

第84回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成26年11月7日（金）
10時00分～12時00分

場所：厚生労働省専用第22会議室
（中央合同庁舎第5号館18階）

（議 題） 医療保険制度改革について

- （1）特定健康保険組合について
- （2）任意継続被保険者制度について
- （3）後期高齢者の保健事業等について
- （4）患者申出療養（仮称）について
- （5）医療保険制度改革全般について

（配布資料）

- | | | |
|-----|---|--------------------------------|
| 資 料 | 1 | 特定健康保険組合について
任意継続被保険者制度について |
| 資 料 | 2 | 後期高齢者の保健事業等について |
| 資 料 | 3 | 患者申出療養（仮称）の枠組みについて |
| 資 料 | 4 | 第81回から第84回までの検討項目 |

- | | |
|---------|-----------|
| 委員提出資料1 | 小林委員提出資料 |
| 委員提出資料2 | 白川委員提出資料 |
| 委員提出資料3 | 堀憲郎委員提出資料 |

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成26年11月7日現在

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
いわもと やすし 岩本 康志	東京大学大学院経済学研究科教授
えんどう ひさお ◎遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授
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
かわじり たかお 川尻 禮郎	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
こばやし たけし 小林 剛	全国健康保険協会 理事長
さいとう まさやす 齋藤 正寧	全国町村会財政委員会委員／秋田県井川町長
しばた まさと 柴田 雅人	国民健康保険中央会理事長
しらかわ しゅうじ 白川 修二	健康保険組合連合会副会長
たかはし むつこ 高橋 睦子	日本労働組合総連合会副事務局長
たけひさ ようぞう 武久 洋三	日本慢性期医療協会会長
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 けんろう 堀 憲郎	日本歯科医師会常務理事
ほり まなみ 堀 真奈美	東海大学教養学部人間環境学科教授
まつばら けんじ 松原 謙二	日本医師会副会長
もちづき あつし 望月 篤	日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会長
もり まさひら 森 昌平	日本薬剤師会副会長
よこお としひこ 横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長
わだ よしたか 和田 仁孝	早稲田大学法学学術院教授

第84回社会保障審議会医療保険部会

平成26年11月7日(金) 10:00~12:00

厚生労働省 専用第22会議室（18階）

O

速記

岩 本 委 員 ○	吉 田 審 議 官 ○	唐 澤 局 長 ○	遠 藤 部 会 長 ○	岩 村 部 会 長 代 理 ○	武 田 審 議 官 ○	横 尾 参 考 人 員 ○	森 委 員 ○
-----------------------	----------------------------	-----------------------	----------------------------	--------------------------------------	----------------------------	---------------------------------	------------------

岡 崎 委 員 ○
(参 考 人)

菊池委員○

小 林 委 員 ○

齋藤委員○

柴田委員○

白 川 委 員 ○

高橋委員○

○望 月 委 員

○ 松 原 委 員

○堀真奈美委員

○堀 憲 郎 委 員

○ 藤 井 委 員

○ 樋 口 委 員

○武久委員

○榑 原 企 画 官	○藤 原 課 長	○中 村 課 長	○鳥 井 課 長	○大 島 課 長	○渡 辺 課 長	○宮 寄 課 長	○佐々木 企 画 官	○秋 田 課 長
------------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	---------------------	-------------------

○赤羽根室長	○鎌田企画官	○込山室長	○田口管理官	○中井管理官	○後藤室長	○保険課	○国民健康保険課	○国民健康保険課	○高齢者医療課	○藤田管理官	○渡辺室長
--------	--------	-------	--------	--------	-------	------	----------	----------	---------	--------	-------

傍聽者席

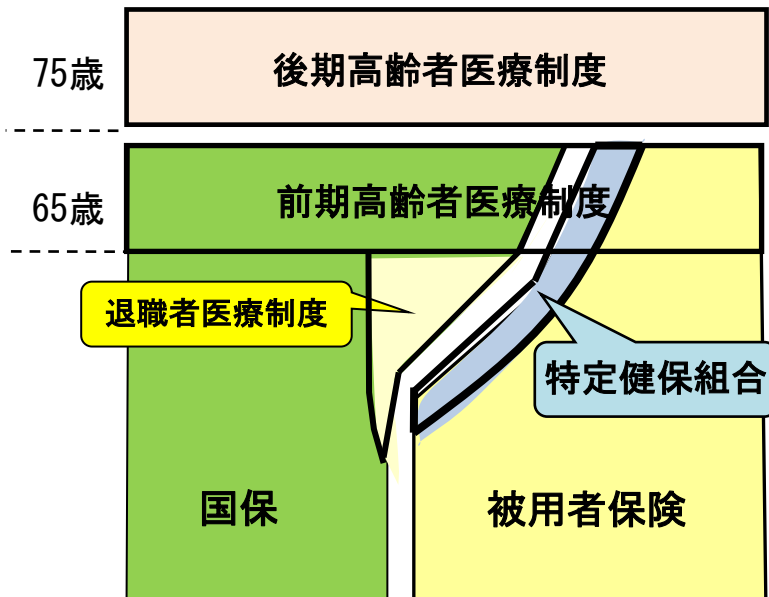
- 特定健康保険組合について
- 任意継続被保険者制度について

平成26年11月7日
厚生労働省保険局

特定健康保険組合について

特定健康保険組合について

- 健康保険組合のうち一定の要件を満たすものは、厚生労働大臣の認可を受けて、健康保険組合の被保険者であった退職者に対し、退職後も引き続き現役被保険者と同様の保険給付及び保健事業を行うことができる「特定健康保険組合」となることができる。
- 特定健康保険組合制度は、昭和59年度に退職者医療制度が創設されたことに併せて創設された。



※ 現在、65歳未満の特例退職被保険者に係る医療費等は、被用者保険等被保険者が負担する退職者給付拠出金によって賄われている。また、65歳以上75歳未満の特例退職被保険者は、前期財政調整の対象とされている。

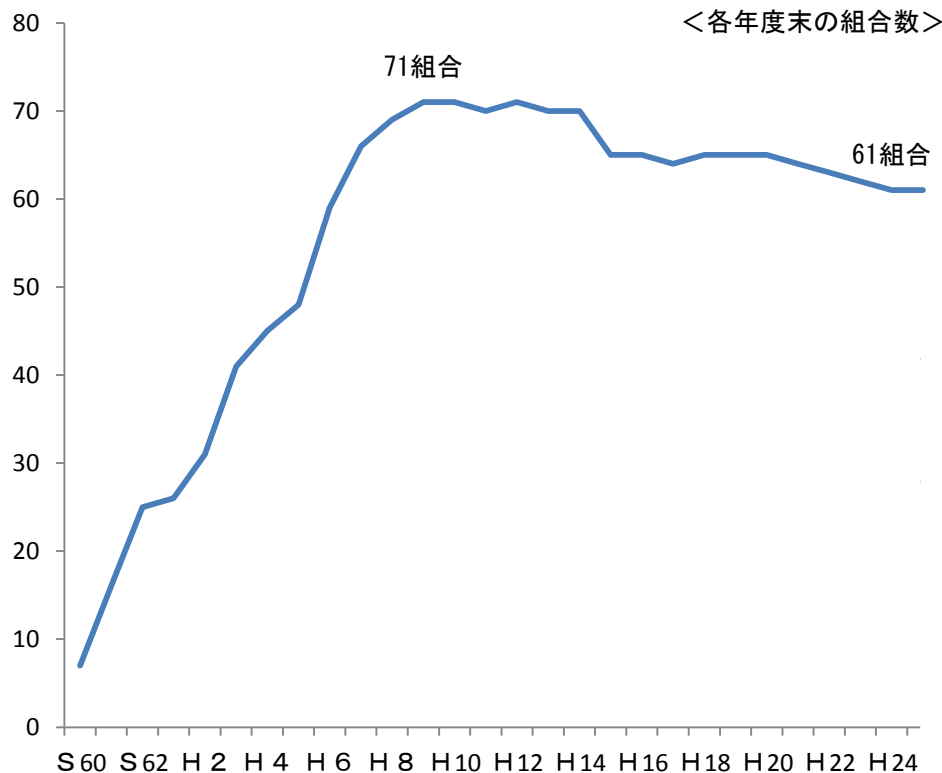
<特定健保組合の特徴>

- ① 特例退職被保険者（特定健保の被保険者）は、現役被保険者と同様の保険給付及び保健事業を引き続き受けることができる。
- ② 特例退職被保険者の保険料（※）は、全額自己負担。
※ ただし、保険料算定の基礎となる標準報酬月額は、当該組合の標準報酬月額の平均と標準賞与額の平均の12分の1を合算した額の2分の1の範囲内で組合が規約で定める。
- ③ 健保組合にとっては、現役時代に組合の財政運営に寄与した者に対し、退職後、保険給付の必要性が増える時期に還元することができる。（企業にとっても、永年企業に貢献したOBに対し、報いることができる。）
- ④ 現役時代から退職後にかけて、保険給付と保健事業を行うため、効果的な医療費適正化ができる。

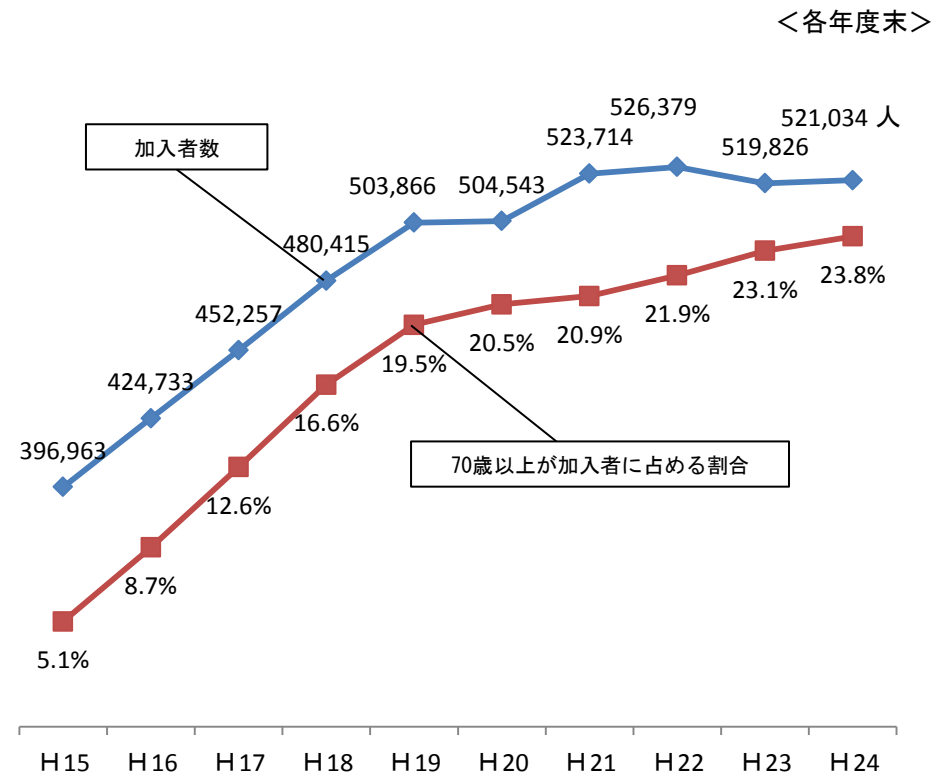
設立の要件	・特例退職被保険者が将来にわたり相当数見込まれること。 ・特例退職被保険者及びその被扶養者に対する健康保険事業の実施が将来にわたり当該健康保険組合の事業運営に支障をおよぼさないこと。 ・保険給付及び保険料等の徴収を適切かつ確実に行うことができる 等
加入の要件	・当該健保組合における被保険者期間が退職日まで20年以上、または40歳以降10年以上ある者 ・老齢年金の受給資格がある者

特定健康保険組合数・加入者数の推移

- 特定健康保険組合の組合数は、制度創設以降上昇傾向にあったが、平成9年から減少傾向で推移しており、平成24年度末時点で61組合となっている。
- 特定健康保険組合の加入者数（特例退職被保険者とその被扶養者）は上昇傾向にあったが、近年は横ばいで推移しており、平成24年度末時点で約52万人である。
- 特定健康保険組合において、70歳以上が加入者数に占める割合は10年前と比べて4倍以上になっており、平成24年度末時点で約24%である。



（出所）厚生労働省保険局保険課



（出所）健康保険組合事業年報（平成15年度～平成19年度）
健康保険・船員保険事業年報（平成20年度～平成24年度）

1人当たり標準報酬月額と1人当たり医療給付費の比較

- 特例退職被保険者の標準報酬月額は組合の標準報酬月額の平均の2分の1の範囲内で規約で定めることとなっており、その平均額は約26万2千円となっている。これは健保組合の全被保険者の標準報酬月額の平均額よりも約3割低い。
- 他方、特例退職被保険者の1人当たり医療給付費は、健康保険組合の全加入者の医療給付費の平均額に比べ約3倍弱となっている。

<特例退職被保険者と健康保険組合全被保険者の標準報酬月額>

	特例退職被保険者	健康保険組合の全被保険者
標準報酬月額 (平成24年度)	261,980円	363,879円

<特例退職被保険者と健康保険組合全加入者の1人当たり医療給付費>

	特例退職被保険者 (被扶養者を含む)	健康保険組合の全加入者
1人当たり医療給付費 (平成24年度)	31.6万円	11.2万円

特定健康保険組合に関する論点

○ 国民健康保険の退職者医療制度は、平成27年度以降新たな被保険者等が加入せず、制度が廃止される。特例退職被保険者制度は引き続き存続するが、平成27年度以降新たに加入する特例退職被保険者は退職者給付拠出金の算定対象とならない。このため、今後特定健康保険組合の医療費負担が重くなることが考えられる。

○ こうした状況を踏まえ、以下の点をどう考えるか。

① 特例退職被保険者の標準報酬月額の算定方法について

- ・ 特例退職被保険者の保険料算定の基礎となる標準報酬月額は、当該組合の標準報酬月額の平均の2分の1の範囲内で規約で定めることとなっており、特例退職被保険者に係る保険料収入はその他の加入者平均より小さい。（なお、事業主負担はない。）

他方、特例退職被保険者の1人当たり医療給付費は、全加入者の医療給付費と比べ、約3倍弱高い。

- ・ 特例退職被保険者の標準報酬月額の算定方法に関し、保険者の裁量を拡大する方向で見直すことについて、どう考えるか。

② 特例退職被保険者の新規加入について

- ・ 特定健康保険組合は、大臣認可の取消を求めることができるが、その場合、特例退職被保険者に関する移行措置が存在しない。また、新規取得を制限しつつ、特定健康保険組合を存続させることはできない。希望する特定健康保険組合が特例退職被保険者の新規取得を制限できるような道をひらくことについて、どう考えるか。

(参考資料)

〔参考〕

特定健康保険組合(計61組合)

1	出光興産健康保険組合	22	大和ハウス工業健康保険組合	43	野村證券健康保険組合
2	オムロン健康保険組合	23	中央ラジオ・テレビ健康保険組合	44	パイオニア健康保険組合
3	関電工健康保険組合	24	テレビ朝日健康保険組合	45	パナソニック健康保険組合
4	外国運輸金融健康保険組合	25	電通健康保険組合	46	博報堂健康保険組合
5	キリンビール健康保険組合	26	トーエネック健康保険組合	47	阪急阪神健康保険組合
6	キヤノン健康保険組合	27	東京ガス健康保険組合	48	日立健康保険組合
7	きんでん健康保険組合	28	東京放送健康保険組合	49	富士通健康保険組合
8	慶応義塾健康保険組合	29	東京薬業健康保険組合	50	富士フィルムグループ健康保険組合
9	KDDI健康保険組合	30	東芝健康保険組合	51	ホンダ健康保険組合
10	国際・政策銀健康保険組合	31	長野県農業協同組合健康保険組合	52	三菱東京UFJ銀行健康保険組合
11	三洋電機連合健康保険組合	32	日揮健康保険組合	53	三菱UFJ証券グループ健康保険組合
12	ジブラルタ健康保険組合	33	SMBC日興証券グループ健康保険組合	54	三菱電機健康保険組合
13	出版健康保険組合	34	ニコン健康保険組合	55	みずほ健康保険組合
14	シャープ健康保険組合	35	日本アイ・ビー・エム健康保険組合	56	民間放送健康保険組合
15	住友商事健康保険組合	36	日本銀行健康保険組合	57	明治安田生命健康保険組合
16	住友生命健康保険組合	37	日本経済新聞社健康保険組合	58	明電舎健康保険組合
17	セキスイ健康保険組合	38	日本航空健康保険組合	59	ルネサス健康保険組合
18	全日本空輸健康保険組合	39	日本生命健康保険組合	60	労働者健康福祉機構健康保険組合
19	ソニー健康保険組合	40	日本中央競馬会健康保険組合	61	早稲田大学健康保険組合
20	第一生命健康保険組合	41	日本ユニシス健康保険組合		
21	大和証券グループ健康保険組合	42	農林中央金庫健康保険組合		

任意継続被保険者制度について

任意継続被保険者制度の概要

(1) 趣旨

解雇等によりその資格を喪失した被保険者が、さらに他の事業主に雇用されること等により強制被保険者になるまでの期間、暫定的に健康保険の被保険者となる途を開き、その生活を保護するもの。

(2) 加入資格

- ・資格喪失の日の前日まで継続して2か月以上被保険者であったこと

※ 共済組合については、1年以上組合員であったことが必要

(3) 資格喪失

- ・任意継続被保険者となった日から起算して2年を経過したとき
- ・死亡したとき
- ・保険料を納付期日までに納付しなかったとき
- ・被用者保険、船員保険又は後期高齢者医療の被保険者等となったとき

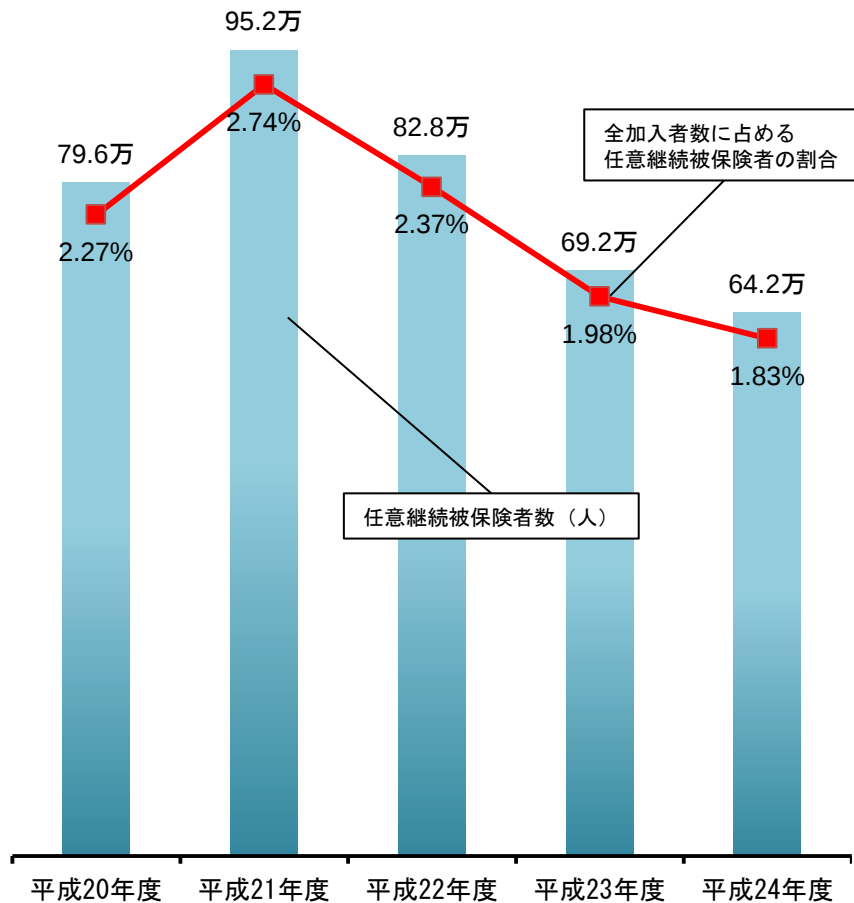
(4) 保険料

- ・全額被保険者負担(事業主負担なし)
- ・従前の標準報酬月額又は全被保険者の平均の標準報酬月額のうち、いずれか低い額に保険料率を乗じた額を負担

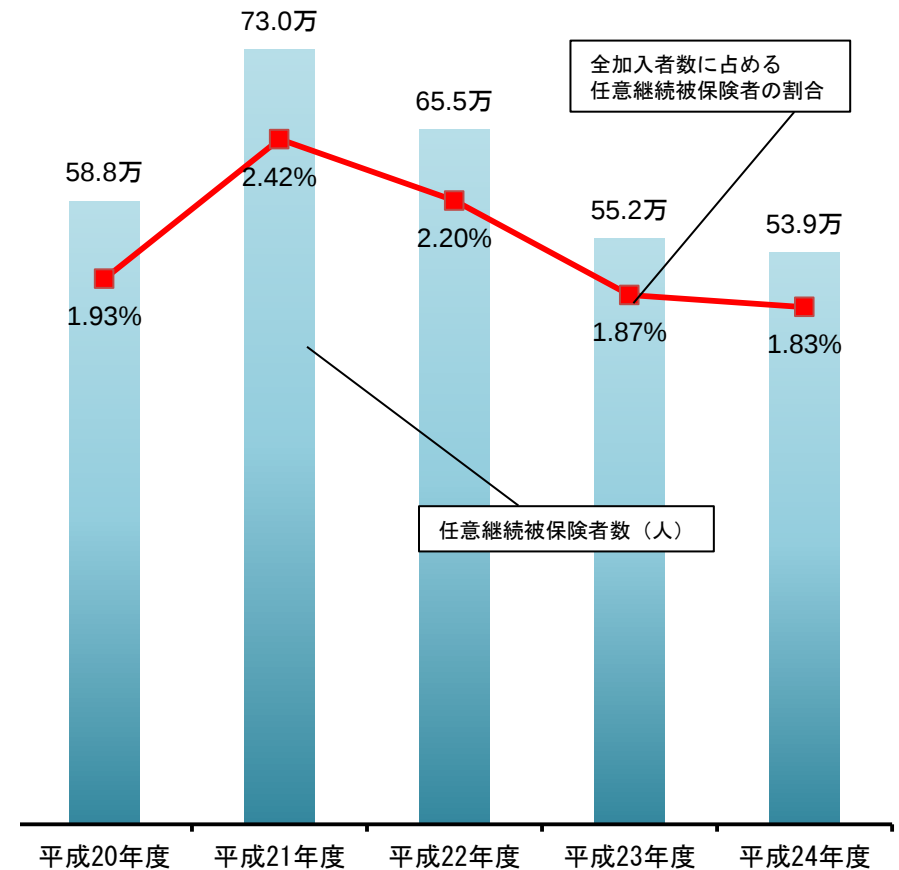
任意継続被保険者数の推移

○ 平成21年度から平成24年度までにかけて、任意継続被保険者（被扶養者を含む）の数は減少傾向にあり、平成24年度は約118万人となっている。

<協会けんぽ>



<健保組合>

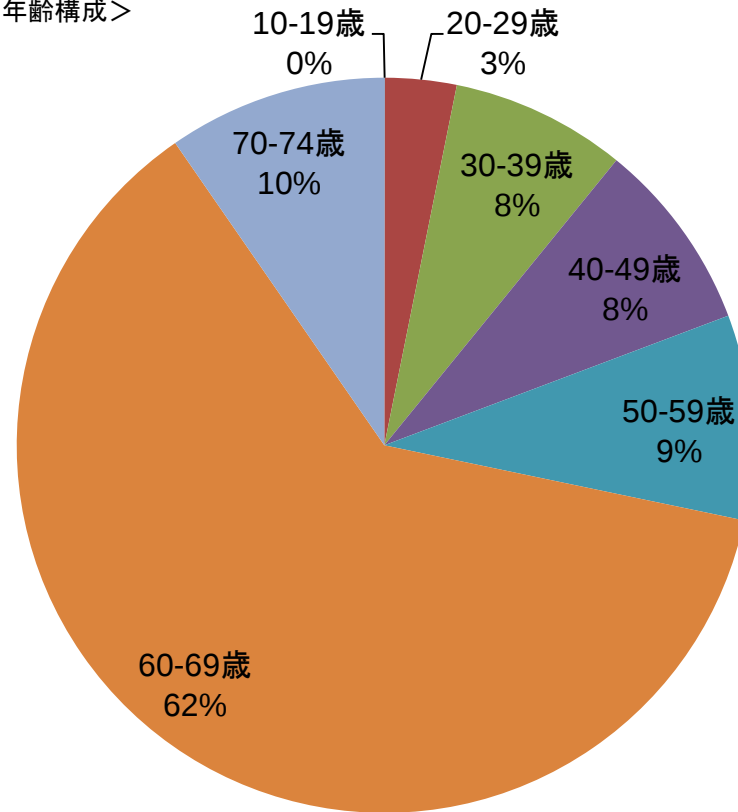


※1 協会けんぽについては、健康保険法第3条第2項に規定する日雇特例被保険者及び船員保険の被保険者を除く。
※2 数字は単年度平均。

任意継続被保険者の年齢構成（協会けんぽ）

○ 協会けんぽの任意継続被保険者の年齢構成をみると、60歳以上の者が全体の7割以上を占めている。

<平成26年3月時点の任意継続被保険者の年齢構成>



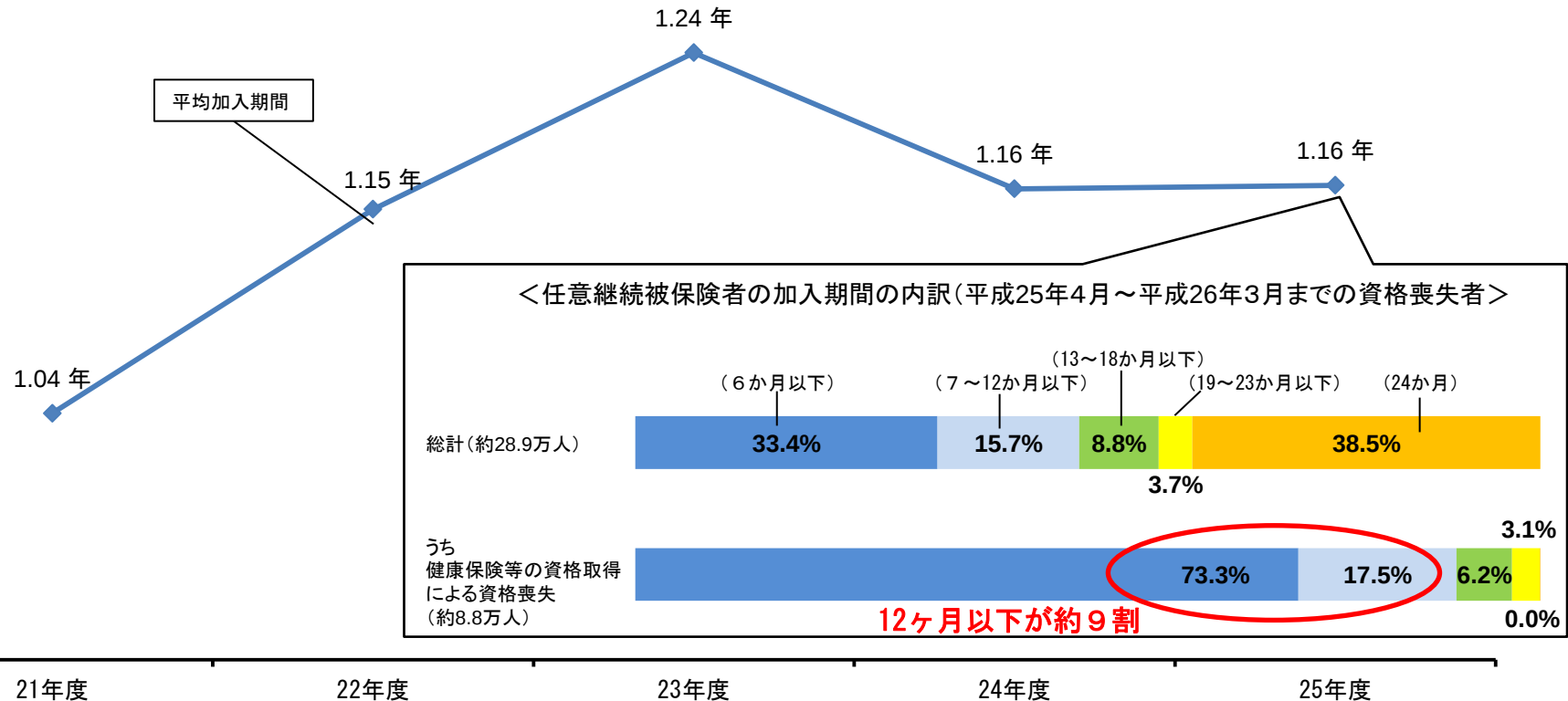
年齢(歳)	10～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70～74
任意継続被保険者数(人)	74	10,081	24,742	26,911	28,913	199,184	30,904

任意継続被保険者の平均加入期間の推移（協会けんぽ）

- 任意継続被保険者の加入期間は近年ほぼ横ばいであり、平均加入期間は約1.2年となっている。
- 加入期間の内訳をみると、最も多いのは2年の者であり、約38.5%。次に多いのは6ヶ月以下の者であり、約33.4%。
- 健康保険等の資格取得による資格喪失者の加入期間についてみると、6か月以下である者が最も多く、73.3%であり、加入期間が12か月以下である者を加えると、約90%。

（参考）加入要件

被保険者資格を喪失した日までに2か月以上の被保険者期間があり、資格喪失日から20日以内に被保険者が保険者に申し出た場合、最大で2年間、継続して当該保険者の被保険者となることができる。



※ 任意継続被保険者の資格喪失日が属する年度で集計（平成26年7月末時点）
（出所）全国健康保険協会（協会けんぽ）の調査に基づき作成。

任意継続被保険者に係る平均標準報酬月額と一般被保険者の平均標準報酬月額の比較

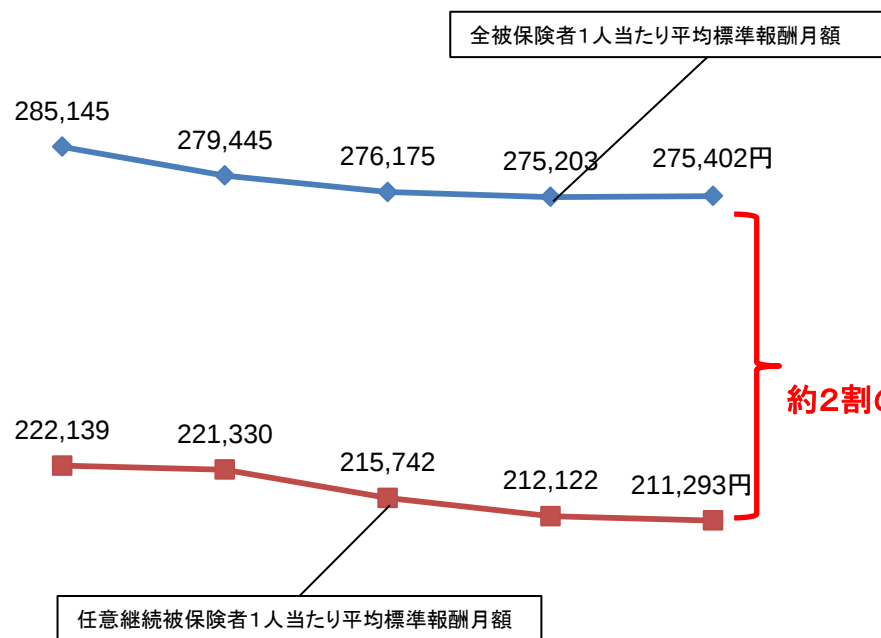
○ 任意継続被保険者 1 人当たり平均標準報酬月額は近年ほぼ横ばいであり、全被保険者（※）に比べ約 2 割低い。

※ 任意継続被保険者を含む。協会けんぽについては、日雇特例被保険者を除く。

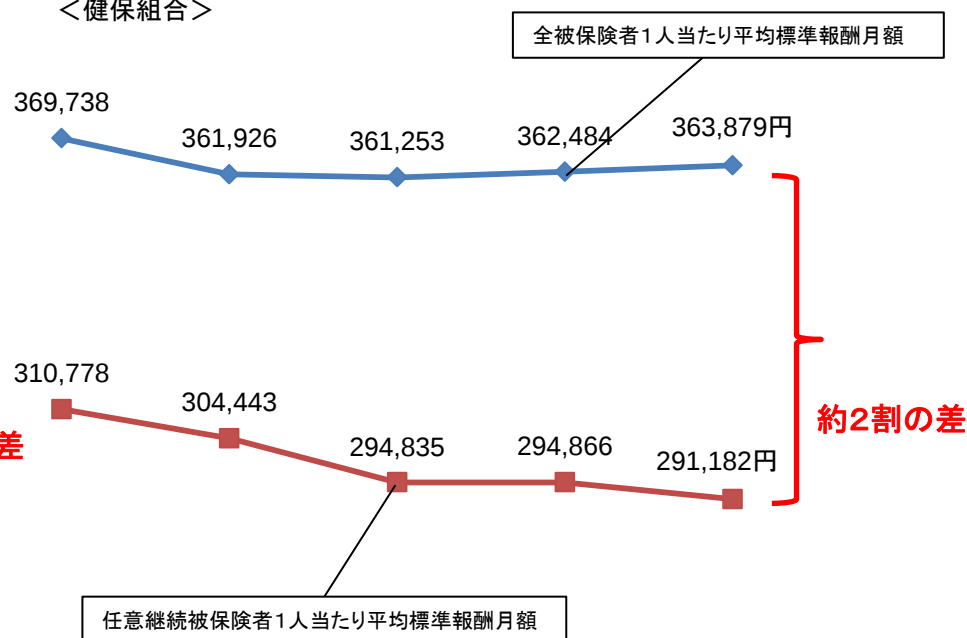
（参考）任意継続被保険者に係る保険料の算定方法

任意継続被保険者の保険料は、被保険者資格を喪失したときの標準報酬月額と当該任意継続被保険者が属する保険者の全被保険者の標準報酬月額の平均を丈比して、いずれか少ない額を当該任意継続被保険者の標準報酬月額とみなして計算している。

<協会けんぽ>



<健保組合>



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20年度 平成21年度 平成22年度 平成23年度 平成24年度

※ 協会けんぽの平成20年度の任意継続被保険者 1 人当たり平均標準報酬月額は平成20年10月～平成21年3月の平均値。
（出所）健康保険・船員保険事業年報（平成20年度～平成24年度）

任意継続被保険者制度の変遷

大正15年 (健保法制定)	資格喪失の前1年以内に180日以上、又は資格喪失の際に引き続き60日以上被保険者であった者。加入期間は180日間。
昭和4年改正	「資格喪失の前1年以内に180日以上」を削り、資格喪失の際に引き続き60日以上被保険者であった者に改正。
昭和17年改正	資格喪失の前2か月以上被保険者であった者に改正。
昭和32年改正	資格喪失の日の前日まで継続して2か月以上被保険者であった者に改正。
昭和38年改正	加入期間を1年間に延長。
昭和51年改正	加入期間を2年間に延長。
昭和59年改正	55歳以降60歳前に任意継続被保険者になった者については、加入期間を60歳に達するまでに延長。
平成14年改正	給付率が7割に統一されたことに伴い、55歳以上で任意継続被保険者になった者の特例を廃止。加入期間を2年間に統一。

任意継続被保険者制度に係る論点

1. 任意継続被保険者の適用期間について

- 現在の平均加入期間は1.2年であり、加入期間別の内訳をみると、2年加入する方と6か月以内の方が多い。
そのうち、健康保険等の資格取得により任意継続被保険者資格を喪失する方の多くは、1年間の加入となっている。
- 任意継続被保険者の適用期間は、昭和51年改正以来最大2年となっているが、これを見直す必要があるか。

2. 任意継続被保険者の標準報酬月額の算定方法について

- 任意継続被保険者の平均標準報酬月額は、一般被保険者の平均標準報酬月額と比べて約2割低い。
一方、任意継続被保険者は、本人負担分と事業主負担分の両方を負担している。
- 任意継続被保険者の標準報酬月額の算定方法は、資格喪失時の標準報酬月額と保険者の全被保険者の標準報酬月額の平均を丈比べして、いずれか少ない額とされているが、これを見直す必要があるか。

後期高齢者の保健事業等について

平成26年11月7日
厚生労働省保険局

保健事業について

後期高齢者医療における保健事業

- 後期高齢者医療広域連合は、「健康教育、健康相談、健康診査その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない」とこととされている。

1. 健康診査

- ・対象・・・被保険者
- ・実施主体・・・広域連合(47広域連合で実施)
- ・財源・・・国庫補助1／3、広域連合2／3（市町村に対し国庫補助と同額を地方交付税措置）

※本人負担は、各広域連合で設定。

	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
受診率	23%	24%	25%	26%(見込み)	26%(予算)

2. 健康診査以外の保健事業

- 歯科検診【今年度から実施】
 - ・ 口腔機能低下や肺炎等の疾病を予防するため、歯・歯肉の状態や口腔清掃状態等をチェック
- 重複・頻回受診者等への訪問指導【33広域連合で実施。重複投薬者について今年度から実施。】
 - ・ 重複・頻回受診者、重複投薬者等に対して保健師及び薬剤師等による訪問指導を実施
- ジェネリック医薬品使用促進に向けた取組
 - ・ 後発医薬品利用差額通知の送付、後発医薬品希望シール・カードの作成及び配付など
【差額通知の送付:43広域連合で実施。希望カード配布:47広域連合で実施。】
- 保健事業実施計画(データヘルス計画)【今年度中に策定予定】
 - ・ 広域連合がレセプト・健診情報等の分析に基づく効率的・効果的な保健事業を実施するための計画策定

後期高齢者の健康診査について

- 旧老人保健法においては、健康診査の実施は市町村の義務であったが、後期高齢者医療制度創設後、後期高齢者の健診については、広域連合の努力義務とされている。
- また、後期高齢者の健康診査の項目は、基本的には、特定健康診査の健診項目のうち、腹囲を除く基本項目となっている。（詳細項目の実施也可。）

老人保健法（～H19）

名称	基本健康診査
対象	40歳以上
実施主体 〔補助先〕	市町村（実施義務）
費用負担	国1/3、県1/3、市町村1/3

高齢者医療確保法（H20～）

特定健康診査
40歳～74歳
医療保険者（実施義務）
国1/3、県1/3、保険者（国保）1/3 ※医療保険者が市町村国保の場合
後期高齢者の健康診査
75歳以上
広域連合（努力義務）
国1/3、残りは市町村又は保険料 ※本人負担は各自治体で設定

(参考)特定健診項目について

診察	質問項目(問診)		○
	計測	身長	○
		体重	○
		BMI	○
		腹囲	○
	理学的所見(身体診察)		○
	血圧		○
	視力		
	聴力		
	自覚症状及び他覚症状の有無の検査		
脂質	中性脂肪		○
	HDL-コレステロール		○
	LDL-コレステロール		○
肝機能	AST(GOT)		○
	ALT(GPT)		○
	γ-GT(γ-GTP)		○
代謝系	空腹時血糖		◎
	HbA1c		◎
	尿糖(半定量)		○
血液一般	ヘマクリット値		△
	血色素量		△
	赤血球数		△
尿腎機能	尿蛋白(半定量)		○
	尿潜血		
	血清クレアチニン		
12誘導心電図			△
眼底検査			△
胸部エックス線検査			
上部消化管エックス線検査			
喀痰検査			

○:必須項目、△:医師の判断に基づき選択的に実施する項目、◎:いずれかを実施する項目

75歳以上の方への健診についての現行の考え方

基本的な考え方（「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】」平成25年4月）

- 75歳以上の者（後期高齢者）については、医療機関に通院していない場合、生活習慣病を軽症のうちに発見し、医療につなげ、重症化を予防することが重要である。
- 75歳以上の者の生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果は、75歳未満の者よりも大きくないと考えられ、生活習慣の改善が困難な場合も多く、体重減少や低栄養のリスクが増すことから、QOLを確保し、自立した日常生活を営むために生活機能低下の予防が重要となってくる。
- 75歳以上の者については、身体状況等の個人差が大きいことに留意し、生活習慣病の予防に加えロコモティブシンドローム、口腔機能低下及び低栄養や認知機能低下予防のため、対象者の状況に応じた生活習慣改善支援を行うことが重要である。

健康診査について

健診項目は、75歳未満と同様だが、腹囲については、医師の判断等によって実施する項目とする。
なお、糖尿病等の生活習慣病についてかかりつけ医等の医療機関を受診している者については、必ずしも健康診査を実施する必要はないと考えられる。

保健指導について

個々の身体状況、日常生活能力、運動能力等が異なっている場合が多い等のため、40～74歳と同様に一律に行動変容のための保健指導を行わず、本人の求めに応じて、健康相談等の機会を提供出来る体制が必要。

- 平成26年4月に、健康づくり推進本部（平成25年9月17日設置。本部長厚生労働大臣）において、特定健診や高齢者への健診などについて、検討を行い、その結果を踏まえ事業実施することがとりまとめられ、計画的に取組を進めていくこととされている。

健康づくり推進本部の各ワーキングチームにおける施策に係る工程表及び目標について（概要）

① 高齢者への介護予防等の更なる推進

保健事業

- 高齢者の特性を踏まえた健診・保健指導とするため、専門家による科学的知見からの検討及び保険者等による検討を行い（平成27年・28年度）、その結果を踏まえ事業実施（平成30年度～）。
- 重複・頻回受診者等への訪問指導等を通じた適正化の推進（平成26年度～）
- ＜KPIの例＞ 重複・頻回受診者及び重複投薬者等への訪問指導実施保険者の割合 100%（平成30年度）

介護予防事業

- 体操などを行う住民運営の通いの場の充実を図るとともに（平成26年度～）、リハビリ専門職等を活かした介護予防の機能強化を実施し（平成27年度～）、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組の充実
- ＜KPIの例＞ 介護予防に資する住民主体の活動の実施状況 前年度以上（当面）

データの利活用の推進

- KDB等を活用したデータに基づく保健事業の実施（平成26年度～）
- 保健・医療・介護の関連情報を広く共有（見える化）するためのシステムについて、試行的システムの運用を開始（平成26年度～）、その後、正式運用を開始し段階的に改良を実施（平成27年度～）。
- ＜KPIの例＞
- 地域包括ケア「見える化」システムについて、
 - ・ 利用する保険者の割合 80%（平成28年度）
 - ・ 地方自治体が閲覧可能な指標数 70（平成28年度）

② 生涯現役社会の実現に向けた検討

高齢者の就労・社会参加等に係るモデル的取組の推進

- 高齢者の就労・社会参加等に係るモデル的事業の実施（平成26年度～）、モデル的事業の評価・検証及び取組の普及啓発（平成27年度～）、高齢者の就労・社会参加等に係る取組の全国的な展開（平成29年度～）。
- ＜KPIの例＞ 事業の実施による就労者数、ボランティアの参加者数等モデル的事業の評価を踏まえて今後検討。

③地域職域連携の推進等による特定健診・がん検診の受診率向上等

特定健診

- 特定健診の協会けんぽ被保険者対策として、データを活用した保険者から企業への働きかけ、中小企業トップによる健康経営宣言の推進など、事業者から保険者へのデータ提供を促すため、事業者の問題意識を醸成するための取組を検討し、可能なものから随時実施(平成26年度～)
 - 特定健診の被用者保険被扶養者対策として、保険者による特定健診の受診意欲を高める健診項目の追加や健診受診に係る利便性の向上策等を実施(平成26年度～)。実施状況を踏まえ、更なる被扶養者への働きかけ方策を検討(平成29年度～)。また国民健康保険(市町村)への委託の推進(平成26年度～)
- ＜KPIの例＞全体の特定健診受診率を70%(平成29年度)

インセンティブ付与・データヘルス

- インセンティブ付与の取組の検討・推進(平成26年度～)
 - 各保険者によるデータヘルス計画の作成を推進(平成26年度中)。データヘルス事業の中で健康に係る個人への意識付けを進める(平成26年度～)。また、保険者と事業者が連携した保健事業の取組等の事例集を作成・公表し、保険者と事業者の連携(コラボヘルス)を推進(平成27～28年度)
- ＜KPIの例＞全ての保険者でデータヘルス計画を策定(平成26年度)

がん検診

- 大腸がん検診無料クーポン券等配布事業の実施(～平成27年度)、その後、事業の状況や効果を評価し、効率的・効果的な受診勧奨を検討・実施(平成28年度～)
- ＜KPIの例＞がん検診受診率50%(胃・肺・大腸は当面40%)(平成28年度)

歯科検診

- 糖尿病患者等に対する歯科保健サービスの実施及びその効果検証の実施(平成26年度～)
- 保険者によるデータヘルス事業等の中で歯科保健の取組を推進する(平成26年度～)とともに、歯科保健サービスの実施による生活習慣病への効果を検証し(平成26年度～)、その結果を踏まえ、更なる歯科保健対策を検討・実施

特定健診・がん検診に関する広報・キャンペーンの推進

- 「スマート・ライフ・プロジェクト(SLP)」を活用した特定健診等の受診啓発(平成26年度～)

生活習慣病重症化予防に係る取組の推進

- 糖尿病性腎症重症化予防の取組の推進(平成26年度～)

※ KPI:達成すべき成果目標(Key Performance Indicators)

後期高齢者医療保健事業実施指針について

※高齢者医療確保法に基づき、広域連合が行う保健事業について、国は指針を定める。

考え方

高齢者ができる限り長く自立した日常生活を送ることができるよう、生活習慣病等の疾病の発症・重症化予防や心身機能の低下防止に向けて、広域連合は保健事業を行う。

主なポイント

- 被保険者一人ひとりの状況に即して健康保持増進を支援。
- 特に、生活習慣病等の重症化予防、運動・認知機能の低下防止、低栄養の回避等に向けた生活習慣見直しに重点。
- 日常生活が制約される場合には、福祉・介護等の支援につなげる。
- 都道府県広域連合は市町村と協力して実施。
- 健康・医療情報を活用し、PDCAサイクルに沿って事業を運営。このため、広域連合は保健事業実施計画(データヘルス計画)を策定。

高齢者の健康の特性

- ・加齢に伴い心身が衰え、運動機能や認知機能が低下する
- ・複数の慢性疾患を有し、完治を見込みにくい場合が多い
- ・若年期に比べ生活習慣改善の効果による予防効果は必ずしも大きくない
- ・健康状態、心身機能、生活状況等の個人差が大きい
- ・健康面の不安が生活上の課題となりやすい

制度の仕組み

- ・75歳以降は保険制度が異なる
- ・実施主体は都道府県単位の広域連合

※ 同じ地域保険である国保の保健事業実施指針をベースとして策定。

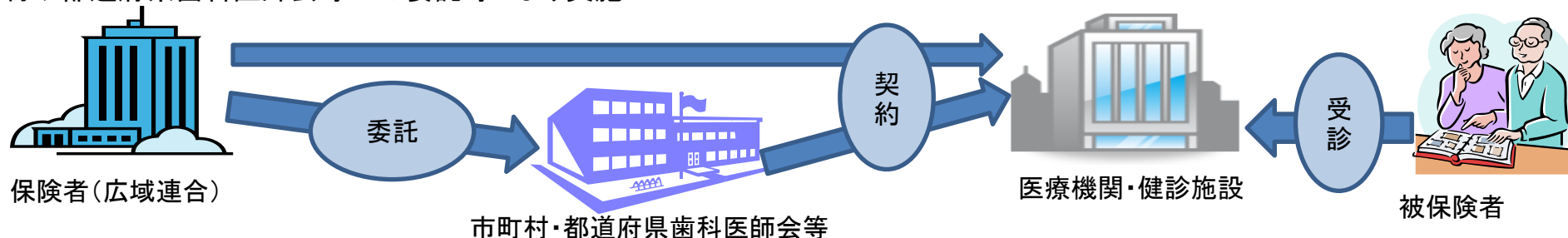
※ 適用期日：平成26年4月1日

後期高齢者医療の被保険者に係る歯科健診

- 口腔機能低下や誤嚥性肺炎等の予防につなげるため、歯・歯肉の状態、口腔内の衛生状態や咀嚼、嚥下を含む口腔機能をチェックする歯科健診を実施する。
- 日本再興戦略も踏まえ、健康増進・予防サービスの充実等により、国民の医療・介護需要の増大をできる限り抑えつつ「国民の健康寿命が延伸する社会」を目指す。

概 要

- 口腔機能低下や肺炎等の疾病を予防するため、歯・歯肉の状態や口腔清掃状態等をチェックする歯科健診を実施することとし、広域連合に対して国庫補助を行う。
- 健康増進法による健康診査実施要領に規定されている歯周疾患検診を参考にしつつ、高齢者の特性を踏まえた検査内容を各広域連合で設定。〈例〉問診、口腔内診査、口腔機能の評価、その他（顎関節の状態等）
- 市町村や都道府県歯科医師会等への委託等により実施



参考（関連事業）

	対象者	事業内容	実施主体	所管部局
歯周疾患検診	40歳、50歳、60歳、70歳の者	歯科医師等による歯周病検診	市町村	健康局
歯科保健医療サービス提供困難者への歯科保健医療推進事業	障害者や寝たきり高齢者等、医療サービス提供困難者	歯科医師等による歯科健診や施設職員への指導等	都道府県、政令市及び特別区	医政局
口腔機能向上プログラム（介護予防事業（二次予防事業））	二次予防事業対象者（要介護状態となるおそれのある者）のうち口腔機能が低下していると思われる者	歯科衛生士等が介護職員等と協働して、口腔清掃や口腔機能訓練を実施	市町村	老健局

※75歳以上の者のうち、ある程度健康を維持している者に対する口腔機能低下や肺炎等の疾病予防対策は、上記事業では対応できていない。

経済財政運営と改革の基本方針2014（平成26年6月24日閣議決定）抄

各保険者が自らの被保険者に対して、レセプト・健診等のデータを活用した後発医薬品の使用促進、かかりつけ医の協力を得て患者に対する意識改革を進めることによる頻回受診の抑制や、生活習慣病の早期治療等による重症化予防、公的保険外サービスの活用を含む予防・健康管理の取組（データヘルス）を進める中で、医療費の効率化の効果等を指標とした評価を含めたPDCAサイクルの取組を促す。

事業概要

レセプト等情報により選定した重複・頻回受診者及び重複投薬者等に対して、保健師及び薬剤師等による訪問指導を実施することにより、適正受診の促進を図る。訪問指導後は、レセプト等情報により改善状況を把握し、効果を検証するとともに、必要に応じて再訪問等を実施する。

※訪問指導対象者の選定基準（例）

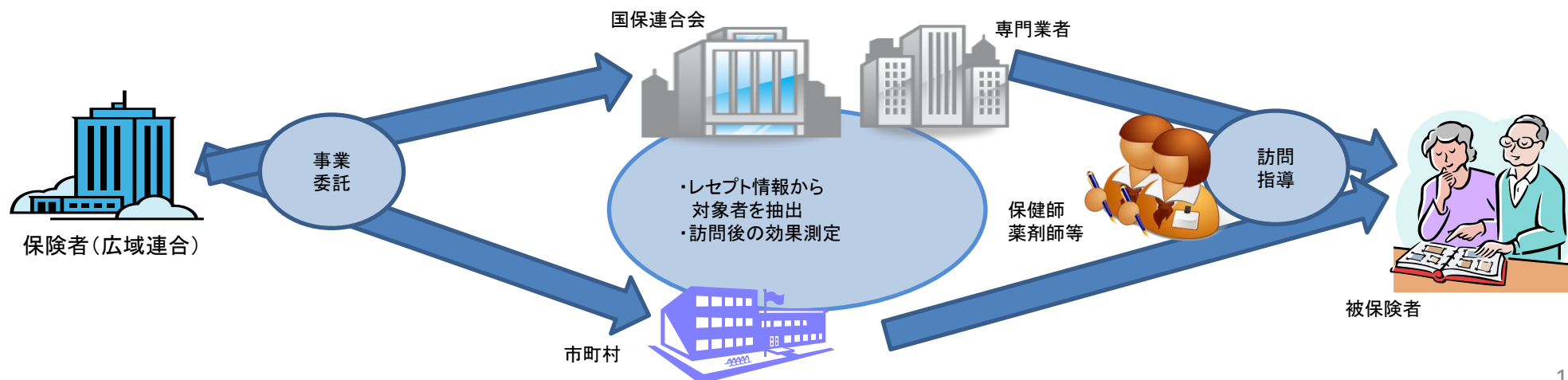
重複受診………3ヶ月連続して、1ヶ月に同一疾病での受診医療機関が3箇所以上

頻回受診………3ヶ月連続して、1ヶ月に同一医療機関での受診が15回以上

重複投薬………3ヶ月連続して、1ヶ月に同一薬剤又は同様の効能・効果を持つ薬剤を複数の医療機関から処方

併用禁忌………同一月に複数の医療機関で処方された薬剤に併用禁忌薬がある

追加



糖尿病性腎症患者重症化予防の取組への支援

(背景) 日本再興戦略において、「糖尿病性腎症患者の人工透析導入を予防する重症化予防 事業等の好事例について、来年度内に横展開を開始できるよう、概算要求等に反映させる。」「保険者において、ICTを活用してレセプト等データを分析し、加入者の健康づくりの推進や医療費の適正化等に取り組む好事例の全国展開を図る。」と示されており、本事業により、重症化予防事業の全国展開を図る必要がある。

(事業内容)

- 糖尿病性腎症の患者であって、生活習慣の改善により重症化の予防が期待される者に対して、保険者が医療機関と連携して保健指導を実施するなどの好事例の全国展開を進める。
- 対象者は、糖尿病性腎症の患者であって人工透析導入前段階の者を想定。

<実施例>

保険者 (広域連合)



・レセプトデータ
・健診データ

・健診データとレセプトデータから選定した対象者の事業参加について主治医に確認



主治医

・治療
・重症化予防事業への参加勧奨

・主治医から了解の得られた被保険者に対して、重症化予防事業を案内

被保険者



・重症化予防事業への参加

<ジェネリック医薬品の使用促進に向けた取組（後期高齢者医療広域連合）>

経済財政運営と改革の基本方針2014（平成26年6月24日閣議決定）抄

ICTの活用を更に進める観点から、各保険者が自らの被保険者に対して、レセプト・健診等のデータを活用した後発医薬品の使用促進、かかりつけ医の協力を得て患者に対する意識改革を進めることによる頻回受診の抑制や、生活習慣病の早期治療等による重症化予防、公的保険外サービスの活用を含む予防・健康管理の取組（データヘルス）を進める中で、医療費の効率化の効果等を指標とした評価を含めたPDCAサイクルの取組を促す。

事業概要

後発医薬品の使用促進を図るために、保険者が実施する後発医薬品利用差額通知の送付、後発医薬品希望シール・カードの作成及び配付、後発医薬品の普及・啓発に係るリーフレット等の作成等。

※「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」（平成25年4月5日厚生労働省）

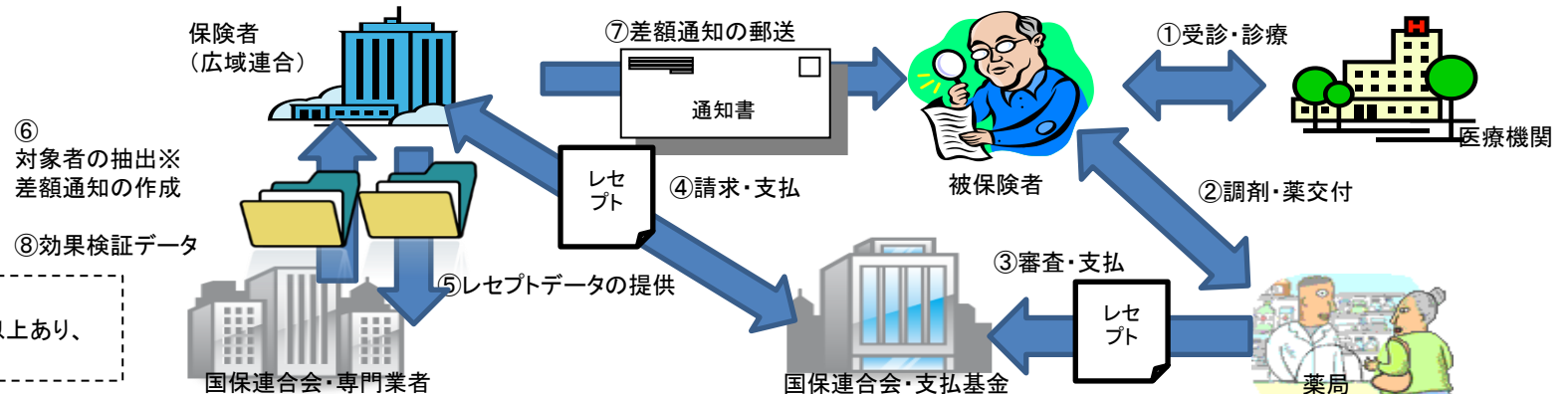
新たな目標：平成30年3月末までに数量シェア60%（平成24年度末時点で約46%程度）

○後発医薬品利用差額通知

- ・後発医薬品への切り替えを促進するため、後発医薬品に切り替えた場合の薬代の自己負担軽減額を通知
- ・通知対象者を拡充（前年度比約1.2倍）し、取組強化を図る。

○後発医薬品希望シール・カード

- ・後発医薬品の希望を医師や薬剤師に伝えやすくするため「希望シール」又は「カード」を作成し、被保険者へ配布又は市町村窓口を設置



【参考（実施広域連合数）】

※平成25年度は平成26年1月時点の見込

	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度
後発医薬品希望カードの配布	6 (13%)	28 (60%)	41 (87%)	46 (98%)	47 (100%)	47 (100%)
後発医薬品利用差額通知の送付	1 (2%)	1 (2%)	2 (9%)	19 (45%)	34 (72%)	43 (91%)

後期高齢者医療の保健事業(具体例)

○ 各都道府県後期高齢者医療広域連合は、市町村等と協力し、被保険者の健康保持・増進のための取組を実施している。この中で、レセプト・健診データ等を活用し、個々の被保険者の状況に即した指導を強化している。

	広域連合	内 容 (実施方法)
重複・頻回受診者等に対する訪問による受診指導	長崎県	○レセプト情報により、重複・頻回受診者等を抽出し、保健師等が訪問の上、適正受診、服薬等を指導。3ヶ月後に再訪問。(市町村、民間)
	宮崎県	○レセプト・健診情報により、未受診の健康状態不明者等を抽出し、保健師等が訪問指導。健康状態を確認し、必要に応じ健診、介護予防事業等を勧奨。(広域・市町)
ハイリスク者等に対する疾病重症化予防	滋賀県	○レセプト情報により、糖尿病性腎症の対象者を抽出し、保健師等が重症化予防のための訪問指導を実施。(市(民間))
	熊本県	○レセプト・健診情報により、脳血管疾患や高血圧性疾患の治療中断者、健診結果のハイリスク者を抽出し、保健師等が訪問の上、生活状況の把握や受診指導を実施。(民間)
歯科・口腔ケア	鹿児島県	○歯科医療機関と連携して、口腔機能低下の予防を図り、肺炎等の疾病予防に繋げるため、歯・歯肉の状態や口腔清掃状態等をチェックする歯科健診を実施。(歯科医師会等)
健康保持	奈良県	○市町村や地域団体と連携して、ふれあいサロン等に歯科医師、運動指導員、栄養士等を派遣し、口腔、運動、栄養等、健康づくりに関する指導・普及啓発を実施。(実行委員会(県・広域・市町村))
	三重県	○市町村等と連携して、無医地区に医師、保健師、運動指導員等を派遣し、健康相談・講演・健康体操等、健康づくりの機会を提供。(市町)

保健事業の現状・課題について

1. 広域連合の組織体制について

- 保健事業の実施主体である後期高齢者医療広域連合においては、必ずしも、保健師等の専門職が配置されているわけではない。

(現状)

- ・ 47広域連合(全職員数約1500人)のうち、10広域連合において、保健師が13名、看護師が2名配置されているのみ。(平成25年4月現在)

- 健康診査の実施などは、基本的には市町村などへ委託されている。

(現状)

項目	広域連合が 直接実施	市町村への 委託等により実施
健康診査	8広域連合 (264市区町村)	39広域連合 (1,476市区町村)

※後期高齢者医療広域連合からの聞き取りを基に作成。

2. 課題

- 一方、後期高齢者については、現役世代のメタボリック対策と異なり、体重減少や低栄養、筋量低下(サルコペニア)といったリスクが増加するという特性があり、こうした特性を踏まえ、生活習慣病予防に加えて、生活機能低下による介護や疾病の重症化を予防する保健事業の充実が課題となっている。

医療をはじめとした生活相談に関する取組の例

(「暮らしの保健室」(株式会社ケアーズ 白十字訪問看護ステーション(新宿区))

高齢化率の高い新宿区戸山団地において、「暮らしの保健室」を開設、運営。在宅医療、介護や生活にかかる様々な相談に保健師等が応じている。

また、定期的に薬剤師(週1回)及び管理栄養士(週2回)がおり、服薬相談や栄養指導を実施。

誰に聞けばいいかわからない
困りごとはありませんか？

暮らしの保健室は、地域にお住まいの方々の
暮らしや健康、医療、介護のご相談をお受けします。



お医者さんには
こう言われたけれど、
意味がよく分からない…



主人が退院するのだけれど
往診してくれるお医者さんは
どこにいるのかしら？

こういうことは
お医者さんに
どうやって聞けば
いいのかな？



地域の医療機関について
知りたい

- 地域のみなさまからの**健康に関するご質問、生活にかかわるさまざまな相談**に応じます。地域の医療・介護状況を熟知した相談員(医療・介護従事者)が当番で担当いたします。
- 医療コーディネーターとしての機能を持ちます。在宅医療も理解した看護師が相談を受け、**病院と地域のお医者さんの橋渡し**をします。
- **がん患者さんとそのご家族の相談**にのります(平日13時～16時30分 受付)。
- 地域包括支援センターとも連携し、**地域のみなさまを支援する窓口**となります。
- 地域の方々や、診療所のお医者さんに、**介護、福祉の情報を提供**いたします。お医者さんからのご相談にも適切に対応できる窓口を目指します。

お茶を飲みながらゆったりすごせる **地域のみなさまに開かれた場所です**



ボランティアスタッフ
がお迎えします
地域の医療機関の検索も
できます



健康や地域医療、
介護に関する勉強会を
開催します

薬剤師がお薬の
飲み合わせの
相談に応じます
(金曜午前中)



暮らしの保健室

〒162-0052 東京都新宿区戸山 2-33
戸山ハイツ 33号棟 125 (1階 商店街)
月～金 9時～5時(土日祝日はイベント時のみオープン)
平成26年度は毎月第4土曜日ががん療養相談10時～2時

食の自立・栄養改善、栄養マネジメント

- 和光市では、栄養改善を目的とした配食サービス、管理栄養士による訪問栄養指導などを行っている。

・配食サービス

食の自立・栄養改善では、低栄養だけでなく、過体重(BMI25以上など)や病気などで食事制限など必要な方なども利用する事も可能。単に、食事を届け安否確認する為の利用ではない。(市の助成6割にて、本人負担は350円～400円)

普通食、やわらか食、カロリー・塩分調整食、腎臓などに対応。食の自立支援と栄養改善を目的に利用する。

・訪問栄養指導

管理栄養士による栄養マネジメントとして、月2回の訪問栄養指導(NPO法人「ぽけっとステーション」に委託)を行う。また、地域包括支援センターに配置されている管理栄養士がケースマネジメントを行う。配食サービスと同じく、栄養指導が必要な方に対して利用可能。(病院での栄養指導実施中は不可)

自己負担なし。包括やケアマネのプランが必要で、3カ月クールで評価する。

地域包括支援センターでは、3職種（保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員）が必置とされているが、埼玉県和光市では、管理栄養士を加配している。

和光市地域包括支援センターの事業運営体制



和光市での取組の風景

訪問栄養指導



複合プログラム（口腔・栄養）



後期高齢者の保健事業に係る論点

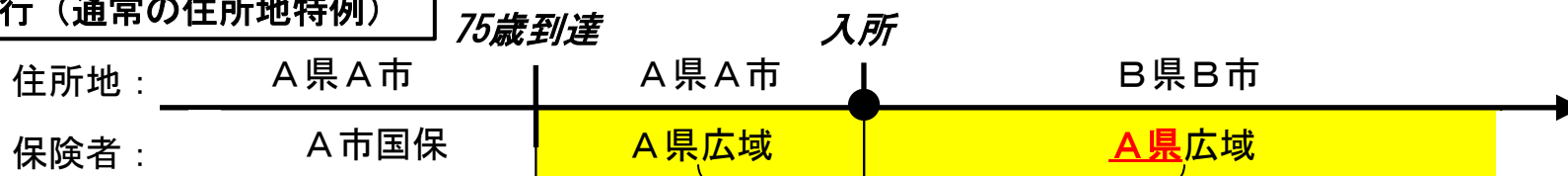
- 後期高齢者への健康診査については、高齢者の特性を踏まえた内容に更に見直すべきではないか。また、かかりつけ医を受診している方もいる中で、対象者をどう考えるか。その上で、更に取組を進めるために、どのような対応が必要か。
- 加えて、後期高齢者への保健事業について、健康診査だけではなく、高齢者の特性にあった重症化予防や低栄養など、ターゲットを絞った効果的な事業を充実すべきではないか。この場合、現場での取組事例を参考に、例えば、市町村の地域包括支援センター、保健センター等の拠点で管理栄養士、薬剤師、歯科衛生士、保健師などの専門職による訪問指導や相談を行ってはどうか。また、地域包括ケアの推進の観点から、市町村が行う介護保険の介護予防の取組などとの連携を一層図っていくべきではないか。
- 医療費適正化の取組として、ジェネリックの使用促進、重複・頻回受診者への指導などをより一層推進するため、後期高齢者医療広域連合にとってよりインセンティブが働くようにする観点から、どのような対応が必要か。

住所地特例について

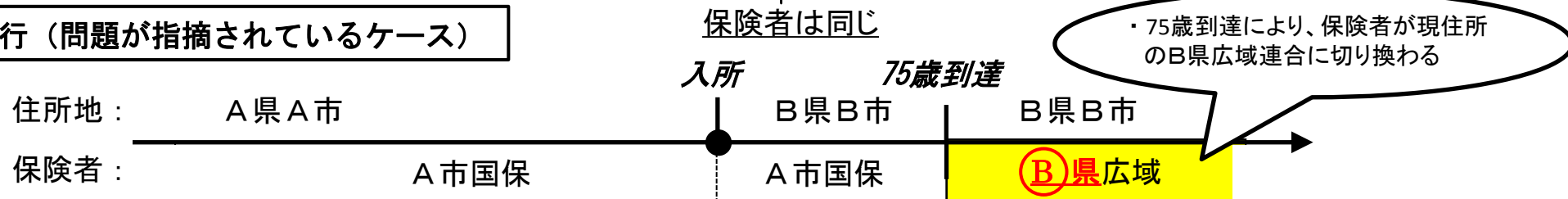
後期高齢者医療制度加入時の住所地特例の取扱い

- 国保・後期の適用は住所地で行うことを原則としているが、施設等に入所し、住所が移った者について、その施設所在地で適用を受けることとした場合、施設所在地の自治体が保険者となり、その財政負担が過大となり得る。これを防ぐため、一定の施設等への入所により他の広域連合から転入した者については、前住所地の広域連合が保険者となる特例（「住所地特例」）を設けている。（約18,000人（平成25年3月末現在））
- しかしながら、同一制度内の保険者間異動（国保⇄国保、後期⇄後期）には適用されるが、75歳到達等により国保から後期に加入する場合、適用されない。
- ※ 国保加入中に住所地特例の対象施設に入所等した者が、75歳に到達した場合、入所前の住所地市町村でなく、施設所在市町村の属する広域連合が保険者となる。

現行（通常の住所地特例）



現行（問題が指摘されているケース）



「都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築」

(都市部の高齢化対策に関する検討会報告書(平成25年9月26日))

3. 都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築

(2) 住まいの新たな展開を図る

(サービス付き高齢者向け住宅の住所地特例)

高齢者向けの多様な「住まい」の供給を一層促進していく上で課題となっているのが、高齢者の移動による介護保険の財政の負担の在り方についてである。特に、サービス付き高齢者向け住宅においては、現状において、要支援・要介護の認定を受けている入居者が多い。

現在、有料老人ホームは、特定施設入居者生活介護の指定を受けている事業所か否かにかかわらず、住所地特例の対象となっている一方で、サービス付き高齢者向け住宅については、有料老人ホームに該当している場合であっても住所地特例の適用除外となっている。しかしながら、サービス付き高齢者向け住宅のうち有料老人ホームに該当するものはその94%を占め、入居者の介護ニーズもその他の有料老人ホームと似通った状況になってきていることから、立地自治体の保険財政の悪化を危惧する声があがっており、何らかの負担の調整を行う必要性が生じている。

具体的な方法としては、①サービス付き高齢者向け住宅を住所地特例の対象に組み入れる方法と、②保険者間の財政調整を行う仕組みを新たに作る方法が想定される。

住所地特例は、住所地の地方自治体が保険者とならないため、被保険者は要介護認定等の各種の手続きを従前の住所地にしなければならず、また、住所地のサービス水準に関わらず、従前の住所地の保険料を負担することになる。さらに、この制度はいわば地域包括ケアの例外となり、これまでの仕組みでは、地域住民である住所地特例の被保険者が地域密着型サービスや地域支援事業を利用できないなどの課題がある。

一方、保険者間の財政調整を行う場合には、保険者と保険給付の実質的な負担者が一致しなくなり、給付と負担の一致という社会保険の基本的な枠組みの例外的な取扱いとなり、どのような単価や考え方に基つき財政調整を行うのかという点や、医療保険制度と整合的な対応が図られるのかといった課題がある。

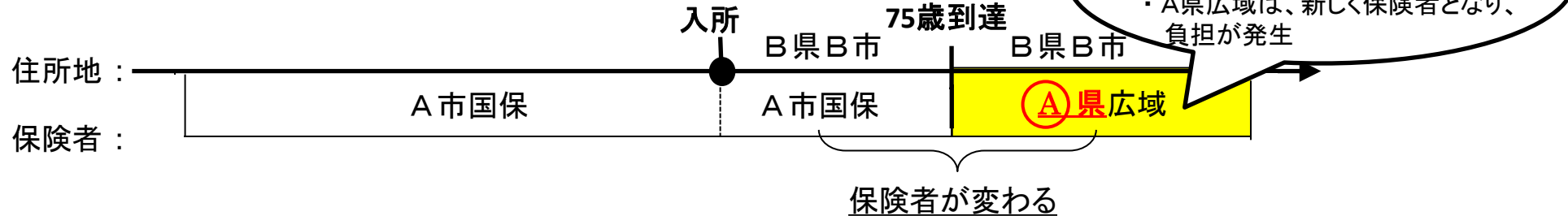
この点、制度創設時には介護保険3施設を対象としていた住所地特例の対象を平成18年度には有料老人ホーム全体にまで拡大した経緯を踏まえると、有料老人ホームのうちサービス付き高齢者向け住宅に該当するものに住所地特例を適用することが考えられる。この際、地域包括ケアの考え方に従い、住所地特例を適用した場合にも住所地の地域密着型サービスや地域支援事業を使えるようにするなど課題を解決していく必要がある。

なお、医療保険の住所地特例については、介護保険の対応も踏まえ検討するとともに、入居後に75歳を迎えた場合に国民健康保険の住所地特例が後期高齢者医療に引き継がれないという問題も指摘されており、併せて検討が必要である。

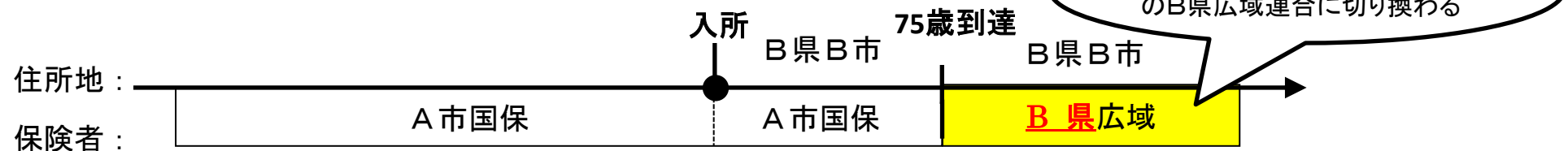
後期高齢者医療制度加入時の住所地特例の見直し(案)

- 後期高齢者医療制度加入時の住所地特例について、加入時に対象施設に入所等していることにより現に国保の住所地特例を受けている被保険者は、その入所等が継続する間、前の住所地の広域連合が保険者となるように見直してはどうか。

<見直し案>



<参考: 現行(再掲)>

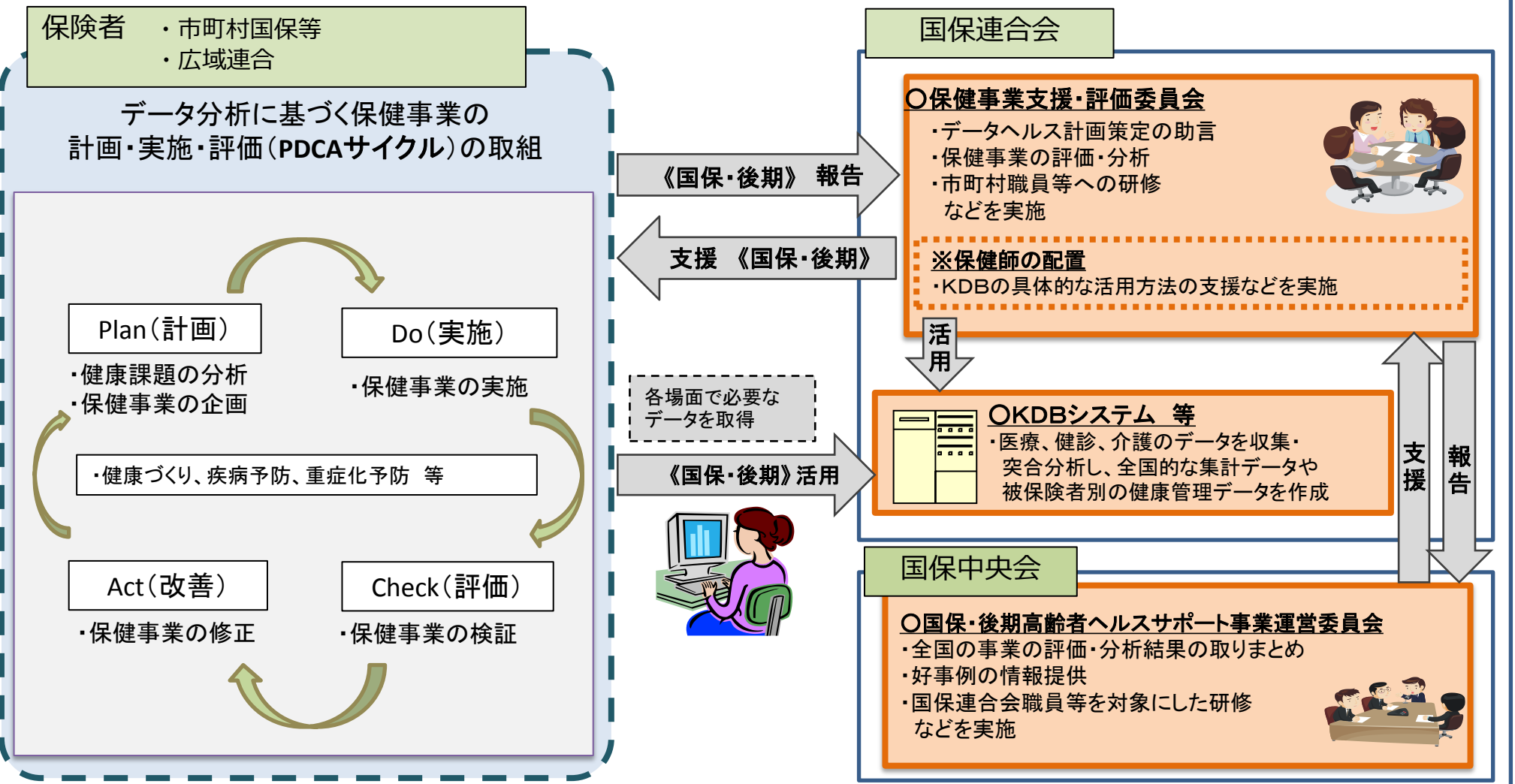


参考資料

○国保・後期高齢者ヘルスサポート事業

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業

レセプト・健診情報等のデータ分析に基づく保健事業のPDCAサイクルに沿った効率的・効果的な実施に向け、KDBシステム等を活用した保健事業を行う市町村国保等に対する支援を実施する。



はじめに ○本ガイドラインは、各都道府県の国保連合会が設置した保健事業支援・評価委員会の委員となる有識者等ならびに事務局を担う国保連合会職員向けに作成

第1章 p1 事業実施までの背景

- 国によるデータヘルスの推進
- 後期高齢者医療制度の動き
- 国保連合会・国保中央会の将来構想を踏まえた保険者支援の動き(KDBシステムの開発)
- 国保ヘルスアップ事業評価事業からの示唆
～第三者による支援の必要性～

第2章 p7 データヘルスの概要

- 保険者機能としての被保険者の健康の保持増進の取組と医療費適正化
- 保険者等によるレセプト・健診データ等の分析に基づいたPDCAサイクルに沿った効率的・効果的な保健事業の展開

第5章 p24 支援・評価委員会による保険者支援の実際

データヘルス計画の策定支援 p24

保険者等による策定の流れ

現状分析

既存事業の評価:どのような内容の事業がどのような体制で実施されていたのか、効果があったのかを把握

各種データ分析:健診、医療費、介護データ等を経年比較、国や都道府県平均、同規模保険者等との比較
KDBシステムの活用によるデータ分析結果の見える化

質的情報の分析:数値による情報ではなく、日ごろの保健活動の中における住民の声、地域の状況を把握

健康課題の明確化

目的・目標の設定

目的:数年後に実現しているべき「改善された状態」
目標:健康課題に運動した目的を達成するための条件

計画の策定

計画に盛り込む事業
その他計画の推進に係る事項の検討

①現状分析、計画に盛り込む事業内容の検討

- ～保険者等による事前課題の提出・ワークシート等を用いての検討～
- ・現状分析ならびに健康課題の明確化
 - ・目的・目標の設定
 - ・計画に盛り込むべき事業の検討

②保険者等による計画の詳細内容の検討・作成

③支援・評価委員会による計画の内容の確認・評価

第3章 p10 ヘルスサポート事業の概要

- 目的:保険者等による効率的・効果的な保健事業の展開を支援
- 対象:国保保険者の保健事業、広域連合の保健事業
- 支援内容
 - ・保健事業計画(データヘルス計画)策定支援
 - ・国保ヘルスアップ事業の支援
 - ・その他、保険者等の個別保健事業の計画策定支援ならびに評価
- 事業スケジュール
 - ・平成26年度中
データヘルス計画(計画対象期間:～平成29年度)の策定支援
個別保健事業の計画策定支援と評価
 - ・平成27,28年度中
個別保健事業の計画策定支援と評価

個別保健事業の計画策定支援 p47

計画で必要となる要素

事業の目的・目標・評価指標／事業の対象者(選定基準を含む)とその集め方／事業の方法、内容／事業の実施体制／事業関係者における連絡、調整、情報共有の方法／事業を継続的に実施する方策(脱落防止策等)／評価指標の集め方、事業評価の方法／個人情報の取り扱い及び危機管理の方策 等

企画・立案、実施に求められる視点

既存事業の内容とその達成状況の整理／エビデンスに基づいた事業の実践／医療機関等との連携体制の構築／地域連携を円滑に行うための仕組み／外部委託先の管理／事業の評価方法、指標の収集方法の事前検討／事業進行中の情報交換 等

①支援・評価委員会と保険者等の担当者による事業内容に関する検討

②計画の詳細内容の検討・作成

③支援・評価委員会による計画の詳細内容の確認・評価

④支援・評価委員会による事業実施期間中の情報交換

第4章 p18 支援・評価委員会による保険者支援の流れ

支援前の準備

- (1)支援・評価委員会の設置と役割の検討 (2)保険者等への周知

個別保険者支援の流れ

- (1)保険者等による申請(申請書の提出)
(2)支援の方向性の検討 (3)支援・評価の実務

支援結果の報告・広報

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会への報告

個別保健事業の評価 p53

事業評価の考え方

- ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの4つの観点による評価
- 事業企画段階からの評価計画(評価方法や評価指標)設定の必要性

支援・評価委員会の評価手順

①保険者等による個別保健事業計画の提示

②支援・評価委員会による事業評価方法に対する助言

③保険者等による自己評価～評価基準等の活用～

④支援・評価委員会による評価の実施

第6章 p63 事業推進に関わる事項

- 国保連合会による保険者等への各種データの提供
- 国保中央会による国保連合会向け研修
- 国保連合会による保険者向け研修
- 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会での検討

支援・評価委員会の支援手順

支援・評価委員会の支援手順

入所又は入院中の被保険者の特例(住所地特例)について

- 本来、国民健康保険又は後期高齢者医療の適用は住所地で行われるため、特別養護老人ホームや障害者施設などの社会福祉施設等へ入所したことにより、当該施設の所在する市町村又は広域連合に住所が移った者については、その施設所在地で適用を受けることとなる。
- この結果、これらの者の医療費が当該市町村又は広域連合の負担となるため、施設所在地の市町村の国民健康保険又は広域連合の負担が重くなるという不公平が生じることとなる。
- 負担の不均衡を是正するために、以下に掲げる施設等への入所により、他の市町村又は広域連合から転入してきた者については、入所する前の住所地の市町村が行う国民健康保険又は広域連合が行う後期高齢者医療の被保険者としている。ただし、後期高齢者医療においては、広域連合(都道府県単位)の区域を越えない場合には、この特例は 適用されない。

《住所地特例の対象となる施設》

- ① 病院又は診療所への入院
- ② 児童福祉法第7条1項に規定する児童福祉施設への入所【国民健康保険のみ適用】
(同法第27条1項3号又は同法第27条の2の規定による入所措置がとられた場合に限る)
 - ・児童福祉施設…助産施設、乳児院、母子生活支援施設、保育所、児童厚生施設、児童養護施設、知的障害児施設、知的障害児通園施設、盲ろうあ児施設、肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、情緒障害児短期治療施設、児童自立支援施設及び児童家庭支援センター
- ③ 障害者総合支援法第5条12項に規定する障害者支援施設又は同条1項の厚生労働省令で定める施設への入所
 - ・障害者支援施設…障害者につき、施設入所支援を行うとともに、施設入所支援以外の施設障害福祉サービスを行う施設
- ④ 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園の設置する施設への入所
- ⑤ 老人福祉法第20条の4又は20条の5に規定する養護老人ホーム又は特別養護老人ホームへの入所
(同法第11条1項1号又は2号の規定による入所措置がとられた場合に限る)
- ⑥ 介護保険法第8条11項に規定する特定施設(有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅を含む。)への入居又は同条25項に規定する介護保険施設への入所
 - ・特定施設…有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホームのうち、第十九項に規定する地域密着型特定施設(有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホームのうち、その入居者が要介護者、その配偶者その他厚生労働省令で定める者に限られるもののうち、その入居定員が二十九人以下であるもの)でないもの
 - ・介護保険施設…指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び指定介護療養型医療施設

※ 下線部は、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律(平成26年法律第83号)により追加。施行日は平成27年4月1日。
- ⑦ 障害者総合支援法附則第18条第2項に規定する共同生活援助又は共同生活介護を行う共同生活住居への入居

第81回から第84回までの検討項目

	検 討 項 目
第81回 (10月6日)	○<u>高齢者医療・被用者保険について</u> ・協会けんぽの財政状況（現状） ・健保組合の財政状況（現状） ・高齢者医療制度の現状と被用者保険者の課題 ・後期高齢者支援金の全面総報酬割 ・被用者保険者の個々の自助努力では解決が難しい課題への対応 ・短時間労働者の適用拡大に係る課題 ・協会けんぽの財政対策 ○<u>現金給付等の見直しについて（海外療養費・傷病手当金・出産手当金）</u> ・海外療養費 ・傷病手当金・出産手当金
第82回 (10月15日)	○<u>療養の範囲の適正化・負担の公平の確保</u> ・紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担の在り方 ・入院時食事療養費・生活療養費 ・後期高齢者の保険料軽減特例 ・高齢者の自己負担 ・標準報酬月額の上限引上げ ・国民健康保険の保険料（税）の賦課（課税）限度額 ・健康保険・船員保険の保険料率の上下限引上げ ○<u>医療費適正化</u> ・医療費適正化計画 ・個人・保険者に対するインセンティブ ①個人に対する健康・予防インセンティブの付与 ②後期高齢者支援金の加算・減算制度 ・保険者による医療費適正化の取組
第83回 (10月29日)	○<u>国民健康保険について</u> (1) 市町村国保について ・国保が抱える財政上の構造問題の解決に向けた方策 ・国保の運営に関する都道府県と市町村の役割分担の在り方 ①財政運営、保険料の賦課・徴収の仕組み ②分賦金の勘案要素 ③資格管理 ④保険給付、保健事業 (2) 国民健康保険組合について
第84回 (11月7日)	○<u>特定健康保険組合について</u> ○<u>任意継続被保険者制度について</u> ○<u>後期高齢者の保健事業等について</u> ○<u>患者申出療養（仮称）について</u>

中 医 協	総	－	3
2 6 .	1 1 .	5	

患者申出療養（仮称）の枠組みについて（案）

1 患者の申出から医療の実施までの流れについて

(1) 患者申出療養（仮称）としては初めての医療を実施する場合

① 患者からの申出

- 患者は、かかりつけ医等の協力も得ながら（※）、臨床研究中核病院又は患者申出療養（仮称）についての窓口機能を有する特定機能病院に申出を行う。特定機能病院が申出を受けた場合、当該特定機能病院は臨床研究中核病院に共同研究の実施を提案するものとする。

（※）患者は、患者申出療養（仮称）としての医療を受けることについてかかりつけ医等と相談を行うことができる。かかりつけ医等は、患者からの相談に応じ、患者が有効性・安全性について理解・納得した上で申出するための支援を行う。

- 臨床研究中核病院及び患者申出療養（仮称）を実施しようとする特定機能病院は上述の窓口機能として、患者の申出に対応するための専門部署を設けるものとする。
- 臨床研究中核病院又は患者申出療養（仮称）についての窓口機能を有する特定機能病院が患者からの申出に対応できない場合には、対応可能な医療機関に紹介する。

② 臨床研究中核病院からの申請

- 臨床研究中核病院は、患者から申出を受け、患者申出療養（仮称）としての実施が可能であると判断した場合には、実施計画及び安全性・有効性等のエビデンス並びに患者からの申出であることを示す書類（※）を添付の上、国に申請する。

（※）臨床研究中核病院がエビデンスを用いて患者に対して十分説明し、患者が有効性・安全性について理解・納得した上で申出しているものであることの確認を含む。

- 患者が、患者申出療養（仮称）についての窓口機能を有する特定機能病院に申出を行った場合は、臨床研究中核病院は当該特定機能病院を共同研究医療機関として申請することができる。

③ 国における安全性・有効性等の審査

- 国は、臨床研究中核病院からの申請を受けて、患者申出療養（仮称）に関する会議において安全性・有効性及び実施計画の妥当性を確認する。

- 国は、申請から原則6週間で当該医療の実施の可否を判断する。持ち回りによる審議を行う場合には、審議に参加した者の意見を明確に記録する等、会議の開催と同等の透明性を確保することとする。医学的判断が分かれる場合等、6週間で判断できない場合は、全体会議を開催して審議する。

- 保険収載を目指すことを前提としていることから、明らかに疾病又は負傷の治療とはいえないものを除き、一定の安全性・有効性が確認されたものについて、患者申出療養（仮称）の対象とする。

④ 医療の実施

- 申出を受けた臨床研究中核病院又は特定機能病院で実施する。ただし、申出を受けた臨床研究中核病院又は特定機能病院以外の患者に身近な医療機関であっても協力医療機関（※）となることができ、その場合は、当該医療機関を協力医療機関として最初から申請することで、当該医療機関でも受診できるようにする。

（※）協力医療機関とは、臨床研究中核病院と連携して、患者申出療養（仮称）を実施する医療機関をいう。

- 対象となった医療及び当該医療を受けられる医療機関は、国が速やかにホームページで公開する。
- 定期的（少なくとも1年に1回）のほか、必要に応じ、実績等について臨床研究中核病院から国への報告を求める。

（2）患者申出療養（仮称）として前例がある医療を他の医療機関が実施する場合

① 患者からの申出

- 患者は、かかりつけ医等の協力も得ながら（※）、臨床研究中核病院等のほか、患者に身近な医療機関（かかりつけ医等も含む）に申出を行う。

（※）患者は、患者申出療養（仮称）としての医療を受けることについてかかりつけ医等と相談を行うことができる。その際、かかりつけ医等は、患者からの相談に応じ、患者が有効性・安全性について理解・納得した上で申出するための支援を行う。

- 患者に身近な医療機関が患者からの申出に対応できない場合には、対応可能な医療機関に紹介する。

② 患者に身近な医療機関からの申請

- 患者に身近な医療機関が申出を受けた場合には、患者からの申出であることを示す書類（※）を添付の上、当該医療を実施している臨床研究中核病院に申請を行う。

（※）患者に身近な医療機関がエビデンスを用いて患者に対して十分説明し、患者が有効性・安全性について理解・納得した上で申出しているものであることの確認を含む。

③ 臨床研究中核病院における実施体制の審査

- 臨床研究中核病院は、医療の内容に応じて設定された実施可能な医療機関の考え方（※）を参考に、患者に身近な医療機関における実施体制を個別に審査する。

（※）例えば、合併症の発現可能性や、薬剤量調節の難易度などのリスクを踏まえて示すものとする。

- 臨床研究中核病院は、申請から原則 2 週間で当該医療の実施の可否を判断する。

- 臨床研究中核病院の判断後、速やかに地方厚生局に届出を行うこととする。

④ 医療の実施

- 臨床研究中核病院の承認により、協力医療機関を随時追加する。厚生労働省は、臨床研究中核病院に対し、協力医療機関をできるだけ拡大するよう要請する。

- 実施計画対象外の患者からの申出は、臨床研究中核病院で安全性、倫理性等の検討を行った上で国に申請し、国は患者申出療養（仮称）に関する会議を開催して個別に判断する。

2 患者申出療養（仮称）の対象となる医療のイメージについて

（1）先進医療の実施計画（適格基準）対象外の患者に対する療養

高齢者、病期の進んだ患者、合併症を有する患者等

（2）先進医療として実施されていない療養

一部の国内未承認・海外承認医薬品等の使用、実施計画が作成されていない技術等

（3）現在行われている治験の対象とならない患者に対する治験薬等の使用

治験の枠組み内での柔軟な運用（日本版コンパッションエートユース）では対応できない患者

3 具体的な運用として、引き続き検討を要するものについて

（1）患者申出療養（仮称）におけるインフォームド・コンセントの内容・手続等

（2）臨床研究中核病院及び特定機能病院の申出や相談の応需体制等

（3）実施可能な医療機関の考え方

（4）患者申出療養（仮称）に関する会議の具体的な進め方等

（5）薬害、副作用等発生時の対処方法等

（6）実施計画対象外の患者からの申出に係る国の審査の在り方

（7）報告、情報公開の在り方

4 今後のスケジュール

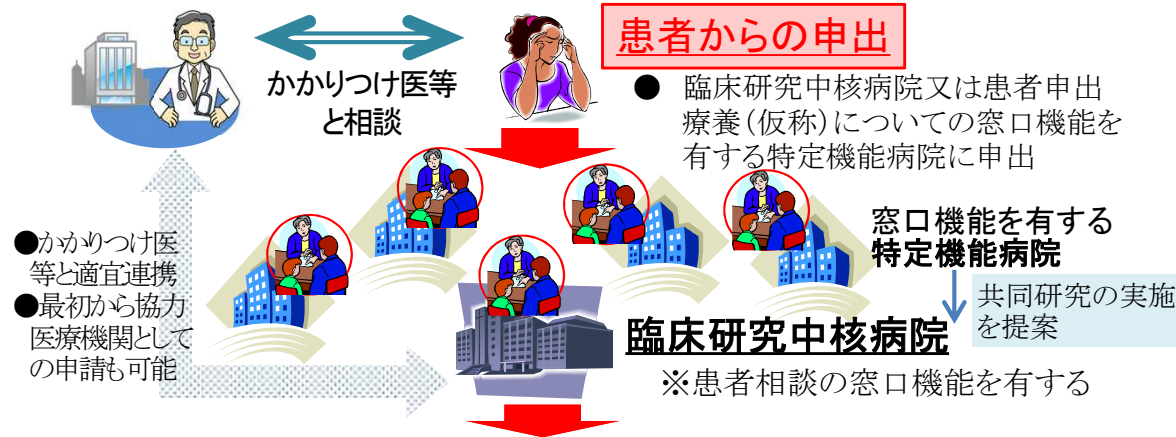
- 11月5日 中医協総会
患者申出療養（仮称）における制度の枠組みについて議論
- 11月7日 社会保障審議会医療保険部会
患者申出療養（仮称）における制度の枠組みについて議論
- その後、次期通常国会に関連法案を提出。制度の具体的な運用については、引き続き中医協において検討を行う。

以上

患者申出療養（仮称）

中医協 総－3 参考 1
2 6 . 1 1 . 5

〈患者申出療養（仮称）としては初めての医療を実施する場合〉



〈患者申出療養（仮称）として前例がある医療を他の医療機関が実施する場合（共同研究の申請）〉



原則6週間

患者申出療養（仮称）の申請

- 実施計画、及び安全性・有効性等のエビデンス並びに患者申出起点を示す書類を添付して申請
- 臨床研究中核病院は、特定機能病院やそれ以外の身近な医療機関を、協力医療機関として申請が可能

患者申出療養（仮称）に関する会議による審議

- 安全性、有効性、実施計画の内容を審査
- 持ち回りによる審議を行う場合は、意見を明確に記録するなど透明性を確保
- 医学的判断が分かれるなど、6週間で判断できない場合は全体会議を開催して審議

患者申出療養（仮称）の実施



- 申出を受けた臨床研究中核病院又は特定機能病院に加え、患者に身近な医療機関において患者申出療養（仮称）が開始

- 対象となった医療及び当該医療を受けられる医療機関は国がホームページで公開する。
- 定期的（少なくとも1年に1回）のほか、必要に応じ、実績等について臨床研究中核病院から国への報告を求める。

原則2週間

患者申出療養（仮称）の申請

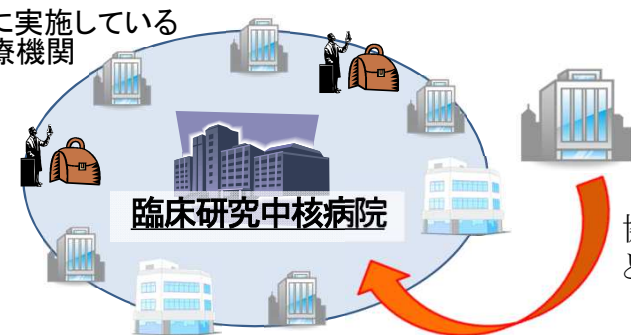


前例を取り扱った臨床研究中核病院

- 医療の内容に応じて、実施可能な医療機関の考え方を国で示す（例えば合併症の発現可能性や薬剤量調節の難度などの、リスクを踏まえて示す）
- 臨床研究中核病院はその考え方を参考に、患者に身近な医療機関の実施体制を個別に審査

身近な医療機関で患者申出療養（仮称）の実施

既に実施している医療機関



- 臨床研究中核病院の判断後、速やかに地方厚生局に届出

- 実施計画対象外の患者からの申出は、臨床研究中核病院で安全性、倫理性等の検討を行った上で国に申請し、国は患者申出療養（仮称）に関する会議を開催して個別に判断する。

患者申出療養（仮称）の対象となる医療のイメージ

中医協 総-3 参考2
26.11.5

現在評価療養の対象となっている医療

治験の枠組みで新たに評価療養の対象とする医療

患者申出療養（仮称）が新たに対象とする医療

対象外

先進医療・治験の対象にならず、安全性・有効性も確認されない医療

○先進医療の対象にならないが、一定の安全性・有効性が確認された医療

- ① 先進医療の実施計画（適格基準）対象外の患者に対する療養
（高齢者や、病期の進んだ患者、合併症を有する患者等）
- ② 先進医療として実施されていない療養
（一部の国内未承認・海外承認医薬品等の使用や、実施計画作成が進まなかった技術等）

対象を拡大

先進医療A

- 先進医療会議が審査した実施計画の対象の患者に対する医療
※国の基準に適合した医療機関が届出（認められた療養は告示に規定）

先進医療B

- 先進医療会議が審査した実施計画の対象の患者に対する医療
※国が個別に認めた医療機関が届出（認められた療養は告示に規定）

治験等

薬事法
承認後
保険
収載前

保険
収載

現在も対象

現在も対象

対象を拡大

第Ⅰ相
（健康な人を
対象に実施）

第Ⅱ相

第Ⅲ相

長期継続投与治験

（治験を中止することにより
不利益を生じる場合等）

薬事申請

薬事承認

※医薬品・
医療機器に
係るプロセス

治験

○現行の治験の対象とならないもの

治験の枠組み内での柔軟な運用による対応
（日本版コンパッションエートユース）