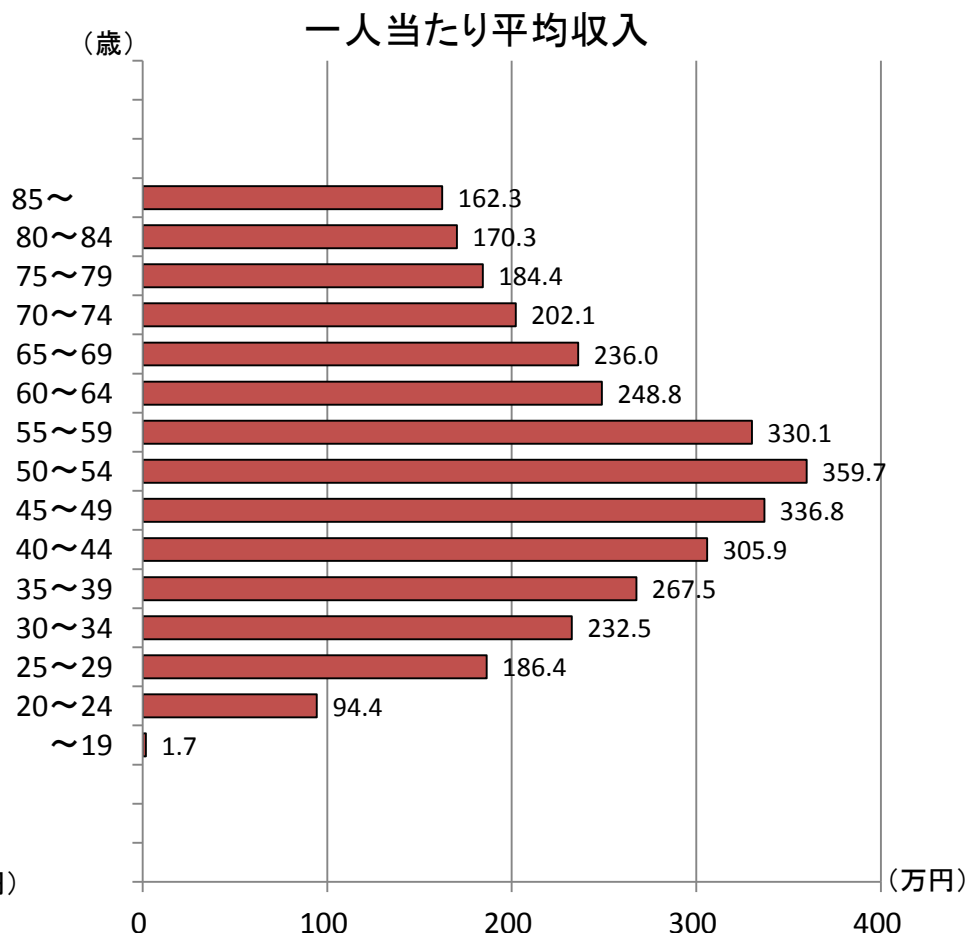
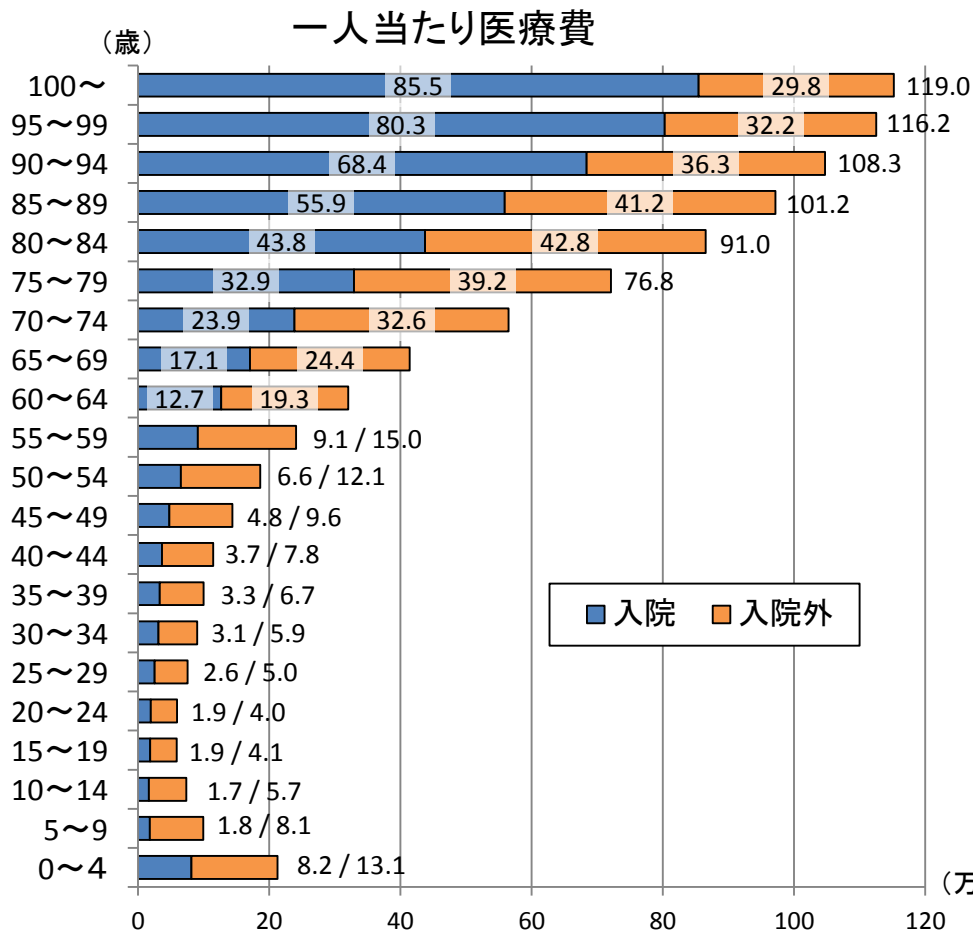


(注1) 予算措置による70歳~74歳の患者負担補填分を含んでいない。

(注2) 特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾患治療研究事業といった公費による医療費の自己負担の軽減は含まれていない。

年齢階級別の1人当たり医療費及び平均収入について

- 一人当たり医療費は高齢になるほど上昇し、70歳代までは入院外の割合が高いが、80歳代以降は入院の割合が高い。
- 75歳以上で国民医療費の約35%を占める。
- 一方で、一人当たり平均収入は50～54歳をピークに、高齢になるほど減少。



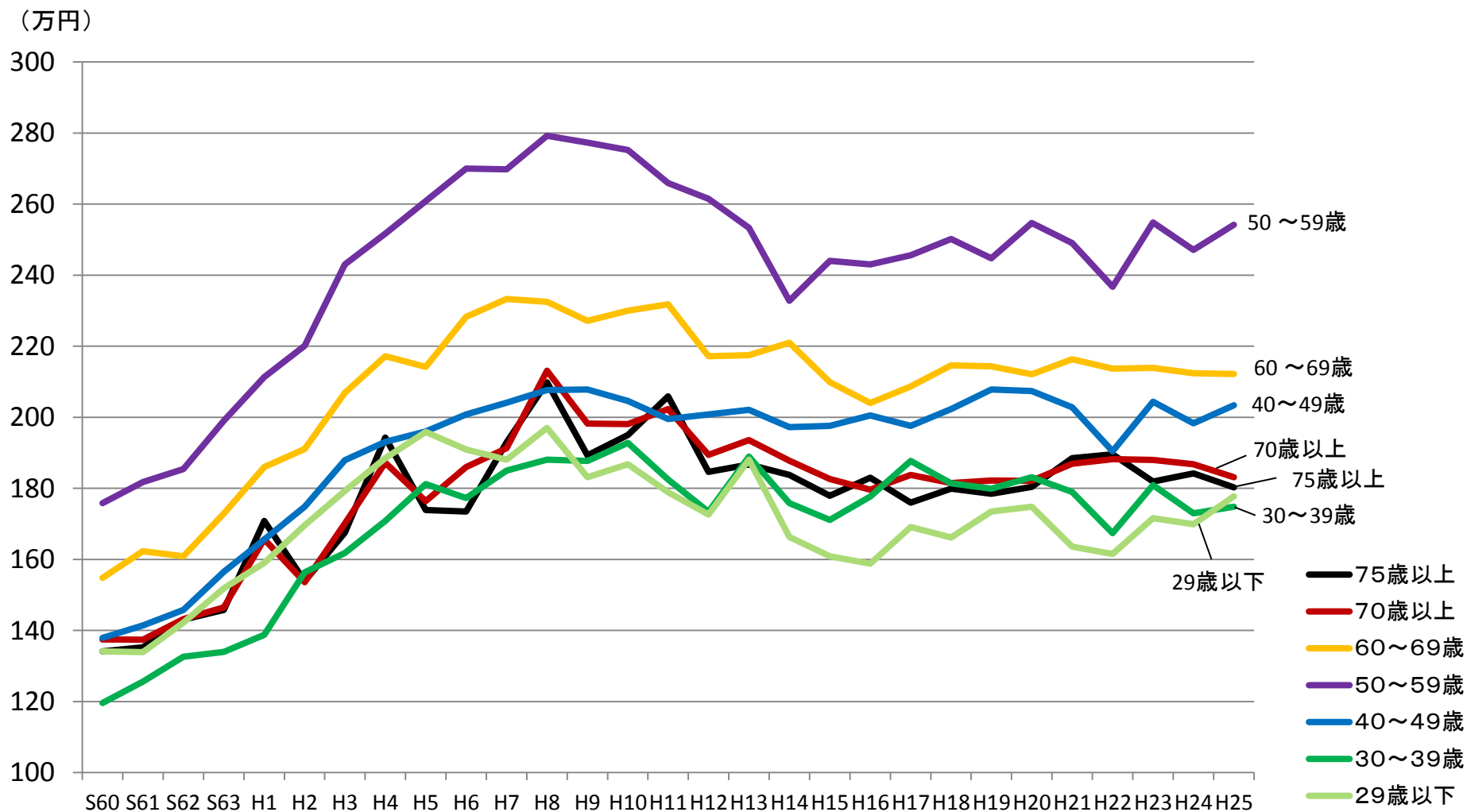
※ 一人当たり医療費は平成26年医療保険に関する基礎資料(厚生労働省保険局)による平成24年度の数値。

※ 一人当たり平均収入額は、平成25年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成24年の数値。

※ 入院は、診療費及び食事療養・生活療養費(医科)の費用額。外来は、診療費及び調剤の費用額。歯科診療費や訪問看護等を含まないため、合計額とは一致しない。

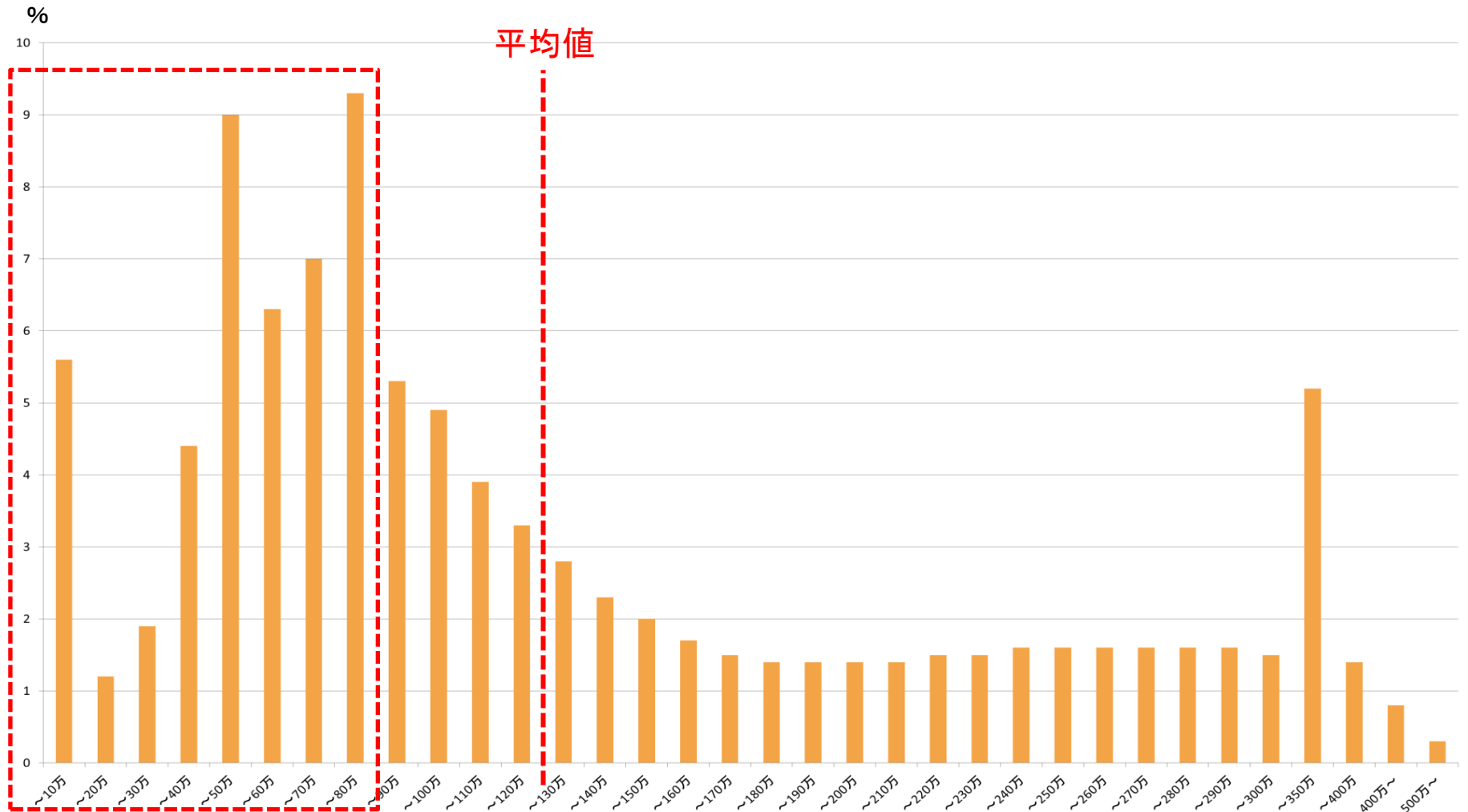
年齢階級別の平均収入額の推移

○ 70歳や75歳以上の者が世帯主である世帯の一人当たり収入額は、近年、若干の低下傾向。



後期高齢者医療制度における年金収入別の被保険者数の分布割合

○ 後期高齢者医療制度の被保険者の年金収入(平均年額:約127万円)をみると、基礎年金の満額水準(約80万円)以下の者が約4割を占めている。



後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告(平成26年度)を基に作成

※年金収入額とは、前年の老齢又は退職を支給事由とする公的年金等の収入金額(公的年金等控除前の額)をいう。

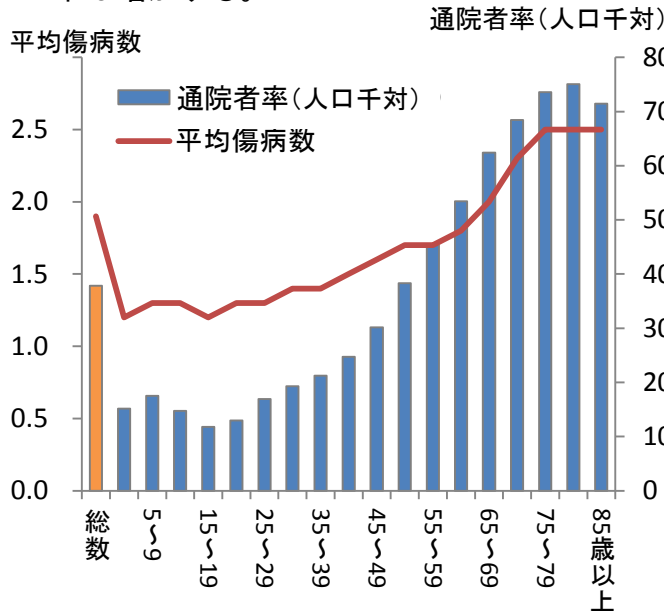
※所得不詳の被保険者を除いて集計している。

年齢別の傷病数、投薬数、入院期間

- 年齢の上昇にしたがい、
 - ・ 平均傷病数及び通院率が増加
 - ・ 処方される薬剤数が増加
 - ・ 入院期間が長い患者の割合が増加し、1か月以上の入院は、75歳以上では3割を占める。

年齢別平均傷病数と通院者率

○ 高齢になるほど、平均傷病数および通院者率は増加する。

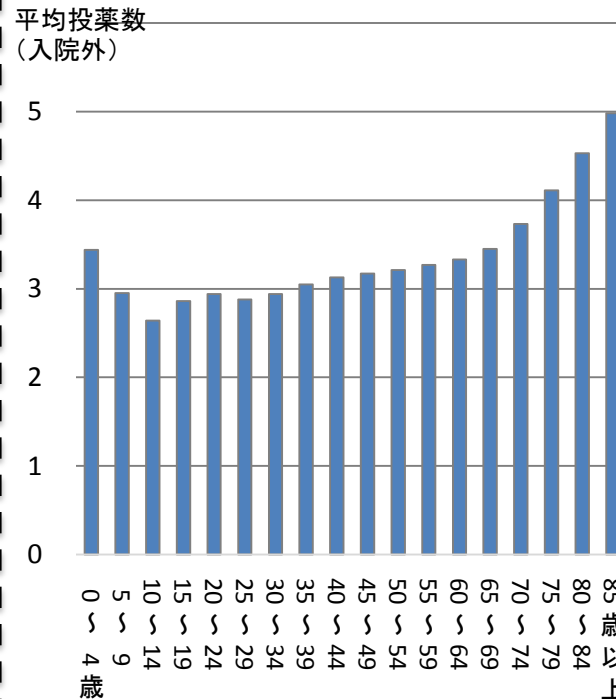


※通院者率
 = 通院者数 ÷ 世帯人員数 × 1,000
 ※ 通院者とは、世帯員(入院者を除く。)のうち、病気やけがで病院や診療所、あんま・はり・きゅう・柔道整復師に通っている者をいう。(往診、訪問診療を含む。)
 ※ 通院者には入院者は含まないが、分母となる世帯人員数には入院者を含む。

出典:平成25年 国民生活基礎調査を基に医療課で作成

年齢別平均投薬数

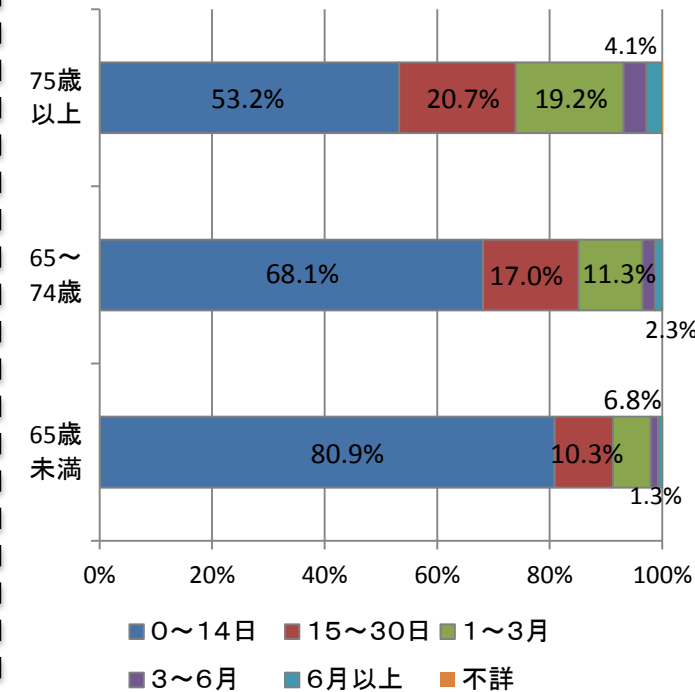
○ 高齢になるほど、投薬される薬剤数が増加する。



出典:社会保険医療診療行為別調査(平成26年6月審査分)第50表

年代別にみた入院期間

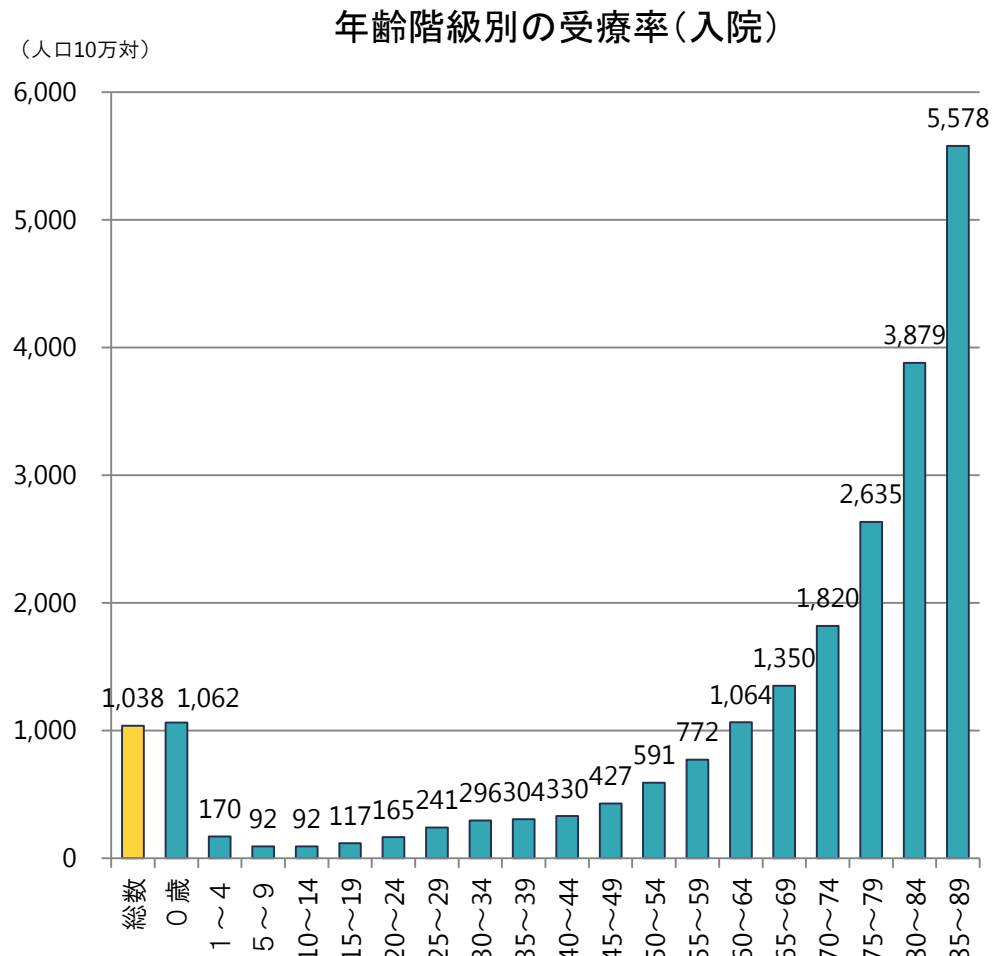
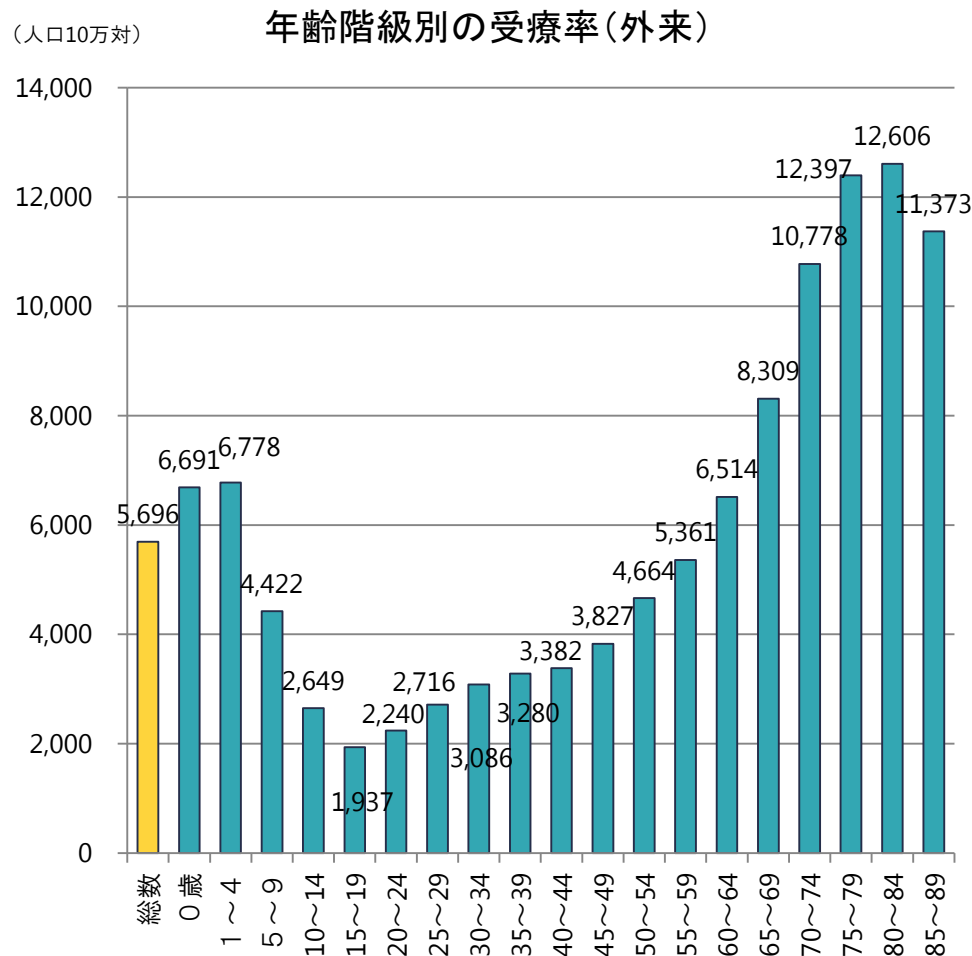
○ 高齢になるほど入院期間が長い患者の割合が増加する。
 ○ 1か月以上の入院は、75歳以上では3割を占める。



出典:患者調査(平成26年)

高齢者の心身の特性(疾病特性等)

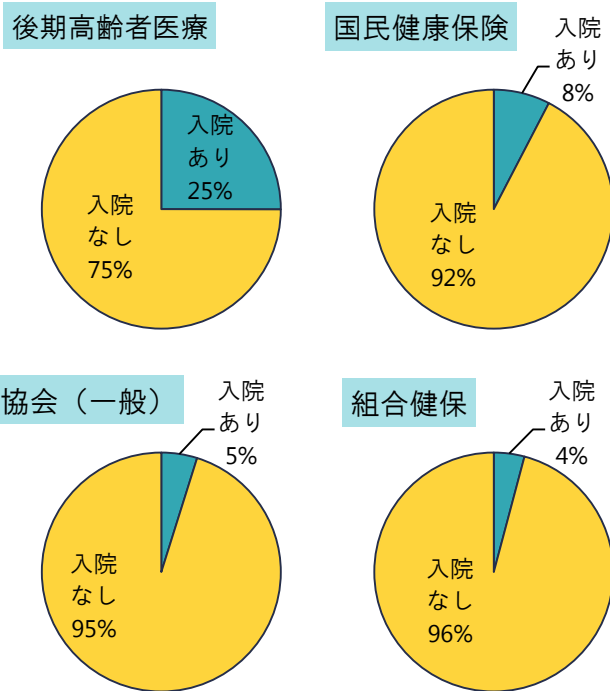
○ 疾病全体で見ると、入院受療率は後期高齢期になって増加する傾向にあり、また、外来受療率は壮年期から加齢に伴い増加する傾向にある。



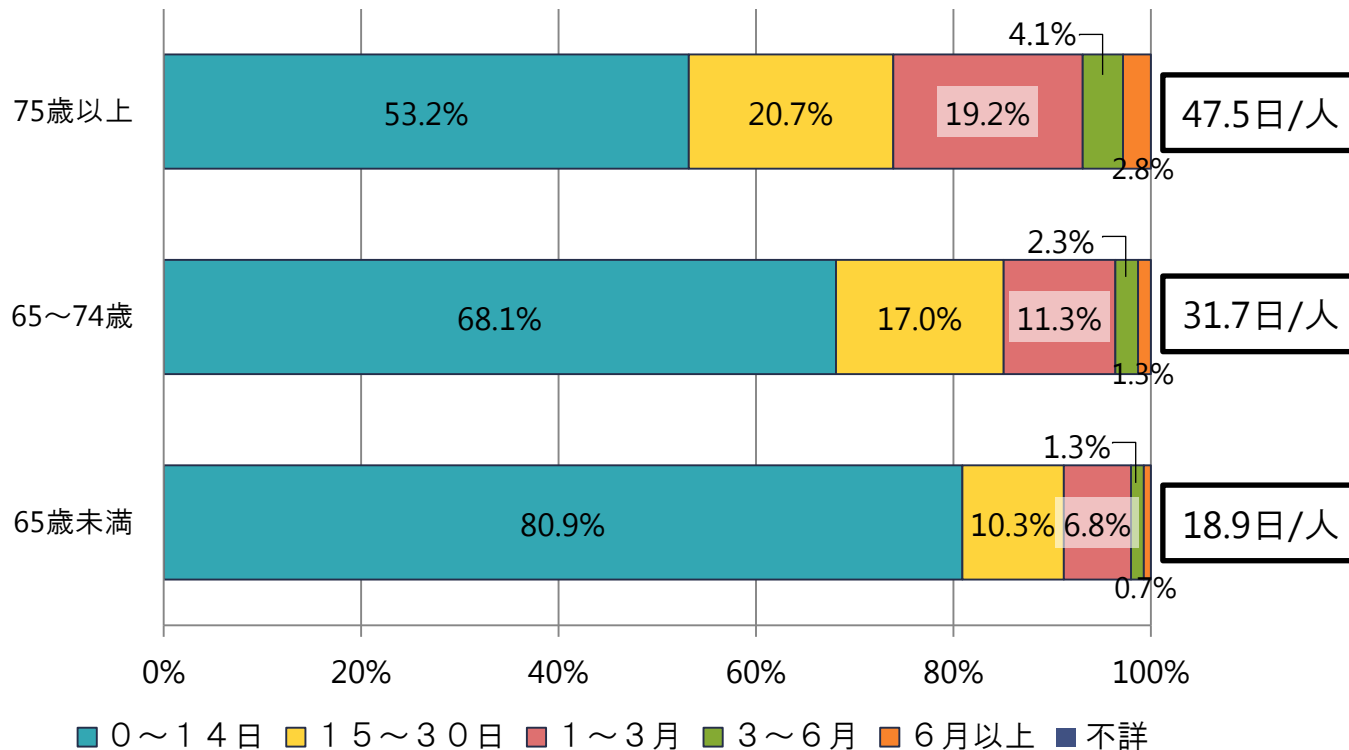
入院の受診動向及び年代別にみた在院期間等

- 1年のうち入院したことのある患者の割合は、被用者保険及び国民健康保険では10%未満であるのに対し、後期高齢者医療は25%となっている。
- 高齢になるほど在院期間は長くなり、平均在院日数も長くなっている。

年間で入院した患者の割合



年代別にみた在院期間及び平均在院日数



出典: 医療給付費実態調査(平成25年度)
 (注) 名寄せしたレセプトについて、平成25年度中に入院が発生した場合は「入院あり」となる。

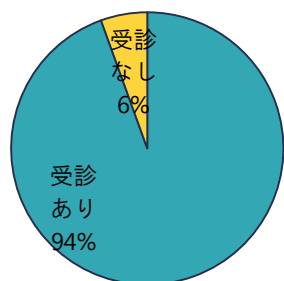
出典: 患者調査(平成26年)
 (注) 1. 平成26年9月に退院した患者について、その入院期間を集計したもの(抽出、推計値)。
 2. 年代別に見た平均在院日数は、患者調査(平成26年度)による推計退院患者数及び退院患者の平均在院日数を基に高齢者医療課で推計したもの。

外来の受診動向

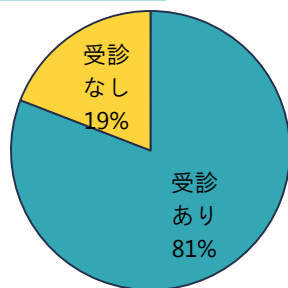
- 後期高齢者医療では、9割以上が年1回以上外来受診しており、うち5割弱の者が毎月診療を受けている。
- 外来診療を受けた者のうち受診月数が2月以下だったのは、被用者保険及び国民健康保険では約3割であるのに対し、後期高齢者医療は1割。

年間で外来受診した患者の割合

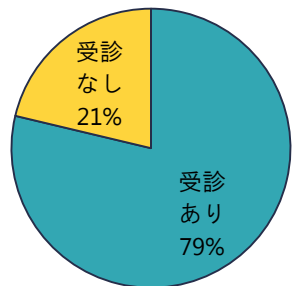
後期高齢者医療



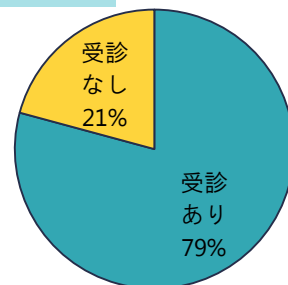
国民健康保険



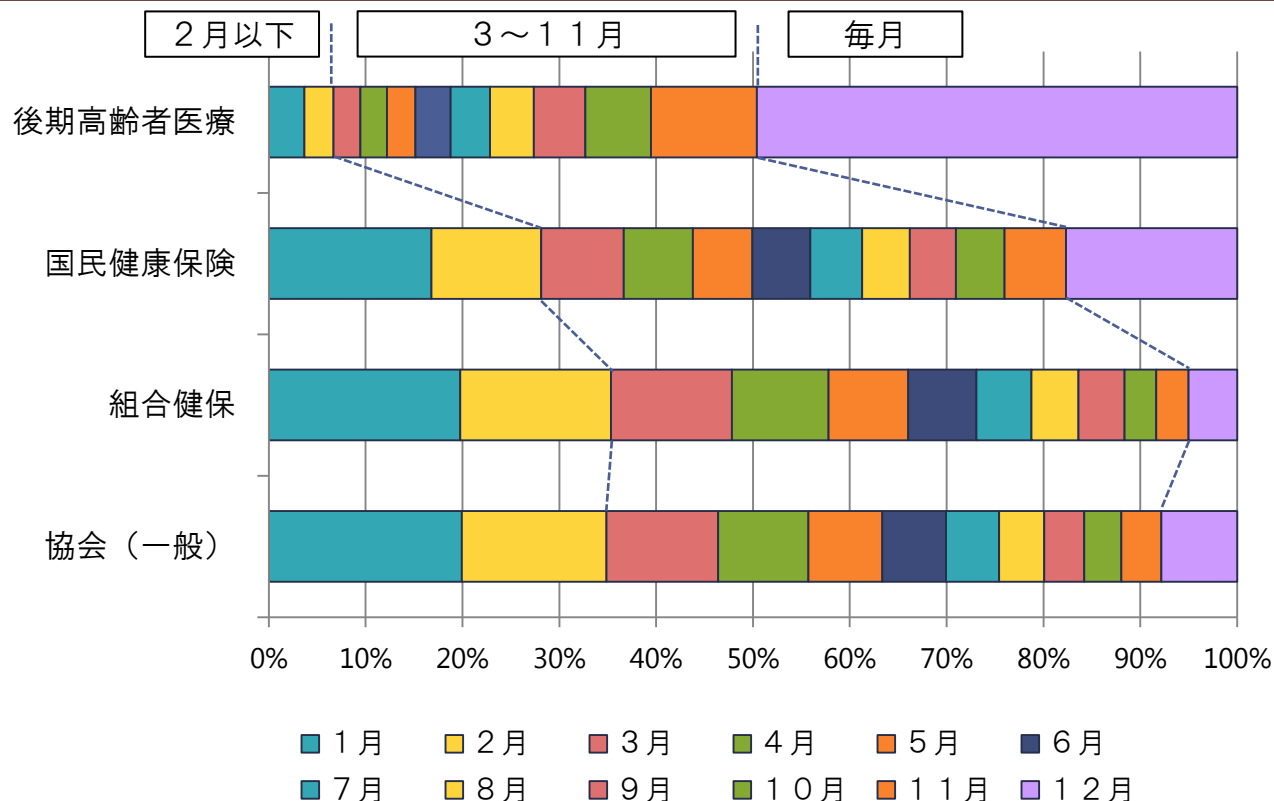
協会（一般）



組合健保



受診ありの者の受診月数



出典：医療給付費実態調査（平成25年度）

（注）1. 集計対象は、協会（一般）、組合健保、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入者である。

2. 同一医療保険制度内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして集計（「名寄せ」）したもののから、平成25年度において1年間のうち外来を受診したことのある月の数を集計したもの。

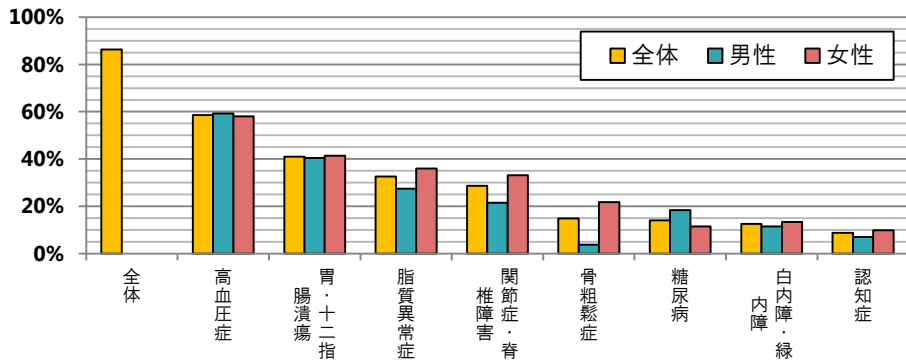
3. 加入者数は、データの提出のあった保険者の加入者数の合計である。

後期高齢者の疾患保有状況(慢性疾患)

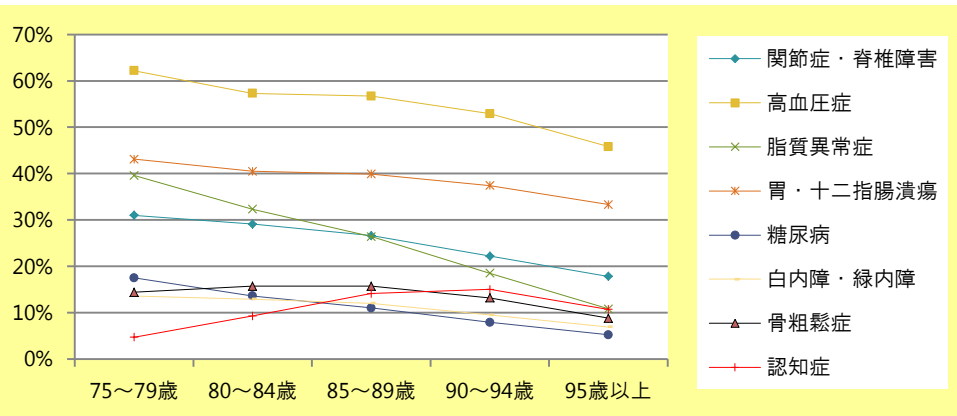
- 後期高齢者の86%は、外来で何らかの慢性疾患を治療
- 後期高齢者の64%は、2種類以上の慢性疾患を治療

外来治療中の慢性疾患

- 疾患別治療患者の割合(有病率)
86%の後期高齢者は、いずれかの慢性疾患を治療している

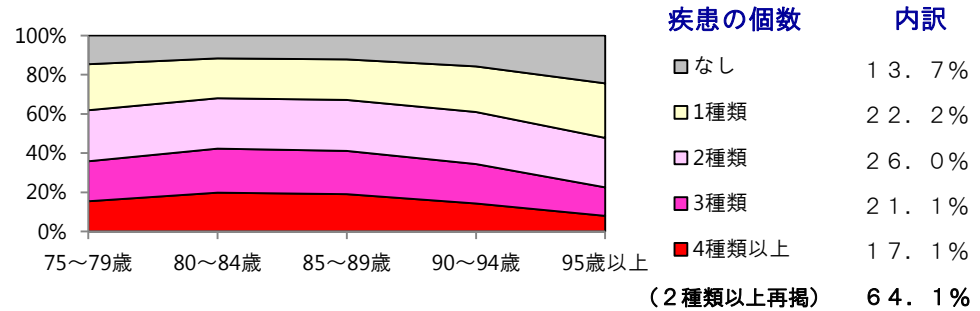


- 年齢階級別にみた有病率の違い
高齢になるほど認知症が増える

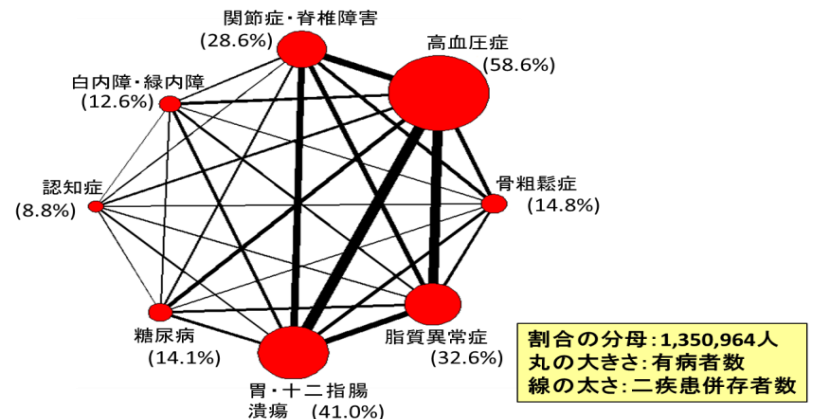


多病の状況

- 慢性疾患8種類の一人あたりの保有個数の内訳
慢性疾患を2種類以上抱える者は80歳代で最も多く、その後は減少する



- 疾患併存の頻度(ネットワーク分析)
内科系疾患(高血圧症・脂質異常症・胃・十二指腸潰瘍)の他、筋骨格系疾患の併存も多い



高齢者の疾患・病態上の特徴

高齢者においては、加齢に伴い、自身の服薬行動や医師による薬物治療の提供に影響が出る。

	高齢者の特徴	服薬行動・薬物治療への影響
疾患上の要因	複数の疾患を有する	<ul style="list-style-type: none"> 多剤服用 併科受診
	慢性疾患が多い	<ul style="list-style-type: none"> 長期服用
	症候が非定型的	<ul style="list-style-type: none"> 誤診に基づく誤投薬 対症療法による多剤併用
機能上の要因	臓器予備能の低下(薬物動態の加齢変化)	<ul style="list-style-type: none"> 過量投与
	認知機能、視力・聴力の低下	<ul style="list-style-type: none"> コンプライアンス低下 誤服用
社会的要因	過少医療	<ul style="list-style-type: none"> 投薬中断

被用者保険の概要・財政状況

I . 協会けんぽ(全国健康保険協会)の
概要・財政状況

II . 健康保険組合の概要・財政状況

I . 協会けんぽ(全国健康保険協会) の概要・財政状況

被用者保険者の概要

被用者保険者

健康保険組合

健康保険法に基づき、健康保険事業を行う
公法人（平成27年3月末：1,409組合）

- ・単一組合：1企業により組織された組合
（被保険者数：700人以上）
- ・総合組合：同種同業の事業主等で組織
された組合（被保険者数：3,000人以上）

それぞれの組合で保険料水準は異なる
（平成27年度平均：9.0%）

加入者数：2,913万人（平成27年3月末）
（被保険者1,564万人、被扶養者1,349万人）

健保組合が解散すると、当該健保組合の被保険者等は協会けんぽに加入することとなり、協会けんぽは被用者保険のセーフティーネットとしての役割を果たしている。

協会けんぽ(全国健康保険協会)

健康保険法に基づき、自らは健康保険組合の設立が困難である中小・小規模事業所の従業員とその家族が加入できるように、設立された保険者

都道府県支部ごとに保険料率を設定
（平成28年度平均：10.0%）

加入者数：3,718万人（平成28年3月末）
（被保険者2,159万人、被扶養者1,559万人）

共済組合

共済各法に基づき、国家公務員や地方公務員、
私立学校教職員等を対象として設立された保険者
（平成26年3月末現在：85組合）

それぞれの組合で保険料水準は異なる（平成25年度平均：国
共済8.2%、地共済9.4%、私学共済7.4%）

加入者数：891万人（平成26年3月末）
（被保険者449万人、被扶養者442万人）

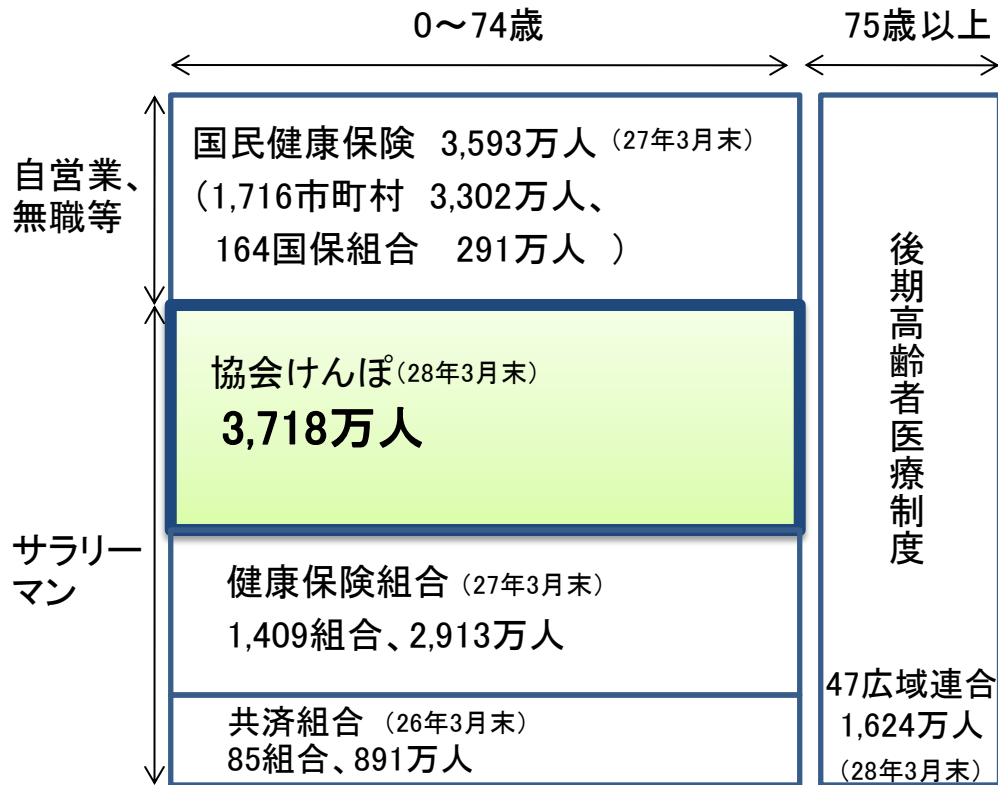
加入者は、適用事業所に使用される者及びその被扶養者等

- ・適用事業所・・・国、地方公共団体、法人事業所、又は土木・建築、医療等の強制適用業種である従業員5人以上の個人事業所
- ・使用される者・・・所定労働時間、所定労働日数が当該事業所で同種の業務に従事する通常の就業者と比べて、概ね3/4以上の者

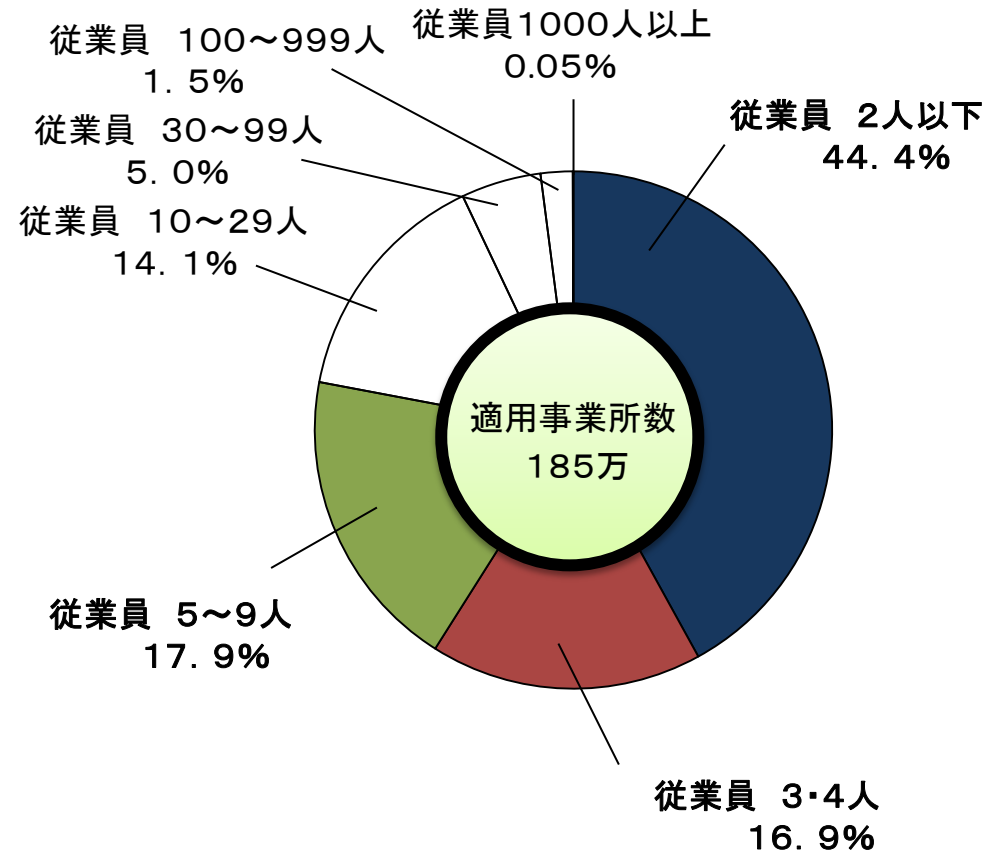
協会けんぽ（全国健康保険協会）の規模

- 約3700万人（国民の3.4人に1人）が加入者。
- 中小企業・小規模事業所が多く、事業所数の約8割が従業員9人以下。

○ 保険者の位置付け



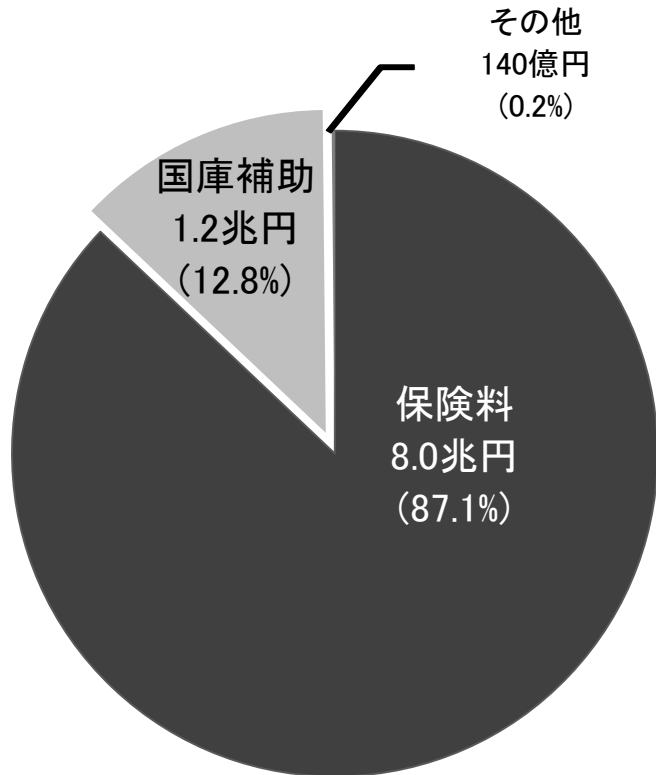
○ 協会の事業所規模別構成 (28年3月末)



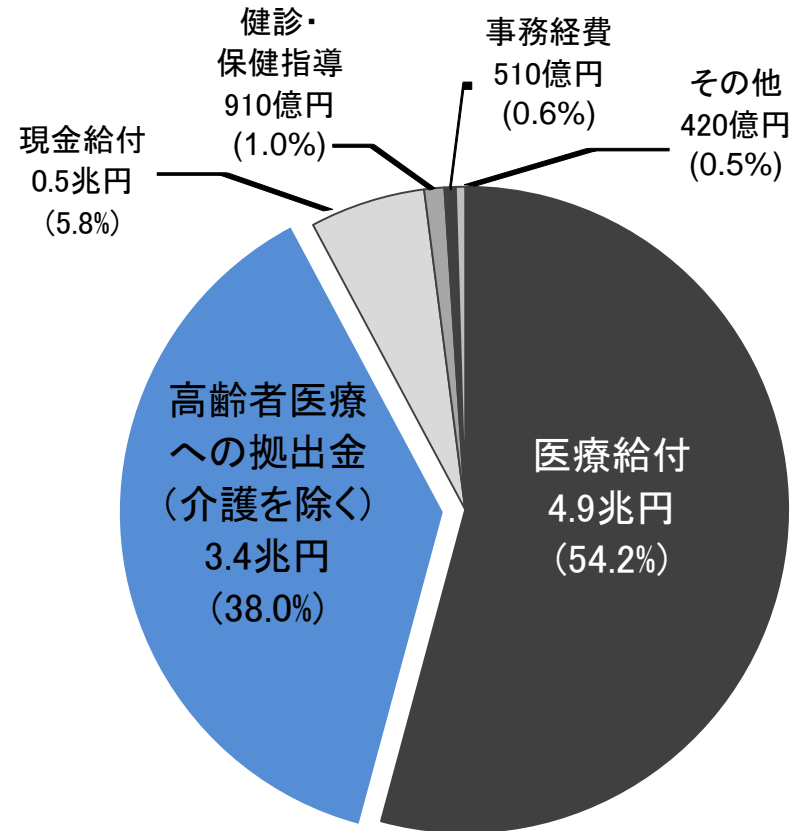
協会けんぽの財政構造（27年度決算見込）

○ 協会けんぽ全体の収支は約9兆円だが、その約4割、約3.4兆円が高齢者医療への拠出金に充てられている。

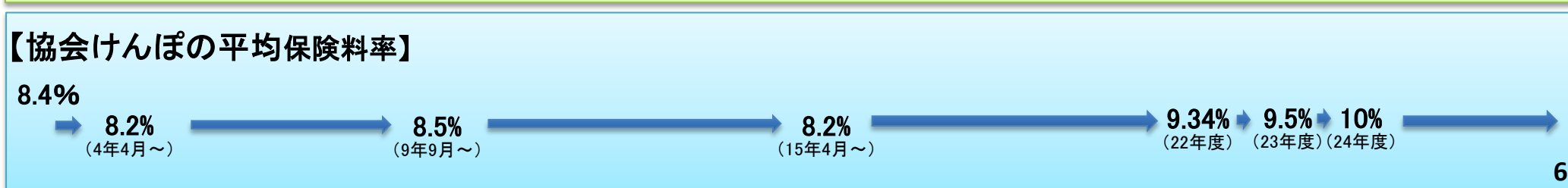
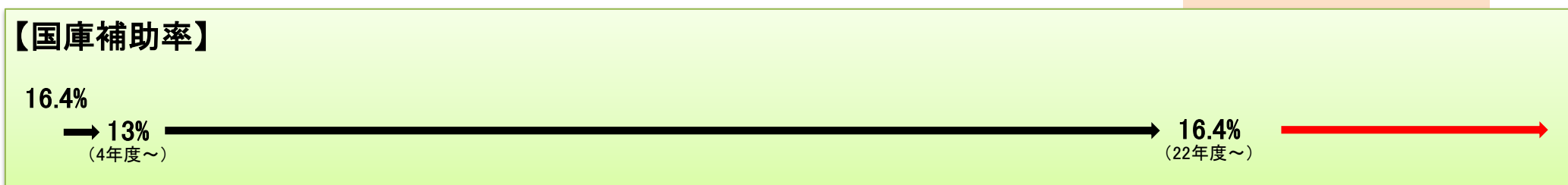
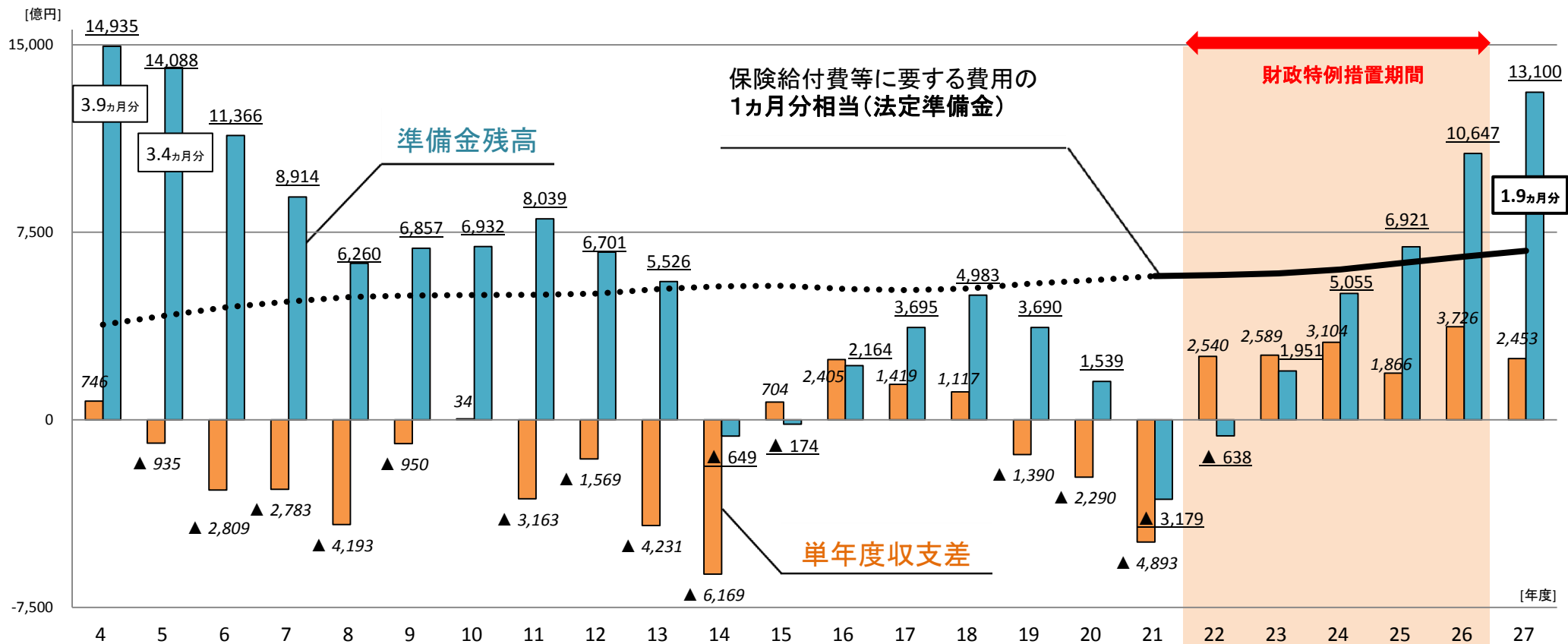
収入 9兆2,418億円



支出 8兆9,965億円

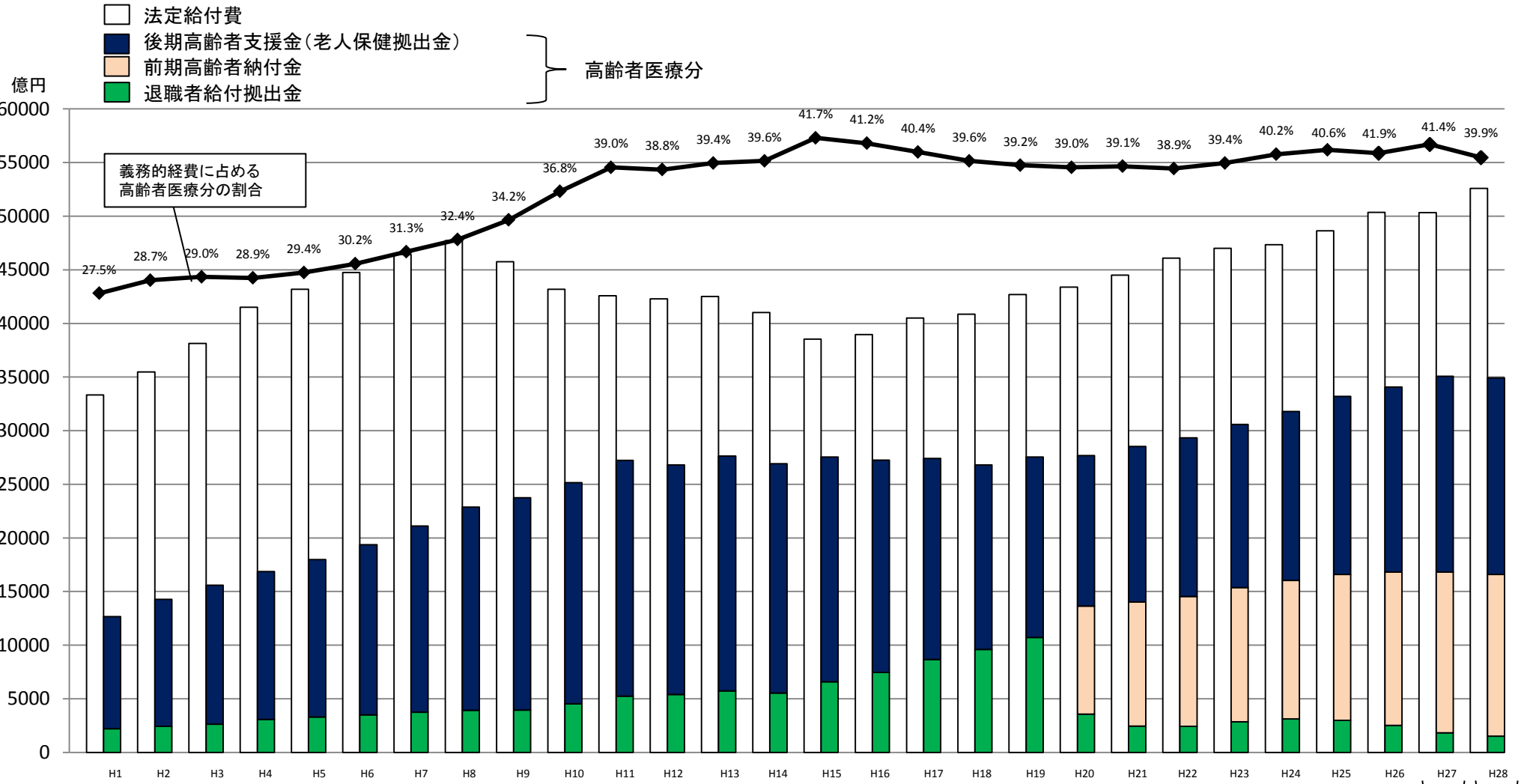


協会けんぽの単年度収支差と準備金残高の推移



高齢者医療への拠出負担の推移（協会けんぽ）

○ 協会けんぽの義務的経費に占める高齢者医療への拠出負担割合は、39.9%（平成28年度予算ベース）となっている。



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金（平成19年度以前は退職者給付拠出金）及び後期高齢者支援金（平成19年度以前は老人保健拠出金）の合計額。

平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

※法定給付費は、平成26年度までは実績額を、平成27年度は概算額を、平成28年度は予算額を用いている。

※後期高齢者支援金等は、平成26年度までは医療給付費等実績に基づいた確定賦課額。平成27年度は概算賦課額。平成28年度は予算額。

※後期支援金について、平成20年度及び平成21年度は加入者割、平成22年度～26年度は3分の1総報酬割、平成27年度は2分の1総報酬割、平成28年度は3分の2総報酬割としている。

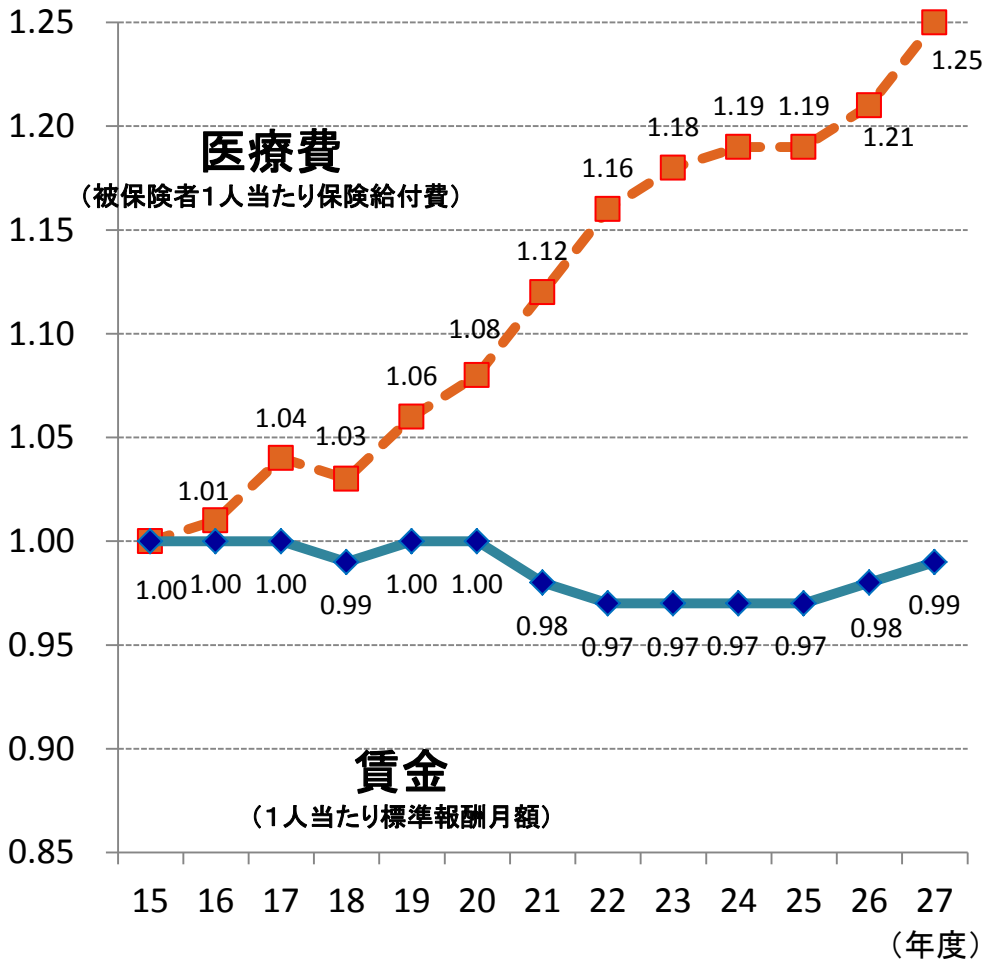
※前期高齢者に係る後期支援金分は前期納付金に含まれている。

（概算）（予算）

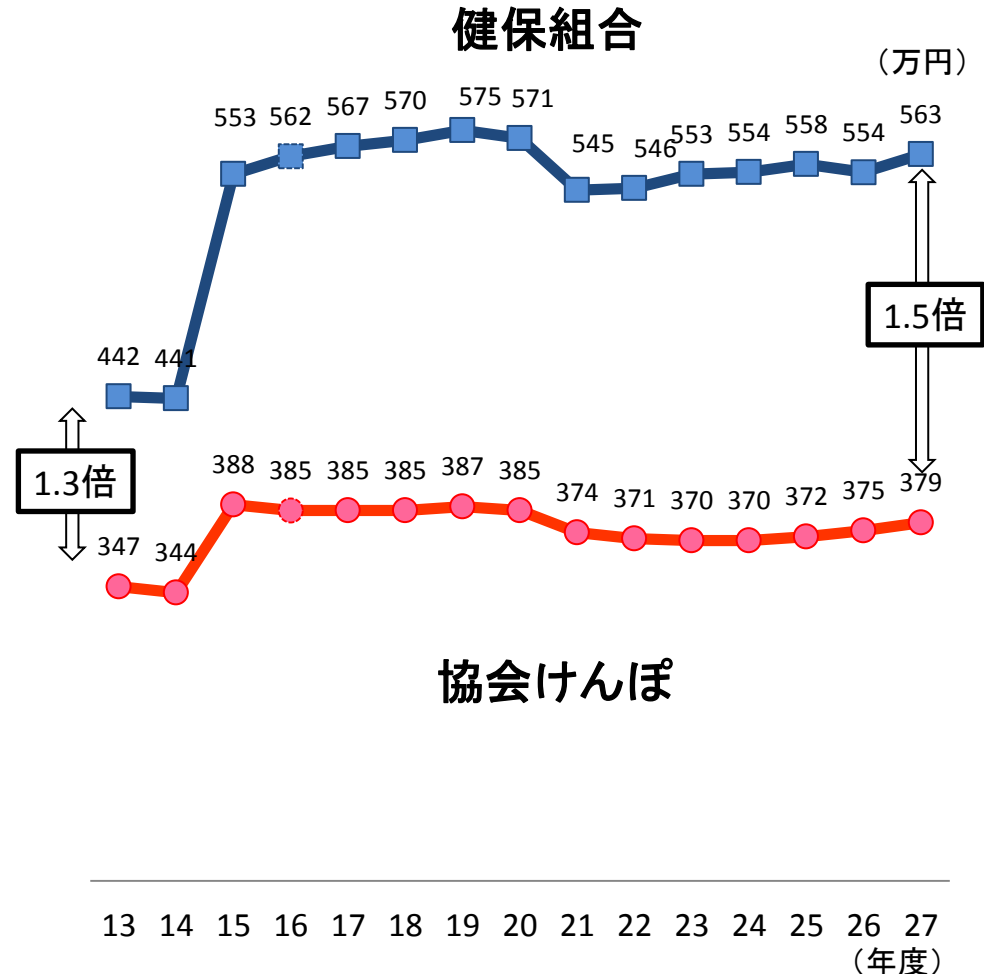
協会の財政構造と財政力格差について

- 協会けんぽの財政は、医療費が賃金の伸び率を上回って伸びている。
- 協会の報酬水準は低く、他の健保組合と比べて1.5倍の格差がある。

協会の保険財政の傾向



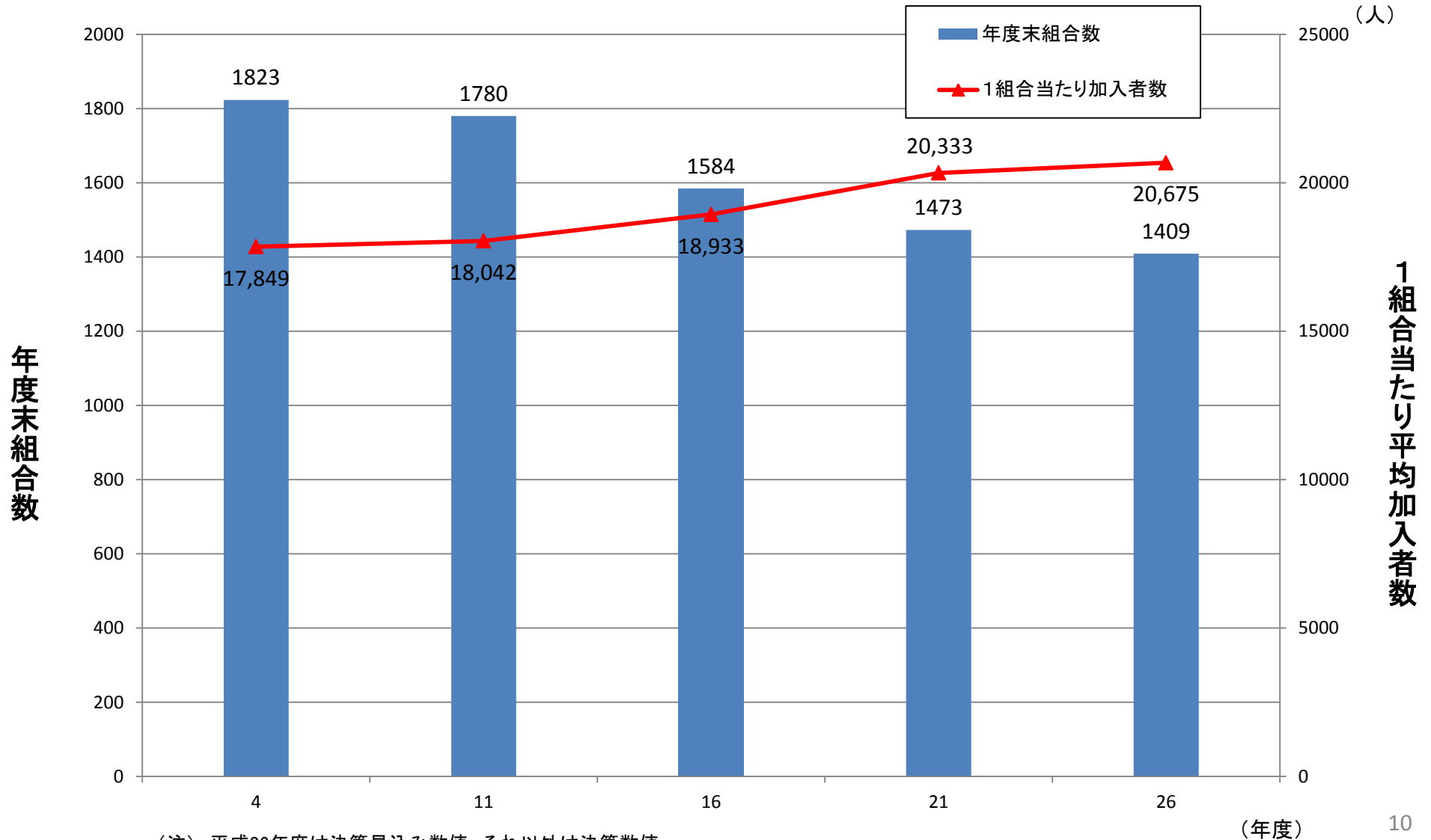
協会と健保組合の報酬水準の比較



Ⅱ．健康保険組合の概要・財政状況

健康保険組合の組合数等の推移

- 健保組合の組合数は、平成4年度以降減少を続けている。
- 1組合当たりの平均加入者数は、微増傾向にあるが、約2万人前後で大きな変化はない。

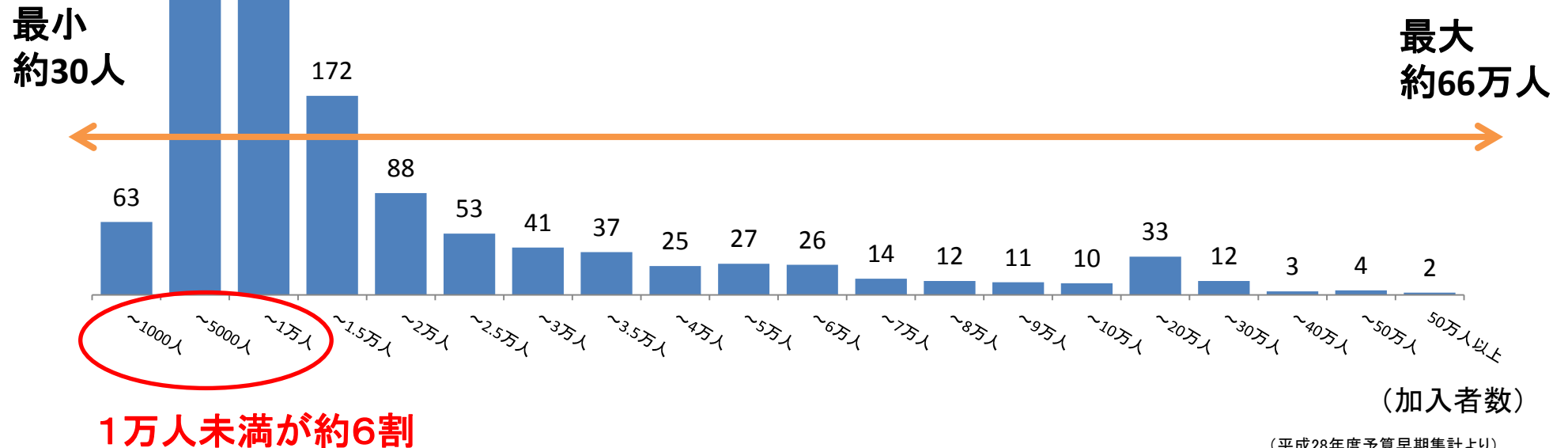


1組合当たり平均加入者数

健康保険組合の加入者数の分布

○ 健保組合は、加入者数1万人未満が約6割、5万人未満が約9割となっており、中・小規模の保険者が多い。

(保険者数)

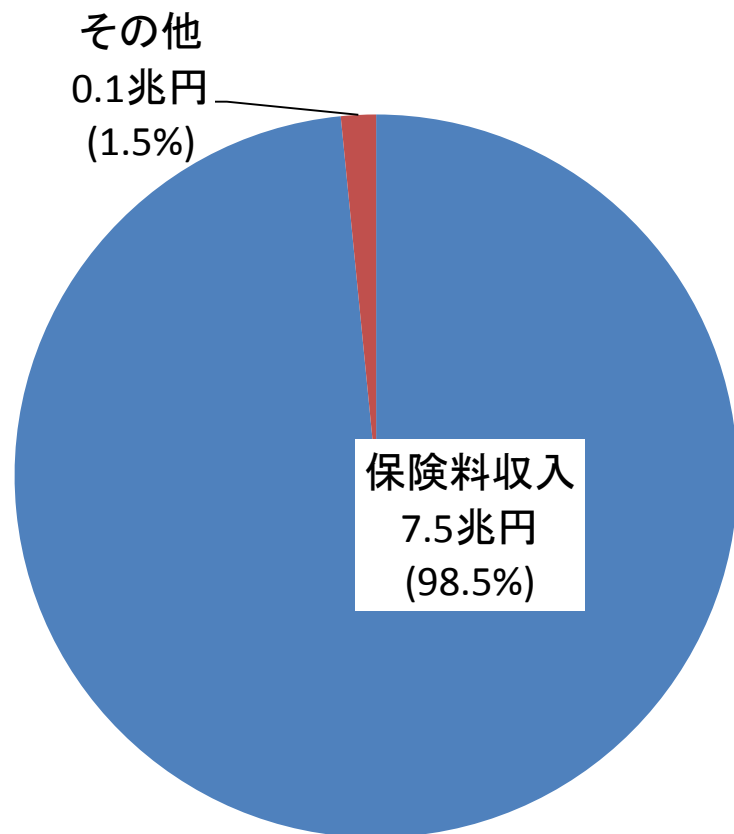


(平成28年度予算早期集計より)

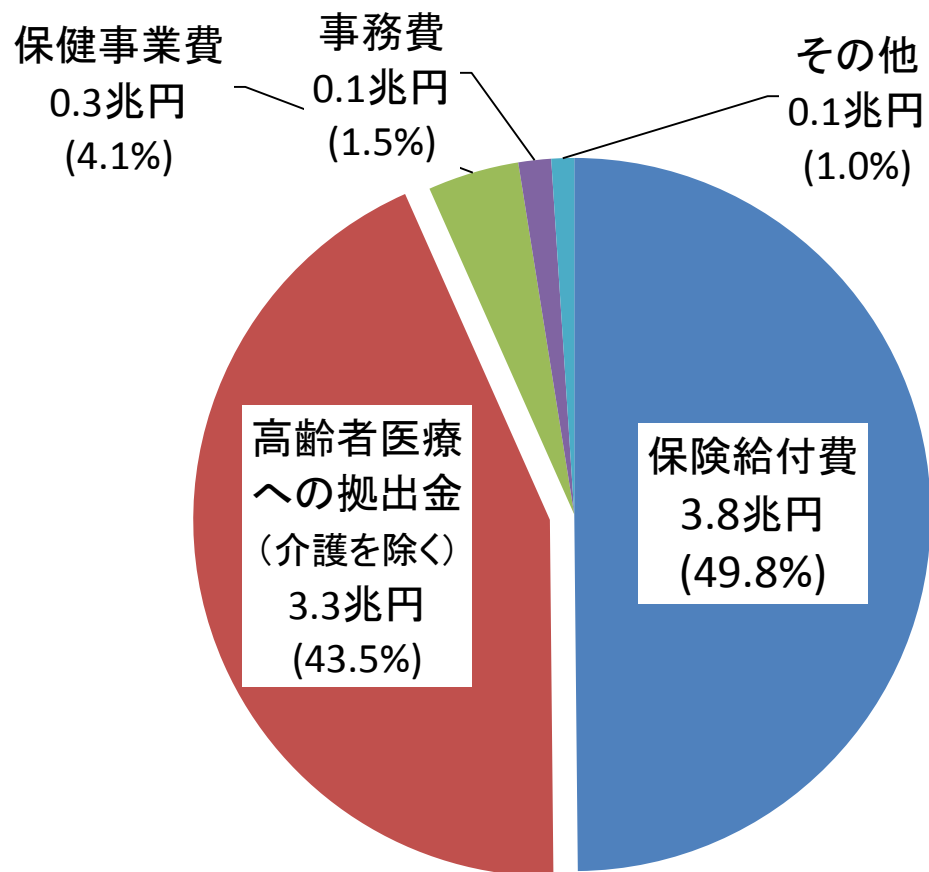
健康保険組合の財政構造（26年度決算見込）

○ 健保組合の経常支出は約7.5兆円だが、その約4割、約3兆円以上が高齢者医療への拠出金に充てられており、平成26年度では前年度よりも約55億円増加。

経常収入 7兆6,022億円



経常支出 7兆5,386億円

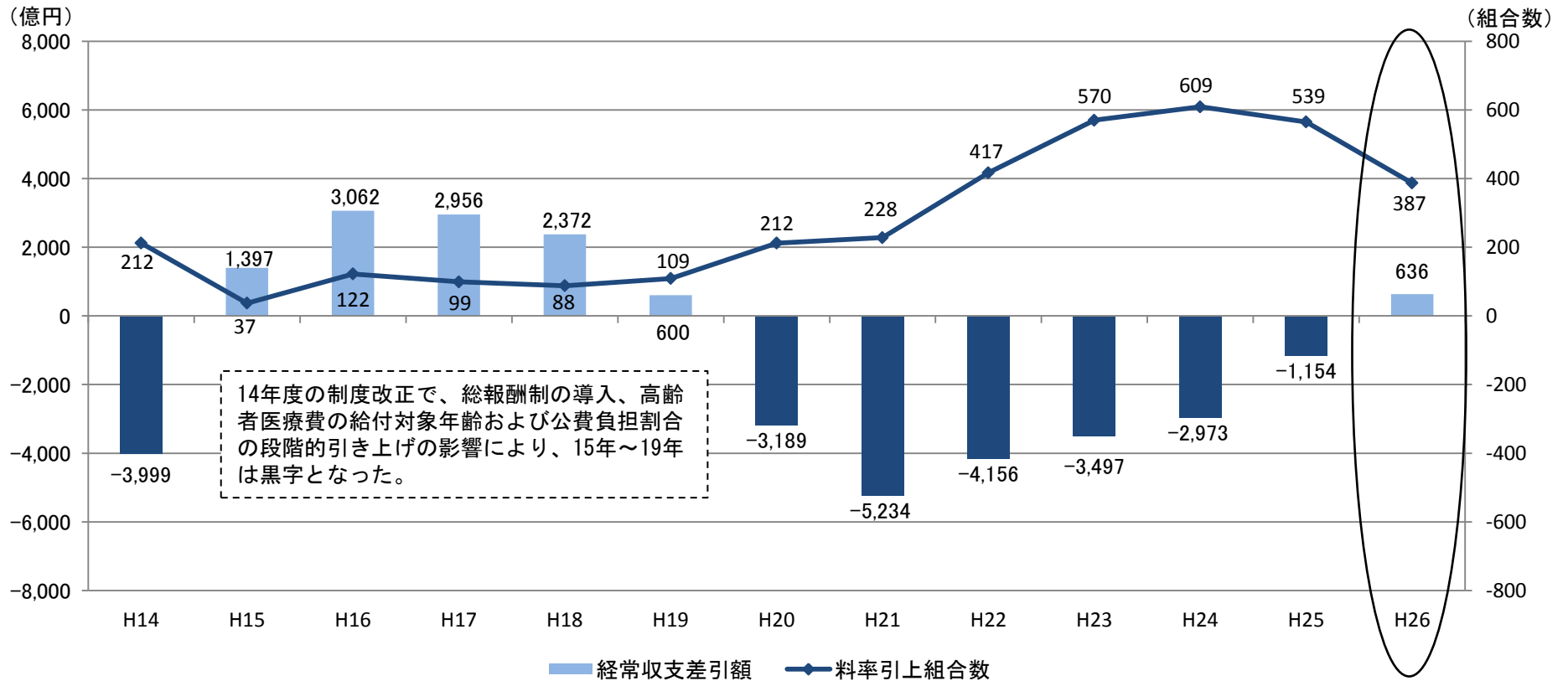


(注)端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

健康保険組合の財政状況

26年度決算見込（平成27年10月2日健保連発表）全1,409組合

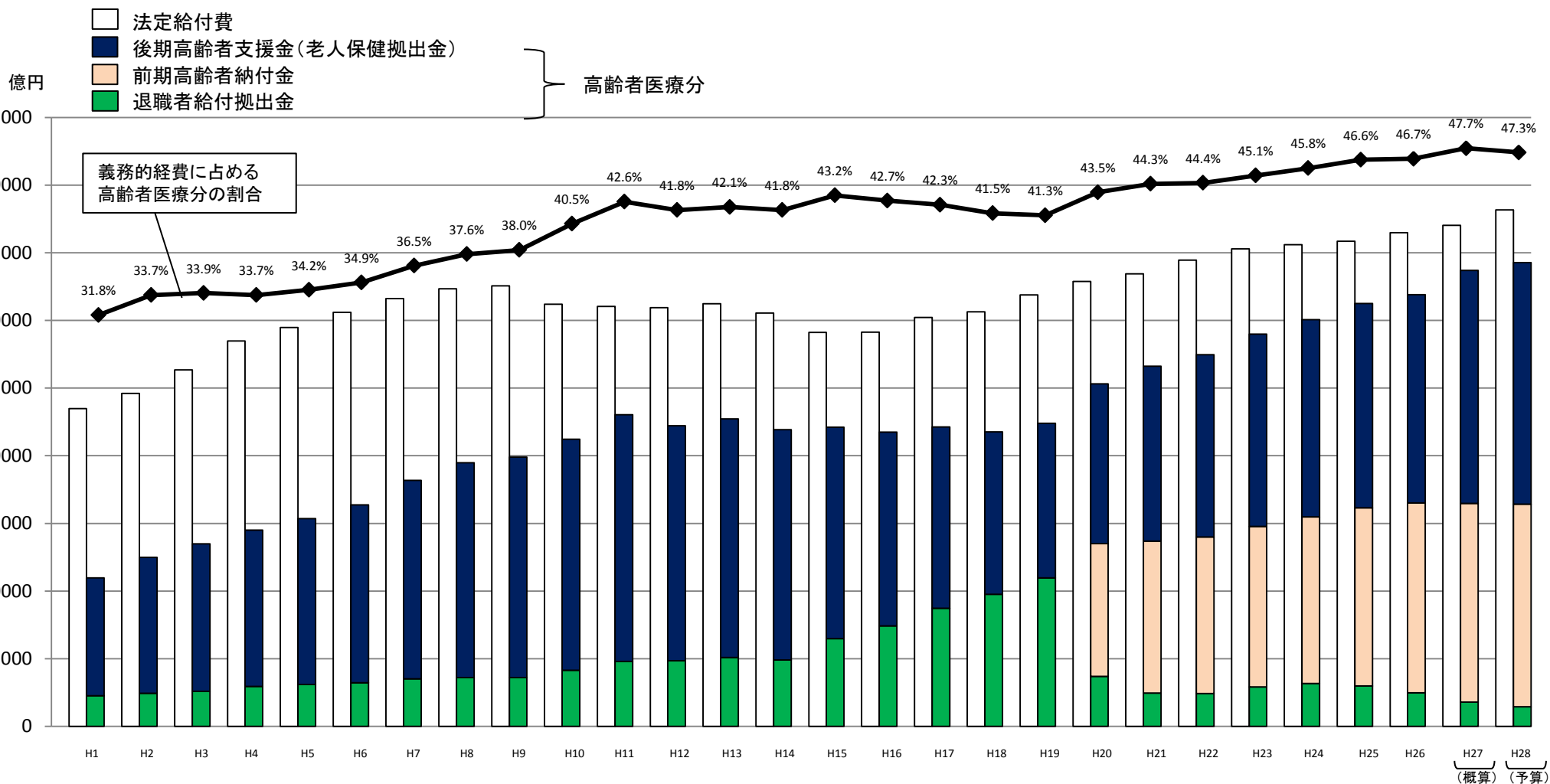
- ・単年度黒字：平成19年度以降7年ぶりの636億円の経常黒字
- ・保険料率の引上げ：健保組合全体の3割（387組合）
→ 平均保険料率（8.67%→8.88%） 対前年度伸び率2.4%
- ・保険料収入に占める拠出金等の割合：43.8% → 50%以上の組合が全体の4分の1（359組合）



(注) 平成14～25年度までは決算、26年度は決算見込。

高齢者医療への拠出負担の推移（健保組合）

○ 健保組合の義務的経費に占める高齢者医療への拠出負担割合は、47.3%（平成28年度予算ベース）となっている。



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金（平成19年度以前は退職者給付拠出金）及び後期高齢者支援金（平成19年度以前は老人保健拠出金）の合計額。

平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

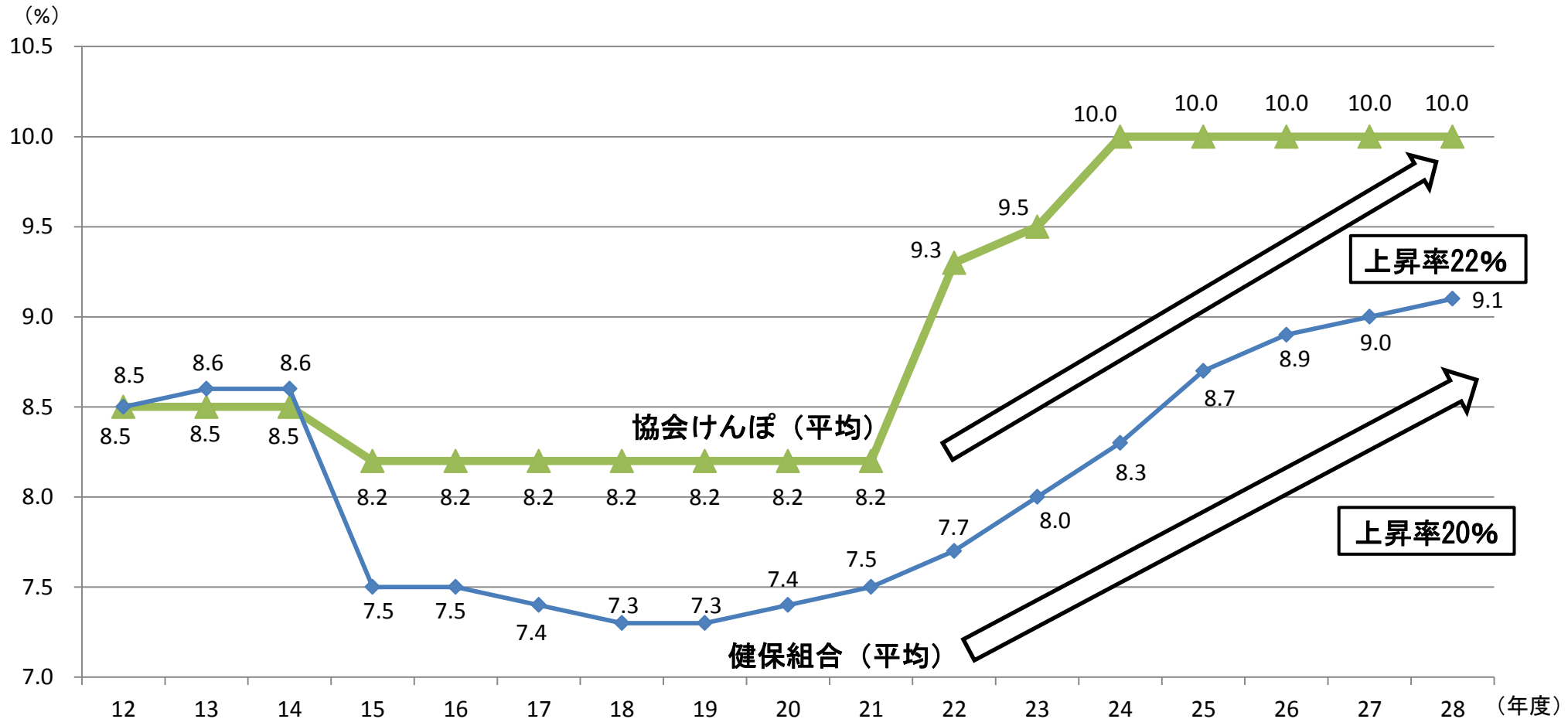
※法定給付費は、平成26年度までは実績額を、平成27年度は概算額を、平成28年度は予算額を用いている。

※後期高齢者支援金等は、平成26年度までは医療給付費等実績に基づいた確定賦課額。平成27年度は概算賦課額を、平成28年度は予算額を用いている。

※後期高齢者支援金について、平成20年度及び平成21年度は加入者割、平成22年度～26年度は3分の1総報酬割、平成27年度は2分の1総報酬割、平成28年度は3分の2総報酬割としている。

協会けんぽと健康保険組合の保険料率の推移

- 近年、協会けんぽ、健保組合ともに保険料率を引き上げている（協会けんぽは、24年度以降10.0%で推移）。
- 協会けんぽへの国庫補助により、一定程度格差が縮小されている。



(※1) 平成15年度に保険料率が下がっているのは、総報酬制（賞与にも月収と同じ保険料率を賦課）の導入によるもの。

(※2) 健康保険組合の保険料率（調整保険料率含む）は、平成25年度までは実績、26年度は実績見込、27年度は予算ベース、28年度は予算早期集計ベースによる。

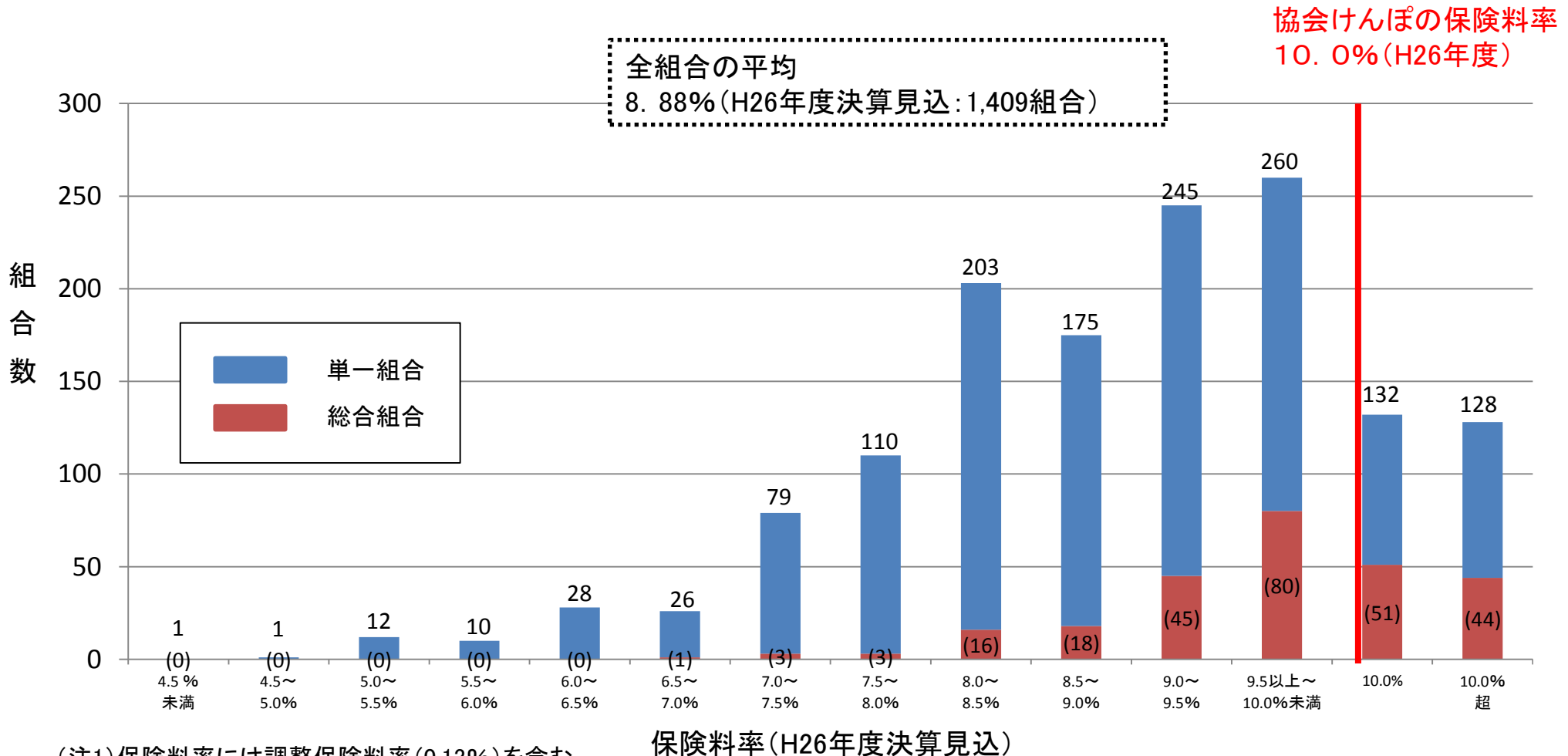
(※3) 協会けんぽは全国平均の保険料率。（平成28年度 最高：佐賀支部 10.33% 最低：新潟支部 9.79%）

健康保険組合の保険料負担

○ 健康保険の一般保険料率は、1000分の30～1000分の120の範囲内(※)において、保険者が決定することが法律に規定されている。(健康保険法第160条)

(※)平成28年度以降は1000分の30～1000分の130の範囲内

○ 健保組合の約2割が、協会けんぽの保険料率(10.0%)以上の保険料率を設定している。



(注1) 保険料率には調整保険料率(0.13%)を含む。

(注2) 被保険者の負担割合(単純平均)は45.4%。

保険料率(H26年度決算見込)

(注3) 括弧の数字は総合組合の数値を示している。

被用者保険の保健事業について

I . 被用者保険におけるデータヘルスの推進
について

II . 職域のがん検診の取組推進について

I . 被用者保険におけるデータヘルスの 推進について

公的医療保険の「保険者」が果たすべき機能

- ① 被保険者の適用（資格管理）
- ② 保険料の設定・徴収
- ③ 保険給付（付加給付も含む）
- ④ 審査・支払
- ⑤ 保健事業等を通じた加入者の健康管理
- ⑥ 医療の質や効率性向上のための医療提供側への働きかけ

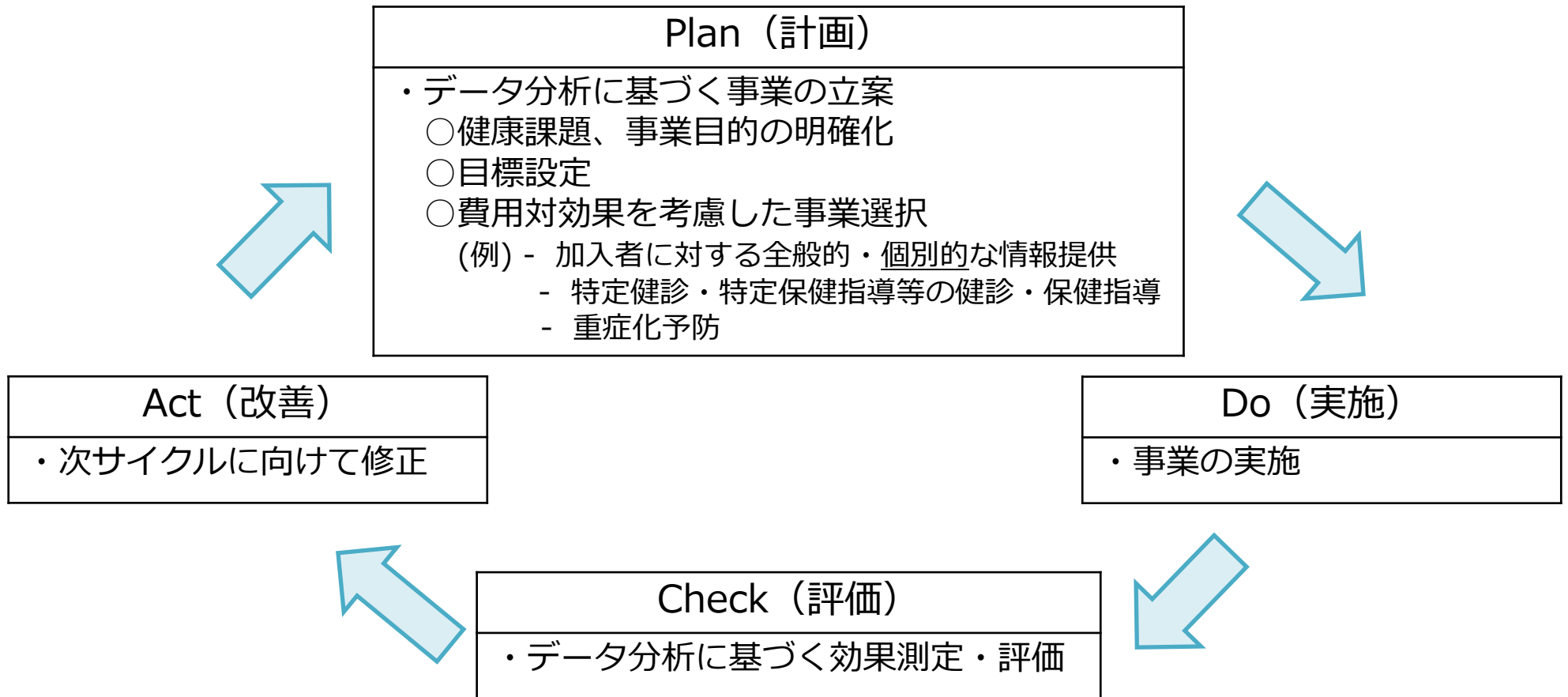
※ 「保険者機能のあり方と評価に関する調査研究報告書」
平成24年度厚生労働省委託事業（平成25年3月みずほ情報総研株式会社）

「データヘルス計画」とは

「データヘルス計画」

レセプト・健診情報等のデータの分析に基づく
効率的・効果的な保健事業をP D C Aサイクルで実施するための事業計画

ねらい：「健康寿命の延伸」と「医療費の適正化」を同時に図る。



データヘルス計画の作成状況

<健保組合・協会けんぽ>

平成27年9月現在

	作成済	未作成	計
健保組合	1,395組合 (99.6%)	5組合 (0.4%)	1,400組合 (100%)
協会けんぽ	47支部+船保 (100%)	—	47支部+船保 (100%)

<国保>

平成27年7月現在

	作成済・作成中	未着手	計
市町村国保	1,421保険者 (82.8%)	295保険者 (17.2%)	1,716保険者 (100%)

<後期広域連合>

平成28年4月現在

	作成済	未作成	計
広域連合	47 (100%)	—	47 (100%)

データヘルス計画の取組スケジュール

- 平成26年度中にほぼすべての健康保険組合、および協会けんぽにおいてデータヘルス計画を策定し、第1期(平成27～29年)データヘルス計画に基づく保健事業に取り組んでいるところ。
- 平成29年度中に第2期(平成30～35年)のデータヘルス計画を作成予定。
- 平成30年度からのデータヘルス計画の本格実施に向けて、PDCAサイクルの好循環をさらに加速させる。

平成26年度

27

28

29

30

31

32

33

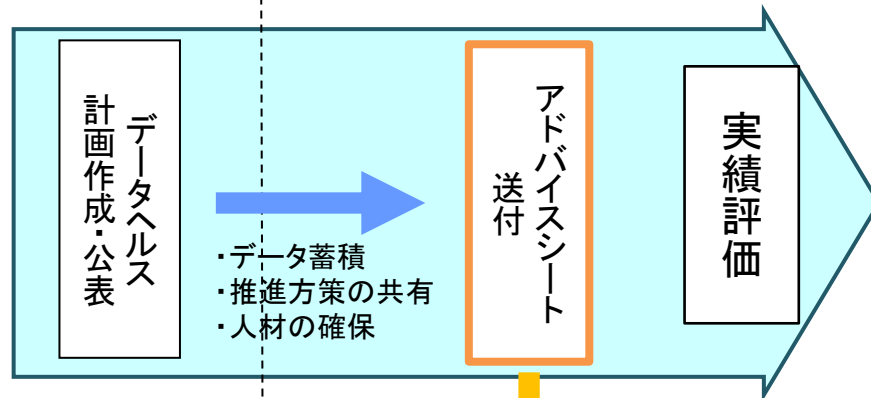
34

35

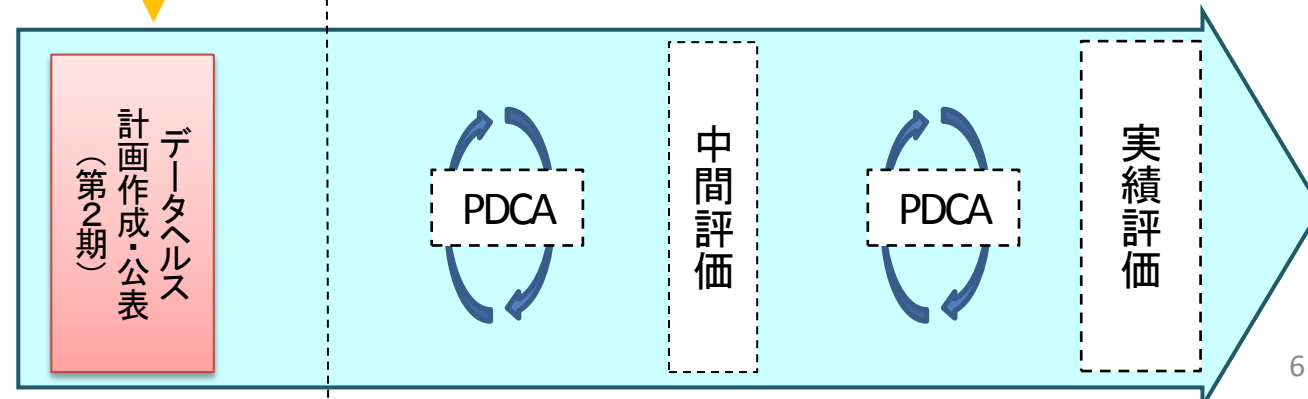
第1期計画期間(平成27～29年度)

第2期計画期間(平成30～35年度)

第1期
計画



第2期
計画



データヘルス計画 アドバイスシートの作成について

- 厚生労働省が健康保険組合が平成26年度に作成した第1期データヘルス計画について作成状況を確認し、それぞれの組合向けにアドバイスシートを作成。(平成28年6月)
- 今後、関係者間で問題点の共有を図り、第2期(平成30~35年度)データヘルス計画策定の際の参考として活用。

第1期データヘルス計画・確認の視点

① 既存事業の棚卸し

既存事業の活用、新たな事業計画につながっているか

② データ分析による現状把握

分析結果に基づく課題設定で対策検討につながっているか

③ コラボヘルスの体制

事業主との協働でデータヘルス計画の実行性につながっているか

④ 個別保健事業の計画

健康課題を踏まえた事業計画が立てられているか

事業目標および評価指標の設定で効果検証・見直しにつながっているか



データヘルス計画 アドバイスシート 組合コード 組合名称 期別 掲載 備考

1. 保健事業の実施状況

項目	区分	数値	全組合平均	目標率	達成率
特定種別・特定保健指導実施率	区分	73.0%	74.5%	76.0%	70.0%
	数値	20.9%	23.0%	24.2%	18.0%
被保険者1人あたり保健事業費	区分	27,939円	29,009円	40,200円	40,200円
	数値	40.0%	40.5%	41.7%	38.0%
日本標準化指数・社会保険庁標準化指数	区分	41.4%	40.5%	38.0%	40.0%
	数値	50.0%	51.4%	50.0%	43.0%

2. データヘルス計画

項目	区分	数値	全組合平均	コメント
既存事業の棚卸し	区分	80.4%		これまでの取り組みを踏まえて見直しを実施。見直しを踏まえて既存事業もあわせて目録や掲載について見直しを実施しました。
データ分析による現状把握	区分	31.0%		加入者の現状を把握できています。より深く加入者の現状について把握するために、申込段階でデータ分析による性別、年齢、地域別の把握など、多くの切り口で分析してまいります。
個別保健事業の実施計画	区分	67.1%		個別計画が整備できています。今年度より実施率に引き上げ、実施計画と加入者の現状を踏まえて見直しを実施。見直しを踏まえて実施率を向上させるべく、実施計画を踏まえて見直しを実施してまいります。
フィットネス・アクティブの取組状況	区分	65.2%		フィットネス・アクティブの取組が実施されています。事業推進のアクティブ(健康課題)が適切な取組で実施されています。健康課題を踏まえて実施率を向上させるべく、実施計画を踏まえて見直しを実施してまいります。

予防・健康づくりの推進

「経済・財政再生計画改革工程表」の主なKPI

- ・800市町村、24広域連合で重症化予防を実施
- ・800市町村、600保険者でインセンティブを推進
- ・500社で健康経営、1万社で健康宣言を実施
- ・ヘルスケア事業者の数100社以上

- ・全ての保険者で①後発品医薬品の使用割合を高める取組、②好事例を反映したデータヘルスの取組、③加入者の特性に応じた指標による進捗管理、④ICT等の活用による本人への情報提供等を実施
- ・全ての広域連合でフレイル対策を実施

1. 糖尿病性腎症重症化予防事業の推進

行政と医療関係者の**連携の枠組み**を構築

3月24日 連携締結協定

4月20日 **重症化予防プログラム策定**
→全国に取り組みを普及
(**保険者インセンティブへの反映**)

3. 保険者のインセンティブ改革

【保険者インセンティブ】

28年1月 共通的に取り組むべき指標を提示
→ **保険者種別ごとに、具体的評価指標の検討開始**

28・29年度

インセンティブ改革を**前倒し実施**

30年度

保険者努力支援制度の施行(国保)
支援金等への反映(被用者保険)

【個人インセンティブ】

5月18日 **ガイドラインを公表**

2. 民間事業者の活用推進等

保険者と民間事業者の**マッチング**を推進

27年12月 データヘルス見本市(37社、3000人参加)

28年1月 健康経営銘柄2016の選定(25社)

3月 「出張! データヘルス・予防サービス見本市」

4月～**全国2～3カ所**で「**データヘルス見本市**」

4. 高齢者のフレイル対策の推進

27年度 後期高齢者の特性に応じた保健事業の在り方について研究(厚生科学研究)

28・29年度 研究成果を踏まえた**モデル事業実施**
⇒効果検証を踏まえ、事業実施のガイドラインを作成

30年度

事業の**本格実施**

予防・健康づくり推進のスケジュール

平成27年度
7月

10月

3月

平成28年度
4月

7月

日本健康会議

第1回
日本健康
会議

7月10日

ヘルスケアポイン
ト等情報提供WG

重症化予防WG

健康経営500
WG・中小1万社
健康宣言WG

民間事業者活用WG

保険者における
後発医薬品推進WG

協定
締結

重症化予防
プログラム
公表

保険者
(3433)
全数調査

第2回
日本健康会議
(各WGの
成果の発表)

7月25日

データヘルス・
予防サービス
見本市2015

12月開催

○プログラムに
基づく横展開

○全国2～3カ所で見本市を開催
→質の高いアウトソーシングの推進

2020年の
K P I 達成
に向けた
取組の推進

毎年5月に
実施状況把
握
毎年7月に
状況公表

【フレイル対策】

高齢者の特性を踏まえたモデル事業

(高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進事業)

【平成30年度より本格実施】

レセプト・健診情報等を活用したデータヘルスの推進事業

【ICTの活用】

主な
データヘルス
関連事業

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業

約800保険者(平成27年度実績)

○インセンティブ改革の実施

○個人のインセンティブ推進のた
めのガイドラインの作成
(ヘルスケアポイントなど)

○保険者のインセンティブ推進のための
指標等の作成

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制度に前倒しで反映
【平成30年度より本格実施】

日本健康会議

- ◆ 経済界・医療関係団体・自治体のリーダーが手を携え、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図ることを目的として、自治体や企業、保険者における先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げるため、民間主導の活動体である「日本健康会議」を2015年7月10日に発足。
- ◆ 自治体や企業・保険者における先進的な取組を横展開するため、2020年までの数値目標（KPI）を入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を採択。
- ◆ この目標を着実に達成するため、
 - ①取組ごとにワーキンググループを設置し、厚労省・経産省も協力して具体的な推進方策を検討し、ボトルネックの解消や好事例の拡大を行う。
 - ②「日本健康会議 ポータルサイト」を開設し、例えば、地域別や業界別などの形で取組状況を「見える化」し、競争を促す。

日時：2015年7月10日（金）11:45～12:35

会場：ベルサール東京日本橋

人数：報道メディア、保険者、関係者など、計1,000名程度


1. 趣旨説明	日本商工会議所	(会頭)	三村 明夫
2. キーノートスピーチ	東北大学大学院 医学系研究科	(教授)	辻 一郎
3. メンバー紹介			
4. 「健康なまち・職場 づくり宣言2020」	健康保険組合 連合会	(会長)	大塚 陸毅
5. 今後の活動について	日本医師会	(会長)	横倉 義武
6. 来賓挨拶 (総理挨拶)	厚生労働省	(大臣) (官房副長官)	塩崎 恭久 加藤 勝信
7. フォトセッション			



日本健康会議の様子

(参考)第二部 先進事例の取組紹介 (13:00～15:00)

- ・津下一代（あいち健康の森健康科学総合センター長）・西川太一郎（東京都荒川区長）・向井一誠（協会けんぽ広島支部長）
- ・谷村遵子（三菱電機健康保険組合）・南場智子（株式会社ディー・エヌ・エー 取締役会長）


 日本健康会議
実行委員

日本経済団体連合会	会長	榊原 定征
日本商工会議所	会頭	三村 明夫
経済同友会	代表幹事	小林 喜光
全国商工会連合会	会長	石澤 義文
全国中小企業団体中央会	会長	大村 功作
日本労働組合総連合会	会長	神津 里季生
健康保険組合連合会	会長	大塚 陸毅
全国健康保険協会	理事長	小林 剛
全国国民健康保険組合協会	会長	真野 章
国民健康保険中央会	会長	岡崎 誠也
全国後期高齢者医療広域連合協議会	会長	横尾 俊彦
全国知事会	会長	山田 啓二
全国市長会	会長	森 民夫
全国町村会	会長	藤原 忠彦
日本医師会	会長	横倉 義武
日本歯科医師会	会長	堀 憲郎
日本薬剤師会	会長	山本 信夫
日本看護協会	会長	坂本 すが
日本栄養士会	会長	小松 龍史
チーム医療推進協議会	代表	半田 一登
住友商事	相談役	岡 素之
自治医科大学	学長	永井 良三
東北大学大学院医学系研究科	教授	辻 一郎
あいち健康の森健康科学総合センター	センター長	津下 一代
広島大学大学院医歯薬保健学研究院	教授	森山 美知子
千葉大学予防医学センター 教授 / 国立長寿医療研究センター 老年学評価研究部長		近藤 克則
京都大学産官学連携本部	客員教授	宮田 俊男
日本糖尿病学会	理事長	門脇 孝
東京都荒川区	区長	西川 太一郎
読売新聞グループ本社	取締役最高顧問	老川 祥一
テレビ東京	相談役	島田 昌幸
共同通信社	社長	福山 正喜

○事務局は、実行委員会方式で運営(事務局長:渡辺俊介 元日経新聞論説委員)

全32名

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。

保険者データヘルス全数調査について

概要

- 日本健康会議で採択された「健康なまち・職場づくり宣言2020」の達成状況等を把握するため、データヘルス、予防・健康づくりに関する全保険者の取組状況について、調査を実施。

調査内容・活用方法

- 「健康なまち・職場づくり宣言2020」の各宣言の達成状況や「経済・財政再生計画改革工程表」に定められたKPIの達成状況について、市町村名(数)、保険者名(数)、企業名(数)等を公表。
- 予防・健康づくりにおけるヘルスケア事業者の活用状況について、公表。
- 先行的に実践された予防・健康づくりの好取組事例のノウハウやポイント等を規模別・業態別等、各保険者が参考とできるようなかたちで公表。

スケジュール

- 平成28年6月に全保険者に対し、調査票を発出。
- 平成28年7月25日開催予定の「日本健康会議2016(仮称)」で結果を公表予定。

民間も活用した実施体制の支援

厚労省が初の「データヘルス・予防サービス見本市2015」を開催

- より多くの医療保険者に先進的な保健事業を導入するためには、高度な専門性や人的資源を豊富に有する質の高い事業者を選定し、効率的に横展開していくことが必要。
- 質の高いアウトソーシングを推進するため、健康・予防サービスを提供する事業者と、医療保険者等とのマッチングや、健康づくりの取組を実施している医療保険者、企業、地方自治体等との情報交換の場として、「データヘルス・予防サービス見本市2015」（厚生労働省主催）を開催。
- 健診・保健指導、データ分析、健康な職場づくりに関する展示やセミナーを実施し、出展者数は28ブース、**約3000人が参加**した。



データヘルス・ 予防サービス 見本市2015

開催日時: **2015年12月15日(火) 10:00-18:00**
開催場所: 東京国際フォーラム ホールB7(地上7階)
(住所: 東京都千代田区丸の内3丁目5-1)
主催: 厚生労働省
内容: 健康増進・予防に資する製品・サービス
提供事業者等による展示、セミナー等
参加対象: 医療保険者、企業経営者・人事/総務担当者、
自治体関係者、医療専門職、報道メディア等




- 本年度は全国複数都市に規模を拡大して実施し、幅広く保険者・自治体と民間事業者とのマッチングを加速させる

健保組合におけるデータヘルス先進事例の横展開

26年度

27年度

28年度～

	26年度	27年度	28年度～
	レセプト等のデータ分析に基づいた保健事業の立ち上げ支援事業 (4.8億円の一部)	レセプト・健診情報等を活用したデータヘルスの推進事業 (1.8億円の一部)	 <div style="background-color: #f08080; padding: 5px; display: inline-block;">横展開をさらに拡大</div> <div style="background-color: #6a5acd; padding: 10px; margin-top: 10px; color: white;"> 中小規模保険者への普及のためには ①知識・ノウハウ ②財政的サポート ③民間事業者の活用（アウトソーシング） が必要 </div>
単一組合	10	73	
総合組合	9	8	
合計	19	81	

先進的な保健事業の実証事業
(19組合)

先進的な保健事業の横展開事業
(81組合)

先進事例の例

オートボックス健康保険組合（単一）

突然死・突然入院のリスクを軽減させた高リスク者への保健指導

前兆なく訪れる「突然死」。そのリスク基準を作成し、最も危険な「ブラックゾーン」該当者に対して、顧問医による面談や保健師によるモニタリングを実施した。結果、16名のブラックゾーン該当者のうち、10名が相対的にリスクの低いレッドゾーン、イエローゾーンに移行することに成功した。



ワールド健康保険組合（単一）

身近なスマホの活用で女性の健康改善

加入者の約75%を女性が占めるワールド健康保険組合では、女性の健康は非常に重要。そこでスマートフォンアプリを使った基礎体温管理と、女性加入者が親しみやすい健康情報コンテンツの配信を実施した。身近なスマートフォンを活用することで、健康管理が習慣化され自分の体に対する意識の高まりが見られた。



東京都情報サービス産業健康保険組合（総合）

費用対効果を最大に！60歳以上に対する保健事業強化

訪問による受診指導や健康相談をはじめ、ジェネリック医薬品への切り替えなど独自のプログラムツールを用いて、疾病リスクと医療費の高い60歳以上を主なターゲットにした保健事業を推進。効果測定を行いながらPDCAサイクルを繰り返すことで、重症化予防と医療費適正化の2つの効果が得られた。

レセプト・健診情報等を活用したデータヘルスの推進事業

(平成28年度予算額：2.8億円)

先進的な保険者に限らず、中・小規模の保険者も等しく効率的かつ効果的なデータヘルス事業を導入し、運営ができるよう、先進的なデータヘルス事業を体系的に整理、パッケージ化して全国的に横展開を推進するとともに、大学や保険者、地域の関係機関と連携した実践的な共同分析、潜在保健師の活用などを通じて、データヘルス事業の導入、運営等に係る環境整備を図る。

(1) 先進的なデータヘルス事業のパッケージ化

【宣言1】予防インセンティブを活用した保健事業等

【宣言2】糖尿病性腎症の重症化予防等

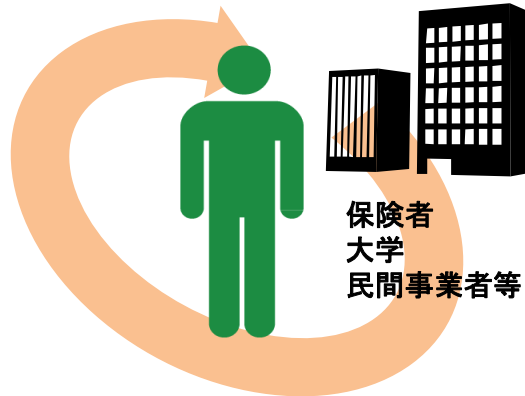
【宣言3】被扶養者の健診受診率向上事業等

【宣言4・5】健康経営・健康宣言運動事業等

【宣言6】ICTを活用した個人に最適化された情報提供等事業

○多くの保険者が先進的なデータヘルス事業を抵抗感なく導入し、事業運営ができるように、先進的なデータヘルス事業について、その事業構成や実施体制、実施過程の検証作業までのPDCAサイクルを体系的に整理してパッケージ化し、全国的な横展開を推進する。

(2) データヘルス分析や保健事業の共同実施



○データヘルス事業推進にふさわしい保険者規模を確保できるよう、大学や民間事業者と連携した実践的な共同分析や、潜在保健師等を活用した保健事業の共同実施を支援。

※ 例えば、健保連において、複数の保険者の共同事業として保健事業を実施。

(3) 中小規模・財政難保険者への支援及び初期費用の補助

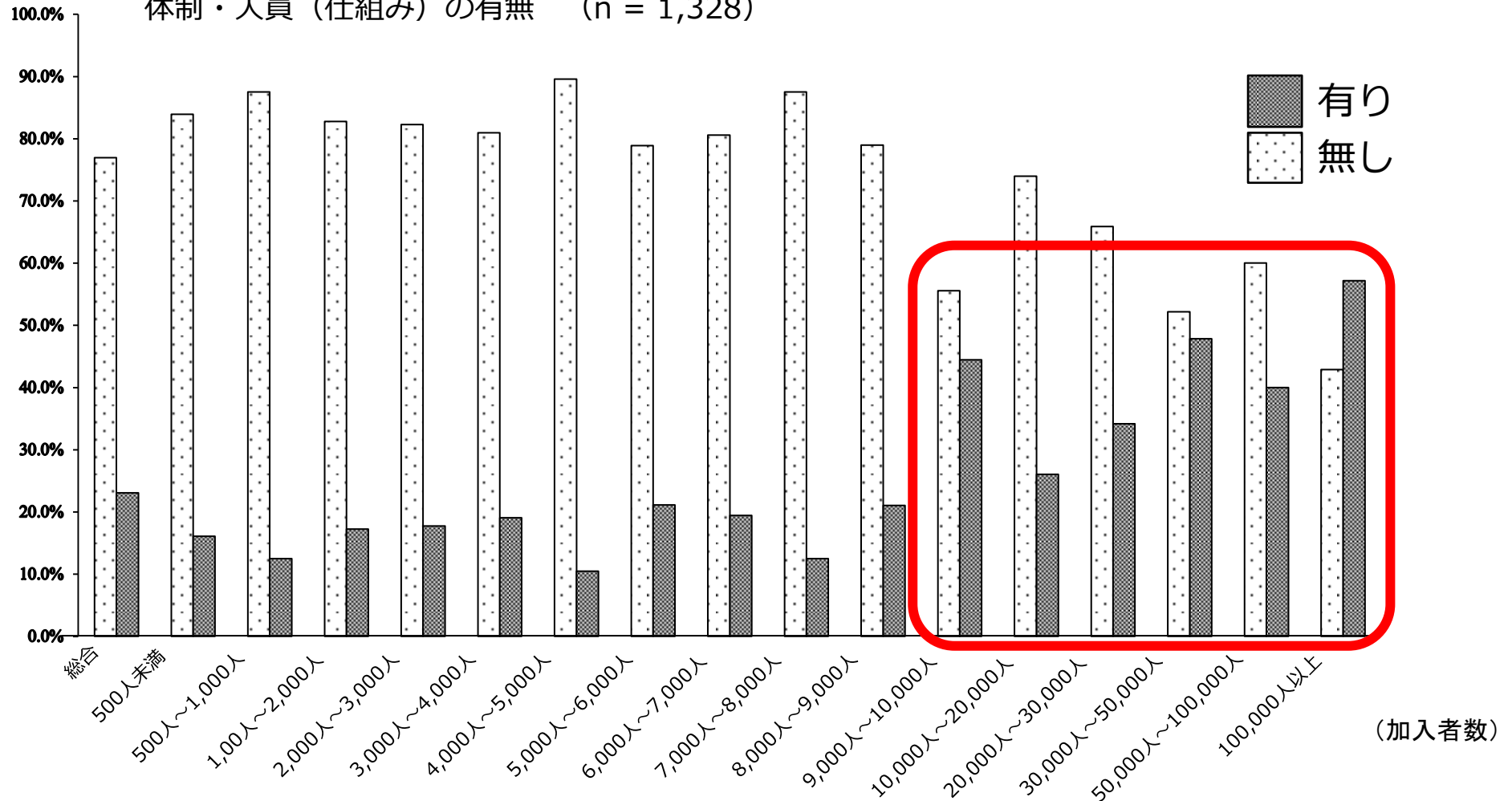


○データヘルス事業の運営に十分な資源を投入できない中・小規模の保険者であっても持続的に事業運営ができるよう、事業導入に係る初期費用を補助する。

データ分析を行う体制を整えている健康保険組合の規模

○ 保健事業において、データ分析(事業の効果の検証)を行う体制は、**規模の大きな健康保険組合の方が整っている。**

データヘルス計画で立てた事業の実施状況(アウトプット、アウトカム)をチェックできる体制・人員(仕組み)の有無 (n = 1,328)



保険者機能・データヘルスをめぐる議論

- 各保険者は、**データ分析のための基盤整備**を進めるとともに、レセプト・健診データ等を活用した保健事業を実施するための**「データヘルス計画」**を策定
- 一方で、データヘルスの実現には、①一定規模のビッグデータ、②ノウハウ、③財政力・人的資源が必要。しかし、我が国では**中・小規模の保険者が多いため、ビッグデータの確保、財政面等で課題**
- 保険者機能を発揮するのにふさわしい規模を確保できるよう、**先進的なデータヘルス事業**を体系的に整理、パッケージ化して**全国的に横展開**を推進するとともに、**データ分析の共同化や保健事業の共同実施**を支援

II 保険者機能の強化～「データヘルス横展開の加速」による「医療の質と持続性の向上」～

保険者機能の強化

○保険者機能の強化・連携等によりデータヘルスを強力推進

○ICTとビッグデータを活用して保険者機能を支援

医療の質向上、持続性の強化

データヘルスの実現には、①一定規模のビッグデータ、②ノウハウ、③財政力・人的資源が必要。しかし、日本の健保組合は中・小規模が多いため、ビッグデータの確保、財政面等で課題がある。

(参考) 保険者規模 (平成26年) (平均)

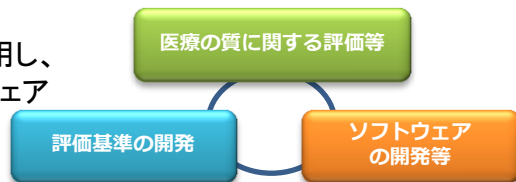
国保	協会けんぽ	共済	健保組合	ドイツ
約70万人 <small>(各都道府県内の被保険者数の平均)</small>	約76万人 <small>(47都道府県平均)</small>	約10万人	約2万人	約40万人

<当面の対応>

- ・保険者によるデータ分析の集約化や保健指導の共同実施等を支援
- ・韓国HIRA等をモデルに、ICTとビッグデータを最大限活用し、データヘルスや医療の質の評価・向上を目指す。その際、保険者が「医療の質を創る」べく、保険者の新たな役割・責任を明確化
- ・表彰制度等を通じ事業主にも「健康経営」を普及啓発

(参考) 韓国・健康保険審査評価院 (HIRA)

ICTとビッグデータ等を活用し、医療の質の評価、ソフトウェア開発等を実施



一体的に
改革を推進



「健康長寿」
「医療費適正化」
の実現

データヘルス横展開

1. 全国展開に向けた方法論の確立と協力体制の基盤整備

- 厚労省と医療関係者(日本医師会、糖尿病対策推進会議)の間で連携協定締結(3/24)、4月中を目途に国レベルでプログラム策定。今後、保険者の取組状況などを踏まえ、高血圧症等、他の生活習慣病にも展開を検討

- 高齢者のフレイル(虚弱)予防として、栄養・口腔・服薬等の面から管理栄養士等による在宅訪問指導、運動指導等を実施



協定締結式(3/24)

2. データ分析等を行う民間企業との連携強化

- データ分析に基づく健康・予防サービスを提供する事業者と、保険者等とのマッチングを推進するため、全国で「データヘルス見本市」を開催
- 2020年の目標(データ分析等を行う民間企業<保険者からの推薦等により質を確保>を少なくとも100社以上)達成に向け、毎年度、進捗状況を把握

3. 保険者のインセンティブ改革

- 平成30年度からのインセンティブ改革を今年度から前倒し実施し、保険者の取組を加速

	28年度	29年度	30年度
国保	インセンティブの前倒し 4月中目途に「評価指標」を公表	→	保険者努力支援制度の施行
被用者保険	新「加減算制度」の具体化、「評価指標」の決定(夏～秋目途)		新「加減算制度」の施行
後期高齢者	「特別調整交付金」で保険者インセンティブを実施		→

Ⅱ．職域のがん検診の取組推進について

職域のがん検診

<実施すべき具体策>

- 保険者と協力し、職域において保険者が提供するがん検診の実態を早急に把握する。
- 職域においても、検診受診率のみならず、精密検査受診率等に関する目標値を設定する。
- 目標値を達成するには、モニタリングが重要であることから、各保険者が全国での位置づけを確認し施策に役立てるため、各保険者のがん検診受診率や受診率向上に向けた取組等を比較可能な形で公表する。
- 検診対象者、保険者それぞれの特性に応じて、行動変容を起こすためのインセンティブ策及びディスインセンティブ策を導入する。
- 上記の実態調査結果を踏まえて、保険者が提供する職域におけるがん検診に対するガイドラインを早急に策定する。
- 時間がない人でも簡便にがん検診を受けられるよう、特定健診とがん検診を同時に実施するため、都道府県、市町村及び保険者の協力を得て、同時実施体制が取られている取組事例を収集し、広く普及することにより、さらに同時実施を推進する。
- 上記の受診率向上のための施策については、実施されているかどうかを把握し、より実効性のある仕組みを講じる。

健保組合におけるがん検診実施状況について

- 指針※で定めるがん(胃、肺、大腸、子宮頸、乳がん)の検診はおよそ8割以上の組合で実施されている。
- 被扶養者を対象とした検診は、被保険者を対象とした検診よりも実施組合数が少ない。

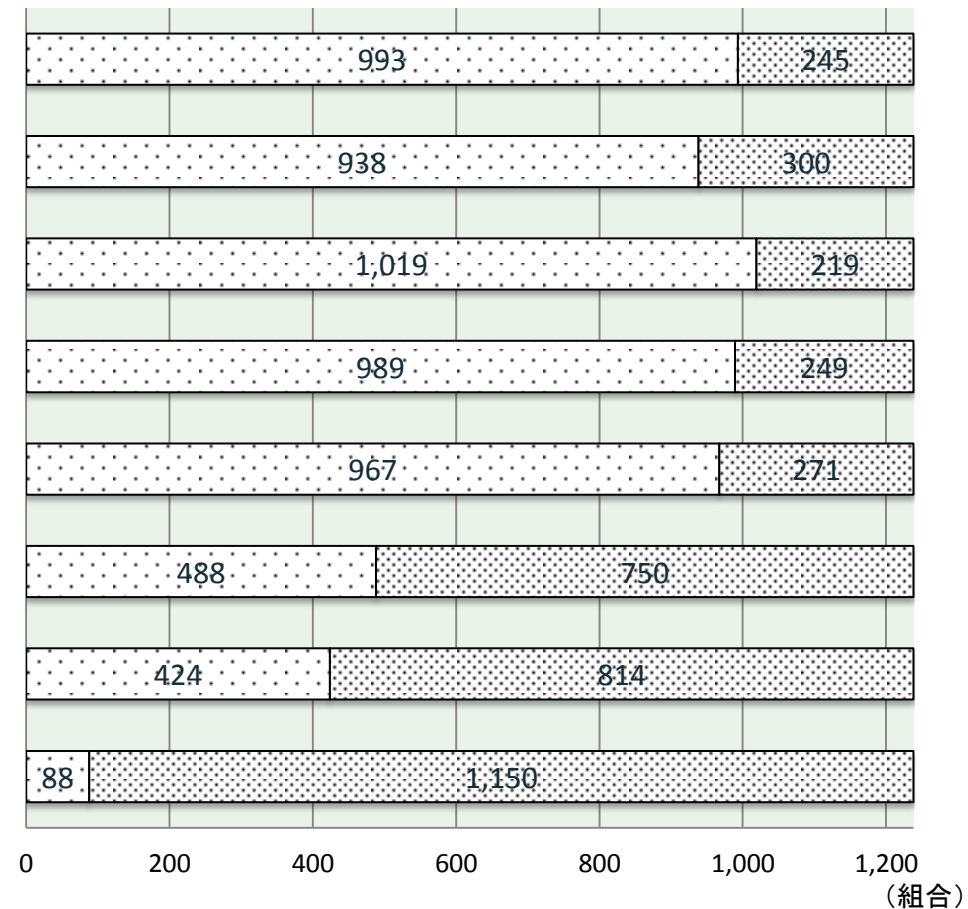
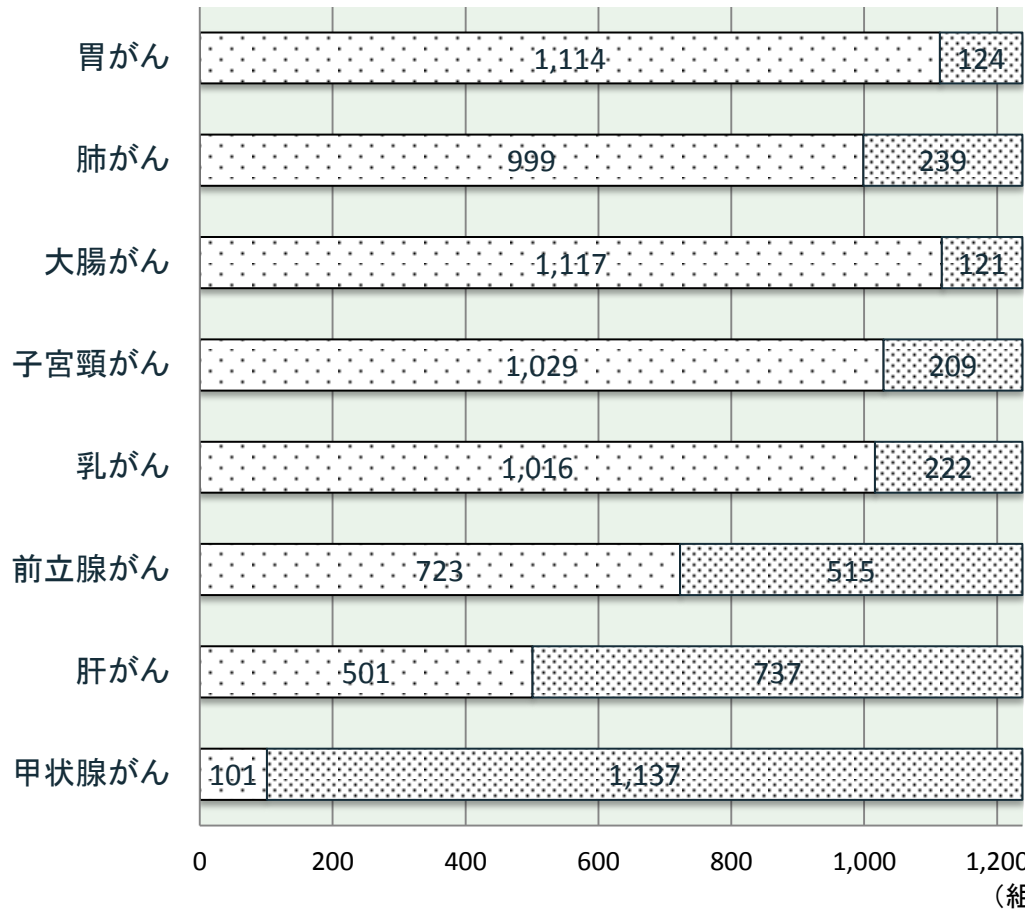
※がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針(平成20年3月31日厚生労働省健康局長通知)

(回答組合数 1,238)

- 行っている
- ▣ 行っていない

被保険者に対する検診実施組合数

被扶養者に対する検診実施組合数



出典: 第17回がん検診のあり方に関する検討会(H28.5.12)資料5

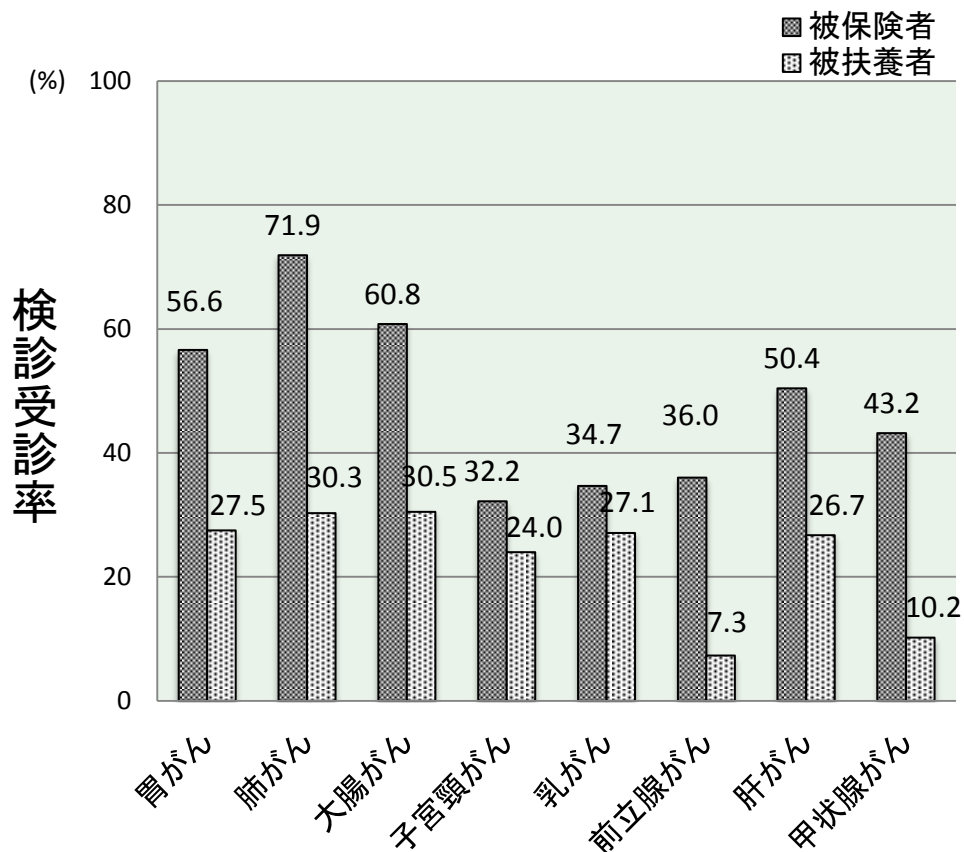
調査方法等: H27年12月~H28年1月に、1,406の健康保険組合に対して、平成26年度のがん検診の実施状況を調査

健保組合のがん検診受診率・精検受診率について

○がん検診受診率は、被保険者に比べて被扶養者のほうが低い傾向にある。
 ○精密検査受診率は、被扶養者に比べて被保険者のほうが低い傾向にある。

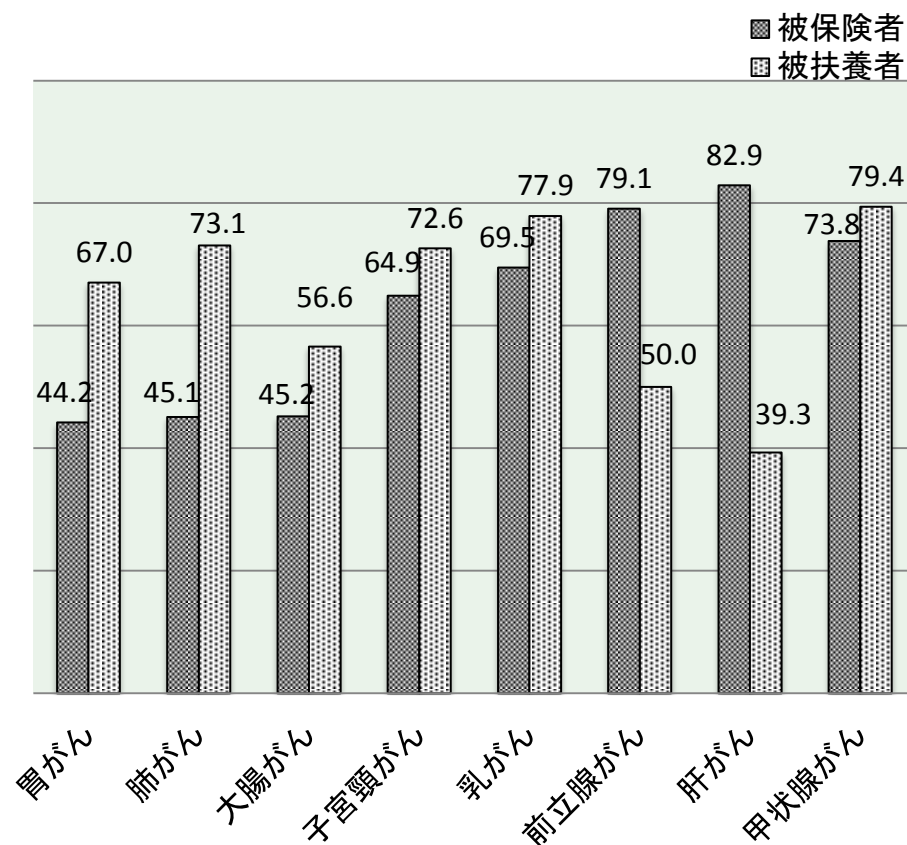
検診受診率

※ 全組合のがん検診受診者／全組合のがん検診受診対象者



精検受診率

※ 全組合の精密検査受診者／全組合の精密検査受診対象者

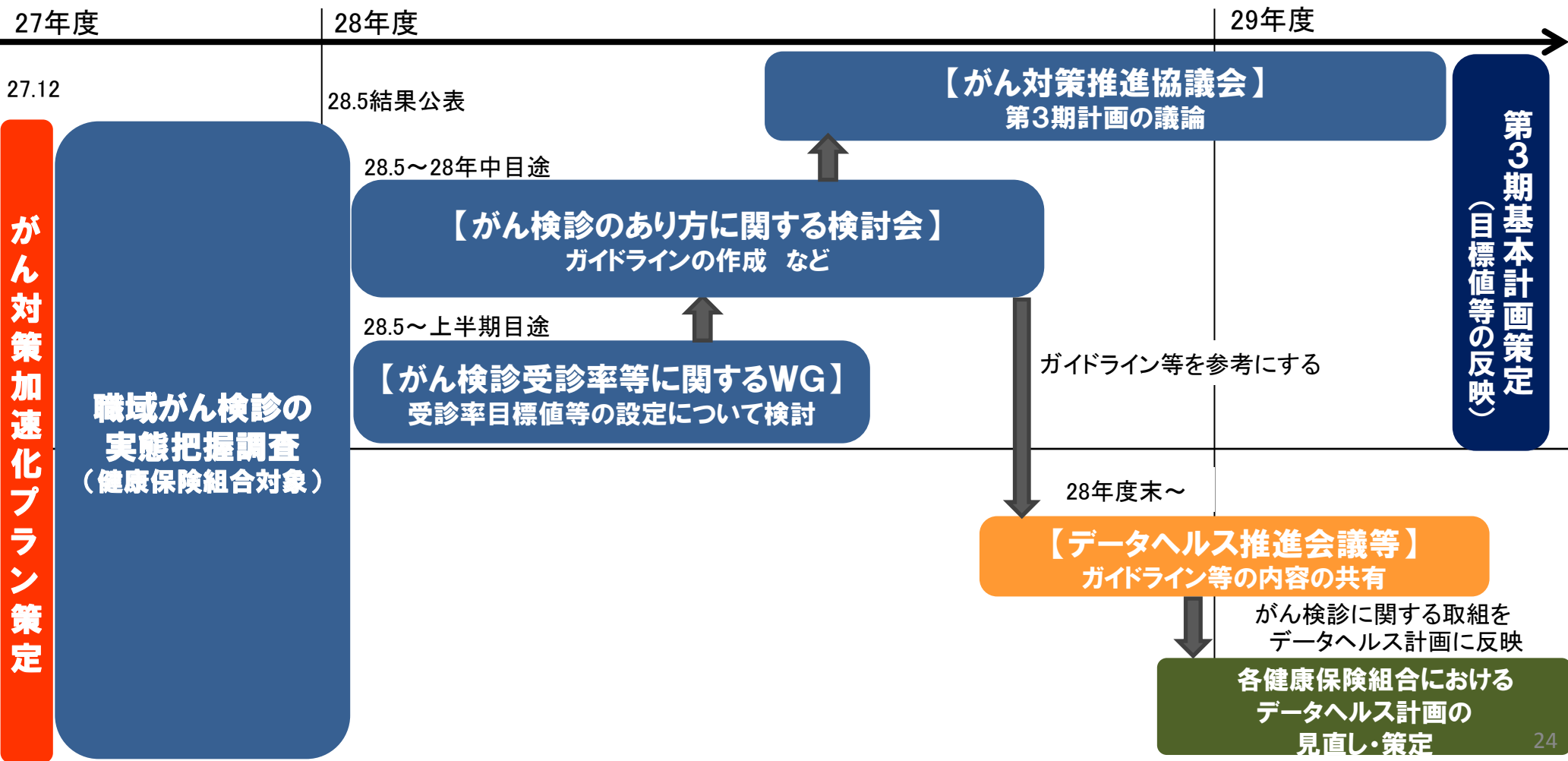


出典：第17回がん検診のあり方に関する検討会（H28.5.12）資料5

調査方法等：H27年12月～H28年1月に、1,406の健康保険組合に対して、平成26年度のがん検診の実施状況を調査

職域のがん検診推進 検討スケジュール

- 職域のがん検診については、今後、がん検診のあり方に関する検討会等において、実態調査の結果を分析したうえで、検診項目や受診率等の目標を検討し、28年中を目処に職域のがん検診のガイドラインの制定を目指す。
- がん検診のあり方に関する検討会等での検討結果をデータヘルス推進会議等で共有し、平成30年度以降のデータヘルス計画への反映を目指す。



データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた 有識者検討会の開催について

1. 趣旨

本格的なICT時代の到来を踏まえ、効率的で質の高い医療の実現を目的として、ICTの活用、ビッグデータの活用により保険者機能を強化する新たなサービス等を検討するため、有識者の参加を得て、厚生労働省において本検討会を開催する。

具体的には、データヘルス時代にふさわしい質の高い医療を実現するため、

- (1)データヘルス事業の推進など保険者機能を強化する新たなサービス
- (2)マイナンバー制度のインフラ等のICTとビッグデータを活用した医療の質、価値を飛躍的に向上させる新たなサービス
- (3)ICT の活用による審査業務の一層の効率化・統一化と審査点検ノウハウの集積・統一化等

について検討する。併せて、新たなサービスを担うにふさわしい組織・ガバナンス体制について、既存の業務・組織体制を前提とせずに検討する。

2. 構成

検討会の構成員は、別紙に掲げる者とする。必要に応じて、人工知能や韓国のICT審査等に精通した有識者の出席を求めることができる。

3. 運営

- (1)検討会は、原則として公開とし、検討会の運営に関し必要な事項は、座長が別に定める。
- (2)検討会の庶務は、関係部局の協力を得て、保険局保険課が処理する。

データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会構成員

- 飯塚 正史 元明治大学大学院客員教授
- 尾形 裕也 東京大学政策ビジョン研究センター健康経営研究ユニット特任教授
- 葛西 重雄 情報処理推進機構 CIO 補佐官
- 金丸 恭文 フューチャー株式会社代表取締役会長兼社長
- 佐藤 主光 一橋大学大学院経済学研究科教授
- 神成 淳司 慶應義塾大学環境情報学部准教授
- 西村 周三 医療経済研究機構所長
- 林 いづみ 桜坂法律事務所弁護士
- 松原 謙二 日本医師会副会長
- 宮田 裕章 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教授
- 森 昌平 日本薬剤師会副会長
- 森下 竜一 大阪大学大学院医学系研究科寄付講座教授
- 森田 朗 国立社会保障・人口問題研究所所長
- 山口 武之 日本歯科医師会理事
- 山崎 泰彦 神奈川県立保健福祉大学名誉教授
- 山本 雄士 ソニーコンピュータサイエンス研究所リサーチャー
- 山本 隆一 自治医科大学客員教授

(五十音順・敬称略)

データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会 当面の検討事項の整理（案）

平成28年7月8日

本検討会では、本格的なICT時代の到来を踏まえ、ICT・ビッグデータを活用した保険者機能強化と医療の質の向上のための新たなサービスや、ICTの活用による審査業務の一層の効率化・統一化の推進等について、議論を進めてきた。これまでの議論を踏まえ、以下の事項について、当面検討することとしてはどうか。

検討事項

（1）審査の効率化と審査における不合理な差異の解消について

①審査事務の効率化を推進するため、どのような方法が考えられるか

- ・コンピュータチェックと職員の審査の役割分担をどのように見直すべきか
- ・コンピュータチェックにおいてAIをどのように活用できるか

②審査における不合理な差異をどのように解消していくべきか

- ・審査支払機関間、地域間の審査の差異をどのように「見える化」するか
- ・ICTを活用した審査基準の統一化を具体的にどう進めていくか

③審査の効率化や質の向上を図る観点から支払基金と国保連のレセプトデータの連結等についてどう考えるか

（2）医療・介護のサービスの質を高めるためのデータ活用について

①保険者機能の推進のため、具体的にどのように審査支払機関等のデータを活用することが考えられるか

②地域包括ケア推進のため、具体的にどのように審査支払機関等のデータを活用することが考えられるか

- ・医療と介護のデータを合わせて、どのような分析・利活用が可能か

③データの活用を進める上で、審査支払機関はどのような役割を担うべきか

- ・審査支払機関はデータを用いて何をすべきか

④上記のほか、データ活用を進める上で、どのような課題があるか

今後の検討の進め方

これらの事項の検討を進めるに当たって、（1）（2）それぞれについて、本検討会の構成員からなるワーキンググループを設置し、具体的な方策について集中的に検討を進めることとしてはどうか。

その上で、秋以降、ワーキンググループの検討結果を踏まえ、データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けて、具体的な組織・体制も含め、審査支払機関の在り方について検討を進めることとしてはどうか。