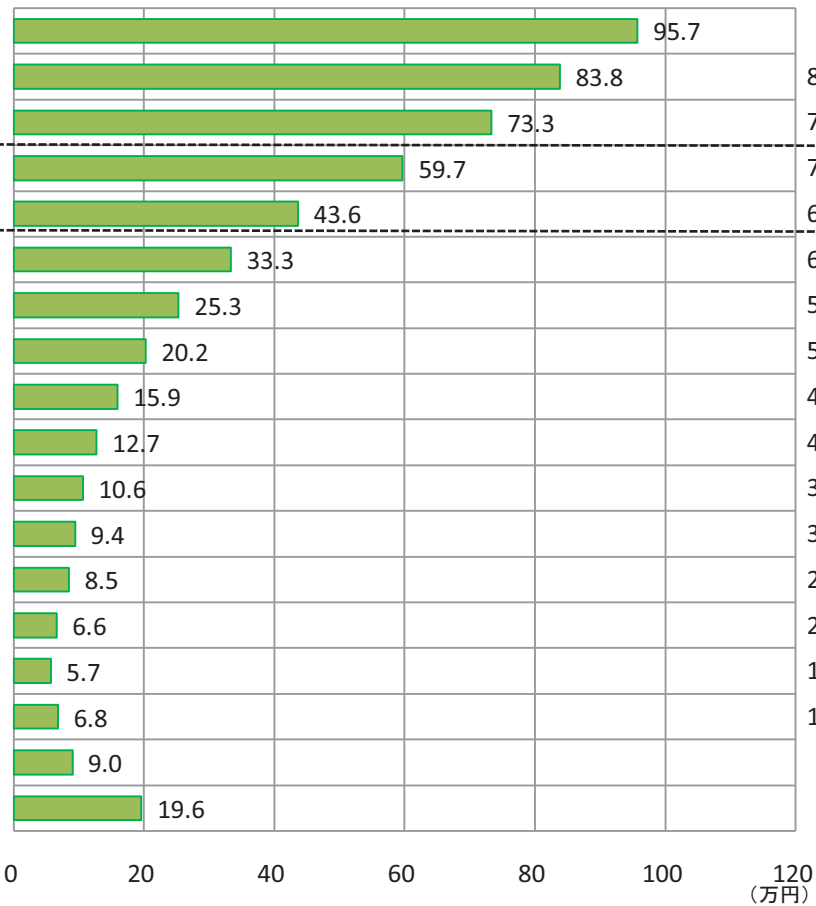


3. 費用負担

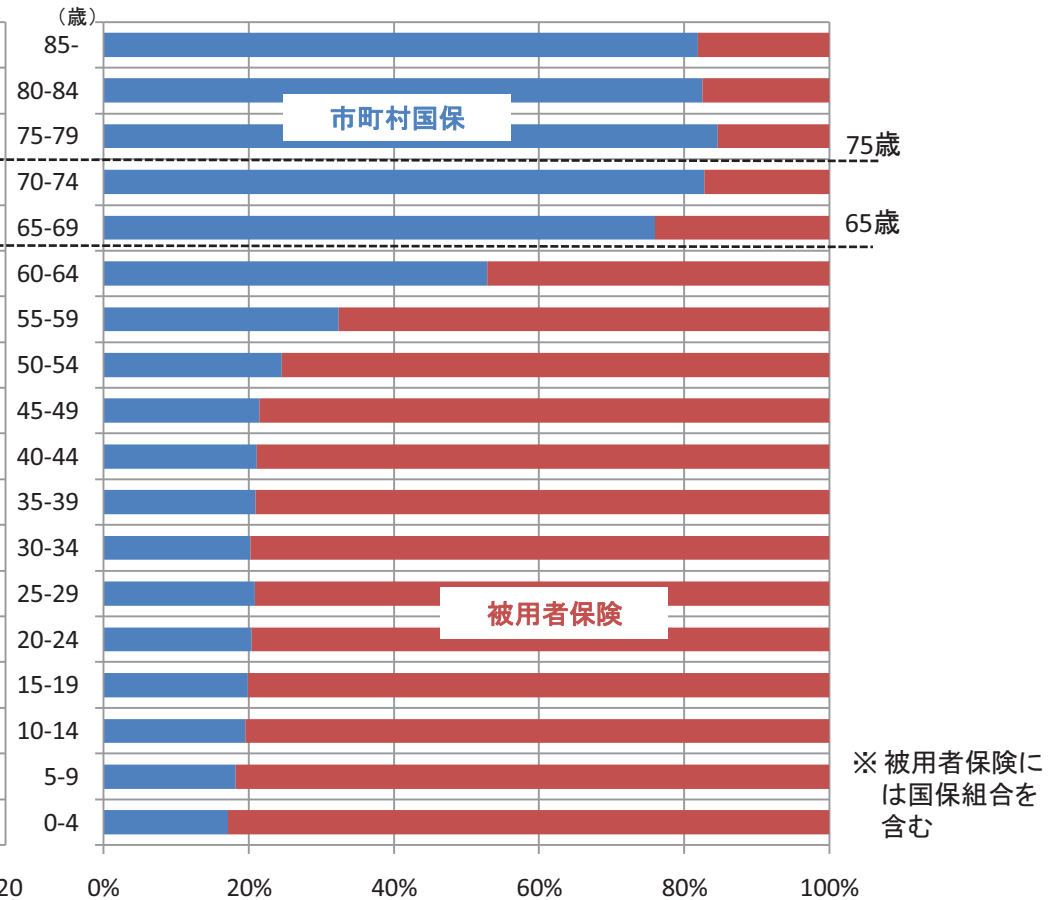
財政調整の必要性

○ 65歳以上の方については、一人当たり医療費が高く、国保・被用者保険の制度間で加入者数に大きな偏在が生じる一方で、その医療費を世代内のみで賄うことはできないことから、引き続き、高齢者の医療費を国民全体で公平に分担する仕組みを設けることが不可欠である。

1人当たり医療費(平成19年度)



市町村国保・被用者保険 加入者割合(平成22年度推計)



高齢の方ほど、1人当たり医療費は増加する

高齢者は退職を主たる要因として、市町村国保に偏在して加入する

国民医療費、医療給付費、後期高齢者医療費の将来見通し <平成18年制度改正時の試算>

年度	平成18 予算ベース (2006)	平成27 (2015)	平成37 (2025)
国民医療費(兆円)	33.0	44	56
後期高齢者医療費(兆円)	10.8	16	25
医療給付費(兆円)	27.5	37	48

(注)後期高齢者医療費は、平成18年度については老人医療費であり74歳以上の高齢者等が対象、
 また、平成27年、平成37年度は75歳以上の高齢者等が対象。

※ 新しい将来見通しについては、現時点では、現行の暫定措置(70～74歳の患者負担、後期高齢者の保険料軽減措置、後期高齢者支援金の総報酬制等)や医療費適正化の取扱い等についての前提の設定が困難であることから、今後、高齢者医療改革会議において、新制度の基本的な内容が明らかになっていく段階でお示しする予定。

後期高齢者医療費の財政負担の将来見通し ＜平成18年制度改正時の試算＞

(億円)

	平成20年度 (2008)	平成27年度 (2015)
後期高齢者医療費	113,700	163,900
公費	49,200	70,500
後期高齢者支援金	45,400	64,400
公費負担分	9,900	14,100
保険料負担分	35,500	50,300
後期高齢者保険料分	8,100	13,500
患者負担	11,000	15,500

※ 保険料は当該年度の医療給付費を賄うために必要な保険料額である。

医療保険制度における所要保険料及び公費負担の将来見通し ＜平成18年制度改正時の試算＞

(億円)

	所要保険料			公費		
	協会健保	健保組合	市町村国保	国庫	都道府県	市町村
平成20年度 (2008)	57,400	52,400	30,500	71,600	16,500	10,100
平成27年度 (2015)	68,900	63,200	37,100	94,600	21,500	13,800

※ 所要保険料とは当該年度の医療給付費を賄うために必要な保険料額である。

高齢者と若人の1人当たり医療費の伸びの状況について

	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度
70歳未満	2.1%	▲1.2%	0.4%	0.9%	1.5%	▲0.9%	1.6%	2.0%
70歳以上	1.2%	▲3.6%	0.9%	0.2%	2.0%	▲1.5%	2.1%	▲0.1%

- ※ 65～69歳で後期高齢者医療制度(平成19年度以前は老人保健制度)の対象となっている者は、「70歳以上」に含まれる。
- ※ 診療報酬改定については、平成14年(▲2.7%)、平成16年(▲1.0%)、平成18年(▲3.16%)、平成20年(▲0.82%)の影響がある。
- ※ 診療報酬改定のほか、医療費の伸びに影響を与える主な制度改正は以下のとおり。

平成14年;70歳以上の高齢者の定率(1割)負担の徹底、現役並みに所得がある方の患者負担割合の引き上げ(1割→2割)

平成15年;被用者保険の被保険者等の患者負担割合の引き上げ(2割→3割)

平成18年;70歳以上の高齢者のうち、現役並みに所得がある方の患者負担割合の引き上げ(2割→3割)

現行の医療保険・介護保険制度の保険料の比較

	後期高齢者医療制度	市町村国保	被用者保険	介護保険(第1号被保険者)
平均所得 (総報酬) (H20年度)	加入者1人当たり旧但し書き所得 73.7万円	加入者1人当たり旧但し書き所得 78.9万円	被保険者1人当たり総報酬 485万円 加入者1人当たり総報酬 261万円 (参考) 平均総報酬に相当する加入者1人当たり 旧但し書き所得 162万円	保険料額の算定上、必要となる 情報ではなく、把握していない
加入者 一人当たり 保険料 (H20年度)	6.5万円	8.3万円	19.3万円	4.9万円 ※平成18～20年度の保険料の全国平均額 4,090円(月額)の12か月分
保険料の 仕組み	○ 都道府県単位で料率設定 ○ 個人単位で賦課	○ 市町村単位で料率設定 ○ 世帯主に賦課	○ 被用者保険者単位で料率設定 ○ 被保険者に賦課 ※ 事業主負担が発生するため、本 人負担額は保険料額の半分程度	○ 市町村単位で保険料額を設定 (段階別の定額制) ○ 個人単位で賦課
保険料の 上限	50万円(個人単位)	63万円(世帯単位)	186万円(被保険者単位)	市町村ごとに定めた保険料段階の 最高段階の額
保険料の 軽減	【低所得者】 均等割額;9割、8.5割、5割、2 割を軽減、 所得割額;5割を軽減 【被用者保険の被扶養者であった方】 均等割額;9割を軽減	【低所得者】 応益割額;7割、5割、2割を軽減 【後期高齢者医療制度の激変緩和】 後期高齢者医療制度の施行に伴い、後期と国 保で別れる世帯の負担の増加を抑えるため、応 益割の軽減判定の際、後期に加入する国保の被 保険者であった方についても、算定対象とし、従 前と同じ軽減割合を適用できるようにしている。	—	【低所得者】 保険料基準額に対し、5割、2.5割 を軽減 ※軽減の割合は、市町村が定める割合に 基づき変更可能
保険料の 徴収	○ 個人単位で徴収 ○ 原則、年金からの支払い ※ 年金からの支払いに変えて、 口座振替による支払いも可	○ 世帯主から徴収 ○ 65歳以上の世帯については、 原則、世帯主の年金からの支払い ※ 年金からの支払いに変えて、 口座振替による支払いも可 ○ 65歳未満の世帯については、 窓口・口座振替による支払い	○ 被保険者及び事業主から徴収 ○ 被保険者の給与から支払い	○ 個人単位で徴収 ○ 原則、年金からの支払い

(注1) 数値はいずれも平成20年度の速報値である。ただし、共済組合の被保険者1人当たり総報酬、加入者1人当たり総報酬及び被保険者1人当たり保険料額は平成19年度の確定値を用いている。また、加入者一人当たり前期納付金は、被用者保険の平成21年度賦課ベースの前期納付金を平成21年度賦課ベースの総加入者見込み数で除して得た額である。

(注2) 加入者1人当たり保険料額は、後期高齢者医療制度は平成20年9月時点の保険料調定額(但し、被用者保険の被扶養者であった方の所得は算入されていない)、市町村国保は平成20年度における現年分保険料調定額であり、被用者保険は決算における保険料額を基に推計している。

また、保険料額には介護分を含んでいない。

(注3) 後期高齢者医療制度の加入者1人当たり旧但し書き所得の分母には、所得不詳の者を含む。

(注4) 被用者保険の保険料の上限は、法律上定められている標準報酬月額および標準賞与の上限額、平成22年度の協会けんぽの保険料率(9.34%)を基に算定したもの。

モデル世帯における後期高齢者医療制度・市町村国保・被用者保険の保険料の比較

	後期高齢者医療制度	市町村国保	被用者保険(協会けんぽ)
【例Ⅰ 単身・厚生年金】 後期高齢者医療制度・市町村国保では、 単身 年金収入 201万円 協会けんぽでは、 単身 給与収入 201万円 と仮定。	【全国平均】 52,300円	【全国平均】 93,900円	【協会けんぽ】 187,700円 自己負担 93,900円(事業主負担を除く)
【例Ⅱ 夫婦・厚生年金】 後期高齢者医療制度・市町村国保では、 夫 年金収入 201万円 妻 年金収入 79万円 協会けんぽでは、 夫 給与収入 201万円 妻 給与収入 79万円 と仮定。	【全国平均】 夫 52,300円 妻 33,400円 世帯合計 85,700円	【全国平均】 世帯合計 115,800円	【協会けんぽ】 夫 187,700円 妻 0円 世帯合計 187,700円 自己負担 93,900円(事業主負担を除く) ※ 妻は、被用者保険の被扶養者に該当するため、保険料負担無し。
【例Ⅲ 単身・標準報酬】 後期高齢者医療制度・市町村国保では、 単身 年金収入 380万円 協会けんぽでは、 単身 給与収入 380万円 と仮定。	【全国平均】 210,700円	【全国平均】 226,900円	【協会けんぽ】 354,900円 177,500円(事業主負担を除く)
【例Ⅳ 夫婦・高収入】 後期高齢者医療制度・市町村国保では、 夫 年金収入 600万円 妻 年金収入 79万円 協会けんぽでは、 夫 給与収入 600万円 妻 給与収入 79万円	【全国平均】 夫 355,700円 妻 41,700円 世帯合計 397,400円	【全国平均】 世帯合計 389,500円	【協会けんぽ】 夫 560,400円 妻 0円 夫婦合計 560,400円 自己負担 280,200円(事業主負担を除く) ※ 妻は、被用者保険の被扶養者に該当するため、保険料負担無し。

※1 年金収入201万円;平均的な厚生年金受給額、年金収入79万円;基礎年金受給額(満額)給与収入380万円;旧政府管掌健康保険における平均的な標準報酬

※2 後期高齢者医療制度においては、平成22・23年度の全国平均の保険料率;均等割額 41,700円、所得割率7.88%を使用。

※3 市町村国保においては、旧ただし書・4方式の全国平均保険料率等(所得割率 7.35%、資産割額 16,141円、均等割額 27,376円、平等割額 25,741円)を使用。(平成20年度国民健康保険事業年報より)。

※4 協会けんぽにおいては、平成22年度の保険料率(9.34%)を使用。

後期高齢者医療制度の保険料の算定方法について

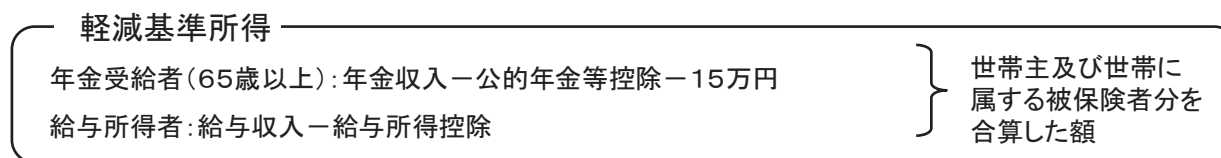
◎ 後期高齢者医療制度は、個人単位で保険料を算定し、被保険者が納付義務を負う。

1. 被保険者の均等割額及び所得割額を合算したものを保険料額とする。

$$\boxed{\text{均等割額}} + \boxed{\text{被保険者の旧ただし書き所得}} \times \boxed{\text{所得割率}} = \boxed{\text{保険料額}}$$

(41,500円) (総所得金額から基礎控除を除いたもの) (7.65%) ()内は平成20・21年度は全国平均値。

2. 世帯主及び世帯に属する被保険者の所得の合計額に応じて、均等割額に軽減を適用する。



均等割の7割軽減を受ける世帯のうち、被保険者全員が、年金収入80万円以下(その他各種所得がない)の場合	⇒	9割軽減(※)	
[33万円]以下	⇒	8.5割軽減(※)	
[33万円+(24.5万円×世帯主以外の被保険者数)]以下	⇒	5割軽減	
[33万円+(35万円×世帯に属する被保険者数)]以下	⇒	2割軽減	

3. 被保険者の所得に応じて、所得割額に軽減を適用する。

所得割を負担する方のうち、所得の低い方(具体的には年金収入153万円から211万円まで)の場合

$$\boxed{\text{被保険者の旧ただし書き所得}} \times \boxed{\text{所得割率}} \times 5\text{割軽減}$$

※ 施行当初は、「保険料の均等割;7割・5割・2割軽減」であったが、施行後の見直しにより、「保険料の均等割;9割・8.5割・5割・2割軽減、所得割;5割軽減」となっている。

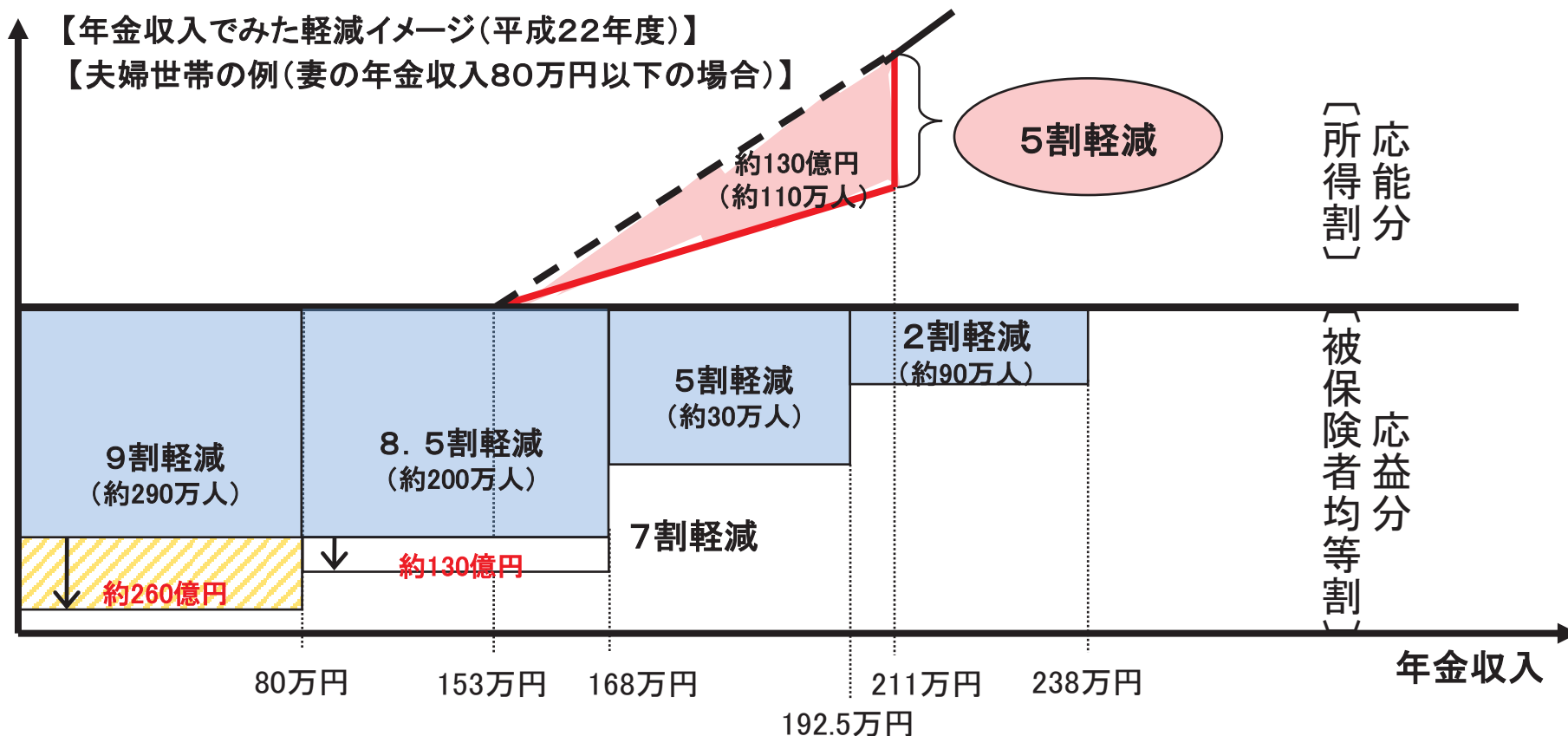
4. 被用者保険の被扶養者であった方については、均等割額のみとし、当該均等割額に9割の軽減を適用する。

※ 当初、制度加入時から2年間の軽減措置(均等割5割軽減)を講じることにしていたが、施行前に、①平成20年4月～9月の半年間は凍結し、②平成20年10月～平成21年3月の半年間は、均等割を「9割軽減」することとした。
また、平成21年度以降においても、毎年、同措置の延長が必要。

後期高齢者医療制度の保険料軽減

【これまでの経緯】

- 制度施行時は、均等割7割・5割・2割軽減
- 平成20年6月の政府・与党決定に基づき、
 1. 平成20年度から、所得割を負担する方のうち、所得の低い方(具体的には年金収入153万円から211万円まで)の「5割軽減」を設けた。
 2. 平成21年度から、均等割の7割軽減を受ける世帯のうち、後期高齢者医療制度の被保険者全員が、年金収入80万円以下(その他各種所得がない)の場合の「9割軽減」を設けた。
 3. その間の経過的措置として、平成20年度は、均等割7割軽減を受ける方は、一律8.5割軽減とした。
(4・6・8月の年金から保険料をお支払いいただいている方については、10・12・2月の保険料の徴収を行わない。)
- 均等割8.5割軽減については、負担の増加を回避するため、平成21年度以降においても継続することとした。

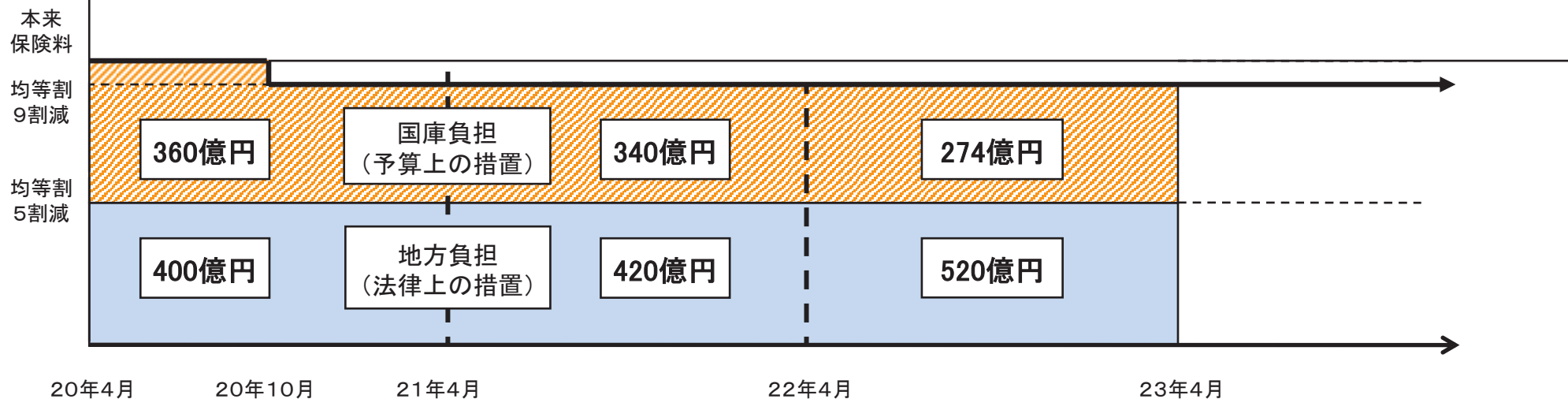


被用者保険の被扶養者の9割軽減措置の継続について

【これまでの経緯】

- 被用者保険の被扶養者であった方については、制度加入時から2年間の軽減措置(均等割5割軽減)に加えて、
 - ・ 平成20年4月～9月の半年間は凍結し、
 - ・ 平成20年10月～平成21年3月の半年間は、均等割を9割軽減した額とした。
- 平成21年4月から平成22年3月までの1年間においても、同様に9割軽減の措置を継続。
- 平成22年度以降についても、同措置を延長するため、高齢者医療確保法を改正し、地方負担の期間を延長。
 - ※ 被用者保険の被扶養者であった方の均等割の軽減(5割分)に対して行う地方負担の財源措置については、法律上「加入後2年間」とされているが、これを削除し、当該財源措置を「当分の間」延長することとした。

<所要経費等>

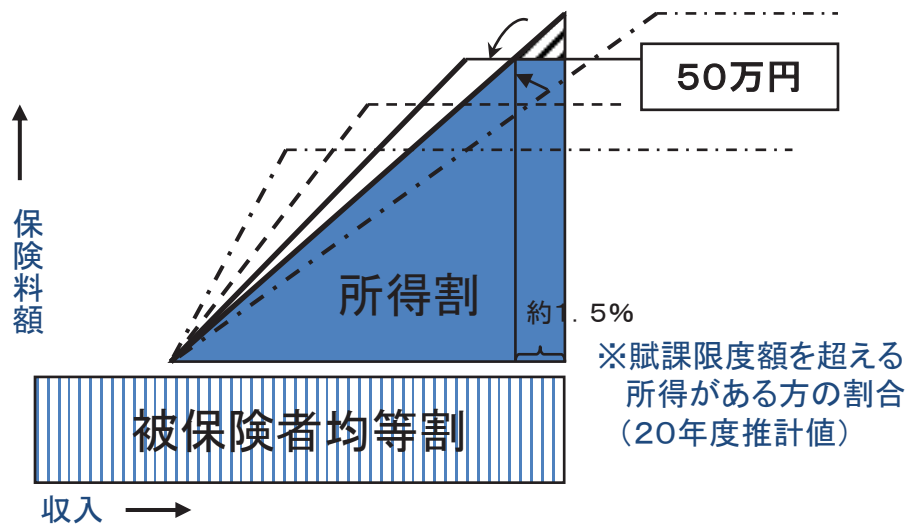


後期高齢者医療制度の賦課限度額の設定の考え方について

○以下の理由により、後期高齢者医療制度の賦課限度額を50万円と設定している。

- ・ 限度額を低く設定すればするほど、この傾きがきつくなり、中間所得層の負担が重くなる。
- ・ 限度額を高く設定すればするほど、この傾きが緩やかとなり、限度額に近い高所得者の負担が増え、給付と保険料賦課額のバランスが悪くなる。

所得水準と保険料賦課のイメージ



(参考) 後期高齢者医療制度において、年間保険料額が上限(50万円)に達する年収について

東京都・・・年金収入9,410,000円
 給与収入9,530,000円
 (所得割率6.56%、均等割額37,800円)

福岡県・・・年金収入7,050,000円
 給与収入7,120,000円
 (所得割率9.24%、均等割額50,935円)

全国平均・・・年金収入8,300,000円
 給与収入8,380,000円
 (所得割率7.65%、均等割額41,500円)

後期高齢者医療制度における不均一保険料率の特例について

保険料率は、広域連合区域内均一を原則とするが、次の場合には、不均一の保険料率を設定することができる。

① 医療の確保が著しく困難である地域における特例(恒久措置:3地区)

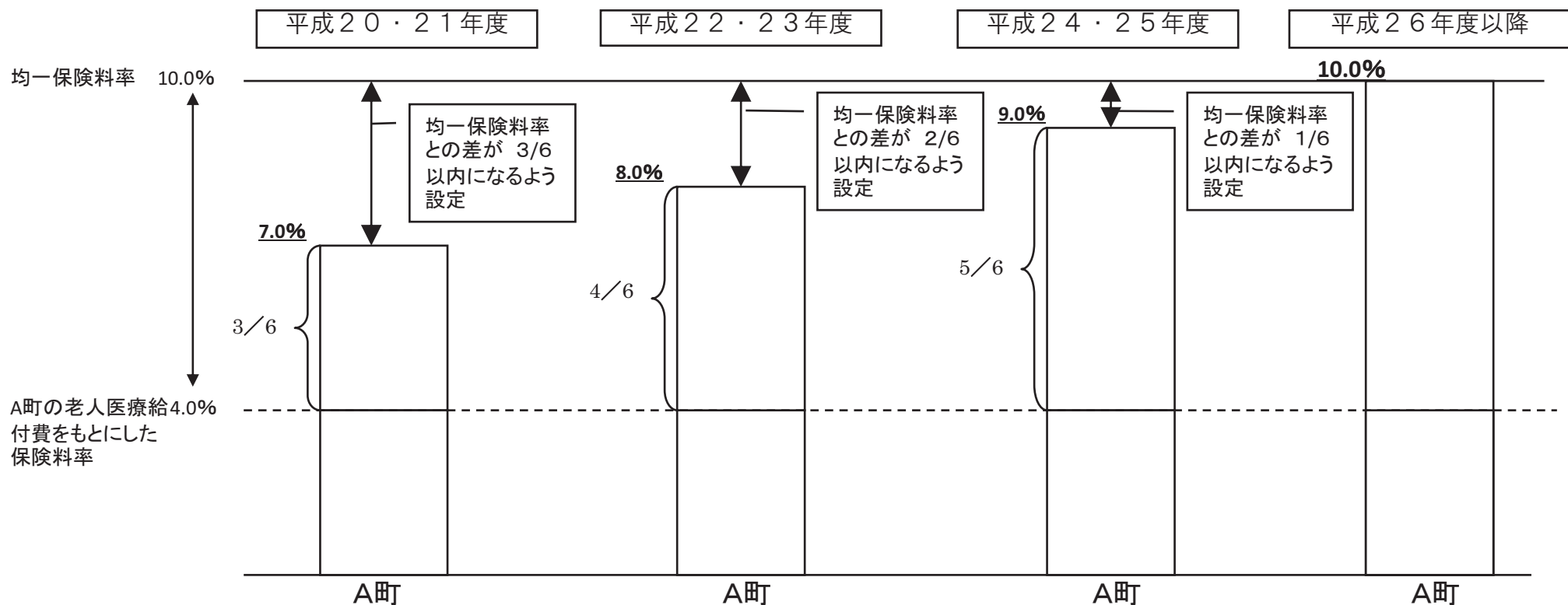
無医地区及びこれに準じる地区においては、当該広域連合の均一保険料率、後期高齢者医療給付費等を勘案して、均一保険料率の50%を下回らない範囲内で、均一保険料率よりも低い保険料率を設定することができる。

② 医療費の地域格差の特例(経過措置:99市町村)

施行前3年間の一人当たり老人医療給付費実績が広域連合区域全体の20%以上低く乖離している市町村においては、施行後最長6年の範囲内で広域連合の条例で定める期間、均一保険料率よりも低い保険料率を設定することができる。(下図参照)

※均一保険料との差額については、公費(国1/2、都道府県1/2)で負担する。

◎医療費の地域格差の特例のイメージ (例:条例で定める期間を「6年」とした場合)



後期高齢者医療制度の平成22年度及び23年度の保険料率等について(1)

	均一保険料率				被保険者一人当たり保険料額 (年額：円)			収入別の保険料額の例 (年額：円)			
	平成20年度・21年度		平成22年度・23年度		平成21年度	平成22年度（見込額）		平成21年度		平成22年度・23年度	
	均等割額 (円)	所得割率 (%)	均等割額 (円)	所得割率 (%)		増加率	基礎年金 受給者 <small>(年金収入79万円)</small>	平均的な 厚生年金受給者 <small>(年金収入201万円)</small>	基礎年金 受給者 <small>(年金収入79万円)</small>	平均的な 厚生年金受給者 <small>(年金収入201万円)</small>	
北海道	43,143	9.63	44,192	10.28	62,217	65,319	1.050	4,300	57,600	4,400	60,000
青森県	40,514	7.41	40,514	7.41	39,975	39,939	0.999	4,000	50,100	4,000	50,100
岩手県	35,800	6.62	35,800	6.62	38,270	38,342	1.002	3,500	44,500	3,500	44,500
宮城県	38,760	7.14	40,020	7.32	52,308	53,998	1.032	3,800	48,100	4,000	49,500
秋田県	38,426	7.12	38,925	7.18	37,108	38,110	1.027	3,800	47,800	3,800	48,300
山形県	37,300	6.85	38,400	7.12	38,782	40,678	1.049	3,700	46,200	3,800	47,800
福島県	40,000	7.45	40,000	7.60	45,083	45,473	1.009	4,000	49,800	4,000	50,200
茨城県	37,462	7.60	37,462	7.60	49,660	46,992	0.946	3,700	48,200	3,700	48,200
栃木県	37,800	7.14	37,800	7.18	48,939	48,886	0.999	3,700	47,300	3,700	47,400
群馬県	39,600	7.36	39,600	7.36	51,786	52,349	1.011	3,900	49,300	3,900	49,300
埼玉県	42,530	7.96	40,300	7.75	74,230	71,609	0.965	4,250	53,120	4,030	50,840
千葉県	37,400	7.12	37,400	7.29	64,279	64,909	1.010	3,700	47,000	3,700	47,400
東京都	37,800	6.56	37,800	7.18	84,274	88,439	1.049	3,700	45,900	3,700	47,400
神奈川県	39,860	7.45	39,260	7.42	85,890	85,724	0.998	3,980	49,760	3,920	49,210
新潟県	35,300	7.15	35,300	7.15	43,137	42,206	0.978	3,500	45,400	3,500	45,400
富山県	40,800	7.50	40,800	7.50	54,959	54,951	0.999	4,000	50,600	4,000	50,600
石川県	45,240	8.26	45,240	8.26	59,481	59,973	1.008	4,524	56,016	4,524	56,016
福井県	43,700	7.90	43,700	7.90	54,386	54,178	0.996	4,300	53,900	4,300	53,900
山梨県	38,710	7.28	38,710	7.28	46,325	46,195	0.997	3,870	48,440	3,870	48,440
長野県	35,787	6.53	36,225	6.89	45,770	48,023	1.049	3,500	44,300	3,600	45,500
岐阜県	39,310	7.39	39,310	7.39	54,576	55,162	1.011	3,900	49,100	3,900	49,100
静岡県	36,000	6.84	36,400	7.11	59,100	59,571	1.008	3,600	45,200	3,600	46,100
愛知県	40,175	7.43	41,844	7.85	73,998	77,658	1.049	4,000	49,900	4,100	52,300
三重県	36,758	6.79	36,800	6.83	49,321	50,102	1.016	3,675	45,702	3,680	45,832
滋賀県	38,175	6.85	38,645	7.18	54,369	56,103	1.032	3,817	46,980	3,864	48,148

後期高齢者医療制度の平成22年度及び23年度の保険料率等について（2）

	均一保険料率				被保険者一人当たり保険料額 (年額：円)			収入別の保険料額の例 (年額：円)			
	平成20年度・21年度		平成22年度・23年度		平成21年度	平成22年度（見込額）		平成21年度		平成22年度・23年度	
	均等割額 (円)	所得割率 (%)	均等割額 (円)	所得割率 (%)		増加率	基礎年金 受給者 <small>(年金収入79万円)</small>	平均的な 厚生年金受給者 <small>(年金収入201万円)</small>	基礎年金 受給者 <small>(年金収入79万円)</small>	平均的な 厚生年金受給者 <small>(年金収入201万円)</small>	
京都府	45,110	8.29	44,410	8.68	70,665	70,969	1.004	4,511	55,984	4,441	56,360
大阪府	47,415	8.68	49,036	9.34	76,833	80,728	1.051	4,741	58,764	4,903	61,644
兵庫県	43,924	8.07	43,924	8.23	70,041	71,095	1.015	4,392	54,507	4,392	54,891
奈良県	39,900	7.50	40,800	7.70	62,202	63,881	1.027	3,900	49,900	4,000	51,100
和歌山県	43,375	7.92	42,649	7.91	50,196	50,196	1.000	4,300	53,700	4,200	53,100
鳥取県	41,592	7.75	40,773	7.71	48,097	47,569	0.989	4,100	51,800	4,000	51,100
島根県	39,670	7.35	39,670	7.35	43,067	43,342	1.006	3,960	49,370	3,960	49,370
岡山県	43,500	7.89	44,000	8.55	56,621	59,013	1.042	4,300	53,700	4,400	55,700
広島県	40,467	7.14	41,791	7.53	60,310	63,801	1.058	4,046	49,509	4,179	51,504
山口県	47,272	8.71	46,241	8.73	64,779	64,299	0.993	4,727	58,721	4,624	57,944
徳島県	40,774	7.43	43,990	8.03	44,913	48,391	1.077	4,000	50,400	4,300	54,400
香川県	47,700	8.98	47,200	8.81	63,540	63,422	0.998	4,700	59,700	4,700	58,900
愛媛県	41,659	7.85	41,227	7.84	49,801	49,779	0.999	4,160	52,160	4,120	51,790
高知県	48,569	8.88	48,931	8.94	52,331	53,106	1.015	4,856	60,167	4,893	60,600
福岡県	50,935	9.24	52,213	9.87	71,851	75,401	1.049	5,090	62,920	5,220	65,450
佐賀県	47,400	8.80	47,400	8.80	53,795	53,720	0.999	4,700	59,000	4,700	59,000
長崎県	42,400	7.80	42,400	7.80	49,334	49,496	1.003	4,200	52,600	4,200	52,600
熊本県	46,700	8.62	47,000	9.03	50,443	51,931	1.030	4,600	58,000	4,700	59,200
大分県	47,100	8.78	47,100	8.78	52,710	53,159	1.009	4,700	58,700	4,700	58,700
宮崎県	42,800	7.95	42,500	7.55	43,965	42,760	0.973	4,200	53,300	4,200	52,100
鹿児島県	45,900	8.63	45,900	8.63	44,215	44,488	1.006	4,500	57,400	4,500	57,400
沖縄県	48,440	8.80	48,440	8.80	52,510	52,964	1.009	4,844	59,872	4,844	59,872
全国	41,500	7.65	41,700	7.88	62,000	63,300	1.021	4,150	51,600	4,170	52,300

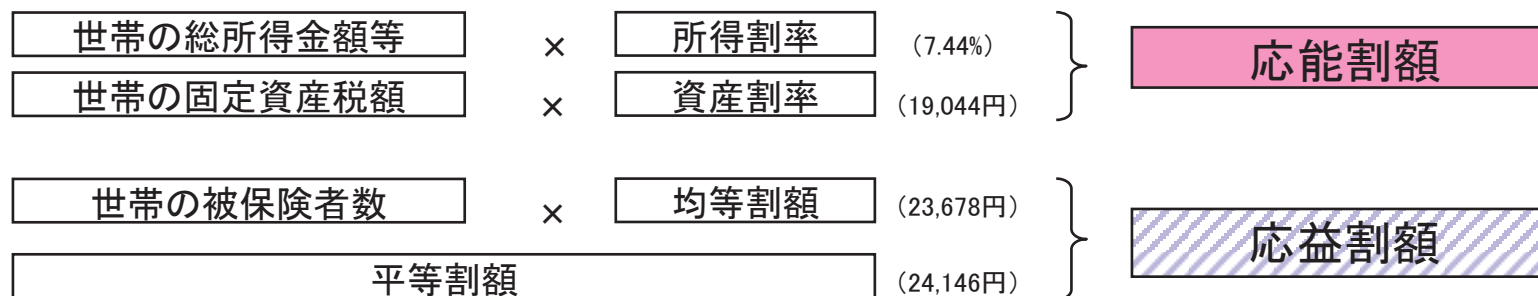
○ 均一保険料率（均等割額及び所得割率）は、平成22年度及び23年度とも同じであるが、被保険者一人当たり保険料額は、被保険者の所得水準の変化等の影響を受けることから、各年度において異なる額となる。このため、均一保険料率の据置き又は引下げを行った広域連合においても、被保険者一人当たり保険料額は増加している場合がある。

○ 被保険者一人当たり保険料額は、保険料改定に係る条例改正案提出時における見込額であり、被保険者ごとの保険料額が確定する6月から7月時点の額とは異なる。

国民健康保険料(税)の算定方法

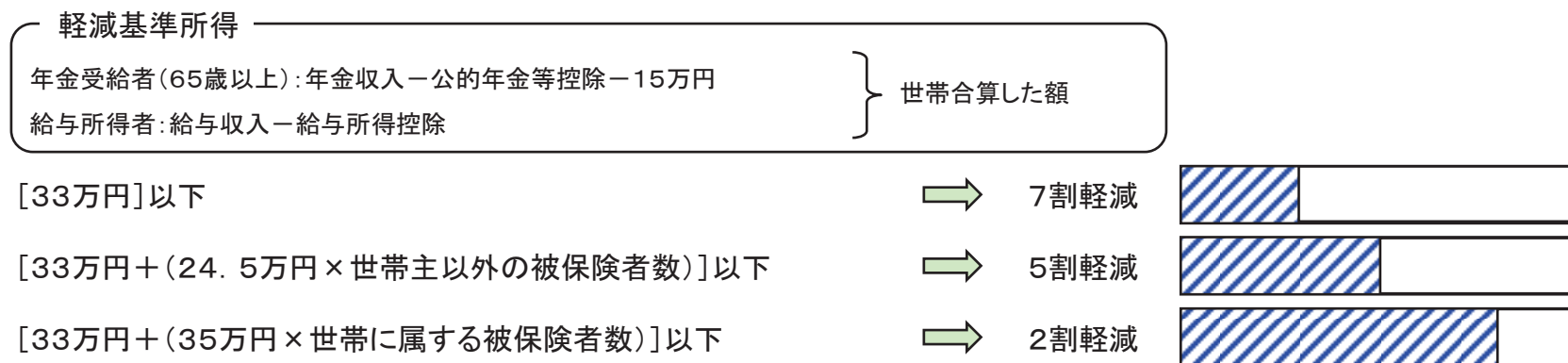
◎ 国民健康保険は、世帯毎に保険料を算定し、世帯主が納付義務を負う。

1. 各世帯の応能割額、応益割額を算定する(4方式) 他に所得割・均等割・平等割の3方式、所得割・均等割の2方式がある。

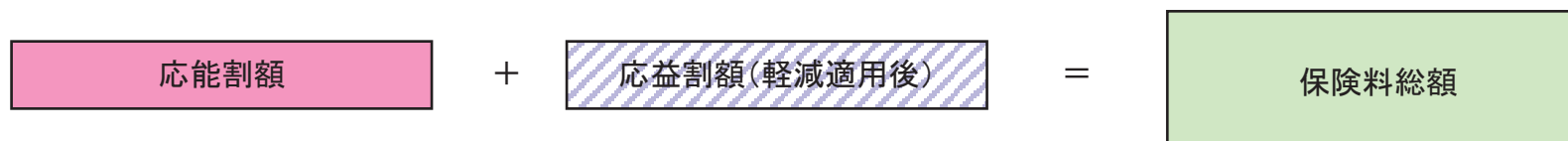


()内は平成19年度の4方式の全国平均値。ただし資産割は定額として算定。

2. 各世帯に属する被保険者の所得の合計額に応じて、応益割額に軽減を適用する。



3. 各世帯の応能割額、応益割額(軽減適用後)を合算して、保険料総額を決定する。



国民健康保険料(税)における所得割の算定基礎

○ 国民健康保険料(税)の所得割算定方式は7通りある。

※保険者数は平成20年度末の数値

1. 基礎控除後の総所得金額を算定基礎とした保険料算定方式(旧ただし書方式/1,663保険者)

$$\boxed{\text{総所得金額}} - \boxed{\text{基礎控除}} = \boxed{\text{算定基礎 (旧ただし書き所得)}}$$

33万円

2. 各種控除後の総所得金額を算定基礎とした保険料算定方式(本文方式/1保険者 ※平成22年度からは採用している保険者は無し)

$$\boxed{\text{総所得金額}} - \boxed{\text{基礎控除}} - \boxed{\text{所得控除}} = \boxed{\text{算定基礎 (本文方式所得)}}$$

※ 住民税非課税世帯は所得をゼロとして、保険料は賦課しない保険料算定方式(算定特例方式/1保険者)

3. 住民税額(注)を算定基礎とした保険料算定方式(住民税方式/37保険者)

$$\left(\boxed{\text{総所得金額}} - \boxed{\text{基礎控除}} - \boxed{\text{所得控除}} \right) \times \boxed{\text{住民税率}} - \boxed{\text{税額控除}} = \boxed{\text{算定基礎 (住民税方式所得)}}$$

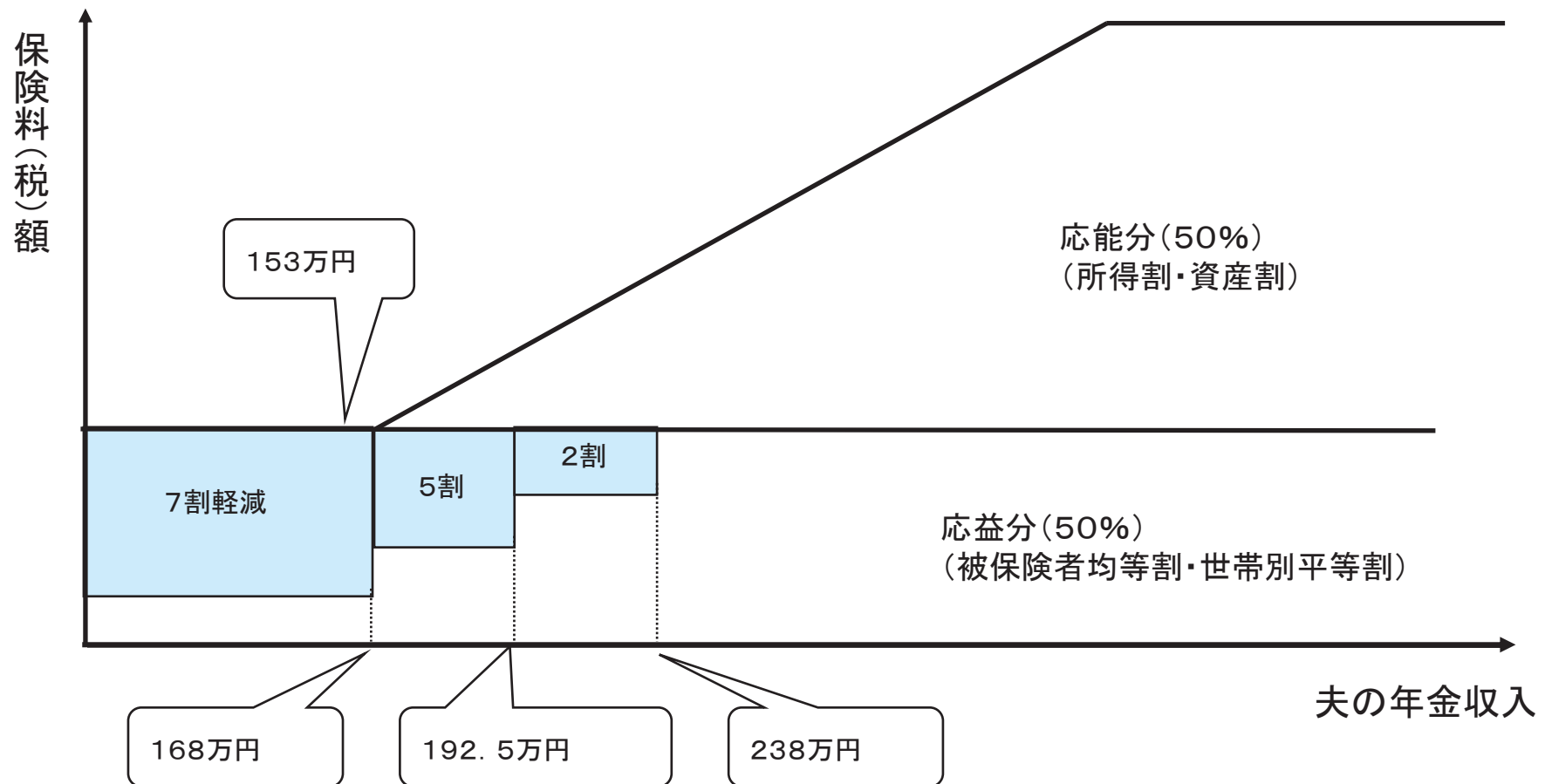
(注1) 算定基礎となる住民税額は以下3通り(上の模式図は①)

①市町村民税所得割額、②市町村民税額、③市町村民税及び道府県民税の合計額

(注2) 所得に応じてそもそも住民税非課税となる場合がある。

国民健康保険料(税)の軽減等について

- 市町村(保険者)は、国民健康保険の給付費の約50%を被保険者が負担する国民健康保険料(税)により賄うこととされている。
- 国民健康保険の保険料(税)については、被保険者の保険料負担能力に応じて賦課される応能分(所得割、資産割)と、受益に応じて等しく被保険者に賦課される応益分(被保険者均等割、世帯別平等割)から構成される。
- 低所得等の事情のある被保険者については、応益分を軽減(7割、5割、2割)する制度を設けている。



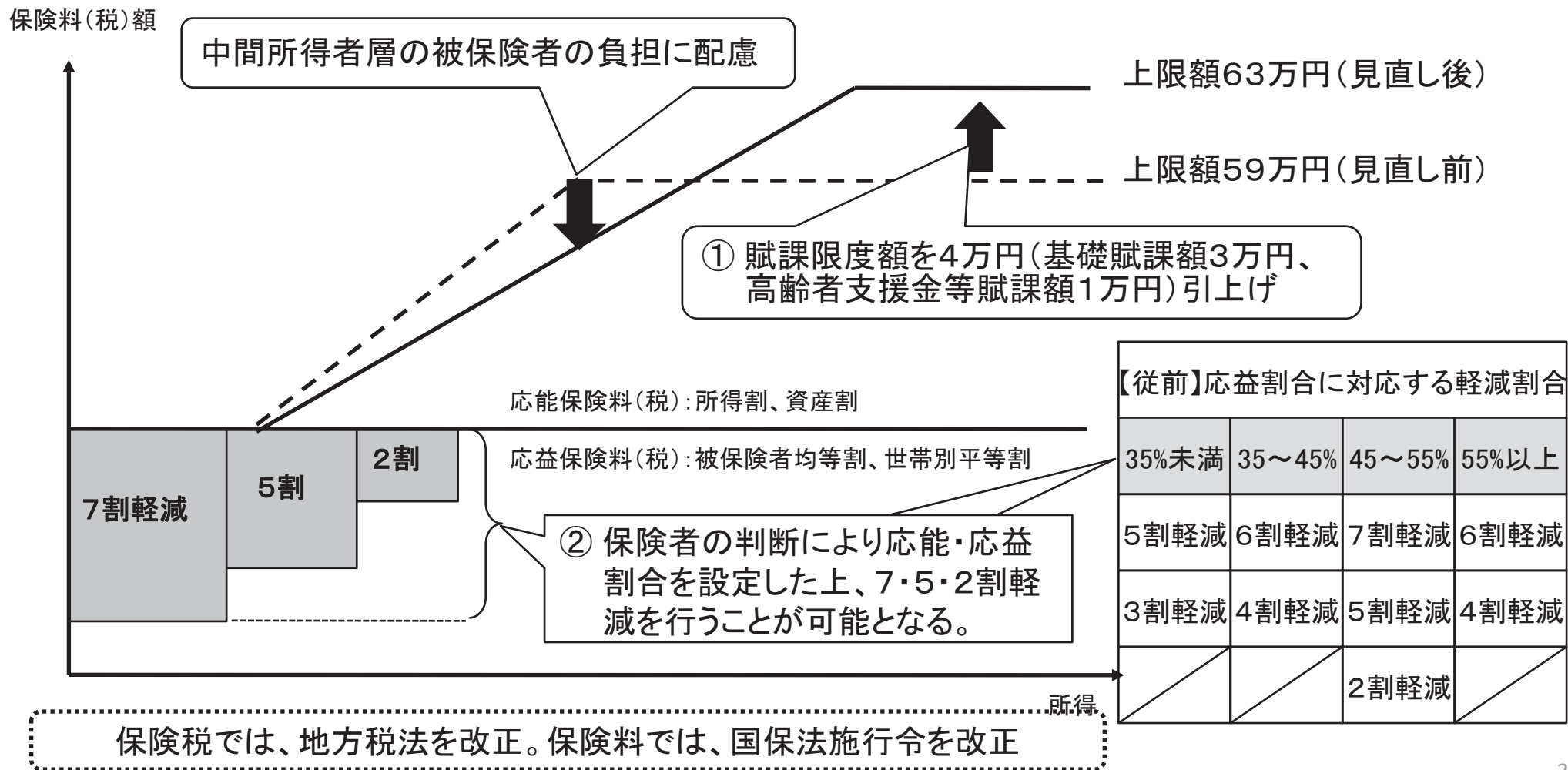
(注) 年金受給者(65歳以上)+配偶者(年79.2万円)の2人世帯の場合
(基礎控除後の総所得金額を算定基礎とした保険料算定方式(旧ただし書方式))

平成22年度における市町村国保の保険料(税)の見直し

市町村の実情に応じた保険料(税)の設定

【平成22年4月施行】

- ① 保険料(税)の保険料賦課限度額を4万円引き上げる。
- ② 保険料(税)を減額賦課する際、応益割合にかかわらず7・5・2割軽減を可能とする。



国民健康保険料(税)の保険料の上限額の設定について

- 現行の国民健康保険料(税)の賦課上限については、
 - ① 基礎賦課額(医療給付費を賄うためのもの) 47万円
 - ② 高齢者支援金等賦課額(後期高齢者支援金等を賄うためのもの) 12万円を合わせて、59万円としていたところ。
- これまで賦課上限を、毎年度見直し、必要に応じて引き上げてきたところであるが、厳しい経済情勢が続くなか、被保険者の所得の伸びが見込まれず、これまでどおり、賦課上限額を超える世帯が全体の4%となるように設定していると、中間所得者層の負担が重くなること等を考慮し、平成22年度から
 - ① 基礎賦課額 50万円(3万円引き上げ)
 - ② 高齢者支援金等賦課額 13万円(1万円引き上げ)を合わせて、63万円とすることとした。

※ 保険料が賦課上限額に達する収入は、単身世帯の場合、給与収入のみ:1,017万円、年金収入のみ:1,001万円となる。
4方式を採用する市町村国保における以下の平成20年度の保険料率の全国平均値から試算。
(均等割額:27,376円 平等割額:25,741円 所得割率:7.35% 資産割額:16,141円)

被用者保険の保険料に係る標準報酬月額等の上限の設定について

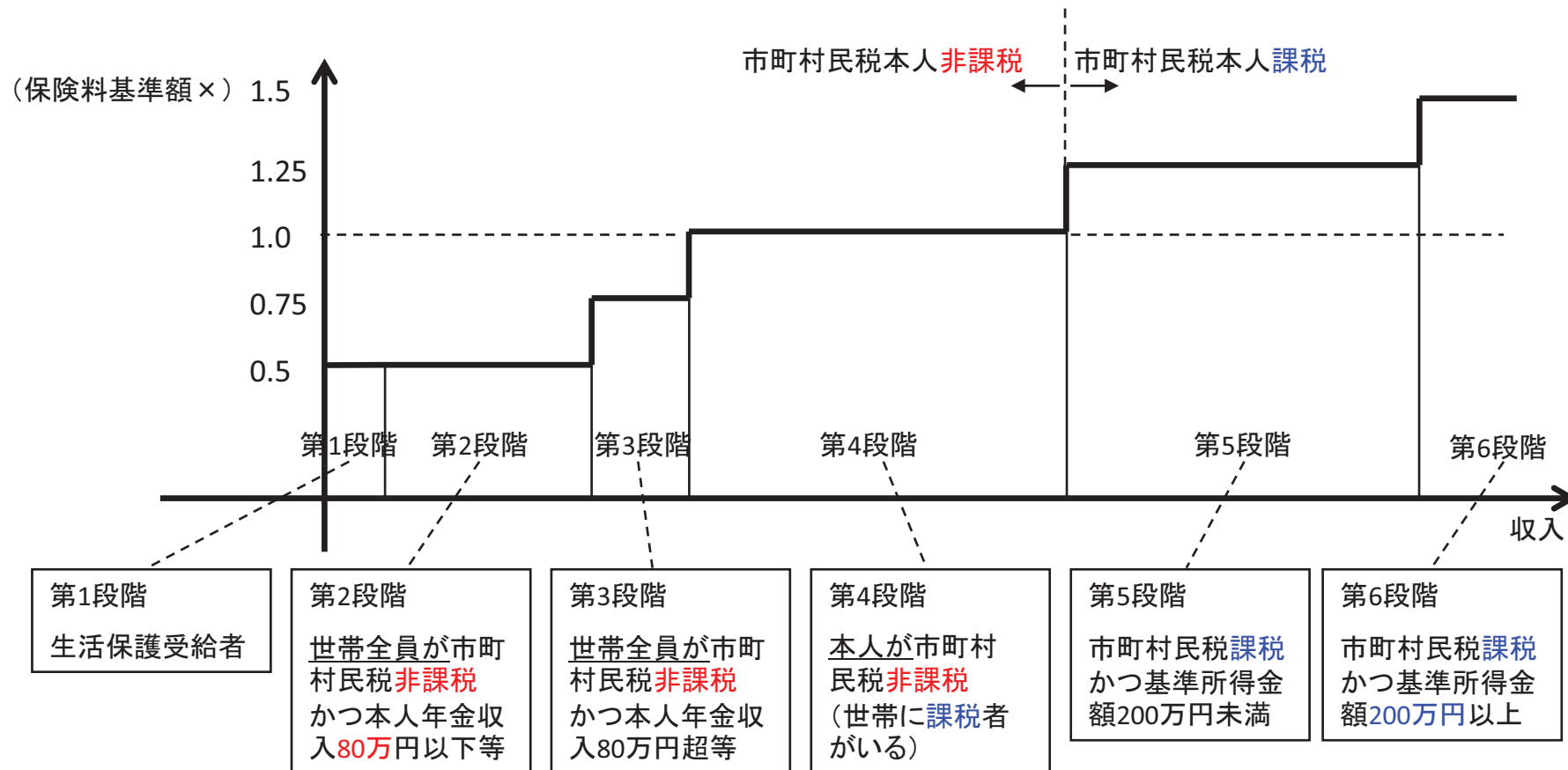
- 被用者保険の保険料の算出基礎となる標準報酬月額については、被保険者全体に占める標準報酬月額等級の上限に該当する被保険者の割合が1%となるよう、その上限については、報酬月額が1,175千円以上の場合に1,210千円としている。
- 被用者保険の保険料の算出基礎となる賞与の賦課上限額については、標準報酬月額の上限(1,210千円)×4.46ヶ月(平成17年度人事院勧告において比較対象としている民間の年間賞与月数)を基に、540万円としている。

※ 考えられる保険料の上限額は以下のとおり。(事業主負担分を含む)
標準報酬月額及び賞与の上限額 × 協会けんぽの保険料率(平成22年度)
(1,210千円×12ヶ月+5,400千円) × 9.34% = 約186万円

介護保険料(第1号保険料)について

- 介護保険の給付費の50%を、65歳以上の高齢者と40歳～64歳の者の人口比で按分し、市町村(保険者)は、その約20%を高齢者に個人単位で課した介護保険料により賄う。
- 介護保険料は、低所得者等に配慮し負担能力に応じた負担を求める観点から、市町村民税の課税状況等に応じて段階別に設定されている。(標準は6段階)

※ H21～23年度の保険料の全国平均額(月額)は、4,160円となっている。



後期高齢者医療制度の保険料の年金からの支払いについて

1 年金からの支払い(天引き)の仕組み

- ・2ヶ月毎の年金支給の際に、公的年金から、2ヶ月分の保険料を引き落とし
- ・平成12年に介護保険において保険料の年金からの支払いを導入

※ 年金からの支払いの主な理由

- ① 被保険者の皆様に、個別に金融機関等の窓口でお支払いいただくなどの手間をおかけしない
- ② 保険料の徴収に係る行政の余分なコストを省く

2 年金からの支払いの対象者

- ①公的年金の年額が18万以上であり、かつ、②介護保険料と合算した保険料額が年金額の1/2を超えない方

※ 75歳以上の高齢者の約8割が対象



3 保険料の口座振替

原則として、全ての方について、平成21年4月から、口座振替と年金からの支払いとの選択により、保険料の納付をできるようにした。

※平成22年4月;年金からの支払い件数 約1077万件、口座振替へ切り替えた件数 約75万件(平成20年10月からの累計)

国民健康保険料(税)の年金からのお支払いの対象者について

○ 国民健康保険における特別徴収対象者

国民健康保険では、原則として、平成20年4月より、世帯内の国民健康保険の被保険者が、世帯主の方も含めて全員、65歳から74歳までだけの世帯の世帯主の方の受給している年金から、保険料をお支払いいただく仕組みを導入しているところ。

<特別徴収・普通徴収の判定例>

【例1】	世帯主(国保)72歳、妻(国保)68歳の場合	→	特別徴収
【例2】	世帯主(国保)72歳、妻(国保)63歳の場合	→	普通徴収
【例3】	世帯主(後期)78歳、妻(国保)68歳の場合	→	普通徴収
【例4】	世帯主(国保)72歳、妻(国保)68歳、子(社保)40歳の場合	→	特別徴収

また、後期高齢者医療制度と同様、

- ① 年金額が年額18万円(月額1万5千円)未満の場合
- ② 介護保険料とあわせた保険料(税)額が年金額の1/2を超える場合
は、年金からの徴収の対象としない取扱いとしているところ。

原則として、全ての方について、平成21年4月から、口座振替と年金からの支払いとの選択により、保険料の納付をできるようにした。

※平成22年4月;年金からの支払い件数 約174万件、口座振替へ切り替えた件数 約51万件(平成20年10月からの累計)

新制度における保険料の納付方法について

【後期高齢者医療制度における保険料の納付】

- 後期高齢者医療制度の保険料の納付義務者は、高齢者の個々人。
- 以下の要件を満たす高齢者の保険料については、年金からの特別徴収を実施。

<要件>

- ① 公的年金の受給額が年額18万円以上
- ② 後期高齢者医療制度の保険料と介護保険の保険料との合算額が年金受給額の1/2以下
- ③ 保険料を口座振替の方法により納付することについての申し出がない

※ 国民健康保険においては、上記の要件に加え、世帯主を含む被保険者全員が65歳以上の世帯のみ年金からの特別徴収の対象としている。

<対象者数>

約1,077万人（平成22年4月の年金支給時）



【新たな制度における保険料の納付】

- 新たな制度においては、
 - ・ 国保に加入する高齢者の保険料については、同一世帯の他の現役世代の保険料と合算し、世帯主が納付
 - ・ 被用者保険に加入する高齢者の保険料は、各被用者保険の算定方法・徴収方法を適用
- したがって、以下の75歳以上の高齢者は保険料の納付義務がなくなる。

75歳以上の高齢者
約1,400万人



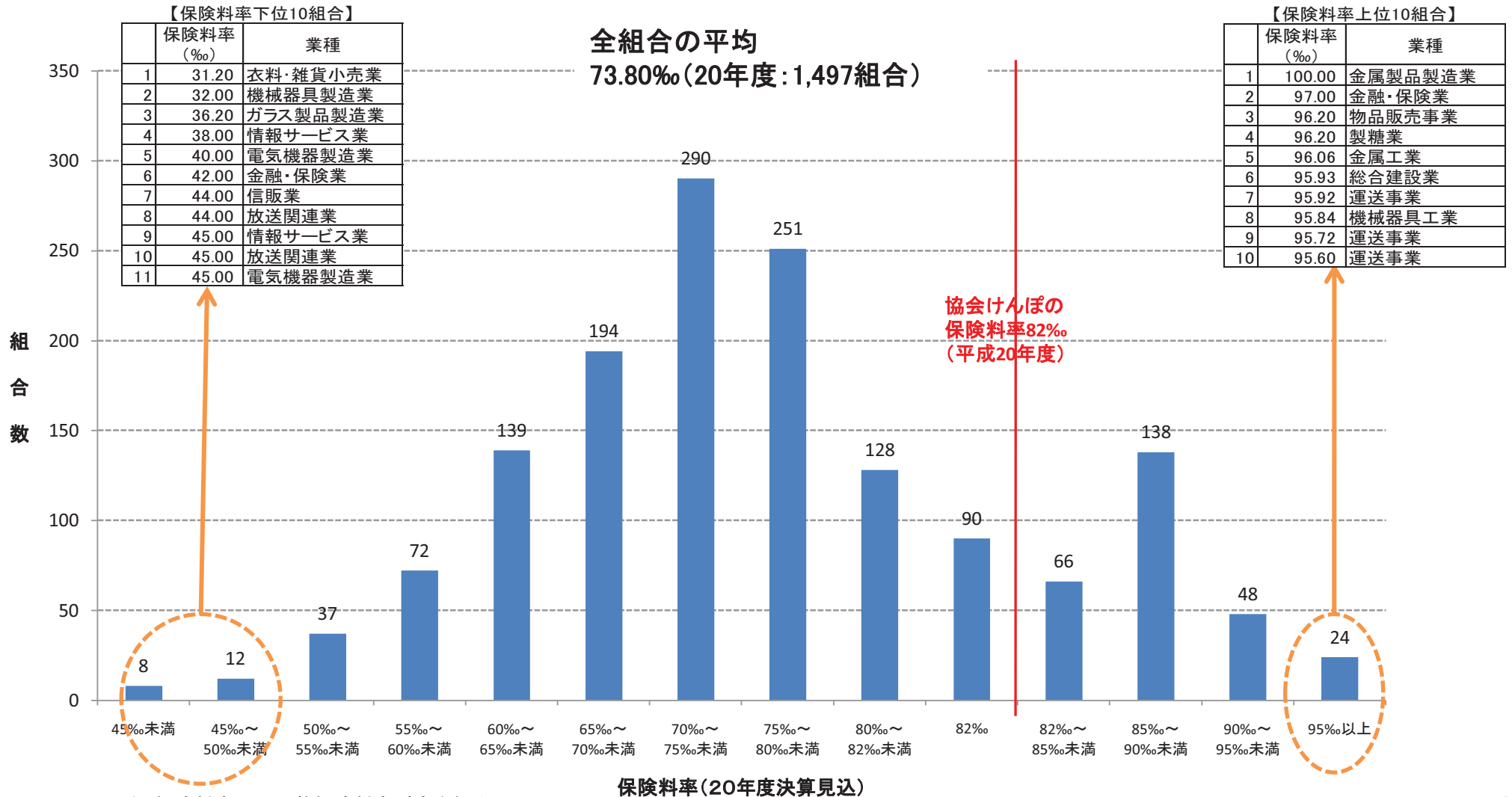
- 被用者保険へ移行する75歳以上の高齢者
 - ・ 本人：事業主が本人負担分と事業主負担分を合わせて被用者保険者へ納付 ⇒ 約30万人
 - ・ 被扶養者：保険料負担無し ⇒ 約190万人

- 国保の世帯員となる75歳以上の高齢者：世帯主が納付
⇒ 約300万人 ※ 平成19年度国保実態調査より

健保組合間の保険料率のばらつき

○ 被用者保険者間では、財政力の弱い保険者の負担が過重なものとならないよう、負担能力に応じた支え合いにすべきであり、その具体的な按分方法については、引き続き検討する。

- ・ 個々の健保組合の保険料率を見れば、45%未満から95%超まで、ばらつきがある。



医療保険制度における患者負担の推移

～昭和47年 12月		昭和48年1月～		昭和58年2月～		平成9年9月～		平成13年1月～		平成14年 10月～		平成15年 4月～		平成18年 10月～		平成20年4月～			
老人医療費 支給制度前		老人医療費支給制度 (老人福祉法)		老人保健制度														後期高齢者 医療制度	
国 保	3割	老 人	なし	入院300円/日	→1,000円/日	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)	75歳以上	1割負担 (現役並み所得者3割)									
	被用者本人			定額負担	外来400円/月					→500円/日 (月4回まで) +薬剤一部負担	2割負担(※) (現役並み所得者3割) ※1割に凍結								
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													

(注)・1994(平成6)年10月から入院時食事療養費制度創設、2006(平成18)年10月から入院時生活療養費制度創設

・2002(平成14)年10月から3歳未満の乳幼児は2割負担に軽減、2008(平成20)年4月から義務教育就学前へ範囲を拡大

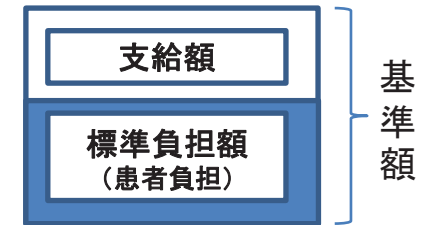
各医療保険制度における給付の内容

給付の種類	概要	給付の内容		
		後期高齢者医療制度	市町村国保	被用者保険
療養の給付	診療、薬剤の支給その他の医療サービス(現物給付)	医療費の1割 (現役並み所得者は3割)	【義務教育就学前の方】医療費の2割	
保険外併用療養費			【70～74歳の方】医療費の2割(1割に凍結中) (現役並み所得者は3割)	
訪問看護療養費			【上記以外の方】医療費の3割	
療養費	医療サービスに係る現物給付ができない等の場合に支給(現金給付)			
入院時食事療養・生活療養費	別紙のとおり			
高額療養費				
高額介護合算療養費				
移送費	医療サービスをうけるために病院等に移送されたとき、その費用として支給(現金給付)	必要な医療を行える最寄りの医療機関まで、その傷病の状態に応じ最も経済的な経路及び方法により移送された場合の交通費等の費用		
葬祭費・埋葬料	被保険者等が死亡したとき、葬祭の費用として支給(現金給付)	広域連合の条例に規定する金額(2～5万円程度)	市町村の条例に規定する金額(1～5万円程度)	5万円
出産育児一時金	出産等の費用として支給(現金給付)	—	原則として38万円(平成23年3月までは42万円)	
出産手当金	被保険者が出産又は傷病により労務に服することができないときに支給(現金給付)	—		1日につき標準報酬日額の3分の2相当額
傷病手当金		広域連合又は市町村の条例に規定して実施することができることとされているが、実施しているところはない。		

【患者負担】

入院時食事療養・生活療養費

- 入院時食事療養費は、保険医療機関に入院したときに必要となる食費について、その一部を支給し、患者負担の軽減を図る仕組み。
- 入院時生活療養費は、65歳以上の方が保険医療機関の療養病床に入院したときに必要となる居住費について、その一部を支給し、患者負担の軽減を図る仕組み。
- それぞれの支給額は、食費及び居住費について定めた「基準額」から、被保険者が負担するものとして定めた「標準負担額」を控除した金額
- 支給方法は、各保険者が被保険者に代わり保険医療機関に直接支払う現物給付方式



<標準負担額の例>

区分	療養病床に入院する 65歳以上の方(※1)	左以外の方 (一般病床など)
一般の方	(食費) 1食460円 (※2) (居住費) 1日320円	1食につき 260円
市町村民税非課税の世帯 に属する方等	(食費) 1食210円 (居住費) 1日320円	1食につき 210円(※3)
上記のうち、世帯全員が 一定の所得以下	(食費) 1食130円 (居住費) 1日320円(※4)	1食につき 100円

(参考)介護保険施設(多床室)に入所している方の例	
標準的な利用者負担額	(食費) 1日1380円 (居住費) 1日320円
年金80万円超で市町村民 税非課税の方	(食費) 1日650円 (居住費) 1日320円
年金80万円以下の方	(食費) 1日390円 (居住費) 1日320円
生活保護を受給している方	(食費) 320円 (居住費) 0円

※1: 難病等の入院医療の必要性の高い方の負担額は、1食260円等(居住費の負担なし。)

※2: 管理栄養士等による栄養管理、適時・適温の食事等が提供されている場合に限る。

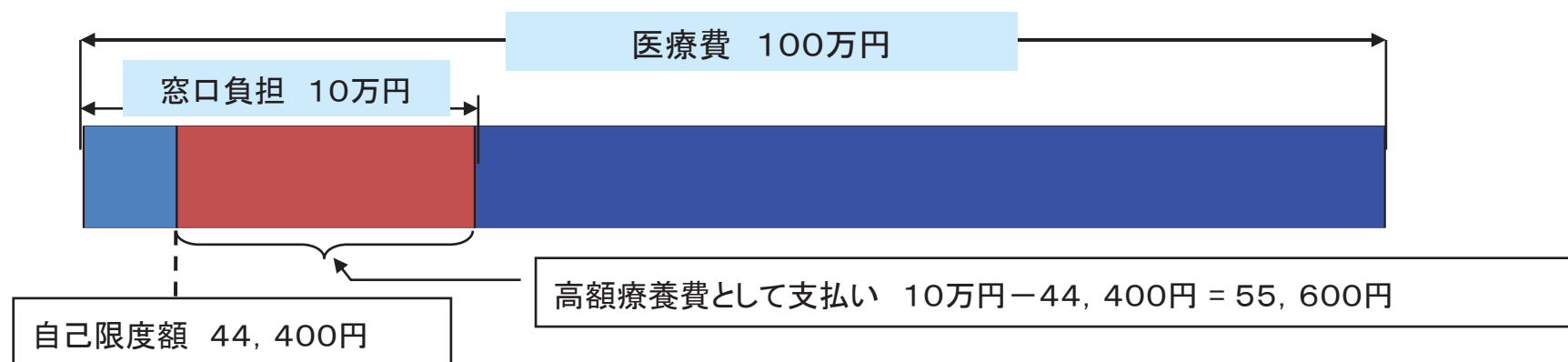
※3 過去1年間の入院日数が90日超の場合、160円

※4 老齢福祉年金受給者の場合はさらに軽減

高額療養費制度の概要

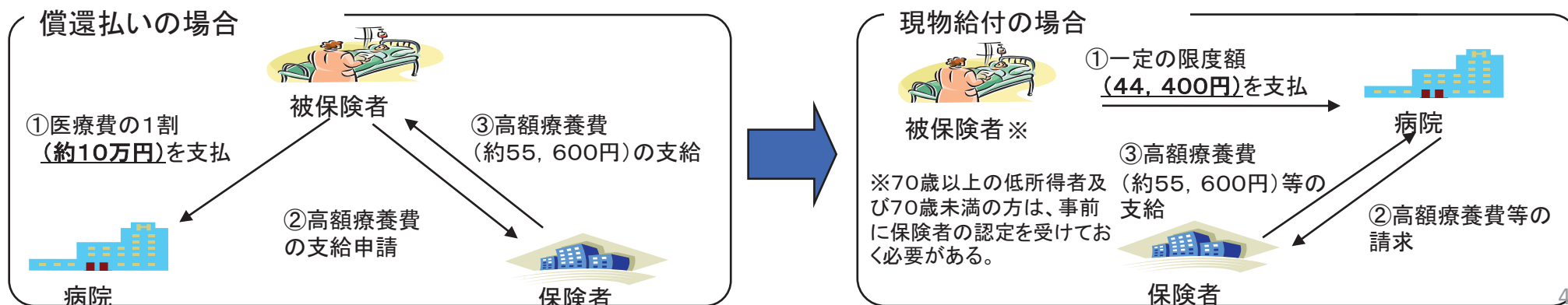
- 高額療養費制度は、被保険者が診療等を受ける際に支払うこととなっている患者負担が過重なものとならないよう、月ごとに限度額を設け、それを超える負担額を各医療保険者から高額療養費として事後的に払い戻す仕組み
- 自己負担限度額は、被保険者等の所得・年齢に応じてきめ細かく設定

<後期高齢者医療制度における一般的なケース（患者負担割合「1割」・限度額「一般」）>



- なお、保険医療機関に入院した場合には、高額療養費を現物給付化し、窓口での支払を自己負担限度額までにとどめている。

(例) 75歳の被保険者(患者負担割合「1割」、自己負担限度額44,400円)が入院し、医療費が約100万円かった場合。



高額療養費の自己負担限度額について

○ 医療保険制度においては、以下のとおり被保険者の所得・年齢に応じて月ごとの患者負担の限度額を設定している。

70歳未満の方	上位所得者 (月収53万円以上)	150,000円+医療費の1% (83,400円) ^{※1}	
	一般	80,100円+医療費の1% (44,400円) ^{※1}	
	低所得者 (市町村民税非課税)	35,400円 (24,600円) ^{※1}	
70歳以上の方		外来(個人ごと)	自己負担限度額 (世帯単位)
	現役並み所得者	44,400円	80,100円+医療費の1% (44,400円) ^{※1}
	一般	12,000円 ^{※2}	44,400円 ^{※2}
	低所得者Ⅱ(市町村民税非課税)	8,000円	24,600円
	低所得者Ⅰ(年金収入80万円以下等)		15,000円

※1 カッコ内の金額は、多数回該当の場合(過去12月に3回以上高額療養費の支給を受けていること)

※2 70~74歳の方については、患者負担割合の見直しの凍結(1割→2割)を踏まえ、限度額も据え置かれているもの。

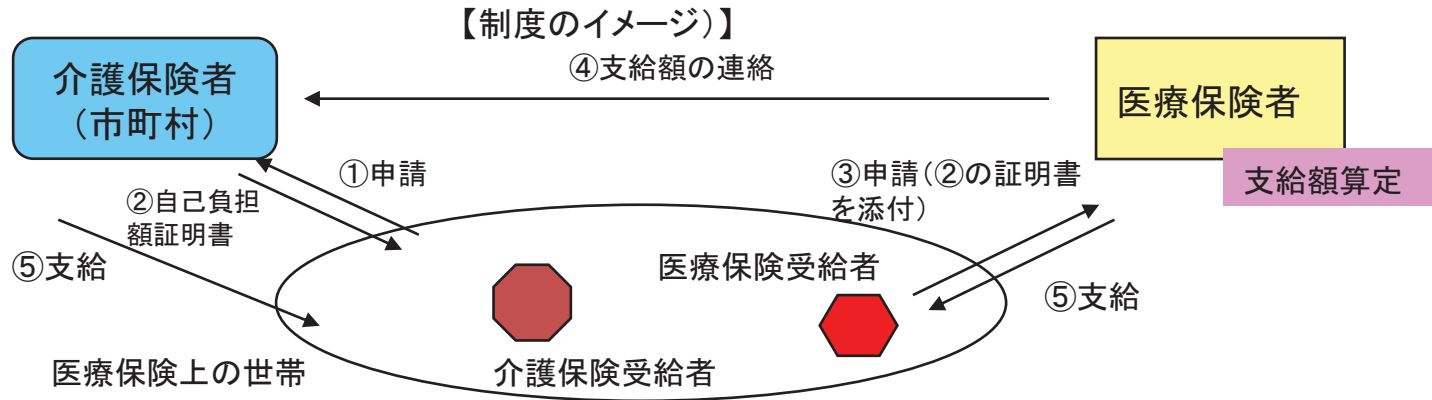
【参考】介護保険制度

所得区分	世帯の上限額
(1) 下記(2)または(3)に該当しない場合	37,200円
(2) ○市町村民税世帯非課税 ○24,600円への減額により生活保護の被保護者とならない場合	24,600円
○市町村民税世帯非課税で[公的年金等収入金額+合計所得金額]が80万円以下である場合 ○市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者	個人15,000円
(3) ①生活保護の被保護者 ②15,000円への減額により生活保護の被保護者とならない場合	①個人15,000円 ②15,000円

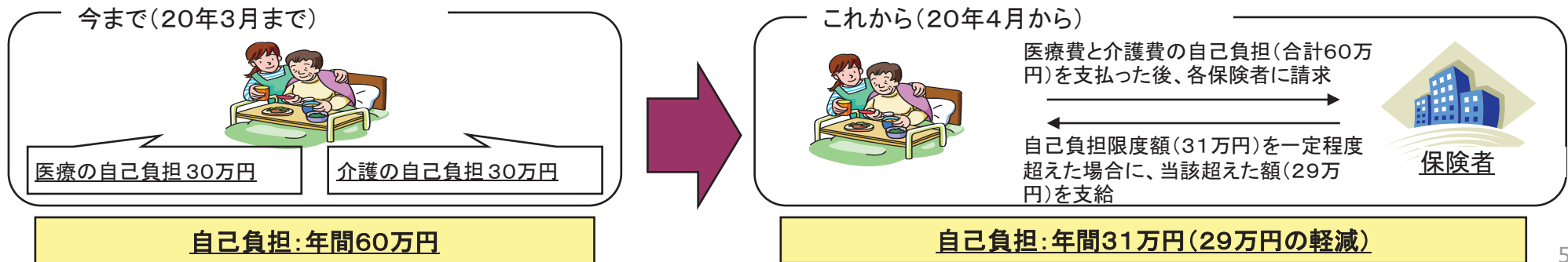
高額介護合算療養費の概要

○ 1年間(毎年8月1日～翌年7月31日)の医療保険と介護保険における自己負担の合算額が著しく高額になる場合に、負担を軽減する仕組み。

- ①支給要件 医療保険上の世帯単位で、医療保険と介護保険の自己負担を合算した額が、限度額及び支給基準額(500円)の合計額を超えた場合に、当該自己負担額を合算した額から限度額を控除した額を支給する。
- ②限度額 年額56万円を基本とし、被保険者の所得・年齢に応じてきめ細かく設定。
- ③費用負担 医療保険者、介護保険者の双方が自己負担額の比率に応じて負担し合う。



○ 夫婦とも75歳以上(住民税非課税)で、夫が医療サービス、妻が介護サービスを受けている世帯の場合
 (医療サービス)病院に入院 (介護サービス)特別養護老人ホームに入所
 (年金収入)夫婦で年間211万円以下(住民税非課税)



高額介護合算療養費の自己負担限度額について

○ 年額56万円(高齢者医療と介護保険の自己負担を合算した額の分布状況を踏まえて設定)を基本とし、被保険者等の所得・年齢に応じてきめ細かく設定している。

		後期高齢者医療制度 +介護保険	被用者保険又は国保 +介護保険 (70歳～74歳がいる世帯(※1))	被用者保険又は国保 +介護保険 (70歳未満がいる世帯(※2))
現役並み所得者 (上位所得者)		67万円	67万円	126万円
一般		<u>56万円</u>	62万円 →56万円(※3)	67万円
低所得者	Ⅱ	31万円	31万円	34万円
	Ⅰ	19万円	19万円	

※1・2 対象となる世帯に、70～74歳の方と70歳未満の方が混在する場合には、

①70～74歳の方に係る自己負担の合算額に、(※1)の区分の自己負担限度額を適用した後、

②なお残る負担額と、70歳未満の方に係る自己負担の合算額とを合算した額に、(※2)の区分の自己負担限度額を適用する。

※3 70～74歳の患者負担割合の見直し(1割→2割)の凍結を踏まえ、限度額についても75歳以上の方と同等に設定

現役並み所得者について

- 70歳以上の方の患者負担(保険医療機関の窓口で支払う金額)の割合は、原則「1割」としているが、現役世代と同等の負担能力を有する方については、現役世代と同じ「3割」を負担していただくこととしている。

【要件】

後期高齢者医療制度	世帯内に課税所得※1の額が145万円※2以上の被保険者がいる場合
国民健康保険	世帯内に課税所得の額が145万円以上の被保険者(70～74歳の方に限る。)がいる場合
被用者保険	被保険者が70歳以上であって、その方の標準報酬月額が28万円※3以上である場合

※1 収入から公的年金等控除、必要経費、基礎控除、給与所得控除等の地方税法上の控除金額を差し引いた後の額。

※2 現役世代の夫婦2人世帯をモデルとし、平成16年度の政管健保平均標準報酬月額を基礎として、現役世代の平均収入額を算出し(約383万円)、その金額から諸控除を差し引き、現役世代の平均的な課税所得を算出したもの。

※3 平成16年度の政管健保平均標準報酬月額

- ただし、上記の場合であっても、以下の要件に該当する場合は、負担割合は「1割」となる。

【要件】

後期高齢者医療制度	世帯の被保険者全員の収入※1の合計額が520万円※2未満(世帯の被保険者が一人の場合は、383万円※3未満)である場合等
国民健康保険	世帯の被保険者(70～74歳の方に限る。)全員の収入の合計額が520万円未満(世帯の被保険者(70～74歳の方に限る。)が一人の場合は、383万円未満)である場合等
被用者保険	被保険者及びその被扶養者(70～74歳の方に限る。)の収入の合計額が520万円未満(被扶養者(70～74歳の方に限る。)がいない場合は、383万円未満)である場合等

※1 地方税法上の収入額であり、公的年金等控除、必要経費等を差し引く前の金額。

※2 高齢者複数世帯のモデルを設定し、その世帯の課税所得が145万円となるような収入額を算出したもの。

145万円+(基礎控除(33万円)+給与所得控除(90万円)+配偶者控除(38万円)+社会保険料控除(14万円)+公的年金等控除(199万円)) ÷ 520万円

※3 高齢者単身世帯のモデルを設定し、その世帯の課税所得が145万円となるような収入額を算出したもの。

145万円+(基礎控除(33万円)+給与所得控除(73万円)+社会保険料控除(11万円)+公的年金等控除(120万円)) ÷ 383万円

4. 医療サービス

後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方

～平成19年4月11日 社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会～

後期高齢者の心身の特性

- 1 老化に伴う生理的機能の低下により、治療の長期化、複数疾患への罹患(特に慢性疾患)が見られる。
- 2 多くの高齢者に、症状の軽重は別として、認知症の問題が見られる。
- 3 新制度の被保険者である後期高齢者は、この制度の中で、いずれ避けることのできない死を迎えることとなる。

基本的な視点

- 1 後期高齢者の生活を重視した医療
- 2 後期高齢者の尊厳に配慮した医療
- 3 後期高齢者及びその家族が安心・納得できる医療

後期高齢者医療における課題

- 1 複数の疾患を併有しており、併せて心のケアも必要。
- 2 慢性的な疾患のために、その人の生活に合わせた療養を考えることが必要。
- 3 複数医療機関を頻回受診し、検査や投薬が多数・重複となる傾向。
- 4 地域における療養を行えるよう、弱体化している家族及び地域の介護力をサポートしていく必要。
- 5 患者自身が、正しく理解をして自分の治療法を選択することの重要性が高い。

後期高齢者にふさわしい医療の体系

- 1 急性期入院医療にあっても、治療後の生活を見越した高齢者の評価とマネジメントが必要
- 2 在宅(居住系施設を含む)を重視した医療
 - ・ 訪問診療、訪問看護等、在宅医療の提供
 - ・ 複数疾患を抱える後期高齢者を総合的に診る医師
 - ・ 医療機関の機能特性に応じた地域における医療連携
- 3 介護保険等他のサービスと連携の取れた一体的なサービス提供
- 4 安らかな終末期を迎えるための医療
 - ・ 十分に理解した上での患者の自己決定の重視
 - ・ 十分な疼痛緩和ケアが受けられる体制

後期高齢者の心身の特性等にふさわしい診療報酬については、この「基本的考え方」に基づき、今後、診療報酬体系の骨子を取りまとめるべく検討を進める。

平成22年度診療報酬改定の基本方針

平成21年12月8日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

抜 粋

I 平成22年度診療報酬改定に係る基本的考え方

2. 改定の視点

- また、患者の視点に立った場合、質の高い医療をより効率的に受けられるようにすることも求められるが、これを実現するためには、国民一人一人が日頃から自らの健康管理に気を付けることはもちろんのこと、生活習慣病等の発症を予防する保健施策との連携を図るとともに、医療だけでなく、介護も含めた機能分化と連携を推進していくことが必要である。
このため、「**医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点**」を今回の診療報酬改定の視点の一つとして位置付けるべきである。

II 平成22年度診療報酬改定の基本方針（2つの重点課題と4つの視点から）

(3) 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

- 患者一人一人の心身の状態にあった質の高いサービスをより効率的に受けられるようにするためには、医療と介護の機能分化と連携を推進していくことなどが必要であり、医療機関・介護事業所間の連携や医療職種・介護職種間の連携などを推進していくことが必要である。
- このため、質が高く効率的な急性期入院医療や回復期リハビリテーション等の推進や、在宅医療や訪問看護、在宅歯科医療の推進など、医療と介護の機能分化と連携などに対する適切な評価について検討するべきである。
- その際には、医療職種はもちろんのこと、介護関係者をも含めた多職種間の連携などに対する適切な評価についても検討するべきである。

III 後期高齢者医療の診療報酬について

- 75歳以上の方のみに適用される診療報酬については、若人と比較した場合、複数の疾病に罹患しやすく、また、治療が長期化しやすいという高齢者の心身の特性等にふさわしい医療を提供するという趣旨・目的から設けられたものであるが、行政の周知不足もあり、高齢者をはじめ国民の方々の理解を得られなかったところであり、また、中央社会保険医療協議会が行った調査によれば、必ずしも活用が進んでいない実態等も明らかになったところである。
- このため、75歳以上という年齢に着目した診療報酬体系については、後期高齢者医療制度本体の見直しに先行して廃止することとするが、このような診療報酬が設けられた趣旨・目的にも配慮しつつ、具体的な報酬設定を検討することとするべきである。

平成22年度診療報酬改定の概要

全体改定率 +0.19% (約700億円)

⇒ **10年ぶりのネットプラス改定**

診療報酬(本体) +1.55% (約5,700億円)

医科 +1.74%
(約4,800億円)

入院 +3.03%
(約4,400億円)
外来 +0.31%
(約400億円)

急性期入院医療に概ね4000億円を配分

歯科 +2.09% (約600億円)

調剤 +0.52% (約300億円)

薬価等 ▲1.36% (約5,000億円)

社会保障審議会の「基本方針」

1. 重点課題

- ・救急、産科、小児、外科等の医療の再建
- ・病院勤務医の負担軽減

2. 4つの視点

充実が求められる領域の評価 など

3. 後期高齢者という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

重点課題への対応

- ・ 救命救急センター、二次救急医療機関の評価
- ・ ハイリスク妊産婦管理の充実、ハイリスク新生児に対する集中治療の評価
- ・ 手術料の引き上げ、小児に対する手術評価の引き上げ
- ・ 医師事務作業補助体制加算の評価の充実、多職種からなるチーム医療の評価

4つの視点(充実が求められる領域の評価、患者から見てわかりやすい医療の実現など)

- ・ がん医療・認知症医療・感染症対策・肝炎対策の推進、明細書の無料発行 など

後期高齢者医療の診療報酬について

- ・ 75歳という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

後期高齢者医療の診療報酬について

後期高齢者診療料関連の点数の廃止

- ・心身全体の管理を行う担当医の評価は高齢者に限って行われるべきでない
- ・本点数と機能が重複している生活習慣病管理料を全年齢対象とする

後期高齢者診療料 600点 → 廃止

後期高齢者終末期相談支援料関連の点数の廃止

診療報酬上評価することについて国民的合意が得られていない

後期高齢者終末期相談支援料 200点 → 廃止

その他の後期高齢者関連点数について

※「後期高齢者」との名称はすべて削除

➤ 原則として全年齢に拡大

(例) 後期高齢者特定入院基本料 → 特定入院基本料

(退院支援状況報告書の提出により従来と同じ扱い)

後期高齢者在宅療養口腔機能管理料 → 歯科疾患在宅療養管理料

後期高齢者退院時薬剤情報提供料
薬剤管理指導料退院時服薬指導加算 } → 退院時薬剤情報管理指導料



➤ その他の見直し

(例) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料 → 廃止 (栄養サポートチーム加算で対応)

後期高齢者退院調整加算 → 急性期病棟等退院調整加算

(介護との連携促進のため、65歳以上等を対象に)

平成22年度診療報酬改定における主要改定項目について

V 高齢者医療の診療報酬についての診療報酬について

第1 基本的な考え方

社会保障審議会医療保険部会において、75歳以上という年齢に着目した診療報酬体系については、後期高齢者医療制度本体の見直しに先行して廃止することとされた。この方針に基づき、診療報酬体系において「後期高齢者」という名称を削除するとともに、各項目の趣旨・目的を踏まえた見直しを行い、原則として対象者を全年齢に拡大する。

第2 具体的な内容

1. 対象者を全年齢に拡大する項目

(1) 医科診療報酬における項目

①後期高齢者特定入院基本料

後期高齢者特定入院基本料について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、対象者を全年齢に拡大する。ただし、新たに対象となる患者については、退院支援状況報告書の提出により当該入院基本料の算定ではなく従来どおりの出来高による算定も可能とする。

「重点課題2-1-①」の第2の5. を参照のこと。

→（参照）5. 後期高齢者特定入院基本料について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、75歳以上に限定していた対象年齢の要件を廃止する。ただし、新たに対象となる患者については、退院支援状況報告書の提出により、当該入院基本料の算定ではなく、従来どおりの出来高による算定も可能とする。

現 行	改定案
<p>【後期高齢者特定入院基本料】（1日につき） [対象者] 特定患者（高齢者医療確保法の規定による療養の給付を受ける者（以下「後期高齢者」という。）である患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。））</p>	<p>【特定入院基本料】（1日につき） [対象者] 特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。））</p>

②薬剤情報提供料の後期高齢者手帳記載加算

現在、入院中又は入院外において使用又は投薬された主な薬剤や副作用の情報を、薬剤の重複投与や副作用の防止等の観点から、薬剤服用歴を経時的に管理できる手帳（いわゆる「お薬手帳」）に記載し、地域の医療機関や薬局で共有し、管理できるようにする取組を現行上評価している。

こうした薬剤管理に係る取組は年齢を問わず重要であることから、対象者を全年齢に拡大する。ただし、必ずしも「お薬手帳」への記載を要しない場合もあることから、患者の求めがあった場合にのみ算定することとする。

現 行	改定案
<p>【薬剤情報提供料】 10点 注2 後期高齢者手帳記載加算 5点 後期高齢者である患者に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の手帳に記載した場合に、所定点数に加算。</p>	<p>【薬剤情報提供料】 10点 注2 手帳記載加算 3点 改 処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、所定点数に加算。</p>

③後期高齢者退院時薬剤情報提供料

後期高齢者が入院中に服用した主な薬剤の情報の管理が退院後も継続的に行えるような取組を現行上評価している。

こうした薬剤管理に係る取組は年齢を問わず重要であることから、対象者を全年齢に拡大するとともに、現在では同趣旨の評価であるため併算定できないこととされている薬剤管理指導料の退院時服薬指導加算と統合した評価とする。

現 行	改定案
<p>【後期高齢者退院時薬剤情報提供料】 100点</p> <p>注 後期高齢者である患者の入院時に、当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した場合に、退院の日1回に限り算定する。</p> <p>【薬剤管理指導料】 注 退院時服薬指導加算 50点 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合は退院の日1回に限り、加算する。</p>	<p>【退院時薬剤情報管理指導料】 90点 改</p> <p>注 患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日1回に限り算定する。</p> <p>（廃止）</p>

④後期高齢者処置及び後期高齢者精神病棟等処置料

医療機関において褥瘡等を予防する取組を促進するため、入院期間が1年を超える後期高齢者に対して褥瘡等の処置を行った場合の費用を現行上包括評価としている。

こうした長期の入院医療を要する患者における褥瘡等の予防は年齢を問わず重要であることから、対象者を全年齢に拡大する。

現 行	改定案
<p>【後期高齢者処置】 (1日につき) 12点 注1 <u>高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であって、入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</u></p> <p>2 当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>【後期高齢者精神病棟等処置料】 15点 注1 <u>高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であって、結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対して、創傷処置や皮膚科軟膏処置を行った場合、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</u></p> <p>イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。） (1) 100cm²以上 500cm²未満 (2) 500cm²以上 3,000cm²未満</p> <p>ロ 皮膚科軟膏処置 (1) 100cm²以上 500cm²未満 (2) 500cm²以上 3,000cm²未満</p>	<p>【長期療養患者褥瘡等処置】 (1日につき) 24点 改 注1 入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>2 当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>【精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置】 30点 改 注1 結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対して、創傷処置や皮膚科軟膏処置を行った場合、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。） (1) 100cm²以上 500cm²未満 (2) 500cm²以上 3,000cm²未満</p> <p>ロ 皮膚科軟膏処置 (1) 100cm²以上 500cm²未満 (2) 500cm²以上 3,000cm²未満</p>

(2) 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料（歯科診療報酬）

在宅歯科医療が必要な患者に対して、その身心の特性や歯科疾患の罹患状況等を総合的に勘案し、よりきめ細かな歯科疾患等の管理を行うため、後期高齢者口腔機能管理料を廃止し、歯科疾患在宅療養管理料を新設する。

「Ⅲ－5」の第2の3. を参照のこと。

→（参照）3. 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料の廃止及び歯科疾患在宅療養管理料の新設

在宅歯科医療が必要な患者に対して、その身心の特性や歯科疾患の罹患状況等を総合的に勘案し、よりきめ細かな歯科疾患等の管理の評価を行うため、後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を廃止し、歯科疾患在宅療養管理料を新設する。

後期高齢者在宅療養口腔機能管理料（月1回）180点 → 廃止

新 歯科疾患在宅療養管理料（月1回）
在宅療養支援歯科診療所の場合 140点
（口腔機能管理加算 50点）
その他の場合 130点

[算定要件]

- (1) 在宅療養支援歯科診療所又はその他の歯科保険医療機関に属する保険医である歯科医師が、在宅又は社会福祉施設等において療養を行っている通院困難な患者に対して歯科訪問診療料を算定した場合であって、歯科診療を行うに当たり、当該患者の心身の特性や、歯科疾患の状態、口腔機能の状態、総合的な医療管理の必要性等を踏まえ、継続的な管理を行う必要がある患者を対象とする。
- (2) 患者又はその家族の同意を得て、管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、管理計画書を提供した場合又は1回目の歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者に対して提供した管理計画書に基づく継続的な管理を行っている場合であって、その内容について説明を行い、当該管理計画書を提供した場合に月1回に限り算定する。
- (3) 2回目の歯科疾患在宅療養管理料は、1回目の歯科疾患在宅療養管理料の算定月の翌月以降月1回に限り算定する。
- (4) 管理計画書には、患者の基本情報（全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況等）、口腔内の状態、実施した検査結果の要点等の情報を記載する。
- (5) 在宅療養支援歯科診療所に属する歯科医師が当該患者の口腔内の状態に応じて口腔機能評価を行い、当該評価結果を踏まえて管理を行った場合には、口腔機能管理加算として、月1回に限り所定点数に加算する。
- (6) 歯科疾患管理料、歯科特定疾患療養管理料及び歯科矯正管理料は別に算定できない。

(3) 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料（調剤報酬）

現行の後期高齢者薬剤服用歴管理指導料については、後期高齢者以外の患者における薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料を統合した評価となっているが、これを見直し、後期高齢者以外の患者に合わせて別の評価体系とする（年齢に関係なく、薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料による評価に統一する。）。

「Ⅲ－7－④」を参照のこと。

→（参照）④ 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料の見直し

第1 基本的な考え方

現行の後期高齢者薬剤服用歴管理指導料については、後期高齢者以外の患者における薬剤服用歴管理指導料（患者の薬歴を踏まえた上での薬剤に関する基本的な説明と服薬指導に対する評価）と薬剤情報提供料（「お薬手帳」に薬剤情報や注意事項を記載することに対する評価）を統合した評価となっているが、これを見直し、後期高齢者以外の患者に合わせて別個の評価体系とする（年齢に関係なく、薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料による評価に統一する。）。

第2 具体的な内容

現 行	改定案
<p>【後期高齢者薬剤服用歴管理指導料】 （処方せんの受付1回につき） 35点</p> <p>注 後期高齢者である患者について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと</p> <p>ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと</p> <p>ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】 （処方せんの受付1回につき） 30点</p> <p>注 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと</p> <p>ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと</p> <p>【薬剤情報提供料】 （処方せんの受付1回につき） 15点 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回（処方内容に変更があった場合は、その変更後月4回）に限り算定する</p>

2. 特に議論のあった項目

(1) 後期高齢者診療料関連

重複疾患を有しやすい等の後期高齢者の特性に配慮し、心身全体の管理を行う担当医の評価を行ったものであったが、こうした取組は高齢者に限って行われるべきものでないことから、廃止する。

その上で、本点数と機能が重複している生活習慣病管理料について、年齢要件を廃止し、全年齢を対象とする。

現 行	改定案
【後期高齢者診療料】 （1月につき） 600点	（廃止）
【後期高齢者外来患者緊急入院診療加算】 （入院初日） 500点	（廃止）
【後期高齢者外来継続指導料】 （退院後最初の診療日） 200点	（廃止）

(2) 後期高齢者終末期相談支援料関連

終末期に関する医療従事者との話し合いについては国民からも望まれているものの、それを診療報酬上評価することについては国民的合意が得られていない。こうした検証結果を踏まえ、現在凍結されている後期高齢者終末期相談支援料を廃止する。

現 行	改定案
【後期高齢者終末期相談支援料（医科）】 （1回限り） 200点	（廃止）
【後期高齢者終末期相談支援料（調剤）】 （1回限り） 200点	（廃止）
【後期高齢者終末期相談支援加算】 （1回限り） 200点	（廃止）

3. 例外的な見直しを行う項目

(1) 診療所後期高齢者医療管理料

有床診療所における初期加算の新設、医師配置加算の見直し、入院基本料等加算の拡充に伴い、診療所後期高齢者医療管理料は廃止する。なお、当該点数を算定していた有床診療所については、介護保険サービスにおける短期入所療養介護の施設基準を満たすことから、引き続き同様のサービスを提供することが可能である。

「重点課題1-3-②」の第2の1.の(4)を参照のこと。

→（参照）有床診療所の一般病床が有する後方病床機能の評価

地域医療を支える有床診療所の一般病床において、急性期の入院医療を経た患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護施設の入所者を受入れた場合の入院早期の評価を新設する。また、複数の医師を配置している場合の評価に関し、地域医療を支えている有床診療所について評価を引き上げる。併せて、診療所後期高齢者医療管理料は廃止する。

(2) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料

今回改定で新設される栄養サポートチーム加算において、低栄養の高齢者に対する栄養管理の評価を含んでいることから、後期高齢者退院時栄養・食事指導料は廃止する。

「重点課題2-1-②」の第2の2.(2)を参照のこと。

→（参照）(2) 栄養サポートチーム加算の新設に合わせ、後期高齢者退院時栄養・食事指導料は廃止する。

(3) 後期高齢者総合評価加算

病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な機能評価を行うことを評価した後期高齢者総合評価加算について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、評価の内容に、退院後を見越した介護保険によるサービスの必要性等を位置付け、対象者を65歳以上の患者等に拡大する。

「Ⅲ-6」の第2の1.を参照のこと。

→（参照）1. 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な機能評価を行うことを評価した後期高齢者総合評価加算について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、評価の内容に、退院後を見越した介護保険によるサービスの必要性等を位置付け、対象者を65歳以上の患者等に拡大する。

現 行	改定案
<p>【後期高齢者総合評価加算】 (入院中1回) 50点 保険医療機関が、入院中の後期高齢者である患者に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。</p>	<p>【総合評価加算】 改 (入院中1回) 50点 <u>保険医療機関が、入院中の患者（65歳以上の者及び40歳以上65歳未満の者であって介護保険法（平成9年法律第123号）第7条第3号に規定する要介護者又は同条第4号に規定する要支援者に該当することが見込まれる者に限る）</u> に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲、<u>退院後の介護サービスの必要性等</u>について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。</p>

(4) 後期高齢者退院調整加算

後期高齢者退院調整加算について、急性期治療を受け、病状の安定が見込まれた患者について、必要に応じて医療と介護が切れ目なく提供されるよう、介護保険サービスの活用も含めて支援する観点から、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、対象者を65歳以上の患者等に拡大する。

「重点課題2-3-①」の第2の2. を参照のこと。

→(参照) 2. 主に急性期医療を担う病棟における退院調整加算の新設

後期高齢者退院調整加算について、急性期治療を受け、病状の安定が見込まれた患者について、必要に応じて医療と介護が切れ目なく提供されるよう、介護保険サービスの活用も含めて支援する観点から、名称変更及び対象年齢の拡大を行う。

改 急性期病棟等退院調整加算1 140点(退院時1回)
 急性期病棟等退院調整加算2 100点(退院時1回)

[対象患者]

65歳以上の患者又は40歳以上の特定疾病を有する患者であって、一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)又は専門病院入院基本料(いずれも特定入院基本料を除く。)を算定している患者。

[算定要件]

適切なサービスの選択や手続き等について、患者及び患者家族に必要な情報提供や、適切な施設への転院等の手続きを行った場合に算定する。

[施設基準]

急性期病棟等退院調整加算1:退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師及び専任の社会福祉士又は専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。

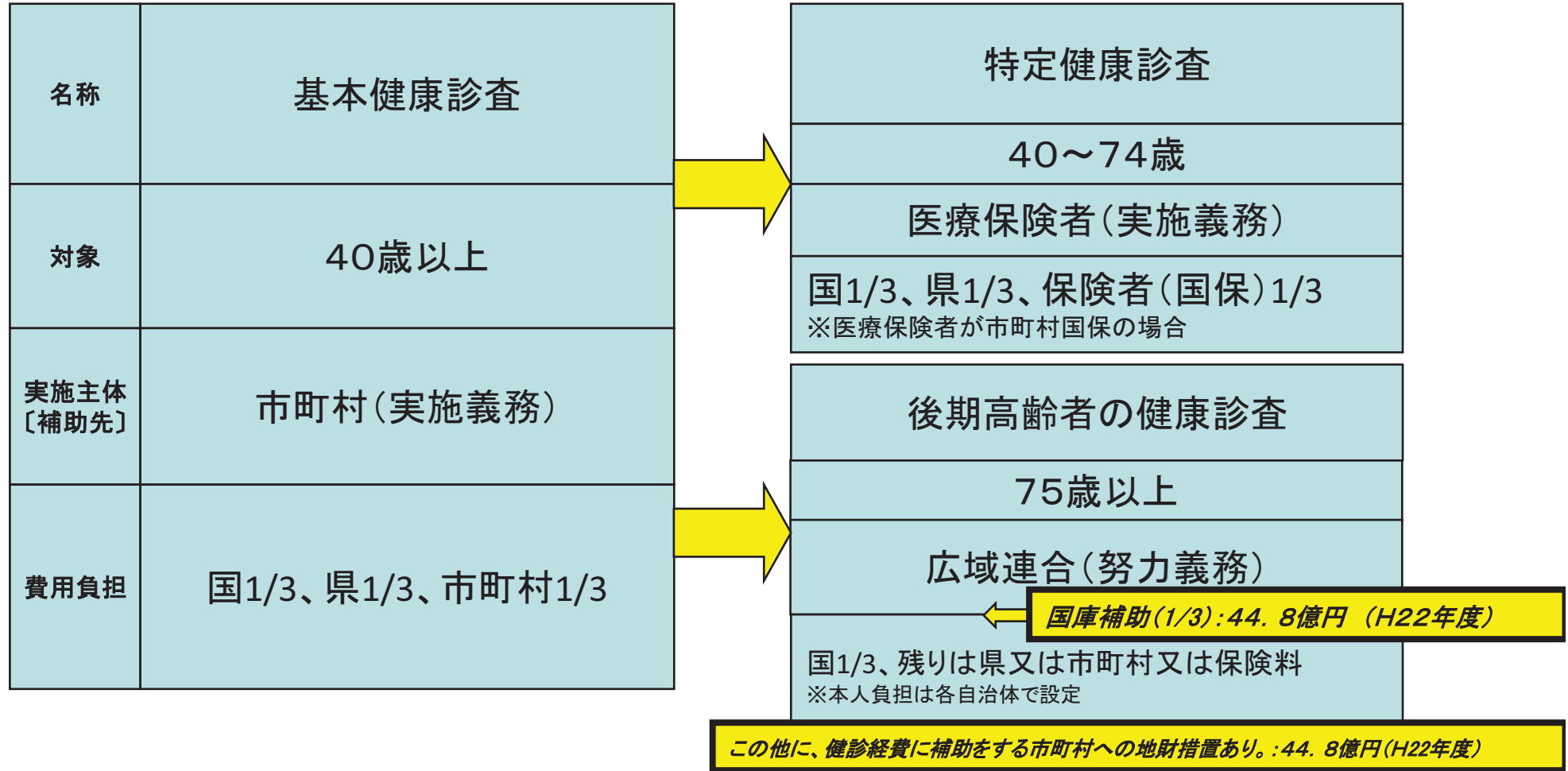
急性期病棟等退院調整加算2:退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。

5. 保健事業等

後期高齢者の健康診査について

老人保健法(～H19)

高齢者医療確保法(H20～)



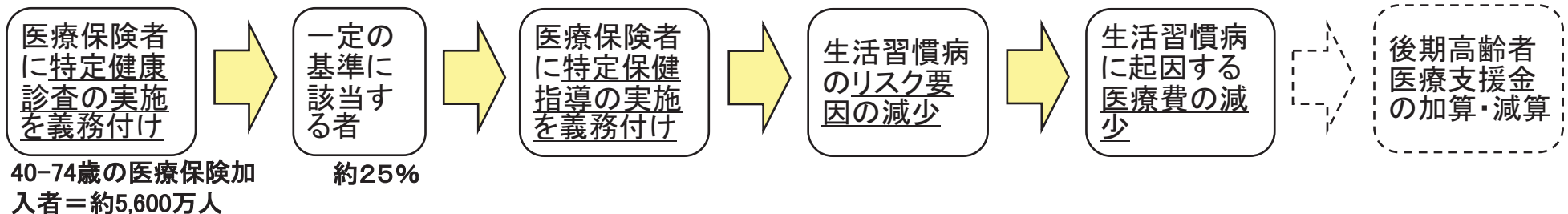
特定健診・特定保健指導について

基本的な枠組み

- 医療保険者(国保・被用者保険)に対し、40歳以上の被保険者・被扶養者を対象とする、内臓脂肪型肥満に着目した健診及び保健指導の事業実施を義務づけ(平成20年度より)。

主な内容

- 各医療保険者は、作成した特定健康診査等実施計画に基づき、計画的に健診・保健指導を実施
- 健診によって発見された要保健指導者に対する保健指導の徹底を図る。
- 被用者保険の被扶養者等については、地元の市町村で健診・保健指導を受けられるよう配慮
 - ⇒ 医療保険者は、集合契約等により、市町村国保における事業提供の活用が可能(費用負担及びデータ管理は、利用者の属する医療保険者が行う)
 - ⇒ 都道府県ごとに設置される保険者協議会において、都道府県が中心になって、効率的なサービス提供がなされるよう、各医療保険者間の調整や助言を行う。
- 医療保険者は、健診結果のデータを有効に活用し、保健指導を受ける者を効率的に選定するとともに、事業評価を行う。また、被保険者・被扶養者に対して、健診等の結果の情報を保存しやすい形で提供する。
- 市町村国保や被用者保険(被扶養者)の健診について、一部公費による支援措置を行う。



特定健康診査と75歳以上の健康診査の健診項目比較

○ 75歳以上の健康診査の健診項目については、腹囲の計測を除き、特定健診と同様。

健診項目		特定健診	健康診査(75歳以上)
問診	服薬歴、既往歴、生活習慣に関する項目	○	○
	自覚症状等	○	○
計測	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	血圧	○	○
	腹囲	○	
診察	理学的所見(身体診察)	○	○
脂質	中性脂肪	○	○
	HDL	○	○
	LDL	○	○
肝機能	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
代謝系	空腹時血糖	■	■
	ヘモグロビンA1c	■	■
尿・腎機能	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
貧血検査 (血液一般)	血色素量	●	●
	赤血球数	●	●
	ヘマトクリット値	●	●
心機能	心電図検査	●	●
眼底検査	眼底検査	●	●
医師の判断	医師の判断欄の記載	○	○

○: 必須項目

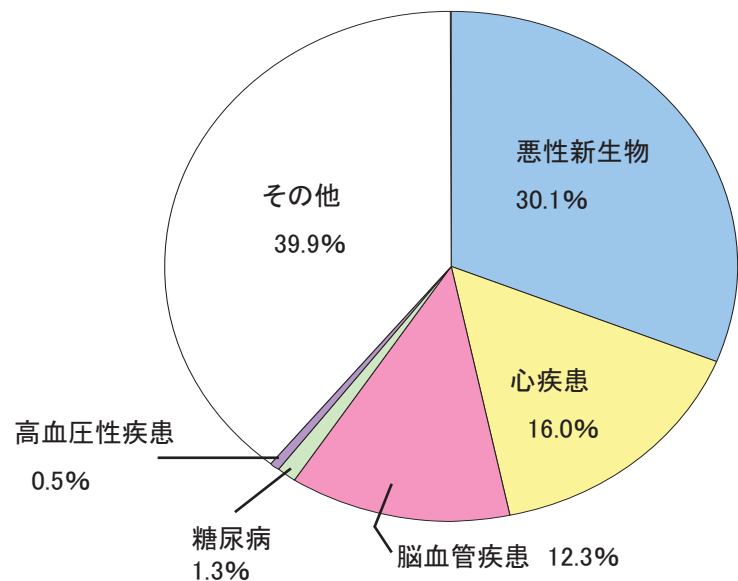
●: 医師の判断に基づき選択的に実施する項目

■: 空腹時血糖とヘモグロビンA1cのいずれか一方を実施

生活習慣病対策について

生活習慣病は死亡割合の約6割を占めている。

死因別死亡割合(平成17年) 生活習慣病・・・60.1%

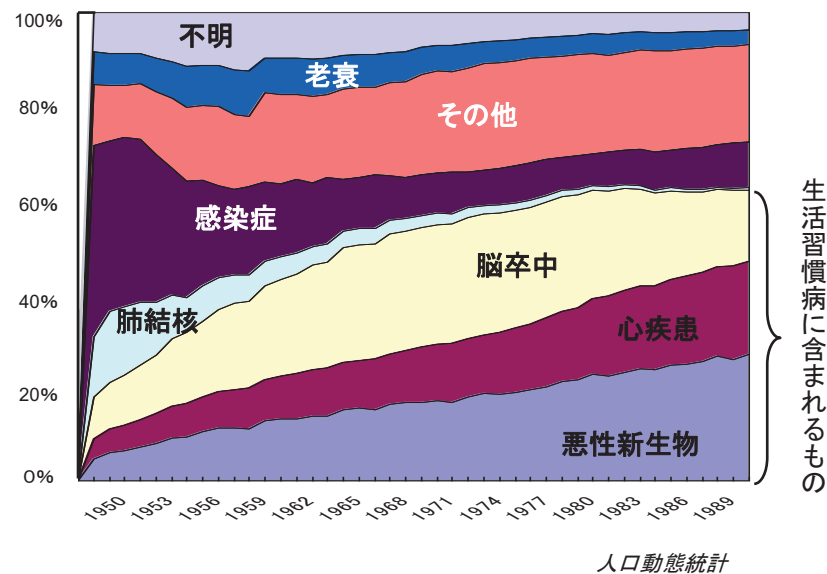


(注)人口動態統計(平成17年)により作成

※ 生活習慣病に係る医療費は、国民医療費(約33兆円)の約3分の1(10.7兆円)(平成17年)

我が国の疾病構造は感染症から生活習慣病へと変化している。

我が国における死因別死亡割合の経年変化
(死亡割合1947-1989)



総合的な生活習慣病対策の実施が急務

→ 短期的な効果は必ずしも大きくないが、中長期的には、健康寿命の延伸、医療費の適正化等への重要なカギとなる。

医療制度改革において、生活習慣病予防の観点から、メタボリックシンドロームの概念を踏まえた、医療保険者による健康診査や保健指導を導入(平成20年度より実施)

後期高齢者医療制度の保健事業等について

健康診査の充実

財政支援について

<国の支援> 平成22年度については、受診率の向上を見込み、9.6億円(前年度比27%)増額。

この他に市町村への地方財政措置あり
44.8億円

平成20年度 30.4億円

平成21年度 35.2億円

平成22年度 44.8億円

受診率 21%(実績)

受診率 24%(実績見込)

受診率 27%(予算ベース)

【参考】平成19年度受診率 26% (老人保健制度における基本健康診査受診率)

<都道府県の支援> 11都道府県 約11.4億円(平成21年度)

<市町村の支援> 9広域連合管内の296市町村 約8.5億円(平成21年度)

受診率向上計画の策定について

各広域連合において、市区町村等と協議の上、

- ① 平成22年度目標受診率
- ② 目標受診率達成に向けた具体的な取組

を掲げた健康診査受診率向上計画を策定したところであり、各広域連合において、計画に基づく取組を着実に実施。

人間ドックの再開

これまでの対応

平成20年7月より、各広域連合に対する特別調整交付金を活用して、後期高齢者の健康づくりのための「長寿・健康増進事業」の一環として、市町村における人間ドックの実施を含め支援しているところ。

【平成20年度交付額】 長寿・健康増進事業 約10.7億円(うち人間ドックへの助成 約2.3億円)

【平成21年度交付額】 長寿・健康増進事業 約19.7億円(うち人間ドックへの助成 約5.4億円)

【実施市区町村数】 723(19年度末) → 141(20年5月) → 234(20年度末) [うち166市区町村が交付金を活用]
→ 373(21年度) [うち276市区町村が交付金を活用]

実施に向けた検討について

各広域連合において、従来人間ドックを実施していた市区町村等に、長寿・健康増進事業の周知と次年度の実施に向けた検討を要請するよう重ねて依頼(H21.10・H22.1)。

長寿・健康増進事業の実施

事業のねらい

平成20年7月から、広域連合が高齢者の健康づくりに取り組む事業を支援するため、特別調整交付金の一部を活用して、「長寿・健康増進事業」を実施している。

事業内容

- (ア)健康教育・健康相談事業
- (イ)健康に関するリーフレットの提供
- (ウ)スポーツクラブ、保養施設等の利用助成
- (エ)スポーツ大会、レクリエーションの運営費の助成
- (オ)その他、被保険者の健康増進のための事業(人間ドック等助成事業・はり・きゅう等助成事業・運動教室等実施事業等)

広域連合の行うモデル的な事業の支援

「長寿健康増進事業」では、広域連合の行うモデル的な事業については、特に重点的に支援を行っている。

高齢者健康づくり基盤整備モデル推進事業(滋賀県広域連合)

目的 …高齢者の健康増進を推し進めるため、介護保険との連携による地域での高齢者の居場所づくりや生きがい活動(元気づくり)を推進し、重複頻回受診訪問指導のあり方を検討することにより、高齢者の健康寿命の延伸を図り、適正な医療受診を目指すモデル事業に取り組む。

事業内容 …保健・医療・福祉の関係者で構成するモデル推進委員会を設置するとともに、専門知識を有する京都大学医学部に業務委託し、健康づくり施策等の成果が上がっている市町などの先進事例の調査・研究を行い、この結果を踏まえて、モデル市町に対し、健康づくり施策の構築・重複頻回受診等に対する指導・支援を行う。

高齢者元気づくり事業「いきいき教室」(鹿児島県広域連合)

目的 …元気で長生きする高齢者の健康づくりを支援する保健事業を実施することにより、将来における医療費の伸びの鈍化を目指す。

事業内容 …県域を3地区に分け、各地区から老人クラブを各2団体(運動実施群と未実施群)を選出する。

ア 運動実施群

- (1)「いきいき教室」において習得した筋力アップ運動や筋膜マッサージを2か月間行い、この運動実施期間の前後に、
 - ①体力測定及び②アンケート調査を実施し、筋力アップ運動や筋膜マッサージの効果を調査する。
 - (2)医療費の変動を追跡し、筋力アップ運動や筋膜マッサージの効果を調査する。

イ 未実施群

筋力アップ運動や筋膜マッサージの効果を検証するために、筋力アップ運動や筋膜マッサージ未実施者に対しても同様の上記ア(1)－②アンケート調査と(2)医療費調査を行い、比較分析する。

医療費の効率化を図るための事業

重複・頻回受診者への訪問指導の強化

レセプト情報等により選定した重複・頻回受診者に対して、保健師等による適正受診の促進のための訪問指導を実施。

重複受診者：同一傷病について、同一診療科目の複数の医療機関に同一月内に受診した方（概ね3箇所以上を3ヶ月連続）
（診療所からの紹介や検査のための重複受診は除く）

頻回受診者：同一傷病について、同一月内に同一診療科目を多数受診した方（概ね15回以上を3ヶ月連続）

【実施状況】 <平成20年度> 12広域連合 <平成21年度> 14広域連合

後発医薬品の使用促進等のための普及・啓発

後発医薬品の使用促進のためのチラシ・パンフレット等の作成・配布やジェネリック医薬品希望カード（患者がジェネリック医薬品の処方・調剤を希望する際に医療機関や薬局の窓口に提示する意思表示カード）の作成・配布。

【実施状況】 <平成20年度> 25広域連合 <平成21年度> 37広域連合※
※うち23広域連合においてジェネリック医薬品希望カードを作成（平成21年度）
※平成22年度から後発医薬品利用差額通知についても補助

レセプト点検

医療機関から請求されたレセプトの内容を、資格や請求点数等の観点から点検することにより、再審査請求等を実施。

【実施状況】 <平成20・21年度> 47広域連合
※平成20年度審査支払件数：約3億7,000万件

医療費通知

被保険者に対し、医療費に対する認識を高めてもらうために、本人の受診状況・自己負担額等を通知。

【実施状況】 <平成20年度> 39広域連合 <平成21年度> 43広域連合

適正受診の普及・啓発

中央社会保険医療協議会（中医協）においてとりまとめられた答申書の付帯意見の趣旨を踏まえ、全医療保険者において医療機関の適正受診を図るための周知啓発を実施。

平成22年度 国保保健事業

平成21年度

(1) 国保ヘルスアップ事業
生活習慣病の一次予防の取組の重点化
特定健診・保健指導の効果的な実施

- ①先駆的・モデル的事業
- ②受診勧奨者への訪問指導事業
- ③早期介入保健指導事業

(2) 国保保健指導事業
○重複・多受診者への訪問指導

(3) 健康管理センター等健康増進事業
①健康管理センターによる事業
包括的な保健医療の取組の推進
②歯科保健センターによる事業
歯科にかかる在宅ケアの推進
③直営診療施設による事業
保健・医療・福祉の連携による健康の保持増進

(4) 健康総合対策事業
(平成22年度廃止)

(5) 生活習慣病予防対策支援事業
○年度途中加入者対策
(平成22年度廃止)

○健診等の未受診者対策
特定健診・保健指導の未受診者等
に対し、その理由等に応じた取組

平成22年度

被保険者の健康の保持増進・QOLの向上と医療費適正化に資するため、被保険者の積極的な健康づくりを推進し、地域の特性や創意工夫を活かした事業の実施を支援する。

○保健事業の中・長期的な実施計画の作成とそれに基づく事業助成

(1) 国保ヘルスアップ事業（先駆的・モデル的事業）【再編】
市町村保険者が医療機関等と連携し、地域における生活習慣病の発症予防から重症化防止の連携・支援システムを構築し、受療促進や治療・服薬の中断防止などを総合的に行う。

(2) 国保保健指導事業
①重点的に推進する事業（必須事業）【新規】
○特定健診・保健指導の未受診者対策
・地区組織や関係機関と連携した対策
・生活習慣病予防に関する健康意識の啓発
○生活習慣病の1次予防のための早期介入
・40歳以上の特定保健指導予備群に対する早期介入（特定保健指導の対象者は除く）
・40歳未満の被保険者に対する早期介入
②国保一般事業

- 健康教育
- 健康相談
- 保健指導
- 訪問指導
- 歯科保健活動
- 健康づくりを推進する地域活動等の育成等
- その他（市町村独自の取組）

(3) 健康管理センター等健康増進事業
①健康管理センターによる事業
②歯科保健センターによる事業
③直営診療施設による事業

一律助成
助成期間 3年

保険者の実施計画に基づいた一括助成方式
被保険者数に応じた助成

従来の助成の継続

協会けんぽにおける医療費適正化対策

保険者機能強化アクションプランを策定し、これに基づき以下の取組を実施。

- 地域の医療費等の分析の推進
 - ・ 都道府県支部ごとに医療費、健診データのレーダーチャート等を公表
 - ・ 地域の医療費分析、健診データと医療費データの突合分析
- 後発医薬品の使用促進
 - ・ 医療費通知等に同封し、希望カード3, 300万枚を加入者に直接配布
 - ・ 後発医薬品に切り替えた場合の自己負担の軽減額を個人ごとに通知
 - ※40歳以上の長期服用者（全国で約170万人の見込み）に重点的に実施。全国展開中。
- インターネットを通じた医療費のお知らせ
- 保健指導の効果的な推進
- 関係方面への積極的な発信
- 調査研究の推進

健保組合における医療費適正化対策

「健康保険組合事業運営指針」（保険局長通知）に基づき、各健保組合において、以下の取組を実施。

- 医療費通知、レセプト点検、傷病手当金の適正支給の確認、被保険者証の検認、後発医薬品の使用促進