

# 高齢者医療の現状等について (参考資料)

平成28年5月26日  
厚生労働省保険局

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

### 保険者機能の強化

○保険者機能の強化・連携等によりデータヘルスを強力推進

○ICTとビッグデータを活用して保険者機能を支援

#### 医療の質向上、持続性の強化

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

(参考) 保険者規模(平成26年)(平均)

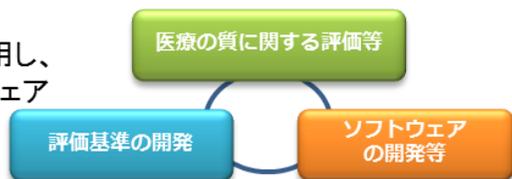
国保	協会けんぽ	共済	健保組合	ドイツ
約70万人 (各都道府県内の被保険者数の平均)	約76万人 (47都道府県の平均)	約10万人	約2万人	約40万人

#### <当面の対応>

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

(参考) 韓国・健康保険審査評価院(HIRA)

ICTとビッグデータ等を活用し、医療の質の評価、ソフトウェア開発等を実施



一体的に  
改革を推進



「健康長寿」  
「医療費適正化」

の実現

### データヘルス横展開

#### 1. 全国展開に向けた方法論の確立と協力体制の基盤整備

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

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



協定締結式(3/24)

#### 2. データ分析等を行う民間企業との連携強化

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

#### 3. 保険者のインセンティブ改革

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

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

# 日本健康会議

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

日時：2015年7月10日（金） 11:45 – 12:35

会場：ベルサール東京日本橋

人数：報道メディア、保険者、関係者など、計1,000名程度

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



日本健康会議の様子

（参考）第二部 先進事例の取組紹介（13:00 – 15:00）

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

日本健康会議  
実行委員

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

○事務局は、実行委員会方式で運営(事務局長:渡辺俊介 元日経新聞論説委員)

全32名



# 健康なまち・職場づくり宣言2020



## 宣言 1

予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。

## 宣言 2

かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。

## 宣言 3

予防・健康づくりに向けて47都道府県の保険者協議会すべてが、地域と職域が連携した予防に関する活動を実施する。

## 宣言 4

健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。

## 宣言 5

協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を1万社以上とする。

## 宣言 6

加入者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供する保険者を原則100%とする。その際、情報通信技術 (ICT) 等の活用を図る。

## 宣言 7

予防・健康づくりの企画・実施を提供する事業者の質・量の向上のため、認証・評価の仕組みの構築も視野に、保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者を100社以上とする。

## 宣言 8

品質確保・安定供給を国に求めつつ、すべての保険者が後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取り組みを行う。

# 糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定締結について

## 1. 趣旨

- 呉市等の糖尿病性腎症重症化予防の取組を全国的に広げていくためには、各自治体、郡市医師会が協働・連携できる体制の整備が必要。
- そのためには、埼玉県の例のように、都道府県レベルで、県庁等が県医師会と協力して重症化予防プログラムを作成し、県内の市町村に広げる取組を進めることが効果的。
- そのような取組を国レベルでも支援する観点から、国レベルで糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定する旨、「厚生省・日本医師会・日本糖尿病対策推進会議」の三者で、連携協力協定を締結する。

## 2. 日時・場所・参加者

日時・場所 : 3/24(木)18:05～ 5分程度(場所は大臣室) ※マスコミフルオープン

参加者 : 日本医師会 横倉会長(糖尿病対策推進会議会長を兼任)  
日本糖尿病対策推進会議 門脇副会長(糖尿病学会理事長) 清野副会長(糖尿病協会理事長)  
堀副会長(日本歯科医師会会長) 今村副会長(日本医師会副会長)  
塩崎厚生労働大臣

## 3. 協定の概要

- 日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省は、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を速やかに定める。
- 策定したプログラムに基づき、3者は次の取組を進める。

日本医師会	日本糖尿病対策推進会議	厚生労働省
<ul style="list-style-type: none"><li>・プログラムを都道府県医師会や郡市区医師会へ周知</li><li>・かかりつけ医と専門医等との連携の強化など自治体等との連携体制の構築への協力</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・プログラムを構成団体へ周知</li><li>・国民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める</li><li>・自治体等による地域医療体制の構築に協力</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・プログラムを自治体等に周知</li><li>・取組を行う自治体に対するインセンティブの導入等</li><li>・自治体等の取組実績について、分析及び研究の推進</li></ul>

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて

## 1. 趣旨

- 呉市等の先行的取組を全国に広げていくためには、**各自治体と医療関係者が協働・連携できる体制の整備**が必要。
- そのためには、埼玉県取組例のように、**都道府県レベルで、県庁等が県医師会等の医療関係団体と協力して重症化予防プログラムを作成**し、県内の市町村に広げる取組を進めることが効果的。
- そのような取組を国レベルでも支援する観点から、**日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省の三者で、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定**したもの（それに先立ち本年3月24日に連携協定締結）。

## 2. 基本的考え方

(目的)

- 重症化リスクの高い**医療機関未受診者等に対する受診勧奨・保健指導**を行い治療につなげるとともに、**通院患者のうち重症化リスクの高い者に対して主治医の判断で対象者を選定して保健指導を行い、人工透析等への移行を防止**する。

(性格)

- 先行する取組の全国展開を目指し、取組の考え方や取組例を示すもの。各地域における取組内容については**地域の実情に応じ柔軟に対応が可能**であり、現在**既に行われている取組を尊重**。

(留意点)

- **後期高齢者**については**年齢層を考慮した対象者選定基準**を設定することが必要。

## 3. 関係者の役割

※例示であり地域の実情に応じた取組を尊重

(市町村)

- 地域における**課題の分析**（被保険者の疾病構造や健康問題などを分析）
- **対策の立案**（取り組みの優先順位等を考慮して立案、地域の医師会等の関係団体と協議）
- 対策の**実施**、実施状況の**評価**

(都道府県)

- **市町村の事業実施状況のフォロー**、都道府県レベルで**医師会や糖尿病対策推進会議等と取組状況の共有、対応策等について議論、連携協定の締結、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定**

### 3. 関係者の役割（続き）

（後期高齢者医療広域連合）

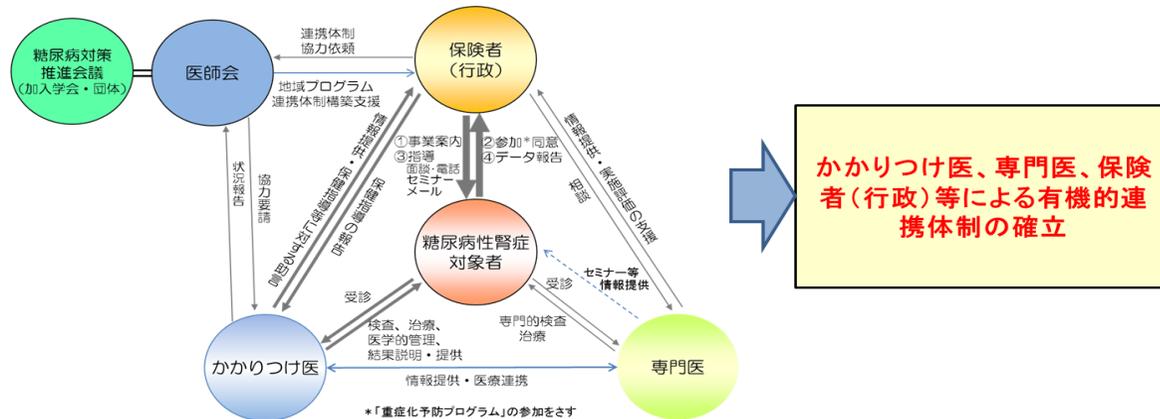
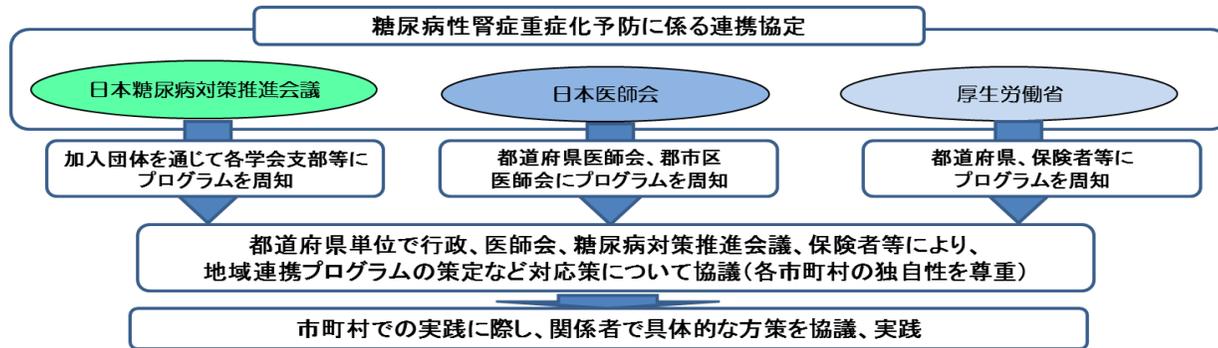
- 広域連合は市町村と都道府県の両者の役割を担うが、**特に実施面では、市町村との連携が必要不可欠**

（地域における医師会等）

- 都道府県医師会等の関係団体は、**郡市区医師会等に対して、国・都道府県における動向等を周知し、必要に応じ助言**
- 都道府県医師会等や郡市区医師会等は、都道府県や市町村が取組を行う場合には、**会員等に対する周知、かかりつけ医と専門医等との連携強化など、必要な協力を努める**

（都道府県糖尿病対策推進会議）

- 国・都道府県の動向等について**構成団体に周知、医学的・科学的観点からの助言など、自治体の取組に協力するよう努める**
- **地域の住民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める**



## 4. 対象者選定

※取組内容については地域の実情に応じ柔軟に対応

- ① **健診データ・レセプトデータ**等を活用したハイリスク者の抽出
  - － 日本糖尿病学会、日本腎臓学会のガイドラインに基づく基準を設定
- ② **医療機関における糖尿病治療中の者**からの抽出
  - － 生活習慣改善が困難な方・治療を中断しがちな患者等から医師が判断
- ③ **治療中断かつ健診未受診者**の抽出
  - － 過去に糖尿病治療歴があるものの、最近1年間に健診受診歴やレセプトにおける糖尿病受療歴がない者等

## 5. 介入方法

※取組内容については地域の実情に応じ柔軟に対応

- ① **受診勧奨**：手紙送付、電話、個別面談、戸別訪問等
  - － 対象者の状況に応じ、本人への関わり方の濃淡をつける
  - － 必要に応じて受診後のフォローも行う
- ② **保健指導**：電話等による指導、個別面談、訪問指導、集団指導等
  - － 健診データ等を用いて自身の健康状態を理解してもらい、生活習慣改善につなげることを目標とする

## 6. かかりつけ医や専門医等との連携

- 都道府県、市町村において、**あらかじめ医師会や糖尿病対策推進会議等と十分協議**の上、推進体制を構築。**郡市医師会**は各地域での推進体制について**自治体と協力**。
- **かかりつけ医**は、**対象者の病状を把握し、本人に説明**するとともに、**保健指導上の留意点を保健指導の実施者に伝える**ことが求められる。
- 必要に応じて**かかりつけ医と専門医の連携、医科歯科連携**ができる体制をとることが望ましい。
- 臨床における検査値（血圧、血糖、腎機能等）を把握するに当たっては、**糖尿病連携手帳等を活用**し、本人ならびに連携機関と情報を共有できるようにすることが望ましい。

## 7. 評価

- ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の各段階を意識した評価を行う必要。また、中長期的な費用対効果の観点からの評価も行う必要。
- 事業の実施状況の評価等に基づき、今後の事業の取組を見直すなど、**PDCAサイクル**を回すことが重要。

# 今後の保険者における予防・健康づくり等の取組の推進に当たって共通的に評価する指標 （「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」での取りまとめ）

- 保険者による健診・保健指導等に関する検討会（座長：多田羅浩三日本公衆衛生協会会長）において、今後、保険者が種別に関わりなく共通的に取り組むべき指標について検討し、以下のとおり、本年1月にとりまとめた。

## ア 予防・健康づくりに係る指標

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

- 具体例）特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率、健診未受診者・保健指導未利用者対策

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

- 具体例）がん検診や歯科健診などの健（検）診の実施、健診結果等に基づく受診勧奨や精密検査の必要な者に対する働きかけ、歯科のリスク保有者への保健指導等の取組の実施状況

### 【指標③】糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

- 具体例）糖尿病等の治療中断者への働きかけや、治療中の加入者に対して医療機関等と連携して重症化を予防するための保健指導等を実施する取組

### 【指標④】広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況

- 具体例）ICT等を活用して本人に分かりやすく健診結果の情報提供を行うことや、ヘルスケアポイント等による予防・健康づくりへのインセンティブ付与の取組のうち、実効性のあるもの

## イ 医療の効率的な提供への働きかけに係る指標

### 【指標⑤】加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

- 具体例）地域のかかりつけ医師、薬剤師等との連携の下、重複頻回受診者、重複服薬・多剤投与と思われる者への訪問指導の実施や、訪問による残薬確認・指導等の取組

### 【指標⑥】後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

- 具体例）後発医薬品差額通知の実施や後発医薬品の希望カードの配付など、実施により加入者の後発医薬品の使用を定着・習慣化させ、その後の後発医薬品の継続使用に資するもの

# 高齢者の虚弱(「フレイル」)について

**「フレイル」とは** 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

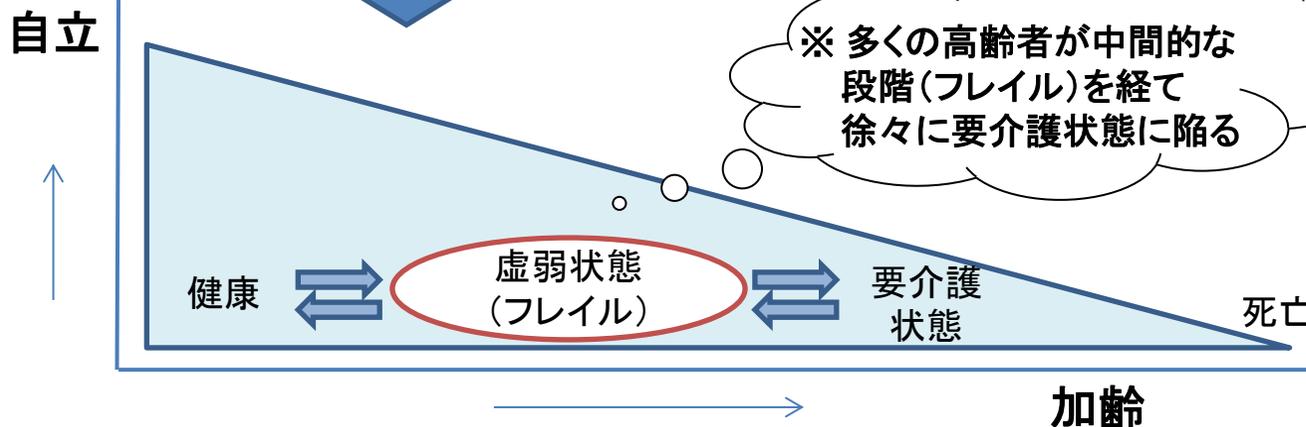
低栄養・転倒の増加  
口腔機能低下

意欲・判断力や認知  
機能低下、うつ

フレイルは、適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能。

## 【今後の取組】

- 医療・介護が連携したフレイルの多面性に応じた総合的な対策の検討が必要。
- メタボ対策からフレイル対応への円滑な移行。



- ① フレイルの概念及び重要性の啓発
- ② フレイルに陥った高齢者の適切なアセスメント
- ③ 効果的・効率的な介入・支援のあり方
- ④ 多職種連携・地域包括ケアの推進

# 日本老年医学会等での最近の動き

## 1. 高齢者に対する適切な医療提供の指針 (平成25年3月)

厚生労働科学研究「高齢者に対する適切な医療提供に関する研究」研究班(研究代表者:秋下雅弘東京大学大学院医学系研究科教授)、  
日本老年医学会、全国老人保健施設協会、日本慢性期医療協会 (協力)日本医師会

### <指針の必要性>

- 後期高齢者の増加に伴い高齢者医療への需要は高まっているが、①疾病の表れ方や反応が若年者と異なる、②複数の慢性疾患を保有、③薬剤数が増え相互作用や薬物有害事象が起こりやすい、④高齢者を対象とした診療ガイドラインが十分確立していない等により、高齢者への医療提供は医療従事者にとって困難なものになっている。
- 医療提供者が高齢者に対して過少でも過剰でもない適切な医療提供を行えるよう支援することを目的とする。

### <指針の概要>

- 医療提供の際に考慮すべき事項として「多病と多様性」「QOL維持・向上を目指したケア」「生活の場に即した医療提供」「高齢者に対する薬物療法の基本的な考え方」「患者の意志決定を支援」「家族などの介護者もケアの対象に」「患者本人の視点に立ったチーム医療」を提唱。
- 診療ガイドラインが相互に矛盾する場合、本指針の基本的な考え方を準用して治療方針の一助とする。

## 2. フレイルに関する日本老年医学会からのステートメント(抜粋) (平成26年5月)

- 後期高齢者の多くの場合、“Frailty”という中間的な段階を経て徐々に要介護状態に陥ると考えられている。
- “Frailty”の概念には、しかるべき介入により再び健常な状態に戻るという可逆性が含まれている。
- しかしながら、“Frailty”の概念は多くの医療・介護専門職によりほとんど認識されておらず、介護予防の大きな障壁であるとともに、臨床現場での適切な対応を欠く現状となっている。
- 従って、“Frailty”に陥った高齢者を早期に発見し、適切な介入をすることにより、生活機能の維持・向上を図ることが期待される。
- 社会における認知度を上げるべくワーキンググループを形成、(中略)「虚弱」に代わって「フレイル」を使用する合意を得た。

フレイルとは : 高齢期に生理的予備能が低下することでストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転帰に陥りやすい状態

### 3. 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015 (平成27年12月)

日本老年医学会、日本医療研究開発機構研究「高齢者の薬物治療の安全性に関する研究」研究班  
(研究代表者: 秋下雅弘 東京大学大学院医学系研究科教授)

#### <改定の基本的考え方>

- 高齢者で薬物有害事象の頻度が高く重症例が多いことを背景として、高齢者薬物療法の安全性を高める目的で2005年にはじめて作成。
- 2014年に策定された「高齢者に対する適切な医療提供の指針」の骨子を受けた改訂を目指した。

#### <ガイドラインの概要>

- 「特に慎重な投与を要する薬物リスト」、「開始を考慮すべき薬物リスト」の2つを作成。
- 高齢者の薬物療法で頻度の高い疾患等(糖尿病、脂質異常症、腎疾患、筋・骨格疾患)の領域別指針を追加。
- 特別な配慮が必要な医療現場(在宅医療・介護施設の医療・薬剤師の役割)を新設。
- 高齢者薬物療法の注意点として、薬物有害事象の回避、服薬管理・支援と一元管理、高齢者の処方適正化スクリーニングツールなど記載。

### 4. 日本老年薬学会の設立 (平成28年1月)

医師と薬剤師、薬学研究者らが高齢者に対する適切な薬物治療の実践を共同で研究する場として設立

#### <設立趣旨>

- 老年薬学の領域と役割を明確にし、高齢者のQOL・ADLの向上を図り、薬物療法の適正化を研究・啓発、老年薬学の領域に詳しい薬剤師の育成を進める。
- 高齢化に伴うフレイル等ADLの低下を防ぐ予防医療分野における多職種間の連携のあり方、地域包括ケアシステムで在宅医療を担う一員としての薬局・薬剤師のあり方等の研究・実践を進める。

#### <発起人代表>

- 秋下雅弘(東京大学大学院医学系研究科教授)、平井みどり(神戸大学医学部附属病院教授)、福嶋紀子(慶應義塾大学名誉教授)

# ○重複・頻回受診者、重複投薬者等への保健師、薬剤師等による訪問指導

平成28年度予算 0.9億円

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)

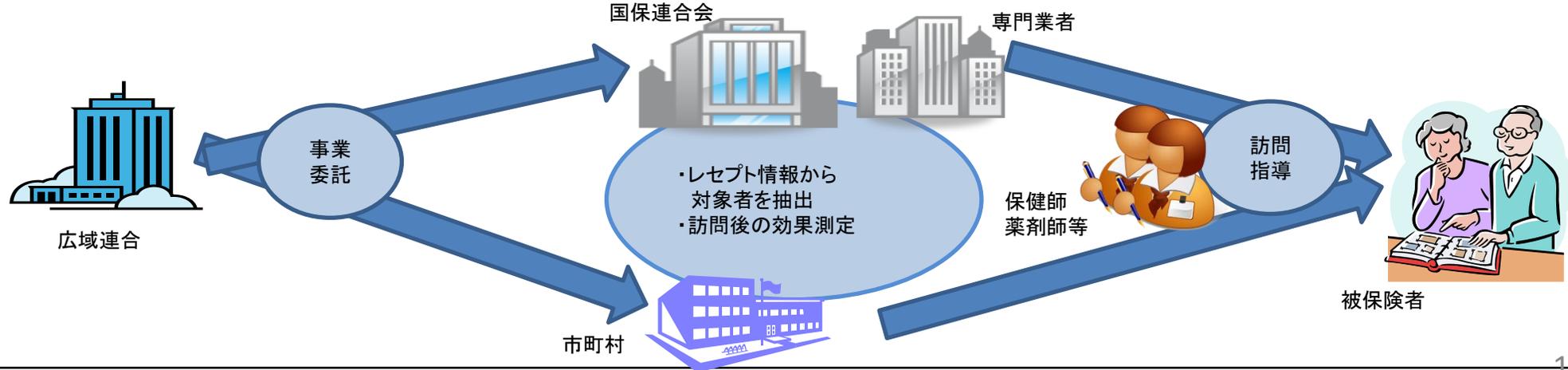
(医療・介護提供体制の適正化)  
 外来医療費についても、データに基づき地域差を分析し、**重複受診・重複投薬・重複検査等の適正化**を行いつつ、地域差の是正を行う。  
 (公的サービスの産業化)  
 民間事業者も活用した保険者によるデータヘルスの取組について、中小企業も含めた企業による健康経営の取組との更なる連携を図り、健康増進、重症化予防を含めた疾病予防、**重複・頻回受診対策**、後発医薬品の使用促進等に係る好事例を強力に全国展開する。

## 事業概要

- ①レセプト等情報により選定した重複・頻回受診者等に対して、保健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。
  - ②レセプト等情報により選定した重複・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ことにより、医薬品の適正使用の推進を図る。
  - ③レセプト等情報により選定した重複・多量投薬者等に対して、医薬品の適正使用について周知広報(飲み残し、飲み忘れ防止等)を行う。
- ※①と②の対象者は重なることが想定されるため、その場合には、保健師と薬剤師とがチームで訪問指導を行う。  
 ※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
- 多量投薬……同一月に10剤処方以上もしくは3ヶ月以上の長期処方を受けている

平成26年度～  
平成27年度～

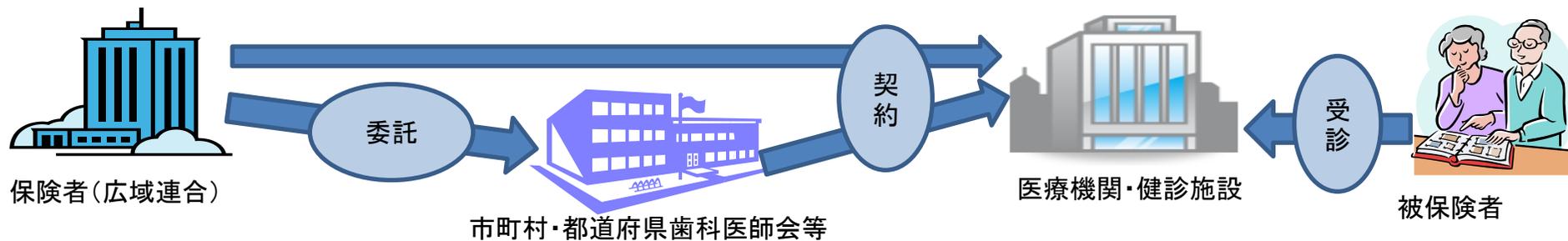


経済財政運営と改革の基本方針2015(平成27年6月30日閣議決定)

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展開する。

## 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・生活支援サービス事業)	介護予防ケアマネジメントで支援が必要とされた者	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。

# ○後発医薬品の使用促進

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)

(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展開する。

## 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。

※経済財政運営と改革の基本方針2015

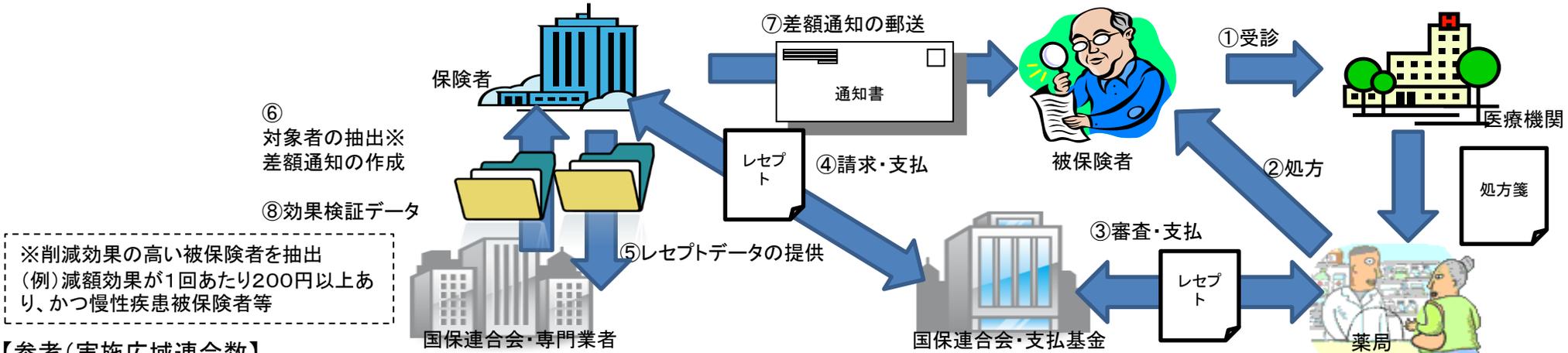
後発医薬品の数量シェアの目標値は、平成29年央に70%以上、平成30年度から平成32年度末までの間のなるべく早い時期に80%以上に引き上げ。

### ○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

### ○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



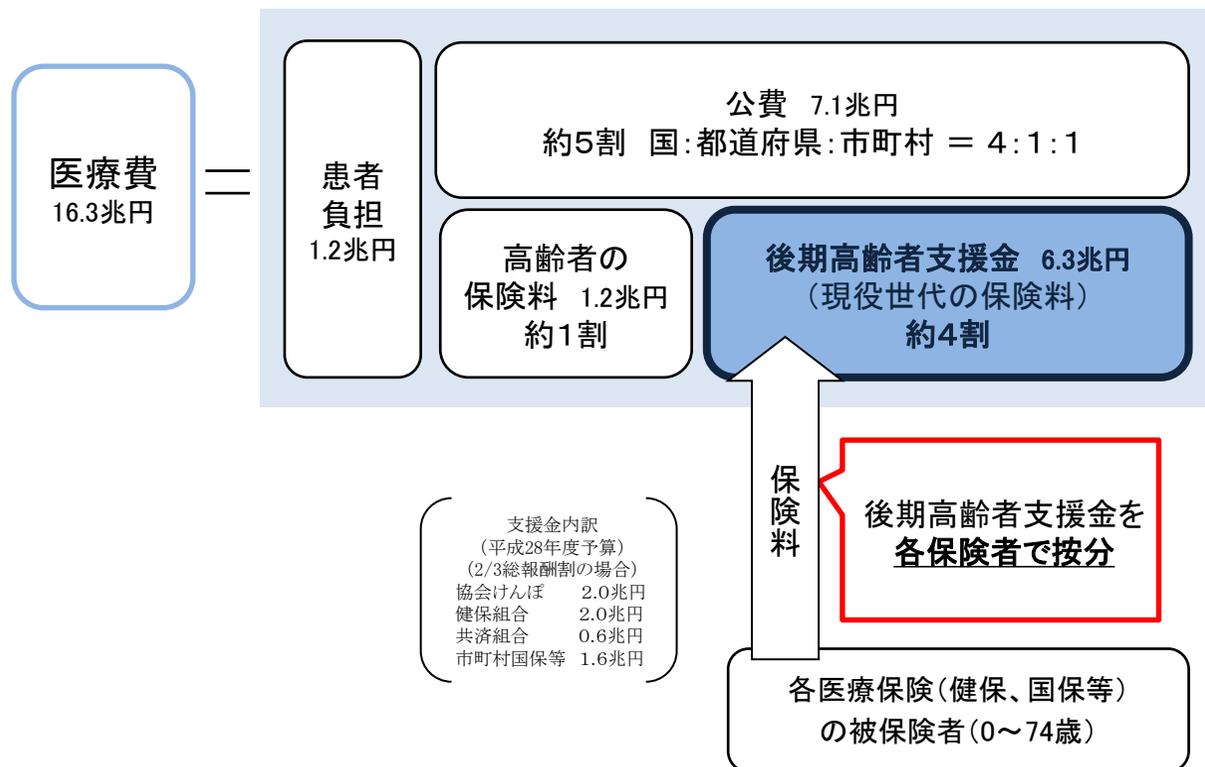
### 【参考(実施広域連合数)】

	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度(見込み)
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%)	47(100%)
後発医薬品利用差額通知の送付	1(2%)	1(2%)	2(4%)	19(40%)	34(72%)	43(91%)	46(98%)

# 高齢者医療における後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

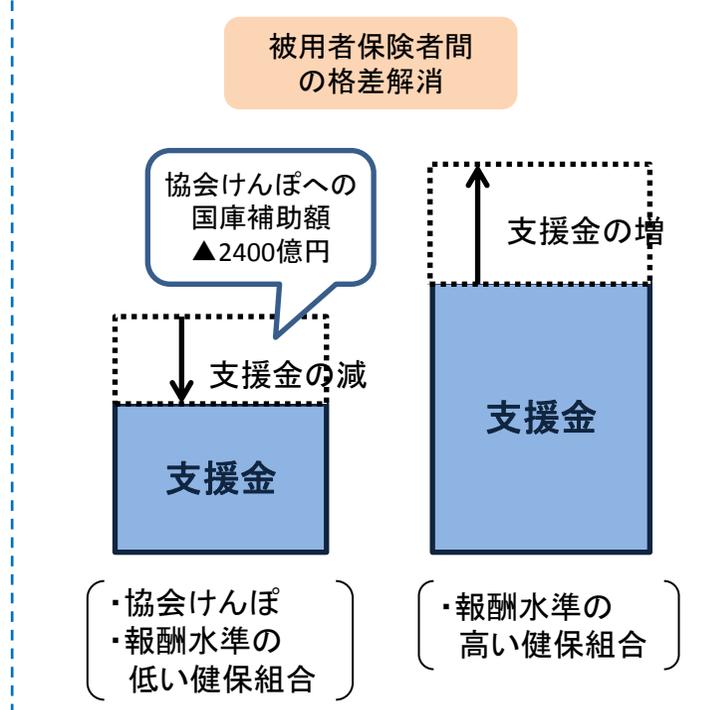
- 被用者保険者の後期高齢者支援金について、より負担能力に応じた負担とする観点から、総報酬割部分を平成27年度に2分の1、平成28年度に3分の2に引き上げ、平成29年度から全面総報酬割を実施
- あわせて、全面総報酬割の実施時に、前期財政調整における前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、前期高齢者加入率を加味した調整方法に見直す

## 【後期高齢者医療制度の医療費の負担の仕組み】



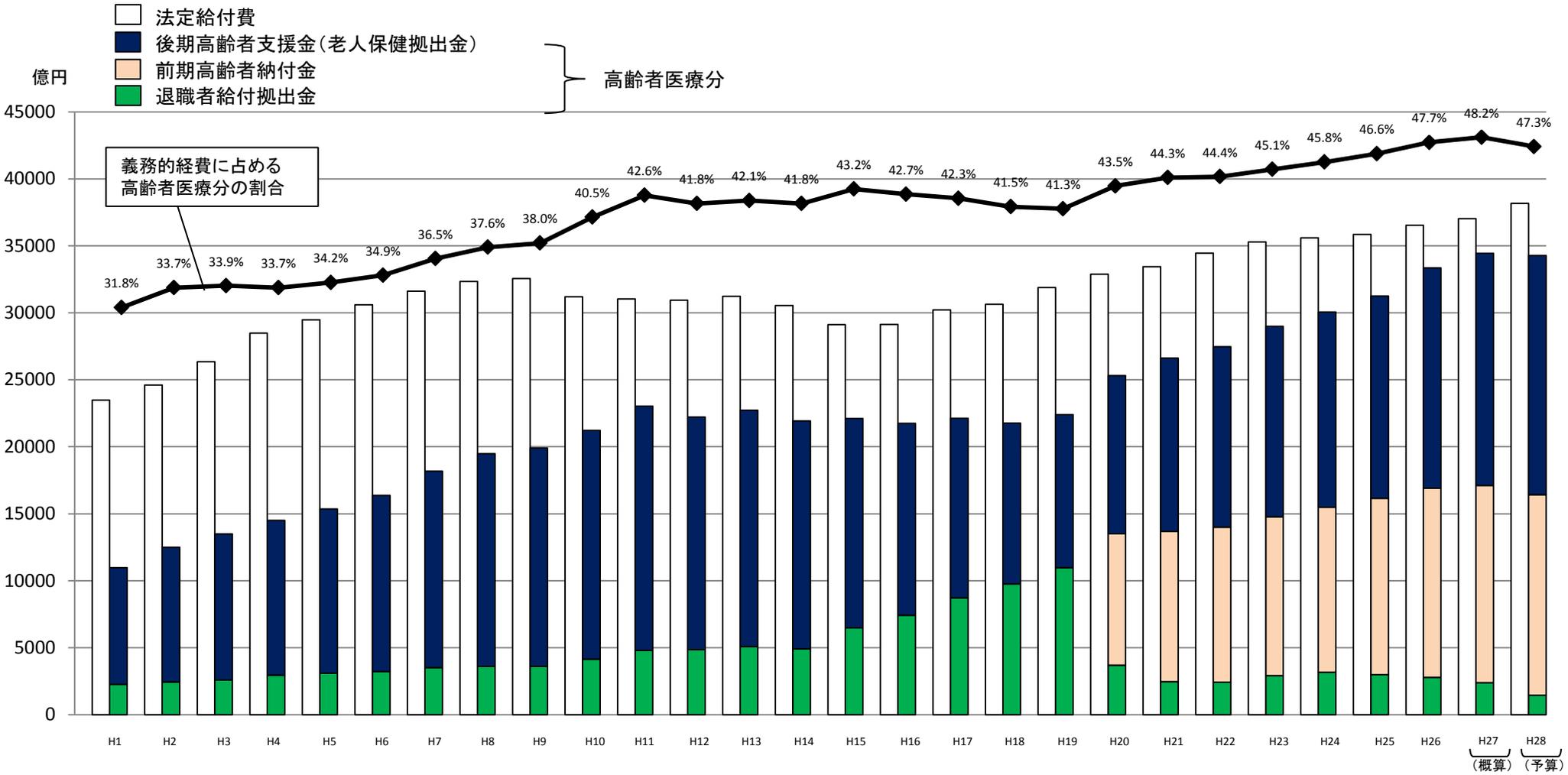
## 後期高齢者支援金の全面総報酬割の実施

〔保険者の総報酬額の多寡に応じて支援金を負担〕



# 高齢者医療への拠出負担の推移(健保組合)

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



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金(平成19年度以前は退職者給付拠出金)及び後期高齢者支援金(平成19年度以前は老人保健拠出金)の合計額。  
 平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。  
 ※法定給付費は、平成26年度までは実績額を、平成27年度は概算額を、平成28年度は予算額を用いている。  
 ※後期高齢者支援金等は、平成26年度までは医療給付費等実績に基づいた確定賦課額。平成27年度は概算賦課額を、平成28年度は予算額を用いている。  
 ※後期高齢者支援金について、平成20年度及び平成21年度は加入者割、平成22年度～26年度は3分の1総報酬割、平成27年度は2分の1総報酬割、平成28年度は3分の2総報酬割としている。

# 後期高齢者医療費の特性

1人当たり診療費の若人との比較(平成24年度)

## 1人当たり診療費

20.1万円 若人

90.4万円

後期高齢者  
4.5倍

## うち入院

6.7万円 若人

45.7万円

後期高齢者  
6.8倍

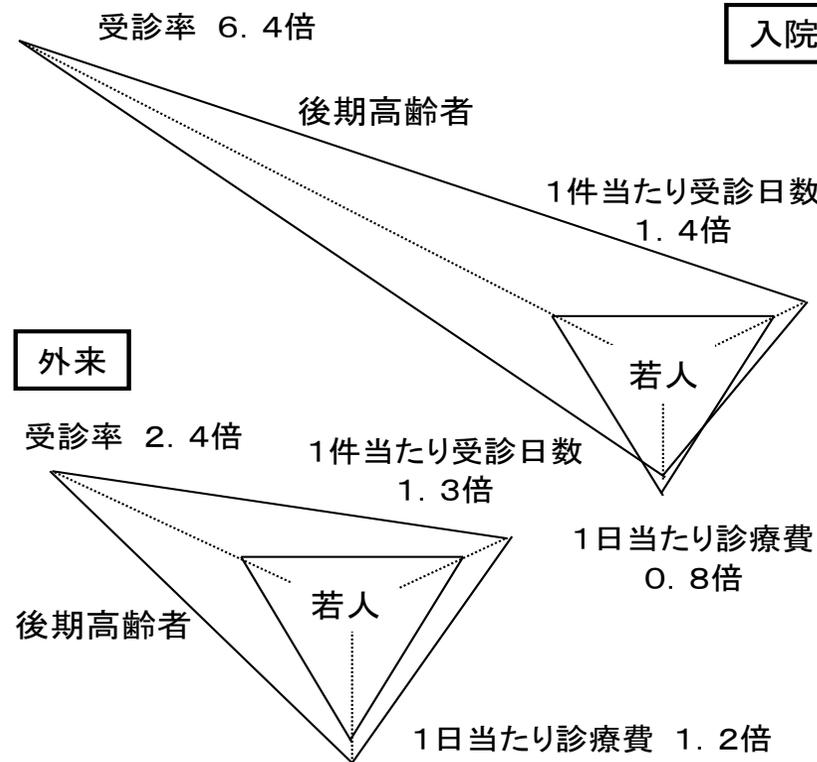
## うち外来

11.5万円 若人

41.7万円

後期高齢者  
3.6倍

三要素の比較(平成24年度)



※ なお、後期高齢者の1件当たり診療費を若人と比較すると、入院1.1倍、外来1.5倍であり、一年間の受診頻度を示す1人当たり日数で比較すると、入院8.8倍、外来3.1倍である。

- (注) 1. 後期高齢者とは後期高齢者医療制度の被保険者であり、若人とは後期高齢者医療制度以外の医療保険加入者である。  
 2. 入院は、入院時食事療養費・入院時生活療養費(医科)を含んでおり、外来は、入院外(医科)及び調剤費用額の合計である。  
 3. 後期高齢者の1人当たり医療費は91.8万円となっており、若人の1人当たり医療費20.5万円の4.5倍となっている。

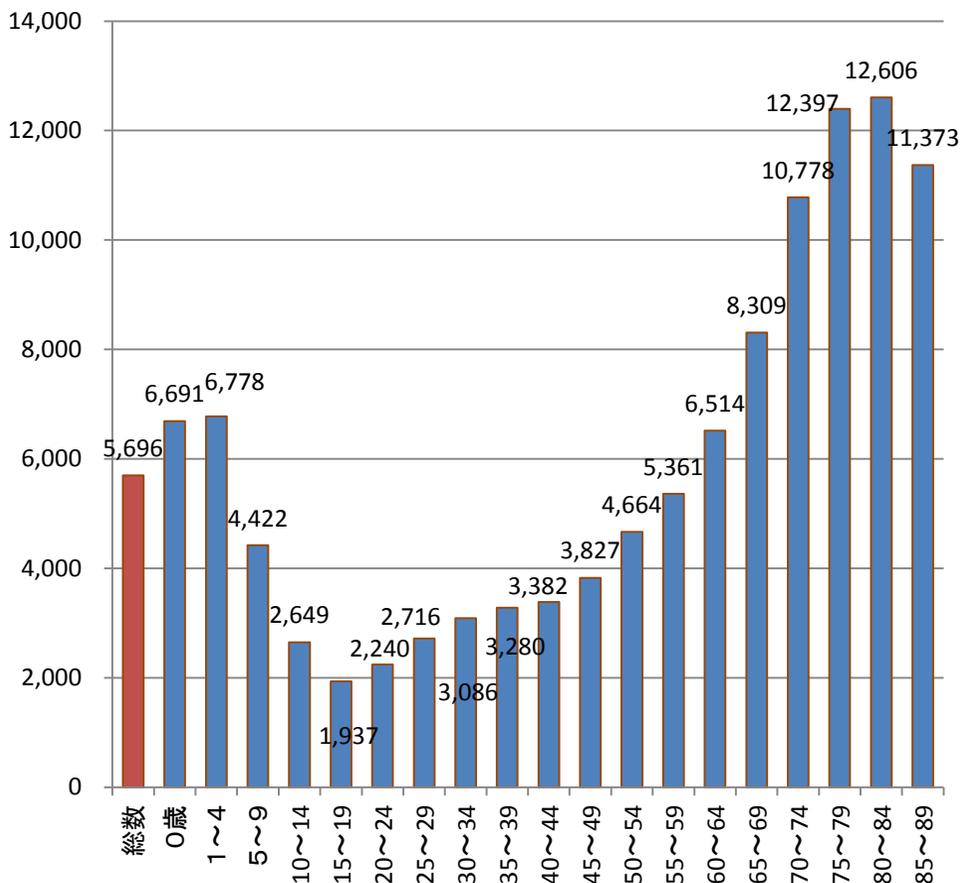
(資料)各制度の事業年報等を基に保険局調査課で作成。

# 高齢者の心身の特性(疾病特性等)

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

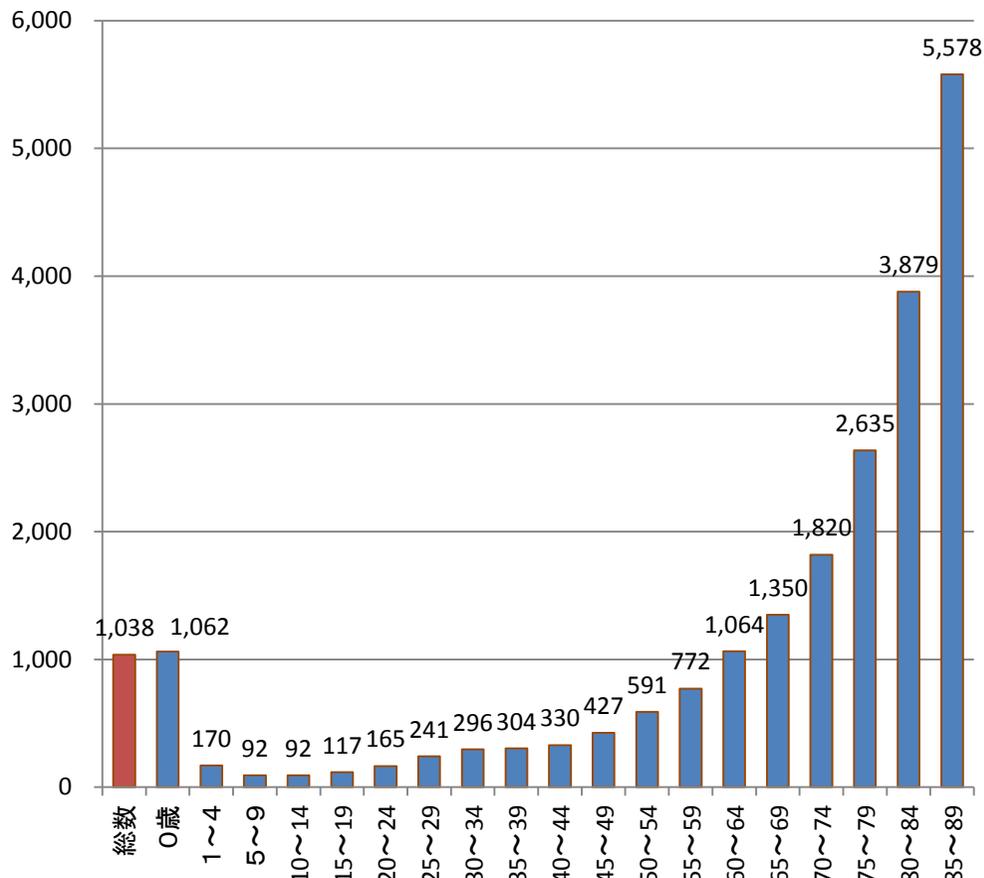
年齢階級別の受療率(外来)

(人口10万対)



年齢階級別の受療率(入院)

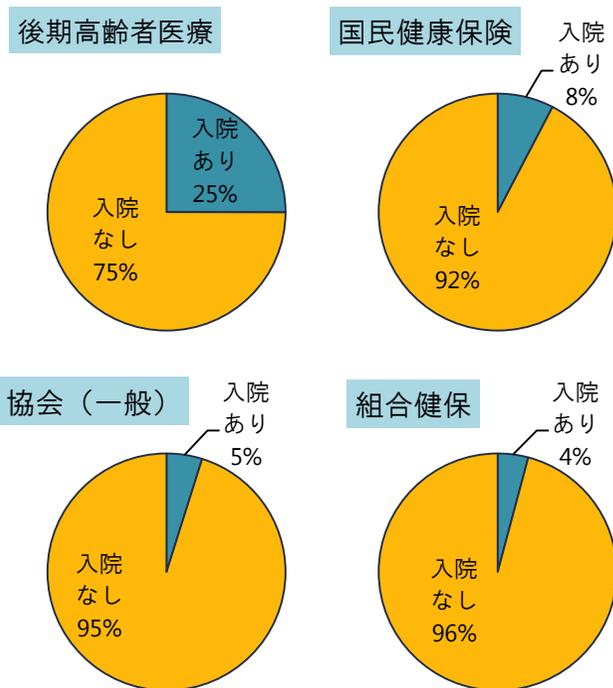
(人口10万対)



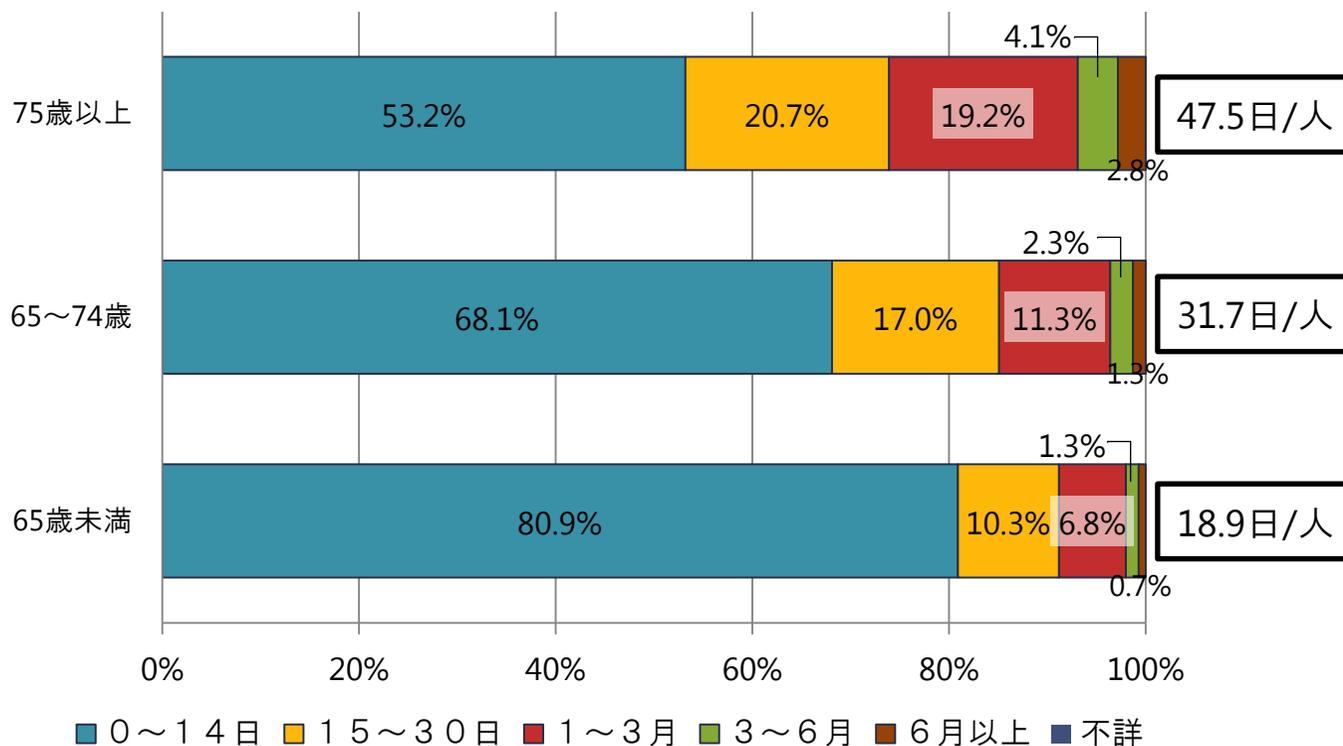
# 入院の受診動向及び年代別にみた在院期間等

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

年間で入院した患者の割合



年代別にみた在院期間及び平均在院日数



出典：医療給付費実態調査（平成25年度）

（注）名寄せしたレセプトについて、平成25年度中に入院が発生した場合は「入院あり」となる。

出典：患者調査（平成26年）

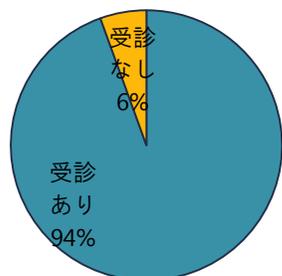
（注）1. 平成26年9月に退院した患者について、その入院期間を集計したもの（抽出、推計値）。  
2. 年代別に見た平均在院日数は、患者調査（平成26年度）による推計退院患者数及び退院患者の平均在院日数を基に高齢者医療課で推計したもの。

# 外来の受診動向

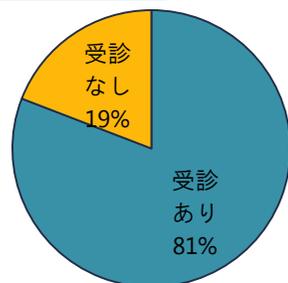
- 後期高齢者医療では、9割以上が年1回以上外来受診しており、うち5割弱の者が毎月診療を受けている。
- 外来診療を受けた者のうち受診月数が2月以下だったのは、被用者保険及び国民健康保険では約3割であるのに対し、後期高齢者医療は1割。

年間で外来受診した患者の割合

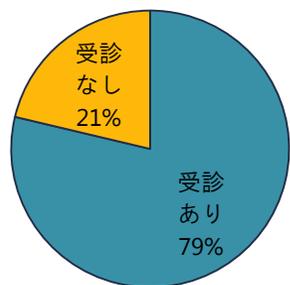
後期高齢者医療



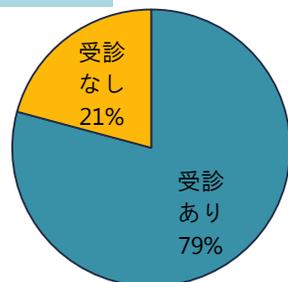
国民健康保険



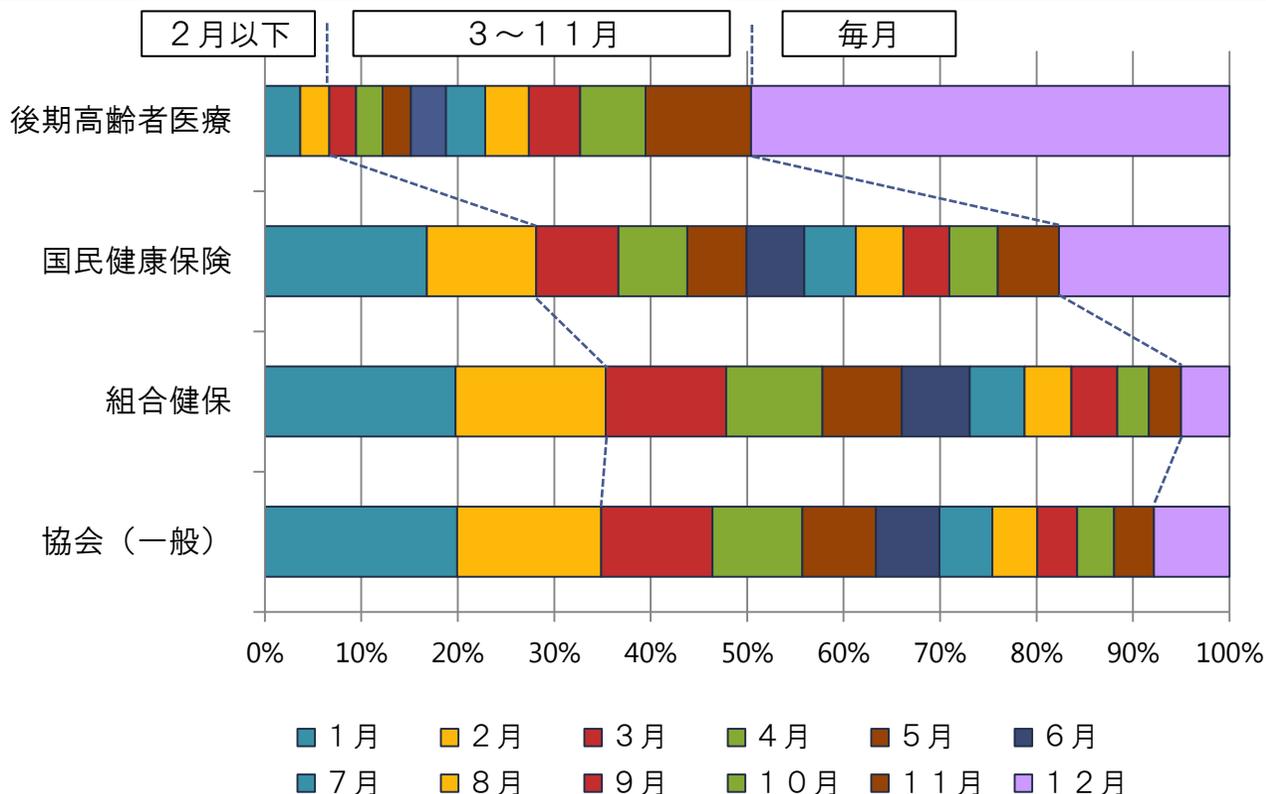
協会（一般）



組合健保



受診ありの者の受診月数



出典：医療給付費実態調査（平成25年度）

- (注) 1. 集計対象は、協会（一般）、組合健保、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入者である。  
 2. 同一医療保険制度内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして集計(「名寄せ」)したことから、平成25年度において1年間のうち外来を受診したことのある月の数を集計したもの。  
 3. 加入者数は、データの提出のあった保険者の加入者数の合計である。

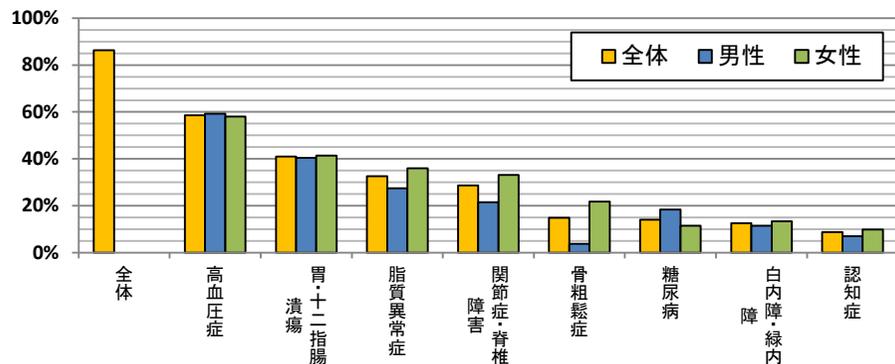
# 後期高齢者の疾患保有状況(慢性疾患)

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

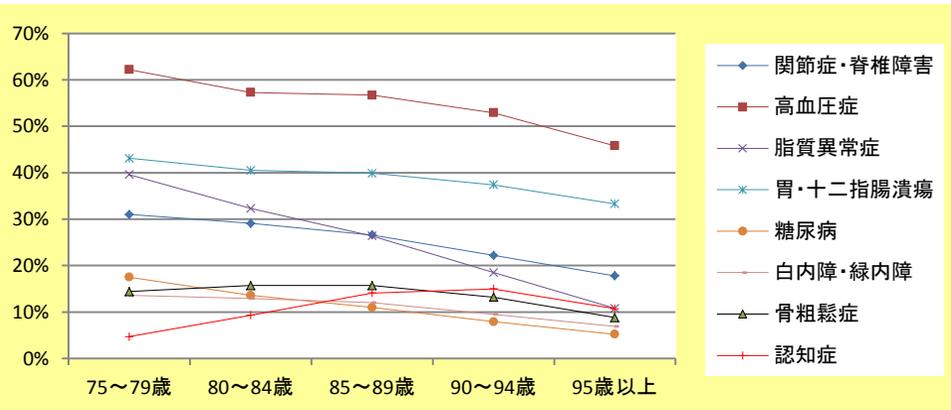
## 外来治療中の慢性疾患

- 疾患別治療患者の割合(有病率)

86%の後期高齢者は、いずれかの慢性疾患を治療している



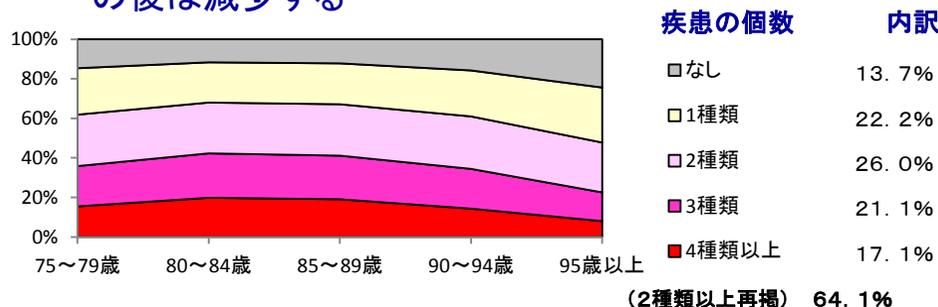
- 年齢階級別にみた有病率の違い  
高齢になるほど認知症が増える



## 多病の状況

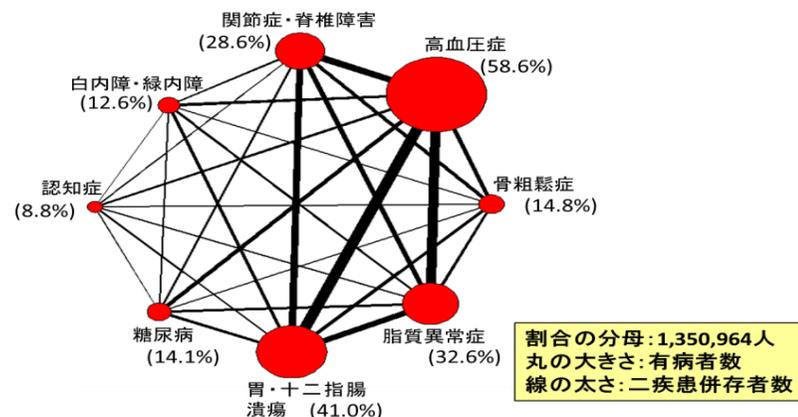
- 慢性疾患8種類の一人あたりの保有個数の内訳

慢性疾患を2種類以上抱える者は80歳代で最も多く、その後は減少する



- 疾患併存の頻度(ネットワーク分析)

内科系疾患(高血圧症・脂質異常症・胃・十二指腸潰瘍)の他、筋骨格系疾患の併存も多い



※ 分析の前提: 東京都後期高齢者医療の平成25年9月から平成26年7月の外来レセプトから、「レセプト病名あり」かつ「対象医薬品処方あり」の医科及び調剤レセプトを抽出して分析。

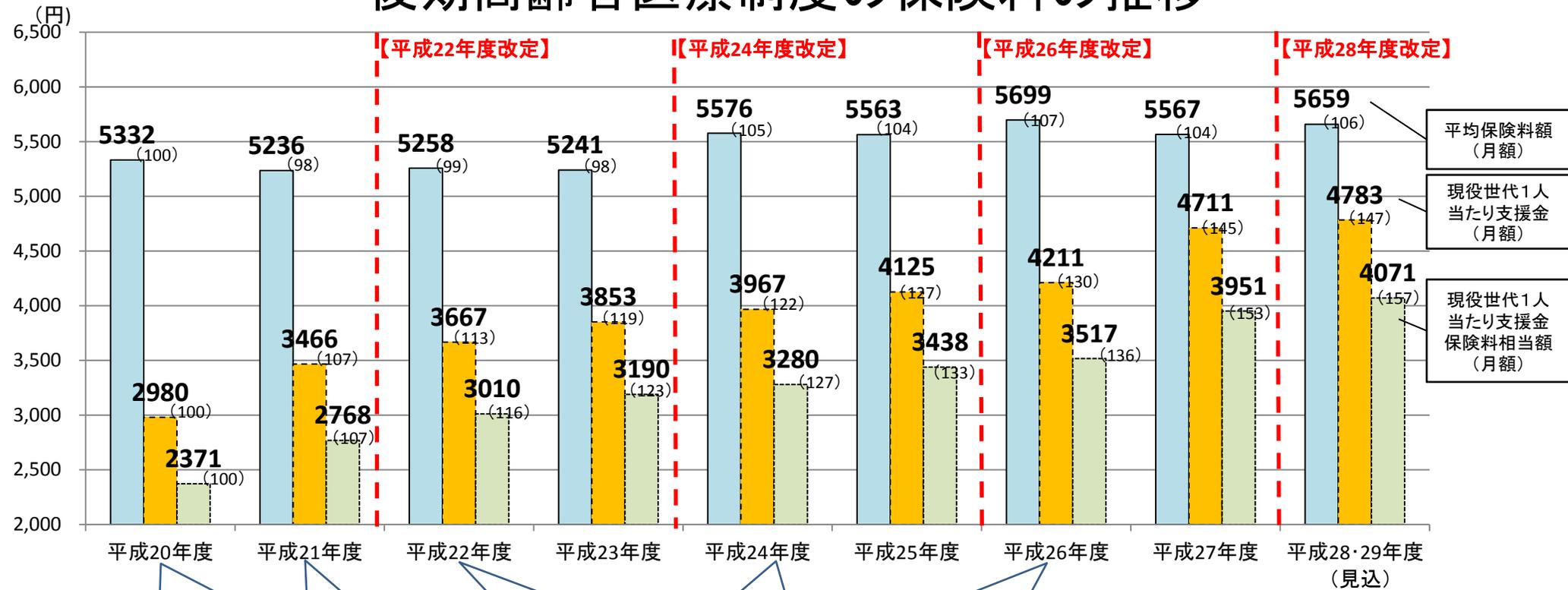
出典:「東京都後期高齢者医療にかかる医療費分析結果報告書」東京都後期高齢者医療広域連合(東京都健康長寿医療センター取りまとめ) 22

## 高齢者の疾患・病態上の特徴

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

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

# 後期高齢者医療制度の保険料の推移



- ・低所得者に対する均等割8.5割、所得割5割軽減  
・元被扶養者に対する均等割9割軽減
- ・低所得者に対する均等割9割軽減
- ・財政安定化基金から保険料上昇抑制のための交付特例(法改正)
- ・賦課限度額 年50万円→55万円
- ・低所得者に対する均等割2割、5割対象拡大  
・賦課限度額 年55万円→57万円

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28・29年度
1人当たり医療給付費	71.5万円 (100)	80.5万円 (103)	82.9万円 (106)	84.3万円 (108)	84.6万円 (108)	85.5万円 (114)	85.8万円 (110)	—	—
高齢者負担率	10.00%(100)		10.26%(103)		10.51%(105)		10.73%(107)		10.99%(110)

※ 平均保険料額は平成20～27年度は後期高齢者医療制度被保険者実態調査に基づく実績額、平成28・29年度は保険料改定時見込み。  
 ※ 支援金は、平成20～26年度は確定賦課、平成27年度は概算賦課、平成28・29年度は平成28年度の概算賦課ベース。  
 ※ 支援金保険料相当分は、支援金から国保及び協会けんぽへの定率の公費を控除したもの。平成20～26年度は確定賦課、平成27年度は予算ベース、平成28・29年度は平成28年度の予算ベース。(国保の低所得者に対する軽減分及び保険者支援制度分は考慮していない。)  
 ※ 支援金、支援金保険料相当分の平成28・29年度(見込)については、平成28年10月以降の適用拡大を含めた平成28年度の金額。  
 ※ 支援金、支援金保険料相当分及び1人当たり医療給付費の伸びについては、満年度化の影響排除のため、平成20年度の金額に12/11を乗じたものを基準に計算。  
 ※ 1人当たり医療給付費は平成20～25年度までは後期高齢者医療事業年報に基づく実績額、平成26年度は速報ベース。

# 後期高齢者医療制度の平成28・29年度の保険料率等

均一保険料率（年額・率）				被保険者一人当たり 平均保険料額（月額）						年金収入別の保険料額の例（月額）	
26・27年度		28・29年度		20・21年度	22・23年度	24・25年度	26・27年度	28・29年度（見込）		基礎年金受給者 （年金収入78万円）	厚生年金受給者 標準的な年金額 （年金収入188万円）
被保険者 均等割額 （円）	所得割率 （%）	被保険者 均等割額 （円）	所得割率 （%）	保険料額 （円）	保険料額 （円）	保険料額 （円）	保険料額 （円）	保険料額 （円）	対26・27年度増減 （円 / %）	28・29年度 保険料額 （円）	28・29年度 保険料額 （円）

全国	44,980	8.88	45,289	9.09	5,283	5,249	5,569	5,632	5,659	+27 / +0.5	377	3,213
----	--------	------	--------	------	-------	-------	-------	-------	-------	------------	-----	-------

北海道	51,472	10.52	49,809	10.51	5,323	5,415	5,610	5,483	5,282	-201 / -3.7	408	3,600
青森県	40,514	7.41	40,514	7.41	3,433	3,322	3,331	3,195	3,197	+2 / +0.1	333	2,767
岩手県	38,000	7.36	38,000	7.36	3,260	3,147	3,142	3,310	3,256	-54 / -1.6	317	2,650
宮城県	42,960	8.56	42,480	8.54	4,445	4,435	4,742	4,910	4,784	-126 / -2.6	350	3,008
秋田県	39,710	8.07	39,710	8.07	3,168	3,101	3,319	3,130	2,963	-167 / -5.3	325	2,825
山形県	39,500	7.84	41,700	8.58	3,291	3,327	3,503	3,456	3,536	+80 / +2.3	342	2,983
福島県	41,700	8.19	41,700	8.19	3,833	3,747	3,808	4,010	4,007	-3 / -0.1	342	2,925
茨城県	39,500	8.00	39,500	8.00	4,226	4,173	4,484	4,498	4,510	+12 / +0.3	325	2,808
栃木県	43,200	8.54	43,200	8.54	4,173	4,080	4,691	4,641	4,484	-157 / -3.4	358	3,042
群馬県	43,600	8.60	43,600	8.60	4,413	4,289	4,762	4,726	4,666	-60 / -1.3	358	3,067
埼玉県	42,440	8.29	42,070	8.34	6,322	5,977	6,270	6,179	6,168	-11 / -0.2	350	2,968
千葉県	38,700	7.43	40,400	7.93	5,470	5,496	5,537	5,622	5,818	+196 / +3.5	333	2,833
東京都	42,200	8.98	42,400	9.07	7,223	7,214	7,746	8,097	7,958	-139 / -1.7	350	3,083
神奈川県	42,580	8.30	43,429	8.66	7,348	7,081	7,430	7,507	7,632	+125 / +1.7	362	3,072
新潟県	35,300	7.15	35,300	7.15	3,666	3,595	3,626	3,501	3,463	-38 / -1.1	292	2,508
富山県	43,800	8.60	43,800	8.60	4,681	4,528	5,041	4,866	4,857	-9 / -0.2	358	3,075
石川県	47,520	9.33	47,520	9.33	5,067	4,897	5,310	5,148	5,022	-126 / -2.4	396	3,341
福井県	43,700	7.90	43,700	7.90	4,631	4,509	4,619	4,487	4,497	+10 / +0.2	358	2,967
山梨県	40,490	7.86	40,490	7.86	3,973	3,873	4,097	4,078	4,069	-9 / -0.2	337	2,833
長野県	40,347	8.10	40,907	8.30	3,919	3,957	4,213	4,465	4,449	-16 / -0.4	333	2,908
岐阜県	41,840	7.99	42,690	8.55	4,659	4,520	4,723	4,737	4,939	+202 / +4.3	350	3,025
静岡県	38,500	7.57	39,500	7.85	5,037	4,964	5,091	5,075	5,175	+100 / +2.0	325	2,783
愛知県	45,761	9.00	46,984	9.54	6,317	6,315	6,664	6,845	7,003	+158 / +2.3	383	3,342
三重県	43,050	8.30	43,870	9.06	4,196	4,100	4,461	4,786	4,865	+79 / +1.7	366	3,149
滋賀県	44,886	8.73	45,242	8.94	4,614	4,671	5,180	5,443	5,518	+75 / +1.4	377	3,189

# 後期高齢者医療制度の平成28・29年度の保険料率等

均一保険料率（年額・率）				被保険者一人当たり 平均保険料額（月額）						年金収入別の保険料額の例（月額）	
26・27年度		28・29年度		20・21年度	22・23年度	24・25年度	26・27年度	28・29年度（見込）		基礎年金受給者 （年金収入78万円）	厚生年金受給者 標準的な年金額 （年金収入188万円）
被保険者 均等割額 （円）	所得割率 （％）	被保険者 均等割額 （円）	所得割率 （％）	保険料額 （円）	保険料額 （円）	保険料額 （円）	保険料額 （円）	保険料額 （円）	対26・27年度増減 （円 / ％）	28・29年度 保険料額 （円）	28・29年度 保険料額 （円）

全国	44,980	8.88	45,289	9.09	5,283	5,249	5,569	5,632	5,659	+27 / +0.5	377	3,213
京都府	47,480	9.17	48,220	9.61	6,016	5,953	6,190	6,076	6,206	+130 / +2.1	402	3,411
大阪府	52,607	10.41	51,649	10.41	6,574	6,639	6,999	6,887	6,740	-147 / -2.1	430	3,670
兵庫県	47,603	9.70	48,297	10.17	5,984	5,892	6,321	6,451	6,426	-25 / -0.4	402	3,495
奈良県	44,700	8.57	44,800	8.92	5,308	5,351	5,746	5,916	5,960	+44 / +0.7	367	3,167
和歌山県	44,730	8.55	44,177	8.93	4,305	4,146	4,264	4,251	4,201	-50 / -1.2	367	3,142
鳥取県	42,480	8.07	42,480	8.07	4,100	3,976	3,989	4,004	4,086	+82 / +2.0	350	2,942
島根県	43,440	8.53	45,840	9.28	3,668	3,630	4,006	3,955	4,202	+247 / +6.2	382	3,263
岡山県	46,300	9.15	49,200	9.87	4,827	4,926	5,166	5,136	5,494	+358 / +7.0	408	3,483
広島県	44,032	8.43	44,795	8.97	5,143	5,220	5,641	5,504	5,597	+93 / +1.7	373	3,175
山口県	50,431	10.17	52,390	10.52	5,531	5,341	5,621	5,715	5,785	+70 / +1.2	437	3,717
徳島県	51,273	10.02	52,913	10.98	3,830	3,970	4,479	4,517	4,696	+179 / +4.0	433	3,800
香川県	47,200	8.81	47,300	9.26	5,435	5,226	5,226	5,123	5,198	+75 / +1.5	392	3,317
愛媛県	45,231	9.05	46,308	9.16	4,273	4,101	4,458	4,417	4,433	+16 / +0.4	386	3,265
高知県	51,793	10.35	54,394	11.42	4,471	4,409	4,879	4,748	4,932	+184 / +3.9	450	3,925
福岡県	56,584	11.47	56,085	11.17	6,139	6,194	6,566	6,560	6,376	-184 / -2.8	467	3,965
佐賀県	51,800	9.88	51,800	9.88	4,566	4,466	4,742	4,706	4,683	-23 / -0.5	425	3,592
長崎県	46,800	8.80	46,800	8.80	4,215	4,124	4,326	4,396	4,356	-40 / -0.9	383	3,233
熊本県	47,900	9.26	47,900	9.26	4,287	4,299	4,394	4,249	4,211	-38 / -0.9	392	3,342
大分県	48,500	9.52	48,500	9.52	4,479	4,385	4,641	4,491	4,489	-2 / +0.0	400	3,400
宮崎県	48,400	9.08	48,400	9.08	3,765	3,558	3,893	4,028	4,000	-28 / -0.7	400	3,333
鹿児島県	51,500	9.32	51,500	9.97	3,782	3,684	3,917	4,001	4,114	+113 / +2.8	425	3,592
沖縄県	48,440	8.80	48,440	8.80	4,450	4,590	4,884	5,026	5,105	+79 / +1.6	404	3,302

- 均一保険料率（被保険者均等割額及び所得割率）は、平成28年度・平成29年度とも同じであるが、被保険者一人当たり平均保険料額は、被保険者の所得水準の変更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平均保険料額が増減する場合がある。
- 平成28・29年度の被保険者一人当たり平均保険料額は、保険料改定に係る各広域連合の条例改正時の見込額であり、各年度において実際に各被保険者に課される保険料額の平均値とは異なる。
- 平成20・21年度から平成26・27年度までの被保険者一人当たり平均保険料額（実績）は、後期高齢者医療制度被保険者実態調査より算出。
- 年金収入別保険料額の例（月額）については、単身世帯の保険料額である。
- 基礎年金受給者（年金収入78万円）については、均等割9割軽減に該当する。
- 厚生年金受給者の標準的な年金額（年金収入188万円）については、厚生年金（夫婦2人分の老齢基礎年金を含む標準的な年金額）から老齢基礎年金（満額）1人分を引いて算出。均等割5割軽減、所得割5割軽減に該当する。

# 後期高齢者の保険料軽減特例（予算措置）の見直し

## 医療保険制度改革骨子(平成27年1月13日社会保障制度改革推進本部決定)

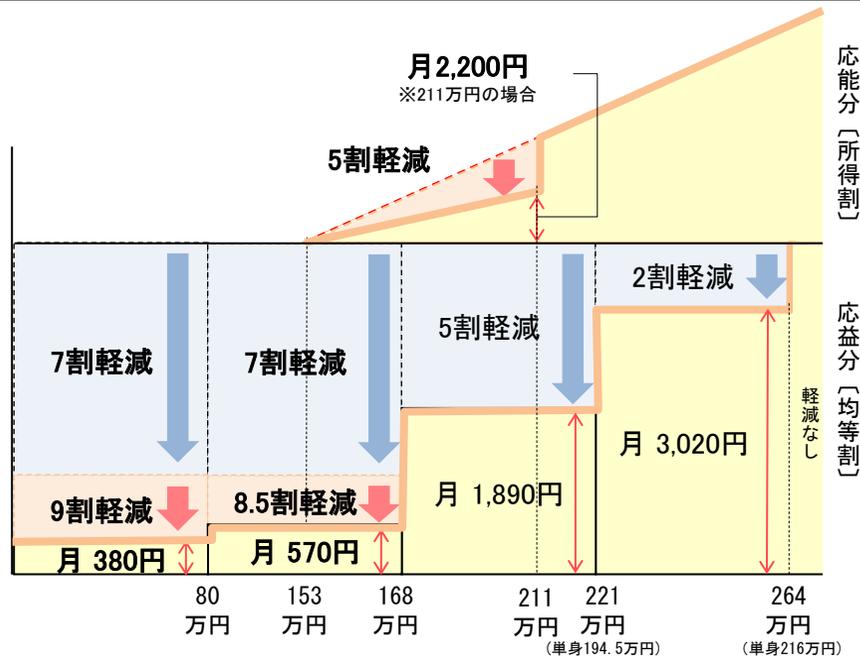
後期高齢者の保険料軽減特例(予算措置)については、段階的に縮小する。その実施に当たっては、低所得者に対する介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて実施することにより低所得者に配慮しつつ、平成29年度から原則的に本則に戻すとともに、急激な負担増となる者については、きめ細かな激変緩和措置を講ずることとする。激変緩和措置の具体的な内容については、今後検討し結論を得る。

※ 被保険者数1,656万人のうち、対象者は916万人。(平成28年度予算ベース)

【参考】平成27年度予算:対象者 890万人、国費 811億円

対象者 916万人、国費945億円(平成28年度予算)

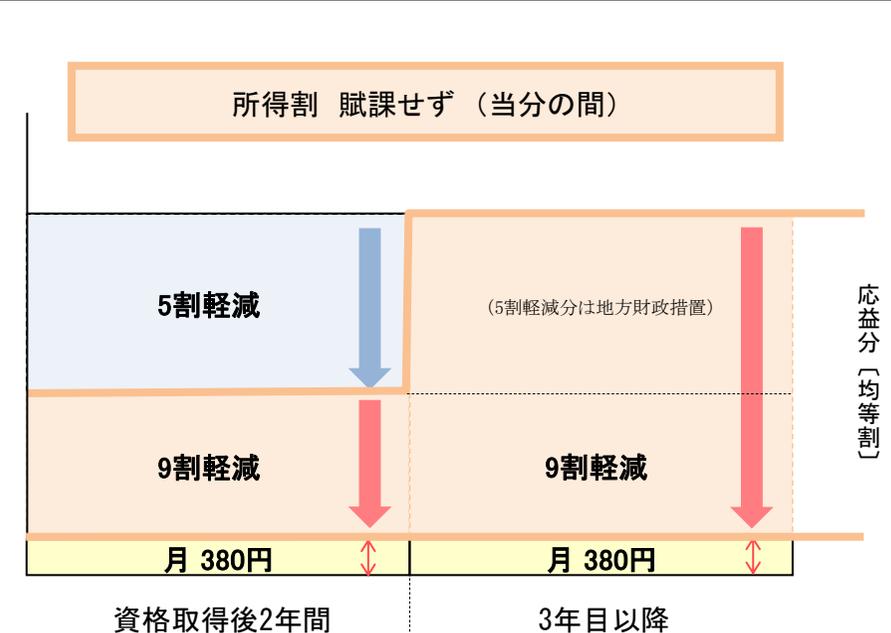
低所得者の軽減 (747万人)



保険料(平成28・29年度 全国平均・月額)

[均等割] 3,774円 + [所得割(9.09%)] 1,885円 = 5,659円

元被扶養者の軽減 (169万人)



約233億円(国費)

約159億円(地財措置)

□ 本則上の軽減 □ 軽減特例 □ 現在の保険料額

※数値は平成28年度予算ベース 27

## 高額療養費制度の概要

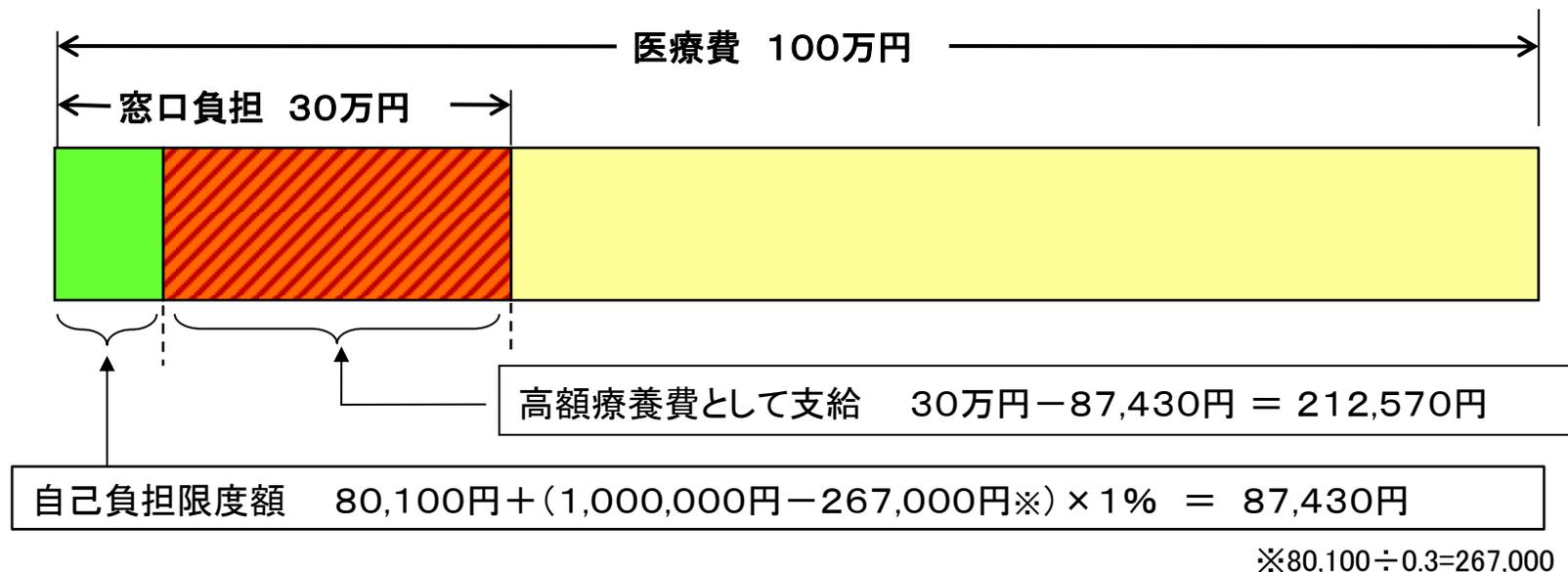
○ 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い（※）される制度。

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

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

○ 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じて設定される。

（例）70歳未満・年収約370万円～約770万円の場合（3割負担）



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

# 高額療養費の支給状況

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

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

※ 平成25年度実績(各制度の事業年報等を基に保険局調査課が作成。)

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

# 医療及び介護における患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額

## 医療

70歳未満	負担割合		月単位の上限額（円）
	3割	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	252,600+ (医療費－842,000) × 1% ＜多数回該当：140,100＞
		年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円 国保：旧ただし書き所得600万～901万円	167,400+ (医療費－558,000) × 1% ＜多数回該当：93,000＞
		年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円 国保：旧ただし書き所得210万～600万円	80,100+ (医療費－267,000) × 1% ＜多数回該当：44,400＞
		～年収約370万円 健保：標報26万円以下 国保：旧ただし書き所得210万円以下	57,600 ＜多数回該当：44,400＞
住民税非課税		35,400 ＜多数回該当：24,600＞	

70歳～74歳	負担割合		外来（個人ごと）	80,100+（総医療費－267,000）×1% ＜多数回：44,400＞
	3割	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	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）	12,000（※4）	44,400（※4）
	2割（※3）	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	負担割合		外来（個人ごと）	80,100+（総医療費－267,000）×1% ＜多数回：44,400＞
	3割	現役並み所得者 （年収約370万円～） 課税所得145万以上	44,400	
		一般（～年収約370万円） 課税所得145万円未満（※1）（※2）	12,000	44,400
	1割	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	

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

## 介護

65歳以上	負担割合		月単位の上限額（円）
	2割	現役並み所得者 課税所得145万以上	44,400 （世帯）
		一定以上所得者 合計所得金額160万以上	37,200 （世帯）
	1割	合計所得金額160万未満（※5）	
		一般 住民税課税者等（※6）	
		住民税非課税	24,600 （世帯）
住民税非課税 （所得が一定以下）		15,000 （個人）等	

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

※2 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

※3 平成26年4月1日までに70歳に達している者は1割。

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

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

※6 世帯内の65歳以上の被保険者の収入の合計額が520万円未満（世帯内の65歳以上の被保険者が1人の場合は383万円未満）の場合も含む。

# 高齢者の「現役並み所得」について

## 医療保険

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

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

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

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

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

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

## 介護保険

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

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

※<sup>1</sup> 65歳以上の被保険者の上位20%に相当する水準

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

注 合計所得金額とは、収入から地方税法上の必要経費を控除した後の額をいう。

## 高齢者の高額療養費における外来上限の考え方について

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

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

≪限度額設定の考え方≫

【現役並み所得者】 一般の自己負担額と同額に設定。

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

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

[70歳以上の自己負担限度額(現行)]

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

# 高齢者の高額療養費の自己負担限度額の考え方

[70歳以上]

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

※過去12カ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目に該当

## 所得区分要件・限度額設定の考え方

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

# 医療保険制度別の実効給付率の推移

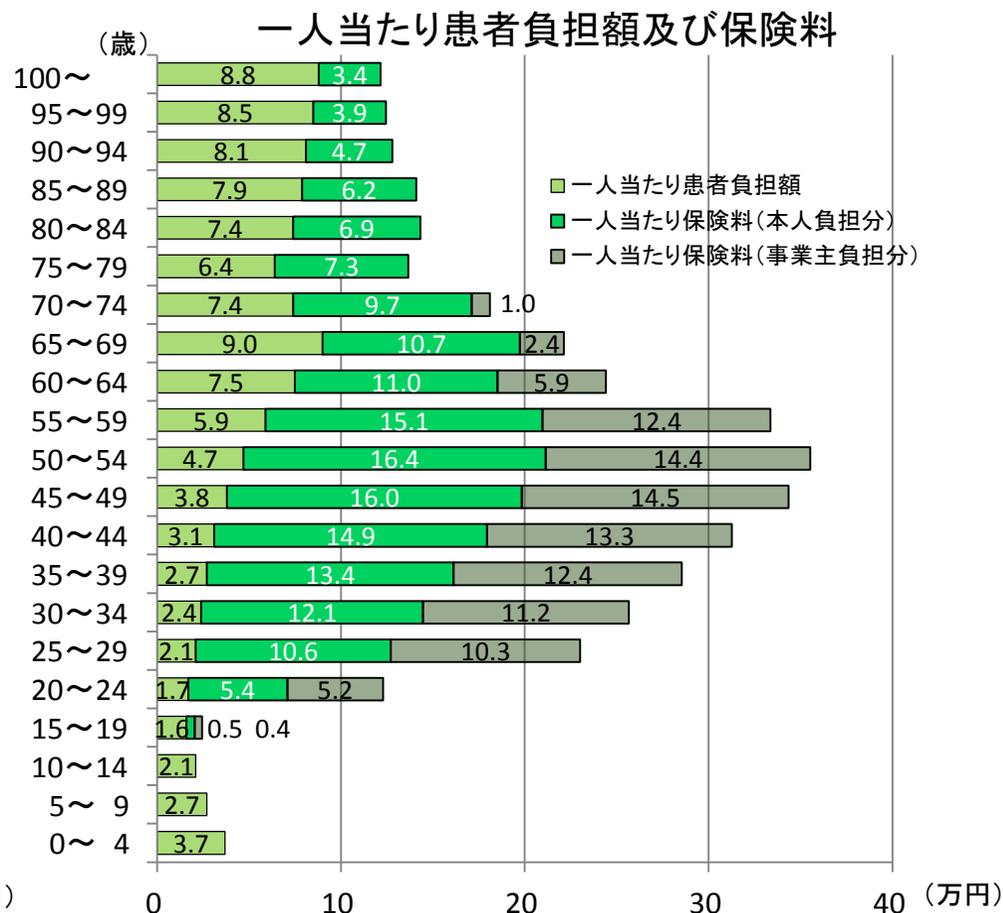
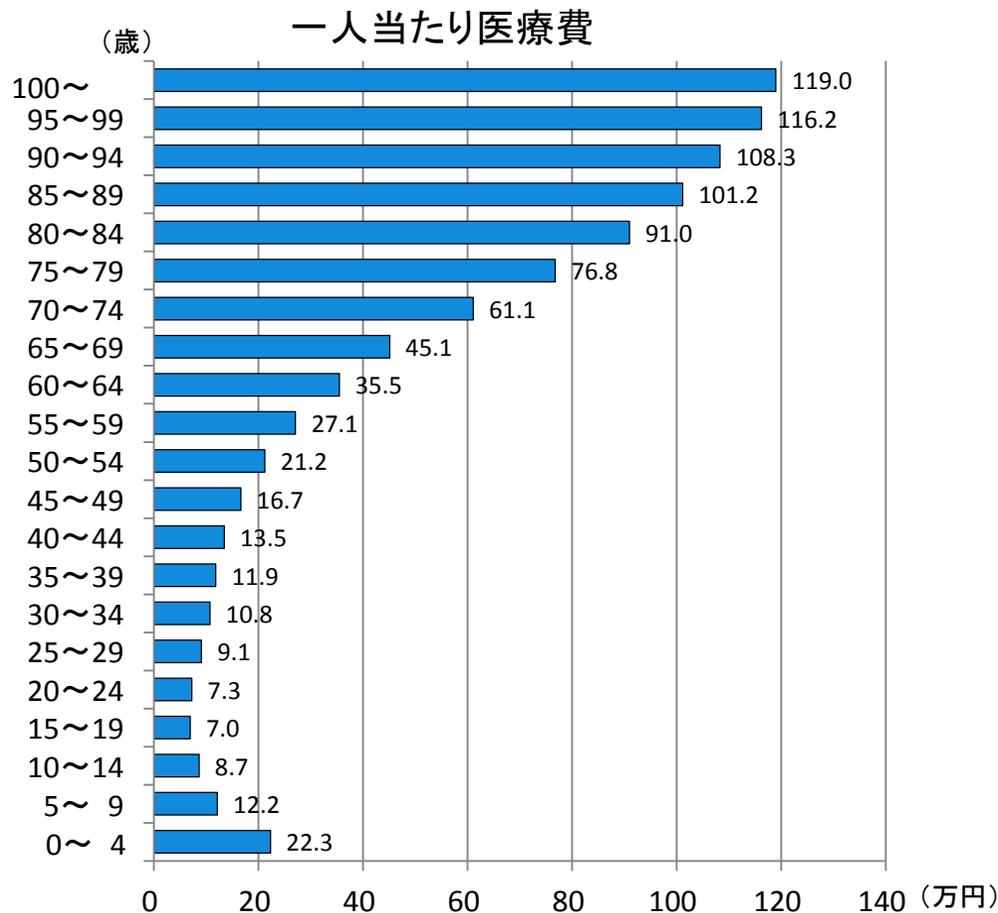
		被用者保険計			国保計			若人計	後期高齢者 医療制度 (老人保健)	医療保険計	主な制度改正	
		協会（一般）	組合健保	共済組合	市町村国保	国保組合						
被 保 険 者 （ 7 0 歳 未 満 ）	平成12年度	82.42	81.34	83.10	85.22	78.83	78.72	80.26	80.30	—	健保：2割→3割	
	13	82.31	81.23	82.98	85.10	78.53	78.49	79.11	80.06	—		
	14	82.03	81.06	82.75	84.11	78.12	78.09	78.57	79.67	—		
	15	75.32	73.99	75.95	78.88	77.51	77.52	77.47	76.69	—		
	16	75.36	74.32	76.08	77.49	77.64	77.72	76.55	76.78	—		
	17	75.30	74.35	75.97	77.11	77.56	77.66	76.17	76.70	—		
	18	75.25	74.38	75.89	76.93	77.45	77.60	75.40	76.60	—	義務教育前：3割→2割	
	19	75.82	75.14	76.33	77.12	77.86	78.05	75.34	77.06	—		
	20	75.54	74.74	76.17	76.95	78.31	78.29	78.61	77.36	—		
	21	75.68	74.93	76.29	76.99	78.41	78.42	78.28	77.34	—		
	22	75.93	75.20	76.54	77.19	78.84	78.86	78.59	77.70	—		
	23	76.07	75.38	76.63	77.24	79.14	79.19	78.35	77.94	—		
24	76.40	75.73	76.95	77.57	79.53	79.59	78.59	78.28	—			
7 0 歳 以 上	平成12年度	—	—	—	—	—	—	—	—	—	70歳以上：定率1割（現役並み2割）	
	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
	14	89.66	89.34	90.20	91.73	88.94	88.99	87.23	89.07	—		
	15	89.55	89.25	89.96	90.65	89.29	89.36	87.01	89.34	—		
	16	89.56	89.30	89.94	90.38	89.37	89.43	87.22	89.40	—		
	17	89.64	89.39	89.98	90.38	89.43	89.49	87.36	89.46	—		
	18	89.15	88.84	89.49	90.25	88.71	88.79	85.61	88.78	—	現役並み：2割→3割	
	19	88.69	88.40	88.98	89.83	88.32	88.42	84.30	88.38	—		
	20	84.08	83.85	84.19	85.23	85.82	85.83	85.52	85.56	—	70～74歳：1割→2割	
	21	84.19	84.06	84.34	84.53	86.56	86.57	85.81	86.26	—		
	22	84.54	84.40	84.80	84.63	86.99	87.01	86.18	86.69	—		
	23	84.60	84.52	84.74	84.68	87.20	87.23	85.96	86.89	—		
24	85.01	84.93	85.12	85.20	87.65	87.68	86.33	87.33	—			
計	平成12年度	79.58	78.87	79.75	81.95	78.83	78.72	80.26	79.26	92.30		84.36
	13	79.39	78.72	79.49	81.75	78.53	78.49	79.11	79.01	92.00	84.20	
	14	79.26	78.69	79.50	80.79	78.59	78.57	78.82	78.96	91.21	83.89	
	15	76.00	75.03	76.40	78.49	78.76	78.81	78.04	77.31	91.17	82.79	
	16	76.32	75.62	76.68	77.90	79.64	79.78	77.50	77.93	91.35	83.09	
	17	76.43	75.89	76.70	77.66	80.30	80.49	77.46	78.36	91.50	83.27	
	18	76.58	76.10	76.81	77.75	80.80	81.03	77.00	78.71	91.19	83.21	現役並み：2割→3割
	19	77.01	76.69	77.17	77.81	81.48	81.74	77.07	79.30	91.09	83.45	
	20	76.93	76.37	77.34	77.93	80.32	80.37	79.37	78.66	91.15	83.03	70～74歳/義務教育前：2割
	21	77.10	76.64	77.42	77.98	80.58	80.67	79.11	78.88	91.30	83.33	
	22	77.40	76.97	77.70	78.22	81.02	81.11	79.43	79.24	91.63	83.76	
	23	77.52	77.16	77.76	78.26	81.34	81.45	79.23	79.47	91.79	84.03	
24	77.75	77.40	77.99	78.49	81.80	81.91	79.50	79.81	91.97	84.37		

（注1） 予算措置による70歳～74歳の患者負担補填分を含んでいない。

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

# 年齢階級別の1人当たり医療費・患者負担額及び保険料について

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

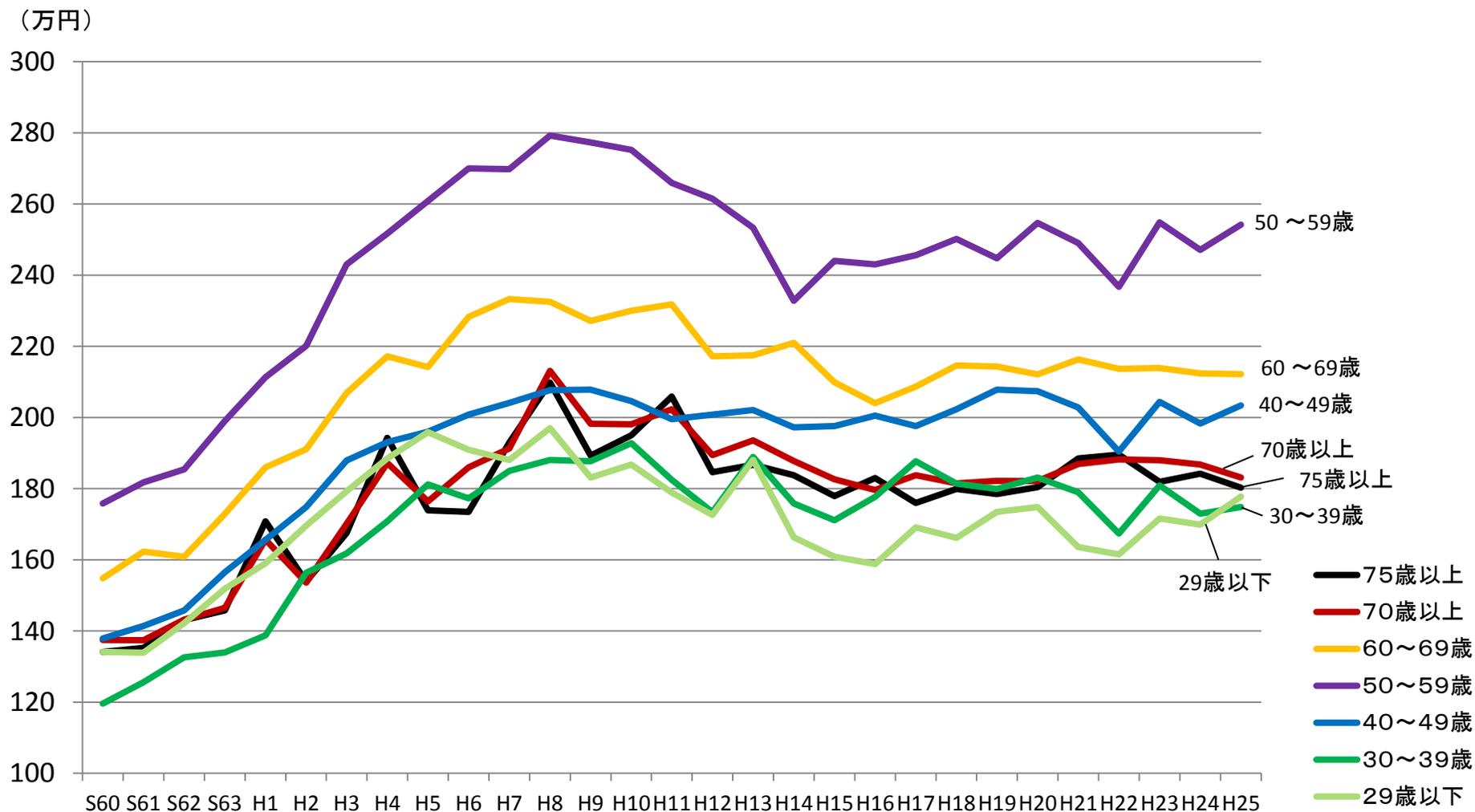


※ 一人当たり医療費は、「医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等により作成した平成24年度の数値。

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

# 年齢階級別の平均収入額の推移

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



## 骨太方針2015を踏まえた高齢者の負担の在り方に関する論点

- 高齢者は一般に所得の低い者が多く、医療費は高くなるという特性を十分考慮するとともに、負担の公平性という観点等から、自己負担割合や高額療養費が設定されている。
- 高齢者の医療費を支える財源は、公費、現役世代からの支援金、高齢者自身の保険料・患者負担であるなかで、今後、高齢化の進展等により医療費の増加が見込まれることを踏まえ、高齢者の医療費をどのように賄っていくべきか。国民全体の納得が得られるよう検討する必要。
- 骨太方針2015では、「社会保障制度の持続可能性を中長期的に高めるとともに、世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点から、医療保険における高額療養費制度や後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する」とされているが、どのように検討を進めていくべきか。  
検討に当たっては、高齢者の適切な受診の確保を基本としつつ、高齢者の生活への影響などを考慮すべきではないか。また、その他考慮すべき事項として、どのようなものがあるか。
- また、高齢者の負担を考える場合には、自己負担や高額療養費といった患者負担だけではなく保険料も含め総合的に検討する必要があるのではないか。その際は、特例を含めた保険料に関する様々な扱いについても考慮する必要がある。
- 一方で、高齢者の負担の在り方を検討するに当たっては、医療費の適正化の取組や高齢者の特性に応じた保健事業の実施なども含めて、総合的に検討をしていくべきではないか。

# 後期高齢者医療における保健事業に関する規定

## ◎高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）

第二百五条 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。

2 (略)

3 後期高齢者医療広域連合は、第一項に規定する事業を行うに当たっては、介護保険法第百十五条の四十五第一項及び第二項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。

4 (略)

5 厚生労働大臣は、第一項の規定により後期高齢者医療広域連合が行う被保険者の健康の保持増進のために必要な事業に関して、その適切かつ有効な実施を図るため、指針の公表、情報の提供その他の必要な支援を行うものとする。

6 前項の指針は、健康増進法第九条第一項に規定する健康診査指針及び介護保険法第百十六条第一項に規定する基本方針と調和が保たれるものでなければならない。