

社会保障関連

令和元年10月 9 日
厚生労働省

**保険者努力支援制度の評価指標への追加、
介護の保険者機能強化推進交付金の強化など
インセンティブの一層の活用**

【骨太方針2019における関係記載】

第2章 Society 5.0時代にふさわしい仕組みづくり

1. (2)③ 疾病・介護の予防

(i) 疾病予防の促進について

(保険者努力支援制度(国民健康保険))

先進自治体のモデルの横展開を進めるために保険者の予防・健康インセンティブを高めることが必要であり、公的保険制度における疾病予防の位置付けを高めるため、保険者努力支援制度(国民健康保険)の抜本的な強化を図る。同時に、疾病予防に資する取組を評価し、(a)生活習慣病の重症化予防や個人へのインセンティブ付与、歯科健診やがん検診等の受診率の向上等については、配点割合を高める、(b)予防・健康づくりの成果に応じて配点割合を高め、優れた民間サービス等の導入を促進する、といった形で配分基準のメリハリを強化する。

(後期高齢者支援金の加減算制度(企業健保組合))

後期高齢者支援金の加減算の幅を2017年度の0.23%から2020年度に両側に最大10%まで引き上げることで、保険者(企業健保組合)の予防・健康インセンティブを強化する。

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

2. (2)① 社会保障

(予防・重症化予防・健康づくりの推進)

(ii) 生活習慣病・慢性腎臓病・認知症・介護予防への重点的取組

- ・ 糖尿病などの生活習慣病や慢性腎臓病の予防・重症化予防を推進する。特定健診・特定保健指導について、地域の医師会等と連携するモデルを全国展開しつつ、実施率向上を目指し、2023年度までに特定健診70%、特定保健指導45%の達成を実現する。保険者努力支援制度において加減算双方向での評価指標の導入などメリハリを強化するとともにその抜本的強化を図る。

(医療・介護制度改革)

(iii) 保険者機能の強化

- ・ インセンティブの評価指標(例えば、糖尿病等の重症化予防事業)について、アウトカム指標の割合を計画的に引き上げていくとともに、引上げスケジュールをあらかじめ明らかにし、保険者等の計画的な取組を促す。インセンティブ付与に当たっては、健診情報やレセプトを活用した多剤・重複投薬の是正や糖尿病等の重症化予防、保険者間でのデータ連携・解析等に取り組む保険者を重点的に評価する。
- ・ 個人の自発的な予防・健康づくりの取組を推進するため、ヘルスケアポイントなど個人のインセンティブ付与につながる保険者の取組を支援し、先進・優良事例の横展開を図る。
- ・ 法定外繰入等の解消について、国保財政を健全化する観点から、その解消期限や公費の活用等解消に向けた実効的・具体的な手段が盛り込まれた計画の策定を求めるとともに、保険者努力支援制度における加減算双方向でのインセンティブ措置を導入し、法定外繰入等の一人当たりの額が大きい都道府県を含め、法定外繰入等の早期解消を促す。

【直近の取組について】

- 保険者における予防・健康づくり等の取組を促すため、後期高齢者支援金の加減算制度や、国民健康保険の保険者努力支援制度を実施している。
- このうち、国保の保険者努力支援制度については、平成30年度から総額1,000億円規模で本格実施している。
- 保険者努力支援制度の評価指標については、各指標の達成状況等を踏まえ、地方団体と協議し定めている。
今般、骨太方針等に基づき、2020年度の評価指標において、予防・健康づくりについて配点割合を高め、成果指標を拡大するとともに、法定外繰入の解消等についてもマイナス点の設定などメリハリを強化するなど、取組を更に促進するよう抜本的に強化したところ。

■ 保険者努力支援制度における各指標の達成状況と、それを踏まえた見直し

- ・ 保険者努力支援制度においては、様々な指標(ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム)を組み合わせ評価を実施。
- ・ その中で、例えば、かかりつけ医等と連携して糖尿病性腎症重症化予防に取り組む市町村数は、2015年度の118から、2018年度の1,180に増加。
⇒ 2020年度評価指標では、達成状況等を踏まえた指標の見直し(検査値の変化等を用いて事業評価を行う場合に加点する等)や、重症化予防のアウトカム評価の導入を実施。
- ・ 個人インセンティブの提供に取り組む市町村数も、2016年度の522から、2018年度の1,190に増加。
⇒ 2020年度評価指標では、達成状況等を踏まえた指標の見直し(健康指標の改善の評価を行っている場合に加点するなど)を実施。
- ・ 特定健診等の受診率については、緩やかな上昇傾向を示しているが、疾病予防・健康づくりの促進の観点からメリハリを強化 等

【今後のスケジュール等】

- 令和2年度概算要求状況
 - ・ 保険者努力支援制度：【令和2年度概算要求額】91,161,554(千円)
※ 具体的な予算規模については、予算編成過程で検討するため、概算要求段階では、機械的に前年度同額を要求。
- 今後の見直しの考え方及びスケジュール
 - ・ 国保の保険者努力支援制度については、2020年度以降も、各指標の達成状況等を踏まえ、地方団体と協議しつつ、必要に応じて見直しを行う。
 - ・ 後期高齢者支援金の加減算制度については、加減算の幅を2017年度の0.23%から2020年度に両側に最大10%まで引き上げる。

保険者努力支援制度

- 2015年国保法等改正により、医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、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の状況に応じて、交付金を交付。

現状

- 交付は市町村分・都道府県分に分かれており、それぞれについて医療費適正化に向けた取組等を評価する指標を設定し、達成状況に応じて交付金を交付する。

市町村分 <500億円程度>

(指標の例)

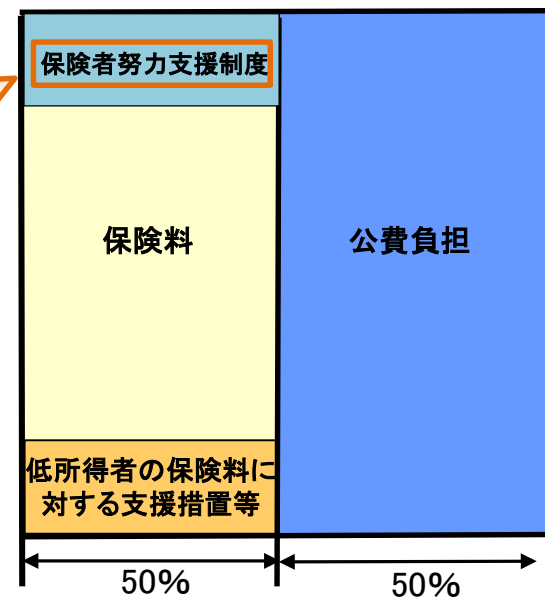
- ・ 特定健診・特定保健指導の実施率
- ・ メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

都道府県分 <500億円程度>

(指標の例)

- ・ 医療費適正化のアウトカム評価（医療費水準や医療費の変化）

国保財政の仕組み(イメージ)



抜本的強化

2020年度

①予防・健康インセンティブの強化

(例)

- ・ 予防・健康づくりに関する評価指標(特定健診・保健指導、糖尿病等の重症化予防、個人インセンティブの提供、歯科健診、がん検診)について、配点割合を引き上げ

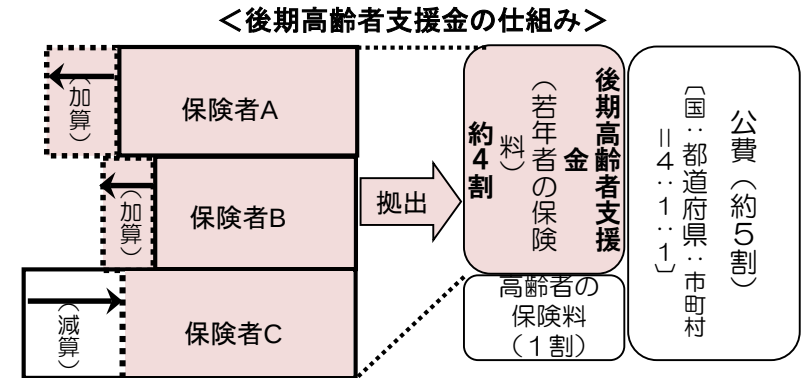
②成果指標の拡大

(例)

- ・ 糖尿病等の重症化予防について、アウトカム指標（検査値の変化等）を用いて事業評価を実施している場合に加点

後期高齢者支援金の加算・減算制度

- 平成18年の医療保険制度改正において、各保険者の特定健診の実施率等により、当該保険者の後期高齢者支援金の額について一定程度加算又は減算を行う後期高齢者支援金の加算・減算制度を創設。
- 2018年度以降、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し、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し。



【2018年度以降】 ※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・保健指導の実施率が一定割合に満たない場合の加算率を段階的に引上げ(2018年度最大2% → 2019年度最大4% → 2020年度最大10%)

2. 支援金の減算(インセンティブ) ※減算の規模＝加算の規模

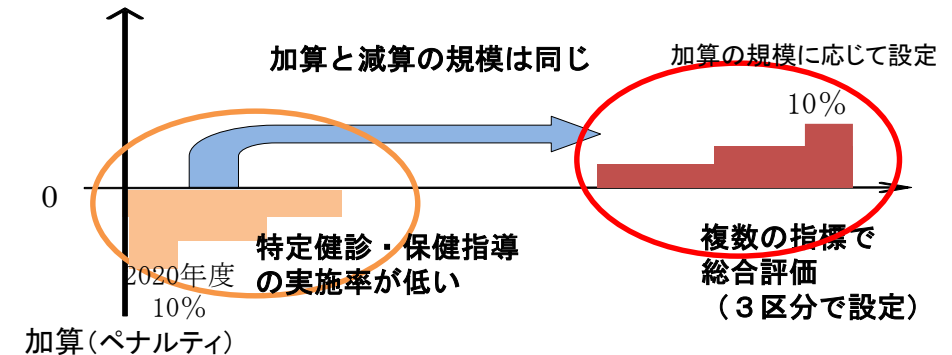
- ・ 特定健診・保健指導の実施率に加え、特定保健指導の対象者割合の減少幅(＝成果指標)、がん検診・歯科健診、事業主との連携等の複数の指標で総合評価

※減算率＝最大10%～1% 3区分で設定

(項目)

- ・ 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、就業時間中の配慮 等)
- ・ 予防・健康づくりの個人へのインセンティブの取組 等

減算(インセンティブ)



➡ 2021年度以降の加算率・減算率は、第三期の中間時点（2020年度）で対象範囲等も含めて更に検討。

保険者努力支援制度の実施について

経済財政運営と改革の基本方針2015(抄)[平成27年6月30日閣議決定]

(インセンティブ改革)

全ての国民が自らががんを含む生活習慣病を中心とした疾病の予防、合併症予防を含む重症化予防、介護予防、後発医薬品の使用や適切な受療行動をとること等を目指し、特定健診やがん検診の受診率向上に取り組みつつ、個人や保険者の取組を促すインセンティブのある仕組みを構築することが重要である。

このため、保険者については、国民健康保険において、保険者努力支援制度の趣旨を現行補助制度に前倒しで反映する。その取組状況を踏まえ、2018年度(平成30年度)までに保険者努力支援制度のメリハリの効いた運用方法の確立(中略)など、保険者における医療費適正化に向けた取組に対する一層のインセンティブ強化について制度設計を行う。

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 :約1000億円(国保改革による公費拡充の財源を活用)

※内、特調より平成30年度は約200億円、平成31年度は約88億円を措置

評価指標: 交付の前年度夏に評価指標等を市町村及び都道府県へ提示、秋に評価を実施。

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て実施(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

2020年度の国保の保険者努力支援制度について

○ 人生100年時代を迎え、疾病予防・健康づくりの役割が増加。このため、各般の施策に併せ、保険者における予防・健康インセンティブについても強化。

⇒ 予防・健康づくりについて、配点割合を高めてメリハリを強化するとともに、成果指標を拡大。

○ 法定外繰入等についても、インセンティブ措置により、早期解消を図る。

※ 一部の評価指標におけるマイナス点については、骨太の方針2019（令和元年6月21日閣議決定）等に基づき、設定することとしているが、これは、過去の実績状況に対し後年度になってペナルティを科し、あるいは罰則を付すものではなく、国保改革に伴って拡充された公費（自治体の取組等に対する支援）の配分について、一部メリハリを強化するものである。

○ 予防・健康インセンティブの強化

- ・ 予防・健康づくりに関する評価指標（特定健診・保健指導、糖尿病等の重症化予防、個人インセンティブの提供、歯科健診、がん検診）について、配点割合を引き上げ【市・県指標】
- ・ 特定健診・保健指導について、マイナス点を設定し、メリハリを強化（受診率が一定の値に満たない場合や2年連続で受診率が低下している場合）

○ 成果指標の拡大等

【**糖尿病等の重症化予防**】（参考）かかりつけ医等と連携して糖尿病性腎症重症化予防に取り組む市町村数 2015年度：118⇒2018年度：1,180

- ・ アウトカム指標（検査値の変化等）を用いて**事業評価を実施している場合に加点**【市指標 共③】
- ・ 重症化予防のアウトカム指標を導入【県指標②】

【**歯科健診**】

- ・ 歯科健診の実施の有無に係る評価に加え、受診率に係る評価を追加【市指標 共②(2)】

【**個人インセンティブ**】（参考）個人インセンティブの提供に取り組む市町村数 2016年度：522⇒2018年度：1,190

- ・ 健康指標の改善の評価や、参加者への健康データ等の提供等を行う場合に加点【市指標 共④(1)・県指標①(Ⅲ)】

○ 法定外繰入の解消等

- ・ 都道府県指標に加え、市町村指標を新設【市指標 個⑥(Ⅳ)・県指標③】
- ・ 赤字解消計画の策定状況だけではなく、赤字解消計画の見える化や進捗状況等に応じた評価指標を設定
- ・ マイナス点を設定し、メリハリを強化（赤字市町村において、削減目標年次や削減予定額(率)等を定めた赤字解消計画が未策定である場合等）

2020年度の保険者努力支援制度(全体像)

市町村分（500億円程度）

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
- 歯科健診受診率

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・多剤投与者に対する取組

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・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
- 法定外繰入の解消等

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

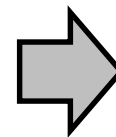
- 年齢調整後一人当たり医療費
- ・その水準が低い場合
- ・前年度(過去3年平均値)より一定程度改善した場合に評価
- 重症化予防のマクロ的評価

指標③ 都道府県の取組状況

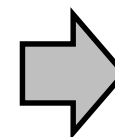
- 都道府県の取組状況
- ・医療費適正化等の主体的な取組状況（保険者協議会、データ分析、重症化予防の取組等）
- ・医療提供体制適正化の推進
- ・法定外繰入の解消等

保険者努力支援制度(市町村分) 各年度配点比較

		2018年度	
		加 点	全体に対する割合
共通①	(1) 特定健診受診率	50	5.9%
	(2) 特定保健指導実施率	50	5.9%
	(3) メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の減少率	50	5.9%
共通②	(1) がん検診受診率	30	3.5%
	(2) 歯科健診	25	2.9%
共通③	重症化予防の取組	100	11.8%
共通④	(1) 個人へのインセンティブ提供	70	8.2%
	(2) 個人への分かりやすい情報提供	25	2.9%
共通⑤	重複・多剤投与者に対する取組	35	4.1%
共通⑥	(1) 後発医薬品の促進の取組	35	4.1%
	(2) 後発医薬品の使用割合	40	4.7%
固有①	収納率向上	100	11.8%
固有②	データヘルス計画の取組	40	4.7%
固有③	医療費通知の取組	25	2.9%
固有④	地域包括ケアの推進	25	2.9%
固有⑤	第三者求償の取組	40	4.7%
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	50	5.9%
	体制構築加 点	60	7%
全体	体制構築加 点含む	850	100%



		2019年度	
		加 点	全体に対する割合
		50	5.4%
		50	5.4%
		50	5.4%
		30	3.3%
		25	2.7%
		100	10.9%
		70	7.6%
		20	2.2%
		50	5.4%
		35	3.8%
		100	10.9%
		100	10.9%
		50	5.4%
		25	2.7%
		25	2.7%
		40	4.3%
		60	6.5%
		40	4.3%
		920	100%



		2020年度	
		加 点	全体に対する割合
		70	7.0%
		70	7.0%
		50	5.0%
		40	4.0%
		30	3.0%
		120	12.0%
		90	9.0%
		20	2.0%
		50	5.0%
		130	13.0%
		100	10.0%
		40	4.0%
		25	2.5%
		25	2.5%
		40	4.0%
		95	9.5%
		—	—
		995	100%

保険者努力支援制度(都道府県分) 各年度配点比較

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価【200億円程度】			2018年度		2019年度		2020年度
(i) 特定健診受診率・特定保健指導実施率			20		20		24
(ii) 糖尿病等の重症化予防の取組			10		15		26
(iii) 個人インセンティブの提供			10		10		18
(iv) 後発医薬品の使用割合			20		20		22
(v) 保険料収納率			20		20		20
体制構築加点			20		15		—
合計			100		100		110

指標② 医療費適正化のアウトカム評価【150億円程度】			2018年度		2019年度		2020年度
(i) 年齢調整後 1 人当たり医療費			50		50		60
(ii) 重症化予防のマクロ的評価			—		—		20
合計			50		50		80

指標③ 都道府県の実施状況に関する評価【150億円程度】				2018年度		2019年度		2020年度
(i) 医療費適正化等の主体的な取組状況								
	・ 重症化予防の取組等		20	20		30		
	・ 市町村への指導・助言等	都道府県による給付点検	10	10		10		
		都道府県による不正利得の回収						
		第三者求償の取組						
・ 保険者協議会への積極的関与			—	10		10		
・ 都道府県によるK D Bを活用した医療費分析			—	10		10		
(ii) 決算補填等目的の法定外一般会計繰入の解消等				30		30		35
(iii) 医療提供体制適正化の推進				(30)		25		25
合計				60	105	120		

※ 改革施行後の医療費適正化の取組状況を見つつ、アウトカム評価の比重を高めていくものとする

保険者努力支援制度(2020年度都道府県分)における評価指標

【指標②：医療費適正化のアウトカム評価】

2020年度実施分

(i) 重症化予防のマクロ的評価（当年度の実績）（2018年度実績を評価）	得点
① 都道府県の年齢調整後新規透析導入患者数（対被保険者1万人）が少ない順に、全都道府県の上位1位から5位である場合	10
② 都道府県の年齢調整後新規透析導入患者数（対被保険者1万人）が少ない順に、全都道府県の上位6位から10位である場合	7
③ ①及び②の基準は満たさないが、都道府県の年齢調整後新規透析導入患者数（対被保険者1万人）が少ない順に、全都道府県の上位5割である場合	3
(ii) 重症化予防のマクロ的評価（前年度との比較）（2018年度実績を評価）	得点
④ 都道府県の年齢調整後新規透析導入患者数（対被保険者1万人）の前年度からの減少幅が大きい順に、全都道府県の上位1位から5位である場合	10
⑤ 都道府県の年齢調整後新規透析導入患者数（対被保険者1万人）の前年度からの減少幅が大きい順に、全都道府県の上位6位から10位である場合	7
⑥ ④及び⑤の基準は満たさないが、都道府県の年齢調整後新規透析導入患者数（対被保険者1万人）の前年度からの減少幅が大きい順に、全都道府県の上位5割である場合	3

※ 年齢調整後新規透析導入患者のうち、糖尿病である患者を抽出する。

【抽出条件】

- ・新規透析導入患者数については、人工腎臓（導入期）加算等のレセプトを持つ被保険者を抽出
- ・「糖尿病による」新規透析導入患者については、糖尿病薬のレセプトを持つ被保険者を抽出（初年度に関しては、特定疾病療養受領証（人工透析分）の発行数についても調査予定。）

【2020年度指標の考え方】

- 疾病予防・健康づくりの促進の観点から、重症化予防に関する成果指標を導入する。

【骨太方針2019における関係記載】

第2章 Society 5.0時代にふさわしい仕組みづくり

1.(2)③ 疾病・介護の予防

(介護インセンティブ交付金(保険者機能強化推進交付金))

先進自治体の介護予防モデルの横展開を進めるために保険者と都道府県のインセンティブを高めることが必要であり、公的保険制度における介護予防の位置付けを高めるため、介護インセンティブ交付金の抜本的な強化を図る。同時に、介護予防等に資する取組を評価し、(a)介護予防について、運動など高齢者の心身の活性化につながる民間サービスも活用し、地域の高齢者が集まり交流する通いの場の拡大・充実、ポイントの活用といった点について、(b)高齢者就労・活躍促進について、高齢者の介護助手への参加人数、ボランティアや介護助手へのポイント付与といった点について、交付金の配分基準のメリハリを強化する。

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

2.(2)① 社会保障

(医療・介護制度改革)(iii)保険者機能の強化

介護の保険者機能強化推進交付金についても、アウトカム指標の割合の計画的引上げ等とともに、介護予防などの取組を重点的に評価するなど配分基準のメリハリの強化や更なる見える化を通じて、保険者へのインセンティブを強化する。

※「成長戦略フォローアップ」及び「成長戦略実行計画2019」(令和元年6月21日閣議決定)においても、同様の記載。

【直近の取組について】

- 平成29年度介護保険制度改革において導入された「保険者機能強化推進交付金」については、2018年度より、200億円(全額国費)の財源を確保して運用が始まったところ。2019年度においては、自治体への財政的インセンティブの観点から評価指標の見直しを行った。

【今後のスケジュール等】

○ 令和2年度概算要求状況

・保険者機能強化推進交付金:【令和2年度概算要求額】20,000,000(千円)

※ 具体的な予算規模については、概算要求段階では、前年度同額を要求し、予算編成過程で検討。

○ 今後の見直しの考え方及びスケジュール

- ・ 保険者機能強化推進交付金の在り方については、各指標の実施状況や、都道府県・市町村等のご意見、上記の骨太の方針2019における検討事項等も踏まえ、介護保険部会において検討。

保険者機能強化推進交付金(介護保険における自治体への財政的インセンティブ)

趣 旨

- 平成29年地域包括ケア強化法において、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組や都道府県による保険者支援の取組が全国で実施されるよう、PDCAサイクルによる取組を制度化
- この一環として、自治体への財政的インセンティブとして、市町村や都道府県の様々な取組の達成状況を評価できるよう客観的な指標を設定し、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進するための新たな交付金を創設

令和元年度予算 200億円

概 要

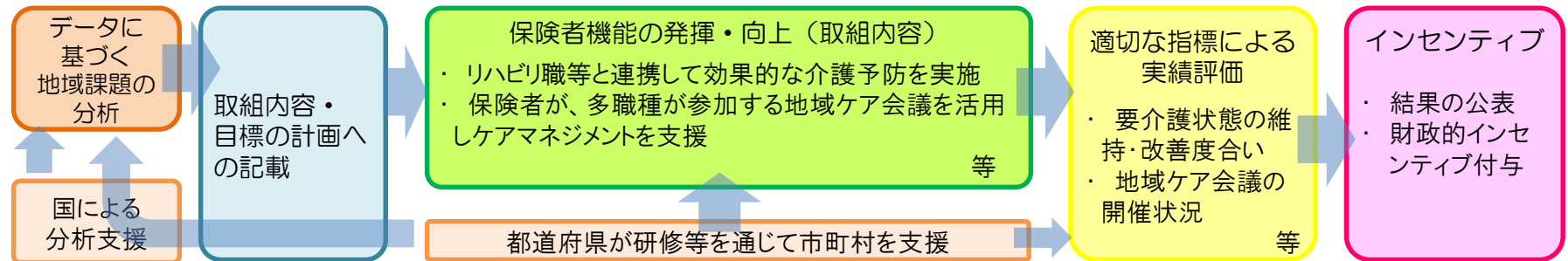
<市町村分(200億円のうち190億円程度)>

- 1 交付対象 市町村(特別区、広域連合及び一部事務組合を含む。)
- 2 交付方法 評価指標の達成状況(評価指標の総合得点)に応じて分配
- 3 活用方法 国、都道府県、市町村及び第2号保険料の法定負担割合に加えて、介護保険特別会計に充当
 なお、交付金は、高齢者の市町村の自立支援・重度化防止等に向けた取組を支援し、一層推進することを趣旨としていることも踏まえ、各保険者におかれは、交付金を活用し、地域支援事業、市町村特別給付、保健福祉事業を充実し、高齢者の自立支援、重度化防止、介護予防等に必要な取組を進めていくことが重要

<都道府県分(200億円のうち10億円程度)>

- 1 交付対象 都道府県
- 2 交付方法 評価指標の達成状況(評価指標の総合得点)に応じて分配
- 3 活用方法 高齢者の自立支援・重度化防止等に向けて市町村を支援する各種事業(市町村に対する研修事業や、リハビリ専門職等の派遣事業等)の事業費に充当

<参考1>平成29年介護保険法改正による保険者機能の強化



<参考2>市町村 評価指標 ※主な評価指標

- ① PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化
☒ 地域包括ケア「見える化」システムを活用して他の保険者と比較する等、地域の介護保険事業の特徴を把握しているか 等
- ② ケアマネジメントの質の向上
☒ 保険者として、ケアマネジメントに関する保険者の基本方針を、ケアマネジャーに対して伝えているか 等
- ③ 多職種連携による地域ケア会議の活性化
☒ 地域ケア会議において多職種が連携し、自立支援・重度化防止等に資する観点から個別事例の検討を行い、対応策を講じているか
☒ 地域ケア会議における個別事例の検討件数割合はどの程度か 等

④ 介護予防の推進

- ☒ 介護予防の場にリハビリ専門職が関与する仕組みを設けているか
- ☒ 介護予防に資する住民主体の通いの場への65歳以上の方の参加者数はどの程度か 等
- ⑤ 介護給付適正化事業の推進
☒ ケアプラン点検をどの程度実施しているか
☒ 福祉用具や住宅改修の利用に際してリハビリ専門職等が関与する仕組みを設けているか 等

⑥ 要介護状態の維持・改善の度合い

- ☒ 要介護認定者の要介護認定の変化率はどの程度か

※ 都道府県指標については、管内の地域分析や課題の把握、市町村向けの研修の実施、リハビリ専門職等の派遣状況等を設定

保険者機能強化推進交付金（介護保険における自治体への財政的インセンティブ）

1. 2019年度評価指標の見直しの概要と結果

財政的インセンティブを強化するため、以下のように指標を改定。

【都道府県・市町村共通】

〔アウトカム指標〕

- ・ 要介護状態の維持・改善の度合いの配点を増加（3倍）

〔評価指標全般〕

- ・ 達成状況の高い指標等は前年度と比べて減点、低い指標は加点し、メリハリ付けを実施
- ・ 一部の指標について、より難しくしたり、段階的な評価項目を設定

例：介護保険計画における要介護者数等の見込みについて、見込数の推計だけでなく実績の把握と進捗管理を行った際に評価

※ 2018年度と変更していない指標については、得点率が上昇又は横ばいとなっており、取組の底上げが見られた。

【都道府県分】

- ・ 2018年度評価結果において、得点率が著しく低い市町村が見受けられたことから、都道府県と市町村が協力関係の下、市町村の施策が押し上げられることが重要であり、都道府県から施策が進んでいない管内市町村に対し特に重点的な支援を促すため、得点が著しく低い市町村がある都道府県を減点する指標を追加

結果：2018年度8都道府県⇒2019年度4都道府県

- ・ 管内市町村の「通いの場の参加率」等の達成状況を評価する項目を追加

【市町村分】

- ・ 新改革工程表に沿って新規指標を追加

※新改革工程表のKPI：地域差を分析し、介護給付費の適正化の方策を策定した保険者【2020年度までに100%】

- ・ 介護に関する入門的研修の実施状況に係る指標を追加
- ・ 介護事業所への実地指導について、回数に応じて点数を増点

※得点率は当該指標に係る実際の各自治体の得点の合計を指標の配点×自治体数で除したもの

2. 2019年度スケジュール

2018年度は、初回であったこともあり、内示時期が遅くなったため、交付金を活用した事業を実施しづらかったことから、2019年度は、評価指標を本年2月（配点やアウトカム指標については6月）に通知し、8月に内示。

保険者機能強化推進交付金の指標の概要（2019年度）

市町村の指標 計692点

- I P D C Aサイクル体制等の構築(80点)
- II 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進
(小計529点)

- (1)地域密着型サービス(47点)
- (2)介護支援専門員・介護サービス事業所(30点)
- (3)地域包括支援センター(143点)
地域ケア会議における個別事例の検討件数割合 等
- (4)在宅医療・介護連携(68点)
居宅介護支援における入院時情報連携加算、退院・退所加算の取得率
- (5)認知症総合支援(46点)
介護保険事業計画等に具体的な計画を定め、進捗管理
- (6)介護予防／日常生活支援(89点)
 - 体操等の通いの場への65歳以上の方の参加率
 - 地域包括支援センター等への情報提供
 - 介護予防の場へのリハビリテーション専門職等の関与
 - 介護予防活動への参加を促進する取組
- (7)生活支援体制の整備(46点)
- (8)要介護状態の維持・改善の状況等(60点)
要介護認定者の要介護認定の変化率

III 介護保険運営の安定化に資する施策の推進(小計83点)

- (1)介護給付の適正化(59点)
ケアプラン点検の実施状況
- (2)介護人材の確保(24点)
 - 介護人材確保のための取組
 - 介護人材を養成する研修事業の実施状況、研修修了者のマッチング状況

都道府県の指標 計741点

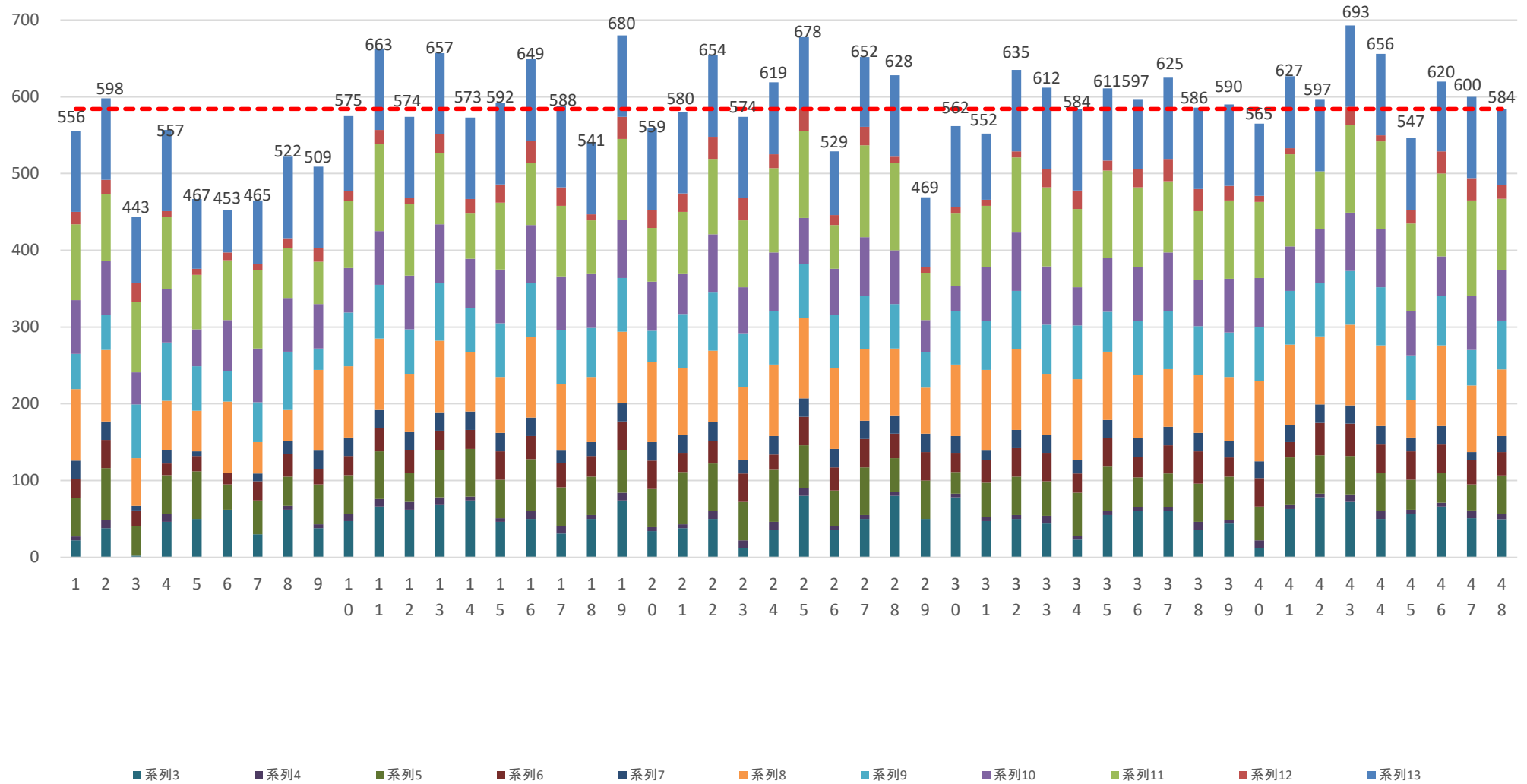
- I 地域課題の把握(106点)
- II 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進
(小計555点)

- (1)地域分析(29点)
- (2)地域ケア・介護予防(125点)
- (3)生活支援体制の整備(76点)
- (4)自立支援・重度化防止に向けたリハビリテーション
専門職の活用(76点)
- (5)在宅医療・介護連携(105点)
- (6)認知症総合支援(24点)
- (7)介護給付の適正化(42点)
- (8)介護人材の確保(68点)
- (9)その他(10点)

III 管内の市町村における達成状況による評価 (小計80点)

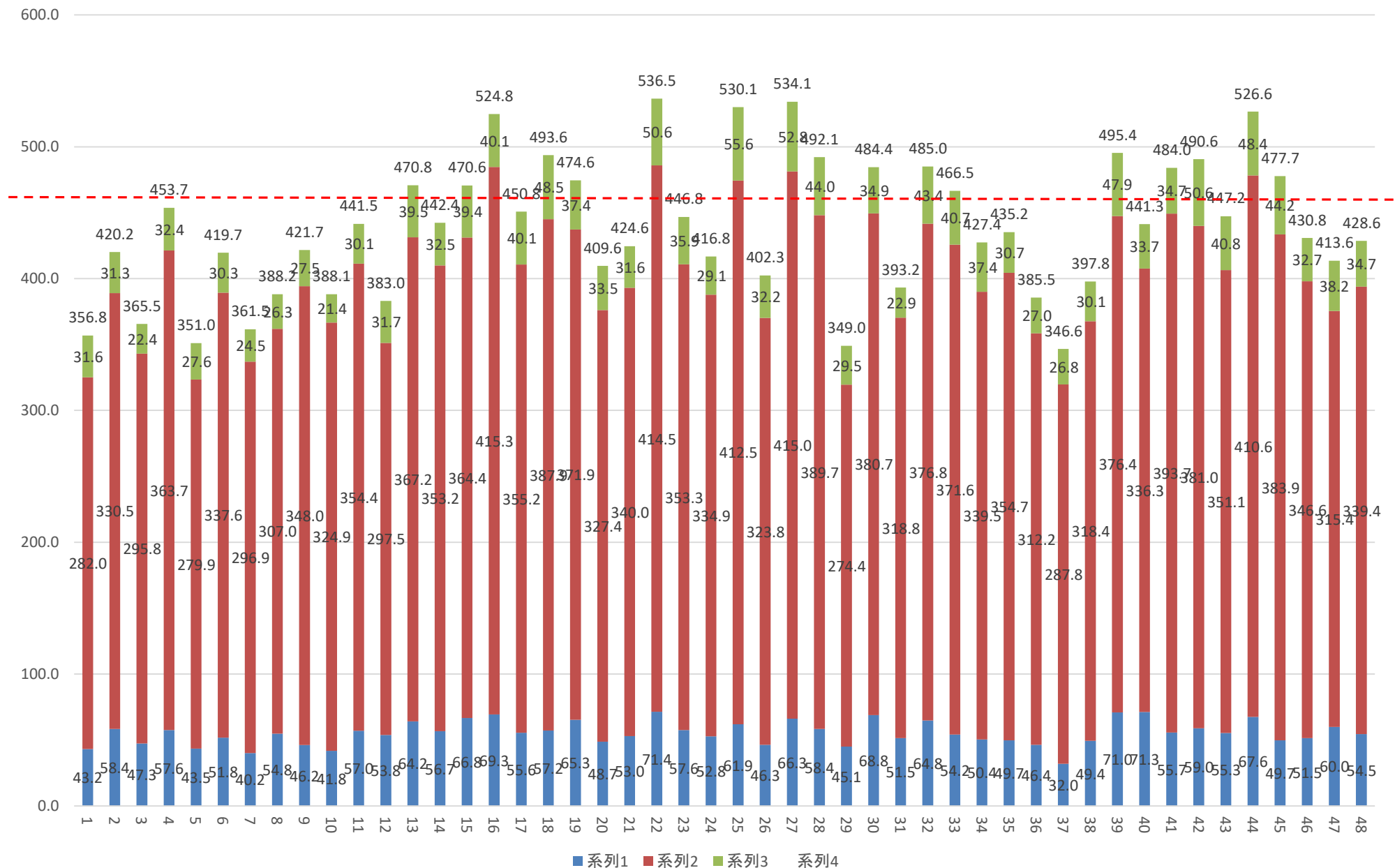
要介護状態の維持・改善の状況等

全国集計結果 都道府県別得点（満点741点、平均点584.3点、得点率78.9%）



2019年度（市町村分）保険者機能強化推進交付金に係る評価結果

全国集計結果 都道府県別市町村得点(満点692点 平均点428.6点 得点率61.9%)

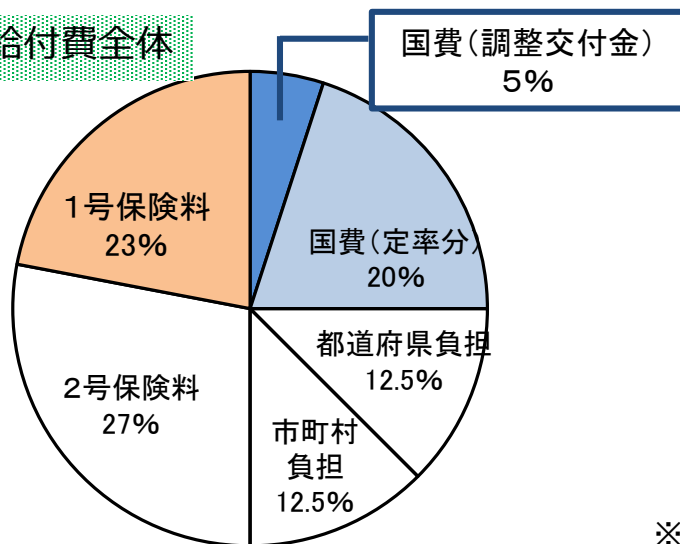


調整交付金の概要

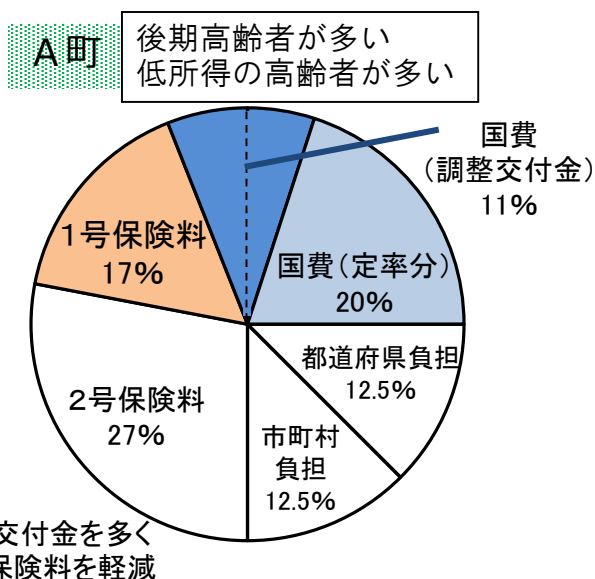
制度の概要

国庫負担金25%のうち5%分を用いて、市町村間の「**後期高齢者比率が高いことによる給付増**」と、「**被保険者の所得水準が低いことによる収入減**」を財政調整している。これにより、市町村の責によらない、市町村間の財政力の差を解消。

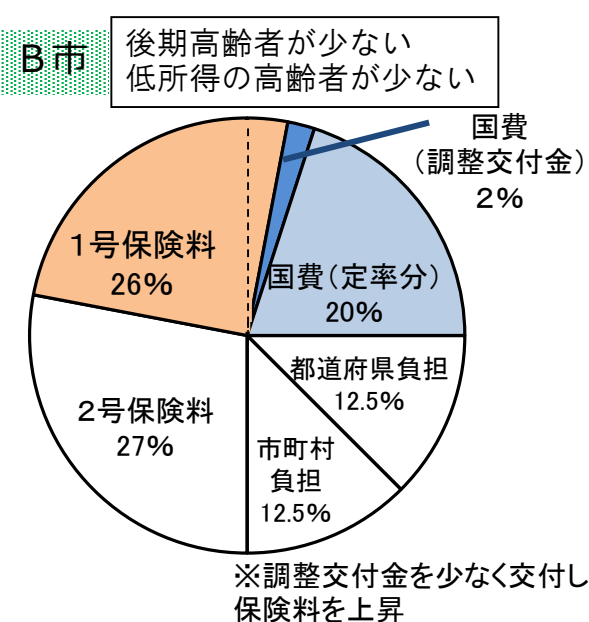
給付費全体



A町



B市



交付基準

1. 後期高齢者と前期高齢者の比率

前期高齢者と後期高齢者では、要介護認定を受ける割合が大きく異なるため、市町村間の**前期高齢者・後期高齢者の比率**を調整。

- ・前期高齢者(65～74歳): 認定率約4.3%
- ・後期高齢者(75～84歳): 認定率約19.4%
- ・後期高齢者(85歳以上): 認定率約59.6%

※ 後期高齢者の構成割合が大きい→給付費が増大→調整しなければ、保険料が上昇

2. 被保険者の所得水準

高齢者の所得水準が相対的に低い市町村では、所得水準が高い市町村に比べて、同じ所得の人であっても保険料は高くなるため、こうした所得格差を調整。

【骨太方針2019における関係記載(第3章 2. (2)①(医療・介護制度改革)(iii)保険者機能の強化)】

第8期介護保険事業計画期間における調整交付金の活用方策について、地方自治体関係者の意見も踏まえつつ、関係審議会等において検討し、所要の措置を講ずる。18

糖尿病などの生活習慣病等への重点的取組

【骨太方針2019における関係記載】

糖尿病などの生活習慣病や慢性腎臓病の予防・重症化予防を推進する。特定健診・特定保健指導について、地域の医師会等と連携するモデルを全国展開しつつ、実施率向上を目指し、2023年度までに特定健診70%、特定保健指導45%の達成を実現する。保険者努力支援制度において加減算双方向での評価指標の導入などメリハリを強化するとともにその抜本的強化を図る。

(中略)

特に働き盛りの40～50歳代の特定健診・がん検診受診率の向上に向けて、40歳代に脳血管疾患や乳がんの罹患(りかん)率が急上昇すること等についての特定健診対象者への注意喚起と受診促進(例えば、がん検診と特定健診の一体的実施等によるアクセシビリティの向上、40歳時をターゲットとした効果的な受診勧奨などナッジの活用、40歳時の健診・検診の無料・低額化等)、新たな技術を活用した血液検査など負荷の低い健診に向けた健診内容の見直し・簡素化等について総合的に取り組む。

【直近の取組について】

○ これまでの施策の進捗状況

特定健診・特定保健指導の実施率向上に向けた方策として、

- ・ 保険者インセンティブ制度において、特定健診・特定保健指導の実施率や実施に係る取組を評価しているほか、
- ・ 2017年度実績より、全保険者の実施率を公表する 等の取組を行っている。

また、特定健診については、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示した「標準的な健診・保健指導プログラム」を平成30年3月に改訂。その際、より早期かつ効果的な介入を行うため、生活習慣病のリスクが高い者に対して追加的に行う詳細な健診(心電図検査、眼底検査)の判断基準を変更するとともに、新たに血清クレアチニン検査(腎機能の評価に使用)を詳細な健診の項目に追加する等の見直しを行った。

生活習慣病の予防や早期発見に関する取組については、「第二次健康日本21」や「スマート・ライフ・プロジェクト」を展開し、官民を挙げて国民の健康づくりに取り組んでいる。また、本年5月に健康寿命延伸プランを策定した。

また、民間主導の会議体である「日本健康会議」と協力して予防・健康づくりの取組を進めている。日本健康会議は2020年度までの取組目標である「健康なまち・職場づくり宣言2020」を2015年に定めており、その中の「かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体数」(宣言2)については2018年度に当初の目標値を達成したため、2019年度から目標値を引き上げるなど、市町村や後期高齢者広域連合においても重症化予防の取組が進んでいるところである。

○ 令和2年度概算要求状況

- ・ 特定健康診査・保健指導負担(補助)金 :【令和2年度概算要求額】22,677,108(千円)
- ・ 予防・健康インセンティブ推進事業 :【令和2年度概算要求額】132,985(千円)の内数
- ・ 健康増進事業(生活習慣病予防):【令和2年度概算要求額】1,759,735(千円)
- ・ スマート・ライフ・プロジェクト:【令和2年度概算要求額】155,039(千円)

【今後のスケジュール等】

○ 特定健診・特定保健指導の実施率向上について

- ・ 後期高齢者支援金の加減算の幅を2018年度から2020年度に両側に最大10%まで段階的に引き上げ、保険者の予防・健康インセンティブを強化することとしている。また、地域の医師会等の関係者と連携して特定健診・特定保健指導の実施に取り組む好事例や、ナッジ理論等を活用して効果的な受診勧奨を行っている保険者の好事例等を横展開するなど、効果的な方策等も検討しており、さらなる実施率の向上につなげていきたいと考えている。

○ 負荷の低い健診に向けた健診内容の見直し・簡素化

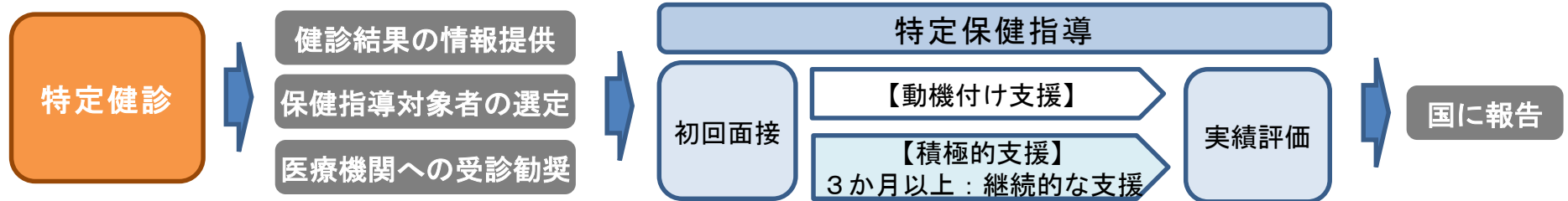
- ・ 今年度から3か年計画で厚生労働科学研究費において、健康診査・保健指導における検査項目等の必要性、妥当性の検証等を行っており、この中で新たな検査方法に関する検証も行う予定。

○ 健康寿命延伸プランの推進

- ・ 「自然に健康になれる環境づくり」や「行動変容を促す仕掛け」など「新たな手法」も活用し、健康無関心層も含めた予防・健康づくりを推進する。

特定健康診査・特定保健指導について

- 特定健診・保健指導は、保険者が健診結果により、内臓脂肪の蓄積に起因する糖尿病等のリスクに応じて対象者を選定し、対象者自らが健康状態を自覚し、生活習慣改善の必要性を理解した上で実践につなげるよう、専門職が個別に介入するものである（法定義務）。



＜特定健診の検査項目＞

- ・ 質問票（服薬歴、喫煙歴 等）
→ 「かんで食えるときの状態」を追加（2018年度～）
- ・ 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）、血圧測定
- ・ 血液検査（脂質検査、血糖検査、肝機能検査）
- ・ 尿検査（尿糖、尿蛋白）
- ・ 詳細健診（医師が必要と認める場合に実施）
心電図検査、眼底検査、貧血検査
→ 「血清クレアチニン検査」を追加（2018年度～）

＜特定保健指導の選定基準＞（※）服薬中の者は、特定保健指導の対象としない。

腹囲	追加リスク	④喫煙歴	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40-64歳	65-74歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当		積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で BMI ≥25	3つ該当		積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当			

＜特定健診・保健指導の実施率＞（目標：特定健診70%以上 保健指導45%以上）

特定健診 受診者数 2019万人（2008年度）→ 2858万人（2017年度） 昨年度比で100万人増
 実施率 38.9%（2008年度）→ 53.1%（2017年度）

特定保健指導 終了者数 30.8万人（2008年度）→ 95.9万人（2017年度）
 実施率 7.7%（2008年度）→ 19.5%（2017年度）

保険者機能の責任を明確にする観点から、厚生労働省において、全保険者の特定健診・保健指導の実施率を公表する。
 （2017年度実績～）

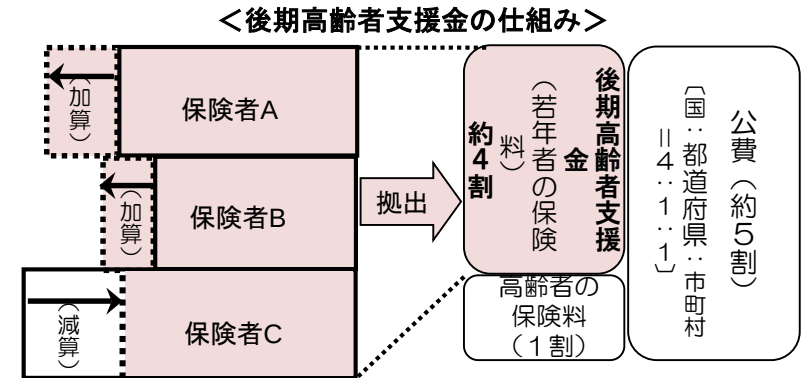


【特定保健指導の運用の弾力化】（2018（H30）年度～：第3期計画期間）

- 行動計画の実績評価の時期を、「6か月以降」から、保険者の判断で「3か月以降」とすることができる。
- 保険者が特定保健指導全体の総括・管理を行う場合、初回面接と実績評価の「同一機関要件」を廃止する。
- 初回面接の分割実施を可能とし、特定健診受診当日に、対象者と見込まれる者に初回面接できるようにする（受診者の利便性の向上）。
- 積極的支援に2年連続で該当した場合、2年目の状態（腹囲、体重等）が1年目より改善していれば、2年目は動機付け支援相当でも可とする。
- 積極的支援対象者に対する柔軟な運用による特定保健指導のモデル実施の導入：保健指導の実施量（180ℓ・イット）による評価に代えて、3か月以上の保健指導による腹囲・体重の改善状況（2cm以上、2kg以上）による評価を可能とする。
- 情報通信技術を活用した初回面接（遠隔面接）の推進：国への実施計画の事前届出を廃止し、より導入しやすくする（2017年度～） 等

後期高齢者支援金の加算・減算制度

- 平成18年の医療保険制度改正において、各保険者の特定健診の実施率等により、当該保険者の後期高齢者支援金の額について一定程度加算又は減算を行う後期高齢者支援金の加算・減算制度を創設。
- 2018年度以降、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し、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し。



【2018年度以降】 ※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・保健指導の実施率が一定割合に満たない場合の加算率を段階的に引上げ(2018年度最大2% → 2019年度最大4% → 2020年度最大10%)

2. 支援金の減算(インセンティブ) ※減算の規模＝加算の規模

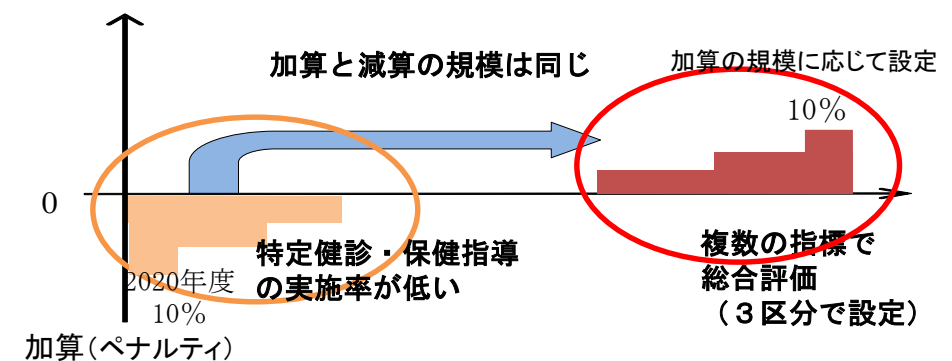
- ・ 特定健診・保健指導の実施率に加え、特定保健指導の対象者割合の減少幅(＝成果指標)、がん検診・歯科健診、事業主との連携等の複数の指標で総合評価

※減算率＝最大10%～1% 3区分で設定

(項目)

- ・ 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、就業時間中の配慮等)
- ・ 予防・健康づくりの個人へのインセンティブの取組 等

減算(インセンティブ)



➡ 2021年度以降の加算率・減算率は、第三期の中間時点（2020年度）で対象範囲等も含めて更に検討。

- 今年度とりまとめを行ったナッジ理論等を活用した取組事例のハンドブックも活用して、以下の取り組みを行う。
 - ・ 特定健診・保健指導について、先進・優良事例の横展開等、実施率の向上につながる効果的な方策等を検討する。
 - ・ がん検診について、国立がん研究センターが開発した乳がん検診受診勧奨はがきなどの効果的な受診勧奨を支援するとともに、がん検診受診率向上に効果をあげた自治体の優良事例の横展開を行う。

【目標】

- 2023年度までに、特定健診実施率70%以上・特定保健指導実施率45%以上等を目指す。
- 第3期がん対策推進基本計画に基づき、2022年度までにがん検診受診率50%の達成を実現し、がんの年齢調整死亡率の低下を目指す。

特定健診とがん検診の同時受診（ナッジの活用） （福井県高浜町）

- Opt-outフォームで特定健診とがん検診のセット受診率アップ。セット受診により受診時間を短縮（平均約40分）
- 受診者の負担と経費を軽減。

氏名		000000-00 高浜 夏子	
あなたの受け方はどれ？	集団検診	個別検診	受けない
	対象検診すべてをセットで受けたい場合 （希望日の1つを○で記入してください）	別々の日に受けたい場合 （それぞれの希望日を記入してください）	医療機関で受けたい場合 （希望する検診に○をつけてください）
今年対象となる検診			
特定健診	H30年5月23日(水)	月	
長寿健診	5月29日(火)	月	
肺がん検診	6月1日(金)	月	
胃がん検診	6月8日(金)	月	
大腸がん検診	6月10日(日)	月	
子宮頸がん検診	6月13日(水)	月	
乳がん検診	10月16日(火)	月	
肝臓がん検診	10月22日(月)	月	
乳がん検診	11月1日(木)	月	
肝臓がん検診	11月9日(金)	月	
肝臓がん検診	H31年1月19日(土)	月	

セット受診そのものについて希望日を囲む（オプトアウト式）

（出典：受診率向上施策ハンドブック（第2版））

ソーシャルマーケティングを活用した がん検診の受診勧奨

（活用事例）

- 国立がん研究センターで開発したソーシャルマーケティングを活用した受診勧奨用の資材（無料配布）。未受診者の特性にあわせたメッセージによる個別勧奨・再勧奨を行う。
- 全国43都道府県194市町村で受診勧奨を実施。その結果、一部の自治体では、2～4倍程度のがん検診の受診率向上を達成

（乳がんの圧着はがき）

（表面）

マンモグラフィはこんな検査です。乳がん検診の流れ

マンモグラフィは、いわば乳房のレントゲン。乳腺の腫れや石灰化などを発見し、早期発見・早期治療につながります。

10歳以上ががんにかかるリスクは、10歳未満の子供に比べて約10倍です。

40歳を過ぎたら乳がん検診

（裏面）

マンモグラフィはこんな検査です。乳がん検診の流れ

マンモグラフィは、いわば乳房のレントゲン。乳腺の腫れや石灰化などを発見し、早期発見・早期治療につながります。

10歳以上ががんにかかるリスクは、10歳未満の子供に比べて約10倍です。

40歳を過ぎたら乳がん検診

がんが怖くて検診が不安な層へのメッセージ

がんが怖くて検診が不安な層へのメッセージ

100.0% 34.0%

乳がん検診は5年以内に1回は必ず受診して下さい

（出典：国立がん研究センター保健社会科学研究部）

日本健康会議について

- 平成27年7月に、「**日本健康会議**」が発足。
 - ・ 保険者等における先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げるための**民間主導の活動体**。
 - ・ **経済界・医療関係団体・自治体・保険者団体のリーダー**が手を携え、**健康寿命の延伸**とともに**医療費の適正化**を図ることを目的。
 - ・ メンバーは、**各団体のリーダーおよび有識者の計32名**で構成。
 - (※) 三村会頭（日本商工会議所）、横倉会長（日本医師会）、老川顧問（読売新聞）が共同代表。
- **予防・健康づくりの目標を設定（8つの宣言）**。進捗状況をHPで公表。
 - (※) データポータルサイトで「見える化」し取組を加速化
- 5回目となる今年度（**日本健康会議2019**）は、**令和元年8月23日に開催**。
- さらに平成30年からは、**地域版の日本健康会議**の開催も進めているところ。



「健康なまち・職場づくり宣言2020」（8つの宣言）

進捗状況

2018 2019

宣言	内容	2018	2019
宣言1	予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。	563 (市町村)	823
宣言2	かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を1500市町村、広域連合を47団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。*2019年度より目標を800から1500市町村に、24から47広域連合に上方修正	1,003 (市町村) 31 (広域連合)	1,180 32
宣言3	予防・健康づくりに向けて、47都道府県の保険者協議会すべてが地域と職域が連携した予防に関する活動を実施する。	47 (協議会)	47
宣言4	健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。	539 (法人)	818
宣言5	協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を3万社以上とする。*2018年度より目標を1万社から3万社に上方修正	23,074 (社)	35,196
宣言6	加入者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供する保険者を原則100%とする。その際、情報通信技術（ICT）等の活用を図る。	2,123 (保険者)	2,298
宣言7	予防・健康づくりの企画・実施を提供する事業者の質・量の向上のため、認証・評価の仕組みの構築も視野に、保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者を100社以上とする。	102 (社)	123
宣言8	品質確保・安定供給を国に求めつつ、すべての保険者が後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取組を行う。	608 (保険者)	815

日本健康会議2019の様子
(令和元年8月23日開催)

WEBサイト上で全国の取組状況を可視化



健康なまち・職場づくり宣言2020

宣言 1

予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。

宣言 2

かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を1500市町村、広域連合を47団体とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。

* 2019年度より 目標を800市町村から1500市町村に、24広域連合から47広域連合に上方修正

宣言 3

予防・健康づくりに向けて47都道府県の保険者協議会すべてが、地域と職域が連携した予防に関する活動を実施する。

宣言 4

健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社（法人）以上とする。

宣言 5

協会けんぽ等保険者や商工会議所等のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を3万社以上とする。

* 2018年度より 目標を1万社から3万社に上方修正

宣言 6

加入者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供する保険者を原則100%とする。

その際、情報通信技術(ICT)等の活用を図る。

宣言 7

予防・健康づくりの企画・実施を提供する事業者の質・量の向上のため、認証・評価の仕組みの構築も視野に、保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者を100社以上とする。

宣言 8

品質確保・安定供給を国に求めつつ、

すべての保険者が後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取り組みを行う。

各宣言の達成度（達成保険者数）が 大きく向上



呉市糖尿病性腎症等重症化予防事業

糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者基準

- ① 20歳以上の呉市国民健康保険被保険者
- ② 糖尿病及び糖尿病性腎症第3期又は第4期で通院治療していると思われる者
- ③ 除外基準:がんで治療中の者, 重度の合併症や身体症状を有する者等

呉市糖尿病性腎症重症化予防プログラム

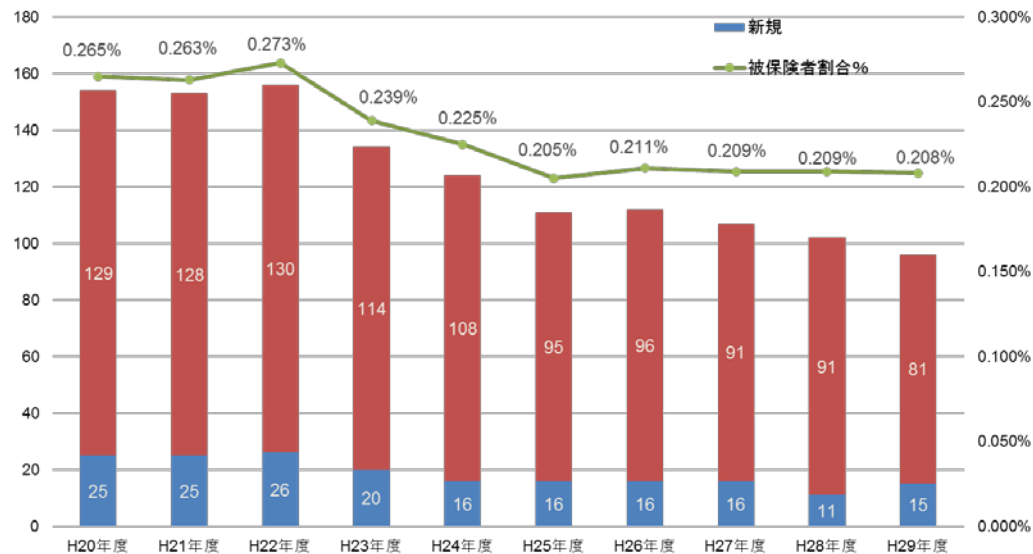
- 専門的な訓練を受けた看護師による個別支援。
- 期間は6か月。(●面談指導:3回, ○電話指導:9回)

1か月	2か月	3か月	4か月	5か月	6か月
●○	●○	●○	○○	○○	○○

- 食事の実践方法を学ぶ「腎臓にやさしい料理教室」を開催。
- プログラム終了後も6か月ごとにフォローアップ。

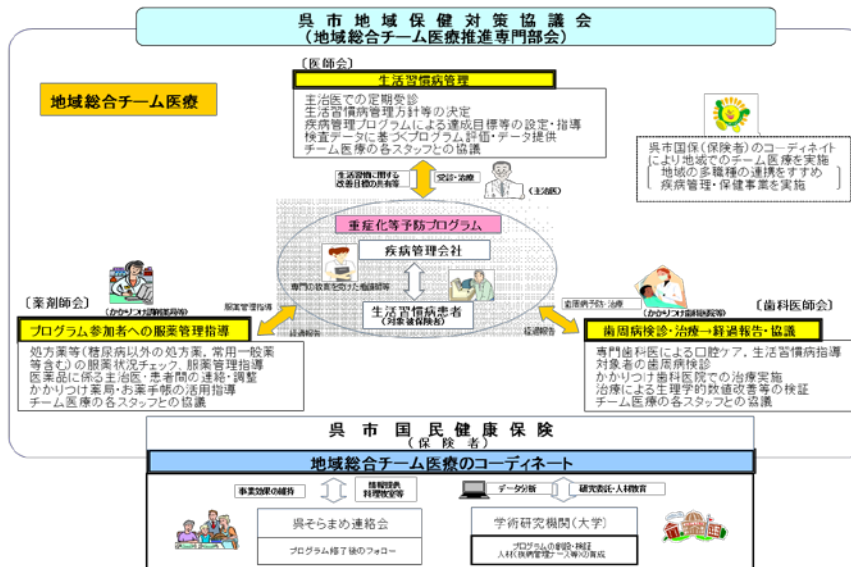


呉市 国保人工透析者の推移



プログラム参加者の人工透析移行状況 (人)

年度	参加者数	人工透析移行者数				
		H25	H26	H27	H28	H29
H22	50	2	2	0	2	0
H23	71	1	1	0	0	0
H24	71	0	0	0	0	0
H25	73	0	0	0	0	0
H26	82	0	0	0	0	1
H27	17	0	0	0	0	0
H28	24	0	0	0	0	0
H29	28	0	0	0	0	0
計	416	3	3	0	2	1



埼玉県方式（１）「三者連携」

「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（平成26年5月）

（埼玉県医師会・埼玉糖尿病対策推進会議・埼玉県）

特定健診・レセプトデータから糖尿病の重症化リスクの高い方を抽出

（抽出基準：HbA1c 6.5%以上、eGFR 60ml/分/1.73m²未満 など）

未受診者
受診中断者

受診勧奨

重症化リスクをお伝え



2期：（4か月間）面談1回・電話3回
3・4期：（6か月間）面談3回・電話4回

通院者

保健指導

専門職がマンツーマン指導

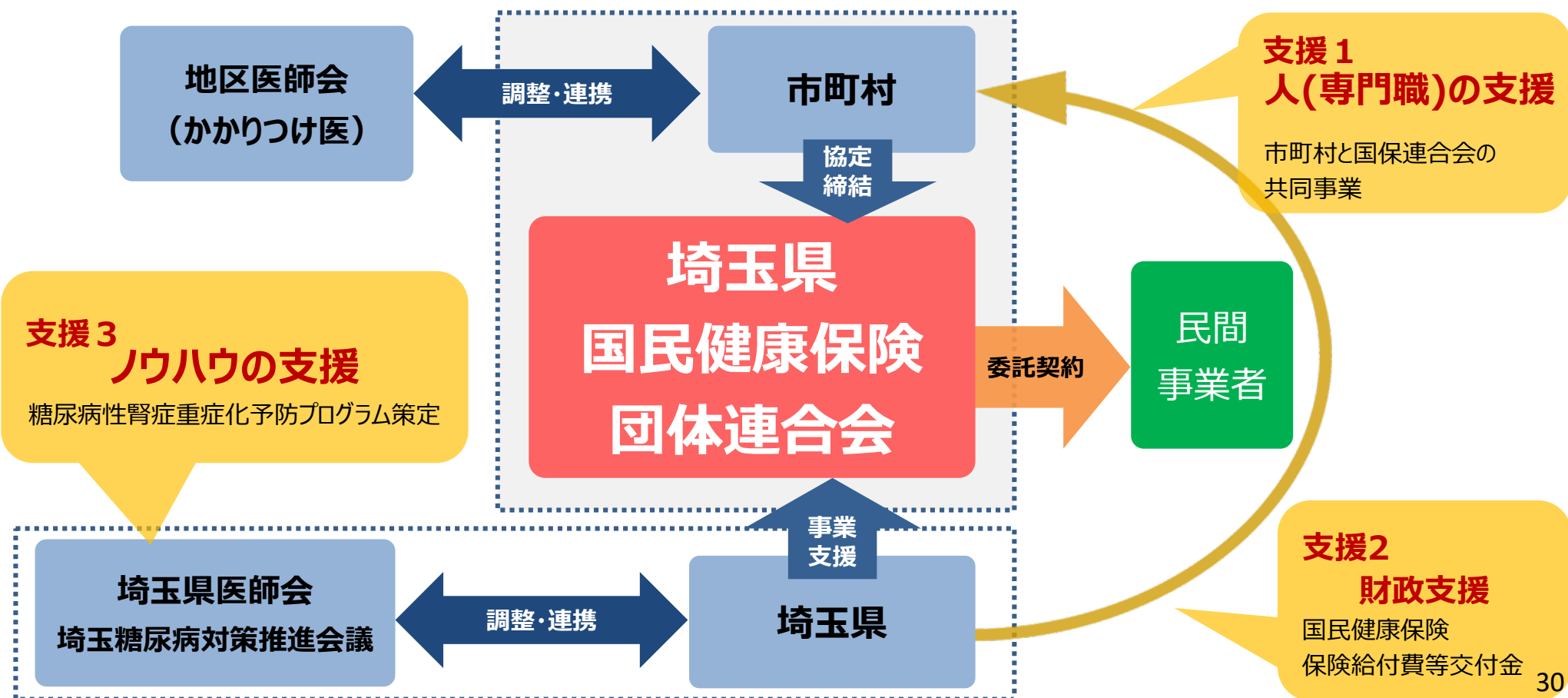
翌年度以降

継続支援

（年2回 専門職が面談or電話）

埼玉県方式（２）「市町村広域展開」

- ① 事業は国民健康保険団体連合会が民間事業者へ委託して実施。
- ② 県と医師会・埼玉糖尿病対策推進会議が支援。
- ③ 市町村は国民健康保険団体連合会と協定締結により参加。



○標準的な健診・保健指導プログラムとは

(平成30年3月改訂)

高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するに当たり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したもの。

(※)本プログラムは、保険者が義務として実施する特定健診・特定保健指導の対象年齢である40歳から74歳までの者を主たる対象として記載している。

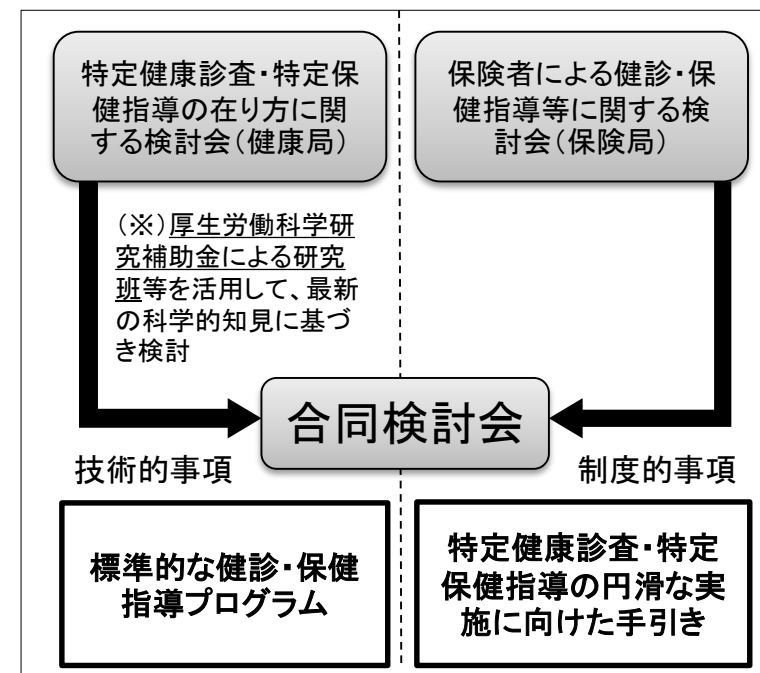
○現在の取組状況

高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、保険者は特定健康診査等実施計画を6年を一期として定めることとされており、現在は平成30年に見直した「標準的な健診・保健指導プログラム」に基づき、平成30年度から令和5年度を計画期間とする第三期特定健康診査実施計画に基づく取組が進められている。

・第3期特定健康診査の検査項目(平成30年度～令和5年度)

・既存の検査項目や令和6年度以降の新たな検査項目の検討体制

基本的な健診の項目	○ 質問票(服薬歴、喫煙歴 等) ○ 身体計測(身長、体重、BMI、腹囲) ○ 理学的検査(身体診察) ○ 血圧測定 ○ 血液検査 ・ 脂質検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール) ※脂質検査において中性脂肪が400mg/dl以上である場合又は食後採血の場合には、LDLコレステロールに代えてnon-HDLコレステロールでも可とする。 ・ 血糖検査(空腹時血糖又はHbA1c) ※やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1cを測定していない場合は、食直後を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とする。 ・ 肝機能検査(AST、ALT、γ-GTP) ○ 検尿(尿糖、尿蛋白)
詳細な健診の項目	○ 心電図検査 ○ 眼底検査 ○ 貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値) ○ 血清クレアチニン検査(eGFRによる腎機能の評価を含む) 注)一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施



健康日本21(第二次)の概要

健康増進法 第7条

厚生労働大臣は、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針を定めるものとする。



国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針
(健康日本21(第二次)) 厚生労働省告示第四百三十号

※平成24年7月に策定し、対象期間は平成25年度から平成34年度まで

健康の増進に関する基本的な方向

- ① 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- ② 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底(NCD(非感染性疾患)の予防)
- ③ 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
- ④ 健康を支え、守るための社会環境の整備
- ⑤ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善

国民や企業への健康づくりに関する新たなアプローチ

<スマート・ライフ・プロジェクト>



- 背景：高齢化の進展及び疾病構造の変化を踏まえ、特定健診等により生活習慣病等を始めとした疾病を予防・早期に発見することで、国民の健康寿命の延伸と健康格差の縮小を図り、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現することが重要である。
- 目標：「適度な運動」「適切な食生活」「禁煙」「健診・検診の受診」をテーマに、健康づくりに取り組む企業・団体・自治体を支援する「スマート・ライフ・プロジェクト」を推進。個人や企業の「健康意識」及び「動機付け」の醸成・向上を図り、社会全体としての国民運動へ発展させる。

<事業イメージ>

厚生労働省



<健康寿命をのばそう！アワード表彰式>

- 企業・団体・自治体への参画の呼びかけ
- 社員・住民の健康づくりのためのリーフレットやポスターの提供
- 大臣表彰「健康寿命をのばそう！アワード」
- 「健康寿命をのばそう！サロン」による参画団体の交流と好事例の横展開
- 「いきいき健康大使」による、各種イベントでの健康づくりの呼びかけ



企業・団体 自治体

- ・メディア
- ・外食産業



- ・フィットネスクラブ
- ・食品会社

等



社員・住民の健康づくり、禁煙や受動喫煙防止の呼びかけ、検診・健診促進のためのポスター等による啓発 → 社員・住民の健康意識の向上・促進

社内啓発や消費者への啓発活動に利用するロゴマークの使用（パンフレットやホームページなど） → 企業等の社会貢献と広報効果

社会全体としての国民運動へ

- ①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進、②地域・保険者間の格差の解消に向け、「自然に健康になれる環境づくり」や「行動変容を促す仕掛け」など「新たな手法」も活用し、以下3分野を中心に取組を推進。
→2040年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し（2016年比）、**75歳以上**とすることを旨とする。
2040年の具体的な目標（男性：75.14歳以上 女性：77.79歳以上）

①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

②地域・保険者間の格差の解消

自然に健康になれる環境づくり

行動変容を促す仕掛け

健康な食事や運動
ができる環境

居場所づくりや社会参加

行動経済学の活用

インセンティブ

I 次世代を含めたすべての人の
健やかな生活習慣形成等

II 疾病予防・重症化予防

III 介護予防・フレイル対策、
認知症予防

- ◆ 栄養サミット2020 を契機とした食環境づくり(産学官連携プロジェクト本部の設置、食塩摂取量の減少(8g以下))
- ◆ ナッジ等を活用した自然に健康になれる環境づくり(2022年度までに健康づくりに取り組む企業・団体を7,000に)
- ◆ 子育て世代包括支援センター設置促進(2020年度末までに全国展開)
- ◆ 妊娠前・妊産婦の健康づくり（長期的に増加・横ばい傾向の全出生数中の低出生体重児の割合の減少）
- ◆ PHRの活用促進(検討会を設置し、2020年度早期に本人に提供する情報の範囲や形式について方向性を整理)
- ◆ 女性の健康づくり支援の包括的实施(今年度中に健康支援教育プログラムを策定)

等

- ◆ ナッジ等を活用した健診・検診受診勧奨(がんの年齢調整死亡率低下、2023年度までに特定健診実施率70%以上等を目指す)
- ◆ リキッドバイオプシー等のがん検査の研究・開発(がんの早期発見による年齢調整死亡率低下を目指す)
- ◆ 慢性腎臓病診療連携体制の全国展開(2028年度までに年間新規透析患者3.5万人以下)
- ◆ 保険者インセンティブの強化(本年夏を目途に保険者努力支援制度の見直し案のとりまとめ)
- ◆ 医学的管理と運動プログラム等の一体的提供(今年度中に運動施設での標準的プログラム策定)
- ◆ 生活保護受給者への健康管理支援事業(2021年1月までに全自治体において実施)
- ◆ 歯周病等の対策の強化(60歳代における咀嚼良好者の割合を2022年度までに80%以上)

等

- ◆ 「通いの場」の更なる拡充(2020年度末までに介護予防に資する通いの場への参加率を6%に)
- ◆ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施(2024年度までに全市区町村で展開)
- ◆ 介護報酬上のインセンティブ措置の強化(2020年度中に介護給付費分科会で結論を得る)
- ◆ 健康支援型配食サービスの推進等(2022年度までに25%の市区町村で展開等)
- ◆ 「共生」・「予防」を柱とした認知症施策(本年6月目途に認知症施策の新たな方向性をとりまとめ予定)
- ◆ 認知症対策のための官民連携実証事業(認知機能低下抑制のための技術等の評価指標の確立)

国保における法定外繰入等の解消や 普通調整交付金の配分についての検討

<(1)法定外繰入等の解消>

【骨太方針2019における関係記載】

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

2. (2)①社会保障

(医療・介護制度改革)

(iii)保険者機能の強化

法定外繰入等の解消について、国保財政を健全化する観点から、その解消期限や公費の活用等解消に向けた実効的・具体的な手段が盛り込まれた計画の策定を求めるとともに、保険者努力支援制度における加減算双方向でのインセンティブ措置を導入し、法定外繰入等の一人当たりの額が大きい都道府県を含め、法定外繰入等の早期解消を促す。国保の都道府県内保険料水準の統一や収納率の向上など受益と負担の見える化に取り組む都道府県の先進・優良事例について全国展開を図る。高齢者の医療の確保に関する法律第14条に基づく地域独自の診療報酬について、都道府県の判断に資する具体的な活用策の在り方を検討する。国保の普通調整交付金の配分について、骨太方針2020における取りまとめに向けて、所得調整機能の観点や、加入者の性・年齢で調整した標準的な医療費を基準とする観点から引き続き地方団体等と議論を継続する。

【直近の取組について】

- 市町村国保は、被用者保険の加入者等を除く75歳未満の全ての者を被保険者とする公的医療保険制度であり、①被用者保険に比べ高医療費で低所得者の被保険者が多い、②保険料の事業主負担分に見合う財源を持たない、といった構造的な課題を抱えている。
- このため、保険給付費に対し5割の公費負担を行いつつ、低所得者の保険料軽減等を講じてきたが、一部の市町村においては、なお必要な保険料の引上げが難しく、その判断により、法定外繰入等が行われてきた。
- 厚生労働省は、国保の安定的な財政運営の観点から、従来より、赤字の計画的・段階的な解消を進めており(決算補填等目的の法定外繰入は、H26年度:3,468億円、H29年度:1,751億円へと約半分に減少)、国保改革後も、赤字市町村及び都道府県に対し、削減目標年次及び削減予定額(率)を定めた赤字解消計画の策定を要請するとともに、保険者努力支援制度(都道府県指標)において、赤字解消計画の策定状況等の評価を行っている。
- さらに、今般、骨太方針等に基づき、法定外繰入等の早期解消を図るべく、2020年度の保険者努力支援制度において、市町村指標の新設、赤字解消計画の見える化や進捗状況等に応じた評価指標の設定、マイナス点の設定など、抜本的な強化を図ったところ。
- 国保改革以降、財政責任を負うこととなった都道府県が、県内市町村の法定外繰入等や保険料水準の見える化を行うとともに、市町村に対し必要な助言・支援を行っている。

【今後のスケジュール等】

○ 今後の見直しの考え方及びスケジュール

- ・ 地方団体と協議の上、保険者努力支援制度において、法定外繰入の解消等を着実に推進するための措置を強化したところ。これを地方ブロックごとの会議において丁寧に説明・周知しつつ、全都道府県と個別ヒアリングを実施し、自治体の状況・特性に応じた解消策を指導・助言。
- ・ 保険料水準の統一については、将来的に目指すこととしているが、都道府県において、市町村とよく議論しながら、医療費水準の平準化や保険料算定方法の統一化、赤字の解消などの課題に取り組んでいただくことが必要。
- ・ 厚生労働省においても、保険料水準の統一や収納率の向上などの取組を進めている都道府県の状況等を把握しつつ、先進・優良事例の横展開を進めていく。

各保険者の比較

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者 医療制度
保険者数 (平成30年3月末)	1,716	1	1,394	85	47
加入者数 (平成30年3月末)	2,870万人 (1,816万世帯)	3,893万人 〔被保険者2,320万人 被扶養者1,573万人〕	2,948万人 〔被保険者1,649万人 被扶養者1,299万人〕	865万人 〔被保険者453万人 被扶養者411万人〕	1,722万人
加入者平均年齢 (平成29年度)	52.9歳	37.5歳	34.9歳	33.0歳	82.4歳
65～74歳の割合 (平成29年度)	41.8%	7.2%	3.2%	1.5%	1.9%(※1)
加入者一人当たり 医療費(平成29年度)	36.2万円	17.8万円	15.8万円	16.0万円	94.5万円
加入者一人当たり 平均所得(※2) (平成29年度)	86万円 〔一世帯当たり 136万円〕	151万円 〔一世帯当たり(※3) 254万円〕	218万円 〔一世帯当たり(※3) 388万円〕	242万円 〔一世帯当たり(※3) 460万円〕	84万円
加入者一人当たり 平均保険料 (平成29年度)(※4) 〈事業主負担込〉	8.7万円 〔一世帯当たり 13.9万円〕	11.4万円〈22.8万円〉 〔被保険者一人当たり 19.1万円〈38.3万円〉〕	12.7万円〈27.8万円〉 〔被保険者一人当たり 22.7万円〈49.7万円〉〕	14.2万円〈28.4万円〉 〔被保険者一人当たり 27.1万円〈54.1万円〉〕	7.0万円
保険料負担率	10.2%	7.5%	5.8%	5.9%	8.4%
公費負担	給付費等の50% +保険料軽減等	給付費等の16.4%	後期高齢者支援金等の 負担が重い保険者等 への補助	なし	給付費等の約50% +保険料軽減等
公費負担額(※5) (令和元年度予算ベース)	4兆4,156億円 (国3兆1,907億円)	1兆2,010億円 (全額国費)	739億円 (全額国費)		8兆2300億円 (国5兆2,736億円)

(※1) 一定の障害の状態にある旨の広域連合の認定を受けた者の割合。

(※2) 市町村国保及び後期高齢者医療制度については、「総所得金額(収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離譲渡所得金額」を加えたものを年度平均加入者数で除したものである。(市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」のそれぞれの前年所得を使用している。)

協会けんぽ、組合健保、共済組合については、「標準報酬総額」から「給与所得控除に相当する額」を除いたものを、年度平均加入者数で除した参考値である。

(※3) 被保険者一人当たりの金額を指す。

(※4) 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。

(※5) 介護納付金、特定健診・特定保健指導等に対する負担金・補助金は含まれていない。

法定外繰入の解消等に向けた対応

①赤字削減・解消計画の策定の着実な推進

法定外繰入の解消等を着実に進めるため、赤字市町村及び都道府県に対し、削減目標年次及び削減予定額（削減予定率）を定めた赤字解消計画の策定を要請。（平成30年1月29日保国発0129第2号 国民健康保険課長通知 国民健康保険保険者の赤字削減・解消計画の策定等について）

⇒ **2020年度の保険者努力支援制度において、市町村指標においても赤字解消計画の策定状況について評価**

②赤字削減・解消計画の策定状況・内容の公表（見える化）

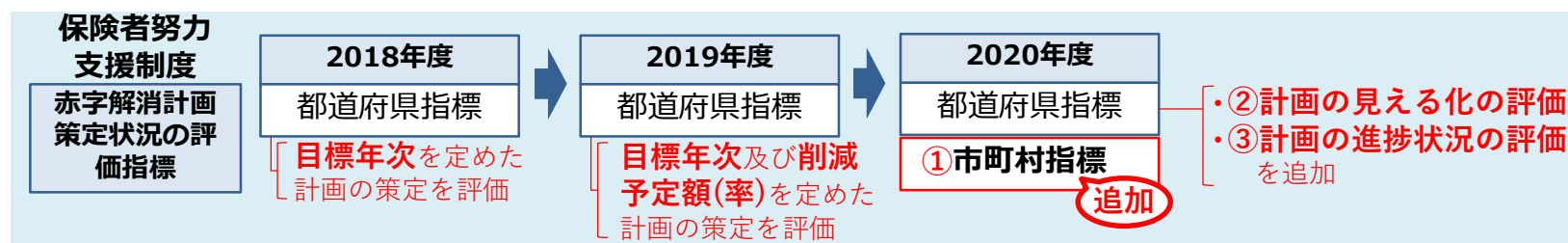
給付と負担のバランスを分かりやすく示す観点から、赤字市町村及び都道府県において、法定外繰入等の状況やその解消に向けた取組等を公表（見える化）し、関係者を含めて課題等の共有が必要。

⇒ {
・ **各都道府県において、赤字市町村と協議しながら赤字解消計画の公表を推進**
・ **都道府県による赤字解消計画の公表状況について、2020年度の保険者努力支援制度において評価**

③法定外繰入の解消等に向けた実効ある取組の推進

法定外繰入の解消等に向けての保険者の実効ある取組を後押しする観点から、保険者努力支援制度において加減算双方向での評価指標の導入などメリハリを強化する必要。

⇒ **2020年度の保険者努力支援制度において、**
{
・ **市町村指標及び都道府県指標において、赤字解消計画の策定状況に加え、法定外繰入等の有無や赤字解消計画の進捗状況についても評価**
・ **法定外繰入の解消等について、指標の新設（市町村指標）や配点割合の引き上げ（都道府県指標）を行うとともに、策定状況、進捗状況等によっては点数のマイナス評価を導入**



【固有指標⑥（iv）法定外繰入の解消等】（新設）

2020年度実施分

決算補填等目的の法定外一般会計繰入等の削減（2018年度の実施状況を評価）		得点
① 2018年度決算において決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っていない場合		35
赤字の解消期限（6年以内）、年次毎の削減予定額（率）及び具体的な取組内容を定めた赤字削減・解消計画を策定している場合であって、次の要件に該当している場合		
② 2018年度の削減予定額（率）を達成している場合		30
③ 2018年度の削減予定額（率）は達成していないが、その1/2以上の額（率）を削減している場合		15
赤字の削減目標年次、削減予定額（率）及び具体的な取組内容を定めた赤字削減・解消計画を策定しているが、解消期限（6年以内）を定めていない場合であって、次の要件に該当している場合		
④ 2018年度の削減予定額（率）を達成している場合		10
⑤ 2018年度の削減予定額（率）は達成していない場合		-15
⑥ 計画策定対象市町村であるにもかかわらず、赤字削減・解消計画を策定していない場合、又は赤字削減・解消計画を策定しているが、赤字の削減目標年次、削減予定額（率）若しくは具体的な取組内容のいずれかを定めていない場合		-30
⑦ 2018年度までに赤字の解消が確実に見込まれるとして赤字削減・解消計画を策定していなかったが、2018年度決算において前年度以上の決算補填等目的の法定外繰入等を行っている場合（2017年度決算において赤字が解消していた場合は除く。）		-30

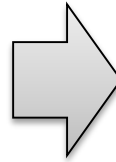
【2020年度指標の考え方】

- 法定外繰入の解消等を着実に推進する観点から、指標を新設するとともに、マイナス点を導入する。

【指標③：決算補填等目的の法定外一般会計繰入の解消等】

2019年度実施分

決算補填等目的の法定外一般会計繰入等の削減 (2018年度の実施状況を評価)	得点	該当都道府県数	達成率
① 都道府県内の市町村が決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っていない※1、または、国保運営方針に基づき、決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っている全ての市町村※2について、削減の目標年次及び削減予定額（削減予定率でも可）を定めた個別の計画が作成されているか。	30	45	96%
② ①の基準は満たさないが、国保運営方針に基づき、決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っている市町村※2のうち5割以上の市町村について、削減の目標年次及び削減予定額（削減予定率でも可）を定めた個別の計画が作成されているか。	10	2	4%



2020年度実施分

決算補填等目的の法定外一般会計繰入の解消等 (2018年度の実施状況を評価)	得点
① 都道府県内の全ての市町村について、市町村指標①又は②に該当している場合	30
② ①の基準は満たさないが、都道府県内の市町村のうち7割以上の市町村について、市町村指標①又は②に該当している場合	10
③ 都道府県内の計画策定対象市町村のうち3割以上の市町村について、市町村指標⑤、⑥又は⑦に該当している場合	-10
④ ③の基準は満たさないが、都道府県内の計画策定対象市町村のうち1割以上の市町村について、市町村指標⑤、⑥又は⑦に該当している場合	-5
⑤ 都道府県内の計画策定対象市町村の赤字削減・解消計画について、全て取りまとめ及び公表を行っている場合	5
⑥ 都道府県内の計画策定対象市町村の赤字削減・解消計画について、取りまとめ及び公表を全く行っていない場合	-5

【2020年度指標の考え方】

- 法定外繰入の解消等を着実に推進する観点から、マイナス点を導入する。
- 赤字解消計画の策定だけでなく、法定外繰入等の有無や赤字解消計画の達成状況、赤字解消計画の見える化についても評価する。

赤字削減・解消計画の策定状況・内容の公表(見える化)

○ 各都道府県において、赤字市町村の承諾を得た上で、当該都道府県が策定した赤字削減・解消計画をベースに、ホームページ等で公表する。

【公表のイメージ】

■厚生労働省ホームページ

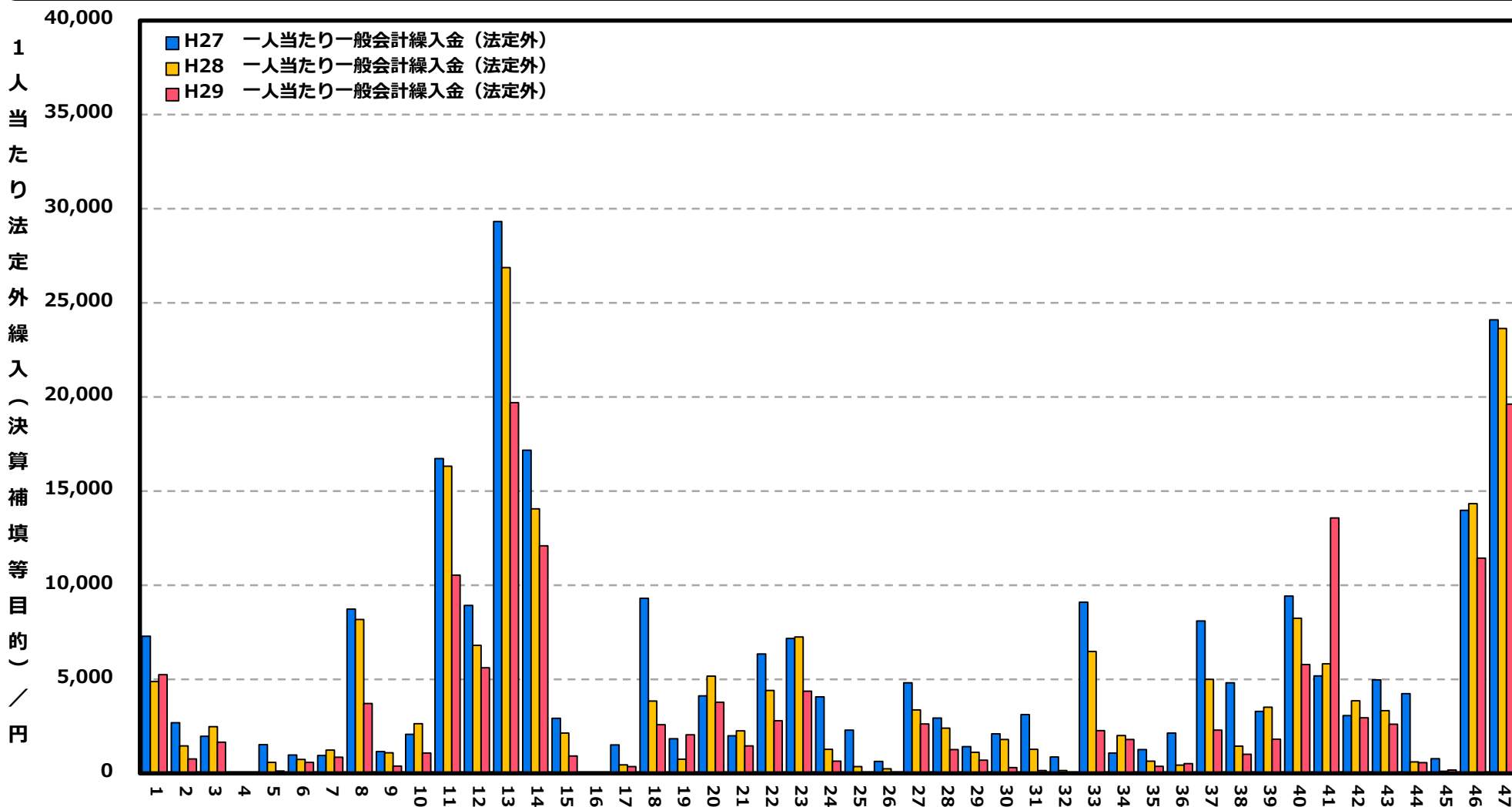
都道府県名	市町村数	赤字市町村 (28年度決算)	赤字解消市町村 (30計画策定時)	計画策定 対象市町村		赤字額
					うち策定済	
A県						億円
B県						億円
⋮						
合計	1,716	703	370	333	298	億円

■A県ホームページ

都道府県の基本方針						都道府県の具体的取組内容			
市町村名	赤字額	年度	2018度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	市町村の主な取組内容
a市	千円	赤字削減予定額 (率)	千円(%)	千円(%)	千円(%)	千円(%)	千円(%)	千円(%)	
b市	千円	赤字削減予定額 (率)	千円(%)	千円(%)	千円(%)	千円(%)	千円(%)	千円(%)	
⋮									
合計	千円								

【参考】1人当たりの一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入（都道府県別状況）

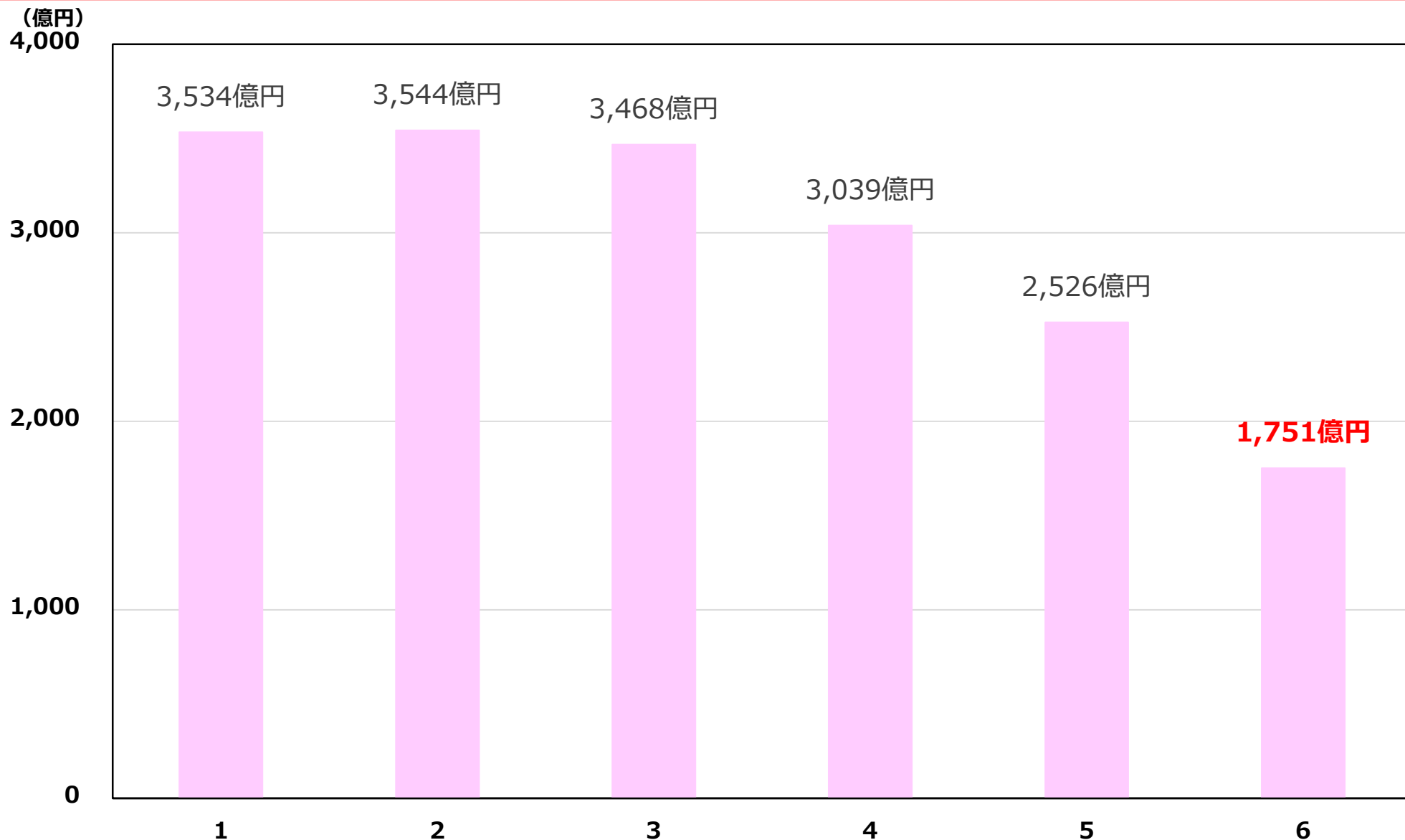
○ 平成29年度の1人当たり繰入金が1万円を超えるのは、埼玉県、東京都、神奈川県、佐賀県、鹿児島県、沖縄県である。



（出所）国民健康保険事業年報、国民健康保険事業の実施状況報告

（注）「決算補填等目的の法定外一般会計繰入金」については、平成27年度より定義を再整理しているため、それ以前の年度との単純な比較は困難。

【参考】市町村の一般会計からの法定外繰入の推移



(出所) 厚生労働省保険局国民健康保険課調べ

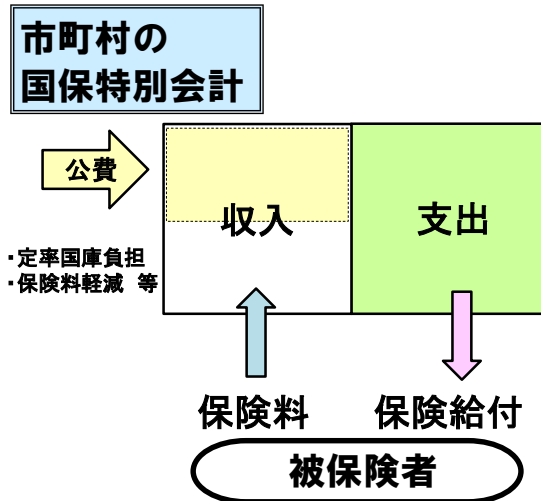
改革後の国保財政の仕組み

- 都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業費納付金の額の決定や、保険給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払う（保険給付費等交付金の交付）ことにより、国保財政の「入り」と「出」を管理する。

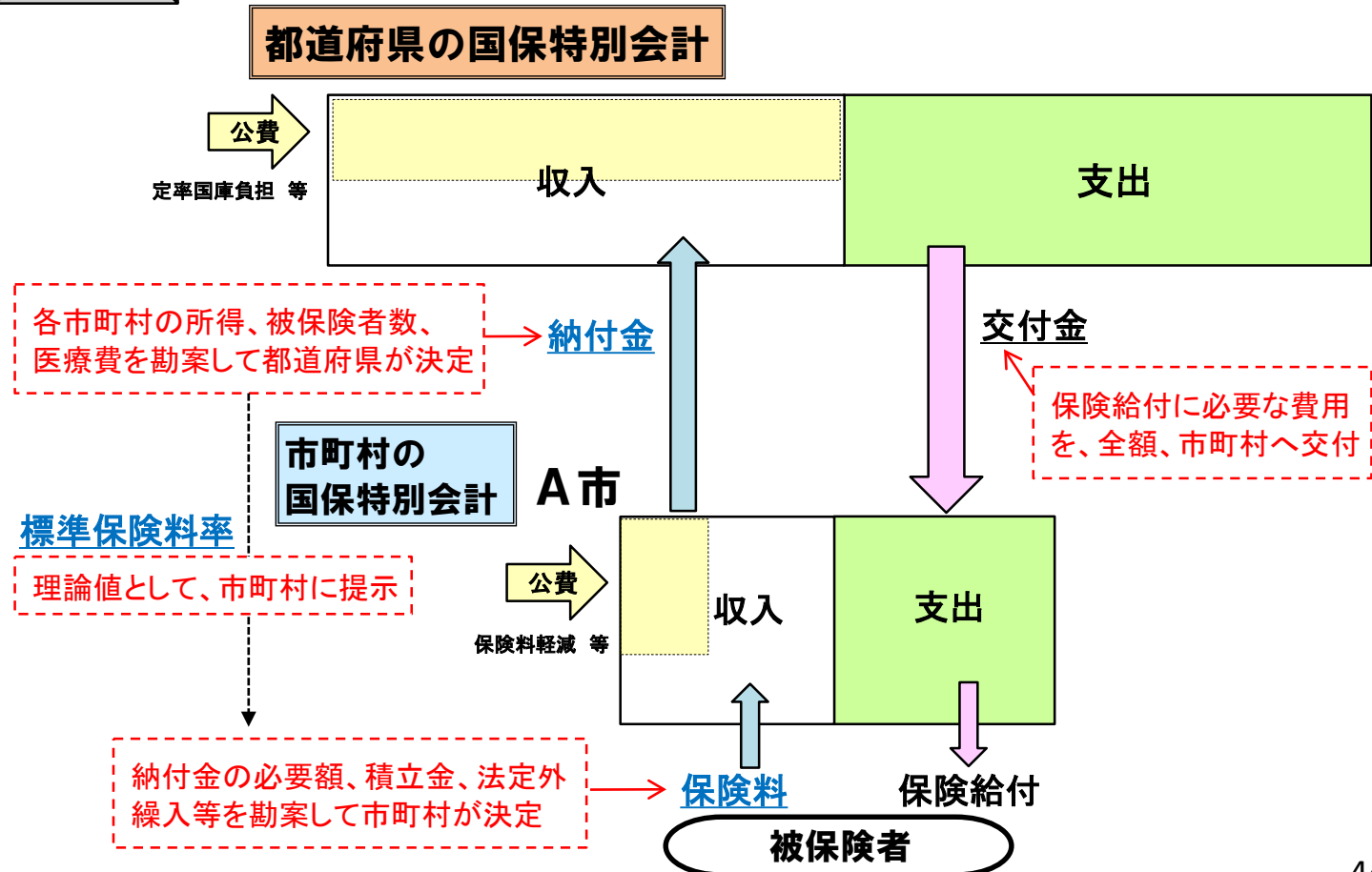
※納付金の額は、市町村ごとの医療費水準と所得水準を考慮

- 市町村は、都道府県が市町村ごとに決定した納付金に見合った保険料を設定、徴収して都道府県に納付する。

改革前



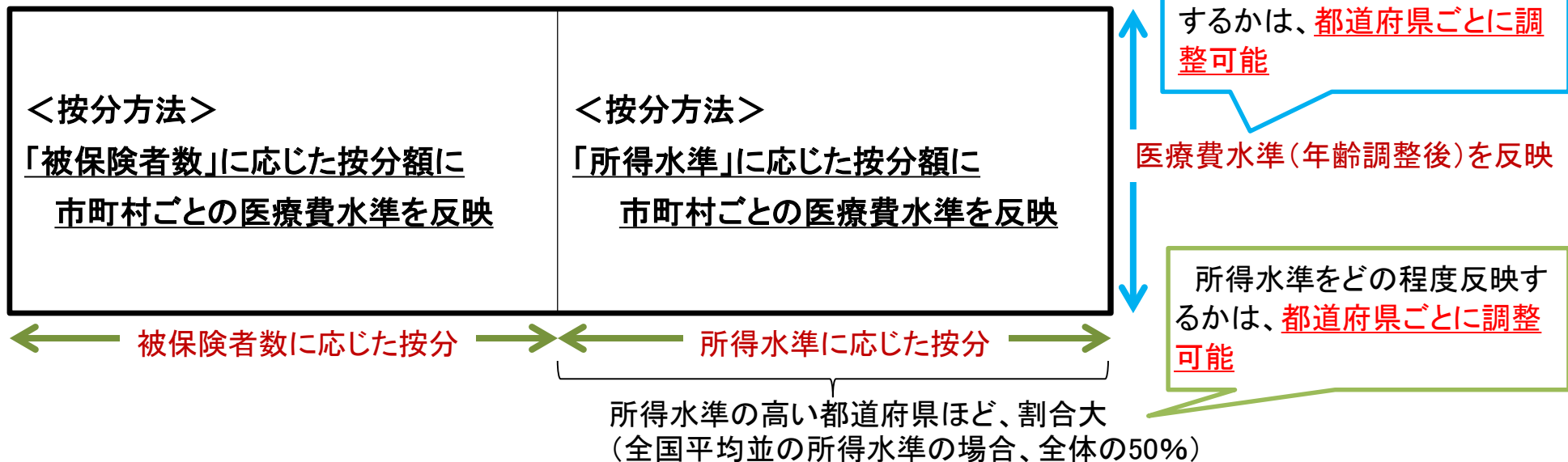
改革後



納付金の市町村への配分

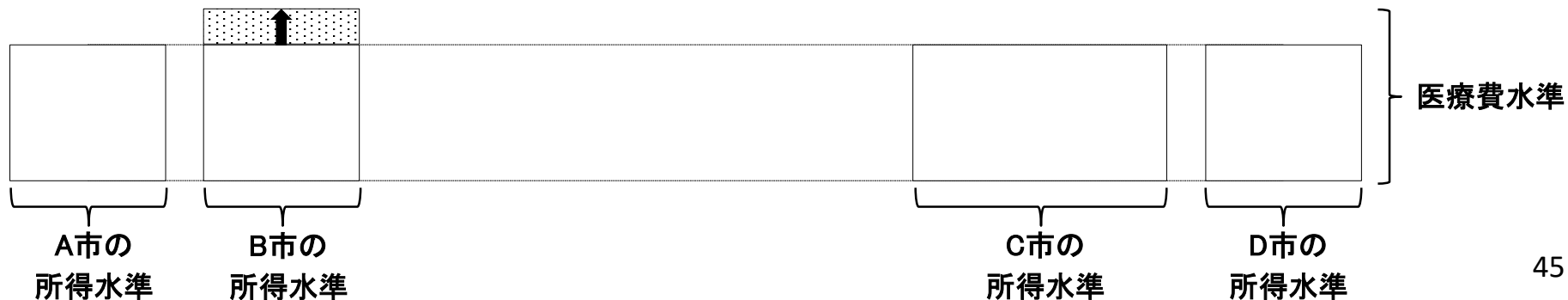
- 都道府県が、都道府県内の保険料収納必要額(医療給付費－公費等による収入額)を市町村ごとの「被保険者数」と「所得水準」で按分し、それぞれに「医療費水準」を反映することにより、市町村ごとの国保事業費納付金の額を決定

＜市町村の納付金額＞



- 市町村の所得水準が同じ場合、年齢構成の差異の調整後の医療費水準が高いほど納付金の負担が大きくなり、医療費水準に応じた負担となる。

- 年齢調整後の医療費水準が同じ場合、市町村の所得水準が高いほど納付金負担が大きくなり、公平な保険料水準となる。



保険料水準の統一に向けた課題

- 国は、納付金等算定ガイドラインにおいて、将来的に保険料水準の統一（同一都道府県内において、同じ所得水準・同じ世帯構成であれば、同じ保険料水準）を目指す、こととしている。
- 各都道府県における保険料水準の統一に向けた状況と課題は次のとおりであり、骨太方針2019においても「国保の都道府県内保険料水準の統一や収納率の向上など受益と負担の見える化に取り組む都道府県の先進・優良事例について全国展開を図る。」とされている。

2018年度～	2024年度までを目標に検討	2027年度まで
大阪府 (例外措置あり)	奈良県、沖縄県 北海道(納付金ベース)、広島県(準統一)	和歌山県 佐賀県

※ その他の都道府県については、時期を明示せず、将来的に統一を目指す。あるいは、医療費水準の平準化・赤字の解消等を踏まえ検討等と整理。
岐阜県は検討期間を2024年度に設定。
福島県、滋賀県は2024年度以降の統一を目指している。

① 医療費水準に関する課題

- ・ 将来にわたる医療費適正化インセンティブの確保
- ・ 医療費水準の平準化・均てん化

納付金算定に年齢調整後の医療費水準を反映させないことにより、保険料水準を統一することが可能。ただし、市町村の納得を得るためには、都道府県内の各市町村の医療費水準がある程度平準化されることが重要。また、納付金算定に年齢調整後の医療費水準を反映させない場合には、将来にわたり、医療費適正化インセンティブをどのように図るべきか、都道府県の役割として、今後検討が必要。

② 保険料算定方法に関する課題

- ・ 保険料算定方式の統一化
- ・ 賦課割合の統一化

都道府県と市町村との協議の場において、あるべき姿の議論が必要。

③ 各市町村の取組に関する課題

- ・ 将来にわたる保険料収納率向上インセンティブの確保
- ・ 保健事業費等の基準額の統一化
- ・ 地方単独事業の整理
- ・ 赤字の解消
- ・ 市町村事務の標準化、均質化、均一化

保健事業費や地方単独事業、決算補填等目的の法定外繰入など、市町村が個別に政策的に取り組んでいるものの統一化について、議論が必要。また、市町村ごとの保険料収納率の差をどのように扱うかについても整理が必要

<(2)普通調整交付金の配分についての検討>

【骨太方針2019における関係記載】

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

2. (2)①社会保障

(医療・介護制度改革)

(iii)保険者機能の強化

法定外繰入等の解消について、国保財政を健全化する観点から、その解消期限や公費の活用等解消に向けた実効的・具体的な手段が盛り込まれた計画の策定を求めるとともに、保険者努力支援制度における加減算双方向でのインセンティブ措置を導入し、法定外繰入等の一人当たりの額が大きい都道府県を含め、法定外繰入等の早期解消を促す。国保の都道府県内保険料水準の統一や収納率の向上など受益と負担の見える化に取り組む都道府県の先進・優良事例について全国展開を図る。高齢者の医療の確保に関する法律第14条に基づく地域独自の診療報酬について、都道府県の判断に資する具体的な活用策の在り方を検討する。国保の普通調整交付金の配分について、骨太方針2020における取りまとめに向けて、所得調整機能の観点や、加入者の性・年齢で調整した標準的な医療費を基準とする観点から引き続き地方団体等と議論を継続する。

【直近の取組について】

○ 国保の普通調整交付金の配分については、普通調整交付金が担う地方団体間の所得調整機能は大変重要であるとの意見や、加入者の性・年齢で調整した標準的な医療費を基準に配分すべきとの意見等があることを踏まえつつ、「国保制度に関する国と地方の協議の場」において議論を行っているところ。

(参考)地方団体の意見(令和元年 6月6日 骨太の方針の策定等について(地方六団体) (抄))

国民健康保険制度の普通調整交付金が担う地方団体間の所得調整機能は極めて重要であることから、配分方法等の見直しは容認できるものではない。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、「保険者努力支援制度」を有効に活用することとし、その評価の在り方については地方と協議を行うこと。

【今後のスケジュール等】

○ 令和2年度概算要求状況

・ 普通調整交付金 :【令和2年度概算要求額】812,530,618 (千円)

○ 今後の見直しの考え方及びスケジュール

・ 骨太方針2020における取りまとめに向けて、地方団体との丁寧な議論を進めていく。

※ 調整交付金(普通調整交付金・特別調整交付金)は、定率国庫負担や県繰入金と合わせて保険給付費の50%を保障する基礎的な公費。配分の見直しは国費総額に影響はなく、該当自治体が定める保険料額に影響を及ぼすため、地方団体と丁寧に協議し結論を得ることが必要。なお、医療費水準が高い自治体では、その医療費に対応して、確保すべき保険料額も増加。

令和2年度の国保財政

(令和2年度概算要求ベース)

医療給付費等総額： 約111,200億円

市町村への地方財政措置：1,000億円

保険者努力支援制度

- 都道府県・市町村の医療費適正化、予防・健康づくり等の取組状況に応じ支援。
※4 予算額：約900億円

特別高額医療費共同事業

- 著しく高額な医療費(1件420万円超)について、都道府県からの拠出金を財源に全国で費用負担を調整。国は予算の範囲内で一部を負担。 国庫補助額：60億円

高額医療費負担金

- 高額な医療費(1件80万円超)の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、国と都道府県が高額医療費の1/4ずつを負担
事業規模：3,800億円、国庫補助額：1,000億円

保険者支援制度

- 低所得者数に応じ、保険料額の一定割合を公費で支援
事業規模：2,600億円、国庫補助額：1,300億円
(国 1/2、都道府県 1/4、市町村 1/4)

保険料軽減制度

- 低所得者の保険料軽減分を公費で支援。
事業規模：4,500億円
(都道府県 3/4、市町村 1/4)

財政安定化支援事業

保険者努力支援制度

特別高額医療費共同事業

高額医療費負担金

保険料

(26,000億円)

法定外一般会計繰入
約1,800億円 ※2

保険者支援制度

保険料軽減制度

50%

調整交付金(国)

(9%)※1

8,100億円

定率国庫負担

(32%)※1

22,600億円

都道府県繰入金

(9%)※1

6,400億円

50%

前期高齢者交付金

36,700億円
※3

調整交付金(国)

- 普通調整交付金(7%)
都道府県間の財政力の不均衡を調整するために交付。
- 特別調整交付金(2%)
画一的な測定方法によって、措置できない都道府県・市町村の特別の事情(災害等)を考慮して交付。

前期高齢者交付金

- 国保・被用者保険の65歳から74歳の前期高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を、各保険者の加入者数に応じて調整。

公費負担額

国 計： 34,000億円
都道府県計： 11,300億円
市町村計： 1,800億円

※1 それぞれ保険給付費等の9%、32%、9%の割合を基本とするが、定率国庫負担等のうち一定額について、財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振りかえる等の法律上の措置がある

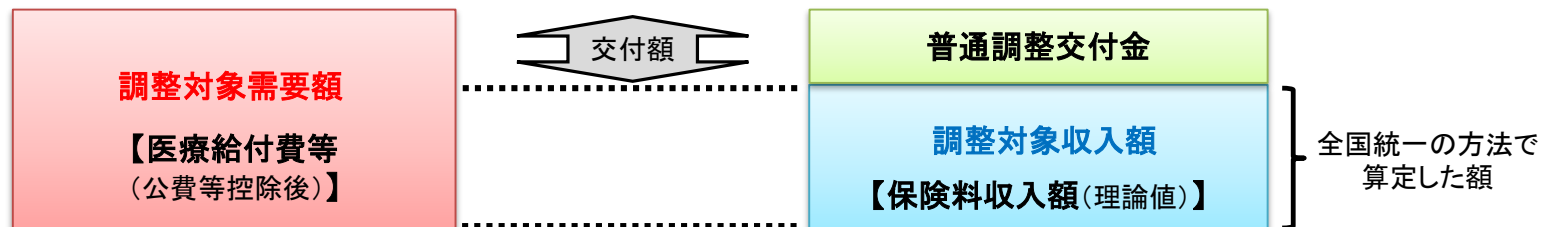
※2 平成29年度決算における決算補填等の目的の一般会計繰入の額

※3 退職被保険者を除いて算定した前期高齢者交付金額であり、実際の交付額とは異なる

※4 平成31年度は、平成29年度に特例基金に措置した500億円のうち残330億円は取り崩ししない

普通調整交付金の仕組み

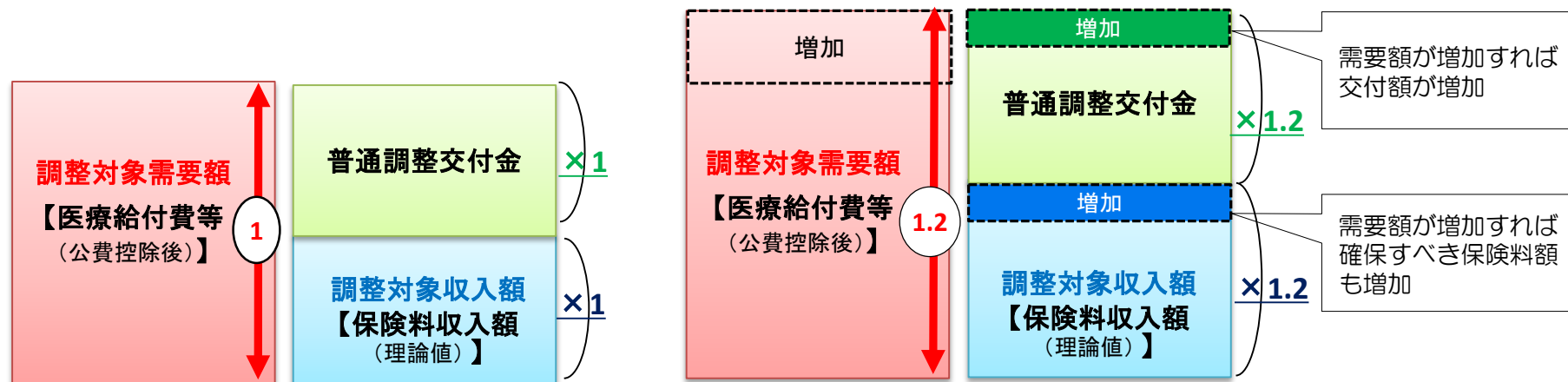
- 普通調整交付金は、都道府県間の財政力の不均衡を調整するために交付。
- 各都道府県の **調整対象需要額**【医療給付費等（公費等控除後）】と **調整対象収入額**【保険料収入額（理論値）】の差額を交付。



- **調整対象需要額**は、各都道府県の医療給付費等の見込額から、公費（定率国庫負担、都道府県繰入金など）や前期高齢者交付金の収入見込額を除いたもの。
- **調整対象収入額**は、医療費（調整対象需要額）に対応して確保すべき保険料額（理論値）。

- 各都道府県の調整対象需要額、調整対象収入額のいずれも、当該都道府県における医療費水準と連動するため、その差額から算出される普通調整交付金の交付額も医療費水準に連動。
- ⇒ 医療費水準が高い都道府県では、その分、交付額が増加。他方、その医療費に対応して確保すべき保険料額も増加。

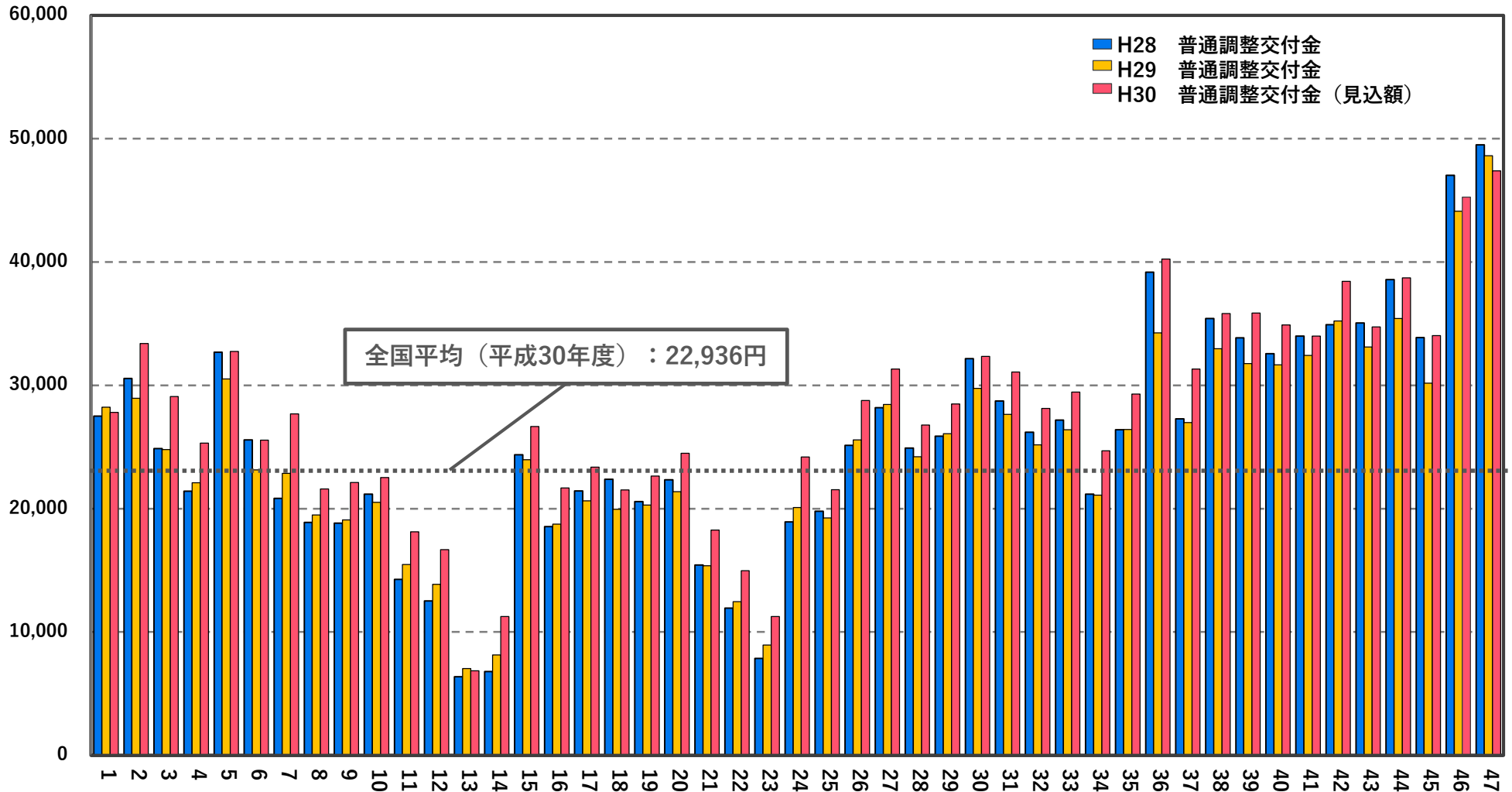
（需要額が1.2倍となった場合）



【参考】普通調整交付金交付額（被保険者一人当たり・平成28-30年度）

○ 普通調整交付金の一人当たり交付額の全国平均は、22,936 円。（平成30年度交付額）

（参考）平成29年度の一人当たり交付額（見込額）の全国平均は、20,545円



データヘルス改革の推進と 「保健医療データプラットフォーム」 の本格運用に向けた検討

【骨太方針2019における関係記載】

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

2. 経済・財政一体改革の推進等

(2) 主要分野ごとの改革の取組

① 社会保障

(医療・介護制度改革)

(i)医療・福祉サービス改革プランの推進

データヘルス改革を推進し、被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認の導入、「保健医療データプラットフォーム」の2020年度の本格運用開始、クリニカル・イノベーション・ネットワークとMID-NETの連携、AIの実装に向けた取組の推進、栄養状態を含む高齢者の状態やケアの内容等のデータを収集・分析するデータベースの構築、AIも活用した科学的なケアプランの実用化に向けた取組の推進などの科学的介護の推進等を行う。

レセプトに基づく薬剤情報や特定健診情報といった患者の保健医療情報を、患者本人や全国の医療機関等で確認できる仕組みに関し、特定健診情報は2021年3月を目途に、薬剤情報については2021年10月を目途に稼働させる。さらに、その他のデータ項目を医療機関等で確認できる仕組みを推進するため、これまでの実証結果等を踏まえ、情報連携の必要性や技術動向、費用対効果等を検証しつつ、医師や患者の抵抗感、厳重なセキュリティと高額な導入負担など、推進に当たっての課題を踏まえた対応策の検討を進め、2020年夏までに工程表を策定する。あわせて、医療情報化支援基金の用途や成果の見える化を図りつつ、電子カルテの標準化を進めていく。介護情報との連携を進めるに当たって、手法等について引き続き検討する。医療保険の審査支払機関について、「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」等に掲げられた改革項目を着実に進める。

(ii)医療提供体制の効率化

生まれてから学校、職場など生涯にわたる健診・検診情報の予防等への分析・活用を進めるため、マイナポータルを活用するPHRとの関係も含めて対応を整理し、健診・検診情報を2022年度を目処に標準化された形でデジタル化し蓄積する方策も含め、2020年夏までに工程化する。

- データヘルス改革の推進と保健医療データプラットフォームの実現に向け、①医療現場での情報の利活用の推進及び②保健医療介護分野のデータベースの整備・連結解析の推進等に取り組む。

①医療現場での情報の利活用の推進

➤保健医療情報を全国の医療機関等で確認できる仕組み(特定健診・薬剤情報)

【現状について】

- 保険者、医療機関等関係者と協議しながら、システム調達などの準備を進めている。具体的には、セキュリティ面の担保という観点から、どのように患者の同意を取得するのか、医療機関においてどの範囲の者が閲覧するのか等、システムを含めた運用の検討を行っている。

【今後のスケジュール等】

- 特定健診は2021年3月、薬剤情報は2021年10月の仕組みの導入に向けて、保険者、医療機関等関係者と引き続き協議しながら、システム構築等の準備を進める。

➤保健医療情報を全国の医療機関等で確認できる仕組み(その他の保健医療情報)

【現状について】

- その他の保健医療情報については、これまでの実証事業により、いつ(受診日)、どこで(医療機関名)、だれが(患者基礎情報等)に関わる情報や検査結果情報が有用だとされている。これらの情報のうち、次にどのような保健医療情報を優先すべきか検討を進める。その上で、仕組みの具体化に当たっては、必要なシステム、管理・運営主体、費用負担、患者の同意取得の方法等の課題について検討が必要。

【今後のスケジュール等】

- 10月10日に「医療等分野情報連携基盤検討会」を開催。

※ 地域医療情報連携ネットワークについては、地域医療介護総合確保基金の適切な執行のため、通知を発出し(8月8日)、ランニングコストへの支出などの不適切事例を周知するとともに、ネットワークの活動状況を示す定量的な指標を提出させた。今後、各ネットワークがその機能を十分発揮しているか確認していく。

②保健医療介護分野のデータベースの整備・連結解析の推進等

【現状について】

- NDB、介護DB等の連結解析や幅広い主体による利活用を可能とするために必要な規定を盛り込んだ健康保険法等一部改正法案を、平成31年通常国会に提出し、成立。2020年度中の運用開始に向け、システム改修や運用ルールの検討を進めている。
- 科学的介護を実現するためのデータベースの構築に向け、7月にとりまとめを公表。これに基づき、システム構築等の検討を進めている。

【今後のスケジュール等】

- NDB・介護DBの連結解析については、2020年度から運用開始予定。
※DPCデータベースとの連結解析は2022年度から運用開始予定。
- 科学的介護推進のためのデータベースについては、2020年度中に運用を開始予定。
- 関係する他の公的DBの連結解析についても検討し、法的・技術的課題が解決できたデータベースについては、NDB等との連結解析を順次進める。
- オンライン資格確認システムを基盤として、個人単位化される被保険者番号を活用した医療等情報の連結の仕組みについては、本年7月から有識者による検討会において具体的な仕組みや管理・運営主体、活用主体等について議論し、本年10月に報告書を公表した。今後、関係審議会等での議論を経て、必要な法的手当を行い、2021年度からの運用開始を目指す。

全国的な保健医療情報ネットワークに向けた実証事業等について

実証事業の概要

- 全国的な保健医療情報ネットワークに向けた実証事業のために、2018年度に以下の事業を実施。
 - ① 保健医療記録共有サービスの基盤整備に係わる調査
 - ・福岡県及び佐賀県の地域医療情報連携ネットワークに参加する医療機関のレセコンデータを、双方向で閲覧できる環境を構築。
模擬データを使用した実証を行い、有効性や課題についての意見交換等を実施（2018年6月～2019年3月）。意見交換では主に以下について検討
 - 保健医療記録共有サービスで全国的に共有すべきデータ項目
 - 保健医療記録共有のユースケース
 - ・個人情報保護のための患者同意手続き
 - ・保健医療記録共有サービスの概算コストの試算
 - ② 医療等分野情報連携基盤ネットワークセキュリティ調査
 - ・諸外国におけるネットワーク構成及びセキュリティガイドラインの調査
 - ・全国保健医療情報ネットワークの構成検討（クラウド※1環境の構成検討、クラウド環境でのセキュリティ機能実証、コスト試算）
- ※1）従来は利用者が手元のコンピュータで利用していたデータやソフトウェアを、ネットワーク経由で、サービスとして利用者に提供するもの。

検討会の概要

- 有識者による下記検討会を医務技監が開催。医療等分野における情報連携基盤やシステムの安全性の確保のあり方等について検討を行った。
 - 医療等分野情報連携基盤検討会（2018年3月～7月に2回開催）
 - 医療等分野情報連携基盤技術ワーキンググループ（2018年4月～7月に6回開催）
 - 医療等分野ネットワーク安全管理ワーキンググループ（2018年12月に1回開催）



課題

- 実証事業等で明らかになった課題
 - ① ネットワーク参加者及び患者双方へのメリットのあるサービスとは何か
 - 薬（処方、調剤）と検査結果及びそれらに関する基本情報（いつ（実施年月日）どこで（施設情報）誰が（患者基礎情報等）など）を、重要表示項目（最も重要な共有データ項目）とする。また、全国から収集可能なレセプトデータから開始する。
 - ② 初期コスト・運営コスト等の低コスト化の必要性
 - コストを上回る便益、国民から見た利便性、さらにリスクに見合ったベネフィットについて、さらにコスト面について整理が必要。
 - ③ 電子カルテを含む医療情報システムの標準化
 - 地域医療連携ネットワークは、標準化が不十分なまま、ばらばらに構築されている現状がある。
 - ④ 患者同意をとるときの、診療現場の負担が軽減される方法の検討
 - 同意手続きとして、法令上求められる対応や運用上求められる対応について、診療現場に過度な負担がかからないことが重要。

NDB、介護DB等の連結解析等（データベースの概要）

NDB

<収納情報（H29年度末時点）>

医療レセプト（約153億件）、特定健診データ（約2.6億件）

<主な情報項目>

（レセプト）傷病名、投薬、診療開始日、診療実日数、検査 等
（特定健診）健診結果、保健指導レベル

<収集根拠> 高齢者医療確保法第16条

<保有主体> 国（厚労大臣）

<主な用途>

医療費適正化計画の作成等、医療計画、地域医療構想の作成等

<第三者提供>

有識者会議の審査を経て実施（H23年度～）

提供対象者：国、自治体、独法、大学、保険者の中央団体、
医療の質向上を目的とする公益法人等の研究者に提供

供

<匿名性>

匿名（国への提出前に匿名化、個人特定可能な情報を削除）

介護DB

<収納情報（H29年度末時点）>

介護レセプト（約9.2億件）、要介護認定情報（約0.5億件）

<主な情報項目>

（レセプト）サービスの種類、単位数、要介護認定区分 等
（要介護認定情報）要介護認定一次、二次判定情報

<収集根拠> 介護保険法第118条の2

<保有主体> 国（厚労大臣）

<主な用途>

介護保険事業（支援）計画の作成等

<第三者提供>

有識者会議の審査を経て実施（H30年度～）

提供対象者：国、自治体、独法、大学、保険者の中央団体、
国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持
向上等を目的とする公益法人等の研究者に提供

<匿名性>

匿名（国への提出前に匿名化、個人特定可能な情報を削除）

NDB、介護DBの連結解析の例

- ① 地域毎・疾患毎のリハビリ・退院支援等の利用状況と在宅復帰率の関係の比較・分析
- ② 特定保健指導等による適正化効果を、医療費への影響に加え、将来の介護費への影響も含めて分析

DPCデータベース（特定の医療機関への入院患者に係る入院期間のレセプト情報や病態等に係る情報のデータベース）

<収納情報> DPCデータ（約1400万件/年）

<主な情報項目>

傷病名、病態（一部疾患のみ）、投薬、入院年月日、検査、
手術情報 等

<収集根拠> 平成20年厚生労働省告示第93号第5項

<保有主体> 国（厚労大臣）

<主な用途> 診療報酬改定、DPC/PDPS（※）導入の影響評価 等

※急性期入院医療の包括支払い方式

Diagnosis Procedure Combination（診断群分類）/Per-Diem Payment System（一日当たり支払い方式）

<第三者提供> 有識者会議の審査を経て実施（H29年度～）

<匿名性> 匿名（個人特定可能な情報は収集していない）

自身のデータを日常生活改善等につなげるPHRの推進

【現状について】

- マイナポータルを活用した健康等情報の提供の推進にあわせ、PHR(Personal Health Record)の更なる推進のため、健診・検診情報を標準化された形でデジタル化し蓄積する方策について議論するため、本年9月に「第1回国民の健康づくりに向けたPHRの推進に関する検討会(PHR検討会)」を立ち上げ、検討を開始した。
- なお、健診結果等のデータについては、審議会において、標準的な電磁的記録の形式や保存期間等について議論いただき、本年8月に報告書を取りまとめた。

(厚生科学審議会 地域保健健康増進栄養部会健康診査等専門委員会報告書(令和元年8月とりまとめ)抜粋)

- ・健診結果等を継続、共有するためには、相互互換性のある標準的な電磁的記録(原則、XMLで記述する)を定めて活用していく体制を整える必要がある。
- ・生涯を通じた継続的な自己の健康管理の観点から、できる限り長期間、本人等が健診結果等を活用できることが望ましいと考えられる。
- ・健診実施機関が健診結果等を有している場合においては、本人からの開示請求に直接対応できる体制を整備しておくことが望ましい。

【今後のスケジュール等】

- 2020年度早期にPHR検討会としての中間整理を行い、PHRの推進に向けた今後の方策について、一定の結論を得るとともに、工程表を策定し、2020年度の骨太方針・成長戦略等に反映する。

国民の健康づくりに向けたPHRの推進に関する検討会

目 的

- 急激な少子高齢化、人口減少が進む我が国にあって、更なる健康寿命の延伸に向けた取組を進めることが重要である。そのための仕組みの一つとして、世界的には、**個人の健康診断結果や服薬歴等の健康等情報を電子記録として本人や家族が正確に把握するための仕組みであるpersonal health record(PHR)の考え方が広がっている。**
- 我が国では、2020年度から特定健診、乳幼児健診等、2021年度から薬剤情報について、マイナポータルにより提供することとされており、これらを通じて予防、健康づくりの推進等が期待されている。
- また、「経済財政と運営の基本方針2019～「令和」新時代：「Society 5.0」への挑戦～」(令和元年6月21日閣議決定)においては、「生まれてから学校、職場など生涯にわたる健診・検診情報の予防等への分析・活用を進めるため、マイナポータルを活用するPHRとの関係も含めて対応を整理し、**健診・検診情報を2022年度を目途に標準化された形でデジタル化し蓄積する方策をも含め、2020年夏までに工程化する**」こととされており、今後は他の健康・医療等情報等も含めたPHRの活用も期待される。
- 既に進んでいる事業の状況も踏まえつつ、**我が国のPHRについての目的や方向性を明確にした上で、自身の健康に関する情報について電子データ等の形で円滑な提供や適切な管理、効果的な利活用が可能となる環境を整備していくため、関係省庁や省内関係部局との連携の下、「国民の健康づくりに向けたPHRの推進に関する検討会」を開催し、必要な検討を行う。**

構 成 員

◎座長 (五十音順、敬称略)

岡村 智教 慶應義塾大学衛生学公衆衛生学教室教授
中山 健夫 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学分野教授
◎永井 良三 自治医科大学学長
長島 公之 公益社団法人日本医師会常任理事
樋口 範雄 武蔵野大学法学部法律学科特任教授
松田 晋哉 産業医科大学医学部公衆衛生学産業保健データサイエンスセンター教授
宮田 裕章 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授
山口 育子 認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOMI理事長
山本 隆一 一般社団法人医療情報システム開発センター理事長

関係省庁

厚生労働省 健康局 健康課(事務局)、がん・疾病対策課
医政局 総務課医療情報化推進室、研究開発振興課、歯科保健課
医薬・生活衛生局 総務課
労働基準局 安全衛生部労働衛生課
子ども家庭局 母子保健課
保険局 医療介護連携政策課保険データ企画室、
医療介護連携政策課医療費適正化対策推進室
政策統括官付情報化担当参事官室
内閣官房 情報通信技術(IT)総合戦略室
内閣官房 健康医療戦略室
内閣府 大臣官房 番号制度担当室
総務省 情報流通行政局情報流通振興課 情報流通高度化推進室
文部科学省 初等中等教育局 健康教育・食育課
経済産業省 商務・サービスグループヘルスケア産業課

地域医療構想の実現

【骨太方針2019における関係記載】

地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について、診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が、民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、重点対象区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うとともに、適切な基準を新たに設定した上で原則として2019年度中に対応方針の見直しを求める。民間医療機関についても、2025年における地域医療構想の実現に沿ったものとなるよう対応方針の策定を改めて求めるとともに、地域医療構想調整会議における議論を促す。こうした取組によっても病床の機能分化・連携が進まない場合には、2020年度に実効性のある新たな都道府県知事の権限の在り方について検討し、できる限り早期に所要の措置を講ずる。

地域医療介護総合確保基金の配分（基金創設前から存在している事業も含む）における大幅なメリハリ付けの仕組みや国が主導する実効的なPDCAサイクルを構築するとともに、成果の検証等を踏まえ、真に地域医療構想の実現に資するものとする観点から必要な場合には、消費税財源を活用した病床のダウンサイジング支援の追加的方策を講ずる。病床の転換や介護医療院への移行等が着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討する。

【現状について】

- 地域医療構想は、2025年に向けた病床機能の分化・連携を目指すものであるが、その中でも公立・公的医療機関等については、民間医療機関では担うことができない機能に重点化する観点から、民間医療機関に先駆けた検討を求めてきた。
- その結果、公立病院の95%、公的医療機関等の98%において、具体的対応方針（2025年における機能、病床数等）の合意がなされたが、「急性期」からの転換が進んでいないなど、その合意内容が地域医療構想の実現に沿ったものとなっていないとの指摘がある。

【本年9月に行ったこと】

- 従来の具体的対応方針は、地域の医療機能に関し十分に議論されないまま形式的に合意が進められてきたおそれがある。
- このため、国において、公立・公的医療機関等が当該医療機関でなければ担えない機能に重点化されているか、がん、救急等の9領域の医療機能について分析を行った。具体的には以下を分析。
 - ・各領域について、診療実績が特に少ないか否か
 - ・各領域について、構想区域内における医療機関の競合状況（機能類似かつ地理的近接）
- 分析の結果、具体的対応方針の再検証が必要な公立・公的医療機関等及び地域を9月26日に公表。原則として2019年度中（医療機関の再編統合を伴う場合は2020年9月末まで）に再検証を実施するよう要請。

分析イメージ

※全国の公立公的医療機関数：約1,600

※全国の構想区域：339

A) 「診療実績が特に少ない」の分析（がん・救急等の9領域）

9領域全てで「診療実績が特に少ない」公立・公的医療機関等

再検証を要請
（医療機関単位）
（277病院）

B) 「類似かつ近接」の分析（がん・救急等の6領域（災害・へき地・医師派遣除く））

全ての診療領域について機能が類似かつ地理的に近接する病院のある公立・公的医療機関等

再検証を要請
（医療機関単位）
**（AIにも該当するもの以外で
147病院）**



当該病院が所在する構想区域における医療提供体制について検証を要請
（都道府県へ）
（104区域）

注）人口100万人以上の構想区域に所在する公立・公的医療機関等は、今回は「類似かつ近接」に係る再検証は要請せず、今後、必要な検討を行うこととする。ただし、分析結果は公表する。

【今後の対応】

- 今般の具体的対応方針の再検証の要請に対応する地方自治体を支援し、地域医療構想の実現に向けた取組を加速させる。

<具体的な支援策>

- 地域医療介護総合確保基金について、具体的対応方針の見直しの議論を進めるため、見直し状況に応じた更なる効果的な基金のメリハリづけを検討。
- 消費税財源を活用した病床のダウンサイジング支援の追加的方策を検討。
- 国が重点的に支援する地域（重点支援区域（仮称））を設定し、国の職員が当該都道府県に直接赴き、必要な助言や集中的な支援を実施。自治体の首長の理解や医療機関間の調整など、財政支援では対応できない課題については、「重点支援区域（仮称）」においてノウハウを蓄積。
 （ 現在、重点支援区域の設定に向け、調整に向けた課題等の情報収集を進めているところであり、その結果も参考に、秋頃に重点支援区域の公表を行う。 ）
- 令和2年度概算要求において、国が「重点支援区域（仮称）」において適切な助言や支援を行えるよう、国、都道府県及び医療機関による意見調整の場の設置や、再編統合後の勤務環境や給与体系、一時的な収益減少等に関する詳細な調査・分析に係る費用について要求。

【更なる検討課題】

- 現在の4機能別の病床分類に基づく検討手法から、今回行ったように診療実績（※）を視点として、分析手法をさらに深化させることが必要となる。（※がん、心血管疾患、脳卒中、救急、小児、周産期、災害、へき地、研修・派遣）
- 高度急性期・急性期については、公立・公的医療機関等が中心的役割を担っており、今回はその点を重点的に検討した。今後、民間医療機関の取組を促していくに当たっては、今回と同様に診療実績に着目した更なる分析が必要となる。

公立病院・公的医療機関等の具体的対応方針の集計結果

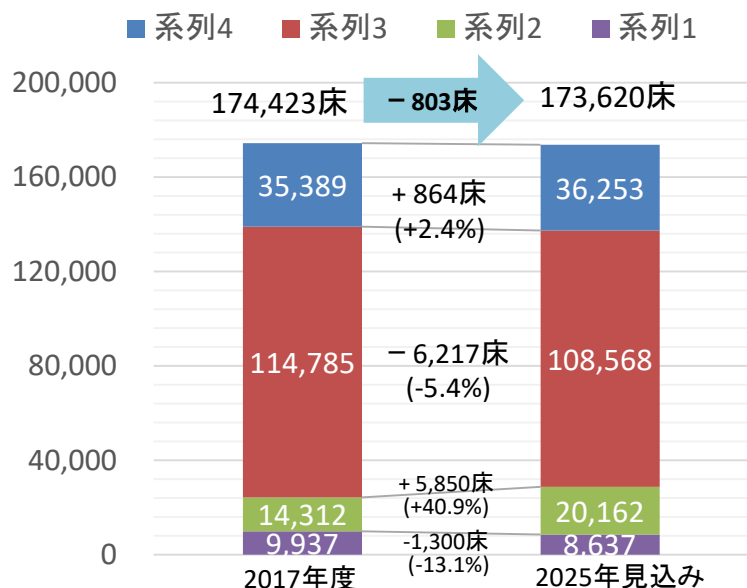
第32回社会保障WG
(令和元年5月23日)
資料1-1

- 高度急性期・急性期病床の削減は数%に留まり、「急性期」からの転換が進んでいない。
- トータルの病床数は横ばい。
- 具体的対応方針の合意内容が地域医療構想の実現に沿ったものになっていないのではないか。

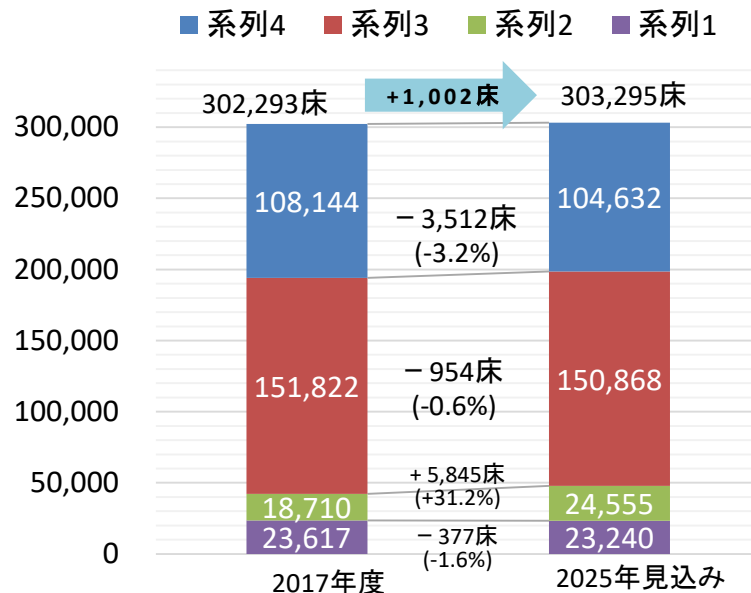
2017年度の病床機能報告と具体的対応方針(2025年度見込)の比較

(参考) 構想区域ごとの状況

公立病院



公的医療機関等



病床数が減少する合意を行った構想区域数

公立分	113	区域
公的等分	115	区域
民間分	131	区域

※1 具体的対応方針策定前の病床数として、2017年度病床機能報告を用いた。

※2 合意に至っていない公立病院・公的医療機関等の病床数は除いて集計。

医政局地域医療計画課調べ(精査中)

- 2015年度病床数と2025年の病床の必要量を比較すると、「高度急性期+急性期+回復期」の全国の病床数合計は、89.6万床→90.7万床と増加する。
- 公立病院・公的医療機関等の病床のうち、93%※は、高度急性期・急性期・回復期であり、具体的対応方針における2025年のトータルの病床数見込みの評価は慎重に行う必要がある。

※2015年度ベース

- 2019年年央までに各医療機関の診療実績データを分析し、公立・公的医療機関等の役割が当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか、合意された具体的対応方針を検証し、地域医療構想の実現に必要な協議を促進。

2. 今後の取り組み

- 合意形成された具体的対応方針の検証と構想の実現に向けた更なる対策

- 今後、2019年年央までに、全ての医療機関の診療実績データ分析を完了し、**「診療実績が少ない」** または **「診療実績が類似している」** と位置付けられた **公立・公的医療機関等** に対して、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえつつ、**医師の働き方改革の方向性** も加味して、**当該医療機能の他の医療機関への統合や他の病院との再編統合** について、地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るように要請する予定。

分析内容

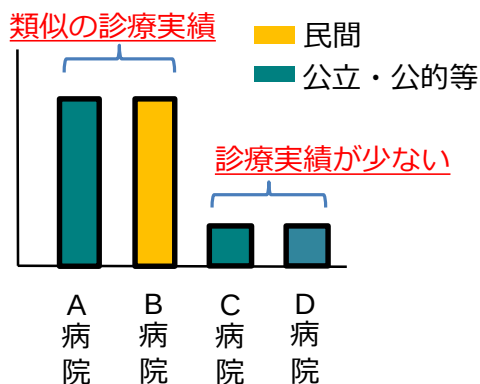
分析項目ごとに診療実績等の一定の指標を設定し、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析する。
重点化が不十分な場合、他の医療機関による代替可能性があるとする。

A 各分析項目について、診療実績が特に少ない。

B 各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している。

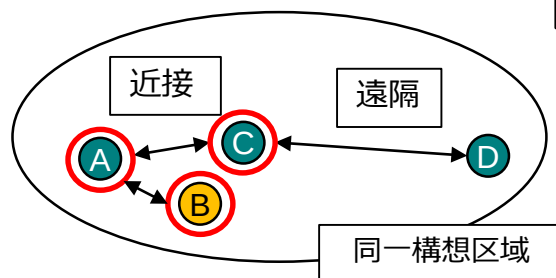
分析のイメージ

①診療実績のデータ分析 (領域等(例：がん、救急等)ごと)



②地理的条件の確認

類似の診療実績がある場合のうち、**近接**している場合を確認



①及び②により
「代替可能性あり」
とされた公立・公的
医療機関等

③分析結果を踏まえた地域医療 構想調整会議における検証

医療機関の診療実績や
将来の医療需要の動向等を踏まえ、
医師の働き方改革の方向性も加味して、

- **代替可能性のある機能の他の医療機関への統合**
- **病院の再編統合**

について具体的な協議・再度の合意を要請



地域医療介護総合確保基金による病床の機能分化・連携推進のための取り組み

1. 予算の状況

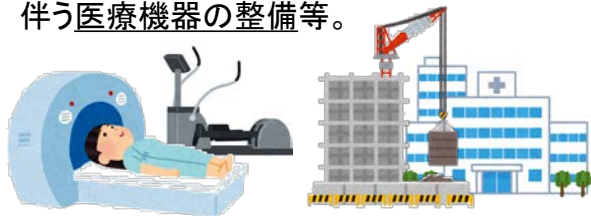
平成30年度における「病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備」への配分額 405億円 (区分Ⅰ (医療提供体制の改革に向けた施設・設備の整備等) の81.2%を充当)

2. 実施が可能な主な事業

急性期から回復期、在宅医療に至るまで、一連のサービスを地域において総合的に確保し、病床の機能分化・連携を推進するため、以下のような事業を実施。

施設・設備の整備

病院の統合・再編等に伴う新築建て替え、ダウンサイジング等に伴う改修及びそれに伴う医療機器の整備等。



兵庫県立柏原病院
(303床)



柏原赤十字病院
(167床)

基金より28.8億円を充当



兵庫県立丹波医療センター
(320床)

基金を事業費として活用し、
地域内の病院の統合再編及び
ダウンサイジングを実施。

地域における議論の促進

各都道府県及び構想区域における地域医療構想の議論を促進するために必要な経費。

①地域医療構想アドバイザーの活動に係る経費

※地域医療構想アドバイザー：
地域医療構想の進め方に関して地域医療構想会議の事務局に助言を行ったり、議論に参加して参加者に助言を行う者。



②地域医療構想セミナーの開催に関する経費

※地域医療構想セミナー：
医療機関や金融機関等の関係者に地域医療構想を理解してもらうためのセミナー・会議。



医療機関への支援措置

再編等に伴う各医療機関の負担緩和のための事業。

①病床削減に伴い、不要となる建物(病棟・病室等)や不要となる医療機器の処分(廃棄、解体又は売却)にかかる損失(いわゆる除却損)補填。

②早期退職制度の活用により上澄みされた退職金の割り増し相当額の補填。

③専門家(中小企業診断士等)に相談を行う経費。

④再編統合後の施設の設計を行うのに必要な経費。

⑤再編統合にあたって患者の搬送や退院支援等を行うに必要な経費 等

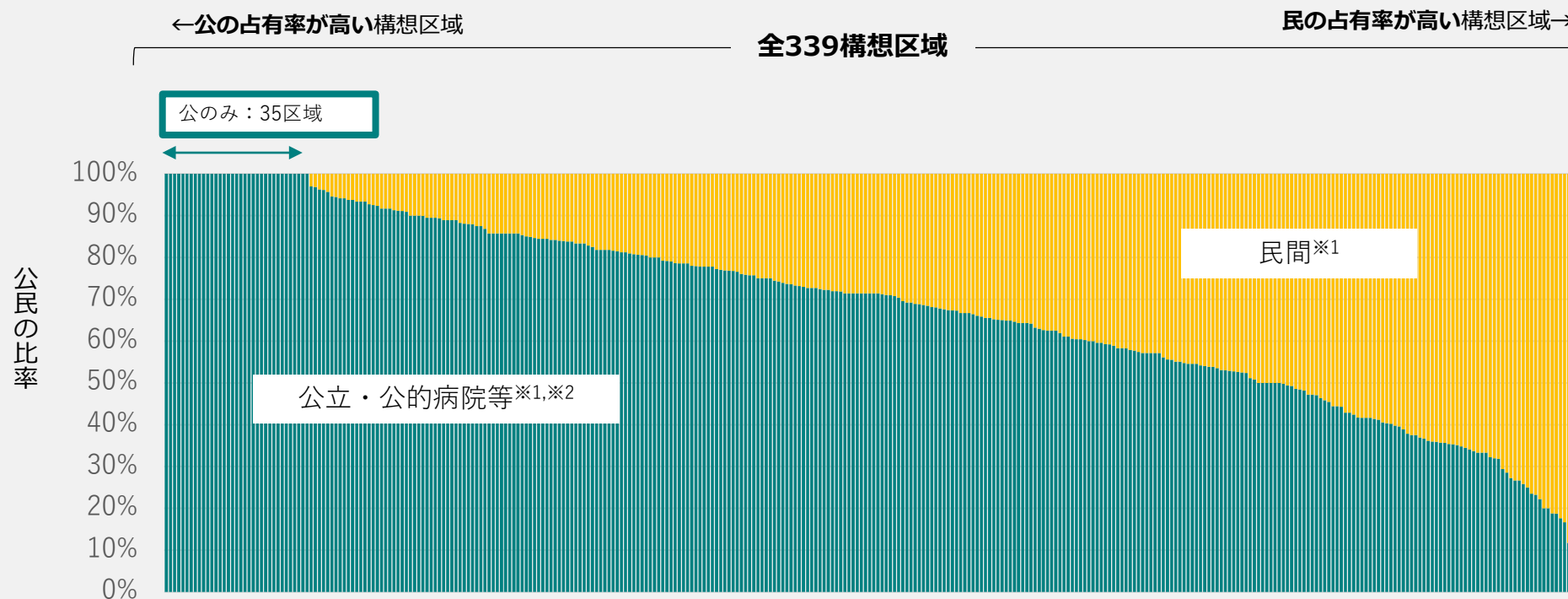
各構想区域における公民比率について — 医療機能別の病棟数の公民比率① —

(分析の内容)

○ 病床機能報告における「医療機能」別の病棟数について、構想区域ごとに、病棟数の公民比率を算出した。

(例：区域内で、高度急性期または急性期を選択した病棟が、公立・公的病院等に1病棟、民間病院に1病棟あった場合、比率は50%)

「高度急性期機能」又は「急性期機能」を選択した病棟数（全17,749病棟：公11,079病棟、民6,670病棟）

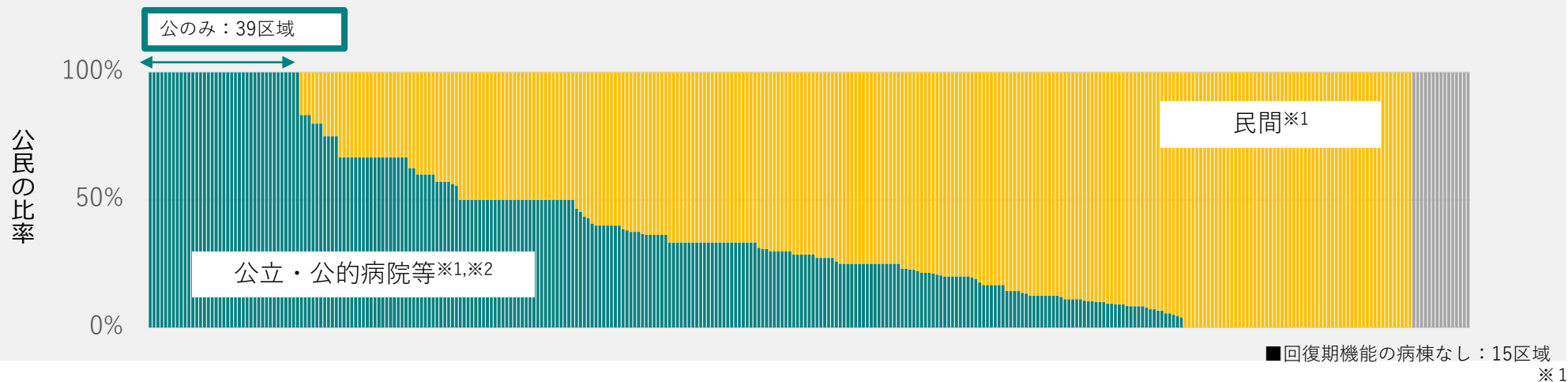


※1 病院の病棟のみ集計した。（有床診療所は本集計に含めていない。）

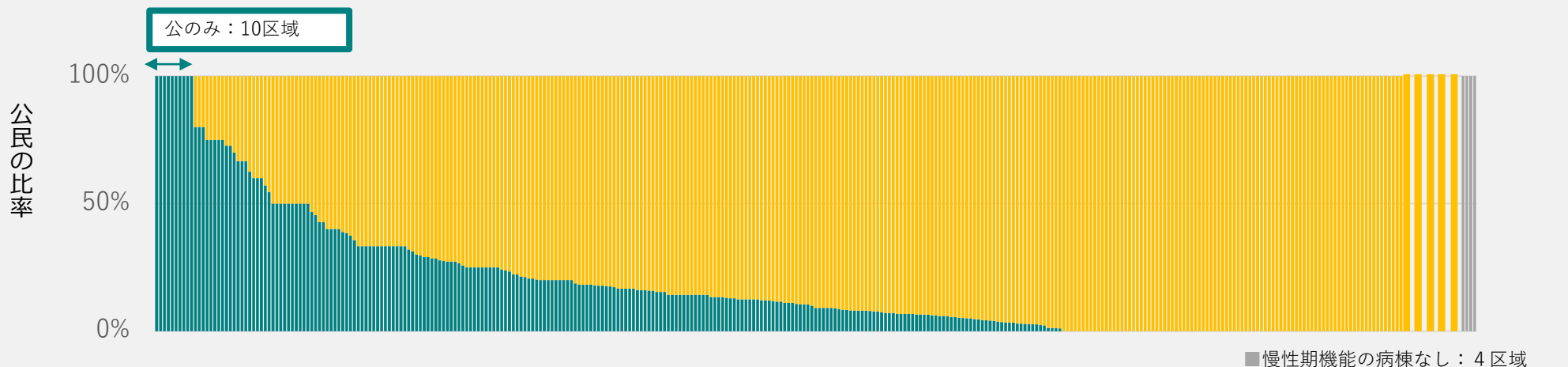
※2 「公立・公的病院等」＝新公立病院改革プラン策定対象病院＋公的医療機関等2025プラン策定対象病院

各構想区域における公民比率について — 医療機能別の病棟数の公民比率② —

「回復期機能」を選択した病棟（全3,095病棟：公748病棟、民2,347病棟）



「慢性期機能」を選択した病棟（全7,285病棟：公785病棟、民6,500病棟）



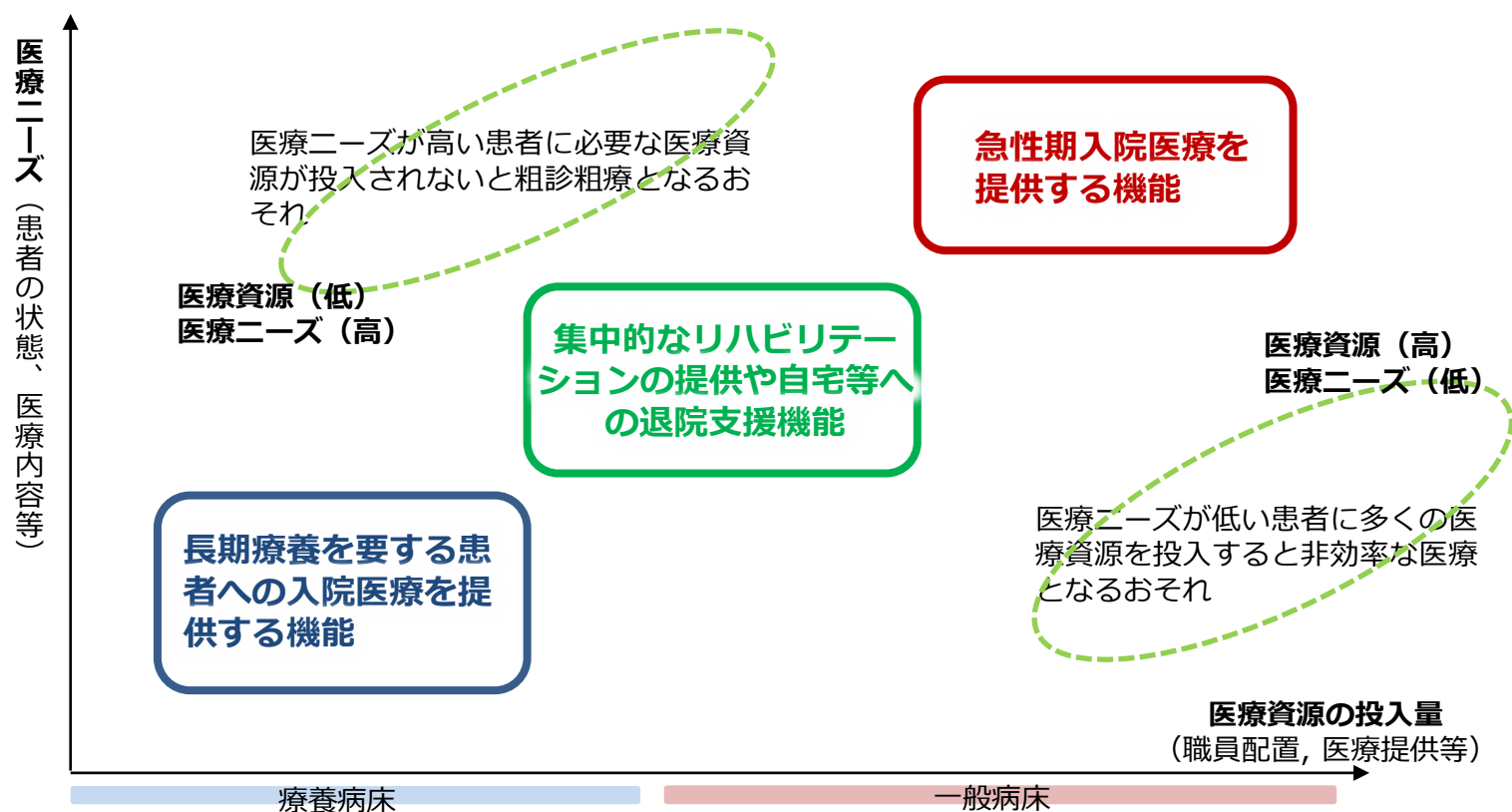
※1 本集計は病院の病棟のみ集計したもの。（有床診療所は本集計に含めていない。）

※2 「公立・公的病院等」＝新公立病院改革プラン策定対象病院＋公的医療機関等2025プラン策定対象病院

平成29年度病床機能報告より

入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）

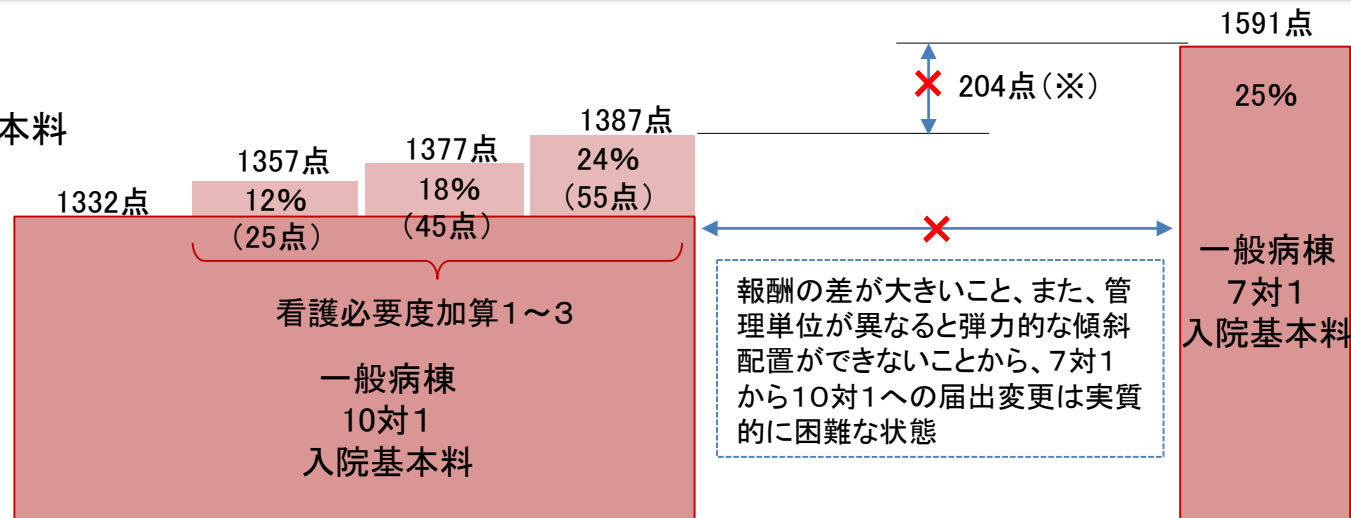
- 入院医療の評価の基本的な考え方としては、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましい。
- 患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがある。



一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合のイメージ

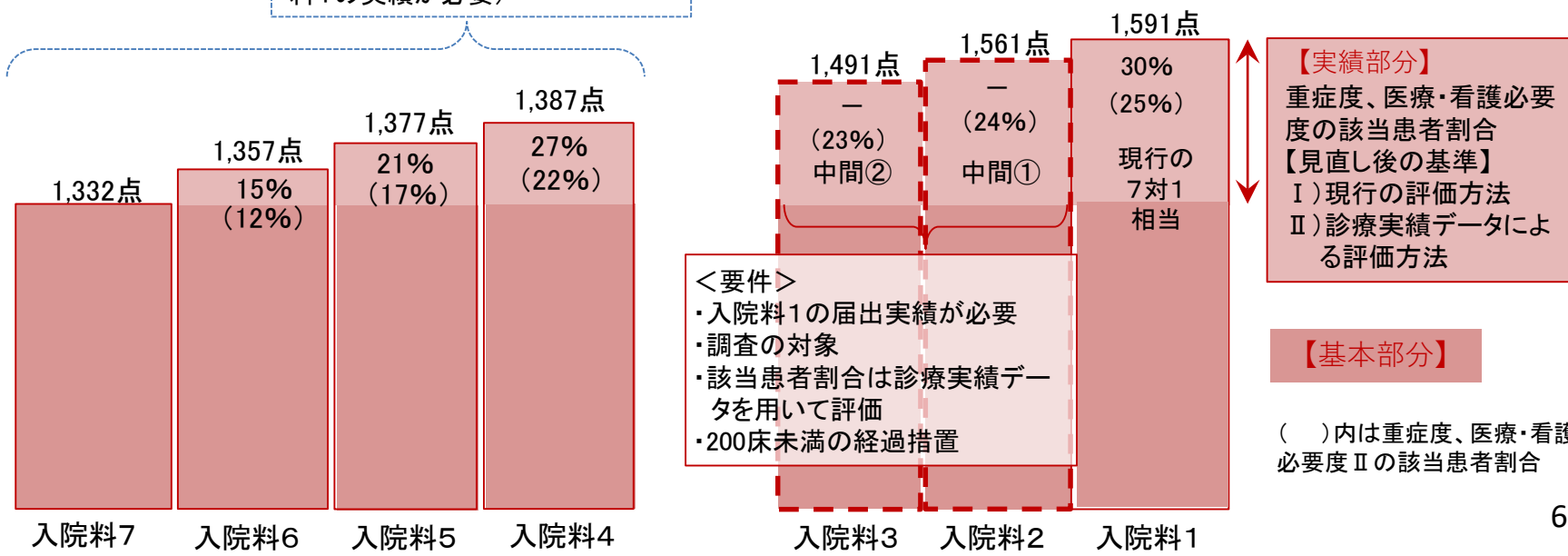
【現行】

一般病棟入院基本料



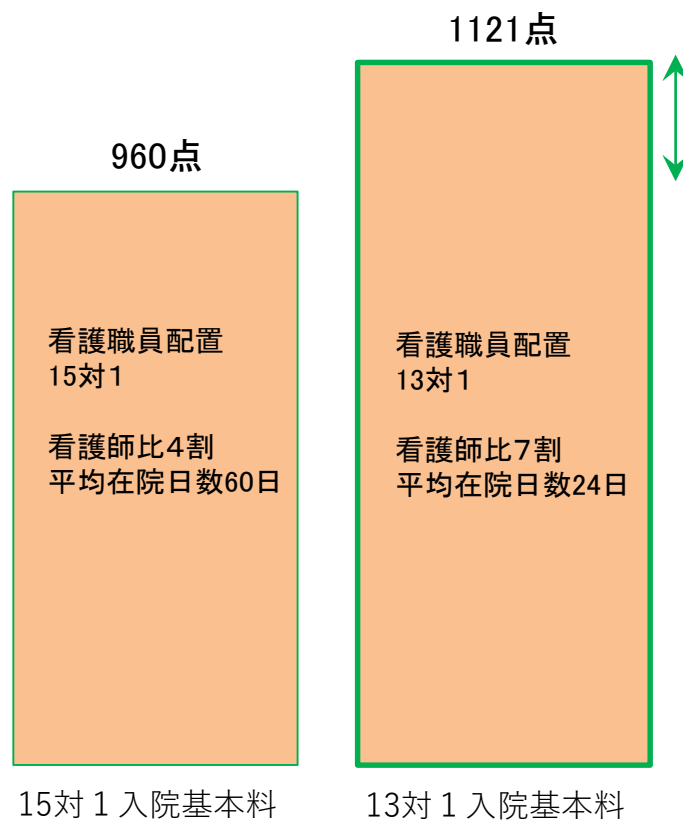
【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料



一般病棟入院基本料(13対1、15対1)の再編・統合のイメージ

【現行】

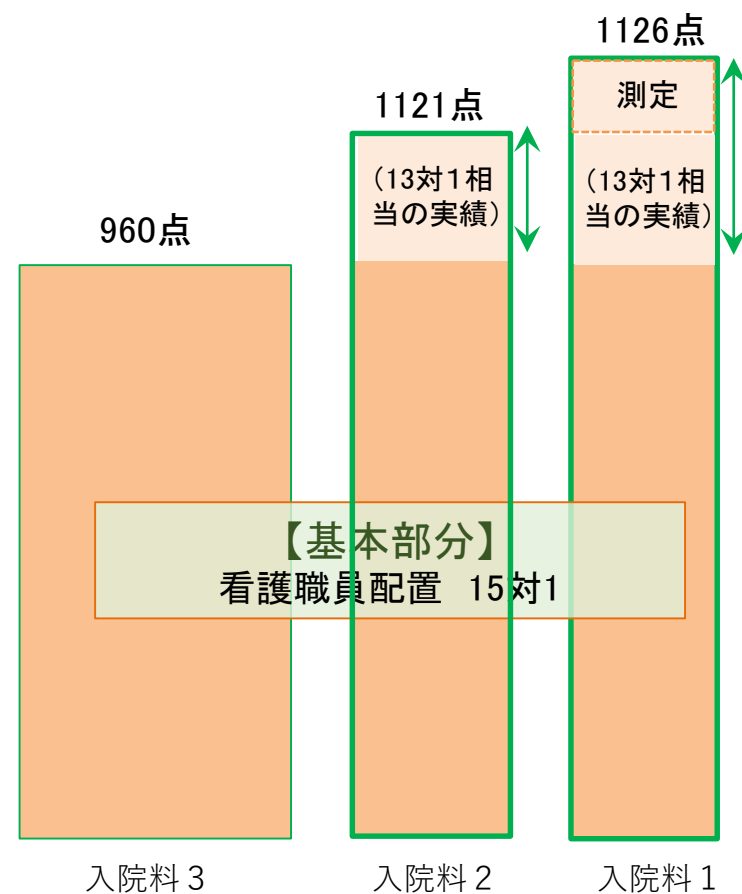


再編

【平成30年度改定】

【実績部分】

- ・現行の13対1入院基本料相当の実績
- ・重症度、医療・看護必要度の測定
- (※ 段階的な評価に用いる指標については、改定後にさらに検討)

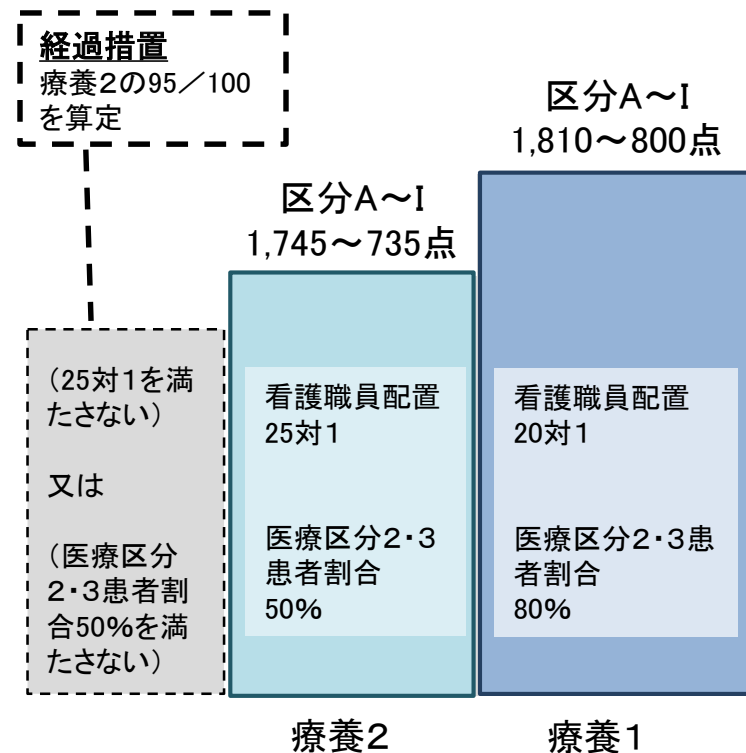


地域一般入院基本料

療養病棟入院基本料の再編・統合のイメージ

【現行】

療養病棟入院基本料

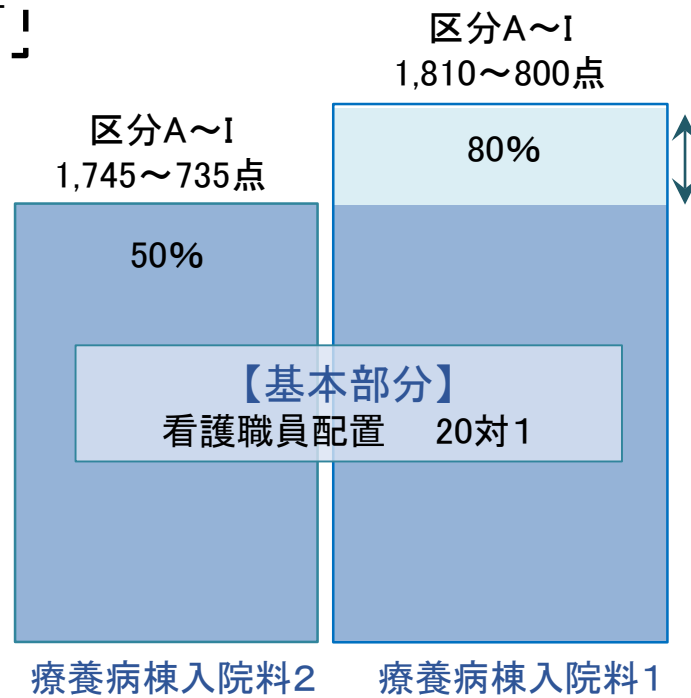


再編

【平成30年度改定】

療養病棟入院基本料

【実績部分】
・医療区分2・3該当患者割合



上記の対応関係にある病棟については、平成30年9月30日までの間は、施設基準を満たしているものとみなす。