

高齢者医療の現状等について

平成28年5月26日
厚生労働省保険局

高齢者医療の歩み

昭和48

昭和58

平9

平14

平15.3

平17.12

平18.6平20.4

平22.12

平24.8

平25.8

平25.12

平27.5

国保法等改正法成立

- ・後期高齢者支援金の全面総報酬割を実施。あわせて、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、拡大分に国費を充当。(平成29年度～)
- ・栄養指導等の高齢者の特性に応じた保健事業を実施。(平成28年度～)

プログラム法成立

- ・後期高齢者支援金の全面総報酬割、高齢者医療の費用負担の在り方等を検討し、平成27年常会への法案提出を目指す。
- ・医療制度改革の実施状況等を踏まえ、高齢者医療制度の在り方について必要に応じ見直しに向けた検討を行う。

社会保障制度改革国民会議報告書

- ・後期高齢者医療制度は十分定着。現行制度を基本としながら、実施状況等を踏まえ、必要な改善を行っていく。

社会保障制度改革推進法成立

- ・今後の高齢者医療制度については、状況等を踏まえ、必要に応じて、社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得る。

高齢者医療制度改革会議最終とりまとめ

- ・後期高齢者医療制度は廃止し、高齢者も国保が被用者保険に加入。
- ・地域保険は国保に一本化し、都道府県単位で運営。

後期高齢者医療制度等施行

健康保険法等改正法成立

医療制度改革大綱を政府・与党で決定

- ・後期高齢者について、独立した医療制度を創設
- ・前期高齢者について、保険者間の負担の不均衡を調整する仕組みを創設

医療保険制度体系等に関する基本方針を閣議決定

- ・高齢者医療制度は、75歳以上の後期高齢者と65歳から74歳までの前期高齢者のそれぞれの特性に応じた新たな制度とする。

新制度まとまらず、次の課題に

- ・一部負担を定率1割に
- ・老健制度の対象年齢を引き上げ(70歳↓75歳)(平19)
- ・公費負担割合を引き上げ(3割↓5割)(平19)

政府等で新しい制度の検討を開始

老人保健法を制定(老健制度)

- ・患者負担を導入(外来一月4百円、入院一日3百円)
- ・市町村が運営主体
- ・保険者(国保や健保など)からの拠出金(仕送り)と公費で運営

・老人医療費が急増

・高齢者の多い国保の運営厳しく
↓「サロン化・社会的入院」といった弊害の指摘もあった

老人医療費の無料化(70歳～)

(自治体レベルでは昭和35年～)

【医療保険制度の体系】

(平成28年度予算ベース)

後期高齢者医療制度

約15兆円

- ・75歳以上
- ・約1,660万人
- ・保険者数:47(広域連合)

75歳

前期高齢者財政調整制度(約1640万人)約7兆円(再掲)※3

65歳

国民健康保険

(市町村国保+国保組合)

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

約10兆円

協会けんぽ(旧政管健保)

- ・中小企業のサラリーマン
- ・約3,550万人
- ・保険者数:1

約5兆円

健康保険組合

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

共済組合

- ・公務員
- ・約870万人
- ・保険者数:85

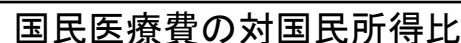
健保組合・共済等 約4兆円

※1 加入者数・保険者数、金額は、平成28年度予算ベースの数値。

※2 上記のほか、経過措置として退職者医療(対象者約90万人)がある。

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

(兆円)



(参考)総保健医療支出の対GDP比

国民医療費の対GDP比

老人医療の対象年齢の引上げ

70歳以上 → 75歳以上
(~H14.9) (H19.10~)

後期高齢者(老人)医療費 (兆円)

※ ()内は後期高齢者(老人)医療費の国民医療費に占める割合

(実績見込み)

(診療報酬改定)

(主な制度改正)

0.2%

- ・介護保険制度施行
- ・高齢者1割負担導入
(2000)

▲2.7%

・高齢者1人
負担徹底
(2002)

▲1.0%

・被用者本人
3割負担等
(2003)

▲3.16%

・現役並み
所得高齢者
3割負担等
(2006)

▲0.82%

- ・未就学児2割負担 (2008)

0.19%

0.004%

・70-74歳
2割負担(※)
(2014)

2014	(%)
------	-----

＜対前年度伸び率＞

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

国民医療費より範囲が広い。2012年のOECD加盟国の医療費の対GDP比の平均は9.3%

注2 2014年度の国民医療費(及び後期高齢者医療費。以下同じ。)は実績見込みである。2014年度分は、2013年度の国民医療費に2014年度の概算医療費の伸び率(上表の斜字体)を乗じることによって推計している。

※70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除(1割→2割)。2014年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

後期高齢者医療制度の被保険者数の推移

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

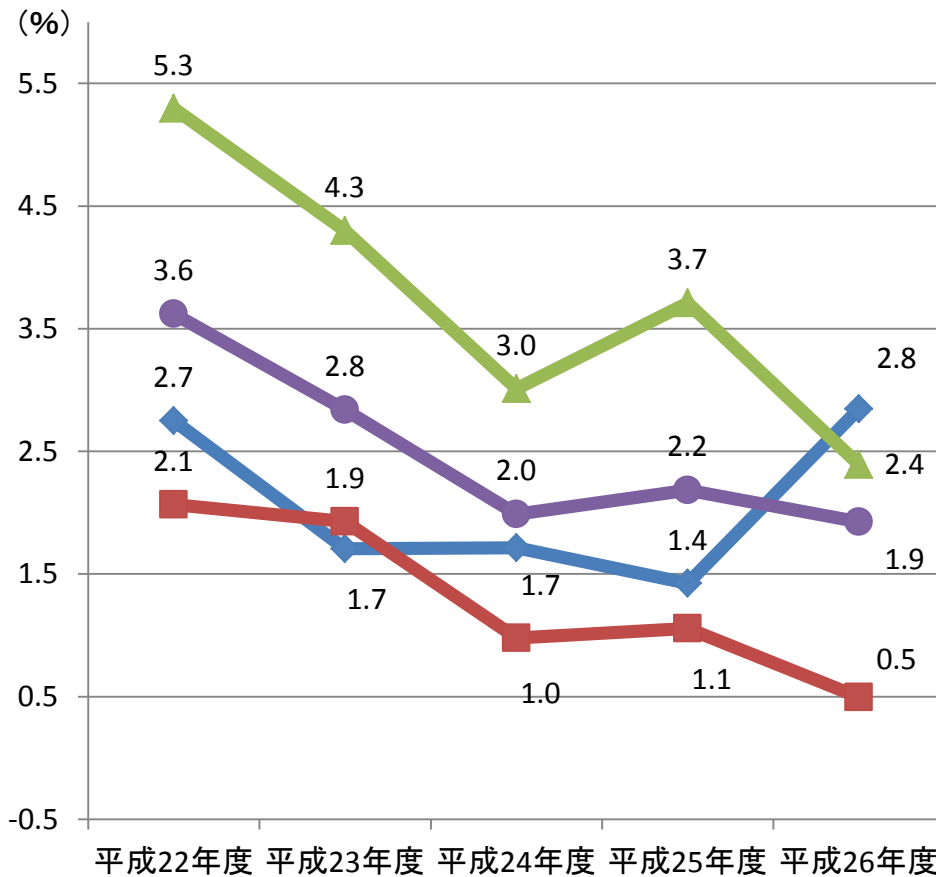
(資料)保険局「平成25年度後期高齢者医療事業年報」

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

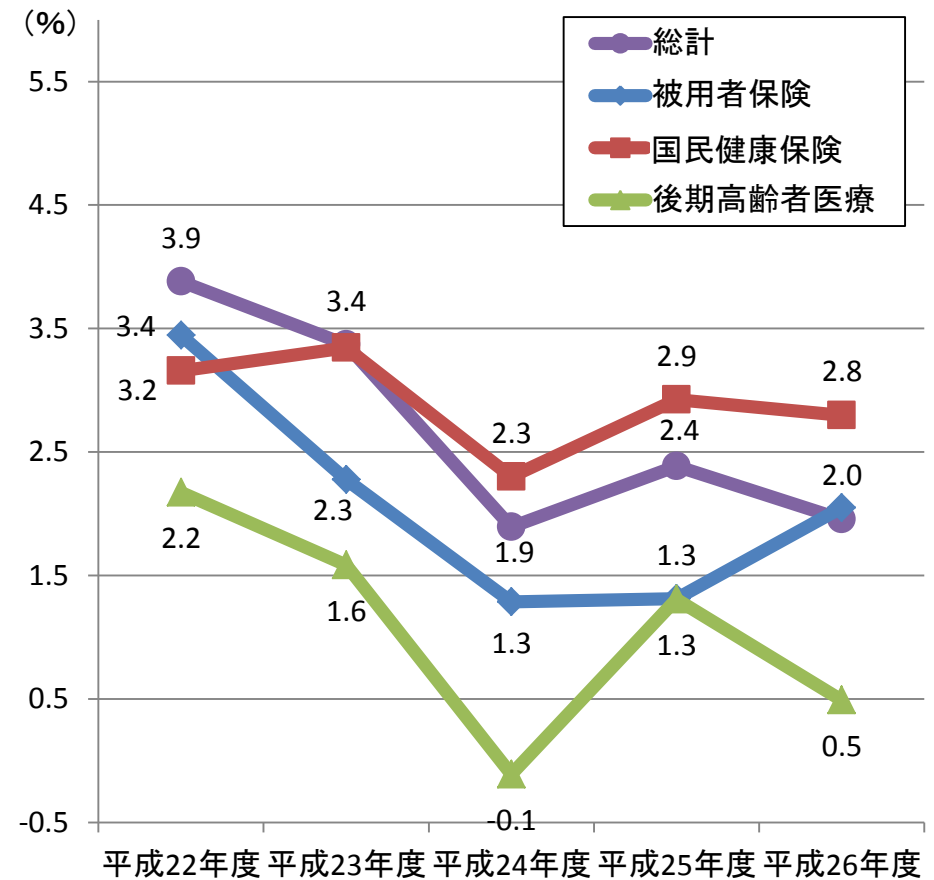
医療費の伸び率

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

【医療費全体】



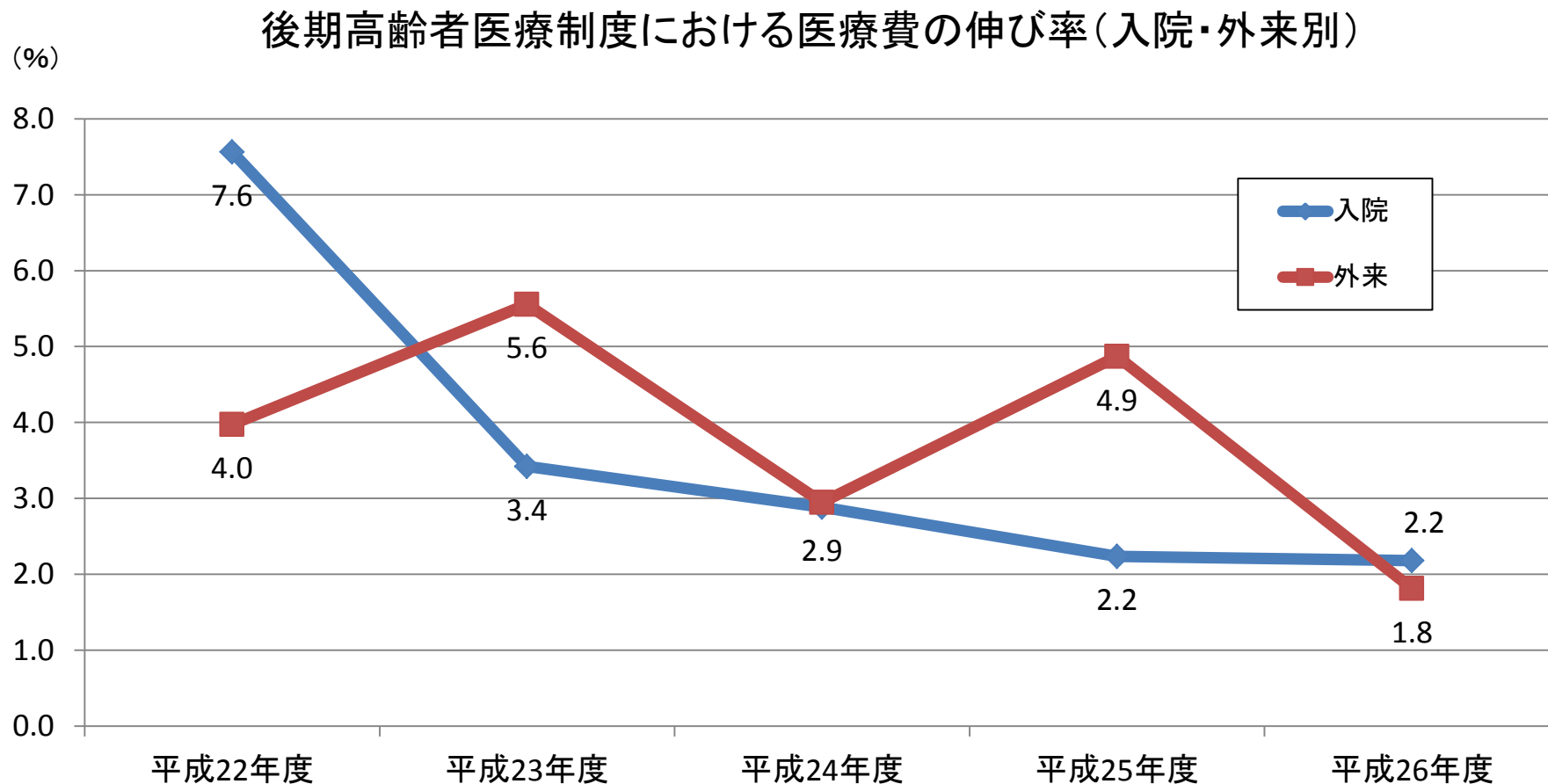
【一人当たり医療費】



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

医療費の伸び率(入院・外来別)

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



出典:後期高齢者医療事業状況報告(平成26年度)をもとに高齢者医療課作成

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

個人や保険者による予防・健康づくりの促進

1. データを活用した予防・健康づくりの充実

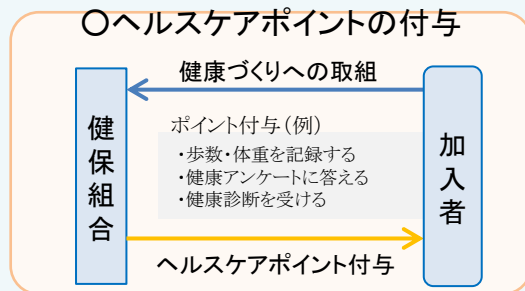
- データヘルスの取組の普及を踏まえ、保険者が保健事業を行うに当たっては、レセプト・健診データ等を活用した分析に基づき効果的に実施することとする（データヘルスの推進）。国は指針の公表や情報提供等により保険者の取組を支援。
- 全国のレセプト・健診データを集積したナショナルデータベース(NDB)の充実を図る。また、NDBを用いた分析結果を国民や保険者にわかりやすく公表。
- 保険者による健診データの保存期間を延長。また、被保険者が異動した場合の健診データの引継に関する手続きについて、被保険者の同意を前提としつつ、明確化。

2. 予防・健康づくりのインセンティブの強化

（個人）

- 保険者が、加入者の予防・健康づくりに向けた取組に応じ、ヘルスケアポイント付与や保険料への支援等を実施。

※国が策定するガイドラインに沿って保健事業の中で実施



（保険者）

- 後期高齢者支援金の加算・減算制度について、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ため、多くの保険者に広く薄く加算し、指標の達成状況に応じて段階的に減算(最大10%の範囲内)する仕組みへと見直し、平成30年度から開始する(政省令事項)。

- ・ 特定健診・保健指導実施率のみによる評価を見直し、後発医薬品の使用割合等の指標を追加し、複数の指標により総合的に評価する仕組みとする。
- ・ 保険者の種別・規模等の違いに配慮して対象保険者を選定する仕組みとするとともに、国保、協会けんぽ、後期高齢者医療について、別のインセンティブ制度を設ける。

3. 栄養指導等の充実

- 平成28年度から、後期高齢者医療広域連合において、市町村の地域包括支援センター、保健センター等を拠点として栄養指導等の高齢者の特性に応じた保健事業を実施することを推進。

医療保険制度における予防・健康づくりの取組について

- 医療保険制度においては、若年期から高齢期まで生涯を通じて、被保険者の特性に応じて、効果的な予防・健康づくりや医療費適正化事業に取り組んでいる。

若年・壮年期

高齢期

国保、被用者保険

後期高齢者医療

【特性に応じた予防・健康づくりの主な取組】

○特定健診・特定保健指導

○広く加入者に対して行う予防・健康づくり、
※ヘルスケアポイント等によるインセンティブ付与

○糖尿病等の重症化予防

○フレイル対策

【医療費適正化】

○重複頻回受診など加入者の適正受診・適正服薬を促す取組

○後発医薬品の使用促進

予防・健康づくりの推進

「経済・財政再生計画改革工程表」の主なKPI

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

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

1. 糖尿病性腎症重症化予防事業の推進

行政と医療関係者の連携の枠組みを構築

3月24日 連携締結協定

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

3. 保険者のインセンティブ改革

【保険者インセンティブ】

28年1月 共通的に取り組むべき指標を提示

→ **保険者種別ごとに、具体的評価指標の検討開始**

28・29年度

インセンティブ改革を**前倒し実施**

30年度

保険者努力支援制度の施行(国保)

支援金等への反映(被用者保険)

【個人インセンティブ】

5月18日 **ガイドラインを公表**

2. 民間事業者の活用推進等

保険者と民間事業者のマッチングを推進

27年12月 データヘルス見本市(37社、3000人参加)

28年1月 健康経営銘柄2016の選定(25社)

3月 「出張! データヘルス・予防サービス見本市」

4月～**全国2～3カ所**で「データヘルス見本市」

4. 高齢者のフレイル対策の推進

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

28・29年度 研究成果を踏まえた**モデル事業実施**

⇒効果検証を踏まえ、事業実施のガイドラインを作成

30年度

事業の**本格実施**

予防・健康づくり推進の当面のスケジュール

平成27年度
7月

10月

3月

平成28年度
4月

7月

平成29年度

日本健康会議

第1回
日本健康
会議

7月10日

ヘルスケアポイン
ト等情報提供WG

重症化予防WG

健康経営500
WG・中小1万社
健康宣言WG

民間事業者活用WG

保険者における
後発医薬品推進WG

協定
締結

重症化予防
プログラム
公表

保険者
(3433)
全数調査

第2回
日本健康会議
(各WGの
成果の発表)

7月頃

2020年のK P I
達成に向けた
取組の推進

毎年5月頃に
実施状況把握
毎年7月に
状況公表

データヘルス・
予防サービス
見本市2015

12月開催

○プログラムに
基づく横展開

○全国2～3カ所で見本市を開催
→質の高いアウトソーシングの推進

主な
データヘルス
関連事業

レセプト・健診情報等を活用したデータヘルスの推進事業

【ICTの活用】

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業

約800保険者(平成27年度実績)

○インセンティブ改革の実施

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

○保険者のインセンティブ推進のため
の指標等の作成

国民健康保険において、
保険者努力支援制度の趣旨を現行制度に前倒しで反映
【平成30年度より本格実施】

【フレイル対策】

高齢者の特性を踏まえたモデル事業

(高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進事業)

【平成30年度より本格実施】

後期高齢者の保健事業の充実について

- 高齢者のフレイル対策をはじめ、後期高齢者の特性に応じた保健事業の充実を推進。

〔現状〕

① 健康診査

- 全広域連合で実施。受診率は26.0%（平成26年度）。市町村等に委託。
- 基本的に腹囲測定を除き特定健診（若年者）と同じ項目。

② 健診以外の保健事業

- 健診以外に、
 - ・歯科健診
 - ・重複・頻回受診者等への訪問指導
 - ・ジェネリック医薬品使用促進に向けた取組 などを実施。

③ 保健事業の実施体制

- 全広域連合で保健事業実施計画を策定済。

〔充実の方向性〕

- 生活習慣病等の重症化予防、心身機能の低下に伴う疾病の予防のため、高齢者の心身の特性に応じた保健指導等の実施を推進。

◎国保法等改正法による改正後の高齢者の医療の確保に関する法律

第125条 後期高齢者医療広域連合は、高齢者の心身の特性に応じ、健康教育、健康相談、健康診査及び保健指導並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援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。

（平成28年4月1日施行）

- 平成28年度から、栄養、口腔、服薬などの面から、高齢者の特性にあった効果的な保健事業として、専門職による支援をモデル実施。

※効果検証を行い、平成30年度からの本格実施を目指す。

- 更に、ワーキングチームを設置し、高齢者の保健事業のあり方、効果的な支援方法の検討を実施し、効果的な保健事業のガイドラインを策定予定。

「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」(ポイント)

≪平成27年度厚生労働科学研究特別研究(班長:鈴木隆雄(国立長寿医療研究センター理事長特任補佐))≫

1. 高齢者の心身機能の特性

○ 後期高齢期にはフレイルが顕著に進行。

※「フレイル」については、学術的な定義がまだ確定していないため、本報告書では「加齢とともに、心身の活力(運動機能や認知機能等)が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱化が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像」と定義している。

○ 慢性疾患を複数保有し、加齢に伴う老年症候群も混在。包括的な疾病管理が重要。

○ 医療のかかり方として、多機関受診、多剤処方、残薬が生じやすいという課題。

○ 健康状態や生活機能、生活背景等の個人差が大きい。

2. 左記特性を踏まえた後期高齢者の保健事業の在り方・方向性

○ 現役世代の肥満対策に重点を置いた生活習慣病対策からフレイルに着目した対策に徐々に転換することが必要。

○ 生活習慣病の発症予防というよりは、生活習慣病等の重症化予防や低栄養、運動機能・認知機能の低下などフレイルの進行を予防する取組がより重要。

○ 高齢者の特性に応じた健康状態や生活機能の適切なアセスメントと適切な介入支援が必要。

○ したがって、医療保険者としては、介護予防と連携しつつ、広域連合が保有する健診、レセプト情報等を活用しながら、個人差が拡大する後期高齢者の状況に応じ専門職によるアウトリーチを主体とした介入支援(栄養指導など)に取り組むことが適当。

○ 後期高齢者は慢性疾患の有病率が高く、疾病の重症化予防や再入院の防止、多剤による有害事象の防止(服薬管理)が特に重要であるため、医療機関と連携して保健事業が実施されることが必要。

フレイルの概念

葛谷雅文：日老誌(2009)をもとに、
著者の許可を得て本研究班で改変

●高血圧 ●心疾患 ●脳血管疾患
●糖尿病 ●呼吸器疾患 ●悪性腫瘍等
(生活習慣病等)

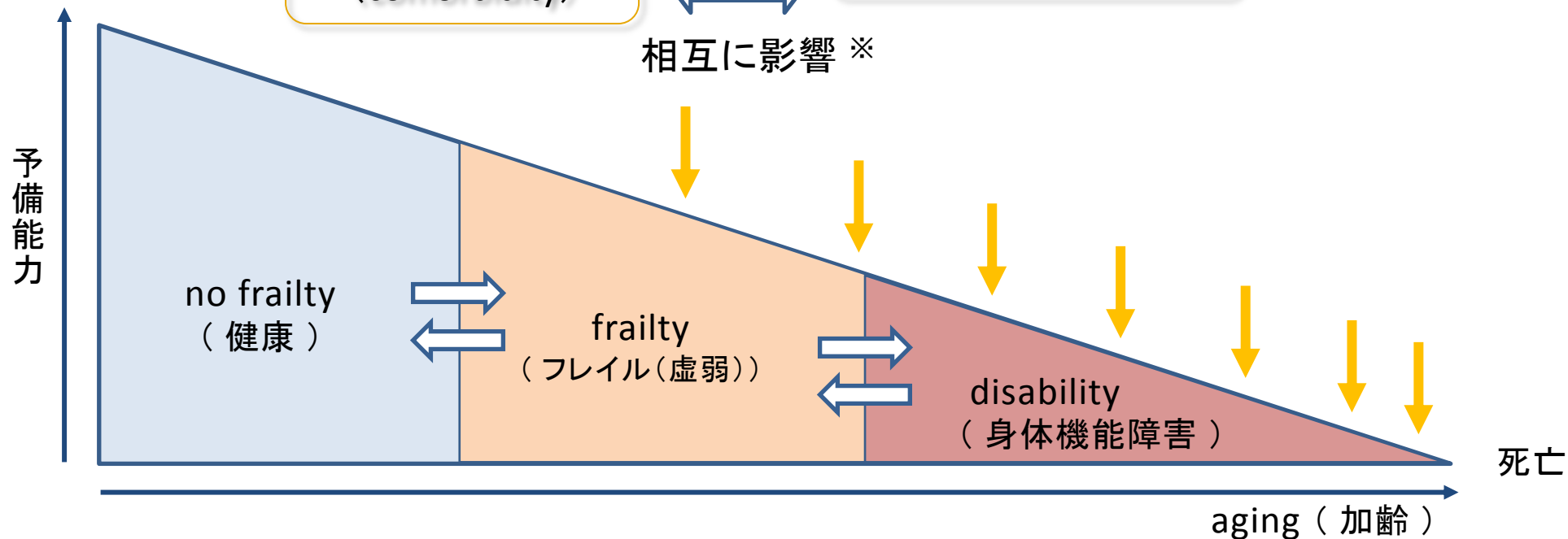
●認知機能障害 ●めまい ●摂食・嚥下障害
●視力障害 ●うつ ●貧血
●難聴 ●せん妄 ●易感染性
●体重減少 ●サルコペニア(筋量低下)

慢性疾患を併存
(comorbidity)

and/or
↔

老年症候群

相互に影響 ※



「フレイル」については、学術的な定義がまだ確定していないため、本報告書では、「加齢とともに、心身の活力(運動機能や認知機能等)が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱化が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像」と定義している。

※ 現時点では、慢性疾患のフレイルへの関わりが十分なエビデンスの基に構築されているわけではないことに留意が必要。

高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進

平成28年度予算 3.6億円(新規)

経済財政運営と改革の基本方針2015(平成27年6月30日閣議決定)

(インセンティブ改革)

民間事業者の参画も得つつ**高齢者のフレイル対策を推進する。**

(公的サービスの産業化)

民間事業者も活用した保険者によるデータヘルスの取組について、中小企業も含めた企業による健康経営の取組との更なる連携を図り、健康増進、重症化予防を含めた疾病予防、重複・頻回受診対策、後発医薬品の使用促進等に係る好事例を強力に全国に展開する。

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

薬局



専門職

訪問指導

相談



被保険者

訪問看護ステーション



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。

神奈川県大和市の取組（概要）

- 国保や後期高齢者医療の被保険者のうち、低栄養状態の高齢者や糖尿病性腎症の方を対象とした訪問栄養指導を実施し、栄養状態の改善や重症化予防を図る取組を実施。（①低栄養改善事業②糖尿病性腎症透析予防事業）

①低栄養改善事業

- 低栄養状態又はそのおそれのある在宅高齢者に、管理栄養士が訪問指導を行い、低栄養の状態の改善や重症化予防を図る。
- 基本チェックリストからBMI18.5未満、体重減少2～3kg以上/6か月に該当する人を抽出。管理栄養士が6か月の間に3回、訪問等による栄養指導を実施。
- 109人（うち後期高齢者66人）に対し実施（H25～27年度）。
平成25、26年度の実施事業においては約5割の人に体重増加（+1kg以上）が見られた（未実施地域の約3倍に相当する改善効果）。



②糖尿病性腎症の透析予防事業

- 糖尿病性腎症の対象者に訪問指導を実施。病状の安定と透析導入予防を図る。
- 健診受診者から腎機能低下が認められた人（慢性腎不全ステージ3～4）を抽出。管理栄養士が6か月の間に3回、訪問等による栄養指導を実施。
- 83人（うち後期高齢者60人）に対し実施（H26・27年度）。
平成26年度の実施事業においては、8割の人に腎機能の維持・改善が見られた（未実施者の1.5倍に相当する改善効果）。実施した人について、実施前後を比較すると、1人あたり年間53,200円に相当する医療費（国保）が減少した。また、透析導入となった人はいなかった。

○健康診査(歯科健診を含む)に要する経費 約27.2億円 内歯科健診分 約5.4億円

- ・ 健康診査及び口腔機能低下や肺炎等の疾病を予防するため、歯・歯肉の状態や口内清掃状態等をチェックする歯科健診を実施。

○医療費適正化等推進事業に要する経費 約7.0億円

(1)高齢者の低栄養防止・重症化予防等の取組推進 約3.6億円(新規)

- ・ 高齢者の特性を踏まえた保健指導等を実施することにより、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等の取組を実施。

(2)後発医薬品の使用促進事業に要する経費 約2.5億円

- ・ 後発医薬品の使用促進を図るため、後発医薬品利用差額通知の送付や後発医薬品希望カード等の配付を実施。

(3)重複・頻回受診者等に対する訪問指導の強化 約0.9億円

- ・ レセプト等情報により選定した重複・頻回受診者等に対する訪問指導に加えて、多量投薬者等に対して、地域薬剤師会の協力を得て、薬剤師等による訪問指導及びその結果を処方医、薬局へのフィードバックを行う取り組みを実施。

(4)効果的な保健事業の推進 7.6百万円

- ・ 国保連合会に設置する支援・評価委員会の委員が広域連合に対し評価・助言等を行うことにより、効率的・効果的な保健事業の推進を図る。(平成26年度に市町村国保及び広域連合がデータ分析に基づきPDCAサイクルに沿って保健事業を効率的・効果的に実施できるよう、国保連合会に、保健事業の評価、助言等を行う支援・評価委員会が設置されており、地域の実態に応じた保健事業の企画等を支援するために保健師が配置されている。)

○糖尿病性腎症重症化予防事業等の好事例の横展開 約0.4億円※

- ・ 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、医療保険者が医療機関と連携して保健指導を実施するなど、好事例の全国展開を進める。 ※健康保険組合、全国健康保険協会、後期高齢者医療広域連合分

後期高齢者医療における保険者インセンティブ

1. 趣旨・仕組み

- 後期高齢者医療制度において、その運営主体である後期高齢者医療広域連合による予防・健康づくりや医療費適正化の事業実施が全国規模で展開されることを目的として、広域連合の取組を支援するための仕組みを構築する。
- 評価指標に基づき広域連合の取組を評価し、平成28年度から交付する特別調整交付金に反映する。
※ 反映方法は国保の都道府県分と同様のイメージ。
- なお、まずは、取組の実施そのものを評価する指標に基づくが、今後、他制度を含めた保険者インセンティブの取組状況等を踏まえ、評価指標や評価方法等を更に検討する。

2. 評価指標の候補

保険者共通の指標

指標①・② ※後期では(特定)健診は義務ではない。

○健康診査や歯科健診の実施

○健診結果を活用した取組(受診勧奨・訪問指導等)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保険者の働きかけの実施

指標⑤

○重複・頻回受診、重複投薬者等への保健師、薬剤師等による訪問指導の実施

指標⑥

○後発医薬品の使用割合

○後発医薬品の促進の取組

固有の指標

指標①

○データヘルス計画の策定状況

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

○後期高齢者医療の視点からの地域包括ケア推進の取組

○国民健康保険等と連携した保健事業の実施状況

指標⑥

○第三者求償の取組状況

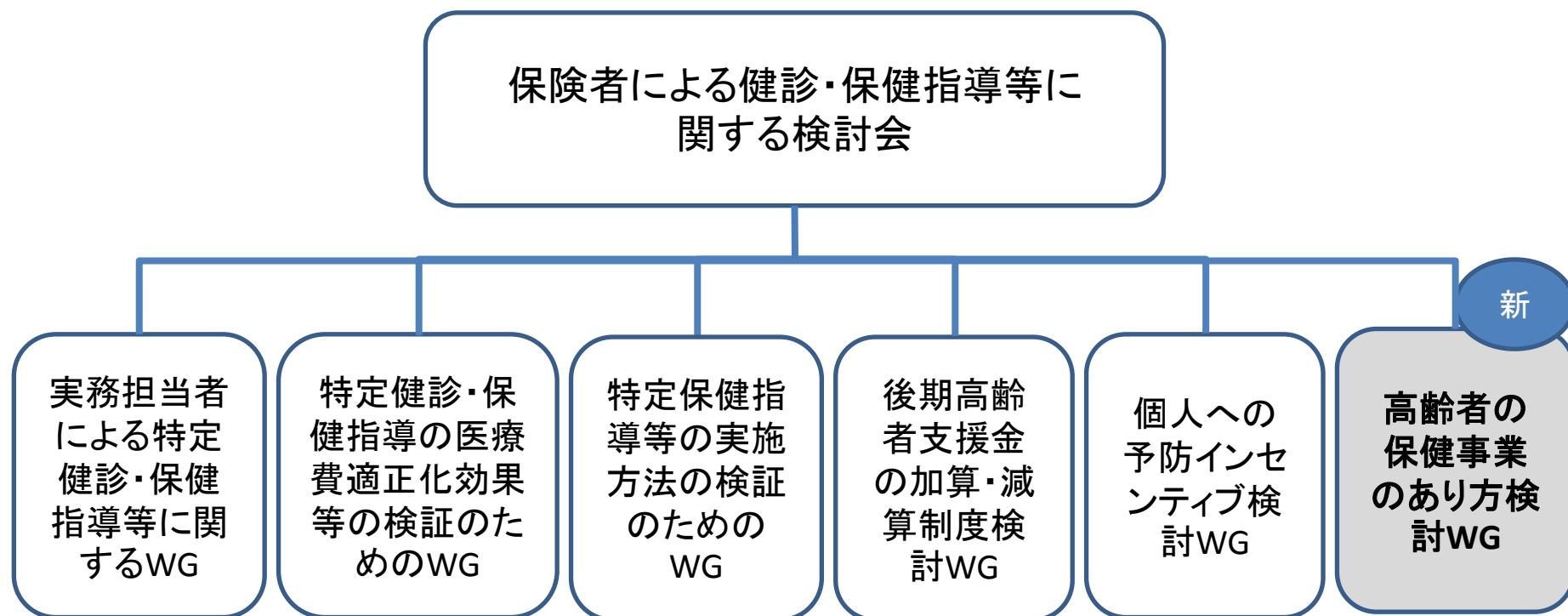
高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループの設置について

○ 平成28年度から、「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」の下に、新たなワーキンググループとして、「高齢者の保健事業のあり方検討WG」を設け、高齢者の保健事業のあり方について、さらに具体的な検討を進める。

※ 平成27年度厚生労働科学研究特別研究（鈴木班）をベースとして、医療関係者や保険者などの関係者を含め、より効果的、実効性等のある保健事業のあり方を議論、検討。

※ 構成員は、保険者、医療関係者及び学識経験者を想定。

○ あり方の検討に加え、高齢者の特性を踏まえた効果的な保健事業のガイドラインを策定し、広域連合や市町村の保健事業の推進を図る。



高齢者医療制度

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

後期高齢者医療制度

<対象者数>

75歳以上の高齢者 約1,660万人

<後期高齢者医療費>

16.3兆円（平成28年度予算ベース）

給付費 15.0兆円

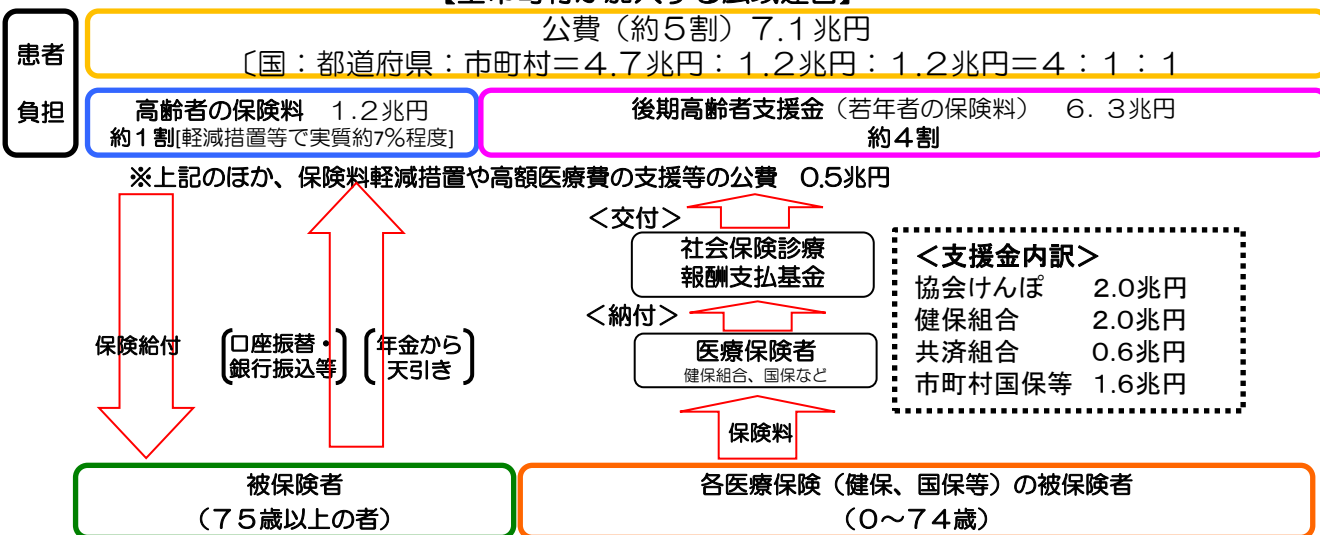
患者負担 1.2兆円

<保険料額（平成28・29年度見込）>

全国平均 約5,660円／月

※ 基礎年金のみを受給されている方は
約380円／月

【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

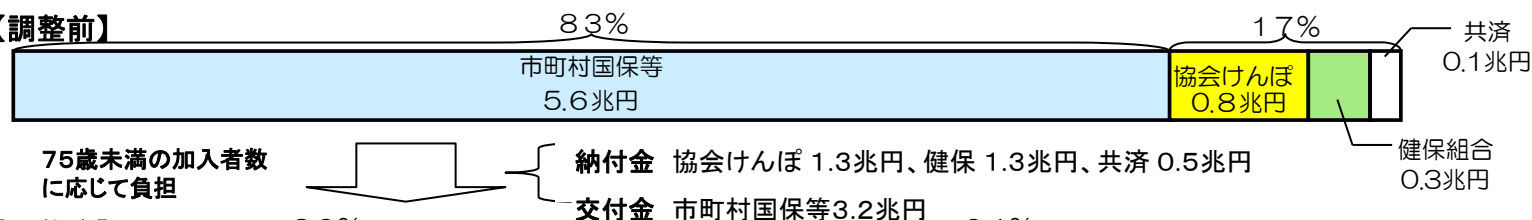
約1,640万人

<前期高齢者給付費>

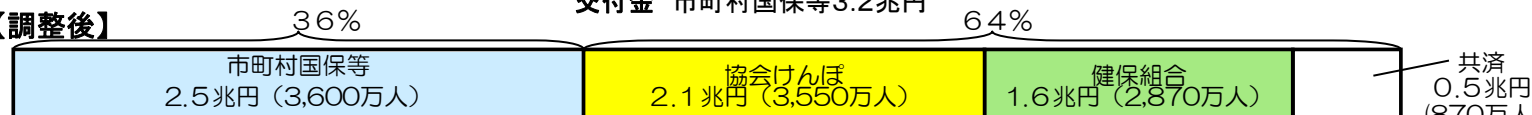
6.8兆円

（平成28年度予算ベース）

【調整前】



【調整後】



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
(27年度: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整合的な目標 (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)

被用者保険者への支援

- 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(平成27年度は約110億円。全面総報酬割が実施される平成29年度には約700億円の見込み。これに加え、既存の高齢者医療運営円滑化等補助金が後期高齢者支援金部分の縮減に対応して、平成27年度は約200億円。平成29年度は約120億円の見込み)
- 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)

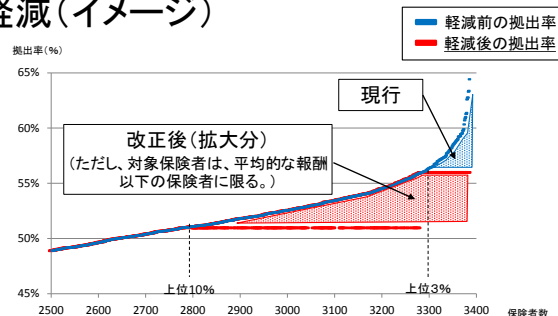
約100億円
(平成29年度の見込み)

- 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3%)の負担軽減を実施。
- この対象を**上位10%に拡大し※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

※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

①の負担軽減(イメージ)



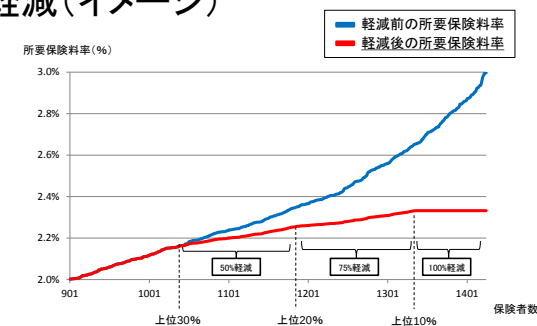
②前期高齢者納付金負担の軽減

約600億円
(平成29年度の見込み)

- 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、所要保険料率※の高い上位の被用者保険者等の負担軽減**を実施。(平成29年度から本格的実施)

※ 総報酬に占める前期納付金の割合

②の負担軽減(イメージ)



医療費の一部負担(自己負担)割合について

○ それぞれの年齢層における一部負担(自己負担)割合は、以下のとおり。

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

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

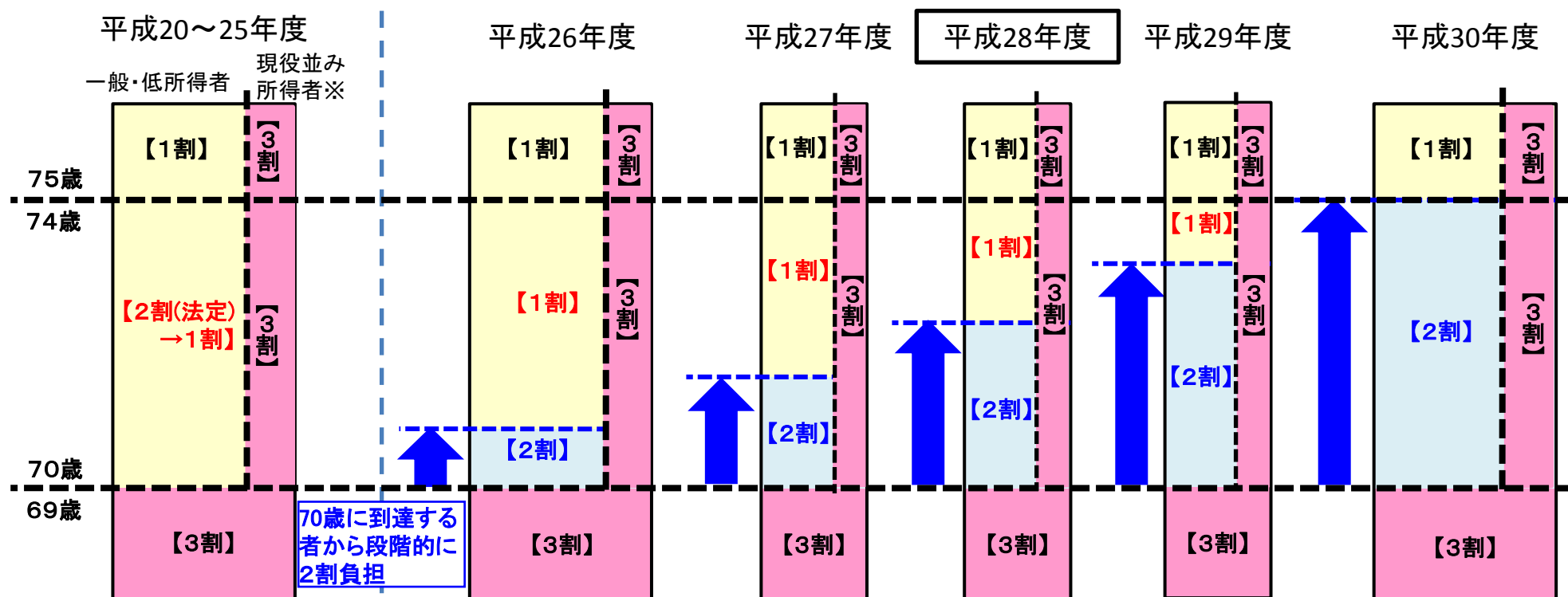
一般・低所得者		現役並み所得者
75歳	1割負担	3割負担
70歳	2割負担 ※平成26年4月以降70歳になる者から	
6歳 (義務教育就学前)	3割負担	
	2割負担	

70～74歳の自己負担の特例措置の見直し

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

○ 平成28年度予算 1,146億円

(参考) 平成27年度予算 1,433億円、平成26年度予算1,806億円、平成25年度分予算1,898億円



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

患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額(現行)

(平成27年1月～)

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

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

※2 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

※3 平成26年4月1日までに70歳に達している者は1割。

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

医療保険制度における自己負担の推移

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

（注）・昭和59年に特定療養費制度を創設。将来の保険導入の必要性等の観点から、従来、保険診療との併用が認められなかった療養について、先進的な医療技術等にも対象を拡大し、平成18年に保険外併用療養費制度として再構成。

- ・平成6年10月に入院時食事療養費制度創設、平成18年10月に入院時生活療養費制度創設
- ・平成14年10月から3歳未満の乳幼児は2割負担に軽減、平成20年4月から義務教育就学前へ範囲を拡大

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

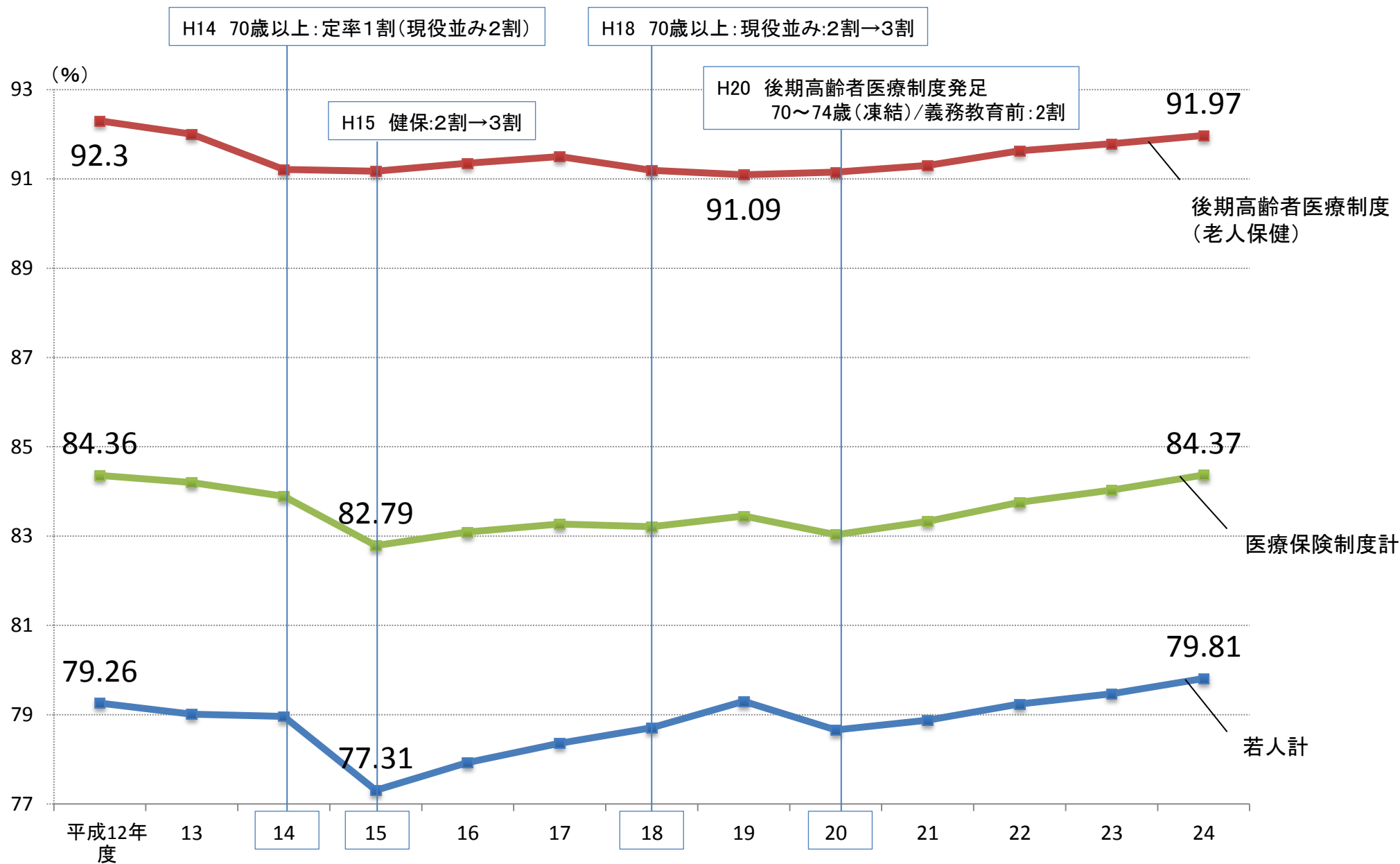
高額療養費制度の主な改正経緯

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

制度改正(施行年月)	高額療養費制度の改正内容	その他の主な制度改正
昭和48年10月	・医療の高度化により高額の自己負担を必要とする場合が少なくないことを踏まえ、被扶養者について高額療養費制度を創設	・被扶養者の自己負担の引下げ(5割→3割)
昭和56年3月	・被保険者本人の低所得者について高額療養費を創設 ・被扶養者について低所得者の所得区分を創設	・被扶養者の自己負担の引下げ(入院3割→2割) ・本人一部負担金(定額)の引上げ
昭和59年10月	・被保険者本人の低所得者以外にも高額療養費を創設 ・世帯合算方式の創設 ※合算対象基準額(一般3万円、低所得者2万1千円) ・多数該当世帯の負担軽減を創設 ・高額長期疾病の特例(血友病、慢性腎不全)を創設	・被保険者本人の定率負担(1割)の導入 ・退職者医療制度の創設
平成8年6月	・高額長期疾病の特例の対象に後天性免疫不全症候群を追加	
平成13年1月	・高所得者の実質的な負担率が低下していたことを踏まえ、上位所得者の区分を創設 ・一定額を超えた医療費の1%を自己負担限度額に加算	・一般保険料と介護保険料を合算した率に適用されていた保険料率の上限を、一般保険料率のみに適用する改正
平成14年10月	・70歳以上について入院時の高額療養費の現物給付化 ・平均標準報酬月額に対する自己負担限度額の水準の引上げ(22%→25%) ・一般・上位所得者の合算対象基準額の引下げ(3万円→2万1千円)	・保険料の総報酬制(ボーナスに標準報酬月額と同一の保険料率を賦課)を導入(平成15年4月施行) ・被保険者本人の3割負担の導入(平成15年4月施行)
平成19年4月	・70歳未満について入院時の高額療養費の現物給付化	・現役並み所得のある高齢者の自己負担の引上げ(2割→3割)
平成24年4月	・外来時の高額療養費の現物給付化	
平成27年1月	・70歳未満について所得区分を細分化(3段階→5段階)、自己負担限度額の見直し (年収約370万円以下は引下げ、約770万円以上は引上げ)	・70～74歳の自己負担の特例措置の見直し (平成26年4月に新たに70歳になる者から段階的に2割負担)

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

医療保険制度別の実効給付率の推移



(注1) 予算措置による70歳~74歳の患者負担補填分を含んでいない。

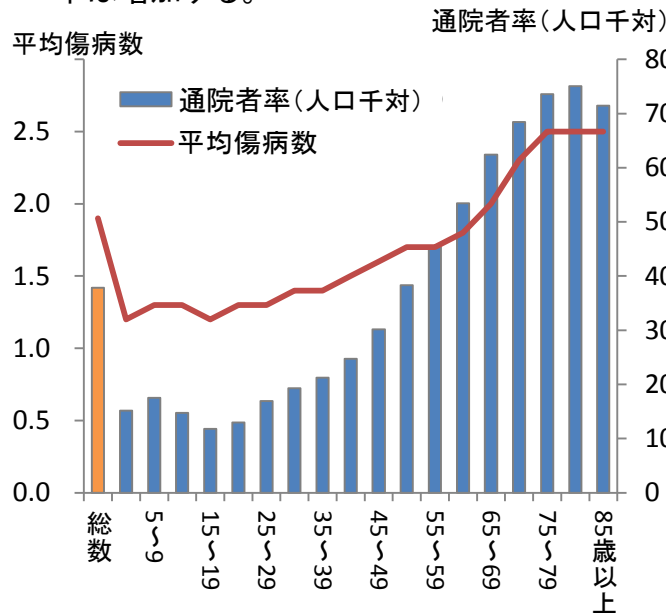
(注2) 特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾患治療研究事業といった公費による医療費の自己負担の軽減は含まれていない。

年齢別の傷病数、投薬数、入院期間

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

年齢別平均傷病数と通院者率

- 高齢になるほど、平均傷病数および通院者率は増加する。



※通院者率

= 通院者数 ÷ 世帯人員数 × 1,000

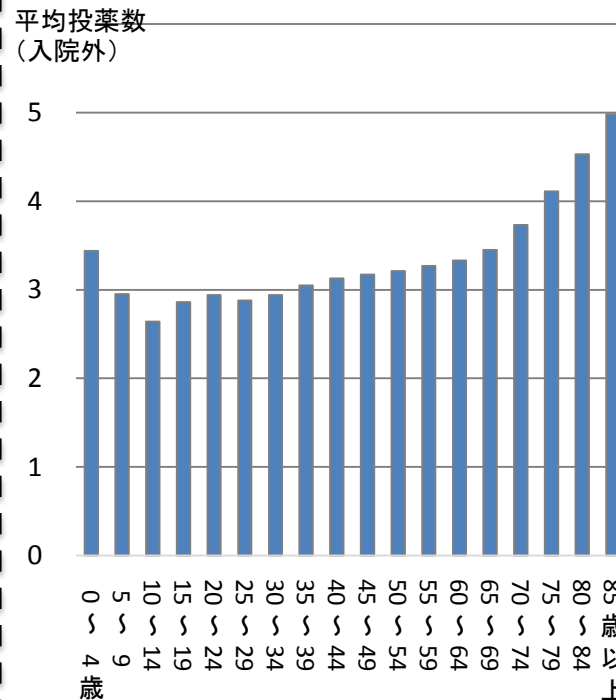
※ 通院者とは、世帯員(入院者を除く。)のうち、病気やけがで病院や診療所、あんま・はり・きゅう・柔道整復師に通っている者をいう。(往診、訪問診療を含む。)

※ 通院者には入院者は含まないが、分母となる世帯人員数には入院者を含む。

出典: 平成25年 国民生活基礎調査を基に医療課で作成

年齢別平均投薬数

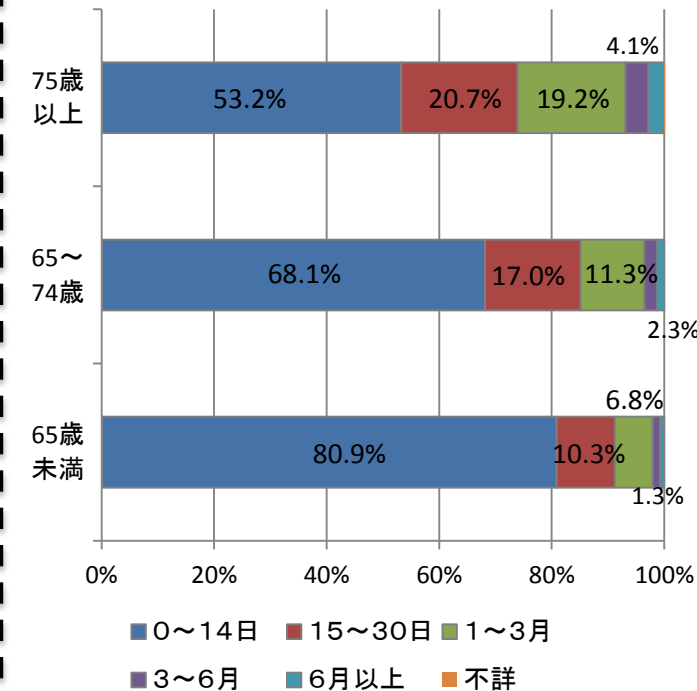
- 高齢になるほど、投薬される薬剤数が増加する。



出典: 社会保険医療診療行為別調査(平成26年6月審査分)第50表

年代別にみた入院期間

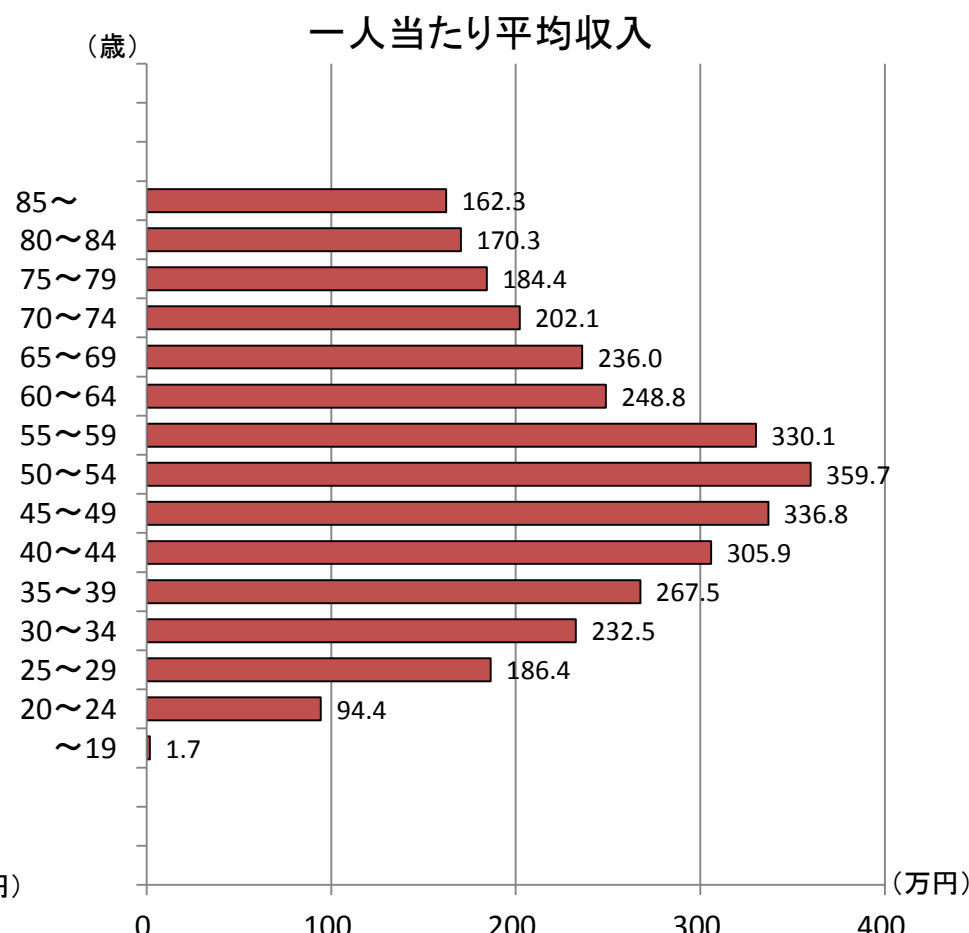
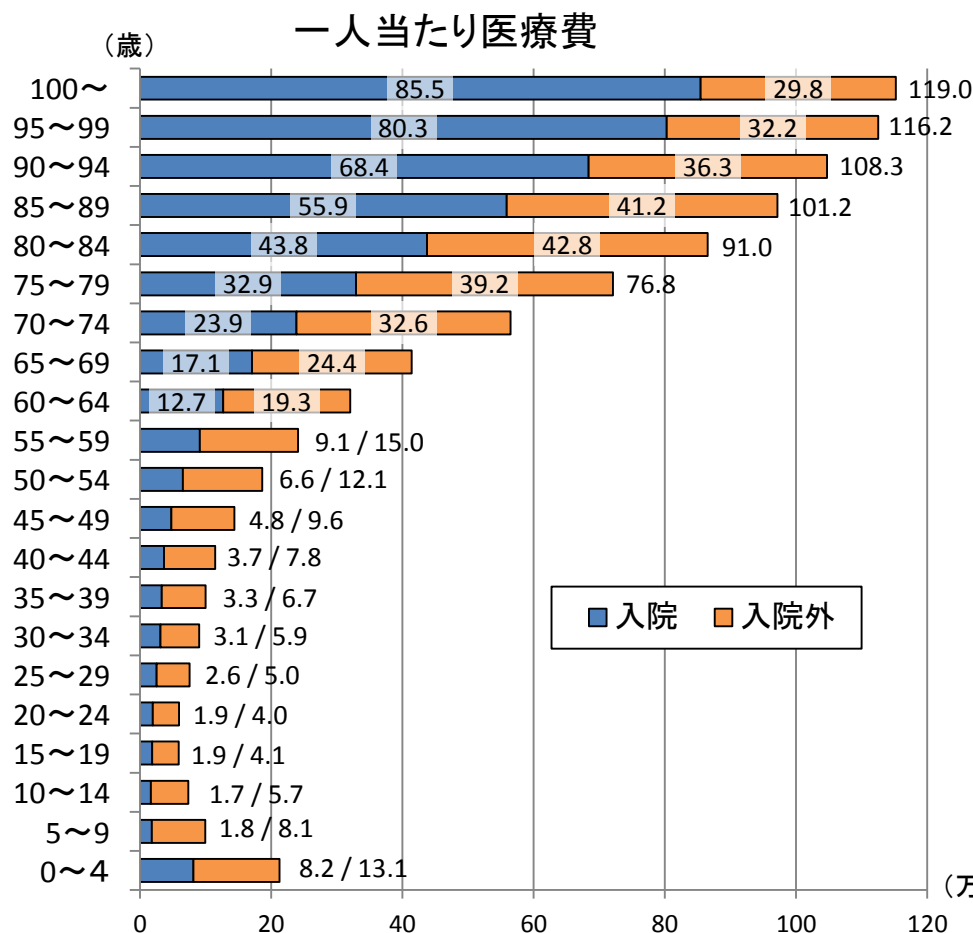
- 高齢になるほど入院期間が長い患者の割合が増加する。
○ 1か月以上の入院は、75歳以上では3割を占める。



出典: 患者調査(平成26年)

年齢階級別の1人当たり医療費及び平均収入について

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



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

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

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

後期高齢者医療制度の負担区分別被保険者数

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

※括弧内は被保険者に占める割合

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

年齢階級別の負担状況①

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

1人当たり医療費と自己負担

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

平均収入に対する自己負担の割合

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

※1 平成26年4月以降70歳に達した者から、自己負担割合は2割。

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

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

年齢階級別の負担状況②

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

平均収入に対する負担（自己負担＋保険料）の割合

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

※1 平成26年4月以降70歳に達した者から、自己負担割合は2割。

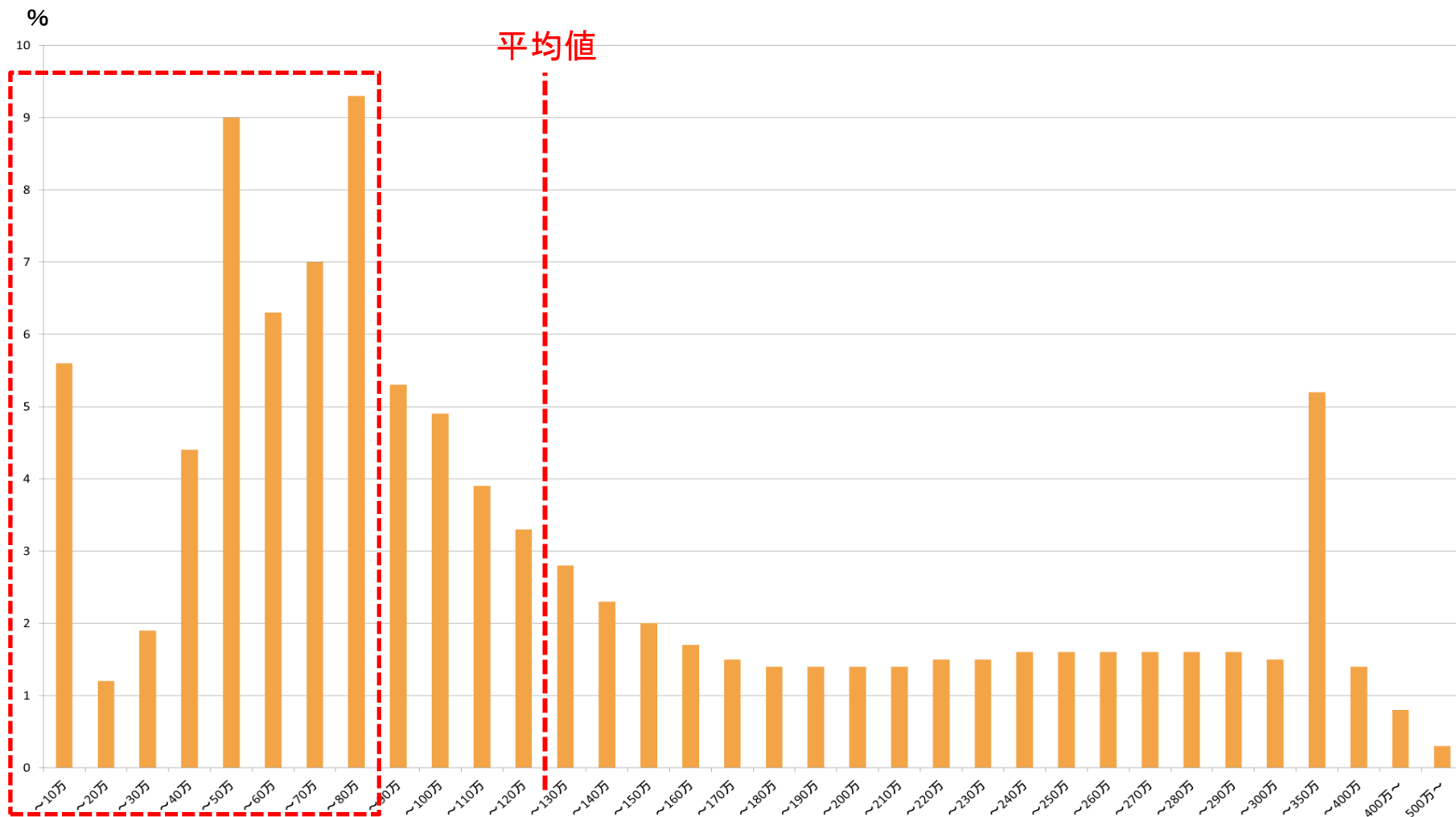
※2 一人あたり医療費、自己負担額は、各制度の事業年報等をもとに作成した平成24年度の値。

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

※4 カッコ内の数値は、保険料について事業主負担分を除いた場合の数値。

後期高齢者医療制度における年金収入別の被保険者数の分布割合

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



後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告(平成26年度)を基に作成

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

※所得不詳の被保険者を除いて集計している。

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律

(平成25年12月13日公布・施行)

第4条

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

一 医療保険制度等の財政基盤の安定化についての次に掲げる事項

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

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

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

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

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

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

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

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

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

持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律（抄）

（平成27年5月29日公布・施行）

附 則

（検討）

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

【衆議院附帯決議】（抄）

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

【参議院附帯決議】（抄）

二、高齢者医療制度及び被用者保険について

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

医療保険制度改革骨子（抄）

（平成27年1月13日 社会保障制度改革推進本部決定）

2. 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し、制度の持続可能性を確保する観点から、総報酬割部分(現行制度では3分の1)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する。
- 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する。
（平成27年度は約110億円。全面総報酬割が実施される平成29年度には約700億円の見込み。これに加え、既存の高齢者医療運営円滑化等補助金が後期高齢者支援金部分の縮減に対応して、平成27年度は約200億円。平成29年度は約120億円の見込み。）

6. 負担の公平化等

④ 後期高齢者の保険料軽減特例(予算措置)の見直し

- 後期高齢者の保険料軽減特例(予算措置)については、特例として実施してから7年が経過する中で、後期高齢者医療制度に加入する前に被用者保険の被扶養者であった者は所得水準にかかわらず軽減特例の対象となるほか、国保での軽減割合は最大7割となっていることなど不公平をもたらしており、見直しが求められている。
- このため、後期高齢者の保険料軽減特例(予算措置)については、段階的に縮小する。その実施に当たっては、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することにより低所得者に配慮しつつ、平成29年度から原則的に本則に戻すとともに、急激な負担増となる者については、きめ細かな激変緩和措置を講ずることとする。激変緩和措置の具体的な内容については、今後検討し結論を得る。

経済・財政再生計画 改革工程表

(平成27年12月24日 経済財政諮問会議決定)

	2014・2015年度 《主担当府省庁等》	集中改革期間				2019 年度	2020 年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
		2016年度		2017 年度	2018 年度				
イン セン ティ ブ 改 革		通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会				
	<⑩高齢者のフレイル対策の推進>								がん検診受診率 【2016年度までにがん検診受診率50%（胃がん、肺がん、大腸がんは当面40%）】
	効果的な栄養指導等の研究		後期高齢者の特性に応じて、専門職（管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、保健師等）が、対応の必要性の高い後期高齢者に対して相談や訪問指導等のモデル事業を実施			本格実施		低栄養の防止の推進など高齢者のフレイル対策に資する事業を行う後期高齢者医療広域連合数【47広域連合】	がんによる死亡者 【がんの年齢調整死亡率を2016年度までの10年間で20%減少】
	<⑨「がん対策加速化プラン」を年内めどに策定し、がん対策の取組を一層推進>							がん検診の受診勧奨等の取組について評価・改善等を行う市区町村【100%】	※2017年度以降は次期がん対策推進基本計画で策定する目標値
	「がん対策加速化プラン」を2015年中を目途に策定		「がん対策推進基本計画」（2012～2016年度）に基づく取組を「がん対策加速化プラン」によって加速化			次期「がん対策推進基本計画」に基づく取組を推進			
	《厚生労働省》			次期「がん対策推進基本計画」の検討、策定					

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

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

地域包括ケア推進のための介護との連携について①

①地域における総合的なチーム医療介護の推進、顔の見える関係による多職種協働による医療介護サービスネットワークの構築

【平成28年診療報酬改定】(主な関連項目)

○退院支援に関する評価の充実(顔の見える連携の構築)

- ・ 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保険医療機関における退院支援の積極的な取組や医療機関間の連携等を推進するための評価として、連携する医療機関等の職員と定期的な面会を実施した上で退院支援を行う「退院支援加算」を新設。

○認知症に対する主治医機能の評価

- ・ 主治医機能(かかりつけ医機能)を評価する「地域包括診療料」の対象疾患に限らず、複数疾患を有する認知症患者に対して、継続的かつ全人的な医療等を実施する場合に、主治医機能としての評価を行う「認知症地域包括診療料」等を新設。

○かかりつけ歯科医機能の評価

- ・ 地域包括ケアシステムの中で、生涯を通じた切れ目のない口腔のマネジメントを行うことができるように、地域の中で在宅療養を担う保険医療機関、介護・福祉関係者との連携体制を整備し、さらに患者にとってより安全で安心できる歯科医療の総合的な環境整備をおこなっている医療機関の評価として「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」を新設。

地域包括ケア推進のための介護との連携について①

(前頁から続く)

○かかりつけ薬剤師の評価

- ・ 地域包括ケアシステムの中で、多職種と連携して役割を発揮できるよう、患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を「かかりつけ薬剤師指導料」等として新設。

○栄養食事指導の対象・内容の拡充

- ・ 外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導の対象に、がん、摂食・嚥下機能低下、低栄養等の患者に対する治療食を含めるとともに、在宅患者訪問栄養食事指導料について、患者の実状に応じた有効な指導が可能となるよう、指導方法に係る要件を緩和。

○歯科訪問診療の評価(医療機関、介護保険施設と連携した場合の評価)

- ・ 歯科の標榜がない病院に入院中又は介護保険施設に入所中の患者に対して、歯科訪問診療を行う歯科医師が患者が入院している保険医療機関又は介護保険施設の栄養サポートチーム等に加わり、その結果に基づいて口腔機能評価を行い口腔の管理を実施した場合の評価として「栄養サポートチーム連携加算1, 2」(歯科疾患在宅療養管理料の加算)を新設。

など

地域包括ケア推進のための介護との連携について②

②介護と連携した保健事業の実施

【フレイル総合対策】

- 高齢者のフレイルに着目し、後期高齢者医療広域連合が、介護保険の地域支援事業を行う市町村等と連携を図り、対応が必要な高齢者への専門職による栄養、口腔、服薬などに関する支援を実施することを推進。

◎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125条第3項の規定内容

- ・ 後期高齢者医療広域連合は、保健事業を行うに当たっては、介護保険法の規定により地域支援事業を行う市町村及び保険者との連携を図るものとする。

(参考①)埼玉県和光市での取組

- ・ 地域包括支援センター・高齢者支援拠点(まちかど健康相談室)に、管理栄養士又は歯科衛生士を配置し、在宅高齢者を対象として、訪問型や立ち寄り型の栄養等に関する相談・指導を実施。

(参考②)高齢者医療における介護との連携状況

健診結果に基づく保健指導等を介護部門と連携して実施している広域連合(市町村の割合)	25.2% (439／1741市町村)
データヘルス計画に高齢者の心身機能低下予防等の取組を介護と連携して実施する旨を記載する広域連合	21.3% (10／47広域連合)

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化

退院支援に関する評価の充実①

- 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保険医療機関における退院支援の積極的な取組みや医療機関間の連携等を推進するための評価を新設する。

(新) 退院支援加算1

イ 一般病棟入院基本料等の場合	600点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	1,200点

(改) 退院支援加算2

イ 一般病棟入院基本料等の場合	190点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	635点



[算定要件・施設基準]

	退院支援加算 1	退院支援加算2 (現在の退院調整加算と原則同要件)
退院困難な患者の早期抽出	<u>3日以内</u> に退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	<u>7日以内</u> に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	<u>7日以内</u> にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従 1 名（看護師又は社会福祉士）	専従 1 名（看護師又は社会福祉士）
病棟への退院支援職員の配置	<u>退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置 (2病棟に1名以上)</u>	—
医療機関間の顔の見える連携の構築	<u>連携する医療機関等(20か所以上)の職員と 定期的な面会を実施(3回/年以上)</u>	—
介護保険サービスとの連携	<u>介護支援専門員との連携実績</u>	—

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化

認知症に対する主治医機能の評価

➤ 複数疾患を有する認知症患者に対して、継続的かつ全人的な医療等を実施する場合に、主治医機能としての評価を行う。

(新) 認知症地域包括診療料 1,515点(月1回)

[算定要件]

下記の全てを満たす認知症患者

(1) 認知症 以外に1以上の疾患を有する。

(2) 以下のいずれの投薬も 受けていない。

① 1処方につき 5種類を超える内服薬

② 1処方につき 3種類を超える向精神薬

(3) その他の地域包括診療料の算定要件を満たす。

※対象とする疾病の重複がなければ、他の保険医療機関において地域包括診療料等を算定可

[施設基準]

地域包括診療料の届出を行っていること。

(新) 認知症地域包括診療加算 30点(再診料1回につき加算)

[施設基準]

下記の全てを満たす認知症患者

(1) 認知症 以外に1以上の疾患を有する。

(2) 以下のいずれの投薬も 受けていない。

① 1処方につき 5種類を超える内服薬

② 1処方につき 3種類を超える向精神薬

(3) その他の地域包括診療加算の算定要件を満たす。

※対象とする疾病の重複がなければ、他の保険医療機関において地域包括診療料等を算定可

[施設基準]

地域包括診療加算の届出を行っていること。

かかりつけ歯科医機能の評価

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の評価

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所における歯科疾患の重症化予防を評価する。

➤ う蝕の重症化予防の評価

(新) エナメル質初期う蝕管理加算 260点(歯科疾患管理料の加算)

【包括範囲】 フッ化物歯面塗布処置、機械的歯面清掃処置、口腔内写真検査、歯科疾患管理料のフッ化物洗口に関する加算

➤ 歯周病の重症化予防の評価

(新) <u>歯周病安定期治療(Ⅱ)</u>	<u>1歯以上10歯未満</u>	<u>380点</u>
	<u>11歯以上20歯未満</u>	<u>550点</u>
	<u>20歯以上</u>	<u>830点</u>

【包括範囲】 歯周病検査、口腔内写真検査、機械的歯面清掃処置、歯周基本治療、歯周基本処置、歯周基本治療処置

➤ 口腔機能の重症化予防の評価

(新) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の加算 100点

【対象患者】

在宅等で療養を行っている患者であって、摂食機能障害を有し(摂食機能療法の対象に該当する患者)継続的な歯科疾患の管理が必要な者

【包括範囲】

歯周病検査、歯周病部分的再評価検査、歯周基本治療、歯周病安定期治療(Ⅰ)、歯周病安定期治療(Ⅱ)、歯周基本治療処置、機械的歯面清掃処置、摂食機能療法

かかりつけ薬剤師・薬局の評価

1. かかりつけ薬剤師の評価

- 患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。

現行

薬剤服用歴管理指導料
41点/34点



改定後

かかりつけ薬剤師が行う服薬指導

(新) かかりつけ薬剤師指導料 70点

(新) かかりつけ薬剤師包括管理料 270点

かかりつけ薬剤師以外の薬剤師が行う服薬指導

薬剤服用歴管理指導料 50点/38点

以下の項目が
包括されるイメージ

薬剤服用歴
管理指導料

調剤料

調剤基本料

2. かかりつけ薬剤師が役割を発揮できる薬局の体制及び機能の評価 (基準調剤加算の見直し)

- かかりつけ薬剤師が役割を発揮できる薬局の体制及び機能の評価するため、基準調剤加算を統合し、「患者のための薬局ビジョン」を踏まえ、在宅訪問の実施、開局時間、相談時のプライバシーへの配慮等の要件を見直す。

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化

栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充

➤ 外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導の対象に、がん、摂食・嚥下機能低下、低栄養等の患者に対する治療食を含める。

【外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料】

《対象者》

厚生労働大臣が定める特別食※を必要とする患者

※ 腎臓食、肝臓食、糖尿食等

【外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料】

《対象者》

厚生労働大臣が定める特別食※¹を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者

※¹ 難治性てんかん等の患者に対する治療食(てんかん食)を追加

➤ 指導には長時間を要することが多く、より充実した指導を適切に評価する観点から、外来・入院栄養食事指導料について、指導時間の要件及び点数の見直しを行う。

【外来・入院栄養食事指導料※¹】

(概ね15分以上)

130点

【外来・入院栄養食事指導料※²】

(新) イ 初回 (概ね30分以上) 260点

(新) ロ 2回目以降※³ (概ね20分以上) 200点

※¹ 入院栄養食事指導料1は130点、2 (有床診において、当該有床診以外の管理栄養士が指導を行う場合)は125点

※² 入院栄養食事指導料2のイは250点、ロは190点とする。

※³ 入院栄養食事指導料については「2回目」

➤ 在宅で患者の実状に応じた有効な指導が可能となるよう、指導方法に係る要件を緩和する。

【在宅患者訪問栄養食事指導料】

《算定要件》

医師の指示に基づき、管理栄養士が患家を訪問し、(略)栄養食事指導せんに従った調理を介して実技を伴う指導を30分以上行った場合に算定する。

【在宅患者訪問栄養食事指導料】

《算定要件》

医師の指示に基づき、管理栄養士が患家を訪問し、(略)栄養食事指導せんに従い、食事の用意や摂取等に関する具体的な指導を30分以上行った場合に算定する。

医科歯科連携の推進について

歯科訪問診療の評価（医療機関、介護保険施設と連携した場合の評価）

- 歯科の標榜がない病院に入院中※¹又は介護保険施設に入所中※²の患者に対して、歯科訪問診療を行う歯科医師が栄養サポートチーム等に加わり、その結果に基づいて歯科訪問診療を行った場合を評価する。

（新） 栄養サポートチーム連携加算1 60点※¹

【歯科点数表】

（新） 栄養サポートチーム連携加算2 60点※²

※ 歯科疾患在宅療養管理料の加算

[算定要件]

- ・栄養サポートチーム連携加算1：当該保険医療機関の歯科医師が、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチームの構成員としてカンファレンス及び回診等に参加し、それらの結果に基づいて口腔機能評価を行い、管理計画を策定した場合に月に1回を限度に算定
- ・栄養サポートチーム連携加算2：当該患者が介護福祉施設、介護保険施設又は介護療養施設に入所している場合において、当該保険医療機関の歯科医師が当該患者の入所施設で行われたミールラウンド等（経口による継続的な食事摂取を支援するための食事観察）及び会議等に参加し、それらの結果に基づいて口腔機能評価を行い、管理計画を策定した場合に月に1回を限度に算定
- ・1回目は、カンファレンス等に参加した日から起算して、2月以内に口腔機能評価に基づく管理を行った場合に算定
- ・2回目以降は、当該月にカンファレンス等に参加していなくても差し支えないが、少なくとも前回のカンファレンス等の参加日から起算して6月を越える日までに1回以上参加していることが必要