

長崎県後期高齢者医療広域連合
設立10周年記念式典
(平成29年1月31日)

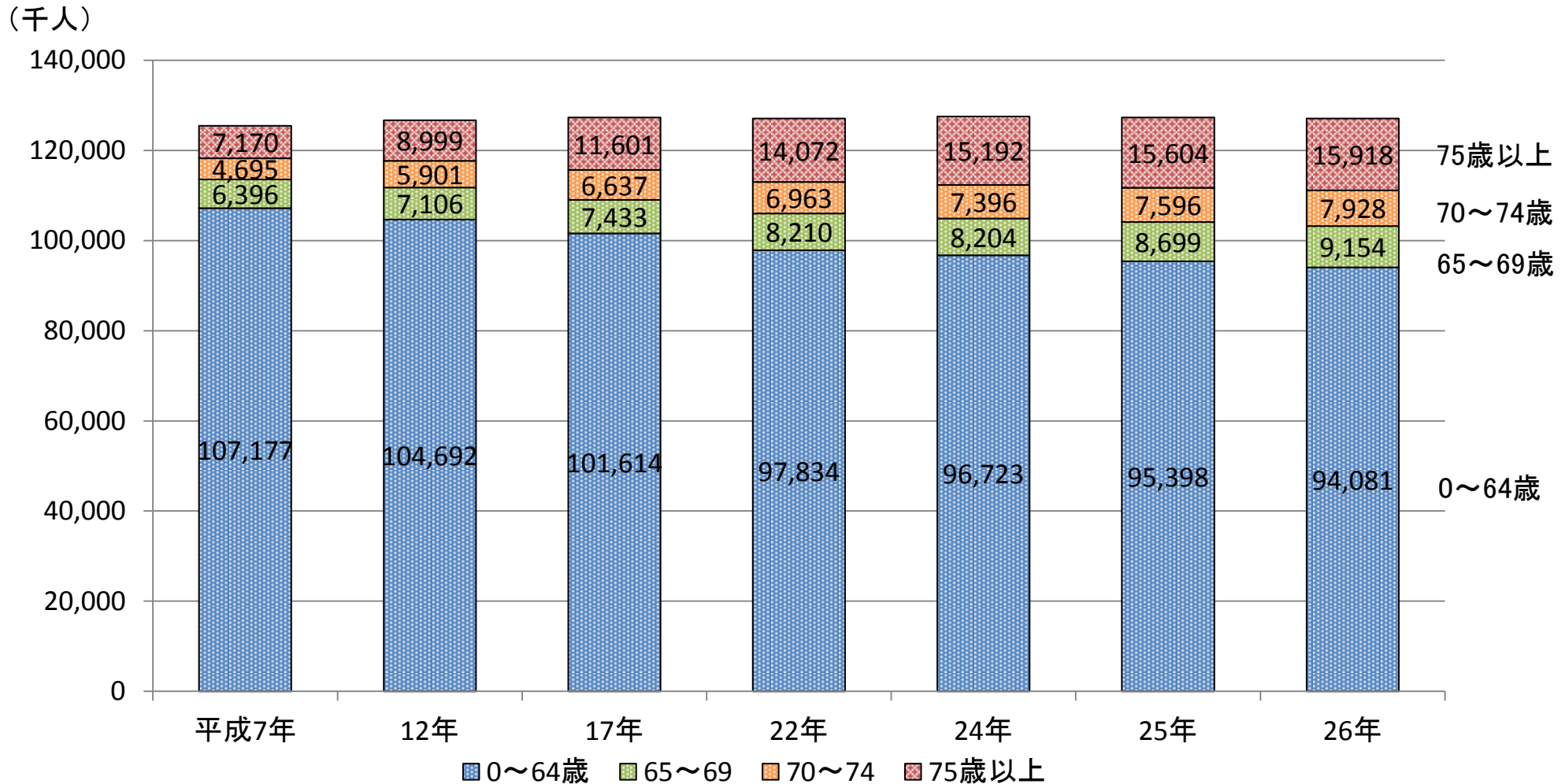
後期高齢者医療制度について
～生活習慣病等重症化予防を中心として～

厚生労働省保険局高齢者医療課
課長 泉 潤一

高齢者と医療について

年齢階級別の人口推移

○ 人口に占める高齢者の割合は年々増加しており、平成26年においては総人口の約25%が65歳以上となっている。



注 10月1日現在。平成7～22年は国勢調査による人口であり、総数には年齢不詳を含む。平成24～26年は国勢調査人口を基礎とした推計人口による。
 出典：総務省統計局「国勢調査結果」「人口推計」

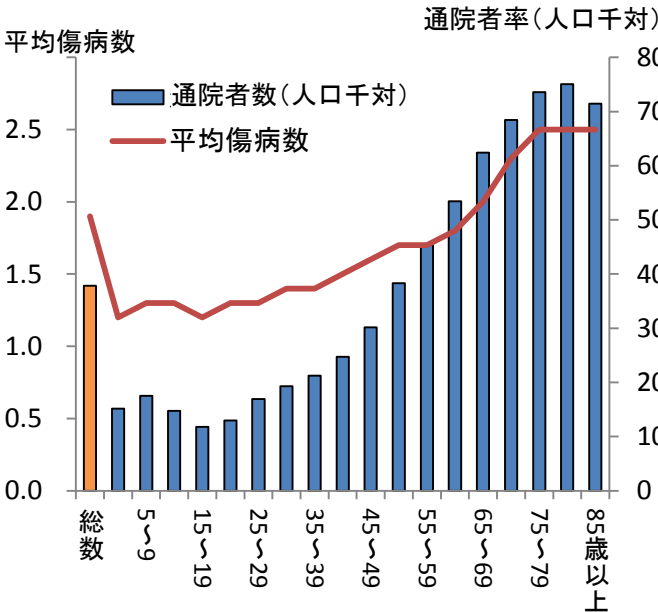
年齢別の傷病数、投薬数、入院期間

○ 年齢の上昇にしたがい、

- ・ 平均傷病数及び通院率が増加
- ・ 処方される薬剤数が増加
- ・ 入院期間が長い患者の割合が増加し、1か月以上の入院は、75歳以上では3割を占める。

年齢別平均傷病数と通院者率

○ 高齢になるほど、平均傷病数および通院者率は増加する。



※通院者率

= 通院者数 ÷ 世帯人員数 × 1,000

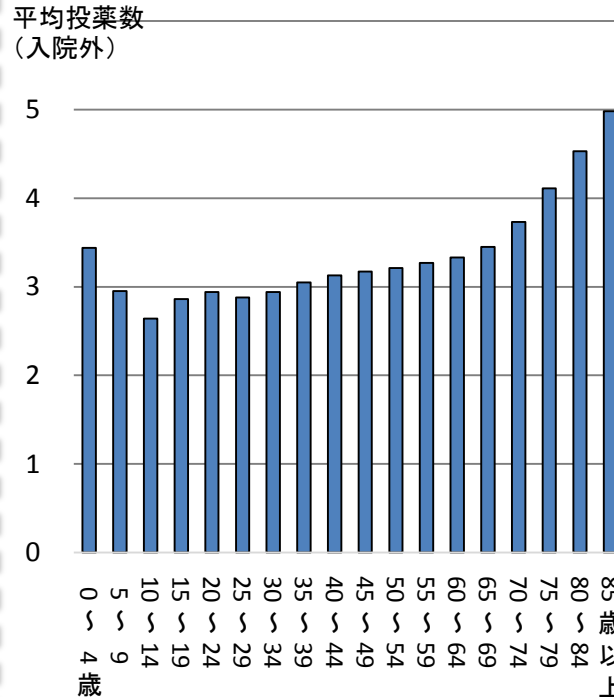
※ 通院者とは、世帯員(入院者を除く。)のうち、病気やけがで病院や診療所、あんま・はり・きゅう・柔道整復師に通っている者をいう。(往診、訪問診療を含む。)

※ 通院者には入院者は含まないが、分母となる世帯人員数には入院者を含む。

出典:平成25年 国民生活基礎調査を基に医療課で作成

年齢別平均投薬数

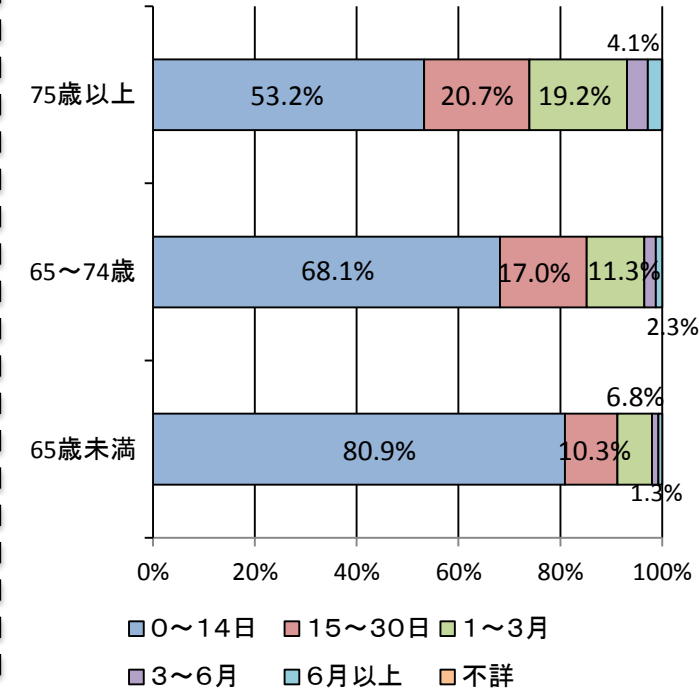
○ 高齢になるほど、投薬される薬剤数が増加する。



出典:社会保険医療診療行為別調査(平成26年6月審査分)第50表

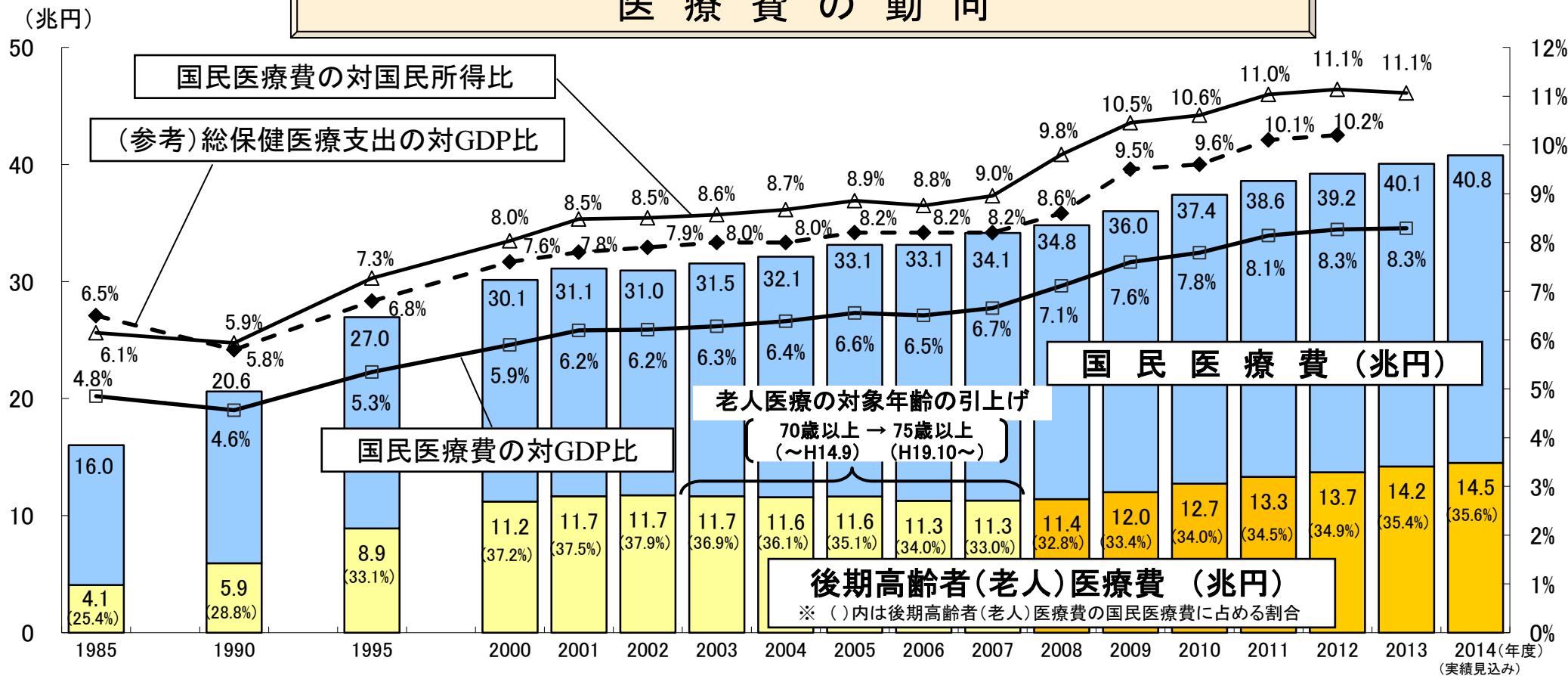
年代別にみた入院期間

○ 高齢になるほど入院期間が長い患者の割合が増加する。
○ 1か月以上の入院は、75歳以上では3割を占める。



出典:患者調査(平成26年)

医療費の動向



(診療報酬改定) 0.2% ▲2.7% ▲1.0% ▲3.16% ▲0.82% 0.19% 0.004% 0.10%
 (主な制度改正) ・介護保険制度施行 ・高齢者1割負担導入 (2000) ・高齢者1割負担徹底 (2002) ・被用者本人3割負担等 (2003) ・現役並み所得高齢者3割負担等 (2006) ・未就学児2割負担 (2008)

<対前年度伸び率>

	1985 (S60)	1990 (H2)	1995 (H7)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)	2012 (H24)	2013 (H25)	2014 (H26)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	▲0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1	1.6	2.2	1.8
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.5	3.0	3.6	2.3
国民所得	7.2	8.1	1.1	1.7	▲2.2	▲0.8	1.2	0.5	1.1	1.1	0.8	▲6.9	▲3.0	2.4	▲0.9	0.7	2.9	-
GDP	7.2	8.6	1.8	0.8	▲1.8	▲0.7	0.8	0.2	0.5	0.7	0.8	▲4.6	▲3.2	1.3	▲1.3	0.1	1.8	-

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。総保健医療支出はOECD諸国の医療費を比較する際に使用される医療費で、予防サービスなども含んでおり、国民医療費より範囲が広い。2012年のOECD加盟国の医療費の対GDP比の平均は9.3%
 注2 2014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。2014年度分は、2013年度の国民医療費に2014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。

日本の高齢者医療制度

【医療保険制度の体系】

後期高齢者医療制度

約15兆円

- ・75歳以上
- ・約1,660万人
- ・保険者数:47(広域連合)

75歳

前期高齢者財政調整制度(約1640万人)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3,600万人
- ・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3,550万人
- ・保険者数:1

約5兆円

健康保険組合

- ・大企業のサラリーマン
- ・約2,870万人
- ・保険者数:約1,400

健保組合・共済等 約4兆円

共済組合

- ・公務員
- ・約870万人
- ・保険者数:85

※1 加入者数・保険者数、金額は、平成28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90万人)がある。

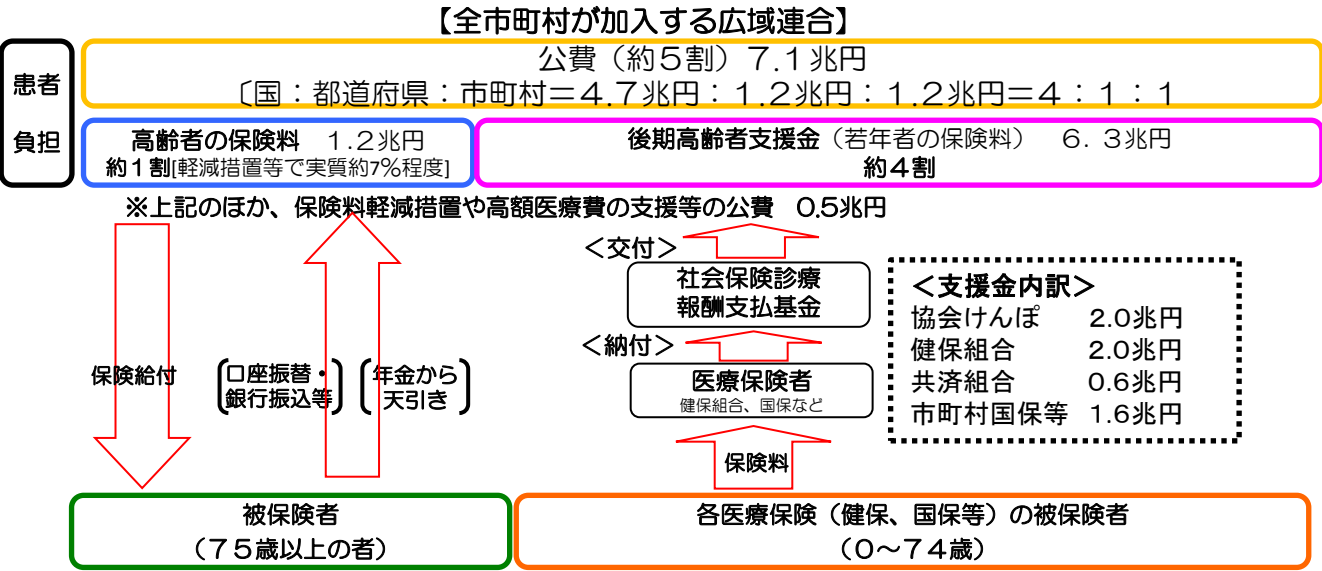
※3 前期高齢者数(約1640万人)の内訳は、国保約1310万人、協会けんぽ約220万人、健保組約90万人、共済組約10万人。

高齢者医療制度

- 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。

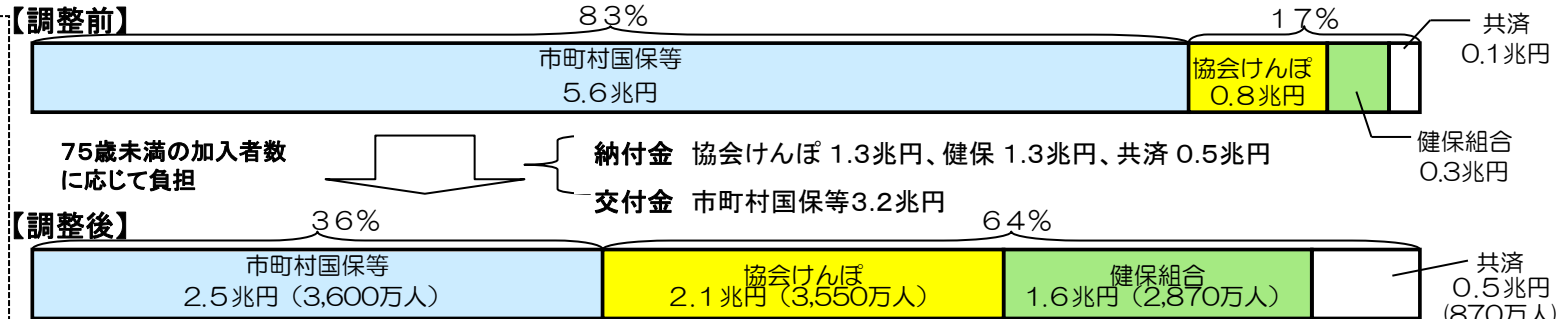
後期高齢者医療制度

- <対象者数>
75歳以上の高齢者 約1,660万人
- <後期高齢者医療費>
16.3兆円（平成28年度予算ベース）
給付費 15.0兆円
患者負担 1.2兆円
- <保険料額（平成28・29年度見込）>
全国平均 約5,660円/月
※ 基礎年金のみを受給されている方は 約380円/月

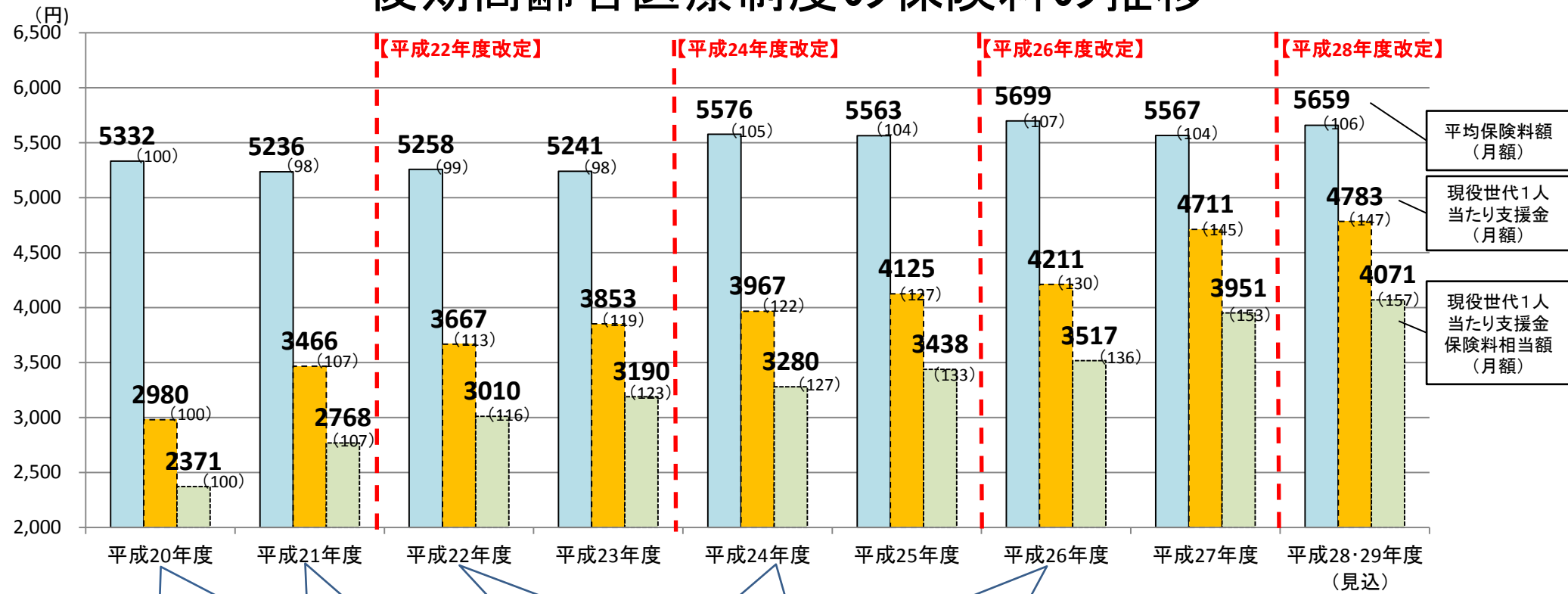


前期高齢者に係る財政調整

- <対象者数>
65～74歳の高齢者
約1,640万人
- <前期高齢者給付費>
6.8兆円
（平成28年度予算ベース）



後期高齢者医療制度の保険料の推移



・低所得者に対する均等割8.5割、所得割5割軽減
・元被扶養者に対する均等割9割軽減

・低所得者に対する均等割9割軽減

・財政安定化基金から保険料上昇抑制のための交付特例(法改正)

・賦課限度額 年50万円→55万円

・低所得者に対する均等割2割、5割対象拡大
・賦課限度額 年55万円→57万円

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

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

医療保険制度の見直し

社会保障審議会 医療保険部会等における検討経緯

検討事項

- 平成27年12月に取りまとめられた「経済・財政再生計画 改革工程表」等において、以下の項目について、平成28年末を期限として検討が求められていた。

(1) 「経済・財政再生計画 改革工程表」に係る検討事項

- ① 70歳以上の高齢者に係る高額療養費の見直し
- ② 入院時の居住費(光熱水費相当額)に係る患者負担の見直し
- ③ 金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方
- ④ かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担
- ⑤ スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率の在り方

(2) 後期高齢者の保険料軽減特例(予算措置)の見直し

(※ 医療保険制度改革骨子)

(3) 子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置の在り方

(※ 一億総活躍プラン)

検討経過

- 社会保障審議会 医療保険部会において、平成28年9月以降5回にわたり審議を行い、同年12月20日に「議論の整理」を取りまとめた。

- | | |
|-------------------------------------|--|
| ・ 9月29日 高額療養費、保険料軽減特例 | ・ 11月18日 子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置、外来時の定額負担 |
| ・ 10月12日 入院時の居住費、金融資産等の勘案 | ・ 11月30日 各事項の見直しの方向性について |
| ・ 10月26日 外来時の定額負担、スイッチOTC化された医療用医薬品 | ・ 12月8日 議論の整理(案) |

- 「議論の整理」や与党における議論も踏まえ、平成28年末の予算編成過程等において結論を得た。

高額療養費制度の見直しについて

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にならないよう、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。

見直し内容

- 第1段階目(29年8月～30年7月)では、現行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、1年間(8月～翌7月)の外来の自己負担額の合計額に、年間14.4万円の上限を設ける。

○現行(70歳以上)

区分	外来 (個人)	限度額 (世帯※1)
現役並み (年収370万円以上)	44,400円	80,100円 + 1% <44,400円>
健保 標報28万円以上 国保・後期 課税所得145万円以上		
一般 (年収156万～370万円)	12,000円	44,400円
健保 標報26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満		
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

○1段階目(29年8月～30年7月)

区分	外来 (個人)	限度額 (世帯※1)
現役並み	57,600円	80,100円 + 1% <44,400円>
一般	14,000円 (年間上限 14.4万円)	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

○2段階目(30年8月～)

区分(年収)	外来 (個人)	限度額 (世帯※1)
年収約1160万円～ <small>標報83万円以上、課税所得690万円以上</small>	252,600円 + 1% <140,100円>	252,600円 + 1% <140,100円>
年収770万～1160万円 <small>標報53～79万円、課税所得380万円以上</small>		
年収370万～770万円 <small>標報28～50万円、課税所得145万円以上</small>		
一般 (年収156万～370万円)	18,000円 (年間上限 14.4万円)	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

※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

<>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回目の限度額(多数回該当)

高額介護合算療養費制度の見直しについて

制度概要

- 高額介護合算療養費制度とは、医療保険と介護保険における1年間(毎年8月1日～翌年7月31日)の自己負担の合算額が高額な場合に、さらに負担を軽減する制度。
- ※ 医療保険制度の世帯に介護保険の受給者がいる場合に、被保険者からの申請に基づき、高額療養費の算定対象となる世帯単位で、医療保険と介護保険の自己負担を合算した額が限度額を超えた場合に支給。
- ※ 給付費は、医療保険者、介護保険者の双方が、自己負担額の比率に応じて按分して負担。

見直し内容

- 現役並み所得者については、現役世代と同様に、細分化した上で限度額を引き上げ。
- 一般区分については、限度額を据え置く。

< 現行 >

	70歳以上(注2)
現役並み(年収370万円～) 健保 標報28万円以上 国保・後期 課税所得145万円以上	67万円
一般(年収156～370万円) 健保 標報26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満(注1)	56万円
市町村民税世帯非課税	31万円
市町村民税世帯非課税 (所得が一定以下)	19万円(注3)

細分化+
上限引き上げ

据え置き

< 平成30年8月～ >

	70歳以上(注2)
年収約1160万円～ 標報83万円以上、課税所得690万円以上	212万円
年収770万～1160万円 標報53～79万円、課税所得380万円以上	141万円
年収370万～770万円 標報28～50万円、課税所得145万円以上	67万円
一般(年収156～370万円) 健保 標報26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満(注1)	56万円
市町村民税世帯非課税	31万円
市町村民税世帯非課税 (所得が一定以下)	19万円(注3)

[参考]70歳未満(注2)

212万円
141万円
67万円
60万円
34万円

(注1) 収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合及び旧ただし書所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

(注2) 対象世帯に70～74歳と70歳未満が混在する場合、まず70～74歳の自己負担合算額に限度額を適用した後、残る負担額と70歳未満の自己負担合算額を合わせた額に限度額を適用する。

(注3) 介護サービス利用者が世帯内に複数いる場合は31万円。

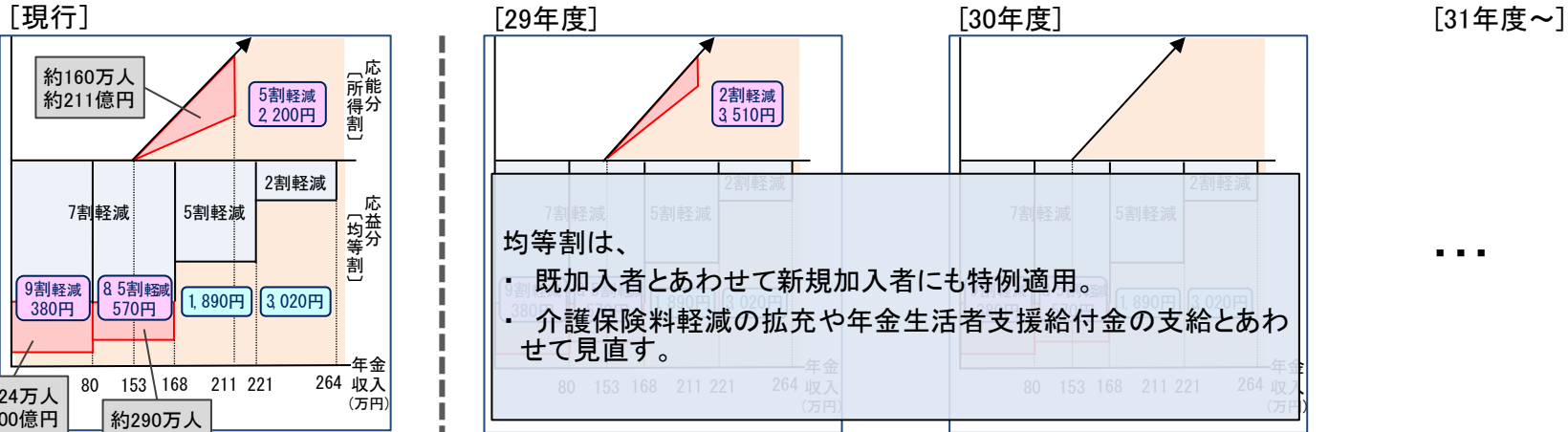
後期高齢者の保険料軽減特例の見直しについて

制度概要

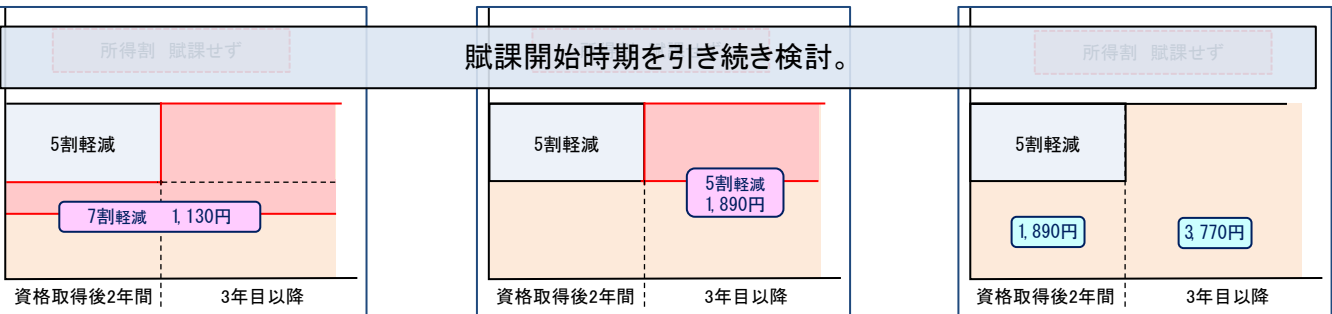
- 後期高齢者医療制度では、世帯の所得に応じた保険料軽減が設けられている(青色部分)。
- 制度施行に当たり、激変緩和の観点から、平成20年度以降毎年度、予算による特例措置を実施している(赤色部分)。
- 軽減特例の対象者は916万人、当該軽減に要する費用は、国費が945億円、地財措置が159億円。(平成28年度予算)

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。



※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)。



□ 法令上の軽減 □ 予算措置による特例的な軽減 □ 現在の保険料額

※ 保険料額は、平成28・29年度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。
 ※ 金額及び対象者数は平成28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

見直し内容

- 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定めることとする。
- 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)	
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。

糖尿病の現状と重症化予防対策等 について

医療費適正化計画について

根拠法 : 高齢者の医療の確保に関する法律

実施主体 : 都道府県

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

【第1期（平成20～24年度）、第2期（平成25～29年度）】

- 計画期間 ⇒ 5年を1期として実施（現在は第2期期間中）
- 取組目標 ⇒ 「平均在院日数の短縮」と「特定健診等の実施率の向上」が柱

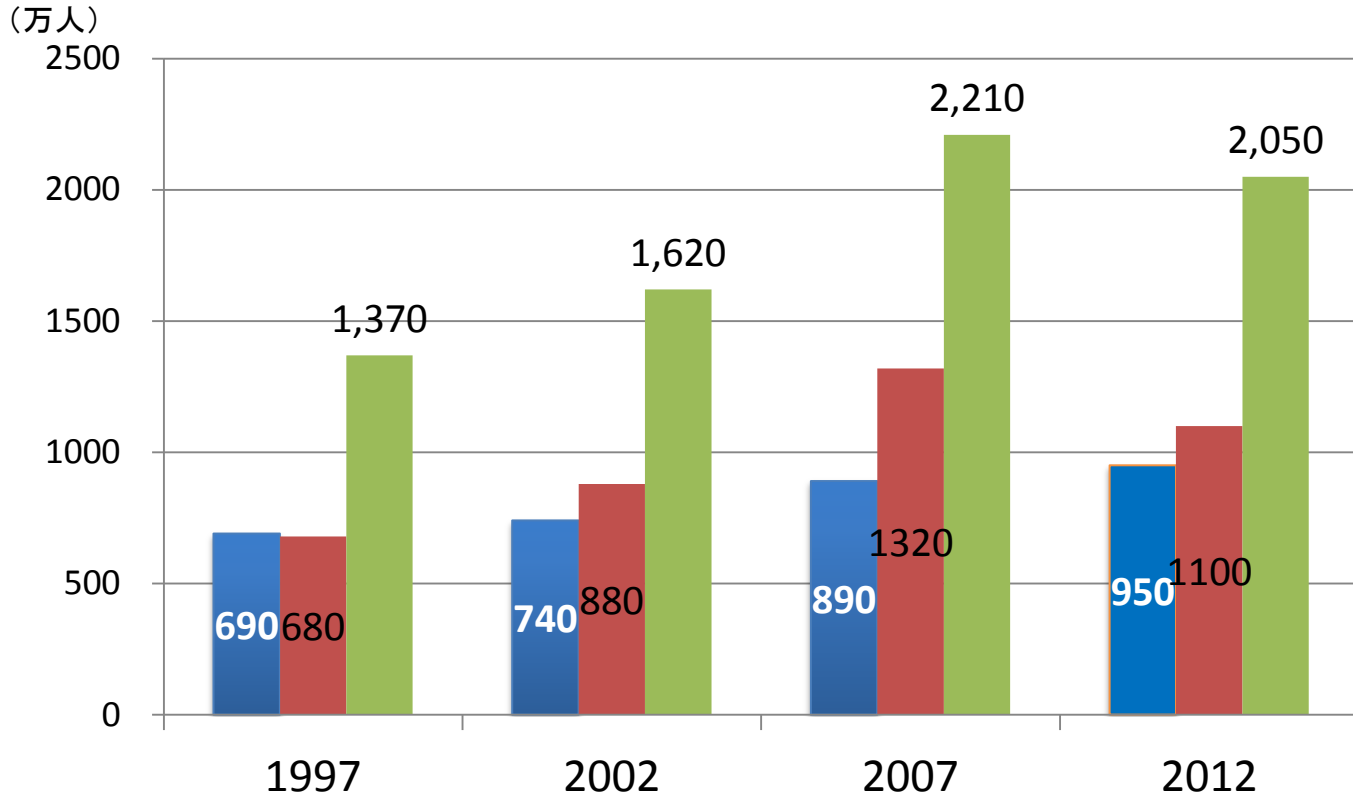


【第3期（平成30～35年度）】

- 計画期間 ⇒ 6年を1期として実施
- 都道府県の取組目標を医療費適正化基本方針で告示（平成28年3月）
- 具体的な医療費の見込みの算定式を平成28年11月4日に告示
 - ・ 取組目標 ⇒ 適正化の取組目標として、「特定健診等の実施率の向上」に加え、新たに「**糖尿病の重症化予防の取組**」、「**後発医薬品の使用促進**」、「**医薬品の適正使用**（重複投薬、多剤投与の適正化）」を盛り込む
 - ・ 入院医療費 ⇒ 「**病床機能の分化・連携の推進の成果（改正医療法）**」を踏まえ推計

糖尿病有病者数の推移

健康日本21(第二次)においては、危険因子の回避により、平成25年の糖尿病有病者推計値950万人を、平成34年度に1,000万人に抑えろとの目標を設定



■ A: 糖尿病が強く疑われる人

HbA1c \geq 6.5%(NGSP値)
(平成19年まではHbA1c \geq 6.1%(JDS値))
又は質問票で「現在糖尿病の
治療を受けている」と答えた者。

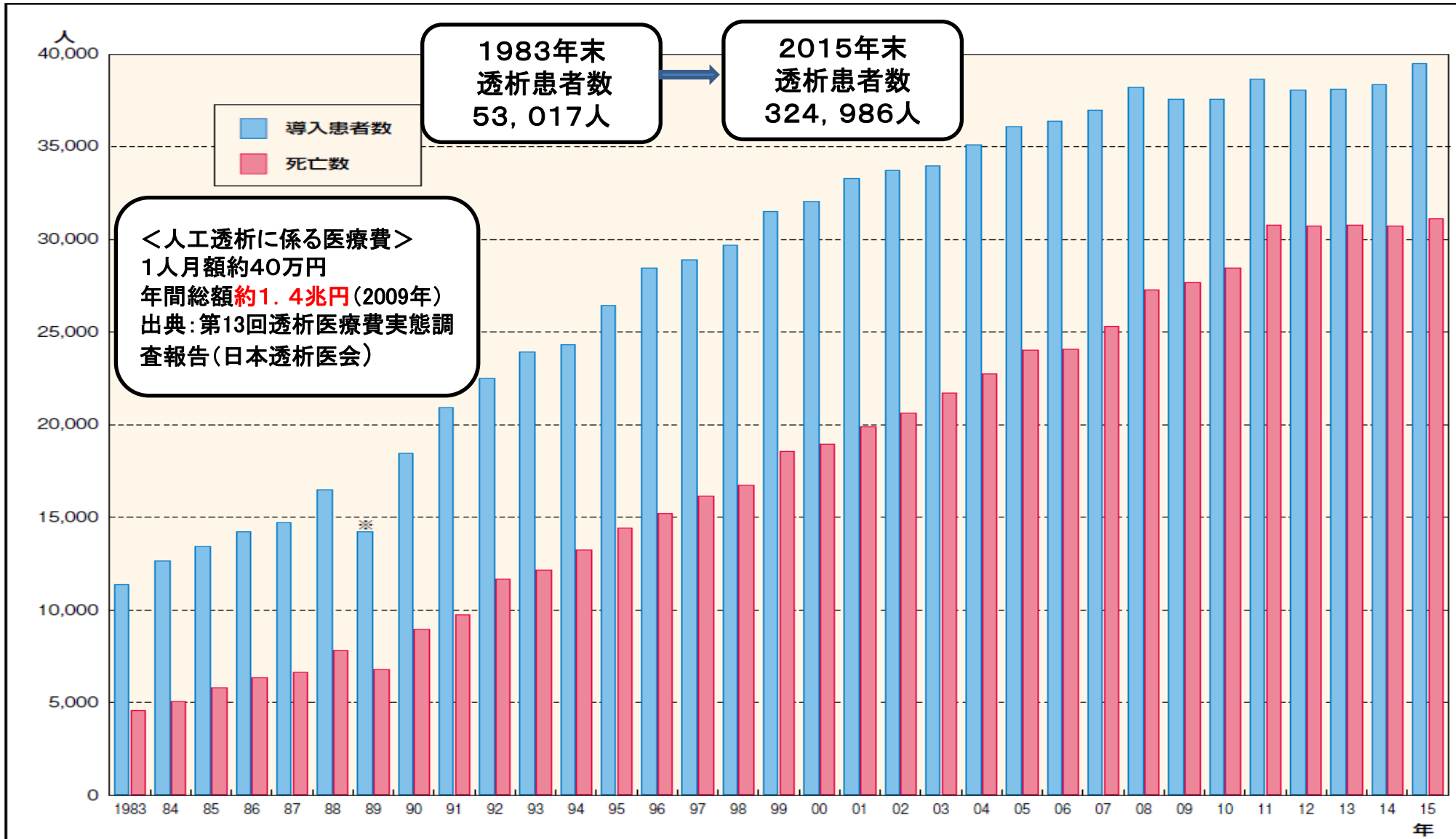
■ B: 糖尿病の可能性が否定できない人

6.0% \leq HbA1c \leq 6.5 (NGSP値)
平成19年までは5.6% \leq HbA1c \leq 6.1%
(JDS値)
でA以外の者。

■ A + B

「糖尿病が強く疑われる者」と「糖尿病の可能性を否定できない者」を合わせると約2,050万人であり、平成9年以降、初めて減少に転じた。

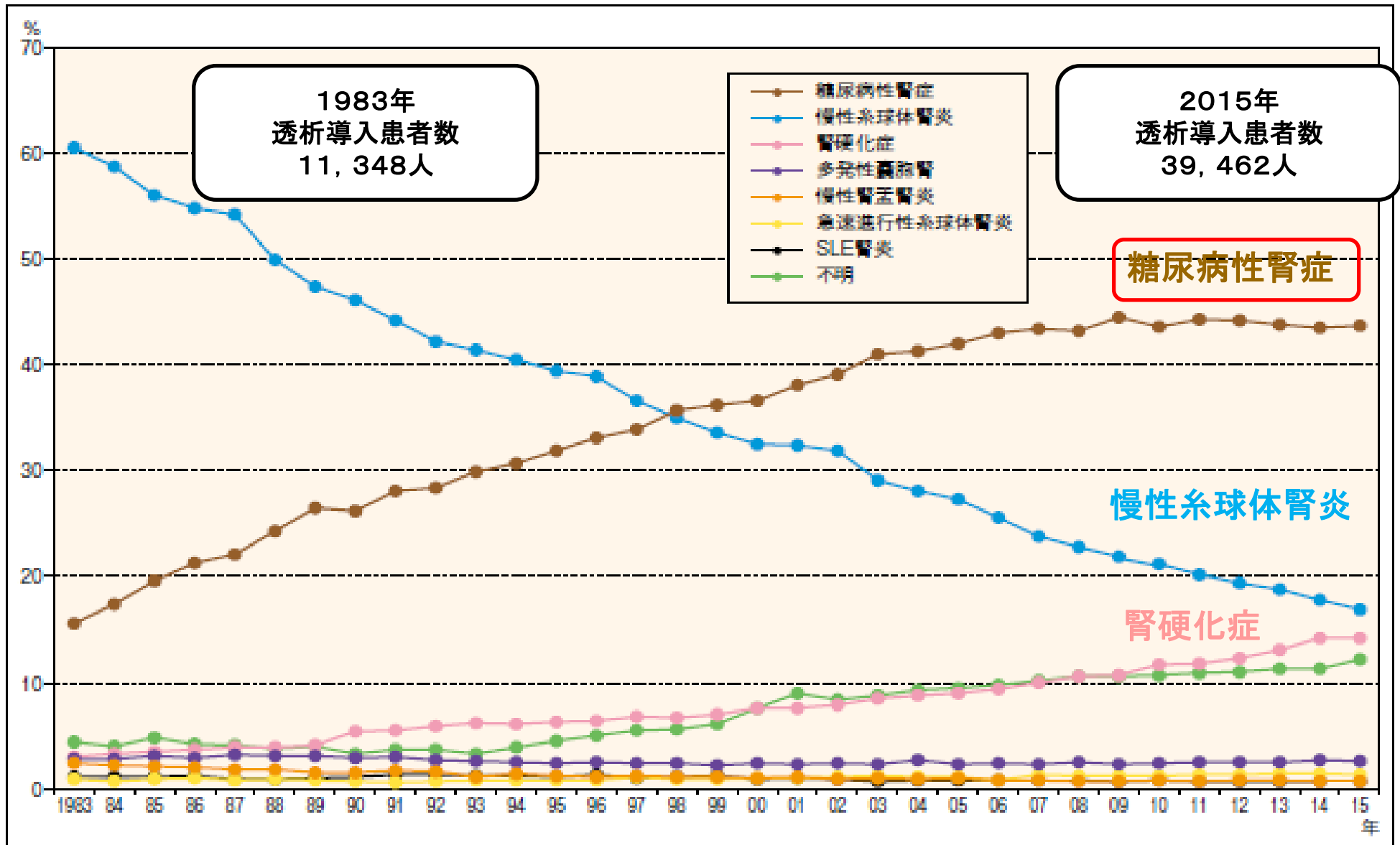
透析患者数、新規透析導入患者数、死亡患者数について



出典：我が国の慢性透析療法の現状(日本透析医学会)

※：1989年の減少はアンケート回収率が86%と例外的に低かった事による見かけ上の影響(2013年は回収率99%)

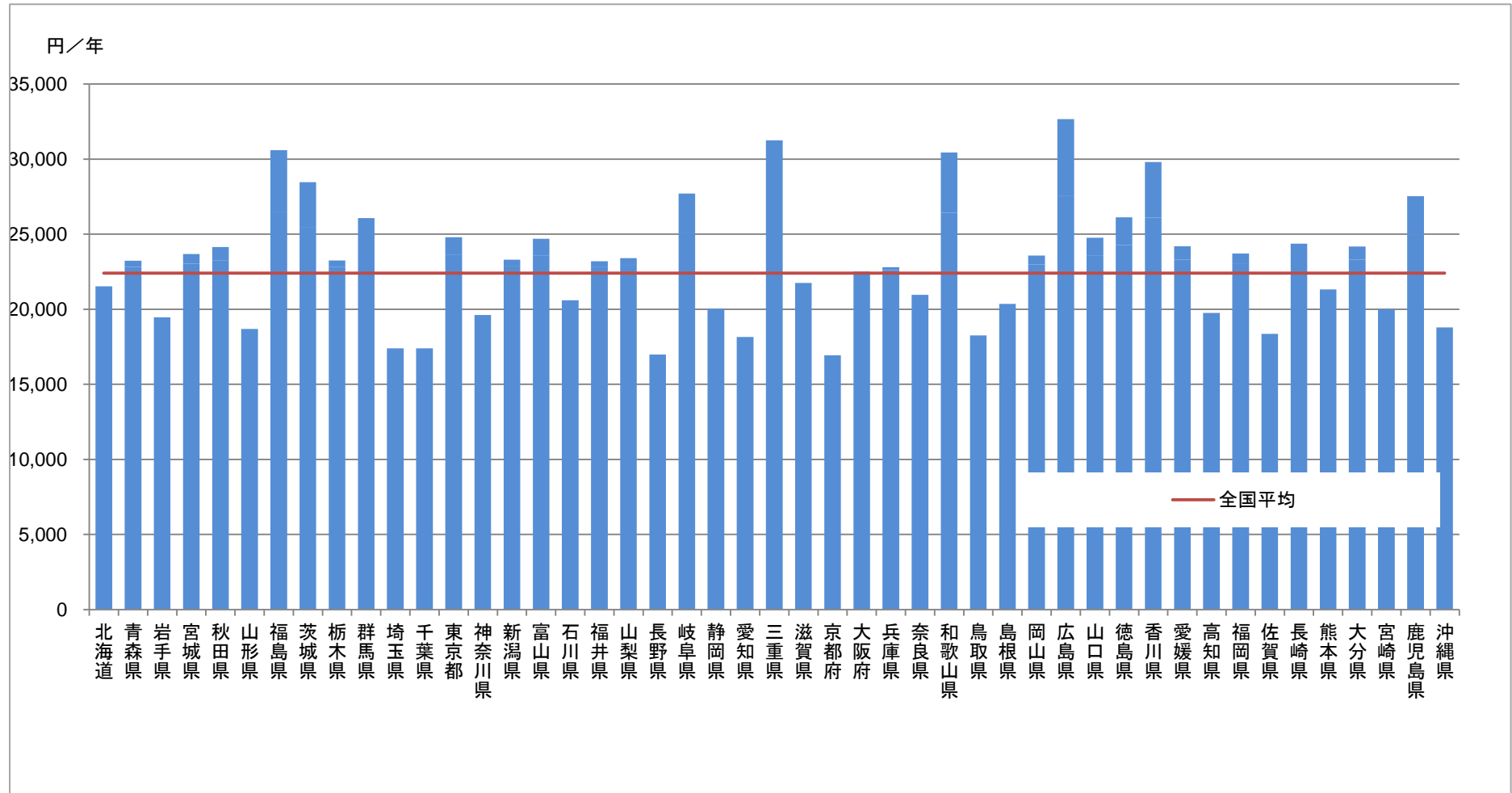
透析導入患者の主要原疾患の推移(年別)



出典: 我が国の慢性透析療法の現状(日本透析医学会)

一人当たり糖尿病患者入院外医療費の都道府県別状況

平成25年度 人口一人当たりの「糖尿病患者の医療費」(40歳以上)



※ NDBより都道府県別の糖尿病患者（40歳以上）に係る入院外医療費を集計し、それを都道府県別の（患者調査による糖尿病患者数/NDBによる糖尿病患者数）を調整係数として乗じたうえで、人口当たりで除すことにより算出。

- 糖尿病性腎症重症化予防に向けた取組については、呉市や荒川区、埼玉県など一部の自治体を中心に取組が進んでいる。
- 一方、そのような取組は一部自治体にとどまり、**全国での横展開に向けた対応が必要**。

経済財政運営と改革の基本方針2015(平成27年6月30日閣議決定)

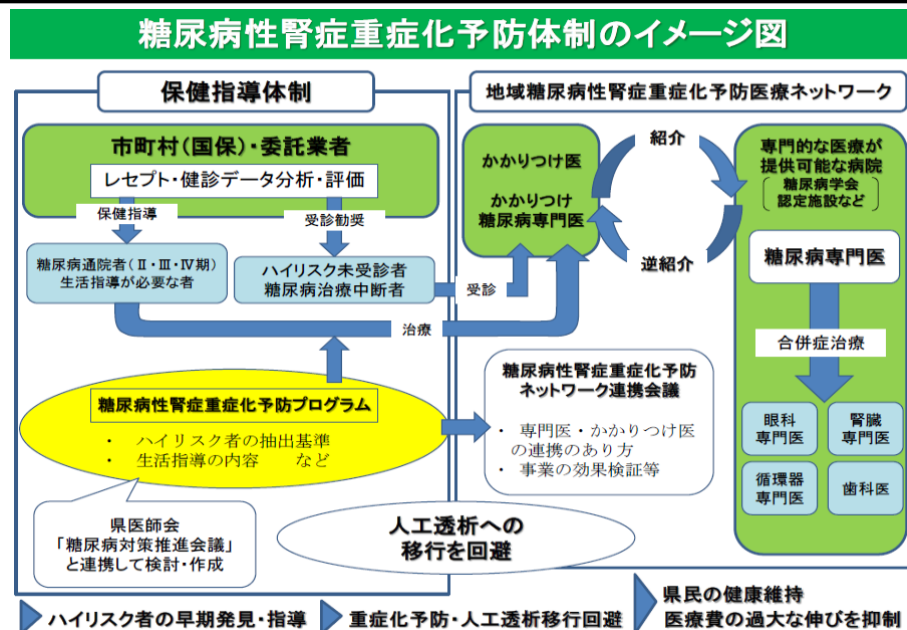
(インセンティブ改革)

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。

(公的サービスの産業化)

民間事業者も活用した保険者によるデータヘルスの取組について、中小企業も含めた企業による健康経営の取組との更なる連携を図り、健康増進、重症化予防を含めた疾病予防、重複・頻回受診対策、後発医薬品の使用促進等に係る好事例を強力に全国に展開する。

【埼玉県の取組】



取組にあたり、埼玉県、埼玉県医師会、埼玉糖尿病対策推進会議の三者で「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定。

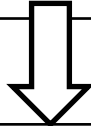
出典：埼玉県保健医療政策課ホームページ

経済・財政再生計画 改革工程表(抄)

(平成27年12月24日経済財政諮問会議決定)

	2014・2015年度	集中改革期間				2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
		2016年度	2017年度	2018年度					
		通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会				
インセンティブ改革	<p><⑫全ての国民が自ら生活習慣を中心とした疾病の予防、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、特定健診等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></p>								
	<p>保険者による疾病の予防、重症化予防、介護予防等の取組を推進</p>								
	<p>個人による疾病の予防、重症化予防、介護予防等の取組を推進</p>								
								<p>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の数【800市町村】、広域連合の数【24団体】</p>	<p>健康長寿【2020年までに1歳以上延伸】 生活習慣病の患者及びリスク者【2022年度までに糖尿病有病者の増加の抑制1000万人】</p>

これまでの流れと今後のスケジュール

	プログラム策定等の動き	制度的インセンティブ
2015年度	11/9 第1回重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループの開催 12/21 有識者による厚生労働科学研究班(津下班)を設置 3/24 三者で協定締結 ※厚生労働科学研究班(津下班)でプログラム素案作成 3/28 第2回重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループにおいてプログラム案を議論 3/30 後期高齢者医療制度事業費の国庫補助制度に位置づけ	
2016年度	4/20 プログラム案の決定(三者で連名) ※同日付で都道府県に周知。また、日本医師会及び日本糖尿病対策推進会議にも周知を依頼。 ※4/27 全国都道府県財政課長・市町村担当課長会議において総務省からも財政局も協力して取組を進めていただきたい旨周知・要請 4/28 国保保健事業への助成を通知で新たに助成対象に位置付け 7/25 日本健康会議で取組状況を報告 11/15 第3回重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループにおいて取組の推進について議論 ※平成28年度厚生労働科学研究にて自治体の取組をサポート	国保:保険者努力支援制度の趣旨を現行制度(特別調整交付金)で前倒し実施する中で重症化予防の取組を評価 後期:特別調整交付金で実施 ※4/28付で保険者努力支援制度における評価指標の候補を提示 ※12/22付で具体的な算定方法を通知
2017年度	引き続き実施状況を把握しつつ取組を推進	
2018年度	引き続き実施状況を把握しつつ取組を推進	国保:保険者努力支援制度等で保険者のインセンティブを強化(後期は特別調整交付金で規模拡大)

後期高齢者の保健事業の充実について

- 高齢者のフレイル対策をはじめ、後期高齢者の特性に応じた保健事業の充実を推進。

[現状]

① 健康診査

- 全広域連合で実施。受診率は26.0%（平成26年度）。市町村等に委託。
- 基本的に腹囲測定を除き特定健診（若年者）と同じ項目。

② 健診以外の保健事業

- 健診以外に、
 - ・歯科健診
 - ・重複・頻回受診者等への訪問指導
 - ・ジェネリック医薬品使用促進に向けた取組 などを実施。

③ 保健事業の実施体制

- 全広域連合で保健事業実施計画を策定済。

[充実の方向性]

- 生活習慣病等の重症化予防、心身機能の低下に伴う疾病の予防のため、高齢者の心身の特性に応じた保健指導等の実施を推進。

◎国保法等改正法による改正後の高齢者の医療の確保に関する法律

第125条 後期高齢者医療広域連合は、高齢者の心身の特性に応じ、健康教育、健康相談、健康診査及び保健指導並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。

（平成28年4月1日施行）

- 平成28年度から、栄養、口腔、服薬などの面から、高齢者の特性にあった効果的な保健事業として、専門職による支援をモデル実施。

※効果検証を行い、平成30年度からの本格実施を目指す。

- 更に、ワーキングチームを設置し、高齢者の保健事業のあり方、効果的な支援方法の検討を実施し、効果的な保健事業のガイドラインを策定予定。

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

薬局



歯科医院

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。

平成28年度 高齢者の低栄養防止・重症化予防推進事業実施状況

(8月内示時点)

	広域連合数 ※1	事業数 ※2	実施広域(市区町村) ※3
栄養指導	10	10	茨城(東海村)、埼玉(和光市)、神奈川(大和市)、愛知(大府市)、三重(津市)、福岡(豊前市)、長崎広域、大分(中津市)、宮崎(宮崎市)、沖縄(糸満市)
口腔指導	10	11	岩手(宮古市)、埼玉(和光市)、新潟(新潟市)、長野(塩尻市)、滋賀(竜王町)、大阪(岬町、箕面市)、兵庫(姫路市)、高知(土佐清水市)、福岡(豊前市)、大分(中津市)
訪問歯科健診	16	37	青森(青森市、西目屋村)、岩手(宮古市)、東京(武蔵野市、中央区、千代田区)、神奈川(厚木市)、新潟(新潟市)、長野(塩尻市)、岐阜県(岐阜市、各務原市、可児市、揖斐川町、大野町、池田町、御嵩町)、三重(鈴鹿市、名張市、亀山市、伊賀市)、大阪(河内長野市、堺市、摂津市、泉大津市、枚方市、箕面市)、兵庫(神戸市、姫路市)、島根広域、山口(山口市、萩市、阿武町)、香川広域、高知(安芸市、四万十市)、長崎広域、宮崎広域
服薬指導	6	6	北海道(北見市)、三重(桑名市)、大阪(高石市)、長崎広域、熊本(八代市)、宮崎広域
重症化予防	11	11	北海道(妹背牛町)、茨城(河内町)、神奈川(大和市)、石川広域、愛知(東浦町)、鳥取(鳥取市)、香川広域、福岡広域、長崎広域、鹿児島広域、沖縄(糸満市)
包括アセスメント	2	3	愛知(大府市)、広島(呉市、大崎上島町)
複合的取組	5	5	長野(佐久市)、岐阜広域、大阪(大阪狭山市)、岡山(勝央町)、宮崎(美郷町)
研修	2	3	岐阜広域・岐阜(岐阜市)、大分(中津市)
合計(実数)	30	77	

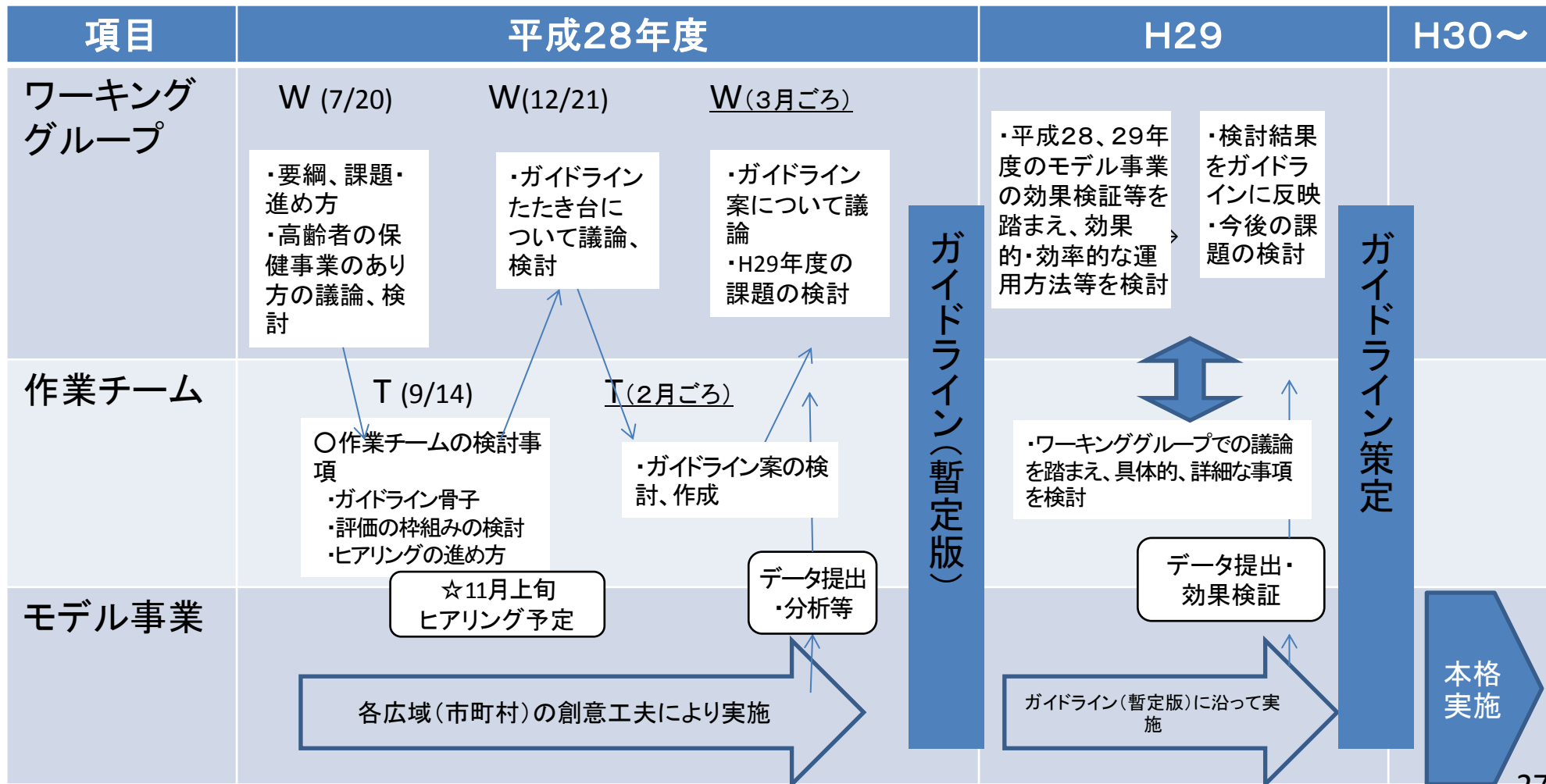
※1 1つの広域連合で複数のメニューを実施していることがあるため、各メニュー別の広域連合数を足しあげた値と合計値は一致しない。

※2 1つの事業ではあるものの、栄養と口腔等、複数のメニューを同時に実施している事業があるため、事業数を足しあげた値と合計値は一致しない。

※3 広域連合が市町村に委託等せず、直接事業者等により実施する場合は、広域連合名を標記。

今後のスケジュール

- これまでの議論を踏まえ、平成29年2月ごろに第2回作業チームを開催し、ガイドライン暫定版の案を作成。同3月に第3回ワーキンググループを開催し、この案について御議論いただき、暫定版を策定いただく。
- 暫定版策定にあたっては、平成28年度モデル事業の実施結果を分析し、反映する。
- 平成29年度においては、モデル事業の更なる効果検証を通じてガイドラインの成案(事例集合む)を策定いただく。



後期高齢者医療における保険者インセンティブ

1. 趣旨・仕組み

- 後期高齢者医療制度において、その運営主体である後期高齢者医療広域連合による予防・健康づくりや医療費適正化の事業実施が全国規模で展開されることを目的として、広域連合の取組を支援するための仕組みを構築する。
- 評価指標に基づき広域連合の取組を評価し、平成28年度から交付する特別調整交付金に反映する。交付額については、保健事業の充実を目的とし、20億円の予算を確保する。
- なお、まずは、取組の実施そのものを評価する指標に基づくが、今後、他制度を含めた保険者インセンティブの取組状況等を踏まえ、評価指標や評価方法等を更に検討する。

2. 評価指標の候補

保険者共通の指標

- 指標①・② ※後期では(特定)健診は義務ではない。
- 健康診査や歯科健診の実施
 - 健診結果を活用した取組(受診勧奨・訪問指導等)の実施

- 指標③
- 重症化予防の取組の実施状況

- 指標④
- 被保険者の主体的な健康づくりに対する保険者の働きかけの実施

- 指標⑤
- 重複・頻回受診、重複投薬者等への保健師、薬剤師等による訪問指導の実施

- 指標⑥
- 後発医薬品の使用割合
 - 後発医薬品の促進の取組

固有の指標

- 指標①
- データヘルス計画の策定状況

- 指標②
- 高齢者の特性(フレイルなど)を踏まえた保健事業の実施状況

- 指標③
- 専門職の配置など保健事業の実施のために必要な体制整備

- 指標④
- 医療費通知の取組の実施状況

- 指標⑤
- 後期高齢者医療の視点からの地域包括ケア推進の取組
 - 国民健康保険等と連携した保健事業の実施状況

- 指標⑥
- 第三者求償の取組状況

重症化予防の達成基準の該当状況

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。

保険者データヘルス全数調査の達成状況(H28.6)

	保険者 全体	市町村・国 保	広域連合	健保組合	共済組合	国保組合	協会 けんぽ
糖尿病性腎症の重症化予防の取組を行っている	1,104	659	9	368	10	11	47
現在は実施していないが予定あり	602	362	10	183	24	23	0
現在も過去も実施していない	1,385	520	12	703	48	101	1
過去実施していたが現在は実施していない	66	35	0	28	1	2	0
①対象者の抽出基準が明確であること	1,035	622	7	339	10	10	47
②かかりつけ医と連携した取組であること	523	503	6	88	1	1	10
③保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること	823	566	5	234	3	5	11
④事業の評価を実施すること	932	582	6	285	5	7	47
⑤取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携(各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など)を図ること	150	136	2	4	0	1	7
全要件達成数(対象保険者)		118	4				

重症化予防の取組の都道府県別現状（広域連合）

- 糖尿病性腎症重症化予防の取組が9広域連合である。
- 糖尿病性腎症重症化予防以外の取組では、高血圧対策や転倒予防教室の実施など、従来から市町村の高齢者の健康づくりとして取組まれてきたものが多い。
- これらを合わせると13広域連合（27.6%）で何らかの重症化予防の取組が実施されている。2種類の取組を実施しているのが2広域連合、3種類が2広域連合あるなど、現状では取組に濃淡がある。

【糖尿病性腎症重症化予防】 計9広域連合

神奈川、新潟、愛知、滋賀、大阪、 広島、長崎、宮崎、鹿児島

【循環器疾患重症化予防】 計4広域連合

新潟、石川、宮崎、鹿児島

【筋骨格系・運動器疾患重症化予防】 計4広域連合

新潟、滋賀、福岡、鹿児島

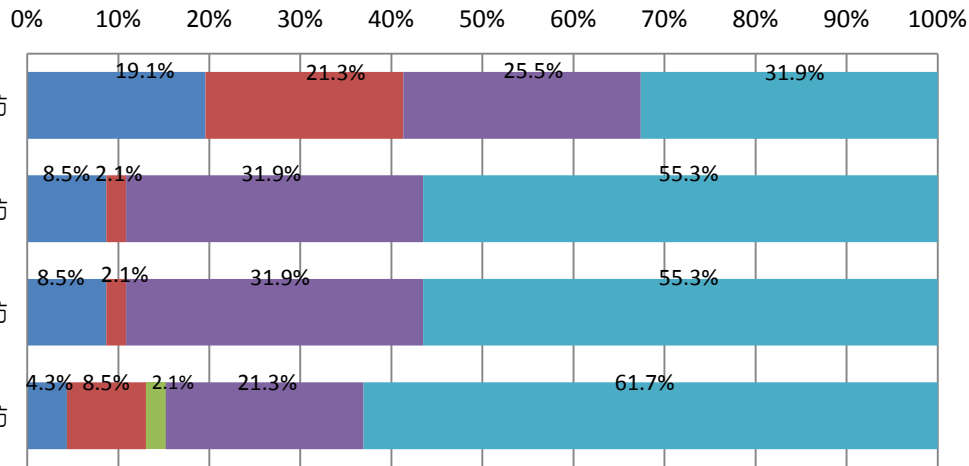
【その他生活習慣病等重症化予防】 計2広域連合

鳥取、高知

重症化予防事業の実施状況・内容（広域連合）

- 糖尿病性腎症重症化予防の取組は、約4割の広域連合で実施または実施予定。それ以外の取組については、1割程度と緒に就いたばかり。
- 市町村の情報が得られていない状況も伺われ、取組の阻害要因となっている可能性も考えられる。推進にあたっては、都道府県内の市町村の実態把握や経過を追跡するなど、継続的なフォローが必要。

(1) 実施状況



N=47

- 広域連合が関与して実施している
 - 現在は関与していないが、広域連合が関与して今後実施予定
 - 過去実施していたが、現在は実施していない
 - 過去実施しておらず、現在も実施していない
 - 市町村が実施しているかもしれないが、広域連合は関与していないため情報がない
- ※数字は件数（複数回答あり）

(2) 取組内容

重症化予防の種類	件数	受診勧奨	保健指導	その他
糖尿病性腎症重症化予防	N=9	4	5	2
循環器疾患重症化予防	N=4	2	2	1
筋骨格系・運動器疾患重症化予防	N=4	0	1	3
その他生活習慣病等重症化予防	N=2	0	1	1

重症化予防の取組を実施していない理由（広域連合）

○実施していない理由としては、保健指導できる者がいない(マンパワー不足)がいずれの事業でも多くなっている。

○糖尿病性腎症の取組は、優先順位が低いとの受け止めは少ない一方で、関係団体との調整の難しさが実施していない要因の1つとなっている。

