

第124回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和2年1月31日（金）
16時00分～17時30分
場 所：全国都市会館

（議 題）

1. 医療保険制度改革について
2. その他

（配布資料）

- 資料1－1 医療保険制度改革に向けた議論の進め方
- 資料1－2 基礎資料
- 資 料 2 被保険者番号履歴を活用した医療等情報の連結の仕組みの具体化について
- 資 料 3 被保険者記号・番号の告知要求制限について

参 考 資 料 議題1に関する参考資料

第124回 社会保障審議会医療保険部会

令和2年1月31日(金) 16:00~17:30

全国都市会館 大ホール

○
速記

秋山委員○

横幕審議官○

濱谷局長○

遠藤部会長○

菊部会長代理池○

八神審議官○

横尾委員○

森委員○

安藤委員○

池端委員○

石上委員○

兼子委員○

佐野委員○

菅原委員○

林委員○

○松原委員

○松下参考人

○堀委員

○藤原委員

○藤井委員

○樋口委員

○中野参考人

○仲津留課長

○込山課長

○熊本課長

○姫野課長

○宮崎課長

○山下課長

○山田室長

○森光課長

○樋口室長

○三浦参事官

総務課

木村企画官

深谷室長

荻原推進官

総務課

新畑室長

岡田室長

田中室長

小椋管理官

田宮管理官

傍聴者席

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

令和2年1月31日

あきやま ともや 秋山 智弥	日本看護協会副会長
あんどう のぶき 安藤 伸樹	全国健康保険協会理事長
いけばた ゆきひこ 池端 幸彦	日本慢性期医療協会副会長
いしがみ ちひろ 石上 千博	日本労働組合総連合会副事務局長
いちのせ まさた 一瀬 政太	全国町村会理事／長崎県波佐見町長
えんどう ひさお ◎ 遠藤 久夫	国立社会保障・人口問題研究所所長
かねこ ひさし 兼子 久	全国老人クラブ連合会理事
きくち よしみ ○ 菊池 馨実	早稲田大学大学院法学研究科長
さの まさひろ 佐野 雅宏	健康保険組合連合会副会長
すがはら たくま 菅原 琢磨	法政大学経済学部教授
はやし まさずみ 林 正純	日本歯科医師会常務理事
はら かつのり 原 勝則	国民健康保険中央会理事長
ひぐち けいこ 樋口 恵子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長
ひらい しんじ 平井 伸治	全国知事会社会保障常任委員会委員長／鳥取県知事
ふじい りゅうた 藤井 隆太	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
ふじわら ひろゆき 藤原 弘之	日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会長
ほり まなみ 堀 真奈美	東海大学健康学部長
まえば やすゆき 前葉 泰幸	全国市長会相談役・社会文教委員／津市長
まつばら けんじ 松原 謙二	日本医師会副会長
もり まさひら 森 昌平	日本薬剤師会副会長
よこお としひこ 横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長

◎印は部会長、○印は部会長代理である。

(五十音順)

医療保険制度改革に向けた議論の進め方

令和2年1月31日

医療保険制度改革に向けた議論の進め方

- 医療保険制度改革に関しては、閣議決定等で検討スケジュールが示されており、
 - ① 「新経済財政運営と改革の基本方針2019（令和元年6月21日閣議決定）」において、「骨太方針2018及び改革工程表の内容に沿って、総合的な検討を進め、骨太方針2020において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめる。」
 - ② 「全世代型社会保障検討会議 中間報告（令和元年12月19日）」において、後期高齢者の自己負担割合の在り方や大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大について「来年（令和2年）夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。」とされている。
- 上記の閣議決定等を踏まえ、医療保険部会では次のとおり医療保険制度改革に向けた議論を進めてはどうか。

医療保険制度改革に向けた議論の進め方

【議論の進め方（案）】

令和2年1月

社会保障審議会医療保険部会において議論開始（月1、2回程度）



以下の項目について議論

①全世代型社会保障検討会議中間報告を踏まえ議論する項目

- ・ 後期高齢者の自己負担割合の在り方
- ・ 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

②改革工程表を踏まえ議論する項目

- ・ 負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方
- ・ 薬剤自己負担の引上げ
- ・ 医療費について保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応
- ・ 「現役並み所得」の判断基準の見直し
- ・ 新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用

③その他の項目



上記の議論の内容を踏まえ、更に議論



とりまとめに向けた議論

令和2年夏

とりまとめ

基礎資料

目次

○医療保険制度の概要	2
○人口と医療費の動向等	9
○関連する閣議決定等	23
○昨年6月以降の議論の経緯	34

医療保険制度の概要

医療保険制度の体系

後期高齢者医療制度

約16兆円

- ・75歳以上
- ・約1,800万人
- ・保険者数:47(広域連合)

前期高齢者財政調整制度(約1,680万人)約7兆円(再掲)※3

国民健康保険
(都道府県・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3,170万人
- ・保険者数:約1,900

約9兆円

協会けんぽ(旧政管健保)

- ・中小企業のサラリーマン
- ・約4,070万人
- ・保険者数:1

約6兆円

健康保険組合

- ・大企業のサラリーマン
- ・約2,830万人
- ・保険者数:約1,400

健保組合・共済等 約5兆円

共済組合

- ・公務員
- ・約850万人
- ・保険者数:85

※1 加入者数・保険者数、金額は、令和元年度予算ベースの数値。

※2 上記のほか、法第3条第2項被保険者(対象者約2万人)、船員保険(対象者約10万人)、経過措置として退職者医療(対象者約4万人)がある。

※3 前期高齢者数(約1,680万人)の内訳は、国保約1,250万人、協会けんぽ約320万人、健保組合約90万人、共済組合約10万人。

各保険者の比較

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者 医療制度
保険者数 (平成30年3月末)	1,716	1	1,394	85	47
加入者数 (平成30年3月末)	2,870万人 (1,816万世帯)	3,893万人 (被保険者2,320万人 被扶養者1,573万人)	2,948万人 (被保険者1,649万人 被扶養者1,299万人)	865万人 (被保険者453万人 被扶養者411万人)	1,722万人
加入者平均年齢 (平成29年度)	52.9歳	37.5歳	34.9歳	33.0歳	82.4歳
65～74歳の割合 (平成29年度)	41.9%	7.2%	3.2%	1.5%	1.9%(※1)
加入者一人当たり 医療費(平成29年度)	36.3万円	17.8万円	15.8万円	16.0万円	94.5万円
加入者一人当たり 平均所得(※2) (平成29年度)	86万円 (一世帯当たり 136万円)	151万円 (一世帯当たり(※3) 254万円)	218万円 (一世帯当たり(※3) 388万円)	242万円 (一世帯当たり(※3) 460万円)	84万円
加入者一人当たり 平均保険料 (平成29年度)(※4) ＜事業主負担込＞	8.7万円 (一世帯当たり 13.9万円)	11.4万円＜22.8万円＞ (被保険者一人当たり 19.1万円＜38.3万円＞)	12.7万円＜27.8万円＞ (被保険者一人当たり 22.7万円＜49.7万円＞)	14.2万円＜28.4万円＞ (被保険者一人当たり 27.1万円＜54.1万円＞)	7.0万円
保険料負担率	10.2%	7.5%	5.8%	5.9%	8.4%
公費負担	給付費等の50% ＋保険料軽減等	給付費等の16.4%	後期高齢者支援金等の 負担が重い保険者等 への補助	なし	給付費等の約50% ＋保険料軽減等
公費負担額(※5) (令和元年度予算ベース)	4兆4,156億円 (国3兆1,907億円)	1兆2,010億円 (全額国費)	739億円 (全額国費)		8兆2300億円 (国5兆2,736億円)

(※1) 一定の障害の状態にある旨の広域連合の認定を受けた者の割合。

(※2) 市町村国保及び後期高齢者医療制度については、「総所得金額(収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離譲渡所得金額」を加えたものを年度平均加入者数で除したものである。(市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」のそれぞれの前年所得を使用している。)

協会けんぽ、組合健保、共済組合については、「標準報酬総額」から「給与所得控除に相当する額」を除いたものを、年度平均加入者数で除した参考値である。

(※3) 被保険者一人当たりの金額を指す。

(※4) 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。

(※5) 介護納付金、特定健診・特定保健指導等に対する負担金・補助金は含まれていない。

各保険者における近年の被保険者数の推移

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
協会けんぽ	2,091万人	2,159万人 (+68万人)	2,244万人 (+85万人)	2,322万人 (+77万人)
健康保険組合	1,564万人	1,581万人 (+17万人)	1,628万人 (+47万人)	1,649万人 (+20万人)
船員保険	6万人	6万人 (+0万人)	6万人 (+0万人)	6万人 (+0万人)
共済組合	449万人	450万人 (+1万人)	451万人 (+1万人)	453万人 (+2万人)
国民健康保険	3,594万人	3,469万人 (▲125万人)	3,294万人 (▲175万人)	3,148万人 (▲146万人)
後期高齢者医療制度	1,577万人	1,624万人 (+47万人)	1,678万人 (+54万人)	1,722万人 (+44万人)
合計	9,281万人	9,289万人 (+7万人)	9,301万人 (+13万人)	9,298万人 (▲3万人)

※1 各制度の事業年報等を基に作成。
 ※2 協会けんぽには健康保険法第3条第2項被保険者を含む。
 ※3 各年度末現在の数値。

※4 括弧内は前年度に対する増減。
 ※5 端数処理のため、合計及び増減が一致しない場合がある。

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。

	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	
6歳 (義務教育就学後)	3割負担	
	2割負担	

後期高齢者の窓口負担割合及び高額療養費自己負担限度額

区 分	判定基準	負担割合	外来のみの 月単位の上限額 (個人ごと)	外来及び入院を合わせた 月単位の上限額 (世帯ごと)
現役並み所得 (※1)	課税所得145万円以上 年収約383万円以上 (※2)	3割	収入に応じて80,100～252,600円 ＋(医療費－267,000～842,000円)×1% ＜多数回該当:44,400円～140,100円＞	
一般	課税所得145万円未満 (※3) 年収約155～383万円 (※2)	1割	18,000円 〔 年14.4万円 〕	57,600円 ＜多数回該当:44,400円＞
低所得Ⅱ	住民税非課税 年収約80～155万円 (※4)		8,000円	24,600円
低所得Ⅰ	住民税非課税 (所得がない者) 年収約80万円以下 (※4)(※5)			15,000円

※1 現役並み所得区分は「Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ」の3区分に細分化されている。

※2 単身世帯を前提としてモデル的に計算したもの。

※3 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。

※4 年金収入のみの単身世帯を前提としてモデル的に計算したもの。

※5 個人の所得のうち、公的年金等に係る雑所得の金額は、公的年金等控除を「80万円」として計算する。

医療保険制度の患者一部負担の推移

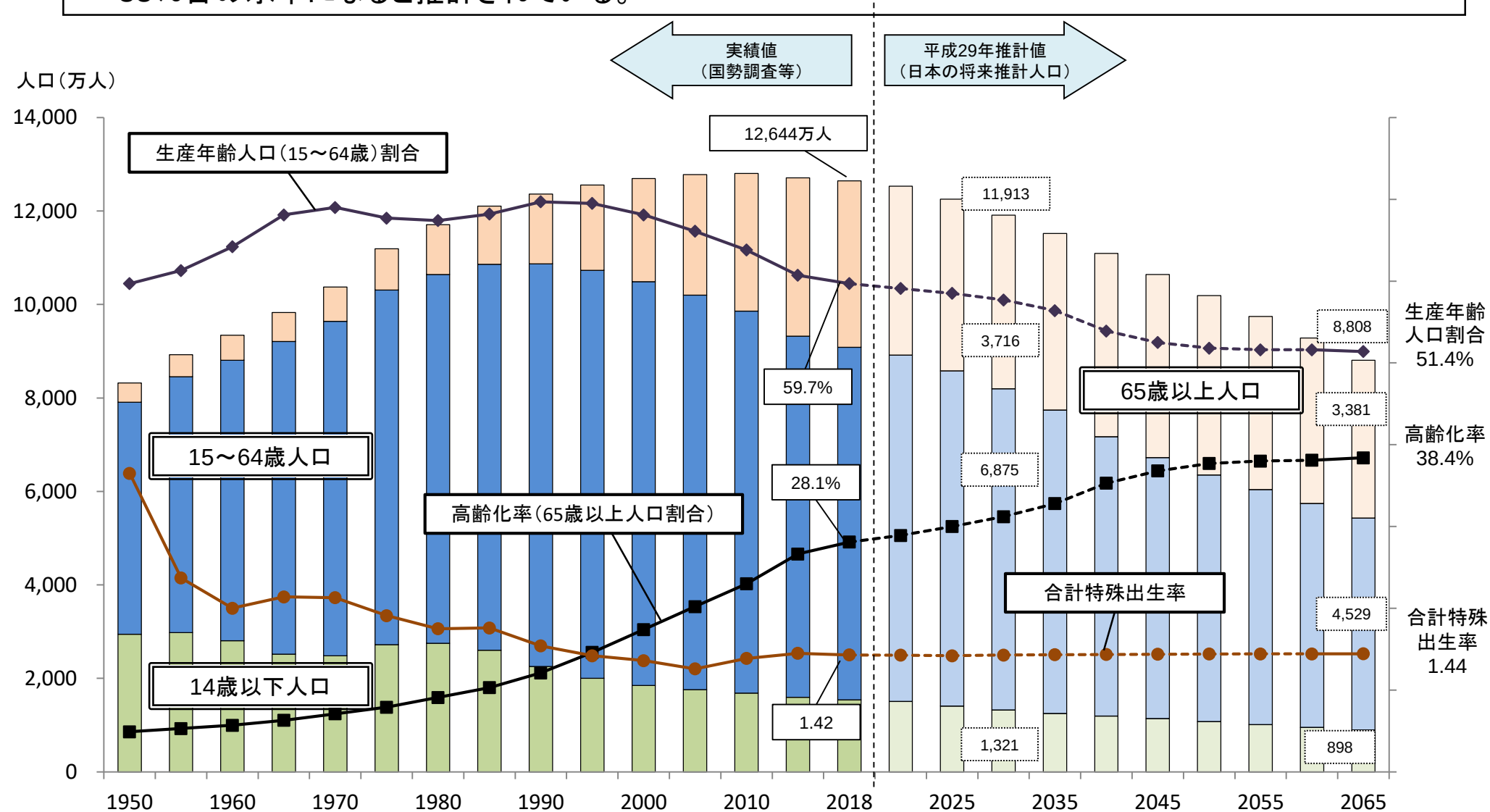
～昭和４７年 １２月		昭和４８年１月～		昭和５８年２月～	平成９年９月～	平成１３年１月～	平成１４年 １０月～	平成１５年 ４月～	平成１８年 １０月～	平成２０年４月～	
老人医療費 支給制度前		高齢者	老人医療費支給制度 （老人福祉法）		老人保健制度					75歳以上	後期高齢者 医療制度
国保	3割		なし	入院300円/日 外来400円/月	→1,000円/日 →500円/日 （月4回まで） ＋薬剤一部負担	定率1割負担 （月額上限付き） ＊診療所は定額制を 選択可 薬剤一部負担の廃止 高額医療費創設	定率1割負担 （現役並み所得者2割）	定率1割負担 （現役並み所得者3割）	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
	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～） 高額療養費創設			→入院2割（S56～） 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

人口と医療費の動向等

日本の人口の推移

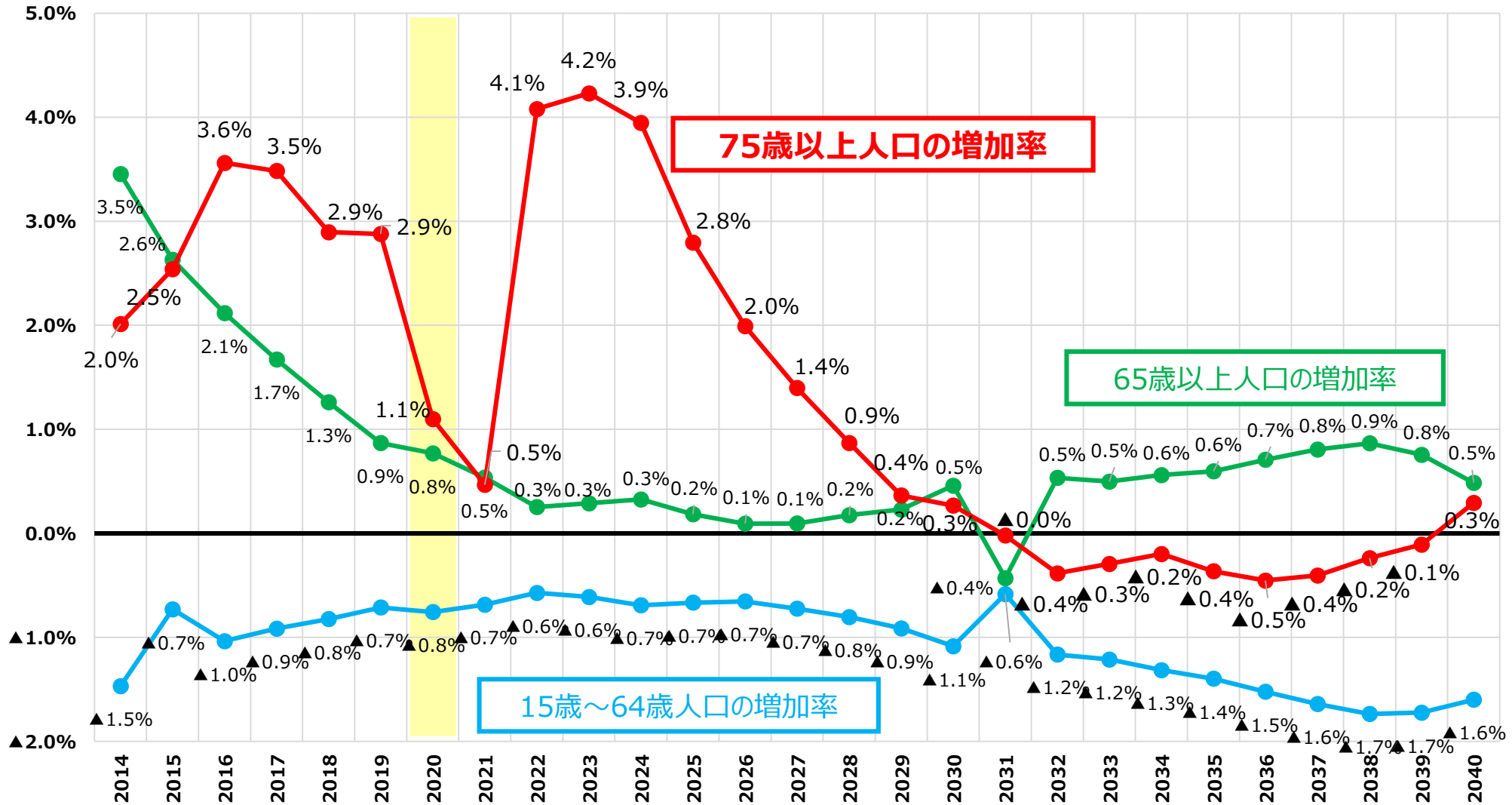
○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



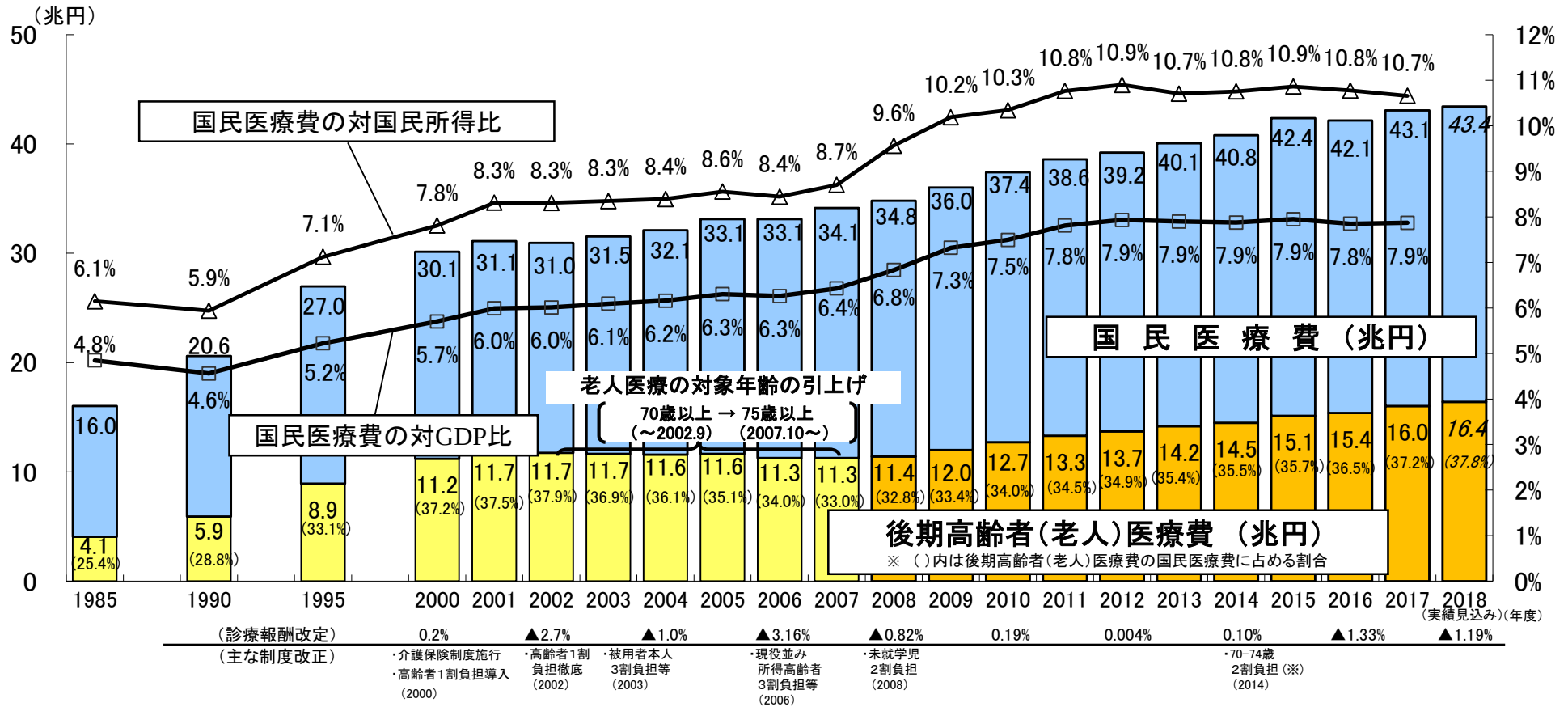
(出所) 2018年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は、2018年は総務省「人口推計」、それ以外は総務省「国勢調査」
 2018年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、
 2019年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

年齢別の人口増加率の推移

○ 団塊世代が後期高齢者入りする2022年以降の数年間、一時的に75歳以上人口の増加率が高まる。



医療費の動向



<対前年度伸び率>

	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	(S60)	(H2)	(H7)	(H12)	(H13)	(H14)	(H15)	(H16)	(H17)	(H18)	(H19)	(H20)	(H21)	(H22)	(H23)	(H24)	(H25)	(H26)	(H27)	(H28)	(H29)	(H30)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	▲0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	▲0.5	2.2	0.8
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	2.1	4.4	1.6	4.2	2.4
国民所得	7.2	8.1	2.7	2.4	▲3.0	▲0.4	1.4	1.3	1.2	1.3	▲0.0	▲7.2	▲2.9	2.4	▲1.0	0.4	4.0	1.4	2.8	0.3	3.3	—
GDP	7.2	8.6	2.7	1.2	▲1.8	▲0.8	0.6	0.7	0.8	0.6	0.4	▲4.0	▲3.4	1.5	▲1.1	0.1	2.6	2.2	2.8	0.7	2.0	—

注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算による。

注2 2018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。2018年度分は、2017年度の国民医療費に2018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。

医療費の伸び率の要因分解

○ 医療費の伸び率のうち、人口及び報酬改定の影響を除いた「その他」は近年1～2％程度であり、平成30年度は1.1％。
その要因には、医療の高度化、患者負担の見直し等種々の影響が含まれる。

	平成15年度 (2003)	平成16年度 (2004)	平成17年度 (2005)	平成18年度 (2006)	平成19年度 (2007)	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009)	平成22年度 (2010)	平成23年度 (2011)	平成24年度 (2012)	平成25年度 (2013)	平成26年度 (2014)	平成27年度 (2015)	平成28年度 (2016)	平成29年度 (2017)	平成30年度 (2018)
医療費の伸び率 ①	1.9%	1.8%	3.2%	-0.0%	3.0%	2.0%	3.4%	3.9%	3.1%	1.6%	2.2%	1.9%	3.8%	-0.5%	2.2%	<i>0.8%</i> (注1)
人口増の影響 ②	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.1%	0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.1%	-0.1%	-0.2%	-0.2%
高齢化の影響 ③	1.6%	1.5%	1.8%	1.3%	1.5%	1.3%	1.4%	1.6%	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%	1.0%	1.0%	1.2%	<i>1.1%</i> (注2)
診療報酬改定等 ④		-1.0%		-3.16%		-0.82%		0.19%		0.004%		0.1% [-1.26% 消費税対応 1.36% (注3)]		-1.33% (注4)		-1.19% (注5)
その他 (①-②-③-④) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し等	0.2%	1.2%	1.3%	1.8%	1.5%	1.5%	2.2%	2.1%	2.1%	0.4%	1.1%	0.7%	2.9%	-0.1%	1.2%	<i>1.1%</i> (注1)
制度改正	H15.4 被用者本人3割負担等			H18.10 現役並み所得高齢者3割負担等		H20.4 未就学2割負担						H26.4 70-74歳2割負担 (注6)				

注1：医療費の伸び率は、平成29年度までは国民医療費の伸び率、平成30年度は概算医療費（審査支払機関で審査した医療費）の伸び率（上表の斜体字、速報値）であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

注2：平成30年度の高齢化の影響は、平成29年度の年齢階級別（5歳階級）国民医療費と平成29、30年度の年齢階級別（5歳階級）人口からの推計値である。

注3：平成26年度の「消費税対応」とは、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分を指す。平成26年度における診療報酬改定の改定率は、合計0.10％であった。

注4：平成28年度の改定分-1.33％のうち市場拡大再算定の特例分等は-0.29％、実勢価等改定分で計算すると-1.03％。

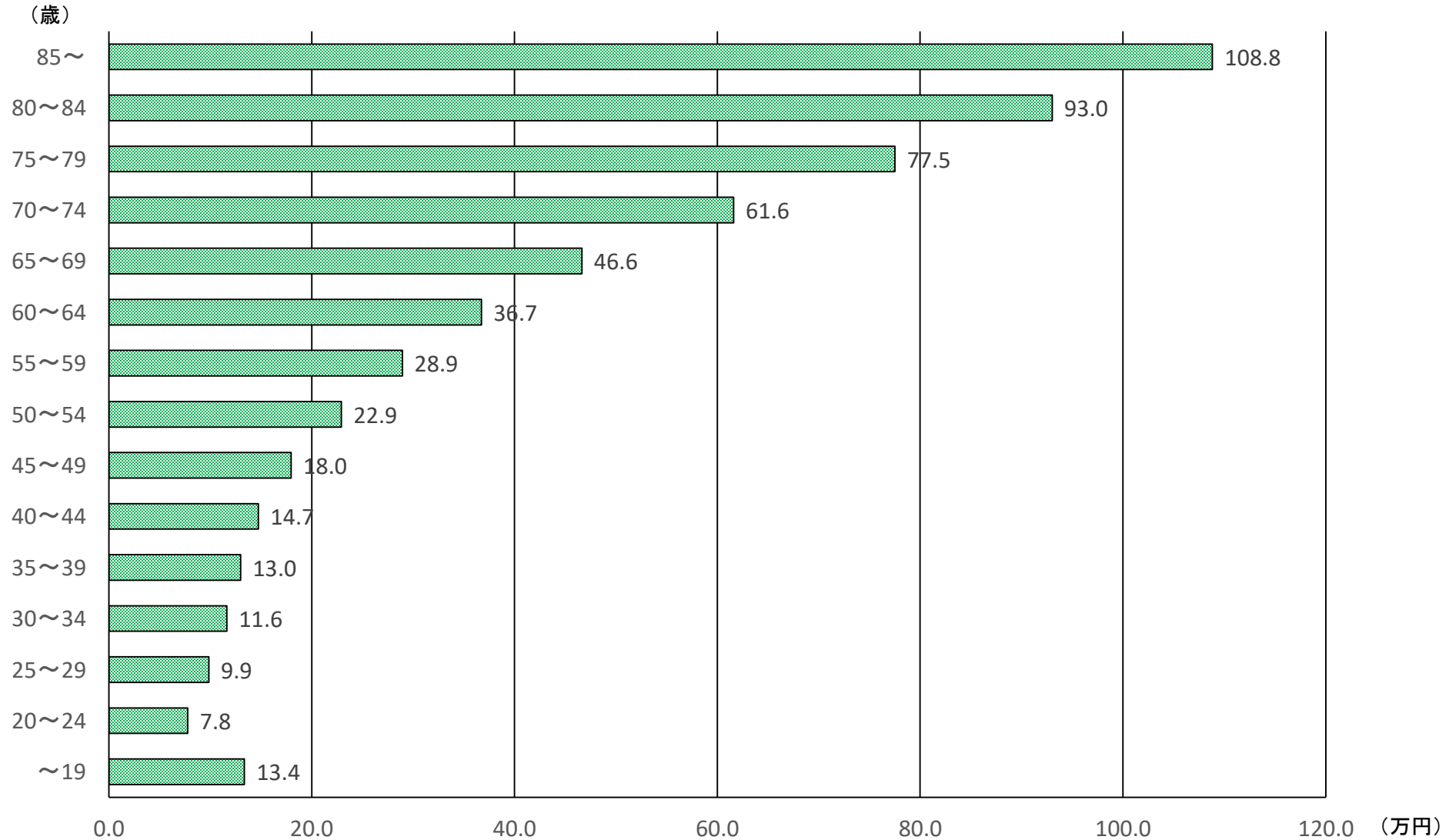
なお、「市場拡大再算定の特例分等」とは年間販売額が極めて大きい品目に対する市場拡大再算定の特例の実施等を指す。

注5：平成30年度の改定分-1.19％のうち薬価制度改革分は-0.29％、実勢価等改定分で計算すると-0.9％。

注6：70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除（1割→2割）。平成26年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

年齢階級別の1人当たり医療費

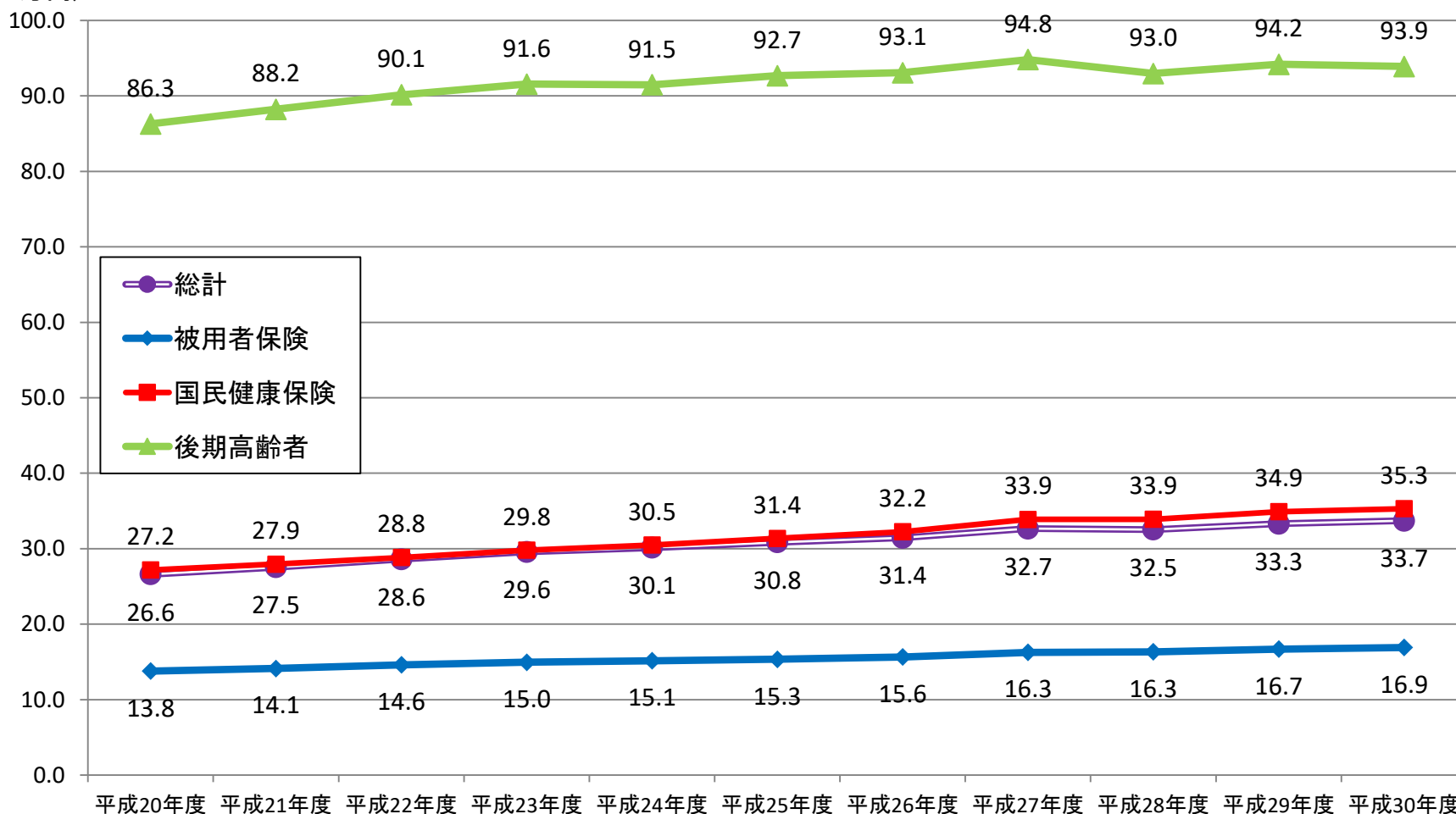
○ 1人当たり医療費は、高齢になるにつれて増加する。



医療保険制度別 1人当たり医療費

○ 後期高齢者の1人当たり医療費は約94万円(平成30年度)であり、医療制度総計・国民健康保険の約3倍、被用者保険の約6倍で推移している。

(単位:万円)

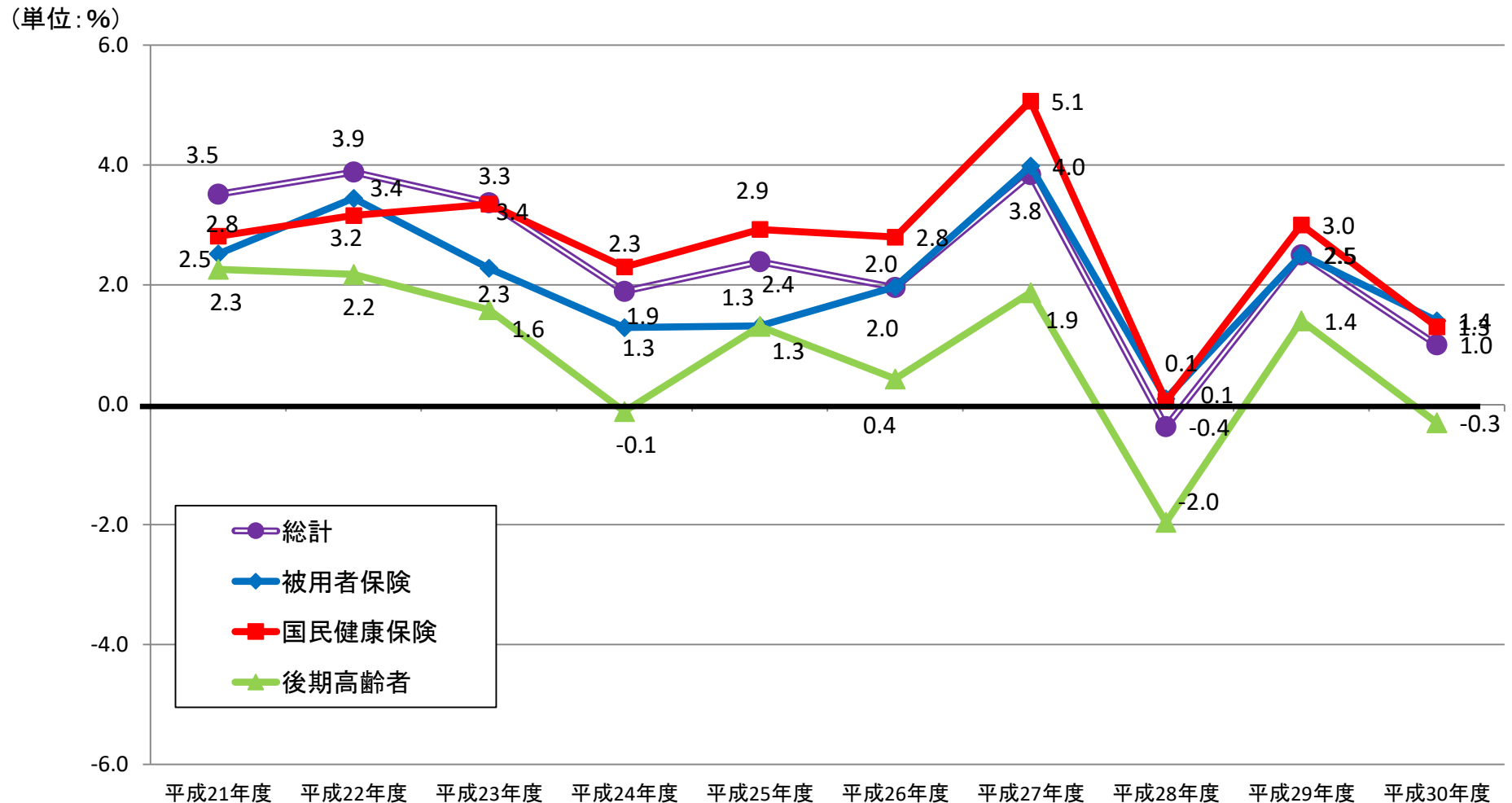


出典:医療費の動向調査(平成30年度)

注: 後期高齢者は75歳以上の数値としている。

医療保険制度別 1人当たり医療費の伸び率(対前年度比)

○ 後期高齢者の1人当たり医療費の伸び率(対前年度比)は、その他の制度の伸び率よりも概ね低くなっており、平成21～27年度までは約0%から約2%で推移し、平成28年度は－2.0%、平成29年度は1.4%、平成30年度は－0.3%となっている。



出典: 医療費の動向調査(平成30年度)

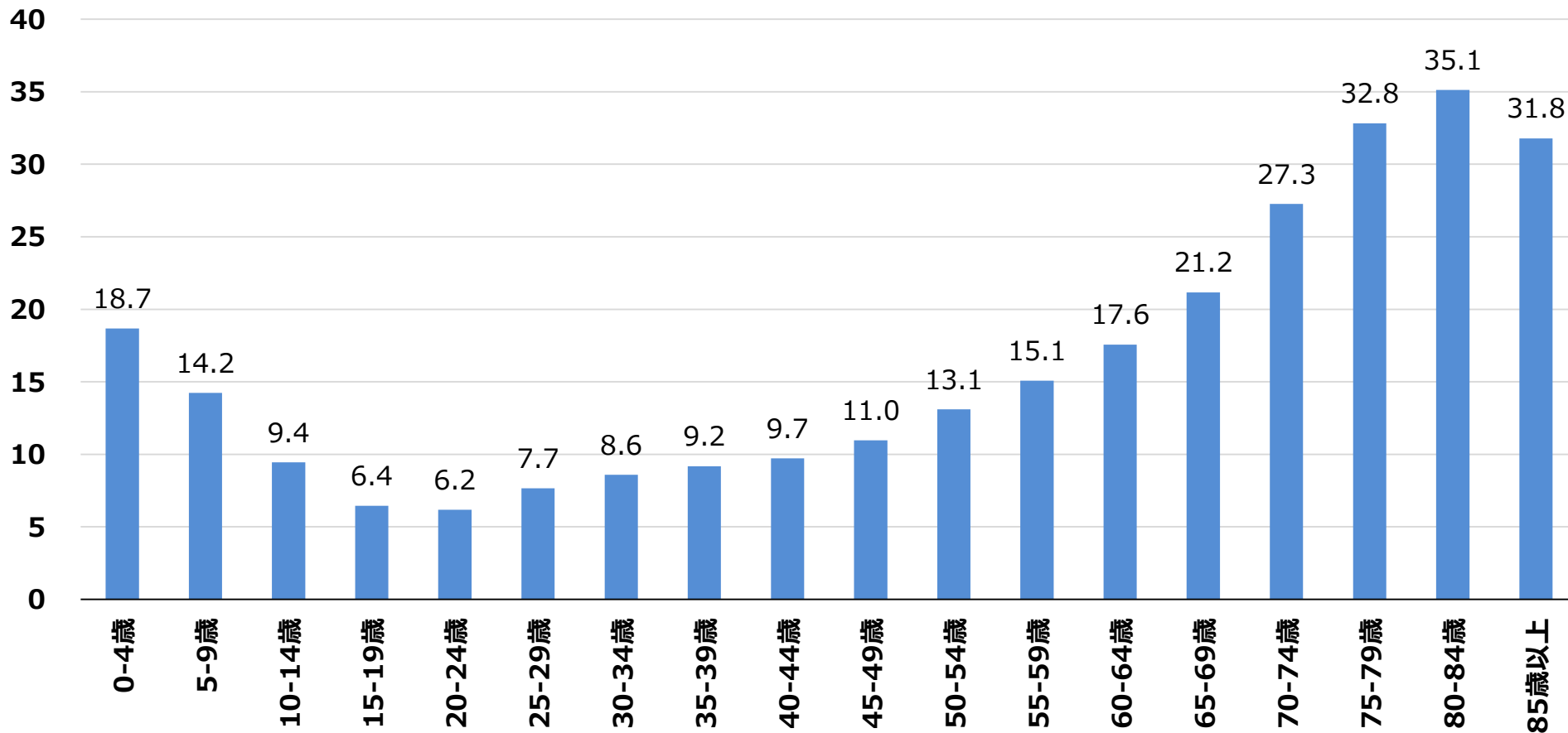
注: 後期高齢者は75歳以上の数値としている。

年齢階級別 1 人当たり年間外来受診回数

○ 1 人当たり年間外来受診回数は、高齢者ほど増加。

年齢階級別 1 人当たり年間外来受診回数 (医科・歯科、2017年度)

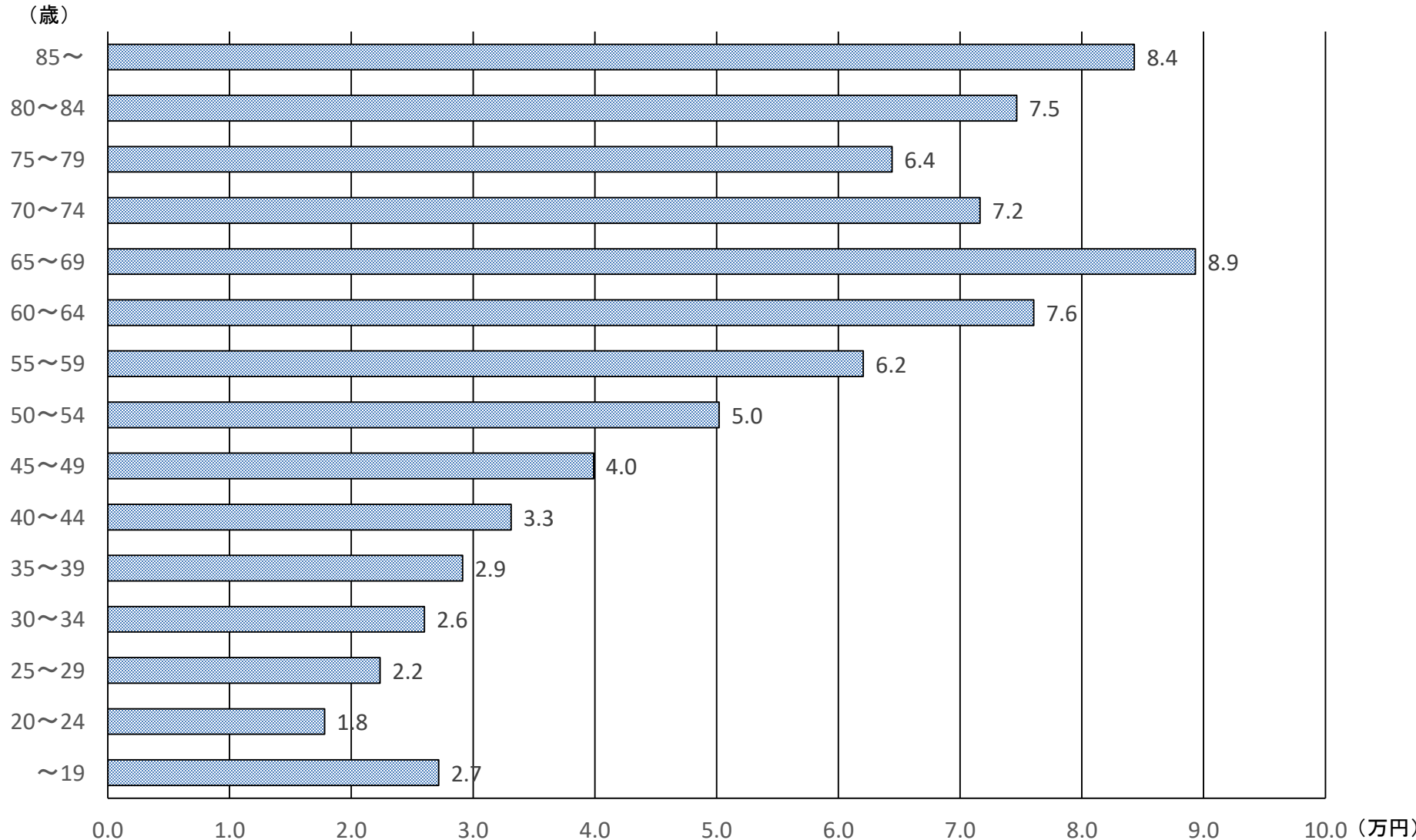
1 人当たり年間
外来受診回数 (回)



【出典】医療保険に関する基礎資料～平成29年度の医療費等の状況～

年齢階級別の1人当たり窓口負担額

○ 高齢になるにつれて医療費が増加することから、80歳以降、窓口負担額は70～74歳以上に高くなる



【出典】医療保険に関する基礎資料～平成29年度の医療費等の状況～

注) 窓口負担割合は、75歳以上は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。

なお、70歳～74歳までの者の2割は、平成26年4月以降70歳となる者が対象であり、その他の者は1割。

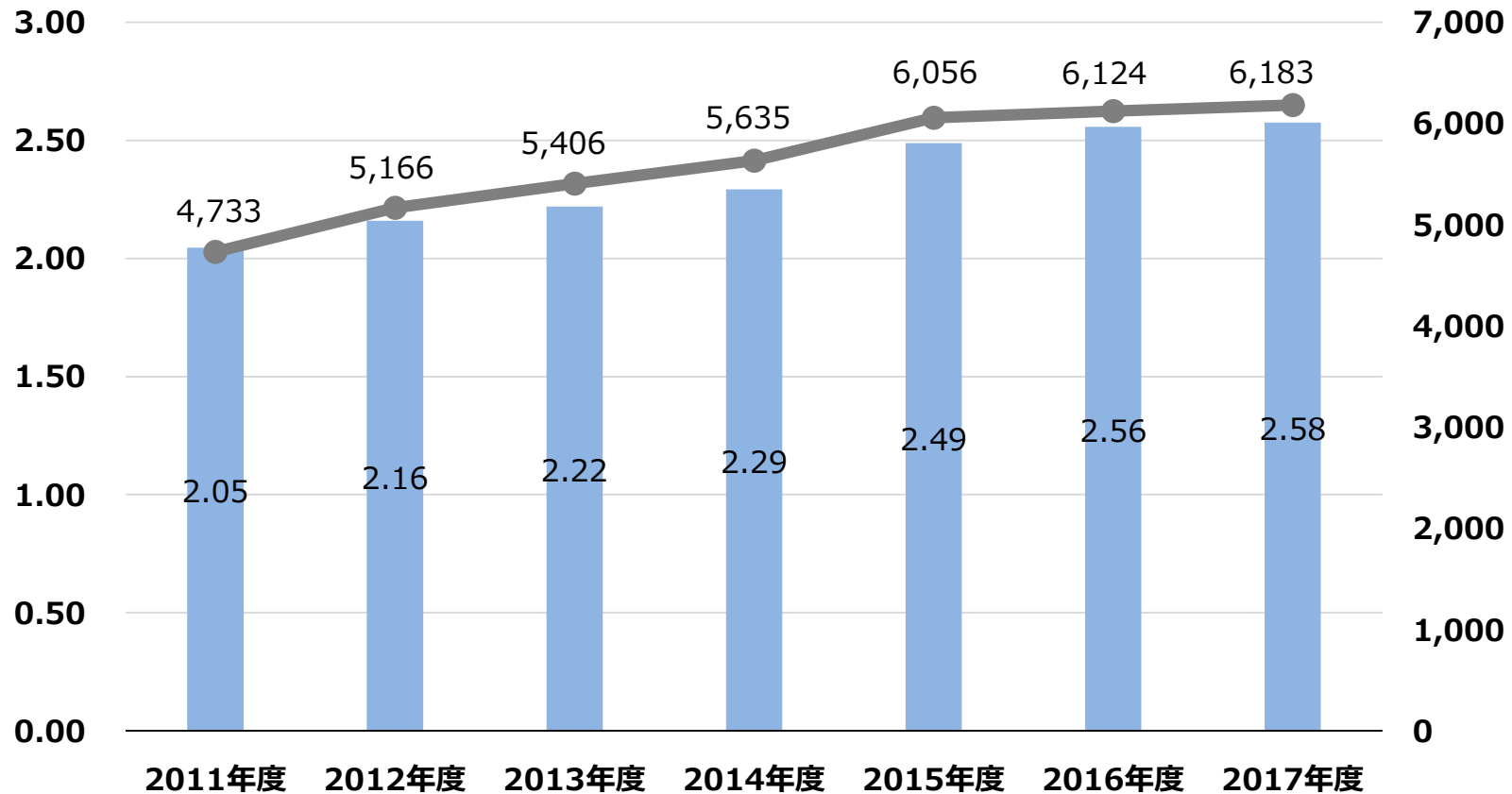
高額療養費の推移

○ 高額療養費（1ヶ月の医療費に窓口負担割合を乗じた額が上限額を超えた場合に、その超えた分を払い戻す制度。）は金額、件数ともに増加。

高額療養費の推移

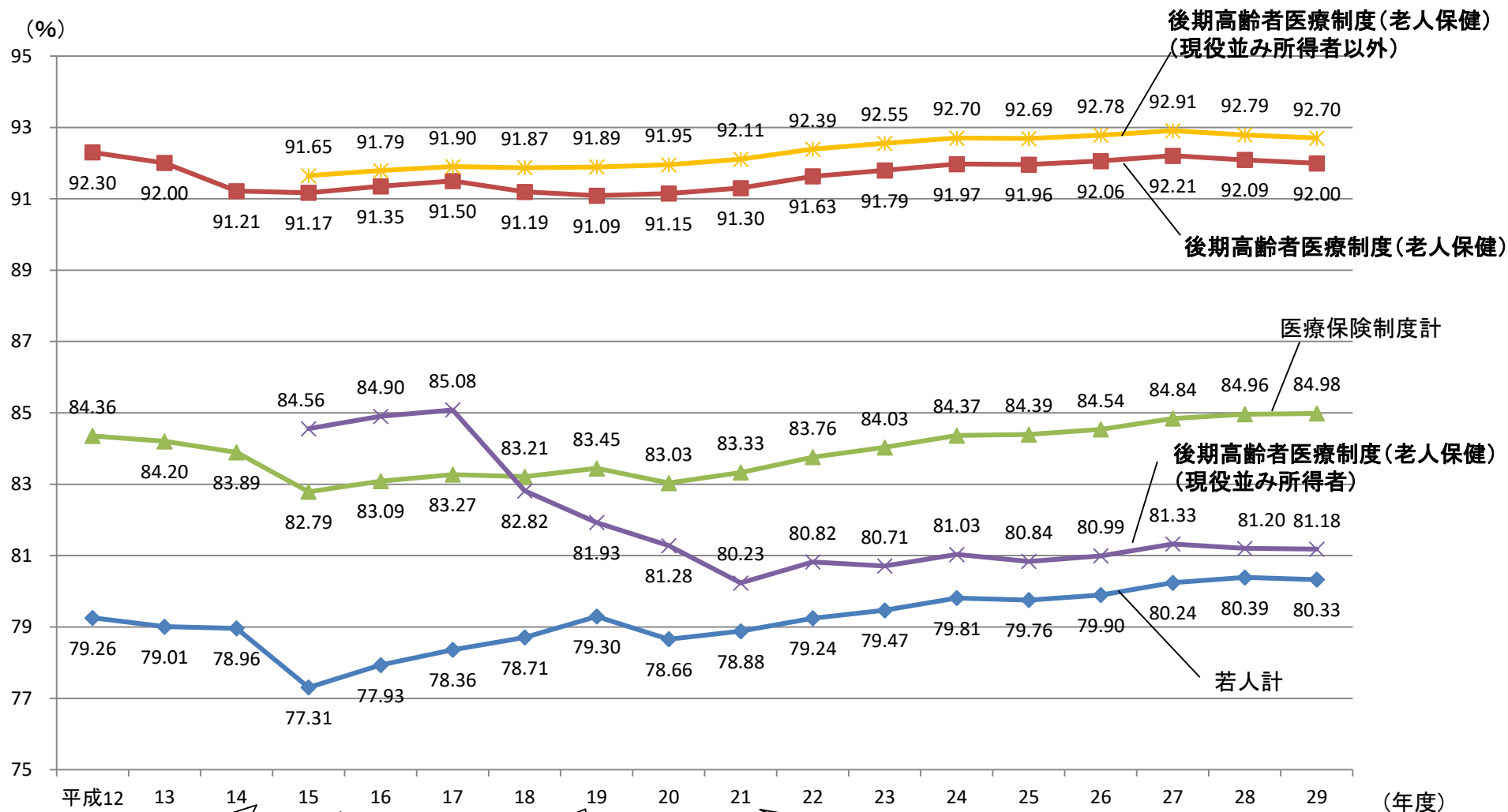
支給総額（兆円）

支給件数（万件）



実効給付率の推移

○ 平成29年度の後期高齢者の実効給付率は92.00%。このうち、現役並み所得者は81.18%、現役並み所得者以外のものは92.70%。



H14.10～70歳以上
:定率1割(現役並み2割)

H15.4～健保
:2割→3割

H18.10～70歳以上
:現役並み:2割→3割

H20.4～後期高齢者医療制度発足
70～74歳(凍結)/義務教育前:2割

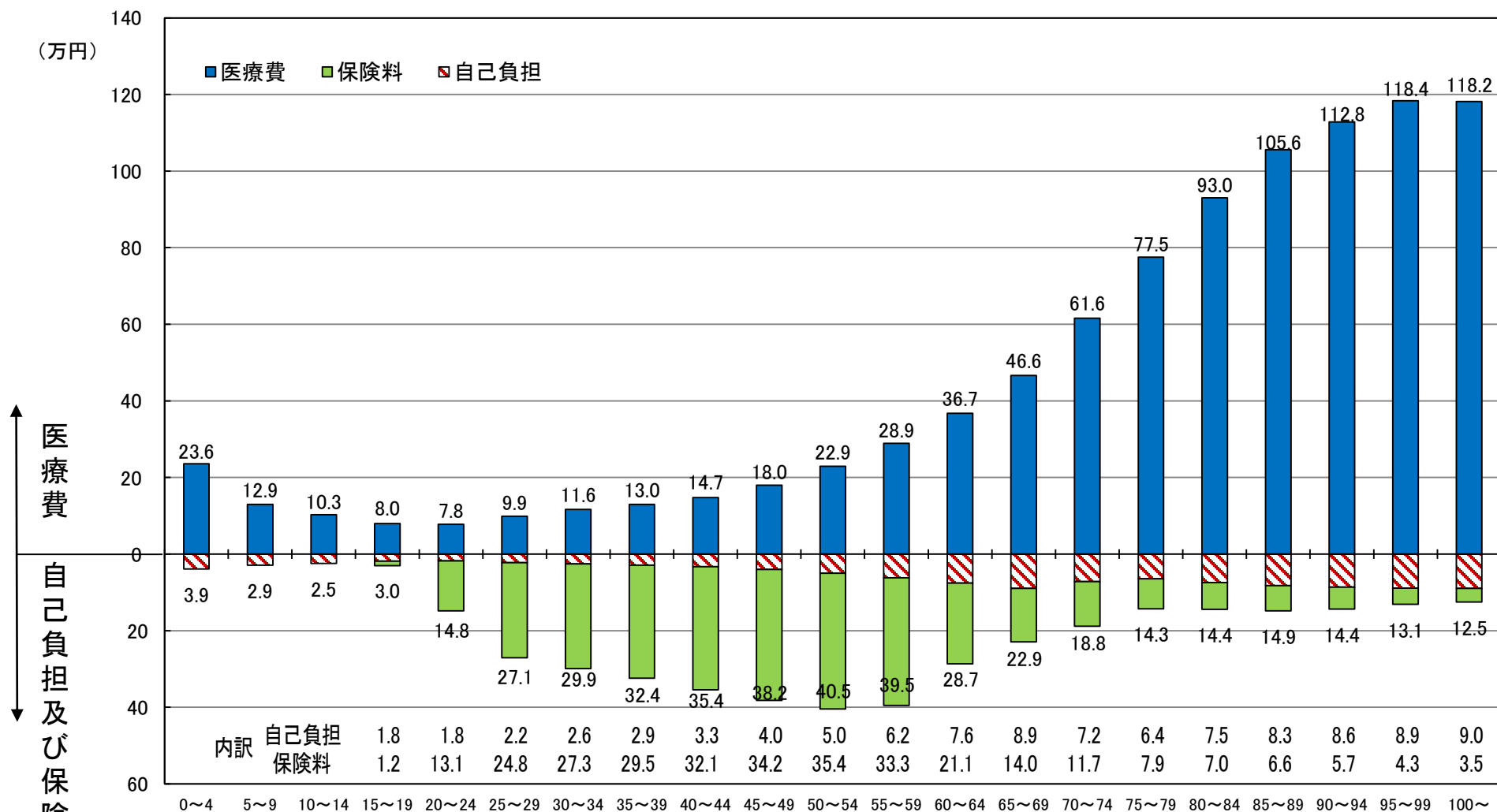
H26.4～70～74歳
:順次凍結解除

(注1) 予算措置による70歳～74歳の患者負担補填分を含んでいない。

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

出典:各制度の事業年報等を基に作成

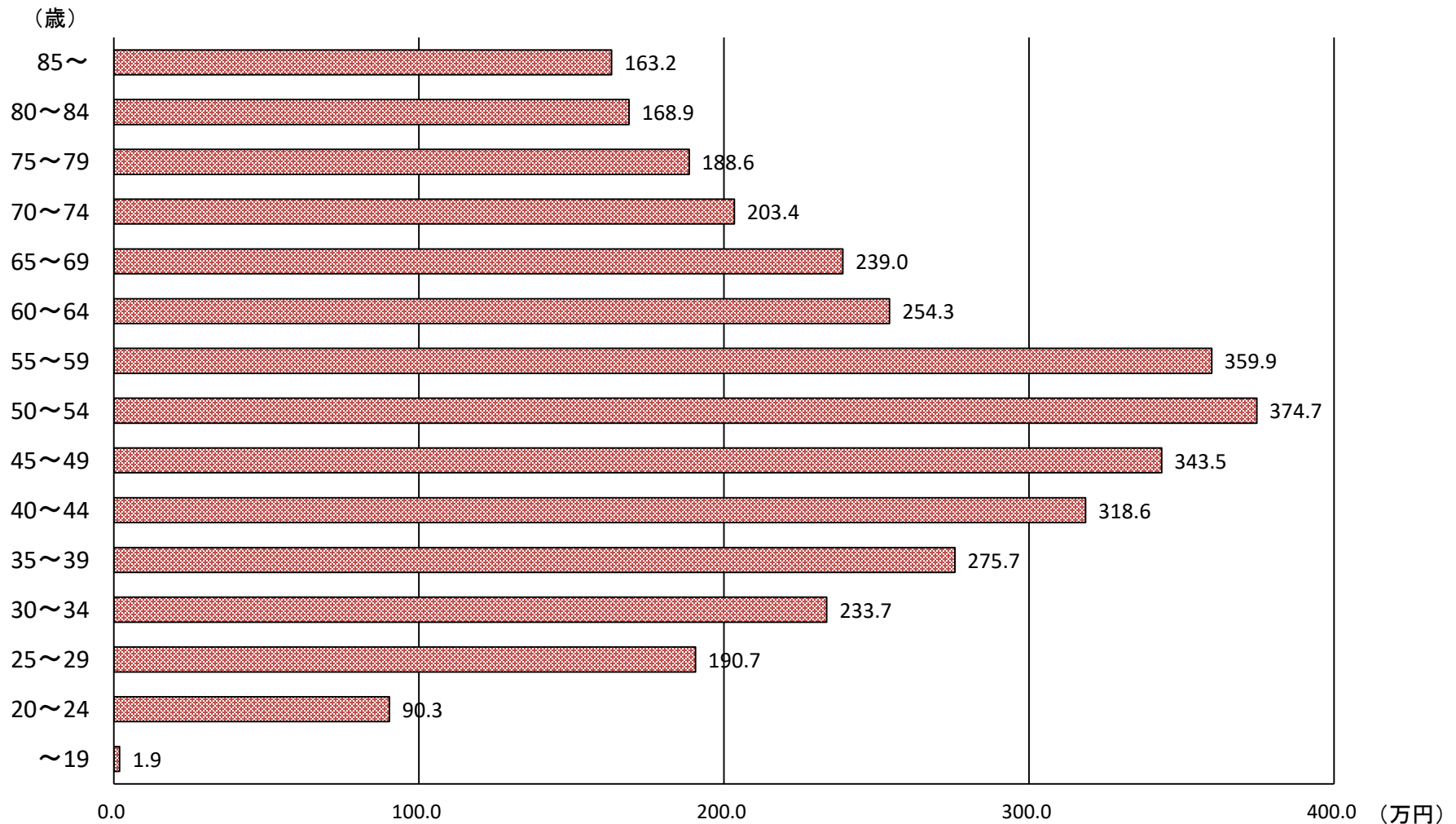
年齢階級別1人当たり医療費、自己負担額及び保険料の比較(年額) (平成29年度実績に基づく推計値)



- (注) 1. 1人当たりの医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったものである。
 2. 自己負担は、医療保険制度における自己負担である。
 3. 予算措置による70～74歳の患者負担補填分は自己負担に含まれている。
 4. 1人当たり保険料は、被保険者(市町村国保は世帯主)の年齢階級別の保険料(事業主負担分を含む)を、その年齢階級別の加入者数で割ったものである。
 また、年齢階級別の保険料は健康保険被保険者実態調査、国民健康保険実態調査、後期高齢者医療制度被保険者実態調査等を基に推計した。
 5. 端数処理の関係で、数字が合わないことがある。

年齢階級別の平均収入

○ 一人当たりの平均収入を年齢階級別に見ると、50～54歳の約375万円をピークに、一貫して低下が続き、75～79歳で約189万円、85歳以上で約163万円となる。



※ 平成28年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成27年の数値。

関連する閣議決定等

経済財政運営と改革の基本方針2019

～「令和」新時代：「Society 5.0」への挑戦～（抄）

（令和元年6月21日 閣議決定）

2. 経済・財政一体改革の推進等

（2）主要分野ごとの改革の取組

① 社会保障

（基本的な考え方）

新経済・財政再生計画に基づき、基盤強化期間内から改革を順次実行に移し、団塊の世代が75歳以上に入り始める2022年までに社会保障制度の基盤強化を進め、経済成長と財政を持続可能にするための基盤固めにつなげる。このため、給付と負担の見直しも含めた改革工程表について、進捗を十分に検証しながら、改革を着実に推進する。

年金及び介護については、必要な法改正も視野に、2019年末までに結論を得る。医療等のその他の分野についても、基盤強化期間内から改革を順次実行に移せるよう、2020年度の「経済財政運営と改革の基本方針」（以下「骨太方針2020」という。）において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめる。

（給付と負担の見直しに向けて）

社会保障の給付と負担の在り方の検討に当たっては、社会保障分野における上記の「基本的な考え方」を踏まえつつ、骨太方針2018及び改革工程表の内容に沿って、総合的な検討を進め、骨太方針2020において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめる。

第1章 基本的考え方

(1)はじめに

政府は、本年9月に全世代型社会保障検討会議を設置し、少子高齢化と同時にライフスタイルが多様となる中で、人生100年時代の到来を見据えながら、お年寄りだけではなく、子供たち、子育て世代、さらには現役世代まで広く安心を支えていくため、年金、労働、医療、介護など、社会保障全般にわたる持続可能な改革を検討してきた。

与党においても並行して検討が進められ、自由民主党では、①就労しやすい社会づくり、②個性・多様性を尊重し支えていく環境づくり、③社会保障の持続可能性の重視という3つの原則を念頭に議論が行われ、本年12月17日に政府に対する提言が行われた。また、公明党では、誰もが安心して暮らすことのできる全世代型社会保障の構築に向けて、本年12月18日に政府への中間提言が行われた。

本中間報告は、これら与党からの提言を踏まえ、全世代型社会保障検討会議における現時点での検討成果について、中間的な整理を行ったものである。

来年夏の最終報告に向けて、与党の意見を更にしっかり聞きつつ、検討を深めていく。

(4)今後の改革の視点

(現役世代の負担上昇の抑制)

2022年には団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現行の社会保障制度を前提とすると、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される。人生100年時代の到来をチャンスとして前向きに捉えながら、働き方の変化を中心に据えて、年金、医療、介護、社会保障全般にわたる改革を進めることで、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する必要がある。

(全ての世代が公平に支える社会保障)

世界に冠たる我が国の社会保障制度を将来世代に着実に受け継いでいくためには、制度の持続可能性が重要である。このため、改革全般を通じて、自助・共助・公助の適切な役割分担を見直しつつ、大きなリスクに備えるという社会保険制度の重要な役割も踏まえ、年齢ではなく負担能力に応じた負担という視点を徹底していく必要がある。こうした取組と併せて、必要な財源確保を図ることを通じて、中長期的に受益と負担のバランスを確保する努力を継続していく必要がある。

第2章 各分野の具体的方向性

3. 医療

(2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

① 後期高齢者の自己負担割合の在り方

人生100年時代を迎える中、高齢者の体力や運動能力は着実に若返っており、高い就業意欲の下、高齢期の就労が大きく拡大している。こうした中で、年齢を基準に「高齢者」と一括りにすることは現実に合わなくなっており、元気で意欲ある高齢者が、その能力を十分に発揮し、年齢にかかわらず活躍できる社会を創る必要がある。

このため、70歳までの就業機会確保や、年金の受給開始時期の選択肢の拡大による高齢期の経済基盤の充実を図る取組等にあわせて、医療においても、現役並み所得の方を除く75歳以上の後期高齢者医療の負担の仕組みについて、負担能力に応じたものへと改革していく必要がある。これにより、2022年にかけて、団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される中で、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会においても検討を開始する。遅くとも団塊の世代が75歳以上の高齢者入りする2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- ・ 後期高齢者(75歳以上。現役並み所得者は除く)であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方については1割とする。
- ・ その際、高齢者の疾病、生活状況等の実態を踏まえて、具体的な施行時期、2割負担の具体的な所得基準とともに、長期にわたり頻繁に受診が必要な患者の高齢者の生活等に与える影響を見極め適切な配慮について、検討を行う。

第2章 各分野の具体的方向性

3. 医療

(2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

② 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

2022年にかけて団塊の世代が75歳以上の高齢者となる中で、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢者医療のウエイトがますます高まっていく。医療のアクセスや質を確保しつつ、病院勤務医・看護師等の過酷な勤務環境を改善して持続可能な医療提供体制を確保していくためには、地域医療構想の推進や医師等の働き方改革、医師偏在対策を進めるとともに、地域密着型の中小病院・診療所の在り方も踏まえ、外来機能の明確化とかかりつけ医機能の強化を図ることが不可欠である。

医療のあるべき姿は、「病院完結型」の医療から、患者の住み慣れた地域や自宅での看取りを含めた生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療に変わりつつあり、身近なところで診療を受けられる「かかりつけ医」の普及や訪問看護の充実が不可欠となる。大病院は充実した人員配置や施設設備を必要とする入院医療や重装施設を活用した専門外来に集中し、外来診療は紹介患者を基本とする。一般的な外来受診はかかりつけ医機能を発揮する医療機関が担う方向を目指す。このことが、患者の状態に合った質の高い医療の実現のみならず、限りある医療資源の有効な活用や病院勤務医・看護師をはじめとする医師等の働き方改革にもつながる。

このような考え方の下、外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会及び中央社会保険医療協議会においても検討を開始する。遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会等の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- ・ 他の医療機関からの文書による紹介がない患者が大病院を外来受診した場合に初診時5,000円・再診時2,500円以上(医科の場合)の定額負担を求める制度について、これらの負担額を踏まえてより機能分化の実効性が上がるよう、患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるとともに、大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する。
- ・ 具体的な負担額や詳細設計を検討する際、患者のアクセスを過度に制限しないよう配慮しつつ、病院・診療所の機能分化・連携が適切に図られるよう、現行の定額負担の徴収状況等を検証し、定額負担を徴収しない場合(緊急その他やむをえない事情がある場合、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など)の要件の見直しを行う。

第2章 各分野の具体的方向性

4. 予防・介護

人生100年時代の安心の基盤は「健康」である。予防・健康づくりには、①個人の健康を改善することで、個人のQOLを向上し、将来不安を解消する、②健康寿命を延ばし、健康に働く方を増やすことで、社会保障の「担い手」を増やす、③高齢者が重要な地域社会の基盤を支え、健康格差の拡大を防止する、といった多面的な意義が存在している。これらに加え、生活習慣の改善・早期予防や介護予防、認知症施策の推進を通じて、生活習慣病関連の医療需要や伸びゆく介護需要への効果が得られることも期待される。こうしたことにより、社会保障制度の持続可能性にもつながり得るという側面もある。

今後は、国民一人一人がより長く健康に活躍することを応援するため、病気になってからの対応だけでなく、社会全体で予防・健康づくりへの支援を強化する必要がある。

その際、社会保障教育の充実や保険者による被保険者への教育、戦略的な広報による国民への積極的な情報提供を進めるとともに、質の高い民間サービスを積極的に活用しつつ、個人が疾病や障害に対処して乗り越えていく力を高めていく必要がある。

(1) 保険者努力支援制度の抜本強化

保険者努力支援制度は、保険者(都道府県と市町村)の予防・健康づくり等への取組状況について評価を加え、保険者に交付金を交付する仕組みである。

先進自治体のモデルの横展開を進めるために保険者の予防・健康インセンティブを高めることが必要であり、公的保険制度における疾病予防の位置付けを高めるため、保険者努力支援制度の抜本的な強化を図る。同時に、疾病予防に資する取組を評価し、①生活習慣病の重症化予防や個人へのインセンティブ付与、歯科健診やがん検診等の受診率の向上等については、配点割合を高める、②予防・健康づくりの成果に応じて配点割合を高め、優れた民間サービス等の導入を促進する、といった形で配分基準のメリハリを実効的に強化する。

(3) エビデンスに基づく政策の促進

上記(1)や(2)の改革を進め、疾病・介護予防に資する取組を促進するに当たっては、エビデンスに基づく評価を取組に反映していくことが重要である。このため、データ等を活用した予防・健康づくりの健康増進効果等を確認するため、エビデンスを確認・蓄積するための実証事業を行う。

その際、統計学的な正確性を確保するため、国が実証事業の対象分野・実証手法等の基本的な方向性を定めるとともに、その結果を踏まえ、保険者等に対して適切な予防健康事業の実施を促進する。

第3章 来年夏の最終報告に向けた検討の進め方

現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、切れ目無く全ての世代を対象とするとともに、全ての世代が公平に支え合う「全世代型社会保障」への改革を進めることは、政府・与党の一貫した方針である。

改革の推進力は、国民の幅広い理解である。来年夏の最終報告に向けて、政府・与党ともに、今後も国民的な議論を一層深める努力を継続する。

本中間報告で「最終報告に向けて検討を進める」とこととした兼業・副業に係る労働時間規制等の取扱いや、医療保険制度改革の具体化等については、与党や幅広い関係者の意見も聞きながら、来年夏の最終報告に向けて検討を進める。

また、世論調査等を通じて、国民の不安の実態把握を進める。

さらに、個別政策ごとに今後の取組の進め方と時間軸を示した改革工程表を策定しており、これに則った社会保障改革の推進と一体的な取組を進める。

特に、地域医療構想、医師の働き方改革、医師偏在対策を三位一体で推進する。国民の高齢期における適切な医療の確保を図るためにも地域の実情に応じた医療提供体制の整備等が必要であり、持続可能かつ効率的な医療提供体制に向けた都道府県の取組を支援することを含め、地方公共団体による保険者機能の適切な発揮・強化等のための取組等を通じて、国と地方が協働して実効性のある社会保障改革を進める基盤を整備する。併せて、地域や保険制度、保険者の差異による保険料水準の合理的でない違いについて、その平準化に努めていく。

新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

2-4 給付と負担の見直し

高齢化や現役世代の急減という人口構造の変化の中でも、国民皆保険を持続可能な制度としていくため、勤労世代の高齢者医療への負担状況にも配慮しつつ、必要な保険給付をできるだけ効率的に提供しながら、自助、共助、公助の範囲についても見直しを図る。

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	57 高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担の検討					
	高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する。	マイナンバーの導入等の金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、医療保険・介護保険制度における負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方について、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。 介護の補足給付については、2019年度の関係審議会における議論を踏まえ対応。 《厚生労働省》			—	—
	58 団塊世代が後期高齢者入りするまでに、後期高齢者の窓口負担について検討					
	団塊世代が後期高齢者入りするまでに、世代間の公平性や制度の持続性確保の観点から、後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する。	全世代型社会保障検討会議の中間報告において示された方向性に基づき最終報告に向けて検討を進め、遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、2020年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。 《厚生労働省》			—	—
	59 薬剤自己負担の引上げについて幅広い観点から関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる					
	薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。	薬剤自己負担の引上げについて、諸外国の薬剤自己負担の仕組み（薬剤の種類に応じた保険償還率や一定額までの全額自己負担など）も参考としつつ、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス等の観点から、骨太2020に向けて引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。 《厚生労働省》			—	—

新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

2-4 給付と負担の見直し

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1 階層	第2 階層
給 付 と 負 担 の 見 直 し	60 外来受診時等の定額負担の導入を検討					
	病院・診療所の機能分化・機能連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及を進めるとともに、外来受診時等の定額負担導入を検討する。	全世代型社会保障検討会議の中間報告において示された方向性に基づき最終報告に向けて検討を進め、遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、2020年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。 《厚生労働省》			—	—
	61 医療費について保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討					
	支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において総合的な対応を検討する。 《厚生労働省》	支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において総合的な対応を検討。			—	—
	65 医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しを検討					
	年金受給者の就労が増加する中、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均衡の観点から見直しを検討する。 《厚生労働省》	年金受給者の就労が増加する中、税制において行われた諸控除の見直しも踏まえつつ、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しについて、現役との均衡の観点から、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。			—	—
	66 新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討					
	新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討する。 《厚生労働省》	医薬品や医療技術の保険収載の判断等に当たり費用対効果や財政影響などの経済性評価を活用し、保険対象外の医薬品等に係る保険外併用療養を柔軟に活用・拡大することについて、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。			—	—

2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現

2040年を展望した社会保障・働き方改革本部とりまとめ
(令和元年5月29日)

- 2040年を展望すると、**高齢者の人口の伸びは落ち着き、現役世代（担い手）が急減する。**
→ **「総就業者数の増加」とともに、「より少ない人手でも回る医療・福祉の現場を実現」することが必要。**
- 今後、国民誰もが、より長く、元気に活躍できるよう、以下の取組を進める。
**①多様な就労・社会参加の環境整備、②健康寿命の延伸、③医療・福祉サービスの改革による生産性の向上
④給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保**
- また、社会保障の枠内で考えるだけでなく、**農業、金融、住宅、健康な食事、創薬にもウイングを拡げ、関連する政策領域との連携の中で新たな展開を図っていく。**

2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現を目指す。

「現役世代の人口の急減という新たな局面に対応した政策課題」

多様な就労・社会参加

- 【雇用・年金制度改革等】
- 70歳までの就業機会の確保
 - 就職氷河期世代の方々の活躍の場を更に広げるための支援
(厚生労働省就職氷河期世代活躍支援プラン)
 - 中途採用の拡大、副業・兼業の促進
 - 地域共生・地域の支え合い
 - 人生100年時代に向けた年金制度改革

健康寿命の延伸

- 【健康寿命延伸プラン】
- ⇒2040年までに、健康寿命を男女ともに3年以上延伸し、**75歳以上**に
- ①健康無関心層へのアプローチの強化、
②地域・保険者間の格差の解消により、以下の3分野を中心に、取組を推進
・次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成等
・疾病予防・重症化予防
・介護予防・フレイル対策、認知症予防

医療・福祉サービス改革

- 【医療・福祉サービス改革プラン】
- ⇒2040年時点で、単位時間当たりのサービス提供を**5%（医師は7%）以上改善**
- 以下の4つのアプローチにより、取組を推進
・ロボット・AI・ICT等の実用化推進、データヘルス改革
・タスクシフティングを担う人材の育成、シニア人材の活用推進
・組織マネジメント改革
・経営の大規模化・協働化

「引き続き取り組む政策課題」

給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保

健康寿命延伸プランの概要

- ①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進、②地域・保険者間の格差の解消に向け、「自然に健康になれる環境づくり」や「行動変容を促す仕掛け」など「新たな手法」も活用し、以下3分野を中心に取組を推進。
→2040年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し（2016年比）、75歳以上とすることを旨とする。
2040年の具体的な目標（男性：75.14歳以上 女性：77.79歳以上）

①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

②地域・保険者間の格差の解消

自然に健康になれる環境づくり

健康な食事や運動
ができる環境

居場所づくりや社会参加

行動変容を促す仕掛け

行動経済学の活用

インセンティブ

I

次世代を含めたすべての人の 健やかな生活習慣形成等

- ◆ 栄養サミット2020 を契機とした食環境づくり(産学官連携プロジェクト本部の設置、食塩摂取量の減少(8g以下))
- ◆ ナッジ等を活用した自然に健康になれる環境づくり(2022年度までに健康づくりに取り組む企業・団体を7,000に)
- ◆ 子育て世代包括支援センター設置促進(2020年度末までに全国展開)
- ◆ 妊娠前・妊産婦の健康づくり（長期的に増加・横ばい傾向の全出生数中の低出生体重児の割合の減少）
- ◆ PHRの活用促進(検討会を設置し、2020年度早期に本人に提供する情報の範囲や形式について方向性を整理)
- ◆ 女性の健康づくり支援の包括的实施(今年度中に健康支援教育プログラムを策定)

等

II

疾病予防・重症化予防

- ◆ ナッジ等を活用した健診・検診受診勧奨(がんの年齢調整死亡率低下、2023年度までに特定健診実施率70%以上等を目指す)
- ◆ リキッドバイオプシー等のがん検査の研究・開発(がんの早期発見による年齢調整死亡率低下を目指す)
- ◆ 慢性腎臓病診療連携体制の全国展開(2028年度までに年間新規透析患者3.5万人以下)
- ◆ 保険者インセンティブの強化(本年夏を目途に保険者努力支援制度の見直し案のとりまとめ)
- ◆ 医学的管理と運動プログラム等の一体的提供(今年度中に運動施設での標準的プログラム策定)
- ◆ 生活保護受給者への健康管理支援事業(2021年1月までに全自治体において実施)
- ◆ 歯周病等の対策の強化(60歳代における咀嚼良好者の割合を2022年度までに80%以上)

等

III

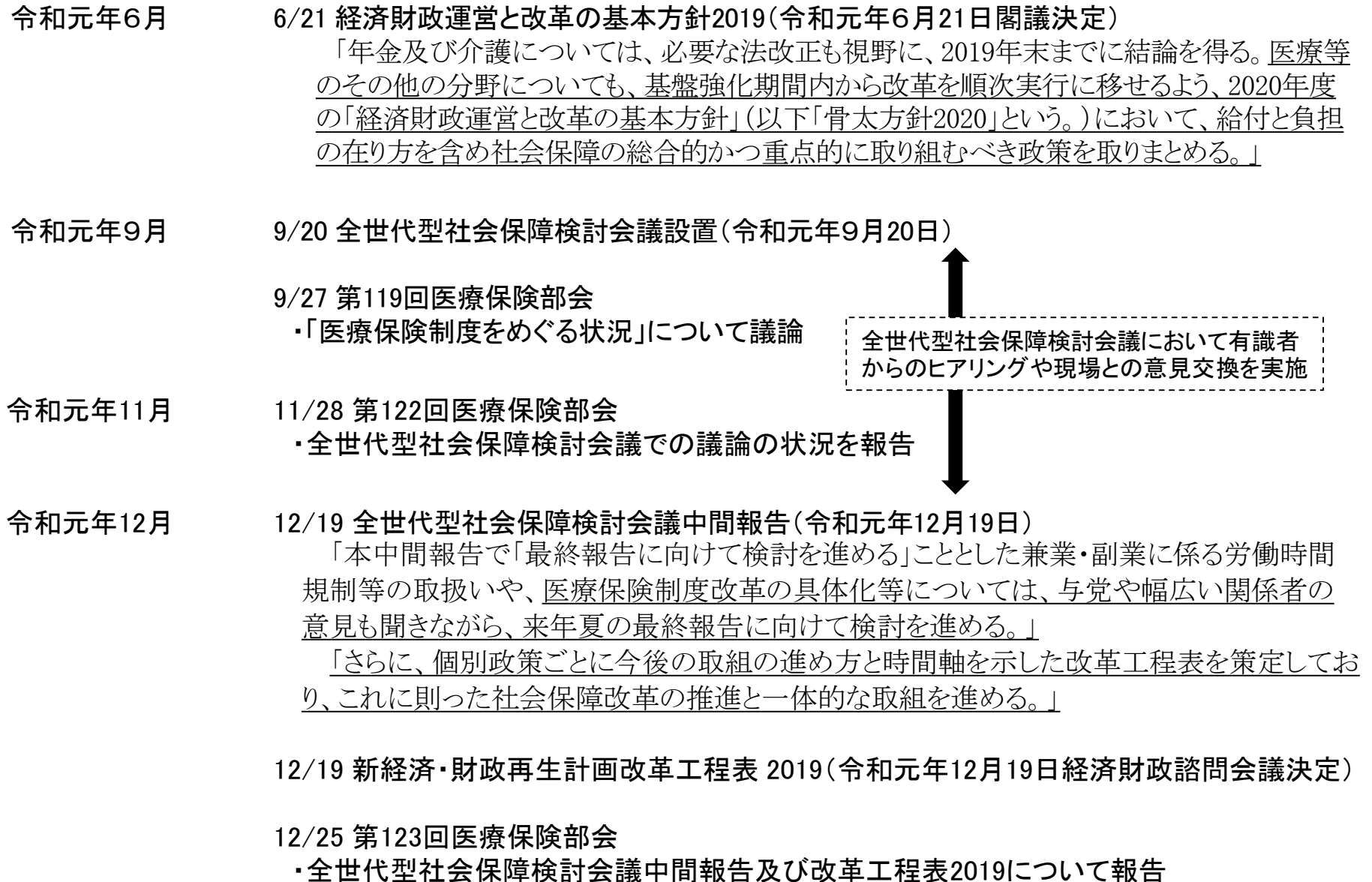
介護予防・フレイル対策、 認知症予防

- ◆ 「通いの場」の更なる拡充(2020年度末までに介護予防に資する通いの場への参加率を6%に)
- ◆ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施(2024年度までに全市区町村で展開)
- ◆ 介護報酬上のインセンティブ措置の強化(2020年度中に介護給付費分科会で結論を得る)
- ◆ 健康支援型配食サービスの推進等(2022年度までに25%の市区町村で展開等)
- ◆ 「共生」・「予防」を柱とした認知症施策(本年6月目途に認知症施策の新たな方向性をとりまとめ予定)
- ◆ 認知症対策のための官民連携実証事業(認知機能低下抑制のための技術等の評価指標の確立)

等

昨年6月以降の議論の経緯

昨年6月以降の議論の経緯



後期高齢者の自己負担割合の在り方について

- 現在1割の方は2割になったら、医療費の負担が2倍になることから、慎重な議論が必要。
- 一定所得以上の者を2割負担とする旨記載されたことは一歩前進。対象者をどの程度まで絞るかによっては、制度の持続性を高める効果が限定的になることが懸念される。
- 窓口負担を応能負担にしていくという議論をする際、後期高齢者医療制度や市町村国保では保険料負担率が高いといった問題についても検討すべき。
- 75歳以上の一定所得以上の高齢者に限り自己負担を引き上げるとするのは、負担応力に応じた負担をするという考え方に沿う。ただ、所得基準のあり方については、生活への影響など、シミュレーションも行いながら丁寧な検討が必要。
- 所得の状況のばらつきや可処分所得など、生活実態の調査等を丁寧に議論していくことが必要。
- 窓口負担を2割にすることは重要であり、今後の具体的な議論が大事になる。加えて、今後保険者による健康づくりを進めていくことも重要である。
- 負担能力のある人が負担をしながら全体の社会保障制度を支えるというのが基本。そうした理解の中で、そうしなければ日本の医療制度は本当に財政的にもたなくなるということを強く感じており、窓口負担が2割となることを受け入れようという方々もおられる。
- 新たに75歳になる人からではなく、一定以上所得のある全ての75歳以上の人を2割負担の対象とするということであれば、そうした考えも理解はできるが、国民に丁寧に説明する必要がある。社会保険は、保険料の部分が応能負担で、高額療養費制度もあるので、窓口負担も応能負担とするのは複雑になりすぎるように感じる。

第123回医療保険部会（令和元年12月25日開催）での議論の中で出た意見

大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大について

- 中間報告記載の「増額分については公的医療保険の負担を軽減するように改める」というのは、選定療養の仕組みで行う以上、違和感がある。しっかり議論する必要がある。
- 初診のときに5,000円を払って、そのまま大病院に残ると、結局は勤務医の負担が増えたままになるので、再診料のところをうまく対応すべき。
- 紹介状なし大病院受診時定額負担の範囲が、病床数がかなり少ないところまで広がったので、救急外来の増加など他のところに負担がかかっていないかについて、制度導入後のきちんとした検証が必要。
- 初診5,000円以上や再診2,500円以上としてあるのは、地域の実情に応じて、各医療機関において金額を考えてもらうという趣旨もある。また、徴収にかなり手間取っているということもあるので、現場に対してインセンティブを与えていくということは、制度趣旨からすると、大変重要。
- 200床以上の一般病院に拡大について、いわゆる地域包括ケアを担うような地域密着型の病床も含まれるのであれば、地方においては、ある程度大きな規模の病院でもそういう機能を担った唯一の病院であったりもするので、丁寧な議論が必要。
- 大病院の方が安心だろうと思い、5000円払ってでもいきたいとなると何もならない。信頼関係のある身近な開業医を受診する大切さを啓発をしないとイケない。
- 日本の外来受診回数が多いのは事実。総受診回数のうち、大病院を受診した回数はいくつか、紹介状なしで受診した回数はいくつか等のデータを示した上で議論した方、今後の改善につながるのではないかな。

予防・健康づくり、その他について

- インセンティブ強化の予算が大幅に増額されているが、アウトカム評価を重視しながら執行していただきたい。
- 負担は現役世代中心というこれまでの構造を見直して、全世代が公平に支え合うということが非常に重要。
- 法定外繰入の解消は方向性としてはそのとおりだが、各市町村ごと事情は様々であり、市町村の声も聞きながら議論を進める必要がある。
- 普通調整交付金の見直しは、地方自治体への影響が大きいので、自治体間の所得調整機能のための交付金として、現状を維持すべき。

被保険者番号履歴を活用した医療等情報の 連結の仕組みの具体化について

令和2年1月31日

被保険者番号履歴を活用した医療等情報の連結の仕組みの具体化について

- 2019年11月の医療保険部会で「医療等情報の連結推進に向けた被保険者番号活用の仕組みに関する検討会 報告書」について御報告。その後、NDB等での活用方法（事務の整理）の検討を進めてきた。今後の対応方針は次のとおり。

NDBにおける履歴照会・回答システムの活用スキーム

- NDBで履歴照会・回答システムを活用するに当たり、できる限り安全性に配慮した設計とする観点から、次の対応を実施。

- ① 履歴照会・回答システムへの被保険者番号の照会は、現行、医療レセプトのハッシュ化処理を行っている支払基金・国保連合会に、厚生労働大臣から委託して実施する。

- ▶ 現行、医療レセプトのハッシュ化は支払基金・国保連合会に実施いただいているが、履歴照会・回答システムへの照会は、ハッシュ化処理の前に行うことが必要。
- ▶ このため、履歴照会・回答システムへの照会に関する事務については、高齢者の医療の確保に関する法律第17条（NDBに係る事務の委託）に基づき、厚生労働大臣から支払基金・国保連合会に委託して実施いただくことを想定。

（参考）高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号） ※令和2年10月施行分の改正を反映したもの。

（支払基金等への委託）

第17条 厚生労働大臣は、第16条第1項に規定する調査及び分析並びに第16条の2第1項の規定による利用又は提供に係る事務の全部又は一部を社会保険診療報酬支払基金法（昭和23年法律第129号）による社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）又は国民健康保険法第45条第5項に規定する国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）その他厚生労働省令で定める者（次条において「支払基金等」という。）に委託することができる。

- ② 支払基金・国保連合会から照会した被保険者番号に対する、名寄せ・連結のための情報の回答は、履歴照会・回答システム側で予めハッシュ化して生成したハッシュ値を活用する。（次ページ参照。）

- ▶ NDB・介護DB等の連結解析の対象となるデータベースに対しては、履歴照会・回答システム側で、最初の被保険者番号（一定の加工を加えたもの）から一定のハッシュ値を生成した上で、回答する。
- ▶ NDB・介護DB等の連結対象となるデータベースに対して、一定のハッシュ値を生成した上で回答する旨は、法令で明記する。

被保険者番号履歴を活用した「同一人物性の回答」（例：NDB）

※ 以下は、NDBに格納されるレセプトについて、共通のハッシュIDを将来にわたり振り続けるためのイメージであり、具体的なシステムの内容は、今後、詳細に検討。

NDBに関する一部の事務の委託を受けた支払基金等

管理・運営主体（支払基金等）

N月のレセプトデータ（個人単位被保番導入後）

被保番	氏名	性別	生年月日	データ
xxx-xx11	A	～	～	a1
xxx-xx22	B	～	～	b1
xxx-xx32	C	～	～	c1
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮

世帯単位被保番、氏名、性別、生年月日から過去データとの連結のため、引き続き、現行のハッシュIDを生成。

ハッシュID(1) (名前等)	ハッシュID(2) (被保番等)	データ	ハッシュID(3) (最初被保番)
～～～	～～～	a1	<u>SSS</u>
～～～	～～～	b1	<u>III</u>
～～～	～～～	c1	<u>UUU</u>
⋮	⋮	⋮	⋮

⑤ 引き続き、匿名化した状態で格納。

厚生労働大臣（NDB管理主体）

NDB

○現行でも、NDB格納前に、再度、厚生労働大臣側でハッシュ化を実施。

① レセプトの被保番を照会

被保番
xxx-xx11
xxx-xx22
xxx-xx32
⋮

② 被保番履歴の確認

オンライン資格確認の基盤

紐付番号(A)

xxx-xx11

紐付番号(B)

xxx-xx21

xxx-xx22

紐付番号(C)

xxx-xx31

xxx-xx32

③ 最初の被保番の抽出・加工

④ ハッシュ化

被保番	最初の被保番 (一定の加工)
xxx-xx11	xxx-xx11 ZZ
xxx-xx22	xxx-xx21 ZZ
xxx-xx32	xxx-xx31 ZZ
⋮	⋮

(再度のハッシュ化)

- ▶ 履歴照会・回答システム側でハッシュ化を行ってから、NDB事務の委託を受けた支払基金等に送付。
- ▶ NDB・介護DB等の連結解析の対象となるDBに対しては、常に一定のハッシュ値となるように生成。
(生成のアルゴリズムは、管理・運営主体のみで管理。)

(参考) ハッシュ化：与えられたデータから固定長の疑似乱数（ハッシュ値）を生成すること。異なるデータから同じハッシュ値を生成することは極めて困難。生成されたハッシュ値からは、元データを再現できない。

被保険者番号履歴を活用した「同一人物」であることの返し方②

～ Pattern 2：匿名×匿名 / 例：NDBの各月のレセプトデータの連結（匿名化の前段階での処理）～

※ 以下は、NDBに格納されるレセプトについて、共通のハッシュIDを将来にわたり振り続けるための1つのイメージであり、具体的なシステムの内容は、今後、詳細に検討。

例：NDB格納前のレセプトデータ

管理・運営主体

N月のレセプトデータ（個人単位被保番号導入後）

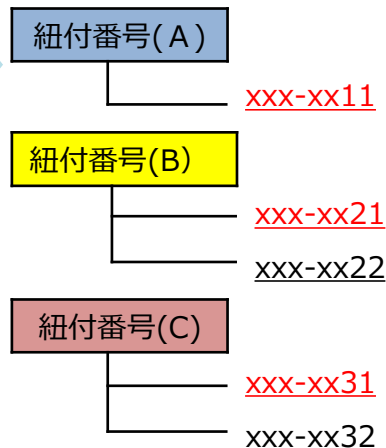
被保番	氏名	性別	生年月日	データ
xxx-xx11	A	～	～	a1
xxx-xx22	B	～	～	b1
xxx-xx32	C	～	～	c1
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮

① レセプトデータの被保番を照会

被保番
xxx-xx11
xxx-xx22
xxx-xx32
⋮

② 被保番号履歴の確認

オンライン資格確認の基盤



被保番	最初の被保番	氏名	性別	生年月日	データ
xxx-xx11	xxx-xx11	A	～	～	a1
xxx-xx22	xxx-xx21	B	～	～	b1
xxx-xx32	xxx-xx31	C	～	～	c1
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮

④ 回答（最初の被保番）

被保番	最初の被保番
xxx-xx11	xxx-xx11
xxx-xx22	xxx-xx21
xxx-xx32	xxx-xx31
⋮	⋮

③ 最初の被保番の回答

⑤ 最初の被保番に対してもハッシュ化。 NDBに格納

ハッシュID1	ハッシュID1'	～	データ
SSS	SSS	～	a1
TTT	PPP	～	b1
UUU	QQQ	～	c1
⋮	⋮	⋮	⋮



「厚生労働省」

- ▶ ハッシュID1'は、履歴管理されるうち、「最初の被保番」を活用したハッシュ値であるため、常に一定。このため、その者の被保番が変わったとしても、将来にわたり一意に連結可能。
- ▶ 介護DB（ハッシュ化して格納）も医療被保番が記載されれば、同様の方法でハッシュID1'を付して連結可能。

被保険者記号・番号の告知要求制限について

令和2年1月31日
厚生労働省保険局

被保険者記号・番号の告知要求制限について

「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」により、被保険者記号・番号が個人単位化されたことに伴い、プライバシー保護の観点から、**健康保険事業とこれに関連する事務以外に、被保険者記号・番号の告知を要求することを制限する「告知要求制限」**が設けられている。施行に当たっての具体的な対応方針は以下のとおり。

1. 被保険者記号・番号の告知等が可能なケースについて

○ **健康保険事業又は当該事業に関連する事務の遂行のため必要である場合には、被保険者記号・番号の告知を要求すること、又はデータベースを構成することが可能。**告知要求制限の適用を除外される対象者や具体的なケースを以下に示す。

① **医療保険各法及び下位法令に基づく事務を実施**するため、保険者、保険医療機関等（※）が被保険者記号・番号の告知を求める場合
（※）厚生労働大臣、保険者、保険医療機関等、指定訪問看護事業者、社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会、日本年金機構、事業主、都道府県知事、市区町村長等

② ①以外の場合のうち、以下のように、**被保険者記号・番号を活用することが、医療保険各法の理念に照らして整合的である場合**

- ・ 公的な医療情報データベースにおける活用
（がん登録DB・難病DB・小慢DB・NDB・介護DB・DPCDB・MID-NET・次世代医療基盤法の認定事業者のDB）
- ・ 大学、研究機関、学会等における疾病の原因・予防・診断・治療の方法に関する研究のための活用
- ・ 地域医療情報連携ネットワークにおける活用
- ・ 健診実施機関等が保険者の委託等により行う特定健診、特定保健指導等における活用
- ・ 都道府県、市町村等が、公費負担医療に関連する事務を行うための活用
- ・ 社会保険労務士が社会保険労務士法に基づき健康保険に関する申請書等を作成するための活用
- ・ 被保険者本人の同意又は委託を受けた者が、被保険者に代わって保険給付の請求等を行うための活用
- ・ 介護保険法の規定に基づき、要介護認定の申請等の手続きを行うための活用 等

※ なお、②の事務においても、当該事務が法令に基づく事務ではない場合には、個人情報保護法に基づき本人同意が必要となる。

2. 本人確認のための被保険者証の提示について

○ 1の他にも、市町村窓口での住民票の写しの交付請求や金融機関での口座開設の手続きなど、**本人確認のために被保険者証の提示を求め**
る手続きが存在。このような場合には、**告知要求制限に抵触しないよう、関係機関に以下のような留意点を周知する**こととする。

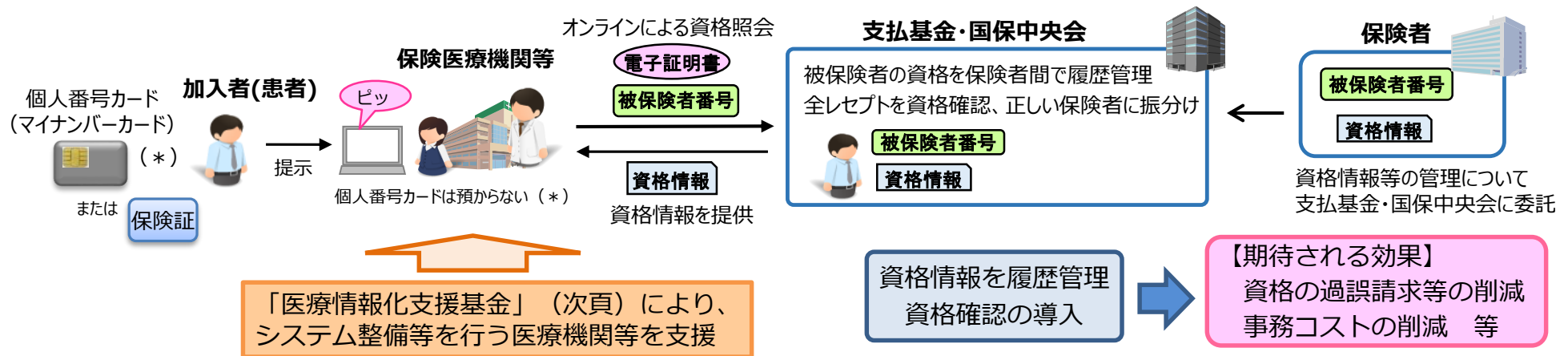
- ・ 本人確認書類として被保険者証の提示を受けた場合、当該被保険者証の被保険者記号・番号を書き写さないこと
- ・ 当該被保険者証の写しが必要な場合には、当該写しの被保険者記号・番号部分を復元できない程度にマスキングを施した上で確認記録に添付すること 等

(1) オンライン資格確認の導入

- ①保険医療機関等で療養の給付等を受ける場合の被保険者資格の確認について、個人番号カードによるオンライン資格確認を導入する。
- ②国、保険者、保険医療機関等の関係者は、個人番号カードによるオンライン資格確認等の手続きの電子化により、医療保険事務が円滑に実施されるよう、協力するものとする。
- ③オンライン資格確認の導入に向けた医療機関・薬局の初期導入経費を補助するため医療情報化支援基金を創設する（次頁参照）。

(2) 被保険者記号・番号の個人単位化、告知要求制限の創設

- ①被保険者記号・番号について、世帯単位にかえて個人単位（被保険者又は被扶養者ごと）に定めることとする。
これにより、保険者を異動しても個々人として資格管理が可能となる。
※ 75才以上の方の被保険者番号は現在も個人単位なので変わらない。
- ②プライバシー保護の観点から、健康保険事業とこれに関連する事務以外に、被保険者記号・番号の告知を要求することを制限する。
※ 告知要求制限の内容（基礎年金番号、個人番号にも同様の措置あり）
①健康保険事業とこれに関連する事務以外に、被保険者記号・番号の告知を要求することを制限する。
②健康保険事業とこれに関連する事務以外で、業として、被保険者記号・番号の告知を要求する、又はデータベースを構成することを制限する。これらに違反した場合の勧告・命令、立入検査、罰則を設ける。



* マイナンバーカードのICチップ内の電子証明書を読み取る。マイナンバーは使わない。医療機関等でマイナンバーと診療情報が紐付くことはない。

プライバシー保護の観点から、健康保険事業・関連事務以外に被保険者番号の告知の要求を制限する措置を創設

◎医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（令和元年法律第九号）による改正後の健康保険法

（被保険者等記号・番号等の利用制限等）

第百九十四条の二 厚生労働大臣、保険者、保険医療機関等、指定訪問看護事業者その他の健康保険事業又は当該事業に関連する事務の遂行のため保険者番号及び被保険者等記号・番号（以下この条において「被保険者等記号・番号等」という。）を利用する者として厚生労働省令で定める者（以下この条において「厚生労働大臣等」という。）は、当該事業又は事務の遂行のため必要がある場合を除き、何人に対しても、その者又はその者以外の者に係る被保険者等記号・番号等を告知することを求めてはならない。

2 厚生労働大臣等以外の者は、健康保険事業又は当該事業に関連する事務の遂行のため被保険者等記号・番号等の利用が特に必要な場合として厚生労働省令で定める場合を除き、何人に対しても、その者又はその者以外の者に係る被保険者等記号・番号等を告知することを求めてはならない。

3 何人も、次に掲げる場合を除き、その者が業として行う行為に関し、その者に対し売買、貸借、雇用その他の契約（以下この項において「契約」という。）の申込みをしようとする者若しくは申込みをする者又はその者と契約の締結をした者に対し、当該者又は当該者以外の者に係る被保険者等記号・番号等を告知することを求めてはならない。

一 厚生労働大臣等が、第一項に規定する場合に、被保険者等記号・番号等を告知することを求めるとき。

二 厚生労働大臣等以外の者が、前項に規定する厚生労働省令で定める場合に、被保険者等記号・番号等を告知することを求めるとき。

4 何人も、次に掲げる場合を除き、業として、被保険者等記号・番号等の記録されたデータベース（その者以外の者に係る被保険者等記号・番号等を含む情報の集合物であって、それらの情報を電子計算機を用いて検索することができるよう体系的に構成したものをいう。）であって、当該データベースに記録された情報が他に提供されることが予定されているもの（以下この項において「提供データベース」という。）を構成してはならない。

一 厚生労働大臣等が、第一項に規定する場合に、提供データベースを構成するとき。

二 厚生労働大臣等以外の者が、第二項に規定する厚生労働省令で定める場合に、提供データベースを構成するとき。

5 厚生労働大臣は、前二項の規定に違反する行為が行われた場合において、当該行為をした者が更に反復してこれらの規定に違反する行為をするおそれがあると認めるときは、当該行為をした者に対し、当該行為を中止することを勧告し、又は当該行為が中止されることを確保するために必要な措置を講ずることを勧告することができる。

6 厚生労働大臣は、前項の規定による勧告を受けた者がその勧告に従わないときは、その者に対し、期限を定めて、当該勧告に従うべきことを命ずることができる。

第二百七条の四 第百九十四条の二第六項の規定による命令に違反した者は、一年以下の懲役又は五十万円以下の罰金に処する。

議題1に関する参考資料

目次

○ 医療保険の給付内容	2
-------------	---

○ 医療保険制度の状況	7
-------------	---

1. 国民健康保険	8
2. 被用者保険	17
3. 後期高齢者医療制度	29
4. 予防・健康づくり	
①医療費適正化計画、特定健康診査・特定保健指導	42
②保険者インセンティブ	48
③高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	56
④データヘルス等	61

○新経済・財政再生計画改革工程表2019(保険局関係)	68
-----------------------------	----

医療保険の給付内容

公的医療保険の給付内容

(令和元年1月時点)

給付		国民健康保険・後期高齢者医療制度	健康保険・共済制度
医療給付	療養の給付 訪問看護療養費	義務教育就学前:8割、義務教育就学後から70歳未満:7割、 70歳以上75歳未満:8割(※1)(現役並み所得者(現役世代の平均的な課税所得(年145万円)以上の課税所得を有する者):7割) 75歳以上:9割(現役並み所得者:7割)	
	入院時食事療養費	食事療養標準負担額:一食につき460円	低所得者: 一食につき210円 (低所得者で90日を超える入院: 一食につき160円) 特に所得の低い低所得者(70歳以上): 一食につき100円
	入院時生活療養費 (65歳～)	生活療養標準負担額:一食につき460円(※)+370円(居住費) (※)入院時生活療養(Ⅱ)を算定する保険医療機関では420円	低所得者: 一食につき210円(食費)+370円(居住費) 特に所得の低い低所得者: 一食につき130円(食費)+370円(居住費) 老齢福祉年金受給者: 一食につき100円(食費)+0円(居住費) 注:難病等の患者の負担は食事療養標準負担額と同額
	高額療養費 (自己負担限度額)	70歳未満の者(括弧内の額は、4ヶ月目以降の多数該当) <年収約1,160万円～> 252,600円+(医療費-842,000)×1% (140,100円) <年収約770～約1,160万円> 167,400円+(医療費-558,000)×1% (93,000円) <年収約370～約770万円> 80,100円+(医療費-267,000)×1% (44,400円) <～年収約370万円> 57,600円 (44,400円) <住民税非課税> 35,400円 (24,600円)	70歳以上の者(括弧内の額は、4ヶ月目以降の多数該当) 入院 外来【個人ごと】 <年収約1,160万円～> 252,600円+(医療費-842,000)×1% (140,100円) <年収約770～約1,160万円> 167,400円+(医療費-558,000)×1% (93,000円) <年収約370～約770万円> 80,100円+(医療費-267,000)×1% (44,400円) <一般> 57,600円 18,000円 (44,400円) [年間上限144,000円] <低所得者> 24,600円 8,000円 <低所得者のうち特に所得の低い者>15,000円 8,000円
現金給付	出産育児一時金 (※2)	被保険者又はその被扶養者が出産した場合、原則42万円を支給。国民健康保険では、支給額は、条例又は規約の定めるところによる(多くの保険者で原則42万円)。	
	埋葬料(※3)	被保険者又はその被扶養者が死亡した場合、健康保険・共済組合においては埋葬料を定額5万円を支給。また、国民健康保険、後期高齢者医療制度においては、条例又は規約の定める額を支給(ほとんどの市町村、後期高齢者医療広域連合で実施。1～5万円程度を支給)。	
	傷病手当金	任意給付 (実施している市町村、 後期高齢者医療広域連合はない。)	被保険者が業務外の事由による療養のため労務不能となった場合、その期間中、最長で1年6ヶ月、1日に付き直近12か月の標準報酬月額を平均した額の30分の1に相当する額の3分の2に相当する金額を支給
	出産手当金		被保険者本人の産休中(出産日以前42日から出産日後56日まで)の間、1日に付き直近12か月の標準報酬月額を平均した額の30分の1に相当する額の3分の2に相当する金額

※1 平成20年4月から70歳以上75歳未満の窓口負担は1割に据え置かれていたが、平成26年4月以降新たに70歳になる被保険者等から段階的に2割となる。
※2 後期高齢者医療制度では出産に対する給付がない。また、健康保険の被扶養者については、家族出産育児一時金の名称で給付される。共済制度では出産費、家族出産費の名称で給付。
※3 被扶養者については、家族埋葬料の名称で給付、国民健康保険・後期高齢者医療制度では葬祭費の名称で給付。

保険外併用療養費について

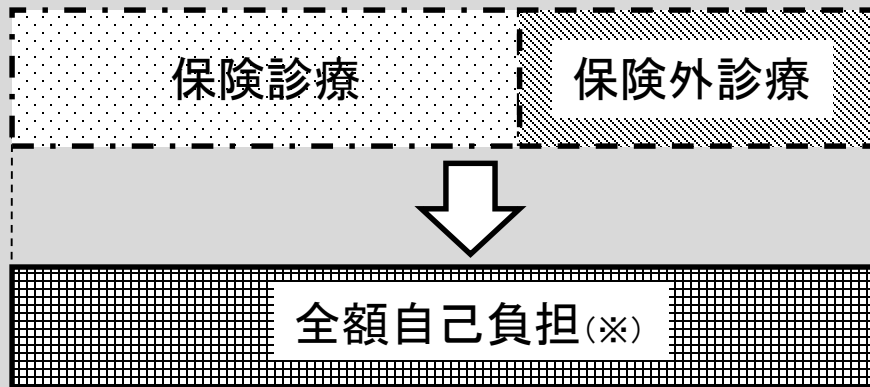
我が国の医療保険制度においては、

○必要な医療については基本的に、保険診療で行われるべきであること

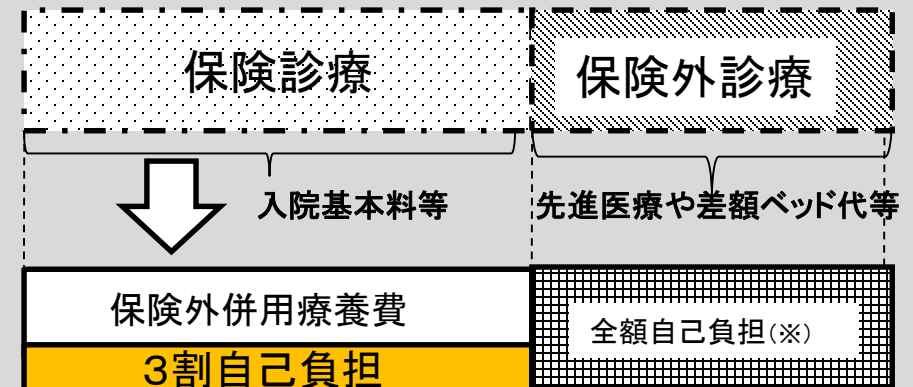
○保険適用となるのは、治療の有効性・安全性が確認されたものであること
としている。

健康保険法において、保険診療と保険外診療(自由診療)を併用して治療を行う場合には、一定の場合(厚生労働大臣の認める先進医療や、患者の自由な選択に係る費用(いわゆる差額ベッド代等))を除いて、保険診療部分も含めて全て自己負担となる。

【いわゆる「混合診療」】



【保険外併用療養(法令で定めた一定の場合)】



(※)自己負担分については、研究機関や製薬会社等の資金を充てる場合もある。

最先端の医療や適応外の医薬品の使用などの先進的な医療技術については、安全性や有効性を個別に確認した上で、先進医療制度等の枠組みの中で、保険診療との併用を認めており、こうした一定のルールの中で患者のニーズに対応。

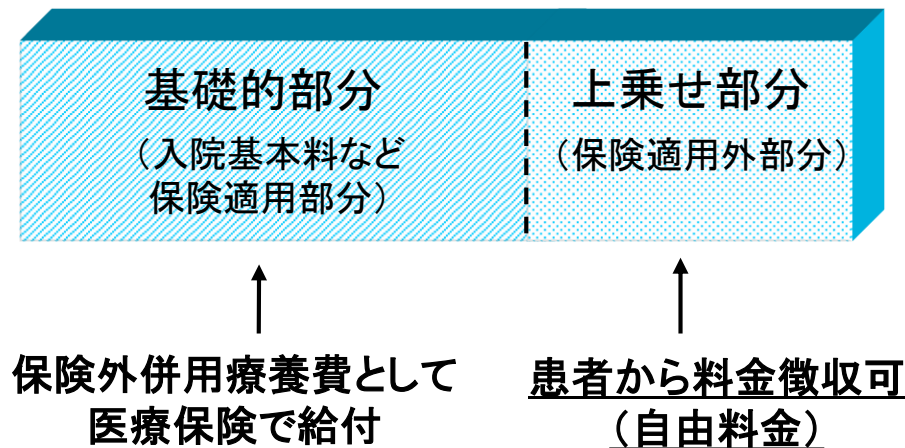
保険外併用療養費制度について

平成18年の法改正により創設
(特定療養費制度から範囲拡大)

○ 保険診療との併用が認められている療養

- ① 評価療養
 - ② 患者申出療養
 - ③ 選定療養
- 保険導入のための評価を行うもの
- 保険導入を前提としないもの

保険外併用療養費の仕組み [評価療養の場合]



※ 保険外併用療養費においては、患者から料金徴収する際の要件(料金の掲示等)を明確に定めている。

○ 評価療養

- ・ 先進医療(先進A:29技術、先進B:59技術 令和元年8月時点)
- ・ 医薬品、医療機器、再生医療等製品の治験に係る診療
- ・ 薬事法承認後で保険収載前の医薬品、医療機器、再生医療等製品の使用
- ・ 薬価基準収載医薬品の適応外使用
(用法・用量・効能・効果の一部変更の承認申請がなされたもの)
- ・ 保険適用医療機器、再生医療等製品の適応外使用
(使用目的・効能・効果等の一部変更の承認申請がなされたもの)

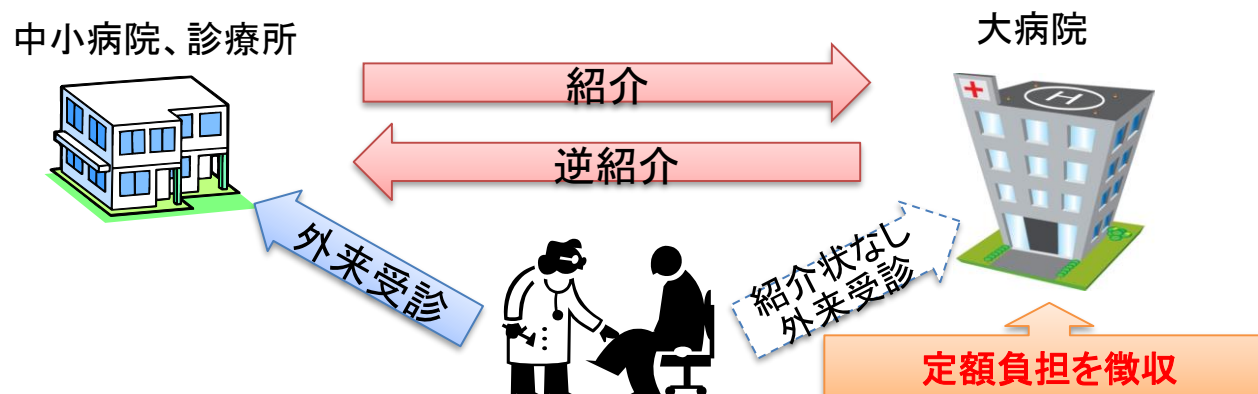
○ 患者申出療養

○ 選定療養

- ・ 特別の療養環境(差額ベッド)
- ・ 歯科の金合金等
- ・ 金属床総義歯
- ・ 予約診療
- ・ 時間外診療
- ・ 大病院の初診
- ・ 大病院の再診
- ・ 小児う蝕の指導管理
- ・ 180日以上入院
- ・ 制限回数を超える医療行為

紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担（平成30年度改定後）

- 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を責務とする。
- ① 特定機能病院及び許可病床400床以上※の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。※平成30年度診療報酬改定において、一般病床500床以上から許可病床400床以上へと見直し
- ② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とする。
- ③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。
[緊急その他やむを得ない事情がある場合]
救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者
[その他、定額負担を求めなくて良い場合]
a. 自施設の他の診療科を受診中の患者
b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
c. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者 等
- ④ 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月の経過措置を設ける。



医療保険制度の状況

1. 国民健康保険
2. 被用者保険
3. 後期高齢者医療制度
4. 予防・健康づくり

100億円
単位

令和2年度の国保財政

(令和2年度予算案ベース)

医療給付費等総額： 約111,000億円

市町村への地方財政措置：1,000億円

保険者努力支援制度

- 都道府県・市町村の医療費適正化、予防・健康づくり等の取組状況に応じ支援。
予算額：約1400億円 ※4 (うち事業費200億円)

特別高額医療費共同事業

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

高額医療費負担金

- 高額な医療費(1件80万円超)の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、国と都道府県が高額医療費の1/4ずつを負担
事業規模：3,800億円、国庫補助額：950億円

保険者支援制度

- 低所得者数に応じ、保険料額の一定割合を公費で支援
事業規模：2,600億円、国庫補助額：1,300億円
(国 1/2、都道府県 1/4、市町村 1/4)

保険料軽減制度

- 低所得者の保険料軽減分を公費で支援。
事業規模：4,400億円
(都道府県 3/4、市町村 1/4)

財政安定化支援事業

保険者努力支援制度

特別高額医療費共同事業

高額医療費負担金

保険料

(26,100億円)

法定外一般会計繰入

約1,800億円 ※2

保険者支援制度

保険料軽減制度

50%

50%

調整交付金(国)

(9%) ※1

8,200億円

定率国庫負担

(32%) ※1

22,800億円

都道府県繰入金

(9%) ※1

6,400億円

調整交付金(国)

- 普通調整交付金(7%)
都道府県間の財政力の不均衡を調整するために交付。

- 特別調整交付金(2%)
画一的な測定方法によって、措置できない都道府県・市町村の特別の事情(災害等)を考慮して交付。

前期高齢者交付金

- 国保・被用者保険の65歳から74歳の前期高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を、各保険者の加入者数に応じて調整。

前期高齢者交付金

36,200億円

※3

公費負担額

国 計： 34,700億円

都道府県計： 11,300億円

市町村計： 1,700億円

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

※2 平成29年度決算における決算補填等の目的の一般会計繰入の額

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

※4 令和2年度は、平成29年度に特例基金に措置した500億円のうち残330億円は取り崩ししない

「国保改革」による財政支援の拡充

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

＜2015年度（平成27年度）から実施＞（約1,700億円）

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

1,700億円

＜2018年度（平成30年度）から実施＞（約1,700億円）

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

800億円

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

840億円
（2019年度、2020年度は
910億円）

- **財政リスクの分散・軽減方策**
（高額医療費への対応）

60億円

- ※ 保険料軽減制度を拡充するため、2014年度（平成26年度）より別途500億円の公費を投入
 ※ 2015～2018年度（平成27～30年度）予算において、2,000億円規模の財政安定化基金を積み立て
 ※ **保険者努力支援制度について、2020年度は、上記とは別に新規500億円（事業費200億円、事業費連動300億円）を措置し予防・健康づくりを強力に推進**

【参考】

（単位：億円）

	2015年度 （平成27年度）	2016年度 （平成28年度）	2017年度 （平成29年度）	2018年度 （平成30年度）	2019年度 （令和元年度）	2020年度 （令和2年度）
低所得者対策の強化	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700
財政調整機能の強化・ 保険者努力支援制度等	—	—	—	1,700	1,770	1,770
財政安定化基金の造成 ＜積立総額＞	200 ＜200＞	400 ＜600＞	1,100 ＜1,700＞	300 ＜2,000＞	— ＜2,000＞	— ＜2,000＞

令和2年度に向け都道府県と市町村に期待される役割

- 今般の国保制度改革は、関係者における丁寧な作業の結果、現在概ね順調に実施されている。
- ⇒ 制度改革3年目となる令和2年は、各都道府県及び市町村において、引き続き財政運営の安定化を図りつつ、最大の改革項目である「財政運営の都道府県単位化」の趣旨の深化を図るとともに、人生100年時代を見据え、予防・健康づくり事業の強化を図る年度と考えられる。

また、令和2年度の納付金等算定及び国保運営方針の改訂・中間見直し（令和2年度末）に向け、都道府県と市町村とで協議を進めていくことが重要。

※ その際、都道府県は、県内の統一的な国保運営方針を策定する主体であり、主体的に議論を進める役割が期待されている。

※ なお、下記の項目については、保険者努力支援制度において見直しが図られたものも多く、同制度も活用しつつ協議を進めることが考えられる。

「都道府県単位化」が提起する論点

- ・ 公的医療保険制度は、個々人の実際の医療費の多寡を超えた助け合いによりリスクをヘッジする仕組みである。また、これを持続的に運営するためには、保険集団内において、公平で納得感のある取り扱いとすることが不可欠である。
- ⇒ 今般、財政が都道府県単位化されたことを踏まえ、「都道府県としての助け合いの形」を強固なものとしていくことが、今後の国保運営をより確かなものにするために必要である。課題となる点としては、さまざまな取組の土台ともなる事務の標準化に加え、①法定外繰入等の解消、②保険料水準の統一に向けた議論、③医療費適正化の推進などがある。
- ※ 標準化・均てん化の取組を進めるに当たっては、市町村において適正に行われている取組へのディスインセンティブとならないよう、「好ましい方向への均てん化」を図ることが重要である。

各課題における主な視点

① 法定外繰入等の解消

- ・ 保険制度としての給付と負担の透明化に加え、同一都道府県内で、法定外繰入等のある市町村とない市町村の存在をどのように考えるか。国保制度に対する公費拡充に伴い状況の見える化が強く求められている。市町村ごとの状況分析も行いつつ、早期に着実な解消を図ることが重要である。

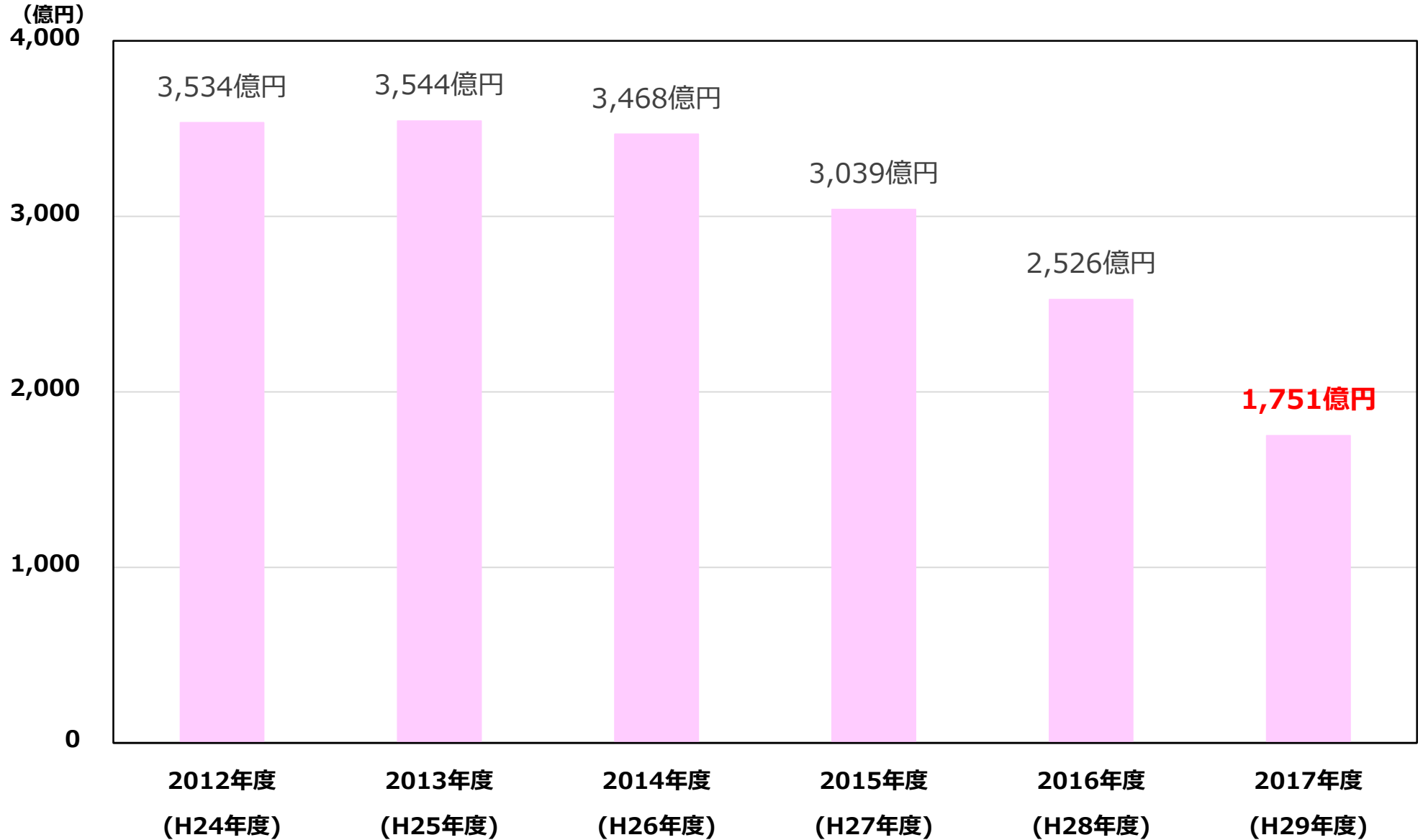
② 保険料水準の統一に向けた議論

- ・ まずは改めて議論を深めることが重要である。地域の実情を踏まえ、統一化の定義や前提条件等、さらには保険料算定方式の統一や標準保険料率と実際の保険料率の見える化から検討することも考えられる。統一化を目指す場合には、目標年次や目標水準を明確化したロードマップを描くことが考えられる。
- ・ 保険料水準の統一について議論する中で、収納率の低い市町村における実効性のある取組の実施を確認する。

③ 医療費適正化の更なる推進

- ・ 都道府県には、「国保の財政運営の責任主体としての役割」と「良質で効率的な医療の提供者としての役割」があり、庁内横断的な連携の下で、都道府県内全体の健康水準の向上や医療費適正化を推進することが求められている。
- ・ また、近年、データヘルスの推進や糖尿病の重症化予防、保健事業と介護予防の一体実施といった比較的新しい取組が求められるようになっていることを踏まえ、国保連合会と連携して、体制のより脆弱な小規模自治体の支援に努めていただきたい。
- ・ 令和2年度においては、「新規500億円」の予防・健康づくりの拡充が図られる。都道府県と市町村における積極的な事業企画をお願いしたい。

市町村の一般会計からの法定外繰入の推移



保険料水準の統一に向けた課題

- 国は、納付金等算定ガイドラインにおいて、将来的に保険料水準の統一（同一都道府県内において、同じ所得水準・同じ世帯構成であれば、同じ保険料水準）を目指す、こととしている。
- 各都道府県における保険料水準の統一に向けた状況と課題は次のとおりであり、骨太方針2019においても「国保の都道府県内保険料水準の統一や収納率の向上など受益と負担の見える化に取り組む都道府県の先進・優良事例について全国展開を図る。」とされている。

2018年度～	2024年度までを目標に検討	2027年度まで
大阪府 (例外措置あり)	奈良県、沖縄県 北海道(納付金ベース)、広島県(準統一)	和歌山県 佐賀県

※ その他の都道府県については、時期を明示せず、将来的に統一を目指す。あるいは、医療費水準の平準化・赤字の解消等を踏まえ検討等と整理。
岐阜県は検討期間を2024年度に設定。
福島県、滋賀県は2024年度以降の統一を目指している。

① 医療費水準に関する課題

- ・ 将来にわたる医療費適正化インセンティブの確保
- ・ 医療費水準の平準化・均てん化

納付金算定に年齢調整後の医療費水準を反映させないことにより、保険料水準を統一することが可能。ただし、市町村の納得を得るためには、都道府県内の各市町村の医療費水準がある程度平準化されることが重要。また、納付金算定に年齢調整後の医療費水準を反映させない場合には、将来にわたり、医療費適正化インセンティブをどのように図るべきか、都道府県の役割として、今後検討が必要。

② 保険料算定方法に関する課題

- ・ 保険料算定方式の統一化
- ・ 賦課割合の統一化

都道府県と市町村との協議の場において、あるべき姿の議論が必要。

③ 各市町村の取組に関する課題

- ・ 将来にわたる保険料収納率向上インセンティブの確保
- ・ 保健事業費等の基準額の統一化
- ・ 地方単独事業の整理
- ・ 赤字の解消
- ・ 市町村事務の標準化、均質化、均一化

保健事業費や地方単独事業、決算補填等目的の法定外繰入など、市町村が個別に政策的に取り組んでいるものの統一化について、議論が必要。また、市町村ごとの保険料収納率の差をどのように扱うかについても整理が必要

保険者努力支援制度の抜本的な強化

人生100年時代を見据え、保険者努力支援制度を抜本的に強化し、新規500億円(総額550億円)により予防・健康づくりを強力に推進

事業スキーム(右図)

新規500億円について、保険者努力支援制度の中に

- ① **「事業費」として交付する部分**を設け(200億円。現行の国保ヘルスアップ事業を統合し事業総額は250億円)、

※ 政令改正を行い使途を事業費に制限

- ② **「事業費に連動」して配分する部分**(300億円)と合わせて交付

※ 既存の予防・健康づくりに関する評価指標に加え、①の予防・健康づくり事業を拡大する等により、高い点数が獲得できるような評価指標を設定し配分

⇒ ①と②と相まって、**自治体における予防・健康づくりを抜本的に後押し**

事業内容

【都道府県による基盤整備事業】

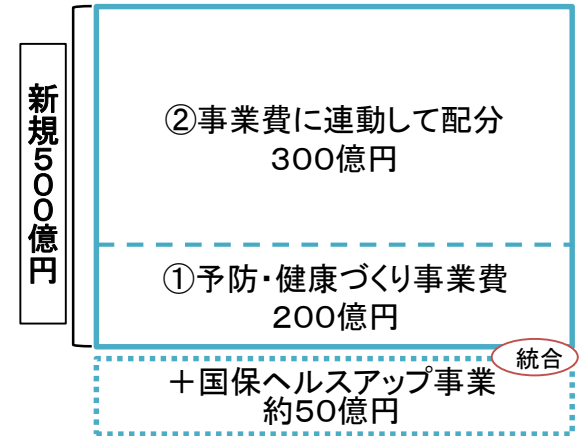
- 国保ヘルスアップ支援事業の拡充(上限額引上げ)
- ◎ 人材の確保・育成
- ◎ データ活用の強化

【市町村事業】

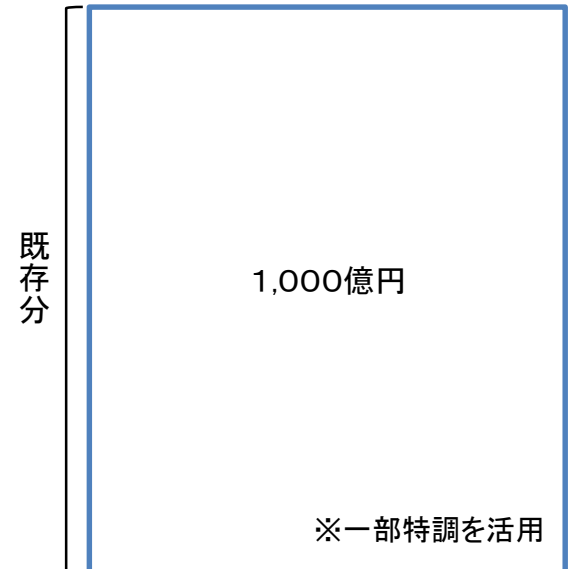
- 国保ヘルスアップ事業の拡充(上限額引上げ)
- ◎ 効果的なモデル事業の実施(※都道府県も実施可)

※ ◎は新たに設ける重点事業

【見直し後の保険者努力支援制度】

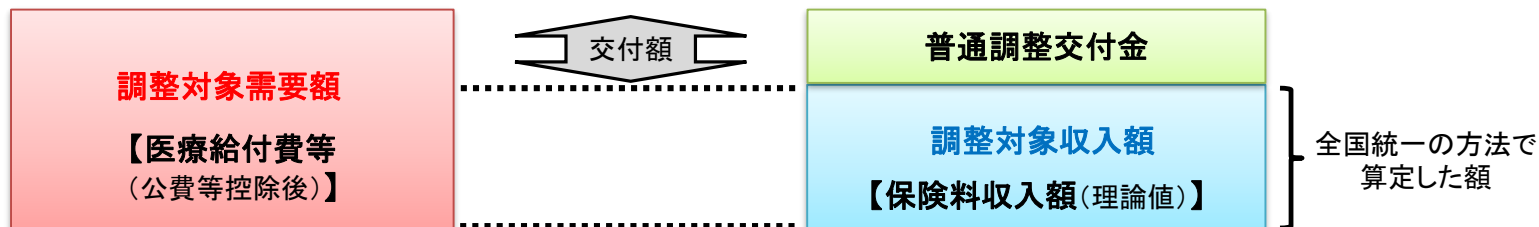


+



普通調整交付金の仕組み

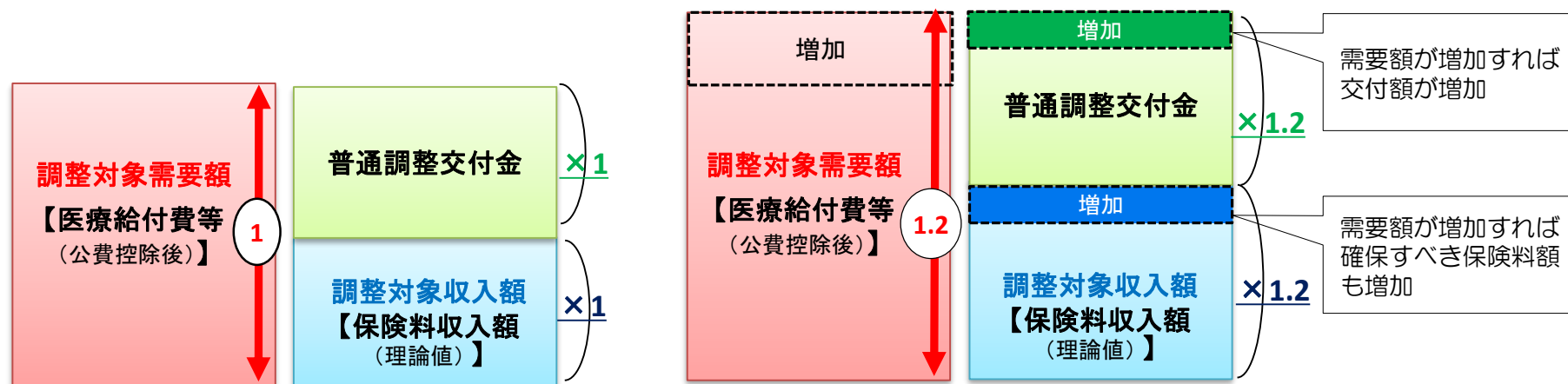
- 普通調整交付金は、都道府県間の財政力の不均衡を調整するために交付。
- 各都道府県の **調整対象需要額**【医療給付費等（公費等控除後）】と **調整対象収入額**【保険料収入額（理論値）】の差額を交付。



- **調整対象需要額**は、各都道府県の医療給付費等の見込額から、公費（定率国庫負担、都道府県繰入金など）や前期高齢者交付金の収入見込額を除いたもの。
- **調整対象収入額**は、医療費（調整対象需要額）に対応して確保すべき保険料額（理論値）。

- 各都道府県の調整対象需要額、調整対象収入額のいずれも、当該都道府県における医療費水準と連動するため、その差額から算出される普通調整交付金の交付額も医療費水準に連動。
- ⇒ 医療費水準が高い都道府県では、その分、交付額が増加。他方、その医療費に対応して確保すべき保険料額も増加。

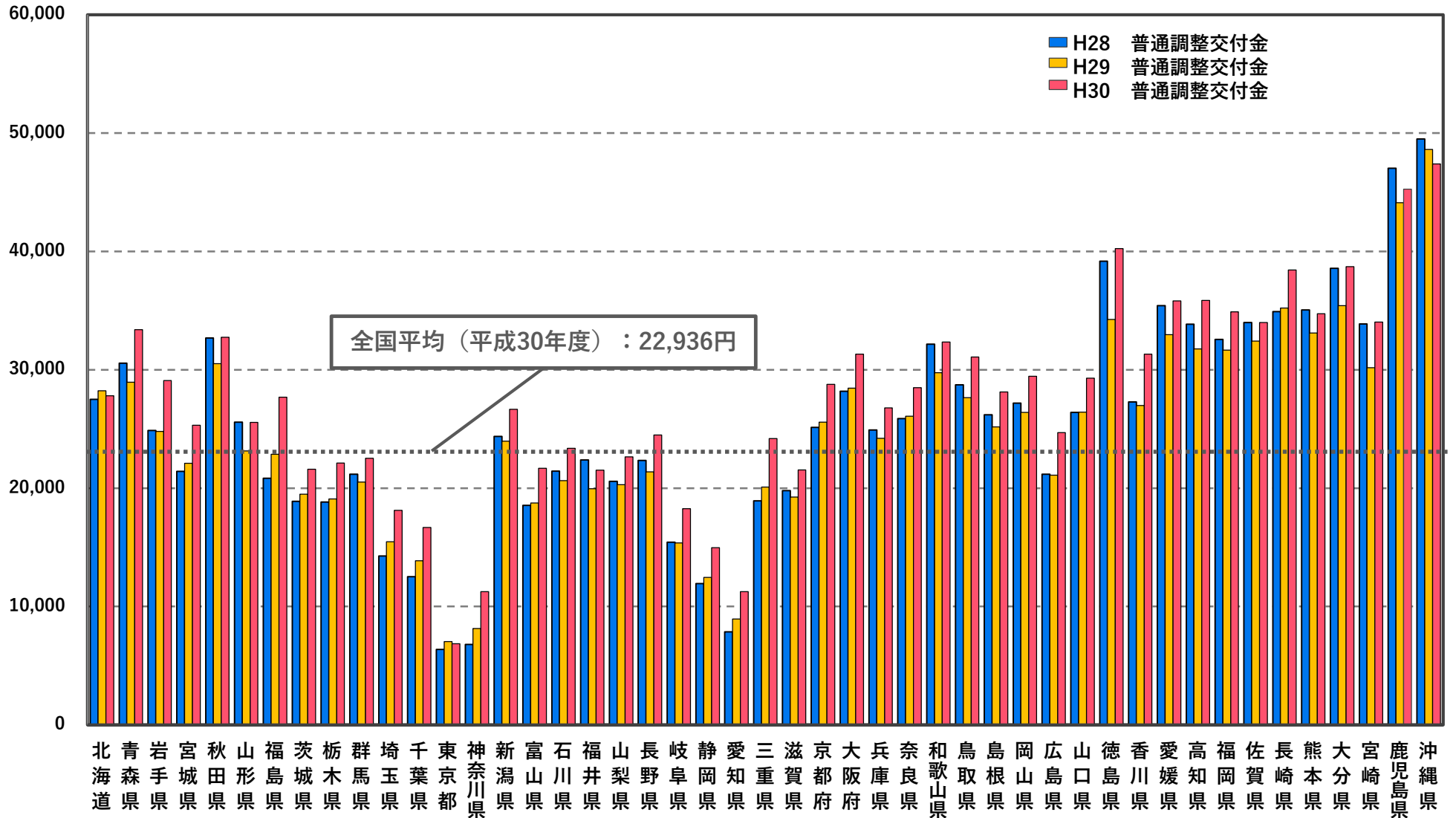
（需要額が1.2倍となった場合）



【参考】普通調整交付金交付額（被保険者一人当たり・平成28-30年度）

○ 普通調整交付金の一人当たり交付額の全国平均は、22,936 円。（平成30年度交付額）

（参考）平成29年度の一人当たり交付額の全国平均は、20,545円



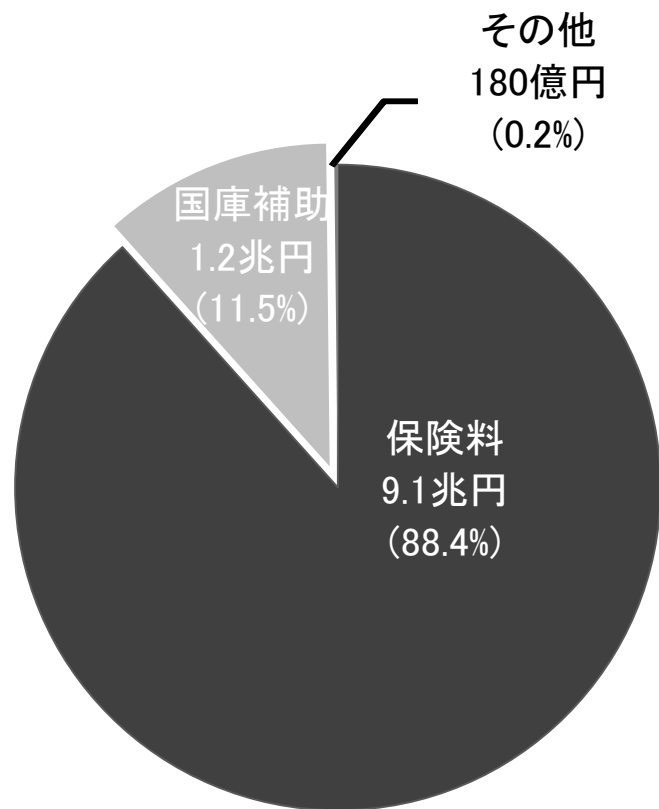
※ 交付額は実績ベース

1. 国民健康保険
2. 被用者保険
3. 後期高齢者医療制度
4. 予防・健康づくり

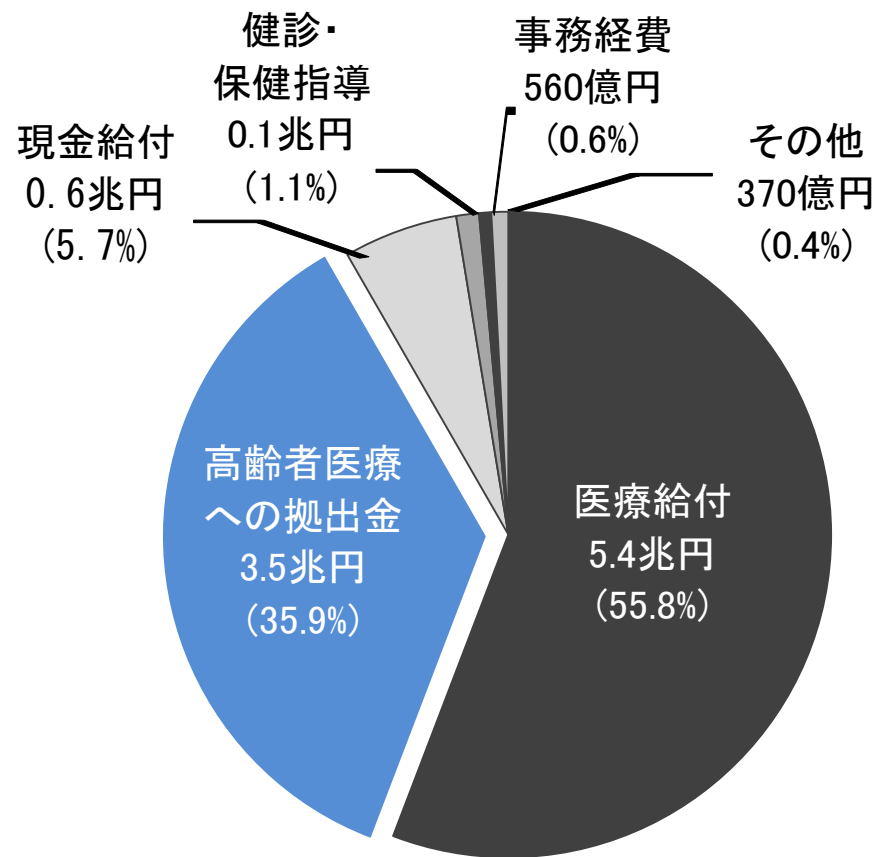
協会けんぽの財政構造（30年度決算）

○ 協会けんぽ全体の収支は約10兆円だが、その約3.5割、約3.5兆円が高齢者医療への拠出金に充てられている。

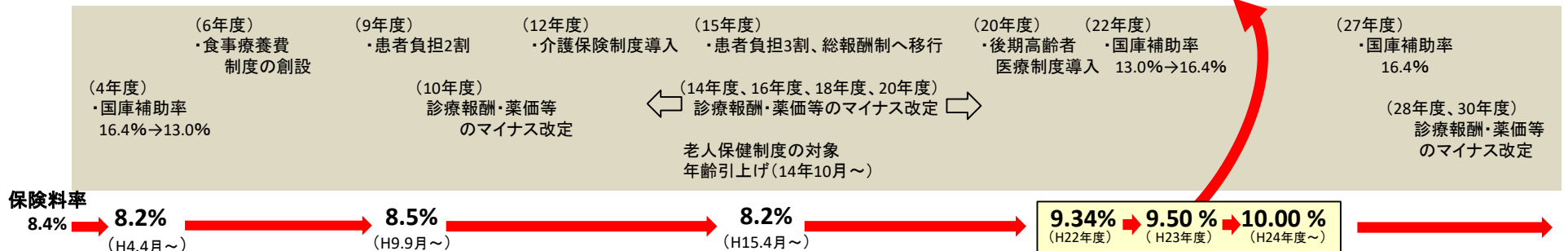
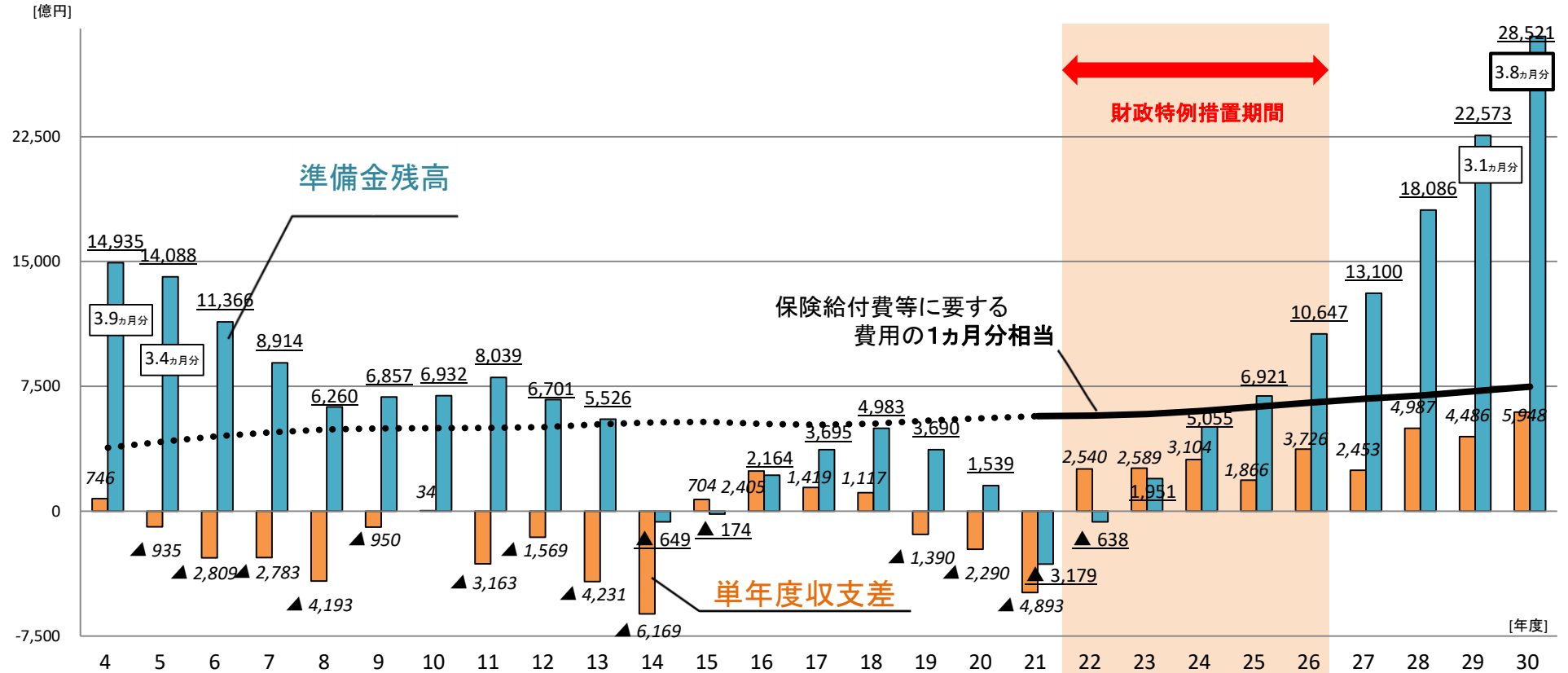
収 入 10兆3,461億円



支 出 9兆7,513億円



単年度収支差と準備金残高等の推移 (協会会計と国の特別会計との合算ベース)

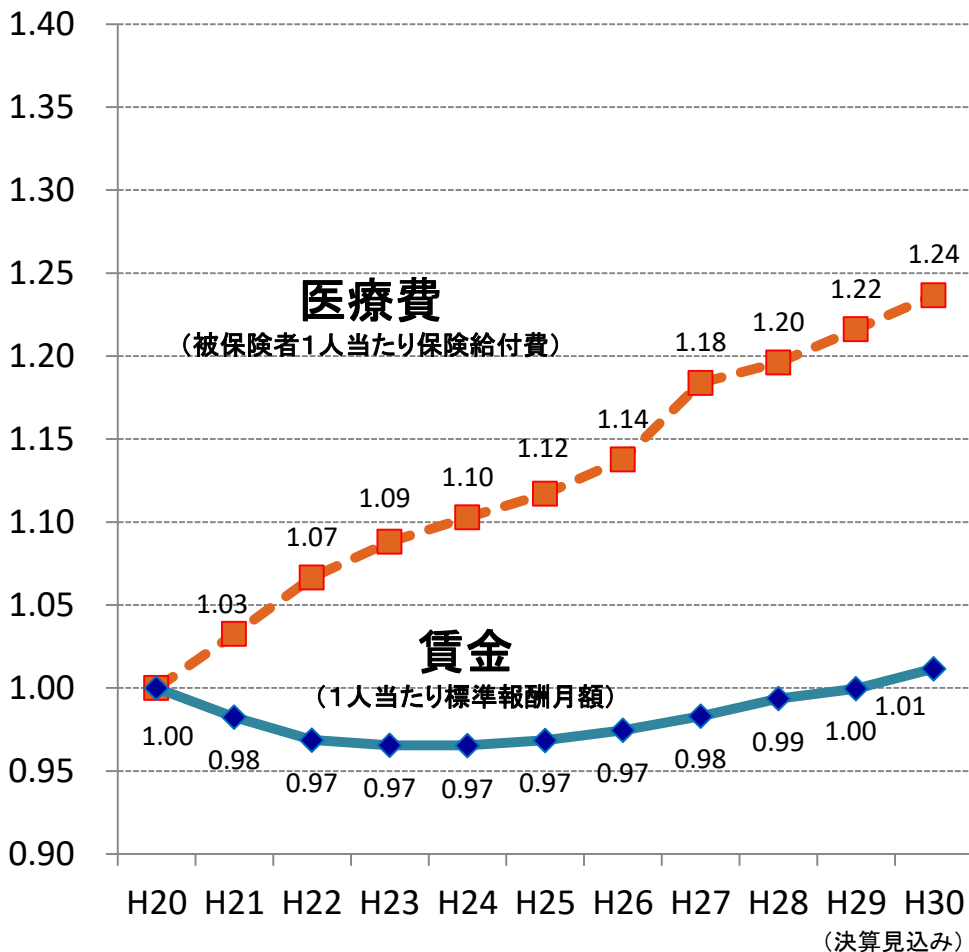


- (注) 1.平成8年度、9年度、11年度、13年度は国の一般会計より過去の国庫補助繰延分の返済があり、これを単年度収支に計上せず準備金残高に計上している。
 2.平成21年度以前は国庫補助の清算金等があった場合には、これを単年度収支に計上せず準備金残高に計上している。
 3.協会けんぽは、各年度末において保険給付費や高齢者拠出金等の支払いに必要な額の1ヵ月分を準備金(法定準備金)として積み立てなければならないとされている(健康保険法160条の2)。

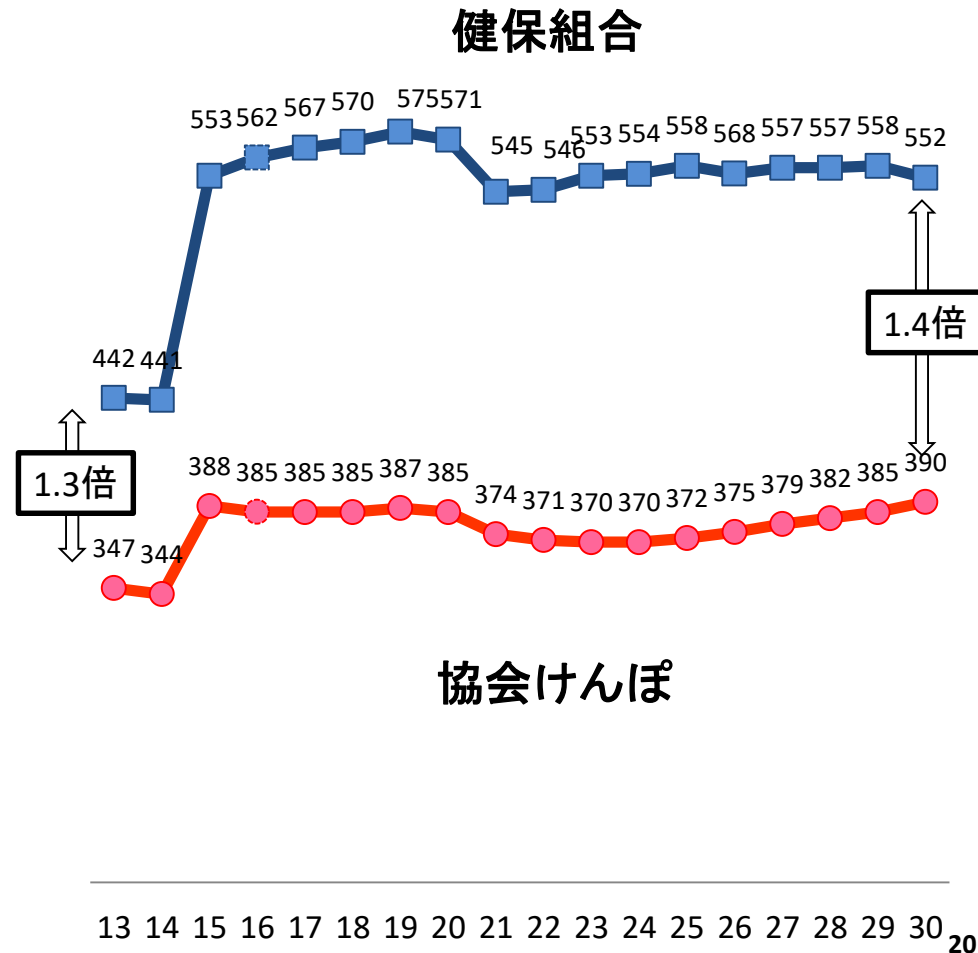
協会の財政構造と財政力格差について

- 協会けんぽの財政は、医療費が賃金の伸び率を上回って伸びている。
- 協会の報酬水準は低く、他の健保組合と比べて1.4倍の格差がある。

協会の保険財政の傾向

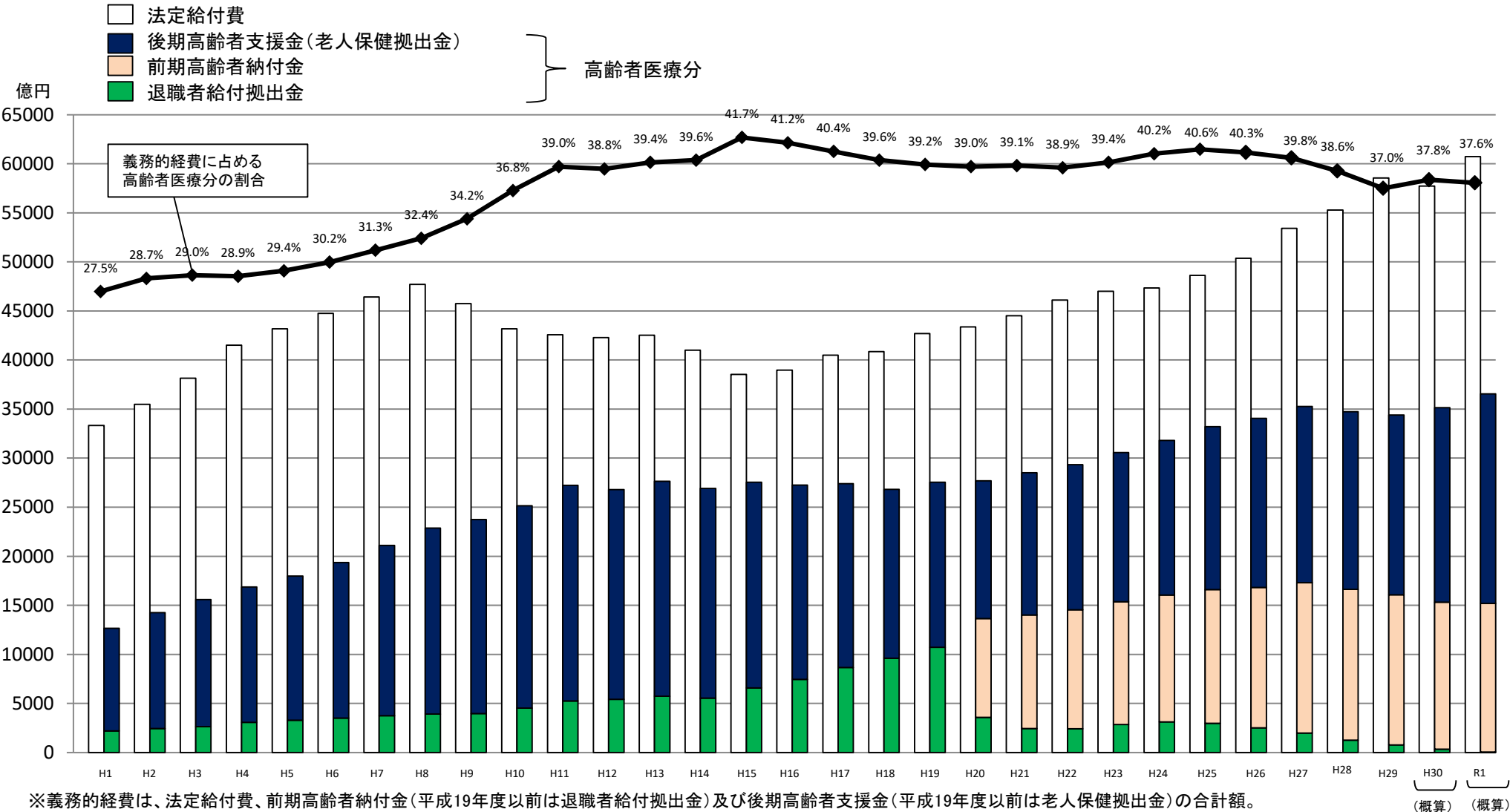


協会と健保組合の報酬水準の比較



高齢者医療への拠出負担の推移(協会けんぽ)

○ 協会けんぽの義務的経費に占める高齢者医療への拠出負担割合は、37.6%(令和元年度概算賦課ベース)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29年度までは実績額を、平成30年度及び令和元年度は概算額を用いている。

※後期高齢者支援金等は、平成29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30年度及び令和元年度は概算賦課額を用いている。

※後期支援金について、平成20年度及び平成21年度は加入者割、平成22年度～26年度は3分の1総報酬割、平成27年度は2分の1総報酬割、平成28年度は3分の2総報酬割、

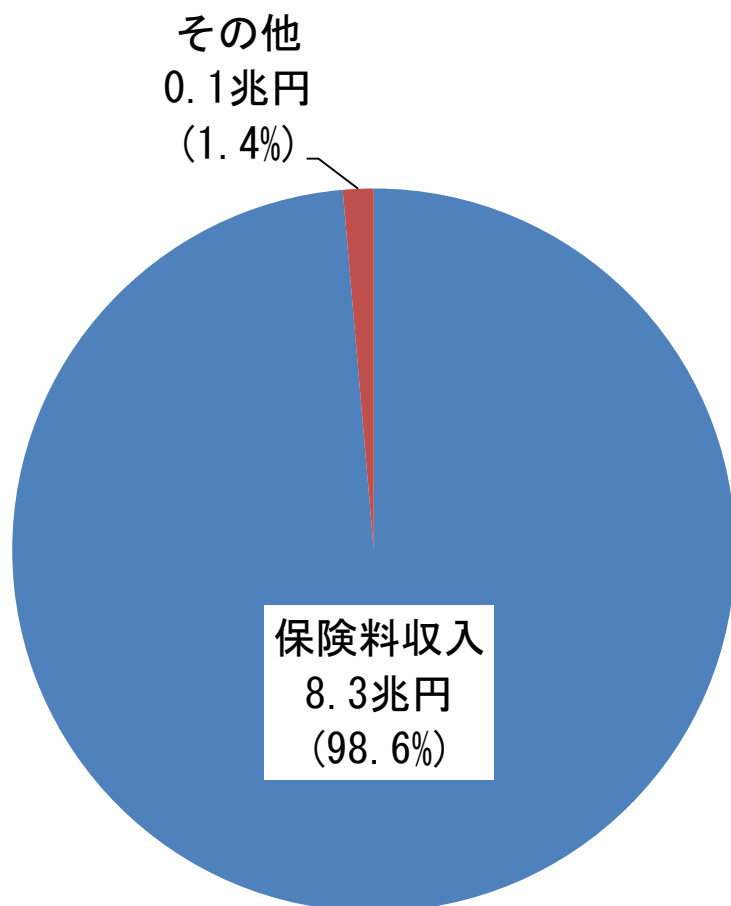
平成29年度以降は全面総報酬割としている。

※前期高齢者に係る後期支援金分は前期納付金に含まれている。

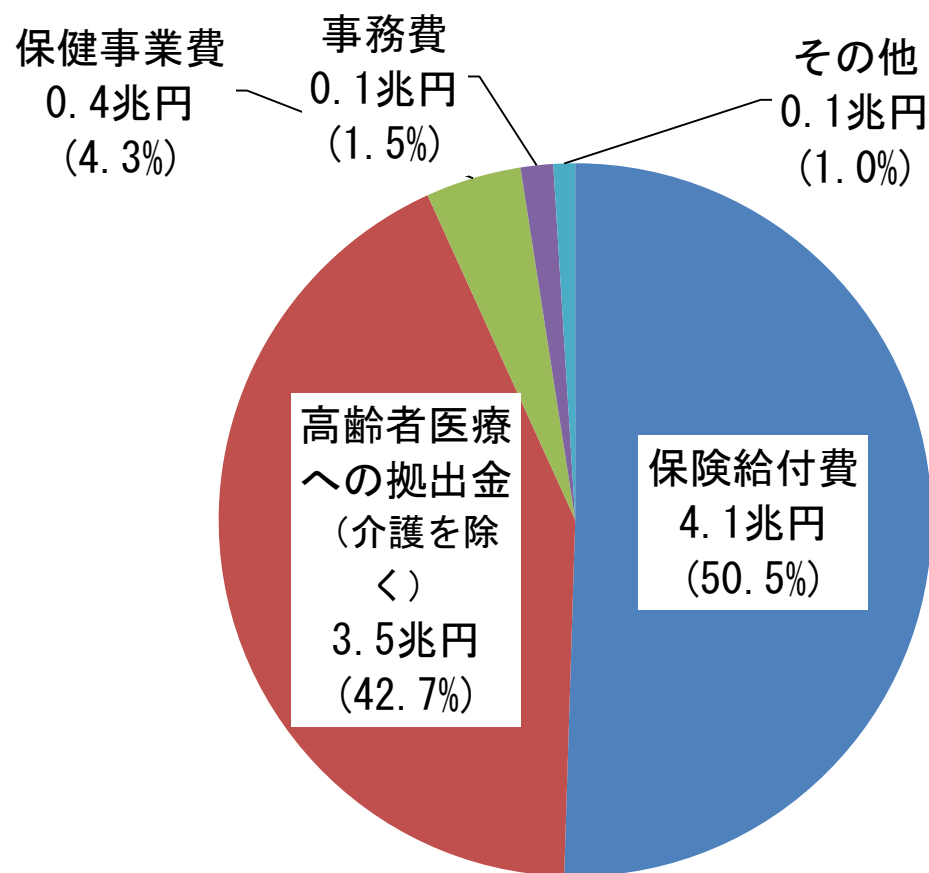
健康保険組合の財政構造（30年度決算見込）

- 健保組合の経常収入は約8.4兆円、経常支出は約8.1兆円であり、そのうち約4.1兆円（約5割）が保険給付費に、約3.5兆円（約4割）が高齢者医療への拠出金に充てられている。

経常収入 8兆3,906億円



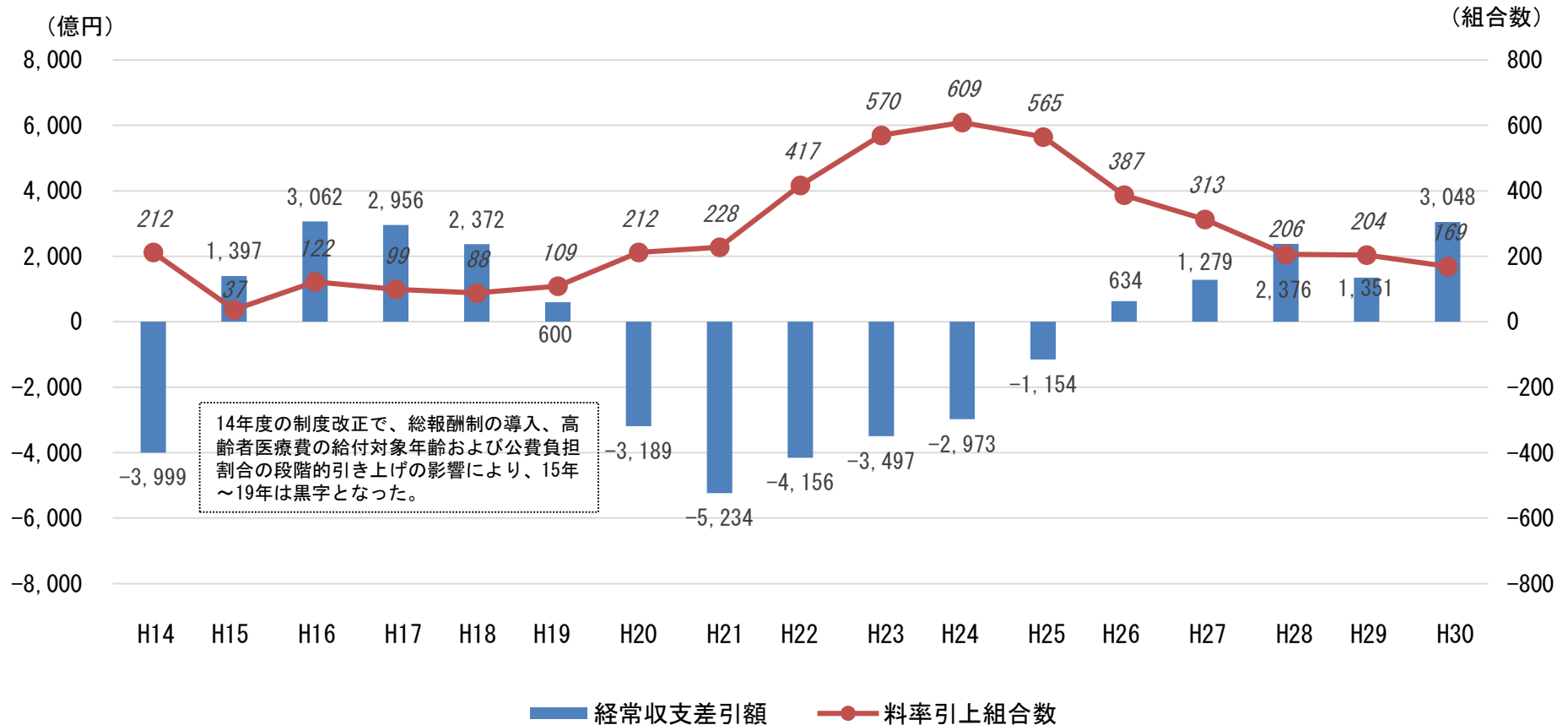
経常支出 8兆859億円



健康保険組合の財政状況

30年度決算見込（令和元年9月9日健保連発表）

- ・ 単年度黒字：平成29年度に引き続き、5年連続で3,048 億円の経常黒字
- ・ 保険料率の引上げ：健保組合全体の約 1.2 割（169組合）
→平均保険料率（9.167%→9.21 %） 対前年度伸び率0.47%
- ・ 保険料収入に占める拠出金等の割合：41.75 %



(※1) 平成14～29年度までは決算、30年度は決算見込の数値である。

(※2) 保険料引き上げ組合数は、14～29年度までは前年度決算との比較、30年度は29年度決算との比較である。

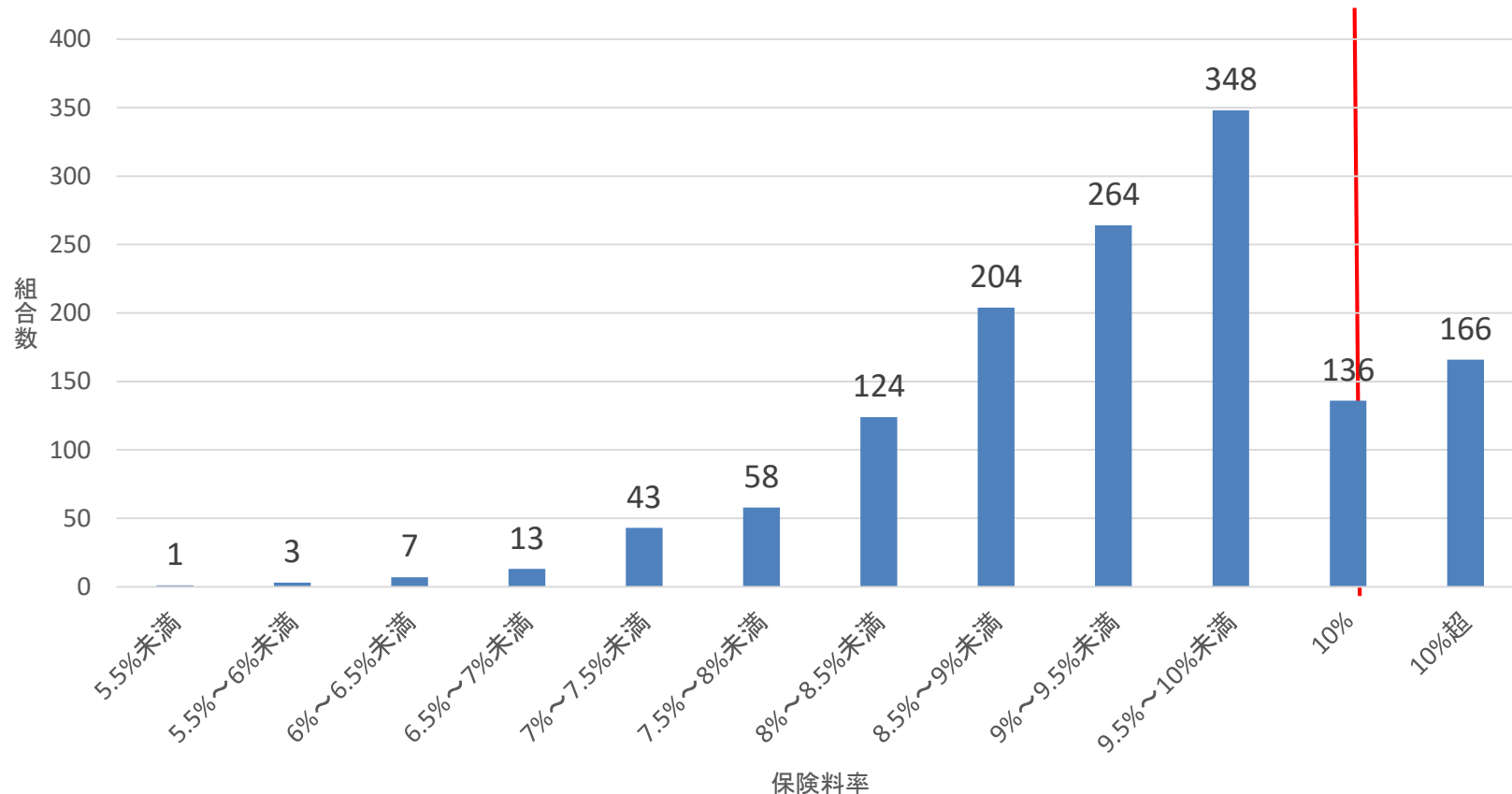
健康保険組合の保険料負担について

健康保険組合の保険料率は、保険者間において差があり、平成31年度の健康保険組合の保険料率については、最低4.2 %、最高12%となっている。

また、協会けんぽの平均保険料率(10.0%)以上の健康保険組合は302組合ある。

全組合の平均：9.218%
(31年度予算早期集計：1,367/1,388組合)

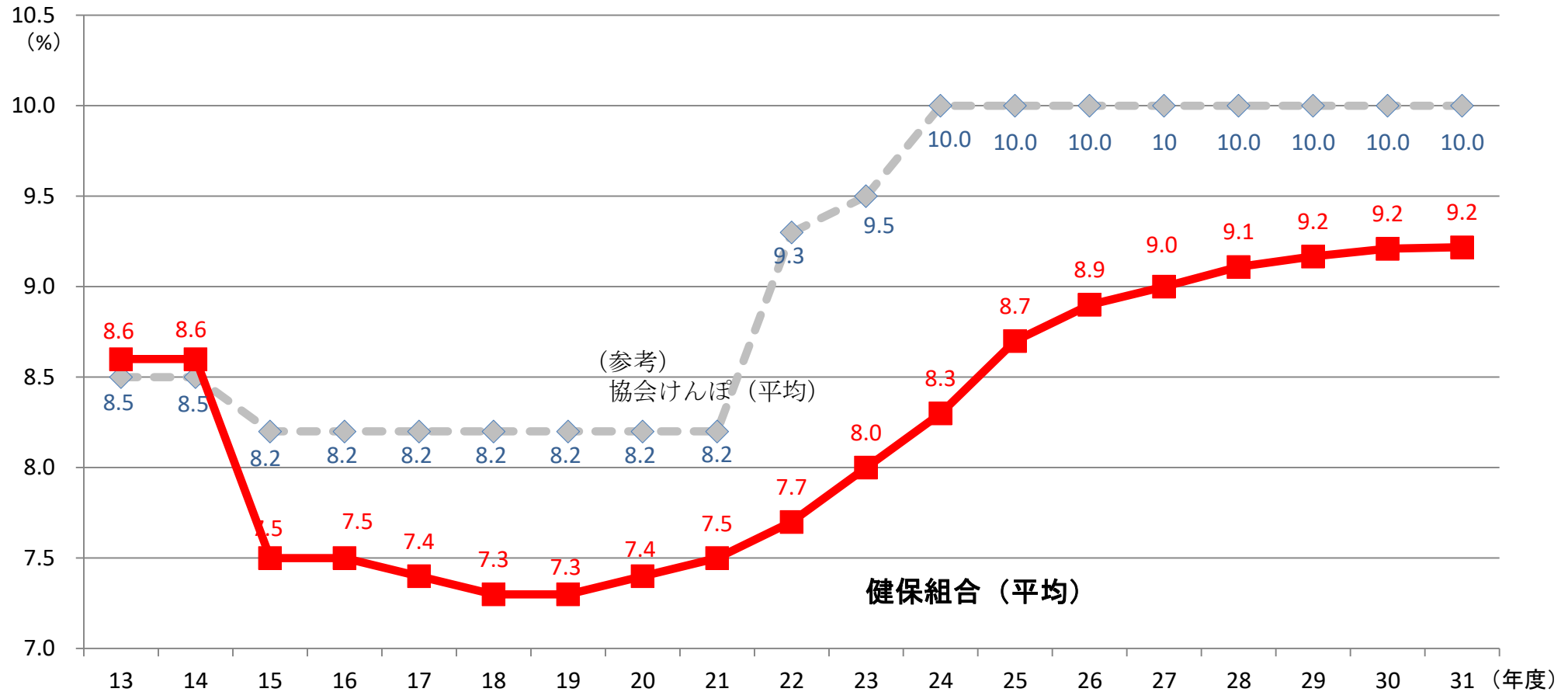
協会けんぽの平均保険料率
10.0%(H31年度)



(注1) 保険料率には調整保険料率を含む

(注2) 被保険者の負担割合(単純平均)は45.53 %

健康保険組合の保険料率の推移

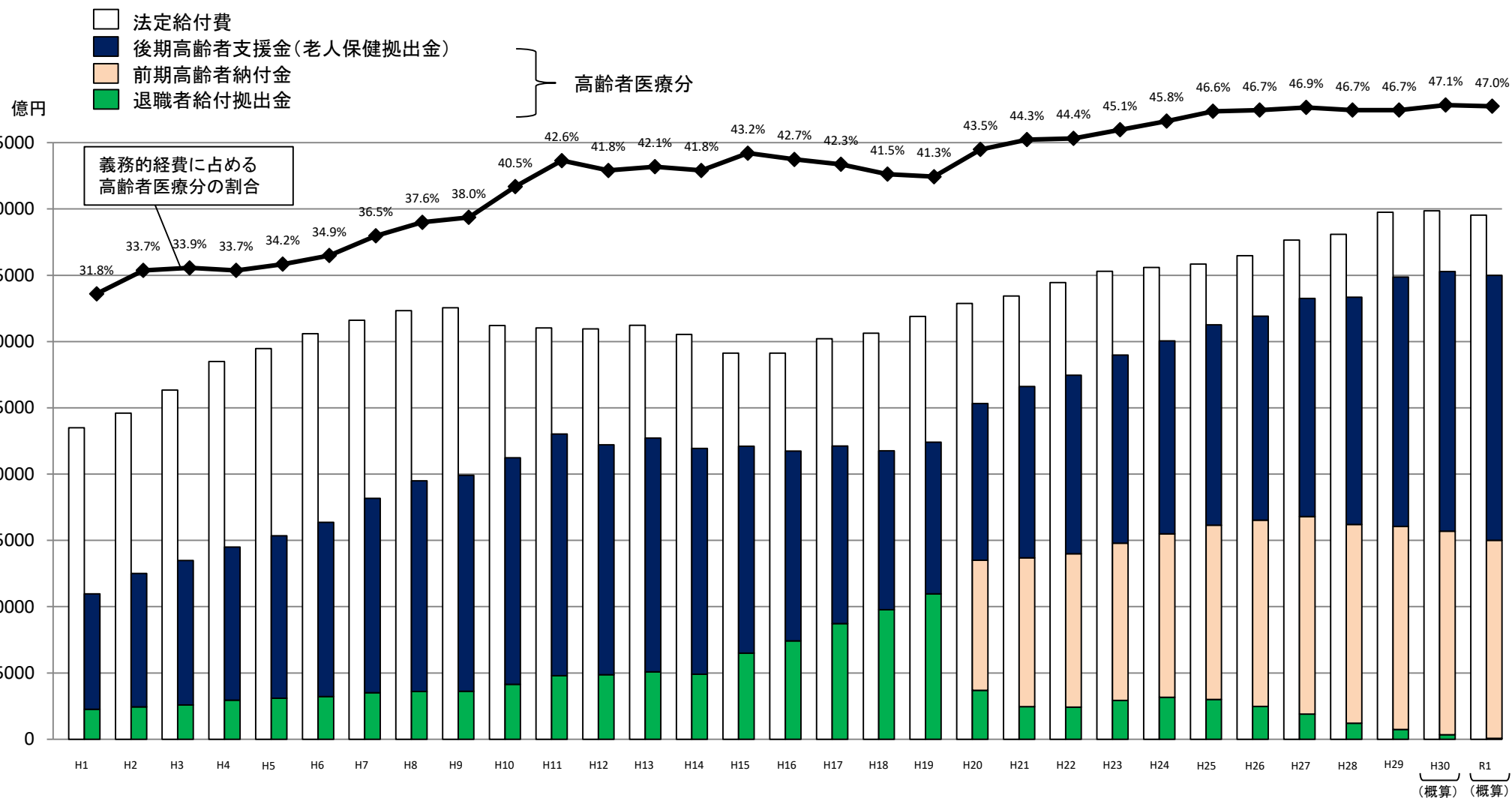


（※１）平成15年度に保険料率が下がっているのは、総報酬制（賞与にも月収と同じ保険料率を賦課）の導入によるもの。

（※２）健康保険組合の保険料率（調整保険料率含む）は、12年度～29年度は決算、30年度は決算見込、31年度は予算早期集計による。

高齢者医療への拠出負担の推移(健保組合)

○ 健保組合の義務的経費に占める高齢者医療への拠出負担割合は、47.0%(令和元年度概算賦課ベース)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29年度までは実績額を、平成30年度及び令和元年度は概算額を用いている。

※後期高齢者支援金等は、平成29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30年度及び令和元年度は概算賦課額を用いている。

※後期高齢者支援金について、平成20年度及び平成21年度は加入者割、平成22年度～26年度は3分の1総報酬割、平成27年度は2分の1総報酬割、平成28年度は3分の2総報酬割、平成29年度以降は全面総報酬割としている。

被用者保険者への支援について

	特別負担調整 (高齢者医療特別負担調整交付金)	高齢者医療運営円滑化等補助金																								
		(既存分)	(新規分)																							
予算額 (令和元年度)	100億円	120.4億円	600億円(※1)																							
開始年度 ・概要	＜平成29年度から＞ 拠出金負担が、義務的支出(※2)に比べ過大な保険者の負担を全保険者で按分する仕組みを拡大し、拡大部分に国費を一部充当して負担軽減を行う。 [拠出金負担(前期高齢者納付金及び後期高齢者支援金)の軽減措置]	＜平成2年度から＞ 被用者保険の拠出金負担増の緩和を図ることを目的として、総報酬に占める前期高齢者納付金の割合(所要保険料率)が重い保険者に対して負担軽減を行う。※3 [前期高齢者納付金負担の軽減措置]	＜平成27年度から＞ 団塊世代が前期高齢者に到達することにより、前期高齢者納付金が増加することが見込まれることから、納付金負担が過大となる保険者の負担を軽減するため、前期高齢者納付金負担の伸びに着目した負担軽減を行う。																							
対象組合数 (令和元年度)	116組合(健115、共1)	1,065組合(健1,008、共57)※4																								
助成額	100億円	120.4億円(241組合)	575.6億円(894組合)	22.5億円(182組合)																						
助成要件 (令和元年度)	・義務的支出に占める拠出金負担の割合が53.614%以上の保険者については、その過大な負担分を全保険者で按分し、 ・それに加えて、財政力が平均以下の保険者に限り、50.04395%以上53.614%未満である部分の2分の1を国庫補助し、残りの2分の1部分を全保険者で按分する。 ⇒ 結果として、該当する保険者は、拠出金負担の割合が50.04395%を超えないこととなる。	(既存分) ・所要保険料率が健保組合平均(1.67%)の1.1倍以上、かつ、 ・被保険者一人当たり総報酬額が健保組合平均(577万円)未満の保険者を対象とする。 [<table><tr><td>・1.3倍～</td><td>60%助成</td></tr><tr><td>・1.2倍～1.3倍</td><td>30%助成</td></tr><tr><td>・1.1倍～1.2倍</td><td>15%助成(※5)</td></tr></table>]	・1.3倍～	60%助成	・1.2倍～1.3倍	30%助成	・1.1倍～1.2倍	15%助成(※5)	(新規分:平成27年度～) ・加入者一人当たりの前期高齢者納付金について、団塊世代の前期高齢者への移行前の平成23年度から令和元年度への伸び率が大きい保険者に対し、伸び率に応じて助成する。 [<table><tr><td>・2.5倍～</td><td>85%助成</td></tr><tr><td>・2.0倍～2.5倍</td><td>65%助成</td></tr><tr><td>・1.5倍～2.0倍</td><td>45%助成</td></tr><tr><td>・1.35倍～1.5倍</td><td>25%助成</td></tr><tr><td>・1.2倍～1.35倍</td><td>13%助成</td></tr></table>]	・2.5倍～	85%助成	・2.0倍～2.5倍	65%助成	・1.5倍～2.0倍	45%助成	・1.35倍～1.5倍	25%助成	・1.2倍～1.35倍	13%助成	(急増分:令和元年度～) ・加入者一人当たりの前期高齢者納付金について、平成30年度から令和元年度(単年度)又は平成29年度及び30年度の平均値(2年平均)から令和元年度への伸び率に応じて助成する。 [<table><tr><td>・2.0倍～</td><td>80%助成</td></tr><tr><td>・1.5倍～2.0倍</td><td>60%助成</td></tr><tr><td>・1.1倍～1.5倍</td><td>40%助成</td></tr></table>]	・2.0倍～	80%助成	・1.5倍～2.0倍	60%助成	・1.1倍～1.5倍	40%助成
・1.3倍～	60%助成																									
・1.2倍～1.3倍	30%助成																									
・1.1倍～1.2倍	15%助成(※5)																									
・2.5倍～	85%助成																									
・2.0倍～2.5倍	65%助成																									
・1.5倍～2.0倍	45%助成																									
・1.35倍～1.5倍	25%助成																									
・1.2倍～1.35倍	13%助成																									
・2.0倍～	80%助成																									
・1.5倍～2.0倍	60%助成																									
・1.1倍～1.5倍	40%助成																									

(※1) 旧臨給(指定組合の保険給付等に要する費用に対して行う助成事業)7.9億円を含む。

(※2) 法定給付費等+後期高齢者支援金+前期高齢者納付金

(※3) 平成29年度から被用者保険者の後期高齢者支援金の全面総報酬割が導入されたことから、所要保険料率の算出については前期高齢者納付金のみを対象としている。

(※4) 既存分・新規分(伸び率)・急増分それぞれで対象となっている保険者がいるため、重複を考慮すると1,065組合となる。

(※5) 15%助成は、全体の予算規模を勘案の上、実質11.4%助成となる。

○事業概要

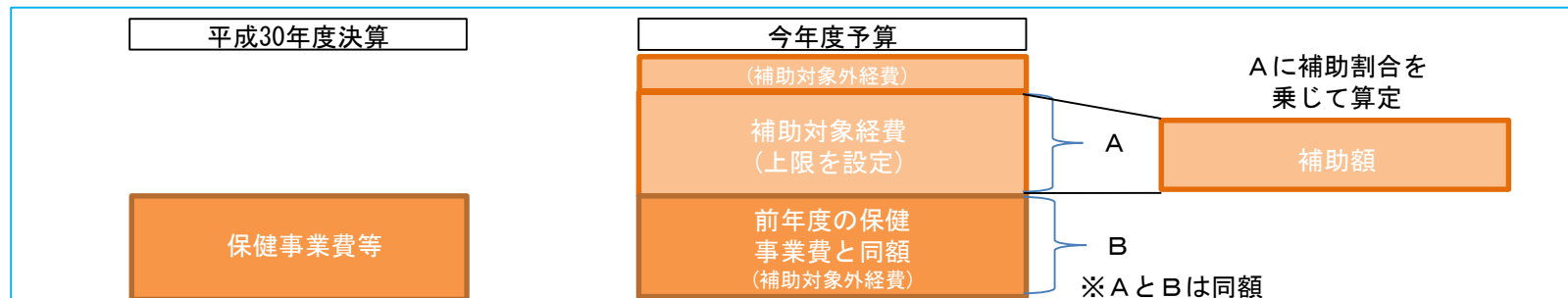
- ・過去の解散組合の分析から、現在のままでは解散を選択する蓋然性の高い健保組合を対象とし、保険者機能強化の観点から、
3か年の「事業実施計画」を策定させ、財政検証事業、医療費適正化対策事業及び保健事業の実施に係る経費を助成。
- ・併せて、保険料収入による健全経営を確立するため、**3か年の収支均衡計画を策定**させる。
- ・計画期間中に次のいずれかの条件の達成を求めていく。
 - ①保険料率の一定以上の引き上げ ②保有資産割合の一定以上の増加 ③経常黒字の達成

○対象組合

- ・平成29年度決算において次の全ての基準に該当する健保組合。
 - ①保険料率が9.5%以上 ②財源率が9.0%超 ③保有資産が200%未満 ④経常赤字が過去3か年度連続している組合

○算定方法

- ・保険者機能強化事業については、前年度における財政検証事業、医療費適正化対策事業及び保健事業費の増加分を補助対象経費とする。（ただし、前年度の対象経費を上限とする）
- ・補助対象経費に対しては、次の基準で補助割合を設定する。
 - a) 対象組合の1人あたり保健事業費が全組合の半分未満の組合には1/2を補助
 - b) 対象組合の1人あたり保健事業費が全組合の半分以上の組合には1/3を補助



1. 国民健康保険
2. 被用者保険
3. 後期高齢者医療制度
4. 予防・健康づくり

高齢者医療制度の財政

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

後期高齢者医療制度

<対象者数>

75歳以上の高齢者 約1,800万人

<後期高齢者医療費>

18.1兆円(令和2年度予算案ベース)

給付費 16.6兆円

患者負担 1.5兆円

<保険料額(平成30年度・令和元年度見込)>

全国平均 約5,860円/月

※ 基礎年金のみを受給されている方は
約750円/月

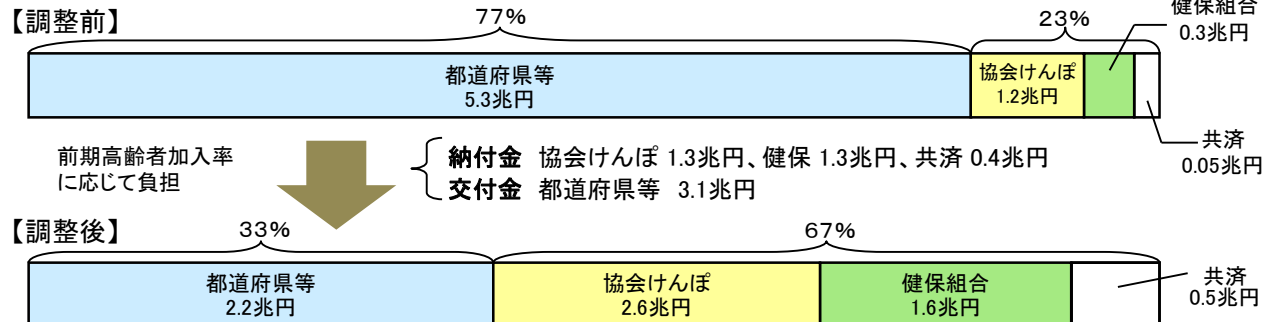
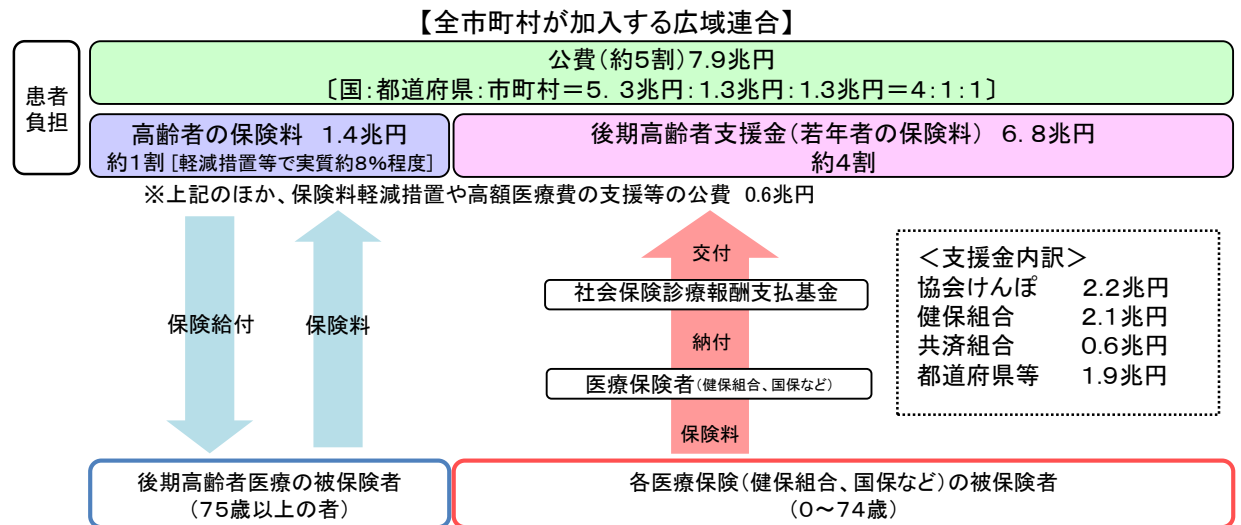
前期高齢者に係る財政調整

<対象者数>

65～74歳の高齢者
約1,680万人

<前期高齢者給付費>

6.9兆円
(令和2年度予算案ベース)

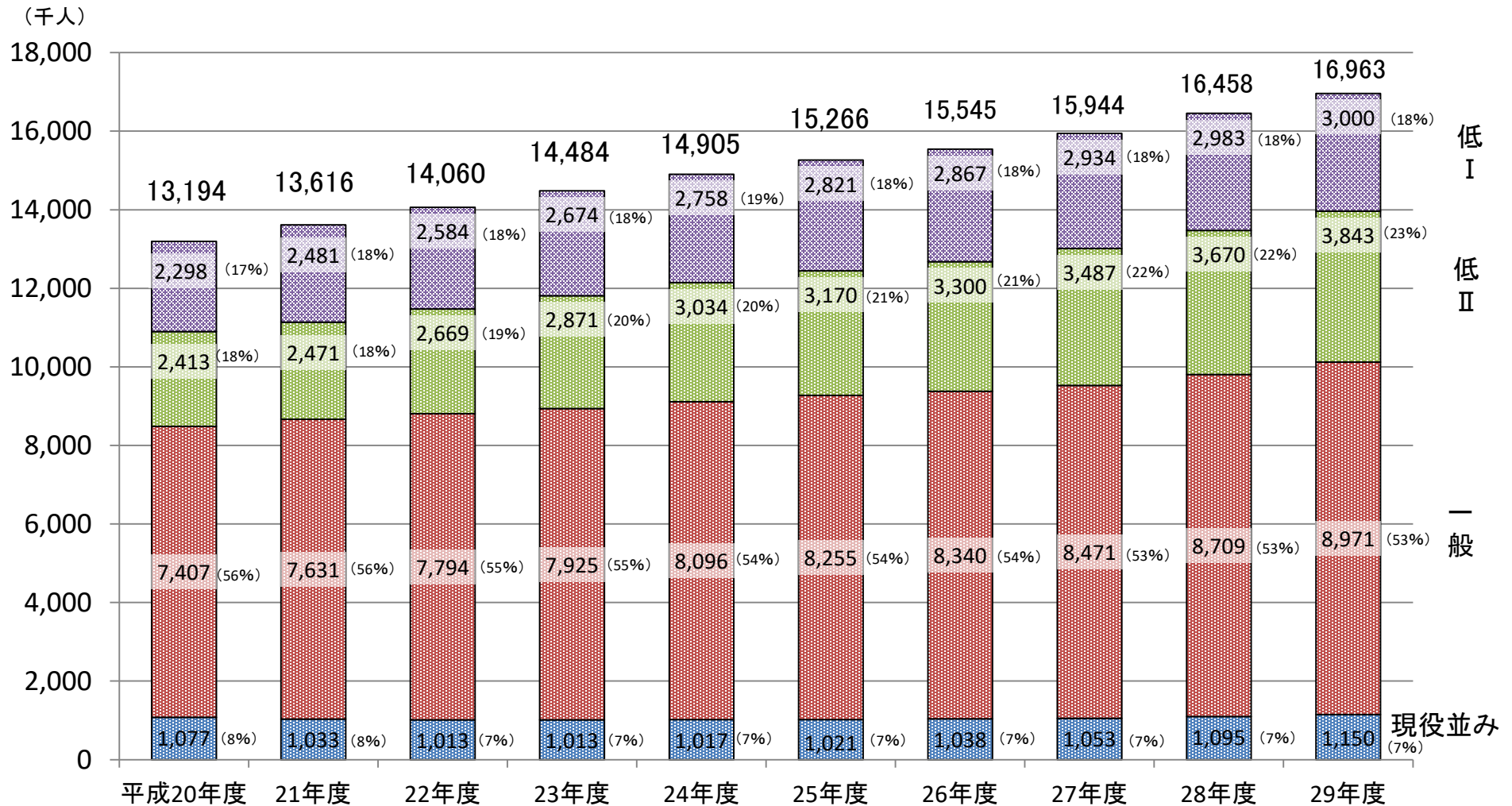


※各医療保険者が負担する後期高齢者支援金は、後期高齢者支援金に係る前期財政調整を含む。

※ 数値は令和2年度予算案ベース。

後期高齢者医療制度の被保険者数の推移(所得階層別)

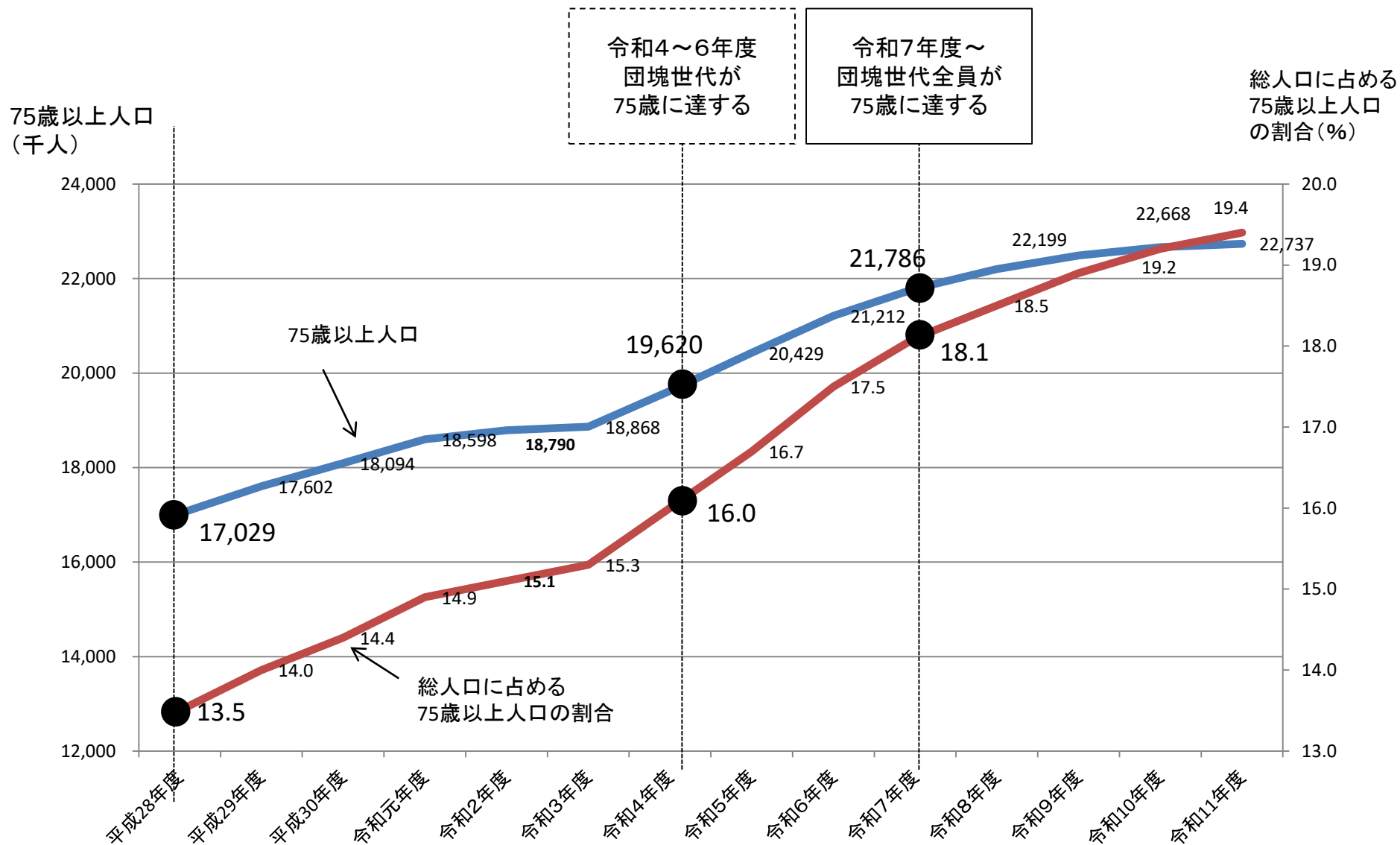
○ 後期高齢者医療制度の被保険者数は、平成29年度は約1,696万人(平成20年度から約29%増)となり、総人口の7人に1人は75歳以上。



出典：後期高齢者医療事業状況報告（平成29年度）

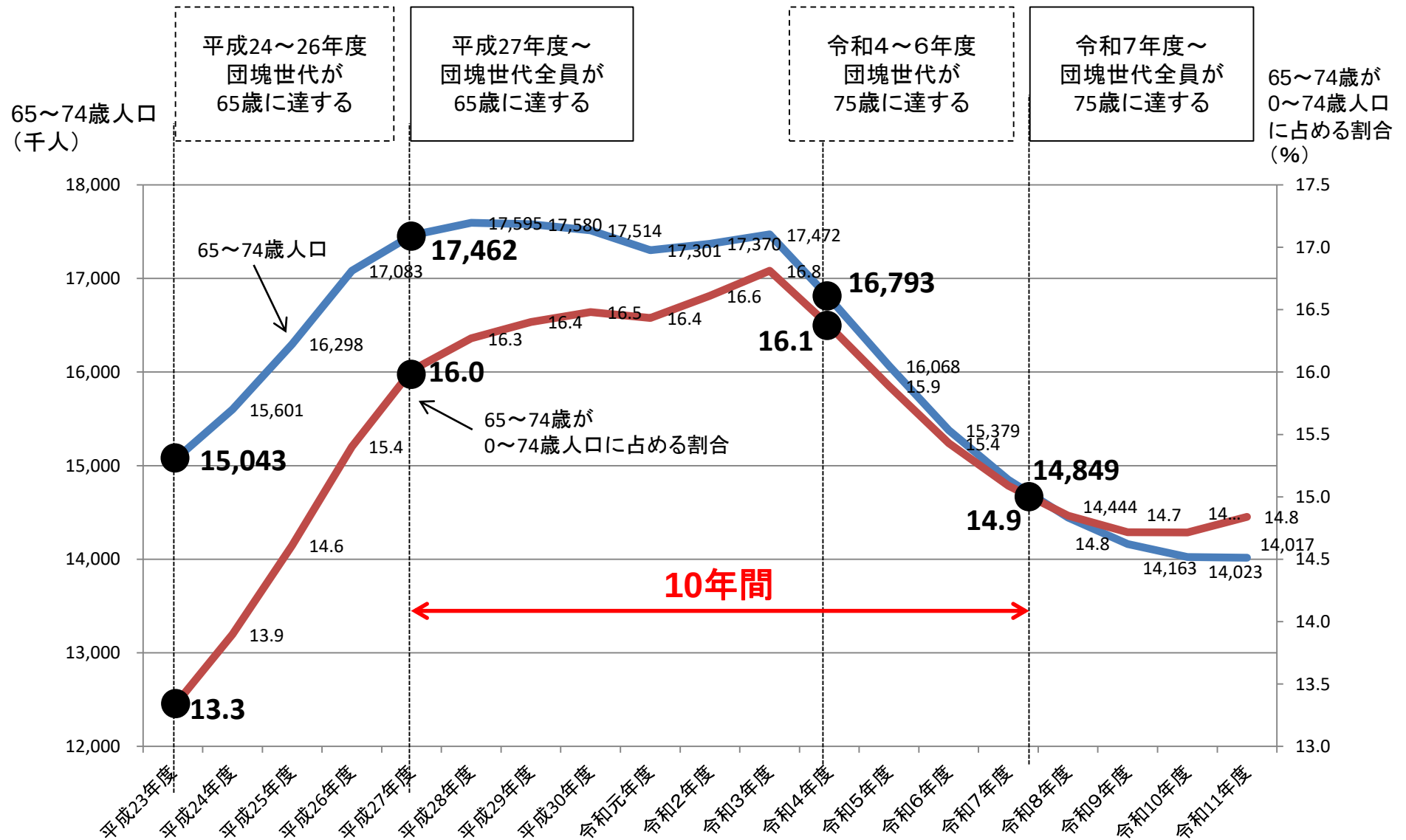
後期高齢者数の推移

○ 団塊の世代は令和4年度以降順次後期高齢者に移行し、令和7年度には全員後期高齢者になる。



前期高齢者数の推移

○ 団塊の世代は平成27年度以降全員が前期高齢者となり、その期間は10年続く。



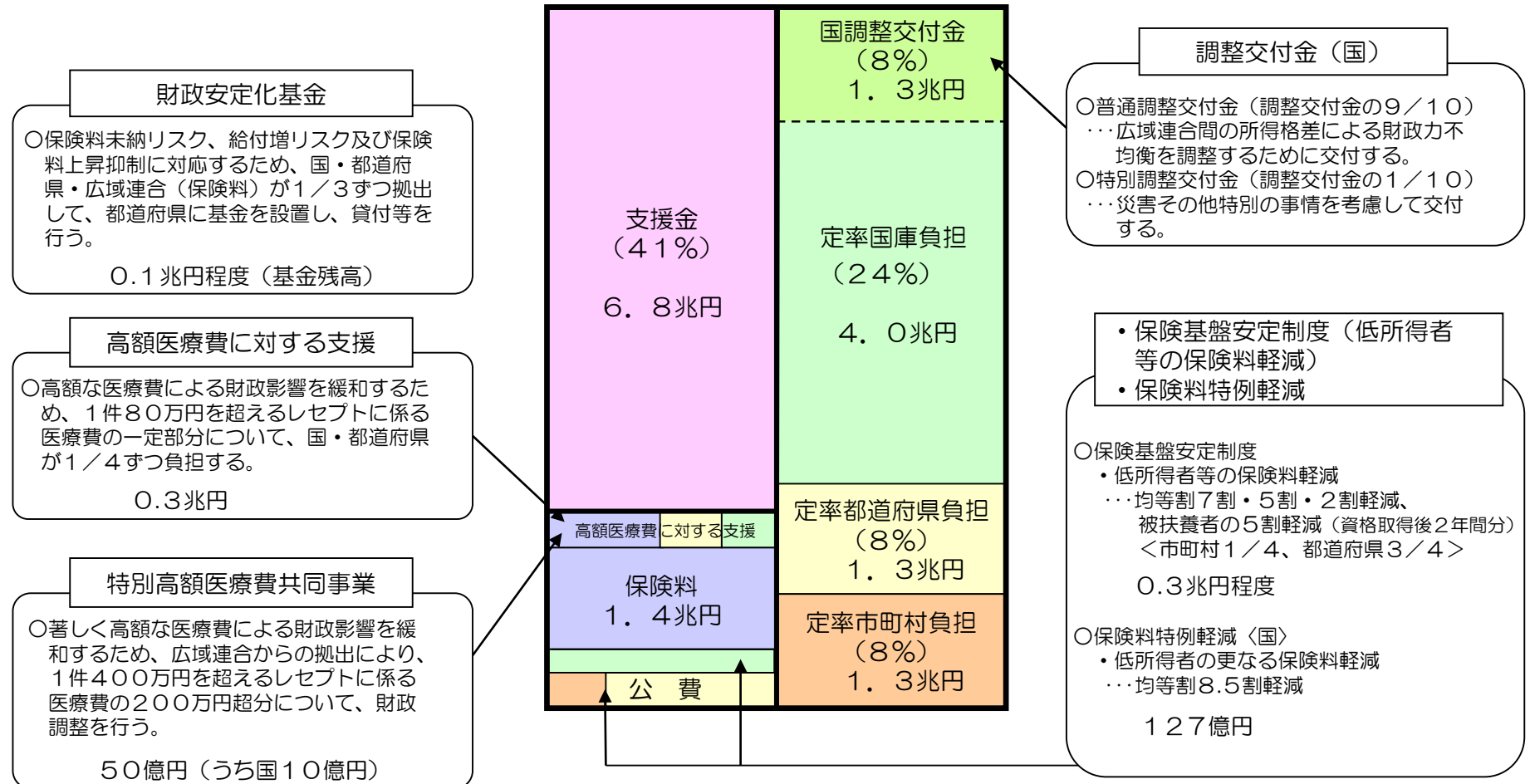
(出典1) 日本の将来推計人口 (平成29年4月10日公表) (国立社会保障・人口問題研究所)

(出典2) 各年10月1日現在人口 (総務省統計局)

後期高齢者医療制度の財政の概要

(令和2年度予算案ベース)

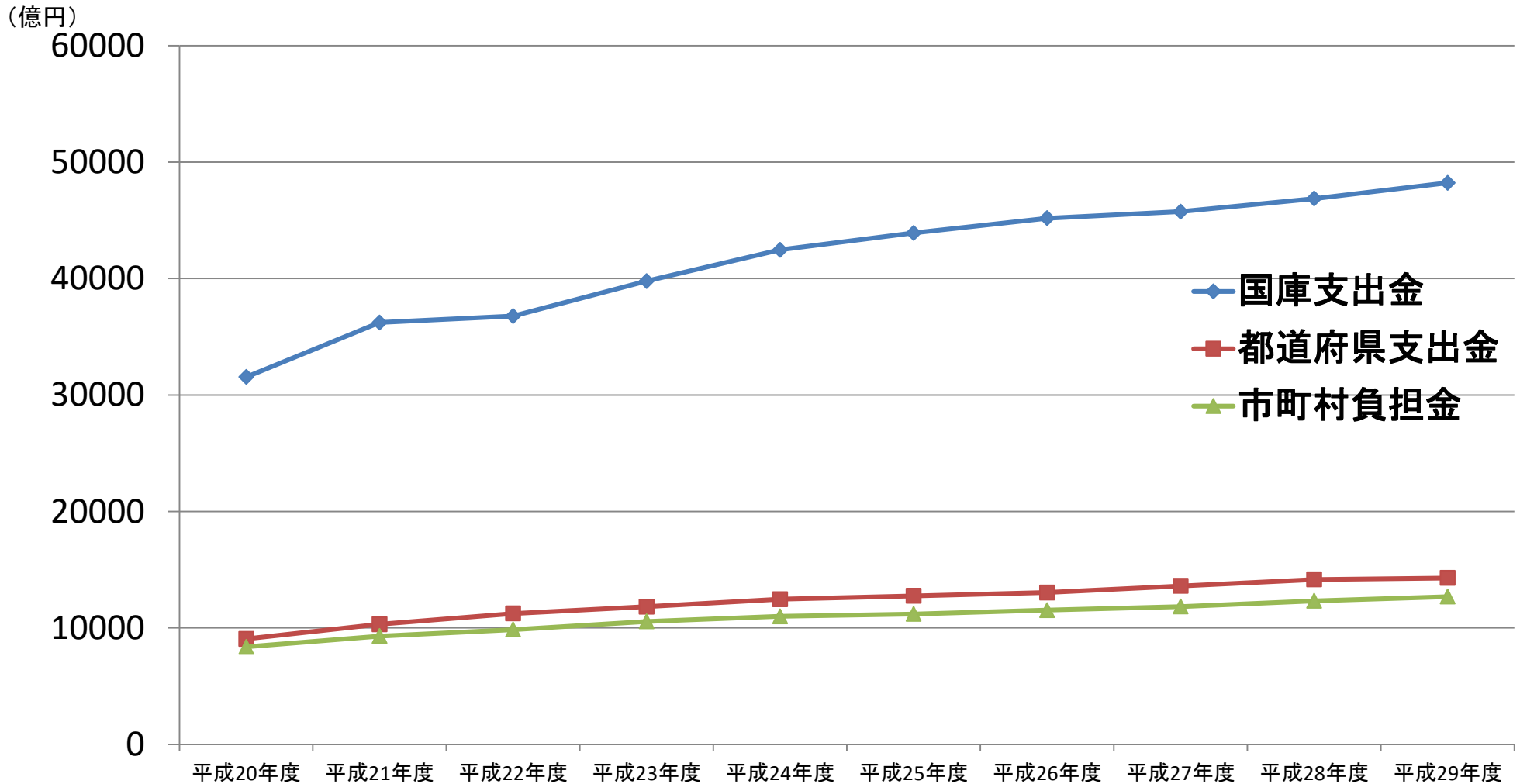
医療給付費等総額：16.6兆円



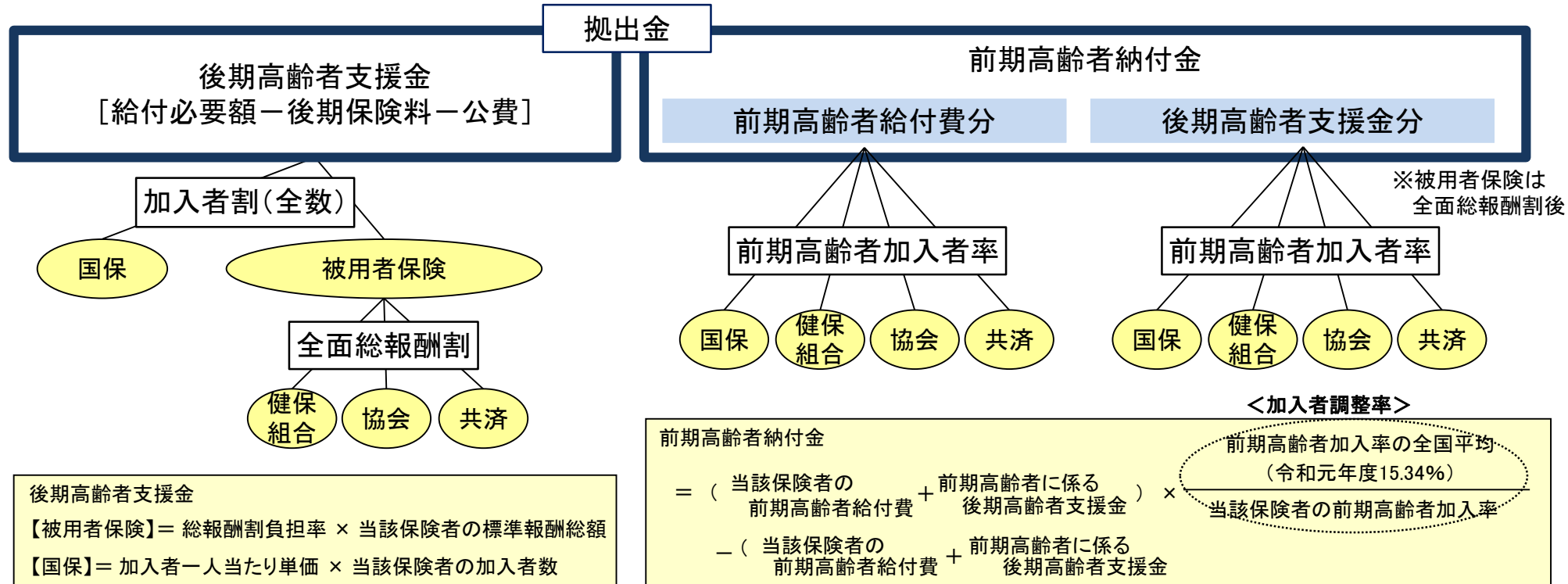
※ 現役並み所得を有する高齢者の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっていることから、公費負担割合は47%となっている。

後期高齢者医療広域連合への公費支出(特別会計)の推移

○ 後期高齢者医療広域連合への公費支出(特別会計)は、制度創設(平成20年度)以降、増加しており、国庫支出金については、平成29年度は約4.8兆円(平成20年度比約53%増)。



拠出金負担の仕組み



拠出金の負担軽減措置(数値は令和元年度賦課ベース)

- ①負担調整…他保険者に対する持ち出し額が、持ち出し額＋法定給付費等に比べて著しく過大となる部分(負担調整対象額)を控除し、控除額の合計を全保険者で按分。[101保険者/97億円]
- ②特別負担調整…負担調整の対象を全保険者の上位10%に拡大し(総報酬が平均以下の保険者に限る。)、拡大に要する費用は、全保険者と国費で折半。[116保険者/210億円]
- ③下減割合…前期高齢者の加入率に下限を設け、これによる負担軽減分は全保険者で負担。[281保険者/1,987億円]
- ④調整対象外給付費…一人当たり前期給付費が著しく高い保険者について、一定の基準を超える分を財政調整の対象から除外する。[24保険者/0.7億円]

後期高齢者支援金の推移

(兆円)

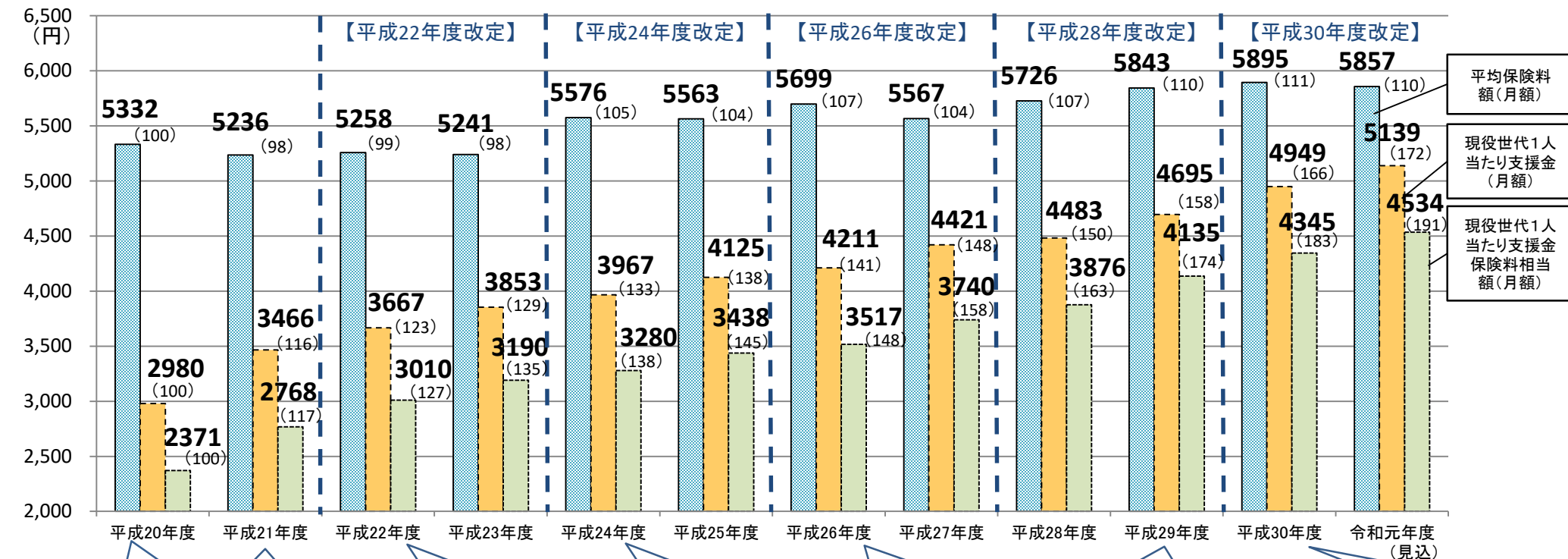


※ 平成29年度以前は確定賦課ベース（出典：医療保険に関する基礎資料～平成29年度の医療費等の状況～（令和元年12月））。

平成30年度及び令和元年度は概算賦課ベースである。

※ 協会けんぽは日雇を含む。

後期高齢者医療制度の保険料の推移



- ・低所得者に対する均等割8.5割、所得割5割軽減
・元被扶養者に対する均等割9割軽減
- ・低所得者に対する均等割9割軽減
- ・財政安定化基金から保険料上昇抑制のための交付特例(法改正)
- ・賦課限度額
年50万円→55万円
- ・低所得者に対する均等割2割、5割対象拡大
・賦課限度額
年55万円→57万円
- ・所得割5割軽減→2割軽減
・元被扶養者に対する均等割9割軽減→7割軽減
- ・所得割2割軽減→軽減なし
・元被扶養者に対する均等割7割軽減→5割軽減
・賦課限度額
年57万円→62万円

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度・令和元年度
1人当たり医療給付費	71.5万円 (100)	80.5万円 (113)	82.9万円 (116)	84.3万円 (118)	84.6万円 (118)	85.5万円 (120)	85.8万円 (120)	87.5万円 (122)	86.1万円 (120)	86.9万円 (122)	—
高齢者負担率	10.00%(100)		10.26%(103)		10.51%(105)		10.73%(107)		10.99%(110)		11.18%(112)

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

※ 支援金は、平成20～29年度は確定賦課、平成30年度及び令和元年度は概算賦課ベース。

※ 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20～29年度は確定賦課、平成30年度及び令和元年度は概算賦課ベース。(国保の低所得者に対する軽減分及び保険者支援制度分は考慮していない。)

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

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

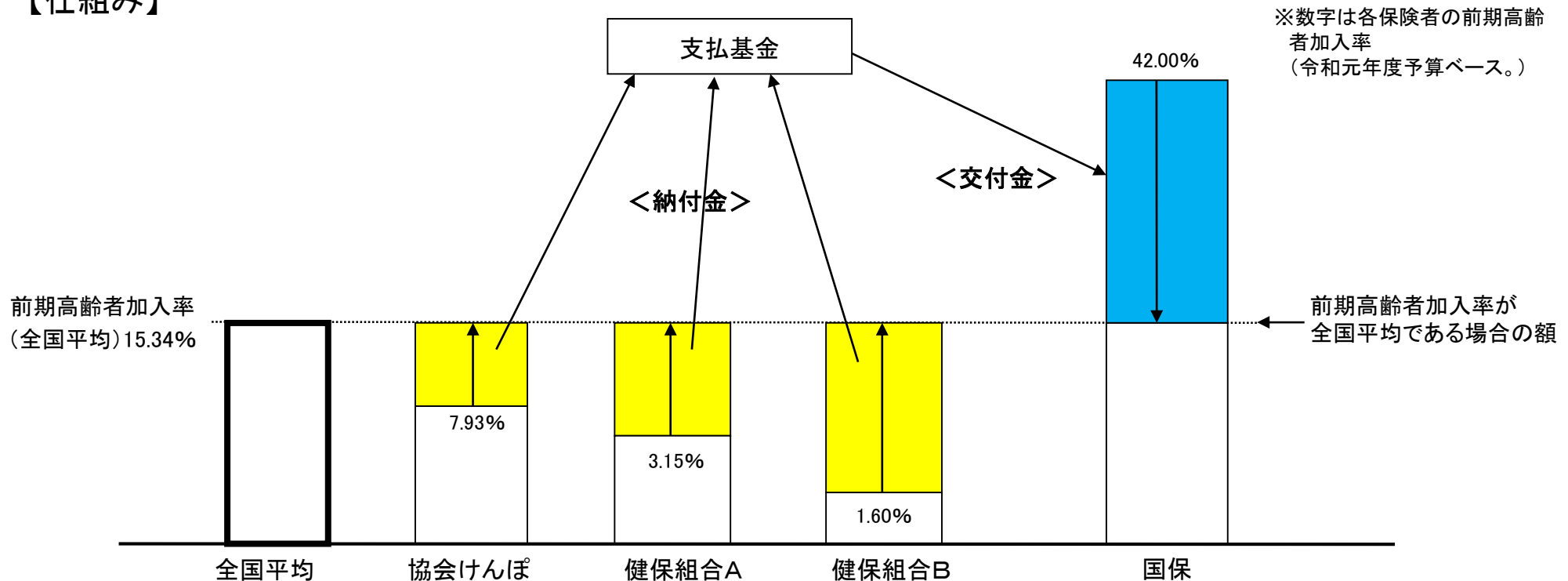
※ 1人当たり医療給付費は後期高齢者医療事業年報に基づく実績額。

※ ()内の数値は、平成20年度の数値を100とした場合の指数。

前期高齢者に係る財政調整の仕組み

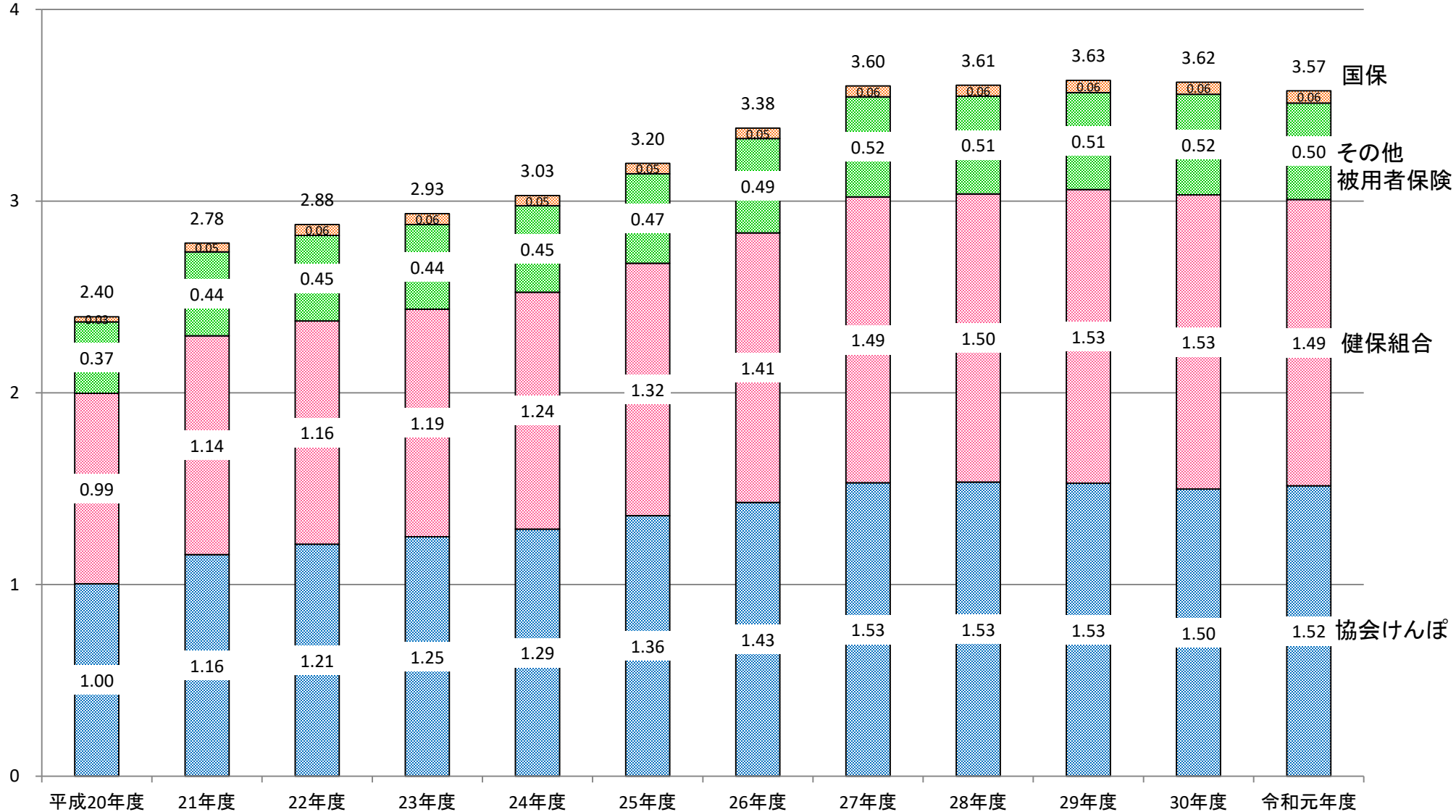
- 各保険者の①前期高齢者給付費と②前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、前期高齢者加入率が全国平均であるとみなして調整。
- 保険者ごとの前期高齢者加入率に応じて負担調整している。

【仕組み】



前期高齢者納付金の推移

(兆円)



※ 平成29年度以前は確定賦課ベース(出典:医療保険に関する基礎資料～平成29年度の医療費等の状況～(令和元年12月))。

平成30年度及び令和元年度は概算賦課ベースである。

※ 協会けんぽは日雇を含む。

1. 国民健康保険
2. 被用者保険
3. 後期高齢者医療制度
4. 予防・健康づくり

4. 予防・健康づくり

- ①医療費適正化計画、特定健康診査・特定保健指導
- ②保険者インセンティブ
- ③高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施
- ④データヘルス等

医療費適正化計画について

根拠法：高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）

計画期間：第1期／平成20～24年度、第2期／平成25～29年度、第3期／平成30～35年度（2023年度）

実施主体：都道府県

※ 国が策定する「医療費適正化基本方針」で示す取組目標・医療費の推計方法に即して、都道府県が「医療費適正化計画」を作成。国は都道府県の計画を積み上げて「全国医療費適正化計画」を作成。

趣旨：制度の持続可能な運営を確保するため、都道府県が、計画に定めた目標の達成に向けて、保険者・医療関係者等の協力を得ながら、住民の健康保持や医療の効率的な提供の推進に向けた取組を進めるもの。

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

第1期（平成20～24年度）、第2期（平成25～29年度）

- ・ 平成18年の医療保険制度改革で医療費適正化計画の枠組みを創設（平成18年6月 健康保険法等改正法 公布）。

【計画の考え方】

- ・ 入院医療費：平均在院日数の縮減
- ・ 外来医療費：特定健診・保健指導の推進



第3期（平成30～35年度（2023年度））～

- ・ 平成26年の医療法改正で将来の医療需要に着目して医療機能の分化・連携を図る「地域医療構想」の枠組みを創設。
- ・ これを受けて平成27年に高齢者医療確保法を改正。入院医療費について地域医療構想の成果を医療費適正化計画に反映する枠組みへと見直し。

【計画の考え方】

- ・ 入院医療費：各都道府県の医療計画（地域医療構想）に基づく病床機能の分化・連携の推進の成果を反映
- ・ 外来医療費：特定健診・保健指導の推進のほか、糖尿病の重症化予防、後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用など

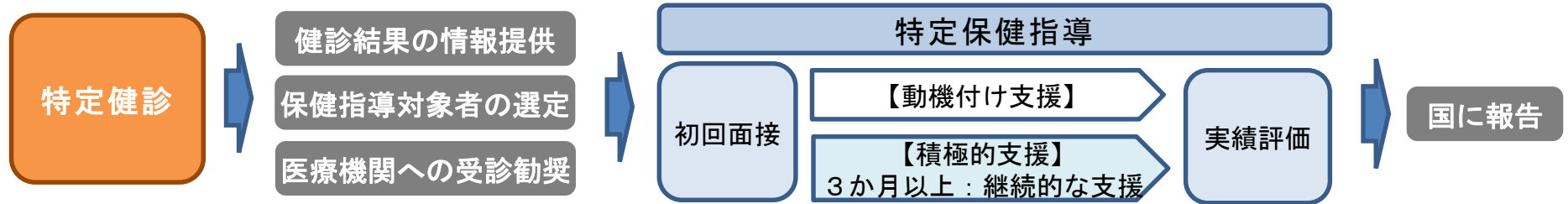
◎高齢者の医療の確保に関する法律 第9条

※平成27年改正後の条文（平成26年の法改正で医療法に地域医療構想が規定されたことを受けた改正。第3期の医療費適正化計画から適用）

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

特定健康診査・特定保健指導について

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



＜特定健診の検査項目＞

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

＜特定保健指導の選定基準＞（※）服薬中の者は、特定保健指導の対象としない。

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

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

特定健診 受診者数 2019万人（2008年度）→ 2858万人（2017年度） 昨年度比で100万人増
 実施率 38.9%（2008年度）→ 53.1%（2017年度）

特定保健指導 終了者数 30.8万人（2008年度）→ 95.9万人（2017年度）
 実施率 7.7%（2008年度）→ 19.5%（2017年度）

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



【特定保健指導の運用の弾力化】（2018（H30）年度～：第3期計画期間）

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

特定健診・特定保健指導の実施状況

- 特定健診・保健指導の実施率は、施行(2008年度)から10年経過し、着実に向上しているが、目標（特定健診70%以上
保健指導45%以上）とは依然かい離があり、更なる実施率の向上に向けた取組が必要である。

〔特定健診〕	受診者数	2,019万人（2008年度）	→	2,858万人（2017年度）
	実施率	38.9%	→	53.1%
〔特定保健指導〕	終了者数	30.8万人（2008年度）	→	95.9万人（2017年度）
	実施率	7.7%	→	19.5%

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

	特定健診			特定保健指導の対象者		特定保健指導の終了者	
	対象者数	受診者数	実施率	対象者数	対象者割合	終了者数	実施率
2017年度	53,876,463	28,582,798	53.1%	4,918,207	17.2%	959,076	19.5%
2016年度	53,597,034	27,559,428	51.4%	4,690,793	17.0%	881,183	18.8%
2015年度	53,960,721	27,058,105	50.1%	4,530,158	16.7%	792,655	17.5%（注）
2014年度	53,847,427	26,163,456	48.6%	4,403,850	16.8%	783,118	17.8%
2013年度	53,267,875	25,374,874	47.6%	4,295,816	16.9%	759,982	17.7%
2012年度	52,806,123	24,396,035	46.2%	4,317,834	17.7%	707,558	16.4%
2011年度	52,534,157	23,465,995	44.7%	4,271,235	18.2%	642,819	15.0%
2010年度	52,192,070	22,546,778	43.2%	4,125,690	18.3%	540,942	13.1%
2009年度	52,211,735	21,588,883	41.3%	4,086,952	18.9%	503,712	12.3%
2008年度	51,919,920	20,192,502	38.9%	4,010,717	19.9%	308,222	7.7%

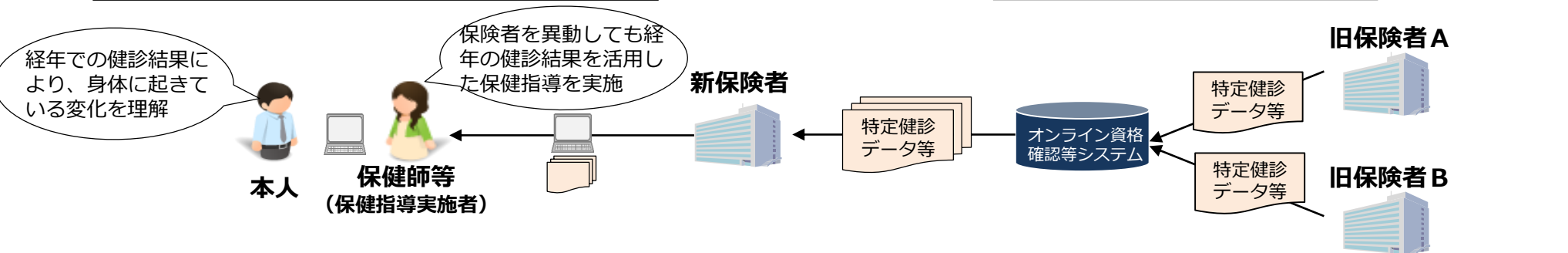
（注）2015年度の特定保健指導の実施率の低下は、全国健康保険協会において、不審通信への対処のため、約1年間、協会けんぽのシステムについて、ネットワーク接続を遮断したこと等により、健診結果のデータをシステムに効率的に登録することができず、初回面接の件数が大きく落ち込んだことが影響している。

オンライン資格確認等システムを活用した特定健診データ等の保険者間の引継ぎについて (基本的な考え方)

- 従来、特定健診等データの保険者間の引継ぎについては、「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」において、保険者にとって新規加入者の過去の特定健診等データを活用して、本人の過去の状況や病歴等の特性に応じた、個別の保健事業へのアプローチが可能となること等のメリットが指摘されてきた。
- 一方で、一律的・網羅的な対応を行うためには、保険者において一定のシステム改修が必要であるが、マイナンバー制度の運用状況も踏まえる必要があったことから、これまで特段の対応は行わず、当面の間、紙又は電子媒体での引継ぎを行っている。
- 現状において、新規加入者などに対する保健指導等において過去の健診結果を活用している例は少ない。
- 現在マイナンバー制度のインフラを活用したオンライン資格確認等システムの整備が進められており、特定健診データ等の引継ぎの重要性や現状を踏まえ、効率的な引継ぎが行えるよう、この環境を活用した仕組みを整備することとする。
- また、加入者の予防・健康づくりを促進する観点から、マイナポータルでの特定健診データ等の閲覧や民間PHRサービスへの情報連携の仕組みについても併せて構築する。

経年の特定健診結果を活用した効果的な保健指導の実施

保険者間の特定健診データ等の引継ぎ



過去の健診結果を活用している例が少ない

- ・ 特定健診の記録の提供を求められた旧保険者は、新保険者に記録（紙又は電子媒体）を提供しなければならないが、実際に旧保険者に照会し活用している例は少なく、新保険者ではその年の健診結果のみを用いて保健指導をしているとの指摘がある。

効率的に記録の提供・取得ができる仕組みがない

- ・ 現在、主として紙で記録を引き継いでいる。
- ・ 予防・健康づくりの進展に伴い、今後は、保険者間の特定健診データ等の引継ぎの機会の増加が見込まれるため、事務負担の増加も予想される。

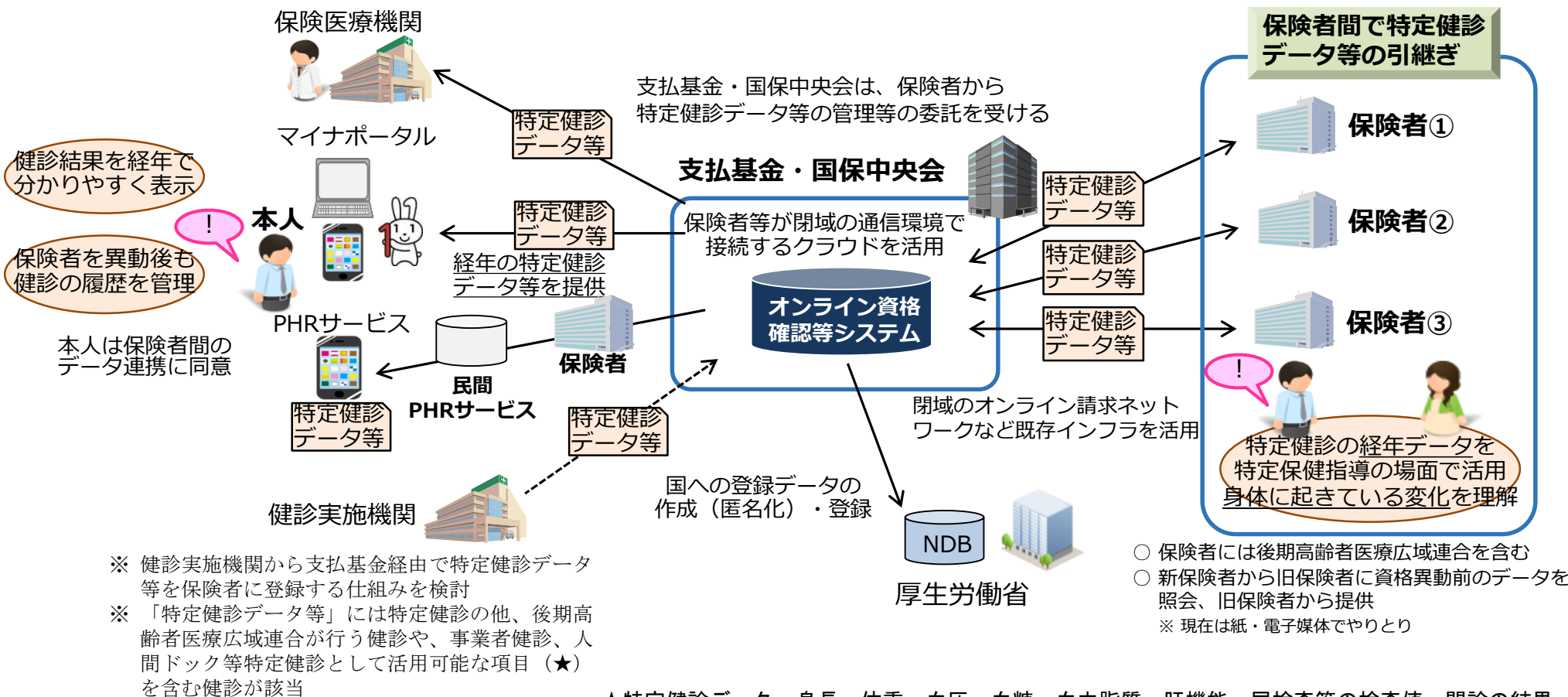
- ・ 引き継がれた特定健診データ等を活用することで、経年の特定健診結果に基づいた、的確な保健指導が提供できる。
- ・ 過去の健診結果を活用することで、加入者等に対して、特定健診・保健指導以外の保健事業の更なる推進ができる。
- ・ オンライン資格確認等システムの環境を活用し、特定健診データ等を集約することで、最適なセキュリティを確保しつつ、効率的なデータの引継ぎが可能となる。

特定健診データ等の保険者間の連携、マイナポータル等の活用（イメージ）

- 特定健診データ等の管理等を支払基金・国保中央会に委託する仕組みとすることで、保険者間での円滑なデータ連携ができる。マイナポータルや民間PHRサービスを活用して、本人が経年の特定健診等の記録を確認できるシステムも整備できる。

（※）PHR（Personal Health Record）サービス：個人の健康データを履歴管理し、健康管理サービスを提供。

マイナポータル等やPHRサービスで特定健診等の経年データを閲覧



4. 予防・健康づくり

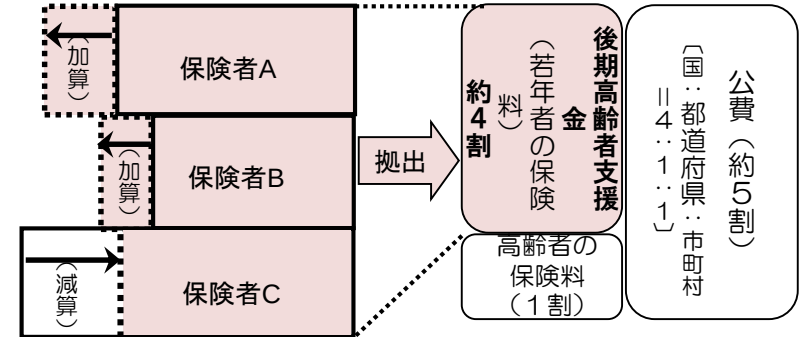
- ①医療費適正化計画、特定健康診査・特定保健指導
- ②保険者インセンティブ
- ③高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施
- ④データヘルス等

後期高齢者支援金の加算・減算制度

○ 平成18年の医療保険制度改正において、各保険者の特定健診の実施率等により、当該保険者の後期高齢者支援金の額について一定程度加算又は減算を行う後期高齢者支援金の加算・減算制度を創設。

○ 2018年度以降、特定健診・保健指導の実施状況だけでなく、がん検診や事業主との連携などの取組を評価し、特定健診・保健指導や予防・健康づくり等に取り組む保険者に対するインセンティブをより重視する仕組みに見直し。

＜後期高齢者支援金の仕組み＞



【2018年度以降】 ※加減算は、健保組合・共済組合が対象（市町村国保は保険者努力支援制度で対応）

1. 支援金の加算（ペナルティ）

・ 特定健診・保健指導の実施率が一定割合に満たない場合の加算率を段階的に引上げ（2018年度最大2% → 2019年度最大4% → 2020年度最大10%）

2. 支援金の減算（インセンティブ） ※減算の規模＝加算の規模

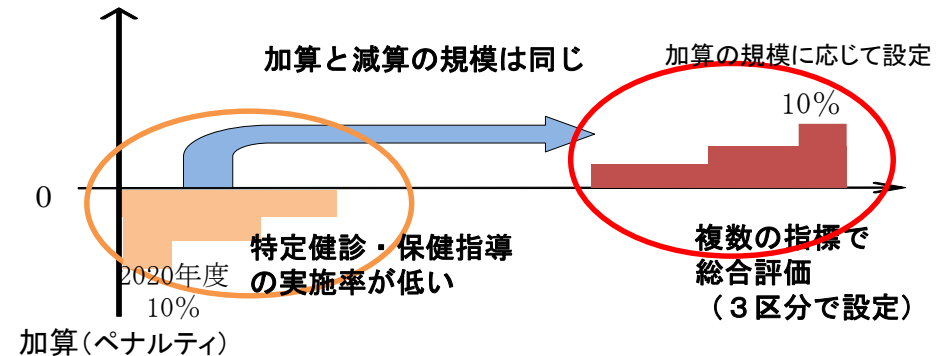
・ 特定健診・保健指導の実施率に加え、特定保健指導の対象者割合の減少幅（＝成果指標）、がん検診・歯科健診、事業主との連携等の複数の指標で総合評価

※減算率＝最大10%～1% 3区分で設定

（項目）

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

減算（インセンティブ）



➡ 2021年度以降の加算率・減算率は、第三期の中間時点（2020年度）で対象範囲等も含めて更に検討。

制度趣旨

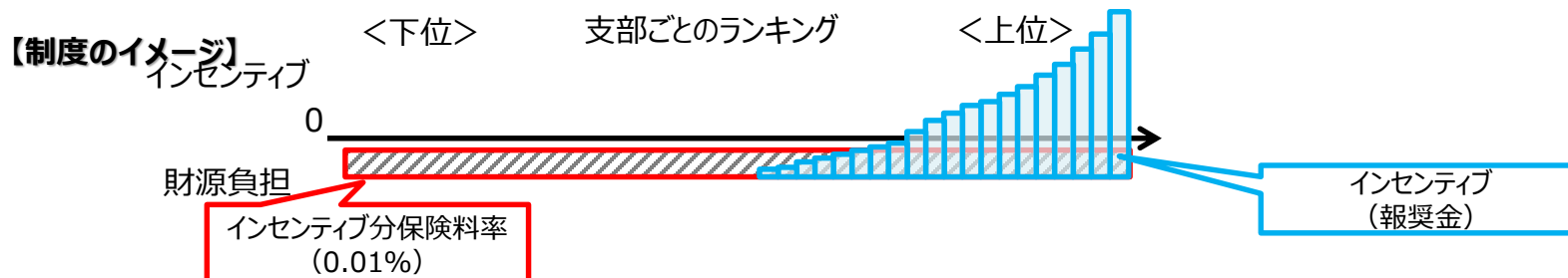
医療保険制度改革骨子や日本再興戦略改定2015等を踏まえ、新たに協会けんぽ全支部の後期高齢者支援金に係る保険料率の中に、インセンティブ制度の財源となる保険料率（0.01%）を設定するとともに、支部ごとの加入者及び事業主の行動等を評価し、その結果が上位過半数となる支部については、報奨金によるインセンティブを付与。

①評価指標・②評価指標ごとの重み付け

- 特定健診・特定保健指導の実施率、要治療者の医療機関受診割合、後発医薬品の使用割合などの評価指標に基づき、支部ごとの実績を評価する。
- 評価方法は偏差値方式とし、平均偏差値である50を素点50とした上で、指標ごとの素点を合計したものを支部の総得点とし全支部をランキング付けする。

③ 支部ごとのインセンティブの効かせ方について

- 保険料率の算定方法を見直し、インセンティブ分保険料率として、新たに全支部の後期高齢者支援金に係る保険料率（平成29年度は全支部一律で2.10%）の中に、0.01%（※）を盛り込む。
（※）協会けんぽ各支部の実績は一定の範囲内に収斂している中で、新たな財源捻出の必要性から負担を求めるものであるため、保険料率への影響を生じさせる範囲内で、加入者・事業主への納得感に十分配慮する観点から設定。
- 制度導入に伴う激変緩和措置として、この新たな負担分については、3年間で段階的に導入する。
平成30年度（平成32年度保険料率）：0.004% ⇒ 平成31年度（平成33年度保険料率）：0.007% ⇒ 平成32年度（平成34年度保険料率）：0.01%
- その上で、評価指標に基づき全支部をランキング付けし、ランキングで上位過半数に該当した支部については、支部ごとの得点数に応じた報奨金によって段階的な保険料率の引下げを行う。



保険者努力支援制度の実施について

経済財政運営と改革の基本方針2015(抄)[平成27年6月30日閣議決定]

(インセンティブ改革)

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

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

保険者努力支援制度

実施時期:30年度以降

対象 :市町村及び都道府県

規模 :約1000億円(国保改革による公費拡充の財源を活用)

※内、特調より平成30年度は約200億円、平成31年度は約88億円を措置

評価指標: 交付の前年度夏に評価指標等を市町村及び都道府県へ提示、秋に評価を実施。

保険者努力支援制度【前倒し分】

実施時期:28年度及び29年度

対象 :市町村

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

評価指標: 保険者共通の指標に加え、収納率等国保固有の問題にも対応

2020年度の国保の保険者努力支援制度について

○ 人生100年時代を迎え、疾病予防・健康づくりの役割が増加。このため、各般の施策に併せ、保険者における予防・健康インセンティブについても強化。

⇒ 予防・健康づくりについて、配点割合を高めてメリハリを強化するとともに、成果指標を拡大。

○ 法定外繰入等についても、インセンティブ措置により、早期解消を図る。

※ 一部の評価指標におけるマイナス点については、骨太の方針2019（令和元年6月21日閣議決定）等に基づき、設定することとしているが、これは、過去の取組状況に対し後年度になってペナルティを科し、あるいは罰則を付すものではなく、国保改革に伴って拡充された公費（自治体の取組等に対する支援）の配分について、一部メリハリを強化するものである。

○ 予防・健康インセンティブの強化

- ・ 予防・健康づくりに関する評価指標（特定健診・保健指導、糖尿病等の重症化予防、個人インセンティブの提供、歯科健診、がん検診）について、配点割合を引き上げ【市・県指標】
- ・ 特定健診・保健指導について、マイナス点を設定し、メリハリを強化（受診率が一定の値に満たない場合や2年連続で受診率が低下している場合）

○ 成果指標の拡大等

【糖尿病等の重症化予防】

- ・ アウトカム指標（検査値の変化等）を用いて事業評価を実施している場合に加点【市指標 共③】
- ・ 重症化予防のアウトカム指標を導入【県指標②】

【歯科健診】

- ・ 歯科健診の実施の有無に係る評価に加え、受診率に係る評価を追加【市指標 共②(2)】

【個人インセンティブ】

- ・ 健康指標の改善の評価や、参加者への健康データ等の提供等を行う場合に加点【市指標 共④(1)・県指標①(Ⅲ)】

○ 法定外繰入の解消等

- ・ 都道府県指標に加え、市町村指標を新設【市指標 個⑥(Ⅳ)・県指標③】
- ・ 赤字解消計画の策定状況だけではなく、赤字解消計画の見える化や進捗状況等に応じた評価指標を設定
- ・ マイナス点を設定し、メリハリを強化（赤字市町村において、削減目標年次や削減予定額(率)等を定めた赤字解消計画が未策定である場合等）

2020年度の保険者努力支援制度(全体像)

市町村分（500億円程度）

保険者共通の指標

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

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

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

- がん検診受診率
- 歯科健診受診率

指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

- 重症化予防の取組の実施状況

指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況

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

指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

- 重複・多剤投与者に対する取組

指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

- 後発医薬品の促進の取組・使用割合

国保固有の指標

指標① 収納率向上に関する取組の実施状況

- 保険料（税）収納率
- ※過年度分を含む

指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況

- データヘルス計画の実施状況

指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況

- 医療費通知の取組の実施状況

指標④ 地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況

- 国保の視点からの地域包括ケア推進の取組

指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況

- 第三者求償の取組状況

指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況

- 適切かつ健全な事業運営の実施状況
- 法定外繰入の解消等

都道府県分（500億円程度）

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価

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

指標② 医療費適正化のアウトカム評価

- 年齢調整後一人当たり医療費
- ・その水準が低い場合
- ・前年度(過去3年平均値)より一定程度改善した場合に評価
- 重症化予防のマクロ的評価

指標③ 都道府県の取組状況

- 都道府県の取組状況
- ・医療費適正化等の主体的な取組状況（保険者協議会、データ分析、重症化予防の取組等）
- ・医療提供体制適正化の推進
- ・法定外繰入の解消等

保険者努力支援制度の抜本的な強化

人生100年時代を見据え、保険者努力支援制度を抜本的に強化し、新規500億円(総額550億円)により予防・健康づくりを強力に推進

事業スキーム(右図)

新規500億円について、保険者努力支援制度の中に

- ① **「事業費」として交付する部分**を設け(200億円。現行の国保ヘルスアップ事業を統合し事業総額は250億円)、

※ 政令改正を行い使途を事業費に制限

- ② **「事業費に連動」して配分する部分**(300億円)と合わせて交付

※ 既存の予防・健康づくりに関する評価指標に加え、①の予防・健康づくり事業を拡大する等により、高い点数が獲得できるような評価指標を設定し配分

⇒ ①と②と相まって、**自治体における予防・健康づくりを抜本的に後押し**

事業内容

【都道府県による基盤整備事業】

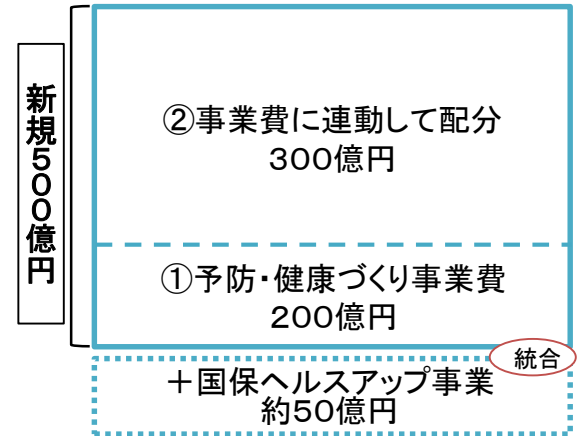
- 国保ヘルスアップ支援事業の拡充(上限額引上げ)
- ◎ 人材の確保・育成
- ◎ データ活用の強化

【市町村事業】

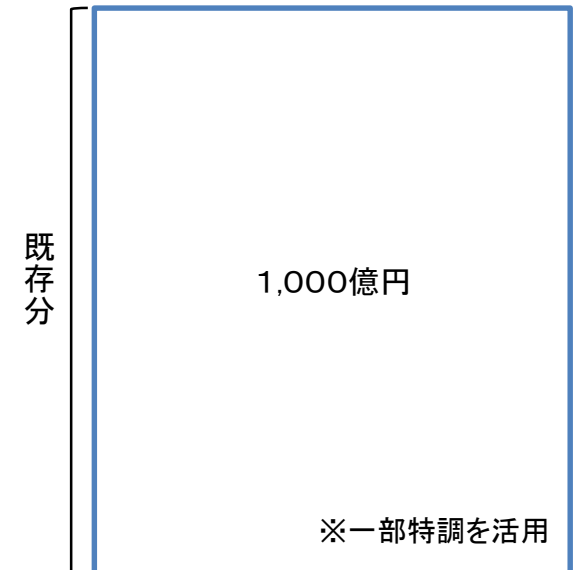
- 国保ヘルスアップ事業の拡充(上限額引上げ)
- ◎ 効果的なモデル事業の実施(※都道府県も実施可)

※ ◎は新たに設ける重点事業

【見直し後の保険者努力支援制度】



+



後期高齢者医療制度の保険者インセンティブ(令和元・2年度)について

○考え方について

【予算規模について】

- 一定のインセンティブを付与する観点から１００億円の予算とし、その全額を、得点及び被保険者数により按分して交付することとする。

【評価指標の考え方について】

- 管内市町村における取組の横展開を推進するため、実施市町村数に関する指標を細分化する。
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の先行的取組に関する指標を追加する。
- 事業の実施にかかる評価指標は１１０点満点、事業の実施について評価を行った場合の加点は２０点満点の計１３０点満点とする。

○事業の実施にかかる評価指標について

保険者共通の指標

指標①

- 健診の実施及び健診結果を活用した取組の実施

→ 実施市町村数に関する指標を細分化

指標②

- 歯科健診の実施及び健診結果を活用した取組の実施

→ 実施市町村数に関する指標を細分化

指標③

- 重症化予防の取組の実施状況

→ 実施市町村数に関する指標を細分化

→ 国保の保健事業との継続した実施に係る指標を追加

指標④

- 被保険者の主体的な健康づくりに対する広域連合による働きかけの実施

→ 実施市町村数に関する指標を細分化

指標⑤

- 被保険者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

→ 実施市町村数に関する指標を細分化

指標⑥

- 後発医薬品の使用割合

- 後発医薬品の使用促進

固有の指標

指標①

- データヘルス計画の実施状況

指標②

- 高齢者の特性（フレイルなど）を踏まえた保健事業の実施状況

→ 実施市町村数に関する指標を細分化

→ 国保の保健事業又は介護保険の地域支援事業と連携した実施に係る指標を追加

指標③

- 専門職の配置など保健事業の実施のために必要な体制整備

指標④

- 医療費通知の取組の実施状況

指標⑤

- 地域包括ケアの推進等（在宅医療・介護の連携、一体的実施等）

→ 一体的実施に係る指標を追加

指標⑥

- 第三者求償の取組状況

○事業の評価にかかる加点について

共通指標①、②、④及び⑤における取組に係る事業の実施について評価を行っている場合は、各取組ごとに加点

4. 予防・健康づくり

- ①医療費適正化計画、特定健康診査・特定保健指導
- ②保険者インセンティブ
- ③高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施
- ④データヘルス等

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（スキーム図）

高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施。

国（厚生労働省）

- 保健事業の指針において、一体的実施の方向性を明示。(法)
- 具体的な支援メニューをガイドライン等で提示。
- 特別調整交付金の交付、先進事例に係る支援。

<市町村が、介護の地域支援事業・国保の保健事業との一体的な取組を実施>

広域連合

委託 (法)

市町村

- 広域計画に、広域連合と市町村の連携内容を規定。(法)
- データヘルス計画に、事業の方向性を整理。
- 専門職の人件費等の費用を交付。

- 一体的実施に係る事業の基本的な方針を作成。(法)
- 市町村が、介護の地域支援事業・国保の保健事業との一体的な取組を実施。(法)
(例) データ分析、アウトリーチ支援、通いの場への参画、支援メニューの改善 等
- 広域連合に被保険者の医療情報等の提供を求めることができる。(法)
- 地域ケア会議等も活用。

必要な援助

都道府県への
報告・相談

都道府県
(保健所含む)

国保中央会
国保連合会

三師会等の
医療関係団体

○事例の横展開、県内の健康課題の俯瞰的把握、事業の評価 等

○データ分析手法の研修・支援、実施状況等の分析・評価 等 (法)

○取組全体への助言、かかりつけ医等との連携強化 等

事業の一部を民間機関に委託できる。(法)
(市町村は事業の実施状況を把握、検証)

※ (法) は法改正事項 57

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（市町村における実施のイメージ図）

市町村が一体的に実施

④多様な課題を抱える高齢者や、閉じこもりがちで健康状態の不明な高齢者を把握し、アウトリーチ支援等を通じて、必要な医療サービスに接続。

国保中央会・国保連が、分析マニュアル作成・市町村職員への研修等を実施

医療・介護データ解析

- ②高齢者一人ひとりの医療・介護等の情報を一括把握
- ③地域の健康課題を整理・分析



- ①市町村は次の医療専門職を配置
- ・事業全体のコーディネートや企画調整・分析を行うため、市町村に保健師等を配置
 - ・高齢者に対する個別的支援や通いの場等への関与等を行うため、日常生活圏域に保健師、管理栄養士、歯科衛生士等を配置

経費は広域連合が交付（保険料財源＋特別調整交付金）

- 企画・調整・分析等を行う医療専門職の配置
- 日常生活圏域に医療専門職の配置等に要する費用（委託事業費）

高齢者

※フレイルのおそれのある高齢者全体を支援

保健事業

- ⑤国民健康保険と後期高齢者医療制度の保健事業を接続

疾病予防・重症化予防

- ⑥社会参加を含むフレイル対策を視野に入れた取組へ

- ⑦医療専門職が、通いの場等にも積極的に関与

介護予防の事業等

生活機能の改善

- ⑨民間機関の連携等、通いの場の大幅な拡充や、個人のインセンティブとなるポイント制度等を活用

- ⑩市民自らが担い手となって、積極的に参画する機会の充実

かかりつけ医等

- ⑧通いの場への参加勧奨や、事業内容全体等への助言を実施

- ⑪通いの場に、保健医療の視点からの支援が積極的に加わることで、
- ・通いの場や住民主体の支援の場で、専門職による健康相談等を受けられる。
 - ・ショッピングセンターなどの生活拠点等を含め、日常的に健康づくりを意識できる魅力的な取組に参加できる。
 - ・フレイル状態にある者等を、適切に医療サービスに接続。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の施行に向けたスケジュール

- ・「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」を改定し、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進に向けたプログラム（以下、プログラムとする）を盛り込む。
- ・また、「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針」の改定、「令和2年度特別調整交付金の交付基準」の検討結果の周知など、法施行に向けた準備を行う。
- ・広域連合・市町村においては、指針やガイドライン等を踏まえ、広域計画の策定、委託契約の締結準備、市町村基本方針の策定など、令和2年度からの実施に向けた準備を行う。

令和元年度		5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	令和2年4月1日 改正法施行
高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ						(作業チーム) (WG)	ガイドライン改定	10月16日改定公表					
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進に向けたプログラム検討のための実務者検討班（検討班）		第1回 5/22	第2回 5/31	第3回 6/12	第4回 7/5	第5回 8/1	第6回 9/4						
		●	●	●	●	●	●						
						○高齢者の保健事業のあり方WG・作業チーム ・検討班報告書を踏まえ、ガイドラインに盛り込む一体的実施の推進に向けたプログラム等の内容を検討							
厚生労働省における準備	保健事業実施指針					改正指針案文の作成準備					パブリックコメント等	改正指針告示	
	特別調整交付金交付基準					令和2年度交付基準について自治体と協議	令和2年度交付基準として考えられる案の公表					令和2年度交付基準の公表	
広域連合・市町村における準備								・広域計画の策定（広域連合議会の承認が必要） ・広域連合と市町村の委託契約の締結 ・市町村基本方針の策定					等

体制の整備等について

広域連合

- **広域計画**に、広域連合と市町村の具体的な連携内容を規定
- **データヘルス計画**に、事業の方向性を整理
- 事業の実施に必要な費用を**委託事業費**として交付
- 構成市町村の各関係部局と連携
- 構成市町村へのデータ提供
- 構成市町村の事業評価の支援

市町村

- 高齢者医療、国保、健康づくり、介護等**庁内各部局間の連携体制整備**
- 一体的実施に係る**事業の基本的な方針**を作成
- 一体的実施に係る事業の企画・関係団体との連携
- **介護の地域支援事業・国保の保健事業との一体的な取組**の実施
(例)データ分析、アウトリーチ支援、通いの場への参画 等
- ※ KDBシステムを活用し、被保険者の医療、介護、健診情報等について、広域連合と市町村が相互に連携し、一体的に活用
- ※ 広域連合のヒアリング等を通じた事業内容の調整
- ※ データの一体的分析により地域課題を把握、広域連合からの提供データも活用
- ※ 地域ケア会議等も活用

都道府県・保健所

- 事例の横展開・県内の健康課題の俯瞰的把握・事業の評価
- 都道府県単位の医療関係団体等に対する市町村等保健事業の協力依頼
- 市町村に対するデータ分析、事業企画立案支援 等

国保中央会・国保連合会

- 研修指針の策定、市町村・広域連合に向けた研修の実施
- KDBシステムのデータ提供
- 保健事業支援・評価委員会による支援

医療関係団体

- **企画段階**から取組について調整
- 取組への助言・支援
- かかりつけ医等との連携強化 等
- 事業の**実施状況等を報告**し、情報共有

一体的実施プログラム（具体的な取組内容）

1 医療専門職の配置

- ・ 保健師等の医療専門職が中心となり、コーディネーター役として**事業全体の企画・調整・分析**を担う。
- ・ 各日常生活圏域単位で活動する医療専門職がアウトリーチ支援や通いの場等に積極的に関与する。

2 通いの場等への医療専門職の積極的な関与

通いの場等に医療専門職が関与することにより、高齢者が自らの健康状態に関心を持ち、フレイル予防等の重要性について浸透を図る。

〔通いの場等における医療専門職の取組〕

- ア. 通いの場等における計画的な取組の実施
- イ. 通いの場等を活用したフレイル予防の普及・促進
- ウ. 通いの場等を活用した健康教育・相談等の実施
- エ. 通いの場等を活用した健康状態等の把握
- オ. KDBシステムを活用した必要なサービスへの紹介

3 KDBシステム等による分析・地域の健康課題の整理・分析

4 対象者の抽出

KDBシステムを活用し、被保険者一人ひとりの医療、健診、介護レセプト、要介護度等の情報、質問票の回答等を一括で把握し、支援すべき対象者を抽出。

5 具体的な事業実施

- アウトリーチ支援の個別的支援と、通いの場等への積極的な関与の両方で実施。
- (1)健康状態不明者の状況把握
- (2)健康課題がある人へのアウトリーチ支援
- (3)元気高齢者等に対するフレイル予防等についての必要な知識の提供

6 事業を効果的に進めるための取組

市民自らが担い手となって積極的に参加できるような機会の充実に努める。

7 地域の医療関係団体等との連携

8 高齢者の社会参加の推進

9 国保保健事業と高齢者保健事業との接続

事業実施にあたっては、国民健康保険保健事業と高齢者保健事業を接続して実施できるようにする。

10 事業の評価

KDBシステム等を活用して事業の実績を整理しつつ事業の評価を行い、効果的かつ効率的な支援メニュー内容への改善につなげていく。

4. 予防・健康づくり

- ①医療費適正化計画、特定健康診査・特定保健指導
- ②保険者インセンティブ
- ③高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施
- ④データヘルス等

健康スコアリングレポートの概要

ポイント

■ 健康スコアリングレポートの概要

- 各健保組合の加入者の健康状態や医療費、予防・健康づくりへの取組状況等について、**全健保組合平均や業態平均と比較したデータ**が見える化。
- 2018年度より、**厚労省・経産省・日本健康会議の三者が連携し、NDBデータ**から保険者単位のレポートを作成の上、**全健保組合及び国家公務員共済組合に対して通知**。（健保組合：約1,400組合、国家公務員共済組合：20組合）
- 2021年度には、**事業主単位のレポート作成**を目指す。

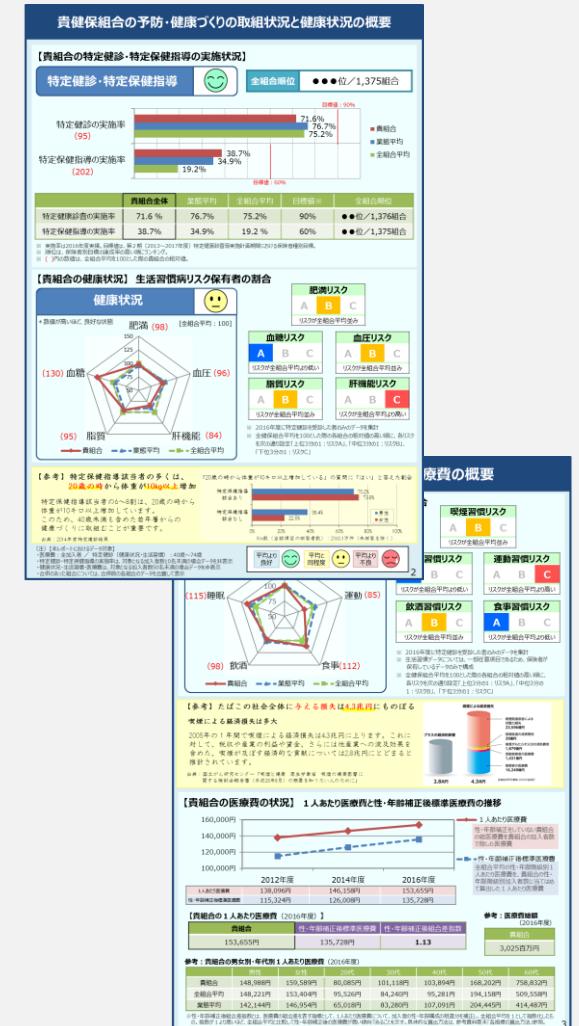
■ 健康スコアリングレポートの活用方法

- 経営者に対し、保険者が自らのデータヘルス分析と併せて、スコアリングレポートの説明を行い、従業員等の健康状況について現状認識を持ってもらうことを想定。
- その上で、企業と保険者が問題意識を共有し、**経営者のトップダウンによるコラボヘルス※の取組の活性化**を図る。
- レポートと併せて、企業・保険者の担当者向けに、経営者への説明のポイント等、レポートの見方や活用方法等を示した実践的な「**活用ガイドライン**」を送付。

※コラボヘルス：企業と保険者が連携し、一体となって予防・健康づくりに取り組むこと

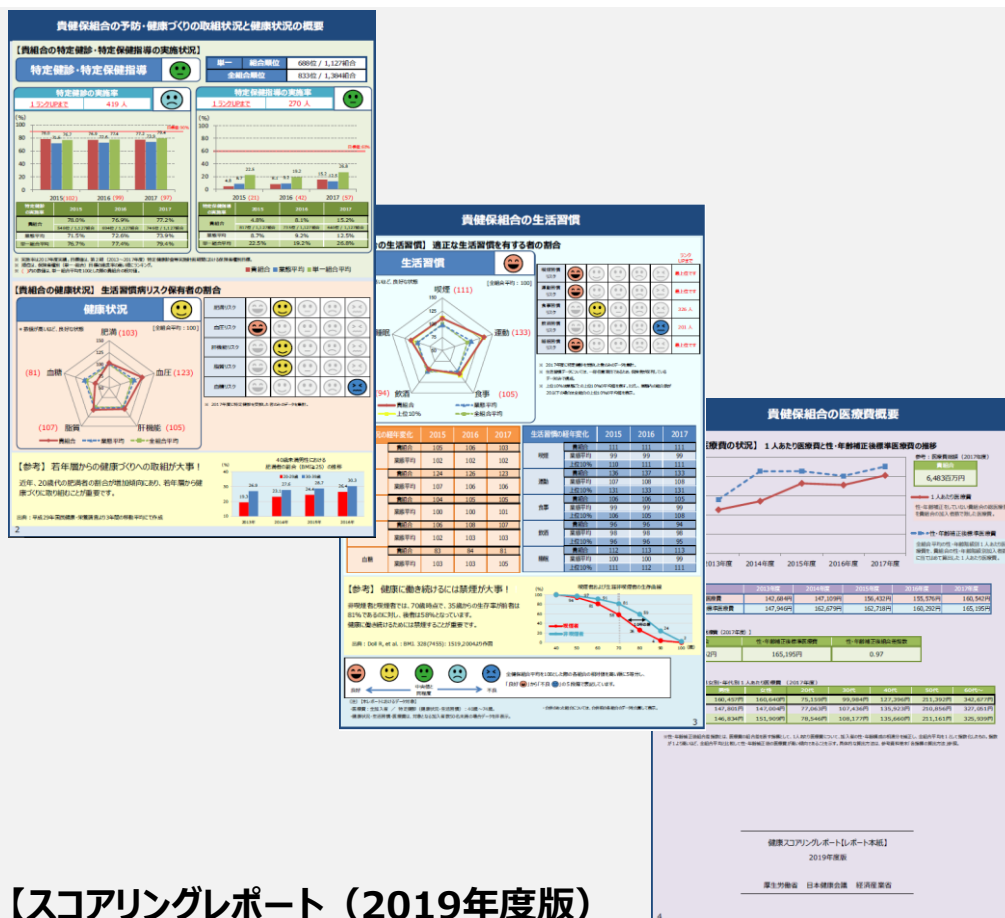
※NDBデータ：レセプト（診療報酬明細書）及び特定健診等のデータ

【スコアリングレポートのイメージ】



2019年度健康スコアリングレポートの変更点

- 2018年8月末に、健保組合等に対し、加入者の特定健診・特定保健指導の実施状況、健康状況、生活習慣等を見える化した「健康スコアリングレポート」を送付。
- 効果検証結果等を踏まえ、2019年度は健保組合や事業主への働きかけを強化するため、評価指標に経年変化を加えるなど、通知の内容の充実や通知方法の工夫を行った。



【スコアリングレポート（2019年度版）】

主な変更点

①アクションにつなげる

- 企業経営者に対する訴求力を向上すべく要請文は、ナッジ理論を採り入れ、保険者・事業主の取組状況等に応じたメッセージを書き分ける。
- 保険者・事業主にとって参考となる好事例（具体的なアクションがイメージできるような事例）等を活用ガイドラインに記載する。

②レポート内容の充実化

- 評価指標の経年変化の追加や、自保険者の立ち位置をより明確にする観点から、評価区分の細分化を行う。
- 予防健康づくりの取組を一層促すため、目指すべき取組成果（アウトカム）の目安や、上位スコアへの昇格に必要な人数を新たに示す。

日本健康会議について

- 平成27年7月に、「**日本健康会議**」が発足。
 - ・ 保険者等における先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げるための**民間主導の活動体**。
 - ・ **経済界・医療関係団体・自治体・保険者団体のリーダー**が手を携え、**健康寿命の延伸**とともに**医療費の適正化**を図ることを目的。
 - ・ メンバーは、**各団体のリーダーおよび有識者の計32名で構成**。
- (※) 三村会頭（日本商工会議所）、横倉会長（日本医師会）、老川顧問（読売新聞）が共同代表。
- **予防・健康づくりの目標を設定（8つの宣言）**。進捗状況をHPで公表。
- (※) データポータルサイトで「見える化」し取組を加速化
- 5回目となる今年度（**日本健康会議2019**）は、**令和元年8月23日に開催**。
- さらに平成30年からは、**地域版の日本健康会議**の開催も進めているところ。



「健康なまち・職場づくり宣言2020」（8つの宣言）

		進捗状況	
		2018	2019
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。	563 (市町村)	823
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1500市町村、広域連合を47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。*2019年度より目標を800から1500市町村に、24から47広域連合に上方修正	1,003 (市町村) 31 (広域連合)	1,180 32
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。	47 (協議会)	47
宣言 4	健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。	539 (法人)	818
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3万社以上とする。*2018年度より目標を1万社から3万社に上方修正	23,074 (社)	35,196
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。	2,123 (保険者)	2,298
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。	102 (社)	123
宣言 8	品質確保・安定供給を国に求めつつ、すべての保険者が後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取組を行う。	608 (保険者)	815

日本健康会議2019の様子
(令和元年8月23日開催)

WEBサイト上で全国の実践状況を可視化



予防・健康づくりに関する大規模実証事業（健康増進効果等に関する実証事業）

厚生労働省 7.3億円（令和2年度予算案額）
経済産業省 15億円の内数（令和元年度補正予算案額、令和2年度予算案額計）

保険者等に対して適切な予防健康事業の実施を促進するため、予防・健康づくりの健康増進効果等のエビデンスを確認・蓄積するための実証事業を行う。

● 実証事業の内容（予定）

- 特定健診・保健指導のアクセシビリティ向上策の実証事業
 - がん検診のアクセシビリティ向上策等の実証事業
 - AI・ICTを活用した予防・健康づくりの効果実証事業
 - 重症化予防プログラムの効果検証事業
 - 個人インセンティブの効果検証事業
 - 認知症予防プログラムの効果検証事業
 - 認知症共生社会に向けた製品・サービスの効果検証事業
- 歯周病予防に関する実証事業
 - AI・ICT等を活用した介護予防ツール等の効果・普及実証事業
 - 健康増進施設における標準的な運動プログラム検証のための実証事業
 - 女性特有の健康課題に関するスクリーニング及び介入方法検証のための実証事業
 - 食行動の変容に向けた尿検査及び食環境整備に係る実証事業
 - 複数コラボヘルスを連携させた健康経営の効果検証事業

（●：厚生労働省、○：経済産業省）

● スケジュール

成長戦略実行計画では、2020年度から実証を開始し、その結果を踏まえて2025年度までに保険者等による予防健康事業等に活用することとされていることを踏まえ、以下のスケジュールで事業を実施する。



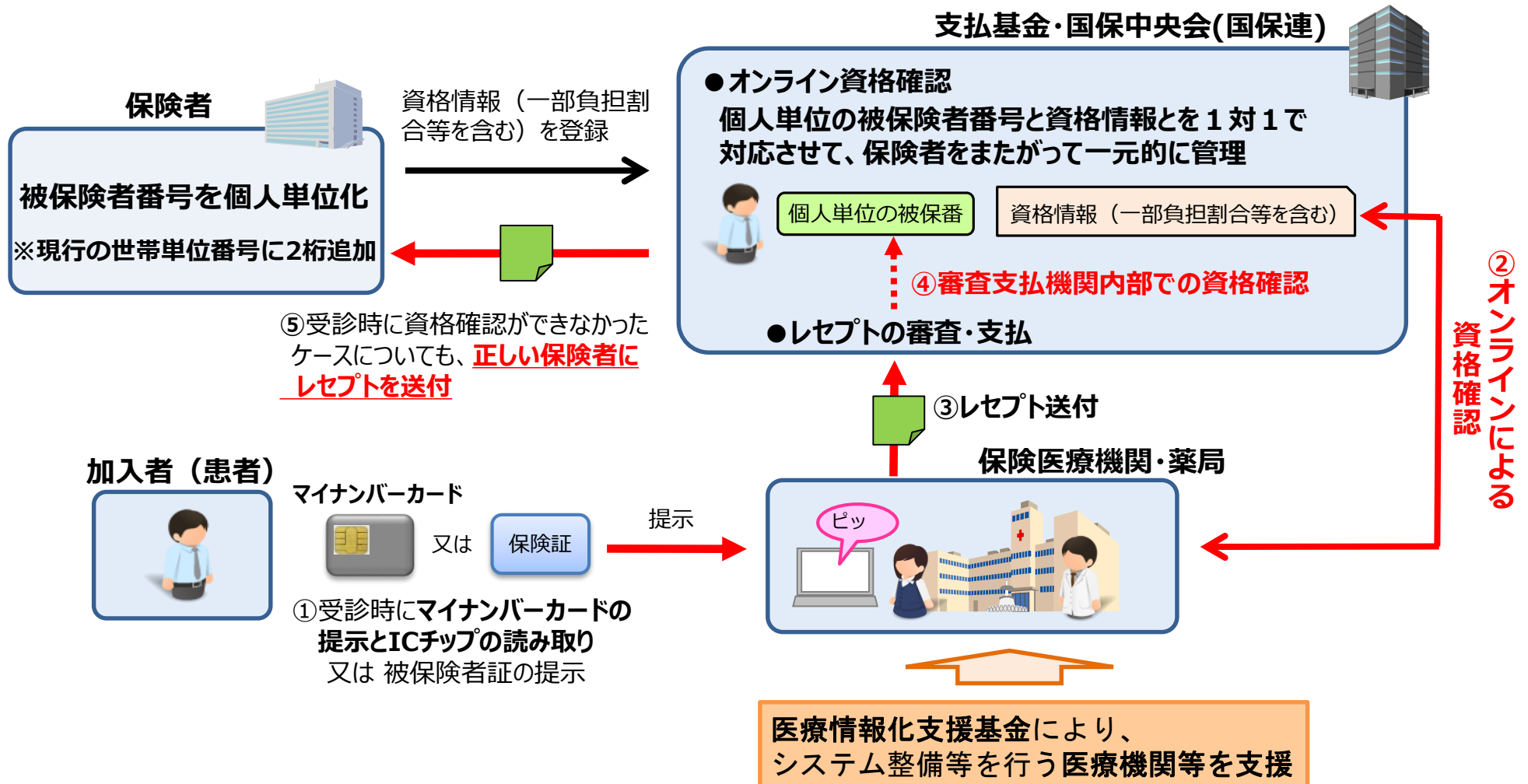
統計的な正確性を確保するため、実証事業の検討段階から、統計学等の有識者に参加を求め、分析の精度等を担保

【参考】経済財政運営と改革の基本方針（骨太）2019～抜粋～
③疾病・介護の予防（iii）エビデンスに基づく政策の促進
上記（i）や（ii）の改革を進めるため、エビデンスに基づく評価を取組に反映していくことが重要である。このため、データ等を活用した予防・健康づくりの健康増進効果等を確認するため、エビデンスを確認・蓄積するための実証事業を行う。

オンライン資格確認等のイメージ

【導入により何が変わるのか】

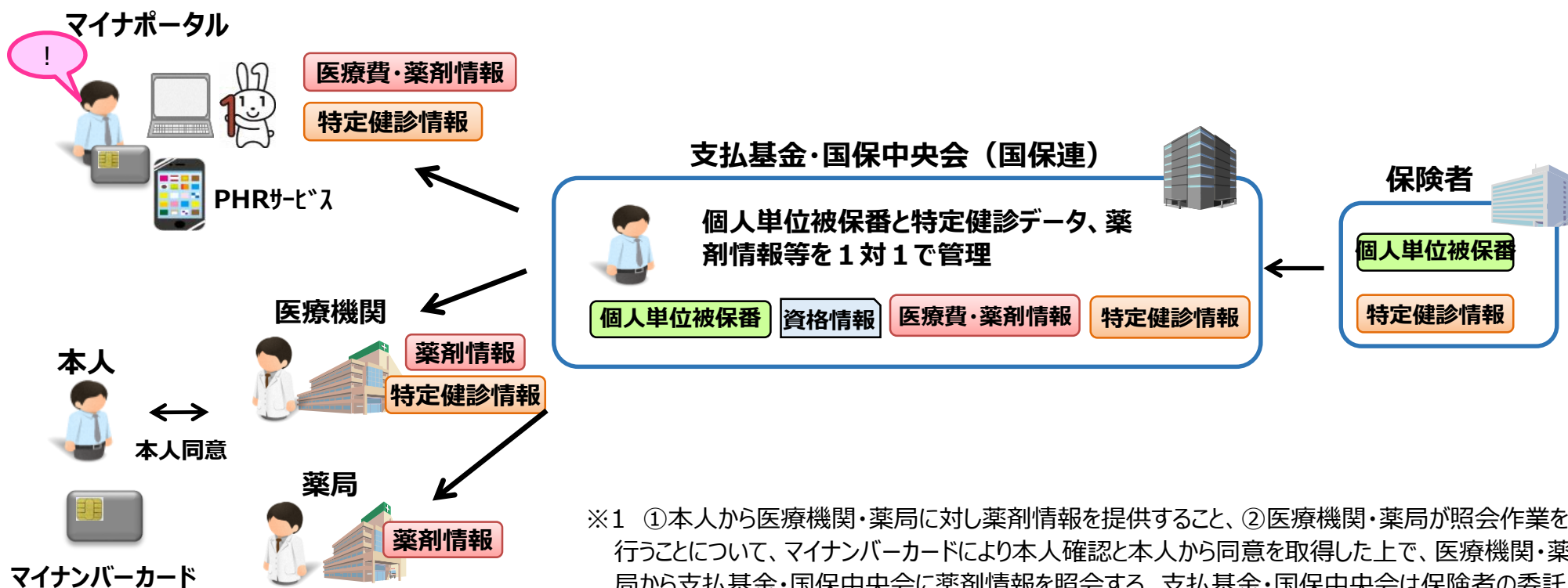
- ①失効保険証の利用による過誤請求や保険者の未収金が大幅に減少
- ②高額療養費の限度額適用認定証※の発行を求める必要がなくなる ※窓口での負担の上限額が分かる証。保険者が発行



特定健診データ、医療費・薬剤情報等の照会・提供サービスのイメージ

【導入により何が変わるのか】

- 患者本人や医療機関等において、薬剤情報や特定健診情報等の経年データの閲覧が可能。
⇒ 加入者の予防・健康づくり等が期待できる。



※1 ①本人から医療機関・薬局に対し薬剤情報を提供すること、②医療機関・薬局が照会作業を行うことについて、マイナンバーカードにより本人確認と本人から同意を取得した上で、医療機関・薬局から支払基金・国保中央会に薬剤情報を照会する。支払基金・国保中央会は保険者の委託を受けてオンラインで薬剤情報を回答する。

※2 医療機関・薬局における本人確認と本人同意の取得の履歴管理は、オンライン資格確認等システムにより、マイナンバーカードの電子証明書を用いて行う。

新經濟・財政再生計画 改革工程表 2019 (保険局関係)

新経済・財政再生計画 改革工程表 2019- 概要-

改革工程表は、新経済・財政再生計画に掲げられた主要分野ごとの重要課題への対応とK P I、それぞれの政策目標とのつながりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すもの。本年改定においては、（１）改革工程表2018に盛り込まれた各施策の推進状況を点検・評価、（２）「経済財政運営と改革の基本方針2019」（令和元年6月21日閣議決定）に新たに盛り込まれた施策の改革工程を具体化。

※青字は骨太方針2019等をうけて新たに記載された事項

【主要分野毎の改革の主な取組(社会保障部分抜粋)】 社会保障

予防・健康づくりの推進

- 糖尿病等の生活習慣病や慢性腎臓病の予防の推進
先進・優良事例の横展開の加速。40～50歳代の特定健診・がん検診受診率の向上に向け、負荷の低い健診に向けた健診内容の見直し・簡素化等。
- 認知症予防の推進及び認知症の容態に応じた医療・介護等の提供
認知症の予防・治療法開発に資するデータベースの構築と実用化。
- P H R推進を通じた健診・検診情報の予防への分析・活用
P H R推進に向けた2020年夏までの工程化と健診・検診情報の標準化。
- 保険者努力支援制度のインセンティブの一層の活用
保険者努力支援制度の評価指標における成果指標の拡大やマイナス点の設定によるメリハリの強化。

多様な就労・社会参加

- 勤労者皆保険制度（被用者保険の更なる適用拡大）の実現を目指した検討
50人超規模の企業まで被用者保険の適用範囲を拡大すること等について、必要な法制上の措置を講ずる。
- 高年齢期における職業生活の多様性に応じた公的年金制度の整備
60歳から70歳まで自分で選択可能となっている年金受給開始の時期の上限を75歳に引き上げること等について、必要な法制上の措置を講ずる。

医療・福祉サービス改革

- 地域医療構想の実現
2025年における地域医療構想の実現に向け、民間医療機関も含めた全ての医療機関等について、対応方針の策定・見直しを改めて求めるとともに、地域医療構想調整会議における議論を促す。
- 国保財政の健全化に向け、受益と負担の見える化を推進
法定外繰入れ等の解消に向けた計画策定の推進と内容の公表（見える化）を実施するとともに、都道府県内保険料水準の統一など受益と負担の見える化の先進・優良事例の全国展開。
- データヘルス改革の推進
「保健医療データプラットフォーム」の2020年度本格運用開始を目指し取り組み、保健医療情報を全国の医療機関等で確認できる仕組みを段階的に稼働。

給付と負担の見直し

- 団塊世代が後期高齢者入りするまでに、後期高齢者の窓口負担について検討
全世代型社会保障検討会議の中間報告において示された方向性に基づき最終報告に向けて検討を進め、遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、2020年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

※このほか、経済・財政再生計画の改革工程表の全44項目について、骨太2020等を踏まえ、改革工程表を整理する旨記載

新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

2-1 予防・健康づくりの推進

予防・健康づくりを推進するため、先進事例の横展開やインセンティブの積極活用等を通じて糖尿病等の生活習慣病の予防・重症化予防や認知症の予防等に重点的に取り組む。これにより、健康寿命を延伸し、平均寿命との差を縮小することを目指す。

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
予 防 ・ 健 康 づ く り の 推 進	2 糖尿病等の生活習慣病や慢性腎臓病の予防の推進 糖尿病等の生活習慣病や透析の原因ともなる慢性腎臓病及び認知症の予防に重点的に取り組む。糖尿病等の生活習慣病の重症化予防に関して、県・国民健康保険団体連合会・医師会が連携して進める埼玉県の取組など、先進・優良事例の横展開の加速に向けて今後3年間で徹底して取り組む。 保険者努力支援制度において加減算双方向での評価指標の導入などメリハリを強化するとともにその抜本的強化を図る。 40～50歳代の特定健診・がん検診受診率の向上に向けて、40歳代に脳血管疾患や乳がんの罹患(りかん)率が急上昇すること等についての特定健診対象者への注意喚起と受診促進（例えば、がん検診と特定健診の一体的実施等によるアクセシビリティの向上、40歳時をターゲットとした効果的な受診勧奨などナッジの活用、40歳時の健診・検診の無料・低額化等）、新たな技術を活用した血液検査など負荷の低い健診に向けた健診内容の見直し・簡素化等について総合的に取り組む。	日本健康会議の重症化予防WG等において重症化予防の先進・優良事例の把握を行うとともに、それを踏まえた糖尿病性腎症重症化予防プログラム等に基づき取組を推進。 「健康日本21（第2次）」も踏まえ、「適度な運動」「適切な食生活」「禁煙・受動喫煙防止」「健診・検診の受診」をテーマに、健康づくりに取り組む企業・団体・自治体への支援や好事例（※）の横展開や健康無関心層を含む国民への働きかけを行う「スマート・ライフ・プロジェクト（SLP）」を推進。 （※）野菜摂取量増加に向けた地方自治体の取組など地域の関係者が一体となって推進する取組 2017年度実績より、全保険者の特定健診・特定保健指導の実施率を公表（2018年度から実施）。 地域の医師会等とも連携しながら特定健診・特定保健指導の実施に取り組む好事例を横展開するなど、まずは目標値（2023年：70%（特定健診）、45%（特定保健指導））の早期達成を目指し、現状の分析を踏まえつつ、特定健診・特定保健指導の実施率の向上につながる効果的な方策等を検討。 また、好事例の横展開等により、保険者別の取組の見える化を図る。 国保において、40～50歳代が特定健診を受診しやすくなるよう、休日夜間の健診実施や40歳未満からの健診実施等の横展開を図る。			○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、広域連合の数【2020年度までに市町村：1,500、広域連合：47】日本健康会議から引用 ○特定健診の実施率【2023年度までに70%以上】 ○特定保健指導の実施率【2023年度までに45%以上】	○年間新規透析患者数【2028年度までに35,000人以下に減少】 ○糖尿病有病者の増加の抑制【2022年度までに1,000万人以下】
		慢性腎疾患（CKD）診療連携体制モデル事業を継続実施。 糖尿病性腎症の患者であって、生活習慣の改善により重症化の予防が期待される者に対して、医療保険者が医療機関と連携した保健指導を実施する好事例を横展開。 保険者インセンティブ制度の評価指標への追加などインセンティブの一層の活用、戦略的な情報発信などによる後押しにより、先進・優良事例を横展開。 「受診率向上施策ハンドブック（第2版）」を活用し、特定健診とがん検診の一体的実施など自治体の先進事例の横展開を実施。 厚生労働科学研究において、新たな技術を活用した血液検査など負荷の低い検査方法に関する検証を実施。研究の進捗を踏まえ、2024年度からの特定健診次期実施計画に向けて必要な検討を実施予定。	モデル事業を踏まえ、自治体等への支援や好事例の横展開を実施。		○スマート・ライフ・プロジェクト（SLP）参画企業数【2022年度までに3,000社以上】 ○スマート・ライフ・プロジェクト（SLP）参画団体数【2022年度までに7,000団体以上】	○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数【2022年度までに2008年度と比べて25%減少】
		＜厚生労働省＞				

新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

2-1 予防・健康づくりの推進

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
予 防 ・ 健 康 づ く り の 推 進	5 無関心層や健診の機会が少ない層への啓発	「健康日本21（第2次）」も踏まえ、「適度な運動」「適切な食生活」「禁煙・受動喫煙防止」「健診・検診の受診」をテーマに、健康づくりに取り組む企業・団体・自治体への支援や好事例の横展開や健康無関心層を含む国民への働きかけを行う「スマート・ライフ・プロジェクト（SLP）」を推進。			○スマート・ライフ・プロジェクト（SLP）参画企業数【2022年度までに3,000社以上】 ○スマート・ライフ・プロジェクト（SLP）参画団体数【2022年度までに7,000団体以上】 ○特定健診の実施率【2023年度までに70%以上】 ○特定保健指導の実施率【2023年度までに45%以上】 ○対策型検診で行われている全てのがん種における検診受診率【2022年度までに50%以上】 ○1日あたりの歩数【2022年度までに20～64歳:男性9,000歩、女性8,500歩 ○65歳以上:男性7,000歩、女性6,000歩】 ○産学官連携プロジェクト本部の設置【2020年度中】	○適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI25以上）、やせ（BMI18.5未満）の減少） 【2022年度までに20～60歳代男性の肥満者の割合28% ○40～60歳代女性の肥満者の割合19% ○20歳代女性のやせの者の割合20%】 ○がんの年齢調整死亡率（75歳未満） 【2022年度までに2017年度と比べて低下】 ○年間新規透析患者数【2028年度までに35,000人以下に減少】 ○糖尿病有病者の増加の抑制 【2022年度までに1000万人以下】 ○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数 【2022年度までに2008年度と比べて25%減少】 ○野菜摂取量の増加 【2022年度までに350g】 ○食塩摂取量の減少 【2022年度までに8g】
	日本健康会議について、都道府県レベルでも開催の促進など、多様な主体の連携により無関心層や健診の機会が少ない層を含めた予防・健康づくりを社会全体で推進する。 産学官連携による推進体制を2020年度末までに整備し、自然に健康になれる食環境づくりを推進する。	野菜摂取量増加に向けた取組等の横展開、民間主導の健康な食事・食環境（スマート・ミール）の認証制度等の普及支援など、自然に健康になれる環境づくりを推進。 「栄養サミット2020」を契機に、産学官連携プロジェクト本部を設置し、企業への参画の働きかけを行う。 地域版の日本健康会議等、地域の予防・健康づくりに関する会議体の運営・開催を支援。 《厚生労働省》				

新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

2-1 予防・健康づくりの推進

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
予防・健康づくりの推進	6 予防・健康づくりに頑張った者が報われる制度の整備					○適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI 25以上）、やせ（BMI 18.5未満）の減少） 【2022年度までに ○20～60歳代男性の肥満者の割合28% ○40～60歳代女性の肥満者の割合19% ○20歳代女性のやせの者の割合20%】 ○がんの年齢調整死亡率（75歳未満） 【2022年度までに2017年度と比べて低下】 ○年間新規透析患者数【2028年度までに35,000人以下に減少】 ○糖尿病有病者の増加の抑制 【2022年度までに1000万人以下】 ○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数 【2022年度までに2008年度と比べて25%減少】 ○野菜摂取量の増加 【2022年度までに350g】 ○食塩摂取量の減少 【2022年度までに8g】
	医療・介護制度において、データの整備・分析を進め、保険者機能を強化するとともに、科学的根拠に基づき施策を重点化しつつ、予防・健康づくりに頑張った者が報われる制度を整備する。 個人の自発的な予防・健康づくりの取組を推進するため、ヘルスケアポイントなど個人のインセンティブ付与につながる保険者の取組を支援し、先進・優良事例の横展開を図る。	保険者機能を強化するとともに、保険者インセンティブ制度の加減算双方向での評価指標による財政的インセンティブ及びナッジの活用などにより、予防・健康づくりに頑張った者が報われる仕組みを整備。 現状の分析を踏まえつつ「個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取組に係るガイドライン」の周知を行うほか、2018年度から後期高齢者支援金の減算制度において、保険者による個人インセンティブ事業を指標とし、取組を支援。 《厚生労働省》			○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、被用者保険者等の数 【2020年度までに市町村：800市町村、被用者：600保険者】 日本健康会議から引用	

新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

2-1 予防・健康づくりの推進

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1段階	第2段階
予 防 ・ 健 康 づ く り の 推 進	7 インセンティブの活用を含め介護予防・フレイル対策や生活習慣病等の疾病予防・重症化予防等を市町村が一体的に実施する仕組みの検討					
	高齢者一人一人に対し、フレイルなどの心身の多様な課題に対応したきめ細やかな保健事業を行うため、運動、口腔、栄養、社会参加などの観点から市町村における保健事業と介護予防の一体的な実施を推進する。 高齢者の通いの場の活用など、介護予防の取組の更なる推進に向け、介護保険制度の保険者機能強化推進交付金の抜本的強化を図る。	医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（2019年法律第9号）に基づき、保健事業と介護予防の一体的な実施を着実に推進。 市町村を中心とした高齢者の保健事業と介護予防の一体的かつ効率的な実施を促すため、特別調整交付金を活用した支援を実施。 介護予防の取組の更なる推進に向けた介護保険制度の保険者機能強化推進交付金の抜本的強化について、関係審議会等における検討結果を踏まえ、所要の措置を講ずる。 2021年度以降も、各指標の達成状況等を踏まえ、必要に応じて見直しを行う。 《厚生労働省》			—	—
予 防 ・ 健 康 づ く り の 推 進	10 歯科口腔保健の充実と歯科保健医療の充実					
	口腔の健康は全身の健康にもつながることからエビデンスの信頼性を向上させつつ、国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科健診、フレイル対策にもつながる歯科医師、歯科衛生士による口腔健康管理など歯科口腔保健の充実、入院患者等への口腔機能管理などの医科歯科連携に加え、介護、障害福祉関係機関との連携を含む歯科保健医療提供体制の構築に取り組む。	口腔の健康と全身の健康に関するエビデンスや自治体が歯科口腔保健医療施策を効果的に行うために有用な情報等の収集を行い、適切な情報提供を行う。 歯科健診や歯科保健指導を効果的・効率的に実施するためのモデルとなる取組の提示等を行う。 「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」の中間評価等を踏まえ、ワーキンググループにおいて、歯周病等の歯科疾患対策について、効果的な予防対策等の検討を行う。 う蝕予防、歯周病予防、口腔機能低下予防等を含めた歯科疾患の効果的な一次予防のモデルの検討等を行う。 後期高齢者医療広域連合が実施する高齢者の特性を踏まえた歯科健診の実施支援。 《厚生労働省》			○歯科口腔保健の推進に関する条例を制定している都道府県の増加【2022年度までに47都道府県】 ○過去1年間に歯科検診を受診した者の割合【2022年度までに65%】	○80歳で20歯以上自分の歯を有する者の割合【2022年度までに60%以上】 ○60歳代における咀嚼良好者の割合の増加【2022年度までに80%以上】 ○40歳代、60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少 【2022年度までに40歳代25%以下、60歳代45%以下】

新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

2-1 予防・健康づくりの推進

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
予 防 ・ 健 康 づ く り の 推 進	17 予防・健康づくりへの取組やデータヘルス、保健事業について、多様・包括的な民間委託を推進	予防・健康づくりへの取組やデータヘルス、保健事業について、質の高いサービスの提供や効率性を高めるための、多様・包括的な民間委託を推進。 医療機関と保険者・民間事業者等が連携した医学的管理と運動・栄養等のプログラムを一体的に提供する仕組みの検討。 《厚生労働省》			○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数 【2020年度までに100社以上】 日本健康会議から引用	○糖尿病有病者の増加の抑制 【2022年度までに1,000万人以下】 ○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数 【2022年度までに2008年度と比べて25%減少】
	18 企業による保険者との連携を通じた健康経営の促進	産業医・産業保健機能の強化や健康経営を支えるサービスの活用促進を図りつつ、企業が保険者との連携を通じて健康経営を促進し、予防・健康づくりの推進における先進・優良事例の全国展開を図る。 健康スコアリングレポートの見方や活用方法等を示した実践的なガイドラインの活用等により、企業が保険者との連携を通じて健康経営を促進し、予防・健康づくりの推進における先進・優良事例を全国展開。 全保険者種別で健康スコアリングレポート（保険者単位）で実施。 《厚生労働省》	健康保険組合、国家公務員共済組合において、健康スコアリングレポート(事業主単位)で実施。		○健康保険組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業数 【2020年度までに500社以上】 日本健康会議から引用 ○協会けんぽ等保険者や商工会議所等のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業数 【2020年度までに3万社以上】 日本健康会議から引用	○適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI 25以上）、やせ（BMI 18.5未満）の減少） 【2022年度までに ・20～60歳代男性の肥満者の割合 28% ・40～60歳代女性の肥満者の割合 19% ・20歳代女性のやせの者の割合 20%】

新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

2-1 予防・健康づくりの推進

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
予 防 ・ 健 康 づ く り の 推 進	19 保険者努力支援制度の評価指標への追加などインセンティブの一層の活用等					
	保険者努力支援制度の評価指標への追加などインセンティブの一層の活用、戦略的な情報発信などによる後押しにより、先進・優良事例の横展開を促進する。 保険者努力支援制度において加減算双方向での評価指標の導入などメリハリを強化するとともにその抜本的強化を図る。 インセンティブの評価指標（例えば、糖尿病等の重症化予防事業）について、アウトカム指標の割合を計画的に引き上げていくとともに、引上げスケジュールをあらかじめ明らかにし、保険者等の計画的な取組を促す。インセンティブ付与に当たっては、健診情報やレセプトを活用した多剤・重複投薬の是正や糖尿病等の重症化予防、保険者間でのデータ連携・解析等に取り組む保険者を重点的に評価する。	保険者インセンティブ制度の加減算双方向での評価指標による財政的インセンティブの一層の活用、戦略的な情報発信などによる後押しにより、先進・優良事例の横展開を促進。 効率的・効果的なデータヘルスの普及に向け、評価指標や保健事業の標準化を検討。 保険者努力支援制度については、2021年度以降も加減算双方向での評価指標による財政的インセンティブを一層活用するとともに、「見える化」を促進する観点から市町村ごとの点数獲得状況を指標ごとに公表する。 国民健康保険における取組に加えて、後期高齢者医療や被用者保険等その他の各医療保険制度においても、評価指標や各保険者の取組状況等について、保険者等にとって活用しやすい形で見える化を進める。 後期高齢者支援金の加減算制度については、2021年度からの中間見直しの実施に向けて、各評価指標や配点について、成果指標の導入拡大や配分基準のメリハリの強化、また重点的に評価する項目の見直し等を検討する。 《厚生労働省》			○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、広域連合の数【2020年度までに市町村：1,500、広域連合：47】日本健康会議から引用 ○レセプトの請求情報を活用し、被保険者の全体像を把握した上で、特定健診未受診者層や未治療者、治療中断者、治療中の者から事業対象者を抽出している自治体数【増加】 ○アウトカム指標を用いて事業評価を実施している自治体数【増加】	○糖尿病有病者の増加の抑制 【2022年度までに1,000万人以下】 ○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数 【2022年度までに2008年度と比べて25%減少】 ○適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI25以上）、やせ（BMI18.5未満）の減少） 【2022年度までに ・20～60歳代男性の肥満者の割合28% ・40～60歳代女性の肥満者の割合19% ・20歳代女性のやせの者の割合20%】

新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

2-3 医療・福祉サービス改革

持続可能な社会保障制度の実現に向け、医療・介護提供体制の効率化を促進するとともに、医療・介護サービスの生産性向上を図るため、地域医療構想に示された病床の機能分化・連携や介護医療院への移行等を着実に進めるとともに、人口減少の中にあっても少ない人手で効率的なサービスが提供できるよう、AIの実装、ロボット・IoT・センサーの活用、データヘルスの推進など、テクノロジーの徹底活用を図る。これらにより、一人当たり医療費の地域差半減、介護費の地域差縮減を目指す。

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
	29 地域医療構想の実現					
医療・福祉サービス改革	ii 病床のダウンサイジング支援の追加的方策を検討					
	病床の転換や介護医療院への移行などが着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討するとともに、真に地域医療構想の実現に資するものとする観点から必要な場合には、消費税財源を活用した病床のダウンサイジング支援の追加的方策を講ずる。	地域医療介護総合確保基金の活用状況の検証結果を踏まえ、病床のダウンサイジング支援の追加的方策について検討し、その結果に基づき所要の措置を講じる。 2019年度末までに介護療養型医療施設及び医療療養病床からの転換状況を把握した上で、転換が進んでいない場合には、その原因の検証を実施。その結果を踏まえ、関係審議会等において、第8期計画期間に向けて検討し、その結果に基づき所要の措置を講じる。 病床の機能分化・強化・連携を推進し、患者の状況に応じて適切な医療資源が投入されるよう、一般病棟における重症度、医療・看護必要度の基準の見直しや療養病棟の適切な評価について、2020年度診療報酬改定において対応。 《厚生労働省》			—	—

新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

2-3 医療・福祉サービス改革

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	30 高額医療機器の効率的な配置等を促進					
	高額医療機器について、共同利用の一層の推進など効率的な配置を促進する方策を講じる。また、これに伴う稼働率の向上を促進する方策を検討する。	全ての都道府県において医療計画に基づく医療機器等の効率的な活用を促進に関する事項を盛り込んだ医療計画を策定し、地域ごとに関係者による外来医療提供体制の確保に関する協議の場を設け、医療機器等の効率的な活用に関する協議を行い、その結果を公表。 各医療機関は、所属都道府県において作成された医療計画に沿って、共同利用申請書を都道府県に提出。 高額医療機器の共同利用の推進を図るため、2020年度診療報酬改定において、対象となる高額医療機器の範囲を拡大。 《厚生労働省》	共同利用計画策定の件数を含めた状況を把握するとともに、共同利用計画策定が十分に進まない場合には、更なる実効的な措置を速やかに検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。		○医療機器等の効率的な活用の促進に関する事項を盛り込んだ医療計画を作成した都道府県数【2020年度までに47都道府県】	各都道府県が作成した医療計画に沿って、医療設備・機器等の共同利用計画を策定した医療機関【1000件以上】
	33 地域の実情を踏まえた取組の推進					
	i 地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、さらなる対応の検討					
	一人当たり医療費の地域差半減、一人当たり介護費の地域差縮減に向けて、国とともに都道府県が積極的な役割を果たしつつ、後期高齢者の増加に伴う医療費の伸びを含め、地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、更なる対応を検討する。	各都道府県において、第3期医療費適正化計画（2018年度から2023年度まで）に基づき、医療費適正化の取組を推進するとともに、毎年度PDCA管理を実施。 新たな保険者インセンティブ制度（2018年度より開始）を実施しつつ、加減算双方向での評価指標による財政的インセンティブの一層の活用。（地域別の取組については、第3期医療費適正化計画や保険者努力支援制度等で見える化） 改正介護保険法に基づく、保険者等における以下の取組等について、費用分析や適正化手法を普及することに加え、進捗管理の手引を周知し、推進。 一 介護保険事業（支援）計画の策定に当たりデータの分析を実施。 一同計画に自立支援・重度化防止等の取組内容と目標を記載し、その達成状況の評価等を実施。 地域包括ケア「見える化」システムに地域ごとの取組の具体的事例を掲載。 国において、介護給付費の地域差等の分析、「見える化」を引き続き推進し、地域包括ケア「見える化」システムを通じて国民に分かりやすい形で公表。 保険者機能強化推進交付金の評価指標に基づく評価結果を公表し、各保険者等における取組状況の「見える化」を推進等。 《厚生労働省》			○後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取組を行う保険者【2020年度までに100%】 ○重複・頻回受診、重複投薬の防止等の医療費適正化の取組を実施する保険者【2023年度までに100%】 ○地域差を分析し、介護給付費の適正化の方策を策定した保険者【2020年度までに100%】	○第3期医療費適正化計画における各都道府県の医療費目標及び適正化指標【2023年度における各都道府県での目標達成】 ○年齢調整後の一人当たり医療費の地域差【2023年度時点での半減を目指して年々縮小】 ○年齢調整後の要介護度別認定率の地域差【2020年度末までに縮減】

新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

2-3 医療・福祉サービス改革

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
	33 地域の実情を踏まえた取組の推進					
医療・福祉サービス改革	ii 国保財政の健全化に向け、受益と負担の見える化の推進（法定外繰入の解消等）					
	国保財政の健全化に向け、法定外繰入の解消など先進事例を後押しするとともに横展開を図り、受益と負担の見える化を進める。 法定外繰入等の解消について、国保財政を健全化する観点から、その解消期限や公費の活用等解消に向けた実効的・具体的な手段が盛り込まれた計画の策定を求めるとともに、保険者努力支援制度における加減算双方向でのインセンティブ措置を導入し、法定外繰入等の一人当たりの額が大きい都道府県を含め、法定外繰入等の早期解消を促す。 国保の都道府県内保険料水準の統一や収納率の向上など受益と負担の見える化に取り組む都道府県の先進・優良事例について全国展開を図る。	法定外繰入等の解消期限や公費の活用等解消に向けた実効的・具体的な手段が盛り込まれた計画の策定・実行を推進する。 国保都道府県単位化後の法定外繰入等の状況を踏まえつつ、法定外繰入等を解消する観点から、法定外繰入等が生じる要因の分析を市町村単位で行い法定外繰入等の額と併せて公表するとともに、地方団体等と協議し、その結果に基づき、より実効性のある更なる措置。 都道府県内保険料水準の統一に向けて、納付金等算定ガイドラインにおける見直しを行うとともに、戦略的な情報発信などにより、公費活用を含めた法定外繰入等の解消など統一に向けて取り組む都道府県の先進・優良事例の横展開を図る。 《厚生労働省》			○法定外繰入等の解消に向けた計画において、解消年度と公費の活用等解消に向けた実効的・具体的な手段を明記した市町村の割合【2020年度までに100%】	○法定外繰入等の額【2017年度決算（1,751億）より減少】 ○法定外繰入等を行っている市町村数【2023年度までに200市町村】
	iii 高齢者の医療の確保に関する法律第14条に基づく地域独自の診療報酬について在り方を検討					
	高齢者の医療の確保に関する法律 第14条に基づく地域独自の診療報酬について、都道府県の判断に資する具体的な活用策の在り方を検討する。	各都道府県において、第3期医療費適正化計画に基づき、医療費適正化の取組を推進するとともに、毎年度PDCA管理を実施し、国において、高齢者の医療の確保に関する法律第14条に基づく地域独自の診療報酬について、都道府県の意向を踏まえつつ、その判断に資する具体的な活用策を検討し、提示。 《厚生労働省》			—	—

新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

2-3 医療・福祉サービス改革

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	34 多剤投与の適正化					
	i レセプト情報を活用し、医師や薬剤師が投薬履歴等を閲覧できる仕組みの構築					
	レセプト情報を活用し、本人同意の下、医師や薬剤師が投薬履歴等を閲覧できる仕組みの構築や、診療報酬での評価等により、多剤投与の適正化を引き続き推進する。	レセプト情報を活用し、医師や薬剤師が投薬履歴等を閲覧できるシステム（本人のマイナポータルでの閲覧を含む）の構築・準備。 《厚生労働省》	2021年10月からのデータ提供を開始。		—	—
	ii 診療報酬での評価等					
	診療報酬での評価等により、多剤投与の適正化を引き続き推進する。	医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の評価等、2020年度診療報酬改定において多剤投与の適正化を推進。 《厚生労働省》			—	—
	38 診療報酬や介護報酬において、アウトカムに基づく支払いの導入等の推進					
	診療報酬や介護報酬においては、適正化・効率化を推進しつつ、安定的に質の高いサービスが提供されるよう、ADLの改善などアウトカムに基づく支払いの導入等を引き続き進めていく。	2018年度診療報酬改定の影響の検証結果を踏まえ、2020年度診療報酬改定において、アウトカム指標の見直し等を実施。 介護報酬において、ADLの改善等アウトカムを評価する加算を含めこれまで設けられた各種加算について、サービスの質の反映状況等の検証を通じて、より効果的な加算の在り方に関して、2021年度介護報酬改定に向けて関係審議会等において必要な対応を検討。 介護事業所の経営実態等を適切に把握できるよう、介護報酬改定において参照される経営実態調査等について、調査・集計方法等の改善や有効回答率の向上を通じて精度を向上。 《厚生労働省》	アウトカムに基づく支払い等に関する加算について検証を行う。		—	—

新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

2-3 医療・福祉サービス改革

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	39 データヘルス改革の推進					
	i 被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認を導入					
	データヘルス改革を推進し、被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認を導入するとともに、「保健医療データプラットフォーム」について、2020年度の本格運用開始を目指し取り組む。	被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認システムについて2020年度末までに本格運用を開始。 《厚生労働省》			—	—
	ii 「保健医療データプラットフォーム」の2020年度本格運用開始					
	データヘルス改革を推進し、被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認を導入するとともに、「保健医療データプラットフォーム」について、2020年度の本格運用開始を目指し取り組む。	2019年9月にデータヘルス改革推進本部において策定した2025年度までの工程表に沿って、着実に取組を推進。	2025年度まで →			
		レセプトに基づく薬剤情報及び特定健診情報を全国の医療機関等で確認できる仕組みを、特定健診情報について稼働。	レセプトに基づく薬剤情報及び特定健診情報を全国の医療機関等で確認できる仕組みを、薬剤情報について稼働。		○全国の医療機関等において確認できる保健医療情報のデータ項目数 【2020年夏までに工程表を策定することとしており、その結果を踏まえて指標を改めて設定】	○全国の医療機関等において保健医療情報を確認した件数 【2020年夏までに工程表を策定することとしており、その結果を踏まえて指標を改めて設定】
		レセプトに基づく薬剤情報及び特定健診情報以外のデータ項目を全国の医療機関で確認できる仕組みの工程表を夏頃策定。	レセプトに基づく薬剤情報及び特定健診情報以外のデータ項目を全国の医療機関で確認できる仕組みについて、工程表に沿って対応。		○NDB、介護DBの連結解析、提供に関する基盤の運用開始【2020年度に運用開始】	○NDB、介護DBの第三者提供の件数【運用開始後（2020年度以降）提供件数増加】
		NDB、介護DB情報の匿名での連結解析を可能とするシステムについて2020年度中に検討し、運用を開始。 （DPCDBについては2022年度のNDB・介護DBとの連結解析体制の運用開始に向け検討）。				○オープンデータの充実化 【集計項目数増加】
		《厚生労働省》				

新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

2-3 医療・福祉サービス改革

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
	39 データヘルス改革の推進					
医療・福祉サービス改革	iii 医療保険の支払審査機関について、「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」等に掲げられた改革項目の着実な推進					
	医療保険の審査支払機関について、「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」等に掲げられた改革項目を着実に進める。	医療保険の審査支払機関について、審査支払新システムの構築等、「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」等に掲げられた改革項目を着実に進める。 《厚生労働省》			○「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」等に掲げられた改革項目16項目の進捗状況 【各年度時点での十分な進捗を実現】	○コンピュータで審査完結するレセプトの割合 【システム刷新後2年以内に9割程度】 ○既存の支部設定コンピュータチェックルールの移行・廃止 【新システム稼働時までに集約完了】
	45 国保の普通調整交付金について見直しを検討	普通調整交付金について、所得調整機能を維持しながら、医療費適正化のインセンティブを効かせる観点から、地域差に関する調整・配分の在り方の検証を進め、都道府県が国民健康保険の財政運営の責任主体となる新制度の円滑な運営に配慮しつつ、速やかに関係者間で見直しを検討する。	骨太2020の取りまとめに向けて、普通調整交付金の配分について、所得調整機能の観点や、加入者の性・年齢で調整した標準的な医療費を基準とする観点から、引き続き地方団体等と議論を継続。 《厚生労働省》		—	—

新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

2-3 医療・福祉サービス改革

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	51 薬価制度抜本改革の更なる推進					
	i 医薬品等の費用対効果の本格実施に向けた検討					
	イノベーションの推進を図ること等により、医薬品産業を高い創薬力を持つ産業構造に転換するとともに、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、国民負担の軽減と医療の質の向上に取り組む。こうした観点から、前回の薬価改定で引き続き検討することとされた課題（※）等について結論を得、着実に改革を推進する。 ※ 医薬品等の費用対効果評価における迅速で効率的な実施に向けた見直しや、その体制等を踏まえた実施範囲・規模の拡大、新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定の見直し、効能追加等による革新性・有用性の評価の是非、長期収載品の段階的な価格引き下げ開始までの期間の在り方、2021年度における薬価改定の具体的な対象範囲の2020年中の設定。	2019年4月からの本格実施の実績を踏まえ、実施範囲・規模の拡大のための所要の措置を講ずる。 《厚生労働省》			—	—
	ii 2019年度、2020年度に全品目の薬価改定を行うとともに、2020年度中に2021年度における薬価改定の対象範囲について決定					
	イノベーションの推進を図ること等により、医薬品産業を高い創薬力を持つ産業構造に転換するとともに、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、国民負担の軽減と医療の質の向上に取り組む。こうした観点から、前回の薬価改定で引き続き検討することとされた課題（※）等について結論を得、着実に改革を推進する。 ※ 医薬品等の費用対効果評価における迅速で効率的な実施に向けた見直しや、その体制等を踏まえた実施範囲・規模の拡大、新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定の見直し、効能追加等による革新性・有用性の評価の是非、長期収載品の段階的な価格引き下げ開始までの期間の在り方、2021年度における薬価改定の具体的な対象範囲の2020年中の設定。	2018年度から2020年度までの市場実勢価格の推移、薬価差の状況、医薬品卸・医療機関・薬局等の経営への影響等を把握した上で、2021年度における薬価改定の対象範囲について2020年中にこれを総合的に勘案して、具体的な範囲を設定する。 《厚生労働省》	最初の毎年薬価改定の実施。		—	—

新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

2-3 医療・福祉サービス改革

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
	51 薬価制度抜本改革の更なる推進					
医療・福祉サービス改革	iii 2020年度の薬価改定に向けた、新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定の見直し、効能追加等による革新性・有用性の評価、長期収載品の段階的な価格引下げまでの期間の在り方等について、所要の措置を検討					
	イノベーションの推進を図ること等により、医薬品産業を高い創薬力を持つ産業構造に転換するとともに、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、国民負担の軽減と医療の質の向上に取り組む。こうした観点から、前回の薬価改定で引き続き検討することとされた課題（※）等について結論を得、着実に改革を推進する。 ※ 医薬品等の費用対効果評価における迅速で効率的な実施に向けた見直しや、その体制等を踏まえた実施範囲・規模の拡大、新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定の見直し、効能追加等による革新性・有用性の評価の是非、長期収載品の段階的な価格引き下げ開始までの期間の在り方、2021年度における薬価改定の具体的な対象範囲の2020年中の設定。	新薬創出等加算の対象外である品目に関し、同加算の対象品目を比較薬とした薬価算定における比較薬の新薬創出等加算の累積額を控除する取扱いについて検討を行い、その結果に基づき、所要の措置を講ずる。 長期収載品に関し、イノベーションを推進するとともに医薬品産業を高い創薬力を持つ産業構造に転換する観点から、段階的な価格引下げ開始までの期間の在り方について検討を行い、その結果に基づき、所要の措置を講ずる。 イノベーションの評価に関し、効能追加等による革新性・有用性の評価の是非について検討を行い、その結果に基づき、必要な措置を講ずる。 《厚生労働省》			—	—
	52 調剤報酬の在り方について検討					
	調剤報酬について、2018年度診療報酬改定の影響の検証やかかりつけ機能の在り方の検討等を行いつつ、地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価や、対物業務から対人業務への構造的な転換の推進やこれに伴う所要の適正化等、2020年度診療報酬改定に向け検討する。その際、医療機関及び薬局における調剤の実態や報酬体系を踏まえ、調剤料などの技術料について、2018年度診療報酬改定の影響や薬剤師の業務の実態も含めた当該技術料の意義の検証を行いつつ適正な評価に向けた検討を行う。	地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価を進めるとともに、調剤料などの技術料を含めた対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化を行う観点から、2020年度診療報酬改定において見直しを実施。 《厚生労働省》			—	—

新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

2-3 医療・福祉サービス改革

	取組事項		実施年度			K P I	
			2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	53	適正な処方の在り方について検討					
	i	高齢者への多剤投与対策の検討					
		診療報酬等について、高齢者への多剤投与対策、生活習慣病治療薬の費用面も含めた適正な処方の在り方については引き続き検討を進める。	医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の評価等、2020年度診療報酬改定において多剤投与の適正化を推進。 高齢者医薬品適正使用検討会において作成された指針の周知活動を行うとともに、臨床現場におけるポリファーマシー対策の分析調査を進める。 《厚生労働省》			—	—
	ii	生活習慣病治療薬について費用面も含めた処方の在り方の検討					
		診療報酬等について、高齢者への多剤投与対策、生活習慣病治療薬の費用面も含めた適正な処方の在り方については引き続き検討を進める。 《厚生労働省》	生活習慣病治療薬の費用面も含めた適正な処方の在り方について、2020年度診療報酬改定において、必要な見直しを実施。 《厚生労働省》			—	—

新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

2-3 医療・福祉サービス改革

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	54 後発医薬品の使用促進	普及啓発の推進や医療関係者への情報提供等による環境整備に関する事業を実施。 保険者協議会や後発医薬品使用促進の協議会を活用するなどの現場の取組を促す。 保険者インセンティブの活用や、保険者ごとの使用割合の公表等により、医療保険者の使用促進の取組を引き続き推進。 後発医薬品の使用を推進する観点から、2020年度診療報酬改定において後発医薬品使用体制加算や後発医薬品調剤体制加算に係る基準の見直しなど所要の見直しを実施。 信頼性向上のため、市場で流通する製品の品質確認検査を行い、その結果について、医療用医薬品最新品質情報集（ブルーブック）に順次追加して公表。 後発医薬品利用差額通知の送付など、後発医薬品の使用促進を図るための取組支援。 改正生活保護法（平成30年10月施行）に基づく生活保護受給者の後発医薬品の使用原則化について、施行後の使用割合も踏まえつつ、引き続き地方自治体において確実に取組むよう促す。 後発医薬品の使用が進んでいない地域等の要因をきめ細かく分析し、その要因に即した対応を検討し、実施。 「2020年9月までに後発医薬品使用割合を80%以上」の目標達成後の新たな目標について、これまでに分かってきた課題も踏まえつつ、その内容について検討。 《厚生労働省》			○後発医薬品の品質確認検査の実施【年間約900品目】	○後発医薬品の使用割合【2020年9月80%以上】
	55 医療技術評価の在り方について調査・研究・検討を推進するとともに、そのための人材育成・データ集積・分析を推進	2019年度から本格実施された費用対効果評価を効果的・効率的に実施することができるよう、諸外国の先進的な事例を研究・活用するとともに、必要な人材の育成を推進する。 《厚生労働省》			—	—
	医療技術評価の在り方について調査・研究・検討を推進するとともに、そのための人材育成・データ集積・分析を推進する。					

新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

2-4 給付と負担の見直し

高齢化や現役世代の急減という人口構造の変化の中でも、国民皆保険を持続可能な制度としていくため、勤労世代の高齢者医療への負担状況にも配慮しつつ、必要な保険給付をできるだけ効率的に提供しながら、自助、共助、公助の範囲についても見直しを図る。

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	57 高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担の検討					
	高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する。	マイナンバーの導入等の金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、医療保険・介護保険制度における負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方について、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。 介護の補足給付については、2019年度の関係審議会における議論を踏まえ対応。 《厚生労働省》			—	—
	58 団塊世代が後期高齢者入りするまでに、後期高齢者の窓口負担について検討					
	団塊世代が後期高齢者入りするまでに、世代間の公平性や制度の持続性確保の観点から、後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する。	全世代型社会保障検討会議の中間報告において示された方向性に基づき最終報告に向けて検討を進め、遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、2020年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。 《厚生労働省》			—	—
	59 薬剤自己負担の引上げについて幅広い観点から関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる					
	薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。	薬剤自己負担の引上げについて、諸外国の薬剤自己負担の仕組み（薬剤の種類に応じた保険償還率や一定額までの全額自己負担など）も参考としつつ、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス等の観点から、骨太2020に向けて引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。 《厚生労働省》			—	—

新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

2-4 給付と負担の見直し

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
給 付 と 負 担 の 見 直 し	60 外来受診時等の定額負担の導入を検討					
	病院・診療所の機能分化・機能連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及を進めるとともに、外来受診時等の定額負担導入を検討する。	全世代型社会保障検討会議の中間報告において示された方向性に基づき最終報告に向けて検討を進め、遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、2020年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。 《厚生労働省》			—	—
	61 医療費について保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討					
	支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において総合的な対応を検討する。 《厚生労働省》	支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において総合的な対応を検討。			—	—
	65 医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しを検討					
	年金受給者の就労が増加する中、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均衡の観点から見直しを検討する。 《厚生労働省》	年金受給者の就労が増加する中、税制において行われた諸控除の見直しも踏まえつつ、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しについて、現役との均衡の観点から、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。			—	—
	66 新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討					
	新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討する。 《厚生労働省》	医薬品や医療技術の保険収載の判断等に当たり費用対効果や財政影響などの経済性評価を活用し、保険対象外の医薬品等に係る保険外併用療養を柔軟に活用・拡大することについて、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。			—	—