

医療保険制度をめぐる状況

平成30年4月19日
厚生労働省保険局

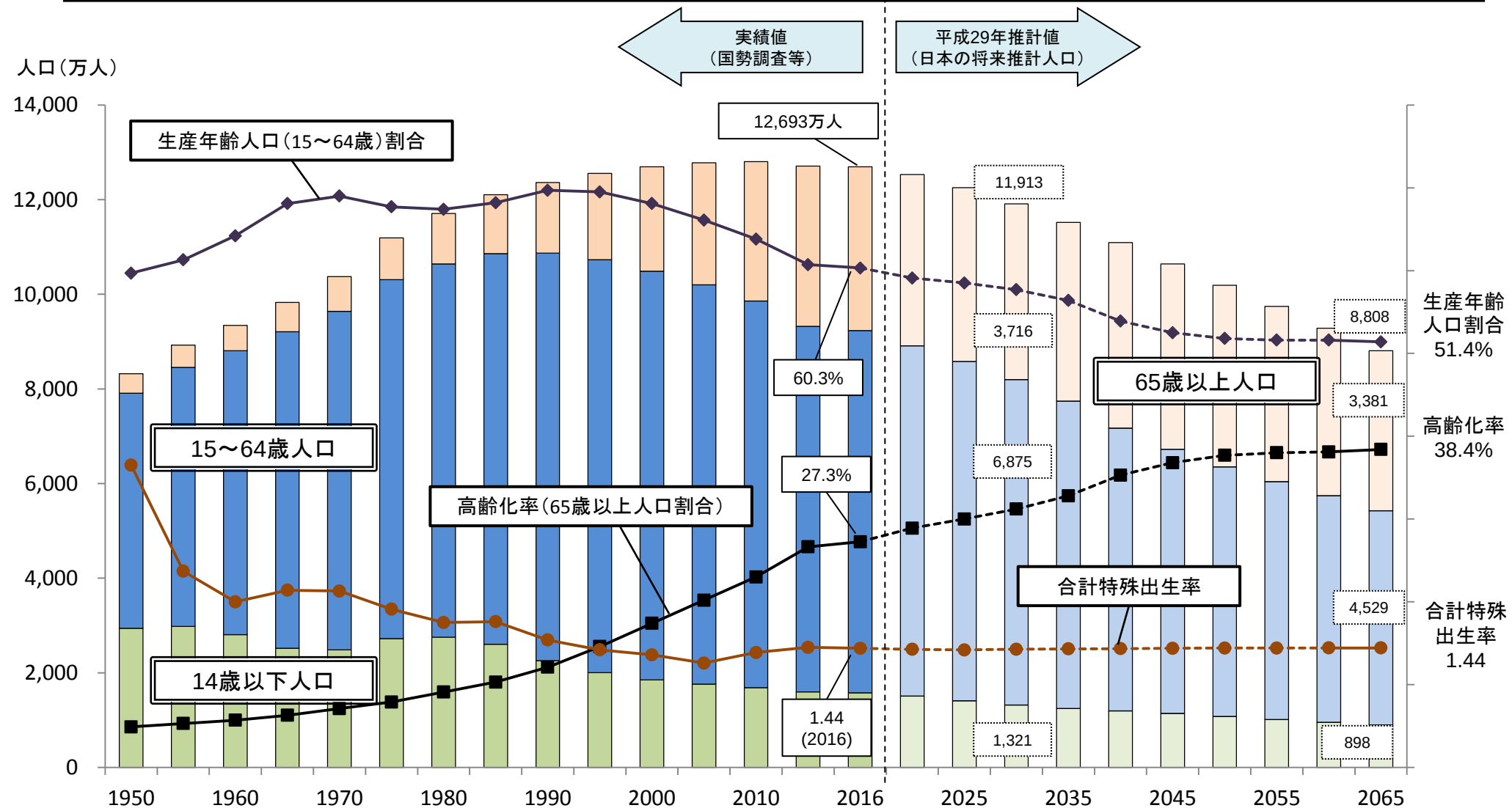
目次

○将来人口推計・医療費の動向	2
○保険制度の状況	11
1. 国民健康保険	
2. 被用者保険	
3. 後期高齢者医療制度	
4. データヘルス改革	
5. 審査支払基金改革	
6. 予防・健康づくり	
○医療保険制度の見直しの状況	81

将来人口推計・医療費の動向

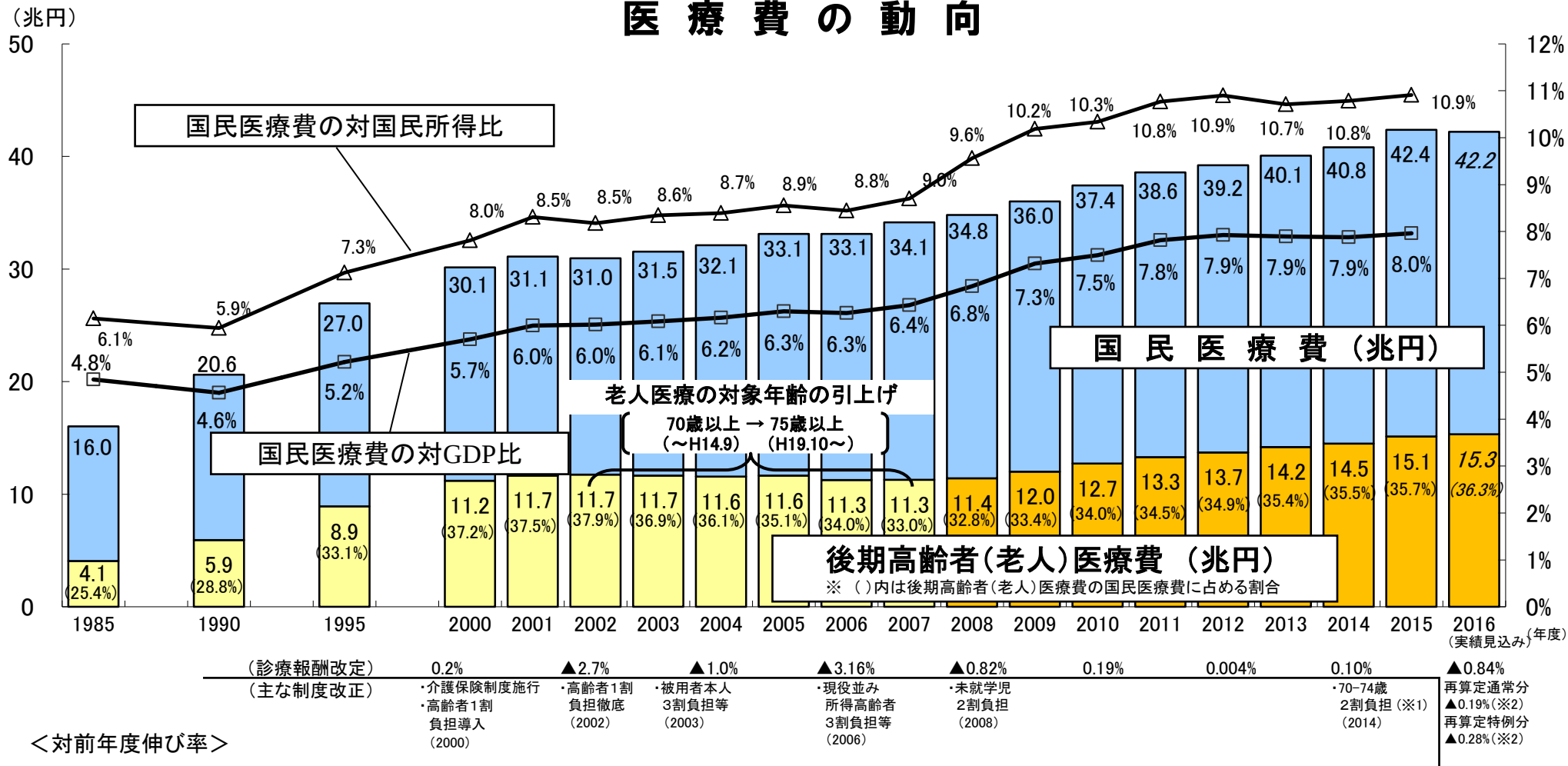
日本の人口の推移

○ 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) 2016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2015年までは総務省「国勢調査」、2016年は総務省「人口推計」、2016年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、2017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」

医療費の動向



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 2016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。2016年度分は、2015年度の国民医療費に2016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。

(※1) 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。

(※2) 「再算定通常分」とは市場拡大再算定による薬価の見直し、「再算定特例分」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を指す。

医療費の伸び率の要因分解

○ 人口及び報酬改定の影響を除いた医療費の伸びは近年1～2％程度であった。平成27、28年度は一時的な要因により変動が大きいが平均すると1.5％程度で、それ以前の水準と大きく変わらない。この「その他」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)
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%	<i>-0.4%</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%	<i>-0.1%</i> (注1)
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%	<i>1.0%</i> (注1)
診療報酬改定等 ④		-1.0%		-3.16%		-0.82%		0.19%		0.004%		-1.26% 消費税対応 1.36% (注3)		-0.84% 再算定通常分 -0.19% (注4) 再算定特例分 -0.28% (注4)
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%	<i>0.0%</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5)		

注1: 医療費の伸び率は、平成27年度までは国民医療費の伸び率、平成28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28年度の高齢化の影響は、平成27年度の年齢階級別(5歳階級)国民医療費と平成27、28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「再算定通常分」とは市場拡大再算定による薬価の見直し、「再算定特例分」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を指す。
 注5: 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。

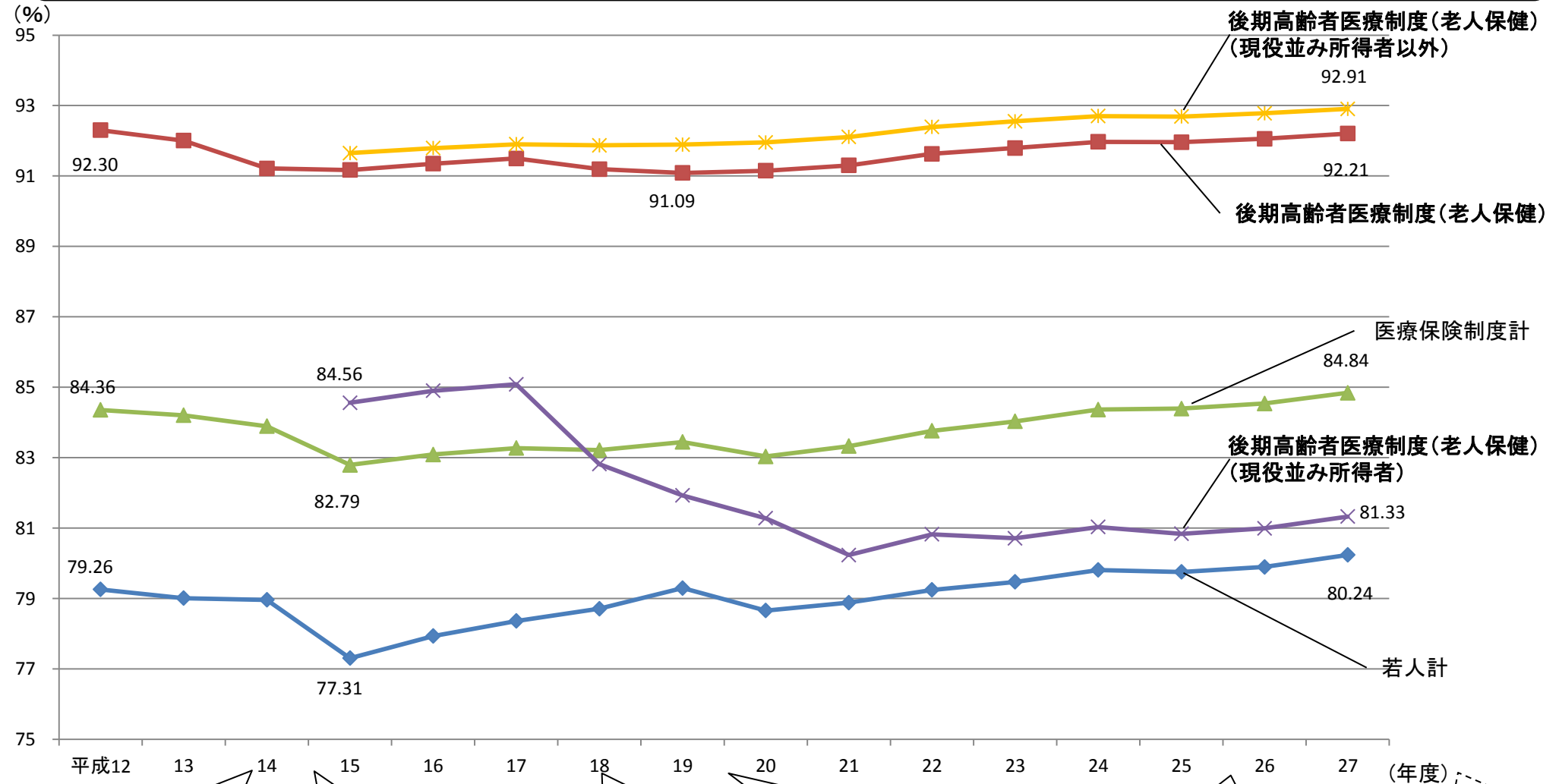
国民医療費の財源別内訳の推移

	公費負担		保険料		患者負担等	(%)
	国庫	地方	事業主	被保険者		
平成16年度	26.2	9.7	20.6	29.1	14.4	0.1
平成17年度	25.2	11.4	20.3	28.7	14.4	0.0
平成18年度	24.9	11.9	20.1	28.8	14.4	0.0
平成19年度	24.8	12	20.2	28.8	14.1	0.0
平成20年度	25.1	12.0	20.4	28.3	14.1	0.1
平成21年度	25.3	12.1	20.3	28.3	13.9	0.1
平成22年度	25.9	12.2	20.1	28.3	12.7	0.7
平成23年度	26.0	12.4	20.2	28.4	12.3	0.7
平成24年度	25.8	12.8	20.3	28.5	11.9	0.7
平成25年度	25.9	12.9	20.3	28.5	11.8	0.7
平成26年度	25.8	13	20.4	28.3	11.7	0.8
平成27年度	25.7	13.2	20.6	28.2	11.6	0.7

出典：厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室「平成27年度国民医療費」

実効給付率の推移

○ 平成27年度の後期高齢者の実効給付率は92.21%。このうち、現役並み所得者は81.33%、現役並み所得者以外のは92.91%。

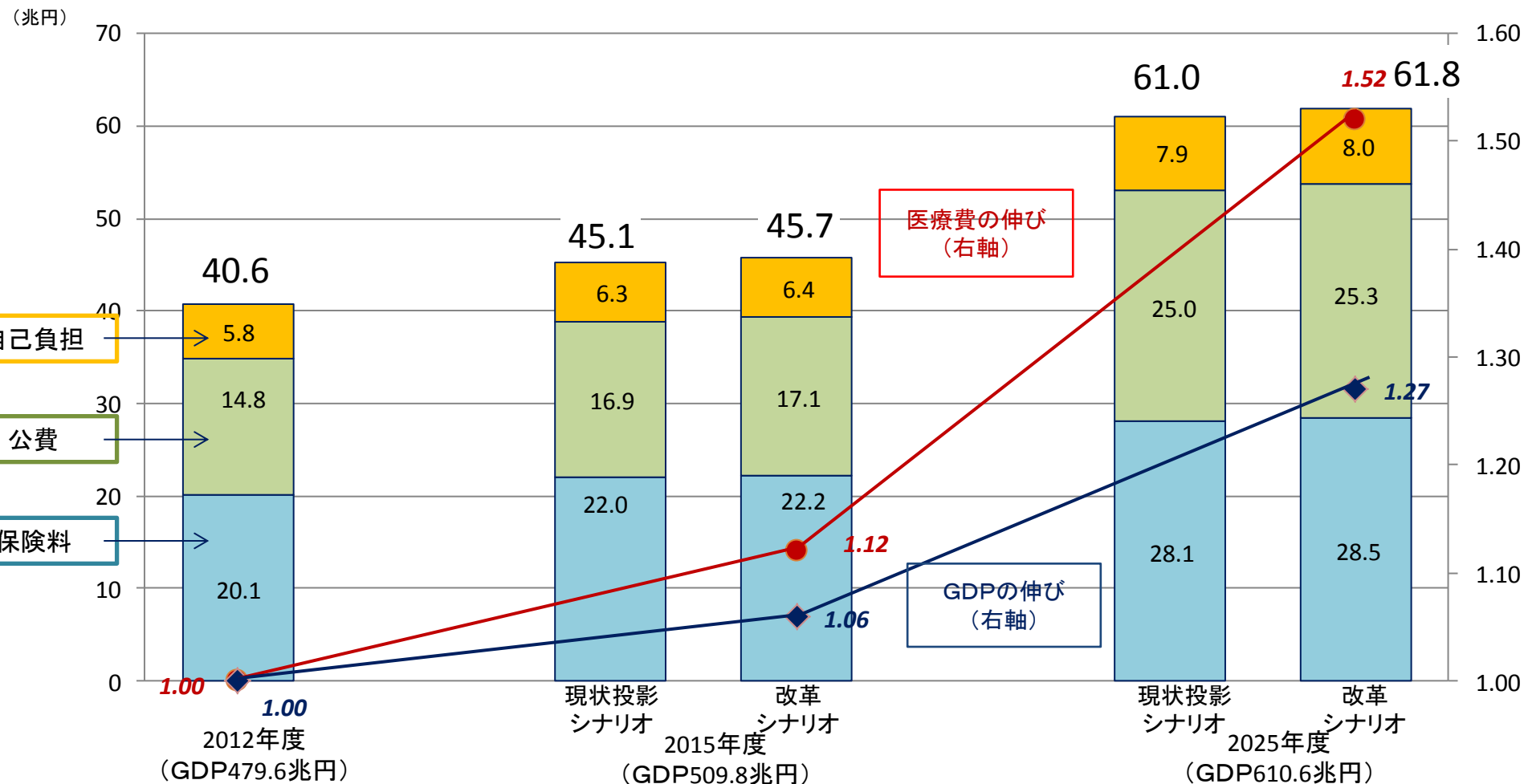


H14.10～70歳以上：定率1割(現役並み2割)
 H15.4～健保：2割→3割
 H18.10～70歳以上：現役並み：2割→3割
 H20.4～後期高齢者医療制度発足70～74歳(凍結)/義務教育前：2割
 H26.4～70～74歳：順次凍結解除
 H29.8/30.8～：70歳以上高額療養費見直し(実効給付率への影響は後期高齢者医療制度で▲0.4%程度、医療保険制度計で▲0.2%程度の見込み)

(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

医療費の将来推計(社会保障・税一体改革時)

- 医療費は、急速な高齢化や医療の高度化等によって、今後、GDPの伸びを上回って増大。
これに伴い、保険料、公費、自己負担の規模も、GDPの伸びを上回って増大する見込み。特に公費の増大が著しい。
※医療費の額は、GDPの設定如何によって左右されるので、GDPの伸び（青線）に対する医療費の伸び（赤線）を重視するのが適当。



※1 社会保障に係る費用の将来推計の改定について（平成24年3月）を基に作成。

※2 「現状投影シナリオ」は、サービス提供体制について現状のサービス利用状況や単価をそのまま将来に投影（将来の人口構成に適用）した場合、
「改革シナリオ」は、サービス提供体制について機能強化や効率化等の改革を行った場合。（高齢者負担率の見直し後）

※3 「現状投影シナリオ」「改革シナリオ」いずれも、ケース①（医療の伸び率（人口増減や高齢化を除く）について伸びの要素を積み上げて仮定した場合）

※4 医療費の伸び、GDPの伸びは、対2012年度比。

OECD加盟国の保健医療支出の状況(2016年)

国名	総医療費の 対GDP比(%)		一人当たり医療費 (ドル)		備考
		順位		順位	
アメリカ合衆国	17.2	1	9,892	1	
スイス	12.4	2	7,919	2	
ドイツ	11.3	3	5,551	5	
スウェーデン	11.0	4	5,488	7	
フランス	11.0	5	4,600	14	
日本	10.9	6	4,519	15	
オランダ	10.5	7	5,385	8	
ノルウェー	10.5	8	6,647	4	
ベルギー	10.4	9	4,840	11	
オーストリア	10.4	10	5,227	9	
デンマーク	10.4	11	5,199	10	
カナダ	10.3	12	4,644	13	
イギリス	9.7	13	4,192	17	
オーストラリア	9.6	14	4,708	12	
フィンランド	9.4	15	4,062	18	
ニュージーランド	9.2	16	3,590	19	
スペイン	9.0	17	3,248	21	
ポルトガル	8.9	18	2,734	24	

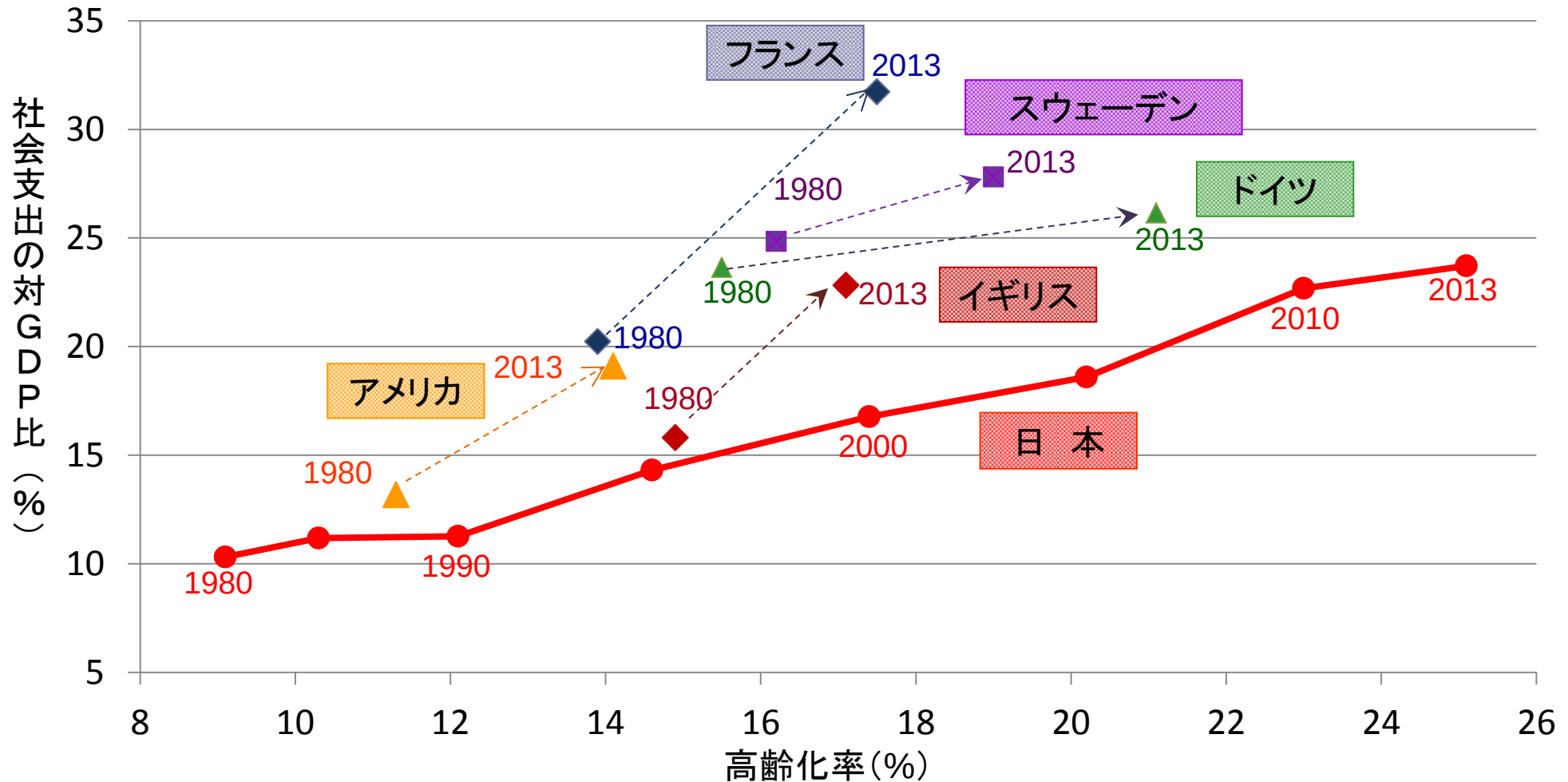
国名	総医療費の 対GDP比(%)		一人当たり医療費 (ドル)	
		順位		順位
イタリア	8.9	19	3,391	20
アイスランド	8.6	20	4,376	16
スロベニア	8.6	21	2,835	22
チリ	8.5	22	1,977	31
ギリシャ	8.2	23	2,187	27
アイルランド	7.8	24	5,528	6
韓国	7.7	25	2,729	25
ハンガリー	7.6	26	2,101	29
イスラエル	7.3	27	2,776	23
チェコ	7.2	28	2,515	26
スロバキア	6.9	29	2,150	28
エストニア	6.7	30	1,989	30
ポーランド	6.4	31	1,798	32
ルクセンブルク	6.3	32	7,463	3
メキシコ	5.8	33	1,080	35
ラトヴィア	5.7	34	1,466	33
トルコ	4.3	35	1,088	34
OECD平均	9.0		3,997	

【出典】「OECD HEALTH DATA 2017」

(注1) 上記各項目の順位は、OECD加盟国間におけるもの

高齢化率と社会保障の給付規模の国際比較

- 日本の高齢化率は1980年から2013年までの33年間で約16%上昇。
- この間、日本は社会支出の規模(対GDP比)も約13%上昇。
高齢化率を勘案すれば、先進諸国に比して、むしろ低いか又は同程度の水準。



保険制度の状況

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1,750万人
- ・保険者数:47(広域連合)

75歳

前期高齢者財政調整制度(約1,700万人)約7兆円(再掲)※3

65歳

国民健康保険

(市町村国保+国保組合)

- ・自営業者、年金生活者、
非正規雇用者等
- ・約3,340万人
- ・保険者数:約1,900

約10兆円

協会けんぽ(旧政管健保)

- ・中小企業のサラリーマン
- ・約3,950万人
- ・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2,880万人
- ・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、平成30年度予算ベースの数値。

※2 上記のほか、経過措置として退職者医療(対象者約23万人)がある。

※3 前期高齢者数(約1,700万人)の内訳は、国保約1,280万人、協会けんぽ約310万人、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	国保組合	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28年3月末)	1,716	164	1	1,405	85	47
加入者数 (平成28年3月末)	3,182万人 (1,941万世帯)	286万人	3,716万人 (被保険者2,158万人 被扶養者1,559万人)	2,914万人 (被保険者1,581万人 被扶養者1,332万人)	877万人 (被保険者450万人 被扶養者427万人)	1,624万人
加入者平均年齢 (平成27年度)	51.9歳	39.7歳	36.9歳	34.6歳	33.1歳	82.3歳
加入者一人当たり 医療費(平成27年度)	35.0万円	19.7万円	17.4万円	15.4万円	15.7万円	94.9万円
加入者一人当たり 平均所得(※1) (平成27年度)	84万円 (一世帯当たり) 140万円	371万円 (一世帯当たり(※2)) 769万円 (平成25年)	145万円 (一世帯当たり(※3)) 249万円	211万円 (一世帯当たり(※3)) 387万円	235万円 (一世帯当たり(※3)) 456万円	80万円
加入者一人当たりの 保険料の賦課対象 となる額(平成27年度)	68万円(※4) (一世帯当たり) 112万円	－(※5)	220万円(※6) (一世帯当たり(※3)) 379万円	300万円(※6) (一世帯当たり(※3)) 552万円	328万円(※6) (一世帯当たり(※3)) 637万円	67万円(※4)
加入者一人当たり 平均保険料 (平成27年度)(※7) ＜事業主負担込＞	8.4万円 (一世帯当たり) 13.9万円	15.7万円	10.9万円＜21.9万円＞ (被保険者一人当たり) 18.8万円＜37.7万円＞	12.2万円＜26.7万円＞ (被保険者一人当たり) 22.4万円＜49.2万円＞	14.0万円＜27.9万円＞ (被保険者一人当たり) 27.1万円＜54.3万円＞	6.7万円
			健康保険料率10.00%	健康保険料率9.03%	健康保険料率9.24%	
公費負担	給付費等の50% ＋保険料軽減等	給付費等の40% (※8)	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(※10)	なし	給付費等の約50% ＋保険料軽減等
公費負担額(※9) (平成30年度予算ベース)	4兆3,784億円 (国3兆1,581億円)	2,521億円 (全額国費)	1兆1,745億円 (全額国費)	737億円 (全額国費)		8兆374億円 (国5兆1,449億円)

(※1) 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。(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。)

国保組合については、「市町村民税課税標準額(総所得金額等から基礎控除のほか所得控除(扶養控除、配偶者控除等)を控除した金額)」に、「基礎控除」と「基礎控除を除く所得控除(扶養控除、配偶者控除等)」(総務省「平成26年度市町村税課税状況等の調査」による「給与所得及び営業等所得を受給する納税者の課税標準額」の段階別の所得控除額(基礎控除を除く)を納税義務者数で除したものを使用して試算した額)を足した参考値である。

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。

(※2) 一世帯当たりの額は加入者一人当たりの額に平均世帯人数を乗じたものである。(※3) 被保険者一人当たりの金額を指す。

(※4) 旧ただし書き方式による課税標準額(保険料の算定基礎)。旧ただし書き方式は、後期高齢者医療制度や多くの市町村国保の保険料の算定基礎を計算する際に用いられている方式で、(※2)から基礎控除等を差し引いたものである。

(※5) 国保組合ごとに所得の算出方法や保険料の計算方法が大きく異なるため、記載しない。平成26年度所得調査結果における業種別の市町村民税課税標準額は、医師国保717万円、歯科医師国保225万円、薬剤師国保242万円、一般業種国保126万円、建設関係国保79万円。全体の平均額は、各組合の被保険者数を勘案して算定した額であり、242万円となっている。

(※6) 標準報酬総額を加入者数で割ったものである。

(※7) 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。

(※8) 平成30年度予算ベースにおける平均値。(※9) 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。(※10) 共済組合も補助対象となる。

各保険者における近年の被保険者数の推移

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
協会けんぽ	2,032万人	2,091万人 (+60万人)	2,159万人 (+68万人)	2,244万人 (+85万人)
健康保険組合	1,560万人	1,564万人 (+5万人)	1,581万人 (+17万人)	1,628万人 (+47万人)
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	449万人 (+0万人)	450万人 (+1万人)	451万人 (+1万人)
国民健康保険	3,693万人	3,594万人 (▲99万人)	3,469万人 (▲125万人)	3,294万人 (▲175万人)
後期高齢者医療制度	1,544万人	1,577万人 (+33万人)	1,624万人 (+47万人)	1,678万人 (+54万人)
合計	9,282万人	9,281万人 (▲1万人)	9,289万人 (+7万人)	9,301万人 (+13万人)

※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 平成28年度は速報値(共済組合を除く)
 ※5 括弧内は前年度に対する増減。
 ※6 端数処理のため、合計及び増減が一致しない場合がある。

1. 国民健康保険
2. 被用者保険
3. 後期高齢者医療制度
4. データヘルス改革
5. 審査支払機関改革
6. 予防・健康づくり

国保制度改革の概要(都道府県と市町村の役割分担)

改革の方向性

1. 運営の在り方 (総論)	○ 都道府県が、当該都道府県内の市町村とともに、国保の運営を担う ○ 都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化 ○ <u>都道府県が、都道府県内の統一的な運営方針としての国保運営方針を示し、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進</u>	
	都道府県の主な役割	市町村の主な役割
2. 財政運営	<u>財政運営の責任主体</u> ・ 市町村ごとの国保事業費納付金を決定 ・ 財政安定化基金の設置・運営	・ <u>国保事業費納付金を都道府県に納付</u>
3. 資格管理	国保運営方針に基づき、事務の効率化、標準化、広域化を推進 ※4. と5. も同様	・ 地域住民と身近な関係の中、資格を管理(<u>被保険者証等の発行</u>)
4. 保険料の決定 賦課・徴収	標準的な算定方法等により、 <u>市町村ごとの標準保険料率を算定・公表</u>	・ <u>標準保険料率等を参考に保険料率を決定</u> ・ 個々の事情に応じた<u>賦課・徴収</u>
5. 保険給付	・ <u>給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払い</u> ・ 市町村が行った保険給付の点検	・ <u>保険給付の決定</u> ・ 個々の事情に応じた窓口負担減免等
6. 保健事業	市町村に対し、必要な助言・支援	・ <u>被保険者の特性に応じたきめ細かい保健事業を実施</u> (データヘルス事業等)

国保改革による財政支援の拡充について

- 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3,400億円の財政支援の拡充を行う。

<平成27年度から実施> (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

<平成30年度から実施> (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

- **財政リスクの分散・軽減方策**
(高額医療費への対応)

60億円

※ 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

【参考】

(単位：億円)

	27年度	28年度	29年度	30年度	31年度～
低所得者対策の強化	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	1,700
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>

消費税財源
(5⇒8%)

総報酬割化
財源

改革後の国保財政の仕組み

- 都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業費納付金の額の決定や、保険給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払う（保険給付費等交付金の交付）ことにより、国保財政の「入り」と「出」を管理する。

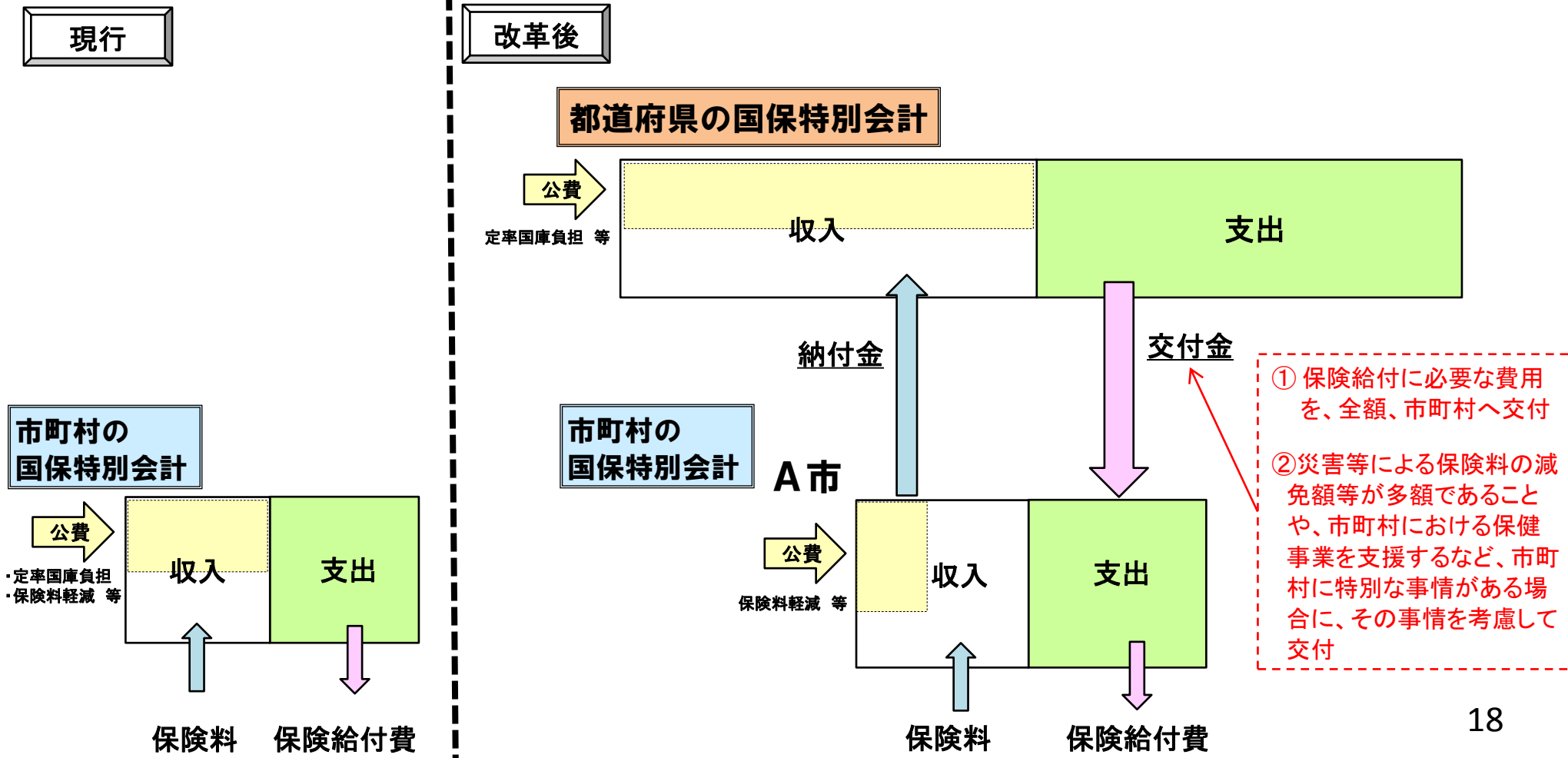
※ 都道府県にも国保特別会計を設置

- 市町村は、都道府県が市町村ごとに決定した納付金を都道府県に納付する。

※ 納付金の額は、市町村ごとの医療費水準と所得水準を考慮

現行

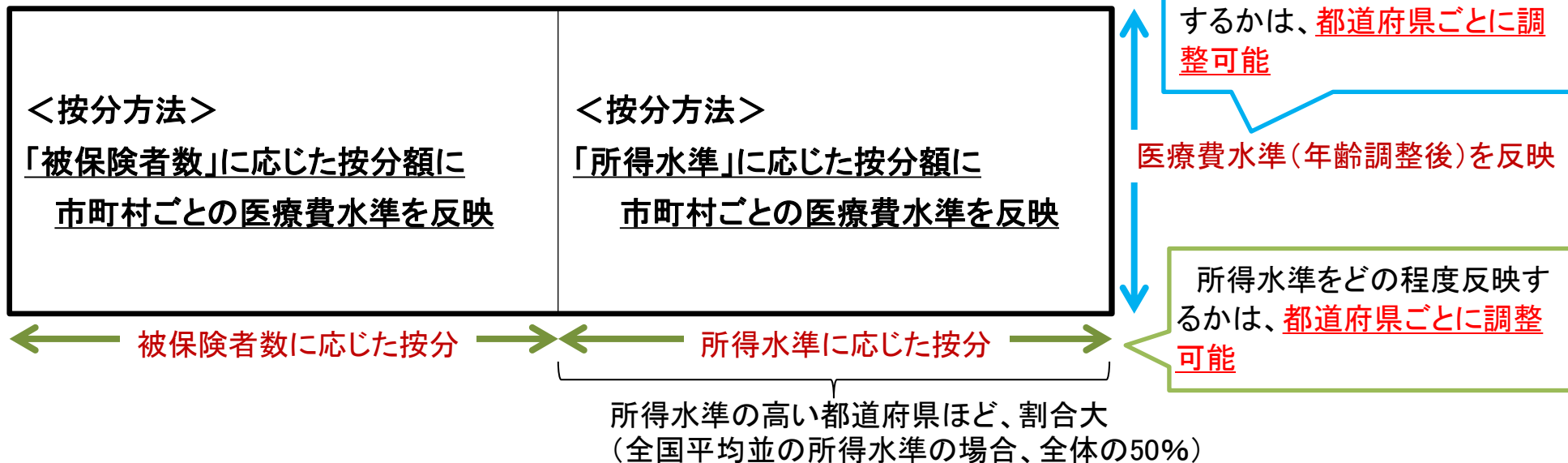
改革後



納付金の市町村への配分

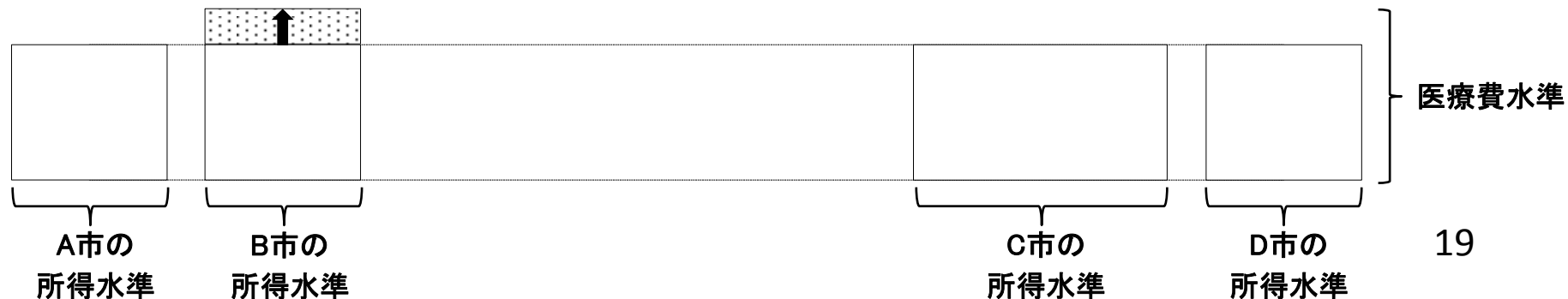
- 都道府県が、都道府県内の保険料収納必要額(医療給付費－公費等による収入額)を市町村ごとの「被保険者数」と「所得水準」で按分し、それぞれに「医療費水準」を反映することにより、市町村ごとの国保事業費納付金の額を決定

＜市町村の納付金額＞

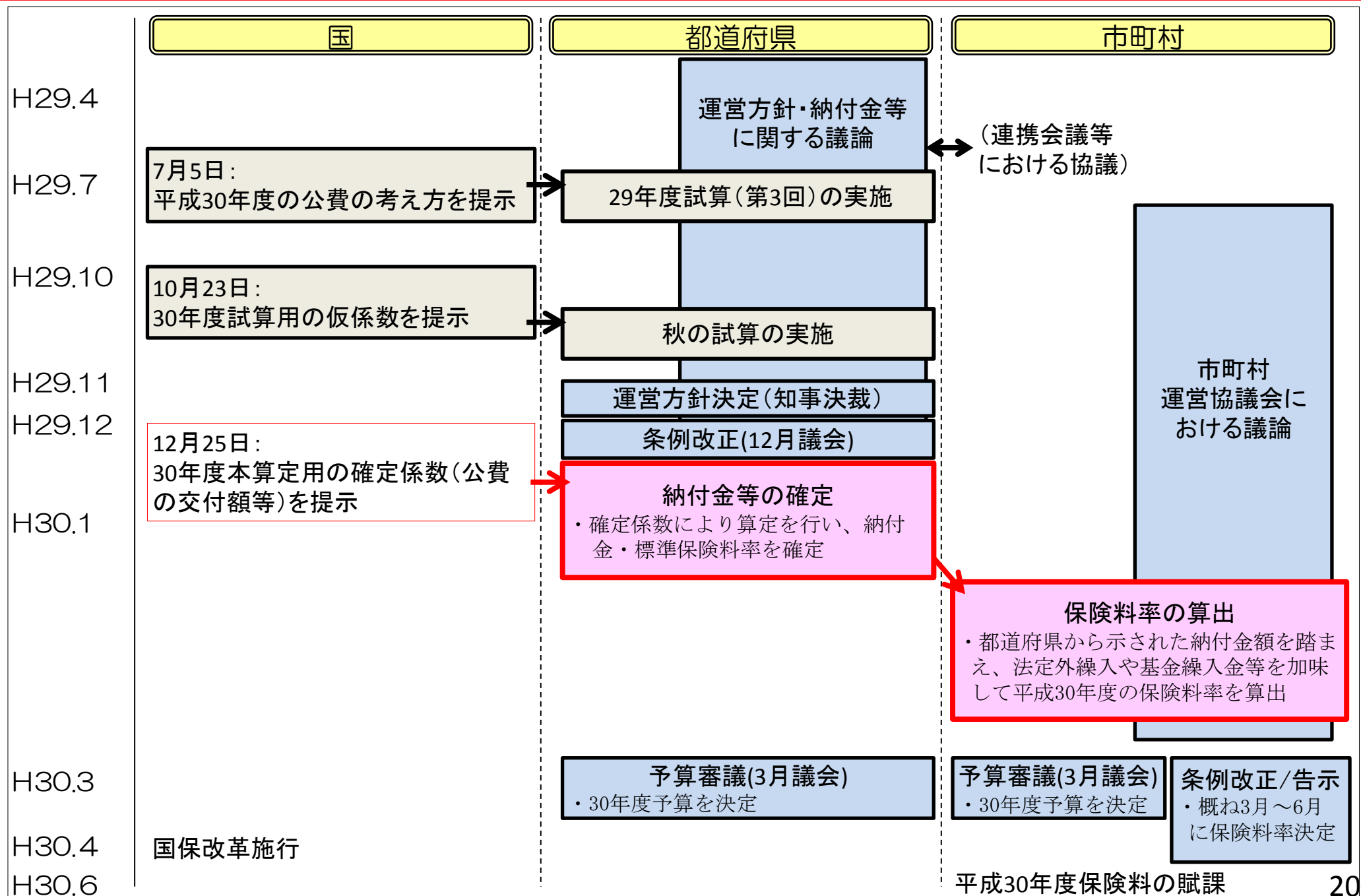


- 市町村の所得水準が同じ場合、年齢構成の差異の調整後の医療費水準が高いほど納付金の負担が大きくなり、医療費水準に応じた負担となる。

- 年齢調整後の医療費水準が同じ場合、市町村の所得水準が高いほど納付金負担が大きくなり、公平な保険料水準となる。



国保改革の施行準備スケジュールについて



「都道府県の算出による国保改革前後の保険料の動向の取りまとめ」 (平成30年3月30日公表)について

【概要】

- 本取りまとめは、平成30年4月に施行される国保改革の前後における、市町村ごとの一般被保険者一人当たり保険料または納付金の伸び率（法定外一般会計繰入等の影響を除いた理論値同士を比較）について、各都道府県が算出し、国に提出したものをとりまとめたもの。

※ 国保改革の影響を把握する方法としては、保険料ベースで把握する方法と、納付金ベースで把握する方法の2種類があり、各都道府県は、国保改革の影響を把握する方法として適切と判断した方法により算出を行っている。

- 平成30年度に公費拡充及び激変緩和措置を行う結果、市町村ごとの単年度換算後伸び率を見ると、保険料ベースでは約59%の市町村が維持または減少、約41%の市町村が増加（納付金ベースでは約55%が維持・減少、約45%が増加）となっている。

	都道府県数	増加市町村数	維持・減少市町村数	合計
保険料ベース	21	292 (41%)	421 (59%)	713
納付金ベース	24	364 (45%)	447 (55%)	811
(参考) 合計	45	656 (43%)	868 (57%)	1,524

(注) 北海道は一人当たり納付金額のみ、宮城県は一人当たり納付金額及び県平均伸び率のみの提出であり、市町村数の計算には含まれない

※ 伸び率については、今回の改革による国保財政の都道府県単位化や公費拡充の影響だけでなく、改革の有無に関わらず生じる医療費の自然増（一人当たり医療費の平成26年度から28年度の伸び率は全国平均で年間3%程度）等に対応した保険料等の上昇が含まれることに留意が必要

- 平成30年度における各市町村の実際の保険料率については、都道府県から示される納付金額に基づき、各市町村の判断で行う決算補填等目的の法定外一般会計繰入や財政調整基金からの繰入等も踏まえて3～6月にかけて決定される。（本調査結果とは一致しない）

【公表日】

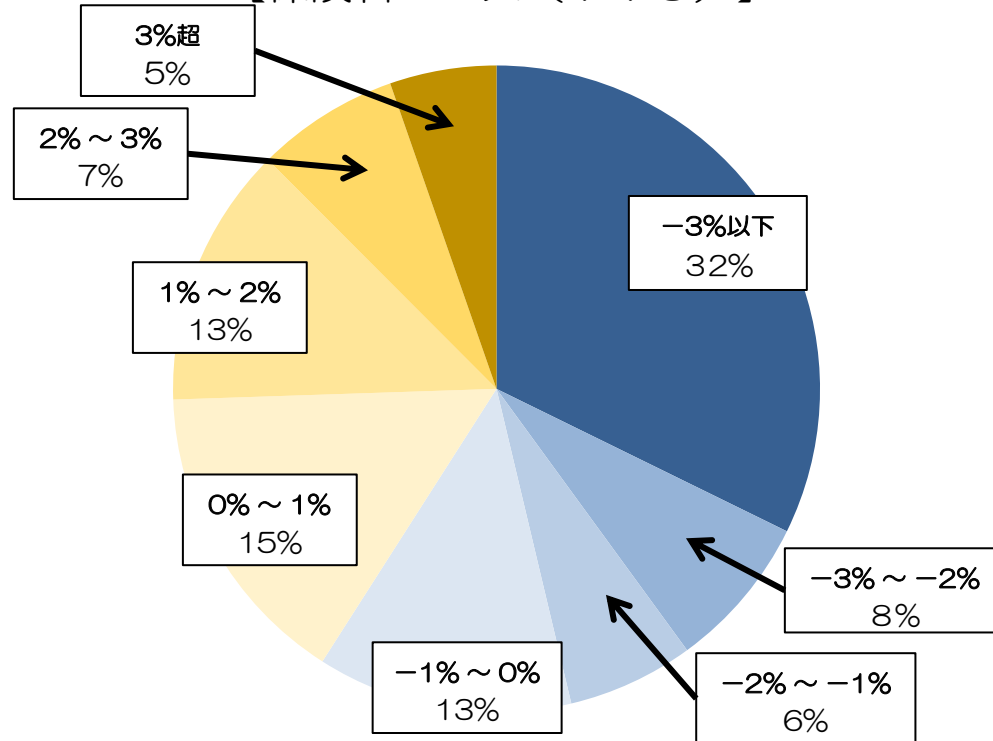
- 3月30日

一人当たり保険料または納付金の伸び率(単年度換算後)別の市町村数の分布

○ 市町村ごとの単年度換算後伸び率を見ると、保険料ベースでは約59%の市町村が維持または減少、約41%の市町村が増加（納付金ベースでは約55%が維持・減少、約45%が増加）となっている。

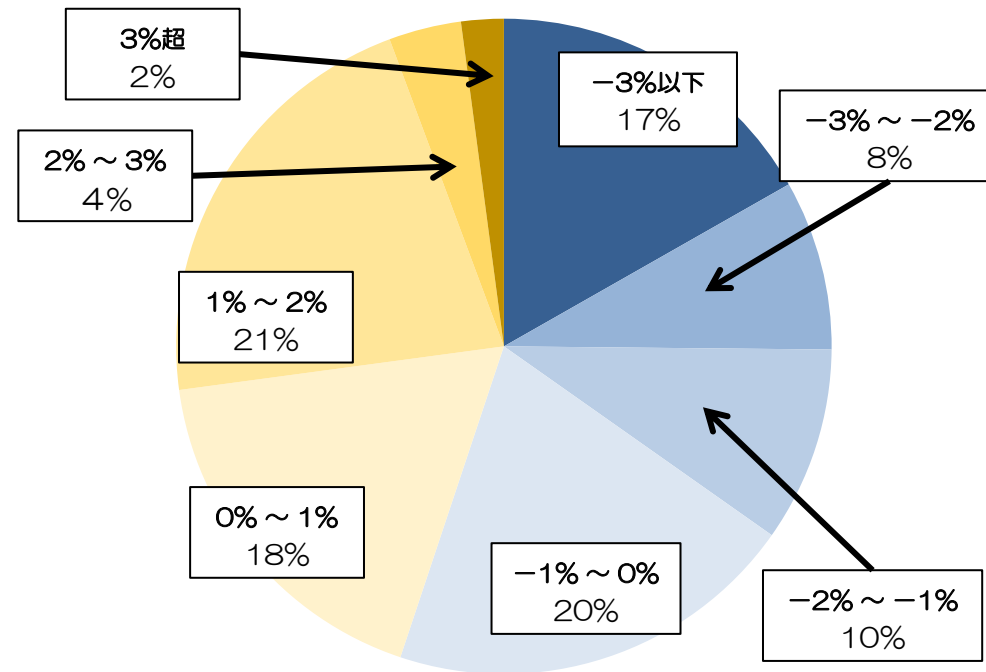
※ 伸び率については、今回の改革による国保財政の都道府県単位化や公費拡充の影響だけでなく、改革の有無に関わらず生じる医療費の自然増（一人当たり医療費の平成26年度から28年度の伸び率は全国平均で年間3%程度）等に対応した保険料水準の上昇が含まれることに留意が必要（単年度換算により、公費拡充の影響は半分程度に減殺されている）

【保険料ベース（713）】



伸び率	-3%以下	-3%超 -2%以下	-2%超 -1%以下	-1%超 0%以下
市町村数	230	55	45	91
伸び率	0%超 1%以下	1%超 2%以下	2%超 3%以下	3%超
市町村数	110	93	51	38

【納付金ベース（811）】



伸び率	-3%以下	-3%超 -2%以下	-2%超 -1%以下	-1%超 0%以下
市町村数	136	68	78	165
伸び率	0%超 1%以下	1%超 2%以下	2%超 3%以下	3%超
市町村数	144	174	29	17

平成30年度の国保財政

(平成30年度予算ベース)

医療給付費等総額： 約111,800億円

(赤字は国保改革による変更点)

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。
※4 予算額:約670億円

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。 予算額: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:3,600億円

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 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:4,500億円
(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

(27,000億円)

法定外一般会計繰入
約2,500億円 ※2

保険者支援制度

保険料軽減制度

調整交付金(国)

(9%)※1

8,200億円

定率国庫負担

(32%)※1

23,000億円

都道府県繰入金

(9%)※1

6,400億円

前期高齢者交付金

36,400億円

※3

公費負担額

国 計： 34,200億円

都道府県計： 11,400億円

市町村計： 1,700億円

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。(市町村単位→都道府県単位の交付に)

財政安定化基金

- 貸付・交付分(2,000億円)
給付増や保険料収納不足により財源不足になった場合に備え、都道府県に基金を設置し、都道府県・市町村に対して貸付・交付を行う。

- 激変緩和分(300億円)
平成35年度までの間、新制度の円滑な施行に必要な資金として活用可能。

※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28年度決算(速報値)における決算補填等の目的の一般会計繰入の額

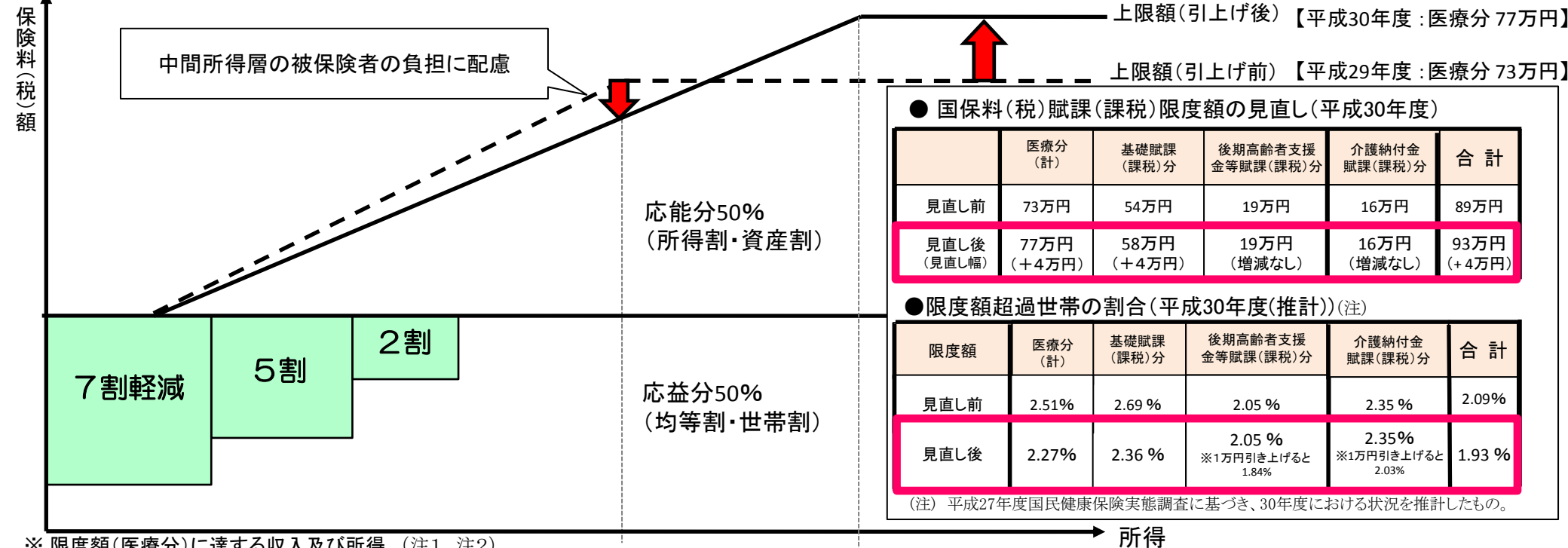
※3 退職被保険者を除いて算定した前期高齢者交付金額であり、実際の交付額とは異なる

※4 別途、平成29年度に特例基金に措置した500億円のうち170億円を活用

平成30年度の国保保険料(税)賦課(課税)限度額の在り方

- 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1.0%～1.5%(平成28年度より0.5%～1.5%)の間となるように法定されている。
- 平成30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、これまでの最大引上げ幅と同額の4万円を引き上げる。
- 引き上げの際は、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割合のバランスを考慮し、基礎賦課分を4万円を引上げることとする。(後期高齢者支援金等分・介護納付金分は据え置く)

【参考】平成30年度において、4万円の引上げを行った場合



※ 限度額(医療分)に達する収入及び所得 (注1、注2)
(基礎賦課(課税)分+後期高齢者支援金等分)

【平成29年度】

給与収入 約1,030万円／年金収入 約1,010万円
(給与所得 約810万円／年金所得 約810万円)

【平成30年度】

給与収入 約1,070万円／年金収入 約1,060万円
(給与所得 約850万円／年金所得 約850万円)

(注1) 給与収入又は年金収入を有する単身世帯で試算。

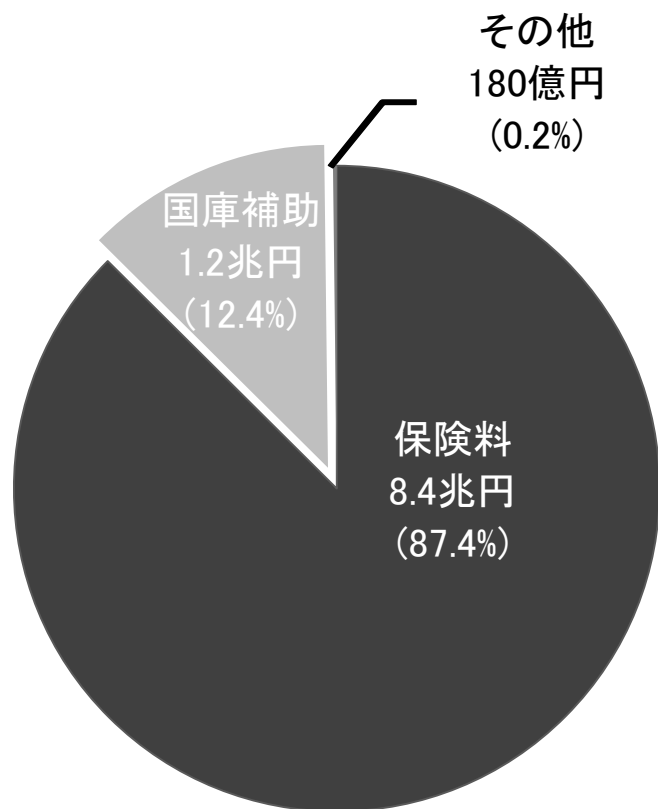
(注2) 保険料率等は、旧ただし書・4方式を採用する平成27年度全国平均値で試算。平成27年度 所得割率 8.51%、資産割額 14,205円、均等割額 29,419円、世帯割額 27,600円。
同様の考え方で平成30年度の限度額に達する収入を試算すると、3方式の場合には給与収入約950万円/年金収入約940万円、2方式の場合には給与収入約1,120万円/年金収入約1,110万円となる。

1. 国民健康保険
- 2. 被用者保険**
3. 後期高齢者医療制度
4. データヘルス改革
5. 審査支払機関改革
6. 予防・健康づくり

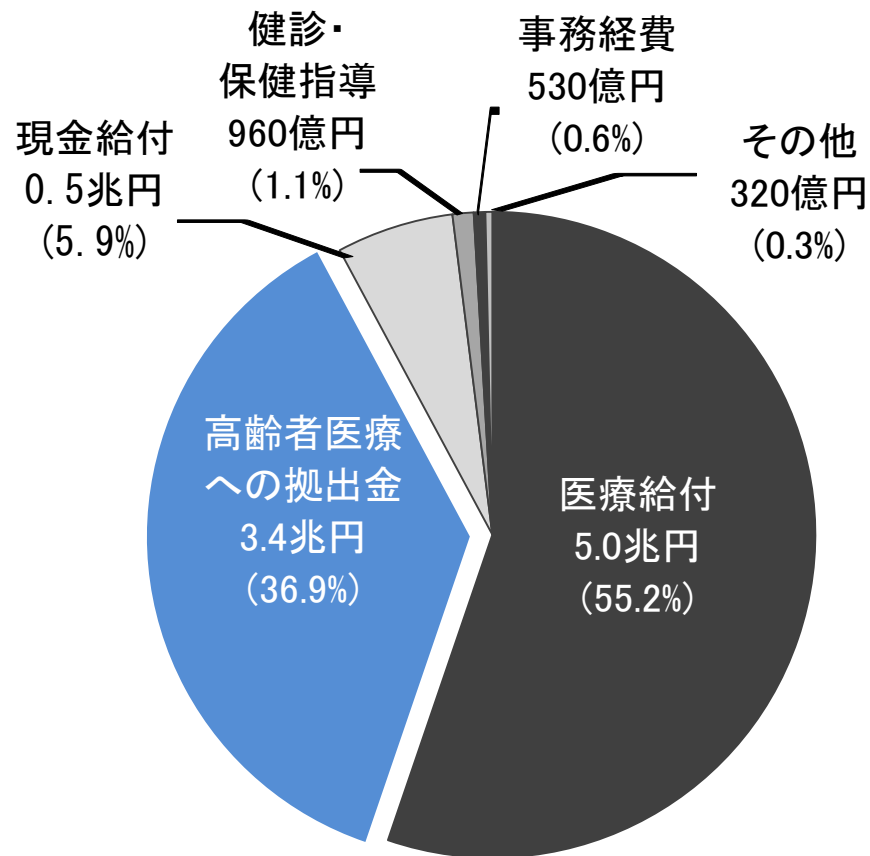
協会けんぽの財政構造(28年度決算)

○ 協会けんぽ全体の収支は約9兆円だが、その約4割、約3.4兆円が高齢者医療への拠出金に充てられている。

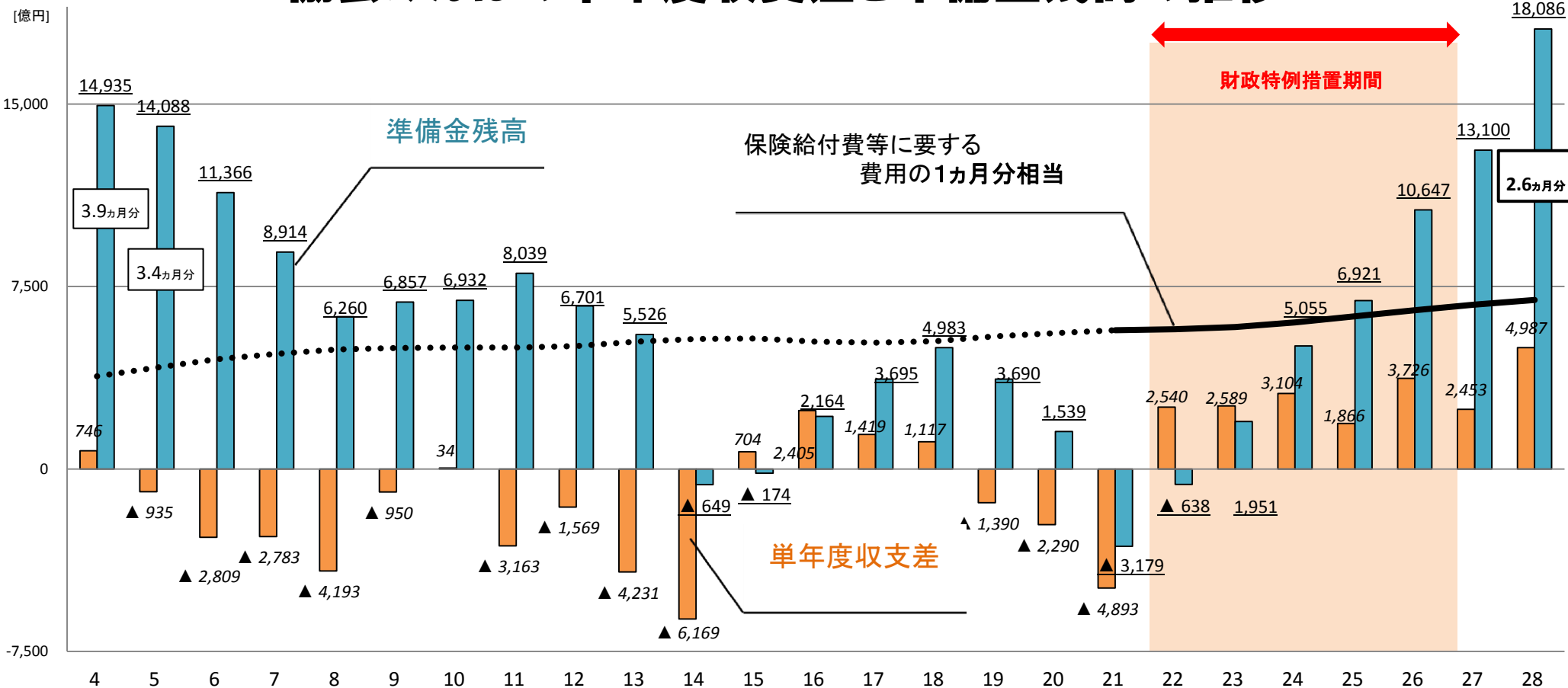
収 入 9兆6,220億円



支 出 9兆1,233億円



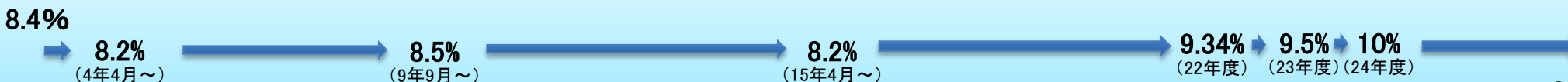
協会けんぽの単年度収支差と準備金残高の推移



【国庫補助率】



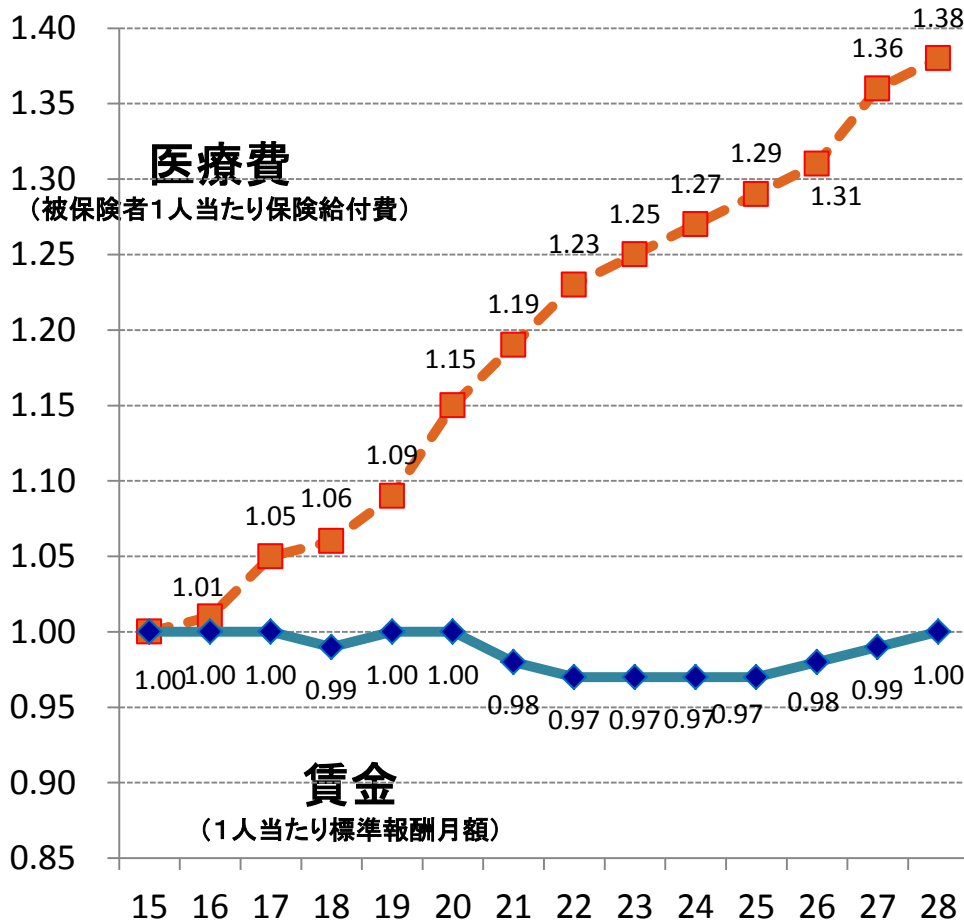
【協会けんぽの平均保険料率】



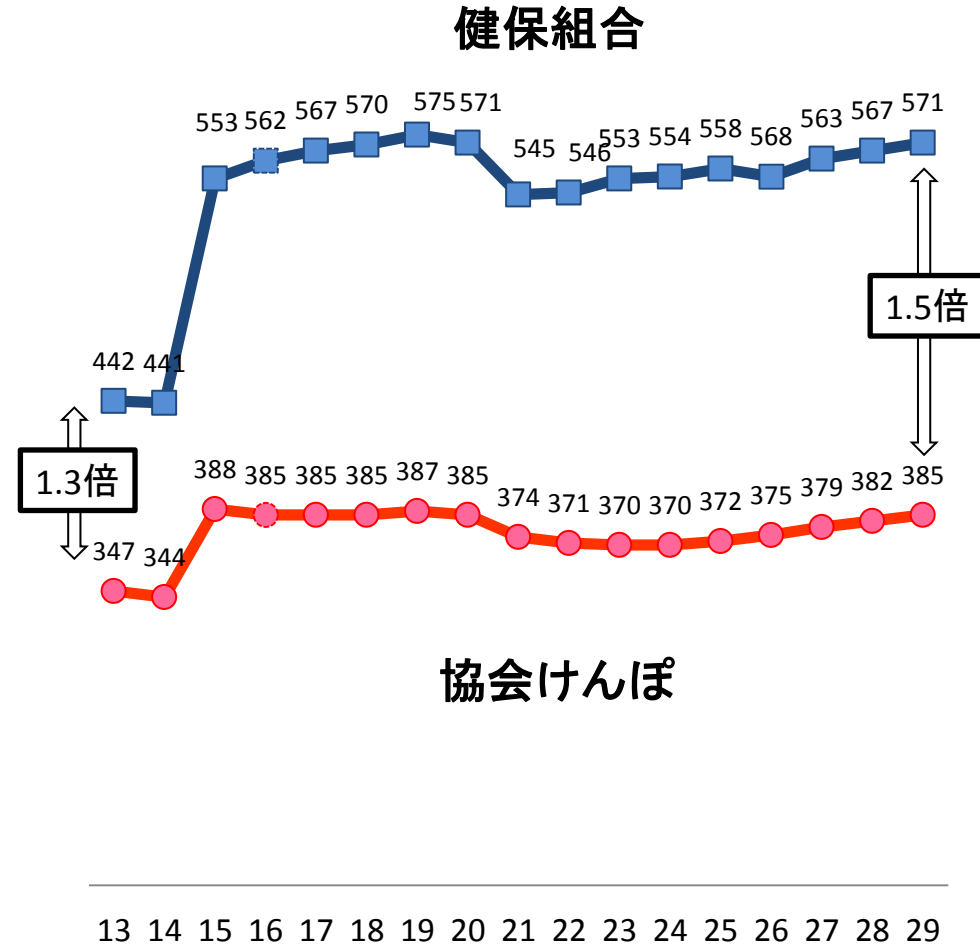
協会の財政構造について

- 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1.5倍の格差がある。

協会の保険財政の傾向

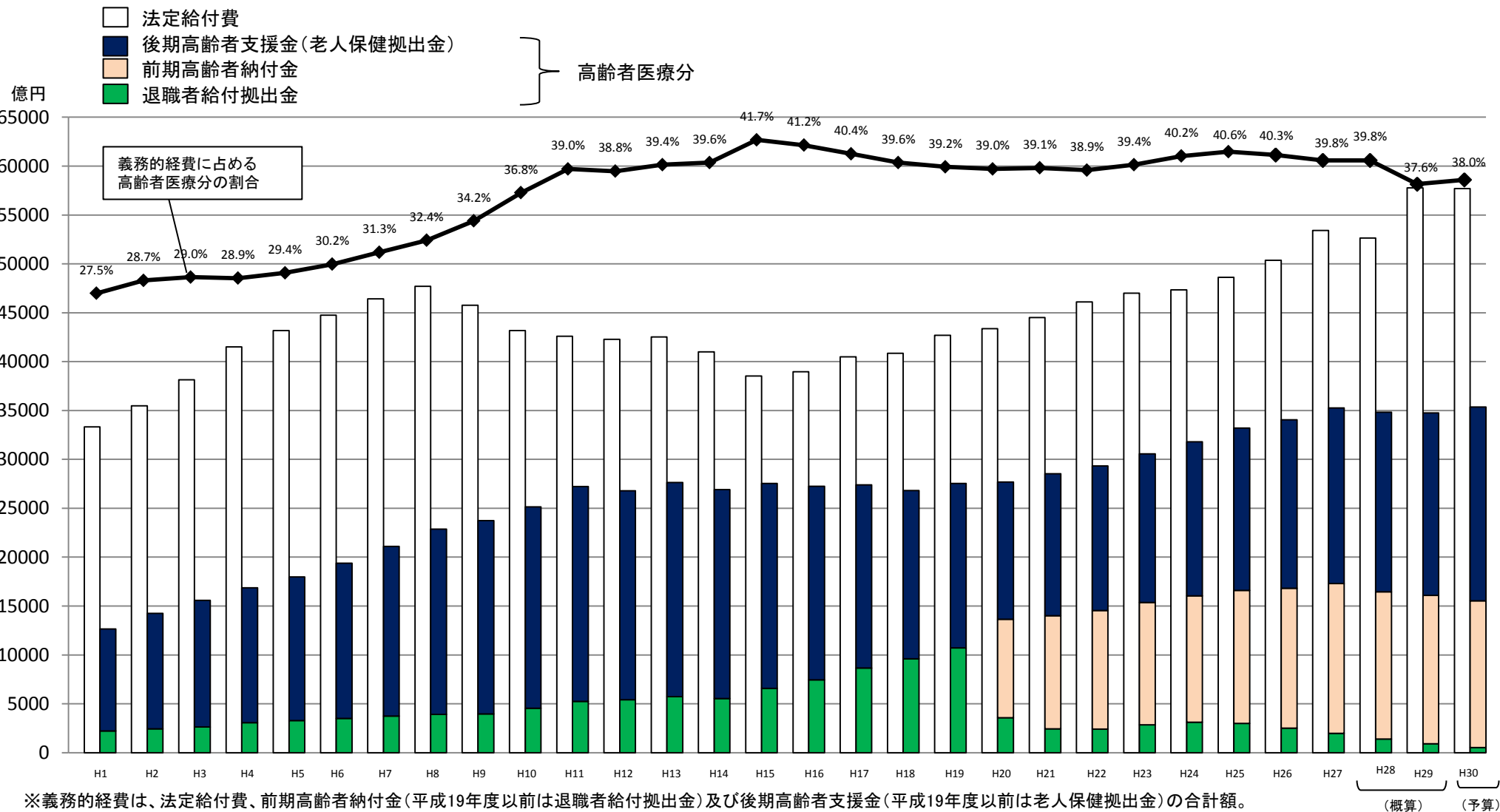


協会と健保組合の報酬水準の比較



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、38.0%(平成30年度予算ベース)となっている。



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金(平成19年度以前は退職者給付拠出金)及び後期高齢者支援金(平成19年度以前は老人保健拠出金)の合計額。

平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

※法定給付費は、平成27年度までは実績額を、平成28、29年度は概算額を、平成30年度は予算額を用いている。

※後期高齢者支援金等は、平成27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28、29年度は概算賦課額。平成30年度は予算額。

※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、

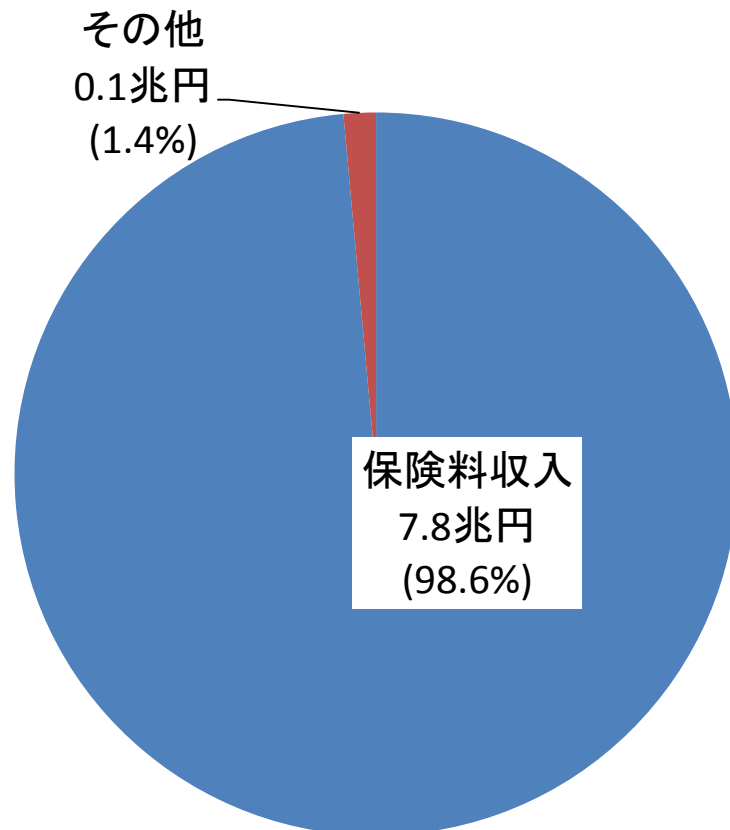
平成29年度以降は全面総報酬割としている。

※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。

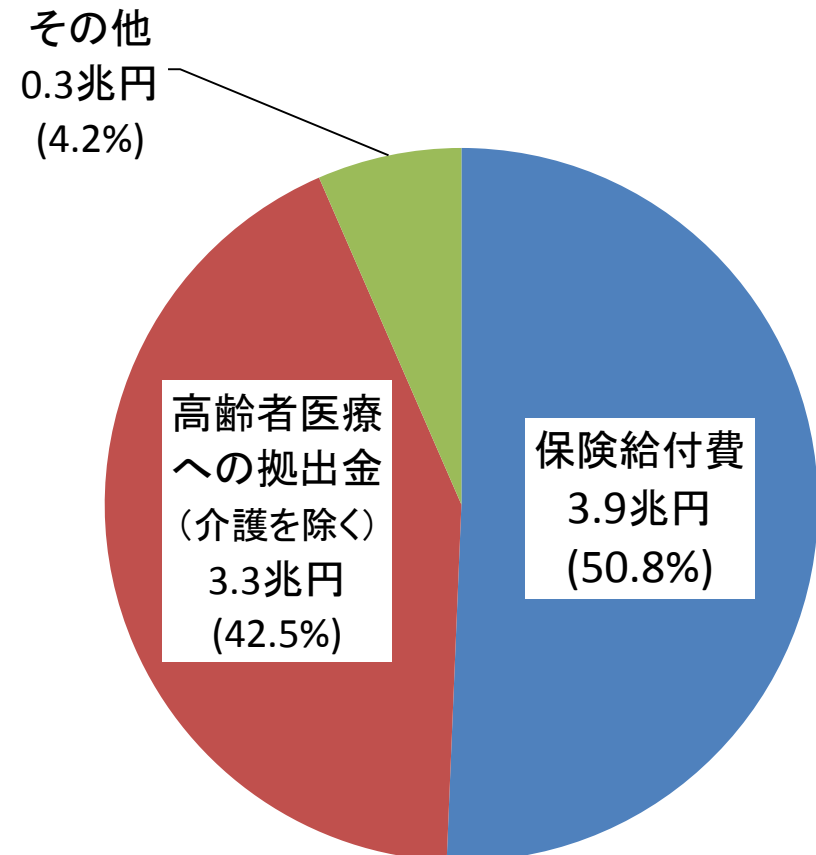
健康保険組合の財政構造(28年度決算見込)

○ 健保組合の経常収支は約7.9兆円だが、その約4割、約3兆円以上が高齢者医療への拠出金に充てられている。

経常収入 7兆9,623億円



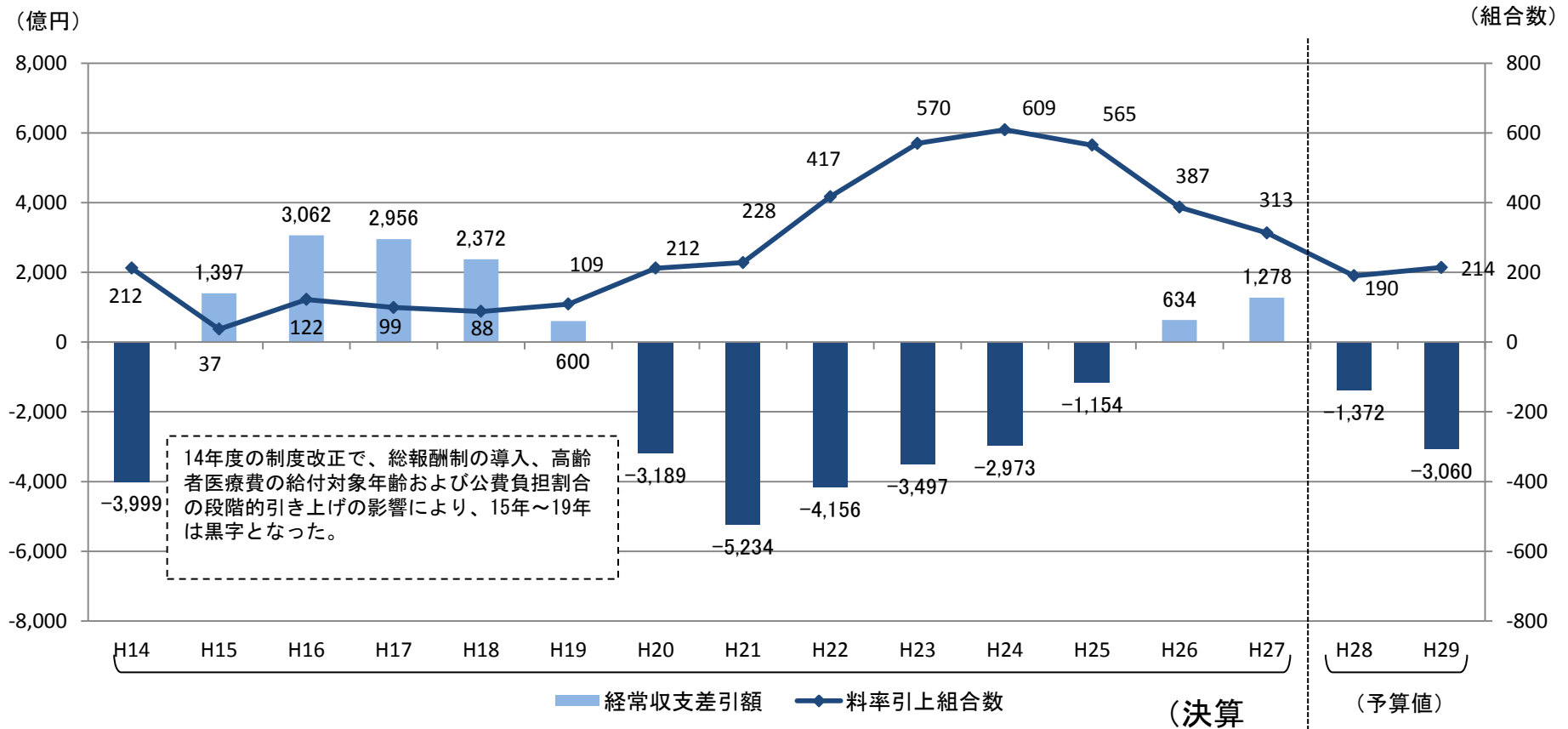
経常支出 7兆7,250億円



健康保険組合の財政状況

29年度予算早期集計（平成29年4月14日健保連発表）

- ・保険料率の引上げ：健保組合全体の約2割（214組合）
→ 平均保険料率（9.100%→**9.168%**） 対前年度伸び率0.75%
- ・単年度赤字：健保組合全体の7割→ 全体では約**3,060億円の赤字**
- ・保険料収入に占める拠出金等の割合：44.5%→ 50%以上の組合は全体の24.1%（331組合）



（注1）平成14～26年度までは決算、27年度は決算見込、28年度は予算、29年度は予算早期集計の数値である。

（注2）保険料率引き上げ組合数は、14～27年度までは前年度決算との比較、28年度は27年度決算見込との比較、29年度は予算データ報告組合（1,375組合）と28年度予算との比較である。

健康保険組合の保険料負担について

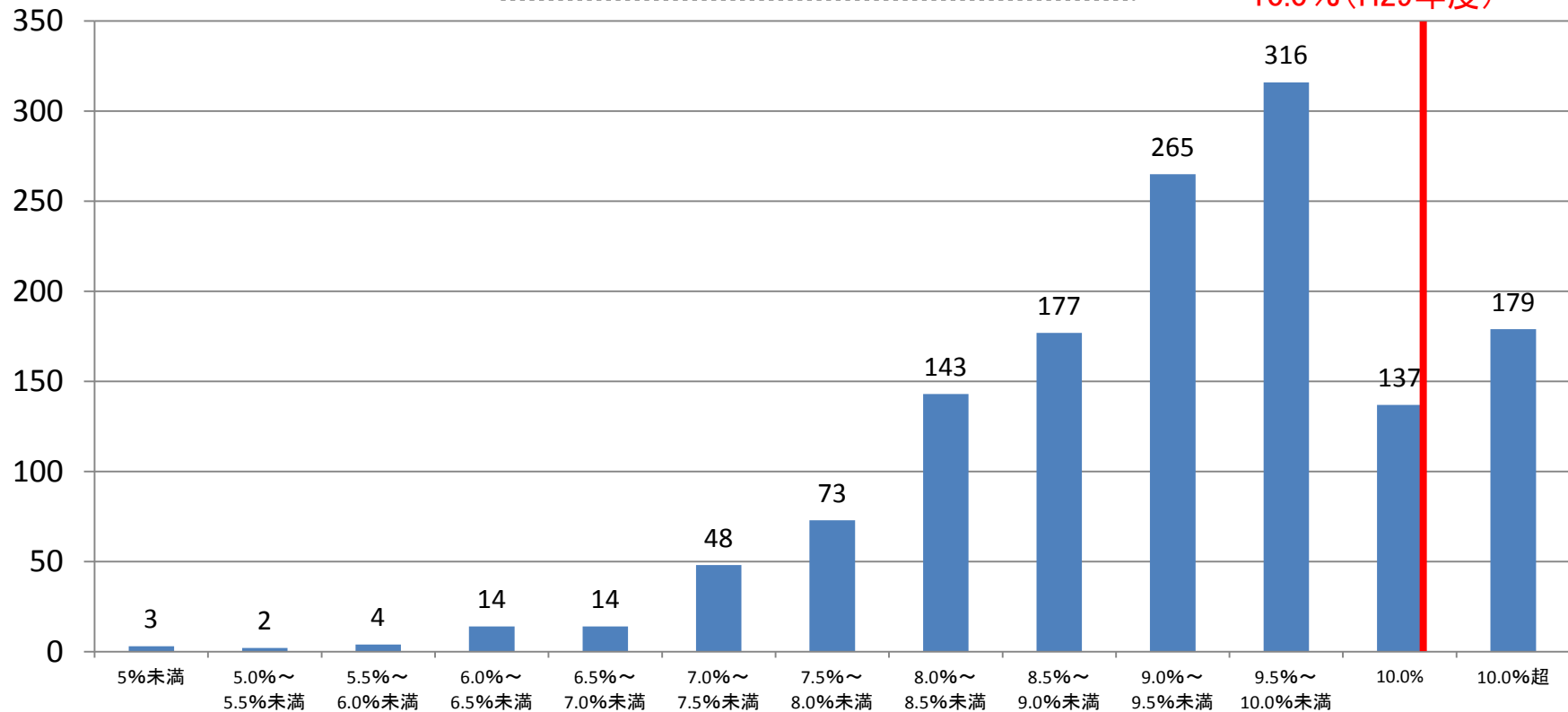
健康保険組合の保険料率は、保険者間において差があり、平成29年度の健康保険組合の保険料率については、最低5.0 %、最高12.1%となっている。

また、協会けんぽの平均保険料率(10.0%)を超えている健康保険組合が179組合ある。

全組合の平均 9.168%
(29年度予算早期集計: 1,375/1,398組合)

協会けんぽの平均保険料率
10.0%(H29年度)

組
合
数

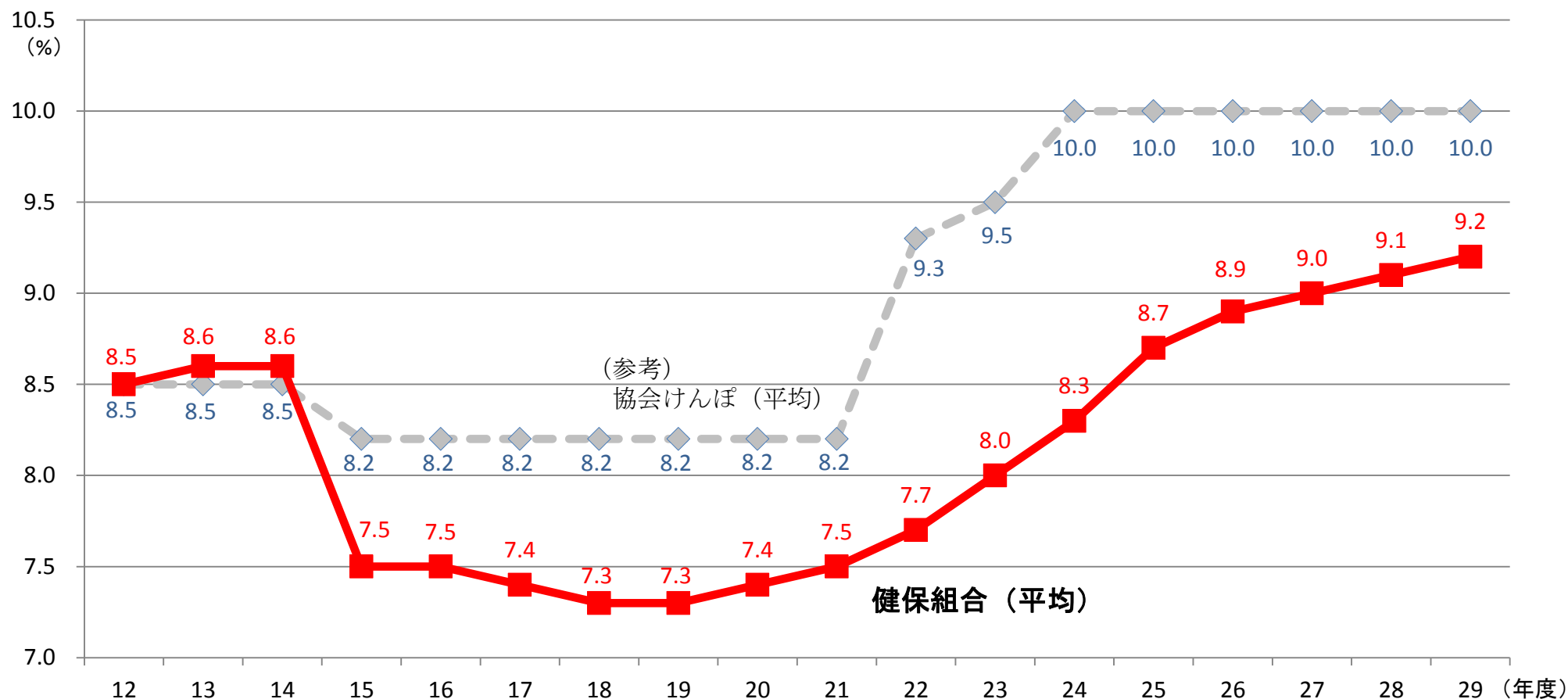


保険料率

(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45.4%。

健康保険組合の保険料率の推移

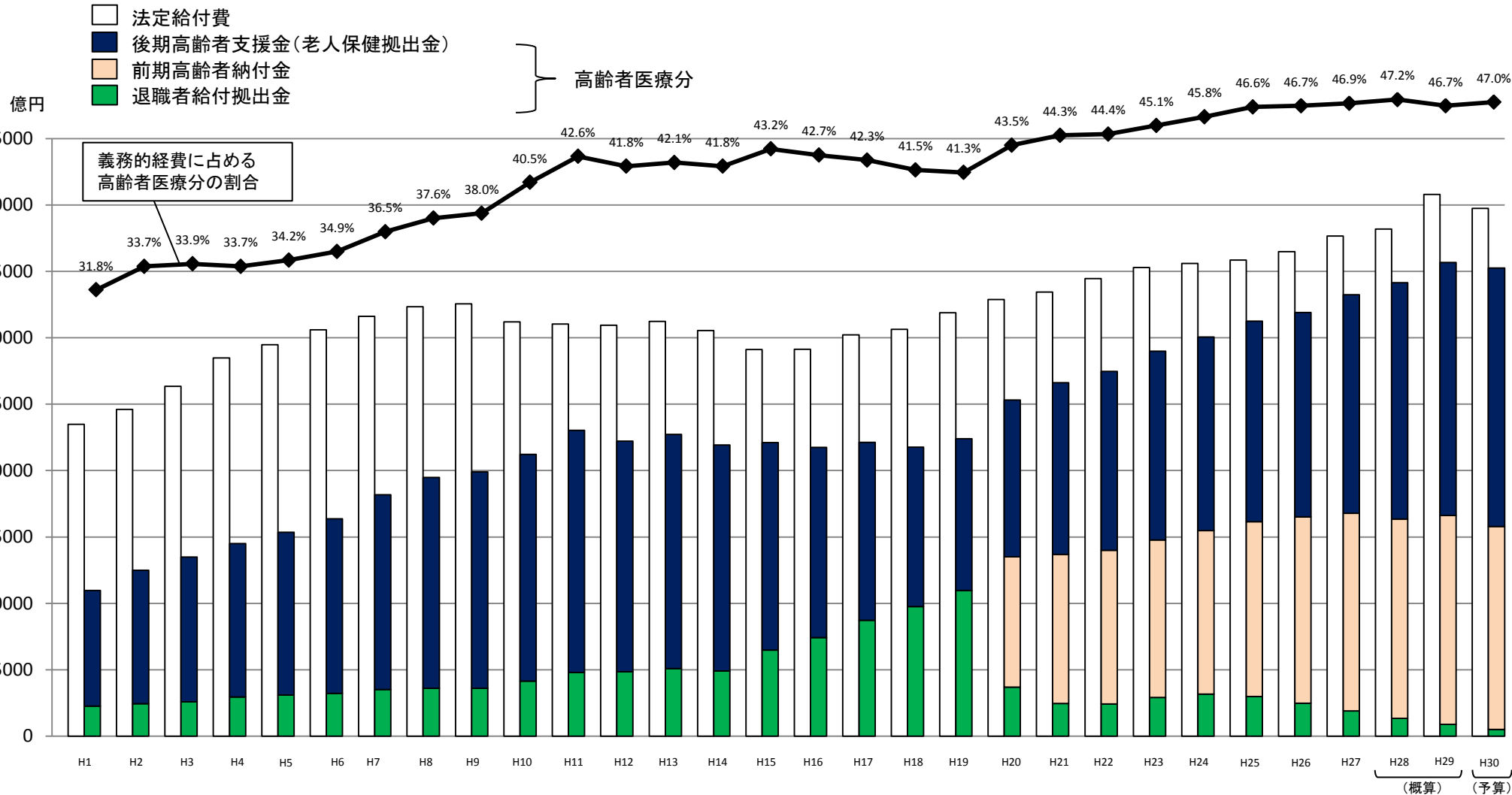


（※ 1）平成15年度に保険料率が下がっているのは、総報酬制（賞与にも月収と同じ保険料率を賦課）の導入によるもの（政管健保では、実質的に0.7%の保険料率の引上げ）。

（※ 2）健康保険組合の保険料率（調整保険料率含む）は、12年度～26年度は決算、27年度は決算見込、28年度は予算、29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%(平成30年度予算ベース)となっている。



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金(平成19年度以前は退職者給付拠出金)及び後期高齢者支援金(平成19年度以前は老人保健拠出金)の合計額。

平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

※法定給付費は、平成27年度までは実績額を、平成28、29年度は概算額を、平成30年度は予算額を用いている。

※後期高齢者支援金等は、平成27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28、29年度は概算賦課額を、平成30年度は予算額を用いている。

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

1. 国民健康保険
2. 被用者保険
- 3. 後期高齢者医療制度**
4. データヘルス改革
5. 審査支払機関改革
6. 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1,750万人

<後期高齢者医療費>

17.2兆円(平成30年度予算ベース)

給付費 15.8兆円

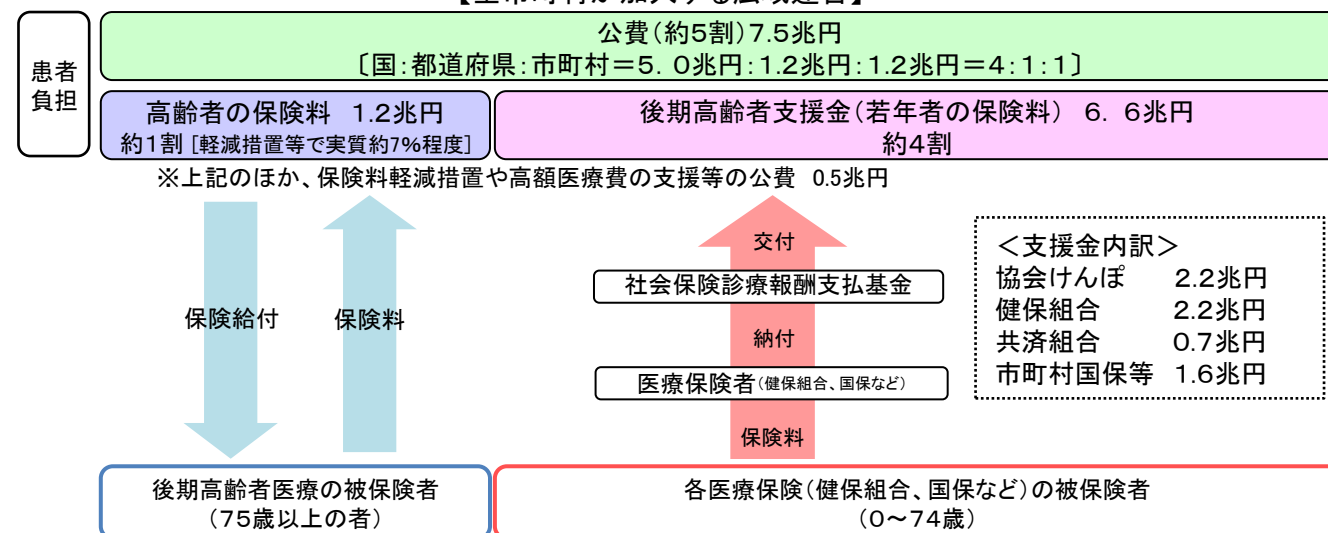
患者負担 1.4兆円

<保険料額(平成30・31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380円/月

【全市町村が加入する広域連合】



前期高齢者に係る財政調整

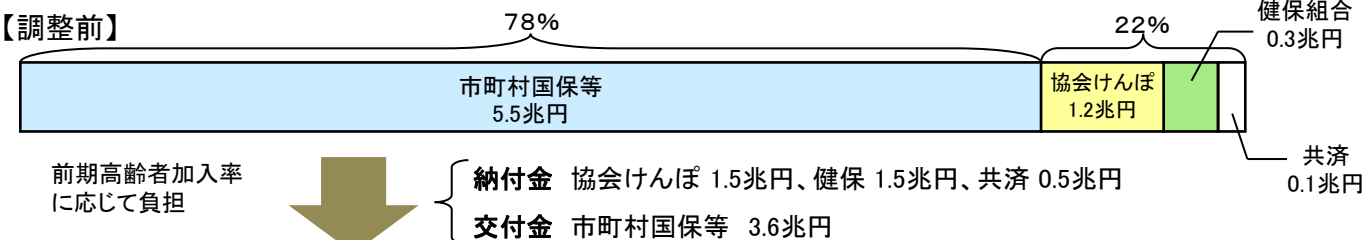
<対象者数>

65～74歳の高齢者
約1,700万人

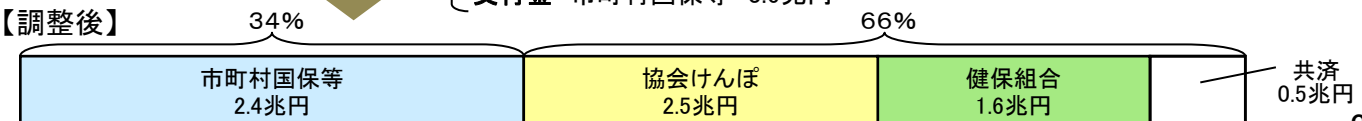
<前期高齢者給付費>

7.0兆円
(平成30年度予算ベース)

【調整前】



【調整後】

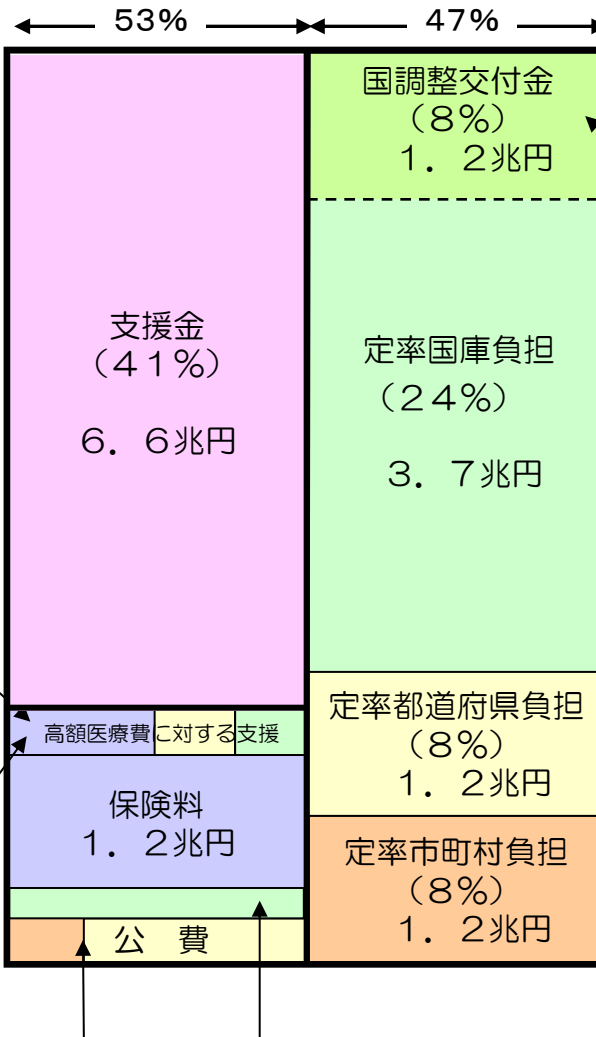


後期高齢者医療制度の財政の概要

(平成30年度予算ベース)

医療給付費等総額：15.8兆円

都道府県単位の広域連合



財政安定化基金

○保険料未納リスク、給付増リスク及び保険料上昇抑制に対応するため、国・都道府県・広域連合（保険料）が1/3ずつ拠出して、都道府県に基金を設置し、貸付等を行う。

0.1兆円程度（基金残高）

高額医療費に対する支援

○高額な医療費による財政影響を緩和するため、1件80万円を超えるレセプトに係る医療費の一定部分について、国・都道府県が1/4ずつ負担する。

0.3兆円

特別高額医療費共同事業

○著しく高額な医療費による財政影響を緩和するため、広域連合からの拠出により、1件400万円を超えるレセプトに係る医療費の200万円超分について、財政調整を行う。

54億円（うち国10億円）

調整交付金（国）

○普通調整交付金（調整交付金の9/10）
…広域連合間の所得格差による財政力不均衡を調整するために交付する。
○特別調整交付金（調整交付金の1/10）
…災害その他特別の事情を考慮して交付する。

・保険基盤安定制度（低所得者等の保険料軽減）
・保険料軽減特例

○保険基盤安定制度
・低所得者等の保険料軽減
…均等割7割・5割・2割軽減、被扶養者の5割軽減
＜市町村1/4、都道府県3/4＞
0.3兆円程度

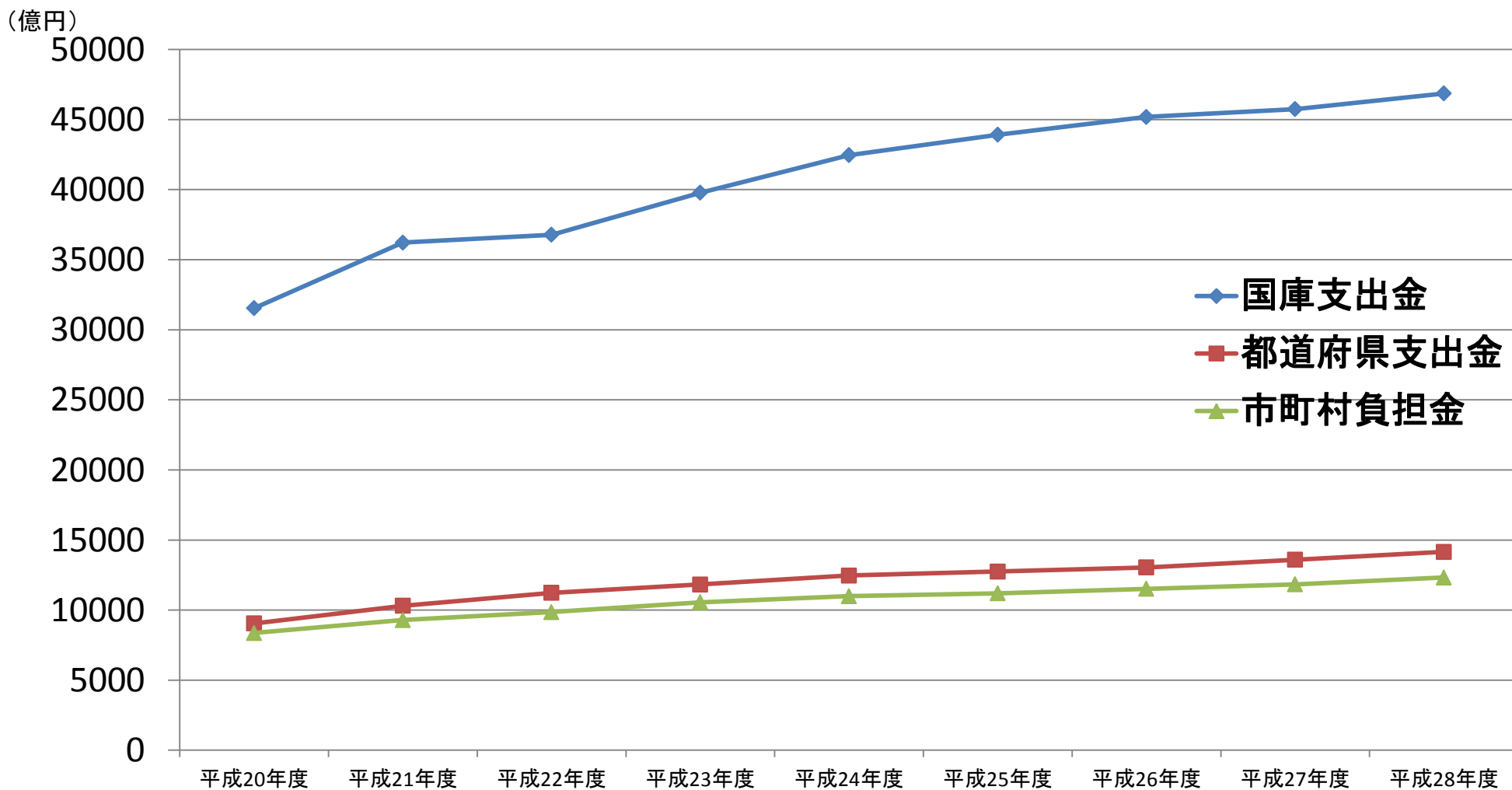
○保険料軽減特例〈国〉
・低所得者の更なる保険料軽減
…均等割9割・8.5割軽減

606億円

※ 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の推移

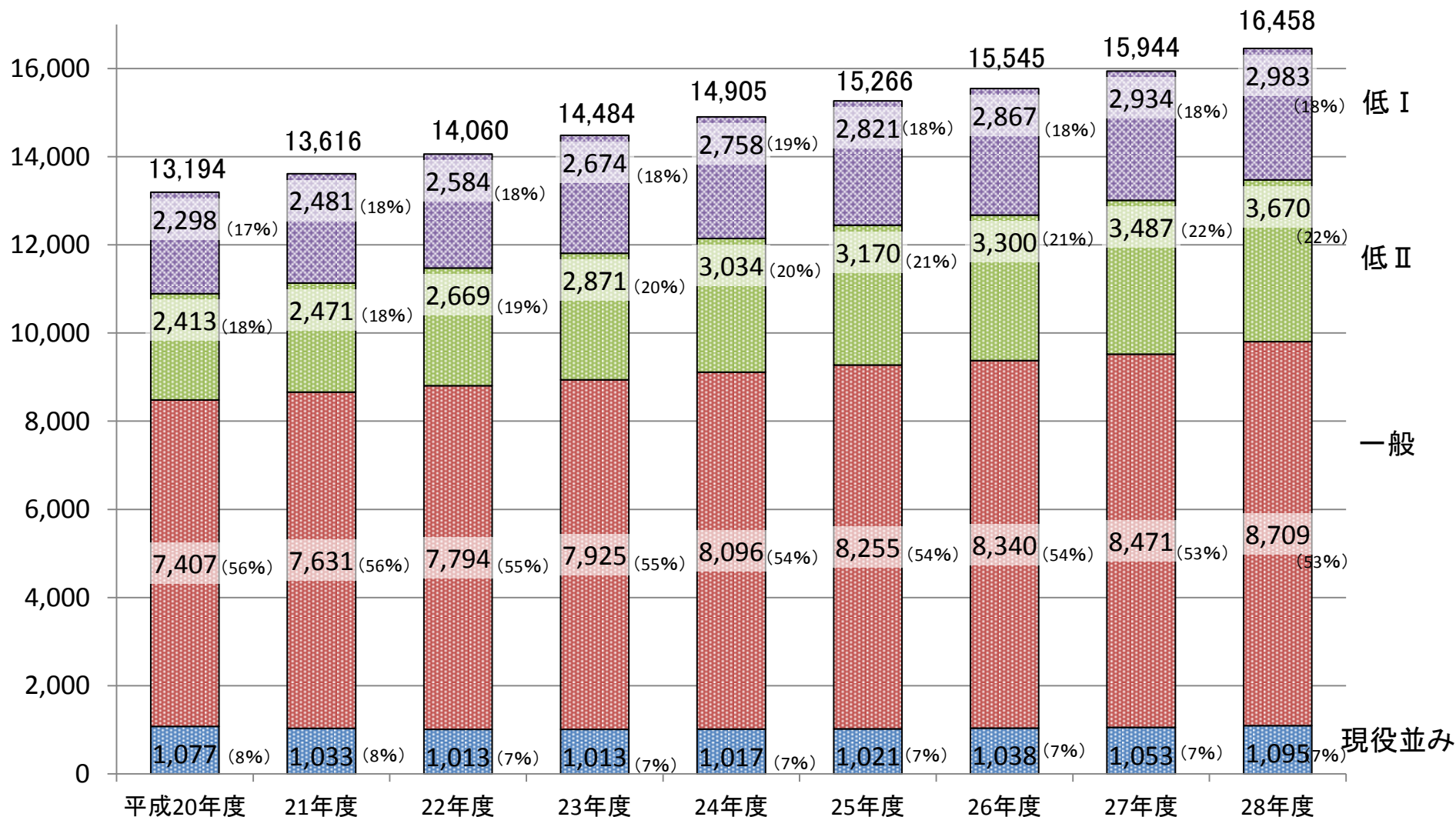
○ 後期高齢者医療広域連合への公費支出は、制度創設(平成20年度)以降、増加傾向にあり、国庫支出金については、平成28年度は約4.7兆円(平成20年度比約49%増)。



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28年度は約1,646万人(平成20年度から約25%増)となり、総人口の8人に1人は75歳以上。

(千人)



前期高齢者納付金の推移



※平成27年度以前は確定賦課ベース。平成28、29年度は概算賦課ベース、平成30年度は予算ベースである。

※協会けんぽは日雇を含む。

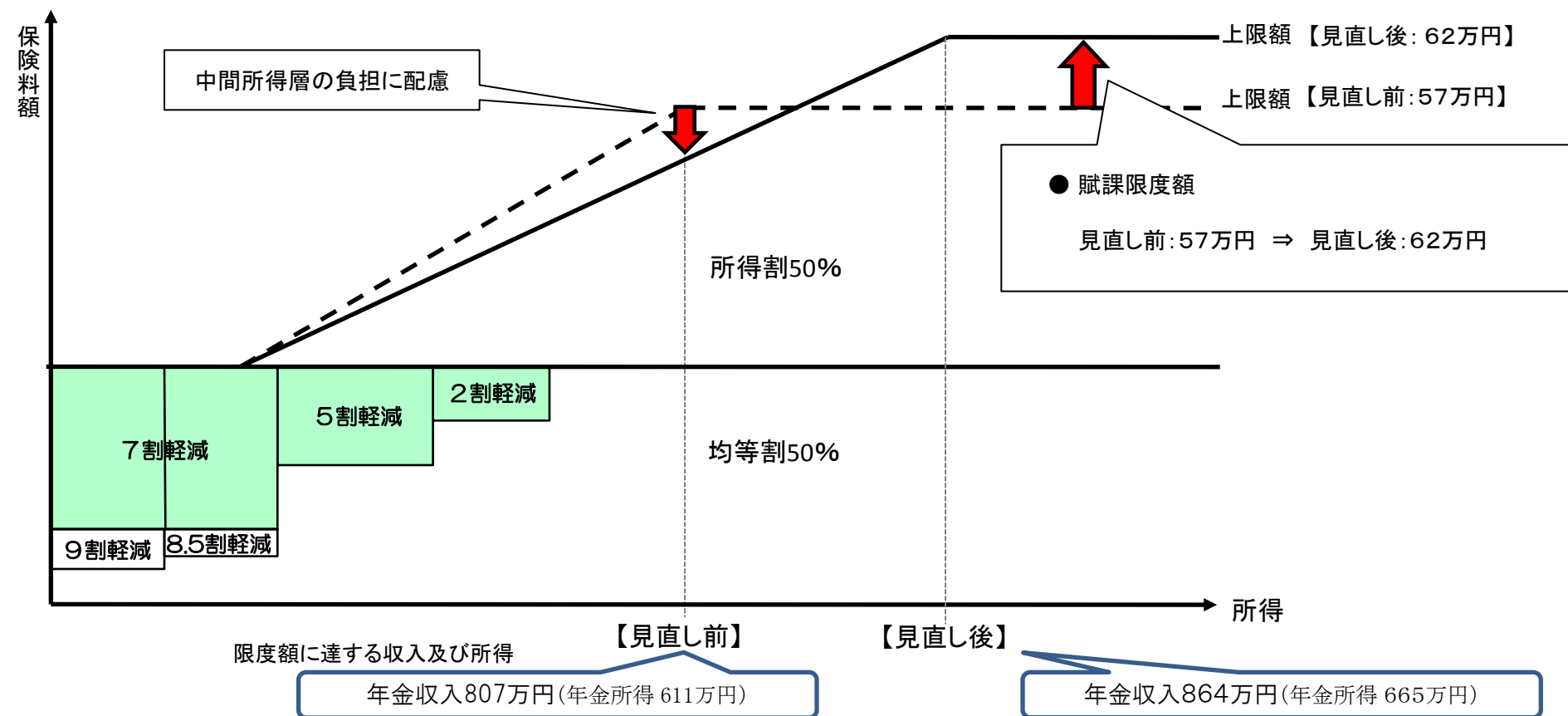
後期高齢者支援金の推移



※ 平成27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27年度の医療費等の状況～(平成29年12月))。
平成28、29年度は概算賦課ベース、平成30年度は予算ベースである。

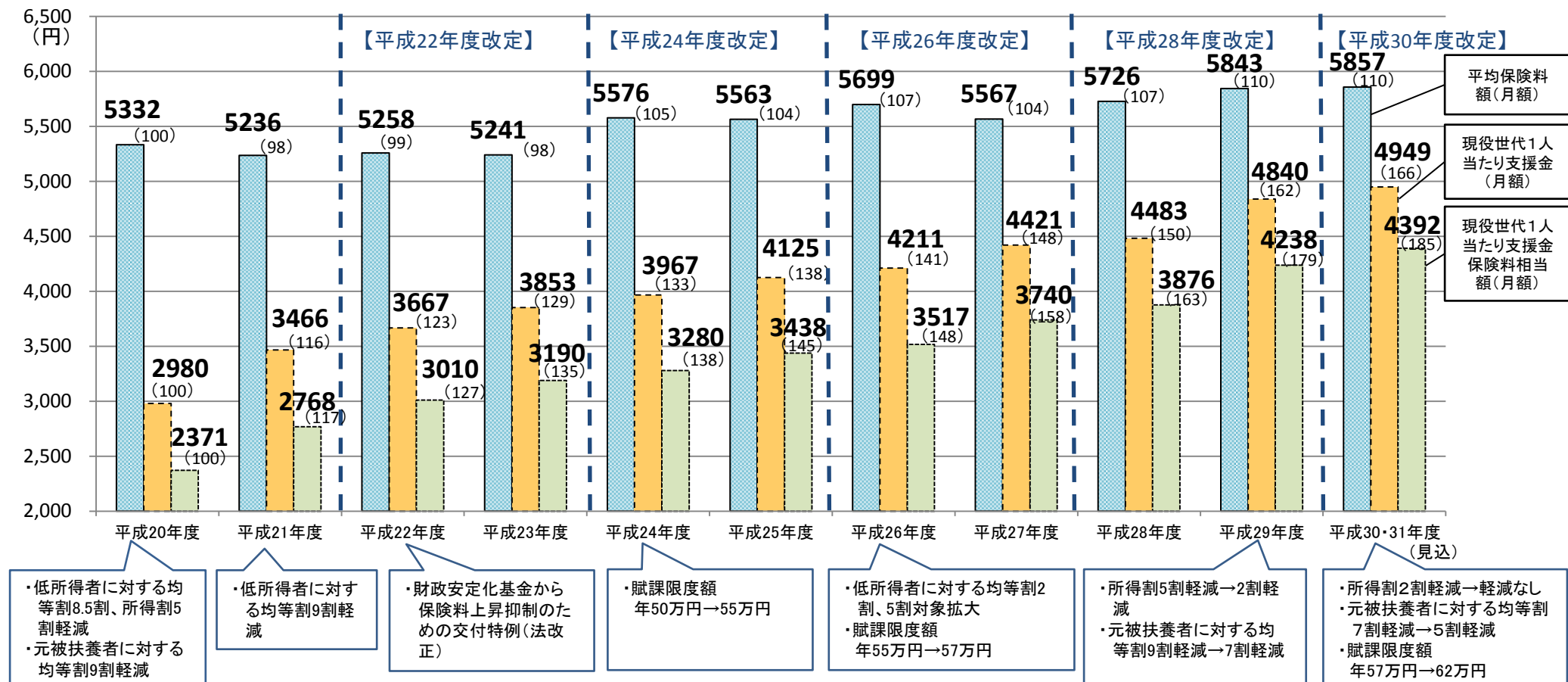
平成30年度の後期高齢者医療保険料賦課限度額の見直し

- 医療給付費の伸び等により保険料負担の増加が見込まれる中、受益と負担の関連、被保険者の納付意識への影響、中間所得層の負担とのバランス等を考慮し、保険料賦課限度額を設定することが必要。
 - 平成26～29年度の国保の賦課限度額引き上げ幅(67万円→73万円)も踏まえ、中間所得層の保険料負担の抑制、上位所得者にも応分の負担を求める観点から限度額を見直す。
- 保険料賦課限度額を5万円引き上げ、57万円を62万円とする。



* 平成28・29年度の全国平均料率に基づき算定(均等割額45,289円、所得割率9.09%)

後期高齢者医療制度の保険料の推移



※ 平均保険料額は平成20～29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、平成30・31年度は保険料改定時見込みであり、平成31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20～28年度は確定賦課、平成29年度は概算賦課、平成30・31年度は平成30年度の概算賦課ベース。

※ 支援金保険料相当分は、支援金から国保及び協会けんぽへの定率の公費を控除したもの。平成20～28年度は確定賦課、平成29年度は予算ベース。平成30・31年度は平成30年度の予算ベース。(国保の低所得者に対する軽減分及び保険者支援制度分は考慮していない。)

※ 支援金、支援金保険料相当分の平成28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。

75歳以上の
皆さまへ(※1)

医療保険制度の見直し を行いました

平成30年8月から、
高額療養費の上限額が変わります

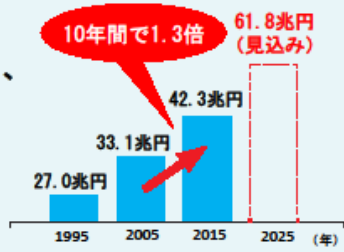
詳しくは中面をご覧ください。

平成30年度(※2)から、
医療保険料の軽減率が変わります

(※1) 65歳以上の方で障害認定を受けて後期高齢者医療制度に加入している方も対象になります。
(※2) 平成30年度の保険料改定により、皆さまの保険料の支払い額が変わるのは、振込み・口座振替等の方で7月から、年金引き落としの方で10月からとなります。(お住まいの市区町村によっては時期が異なる場合があります。)

国民医療費の推移

この10年間で、
70歳以上の高齢者の人数は1.3倍になり、
国民医療費は1.3倍になりました。
団塊世代が全員75歳以上になる
2025年には、国民医療費の総額は、
61.8兆円にもなる見込みです。



医療費の財源

皆さまが窓口でお支払いいただく
医療費は、医療費全体の一部です。
右の図のように、医療費の大半は、
毎月納めていただく保険料や、
税金でまかなわれています。

※後期高齢者医療制度の場合(平成30年度予定の金額)

税金	7.5兆円
74歳以下の方の保険料	6.6兆円
75歳以上の方の医療機関での負担	1.4兆円
75歳以上の方の保険料	1.2兆円

全ての方が安心して医療を受けられる社会を維持するために、
保険料と医療機関での支払い上限額を見直します。
皆さまのご理解をお願いいたします。

平成30年8月から、 高額療養費の上限額が変わります

高額療養費制度とは、

ひと月に医療機関に支払った額が高額になった場合に、定められた上限額を超えて支払った額を払い戻す制度です。上限額は、個人や世帯の所得に応じて決まっています。

⇒ 平成30年8月から、上限額(月ごと・70歳以上)が下の表のように変わります。
あわせて「限度額適用認定証」が必要になる場合がありますので、ご注意ください。

年収約370～1,160万円(課税所得145～689万円)の方は
ご注意ください!! ※年収は年金収入のみの方の金額

平成30年8月以降、ひと月にひとつの医療機関での支払が高額になる可能性がある方は**必ず**、市区町村窓口にて、「**限度額適用認定証**」の交付を申請してください。

※「限度額適用認定証」が提示されない場合、医療機関での支払い額が高額になる場合があります。
(ただし、その場合でも、上限額を超えて支払われた額を後日払い戻すよう申請することができます。)

平成30年7月までの上限額(70歳以上)

適用区分	外来 (個人ごと)	外来+入院 (世帯ごと)
現役並み		
課税所得 145万円以上の方	57,600円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% (多数回 44,400円 (※2))
一般		
課税所得 145万円未満の方 (※1)	14,000円 [年間の上限 144,000円]	57,600円 (多数回 44,400円 (※2))
住民税非課税世帯 (※3)		
II 住民税非課税世帯 (年金収入80万円以下など) (※3)	8,000円	24,600円
I 住民税非課税世帯 (年金収入80万円以下など) (※3)		15,000円

平成30年8月からの上限額(70歳以上)

適用区分	外来 (個人ごと)	外来+入院 (世帯ごと)
現役並み		
課税所得 690万円以上の方	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1% (多数回 140,100円 (※2))	
II 課税所得 380万円以上の方	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1% (多数回 93,000円 (※2))	
I 課税所得 145万円以上の方	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% (多数回 44,400円 (※2))	
課税所得 145万円未満の方 (※1)	18,000円 [年間の上限 144,000円]	57,600円 (多数回 44,400円 (※2))
住民税非課税世帯 (※3)		
II 住民税非課税世帯 (年金収入80万円以下など) (※3)	8,000円	24,600円
I 住民税非課税世帯 (年金収入80万円以下など) (※3)		15,000円

(※1) 世帯収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は380万円未満)の場合や、「旧ただしき所得」の合計額が210万円以下の場合も含まれます。
(※2) 過去12か月以内に3回以上、上限額に達した場合は、4回目から「多数回」該当となり、上限額が下がります。
(※3) 住民税非課税世帯の方については、従来どおり、限度額適用・標準負担額減額認定証を交付します。

お問合せは
こちらまで

- 各都道府県の後期高齢者医療広域連合
- お住まいの市区町村の担当窓口
- 高額療養費制度の詳細内容は、厚生労働省のホームページでもご覧いただけます。ホームページへは、こちらのQRコードから →



厚生労働省

平成30年度^(※1)から、 医療保険料の軽減率が変わります

75歳以上^(※2)の方の保険料は、
(※2) 65歳以上の方で障害認定を受けて後期高齢者医療制度に加入している方も対象になります。

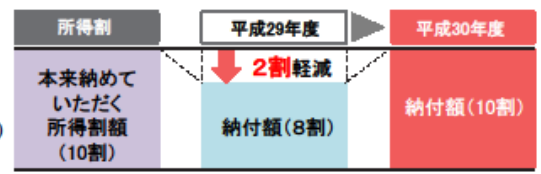
- ① 年収に応じて納めていただく部分 **所得割** と、
- ② 全員に納めていただく定額部分 **均等割** があります。

⇒ 平成30年度^(※1)から、75歳以上の方の軽減率が下のようになります。
(※1) 平成30年度の保険料改定により、皆さまの保険料の支払い額が変わるのは、振込み・口座振替等の方で7月から、年金引き落としの方で10月からとなります。（お住まいの市区町村によっては時期が異なる場合があります。）

1 所得割が変わる方 年収 約153～211万円の方

※ 年収は年金収入のみの方の金額。

平成29年度の所得割は、
特例的に**2割軽減**されていましたが、
平成30年度から本来納めていただく
所得割額になります。
(均等割の定額部分は変わりません。)



2 均等割が変わる方 元被扶養者で、特定の要件に該当する方

元被扶養者とは 75歳になる前日に、ご家族の会社の健康保険、共済組合などで被扶養者であった方

特定の要件の例 単身の方であれば、年金収入が168万円を超える方など
75歳以上の夫婦2人世帯であれば、一方の年金収入が168万円を超える場合など

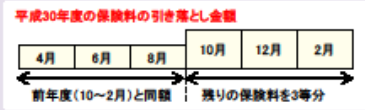
平成29年度の均等割は、
特例的に**7割軽減**されていましたが、
平成30年度は**5割軽減**になります。

※ただし、元被扶養者であっても、世帯の所得が低い方は、均等割の軽減（9割軽減、8.5割軽減）が受けられます。



保険料を年金からの引き落としで納めている皆さまへ

年金からの引き落としの場合、
前半（4月・6月・8月）の保険料は前年度と同じ額を引き落とし、
後半（10月・12月・2月）で残りの保険料を調整します。
そのため平成29年度よりも平成30年度の保険料額が増える方
についても、**実際に引き落とし額が増えるのは、10月からです。**



※ なお、お住まいの市区町村によっては6月から引き落とし額が増える場合があります。

医療保険制度の見直し 早わかり Q & A

高額療養費の上限額の見直しについて

Q なぜ高額療養費を見直すのですか？
A 高齢者と若者世代の、世代間の公平を図るためです。
医療費の負担の上限額は、同じ年収であっても、高齢者のほうが若者世代よりも低く設定されています。世代間の公平を図るため、高齢者のうち負担能力のある方には、ご負担をお願いします。

Q 8月から窓口で支払う医療費が増えるのですか？
A 窓口で支払う医療費は、その月にどのくらい医療を受けるか、そしてその月の医療費が上限額に達するかどうかによります。
医療費の上限額は、収入に応じて決まります。8月からご自身の上限額がいくらになるのかについては、ご加入の保険者にお問い合わせください。

Q 私は3割自己負担をしており、毎月、高額の治療を受けているのですが、限度額適用認定証の交付を受けることが必要なのでしょうか？
A 平成30年8月から、現役並み I・II（年収約370～1,160万円（課税所得145～689万円））に該当し、ひとつの医療機関での支払額が高額になる可能性がある方は、「限度額適用認定証」の交付を受けることをおすすめします。

平成30年8月から、現役並み I・II（年収約370～1,160万円（課税所得145～689万円））に該当する方は、医療機関で「限度額適用認定証」を提示していただくと、その医療機関で、定められた上限額を超える額を支払わなくてよくなります。そこで、これに該当する可能性がある方は市区町村窓口にて「限度額適用認定証」の交付を申請することをおすすめします。
※ 限度額適用認定証の交付を受けていなくても、後日、上限額を超えて支払った額を払い戻すことは可能です。

医療保険料の軽減率の見直しについて

Q なぜ保険料の軽減を見直すのですか？
A 高齢者と若者の、世代間の公平を図るためです。
75歳以上の方の保険料が軽減されていることにより、若者は医療費が少ないにもかかわらず、高齢者よりも高い保険料を納めています。高齢者と若者の世代間の公平を図るため、75歳以上の方のうち負担能力のある方には、ご負担をお願いします。

Q 保険料はどのくらい増えるのですか？
A 6～8月ごろに送付される保険料額決定通知書でご確認ください。
毎年6～8月ごろに、ご加入の保険者から、保険料額決定通知書が皆さまに送付されます。その通知書に、その年度の保険料が記載されますので、ご確認ください。詳しくは、ご加入の保険者にお問い合わせください。

Q 元被扶養者と、そうでない場合では、どれくらい保険料額が違うのですか？
A 元被扶養者の方の保険料は、収入額にかかわらず軽減されています。
元被扶養者の方は、年収があってもなくても、均等割額が7割軽減（平成29年度時点）されています。一方、元被扶養者でない方は、年収に応じて保険料をご負担いただいています。

Q 私は元被扶養者なのですが、保険料は必ず増えるのですか？
A 元被扶養者の方でも、世帯の所得が低い方は、低所得者の軽減が適用されます。
元被扶養者の方は、平成30年度は、均等割が5割軽減になります。

しかし、元被扶養者であっても、世帯の所得が低い方は、均等割が9割軽減される場合や8.5割軽減される場合があります。
詳しくは、毎年6～8月ごろにご加入の保険者から送付される、保険料額決定通知書でご確認ください。

1. 国民健康保険
2. 被用者保険
3. 後期高齢者医療制度
4. **データヘルス改革**
5. 審査支払機関改革
6. 予防・健康づくり

データヘルス改革により提供をめざす7つのサービス

計数は、平成30年度予算。()内の計数は、平成29年度当初予算額。

平成30年度 予算 85.4億円(17.1億円)

I 全国的なネットワーク構築による医療・介護現場での健康・医療・介護の最適提供

- ① 全国的な保健医療ネットワークを整備し、医療関係者等が円滑に患者情報を共有できるサービス

▶セキュリティ関連事業：4.2億円（新規）

全国保健医療情報ネットワークのセキュリティ対策に関し、機能の調査、実証、要件定義やガイドライン策定等を行う。

▶保健医療記録共有サービス実証事業：0.8億円（新規）

保健医療記録共有サービスの本格稼働に向け、保健医療記録の個人ごとの時系列管理、情報更新等の仕組み、提供画面、本人同意などの課題の検討や実証を行う。

- ② 医療的ケア児(者)等の救急時や予想外の災害、事故に遭遇した際に、医療関係者が、迅速に必要な患者情報を共有できるサービス

▶医療的ケア児等医療情報共有サービス基盤構築事業：1.5億円（新規）

平成29年度の医療的ケア児の医療情報の共有に関する実証事業で把握した課題・問題点を検討の上、医療的ケア児等がICTを活用し外出先でも適切な医療を受けられるよう、全国規模のサービス実施体制を整備する。

II 国民の健康確保に向けた健康・医療・介護のビッグデータ連結・活用

- ③ 健康に関するデータを集約・分析し、個人(PHR)や事業主(健康スコアリング)に健康情報を提供するサービス

▶レセプトデータ等を活用したデータヘルスに関する事業：0.5億円（新規）

コラボヘルス推進のため、各保険者の加入者の健康状態や健康関連コスト等を見える化したスコアリングレポートについて、事業主向けに作成する機能を導入するための仕様を検討する。

- ④ 健康・医療・介護のビッグデータを個人単位で連結し、解析できるようにするサービス

▶データヘルス分析関連サービスの構築に向けた整備：12.0億円（新規）

健康・医療・介護のデータベースを連結して解析できるよう、具体的なシステム構成等について検討する。

データヘルス改革により提供をめざす7つのサービス

Ⅲ 科学的介護の実現

⑤ 介護の科学的分析のためのデータを収集し、最適サービスを提供(世界に例のないデータベース構築)

▶科学的介護データ提供用データベース構築等事業 ：2.7億円（新規）

科学的介護を実現するため、分析に必要なデータを新たに収集するためのデータベースのプロトタイプの構築を行う。

▶通所・訪問リハビリテーションの質の向上支援等事業 ：1.0億円（0.5億円）

全国の事業所から収集したデータを分析し、リハビリテーションの標準的な内容及び先進的な取組をフィードバックする。

Ⅳ 最先端技術の導入

⑥ がんゲノム情報の収集、医療関係者等が利活用できるサービス

▶がんゲノム医療推進コンソーシアム関連経費 ：20.0億円（新規）

がんゲノム情報や臨床情報を集約し、マスターデータベースの構築・利活用を図るため、がんゲノム情報管理センターを整備する。あわせて、質の高いゲノム医療を提供するため、がんゲノム医療中核拠点病院等の体制を整備する。

▶臨床ゲノム情報統合データベース整備事業（がん領域） ：5.0億円（6.5億円）

ゲノム医療の実用化に向けて、がん領域等の症例から得られた臨床情報、ゲノム情報等を統合した「臨床ゲノム情報統合データベース」を充実させる。

▶革新的がん医療実用化研究事業（がんゲノム分） ：23.1億円（3.4億円）

がん種を限定せず特定の遺伝子異常等を有する患者群を対象に薬剤の治療効果を検証する研究など、ゲノム情報を用いた予防、診断、治療方法の技術開発等の研究を行う。

▶臨床研究データベースシステム管理事業 ：1.0億円（新規）

臨床研究法の成立に伴い、臨床研究の実施計画の届出・公開と臨床研究の概要等の登録が一体となり、公開情報の検索も可能な公的データベースシステムを構築する。

⑦ AI開発基盤に必要なデータを収集し、研究者や民間等が利活用できるサービス

▶保健医療分野におけるAI開発の加速：13.5億円（6.7億円）（一部新規）

重点6領域（ゲノム医療、画像診断支援、診断・治療支援、医薬品開発、介護・認知症、手術支援）を中心に必要な研究事業等を実施する。

データヘルス改革推進本部の体制

平成30年1月19日 厚生労働省
データヘルス改革推進本部資料(一部改変)

本部体制

厚生労働大臣【本部長】

改革の実施
に向けた
助言・指導

データヘルス・
審査支払機関改革
アドバイザー
グループ

厚生労働省顧問【本部顧問】
松本純夫 独立行政法人国立病院機構
東京医療センター名誉院長

厚生労働事務次官【本部長代行】

医務技監【副本部長 兼 事務局長】

【本部員】

医政局長
健康局長
医薬・生活衛生局長
労働基準局安全衛生部長
子ども家庭局長
社会・援護局長
社会・援護局障害保健福祉部長
老健局長
保険局長
政策統括官(総合政策担当)
政策統括官(統計・情報政策担当)
サイバーセキュリティ・情報化審議官

審議官(危機管理、科学技術・イノベーション、
国際調整、がん対策担当)
審議官(医政、精神保健医療、
災害対策担当)
審議官(健康、生活衛生、
アルコール健康障害対策担当)
審議官(医薬担当)
内閣官房内閣審議官(子ども家庭局併任)
審議官(福祉連携、社会、障害保健福祉、
児童福祉担当)
審議官(老健担当)
審議官(医療保険担当)

赤塚 俊昭(元デンソー健康保険組合常務理事)
小野崎 耕平(特定非営利活動法人日本医療政策機構理事)
◎葛西 重雄(独立行政法人情報処理推進機構CIO補佐官、
株式会社トリエス代表取締役)
川上 浩司(京都大学大学院医学研究科教授)
高倉 弘喜(国立情報学研究所アーキテクチャ科学研究系教授)
田宮 菜奈子(筑波大学医学医療系教授)
松尾 豊(東京大学大学院工学系研究科特任准教授)
宮田 裕章(慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教授)
宮野 悟(東京大学医科学研究所ヒトゲノム解析センター長)

事務局体制

医務技監【副本部長 兼 事務局長】

審議官(医療介護連携担当)
【事務局長代行】

幹事会
(各プロジェクトチームのリーダーで構成)

プロジェクトチーム
(担当審議官＋関係課室長)

- ① 保健医療記録共有
- ② 救急時医療情報共有
- ③ PHR・健康スコアリング
- ④ データヘルス分析
- ⑤ 乳幼児期・学童期の健康情報
- ⑥ 科学的介護データ提供
- ⑦ がんゲノム
- ⑧ 人工知能(AI)
- ⑨ 審査支払機関改革

健康スコアリングについて

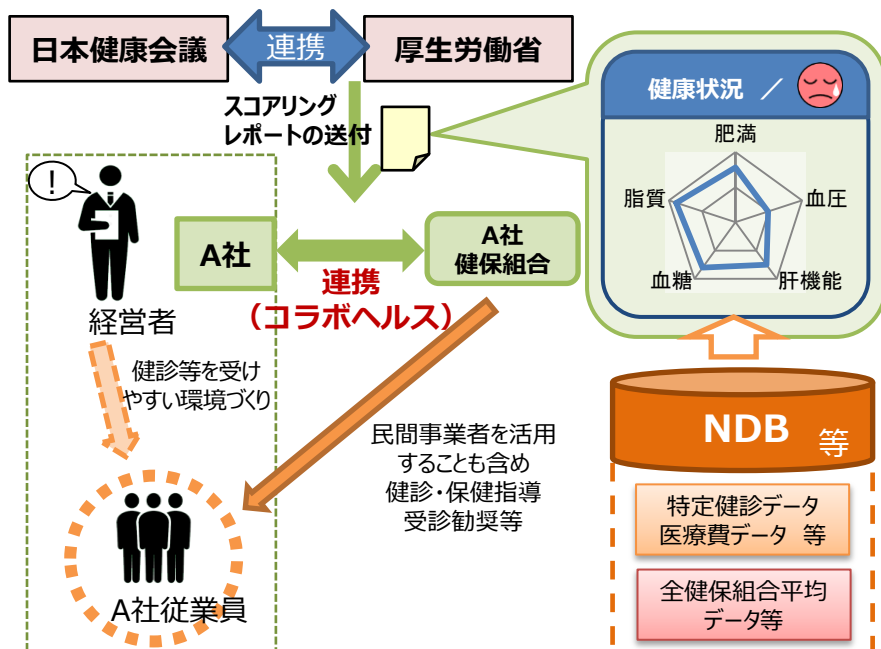
目的及び概要

- ・企業の健康経営との連携（コラボヘルス）を推進するため、経営者が従業員等の健康状況等について、全国平均や業態平均の中での立ち位置を把握した上で、企業と保険者が問題意識を共有し、両者が連携して健康づくりに取り組める仕組みを構築する。
- ・厚生労働省と日本健康会議が連携して、まずは**各健保組合の加入者の健康状態や予防・健康増進等への取組状況をスコアリングし経営者に通知する取組**を平成30年度から開始する。同様の取組を共済組合はじめ他の保険者でも展開する。

検討状況

- ・平成29年12月に日本健康会議の下に有識者による「**健康スコアリングの詳細設計に関するワーキンググループ**」を設置し、健康スコアリングレポートに記載する項目や様式、活用方法・通知方法等について検討しているところ。
- ・平成30年度の健康スコアリングは、厚労省と日本健康会議が連携し、NDBデータから保険者単位のレポートを作成の上、全健保組合に対して通知する予定。

平成30年度スコアリングレポートの作成・通知イメージ



＜今後のスケジュール＞

2018年度	2019年度	2020年度
・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 ・企業単位レポート作成のシステム仕様検討・作成		企業単位のレポート作成

- 健康スコアリングの詳細設計に関するWGにおいて4月末に議論のとりまとめを予定。
- WGの検討結果を踏まえ、今年度夏頃に健康スコアリングレポートを通知予定。
- 企業単位のスコアリングレポートの作成機能について、システム導入するための仕様について検討する。

健康・医療・介護のビッグデータを個人単位で連結し、解析できるようにするサービス

平成30年1月19日 厚生労働省
データヘルス改革推進本部資料(一部改変)

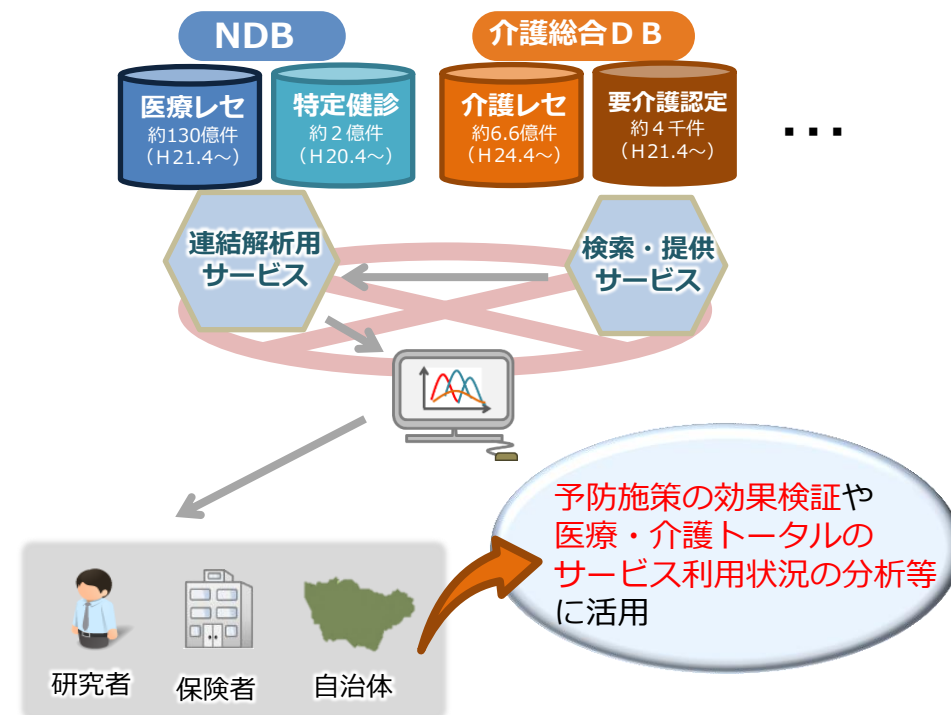
課題

レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）や介護総合データベースといった公的データベースは整備、情報が蓄積されているが、これらのデータの連結はできず、健康・医療・介護の各分野を通じた分析は困難。



データヘルス改革で
実現を目指すサービス

各種データベースで保有する健康・医療・介護の情報を連結し、個人の保健医療の履歴をビッグデータとして分析可能な環境を提供。介護予防等の予防施策や、医療・介護の提供体制の研究等に活用。



スケジュール

2017年度 (平成29年度)	2018年度 (平成30年度)	2019年度 (平成31年度)	2020年度 (平成32年度)
各種データベースを活用した分析の有効事例の調査、整理	- NDBの改修 - 複数のデータベース間の連携・解析を行うシステム構築 - サービス内容の具体化等に向けた検討		各種のデータベースを連結・解析可能なシステムの本格稼働

平成30年度予算 1.2億円

- ・NDBの改修
- ・複数のデータベース間の連携・解析を行うシステム構築

1. 国民健康保険
2. 被用者保険
3. 後期高齢者医療制度
4. データヘルス改革
5. 審査支払機関改革
6. 予防・健康づくり

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 ・保険財政安定化、高額医療費共同事業 ・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(28年度)4,310人 ②審査委員数(28年度):4,674人	①職員数(28年度):5,113人 ②審査委員数(28年度):3,773人 ※数値は47都道府県連合会の合計

支払基金改革の取組状況

○「支払基金業務効率化・高度化計画」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、具体的な取り組み内容を整理し、「審査支払機関改革における支払基金での今後の取組」を公表（平成30年3月1日）

○平成29年度については、これに沿って以下の取組を実施（下図）

○平成30年度については、新システムの設計を進めるとともに、審査プロセスの見直しや支部集約化に向けたモデル（実証）事業を着実に実施し、平成31年の通常国会に関連法案を提出予定

1. 審査支払新システムの構築

○新システムに係る調達の開始

○システム調達仕様書の基本方針を昨年10月に取りまとめ、受付・審査・支払のモジュール化を踏まえた調達仕様書を作成
○本年3月から分離調達を開始し、平成30年度末までにソフトウェアの開発事業者が決定するよう手続き等を進めている

2. 審査業務の効率化

- ①コンピュータチェックに適したレセプト様式の見直し等
- ②コンピュータチェックルールの公開基準の策定
- ③高額医薬品等の注意付せんの廃止

○平成30年度診療報酬改定において、①定性的な記載項目の選択項目化、②レセプトの添付書類の見直し、③未コード化傷病名の減少に向けた診療報酬における対応を実施した
○平成30年3月にコンピュータチェックルールの公開基準を公表し、併せて、コンピュータチェック約8万事例を公表
○平成29年12月、平成30年1月に高額医薬品等の注意付せんを試行的に中止、再審査を含む審査結果の状況を検証し、平成30年4月から廃止

3. 支部間差異の解消

○支部設定ルールの見える化と取扱基準の策定

○平成30年度以降の支部点検条件の見直しに向け、平成29年10月に支部宛に事務連絡を发出し、事前整理（重複確認、有効性検証等）の実施を依頼
○見える化したチェックルールの内容を基に、支部設定ルールの廃止や本部ルールへの移行等に係る取扱基準案を策定

4. 組織の在り方を見直し

○支部集約化に向けたモデル（実証）事業の検討

○平成30年度に集約支部3カ所（宮城、大阪、福岡）被集約支部6カ所（福島、京都、奈良、滋賀、熊本、佐賀）を1カ所2ヶ月間の支部集約化に係るモデル（実証）事業を計3回実施することを決定

5. 審査委員会のガバナンス強化

○審査委員の倫理規範の明文化

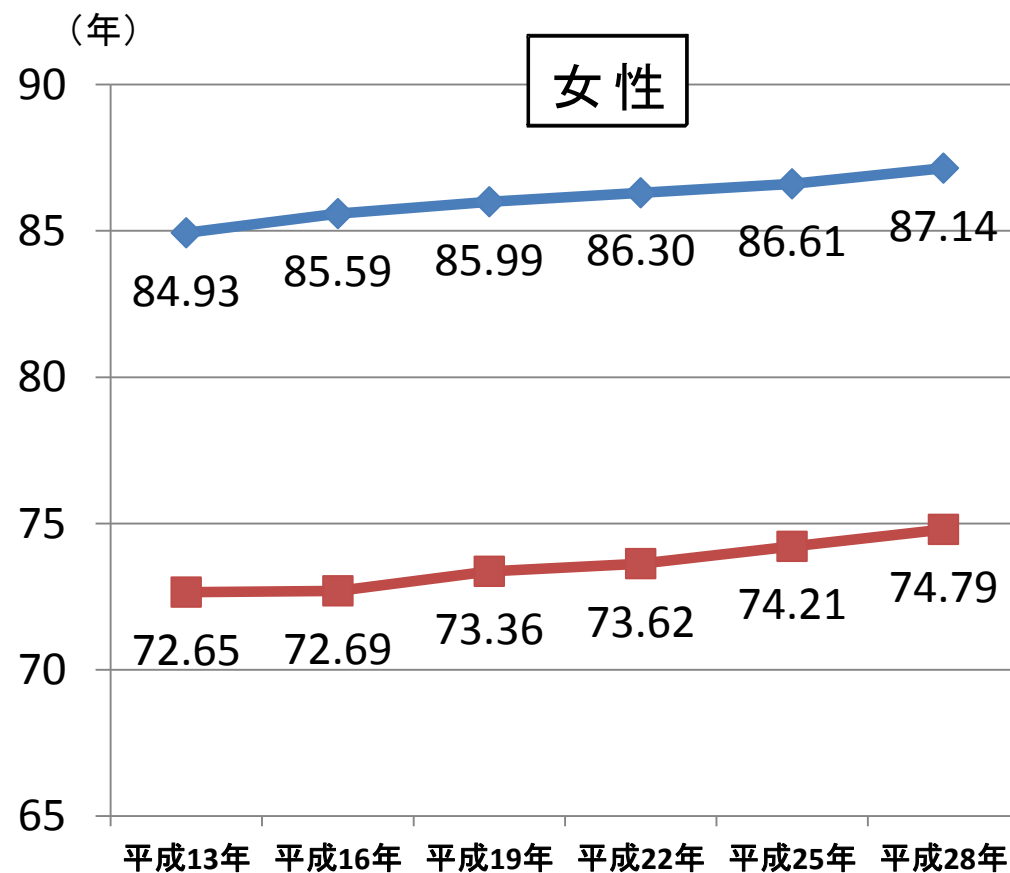
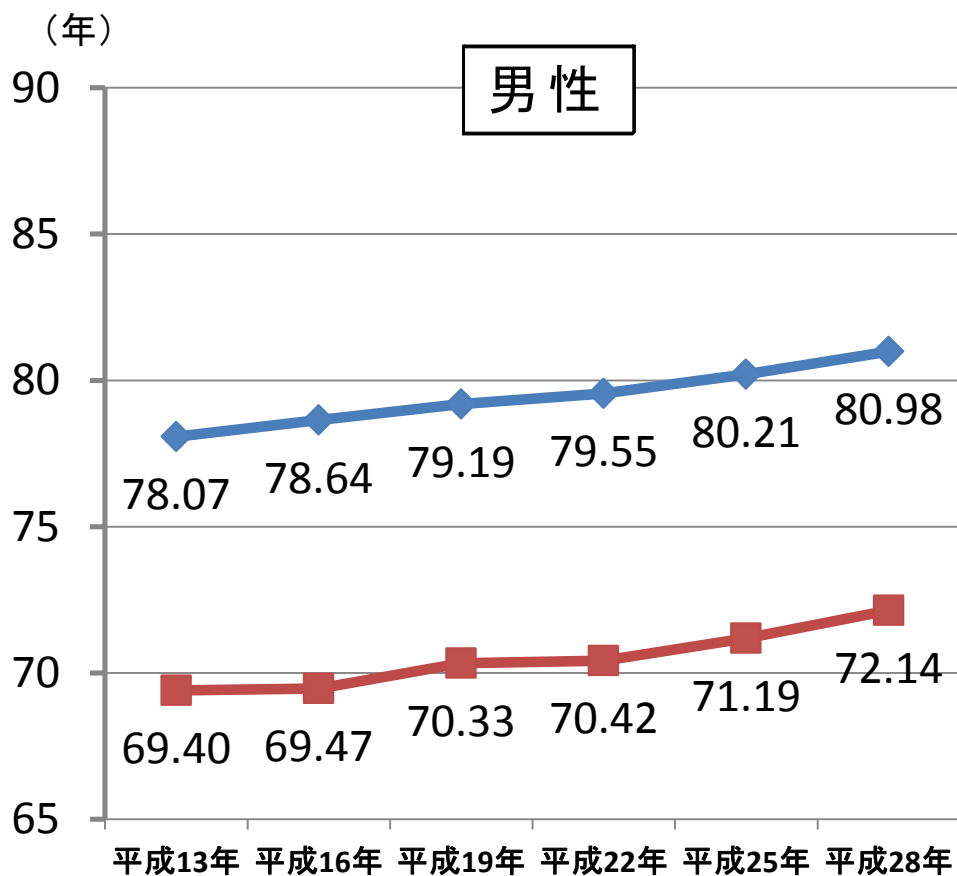
○審査委員会運営規程準則の一部を改正し、審査委員会の運営に当たっては、審査委員自らが関連する医療機関等は担当しないことや、審査を担当する医療機関等は定期的に変更する旨等の規定を明文化

1. 国民健康保険
2. 被用者保険
3. 後期高齢者医療制度
4. データヘルス改革
5. 審査支払機関改革
6. 予防・健康づくり

平均寿命と健康寿命の推移

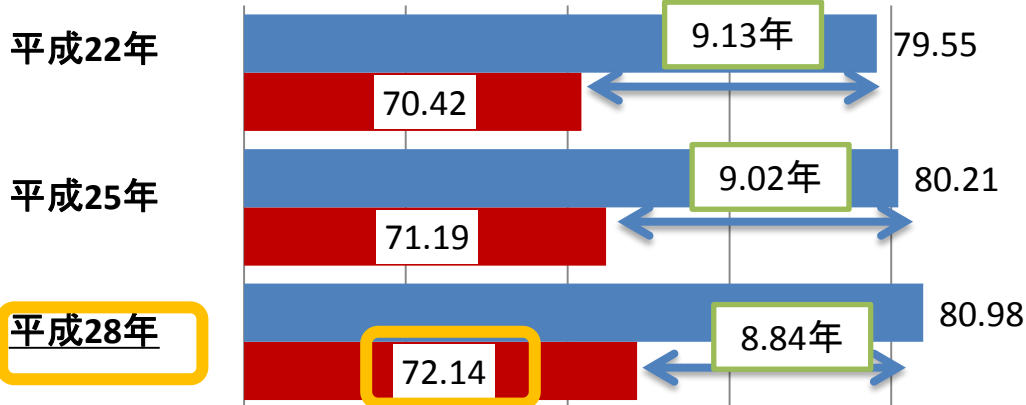
◆ 平均寿命

■ 健康寿命

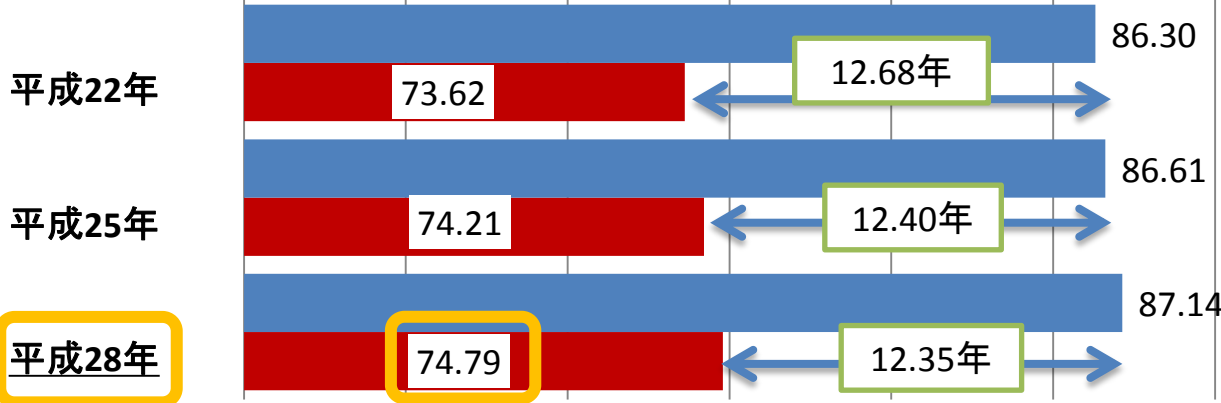


健康寿命と平均寿命の推移

男性



女性

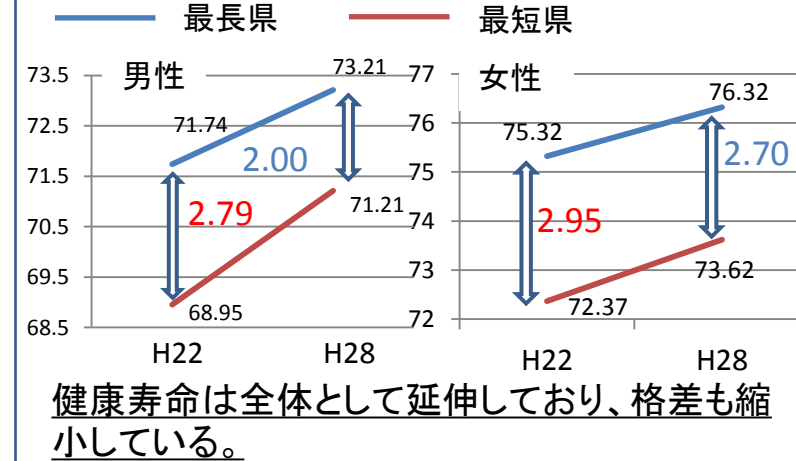


○ 平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加

H22からの増加分	男性	女性
健康寿命	+1.72	+1.17
平均寿命	+1.43	+0.84

○ 都道府県格差※の縮小

※日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差



※ 厚生労働科学研究費補助金：健康日本21（第二次）の地域格差の評価と要因分析に関する研究（研究代表者 辻一郎）において算出。

※ 平成28年（2016）調査では熊本県は震災の影響で調査なし。

※ 健康寿命を用いたその他の主な政府指標

- ・健康日本21（第二次）の目標：平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加（平成34年度）
- ・日本再興戦略及び健康・医療戦略の目標：「2020年までに国民の健康寿命を1歳以上延伸」
- ・一億総活躍プランの指標：「平均寿命を上回る健康寿命の延伸加速を実現し、2025年までに健康寿命を2歳以上延伸」

【資料】

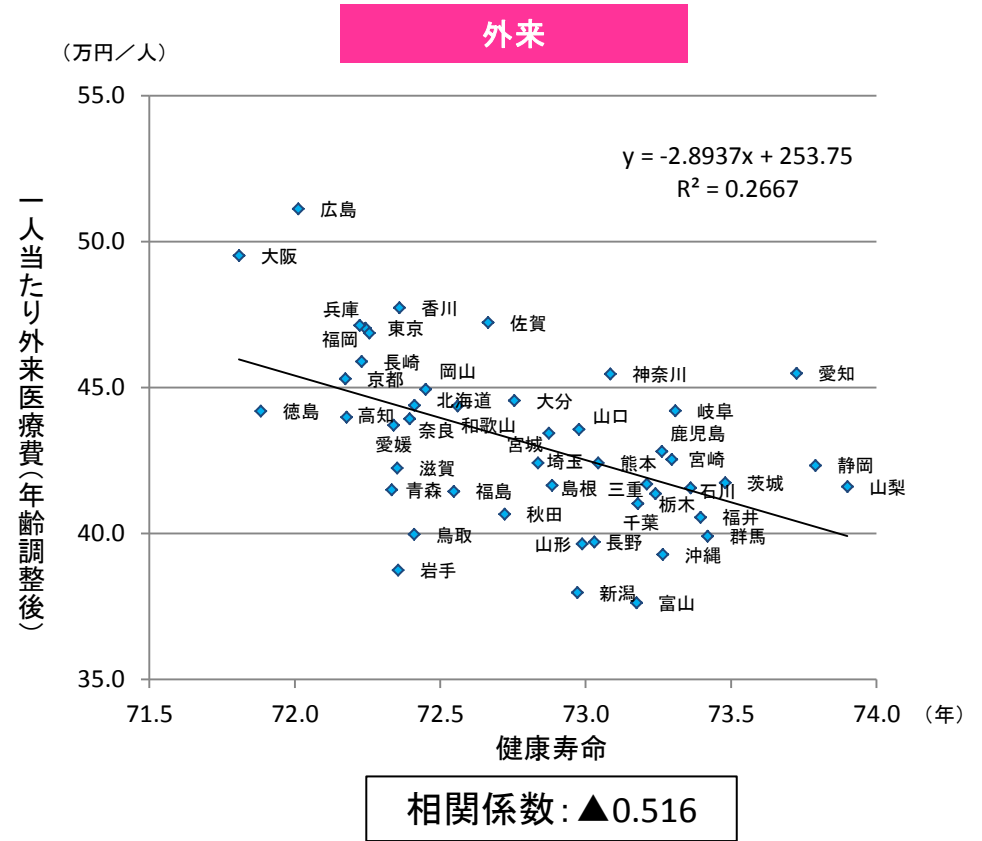
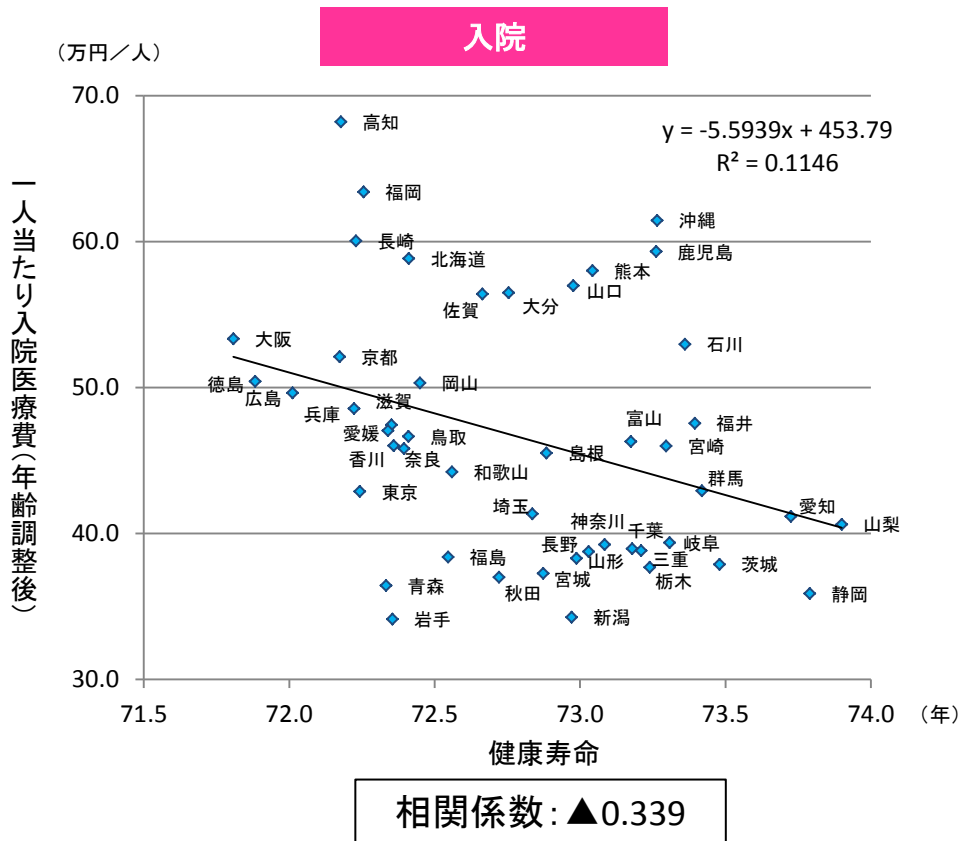
- 平均寿命：厚生労働省「平成22年完全生命表」「平成25年簡易生命表」「平成28年簡易生命表」
- 健康寿命：厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年簡易生命表」厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年人口動態統計」厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年国民生活基礎調査」総務省「平成22年/平成25年/平成28年推計人口」より算出

後期高齢者の健康寿命と医療費について①

- 医療費の地域差には、従来から病床数や医師数、保健師数、高齢者の就業率などとの相関が指摘。
- 都道府県別データで健康寿命と医療費との関係をみると、入院で弱い相関、外来である程度の相関。

※ 健康寿命が国民生活基礎調査の回答結果を用いて算出されたものであること、このデータは健康寿命と医療費の因果関係を示すものではなく、健康寿命の長さや医療費の低さに共通する要因等については別途検討が必要であること、健康寿命上位・下位都道府県群の比較を行う場合には、医療費が特に高い県・低い県の影響が強く出る可能性などに留意が必要。

＜後期高齢者医療制度(2015年度)における分析＞



(出所等) 厚生労働省「平成27年度医療費の地域差分析」、厚生労働科学研究「健康日本21(第二次)の推進に関する研究」

健康寿命は、性別に2010年、2013年、2016年の「日常生活に制限のない期間」を平均したものを、さらに、男性と女性とで平均したもの。外来は医科入院外+調剤。

後期高齢者の健康寿命と医療費について②

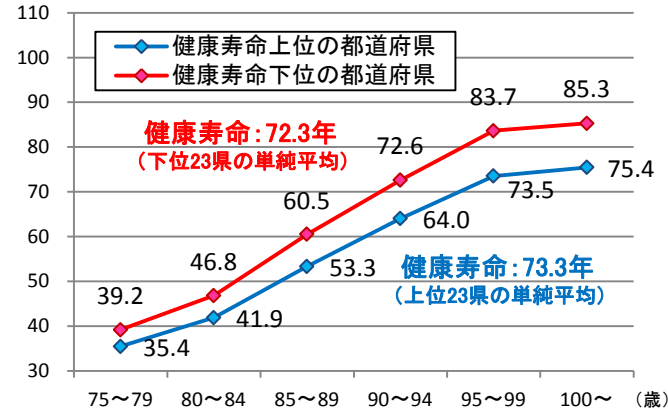
＜後期高齢者医療制度(2015年度)における分析＞

※ 下のグラフにおいて75歳未満の被保険者は75～79歳の階級に含めて計算している。

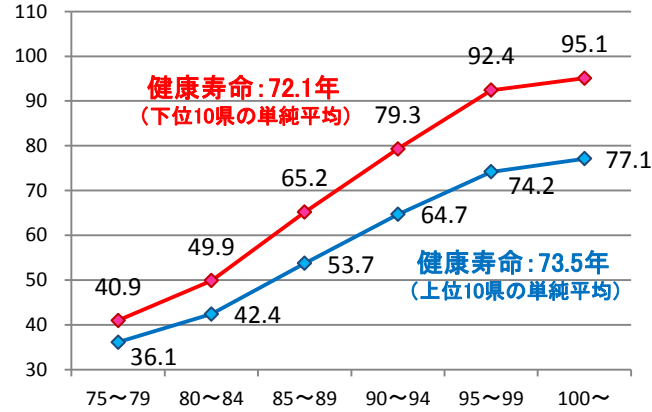
上位23県・下位23県の比較

1人当たり入院医療費

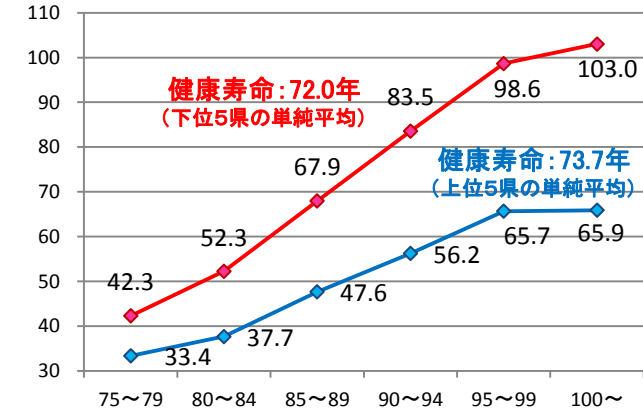
(万円/人)



上位10県・下位10県の比較

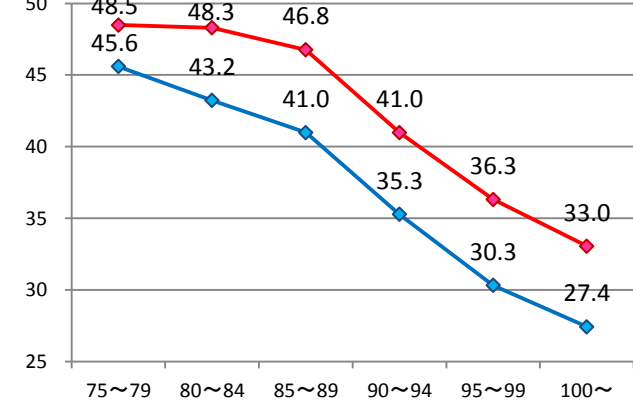
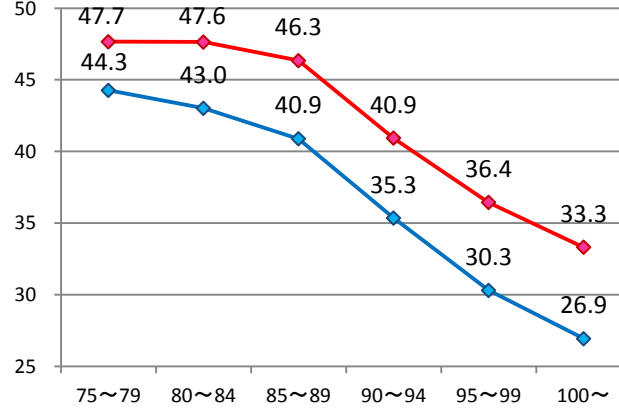
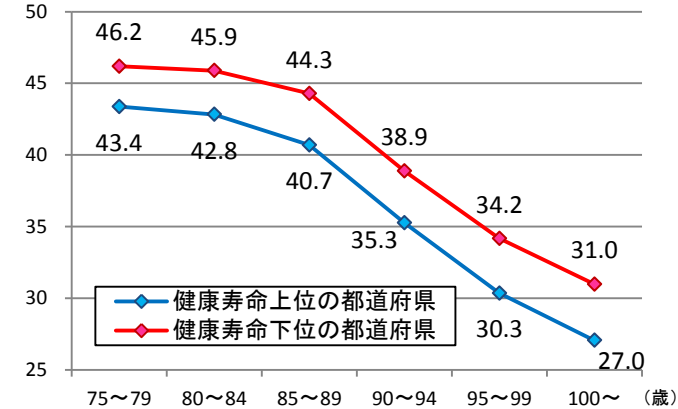


上位5県・下位5県の比較



1人当たり外来医療費

(万円/人)



(出所等) 厚生労働省「平成27年度医療費の地域差分析」、厚生労働科学研究「健康日本21(第二次)の推進に関する研究」

健康寿命は、性別に2010年、2013年、2016年の「日常生活に制限のない期間」を平均したものを、さらに、男性と女性とで平均したもの。

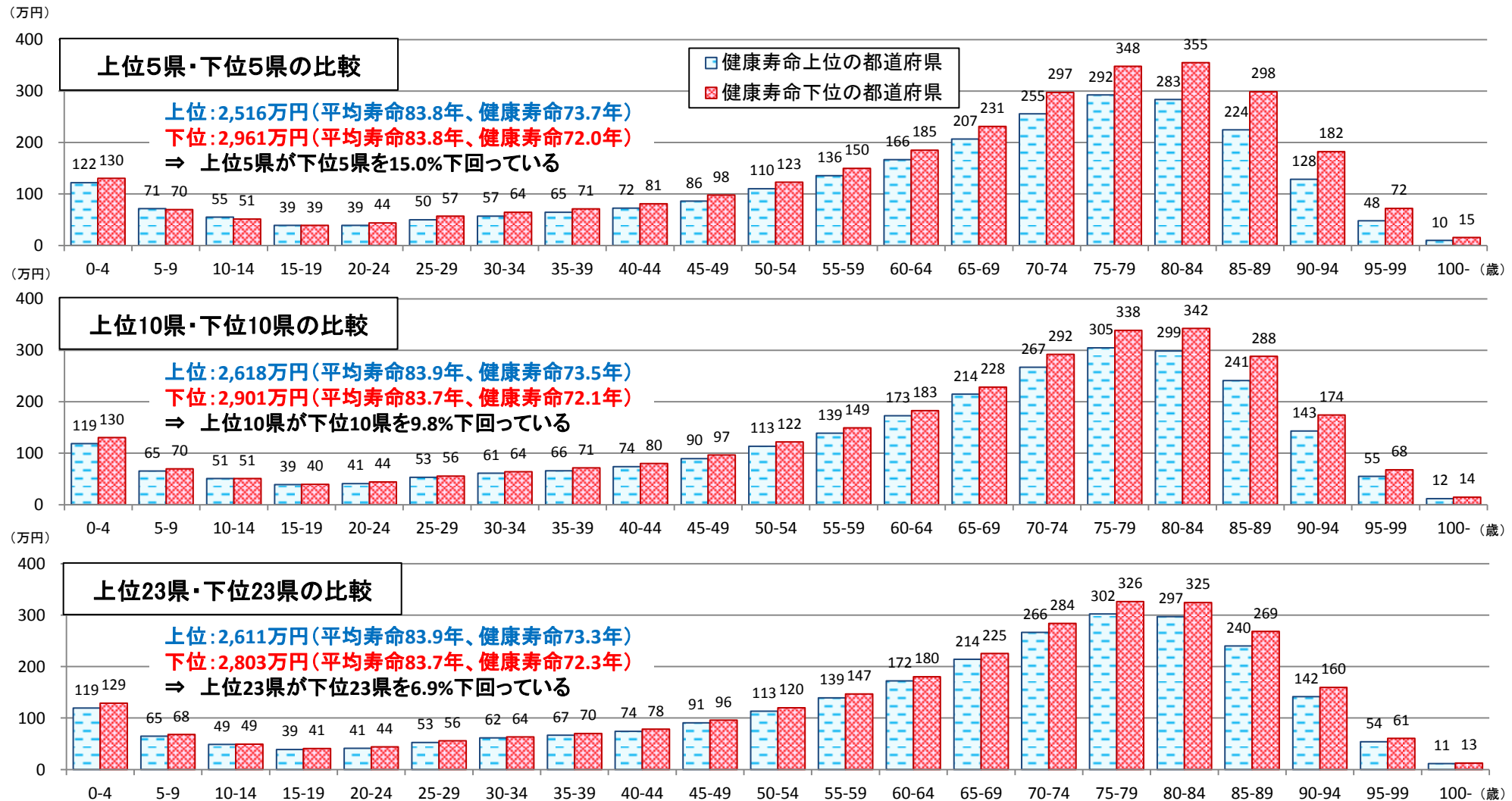
年齢階級別の人口1人当たり医療費について、健康寿命上位・下位のそれぞれの都道府県群で単純平均し、比較したもの。外来は医科入院外+調剤。

健康寿命上位10県は、上位から順に山梨、静岡、愛知、茨城、群馬、福井、石川、岐阜、宮崎、沖縄。

健康寿命下位10県は、下位から順に大阪、徳島、広島、京都、高知、兵庫、長崎、東京、福岡、青森。

健康寿命と生涯医療費について

○ 生涯医療費は、健康寿命上位の都道府県の方が、下位の都道府県と比較して低くなっている。



(出所等) 厚生労働省「国民医療費」、「患者調査」、NDBデータ、「都道府県別生命表」、「人口動態調査」 総務省「10月1日現在人口推計」、厚生労働科学研究「健康日本21(第二次)の推進に関する研究」

※1. 生涯医療費、平均寿命、健康寿命について、健康寿命上位・下位のそれぞれの都道府県群で単純平均し、比較したもの。

※2. 生涯医療費は、NDBの集計データ(平成27年度)、患者調査(平成26年)及び都道府県別の国民医療費(平成27年度)をもとに、平成27年度における都道府県別・年齢階級別の1人当たり医療費を算出し、平成27年度都道府県別生命表による定常人口を適用して推計したもの。

※3. 健康寿命は、性別に2010年、2013年、2016年の「日常生活に制限のない期間」を平均したものを、さらに、男性と女性とで平均したもの。

医療費適正化計画について

- 高齢者医療確保法では、制度の持続可能な運営を確保するため、国と都道府県が保険者・医療関係者等の協力を得て、住民の健康増進や医療費の適正化を進めるため、6年を1期として、国において医療費適正化基本方針を定めるとともに、都道府県において医療費適正化計画を定め、目標の達成に向けて、保険者・医療関係者等の協力を得て、取組を進めることとしている。

(※1) 第1期(2008～2012年度)、第2期(2013～2017年度)は5年を1期として実施。第3期(2018～2023年度)からは6年を1期とする。

(※2) 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必要がある。

このため、高齢者医療確保法では、①住民の健康の保持の推進に関する事項(特定健診・保健指導の推進など)と、②医療の効率的な提供の推進に関する事項(後発医薬品の推進や重複投薬の適正化など)を、医療費適正化計画における取組の目標に定めることとしている。

- 第3期(2018～2023年度)の「医療費適正化計画」では、

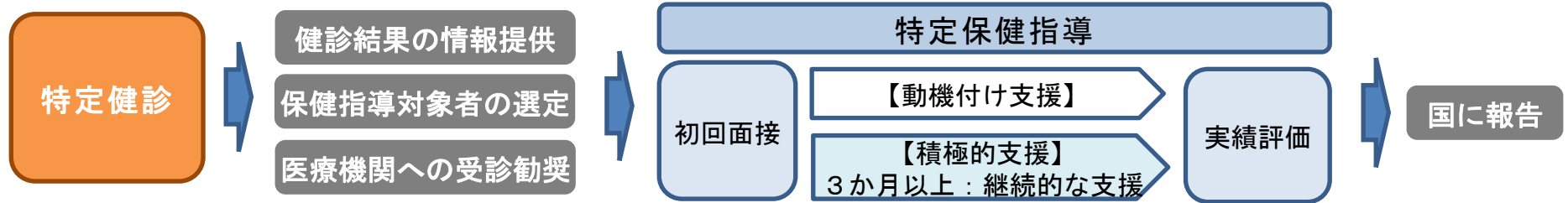
- ①入院医療費は、都道府県の医療計画(地域医療構想)に基づく病床機能の分化・連携の推進の成果を反映させて推計し、
- ②外来医療費は、糖尿病の重症化予防、特定健診・保健指導の推進、後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用による、医療費適正化の効果を織り込んで推計することとしている。

◎高齢者の医療の確保に関する法律 第9条 ※2015年改正後

- 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）→ 2,706万人（2015年度） 毎年100万人増
 実施率 39%（2008年度）→ 50%（2015年度）

特定保健指導 終了者数 30.8万人（2008年度）→ 79.3万人（2015年度）
 実施率 8%（2008年度）→ 18%（2015年度）

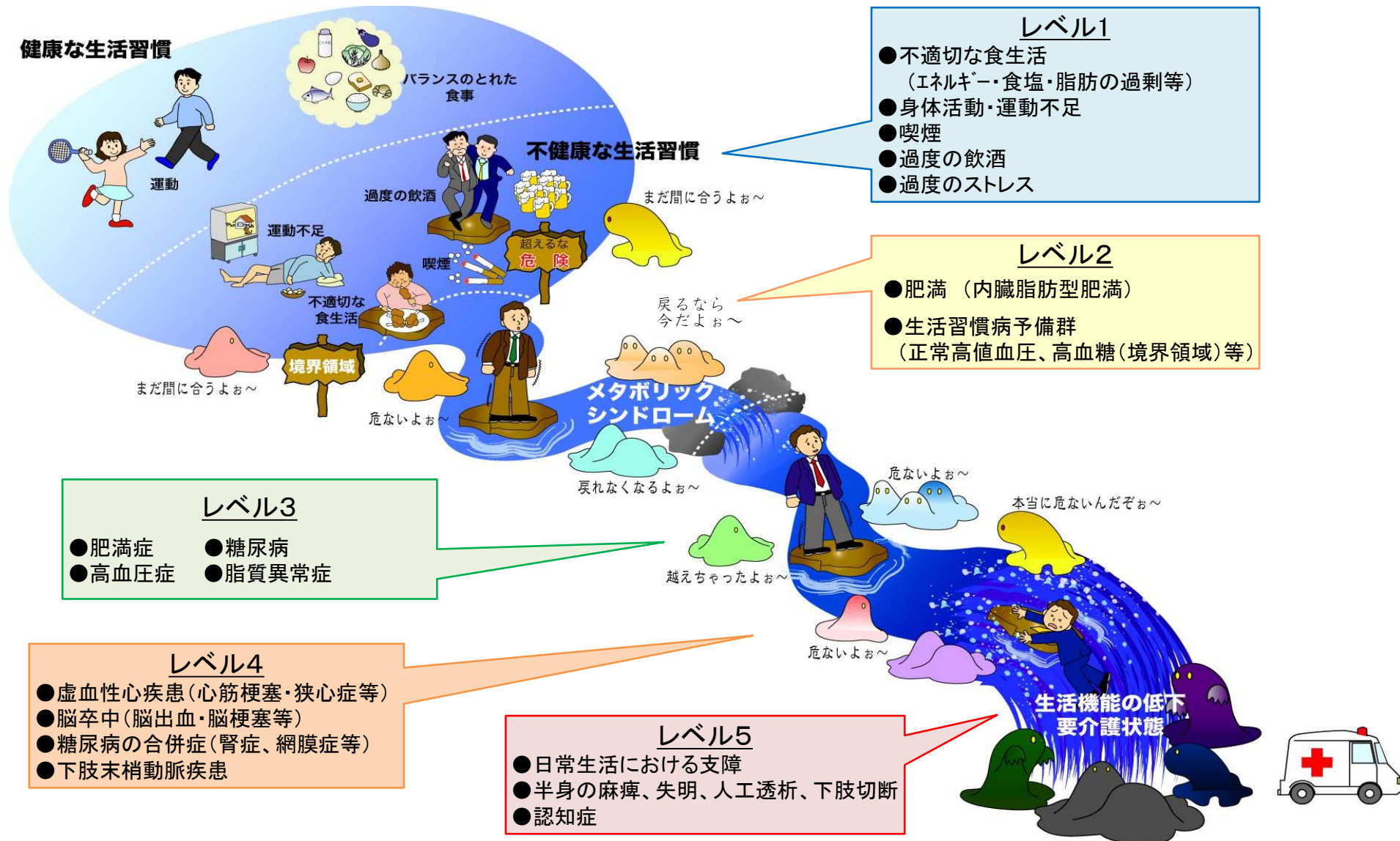
保険者機能の責任を明確にする観点から、厚生労働省において、**全保険者の特定健診・保健指導の実施率を公表する。**
 （2017年度実績～）



【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、現在の「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・イット）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

- 運動・食事・喫煙などに関する不適切な生活習慣が引き金となり、肥満、脂質異常、血糖高値、血圧高値から起こる虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の発症・重症化を予防するためには、重症化に至っていく前の段階で、本人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られるよう、保険者が健診結果によりリスクが高い者を的確なタイミングで選定し、専門職が個別に介入する必要がある。こうした国民の健康保持・増進と医療費適正化の観点から、保険者は、法律に基づき、特定健診・保健指導を実施し、その結果を国に報告することが義務付けられている。

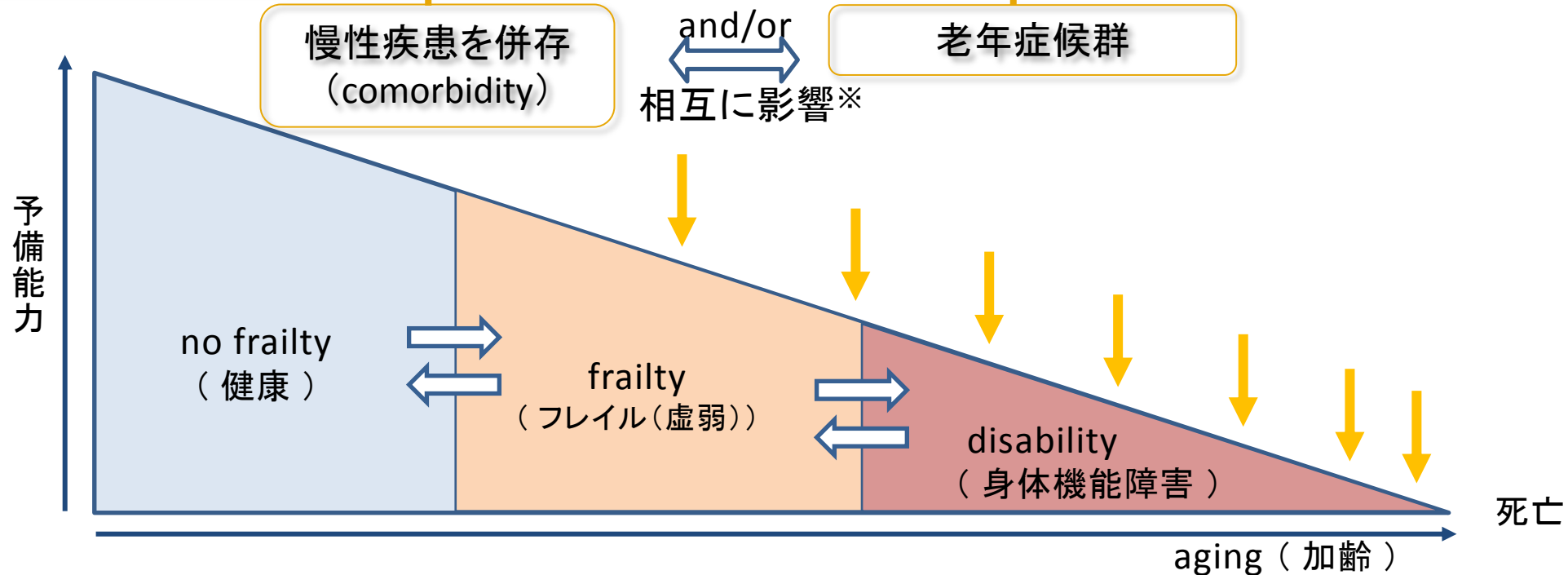


高齢者に特有の健康障害

葛谷雅文：日老誌(2009)をもとに、著者の許可を得て改変

- 高血圧
- 心疾患
- 脳血管疾患
- 糖尿病
- 慢性腎疾患(CKD)
- 呼吸器疾患
- 悪性腫瘍
- 骨粗鬆症
- 変形性関節症等、生活習慣や加齢に伴う疾患

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



「フレイル」とは、『フレイル診療ガイド2018年版』（日本老年医学会／国立長寿医療研究センター、2018）によると「加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態」を表す“frailty”の日本語訳として日本老年医学会が提唱した用語である。フレイルは、「要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、身体的脆弱性のみならず精神心理的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。」と定義されている。また、「フレイル」の前段階にあたる「プレフレイル」のような早期の段階からの介入・支援を実施することも重要である。

※ 現時点では、慢性疾患とフレイルの関わりについて継続的に検証されている段階にあることに留意が必要。

高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進

概要

- 低栄養、筋量低下等による心身機能の低下の予防、生活習慣病等の重症化予防のため、高齢者の特性を踏まえた保健指導等を実施。
- 後期高齢者医療広域連合において、地域の実情に応じて、地域包括支援センター、保健センター、訪問看護ステーション、薬局等を活用し、課題に応じた専門職（管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、保健師等）が、対応の必要性が高い後期高齢者に対して相談や訪問指導等を実施。
 - 〈例〉 ・低栄養、過体重に対する栄養相談・指導 ・摂食等の口腔機能低下に関する相談・指導
 - ・外出困難者への訪問歯科健診
 - ・複数受診等により服用する薬が多い場合における服薬相談・指導 等

推進のための事業イメージ

保健センター 地域包括支援センター



診療所・病院



歯科医院



薬局



訪問看護ステーション



専門職

訪問指導

相談



被保険者

低栄養・過体重、摂食等の
口腔機能、服薬など

(参考) 高齢者の特性(例: 虚弱(フレイル))

加齢とともに、心身の活力(例えば筋力や認知機能等)が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態。

加齢に伴う変化

- ・食欲の低下
- ・活動量の低下(社会交流の減少)
- ・筋力低下
- ・認知機能低下
- ・多くの病気をかかえている

危険な加齢の兆候(老年症候群)

- ・低栄養
- ・転倒、サルコペニア
- ・尿失禁
- ・軽度認知障害(MCI)

フレイルの多面性

閉じこもり、孤食

社会的

身体的

精神的

低栄養・転倒の増加
口腔機能低下
意欲・判断力や
認知機能低下、
うつ

適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能。

高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン(案)の概要

- 加齢に伴い虚弱等の壮年期とは異なる健康課題を抱える高齢者について、これまで示されていなかった具体的な取組に関する指針として、高齢者の特性を踏まえた保健事業の考え方や具体的な内容を提示することを目的。
- 平成28、29年度にモデル実施の高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進事業の検証結果などを踏まえ、「高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ」において検討中。

- ① 広域連合が実施することが望ましい保健事業の内容や手順について、科学的知見を踏まえて提示
- ② 広域連合と市町村が協働して、高齢者の健康づくりや介護予防等の事業と連携し実施する場合の役割分担や留意点を提示

1. 後期高齢者の特性に応じた保健事業

・後期高齢者の特性を挙げ、その特性を踏まえた保健事業に求められるポイントを整理

【後期高齢者の特性】

- ・前期高齢者と比べ、加齢に伴う虚弱な状態であるフレイルが顕著に進行。
- ・複数の慢性疾患を保有し、フレイルなどを要因とする老年症候群の症状が混在するため、包括的な疾病管理がより重要。

等

【保健事業に求められるポイント】

- ・体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養等のフレイルに着目した対策が必要。
- ・生活習慣病の発症予防よりも、重症化予防等の取組が相対的に重要。

等

2. 役割分担・連携

・広域連合と市町村の役割と両者の連携や、国、都道府県、関係機関等の役割などについて整理

【広域連合の役割】

- ・健診・レセプト等の情報を包括的、統合的に管理し、対象者抽出、評価等を行うとともに、市町村の事業評価を支援。
- ・事業への積極的なデータ活用等について市町村への周知・啓発。

等

【市町村の役割】

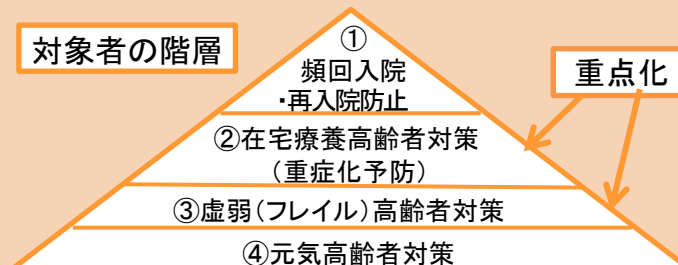
- ・広域連合から提供される健康・医療情報等を活用して地域の疾病構造や健康課題を把握。介護保険、国保、一般住民を対象とした保健事業等との整合を図りつつ事業を推進。

連携の下、
保健事業
を推進

3. 取組の内容

・どのような対象者に、どのような支援を行うかについて整理

対象者の階層



重点化

介護予防と連携した取組

国保等、壮年期の医療保険から連続した取組

栄養に関する課題

口腔に関する課題

服薬に関する課題

生活習慣病等の重症化予防に関する課題

支援の入口

高齢者が抱える
健康上の不安を
専門職がサポート

後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し

- 後期高齢者支援金の加算・減算制度について、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す。

【現行】 ※国保・被用者保険の全保険者が対象

1. 目標の達成状況

- ・ 特定健診・保健指導の実施率のみによる評価

2. 支援金の加減算の方法 (2016年度の例)

※2015年度の取組実績を2018年度に2016年度分の後期高齢者支援金の精算に反映。

- ① 特定健診・保健指導の実施率ゼロ(0.1%未満)の保険者 (健保・共済分:70保険者)

→ 支援金負担を加算(ペナルティ) ※加算率=0.23%

- ② 実施率が相対的に高い保険者 (健保・共済分:67保険者)

→ 支援金負担を減算(インセンティブ)

※事業規模(健保・共済分):0.5億円

※支援金総額(保険者負担、健保・共済分):2.3兆円

【見直し:2018年度～】 ※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57.5%(総合は50%)未満、保健指導10%(総合は5%)未満に対象範囲を段階的に拡大。加算率を段階的に引上げ。

※加算率=段階的に引上げ 2020年度に最大10%(法定上限) 3区分で設定

※2017年度の取組実績を2020年度に2018年度分の後期高齢者支援金の精算に反映。

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

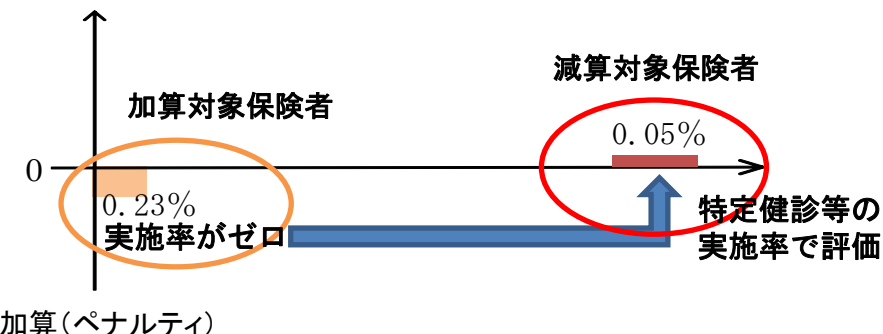
※2018年度の取組実績を2020年度に2018年度分の後期高齢者支援金の精算に反映。

(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

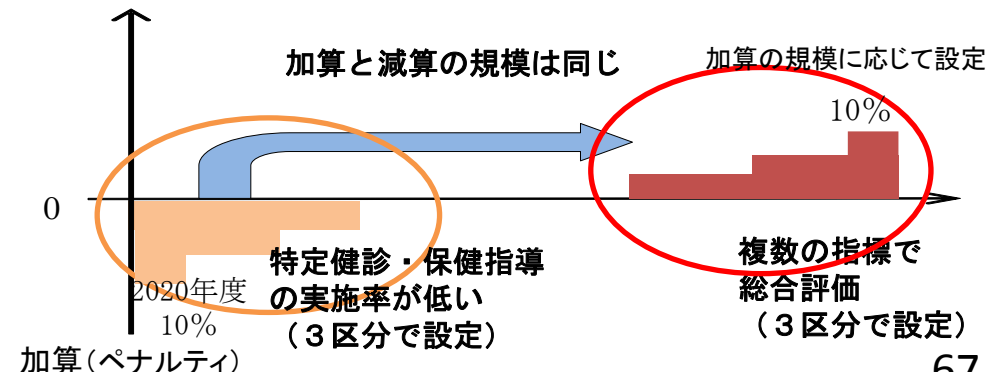
＜現在:2017年度まで＞

減算(インセンティブ)



減算(インセンティブ)

＜見直し後:2018年度～＞



後期高齢者支援金の加算率の見直し(2018年度～)

- 特定健診・保健指導は、保険者の法定義務である。第3期末(2023年度)までに全保険者の保健指導の目標45%を達成するには、中間時点の2020年度までに実施率を30～35%程度まで引き上げる必要がある。このため、後期高齢者支援金の加算の対象範囲と加算率を見直し、実施率の低い保険者の取組を促す。2021年度以降の加算率は、第3期の中間時点で更に対象範囲等を検討する。
- 特定保健指導該当者の6～8割は20歳から体重が10キロ以上増加している者であり、健診結果の本人への分かりやすい情報提供や40歳未満も対象とした健康づくり、後発医薬品の使用促進など、保険者と事業主が連携して加入者の健康増進に総合的に取り組むことが重要。このため加算の要件に特定健診・保健指導以外の取組状況も組み入れる(指標の点数が高い場合は加算しない)。
 - (※1) 保健指導の実施率(2015年度) 健保組合 18.2% (単一健保 22.5% 総合健保 10.4%) 共済 19.6% (参考) 協会けんぽ 12.6%
 - (※2) 保健指導の実施率10%未満の保険者が10%以上まで引き上げた場合、健保組合・共済全体で2%程度の引上げ効果が見込まれる。第1期(5年間)に健保組合・共済全体で実施率が12%程度上昇したので、加算による効果以外に実施率の公表や保健指導の運用改善により2018～23年度(5年間)でも引き続き10～12%程度の上昇効果が持続すると仮定すると、加算による2%程度の効果と併せて、2020年度で30～35%程度の実施率達成が見込まれる。

		特定健診・保健指導の実施率	
		単一健保・共済組合 (私学共済除く)	総合健保・私学共済
特定健診	実施率が第3期目標の1/2未満	45%未満	42.5%未満
	実施率が第3期目標の1/2以上～57.5%未満(※4)	45%以上～57.5%未満	42.5%以上～50%未満(※6)
特定保健指導	実施率が0.1%未満	0.1%未満	0.1%未満
	実施率が0.1%以上～第3期目標の1/20未満	0.1%以上～2.75%未満(※5)	0.1%以上～1.5%未満(※6)
	実施率が第3期目標の1/20以上～1/10未満	2.75%以上～5.5%未満(※5)	1.5%以上～2.5%未満(※6)
	実施率が第3期目標の1/10以上～10%未満(※8)	5.5%以上～10%未満	2.5%以上～5%未満(※6)

特定健診(第3期の実施率目標)	90%以上	85%以上
特定保健指導(同上)	単一健保 55%以上 共済組合 45%以上	30%以上

2014～17年度 の加算率 【現行】	2018年度の加算率 (2017年度実績) 【第1段階】	2019年度の加算率 (2018年度実績) 【第2段階】	2020年度の加算率 (2019年度実績) 【第3段階】
—(※3)	1.0%	2.0%	5.0%
	—	0.5%(※7)	1.0%(※7)
0.23%	1.0%	2.0%	5.0%
—	0.25%	0.5%	1.0%
—	—	0.25%(※7)	
—	—	—	0.5%(※7)

- (※3) 特定健診の実施率は、現行は0.1%未満を加算対象としているが、該当組合数はない。
- (※4) 2023年度末までにすべての保険者が全保険者目標70%を達成することを目指して、中間時点(2020年度)の設定として、45%と70%の中間値である「57.5%未満」とする。
- (※5) 共済は、第三期目標が単一健保より低い、加算対象は同じとする。(※6) 総合健保組合は、目標や特性を踏まえ、実施率の対象範囲を設定する。
- (※7) 該当年度において、特定健診・保健指導(法定の義務)以外の取組が一定程度(減算の指標で集計)行われている場合には加算を適用しない。
- (※8) 2023年度末までにすべての保険者が全保険者目標45%の概ね半分の20%までは達することを目指して、中間時点(2020年度)の設定として、20%の半分の値である「10%未満」とする。

健保組合・共済の保険者機能の総合評価の指標・配点(インセンティブ)

○の重点項目について、2018年度は、大項目ごとに少なくとも1つ以上の取組を実施していることを減算の要件とする。

(※) 特定健診の実施率の上昇幅(1-②)、特定保健指導の対象者割合の減少(2-④)、後発品の使用割合・上昇幅(4-④⑤)は、成果を評価する指標。

総合評価の項目		重点項目	配点
大項目1 特定健診・特定保健指導の実施(法定の義務)			
①-1 保険者種別毎の目標値達成	前年度の特定健診の実施率が目標達成(単一健保90%、総合健保・私学共済85%、その他の共済90%以上)、かつ、特定保健指導の実施率が特に高い(単一健保・その他共済60%、総合健保・私学共済35%以上)	○	65
①-2 保険者種別毎の目標値達成	前年度の特定健診の実施率が目標達成(単一健保90%、総合健保・私学共済85%、その他の共済90%以上)、かつ、特定保健指導の実施率が目標達成(単一健保55%、総合健保・私学共済30%、その他の共済45%以上)	○	60
①-3 実施率が上位	前年度の特定健診の実施率が[目標値×0.9]以上 かつ 特定保健指導の実施率が[目標値×0.9]以上 (※)共済グループの特定保健指導の実施率は保険者種別目標値(45%)以上とする	○	30
②-1 特定健診の実施率の上昇幅	前年度の特定健診の実施率が[目標値×0.9]未満で、前々年度より10ポイント以上上昇(②-2との重複不可)	—	20
②-2 特定健診の実施率の上昇幅	前年度の特定健診の実施率が[目標値×0.9]未満で、前々年度より5ポイント以上上昇(②-1との重複不可)	—	10
③-1 特定保健指導の実施率の上昇幅	前年度の特定保健指導の実施率が[目標値×0.9]未満で、前々年度より10ポイント以上上昇(③-2との重複不可)	—	20
③-2 特定保健指導の実施率の上昇幅	前年度の特定保健指導の実施率が[目標値×0.9]未満で、前々年度より5ポイント以上上昇(③-1との重複不可)	—	10
小計			65
大項目2 要医療の者への受診勧奨・糖尿病等の重症化予防			
① 個別に受診勧奨	特定健診結果から、医療機関への受診が必要な者を把握し、受診勧奨を実施 (※)「標準的な健診・保健指導プログラム」の具体的なフィードバックを参考に受診勧奨の情報提供を行う	○	4
② 受診の確認	①を実施し、一定期間経過後に、受診状況をレセプトで確認、または本人に確認		4
③ 糖尿病性腎症等の重症化予防の取組	重症化予防プログラム等を参考に重症化予防の取組の実施(治療中の者に対し医療機関と連携して重症化を予防するための保健指導を実施する、またはレセプトを確認して治療中断者に受診勧奨する)	○	4
④-1 特定保健指導の対象者割合の減少	前年度の特定保健指導の該当者割合が前々年度より3ポイント減少(④-2との重複不可)	—	10
④-2 特定保健指導の対象者割合の減少	前年度の特定保健指導の該当者割合が前々年度より1.5ポイント減少(④-1との重複不可)	—	5
小計			22
大項目3 加入者への分かりやすい情報提供、特定健診のデータの保険者間の連携・分析			
① 情報提供の際にICTを活用 (提供ツールとしてのICT活用、ICTを活用して作成した個別性の高い情報のいずれでも可)	本人に分かりやすく付加価値の高い健診結果の情報提供(個別に提供)(※)以下のいずれかを実施 ・経年データやレーダーチャートのグラフ等の掲載 ・個別性の高い情報(本人の疾患リスク、検査値の意味)の掲載 ・生活習慣改善等のアドバイスの掲載	○	5
② 対面での健診結果の情報提供	本人への専門職による対面での健診結果の情報提供の実施(医師・保健師・看護師・管理栄養士その他医療に従事する専門職による対面での情報提供(集団実施も可))		4
③ 特定健診データの保険者間の連携①(退職者へのデータの提供、提供されたデータの活用)	保険者間のデータ連携について以下の体制が整っている。(※)実際のデータ移動の実績は不要 ・退職の際に本人又は他の保険者の求めに応じて過去の健診データの提供に対応できる ・新規の加入者又は他の保険者から提供された加入前の健診データを継続して管理できる	○	5
④ 特定健診データの保険者間の連携②(保険者共同での特定健診データの活用・分析)	保険者協議会において、以下の取組を実施。(※)いずれかでも可 ・保険者が集計データを持ち寄って地域の健康課題を分析 ・地域の健康課題に対応した共同事業を実施		4
小計			18

総合評価の項目		重点項目	配点
大項目 4 後発医薬品の使用促進			
① 後発医薬品の希望カード等の配布	加入者への後発医薬品の希望カード、シール等の配布	○	4
② 後発医薬品差額通知の実施	後発医薬品に変更した場合の差額通知の実施	○	4
③ 効果の確認	②を実施し、送付した者の後発品への切替の効果額や切替率の把握	○	4
④-1 後発医薬品の使用割合が高い	使用割合が80%以上 (④-2との重複不可)	—	5
④-2 後発医薬品の使用割合が高い	使用割合が70%以上 (④-1との重複不可)	—	3
⑤-1 後発医薬品の使用割合の上昇幅	前年度より10ポイント以上上昇 (⑤-2との重複不可)	—	5
⑤-2 後発医薬品の使用割合の上昇幅	前年度より5ポイント以上上昇 (⑤-1との重複不可)	—	3
小計			22
大項目 5 がん検診・歯科健診等（人間ドックによる実施を含む）			
① がん検診の実施	がん検診を保険者が実施（対象者への補助、事業主や他保険者との共同実施を含む）。事業主が実施するがん検診の場合、がん検診の種別ごとに対象者を保険者でも把握し、検診の受診の有無を確認。	○	4
② がん検診：受診の確認	保険者が実施する各種がん検診の結果から、要精密検査となった者の受診状況を確認し、必要に応じて受診勧奨を実施。他の実施主体が実施したがん検診の結果のデータを取得した場合、これらの取組を実施。		4
③ 市町村が実施するがん検診の受診勧奨	健康増進法に基づき市町村が実施するがん検診の受診を勧奨（対象者を把握し個別に勧奨、チラシ・リーフレット等による対象者への受診勧奨）	○	4
④ 歯科健診：健診受診者の把握	歯科健診の対象者を設定（把握）し、受診の有無を確認	○	4
⑤ 歯科保健指導	歯科保健教室・セミナー等の実施、または歯科保健指導の対象者を設定・実施（④の実施の結果や、特定健診の質問票の項目13「食事でかんだ時の状態」の回答等から対象者を設定）	○	4
⑥ 歯科受診勧奨	対象者を設定し、歯科への受診勧奨を実施（④の実施の結果や、特定健診の質問票の項目13「食事でかんだ時の状態」の回答等から対象者を設定）	○	4
⑦ 予防接種の実施	インフルエンザワクチン接種等の各種予防接種の実施、または実施した加入者への補助		4
小計			28
大項目 6 加入者に向けた健康づくりの働きかけ（健康教室による実施を含む）、個人へのインセンティブの提供			
① 運動習慣	40歳未満を含めた、運動習慣改善のための事業（特定保健指導の対象となっていない者を含む）	○	4
② 食生活の改善	40歳未満を含めた、食生活の改善のための事業（料理教室、社食での健康メニューの提供など）	○	4
③ こころの健康づくり	こころの健康づくりのための事業（専門職による個別の相談体制の確保、こころの健康づくり教室等の開催（メール・チラシ等の配布のみによる情報提供や働きかけは除く））	○	4
④ 喫煙対策事業	40歳未満を含めた、喫煙対策事業（標準的な健診・保健指導プログラムを参考に禁煙保健指導の実施、事業主と連携した個別禁煙相談、禁煙セミナー、事業所敷地内の禁煙等の実施）	○	5
⑤ インセンティブを活用した事業の実施	個人の健康づくりの取組を促すためのインセンティブを活用した事業を実施（ヘルスケアポイント等）	○	4
小計			21
大項目 7 事業主との連携、被扶養者への健診・保健指導の働きかけ			
① 産業医・産業保健師との連携	産業医・産業保健師と連携した保健指導の実施、または、産業医・産業保健師への特定保健指導の委託	○	4
② 健康宣言の策定や健康づくり等の共同事業の実施	事業主と連携した健康宣言（従業員等の健康増進の取組や目標）の策定や加入者への働きかけ。事業所の特性を踏まえた健康課題の分析・把握、健康課題解決に向けた共同事業や定期的な意見交換の場の設置	○	4
③ 就業時間内の特定保健指導の実施の配慮	就業時間中に特定保健指導が受けられるよう事業主による配慮	○	4
④ 退職後の健康管理の働きかけ	事業主の実施する退職者セミナー等で保険者が退職後の健康管理に関する情報提供を実施	○	4
⑤ 被扶養者への特定健診の実施	前年度の被扶養者の特定健診の実施率が〔目標値×0.7〕以上（大項目1との重複可）	○	4
⑥ 被扶養者への特定保健指導の実施	前年度の被扶養者の特定保健指導の実施率が〔目標値×0.7〕以上（大項目1との重複可）	○	4
小計			24
全体計			200

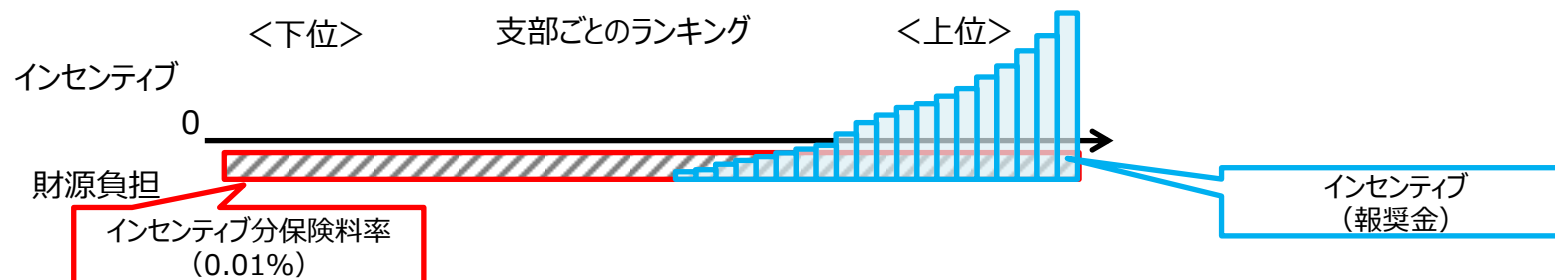
協会けんぽのインセンティブ制度の概要

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

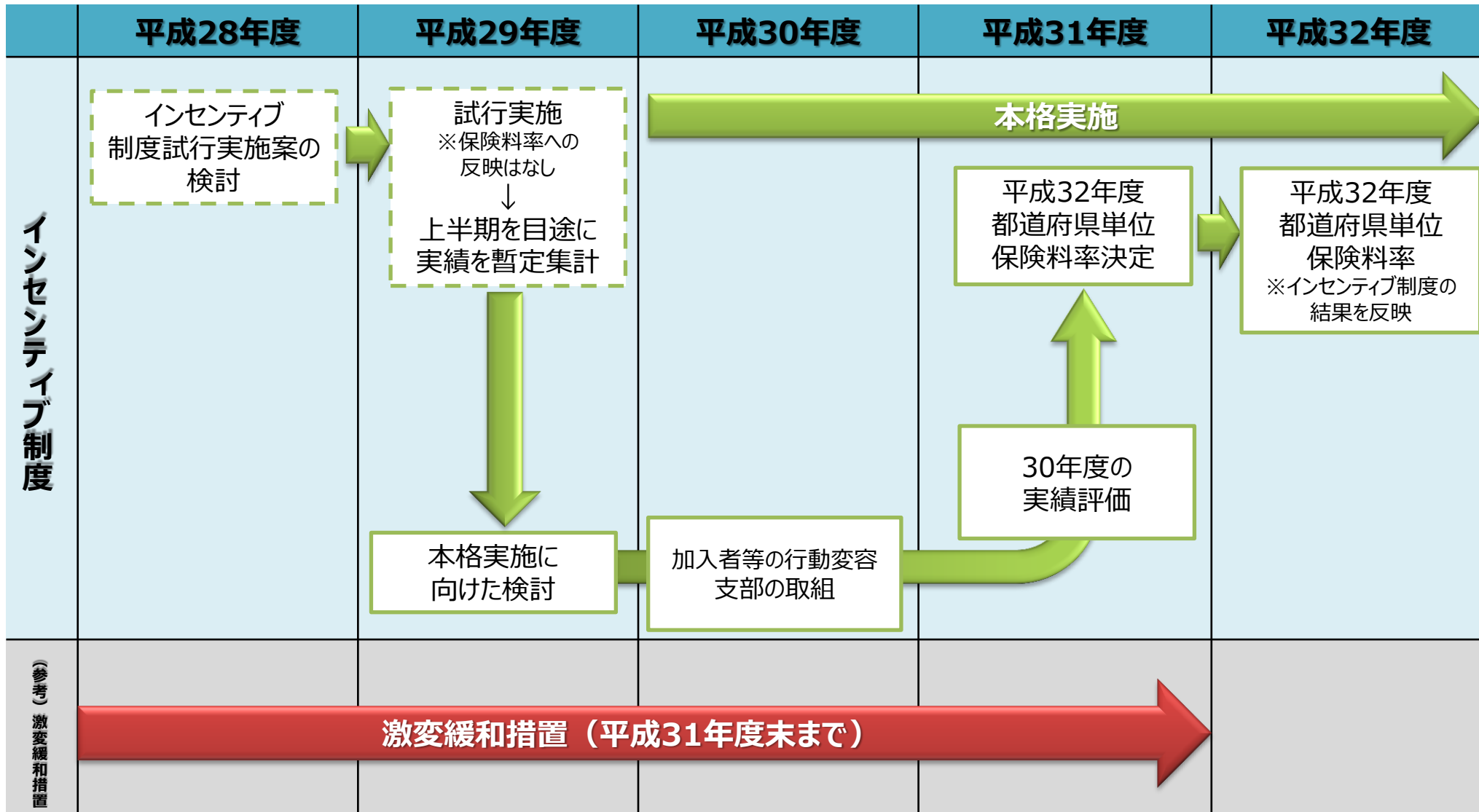
- 特定健診・特定保健指導の実施率、要治療者の医療機関受診割合、後発医薬品の使用割合などの評価指標に基づき、支部ごとの実績を評価する。
- 評価方法は偏差値方式とし、平均偏差値である50を素点50とした上で、指標ごとの素点を合計したものを支部の総得点とし全支部をランキング付けする。
- インセンティブ制度による保険料率への反映は、2020年度から実施する。
2018年度実績を評価した結果を2020年度保険料率に反映するとともに、インセンティブ分保険料率として新たに全支部の後期高齢者支援金に係る保険料率の中に0.01%を盛り込む。
- 制度導入に伴う激変緩和措置として、この新たな負担分については、3年間で段階的に導入する。
2018年度（2020年度保険料率）：0.004% ⇒ 2019年度（2021年度保険料率）：0.007% ⇒
2020年度（2022年度保険料率）：0.01%

【制度のイメージ】



<協会けんぽ> インセンティブ制度の導入スケジュールについて

インセンティブ制度では、平成29年度から試行実施を行う（試行実施の段階では保険料率への反映はしない）。平成30年度から本格実施し、その結果を平成32年度の都道府県単位保険料率に反映する。



国保の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

評価指標：前倒しの実施状況を踏まえ、29年夏に30年度分の評価指標等を市町村及び都道府県へ提示し、29年秋に評価を実施。31年度分以降の評価指標については、今後の実施状況を踏まえ検討

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)

市町村分（300億円程度）※特調より200億円程度を追加

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
- 歯科疾患（病）検診実施状況

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

- 重複服薬者に対する取組

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
- 後発医薬品の使用割合

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

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

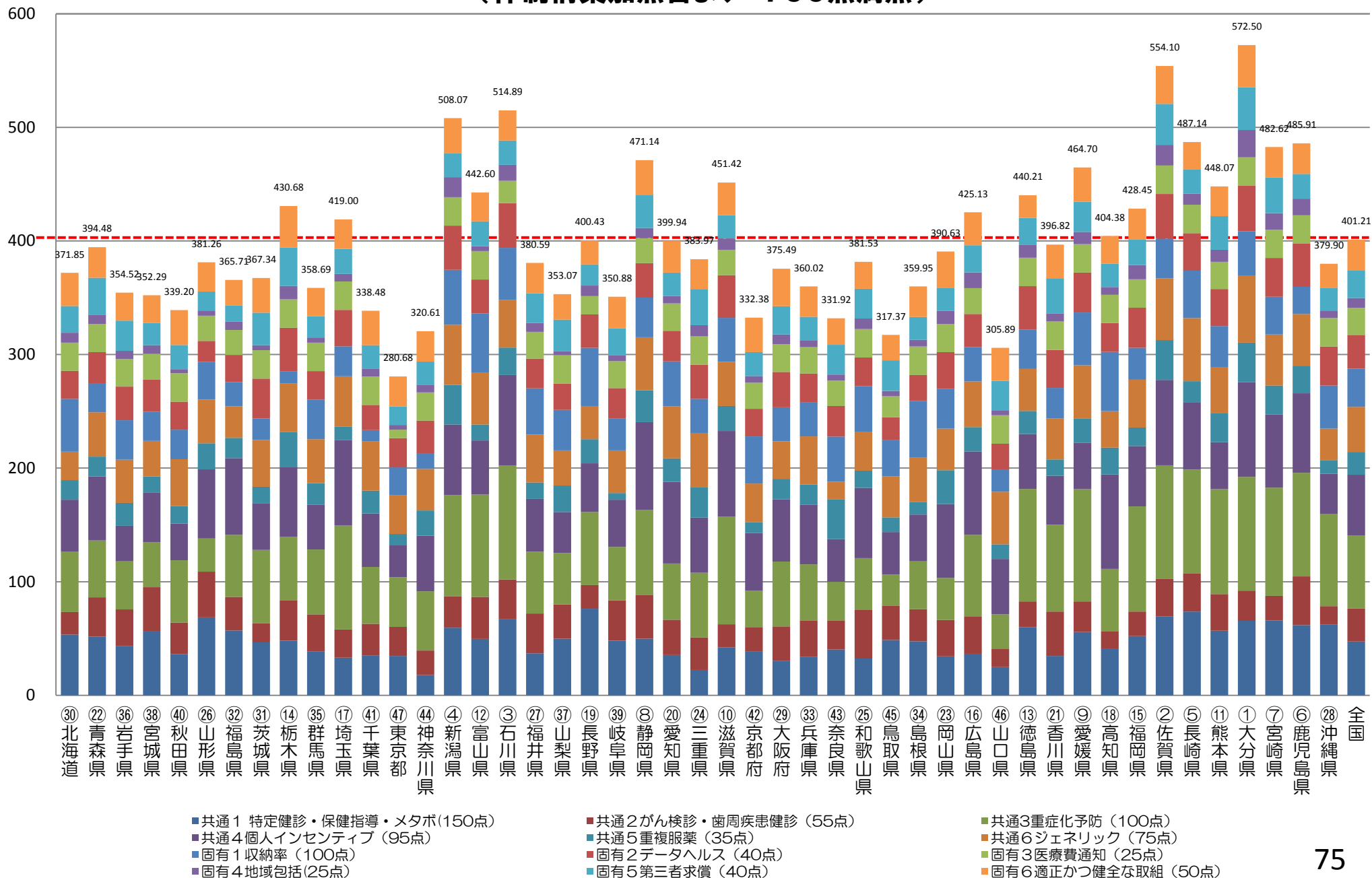
- 都道府県の医療費水準に関する評価
- ※国保被保険者に係る年齢調整後一人当たり医療費に着目し、
 - ・その水準が低い場合
 - ・前年度より一定程度改善した場合
- に評価

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（重症化予防の取組、市町村への適切な指導・助言 等）
 - ・法定外繰入の削減に向けた取組

(得点)

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)



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

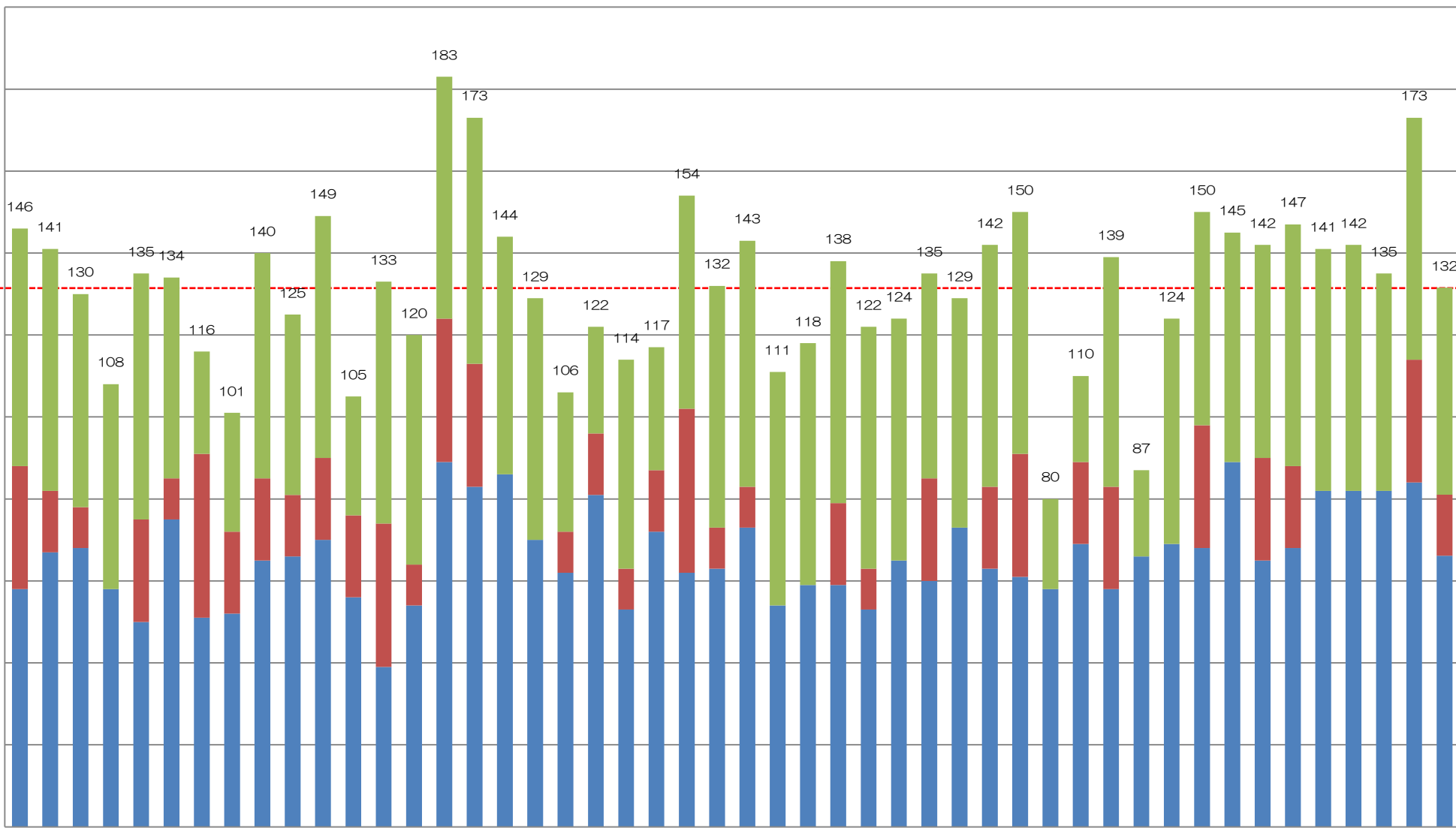
80

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)

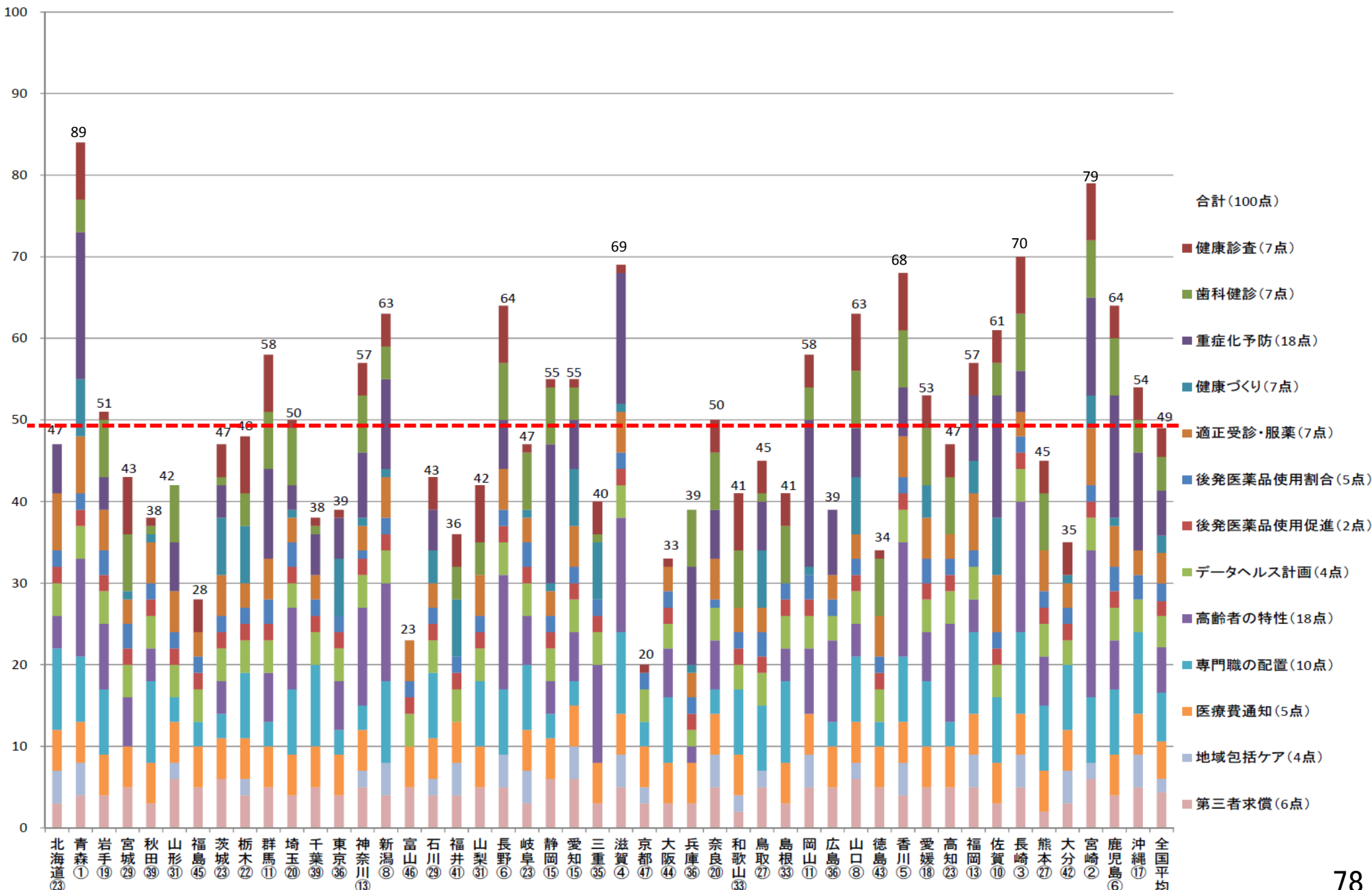
■指標3 (都道府県の取組状況：60点)

- 保険者インセンティブは、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広域連合に財政支援を行うもの。
- 平成30年度から100億円規模で実施。(※)
(※) 平成28年度は20億円、平成29年度は50億円規模で前倒し実施。
- 平成30年度は、平成29年度までの指標に加え、事業成果の評価に関する指標を導入するなど評価項目の見直しを行い、6月頃に各広域連合に通知する予定。

○評価指標（平成29年度の指標）※平成30年度の指標は現在検討中

保険者共通の指標	固有の指標
指標① ※後期では（特定）健診は義務ではない。 ○健診の実施及び健診結果を活用した取組の実施	指標① ○データヘルス計画の実施状況
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	指標② ○高齢者の特性（フレイルなど）を踏まえた保健事業の実施状況
指標③ ○重症化予防の取組の実施状況	指標③ ○専門職の配置など保健事業の実施のために必要な体制整備
指標④ ○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	指標④ ○医療費通知の取組の実施状況
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	指標⑤ ○地域包括ケアの推進（在宅医療・介護の連携等）
指標⑥ ○後発医薬品の使用割合 ○後発医薬品の使用促進	指標⑥ ○第三者求償の取組状況

後期高齢者医療制度における保険者インセンティブ(平成29年度)の採点結果



日本健康会議

- 2015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
- 日本健康会議2017は、**2017年8月23日に開催**。



日本健康会議2017の様子

「健康なまち・職場づくり宣言2020」（8つの宣言）

		進捗状況	
		2016	2017
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。	115 (市町村)	328
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。	118 (市町村) 4 (広域連合)	654 14
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。	0 (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。	138 (法人)	235
宣言 5	協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を1万社以上とする。	2,970 (社)	12,195
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。	1,774 (保険者)	1,989
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。	88 (社)	98
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。	262 (保険者)	429

WEBサイト上で全国の実践状況を可視化



日本健康会議 実行委員一覧

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

医療保険制度の見直しの状況

社会保障と税の一体改革の経緯①

平成20年 **社会保障国民会議** ～ 持続可能性から社会保障の機能強化へ

→ 「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた中期プログラム」(H20.12)

→ 平成21年度税制改正法附則第104条(H21.3)

「政府は、基礎年金の国庫負担割合の2分の1への引上げのための財源措置並びに年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用の見通しを踏まえつつ、(中略)遅滞なく、かつ、段階的に消費税を含む税制の抜本改革を行うため、平成23年度までに必要な法制上の措置を講ずるものとする」

平成21年 **安心社会実現会議** ～ 安心と活力の両立

政府・与党における検討

平成22年10月 政府・与党社会保障改革検討本部

平成22年12月 「社会保障改革の推進について」(閣議決定)

「社会保障の安定・強化のための具体的な制度改革案とその必要財源を明らかにするとともに、必要財源の安定的確保と財政健全化を同時に達成するための税制改革について一体的に検討を進め、その実現に向けた工程表とあわせ、23年半ばまでに成案を得、国民的な合意を得た上でその実現を図る」

平成23年2月～7月:社会保障改革に関する集中検討会議

- 社会保障・税一体改革成案(平成23年6月30日政府・与党社会保障改革検討本部決定。7月1日閣議報告)
- 社会保障・税一体改革素案(平成24年1月6日政府・与党社会保障改革本部決定・閣議報告)

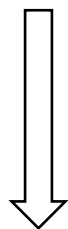
平成24年2月17日:社会保障・税一体改革大綱閣議決定

社会保障と税の一体改革の経緯②



- 大綱に基づく法案作成 ⇒ 与党審査

5月～：社会保障・税一体改革関連法案の国会審議



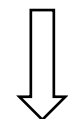
社会保障制度改革推進法（自民党・民主党・公明党の3党合意に基づく議員立法）

- 社会保障改革の「基本的な考え方」、年金、医療、介護、少子化対策の4分野の「改革の基本方針」を明記
- 社会保障制度改革国民会議の設置を規定

8月：税制抜本改革法（消費税率の引上げ）／子ども・子育て支援関連3法／年金関連4法 が成立

平成24年11月～：社会保障制度改革国民会議

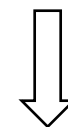
（委員は15名の有識者により構成（会長：清家篤 慶應義塾長））



- 社会保障制度改革推進法により設置され、20回にわたり議論
- 総論のほか、少子化、医療、介護、年金の各分野の改革の方向性を提言

平成25年8月6日：国民会議報告書とりまとめ

10月15日：社会保障制度改革プログラム法案の提出



社会保障改革プログラム法案（社会保障制度改革の全体像・進め方を明らかにする法律案）の提出

- 社会保障4分野の講ずべき改革の措置等について、スケジュール等を規定
- 改革推進体制の整備等について規定

12月5日：社会保障制度改革プログラム法の成立、同13日：公布・施行



平成26年の通常国会以降：順次、個別法改正案の提出

- 平成26年の通常国会では、医療法・介護保険法等の改正法案、難病対策・小児慢性特定疾病対策の法案、次世代育成支援対策推進法等の改正法案、雇用保険法の改正法案を提出し、成立。
- 平成27年通常国会には、医療保険制度改革のための法案を提出し、成立。

社会保障改革プログラム法（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）

【法律の趣旨等】

- 社会保障制度改革国民会議の審議の結果等を踏まえ、「社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について」を閣議決定（平成25年8月21日）
- この骨子に基づき、「法制上の措置」として、社会保障制度改革の全体像・進め方を明示するものとして提出（平成25年12月5日成立、同13日公布）

【法律の主な概要】

■ 講ずべき社会保障制度改革の措置等

- 受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため、医療制度、介護保険制度等の改革について、①改革の検討項目、②改革の実施時期と関連法案の国会提出時期の目途を明らかにするもの
- 少子化対策（既に成立した子ども・子育て関連法、待機児童解消加速化プランの着実な実施 等）
 - 医療制度（病床機能報告制度の創設・地域の医療提供体制の構想の策定等による病床機能の分化及び連携、国保の保険者・運営等の在り方の改革、後期高齢者支援金の全面総報酬割、70～74歳の患者負担・高額療養費の見直し、難病対策 等）
 - 介護保険制度（地域包括ケアの推進、予防給付の見直し、低所得者の介護保険料の軽減 等）
 - 公的年金制度（既に成立した年金関連法の着実な実施、マクロ経済スライドの在り方 等）

※ 医療サービスの提供体制、介護保険制度及び難病対策等については平成26年通常国会に、医療保険制度については平成27年通常国会に、必要な法律案を提出することを目指すものと規定。

■ 改革推進体制

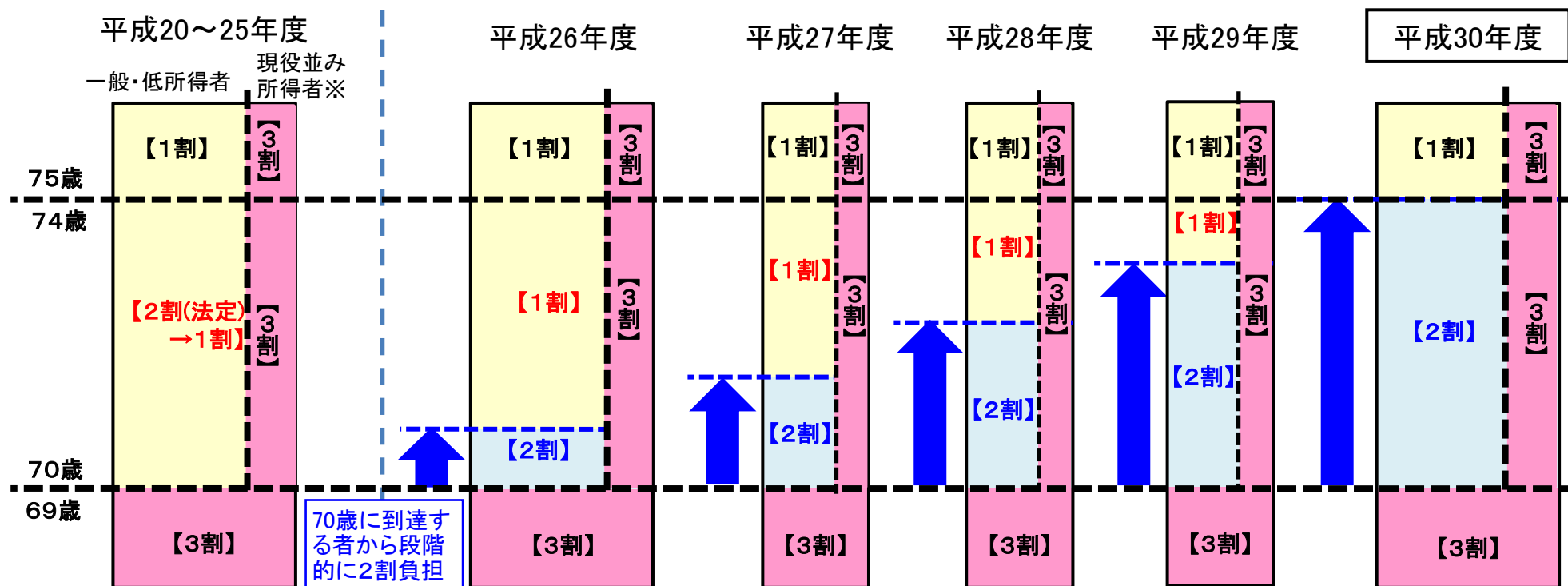
上記の措置の円滑な実施を推進するとともに、引き続き、中長期的に受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度を確立するための検討等を行うため、関係閣僚からなる社会保障制度改革推進本部、有識者からなる社会保障制度改革推進会議を設置

■ 施行期日

公布日（平成25年12月13日）
（ただし、改革推進本部関連は平成26年1月12日、改革推進会議関連は平成26年6月12日） 84

70～74歳の自己負担の特例措置の見直し

- 社会保障制度改革国民会議報告書等を踏まえ、以下の見直しを実施。
 - ・ 平成26年4月に新たに70歳になる者(69歳まで3割負担だった者)から、段階的に法定負担割合(2割)とする(個人で見ると負担増にならない)。
※ 70歳になる月の翌月の診療から2割負担(4月に70歳になる者は、5月の診療から2割負担)。
 - ・ 平成26年3月末までに既に70歳に達している者は、特例措置(1割)を継続する。
- 平成30年度予算 405億円 (参考)平成29年度予算 930億円、平成28年度予算 1,146億円、平成27年度予算 1,433億円、平成26年度予算 1,806億円、平成25年度分予算 1,898億円



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

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

(平成27年5月27日成立)

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、持続可能な医療保険制度を構築するため、国保をはじめとする医療保険制度の財政基盤の安定化、負担の公平化、医療費適正化の推進、患者申出療養の創設等の措置を講ずる。

1. 国民健康保険の安定化

- 国保への財政支援の拡充により、財政基盤を強化（27年度から約1700億円、29年度以降は毎年約3400億円）
- 平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化

2. 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

- 被用者保険者の後期高齢者支援金について、段階的に全面総報酬割を実施
(26年度:1/3総報酬割→27年度:1/2総報酬割→28年度:2/3総報酬割→29年度:全面総報酬割)

3. 負担の公平化等

- ①入院時の食事代について、在宅療養との公平等の観点から、調理費が含まれるよう段階的に引上げ
(現行:1食260円→28年度:1食360円→30年度:1食460円。低所得者、難病・小児慢性特定疾病患者の負担は引き上げない)
- ②特定機能病院等は、医療機関の機能分担のため、必要に応じて患者に病状に応じた適切な医療機関を紹介する等の措置を講ずることとする（紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入）
- ③健康保険の保険料の算定の基礎となる標準報酬月額の上限額を引き上げ（121万円から139万円に）

4. その他

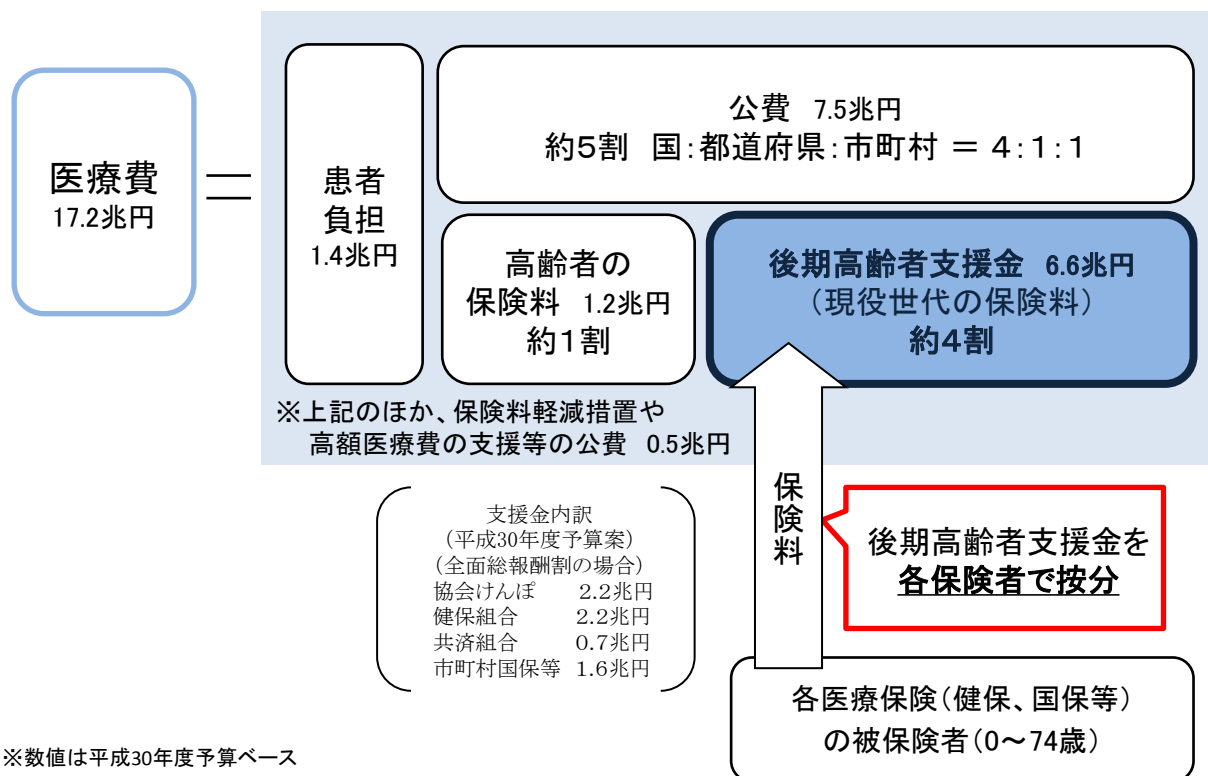
- ①協会けんぽの国庫補助率を「当分の間16.4%」と定めるとともに、法定準備金を超える準備金に係る国庫補助額の特例的な減額措置を講ずる
- ②被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助について、所得水準に応じた補助率に見直し
(被保険者の所得水準の低い組合に影響が生じないように、調整補助金を増額)
- ③医療費適正化計画の見直し、予防・健康づくりの促進
 - ・都道府県が地域医療構想と統合的な目標(医療費の水準、医療の効率的な提供の推進)を計画の中に設定
 - ・保険者が行う保健事業に、予防・健康づくりに関する被保険者の自助努力への支援を追加
- ④患者申出療養を創設（患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組み）

高齢者医療における後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

- 被用者保険者の後期高齢者支援金について、より負担能力に応じた負担とする観点から、総報酬割部分を平成27年度に2分の1、平成28年度に3分の2に引き上げ、平成29年度から全面総報酬割を実施
- あわせて、全面総報酬割の実施時に、前期財政調整における前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、前期高齢者加入率を加味した調整方法に見直す
- 全面総報酬割による国費約2,400億円(※)のうち約1,700億円は国保への財政支援の拡充に充てる(29年度～)

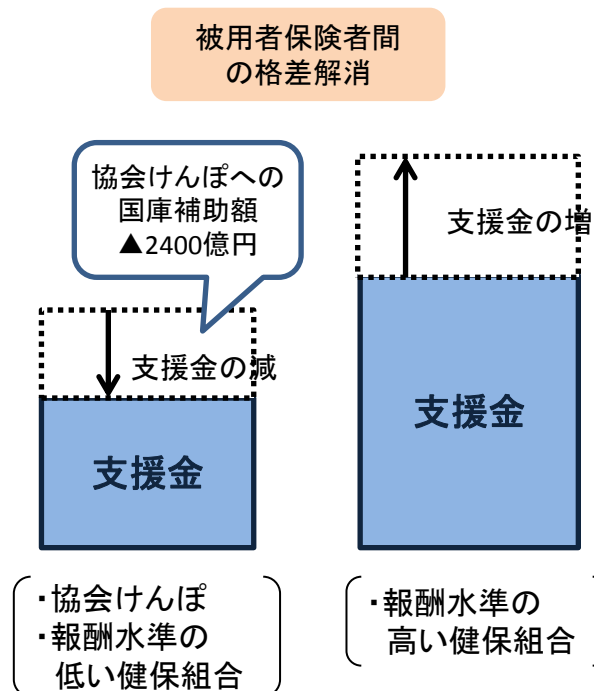
※ 制度改正時の見込み

【後期高齢者医療制度の医療費の負担の仕組み】



後期高齢者支援金の全面総報酬割の実施

[保険者の総報酬額の多寡に応じて支援金を負担]



※数値は平成30年度予算ベース

○被用者保険の負担が増加する中で、拠出金負担の重い被用者保険者への支援を実施

- ・制度化分として平成29年度から100億円。
- ・平成27年度は新規分として約110億円。全面総報酬割が実施された平成29年度から600億円。
- ・これに加え、既存の高齢者医療運営円滑化等補助金(既存分)が平成29年度から120億円。

○具体的には、

- ①平成29年度から拠出金負担が重い保険者への負担軽減対策の対象を拡大し、拡大分に該当する保険者の負担を保険者相互の拠出と国費の折半により軽減する(枠組みを法律に規定し、制度化を行う。)とともに、
- ②平成27年度から高齢者医療運営円滑化等補助金を段階的に拡充し、前期高齢者納付金の負担軽減を図る

①拠出金負担の軽減(制度化)

100億円
(平成30年度)

- 現在、保険者の支え合いで、拠出金負担(後期高齢者支援金、前期高齢者納付金)の特に重い保険者(上位約6%)の負担軽減を実施。
- この対象を拡大し※1、拡大分に該当する保険者の負担軽減の費用は、保険者の支え合い※2と国費で折半する。

※1 拡大分は、国費を投入することから、財政力(総報酬)が平均以下の保険者に限定。平成30年度の対象は、財政力(総報酬)が平均以下の上位8.03%。

※2 保険者の支え合い部分に各保険者の医療費水準を反映。

②前期高齢者納付金負担の軽減

600億円
(平成30年度)

- 高齢者医療運営円滑化等補助金を段階的に拡充。
- 前期納付金負担の負担増の緩和のため、前期高齢者納付金負担の伸び(負担が重い保険者に高い助成率を適用)に着目した負担軽減を実施。

被用者保険や国保における保険料負担の公平化

1. 被用者保険の標準報酬月額上限の引上げ

○ 健康保険及び船員保険の標準報酬月額

全47等級(上限121万円、下限5.8万円)



平成28年度から上限3等級引上げ

全50等級(上限139万円、下限5.8万円)

※ 標準賞与額もあわせて見直し、年間上限を540万円から573万円に引き上げる。

追加

第47級	1,210,000円	1,175千円以上 1,235千円未満
第48級	1,270,000円	1,235千円以上 1,295千円未満
第49級	1,330,000円	1,295千円以上 1,355千円未満
第50級	1,390,000円	1,355千円以上

2. 被用者保険の一般保険料率上限の引上げ

○ 1000分の120(健康保険) → 平成28年度から「1000分の130」に引上げ

※ 船員保険も同様に見直し、疾病保険料率の上限を「1000分の130」とする。

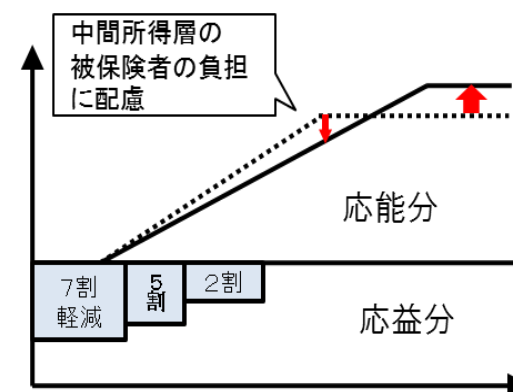
3. 国保の保険料(税)の賦課限度額の引上げ

○ 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(税)料負担に一定の限度を設けている(平成27年度:年間85万円)

○ より負担能力に応じた負担とする観点から、被用者保険の仕組みとのバランスを考慮しつつ、段階的に引き上げ

○ 各市町村の意見や対応状況等を踏まえ、引上げ幅や時期を判断することとし、平成27年度は4万円引上げた(年間81万円→85万円)

賦課限度額の引上げの仕組み



被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助の見直し

○被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助については、負担能力に応じた負担とする観点から、各組合への財政影響も考慮しつつ、平成28年度から5年間かけて段階的に見直すこととし、所得水準に応じて13%から32%の補助率とする。

○具体的には、所得水準が150万円未満の組合には32%の定率補助を維持し、150万円以上の組合に対しては所得水準に応じ段階的に引き下げ、240万円以上の組合については13%とする。

○また、被保険者の所得水準の低い国保組合の国庫補助には影響が生じないようにするため、調整補助金を15.4%まで段階的に増額する。

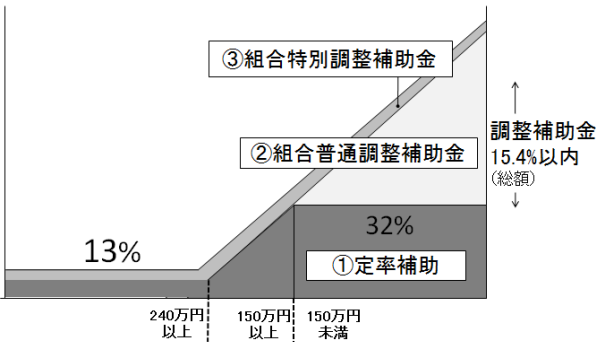
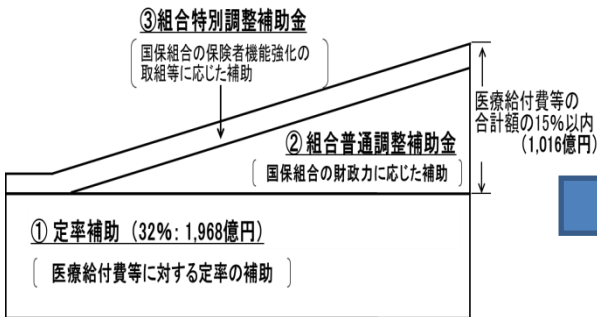
国保組合・・・同業同種の者を対象に国保事業を行うことができる公法人
(医師・歯科医師・薬剤師:92組合/建設関係32組合/一般業種40組合 計164組合(302万人))

現行の国庫補助

(H26年度)

見直し案

(H32年度)



所得水準の高い国保組合の国庫補助の見直し

	国保組合の平均所得	平成 27 年度 (現行)	平成 28～31 年度	平成 32 年度
定率補助	150 万円未満	32%	32% (現行通り)	
	150 万円以上 160 万円未満		※5 年間かけて段階的な見直し	30.0%
	160 万円以上 240 万円未満			※所得水準 10 万円ごとに 2% ずつ調整する、段階的な決め細かい補助率を設定
	240 万円以上			13.0%
調整補助金の総額の国保組合の医療給付費等の総額に対する割合		15% 以内		15.4% 以内

※国保組合の平均所得を算出するに当たっては、他制度との均衡を考慮し、各被保険者の所得の上限額(1200 万円)を設定し計算する。

※平成 9 年 9 月以降の組合特定被保険者に係る定率補助の補助率については、医療給付分については、13%にて一定。後期高齢者支援金、介護納付金については、他の被保険者に係る補助率と同様の通減率とし、今回の見直しで 13%まで引き下げる。

入院時食事療養費等の見直し

- 入院時の食事代について、入院と在宅療養の負担の公平等を図る観点から、在宅療養でも負担する費用として、食材費相当額に加え、調理費相当額の負担を求める。
- 低所得者は引上げを行わない(据え置き)。難病患者、小児慢性特定疾病患者は負担額を据え置く。

＜現行＞		＜平成28年度＞		＜平成30年度＞		対象者数 約70万人		
	負担額(1食)		負担額(1食)		負担額(1食)			
一般所得	260円	⇒	一般所得	360円	⇒	一般所得	460円	
低所得Ⅱ (住民税非課税)	210円		}	低所得者は、引き上げない。(据え置き)		}		
低所得Ⅰ (住民税非課税で 一定所得以下)	100円							
(食材費)		(食材費+調理費)						

※難病、小児慢性特定疾病の患者は、27年1月から原則自己負担となったことから、その影響に鑑み、据え置く。

平成29年度に実施した事項

70歳以上の高額療養費制度の見直し

制度概要

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

※入院の場合や同一医療機関での外来の場合、医療機関の窓口での支払を自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みが導入されている。

- 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じて設定される。

見直し概要

- 第1段階目(29年8月～30年7月)では、平成29年7月までの枠組みを維持したまま、限度額を引き上げ。一般区分の限度額(世帯)については、多数回該当を設定。
- 第2段階目(30年8月～)では、現役並み所得区分については細分化した上で限度額を引き上げ。一般区分については外来上限額を引き上げ。
- 一般区分については、7月31日を基準日として、1年間(8月～翌7月)の外来の自己負担額の合計額に、年間14.4万円の上限(外来年間合算)を設ける。

※外来年間合算は基準日に一般区分又は住民税非課税区分である場合に対象となる。

○～29年7月(70歳以上)

区分	外来 (個人)	限度額 (世帯※1)
現役並み (年収約370万円以上) 健保 標報28万円以上 国保・後期 課税所得145万円以上	44,400円	80,100円 + 1% <44,400円>
一般 (年収156万～370万円) 健保 標報26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満※2	12,000円	44,400円
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円

○現行(1段目・29年8月～30年7月)

外来 (個人)	限度額 (世帯※1)
57,600円	80,100円 + 1% <44,400円>
14,000円 (年14.4万円 ※3)	57,600円 <44,400円>
8,000円	24,600円
	15,000円

○2段目(30年8月～)

区分(年収)	外来 (個人)	限度額 (世帯※1)
年収約1160万円～ 標報83万円以上 課税所得690万円以上	252,600円 + 1% <140,100円>	
年収約770万～約1160万円 標報53～79万円 課税所得380万円以上	167,400円 + 1% <93,000円>	
年収約370万～約770万円 標報28～50万円 課税所得145万円以上	80,100円 + 1% <44,400円>	
一般	18,000円 (年14.4万円 ※3)	57,600円 <44,400円>
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円

○現行(69歳以下)

限度額 (世帯)
252,600円 + 1% <140,100円>
167,400円 + 1% <93,000円>
80,100円 + 1% <44,400円>
57,600円 <44,400円>
35,400円 <24,600円>

※1 同じ世帯で同じ保険者に属する者

※2 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。

※3 1年間のうち一般区分又は住民税非課税区分であった月の外来の自己負担額の合計額について、14.4万円の上限を設ける。

<>内の金額は、過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受けた場合の4回目以降の限度額(多数回該当)。年収は東京都特別区在住の単身者の例。

後期高齢者の保険料軽減特例の見直し

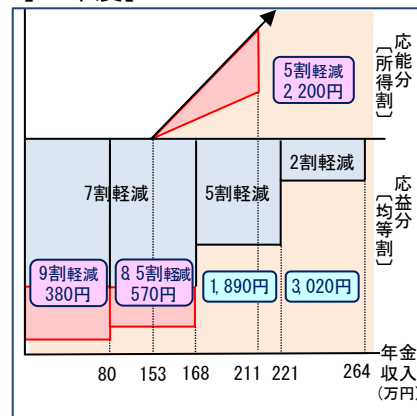
制度概要

- 後期高齢者医療制度では、世帯の所得に応じた保険料軽減が設けられている（青色部分）。
- 制度施行に当たり、激変緩和の観点から、平成20年度以降毎年度、予算による特例措置を実施している（赤色部分）。
- 軽減特例の対象者は811万人、当該軽減に要する費用は、国費が606億円、地財措置が139億円。（平成30年度予算）

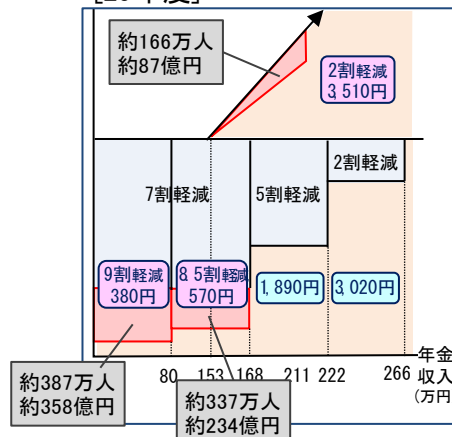
見直し内容

- 所得割は、平成29年度に2割軽減、平成30年度に本則（軽減なし）とする。
- 均等割は、低所得者に配慮して今般は据え置きとし、介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて見直す。
- 元被扶養者の所得割は、当面は賦課せず、賦課開始時期を引き続き検討。
- 元被扶養者の均等割は、平成29年度に7割軽減、平成30年度に5割軽減、平成31年度に本則（軽減なし）とする。

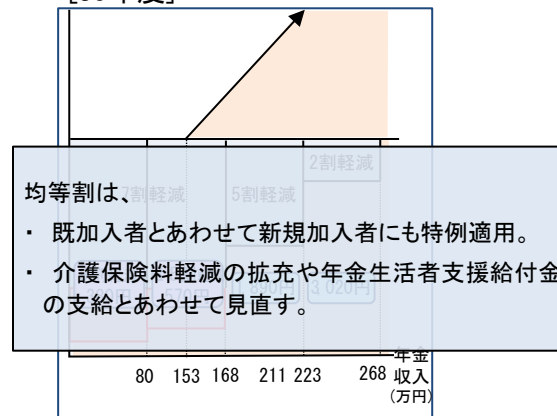
[28年度]



[29年度]



[30年度]

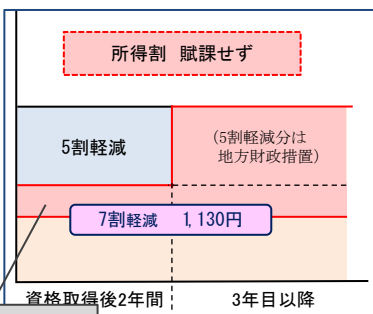
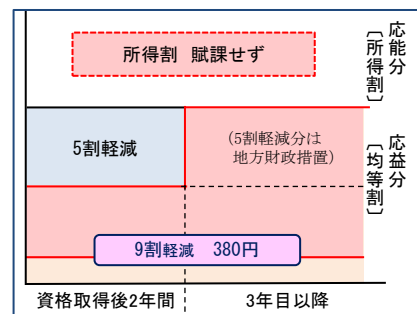


[31年度～]

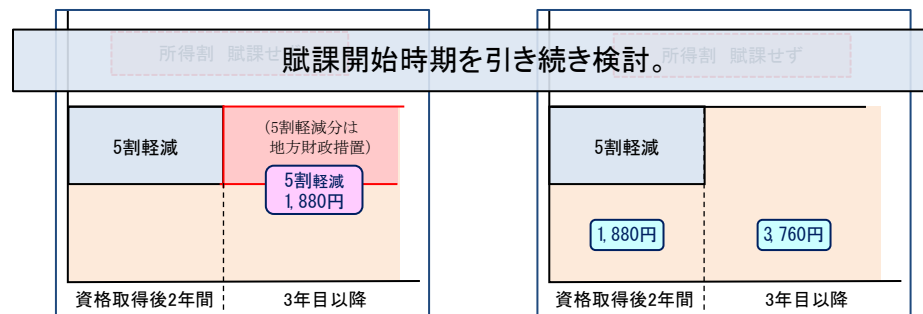
- 均等割は、
- ・ 既加入者とあわせて新規加入者にも特例適用。
 - ・ 介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて見直す。

※年金収入額は、夫婦世帯における夫の年金収入の例（妻の年金収入80万円以下の場合）。

元被扶養者の軽減



86万人
(79億円(国費))
(159億円(地財))



□ 法令上の軽減 □ 特例的な軽減 □ 現在の保険料額

※ 保険料額は、平成28・29年度及び平成30・31年度の全国平均保険料率により算出。 ※ 応能分(所得割)は、個人で判定・個人で賦課。応益分(均等割)は、世帯で判定・個人で賦課。

※ 軽減の対象者数・金額は平成29年度予算ベース。

入院時の居住費(光熱水費相当額)の見直しについて

見直し案

- 65歳以上の医療療養病床に入院する患者の居住費について、介護保険施設や在宅との負担の公平化を図る観点から、光熱水費相当額の負担を求めることとする。
- ただし、難病患者については、居住費（光熱水費相当額）の負担を求めない。

<平成29年10月以前>

65歳以上 医療療養病床	負担額
医療区分Ⅰ (ⅡⅢ以外の者)	320円／日
医療区分ⅡⅢ (医療の必要性の 高い者)	0円／日
難病患者	

<平成29年10月～>

65歳以上 医療療養病床	負担額
医療区分Ⅰ (ⅡⅢ以外の者)	370円／日
医療区分ⅡⅢ (医療の必要性の 高い者)	200円／日
難病患者	0円／日

<平成30年4月～>

65歳以上 医療療養病床	負担額
医療区分Ⅰ (ⅡⅢ以外の者)	370円／日
医療区分ⅡⅢ (医療の必要性の 高い者)	370円／日
難病患者	0円／日

(注) 介護保険施設(老健・療養)の多床室に入所する低所得者(市町村民税非課税者)の居住費負担額(光熱水費相当額)は、直近の家計調査の結果を踏まえ、平成27年4月に320円／日から370円／日に引き上がっている。

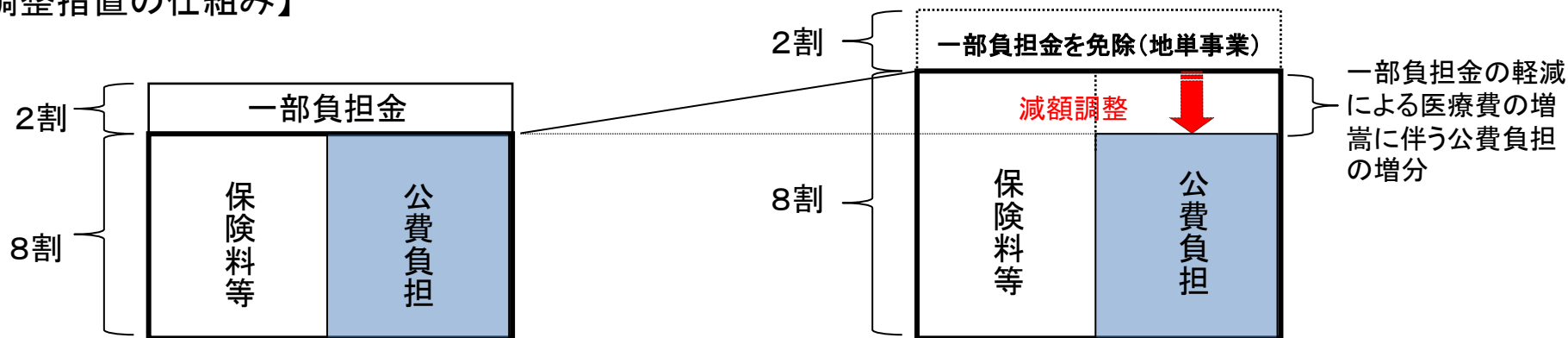
子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置の見直しについて

- 地方公共団体が独自に行う子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置については、「ニッポン一億総活躍プラン」(平成28年6月2日閣議決定)において、「子どもの医療制度の在り方等に関する検討会 議論の取りまとめ」(平成28年3月28日)を踏まえ、見直しを含め検討し、28年末までに結論を得るとされていた。
- 平成28年10月に、医療保険制度における子どもの自己負担額(3割、ただし未就学児は2割)分に係る医療費助成について調査したところ、市町村毎に、対象年齢、自己負担の有無等で様々な違いがあるが、未就学児に限定すれば、すべての市町村が何らかの医療費助成を実施していることが明らかとなった。
- このような実態や社会保障審議会医療保険部会等の議論も踏まえ、自治体の少子化対策の取組を支援する観点から、平成30年度より、未就学児までを対象とする医療費助成については、国保の減額調整を行わないこととした。(「ニッポン一億総活躍プラン」に基づく子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置に関する検討結果について」(保国発1222第1号平成28年12月22日付け国民健康保険課長通知))。

(参考)国保の減額調整措置について

- 医療保険制度では、医療を受けた人と受けない人との公平や適切な受診を確保する観点から一部負担金を求めている。
- 地方単独事業により、一部負担金が法定割合より軽減される場合、一般的に医療費が増嵩するが、この波及増分については、その性格上、当該自治体が負担するものとされ、国庫の公平な配分という観点から、減額調整をしている。 [昭和59年～]

【減額調整措置の仕組み】



地方単独事業を実施していない市町村

地方単独事業を実施している市町村

病床規模に関する要件(大病院)の見直し

紹介状なしの大病院受診時の定額負担の対象範囲の拡大

- 大病院の外来医療の機能分化を推進する観点から、紹介状なしで大病院を受診した患者等の定額負担を徴収する責務がある医療機関について、対象病院を拡大する。

現行(対象病院)

特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院



改定後(対象病院)

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

[経過措置]

- ・ 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か月間の経過措置を設ける。

病床数500床以上を要件としている診療報酬の取扱いの見直し

- 病床数500床以上を要件とする診療報酬について、当該基準を400床に変更する。

[対象]

- 初診料及び外来診療料 ※ 平成30年9月30日までの経過措置を設ける

初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低い場合において、他の病院又は診療所等からの文書による紹介がない患者(緊急その他やむを得ない事情があるものを除く)に関する減算規定の対象となる保険医療機関。

- 在宅患者緊急入院診療加算※1及び在宅患者共同診療料※2 ※1については平成31年3月31日まで、※2については平成30年9月30日までの経過措置を設ける

算定対象が、15歳未満の人工呼吸を実施している患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者に限られる保険医療機関。

- 地域包括ケア病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料を届出をすることができる病棟が1病棟に限られる保険医療機関。

※ 平成30年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1又は2を2病棟以上届け出ている場合、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。



高齢者医療確保法第14条(診療報酬の特例)の運用について

高齢者医療確保法第14条（診療報酬の特例）の運用の考え方については、昨年12月21日にとりまとめられた「議論の整理」を踏まえ、都道府県に対し平成30年3月29日付け通知により周知している。

○平成30年度に実施する第2期医療費適正化計画の実績評価に関する基本的な考え方について（抜粋）

（平成30年3月29日付け都道府県宛て厚生労働省保険局医療介護連携政策課長通知）

3. 実績評価のプロセス

(4) 法第14条の診療報酬の特例について

法第14条では、国と都道府県が医療の効率的な提供の目標を計画に定め、計画期間において保険者・医療関係者等の協力も得ながら目標の達成に向けて取組を行った上で、計画終了後に、目標の達成状況を評価した結果に基づき、なお目標達成のため必要があると認めるときに、

- ・ 都道府県は、国に対し診療報酬に関する意見を提出できる。国は都道府県の意見に配慮して診療報酬を定めるよう努める
- ・ 国は、あらかじめ都道府県に協議した上で、都道府県の地域に別の診療報酬を定めることができる

旨が記載されている。

この規定の運用の考え方については、社会保障審議会医療保険部会において議論され、平成29年12月21日に「議論の整理」がとりまとめられた。この「議論の整理」を踏まえ、法第14条の運用については、以下のようなプロセスに留意することとする。

- ① 医療費適正化計画の枠組みにおける第14条の規定については、都道府県において医療費適正化計画の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取組を行い、その取組状況の評価の結果を踏まえて、都道府県と協議した上で、厚生労働大臣が判断するプロセスとなっている。

このため、各都道府県においても、医療費適正化計画に関する取組の実績を分析し、これを評価した上で、既存の診療報酬や施策、取組の予定等を踏まえて、適用の必要性について検討していく必要がある。

- ② その際、各都道府県においては、保険者・医療関係者等が参画する保険者協議会での議論も踏まえて、第14条の規定の適用の必要性について検討していく必要がある。
- ③ 厚生労働省においては、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、診療報酬全体の体系との整合性を図りながら、医療費の適正化や適切な医療を各都道府県間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かを議論した上で判断していく必要がある。

参考 「議論の整理」（平成29年12月21日 社会保障審議会医療保険部会）（抄）

3. 高齢者医療確保法第14条の診療報酬の特例の活用方策

- 高齢者医療確保法では、国と都道府県が医療の効率的な提供の目標を計画に定め、計画期間において保険者・医療関係者等の協力も得ながら目標の達成に向けて取組を行った上で、計画終了後に、目標の達成状況を評価した結果に基づき、なお目標達成のため必要があると認めるときに、
 - ① 都道府県は、国に対し診療報酬に関する意見を提出できる。国は都道府県の意見に配慮して診療報酬を定めるよう努める
 - ② 国は、あらかじめ都道府県に協議した上で、都道府県の地域に別の診療報酬を定めることができる、
旨が規定されている。
- 改革工程表においては、「高齢者医療確保法第14条の診療報酬の特例の活用方策について、関係審議会等において検討し、結論」とされている。
- これを踏まえ、当部会においては、上記の法律上の枠組み等を踏まえ、運用の考え方について、以下のような案を示し、議論した。
- 上記の法律上の枠組み等を踏まえ、高齢者医療確保法第14条の運用については、以下のようなプロセスに留意する必要があるという点については、異論はなかった。
 - ・ 医療費適正化計画の枠組みにおける第14条の規定については、都道府県において医療費適正化計画の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取組を行い、その取組状況の評価の結果を踏まえて、都道府県と協議した上で、厚生労働大臣が判断するプロセスとなっている。
このため、各都道府県においても、医療費適正化計画に関する取組の実績を分析し、これを評価した上で、既存の診療報酬や施策、取組の予定等を踏まえて、適用の必要性について検討していく必要がある。
 - ・ その際、各都道府県においては、保険者・医療関係者等が参画する保険者協議会での議論も踏まえて、第14条の規定の適用の必要性について検討していく必要がある。
 - ・ 厚生労働省においては、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、診療報酬全体の体系との整合性を図りながら、医療費の適正化や適切な医療を各都道府県間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かを議論した上で判断していく必要がある。
- これらの点について、当該規定については、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の意見や、国において都道府県や市町村の意見を出発点に地方自治体との協議を進めるべきとの意見、他県への受診などの影響を考慮する必要があるとの意見があった。

参考 医療保険部会における主なご意見（「議論の整理」別添）（抄）

【高齢者医療確保法第14 条について】

- 地域別診療報酬の特例については制度創設時からその実効性に疑問を持っている。今年5月に全国知事会・全国市長会・全国町村会が国に提出した「社会保障制度改革に関する緊急要請」にあるとおり、慎重に対応をお願いしたい。
- どの地域にいても同じ診療が同じ値段で受けられることが皆保険制度になじむため、診療報酬の地域格差を生むことには基本的に無理があるのではないかと。効果や妥当性も十分検討し、診療報酬の地域格差の導入には慎重な検討を望む。
- 地域ごとに診療報酬を定めると、他県での受診など流動性のある受診に対する影響を考慮する必要がある。
- 都道府県ごとの診療単価が仮に引き下げられると、患者だけでなく医療機関の経営にも影響を与えうることとなるため、高確法第14 条の特例の活用方策については、各都道府県による地域医療構想等の医療提供体制の見直しの進捗を見つつ、慎重に検討することが必要。
- 高確法第14 条については、保険者協議会での議論を踏まえるべきであるが、医療機関の経営や医療提供体制にも影響が及ぶものであるため、保険者協議会で議論するだけでなく、都道府県の医療審議会での議論も必要ではないか。
- 都道府県の医療審議会が医療提供体制を主題とする一方、現在、保険者と医療機関は保険者協議会等を活用する枠組みの中で、各地で地域の予防推進や医療供給について議論してよい結果を出しており、このような現行の枠組みが、各都道府県で一番ふさわしいやり方を工夫できる仕組みとなっているのではないかと。

経済・財政再生計画改革工程表等における医療保険関係の主な検討項目

項目	改革工程表等における記述
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。【平成30年度末結論】
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【30年度末結論】
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。【平成30年度末結論】
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。【平成30年度末結論】
後期高齢者の均等割の保険料軽減特例の見直し	低所得者に対する介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて実施（財務大臣・厚生労働大臣合意別紙（平成29年12月19日））