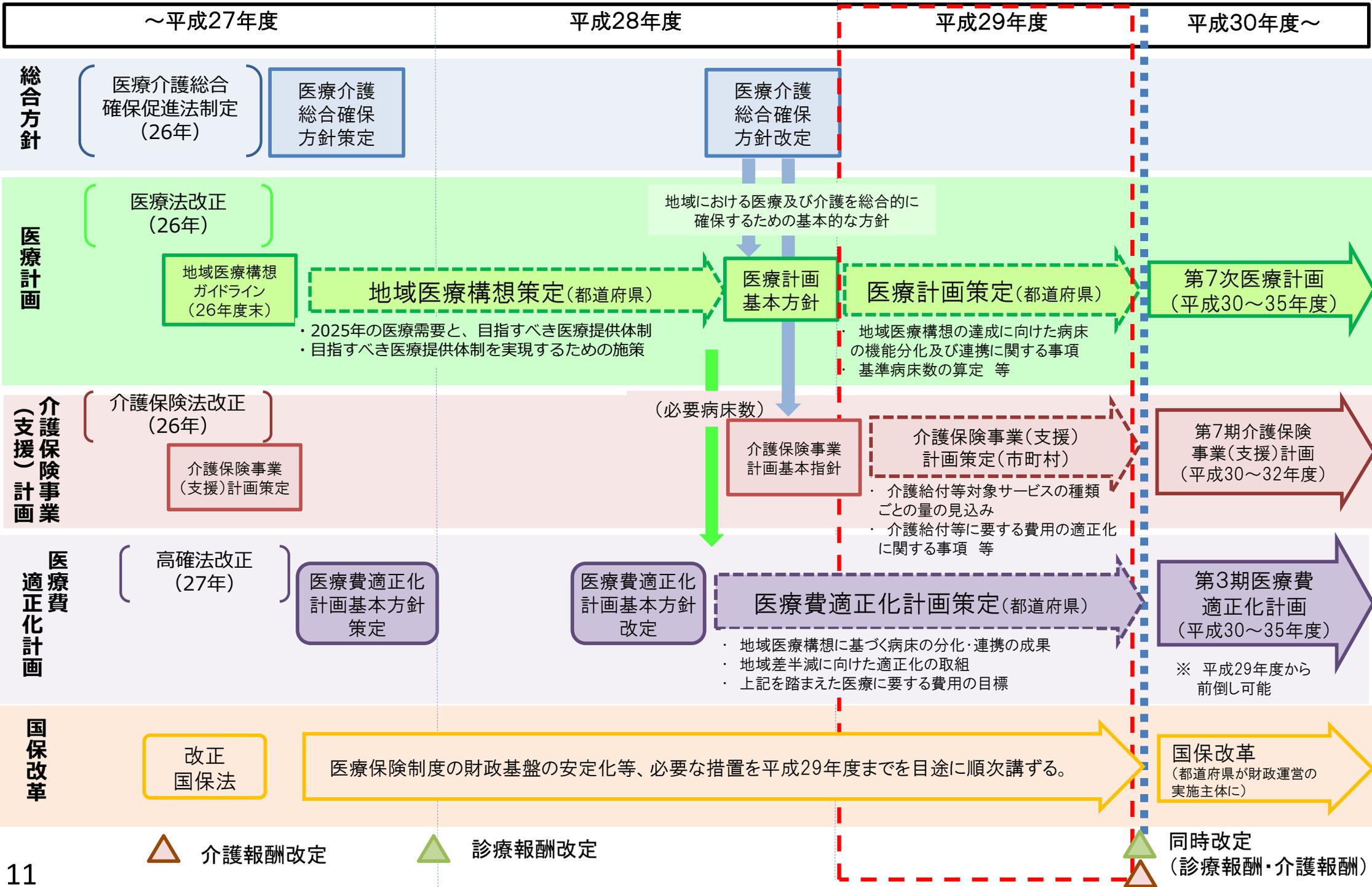


医療提供体制

(参考)医療・介護提供体制の見直し／医療費適正化に向けたスケジュール



社会保障制度改革国民会議報告書

～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～

(平成25年8月6日 社会保障制度改革国民会議)

II 医療・介護分野の改革

1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命

社会システムには慣性の力が働く。日本の医療システムも例外ではなく、四半世紀以上も改革が求められているにもかかわらず、20世紀半ば過ぎに完成した医療システムが、日本ではなお支配的なままである。

日本が直面している急速な高齢化の進展は、疾病構造の変化を通じて、必要とされる医療の内容に変化をもたらしてきた。平均寿命60歳代の社会で、主に青壮年期の患者を対象とした医療は、救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療であった。しかしながら、平均寿命が男性でも80歳近くとなり、女性では86歳を超えている社会では、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ老齢期の患者が中心となる。そうした時代の医療は、病気と共存しながらQOL (Quality of Life)の維持・向上を目指す医療となる。すなわち、医療はかつての「病院完結型」から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療、実のところ医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療に変わらざるを得ない。ところが、日本は、今や世界一の高齢国家であるにもかかわらず、医療システムはそうした姿に変わっていない。 (中略)

具体的には、日本の医療・介護サービス提供体制が抱えている問題は、2008(平成20)年6月に公表された「社会保障国民会議第二分科会(サービス保障(医療・介護・福祉))中間とりまとめ」で詳述されており、医療について言えば、人口当たりの病床数は諸外国と比べて多いものの、急性期・回復期・慢

性期といった病床の機能分担は不明確であり、さらに、医療現場の人員配置は手薄であり、病床当たりの医師・看護職員数が国際標準よりも少なく過剰労働が常態化していること、この現実が、医療事故のリスクを高め、一人一人の患者への十分な対応を阻んでいることが指摘されていた。

救急医、専門医、かかりつけ医(診療所の医師)等々それぞれの努力にもかかわらず、結果として提供されている医療の総体が不十分・非効率なものになっているという典型的な合成の誤謬ともいえるべき問題が指摘されていたのであり、問題の根は個々のサービス提供者にあるのではない以上、ミクロの議論を積み上げるのでは対応できず、システムの変革そのもの、具体的には「選択と集中」による提供体制の「構造的な改革」が必要となる。要するに、今のシステムのまま当事者が皆で努力し続けても抱える問題を克服することは難しく、提供体制の構造的な改革を行うことによって初めて、努力しただけ皆が報われ幸福になれるシステムを構築することができるのである。

2008(平成20)年の「社会保障国民会議 最終報告」で示された「あるべき医療・介護サービス」提供体制の背景にある哲学は、医療の機能分化を進めるとともに急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、後を引き継ぐ回復期等の医療や介護サービスの充実によって総体としての入院期間をできるだけ短くして早期の家庭復帰・社会復帰を実現し、同時に在宅医療・在宅介護を大幅に充実させ、地域での包括的なケアシステムを構築して、医療から介護までの提供体制間のネットワークを構築することにより、利用者・患者のQOLの向上を目指すというものであった。

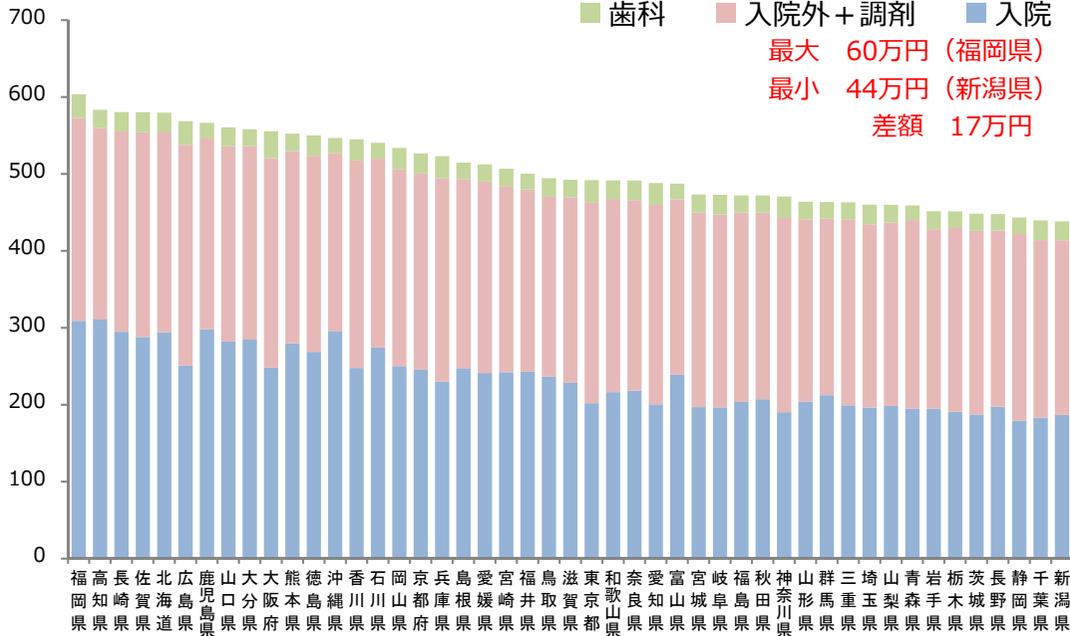
(参考)我が国の医療提供体制の問題点

国名	平均在院日数 (急性期)	人口千人 当たり 総病床数	病床百床 当たり 臨床医師数	人口千人 当たり 臨床医師数	病床百床当たり 臨床看護職員数	人口千人当たり 臨床看護職員数	人口百万人あたり MRI台数
日本	30.6 (17.2)	13.3	17.1※2	2.3※2	78.9※2	10.5※2	46.9
ドイツ	9.1 (7.7)	8.3	48.9	4.1	156.5	13.0	11.6
フランス	10.1※2 (5.7)※2	6.3	52.9※3	3.3※3	149.3※3	9.4※3	9.4
イギリス	7.1 (5.9)	2.8	100.4	2.8	292.9	8.2	6.1
アメリカ	6.1※1 (5.4)※1	2.9※2	85.3※2	2.6	380.5※2-3	11.1※3	35.5

出典:「OECD Health Data 2015」MRIはHealth Statistics 2015より 注1:「※1」は2011年、「※2」は2012年のデータ。 注2:「※3」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

◆ 一人あたり医療費 (年齢調整後※) の地域差

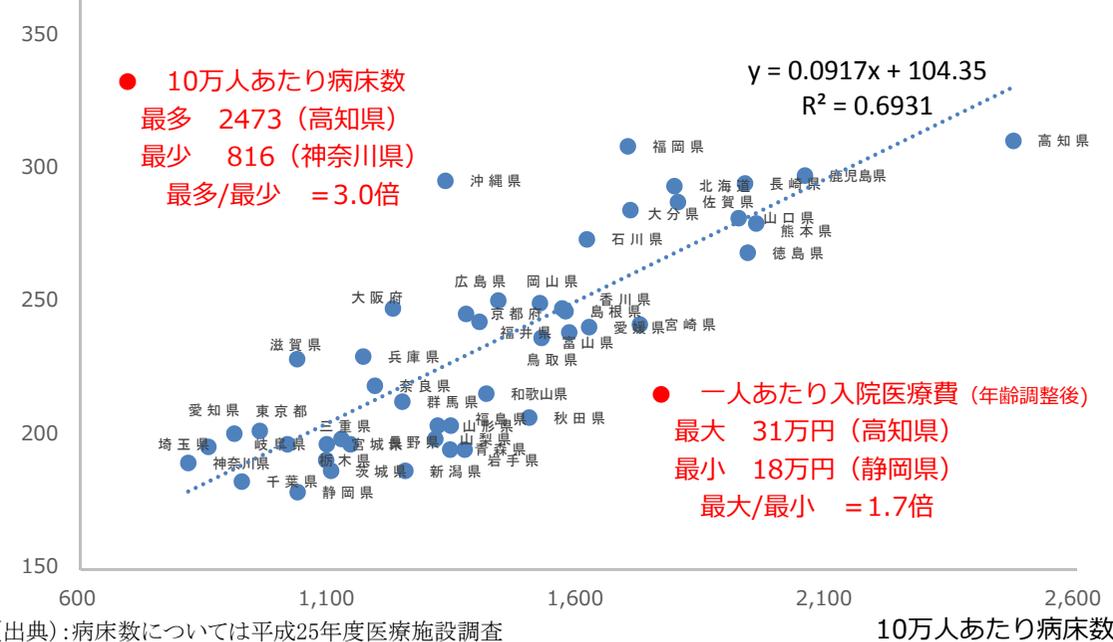
(千円、国保+後期)



(出典)厚生労働省資料

◆ 入院医療費 (年齢調整後※) と病床数の関係

一人当たり入院医療費
(千円、国保+後期)

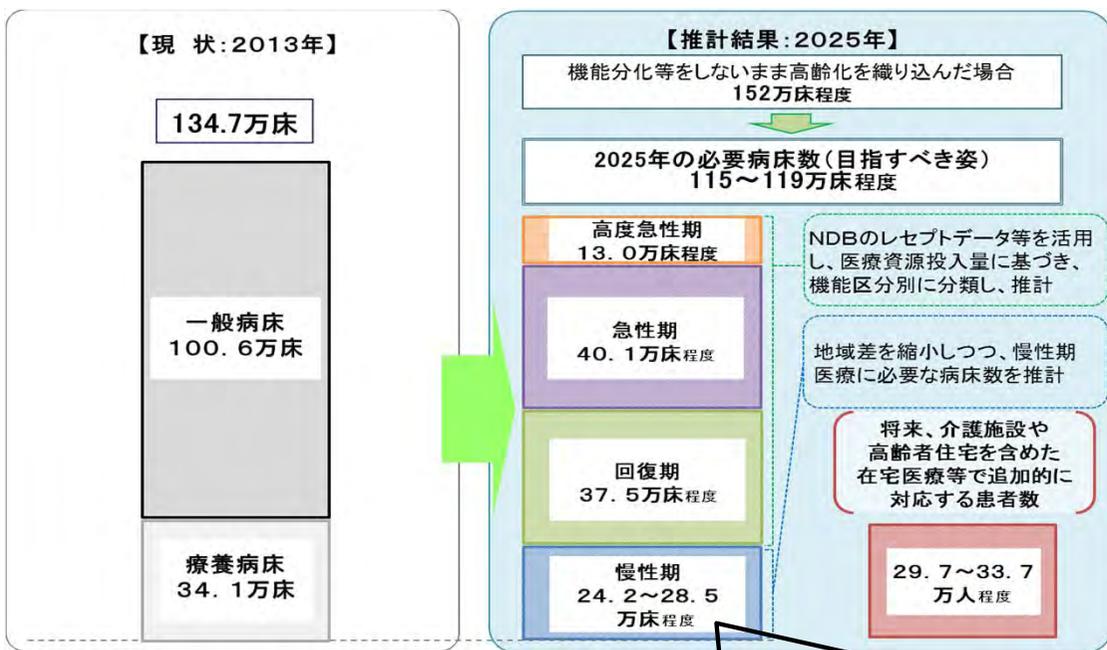


13 ※ 各都道府県の年齢階級別1人あたり医療費をもとに、全国の年齢構成と同じと仮定して算出。高齢化率等の年齢構成の違いでは説明できない地域差である。

- 地域医療構想を今年度中に策定した上で、その実現に向けた進捗のチェックが必要であるが、現在の病床機能報告制度では、病床機能を選択する際の判断基準が定性的。各医療機関による報告内容は客観性に乏しいため、進捗管理に活用することは困難。
- 現在、厚生労働省において、地域において「急性期」や「回復期」などを担うとされる病棟が、具体的にどのような医療を提供しているのか実態も明らかにする調査を実施中。

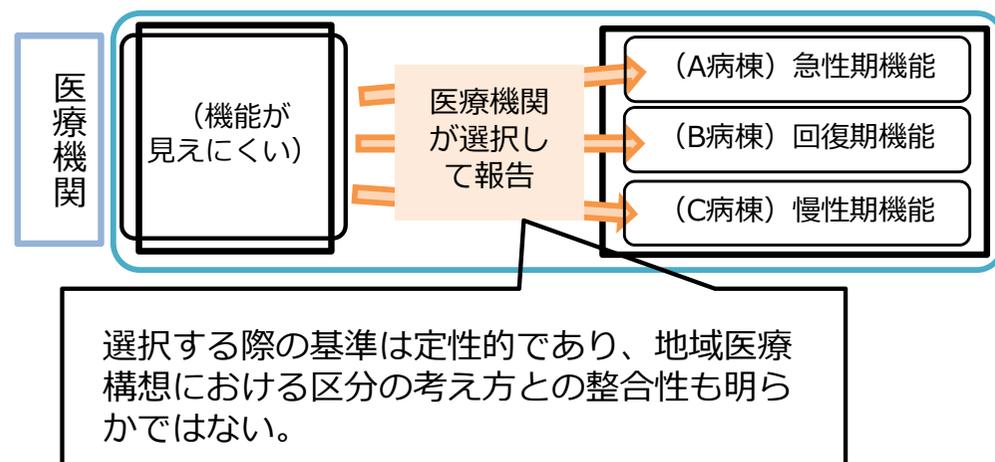
地域医療構想

2025年の必要病床数(あるべき病床数)の推計結果について



診療報酬点数（出来高部分）の実績により定量的・客観的に医療機能を区分

病床機能報告（現行）



【改革の方向性】（案）

- 現在、病床機能報告において「急性期」等の回答があった病棟が、具体的にどのような医療を提供しているのか明らかにした上で、地域医療構想における機能区分の考え方を踏まえつつ、これとの整合性のある報告内容となるよう、報告における定量的基準について、遅くとも第7期医療計画の初年度である平成30年度病床機能報告に間に合うよう、速やかに検討を進めるべき。

地域医療構想に沿った医療提供体制の実現(慢性期機能の再編)

- 地域医療構想における病床機能のうち、慢性期機能については、地域差を解消する等の観点から、医療の必要性が高くない患者については、在宅医療や介護保険施設等、病床以外の受け皿を含めて対応する方向性が示されている。
- これに向けて、慢性期病床の適正化とあわせて、医療・介護を通じた受け皿整備を地域において統合的に進めていく必要があるが、関係自治体（都道府県・市町村）や地域医療構想調整会議において、いつまでにどのようにこうした議論を進めていくかについて明らかにされていない。

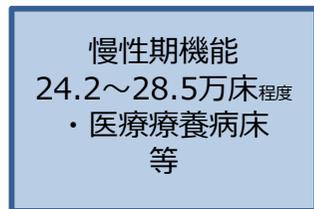
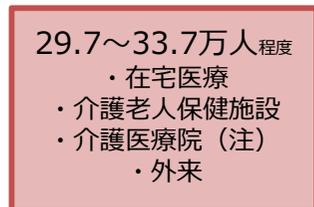
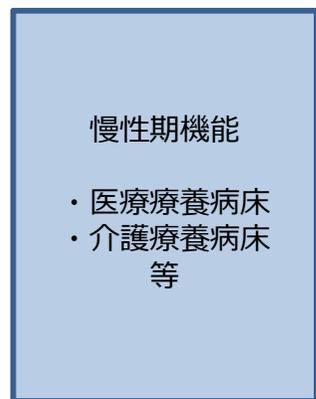
地域医療構想

2025年の必要病床数(あるべき病床数)の推計結果について

機能分化をしないまま
高齢化を織り込んだ場合

目指すべき姿

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数



(注) 現行の介護療養病床からの転換分については、単なる看板の掛けかえとならないよう、現在より効率的な施設への転換のみを考慮すべき。

◆在宅医療等の体制整備

在宅医療等の患者への対応のため、医療・介護を通じた受け皿(施設等)ごとの整備方針等について、都道府県・市町村において調整・検討
→医療介護総合確保方針(都道府県計画)に反映



第7次医療計画

- ・在宅医療の目標
- ・基準病床数



第7期介護保険事業(支援)計画

介護サービス量の見込み



第3期医療費適正化計画

医療費の目標に反映
※

※医療費適正化計画の基本方針には、現時点では在宅医療等にかかる医療費の推計方法が示されていない。

【改革の方向性】(案)

- 地域医療構想に沿った改革を進める際には、「急性期から回復期へ」といった病床機能の転換を着実に進めていくことに加えて、慢性期機能(療養病床等)について、地域差縮減等の観点から、介護施設や在宅医療等への受け皿への移行を進めていくことが重要。
- 医療・介護を通じた受け皿整備について、療養病床等の地域差是正等と併せて統合的に進められるよう、地域医療構想会議等における標準的な意思決定プロセスを整備するとともに、必要なデータの提供等を行い、医療機関ごとの対応方針について、速やかな策定を目指すべき。

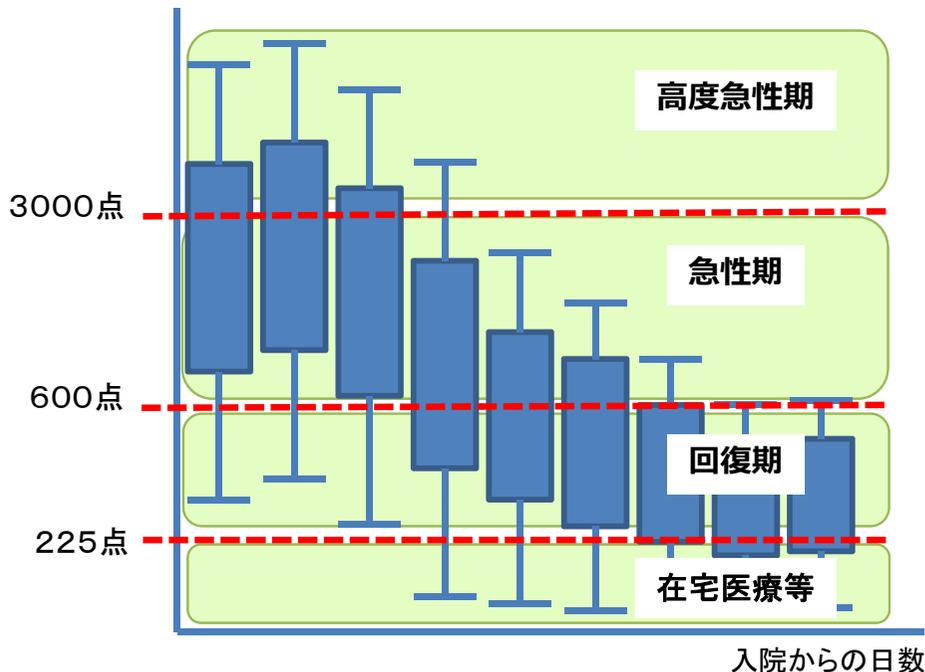
(参考) 地域医療構想の概要

- 「地域医療構想ガイドライン」を踏まえ、28年度末までに、全都道府県において、将来必要となる病床数の目標に係る地域医療構想の策定を行ったところ。
- この地域医療構想の中で、病床機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）の別に、都道府県が二次医療圏等ごとに必要病床数の推計を行っている。

高度急性期、急性期、回復期の病床数の推計 (ガイドラインに基づき都道府県毎に推計)

- 実際の診療データに基づき、全患者の1日当たり医療資源投入量を入院経過日数順に並べ、基準に該当する患者数(人・日)を合算。これにより得られる医療需要を病床数に換算。

医療資源投入量

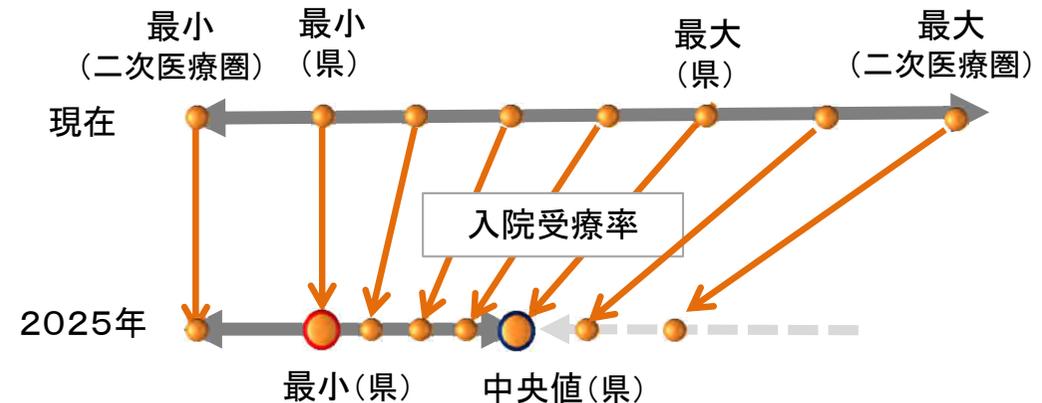


慢性期の病床数の推計 (ガイドラインに基づき都道府県毎に推計)

- 療養病床の入院受療率に現在、地域差があることから、例えば、全国最大レベルの入院受療率を全国中央値レベルにまで低下させる割合を用いて、地域差を解消。

【地域差解消手法の基本例】

全国最大レベル(県単位)の入院受療率を全国中央値レベル(県単位)にまで低下させる割合を用いて、二次医療圏ごとに全国最小との差を等比的に低下する。



病床再編に向けた都道府県の権限の整備

【論点】

- 都道府県に医療提供体制の改革の取り組みを求め、財政支援に反映していく以上、民間病院主体のわが国医療提供体制の下であっても、実効性ある権限を付与していく必要。現在、地域医療構想の実現や病床規制の観点からの権限が付与されているが、以下の点で不十分。
 - ① 公的医療機関等（公立病院、厚生連、日赤等）に対しては、不足している機能に係る医療を提供することの指示や、過剰な医療機能に転換しようとする病院に対する転換中止の命令等を実施できるが、民間医療機関に対しては、指示・命令はできない（要請等のみ）。
 - ② 介護保険施設や在宅医療への移行といった慢性期機能の再編を想定した権限が用意されていない。
- 基準病床制度（基準病床数を超えた一般病床/療養病床の開設・増床を規制する制度）においては、民間病院の場合には、医療法上は勧告以上の措置（医療機関の開設不許可等）はないが、健康保険法上の保険医療機関の不指定によって実効性を担保している。

地域医療構想の実現に向けた都道府県知事の権限（現行）

① 病院の新規開設・増床への対応

- 知事は、開設許可の際、不足している医療機能を担うという条件を付けることができる。

② 既存医療機関による医療機能の転換への対応

【医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合】

- 知事は、医療機関に対して医療審議会での説明等を求めることができることとし、やむを得ない事情がないと認める時、医療審議会の意見を聞いて、転換の中止を要請（公的医療機関等には命令）することができる。

【協議の場が整わず、自主的な取組だけでは機能分化・連携が進まない場合】

- 知事は、医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請（公的医療機関等には指示）することができる。

③ 稼働していない病床の削減の要請

- 医療計画の達成の推進のために特に必要がある場合において、知事は公的医療機関等以外の医療機関に対して、医療審議会の意見を聴いて、稼働していない病床の削減を要請することができる。
 - ※ 現行法上、公的医療機関等に対しては、知事が稼働していない病床の削減を命令できる。

⇒ 【医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合】

- 知事は勧告を行う。勧告に従わない場合や、公的医療機関が命令・指示に従わない場合、以下の措置を講ずることができる。
 - イ 医療機関名の公表
 - ロ 地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し

（参考）基準病床制度における都道府県知事の権限

- 病床過剰地域において病院の開設や増床等の申請があった場合には、知事は、医療審議会への諮問を経て、勧告を行うことができる（公的医療機関の場合には許可しないことができる）。
 - 病床過剰地域において勧告に従わない場合には、健康保険法に基づき、保険医療機関の指定をしないことができる。

※ 厚生労働省資料を基に作成

【改革の方向性】（案）

- 民間医療機関の場合であっても、要請・勧告に従わない場合には、病床過剰地域における対応の例に倣い、病床単位で保険医療機関の指定を取り消すことを可能とするなど、都道府県知事の権限をより実効的なものとしていくべき。
- 介護保険施設や在宅医療への移行といった慢性期機能の再編を想定した権限の在り方について早急に検討を進めるべき。

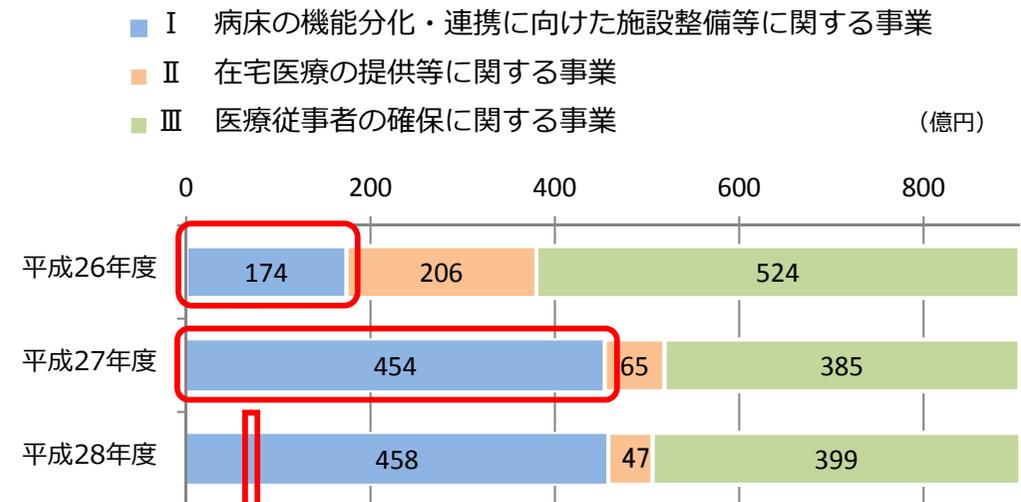
【論点】

- 地域医療介護総合確保基金（27年度予算：公費904億円（医療分））については、特に急務の課題である、地域医療構想の実現に向けた病床の機能分化を推進するため、「骨太の方針2015」等において、「病床の機能分化・連携」に重点的配分を行う方針が定められている。
- しかしながら、地域医療構想の実現に向けた「病床の機能分化・連携」に直接資する施設整備に充てられたものは一部にとどまる。
- また、各都道府県の配分にあたって、地域医療構想の実現に向けた取組の進捗は勘案されていない。

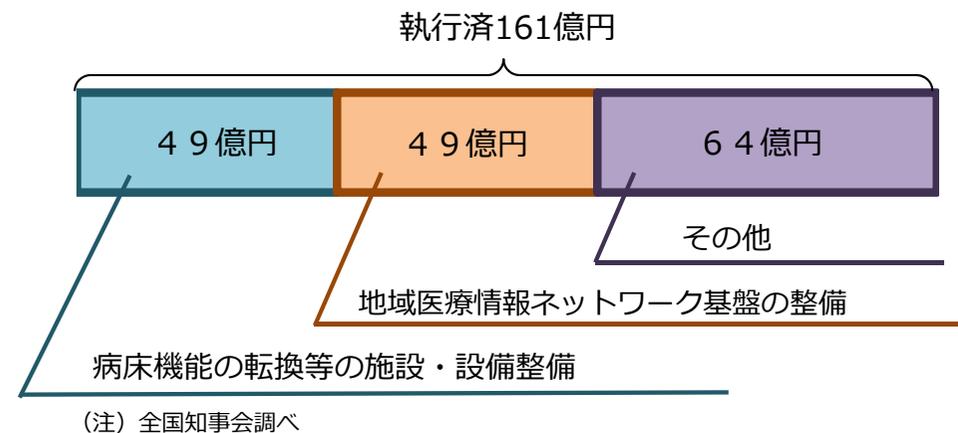
◆ 実施事業の例

I 病床の機能分化・連携に向けた施設整備等に関する事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ I C Tを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備 ・ がん医療等連携体制構築設備整備（MRI整備補助等） ・ <u>病床の機能分化/連携を推進するための基盤整備</u>
II 在宅医療の提供等に関する事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療の人材育成基盤を整備するための研修の実施 ・ かかりつけ医育成のための研修やかかりつけ医を持つことに対する普及・啓発
III 医療従事者の確保に関する事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域医療支援センターの運営 ・ 看護師等養成所の施設・設備整備 ・ 病院内保育所の整備 ・ 寄付講座設置事業 ・ 分娩手当の補助 ・ その他

◆ 地域医療介護総合確保基金の交付状況



◆ 区分I事業（執行分）の内訳（平成26・27年度交付分）



【改革の方向性】（案）

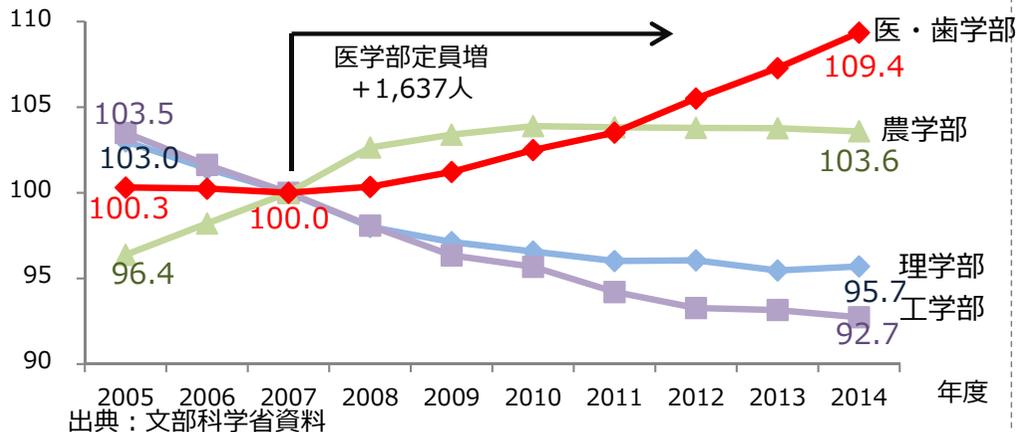
- 具体的にどのような事業に執行されているか把握・公表する仕組みを設けた上で、基金創設の趣旨や都道府県へのインセンティブ強化の観点を踏まえ、配分額全体の決定に際して、各都道府県における①病床機能の分化・連携等の進捗状況や、②これまでの基金の活用が病床の機能分化・連携につながっているか、を評価し、全体の配分について医療機関ごとの対応方針を定めた都道府県に重点化するなど大胆にメリハリづけを行う仕組みとすべき。

地域医療構想を踏まえた医療従事者の需給のあり方

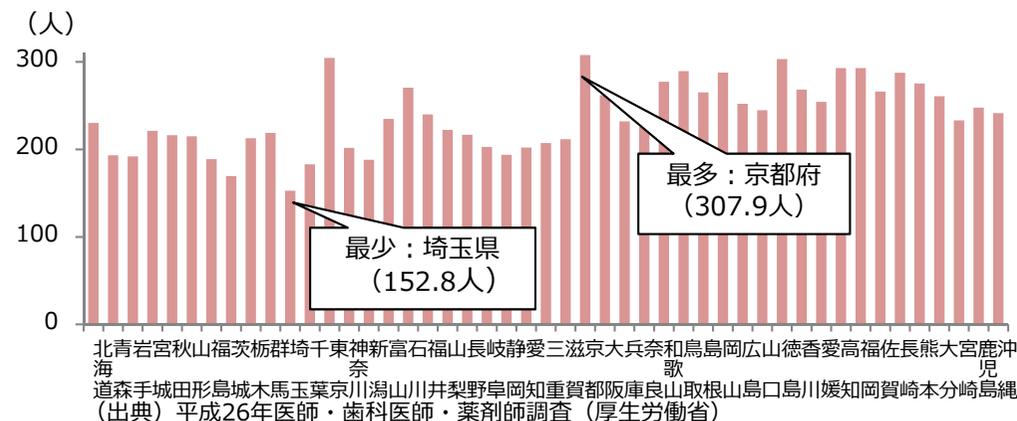
【論点】

- 特定地域・診療科における医師不足を背景に、平成20年度以降、① 医学部定員を1,637人増員(7,625人 → 9,262人)するとともに、② 勤務地・診療科を医師が自由に選べる自主性を前提とした偏在是正対策（地域医療支援センター、地域枠による奨学金）を実施。
- 他学部が学生数を減少する中、医学部学生数は増加。全国レベルでは、2020年～2030年過ぎに医師の需給は均衡し、その後医師過剰となると見込まれる。他方、産科医等の不足は一定程度改善したものの、地域における医師不足・診療科偏在はなお根強い。

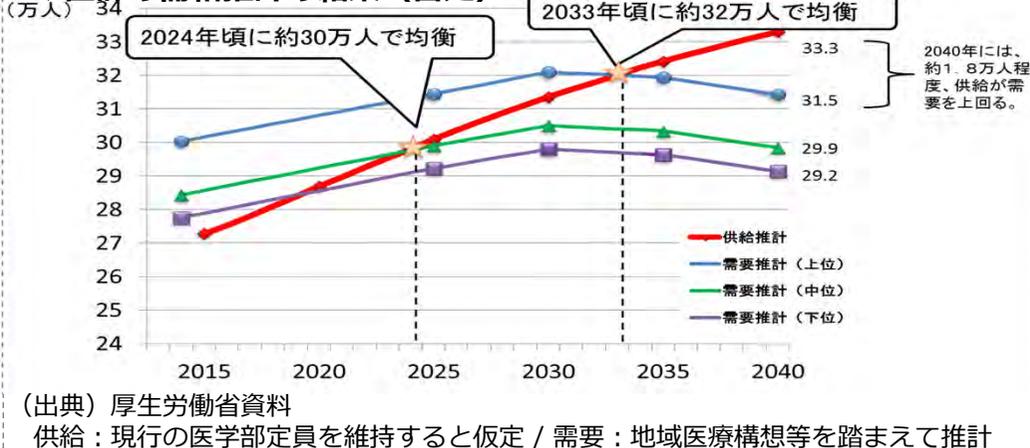
◆ 関係学科別学生数の推移（2007年度 = 100）



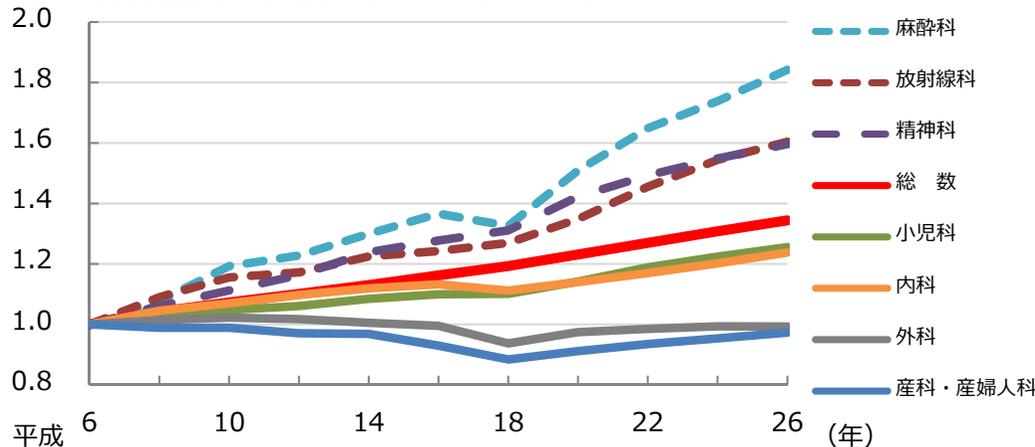
◆ 都道府県別 人口10万人対医師数



◆ 医師の需給推計の結果（暫定）



◆ 診療科別医師数の推移（平成6年 = 1.0）



【改革の方向性】（案）

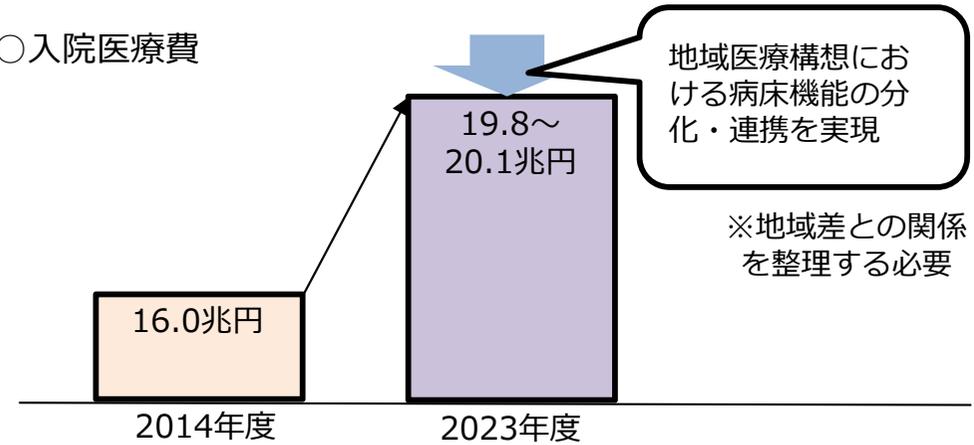
- 平成20年度以降増員してきた医学部定員について、医師需給の見通しを踏まえた精査・見直しを進めていくべき。
- あわせて、マクロでの医師数の増加が、医師が不足する地域・診療科における必要な医師数の増につながるよう、保険医の配置・定数の設定など、医師配置等にかかる規制も含めた実効的な偏在是正策を導入し、国及び都道府県の権限を強化すべき。

【論点】

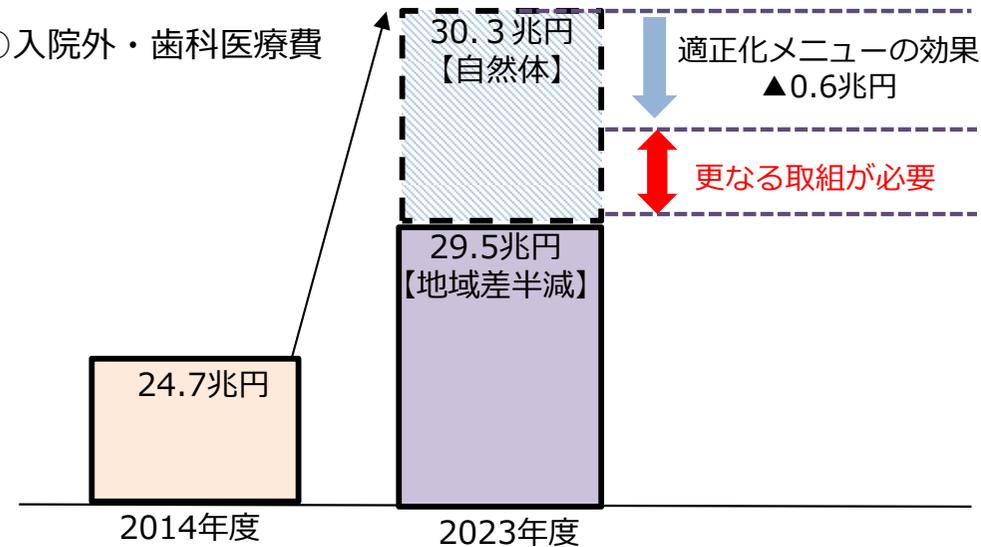
- 第3期医療費適正化計画（平成30～35年度）に向けた国の基本方針では、外来医療費について、適正化の取組及び適正化額が示されたが、「基本方針2016」等で目指された「地域差半減」の実現に十分なものとはなっておらず、今後、追加的な施策を検討することとなる。
- なお、現時点で織り込まれている適正化策に加えて、適正化効果が見込める十分なエビデンスが明らかとなっている予防等の施策は現時点では見出されていない。
- また、地域医療構想は、慢性期機能を除き、地域差を縮減する観点が織り込まれていない（地域医療構想の実現で、入院医療費の地域差がどの程度縮減するかは明らかとされていない）。

◆ 適正化計画による医療費の見通し(推計)

○入院医療費



○入院外・歯科医療費



<これまでの「適正化策」の考え方>

自治体に一定程度広まった予防等の取組みについて、実施した場合の効果をNDBで推計し、適正化計画に織り込み

適正化メニュー	推計効果額 (兆円)
特定健診・保健指導	▲0.02
後発医薬品の使用促進	▲0.4
糖尿病の重症化予防	▲0.08
重複・多剤投薬の是正	▲0.06

【改革の方向性】 (案)

- 医療費の地域差半減に向けた追加的施策に関して、NDB等で明らかになる医療費の地域差（二次医療圏、市町村等ごと）の「見える化」を進め、自治体や医療関係者による検証・対応策の検討につなげていくアプローチが必要であり、地域ごとのこうした協議の枠組み（地域医療適正化調整会議（仮称））の構築に向け、協議の目的、進め方と期限、前提となるデータの提供方法などについて早急に検討すべき。
- あわせて、入院医療費の地域差の実態や、是正に向けた具体的な取組方針についても早急に検討を進めるべき。

【論点】

- 高齢者医療確保法第14条においては、医療費適正化の観点から地域ごとの診療報酬の定めを行いうることが規定されているが、平成18年の法律改正で規定されて以来、これまで実施例はなく、どのような内容の診療報酬の定めができるかについて、検討は進んでいない。第2期医療費適正化計画（平成25～29年度）の実績評価は平成30年度に行われる。
- なお、地域ごとに異なる診療報酬の定めを行うことは、同条の規定に関わらず、厚生労働大臣の権限として実施が可能。

◆高齢者の医療の確保に関する法律

(診療報酬の特例)

第一四条 厚生労働大臣は、第十二条第三項の評価(=各都道府県における医療費適正化計画の実績評価)の結果、第八条第四項第二号及び各都道府県における第九条第三項第二号に掲げる目標(=医療の効率的な提供の推進に関し達成すべき目標)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。

【改革の方向性】 (案)

- 第2期医療費適正化計画（平成25～29年度）の実績評価が行われる30年度から、医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の特例が設定できるよう、高齢者医療確保法第14条の活用方策等の検討を進めるべき。

【論点】

- 国保の都道府県化に際して、社会保障・税一体改革の中で、3,400億円の公費による財政支援を実施することとされている。27年度に1,700億円分を措置しており、さらに、消費税率の引上げが再延期となる中、平成30年度からの保険者努力支援制度等の導入に必要となる約1,700億円を措置する予定。
- 保険者努力支援制度の創設等、具体的な制度設計は30年度に向けて、今後検討が進められる。

<参考> 国民健康保険制度の財政基盤の強化の内容

○ 毎年約3,400億円の財政支援の拡充等により財政基盤を強化。

I. 平成27年度から低所得者対策として、保険者支援制度を拡充(約1,700億円)

II. 平成30年度の国保改革実施以降、下記の財政支援を実施(約1,700億円)

- ・ 国民皆保険の基礎としての役割を果たしている国保において、自治体の責めによらない要因により医療費が高くなっていること等への財政支援の強化(700億円~800億円規模)
- ・ 医療費の適正化に向けた取組み等、保険者としての努力を行う自治体に対し、適正かつ客観的な指標(例えば、後発医薬品使用割合、前期高齢者一人当たり医療費、保険料収納率等を検討)に基づく財政支援を創設(「保険者努力支援制度」の創設)(700億円~800億円規模)
- ・ 著しく高額な医療費に対する国の責任を強化する観点からの超高額医療費共同事業への財政支援の拡充(数十億円規模)

(注) 上記は毎年度のフロー分であり、これに加えて、2,000億円規模の財政安定化基金を創設。

【改革の方向性】(案)

- 保険者努力支援制度等、1,700億円の追加公費を活用した制度の具体的な設計に当たっては、都道府県が今後、①保険財政健全化、②医療提供体制の改革、③医療費適正化、を一体として推進していく上での強いインセンティブとなるよう、都道府県の取組によるアウトカム(医療費や医療提供体制の状況、保険財政の健全性)などを客観的に評価し、これに基づき大胆に配分のメリハリづけを行う仕組みとすべき。

普通調整交付金の配分方法の見直し

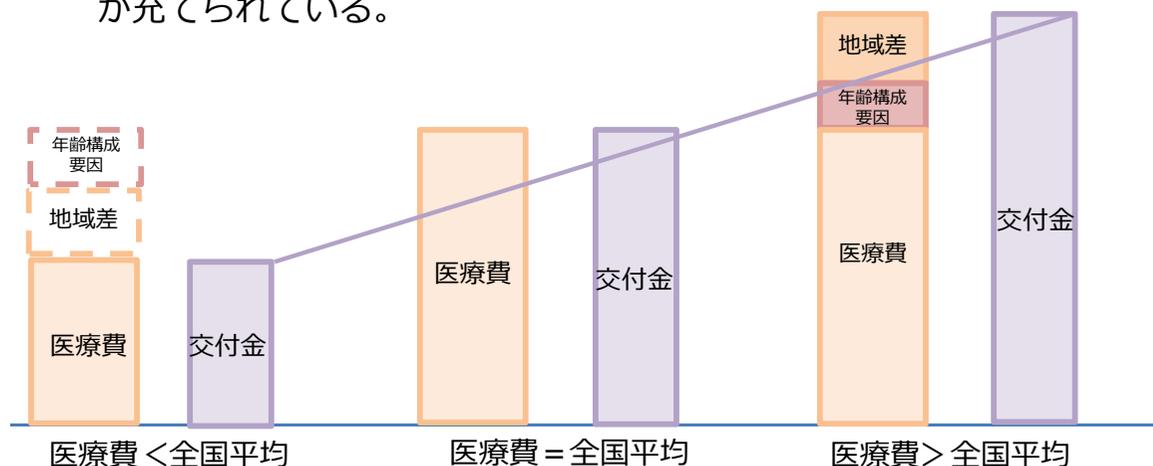
【論点】

- 国民健康保険の給付のうち前期高齢者調整分を除く5割超は公費で賄われており、このうち6,100億円は、自治体間の財政力の格差（医療費、所得等）を調整するため、普通調整交付金として国から自治体に配分されている。
- 地域間の医療費の差は、高齢化など年齢構成により生じるものと、いわゆる「地域差」（年齢構成では説明できないもの）があるが、現行制度では、理由にかかわらず、医療費に応じて普通調整交付金が増減額される仕組み。

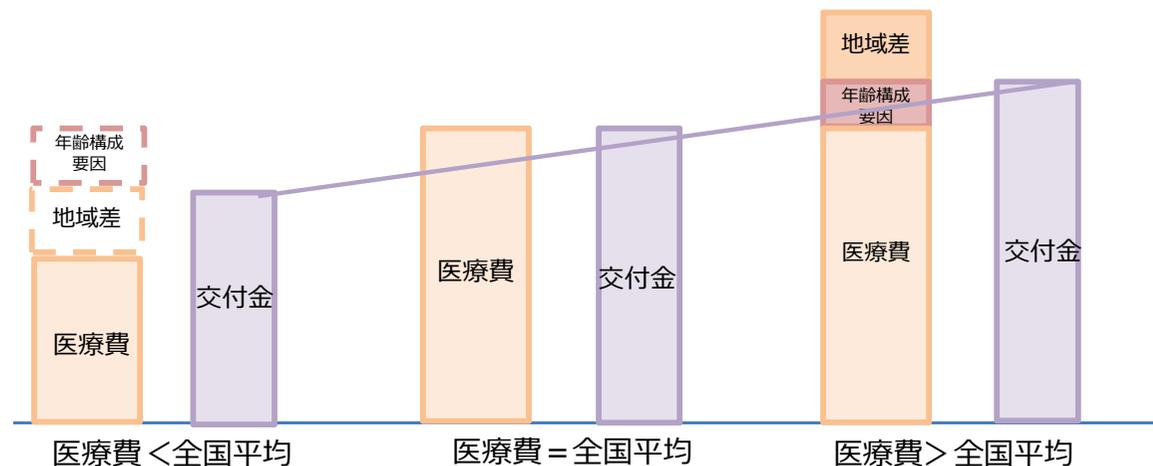
◆国民健康保険の財政（29予算）

保険料 (29,200億円) 法定外一般会計繰入 約3,500億円	調整交付金(国) (9%) 7,700億円	普通調整交付金 6,100億円 特別調整交付金 1,700億円
	定率国庫負担 (32%) 23,400億円	
	都道府県調整交付金 (9%) 6,600億円	

現行では、年齢構成では説明できない地域差の部分にも、国庫負担が充てられている。



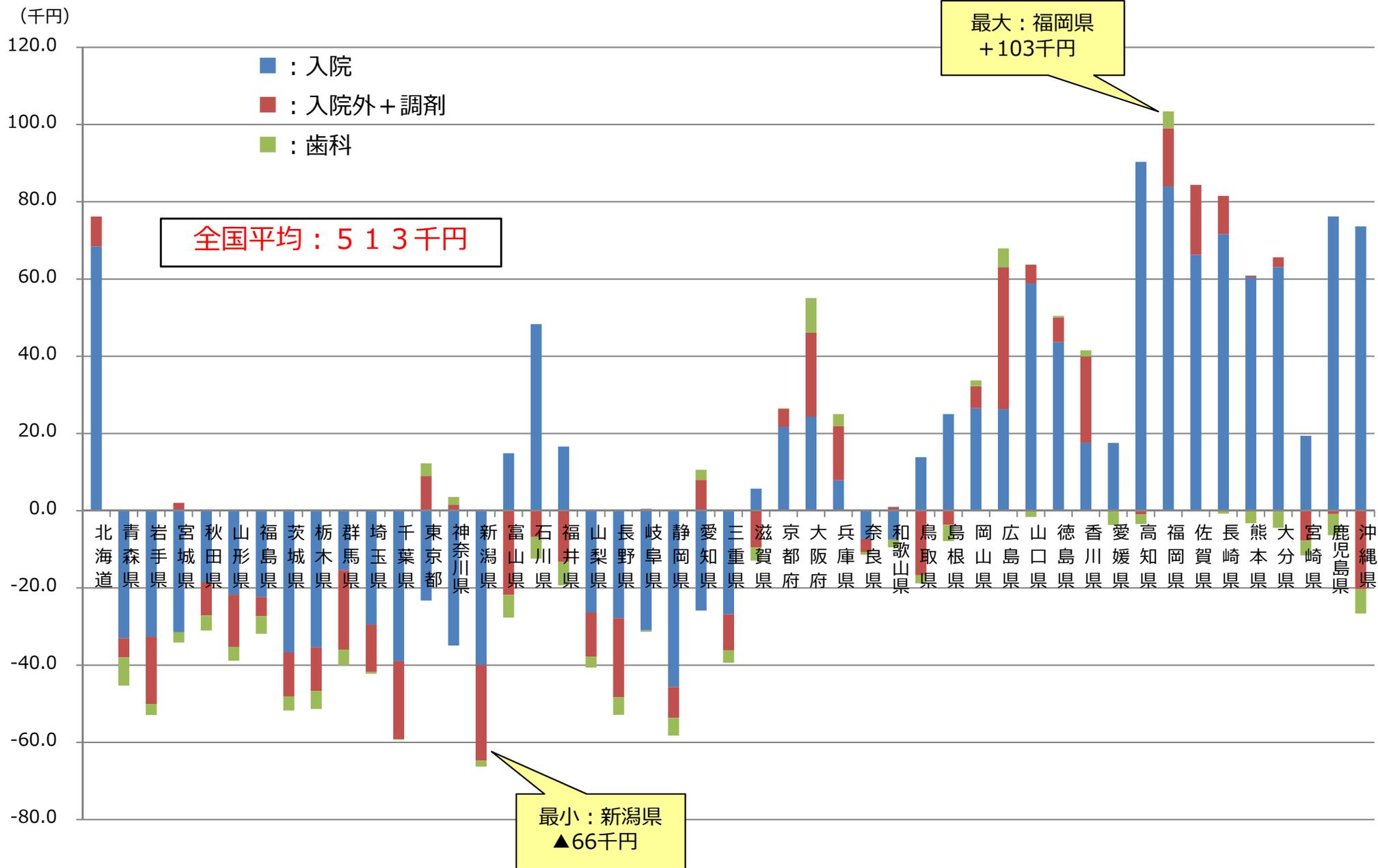
年齢構成では説明できない地域差には、普通調整交付金を充てない仕組みとすることで、地域差是正に向けたインセンティブを強化。



【改革の方向性】（案）

- 国保の普通調整交付金の配分にあたっては、実際の医療費ではなく、各自治体の年齢構成のみを勘案した標準的な医療費水準を前提として交付額を決定する仕組みに改めるべき。

都道府県別年齢調整後一人当たり医療費の全国平均との差(平成26年度)



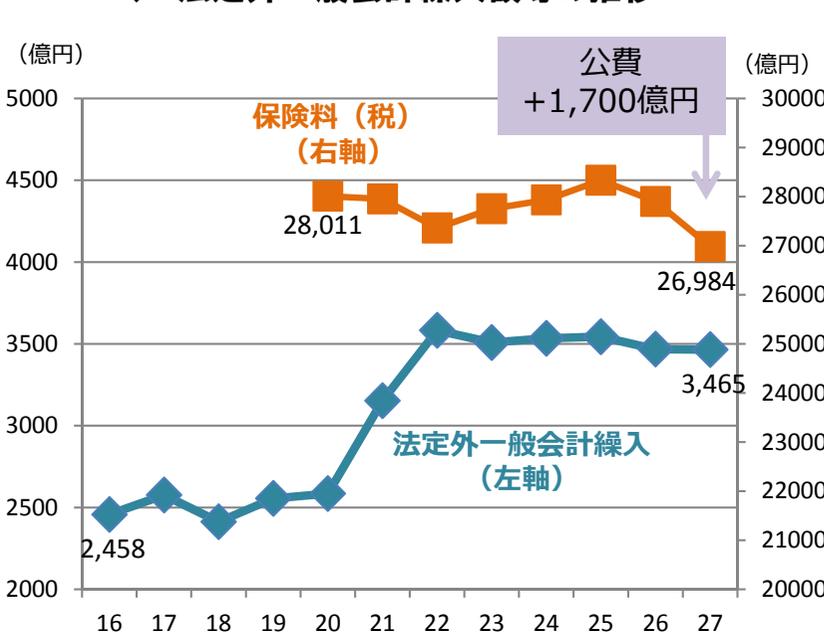
注：後期高齢者医療制度 + 市町村国保の医療費であり、市町村国保のデータには64歳以下のものも含まれている。（出所）厚生労働省「医療費の地域差分析」

法定外一般会計繰入の速やかな解消

【論点】

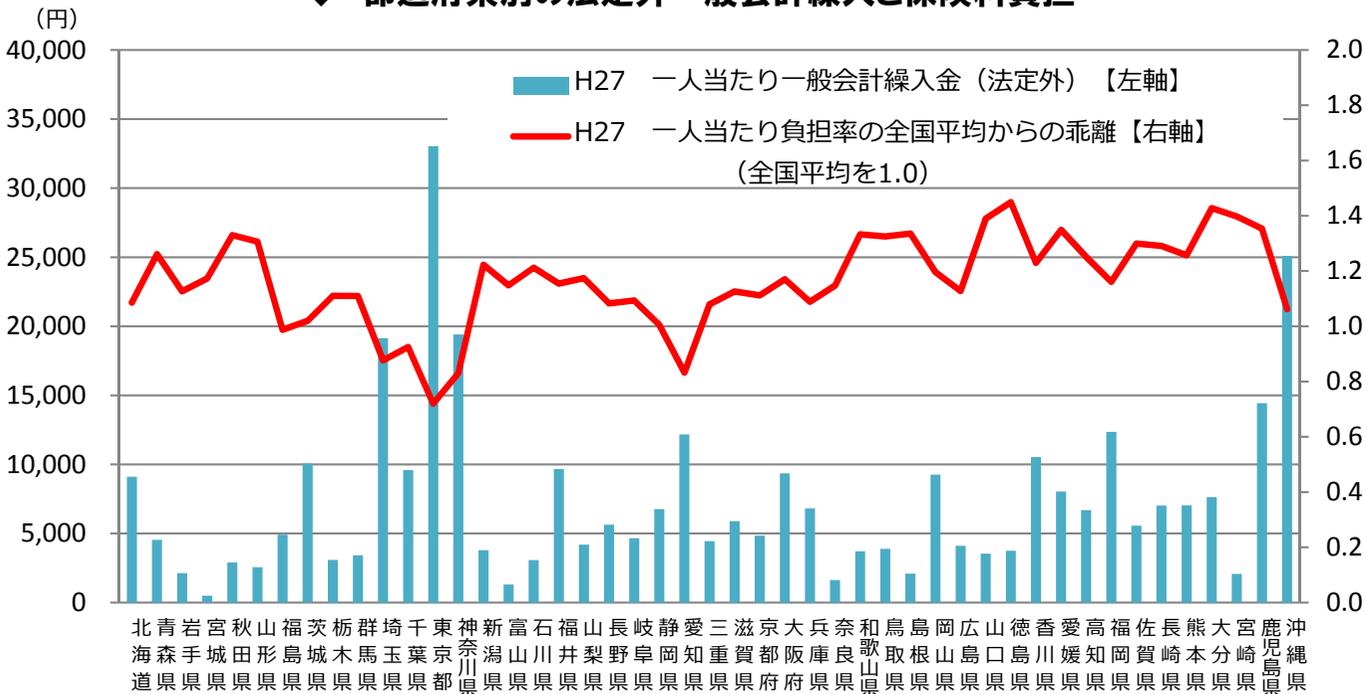
- 国民健康保険は、制度上、前期高齢者調整分を除く5割超を公費で賄い、残りを保険料収入等で賄う仕組みであるが、実際には、制度上の公費に加えて、保険料の負担軽減等の目的で、毎年3,000億円超の一般財源を、各自治体において法定外繰入により追加している。
- 各自治体の保険料負担は、こうした法定外一般会計繰入によって左右されており、保険給付に応じた保険料負担を求めることで、規律ある保険財政の運営を行う本来の姿からかけ離れた状況。
- 国保改革に際して、社会保障と税の一体改革の中で、国保財政の健全性確保のため3,400億円の公費を制度上追加することとし、27年度にこのうち1,700億円を措置。一方、同年度の法定外一般会計繰入の水準は殆ど変化していない。

◆ 法定外一般会計繰入額等の推移



(出典) 国民健康保険事業年報
 (注1) 法定外一般会計繰入は、決算填補等目的のもの。なお、平成27年度からは集計上決算填補等目的の範囲が一無変更されたが、経年比較の観点から当該変更は反映していない。
 (注2) 保険料(税)は介護分を除く。

◆ 都道府県別の法定外一般会計繰入と保険料負担

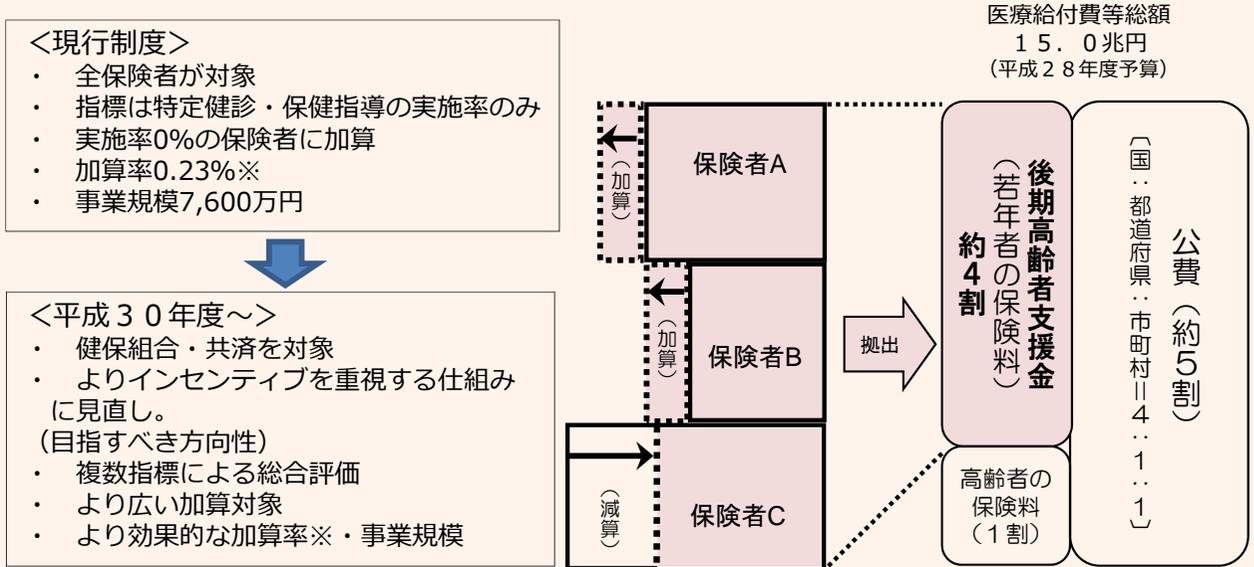


(出所) 国民健康保険事業年報、国民健康保険実態調査報告

【改革の方向性】 (案)

- 国保財政の運営の都道府県単位化を機に、速やかに法定外一般会計繰入を解消し、保険給付に応じた保険料負担を求める本来の仕組みとすることで、保険財政運営の健全性を確保すべき。

後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し



保険者努力支援制度の導入（国保）

- ＜平成28～29年度＞ 特別調整交付金の一部を活用し、前倒し実施（市町村に交付）
(28年度は150億円)
- 指標の例（最高275点中）
 - ・ 特定健診の受診率（最高40点）
 - ・ 重症化予防の取組の実施状況（最高40点）
 - ・ 保険料の収納率の実施状況（最高40点）
 - ・ 後発医薬品の促進の取組（最高15点※） 等 ※ 30年度以降は、最高40点とする予定。

- ＜平成30年度～＞ 保険者努力支援制度の導入（都道府県及び市町村に交付）
※ 評価指標は今後検討

※ 協会けんぽにおいても、各支部における適正化の取組を都道府県単位保険料率に反映させる仕組みを平成30年度以降導入予定。

＜保険者共通で取り組むべき指標＞
(厚生労働省 保険者による健診・保健指導等に関する検討会 とりまとめ(平成28年1月))

- 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



【改革の方向性】（案）

○ 後発医薬品の使用促進や、糖尿病性腎症重症化予防など医療費の適正化に取り組む保険者へのインセンティブ措置をいっそう強化できるよう、メリハリのある仕組みを構築すべき。その際、都道府県に対する保険者努力支援制度については、医療費などアウトカムを中心に評価する仕組みとすべき。