



# 社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成30年4月19日

あんどう のぶき 安藤 伸樹	全国健康保険協会理事長
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	国立社会保障・人口問題研究所所長
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 れいこ 菊池 令子	日本看護協会副会長
さの まさひろ 佐野 雅宏	健康保険組合連合会副会長
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
なんぶ みちよ 南部 美智代	日本労働組合総連合会副事務局長
はら かつのり 原 勝則	国民健康保険中央会理事長
ひぐち けいこ 樋口 恵子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長
ふくだ とみかず 福田 富一	全国知事会社会保障常任委員会委員長／栃木県知事
ふじい りゅうた 藤井 隆太	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
ほり まなみ 堀 真奈美	東海大学健康学部長
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
わたなべ ひろきち 渡邊 廣吉	全国町村会行政委員会副委員長／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111回 社会保障審議会医療保険部会

平成30年4月19日(木) 16:00~18:00

TKP市ヶ谷カンファレンスセンター ホール7A

○

速記

安藤委員 ○  
 渡辺審議官 ○  
 鈴木局長 ○  
 遠藤部長 ○  
 伊原審議官 ○  
 渡辺委員 ○  
 横尾委員 ○

遠藤委員 ○								○森委員
兼子委員 ○								○松原委員
菊池委員 ○								○堀委員
佐野委員 ○								○藤井委員
菅原委員 ○								○福田委員 (國井参考人)
武久委員 ○								○原委員
南部委員 ○								

○山内課長	○泉課長	○鳥井課長	○安藤課長	○依田課長	○黒田課長	○迫井課長	○古元企画官	○中山管理官	○山内室長

○仲津留企画官	○高齢者医療課	○国民健康保険課	○深谷室長	○総務課	○連携政策課	○高木室長	○廣瀬室長	○矢田貝室長	○小椋管理官

傍聴者席

# これまでの医療保険制度改革と一体改革後の展望

2014 2015

2016

2017

2018

2019

2020～

← 経済財政再生計画集中改革期間

→ 新たな計画に基づく取組

## 社会保障・税一体改革等への対応

### 《消費税増収分等を活用した社会保障の充実》

- 地域医療介護総合確保基金(2014年度～)
- 国保等の低所得者保険料軽減措置の拡充(2014年度～)
- 国保への財政支援の拡充  
(2015年度～:約1,700億円 2018年度～:約3,400億円)
- 高額療養費の見直し(2015年～)

### 《持続可能性の確保等のための制度改革》

- (患者負担関係)
- 70～74歳の患者負担の見直し(2014～18年度:1割→2割)
  - 高齢者の高額療養費の見直し(2017、18年度)
    - ・一般外来:1.2万円/月→段階的に1.8万円/月
    - ・現役並み外来:外来特例廃止、3区分化
  - 紹介状のない大病院受診の定額負担  
(2016年度:500床以上、18年度:400床以上)
  - 入院時の食事療養費の見直し(2016、18年度)
  - 高齢者の入院時居住費の見直し(2017、18年度)
- (保険料関係)
- 後期高齢者保険料軽減特例の見直し(2017～19年度)
    - ・所得割:5割軽減→段階的に軽減なし
    - ・元被扶養者:9割軽減→段階的に軽減なし
  - 後期高齢者支援金の総報酬割(2015～17年度)
- (財政基盤関係・診療報酬関係)
- 国保改革(都道府県単位の財政運営:2018年度～)
  - 薬価制度の抜本改革(2018年度～)

### 消費税率引上げ (2019年10月予定)

→ 一体改革に関わる制度改革が完了

- (一体改革の社保充実)
- 年金生活者支援給付金制度の創設
  - 介護保険1号保険料軽減強化の完全実施

※新しい経済政策パッケージを実施

### 改革工程表2018年度内の検討課題

- 後期高齢者医療制度の患者負担の在り方
- 外来受診時の定額負担の在り方
- 薬剤自己負担の引上げ
- 医療保険制度の負担への金融資産等の反映

- 後期高齢者保険料軽減特例(均等割)の見直し

## 2040年を展望した社会保障改革

国民的な議論の下、

- これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保も図りつつ、
- 以下の新たな局面に対応した政策課題を踏まえて、総合的に改革を推進。

### 《新たな局面に対応した政策課題》

#### 1. 現役世代の人口が急減する中での 社会の活力維持向上

⇒ 高齢者をはじめとして多様な就労・社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していく基盤として、2040年までに3年以上健康寿命を延伸することを目指す。

#### 2. 労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保

⇒ テクノロジーの活用等により、2040年時点において必要とされるサービスが適切に確保される水準の医療・介護サービスの生産性の向上を目指す。

地域医療構想に基づく医療提供体制改革

医療費適正化計画

データヘルス改革、審査支払機関改革

# 医療保険制度をめぐる状況

平成30年4月19日  
厚生労働省保険局

# 目次

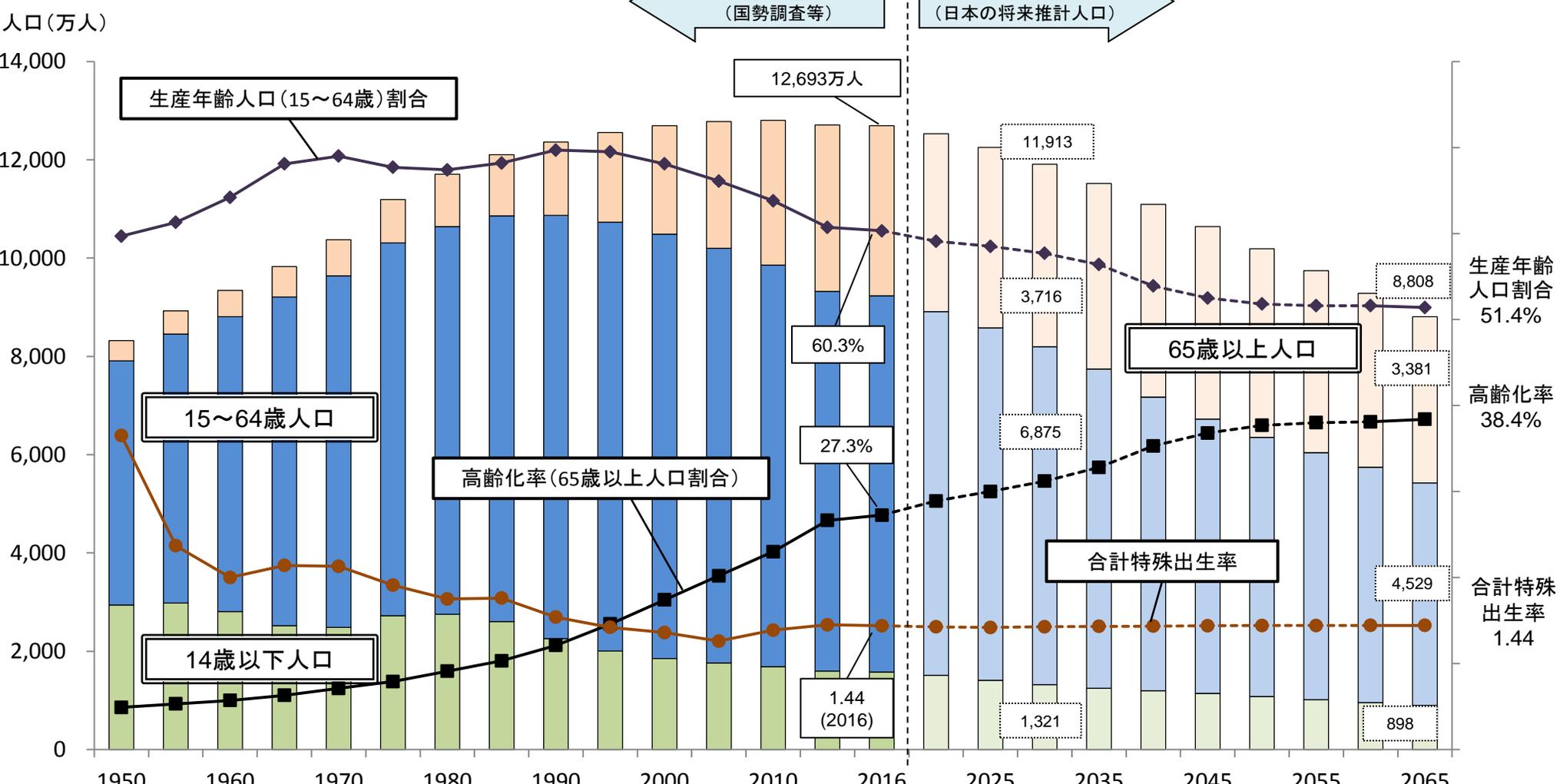
○将来人口推計・医療費の動向	.....	2
○保険制度の状況	.....	11
1. 国民健康保険		
2. 被用者保険		
3. 後期高齢者医療制度		
4. データヘルス改革		
5. 審査支払基金改革		
6. 予防・健康づくり		
○医療保険制度の見直しの状況	.....	81

# 将来人口推計・医療費の動向

# 日本の人口の推移

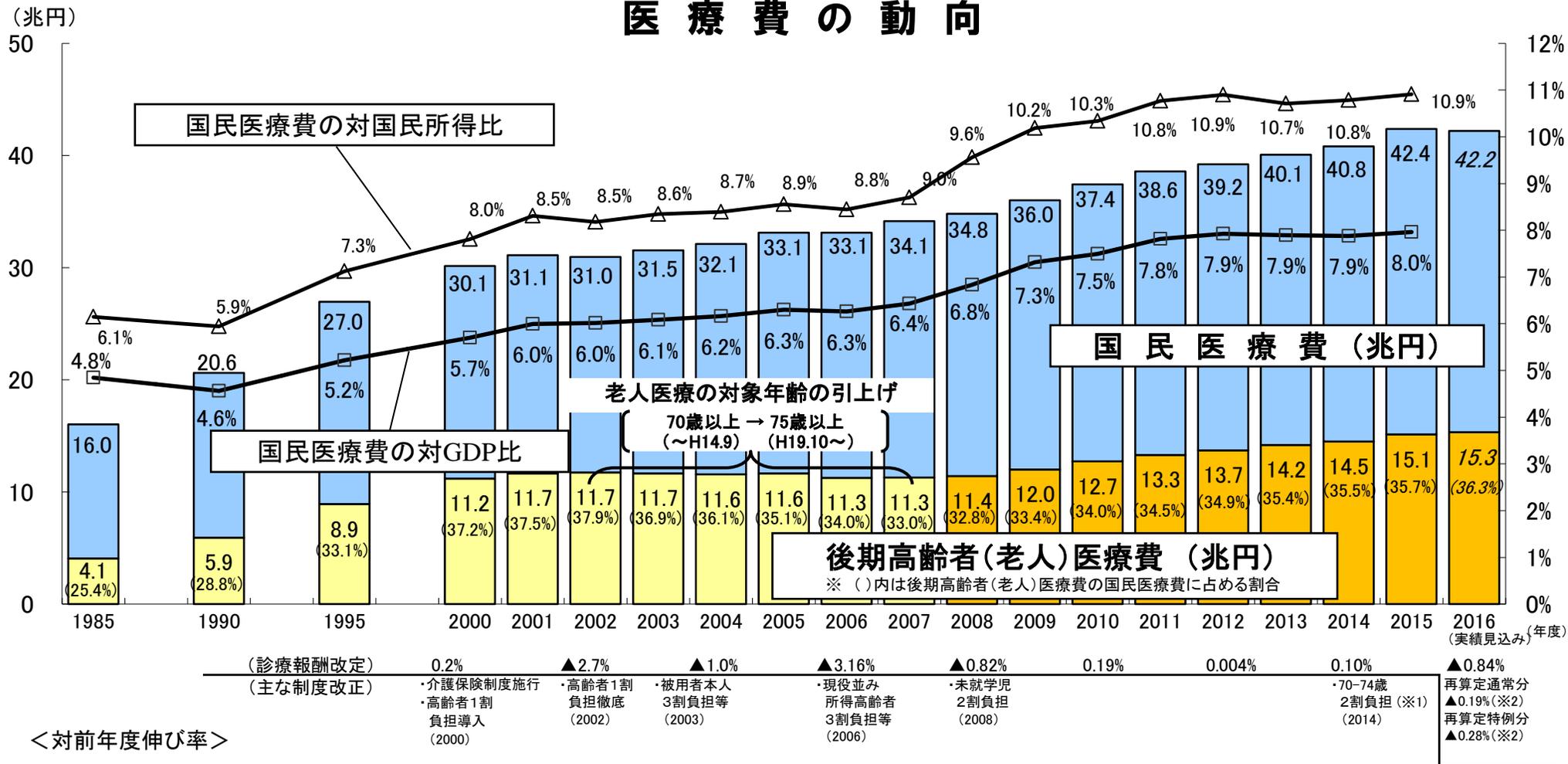
○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。

実績値 (国勢調査等) ← | → 平成29年推計値 (日本の将来推計人口)



(出所) 2016年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は2015年までは総務省「国勢調査」、2016年は総務省「人口推計」、2016年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、2017年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

# 医療費の動向



	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)	2015 (H27)	2016 (H28)	(%)
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	1.9	3.8	▲0.4	
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	2.1	4.4	1.2	
国民所得	7.2	8.1	2.7	2.4	▲3.0	▲0.4	1.4	1.3	1.2	1.3	▲0.0	▲7.2	▲2.9	2.4	▲1.0	0.4	3.9	1.2	2.7	—	
GDP	7.2	8.6	2.9	1.3	▲1.8	▲0.8	0.7	0.5	0.9	0.7	0.3	▲4.1	▲3.4	1.4	▲1.1	0.2	2.6	2.1	2.8	—	

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。  
 注2 2016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。2016年度分は、2015年度の国民医療費に2016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。  
 (※1)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。  
 (※2)「再算定通常分」とは市場拡大再算定による薬価の見直し、「再算定特例分」とは年間販売額が極めて大きい品目に対する市場拡大再算定の特例の実施を指す。

# 医療費の伸び率の要因分解

○ 人口及び報酬改定の影響を除いた医療費の伸びは近年1～2%程度であった。平成27、28年度は一時的な要因により変動が大きいが平均すると1.5%程度で、それ以前の水準と大きく変わらない。この「その他」の要因には、医療の高度化、患者負担の見直し等種々の影響が含まれる。

	平成15年度 (2003)	平成16年度 (2004)	平成17年度 (2005)	平成18年度 (2006)	平成19年度 (2007)	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009)	平成22年度 (2010)	平成23年度 (2011)	平成24年度 (2012)	平成25年度 (2013)	平成26年度 (2014)	平成27年度 (2015)	平成28年度 (2016)
医療費の伸び率 ①	1.9%	1.8%	3.2%	-0.0%	3.0%	2.0%	3.4%	3.9%	3.1%	1.6%	2.2%	1.9%	3.8%	-0.4% (注1)
人口増の影響 ②	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.1%	0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.1%	-0.1% (注1)
高齢化の影響 ③	1.6%	1.5%	1.8%	1.3%	1.5%	1.3%	1.4%	1.6%	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%	1.0%	1.0% (注1)
診療報酬改定等 ④		-1.0%		-3.16%		-0.82%		0.19%		0.004%		-1.26% 消費税対応 1.36% (注3)		-0.84% 再算定通常分 -0.19% (注4) 再算定特例分 -0.28% (注4)
その他 (①-②-③-④) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し 等	0.2%	1.2%	1.3%	1.8%	1.5%	1.5%	2.2%	2.1%	2.1%	0.4%	1.1%	0.7%	2.9%	0.0% (注1)
制度改正	H15.4 被用者本人 3割負担等			H18.10 現役並み 所得高齢者 3割負担等		H20.4 未就学 2割負担						H26.4 70-74歳 2割負担 (注5)		

注1: 医療費の伸び率は、平成27年度までは国民医療費の伸び率、平成28年度は概算医療費(審査支払機関で審査した医療費)の伸び率(上表の斜体字、速報値)であり、医療保険と公費負担医療の合計である。  
 注2: 平成28年度の高齢化の影響は、平成27年度の年齢階級別(5歳階級)国民医療費と平成27、28年度の年齢階級別(5歳階級)人口からの推計値である。  
 注3: 平成26年度の「消費税対応」とは、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応を指す。平成26年度における診療報酬改定の改定率は、合計0.10%であった。  
 注4: 平成28年度の「再算定通常分」とは市場拡大再算定による薬価の見直し、「再算定特例分」とは年間販売額が極めて大きい品目に対する市場拡大再算定の特例の実施を指す。  
 注5: 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)。平成26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。

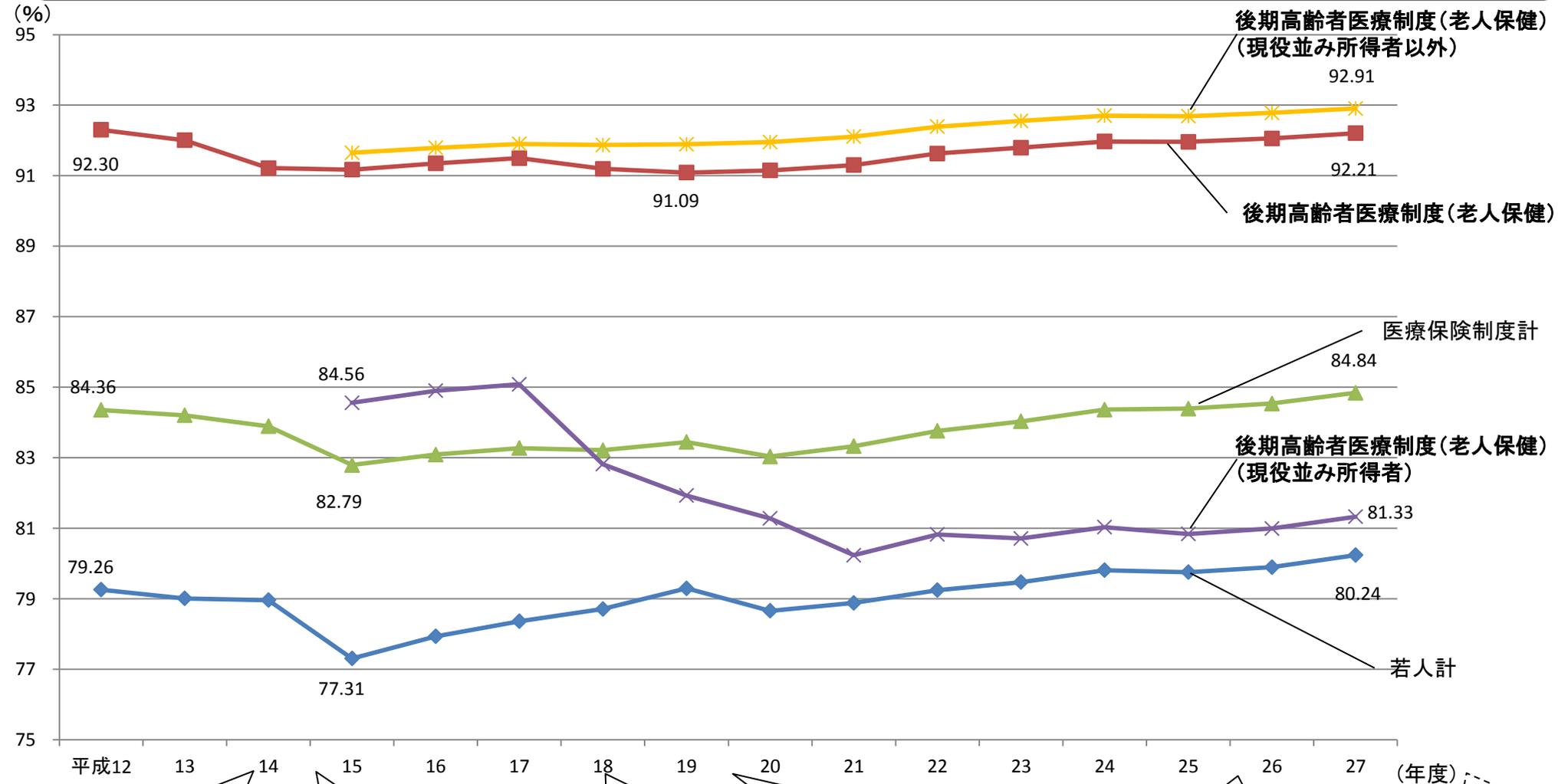
# 国民医療費の財源別内訳の推移



出典：厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室「平成27年度国民医療費」

# 実効給付率の推移

○ 平成27年度の後期高齢者の実効給付率は92.21%。このうち、現役並み所得者は81.33%、現役並み所得者以外のは92.91%。



H14.10～70歳以上  
: 定率1割(現役並み2割)

H15.4～健保  
: 2割→3割

H18.10～70歳以上  
: 現役並み: 2割→3割

H20.4～後期高齢者医療制度発足  
70～74歳(凍結)/義務教育前: 2割

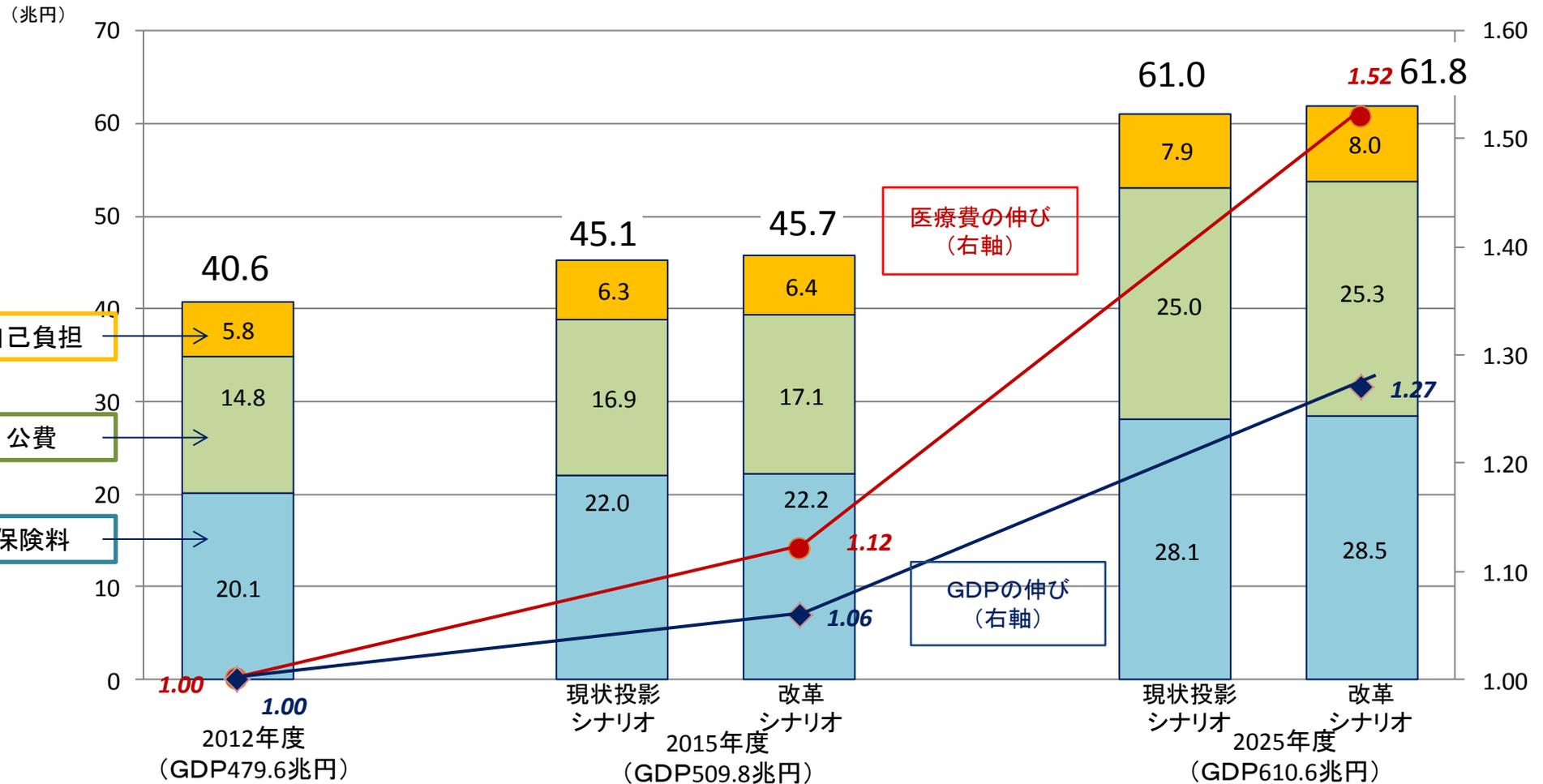
H26.4～70～74歳  
: 順次凍結解除

H29.8/30.8～: 70歳以上  
高額療養費見直し(実効給付率への影響は後期高齢者医療制度で▲0.4%程度、医療保険制度計で▲0.2%程度の見込み)

(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。  
出典: 各制度の事業年報等を基に作成

# 医療費の将来推計(社会保障・税一体改革時)

○ 医療費は、急速な高齢化や医療の高度化等によって、今後、GDPの伸びを上回って増大。  
 これに伴い、保険料、公費、自己負担の規模も、GDPの伸びを上回って増大する見込み。特に公費の増大が著しい。  
 ※医療費の額は、GDPの設定如何によって左右されるので、GDPの伸び（青線）に対する医療費の伸び（赤線）を重視するのが適当。



※1 社会保障に係る費用の将来推計の改定について（平成24年3月）を基に作成。

※2 「現状投影シナリオ」は、サービス提供体制について現状のサービス利用状況や単価をそのまま将来に投影（将来の人口構成に適用）した場合、「改革シナリオ」は、サービス提供体制について機能強化や効率化等の改革を行った場合。（高齢者負担率の見直し後）

※3 「現状投影シナリオ」「改革シナリオ」いずれも、ケース①（医療の伸び率（人口増減や高齢化を除く）について伸びの要素を積み上げて仮定した場合）

※4 医療費の伸び、GDPの伸びは、対2012年度比。

# OECD加盟国の保健医療支出の状況(2016年)

国名	総医療費の 対GDP比(%)		一人当たり医療費 (ドル)		備考
	順位	順位			
アメリカ合衆国	17.2	1	9,892	1	
スイス	12.4	2	7,919	2	
ドイツ	11.3	3	5,551	5	
スウェーデン	11.0	4	5,488	7	
フランス	11.0	5	4,600	14	
日本	10.9	6	4,519	15	
オランダ	10.5	7	5,385	8	
ノルウェー	10.5	8	6,647	4	
ベルギー	10.4	9	4,840	11	
オーストリア	10.4	10	5,227	9	
デンマーク	10.4	11	5,199	10	
カナダ	10.3	12	4,644	13	
イギリス	9.7	13	4,192	17	
オーストラリア	9.6	14	4,708	12	
フィンランド	9.4	15	4,062	18	
ニュージーランド	9.2	16	3,590	19	
スペイン	9.0	17	3,248	21	
ポルトガル	8.9	18	2,734	24	

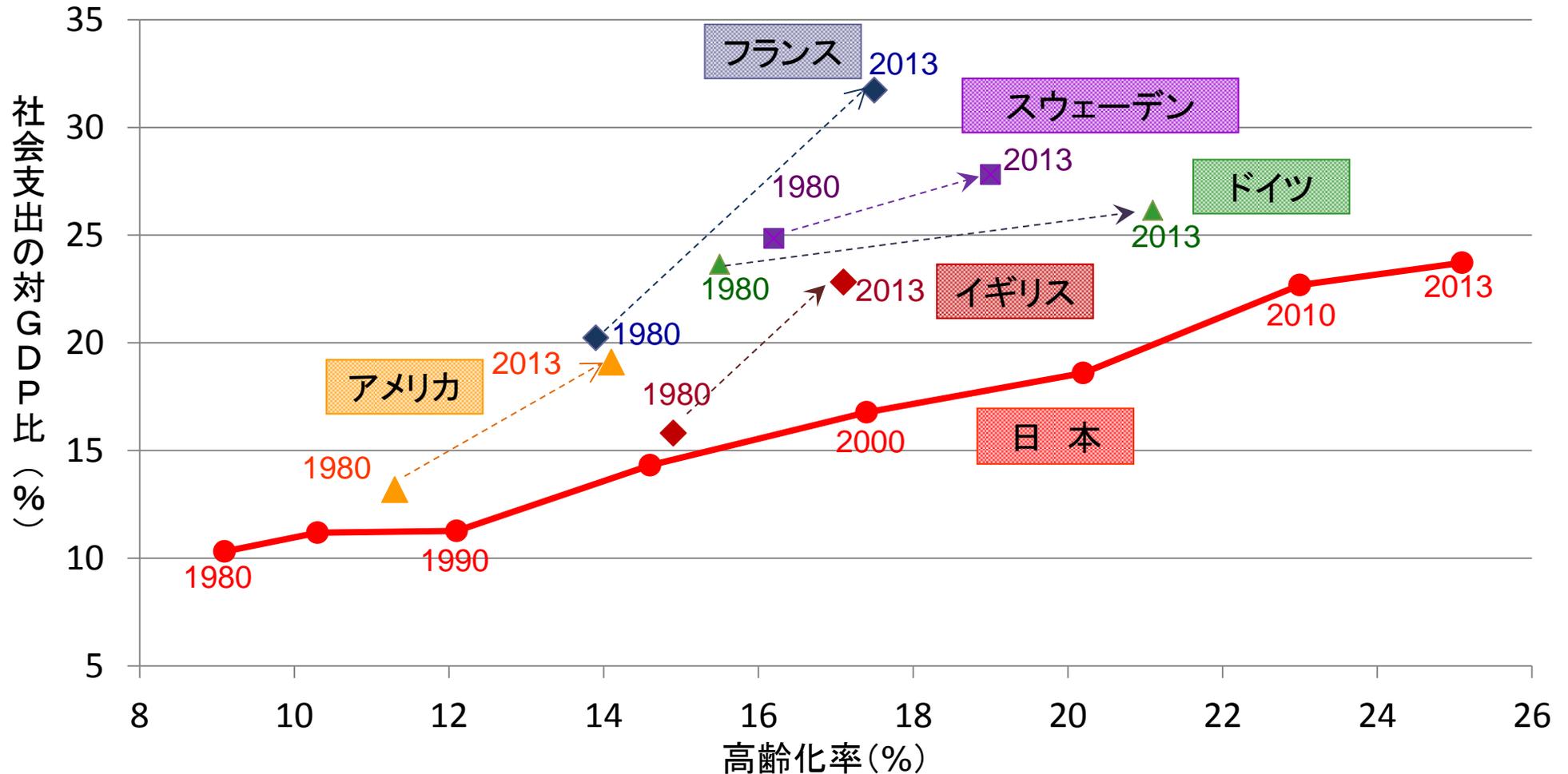
国名	総医療費の 対GDP比(%)		一人当たり医療費 (ドル)	
	順位	順位		
イタリア	8.9	19	3,391	20
アイスランド	8.6	20	4,376	16
スロベニア	8.6	21	2,835	22
チリ	8.5	22	1,977	31
ギリシャ	8.2	23	2,187	27
アイルランド	7.8	24	5,528	6
韓国	7.7	25	2,729	25
ハンガリー	7.6	26	2,101	29
イスラエル	7.3	27	2,776	23
チェコ	7.2	28	2,515	26
スロバキア	6.9	29	2,150	28
エストニア	6.7	30	1,989	30
ポーランド	6.4	31	1,798	32
ルクセンブルク	6.3	32	7,463	3
メキシコ	5.8	33	1,080	35
ラトヴィア	5.7	34	1,466	33
トルコ	4.3	35	1,088	34
OECD平均	9.0		3,997	

【出典】「OECD HEALTH DATA 2017」

(注1) 上記各項目の順位は、OECD加盟国間におけるもの

# 高齢化率と社会保障の給付規模の国際比較

- 日本の高齢化率は1980年から2013年までの33年間で約16%上昇。
- この間、日本は社会支出の規模(対GDP比)も約13%上昇。  
高齢化率を勘案すれば、先進諸国に比して、むしろ低いか又は同程度の水準。



(資料) OECD(2016): OECD Social Expenditure Database, OECD Health Statistics 2016 より作成

# 保険制度の状況

# 医療保険制度の体系

## 後期高齢者医療制度

約16兆円

- ・75歳以上
- ・約1,750万人
- ・保険者数:47(広域連合)

75歳

前期高齢者財政調整制度(約1,700万人)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3,340万人
- ・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3,950万人
- ・保険者数:1

約6兆円

### 健康保険組合

- ・大企業のサラリーマン
- ・約2,880万人
- ・保険者数:約1,400

健保組合・共済等 約5兆円

### 共済組合

- ・公務員
- ・約850万人
- ・保険者数:85

※1 加入者数・保険者数、金額は、平成30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23万人)がある。

※3 前期高齢者数(約1,700万人)の内訳は、国保約1,280万人、協会けんぽ約310万人、健保組約90万人、共済組約10万人。

# 各保険者の比較

	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者医療制度
保険者数 (平成28年3月末)	1,716	164	1	1,405	85	47
加入者数 (平成28年3月末)	3,182万人 (1,941万世帯)	286万人	3,716万人 (被保険者2,158万人 被扶養者1,559万人)	2,914万人 (被保険者1,581万人 被扶養者1,332万人)	877万人 (被保険者450万人 被扶養者427万人)	1,624万人
加入者平均年齢 (平成27年度)	51.9歳	39.7歳	36.9歳	34.6歳	33.1歳	82.3歳
加入者一人当たり 医療費(平成27年度)	35.0万円	19.7万円	17.4万円	15.4万円	15.7万円	94.9万円
加入者一人当たり 平均所得(※1) (平成27年度)	84万円 (一世帯当たり) 140万円	371万円 (一世帯当たり(※2)) 769万円 (平成25年)	145万円 (一世帯当たり(※3)) 249万円	211万円 (一世帯当たり(※3)) 387万円	235万円 (一世帯当たり(※3)) 456万円	80万円
加入者一人当たりの 保険料の賦課対象 となる額(平成27年度)	68万円(※4) (一世帯当たり) 112万円	—(※5)	220万円(※6) (一世帯当たり(※3)) 379万円	300万円(※6) (一世帯当たり(※3)) 552万円	328万円(※6) (一世帯当たり(※3)) 637万円	67万円(※4)
加入者一人当たり 平均保険料 (平成27年度)(※7) <事業主負担込>	8.4万円 (一世帯当たり) 13.9万円	15.7万円	10.9万円<21.9万円> (被保険者一人当たり) 18.8万円<37.7万円>	12.2万円<26.7万円> (被保険者一人当たり) 22.4万円<49.2万円>	14.0万円<27.9万円> (被保険者一人当たり) 27.1万円<54.3万円>	6.7万円
公費負担	給付費等の50% +保険料軽減等	給付費等の40% (※8)	給付費等の16.4%	後期高齢者支援金等の 負担が重い保険者等 への補助(※10)	なし	給付費等の約50% +保険料軽減等
公費負担額(※9) (平成30年度予算ベース)	4兆3,784億円 (国3兆1,581億円)	2,521億円 (全額国費)	1兆1,745億円 (全額国費)	737億円 (全額国費)		8兆374億円 (国5兆1,449億円)

- (※1) 市町村国保及び後期高齢者医療制度については、「総所得金額(収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離譲渡所得金額」を加えたものを年度平均加入者数で除したものである。(市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」のそれぞれの前年所得を使用している。)
- 国保組合については、「市町村民税課税標準額(総所得金額等から基礎控除のほか所得控除(扶養控除、配偶者控除等)を控除した金額)」に、「基礎控除」と「基礎控除を除く所得控除(扶養控除、配偶者控除等)」(総務省「平成26年度市町村税課税状況等の調査」による「給与所得及び営業所得を受給する納税者の課税標準額」の段階別の所得控除額(基礎控除を除く)を納税義務者数で除したものを使用して試算した額)を足した参考値である。
- 協会けんぽ、組合健保、共済組合については、「標準報酬総額」から「給与所得控除に相当する額」を除いたものを、年度平均加入者数で除した参考値である。
- (※2) 一世帯当たりの額は加入者一人当たりの額に平均世帯人数を乗じたものである。(※3) 被保険者一人当たりの金額を指す。
- (※4) 旧ただし書き方式による課税標準額(保険料の算定基礎)。旧ただし書き方式は、後期高齢者医療制度や多くの市町村国保の保険料の算定基礎を計算する際に用いられている方式で、(※2)から基礎控除等を差し引いたものである。
- (※5) 国保組合ごとに所得の算出方法や保険料の計算方法が大きく異なるため、記載しない。平成26年度所得調査結果における業種別の市町村民税課税標準額は、医師国保717万円、歯科医師国保225万円、薬剤師国保242万円、一般業種国保126万円、建設関係国保79万円。全体の平均額は、各組合の被保険者数を勘案して算定した額であり、242万円となっている。
- (※6) 標準報酬総額を加入者数で割ったものである。
- (※7) 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。
- (※8) 平成30年度予算ベースにおける平均値。(※9) 介護納付金、特定健診・特定保健指導等に対する負担金・補助金は含まれていない。(※10) 共済組合も補助対象となる。

# 各保険者における近年の被保険者数の推移

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
協会けんぽ	2,032万人	2,091万人 (+60万人)	2,159万人 (+68万人)	2,244万人 (+85万人)
健康保険組合	1,560万人	1,564万人 (+5万人)	1,581万人 (+17万人)	1,628万人 (+47万人)
船員保険	6万人	6万人 (▲0万人)	6万人 (+0万人)	6万人 (+0万人)
共済組合	449万人	449万人 (+0万人)	450万人 (+1万人)	451万人 (+1万人)
国民健康保険	3,693万人	3,594万人 (▲99万人)	3,469万人 (▲125万人)	3,294万人 (▲175万人)
後期高齢者医療制度	1,544万人	1,577万人 (+33万人)	1,624万人 (+47万人)	1,678万人 (+54万人)
合計	9,282万人	9,281万人 (▲1万人)	9,289万人 (+7万人)	9,301万人 (+13万人)

※1 各制度の事業年報等を基に作成

※2 協会けんぽには健康保険法第3条第2項被保険者を含む。

※3 各年度末現在の数値

※4 平成28年度は速報値(共済組合を除く)

※5 括弧内は前年度に対する増減。

※6 端数処理のため、合計及び増減が一致しない場合がある。

1. 国民健康保険
2. 被用者保険
3. 後期高齢者医療制度
4. データヘルス改革
5. 審査支払機関改革
6. 予防・健康づくり

# 国保制度改革の概要(都道府県と市町村の役割分担)

## 改革の方向性

<p>1. 運営の在り方 (総論)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 都道府県が、当該都道府県内の市町村とともに、国保の運営を担う</li> <li>○ 都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化</li> <li>○ <b>都道府県が、都道府県内の<u>統一的な運営方針としての国保運営方針を示し、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進</u></b></li> </ul>	
	<h3>都道府県の主な役割</h3>	<h3>市町村の主な役割</h3>
<p>2. 財政運営</p>	<p><b>財政運営の責任主体</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市町村ごとの国保事業費納付金を決定</li> <li>・ 財政安定化基金の設置・運営</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>国保事業費納付金を都道府県に納付</b></li> </ul>
<p>3. 資格管理</p>	<p>国保運営方針に基づき、事務の効率化、標準化、広域化を推進</p> <p style="text-align: right;">※4. と5. も同様</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域住民と身近な関係の中、資格を管理(<b>被保険者証等の発行</b>)</li> </ul>
<p>4. 保険料の決定 賦課・徴収</p>	<p>標準的な算定方法等により、<b>市町村ごとの標準保険料率を算定・公表</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>標準保険料率等を参考に保険料率を決定</b></li> <li>・ 個々の事情に応じた<b>賦課・徴収</b></li> </ul>
<p>5. 保険給付</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払い</b></li> <li>・ 市町村が行った保険給付の点検</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>保険給付の決定</b></li> <li>・ 個々の事情に応じた窓口負担減免等</li> </ul>
<p>6. 保健事業</p>	<p>市町村に対し、必要な助言・支援</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>被保険者の特性に応じたきめ細かい保健事業を実施</b> (データヘルス事業等)</li> </ul>

# 国保改革による財政支援の拡充について

- 国保の財政運営を都道府県単位化する国保改革とあわせ、毎年3,400億円の財政支援の拡充を行う。

## <平成27年度から実施> (1,700億円)

- **低所得者対策の強化**  
(低所得者数に応じた自治体への財政支援を拡充)

1,700億円

## <平成30年度から実施> (1,700億円)

- **財政調整機能の強化**  
(精神疾患や子どもの被保険者数など自治体の責めによらない要因への対応)

800億円

- **保険者努力支援制度**  
(医療費の適正化に向けた取組等に対する支援)

840億円

- **財政リスクの分散・軽減方策**  
(高額医療費への対応)

60億円

※ 平成27～30年度予算において、2,000億円規模の財政安定化基金を積み立て

### 【参考】

(単位：億円)

	27年度	28年度	29年度	30年度	31年度～
低所得者対策の強化	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700
財政調整機能の強化・ 保険者努力支援制度等	—	—	—	1,700	1,700
財政安定化基金の造成 <積立総額>	200 <200>	400 <600>	1,100 <1,700>	300 <2,000>	— <2,000>

消費税財源  
(5⇒8%)

総報酬割化  
財源

# 改革後の国保財政の仕組み

○ 都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業費納付金の額の決定や、保険給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払う (保険給付費等交付金の交付) ことにより、国保財政の「入り」と「出」を管理する。

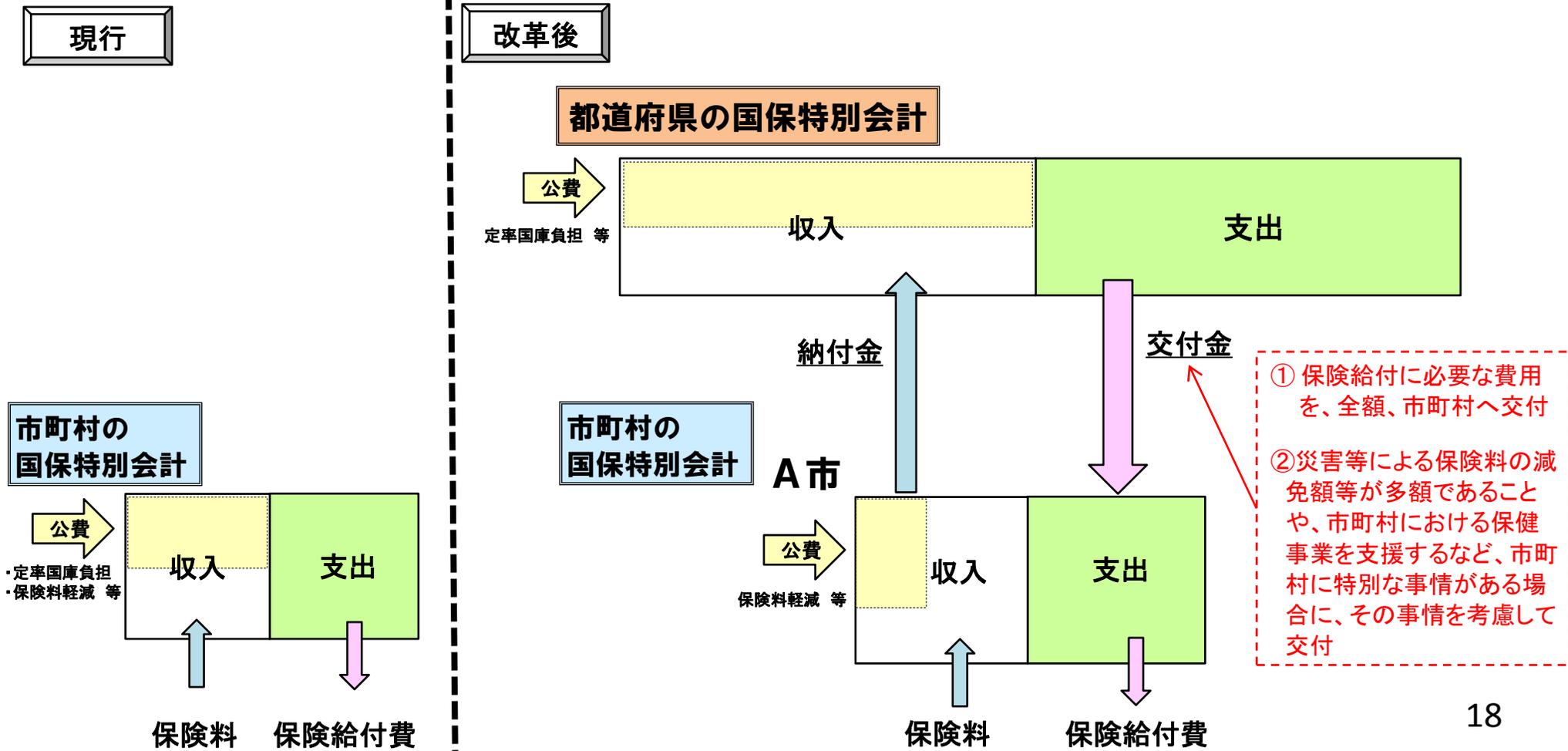
※ 都道府県にも国保特別会計を設置

○ 市町村は、都道府県が市町村ごとに決定した納付金を都道府県に納付する。

※ 納付金の額は、市町村ごとの医療費水準と所得水準を考慮

現行

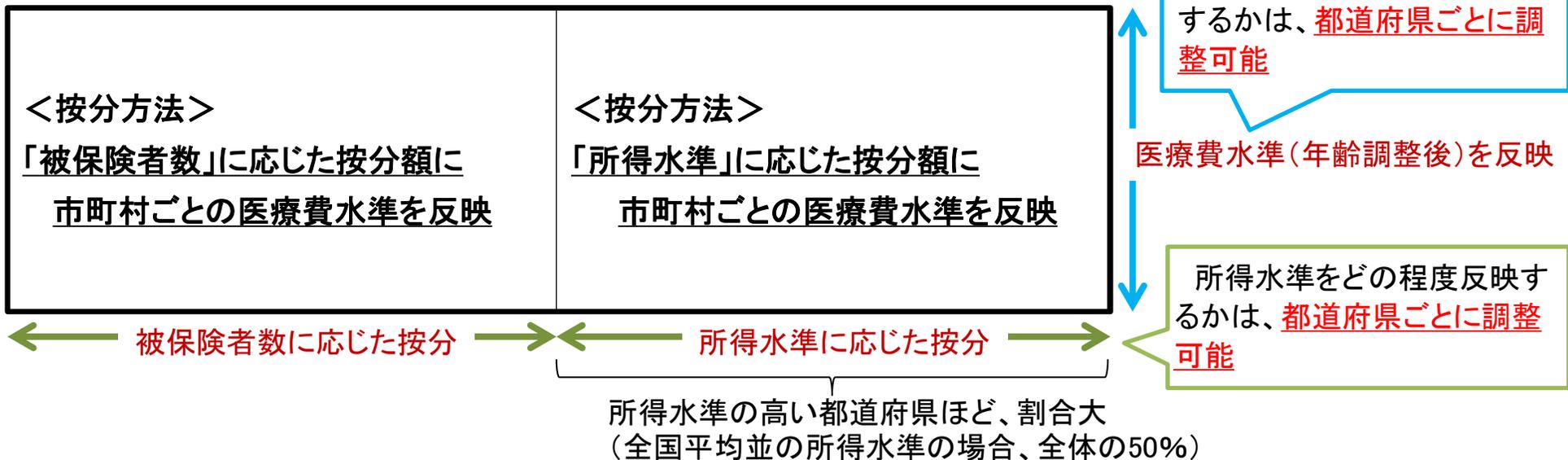
改革後



# 納付金の市町村への配分

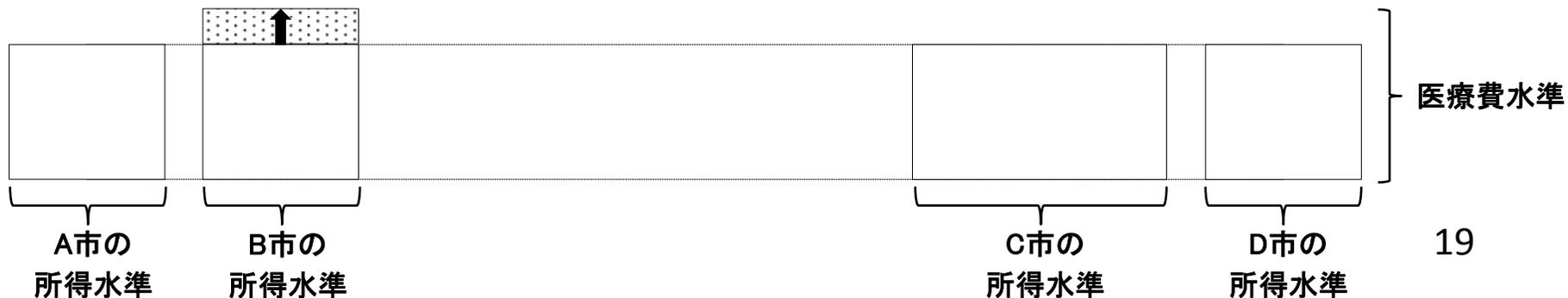
- 都道府県が、都道府県内の保険料収納必要額(医療給付費－公費等による収入額)を市町村ごとの「被保険者数」と「所得水準」で按分し、それぞれに「医療費水準」を反映することにより、市町村ごとの国保事業費納付金の額を決定

## 〈市町村の納付金額〉

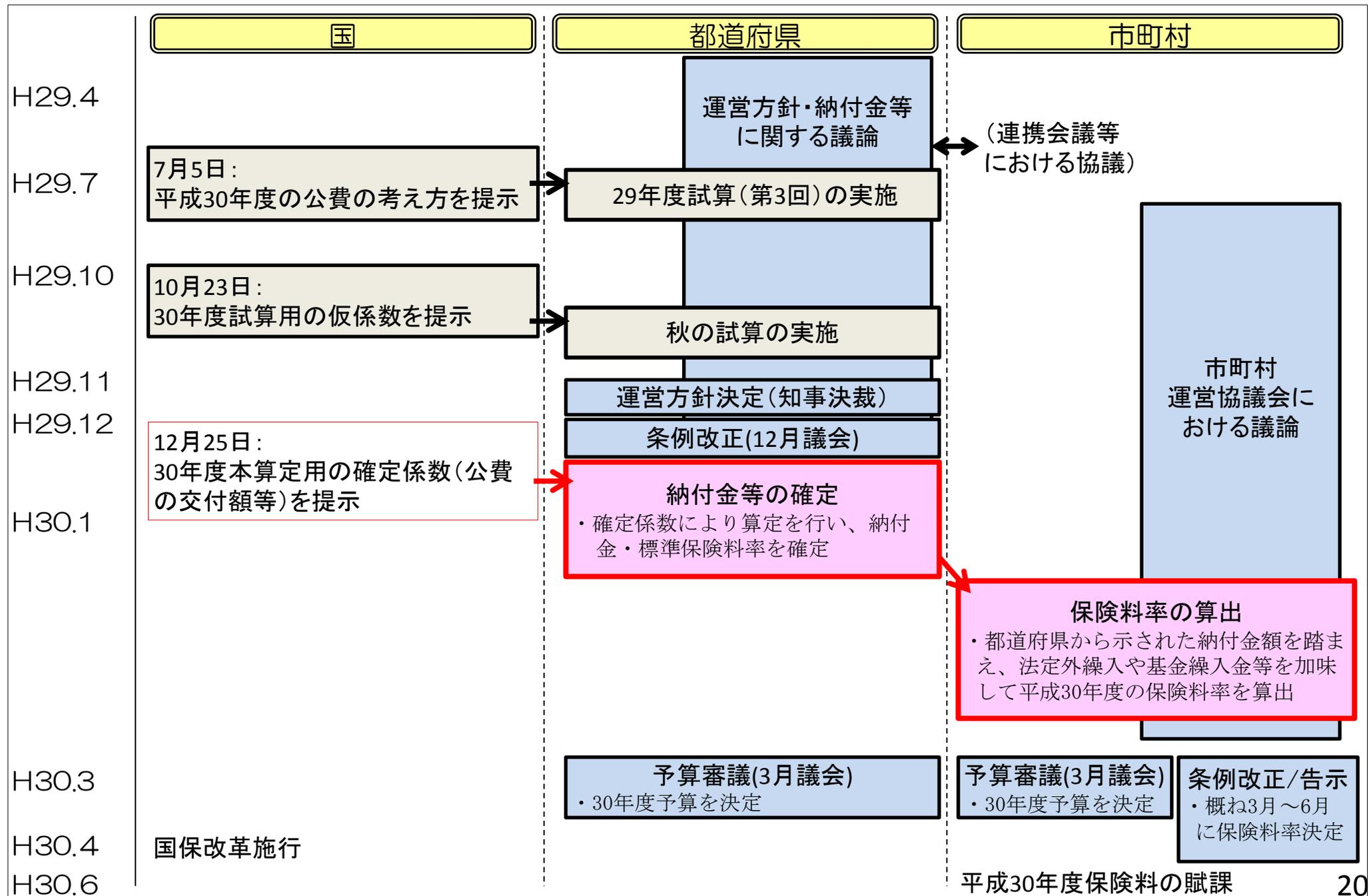


- 市町村の所得水準が同じ場合、年齢構成の差異の調整後の医療費水準が高いほど納付金の負担が大きくなり、医療費水準に応じた負担となる。

- 年齢調整後の医療費水準が同じ場合、市町村の所得水準が高いほど納付金負担が大きくなり、公平な保険料水準となる。



# 国保改革の施行準備スケジュールについて



# 「都道府県の算出による国保改革前後の保険料の動向の取りまとめ」 (平成30年3月30日公表)について

## 【概要】

- 本取りまとめは、平成30年4月に施行される国保改革の前後における、市町村ごとの一般被保険者一人当たり保険料または納付金の伸び率（法定外一般会計繰入等の影響を除いた理論値同士を比較）について、各都道府県が算出し、国に提出したものをとりまとめたもの。

※ 国保改革の影響を把握する方法としては、保険料ベースで把握する方法と、納付金ベースで把握する方法の2種類があり、各都道府県は、国保改革の影響を把握する方法として適切と判断した方法により算出を行っている。

- 平成30年度に公費拡充及び激変緩和措置を行う結果、市町村ごとの単年度換算後伸び率を見ると、保険料ベースでは約59%の市町村が維持または減少、約41%の市町村が増加（納付金ベースでは約55%が維持・減少、約45%が増加）となっている。

	都道府県数	増加市町村数	維持・減少市町村数	合計
保険料ベース	21	292 (41%)	421 (59%)	713
納付金ベース	24	364 (45%)	447 (55%)	811
(参考) 合計	45	656 (43%)	868 (57%)	1,524

(注) 北海道は一人当たり納付金額のみ、宮城県は一人当たり納付金額及び県平均伸び率のみの提出であり、市町村数の計算には含まれない

※ 伸び率については、今回の改革による国保財政の都道府県単位化や公費拡充の影響だけでなく、改革の有無に関わらず生じる医療費の自然増（一人当たり医療費の平成26年度から28年度の伸び率は全国平均で年間3%程度）等に対応した保険料等の上昇が含まれることに留意が必要

- 平成30年度における各市町村の実際の保険料率については、都道府県から示される納付金額に基づき、各市町村の判断で行う決算補填等目的の法定外一般会計繰入や財政調整基金からの繰入等も踏まえて3～6月にかけて決定される。（本調査結果とは一致しない）

## 【公表日】

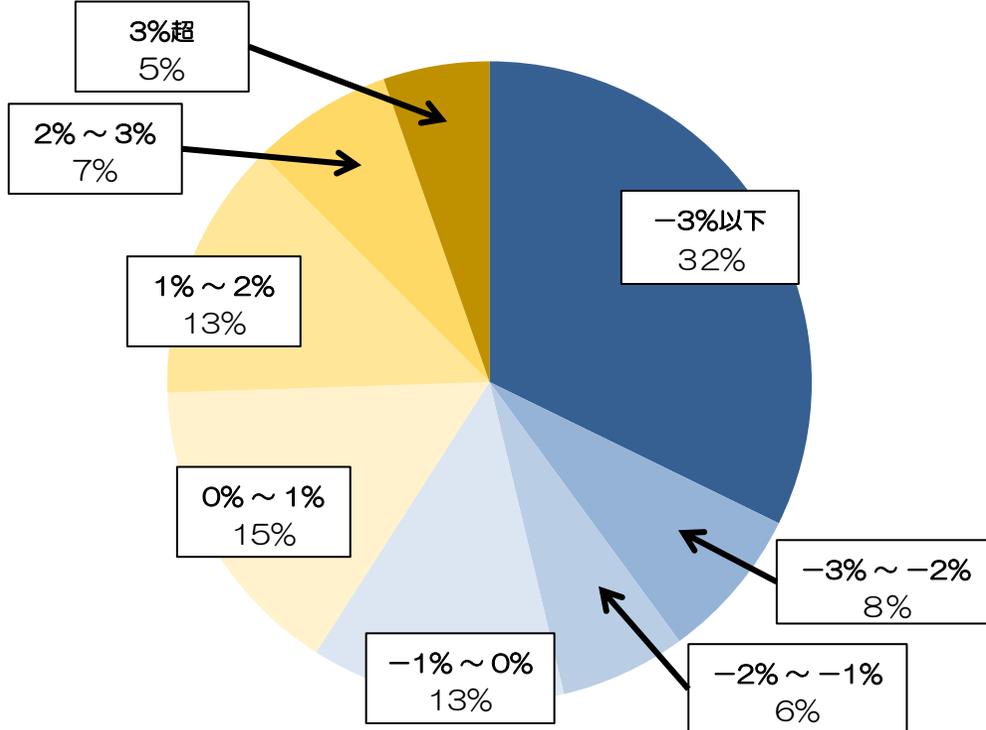
- 3月30日

# 一人当たり保険料または納付金の伸び率(単年度換算後)別の市町村数の分布

○ 市町村ごとの単年度換算後伸び率を見ると、保険料ベースでは約59%の市町村が維持または減少、約41%の市町村が増加（納付金ベースでは約55%が維持・減少、約45%が増加）となっている。

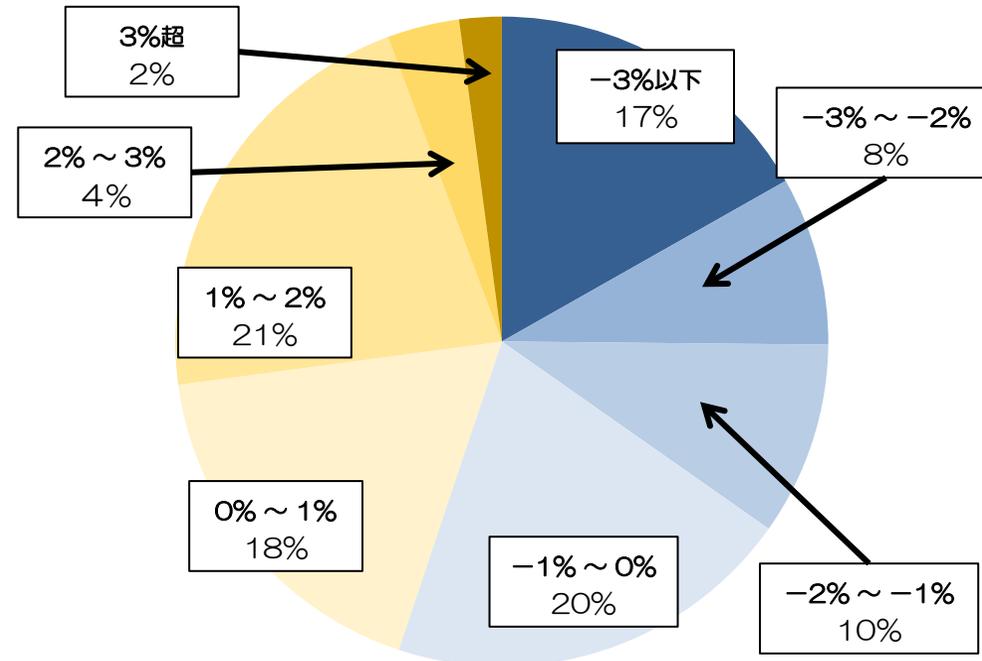
※ 伸び率については、今回の改革による国保財政の都道府県単位化や公費拡充の影響だけでなく、改革の有無に関わらず生じる医療費の自然増（一人当たり医療費の平成26年度から28年度の伸び率は全国平均で年間3%程度）等に対応した保険料水準の上昇が含まれることに留意が必要（単年度換算により、公費拡充の影響は半分程度に減殺されている）

【保険料ベース（713）】



伸び率	-3%以下	-3%超 -2%以下	-2%超 -1%以下	-1%超 0%以下
市町村数	230	55	45	91
伸び率	0%超 1%以下	1%超 2%以下	2%超 3%以下	3%超
市町村数	110	93	51	38

【納付金ベース（811）】



伸び率	-3%以下	-3%超 -2%以下	-2%超 -1%以下	-1%超 0%以下
市町村数	136	68	78	165
伸び率	0%超 1%以下	1%超 2%以下	2%超 3%以下	3%超
市町村数	144	174	29	17

# 平成30年度の国保財政

(平成30年度予算ベース)

医療給付費等総額： 約111,800億円

(赤字は国保改革による変更点)

市町村への地方財政措置: 1,000億円

## 保険者努力支援制度

- 都道府県・市町村の医療費適正化、予防・健康づくり等の取組状況に応じ支援。  
※4 予算額: 約670億円

## 特別高額医療費共同事業

- 著しく高額な医療費(1件420万円超)について、都道府県からの拠出金を財源に全国で費用負担を調整。国は予算の範囲内で一部を負担。 予算額: 60億円

## 高額医療費負担金

- 高額な医療費(1件80万円超)の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、国と都道府県が高額医療費の1/4ずつを負担  
事業規模: 3,600億円

## 保険者支援制度

- 低所得者数に応じ、保険料額の一定割合を公費で支援  
事業規模: 2,600億円  
(国 1/2、都道府県 1/4、市町村 1/4)

## 保険料軽減制度

- 低所得者の保険料軽減分を公費で支援。  
事業規模: 4,500億円  
(都道府県 3/4、市町村 1/4)

## 財政安定化支援事業

## 保険者努力支援制度

## 特別高額医療費共同事業

## 高額医療費負担金

## 保険料

(27,000億円)

法定外一般会計繰入  
約2,500億円 ※2

## 保険者支援制度

## 保険料軽減制度

## 調整交付金(国)

(9%)※1  
8,200億円

## 定率国庫負担

(32%)※1  
23,000億円

## 都道府県繰入金

(9%)※1  
6,400億円

## 前期高齢者交付金

36,400億円  
※3

## 公費負担額

国計: 34,200億円  
都道府県計: 11,400億円  
市町村計: 1,700億円

## 調整交付金(国)

- 普通調整交付金(7%)  
都道府県間の財政力の不均衡を調整するために交付。
- 特別調整交付金(2%)  
画一的な測定方法によって、措置できない都道府県・市町村の特別の事情(災害等)を考慮して交付。

## 前期高齢者交付金

- 国保・被用者保険の65歳から74歳の前期高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を、各保険者の加入者数に応じて調整。(市町村単位→都道府県単位の交付に)

## 財政安定化基金

- 貸付・交付分(2,000億円)  
給付増や保険料収納不足により財源不足になった場合に備え、都道府県に基金を設置し、都道府県・市町村に対して貸付・交付を行う。
- 激変緩和分(300億円)  
平成35年度までの間、新制度の円滑な施行に必要な資金として活用可能。

50%

50%

※1 それぞれ保険給付費等の9%、32%、9%の割合を基本とするが、定率国庫負担等のうち一定額について、財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振りかえる等の法律上の措置がある

※2 平成28年度決算(速報値)における決算補填等の目的の一般会計繰入の額

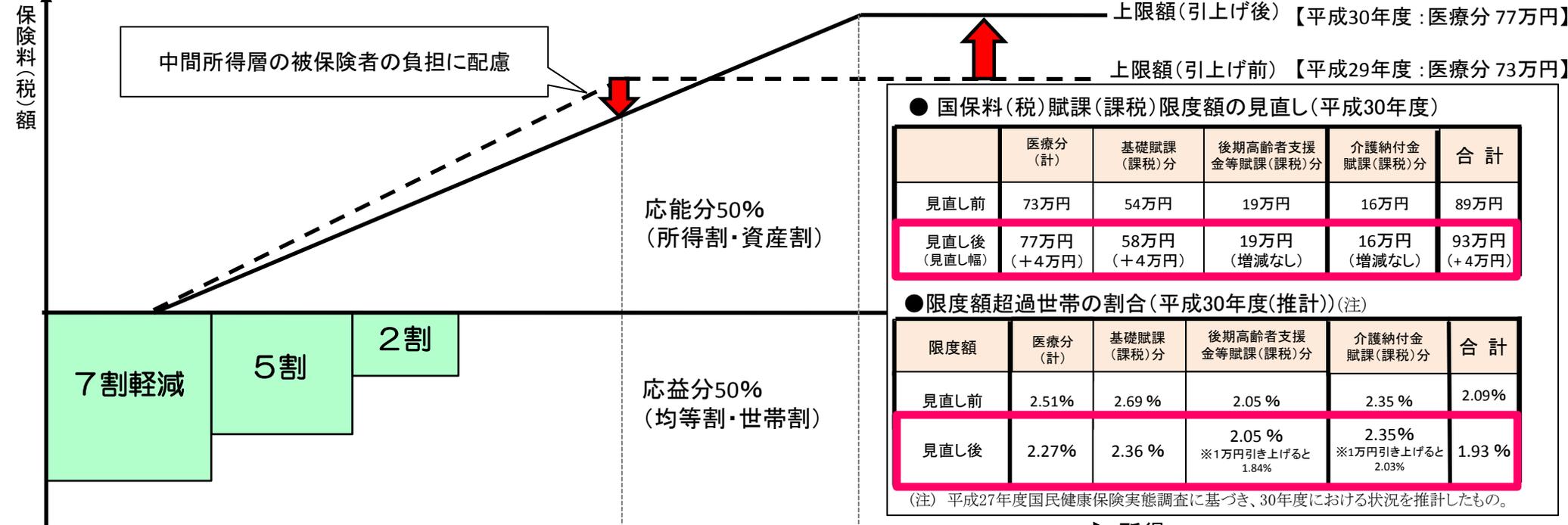
※3 退職被保険者を除いて算定した前期高齢者交付金額であり、実際の交付額とは異なる

※4 別途、平成29年度に特例基金に措置した500億円のうち170億円を活用

# 平成30年度の国保保険料(税)賦課(課税)限度額の在り方

- 国保料(税)の賦課(課税)限度額については、被用者保険におけるルール(※)とのバランスを考慮し、当面は超過世帯割合が1.5%に近づくように段階的に賦課限度額を引き上げているところ。  
※最高等級の標準報酬月額に該当する被保険者の割合が1.0%~1.5%(平成28年度より0.5%~1.5%)の間となるように法定されている。
- 平成30年度においては、高齢化の進展等による医療給付費等の増加が見込まれる中で、保険料負担の公平を図る観点から、これまでの最大引上げ幅と同額の4万円を引き上げる。
- 引き上げの際は、基礎賦課分・後期高齢者支援金等分・介護納付金分の限度額超過世帯割合のバランスを考慮し、基礎賦課分を4万円を引き上げることとする。(後期高齢者支援金等分・介護納付金分は据え置く)

【参考】平成30年度において、4万円の引上げを行った場合



## ● 国保料(税)賦課(課税)限度額の見直し(平成30年度)

	医療分(計)	基礎賦課(課税)分	後期高齢者支援金等賦課(課税)分	介護納付金賦課(課税)分	合計
見直し前	73万円	54万円	19万円	16万円	89万円
見直し後(見直し幅)	77万円(+4万円)	58万円(+4万円)	19万円(増減なし)	16万円(増減なし)	93万円(+4万円)

## ● 限度額超過世帯の割合(平成30年度(推計))(注)

限度額	医療分(計)	基礎賦課(課税)分	後期高齢者支援金等賦課(課税)分	介護納付金賦課(課税)分	合計
見直し前	2.51%	2.69%	2.05%	2.35%	2.09%
見直し後	2.27%	2.36%	2.05% ※1万円引き上げると1.84%	2.35% ※1万円引き上げると2.03%	1.93%

(注) 平成27年度国民健康保険実態調査に基づき、30年度における状況を推計したもの。

※ 限度額(医療分)に達する収入及び所得 (注1、注2)  
(基礎賦課(課税)分+後期高齢者支援金等分)

【平成29年度】  
給与収入 約1,030万円 / 年金収入 約1,010万円  
(給与所得 約810万円 / 年金所得 約810万円)

【平成30年度】  
給与収入 約1,070万円 / 年金収入 約1,060万円  
(給与所得 約850万円 / 年金所得 約850万円)

(注1) 給与収入又は年金収入を有する単身世帯で試算。

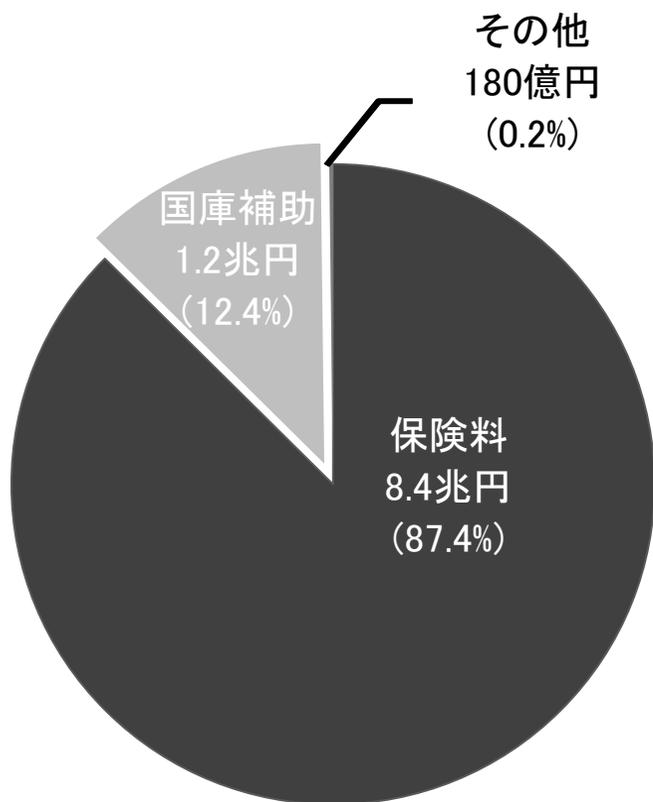
(注2) 保険料率等は、旧ただし書・4方式を採用する平成27年度全国平均値で試算。平成27年度 所得割率 8.51%、資産割額 14,205円、均等割額 29,419円、世帯割額 27,600円。同様の考え方で平成30年度の限度額に達する収入を試算すると、3方式の場合には給与収入約950万円/年金収入約940万円、2方式の場合には給与収入約1,120万円/年金収入約1,110万円となる。

1. 国民健康保険
2. 被用者保険
3. 後期高齢者医療制度
4. データヘルス改革
5. 審査支払機関改革
6. 予防・健康づくり

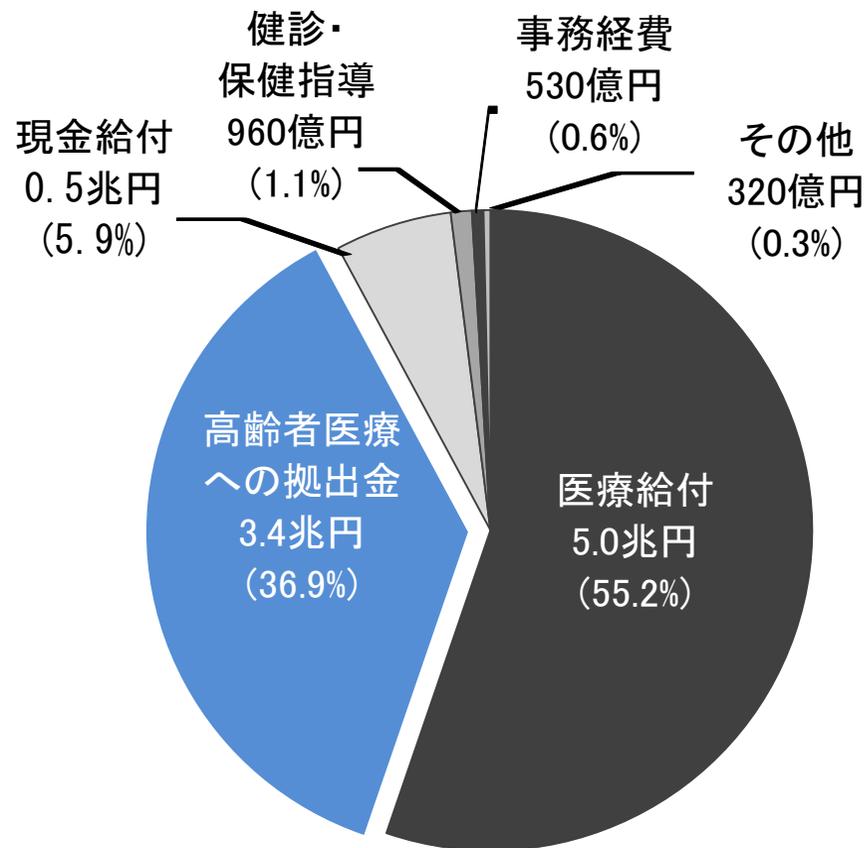
# 協会けんぽの財政構造(28年度決算)

○ 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。

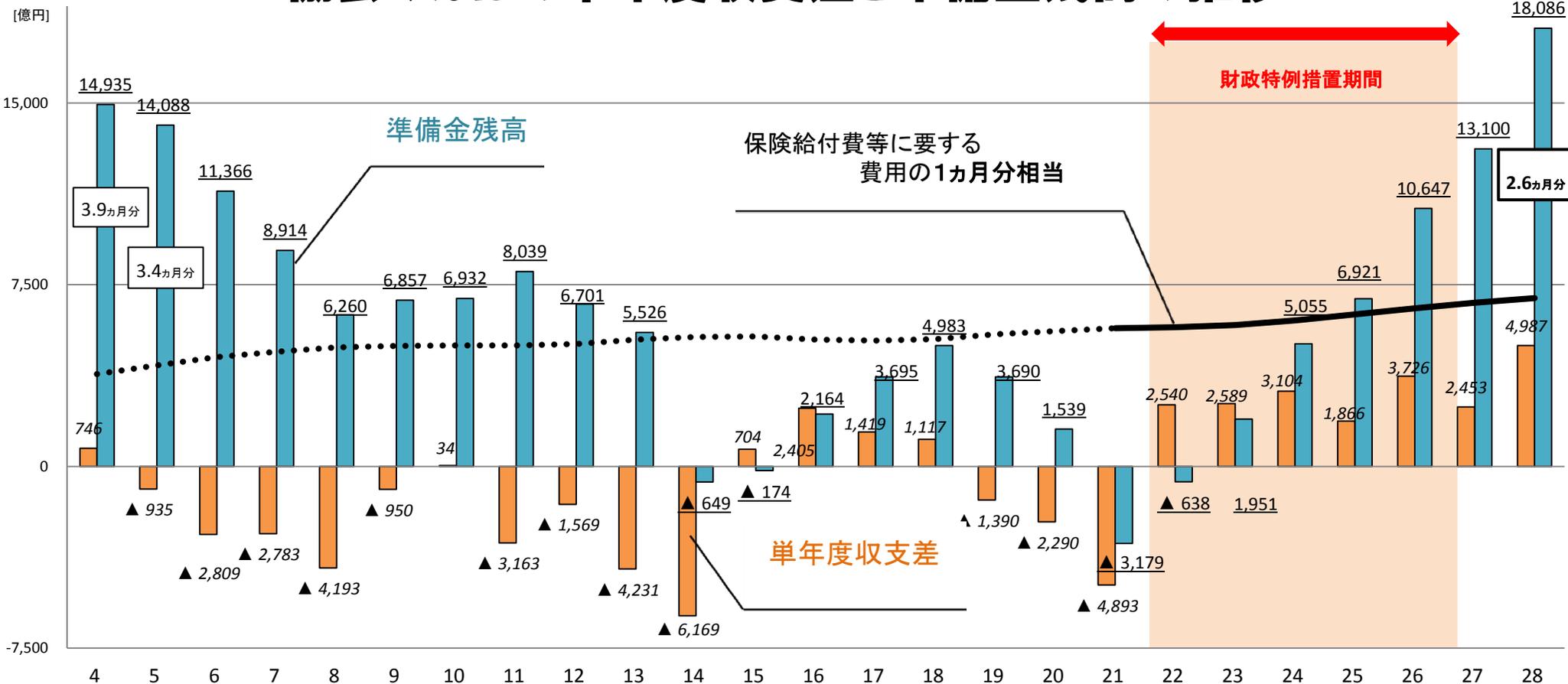
## 収入 9兆6,220億円



## 支出 9兆1,233億円



# 協会けんぽの単年度収支差と準備金残高の推移



## 【国庫補助率】



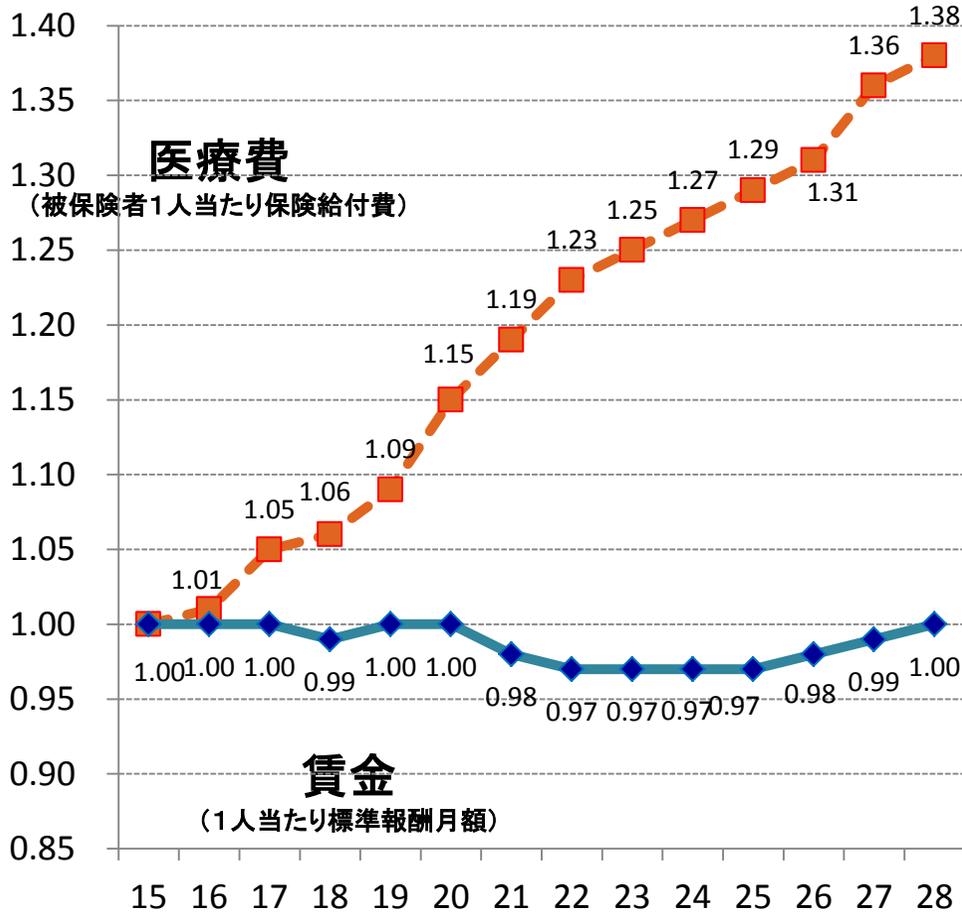
## 【協会けんぽの平均保険料率】



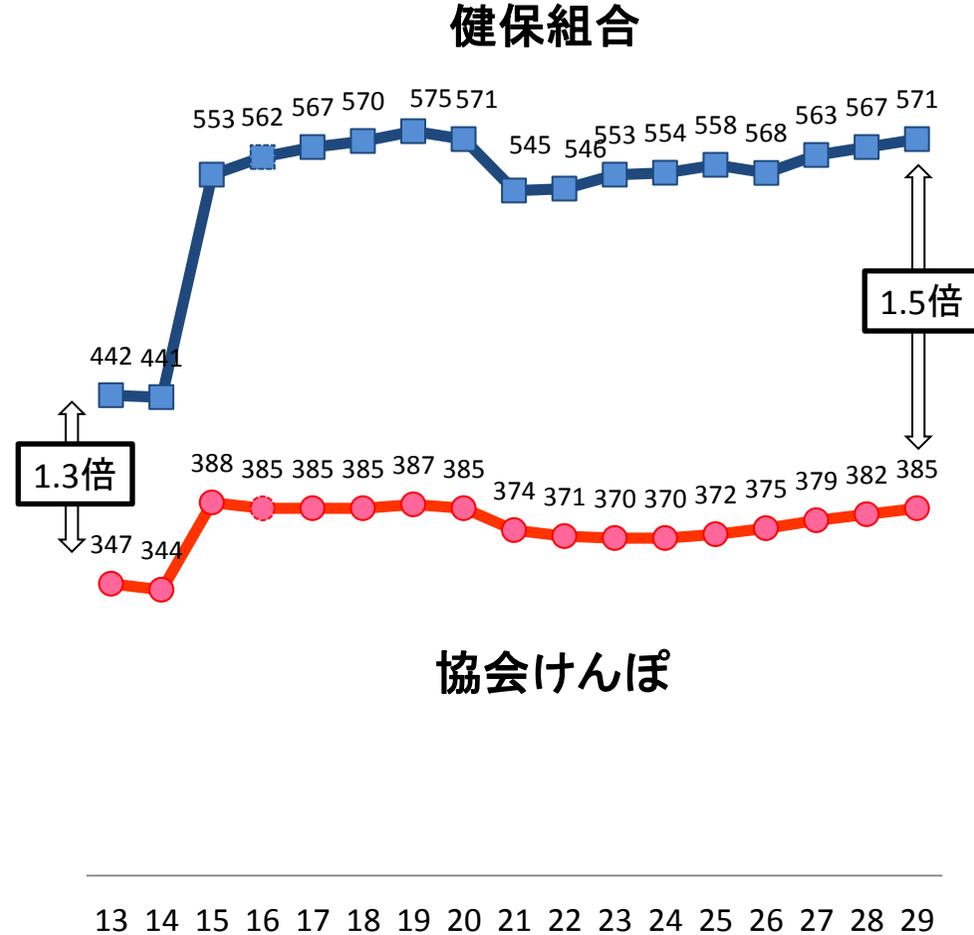
# 協会の財政構造について

- 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

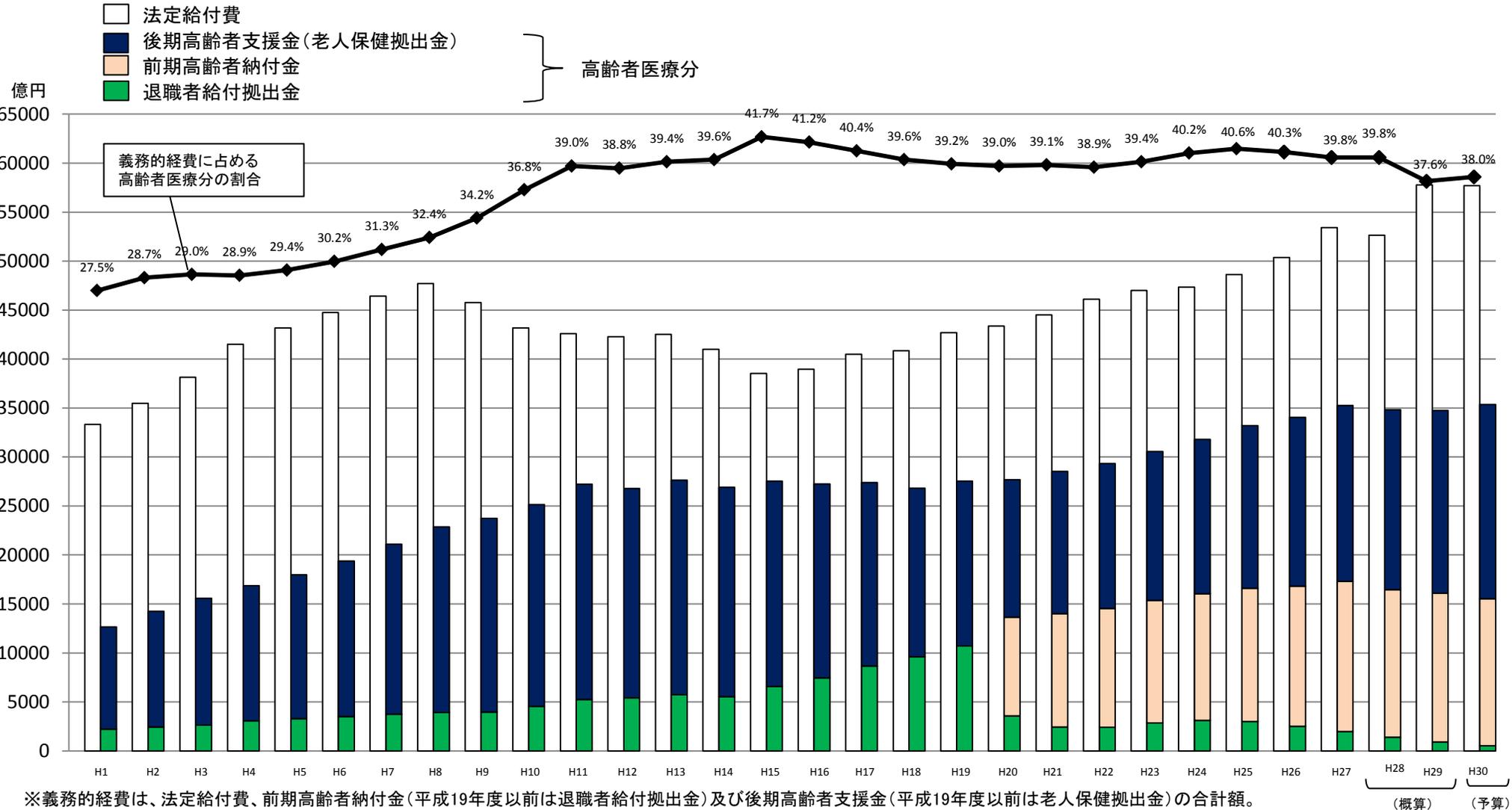


## 協会と健保組合の報酬水準の比較



# 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、38.0%(平成30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27年度までは実績額を、平成28、29年度は概算額を用いている。

※後期高齢者支援金等は、平成27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28、29年度は概算賦課額。平成30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、

平成29年度以降は全面総報酬割としている。

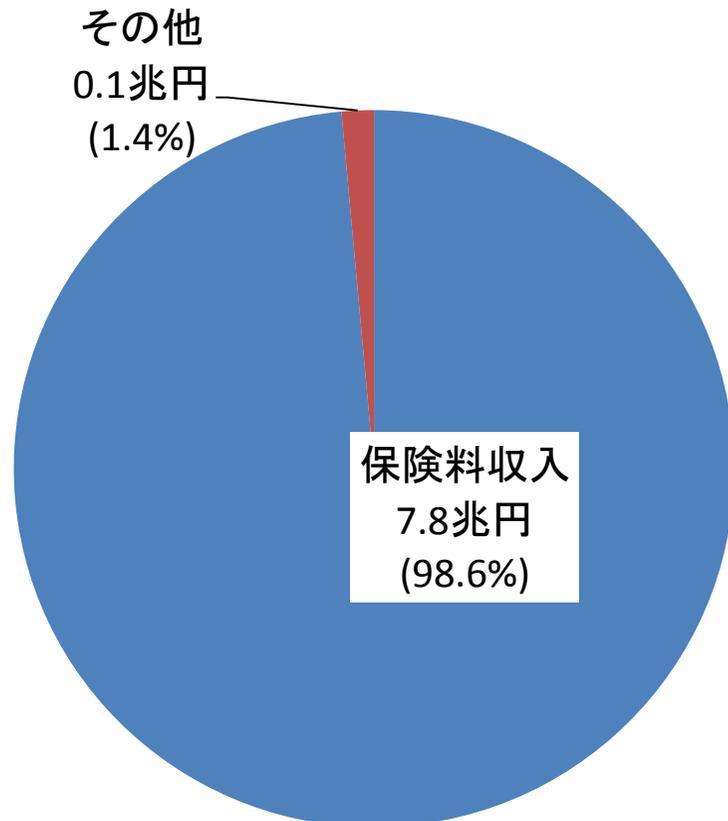
※前期高齢者に係る後期支援金分は前期納付金に含まれている。

(概算) (予算)

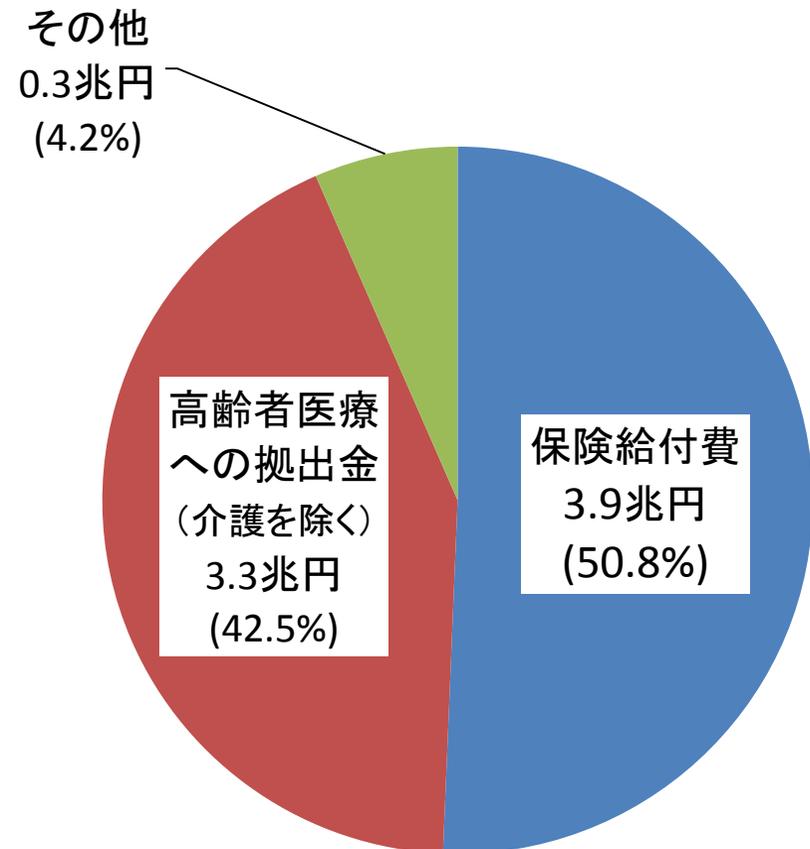
# 健康保険組合の財政構造(28年度決算見込)

○ 健保組合の経常収支は約7.9兆円だが、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いる。

経常収入 7兆9,623億円



経常支出 7兆7,250億円





# 健康保険組合の保険料負担について

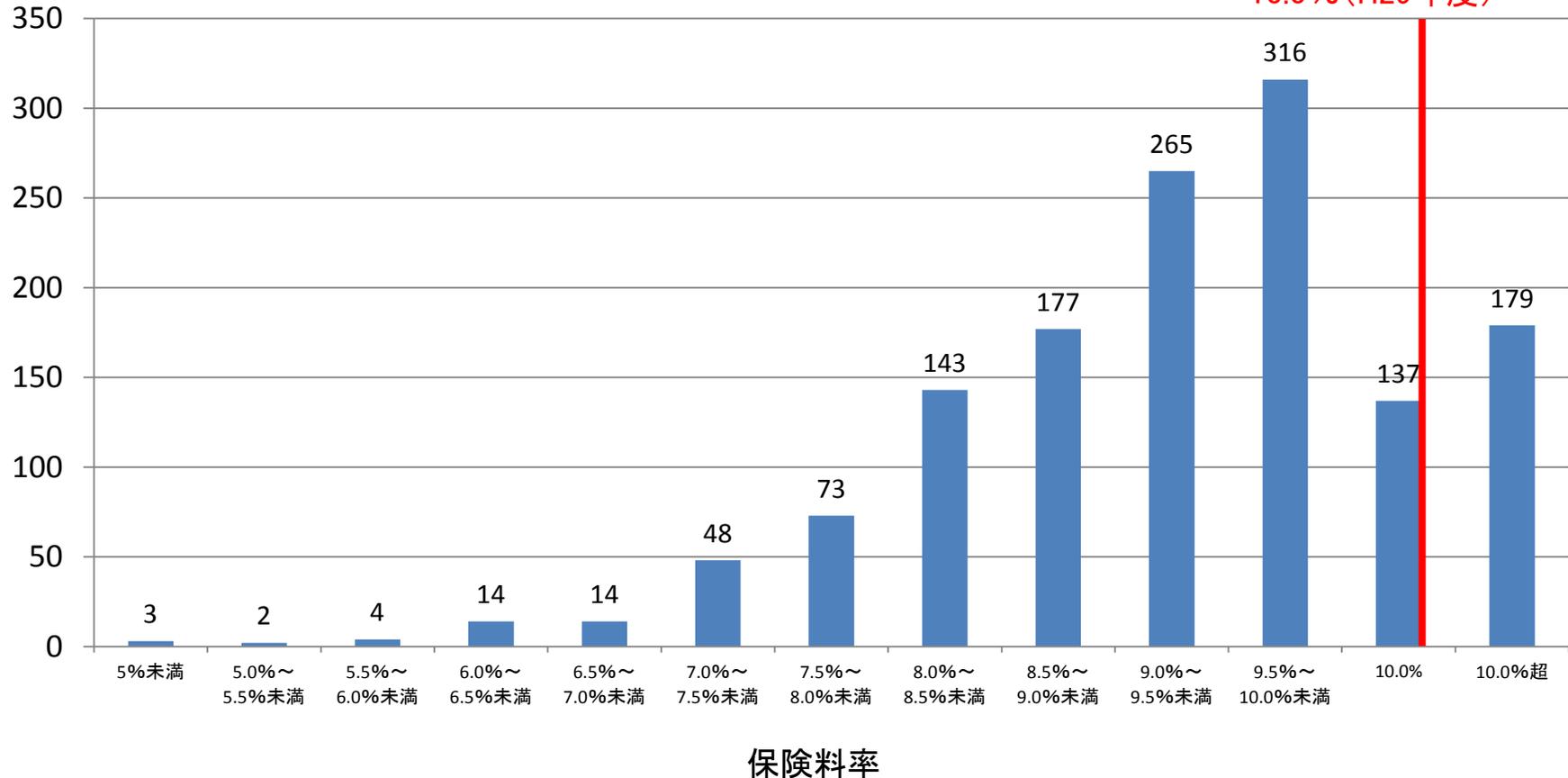
健康保険組合の保険料率は、保険者間において差があり、平成29年度の健康保険組合の保険料率については、最低5.0%、最高12.1%となっている。

また、協会けんぽの平均保険料率(10.0%)を超えている健康保険組合が179組合ある。

全組合の平均 9.168%  
(29年度予算早期集計: 1,375/1,398組合)

協会けんぽの平均保険料率  
10.0%(H29年度)

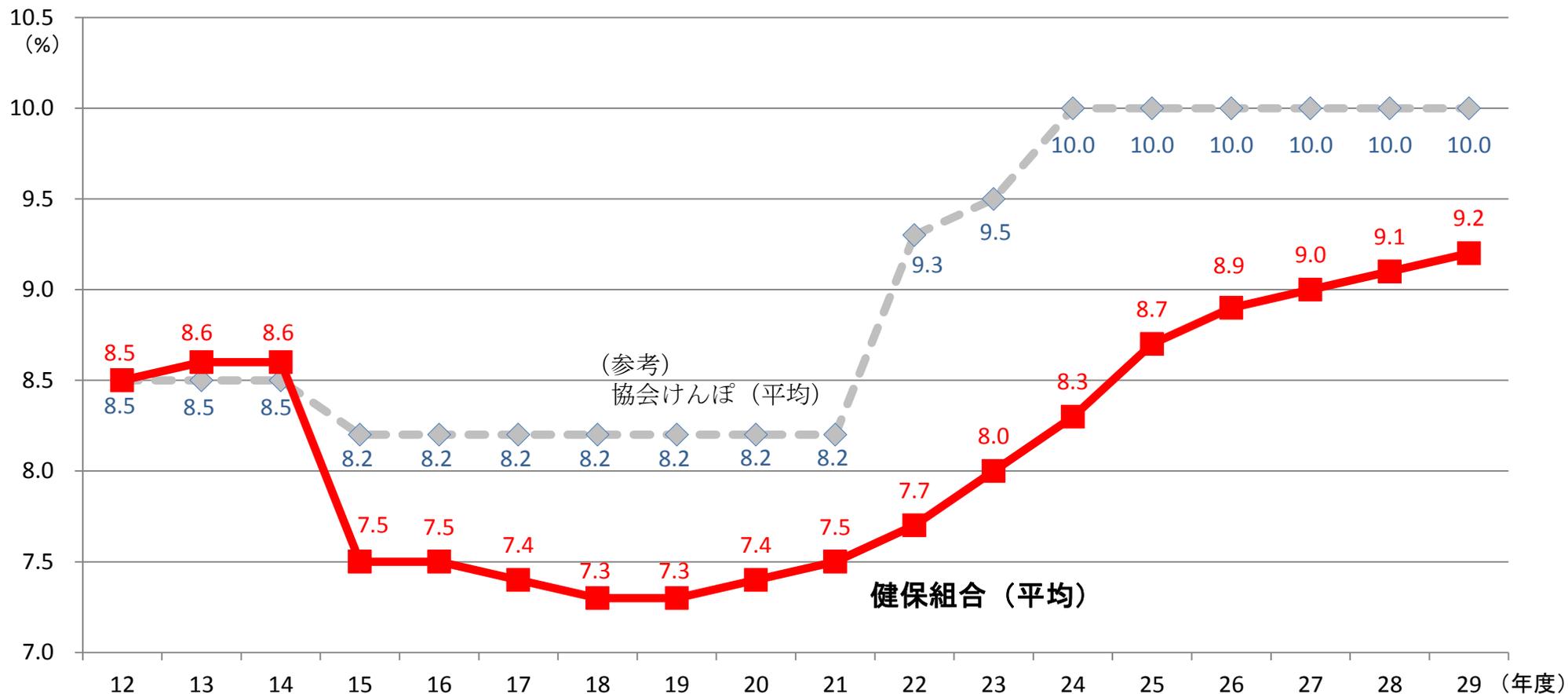
組合数



(注1) 保険料率には調整保険料率を含む。

(注2) 被保険者の負担割合(単純平均)は45.4%。

# 健康保険組合の保険料率の推移

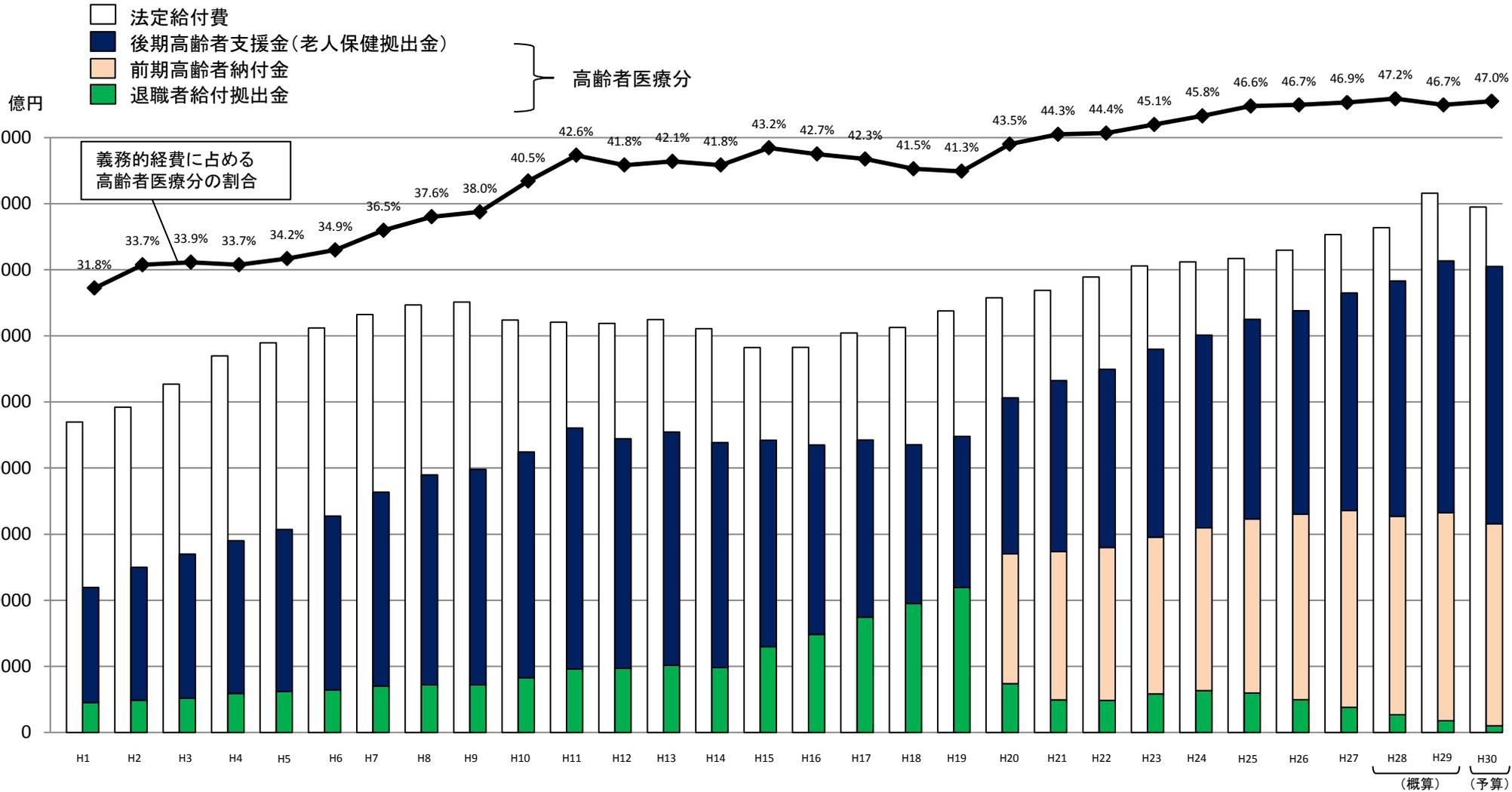


(※1) 平成15年度に保険料率が下がっているのは、総報酬制（賞与にも月収と同じ保険料率を賦課）の導入によるもの（政管健保では、実質的に0.7%の保険料率の引上げ）。

(※2) 健康保険組合の保険料率（調整保険料率含む）は、12年度～26年度は決算、27年度は決算見込、28年度は予算、29年度は予算早期集計による。

# 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、47.0%(平成30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27年度までは実績額を、平成28、29年度は概算額を、平成30年度は予算額を用いている。

※後期高齢者支援金等は、平成27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28、29年度は概算賦課額を、平成30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、平成29年度以降は全面総報酬割としている。

1. 国民健康保険
2. 被用者保険
3. 後期高齢者医療制度
4. データヘルス改革
5. 審査支払機関改革
6. 予防・健康づくり

# 高齢者医療制度の財政

- 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1,750万人

### <後期高齢者医療費>

17.2兆円(平成30年度予算ベース)

給付費 15.8兆円

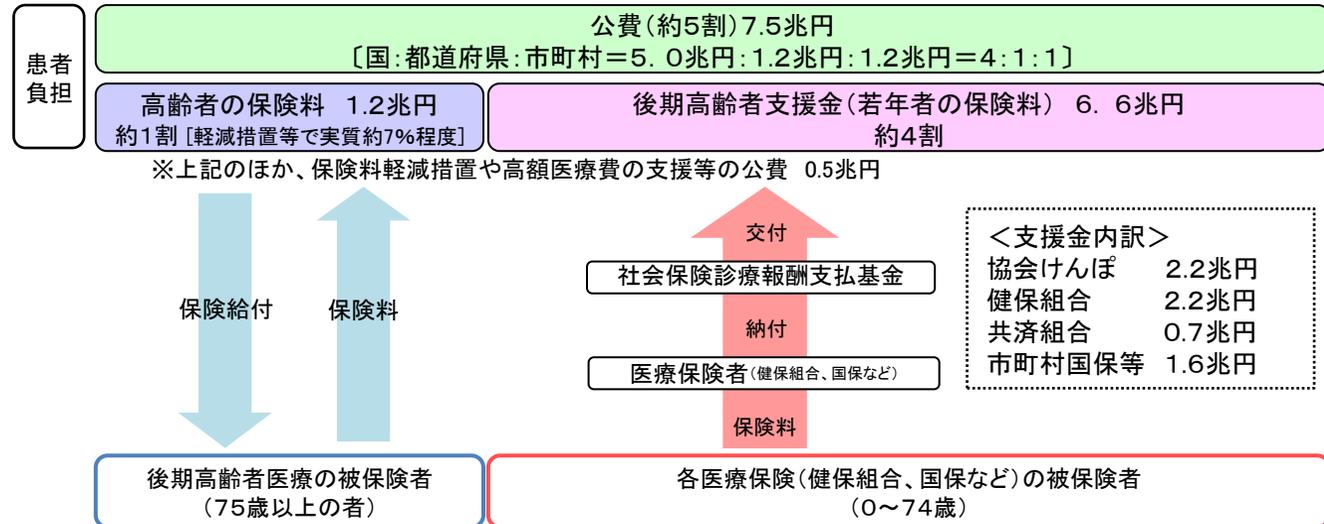
患者負担 1.4兆円

### <保険料額(平成30・31年度見込)>

全国平均 約5,860円/月

※ 基礎年金のみを受給されている方は約380円/月

## 【全市町村が加入する広域連合】



## 前期高齢者に係る財政調整

### <対象者数>

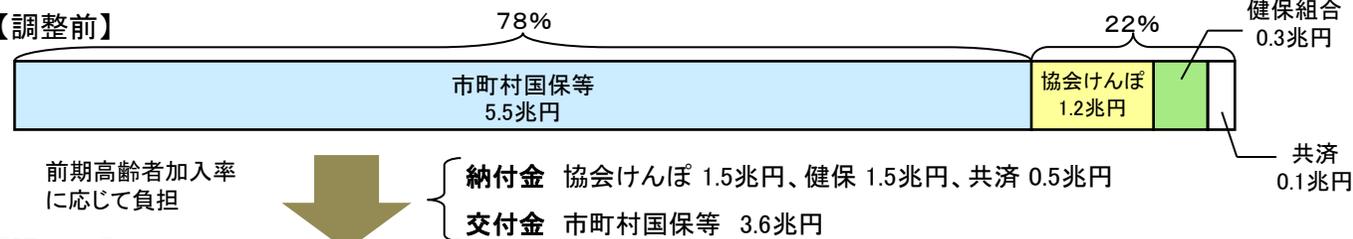
65~74歳の高齢者  
約1,700万人

### <前期高齢者給付費>

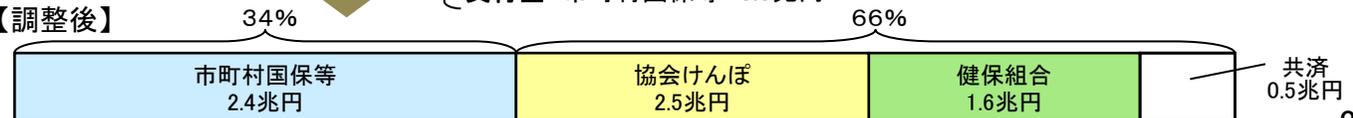
7.0兆円

(平成30年度予算ベース)

### 【調整前】



### 【調整後】

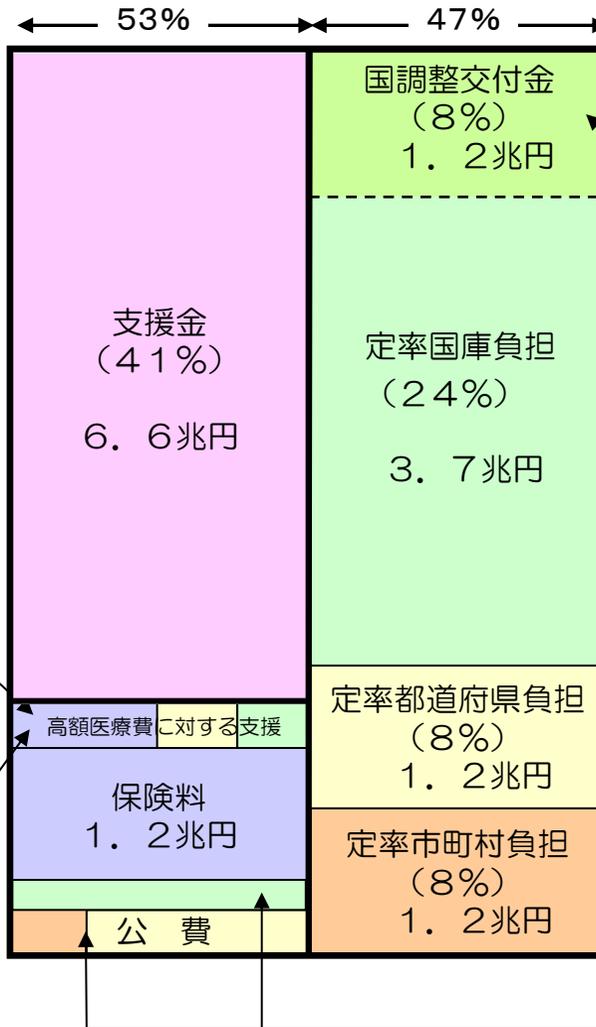


# 後期高齢者医療制度の財政の概要

(平成30年度予算ベース)

医療給付費等総額：15.8兆円

都道府県単位の広域連合



## 財政安定化基金

○保険料未納リスク、給付増リスク及び保険料上昇抑制に対応するため、国・都道府県・広域連合（保険料）が1/3ずつ拠出して、都道府県に基金を設置し、貸付等を行う。

0.1兆円程度（基金残高）

## 高額医療費に対する支援

○高額な医療費による財政影響を緩和するため、1件80万円を超えるレセプトに係る医療費の一定部分について、国・都道府県が1/4ずつ負担する。

0.3兆円

## 特別高額医療費共同事業

○著しく高額な医療費による財政影響を緩和するため、広域連合からの拠出により、1件400万円を超えるレセプトに係る医療費の200万円超分について、財政調整を行う。

54億円（うち国10億円）

## 調整交付金（国）

○普通調整交付金（調整交付金の9/10）  
…広域連合間の所得格差による財政力不均衡を調整するために交付する。  
○特別調整交付金（調整交付金の1/10）  
…災害その他特別の事情を考慮して交付する。

- ・保険基盤安定制度（低所得者等の保険料軽減）
- ・保険料軽減特例

○保険基盤安定制度  
・低所得者等の保険料軽減  
…均等割7割・5割・2割軽減、被扶養者の5割軽減  
〈市町村1/4、都道府県3/4〉  
0.3兆円程度

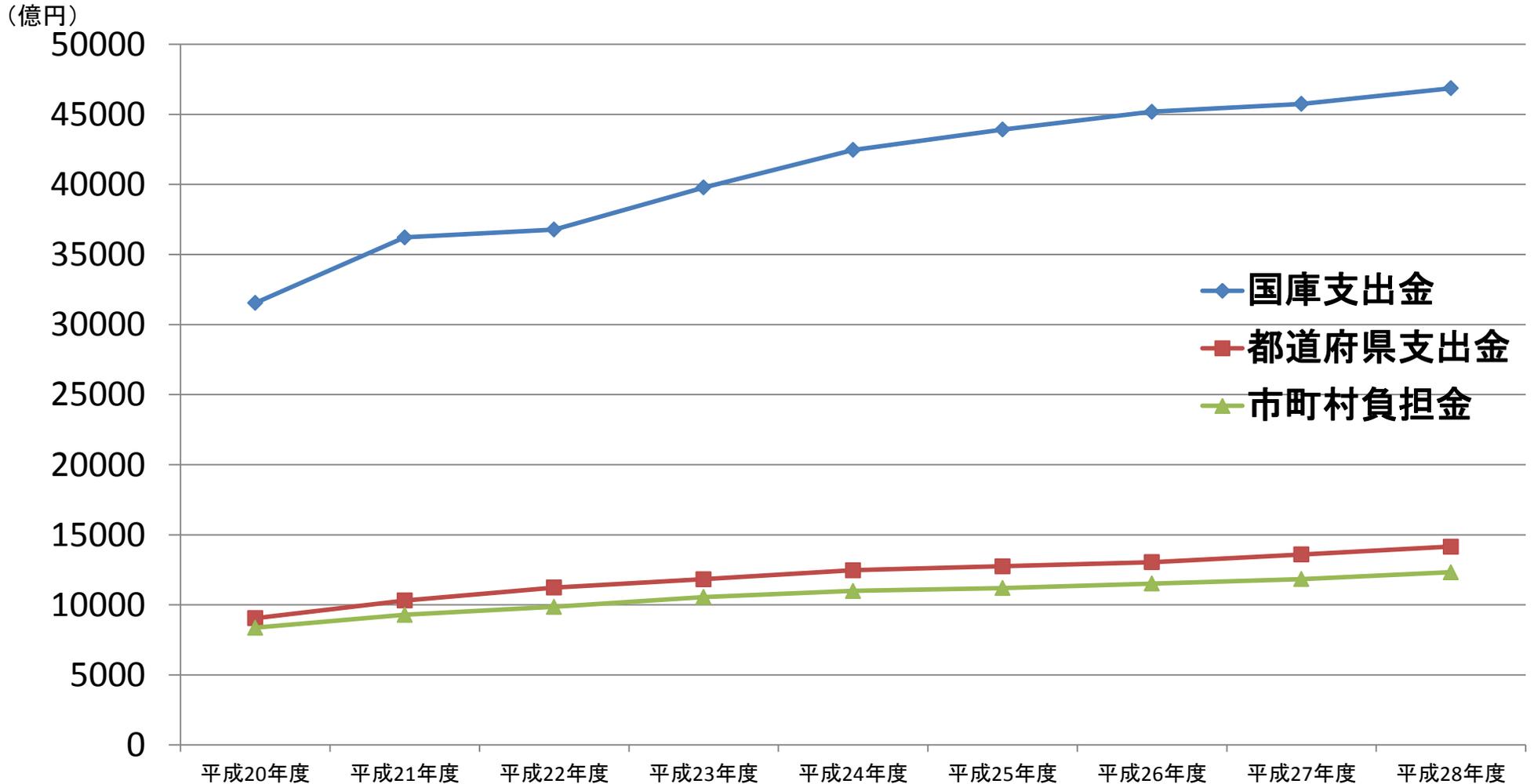
○保険料軽減特例〈国〉  
・低所得者の更なる保険料軽減  
…均等割9割・8.5割軽減

606億円

※ 現役並み所得を有する高齢者の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっていることから、公費負担割合は47%となっている。

# 後期高齢者医療広域連合への公費支出の推移

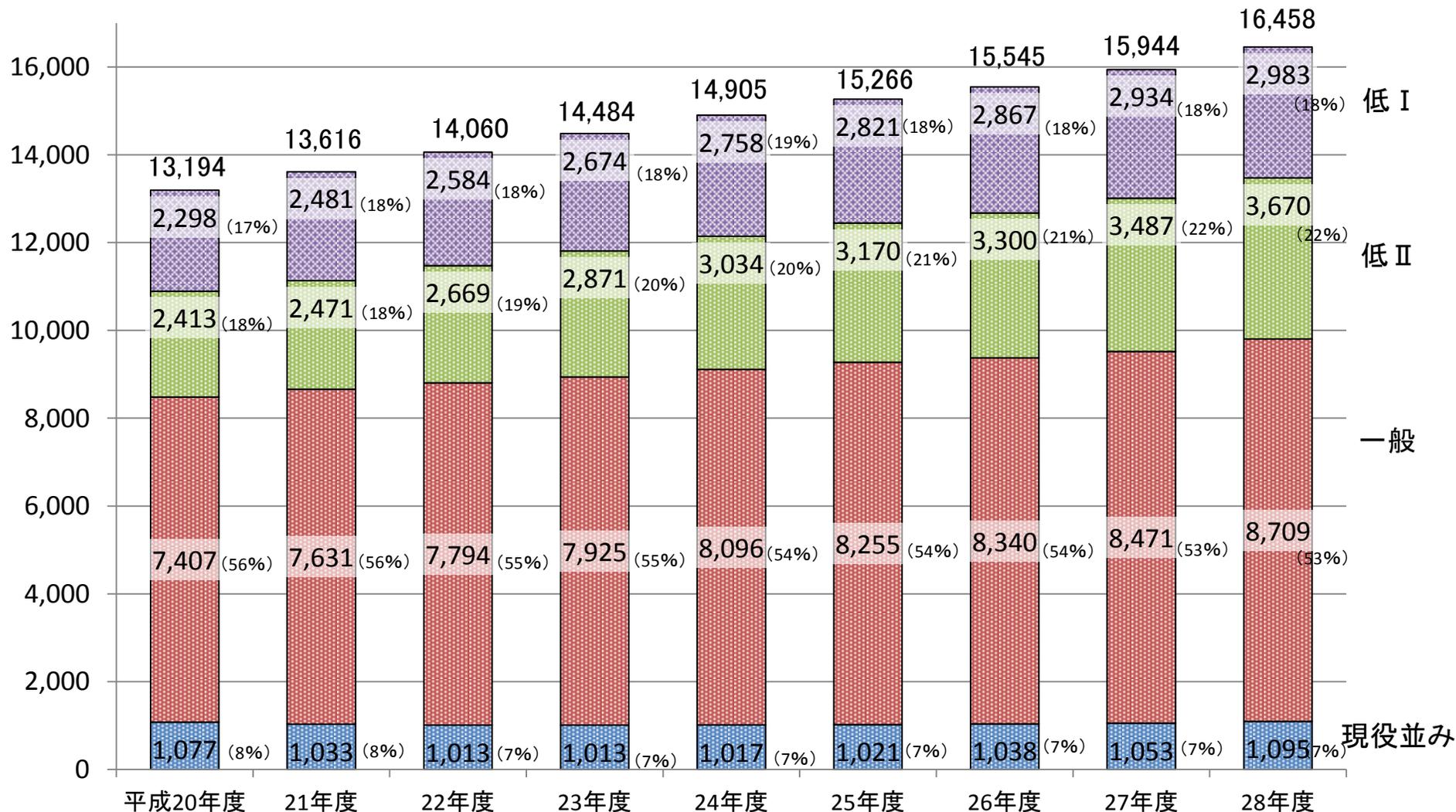
○ 後期高齢者医療広域連合への公費支出は、制度創設(平成20年度)以降、増加傾向にあり、国庫支出金については、平成28年度は約4.7兆円(平成20年度比約49%増)。



# 後期高齢者医療制度の被保険者数の推移(所得階層別)

○ 後期高齢者医療制度の被保険者数は、平成28年度は約1,646万人(平成20年度から約25%増)となり、総人口の8人に1人は75歳以上。

(千人)



# 前期高齢者納付金の推移



※平成27年度以前は確定賦課ベース。平成28、29年度は概算賦課ベース、平成30年度は予算ベースである。

※協会けんぽは日雇を含む。

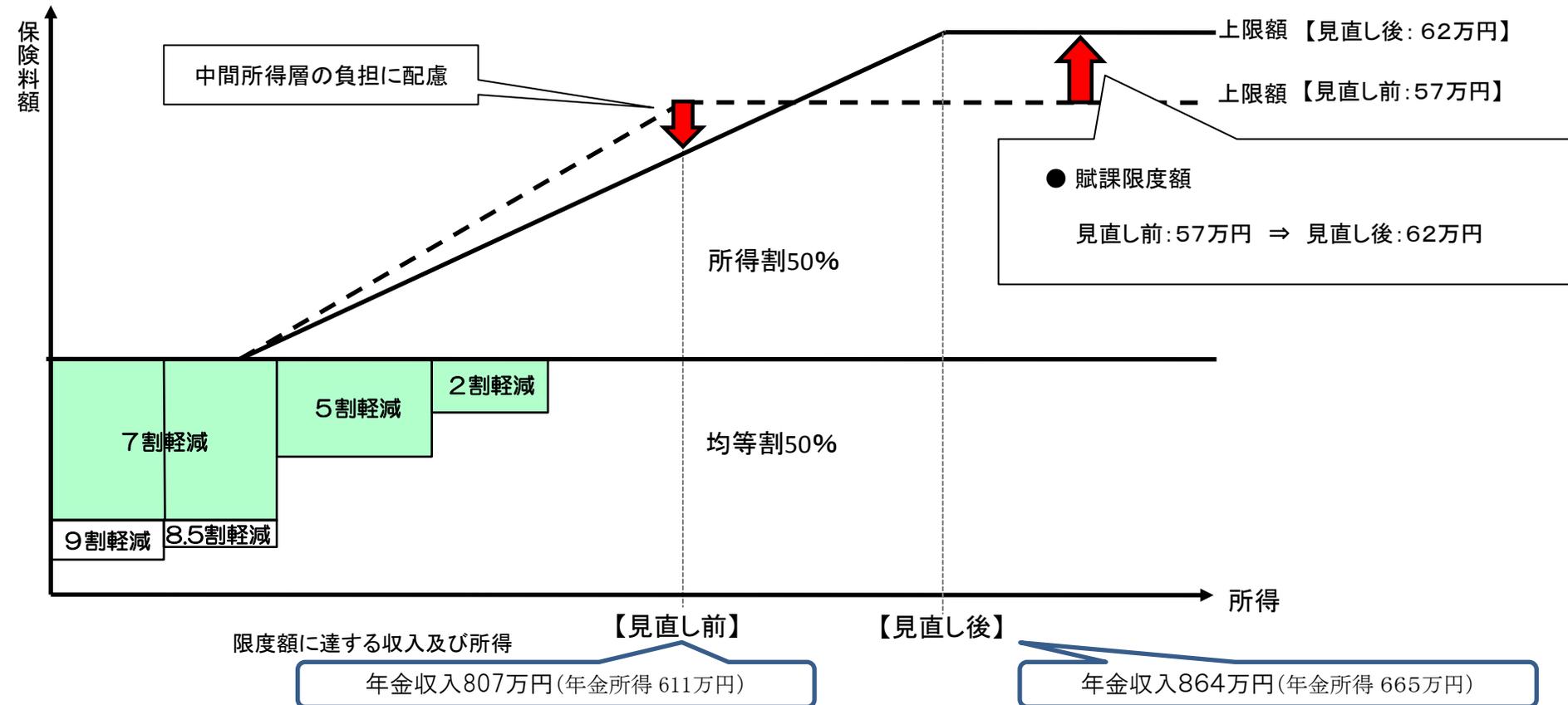
# 後期高齢者支援金の推移



※ 平成27年度以前は確定賦課ベース(出典:医療保険に関する基礎資料～平成27年度の医療費等の状況～(平成29年12月))。平成28、29年度は概算賦課ベース、平成30年度は予算ベースである。

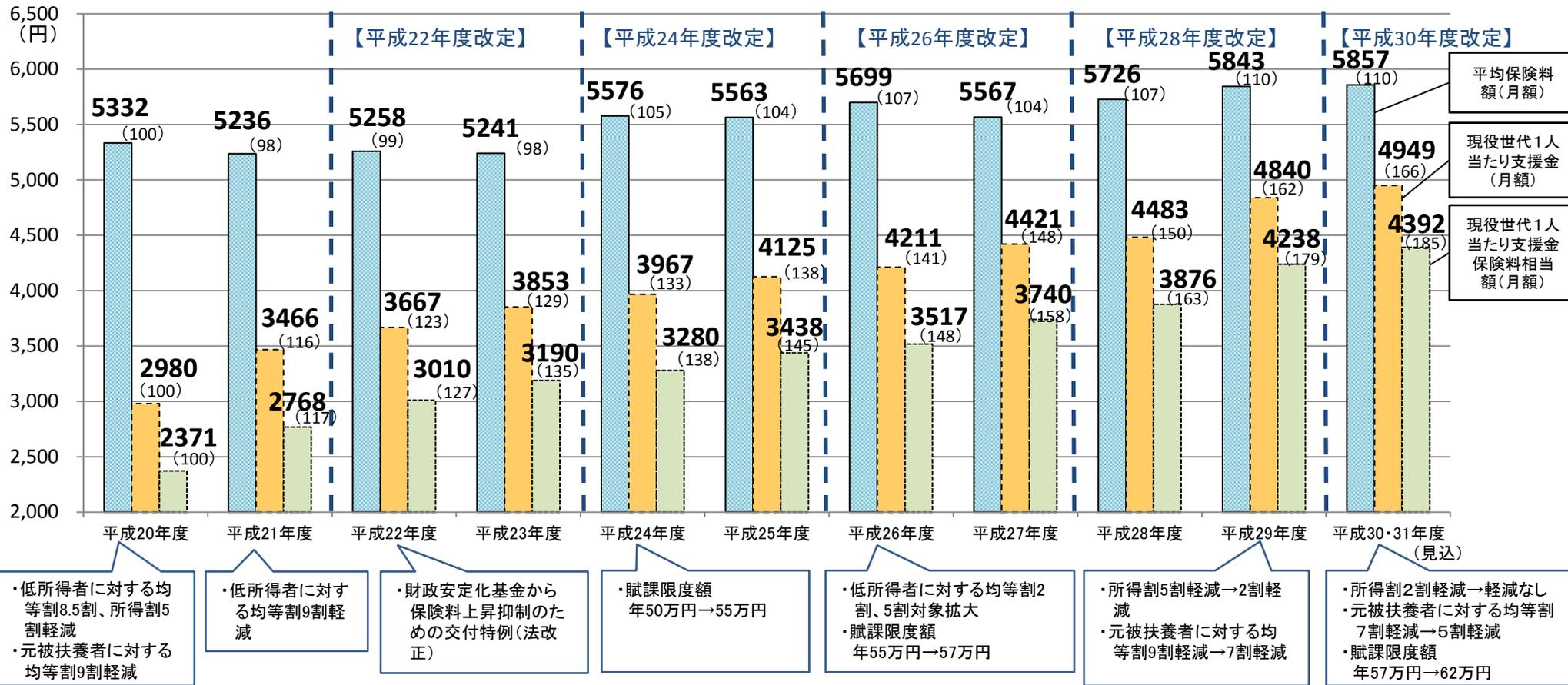
# 平成30年度の後期高齢者医療保険料賦課限度額の見直し

- 医療給付費の伸び等により保険料負担の増加が見込まれる中、受益と負担の関連、被保険者の納付意識への影響、中間所得層の負担とのバランス等を考慮し、保険料賦課限度額を設定することが必要。
- 平成26～29年度の国保の賦課限度額引き上げ幅(67万円→73万円)も踏まえ、中間所得層の保険料負担の抑制、上位所得者にも応分の負担を求める観点から限度額を見直す。  
→ 保険料賦課限度額を5万円引き上げ、57万円を62万円とする。



\*平成28・29年度の全国平均料率に基づき算定(均等割額45,289円、所得割率9.09%)

# 後期高齢者医療制度の保険料の推移



・低所得者に対する均等割8.5割、所得割5割軽減  
 ・元被扶養者に対する均等割9割軽減

・低所得者に対する均等割9割軽減

・財政安定化基金から保険料上昇抑制のための交付特例(法改正)

・賦課限度額 年50万円→55万円

・低所得者に対する均等割2割、5割対象拡大  
 ・賦課限度額 年55万円→57万円

・所得割5割軽減→2割軽減  
 ・元被扶養者に対する均等割9割軽減→7割軽減

・所得割2割軽減→軽減なし  
 ・元被扶養者に対する均等割7割軽減→5割軽減  
 ・賦課限度額 年57万円→62万円

	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	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30・31年度
1人当たり医療給付費	71.5万円 (100)	80.5万円 (113)	82.9万円 (116)	84.3万円 (118)	84.6万円 (118)	85.5万円 (120)	85.8万円 (120)	87.5万円 (122)	86.1万円 (120)	-	-
高齢者負担率	10.00%(100)		10.26%(103)		10.51%(105)		10.73%(107)		10.99%(110)		11.18%(112)

※ 平均保険料額は平成20～29年度は後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告に基づく実績額、平成30・31年度は保険料改定時見込みであり、平成31年度における保険料軽減特例の見直しの影響を考慮しているかは広域連合の判断による。

※ 支援金は、平成20～28年度は確定賦課、平成29年度は概算賦課、平成30・31年度は平成30年度の概算賦課ベース。

※ 支援金保険料相当分は、支援金から国保及び協会けんぽへの定率の公費を控除したもの。平成20～28年度は確定賦課、平成29年度は予算ベース。平成30・31年度は平成30年度の予算ベース。(国保の低所得者に対する軽減分及び保険者支援制度分は考慮していない。)

※ 支援金、支援金保険料相当分の平成28年度については、平成28年10月以降の適用拡大を含めた金額。

※ 支援金、支援金保険料相当分及び1人当たり医療給付費の伸びについては、満年度化の影響排除のため、平成20年度の金額に12/11を乗じたものを基準に計算。

※ 1人当たり医療給付費は後期高齢者医療事業年報に基づく実績額。

※ ()内の数値は、平成20年度の数値を100とした場合の指数。

75歳以上の  
皆さまへ<sup>(※1)</sup>

# 医療保険制度の見直し を行いました

平成30年8月から、  
高額療養費の上限額が変わります

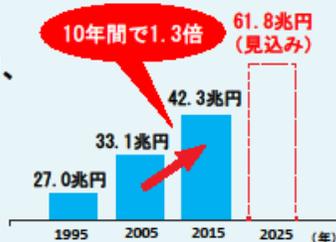
詳しくは中面をご覧ください。

平成30年度<sup>(※2)</sup>から、  
医療保険料の軽減率が変わります

(※1) 65歳以上の方で障害認定を受けて後期高齢者医療制度に加入している方も対象になります。  
(※2) 平成30年度の保険料改定により、皆さまの保険料の支払い額が変わるのは、振込み・口座振替等の方で7月から、年金引き落としの方で10月からとなります。(お住まいの市区町村によっては時期が異なる場合があります。)

## 国民医療費の推移

この10年間で、  
70歳以上の高齢者の人数は**1.3倍**になり、  
国民医療費は**1.3倍**になりました。  
団塊世代が全員75歳以上になる  
2025年には、国民医療費の総額は、  
**61.8兆円**にもなる見込みです。



## 医療費の財源

皆さまが窓口でお支払いいただく  
医療費は、医療費全体の一部です。  
右の図のように、医療費の大半は、  
毎月納めていただく保険料や、  
税金でまかなわれています。

※後期高齢者医療制度の場合(平成30年度予定の金額)

税金	7.5兆円
74歳以下の方の保険料	6.6兆円
75歳以上の方の医療機関での負担	1.4兆円
75歳以上の方の保険料	1.2兆円

全ての方が安心して医療を受けられる社会を維持するために、  
保険料と医療機関での支払い上限額を見直します。  
皆さまのご理解をお願いいたします。

# 平成30年8月から、 高額療養費の上限額が変わります

高額療養費制度とは、

ひと月に医療機関に支払った額が高額になった場合に、定められた上限額を超えて支払った額を払い戻す制度です。上限額は、個人や世帯の所得に応じて決まっています。

⇒ 平成30年8月から、上限額(月ごと・70歳以上)が下の表のように変わります。  
あわせて「限度額適用認定証」が必要になる場合がありますので、ご注意ください。

年収約370~1,160万円(課税所得145~689万円)の方は  
ご注意ください!! ※年収は年金収入のみの方の金額

平成30年8月以降、ひと月にひとつの医療機関での**支払が高額になる可能性**がある方は**必ず**、市区町村窓口にて、「**限度額適用認定証**」の交付を申請してください。

※「限度額適用認定証」が提示されない場合、医療機関での支払い額が高額になる場合があります。  
(ただし、その場合でも、上限額を超えて支払われた額を後日払い戻すよう申請することができます。)

## 平成30年7月までの上限額(70歳以上)

適用区分	外来 (個人ごと)	外来+入院 (世帯ごと)
現役並み 課税所得 145万円以上の方	57,600円	80,100円 +(医療費-267,000円)×1% (多数回 44,400円 <sup>(※2)</sup> )
一般 課税所得 145万円未満の方 <sup>(※1)</sup>	14,000円 [年間の上限 144,000円]	57,600円 (多数回44,400円 <sup>(※2)</sup> )
住民税非課税 II 住民税非課税世帯 <sup>(※3)</sup>	8,000円	24,600円
I 住民税非課税世帯 (年金収入80万円以下など) <sup>(※3)</sup>	8,000円	15,000円

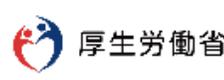
## 平成30年8月からの上限額(70歳以上)

適用区分	外来 (個人ごと)	外来+入院 (世帯ごと)
課税所得 690万円以上の方	252,600円 +(医療費-842,000円)×1% (多数回 140,100円 <sup>(※2)</sup> )	252,600円 +(医療費-842,000円)×1% (多数回 140,100円 <sup>(※2)</sup> )
課税所得 380万円以上の方	167,400円 +(医療費-558,000円)×1% (多数回 93,000円 <sup>(※2)</sup> )	167,400円 +(医療費-558,000円)×1% (多数回 93,000円 <sup>(※2)</sup> )
課税所得 145万円以上の方	80,100円 +(医療費-267,000円)×1% (多数回 44,400円 <sup>(※2)</sup> )	80,100円 +(医療費-267,000円)×1% (多数回 44,400円 <sup>(※2)</sup> )
課税所得 145万円未満の方 <sup>(※1)</sup>	18,000円 [年間の上限 144,000円]	57,600円 (多数回44,400円 <sup>(※2)</sup> )
II 住民税非課税世帯 <sup>(※3)</sup>	8,000円	24,600円
I 住民税非課税世帯 (年金収入80万円以下など) <sup>(※3)</sup>	8,000円	15,000円

(※1) 世帯収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合や、「旧ただし書所得」の合計額が210万円以下の場合も含まれます。  
(※2) 過去12か月以内に3回以上、上限額に達した場合は、4回目から「多数回」該当となり、上限額が下がります。  
(※3) 住民税非課税世帯の方については、従来どおり、限度額適用・標準負担額減額認定証を交付します。

お問合せは  
こちらまで

- 各都道府県の後期高齢者医療広域連合
- お住まいの市区町村の担当窓口
- 高額療養費制度の詳細い内容は、厚生労働省のホームページでもご覧いただけます。ホームページへは、こちらのQRコードから →



# 平成30年度<sup>(※1)</sup>から、 医療保険料の軽減率が変わります

75歳以上<sup>(※2)</sup>の方の保険料は、

<sup>(※2)</sup> 65歳以上の方で障害認定を受けて後期高齢者医療制度に加入している方も対象になります。

- ① 年収に応じて納めていただく部分 **所得割** と、
- ② 全員に納めていただく定額部分 **均等割** があります。

⇒ 平成30年度<sup>(※1)</sup>から、75歳以上の方の軽減率が下のようになります。

<sup>(※1)</sup> 平成30年度の保険料改定により、皆さまの保険料の支払い額が変わるのは、振込み・口座振替等の方で7月から、年金引き落としの方で10月からとなります。（お住まいの市区町村によっては時期が異なる場合があります。）

## 1 所得割が変わる方

年収 約153～211万円の方

※ 年収は年金収入のみの方の金額。

平成29年度の所得割は、特例的に**2割軽減**されていましたが、平成30年度から本来納めていただく所得割額になります。（均等割の定額部分は変わりません。）



## 2 均等割が変わる方

元被扶養者で、特定の要件に該当する方

元被扶養者とは 75歳になる前日に、ご家族の会社の健康保険、共済組合などで被扶養者であった方

特定の要件の例 単身の方であれば、年金収入が168万円を超える方など  
75歳以上の夫婦2人世帯であれば、一方の年金収入が168万円を超える場合など

平成29年度の均等割は、特例的に**7割軽減**されていましたが、平成30年度は**5割軽減**になります。

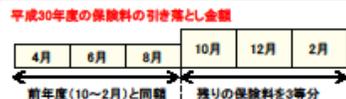
※ただし、元被扶養者であっても、世帯の所得が低い方は、均等割の軽減（9割軽減、8.5割軽減）が受けられます。



## 保険料を年金からの引き落としで納めている皆さまへ

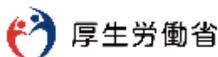
年金からの引き落としの場合、前半（4月・6月・8月）の保険料は前年度と同じ額を引き落とし、後半（10月・12月・2月）で残りの保険料を調整します。そのため平成29年度よりも平成30年度の保険料額が増える方についても、**実際に引き落とし額が増えるのは、10月からです。**

※ なお、お住まいの市区町村によっては6月から引き落とし額が増える場合があります。



お問合せはこちらまで

- 各都道府県の後期高齢者医療広域連合
- お住まいの市区町村の後期高齢者担当窓口
- 保険料の詳細内容は、厚生労働省のホームページでもご覧いただけます。ホームページへは、こちらのQRコードから →



## 医療保険制度の見直し 早わかり Q & A

### 高額療養費の上限額の見直しについて

Q なぜ高額療養費を見直すのですか？

A 高齢者と若者世代の、世代間の公平を図るためです。

医療費の負担の上限額は、同じ年収であっても、高齢者のほうが若者世代よりも低く設定されています。世代間の公平を図るため、高齢者のうち負担能力のある方には、ご負担をお願いします。

Q 8月から窓口で支払う医療費が増えるのですか？

A 窓口で支払う医療費は、その月にどのくらい医療を受けるか、そしてその月の医療費が上限額に達するかどうかによります。

医療費の上限額は、収入に応じて決まります。8月からご自身の上限額がいくらになるのかについては、ご加入の保険者にお問い合わせください。

Q 私は3割自己負担をしており、毎月、高額の治療を受けているのですが、限度額適用認定証の交付を受けることが必要なのでしょうか？

A 平成30年8月から、現役並み I・II（年収約370～1,160万円（課税所得145～689万円））に該当し、ひとつの医療機関での支払額が高額になる可能性がある方は、「限度額適用認定証」の交付を受けることをおすすめします。

平成30年8月から、現役並み I・II（年収約370～1,160万円（課税所得145～689万円））に該当する方は、医療機関で「限度額適用認定証」を提示していただくと、その医療機関で、定められた上限額を超える額を支払わなくてよくなります。そこで、これに該当する可能性がある方は市区町村窓口にて「限度額適用認定証」の交付を申請することをおすすめします。

※ 限度額適用認定証の交付を受けなくても、後日、上限額を超えて支払った額を払い戻すことは可能です。

### 医療保険料の軽減率の見直しについて

Q なぜ保険料の軽減を見直すのですか？

A 高齢者と若者の、世代間の公平を図るためです。

75歳以上の方の保険料が軽減されていることにより、若者は医療費が少ないにもかかわらず、高齢者よりも高い保険料を納めています。高齢者と若者の世代間の公平を図るため、75歳以上の方のうち負担能力のある方には、ご負担をお願いします。

Q 保険料はどのくらい増えるのですか？

A 6～8月ごろに送付される保険料額決定通知書でご確認ください。

毎年6～8月ごろに、ご加入の保険者から、保険料額決定通知書が皆さまに送付されます。その通知書に、その年度の保険料が記載されますので、ご確認ください。詳しくは、ご加入の保険者にお問い合わせください。

Q 元被扶養者と、そうでない場合では、どれくらい保険料額が違うのですか？

A 元被扶養者の方の保険料は、収入額にかかわらず軽減されています。

元被扶養者の方は、年収があってもなくても、均等割額が7割軽減（平成29年度時点）されています。一方、元被扶養者でない方は、年収に応じて保険料をご負担いただいています。

しかし、元被扶養者の方も、元被扶養者でない方も、同じ後期高齢者であることから、今後は、世代内の公平を図るため、段階的に軽減を見直していきます。

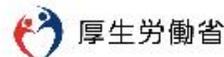
Q 私は元被扶養者なのですが、保険料は必ず増えるのですか？

A 元被扶養者の方でも、世帯の所得が低い方は、低所得者の軽減が適用されます。

元被扶養者の方は、平成30年度は、均等割が5割軽減になります。

しかし、元被扶養者であっても、世帯の所得が低い方は、均等割が9割軽減される場合や8.5割軽減される場合があります。

詳しくは、毎年6～8月ごろにご加入の保険者から送付される、保険料額決定通知書でご確認ください。



1. 国民健康保険
2. 被用者保険
3. 後期高齢者医療制度
4. **データヘルス改革**
5. 審査支払機関改革
6. 予防・健康づくり

# データヘルス改革により提供をめざす7つのサービス

計数は、平成30年度予算。( )内の計数は、平成29年度当初予算額。

平成30年度 予算 85.4億円(17.1億円)

## I 全国的なネットワーク構築による医療・介護現場での健康・医療・介護の最適提供

- ① 全国的な保健医療ネットワークを整備し、医療関係者等が円滑に患者情報を共有できるサービス

▶セキュリティ関連事業：4.2億円（新規）

全国保健医療情報ネットワークのセキュリティ対策に関し、機能の調査、実証、要件定義やガイドライン策定等を行う。

▶保健医療記録共有サービス実証事業：0.8億円（新規）

保健医療記録共有サービスの本格稼働に向け、保健医療記録の個人ごとの時系列管理、情報更新等の仕組み、提供画面、本人同意などの課題の検討や実証を行う。

- ② 医療的ケア児(者)等の救急時や予想外の災害、事故に遭遇した際に、医療関係者が、迅速に必要な患者情報を共有できるサービス

▶医療的ケア児等医療情報共有サービス基盤構築事業：1.5億円（新規）

平成29年度の医療的ケア児の医療情報の共有に関する実証事業で把握した課題・問題点を検討の上、医療的ケア児等がICTを活用し外出先でも適切な医療を受けられるよう、全国規模のサービス実施体制を整備する。

## II 国民の健康確保に向けた健康・医療・介護のビッグデータ連結・活用

- ③ 健康に関するデータを集約・分析し、個人(PHR)や事業者(健康スコアリング)に健康情報を提供するサービス

▶レセプトデータ等を活用したデータヘルスに関する事業：0.5億円（新規）

コラボヘルス推進のため、各保険者の加入者の健康状態や健康関連コスト等を見える化したスコアリングレポートについて、事業者向けに作成する機能を導入するための仕様を検討する。

- ④ 健康・医療・介護のビッグデータを個人単位で連結し、解析できるようにするサービス

▶データヘルス分析関連サービスの構築に向けた整備：12.0億円（新規）

健康・医療・介護のデータベースを連結して解析できるよう、具体的なシステム構成等について検討する。

# データヘルス改革により提供をめざす7つのサービス

## Ⅲ 科学的介護の実現

### ⑤ 介護の科学的分析のためのデータを収集し、最適サービスを提供(世界に例のないデータベース構築)

#### ▶科学的介護データ提供用データベース構築等事業 ：2.7億円（新規）

科学的介護を実現するため、分析に必要なデータを新たに収集するためのデータベースのプロトタイプの構築を行う。

#### ▶通所・訪問リハビリテーションの質の向上支援等事業 ：1.0億円（0.5億円）

全国の事業所から収集したデータを分析し、リハビリテーションの標準的な内容及び先進的な取組をフィードバックする。

## Ⅳ 最先端技術の導入

### ⑥ がんゲノム情報の収集、医療関係者等が利活用できるサービス

#### ▶がんゲノム医療推進コンソーシアム関連経費 ：20.0億円（新規）

がんゲノム情報や臨床情報を集約し、マスターデータベースの構築・利活用を図るため、がんゲノム情報管理センターを整備する。あわせて、質の高いゲノム医療を提供するため、がんゲノム医療中核拠点病院等の体制を整備する。

#### ▶臨床ゲノム情報統合データベース整備事業（がん領域） ：5.0億円（6.5億円）

ゲノム医療の実用化に向けて、がん領域等の症例から得られた臨床情報、ゲノム情報等を統合した「臨床ゲノム情報統合データベース」を充実させる。

#### ▶革新的がん医療実用化研究事業（がんゲノム分） ：23.1億円（3.4億円）

がん種を限定せず特定の遺伝子異常等を有する患者群を対象に薬剤の治療効果を検証する研究など、ゲノム情報を用いた予防、診断、治療方法の技術開発等の研究を行う。

#### ▶臨床研究データベースシステム管理事業 ：1.0億円（新規）

臨床研究法の成立に伴い、臨床研究の実施計画の届出・公開と臨床研究の概要等の登録が一体となり、公開情報の検索も可能な公的データベースシステムを構築する。

### ⑦ AI開発基盤に必要なデータを収集し、研究者や民間等が利活用できるサービス

#### ▶保健医療分野におけるAI開発の加速：13.5億円（6.7億円）（一部新規）

重点6領域（ゲノム医療、画像診断支援、診断・治療支援、医薬品開発、介護・認知症、手術支援）を中心に必要な研究事業等を実施する。

# データヘルス改革推進本部の体制

平成30年1月19日 厚生労働省  
データヘルス改革推進本部資料(一部改変)

## 本部体制

厚生労働大臣【本部長】

厚生労働省顧問【本部顧問】  
松本純夫 独立行政法人国立病院機構  
東京医療センター名誉院長

厚生労働事務次官【本部長代行】

医務技監【副本部長 兼 事務局長】

### 【本部員】

医政局長  
健康局長  
医薬・生活衛生局長  
労働基準局安全衛生部長  
子ども家庭局長  
社会・援護局長  
社会・援護局障害保健福祉部長  
老健局長  
保険局長  
政策統括官(総合政策担当)  
政策統括官(統計・情報政策担当)  
サイバーセキュリティ・情報化審議官

審議官(危機管理、科学技術・イノベーション、  
国際調整、がん対策担当)  
審議官(医政、精神保健医療、  
災害対策担当)  
審議官(健康、生活衛生、  
アルコール健康障害対策担当)  
審議官(医薬担当)  
内閣官房内閣審議官(子ども家庭局併任)  
審議官(福祉連携、社会、障害保健福祉、  
児童福祉担当)  
審議官(老健担当)  
審議官(医療保険担当)

改革の実施  
に向けた  
助言・指導

データヘルス・  
審査支払機関改革  
アドバイザー  
グループ

赤塚 俊昭(元デンソー健康保険組合常務理事)  
小野崎 耕平(特定非営利活動法人日本医療政策機構理事)  
◎葛西 重雄(独立行政法人情報処理推進機構CIO補佐官、  
株式会社トリエス代表取締役)  
川上 浩司(京都大学大学院医学研究科教授)  
高倉 弘喜(国立情報学研究所アーキテクチャ科学研究系教授)  
田宮 菜奈子(筑波大学医学医療系教授)  
松尾 豊(東京大学大学院工学系研究科特任准教授)  
宮田 裕章(慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教授)  
宮野 悟(東京大学医科学研究所ヒトゲノム解析センター長)

## 事務局体制

医務技監【副本部長 兼 事務局長】

審議官(医療介護連携担当)  
【事務局長代行】

幹事会  
(各プロジェクトチームのリーダーで構成)

プロジェクトチーム  
(担当審議官+関係課室長)

- ① 保健医療記録共有
- ② 救急時医療情報共有
- ③ PHR・健康スコアリング
- ④ データヘルス分析
- ⑤ 乳幼児期・学童期の健康情報
- ⑥ 科学的介護データ提供
- ⑦ がんゲノム
- ⑧ 人工知能(AI)
- ⑨ 審査支払機関改革

# 健康スコアリングについて

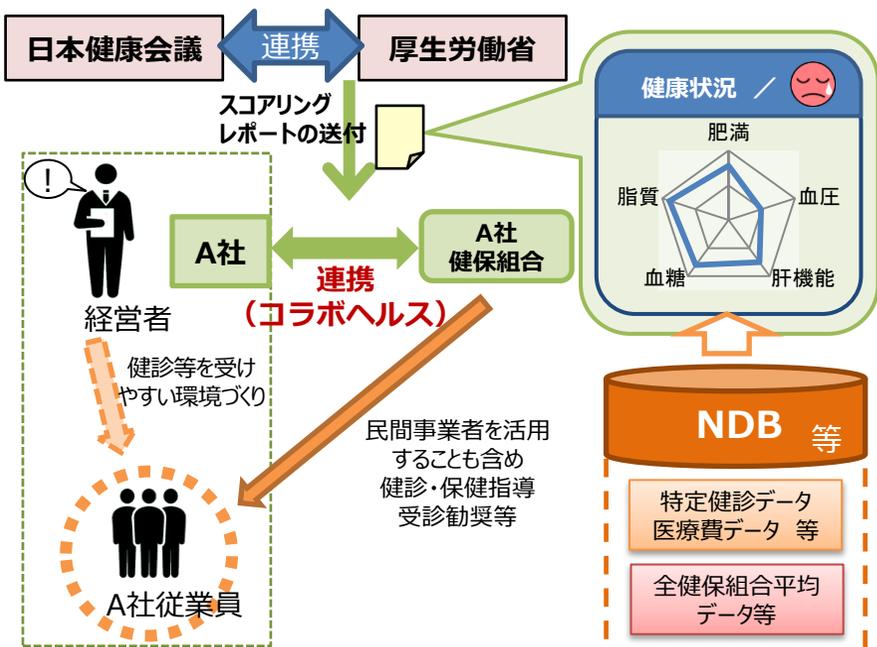
## 目的及び概要

- ・企業の健康経営との連携（コラボヘルス）を推進するため、経営者が従業員等の健康状況等について、全国平均や業態平均の中での立ち位置を把握した上で、企業と保険者が問題意識を共有し、両者が連携して健康づくりに取り組める仕組みを構築する。
- ・厚生労働省と日本健康会議が連携して、まずは**各健保組合の加入者の健康状態や予防・健康増進等への取組状況をスコアリングし経営者に通知する取組**を平成30年度から開始する。同様の取組を共済組合はじめ他の保険者でも展開する。

## 検討状況

- ・平成29年12月に日本健康会議の下に有識者による「**健康スコアリングの詳細設計に関するワーキンググループ**」を設置し、健康スコアリングレポートに記載する項目や様式、活用方法・通知方法等について検討しているところ。
- ・平成30年度の健康スコアリングは、厚労省と日本健康会議が連携し、NDBデータから保険者単位のレポートを作成の上、全健保組合に対して通知する予定。

## 平成30年度スコアリングレポートの作成・通知イメージ



## <今後のスケジュール>

2018年度	2019年度	2020年度
<ul style="list-style-type: none"> <li>・NDBデータを活用して各健保組合ごとのスコアリングレポートを作成・送付</li> <li>・企業単位レポート作成のシステム仕様検討・作成</li> </ul>		企業単位のレポート作成

- 健康スコアリングの詳細設計に関するWGにおいて4月末に議論のとりまとめを予定。
- WGの検討結果を踏まえ、今年度夏頃に健康スコアリングレポートを通知予定。
- 企業単位のスコアリングレポートの作成機能について、システム導入するための仕様について検討する。

# 健康・医療・介護のビッグデータを個人単位で連結し、解析できるようにするサービス

平成30年1月19日 厚生労働省  
データヘルス改革推進本部資料(一部改変)

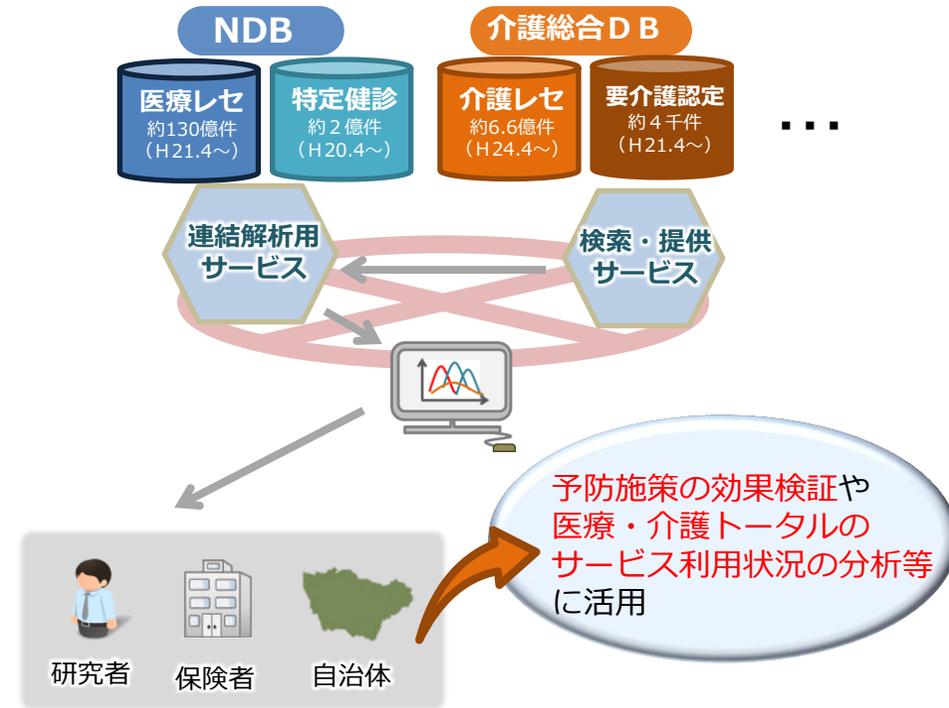
## 課題

レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）や介護総合データベースといった公的データベースは整備、情報が蓄積されているが、これらのデータの連結はできず、健康・医療・介護の各分野を通じた分析は困難。



データヘルス改革で実現を目指すサービス

各種データベースで保有する健康・医療・介護の情報を連結し、個人の保健医療の履歴をビッグデータとして分析可能な環境を提供。介護予防等の予防施策や、医療・介護の提供体制の研究等に活用。



## スケジュール

2017年度 (平成29年度)	2018年度 (平成30年度)	2019年度 (平成31年度)	2020年度 (平成32年度)
<ul style="list-style-type: none"> <li>各種データベースを活用した分析の有効事例の調査、整理</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>NDBの改修</li> <li>複数のデータベース間の連携・解析を行うシステム構築</li> <li>サービス内容の具体化等に向けた検討</li> </ul>		各種のデータベースを連結・解析可能なシステムの本格稼働

平成30年度予算 1.2億円

- ・NDBの改修
- ・複数のデータベース間の連携・解析を行うシステム構築

1. 国民健康保険
2. 被用者保険
3. 後期高齢者医療制度
4. データヘルス改革
5. 審査支払機関改革
6. 予防・健康づくり

# 社会保険診療報酬支払基金と国民健康保険団体連合会の比較

	社会保険診療報酬支払基金	国民健康保険団体連合会
設立根拠	社会保険診療報酬支払基金法	国民健康保険法第83条第1項
目的	健康保険法等の療養の給付について、医療機関等から提出される診療報酬請求書等の審査を行い、診療報酬等の迅速かつ適正な支払いを行う。	国民健康保険法に基づき、会員である保険者が共同して国民健康保険事業の目的を達成するために必要な事業を行う。
法人の性格	特別民間法人	保険者(市町村等)が共同して設立した公法人(47都道府県)
沿革	<p>&lt;支払基金創設以前&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・審査は、医師会又は歯科医師会への委託</li> </ul> <p>&lt;昭和23年9月&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・基金法に基づく特殊法人として設立。</li> <li>・審査委員会の審査開始(昭和24年から三者構成)</li> </ul> <p>&lt;平成15年10月&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・基金法改正により民間法人化</li> </ul>	<p>&lt;昭和13年～17年&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・国保組合連合会が全国で順次設立</li> <li>・審査は、都道府県医師会等におかれた審査委員会で実施</li> </ul> <p>&lt;昭和23年&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・国保が市町村の運営とされたことに伴い、現行名称に改称</li> </ul> <p>&lt;昭和26年4月&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・審査委員会の設置が法定化</li> </ul>
主な業務	<p>①診療報酬の審査支払業務</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・健康保険組合、協会けんぽ、共済組合等の診療報酬等の審査・支払い</li> </ul> <p>②高齢者医療制度関係業務(高齢者医療確保法)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・後期高齢者医療の支援金の徴収、広域連合への交付</li> <li>・前期高齢者医療制度の納付金の徴収、交付金の交付</li> <li>・病床転換助成事業の支援金の徴収、都道府県への交付</li> </ul> <p>③介護保険関係業務(介護保険法)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護納付金の徴収、市町村への交付金の交付</li> </ul> <p>④公費負担医療の審査等(公費負担各法等)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活保護等公費負担医療の審査</li> </ul> <p style="text-align: right;">等</p>	<p>①診療報酬等の審査支払業務</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・国民健康保険、高齢者医療、介護保険等の診療報酬・介護報酬の審査・支払い</li> </ul> <p>②国保保険者事務の共同事業・共同処理</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保険財政安定化、高額医療費共同事業</li> <li>・保険者事務の共同事務処理(資格管理等)</li> </ul> <p>③市町村等の事務の共同処理</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者医療、介護保険及び障害者自立支援の事務</li> <li>・特定健診・特定保健指導に係る費用の支払い及びデータ管理等</li> </ul>
職員数等	<p>①職員数(28年度)4,310人</p> <p>②審査委員数(28年度):4,674人</p>	<p>①職員数(28年度):5,113人</p> <p>②審査委員数(28年度):3,773人</p> <p>※数値は47都道府県連合会の合計</p>

# 支払基金改革の取組状況

○「支払基金業務効率化・高度化計画」や「規制改革実施計画(閣議決定)」に掲げられた改革項目を着実に実行するため、具体的な取り組み内容を整理し、「審査支払機関改革における支払基金での今後の取組」を公表(平成30年3月1日)

○平成29年度については、これに沿って以下の取組を実施(下図)

○平成30年度については、新システムの設計を進めるとともに、審査プロセスの見直しや支部集約化に向けたモデル(実証)事業を着実に実施し、平成31年の通常国会に関連法案を提出予定

## 1. 審査支払新システムの構築

○新システムに係る調達の開始

○システム調達仕様書の基本方針を昨年10月に取りまとめ、受付・審査・支払のモジュール化を踏まえた調達仕様書を作成  
○本年3月から分離調達を開始し、平成30年度末までにソフトウェアの開発事業者が決定するよう手続き等を進めている

## 2. 審査業務の効率化

- ①コンピュータチェックに適したレセプト様式の見直し等
- ②コンピュータチェックルールの公開基準の策定
- ③高額医薬品等の注意付せんの廃止

○平成30年度診療報酬改定において、①定性的な記載項目の選択項目化、②レセプトの添付書類の見直し、③未コード化傷病名の減少に向けた診療報酬における対応を実施した  
○平成30年3月にコンピュータチェックルールの公開基準を公表し、併せて、コンピュータチェック約8万事例を公表  
○平成29年12月、平成30年1月に高額医薬品等の注意付せんを試行的に中止、再審査を含む審査結果の状況を検証し、平成30年4月から廃止

## 3. 支部間差異の解消

○支部設定ルールの見える化と取扱基準の策定

○平成30年度以降の支部点検条件の見直しに向け、平成29年10月に支部宛に事務連絡を发出し、事前整理(重複確認、有効性検証等)の実施を依頼  
○見える化したチェックルールの内容を基に、支部設定ルールの廃止や本部ルールへの移行等に係る取扱基準案を策定

## 4. 組織の在り方の見直し

○支部集約化に向けたモデル(実証)事業の検討

○平成30年度に集約支部3カ所(宮城、大阪、福岡)被集約支部6カ所(福島、京都、奈良、滋賀、熊本、佐賀)を1カ所2ヶ月間の支部集約化に係るモデル(実証)事業を計3回実施することを決定

## 5. 審査委員会のガバナンス強化

○審査委員の倫理規範の明文化

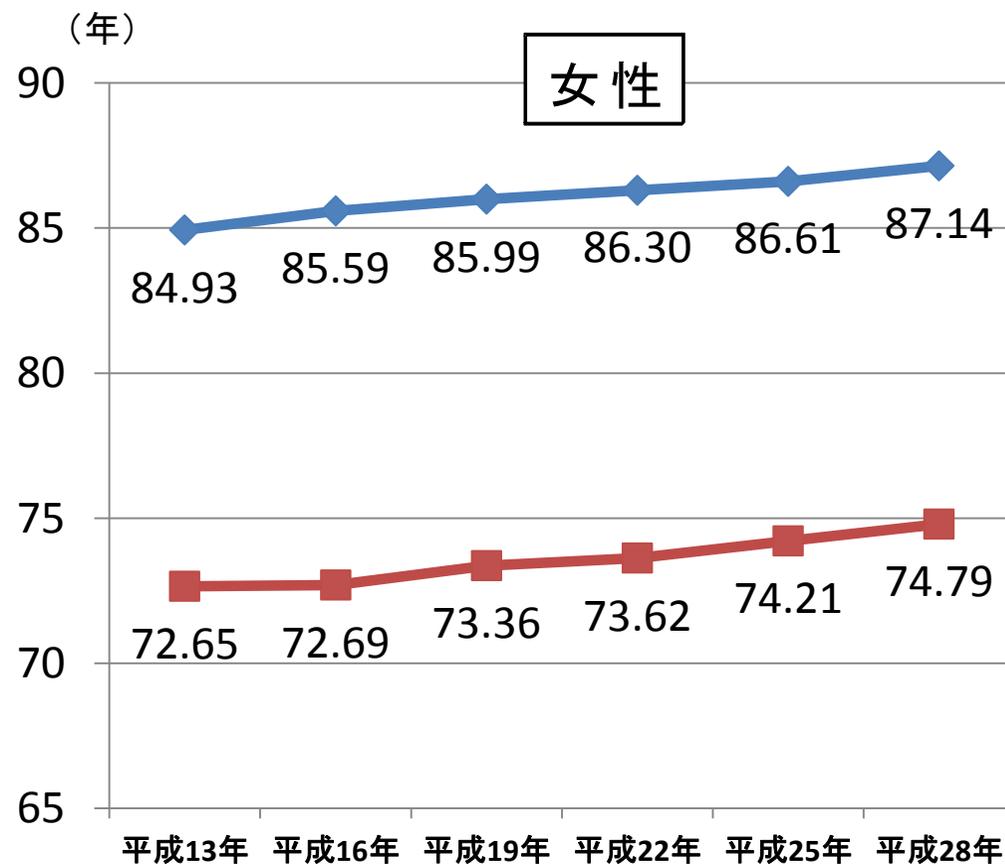
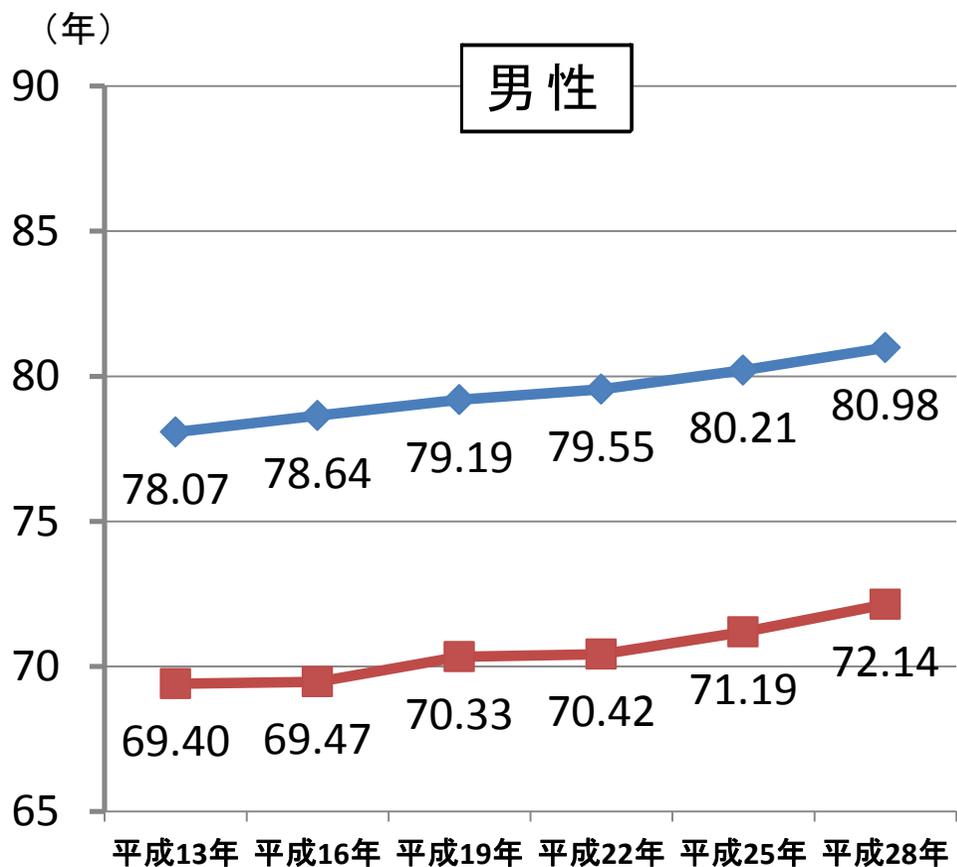
○審査委員会運営規程準則の一部を改正し、審査委員会の運営に当たっては、審査委員自らが関連する医療機関等は担当しないことや、審査を担当する医療機関等は定期的に変更する旨等の規定を明文化

1. 国民健康保険
2. 被用者保険
3. 後期高齢者医療制度
4. データヘルス改革
5. 審査支払機関改革
6. 予防・健康づくり

# 平均寿命と健康寿命の推移

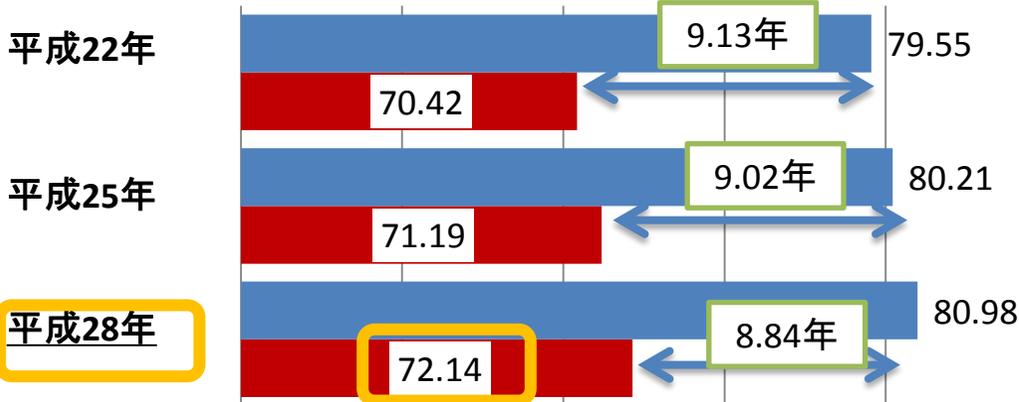
◆ 平均寿命

■ 健康寿命



# 健康寿命と平均寿命の推移

## 男性



## 女性

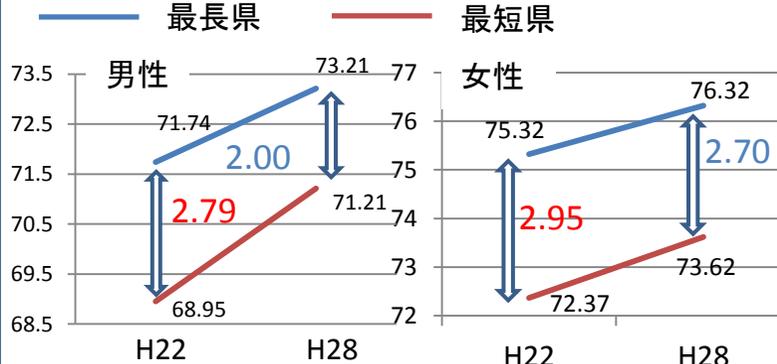


○ 平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加

H22からの増加分	男性	女性
健康寿命	+1.72	+1.17
平均寿命	+1.43	+0.84

○ 都道府県格差\*の縮小

※日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差



健康寿命は全体として延伸しており、格差も縮小している。

※ 厚生労働科学研究費補助金：健康日本21（第二次）の地域格差の評価と要因分析に関する研究（研究代表者 辻一郎）において算出。

※ 平成28年（2016）調査では熊本県は震災の影響で調査なし。

※ 健康寿命を用いたその他の主な政府指標

・健康日本21（第二次）の目標：平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加（平成34年度）

・日本再興戦略及び健康・医療戦略の目標：「2020年までに国民の健康寿命を1歳以上延伸」

・一億総活躍プランの指標：「平均寿命を上回る健康寿命の延伸加速を実現し、2025年までに健康寿命を2歳以上延伸」

【資料】

○平均寿命：厚生労働省「平成22年完全生命表」

「平成25年簡易生命表」

「平成28年簡易生命表」

○健康寿命：厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年簡易生命表」

厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年人口動態統計」

厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年国民生活基礎調査」

総務省「平成22年/平成25年/平成28年推計人口」

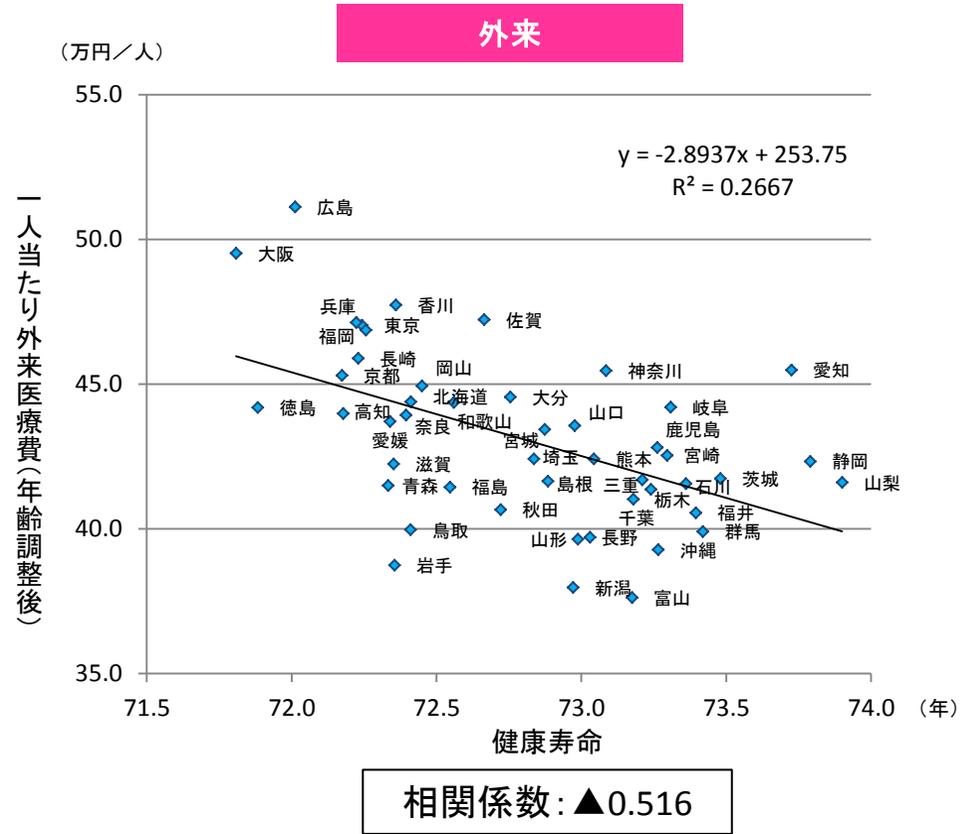
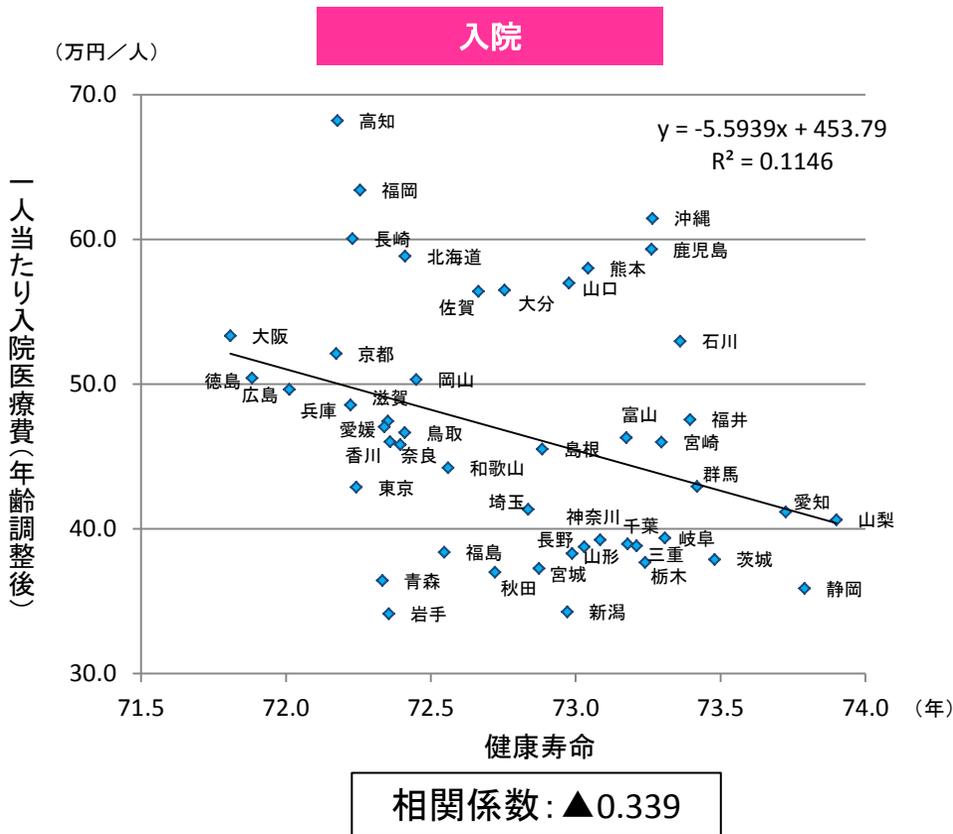
より算出

# 後期高齢者の健康寿命と医療費について①

- 医療費の地域差には、従来から病床数や医師数、保健師数、高齢者の就業率などとの相関が指摘。
- 都道府県別データで健康寿命と医療費との関係を見ると、入院で弱い相関、外来である程度の相関。

※ 健康寿命が国民生活基礎調査の回答結果を用いて算出されたものであること、このデータは健康寿命と医療費の因果関係を示すものではなく、健康寿命の長さや医療費の低さに共通する要因等については別途検討が必要であること、健康寿命上位・下位都道府県群の比較を行う場合には、医療費が特に高い県・低い県の影響が強く出る可能性などに留意が必要。

## <後期高齢者医療制度(2015年度)における分析>



(出所等) 厚生労働省「平成27年度医療費の地域差分析」、厚生労働科学研究「健康日本21(第二次)の推進に関する研究」

健康寿命は、性別に2010年、2013年、2016年の「日常生活に制限のない期間」を平均したものを、さらに、男性と女性とで平均したもの。外来は医科入院外+調剤。

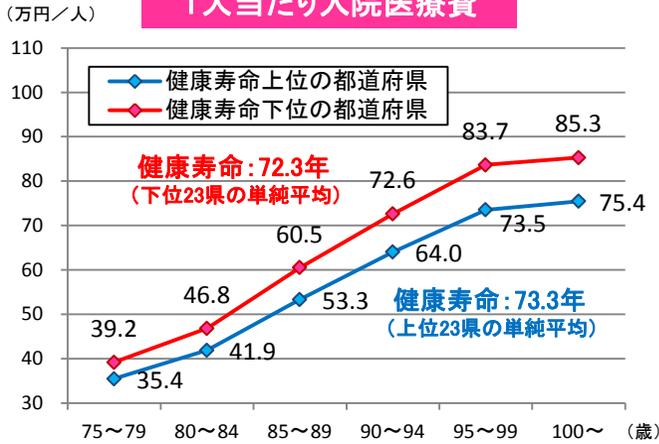
# 後期高齢者の健康寿命と医療費について②

<後期高齢者医療制度(2015年度)における分析>

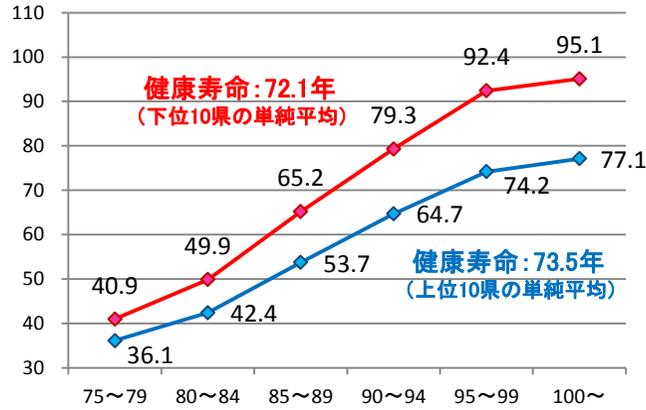
※ 下のグラフにおいて75歳未満の被保険者は75~79歳の階級に含めて計算している。

上位23県・下位23県の比較

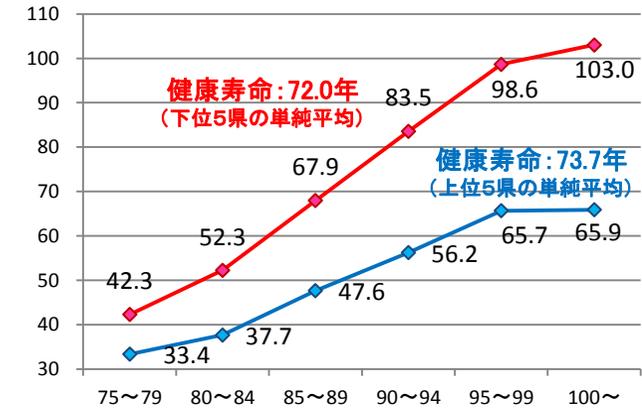
## 1人当たり入院医療費



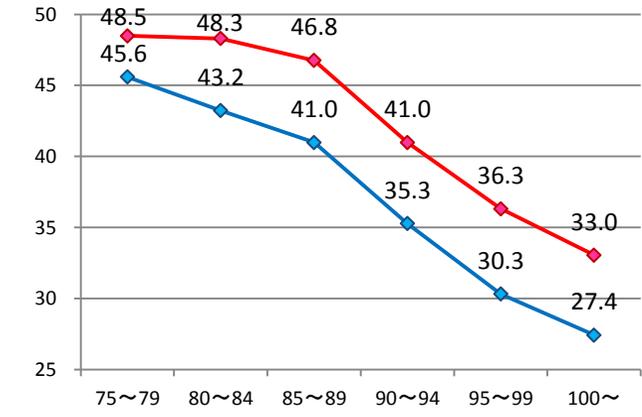
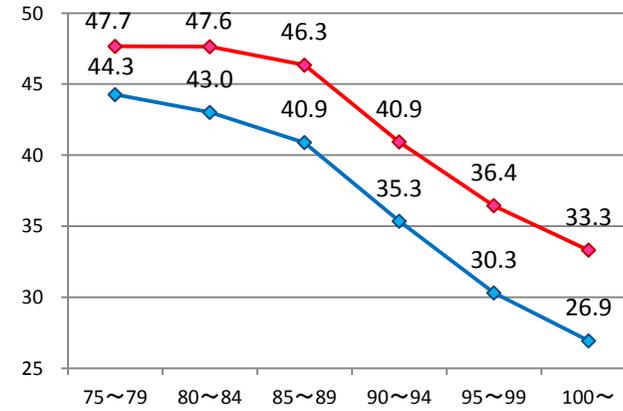
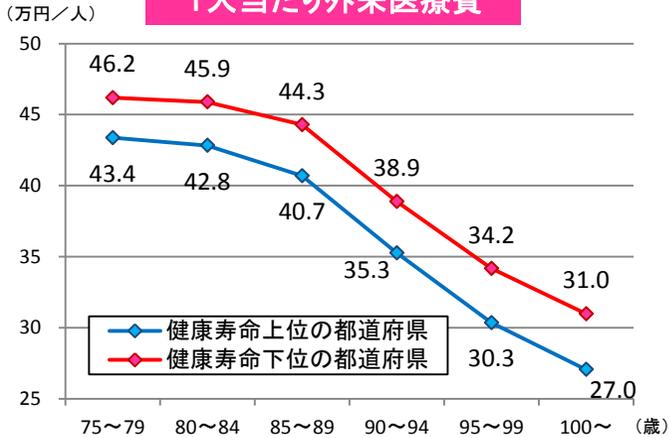
上位10県・下位10県の比較



上位5県・下位5県の比較



## 1人当たり外来医療費



(出所等) 厚生労働省「平成27年度医療費の地域差分析」、厚生労働科学研究「健康日本21(第二次)の推進に関する研究」

健康寿命は、性別に2010年、2013年、2016年の「日常生活に制限のない期間」を平均したものを、さらに、男性と女性とで平均したもの。

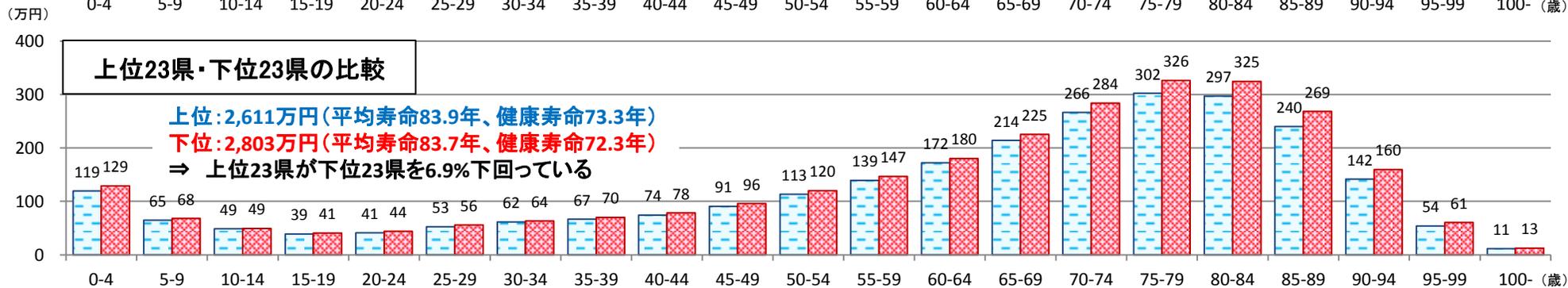
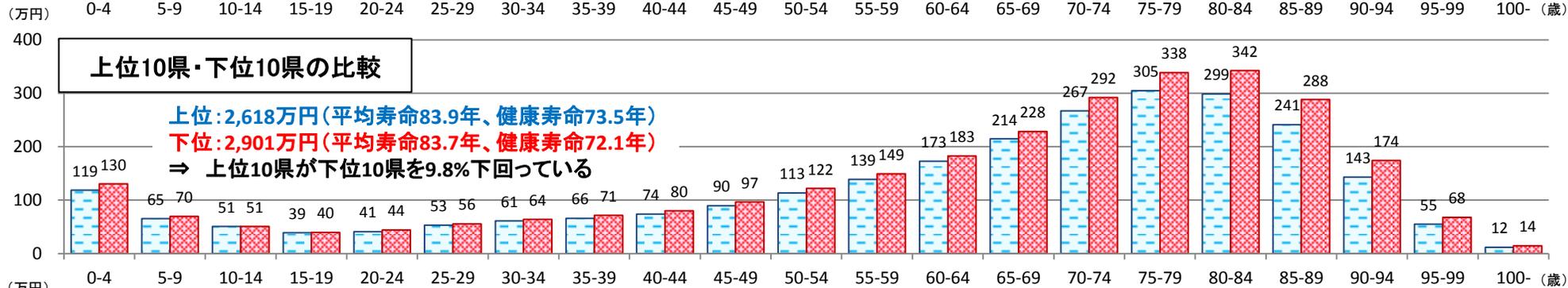
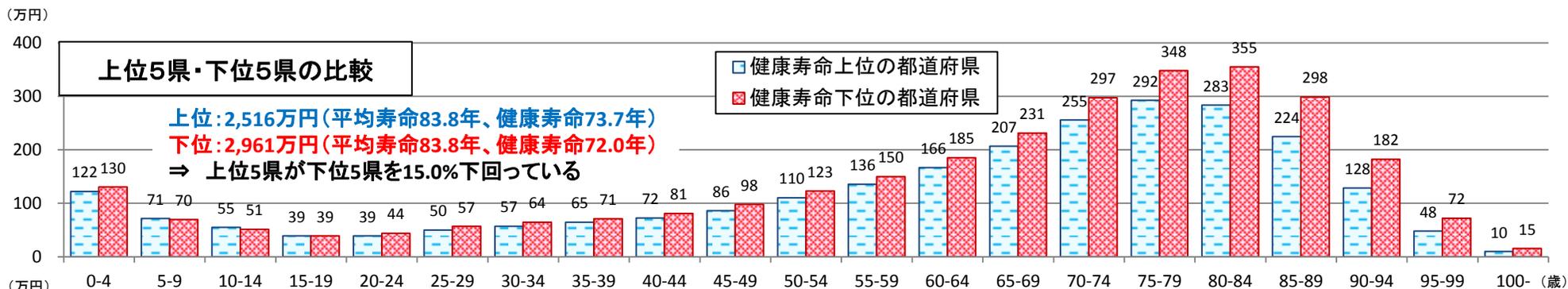
年齢階級別の人口1人当たり医療費について、健康寿命上位・下位のそれぞれの都道府県群で単純平均し、比較したもの。外来は医科入院外+調剤。

健康寿命上位10県は、上位から順に山梨、静岡、愛知、茨城、群馬、福井、石川、岐阜、宮崎、沖縄。

健康寿命下位10県は、下位から順に大阪、徳島、広島、京都、高知、兵庫、長崎、東京、福岡、青森。

# 健康寿命と生涯医療費について

○ 生涯医療費は、健康寿命上位の都道府県の方が、下位の都道府県と比較して低くなっている。



(出所等) 厚生労働省「国民医療費」、「患者調査」、NDBデータ、「都道府県別生命表」、「人口動態調査」 総務省「10月1日現在人口推計」、厚生労働科学研究「健康日本21(第二次)の推進に関する研究」

※1. 生涯医療費、平均寿命、健康寿命について、健康寿命上位・下位のそれぞれの都道府県群で単純平均し、比較したもの。

※2. 生涯医療費は、NDBの集計データ(平成27年度)、患者調査(平成26年)及び都道府県別の国民医療費(平成27年度)をもとに、平成27年度における都道府県別・年齢階級別の1人当たり医療費を算出し、平成27年都道府県別生命表による定常人口を適用して推計したもの。

※3. 健康寿命は、性別に2010年、2013年、2016年の「日常生活に制限のない期間」を平均したものを、さらに、男性と女性とで平均したもの。

# 医療費適正化計画について

- 高齢者医療確保法では、制度の持続可能な運営を確保するため、国と都道府県が保険者・医療関係者等の協力を得て、住民の健康増進や医療費の適正化を進めるため、6年を1期として、国において医療費適正化基本方針を定めるとともに、都道府県において医療費適正化計画を定め、目標の達成に向けて、保険者・医療関係者等の協力を得て、取組を進めることとしている。

(※1) 第1期(2008~2012年度)、第2期(2013~2017年度)は5年を1期として実施。第3期(2018~2023年度)からは6年を1期とする。

(※2) 医療費の増加は、高齢化や技術の高度化、一時的な感染症の蔓延など様々な要素があることから、都道府県の現場で医療費適正化の枠組みを機能させるためには、目標の設定と取組による効果の因果関係について、科学的なエビデンスを含めた合理的な説明が可能なものであって、住民や保険者・医療関係者等の協力を得て、目標の実現に向けた取組の実施と評価が可能なものを位置づける必要がある。

このため、高齢者医療確保法では、①住民の健康の保持の推進に関する事項(特定健診・保健指導の推進など)と、②医療の効率的な提供の推進に関する事項(後発医薬品の推進や重複投薬の適正化など)を、医療費適正化計画における取組の目標に定めることとしている。

- 第3期(2018~2023年度)の「医療費適正化計画」では、

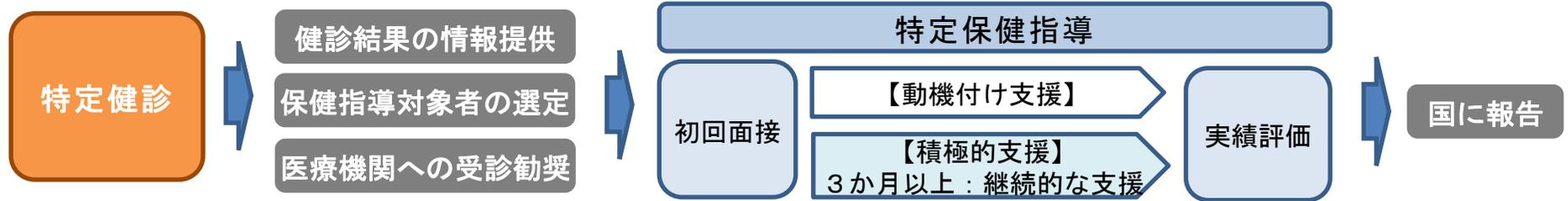
- ①入院医療費は、都道府県の医療計画(地域医療構想)に基づく病床機能の分化・連携の推進の成果を反映させて推計し、
- ②外来医療費は、糖尿病の重症化予防、特定健診・保健指導の推進、後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用による、医療費適正化の効果を織り込んで推計することとしている。

## ◎高齢者の医療の確保に関する法律 第9条 ※2015年改正後

- 2 都道府県医療費適正化計画においては、当該都道府県の医療計画に基づく事業の実施による病床の機能の分化及び連携の推進の成果並びに住民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進により達成が見込まれる医療費適正化の効果を踏まえて、厚生労働省令で定めるところにより算定した計画の期間における医療に要する費用の見込み(略)に関する事項を定めるものとする。
- 3 都道府県医療費適正化計画においては、前項に規定する事項のほか、おおむね都道府県における次に掲げる事項について定めるものとする。
  - 一 住民の健康の保持の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項
  - 二 医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項
  - 三 前二号の目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項 (四~六項 略)

# 特定健康診査・特定保健指導について

○ 特定健診・保健指導は、保険者が健診結果により、内臓脂肪の蓄積に起因する糖尿病等のリスクに応じて対象者を選定し、対象者自らが健康状態を自覚し、生活習慣改善の必要性を理解した上で実践につなげるよう、専門職が個別に介入するものである（法定義務）。



## <特定健診の検査項目>

- ・質問票（服薬歴、喫煙歴 等）  
→ 「かんで食えるときの状態」を追加（2018年度～）
- ・身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）、血圧測定
- ・血液検査（脂質検査、血糖検査、肝機能検査）
- ・尿検査（尿糖、尿蛋白）
- ・詳細健診（医師が必要と認める場合に実施）  
心電図検査、眼底検査、貧血検査  
→ 「血清クレアチニン検査」を追加（2018年度～）

<特定保健指導の選定基準>（※）服薬中の者は、特定保健指導の対象としない。

腹囲	追加リスク			④喫煙歴	対象	
	①血糖	②脂質	③血圧		40-64歳	65-74歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当			あり なし	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当					
上記以外で BMI ≥ 25	3つ該当			あり なし	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当					
	1つ該当					

## <特定健診・保健指導の実施率>（目標：特定健診70%以上 保健指導45%以上）

特定健診 受診者数 2019万人（2008年度）→ 2,706万人（2015年度） 毎年100万人増  
 実施率 39%（2008年度）→ 50%（2015年度）

特定保健指導 終了者数 30.8万人（2008年度）→ 79.3万人（2015年度）  
 実施率 8%（2008年度）→ 18%（2015年度）

保険者機能の責任を明確にする観点から、厚生労働省において、**全保険者の特定健診・保健指導の実施率を公表する。**  
 （2017年度実績～）

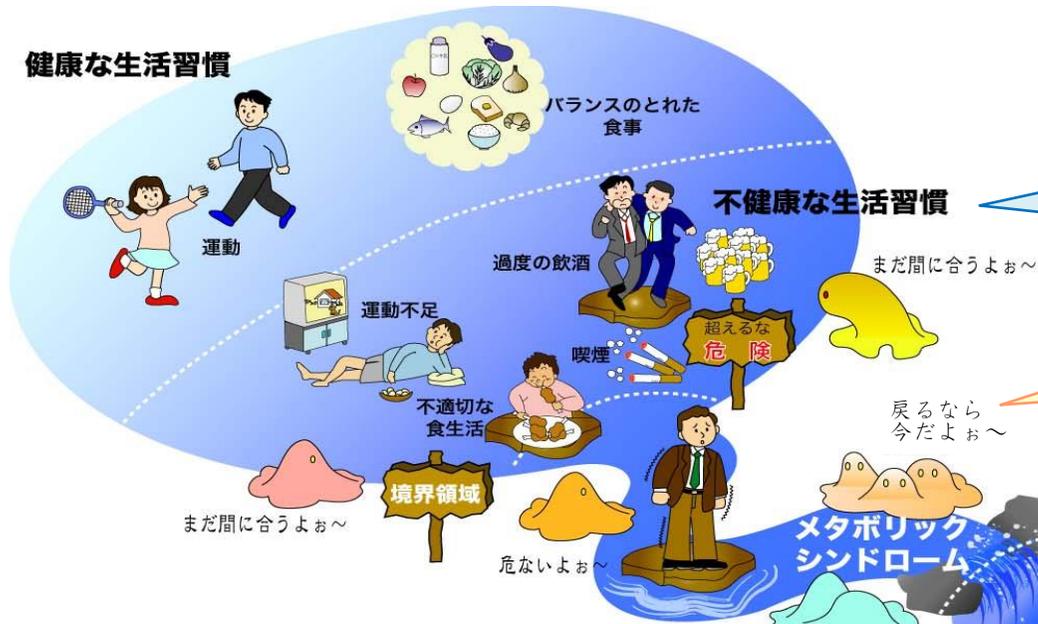


## 【特定保健指導の運用の弾力化】（2018（H30）年度～：第3期計画期間）

- 行動計画の実績評価の時期を、現在の「6か月以降」から、保険者の判断で「3か月以降」とすることができる。
- 保険者が特定保健指導全体の総括・管理を行う場合、初回面接と実績評価の「同一機関要件」を廃止する。
- 初回面接の分割実施を可能とし、特定健診受診当日に、対象者と見込まれる者に初回面接できるようにする（受診者の利便性の向上）。
- 積極的支援に2年連続で該当した場合、2年目の状態（腹囲、体重等）が1年目より改善していれば、2年目は動機付け支援相当でも可とする。
- 積極的支援対象者に対する柔軟な運用による特定保健指導のモデル実施の導入：保健指導の実施量（180ℓ・イット）による評価に代えて、3か月以上の保健指導による腹囲・体重の改善状況（2cm以上、2<sup>kg</sup>以上）による評価を可能とする。
- 情報通信技術を活用した初回面接（遠隔面接）の推進：国への実施計画の事前届出を廃止し、より導入しやすくする（2017年度～） 等

○ 運動・食事・喫煙などに関する不適切な生活習慣が引き金となり、肥満、脂質異常、血糖高値、血圧高値から起こる虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の発症・重症化を予防するためには、重症化に至っていく前の段階で、本人自らが健康状態を自覚し、生活習慣改善の必要性を理解した上で実践につなげられるよう、保険者が健診結果によりリスクが高い者を的確なタイミングで選定し、専門職が個別に介入する必要がある。こうした国民の健康保持・増進と医療費適正化の観点から、保険者は、法律に基づき、特定健診・保健指導を実施し、その結果を国に報告することが義務付けられている。

### 健康な生活習慣



- #### レベル1
- 不適切な食生活 (エネルギー・食塩・脂肪の過剰等)
  - 身体活動・運動不足
  - 喫煙
  - 過度の飲酒
  - 過度のストレス

- #### レベル2
- 肥満 (内臓脂肪型肥満)
  - 生活習慣病予備群 (正常高値血圧、高血糖(境界領域)等)

- #### レベル3
- 肥満症
  - 糖尿病
  - 高血圧症
  - 脂質異常症

- #### レベル4
- 虚血性心疾患 (心筋梗塞・狭心症等)
  - 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)
  - 糖尿病の合併症 (腎症、網膜症等)
  - 下肢末梢動脈疾患

- #### レベル5
- 日常生活における支障
  - 半身の麻痺、失明、人工透析、下肢切断
  - 認知症

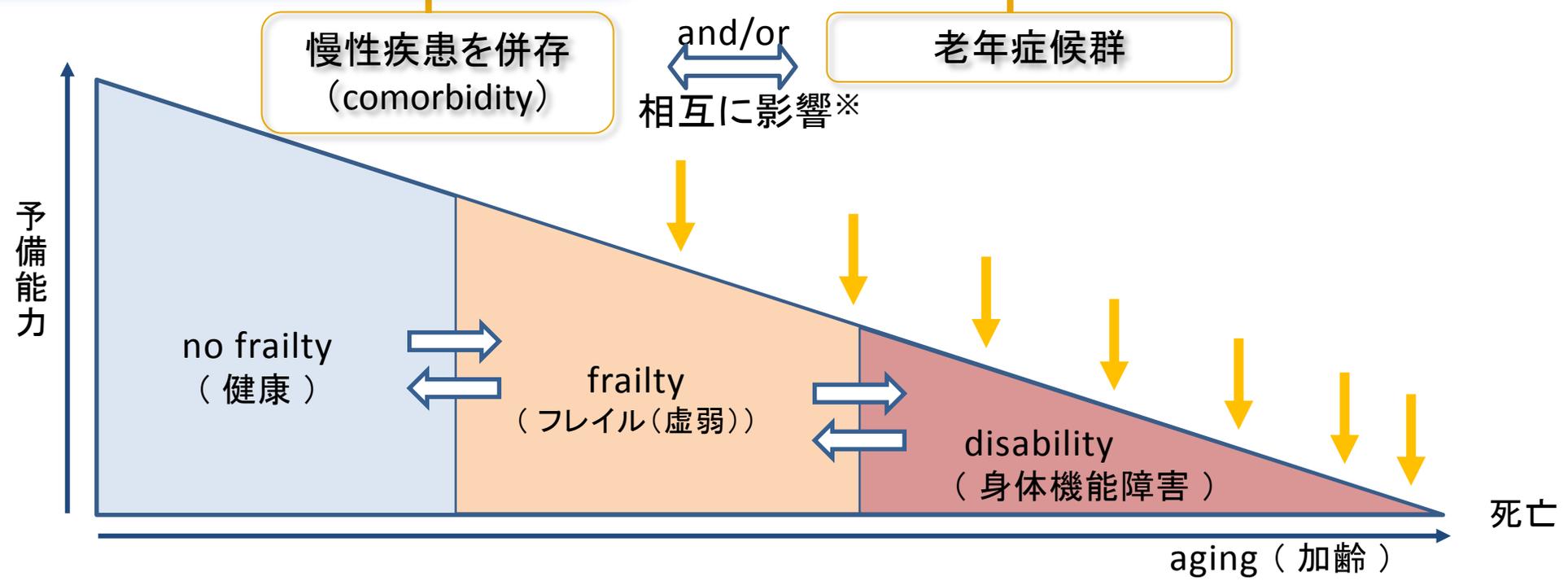


# 高齢者に特有の健康障害

葛谷雅文:日老誌(2009)をもとに、著者の許可を得て改変

- 高血圧
- 糖尿病
- 呼吸器疾患
- 骨粗鬆症
- 心疾患
- 慢性腎疾患(CKD)
- 悪性腫瘍
- 変形性関節症等、生活習慣や加齢に伴う疾患
- 脳血管疾患

- 認知機能障害
- 視力障害
- 難聴
- 体重減少
- めまい
- うつ
- せん妄
- サルコペニア(筋量低下)
- 摂食・嚥下障害
- 貧血
- 易感染性



「フレイル」とは、『フレイル診療ガイド2018年版』(日本老年医学会／国立長寿医療研究センター、2018)によると「加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態」を表す“frailty”の日本語訳として日本老年医学会が提唱した用語である。フレイルは、「要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、身体的脆弱性のみならず精神心理的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。」と定義されている。また、「フレイル」の前段階にあたる「プレフレイル」のような早期の段階からの介入・支援を実施することも重要である。

※ 現時点では、慢性疾患とフレイルの関わりについて継続的に検証されている段階にあることに留意が必要。

# 高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進

## 概要

- 低栄養、筋量低下等による心身機能の低下の予防、生活習慣病等の重症化予防のため、高齢者の特性を踏まえた保健指導等を実施。
- 後期高齢者医療広域連合において、地域の実情に応じて、地域包括支援センター、保健センター、訪問看護ステーション、薬局等を活用し、課題に応じた専門職（管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、保健師等）が、対応の必要性が高い後期高齢者に対して相談や訪問指導等を実施。
  - 〈例〉 ・低栄養、過体重に対する栄養相談・指導      ・摂食等の口腔機能低下に関する相談・指導
  - ・外出困難者への訪問歯科健診
  - ・複数受診等により服用する薬が多い場合における服薬相談・指導 等

## 推進のための事業イメージ

保健センター    地域包括支援センター



診療所・病院



歯科医院



薬局



専門職

訪問看護ステーション



訪問指導

相談



被保険者

低栄養・過体重、摂食等の口腔機能、服薬など

## (参考) 高齢者の特性(例: 虚弱(フレイル))

加齢とともに、心身の活力(例えば筋力や認知機能等)が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態。

### 加齢に伴う変化

- ・食欲の低下
- ・活動量の低下(社会交流の減少)
- ・筋力低下
- ・認知機能低下
- ・多くの病気をかかえている

### 危険な加齢の兆候(老年症候群)

- ・低栄養
- ・転倒、サルコペニア
- ・尿失禁
- ・軽度認知障害(MCI)

### フレイルの多面性

閉じこもり、孤食

社会的

身体的

精神的

低栄養・転倒の増加  
口腔機能低下

意欲・判断力や  
認知機能低下、  
うつ

適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能。

# 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン(案)の概要

- 加齢に伴い虚弱等の壮年期とは異なる健康課題を抱える高齢者について、これまで示されていなかった具体的な取組に関する指針として、高齢者の特性を踏まえた保健事業の考え方や具体的な内容を提示することを目的。
- 平成28、29年度にモデル実施の高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進事業の検証結果などを踏まえ、「高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ」において検討中。

- ① 広域連合が実施することが望ましい保健事業の内容や手順について、科学的知見を踏まえて提示
- ② 広域連合と市町村が協働して、高齢者の健康づくりや介護予防等の事業と連携し実施する場合の役割分担や留意点を提示

## 1. 後期高齢者の特性に応じた保健事業

・後期高齢者の特性を挙げ、その特性を踏まえた保健事業に求められるポイントを整理

### 【後期高齢者の特性】

- ・前期高齢者と比べ、加齢に伴う虚弱な状態であるフレイルが顕著に進行。
- ・複数の慢性疾患を保有し、フレイルなどを要因とする老年症候群の症状が混在するため、包括的な疾病管理がより重要。

等

### 【保健事業に求められるポイント】

- ・体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養等のフレイルに着目した対策が必要。
- ・生活習慣病の発症予防よりも、重症化予防等の取組が相対的に重要。

等

## 2. 役割分担・連携

・広域連合と市町村の役割と両者の連携や、国、都道府県、関係機関等の役割などについて整理

### 【広域連合の役割】

- ・健診・レセプト等の情報を包括的、統合的に管理し、対象者抽出、評価等を行うとともに、市町村の事業評価を支援。
- ・事業への積極的なデータ活用等について市町村への周知・啓発。

等

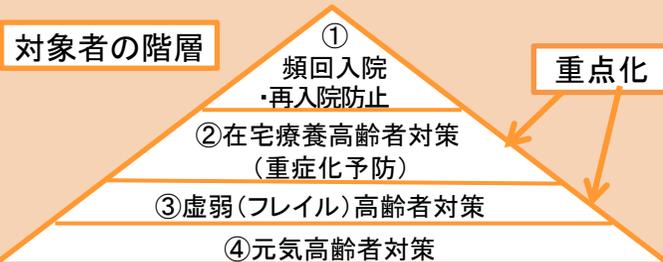
### 【市町村の役割】

- ・広域連合から提供される健康・医療情報等を活用して地域の疾病構造や健康課題を把握。介護保険、国保、一般住民を対象とした保健事業等との整合を図りつつ事業を推進。

連携の下、  
保健事業を  
推進

## 3. 取組の内容

・どのような対象者に、どのような支援を行うかについて整理



介護予防と連携した取組

国保等、壮年期の医療保険から連続した取組

栄養に関する課題

口腔に関する課題

服薬に関する課題

生活習慣病等の重症化予防に関する課題

支援の入口

高齢者が抱える  
健康上の不安を  
専門職がサポート

# 後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し

○ 後期高齢者支援金の加算・減算制度について、特定健診・保健指導や予防・健康づくり等に取り組む保険者に対するインセンティブをより重視する仕組みに見直す。

【現行】 ※国保・被用者保険の全保険者が対象

## 1. 目標の達成状況

- ・ 特定健診・保健指導の実施率のみによる評価

## 2. 支援金の加減算の方法 (2016年度の例)

※2015年度の取組実績を2018年度に2016年度分の後期高齢者支援金の精算に反映。

① 特定健診・保健指導の実施率ゼロ(0.1%未満)の保険者 (健保・共済分:70保険者)

→ 支援金負担を加算(ペナルティ) ※加算率=0.23%

② 実施率が相対的に高い保険者 (健保・共済分:67保険者)

→ 支援金負担を減算(インセンティブ)

※事業規模(健保・共済分):0.5億円

※支援金総額(保険者負担、健保・共済分):2.3兆円

【見直し:2018年度～】 ※加減算は、健保組合・共済組合が対象

(市町村国保は保険者努力支援制度で対応)

## 1. 支援金の加算(ペナルティ)

- ・ 特定健診57.5%(総合は50%)未満、保健指導10%(総合は5%)未満に対象範囲を段階的に拡大。加算率を段階的に引上げ。

※加算率=段階的に引上げ 2020年度に最大10%(法定上限) 3区分で設定

※2017年度の取組実績を2020年度に2018年度分の後期高齢者支援金の精算に反映。

## 2. 支援金の減算(インセンティブ) ※減算の規模=加算の規模

- ・ 特定健診・保健指導の実施率に加え、特定保健指導の対象者割合の減少幅(=成果指標)、がん検診・歯科健診、事業主との連携等の複数の指標で総合評価

※減算率=最大10%~1% 3区分で設定

※2018年度の取組実績を2020年度に2018年度分の後期高齢者支援金の精算に反映。

(項目)

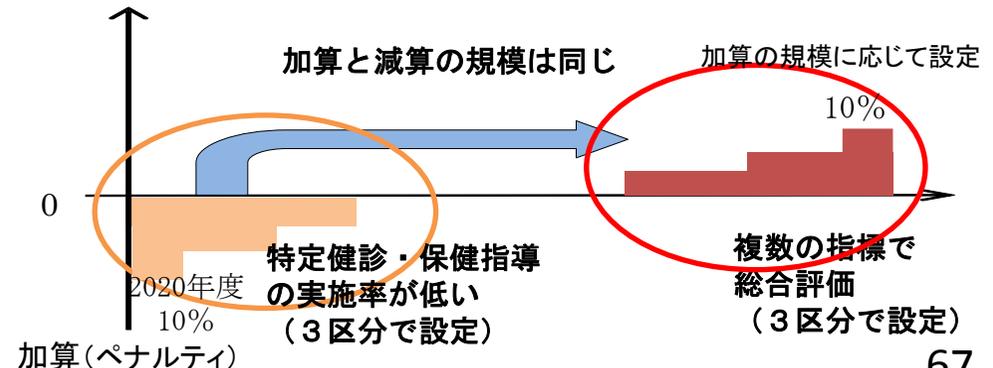
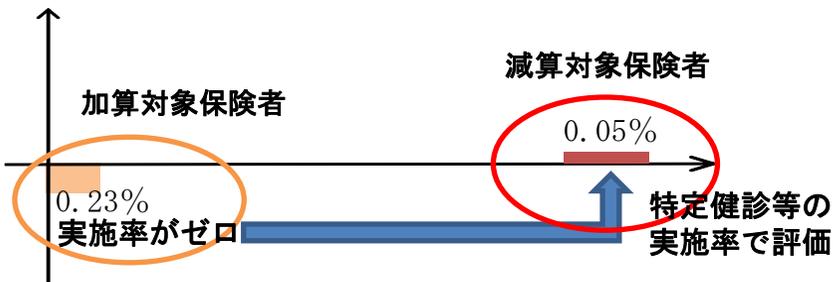
- ・ 特定健診・保健指導の実施率、前年度からの上昇幅(=成果指標)
- ・ 特定保健指導の対象者割合の減少幅(=成果指標)
- ・ 後発品の使用割合、前年度からの上昇幅(=成果指標)
- ・ 糖尿病等の重症化予防、がん検診、歯科健診・保健指導等
- ・ 健診の結果の分かりやすい情報提供、対象者への受診勧奨
- ・ 事業主との連携(受動喫煙防止、就業時間中の配慮等)
- ・ 予防・健康づくりの個人へのインセンティブの取組 等

＜現在:2017年度まで＞

＜見直し後:2018年度～＞

減算(インセンティブ)

減算(インセンティブ)



# 後期高齢者支援金の加算率の見直し(2018年度～)

- 特定健診・保健指導は、保険者の法定義務である。第3期末(2023年度)までに全保険者の保健指導の目標45%を達成するには、中間時点の2020年度までに実施率を30～35%程度まで引き上げる必要がある。このため、後期高齢者支援金の加算の対象範囲と加算率を見直し、実施率の低い保険者の取組を促す。2021年度以降の加算率は、第3期の中間時点で更に対象範囲等を検討する。
- 特定保健指導該当者の6～8割は20歳から体重が10キロ以上増加している者であり、健診結果の本人への分かりやすい情報提供や40歳未満も対象とした健康づくり、後発医薬品の使用促進など、保険者と事業主が連携して加入者の健康増進に総合的に取り組むことが重要。このため加算の要件に特定健診・保健指導以外の取組状況も組み入れる(指標の点数が高い場合は加算しない)。
  - (※1) 保健指導の実施率(2015年度) 健保組合 18.2% (単一健保 22.5% 総合健保 10.4%) 共済 19.6% (参考) 協会けんぽ 12.6%
  - (※2) 保健指導の実施率10%未満の保険者が10%以上まで引き上げた場合、健保組合・共済全体で2%程度の引上げ効果が見込まれる。第1期(5年間)に健保組合・共済全体で実施率が12%程度上昇したので、加算による効果以外に実施率の公表や保健指導の運用改善により2018～23年度(5年間)でも引き続き10～12%程度の上昇効果が持続すると仮定すると、加算による2%程度の効果と併せて、2020年度で30～35%程度の実施率達成が見込まれる。

		特定健診・保健指導の実施率	
		単一健保・共済組合 (私学共済除く)	総合健保・私学共済
特定健診	実施率が第3期目標の1/2未満	45%未満	42.5%未満
	実施率が第3期目標の1/2以上～57.5%未満(※4)	45%以上～57.5%未満	42.5%以上～50%未満(※6)
特定保健指導	実施率が0.1%未満	0.1%未満	0.1%未満
	実施率が0.1%以上～第3期目標の1/20未満	0.1%以上～2.75%未満(※5)	0.1%以上～1.5%未満(※6)
	実施率が第3期目標の1/20以上～1/10未満	2.75%以上～5.5%未満(※5)	1.5%以上～2.5%未満(※6)
	実施率が第3期目標の1/10以上～10%未満(※8)	5.5%以上～10%未満	2.5%以上～5%未満(※6)
特定健診(第3期の実施率目標)		90%以上	85%以上
特定保健指導(同上)		単一健保 55%以上 共済組合 45%以上	30%以上

2014～17年度 の加算率 【現行】	2018年度の加算率 (2017年度実績) 【第1段階】	2019年度の加算率 (2018年度実績) 【第2段階】	2020年度の加算率 (2019年度実績) 【第3段階】
	—(※3)	1.0%	2.0%
—		0.5%(※7)	1.0%(※7)
0.23%	1.0%	2.0%	5.0%
	0.25%	0.5%	1.0%
	—	0.25%(※7)	
	—	—	0.5%(※7)

- (※3) 特定健診の実施率は、現行は0.1%未満を加算対象としているが、該当組合数はない。
- (※4) 2023年度末までにすべての保険者が全保険者目標70%を達成することを目指して、中間時点(2020年度)の設定として、45%と70%の中間値である「57.5%未満」とする。
- (※5) 共済は、第三期目標が単一健保より低い、加算対象は同じとする。(※6) 総合健保組合は、目標や特性を踏まえ、実施率の対象範囲を設定する。
- (※7) 該当年度において、特定健診・保健指導(法定の義務)以外の取組が一定程度(減算の指標で集計)行われている場合には加算を適用しない。
- (※8) 2023年度末までにすべての保険者が全保険者目標45%の概ね半分の20%までは達することを目指して、中間時点(2020年度)の設定として、20%の半分の値である「10%未満」とする。

# 健保組合・共済の保険者機能の総合評価の指標・配点(インセンティブ)

○の重点項目について、2018年度は、大項目ごとに少なくとも1つ以上の取組を実施していることを減算の要件とする。

(※) 特定健診の実施率の上昇幅(1-②)、特定保健指導の対象者割合の減少(2-④)、後発品の使用割合・上昇幅(4-④⑤)は、成果を評価する指標。

総合評価の項目		重点項目	配点
<b>大項目1 特定健診・特定保健指導の実施(法定の義務)</b>			
①-1 保険者種別毎の目標値達成	前年度の特定健診の実施率が目標達成(単一健保90%、総合健保・私学共済85%、その他の共済90%以上)、かつ、特定保健指導の実施率が特に高い(単一健保・その他共済60%、総合健保・私学共済35%以上)	○	65
①-2 保険者種別毎の目標値達成	前年度の特定健診の実施率が目標達成(単一健保90%、総合健保・私学共済85%、その他の共済90%以上)、かつ、特定保健指導の実施率が目標達成(単一健保55%、総合健保・私学共済30%、その他の共済45%以上)	○	60
①-3 実施率が上位	前年度の特定健診の実施率が[目標値×0.9]以上 かつ 特定保健指導の実施率が[目標値×0.9]以上 (※)共済グループの特定保健指導の実施率は保険者種別目標値(45%)以上とする	○	30
②-1 特定健診の実施率の上昇幅	前年度の特定健診の実施率が[目標値×0.9]未満で、前々年度より10ポイント以上上昇(②-2との重複不可)	—	20
②-2 特定健診の実施率の上昇幅	前年度の特定健診の実施率が[目標値×0.9]未満で、前々年度より5ポイント以上上昇(②-1との重複不可)	—	10
③-1 特定保健指導の実施率の上昇幅	前年度の特定保健指導の実施率が[目標値×0.9]未満で、前々年度より10ポイント以上上昇(③-2との重複不可)	—	20
③-2 特定保健指導の実施率の上昇幅	前年度の特定保健指導の実施率が[目標値×0.9]未満で、前々年度より5ポイント以上上昇(③-1との重複不可)	—	10
小計			65
<b>大項目2 要医療の者への受診勧奨・糖尿病等の重症化予防</b>			
① 個別に受診勧奨	特定健診結果から、医療機関への受診が必要な者を把握し、受診勧奨を実施 (※)「標準的な健診・保健指導プログラム」の具体的なフィードバックを参考に受診勧奨の情報提供を行う	○	4
② 受診の確認	①を実施し、一定期間経過後に、受診状況をレセプトで確認、または本人に確認		4
③ 糖尿病性腎症等の重症化予防の取組	重症化予防プログラム等を参考に重症化予防の取組の実施(治療中の者に対し医療機関と連携して重症化を予防するための保健指導を実施する、またはレセプトを確認して治療中断者に受診勧奨する)	○	4
④-1 特定保健指導の対象者割合の減少	前年度の特定保健指導の該当者割合が前々年度より3ポイント減少(④-2との重複不可)	—	10
④-2 特定保健指導の対象者割合の減少	前年度の特定保健指導の該当者割合が前々年度より1.5ポイント減少(④-1との重複不可)	—	5
小計			22
<b>大項目3 加入者への分かりやすい情報提供、特定健診のデータの保険者間の連携・分析</b>			
① 情報提供の際にICTを活用 (提供ツールとしてのICT活用、ICTを活用して作成した個別性の高い情報のいずれでも可)	本人に分かりやすく付加価値の高い健診結果の情報提供(個別に提供)(※)以下のいずれかを実施 ・経年データやレーダーチャートのグラフ等の掲載 ・個別性の高い情報(本人の疾患リスク、検査値の意味)の掲載 ・生活習慣改善等のアドバイスの掲載	○	5
② 対面での健診結果の情報提供	本人への専門職による対面での健診結果の情報提供の実施(医師・保健師・看護師・管理栄養士その他医療に従事する専門職による対面での情報提供(集団実施も可))		4
③ 特定健診データの保険者間の連携①(退職者へのデータの提供、提供されたデータの活用)	保険者間のデータ連携について以下の体制が整っている。(※)実際のデータ移動の実績は不要 ・退職の際に本人又は他の保険者の求めに応じて過去の健診データの提供に対応できる ・新規の加入者又は他の保険者から提供された加入前の健診データを継続して管理できる	○	5
④ 特定健診データの保険者間の連携②(保険者共同での特定健診データの活用・分析)	保険者協議会において、以下の取組を実施。(※)いずれかでも可 ・保険者が集計データを持ち寄って地域の健康課題を分析 ・地域の健康課題に対応した共同事業を実施		4
小計			18

## 総合評価の項目

重点項目 配点

## 大項目4 後発医薬品の使用促進

① 後発医薬品の希望カード等の配布	加入者への後発医薬品の希望カード、シール等の配布	○	4
② 後発医薬品差額通知の実施	後発医薬品に変更した場合の差額通知の実施	○	4
③ 効果の確認	②を実施し、送付した者の後発品への切替の効果額や切替率の把握	○	4
④-1 後発医薬品の使用割合が高い	使用割合が80%以上 (④-2との重複不可)	—	5
④-2 後発医薬品の使用割合が高い	使用割合が70%以上 (④-1との重複不可)	—	3
⑤-1 後発医薬品の使用割合の上昇幅	前年度より10ポイント以上上昇 (⑤-2との重複不可)	—	5
⑤-2 後発医薬品の使用割合の上昇幅	前年度より5ポイント以上上昇 (⑤-1との重複不可)	—	3
		小計	22

## 大項目5 がん検診・歯科健診等（人間ドックによる実施を含む）

① がん検診の実施	がん検診を保険者が実施（対象者への補助、事業主や他保険者との共同実施を含む）。事業主が実施するがん検診の場合、がん検診の種別ごとに対象者を保険者でも把握し、検診の受診の有無を確認。	○	4
② がん検診：受診の確認	保険者が実施する各種がん検診の結果から、要精密検査となった者の受診状況を確認し、必要に応じて受診勧奨を実施。他の実施主体が実施したがん検診の結果のデータを取得した場合、これらの取組を実施。		4
③ 市町村が実施するがん検診の受診勧奨	健康増進法に基づき市町村が実施するがん検診の受診を勧奨（対象者を把握し個別に勧奨、チラシ・リーフレット等による対象者への受診勧奨）	○	4
④ 歯科健診：健診受診者の把握	歯科健診の対象者を設定（把握）し、受診の有無を確認	○	4
⑤ 歯科保健指導	歯科保健教室・セミナー等の実施、または歯科保健指導の対象者を設定・実施（④の実施の結果や、特定健診の質問票の項目13「食事でかんだ時の状態」の回答等から対象者を設定）	○	4
⑥ 歯科受診勧奨	対象者を設定し、歯科への受診勧奨を実施（④の実施の結果や、特定健診の質問票の項目13「食事でかんだ時の状態」の回答等から対象者を設定）	○	4
⑦ 予防接種の実施	インフルエンザワクチン接種等の各種予防接種の実施、または実施した加入者への補助		4
		小計	28

## 大項目6 加入者に向けた健康づくりの働きかけ（健康教室による実施を含む）、個人へのインセンティブの提供

① 運動習慣	40歳未満を含めた、運動習慣改善のための事業（特定保健指導の対象となっていない者を含む）	○	4
② 食生活の改善	40歳未満を含めた、食生活の改善のための事業（料理教室、社食での健康メニューの提供など）	○	4
③ こころの健康づくり	こころの健康づくりのための事業（専門職による個別の相談体制の確保、こころの健康づくり教室等の開催（メール・チラシ等の配布のみによる情報提供や働きかけは除く））	○	4
④ 喫煙対策事業	40歳未満を含めた、喫煙対策事業（標準的な健診・保健指導プログラムを参考に禁煙保健指導の実施、事業主と連携した個別禁煙相談、禁煙セミナー、事業所敷地内の禁煙等の実施）	○	5
⑤ インセンティブを活用した事業の実施	個人の健康づくりの取組を促すためのインセンティブを活用した事業を実施（ヘルスケアポイント等）	○	4
		小計	21

## 大項目7 事業主との連携、被扶養者への健診・保健指導の働きかけ

① 産業医・産業保健師との連携	産業医・産業保健師と連携した保健指導の実施、または、産業医・産業保健師への特定保健指導の委託	○	4
② 健康宣言の策定や健康づくり等の共同事業の実施	事業主と連携した健康宣言（従業員等の健康増進の取組や目標）の策定や加入者への働きかけ。事業所の特性を踏まえた健康課題の分析・把握、健康課題解決に向けた共同事業や定期的な意見交換の場の設置	○	4
③ 就業時間内の特定保健指導の実施の配慮	就業時間中に特定保健指導が受けられるよう事業主による配慮	○	4
④ 退職後の健康管理の働きかけ	事業主の実施する退職者セミナー等で保険者が退職後の健康管理に関する情報提供を実施	○	4
⑤ 被扶養者への特定健診の実施	前年度の被扶養者の特定健診の実施率が〔目標値×0.7〕以上（大項目1との重複可）	○	4
⑥ 被扶養者への特定保健指導の実施	前年度の被扶養者の特定保健指導の実施率が〔目標値×0.7〕以上（大項目1との重複可）	○	4
		小計	24
		全体計	200

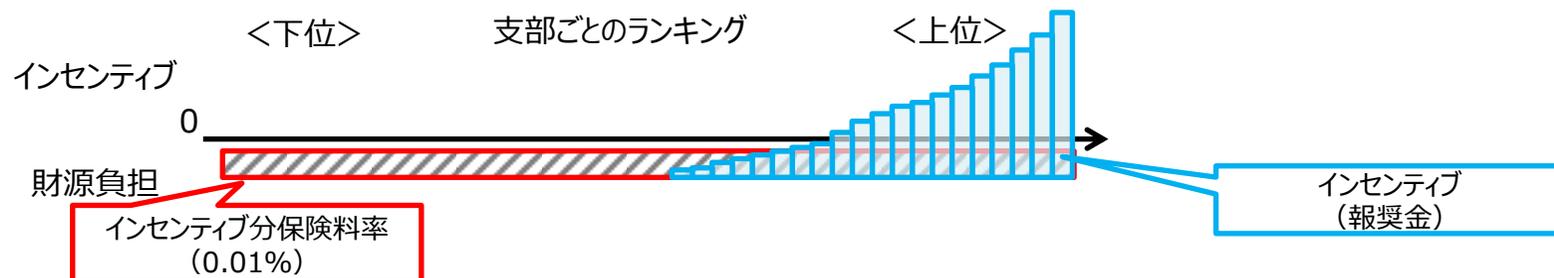
# 協会けんぽのインセンティブ制度の概要

## 制度趣旨

医療保険制度改革骨子や日本再興戦略改定2015等を踏まえ、新たに協会けんぽ全支部の後期高齢者支援金に係る保険料率の中に、インセンティブ制度の財源となる保険料率（0.01%）を設定するとともに、支部ごとの加入者及び事業主の行動等を評価し、その結果が上位過半数となる支部については、報奨金によるインセンティブを付与

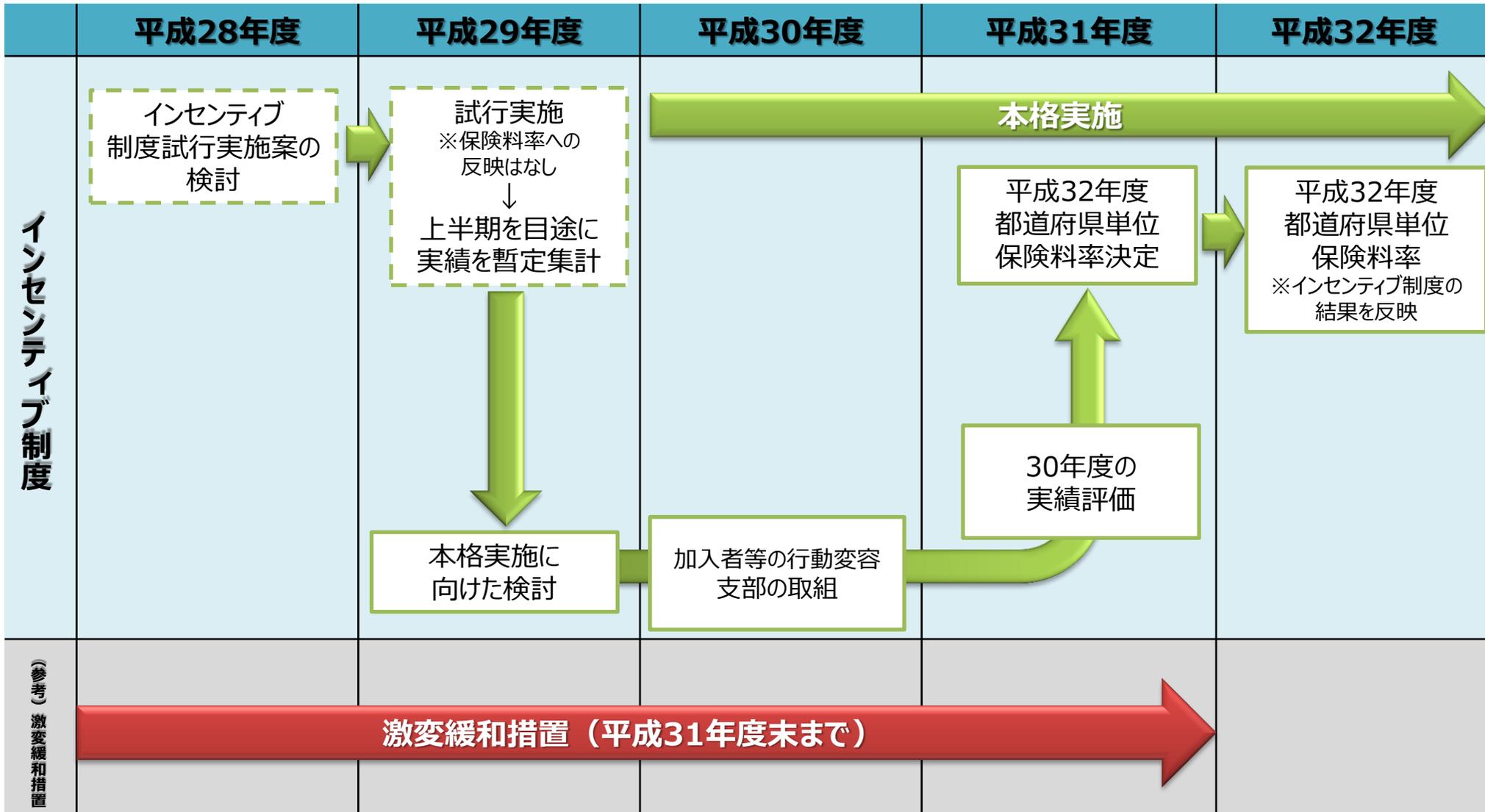
- 特定健診・特定保健指導の実施率、要治療者の医療機関受診割合、後発医薬品の使用割合などの評価指標に基づき、支部ごとの実績を評価する。
- 評価方法は偏差値方式とし、平均偏差値である50を素点50とした上で、指標ごとの素点を合計したものを支部の総得点とし全支部をランキング付けする。
- インセンティブ制度による保険料率への反映は、2020年度から実施する。  
2018年度実績を評価した結果を2020年度保険料率に反映するとともに、インセンティブ分保険料率として新たに全支部の後期高齢者支援金に係る保険料率の中に0.01%を盛り込む。
- 制度導入に伴う激変緩和措置として、この新たな負担分については、3年間で段階的に導入する。  
2018年度（2020年度保険料率）：0.004% ⇒ 2019年度（2021年度保険料率）：0.007% ⇒  
2020年度（2022年度保険料率）：0.01%

## 【制度のイメージ】



## <協会けんぽ> インセンティブ制度の導入スケジュールについて

インセンティブ制度では、平成29年度から試行実施を行う（試行実施の段階では保険料率への反映はしない）。平成30年度から本格実施し、その結果を平成32年度の都道府県単位保険料率に反映する。



# 国保の保険者努力支援制度の実施について

## 保険者努力支援制度

実施時期：30年度以降

対象：市町村及び都道府県

規模：約800億円（国保改革による公費拡充の財源を活用） ※別途、特調より約200億円を追加

評価指標：前倒しの実施状況を踏まえ、29年夏に30年度分の評価指標等を市町村及び都道府県へ提示し、29年秋に評価を実施。31年度分以降の評価指標については、今後の実施状況を踏まえ検討

## 保険者努力支援制度【前倒し分】

実施時期：28年度及び29年度

対象：市町村

規模：特別調整交付金の一部を活用して実施（平成28年度：150億円、平成29年度：250億円）

評価指標：保険者共通の指標に加え、収納率等国保固有の問題にも対応

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]

(インセンティブ改革)

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

このため、保険者については、国民健康保険において、保険者努力支援制度の趣旨を現行補助制度に前倒しで反映する。その取組状況を踏まえ、2018年度(平成30年度)までに保険者努力支援制度のメリハリの効いた運用方法の確立(中略)など、保険者における医療費適正化に向けた取組に対する一層のインセンティブ強化について制度設計を行う。

# 平成30年度の保険者努力支援制度について(全体像)

## 市町村分（300億円程度）※特調より200億円程度を追加

### 保険者共通の指標

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

- 特定健診受診率・特定保健指導受診率
- メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況

- がん検診受診率
- 歯科疾患（病）検診実施状況

指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

- 重症化予防の取組の実施状況

指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況

- 個人へのインセンティブの提供の実施
- 個人への分かりやすい情報提供の実施

指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

- 重複服薬者に対する取組

指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

- 後発医薬品の促進の取組
- 後発医薬品の使用割合

### 国保固有の指標

指標① 収納率向上に関する取組の実施状況

- 保険料（税）収納率
- ※過年度分を含む

指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況

- データヘルス計画の実施状況

指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況

- 医療費通知の取組の実施状況

指標④ 地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況

- 国保の視点からの地域包括ケア推進の取組

指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況

- 第三者求償の取組状況

指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況

- 適切かつ健全な事業運営の実施状況

## 都道府県分（500億円程度）

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価

- 主な市町村指標の都道府県単位評価
  - ・特定健診・特定保健指導の実施率
  - ・糖尿病等の重症化予防の取組状況
  - ・個人インセンティブの提供
  - ・後発医薬品の使用割合
  - ・保険料収納率
- ※ 都道府県平均等に基づく評価

指標② 医療費適正化のアウトカム評価

- 都道府県の医療費水準に関する評価
- ※国保被保険者に係る年齢調整後一人当たり医療費に着目し、
  - ・その水準が低い場合
  - ・前年度より一定程度改善した場合に評価

指標③ 都道府県の取組状況

- 都道府県の取組状況
  - ・医療費適正化等の主体的な取組状況（重症化予防の取組、市町村への適切な指導・助言等）
  - ・法定外繰入の削減に向けた取組

# 平成30年度保険者努力支援制度(市町村分) 都道府県別市町村平均得点 (体制構築加点含まず 790点満点)

(得点)

600

500

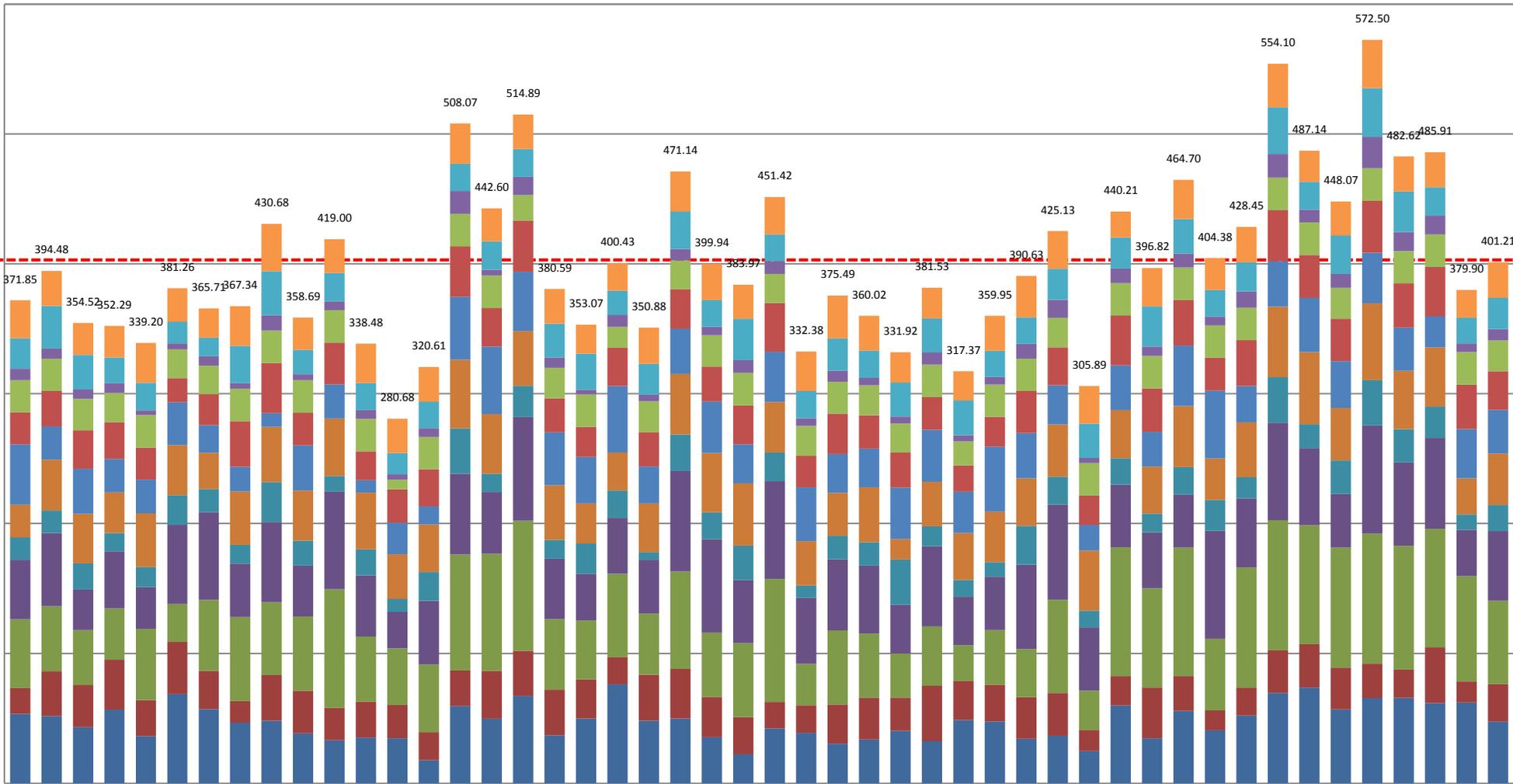
400

300

200

100

0



- 共通1 特定健診・保健指導・メタボ(150点)
- 共通4 個人インセンティブ(95点)
- 固有1 収納率(100点)
- 固有4 地域包括(25点)

- 共通2 がん検診・歯周疾患健診(55点)
- 共通5 重複服薬(35点)
- 固有2 データヘルス(40点)
- 固有5 第三者求償(40点)

- 共通3 重症化予防(100点)
- 共通6 ジェネリック(75点)
- 固有3 医療費通知(25点)
- 固有6 適正かつ健全な取組(50点)

# 平成30年度保険者努力支援制度(都道府県分) 都道府県別獲得点

(点)

200

180

160

140

120

100

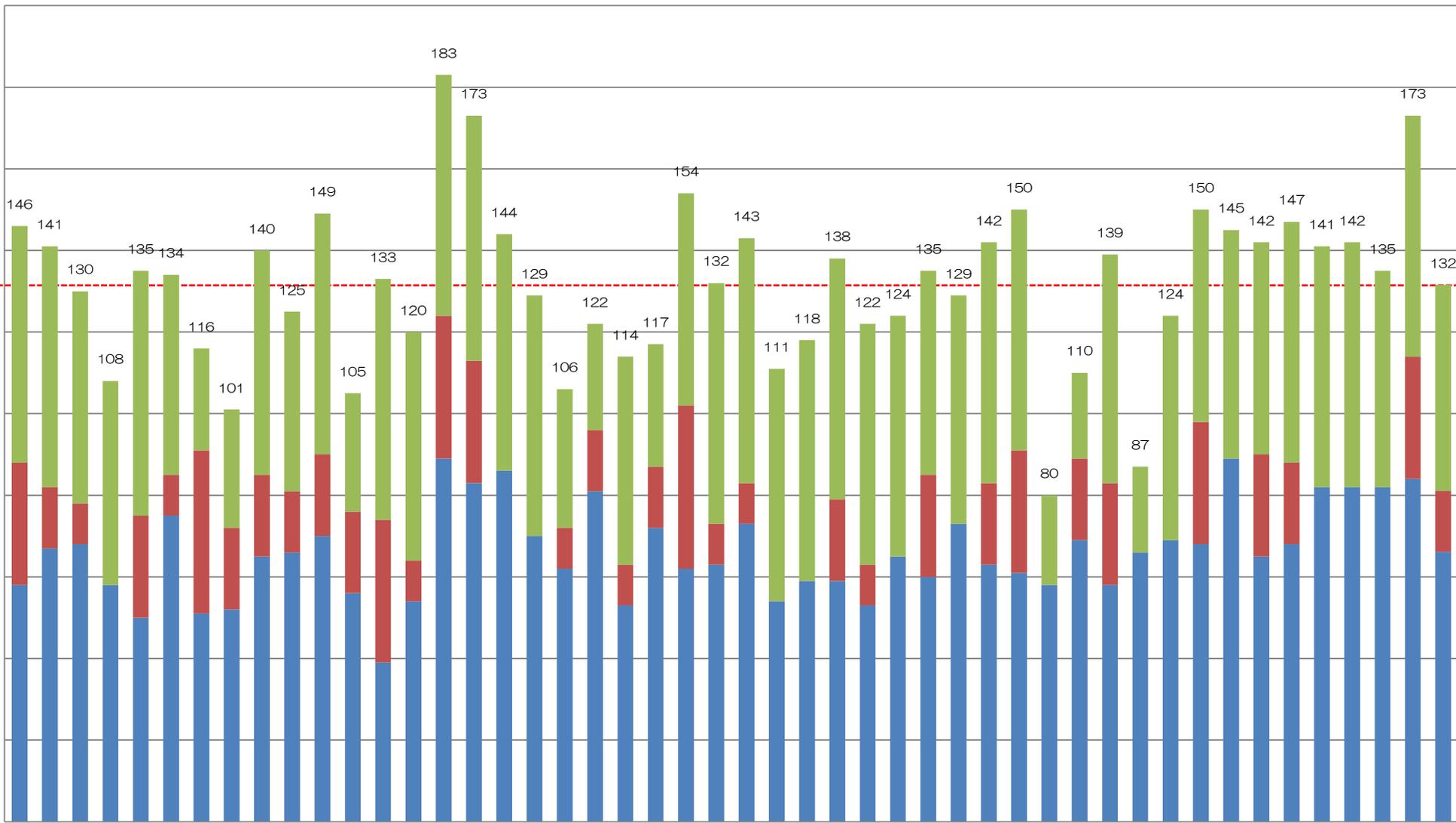
80

60

40

20

0



■ 指標1 (市町村指標の都道府県単位評価: 100点)

■ 指標2 (都道府県の医療費水準: 50点)

■ 指標3 (都道府県の取組状況: 60点)

- 保険者インセンティブは、予防・健康づくりをはじめとする医療費適正化等に取り組む広域連合に財政支援を行うもの。
- 平成30年度から100億円規模で実施。(※)  
(※)平成28年度は20億円、平成29年度は50億円規模で前倒し実施。
- 平成30年度は、平成29年度までの指標に加え、事業成果の評価に関する指標を導入するなど評価項目の見直しを行い、6月頃に各広域連合に通知する予定。

## ○評価指標(平成29年度の指標) ※平成30年度の指標は現在検討中

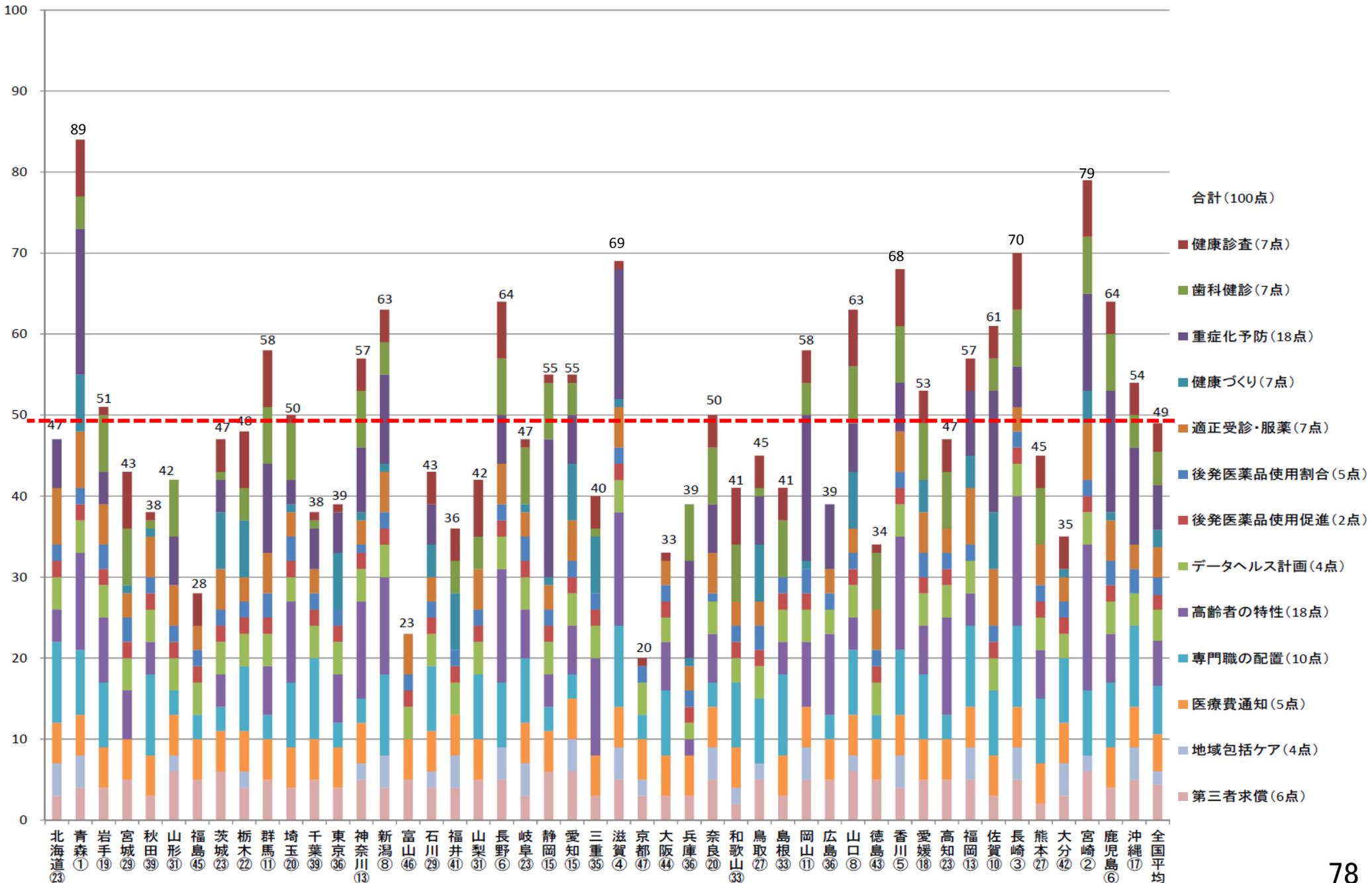
### 保険者共通の指標

- 指標① ※後期では(特定)健診は義務ではない。  
○健診の実施及び健診結果を活用した取組の実施
- 指標②  
○歯科健診の実施及び健診結果を活用した取組の実施
- 指標③  
○重症化予防の取組の実施状況
- 指標④  
○被保険者の主体的な健康づくりに対する広域連合による働きかけの実施
- 指標⑤  
○被保険者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況
- 指標⑥  
○後発医薬品の使用割合  
○後発医薬品の使用促進

### 固有の指標

- 指標①  
○データヘルス計画の実施状況
- 指標②  
○高齢者の特性(フレイルなど)を踏まえた保健事業の実施状況
- 指標③  
○専門職の配置など保健事業の実施のために必要な体制整備
- 指標④  
○医療費通知の取組の実施状況
- 指標⑤  
○地域包括ケアの推進(在宅医療・介護の連携等)
- 指標⑥  
○第三者求償の取組状況

# 後期高齢者医療制度における保険者インセンティブ(平成29年度)の採点結果



# 日本健康会議

- 2015年7月に、「日本健康会議」が発足。
  - ・ 保険者等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の**民間主導の活動体**。
  - ・ **経済界・医療関係団体・自治体・保険者団体のリーダー**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。
  - ・ メンバーは、**各団体のリーダーおよび有識者の計32名**で構成。
- **予防・健康づくりの目標を設定（8つの宣言）**。進捗状況をHPで公表。  
 (※) データポータルサイトで「見える化」し取組を加速化
- 日本健康会議2017は、**2017年8月23日に開催**。



日本健康会議2017の様子

## 「健康なまち・職場づくり宣言2020」（8つの宣言）

		進捗状況	
		2016	2017
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。	115 (市町村)	328
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。	118 (市町村) 4 (広域連合)	654 14
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。	0 (協議会)	47
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。	138 (法人)	235
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。	2,970 (社)	12,195
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。	1,774 (保険者)	1,989
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。	88 (社)	98
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組を行う。	262 (保険者)	429

## WEBサイト上で全国の取組状況を可視化



## 日本健康会議 実行委員一覧

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 *共同代表
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	松浦 正人
全国町村会	会長	荒木 泰臣
日本医師会	会長	横倉 義武 *共同代表
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	福井トシ子
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	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 *共同代表
テレビ東京	特別顧問	島田 昌幸
共同通信社	社長	福山 正喜

# 医療保険制度の見直しの状況

# 社会保障と税の一体改革の経緯①

平成20年 **社会保障国民会議** ～ 持続可能性から社会保障の機能強化へ

→ 「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた中期プログラム」(H20.12)

→ 平成21年度税制改正法附則第104条(H21.3)

「政府は、基礎年金の国庫負担割合の2分の1への引上げのための財源措置並びに年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用の見通しを踏まえつつ、(中略)遅滞なく、かつ、段階的に消費税を含む税制の抜本改革を行うため、平成23年度までに必要な法制上の措置を講ずるものとする」

平成21年 **安心社会実現会議** ～ 安心と活力の両立

政府・与党における検討

平成22年10月 政府・与党社会保障改革検討本部

平成22年12月 「社会保障改革の推進について」(閣議決定)

「社会保障の安定・強化のための具体的な制度改革案とその必要財源を明らかにするとともに、必要財源の安定的確保と財政健全化を同時に達成するための税制改革について一体的に検討を進め、その実現に向けた工程表とあわせ、23年半ばまでに成案を得、国民的な合意を得た上でその実現を図る」

平成23年2月～7月:社会保障改革に関する集中検討会議

- 社会保障・税一体改革成案(平成23年6月30日政府・与党社会保障改革検討本部決定。7月1日閣議報告)
- 社会保障・税一体改革素案(平成24年1月6日政府・与党社会保障改革本部決定・閣議報告)

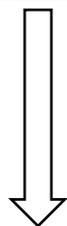
平成24年2月17日:社会保障・税一体改革大綱閣議決定

# 社会保障と税の一体改革の経緯②



- 大綱に基づく法案作成 ⇒ 与党審査

5月～: 社会保障・税一体改革関連法案の国会審議



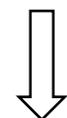
社会保障制度改革推進法（自民党・民主党・公明党の3党合意に基づく議員立法）

- 社会保障改革の「基本的な考え方」、年金、医療、介護、少子化対策の4分野の「改革の基本方針」を明記
- 社会保障制度改革国民会議の設置を規定

8月: 税制抜本改革法(消費税率の引上げ) / 子ども・子育て支援関連3法 / 年金関連4法 が成立

平成24年11月～: 社会保障制度改革国民会議

(委員は15名の有識者により構成(会長: 清家篤 慶應義塾長))



- 社会保障制度改革推進法により設置され、20回にわたり議論
- 総論のほか、少子化、医療、介護、年金の各分野の改革の方向性を提言

平成25年8月6日: 国民会議報告書とりまとめ

10月15日: 社会保障制度改革プログラム法案の提出



社会保障改革プログラム法案(社会保障制度改革の全体像・進め方を明らかにする法律案)の提出

- 社会保障4分野の講ずべき改革の措置等について、スケジュール等を規定
- 改革推進体制の整備等について規定

12月5日: 社会保障制度改革プログラム法の成立、同13日: 公布・施行



平成26年の通常国会以降: 順次、個別法改正案の提出

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

# 社会保障改革プログラム法（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）

## 【法律の趣旨等】

- 社会保障制度改革国民会議の審議の結果等を踏まえ、「社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について」を閣議決定（平成25年8月21日）
- この骨子に基づき、「法制上の措置」として、社会保障制度改革の全体像・進め方を明示するものとして提出（平成25年12月5日成立、同13日公布）

## 【法律の主な概要】

### ■ 講ずべき社会保障制度改革の措置等

受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため、医療制度、介護保険制度等の改革について、①改革の検討項目、②改革の実施時期と関連法案の国会提出時期の目途を明らかにするもの

- **少子化対策**（既に成立した子ども・子育て関連法、待機児童解消加速化プランの着実な実施 等）
- **医療制度**（病床機能報告制度の創設・地域の医療提供体制の構想の策定等による病床機能の分化及び連携、国保の保険者・運営等の在り方の改革、後期高齢者支援金の全面総報酬割、70～74歳の患者負担・高額療養費の見直し、難病対策 等）
- **介護保険制度**（地域包括ケアの推進、予防給付の見直し、低所得者の介護保険料の軽減 等）
- **公的年金制度**（既に成立した年金関連法の着実な実施、マクロ経済スライドの在り方 等）

※ 医療サービスの提供体制、介護保険制度及び難病対策等については平成26年通常国会に、医療保険制度については平成27年通常国会に、必要な法律案を提出することを目指すものと規定。

### ■ 改革推進体制

上記の措置の円滑な実施を推進するとともに、引き続き、中長期的に受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度を確立するための検討等を行うため、関係閣僚からなる社会保障制度改革推進本部、有識者からなる社会保障制度改革推進会議を設置

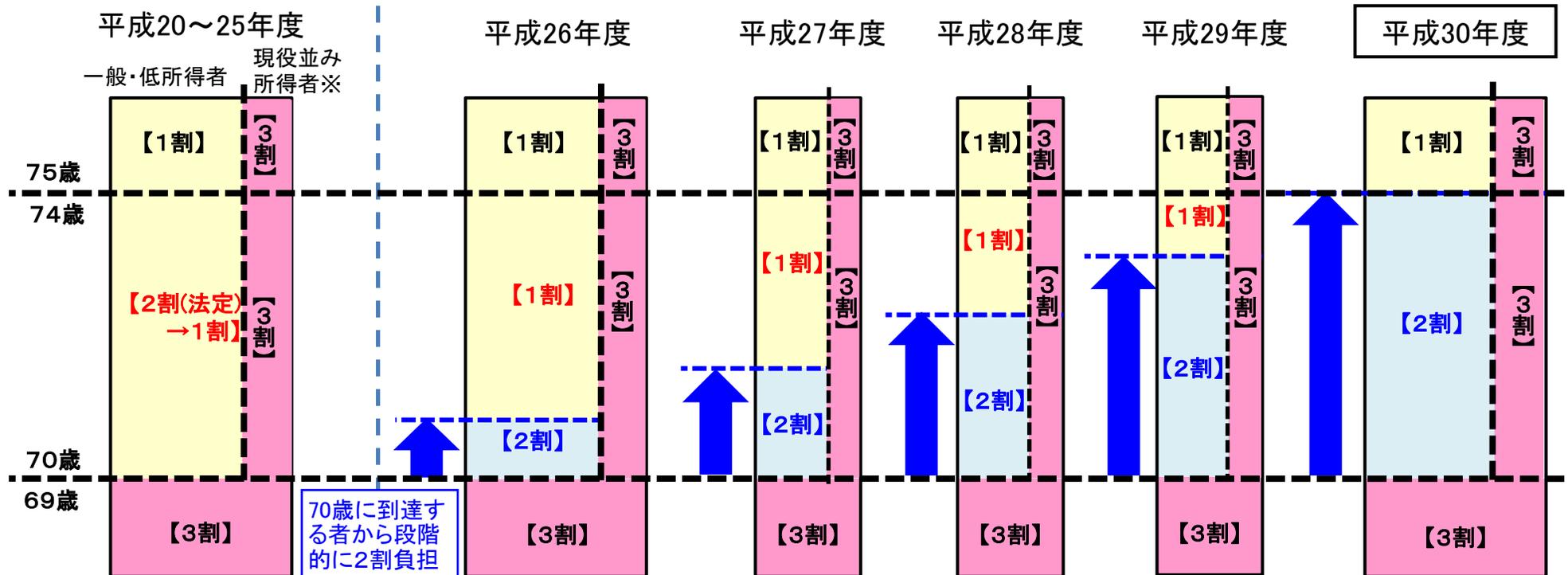
### ■ 施行期日

公布日（平成25年12月13日）

（ただし、改革推進本部関連は平成26年1月12日、改革推進会議関連は平成26年6月12日） 84

# 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。
- 平成30年度予算 405億円 (参考)平成29年度予算 930億円、平成28年度予算 1,146億円、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

# 持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律の概要 (平成27年5月27日成立)

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

## 1. 国民健康保険の安定化

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

## 2. 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

- 被用者保険者の後期高齢者支援金について、段階的に全面総報酬割を実施  
(26年度:1/3総報酬割→27年度:1/2総報酬割→28年度:2/3総報酬割→29年度:全面総報酬割)

## 3. 負担の公平化等

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

## 4. その他

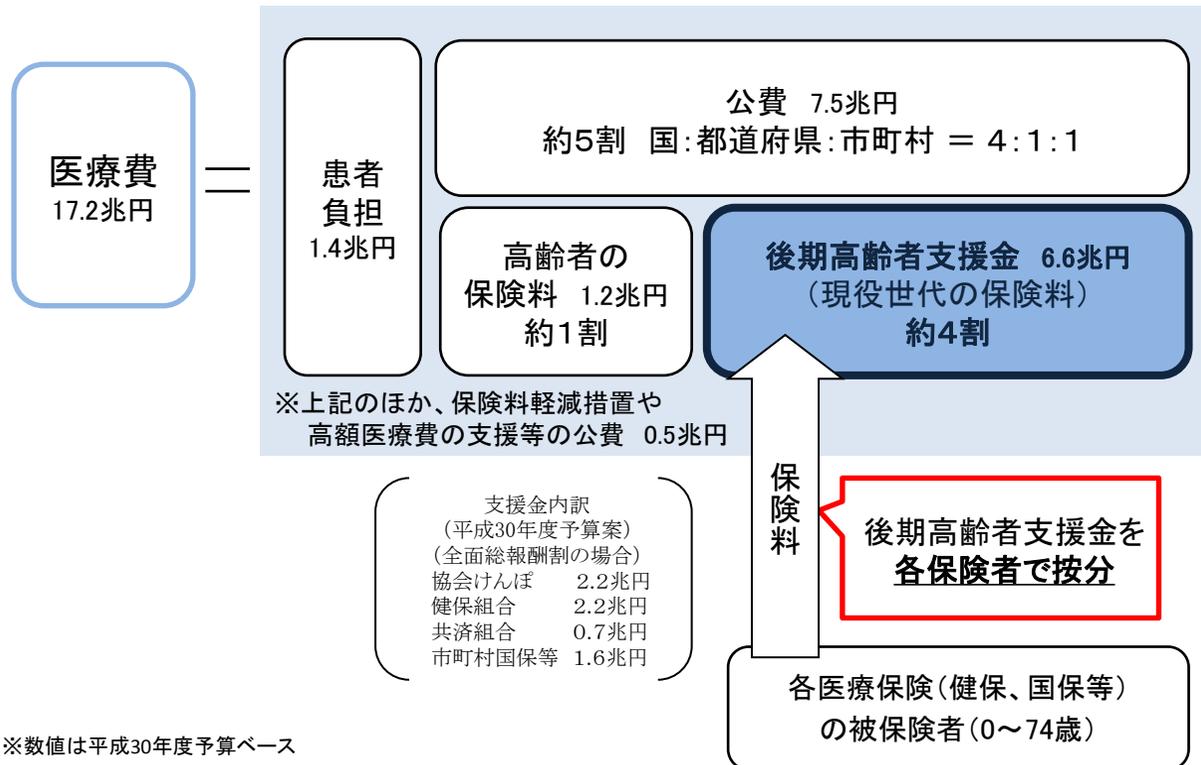
- ①協会けんぽの国庫補助率を「当分の間16.4%」と定めるとともに、法定準備金を超える準備金に係る国庫補助額の特例的な減額措置を講ずる
- ②被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助について、所得水準に応じた補助率に見直し  
(被保険者の所得水準の低い組合に影響が生じないように、調整補助金を増額)
- ③医療費適正化計画の見直し、予防・健康づくりの促進
  - ・都道府県が地域医療構想と統合的な目標(医療費の水準、医療の効率的な提供の推進)を計画の中に設定
  - ・保険者が行う保健事業に、予防・健康づくりに関する被保険者の自助努力への支援を追加
- ④患者申出療養を創設 (患者からの申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

# 高齢者医療における後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

- 被用者保険者の後期高齢者支援金について、より負担能力に応じた負担とする観点から、総報酬割部分を平成27年度に2分の1、平成28年度に3分の2に引き上げ、平成29年度から全面総報酬割を実施
- あわせて、全面総報酬割の実施時に、前期財政調整における前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、前期高齢者加入率を加味した調整方法に見直す
- 全面総報酬割による国費約2,400億円(※)のうち約1,700億円は国保への財政支援の拡充に充てる(29年度～)

※ 制度改正時の見込み

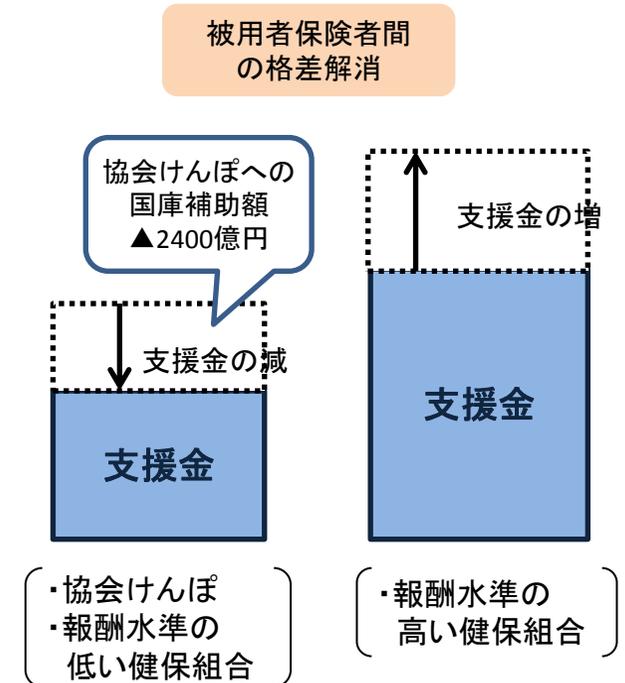
## 【後期高齢者医療制度の医療費の負担の仕組み】



※数値は平成30年度予算ベース

## 後期高齢者支援金の全面総報酬割の実施

〔保険者の総報酬額の多寡に応じて支援金を負担〕



○被用者保険の負担が増加する中で、**拠出金負担の重い被用者保険者への支援**を実施

- ・**制度化分**として平成29年度から**100億円**。
- ・平成27年度は**新規分**として約110億円。全面総報酬割が実施された平成29年度から**600億円**。
- ・これに加え、既存の高齢者医療運営円滑化等補助金(**既存分**)が平成29年度から**120億円**。

○具体的には、

- ①平成29年度から**拠出金負担が重い保険者への負担軽減対策の対象を拡大し、拡大分に該当する保険者の負担を保険者相互の拠出と国費の折半により軽減**する(枠組みを法律に規定し、制度化を行う。)とともに、
- ②平成27年度から**高齢者医療運営円滑化等補助金を段階的に拡充し、前期高齢者納付金の負担軽減**を図る

## ①拠出金負担の軽減(制度化)

100億円  
(平成30年度)

- 現在、保険者の支え合いで、拠出金負担(後期高齢者支援金、前期高齢者納付金)の特に重い保険者(上位約6%)の負担軽減を実施。
- この対象を拡大し※1、**拡大分に該当する保険者の負担軽減の費用は、保険者の支え合い※2と国費で折半する。**

※1 拡大分は、国費を投入することから、財政力(総報酬)が平均以下の保険者に限定。平成30年度の対象は、財政力(総報酬)が平均以下の上位8.03%。

※2 保険者の支え合い部分に各保険者の医療費水準を反映。

## ②前期高齢者納付金負担の軽減

600億円  
(平成30年度)

- 高齢者医療運営円滑化等補助金を段階的に拡充。
- **前期納付金負担の負担増の緩和のため、前期高齢者納付金負担の伸び(負担が重い保険者に高い助成率を適用)に着目した負担軽減**を実施。

# 被用者保険や国保における保険料負担の公平化

## 1. 被用者保険の標準報酬月額上限の引上げ

○ 健康保険及び船員保険の標準報酬月額

全47等級(上限121万円、下限5.8万円)



平成28年度から上限3等級引上げ

全50等級(上限139万円、下限5.8万円)

※ 標準賞与額もあわせて見直し、年間上限を540万円から573万円に引き上げる。

追加

第47級	1,210,000円	1,175千円以上 1,235千円未満
第48級	1,270,000円	1,235千円以上 1,295千円未満
第49級	1,330,000円	1,295千円以上 1,355千円未満
第50級	1,390,000円	1,355千円以上

## 2. 被用者保険の一般保険料率上限の引上げ

○ 1000分の120(健康保険) → 平成28年度から「1000分の130」に引上げ

※ 船員保険も同様に見直し、疾病保険料率の上限を「1000分の130」とする。

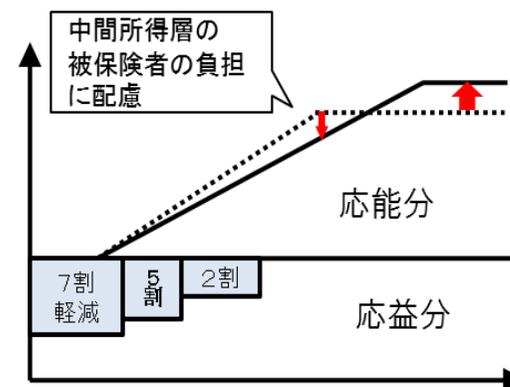
## 3. 国保の保険料(税)の賦課限度額の引上げ

○ 被保険者の納付意欲に与える影響や、制度及び事業の円滑な運営を確保する観点から、被保険者の保険(税)料負担に一定の限度を設けている(平成27年度:年間85万円)

○ より負担能力に応じた負担とする観点から、被用者保険の仕組みとのバランスを考慮しつつ、段階的に引き上げ

○ 各市町村の意見や対応状況等を踏まえ、引上げ幅や時期を判断することとし、平成27年度は4万円引上げた(年間81万円→85万円)

賦課限度額の引上げの仕組み



# 被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助の見直し

○被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助については、負担能力に応じた負担とする観点から、各組合への財政影響も考慮しつつ、平成28年度から5年間かけて段階的に見直すこととし、所得水準に応じて13%から32%の補助率とする。

○具体的には、所得水準が150万円未満の組合には32%の定率補助を維持し、150万円以上の組合に対しては所得水準に応じ段階的に引き下げ、240万円以上の組合については13%とする。

○また、被保険者の所得水準の低い国保組合の国庫補助には影響が生じないようにするため、調整補助金を15.4%まで段階的に増額する。

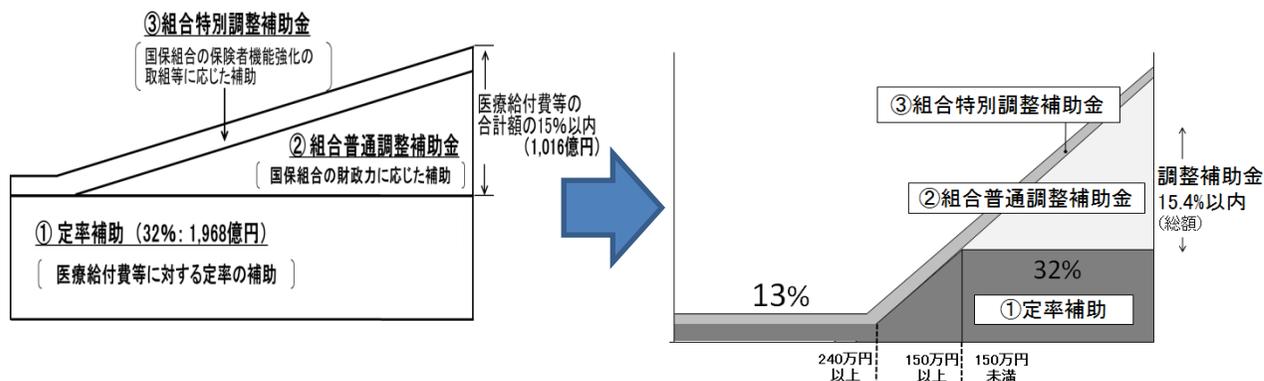
国保組合…同業同種の者を対象に国保事業を行うことができる公法人  
(医師・歯科医師・薬剤師:92組合/建設関係32組合/一般業種40組合 計164組合(302万人))

## 現行の国庫補助

(H26年度)

## 見直し案

(H32年度)



所得水準の高い国保組合の国庫補助の見直し

	国保組合の平均所得	平成 27 年度 (現行)	平成 28~31 年度	平成 32 年度
定率補助	150 万円未満	32%	32% (現行通り)	
	150 万円以上 160 万円未満		→ ※5 年間かけて段階的な見直し	30.0%
	240 万円以上			※所得水準 10 万円ごとに 2% ずつ調整する、段階的な決め細かい補助率を設定
	調整補助金の総額の国保組合の医療給付費等の総額に対する割合	15% 以内	15.4% 以内	

※国保組合の平均所得を算出するに当たっては、他制度との均衡を考慮し、各被保険者の所得の上限額(1200万円)を設定し計算する。

※平成 9 年 9 月以降の組合特定被保険者に係る定率補助の補助率については、医療給付分については、13%にて一定。後期高齢者支援金、介護納付金については、他の被保険者に係る補助率と同様の運減率とし、今回の見直しで 13%まで引き下げる。

# 入院時食事療養費等の見直し

- 入院時の食事代について、入院と在宅療養の負担の公平等を図る観点から、在宅療養でも負担する費用として、食材費相当額に加え、調理費相当額の負担を求める。
- 低所得者は引上げを行わない(据え置き)。難病患者、小児慢性特定疾病患者は負担額を据え置く。

<現行>		<平成28年度>		<平成30年度>	
	負担額(1食)		負担額(1食)		負担額(1食)
一般所得	260円	一般所得	360円	一般所得	460円
低所得Ⅱ (住民税非課税)	210円				
低所得Ⅰ (住民税非課税で 一定所得以下)	100円				

(食材費) ⇒ ⇒ (食材費 + 調理費)

低所得者は、引き上げない。(据え置き)

(対象者数 約70万人)

※難病、小児慢性特定疾病の患者は、27年1月から原則自己負担となったことから、その影響に鑑み、据え置く。

# 平成29年度に実施した事項

# 70歳以上の高額療養費制度の見直し

## 制度概要

- 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<sup>(※)</sup>される制度。  
※入院の場合や同一医療機関での外来の場合、医療機関の窓口での支払を自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みが導入されている。
- 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じて設定される。

## 見直し概要

- 第1段階目(29年8月～30年7月)では、平成29年7月までの枠組みを維持したまま、限度額を引き上げ。一般区分の限度額(世帯)については、多数回該当を設定。
- 第2段階目(30年8月～)では、現役並み所得区分については細分化した上で限度額を引き上げ。一般区分については外来上限額を引き上げ。
- 一般区分については、7月31日を基準日として、1年間(8月～翌7月)の外来の自己負担額の合計額に、年間14.4万円の上限(外来年間合算)を設ける。  
※外来年間合算は基準日に一般区分又は住民税非課税区分である場合に対象となる。

### ○～29年7月(70歳以上)

区分	外来(個人)	限度額(世帯※1)
現役並み (年収約370万円以上) <small>健保 標報28万円以上 国保・後期 課税所得145万円以上</small>	44,400円	80,100円 + 1% <44,400円>
一般 (年収156万～370万円) <small>健保 標報26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満※2</small>	12,000円	44,400円
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

### ○現行(1段目・29年8月～30年7月)

区分	外来(個人)	限度額(世帯※1)
現役並み	57,600円	80,100円 + 1% <44,400円>
一般	14,000円 (年14.4万円※3)	57,600円 <44,400円>
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

### ○2段目(30年8月～)

区分(年収)	外来(個人)	限度額(世帯※1)
年収約1160万円～ <small>標報83万円以上 課税所得690万円以上</small>	252,600円 + 1% <140,100円>	
年収約770万～約1160万円 <small>標報53～79万円 課税所得380万円以上</small>	167,400円 + 1% <93,000円>	
年収約370万～約770万円 <small>標報28～50万円 課税所得145万円以上</small>	80,100円 + 1% <44,400円>	
一般	18,000円 (年14.4万円※3)	57,600円 <44,400円>
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

### ○現行(69歳以下)

区分	限度額(世帯)
現役並み	252,600円 + 1% <140,100円>
年収約770万～約1160万円	167,400円 + 1% <93,000円>
年収約370万～約770万円	80,100円 + 1% <44,400円>
一般	57,600円 <44,400円>
住民税非課税	35,400円 <24,600円>

※1 同じ世帯で同じ保険者に属する者

※2 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。

※3 1年間のうち一般区分又は住民税非課税区分であった月の外来の自己負担額の合計額について、14.4万円の上限を設ける。

<>内の金額は、過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受けた場合の4回目以降の限度額(多数回該当)。年収は東京都特別区在住の単身者の例。

# 後期高齢者の保険料軽減特例の見直し

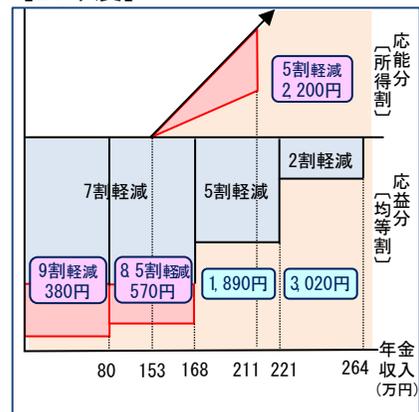
## 制度概要

- 後期高齢者医療制度では、世帯の所得に応じた保険料軽減が設けられている(青色部分)。
- 制度施行に当たり、激変緩和の観点から、平成20年度以降毎年度、予算による特例措置を実施している(赤色部分)。
- 軽減特例の対象者は811万人、当該軽減に要する費用は、国費が606億円、地財措置が139億円。(平成30年度予算)

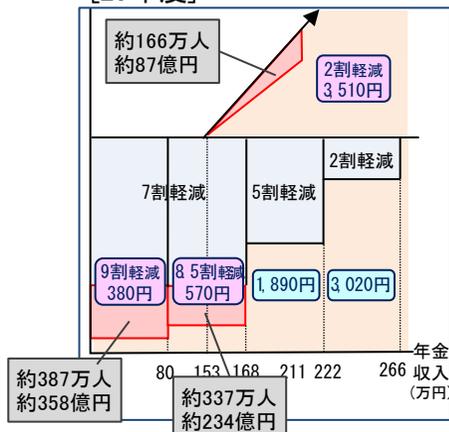
## 見直し内容

- 所得割は、平成29年度に2割軽減、平成30年度に本則(軽減なし)とする。
- 均等割は、低所得者に配慮して今般は据え置きとし、介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて見直す。
- 元被扶養者の所得割は、当面は賦課せず、賦課開始時期を引き続き検討。
- 元被扶養者の均等割は、平成29年度に7割軽減、平成30年度に5割軽減、平成31年度に本則(軽減なし)とする。

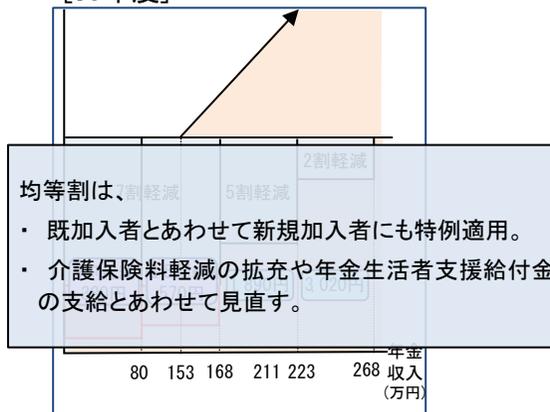
[28年度]



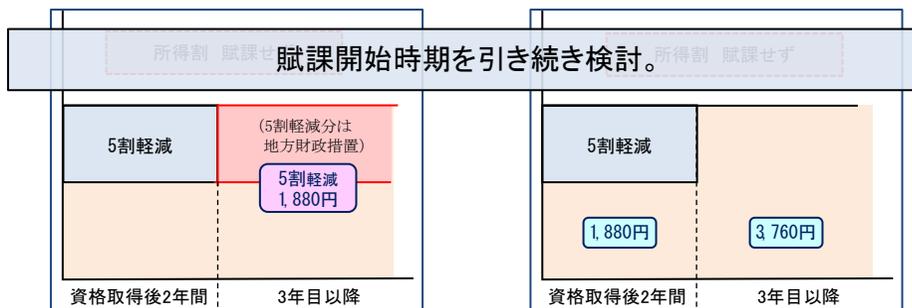
[29年度]



[30年度]



[31年度~]

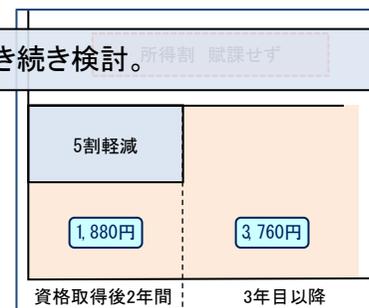
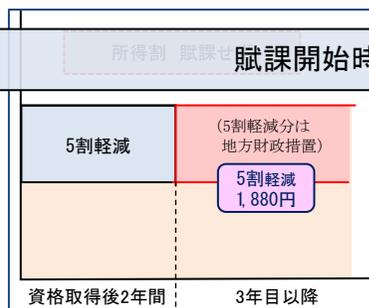
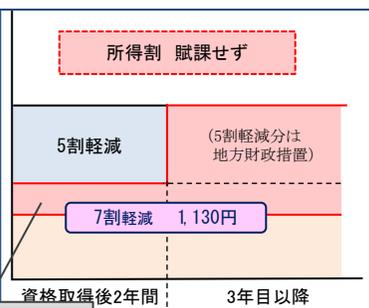
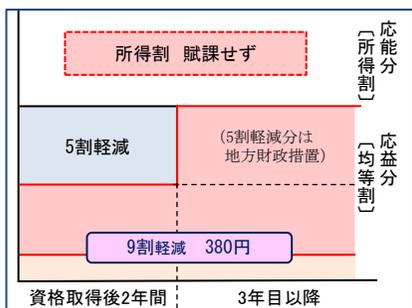


86万人 (79億円(国費)) (159億円(地財))

□ 法令上の軽減 □ 特例的な軽減 □ 現在の保険料額

※年金収入額は、夫婦世帯における夫の年金収入の例(妻の年金収入80万円以下の場合)。

## 元被扶養者の軽減



※ 保険料額は、平成28・29年度及び平成30・31年度の全国平均保険料率により算出。 ※ 応能分(所得割)は、個人で判定・個人で賦課。応益分(均等割)は、世帯で判定・個人で賦課。  
 ※ 軽減の対象者数・金額は平成29年度予算ベース。

# 入院時の居住費(光熱水費相当額)の見直しについて

## 見直し案

- 65歳以上の医療療養病床に入院する患者の居住費について、介護保険施設や在宅との負担の公平化を図る観点から、光熱水費相当額の負担を求めることとする。
- ただし、難病患者については、居住費(光熱水費相当額)の負担を求めない。

<平成29年10月以前>

65歳以上 医療療養病床	負担額
医療区分Ⅰ (ⅡⅢ以外の者)	320円/日
医療区分ⅡⅢ (医療の必要性の 高い者)	0円/日
難病患者	

<平成29年10月～>

65歳以上 医療療養病床	負担額
医療区分Ⅰ (ⅡⅢ以外の者)	370円/日
医療区分ⅡⅢ (医療の必要性の 高い者)	200円/日
難病患者	0円/日

<平成30年4月～>

65歳以上 医療療養病床	負担額
医療区分Ⅰ (ⅡⅢ以外の者)	370円/日
医療区分ⅡⅢ (医療の必要性の 高い者)	
難病患者	0円/日

(注) 介護保険施設(老健・療養)の多床室に入所する低所得者(市町村民税非課税者)の居住費負担額(光熱水費相当額)は、直近の家計調査の結果を踏まえ、平成27年4月に320円/日から370円/日に引き上がっている。

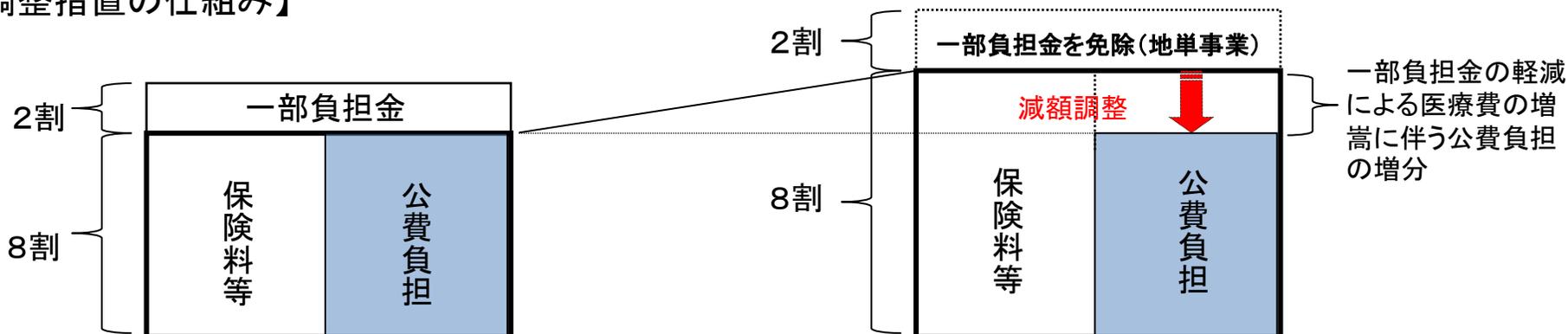
# 子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置の見直しについて

- 地方公共団体が独自に行う子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置については、「ニッポン一億総活躍プラン」(平成28年6月2日閣議決定)において、「子どもの医療制度の在り方等に関する検討会 議論の取りまとめ」(平成28年3月28日)を踏まえ、見直しを含め検討し、28年末までに結論を得るとされていた。
- 平成28年10月に、医療保険制度における子どもの自己負担額(3割、ただし未就学児は2割)分に係る医療費助成について調査したところ、市町村毎に、対象年齢、自己負担の有無等で様々な違いがあるが、未就学児に限定すれば、すべての市町村が何らかの医療費助成を実施していることが明らかとなった。
- このような実態や社会保障審議会医療保険部会等の議論も踏まえ、自治体の少子化対策の取組を支援する観点から、平成30年度より、未就学児までを対象とする医療費助成については、国保の減額調整を行わないこととした。(「ニッポン一億総活躍プラン」に基づく子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置に関する検討結果について)(保国発1222第1号平成28年12月22日付け国民健康保険課長通知)。

## (参考)国保の減額調整措置について

- 医療保険制度では、医療を受けた人と受けない人との公平や適切な受診を確保する観点から一部負担金を求めている。
- 地方単独事業により、一部負担金が法定割合より軽減される場合、一般的に医療費が増嵩するが、この波及増分については、その性格上、当該自治体が負担するものとされ、国庫の公平な配分という観点から、減額調整をしている。 [昭和59年～]

## 【減額調整措置の仕組み】



地方単独事業を実施していない市町村

地方単独事業を実施している市町村

## 病床規模に関する要件(大病院)の見直し

### 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の対象範囲の拡大

- 大病院の外来医療の機能分化を推進する観点から、紹介状なしで大病院を受診した患者等の定額負担を徴収する責務がある医療機関について、対象病院を拡大する。

#### 現行(対象病院)

特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院



#### 改定後(対象病院)

特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院

#### [経過措置]

- ・ 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月間の経過措置を設ける。

### 病床数500床以上を要件としている診療報酬の取扱いの見直し

- 病床数500床以上を要件とする診療報酬について、当該基準を400床に変更する。

#### [対象]

- 初診料及び外来診療料 ※ 平成30年9月30日までの経過措置を設ける

初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低い場合において、他の病院又は診療所等からの文書による紹介がない患者(緊急その他やむを得ない事情があるものを除く)に関する減算規定の対象となる保険医療機関。

- 在宅患者緊急入院診療加算<sup>※1</sup>及び在宅患者共同診療料<sup>※2</sup> ※1については平成31年3月31日まで、※2については平成30年9月30日までの経過措置を設ける

算定対象が、15歳未満の人工呼吸を実施している患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者に限られる保険医療機関。

- 地域包括ケア病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料を届出をすることができる病棟が1病棟に限られる保険医療機関。

※ 平成30年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1又は2を2病棟以上届け出ている場合、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。



# 高齢者医療確保法第14条(診療報酬の特例)の運用について

高齢者医療確保法第14条(診療報酬の特例)の運用の考え方については、昨年12月21日にとりまとめられた「議論の整理」を踏まえ、都道府県に対し平成30年3月29日付け通知により周知している。

○平成30年度に実施する第2期医療費適正化計画の実績評価に関する基本的な考え方について(抜粋)

(平成30年3月29日付け都道府県宛て厚生労働省保険局医療介護連携政策課長通知)

## 3. 実績評価のプロセス

### (4) 法第14条の診療報酬の特例について

法第14条では、国と都道府県が医療の効率的な提供の目標を計画に定め、計画期間において保険者・医療関係者等の協力も得ながら目標の達成に向けて取組を行った上で、計画終了後に、目標の達成状況を評価した結果に基づき、なお目標達成のため必要があると認めるときに、

- ・ 都道府県は、国に対し診療報酬に関する意見を提出できる。国は都道府県の意見に配慮して診療報酬を定めるよう努める
- ・ 国は、あらかじめ都道府県に協議した上で、都道府県の地域に別の診療報酬を定めることができる

旨が記載されている。

この規定の運用の考え方については、社会保障審議会医療保険部会において議論され、平成29年12月21日に「議論の整理」がとりまとめられた。この「議論の整理」を踏まえ、法第14条の運用については、以下のようなプロセスに留意することとする。

- ① 医療費適正化計画の枠組みにおける第14条の規定については、都道府県において医療費適正化計画の目標の達成に向けて保険者・医療関係者等の協力を得ながら取組を行い、その取組状況の評価の結果を踏まえて、都道府県と協議した上で、厚生労働大臣が判断するプロセスとなっている。

このため、各都道府県においても、医療費適正化計画に関する取組の実績を分析し、これを評価した上で、既存の診療報酬や施策、取組の予定等を踏まえて、適用の必要性について検討していく必要がある。

- ② その際、各都道府県においては、保険者・医療関係者等が参画する保険者協議会での議論も踏まえて、第14条の規定の適用の必要性について検討していく必要がある。
- ③ 厚生労働省においては、都道府県の意見を踏まえ、中医協における諮問・答申を経て、診療報酬全体の体系との整合性を図りながら、医療費の適正化や適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められるかを議論した上で判断していく必要がある。

### 3. 高齢者医療確保法第14条の診療報酬の特例の活用方策

- 高齢者医療確保法では、国と都道府県が医療の効率的な提供の目標を計画に定め、計画期間において保険者・医療関係者等の協力も得ながら目標の達成に向けて取組を行った上で、計画終了後に、目標の達成状況を評価した結果に基づき、なお目標達成のため必要があると認めるときに、
  - ① 都道府県は、国に対し診療報酬に関する意見を提出できる。国は都道府県の意見に配慮して診療報酬を定めるよう努める
  - ② 国は、あらかじめ都道府県に協議した上で、都道府県の地域に別の診療報酬を定めることができる、  
旨が規定されている。
- 改革工程表においては、「高齢者医療確保法第14条の診療報酬の特例の活用方策について、関係審議会等において検討し、結論」とされている。
- これを踏まえ、当部会においては、上記の法律上の枠組み等を踏まえ、運用の考え方について、以下のような案を示し、議論した。
- 上記の法律上の枠組み等を踏まえ、高齢者医療確保法第14条の運用については、以下のようなプロセスに留意する必要があるという点については、異論はなかった。
  - ・ 医療費適正化計画の枠組みにおける第14条の規定については、都道府県において医療費適正化計画の目標の達成に向けて保険者・医療関係者等の協力を得ながら取組を行い、その取組状況の評価の結果を踏まえて、都道府県と協議した上で、厚生労働大臣が判断するプロセスとなっている。  
このため、各都道府県においても、医療費適正化計画に関する取組の実績を分析し、これを評価した上で、既存の診療報酬や施策、取組の予定等を踏まえて、適用の必要性について検討していく必要がある。
  - ・ その際、各都道府県においては、保険者・医療関係者等が参画する保険者協議会での議論も踏まえて、第14条の規定の適用の必要性について検討していく必要がある。
  - ・ 厚生労働省においては、都道府県の意見を踏まえ、中医協における諮問・答申を経て、診療報酬全体の体系との整合性を図りながら、医療費の適正化や適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められるかを議論した上で判断していく必要がある。
- これらの点について、当該規定については、国民皆保険の趣旨から診療報酬の地域格差の導入にはその妥当性や実効性も十分検討し慎重に検討すべきとの意見や、国において都道府県や市町村の意見を出発点に地方自治体との協議を進めるべきとの意見、他県への受診などの影響を考慮する必要があるとの意見があった。

参考 医療保険部会における主なご意見（「議論の整理」別添）（抄）

【高齢者医療確保法第14条について】

- 地域別診療報酬の特例については制度創設時からその実効性に疑問を持っている。今年5月に全国知事会・全国市長会・全国町村会が国に提出した「社会保障制度改革に関する緊急要請」にあるとおり、慎重に対応をお願いしたい。
- どの地域にいても同じ診療が同じ値段で受けられることが皆保険制度になじむため、診療報酬の地域格差を生むことには基本的に無理があるのではないかと。効果や妥当性も十分検討し、診療報酬の地域格差の導入には慎重な検討を望む。
- 地域ごとに診療報酬を定めると、他県での受診など流動性のある受診に対する影響を考慮する必要がある。
- 都道府県ごとの診療単価が仮に引き下げられると、患者だけでなく医療機関の経営にも影響を与えうることとなるため、高確法第14条の特例の活用方策については、各都道府県による地域医療構想等の医療提供体制の見直しの進捗を見つつ、慎重に検討することが必要。
- 高確法第14条については、保険者協議会での議論を踏まえるべきであるが、医療機関の経営や医療提供体制にも影響が及びうるものであるため、保険者協議会で議論するだけでなく、都道府県の医療審議会での議論も必要ではないか。
- 都道府県の医療審議会が医療提供体制を主題とする一方、現在、保険者と医療機関は保険者協議会等を活用する枠組みの中で、各地で地域の予防推進や医療供給について議論してよい結果を出しており、このような現行の枠組みが、各都道府県で一番ふさわしいやり方を工夫できる仕組みとなっているのではないかと。

# 経済・財政再生計画改革工程表等における医療保険関係の主な検討項目

項目	改革工程表等における記述
後期高齢者の窓口負担	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。【平成30年度末結論】
外来受診時の定額負担	上記以外の措置（選定療養による定額負担の対象となる医療機関の範囲の見直し）として、病院・診療所間の機能分化や医療保険財政の持続可能性の観点等を踏まえつつ、かかりつけ医の普及を進めるとともに、かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入を含め、外来受診時の定額負担の在り方について、関係審議会等においてさらに検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる【30年度末結論】
薬剤自己負担	薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点等を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。【平成30年度末結論】
金融資産を勘案した負担	マイナンバーの導入等の正確な金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、引き続き、医療保険制度における負担への反映方法について関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。【平成30年度末結論】
後期高齢者の均等割の保険料軽減特例の見直し	低所得者に対する介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて実施（財務大臣・厚生労働大臣合意別紙（平成29年12月19日））

# 2040年を見据えた 社会保障改革の課題

平成30年4月12日  
加藤臨時議員提出資料

# これまでの社会保障制度改革と一体改革後の展望

## ■ 2014年4月：消費税率引上げ（5%→8%）

### ＜増収分を活用した社会保障の充実＞

- 子ども・子育て新制度の創設、保育の受け皿拡大、育児休業中の経済的支援の強化など、消費税収を子ども・子育て分野に充当
- 医療・介護・年金の充実

### ＜持続可能性の確保のための制度改革＞

- 社会保障制度改革プログラム法や改革工程表に沿って、社会保障の給付に係る重点化・効率化を推進
- 社会保障関係費の伸びについて、経済・財政再生計画の「目安」を達成

## ■ 消費税率引上げ（8%→10%）＜2019年10月予定＞

⇒ 一体改革に関わる社会保障の制度改革が完了

※ 地域医療構想、医療費適正化計画等は、目標の達成に向けて取組を継続

## ■ 一体改革後の社会保障改革に向けて

- 今後数年は、消費税率引上げやオリパラ前後の需要変動を乗り越え、団塊世代が75歳に入り始める2022年以降に向け、持続可能な経済財政の基盤固めに向けた構造改革の重要な期間（経済・財政一体改革の中間評価）
- 現役人口が急速に減少する一方で高齢者数がピークを迎える2040年頃を見据え、社会保障給付や負担の姿を幅広く共有することが重要。（平成30年3月29日経済財政諮問会議有識者議員提出資料）

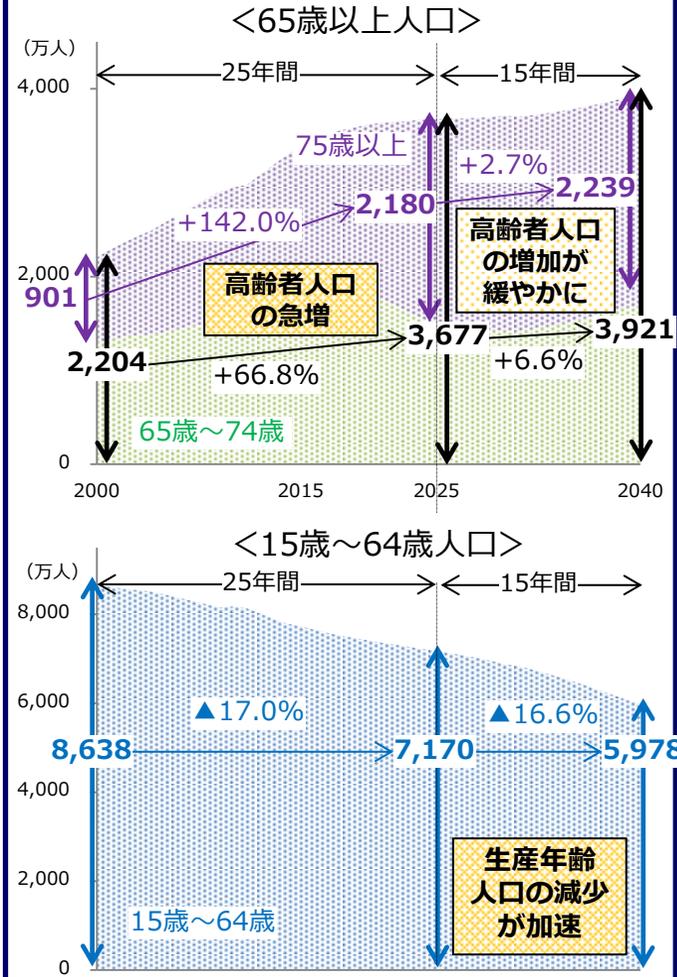
# 2040年頃を展望した社会保障改革の新たな局面と課題

人口構造の推移を見ると、2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化。

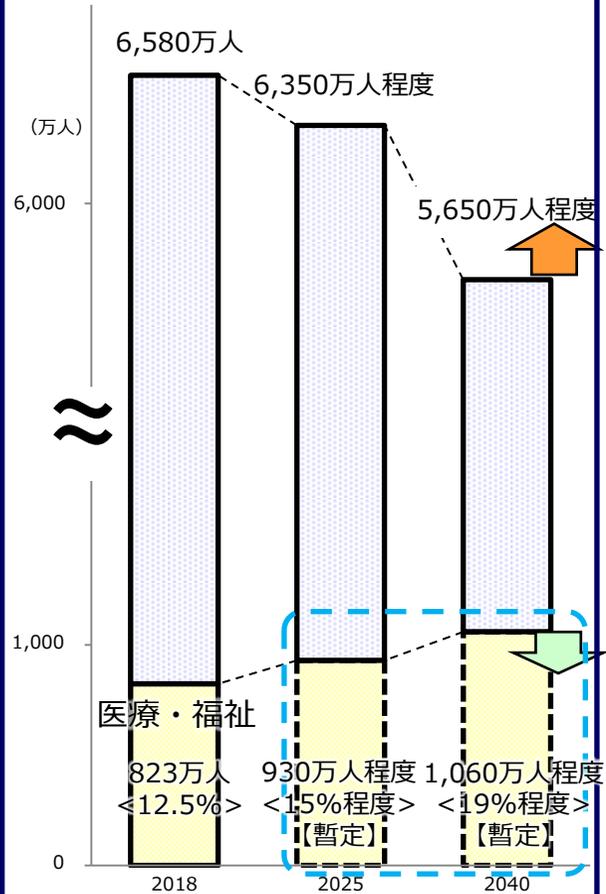


2025年以降の現役世代の人口の急減という新たな局面における課題への対応が必要。

## 《2040年までの人口構造の変化》



## 《就業者数の推移》



(資料) 就業者数について、2018年は内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」、2025年以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年労働力需給の推計」の性・年齢別の就業率と国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」（出生中位・死亡中位推計）を用いて機械的に算出。医療・福祉の就業者数は、医療・介護サービスの年齢別の利用状況（2025年）をもとに、人口構造の変化を加味して求めた将来の医療・介護サービスの需要から厚生労働省において推計（暫定値）。

国民的な議論の下、

- これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保も図りつつ、
- 以下の新たな局面に対応した政策課題を踏まえて、総合的に改革を推進。

## 《新たな局面に対応した政策課題》

**1. 現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上**

⇒ 高齢者をはじめとして多様な就労・社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していく基盤として、2040年までに3年以上健康寿命を延伸することを目指す。

## 2. 労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保

⇒ テクノロジーの活用等により、2040年時点において必要とされるサービスが適切に確保される水準の医療・介護サービスの生産性<sup>※</sup>の向上を目指す。

- ※ サービス産出に要するマンパワー投入量。
- ※ 医療分野：ICT、AI、ロボットの活用で業務代替が可能と考えられるものが5%程度（「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」結果から抽出）
- ※ 介護分野：特別養護老人ホームでは、平均では入所者2人に対し介護職員等が1人程度の配置となっているが、ICT等の活用により2.7人に対し1人程度の配置で運営を行っている施設あり。

(資料) 総務省「国勢調査」「人口推計」（2015年まで）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」（出生中位・死亡中位推計）（2016年以降）

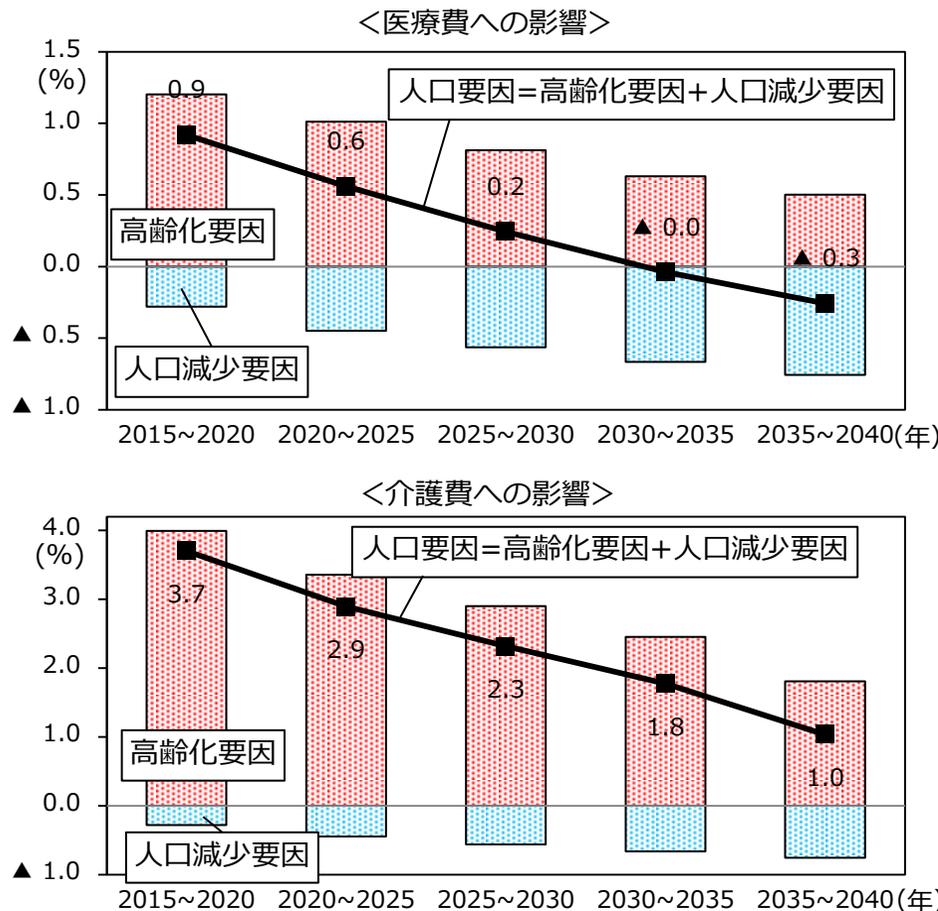
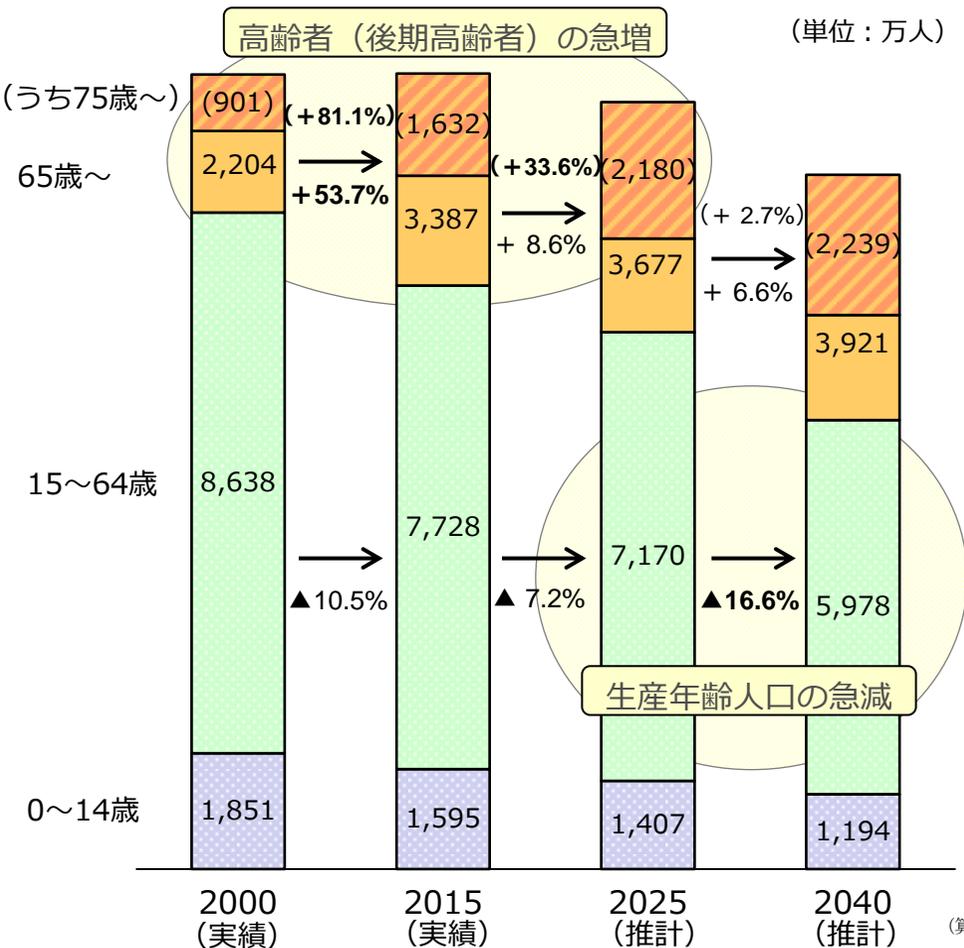
# 參考資料

# 2025年までの社会の変化と2025年以降の社会の変化

- 我が国の人口動態を見ると、いわゆる団塊の世代が全員75歳以上となる2025年に向けて高齢者人口が急速に増加した後、高齢者人口の増加は緩やかになる。一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速。
- 人口構造の変化の要因が医療・介護費の増加に及ぼす影響は、2040年にかけて逡減。

【人口構造の変化】

【人口構造の変化が医療・介護費に及ぼす影響】



(算出方法) 年齢階級別1人当たり医療費及び介護費の実績と将来の年齢階級別人口を元に、年齢階級別1人当たり医療費・介護費を固定した場合の、将来の年齢階級別人口をベースとした医療費及び介護費を算出し、その伸び率を「人口要因」による伸び率としている。その上で、総人口の減少率を「人口減少要因」とし、「人口要因」から「人口減少要因」を除いたものを、「高齢化要因」としている。  
 (使用データ) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」「介護給付費等実態調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」

# 健康寿命延伸に向けた取組

○ **健康格差の解消**により、2040年までに健康寿命を3年以上延伸、平均寿命との差の縮小を目指す。

平均寿命と健康寿命の差  
(山梨県と全国の比較)

○ 重点取組分野を設定、2つのアプローチで格差を解消。

**① 健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進**

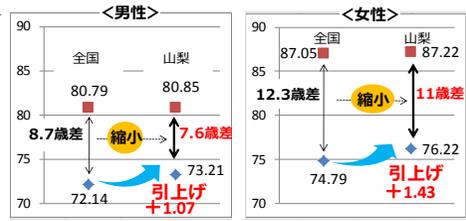
・多様な主体の連携により、無関心層も含めた予防・健康づくりを社会全体で推進。

**② 地域間の格差の解消**

・健康寿命には、大きな地域間格差。地域ぐるみで取り組み、格差を解消。

※全都道府県が、健康寿命の最も高い山梨県の水準に到達すれば、**男性+1.07年、女性+1.43年**の延伸。

(出典)  
平均寿命：平成27年簡易生命表、平成27年都道府県別生命表  
健康寿命：平成28年簡易生命表、平成28年人口動態統計、平成28年国民生活基礎調査、平成28年推計人口



## ① 健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

## ② 地域間の格差の解消

重点取組分野	具体的な方向性	目指す2040年の姿
<b>成育</b> 健やか親子施策	<ul style="list-style-type: none"> <li>すべての子どもの適切な生活習慣形成のための介入手法の確立、総合的な支援</li> <li>リスクのある事例の早期把握や個別性に合わせた適切な介入手法の確立</li> <li>成育に関わる関係機関の連携体制の構築</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>成育環境に関わらず、すべての子どもが心身ともに健やかに生まれる。</li> <li>例) 低出生体重児の割合や10代の自殺死亡率を先進諸国トップレベルに改善する。</li> </ul>
<b>疾病予防・重症化予防</b> がん対策・生活習慣病対策等	<ul style="list-style-type: none"> <li>個別・最適化されたがん検診・ゲノム医療の開発・推進、受けやすいがん検診の体制づくり</li> <li>インセンティブ改革、健康経営の推進</li> <li>健康無関心層も自然に健康になれる社会づくり(企業、自治体、医療関係者等の意識共有・連携)(日本健康会議等)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>個々人に応じた最適ながん治療が受けられる。</li> <li>所得水準や地域・職域等によらず、各種の健康指標の格差が解消される。</li> </ul>
<b>介護・フレイル予防</b> 介護予防と保健事業の一体的実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護予防(フレイル対策(口腔、運動、栄養等)を含む)と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防を一体的に実施する枠組みの構築、インセンティブも活用</li> <li>実施拠点として、高齢者の通いの場の充実、認知症カフェの更なる設置等地域交流の促進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>身近な地域で、生活機能低下防止と疾病予防・重症化予防のサービスが一体的に受けられる。</li> <li>例) 通いの場への参加率 15% 認知症カフェの設置箇所数 9,500箇所</li> </ul>

### 基盤整備

- 見える化
- データヘルス
- 研究開発
- 社会全体での取組み

# 医療・介護・福祉サービスの生産性向上に向けて

- 引き続き需要が増加する医療・介護等のサービスを安定的に提供するため、**マンパワーの確保**が課題。
- 一方、生産年齢人口の急速な減少により労働力制約が強まる中で、他の高付加価値産業への人材輩出も考慮すれば、**医療・介護・福祉の専門人材が機能を最大限発揮**することが不可欠。また、2040年までを展望すれば、AI・ロボット・ICTといったテクノロジーが急速に発展。
- このため、健康寿命の延伸に向けた取組に加えて、**医療・介護・福祉サービスの生産性改革**を進める。

## 従事者の業務分担の見直し・効率的な配置の推進

- 医師の働き方改革を踏まえたタスク・シフティングの推進（モデル事業の実施と全国展開）

（例）「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」によれば、医師の業務のうち、1日当たり47分は他職種への移管やICT等の活用により効率化が可能。

- 介護ロボット活用による特養での効率的な配置の推進（モデル事業の実施と全国展開）

（例）見守り機器導入後、夜間の入所者への訪室回数、巡回等に係る時間が減少。ヒヤリハット・介護事故件数も減少。

- 保育補助者など多様な人材活用による保育業務の効率化

## テクノロジーの最大活用

- 医療機関におけるAI・ICT等の活用推進、診断等の質の向上や効率化に資する医療機器等の開発支援

（例）オンライン診療の推進やICTを活用した勤務環境改善（テレICU（複数のICUの集中管理）やタブレット等を用いた予診、診断支援ソフトウェア等）、多職種連携のためのSNS活用の推進 等

- 介護サービス事業所間の連携等に係るICT標準仕様の開発・普及

（例）ICT機器導入後、書類作成（ケア記録等の作成や介護報酬請求）に要する時間が減少。

- 保育所等におけるICT化の推進

- 病院長研修など医療機関のマネジメント改革への支援推進
- 介護分野、障害福祉分野における生産性向上ガイドラインの作成・普及
- 保育業務に関するタイムスタディ調査の実施、好事例の収集・横展開

## マネジメント改革の支援

# 医療保険制度に関する主な論点

平成30年4月19日  
厚生労働省保険局

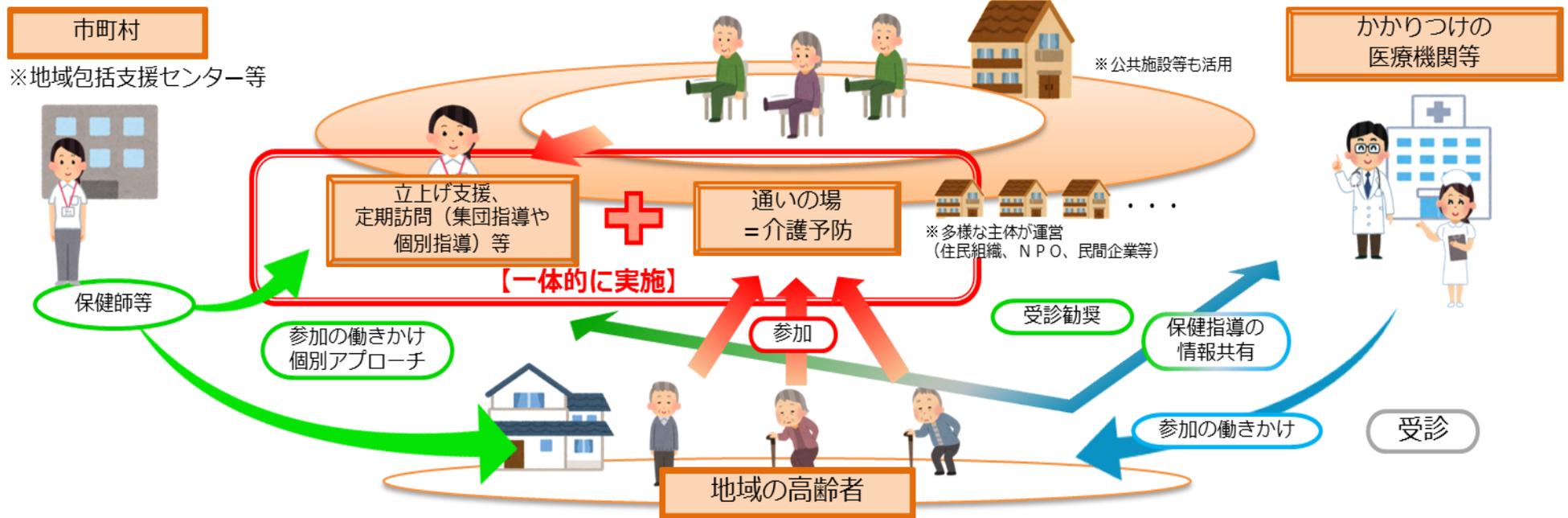
- 予防・健康づくりの推進（医療保険・介護保険における予防・健康づくりの一体的実施）……………p3
- 高額薬剤・医療技術への対応……………p5
- 医療費の動向等に応じて給付率を調整する考え方について……………p16
- 地域別の診療報酬の設定（具体的な活用メニューの提示）……………p19



# 予防・健康づくりの推進(医療保険・介護保険における予防・健康づくりの一体的実施)②

- 高齢者の通いの場を中心とした介護予防（フレイル対策(運動、口腔、栄養等)を含む）と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防の一体的実施。
- 通いの場の拡大、高齢者に対して生きがい・役割を付与するための運営支援、かかりつけの医療機関等との連携。
- すべての地域で高齢者が認知症カフェに参加できる環境整備、認知症サポーター養成・かかりつけ医等に対する認知症対応力向上研修の推進。

## 地域ぐるみで介護・フレイル予防を一体的に実施 ⇒ 健康寿命の延伸



# 高額薬剤・医療技術への対応

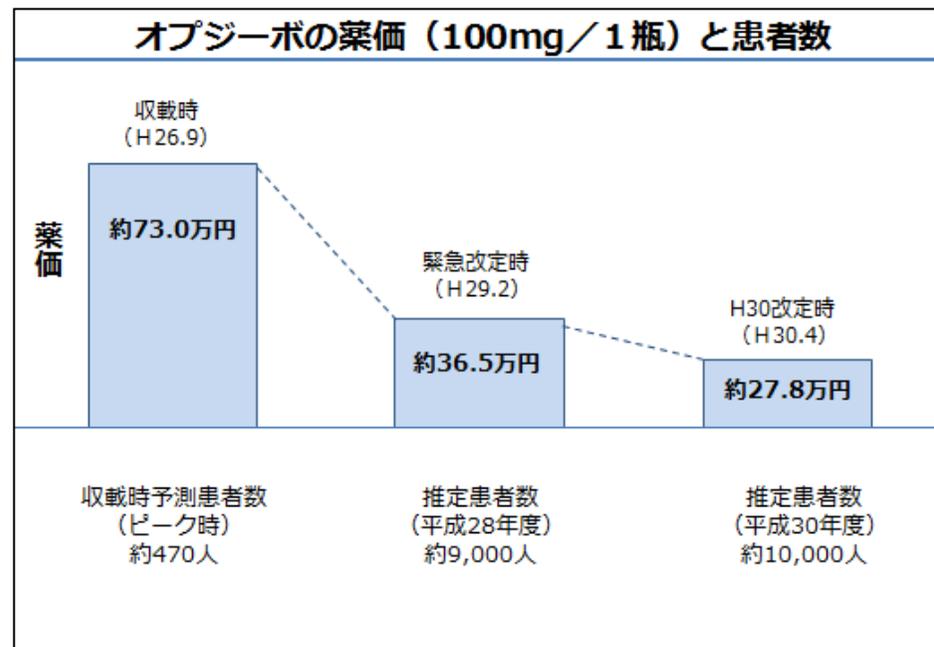
- 我が国では、これまで、国民皆保険の下、「有効性及び安全性が確認された医療であって、必要かつ適切なものは保険適用する」ことを基本に対応。予算の制約や経済性により保険適用外とするような取扱いについては、こうした基本原則を変えることとなるが、国民の理解を得ることができるか。
- こうした基本原則を堅持しつつ、効能追加などの状況変化に迅速に対応するとともに、費用対効果評価の本格実施などにより、より適切な価格設定を行う努力を重ねていくことが適当ではないか。

## 《 医薬品 》

- 近年、ゲノム解析技術や検査技術の進展などに伴って、分子標的薬などの開発が進み、高額な医薬品が登場するようになってきている。これらの多くが対象疾患が希少がんや難病など患者数が限定的なケースであるが、一部には、オプジーボのように、効能追加され対象疾患が拡大することによって、医療費（薬剤費）に与えるインパクトが大きい医薬品が存在する。
- こうした状況を受けて、平成30年度の薬価制度の抜本改革において、効能追加等に伴う市場拡大に対して速やかに薬価を引き下げるルールを導入したほか、試行実施してきた費用対効果評価について、その結果を加味した価格調整を本年4月に実施した。さらに、本格実施に向けて、引き続き検討し、今年度中に結論を得ることとしている。
- なお、費用対効果評価については、他の先進諸国でも取組みが進められているが、社会保険方式を採用しているフランス、ドイツ、オランダにおいては、価格交渉のみに利用している。税方式を採用し、保険償還可否にも利用しているイギリスでは、患者団体の反発を踏まえ、別途、患者のアクセスを改善する政策を導入している。

## 《 医療技術 》

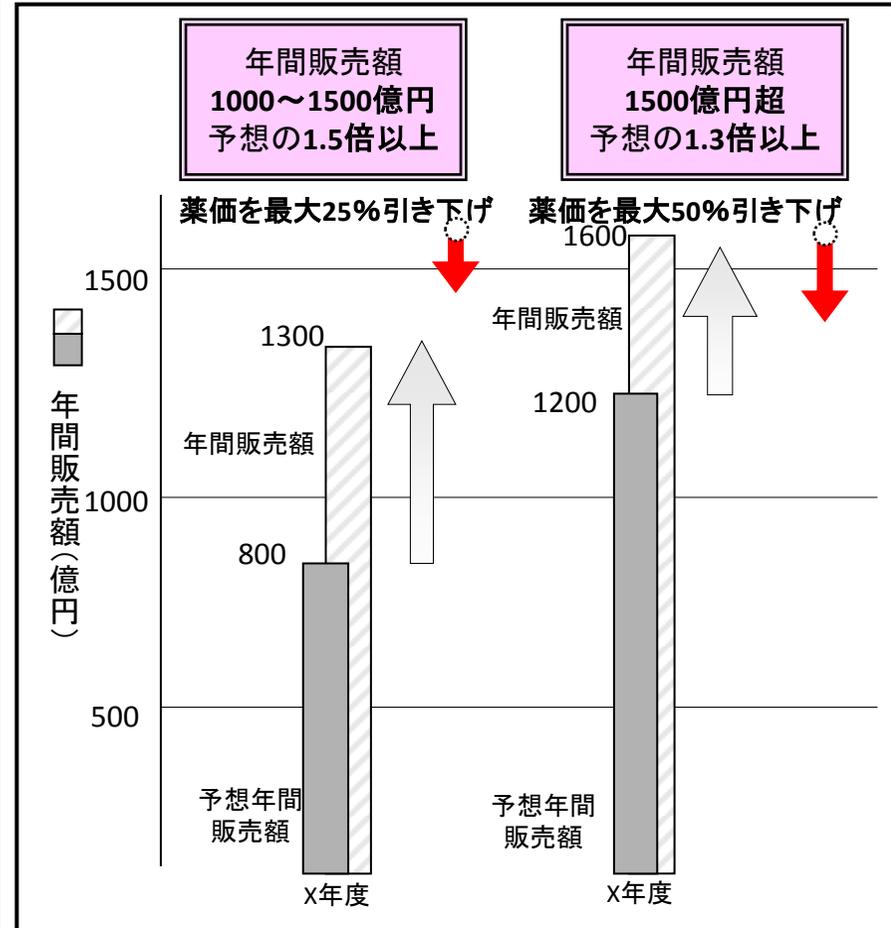
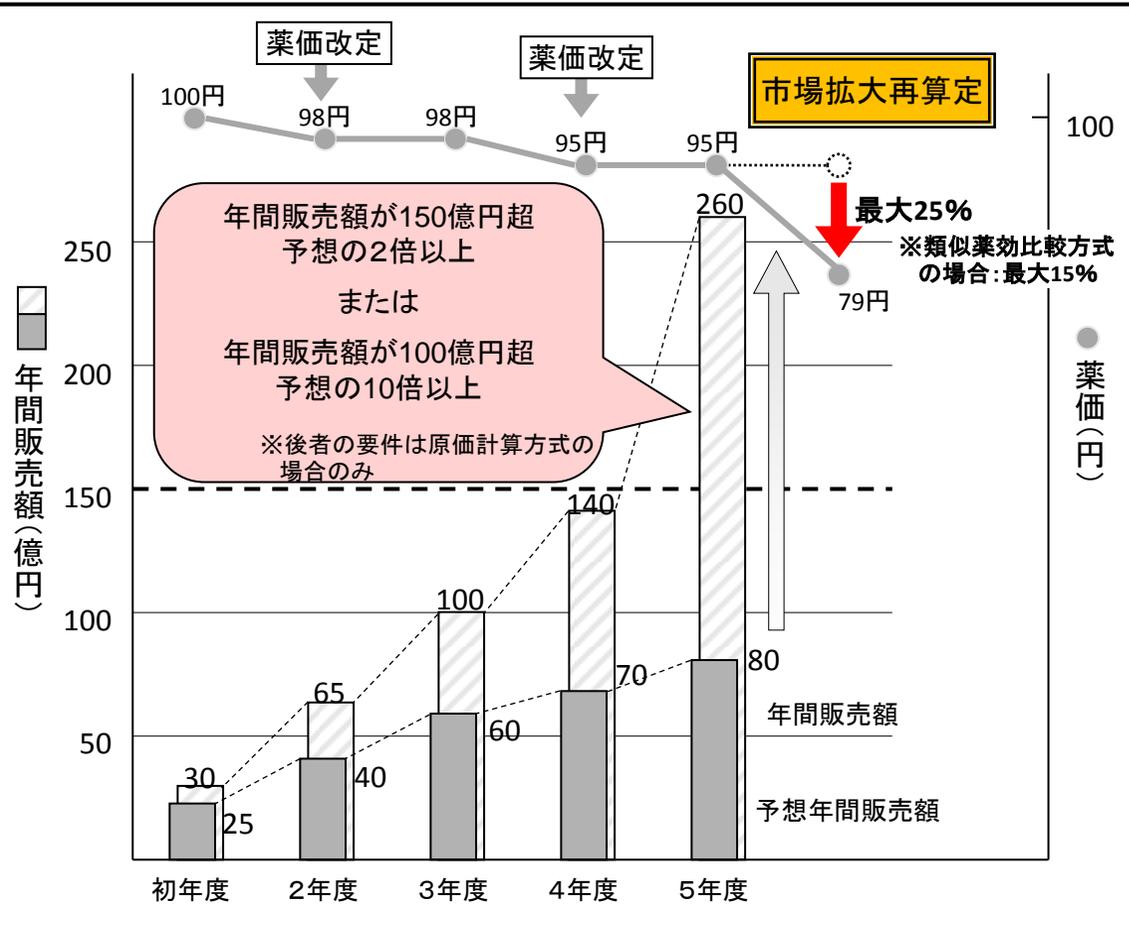
- 医療技術についても、ロボット支援下内視鏡手術や粒子線治療といった高額な技術が臨床応用されているが、平成30年度診療報酬改定において、既存技術と同等程度の医学的有効性及び安全性を有すると認められた疾患への適用については、既存技術と同じ診療報酬点数で保険適用を行った。



# 市場拡大再算定

**【市場拡大再算定】(平成12年度～)** ※通知によりルールとして明確化  
年間販売額が予想販売額の一定倍数を超えた場合等には、薬価改定時に価格を更に引き下げる。

**【市場拡大再算定の特例】(平成28年度～)**  
年間販売額が極めて大きい品目の取扱いに係る特例。

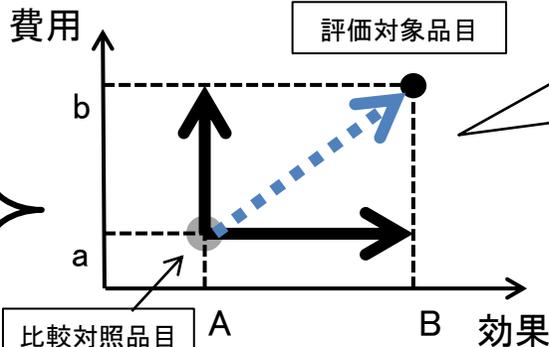
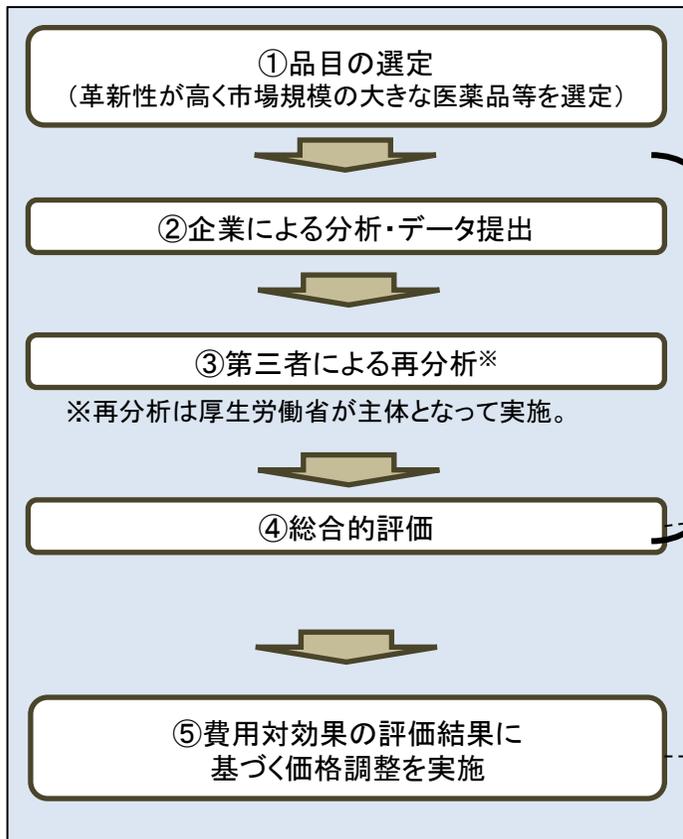


**【薬価改定時以外の再算定】(平成30年度～)**  
効能追加等がなされた品目については、市場規模350億円超のものに限り、新薬収載の機会(年4回)を活用し、上記の算式に従い薬価改定を行う。

# 費用対効果評価の試行的実施の概要

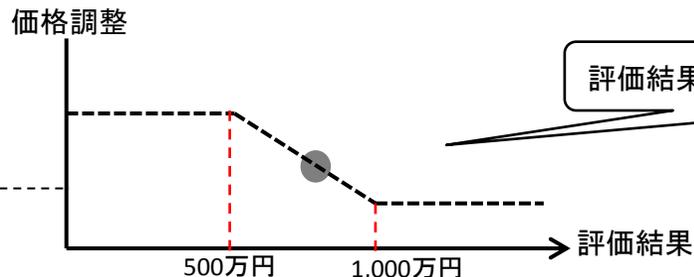
- 費用対効果評価については、原価計算方式を含め、市場規模の大きい医薬品・医療機器を対象に、費用対効果を分析し、その結果に基づき薬価等を改定する仕組みを導入する。
- これに向けて、試行的実施の対象となっている13品目について、これまでの作業結果を踏まえ、平成30年4月から価格調整を実施するとともに、試行的実施において明らかになった技術的課題（※）への対応策を整理する。
- 併せて、本格実施に向けて、その具体的内容について引き続き検討し、平成30年度中に結論を得る。

## 【費用対効果評価の手順】



評価対象品目が、既存の比較対照品目と比較して、費用、効果がどれだけ増加するかを分析。健康な状態での1年間の生存を延長するために必要な費用を算出。

評価にあたっては、生命に関わる重篤な疾患での延命や希少な難病等の、倫理的、社会的影響も考慮



評価結果に応じて対象品目の価格を調整

※試行的実施において、一部の品目で、企業による分析と第三者による再分析に大きく異なる結果が生じており、技術的課題への方策を整理中。

※導入に当たっては、我が国では、国民皆保険の下、有効性・安全性等が確立された医療は基本的に保険適用していることから、費用対効果評価の結果は、価格調整に用いることとし、保険償還の可否の判断には用いない。

# 費用対効果評価の試行的実施の対象品目について

## <対象品目>

	医薬品（7品目）		医療機器（6品目）	
類似薬効（機能区分）比較方式	ソバルディ (ギリアド・サイエンシズ)	C型慢性肝炎	カワスミNajuta胸部ステントグラフトシステム ○ (川澄化学工業)	胸部大動脈瘤
	ハーボニー (ギリアド・サイエンシズ) ○		アクティバRC (日本メドトロニック)	振戦等
	ヴィキラックス (アッヴィ合同会社) ○		バーサイズDBSシステム (ポストン・サイエンティフィック ジャパン)	
	ダクルインザ (ブリistol・マイヤーズ) ○		Brio Dual 8ニューロスティミュレータ (セント・ジュード・メディカル)	
	スンベプラ (ブリistol・マイヤーズ) ○			
原価計算方式	オブジーボ (小野薬品工業) ○	悪性黒色腫等	ジャック (ジャパン・ティッシュ・エンジニアリング)	外傷性軟骨欠損症
	カドサイラ (中外製薬)	HER2陽性の再発乳癌等	サピエンXT (エドワーズライフサイエンス) ○	重度大動脈弁狭窄症

## <選定基準>

○：検証のための分析を実施する品目

### ① 除外要件

イ 指定難病、血友病及びHIV感染症、 □ 未承認薬等検討会議を踏まえた開発要請等

### ② 抽出要件

イ 平成24年度から平成27年度までの間に保険適用、かつ、類似薬効（機能区分）比較方式のうち、

i **補正加算の加算率が最高**

ii 10%以上の補正加算が認められたものの中で、**（ピーク時予測売上高【医薬品】／保険償還価格【医療機器】）が最高**

□ 平成24年度から平成27年度までの間に保険適用、かつ、原価計算方式のうち、

i **営業利益率の加算率が最高**

ii 10%以上の加算が認められたものの中で、**（ピーク時予測売上高【医薬品】／保険償還価格【医療機器】）が最高**

※ これによって選定された品目の薬理作用類似薬及び同一機能区分に該当する医療機器も対象

# 諸外国における医薬品に係る費用対効果評価の活用状況(一覧)

	イギリス	オーストラリア	スウェーデン	オランダ	フランス	ドイツ
財源	税方式	税方式	税方式	社会保険方式	社会保険方式	社会保険方式
評価機関	National Institute for Health and Care Excellence	Pharmaceutical Benefits Advisory Committee	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	Zorginstituut Nederland	Haute Autorité de Santé	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
設立年	1999年	1954年 <sup>(※1)</sup>	2002年	1949年	2005年	2004年
評価基準	2～3万ポンド (致死性疾患、終末期における治療の場合は5万ポンドまで許容)	公表されていない	公表されていない	1～8万ユーロ (疾患により変動)	公表されていない	公表されていない
評価結果の活用方法 <sup>(※2)</sup>	償還可否の決定及び価格交渉に用いる	償還可否の決定及び価格交渉に用いる	償還可否の決定及び価格交渉に用いる <sup>(※3)</sup>	価格交渉に用いる	価格交渉に用いる	価格交渉に用いる <sup>(※4)</sup>
(備考)	医薬品アクセス制限への反発を受けて、以下の仕組みを導入 ・Patient Access Scheme(2009年～) ・Cancer Drug Fund(2011年～)	評価の結果、償還が推奨されない品目に対応する以下の仕組みを導入 ・リスク共有スキーム <sup>(※5)</sup>	—	—	—	—

※1 費用対効果の評価の開始は1993年。

※2 算出された増分費用効果比(ICER)を価格に反映させる具体的な方法を公表している国はない。

※3 スウェーデンでは償還の可否の決定にも用いることとされているが、償還を不可とした例はない。

※4 ドイツでは企業との価格交渉が合意に至らない場合に、必要に応じて費用対効果評価を実施することとしているが、これまでに実施した例はない。

※5 保険者と企業の間で取り決めを行い、企業が価格引下げや薬剤費の一部を負担する等により、償還が認められるスキーム。

# イギリスにおける医薬品の償還について

- 医薬品がイギリスの公的医療保障制度(NHS)のもとで償還されるためには、評価機関であるNICEが行う評価において、費用に見合った価値があると判断される必要がある。
- 2008年前後から、NICEの評価結果による医薬品へのアクセスの悪化に反発した患者団体などにより、大規模なデモが盛んに行われた。
- 対応を迫られた保健省は、2009年にPatient Access Scheme (PAS)、2011年にCancer Drug Fund (CDF) を設ける等により、患者のアクセスを改善する政策を導入した。

## <Patient Access Scheme (PAS)>

- 費用対効果を改善し、患者が画期的新薬へのアクセスを享受することを可能にするために、企業が提案するスキーム。
- NICEにおいて費用に見合った効果が認められないと評価され、NHSのもとでの使用が実質的に出来ないと思込まれる医薬品について、企業が医薬品の価格の引き下げや薬剤費の払戻しなどを行うことで、NHSのもとでの償還が認められるようになる

## <Cancer Drug Fund (CDF)>

- NICEの評価により使用を制限された抗がん剤等について、公費で助成し、患者アクセスを確保するために設立された基金。
- 現在、NICEの評価においては、NHSのもとでの使用を「推奨／非推奨」とする評価に加えて、「CDFでの使用を推奨する」とする評価が設けられている。

- CDFにおいては、支出が基金の予算金額を大幅に超過する状況が続き、対象となる医薬品の品目数や効能・効果を削減して対応した。それでもなお、超過に歯止めがかからなかったため、2016年7月以降、CDFからの償還期間を最長2年間とする、年間予算額を支出額が超過した場合には企業にリベートを請求する等の取組を行っている。

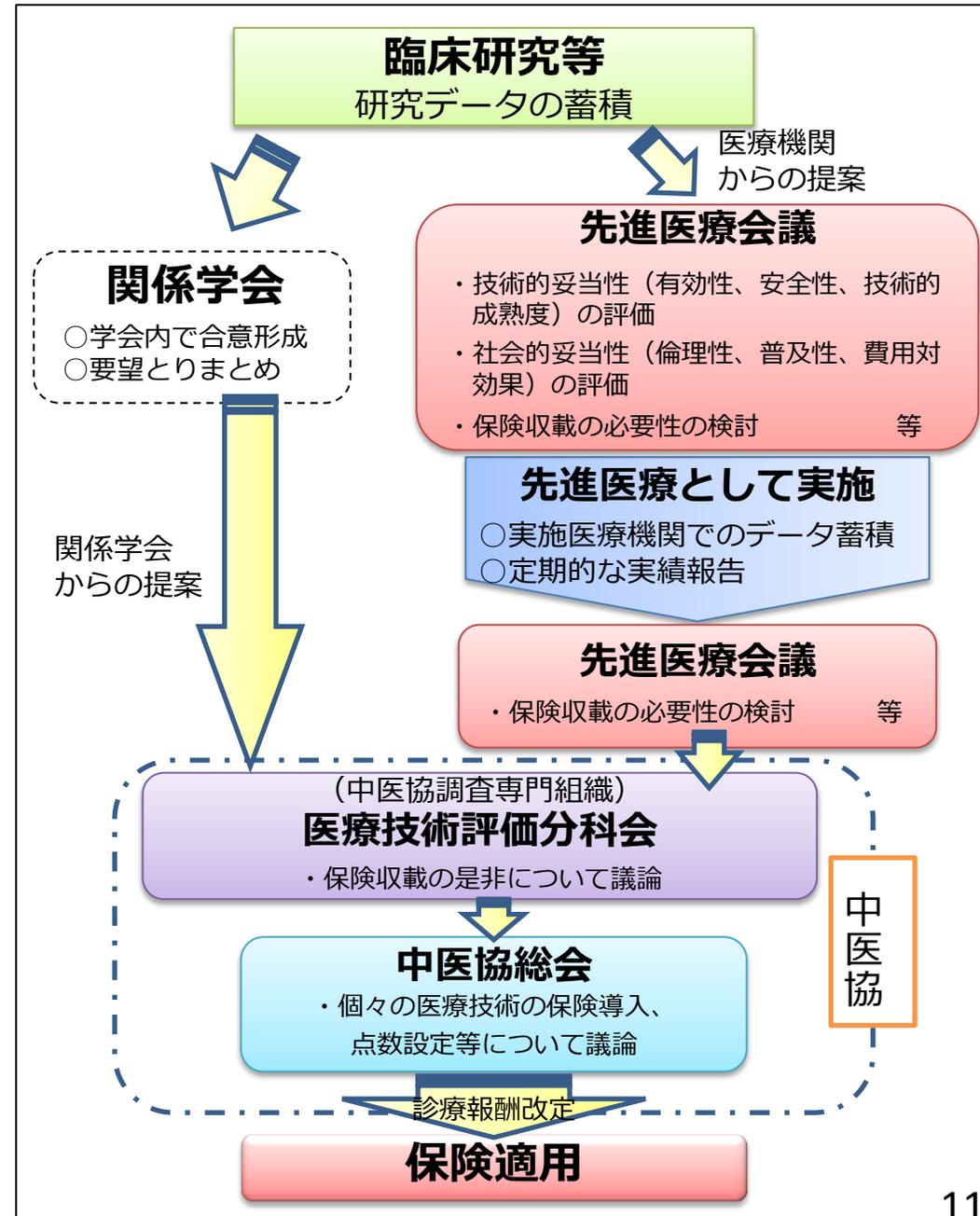
出典：医療経済研究機構「薬剤使用状況等に関する調査研究報告書」(平成29年3月)

JPMA NEWS LETTER 2015 No.166

健保連海外医療保障(No. 113 2017年3月)

# 新規医療技術が保険適用されるまでの基本的な流れ

- 新規医療技術については、右図のように、
  - ・ 関係学会から医療技術評価分科会に提案され、有効性・安全性等の観点から保険適用が検討されるもの
  - ・ 先進医療として実施し、有効性・安全性等に係るデータを蓄積し、医療技術評価分科会において保険適用が検討されるものがある。
- 保険適用に足る有効性・安全性等が示されない場合には、先進医療等の実施を継続し、エビデンスの蓄積を続ける。
- 我が国の医療保険制度においては、医薬品や医療機器も含め、比較対象技術が存在する場合には、当該比較対象技術と同程度の評価を行うことが基本。
- 平成30年度診療報酬改定では、既存技術と同等の有効性・安全性は示されたが、優越性を示すことが困難であった以下の新規技術について、既存技術と同じ評価で保険適用した。
  - ・ 胃がんに対するロボット支援下内視鏡手術
  - ・ 前立腺がんに対する粒子線治療



# ロボット支援下内視鏡手術について

## 【これまでの対応】

○いくつかのロボット支援下内視鏡手術（以下「ロボット手術」という。）については、先進医療として実施され、既存の腹腔鏡手術に対する優越性を示した技術については、以下のとおり保険適用してきた。

	先進医療 実施期間	保険適用時期	先進医療での評価	診療報酬 (類似技術*)
前立腺がん	平成22年10月～ 平成24年3月	平成24年4月	・血管損傷、直腸損傷の減少、 断端陽性率の減少等、従来 技術よりも良好な成績あり。	95,280点 (77,430点)
腎がん	平成26年9月～ 平成27年10月	平成28年4月	・腎機能温存、根治切除の割合 で優越性あり。	70,730点 (64,720点)

(\*ロボットを使用しない、既存の腹腔鏡手術)

## 【平成30年度診療報酬改定での対応】

○現在保険適用されていないロボット手術については、既存技術と比較した優越性についての科学的根拠を現時点で示すことが困難な状況にあった。

○一方で、現在保険適用されていないロボット手術の中には、既存技術と同等程度の医学的有効性及び安全性を有するものも存在すると考えられた。

○平成30年度診療報酬改定においては、既存の腹腔鏡手術と同等程度の有効性・安全性があるとされたものについては、当該技術と同じ診療報酬点数で保険適用することとした。

〔胃がんについては先進医療として実施され、先進医療会議において既存技術と同等との評価がなされた。  
食道がんや肺がん等のその他のがん種については、医療技術評価分科会において、既存技術と同等と評価された。〕

	先進医療 実施期間	保険適用時期	先進医療での評価	診療報酬 (類似技術*)
胃がん	平成26年10月～ 平成29年7月	平成30年4月	・有効性については、既存技術と 同程度との評価。	64,120点 (64,120点)

(\*ロボットを使用しない、既存の腹腔鏡手術)

## 手術等医療技術の適切な評価

- 保険導入を行う新規技術の例(1) ロボット支援下内視鏡手術
- ○ 既存技術と同等程度の有効性・安全性を有するロボット支援下内視鏡手術を保険適用する。

腹腔鏡下胃切除術 2 悪性腫瘍手術 64,120点  
(新)内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。

### 技術の概要:

胃癌治療のため、内視鏡手術用支援機器を用いて内視鏡下に胃切除を行う技術。

[内視鏡手術用支援機器を用いて行う場合の施設基準の概要]

- ・当該手術及び関連する手術に関する実績を有すること
- ・当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること



### 保険導入を行うロボット支援下内視鏡手術

内視鏡手術用支援機器を用いる対象となる手術名	
1	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術
2	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術
3	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(肺葉切除又は1肺葉を超えるもの)
4	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術
5	胸腔鏡下弁形成術
6	腹腔鏡下胃切除術
7	腹腔鏡下噴門側胃切除術
8	腹腔鏡下胃全摘術
9	腹腔鏡下直腸切除・切断術
10	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術
11	腹腔鏡下腔式子宮全摘術
12	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)

# 粒子線治療について

## 【 先進医療としての実施 】

- 粒子線治療については、陽子線治療が平成13年7月から、重粒子線治療が平成15年11月から、「限局性固形がん」を適応症とした高度先進医療として開始され、先進医療として実施されてきた。
- しかしながら、粒子線治療の既存放射線治療に対する優越性を評価するための十分なデータが集積されていない等の理由で、長期間にわたり先進医療として継続してきた。

## 【 平成28年度診療報酬改定での対応 】

- 平成28年度診療報酬改定においては、これまでに集積されたデータ等に基づき、先進医療会議において、以下の適応症に対しては既存治療と比較して優越性を有すると評価され、保険適用がなされた。

	がん種	診療報酬
陽子線治療	・小児腫瘍（限局性の固形悪性腫瘍に限る）	23万7500点 〔 ・各種加算込み ・一連のものとして算定 〕
重粒子線治療	・切除困難な骨軟部腫瘍	

## 【 平成30年度診療報酬改定での対応 】

- ・平成30年度診療報酬改定においては、前立腺がんについては、既存の放射線治療\*と同等程度の有効性及び安全性を有すると評価されたため、当該技術と同じ診療報酬点数で保険適用することとした。
- ・一方で、切除非適応の骨軟部腫瘍、頭頸部悪性腫瘍に対する粒子線治療については、既存技術に対する優越性が示されたため、当該技術を上回る診療報酬点数で保険適用した。

（\*現在保険適用されている、放射線治療の1つ（強度変調放射線治療 IMRT ; intensity- modulated radiotherapy ））

	既存治療を上回る十分な科学的根拠がある疾患 （23万7500点）**	既存の放射線治療と同等の効果の疾患 （16万点）**
陽子線治療	・ <u>切除非適応の骨軟部腫瘍</u> ・ <u>頭頸部悪性腫瘍</u> （口腔・咽喉頭扁平上皮がんを除く）	・ <u>限局性前立腺がん</u>
重粒子線治療	・ <u>頭頸部悪性腫瘍</u> （口腔・咽喉頭扁平上皮がんを除く）	・ <u>限局性前立腺がん</u>

## 手術等医療技術の適切な評価

➤ 保険導入を行う新規技術の例(2)

○ 既存X線治療と同等の有効性が認められた疾患に対する粒子線治療を保険適用する。

粒子線治療(一連につき)

(新) 希少な疾病以外の特定の疾病に対して実施した場合

重粒子線治療の場合 110,000点

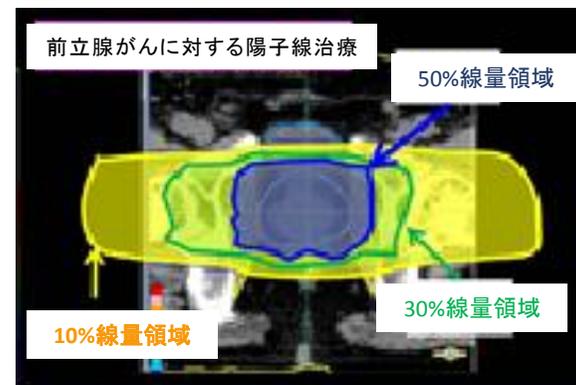
陽子線治療の場合 110,000点

技術の概要:

水素原子核(陽子線)又は炭素原子核(重粒子線)を加速することにより得られた放射線を、病巣に集中的に照射して、悪性腫瘍を治療する技術。

[算定の要件]

- ・陽子線治療: 前立腺がん
- ・重粒子線治療: 前立腺がん
- ・実施に用いる粒子線治療装置の薬事承認が得られていること



[加算]

- |              |         |                              |
|--------------|---------|------------------------------|
| ①粒子線治療適応判定加算 | 40,000点 | ※ キャンサーボードによる適応判定に関する体制整備を評価 |
| ②粒子線治療医学管理加算 | 10,000点 | ※ 照射計画を三次元的に確認するなどの医学的管理を評価  |

# 医療費の動向等に応じて給付率を調整する考え方について

- 医療費が伸びて保険料の引上げが必要な場合、一定の算式に基づき、定期的に患者負担を引き上げる等の考え方が提示されている。
- このような考え方については、以下のような課題がある。
  - ① 患者負担の引上げにあたって、患者の受診行動や家計といった医療や生活の実態が考慮されず、患者負担が過大になるおそれがあること
  - ② インフルエンザの流行や新薬の導入などの一時的要因で変動する医療費や、景気の変動等に応じ、頻繁に患者負担が変わり、将来の医療に対する国民の安心を損ねるおそれがあること
- このため、「国民が安心して必要な医療を受けられることを保障する」という公的医療保険制度の趣旨に照らし、慎重な検討が必要。
- 医療費の伸びについては、その時々<sup>①</sup>の社会経済情勢を踏まえつつ、①診療報酬、②保険料、③公費、④患者負担について、総合的に、かつ、不断の見直しを行うことにより対応することが適切。

## 国民医療費

②保険料・③公費

7割(～9割)

**給付率の調整**  
(定率・定額負担、負担上限、免責等)

3割(～1割)

④患者負担

①診療報酬

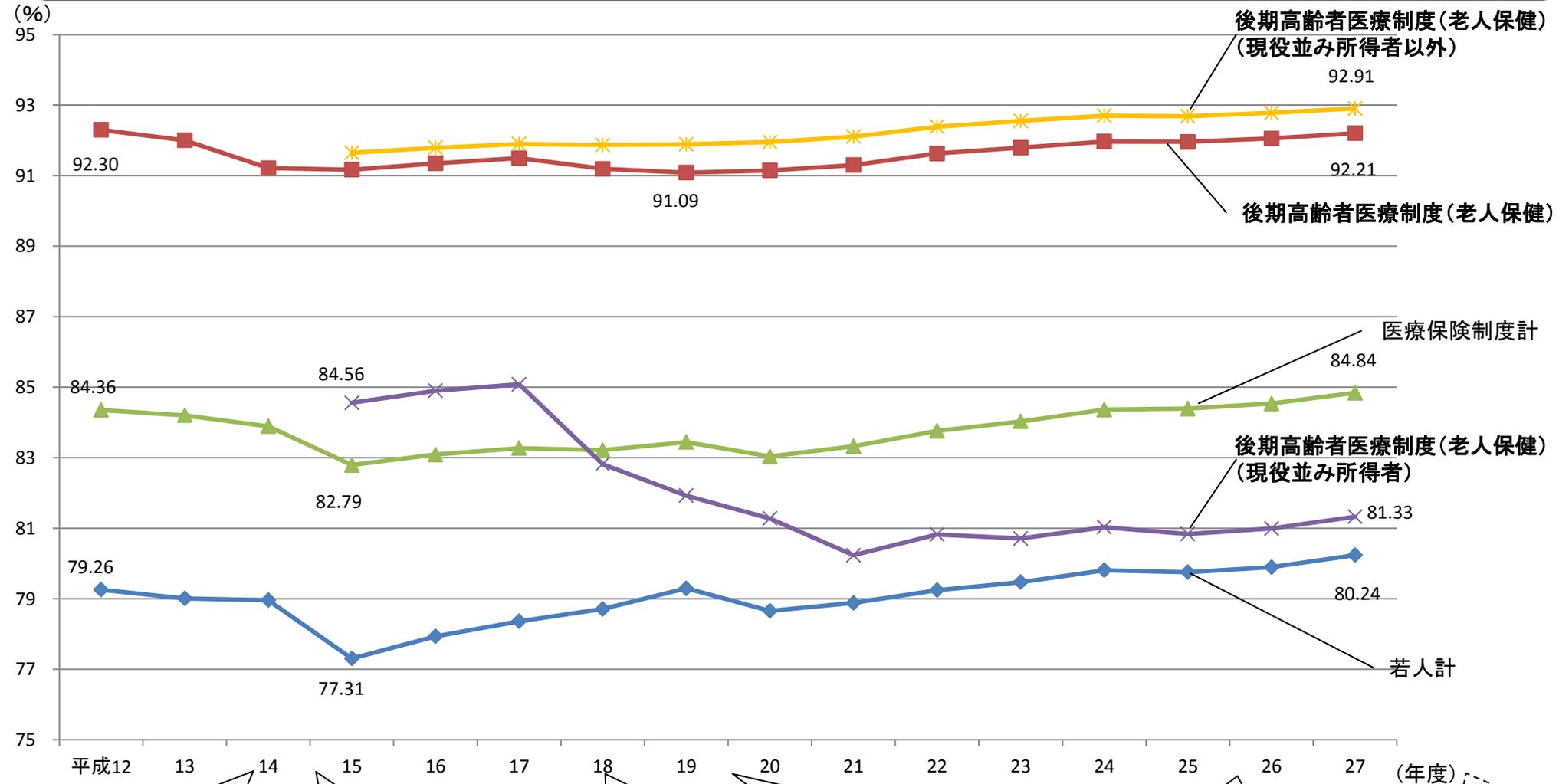
- 現行の医療保険制度においては、医療費について、患者負担を上限付きの定率とした上で、それ以外は被保険者全体で負担する仕組みとなっている。
- 上記の「医療費が伸びて保険料の引上げが必要な場合、一定の算式に基づき、定期的に患者負担を引き上げる」等の考え方は、この負担の原則を変更し、医療費が増えれば機械的に患者負担の割合も高くなることとするもの。

# これまでの診療報酬改定、保険料・患者負担の見直しについて

	14年度	18年度	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度	
保険料						後期高齢者保険料軽減特例の見直し ・所得割 5割軽減 → 軽減なし(H30.4) ・元被扶養者均等割 9割軽減 → 軽減なし(H31.4)		
患者負担	H14.10～ 70歳以上 定率1割 現役並み2割  H15.4～ 健保2割 →3割	H18.10～ 70歳以上 現役並み 2割→3割  入院時の居住費 の導入  高額療養費の 上限引上げ	70歳～74歳の窓口負担の見直し 1割→2割				入院時の食費の引上げ 260円/食→460円/食(一般所得)	入院時の居住費の引上げ 0円/日→370円/日 ※65歳以上の医療度の高い患者
			高額療養費上限引上げ  一般(外来)1.2万円/月→1.8万円/月 一般(世帯)4.44万円/月→5.76万円/月 現役並み(外来)4.44万円/月→特例廃止 現役並み(世帯)8.01万円/月→3区分化					
診療報酬	本体 ▲1.3% 薬価等 ▲1.4%  【参考】 本体+薬価等 ▲2.7%	本体 ▲1.36% 薬価等 ▲1.8%  【参考】 本体+薬価等 ▲3.16%	本体 +0.1% 薬価等 ▲1.36%  【参考】 本体+薬価等 ▲1.26%  ※消費税改定分を除く。		本体 +0.49% 薬価等※1 ▲1.82%  【参考】 本体+薬価等※2 ▲1.33%  ※1 うち、市場拡大再算定の特例 分等▲0.29%、実勢価等改定分 ▲1.52% (市場拡大再算定 (通常分)を除くと、▲1.33%) ※2 実勢価等改定分で計算すると、 ▲1.03%		本体 +0.55% 薬価等※1 ▲1.74%  【参考】 本体+薬価等※2 ▲1.19%  ※1 うち、薬価制度改革分 ▲0.29%、実勢価等改定 分▲1.45% ※2 実勢価等改定分で計算 すると▲0.9%	

# 実効給付率の推移

○ 平成27年度の後期高齢者の実効給付率は92.21%。このうち、現役並み所得者は81.33%、現役並み所得者以外のは92.91%。



H14.10～70歳以上  
: 定率1割(現役並み2割)

H15.4～健保  
: 2割→3割

H18.10～70歳以上  
: 現役並み: 2割→3割

H20.4～後期高齢者医療制度発足  
70～74歳(凍結)/義務教育前: 2割

H26.4～70～74歳  
: 順次凍結解除

H29.8/30.8～: 70歳以上  
高額療養費見直し(実効給付率への影響は後期高齢者医療制度で▲0.4%程度、医療保険制度計で▲0.2%程度の見込み)

(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。  
出典: 各制度の事業年報等を基に作成

# 地域別の診療報酬の設定(具体的な活用メニューの提示)

- 医療費適正化の実効性を上げるには、地域の医療費の状況や課題を把握・分析し、地域の関係者における議論も踏まえた上で、具体的な対応策が検討される必要がある。
- こうした地域での分析や議論がない中で、具体的なメニューを想定することは、地域の実情に応じた取り組みにかえって枠をはめることになりかねない。むしろ、地域の課題解決のためには、地元関係者による地域課題の把握・分析を通じた具体的な対応策の検討が、医療費適正化の実効性を上げるためには重要。
- 厚生労働省としては、引き続き、医療費適正化計画の実施主体である都道府県の意見を丁寧に聴きながら対応していく。

## 《 制度の枠組み 》

※ 医療保険部会での議論を踏まえ、以下の運用の考え方について、都道府県に対し平成30年3月29日付け通知により周知。

- ① 医療費には様々な要素があるなか、「医療費適正化計画」は、科学的エビデンスを伴い、保険者・医療関係者等の協力を得て実施可能な取組を目標設定する枠組み。
- ② 都道府県は「医療費適正化計画」に基づき取組を実施。計画終了後に、目標の達成状況について実績評価を行い、次期計画での目標達成に向けた方策について検討。
- ③ その際、各都道府県において、必要となる具体的な施策・取組を検討。その上で、なお目標達成のために必要があると認めるとき、都道府県は、保険者・医療関係者が参画する保険者協議会での議論も踏まえた上で、地域別の診療報酬について国に意見を提出。
- ④ 厚生労働省では、都道府県の意見を踏まえ、中医協における諮問・答申を経て検討。

## 《 留意点 》

- この規定については、医療保険部会において「国民皆保険の趣旨から診療報酬の地域格差の導入にはその妥当性や実効性も十分検討し慎重に検討すべき」といった意見が出されている。
- これまで、制度の適用事例はない。

## 《 参考 》 医療費適正化計画の経過

2008～2012年度	2013～2017年度	2018～2023年度
第1期計画	第2期計画	第3期計画

実績評価⇒ 第1期：2013年度 第2期：2018年度

## ○高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号) 第14条

厚生労働大臣は、第12条第3項の評価の結果(※1)、第8条第4項第2号及び各都道府県における第9条第3項第2号の目標(※2)を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

(※1) 第12条第3項の評価：計画終了年度の翌年度に行う、全国計画及び都道府県計画の評価

(※2) 第8条第4項第2号及び第9条第3項第2号の目標：全国計画及び都道府県計画における医療の効率的な提供に関する目標

# 高齢者医療確保法第14条について

## ◎高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）

（医療費適正化基本方針及び全国医療費適正化計画）

第8条第4項 全国医療費適正化計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

第2号 医療の効率的な提供の推進に関し、国が達成すべき目標に関する事項

（都道府県医療費適正化計画）

第9条第3項 都道府県医療費適正化計画においては、前項に規定する事項のほか、おおむね都道府県における次に掲げる事項について定めるものとする。

第2号 医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項

（計画の実績に関する評価）

第12条第3項 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、全国医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該計画の目標の達成状況及び施策の実施状況の調査及び分析を行い、当該計画の実績に関する評価を行うとともに、前項の報告を踏まえ、関係都道府県の意見を聴いて、各都道府県における都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価を行うものとする。

（診療報酬に係る意見の提出等）

第13条 都道府県は、前条第1項の評価の結果、第9条第3項第2号の目標の達成のために必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対し、健康保険法第76条第2項の規定による定め及び同法第88条第4項の規定による定め並びに第71条第1項に規定する療養の給付に要する費用の額の算定に関する基準及び第78条第4項に規定する厚生労働大臣が定める基準（次項及び次条第1項において「診療報酬」という。）に関する意見を提出することができる。

2 厚生労働大臣は、前項の規定により都道府県から意見が提出されたときは、当該意見に配慮して、診療報酬を定めるように努めなければならない。

（診療報酬の特例）

第14条 厚生労働大臣は、第12条第3項の評価の結果、第8条第4項第2号及び各都道府県における第9条第3項第2号の目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

2 厚生労働大臣は、前項の定めをするに当たっては、あらかじめ、関係都道府県知事に協議するものとする。

# 高齢者医療確保法第14条(診療報酬の特例)の運用について

高齢者医療確保法第14条(診療報酬の特例)の運用の考え方については、昨年12月21日にとりまとめられた「議論の整理」を踏まえ、都道府県に対し平成30年3月29日付け通知により周知している。

○平成30年度に実施する第2期医療費適正化計画の実績評価に関する基本的な考え方について(抜粋)

(平成30年3月29日付け都道府県宛て厚生労働省保険局医療介護連携政策課長通知)

## 3. 実績評価のプロセス

### (4) 法第14条の診療報酬の特例について

法第14条では、国と都道府県が医療の効率的な提供の目標を計画に定め、計画期間において保険者・医療関係者等の協力も得ながら目標の達成に向けて取組を行った上で、計画終了後に、目標の達成状況を評価した結果に基づき、なお目標達成のため必要があると認めるときに、

- ・ 都道府県は、国に対し診療報酬に関する意見を提出できる。国は都道府県の意見に配慮して診療報酬を定めるよう努める
- ・ 国は、あらかじめ都道府県に協議した上で、都道府県の地域に別の診療報酬を定めることができる

旨が記載されている。

この規定の運用の考え方については、社会保障審議会医療保険部会において議論され、平成29年12月21日に「議論の整理」がとりまとめられた。この「議論の整理」を踏まえ、法第14条の運用については、以下のようなプロセスに留意することとする。

- ① 医療費適正化計画の枠組みにおける第14条の規定については、都道府県において医療費適正化計画の目標の達成に向けて保険者・医療関係者等の協力を得ながら取組を行い、その取組状況の評価の結果を踏まえて、都道府県と協議した上で、厚生労働大臣が判断するプロセスとなっている。

このため、各都道府県においても、医療費適正化計画に関する取組の実績を分析し、これを評価した上で、既存の診療報酬や施策、取組の予定等を踏まえて、適用の必要性について検討していく必要がある。

- ② その際、各都道府県においては、保険者・医療関係者等が参画する保険者協議会での議論も踏まえて、第14条の規定の適用の必要性について検討していく必要がある。
- ③ 厚生労働省においては、都道府県の意見を踏まえ、中医協における諮問・答申を経て、診療報酬全体の体系との整合性を図りながら、医療費の適正化や適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められるかを議論した上で判断していく必要がある。

# (参考) 「議論の整理」(平成29年12月21日社会保障審議会医療保険部会)(抄)

## 3. 高齢者医療確保法第14条の診療報酬の特例の活用方策

- 高齢者医療確保法では、国と都道府県が医療の効率的な提供の目標を計画に定め、計画期間において保険者・医療関係者等の協力も得ながら目標の達成に向けて取組を行った上で、計画終了後に、目標の達成状況を評価した結果に基づき、なお目標達成のため必要があると認めるときに、
  - ① 都道府県は、国に対し診療報酬に関する意見を提出できる。国は都道府県の意見に配慮して診療報酬を定めるよう努める
  - ② 国は、あらかじめ都道府県に協議した上で、都道府県の地域に別の診療報酬を定めることができる、  
旨が規定されている。
- 改革工程表においては、「高齢者医療確保法第14条の診療報酬の特例の活用方策について、関係審議会等において検討し、結論」とされている。
- これを踏まえ、当部会においては、上記の法律上の枠組み等を踏まえ、運用の考え方について、以下のような案を示し、議論した。
- 上記の法律上の枠組み等を踏まえ、高齢者医療確保法第14条の運用については、以下のようなプロセスに留意する必要があるという点については、異論はなかった。
  - ・ 医療費適正化計画の枠組みにおける第14条の規定については、都道府県において医療費適正化計画の目標の達成に向けて保険者・医療関係者等の協力を得ながら取組を行い、その取組状況の評価の結果を踏まえて、都道府県と協議した上で、厚生労働大臣が判断するプロセスとなっている。  
このため、各都道府県においても、医療費適正化計画に関する取組の実績を分析し、これを評価した上で、既存の診療報酬や施策、取組の予定等を踏まえて、適用の必要性について検討していく必要がある。
  - ・ その際、各都道府県においては、保険者・医療関係者等が参画する保険者協議会での議論も踏まえて、第14条の規定の適用の必要性について検討していく必要がある。
  - ・ 厚生労働省においては、都道府県の意見を踏まえ、中医協における諮問・答申を経て、診療報酬全体の体系との整合性を図りながら、医療費の適正化や適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められるかを議論した上で判断していく必要がある。
- これらの点について、当該規定については、国民皆保険の趣旨から診療報酬の地域格差の導入にはその妥当性や実効性も十分検討し慎重に検討すべきとの意見や、国において都道府県や市町村の意見を出発点に地方自治体との協議を進めるべきとの意見、他県への受診などの影響を考慮する必要があるとの意見があった。

## (参考) 医療保険部会における主なご意見(「議論の整理」別添)(抄)

### 【高齢者医療確保法第14条について】

- 地域別診療報酬の特例については制度創設時からその実効性に疑問を持っている。今年5月に全国知事会・全国市長会・全国町村会が国に提出した「社会保障制度改革に関する緊急要請」にあるとおり、慎重に対応をお願いしたい。
- どの地域にいても同じ診療が同じ値段で受けられることが皆保険制度になじむため、診療報酬の地域格差を生むことには基本的に無理があるのではないか。効果や妥当性も十分検討し、診療報酬の地域格差の導入には慎重な検討を望む。
- 地域ごとに診療報酬を定めると、他県での受診など流動性のある受診に対する影響を考慮する必要がある。
- 都道府県ごとの診療単価が仮に引き下げられると、患者だけでなく医療機関の経営にも影響を与えうることとなるため、高確法第14条の特例の活用方策については、各都道府県による地域医療構想等の医療提供体制の見直しの進捗を見つつ、慎重に検討することが必要。
- 高確法第14条については、保険者協議会での議論を踏まえるべきであるが、医療機関の経営や医療提供体制にも影響が及ぶものであるため、保険者協議会で議論するだけでなく、都道府県の医療審議会での議論も必要ではないか。
- 都道府県の医療審議会が医療提供体制を主題とする一方、現在、保険者と医療機関は保険者協議会等を活用する枠組みの中で、各地で地域の予防推進や医療供給について議論してよい結果を出しており、このような現行の枠組みが、各都道府県で一番ふさわしいやり方を工夫できる仕組みとなっているのではないか。

# レセプト情報・特定健診等情報データベース、 介護保険総合データベース等の解析基盤の 検討の進め方について(報告)

平成30年4月19日  
厚生労働省保険局

## ○経済財政運営と改革の基本方針2017 ～人材への投資を通じた生産性向上～

(平成29年6月9日閣議決定) 抜粋

### 第3章 経済・財政一体改革の進捗・推進

#### 3. 主要分野ごとの改革の取組

##### (1) 社会保障

##### ④ 健康増進・予防の推進等

個人・患者本位で最適な健康管理・診療・ケアを提供する基盤として、健康・医療・介護のビッグデータを連結し、医療機関や保険者、研究者、民間等が活用できるようにするとともに、国民の健康管理にも役立てる「保健医療データプラットフォーム」や、自立支援等の効果が科学的に裏付けられた介護を実現するため、必要なデータを収集・分析するためのデータベースについて、2020年度(平成32年度)の本格運用開始を目指す。

## ○経済財政諮問会議における総理発言

(平成28年5月11日 第8回経済財政諮問会議における安倍総理大臣発言抜粋)

社会保障については、医療・介護分野における徹底的な『見える化』を行い、給付の実態や地域差を明らかにすることにより、より効果的で効率的な給付を実現していきます。このため、塩崎大臣におかれては、医療や介護のレセプトデータを全国的に連結し、社会保障給付費を効率化していくための具体案を諮問会議に報告していただきたいと思います。

# レセプト情報・特定健診等情報データベースの概要

## ○データベースの状況

レセプト情報・特定健診等情報データベース（以下「NDB」）は、高齢者の医療の確保に関する法律第16条に基づき、平成21年以降のレセプトデータ（約128億件）と、平成20年以降の特定健診・保健指導データ（約1億9800万件）を悉皆的に格納。

(※) いずれのデータも、個人を特定できる情報については、国への提出前に匿名化された上で、国が収集。

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

(医療費適正化計画の作成等のための調査及び分析等)

第十六条 厚生労働大臣は、全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するため、次に掲げる事項に関する情報について調査及び分析を行い、その結果を公表するものとする。

一 医療に要する費用に関する地域別、年齢別又は疾病別の状況その他の厚生労働省令で定める事項

二 医療の提供に関する地域別の病床数の推移の状況その他の厚生労働省令で定める事項

2 保険者及び後期高齢者医療広域連合は、厚生労働大臣に対し、前項に規定する調査及び分析に必要な情報を、厚生労働省令で定める方法により提供しなければならない。

3 (略)

## ○保有情報の利用状況

- ・ 本来の利用目的は、医療費適正化計画の策定、実施及び評価に資する調査分析。
- ・ 上記に加え、医療サービスの質の向上等の施策の推進、学術研究の発展に資する分析・研究のために利用を希望する機関（※）に対しても、「レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン」に基づき、「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」での個別審査を経て、第三者提供を実施。（平成25年度～）

(※) 厚生労働省内の他部局、他課室・関係省庁・自治体、研究開発独法、大学、保険者中央団体、公益法人、国から研究費用を補助されている者 等

- ・ 第三者提供については、民間主体の要望も踏まえ、一部データ項目の集計表を作成の上、公表。（NDBオープンデータ。第1回：平成28年10月、第2回：平成29年9月。）

# 介護保険総合データベースの概要

## ○データベースの状況

介護保険総合データベース（以下「介護DB」）は、平成24年度以降の介護レセプトデータ（約8.6億件）と、平成21年度以降の要介護認定データ（約5,161万件）を格納。

（平成30年度からは介護保険法第118条の2に基づき収集）

（※）いずれのデータも、個人を特定できる情報については、国への提出前に匿名化された上で、国が収集。

参考：介護保険法（平成9年法律第123号）抄

第百十八条の二 厚生労働大臣は、市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画の作成、実施及び評価並びに国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、次に掲げる事項に関する情報について調査及び分析を行い、その結果を公表するものとする。

一 介護給付等に要する費用の額に関する地域別、年齢別又は要介護認定及び要支援認定別の状況その他の厚生労働省令で定める事項

二 被保険者の要介護認定及び要支援認定における調査に関する状況その他の厚生労働省令で定める事項

2 市町村は、厚生労働大臣に対し、前項に規定する調査及び分析に必要な情報を、厚生労働省令で定める方法により提供しなければならない。

3（略）

## ○保有情報の利用状況

・本来の利用目的は、市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画の作成、実施及び評価並びに国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上のための調査及び分析とされており、「地域包括ケア『見える化』システム」等において活用。

・「介護保険制度の見直しに関する意見」（平成28年12月9日介護保険部会とりまとめ）において、「データベースをより有効活用するため、NDBと同様に利用目的が公益性の高い場合には、第三者への提供を可能とすることが適当である」とされたことを踏まえ、平成30年3月に「要介護認定情報等の提供に関する有識者会議」を立ち上げ、第三者提供のルール（※）やガイドライン等について検討中。

（※）提供申出者の範囲、有識者会議における個別審査の実施等、基本的にNDB情報の第三者提供のルールを踏襲する方向。

## ・ 社会保険制度を基盤とした悉皆的なデータベース

- 項目が標準化、保険者を問わずカバー、特にレセプトデータについては月次ベースで情報が蓄積。
- 全国ベース、地域/保険者ベースの双方に対応。経時的な変化も把握・分析可能。
- サービスの利用分析のみならず、提供体制、保健医療・福祉分野等の学術的な分析等でも有用性に期待大。

## ・ レセプト情報の二次利用による匿名データベース

- 項目は医療・介護現場から保険者に対する診療報酬・介護報酬の請求・支払（＝本来目的）に必要な内容として設定。
- レセプト情報を匿名化、公益目的による二次利用に役立てるもの。
  - ⇔ 本人の特定がなされない（匿名化）こと、本来目的を損なわないことが大前提。
  - ※本人の個別同意に基づくデータベースではない（＝二次利用）ことに留意。

## ・ 関係者の理解・協力をベースとしたデータベース

- データベースは、保険者、医療・介護関係者をはじめとする多様な関係主体の協力を得て構築。
- 利用目的・利用形態は公益性・納得性が確保され、医療・介護情報が生み出される現場や関係主体等の理解を得られるものであることが必要。

# (参考①) NDB及び介護DBの概要

「レセプト情報・特定健診等情報データベース」(NDB)及び「介護保険総合データベース」(介護DB)は、医療保険及び介護保険における請求事務等に係るデータを、二次利用の目的で悉皆的に収集するという類似性。

## NDB

### <収納している情報>

医療レセプト(約128.8億件、H21.4～)  
特定健診データ(約2億件、H20.4～)

### <主な情報項目>

(レセプト)  
傷病名、投薬、診療開始日、診療実日数、検査等  
(特定健診)  
健診結果、保健指導レベル

### <収集根拠>

高齢者医療確保法第16条

### <保有主体>

国(厚労大臣)

### <主な用途>

- ・医療費適正化計画の策定、実施、評価
- ・医療計画、地域医療構想の策定

### <第三者提供>

有識者会議の審査を経て実施(H23年度～)  
提供対象者:国、自治体、独法、大学、保険者の中央団体、  
医療の質向上を目的とする公益法人等の研究者に提供

### <匿名性>

匿名(※国への提出前に匿名化、個人が特定可能な情報を削除して収納)

## 介護DB

### <収納している情報>

介護レセプト(約5.2億件、H24.4～)  
要介護認定情報(約4千万件、H21.4～)

### <主な情報項目>

(レセプト)  
サービスの種類、単位数、要介護認定区分等  
(要介護認定情報)  
要介護認定一次、二次判定情報

### <収集根拠>

介護保険法第118条の2

### <保有主体>

国(厚労大臣)

### <主な用途>

- ・市町村介護保険事業計画の策定、実施、評価
- ・都道府県介護保険事業支援計画の策定、実施、評価

### <第三者提供>

有識者会議の審査を経て実施(H30年度～開始予定)  
提供対象者:国、自治体、独法、大学、保険者の中央団体、  
介護サービスの質向上を目的とする公益法人等の研究者に提供

### <匿名性>

匿名(※国への提出前に匿名化、個人が特定可能な情報を削除して収納)

## (参考②) 保健医療分野の主な公的データベースの状況

保健医療分野においては、近年、それぞれの趣旨・目的に即してデータベースが順次整備されている。主な公的データベースの状況は下表のとおり。

データベースの名称	NDB (レセプト情報・ 特定健診等情報 データベース) (平成21年度～)	介護DB (平成25年～)	DPCDB (平成29年度～)	全国がん登録 DB (平成28年～)	難病DB (平成29年～)	小慢DB (平成28年度～)	MID-NET (平成23年～)
元データ	レセプト、 特定健診	介護レセプト、 要介護認定情 報	DPCデータ (レセプト)	届出対象情報、 死亡者情報票	臨床個人調査 票	医療意見書情 報	電子カルテ、 レセプト 等
主な情報項目	傷病名(レセ プト病名)、 投薬、健診結 果 等	介護サービスの 種類、要介 護認定区分 等	・簡易診療録 情報 ・施設情報 等	がんの罹患、 診療、転帰 等	告示病名、生 活状況、診断 基準 等	疾患名、発症 年齢、各種検 査値 等	・処方・注射 情報 ・検査情報 等
保有主体	国 (厚労大臣)	国 (厚労大臣)	国 (厚労大臣)	国 (厚労大臣)	国 (厚労大臣)	国 (厚労大臣)	PMDA・ 協力医療機関
匿名性	匿名	匿名	匿名	顕名	顕名 (取得時に 本人同意)	顕名 (取得時に 本人同意)	匿名
第三者提供 の有無	有(※1) (平成25年度 ～)	有(※1) (平成30年度 ～開始予定)	有 (平成29年度 ～)	有 (詳細検討 中)	無 (検討中)	無 (検討中)	有 (平成30年度 ～)
根拠法	高確法16条	介護保険法 118条の2	- (告示)	がん登録推進 法第5、6、8、 11条	-	-	PMDA法 第15条

※1 NDBについては、「レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン」に基づき個別審査を行った上で第三者提供を実施。介護DBも、NDBのスキームを基本的に踏襲し、第三者提供を行う予定であり、現在、ガイドライン等について検討中。

※2 上記に加え、生活保護の分野では、福祉事務所がデータに基づき被保護者の生活習慣病の予防等を推進する「被保護者健康管理支援事業」を創設し、同事業の実施に資するため、国が全国の被保護者の医療データを収集・分析することを内容とする「生活困窮者等の自立を促進するための生活困窮者自立支援法等の一部を改正する法律案」を平成30年通常国会に提出。

## 今後の検討課題

- NDB、介護DBに関連して、近年の保健医療・福祉を取り巻く環境の変化を踏まえ、新たな検討が求められている。
  - ① 地域における効果的・効率的で質の高い医療・介護の提供体制や地域包括ケアシステムの構築等の観点から、現在、個々に収集、管理、分析が行われているNDBと介護DBで保有する情報について、連結解析を可能とすること
  - ② DPCデータ及びその他の公的データベースとの関係整理
  - ③ ①、②に即した第三者提供の枠組みの整理
- NDB、介護DBに関する特質（P4参照）を踏まえつつ、上記の点に関する検討が必要。

### 参考：関連総理発言、政府決定（再掲）

- **安倍総理発言（平成28年5月11日 第8回経済財政諮問会議）抄**  
社会保障については、医療・介護分野における徹底的な『見える化』を行い、給付の実態や地域差を明らかにすることにより、より効果的で効率的な給付を実現していきます。このため、塩崎大臣におかれては、**医療や介護のレセプトデータを全国的に連結し、社会保障給付費を効率化していくための具体案を諮問会議に報告していただきたい**と思います。
- **新しい経済政策パッケージ（平成29年12月8日閣議決定）抄**  
さらに、最適な健康管理・診療・ケアを提供するための「全国保健医療情報ネットワーク」について、連携すべき情報の種類や情報管理等の課題の検討を行いつつ、今年度の実証事業も踏まえ、来年夏を目途に工程表を示すとともに、**健康・医療・介護のビッグデータを連結・分析するための「保健医療データプラットフォーム」について、来年度から詳細なシステム設計に着手する。**これらによりデータ利活用基盤の2020年度からの本格稼働を目指す。
- **経済財政運営と改革の基本方針2017（平成29年6月9日閣議決定）抄**  
**個人・患者本位で最適な健康管理・診療・ケアを提供する基盤として、健康・医療・介護のビッグデータを連結し、医療機関や保険者、研究者、民間等が活用できるようにするとともに、国民の健康管理にも役立てる「保健医療データプラットフォーム」や、自立支援等の効果が科学的に裏付けられた介護を実現するため、必要なデータを収集・分析するためのデータベースについて、2020年度（平成32年度）の本格運用開始を目指す。**

# 検討の進め方（イメージ）

## ○有識者会議における検討

- ・ NDB及び介護DB情報等の連結解析基盤に関して、法的・技術的な論点について整理するため、**有識者会議を設けて検討。**

※NDB、介護DBの双方に精通した有識者等により構成。

- ・ 同有識者会議の検討状況は、**社会保障審議会医療保険部会に報告。制度面等の観点から議論。**

＜有識者会議における主な検討事項（案）＞

- (1) 個人情報保護法制等との関係
- (2) データの収集・利用目的、対象範囲
- (3) 第三者提供 (4) 費用負担
- (5) 実施体制 (6) 技術面の課題（セキュリティの確保等を含む。）
- (7) その他

## ○検討スケジュール

- ・ 4月19日 医療保険部会開催

- ・ 5月 第1回有識者会議開催

↓  
〔 月1回程度開催。有識者会議の議論においては、医療保険及び介護保険における請求事務等に係るデータを、二次利用の目的で悉皆的に収集するという類似性を有するNDB及び介護DBの連結について先行して検討。 〕

- ・ 7月 中間とりまとめ ⇒ 医療保険部会に報告、議論

↓  
〔 月1回程度開催。他の公的DBとの関係の整理その他の検討が必要な事項を中心に検討。 〕

- ・ 秋頃 報告書とりまとめ ⇒ 医療保険部会に報告、議論

構成員	
遠藤 久夫	国立社会保障・人口問題研究所所長
田中 弘訓	高知市健康福祉部副部長
樋口 範雄	武蔵野大学法学部特任教授
松田 晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学教授
松山 裕	東京大学大学院医学系研究科 公共健康医学専攻生物統計学分野教授
武藤 香織	東京大学医科学研究所ヒトゲノム解析センター 公共政策研究分野教授
棟重 卓三	健康保険組合連合会理事
山本 隆一	一般財団法人医療情報システム開発 センター理事長

※現在、日本医師会に参画を要請中。  
諸手続が完了次第、正式決定。

## <総理指示>

### ○ 安倍総理発言 (平成28年5月11日 第8回経済財政諮問会議)

- ・ 社会保障については、医療・介護分野における徹底的な『見える化』を行い、給付の実態や地域差を明らかにすることにより、より効果的で効率的な給付を実現していきます。このため、塩崎大臣におかれては、医療や介護のレセプトデータを全国的に連結し、社会保障給付費を効率化していくための具体案を諮問会議に報告していただきたいと思います。

## <政府決定等>

### ○ 新しい経済政策パッケージ (平成29年12月8日閣議決定)

- ・ さらに、最適な健康管理・診療・ケアを提供するための「全国保健医療情報ネットワーク」について、連携すべき情報の種類や情報管理等の課題の検討を行いつつ、今年度の実証事業も踏まえ、来年度を目途に工程表を示すとともに、健康・医療・介護のビッグデータを連結・分析するための「保健医療データプラットフォーム」について、来年度から詳細なシステム設計に着手する。これらによりデータ利活用基盤の2020年度からの本格稼働を目指す。

### ○ 未来投資戦略2017 (平成29年6月9日閣議決定)

- ・ 研究者・民間・保険者等が、健康・医療・介護のビッグデータを個人のヒストリーとして連結し分析するための「保健医療データプラットフォーム」の2020年度からの本格稼働に向け、本年度中に実証事業を開始しつつ、具体的なシステム構成等について検討し、来年度以降、詳細な設計に着手する。
- ・ 研究者・民間・保険者等が、健康・医療・介護のビッグデータを個人のヒストリーとして連結し分析できるようにするため、「保健医療データプラットフォーム」を整備する。同プラットフォームでは、レセプト・特定健診情報のNDB (National Data Base)、介護保険情報の介護保険総合データベース、DPC データベース等の既存の公的データベースについて、他のデータベースと併せて解析可能とする。2020年度からの本格稼働に向け、本年度中に実証事業を開始しつつ、具体的なシステム構成等について検討し、来年度以降、詳細な設計に着手する。

### ○ 経済財政運営と改革の基本方針2017 (平成29年6月9日閣議決定)

- ・ 個人・患者本位で最適な健康管理・診療・ケアを提供する基盤として、健康・医療・介護のビッグデータを連結し、医療機関や保険者、研究者、民間等が活用できるようにするとともに、国民の健康管理にも役立てる「保健医療データプラットフォーム」や、自立支援等の効果が科学的に裏付けられた介護を実現するため、必要なデータを収集・分析するためのデータベースについて、2020年度 (平成32年度) の本格運用開始を目指す。

### ○ 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・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。

# (参考) NDB、介護DB等の情報連結に関する総理指示、政府決定等②

## <政府決定等>

### ○規制改革に関する第3次答申～多様で活力ある日本へ～(平成27年6月16日規制改革会議決定)

- ・ 「統計法」では、データの研究利用が法律上可能であるのに対し、レセプト情報・特定健診等情報データベース（以下、「NDB」という。）の根拠となる「高齢者の医療の確保に関する法律」では、NDB データの研究利用が法律上明確に位置付けられていない。このため、研究利用を目的としたNDB データの提供については抑制的な運用が行われており、提供が認められにくいとの指摘がある。したがって、「行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律」の見直しの検討状況を踏まえ、NDB データの公益目的での研究利用の法律上の位置付けや制度的枠組みについて検討し、結論を得る。
- ・ 「レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン」において、NDB データの提供依頼申出者の範囲は、公的機関、大学、公益法人等に限定されている。したがって、民間企業でも公益性の高い研究は可能であることから、民間企業に所属する研究者であっても、NDB データの公益目的での利用が可能となるよう、民間企業からの提案に基づき、厚生労働省においてNDBデータを基にした集計表を作成する枠組みを構築する。

### ○社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～(平成25年8月6日社会保障制度改革国民会議決定)

- ・ 国が保有するレセプト等データの利活用の促進も不可欠である。具体的には、個人情報保護にも配慮しつつ、現状は利用者の範囲や使用目的が限定されている使用条件を緩和し、幅広い主体による適時の利活用を促すため、データ提供の円滑化に資する対策を講ずべきである。

### ○規制改革推進のための3カ年計画(平成19年6月22日 閣議決定)

- ・ レセプトデータについては、多くの医療情報が含まれる貴重なデータであり、このデータを収集・蓄積し、分析することは、統計学的・疫学的なデータに基づいた質の高い医療を研究し実践する上で非常に有益であると考えられる。この観点より、レセプトオンライン請求化に合わせ、平成20年度末までにレセプトデータの収集・分析体制を構築し、平成23年度以降は全国のレセプトデータを収集・蓄積・活用できる体制を構築、運用する。

### ○重点計画－2006(平成18年7月26日 IT戦略本部決定)

- ・ レセプトデータの学術的・疫学的利用の推進(厚生労働省)  
レセプトデータの学術的・疫学的利用や、医療政策への活用を可能とするために、全国規模でレセプトデータ収集を行うための方策について検討を進め、2008年度までに全国規模でのレセプトデータ収集・解析のための体制を構築する。また、収集されたレセプトデータについては、公益性等を考慮し、広く利活用を図る。

### ○IT新改革戦略(平成18年1月19日 IT戦略本部決定)

- ・ 国が保有するレセプト等データの利活用の促進も不可欠である。具体的には、個人情報保護にも配慮しつつ、現状は利用者の範囲や使用目的が限定されている使用条件を緩和し、幅広い主体による適時の利活用を促すため、データ提供の円滑化に資する対策を講ずべきである。

# 參考資料

# レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）の概要

日本全国のレセプトデータ、特定健診等データを収集しデータベース化



現在、約8年分を格納

## 利用目的

全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するため[高齢者の医療の確保に関する法律 第16条]

## 保有主体

厚生労働大臣 （注）外部事業者に維持管理を委託

## 収載データ(平成29年3月末現在)

- ・レセプトデータ 約128億8,400万件 [平成21年4月～平成28年12月診療分]
- ・特定健診・保健指導データ 約1億9,800万件 [平成20年度～平成27年度実施分]

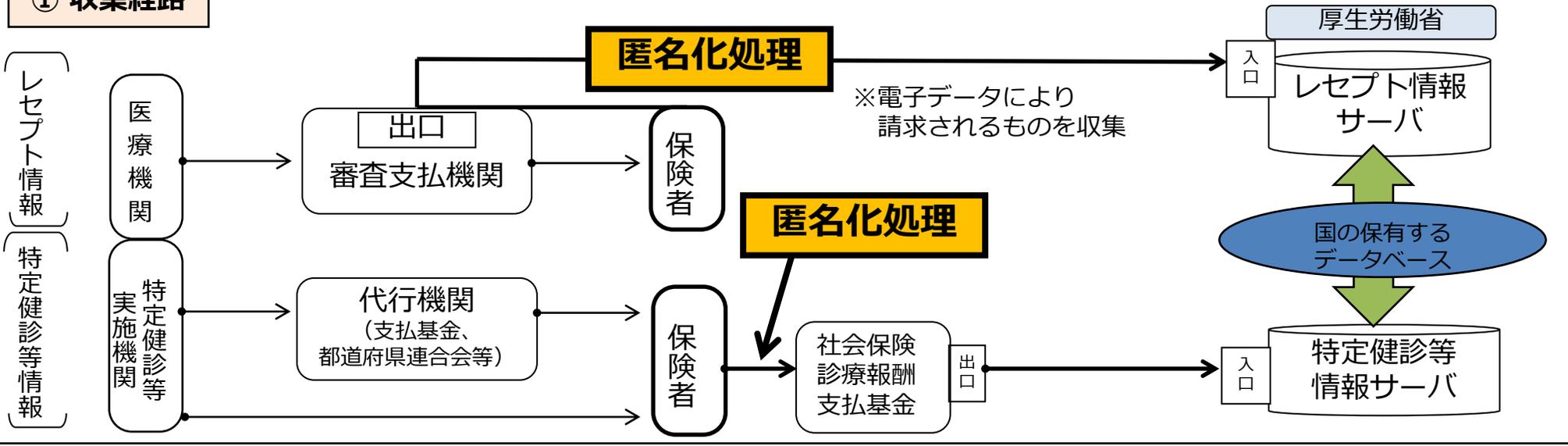
注1) レセプトデータは、電子化されたデータのみを収載

注2) 特定健診等データは、全データを収載

注3) 個人を特定できる情報については、固有の暗号に置換することで、個人の診療履歴の追跡可能性等を維持しつつ、匿名化

# (参考) NDBの収集経路と匿名化処理

## ① 収集経路

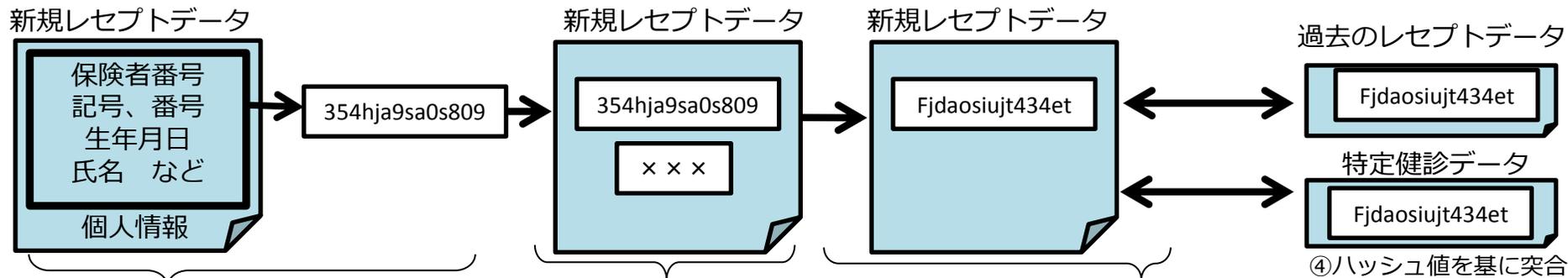


## ② 匿名化処理について

・「ハッシュ関数」を用い、個人特定につながる情報を削除（＝匿名化）。下図のように、同一人物の情報を識別・突合し、保管。

特徴

- ① 与えられたデータから固定長の疑似乱数（ハッシュ値）を生成。
  - ② 異なるデータから同じハッシュ値を生成することは極めて困難。
  - ③ 生成された値（ハッシュ値）からは、元データを再現することは出来ない。対応表も作成しない。
- ※ 個人情報（氏名、生年月日等）を基にしてハッシュ値を生成し、それをIDとして用いることで個人情報を削除したレセプト情報等について、同一人物の情報として特定することが可能。



①個人情報をもとにハッシュ値を生成

②個人情報を削除。ハッシュ値のみ残り、③一次ハッシュ値と独自キーに基づき運用管理業者が独自キーを発生。2次ハッシュ値を作成。

# レセプト情報等データベースの利用概念図

## 高齢者医療確保法に基づく利用

厚生労働省保険局  
医療介護連携政策課  
データヘルス  
・医療費適正化対策推進室

都道府県

医療費適正化計画の作成等  
のための調査及び分析等

国が公表する結果のほか、都道府県が、国に対し、医療費適正化計画の評価等に必要情報の提供を要請

結果の公表

都道府県による  
分析等

## 左記の本来目的以外の利用

厚生労働省内の他部局、  
他課室・関係省庁・自治体

研究開発独法、大学、保険者中央団体、  
公益法人、国から研究費用を補助されて  
いる者(民間企業含む)等

医療サービスの質の向上等  
を目指した正確な根拠に基づく  
施策の推進

(例) 地域における医療機関への  
受療動向等の把握等

- 医療サービスの質の向上等を目指した正確な根拠に基づく施策の推進に有益な分析・研究
- 学術研究の発展に資する目的で行う分析・研究

有識者会議における審査

- ※データ利用の目的や必要性等について審査
- ※データ利用の目的として「公益性の確保」が必要

データ提供の  
可否について  
助言

データ提供の可否の決定

NDBで保有する情報について提供の求めを受けた場合には、下記を内容とする「レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン」に則って、有識者会議における審査や第三者提供を実施。

## <利用者の範囲>

厚生労働省内の他部局、他課室・関係省庁・自治体、研究開発独法、大学、保険者中央団体、公益法人、国から研究費用を補助されている者 等

## <有識者会議における審査>

「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」において、個別の申出内容を下記の審査基準に照らして審査の後、厚生労働大臣が提供可否を決定。

### 【審査基準】

#### ①利用目的

レセプト情報等の利用目的は、医療サービスの質の向上等を目指した施策の推進や、学術の発展に資する研究に資するものであるか

#### ②利用の必要性

利用するレセプト情報の範囲が利用目的に照らして必要最小限であるか、レセプト情報の性格に鑑みて情報の利用が合理的か

#### ③研究内容の実行可能性

研究計画の内容は、申出者の過去の研究実績や人的体制に照らして実行可能であるか

#### ④セキュリティ

適切な措置（レセプト情報等を複製した情報システムを外部ネットワークに接続しない、個人情報保護に関する方針の策定・公表、外部委託契約における安全管理条項の有無等）を講じているか

#### ⑤結果公表等

学術論文等の形で研究成果が公表される予定か、施策の推進に適切に反映されるか 等

## <利用期間>

原則、2年が上限。

## <利用制限>

あらかじめ審査を受けた目的の範囲内限り利用可能。

## <利用後の措置>

集計等のために管理する情報と中間生成物を削除。提供を受けた電子媒体を厚生労働省に返却。

## <研究成果の公表>

研究成果の公表を行う。

※個人特定がされないよう、最小集計単位の原則等に則り公表。また、公表前に厚生労働省に報告し、確認を受ける必要。

## <違反への対応>

利用の取消、成果物の公表の禁止、違反者の氏名・所属研究機関名の公表 等

# レセプト情報等の提供依頼の申出を行える者の範囲など

## 提供依頼申出者の範囲

- ①国の行政機関
- ②都道府県・市区町村
- ③研究開発独立行政法人等
- ④大学(大学院含む)
- ⑤医療保険者の中央団体
- ⑥医療サービスの質の向上等をその設立目的の趣旨に含む国所管の公益法人
- ⑦提供されるデータを用いた研究の実施に要する費用の全部又は一部を国の行政機関から補助されている者

※①から⑥に所属する常勤の役職員が対象。

(考え方)

- ① 試行期間においては、手数料の法的根拠や情報漏洩等に対する法的罰則がないことや、
- ② 専任の職員が少なく審査における事務局の体制も十分でない中、限られた人員で出来る限り効率的に公益性の高い研究に情報提供を行う必要があること

から、提供依頼申出を行える者を一定の範囲に限定した。公的補助金(厚生科研費等)を受けている場合を除き、基本的に営利企業は対象外とした。試行期間を終えた平成25年度以降も申出者は上述の範囲に限定しているが、データの利活用に関する有識者会議の議論に応じ、この範囲は今後変更されることがありうる。

## データ提供の流れ・罰則について

- **レセプト情報等の提供は、私人からの「申出」に基づき、利用者と厚生労働省との私法上の契約としてデータ提供を行うもの**として整理されている。この契約は処分性のないものであり、行政不服審査法は適用されない。
- 不適切利用に対する対応も、契約上の取り決めとして利用規約に規定することとしており、利用者は厚生労働省が定める利用条件(利用規約)に同意するとの誓約書を提出した上で、レセプト情報等の利用を行うこととなる。
- 具体的には、データの紛失、内容の漏洩、承諾された目的以外の利用、等の事例は不適切利用としてみなし、有識者会議の議論を経て、事例に応じたデータ提供の禁止や利用者の氏名及び所属機関の公表等の措置をとることとしている。

# 介護保険総合データベースの活用について

## 現状・課題

### 1. 介護保険総合データベース（介護DB）の概要

#### ① 介護DBとは

介護保険法第197条第1項の規定に基づき、介護保険給付費明細書（介護レセプト）等の電子化情報を収集したものであり、平成25年度から厚生労働省が管理するサーバー内へ格納し、運用を開始した。保有主体は厚生労働大臣。

※介護保険法第197条第1項

厚生労働大臣又は都道府県知事は、市町村に対し、保険給付の効果に関する評価のためその他必要があると認めるときは、その事業の実施の状況に関する報告を求めることができる。

#### ② 保有情報

- ・ 介護レセプトデータ
- ・ 要介護認定データ等

#### ③ これまでの利用状況

地域包括ケアシステムの構築に向けて、全国の保険者の特徴や課題、取組等を客観的かつ容易に把握するとともに、介護・医療関連情報を、国民も含めて広く共有するために、「地域包括ケア『見える化』システム」を作成している。この中で、平成28年7月より介護DBのデータも利用されることとなっている。

# 介護保険総合データベースの活用について

## 現状・課題

### 2. 格納されているデータについて（介護レセプト）

- ① 審査支払機関である国民健康保険団体連合会を經由して、保険者へ請求される介護レセプトに記載されている内容
- ② 国民健康保険団体連合会を經由して収集された介護レセプトデータを匿名化した上で、厚生労働省へ提出され、介護DBへ格納される。
- ③ 格納件数：約5.2億件（平成24年4月～平成27年10月サービス提供分）
- ④ 格納されている主なデータ

利用者に関する情報	
属性	サービス内容
性別	サービスの種類
生年月(日は欠損)	単位数
要介護状態区分	日数
認定有効期間	回数
保険分給付率	...

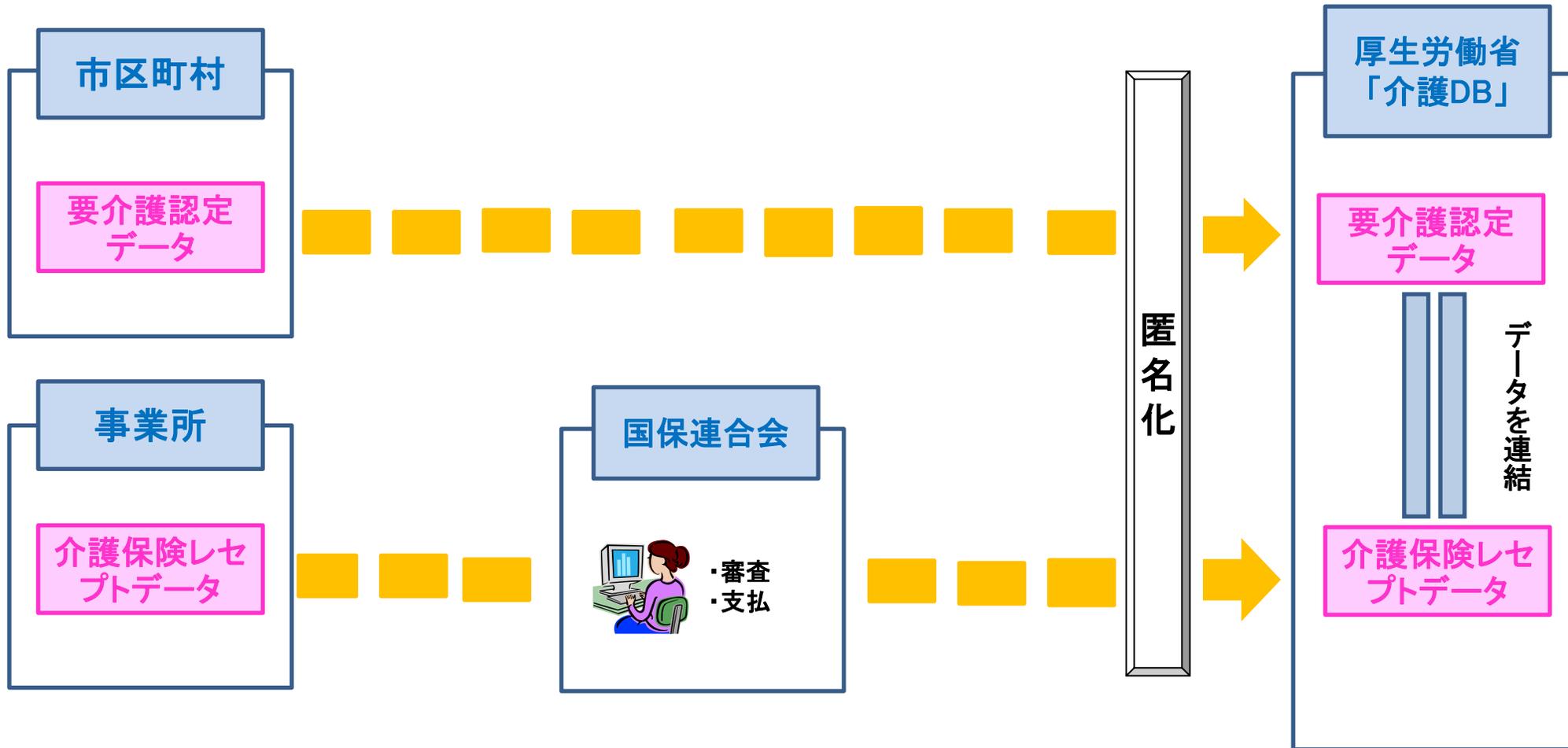
# 介護保険総合データベースの活用について

## 現状・課題

### 2. 格納されているデータについて（要介護認定データ）

- ① 市区町村が要介護認定に用いた調査の結果
- ② 市区町村が専用ソフトを用いて個人情報をも匿名化した上で、厚生労働省へ提出され、介護DBへ格納される。送信している保険者は、平成28年1月時点で1361／1579保険者（約86%）
- ③ 格納件数：約4,058万件（平成21年4月～平成28年5月）
- ④ 格納されている主なデータ
  - 1) 要介護認定一次判定
    - ・ 基本調査74項目
    - ・ 主治医意見書のうち、短期記憶、認知能力、伝達能力、食事行為、認知症高齢者の日常生活自立度の項目
    - ・ 要介護認定基準時間
    - ・ 一次判定結果
  - 2) 要介護認定二次判定
    - ・ 認定有効期間
    - ・ 二次判定結果

# 介護保険総合データベースの活用について



(出典) 社会保障審議会介護保険部会(第59回)資料4(改変)

## 1. 介護保険総合データベースの概要

- 介護保険総合データベース（以下「介護DB」という）は、介護保険法第197条第1項<sup>※1</sup>の規定に基づき、要介護認定情報や介護レセプト情報等について、個人情報情報を匿名化した上で、市町村から任意でデータ提供されたものであり、平成25年度から運用を開始している。当該データの一部は「地域包括ケア『見える化』システム」等において利用されている。

※1 介護保険法第197条第1項

厚生労働大臣又は都道府県知事は、市町村に対し、保険給付の効果に関する評価のためその他、必要があると認めるときは、その事業の実施の状況に関する報告を求めることができる。

## 2. 介護DBに保有する情報の第三者提供に係る検討の経緯

- 介護DBに保有する情報は、現行では行政のみが利用しており第三者提供を行った実績はない。一方、医療保険のレセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）については、「高齢者の医療の確保に関する法律」（以下、高確法）等の規定に基づき、厚生労働大臣のもとに設置された有識者会議において、格納されている情報の第三者への提供にあたってのルールが定められ、第三者提供が行われている。
- 介護保険部会において、データベースをより有効活用するため、NDBと同様に利用目的が公益性の高い場合には、第三者への提供を可能とすることが適当であるとされた<sup>※2</sup>。

※2 社会保障審議会介護保険部会意見（平成28年12月9日）（抜粋）

なお、地域包括ケア「見える化」システムにおいて活用されている、介護保険総合データベースのデータについては、データベースをより有効活用するために、データの利用目的が公益性の高い場合には、第三者提供を可能とすることが適当である。

この場合、個人情報保護は当然に重要であり、この点も含め、データを提供する対象、データ利用に係る手続き等については、別途、検討の場を設けて検討することとするのが適当である。

## 要介護認定情報・介護レセプト等情報の提供にあたっての法令等整備

1. 平成29年介護保険法改正において、介護保険法第百十八条の二<sup>※3</sup>によって、利用目的が明確化されるとともに、市町村から介護DBへのデータ提供が義務化されることとなった。

### ※3 介護保険法第百十八条の二

厚生労働大臣は、市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画の作成、実施及び評価並びに国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、次に掲げる事項に関する情報について調査及び分析を行い、その結果を公表するものとする。

一 介護給付等に要する費用の額に関する地域別、年齢別又は要介護認定及び要支援認定別の状況その他の厚生労働省令で定める事項

二 被保険者の要介護認定及び要支援認定における調査に関する状況その他の厚生労働省令で定める事項

2 市町村は、厚生労働大臣に対し、前項に規定する調査及び分析に必要な情報を、厚生労働省令で定める方法により提供しなければならない。

3 厚生労働大臣は、必要があると認めるときは、都道府県及び市町村に対し、第一項に規定する調査及び分析に必要な情報を、厚生労働省令で定める方法により提供するよう求めることができる。

2. 第三者提供にあたっては、NDBの第三者提供における法令等整備<sup>※4</sup>を参考に、介護保険法のもとに第三者提供について規定する告示を定めることとした。

### ※4 NDBデータの第三者提供における法令等整備

NDBで保有するデータの第三者提供においては、高確法のもとに、告示「高齢者の医療の確保に関する法律第十六条第二項の規定に基づき保険者及び後期高齢者医療広域連合が厚生労働大臣に提供する情報の利用及び提供に関する指針」を定めている。

# 今後の要介護認定情報・介護レセプト等情報の利用の流れ

## 介護保険法に基づく利用

介護給付費等に要する費用の額に関する調査及び分析  
被保険者の要支援・要介護認定調査に関する調査及び分析  
国民の健康保持増進及びその有する能力の維持向上に資する調査及び分析

厚生労働省老健局

都道府県・市町村

国による分析

国に対し、介護保険法に定められた目的の分析に必要な情報の提供を要請し、入手

都道府県・市町村による分析

結果の公表

## 左記以外の利用

国民の健康の保持増進等を目指した正確なエビデンスに基づく施策の推進

○左記施策に有益な分析・研究  
○学術研究の発展に資する目的で行う分析・研究

厚生労働省内の他部局  
関係省庁・自治体

左記以外の主体  
(研究機関等)

データ提供の申し出

※所掌事務の遂行に必要な範囲内であることが前提

ガイドラインに基づく有識者による審査

※データ利用の目的や必要性等について審査  
※データ利用の目的として「公益性の確保」が必要

データ提供の可否について大臣に助言

大臣決定

データ提供

分析の実施

結果の公表

# 要介護認定情報・介護レセプト等情報の提供に関する有識者会議

## 1. ガイドラインの検討

- NDBでは、「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」での議論を踏まえ、平成23年3月にガイドラインを制定し、その後も改正を行っている。
- 介護DBにおいても、NDBのガイドラインを参考に、審査の基準となるガイドラインについて検討することとしてはどうか。

## 2. ガイドラインに基づく審査

- NDBでは、「レセプト情報等の提供に関する有識者会議 審査分科会」において、ガイドラインに基づきデータ提供の申し出について審査を行っている。
- 介護DBにおいても、ガイドラインを制定した後、個別の提供申請に対する提供の可否について審査を行うこととしてはどうか。

## 3. その他の第三者提供について検討を要する事項

# 要介護認定情報・介護レセプト等情報の提供に関するスケジュール

第1回 要介護認定情報・介護レセプト等  
情報の提供に関する有識者会議  
(平成30年3月14日) 資料(一部改変)

平成30年

1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
有識者会議		・ ガイドライン			・ 審査の進め方 ・ 模擬審査 等			・ 実際の審査			・ 実際の審査	
第三者提供用環境整備				→								
申出の受付							→					
説明会の実施						→						
データ提供									→			

事務局が実施

# 医療法及び医師法の一部を改正する法律案について

平成30年4月19日  
厚生労働省保険局

# 地域医療構想の達成を図るための都道府県知事等の権限の追加について

地域医療構想の達成を図るため、構想区域において既存病床数が既に将来の病床数の必要量に達している場合には、当該構想区域に医療機関の新規開設、増床の許可の申請があっても、必要な手続を経た上で、都道府県知事が許可を与えないこと（民間医療機関の場合には勧告）ができることとする。

勧告を受けた民間医療機関の病床については、厚生労働大臣が、保険医療機関の指定をしないことができる旨規定する。（公布日施行）

## 現行の権限

- 都道府県知事は、民間医療機関の新規開設、増床等の許可申請について、当該申請に係る二次医療圏の既存病床数の数が基準病床数に既に達している、又は当該申請による病床数の増加によって超えることが認められる場合に、医療審議会の意見を聴いて、申請の中止又は申請病床数の削減を勧告することができる。

※ 公的医療機関等については、都道府県医療審議会の意見を聴いて、許可を与えないことができる。

- 厚生労働大臣は、勧告に従わなかったときは、勧告を受けた病床の全部又は一部を除いて、保険医療機関の指定を行うことができる。

## 今回の法改正により追加する権限

- 都道府県知事は、民間医療機関の新規開設、増床の許可申請について、当該申請に係る構想区域における既存病床数が、将来の病床数の必要量に既に達している、又は当該申請による病床数の増加によって超えることが認められる場合に、必要な手続を経た上で、医療審議会の意見を聴いて、申請の中止又は申請病床数の削減を勧告することができる。

※ 公的医療機関等については、都道府県医療審議会の意見を聴いて、許可を与えないことができる。

＜医療法の勧告の範囲の拡大に対応＞

医療法

健康保険法

地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保するため、都道府県の医療計画における医師の確保に関する事項の策定、臨床研修病院の指定権限及び研修医定員の決定権限の都道府県への移譲等の措置を講ずる。

## 改正の概要

**1. 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設【医療法】**

医師少数区域等における一定期間の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設や、当該認定を受けた医師を一定の病院の管理者として評価する仕組みの創設

**2. 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化【医療法】**

都道府県においてPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」の策定、都道府県と大学、医師会等が必ず連携すること等を目的とした「地域医療対策協議会」の機能強化、効果的な医師の配置調整等のための地域医療支援事務の見直し 等

**3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実【医師法、医療法】**

医師確保計画との整合性の確保の観点から医師養成過程を次のとおり見直し、各過程における医師確保対策を充実

- ・ 医学部：都道府県知事から大学に対する地域枠・地元出身入学者枠の設定・拡充の要請権限の創設
- ・ 臨床研修：臨床研修病院の指定、研修医の募集定員の設定権限の国から都道府県への移譲
- ・ 専門研修：国から日本専門医機構等に対し、必要な研修機会を確保するよう要請する権限の創設  
都道府県の意見を聴いた上で、国から日本専門医機構等に対し、地域医療の観点から必要な措置の実施を意見する仕組みの創設 等

**4. 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応【医療法】**

外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するため、二次医療圏を基本とする区域ごとに外来医療関係者による協議の場を設け、夜間救急体制の連携構築など地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針と併せて協議・公表する仕組みの創設

**5. その他【医療法等】**

- ・ 地域医療構想の達成を図るための、医療機関の開設や増床に係る都道府県知事の権限の追加
- ・ 健康保険法等について所要の規定の整備 等

## 施行期日

2019年4月1日。(ただし、2のうち地域医療対策協議会及び地域医療支援事務に係る事項、3のうち専門研修に係る事項並びに5の事項は公布日、1の事項及び3のうち臨床研修に係る事項は2020年4月1日から施行。)