

第 75 回 社会保障審議会医療保険部会
(H26.5.19) 資料 2-2

健康保険組合について

平成26年5月19日
厚生労働省保険局

被用者保険の現状と課題

1. 協会けんぽの財政基盤

- ・協会けんぽの保険料率は大きく上昇
9.34% (22年度) → 9.5% (23年度) → 10.0% (24年度～)

2. 被用者保険者間の財政力の格差

- ・被保険者一人あたり標準報酬総額
協会けんぽ372万円、健保組合542万円 (26年度)
- ・健保組合の保険料率
最低: 4.8% 最高: 12.1% (平均8.86%) (26年度)

3. 高齢者医療への拠出金負担

- ・義務的支出に占める高齢者医療拠出金(後期、前期)の割合
健保組合・・・43.5% (20年度) → 45.1% (23年度) → 47.7% (26年度)
協会けんぽ・・・39.0% (20年度) → 39.4% (23年度) → 41.9% (26年度)
- ・保険料率の推移
健保組合・・・7.4% (20年度) → 8.0% (23年度) → 8.9% (26年度)
協会けんぽ・・・8.2% (20年度) → 9.5% (23年度) → 10.0% (26年度)

国庫補助の水準の検討

協会けんぽの財政基盤の強化・安定化のため、平成22年度から平成24年度までの間講じてきた国庫補助の13%から16.4%への引き上げ措置を2年間延長(健保法等の一部を改正する法律)。

平成27年度以降の協会けんぽの国庫補助の水準について、プログラム法の規定等を踏まえ、検討。

全面総報酬割の検討

後期高齢者支援金の負担方法を、全面的に各被用者保険者等の総報酬に応じた負担することについて、プログラム法の規定等を踏まえ、検討。

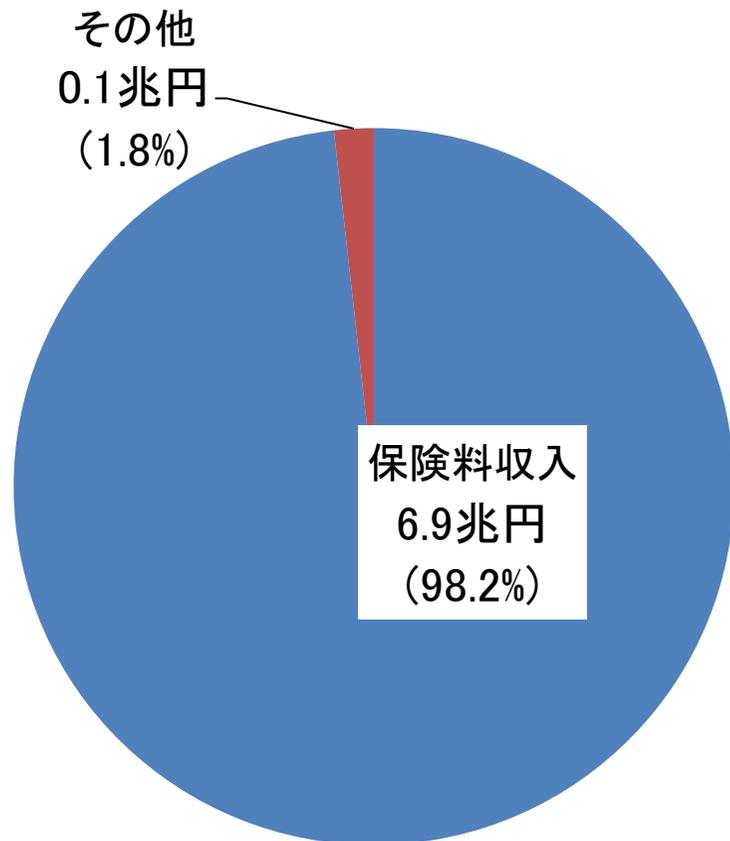
高齢者医療制度の在り方

高齢者医療制度の費用負担の在り方について、プログラム法の規定等を踏まえ、検討。

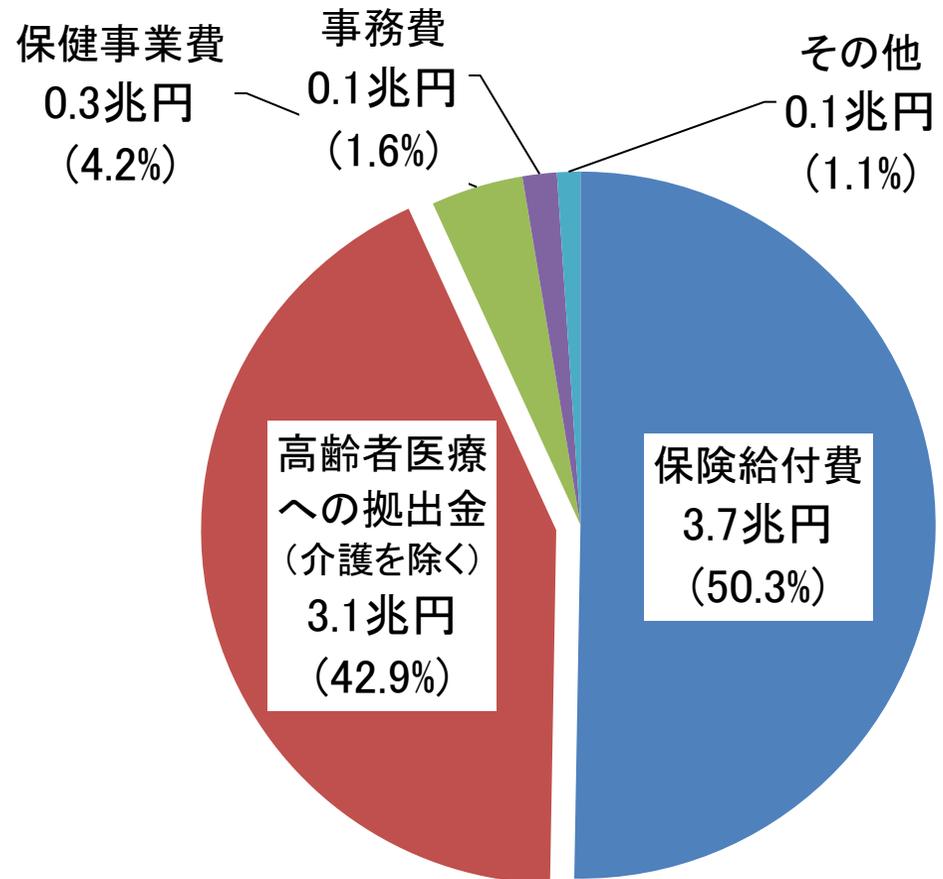
健康保険組合の財政構造（24年度決算見込）

○ 健保組合の経常収支は約7兆円だが、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おり、平成24年度では約2,600億円増加。平成25年度もさらに約1,600億円増加の見込み。

経常収入 7兆0,057億円



経常支出 7兆3,033億円

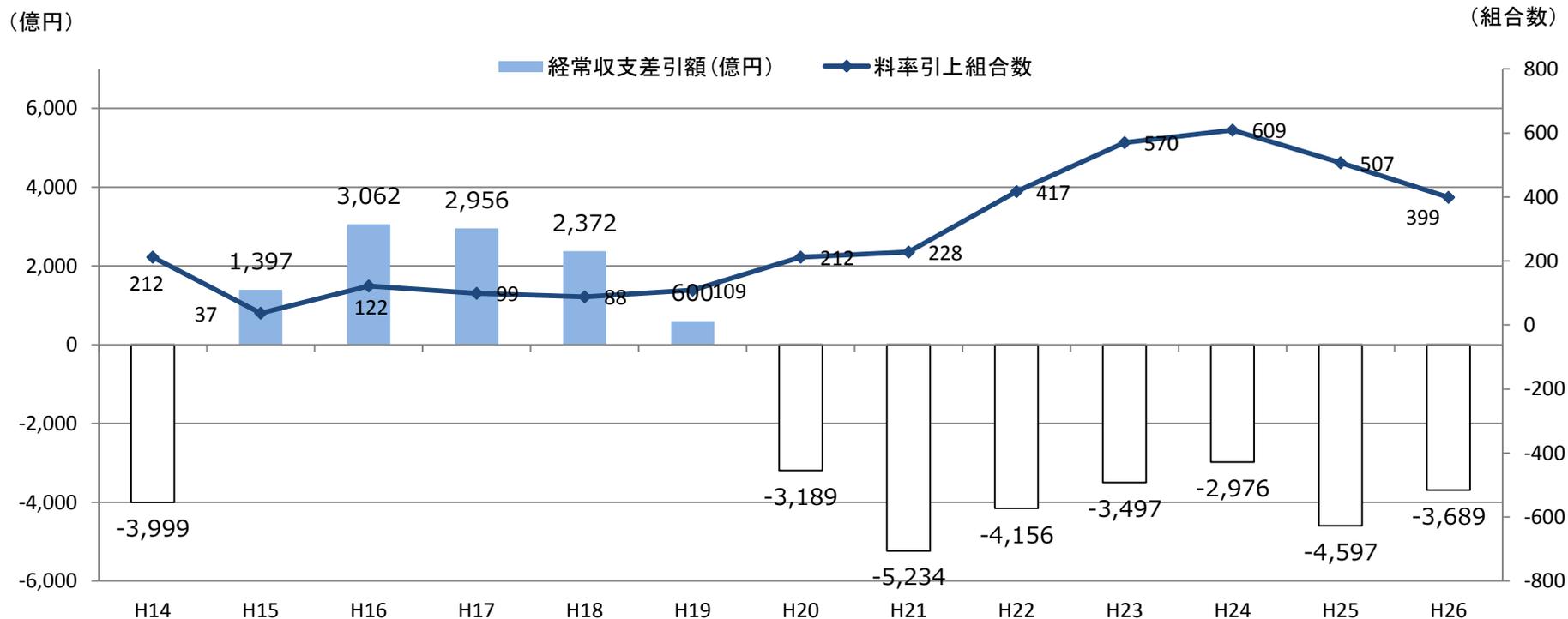


(注) 端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

健康保険組合の財政状況

26年度予算早期集計（平成26年4月18日健保連公表）

- ・ 保険料率の引上げ：健保組合全体の3割
→ 平均保険料率（8.63%→**8.86%**） 対前年度伸び率2.6%
- ・ 単年度赤字：健保組合全体の8割 → 全体では約3,689億円の経常赤字



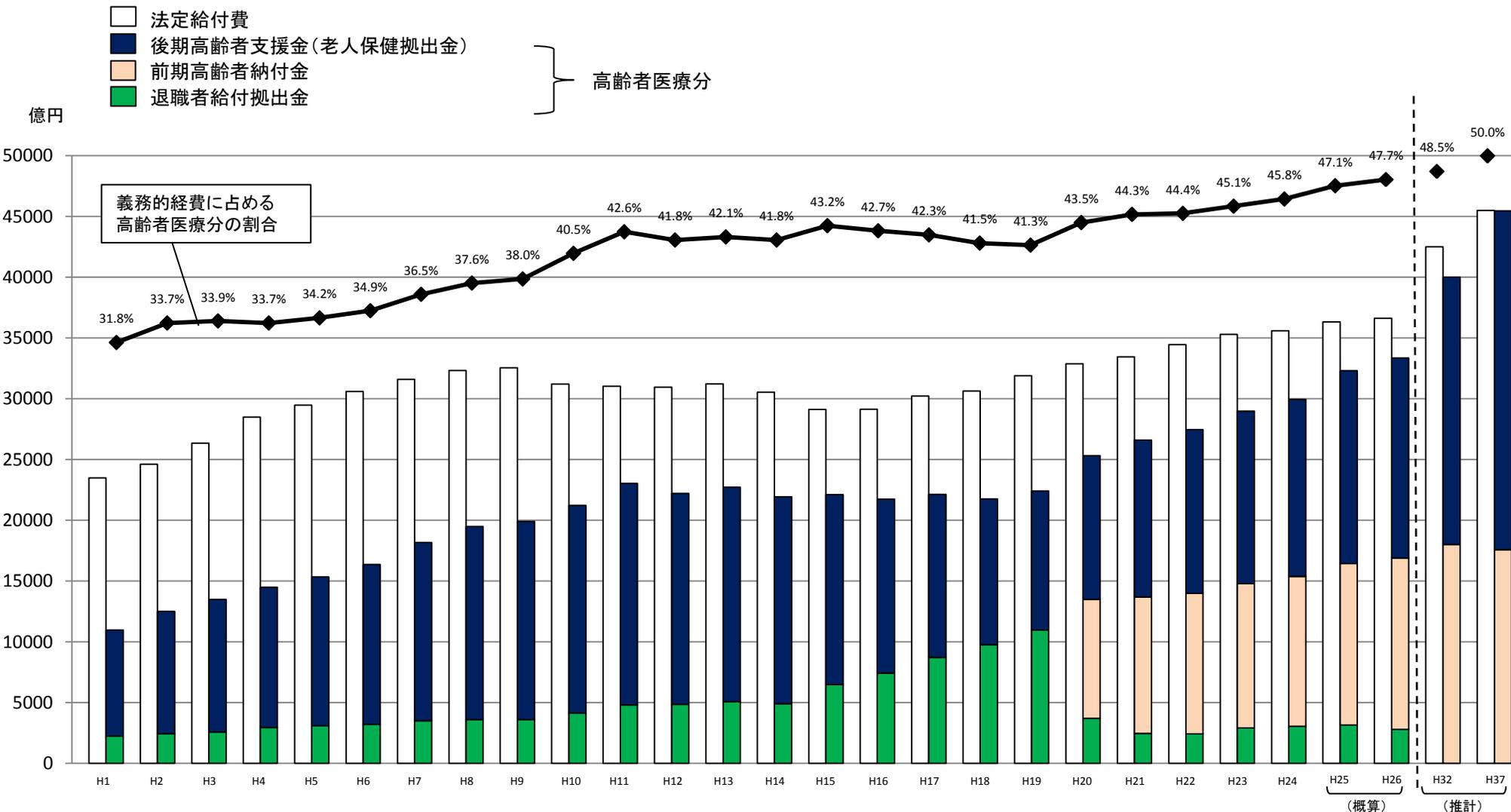
	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26
準備金等残高 (億円)	35,187	33,438	37,069	40,414	43,170	44,110	42,155	38,809	35,751	33,742	32,133	-	-

(注1) 平成14～23年度までは決算、24年度は決算見込、25年度は予算、26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、14～24年度までは前年度決算、25年度は24年度決算見込との比較。26年度は予算データ報告組合(1,376組合)と25年度予算との比較である。

高齢者医療への拠出負担の推移(健保組合)

○ 健保組合の高齢者医療への拠出負担は増加しており、義務的経費に占める割合は平成26年度47.7%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24年度までは実績額を、平成25年度及び平成26年度は概算額を用いている。

※後期高齢者支援金等は、平成24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25年度及び平成26年度は概算賦課額。

※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年度以降は3分の1総報酬割としている。

※平成27年度以降は、「社会保障に係る費用の将来推計の改定」(平成24年3月)の現状投影シナリオをベースに推計。

參考資料

健康保険組合の概要

1. 組織

- (1) 健康保険組合とは、健康保険法に基づき、健康保険事業を行う公法人である。
(平成26年4月1日現在：1,410組合)
- (2) 健康保険組合は、その組織形態により2つの種類に分けられる。
- ・ 単一組合：1企業により組織された組合（被保険者数：700人以上）
 - ・ 総合組合：同種同業の事業主等で組織された組合（被保険者数：3,000人以上）

2. 事業内容

健康保険組合は、健康保険事業として、被保険者等に対する保険給付と保健福祉事業を行っている。

- (1) 保険給付
- ・ 法定給付：健康保険法に定める給付
 - ・ 付加給付：法定給付の内容を補充するもの。例えば、出産育児一時金（法定42万円）に上乗せ。
- (2) 保健事業及び福祉事業
- 例：人間ドックの実施、歯科検診の実施、健康相談、保養所の運営等

3. 費用負担

- (1) 健康保険組合の事業運営に必要な費用は、被保険者及び事業主の負担する保険料によって賄われている。財政窮迫組合等を除き、保険給付費等に係る国庫補助は投入されていない。
- (2) 健康保険組合の一般保険料率は、標準報酬月額及び標準賞与額に対し、30～120%の範囲内で設定し、厚生労働大臣の認可を受けて、個々の組合ごとに定めることとなっている。
- (3) 保険料率をはじめとして、組合の運営は労使からなる組合会により決定される。
- (4) 義務的支出のうち、後期高齢者支援金等の拠出金の負担が半分近くを占めている。

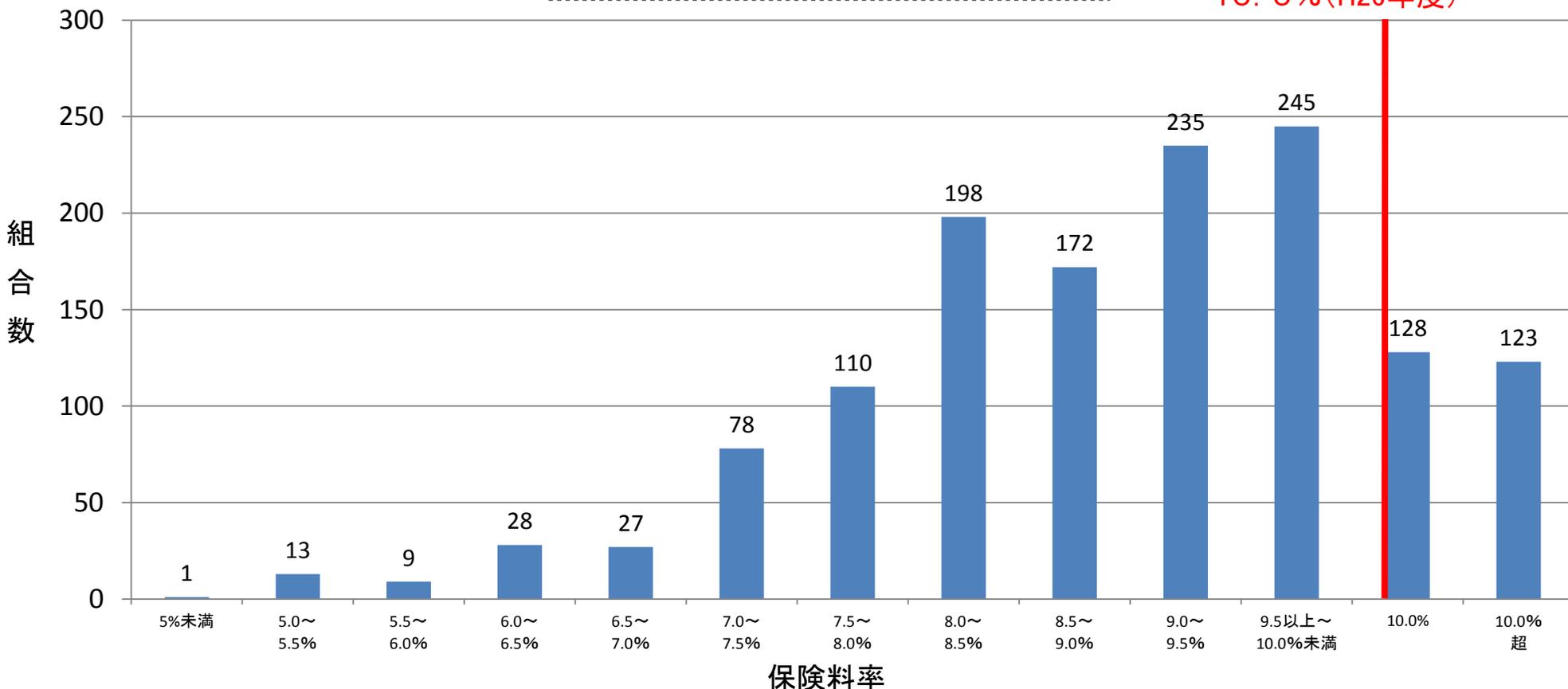
健康保険組合の保険料負担について

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26年度の健康保険組合の保険料率については、最低4.8%、最高12.1%となっている。

また、協会けんぽの保険料率(10.0%)を超えている健康保険組合が123組合ある。

全組合の平均 8.86%
(26年度予算早期集計: 1,367/1410組合)

協会けんぽの保険料率
10.0%(H26年度)

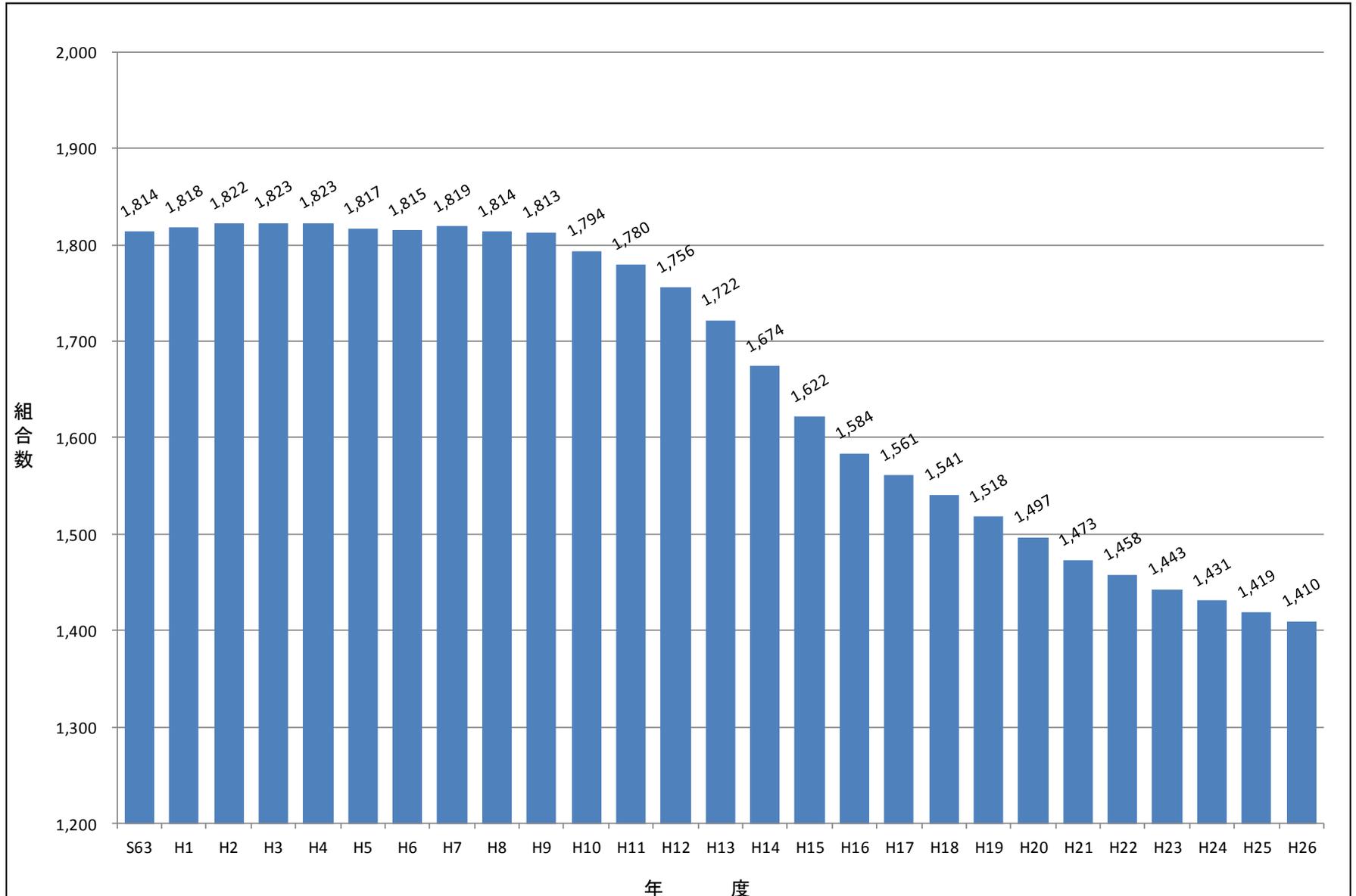


(注1) 保険料率には調整保険料率を含む。

(注2) 被保険者の負担割合(単純平均)は45.3%。

健康保険組合数

平成26年4月1日現在



※S63～H25年度の年度末日に存続していた組合数であり、H26年度は直近(H26.4.1)の存続組合数である。

健保組合の収支状況（医療分）

（単位：億円）

		24年度	25年度	26年度		
		決算見込	予算	予算早期集計	備考	
収 入	保険料収入	68,781	71,062	72,982	平均保険料率 24年度 8.34% 25年度 8.64% 26年度 8.86%	
	その他	1,275	1,146	1,173		
	計	70,057	72,208	74,155		
支 出	保険給付費	36,727	38,405	38,977	} 256 対25年度比 ⇒ +332 ⇒ +215 ⇒ ▲291	
	老人保健拠出金	2	1	0		
	前期高齢者納付金	12,985	13,655	13,987		
	後期高齢者支援金	15,079	15,818	16,033		
	退職者給付拠出金	3,265	3,425	3,134		
	病床転換支援金	0	0	0		
	その他	4,975	5,501	5,712		
	計	73,033	76,804	77,844		
単年度収支差		▲2,976	▲4,597	▲3,689		
準備金・別途積立金残高		32,133	—	—		

（注）1. 平成26年4月18日 健康保険組合連合会公表資料「平成26年度健康保険組合予算早期集計の結果の概要」ベース。

2. 端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

第 75 回 社会保障審議会医療保険部会
(H26.5.19) 資料 3

高齢者医療制度について

平成26年5月19日
厚生労働省保険局

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1,600万人

<後期高齢者医療費>

15.6兆円（平成26年度予算ベース）

給付費 14.4兆円

患者負担 1.2兆円

<保険料額（平成26・27年度見込）>

全国平均 約5,670円/月

※ 基礎年金のみを受給されている方は約370円/月

患者
負担

【全市町村が加入する広域連合】

公費（約5割）6.8兆円

〔国：都道府県：市町村＝4.5兆円：1.1兆円：1.1兆円＝4：1：1〕

高齢者の保険料 1.1兆円
約1割〔軽減措置等で実質約7%程度〕

後期高齢者支援金（若年者の保険料） 6.0兆円
約4割

※上記のほか、保険料軽減措置や高額医療費の支援等の公費 0.5兆円

<交付>

社会保険診療
報酬支払基金

<納付>

医療保険者
健保組合、国保など

保険料

<支援金内訳>

協会けんぽ 2.0兆円
健保組合 1.8兆円
共済組合 0.6兆円
市町村国保等 1.7兆円

保険給付

〔口座振替・
銀行振込等〕

〔年金から
天引き〕

被保険者
（75歳以上の者）

各医療保険（健保、国保等）の被保険者
（0～74歳）

前期高齢者に係る財政調整

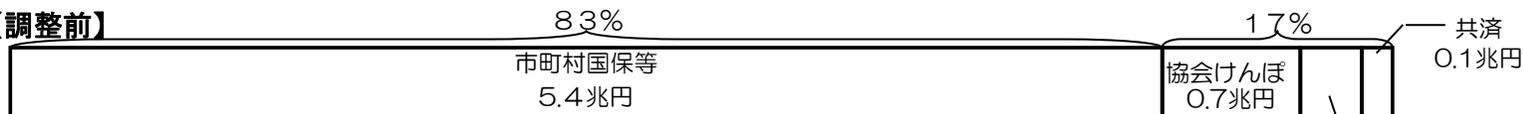
<対象者数>

65～74歳の高齢者
約1,600万人

<前期高齢者給付費>

6.5兆円
（平成26年度予算ベース）

【調整前】

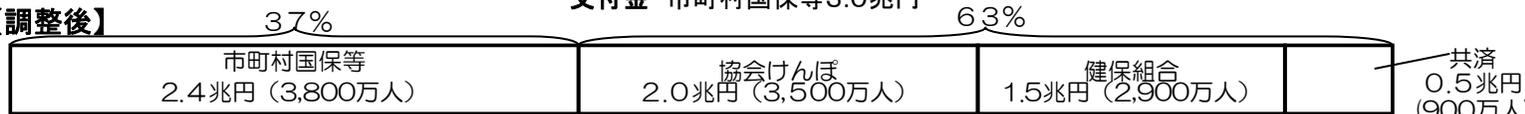


75歳未満の加入者数
に応じて負担

納付金 協会けんぽ 1.3兆円、健保 1.2兆円、共済 0.5兆円

交付金 市町村国保等3.0兆円

【調整後】



高齢者医療制度の在り方に関する近年の議論

平成20年4月 後期高齢者医療制度、前期財政調整施行

○円滑な施行のため、以下のような取組を実施

- ・患者負担・保険料の軽減特例措置
- ・保険料納付について口座振替と年金引落としとの選択制の導入、75歳以上という年齢に着目した診療報酬の廃止 等

平成22年12月 厚生労働省高齢者医療制度改革会議とりまとめ

○後期高齢者医療制度の廃止等

平成24年 8月 「社会保障制度改革推進法」成立

○今後の高齢者医療制度については、状況等を踏まえ、必要に応じて、社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得る。

平成25年8月 社会保障制度改革国民会議報告書

○後期高齢者医療制度は、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。

※以下等を指摘。

- …後期高齢者支援金全面総報酬割、協会けんぽ国庫補助率と高齢者医療の費用負担の在り方の検討、70～74歳の患者負担の段階的見直し

平成25年12月 「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」成立

○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。

- ・協会けんぽの国庫補助率や高齢者医療の費用負担の在り方
- ・国保・後期高齢者医療の低所得者の保険料負担軽減
- ・後期高齢者支援金の全面総報酬割
- ・70～74歳の患者負担特例措置及び高額療養費の見直し 等

○政府は、上記の措置を平成26～29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年常会に提出することを目指す。

○上記等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。

平成26年4月 低所得者の保険料軽減対象拡大、70～74歳患者負担見直し等を実施

高齢者医療制度の主な課題

〈視点〉

- 現行制度を基本としつつ、高齢者が安心して医療を受けられるよう、安定した制度運営に向けて改善を図る。
 - ・世代間・世代内の公平を図る
 - ・負担能力に応じた負担とする
 - ・高齢者を支える国保・被用者保険の財政基盤の安定を図る
 - ・団塊世代の影響に対応する
 - ・保険料・公費・患者負担をどう組み合わせるか

○増大せざるを得ない高齢者の医療費をどう分かち合うか

【後期支援金】

- ・高齢者増等により後期支援金が増大。加入者割(1/3総報酬割)により、被用者保険者間の負担に偏りがある。

※支援金に必要な保険料率で見ると、健保組合間で2倍以上の格差あり

【前期財政調整】

- ・団塊世代が前期高齢者に達することにより、納付金の大幅増加が見込まれる。

※被用者保険から国保に対し、前期納付金として3.0兆円を交付(平成26年度)
※前期高齢者は支え手と位置付けられ、直接的な公費投入が行われていない
※義務的支出に占める拠出金(前期・後期)の割合(健保組合)
45.1%(23年度)→48.5%(32年度推計)

【後期支援金】

- ・負担能力に応じた公平な負担の在り方(全面総報酬割)

【前期財政調整】

- ・団塊世代の影響による負担増に対する分かち合い

- ・平成20年度からの保険料の特例軽減により、世代間・世代内で不公平が生じている。

※均等割9割軽減の場合の保険料月額(年金収入80万円ケース)
後期370円(対年金収入比0.56%) ↔ 国保2,650円(3.97%) [7割軽減]

- ・高齢者の負担に配慮しつつ、保険料の特例についての段階的見直しの検討

○保健事業等により高齢者の医療費の伸びを適正化していく

○関係者の意見を聞きながら、広域連合による運営の向上を図る

高齢者医療の費用負担

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る、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、これにのっとり、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旨とする。
- 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。

社会保障審議会医療保険部会「議論の整理」(抄)

(平成23年12月6日)

4. 高齢者医療制度の見直し

高齢者医療制度の見直しについては、高齢者医療制度改革会議において平成22年12月に最終とりまとめが行われたが、成案において、「高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど」を行うとされていることを踏まえ、検討を行った。

- 高齢者医療に関する国民の理解を得ていくため、また、現役世代による負担の増大を抑制するため、後期高齢者医療制度や前期高齢者の財政調整に対する公費拡充が必要であるとの意見が大勢を占めた。
- 後期高齢者支援金については、被用者保険における負担の公平の見地から、また、協会けんぽに対する緊急的な措置として、全面総報酬割を早急に実施すべきとの意見があった。他方、総報酬割は高齢者医療制度の見直し全体の中で行うべきであり、これのみを抜き出して実施することは不相当との意見があった。
- 最終とりまとめに盛り込まれている後期高齢者負担率の見直しは、高齢者の負担を軽減する一方で、現役世代にとっては負担増であることから、これを実施する場合には、現役世代への経済的支援をあわせて行うべきとの意見があった。
- 前期高齢者納付金の算定上、保険者の負担が過大にならないように設けられている前期高齢者加入率の下限を引き下げるべきとの意見があった一方、その見直しを行うのであれば、高齢者医療制度の見直し全体の中で検討すべきとの意見があった。

5. 協会けんぽの財政健全化の取組

協会けんぽについては、リーマンショックによる被保険者の報酬の下落等による財政悪化を受け、平成24年度末までの間、被用者保険における後期高齢者支援金の3分の1を、総報酬割とするとともに、国庫負担割合を13%から16.4%に引き上げる等の特例措置を講じている。

しかしながら、平成21年度から3年連続で保険料率が上昇しており、平成24年度には10%を超える見込みであり、健保組合との保険料率の乖離が急速に拡大している。

- 協会けんぽの財政悪化が進む中、被用者保険における後期高齢者支援金の全面総報酬割を早急に実施するとともに、協会けんぽへの国庫負担割合を健康保険法本則に規定された上限割合である20%に引き上げるべきとの意見があった。
- 他方、総報酬割の拡大は、前期高齢者の財政調整への公費投入とあわせて行うべきである、協会けんぽと健保組合との所得格差に起因する保険料率の格差の是正のための財源は、健保組合等に肩代わりさせるべきではないとの意見があった。

社会保障審議会医療保険部会「議論の整理」(抄)

(平成25年1月9日)

2. 高齢者医療制度における支援金の負担の在り方等

- 高齢者医療制度の見直しについては、平成24年6月15日の3党(自公民)の確認書において、「今後の高齢者医療制度にかかる改革については、あらかじめその内容等について三党間で合意に向けて協議する」とされ、その後成立した社会保障制度改革推進法の規定において、社会保障制度改革国民会議の検討事項とされている。
- 他方、大綱において、「高齢者医療の支援金を各被用者保険者の総報酬に応じた負担とする措置について検討する。」こととされていることから、当部会では、支援金の総報酬割の在り方を中心に高齢者医療制度の在り方について検討を行った。
- 総報酬割は、所得に関わらず保険料率が平準化されるため、最も公平な制度であることから、将来的には全面総報酬割に移行すべきとの意見が多かった。他方、総報酬割は被用者保険者間の負担の付け替えでしかなく、納得できないという意見もあった。
- 総報酬割とすべきかどうかは、所得格差の状況を含め医療保険制度全体の負担の公平性に関する議論が必要であり、社会保障制度改革国民会議等における高齢者医療制度全体の議論の中で検討すべきとの意見があった。また、全面総報酬割に移行する際は、高齢者医療制度への公費拡充等の改革とセットで議論されるべきとの意見があり、協会けんぽに投入されている公費のうち、全面総報酬割によって不要となる部分について、協会けんぽの国庫補助率20%の引上げに使うべきとの意見や、前期高齢者の給付費に充当することによって被用者保険全体の負担軽減を図るべきとの意見があった。

高齢者医療費の支え合いの仕組みについて

昭和48年 老人医療費無料化

→老人医療費が急増し、特に国保財政に大きな影響。

昭和58年 老人保健制度創設

・高齢者に患者負担を設定。各医療保険制度の共同事業として、公費と拠出金により負担。

昭和59年 退職者医療制度創設

・退職者加入による国保財政への影響を是正するため、被用者年金被保険者期間20年以上の退職者等の医療給付費について、被用者保険者が負担能力(総報酬)に応じて負担。

※拠出金負担の増大による被用者保険者側の不満が高まった。

※平成14年から19年にかけて、対象年齢の引上げ(70歳→75歳)、公費負担割合の引上げ(3割→5割)を実施。また、加入者按分率拡大、老人加入率上限撤廃等調整方法を逐次改正。

※高齢者の患者負担について、定率1割負担導入(平成13年)、現役並み所得者の負担割合引上げ(平成14年2割、平成18年3割)等を実施。

※それでもなお、①高齢者と現役世代の費用負担関係が不明確、②保険料を納める主体と使う主体が分離しており財政・運営責任が不明確、

③加入する制度や市区町村により保険料格差が存在、といった問題が指摘されていた。

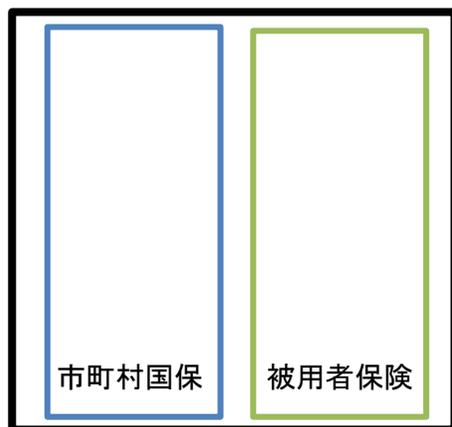
平成20年 後期高齢者医療制度、前期財政調整施行

・高齢世代と現役世代の明確化等を図るため、75歳以上の高齢者等を対象とする独立した後期高齢者医療制度を創設。

・65～74歳の高齢者の偏在による保険者間の負担の均衡を図るため、保険者間の財政調整の仕組み(前期財政調整)を導入。

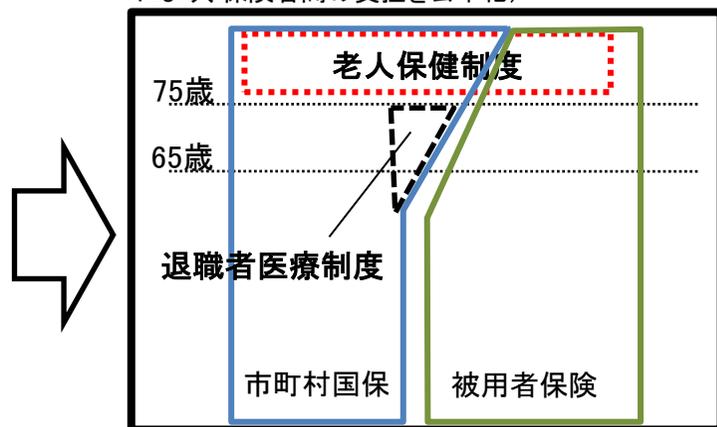
昭和58年まで

(個々の保険者内での世代間の支え合い)



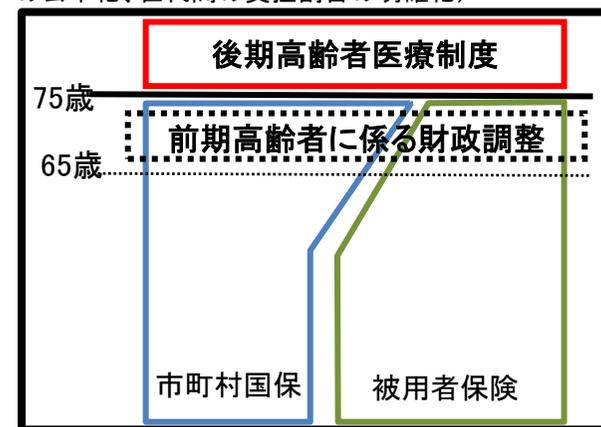
老人保健制度、退職者医療制度

(保険者の枠組みを超えた世代間の支え合いの仕組みにより、保険者間の負担を公平化)



後期高齢者医療制度、前期財政調整

(保険者間の負担の公平化に加え、高齢者間の保険料負担の公平化、世代間の負担割合の明確化)

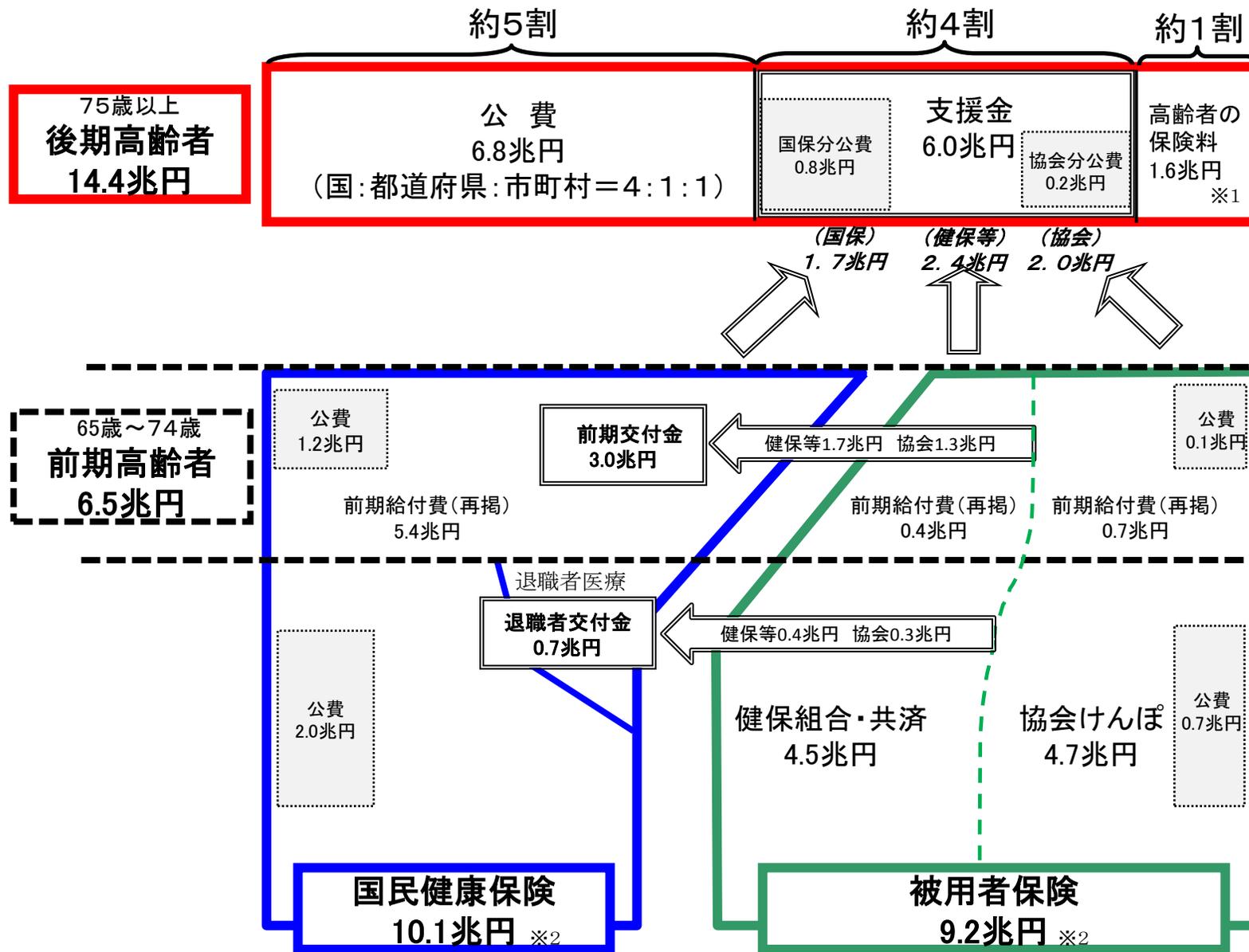


各制度の比較

	老人保健制度	退職者医療制度	後期高齢者医療制度	前期財政調整
仕組み	70歳以上の者は国保又は被用者保険に加入し、各制度に保険料を納付。給付は、70歳以上の者について別建てとし、各保険者の共同事業とする	被用者年金被保険者期間が20年以上の退職者等の医療給付費について、被用者保険者が負担	75歳以上の者を対象として独立した制度	65歳～74歳の者の偏在による保険者間の負担の不均衡を調整
対象者	70歳以上の者 ※平成14年から5年間かけて対象年齢を段階的に75歳へ引き上げ	65歳未満の国保加入者で、被用者年金被保険者期間が20年以上の退職者 ※40歳以上で被保険者期間10年以上の者と被扶養者を含む	75歳以上の者	65～74歳の者
財源	公費、保険者からの拠出金	退職被保険者等の保険料、被用者保険者からの拠出金	高齢者の保険料、公費、現役世代からの支援金	各保険者からの納付金及び交付金による費用負担調整
支援金・拠出金の負担方法	加入者割 (各保険者1人当たり老人医療給付費実績を基に、各保険者の加入者数に応じた額を負担)	総報酬割 (各被用者保険者の総報酬額に応じて負担)	加入者割 (各保険者の加入者数に応じて負担) ※被用者保険者分の支援金は1/3を総報酬割で算定(平成22～24年度実施、平成25・26年度延長)	加入者割 (各保険者1人当たり前期高齢者医療給付費実績を基に、各保険者の加入者数に応じた額を負担)
実施時期	昭和58年2月 ※平成20年4月廃止	昭和59年10月 ※平成20年4月廃止(平成26年度までの間の65歳未満退職者を対象とした経過措置あり)	平成20年4月	平成20年4月

医療保険制度の財源構成

(平成26年度予算ベース)

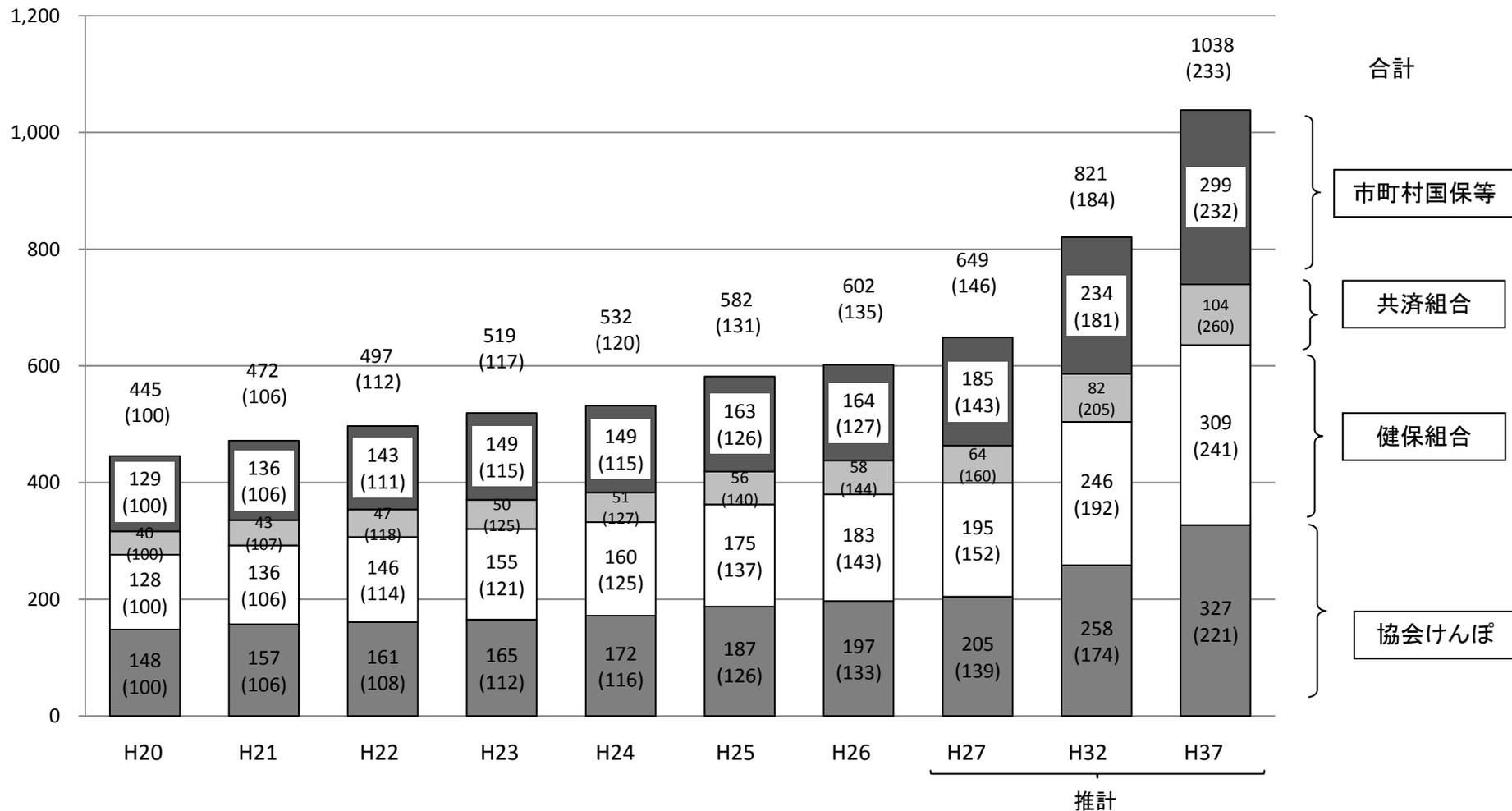


※1 後期高齢者の保険料は、低所得者等に係る軽減分を考慮していない(保険料軽減措置や高額医療費の支援等の公費0.5兆円を含む)。

※2 国民健康保険(10.1兆円)及び被用者保険(9.2兆円)は、各制度の給付費を示しており、他制度への納付金や支援金を含まない。

後期高齢者支援金の推移

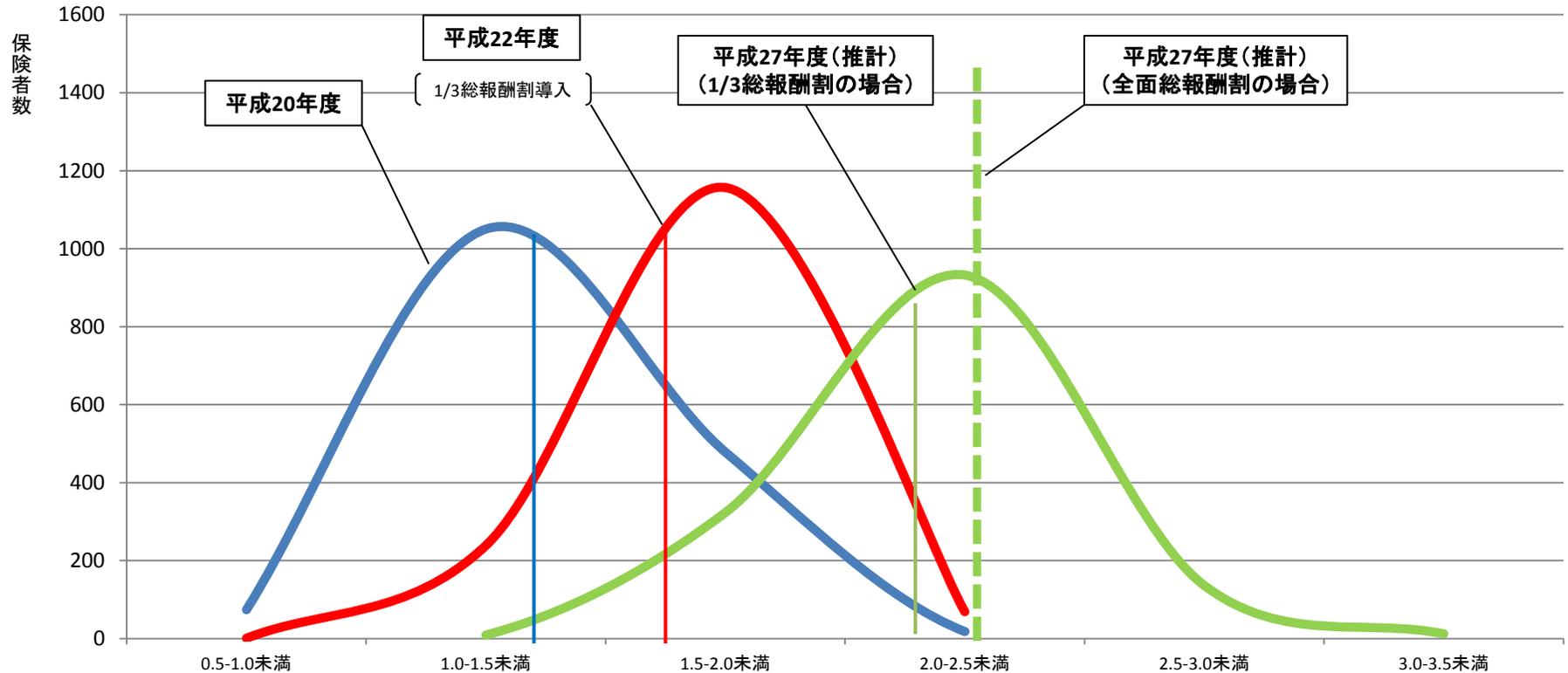
(単位: 百億円)



※平成20年度から平成24年度は確定賦課額、平成25年度及び平成26年度は概算賦課額、平成27年度以降は「税と社会保障の一体改革試算」現状投影ベースの推計。
 ※平成20年度の後期支援金は11か月分であるため、満年度化している。()内は平成20年度を100とした場合の値。
 ※前期納付金のうち後期支援金に係る分は被用者保険者の後期支援金としている。
 ※端数処理の関係上、金額が合わない場合がある。
 ※「医療保険に関する基礎資料」(保険局)等を基に作成。

健保組合の後期支援金に係る所要保険料率

○75歳以上の高齢者増等により、被用者保険者の後期支援金に係る所要保険料率は全体として高まっている。全面総報酬割を導入した場合、所要保険料率は全ての被用者保険者で同じ水準になる。



H20平均 1.34% (100)	H22平均 1.64% (122)	H27平均 1/3 2.11% (158)	H27平均 全面 2.28% (170)
1.18~1.63%の 範囲(0.45%)に 2/3が該当	1.50~1.86%の 範囲(0.36%)に 2/3が該当	1.93~2.43%の 範囲(0.50%)に 2/3が該当	

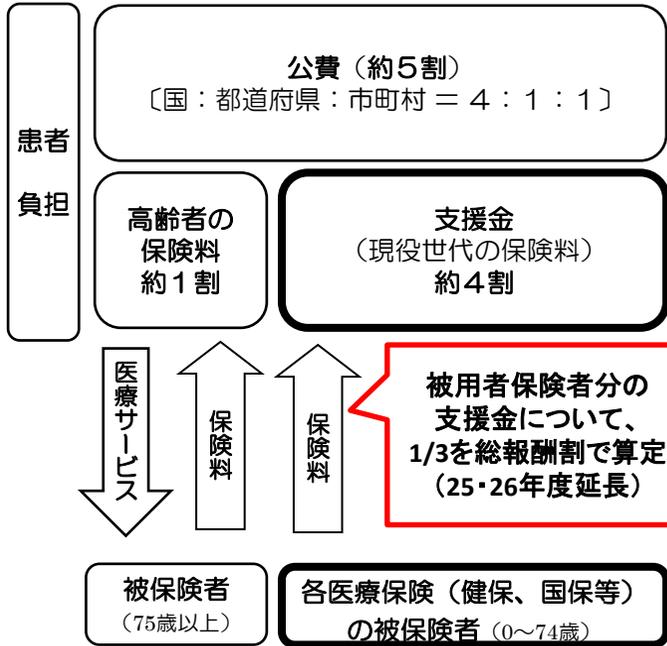
後期支援金に係る
所要保険料率
(%)

※()内は平成20年度を100とした場合の値
 ※平成20年度及び平成22年度は実績、平成27年度は推計。
 ※対象組合数は平成20年度1,505、平成22年度1,467、平成27年度1,414。

後期高齢者支援金の総報酬割について

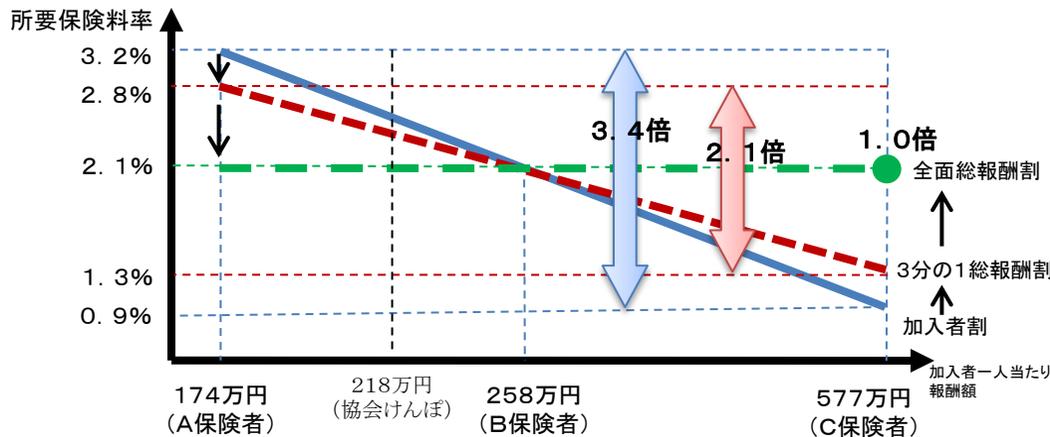
- 75歳以上の医療給付費は、高齢者の保険料（約1割）、現役世代の保険料による後期高齢者支援金（約4割）、公費（約5割）により支える仕組み。
- このうち現役世代の保険料による支援金については、原則、各保険者の加入者数（0～74歳）で按分しているが、被用者保険者の財政力にばらつきがあることから、加入者数に応じた負担では、財政力が弱い保険者の負担が相対的に重くなる。
- このため、財政力の弱い協会けんぽの財政支援を行うとともに、負担能力に応じた費用負担とする観点から、被用者保険者間の按分について、3分の1を総報酬割、3分の2を加入者割とする負担方法を導入している（国保と被用者保険の間では、加入者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



支援金内訳
（平成26年度予算）
（1/3総報酬割の場合）
協会けんぽ2.0兆円
健保組合1.8兆円
共済組合0.6兆円
市町村国保等1.7兆円

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。

加入者割から3分の1総報酬割にした場合に負担増・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

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。
- 全面加入者割の場合は、加入者数に応じて負担するため、財政力の強弱が考慮されない。
- 全面総報酬割の場合は、総報酬額に応じて負担するため、財政力に応じた負担となる。

<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

《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1:1（1,000人:1,000人）の割合で負担。

《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1:4（15億円:60億円）の割合で負担。

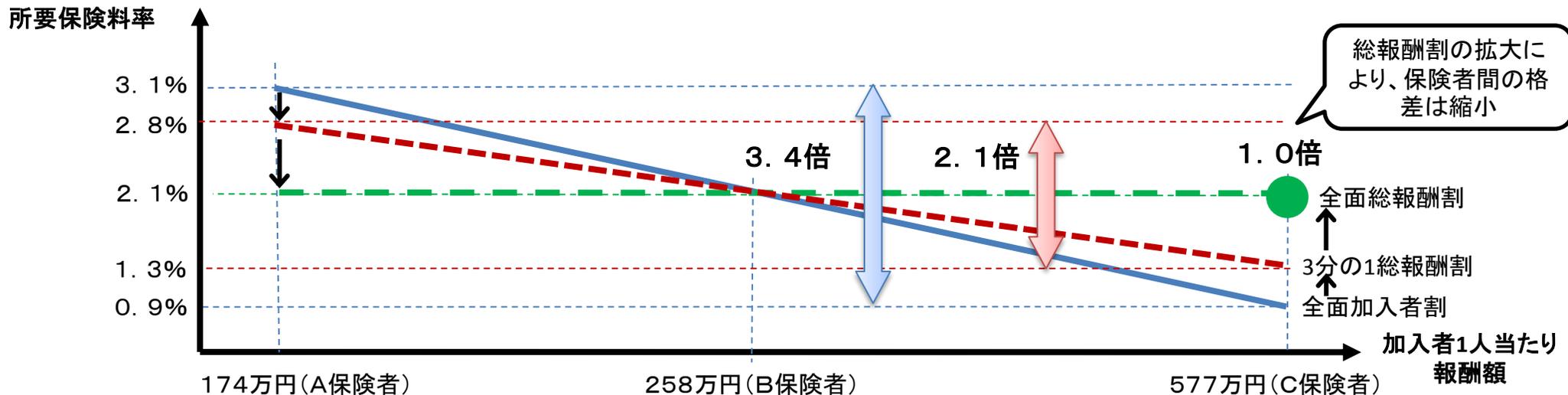
	A保険者	B保険者
支援金負担総額	5,000万円 ← 同じ → 5,000万円	
加入者1人当たり支援金負担額 (支援金負担総額 ÷ 加入者数)	50,000円 ← 同じ → 50,000円	
所要保険料率 (支援金負担総額 ÷ 総報酬額)	3.33% ← 4倍 → 0.83%	

財政力の弱い組合の負担が大きくなる。

	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。

後期高齢者支援金を総報酬割にした場合の所要保険料率の変化（イメージ） —平成26年度—



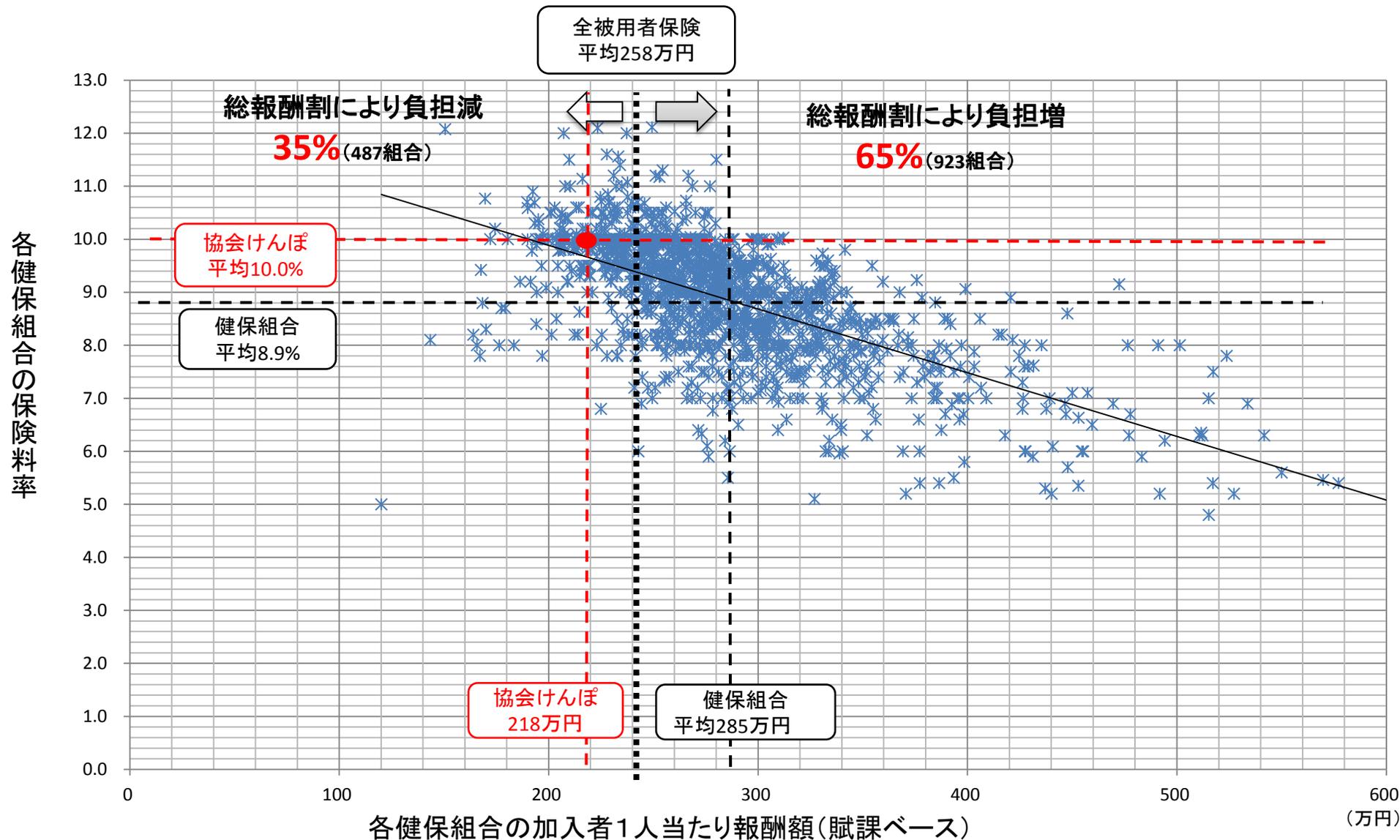
支援金負担額の変化(例)

	現状			支援金の負担(一人当たり支援金額、所要保険料率)		
	加入者数	加入者一人あたり報酬額(年額)	保険料率	全面加入者割	1/3総報酬割+2/3加入者割(現行)	全面総報酬割
A保険者	2,943人	174万円	10.2% (支援金分2.8%)	5万5千円/人 所要保険料率 3.1%	4万9千円/人 所要保険料率 2.8%(▲0.3%)	3万7千円/人 所要保険料率 2.1%(▲0.7%)
B保険者	9,026人	258万円	8.2% (支援金分2.1%)	5万5千円/人 所要保険料率 2.1%	5万5千円/人 所要保険料率 2.1%(±0%)	5万5千円/人 所要保険料率 2.1%(±0%)
C保険者	2,837人	577万円	5.4% (支援金分1.3%)	5万5千円/人 所要保険料率 0.9%	7万7千円/人 所要保険料率 1.3%(+0.4%)	12万2千円/人 所要保険料率 2.1%(+0.8%)

3.4倍 3.4倍 2.1倍 同じ

※後期高齢者支援金に係る前期納付金分は考慮していない。

健保組合の報酬額と保険料率の関係（平成26年度：全1,410組合）



(出典) 各健保組合の保険料率: 平成25年度各健保組合予算、各健保組合の加入者1人当たり報酬額: 各健保組合から厚生労働省保険局高齢者医療課への報告による

(注1) 後期高齢者支援金の総報酬割を3分の1から拡大した場合の健保組合の負担の変化を示したものの。

(注2) 加入者1人当たり報酬額の全被用者保険平均は、共済組合も含めた全被用者保険の総報酬額を全加入者数で割ったもの。同様に、健保組合平均は、健保組合の総報酬額を健保組合の全加入者数で割ったもの。

(注3) 1,410組合は、平成26年4月1日時点の組合数。

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④		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④-①		▲1,100億円	700億円	400億円	±0億円
全面総報酬割⑤		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⑤-①		▲2,100億円	1,300億円	800億円	±0億円

○ 総報酬割拡大により負担増・負担減となる保険者数（H27年度推計）

	健保組合	共済
負担増	899	81
負担減	503	4

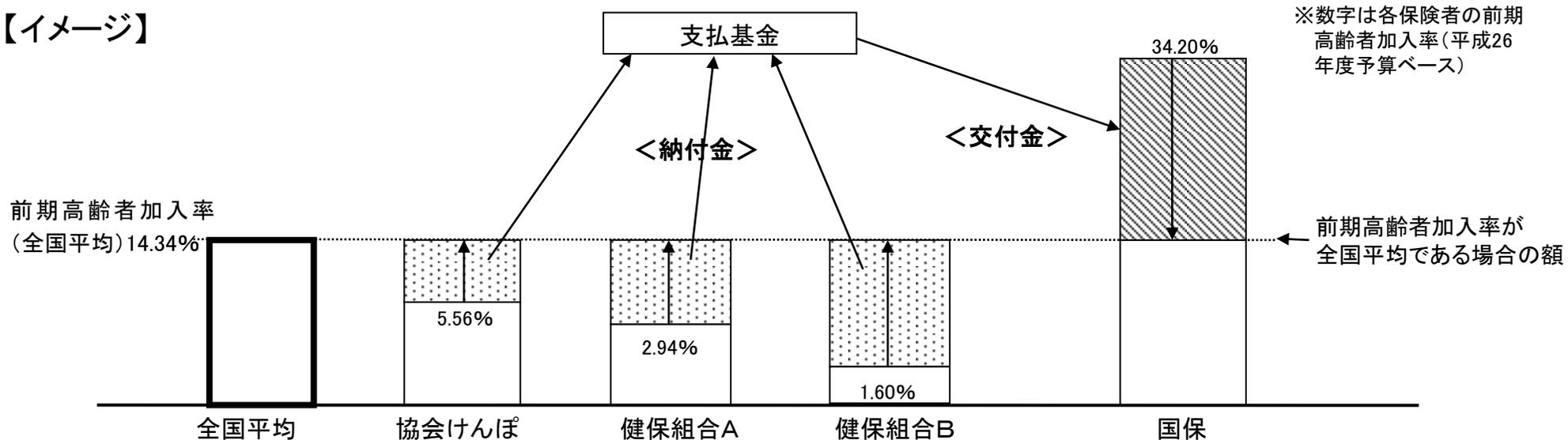
※ 後期高齢者支援金に係る前期納付金分も含む。

※ 平成26年度予算ベースの推計。

前期高齢者に係る財政調整

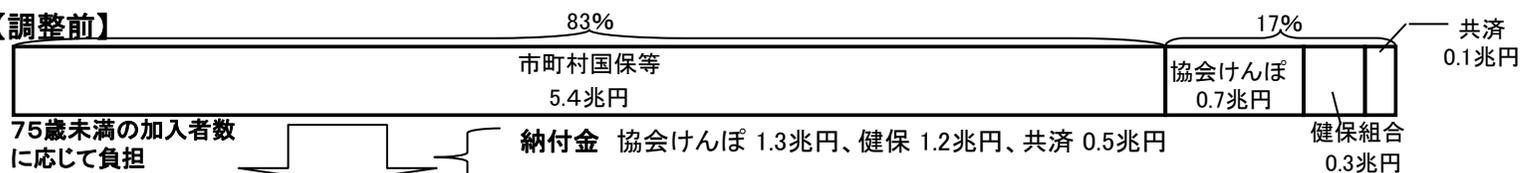
- 保険者間で高齢者が偏在する(65～74歳の約8割が国民健康保険)ことによる負担の不均衡を是正するため、国保・被用者保険の各保険者が加入者数に応じて負担するよう費用負担の調整を行う。
 - 各保険者の前期高齢者給付費と前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、前期高齢者加入率が全国平均であるとみなして算定された額を負担する。
 - ・ 前期高齢者加入率が全国平均より低い場合には、全国平均である場合との差を納付。高い場合には、その差分の交付を受ける。
 - ・ 一人当たり前期高齢者給付費は調整されず、各保険者の65～74歳の医療費水準に応じた負担となる。
- ※ 保険者ごとの負担が過大とならないよう、次のような仕組みを設けている。
- ・ 前期高齢者加入率が著しく低い保険者の納付金が過大とならないよう、加入率に下限割合を設定。
 - ・ 後期・前期の拠出負担が義務的支出に比し著しく過大となる保険者について、その過大部分を全保険者で再按分。
 - ・ 一人当たり前期高齢者給付費が著しく高い保険者について、基準を超える部分を調整対象から外すことにより、保険者の医療費適正化努力を促進。

【イメージ】

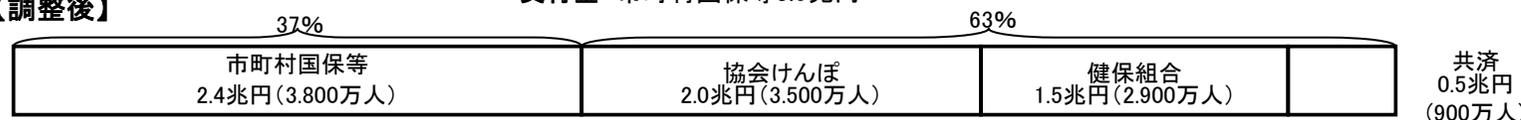


【負担の状況】

【調整前】



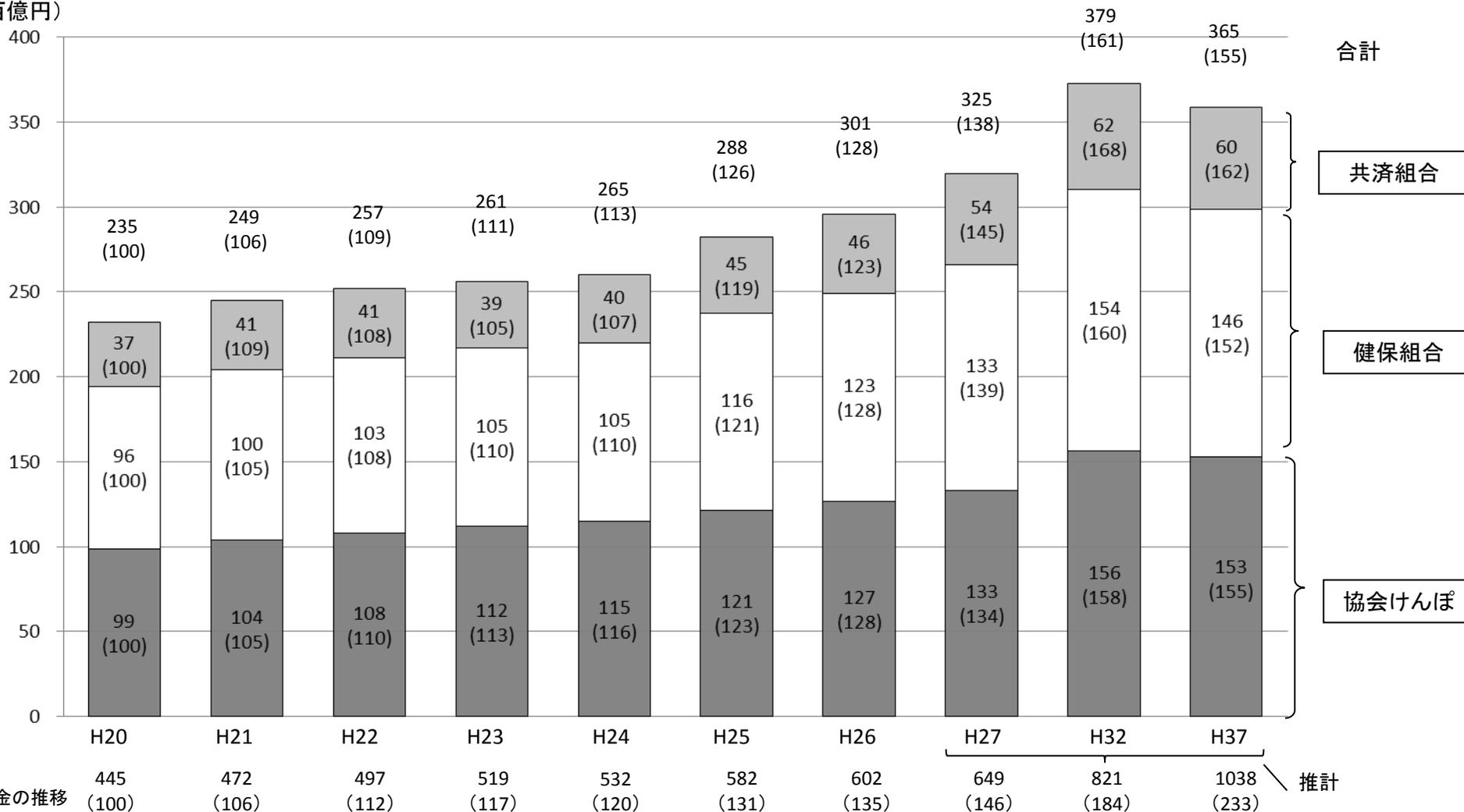
【調整後】



前期高齢者納付金の推移

○ 団塊世代(昭和22~24年生まれ)が平成24年から平成26年にかけて65歳に達することにより、当面、前期調整に係る負担の急増が見込まれる。平成34年度以降は、団塊世代が後期高齢者となり、公費・拠出負担が増加する。

(単位:百億円)

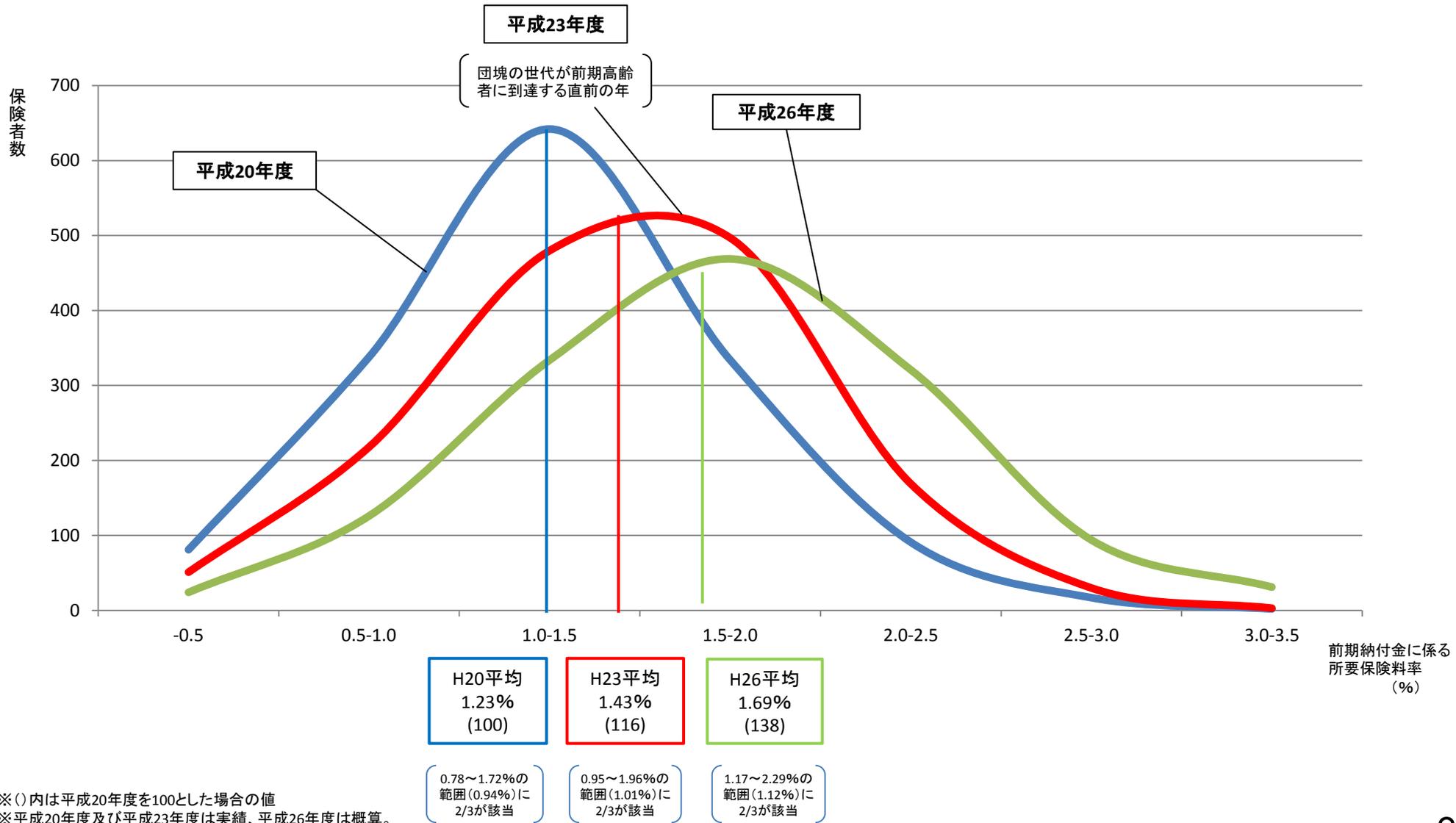


(参考)

- ※平成20年度から平成24年度は確定賦課額、平成25年度及び平成26年度は概算賦課額。27年度以降は「税と社会保障の一体改革試算」現状投影ベースの推計。
- ※合計額は国保を含んだ金額。
- ※平成20年度の前期納付金・後期支援金は11か月分であるため、満年度化している。()内は平成20年度を100とした場合の値。
- ※前期高齢者納付金からは、後期支援金に係る前期納付金分を除いている(後期支援金には含まれる)。
- ※端数処理の関係上、金額が合わない場合がある。
- ※「医療保険に関する基礎資料」(保険局)等を基に作成。

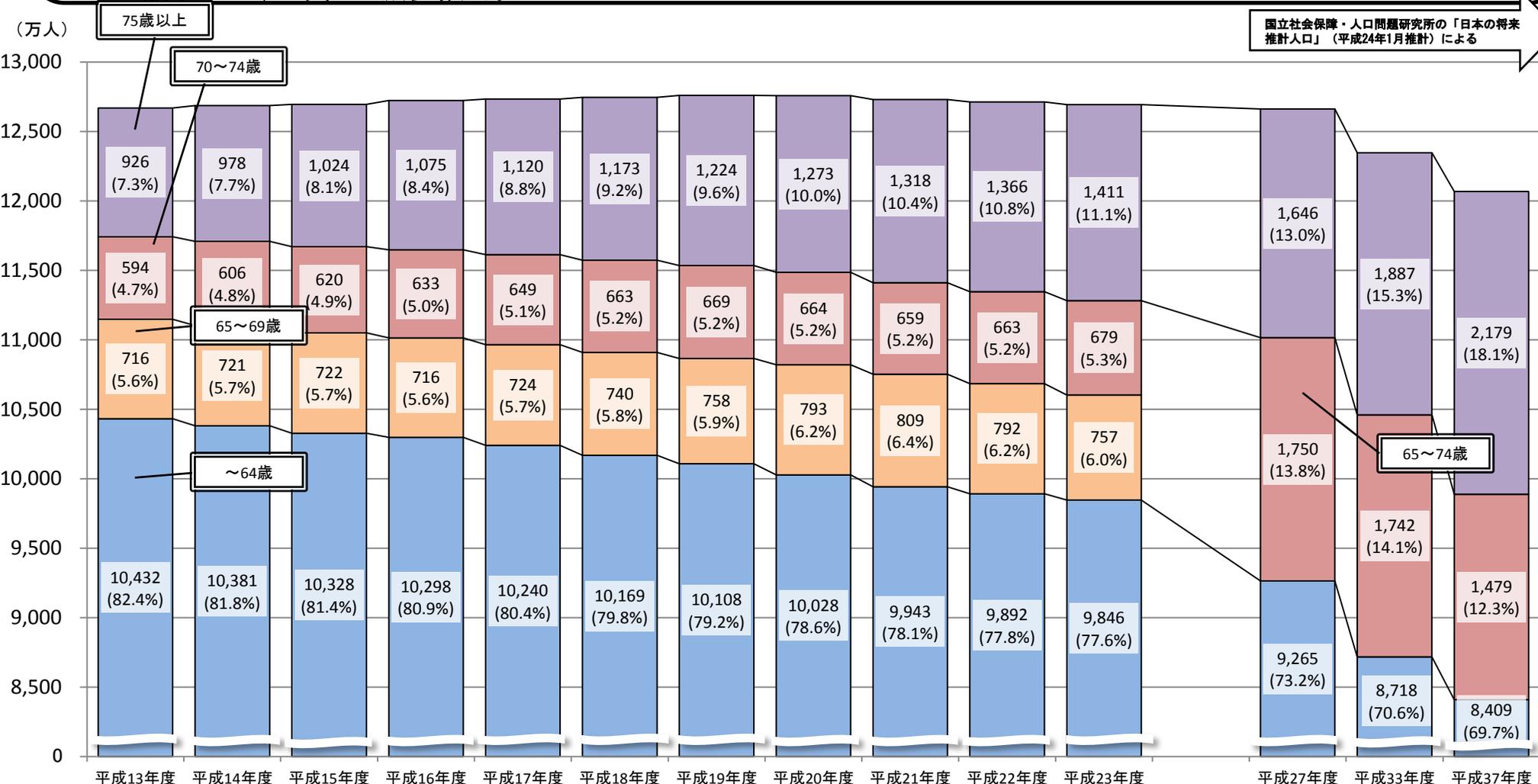
健保組合の前期納付金に係る所要保険料率

○前期高齢者増により、被用者保険者の前期納付金に係る所要保険料率は全体として高まり、また、保険者間のばらつきが大きくなっている。



年齢階級別の医療保険制度加入者数

- 65歳以上の医療保険制度加入者は、平成13年度から平成23年度に約1.27倍増加して2,847万人。このうち75歳以上は、約1.52倍増加して1,411万人。平成37年度には、65歳以上が約30%を、75歳以上が約18%を占めると推計される。
- 65歳以上74歳以下の割合は団塊世代の影響により当面増加し、平成33年度を境に減少に転じる。その後は、団塊世代の影響により、75歳以上人口が増加する。
- 64歳以下は、一貫して減少傾向。



国立社会保障・人口問題研究所の「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計)による

平成13年度 平成14年度 平成15年度 平成16年度 平成17年度 平成18年度 平成19年度 平成20年度 平成21年度 平成22年度 平成23年度 平成27年度 (推計) 平成33年度 (推計) 平成37年度 (推計)

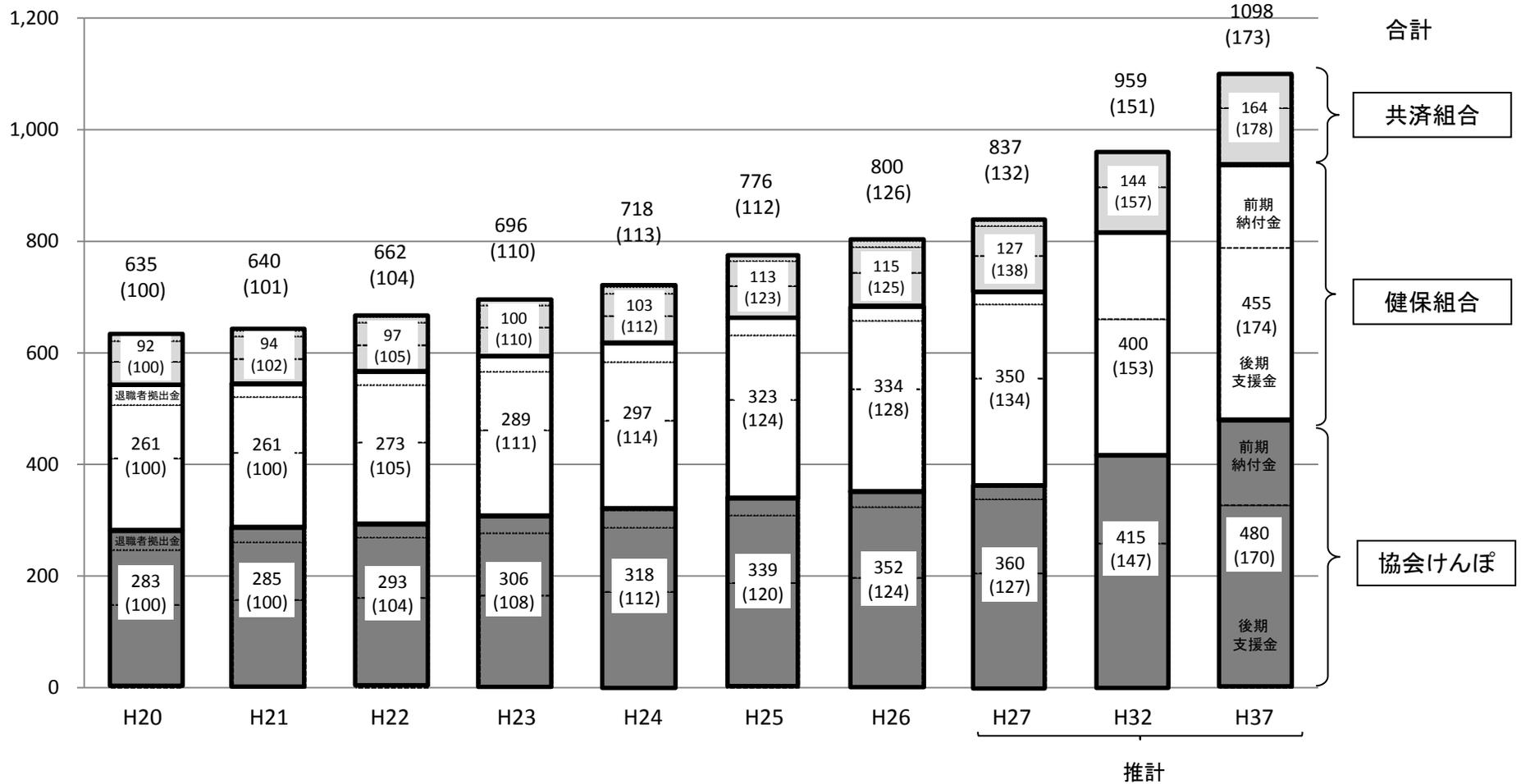
※1 平成13年度から平成23年度は、「医療保険に関する基礎資料」(厚生労働省保険局)より作成。

※2 平成27年以降は、国立社会保障・人口問題研究所の「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計)より作成。数値は年齢階級別人口。

高齢者医療制度に係る拠出金(被用者保険)の推移

(後期支援金、前期納付金、退職者拠出金の合計)

(単位:百億円)



※拠出金は、後期支援金、前期納付金、退職者拠出金の合計。

※平成20年度から平成24年度は確定賦課額、平成25年度及び平成26年度は概算賦課額、平成27年度以降は「税と社会保障の一体改革試算」現状投影ベースの推計。

※平成20年度の後期支援金、前期納付金は11か月分であるため、満年度化している。()内は平成20年度を100とした場合の値。

※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年度以降は3分の1総報酬割としている。

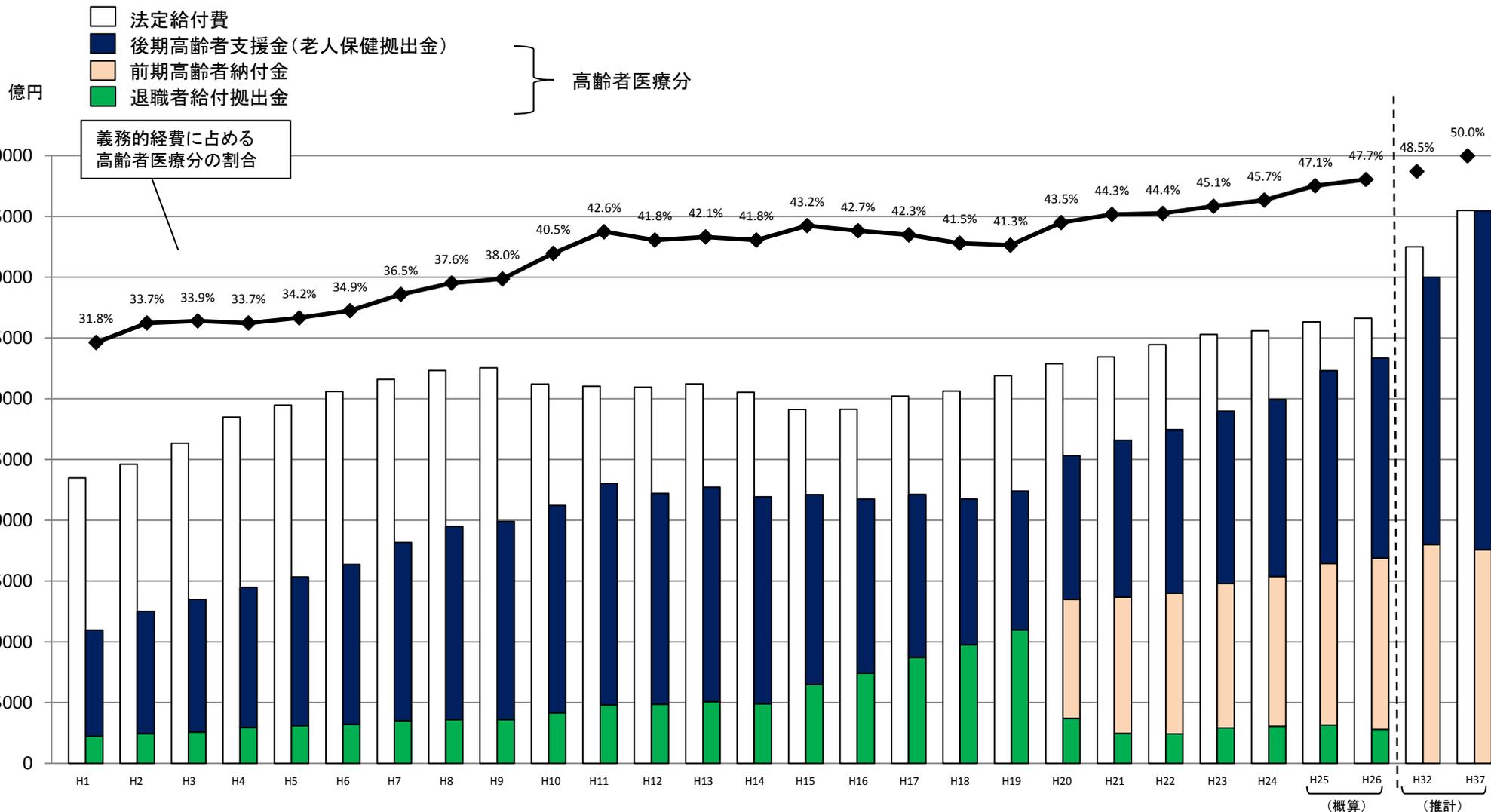
※前期納付金のうち後期支援金に係る分は被用者保険者の後期支援金としている。

※端数処理の関係上、金額が合わない場合がある。

※「医療保険に関する基礎資料」(保険局)等を基に作成。

高齢者医療への拠出負担の推移(健保組合)

○ 健保組合の高齢者医療への拠出負担は増加しており、義務的経費に占める割合は平成26年度47.7%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24年度までは実績額を、平成25年度及び平成26年度は概算額を用いている。

※後期高齢者支援金等は、平成24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25年度及び平成26年度は概算賦課額。

※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年度以降は3分の1総報酬割としている。

※平成27年度以降は、「社会保障に係る費用の将来推計の改定」(平成24年3月)の現状投影シナリオをベースに推計。

前期財政調整等に係る負担軽減措置

※数字は平成26年度

1. 前期財政調整における負担調整

【概要】 納付金・支援金の持ち出しが義務的支出に比して著しく過大となる保険者について、その過大部分を全保険者で公平に再配分。

【対象】 義務的支出に対する納付金・支援金合計額が50%(上位3%)を超える保険者の該当部分
※該当保険者数 97 (健保：90 共済：6 国保組合：1)

2. 前期財政調整における下限割合の設定

【概要】 前期高齢者加入率が著しく低い保険者の納付金が過大とならないよう、下限割合を設定。

【対象】 前期高齢者加入率が1%未満の保険者(1%として調整)
※該当保険者数 348 (健保：330 共済：18)

3. 前期財政調整における調整対象外給付費

【概要】 一人当たり前期高齢者給付費が著しく高い保険者について、一定の基準を超える部分を調整対象から外すことにより、各保険者の医療費適正化努力を促進。

【対象】 一人当たり前期高齢者給付費が全国平均(41.0万円)の1.52倍(統計上の例外値に相当)を超える保険者の該当部分
※該当保険者数 37 (健保：33 市町村国保：3 国保組合：1)

4. 高齢者医療運営円滑化等補助金

【概要】 被用者保険の支援金等の負担増の緩和を目的として、①拠出金負担が重く、②被保険者1人当たりの標準報酬総額が低い保険者を対象に、補助。

【対象】 ・標準報酬月額に占める拠出金の割合(所要保険料率)が、健康保険組合平均の1.1倍を超える
・被保険者1人当たり標準報酬総額が健康保険組合平均より低い(年546万円未満)
※交付対象 健康保険組合 333 (数字は平成25年度)

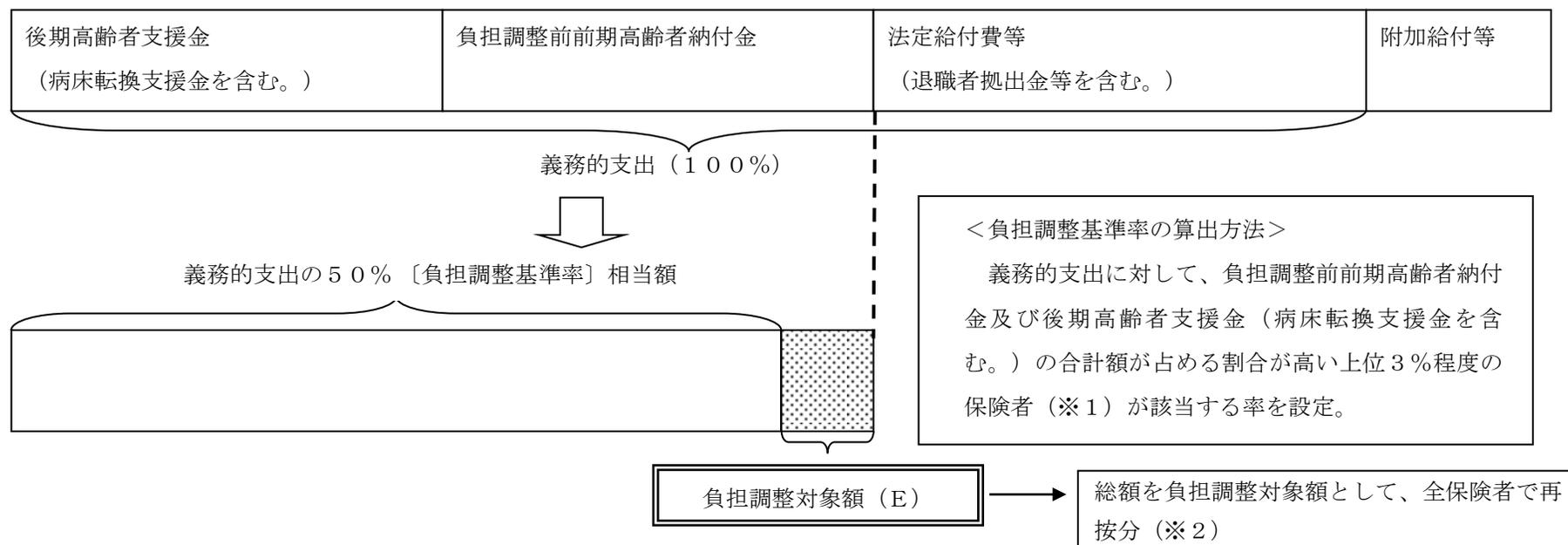
前期高齢者の財政調整における負担調整について

他保険者に対する持出し（前期高齢者納付金及び後期高齢者支援金）の額が、前期高齢者納付金及び後期高齢者支援金に法定給付費を加えた各保険者の義務的な支出に比して著しく過大となる保険者の前期高齢者納付金のうち、その過大となる部分について、加入者数に応じ、全保険者で再按分する。

具体的には、前期高齢者納付金及び後期高齢者支援金が義務的支出に占める割合の分布状況を勘案して、全保険者の上位3%程度が該当する率（負担調整基準率）を超えて前期高齢者納付金及び後期高齢者支援金を負担する部分を負担調整対象額とする。

（概念図）

【数値は平成26年度予算】



※1 全保険者（約3400）のうち、97保険者で3%程度。

※2 各保険者は、負担調整対象額（平成26年度 75億円）を全保険者総加入者数で除して得た額69円（加入者一人当たり負担調整見込額）に総加入者数を乗じた額を負担。

高齢者医療運営円滑化補助金について

(高齢者医療支援金等負担金助成事業)

【趣旨】

- 被用者保険者の高齢者医療に係る拠出金負担が大幅に増加している状況にかんがみ、その緩和を図り、制度の円滑な実施を確保する。

【仕組み】

- 助成対象保険者の要件
 - ・標準報酬総額に占める拠出金の割合(所要保険料率)が、健康保険組合平均の1.1倍超
 ※拠出金＝後期高齢者支援金、前期高齢者納付金、退職者医療拠出金
 - ・被保険者1人当たり標準報酬総額が健康保険組合平均より低い(年546万円未満(平成25年度))
- 助成方法
 - ・保険者の所要保険料率に応じて助成(負担が重い保険者に高い助成率を適用)

【推移】

	平成21年度	平成22年度 (1/3総報酬割)	平成23年度	平成24年度	平成25年度 (1/3総報酬割継続)	平成26年度
予算 (前年度比)	163億円	322億円 (+98%)	311億円 (▲3%)	304億円 (▲2%)	273億円 (▲10%)	265億円 (▲3%)
対象保険者	健保:347 共済: 8	健保:452 共済: 21	健保:339 共済: 0	健保:340 共済: 0	健保:333 共済: 0	

【助成基準(平成25年度)】

対象保険者の所要保険料率 (健康保険組合平均40.6%)	助成率	対象保険者数(333組合) (全1,414健保組合の24%)
健康保険組合平均の1.2倍(48.7%)	100%助成 (1.2倍を超える部分)	160
健康保険組合平均の1.16倍(47.0%)～1.2倍	50%助成 (1.16倍を超え1.2倍以下部分)	72
健康保険組合平均の1.1倍(44.6%)～1.16倍	10%助成 (1.1倍を超え1.16倍以下部分)	101

高齢者医療の費用負担に関する論点

- 増大せざるを得ない高齢者の医療費をどう分かち合うか。

＜後期高齢者支援金＞

- ・負担の平準化を図る観点から、被用者保険者間で全面総報酬割とすることについて、どう考えるか。
- ・全面総報酬割を実施する際には、どのような点を併せて検討する必要があるか。

＜前期高齢者納付金＞

- ・団塊世代の影響により、当面、前期納付金の急増が見込まれること、保険者ごとに見れば大きな負担となる場合があること等について、団塊世代がその後、後期高齢者になること等も踏まえ、各保険制度の運営の安定を確保する観点からどのように考えるか。
- ・個々の保険者の負担が過大にならないようにするため、現在、全保険者による負担調整、被用者保険者に対する円滑化補助金等の方策がとられているが、これらをどう考えるか。

後期高齢者医療の保険料

高齢者医療制度改革会議最終とりまとめ（平成22年12月20日）（抄）

Ⅲ 新たな制度の具体的な内容

3. 費用負担

(3) 高齢者の保険料

- 現行制度においては、75歳未満の現役世代の負担の増加に配慮し、「現役世代人口の減少」による現役世代の保険料の増加分を75歳以上の高齢者と現役世代で折半し、高齢者の保険料の負担割合を段階的に引き上げる仕組みになっている。しかしながら、現行制度では、高齢者と現役世代の保険料規模の違いを考慮していないため、基本的に高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回る構造にある。また、高齢者人口の増加分は、現役世代と高齢者で分かち合っていないという問題点がある。
- このため、「高齢者人口の増加」と「現役世代人口の減少」に伴う現役世代の保険料の増加分を、高齢者と現役世代の保険料規模に応じて分担する仕組みとする。これにより、高齢者と現役世代の1人当たり医療費の伸びが同じであれば、高齢者と現役世代の保険料の伸びはほぼ均衡することとなる。なお、現行制度は平成24年度に次期保険料の改定を迎えるため、新たな制度の施行に先立って見直す。
- (略)、75歳以上の保険料について財政安定化基金を活用して伸びを抑制できる仕組みを設ける。なお、保険料の上昇抑制に基金を活用するかどうか、どの程度活用するかは、基金を設置する都道府県の判断によることとなるが、そもそも基金を保険料の上昇抑制のために活用すべきではないとの意見もあった。
- 75歳以上の方に適用されている低所得者の保険料軽減の特例措置(均等割の9割・8.5割軽減、所得割の5割軽減)については、後期高齢者医療制度の施行時の追加的な措置として導入されたものであるが、負担の公平を図る観点から、75歳未満の国保の軽減措置との整合性を踏まえ、段階的に縮小する。なお、実施に当たっては、75歳以上の1人当たり医療費は高く、毎月その85%の方がサービスを受けている一方で、9割軽減の保険料は全国平均で月額350円程度に抑制されていること、75歳未満の国保では最大で7割までの軽減であり世代間の公平を考慮する必要があること等について、十分な説明を行い、国民に理解を求めながら丁寧に進める必要がある。

(注) 高齢者医療制度改革会議では、後期高齢者医療制度を廃止し、75歳以上の者は国保又は被用者保険に加入する考え方であることから、元被扶養者の特例軽減については記載されていない。

医療保険部会における後期高齢者医療の保険料に関する議論等

○医療保険部会「議論の整理」(平成23年12月6日)

- ・ 最終とりまとめに盛り込まれている後期高齢者負担率の見直しは、高齢者の負担を軽減する一方で、現役世代にとっては負担増であることから、これを実施する場合には、現役世代への経済的支援をあわせて行うべきとの意見があった。

○医療保険部会「社会保障審議会医療保険部会における主な議論」(平成25年5月29日)

- ・ 高齢者の保険料についてももう少し累進制をきちんとした再検討をしてもいいのではないか。
- ・ 後期高齢者に係るその他の特例措置等について、負担の公平性の観点から見直しを行った上で、恒久的な措置とし、制度全体の安定化を図るべき。
- ・ 医療保険財政が厳しい中で、所得の高い方からは保険料をより負担してもらおうという観点から、健保の標準報酬月額の上限や国保の保険料の賦課上限を引き上げるべき。

○医療保険部会における主な意見(平成25年10月23日議事録から要旨)

- ・ 特例措置については、負担の公平性の観点から見直しを行った上で、恒久的な措置とし、制度の安定化を図るべき。ほかとあまりバランスを失わないような、多くの国民に理解いただけるような方向性を示すべき。
- ・ 元被扶養者の軽減措置については、所得では軽減の必要のない方が半分近く軽減されている。負担能力のある方には適切な負担をお願いするという方向性からすれば、早い段階で見直しを図っていくべき。
- ・ 元被扶養者の特例措置については、他の制度、他の所得帯に比べてバランスを欠く、不公平という感じがある。保険財政の厳しさ、被保険者の負担の公平といった観点から、なるべく早い段階で特例措置をとりやめるべき。
- ・ 高齢者の保険料のアンバランスの是正について、当事者である高齢者としては、時間をかけるのは難しいかもしれないが、しっかり理解いただけるような配慮を是非お願いしたい。
- ・ 介護保険制度で保険料軽減が示されているので、こういった形で高齢者が医療・介護を含め保険料負担をしなければならないのか、総合的に判断して具体的な在り方を早期に見直していく必要がある。

○「好循環実現のための経済対策」(平成25年12月5日)

- ・ 後期高齢者医療の保険料軽減特例措置についても、段階的な見直しを前提に検討に着手する。

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）

※ 国保の保険料に関する部分

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

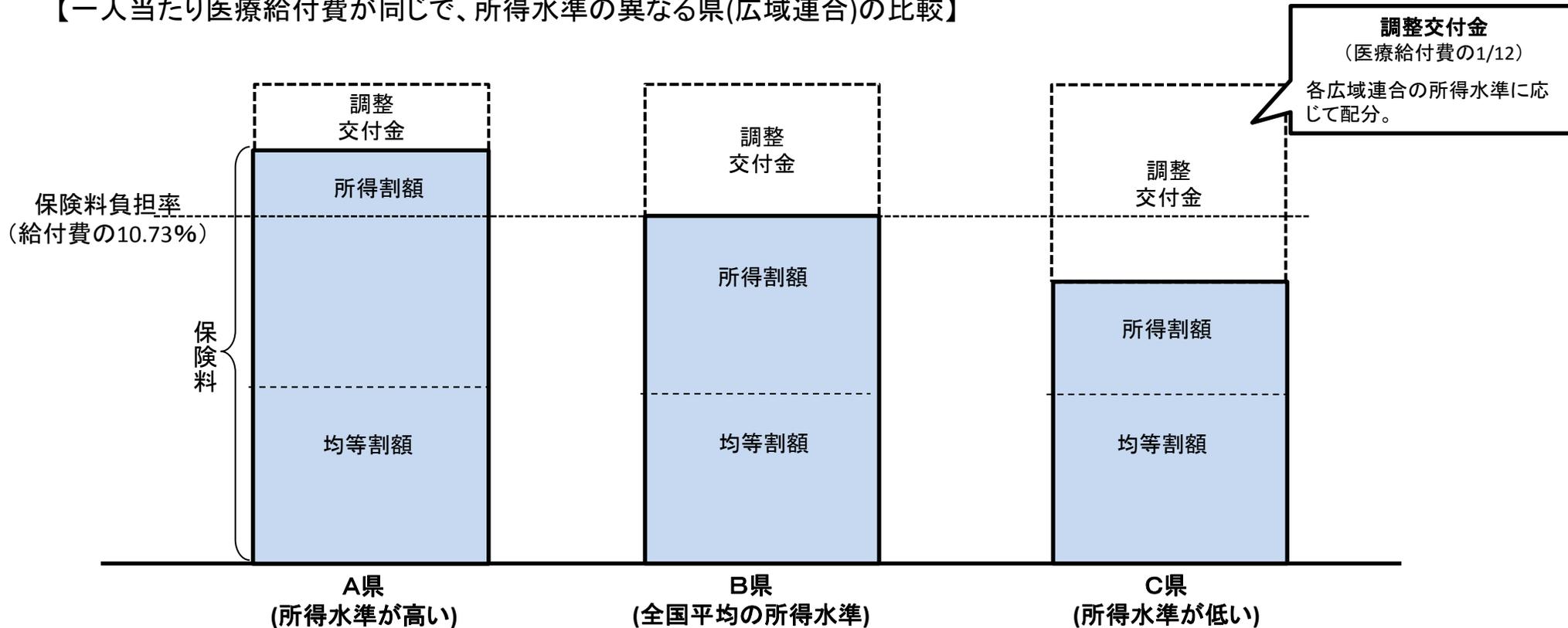
（1）財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

- 次に、「保険料に係る国民の負担に関する公平の確保」についても、これまで保険料負担が困難となる国民健康保険の低所得者に対して負担軽減が図られてきたことが、国民皆保険制度の維持につながってきたことを踏まえるべきである。したがって、まず、国民健康保険の低所得者に対する保険料軽減措置の拡充を図るべきであり、具体的には、対象となる軽減判定所得の基準額を引き上げることが考えられる。
- このような低所得者対策は、低所得者が多く加入する国民健康保険に対する財政支援の拡充措置と併せ、今般の社会保障・税一体改革に伴う消費税率引上げにより負担が増える低所得者への配慮としても適切なものである。もっとも、税制面では、社会保障・税一体改革の一環として所得税、相続税の見直しによる格差是正も図られている。医療保険制度における保険料の負担についても、負担能力に応じて応分の負担を求めることを通じて保険料負担の格差是正に取り組むべきである。
- 国民健康保険の保険者の都道府県への移行は財政運営の安定化のみならず保険料負担の平準化に資する取組であるが、このほか、国民健康保険において、相当の高所得の者であっても保険料の賦課限度額しか負担しない仕組みとなっていることを改めるため、保険料の賦課限度額を引き上げるべきである。同様の問題が被用者保険においても生じており、被用者保険においても標準報酬月額上限の引上げを検討するべきである。

後期高齢者医療の保険料について

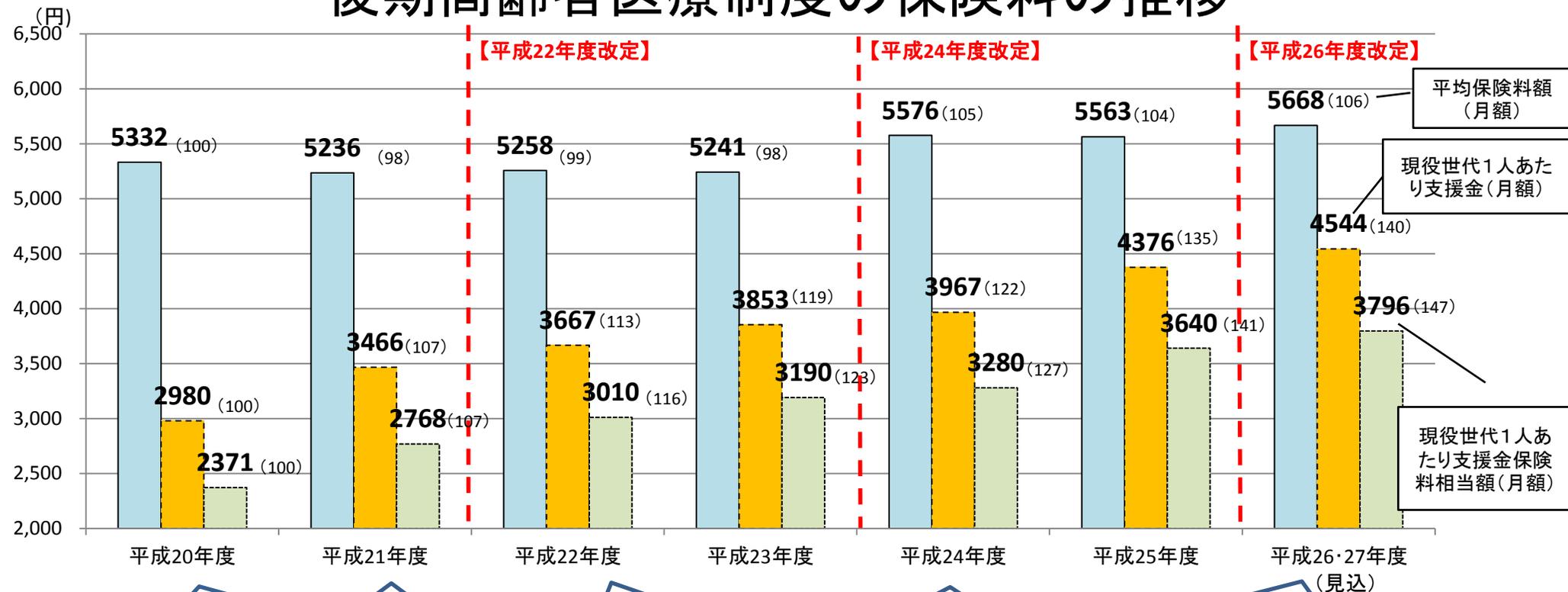
- 被保険者が負担する保険料は、条例により広域連合が決定し、毎年度、個人単位で賦課される(2年毎に保険料率改定)。
- 保険料で賄う分は、医療給付費全体の約1割。(人口減少による現役世代の負担の増加分を、高齢者と現役世代で折半し、高齢者の保険料負担率を段階的に引き上げている(平成26・27年度10.73%。)
- 広域連合間の所得水準の格差を是正するため、国の調整交付金を所得に応じて配分している。これにより、同じ医療給付費水準であれば、広域連合の所得水準にかかわらず、同じ保険料水準となる。
- 広域連合間の医療給付費格差は調整せず、一人当たり医療給付費の高い広域連合は、保険料が高くなる。

【一人当たり医療給付費が同じで、所得水準の異なる県(広域連合)の比較】



- ※ 実際の保険料は、医療給付費以外に現金給付等に充てる分が加えられた額となる。
- ※ 調整交付金には、普通調整交付金の他、災害その他特別な事情に対する特別調整交付金がある。
- ※ 調整交付金は、医療給付費の1/12交付されるが、対象となる医療給付費に現役並所得者分は含まない。

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
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)	89.1万円 (114)	91.1万円 (117)
高齢者負担率	10.00%(100)		10.26%(103)		10.51%(105)		10.73%(107)

※ 平均保険料額は平成20～25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26・27年度は保険料改定時見込み。
 ※ 支援金は、平成20～24年度は確定賦課ベース、平成25年度は概算賦課ベース、平成26・27年度は平成26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20～24年度は確定賦課ベース、平成25・26年度は予算ベース。(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している。
 ※ 1人当たり医療給付費は平成20～24年度までは実績額、平成25・26年度は予算ベース。

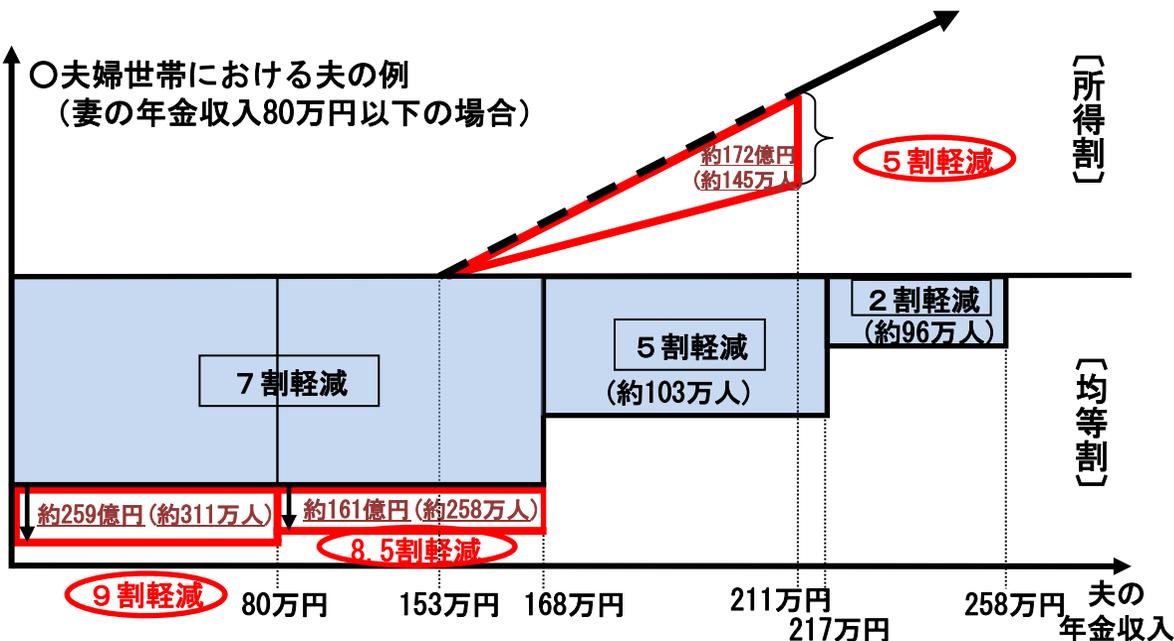
後期高齢者医療制度の保険料軽減特例措置について

- 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) 【平成26年度予算 合計811億円】
 - 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)

※好循環実現のための経済対策(平成25年12月5日閣議決定)(抄)

「後期高齢者医療の保険料軽減特例措置についても、段階的な見直しを前提に検討に着手する。」

【 低所得者の軽減 】



【 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)。

※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。

後期高齢者医療保険料特例軽減の経緯

平成20年度 後期高齢者医療制度施行

- ・【低所得者】所得割 5 割軽減を実施
- ・【元被扶養者】保険料徴収を平成20年 9 月まで（6 ヶ月間）凍結

平成20年10月

- ・【低所得者】均等割 7 割軽減世帯の保険料徴収をしない措置を実施
（→これにより、7 割軽減世帯は年間を通じて8.5割軽減となる）
- ・【元被扶養者】平成21年 3 月まで（6 ヶ月間）均等割 9 割軽減

平成21年度

- ・【低所得者】均等割8.5割軽減を継続、新たに均等割 9 割軽減を実施
- ・所得割 5 割軽減を継続
- ・【元被扶養者】均等割 9 割軽減を継続

平成22年度～

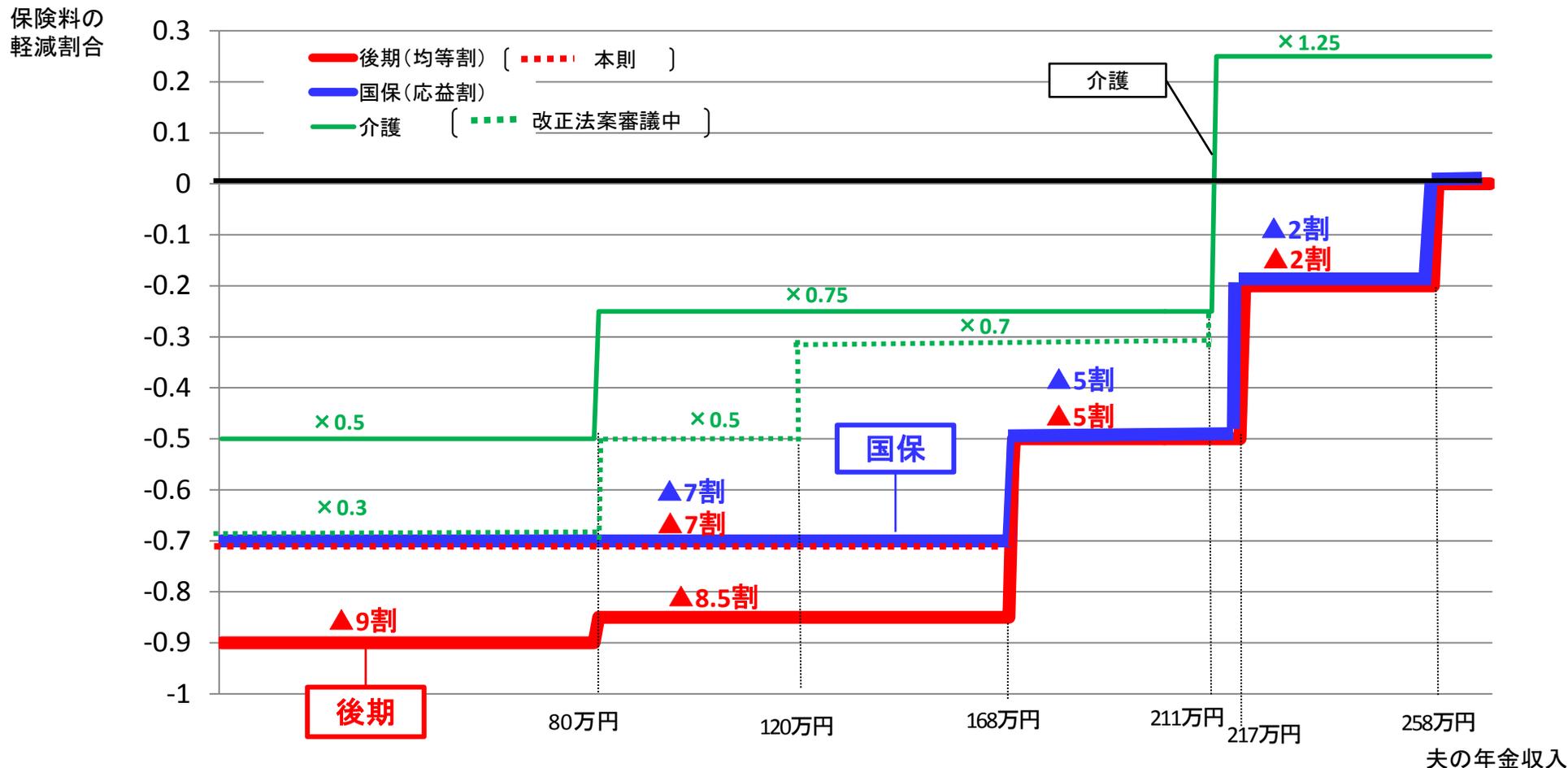
- ・【低所得者】 【元被扶養者】 毎年度、特例措置を継続

平成26年度

- ・【低所得者】均等割 2 割・5 割軽減の対象を拡大（特例措置でなく本則により実施）

後期・国保・介護保険の保険料軽減割合

○夫婦世帯における夫の例(妻の年金収入80万円以下の場合)



※後期・国保は均等割と所得割により構成されており、そのうち均等割のみを示している。介護保険は基準額を基にした段階額のみとなっている。
 ※介護保険において、基準額の等倍となる第4段階は「住民税本人非課税、世帯課税」のケースであるため、グラフにはあらわれない。

後期高齢者医療制度の保険料の状況

単身世帯	後期高齢者医療				国保
	一般被保険者		元被扶養者		
	特例	本則	特例	本則(制度加入から2年間)	
80万円	<均等割9割軽減> 370円(0.56%)	<均等割7割軽減> 1,120円(1.69%)	<均等割9割軽減> 370円(0.56%)	<均等割7割軽減> 1,120円(1.69%)	<応益割7割軽減> 2,650円(3.97%)
150万円	<均等割8.5軽減> 560円(0.45%)	<均等割7割軽減> 1,120円(0.90%)	<均等割9割軽減> 370円(0.30%)	<均等割7割軽減> 1,120円(0.90%)	<応益割7割軽減> 2,650円(2.12%)
200万円	<均等割2割・ 所得割5割軽減> 4,740円(2.84%)	<均等割2割軽減> 6,480円(3.89%)	<均等割9割・所得割10割軽減> 370円(0.22%)	<均等割5割・所得割10割軽減> 1,870円(1.12%)	<応益割2割軽減> 8,020円(4.81%)
250万円	<軽減なし> 10,930円(5.24%)		<均等割9割・所得割10割軽減> 370円(0.18%)	<均等割5割・所得割10割軽減> 1,870円(0.90%)	<軽減なし> 12,250円(5.88%)

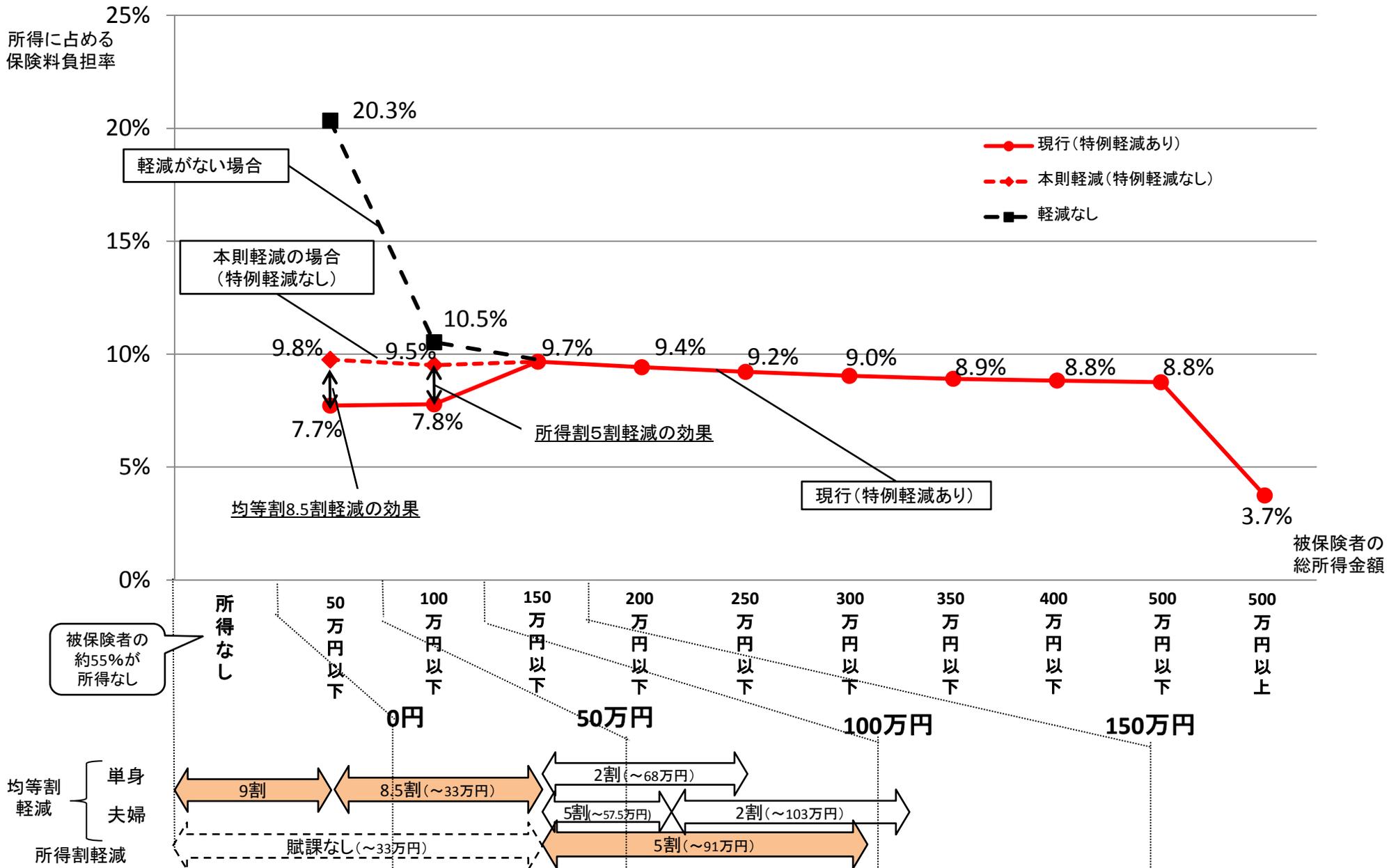
夫婦世帯(妻の年金収入80万円以下の夫の例)		後期高齢者医療				国保
夫の年金収入	一般被保険者		妻が元被扶養者の場合			
	特例	本則	特例	本則(制度加入から2年間)		
80万円	<均等割9割軽減(夫妻)> 740円 夫370円 妻370円	<均等割7割軽減(夫妻)> 2,240円 夫1,120円 妻1,120円	<均等割9割軽減(夫妻)> 740円 夫370円 妻370円	<均等割7割軽減(夫妻)> 2,240円 夫1,120円 妻1,120円	<応益割7割軽減> 3,330円	
150万円	<均等割8.5割軽減(夫妻)> 1,120円 夫560円 妻560円	<均等割7割軽減(夫妻)> 2,240円 夫1,120円 妻1,120円	<均等割8.5割(夫)、9割軽減(妻)> 930円 夫560円 妻370円	<均等割7割軽減(夫妻)> 2,240円 夫1,120円 妻1,120円	<応益割7割軽減> 3,330円	
200万円	<均等割5割軽減(夫妻)・ 所得割5割軽減(夫)> 5,480円 夫3,610円 妻1,870円	<均等割5割軽減(夫妻)> 7,220円 夫5,350円 妻1,870円	<均等割5割(夫)、9割(妻)・ 所得割5割軽減(夫)> 3,980円 夫3,610円 妻370円	<均等割5割(夫)、5割軽減(妻)> 7,220円 夫5,350円 妻1,870円	<応益割5割軽減> 7,820円	
250万円	<均等割2割軽減(夫妻)> 13,180円 夫10,180円 妻3,000円		<均等割2割(夫)・9割軽減(妻)> 10,550円 夫10,180円 妻370円	<均等割2割(夫)・5割軽減(妻)> 12,050円 夫10,180円 妻1,870円	<応益割2割軽減> 13,180円	

※ () 内は年金収入に占める保険料負担割合、<>内は保険料軽減割合。

※後期高齢者医療保険料は、平成26・27年度全国平均保険料率(均等割44,980円、所得割率8.88%)により算出。

※国民健康保険料は、四方式(旧ただし書き所得ベース)の平成23年全国平均保険料率により算出。国民健康保険料資産割額は、年収にかかわらず全国平均年額15,667円として算出。

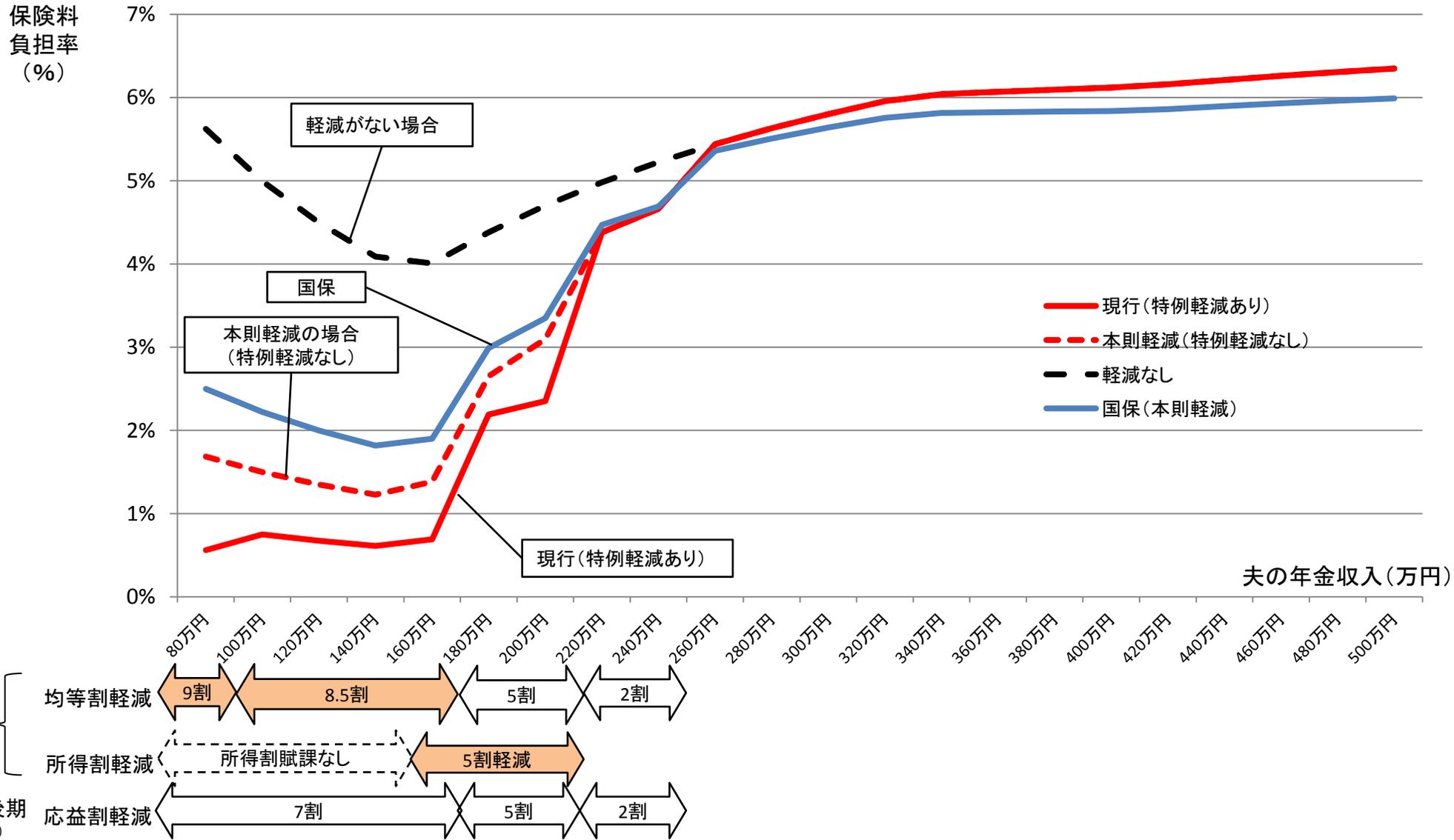
所得に対する保険料負担率（平成25年度）



※厚生労働省保険局調査課「後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告」を集計。
 ※所得は、給与所得控除や公的年金等控除後の所得総額（基礎控除前）。

収入に対する保険料負担率

○夫婦世帯(妻の年金収入80万円以下の場合)における収入に対する保険料合計額の割合



※保険料負担率は夫婦の保険料合計額÷夫婦の収入合計額により算出。

※後期高齢者保険料額は平成26・27年度平均保険料率(均等割44,980円、所得割8.88%)を基に算出。

※国保保険料率は旧ただし書き所得・4方式を採用する平成23年度全国平均値(均等割27,355円、世帯割26,337円、所得割8.00%、資産割15,667円)を基に算出。

被用者保険の被扶養者であった者の状況（推計） （低所得者軽減区分を適用した場合）

	合計	9割軽減 (7割軽減(政令本則))	8.5割軽減	5割軽減 (政令本則)	2割軽減 (政令本則)	軽減なし
元被扶養者 被保険者数	175万人 (100%)	49万人 (28%)	35万人 (20%)	7万人 (4%)	4万人 (2%)	80万人 (46%)
均等割額 (全国平均)	370円/月	370円/月	560円/月	1,870円/月	3,000円/月	3,750円/月

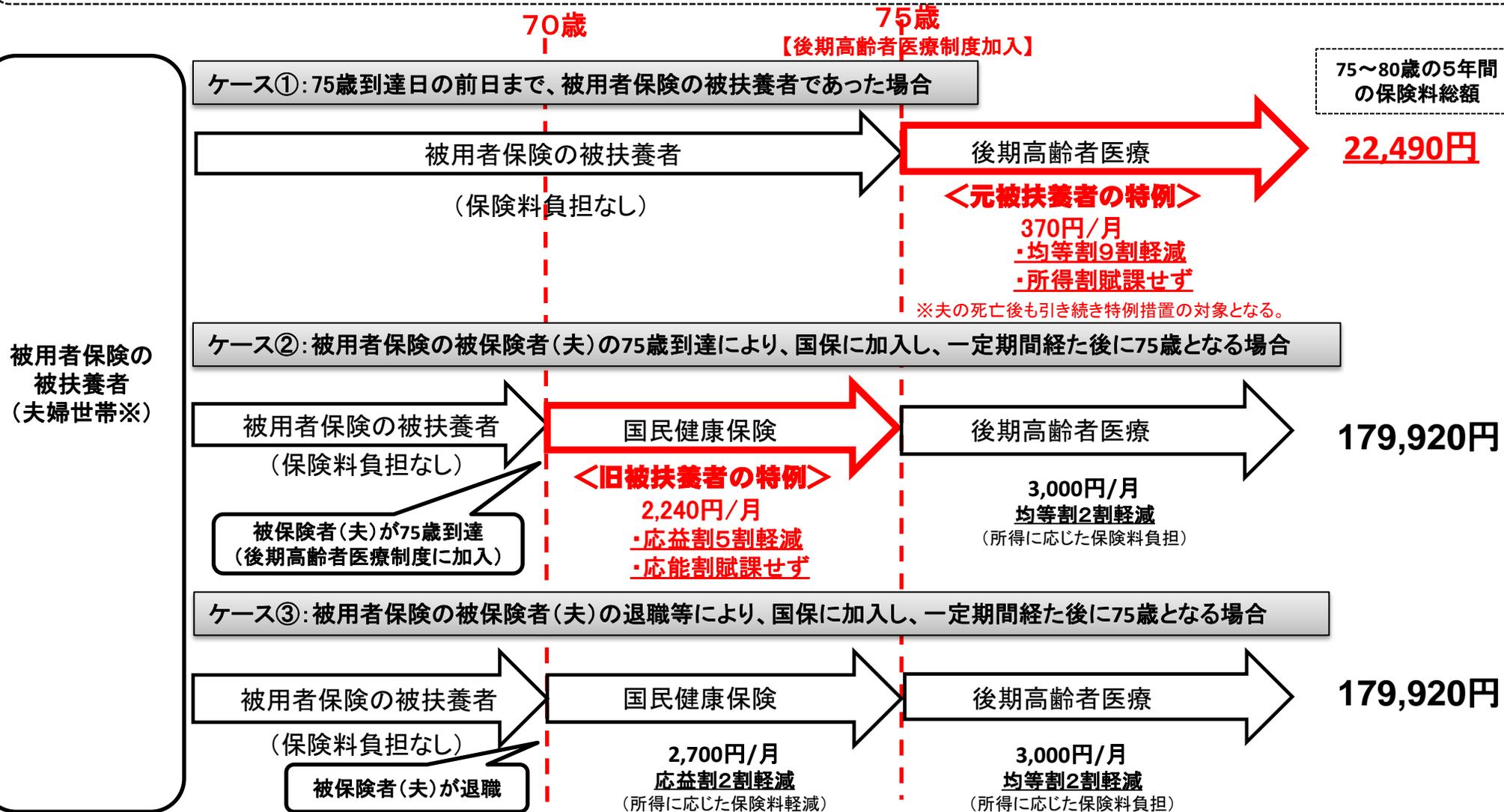
※元被扶養者被保険者数の合計は、平成25年度後期高齢者医療制度被保険者実態調査の数値を使用している。

※各保険料軽減区分の被保険者数については、元被扶養者の属する世帯の軽減判定用の世帯所得及び世帯員数等を使用し、元被扶養者保険料特例軽減措置がなかった場合に適用される区分に計上して推計している。

なお、5割軽減及び2割軽減については平成26年4月1日以降の基準（軽減拡大後）を適用している。

被用者保険の元被扶養者の保険料負担

- 元被扶養者については、特例軽減により以下の状況がある。
 - ・75歳到達時に元被扶養者であれば、所得や状況変化にかかわらず期限なく均等割9割軽減となる。
 - ・75歳到達直前に国保に加入していた者や単身者等との間で、負担格差がある。



※被用者保険から国保・後期へ異動した後の収入は以下を想定。

夫：年金収入201万円（平均的な厚生年金受給者） 妻：年金収入80万円（基礎年金のみ）
 ※国保保険料は、平成23年度の4方式の全国平均料率を基に算定（一人当たり均等割額27,355円、平等割額26,337円、資産割額15,667円、所得割率8.00%）。
 ※後期高齢者医療の保険料は、平成26・27年度の全国平均料率を基に算定（均等割額44,980円、所得割率8.88%）。
 ※パターンCの国民健康保険の保険料は、世帯で賦課される保険料のうち妻相当分の額を算出したもの（資産割は夫分、平等割は夫・妻二分の一ずつとして算出）。

後期高齢者医療制度の保険料軽減対象の拡大 平成26年4月から実施

平成26年4月から実施

○ 後期高齢者に対する保険料軽減の対象を拡大する。(世帯の所得で判定)※【】内は夫婦世帯、妻の年金収入80万円以下の夫の例

① 2割軽減の拡大… 軽減対象となる所得基準額を引き上げる。(対象者約50万人)

(現行) 基準額 33万円+35万円×被保険者数 【年金収入 238万円以下】

(改正後) 基準額 33万円+45万円×被保険者数 【年金収入 258万円以下】

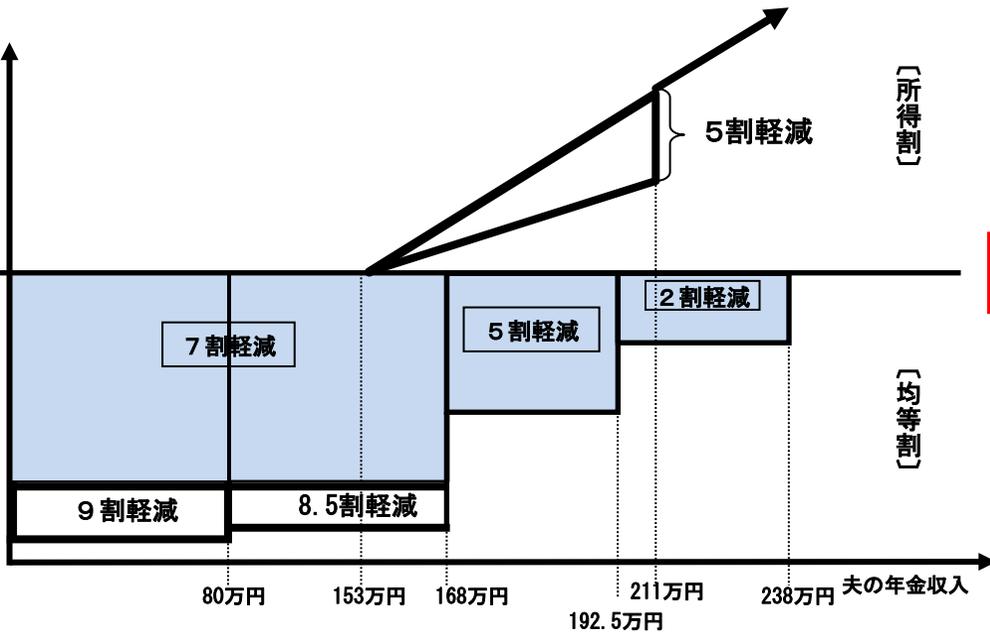
② 5割軽減の拡大… 現在、二人世帯以上が対象であるが、単身世帯についても対象とするとともに、軽減対象となる所得基準額を引き上げる。(対象者約60万人)

(現行) 基準額 33万円+24.5万円×(被保険者数-世帯主) 【年金収入 192.5万円以下】

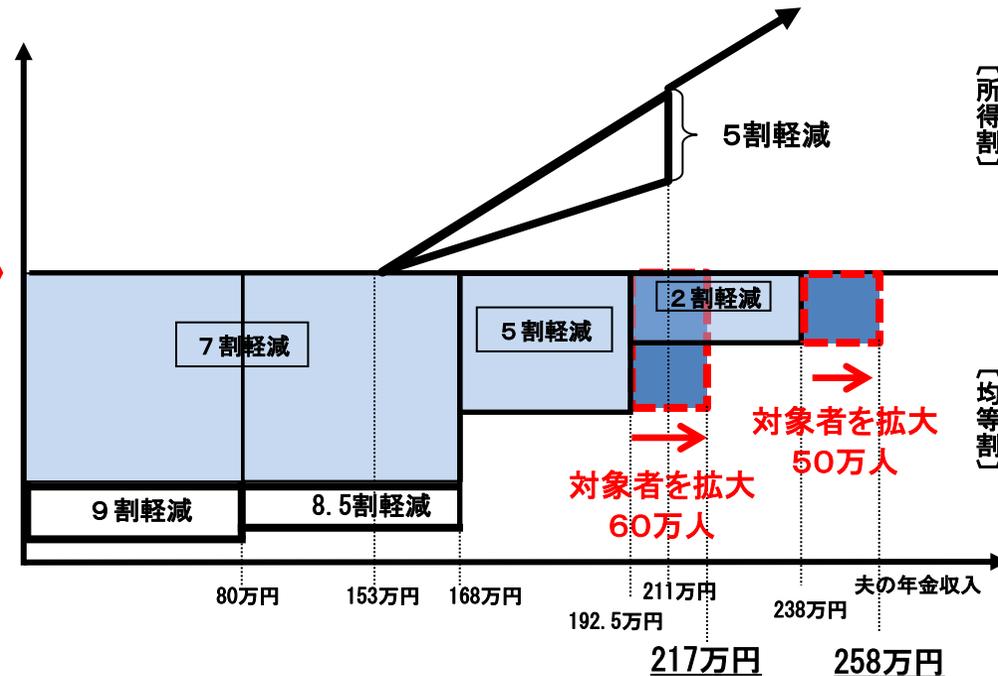
(改正後) 基準額 33万円+24.5万円×被保険者数 【年金収入 217万円以下】

※基準額は、いずれも国保と同じ。

【現行制度】



【改正後】



・対象者数 110万人
・所要額 130億円

※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)
 ※対象者数は平成26年度推計。
 ※太枠は予算措置による保険料軽減特例措置(均等割9割・8.5割軽減、所得割5割軽減)。

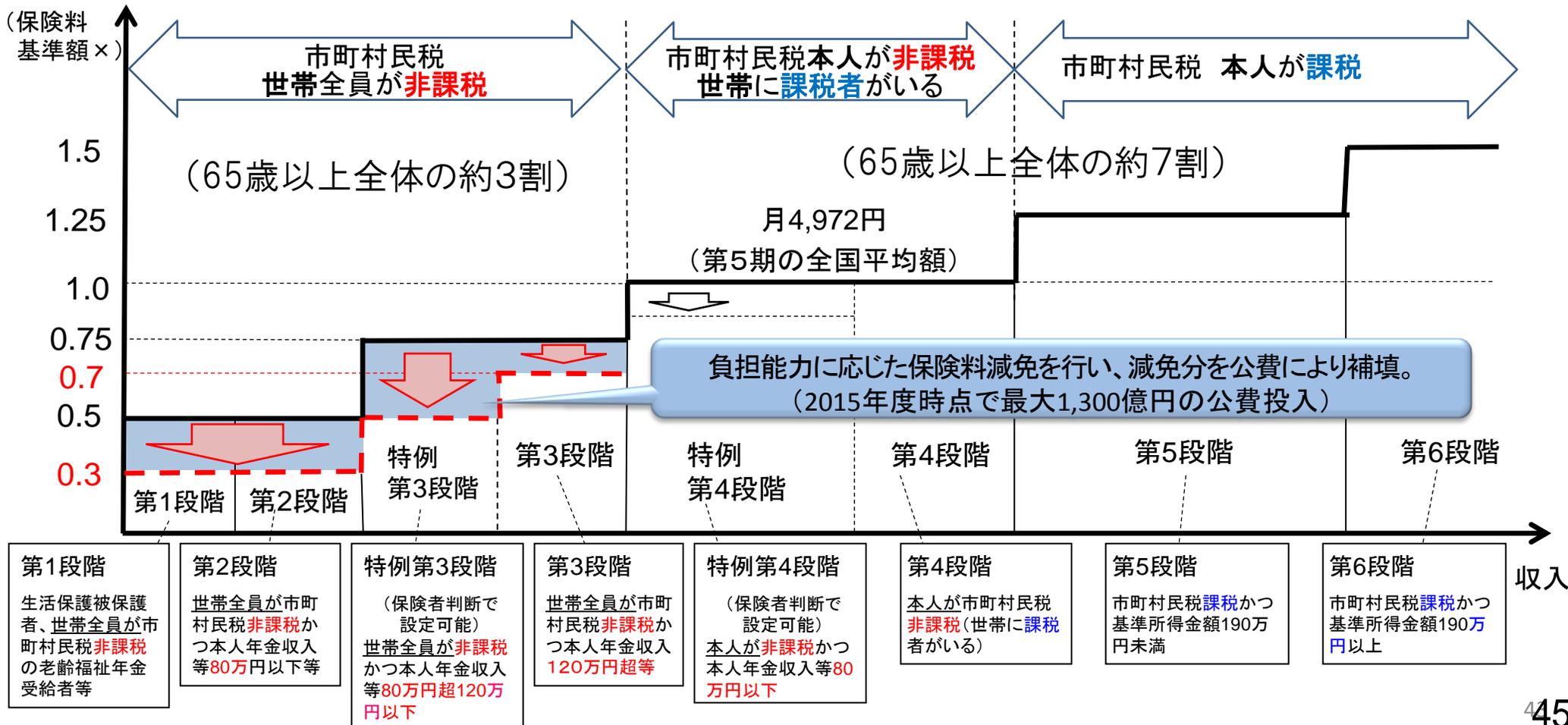
【介護保険】低所得者の一号保険料の軽減強化

〔見直し案〕

- 給付費の5割の公費とは別枠で公費を投入し、低所得の高齢者の保険料の軽減を強化。
- 平成27年度（第6期介護保険事業計画）から実施。

現行 27年度～

第1・第2段階	0.5	→	0.3
特例第3段階	0.75	→	0.5
第3段階	0.75	→	0.7



後期高齢者医療の保険料に関する論点

<保険料の特例軽減>

- ・世代内・世代間の公平の観点に立って、高齢者に不安が生じないように配慮しつつ、特例軽減をいつからどのように見直すことが適当か。
- ・その際、低所得者への軽減拡大(平成26年度実施)、介護保険料の低所得者への軽減の拡大等との関連について、どう考えるか。

平成 26 年 5 月 19 日

厚生労働大臣
田村 憲久 殿

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
日本経済団体連合会	会長	米倉	弘昌
日本商工会議所	会頭	三村	明夫
日本労働組合総連合会	会長	古賀	伸明

医療保険制度改革に関する被用者保険関係 5 団体の要望について

2013 年 12 月に成立した「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（プログラム法）」では、今後の医療保険制度改革について、「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」とともに、最重要課題である高齢者医療制度のあり方については、「必要に応じ、見直しに向けた検討を行う」と規定された。それを受け、社会保障審議会医療保険部会では、今まさに医療保険制度全体の見直しに向けて議論が開始されたところである。

被用者保険は、医療保険制度の中核として国民皆保険を支えてきたが、高齢者を中心に医療費が増加するなか、なによりも高齢者医療への拠出金負担により、かつてない厳しい状況に追い込まれている。就労人口が減少する一方、団塊の世代がすべて前期高齢者に入っていく超高齢社会にあっては、今後も医療保険財政は厳しさを増すばかりであり、このままでは公的医療保険制度の維持は困難な状況に直面しかねない。この危機を回避するためには、最大の要因である高齢者医療制度の財源のあり方を早急に見直すとともに、伸び続ける医療費の適正化策を着実に実行することが必要不可欠である。

われわれ被用者保険関係 5 団体は、現役世代の納得性を確保するとともに、重い拠出金負担を軽減し、将来にわたり持続可能な制度を構築することをめざして、一致して下記の要望事項をとりまとめた。

政府・与党におかれては、次期改革案の取りまとめにあたり、われわれの総意を受け止め、その実現方に真摯に臨まれるよう切に要望する。

記

- 医療保険制度改革にあたっては、現役世代の納得性を確保するとともに、現役世代に過度に依存する制度を構造的に見直すべきである。具体的には、75 歳以上の医療費への公費 5 割を実質確保することはもとより、特に、前期高齢者の財政調整の仕組みを見直し、新たに公費投入を行うべきである。さらに、現役世代の拠出金負担に一定の上限を設定する等、負担増に歯止めをかける仕組みを導入する必要がある。また、これらの負担構造の改革に要する財源としては、消費税の税率引上げ分を活用、充当すべきである。
- プログラム法では、被用者保険における後期高齢者支援金の全面総報酬割導入が検討課題とされているが、これによる国庫補助削減分を国民健康保険の赤字補填に流用することは、国の財政責任を被用者保険に転嫁するものであり、断固反対である。
- 超高齢社会においても持続可能な医療保険制度を構築するためには、診療報酬の仕組みの再構築、医療機関の機能分化・連携の推進、ジェネリック医薬品の使用促進、療養の範囲の見直し等様々な医療費適正化対策を更に推進すべきである。
- 被用者保険の保険者が医療費の適正化・効率化や加入者の健康の維持・増進に効果的に取り組んできた努力を十分尊重するとともに、今後とも国保と被用者保険が共存し、地域と職域それぞれが各々の連帯を基礎に、保険者機能を発揮できる制度体系を維持すべきである。

以上

支部別大会について

支部別大会について

1. 大会の趣旨

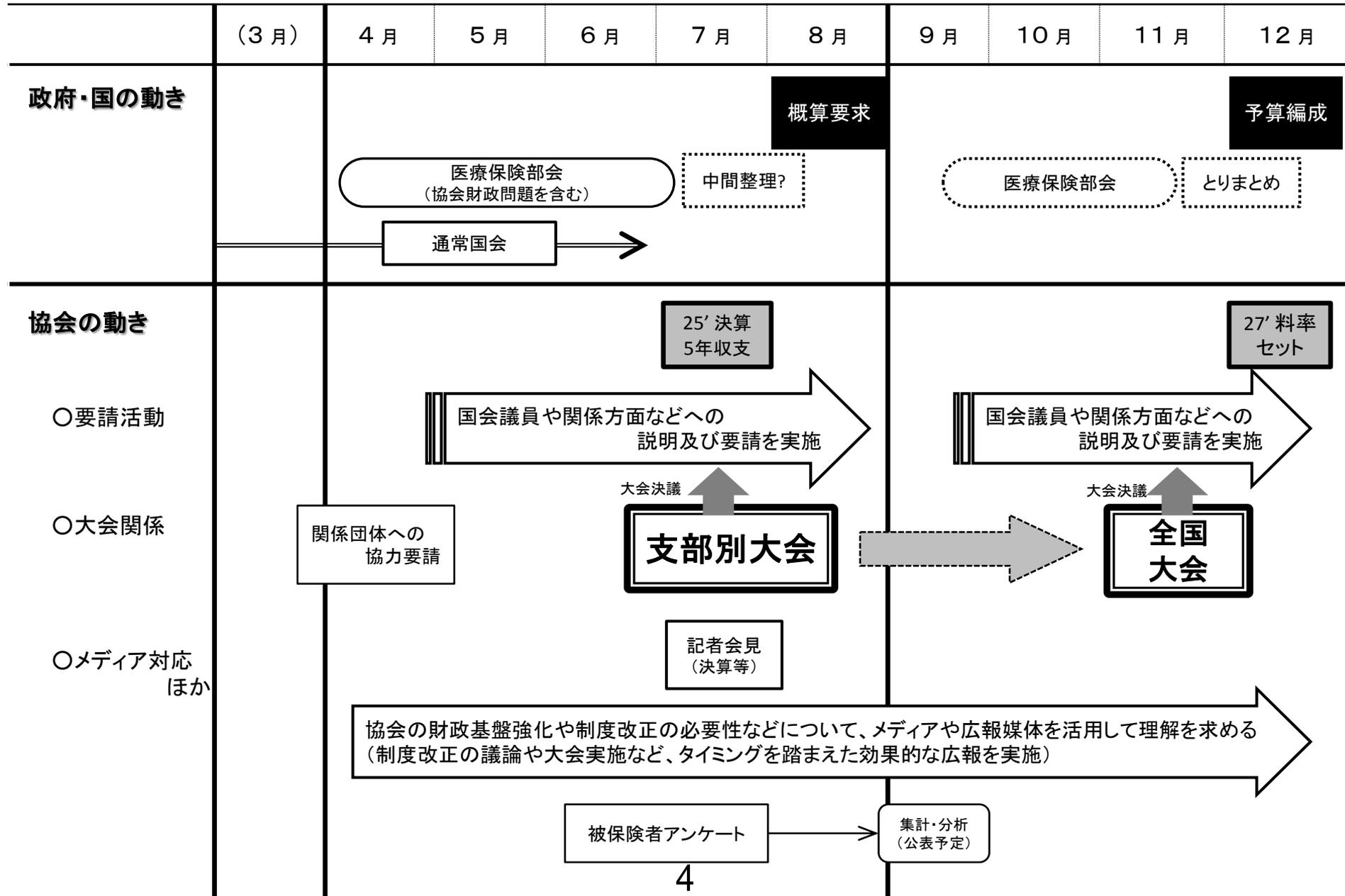
平成26年度は財政特例措置(2年延長)の最終年度であり、27年通常国会に医療保険制度改革のための法案の提出を目指すとされていることから、全国健康保険協会(協会けんぽ)においては、本部・支部が総力を挙げて財政基盤強化に向けた様々な取組みを行うこととしている。

その取組みの一環として、支部別大会を開催し、協会けんぽの加入者や事業主からの声を広く関係者、更には国民に訴え、理解をいただくとともに、その声を中央に集約して、秋の全国大会に繋げて、加入者や事業主の皆さまの声を国や政府に届けることとする。

2. 大会の概要

[開催主体]	協会けんぽの各都道府県支部(47支部)
[開催時期]	平成26年6月から8月に開催
[大会規模]	支部の実情に応じて、百名から数百名程度の参加者を予定
[参加者]	各支部の評議会評議員、健康保険委員、事業主及び加入者など
[来賓関係]	招待予定者(団体)は次のとおり <ul style="list-style-type: none">●国会議員●地方自治体(首長)●関係団体(各都道府県の商工会連合会、中小企業団体中央会、商工会議所、連合、社会保険委員連合会など)
[開催内容]	大会の具体的な内容に関しては各支部で決定。基本的な流れは次のとおり <ul style="list-style-type: none">●開会挨拶●来賓紹介・挨拶●講演、パネルディスカッション等●大会決議●閉会挨拶

財政基盤強化に向けた行動計画スケジュール(26年度)



支部別大会実施予定一覧(5月23日時点)

支部	開催日	開始時間	会場	支部	開催日	開始時間	会場
北海道	8月8日(金)	14:00	ホテルポールスター札幌	滋賀	7月30日(水)	14:00	栗東芸術文化会館さくら
青森	7月14日(月)	13:30	グランドサンピア八戸	京都	8月6日(水)	13:30	アバンティ響都ホール
岩手	7月22日(火)	13:30	盛岡市民文化ホール 小ホール	大阪	8月22日(金)	13:30	ドーンセンター(大阪府立男女共同参画・青少年センター)
宮城	8月6日(水)	14:00	仙台市民会館	兵庫	7月17日(木)	13:30	兵庫けんみんホール
秋田	6月27日(金)	15:30	秋田ビューホテル	奈良	8月8日(金)	13:30	なら100年会館
山形	7月29日(火)	13:30	生涯学習センター ホール	和歌山	7月25日(金)	14:00	和歌山ビッグ愛
福島	7月25日(金)	14:00	福島県文化センター	鳥取	7月22日(火)	14:00	とりぎん文化会館
茨城	8月7日(木)	14:00	ホテルレイクビュー水戸	島根	7月4日(金)	14:00	島根県民会館
栃木	7月11日(金)	14:00	宇都宮市東市民活動センター ホール	岡山	8月8日(金)	14:30	さん太ホール
群馬	7月24日(木)	13:30	群馬県公社総合ビル	広島	7月17日(木)	13:30	広島県民文化センター
埼玉	6月26日(木)	14:00	大宮ソニックシティ小ホール	山口	8月5日(火)	13:30	山口県セミナーパーク
千葉	7月28日(月)	13:30	千葉市文化センター	徳島	7月18日(金)	13:30	アスティとくしま 第2特別会議室
東京	6月26日(木)	13:30	なかのZERO	香川	6月16日(月)	15:15	パールガーデン
神奈川	7月25日(金)	14:00	県民共済みらいホール	愛媛	7月28日(月)(予定)	14:00	松山全日空ホテル
新潟	7月17日(木)	13:00	新潟市音楽文化会館	高知	6月5日(木)	15:00	サンピアセリーズ(2階コーラルホール)
富山	7月18日(金)	15:30	ボルファートとやま	福岡	8月8日(金)	14:00	イムズホール
石川	6月11日(水)	13:00	石川県地場産業振興センター	佐賀	8月8日(金)	14:00	アバンセ
福井	7月14日(月)	10:30	(株)福井新聞社 風の森ホール	長崎	7月29日(火)	13:30	NCC&スタジオ
山梨	8月27日(水)	14:00	アピオ甲府	熊本	8月8日(金)	14:00	メルパルク熊本
長野	7月28日(月)	14:00	キッセイ文化ホール	大分	7月18日(金)	14:00	ホルトホール大分 大会議室
岐阜	7月11日(金)	13:30	羽島市文化センター	宮崎	7月25日(金)	14:00	宮崎市民文化ホール(イベントホール)
静岡	7月23日(水)	13:30	静岡県男女共同参画センター「あざれあ」	鹿児島	8月5日(火)	13:00	黎明館 講堂
愛知	7月11日(金)	15:30	今池ガスホール	沖縄	6月25日(水)	14:00	浦添市てだこホール(小ホール)
三重	7月24日(木)	14:00	アストホール				

第1回 協会けんぽ 調査研究報告会 —データヘルス計画の策定に向けて— (開催報告)

● 目的

協会本部及び支部における健診、レセプトデータ等の分析成果や重複受診等、データヘルス計画に係る取り組みなどに関する報告会を開催し、協会の当該事業に関する取り組み及びその成果について、内外に広く発信する。

● 日時 平成26年5月14日(水曜日) 13:00～16:40

● 会場 国連大学「ウ・タント国際会議場」(東京都渋谷区)

● 参加者数 約360名

● プログラム

特別講演

「我が国におけるデータヘルスの取り組みについて」
厚生労働省大臣官房審議官 神田 裕二

パネルディスカッション「協会の医療費分析と保健事業について」

基調報告	全国健康保険協会	理事	岩永 俊博
報告	奈良県立医科大学	教授	今村 知明
報告	国立保健医療科学院	部長	横山 徹爾
進行	全国健康保険協会	理事	貝谷 伸

個別発表

【本部調査分析G】協会けんぽ加入者の重複受診に関する分析

【本部保健第2G】事業所規模別リスク動向の分析

【広島支部】糖尿病重症化予防事業

【福岡支部】糖尿病未治療者への受診勧奨プログラムの実践と成果

【大分支部】事業主とのコラボヘルス「一社一健康宣言」事業

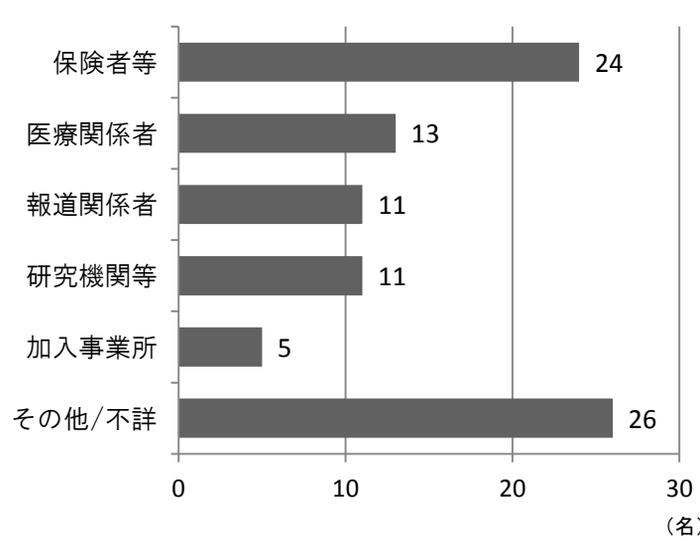
【東京支部】支部における分析用データベース構築の必要性と現状

【大阪支部】コホート構築と健診・保健指導の効果分析

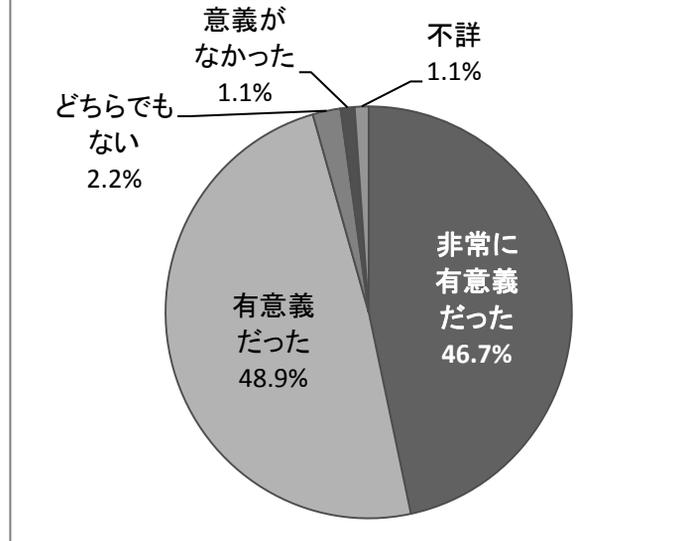
● アンケート結果(速報)

95.6%の方が「非常に有意義だった」または「有意義だった」と回答。

アンケート回答者（90名）の所属等



報告会の感想



● 開催風景



国連大学「ウ・タント国際会議場」



理事長挨拶



特別講演



パネルディスカッション

The 1st Annual Conference of Health Insurance Research

第1回

協会けんぽ 調査研究報告会

—データヘルス計画策定に向けて—

日時：平成26年 5月14日

会場：国連大学「ウ・タント国際会議場」

ごあいさつ



全国健康保険協会
理事長 小林 剛

協会けんぽは、加入者数約3,600万人、加入事業所数約170万事業所、国民の3.6人に一人が加入する日本最大の医療保険者であり、主に中小企業で働くサラリーマンの皆さまの医療を保障するという、我が国の国民皆保険の一翼を担う医療保険者です。

協会けんぽは平成20年10月に設立し、今年で6年目となります。私たちの理念は、地域の実情を踏まえた自主自律の運営を行い、都道府県単位で保険者機能を発揮すること、そして、民間組織として業務改革を進めるとともに、サービスの質を向上させることによって、加入者・事業主の皆さまの利益の実現を図ることです。この理念に従い、加入者・事業主の皆さまの疾病予防、健康増進や、レセプト、健診データ等の医療情報の分析、活用等を通じた効率的な保健事業、様々な医療費適正化対策に日々取り組んでいます。

現在、我が国は、急速な少子高齢化を背景に、高齢者医療をはじめ医療費が急増し続けており、医療保険制度を将来にわたり持続可能なものとするための改革の実現が急務です。医療費を効率的に適正化するため、医療保険者に対して、医療情報の収集、分析等を通じて加入者の皆さまの健康・医療状況を把握し、データに基づいた効果的な保健事業の展開、いわゆる「データヘルス計画」の策定、実施が期待されており、協会けんぽとしても、こうした期待に的確に答えていかなければならないと認識しています。

協会けんぽでは、更なる保険者機能の発揮及びその強化のための新しい取り組みとして、これまで取り組んできた医療情報の分析成果やそれに基づく各種保健事業等について内外に広く発信するため、平成26年度から「協会けんぽ調査研究報告会」を毎年開催することとしました。特に平成26年度はいわば「データヘルス元年」であり、厚生労働省より「我が国におけるデータヘルスの取り組み」について特別講演をいただくとともに、協会の医療費分析と保健事業に関するパネルディスカッション、更には協会の本部、支部で行っている重複受診の分析や糖尿病重症化予防などの諸々の取り組みについての報告を予定しています。

協会けんぽは、財政基盤強化をはじめ保険者機能の発揮、強化に向けて取り組み、加入者と事業主の皆さまの利益の実現に努めてまいります。今後とも、ご指導、ご支援いただきますよう、よろしくお願いいたします。

スケジュール

- 12:30 開場
- 13:00～13:05 理事長挨拶
- 13:05～13:35 特別講演
「我が国におけるデータヘルスの取り組みについて」
神田 裕二 厚生労働省大臣官房審議官
- 13:40～14:35 パネルディスカッション
(基調報告)「協会の医療費分析と保健事業について(現状)」
全国健康保険協会理事 岩永 俊博
(報告)「協会けんぽにおける医療費分析と今後の展望」
奈良県立医大教授 今村 知明
(報告)「協会の健診データ分析について(今後の展望)」
国立保健医療科学院部長 横山 徹爾
(進行) 全国健康保険協会理事 貝谷 伸
- 14:35～14:45 休憩
- 14:45～16:30 個別発表
1. 本部調査分析G 協会けんぽ加入者の重複受診に関する分析
 2. 本部保健第2G 事業所規模別リスク動向の分析
～平成24年度生活習慣病予防健診結果より～
 3. 広島支部 糖尿病重症化予防事業
 4. 福岡支部 健診データとレセプトデータ突合により抽出された糖尿病未治療者への受診勧奨プログラムの実践とその成果
 5. 大分支部 中小企業(事業主)とのコラボヘルス「一社一健康宣言」事業
 6. 東京支部 支部における分析用データベース構築の必要性と現状
 7. 大阪支部 健診受診者リストを用いたコホート構築と生活習慣病予防健診・特定保健指導の効果分析
- 16:30～16:40 講評
- 16:40 閉会

目次

特別講演

- 「我が国におけるデータヘルスの取り組みについて」
厚生労働省大臣官房審議官 神田 裕二…………… 4

パネルディスカッション（全国健康保険協会理事 進行 貝谷 伸）

- 「協会の医療費分析と保健事業について(現状)」
全国健康保険協会理事 岩永 俊博…………… 5
- 「協会けんぽにおける医療費分析と今後の展望」
奈良県立医大教授 今村 知明…………… 6
- 「協会の健診データ分析について(今後の展望)」
国立保健医療科学院部長 横山 徹爾…………… 7

個別発表

1. 本部調査分析 G 協会けんぽ加入者の重複受診に関する分析…………… 8
2. 本部保健第 2G 事業所規模別リスク動向の分析
～平成 24 年度生活習慣病予防健診結果より～…………… 10
3. 広島支部 糖尿病重症化予防事業…………… 12
4. 福岡支部 健診データとレセプトデータ突合により抽出された糖尿病
未治療者への受診勧奨プログラムの実践とその成果…………… 14
5. 大分支部 中小企業(事業主)とのコラボヘルス「一社一健康宣言」事業… 16
6. 東京支部 支部における分析用データベース構築の必要性と現状…………… 18
7. 大阪支部 健診受診者リストを用いたコホート構築と生活習慣病予防健診・
特定保健指導の効果分析…………… 20

- 参考資料…………… 23

注意事項

- 敷地内は禁煙です。
- 会館内での飲食は禁止です。
- ゴミは各自でお持ち帰りください。
- ネームタグはお体の正面に装着ください。

特別講演

我が国におけるデータヘルスの取り組みについて

厚生労働省大臣官房審議官 神田 裕二

【要旨】

近年、特定健診・特定保健指導の開始やレセプトの電子化が進み、医療保険者は、加入者の健康・医療情報を電子データとして保有するようになってきた。

こうした状況を踏まえ、昨年6月に閣議決定された「日本再興戦略」では、医療保険者が加入者のレセプトや健診結果等の電子データを活用し、企画、実施、評価、改善というPDCAサイクルに沿って効果的・効率的な保健事業を実施することを「データヘルス」と位置付け、推進することとされた。

厚生労働省は、健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針を改正し、全ての協会けんぽ支部及び健康保険組合に対し、平成26年度中に「データヘルス計画」を策定し、平成27年度から計画に基づいた保健事業の実施・評価等の取組を求めることとしている。

「データヘルス計画」の具体的中身としては、健康・医療データの分析や、加入者の健康課題・事業目的の明確化、目標設定、全般的・個別的な情報提供による意識付け、事業の効果測定等が挙げられる。また、さらに高度なデータ分析や、重症化予防等の保健事業も、各保険者がそれぞれの身の丈に合った範囲で実施していくことが「データヘルス計画」の特徴である。

こうした「データヘルス」及び「データヘルス計画」の概要や進め方について説明するとともに、具体的な取組事例を紹介しながら、今後の保健事業の在り方について考えたい。

【略歴】

昭和57年厚生省入省。平成18年9月 厚生労働省保険局国民健康保険課長、20年7月 厚生労働省保険局総務課長などを経て、24年9月より現職（医療保険、医政、医療・介護連携、国立病院担当）

協会の医療費分析と保健事業について（現状）

岩永 俊博 全国健康保険協会理事

【要旨】

保険者はなぜ健診・医療費データの分析をしなくてはならないのか

（背景）

我が国は少子高齢化の進展等により医療費が増加し続けており、「医療費の適正化」が大きな課題となっている。こうした課題の下、平成 18 年医療制度改革等により保険者は加入者の健診と医療の両方のデータを電子情報で保有できるようになった。保険者は、健診と医療データを用いた分析が行いやすい環境が整ったといえる。

（保健事業）

加入者の健康増進等のため、保険者は効果的な保健事業に取り組む必要がある。健診・医療のデータを活用すれば、これまで以上に効果的な保健事業の実施や、事業の効果検証が可能となる。

そのためには、データを詳細に分析していくことが必要不可欠となる。

（医療提供体制構築への関与）

今国会提出の、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法案」では、都道府県が地域の医療提供体制の将来あるべき姿を策定することとし、その策定・実現のため、保険者等の関係者と協議を行う「協議の場」を設置することとしている。

今後、この協議の場において、保険者として必要な意見表明・提言を行い、効率的かつ効果的な医療提供体制の実現につなげていく必要があるが、この提言の基礎には、保険者の強みとしての健診・医療のデータ分析結果が必要となる。

協会けんぽの特徴および健診・医療データの分析例

協会けんぽは日本最大の医療保険者であり、最も多くの健診・医療データを保有している。一方、都市部から山間部まで事業所が点在し、そのすべてをカバーするには限界があり、健保組合のような加入者への細やかな対応が難しいことが課題である。

そのような状況のもと、協会けんぽでは、健診・医療データの分析や、データを活用した事業に近年取り組み始めた。

まとめ

今後は、全国 47 支部のデータの特性を活かし、関係団体や事業主等と連携した保健事業の企画立案を最優先事項として取り組みたい。また、地域医療ビジョンの策定のための「協議の場」において、データの分析を基とした積極的な意見発信を行い、地域医療行政において協会けんぽが新たに期待されることに対して応えていきたい。

【略歴】

昭和 51 年、熊本大学医学部卒業。熊本県牛深、人吉、阿蘇の各保健所長、平成 2 年より国立公衆衛生院疫学部、公衆衛生行政学部の各室長、平成 14 年から国立保健医療科学院研修企画部長などを歴任。平成 16 年、地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター常勤顧問に就任。平成 20 年 10 月より全国健康保険協会理事（非常勤）。

協会けんぽにおける医療費分析と今後の展望

公立大学法人 奈良県立医科大学 健康政策医学講座 教授 今村 知明

【要旨】

1. 保険者における医療費分析の現状

データヘルス計画の開始により、保険者によるデータ分析に注目が集まっている。保険者には、レセプトをはじめ健診・指導結果など各種データが集積されており、これらを組み合わせることで多角的な分析が可能となる。しかしながら、個人情報保護のため、保険者の保有データの分析目的の持ち出しには障害が多く、またデータ解析のノウハウと資源が充分でない保険者が多いことなどから、保険者の保有しているデータの活用が充分にできていないのが現状である。

2. 医療費分析でわかること

保険者が保有しているデータを用いて加入者の健康状態や医療費を分析することで、加入者の特性の把握のみならず、ハイリスク群や高医療費群の抽出、経年変化の分析や将来予測、保険者による介入効果の分析など、多角的な分析が可能となる。これらの分析結果より、エビデンスに基づいた保健事業と適切な保険者運営が実現できるようになる。さらに死亡情報を用いることで、アウトカム分析、すなわち生存率を用いた様々な分析や疾病別の生涯医療費の推計等も可能となり、疾病別の医療費の特性を科学的に把握できるようになる。

3. 保険者における医療費分析

保険者が保有している各種データを用いた多角的な分析には、これらのデータを個人ごとに集約・突合せた分析用データベースの構築が必要不可欠である。分析用データベースの構築により、分析開始時点より遡及して分析を実施する「後ろ向き研究」と、分析開始時点より継続してデータ集積と分析を実施する「前向き研究」のいずれの手法での分析も可能となる。

4. 保険者による医療費分析の利点と留意点

保険者自身による医療費分析の利点は、個人情報漏洩のリスクを最小化できることと、保険者毎の必要性に応じたフレキシブルな分析が可能となることである。また、データベース構築と分析を通じ、保険者にデータ集積や分析で得られた知見や経験を蓄積でき、その結果として保険者の機能強化に繋がると考えられる。しかしながら、分析用データベースの構築には大容量データ処理のノウハウが必要であり、データ解析には医学的知識や統計解析の知識と経験が必須である。このため、保険者における分析用データベースの構築と解析には、専門家の効果的な活用が重要である。

【略歴】

1993年厚生省入省。東京大学医学部附属病院助教授、企画経営部長を経て2007年より現職。現在は、医療政策、健康政策、医療経営、医療経済、食品保健、健康危機管理を研究。厚生労働省社会保障審議会専門委員、厚労省中医協調査「診療報酬改定結果検証に係る調査」検討委員を務める。

協会の健診データ分析について（今後の展望）

国立保健医療科学院 生涯健康研究部 部長 横山 徹爾

【要旨】

2008年度から始まった特定健診・特定保健指導の制度のもとでは、健診・保健指導・レセプトデータが医療保険者に集まるため、これらを突合したデータ分析によって優先すべき対象者の抽出や事業評価を行い、PDCA サイクルを展開して保健事業を効果的に実施することが可能であるが、十分にデータを活用している保険者はまだ少ない。政府が平成25年6月14日の閣議で決定した「日本再興戦略」では、保険者が保有するレセプトや特定健診・特定保健指導などの情報を活用し、加入者の健康づくりや疾病予防、重症化予防につなげる「データヘルス計画」が盛り込まれ、データの活用にもとづいた計画の策定と具体的な事業をPDCA サイクルで実施することが保険者に求められることとなった。このような背景を踏まえ、本研究では、全国健康保険協会の特定健診・特定保健指導データを分析し、47都道府県支部別および全市区町村別の健診・保健指導成績の比較を行い、保健事業のためのデータ活用方法を検討することを目的とする。

2009～2012年度までの特定健診・特定保健指導データを用いて、年齢調整したうえで以下の集計を行った。①特定健診におけるリスク因子の支部別比較（全受診者、2009-2010, 2011-2012年度連続受診者）。②特定保健指導の利用状況別にみたリスク因子の改善幅の支部別比較（2009-2010, 2011-2012年度の変化）。③特定健診におけるリスク因子の市区町村別比較（2012年度）。これらの集計結果を読み取って活用していくために、以下の手順を提案する。（1）都道府県別平均寿命・健康寿命、死因別年齢調整死亡率、入院・外来受療率と関連づけて、特定健診におけるリスク因子の自支部の特徴を把握し、広域的な優先課題を抽出する。（2）自支部内の市区町村別平均寿命、死因別SMRと関連づけて、リスク因子の市区町村別分布を把握し、地域別の優先対策事項を整理する。（3）特定保健指導によるリスク因子の改善効果を確認し、効果不十分なリスク因子等に対する保健指導方法の改善を検討する。

また、市区町村間の地域差を明らかにしたうえで生活習慣病対策を推進していくためには、保険者協議会等とも連携し、自治体に対して分析データを提供する等の協力体制が望まれる。

【略歴】

1991年東京医科歯科大学医学部医学科卒。医師、医学博士。東京医科歯科大学難治疾患研究所社会医学研究部門（疫学）助手、国立保健医療科学院技術評価部主任研究官等を経て、2011年より国立保健医療科学院生涯健康研究部長。国立保健医療科学院では、特定健診・特定保健指導、健康日本21等に関する研修主任・副主任を担当。厚労省の次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会委員、健やか親子21の最終評価等に関する検討会委員、国民健康・栄養調査企画解析検討会委員など。専門は、生活習慣病の疫学、医学統計学。

個別発表

協会けんぽ加入者の重複受診に関する分析

本部 調査分析グループ スタッフ 椎塚 寛之

【発表の概要】

(目的)

この分析は、協会けんぽ加入者の入院外における重複受診の状況、及びその医療費を明らかにすることにより、データヘルス計画で重複受診対策を実施する際の、効果的なターゲットの把握、期待される医療費適正化効果の把握を行い、重複受診対策事業に取り組む上での基礎資料を得ることを目的とする。

(方法)

<分析方法>

協会けんぽの統計システムのレセプトデータを、受診件数、支部、年齢階級、傷病分類等の属性に分け、患者数、医療費等を集計、分析した。なお、集計対象は、平成25年7月から9月診療分の入院外レセプトとし、傷病は入院外レセプトに記載されている主傷病(注1)(注2)とする。

(注1) 主傷病は、主傷病コードがついている傷病名のうち、記載順番号が最も若いものとした。(主傷病コードがない場合、傷病名の記載順番号が最も若いもの)

(注2) 主傷病は、傷病分類コード(121分類)別に分類した。

<用語の定義>

件数：レセプト枚数

重複：同一月に同一人物に対する同一主傷病のレセプトが複数件あるもの

患者数：重複を除いた件数

〔例 ある個人が同一月に糖尿病で2つ、高血圧で1つの医療機関を受診〕
・糖尿病について重複受診とし、重複件数は2件とする。
・患者数は、糖尿病で1人、高血圧で1人とする。〕

(結果)

<件数別>

平成25年7月から9月の患者数は、月平均16,180,544人であり、そのうち重複受診者数は、332,563人で全体の2.06%を占める。件数は、月平均16,532,368件であり、そのうち重複受診者の件数は、684,387件で全体の4.14%を占める。

また、最も件数の多い重複受診者は、75件であり、次いで、71件、70件、65件、64件、62件の順である。

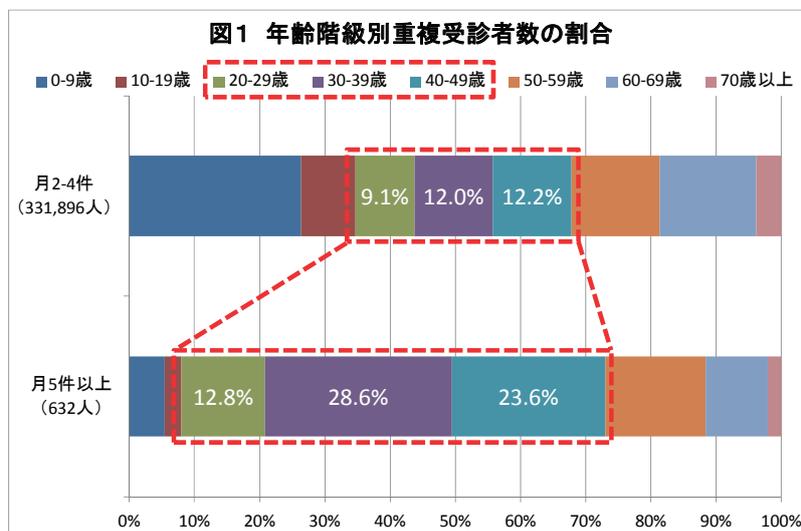
<支部別>

重複受診者を1か月に2~4件と、5件以上に分けて、支部別に加入者10万人当たり患者数(月平均)をみると、2~4件の重複受診者では、全国が938人であり、上位3支部は、和歌山(1,165人)、徳島(1,114人)、熊本(1,111人)である。5件以上の重複受診者では、全国が1.8人であり、上位3支部は、熊本(3.7人)、滋賀(3.2人)、和歌山(3.1人)である。

また、加入者10万人当たり件数（月平均）をみると、2～4件の重複受診者では、全国が1,920件であり、上位3支部は、和歌山（2,387件）、徳島（2,282件）、熊本（2,279件）である。5件以上の重複受診者では、全国が13.5件であり、上位3支部は、熊本（48.4件）、群馬（26.9件）、長崎（24.8件）である。

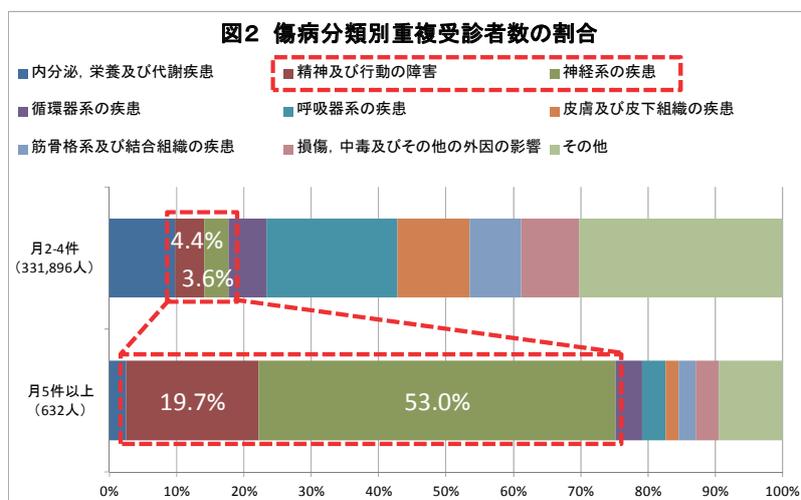
<年齢階級別>

重複受診者を1か月に2～4件と、5件以上に分けて、年齢階級別の患者数の割合（図1）をみると、割合の大きい順に、2～4件の重複受診者では、0-9歳（26.3%）、60-69歳（14.7%）であるが、5件以上の重複受診者では、30-39歳（28.6%）、40-49歳（23.6%）となっている。特に、20歳から49歳は、33.2%から65.0%に大幅に割合が増加している。



<傷病分類別>

重複受診者を1か月に2～4件と、5件以上に分けて、傷病分類別の患者数の割合（図2）をみると、割合の大きい順に、2～4件の重複受診者では、呼吸器系の疾患（19.4%）、皮膚及び皮下組織の疾患（10.8%）であるが、5件以上の重複受診者では、神経系の疾患（53.0%）、精神及び行動の障害（19.7%）となっている。特に、神経系の疾患と精神及び行動の障害は、8.0%から72.7%に大幅に割合が増加している。



(考察)

重複受診者を1か月に2～4件と5件以上で比較すると、年齢階級別と傷病分類別において大きな違いがみられる。重複件数が2～4件の場合は、子どもや比較的年齢の高い世代が、風邪や感染症などで、いくつかの医療機関に受診していると考えられる。一方、重複件数が5件以上の場合は、働き盛りの世代が精神疾患等により多くの医療機関に受診していると考えられる。

よって、重複受診対策を実施する際には、加入者個人への通知や電話、面談などによる指導に併せて、事業所を通じた働き盛りの世代への、メンタルヘルスや重複受診、重複服薬等の危険性を伝えるセミナーなどを実施していくことも、有効であると考えられる。

個別発表

事業所規模別リスク動向の分析～平成24年度生活習慣病予防健診結果より～

本部 保健第2グループ 専門職 山崎 衣津子

【発表の概要】

(目的)

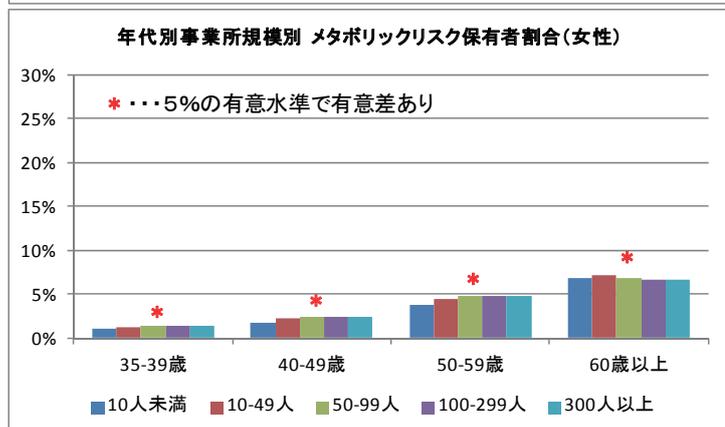
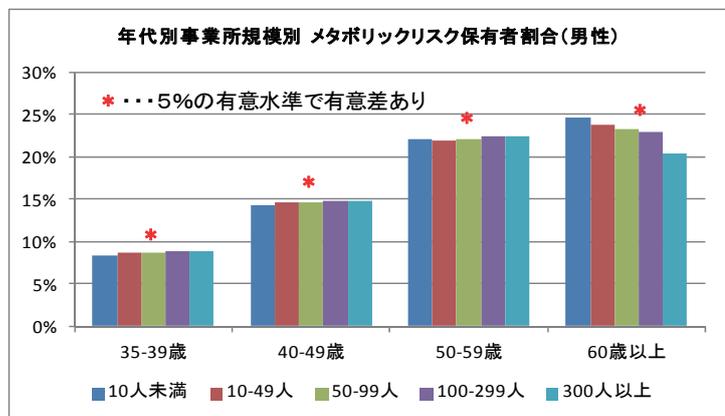
協会けんぽの加入事業所は、被保険者の数が50人未満の小事業所が96%を占めている。厚生労働省の調査によると、事業所規模が大きいほど健診受診率が高く、健診実施後の措置についても同様の結果が得られている。この結果から、事業所規模によって健康状態にも差が生じている可能性があるが、協会けんぽでは事業所規模別に健康状態を調査したものはなかった。そこで、事業所規模別の健康状態の特徴を明らかにすることで、事業所規模に応じた加入者の健康づくりを考える基礎資料とする。

(方法)

平成24年度に協会けんぽの生活習慣病予防健診を受診した被保険者のうち、性別、年齢、事業所規模データが欠損しているものを除いた6,231,356名を対象に、メタボリックシンドローム関連リスク（腹囲、血圧、代謝、脂質、メタボリック予備群、メタボリック、喫煙）の保有者割合を事業所規模別に年代別、性別の分析を行った。分析にはExcel2007を用いて χ^2 検定を行い、有意水準は5%とした。なお、事業所規模データは平成25年3月時点のものを用いた。

(結果)

1. 事業所規模に関わらず、腹囲、喫煙を除いたメタボリックシンドローム関連リスク保有者割合は、年齢が上がるに従って増加していた。
2. 事業所規模に関わらず、メタボリックシンドローム関連リスク保有者割合は、男性の方が女性よりも高かった。
3. 全てのメタボリックシンドローム関連リスクにおいて、事業所規模別の保有者割合に有意な差が見られた。年代別、性別分析では35～39歳男性において事業所規模別に有意差が見られない項目があった（腹囲、代謝、メタボリック予備群）。



4. 60 歳以上は 60 歳未満と比較し、事業所規模が大きいほどメタボリックシンドローム関連リスク保有者割合が少なくなる傾向が見られる項目が多かった。

(考察)

メタボリックシンドロームに関連する 7 つのリスク保有者割合について事業所規模別分析を年代別、性別に行ったが、事業所規模に関わらず、年齢が高くなると腹囲、喫煙以外のリスク保有者割合が高くなること、男性の方が女性よりもリスク保有者割合が高いことが見られた。また、全てのリスク保有者割合について、事業所規模による有意な差が見られ、事業所規模によって健康状態に差が生じていた。60 歳未満では、事業所規模別リスク保有者割合に有意差はあるものの明確な傾向を読み取ることができなかったが、60 歳以上では事業所規模が大きいほどリスク保有者割合が低くなる傾向が見られるものが多く、事業所規模が大きいほど健康状態が良い可能性が考えられる。

今回の分析では事業所規模によってリスク保有者割合に差が生じている要因については明らかにしていないが、平成 22 年厚生労働省の労働安全衛生基本調査の一般定期健康診断の実施後の措置において、「有所見者における健康診断の結果についての医師等からの意見聴取」を 300 人以上の事業所では 84.5%が実施しているのに対して 100~299 人では 72.1%、50~99 人では 58.8%、10~29 人の事業所では 35.6%と、事業所規模が大きいほど実施している事業所の割合が多かった。「保健指導の実施」「健康診断結果の労働者への通知」「健康診断結果に基づく就業上の措置」についても同様の傾向が見られ、事業所規模と保健事業実施には関連があると考えられる。協会けんぽにおいてもそうした関連が見られると考えるならば、それが事業所規模による健康状態の差につながっている可能性がある。

協会けんぽとしては、健康状態の差が大きくなる前段階から中小規模の事業所に対して保健事業を実施し、年齢が高くなってもリスク増加を最小限にとどめることが大切だと思われる。50 人未満の事業所では、産業医の設置や衛生管理者の選任が義務づけられておらず、制度上も労働衛生の手が届きにくい。そうした中小規模の事業所へアプローチをする場合、事業主との連携が欠かせない。データヘルス計画の特徴のひとつに「コラボヘルス（事業主との協働）」があり、今回の分析結果は中小規模の事業所の事業主と協働する際の資料として活用することができる。

今回の分析において、事業所規模別にリスク保有者割合に差が生じていることが明らかになった。この結果から、保健事業を計画・立案する上で事業所規模の特徴に合わせたアプローチの必要性が示唆された。しかし事業所規模だけで健康状態の差を説明することには限界があり、今後は地域別、業種・業態別等の分析を合わせて行い、評価方法も含めた根拠に基づいた加入者の健康づくりに役立てていきたい。

個別発表

糖尿病重症化予防事業

広島支部 企画総務グループ リーダー 碓井 健介

【発表の概要】

(目的)

糖尿病を起因とする早期腎症期(2期)、顕性腎症期(3期)、腎不全期(4期)に該当する協会けんぽ広島支部の加入者に対し、通院先の医療機関と業務委託先事業所の看護師・保健師が協力・連携しながら、患者自身に対して病気に関するセルフマネジメント能力を高めることを目的とし広島大学大学院森山美知子教授により研究開発されたプログラムを提供することによって、病気の重症化(透析への移行等)を予防し、医療費適正化と患者およびその家族の生活の質(QOL)の維持向上を図るとともにできるだけ加入者の健康状態を維持し国民健康保険あるいは後期高齢者医療制度へ引き継いでいくことにより国全体の医療費適正化につなげることを目的とする。

(方法)

対象者に関しては、平成23年度においては健診データならびにレセプトデータから、平成24年度においてはレセプトデータから抽出。

対象者に対する参加勧奨は、自宅への文書送付、自宅への架電、自宅への訪問、事業所保健指導訪問時の勧奨、通院先医師からの勧奨を実施。

通院先の医師が記入する「指導内容確認書」により指導方針を確認し、その指導方針に基づき委託先看護師が面談及び電話指導を実施。指導委託先からは指導の都度、「指導報告書」を医師へ送付。

平成23年度においては「指導内容確認書」に記載されたeGFR値をもとに病期を判定。平成24年度においては上記に加え、参加者からのヒアリング内容(知識・理解力等)も加味し、プログラム内容を決定。

平成23年度は12カ月間に2期の者に対して面談指導1回電話指導17回実施、3期あるいは4期の者に対して面談指導3回電話指導15回実施。平成24年度は6カ月間に2期の者に対して面談指導2回電話指導4回以上、3期あるいは4期の者に対して面談指導2回以上電話指導6回以上実施。

(結果)

平成23年度においては対象者1,004名(2期564名、3期379名、4期61名)のうち120名参加(参加率12.0%)75名指導完了(完了率62.5%)、平成24年度においては対象者772名(2期512名、3期214名、4期46名)のうち105名参加(参加率13.6%)65名指導完了(完了率61.9%)であった。

平成23年度プログラムにおいてプログラム期間中に検査数値が2回以上判明した者について収縮期血圧値が61名中41名(67.2%)、拡張期血圧値が61名中37名(60.7%)、血清クレアチニン値が47名中24名(51.1%)、eGFR値が47名中33名(70.2%)、HbA1c値が66名中51名(77.3%)、空腹時血糖値が27名中16名(59.3%)それぞれにおいて維持・改善が認められた。同様に、平成24年度プログラムにおい

て収縮期血圧値が 56 名中 41 名 (73.2%)、拡張期血圧値が 56 名中 40 名 (71.4%)、血清クレアチニン値が 34 名中 18 名 (52.9%)、eGFR 値が 35 名中 22 名 (62.9%)、HbA1c 値が 55 名中 37 名 (67.3%)、空腹時血糖値が 26 名中 13 名 (50.0%) それぞれにおいて維持・改善が認められた (eGFR は自然経過による進行速度を第 2 期においては 6 減少/年、第 3 期においては 10 減少/年、第 4 期においては 5 減少/年とし、自然経過による進行速度以内に進行が抑えられている場合、維持と判断。HbA1c は測定機器によって 0.3%程度の誤差が生じることを考慮し 0.4%以上悪化していた場合、悪化と判断。)

平成 23 年度プログラム完了者のうちプログラム期間中前後に協会けんぽ生活習慣病予防健診を受診している者 17 名における eGFR 値は 1 人当たり平均 0.5 減少していた。不参加者のうち平成 22 年度と平成 24 年度もしくは平成 23 年度と平成 25 年度それぞれにおいて健診を受診した者 212 名における eGFR 値は 1 人当たり平均 2.2 減少と、完了者より減少幅が 1.7 大きいことが認められた。平成 24 年度プログラム完了者のうちプログラム期間中前後に協会けんぽ生活習慣病予防健診を受診している者 15 名における eGFR 値は 1 人当たり平均 0.9 減少していた。不参加者のうち平成 23 年度と平成 25 年度それぞれにおいて健診を受診した者 98 名における eGFR 値は 1 人当たり平均 1.6 減少と、完了者より減少幅が 0.7 大きいことが認められた。

平成 25 年 11 月現在、平成 23 年度プログラム完了者 61 名 (2 期 28 名、3 期 28 名、4 期 5 名) からの透析移行者はなく、不参加者 898 名からは 11 名 (2 期 1 名、3 期 1 名、4 期 9 名)、指導を受けるも中断した者 19 人からは 1 名 (4 期) が人工透析に移行した。平成 24 年度においては完了者 79 名 (2 期 52 名、3 期 25 名、4 期 2 名) 及び指導を受けるも中断した者 14 名 (2 期 13 名、3 期 1 名) からの透析移行者はなく、不参加者 705 名からは 9 名 (3 期 1 名、4 期 8 名) が人工透析に移行した。

(考察)

eGFR 値低下の進行速度において完了者が不参加者に比べて緩やかであること、完了者からの人工透析移行者がいないことから、本事業の目的は達成でき、プログラムの有効性も確認されたと考える。事業実施 1~2 年後においてすでに、完了者と不参加者の間に相違する傾向がみられることから、今後長期にわたる推移を追跡していくと、相違の度合いがさらに拡大していくと推測される。また、10%台前半である参加率を向上させていくためには、本事業に対する医師の理解をさらに求めていき医師からの参加勧奨に注力していくこと、本事業に対する事業主の理解を求め事業所における参加勧奨のさらなる機会を得ていくこと等の検討が必要である。

(備考)

平成 25 年 9 月 厚生労働省保険局保険課「データヘルス事例集」に掲載

個別発表

健診データとレセプトデータ突合により抽出された糖尿病未治療者への受診勧奨プログラムの実践とその成果

福岡支部 保健グループ リーダー 大江 千恵子

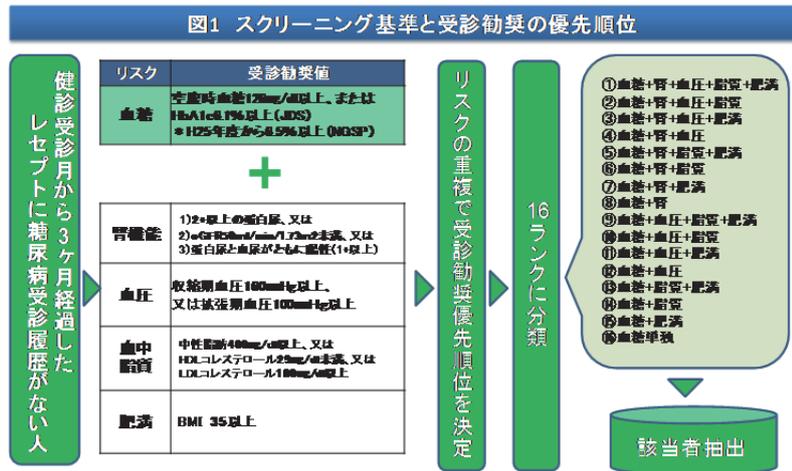
【発表の概要】

(目的)

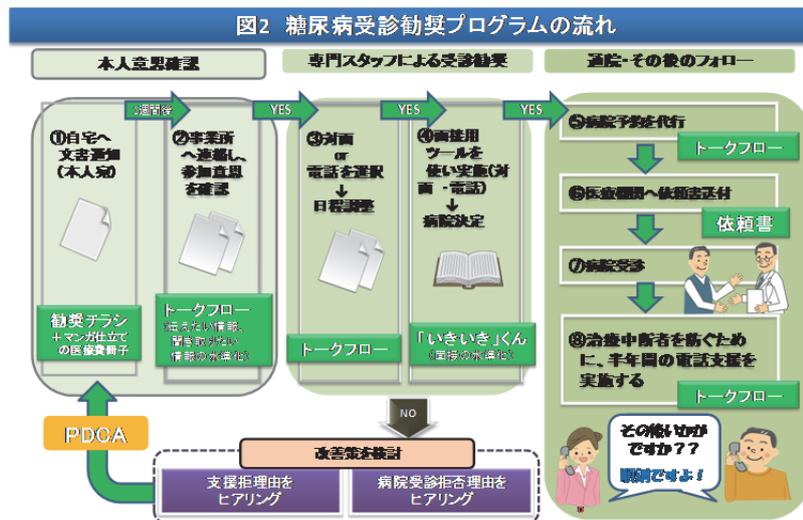
平成 21 年度、福岡支部独自の医療費分析の結果、入院・入院外医療費のうち、糖尿病関連疾患の占める割合が高いことがわかった。そのため、二次予防を強化する目的で、健診データとレセプトデータを分析したところ、健診で糖尿病が強く疑われているにも関わらず、放置している者が 6 割いることが判明した。よって、平成 23 年度から、糖尿病の早期発見に加え、重症化予防を目的に、健診データとレセプトデータを活用した、「糖尿病未治療者への受診勧奨事業」を開始した。

(方法)

- 1) 糖尿病専門医のアドバイスをを受け、対象者抽出基準を作成 (図 1) し、大量のデータから対象者を抽出するソフトを業務委託先と協働で開発。
- 2) 未治療者を受診に導くための、効率的で効果的なプログラム (図 2) を開発。
- 3) 未治療者が受診しない理由・問題点の把握を行い、PDCA を回し、プログラムを改善。
- 4) 医療費分析を行い、費用対効果を検討。



今回の事業では、九州大学病院、福岡大学病院の糖尿病専門医3名の意見を集約し、この基準額を採択



(結果)

平成 22 年 2 月～平成 25 年 5 月末までに健診を受けた延べ 542,479 人のうち、スクリーニング後地域を選定し、自宅にプログラムの案内文書を送付したのは 4,362 人であった。その内、2,622 人 (60%) に確認がとれ、プログラムに参加したのは 851 人 (32%) であり、病院受診したのは 350 人 (41%) であった。

また、平成 25 年 11 月に行ったレセプト調査では、プログラムに参加しなかった集団でも、電話や文書で一部勧奨を受けたことにより、330 人 (13%) が受診していた。よって約 2 年半で勧奨により受診に至ったのは 680 人であった。

受診が確認できた 680 人の、糖尿病関連疾患による治療内容は、経過観察 61 人 (年間医療費推計約 6 万円)、服薬と毎月 1 度の検査程度 571 人 (年間医療費推計約 12 万円)、インシュリン治療開始 48 人 (年間医療費推計約 22 万円)、人工透析導入 0 人 (年間医療費推計約 550 万円) であり、糖尿病がこのレベルで安定し、それぞれ重症化のレベルを 1 年間遅らせることができたとすれば、3 年間でおよそ 3 億 1 千万の医療費削減効果が見込まれる。

(考察)

平成 25 年 11 月末までのレセプトを確認したところ、受診した 680 人の診断内訳は、糖尿病関連疾患と重複して、高血圧症 20%、脂質異常症 15%、脳梗塞 2%、狭心症 1%、動脈閉塞症 1%、その他 9% であった。糖尿病治療内容では、インシュリン治療 7%、服薬治療 84%、経過観察 9% であることから、治療をせずにそのまま放置すると確実に重大な合併症を起こしていたと推測される。糖尿病の三大合併症を回避し、健康寿命を延伸させるためにも、この事業は今後も継続していく必要があると考える。

また、680 人のうち 48% は糖尿病単独ではなく、重複する疾患を有しており、いずれも早期に治療が必要な疾患であった。これらの結果から、スクリーニング基準に、血糖値リスクだけではなく、腎機能リスク、血圧リスク、血中脂質リスク、肥満リスクを加えたことの意義は大きいといえる。

<今後の課題>

- 1) 対象群とコントロール群の経年的健診結果と医療費比較
- 2) プログラムのプロセス評価 (受診率向上のための勧奨方法の改善)
- 3) 医療費抑制効果と事業の費用対効果の分析
- 4) 加入者への情報提供

(備考)

「平成 25 年 5 月 16 日 第 86 回日本産業衛生学会」で一般口演発表
平成 25 年 9 月 厚生労働省保険局保険課「データヘルス事例集」に掲載

個別発表

中小企業（事業主）とのコラボヘルス「一社一健康宣言」事業

大分支部 企画総務グループ スタッフ 宝珠山 正隆

【発表の概要】

（目的）

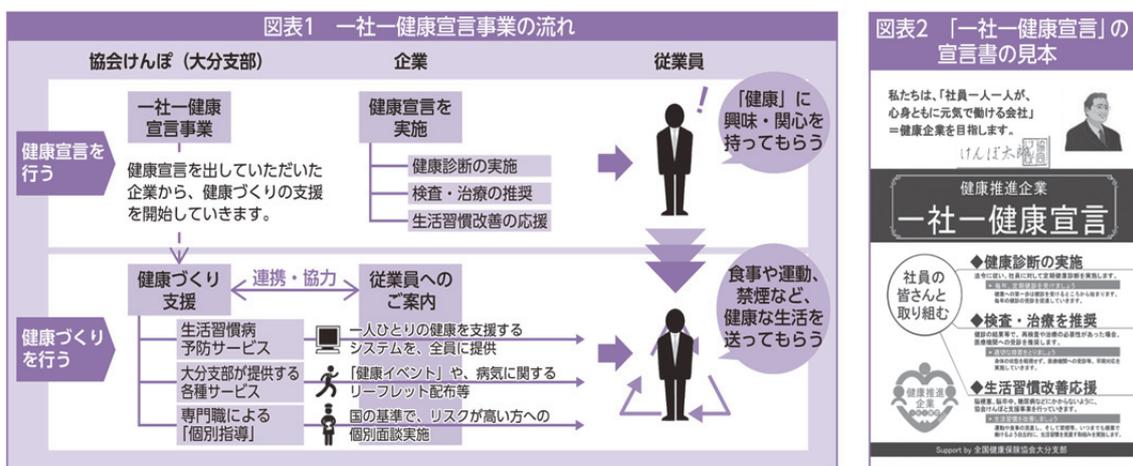
平成 20 年度に協会けんぽ設立当初、大分支部の加入者一人当たり医療費は全国ワースト 5 位、入院医療費は全国ワースト 3 位という状況だった。そこで大分支部では平成 21 年度から職場における健康づくり事業を展開しており、その取組みの中で、中小企業の事業主は、社員の健康を大切にしたいと感じながらも、厳しい経営状況により健康増進に取り組めない状況がわかってきた。

一方、協会けんぽでも、中小企業を主とする膨大な加入者に対し、直接的な働きかけでの、健康増進に苦慮してきたことから、大分支部では平成 25 年度より、加入者の健康増進を事業主が率先して行える環境づくりを目指し、「一社一健康宣言事業」を開始した。

（方法）

被保険者の生活の大半が会社での生活になること及び従業員の健康増進に企業の役割が大きく影響があることを踏まえ、まずは事業主が従業員等の健康増進に積極的に取り組むことを内外に宣言し、健康経営を推進することを柱の 1 つとしている。具体的には協会けんぽ大分支部適用事業所に対し、事業説明を行い手挙げ方式で事業への参加を募集する。参加した事業所には、健康診断の実施、検査・治療の推奨、生活習慣改善の応援といった事項の宣言書や取組マニュアル等を送付する。事業所側では宣言書に沿って事業主が社内で宣言を行って、宣言を事業主と従業員の約束事にする。

（図表 1、2）



（『厚生労働』4月号より）

その他、協会支部からは、健康増進を行う事業所のコスト、労力、効果を考慮した各種支援を行う。具体的には、「事業所健康度診断シート」（自社の健康リスク保有率を「見える化」したもの）を提供することで、事業主に自社の健康状態の認識を促し、

その後の取り組みに活用してもらおう。

宣言事業所の被保険者に対しては、「わかるとかわる」をテーマに、自身の健診結果を「見える化」した生活習慣病予防 Web を協会支部より提供することで、被保険者自身に健康状態を認識させて、それに基づく生活改善に向けた行動変容に活用してもらおう。

(結果)

事業主や総務担当者からは、「今まで従業員に対する思いを表現できる機会がなかったため、トップが宣言するという形が会社をあげて取り組むことを表現できて良い」、「従業員の健康を第一に考えない企業の成長は今後ありえないと感じている」という意見があった。また、送付している「事業所健康度診断シート」については「自社の健康リスクがよくわかり、健康度の県内や同業他社との比較もできて自社の立ち位置がわかった。今後どのようなことに気をつけていかねばならないかがよくわかった」という感想も受けた。

被保険者からは、「事業主の宣言により、健康に対する優先度が上がることや、生活習慣病予防 Web で、自分の健診結果を経年で確認できたり、同年代等での立ち位置が視覚的に認識できるのがいい。今後は、Web を活用して健康増進をやっていきたい」という意見を受けている。

こういった意見からわかるように中小企業の事業主は従業員の健康について十分に関心をもっていることがわかった。また、自社の健康状態が認識できたことで、今後の労働衛生管理の取組に活用できるという意見もあり、この事業によって当初の目的である事業所全体での取組みができる仕組みを構築できると考えている。

今回の事業が事業主と保険者が協力連携して健康づくりに取り組むコラボヘルスの考え方、事業主が健康づくりに関して職場の環境を整備する「健康経営」の考え方、そして、個人別に自身の健診結果を認識しやすくするツール「生活習慣病予防 Web」の活用などのデータヘルスの考え方など、先進的な取組を行ったことから、メディア等で取り上げられることも多く全国的にも注目を集める事業となった。

事業の成果を確認するために「会社の健康に関する現状」を宣言事業所 272 社に確認したところ、114 社より回答があった。健診、治療、食事、運動、メンタル、禁煙、飲酒等、多岐にわたる取組み内容の報告がなされている。

(考察)

この事業のポイントは、事業主が企業方針として社員の健康増進を進められる環境づくりを保険者が支援する点にある。この健康経営の考え方は、主に大企業の取組みと思われがちだが、実は従業員と事業主の距離が近い中小企業にこそあてはまり、多くの中小企業が加入する協会けんぽが取組むべき事業であると考えている。今後は宣言事業所の取組み内容を共有できる場を設定することで事業の浸透を図るとともに、健康行動が医療費に与える影響についても検証していく。大分支部では、生活習慣病予防 Web をはじめとした様々なツールの提供を行っており、インセンティブを付与する仕組み作りも今後の課題であるので、行政とも連携し、社会の仕組みとして健康経営が普及しやすい環境づくりも行っていきたい。

(備考)

平成 25 年 9 月 厚生労働省保険局保険課「データヘルス事例集」に掲載

個別発表

支部における分析用データベース構築の必要性と現状

東京支部 企画総務グループ長 田島 哲也（発表者）
保健グループ スタッフ 山根 明美、専門職 尾川 朋子
企画総務グループ リーダー 吉川 彰一、スタッフ 馬場 武彦
奈良県立医科大学 教授 今村 知明
国際医療福祉大学大学院 准教授 小川 俊夫

【発表の概要】

（目的）

データヘルス計画を遂行する為には、各保険者が保有する加入者の健診結果やレセプト等の各種データを組み合わせ、分析用データベースを構築することが望ましい。このデータベースを加入者の健康状態や医療費の分析のみならず、個人情報漏洩リスクを最小限に抑えつつ、重症化予防事業の対象者の抽出などに多角的に利用する為には、分析用データベースは保険者内で構築・運用すべきであると考えられる。

本報告では、東京支部が有識者の協力を得て、データヘルス計画に先駆け、平成23年度より行ってきた分析用データベースの構築と活用について概説する。

（方法）

分析用データベースの構築には、生活習慣病予防健診受診者を対象とし、協会本部において特定健康診査、特定保健指導、レセプトの各データを個人ごとに突合した後、各支部に年度ごとに提供されている「健診受診者リスト」を用いた。なお、東京支部に提供される同リストには、毎年約70万人分の受診者情報が含まれており、各年度のデータ容量としては約2GBに上る。

東京支部ではこの「健診受診者リスト」を用い、経年的な分析が可能な独自の分析用データベースの構築を試みた。具体的には、平成21年度から24年度までの4年分の東京支部の「健診受診者リスト」を、統計解析ソフトSPSS（IBM社）を用いて個人ごとに名寄せをした。その際に、年度間で重複するデータは削除したほか、レセプトデータについては年度あるいは年月単位で集計した。

構築した分析用データベースを用い、加入者の健康状態や医療費の特性を把握したほか、経年的な変化などについて分析を実施した。更に、重症化予防などの保健事業の対象者の抽出などにも活用した。

（結果）

平成21年度から24年度までの東京支部の「健診受診者リスト」をSPSSデータに変換し、名寄せした分析用データベースを構築した。また、その構築手順や注意点、更にSPSSで使用するプログラムなどを手順書に取りまとめ、協会内部で共有した。

図：構築した分析用データベースのイメージ

	ID・適用データ	健診・保健指導データ				レセプトデータ			
1人目	(記号番号など)	平成21年度	22年度	23年度	…	平成21年度	22年度	23年度	…
2人目	(記号番号など)	平成21年度	22年度	23年度	…	平成21年度	22年度	23年度	…
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	

構築した分析用データベースを用いて、分析対象者の健康状態および医療費の把握を試みた結果、分析対象者の健康状態や平均医療費が、特定保健指導の階層ごとに異なること、また、性・年齢階級によっても違いが見られることが明らかになった。

経年的な分析として、特定保健指導対象者の指導への参加有無と翌年以降の健康状態を分析した結果、指導参加群は不参加群よりも腹囲などの指標で翌年以降に改善が見られ、指導の効果が示唆された。なお、この成果は、第72回日本公衆衛生学会総会にて概要を報告したほか、「厚生」2014年1月号に論文として発表した。

分析用データベースを用いた重症化予防事業の対象者の抽出例としては、東京支部で平成24年度から実施している慢性腎臓病（CKD）重症化予防事業の一環で、CKDの疑い者として2年連続で腎機能の健診結果が悪い人工透析未導入者を分析用データベースから抽出し、受診勧奨通知を送付した。本事業については、第56回日本腎臓学会学術総会にて第1報を発表した。

分析用データベースは、東京都や世田谷区など提携する自治体からのニーズに応じた集計データの作成と提供においても活用されている。

（考察）

東京支部の取り組みにより、経年変化など多角的な分析が可能となる分析用データベースを、日常業務に利用しているPCとSPSSを用いることで構築可能であることが明らかとなり、また、その構築と分析の手順書を作成したことで、協会各支部における分析用データベースの構築と活用に貢献した。

分析用データベースを支部内で構築・運用することで、個人情報漏洩のリスクを最小限に抑えつつ、健診受診者の健康状態や医療費の正確な把握・経年変化の分析などエビデンスを用いた多角的なデータ解析が可能になった。また、重症化予防事業の対象者の抽出やデータ提供等にも、適時に対応可能となった。

更に、構築した分析用データベースは拡張性に優れており、今後健診・指導・レセプトデータの更なる集積に加え、業種やがん検診結果などの追加情報の付加も容易であり、より多角的な分析とその結果の活用が可能となる。この分析用データベースを活用することで、基本的な分析や保健事業への活用のみならず、支部全体の効率的な事業運営にも寄与できる可能性がある。

なお、分析用データベースの構築と分析には、以下の課題が存在する。第一に、分析用データベースの構築と運用には、東京支部で作成した手順書により簡略化されたとは言え、かなりの労力と経験が必要である。第二に、東京支部のように加入者の多い支部においては、分析用データベース構築と運用に用いるPCの性能が充分ではなく、その為に分析用データベースの活用にやや支障が出ているのが現状である。今後のデータの更なる蓄積に伴い、支部で日常業務に利用しているPCでは性能不足になる可能性がある。第三に、分析用データベースの構築に用いた健診受診者リストには、生活習慣病予防健診の非受診者の情報が含まれていないことや、合計点数・主傷病名などの主要項目以外のレセプトデータが収録されていないことにより、その活用には限界が存在すること等である。

今後、更なる改良を図ることにより、これらの課題に対処し、データヘルス計画が目指す効果的な保健事業への活用に役立てたいと考えている。

（備考）

「平成25年10月24日 第72回日本公衆衛生学会」で発表

個別発表

健診受診者リストを用いたコホート構築と生活習慣病予防健診・特定保健指導の効果分析

大阪支部 保健グループ長 園田 泰弘（発表者）
奈良県立医科大学 教授 今村 知明
国際医療福祉大学大学院 准教授 小川 俊夫

【発表の概要】

（目的）

生活習慣病予防健診（以後健診と表記）と特定保健指導（以後指導と表記）の効果について、コホート分析の手法を用いた追跡調査及び科学的な解析を行い、その結果を踏まえて今後の効果的な保健事業について考察する。

（方法）

協会けんぽ大阪支部加入者のうち、40歳以上で平成21年度の健診受診者を指導の階層化を用いて区分し、階層ごとに層化無作為抽出法を用いて分析対象者1,400人を抽出した。さらに健診の未受診者についても、層化無作為抽出法を用いて分析対象者1,400人を抽出した。抽出した対象者2,800人によるコホートを構築し、平成23年度までの3年間の健康状態と医療費について追跡調査を実施した。追跡結果は、指導の効果に着目して分析し、その結果を踏まえて今後の効果的な保健事業について考察を実施した。

（結果）

1. コホートの構築

本研究の分析対象者は、健診受診者については積極的支援、動機づけ支援など指導の階層ごとに、未受診者については分析対象年齢群より、層化無作為抽出法を用いて抽出した。抽出の際には、分析対象者の性・年齢構成が協会けんぽ大阪支部の構成比と合致するように調整した。構築したコホートの各群は、平成21年度から23年度の健診・指導の結果及びレセプト情報を追跡・集計した。なお、平成21年度時点で抽出された分析対象者2,800人は、退職等により平成23年度には2,523人に減少した。

2. 階層化判定の経年変化

平成21年度に積極的支援あるいは動機づけ支援と判定されたいわゆる指導対象者のうち約30%は、平成23年度には健康状態が改善していた。また、指導対象者のうち指導を完了した群においては未完了群と比較して健康状態の改善傾向が高く見られた。

3. 1人当たり平均医療費の経年変化

健診受診群は未受診者群に比べ、平均医療費の伸びが大きい傾向がみられた。健診受診群のうち、指導対象群と非メタボ群の平均医療費を比較すると、指導対象群の平均医療費が高い傾向にあった。

積極的支援対象群と動機づけ支援対象群の平均医療費を経年的に比較すると、積極的支援対象群の平均医療費が大きく上昇していたのに対して、動機づけ支援対象群の

平均医療費は概ね横ばいで、平成 22 年度以降は非メタボ群とほぼ同等であった。

指導対象群のうち、指導参加群と非参加群の平均医療費を比較すると、指導参加群の方が非参加群に比べて経年的に低い傾向にあった。指導参加群のうち、指導完了群と未完了群の平均医療費を比較すると、平成 21 年度では指導完了群の平均医療費は未完了群よりも低い傾向にあったが、平成 22、23 年度には両群の平均医療費はほぼ同等であった。

(考察)

1. コホートの構築

本分析では、構築したコホートを用いて平成 21～23 年度の 3 カ年について分析を実施し、協会けんぽが保有しているデータを用いて、分析用コホートが構築できることが明らかになった。さらに、コホートの分析により、介入が必要な群の特定が可能であることも明らかになった。

2. 健診・指導の効果と医療費について

指導参加群を、積極的支援および動機づけ支援対象群に区分して比較すると、どちらも健康状態の改善割合は指導完了群が未完了群に比して高い結果となった。ただし平均医療費を経年的に比較すると、積極的支援対象群の平均医療費が大きく上昇していたのに対し、動機づけ支援対象群の平均医療費は概ね横ばいで、平成 22 年度以降は非メタボ群とほぼ同等であったことから、積極的支援対象群では医療機関にかかることで健康状態が改善した可能性が考えられ、動機づけ支援対象群では医療機関にかからずに健康状態が改善した可能性が考えられた。

指導対象群のうち指導参加群と非参加群を比較した場合、非参加群の平均医療費が参加群に比べて高い傾向にあったことから、参加群の健康状態がよく、非参加群には健康状態が悪い人が多く含まれている可能性が示唆された。

指導参加群を指導完了群と未完了群に区分して比較すると、完了群の健康状態の改善割合は未完了群に比して高かった。一方平均医療費は、初年度は完了群が未完了群に比して低い傾向が見られたが、その後ほぼ同等になったことから、医療機関の受診傾向が経年的に強くなることが示唆された。

以上より、指導参加群は健康への関心が全般的に高く医療費は低めであることが示唆された。また指導完了群では指導によると思われる健康状態の改善傾向が見られたものの医療機関への受診が増加し、その結果として医療費が上昇する可能性が示唆された。一方で指導非参加群については介入すべき人が多く含まれている可能性が示唆され、今後指導非参加群に対する介入方法について検討すべきであると考えられる。

3. 今後の保健事業にむけて

本分析により、保険者がコホートを構築して、健診や指導、レセプトのデータを分析することが可能であることが明らかになった。また、健診受診の有無や指導参加の有無により、健康状態や医療費の傾向に違いが見られることが示唆された。特に、動機づけ支援対象群に対しては、健康状態の改善に向けた行動変容を促す啓発活動が有効と考えられる。また指導対象にも関わらず指導に参加しなかった群については、今後積極的な介入が健康状態の改善と医療費の適正化に寄与する可能性があると考えられる。

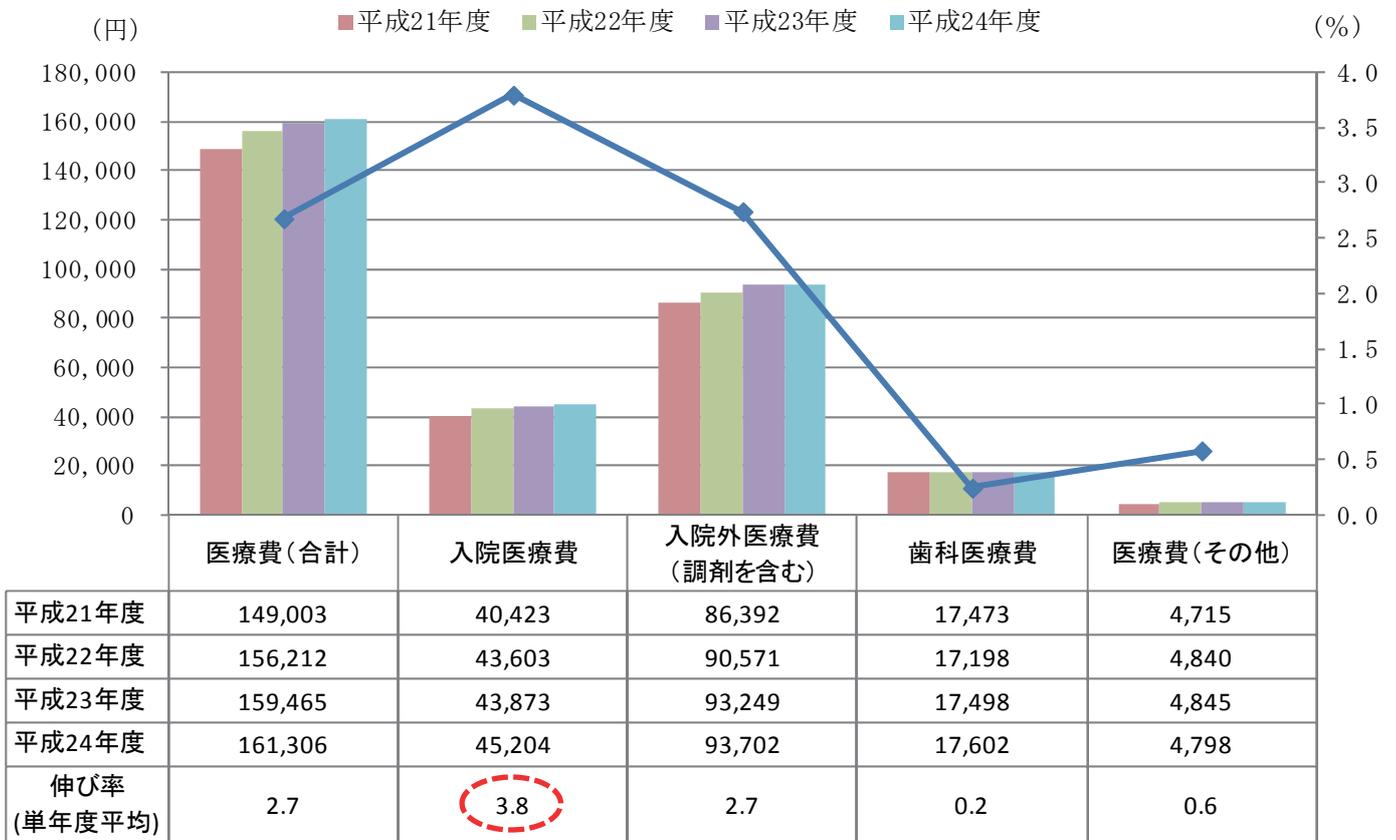
本分析の結果を用いて、今後、地域の関係諸機関と連携し、本分析の意義を加入者と共有できるよう情報発信するとともに、重症化予防事業や今後予定しているデータヘルス計画の策定にこの成果を活かしていきたい。

《 M E M O 》

参 考 資 料

(協会けんぽデータによる分析)

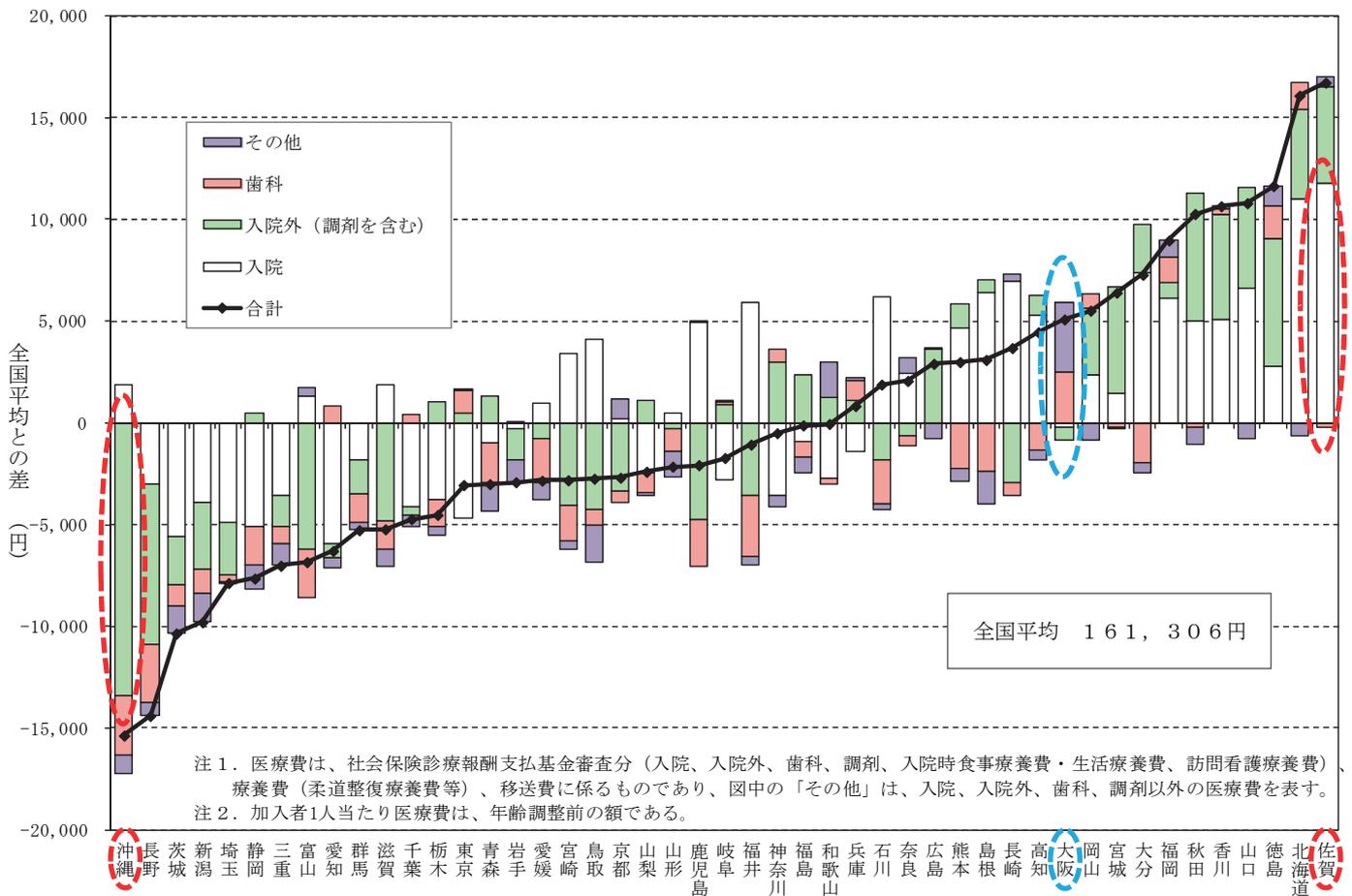
加入者1人当たり医療費の状況



(注) 医療費の「合計」は社会保険診療報酬支払基金審査分(入院、入院外、歯科、調剤、入院時食事療養費・生活療養費、訪問看護療養費)、療養費(柔道整復療養費等)、移送費に係るものであり、「その他」は、入院、入院外、歯科、調剤以外の医療費を表す。

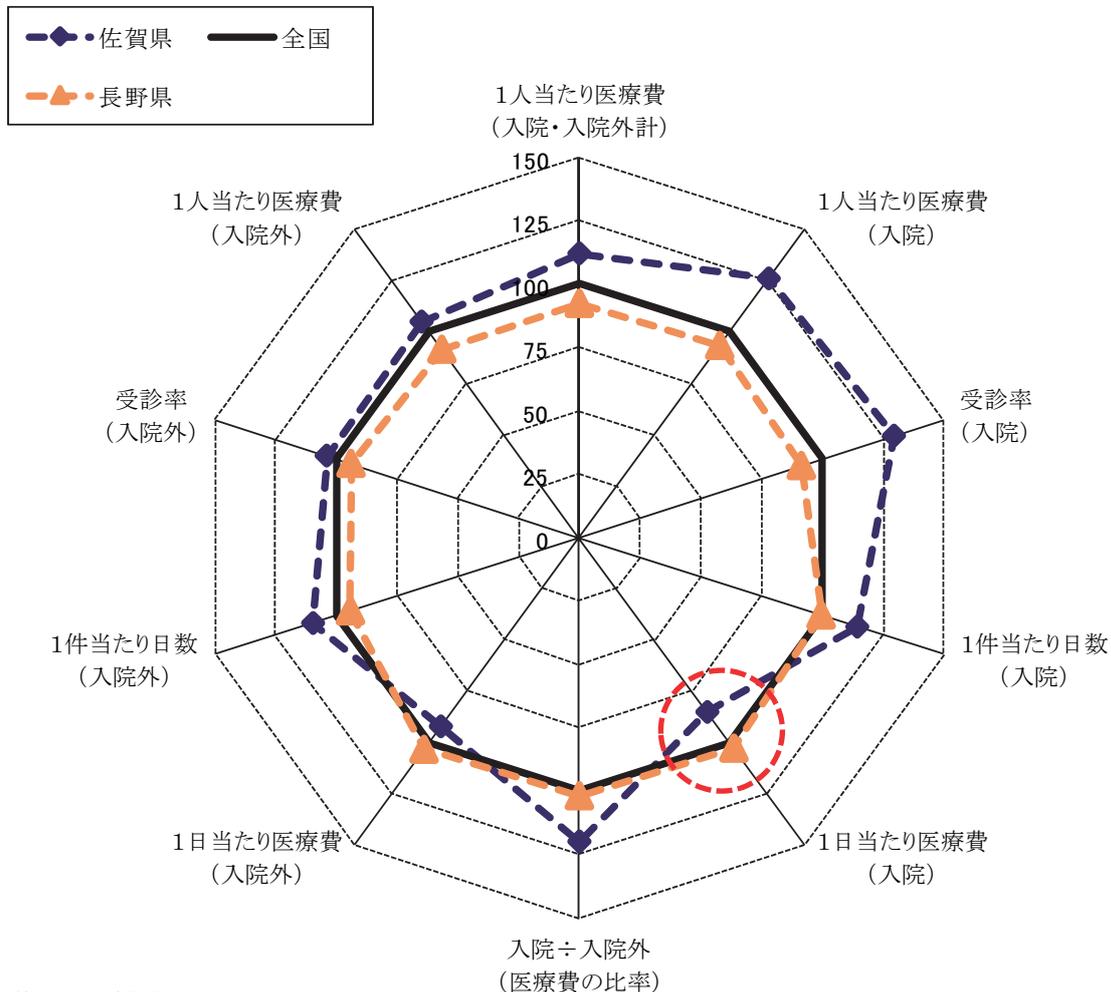
- 医療費の内訳は、入院が約30%、入院外(調剤を含む)が約60%、歯科が約10%となっている。
- 加入者1人当たり医療費(入院・入院外・歯科医療費)は、21年度以降、毎年増加傾向にある。
- 24年度の加入者1人当たり医療費は、21年度に比べ約1.2万円高くなっている。その金額別の内訳をみると入院外が約0.7万円増で最も高いが、単年度平均の伸び率で見ると入院が3.8%増で最も高くなっている。

都道府県支部別 加入者1人当たり医療費の状況 (全国平均との差) (平成24年度)



- 加入者1人当たり医療費の全国平均は16.1万円である。全国平均と比べて、最も高い佐賀（17.8万円）は1.7万円高く、最も低い沖縄（14.6万円）は1.5万円低くなっている。
- 佐賀の医療費を高くしている主因は「入院」であり、沖縄が低い主因は「入院外」である。
- 大阪は「歯科」と柔道整復等の「その他」が医療費を高くしている。
- 加入者1人当たり医療費は支部ごとに特徴がある。

医療費に関するレーダーチャート (佐賀県と長野県の比較) (平成24年度)



データ：協会けんぽ月報
注：入院外医療費には調剤分が含まれている

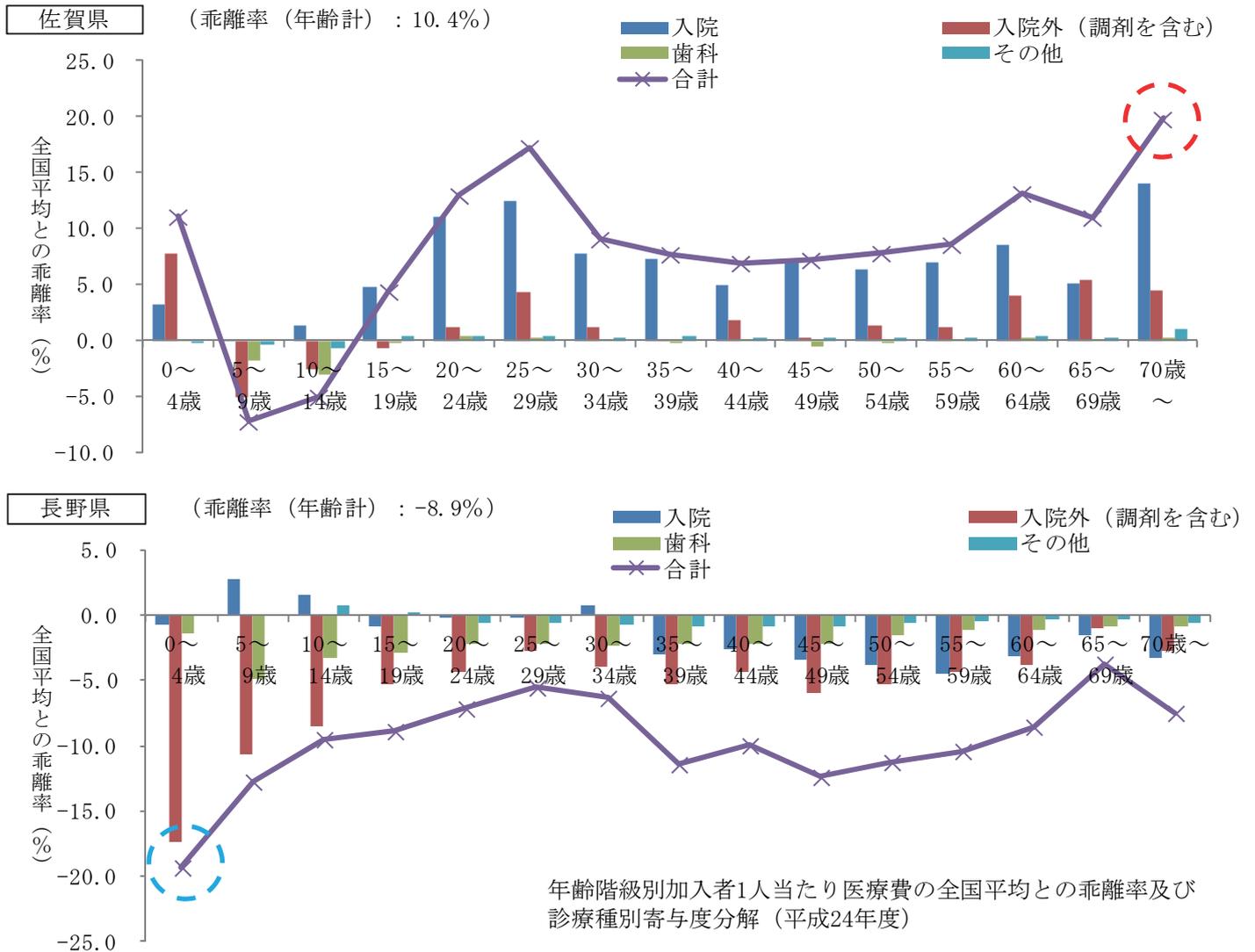
(佐賀)

- 1人あたり医療費は入院、入院外ともに全国平均を上回っており、特に入院は約25%上回っている。
- 受診率、1件当たり日数は入院、入院外ともに全国平均を上回っており、特に入院は顕著な傾向が見られる。一方、1日当たり医療費は入院、入院外ともに全国平均を下回っている。

(長野)

- 1人あたり医療費は入院、入院外ともに全国平均を下回っている。
- 受診率、1件当たり日数は入院、入院外ともに全国平均を下回っているが、1日当たり医療費は入院、入院外ともに全国平均を若干上回っている。

年齢階級別 1人当たり医療費の全国平均との乖離率 (佐賀県と長野県の比較) (平成24年度)



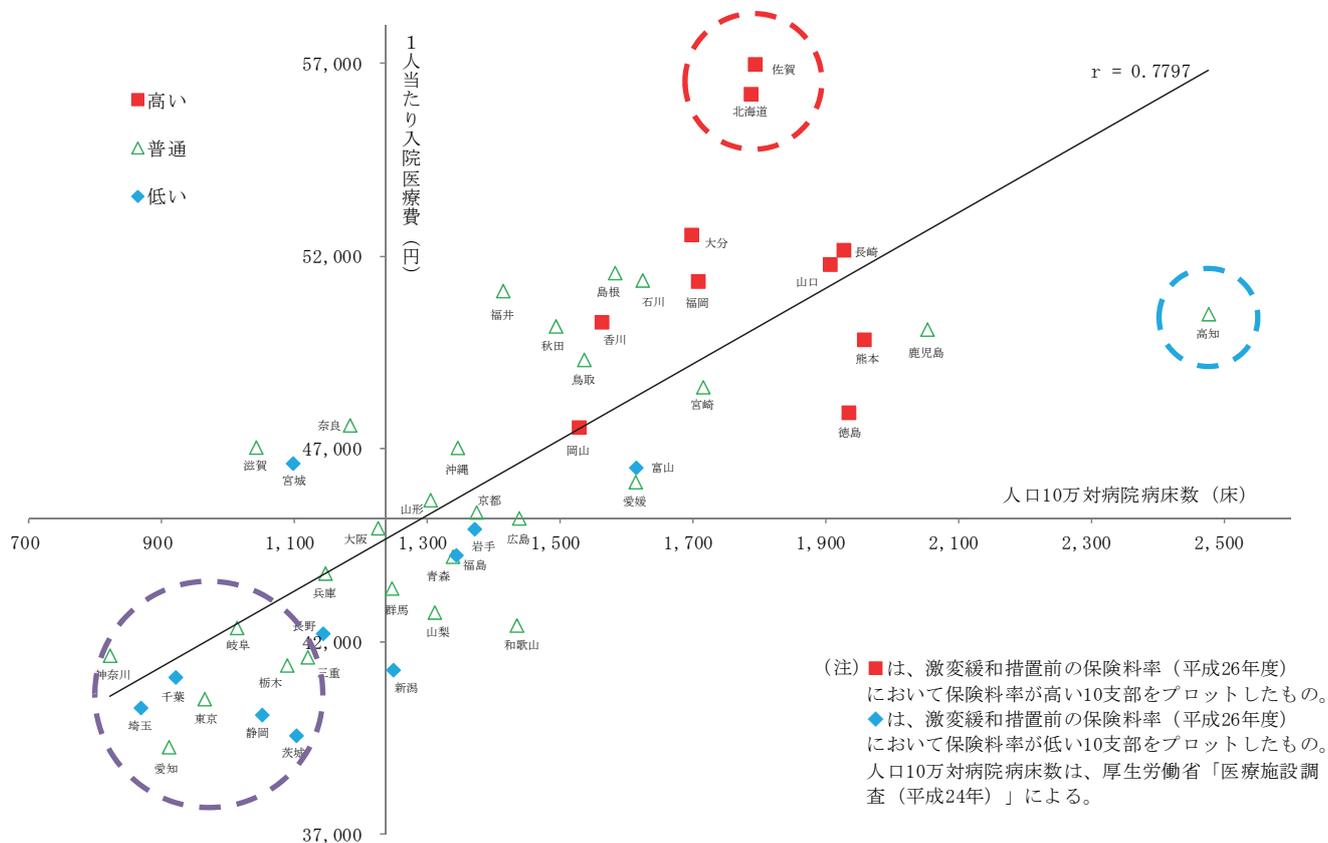
(佐賀)

- 5~14歳を除く年齢階級で、医療費の合計が全国平均を上回っている。特に、70歳以上は全国平均を20%程度上回っている。
- 入院は全ての年齢階級で全国平均を上回っており、特に、20~29歳、70歳以上はいずれも10%以上上回っている。

(長野)

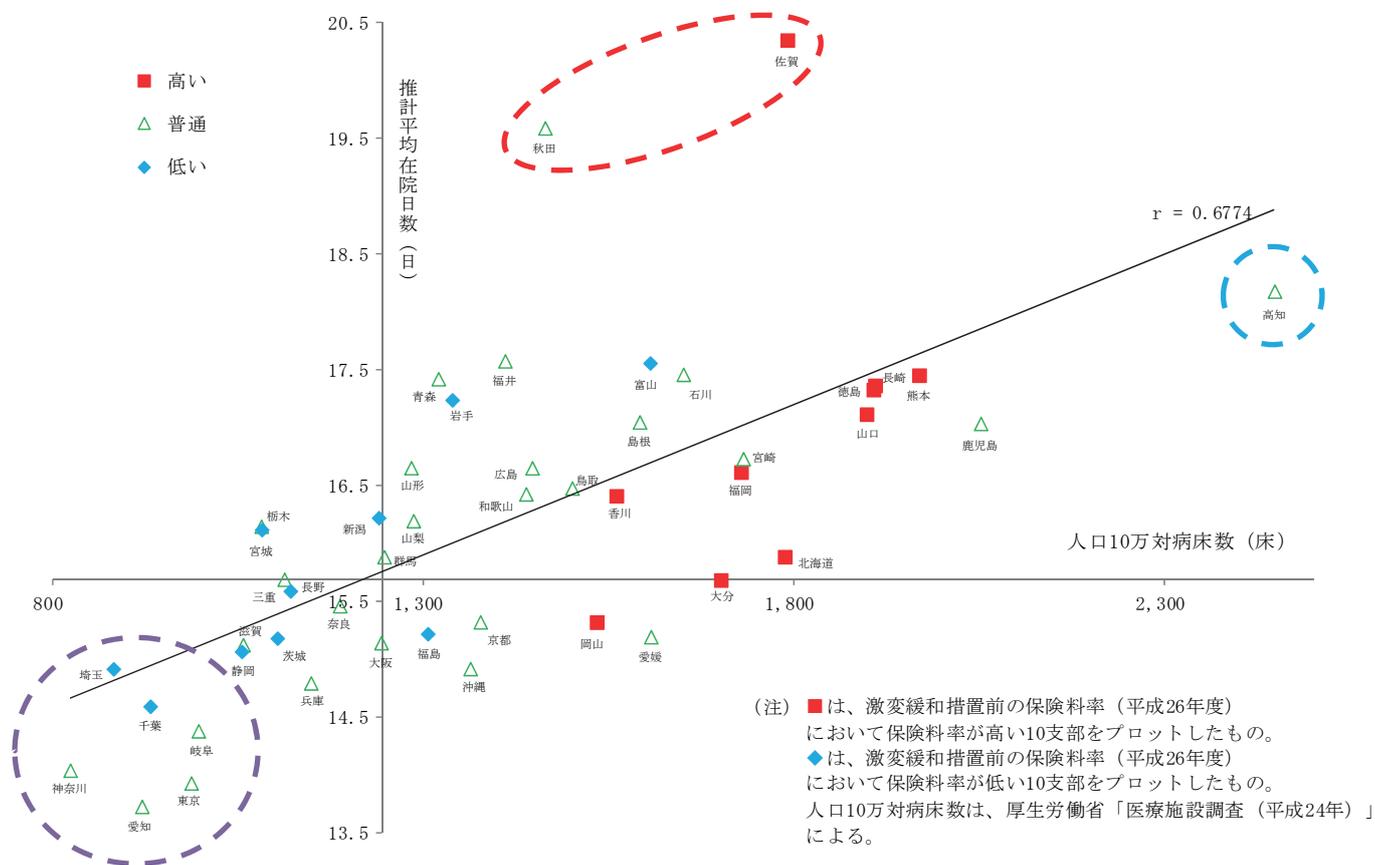
- 全年齢階級で、医療費の合計が全国平均を下回っている。特に、0~4歳は全国平均を20%程度下回っており、また、5~9歳、35~59歳も10%程度下回っている。
- 入院外及び歯科は全ての年齢階級で全国平均を下回っており、特に、0~9歳の入院外は10%以上下回っている。

加入者1人当たり入院医療費と人口10万対病院病床数 (平成24年度)



- 1人当たり入院医療費と人口10万対病院病床数には一定の正の相関関係（ $r = 0.7797$ ）があると考えられる。
- 1人当たり入院医療費が高い支部の保険料率が高い傾向があり、医療費が低い支部は保険料率が低い傾向がある。
- 佐賀、北海道は、人口10万対病院病床数が同程度のお他支部と比べて、1人当たり入院医療費が10%程度高くなっている。
- 高知は人口10万対病院病床数が突出して多いが、1人当たり入院医療費は病床数が3分の2程度の支部と同程度である。
- 東京周辺、愛知周辺の地域は、人口10万対病院病床数が少なく1人当たり入院医療費も低くなっている。

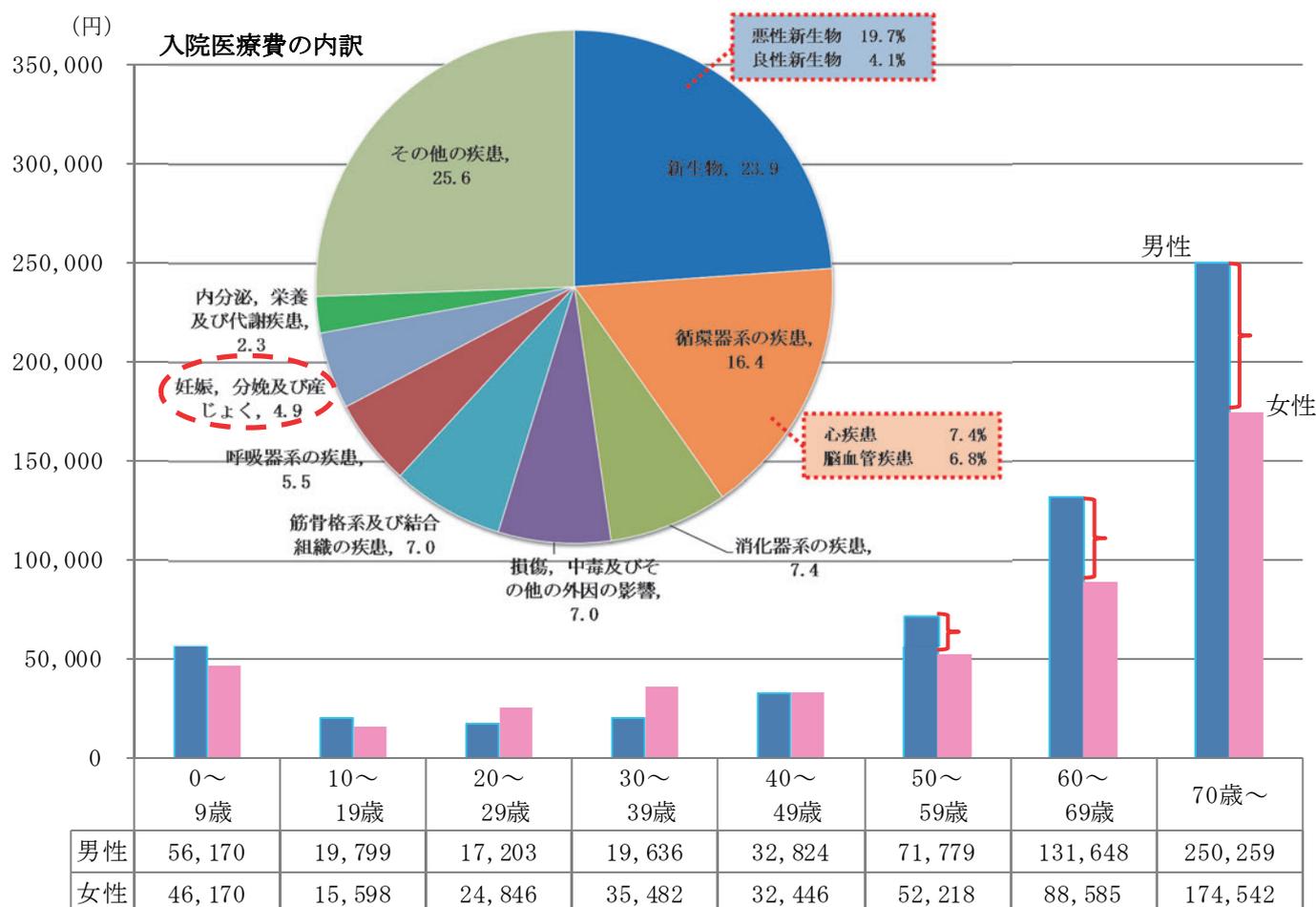
推計平均在院日数と人口10万対病床数 (平成24年4月)



- 推計平均在院日数と人口10万対病床数は、部分的な相関関係（ $r = 0.6774$ ）があり得る。
- 推計平均在院日数が比較的多いにも関わらず保険料率が低い支部が存在する（岩手、宮城、新潟、富山）。
- 佐賀、秋田の推計平均在院日数が突出して多くなっている。
- 高知は人口10万対病床数が突出して多く、推計平均在院日数は佐賀、秋田に次いで3番目に高くなっている。
- 東京周辺、愛知周辺の地域は、人口10万対病床数が少なく、推計平均在院日数も短くなっている。

※ 推計平均在院日数についての詳細は、厚生労働省ホームページ「推計平均在院日数の数理分析」を参照

性・年齢階級別1人当たり入院医療費 (平成24年度)



(注) ・平成24年4月～平成25年3月のレセプトデータの集計値による。

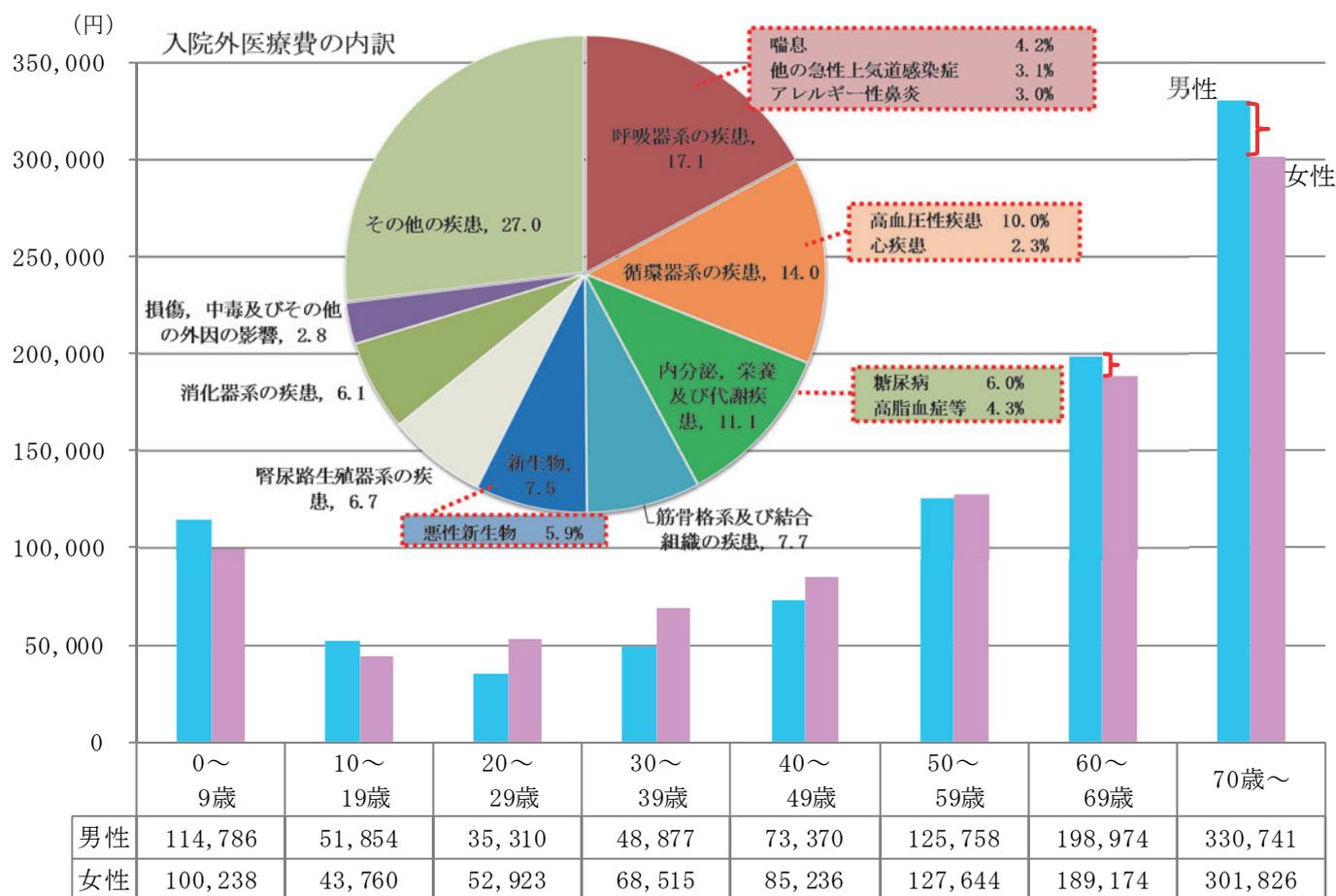
(棒グラフ)

- 1人当たり入院医療費は、40歳台以降、男性の方が女性よりも高く、その差は年齢階級が上がるごとに広がる傾向がある。

(円グラフ)

- 20～39歳の女性の1人当たり入院医療費が男性より高くなっているのは、「妊娠、分娩及び産じょく」の影響と思われる。
- 疾病別では「悪性新生物」「心疾患」「脳血管疾患」で入院医療費の3割程度のシェアを占めている。

性・年齢階級別1人当たり入院外医療費 (平成24年度)



(注) ・平成24年4月～平成25年3月のレセプトデータの集計値による。
 ・入院外医療費には入院外レセプトに突合できる調剤レセプト分が含まれている。

(棒グラフ)

- 1人当たり入院外医療費は、60歳台以降で、男性の方が女性よりも高くなり、70歳台では更に差が広がる傾向がある。

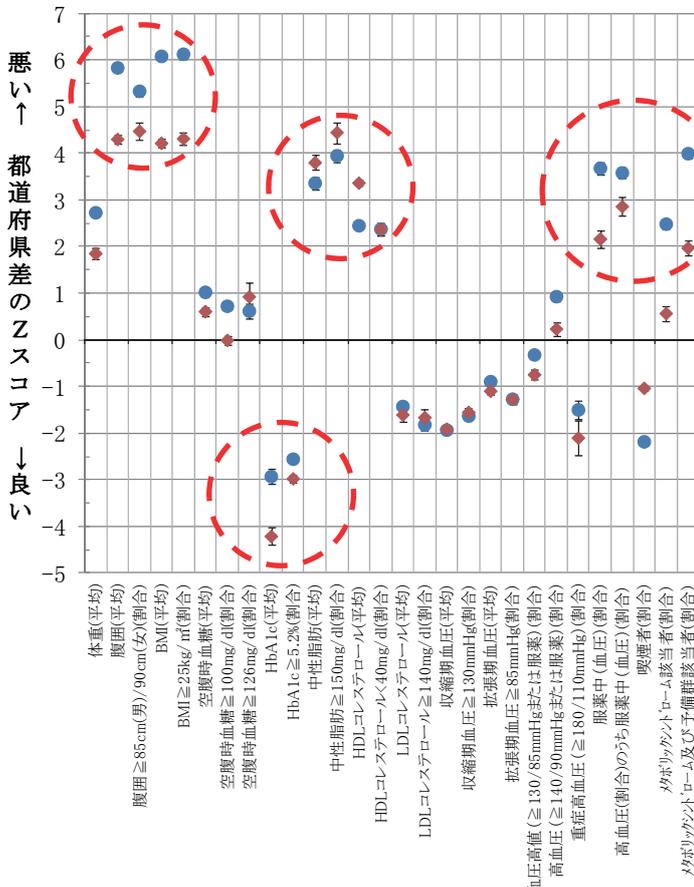
(円グラフ)

- 「呼吸器系の疾患」のシェアは入院医療費では5.5%だが、入院外医療費では17.1%となっている。入院外での疾病別シェアをみると「喘息」は4.2%、花粉症を含む「アレルギー性鼻炎」は3.0%となっている。
- 「内分泌、栄養及び代謝疾患」の入院外医療費に占めるシェアは、入院医療費の約5倍ある。入院外での疾病別シェアをみると「糖尿病」「高脂血症等」で全体の約10%を占めている。

健診受診結果【40～74歳】 (沖縄県と長野県の比較) (平成24年度)

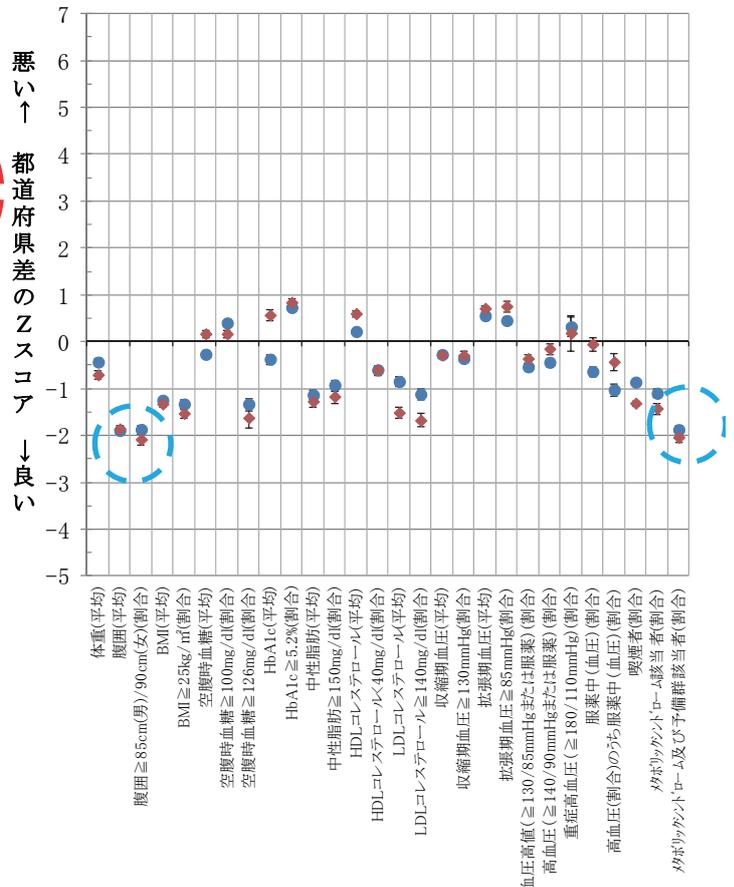
【沖縄】

● 男性 ◆ 女性



【長野】

● 男性 ◆ 女性



値は年齢調整値に基づく「都道府県差のZスコア」と標準偏差。
Zスコアの解釈(目安):
<-0.5 良い, ±0.5 ほぼ平均的, +1.0 上位6分の1, +2.0 ほとんどトップ, +3.0 突出している
(注) HDLコレステロール(平均)のみ値が低いほどZスコアは高い。他は値が高いほどZスコアが高い。
服薬中(血圧)(割合)は、高いことが必ずしも悪いとは限らないので解釈には注意。

出典「全国健康保険協会 特定健診・特定保健
指導 データ分析報告書(2012年度)」

加入者1人当たり医療費が最も低い沖縄と、次に低い長野の健診結果データを比較した。

(沖縄)

- 肥満のデータ(腹囲・BMIの平均値)、脂質のデータ(中性脂肪・HDLコレステロールの平均値)、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合が全国の中で突出して悪い(概ねZスコア+3.0以上)。血糖値のデータ(HbA1cの平均値)は突出して良好で(概ねZスコア-3.0以上)、全国トップと言えるレベルである。

(長野)

- 肥満のデータ(腹囲の平均値、基準値以上の者の割合)、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合が全国でほとんどトップに相当する良好なレベルで、その他の健診結果データも概ね平均的、又は平均より良好な結果を示している。

【考察】 沖縄と長野は両県とも1人当たり医療費が低いが、健診結果データから得られる肥満のデータやメタボリックシンドローム該当者・予備軍の割合は、長野では平均より良好であるのに対して沖縄は突出して悪いと異なる結果となっている。このように健診結果データは地域によって特徴があり、その地域の健康課題に沿った実践的な対応が必要なことが分かる。

中央社会保険医療協議会等（平成25・26年度）について

■中央社会保険医療協議会

○総会（3月26日）

- ▶ 1 平成26年度診療報酬改定におけるDPC制度(DPC/PDPS)の対応等について
- ▶ 2 今後の検討体制(案)について

○総会（4月9日）

- ▶ 1 小委員会及び部会に属する委員・専門委員の指名について
- ▶ 2 医薬品の薬価収載について
- ▶ 3 DPCにおける高額な新規の医薬品等への対応について

○総会（4月23日）

- ▶ 1 医療機器の保険適用について
- ▶ 2 診療報酬基本問題小委員会からの報告について
- ▶ 3 費用対効果評価専門部会からの報告について
- ▶ 4 薬価専門部会からの報告について

○総会（5月14日）

- ▶ 1 医療機器の保険適用について
- ▶ 2 医薬品の薬価収載について
- ▶ 3 DPCにおける高額な新規の医薬品等への対応について
- ▶ 4 先進医療会議の検討結果の報告について
- ▶ 5 診療報酬改定結果検証部会からの報告について

○薬価専門部会（4月23日）

- ▶ 1 画期性加算及び有用性加算の加算率の定量化について

○費用対効果評価専門部会（4月23日）

- ▶ 1 部会長の選出について

- ▶ 2 今後の進め方について

○診療報酬基本問題小委員会（4月23日）

- ▶ 1 次期診療報酬改定に向けた検討について

■社会保障審議会

○医療保険部会 柔道整復療養費検討専門委員会（3月18日）

- ▶ 1 柔道整復療養費の改定について

○医療保険部会 あん摩マッサージ指圧、はり・きゅう療養費検討専門委員会（3月18日）

- ▶ 1 あん摩マッサージ指圧、はり・きゅう療養費の改定について

○医療保険部会（4月21日）

- ▶ 1 医療保険制度改革検討の今後の進め方
- ▶ 2 産科医療補償制度、出産育児一時金について
- ▶ 3 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案について（報告）

○医療保険部会（5月19日）

- ▶ 1 市町村国保について
- ▶ 2 被用者保険について
- ▶ 3 高齢者医療制度について

○介護給付費分科会（3月27日）

- ▶ 1 平成25年度介護従事者処遇状況等調査の結果について
- ▶ 2 平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成25年度調査）の結果について（概要）
- ▶ 3 平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成26年度調査）の進め方について
- ▶ 4 平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成26年度調査）の実施内容について
- ▶ 5 その他

○介護給付費分科会（4月28日）

- ▶ 1 平成27年度介護報酬改定に向けた今後の検討の進め方について
- ▶ 2 その他

※第53回運営委員会（平成26年3月19日）～本運営委員会前日までについて記載