

平成29年10月6日

第21回 社会保障ワーキング・グループ

骨太方針2017、改革工程表の事項の取組状  
況について  
(参考資料)



# 目次

- 地域医療構想の実現に向けた取組・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 国保の都道府県化に向けた取組(ガバナンスの強化)・・・・・・23
- 医療費適正化・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・27
- 健康増進・予防の推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・39
- その他改革工程の検討事項
  - ③〇先発医薬品価格のうち後発医薬品に係る保険給付額  
を超える部分の負担の在り方・・・・・・・・・・・・・・・・45

# 地域医療構想調整会議の進め方のサイクル（イメージ）

○ 次のような年間のスケジュールを毎年繰り返すことで、地域医療構想の達成を目指す。

	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	
国		<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県職員研修（前期）</li> <li>データブック配布及び説明会</li> <li>基金に関するヒアリング</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県職員研修（中期）</li> <li>地域医療構想の取組状況の把握</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県職員研修（後期）</li> <li>病床機能報告の実施</li> </ul>							
都道府県		<p>（平成29年度については、第7次医療計画に向けた検討を開始）</p> <p>●<b>具体的な機能分化・連携に向けた取組の整理について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>県全体の病床機能や5事業等分野ごとの不足状況を明示</li> </ul> <p>●病床機能の分化・連携に向けた好事例や調整困難事例について収集・整理（国において全国状況を整理）</p> <p>●<b>地域住民・市区町村・医療機関等に対する情報提供</b>（議事録の公開、説明会等）</p>													
調整会議		<p><b>1回目</b></p> <p>●<b>病床機能報告や医療計画データブック等を踏まえた役割分担について確認</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>不足する医療機能の確認</li> <li>各医療機関の役割の明確化</li> <li>各医療機関の病床機能報告やデータブックの活用</li> </ul>		<p><b>2回目</b></p> <p>●<b>機能・事業等ごとの不足を補うための具体策についての議論</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>地域で整備が必要な医療機能を具体的に示す</li> <li>病床機能報告に向けて方向性を確認</li> </ul>			<p><b>3回目</b></p> <p>●<b>次年度における基金の活用等を視野に入れた議論</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>次年度における基金の活用等を視野に入れ、機能ごとに具体的な医療機関名を挙げたうえで、機能分化・連携若しくは転換についての具体的な決定</li> </ul>			<p><b>4回目</b></p> <p>●<b>次年度の構想の具体的な取組について意見の整理</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>地域において不足する医療機能等に対応するため、具体的な医療機関名や進捗評価のための指標、次年度の基金の活用等を含むとりまとめを行う</li> </ul>					

○ 都道府県の地域医療構想の達成に向けた取組状況や課題について共有し、地域医療構想調整会議における議論を活性化することが重要。このため、次の事項について、各都道府県に対して、定期的に確認することとしてはどうか。

## 1. 調整会議の開催状況等（構想区域毎）

開催日、会議名称、参加者、議事・協議内容、決定事項（例：整備計画）

## 2. データ共有の状況等（構想区域毎）

(1) 病床機能報告における未報告医療機関への対応状況

(2) 病棟単位で非稼働である病棟に関する現状把握

(3) 区域全体の病床機能報告の病床機能ごとの病床数の経年変化と、病床の必要量との比較

(4) 各医療機関の病床機能報告結果の変化（6年後に過剰な病床機能へ転換しようとしている医療機関の把握を含む）

(5) 病床機能報告データやデータブック等を活用した、地域において各医療機関が担っている役割に関する現状分析と共有

 **特に、有効と考えられる分析方法等については、各都道府県に対し共有する。**

## 3. 具体的な機能分化・連携に向けた取組について（構想区域毎）

### (1) 第7次医療計画における5疾病5事業及び在宅医療等の中心的な医療機関が担う役割について

（第7次医療計画の策定に向けて新たに検討が必要な事項の例）

- 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制における慢性期（再発・増悪予防）の役割
- 小児医療体制における「小児地域支援病院」の役割
- 災害医療体制における「災害拠点精神科病院」の役割 等

### (2) 平成29年3月末までに策定が完了している新公立病院改革プランと当該構想区域における公立病院の担うべき役割について

（→齟齬がある場合には、必要に応じてプランの見直しが必要）

### (3) 特定機能病院の地域における役割と病床機能報告内容の確認について

## 4. 調整会議での協議が調わないとき等の対応について

平成29年度は、調整会議における議論の状況等について把握

## 5. 地域住民・市区町村・医療機関等への普及啓発の状況（全県・構想区域毎）

調整会議の資料及び議事録の公表、住民説明会の開催等

以下は、平成29年7月末までの議論の状況について、全341構想区域の状況をまとめたもの。

## 現状分析に関する取組の状況

### ▶調整会議の開催状況について（平成29年4月～7月末まで）

・144回／130構想区域

〔8月末までの開催予定を含めた場合、226回／202構想区域〕

### ▶個々の医療機関ごとの現状分析等を実施した区域

305／341構想区域（平成29年3月以前に実施した分も含む）

### ▶非稼働病棟に関する状況把握

・非稼働病棟を有する医療機関 1,629／14,254施設

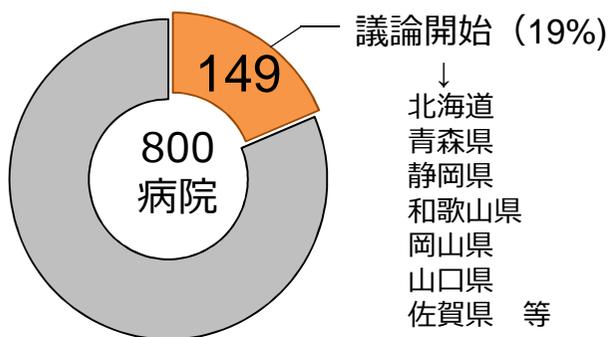
・非稼働病棟を有する医療機関がある構想区域 278／341構想区域

・うち非稼働病棟の在り方について議論した構想区域 21／278構想区域

## 具体的な医療機関名を挙げた議論の状況

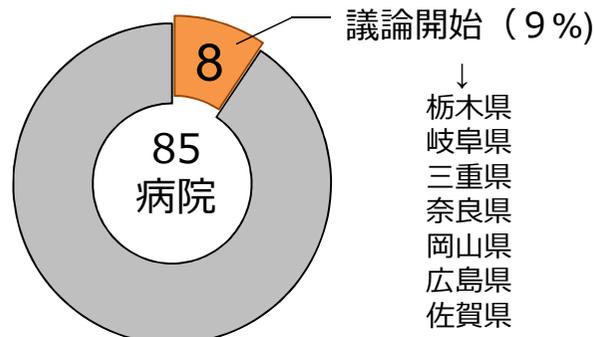
### ▶公立病院について

- ・平成29年3月末までに、新改革プランを策定した病院は、800病院
- ・このうち、7月末までに地域医療構想調整会議でプランについて議論を開始した病院は、149病院



### ▶特定機能病院について

- ・平成29年3月末時点の特定機能病院は、85病院
- ・このうち、7月末までに地域医療構想調整会議で、その役割について議論を開始した病院は、8病院



### ▶公的病院等について

- ・公的医療機関等の開設主体に対し、2025年に向けた病床整備等の方針をまとめたプランを本年中に策定し、地域医療構想調整会議で議論するよう要請。

⇒策定対象：約780病院

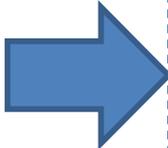
（要請先団体と病院数）

日赤：92病院 済生会：78病院  
厚生連：101病院 北社協：7病院  
社会保険関係団体：53病院  
地域医療連携推進機構：57病院  
国立病院機構：143病院  
労働者健康安全機構：34病院  
特定機能病院：85病院  
地域医療支援病院：543病院

※病院数は、平成28年医療施設調査の一般病院数  
※重複があるため、合計と一致しない。

\* 一般病棟入院基本料（7対1）における公立・公的病院等の届出病床数は、全体の約5割強を占める。

- 公的医療機関は、地域医療対策協議会のメンバーに含まれており、また、地域医療対策への協力義務が課されているなど、地域における医療確保を担うこととされている。
- また、**共済組合、健康保険組合、地域医療機能推進機構等**(公的医療機関及び医療法第7条の2第1項第2号から第8号に掲げる者)が開設する医療機関については、地域医療構想の達成を図るために都道府県知事が行使することができることとされている権限の位置付けが、他の医療機関に対するものと異なる。
- **国立病院機構**及び**労働者健康安全機構**が開設する医療機関についても、その設立の経緯と、現に地域における医療確保に果たしている役割を鑑みると、今後も、地域における医療確保に一定の役割を果たすことが期待されているものと考えられる。
- **地域医療支援病院**及び**特定機能病院**については、公的医療機関と同様、地域医療対策協議会のメンバーに含まれているなど、地域における医療確保の役割を果たすよう努めることとされている。

- 
- 公的医療機関をはじめとしたこれらの医療機関については、地域において今後担うべき役割等の方向性を、率先して明らかにし、地域で共有することが必要である。
  - これらの医療機関に対して、地域における今後の方向性について記載した「公的医療機関等2025プラン」(※)の作成を求めることとする。
  - 策定したプランを踏まえ、地域医療構想調整会議においてその役割について議論することとする。

(※)「公的医療機関等2025プラン」の策定対象は下記のとおり

- 公的医療機関(日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会等が開設する医療機関)(公立病院除く)
- 医療法第7条の2第1項第2号から第8号に掲げる者(共済組合、健康保険組合、地域医療機能推進機構等)が開設する医療機関
- その他の独立行政法人(国立病院機構、労働者健康安全機構)が開設する医療機関
- 地域医療支援病院
- 特定機能病院

- 公的医療機関等2025プランにおいては、地域医療構想に関する以下の事項について、記載を求めることを基本とすることとする。

## 【基本情報】

- ・ 医療機関名、開設主体、所在地 等

## 【現状と課題】

- ・ 構想区域の現状と課題
- ・ 当該医療機関の現状と課題 等

## 【今後の方針】

- ・ 当該医療機関が今後地域において担うべき役割 等

## 【具体的な計画】

- ・ 当該医療機関が今後提供する医療機能に関する事項  
(例)・ 4機能ごとの病床のあり方について
  - ・ 診療科の見直しについて 等
- ・ 当該医療機関が今後提供する医療機能に関する、具体的な数値目標  
(例)・ 病床稼働率、手術室稼働率等、当該医療機関の実績に関する項目
  - ・ 紹介率、逆紹介率等、地域との連携に関する項目
  - ・ 人件費率等、経営に関する項目 等

## 【その他】

## ○国から公的病院等の開設主体への依頼事項

「地域医療構想を踏まえた「公的医療機関等2025プラン」について(依頼)」  
(平成29年8月4日付け医政発0804第2号厚生労働省医政局長通知)より

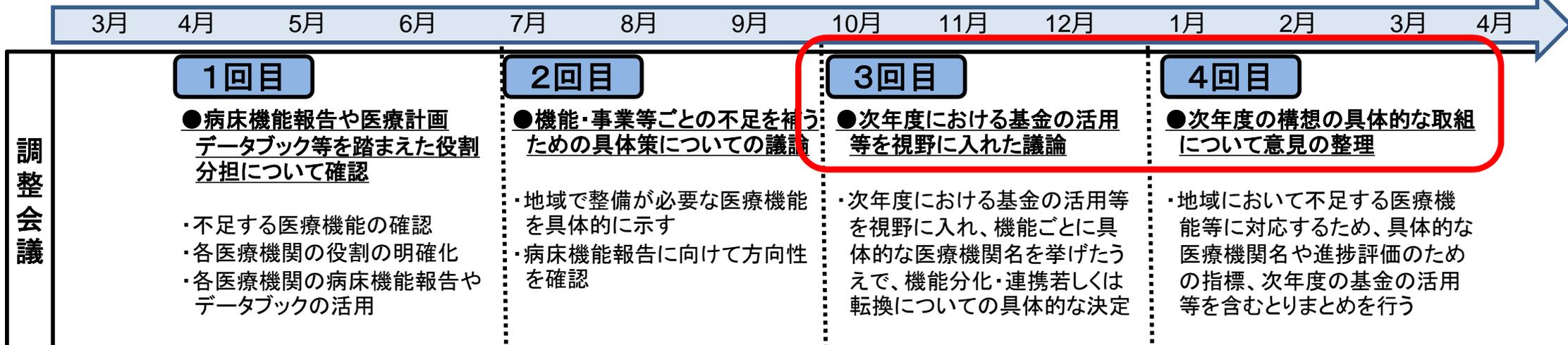
「公的医療機関等2025プラン」については、(中略)可能な限り早期に策定を進めることが重要であることから、**救急医療や災害医療といった政策医療を主として担う医療機関**については、このサイクルで予定されている3回目の地域医療構想調整会議における議論に間に合うよう**本年9月末までに、その他の医療機関**においても、遅くとも4回目の地域医療構想調整会議において議論できるよう**本年12月末までに策定**を進めていただくようお願いします。

## ○国から都道府県への依頼事項

「地域医療構想を踏まえた「公的医療機関等2025プラン」について」  
(平成29年8月4日付け医政発0804第3号厚生労働省医政局長通知)より

特に、地域医療構想調整会議における協議のスケジュールについて、「経済財政運営と改革の基本方針2017」(平成29年6月9日閣議決定)において、個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針を速やかに策定するため、2年間程度で集中的な検討を促進することとされていることや、別添「公的医療機関等2025プランについて」に示す「地域医療構想調整会議の進め方のサイクル」の趣旨を踏まえ、このサイクルで予定されている**3回目の地域医療構想調整会議において、救急医療や災害医療といった政策医療を主として担う医療機関のプランが、4回目の地域医療構想調整会議において、その他の医療機関のプランが議論された上で、年度内に次年度の構想の具体的な取組について意見の整理がなされるよう、適切な進捗管理をお願いします。**

### 地域医療構想調整会議の進め方のサイクル(イメージ)



## 【とある構想区域におけるイメージ】

地域において医療機関が担う機能について（病床機能報告結果の活用イメージ）

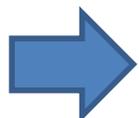
	患者割合			患者の退院先（人/月）			
	区分1	区分2	区分3	退院総数	うち自宅	うち老健	うち死亡
X病院（20:1、200床）	5%	25%	70%	15	1	2	10
Y病院（25:1、150床）	85%	10%	5%	5	4	0	1
Z病院（25:1、100床）	45%	30%	25%	20	5	8	6

### <患者の状態について>

- X病院は、入院患者のうち医療必要度の高い医療区分2、3の占める割合が高く、Y病院は、比較的医療必要度の低い医療区分1の占める割合が高い。

### <患者の退院先について>

- X病院は、退院患者のうち「死亡」の占める割合が高い。
- Y病院は、施設規模と比べて、月当たりの退院患者数が少なく、退院患者のうち自宅退院の占める割合が高い。
- Z病院は、月当たりの退院患者数が比較的多く、ある程度高い割合で生存退院している。



- 上記のように、各病棟における入院患者の状況や、患者の入退院の状況等を参考にしながら、各病院・病棟が担う役割について、議論を進める必要があるのではないかと。

# 都道府県知事の権限の行使の流れ

⑪ (iv)

## 【過剰な医療機能への転換の中止等】

医療法第30条の15

- 病床機能報告において基準日と基準日後の病床機能が異なる場合であって
- 基準日後病床機能に応じた病床数が、病床の必要量(必要病床数)に既に達している

- ①都道府県知事への理由書提出
- ②調整会議での協議への参加
- ③都道府県医療審議会での理由等説明

応答の  
努力義務

理由等がやむを得ないものと認められない場合、都道府県医療審議会の意見を聴いて、**病床機能を変更しないことを命令(公的医療機関等)又は要請(民間医療機関)**

## 【不足する医療機能への転換等の促進】

医療法第30条の16

地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について、協議の場での協議が調わないとき等

都道府県医療審議会の意見を聴いて、**不足する医療機能に係る医療を提供することを指示(公的医療機関等)又は要請(民間医療機関)**

医療法第7条第5項

病院の開設等の許可申請があった場合

**不足する医療機能に係る医療を提供する旨の条件を開設等許可に付与**

医療法第27条の2

正当な理由がなく、条件に従わない

都道府県医療審議会の意見を聴いて、**期限を定めて条件に従うべきことを勧告**

正当な理由がなく、当該勧告に係る措置を講じていない

都道府県医療審議会の意見を聴いて、**期限を定めて、当該勧告に係る措置をとるべきことを命令**

## 【非稼働病床の削減】

医療法第7条の2第3項

医療法第30条の12

病床を稼働していないとき

都道府県審議会の意見を聴いて、**当該病床の削減を命令(公的医療機関等)又は要請(民間医療機関)**

要請の場合  
(民間医療機関)

要請を受けた者が、正当な理由がなく、当該要請に係る措置を講じていない

都道府県医療審議会の意見を聴いて、**当該措置を講ずべきことを勧告**

命令の場合(公的医療機関等)

命令・指示・勧告に従わない

医療法第30条の18

○ **命令・指示・勧告に従わなかった旨を公表**

医療法第29条第3項  
及び第4項

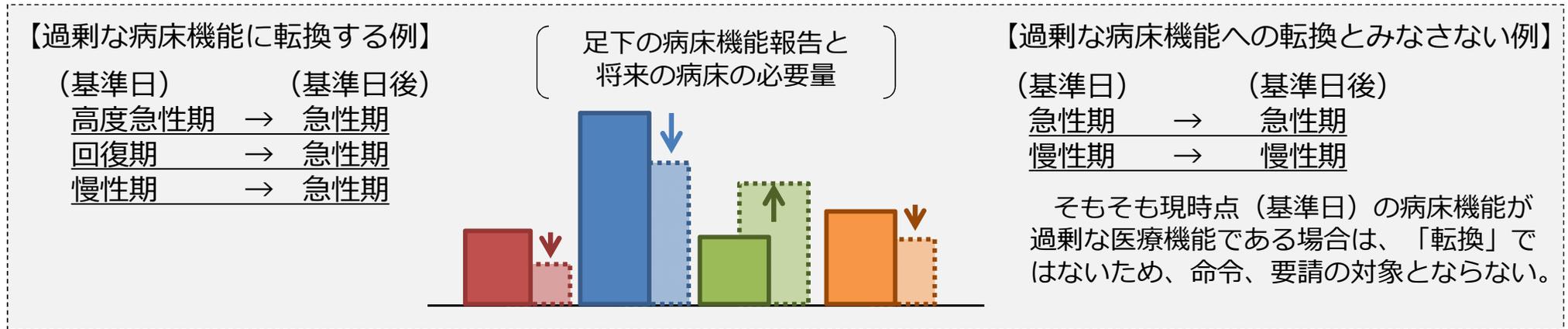
○ **命令・指示・勧告に従わない地域医療支援病院・特定機能病院※は承認を取消し**

※特定機能病院の承認取消しは厚生労働大臣が行う

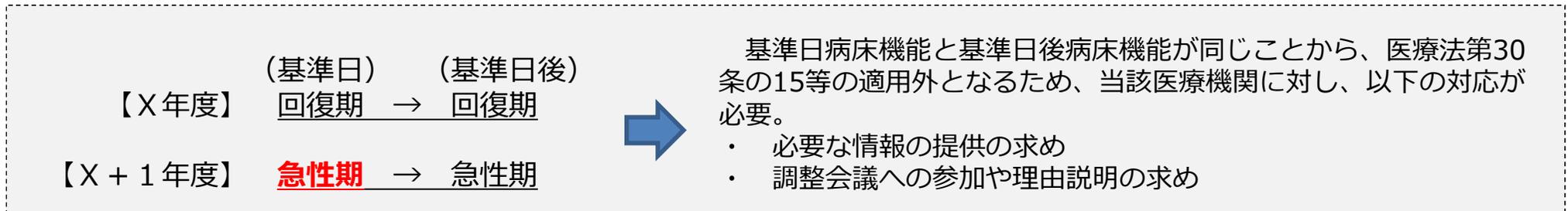
## <過剰な病床機能に転換しようとする計画があった場合>

- 病床機能報告において、6年後の医療機能を、地域で過剰な病床機能に転換する旨の報告をした医療機関に対しては、一定の過程(※)を経て、病床機能を変更しないことを命令(公的医療機関等)又は要請(民間医療機関)することができる。(医療法第30条の15)

(※①都道府県知事への理由書提出、②調整会議での協議への参加、③都道府県医療審議会での理由等説明)



- 一方、前年度から当年度にかけて「基準日病床機能」を「過剰な病床機能」に変更して報告した場合は、過剰な病床機能への「転換」には当たらないこととなる。
- こうした事例について、命令・要請の対象とはならないものの、当該医療機関に対しては、基準日病床機能を変更した理由について必要な情報の提供を求めるとともに、**調整会議へ参加し、説明するよう求めていく**ことが必要。



- なお、上記の事例については、必ずしも病床機能報告の結果を待つことなく、当該計画が判明した時点から速やかに対応していくことが必要。

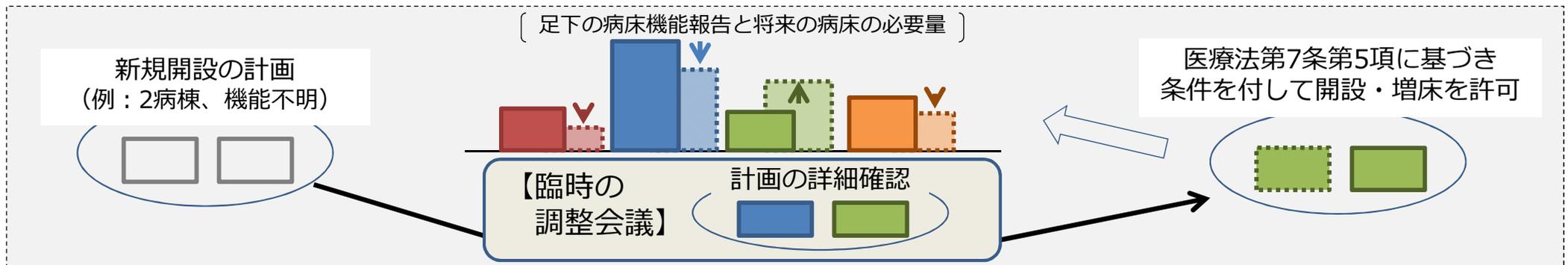
## ＜稼働していない病床（※）があった場合＞ ※原則、病棟単位で全て稼働していない場合を想定

- 病床過剰地域において、病床を稼働していない場合は、当該病床の削減を命令（公的医療機関）又は要請（民間医療機関）することができる。（医療法第7条の2第3項及び第30条の12）
- 病床機能報告により、原則、病棟単位で稼働していない病床が明らかとなった場合には、当該医療機関に対し**調整会議への出席を求め**た上で、以下の点について確認を行い、削減の命令・要請について検討する。
  - ・ 稼働していない理由（※）
  - ・ 今後の運用見通しに関する計画（例えば、今後稼働する場合は、その時期や担う医療機能など）

※ 稼働していない理由については、平成29年度病床機能報告から、報告項目として追加し、予め確認できるようにする予定。

## <新たな医療機関の開設や増床の許可申請があった場合>

- 病院の開設等の許可申請があった場合には、不足する医療機能に係る医療を提供する旨の条件を付与することができる。（医療法第7条第5項）
- 開設等の計画が判明した場合には、当該医療機関に対して、**開設等の許可を待たずに、調整会議への出席を求める**こととし、以下の点について確認を行う。
  - ・ 新たな医療機関や増床する病床において担う医療機能の方向性
  - ・ 当該医療機能を担う上での、雇用計画や設備整備計画の妥当性
- その上で、次の場合等に、開設許可にあたっての条件付与について検討する。
  - ・ 新たに整備される病床が担う予定の医療機能が、不足する医療機能以外の医療機能となっている。
  - ・ 不足する医療機能について、既存の医療機関の将来の機能転換の意向を考慮してもなお、充足する見通しが立たない。



## <地域において担う役割が大幅に変わることが見込まれる場合>

- 医師等の大幅な増減に伴う診療体制の変更や、特定の診療科の休止・廃止、開設者の変更、医療機関の統廃合等により、地域においてその医療機関が担う役割が変わることが想定される場合等においても、当該医療機関に対して、今後提供を予定する医療機能やその診療体制等について、必要な情報の提供を求めるとともに、**調整会議へ参加し、説明するよう求めていく**ことが必要。

## (医療分の事業区分)

I 病床の機能分化・連携

II 在宅医療の推進

III 医療従事者の確保

## (配分方針)

地域医療構想調整会議の議論の結果を踏まえて、**具体的な整備計画を策定している都道府県**に対して**重点的に配分**

### 地域の実情に応じた配分

※ II 及び III の事業を含めた全体の配分についても、整備計画の策定状況を踏まえたメリハリをつけた配分を行うことを検討

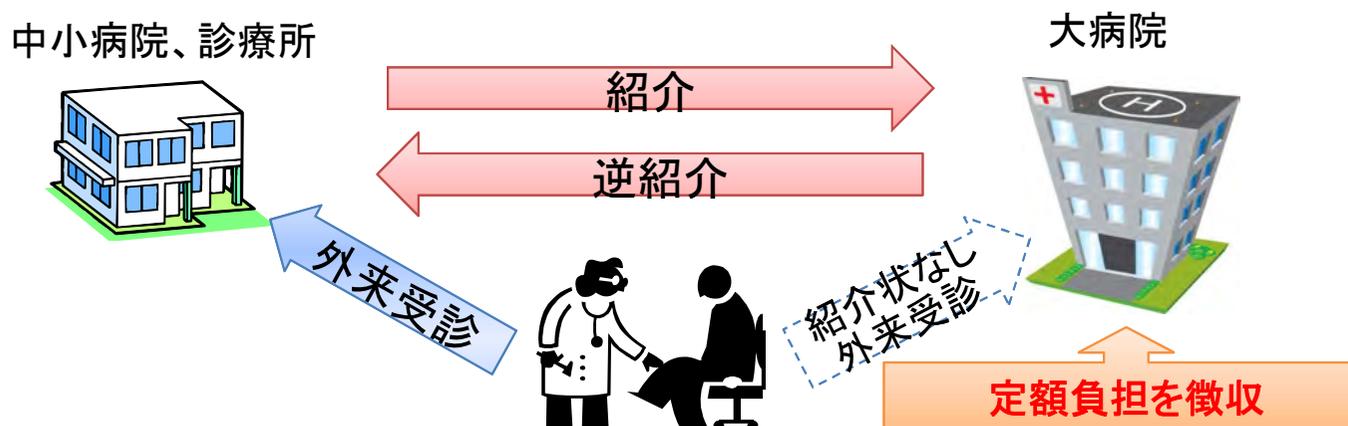
- 先行的に在宅医療等の整備を進めていかないと、退院後の在宅移行の受け皿ができず、かえって病床の機能分化・連携が進まない
- II 及び III の事業には、地域医療支援センターの運営費や看護師養成所の運営費・整備費、病院内保育所の運営費等 (※) の継続的な実施が必要な事業も含まれている

※ これらの事業は、基金創設前より国庫補助で実施

経済財政運営と改革の基本方針2017 (平成29年6月9日閣議決定)

地域医療構想の実現に向けて地域ごとの「地域医療構想調整会議」での具体的議論を促進する。病床の役割分担を進めるためデータを国から提供し、個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、2年間程度で集中的な検討を促進する。(中略) また、地域医療介護総合確保基金について、具体的な事業計画を策定した都道府県に対し、重点的に配分する。

- 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を責務とする。
- ① 特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。
  - ② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円(歯科は3,000円)、再診については2,500円(歯科は1,500円)とする。
  - ③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。  
 [緊急その他やむを得ない事情がある場合]  
 救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者  
 [その他、定額負担を求めなくて良い場合]
    - a. 自施設の他の診療科を受診中の患者
    - b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
    - c. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者 等
  - ④ 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月の経過措置を設ける。



# 大病院調査の結果①

＜500床以上の病院における対応状況＞（報告書p110,117,118）

紹介状を持たない患者から受診時に定額負担を徴収する制度について、平成28年4月から徴収が義務化された500床以上の病院※のうち、94.2%が平成28年10月時点で医科・初診時の徴収金額を5,000円以上6,000円未満としていた。

※特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院

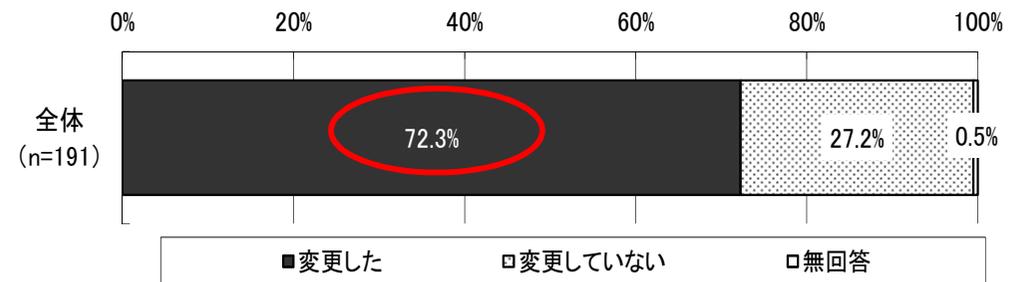
なお、医科・初診時の徴収金額を平成28年4月以降変更した500床以上の病院は72.3%で、そのうち、94.3%が5000円未満だった金額を5,000円以上に引き上げていた。

図表 225 初診に係る受診時の定額負担の金額別分布(医科)【500床以上の病院】  
(単位:上段「件」、下段「%」)

	総数	～1000円未満	1000円以上～	2000円以上～	3000円以上～	4000円以上～	5000円以上～	6000円以上～	7000円以上～	8000円以上～	無回答
平成27年10月	191	1	16	39	65	12	54	1	0	1	2
	100.0	0.5	8.4	20.4	34.0	6.3	28.3	0.5	0.0	0.5	1.0
平成28年4月	191	1	12	12	8	1	145	1	1	8	2
	100.0	0.5	6.3	6.3	4.2	0.5	75.9	0.5	0.5	4.2	1.0
平成28年10月	191	1	0	0	0	0	180	1	1	7	1
	100.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	94.2	0.5	0.5	3.7	0.5

(注)「～1000円未満」の1施設は、地域医療支援病院の承認を取り下げており、義務化対象外施設となっている。

図表 210 平成28年4月以降の、初診に係る受診時の定額負担の金額の変更状況【500床以上の病院】



図表 226 平成28年10月時点における初診に係る受診時の定額負担額別施設数(医科、平成27年10月時点の定額負担額別)【500床以上の病院のうち、金額変動があった施設】(単位:上段「件」)

		平成27年10月時点→平成28年10月時点				計
		増額		減額		
		5000円未満	5000円以上	5000円未満	5000円以上	
平成27年10月時点	0円	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	1～4999円	0	132	0	0	132
		0.0%	94.3%	0.0%	0.0%	94.3%
	5000円以上	0	8	0	0	8
		0.0%	5.7%	0.0%	0.0%	5.7%
	計	0	140	0	0	140
		0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%

(注)・金額変動があった病院140施設を集計対象とした(「金額変動なし」49件、「金額無回答」2件が集計対象外)。

・上記の図表は、平成27年10月時点と比較して平成28年10月時点の受診時の定額負担単価(医科)が増額となった施設、減額となった施設に分類し、さらにその内訳を平成28年10月時点の定額負担単価(医科)が「5000円未満」、「5000円以上」の施設に分類し、対象施設分布を平成27年10月時点の定額負担単価(医科)別にみたもの。

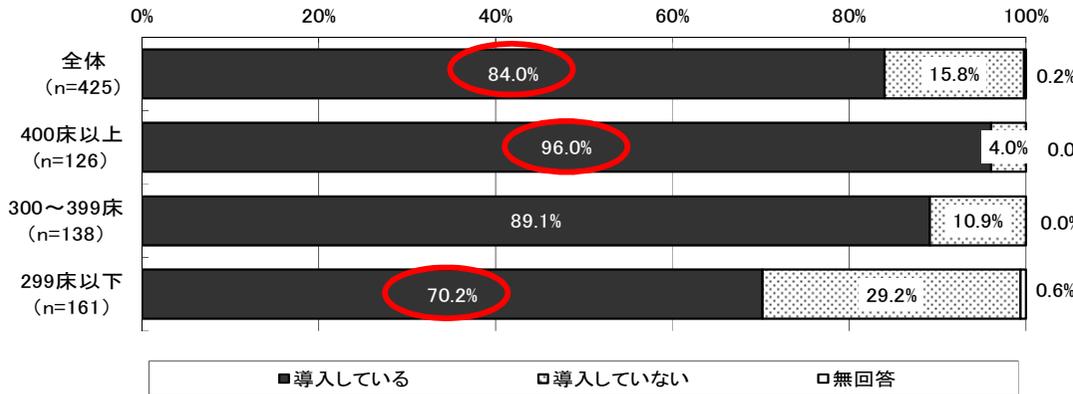
# 大病院調査の結果②

＜200床以上500床未満の病院における対応状況＞（報告書p109,120）

定額負担の徴収が義務化されていない200床以上500床未満の病院※では、定額負担を徴収している病院は84.0%で、病床数別にみると400床以上で96.0%、299床以下で70.2%となっていた。

200床以上500床未満の病院のうち、平成28年4月以降、医科・初診時の定額負担の金額を5,000円以上としている病院数は増加しているものの依然として10%に満たなかった。病床数別にみると平成28年10月時点で400床以上の病院の19.0%は5,000円以上であった。 ※一般病床が200床以上500床未満の病院

図表 207 初診時選定療養費を徴収する制度の導入状況  
【200床以上500床未満の病院】



図表 231 初診時選定療養費の金額別分布(医科)  
【200床以上500床未満の病院】 (単位:上段「件」、下段「%」)

	総数	～1000円未満	1000円以上～	2000円以上～	3000円以上～	4000円以上～	5000円以上～	6000円以上～	7000円以上～	8000円以上～	無回答
平成27年10月	357	27	126	111	63	8	13	0	0	1	8
	100.0	7.6	35.3	31.1	17.6	2.2	3.6	0.0	0.0	0.3	2.2
平成28年4月	357	24	122	111	58	8	26	0	0	1	7
	100.0	6.7	34.2	31.1	16.2	2.2	7.3	0.0	0.0	0.3	2.0
平成28年10月	357	24	119	108	61	7	29	1	0	1	7
	100.0	6.7	33.3	30.3	17.1	2.0	8.1	0.3	0.0	0.3	2.0

図表 232 初診時選定療養費の金額別分布(平成28年10月、医科、病床規模別)  
【200床以上500床未満の病院】 (単位:上段「件」、下段「%」)

	総数	～1000円未満	1000円以上～	2000円以上～	3000円以上～	4000円以上～	5000円以上～	6000円以上～	7000円以上～	8000円以上～	無回答
全体	357	24	119	108	61	7	29	1	0	1	7
	100.0	6.7	33.3	30.3	17.1	2.0	8.1	0.3	0.0	0.3	2.0
400床以上	121	3	22	39	29	3	21	1	0	1	2
	100.0	2.5	18.2	32.2	24.0	2.5	17.4	0.8	0.0	0.8	1.7
300～399床	123	4	46	42	21	3	6	0	0	0	1
	100.0	3.3	37.4	34.1	17.1	2.4	4.9	0.0	0.0	0.0	0.8
299床以下	113	17	51	27	11	1	2	0	0	0	4
	100.0	15.0	45.1	23.9	9.7	0.9	1.8	0.0	0.0	0.0	3.5

# 大病院調査の結果③

＜初診患者数、紹介状なしの患者数等＞（報告書p124,125）

500床以上の病院、200床以上500床未満の病院のいずれにおいても、初診患者について、平成28年10月の紹介状なしの患者比率等は平成27年10月より減少していたが、500床以上の病院の方が200床以上500床未満の病院よりも比率がより低下していた。

（500床以上の病院：42.6%→39.7%（2.9%減）、200床以上500床未満の病院：60.3%→59.4%（0.9%減））

図表 240

初診患者数、紹介状なしの患者数、受診時の定額負担徴収患者数等  
（n=139）【500床以上の病院】

	平成27年 10月	平成28年 4月	平成28年 10月
①初診患者数(人)	2,373.6	2,120.2	2,196.7
②うち、紹介状なしの患者数(人)	1,010.1	843.4	872.8
③うち、定額負担徴収の対象患者数(人)	478.9	325.5	341.0
④うち、定額負担徴収患者数(人)	433.2	283.9	297.8
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	42.6%	39.8%	39.7%
⑥定額負担徴収患者比率(③/①)	20.2%	15.4%	15.5%
⑦対象患者数比率(③/②)	47.4%	38.6%	39.1%
⑧徴収患者比率A(④/②)	42.9%	33.7%	34.1%
⑨徴収患者比率B(④/③)	90.5%	87.2%	87.3%

図表 243

初診患者数、紹介状なしの患者数、初診時選定療養費徴収患者数等  
（n=247）【200床以上500床未満の病院】

	平成27年 10月	平成28年 4月	平成28年 10月
①初診患者数	1,533.2	1,344.7	1,451.4
②うち、紹介状なしの患者数	924.9	792.3	862.5
③うち、初診時選定療養費の対象患者数	506.7	401.7	430.3
④うち、初診時選定療養費の徴収患者数	434.3	334.8	359.3
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	60.3%	58.9%	59.4%
⑥初診時選定療養費徴収患者比率(③/①)	33.0%	29.9%	29.6%
⑦対象患者数比率(③/②)	54.8%	50.7%	49.9%
⑧徴収患者比率A(④/②)	47.0%	42.3%	41.7%
⑨徴収患者比率B(④/③)	85.7%	83.3%	83.5%

(注)

- ・全ての項目について記入のあった施設を集計対象とした。
- ・患者数は小数点以下第2位を四捨五入しているため、各患者比率の数値は図表中の患者数を除算した数値と一致しない場合もある。

# 大病院調査の結果④

＜初診患者数、紹介状なしの患者数等＞（報告書p124,128）

500床以上の病院における平成28年10月時点の、紹介状なしの初診患者のうち定額負担の対象となる患者割合（徴収患者比率A）は34.1%、定額負担の対象となる患者のうち実際に徴収した患者割合（徴収患者比率B）は87.3%であった。

また、500床以上の病院のうち、14.1%の病院が、紹介状を持たず、定額負担を求めないことができる正当な理由のない患者であるが、説明しても同意が得られなかったために、徴収しなかった患者がいると回答した。

【再掲】図表 240

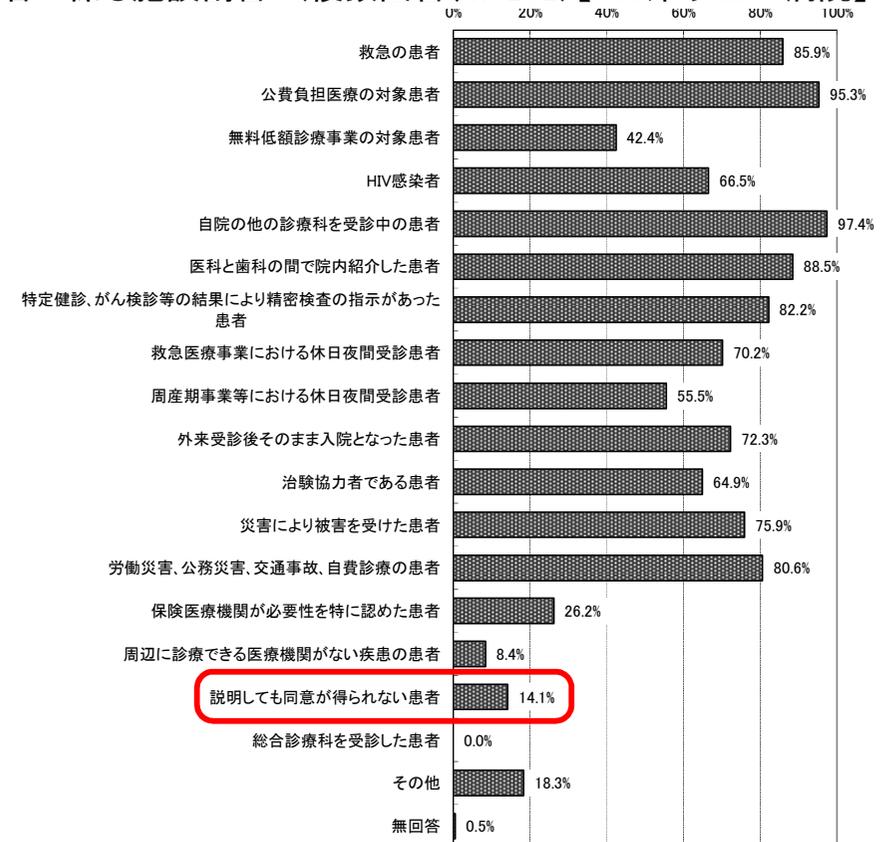
初診患者数、紹介状なしの患者数、受診時の定額負担徴収患者数等（n=139）【500床以上の病院】

	平成27年 10月	平成28年 4月	平成28年 10月
①初診患者数(人)	2,373.6	2,120.2	2,196.7
②うち、紹介状なしの患者数(人)	1,010.1	843.4	872.8
③うち、定額負担徴収の対象患者数(人)	478.9	325.5	341.0
④うち、定額負担徴収患者数(人)	433.2	283.9	297.8
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	42.6%	39.8%	39.7%
⑥定額負担徴収患者比率(③/①)	20.2%	15.4%	15.5%
⑦対象患者数比率(③/②)	47.4%	38.6%	39.1%
⑧徴収患者比率A(④/②)	42.9%	33.7%	34.1%
⑨徴収患者比率B(④/③)	90.5%	87.2%	87.3%

(注) ・全ての項目について記入のあった施設を集計対象とした。  
 ・患者数は小数点以下第2位を四捨五入しているため、各患者比率の数値は図表中の患者数を除算した数値と一致しない場合もある。

図表 249

紹介状を持たない患者であるものの、受診時の定額負担を徴収しない患者に係る施設割合（複数回答、n=191）【500床以上の病院】



# 大病院調査の結果⑤

＜初診患者数、紹介状なしの患者数等＞（報告書p126,127）

医科・初診時の徴収金額別にみると、紹介状なしの患者比率は、設定金額が5,000円以上の病院では約37%であり、5,000円未満の病院では約61%であった。

また、平成27年10月は医科・初診時の徴収金額が5,000円未満であったが、平成28年10月までに5,000円以上に増額した病院では、紹介状なしの患者のうち初診に係る定額負担徴収対象患者数は、32.0%減少していた。

図表 246  
初診患者数、紹介状なしの患者数、受診時の定額負担徴収患者数等（初診に係る受診時の定額負担・選定療養費の医科単価が5000円未満であった病院）(n=220)【全病院】

	平成27年 10月	平成28年 4月	平成28年 10月
①初診患者数(人)	1,476.7	1,296.7	1,401.3
②うち、紹介状なしの患者数(人)	915.6	789.2	860.3
③うち、初診に係る受診時の定額負担徴収対象患者数(人)	515.0	411.8	441.4
④うち、定額負担の徴収患者数(人)	446.6	347.4	372.6
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	62.0%	60.9%	61.4%
⑥対象患者数比率(③/②)	56.2%	52.2%	51.3%
⑦徴収患者比率A(④/②)	48.8%	44.0%	43.3%
⑧徴収患者比率B(④/③)	86.7%	84.4%	84.4%

図表 247  
初診患者数、紹介状なしの患者数、受診時の定額負担徴収患者数等（初診に係る受診時の定額負担・選定療養費の医科単価が5000円以上であった病院）(n=49)【全病院】

	平成27年 10月	平成28年 4月	平成28年 10月
①初診患者数(人)	2,603.8	2,388.3	2,464.7
②うち、紹介状なしの患者数(人)	975.8	865.5	905.5
③うち、初診に係る受診時の定額負担徴収対象患者数(人)	429.4	338.3	354.4
④うち、定額負担の徴収患者数(人)	355.1	264.1	275.5
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	37.5%	36.2%	36.7%
⑥対象患者数比率(③/②)	44.0%	39.1%	39.1%
⑦徴収患者比率A(④/②)	36.4%	30.5%	30.4%
⑧徴収患者比率B(④/③)	82.7%	78.1%	77.7%

図表 248  
初診患者数、紹介状なしの患者数、受診時の定額負担徴収患者数等（初診に係る受診時の定額負担・選定療養費の医科単価について5000円未満から5000円以上に増額した病院）(n=110)【全病院】

	平成27年10月	平成28年10月	増減率
①初診患者数	2,211.7	2,031.6	-8.1%
②うち、紹介状なしの患者数	1,016.7	854.6	-15.9%
③うち、初診に係る受診時の定額負担徴収対象患者数	494.1	336.0	-32.0%
④うち、定額負担の徴収患者数	443.7	294.8	-33.6%
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	46.0%	42.1%	
⑥対象患者数比率(③/②)	48.6%	39.3%	
⑦徴収患者比率A(④/②)	43.6%	34.5%	
⑧徴収患者比率B(④/③)	89.8%	87.7%	

(注)

- 500床以上の病院、200床以上500床未満の病院を合わせた全病院のうち、図表246は平成27年10月、平成28年4月、平成28年10月いずれも5000円未満であった施設を、図表247はいずれも5000円以上であった施設を集計対象とし、図表248は平成27年10月は5000円未満であったが、平成28年10月には5000円以上に増額した施設を集計対象とした。
- 患者数は小数点以下第2位を四捨五入しているため、各患者比率の数値は図表中の患者数を除算した数値と一致しない場合もある。

## 外来時の負担等に関する医療保険部会における主なご意見①

## 議論の整理(抄)

平成28年12月20日  
社会保障審議会医療保険部会(かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担)

- かかりつけ医の普及に向けて、まずは病院・診療所間の機能分化の観点から、医療保険財政の持続可能性の観点等を踏まえつつ、病院への外来受診時の定額負担に関し、現行の選定療養による定額負担の対象の見直しを含め、具体的な検討を進めるとの方向性に異論はなかった。その上で、かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入を含め、かかりつけ医の普及を進める方策や外来時の定額負担の在り方について、幅広く検討を進めるべきとの意見があった。

## 【主なご意見】

## ①紹介状なし大病院受診時の定額負担に関するご意見

- 選定療養により負担に差をつけることは、医療機関の地域的な分布の問題や受診行動の誘導につながり得るのかということを含め、時間をかけて議論する必要がある。
- 紹介状なしで大病院に受診した場合の定額負担について、医療機関の機能分化・連携を促進する観点から、その取扱いを拡充していくべきではないか。その際、保険財政の負担軽減につながる形を考えるべき。

## 外来時の負担等に関する医療保険部会における主なご意見②

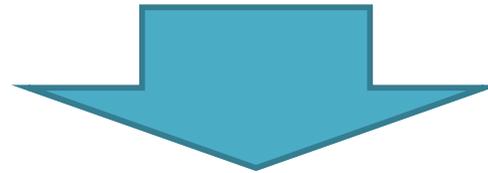
## ②かかりつけ医以外の外来時の定額負担に関するご意見

- 外来の機能分化・連携については、可能な限り取り組みを進めていくべき。
- 大病院への患者集中と混雑等を解消し、至急の診療等を必要とする患者の医療へのアクセスを円滑・迅速にすることを教育課程で教科書等に書いて啓発する、社会教育の生涯学習の中で広報するなどした方がいいのではないか。
- 頻回受診の防止や医療保険財政の観点から、広く定額負担を求めることは重要ではないか。今回の提案については、かかりつけ医の定義や実務上の課題を検討した上で実現可能であれば、それも1つの方策になるのではないか。
- 受診抑制を招き、重症化につながることを懸念している。紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担が導入されたばかりなので、まずはその状況を見るべきではないか。
- 紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担は、大病院の勤務医の負担軽減等の観点から実施したものであり、今回のものとは異なる議論である。
- かかりつけ医は、地域医療構想の実現や地域包括ケアの推進のために重要であるが、診療科ごとにかかりつけ医を持つ患者がいることや若者はそもそも受診頻度が低いということがかかりつけ医を持っていない方もおり、何をもち「かかりつけ医以外」とするか不明確なため、慎重な対応が必要。
- まずは、かかりつけ医の定義について関係者間で共通理解を得ること、プライマリ・ケアを担う地域医療の全体像を明確にすることが必要。
- 平成14年健保法改正法附則第2条に反するものであり新たに定額負担を求めることは反対である。
- かかりつけ医普及の観点からの外来時定額負担については反対だが、定額負担には様々なバリエーションがあるので、定額負担の導入、7割給付の考え方等を含めた患者の負担の在り方について幅広い議論を行ってはどうか。

## ③その他

- かかりつけ医については、その普及の観点から、名称についても検討するべきではないか。

- 平成27年国保法等改正によって平成28年4月から定額負担の徴収が義務化された特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院については、平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査では、平成28年10月は平成27年10月と比べ定額負担徴収の対象となる紹介状なしの患者比率が減少(42.6%→39.7%(▲2.9%))するなど、一定の効果が見られる。



- 改革工程表では、「かかりつけ医の普及に向けて、まずは病院・診療所間の機能分化の観点から、医療保険財政の持続可能性の観点等を踏まえつつ、病院への外来受診時の定額負担に関し、現行の選定療養による定額負担の対象の見直しを含め」具体的に検討していくとなっているが、検証調査の結果も踏まえ、どう考えるか。
- その上で、改革工程表では、「かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入を含め、かかりつけ医の普及を進める方策や外来時の定額負担の在り方」について、さらに検討することとなっているが、これについてどう考えるか。

## 保険者努力支援制度

実施時期:30年度以降

対象 :市町村及び都道府県

規模 :800億円(国保改革による公費拡充の財源を活用) ※別途、特調より200億円程度を追加

評価指標:前倒しの実施状況を踏まえ、今夏に平成30年度の評価指標等を市町村及び都道府県へ提示。  
平成31年度以降の評価指標については、今後の実施状況を踏まえ検討。

## 保険者努力支援制度【前倒し分】

実施時期:28年度及び29年度

対象 :市町村

規模 :特別調整交付金の一部を活用し実施する。(平成28年度:150億円、平成29年度:250億円)

評価指標:保険者共通の指標に加え、収納率等国保固有の問題にも対応

# 平成28年度 保険者努力支援制度 都道府県別平均獲得点(275点)

※体制構築加点(70点)

⑬、⑭ (i) (ii)  
**速報版**

平均獲得点数

200.00

180.00

160.00

140.00

120.00

100.00

80.00

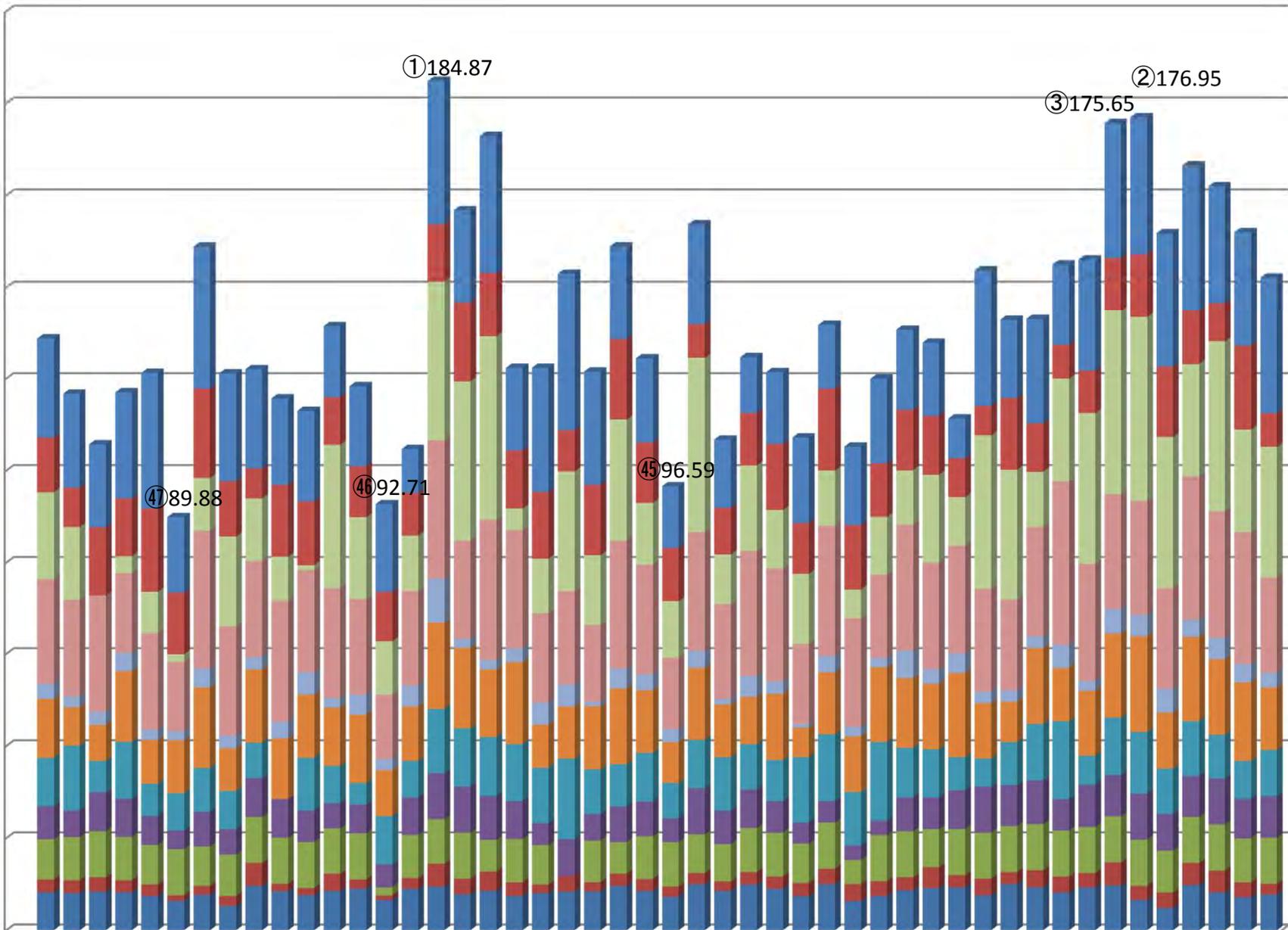
60.00

40.00

20.00

0.00

- 特定健診・特定保健指導・メタボ (60点)
- がん・歯周疾患検診 (20点)
- 重症化予防 (40点)
- 個人インセンティブ・情報提供 (40点)
- 重複服薬 (10点)
- 後発医薬品促進の取組・使用割合(30点)
- 収納率(40点)
- データヘルス計画 (10点)
- 医療費通知 (10点)
- 地域包括ケア(5点)
- 第三者求償 (10点)



全国 北海道 青森県 岩手県 宮城県 秋田県 山形県 福島県 茨城県 栃木県 群馬県 埼玉県 千葉県 東京都 神奈川県 新潟県 富山県 石川県 福井県 山梨県 長野県 岐阜県 静岡県 愛知県 三重県 滋賀県 京都府 大阪府 兵庫県 奈良県 和歌山県 鳥取県 島根県 岡山県 広島県 山口県 徳島県 香川県 愛媛県 高知県 福岡県 佐賀県 長崎県 熊本県 大分県 宮崎県 鹿児島県 沖縄県

# 平成30年度保険者努力支援制度 評価指標について

平成29年7月5日  
 『平成30年度の公費在り方についてとりまとめ』資料(抜粋)  
 (国保基金強化協議会事務レベルWG) (13) (14) (i) (ii)

## 市町村分（300億円程度）※特調より200億円程度を追加

### 保険者共通の指標

指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率  
 ○特定健診受診率・特定保健指導受診率  
 ○メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況  
 ○がん検診受診率  
 ○歯科疾患（病）検診実施状況

指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況  
 ○重症化予防の取組の実施状況

指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況  
 ○個人へのインセンティブの提供の実施  
 ○個人への分かりやすい情報提供の実施

指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況  
 ○重複服薬者に対する取組

指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況  
 ○後発医薬品の促進の取組  
 ○後発医薬品の使用割合

### 国保固有の指標

指標① 収納率向上に関する取組の実施状況  
 ○保険料（税）収納率  
 ※過年度分を含む

指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況  
 ○データヘルス計画の実施状況

指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況  
 ○医療費通知の取組の実施状況

指標④ 地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況  
 ○国保の視点からの地域包括ケア推進の取組

指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況  
 ○第三者求償の取組状況

指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況  
 ○適切かつ健全な事業運営の実施状況

## 都道府県分（500億円程度）

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価  
 ○主な市町村指標の都道府県単位評価  
 ・特定健診・特定保健指導の実施率  
 ・糖尿病等の重症化予防の取組状況  
 ・個人インセンティブの提供  
 ・後発医薬品の使用割合  
 ・保険料収納率  
 ※ 都道府県平均等に基づく評価

指標② 医療費適正化のアウトカム評価  
 ○都道府県の医療費水準に関する評価  
 ※国保被保険者に係る年齢調整後一人当たり医療費に着目し、  
 ・その水準が低い場合  
 ・前年度より一定程度改善した場合に評価

指標③ 都道府県の取組状況  
 ○都道府県の取組状況  
 ・医療費適正化等の主体的な取組状況（保険者協議会、データ分析、重症化予防の取組等）  
 ・医療提供体制適正化の推進  
 ・法定外繰入の削減

### 第3章 経済・財政一体改革の進捗・推進

#### 3. 主要分野ごとの改革の取組

##### （1）社会保障

##### ② 地域医療構想の実現、医療計画・介護保険事業計画の統合的な策定等

（前略）

国保の財政運営責任を都道府県が担うことになること等を踏まえ、都道府県のガバナンスを強化するとともに、アウトカム指標等による保険者努力支援制度、特別調整交付金等の配分によりインセンティブを強化する。現行の普通調整交付金は、医療費が増えると配分が増える算定方法ともなっているため、所得調整機能を維持しながら、医療費適正化のインセンティブを効かせる観点から、地域差に関する調整・配分の在り方を検証し、2018年度（平成30年度）の新制度への円滑な移行に配慮しつつ速やかに関係者間で見直しを検討する。また、市町村の法定外一般会計繰入れの計画的な削減・解消を促す。

（後略）

# 社会保障制度改革に関する緊急要請

⑬、⑭ (i) (ii)

持続可能な社会保障制度を構築するためには、国と地方が信頼関係を保ち、適切な役割分担の下で互いに協力しながら取り組んでいく必要があると考えており、国民健康保険制度改革に合意した前提条件である財政支援の拡充について、昨年12月22日社会保障制度改革推進本部決定により平成30年度以降、毎年約1,700億円等の財政支援を確約いただいたことについては感謝申し上げます。

しかしながら、今般、政府の経済財政諮問会議や財政制度等審議会において、都道府県の保健ガバナンスの抜本強化や、保険者機能の発揮に向けたインセンティブ改革等の重要な議論が、当事者である都道府県や市町村が不在の場で行われている。

地方自治体が、地域における「予防・健康・医療・介護」について、その役割を十分に発揮することは重要であるが、国においては、都道府県や市町村の意見を出発点に、社会保障制度改革の推進に向けて地方自治体との協議を進めるよう強く求める。

併せて、都道府県の保健ガバナンスの強化に向けた提案のうち、特に、国民健康保険の普通調整交付金の配分方法等の見直しについては、下記のとおり適切に対応いただき、平成30年度からの新制度への移行が円滑に進み、国民健康保険制度改革の実現に支障を来すことのないよう強く要請する。

なお、地域別診療報酬の特例の活用については、当該制度の創設時から、その妥当性や医療費適正化に向けた実効性には疑問があるものと考えており、慎重に対応されたい。

## 記

### 一 国民健康保険の普通調整交付金の配分方法等の見直しについて

標準的な医療費水準に基づく普通調整交付金等の配分により、インセンティブ機能を強化する方向性が示されているが、国民健康保険制度の抱える構造的課題を解消するためには、普通調整交付金が担う自治体間の所得調整機能は大変重要であり、これまでの国と地方との協議により、平成30年度以降においても、その機能は引き続き維持することとなっており、見直しは容認できない。

国民健康保険制度改革まで1年を切ったこの段階で、既往の普通調整交付金の役割や配分方法を大きく見直すことは、新制度への移行準備を停滞させることにもつながり、極めて遺憾である。

国民健康保険制度における保険者へのインセンティブ機能を担うものとしては、平成30年度から新たに設定される「保険者努力支援制度」を有効に活用すべきである。

平成29年5月17日

財務大臣 麻生 太郎 様

総務大臣 高市 早苗 様

厚生労働大臣 塩崎 恭久 様

内閣府特命担当大臣(経済財政政策) 石原 伸晃 様

全国知事会 会 長 京都府知事 山田 啓二  
全国市長会 会長代理 山口県防府市長 松浦 正人  
全国町村会 会 長 長野県川上村長 藤原 忠彦

## (参考1) 保険者協議会について

- 高齢者医療確保法では、保険者と後期高齢者広域連合が都道府県ごとに共同で「保険者協議会」を組織し、①特定健診・保健指導の実施等に関する保険者間の連絡調整、②保険者に対する必要な助言又は援助、③医療費などに関する情報の調査及び分析の業務を行うことが規定されている。
- 第3期計画からは、①都道府県が医療費適正化計画の策定に当たって、保険者協議会に事前に協議する、②都道府県は計画に盛り込んだ取組を実施するに当たって、保険者等に必要な協力を求める場合に、保険者協議会を通じて協力を求めることができる仕組みとなった。また、都道府県が保険者として保険者協議会に参画することとなった（平成27年国保法等改正）。

### ◎高齢者の医療の確保に関する法律

(都道府県医療費適正化計画)

#### 第9条 ※平成27年改正後

- 7 都道府県は、都道府県医療費適正化計画を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、関係市町村（第157条の2第1項の保険者協議会（以下この項及び第10項において「保険者協議会」という。）が組織されている都道府県にあつては、関係市町村及び保険者協議会）に協議しなければならない。
- 9 都道府県は、都道府県医療費適正化計画の作成及び都道府県医療費適正化計画に基づく施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者、後期高齢者医療広域連合、医療機関その他の関係者に対して必要な協力を求めることができる。
- 10 保険者協議会が組織されている都道府県が、前項の規定により当該保険者協議会を組織する保険者又は後期高齢者医療広域連合に対して必要な協力を求める場合においては、当該保険者協議会を通じて協力を求めることができる。

(保険者協議会)

第157条の2 保険者及び後期高齢者医療広域連合は、共同して、加入者の高齢期における健康の保持のために必要な事業の推進並びに高齢者医療制度の円滑な運営及び当該運営への協力のため、都道府県ごとに、保険者協議会を組織するよう努めなければならない。

#### 2 前項の保険者協議会は、次に掲げる業務を行う。

- 一 特定健康診査等の実施、高齢者医療制度の運営その他の事項に関する保険者その他の関係者間の連絡調整
- 二 保険者に対する必要な助言又は援助
- 三 医療に要する費用その他の厚生労働省令で定める事項に関する情報についての調査及び分析

### ◎高齢者の医療の確保に関する法律 ※平成27年改正（平成30年4月1日施行）

改正後	改正前
第7条第2項 この法律において「保険者」とは、医療保険各法の規定により医療に関する給付を行う全国健康保険協会、健康保険組合、都道府県及び市町村（特別区を含む。以下同じ。）、国民健康保険組合、共済組合又は日本私立学校振興・共済事業団をいう。	第7条第2項 この法律において「保険者」とは、医療保険各法の規定により医療に関する給付を行う全国健康保険協会、健康保険組合、市町村（特別区を含む。以下同じ。）、国民健康保険組合、共済組合又は日本私立学校振興・共済事業団をいう。

## (参考2) 各都道府県の保険者協議会の現在の構成

保険者協議会は、市町村国保、国保組合、健保組合、共済組合、協会けんぽ、後期高齢者医療広域連合を構成員とし、全保険者協議会の事務局を都道府県国保連合会が担っている。都道府県担当部署は、47のうち33が正式な構成員、14がオブザーバー参加している（平成29年4月現在）。必要に応じて、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、学識経験者等も参画している。

保険者協議会の基本情報(平成29年4月1日時点)

※「保険者数」は、参加している構成員数

○:構成員として参加 △:オブザーバーとして参加

都道府県	保険者協議会会長の所属団体				構成員 (種別ごとの保険者数)																			
	国民健康保険 団体連合会	全国健康保険 協会	市町村	その他	国民健康保険 団体連合会	全国健康 協会	市町村国保		国民健康保 険組合		健康保険組 合		後期高 齢者医 療広域 連合	健康保 険組 合連 合会	都道府 県担 当部 署	共済組 合	医師会	歯科医 師会	薬剤師 会	看護協 会	栄養士 会	学識経 験者	その他	
							保険 者数	保 険者 数	保 険者 数	保 険者 数	保 険者 数	保 険者 数												
北海道	○				○	○	○	2	○	1	○	2	○	○	△	○	2	△	△	△	△	△		厚生局
青森			○			○	○	4			○	3	○		△	○	4	○	○	○	○			
岩手			○		○	○	○	3			○	1	○	○	△	○	4	△	△	△			△	
宮城			○		○	○	○	2	○	1	○	2	○	○	○	○	2	△	△	△	△	△	△	
秋田	○				○	○	○	3	○	1	○	3	○	○	○	○	4	△	△	△	△	△		
山形			○		○	○	○	1	○	1	○	2	○	○	○	○	4	△	△	△	△	△	△	
福島	○				○	○	○	2	○	3	○	3	○	○	○	○	4							
茨城	○				○	○	○	4	○	1	○	2	○	○	○	○	1	△	△	△	△	△	△	
栃木	○				○	○	○	2			○	1	○	○	○	○	2	○	△	△	△	△	△	
群馬	○				○	○	○	35	○	2	○	12	○	○	○	○	4	△	△	△			△	
埼玉	○				○	○	○	4	○	1	○	3	○	○	○	○	1	△	△	△	△	△	△	
千葉	○				○	○	○	4	○	1	○	4	○	○	○	○	4	△	△	△	△	△		
東京	○				○	○	○	4	○	2	○	4	○	○	○	○	2	○	○	○				
神奈川	○				○	○	○	2	○	1	○	3	○	○	○	○	2	○	○	○	○	○		
新潟			○		○	○	○	3	○	1	○	3	○	○	△	○	2	△	△	△			△	
富山	○				○	○	○	15	○	2	○	17	○	○	△	○	4	△	△	△			△	
石川	○				○	○	○	4	○	1	○	3	○		○	○	1	△	△	△	△	△	△	
福井	○				○	○	○	4	○	1	○	2	○	○	○	○	1	△	△	△	△	△	△	
山梨	○				○	○	○	2			○		○	○	○		△	△	△				△	
長野			○		○	○	○	5	○	2	○	2	○	○	○	○	2	△	△	△	△	△	△	
岐阜			○		○	○	○	5	○	1	○	2	○	○	△	○	4	○	○	○	○	○	○	
静岡	○				○	○	○	3			○	3	○		△	○	1	△	△	△	△	△		保健師会

保険者協議会の基本情報(平成29年4月1日時点)

○:構成員として参加 △:オブザーバーとして参加

都道府県	保険者協議会会長の所属団体					構成員 (種別ごとの保険者数)																			
	国民健康保険 団体連 合会	全国健康 保険 協会	市町村	その他		国民健康 保険 団体連 合会	全国健康 保険 協会	市町村国保	国民健康保 険組合		健康保険組 合		後期高 齢者広 域 連 合	健康保 険組 合連 合会	都道府 県担 当 部 署	共済組 合	医師会	歯科医 師会	薬剤師 会	看護協 会	栄養士 会	学識経 験者	その他		
									保険 者数	保険 者数	保険 者数	保険 者数													
愛知	○					○	○	○	3	○	1	○	4	○	○	△	○	2	△	△	△	△	△		
三重			○			○	○	○	4	○	1	○	1	○	○	○	○	1	○	○	○	○	○		
滋賀				○	滋賀県後期高齢者医療広域連合	○	○	○	2	○	1	○	2	○	○	○	○	1	△	△	△				
京都		○				○	○	○	2	○	1	○	2	○	○	○	○	3	△	△	△	△	△		
大阪				○	7月の会議で決定予定(平成28年度は国民健康保険団体連合会)	○	○	○	3	○	1	○	4	○	○	○	○	1	△	△	△	△	△	△	
兵庫				○	保険者協議会会長の所属団体調整中	○	○	○	1	○	1	○	1	○	○	△	○	1	△	△	△	△	△		
奈良	○					○	○	○	3	○	2	○	2	○	○	○	○	4	△	△	△	△	△	△	
和歌山			○				○	○	4			○	3	○	○	△	○	4	△	△	△			病院協会	
鳥取	○					○	○	○	19	○	1	○	2	○	○	△	○	4							
島根	○					○	○	○	1			○	1	○	○	○	○	2	△	△	△	△	△	△	
岡山	○					○	○	○	3	○	1	○	2	○	○	△	○	4	△	△	△	△	△	△	
広島	○					○	○	○	2	○	1	○	2	○	○	○	○	2	△	△	△			△	支払基金 国診協
山口	○					○	○	○	2	○	1	○	2	○	○	△	○	4	○	△	△			△	
徳島	○					○	○	○	24	○	2	○	3	○	○	△	○	4	△	△	△	△	△		顧問
香川	○					○	○	○	3			○	3	○	○	○	○	4	△	△	△	△	△	△	国診協
愛媛	○					○	○	○	1	○	1			○	○	○	○	1							
高知			○			○	○	○	1	○	1	○	1	○	○	○	○	1	△	△	△	△	△	△	
福岡	○					○	○	○	4	○	1	○	2	○	○	○	○	1	○	○	○		○		
佐賀			○			○	○	○	4	○	1			○	○	○	○	1	○	○	○				
長崎			○			○	○	○	21	○	4	○	3	○	○	○	○	4	○						
熊本	○					○	○	○	3	○	1	○	3	○	○	○	○	4	△	△	△	△	△	△	
大分		○				○	○	○	2	○	1			○	○	○	○	1	△	△	△	△	△		
宮崎	○					○	○	○	5	○	2	○	3	○	△	○	○	3							
鹿児島		○				○	○	○	2	○	2	○	2	○		○	○	1	○						
沖縄	○					○	○	○	41	○	1	○	5	○	○	○	○	4	○	△	△	△	△	△	
計	29	3	12	3	—	45	47	47	273	39	52	44	130	47	42	33	47	117	12	7	7	4	4	10	

※「計」は、「○」のみを集計したもの

※「保険者数」は、「本会」の構成員数

## 医療保険部会での意見（都道府県ガバナンス、保険者協議会の位置づけ等について）

- 4月26日の医療保険部会では、①保険者協議会における都道府県の位置づけの明確化、②保険者、医療関係者等の連携に必要な体制、③保険者横断的な医療費分析等の機能の強化の論点について、以下のとおり意見があった。
  - イ 地域における予防・健康・医療・介護については、国、都道府県、市町村がそれぞれの役割を果たしていくことが重要。都道府県のガバナンス強化に向けた議論が都道府県不在の場で行われていることは非常に遺憾。30年度の国保改革の円滑な施行に向けて、国と都道府県、市町村が信頼関係を持って協議を行っていく必要がある。
  - ロ 医療費適正化は、現場とのタイアップが絶対的に必要。健康への社会的な決定要因を改善することで、国民の健康は保持される。保険者の役割も大きい。都道府県の行政の力が必要。都道府県を中心に、関係者で力を合わせて、国民の健康を増進していくとの考え方を実行すべき時期にきている。地域医療を担う者も構成員に入れて、都道府県が中心となり、経済的な責任を負う保険者と、地域の現状に合わせながら議論していく場として、協議会を発展させてほしい。  
後発医薬品の数量シェアや重複投与・多剤投与の防止による適正化の目標は、薬剤師が保険者協議会の構成員になることで、地域の特性に合わせた取組ができるので参画したい。
  - ハ 保険者協議会は、国保などの保険者が保険者機能を自ら発揮する、あるいは保険者同士が連携して保険者機能の発揮を強化していく趣旨でできた。これを基本としながら都道府県のガバナンスも考えていくことが大事。保険者協議会には、効率的で質の高い医療提供体制の構築に向けて、都道府県に対するチェック機能が期待されている。その機能が損なわれることのないよう、むしろ強化する方向で連携してほしい。
  - ニ 都道府県が保険者協議会の場で司令塔としての役割を発揮し、保険者協議会が役割を十分に果たせるよう、実効性ある権限を検討することが重要。予防・健康・医療・介護の分野横断的な取組に対応して、都道府県に専門人材を配置し、部署間の連携も検討すべき。都道府県主体のビッグデータ分析は、保険者から都道府県に適切に情報を提供できるルールづくりも進め、加入者の健康情報を把握する保険者と共同で実施し、保険者協議会にもフィードバックしていくべき。

### 「社会保障制度改革に関する緊急要請」（平成29年5月17日） 抜粋

財務大臣 総務大臣 厚生労働大臣 内閣府特命担当大臣（経済財政政策）あて 全国知事会長 全国市長会長代理 全国町村会長  
今般、政府の経済財政諮問会議や財政制度等審議会において、都道府県の保健ガバナンスの抜本強化や、保険者機能の発揮に向けたインセンティブ改革等の重要な議論が、当事者である都道府県や市町村が不在の場で行われている。

地方自治体が、地域における「予防・健康・医療・介護」について、その役割を十分に発揮することは重要であるが、国においては、都道府県や市町村の意見を出発点に、社会保障制度改革の推進に向けて地方自治体との協議を進めるよう強く求める。

# 保険者協議会における都道府県の位置づけの明確化及び 保険者、医療関係者等の連携に必要な体制について

- 都道府県における住民の健康増進や医療費適正化を推進するための保険者・医療関係者等の連携に必要な体制については、これまで保険者協議会において、市町村・保険者が自ら共同で保険者機能を発揮し、医療関係者にも協力を依頼しながら、住民の健康増進と医療費適正化に取り組んできたことを踏まえ、その成果（医療関係者と連携した予防・健康づくり、被扶養者等の特定健診の実施体制の整備、国保連の医療費分析等の人材など）を最大限に活用することが合理的である。  
  
（※1）例えば、保険者協議会は、平成29年4月現在でも、9割を超える協議会（43協議会）で医療関係者等の参画を得て運営しており、特定健診・保健指導等の推進や医療費分析等を実施している。平成30年度以降は、都道府県も保険者として構成員になるので、現在の枠組みの中で、都道府県が自ら事務局を担う、又は国保連協会と共同で事務局を担うことは、運用上可能である。
- また、住民の健康増進は、都道府県と市町村の行政の重要な柱の一つであり、都道府県においては、保険者、医療関係者、地元企業、学校・大学等の幅広い関係者と課題や認識を共有し、行政と民間が協力しながら、住民に働きかけ、取組を進めている。こうした観点から、制度や組織の垣根を超えて、広く産官学の関係者が一体になって、県民運動によって健康づくりを推進する協議体を設置し、取組を進めている都道府県もある。  
  
（※2）例えば、宮城県では、知事のリーダーシップの下、県民運動として健康づくりを推進するため、県・市町村・企業・保険者・保健医療関係者・教育機関・報道機関等による「スマートみやぎ健民会議」を設立（H28年2月）し、庁内でも部局横断的に連携するための庁内連絡調整会議を設け、全ライフステージへの切れ目ない健康づくりの支援体制の構築を進めている。また、高知県では、知事をトップとする「日本一の健康長寿県構想推進会議」と市町村・大学・医療福祉関係者・保険者一般県民等の外部委員が参加する「構想のベースとなる関連19計画にかかる審議会」が連動し、県民の健康増進に向けた取組を官民協働で推進している。
- このような先進事例を踏まえると、保険者・医療関係者の協力を得て、住民の健康増進と医療費の適正化を推進するための協議会等の体制については、全国で一律に決まるものではないが、都道府県がその実情に応じて機能が発揮できるよう、ガバナンスを強化する観点から、①都道府県が保険者協議会の事務局を担う、又は国保連協会と共同で事務局を担う（例：都道府県が政策課題の企画・調整、国保連が調査分析・調整など）ことにより、都道府県が中核的な役割を發揮していく、②医療関係者等が参画していない保険者協議会については、都道府県から医療関係者等に参画の働きかけていく等により、住民の健康増進と医療費の適正化の更なる推進を図っていくことが考えられる。

なお、都道府県は、高齢者医療確保法第9条に基づき、医療費適正化計画に基づく施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者、後期高齢者医療広域連合、医療機関その他の関係者に対して必要な協力を求めることができるとされている。こうした現行の枠組みのもと、都道府県が保険者協議会の協力を得て、市町村、保険者、医療関係者等を構成員とする協議体を自ら設置することも可能と考えられる。

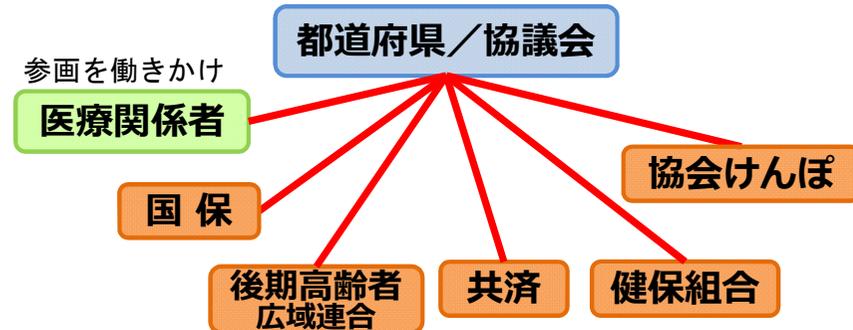
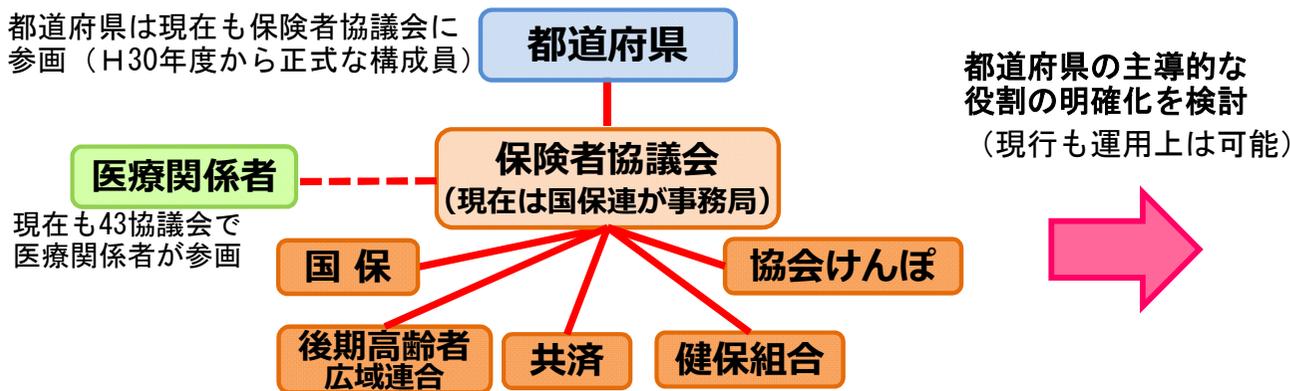
○ 都道府県における保険者横断的な取組に資するよう、**保険者努力支援制度**（平成30年度から本格実施）において、**①都道府県による保険者協議会への積極的な関与、②都道府県によるKDBシステムを活用した県内の医療費分析、市町村への結果の提供、等の医療費適正化の取組を評価項目に位置づけて、インセンティブにより評価・支援をしていく。**

- (※1) 保険者努力支援制度では、都道府県への支援分500億円のうち、医療費適正化のアウトカム評価として150億円程度、医療費適正化の取組状況の評価として150億円程度の予算規模を想定している。
- (※2) 都道府県における医療費分析の体制強化を支援する観点から、医療費適正化の主体的な取組の指標として、例えば、**保険者協議会を活用した医療費分析や人材育成等を位置づけることも考えられる**（具体的な指標は、平成31年度からの評価に向けて今後検討）。
- (※3) 都道府県は市町村と協議し合意を得ることによって、保険者努力支援制度による交付金について都道府県における医療費分析等に充てることも可能。

保険者協議会では、現在、保険者が共同で、医療関係者等の協力も得て、保険者横断的に健康増進や医療費分析等を実施

医療関係者等の協力も得て、協議会を活用しながら、健康増進や医療費分析等を推進

都道府県は現在も保険者協議会に参画（H30年度から正式な構成員）



(※) 必要に応じて企業等が参画することも考えられる

都道府県の主導的な役割をインセンティブで評価・支援

**保険者努力支援制度 (H30年度～)**

**医療費適正化の取組状況の評価 (150億円程度)**

- 医療費適正化の主体的な取組
  - ・ 保険者協議会への積極的な関与 (※)
  - ・ KDBを活用した医療費分析、市町村への提供 (※)
  - ・ 都道府県医師会、糖尿病対策推進会議等との連携など市町村での重症化予防の取組の支援 など

(※) 具体的な指標は、平成31年度からの評価に向けて今後検討

**医療費適正化のアウトカム評価 (150億円程度)**

- 都道府県の医療費水準に関する評価
  - 国保被保険者の年齢調整後1人当たり医療費に着目
  - ① 全国平均よりも低い水準の場合
  - ② 前年度より一定程度改善した場合

## 保険者横断的な医療費分析等の機能の強化について

- 保険者協議会は、現在、加入者の高齢期の健康保持のための事業の推進等のため、医療費の調査分析の業務を行うとされており（高齢者医療確保法第157条の2）、事務局である国保連合会が、市町村国保・協会けんぽ・健保組合等と協力して、国保データベースシステム（KDBシステム）等を活用して、保険者横断的な医療費の調査分析を行っている。
- 平成30年度以降は、都道府県も国保保険者としてKDBシステムを利用できるが、ノウハウ等は国保連合会にある一方、国保連合会が被用者保険者にデータ提供等の協力を求める際は、医療費適正化計画等の実施を担う都道府県が関わることが重要であり、都道府県と国保連合会が共同・連携して医療費の調査分析を行っていくことが望ましい。  
厚生労働省では、こうした都道府県や国保連合会、保険者等によるデータを活用した医療費分析を支援していくため、NDBから抽出した必要なデータの提供を進めていくこととしている。  
（※1）現行法上も、都道府県は、保険者、医療機関等の関係者に対し、必要なデータの提供を求めることができる旨が規定されている。  
（※2）平成29年度に、国立保健医療科学院に依頼し、NDBから抽出した都道府県別の医療費分析ツールのマニュアルを作成予定。

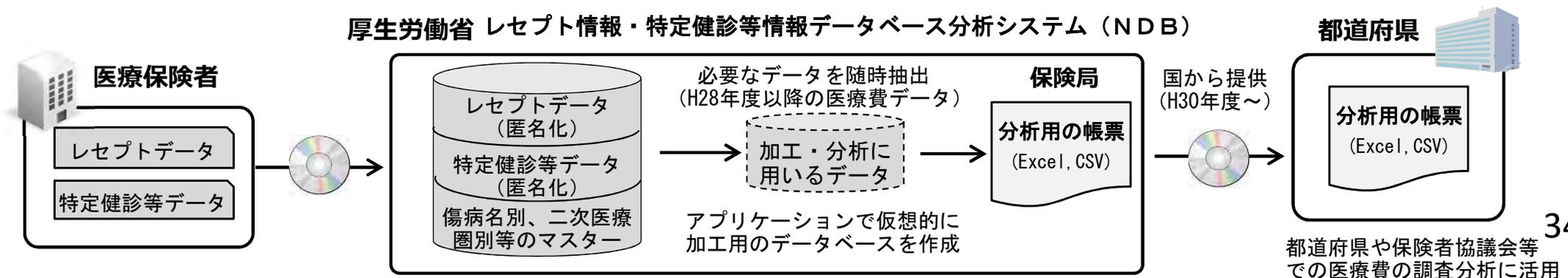
- 都道府県における調査分析に資するよう、NDBから抽出した都道府県別の医療費データの提供を平成28年末から試行的に行っているが、さらに、都道府県・市町村別の医療費の構造等のデータを、毎年度、国から都道府県に提供できるよう、NDBの追加機能の整備に着手している。

〔平成30年度以降に提供予定のデータ例〕

- ・ 疾病別の内訳を入れた基礎数値（都道府県・市町村別、診療種別、年齢階級別、保険者種別でみた医療費、患者数、総日数など）
- ・ 後発医薬品に関するデータ（都道府県別、保険者別でみた後発医薬品の数量割合、切替え効果額など）

※さらに、詳細な医療費分析に資するよう平成30年度の追加機能の改修（平成31年度以降に提供）を検討中。

### 厚生労働省 レセプト情報・特定健診等情報データベース分析システム（NDB）



# 第3期の医療費適正化計画について

- 第3期医療費適正化計画（平成30～35年度）の「医療費適正化基本方針」における医療費の見込みの推計式については、平成28年9月の第97回医療保険部会において議論いただき、その際、外来医療費のうち「人口一人当たり外来医療費の地域差縮減を目指す取組」については、以下のように整理している。（第97回医療保険部会 資料3）

- 骨太2015では、「都道府県別の一人当たり医療費の差を半減させることを目指す」とされており、本基本方針では、
  - ・ 都道府県別の一人当たり外来医療費（全国一律の目標を定める後発医薬品、特定健診の効果を除いたもの）について、
  - ・ 年齢調整を行い、
  - ・ なお残る一人当たり外来医療費の地域差について平均との差を半減することとして取り扱う。
- P5で示している3つの取組（※）では、上記の地域差半減には到達しないと見込まれる。このため、厚生労働省においては、引き続き、第3期医療費適正化計画の計画期間に向けてレセプトデータ等の分析を継続的に行うとともに、関係者における知見やエビデンスの集積を図り、効果があると認められ、一定の広がりのある取組について追加を検討。  
（※）糖尿病に関する重症化予防の取組推進、重複投薬の適正化、複数種類の医薬品の投与の適正化

- このうち、医薬品の適正使用については、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の役割の発揮や、病院と診療所の連携の推進、保険者による訪問指導などの現場での取組の広がりにより、同じ薬剤を複数の医療機関や薬局から投与される患者の減少や多量の薬剤を投与されている患者の減少が期待されるとの考え方により、具体的には以下の効果額を既に推計式に盛り込んでいる。

- ① 3医療機関以上から重複して投薬される者が半減し、その分の調剤費等が軽減される
- ② 15剤以上の投薬がされていた高齢者（65歳以上）が半減し、その分の調剤費等が軽減される

（※）平成25年10月の外来・調剤レセでは、高齢者のうち同一月で15剤以上の投薬を受けている者の割合が約5%程度である。

- 現在、高齢者の薬物療法の安全性を確保する観点から、医学薬学の専門家や医療関係者等も参画した高齢者医薬品適正使用検討会（平成29年4月設置）では、高齢者の多剤服用の実態や副作用等に関する調査・分析結果を踏まえ、多剤服用に関する適正使用のガイドラインの策定に向けた検討が進められている（最終とりまとめは平成30年度末目途）。多職種連携のもと患者の服薬等の情報を共有し、医学薬学的に適切な情報に基づき、ガイドラインも活用されることで、高齢者の多剤服用の減少も期待される。

そこで、第3期の医療費適正化計画において地域差縮減に位置づけている医薬品の適正使用の算定式については、このような多剤服用に関する適正使用のガイドラインの策定状況等を踏まえ、第3期計画期間中、できるだけ早く、更に変更・追加することを検討する。

# 高齢者の医療の確保に関する法律第14条について

平成29年10月4日社会保障審議会  
医療保険(11)資料(ii)

- 厚生労働大臣は、全国及び都道府県医療費適正化計画の実績評価の結果、計画における医療の効率的な提供の推進の目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内の診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間で公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる（この定めをするに当たっては、あらかじめ関係都道府県知事に協議するものとする）。

## ◎高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）

（医療費適正化基本方針及び全国医療費適正化計画）

第8条第4項 全国医療費適正化計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

第2号 医療の効率的な提供の推進に関し、国が達成すべき目標に関する事項

（都道府県医療費適正化計画）

第9条第3項 都道府県医療費適正化計画においては、前項に規定する事項のほか、おおむね都道府県における次に掲げる事項について定めるものとする。

第2号 医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項

（計画の実績に関する評価）

第12条第3項 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、全国医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該計画の目標の達成状況及び施策の実施状況の調査及び分析を行い、当該計画の実績に関する評価を行うとともに、前項の報告を踏まえ、関係都道府県の意見を聴いて、各都道府県における都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価を行うものとする。

（診療報酬に係る意見の提出等）

第13条 都道府県は、前条第1項の評価の結果、第9条第3項第2号の目標の達成のために必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対し、健康保険法第76条第2項の規定による定め及び同法第88条第4項の規定による定め並びに第71条第1項に規定する療養の給付に要する費用の額の算定に関する基準及び第78条第4項に規定する厚生労働大臣が定める基準（次項及び次条第1項において「診療報酬」という。）に関する意見を提出することができる。

2 厚生労働大臣は、前項の規定により都道府県から意見が提出されたときは、当該意見に配慮して、診療報酬を定めるように努めなければならない。

（診療報酬の特例）

第14条 厚生労働大臣は、第12条第3項の評価の結果、第8条第4項第2号及び各都道府県における第9条第3項第2号の目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

2 厚生労働大臣は、前項の定めをするに当たっては、あらかじめ、関係都道府県知事に協議するものとする。

## 地方公共団体等の関係者の意見（高齢者医療確保法第14条）

- 4月26日の医療保険部会では、都道府県区域での診療報酬の異なる設定について、制度創設時から妥当性や医療費適正化に向けた実効性に疑問があるので慎重に対応してほしい、都道府県に医療費適正化の権限と責任を一方的に押しつけるのではなく、当事者である都道府県と市町村の意見をしっかり聞いてほしい、との意見があった。

### 「社会保障制度改革に関する緊急要請」（平成29年5月17日） 抜粋

財務大臣 総務大臣 厚生労働大臣 内閣府特命担当大臣（経済財政政策）あて 全国知事会長 全国市長会長代理 全国町村会長  
地域別診療報酬の特例の活用については、当該制度の創設時から、その妥当性や医療費適正化に向けた実効性には疑問があるものと考えており、慎重に対応されたい。

### 「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） 抜粋

（地域ごとの診療報酬）

- 診療報酬については、一物一価、全国统一にしないと国民の納得は得られない。  
○地域ごとの診療報酬については、ドイツでも全国统一に苦労した状況があるので、全国统一で単価を決めた上で、地域の特性は要件の緩和とか加算等に対応するのがよい。

### 「医療制度改革に関する意見」（全国知事会）（平成18年1月13日） 抜粋

#### 3 医療費適正化計画について

都道府県は、住民の健康づくり、地域における住民の視点に立った医療提供体制の整備に努めており、それらが長期的にみて医療費の適正化に資することはあるが、そもそも医療費適正化については、医療費に多大な影響を与える診療報酬制度等に権限を有する国が主導的な役割を果たすべきである。医療費適正化計画の名の下に、国の責任を都道府県に転嫁することは、絶対にあってはならない。また、都道府県別の診療報酬の特例については、その妥当性、医療費適正化への実効性に疑問がある。

### 【平成25年～27年 医療保険部会での意見】

- 診療報酬設定の一部権限移譲については反対。診療報酬は、一物一価、全国统一という形にしないと国民の納得は得られない。  
○都道府県別の診療報酬をさらに拡大していこうという方向は、疑問であり、慎重にやるべき。都道府県別にと現場が混乱する。  
○地域ごとの診療報酬については、まだ実行された実績がないし、十分慎重な論議をすべき。拙速な結論を出すべきではない。

### 【平成17年～19年 医療保険部会での意見】

- 都道府県で診療報酬の特例を検討するのは、能力の問題というよりも、スキームとして非常に問題がある。機能しないのではないか。  
○住民の健康を守ることが都道府県の目的であって、医療費適正化が都道府県の一義的な目的ではない。医療費が適正化されるのは結果である。都道府県ごとの診療報酬の特例についても疑念を抱かざるを得ない。  
○格差を生じさせる地域ごとの特例診療報酬の設定は避けるべき。

## 高齢者医療確保法第14条の運用に関する考え方について

### (1) 法律上の枠組み

高齢者医療確保法では、国と都道府県が医療の効率的な提供の目標を計画に定め、計画期間において保険者・医療関係者等の協力も得ながら目標の達成に向けて取組を行った上で、計画終了後に、目標の達成状況を評価した結果に基づき、なお目標達成のため必要があると認めるときに、①都道府県は、国に対し診療報酬に関する意見を提出できる。国は都道府県の意見に配慮して診療報酬を定めるよう努める、②国は、あらかじめ都道府県に協議した上で、都道府県の地域に別の診療報酬を定めることができる、旨が規定されている。

### (参考) 全国医療費適正化計画の取組目標

	第2期 (H25～29年度)	第3期 (H30～35年度)
住民の健康の保持の推進に関する目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定健診の実施率 70%以上</li> <li>・ 特定保健指導の実施率 45%以上</li> <li>・ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率 25%以上</li> <li>・ たばこ対策</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定健診の実施率 70%以上</li> <li>・ 特定保健指導の実施率 45%以上</li> <li>・ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率 25%以上</li> <li>・ たばこ対策</li> <li>・ 予防接種</li> <li>・ 生活習慣病等の重症化予防（糖尿病の重症化予防の取組など）</li> <li>・ その他予防・健康づくりの推進（個人へのインセンティブの取組など）</li> </ul>
医療の効率的な提供の推進に関する目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 平均在院日数の短縮</li> <li>・ 後発医薬品の使用促進に関する目標</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 後発医薬品の数量シェア 80%以上</li> <li>・ 医薬品の適正使用の推進に関する目標（重複投薬、多剤投与の適正化）</li> </ul>

(※1) 医療費適正化計画の目標については、目標の設定と取組による効果の因果関係について、科学的なエビデンスを含めた合理的な説明が可能なものであって、住民や保険者・医療関係者等の協力を得て、目標の実現に向けた取組の実施と評価が可能なものとして、①住民の健康の保持の推進に関する事項と、②医療の効率的な提供の推進に関する事項を位置づけている。

(※2) 第1期の医療費適正化計画では、医療の効率的な提供の目標として「平均在院日数」について、平成18年度時点の全国平均(32.2日)と最短の長野県(25.0日)との差を3分の1短縮し、平成24年の全国平均を29.8日とする目標を定めたが、取組の結果、平成24年の実績は29.7日となり、全国目標を達成した。第2期の医療費適正化計画でも、平均在院日数の短縮を目標を置いており、平成29年度時点で28.6日とする目標を定めたが、平成27年度時点の全国平均は27.9日の実績である。

なお、医療の効率的な提供の数値目標として、第3期では、病床機能の分野及び連携の推進を医療提供体制の整備の施策に位置づけた上で、第2期に設定した「平均在院日数の短縮」を医療の効率的な提供の推進に関する目標から削除した。また第2期に設定した後発医薬品の使用促進について、第3期から新たに具体的な数値目標（数量シェア）を設定した。

(※3) 高齢者医療確保法において、医療費の推計とは別に、医療の効率的な提供の取組の目標を定めることとされており、第14条は、医療の効率的な提供の取組の目標を達成し、医療費適正化を推進するためのものとして位置づけられている。

(※4) 厚生労働大臣が、都道府県について診療報酬の特例を定める場合においても、中医協の諮問・答申が必要である。

## (2) 運用の考え方

このような法律上の枠組み等を踏まえ、高齢者医療確保法第14条の運用については、次のようなプロセスに留意する必要があるのではないか。

- ・ 医療費適正化計画の枠組みにおける第14条の規定については、都道府県において医療費適正化計画の目標の達成に向けて保険者・医療関係者等の協力を得ながら取組を行い、その取組状況の評価の結果を踏まえて、都道府県と協議した上で、厚生労働大臣が判断するプロセスとなっている。  
このため、各都道府県においても、医療費適正化計画に関する取組の実績を分析し、これを評価した上で、既存の診療報酬や施策、取組の予定等を踏まえて、適用の必要性について検討していく必要があるのではないか。
- ・ その際、各都道府県においては、保険者・医療関係者等が参画する保険者協議会での議論も踏まえて、第14条の規定の適用の必要性について検討していく必要があるのではないか。
- ・ 厚生労働省においては、都道府県の意見を踏まえ、中医協における諮問・答申を経て、診療報酬全体の体系との整合性を図りながら、医療費の適正化や適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められるかを議論した上で判断していく必要があるのではないか。

# 国民の健康確保のためのビッグデータ活用推進に関する データヘルス改革推進計画・工程表

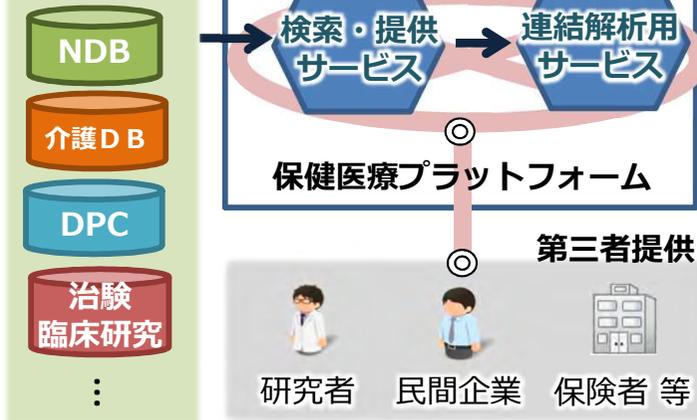
(平成29年7月4日厚生労働省、社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険中央会)

## ビッグデータ活用推進による具体的な取組

### 保健医療ビッグデータ利活用

- 個人情報 の 確 実 な 保 護 を 前 提 に、 健 康 ・ 医 療 ・ 介 護 の ビ ッ グ デ ー タ を 連 結 し、 プ ラ ッ ト フ ォ ー ム 化。 研 究 者、 民 間、 保 険 者、 都 道 府 県 等 が、 保 健 医 療 デ ー タ を 迅 速 ・ 円 滑 に 利 用 可 能 に。
- これにより、 疾病や要介護状態の回避に結びつく早期の予防施策の展開や、 治験・臨床研究への患者アクセス、 新たな治療法の開発や創薬、 科学的な介護の実現を加速させる。

### 厚生労働省

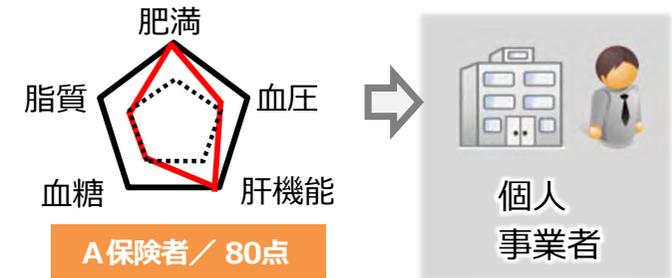


- ①ビッグデータやプラットフォームの管理 (ビッグデータ管理・運営部門の設置等)
- ②第三者 (都道府県、保険者、民間企業等)へのデータ提供の充実、迅速化、データ分析の支援
- ③研究者等へのデータ提供と活用支援、AI活用も可能なシステムの開発 (研究者等が保有する専門的なデータとの連結による、より広範な分析の実現)

### 保険者のデータヘルス支援

- 個人情報 の 確 実 な 保 護 を 前 提 に、 個 人 並 び に 保 険 者 の 健 康 管 理 に 関 す る デ ー タ を 集 約 し、
  - ①個人の健康データをヒストリカルに、本人に対して提供 (PHR)
  - ②経営者や保険者に、加入者やその家族の健康情報を提供。経営者による健康経営等にも活用 (健康スコアリング)
- 国民一人ひとりや事業主に、健康管理の意義や重要性を分かり易く訴えかけ、その行動変容へ。

(例)



### セキュリティ対策の徹底

- 情報のリスク評価と、評価に従った専門的なセキュリティ監視の徹底。監視にあたっては、専門要員による監視コストを下げるため、AIを活用して、リスク検知等の自動化。更にデータ利用に関するガイドラインを整備し、セキュリティ統制を確立。

### 推進体制・人員の在り方

▶ ビッグデータ活用の **人員等は、新たにデータ分析やビッグデータ管理、セキュリティ対策等の専門性を保有する人員を確保する。**  
**ただし、サービス維持の費用低減努力を継続的に行う。**

▶ 保健医療データプラットフォームをはじめとする、ビッグデータ活用推進施策等は、厚労省の「データヘルス改革推進本部」で決定するが、一部具体的な運用等は「厚労省・支払基金・中央会の合同プロジェクト」として位置づける。今後、詳細は同本部で協議の上、決定。<sup>40</sup>

- 科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護を実現するため、**科学的分析に必要なデータを新たに収集し、世界に例のないデータベースをゼロから構築。**
- データベースを分析し、**科学的に自立支援等の効果が裏付けられたサービスを国民に提示。**
- 2018（平成30）年度介護報酬改定から、**自立支援に向けたインセンティブを検討。**

## 高齢者個々人に関するデータ

### 高齢者の状態

#### 従来取得していたデータ

- 要介護認定情報
- 日常生活動作（ADL）
- 認知機能

#### 新たに取得していくデータ

- 身長、体重
- 血液検査
- 筋力、関節可動域
- 骨密度
- 開眼片脚起立時間
- 握力計測
- 心機能検査
- 肺機能検査

### 提供されたサービス

#### 従来取得していたデータ

- 介護サービスの種別

#### 新たに取得していくデータ

- 医療、リハビリテーション、介護の具体的なサービス内容



保健医療データプラットフォーム

科学的分析に必要なデータを新たに収集

### 科学的に自立支援等の効果が裏付けられたサービスの具体化

- 国立長寿医療研究センター等の研究機関を活用して、サービスが利用者の状態に与えた効果を分析。
- 科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護の具体像を国民に提示。

（分析のイメージ）

脳卒中に伴う左脚の麻痺により3メートルしか自力で歩行できない



サービス提供前の状態



歩行訓練

どのようなサービスが有効か科学的に分析、提示

杖を用いれば自力歩行が20メートル可能



屋内で自由に歩行が可能に

提供されたサービス

サービス提供後の状態

### 国民に対する見える化

介護報酬上の評価を用いて、科学的に効果が裏付けられたサービスを受けられる事業所を、厚生労働省のウェブサイト等において公表。

# 保険者における予防・健康づくり等のインセンティブの見直し ⑫、⑬、⑭ (i) (iii)

○ H27年国保法等改正において、保険者種別の特性を踏まえた保険者機能をより発揮しやすくする等の観点から、①市町村国保について保険者努力支援制度を創設し、糖尿病重症化予防などの取組を客観的な指標で評価し、支援金を交付する（H28年度から前倒し実施を検討）、②健保組合・共済の後期高齢者支援金の加算・減算制度についても、特定健診・保健指導の実施状況だけでなく、がん検診や事業主との連携などの取組を評価する（施行はH30年度から）仕組みに見直すこととした。

## 〈現行（平成27年度まで）〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（市町村）	後期高齢者医療広域連合
	後期高齢者支援金の加算・減算制度 ⇒ 特定健診・保健指導の実施率がゼロの保険者は加算率0.23% ⇔ 減算率は0.048%			

## 〈平成28、29年度〉 ※全保険者の特定健診等の実施率を、29年度実績から公表

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（市町村）	後期高齢者医療広域連合
	同上	〔29年度に試行実施（保険料への反映なし）〕	〔30年度以降の取組を前倒し実施（平成28年度は150億円）〕	30年度以降の取組を前倒し実施（20～50億円）

## 〈平成30年度以降〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（都道府県・市町村）	後期高齢者医療広域連合
手法等	後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し ⇒ 加算率：段階的に引上げ、H32年度に最大10% 減算率：最大10%～1%	評価指標に係る取組の結果を都道府県支部ごとの保険料率に反映	保険者努力支援制度を創設（700～800億円）	各広域連合の取組等を特別調整交付金に反映（100億円）
共通指標	①特定健診・保健指導、②特定健診以外の健診（がん検診、歯科健診など）、③糖尿病等の重症化予防、④ヘルスケアポイントなどの個人へのインセンティブ等、⑤重複頻回受診・重複投薬・多剤投与等の防止対策、⑥後発医薬品の使用促進			
独自指標	・被扶養者の健診実施率向上 ・事業主との連携（受動喫煙防止等）等の取組を評価	医療機関への受診勧奨を受けた要治療者の医療機関受診率等	保険料収納率向上等	高齢者の特性（フレイルなど）を踏まえた保健事業の実施等

# 保険者努力支援制度（市町村分）（平成29年度前倒し分・30年度分）⑫、⑬、⑭（i）指（iii）

## 【共通指標④（1）個人へのインセンティブの提供の実施】

平成28年度前倒し分

個人へのインセンティブの提供の実施（平成28年度の実施状況を評価）	該当 保険 者数	達成率
① 一般住民の予防・健康づくりの取組や成果に対しポイント等を付与し、そのポイント数に応じて報奨を設けるなど、一般住民による取組を推進する事業を実施しているか。	20	522
② その際、PDCAサイクル等で見直しを行うことができるよう、インセンティブが一般住民の行動変容につながったかどうか、効果検証を行っているか。		
※ 効果検証とは、例えば、取組に参加した者へのアンケート調査等が考えられる		
		30.00%

平成29・30年度実施分

個人へのインセンティブの提供の実施（平成29年度の実施状況を評価）	29年 度分	30年 度分
① 一般住民の予防・健康づくりの取組や成果に対しポイント等を付与し、そのポイント数に応じて報奨を設けるなど、一般住民による取組を推進する事業を実施しているか。	35	55
② その際、PDCAサイクル等で見直しを行うことができるよう、インセンティブが一般住民の行動変容につながったかどうか、効果検証を行っているか。		
③ 商工部局との連携、地域の商店街との連携等の「健康なまちづくり」の視点を含めた事業を実施しているか	10	15

## 【平成29・30年度の指標の考え方】

- 経済・財政一体改革推進委員会等で、まちづくりの視点を含めたデータヘルスの取組の重要性が議論されているため、新たにそのことに対応する指標を策定することとする。
- 平成28年度の実施状況が30%に留まったことから、今後さらなる取組促進を促すため、当該指標の配点をあげることにする。

## 【留意事項】

- 都道府県での個人インセンティブ事業等の基盤整備があれば、当該都道府県内市町村での平均獲得点数は高くなる傾向にあった。
- 商工部局との連携とは、例えば、健康づくりを「まちづくり」と結びつけて展開し、地域の民間企業を活用するため、庁内で商工部局との議論の場を設け、検討を行うこと等を指す。
- 地域の商店街との連携とは、例えば、各種検診受診者、健康づくりの取組参加者に、商工会発行のポイントを付与し、ポイントが貯まると、市町村内店舗で使える商品券とする。等の取組を進めるため、地域の商店街等と議論の場を設けること等を指す。

○ 後期高齢者支援金の加算・減算制度について、特定健診・保健指導や予防・健康づくり等に取り組む保険者に対するインセンティブをより重視する仕組みに見直す。

【現行の仕組み】 ※国保・被用者保険の全保険者が対象

1. 目標の達成状況

- ・ 特定健診・保健指導の実施率のみによる評価

2. 支援金の加減算の方法 (H27年度の例)

- ①特定健診・保健指導の実施率ゼロ(0.1%未満)の保険者 (健保・共済分:99保険者)  
→支援金負担を加算(ペナルティ) ※加算率=0.23%
- ②実施率が相対的に高い保険者 (健保・共済分:84保険者)  
→支援金負担を減算(インセンティブ)

※事業規模(健保・共済分):0.6億円  
※支援金総額(保険者負担、健保・共済分):2.2兆円

【見直し:H30年度～】 ※加減算は、健保組合・共済組合が対象 (市町村国保は保険者努力支援制度で対応)

1. 支援金の加算(ペナルティ)

- ・ 特定健診57.5%(総合は50%)未満、保健指導10%(総合は5%)未満に対象範囲を段階的に拡大。加算率を段階的に引上げ。  
※加算率=段階的に引上げ H32年度に最大10%(法定上限) 3区分で設定  
※H30年度の加算額(H26年度実績で試算):約4.0億円

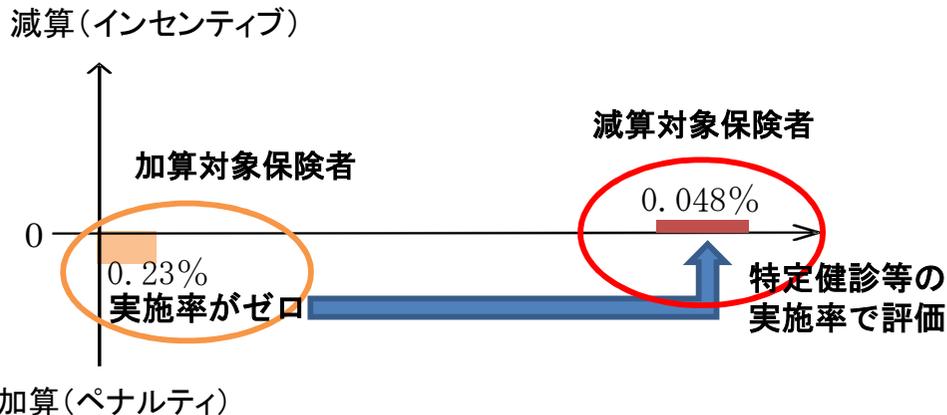
2. 支援金の減算(インセンティブ) ※減算の規模=加算の規模

- ・ 特定健診・保健指導の実施率に加え、特定保健指導の対象者割合の減少幅(=成果指標)、がん検診・歯科健診、事業主との連携等の複数の指標で総合評価  
※減算率=最大10%~1% 3区分で設定

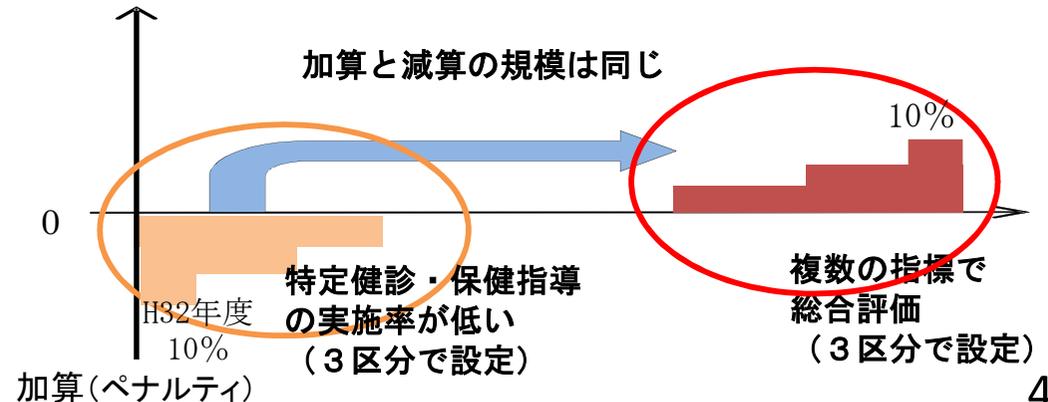
(項目案)

- ・ 特定健診・保健指導の実施率、前年度からの上昇幅(=成果指標)
- ・ 特定保健指導の対象者割合の減少幅(=成果指標)
- ・ 後発品の使用割合、前年度からの上昇幅(=成果指標)
- ・ 糖尿病等の重症化予防、がん検診、歯科健診・保健指導等
- ・ 健診の結果の分かりやすい情報提供、対象者への受診勧奨
- ・ 事業主との連携(受動喫煙防止、就業上の配慮等)
- ・ 予防・健康づくりの個人へのインセンティブの取組等

<現在の仕組み:H29年度まで>



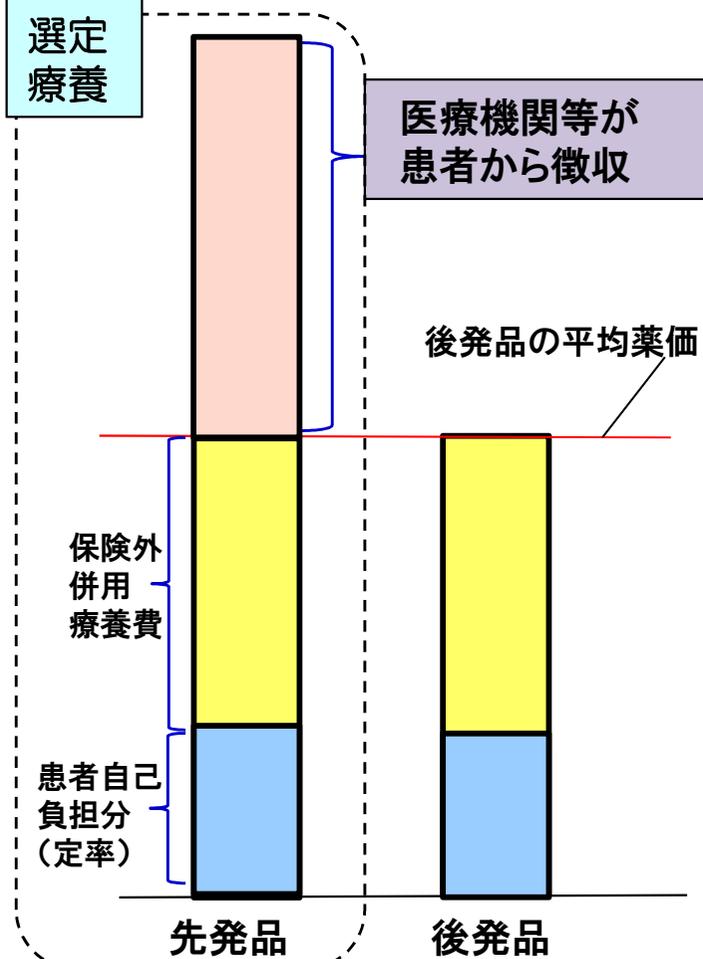
減算(インセンティブ) <見直し後:H30年度～>



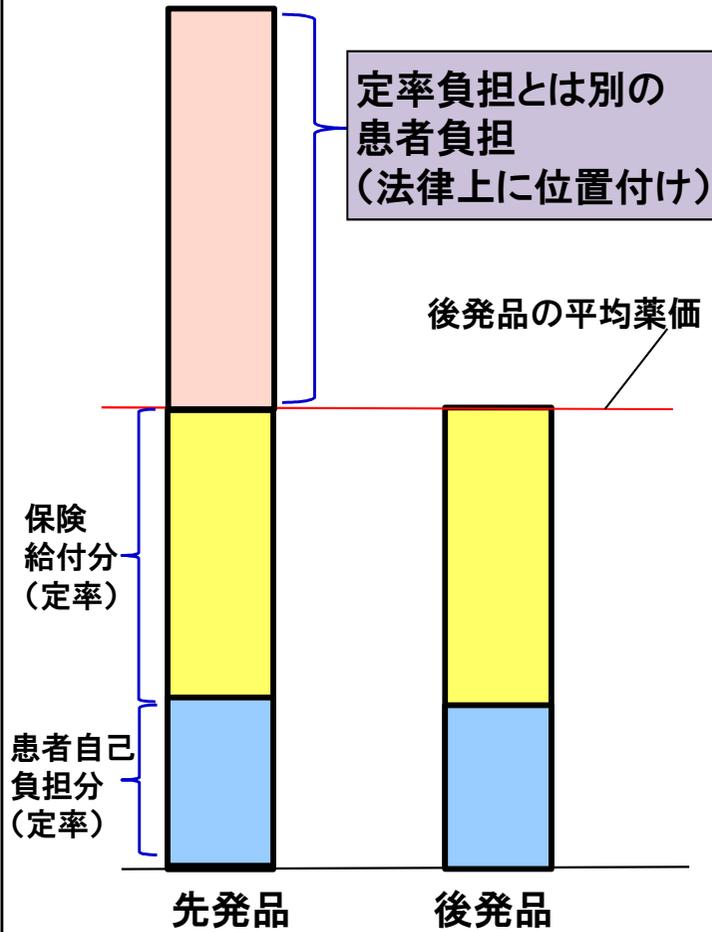
# 論点のイメージ図

## (1) 患者負担とする考え方

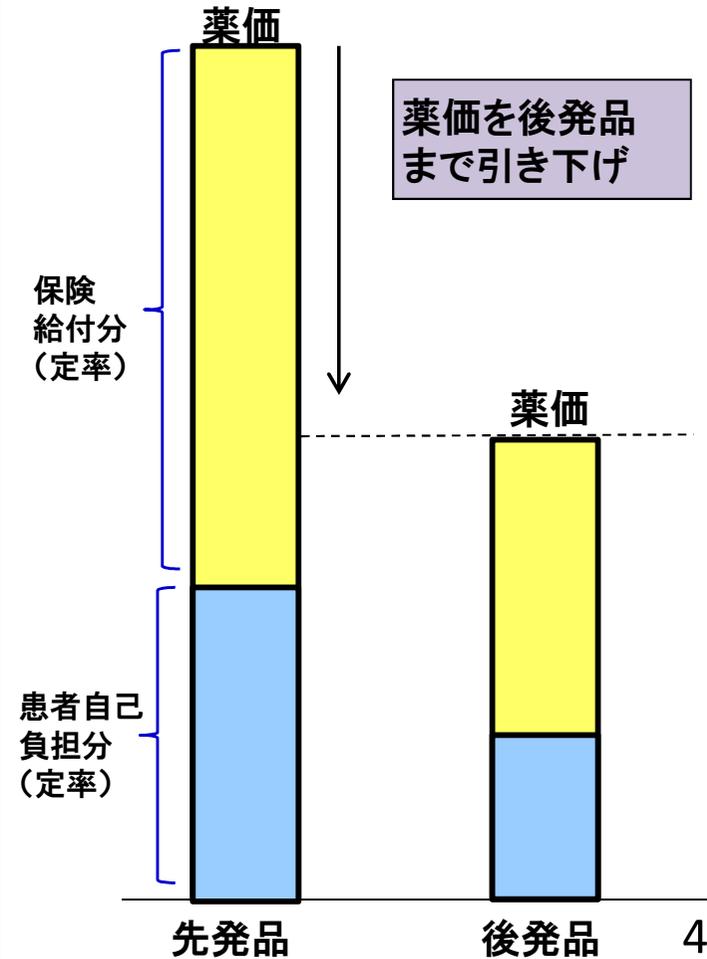
先発品の使用は「選定療養」と位置づけ、後発品の薬価までを保険外併用療養費として給付し、後発品の薬価を超える部分は、医療機関等が患者から徴収する考え方



(参考)  
定率の自己負担とは別の、法律上に位置付けられた患者負担とする考え方



(2) 患者負担にはせず、先発品の薬価を後発品まで引き下げる考え方



## 前回の議論での主な御意見

前回(平成29年5月17日)の社会保障審議会医療保険部会でご議論いただいた際の主な意見は以下のとおり。

### 【先発品と後発品の差額を患者負担とする考え方について】

- 先発・後発の選択は治療に関わるものであり、選定療養にはなじまないのではないかと。
- 負担能力によって医療が制限されかねない。患者の負担が増えることについては、国民的な理解が得られないのではないかと。
- 十分な後発品の安全性が確保された状態で、患者が積極的に選択できているようになってから議論をしてもいいのではないかと。
- 後発品の数量シェア80%の達成に向けては、これまでの延長線上ではない抜本的な対応として、検討する必要がある。
- 現時点では薬価を引き下げるより患者負担とする考え方の方が理解が得られると思うが、導入当初は対象を限定するなどの丁寧な制度設計をすべき。

### 【患者負担にはせず、先発品の薬価を後発品まで引き下げる考え方について】

- 競争原理が働かず、薬価が高止まりするのではないかと。
- 先発メーカー、後発メーカーへの影響を慎重に議論すべき。
- 患者が受ける医療の質の向上や費用の効果がどれくらいあるかを含めて慎重に検討が必要。
- 薬価の引き下げについては、後発品の薬価の在り方とセットで、中医協で議論するべきではないかと。

### 【その他】

- いずれも患者、企業に大きな影響があり、懸念。
- まずは後発品の使用割合を増やしていくことが必要ではないかと。
- そもそも先発品と後発品が同じなのか違うのか、委員の中でも認識が異なるために議論が深まらないのではないかと。

- 社会保障審議会医療保険部会での議論を踏まえ、第133回中央社会保険医療協議会 薬価専門部会（平成29年5月31日開催）においても、薬価制度の抜本改革として「長期収載品の薬価の在り方」の中で議論。

中医協 薬一 1 29.5.31（抜粋）

#### 4. 今後の検討課題について

##### （3）先発医薬品価格のうち後発医薬品に係る保険給付額を超える部分の負担の在り方

- （1）で上述したもののうち、「②先発医薬品価格のうち後発医薬品に係る保険給付額を超える部分の負担の在り方」については、改革工程表に基づき、別途、社会保障審議会医療保険部会で検討が進められているところ、その議論を踏まえた薬価制度の在り方を検討するべきではないか。

- 社会保障審議会医療保険部会においては、

① 先発品と後発品の差額を患者負担とする考え方

② 患者負担にはせず、先発品の薬価を後発品まで引き下げる考え方

の二つの考え方が提示されたが、これらのうち、②については、中医協薬価専門部会において議論される必要がある。

「患者負担にはせず、先発品の薬価を後発品まで引き下げる考え方」について、社会保障審議会医療保険部会でも示された次の論点も踏まえ、どう考えるか。

##### （患者の立場）

- ・ 先発品を使用した場合には、これまでよりも患者負担の軽減につながる。
- ・ 先発品と後発品の価格差がなくなるので、後発品を使用するインセンティブがなくなるのではないか。

##### （企業への影響）

- ・ 先発品と後発品の価格差がなくなるため、先発品企業の経営に大きな影響を与えるだけでなく、後発品企業にとっても価格優位がなくなり、経営に大きな影響がでるのではないか。

##### （その他、実施する場合の論点について）

- ・ 患者や医薬品産業に与える影響を考えると、直ちに全ての品目について実施するのではなく、対象とする医薬品の範囲（数量シェアや後発品上市後の年数等）を含め、段階的な実施を検討するべきではないか。
- ・ 今後も、健全な後発品市場が存在することが重要。後発品市場に大きな影響を与え、新たな後発品が上市されなくなることはないよう、留意すべきではないか。

## 【1号側委員】

- 新薬創出等加算、長期収載品、後発医薬品についてはセットで議論すべき。
- 選定療養で患者負担とすることは理屈として成立しておらず、正当なやり方ではなく、かえって薬価の構造を歪める要因になり、取り入れるべきではない。

## 【2号側委員】

- 先発品と後発品の差額を患者負担とするのは論外であり、選定療養にはなじまない。また、負担能力によって医療が選定されるべきでない。
- 後発品の価格と全く同じにすることは、長期収載品が寡占になるのではないかなど、様々な問題がある。長期収載品の薬価を下げていくが、スペインの事例を踏まえ、慎重に対応すべき。
- 先発品メーカーが担っている情報提供や安定供給の取組を踏まえ、後発品に対して一定の価格差を認めれば、後発品も価格競争力を有する上、先発品もその役割を果たせることになるのではないか。
- 長期収載品の薬価を下げるということには、新薬の評価はきちんと対応するということが前提である。

## 【専門委員】

- 現在は過渡期ではあるが、長期収載品に依存するモデルからより高い創薬力を持つ産業構造に転換することは重要。
- 新薬創出等加算、長期収載品、後発品の3点セットで、議論すべき。更に、基礎的医薬品の位置付けもこの議論に加えるべき。
- 長期収載品については、臨床試験から含めて、情報収集・分析などによる使用上の注意や、効能追加への対応など、シェアがどんなに下がっても、長期収載品を持っている企業に課せられている責務がある。

## 【関係団体意見陳述】

- 特許期間満了後は大幅な薬価引下げを行うとともに、速やかに後発品へ置き換えることで、イノベーション推進を継続する十分な財政的余地を生むことが可能と考える。

## 先発医薬品価格のうち後発医薬品に係る 保険給付額を超える部分の負担の在り方について

- 患者負担とする考え方については、前回の医療保険部会において、慎重な意見が多かったが、中医協薬価専門部会においても、
  - ・先発医薬品、後発医薬品の選択は、選定療養に馴染まない
  - ・負担能力によって医療が制限されるおそれがある等の慎重な意見が多かった。
  
- これまでの議論を踏まえ、先発医薬品価格のうち後発医薬品に係る保険給付額を超える部分の負担の在り方についてどのように考えるか。