平成２６年度　第１回　後期高齢者医療懇話会資料

山梨県後期高齢者医療広域連合

資料目次

平成２５年度決算の概要について

平成２５年度　一般会計　歳入歳出決算書　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１

平成２５年度　後期高齢者医療特別会計　歳入歳出決算　・・・・・・・・・・・・　２

基金の状況　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　３

平成２６年度上半期の事業状況について

財源及び保険料の算定について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　４

保険料収納状況について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　５

医療給付の状況について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　６

後期高齢者医療制度の情勢について

社会保障制度改革国民会議報告書（抜粋）　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　７

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（抜粋）　９

後期高齢者の保険料特例軽減について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１１

後期高齢者支援金の全面報酬割について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１３

紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担の在り方について　・・・・・　１６

入院時食事療養費・生活療養費の見直しについて　・・・・・・・・・・・・・　２０

後期高齢者の保健事業等について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　２３

1．平成２５年度　一般会計歳入歳出決算

歳入

（単位：円）

款	項	予算現額	調定額	収入済額	備考
1分担金及び負担金		454,927,000	454,926,952	454,926,952	
	1負担金	454,927,000	454,926,952	454,926,952	・27市町村からの負担金
2国庫支出金		347,000	327,090	327,090	
	1国庫負担金	347,000	327,090	327,090	
3県支出金		347,000	327,090	327,090	
	1県負担金	347,000	327,090	327,090	
4財産収入		550,000	334,190	334,190	
	1財産運用収入	550,000	334,190	334,190	・財政調整基金利子
5繰入金		1,000	0	0	
	1基金繰入金	1,000	0	0	
6繰越金		17,962,000	17,962,667	17,962,667	
	1繰越金	17,962,000	17,962,667	17,962,667	・24年度の剰余金
7諸収入		2,000	117,169	117,169	
	1預金利子	1,000	117,159	117,159	
	2雑入	1,000	10	10	
歳入合計		474,136,000	473,995,158	473,995,158	

歳出

（単位：円）

款	項	予算現額	支出済額	不用額	備考
1議会費		1,230,000	1,032,068	197,932	
	1議会費	1,230,000	1,032,068	197,932	・広域連合議員27名
2総務費		166,971,000	160,685,336	6,285,664	
	1総務管理費	166,607,000	160,437,606	6,169,394	・職員20名
	2選挙費	44,000	0	44,000	
	3監査委員費	320,000	247,730	72,270	・監査委員2名
3民生費		294,019,000	280,933,680	13,085,320	
	1社会福祉費	294,019,000	280,933,680	13,085,320	・特別会計の事務費へ操出
4諸支出金		9,533,000	9,317,190	215,810	
	1基金費	9,533,000	9,317,190	215,810	・財政調整基金積立金
5予備費		2,383,000	0	2,383,000	
	1予備費	2,383,000	0	2,383,000	
歳出合計		474,136,000	451,968,274	22,167,726	

歳入歳出差引額　22,026,884 円

２．平成２５年度　後期高齢者医療特別会計歳入歳出決算

歳入

（単位：円）

款	項	予算現額	調定額	収入済額	備考
1 市町村支出金		14,873,219,000	14,646,911,178	14,646,911,178	・27市町村からの負担金 ・医療の給付、保険料軽減の補填等に係る負担金
	1 市町村負担金	14,873,219,000	14,646,911,178	14,646,911,178	
2 国庫支出金		30,870,895,000	30,929,460,718	30,929,460,718	・医療の給付、保険料軽減の補填、保健事業等に係る負担金、補助金及び交付金
	1 国庫負担金	22,392,970,000	22,353,728,634	22,353,728,634	
	2 国庫補助金	8,477,925,000	8,575,732,084	8,575,732,084	
3 県支出金		7,802,896,000	7,483,223,360	7,483,223,360	・医療の給付及び保健事業等に係る負担金及び補助金
	1 県負担金	7,682,536,000	7,460,042,360	7,460,042,360	
	2 財政安定化基金支出金	93,884,000	0	0	
	3 県補助金	26,476,000	23,181,000	23,181,000	
4 支払基金交付金		37,990,814,000	36,958,736,308	36,958,736,308	・現役世代からの支援金
	1 支払基金交付金	37,990,814,000	36,958,736,308	36,958,736,308	
5 特別高額医療費共同事業交付金		5,674,000	10,819,846	10,819,846	・1件400万円超のレセプトに対する国保中央会からの交付金
	1 特別高額医療費共同事業交付金	5,674,000	10,819,846	10,819,846	
6 財産収入		500,000	475,305	475,305	・高齢者医療給付基金利子
	1 財産運用収入	500,000	475,305	475,305	
7 繰入金		1,460,997,000	940,908,166	940,908,166	・事務経費および不均一保険料差額相当分の補填のための一般会計繰入金 ・保険料減額等を補填するための臨時特例基金繰入金
	1 一般会計繰入金	294,019,000	280,933,680	280,933,680	
	2 基金繰入金	1,166,978,000	659,974,486	659,974,486	
8 繰越金		1,451,757,000	1,451,757,656	1,451,757,656	・平成24年度剰余金
	1 繰越金	1,451,757,000	1,451,757,656	1,451,757,656	
9 県財政安定化基金借入金		1,000	0	0	
	1 県財政安定化基金借入金	1,000	0	0	
１０諸収入		104,005,000	149,229,140	144,606,662	・保険料の延滞金、第三者行為等に係る損害賠償金、負担割合の変更に伴う医療給付費の返還金等
	1 延滞金、加算金及び過料	3,000	206,350	206,350	
	2 預金利子	1,000	4,259,556	4,259,556	
	3 雑入	104,001,000	144,763,234	140,140,756	
歳入合計		94,560,758,000	92,571,521,677	92,566,899,199	

歳出

(単位：円)

款	項	予算現額	支出済額	不用額	備考
1 総務費		317,355,000	289,864,263	27,490,737	・運営に係る事務的経費
	1 総務管理費	317,355,000	289,864,263	27,490,737	
2 保険給付費		93,069,963,000	89,371,113,066	3,698,849,934	・被保険者に対する給付費用
	1 療養諸費	89,011,617,000	85,624,294,280	3,387,322,720	
	2 高額療養諸費	3,680,446,000	3,404,668,786	275,777,214	
	3 その他医療給付費	377,900,000	342,150,000	35,750,000	
3 県財政安定化基金拠出金		84,340,000	84,340,000	0	・保険料の未納や給付費増加による財政難に際し、貸付や交付を行うことを目的とした基金への拠出金
	1 県財政安定化基金拠出金	84,340,000	84,340,000	0	
4 特別高額医療費共同事業拠出金		9,080,000	6,650,274	2,429,726	・1件400万円超のレセプトに対し、交付される特別療養費共同事業への拠出金
	1 特別高額医療費共同事業拠出金	9,080,000	6,650,274	2,429,726	
5 保健事業費		99,670,000	93,030,000	6,640,000	・市町村が実施した健康診査に対する補助金等
	1 健康保持増進事業費	99,670,000	93,030,000	6,640,000	
6 基金積立金		501,000	475,305	25,695	・臨時特例基金及び給付基金の積立て
	1 基金積立金	501,000	475,305	25,695	
7 公債費		1,000,000	0	1,000,000	
	1 公債費	1,000,000	0	1,000,000	
8 諸支出金		976,849,000	968,161,169	8,687,831	・保険料や療養給付費に係る、国、県、市町村等への還付金及び償還金
	1 償還金及び還付加算金	976,849,000	968,161,169	8,687,831	
9 予備費		2,000,000	0	2,000,000	
	1 予備費	2,000,000	0	2,000,000	
歳出合計		94,560,758,000	90,813,634,077	3,747,123,923	

歳入歳出差引額　1,753,265,122 円

3．基金の状況（平成２６年３月３１日現在）

（１）財政調整基金　42,754,419 円

（２）高齢者医療制度臨時特例基金　501,204,150 円

（３）高齢者医療給付基金　1,192,795,557 円

財源及び保険料の算定について

『一般後期高齢者』

<table>
<tr><td colspan="6">①総医療費</td></tr>
<tr><td rowspan="4">窓口負担
①×1/10</td><td colspan="5">②負担対象額</td></tr>
<tr><td rowspan="2">保険料</td><td colspan="3">公　費</td><td rowspan="2">後期高齢者交付金</td></tr>
<tr><td>国
②×4/12</td><td>県
②×1/12</td><td>市町村
②×1/12</td></tr>
<tr><td>②×1/10</td><td colspan="3">②×5/10</td><td>②×4/10</td></tr>
</table>

『現役並み所得者』

<table>
<tr><td colspan="3">①総医療費</td></tr>
<tr><td rowspan="3">窓口負担
①×3/10</td><td colspan="2">②特定費用の額</td></tr>
<tr><td>保険料</td><td>後期高齢者交付金</td></tr>
<tr><td>②×1/10</td><td>②×9/10</td></tr>
</table>

『保険料の算定』

保険料は後期高齢者医療の財源の約1割を被保険者に賄って頂くものです。
保険料算定は、2年ごと行われます。

Ⅰ　保険料収納必要額　⇒　費用の合計額（※1）－②収入の合計額（※2）

Ⅱ　保険料賦課総額　　⇒　保険料収納必要額 ÷ 予定保険料収納率

Ⅲ　保険料賦課割合　　⇒　均等割総額：所得割総額 ＝ 1：所得係数（※3）

Ⅰ・Ⅱ・Ⅲにより保険料率を決定します。

※1　主なものは、被保険者に対する給付の総額、財政安定化基金拠出金、審査支払に関する事務費、保健事業費、葬祭費
※2　主なものは、国県市町村からの負担金・補助金、調整交付金、後期高齢者交付金（現役世代支援分）、余剰金、財政安定化基金
※3　当該広域連合1人あたり所得 ÷ 全国1人あたり所得

保険料率

年度	均等割額	所得割率
平成20年度・平成21年度	38,710円	7.28%
平成22年度・平成23年度	38,710円	7.28%
平成24年度・平成25年度	39,670円	7.86%
平成26年度・平成27年度	40,490円	7.86%

《算定》平成26年度・平成27年度の2年間の算定見込み額は、1人あたり賦課額 71,265円（各年度）

○平成26年度・平成27年度の算定は、剰余金11億3,670万円を収入として見込んでいます。
○決定保険料は、軽減措置により減額されています。

保険料の収納状況について

1 現年度分(A)

(単位:円)

年度	調定額	収納額	未納額	収納率
H23	5,306,952,350	5,267,285,240	39,667,110	99.25%
H24	5,666,865,690	5,621,332,110	45,533,580	99.19%
H25	5,785,462,150	5,745,842,028	39,620,122	99.31%
H26 (9月末現在)	5,774,916,180	2,453,081,410	3,321,834,770	42.47%

各年度 5月31日現在(出納閉鎖時)

2 過年度分(B)

(単位:円)

年度	調定額	収納額	未納額	収納率
H23	74,498,370	31,493,130	43,005,240	42.27%
H24	76,671,070	33,270,535	43,400,535	43.39%
H25	77,834,565	38,409,249	39,425,316	49.34%
H26 (9月末現在)	70,238,838	22,179,901	48,058,937	31.57%

各年度 3月31日現在

3 全　体(A)+(B)

(単位:円)

年度	調定額	収納額	未納額	収納率
H23	5,381,450,720	5,298,778,370	82,672,350	98.46%
H24	5,743,536,760	5,654,602,645	88,934,115	98.45%
H25	5,863,296,715	5,784,251,277	79,045,438	98.65%
H26 (9月末現在)	5,845,155,018	2,475,261,311	3,369,893,707	42.34%

○一人あたり平均保険料

① 平成23年度　46,725円 《 調定額／月平均被保険者数(4月～3月)　113,578人 》

② 平成24年度　49,164円 《 調定額／月平均被保険者数(4月～3月)　115,264人 》

③ 平成25年度　49,597円 《 調定額／月平均被保険者数(4月～3月)　116,650人 》

④ 平成26年度　49,260円 《 調定額／月平均被保険者数(4月～9月)　117,233人 》

医療給付の状況について

1.　医療給付費の状況

参考(6ヶ月分)

年度(診療月)	平成25年度(3月～2月)	平成24年度(3月～2月)	比　較	伸　率　(%)	平成26年度(3月～8月)
件　数　(件)	3,253,664	3,181,365	72,299	2.27	1,656,017
医療給付費　(円)　(a)	85,244,841,698	83,976,357,410	1,268,484,288	1.51	43,320,660,806

2.　一人あたりの医療給付費の状況

年度	平成25年度(3月～2月)	平成24年度(3月～2月)	比　較	伸　率　(%)
月平均被保険者数（人）　(b)	116,850	115,110	1,740	1.51
医療給付費（円）　(a)／(b)	729,524	729,531	△ 8	△ 0.001

3.　その他給付費の状況

参考(6ヶ月分)

年度	平成25年度		平成24年度		比　較		伸　率　(%)		平成26年度	
	件数	金額　(円)	件数	金額　(円)	件数	金額(円)	件数	金額(円)	件数	金額　(円)
高額療養費	203,133	3,341,161,241	197,751	3,276,747,128	5,382	64,414,113	2.72	1.97	103,227	1,689,427,742
高額介護合算療養費	6,146	66,798,161	5,394	57,215,987	752	9,582,174	13.94	16.75	2,213	25,695,591
葬祭費	6,831	341,550,000	7,067	353,350,000	△ 236	△ 11,800,000	△ 3.34	△ 3.34	3,471	173,550,000

※出典:平成24年度事業年報、平成25年度事業年報及び平成26年度医療費実績集計表により作成

※医療給付費の項目は、入院、入院外及び歯科に係る診療費、調剤、食事生活療養、訪問看護並びに療養費(柔道整復等)に係る給付費

社会保障制度改革国民会議報告書（抜粋）

（平成２５年８月６日社会保障制度改革国民会議）

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

○ 後期高齢者支援金に対する負担方法について、健康保険法等の一部改正により被用者保険者が負担する支援金の 3 分の 1 を各被用者保険者の総報酬に応じた負担とすること（総報酬割）を 2013（平成 25）年度から 2 年間延長する措置が講じられているが、支援金の 3 分の 2 については加入者数に応じたものとなっており、そのために負担能力が低い被用者保険者の負担が相対的に重くなっていて、健保組合の中でも 3 倍程度の保険料率の格差がある。この支援金負担について、2015（平成 27）年度からは被用者保険者間の負担の按分方法を全面的に総報酬割とし、被用者保険者間、すなわち協会けんぽと健保組合、さらには共済組合の保険料負担の平準化を目指すべきである。この負担に関する公平化措置により、総数約 1400 の健保組合の 4 割弱の健保組合の負担が軽減され、健保組合の中での保険料率格差も相当に縮小することにもなる。

○ また、上記の健康保険法等の一部改正法の附則においては、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方についての検討の状況等を勘案し、協会けんぽの国庫補助率について検討する旨の規定が付されており、これにのっとって、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方を含めた検討を行う必要がある。その際、日本の被用者保険の保険料率は、医療保障を社会保険方式で運営しているフランスやドイツ等よりも低いことや、前述のとおり健保組合間で保険料率に大きな格差があること、その他被用者保険の状況等を踏まえ、被用者保険における共同事業の拡大に取り組むことも検討が必要である。

○ なお、後期高齢者医療制度については、創設から既に 5 年が経過し、現在では十分定着していると考えられる。今後は、現行制度を基本としながら、実施状況等を踏まえ、後期高齢者支援金に対する全面総報酬割の導入を始め、必要な改善を行っていくことが適当である。

（２）医療給付の重点化・効率化（療養の範囲の適正化等）

○ また、現在、暫定的に 1 割負担となっている 70～74 歳の医療費の自己負担については、現役世代とのバランスを考慮し、高齢者にも応分の負担を求める観点から、法律上は 2 割負担となっている。この特例措置については、世代間の公平を図る観点から止めるべきであり、政府においては、その方向で、本年 6 月に閣議決定した「経済財政運営と改革の基本方針」のとおり「早期に結論を得る」べきである。その際は、低所得者の負担に配慮しつつ、既に特例措置の対象となっている高齢者の自己負担割合は変わることがないよう、新たに 70 歳になった者から段階的に進めることが適当である。

○ 高額療養費制度については、所得区分ごとに自己負担の上限が定められているが、現行の仕組みでは、一般所得者の所得区分の年収の幅が大きいため、中低所得者層の負担が重くなっている。低所得者に配慮し、負担能力に応じて応分の負担を求めるという保険料負担における考え方と同様の制度改正が求められる。具体的には、高額療養費の所得区分について、よりきめ細やかな対応が可能となるよう細分化し、負担能力に応じた負担となるよう限度額を見直すことが必要である。上記のとおり、70～74 歳の医療費の自己負担に係る特例措置が見直されるのであれば、自己負担の上限についても、それに合わせた見直しが必要になるが、そのタイミングについては検討が必要になる。

○ 今後、後発医薬品の使用促進など既往の給付の重点化・効率化策についても効果的な手法を講じながら進めるとともに、上記を含め、患者の自己負担について「年齢別」から「負担能力別」へ負担の原則を転換するなど、中長期的に医療保険制度の持続可能性を高める観点から、引き続き給付の重点化・効率化に取り組む必要がある。

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
（抜粋）

（平成２５年１２月１３日公布・施行）

第４条　政府は、高齢化の進展、高度な医療の普及等による医療費の増大が見込まれる中で、医療保険各法による医療保険制度及び高齢者医療確保法による後期高齢者医療制度に原則として全ての国民が加入する仕組みを維持することを旨として、医療制度について、この条に定めるところにより、必要な改革を行うものとする。

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　**医療保険制度等の財政基盤の安定化**についての次に掲げる事項

イ　国民健康保険に対する財政支援の拡充

ロ　国民健康保険の保険者、運営等の在り方に関し、国民健康保険の保険料の適正化等の取組を推進するとともに、イに掲げる措置を講ずることにより国民健康保険の更なる財政基盤の強化を図り、国民健康保険の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、国民健康保険の運営について、財政運営をはじめとして都道府県が担うことを基本としつつ、国民健康保険の保険料の賦課及び徴収、保健事業の実施等に関する市町村の役割が積極的に果たされるよう、都道府県と市町村において適切に役割を分担するために必要な方策

ハ　健康保険法等の一部を改正する法律（平成 25 年法律第 26 号）附則第２条（※）に規定する所要の措置

※　附則第２条は、協会けんぽ国庫補助率について、「高齢者医療に要する費用負担の在り方についての検討状況等を勘案し、平成 26 年度までの間に検討を行い、必要があると認められるときは、所要の措置を講ずる」と規定している。

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　国民健康保険の保険料及び後期高齢者医療の保険料に係る低所得者の負担の軽減

ロ　被用者保険等保険者に係る高齢者医療確保法第 118 条第 1 項に規定する後期高齢者支援金の額の全てを当該被用者保険等保険者の標準報酬総額に応

じた負担とすること

ハ　被保険者の所得水準の高い国民健康保険組合に対する国庫補助の見直し

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の上限額の引上げ

三　医療保険の保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等についての次に掲げる事項

イ　低所得者の負担に配慮しつつ行う70歳から74歳までの者の一部負担金の取扱い及びこれと併せた負担能力に応じた負担を求める観点からの高額療養費の見直し

ロ　医療提供施設相互間の機能の分担を推進する観点からの外来に関する給付の見直し及び在宅療養との公平を確保する観点からの入院に関する給付の見直し

8　政府は、前項の措置を平成26年度から平成29年度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27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。

9　政府は、第7項の措置の実施状況等を踏まえ、高齢者医療制度の在り方について、必要に応じ、見直しに向けた検討を行うものとする。

後期高齢者の保険料軽減特例について

後期高齢者の保険料軽減特例について【現行】

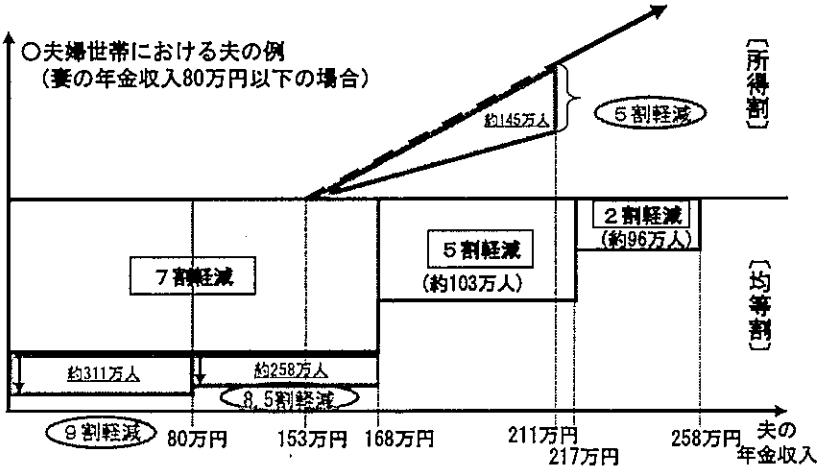
○ 後期高齢者医療制度では、世帯の所得に応じた保険料軽減が設けられている。(政令本則)
　①低所得者の均等割7、5、2割軽減(国保と同じ)
　②被用者保険の被扶養者であった者(元被扶養者)の軽減(均等割5割軽減、所得割賦課せず。2年限り)

○ 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、予算により次の特例措置を実施している。
　①低所得者の更なる保険料軽減(均等割9・8.5割軽減、所得割5割軽減)
　②元被扶養者の更なる保険料軽減(均等割9割軽減、期限なし)

【平成26年度予算　合計811億円】
(対象者:低所得者 約714万人*、元被扶養者 約174万人)
*うち約23万人は所得割と均等割の軽減が重複している方

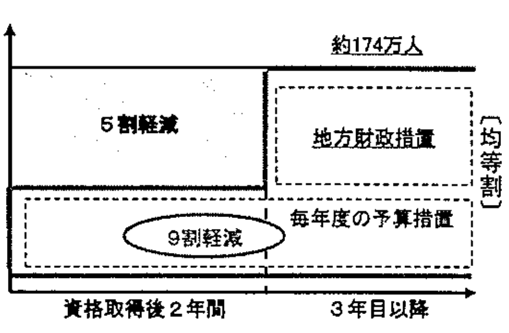
※経済財政運営と改革の基本方針2014(抄)(平成26年6月24日閣議決定)
　後期高齢者医療の保険料軽減特例措置について、段階的な見直しを進めること(略)について検討する。

【 低所得者の軽減 】



※数値は、平成26年度予算ベース。
※均等割5割・2割軽減については、平成26年4月から軽減対象を拡大している。

【 元被扶養者の軽減 】



※制度上の軽減は75歳到達から2年間限りとされているが、特例措置により、期限なしで軽減されている(政令附則)。

後期高齢者の保険料特例軽減に係る論点

○ 制度創設時に特例的に実施された低所得者や元被扶養者の保険料特例軽減について、世代間・世代内の公平性の観点から、見直すべきではないか。

○ 見直す場合、対象となる高齢者の方々に不安が生じないための配慮が必要であり、また、後期高齢者医療広域連合や市区町村における被保険者への周知など、現場で混乱が生じないことに留意し、特例軽減をいつからどのように見直すことが適当か。

○ また、高齢者の方々への急な負担増とならないよう、段階的に見直すべきではないか。

51

後期高齢者支援金の全面総報酬割について

20

社会保障制度改革国民会議　報告書（抄）

（平成２５年８月６日社会保障制度改革国民会議）

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

○　後期高齢者支援金に対する負担方法について、健康保険法等の一部改正により被用者保険者が負担する支援金の3 分の1 を各被用者保険者の総報酬に応じた負担とすること（総報酬割）を2013（平成25）年度から2 年間延長する措置が講じられているが、支援金の3 分の2 については加入者数に応じたものとなっており、そのために負担能力が低い被用者保険者の負担が相対的に重くなっていて、健保組合の中でも3 倍程度の保険料率の格差がある。この支援金負担について、2015（平成27）年度からは被用者保険者間の負担の按分方法を全面的に総報酬割とし、被用者保険者間、すなわち協会けんぽと健保組合、さらには共済組合の保険料負担の平準化を目指すべきである。この負担に関する公平化措置により、総数約1400 の健保組合の4 割弱の健保組合の負担が軽減され、健保組合の中での保険料率格差も相当に縮小することにもなる。

○　また、上記の健康保険法等の一部改正法の附則においては、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方についての検討の状況等を勘案し、協会けんぽの国庫補助率について検討する旨の規定が付されており、これにのっとって、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方を含めた検討を行う必要がある。その際、日本の被用者保険の保険料率は、医療保障を社会保険方式で運営しているフランスやドイツ等よりも低いことや、前述のとおり健保組合間で保険料率に大きな格差があること、その他被用者保険の状況等を踏まえ、被用者保険における共同事業の拡大に取り組むことも検討が必要である。

○　なお、後期高齢者医療制度については、創設から既に5年が経過し、現在では十分定着していると考えられる。今後は、現行制度を基本としながら、実施状況等を踏まえ、後期高齢者支援金に対する全面総報酬割の導入を始め、必要な改善を行っていくことが適当である。

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１２月１３日公布・施行）

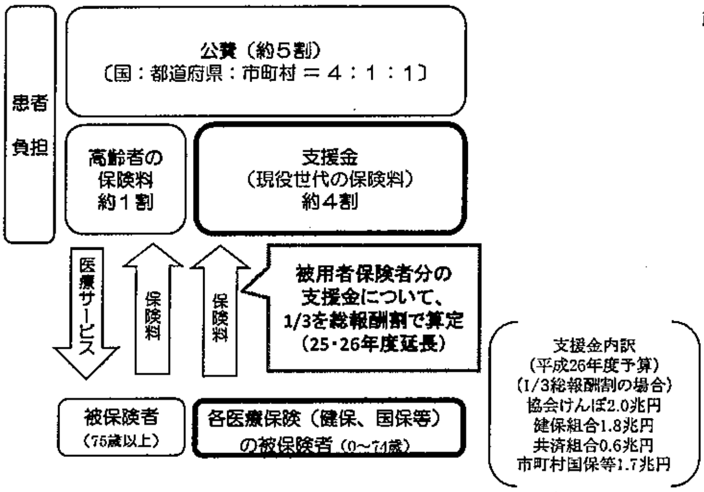
第4条
7　政府は、持続可能な医療保険制度等を構築するため、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。
　一　医療保険制度等の財政基盤の安定化についての次に掲げる事項
　　ハ　健康保険法等の一部を改正する法律（平成25年法律第26号）附則第2条に規定する所要の措置
　　　※附則第2条は、協会けんぽ国庫補助率について、「高齢者医療に要する費用負担の在り方についての検討状況等を勘案し、平成26年度までの間に検討を行い、必要があると認められるときは、所要の措置を講ずる」と規定している。
　二　医療保険の保険料に係る国民の負担に関する公平の確保についての次に掲げる事項
　　ロ　被用者保険等保険者に係る高齢者医療確保法第118条第1項に規定する後期高齢者支援金の額の全てを当該被用者保険等保険者の標準報酬総額に応じた負担とすること
8　政府は、前項の措置を平成26年度から平成29年度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27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。
9　政府は、第7項の措置の実施状況等を踏まえ、高齢者医療制度の在り方について、必要に応じ、見直しに向けた検討を行うものとする。

21

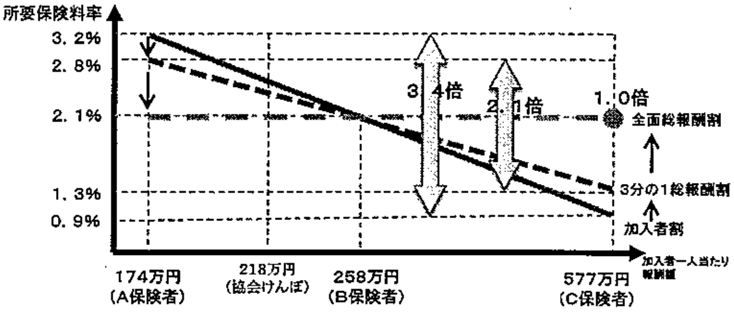
後期高齢者支援金の総報酬割について

- ○ 75歳以上の医療給付費は、高齢者の保険料（約1割）、現役世代の保険料による後期高齢者支援金（約4割）、公費（約5割）により支える仕組み。
- ○ このうち現役世代の保険料による支援金については、原則、各保険者の加入者数（0～74歳）で按分しているが、被用者保険者の財政力にばらつきがあることから、加入者数に応じた負担では、財政力が弱い保険者の負担が相対的に重くなる。
- ○ このため、<u>財政力の弱い協会けんぽの財政支援を行うとともに、負担能力に応じた費用負担とする観点から、被用者保険者間の按分について、3分の1を総報酬割、3分の2を加入者割とする負担方法を導入</u>している（国保と被用者保険の間では、加入者割を維持）。【平成22年度から24年度に実施、平成25・26年度延長】

75歳以上の医療給付費に係る費用負担の仕組み



加入者割から3分の1総報酬割、全面総報酬割にした場合の所要保険料率の変化（イメージ）



（注）平成26年度賦課ベース。所要保険料率とは、支援金を賄うために必要な保険料率。

総報酬割拡大により負担増・負担減となる保険者（平成27年度推計）

	健保組合	共済
負担増	899	81
負担減	503	4

（注）平成26年度予算ベースの推計

22

後期高齢者支援金の負担方法（加入者割と総報酬割の違い）

- ○ A保険者とB保険者とで、後期高齢者支援金1億円を負担する場合を想定。
- ○ <u>全面加入者割の場合は</u>、加入者数に応じて負担するため、<u>財政力の強弱が考慮されない</u>。
- ○ <u>全面総報酬割の場合は</u>、総報酬額に応じて負担するため、<u>財政力に応じた負担となる</u>。

<モデル例>

	A保険者	B保険者
加入者数	1,000人	1,000人
加入者1人当たり報酬額	150万円	600万円
総報酬額	15億円	60億円

※前期財政調整における後期支援金部分は考慮をしていない。

≪全面加入者割の場合≫

○ 加入者数に応じて負担するため、A保険者とB保険者は<u>1:1</u>（1,000人:1,000人）の割合で負担。

	A保険者		B保険者
支援金負担総額	5,000万円	同じ	5,000万円
加入者1人当たり支援金負担額（支援金負担総額÷加入者数）	50,000円	同じ	50,000円
所要保険料率（支援金負担総額÷総報酬額）	3.33%	4倍	0.83%

財政力の弱い組合の負担が大きくなる。

≪全面総報酬割の場合≫

○ 総報酬額に応じて負担するため、A保険者とB保険者は<u>1:4</u>（15億円:60億円）の割合で負担。

	A保険者		B保険者
支援金負担総額	2,000万円	4倍	8,000万円
加入者1人当たり支援金負担額（支援金負担総額÷加入者数）	20,000円	4倍	80,000円
所要保険料率（支援金負担総額÷総報酬額）	1.33%	同じ	1.33%

財政力に応じた負担となる。

23

後期高齢者支援金の総報酬割拡大による影響

○全面総報酬割を導入した場合、健保組合・共済組合との財政力の違いに着目した協会けんぽの支援金負担への国庫負担（H27年度2,400億円）は不要となる。

○ 総報酬割を拡大した場合の各保険者の支援金負担額の変化（H27年度推計）

		協会けんぽ	健保組合	共済	被用者保険計
現行	2/3 加入者割	1兆4,600億円（うち公費 2,400億円）	1兆2,500億円	3,800億円	3兆900億円
	加入者数	3,400万人（48%）	2,900万人（40%）	900万人（12%）	7,200万人
	1/3 総報酬割	6,200億円	6,900億円	2,300億円	1兆5,400億円
	総報酬額	74.7兆円（40%）	82.4兆円（44%）	27.9兆円（15%）	185.3兆円
	計（①）	2兆800億円	1兆9,300億円	6,100億円	4兆6,300億円
2/3総報酬割（②）		1兆9,700億円	2兆円	6,600億円	4兆6,300億円
負担額の変化（②-①）		▲1,100億円	700億円	400億円	±0億円
(1) 加入率調整なし	全面総報酬割（③）	1兆8,700億円	2兆600億円	7,000億円	4兆6,300億円
	負担額の変化（③-①）	▲2,100億円（＋300億円）	1,300億円	800億円	±0億円
(2) 加入率調整あり	全面総報酬割（④）	1兆8,400億円	2兆800億円	7,100億円	4兆6,300億円
	負担額の変化（④-①）	▲2,400億円	1,500億円	1,000億円	±0億円

※計数については調整中。　　（）は国庫負担を除いた負担

※前期納付金における前期高齢者に係る後期支援金部分を含む。
※平成26年度予算をベースに、平成27年度の負担額について粗い推計をしたもの。

33

後期高齢者支援金の全面総報酬割に係る論点

○ 後期高齢者支援金については、平成22年度から、被用者保険者間の按分に関して、3分の1を総報酬割、3分の2を加入者割とする負担方法を導入している。

○ しかしながら、被用者保険者間において負担に偏りがあることから、社会保障制度改革国民会議などの指摘を踏まえ、負担能力に応じた公平な負担とするため、これを全面総報酬割としてはどうか。

○ また、前期財政調整における後期高齢者支援金部分の扱いについて、現行の3分の1の総報酬割部分に対しては前期高齢者加入率による調整が行われていない。
　しかしながら、各保険者間の前期高齢者の偏在を調整するという制度本来の趣旨を踏まえ、被用者保険者間においても、全面総報酬割を導入した場合において、前期高齢者加入率による調整を加味した計算方法を検討してはどうか。

○ 全面総報酬割による影響を踏まえると、
① 段階的な全面総報酬割の実施
② 負担増となる被用者保険者の負担軽減措置
を検討する必要があるのではないか。

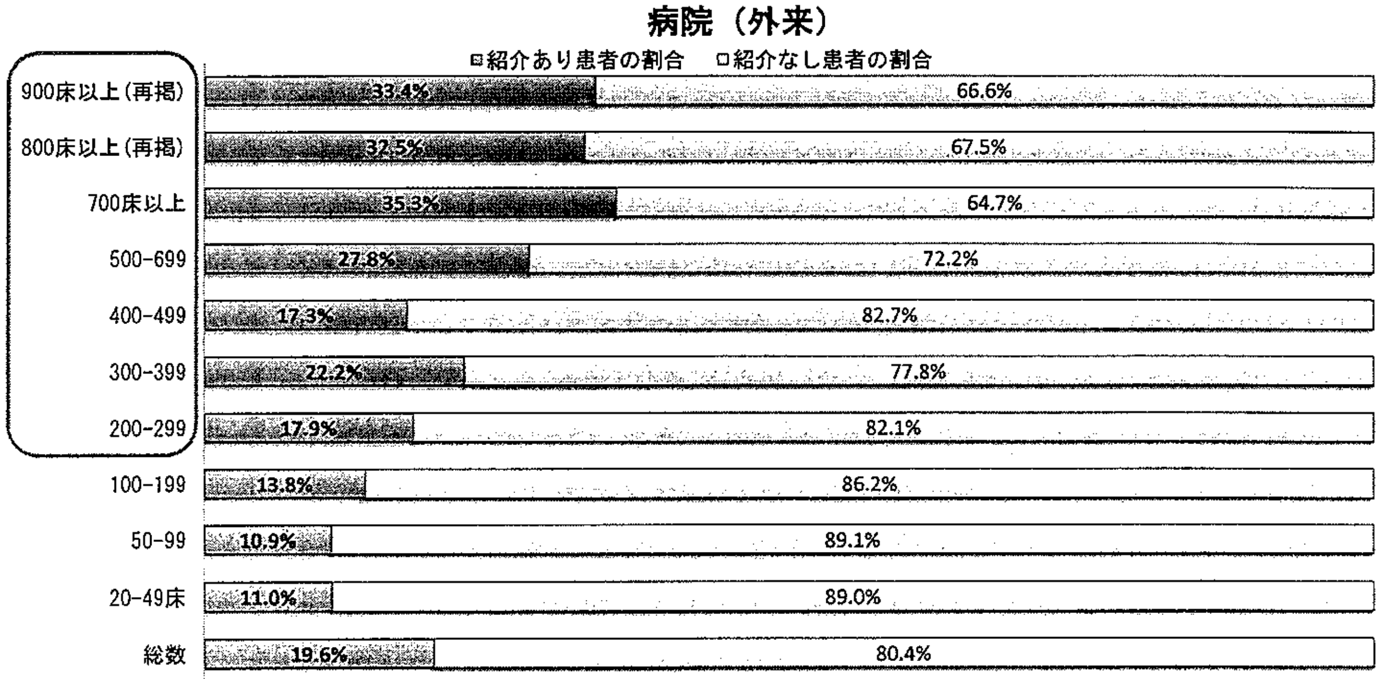
34

紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担の在り方について

2

病床規模別の紹介率の状況

○　病床規模が大きくなるほど紹介率は高くなる傾向にあるが、病床数が200床以上の病院についてみても、外来患者総数に占める紹介なしの患者の割合が６割～８割と高い水準にある。

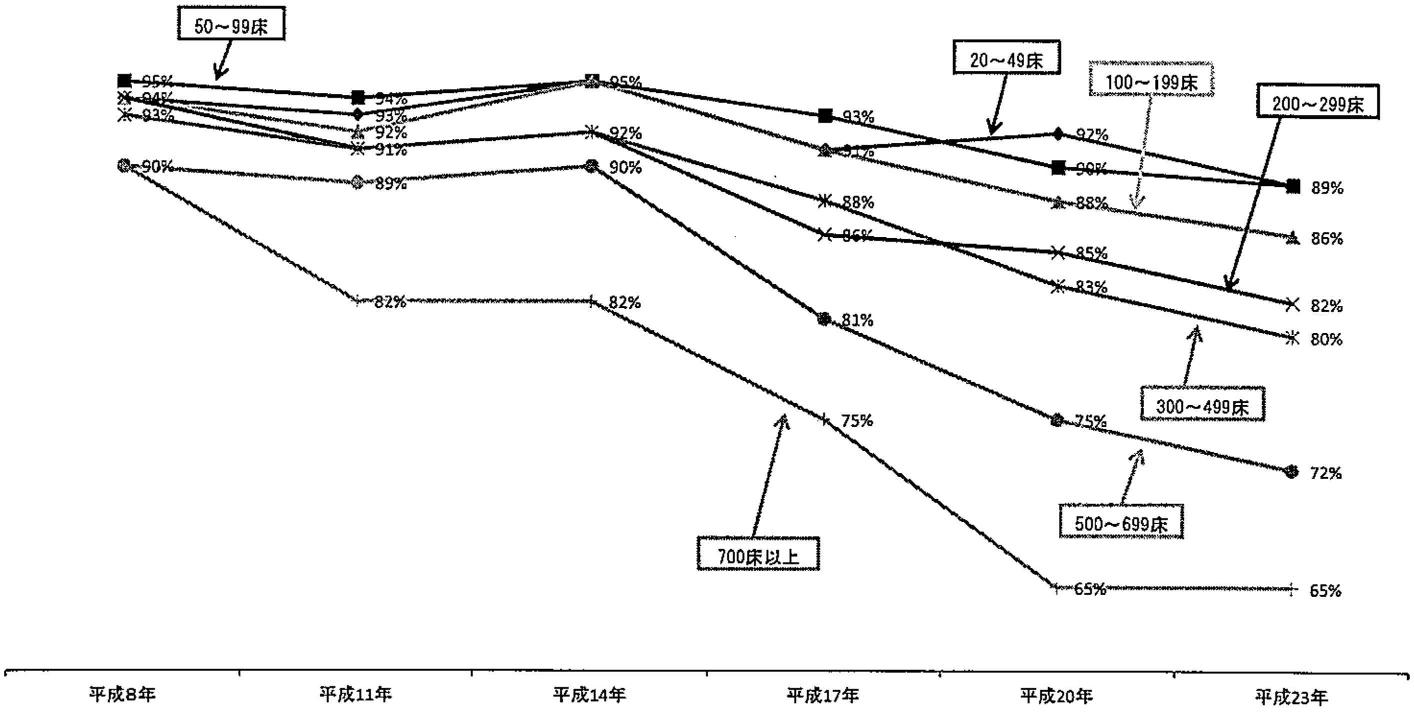


紹介あり患者の割合：外来患者総数のうち、（病院や一般診療所等からの）紹介ありと答えた患者の割合。

（出所）平成23年患者調査、平成25年11月27日中央社会保険医療協議会提出資料２を基に作成。
注：宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

紹介なしで外来受診した患者の割合の推移（病床数別）

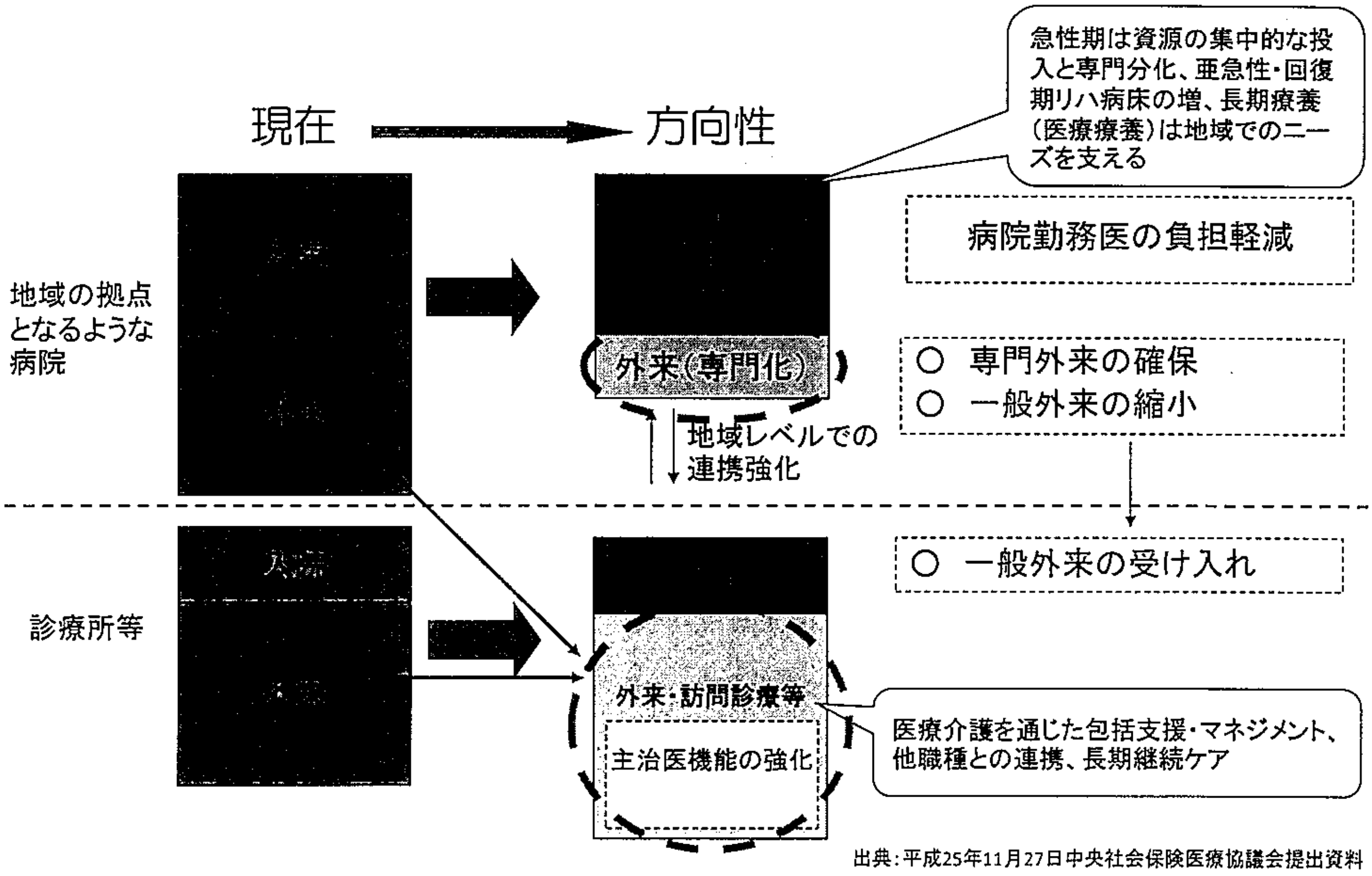
○　500床以上の病院においては、紹介なしで外来受診した患者の割合は減少傾向にあるものの、依然として約７割と高い水準にある。



（出所）平成８年～平成23年患者調査を基に作成。
注：平成23年患者調査については、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

4

外来医療の役割分担のイメージ



出典：平成25年11月27日中央社会保険医療協議会提出資料

6

外来医療の機能分化・連携の推進について

【これまでの取組】

平成26年改定

主治医機能の評価
地域包括診療料 1,503点
地域包括診療加算 20点

平成26年改定

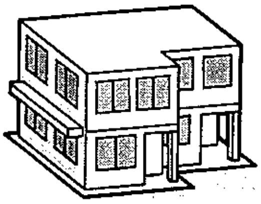
大病院の一般外来の縮小
・紹介率・逆紹介率の基準の引き上げ
・長期投薬の是正

全人的かつ継続的な診療

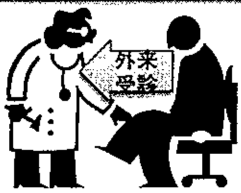
紹介

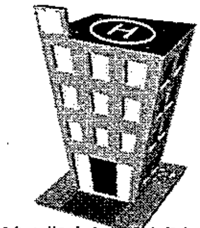
逆紹介

専門的な診療



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所





地域の拠点となるような病院

このほか、
・200床以上の病院を対象とし、紹介なしに受診した患者からの保険外併用療養費（選定療養）の徴収
・都道府県による、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療構想（ビジョン）の策定（平成27年度～）
・地域医療構想（ビジョン）の達成に向けた医療機関の施設・設備の整備を推進するための事業等を対象とした新たな基金の造成（平成26年度～）

7

■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
（2）医療給付の重点化・効率化（療養の範囲の適正化等）

まず、フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要となる。こうした改革は病院側、開業医側双方からも求められていることであり、大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須であろう。そのため、**紹介状のない患者の一定病床数以上の病院の外来受診について、初再診料が選定療養費の対象となっているが、一定の定額自己負担を求めるような仕組みを検討すべき**である。このことは、大病院の勤務医の負担軽減にもつながる。もちろん、上記のような受診行動が普及するには、医師が今よりも相当に身近な存在となる地域包括ケアシステムへの取組も必要であり、医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましいことを理解してもらわなければならず、患者の意識改革も重要となる。

■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。
一～二 （略）
三 医療保険の保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等についての次に掲げる事項
イ （略）
ロ **医療提供施設相互間の機能の分担を推進する観点からの外来に関する給付の見直し及び在宅療養との公平を確保する観点からの入院に関する給付の見直し**
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度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。

平成26年7月7日　社会保障審議会医療保険部会での主な意見

○　外来の機能分化を推進するため、患者に定額負担を求めていく方向性はよいのではないか。初診は救急搬送患者を除き、再診は病状が安定した後の再診について定額負担を求めてはどうか。初再診料相当額のみでは少ないのではないか。高額療養費の対象とはしないのではないか。

○　現在保険給付されている療養を縮小することになる案は慎重に議論すべきではないか。

○　大病院の医療費収入を増やすのではなく、保険給付の範囲内で一部負担金相当額に加え、新たな定額負担を求める案が１つの方法ではないか。

○　大病院の範囲をどうするかは、病床数、機能、病床数プラス機能が考えられ、導入する際には、試行的に実施した上で進めることが必要ではないか。

○　地域の医師をどのように確保･育成していくかが課題であり、医師の研修や患者への情報提供を行う必要があるのではないか。

10

紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担を導入する趣旨

○　フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用する観点から、大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムを普及させ、医療機関間の適切な役割分担を図ることは重要な課題。

○　現行制度でも、紹介状のない患者が200床以上の病院を受診した場合に、病院は選定療養として、初・再診時に一定の自己負担を求めることができるが、200床以上の病院のうち自己負担を徴収している病院は、初診については45％、再診については４％にとどまっていることから、定額負担を徴収することを制度化し、医療機関の更なる機能分化を促進する。

○　さらにこの定額負担の導入は、大病院の勤務医の負担軽減に対して重要な意味がある。

○　なお、上記のようなシステムの普及のためには、あわせて、主治医機能の強化も含め、診療報酬上の対応、地域医療構想（ビジョン）の達成に向けた対応等が講じられることが重要。

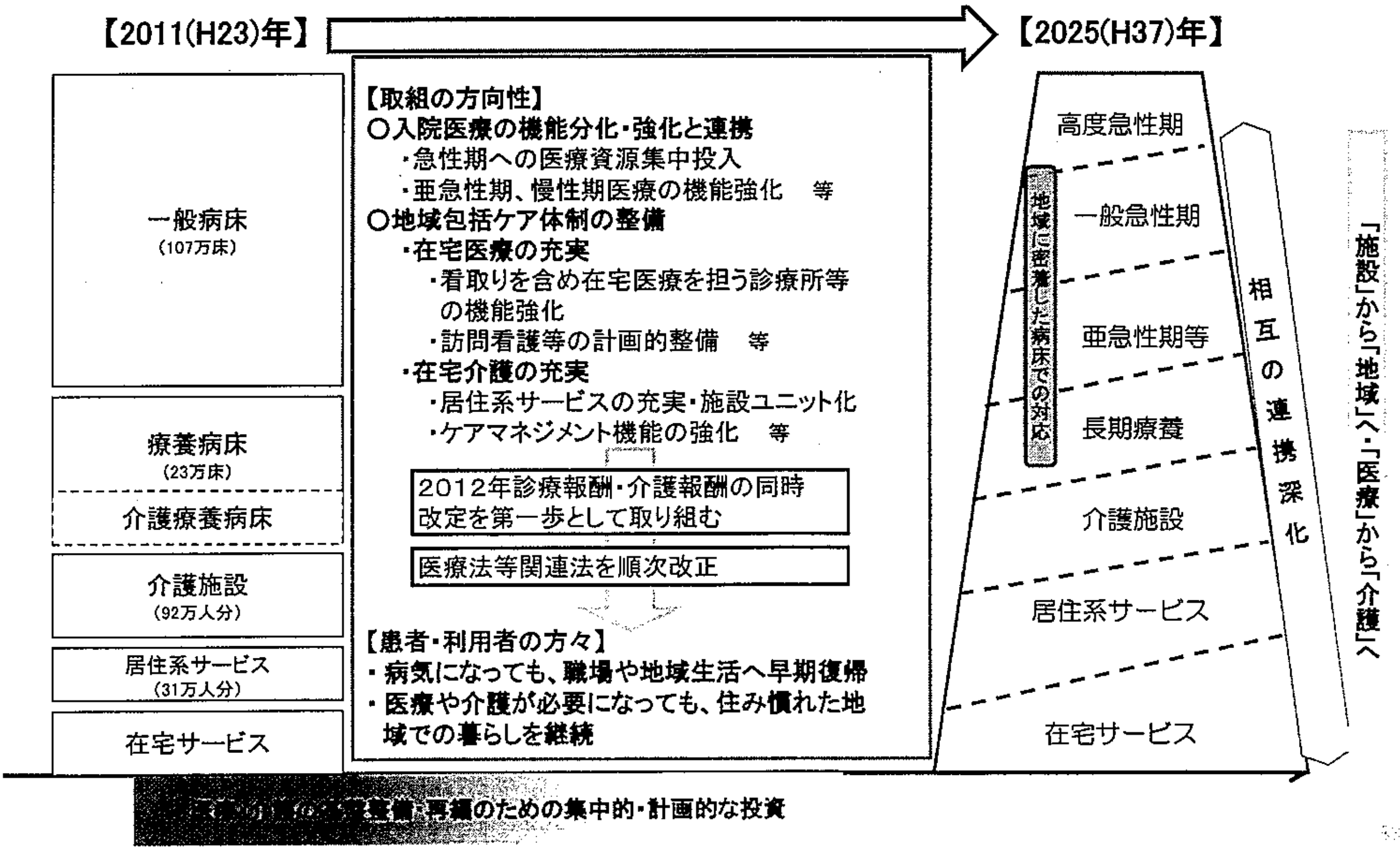
11

入院時食事療養費・生活療養費の見直しについて

29

医療・介護機能の再編（将来像）

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築



■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）医療給付の重点化・効率化（療養の範囲の適正化等）
今後、患者のニーズに応える形で入院医療から在宅医療へのシフトが見込まれる中、入院療養における給食給付等の自己負担の在り方について、入院医療と在宅医療との公平を図る観点から見直すことも検討すべきである。

■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）

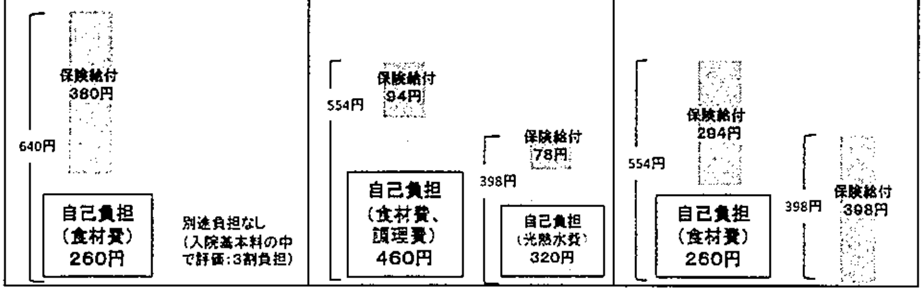
（医療制度）
第四条
7　政府は、持続可能な医療保険制度等を構築するため、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。
一～二　（略）
三　医療保険の保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等についての次に掲げる事項
イ（略）
ロ　医療提供施設相互間の機能の分担を推進する観点からの外来に関する給付の見直し及び在宅療養との公平を確保する観点からの入院に関する給付の見直し
8　政府は、前項の措置を平成二十六年度から平成二十九年度までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十七年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。

入院時食事療養費及び入院時生活療養費の概要

○　入院時食事療養費は、保険医療機関に入院したときに必要となる食費について、その一部を支給するもの。
○　入院時生活療養費は、65歳以上の者が保険医療機関の療養病床に入院したときに必要となる食費と居住費について、その一部を支給するもの。
○　支給額は、食費及び居住費について定めた「基準額」から、被保険者が負担するものとして定めた「標準負担額」を控除した金額。
「入院時食事（生活）療養費」＝「基準額」－「標準負担額」
○　支給方法は、各保険者が被保険者に代わり保険医療機関に直接支払う現物給付方式。

＜現状の仕組み＞

入院時食事療養費 （一般病床、精神病床に入院する者、療養病床に入院する65歳未満の者）	入院時生活療養費 （療養病床に入院する65歳以上の者）	
	医療区分Ⅰ （医療区分Ⅱ、Ⅲ以外の者）	医療区分Ⅱ、Ⅲ （スモン、筋ジス等）

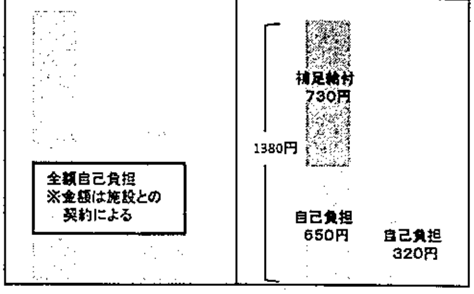


（食費：1食）　（居住費：1日）　（食費：1食）　（居住費：1日）　（食費：1食）　（居住費：1日）

※　上記における食費の総額（基準額）は、厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして届出を行った場合のもの。それ以外の場合、例えば、入院時食事療養費で届出を行っていない場合、1食あたり506円が総額となる。また、別途、特別食を提供した場合の加算（1食あたり76円）等がある。
※　上記における自己負担額は、一般所得の場合のもの。低所得者については、所得に応じて負担軽減がされており、例えば、入院時食事療養費の場合、市町村民非課税者は1食あたり210円の自己負担（90日超の入院の場合、160円）、入院時生活療養費の対象者で、市町村民非課税者は1食あたり210円の自己負担となる。

（参考）介護保険施設（多床室）における食費・居住費の自己負担

一般所得者 （介護保険の給付なし）	低所得者 （介護保険の補足給付あり）



（食費：1食）（居住費：1日）（食費：1日）（居住費：1日）

※　介護保険においては、食費及び居住費は保険給付の対象外であり、利用者の負担額は施設との契約に基づく金額となるが、低所得者については、補足給付として、一定の総額（基準額）と自己負担額を定めた上で、その差額を保険給付している。
※　上記補足給付の自己負担額は、市町村民非課税者の場合のもの。生活保護受給者の場合、自己負担額は食費が1日あたり320円、居住費が0円となる。

平成26年７月７日　社会保障審議会医療保険部会での主な意見

○ 入院中の食事は治療の一環であり、基本的にはこれ以上の自己負担は増やすべきではないのではないか。今後、議論を進めていく場合には、治療食を必要とされる患者と低所得者への配慮が必要ではないか。

○ 長期入院の患者は、自己負担を引き上げる方向で考え、食材費に加え、調理費も自己負担をすべきではないか。また、療養病床は医療区分によって自己負担が異なるが、医療区分2及び3は、医療区分1と同等の自己負担に引き上げるべきではないか。

○ 65歳以上の療養病床の入院患者が他の患者よりも自己負担が高くなることは、説明ができないのではないか。

38

入院時食事療養費・入院時生活療養費の見直しの論点

○ 現行の入院時食事療養費は、家計調査から算出した食材費相当額を自己負担としている。一方、在宅療養では、食材費のほか、調理に係る費用等も負担していると考えられる。

○ また、現行の入院時生活療養費は、療養病床に入院する65歳以上の者（医療区分Ⅱ・Ⅲの者を除く。）に対して、食材費及び調理費として一食当たり460円の自己負担としているが、一方で、入院時食事療養費は、食材費として一食当たり260円の自己負担としている。

○ 以上の点を踏まえ、入院医療と在宅療養との公平、及び若年層と高齢者層との公平を図る観点から、入院時食事療養費・生活療養費を見直すこととしてはどうか。

○ 見直すとした場合、低所得者等どのような者に対する配慮が必要か。

39

後期高齢者の保健事業等について

平成26年11月7日
厚生労働省保険局

保健事業の現状・課題について

1．広域連合の組織体制について

○ 保健事業の実施主体である後期高齢者医療広域連合においては、必ずしも、保健師等の専門職が配置されているわけではない。
（現状）
・ 47広域連合（全職員数約1500人）のうち、10広域連合において、保健師が13名、看護師が2名配置されているのみ。（平成25年4月現在）

○ 健康診査の実施などは、基本的には市町村などへ委託されている。
（現状）

項目	広域連合が直接実施	市町村への委託等により実施
健康診査	8広域連合（264市区町村）	39広域連合（1,476市区町村）

※後期高齢者医療広域連合からの聞き取りを基に作成。

2．課題

○ 一方、後期高齢者については、現役世代のメタボリック対策と異なり、体重減少や低栄養、筋量低下（サルコペニア）といったリスクが増加するという特性があり、こうした特性を踏まえ、生活習慣病予防に加えて、生活機能低下による介護や疾病の重症化を予防する保健事業の充実が課題となっている。

○ 平成26年4月に、健康づくり推進本部（平成25年9月17日設置。本部長厚生労働大臣）において、特定健診や高齢者への健診などについて、検討を行い、その結果を踏まえ事業実施することがとりまとめられ、計画的に取組を進めていくこととされている。

健康づくり推進本部の各ワーキングチームにおける施策に係る工程表及び目標について（概要）

①高齢者への介護予防等の更なる推進

保健事業

○高齢者の特性を踏まえた健診・保健指導とするため、専門家による科学的知見からの検討及び保険者等による検討を行い（平成27年・28年度）、その結果を踏まえ事業実施（平成30年度～）。
○重複・頻回受診者等への訪問指導等を通じた適正化の推進（平成26年度～）
<KPIの例>重複・頻回受診者及び重複投薬者等への訪問指導実施保険者の割合　100%（平成30年度）

介護予防事業

○体操などを行う住民運営の通いの場の充実を図るとともに（平成26年度～）、リハビリ専門職等を活かした介護予防の機能強化を実施し（平成27年度～）、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組の充実
<KPIの例>介護予防に資する住民主体の活動の実施状況　前年度以上（当面）

データの利活用の推進

○KDB等を活用したデータに基づく保健事業の実施（平成26年度～）
○保健・医療・介護の関連情報を広く共有（見える化）するためのシステムについて、試行的システムの運用を開始（平成26年度～）、その後、正式運用を開始し段階的に改良を実施（平成27年度～）。
<KPIの例>
地域包括ケア「見える化」システムについて、
・利用する保険者の割合　80%（平成28年度）
・地方自治体が閲覧可能な指標数　70（平成28年度）

②生涯現役社会の実現に向けた検討

高齢者の就労・社会参加等に係るモデル的取組の推進

○高齢者の就労・社会参加等に係るモデル的事業の実施（平成26年度～）、モデル的事業の評価・検証及び取組の普及啓発（平成27年度～）、高齢者の就労・社会参加等に係る取組の全国的な展開（平成29年度～）。

<KPIの例>事業の実施による就労者数、ボランティアの参加者数等モデル的事業の評価を踏まえて今後検討。 6

③地域職域連携の推進等による特定健診・がん検診の受診率向上等

特定健診

○特定健診の協会けんぽ被保険者対策として、データを活用した保険者から企業への働きかけ、中小企業トップによる健康経営宣言の推進など、事業者から保険者へのデータ提供を促すため、事業者の問題意識を醸成するための取組を検討し、可能なものから随時実施（平成26年度～）
○特定健診の被用者保険被扶養者対策として、保険者による特定健診の受診意欲を高める健診項目の追加や健診受診に係る利便性の向上策等を実施（平成26年度～）。実施状況を踏まえ、更なる被扶養者への働きかけ方策を検討（平成29年度～）。また国民健康保険（市町村）への委託の推進（平成26年度～）
<KPIの例>全体の特定健診受診率を70%（平成29年度）

インセンティブ付与・データヘルス

○インセンティブ付与の取組の検討・推進（平成26年度～）
○各保険者によるデータヘルス計画の作成を推進（平成26年度中）。データヘルス事業の中で健康に係る個人への意識付けを進める（平成26年度～）。また、保険者と事業者が連携した保健事業の取組等の事例集を作成・公表し、保険者と事業者の連携（コラボヘルス）を推進（平成27～28年度）
<KPIの例>全ての保険者でデータヘルス計画を策定（平成26年度）

がん検診

○大腸がん検診無料クーポン券等配布事業の実施（～平成27年度）、その後、事業の状況や効果を評価し、効率的・効果的な受診勧奨を検討・実施（平成28年度～）
<KPIの例>がん検診受診率50%（胃・肺・大腸は当面40%）（平成28年度）

歯科検診

○糖尿病患者等に対する歯科保健サービスの実施及びその効果検証の実施（平成26年度～）
○保険者によるデータヘルス事業等の中で歯科保健の取組を推進する（平成26年度～）とともに、歯科保健サービスの実施による生活習慣病への効果を検証し（平成26年度～）、その結果を踏まえ、更なる歯科保健対策を検討・実施

特定健診・がん検診に関する広報・キャンペーンの推進

○「スマート・ライフ・プロジェクト（SLP）」を活用した特定健診等の受診啓発（平成26年度～）

生活習慣病重症化予防に係る取組の推進

○糖尿病性腎症重症化予防の取組の推進（平成26年度～）

※ KPI：達成すべき成果目標（Key Performance Indicators）

後期高齢者医療保健事業実施指針について

※高齢者医療確保法に基づき、広域連合が行う保健事業について、国は指針を定める。

考え方

高齢者ができる限り長く自立した日常生活を送ることができるよう、生活習慣病等の疾病の発症・重症化予防や心身機能の低下防止に向けて、広域連合は保健事業を行う。

主なポイント

○ 被保険者一人ひとりの状況に即して健康保持増進を支援。

○ 特に、生活習慣病等の重症化予防、運動・認知機能の低下防止、低栄養の回避等に向けた生活習慣見直しに重点。

○ 日常生活が制約される場合には、福祉・介護等の支援につなげる。

○ 都道府県広域連合は市町村と協力して実施。

○ 健康・医療情報を活用し、PDCAサイクルに沿って事業を運営。このため、広域連合は保健事業実施計画(データヘルス計画)を策定。

高齢者の健康の特性

・加齢に伴い心身が衰え、運動機能や認知機能が低下する

・複数の慢性疾患を有し、完治を見込みにくい場合が多い

・若年期に比べ生活習慣改善の効果による予防効果は必ずしも大きくない

・健康状態、心身機能、生活状況等の個人差が大きい

・健康面の不安が生活上の課題となりやすい

制度の仕組み

・75歳以降は保険制度が異なる

・実施主体は都道府県単位の広域連合

※ 同じ地域保険である国保の保健事業実施指針をベースとして策定。

※ 適用期日:平成26年4月1日

8

後期高齢者の保健事業に係る論点

○ 後期高齢者への健康診査については、高齢者の特性を踏まえた内容に更に見直すべきではないか。また、かかりつけ医を受診している方もいる中で、対象者をどう考えるか。その上で、更に取組を進めるために、どのような対応が必要か。

○ 加えて、後期高齢者への保健事業について、健康診査だけではなく、高齢者の特性にあった重症化予防や低栄養など、ターゲットを絞った効果的な事業を充実すべきではないか。この場合、現場での取組事例を参考に、例えば、市町村の地域包括支援センター、保健センター等の拠点で管理栄養士、薬剤師、歯科衛生士、保健師などの専門職による訪問指導や相談を行ってはどうか。また、地域包括ケアの推進の観点から、市町村が行う介護保険の介護予防の取組などとの連携を一層図っていくべきではないか。

○ 医療費適正化の取組として、ジェネリックの使用促進、重複・頻回受診者への指導などをより一層推進するため、後期高齢者医療広域連合にとってよりインセンティブが働くようにする観点から、どのような対応が必要か。