

第 1 1 5 回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成 3 0 年 1 1 月 1 4 日（水）
1 6 時 0 0 分～1 8 時 0 0 分
場所：ベルサール半蔵門

（ 議 題 ）

1. 新たな改革工程表の策定に向けて
2. 当面对応が必要な課題
3. 国民健康保険の保険料（税）の賦課（課税）限度額
4. その他

（ 配布資料 ）

- 資料 1 － 1 第 27 回社会保障 WG（10 月 30 日開催）における議論
資料 1 － 2 第 28 回社会保障 WG（11 月 12 日開催）における議論
資 料 2 当面对応が必要な課題（保険者機能の発揮のための基盤強化に向けて）
資 料 3 国民健康保険の保険料（税）の賦課（課税）限度額について

参 考 資 料 平成 30 年 10 月 22 日未来投資会議根本大臣提出資料

委員提出資料 望月委員提出資料

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成30年11月14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
いわむら まさひこ ○ 岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
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
えんどう ひでき 遠藤 秀樹	日本歯科医師会常務理事
おかざき せいや 岡崎 誠也	全国市長会国民健康保険対策特別委員長／高知市長
おざき まさなお 尾崎 正直	全国知事会社会保障常任委員会委員長／高知県知事
かねこ ひさし 兼子 久	全国老人クラブ連合会理事
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
なんぶ みちよ 南部 美智代	日本労働組合総連合会副事務局長
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なる女性の会理事長
ふじい りゅうた 藤井 隆太	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
ほり まなみ 堀 真奈美	東海大学健康学部長
まつばら けんじ 松原 謙二	日本医師会副会長
むらかみ ひでと 村上 英人	全国町村会理事／宮城県蔵王町長
もちづき あつし 望月 篤	日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会長
もり まさひら 森 昌平	日本薬剤師会副会長
よこお としひこ 横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長

◎印は部会長、○印は部会長代理である。

(五十音順)

第115回 社会保障審議会医療保険部会

平成30年11月14日(水) 16:00~18:00

ベルサール半蔵門 ホールA

○
速 記

秋 山 委 員 ○
渡 辺 審 議 官 ○
樽 見 局 長 ○
遠 藤 部 会 長 ○
部 岩 会 長 代 理 村 ○
山 本 審 議 官 ○
横 尾 委 員 ○
森 委 員 ○

安 藤 委 員 ○
池 端 委 員 ○
(武久参考人)
遠 藤 委 員 ○
岡 崎 委 員 ○
(村岡参考人)
尾 崎 委 員 ○
(家保参考人)
兼 子 委 員 ○
佐 野 委 員 ○
菅 原 委 員 ○

○村 上 委 員
○松 原 委 員
○堀 委 員
○藤 井 委 員
○樋 口 委 員
○原 委 員
○南 部 委 員

○川口企画官	○込山課長	○野村課長	○安藤課長	○鹿沼課長	○宮崎課長	○森光課長	○古元企画官	○田宮管理官	○山内課長
--------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------	--------	-------

○高齢者医療課	○国民健康保険課	○深谷室長	○原田推進官	○総務課	○高木室長	○廣瀬室長	○樋口室長	○小椋管理官	○仲津留企画官
---------	----------	-------	--------	------	-------	-------	-------	--------	---------

傍 聴 者 席

第27回社会保障WG（10月30日開催）における議論

平成30年11月14日
厚生労働省

健康寿命の延伸関係

項目	現状（現状の取組・関連するデータ等）	今後の方針
糖尿病等の生活習慣病や慢性腎臓病の予防 （骨太方針2018の関連記載） 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・医師会等が連携し 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。	○ これまでに、骨太方針2015や、平成27年7月の 日本健康会議「健康なまち・職場づくり宣言2020」に 基づき、以下の取組を実施。 ・ 2016年3月に厚労省・日本医師会・日本糖尿 病対策推進会議の三者で連携協定を締結。 ・ 同年4月に「糖尿病性腎症重症化予防プログラ ム」を策定。 ・ 2017年7月に重症化予防（国保・後期広域） WGのとりまとめ及び事例集を公表。 ※ 埼玉県においては、国が重症化予防プログラムの策定 （2016年4月）を行う以前から、県が糖尿病性腎症 重症化予防プログラムを策定（2014年5月）しており、 全国でも先進的な事例。 ○ 2018年7月にとりまとめた腎疾患対策検討会報告 で、「2028年までに、年間新規透析導入患者数を 35,000人以下に減少させる。（2016年は約 39,000人）」を成果目標として設定。熊本市の事 例も参考に、かかりつけ医と専門医の連携体制の構 築を進める。 ○ 国保の保険者努力支援制度及び後期高齢者医 療制度の保険者インセンティブにおいて、糖尿病等の 重症化予防に関する取組の実施状況を評価（国保 の保険者努力支援制度は、2016年度より前倒しで 実施）。 ○ 「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 開を行う「スマート・ライフ・プロジェクト(SLP)」を推進。 ※ SLP事業内「健康寿命をのばそう！アワード」での表彰事例 ：糖尿病対策として、足立区内の飲食店に協力を求め、食前ミニサ ラダが出てくる「ベジファーストメニュー」などが提供される「あだちベジタベ ライフ協力店」を置く事例。	○ 日本健康会議の重症化予防WG等において、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」を改定する。 ○ 慢性腎疾患（CKD）診療連携体制を構築するとと もに、自治体等への支援や先進・優良事例の横展開を 行う。 ○ 保険者努力支援制度については、今年度の実施状 況等を見つつ、日本健康会議の重症化予防WGでの議 論も踏まえ、評価指標の見直しを検討する。 ○ 引き続き「スマート・ライフ・プロジェクト」を推進する。

糖尿病性腎症重症化予防の推進

背景

- 人工透析は医療費年間総額1.57兆円を要するため、人工透析の主な原疾患である糖尿病性腎症の重症化予防は、健康寿命の延伸とともに医療費適正化の観点において喫緊の課題である。
- 平成27年6月「経済財政運営と改革の基本方針2015」及び平成27年7月の日本健康会議「健康なまち・職場づくり宣言2020」※等において生活習慣病の重症化予防を推進することとされており、レセプトや健診データを効果的・効率的に活用した取組を全国に横展開することが必要である。 ※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800市町村(平成32年)を目指す

横展開を推進

環境整備・ツール提供

- 厚生労働省・日本医師会・日本糖尿病対策推進会議の三者が連携協定を締結(平成28年3月)。
- 国レベルで「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定(平成28年4月)。
- 重症化予防WGとりまとめ「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」及び事例集を公表(平成29年7月)。

財政支援

- 国保ヘルスアップ事業・国保保健指導事業(市町村向け)

市町村が実施する保健事業(特定健診未受診者対策、生活習慣病重症化予防等)に係る経費を助成※する

※国保被保険者数に応じた助成限度額:国保ヘルスアップ事業600万～1,800万円、国保保健指導事業400万～1,200万円。財源は特別調整交付金を活用。

- 都道府県国保ヘルスアップ支援事業(都道府県向け、平成30年度新規)

都道府県が実施する保健事業等(基盤整備、現状把握・分析等)に係る経費を助成※する

※国保被保険者数に応じた助成限度額:1,500万～2,500万円。

保険者努力支援制度における評価

- 保険者努力支援制度の創設(平成28年度より前倒し実施、平成30年度より1000億円規模のインセンティブとして本格実施)

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。
- **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
- 4回目となる今年度（**日本健康会議2018**）は、**平成30年8月27日に開催**。
- さらに今後は、**地域版の日本健康会議**の開催も進めていく。
 （※）平成30年2月、静岡・宮城において、平成30年8月に大分において、県と連携して開催。



日本健康会議2018の様子
（平成30年8月27日開催）

「健康なまち・職場づくり宣言2020」（8つの宣言）

		進捗状況	
		2017	2018
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。	328 (市町村)	563
宣言2	かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。	654 (市町村) 14 (広域連合)	1,003 31
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。	235 (法人)	539
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	12,195 (社)	23,074
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。	1,989 (保険者)	2,123
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。	98 (社)	102
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。	429 (保険者)	608

WEBサイト上で全国の取組状況を可視化



健康寿命の延伸関係

項目	現状（現状の取組・関連するデータ等）	今後の方針
社会全体での予防・健康づくりの推進 （骨太方針2018の関連記載） 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。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。	○ 「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を行う「スマート・ライフ・プロジェクト(SLP)」を推進。 ※ S L P 事業内「健康寿命をのばそう！アワード」での表彰事例 ① 糖尿病対策として、足立区内の飲食店に協力を求め、食前ミニサラダが出てくる「ベジファーストメニュー」などが提供される「あだちベジタライフ協力店」を置く事例。 ② 山梨県食生活改善推進員連絡協議会の会員が各家庭を訪問し、その場でみそ汁の塩分測定を行い、塩分濃度に応じてうす味・減塩の実践方法等をアドバイスする事例。 ○ 2016年5月に「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」を策定し、取組を広げるための効果的な事例を紹介。 ○ 2018年度からの保険者インセンティブの見直しに当たり、「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」（ヘルスケアポイント等による予防・健康づくりへのインセンティブ付与等）を保険者共通の評価指標に採用。	○ 引き続き「スマート・ライフ・プロジェクト」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する。 ○ 保険者機能を強化するとともに、インセンティブの強化、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する。

健康寿命をのばす国民運動 ＜スマート・ライフ・プロジェクト＞

参加団体数：4,450団体
(H30.8.30現在)



- 背景：高齢化の進展及び疾病構造の変化を踏まえ、特定健診等により生活習慣病等を始めとした疾病を予防・早期に発見することで、国民の健康寿命の延伸と健康格差の縮小を図り、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現することが重要である。
- 目標：「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・自治体を支援する「スマート・ライフ・プロジェクト」を推進。個人や企業の「健康意識」及び「動機付け」の醸成・向上を図り、社会全体としての国民運動へ発展させる。

＜事業イメージ＞

厚生労働省



＜健康寿命をのばそう! アワード表彰式＞

- 企業・団体・自治体への参画の呼びかけ
- 社員・住民の健康づくりのためのリーフレットやポスターの提供
- 大臣表彰「健康寿命をのばそう! アワード」**
- 「健康寿命をのばそう! サロン」による参画団体の交流と好事例の横展開
- 「いきいき健康大使」による、各種イベントでの健康づくりの呼びかけ



企業・団体
自治体

・メディア
・外食産業



・フィットネスクラブ
・食品会社

等



社員・住民の健康づくり、禁煙や受動喫煙防止の呼びかけ、検診・健診促進のためのポスター等による啓発
→ 社員・住民の健康意識の向上・促進

社内啓発や消費者への啓発活動に利用するロゴマークの使用（パンフレットやホームページなど）
→ 企業等の社会貢献と広報効果

社会全体としての国民運動へ

「健康な食事」の普及

「健康な食事」



リーフレット



シンボルマーク

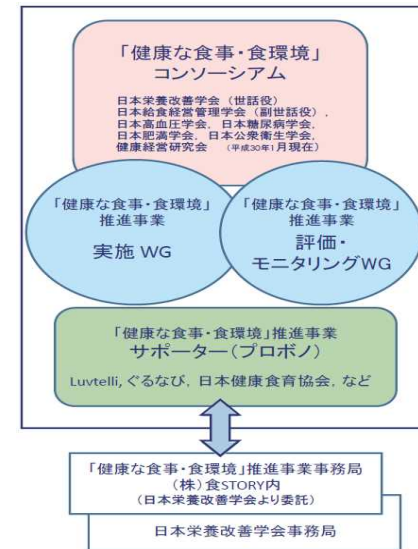
- 健康寿命の延伸のためには、国民が、信頼できる情報のもとで、栄養バランスのとれた食事を日常的にとることが可能な環境を整備していくことが重要。
- 食を通じた社会環境の整備に向けて、平成27年9月に厚生労働省より、「**健康な食事**」に関する通知を地方自治体及び関係団体宛に発出。

（通知の内容）

- 健康な食事の普及について、
 - 健康な食事の考え方を整理したリーフレットを作成。
 - 栄養バランスの確保のため、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事の推奨を図るためにシンボルマークを作成。
- 生活習慣病予防や健康増進の観点から、事業者等による栄養バランスのとれた食事の提供のために、主食・主菜・副菜ごとの目安を提示。

Smart Meal 健康な食事・食環境 スマートミール (スマート・ミール) 認証制度

- 日本栄養改善学会が中心となり、生活習慣病関連の学会※¹や関連企業等の協力の下、民間主体で認証制度を、本年4月に創設※²。
- ※¹ 現在、10学協会で構成。
- ※² 本年9月に第一回認証を行い、外食：25事業者（395店舗）、中食：11事業者（16,736店舗）、給食：34事業所（34店舗）を認定。
- 今後、更なる普及に向けて厚生労働省としても支援。



保険者による予防・健康づくりとインセンティブの推進

○経済財政運営と改革の基本方針2018（2018年6月15日閣議決定）（予防・健康づくりの推進関係：抜粋）

- ・糖尿病等の生活習慣病の重症化予防に関して、……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
- ・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
- ・保険者における予防・健康づくり等の分野におけるインセンティブ改革の取組の全国的な横展開を進める

《日本健康会議による全国展開》

- 先進的な予防・健康づくりの取組を民間主導（自治体・保険者・企業・医療関係者等）で全国に広げるための「日本健康会議」が発足（2015年7月）。
- 「健康なまち・職場づくり宣言2020」→進捗状況をホームページで公表し「見える化」。
- 糖尿病重症化予防、個人インセンティブ等の先進・優良事例を紹介し、全国展開。

《保険者の取組の支援（インセンティブ）》

- 保険者による予防・健康づくりの取組をインセンティブにより支援。（保険者努力支援制度・後期高齢者支援金の加減算制度）

現在の取組

【糖尿病の重症化予防の推進】

- 糖尿病の重症化予防プログラムを策定(2016年4月)
- 厚労省・日本医師会・糖尿病対策推進会議の三者の連携協定(2016年3月)を通じ、地域での取組を推進
- 自治体での取組の先進・優良事例を公表(2017年7月)

《目標》重症化予防に取り組む自治体を800市町村(2020年度)
《実績》118市町村(2016年度) → 654市町村(2017年度)

【国保の取組をインセンティブで支援】

- 保険者努力支援制度を先行実施（2016年度～）
※保険者努力支援制度は、予防・健康づくりに取り組む自治体への財政支援を行う仕組み
※財政規模：150億円(2016年度)→250億円(2017年度)

【個人のインセンティブを推進】

- 保険者による加入者への予防・健康づくりの支援を、努力義務化（2015年法改正）
（例：ヘルスケアポイント、分かりやすい情報提供など）
- 個人にインセンティブを提供する取組に係るガイドラインの策定・公表

《目標》加入者へのインセンティブに取り組む自治体を800市町村(2020年度)
《実績》115市町村(2016年度) → 326市町村(2017年度)

横展開の加速化

【インセンティブの強化・拡大】

- 健保組合へのインセンティブの仕組みを強化（2018年度～）
個人インセンティブの取組も評価指標に追加
※特定健診の実施率や重症化予防の取組に応じて後期高齢者支援金の加減算を行う仕組み。

【加算率（ペナルティ）】
0.23%（2017年度まで）⇒最大10%（2018年度から2020年度までに段階的に引上げ）

【減算率（インセンティブ）】
0.05%（2017年度まで）⇒最大10%（2018年度～）

- 国保の保険者努力支援制度の本格実施（2018年度～）
※財政規模：総額1000億円（都道府県分500億円、市町村分500億円）
- 特定健診・保健指導の実施率を保険者別に公表（2017年度実績から、2019年3月頃公表予定）

【保険者の取組の評価に当たり成果指標を導入】

- 特定保健指導について、実施量による評価に加え、アウトカム評価も導入（2018年度～）
※3カ間で腹囲2cm以上かつ体重2kg以上の減少
- 一部自治体では、アウトカム評価等を活用し、個人にインセンティブを提供しており、こうした好事例の横展開を推進

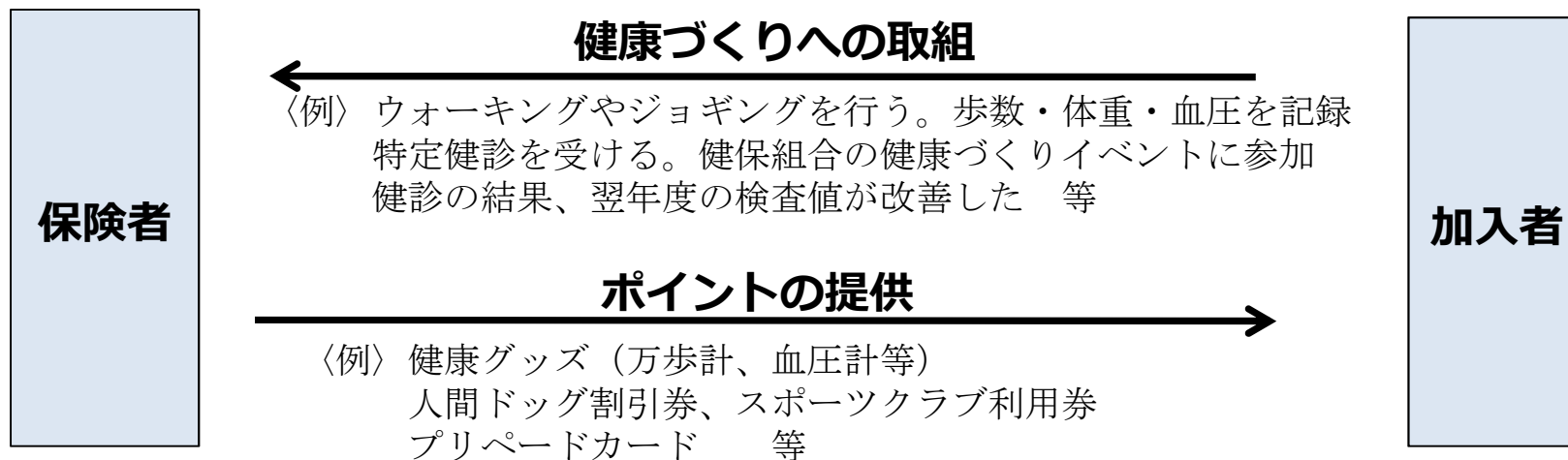
糖尿病の重症化
予防の横展開

保険者の
インセンティブ改革

頑張った者が
報われる制度

個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブの推進

- 予防・健康づくりに取り組む加入者にヘルスケアポイントを提供するなど、保険者が加入者に予防・健康づくりのインセンティブを提供する取組は重要。2015年の国保法等改正法で、保険者の努力義務として健保法等に位置付けられ（2016年4月施行）、国でもガイドラインを策定・公表した（2016年5月）。
- 保険者のインセンティブ指標にも、予防・健康づくりへの個人インセンティブの取組を位置づけた。



◎持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律（平成27年法律第31号）

○健康保険法の一部改正 ※傍線部分を改正で追加（国保法、共済各法も同様に改正）
第百五十条 保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第二十条の規定による特定健康診査及び同法第二十四条の規定による特定保健指導（以下この項及び第百五十四条の二において「特定健康診査等」という。）を行うものとするほか、特定健康診査等以外の事業であって、健康教育、健康相談及び健康診査並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者及びその被扶養者（以下この条において「被保険者等」という。）の自助努力についての支援その他の被保険者等の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。

◎持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議
（平成27年5月26日 参議院厚生労働委員会）

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

四 2 保健事業において保険者が実施する予防・健康づくりのインセンティブの強化に当たっては、保険者に対し好事例の周知に積極的に取り組むとともに、必要な医療を受けるべき者が受診を抑制し、重症化することがないように、インセンティブ付与の在り方について十分検討すること。

健康寿命の延伸関係

項目	現状（現状の取組・関連するデータ等）	今後の方針
フレイル対策を含めた予防対策の推進 （市町村が一体的に実施する仕組みの検討、インセンティブの活用） （骨太方針2018の関連記載） 高齢者の通いの場を中心とした介護予防・フレイル対策や生活習慣病等の疾病予防・重症化予防、就労・社会参加支援を都道府県等と連携しつつ市町村が一体的に実施する仕組みを検討するとともに、インセンティブを活用することにより、健康寿命の地域間格差を解消することを目指す。	○ 高齢者の特性を踏まえた保健指導等を実施することにより、低栄養、筋量低下等による心身機能の低下の予防、生活習慣病等の重症化予防等を進めるためのモデル的な取組を現在実施。 ○ 「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議」を開催し、法制的・実務的な論点について整理・検討を実施。 ○ 介護予防に資する通いの場の箇所数は平成28年度で76,492ヶ所となっている。	○ 有識者会議において11月下旬に取りまとめを行うこととしており、保険者に対するインセンティブを更に活用するとともに、高齢者の通いの場を中心とした介護予防・フレイル対策や生活習慣病等の疾病予防・重症化予防の一体的実施を推進する。

健康寿命の延伸関係

項目	現状（現状の取組・関連するデータ等）	今後の方針
多様・包括的な民間委託の推進 （骨太方針2018の関連記載） 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し、サービスの質と効率性を高めていく。	○ 健康・予防サービスを提供する事業者との協働・連携を推進させる場として「データヘルス・予防サービス見本市」を開催し、医療保険者と事業者とのマッチングを促進。（2016年度は福岡・仙台・大阪、2017年度は東京・名古屋にて開催。2018年度は東京・大阪にて開催予定。）	○ 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を検討する。 ○ 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する。
企業の健康経営の促進 （骨太方針2018の関連記載） 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。	○ 2018年度から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を分析し、経営者に通知する「健康スコアリング」の取組を、全健保組合、国家公務員共済組合に対し実施。	○ 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「活用ガイドライン」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・優良事例の全国展開を図る。

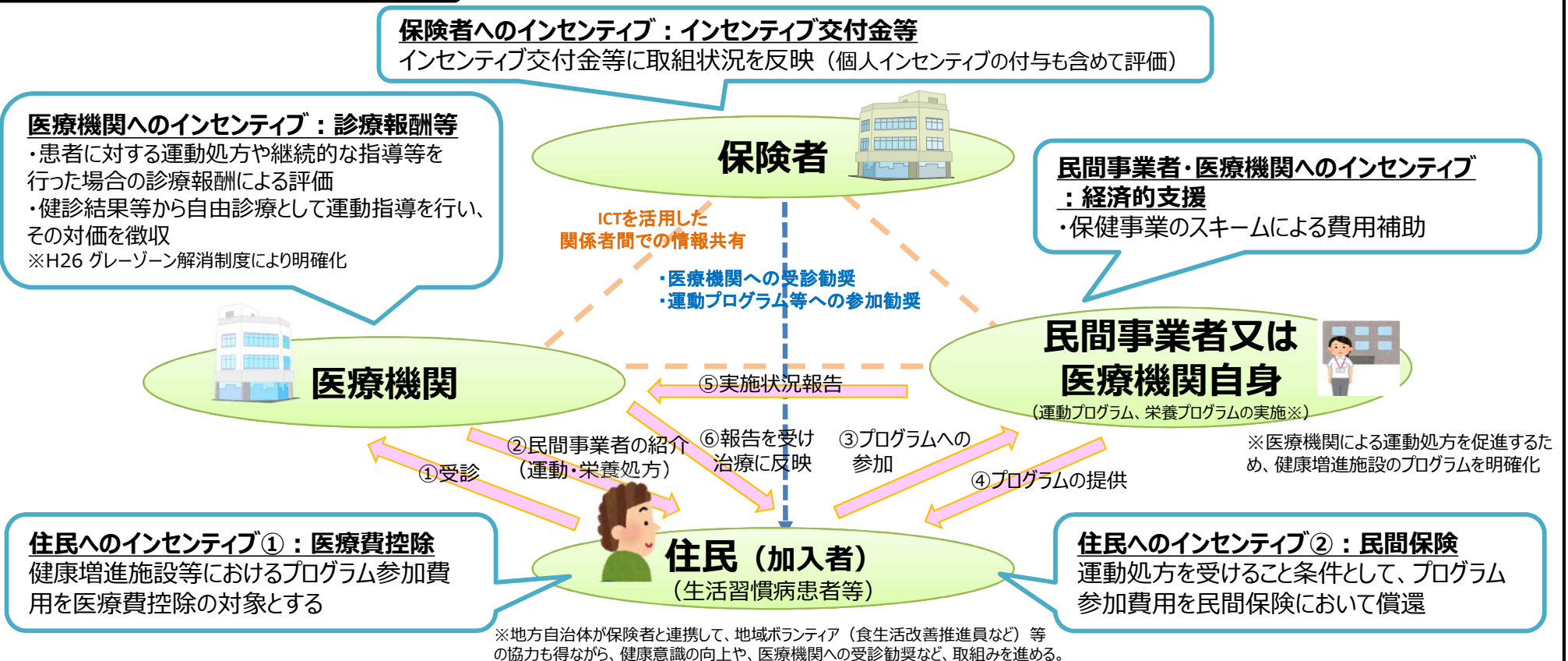
医療機関と保険者・民間事業者等の連携による予防事業の展開

- 生活習慣病の発症や重症化のリスクのある者に対しては、医療のほか、適切な運動・栄養等のプログラムを組み合わせ提供することが、重症化の予防につながる。
- 医療機関と保険者・民間事業者等の連携により、対象者を的確に把握し、インセンティブ措置を最大限に活用して、実効性のある取組みを進める。
- 今後、医療機関の受診にとどまっている患者等を運動・栄養等のプログラムにつなげ、費用面を含めた効果を実証し、全国展開。

(各主体のメリット)

- ・患者：運動・栄養プログラムを低廉な価格で受けることができ、治療効果アップが期待できる。
- ・医療機関：治療効果アップが期待できるほか、事業範囲を運動・栄養指導サービスに拡大できる。
- ・民間事業者：これまでリスクのために敬遠しがちであった患者を対象にサービスを提供できる。

政策スキーム（粗いイメージ）



「データヘルス・予防サービス見本市」の開催を全国に拡大

- 健康・予防サービスを提供する事業者との協働・連携を推進させる場として「データヘルス・予防サービス見本市」開催し、医療保険者と高度な専門性や人的資源を豊富に有する質の高い事業者とのマッチングを促進。
- 2017年度は、名古屋（12月13日）、東京（2018年1月18日）で開催。医療保険者や地元自治体の担当者ら約1,800人が参加。※ 2015年度に東京で初開催（38社出展）、2016年度は福岡・仙台・大阪で開催（45社出展）
- 2018年度は、大阪（10月30日）、東京（11月20日）で開催予定。



データヘルス・
予防サービス見本市 2017

名古屋会場

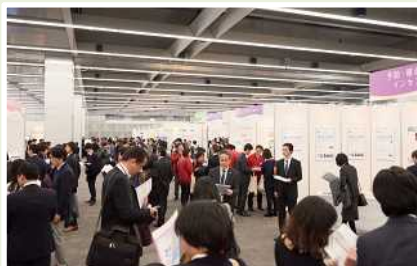
2017年12月13日（水）
場 所： ポートメッセなごや
来場者数： 732名

東京会場

2018年1月18日（木）
場 所： プリズムホール
来場者数： 1,047名

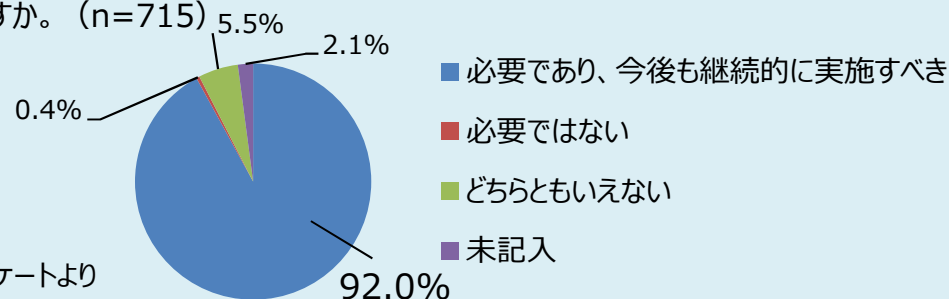
■データヘルス・予防サービス見本市2017の様子

- 健診・保健指導、データ分析、健康な職場づくりに関する商品・サービス等の展示やセミナーを開催（31ブース、42社が出展）

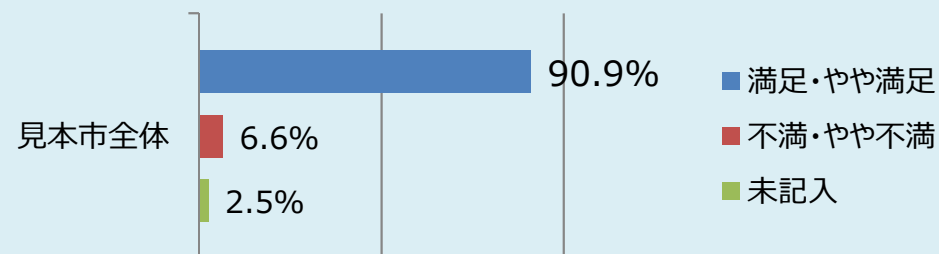


- ◆ 名古屋会場では、有識者や厚労省等による8つのセミナーも開催し、延べ1076名が聴講
- ◆ 出展事業者ブースは6つの部門にゾーン分け
 - ①データヘルス計画(データ分析・計画策定)
 - ②予防・健康づくりのインセンティブ
 - ③生活習慣病の重症化予防
 - ④健康経営・職場環境の整備
 - ⑤わかりやすい情報提供
 - ⑥後発医薬品利用推進

■問 データヘルス・予防サービス見本市のような保険者等と事業者との連携推進の場は必要ですか。（n=715）



■問 本日のイベントはいかがでしたか。（n=715）



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**を見える化。
- 2018年度は、**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)

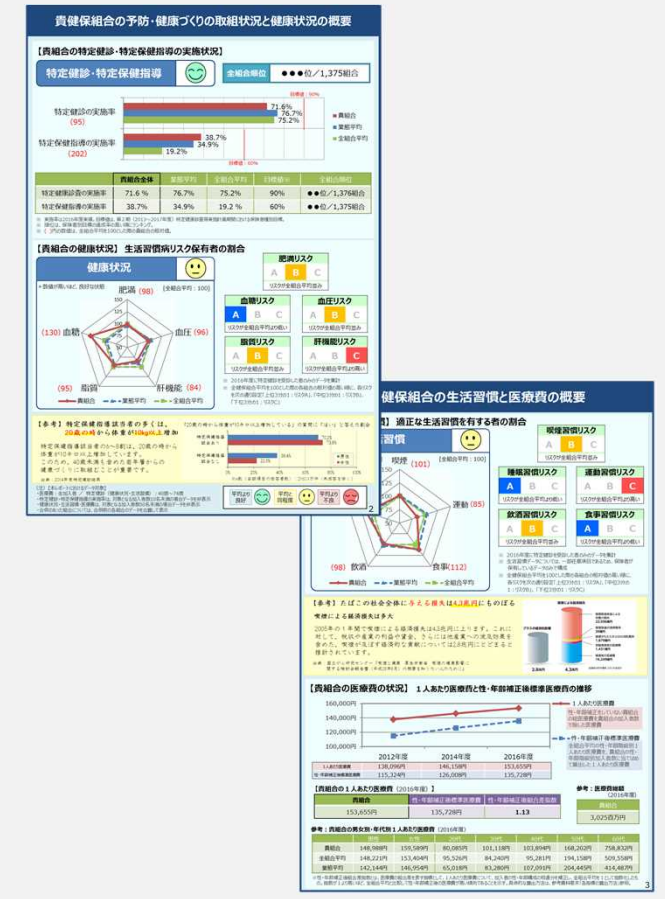
■ 健康スコアリングレポートの活用方法

- 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。

※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

※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

【スコアリングレポートのイメージ】



<本格稼働に向けたスケジュール>

2018年度	2019年度	2020年度以降
- NDBデータ※を活用して各健保組合ごとのスコアリングレポートを作成・送付 - 事業主単位レポート作成のシステム仕様検討・作成		事業主単位のレポート作成

健康寿命の延伸関係

項目	現状（現状の取組・関連するデータ等）	今後の方針
医療保険制度におけるインセンティブの活用 （骨太方針2018の関連記載） 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。 国保の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。	○ 国保の保険者努力支援制度において、糖尿病性腎症の重症化予防に関する取組等の実施状況を評価（2016年度より前倒しで実施）。 ※ 参考データ 重症化予防の取組実施状況に係る指標達成（予定）市町村数 2016年度 2018年度 816市町村 ⇒ 1,197市町村（+381） ○ 国保の普通調整交付金の在り方については、地方団体等との議論を開始。	○ 国保の保険者努力支援制度については、先進・優良事例について把握を行うとともに、2017・18年度の実施状況等を見つつ、地方団体等との議論も踏まえ、評価指標の見直しを検討する。 ○ なお、国保の保険者努力支援制度について、2018年度より、評価指標の一つとして医療費適正化のアウトカム評価を設定している。 ○ 国保の普通調整交付金の在り方については、自治体から以下のような意見が出されており、引き続き地方団体等と議論することとしている。 ※10/15 国と地方の協議の場における地方六団体提出資料（抜粋） 『国民健康保険制度の普通調整交付金が担う地方団体間の所得調整機能は大変重要であることから、配分方法等の見直しについては容認できない。国民健康保険制度における保険者へのインセンティブ機能を担うものとしては、平成30年度に創設された「保険者努力支援制度」を有効に活用すること。』

保険者努力支援制度の実施について

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800億円（国保改革による公費拡充の財源を活用）

※別途、特調より約200億円を追加し、計：約1,000億円規模のインセンティブ

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

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。

平成30年度の保険者努力支援制度について（全体像）

- 保険者努力支援制度は、予防・健康づくりをはじめとする医療費適正化等に取り組む自治体に財政支援を行うもの。
 ○平成30年度から総額1,000億円規模で実施。（※）
 （※）平成28年度は150億円、平成29年度は250億円規模で前倒し実施

市町村分（300億円程度）※特別調整交付金より200億円程度を追加

保険者共通の指標	国保固有の指標
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 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 ○歯科疾患（病）検診実施状況	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 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 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 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況 ○重複服薬者に対する取組	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 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 ○後発医薬品の使用割合	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

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 ○都道府県の医療費水準に関する評価 ※国保被保険者に係る年齢調整後一人当たり医療費に着目し、 ・その水準が低い場合 ・前年度より一定程度改善した場合 に評価	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 ・法定外繰入の削減
---	--	--

平成30年度保険者努力支援制度(市町村分) 都道府県別市町村平均得点 (体制構築加点含まず 790点満点)

(得点)

600

500

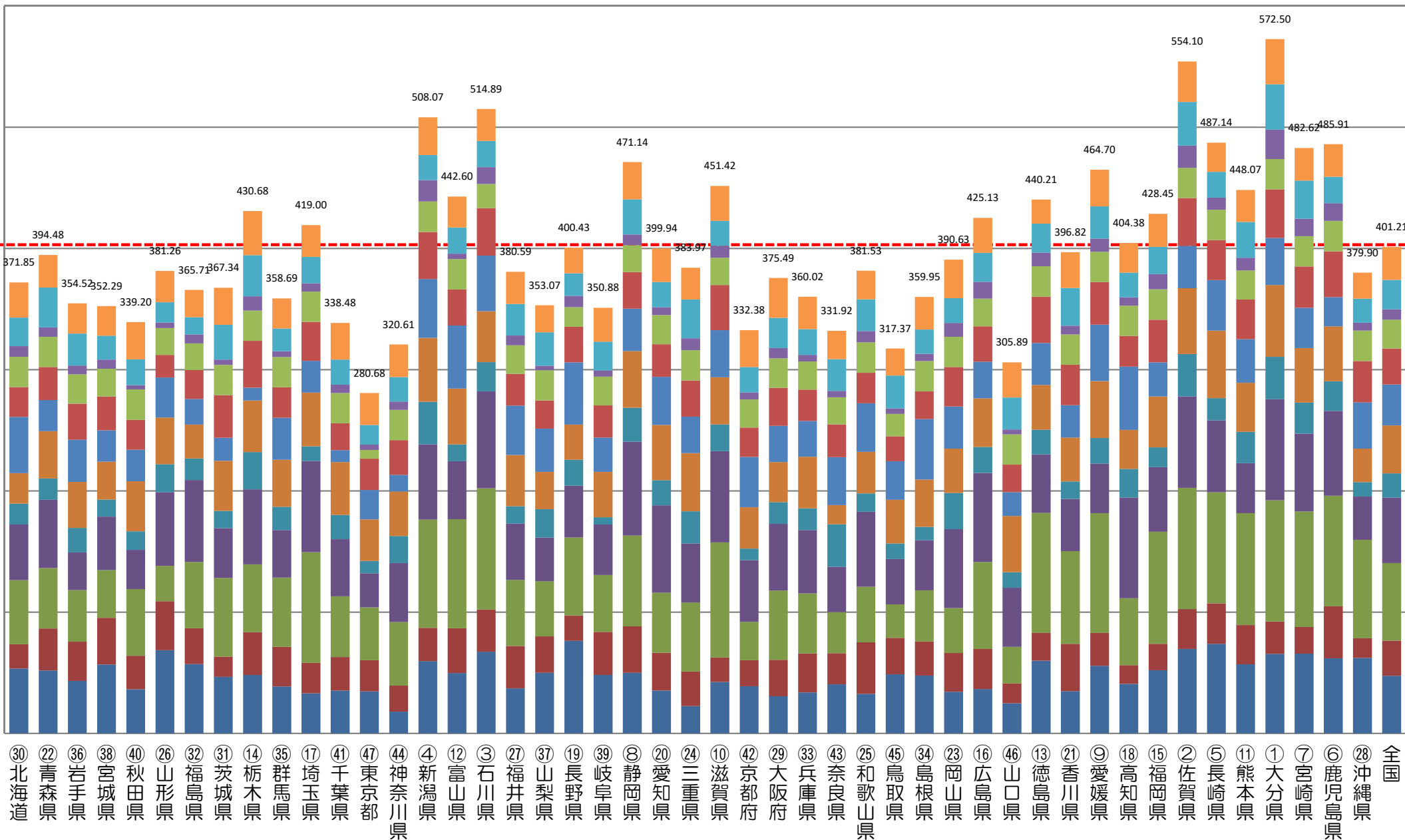
400

300

200

100

0



■ 共通1 特定健診・保健指導・メタボ(150点)
■ 共通4 個人インセンティブ(95点)
■ 固有1 収納率(100点)
■ 固有4 地域包括(25点)

■ 共通2 がん検診・歯周疾患健診(55点)
■ 共通5 重複服薬(35点)
■ 固有2 データヘルス(40点)
■ 固有5 第三者求償(40点)

■ 共通3 重症化予防(100点)
■ 共通6 ジェネリック(75点)
■ 固有3 医療費通知(25点)
■ 固有6 適正かつ健全な取組(50点)

平成30年度保険者努力支援制度（都道府県分） 都道府県別獲得点

(点)

200

180

160

140

120

100

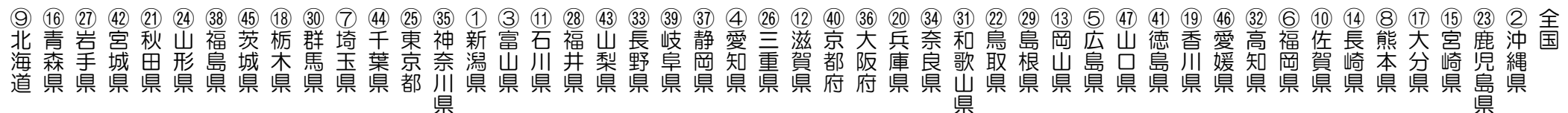
80

60

40

20

0



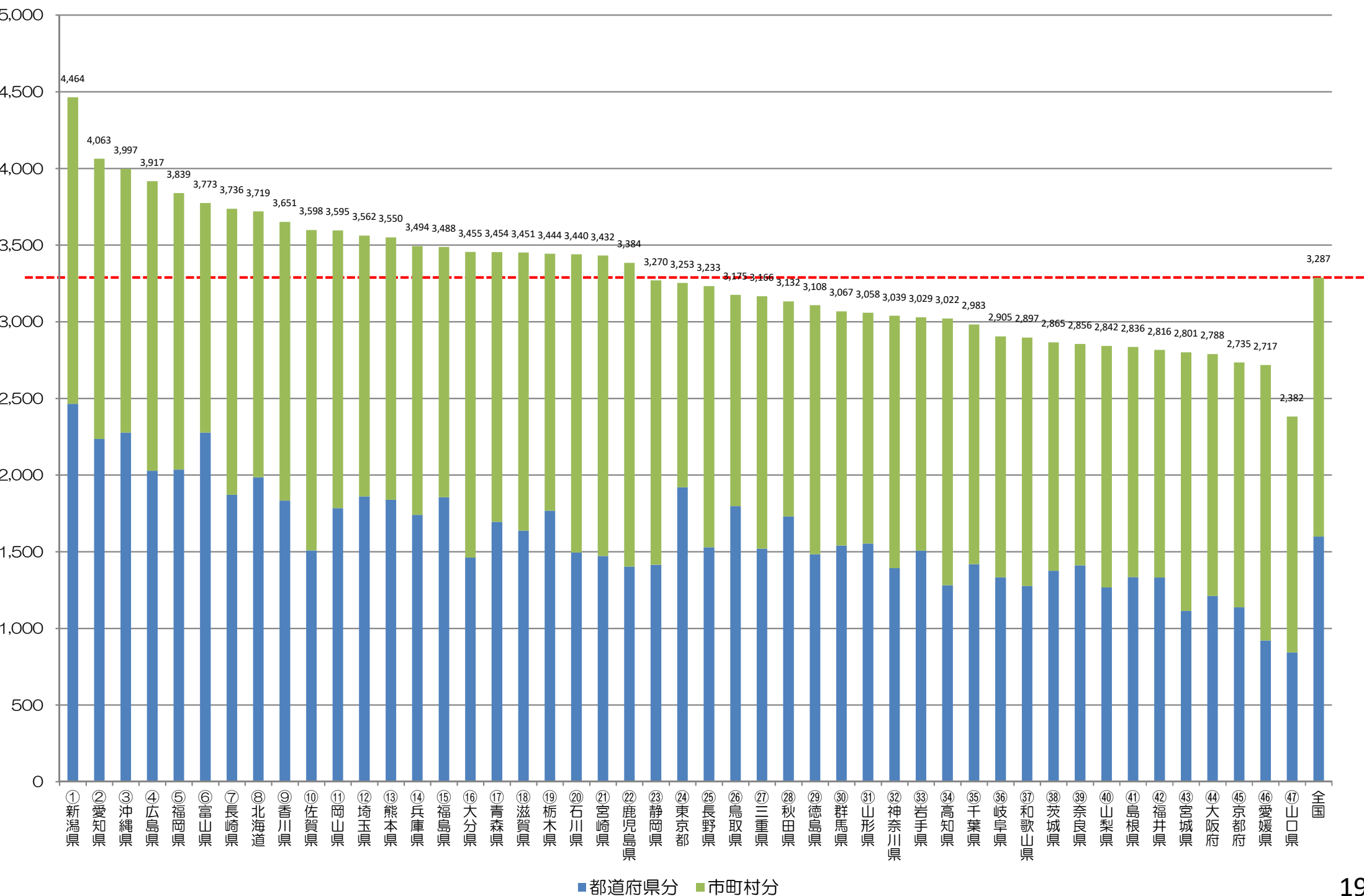
■指標1（市町村指標の都道府県単位評価：100点）

■指標2（都道府県の医療費水準：50点）

■指標3（都道府県の取組状況：60点）

(円)

平成30年度保険者努力支援制度（都道府県分＋市町村分） 一人当たり交付額



第28回社会保障WG（11月12日開催）における議論

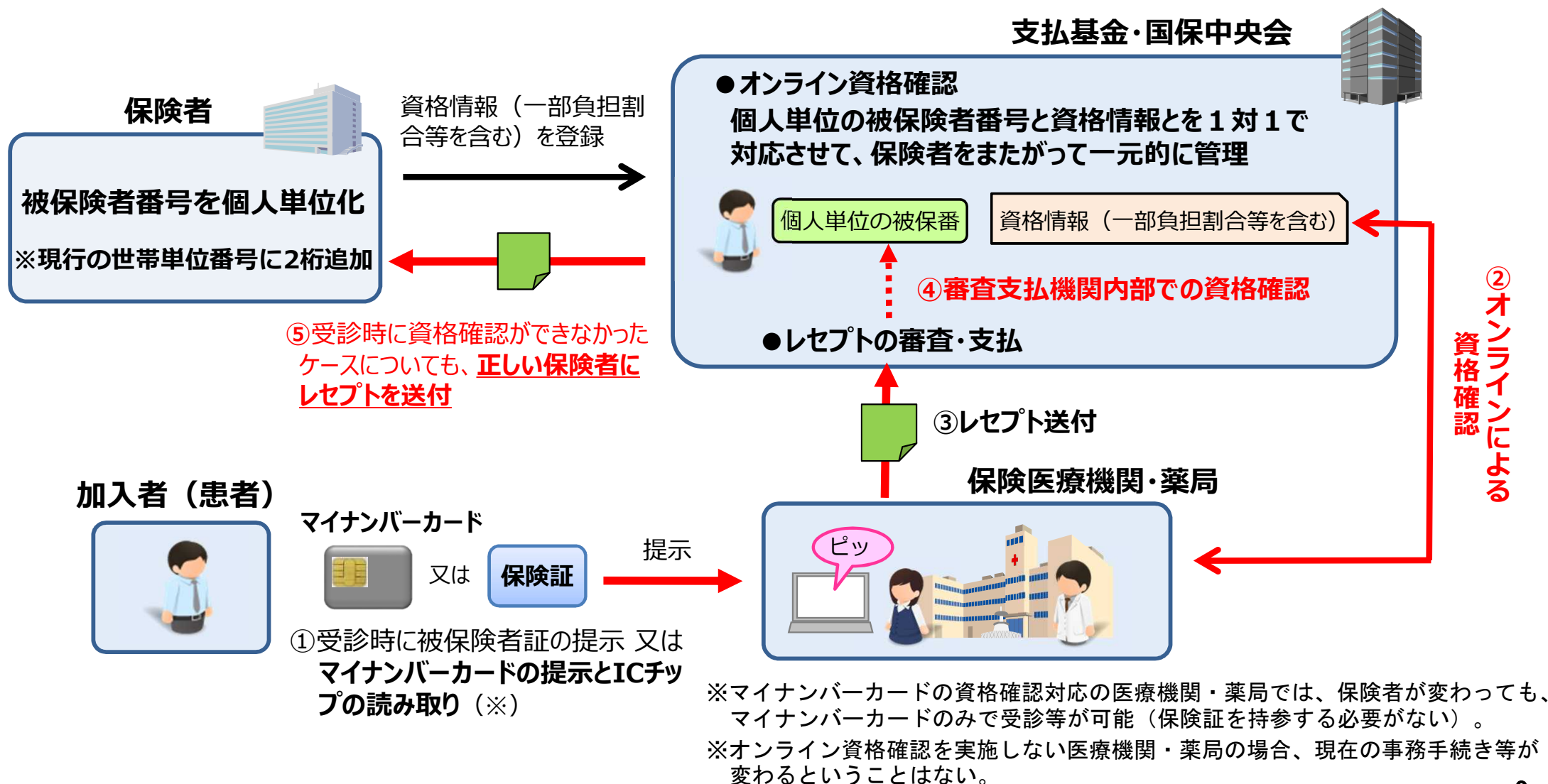
平成30年11月14日
厚生労働省

項目	現状（現状の取組・関連するデータ等）	今後の方針
データヘルス改革の推進 （骨太方針2018の関連記載） 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。クリニカル・イノベーション・ネットワークとPMDAの医療情報データベース（MID-NET）を連携させ、治験・臨床研究や医薬品の開発、安全対策等に活用する。	○ 被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認については、2020年度の運用開始を目指し、保険者・医療関係者の意見を聴きながら、具体的な仕組みを検討している。 ○ 全国的な保健医療情報ネットワークを活用したサービスに係る実証及び全国的な保健医療情報ネットワークのセキュリティや利用者認証等に係る実証を実施している。 ○ 高品質で標準化された大規模医療データを医薬品等の安全対策に活用するため、MID-NETの本格運用を2018年度より開始。 ○ ナショナルセンター等の疾患登録情報を活用した臨床開発インフラを整備。 ○ NDBと介護DB（※）は、個々に収集・分析され、行政計画の作成等に活用。自治体、研究者等に対する第三者提供も実施（介護DBについては2018年度に提供開始予定）。 （※） NDB：レセプト情報（2009年度分以降）と特定健診等情報（2008年度分以降）を匿名化し、悉皆的に保有するもの。 介護DB：介護レセプト、要介護認定情報等を匿名化し、悉皆的に保有するもの。	○ 2020年度の運用開始を目指し、システムの整備の準備を進める。 ○ 「未来投資戦略2018」やデータヘルス改革推進本部において取りまとめた「工程表」に基づき、費用対効果の観点も踏まえつつ、個人の健診・診療・投薬情報が医療機関等の間で共有できる全国的な保健医療情報ネットワークについて、必要な実証を行いながら、2020年度からの本格稼働を目指しているところ。 ○ MID-NETの経験等を参考に臨床研究中核病院において医療情報の品質管理・標準化を行う人材を育成し、リアルワールドデータを治験・臨床研究や医薬品の開発、安全対策等に利活用できる体制を構築する。 ○ 両DBの連結解析を可能とし、幅広い主体が地域包括ケアシステムの構築等に資する分析に役立てる基盤の2020年度の構築に向け、有識者会議（※）を開催。収集・利用目的に関する法の規定の整備や、第三者提供の制度化等の法的・技術的論点について議論中。本年秋を目途に議論をとりまとめ、医療保険部会及び介護保険部会に報告予定。 （※）「医療・介護データ等の解析基盤に関する有識者会議」

被保険者番号の個人単位化と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保険者における高額療養費の限度額適用認定証の発行等を大幅に削減



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

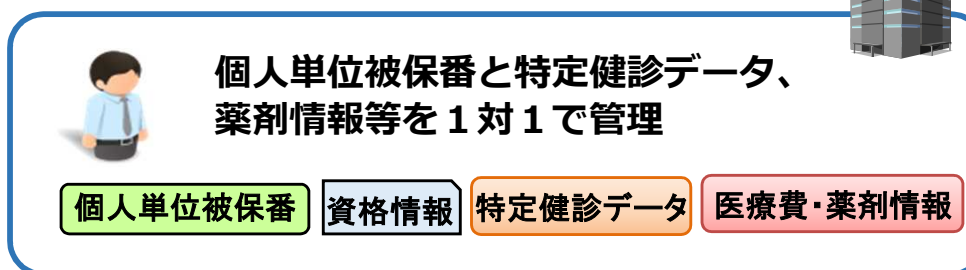
【導入により何が変わるのか】

- 患者本人や医療機関等において、特定健診データや薬剤情報等の経年データの閲覧が可能。
⇒ 加入者の予防・健康づくりや重複投薬の削減等が期待できる。

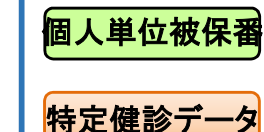
マイナポータル



支払基金・国保中央会（国保連）



保険者



本人

保険医療機関等

特定健診データ

薬剤情報

本人同意

保険証

マイナンバーカード

- 問診票の記載等の際、本人同意の下、医療機関・薬局が本人に代わって（本人から委任を受けて）薬剤情報を支払基金・国保中央会に照会し、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、という提供の考え方。

※ 保険者は本人からの照会への回答の事務を支払基金・国保中央会に委託。支払基金・国保中央会はレセプト情報から薬剤情報を抽出。

※オンライン資格確認等の導入に当たっては、クラウドを活用することにより運営コストを縮減

医療・福祉サービス改革関係

項目	現状（現状の取組・関連するデータ等）	今後の方針
病床のダウンサイジング支援の追加的方策の検討 （骨太方針2018の関連記載） 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、病床のダウンサイジング支援の追加的方策を検討する。	○ 病床機能の転換や介護医療院への移行などの際の整備費用に対する補助を実施（地域医療介護総合確保基金、病床転換助成事業）。 ○ 2018年度から地域医療介護総合確保基金で実施できる事業の対象範囲を拡大し、病床のダウンサイジング等に要する経費（病棟の解体撤去費、早期退職する職員の退職金の割増相当額等）に活用可能とした。 ○ 2018年度診療報酬改定において、患者の状態等に応じた適切な入院料を選択できるよう、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分を組み合わせた評価体系への再編・統合を実施。 ○ 2018年度介護報酬改定において、介護療養型医療施設等から介護医療院への転換について、基準の緩和や加算の創設を行った。	○ 2018年度中に、地域医療介護総合確保基金の病床のダウンサイジングに係る活用状況を検証し、その結果を踏まえ、病床のダウンサイジング支援のために必要な追加的方策を検討する。 ○ 2018年度診療報酬改定で再編・統合した入院料等について、改定の影響を調査・検証するとともに、入院医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について、引き続き検討する。 ○ 介護医療院への移行状況及び移行における課題を把握し、引き続き転換方策を検討する。

病床転換助成事業の概要

- 療養病床の転換を支援するため、医療機関が医療療養病床から介護保険施設等へ転換する場合に、その整備費用を都道府県が助成する事業（高齢者医療確保法 附則第2条に基づく事業）。
- 費用負担割合・・・国：都道府県：保険者＝10：5：12
- 事業期限は平成35年度末（介護医療院の創設等を踏まえ平成29年度末の政令改正により延長）。

対象となる病床

- ①療養病床（介護療養型医療施設を除く）
- ②一般病床のうち、療養病床とともに同一病院（又は同一診療所）内にあり、療養病床とともに転換を図ることが合理的であると考えられるもの

転換

対象となる転換先施設

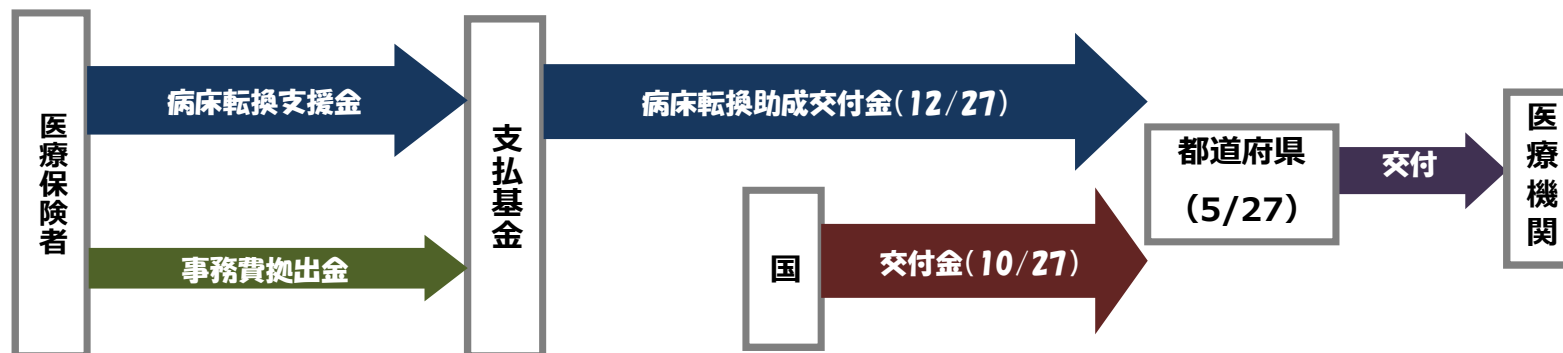
- ①介護医療院
- ②ケアハウス
- ③介護老人保健施設
- ④有料老人ホーム（居室は原則個室とし、1人当たりの床面積が、概ね13㎡以上であること）※有料老人ホームであるサービス付き高齢者向け住宅を含む。
- ⑤特別養護老人ホーム
- ⑥ショートステイ用居室（特別養護老人ホームに併設するものに限る）
- ⑦認知症高齢者グループホーム
- ⑧小規模多機能型居宅介護事業所
- ⑨複合型サービス事業所
- ⑩生活支援ハウス
- ⑪サービス付き高齢者向け住宅（④の有料老人ホームであるもの以外の住宅）

転換に係る整備費用を助成

【補助単価（1床あたり）】

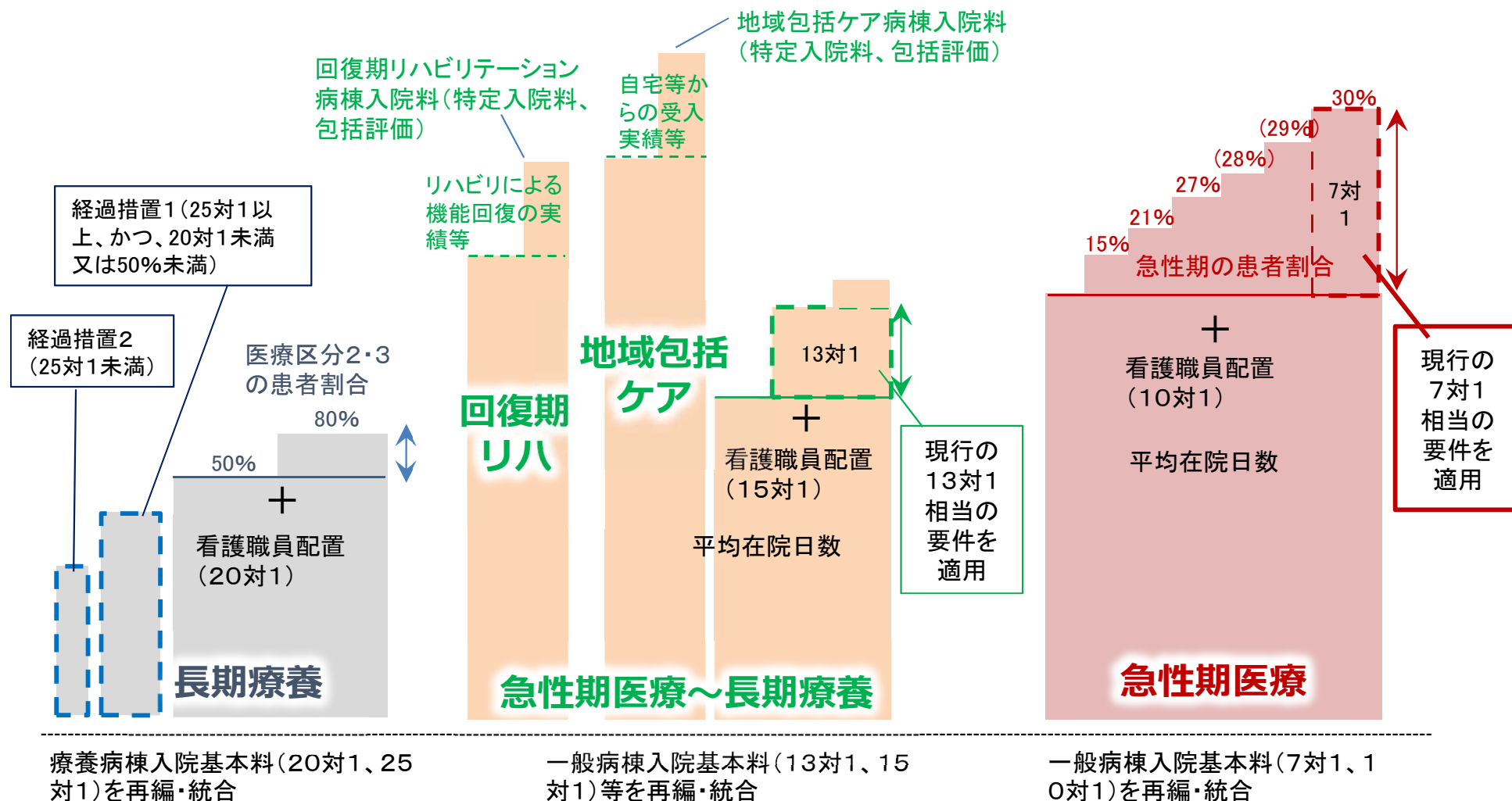
- ①改修 50万円
（躯体工事に及ばない室内改修（壁撤去等））
- ②創設 100万円
（新たに施設を整備）
- ③改築 120万円
（既存の施設を取り壊して、新たに施設を整備）

病床転換助成事業



新たな入院医療の評価体系と主な機能(イメージ)

入院医療評価体系について、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合する。なお、新たな評価体系となる入院料は、急性期医療、急性期医療～長期療養、長期療養の機能に大別される。



医療・福祉サービス改革関係

項目	現状（現状の取組・関連するデータ等）	今後の方針
高額医療機器の効率的な配置・稼働率の向上 （骨太方針2018の関連記載） 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。	○ 2018年に医療法及び医師法の一部を改正する法律が成立し、外来医療提供体制の確保に関する事項を医療計画に記載すること及び医療機器等の効率的な活用について地域ごとの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における協議事項とすることを法定。 ○ 2016年度診療報酬改定において、CT及びMRIについて適正かつ効率的な利用を促進する観点から、新たに施設共同利用での撮影を評価。 ○ 2018年度診療報酬改定において、放射線治療機器（※）の効率的な利用の促進の観点から、入院中の他医療機関受診時の入院料の減額を緩和するとともに、受診先医療機関においても外来放射線治療加算できるようにしたところ。 （※）IMRT、定位放射線治療、粒子線治療が対象	○ 都道府県において、2019年度中に、医療計画に外来医療提供体制の確保に関する事項として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み、2020年度以降、医療計画に基づく医療機器等の効率的な活用の促進に取り組む。 ○ 都道府県において、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、その結果を公表する。 ○ これまでの改定において、高額医療機器の共同利用を推進し、稼働率の向上とともに、効率的な利用を図っているところ。次回改定に向けて、一層の共同利用の推進方策等を検討。

医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価

放射線撮影等の適正な評価

- 64列以上のマルチスライス型CT及び3テスラ以上のMRIといった高機能の診断装置について適正かつ効率的な利用を促進する観点から、新たに施設共同利用での撮影を評価する。

【現行】

コンピューター断層撮影装置 CT撮影（一連につき） 1 CT撮影（一連につき）	
イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合	1,000点
ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合	900点
ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合	770点
ニ イ、ロ、ハ以外の場合	580点

磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)	
1 3テスラ以上の機器による場合	1,600点
2 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合	1,330点
3 1、2以外の場合	920点

【改定後】

コンピューター断層撮影装置 CT撮影（一連につき） 1 CT撮影（一連につき）	
イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合	
(1) 共同利用施設において行われる場合	1,020点
(2) その他の場合	1,000点
ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合	900点
ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合	750点
ニ イ、ロ、ハ以外の場合	560点

磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)	
1 3テスラ以上の機器による場合	
イ 共同利用施設において行われる場合	1,620点
ロ その他の場合	1,600点
2 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合	1,330点
3 1、2以外の場合	900点

※ 共同利用施設において行われる場合とは、施設共同利用率が10%を超えると届け出た保険医療機関において撮影する場合又は共同利用を目的として別の保険医療機関が依頼して撮影される場合を指す。

- ポジトロン撮影等について、施設共同利用率の要件を現行の20%から30%に引き上げる。（※経過措置1年間）

高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進①

【課題】

- がん対策推進基本計画においては、標準的な放射線療法について均てん化する一方で、一部の高度な放射線療法については、必要に応じて、連携体制等について検討することとされている。
- 一部の高度な放射線治療機器は、限られた施設でしか保有されていない。

- 放射線治療機器の効率的な利用の促進の観点から、高度な放射線治療機器等を有する他の医療機関を受診する場合の、入院中の他医療機関受診時の入院料の減額について取扱いを緩和する。

【現行】

【改定後】

出来高
病棟

入院基本料から10%減額

入院基本料から5%減額

1. 包括範囲に含まれる診療行為が他医療機関で行われた場合

入院料から 40% 減額

有床診療所療養病床入院基本料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している場合

入院料から 20% 減額

入院料から 35% 減額

入院料から 15% 減額

2. 包括範囲外の診療行為のみが他医療機関で行われた場合

入院料から 10% 減額

入院基本料から5%減額

特定入院料等算定病棟

高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進②

- 放射線治療機器の効率的な利用の促進の観点から、高度な放射線治療機器等を有する他の医療機関受診時に、受診先医療機関において外来放射線治療加算を算定できるようにする。

現行

放射線治療管理料	
外来放射線治療加算	100点

[算定する場合]

外来放射線治療加算は、悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対して、区分番号「M001」体外照射の「2」に掲げる高エネルギー放射線治療又は区分番号「M001」体外照射の「3」に掲げる強度変調放射線治療(IMRT)の際に、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合に、1日につき1回に限り算定する。



改定後

放射線治療管理料	
外来放射線治療加算	100点

[算定する場合]

外来放射線治療加算は、悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対して、区分番号「M001」体外照射の「2」に掲げる高エネルギー放射線治療又は区分番号「M001」体外照射の「3」に掲げる強度変調放射線治療(IMRT)の際に、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合及び他医療機関に入院中の患者に対して、区分番号「M001」体外照射の「3」に掲げる強度変調放射線治療(IMRT)の際に、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合に、1日につき1回に限り算定する。

医療・福祉サービス改革関係

項目	現状（現状の取組・関連するデータ等）	今後の方針
地域の実情に応じた取組の推進（地域別の取組や成果の進捗管理・見える化等） （骨太方針2018の関連記載） 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、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。	（医療保険関係） ○ 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）に基づき、医療費適正化の取組を推進。 ○ 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。 （介護保険関係） ○ 地域包括ケア「見える化」システムにおいて、地域ごとの取組の具体的事例や、介護給付費の地域差等を自治体や国民に公表している。 ○ 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、費用分析手法や適正化手法の普及を図っているところ。さらに、本年度からは進捗管理の手引の作成・周知によりPDCAサイクルを推進している。 ・ 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 ・ 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 ○ 改正介護保険法による新たな交付金（保険者等の財政的インセンティブ。本年度に開始）の都道府県分は交付手続きを進めている。市町村分は評価指標による結果を集計中。	（医療保険関係） ○ 第3期医療費適正化計画について、毎年度PDCA管理を実施する。 ○ 保険者に対するインセンティブ措置の充実を検討する。 （介護保険関係） ○ 引き続き、地域包括ケア「見える化」システムを活用して介護等に関する情報の提供を行い、地域ごとの取り組みや現状の「見える化」を推進していく。 ○ 引き続き、進捗管理の手引の周知等を行うことにより、保険者等におけるPDCAサイクルを推進。 ○ 新たな交付金について、今年度内に交付、評価結果の公表を行い、取組状況の「見える化」や改善を進める。

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）

- 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。
- 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。
 - 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
 - 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
 - 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）

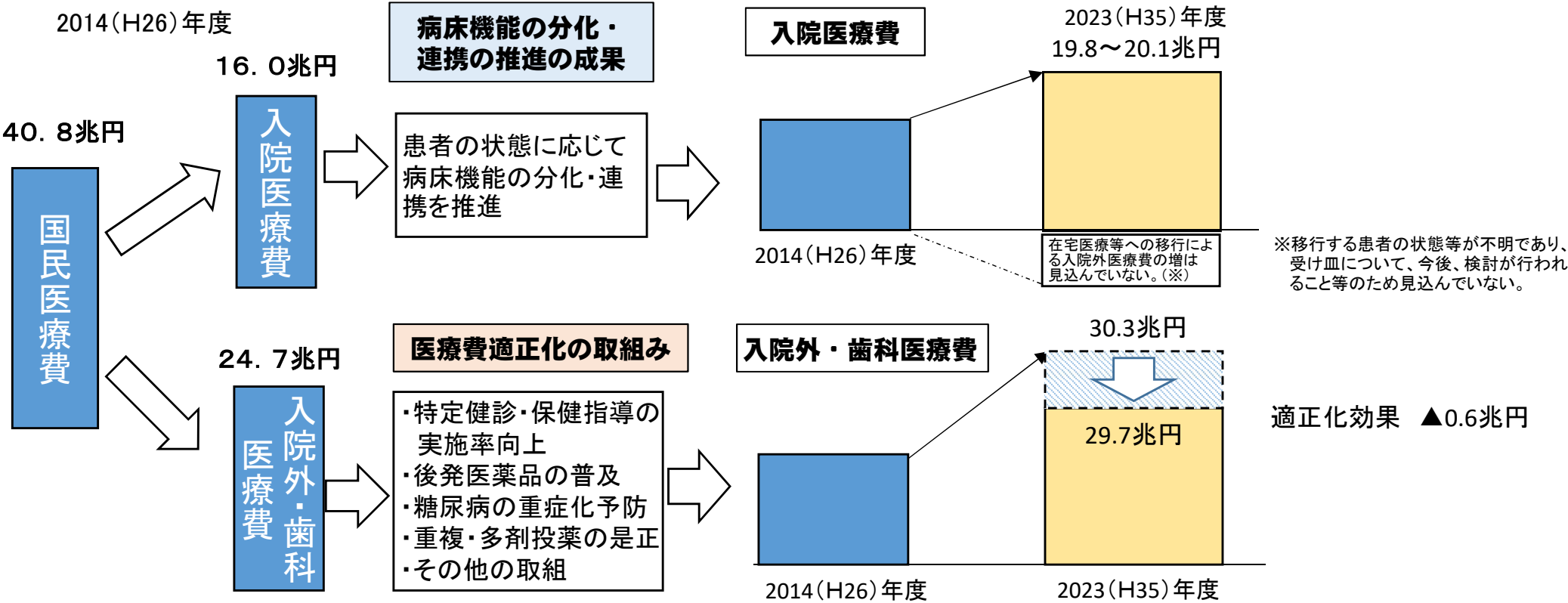
第3期の医療費適正化計画について

- 第3期（2018～2023年度）の医療費適正化計画では、
- ・ 入院医療費は、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させて推計する
 - ・ 外来医療費は、糖尿病の重症化予防、特定健診・保健指導の推進、後発医薬品の使用促進（80%目標）、医薬品の適正使用による、医療費適正化の効果を織り込んで推計する。この結果、2023年度に0.6兆円程度の適正化効果額が見込まれる。

【標準的な算定式による医療費の見込みのイメージ】

※下記は国において一定の仮定の下に試算（実際は今後、都道府県が策定）

2017年1月 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第2次報告書



【外来医療費 2023年度時点の適正化効果額（※機械的試算）】		計 ▲約6000億円
①特定健診実施率70%、特定保健指導45%の目標達成		▲約200億円
②後発医薬品の使用割合の目標達成（70%⇒80%）		▲約4000億円
③糖尿病の重症化予防により 40歳以上の糖尿病の者の1人当たり医療費の平均との差が半分になった場合		▲約800億円
④重複投薬（3医療機関以上）と多剤投与（65歳以上で15種類以上）の適正化により投与されている者が半分になった場合		▲約600億円

保険者による予防・健康づくりとインセンティブの推進

○経済財政運営と改革の基本方針2018（2018年6月15日閣議決定）（予防・健康づくりの推進関係：抜粋）

- ・糖尿病等の生活習慣病の重症化予防に関して、……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
- ・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
- ・保険者における予防・健康づくり等の分野におけるインセンティブ改革の取組の全国的な横展開を進める

《日本健康会議による全国展開》

- 先進的な予防・健康づくりの取組を民間主導（自治体・保険者・企業・医療関係者等）で全国に広げるための「日本健康会議」が発足（2015年7月）。
- 「健康なまち・職場づくり宣言2020」→進捗状況をホームページで公表し「見える化」。
- 糖尿病重症化予防、個人インセンティブ等の先進・優良事例を紹介し、全国展開。

《保険者の取組の支援（インセンティブ）》

- 保険者による予防・健康づくりの取組をインセンティブにより支援。（保険者努力支援制度・後期高齢者支援金の加減算制度）

現在の取組

【糖尿病の重症化予防の推進】

- 糖尿病の重症化予防プログラムを策定(2016年4月)
- 厚労省・日本医師会・糖尿病対策推進会議の三者の連携協定(2016年3月)を通じ、地域での取組を推進
- 自治体での取組の先進・優良事例を公表(2017年7月)

「目標」重症化予防に取り組む自治体を800市町村(2020年度)
「実績」118市町村(2016年度)→654市町村(2017年度)

【国保の取組をインセンティブで支援】

- 保険者努力支援制度を先行実施(2016年度～)
※保険者努力支援制度は、予防・健康づくりに取り組む自治体への財政支援を行う仕組み
※財政規模：150億円(2016年度)→250億円(2017年度)

【個人のインセンティブを推進】

- 保険者による加入者への予防・健康づくりの支援を、努力義務化(2015年法改正)
(例：ヘルスケアポイント、分かりやすい情報提供など)
- 個人にインセンティブを提供する取組に係るガイドラインの策定・公表

「目標」加入者へのインセンティブに取り組む自治体を800市町村(2020年度)
「実績」115市町村(2016年度)→326市町村(2017年度)

横展開の加速化

【インセンティブの強化・拡大】

- 健保組合へのインセンティブの仕組みを強化(2018年度～)

個人インセンティブの取組も評価指標に追加

※特定健診の実施率や重症化予防の取組に応じて後期高齢者支援金の加減算を行う仕組み。

【加算率（ペナルティ）】

0.23%（2017年度まで）⇒最大10%（2018年度から2020年度までに段階的に引上げ）

【減算率（インセンティブ）】

0.05%（2017年度まで）⇒最大10%（2018年度～）

- 国保の保険者努力支援制度の本格実施(2018年度～)

※財政規模：総額1000億円（都道府県分500億円、市町村分500億円）

- 特定健診・保健指導の実施率を保険者別に公表(2017年度実績から、2019年3月頃公表予定)

【保険者の取組の評価に当たり成果指標を導入】

- 特定保健指導について、実施量による評価に加え、アウトカム評価も導入(2018年度～)

※3カ間で腹囲2cm以上かつ体重2%以上の減少

- 一部自治体では、アウトカム評価等を活用し、個人にインセンティブを提供しており、こうした好事例の横展開を推進

糖尿病の重症化
予防の横展開

保険者の
インセンティブ改革

頑張った者が
報われる制度

医療・福祉サービス改革関係

項目	現状（現状の取組・関連するデータ等）	今後の方針
地域の実情に応じた取組の推進（受益と負担の見える化等） （骨太方針2018の関連記載） 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。	○ 各都道府県において、赤字削減・解消計画に基づき、赤字の削減又は解消の目標年次及び赤字解消に向けた取組を実施。 （※）参考データ ・赤字解消市町村数 2016年度 2018年度（予定） 1,013市町村 ⇒ 1,383市町村（+370） ○ 保険者努力支援制度において、都道府県の法定外一般会計繰入の削減に向けた取組等の実施状況を評価。	○ 毎年度、都道府県からの報告等に基づき、法定外一般会計繰入等の状況や国保財政の健全化に係る先進事例について把握する。 ○ 保険者努力支援制度において、引き続き、都道府県の法定外一般会計繰入の削減に向けた取組等の実施状況を評価する。
地域の実情に応じた取組の推進（地域独自の診療報酬について在り方を検討） （骨太方針2018の関連記載） 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（2018年度から2023年度）に基づき、医療費適正化の取組を推進。	○ 第3期医療費適正化計画について、毎年度PDCA管理を実施する中で、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についても検討する。

赤字解消の取組経緯



実質収支の均衡・繰上充用の解消

保険者の自主的な財政再建 →収支均衡の実質的な回復

多額の赤字を生じ、国保事業の運営に支障をきたしている保険者がみうけられる。赤字保険者は、財政再建計画を定め、自主的な財政再建を行うこととし、おおむね5年以内の国保特別会計（事業勘定）の収支均衡の実質的な回復を図る。

赤字保険者に赤字解消計画を義務づけ

→実質収支の均衡・累積赤字解消

国保特別会計（事業勘定）の実質収支が2年連続して赤字の保険者が策定するものであるが、恒常的支出に対応する収入を確保しつつ、原則5年以内に累積赤字を解消するための計画。

繰上充用の解消・一般会計繰入の解消

広域化等支援方針に基づく赤字解消の取組

→まずは繰上充用の計画的解消、次いで、一般会計繰入による赤字補填分のできる限り早期の解消

赤字解消の目標年次については、まずは、繰上充用分の計画的な解消を図り、目標を定める。次いで、一般会計繰入による赤字の補てん分については、保険料の引上げ、収納率の向上、医療費適正化策の推進等により、できる限り早期に解消するよう努める。

平成30年4月 国民健康保険改革

第1期 国保運営方針

平成36年4月

第2期 国保運営方針

都道府県も国保の保険者に（3400億円の公費拡充）

決算補填等目的の一般会計繰入と前年度繰上充用金の新規増加分の計画的・段階的な削減・解消

国保財政の基盤強化・財政運営の安定化

→「決算補填等を目的とする一般会計繰入」と「繰上充用金の新規増加分」を計画的・段階的に削減・解消

※30年度以前の累積赤字（繰上充用）は、市町村の実情に応じ、可能な限り計画的な削減・解消を目指す

決算補填等を目的とする一般会計繰入や繰上充用の新規増加分については、収納率の向上や医療費適正化の取組にあわせ、保険料の適正な設定等により、計画的・段階的な解消が図られるよう、実効性のある取組を定める。

赤字市町村については、赤字についての要因分析、必要な対策の整理を行う。これを踏まえ、都道府県は、市町村ごとの赤字の解消又は削減の目標年次及び赤字解消に向けた取組を定める。

※ 将来的に、都道府県内で保険料率の統一化を図るためには、累積赤字も含めて、赤字の解消が必要となる。

法定外繰入の状況(平成28年度決算)

単位: 億円

	分 類	28年度	対27年度
決算補填等目的の法定外繰入	① 決算補填目的のもの	208	▲84
	保険料収納不足のため	106	79
	医療費の増加	99	▲159
	後期高齢者支援金等	3	▲5
	高額療養費貸付金	0	0
	② 保険者の政策によるもの	2,099	▲466
	保険料(税)の負担緩和を図るため	2,083	▲420
	地方単独の保険料(税)の軽減額	11	▲40
	任意給付費に充てるため	5	▲6
	③ 過年度の赤字によるもの	231	48
	累積赤字補填のため	185	4
	公債費・借入金利息	46	45
	小計	2,537	▲502
決算補填等目的以外の法定外繰入	保険料(税)の減免額に充てるため	134	4
	地方単独事業の医療給付費波及増等	289	▲11
	保健事業費の充てるため	191	18
	直営診療施設に充てるため	5	1
	納税報償金(納付組織交付金)等	0	0
	基金積立	30	▲1
	返済金	3	▲54
	その他	113	▲6
	小計	764	▲52
合 計		3,302	▲554

平成30年度からは保険料の収納不足や医療費の増加に対し、財政安定化基金を活用することで、基本的に赤字は発生しない。

国保運営方針に基づき、計画的に削減・解消すべき赤字「決算補填等目的の一般会計繰入」

出典 国民健康保険の事業実施状況報告
(平成30年3月9日公表速報値)

- 医療費適正化の実効性を上げるには、地域の医療費の状況や課題を把握・分析し、地域の関係者における議論も踏まえた上で、具体的な対応策が検討される必要がある。
- こうした地域での分析や議論がない中で、具体的なメニューを想定することは、地域の実情に応じた取り組みにかえて枠をはめることになりかねない。むしろ、地域の課題解決のためには、地元関係者による地域課題の把握・分析を通じた具体的な対応策の検討が、医療費適正化の実効性を上げるためには重要。
- 厚生労働省としては、引き続き、医療費適正化計画の実施主体である都道府県の意見を丁寧に聴きながら対応していく。

《 制度の枠組み 》

※ 医療保険部会での議論を踏まえ、以下の運用の考え方について、都道府県に対し平成30年3月29日付け通知により周知。

- ① 医療費には様々な要素があるなか、「医療費適正化計画」は、科学的エビデンスを伴い、保険者・医療関係者等の協力を得て実施可能な取組を目標設定する枠組み。
- ② 都道府県は「医療費適正化計画」に基づき取組を実施。計画終了後に、目標の達成状況について実績評価を行い、次期計画での目標達成に向けた方策について検討。
- ③ その際、各都道府県において、必要となる具体的な施策・取組を検討。その上で、なお目標達成のために必要があると認めるとき、都道府県は、保険者・医療関係者が参画する保険者協議会での議論も踏まえた上で、地域別の診療報酬について国に意見を提出。
- ④ 厚生労働省では、都道府県の意見を踏まえ、中医協における諮問・答申を経て検討。

《 留意点 》

- この規定については、医療保険部会において「国民皆保険の趣旨から診療報酬の地域格差の導入にはその妥当性や実効性も十分検討し慎重に検討すべき」といった意見が出されている。
- これまで、制度の適用事例はない。

《 参考 》 医療費適正化計画の経過

2008～2012年度	2013～2017年度	2018～2023年度
第1期計画	第2期計画	第3期計画

実績評価⇒ 第1期：2013年度 第2期：2018年度

○高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号） 第14条

厚生労働大臣は、第12条第3項の評価の結果（※1）、第8条第4項第2号及び各都道府県における第9条第3項第2号の目標（※2）を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

（※1）第12条第3項の評価：計画終了年度の翌年度に行う、全国計画及び都道府県計画の評価

（※2）第8条第4項第2号及び第9条第3項第2号の目標：全国計画及び都道府県計画における医療の効率的な提供に関する目標

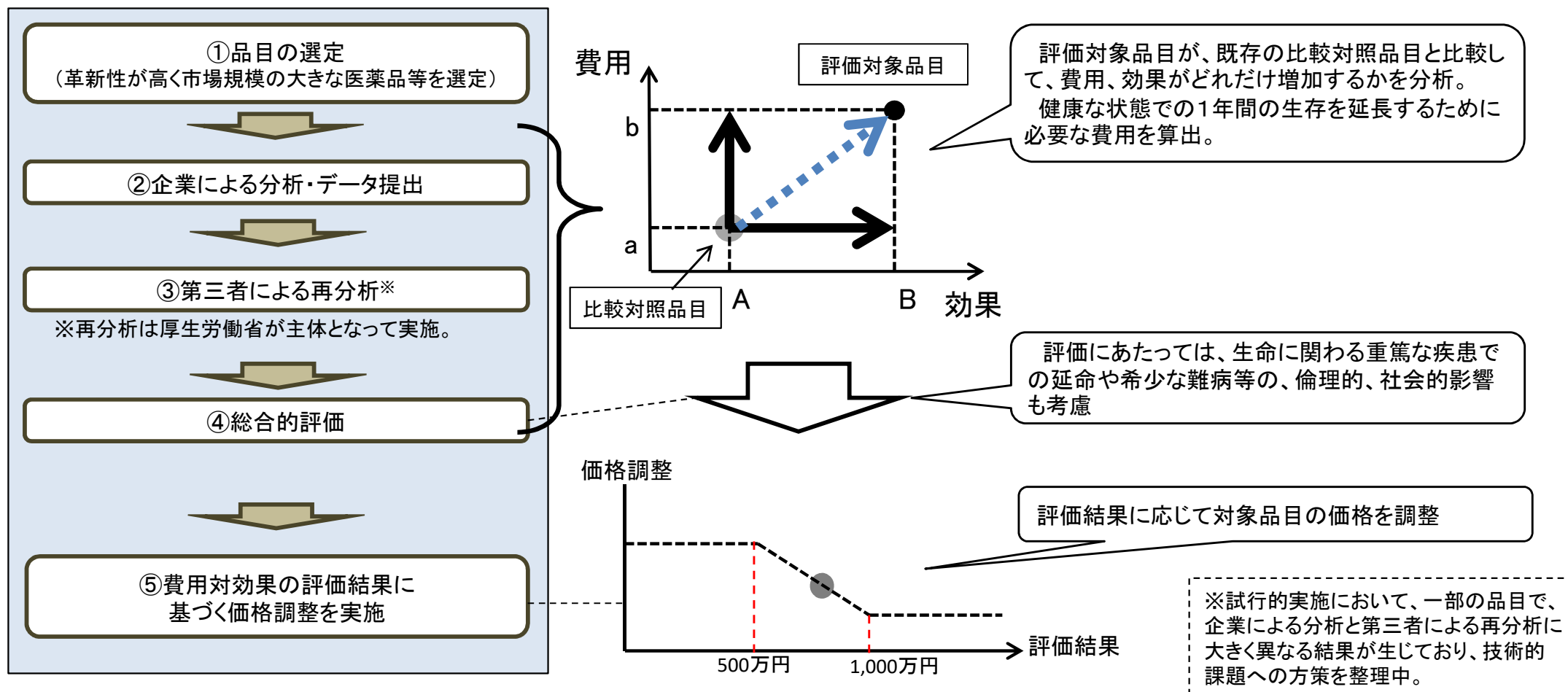
医療・福祉サービス改革関係

項目	現状（現状の取組・関連するデータ等）	今後の方針
「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づく取組 （骨太方針2018の関連記載） 「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。（略）費用対効果評価については本格実施に向けてその具体的内容を引き続き検討し、2018年度中に結論を得る。毎年薬価調査・毎年薬価改定に関しては、2019年度、2020年度においては、全品目の薬価改定を行うとともに、2021年度における薬価改定の対象範囲について、この間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、2020年中にこれらを総合的に勘案して、決定する。また、2020年度の薬価改定に向けて、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、所要の措置を検討する。	【費用対効果評価】 ○ 費用対効果評価の本格実施に向け中央社会保険医療協議会において、検討課題（対象品目の選定、企業によるデータ提出、再分析、総合的評価、価格調整等）について論点の整理及び議論を行っているところ。 【毎年薬価調査・毎年薬価改定】 ○ 毎年薬価調査・毎年薬価改定については、現在2年に1回行われている薬価調査に加え、その間の年においても、大手事業者等を対象に調査を行い、価格乖離の大きな品目について薬価改定を行うとされている。 ○ 2018年度から2020年度までの3年間継続して、全品目の薬価改定が行われることから、この間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、2020年中にこれらを総合的に勘案して具体的な範囲を決定することとされている。 【2020年度薬価改定に向けた検討】 ○ 2018年度の薬価制度の抜本改革において、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現する観点から、新薬創出等加算の抜本的な見直しや、長期収載品の薬価の見直し等を行った。	【費用対効果評価】 ○ 費用対効果評価については、技術的課題への対応を整理しつつ、関係業界からのヒアリングも実施し、検討課題について2018年度中に結論を得る。 【毎年薬価調査・毎年改定】 ○ 2019年度～2021年度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について把握し、2020年中に具体的な対象品目の範囲を決定する予定。 【2020年度薬価改定に向けた検討】 ○ 2018年度診療報酬改定の影響の検証等を行い、次期診療報酬改定に向けて引き続き検討を行う。
調剤報酬の在り方について検討 （骨太方針2018の関連記載） 患者本位の医薬分業を実現し、地域において薬局が効果的・効率的にその役割を果たすことができるよう、調剤報酬の在り方について引き続き検討する。	○ 2018年度診療報酬改定において、かかりつけ薬剤師の要件の見直し及び評価の引き上げ、地域医療に貢献する薬局の評価の新設を行うとともに、いわゆる大型門前薬局等の調剤基本料の引き下げや対象範囲の見直し等を実施。	○ 2018年度診療報酬改定の影響の調査・検証等を行い、次期診療報酬改定に向けて引き続き検討を行う。

費用対効果評価の試行的実施の概要

- 費用対効果評価については、原価計算方式を含め、市場規模の大きい医薬品・医療機器を対象に、費用対効果进行分析し、その結果に基づき薬価等を改定する仕組みを導入する。
- これに向けて、試行的実施の対象となっている13品目について、これまでの作業結果を踏まえ、平成30年4月から価格調整を実施するとともに、試行的実施において明らかになった技術的課題（※）への対応策を整理する。
- 併せて、本格実施に向けて、その具体的内容について引き続き検討し、平成30年度中に結論を得る。

【費用対効果評価の手順】



※導入に当たっては、我が国では、国民皆保険の下、有効性・安全性等が確立された医療は基本的に保険適用していることから、費用対効果評価の結果は、価格調整に用いることとし、保険償還の可否の判断には用いない。

改革の方向性

<薬価調査の対象範囲>

- 市場実勢価格を適時に薬価に反映して国民負担を抑制するため、2年に1度の薬価改定の間の年度（薬価改定年度）において、全ての医薬品卸から、大手事業者を含め調査対象を抽出し、全品目の薬価調査を実施することとし、その結果に基づき、薬価を改定する。

<対象品目の範囲>

- 対象品目の範囲については、平成33年度（2021年度）に向けて※、安定的な医薬品流通が確保されるよう、国が主導し、単品単価契約、早期妥結、一次売差マイナスの是正等を積極的に推進し、流通改善に取り組むことにより、薬価調査が適切に実施される環境整備を図りつつ、国民負担の軽減の観点から、できる限り広くすることが適当である。

*平成31年（2019年）は、消費税率の引上げが予定されており、全品目の薬価改定が行われるため、薬価改定年度の最初の年は平成33年度（2021年度）となる。

- 平成30年度（2018年度）から平成32年度（2020年度）までの3年間継続して、全品目の薬価改定が行われることから、この間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、平成32年（2020年）中にこれらを総合的に勘案して、具体的な範囲を設定する。

（参考） 対象品目の範囲と医療費への影響（試算※）

ア）平均乖離率2.0倍以上（約31百品目、全品目の約2割）	▲500～800億円程度
イ）平均乖離率1.5倍以上（約50百品目、全品目の約3割）	▲750～1,100億円程度
ウ）平均乖離率1.2倍以上（約66百品目、全品目の約4割）	▲1,200～1,800億円程度
エ）平均乖離率1倍超（約81百品目、全品目の約5割）	▲1,900～2,900億円程度

※ これまでの2年分の価格乖離の1/2～3/4が薬価改定年度に発生するものと仮定して、27年度の薬価調査実績に基づき試算

かかりつけ薬剤師の推進

かかりつけ薬剤師の適切な推進

- 当該指導料を算定しようとする薬剤師本人が次に掲げる全ての事項を説明した上で、患者の同意を得る。
 - ア かかりつけ薬剤師の業務内容
 - イ かかりつけ薬剤師を持つことの意義、役割等
 - ウ かかりつけ薬剤師指導料の費用
 - エ 当該指導料を算定しようとする薬剤師が、当該患者がかかりつけ薬剤師を必要とすると判断した理由
- 患者に同意書へのかかりつけ薬剤師に希望する事項及び署名の記載を求める。
- かかりつけ薬剤師に関する情報を文書により提供する。
- 同意取得は、当該薬局に複数回来局している患者に行う。

同意書の様式(例)

かかりつけ薬剤師指導料について

《かかりつけ薬剤師が実施すること》

- 1 安心して薬を使用していただけるよう、使用している薬の情報を一元的・継続的に把握します。
- 2 お薬の飲み合わせの確認や説明などは、かかりつけ薬剤師が担当します。
- 3 お薬手帳に、調剤した薬の情報を記入します。
- 4 処方医や地域の医療に関わる他の医療者(看護師等)との連携を図ります。
- 5 開局時間内／時間外を問わず、お問い合わせに応じます。
- 6 血液検査などの結果を提供いただいた場合、それを参考に薬学的な確認を行います。
- 7 調剤後も、必要に応じてご連絡することがあります。
- 8 飲み残したお薬、余っているお薬の整理をお手伝いします。
- 9 在宅での療養が必要となった場合でも、継続してお伺いすることができます。
- 10 次回から、かかりつけ薬剤師指導料を算定します。

《薬学的観点から必要と判断した理由》(薬剤師記入欄)

《かかりつけ薬剤師に希望すること》(患者記入欄)

- | | |
|---|---|
| ☐ 薬の一元的・継続的な把握 | ☐ 他の医療関係者との連携 |
| ☐ 薬の飲み合わせなどのチェック | ☐ 飲み残した場合の薬の整理 |
| ☐ 薬に関する丁寧な説明 | ☐ 調剤後のフォロー |
| ☐ 時間外の電話相談 | ☐ 在宅療養が必要になった場合の対応 |
| ☐ その他() | |

かかりつけ薬剤師()に関する情報

【経歴】

【認定薬剤師、専門薬剤師資格】

【修了した研修】

【論文、学会発表の実績】

【所属学会・団体、その他】

【連絡先】



- かかりつけ薬剤師は、患者から血液検査などの結果の提供がある場合に、それを参考に薬学的管理・指導を行うことを明確化。
- かかりつけ薬剤師指導料等の算定実績がある場合に調剤基本料の特例対象から除く取扱いを廃止する。

かかりつけ薬剤師の推進

かかりつけ薬剤師の要件の見直し

- かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準について、当該保険薬局における在籍期間の要件等を見直す。
- 一つの保険薬局に常勤している薬剤師が、育児・介護休業法に定める短時間勤務を行う際の例外規定を設ける。

現行

【かかりつけ薬剤師指導料】
【かかりつけ薬剤師包括管理料】
[施設基準]
以下の要件を全て満たす保険薬剤師が配置されている。
(1)以下に掲げる勤務要件等を有している。
ア、イ (略)
ウ 施設基準の届出時において、当該保険薬局に6月以上在籍していること。

改定後

【かかりつけ薬剤師指導料】
【かかりつけ薬剤師包括管理料】
[施設基準]
以下の要件を全て満たす保険薬剤師が配置されている。
(1)以下に掲げる勤務要件等を有している。
ア、イ (略)
ウ 施設基準の届出時において、当該保険薬局に1年以上在籍していること。

平成30年9月30日までは6ヶ月以上で可

現行

【かかりつけ薬剤師指導料】
【かかりつけ薬剤師包括管理料】
[施設基準]
当該保険薬局に週32時間以上勤務している。

改定後

【かかりつけ薬剤師指導料】
【かかりつけ薬剤師包括管理料】
[施設基準]
当該保険薬局に週 32時間以上(32時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、育児・介護休業法の規定により労働時間が短縮された場合にあっては、週 24時間以上かつ週4日以上である場合を含む。)勤務している。

短時間勤務の保険薬剤師のみでの届出不可

かかりつけ薬剤師・薬局の評価

1. かかりつけ薬剤師の評価

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

改訂前

かかりつけ薬剤師が行う服薬指導

(新) かかりつけ薬剤師指導料 70点

(新) かかりつけ薬剤師包括管理料 270点

かかりつけ薬剤師以外の薬剤師が行う服薬指導

薬剤服用歴管理指導料 50点/38点



改定後

かかりつけ薬剤師が行う服薬指導

(新) かかりつけ薬剤師指導料 73点

(新) かかりつけ薬剤師包括管理料 280点

かかりつけ薬剤師以外の薬剤師が行う服薬指導

薬剤服用歴管理指導料 53点/41点

地域医療に貢献する薬局の評価

地域支援体制加算の新設

- かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局について、夜間・休日対応等の地域支援の実績等を踏まえた評価を新設する。

(新) 地域支援体制加算 35点

○地域支援体制加算の施設基準

(1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績
(2) 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っている
(3) 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している
(4) 一定時間以上の開局
(5) 十分な数の医薬品の備蓄、周知
(6) 薬学的管理・指導の体制整備、在宅に係る体制の情報提供
(7) 24時間調剤、在宅対応体制の整備
(8) 在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制
(9) 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
(10) 医療安全に資する取組実績の報告
(11) 集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合50%以上

地域医療に貢献する体制を有することを示す実績

1年に常勤薬剤師1人当たり、以下の全ての実績を有すること。

① 夜間・休日等の対応実績	400回
② 麻薬指導管理加算の実績※	10回
③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績	40回
④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績	40回
⑤ 外来服薬支援料の実績	12回
⑥ 服用薬剤調整支援料の実績※	1回
⑦ 単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績	12回
⑧ 服薬情報等提供料の実績	60回

※ 経過措置として、②は平成30年9月末までは1回で可、⑥は平成30年9月末までは当該基準を適用しないこととしている。

調剤基本料1を算定している保険薬局については、下記の基準を全て満たすこととし、(1)を適用しない。

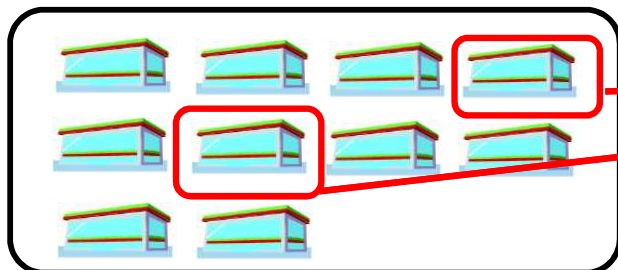
- ① 麻薬小売業者の免許を受けていること。
- ② 在宅患者薬剤管理の実績を有していること。
- ③ かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること。

○基準調剤加算は廃止する

いわゆる門前薬局等の評価の見直し(特例の拡大)

- 大型門前薬局の評価の適正化のため、薬局グループ全体の処方箋回数が月4万回超のグループに属する保険薬局のうち、
①特定の医療機関からの処方箋集中率が極めて高い保険薬局又は②医療機関と不動産の賃貸借関係にある保険薬局の
調剤基本料を引き下げる。また、特に大型の門前薬局について、更なる評価の見直しを行う。

【薬局グループ】 ⇒ グループ全体の処方箋受付回数が月4万回超



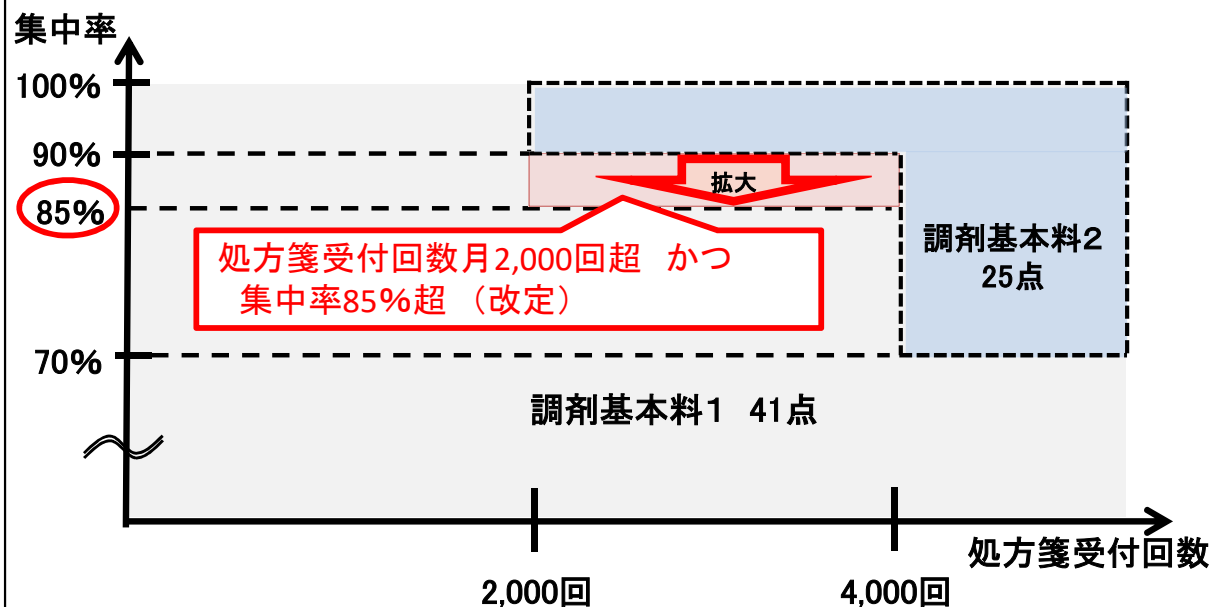
調剤基本料3-イ (グループ全体4万回超から40万回以下) 20点

- ①処方箋集中率が95%超の薬局 ⇒ **集中率が85%超の薬局(改正)**
- ②特定の医療機関と間で不動産の賃貸借取引がある薬局

(新) 調剤基本料3-ロ (グループ全体40万回超) 15点

- ①処方箋集中率が85%超の薬局
- ②特定の医療機関と間で不動産の賃貸借取引がある薬局

- 処方箋受付回数・集中率による現行の調剤基本料の特例範囲を拡大する。



調剤基本料2 25点

- ・処方箋受付回数月4,000回超 かつ 集中度70%超
- ・処方箋受付回数月2,000回超 かつ 集中度90%超
- ⇒ **処方箋受付回数月2,000回超 かつ 集中度85%超 (改正)**

調剤基本料2 25点

- ・特定の医療機関からの処方箋受付回数が月4,000回超 (集中度にかかわらず対象)
- 上記に以下の場合を追加
- ① 当該保険薬局の所在する建物内に複数保険医療機関が所在する場合にあっては、当該保険医療機関からの処方箋を全て合算した回数が月4,000回を超える場合。
- ② 同一グループに属する他の保険薬局において、保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が最も高い保険医療機関が同一の場合は、当該他の保険薬局の処方箋を含めた受付回数が月4,000回を超える場合。

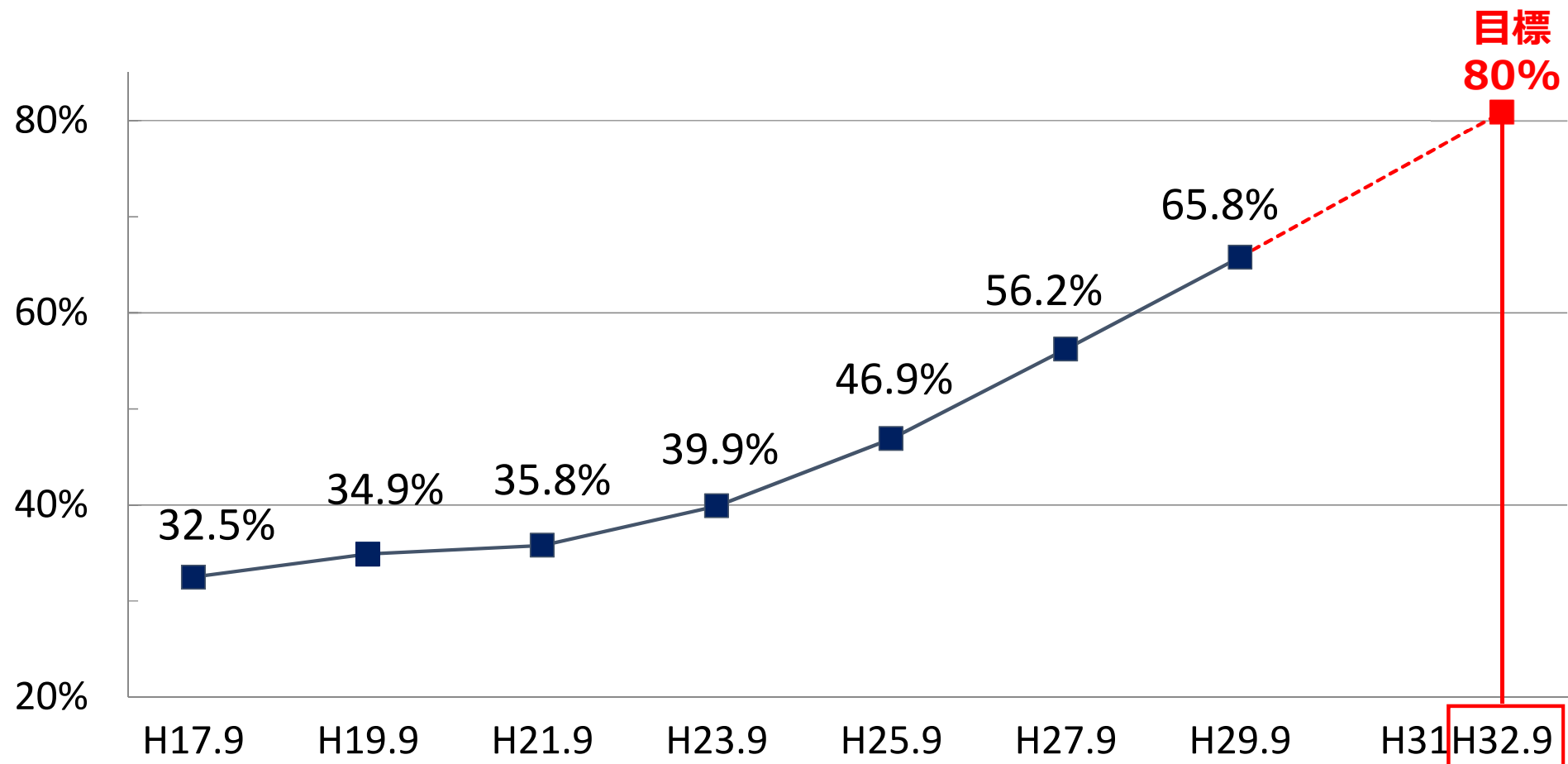
医療・福祉サービス改革関係

項目	現状（現状の取組・関連するデータ等）	今後の方針
後発医薬品の使用促進 （骨太方針2018の関連記載） 後発医薬品の使用促進についても引き続き取り組む。	（関連するデータ） ○ 後発医薬品の使用割合：65.8% （2017年9月（薬価調査）） （現状の取組） ○ 後発医薬品の使用は進んできているが、80%目標達成に向けた更なる取組が必要。 ○ 後発医薬品の使用割合は、都道府県間でばらつきが見られるため、後発医薬品の使用促進が進んでいない都道府県から9府県を重点地域に選定（2018年7月）し、当該地域において個別の問題点を調査・分析し、課題を解決するための事業を実施。 ○ 2018年6月に生活保護法を改正し、医療扶助における後発医薬品使用を原則化した（同年10月1日施行）。 ○ 2018年度診療報酬改定において、先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄名にこだわらない一般名処方の方の更なる推進や医療機関、薬局において後発医薬品使用割合等が高い場合に算定することができる加算の見直しを実施。 ○ 次のような対策を通じて、医療保険者による使用促進の取組を推進。 ・ 保険者インセンティブ制度で、「保険者による後発医薬品の使用割合」を評価指標とする（2018年度～） ・ 2018年度実績から、全ての保険者の使用割合を公表（2018年度末に公表開始予定） ○ 年間900品目を目標に市場で流通する製品の品質確認検査を行い、その結果を2017年3月から医療用医薬品最新品質情報集(ブルーブック)に順次作成・公表。	○ 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 ○ 改正生活保護法について、今後も引き続き円滑な施行に努めていく。 ○ 2018度診療報酬改定の影響の調査・検証等を行い、次期診療報酬改定に向けた議論の中で、後発医薬品の更なる使用促進策について引き続き検討を行う。 ○ 後発医薬品の品質に対する更なる信頼性向上のため、市場で流通する製品の品質確認検査を継続し、その結果を、医療用医薬品最新品質情報集（ブルーブック）に2020年度までに集中的に順次追加・公表

後発医薬品の使用割合の推移と目標

「経済財政運営と改革の基本方針2017」（平成29年6月9日閣議決定）（抄）

⑦薬価制度の抜本改革、患者本位の医薬分業の実現に向けた調剤報酬の見直し、薬剤の適正使用等
2020年（平成32年）9月までに、後発医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する。



注) 「使用割合」とは、後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の使用割合をいう。

厚生労働省調べ

- 後発医薬品の使用割合については、都道府県ごとに差が生じている。
- 後発医薬品の使用が進んでいない都道府県を重点地域として選定し、各地域で対応すべき課題を調査分析。その結果を踏まえ、各地域の課題解決に向けた事業を実施。

〔 平成30年度は、都道府県別の後発品の数量シェア及び薬剤料の状況等を勘案して、**神奈川県、山梨県、愛知県、京都府、大阪府、広島県、徳島県、高知県、福岡県**を選定。〕

※ 東京都にも同様の取り組みを要請

（１）各地域で対応すべき課題の調査分析

- 厚生労働省が、都道府県の数量シェアや薬剤費の規模を踏まえて、重点地域を選定
- 選定された都道府県は、その地域で対応すべき課題を調査分析

（調査分析の例）

- 市町村別の使用率を調査し、県内で使用が進んでいない地域を把握
- 使用率の低い地域において、医師、薬剤師、患者等を調査し、阻害要因を分析
- 薬局の調剤状況、医療機関の採用状況、患者の処方状況等を調査し、阻害要因を分析

（２）課題解決に向けた事業の実施

- 選定された都道府県は、調査分析で明らかとなった課題を解決するための事業を実施

（事業の例）

- 品質に対する不安の類型に応じたきめ細やかな工場見学コースの設定
- 使用が進んでいない薬局において、調剤を拒否する患者への働きかけを強化
- 使用が進んでいない地域において、品質の信頼性に関する医療従事者向けセミナーを開催

薬局における後発医薬品の使用促進

- 後発医薬品調剤体制加算について、後発品の数量割合の基準を引き上げ、数量割合に応じた評価に見直す。

改定前		
調剤数量割合	65%以上	18点
	75%以上	22点



改定後		
調剤数量割合	<u>75%以上</u>	18点
	<u>80%以上</u>	22点
	<u>85%以上</u>	<u>26点</u>

- 後発医薬品の数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定を設ける。

(新)後発医薬品の数量シェアが著しく低い薬局の調剤基本料の減算(20%以下) 2点減算

ただし、以下の場合は含まない。

- ① 処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局
- ② 当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ない場合

処方箋受付回数が1月に600回を超える保険薬局は地方厚生局への報告が必要(年1回)

直近1ヶ月の処方箋受付回数のうち先発用医薬品変更不可のある処方箋の受付回数が5割以上

- 薬局における後発医薬品の数量割合

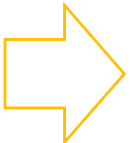


※1:「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

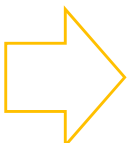
※2:「新指標」=〔後発医薬品の数量〕/〔〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕+〔後発医薬品の数量〕〕(「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で定められた目標に用いた指標)。

後発医薬品使用体制加算の見直し

- 一般名処方加算について、一般名による処方が後発医薬品の使用促進に一定の効果があるとの調査結果等を踏まえ、より一般名による処方が推進されるよう、評価を見直す。

現行			改定後	
一般名処方加算1	3点		一般名処方加算1	<u>6点</u>
一般名処方加算2	2点		一般名処方加算2	<u>4点</u>

- 医療機関における後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、新たな数量シェア目標を踏まえ要件を見直す。

現行			改定後	
後発医薬品使用体制加算1(70%以上)	42点		後発医薬品使用体制加算1(<u>85%以上</u>)	<u>45点</u>
後発医薬品使用体制加算2(60%以上)	35点		後発医薬品使用体制加算2(<u>80%以上</u>)	<u>40点</u>
後発医薬品使用体制加算3(50%以上)	28点		後発医薬品使用体制加算3(<u>70%以上</u>)	<u>35点</u>
			後発医薬品使用体制加算4(<u>60%以上</u>)	<u>22点</u>

現行			改定後	
外来後発医薬品使用体制加算1(70%以上)	4点		外来後発医薬品使用体制加算1(<u>85%以上</u>)	<u>5点</u>
外来後発医薬品使用体制加算2(60%以上)	3点		外来後発医薬品使用体制加算2(<u>75%以上</u>)	<u>4点</u>
			外来後発医薬品使用体制加算3(<u>70%以上</u>)	<u>2点</u>

- DPC制度(DPC/PDPS)における後発医薬品係数の見直しの伴い、後発医薬品使用体制加算の対象にDPC対象病棟入院患者を追加し、評価対象患者を拡大する。(DPC制度の後発医薬品係数では入院患者のみがその対象であったが、後発医薬品使用体制加算の対象には外来患者も含まれる。)

項目	改革工程表における記述	経済財政運営と改革の基本方針2018における記述	医療保険部会における主な意見	厚生労働省の考え方
外来受診時の定額負担	上記以外の措置（選定療養による定額負担の対象となる医療機関の範囲の見直し）として、病院・診療所間の機能分化や医療保険財政の持続可能性の観点等を踏まえつつ、かかりつけ医の普及を進めるとともに、かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入を含め、外来受診時の定額負担の在り方について、関係審議会等においてさらに検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる	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。	・ 受診抑制を招き、重症化につながることを懸念している。紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担が導入されたばかりなので、まずはその状況を見るべきではないか。 ・ かかりつけ医は、地域医療構想の実現や地域包括ケアの推進のために重要であるが、何をもって「かかりつけ医以外」とするか不明確なため、慎重な対応が必要。 ・ 平成14年健保法改正法附則第2条に反するものであり新たに定額負担を求めることは反対である。	「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」こととされていることを踏まえ、定額負担の在り方について、関係者の意見等を考慮しつつ、引き続き、医療保険部会において検討する。
後期高齢者の窓口負担	医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方について、70歳から74歳の窓口負担の段階的な引上げの実施状況等も踏まえつつ、関係審議会等において検討し、結論	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。	・ 年金収入のみの方にとって、医療費を支払うことは負担であり、負担を引き上げるべきではない。 ・ 支える現役世代の負担や制度の持続可能性を考えると、窓口負担の引き上げはやむをえない。	「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」こととされていることを踏まえ、窓口負担の在り方について、関係者の意見等を考慮しつつ、引き続き、医療保険部会において検討する。

項目	改革工程表における記述	経済財政運営と改革の基本方針2018における記述	医療保険部会における主な意見	厚生労働省の考え方
薬剤自己負担	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等を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き関係審議会等において検討し、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等を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。	- セルフメディケーションを推進していく観点から、スイッチ OTC 化された医療用医薬品については、給付率の引下げでなく、保険適用から外すべき。 - 平成 14 年改正法附則の趣旨から保険外しは反対。特に高齢者は服薬管理の問題もあり、慎重に考えるべき。 - まずは、後発品の使用促進や不適切な重複投薬や多剤投薬等の削減に努めて薬剤費を下げていくべき。	「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等を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から」検討することとされていることを踏まえ、自己負担の在り方について、関係者の意見等を考慮しつつ、引き続き、医療保険部会において検討する。
金融資産を勘案した負担	マイナンバーの導入等の正確な金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、引き続き、医療保険制度における負担への反映方法について関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる	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。	- 現状では金融資産を正確に把握する仕組みはなく、自己申告ベースである。 - 福祉的な性格を有する介護保険の補足給付における資産把握とは異なるのではないか。	「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」こととされていることを踏まえ、負担の在り方について、実務上の見通しや関係者の意見等を考慮しつつ、引き続き、医療保険部会において検討する。

※「現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図るための課題」については対応済

当面对応が必要な課題

(保険者機能の発揮のための基盤強化に向けて)

平成30年11月14日
厚生労働省

○経済財政運営と改革の基本方針2017 ～人材への投資を通じた生産性向上～

(平成29年6月9日閣議決定) 抜粋

第3章 経済・財政一体改革の進捗・推進

3. 主要分野ごとの改革の取組

(1) 社会保障

④ 健康増進・予防の推進等

個人・患者本位で最適な健康管理・診療・ケアを提供する基盤として、健康・医療・介護のビッグデータを連結し、医療機関や保険者、研究者、民間等が活用できるようにするとともに、国民の健康管理にも役立てる「保健医療データプラットフォーム」や、自立支援等の効果が科学的に裏付けられた介護を実現するため、必要なデータを収集・分析するためのデータベースについて、2020年度(平成32年度)の本格運用開始を目指す。

○未来投資戦略2018—「Society 5.0」「データ駆動型社会」への変革—

(平成30年6月15日閣議決定) 抜粋

第2 具体的施策

I. 「Society 5.0」の実現に向けて今後取り組む重点分野と、変革の牽引力となる「フラッグシップ・プロジェクト」等

[1]「生活」「産業」が変わる

2. 次世代ヘルスケア・システムの構築

(3) 新たに講ずべき具体的施策

i) 個人にあった健康・医療・介護サービス提供の基盤となるデータ利活用の推進

⑤ビッグデータとしての健康・医療・介護情報解析基盤の整備

行政・保険者・研究者・民間等が、健康・医療・介護のビッグデータを個人のヒストリーとして連結・分析できる解析基盤について、本年度から詳細なシステム設計に着手し、平成32年度から本格稼働する。

NDB、介護DBの概要

＜両DB共通の性質＞

- ・医療保険（NDB）、介護保険（介護DB）の請求等に係るデータを国が悉皆的に収集。国への提出前に匿名化。
- ・サービスの利用分析、提供体制分析、保健医療・福祉分野等の学術的な分析等における有用性に期待。
- ・保険者、医療・介護関係者等のデータベース構築に関わる関係主体の理解・協力を得て、公益目的で利用。

DB	NDB	介護DB
収集している情報	・医療レセプト（約148.1億件、H21.4～） ・特定健診データ（約2.3億件、H20.4～） ※平成30年3月末時点	・介護レセプト（約8.6億件、H24.4～） ・要介護認定情報（約5千万件、H21.4～） ※平成30年3月末時点
主な情報項目	＜レセプト＞ 傷病名、投薬、診療開始日、診療実日数、検査 等 ＜特定健診＞ 健診結果、保健指導レベル	＜レセプト＞ サービスの種類、単位数、要介護認定区分 等 ＜要介護認定情報＞ 要介護認定一次、二次判定情報
収集根拠	高齢者医療確保法第16条	介護保険法第118条の2
主な用途	・医療費適正化計画の作成、実施、評価 ・医療計画、地域医療構想の策定	・市町村介護保険事業計画の作成、実施、評価 ・都道府県介護保険事業支援計画の作成、実施、評価
第三者提供	有識者会議の審査を経て実施（H23年度～） 提供対象者：国、自治体、独法、大学、保険者の中央団体、 医療の質向上を目的とする公益法人等の研究者に提供	有識者会議の審査を経て実施（H30年度～開始予定） 提供対象者：国、自治体、独法、大学、保険者の中央団体、 国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上等を目的とする公益法人等の研究者に提供
匿名性	匿名（※国への提出前に匿名化、個人が特定可能な情報を削除して収納）	

NDB、介護DBに対する新たな要請と今後の検討

新たな要請

- NDB、介護DBに対しては、経済財政諮問会議等において、
 - ・ 医療と介護のレセプトデータを全国的に連結すること（平成28年5月 経済財政諮問会議 総理発言）
 - ・ 健康・医療・介護のビッグデータを連結し、医療機関や保険者、研究者、民間等が活用できるようにすること（経済財政運営と改革の基本方針2017（平成29年6月9日閣議決定））等の期待が示されている。
- これらの期待の背景には、
 - ・ 団塊の世代が75歳を迎える2025年を節目を念頭に、効果的・効率的な医療介護提供体制や地域包括ケアシステムの構築の推進に向けた、医療と介護の双方にかかる課題の分析に対する期待
 - ・ NDB、介護DB以外の目的別のデータベースの整備の進捗を踏まえた新たな解析への期待などが挙げられる。

今後の検討

以下について、NDB、介護DBに関する特質を踏まえた検討が必要。

- ① 地域における効果的・効率的で質の高い医療・介護の提供体制や地域包括ケアシステムの構築等の観点から、現在、個々に収集、管理、分析が行われているNDBと介護DBで保有する情報について、連結解析を可能とすること
- ② DPCデータ及びその他の公的データベースとの関係整理
- ③ ①、②に即した第三者提供の枠組みの整理

参考

○経済財政諮問会議における総理発言（平成28年5月11日 第8回経済財政諮問会議における安倍総理大臣発言抜粋）

社会保障については、医療・介護分野における徹底的な『見える化』を行い、給付の実態や地域差を明らかにすることにより、より効果的で効率的な給付を実現していきます。このため、塩崎大臣におかれては、医療や介護のレセプトデータを全国的に連結し、社会保障給付費を効率化していくための具体案を諮問会議に報告していただきたいと思います。

○経済財政運営と改革の基本方針2017 ～人材への投資を通じた生産性向上～（平成29年6月9日閣議決定）抜粋

第3章 経済・財政一体改革の進捗・推進 3. 主要分野ごとの改革の取組（1）社会保障 ④ 健康増進・予防の推進等

個人・患者本位で最適な健康管理・診療・ケアを提供する基盤として、健康・医療・介護のビッグデータを連結し、医療機関や保険者、研究者、民間等が活用できるようにするとともに、国民の健康管理にも役立てる「保健医療データプラットフォーム」や、自立支援等の効果が科学的に裏付けられた介護を実現するため、必要なデータを収集・分析するためのデータベースについて、2020年度（平成32年度）の本格運用開始を目指す。

○未来投資戦略2018（平成30年6月15日閣議決定）

行政・保険者・研究者・民間等が、健康・医療・介護のビッグデータを個人のヒストリーとして連結・分析できる解析基盤について、本年度から詳細なシステム設計に着手し、平成32年度から本格稼働する。

NDB及び介護DB情報等の連結解析基盤に関する検討状況

○有識者会議における検討

- ・NDB及び介護DB情報等の連結解析基盤に関して、法的・技術的な論点について整理するため、**有識者会議で検討。**
※NDB、介護DBの双方に精通した有識者等により構成。
- ・同有識者会議の検討状況は、**社会保障審議会医療保険部会に報告。制度面等の観点から議論。**

＜有識者会議における主な検討事項＞

- (1) 個人情報保護法制等との関係
- (2) データの収集・利用目的、対象範囲
- (3) 第三者提供
- (4) 費用負担
- (5) 実施体制
- (6) 技術面の課題（セキュリティの確保等を含む。）

○検討スケジュール

- ・4月 19日 医療保険部会開催
- ・5月 16日 第1回有識者会議開催
- ・5月 30日 第2回
- ・6月 14日 第3回
- ・6月 28日 第4回
- ・7月 12日 第5回
- ・7月 19日 「議論の整理-NDBと介護DBの連結解析について-」を取りまとめ、医療保険部会、介護保険部会に報告。
- ・9月 6日 第6回
- ・9月 27日 第7回
- ・10月25日 第8回
- ・11月15日 第9回（予定）報告書（案）について議論
⇒報告書を取りまとめ、医療保険部会、介護保険部会に報告、議論（予定）

医療保険及び介護保険における請求事務等に係るデータを、二次利用の目的で悉皆的に収集するという類似性を有するNDB及び介護DBの連結について先行して検討。

保健医療分野の他の公的データベースとの関係の整理等について検討。

構成員	
石川 広己	公益社団法人日本医師会常任理事
遠藤 久夫	国立社会保障・人口問題研究所所長
海老名 英治	栃木県保健福祉部保健医療監
田中 弘訓	高知市健康福祉部副部長
樋口 範雄	武蔵野大学法学部特任教授
松田 晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学教授
松山 裕	東京大学大学院医学系研究科 公共健康医学専攻生物統計学教授
武藤 香織	東京大学医科学研究所ヒトゲノム解析センター 公共政策研究分野教授
棟重 卓三	健康保険組合連合会理事
山本 隆一	一般財団法人医療情報システム開発 センター理事長

医療・介護データ等の解析基盤に関する有識者会議

中間取りまとめ（「これまでの議論の整理-NDBと介護DBの連結解析について-」（7月19日））概要

基本的視点

- ・ NDB、介護DBは、**医療・介護保険の請求等に係るデータを国が悉皆的に収集**するもの。（**国への提出前に匿名化。**）
- ・ **サービスの利用分析、提供体制分析、保健医療・福祉分野等の学術的な分析等における有用性**に期待。
- ・ 保険者、医療・介護関係者等の**データベース構築に関わる関係主体の理解・協力を得て構築**されており、**本人特定がされないこと（＝匿名性の確保）、本来目的を損なわないこと、関係主体の理解を得られること**が前提

今後の方向性

【データの収集・利用目的、対象範囲】

- ・ NDB、介護DBの収集・利用目的について、双方の範囲の整合性にも留意し、法の規定を整備。
- ・ 連結解析に係る第三者提供に関しても、提供前の個別審査や成果の公表前確認等を前提に実施。
- ・ 第三者提供の枠組みを法定化（個別審査、不適切事案への対応等）

【第三者提供】

- ・ 将来の利用ニーズの増加に対応するため、情報の提供に係る迅速な審査等、迅速な提供のための取組を実施。
- ・ 標準的な項目の定期的な公表（オープンデータ）や試行的利用のためのデータセットの在り方について検討。

【実施体制】

- ・ 将来の利用ニーズの増加や多様化・高度化に対応するため、下記の機能のあり方を検討。
 - ① 保守・管理、第三者提供業務等の基本的な役割を効果的・効率的に実施する機能
 - ② データ解析機能の充実、データ解析に係る人材養成等の研究利用に応えるための機能
- ・ 上記の機能について、国が自ら実施するか、他の主体に委ねることが適当か、整理、検討。

【費用負担】

- ・ データベースの保有主体である国が基本的部分に対応。
- ・ 第三者提供については、個々の受益やコストが発生することを踏まえ、費用負担を検討。

【技術面の課題】

- ・ 医療保険、介護保険の両制度で共通収集する情報項目を基に共通識別子（連結キー）を生成し、連結解析を実施。
- ・ 連結精度向上の方策（個人単位被保険者番号の活用等）について、費用対効果等に留意して検討。

【今後の検討の進め方】

- ・ 第三者提供の運用方法、実施体制や費用負担等について本年秋を目途に引き続き検討。
- ・ DPC等の保健医療分野の他の公的データベースとの関係について、各データベースの関係者のニーズや匿名での連結解析のための技術的対応可能性等の観点から本年秋を目途に検討。

○経済財政運営と改革の基本方針2018～少子高齢化の克服による持続的な成長経路の実現～ (平成30年6月15日閣議決定)抜粋

第3章 「経済・財政一体改革」の推進

4. 主要分野ごとの計画の基本方針と重要課題

(1) 社会保障

(予防・健康づくりの推進)

高齢者の通いの場を中心とした介護予防・フレイル対策や生活習慣病等の疾病予防・重症化予防、就労・社会参加支援を都道府県等と連携しつつ市町村が一体的に実施する仕組みを検討するとともに、インセンティブを活用することにより、健康寿命の地域間格差を解消することを目指す。

○まち・ひと・しごと創生基本方針2018 (平成30年6月15日閣議決定)抜粋

Ⅲ. 各分野の施策の推進

5. 時代に合った地域をつくり、安心な暮らしを守るとともに、地域と地域を連携する

(7) 地域共生社会の実現

【具体的取組】

◎疾病や健康づくりの推進による地域の活性化

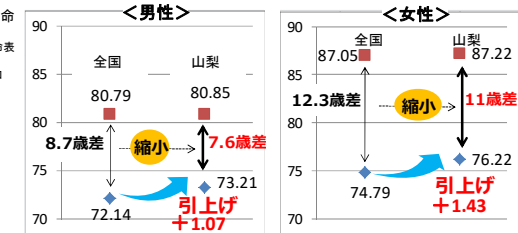
人生100年時代を見据えて健康寿命の延伸を図るため、地域における高齢者の通いの場を中心とした、介護予防・フレイル対策(運動、口腔、栄養等)や生活習慣病などの疾病予防・重症化予防を一体的に実施する仕組みを検討する。

健康寿命延伸に向けた取組

平成30年4月12日経済財政諮問会議
加藤大臣提出資料(一部改変)

平均寿命と健康寿命の差
(山梨県と全国の比較)

(出典)
平均寿命：平成27年簡易生命表、平成27年都道府県別生命表
健康寿命：平成28年簡易生命表、平成28年人口動態統計、平成28年国民生活基礎調査、平成28年推計人口



○ **健康格差の解消**により、2040年までに健康寿命を3年以上延伸、平均寿命との差の縮小を目指す。

○ 重点取組分野を設定、2つのアプローチで格差を解消。

①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

・多様な主体の連携により、無関心層も含めた予防・健康づくりを社会全体で推進。

②地域間の格差の解消

(日本健康会議等)

・健康寿命には、大きな地域間格差。地域ぐるみで取り組み、格差を解消。

※全都道府県が、健康寿命の最も高い山梨県の水準に到達すれば、**男性+1.07年、女性+1.43年**の延伸。

① 健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

② 地域間の格差の解消

重点取組分野	具体的な方向性	目指す2040年の姿
次世代の健やかな生活習慣形成等 健やか親子施策	- すべての子どもの適切な生活習慣形成のための介入手法の確立、総合的な支援 - リスクのある事例の早期把握や個別性に合わせた適切な介入手法の確立 - 成育に関わる関係機関の連携体制の構築	- 成育環境に関わらず、すべての子どもが心身ともに健やかに育まれる。 例) 低出生体重児の割合や10代の自殺死亡率を先進諸国トップレベルに改善する。
疾病予防・重症化予防 がん対策・生活習慣病対策等	- 個別・最適化されたがん検診・ゲノム医療の開発・推進、受けやすいがん検診の体制づくり - インセンティブ改革、健康経営の推進 - 健康無関心層も自然に健康になれる社会づくり(企業、自治体、医療関係者等の意識共有・連携)(日本健康会議等)	- 個々人に応じた最適ながん治療が受けられる。 - 所得水準や地域・職域等によらず、各種の健康指標の格差が解消される。
介護・フレイル予防 介護予防と保健事業の一体的実施	- 介護予防(フレイル対策(口腔、運動、栄養等)を含む)と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防を一体的に実施する枠組みの構築、インセンティブも活用 - 実施拠点として、高齢者の通いの場の充実、認知症カフェの更なる設置等 地域交流の促進	- 身近な地域で、生活機能低下防止と疾病予防・重症化予防のサービスが一体的に受けられる。 例) 通いの場への参加率 15% 認知症カフェの設置箇所数 9,500箇所

基盤整備

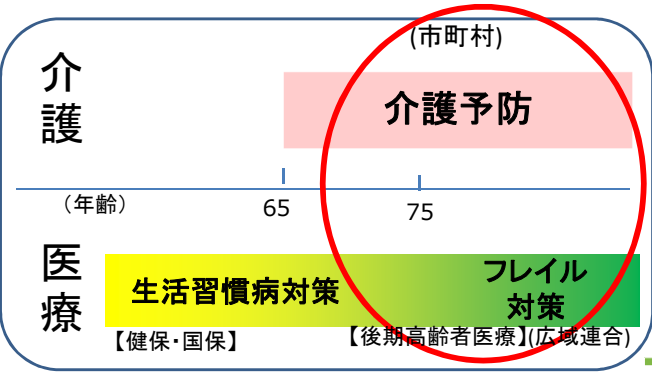
見える化

データヘルス

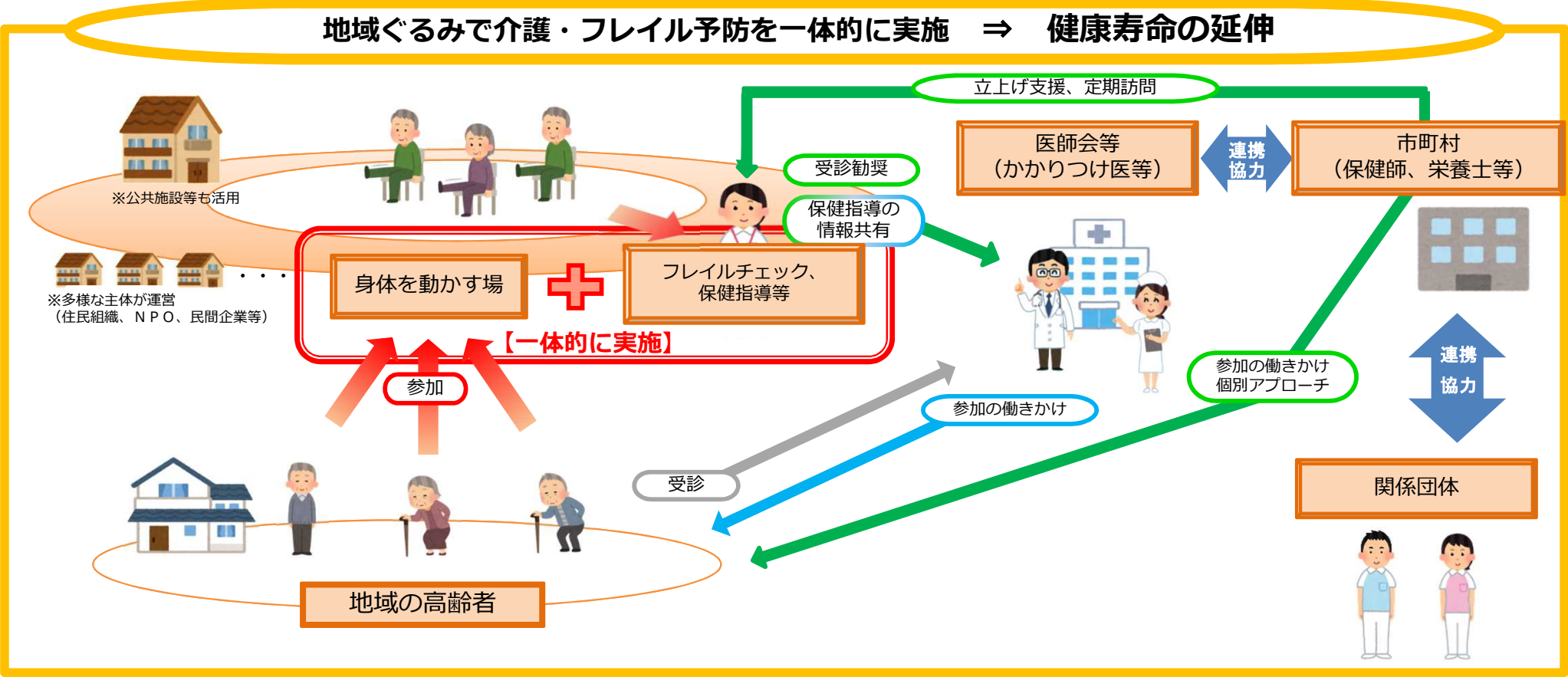
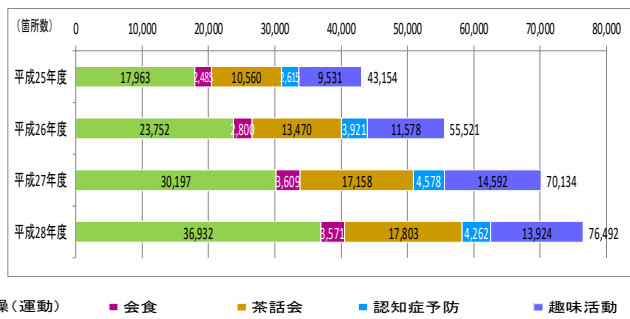
研究開発

社会全体での取組み

- 高齢者の身体を動かす場（通いの場）を中心とした介護予防（フレイル対策(運動、口腔、栄養等)を含む）と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防の一体的実施。
- 通いの場の拡大、高齢者に対して生きがい・役割を付与するための運営支援、かかりつけの医療機関等との連携。



※身体を動かす場等の箇所数



検討の進め方

○有識者会議における検討

- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関して、制度的・実務的な論点について整理するため、**有識者会議を設けて検討。**

※ 保健事業・介護予防に係る学識経験者、保険者の代表者、職能団体の代表者などにより構成。

- 同有識者会議の検討状況は、**社会保障審議会医療保険部会及び介護保険部会に報告。報告を踏まえながら、両部会において制度面・実務面の観点から議論。**

＜有識者会議における主な検討事項（案）＞

- (1) 一体的実施の意義・目的
- (2) 実施内容（効果的な支援のあり方）
- (3) 実施主体（市町村と広域連合、保険者間の役割分担）
- (4) 事業スキーム（財源、計画、P D C A等）
- (5) その他

○検討スケジュール

- 7月19日 医療保険部会開催
- 7月26日 介護保険部会開催
- 9月6日 第1回有識者会議開催
- 9月20日 第2回有識者会議開催
- 10月5日 第3回有識者会議開催
- 10月24日 第4回有識者会議開催
- 11月22日 第5回有識者会議開催（予定）
検討結果とりまとめ
⇒ 両部会に報告、議論（予定）

構 成 員 （敬称略、50音順）	
有澤 賢二	日本薬剤師会常務理事
飯島 勝矢	東京大学高齢社会総合研究機構教授
石田 路子	N P O法人高齢社会をよくする女性の会理事
遠藤 久夫	国立社会保障・人口問題研究所所長
大澤 正明	全国知事会理事（群馬県知事）
鎌田久美子	日本看護協会常任理事
河本 滋史	健康保険組合連合会常務理事
城守 国斗	日本医師会常任理事
小玉 剛	日本歯科医師会常務理事
近藤 克則	千葉大学予防医学センター社会予防医学研究部門教授
齊藤 秀樹	全国老人クラブ連合会常務理事
田中 和美	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部栄養学科教授
辻 一郎	東北大学大学院医学系研究科教授
津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センターセンター長
藤井 康弘	全国健康保険協会理事
前葉 泰幸	全国市長会副会長（三重県津市長）
山本 賢一	全国町村会副会長（岩手県軽米町長）
横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長（佐賀県後期高齢者医療広域連合長／佐賀県多久市長）

医療保険

被用者保険の保健事業 （健保組合、協会けんぽ）

- 特定健診、特定保健指導
- 任意で、人間ドック
- 重症化予防（糖尿病対策等）
保険者により、糖尿病性腎症の患者等に対して、医療機関と連携した受診勧奨・保健指導等の実施。
- 健康経営の取組
 - ・ 保険者と事業主が連携した受動喫煙対策や職場の動線を利用した健康づくりの実施。
 - ・ 加入者の健康状態や医療費等を見える化した健康スコアリングレポート等の活用。

退職等

国民健康保険の 保健事業（市町村）

- 特定健診、特定保健指導
- 任意で、人間ドック
- 重症化予防（糖尿病対策等）
 - ・ 保険者により、糖尿病性腎症の患者等に対して、医療機関と連携した受診勧奨・保健指導等の実施。
- 市町村独自の健康増進事業等と連携した取組

75歳

後期高齢者広域連合の 保健事業 （広域連合。市町村に委託・補助）

- 健康診査のみの実施がほとんど
- 一部、重症化予防に向けた個別指導等も実施

国保と後期高齢者の
保健事業の接続の必要性
（現状は、75歳で断絶）

○フレイル状態に着目した
疾病予防の取組の必要性
（運動、口腔、栄養、社会参加
等のアプローチ）

保健事業と介護予防の
一体的な実施（データ分析、
事業のコーディネート等）

65歳

介護保険の介護予防・日常生活支援総合事業等（市町村）

- 一般介護予防事業（住民主体の通いの場）
- 介護予防・生活支援サービス事業
訪問型サービス、通所型サービス、生活支援サービス（配食等）、生活予防支援事業（ケアマネジメント）

→保健事業との連携による支援メニューの充実の必要性

介護保険

○規制改革実施計画（平成30年6月15日閣議決定）抜粋

II 分野別実施事項

4. 医療・介護分野

(7)社会保険診療報酬支払基金に関する見直し

31:支部の最大限の集約化・統合化の実現

- 今年度を実施するモデル(実証)事業においては、支部の最大限の集約化・統合化を前提に、集約化の在り方(集約可能な機能の範囲、集約化の方法、集約化に伴う業務の在り方等)を早急に検証し、結論を得た上で公表する。あわせて、その検証結果を踏まえた法案を提出する。(平成30年検討・結論、平成31年措置)

最近の審査支払機関改革に係る動き

平成29年1月12日

「データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会」報告書

平成29年6月9日

「規制改革実施計画」（平成29年6月9日閣議決定）

＜主な指摘＞

- ・業務機能ごとに分解可能なコンピュータシステムの構築（平成32年度までに実施）
※ I Tシステムの企画立案に関与する政府 C I Oと連携し、その評価を受けながら推進
- ・支部の集約化・統合化の推進
- ・審査の一元化に向けた体制の整備

平成29年7月4日

「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」（厚生労働省、支払基金）

- ・審査プロセスの効率化・高度化の推進
- ・より公平な審査の実現に向けた審査基準の統一化
- ・支部機能の集約化、支払基金の組織のあり方の見直し（モデル（実証）事業の実施）

平成29年10月4日

「国保審査業務充実・高度化基本計画」（国保中央会、国保連合会）

- ・厚労省及び支払基金の審査業務改革と一体となった取組みの推進
- ・人とシステムの審査業務能力向上の好循環による審査業務の高度化・効率化の追求
- ・保険者の共同体としての特性を活かした審査業務の充実

平成30年3月1日

「審査支払機関改革における支払基金での今後の取組」（厚生労働省、支払基金）

- ※「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」や「規制改革実施計画（閣議決定）」に掲げられた改革項目を着実に実行するため、具体的な取組内容について、関係者の理解を得るために公表したもの
- ・平成31年の通常国会に関連法案を提出予定

平成30年6月15日

「規制改革実施計画」（平成30年6月15日閣議決定）

＜主な指摘＞

- ・新コンピュータシステムの開発プロセスにおける内閣情報通信政策監（政府 C I O）との連携
- ・新コンピュータシステムに係る投資対効果の開示
- ・支部の最大限の集約化・統合化の実現
- ・審査の一元化に向けた体制の整備、手数料体系の見直し

『業務効率化・高度化計画』等に掲げられた主な事項

平成30年度のこれまでの主な取組事項

(1) 審査プロセスの効率化・高度化の推進

- ICTを活用した新システムの構築

- 新システムの業務機能単位(受付・審査・支払)毎に4月から調達を順次実施し、事業者が決定したものから開発に着手

(2) より公平な審査の実現に向けた審査基準の統一化

- 支部設定コンピュータチェックルールの本部チェックルールへの移行・廃止
- 本部審査レセプトの対象範囲を拡大

- 支部設定コンピュータチェックルールの見直し作業を実施(平29年10月時点で約14万件→平成30年9月時点で約7万件)。平成31年9月までに、約5万件を廃止予定。新システム稼働時までに既存支部点検条件の集約を完了
- 11月審査分より、本部特審対象レセプト点数の引き下げを実施(医科40万点→38万点)

(3) 支払基金の組織の在り方の見直し

- 支部組織について、新システムの構築等による業務効率化・高度化に合わせ、その機能の集約化に向けた検討

- 宮城(福島:6月～8月)、福岡(熊本、佐賀:7月～9月)及び大阪(滋賀、京都、奈良:10月～11月)の9支部において、支部機能の集約化等による審査業務への影響等に関する実証テストを実施。9月末に中間報告を公表。年内に最終結果報告

(4) その他

- レセプト様式の見直しを踏まえた対応
- 学識委員による判断の仕組みの確立
- IT等専門人材の採用拡大等

- 平成30年度診療報酬改定で一部導入されたレセプト摘要欄の選択式記載に基づくコンピュータチェックを開始
- 審査委員間に意見の相違が生じた際に学識委員が判断する仕組みを確立
- 支払基金において、最新の専門的知見を踏まえた新システムの構築等への対応を図るため、医療分野のICTに関する知見等を有する特別技術顧問(CIO)を採用

※このほか、レセプトの類型化等に係る調査研究、診療報酬改定等に伴う算定ルールの明確化、審査におけるウェブ会議方式の活用などについて、対応を進めている。

社会保険診療報酬支払基金と国民健康保険団体連合会の比較

	社会保険診療報酬支払基金	国民健康保険団体連合会
設立根拠	社会保険診療報酬支払基金法	国民健康保険法第83条第1項
目 的	健康保険法等の療養の給付について、医療機関等から提出される診療報酬請求書等の審査を行い、診療報酬等の迅速かつ適正な支払いを行う。	国民健康保険法に基づき、 会員である保険者が共同して 国民健康保険事業の目的を達成するために必要な事業を行う。
法人の性格	特別民間法人	保険者(市町村等)が共同して設立した公法人(47都道府県)
沿 革	<支払基金創設以前> ・審査は、医師会又は歯科医師会への委託 <昭和23年9月> ・基金法に基づく特殊法人として設立。 ・審査委員会の審査開始(昭和24年から三者構成) <平成15年10月> ・基金法改正により民間法人化	<昭和13年～17年> ・国保組合連合会が全国で順次設立 ・審査は、都道府県医師会等におかれた審査委員会で実施 <昭和23年> ・国保が市町村の運営とされたことに伴い、現行名称に改称 <昭和26年4月> ・審査委員会の設置が法定化
主な業務	①診療報酬の審査支払業務 ・健康保険組合、協会けんぽ、共済組合等の診療報酬等の審査・支払い ②高齢者医療制度関係業務(高齢者医療確保法) ・後期高齢者医療の支援金の徴収、広域連合への交付 ・前期高齢者医療制度の納付金の徴収、交付金の交付 ・病床転換助成事業の支援金の徴収、都道府県への交付 ③介護保険関係業務(介護保険法) ・介護納付金の徴収、市町村への交付金の交付 ④公費負担医療の審査等(公費負担各法等) ・生活保護等公費負担医療の審査 等	①診療報酬等の審査支払業務 ・国民健康保険、高齢者医療、介護保険等の診療報酬・介護報酬の審査・支払い ②国保保険者事務の共同事業・共同処理 ・保険者事務の共同事務処理(資格管理等) ③市町村等の事務の共同処理 ・高齢者医療、介護保険及び障害者自立支援の事務 ・特定健診・特定保健指導に係る費用の支払い及びデータ管理等
職員数等	①職員数(30年度)約4,300人 ②審査委員数(30年度):約4,700人	①職員数(30年度):約5,100人 ②審査委員数(30年度):約3,800人 ※数値は47都道府県連合会の合計

国民健康保険の保険料（税）の 賦課（課税）限度額について

平成30年11月14日
厚生労働省

■社会保障制度改革国民会議報告書(平成25年8月6日)(抄)

第2部 社会保障4分野の改革

Ⅱ 医療・介護分野の改革

3 医療保険制度改革

(1)財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

医療保険制度における保険料の負担についても、負担能力に応じて応分の負担を求めることを通じて保険料負担の格差是正に取り組むべきである。

国民健康保険の保険者の都道府県への移行は財政運営の安定化のみならず保険料負担の平準化に資する取組であるが、このほか、国民健康保険において、相当の高所得の者であっても保険料の賦課限度額しか負担しない仕組みとなっていることを改めるため、保険料の賦課限度額を引き上げるべきである。同様の問題が被用者保険においても生じており、被用者保険においても標準報酬月額上限の引上げを検討するべきである。

■持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(平成25年法律第112号)(抄)

(医療制度)

第四条

- 7 政府は、持続可能な医療保険制度等を構築するため、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。
 - 一 (略)
 - 二 医療保険の保険料に係る国民の負担に関する公平の確保についての次に掲げる事項
 - イ～ハ (略)
 - ニ 国民健康保険の保険料の賦課限度額及び標準報酬月額等(医療保険各法(国民健康保険法を除く。)に規定する標準報酬月額、標準報酬の月額、給料の額及び標準給与の月額をいう。)の上限額の引上げ
 - 三 (略)
- 8 政府は、前項の措置を平成二十六年度から平成二十九年までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十七年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。

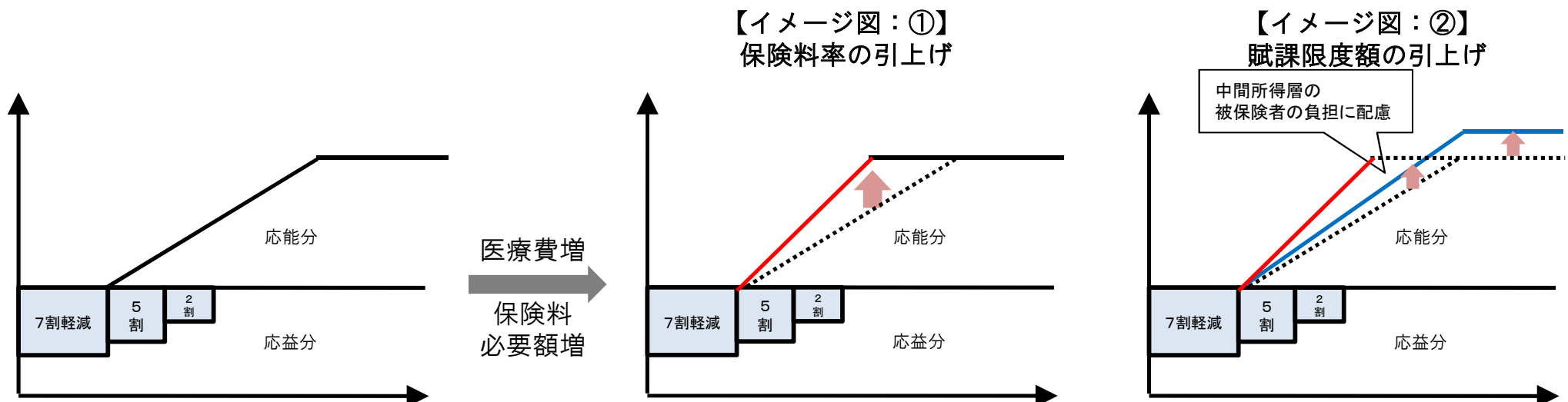
医療保険制度における保険料上限額（賦課限度額）について

- 社会保険方式を採用する医療保険制度では、保険料負担は、負担能力に応じた公平なものである必要があるが、受益との関連において、被保険者の納付意欲に与える影響や、制度及び事業の円滑な運営を確保する観点から、被保険者の保険料負担に一定の限度を設けることとしている。
- 高齢化の進展等により医療給付費等が増加する一方で、被保険者の所得が伸びない状況において、例えば、
 - ・ 保険料負担の上限を引き上げずに、保険料率の引上げにより必要な保険料収入を確保することとすれば、高所得層の負担と比較し、中間所得層の負担がより重くなる。【イメージ図：①】
 - ・ 保険料負担の上限を引き上げることとすれば、高所得層により多く負担いただくこととなるが、中間所得層の被保険者に配慮した保険料設定が可能となる。【イメージ図：②】

【国民健康保険制度の場合(イメージ図)】

＊ 医療費が増加し確保すべき保険料収入額が増加した場合において、必要な保険料収入を確保するため、

- ① 保険料率の引上げ ② 賦課限度額の引上げ を行った場合



国民健康保険料(税)賦課(課税)限度額の推移

○ これまでの国民健康保険料(税)の賦課(課税)限度額の推移を見ると、介護保険制度が創設された平成12年度を除けば、限度額(合計額)の引上げ幅の最大は「4万円」となっている。

	医療分(計)		基礎賦課(課税)額		後期高齢者支援金等賦課(課税)額【平成20年度～】		介護納付金賦課(課税)額【平成12年度～】		合 計	
		引上げ額		引上げ額		引上げ額		引上げ額		引上げ額
平成5年度			50万円	+4万円					50万円	+4万円
7年度			52万円	+2万円					52万円	+2万円
9年度			53万円	+1万円					53万円	+1万円
12年度			53万円	－			7万円	+7万円	60万円	+7万円
15年度			53万円	－			8万円	+1万円	61万円	+1万円
18年度			53万円	－			9万円	+1万円	62万円	+1万円
19年度			56万円	+3万円			9万円	－	65万円	+3万円
20年度	59万円	+3万円	47万円	▲9万円	12万円	+12万円	9万円	－	68万円	+3万円
21年度	59万円	－	47万円	－	12万円	－	10万円	+1万円	69万円	+1万円
22年度	63万円	+4万円	50万円	+3万円	13万円	+1万円	10万円	－	73万円	+4万円
23年度	65万円	+2万円	51万円	+1万円	14万円	+1万円	12万円	+2万円	77万円	+4万円
24・25年度	65万円	－	51万円	－	14万円	－	12万円	－	77万円	－
26年度	67万円	+2万円	51万円	－	16万円	+2万円	14万円	+2万円	81万円	+4万円
27年度	69万円	+2万円	52万円	+1万円	17万円	+1万円	16万円	+2万円	85万円	+4万円
28年度	73万円	+4万円	54万円	+2万円	19万円	+2万円	16万円	－	89万円	+4万円
29年度	73万円	－	54万円	－	19万円	－	16万円	－	89万円	－
30年度	77万円	+4万円	54万円	+4万円	19万円	－	16万円	－	93万円	+4万円

(注1) 平成19年度までは、老健拠出金分が基礎賦課額に含まれていたが、平成20年度以降、老人保健制度が廃止され、後期高齢者支援金等賦課額が新設されている。
(注2) 昭和33年以降平成4年度以前の賦課(課税)限度額の改定経緯を見ると、退職者医療制度が創設された昭和59年度に基礎賦課(課税)分が7万円引き上げられている以外は、引き上げ幅は最大4万円(昭和49年度)となっている。

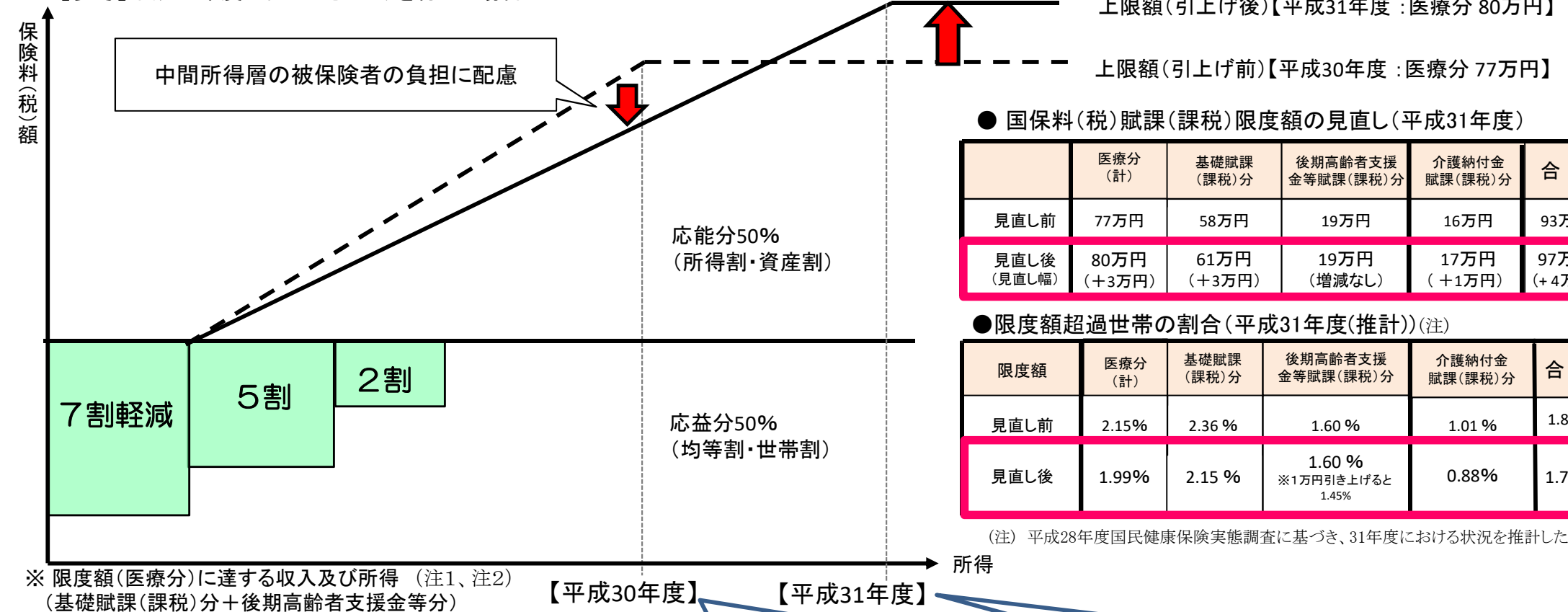
平成31年度の国保保険料(税) 賦課(課税) 限度額の在り方(案)

- 国保料(税)の賦課(課税)限度額については、被用者保険におけるルール(※)とのバランスを考慮し、当面は超過世帯割合が1.5%に近づくように段階的に賦課限度額を引き上げているところ。

※最高等級の標準報酬月額に該当する被保険者の割合が0.5%～1.5%の間となるように法定されている。

- 平成31年度においては、高齢化の進展等による医療給付費等の増加が見込まれる中で、保険料負担の公平を図る観点から、基礎賦課分を3万円、介護納付金分を1万円、それぞれ引き上げることとしてはどうか。(後期高齢者支援金等分は据え置く)

【参考】平成31年度において引上げを行った場合



給与収入 約1,060万円／年金収入 約1,060万円
(給与所得 約840万円／年金所得 約840万円)

給与収入 約1,100万円／年金収入 約1,090万円
(給与所得 約880万円／年金所得 約880万円)

(注1) 給与収入又は年金収入を有する単身世帯で試算。

(注2) 保険料率等は、旧ただし書・4方式を採用する平成28年度全国平均値で試算。平成28年度 所得割率 8.59%、資産割額 14,329円、均等割額 29,989円、世帯割額 28,153円。

同様の考え方で平成31年度の限度額に達する収入を試算すると、3方式の場合には給与収入約980万円/年金収入約960万円、2方式の場合には給与収入約1,120万円/年金収入約1,110万円となる。

平成31年度の国保保険料(税)賦課(課税)限度額の在り方(案)

【限度額超過世帯の割合】

○ 平成31年度において、基礎賦課分を3万円、介護納付金分を1万円、それぞれ引き上げると、基礎賦課分・後期高齢者支援金等分・介護納付金分の限度額超過世帯の割合がいずれも平成30年度の割合以下となる。

(1) 基礎賦課分

限度額	限度額を超える世帯の割合	
	平成30年度	平成31年度
56.0万円	2.30%	2.53%
57.0万円	2.24%	2.44%
58.0万円	2.15%	2.36%
59.0万円	2.08%	2.29%
60.0万円	2.01%	2.22%
61.0万円	1.95%	2.15%
62.0万円	1.90%	2.07%
63.0万円	1.85%	2.01%

+ 3万円

(2) 後期高齢者支援金等分

限度額	限度額を超える世帯の割合	
	平成30年度	平成31年度
16.0万円	2.47%	2.19%
17.0万円	2.20%	1.95%
18.0万円	1.98%	1.75%
19.0万円	1.78%	1.60%
20.0万円	1.64%	1.45%
21.0万円	1.49%	1.32%
22.0万円	1.36%	1.19%
23.0万円	1.24%	1.09%

増減なし

(3) 介護納付金分

限度額	限度額を超える世帯の割合	
	平成30年度	平成31年度
13.0万円	1.40%	1.54%
14.0万円	1.21%	1.32%
15.0万円	1.06%	1.16%
16.0万円	0.91%	1.01%
17.0万円	0.79%	0.88%
18.0万円	0.71%	0.78%
19.0万円	0.63%	0.70%
20.0万円	0.56%	0.63%

+ 1万円

■医療分 (1)+(2)

限度額	限度額を超える世帯の割合	
	平成30年度	平成31年度
76.0万円	2.10%	2.20%
77.0万円	2.06%	2.15%
78.0万円	2.00%	2.09%
79.0万円	1.95%	2.05%
80.0万円	1.91%	1.99%
81.0万円	1.86%	1.94%
82.0万円	1.82%	1.90%

+ 3万円

■合計 (1)+(2)+(3)

限度額	限度額を超える世帯の割合	
	平成30年度	平成31年度
92.0万円	1.81%	1.90%
93.0万円	1.77%	1.86%
94.0万円	1.73%	1.82%
95.0万円	1.69%	1.78%
96.0万円	1.66%	1.75%
97.0万円	1.62%	1.71%
98.0万円	1.58%	1.68%

+ 4万円

(注1) は平成30年度の賦課(課税)限度額

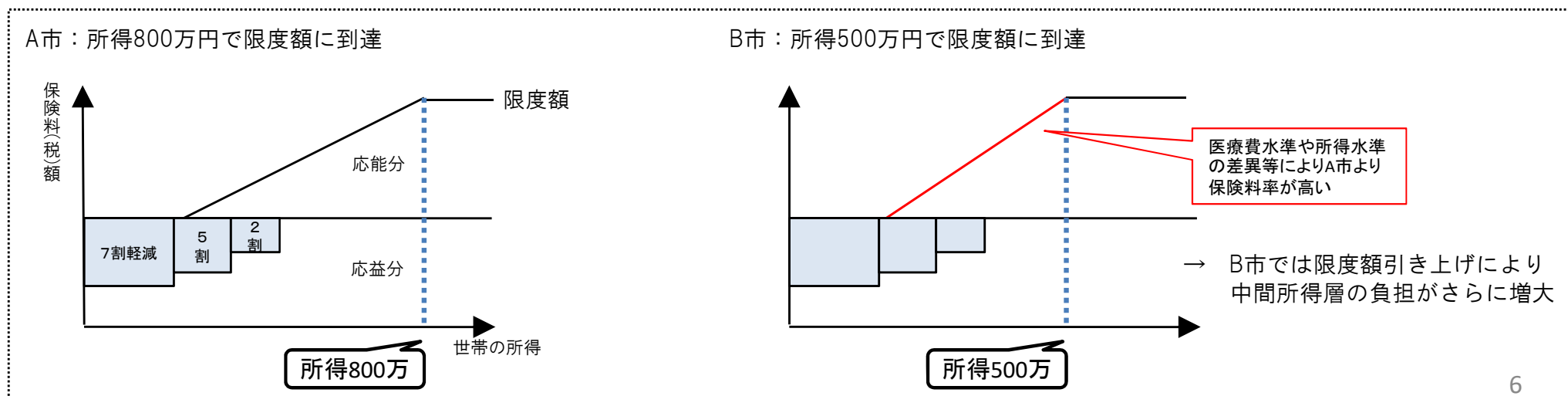
(注2) 平成28年度国民健康保険実態調査に基づき、30・31年度における状況を推計したもの。

市長会からのご意見（第108回医療保険部会（平成29年11月8日））

- 保険料水準の高い保険者によりましては、…（略）…図解的には所得の低いところに賦課限度額は当たっていくということで、制度的にも限界に達してきているというのも実態でございます。
- 国のほうから資料をいただいた3方式で試算いたしますと、1人世帯でも660万円で限度額に達する状況になっておりますので、…（略）…子供の数が多いと負担がふえていくことになりますので、4人世帯等になると600万円程度の所得で限度額に当たるという現状がありますので、制度的にはここも、これ以上、限度額を引き上げていくのは限界に達しているのではないかと考えています。
- 相当の高所得者の方から適切に保険料を負担していただいていくことのためには、現状では一律的な限度額設定になっておりますけれども、所得段階に応じた負担を求めていくということの制度設計をしない限り、現実的な制度上の矛盾は解消できないのではないかと考えております。
- 被用者保険の中で、この間、標準報酬月額を改正して、多い方々については100万円近くの医療基礎分で保険料負担をしていただいている実態から考えれば、国保の高所得者の負担が低いことについては理解できると思いますけれども、現実的には制度上、なかなかそういった方から十分な保険料が取れない現状もありますので、この制度についての抜本的な見直しということを要請しておきたいと思っております。

→ 現在の仕組みをどう評価し、具体的にどのような仕組みが考えられるか。

【参考】賦課限度額に到達する所得層について





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に向けて

平成30年10月22日（月）

厚生労働大臣

根本 匠

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

- 団塊ジュニア世代が高齢者となる2040年を見通すと、現役世代(担い手)の減少が最大の課題。一方、近年、高齢者の「若返り」が見られ、就業率が上昇するなど高齢者像が大きく変化。
- 国民誰もがより長く元気に活躍できるよう、全世代型社会保障の構築に向けて、厚生労働省に「**2040年を展望した社会保障・働き方改革本部**」（**本部長：厚生労働大臣**）を立ち上げ、引き続き、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を進めるとともに、以下の取組を推進。
 - ① **雇用・年金制度改革等**
 - ② **健康寿命延伸プラン**
 - ③ **医療・福祉サービス改革プラン**

多様な就労・社会参加

【雇用・年金制度改革】

- 更なる高齢者雇用機会の拡大に向けた環境整備
 - 就職氷河期世代の就職支援・職業的自立促進の強化
 - 中途採用の拡大
 - 年金受給開始年齢の柔軟化、被用者保険の適用拡大、私的年金（iDeCo（イデコ）等）の拡充
- ※あわせて、地域共生・地域の支え合い等を推進

健康寿命の延伸

【健康寿命延伸プラン】

※来夏を目途に策定

- 2040年の健康寿命延伸に向けた目標と2025年までの工程表
- 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】

※来夏を目途に策定

- 2040年の生産性向上に向けた目標と2025年までの工程表
- 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

主な取組

- 未来投資会議において示された方向性に基づき、P4からP6までの取組を推進する。
主な取組は、以下のとおり。

多様な就労・社会参加

- **働く意欲がある高齢者**が、その能力を十分発揮し、働く人の個々の事情に応じて活躍できるよう、**多様な雇用・就業機会**を充実
 - ・ 70歳までの雇用確保を図る上で、複数のメニューを用意し、労使の話し合いの上で個人の選択が効く仕組みを検討
 - ・ 成果を重視する評価・報酬体系の構築に向けた環境整備
 - ・ 企業のみならず様々な地域の主体による雇用・就業機会を開拓
 - **就職氷河期世代**の一人ひとりが抱える課題に応じた**寄り添い型の就職・キャリア形成支援**の強化
特に、長期にわたる無業者への職業的自立に向けた相談支援と生活支援をワンストップで行う体制の整備
 - **中途採用**に前向きな大企業からなる協議会を開催し、好事例の共有等により**社会全体の機運を醸成**
 - 一人ひとりの**多様な働き方に柔軟に対応した年金制度**への見直し、私的年金（※）の拡充の検討
- ※ 確定給付企業年金（DB）、企業型確定拠出年金（企業型DC）、個人型確定拠出年金（iDeCo（イデコ））

健康寿命の延伸

- 生活習慣病の発症・重症化予防のため、**医療機関と保険者・民間事業者（スポーツクラブ等）等が連携し、医学的管理と運動・栄養等のプログラムを一体的に提供し**、住民の行動変容を促す仕組みの構築
- 身近な場所で高齢者が定期的に集い、**身体を動かす場等の大幅な拡充、介護予防事業と高齢者の保健事業（フレイル対策）との一体実施**の推進（インセンティブ措置の強化）
- **認知症予防**を加えた認知症施策の推進（身体を動かす場等の拡充、予防に資するエビデンスの研究等）
- 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**の推進

医療・福祉サービス改革

- 2040年に向けた**ロボット・AI等の現場活用に向けた実用化構想の検討**
- **データヘルス改革**に関し、2020年度までの事業の着実な実施と**2020年の後の絵姿**（全国的な保健医療情報ネットワーク等）、工程表の策定
- 介護・看護・保育等の分野において、**介護助手等としてシニア層を活かす方策**の検討
- 介護施設における業務フローの分析・仕分けを基に、**①介護助手、②介護ロボット（センサーを含む）、③ICTの活用等を組み合わせた業務効率化**のモデル事業を今年度中に開始。効果を検証の上、全国に普及

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に向けた取組

- ・ 多様な就労と社会参加を実現するために（雇用・年金制度改革）
- ・ 健康寿命の更なる延伸に向けて（健康寿命延伸プラン）
- ・ 労働力制約が強まる中での医療・福祉サービスの確保に向けて（医療・福祉サービス改革プラン）

多様な就労と社会参加を実現するために（雇用・年金制度改革）

- 高齢化の一層の進展、現役世代人口の急減に対応し、より多くの人々が意欲や能力に応じた就労・社会参加を通じて社会の担い手としてより長く活躍できるよう、「働き方改革」を通じて取り組んできた「一人ひとりの意思や能力、個々の事情に応じた**多様で柔軟な働き方を選択可能とする社会**」の実現に向けた環境整備をさらに推進する。
 - ・ 増加する高齢者について、就業希望は様々であることを十分踏まえつつ、働く意欲がある高齢者がその能力を十分発揮できるよう、65歳を超える高齢者の雇用・就業機会を確保する
 - ・ 現在40歳代後半に到達した就職氷河期世代が安定した就労に至らないまま2040年前後に高齢期を迎えることがないよう、一人ひとりが抱える課題に応じた就職支援や職業的自立の促進を強化する
 - ・ 高齢者、女性、不安定就労者などを含めた様々な立場の人が、本人の意欲・能力を最大限に発揮できるよう、労働者の主体的なキャリア形成や再チャレンジが可能な社会としていくため、中途採用の拡大を図る
- あわせて、高齢者が自身の人生設計に応じて**年金の受給開始年齢を柔軟に選択できる仕組み**や、多様な働き方を踏まえた**被用者保険の適用拡大**を検討。さらに、より豊かな老後生活を送ることができるよう、**私的年金の拡充**について検討する。

高齢者雇用・就業機会の確保

- 企業による、働く人の個々の事情に応じた多様な雇用・就業機会の確保
- 能力や成果による評価・報酬体系の構築等の環境整備
- 地域の主体による高齢者の雇用・就業機会の開拓 等

中途採用の拡大

- 転職・再就職者の受入促進のための指針の周知
- 中途採用拡大を行う企業に対する助成
- 中途採用に前向きな大企業からなる協議会を開催し、好事例の共有等により社会全体の機運を醸成 等

就職氷河期世代の就職支援 ・ 職業的自立促進の強化

- 一人ひとりが抱える課題に応じた寄り添い型の就職・キャリア形成支援の強化
- 特に、長期にわたる無業者に対する、職業的自立に向けた相談支援と生活支援をワンストップで行う体制の整備 等

年金受給開始年齢の柔軟化、被用者保険の適用拡大、私的年金の拡充

- 繰下げの上限年齢の見直し
- 短時間労働者に対する適用要件の見直し
- 私的年金の加入年齢等の見直し 等

健康寿命の更なる延伸に向けて（健康寿命延伸プラン）

- 「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」の3分野を中心に、**インセンティブの強化、ナッジの活用**などにより、**①健康無関心層へのアプローチ**を強化しつつ、**②地域・保険者間の格差の解消**を図ることによって、**個人・集団の健康格差を解消し、健康寿命の更なる延伸を図る。**

次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成等	➤ 子育て世代包括支援センターの質と量の充実等による「健やか親子21」に基づいた次世代の健やかな生活習慣形成の推進及び関連研究の実施 ➤ 成育サイクルに着目した疾病予防・治療方法等に関する研究の推進 ➤ 乳幼児期・学童期の健康情報を一元的に確認できる仕組みの構築 ➤ 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の推進 ➤ 予防・健康づくりに関係する地域の関係者が一体となって、「健康日本21」も踏まえた健康的な食事・運動や社会参加の推進に取り組むため、スマートライフ・プロジェクト、日本健康会議等の連携を強化 等
疾病予防・重症化予防	➤ 保険者に対するインセンティブ措置の強化、先進・優良事例の横展開等による疾病予防・重症化予防の推進 ➤ 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 ➤ 個人の予防・健康づくりに関する行動変容につなげる取組の強化（ナッジ、ヘルスケアポイント、ウェアラブル機器等） ➤ がんの早期発見に向けた精度の高い検査方法等の研究・開発等 ➤ 歯科健診や保健指導の充実を図り、歯科医療機関への受診を促すなど、全身の健康にもつながる歯周病等の歯科疾患対策の強化 等
介護予防・フレイル対策 認知症予防	➤ 保険者に対するインセンティブ措置の強化等により、 ① 身近な場所で高齢者が定期的に集い、身体を動かす場等の大幅な拡充 ② あわせて、介護予防事業と高齢者の保健事業（フレイル対策）との市町村を中心とした一体実施を推進 ➤ 効果検証の上、介護報酬上のインセンティブ措置の強化（デイサービス事業者） ➤ 認知症予防を加えた認知症施策の推進（身体を動かす場等の拡充、予防に資するエビデンスの研究等） 等

労働力制約が強まる中での医療・福祉サービスの確保に向けて (医療・福祉サービス改革プラン)

- 2025年以降、現役世代（担い手）の減少が一層進むことが見込まれる中で、「**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**」の4つの改革を通じて、生産性の向上を図ることにより、必要かつ適切な医療・福祉サービスが確実に提供される現場を実現する。

ロボット、AI、ICT等の実用化推進、 データヘルス改革

- 2040年に向けたロボット・AI等の実用化構想の検討
- データヘルス改革に関し、2020年度までの事業の着実な実施とそれ以降の絵姿（医療情報の標準化、全国的な保健医療情報ネットワーク等）・工程表の策定
- 介護施設における業務フローの分析・仕分けを基に、
①介護助手、②介護ロボット（センサーを含む）、
③I C Tの活用等を組み合わせた業務効率化のモデル事業を今年度中に開始。効果を検証の上、全国に普及
- オンラインでの服薬指導を含めた医療の充実 等

組織マネジメント改革

- 医療機関の経営管理や労務管理を担う人材の育成
- 福祉分野における、業務フローの分析を踏まえた、業務の負担軽減と効率化に向けたガイドライン（生産性向上ガイドライン）の作成・普及・改善
- 現場の効率化に向けた工夫を促す報酬制度への見直し（実績評価の導入など）
- 文書量削減に向けた取組、事業者の報酬改定対応コストの削減の検討 等

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

- 業務分担の見直し等による、①効率的・機能的なチーム医療を促進するための人材育成、②介護施設における専門職と介護助手等の業務分担の推進
- 介護・看護・保育等の分野において、介護助手等としてシニア層を活かす方策、医療分野における専門職を支える人材育成等の在り方の検討 等

経営の大規模化・協働化

- 医療法人、社会福祉法人それぞれの経営統合、運営共同化、多角化方策の検討
- 医療法人と社会福祉法人の連携方策の検討 等



參考資料

高齢者の雇用・就業機会確保

■ 65歳を超えて働ける環境整備が必要

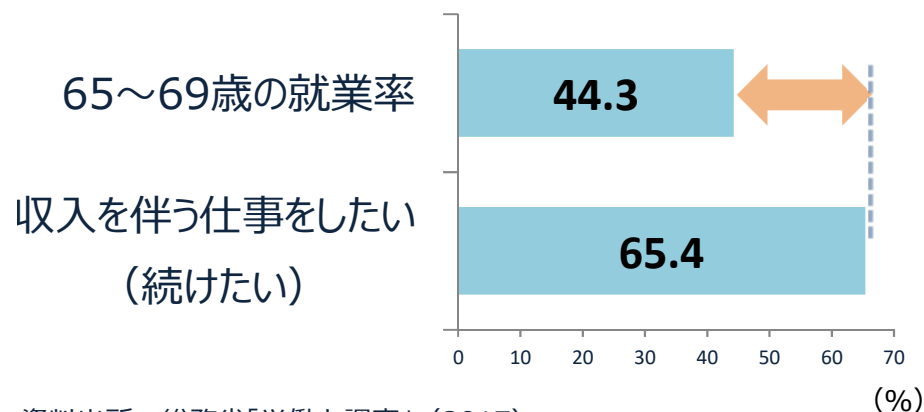
66歳以上までの雇用確保措置が講じられている企業 (66歳以上までの希望者全員の雇用確保措置が講じられている企業)	18.8% (9.7%)
--	-----------------

資料出所：厚生労働省「高年齢者の雇用状況」（2017）特別集計

	導入済	検討中	予定なし
60歳代前半層を対象とした評価制度	26.3%	27.7%	37.4%

資料出所：JILPT「高年齢者の雇用に関する調査（企業調査）」（2016）

■ 高齢者の就業ニーズが叶っていない



資料出所：総務省「労働力調査」（2017）、
内閣府「第8回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」（2015）
※ 収入を伴う仕事をしたい（続けたい）割合は65～69歳の数値

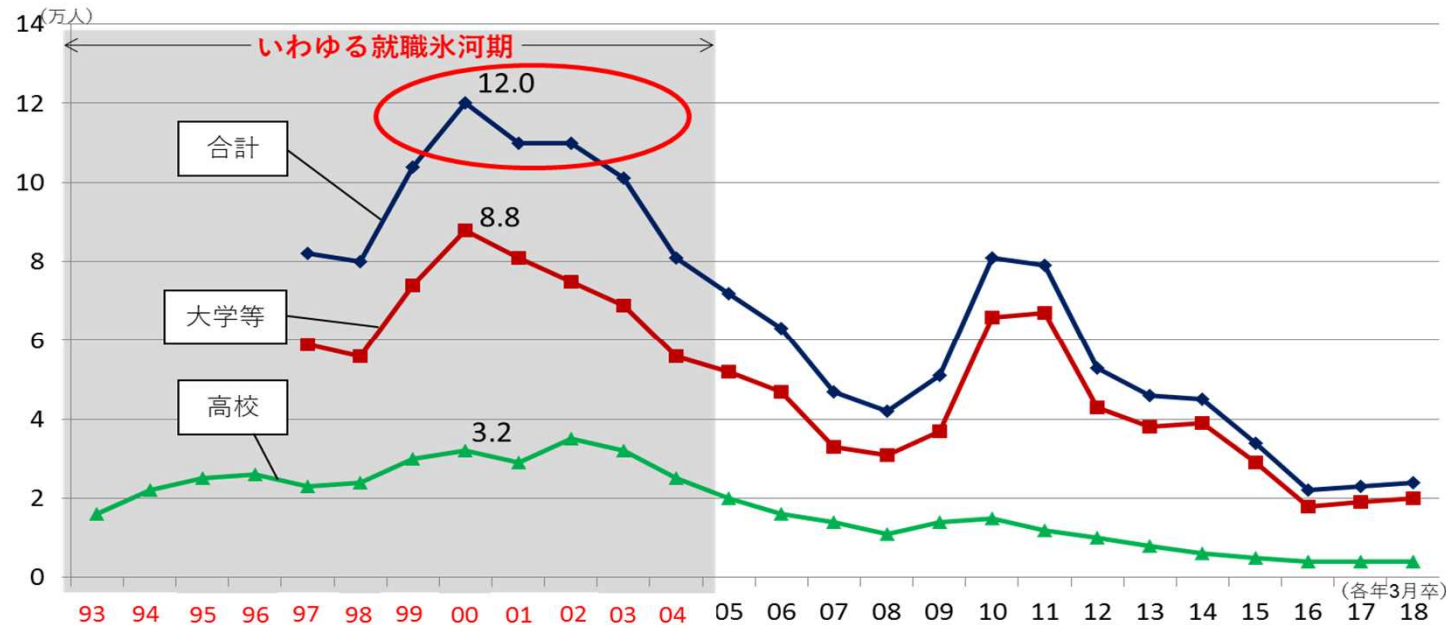
■ 高齢者の就業ニーズは多様化

高年齢者（65歳～69歳）の就業理由（単数回答）	
経済上の理由	51.9%
生きがい、社会参加のため	14.9%
頼まれたから	10.1%
時間に余裕があるから	5.2%
健康上の理由（健康に良いなど）	4.5%
その他	8.7%

資料出所：JILPT「60代の雇用・生活調査」（2015）

就職氷河期の就職・キャリア形成支援の強化

■就職氷河期における学卒未就職者の状況



■現時点の就職氷河期世代の就業実態 >不安定就労者：53万人 >無業者：41万人（いずれもH29時点35～44歳で把握）

フリーター等数の推移(年齢別)

	H14	H19	H24	H29
15～24歳	117	89	77	64
25～34歳	91	92	103	88
35～44歳	25	38	51	53

増加

無業者数の推移(年齢別)

	H14	H19	H24	H29
15～24歳	29	25	25	21
25～34歳	35	36	36	32
35～44歳	28	34	44	41

高止り

【資料出所】

(上部)厚生労働省・文部科学省「大学等卒業者の就職状況調査」、文部科学省「高等学校卒業(予定)者の就職(内定)状況に関する調査」

※数値は就職希望者のうち、就職先が決定していない者(大学等については4月1日時点、高校については3月末時点)

※大学等の未就職卒業生数については、文部科学省「学校基本調査」から推計した卒業予定者数に「大学等卒業者の就職状況調査」結果(就職希望率、就職率)を乗じて推計した数値

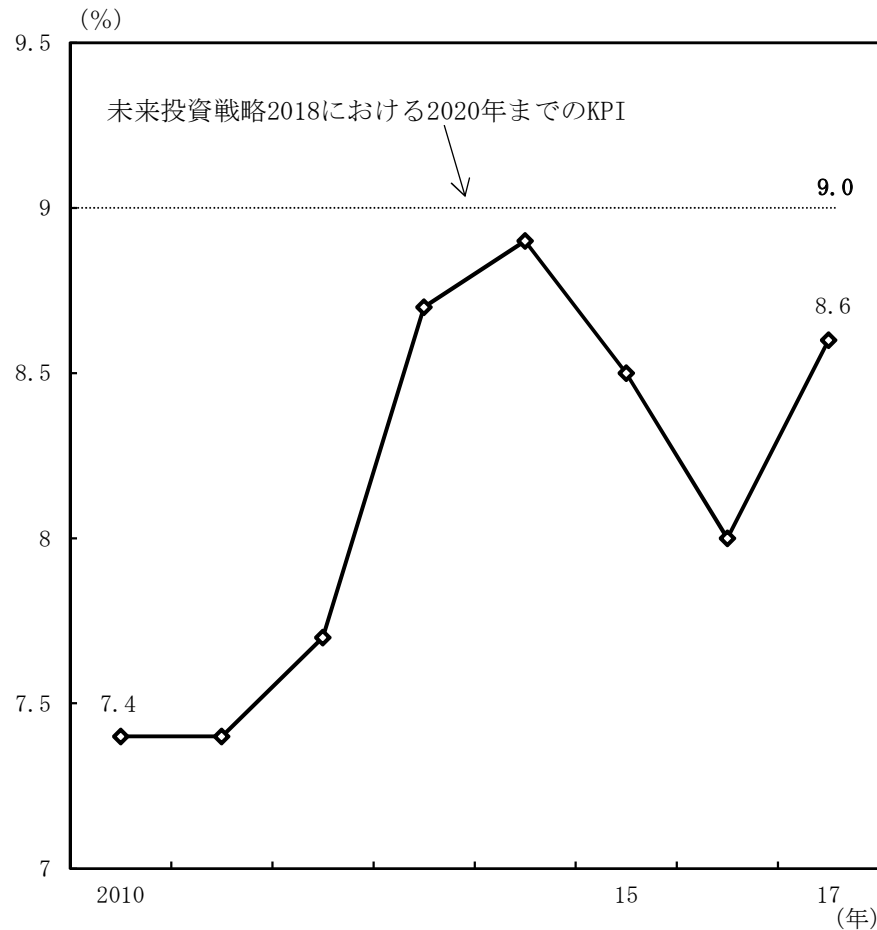
(下部)総務省「労働力調査」

中途採用の拡大

■ 転職入职率の政府目標達成は道半ば

■ 年齢が上がるにつれて転職者割合は減少

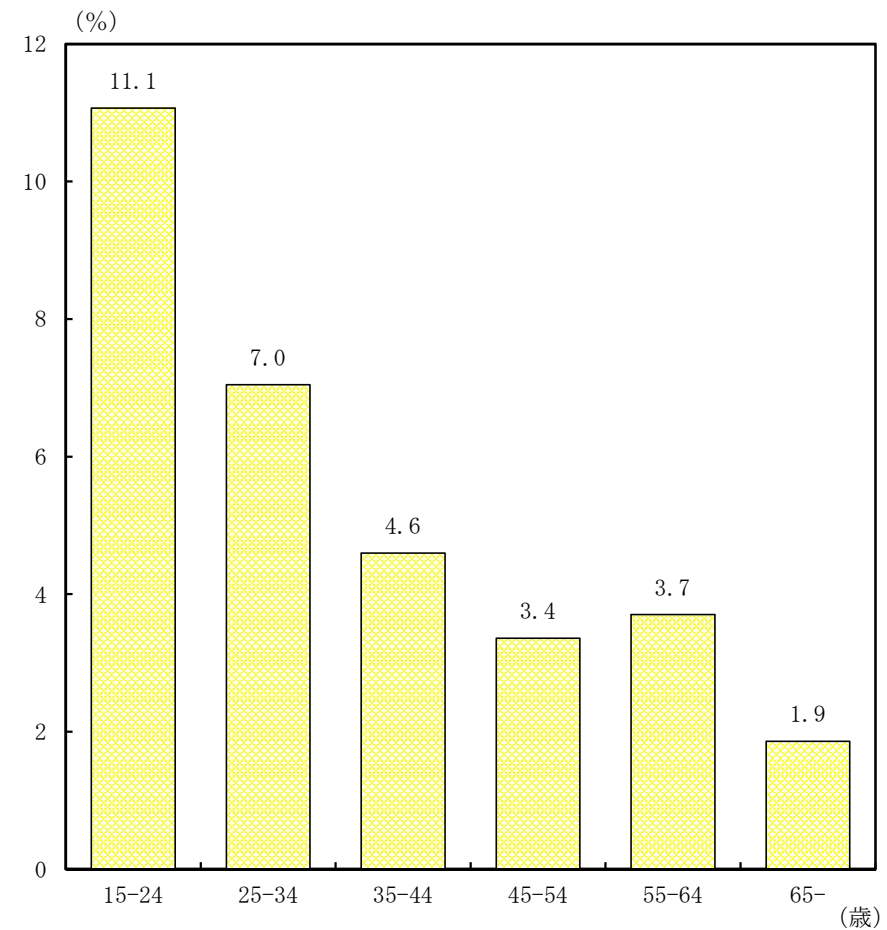
転職入职率(フルタイム)



資料出所：厚生労働省「雇用動向調査」

備考：転職者とは、就業者のうち前職のある者で、過去1年間に離職を経験した者をさす。
転職入职者とは、入职者のうち、入职前1年間に就業経験のある者をさす。

(就業者に占める)転職者割合



資料出所：総務省「労働力調査」

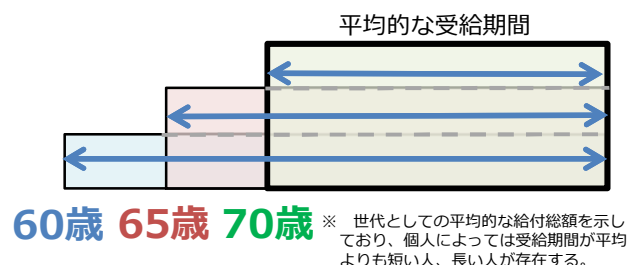
備考：就業者及び転職者は、自営業主・家族従業者やパートタイム等も含む。
転職者とは、就業者のうち前職のある者で、過去1年間に離職を経験した者をさす。

年金受給開始年齢の柔軟化、被用者保険の適用拡大、私的年金の拡充

■ 公的年金の繰上げ受給と繰下げ受給

- 公的年金の受給開始時期は、個人が60歳から70歳の間で自由に選べる仕組み。
- 繰上げ(65歳より早い)は減額、繰下げ(65歳より遅い)は増額。

繰上げ・繰下げ受給のイメージ



全受給権者に占める繰上げ・繰下げの割合 (平成28年度末)

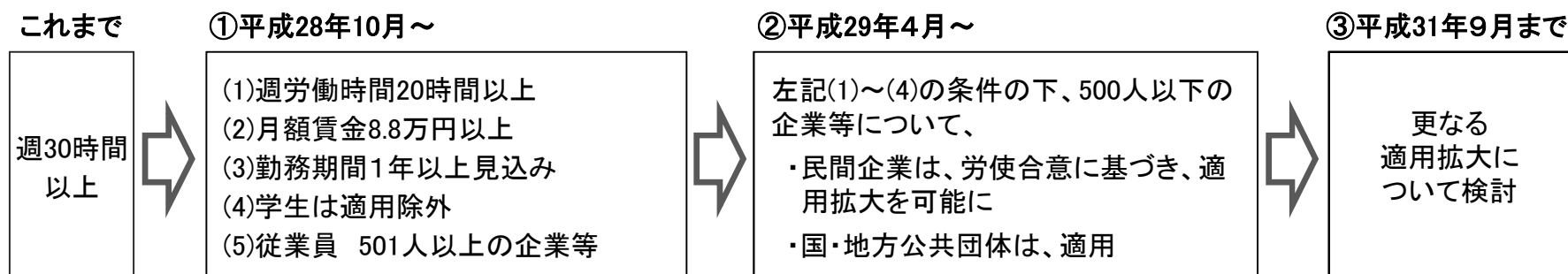
	国民年金	厚生年金
繰上げ受給	34.1%	0.2%
繰下げ受給	1.4%	1.2%

(注) 国民年金について、基礎のみ・旧国年(5年年金を除く)の受給権者を対象としている。
(注) 厚生年金について、特別支給の老齢厚生年金の受給権者を含めていない。

繰上げ・繰下げによる増額率

	1ヶ月あたり	最大5年間分
繰上げ受給	0.5%減額	30%減額 (60歳受給開始)
繰下げ受給	0.7%増額	42%増額 (70歳受給開始)

■ 短時間労働者への被用者保険の適用拡大の現状



■ 私的年金の加入可能年齢

【確定給付企業年金(DB)】(69歳まで加入可能)

あらかじめ加入者が将来受け取る年金給付の算定方法が決まっている制度。資産は企業が運用。掛金は、事業主拠出が原則。規約に定めた場合には加入者負担も可。

【確定拠出年金(企業型DC)】(59歳まで加入可能(注))

あらかじめ事業主が拠出する掛金の額が決まっている制度。資産は加入者個人が運用。掛金は、事業主拠出が原則。規約に定めた場合には加入者拠出も可。

【iDeCo(イデコ)／確定拠出年金(個人型DC)】(59歳まで加入可能)

加入者自らが掛金を拠出する確定拠出年金。中小事業主に限り、個人型DCに加入する従業員に追加して事業主拠出も可。

(注) 60歳以降も引き続き同一の実施事業所で使用される場合には、60歳から65歳までで規約で定める年齢に達するまで加入可能

誰もがより長く元気に活躍できる社会を目指して ～健康寿命の更なる延伸～

- 誰もがより長く元気に活躍できる社会を目指して、「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」の2つのアプローチによって、「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」の重点3分野に取り組み、健康寿命の更なる延伸を図る。
- その際、「新たな手法」や「基盤整備」の強化により、政策の実効性を高めていく。
 新たな手法 → 健康な食事や運動ができる環境整備や、居場所づくりや社会参加による役割の付与等を通じた「自然に健康になる社会」の構築、行動経済学等の理論やインセンティブの活用による「行動変容を促す仕掛け」など
 基盤整備 → 幅広い関係者が一体となって取り組む体制の構築・強化やデータヘルス、研究開発の促進 など

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

新たな手法

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整備

居場所づくりや社会参加の推進による役割の付与

行動変容を促す仕掛け

行動経済学等の理論（ナッジ理論等）の活用

インセンティブの活用

重点3分野

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

基盤整備

データヘルス

医療・介護関係者
保険者

地域住民やボランティア

自治体・保健所

幅広い関係者が一体となって取り組む体制の構築・強化

関係省庁・団体

その他

企業・経済団体
運動や飲食等の団体・関係者

研究開発

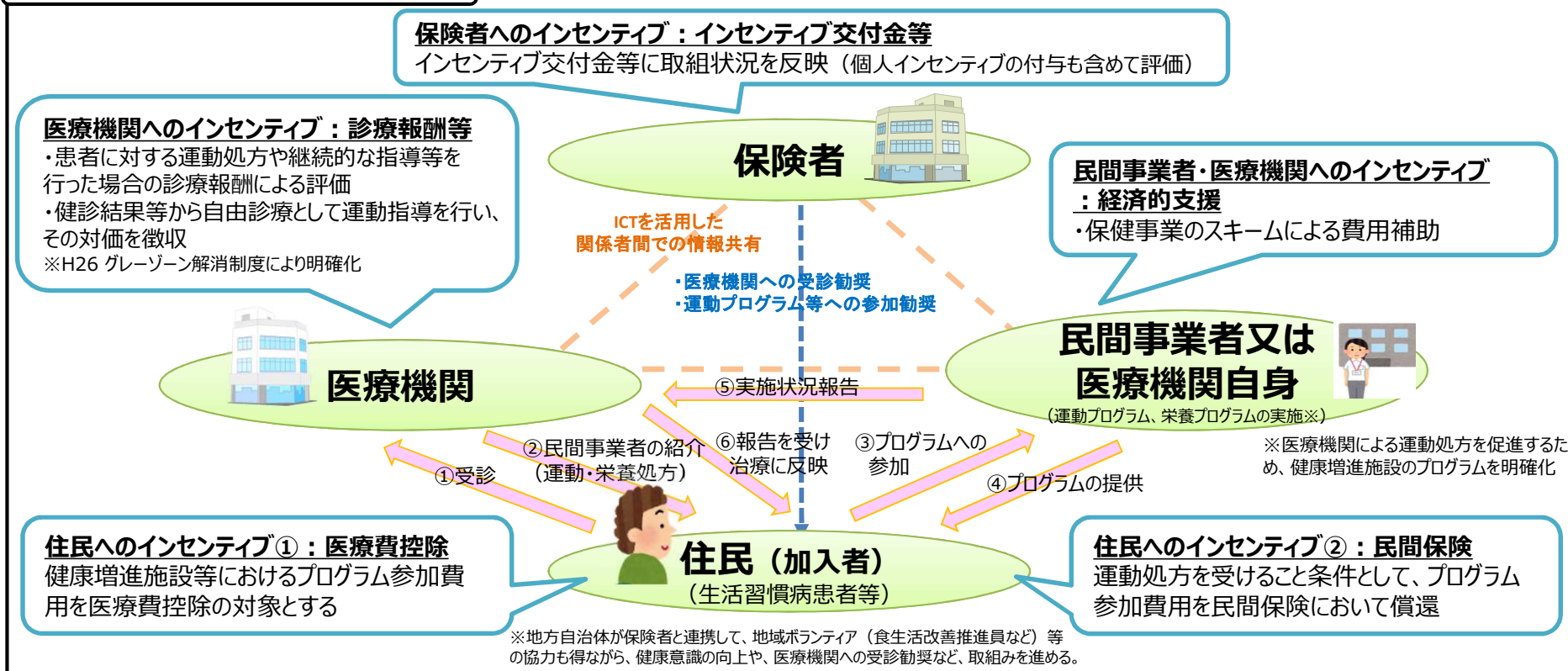
医療機関と保険者・民間事業者等の連携による予防事業の展開

- 生活習慣病の発症や重症化のリスクのある者に対しては、医療のほか、適切な運動・栄養等のプログラムを組み合わせ提供することが、重症化の予防につながる。
- 医療機関と保険者・民間事業者等の連携により、対象者を的確に把握し、インセンティブ措置を最大限に活用して、実効性のある取組みを進める。
- 今後、医療機関の受診にとどまっている患者等を運動・栄養等のプログラムにつなげ、費用面を含めた効果を実証し、全国展開。

(各主体のメリット)

- ・患者：運動・栄養プログラムを低廉な価格で受けることができ、治療効果アップが期待できる。
- ・医療機関：治療効果アップが期待できるほか、事業範囲を運動・栄養指導サービスに拡大できる。
- ・民間事業者：これまでリスクのために敬遠しがちであった患者を対象にサービスを提供できる。

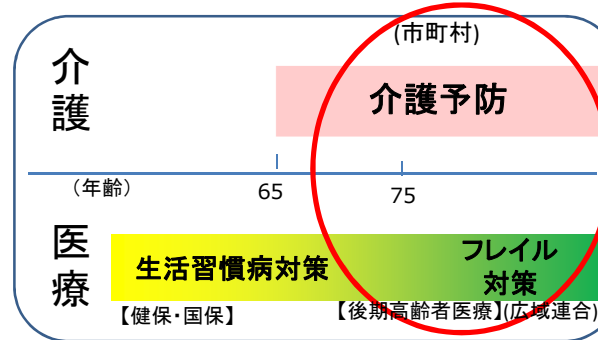
政策スキーム（粗いイメージ）



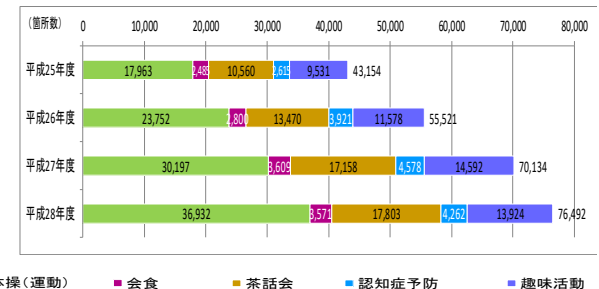
予防・健康づくりの推進（医療保険・介護保険における予防・健康づくりの一体的実施）

○ 高齢者の身体を動かす場（通いの場）を中心とした介護予防（フレイル対策(運動、口腔、栄養等)を含む）と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防の一体的実施。

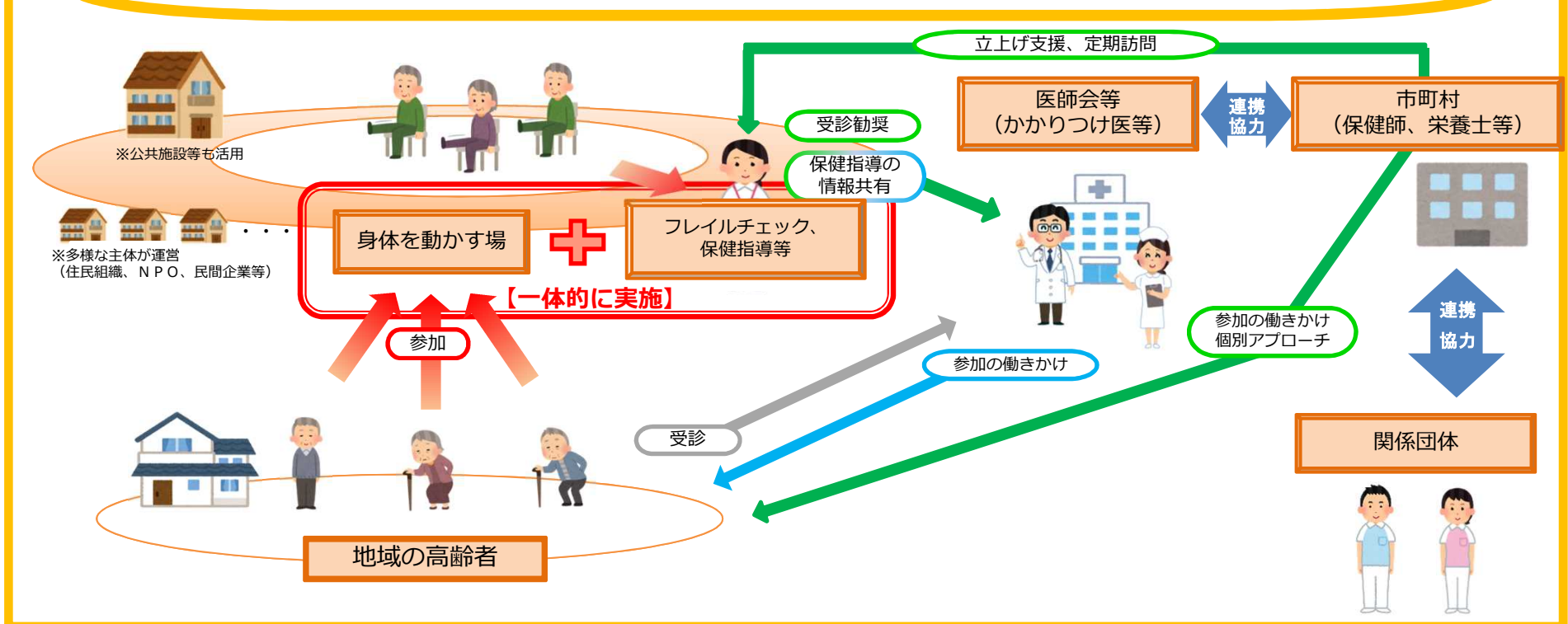
○ 通いの場の拡大、高齢者に対して生きがい・役割を付与するための運営支援、かかりつけの医療機関等との連携。



※身体を動かす場等の箇所数



地域ぐるみで介護・フレイル予防を一体的に実施 ⇒ 健康寿命の延伸



「健康な食事」の普及

「健康な食事」



リーフレット



シンボルマーク

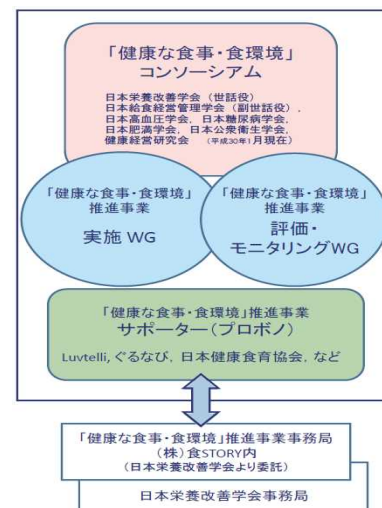
- 健康寿命の延伸のためには、国民が、信頼できる情報のもとで、栄養バランスのとれた食事を日常的にとることが可能な環境を整備していくことが重要。
- 食を通じた社会環境の整備に向けて、平成27年9月に厚生労働省より、「健康な食事」に関する通知を地方自治体及び関係団体宛に発出。

(通知の内容)

- 健康な食事の普及について、
 - 健康な食事の考え方を整理したリーフレットを作成。
 - 栄養バランスの確保のため、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事の推奨を図るためにシンボルマークを作成。
- 生活習慣病予防や健康増進の観点から、事業者等による栄養バランスのとれた食事の提供のために、主食・主菜・副菜ごとの目安を提示。

Smart Meal 健康な食事・食環境 スマートミール (スマート・ミール) 認証制度

- 日本栄養改善学会が中心となり、生活習慣病関連の学会※1や関連企業等の協力の下、民間主体で認証制度を、本年4月に創設※2。
- ※1 現在、10学協会で構成。
- ※2 本年9月に第一回認証を行い、外食：25事業者（395店舗）、中食：11事業者（16,736店舗）、給食：34事業所（34店舗）を認定。
- 今後、更なる普及に向けて厚生労働省としても支援。



自治体における野菜摂取量増加に向けた取組例

- 厚生労働省が主催する「スマート・ライフ・プロジェクト」の一環として、健康寿命延伸に資する優れた取組を表彰している。
- 平成29年11月の第6回アワード（「健康寿命をのぼそう！アワード」）において、「厚生労働省健康局長 優良賞」の自治体部門として、野菜摂取量増加に取り組む足立区を選出。
- 今後、厚生労働省として、このような優れた取組・活動の周知・横展開を進める。

住んでいるだけで自ずと健康に！「あだちベジタベライフ～そうだ、野菜を食べよう～」 （東京都足立区）

【糖尿病対策に重点を絞り、区民の生活の質の向上と健康寿命の延伸を目指す】

- ・ 区民の野菜摂取量が国の目標より100 g 以上少ないというデータに注目。
- ・ 特に区の調査で推定野菜摂取量が少ない世代として判明した20代、30代の男性は外食や中食が多い。
- ・ 区内の飲食店に協力を求め、ラーメンや焼肉を注文しても自ずと食前ミニサラダが出てくるような「ベジファーストメニュー」や、一食で野菜が120 g 以上摂れる「野菜たっぷりメニュー」などが提供される「あだちベジタベライフ協力店」を置いた。



チラシ

三重県の介護老人保健施設における「介護助手」導入の取組

(資料出所) 三重県資料を基に作成

目的



- 地域の元気な高齢者を「**介護助手**」として育成し、介護職場への就職を支援



- 介護人材の「**すそ野の拡大**」「**人手不足の解消**」「**介護職の“専門職化”**」

成果・実績 (平成29年度)

～現場の声～

(ベッドメイキング、食事の配膳 など)



(介護職員・施設)

- ・これまで以上に業務に集中出来る。
- ・時間的余裕ができる。
- ・利用者の満足度が上がった。



(介護助手)

- ・70歳と言道、まだまだやれる自信がついた。
- ・人生に張り合いが出来た。
- ・役に立っているなと感じられ、やりがいを持てた。
- ・働きに来ることで元気をもらった。

・ 実施施設数	10施設
・ 説明会参加者数	240名
・ 採用者数（3か月のパート雇用）	48名
・ 事業終了後の継続雇用者数	47名

波及効果

- **他種施設への広がり**

H29年度からは
特別養護老人ホームでも事業展開

- **全国的な広がり**

25都道府県で実施

(※ H30.4月現在 (公) 全国老人保健施設協会調査)

社会保障審議会 医療保険部会
部会長 遠藤 久夫 殿

第 115 回社会保障審議会医療保険部会に対する意見

2018 年 11 月 14 日

一般社団法人 日本経済団体連合会
医療・介護改革部会長 望月 篤

第 115 回医療保険部会に欠席いたしますが、今回の議題に関連して、下記の通り、当会の意見を提出いたします。今後の審議に向けて、宜しくお取り計らいいただきますようお願いいたします。

記

1. 新たな改革工程表の策定に向けて

団塊の世代が後期高齢者となり始める 2022 年を目前に、制度の持続性を確保する改革を見据え、新たな改革工程表は極めて重要なものとなる。とりわけ、これまでのように、財政調整や薬価などに偏重した取組みではなく、高齢者を中心に負担能力に応じた負担のあり方などをはじめとした社会保障給付費そのものの伸びを抑制するための改革を着実、かつ速やかに実行すべきである。この観点から、特に、医療保険分野の関係では、従来の工程表上の 44 項目を確実に措置することを念頭に、以下の事項について、確実に工程表に盛り込むべきである。

(1) 後期高齢者の窓口負担割合の見直し

- 現役世代との負担水準の公平性を確保する観点から、原則 2 割への速やかな引上げの実現。なお、本件については現在の改革工程表を踏まえ、今年度中の結論を得るべき事項として、当部会において継続的な検討事項と認識している。

(2) 高額療養費制度の在り方についての検討

- 前回の改正で維持された、70 歳以上の一般区分と住民税非課税区分における外来上限特例の廃止等に向けて検討。

(3) 外来受診時の定額負担

- 病院、診療所間の医療機能の分化を推進する観点や、患者の受診行動の適正化を図る観点から、引き続き、紹介状なしの大病院受診時の定額負担（選定療養）の対象医療機関の拡大に関する検討。
- 「かかりつけ医」、「かかりつけ医機能」の定義を明確化した上で、かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入に向けた検討。
- その際、いずれについても、患者から徴収する定額負担分を医療保険財政の改善につなげる仕組みとすることにも留意すべき。

(4) 薬剤の自己負担

- 限られた財源の中で、給付範囲の重点化を行うために、長らく市販品として定着している市販類似薬について保険償還率の引き下げ等に向けた検討。

2. 当面对応が必要な課題

(1) NDB及び介護DB情報等の連結解析基盤

本課題は医療や介護分野の基盤として大変重要な政策と認識している。特に、「骨太方針 2017」や「未来投資戦略 2018」にも明記されている通り、「行政・保険者・研究者・民間等」の多様な主体が連結・分析できる解析基盤を構築することが重要である。こうした点も含めて、有識者会議における報告書を踏まえた検討が医療保険部会においてもしっかりとなされるようにすべきである。

(2) 予防・健康づくりの推進

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について、健康寿命の延伸、ひいては中長期的な医療、介護給付費の伸びの抑制に資する可能性があることを認識している。

今後、具体的な検討を進めるに先立ち、まずは「介護予防・日常生活支援総合事業」の効果検証が不可欠である。同事業は、平成 26 年の制度改正により、2 号保険料の負担割合を増加して実施している。高齢者の健康づくり、予防の更なる推進に向けて、限られた財源を有効に活用する観点から、当該事業を通じた要介護・要支援状態となることの予防、軽減もしくは悪化の防止に対する効果を検証し、開示していくことが今後の検討に向けて必要と考える。

以 上