

項目	指摘事項	厚生労働省としての取組状況
保険者努力支援制度	40代、50代の特定健診受診率の向上のため、評価指標に受診率を盛り込むべき。	○ 受診率向上のため、ナッジ理論の活用についてのハンドブックや、被保険者の規模別に実施率が伸びている保険者の取組を盛り込んだワークシートの提供を通じ、各保険者における、今後の受診率向上対策事業を推進しており、これらの取組により、40～50歳代も含め、引き続き受診率の向上に取り組んでいく。 ○ なお、保険者努力支援制度については、今般（2019年7月26日）、骨太方針等に基づき、2020年度の評価指標において、マイナス点を設定し、メリハリを強化するなど、予防・健康インセンティブの強化を図った。今後も各指標の達成状況を踏まえ、地方団体と協議しつつ、評価指標の見直しを検討していく。
	アウトカム指標の割合の計画的な引き上げのスケジュールを示すべき。	○ 保険者努力支援制度については、今般（2019年7月26日）、骨太方針等に基づき、2020年度の評価指標において、マイナス点を設定し、メリハリを強化するなど、予防・健康インセンティブの強化を図った。 ○ その中で、アウトカム指標の充実を図っており、例えば、 ・ 重症化予防の取組について、新規透析導入患者数に係る評価指標を導入するとともに、 ・ 後発医薬品の促進について、取組に係る評価から、使用割合に係る評価への重点化を図ったところ。 ○ 毎年度、各指標の達成状況を踏まえ、地方団体と協議しつつ、評価指標の見直しを検討しており、現状のアウトカム指標の取組状況・効果の検証に加え、今回のアウトカム指標の充実に係る結果を分析した上で、一層のアウトカム指標の充実に向けて検討していく。
法定外繰入れ解消	法定外繰入の削減方法を示すべき。都道府県内の保険料水準の統一化を一層進めるべき。	○ 国保の財政運営の都道府県単位化の趣旨を踏まえると、同一都道府県内における保険料負担の公平性の観点からも、法定外繰入等の解消を進めることが重要である。こうした観点も踏まえつつ、自治体に対しては、赤字解消計画の策定等を通じて、収納率向上対策（口座振替の原則化等）や医療費適正化等のほか、保険料率を適切な水準（標準保険料率として都道府県が参考値を算定・公表）に近づけていくことを促している。また、今般、2020年度の保険者努力支援制度において、法定外繰入等についてもマイナス点の設定など抜本的な強化を図ったところであり、都道府県において、市町村と議論を行いつつ、解消に向けた目標や具体的な取組内容等を定めた計画の「見える化」とともに、解消に向けた取組を進めている。 ○ 加えて、本年においては、7～8月に地方ブロックごとの会議を開催し全都道府県と個別ヒアリングを実施したところであり、さらに、11月以降、特に1人当たりの繰入額が多い都道府県に対し、個別ヒアリングを実施することとしており、自治体の状況・特性に応じた解消策の指導・助言を行っていく。 ○ 保険料水準の統一に向けては、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赤字の解消などに取り組んでいただく必要があり、こうした取組が進むよう、厚生労働省としても先進・優良事例の横展開を進めていく。

項目	指摘事項	厚生労働省としての取組状況
生活習慣病等対策	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等の簡素化を早期に実施すべき。	○ 2018年からの第3期特定健康診査等実施計画では、例えば、本人同意の下、保険者が診療での検査結果の提供を受け、特定健康診査の検査データとして活用できることとするなど、健診の簡素化・柔軟化を図ってきたところ。 ○ また、今年度から厚生労働科学研究において、特定健康診査・保健指導における健診項目の必要性、妥当性の検証等を行う中で、新たな技術を活用した血液検査など負荷の低い検査方法に関する検証を早急に行う予定。
	自治体独自の問題点を踏まえた重症化予防の処方箋を提示すべき。	○ 糖尿病性腎症の重症化予防について、先進事例の横展開を推進するため、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を改定し、周知を行ってきた。 ○ なお、今年度より、効果的な慢性腎臓病(CKD)診療連携体制の構築に向けたモデル事業を開始し、その中で「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の活用も含めた取組を推進している。今後、モデル事業の実施状況を踏まえ、実施都道府県における課題を分析しつつ、先進・優良事例を横展開していく。
データヘルス改革	保健医療データプラットフォームのうち、レセプトに基づく特定健診、薬剤情報以外の情報の取組の課題を整理すべき。	○ 2019年9月にデータヘルス改革推進本部において策定した、2021年度以降に目指すべき未来と2025年度までの工程表に沿って、4つの柱として、「ゲノム医療・AI活用の推進」、「医療・介護現場の情報利活用の推進」、「自身のデータを日常生活改善等につなげるPHRの推進」、「データベースの効果的な利活用の推進」の取組を進めている。 ○ 「医療・介護の現場情報利活用の推進」におけるレセプトに基づく薬剤情報や特定健診情報以外の情報の取組については、2020年夏までの工程表の策定に向けて、以下の課題について検討し、関係者のご意見等も踏まえ、来年度早期に工程表案の結論を得る。 ・ 保健医療情報を確認することの効果や医療現場のユースケースを踏まえた上で、優先して確認すべき保健医療情報 ・ 管理主体 ・ システム構築費等の費用(財源) ・ 患者の同意取得等具体的な運用ルール

項目	指摘事項	厚生労働省としての取組状況
地域医療構想	本年末までに新たな工程表を策定すべき。 以下の取組を実施すべき。 ・ 民間医療機関の病床削減 ・ 消費税財源を活用した病床のダウンサイジング支援 ・ 新たな都道府県知事の権限のあり方 ・ 地域医療介護総合確保基金の配分のメリハリ付け 等	○ 地域医療構想は、医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期といった4機能）を、将来の医療ニーズに合わせた形に見直していくもの。 ○ 本年9月に、高度急性期・急性期に着目して、公立・公的医療機関等の診療実績データの分析結果を公表したが、その後、国と地方の協議の場におけるご意見も踏まえ、自治体等との意見交換会を全国7カ所で開催したところ。今後も、各都道府県等のご要望に応じて意見交換を行うなど、関係者の理解を丁寧に行いながら着実に取組を進めていく。 ○ また、民間医療機関の診療実績データの提供を、関係者のご意見を踏まえながら行うとともに、都道府県からの情報収集を踏まえ、重点支援区域への国による支援も行っていく。 ○ さらに、回復期以降の機能の多くを民間医療機関が担っている実態も踏まえて、民間医療機関の取組を促す更なる分析についても検討する。 ○ 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の具体化については、予算編成過程の中で検討し、地域医療介護総合確保基金の更なる効果的なメリハリ付けの仕組みについても今年度中に検討していく。 ○ こうした取組を行ってもなお、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。
	医療保険と介護保険の実施主体が違ふ中での都道府県と市町村の連携を進めるべき。	○ 介護療養型医療施設から介護医療院への移行は増加しているが、昨年度の調査においては、移行予定について「移行しない」又は「未定」と答えた介護療養型医療施設もあり、このような施設が速やかに移行の意思決定が図られるよう、引き続き基準緩和等必要な支援を行う。 ○ 介護医療院への転換については、2021年度からの第8期介護保険事業計画に向けて、都道府県において転換意向調査を実施し、市町村が転換の影響を把握するとともに適切に計画に反映できるよう、支援を御願ひしていく。

參考資料

保険者努力支援制度

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)

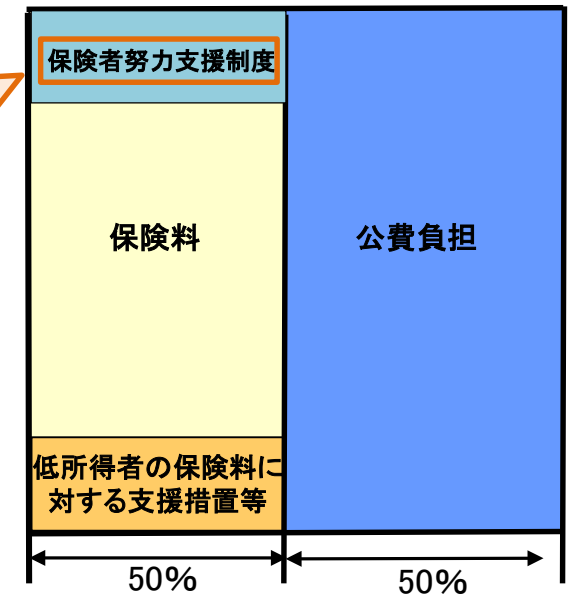
- ・ 特定健診・特定保健指導の実施率
- ・ メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

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

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、過去の取組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

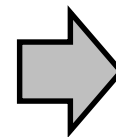
- 年齢調整後一人当たり医療費
- ・その水準が低い場合
- ・前年度(過去3年平均値)より一定程度改善した場合に評価
- 重症化予防のマクロ的評価

指標③ 都道府県の取組状況

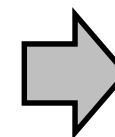
- 都道府県の取組状況
- ・医療費適正化等の主体的な取組状況（保険者協議会、データ分析、重症化予防の取組等）
- ・医療提供体制適正化の推進
- ・法定外繰入の解消等

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KDB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。)

年度指標の考え方】

法定外繰入れ解消等

令和2年度に向けて都道府県に期待される役割

令和元年9月18日 国保事業費納付金等算定標準システム研修会において都道府県へ周知

- 今般の国保制度改革は、関係者における丁寧な作業の結果、現在概ね順調に実施されている。
- ⇒ 制度改革2年目となる本年は、各都道府県及び市町村において、引き続き財政運営の安定化を図りつつ、最大の改革項目である「財政運営の都道府県単位化」の趣旨の深化を図る年度と考えられる。

令和2年度の納付金等算定及び国保運営方針の改訂・中間見直し（令和2年度末）に向け、都道府県と市町村とで協議を進めていくことが重要。

※ その際、都道府県は、県内の統一的な国保運営方針を策定する主体であり、主体的に議論を進める役割が期待されている。

※ なお、下記の項目については、今般、保険者努力支援制度において見直しが図られたものも多く、同制度も活用しつつ協議を進めることが考えられる。

「都道府県単位化」が提起する論点

- ・ 公的医療保険制度は、個々人の実際の医療費の多寡を超えた助け合いによりリスクをヘッジする仕組みである。また、これを持続的に運営するためには、保険集団内において、公平で納得感のある取り扱いとすることが不可欠である。

⇒ 今般、財政が都道府県単位化されたことを踏まえ、「都道府県としての助け合いの形」を強固なものとしていくことが、今後の国保運営をより確かなものにするために必要である。課題となる点としては、さまざまな取組の土台ともなる事務の標準化に加え、①法定外繰入等の解消、②保険料水準の統一に向けた議論、③医療費適正化の推進などがある。

※ 標準化・均てん化の取組を進めるに当たっては、市町村において適正に行われている取組へのディスインセンティブとならないよう、「好ましい方向への均てん化」を図ることが重要である。

各課題における主な視点

① 法定外繰入等の解消

- ・ 同一都道府県内で、法定外繰入等のある市町村とない市町村の存在をどのように考えるか、状況の見える化とともに議論を行い、早期に着実な解消を図ることが重要である。

② 保険料水準の統一に向けた議論

- ・ まずは改めて議論を深めることが重要である。地域の実情を踏まえ、統一化の定義や前提条件等、さらには保険料算定方式の統一や標準保険料率と実際の保険料率の見える化から検討することも考えられる。統一化を目指す場合には、目標年次や目標水準を明確化したロードマップを描くことが考えられる。
- ・ 保険料水準の統一について議論する中で、収納率の低い市町村における実効性のある取組の実施を確認する。

③ 医療費適正化の更なる推進

- ・ 都道府県には、「国保の財政運営の責任主体としての役割」と「良質で効率的な医療の提供者としての役割」があり、庁内横断的な連携の下で、都道府県内全体の健康水準の向上や医療費適正化を推進することが求められている。
- ・ また、近年、データヘルスの推進や糖尿病の重症化予防、保健事業と介護予防の一体実施といった比較的新しい取組が求められるようになっていることを踏まえ、国保連合会と連携して、体制のより脆弱な小規模自治体の支援に努めていただきたい。

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。

⇒

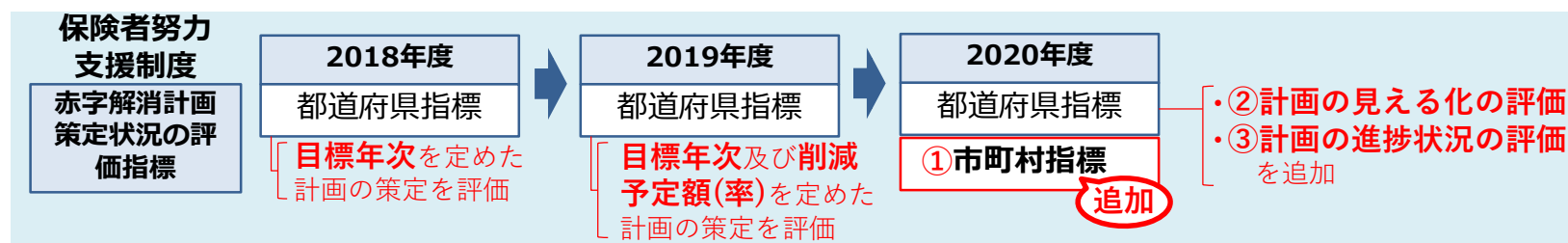
- 各都道府県において、赤字市町村と協議しながら赤字解消計画の公表を推進
- 都道府県による赤字解消計画の公表状況について、2020年度の保険者努力支援制度において評価

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

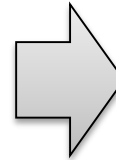
【2020年度指標の考え方】

- 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

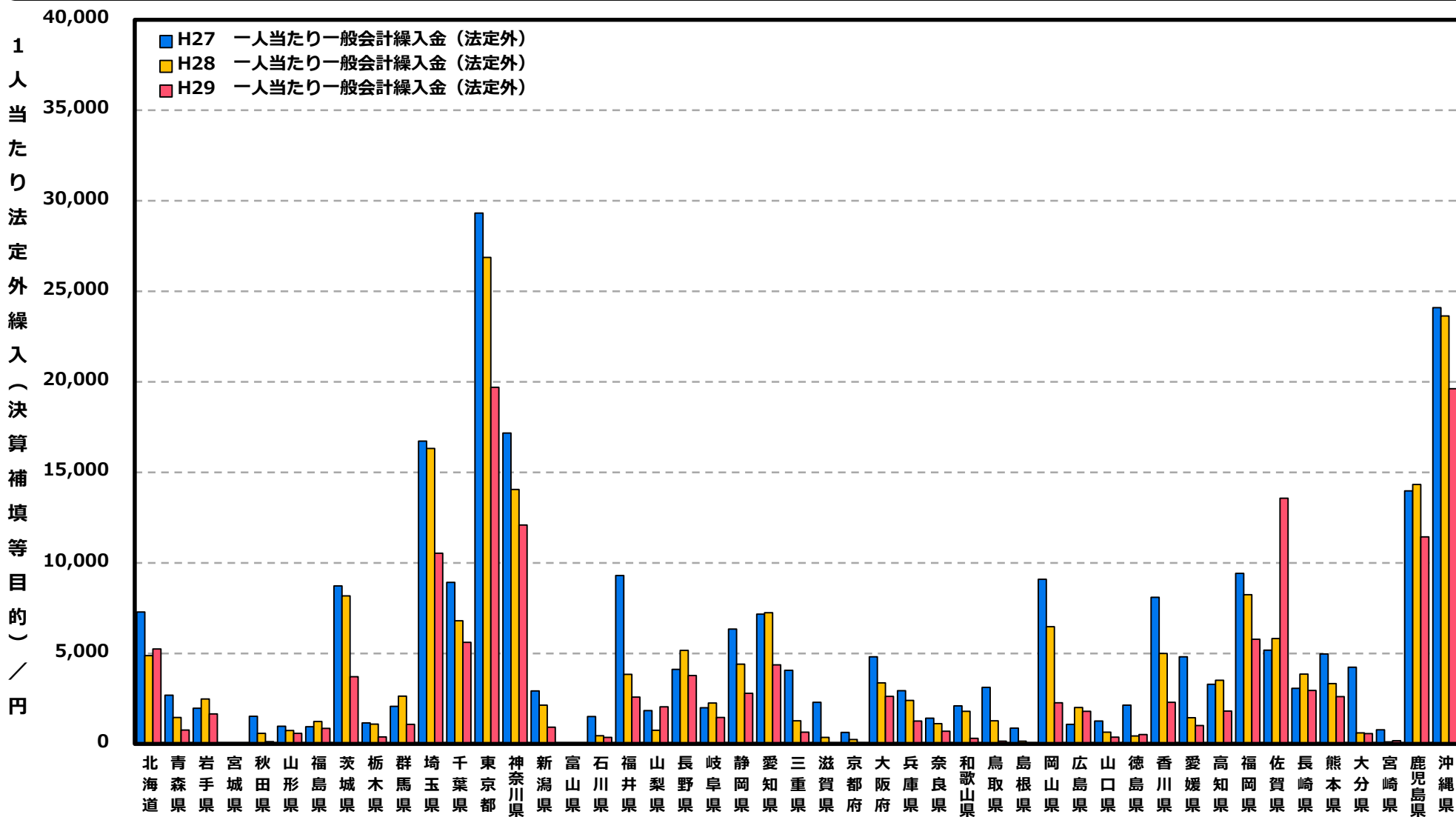
都道府県名	市町村数	赤字市町村 (28年度決算)	赤字解消市町村 (30計画策定時)	計画策定 対象市町村		赤字額
					うち策定済	
A県						億円
B県						億円
⋮						
合計	1,716	703	370	333	298	億円

■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年度	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）

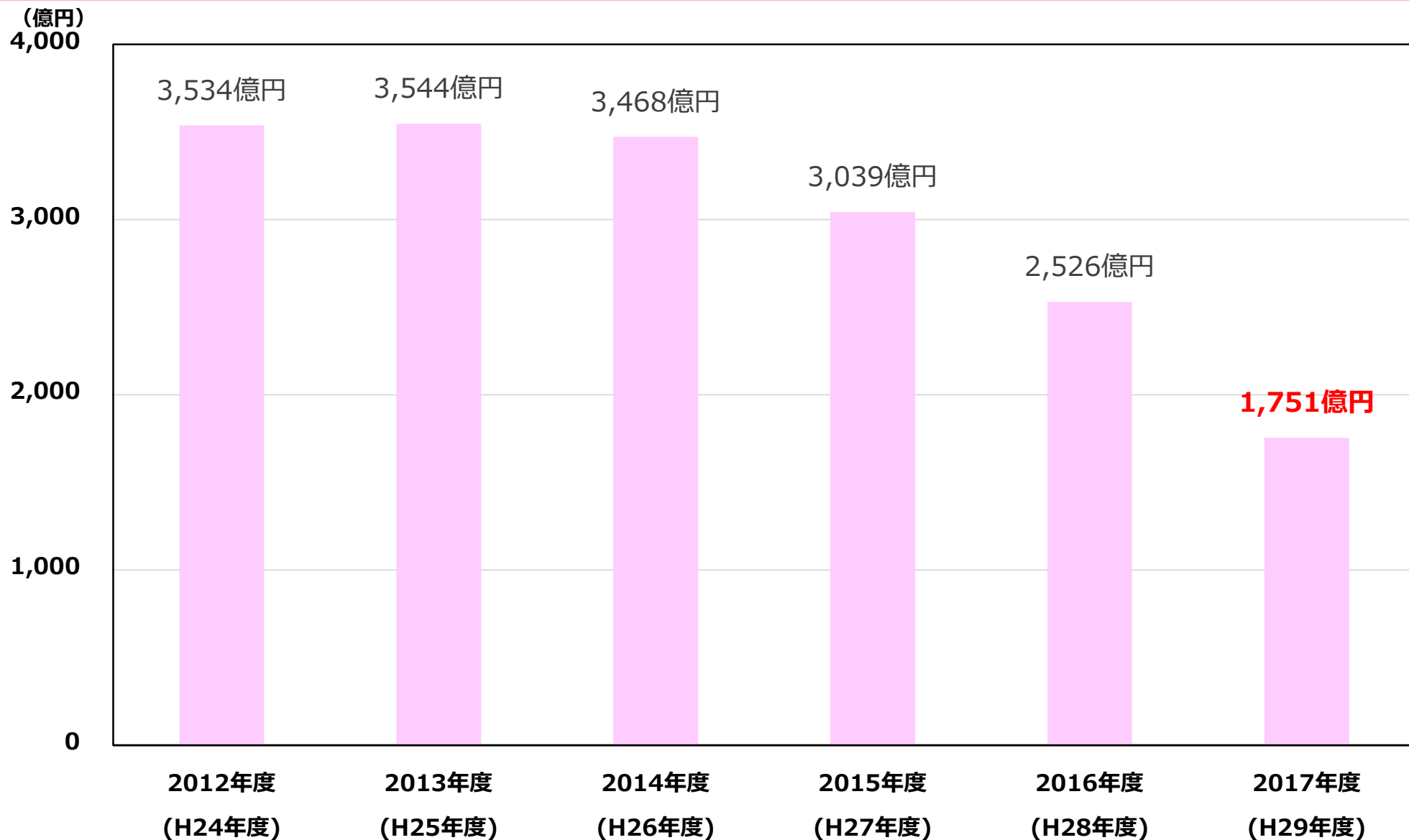
○ 平成29年度の1人当たり繰入金が1万円を超えるのは、埼玉県、東京都、神奈川県、佐賀県、鹿児島県、沖縄県である。



（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

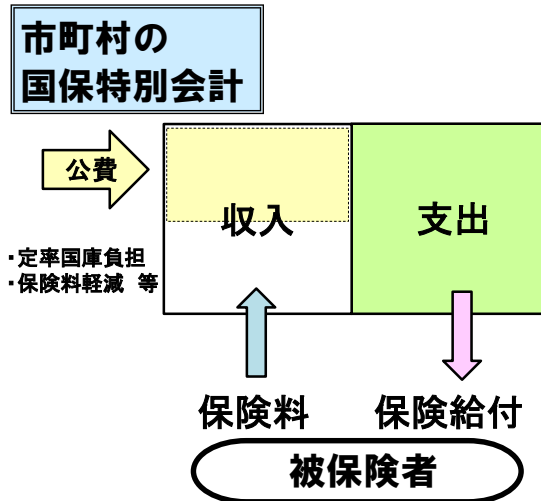
改革後の国保財政の仕組み

- 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。

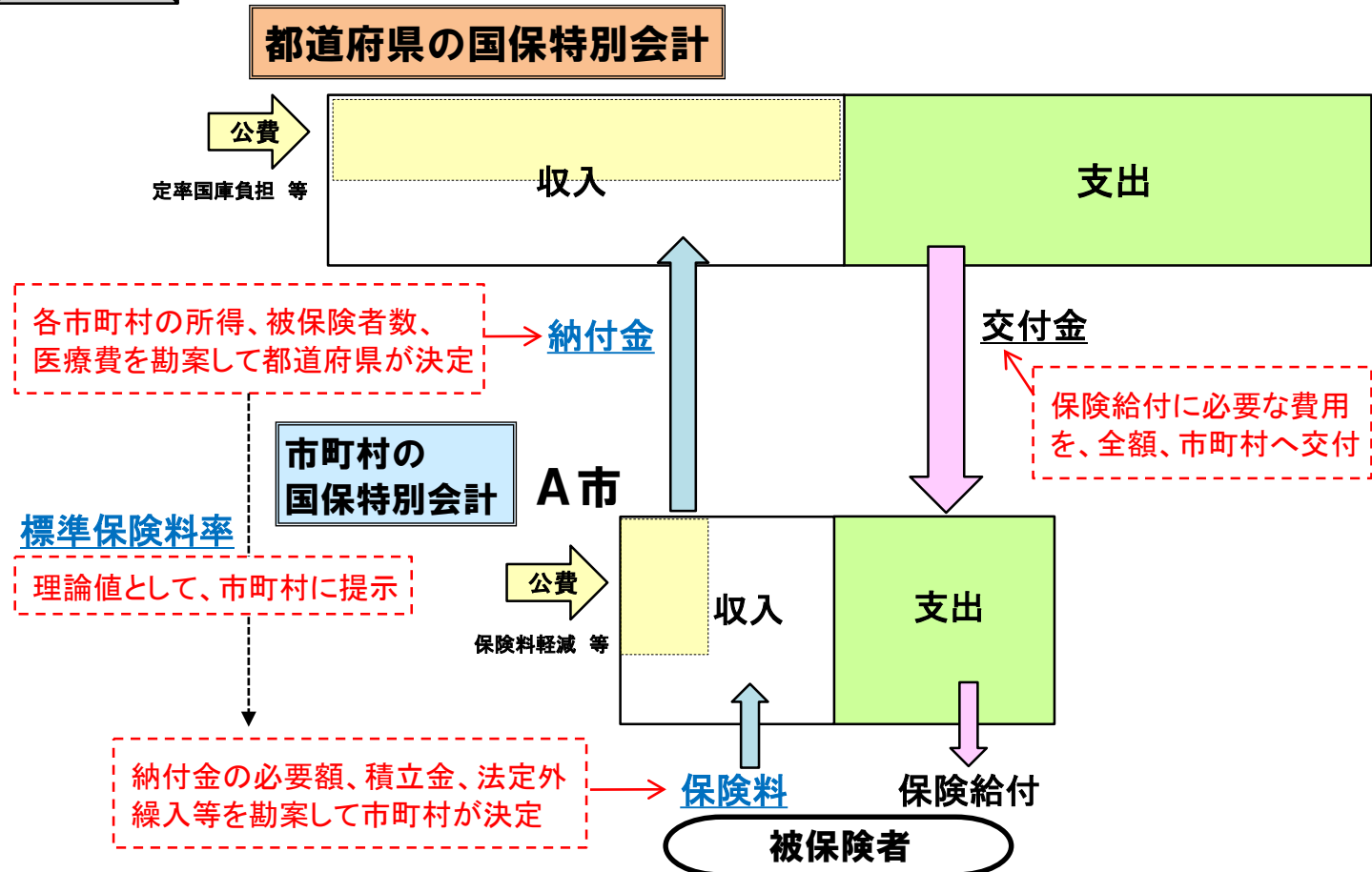
※納付金の額は、市町村ごとの医療費水準と所得水準を考慮

- 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



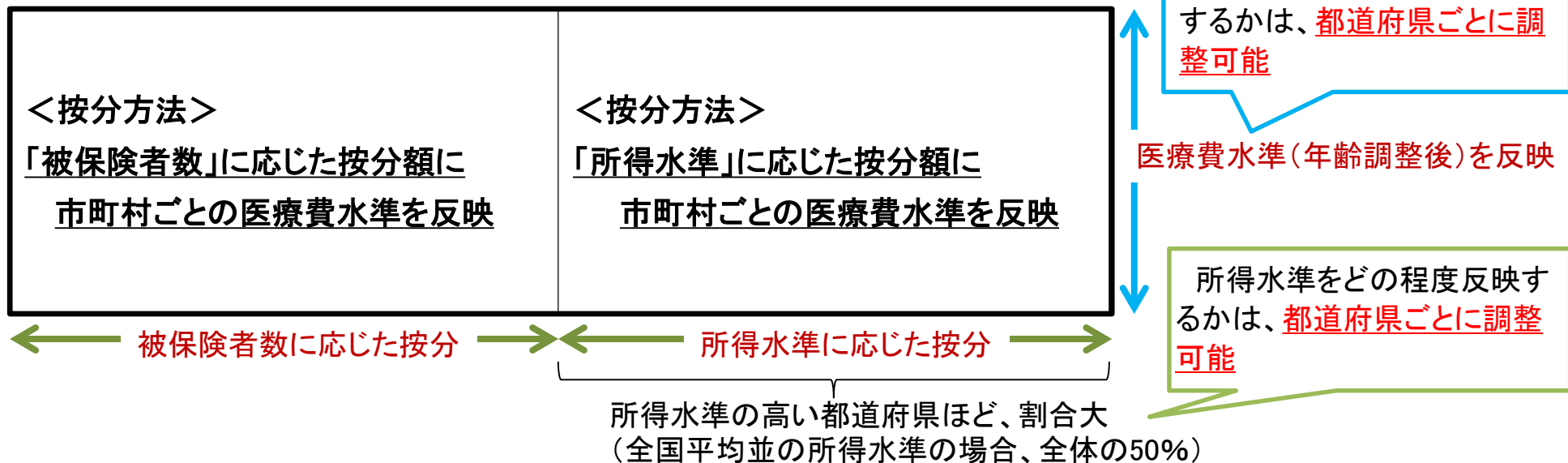
改革後



納付金の市町村への配分

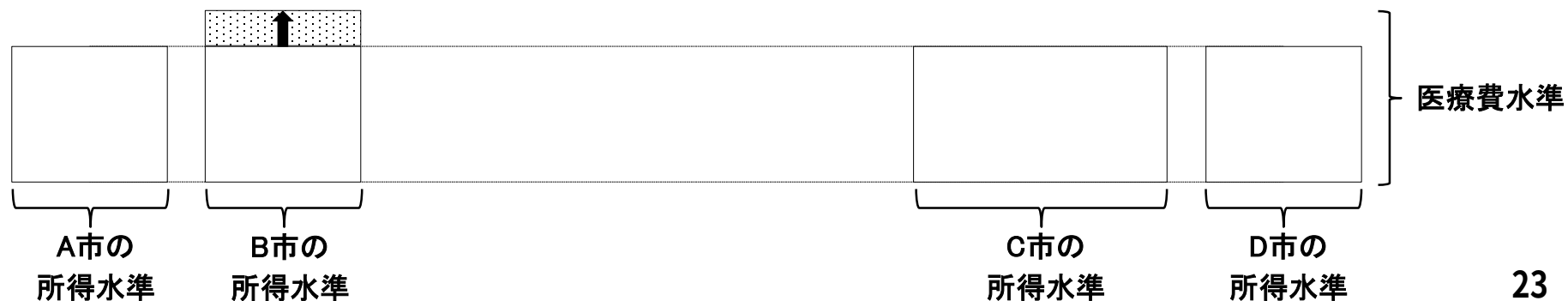
- 都道府県が、都道府県内の保険料収納必要額(医療給付費－公費等による収入額)を市町村ごとの「被保険者数」と「所得水準」で按分し、それぞれに「医療費水準」を反映することにより、市町村ごとの国保事業費納付金の額を決定

＜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

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

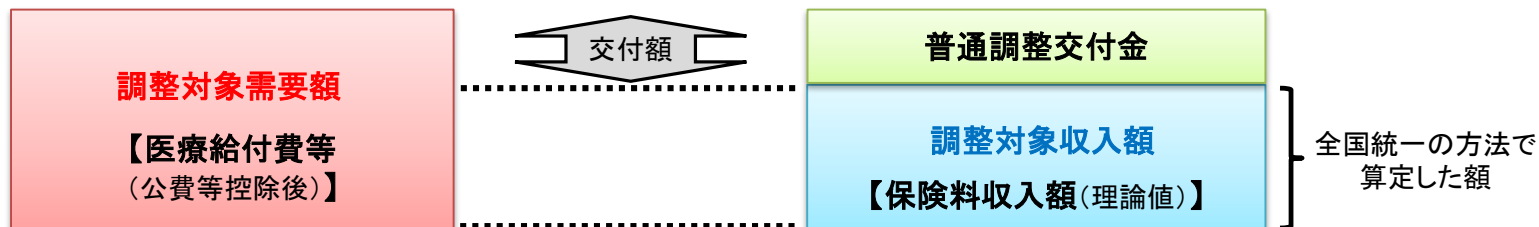
※2 平成29年度決算における決算補填等の目的の一般会計繰入の額

※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

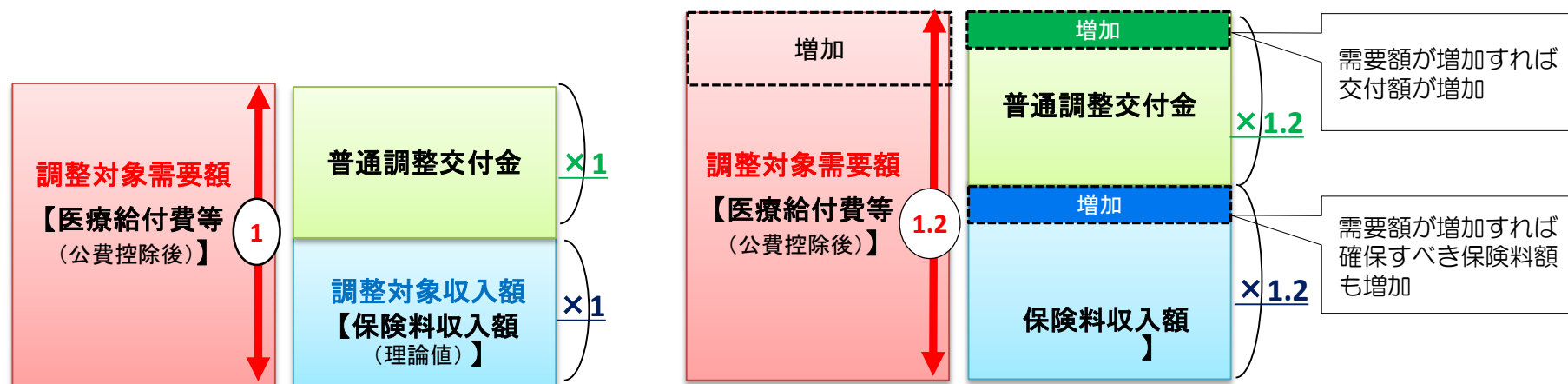
- 普通調整交付金は、都道府県間の財政力の不均衡を調整するために交付。
- 各都道府県の **調整対象需要額**【医療給付費等（公費等控除後）】と **調整対象収入額**【保険料収入額（理論値）】の差額を交付。



- **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。

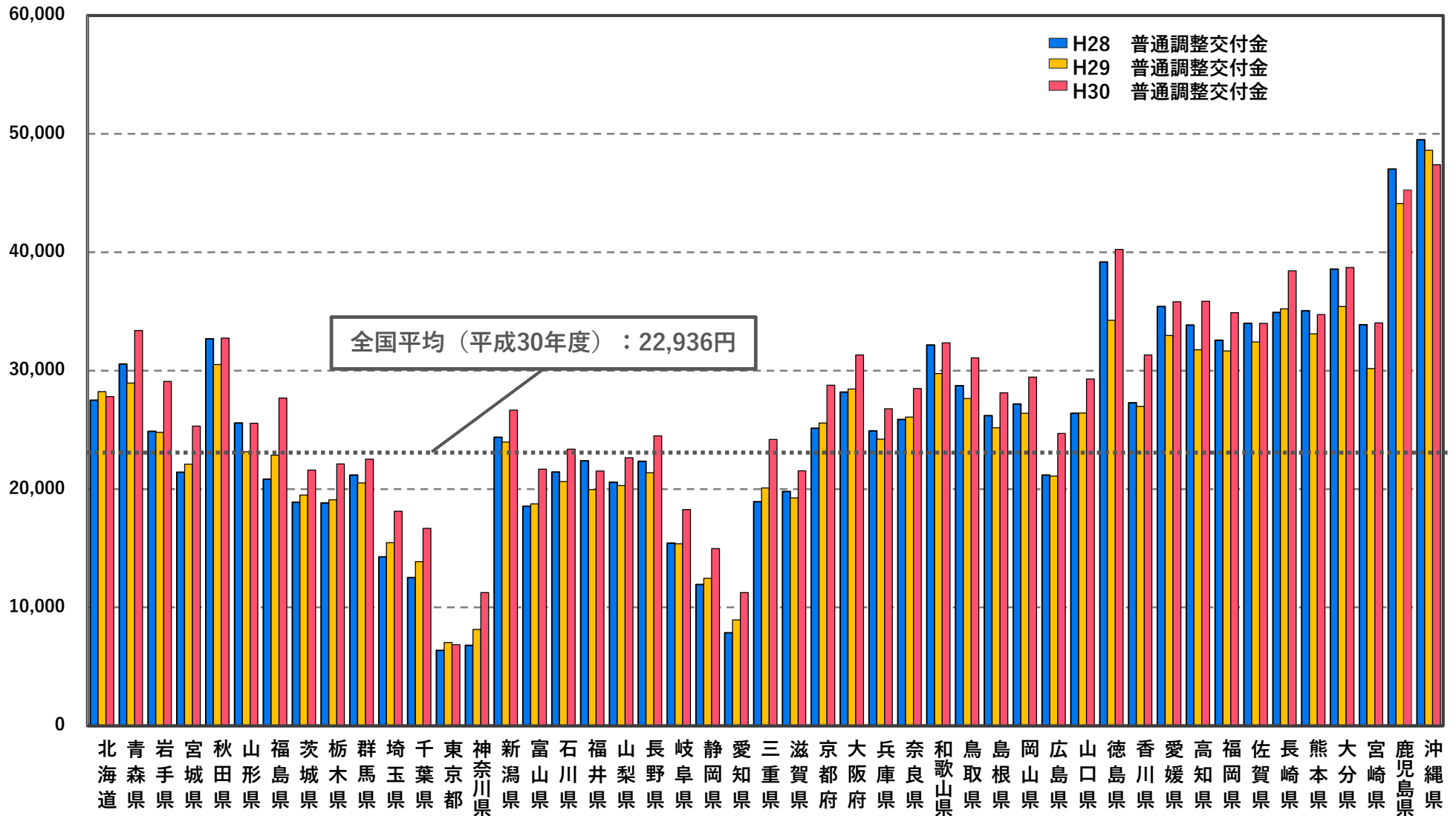
（需要額が1.2倍となった場合）



【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の全国平均は、20,545円

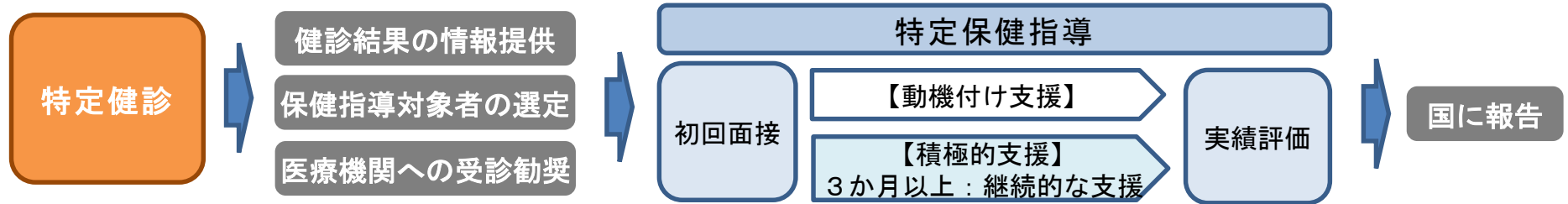


※ 交付額は実績ベース

生活習慣病等対策

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～2023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・イント）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

○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。

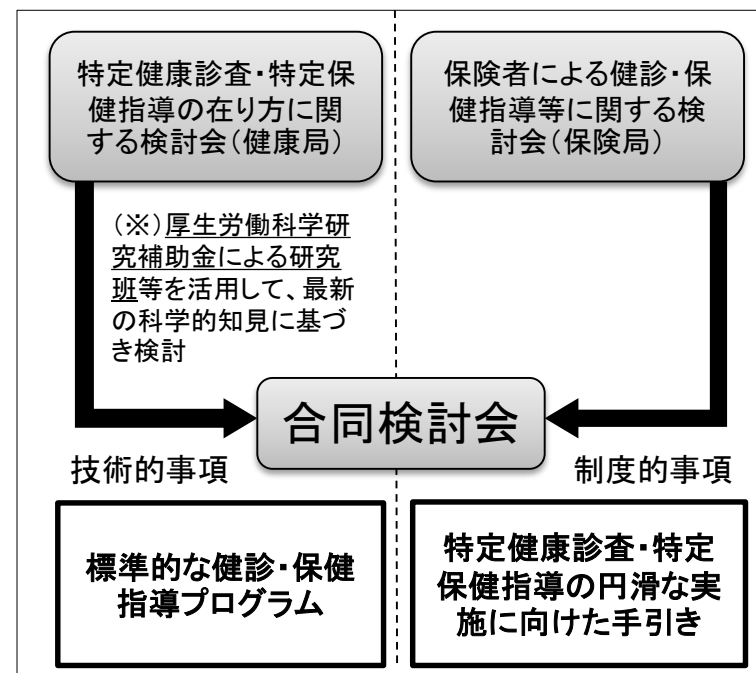
○現在の取組状況

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)

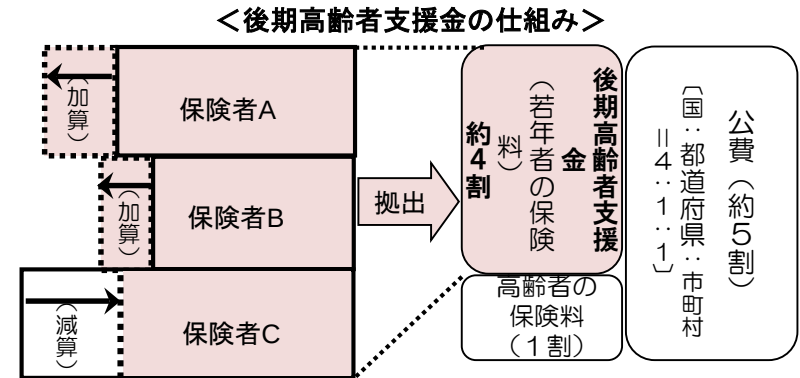
・既存の検査項目や令和6年度以降の新たな検査項目の検討体制

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



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

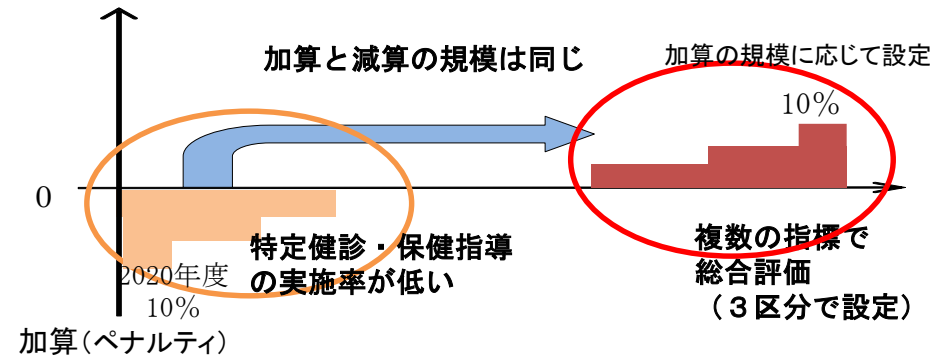
- ・ 特定健診・保健指導の実施率に加え、特定保健指導の対象者割合の減少幅（＝成果指標）、がん検診・歯科健診、事業主との連携等の複数の指標で総合評価

※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。

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。



日本健康会議2019の様子
(令和元年8月23日開催)

「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

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

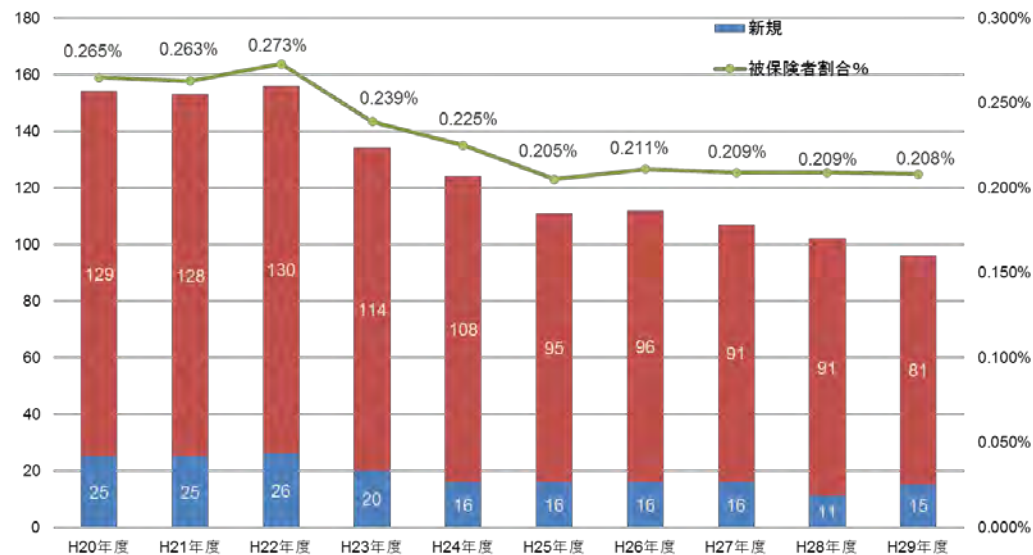
- 専門的な訓練を受けた看護師による個別支援。
- 期間は6か月。(●面談指導:3回, ○電話指導:9回)

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

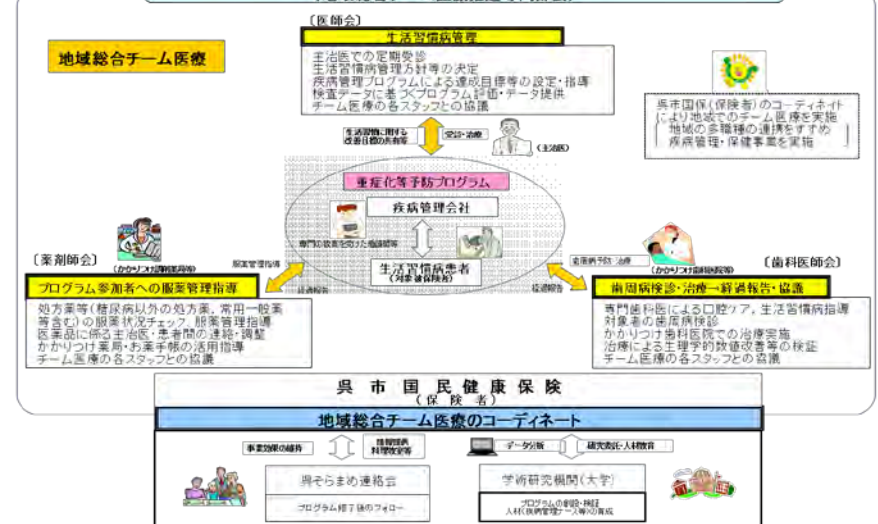
- 食事の実践方法を学ぶ「腎臓にやさしい料理教室」を開催。
- プログラム終了後も6か月ごとにフォローアップ。



呉市 国保人工透析者の推移



呉市地域保健対策協議会 (地域総合チーム医療推進専門部会)



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。

地区医師会
(かかりつけ医)

調整・連携

市町村

協定
締結

埼玉県
国民健康保険
団体連合会

委託契約

民間
事業者

支援 1
人(専門職)の支援

市町村と国保連合会の
共同事業

支援 3
ノウハウの支援

糖尿病性腎症重症化予防プログラム策定

埼玉県医師会
埼玉糖尿病対策推進会議

調整・連携

埼玉県

事業
支援

支援 2
財政支援

国民健康保険
保険給付費等交付金

データヘルス改革

新たなデータヘルス改革が目指す未来

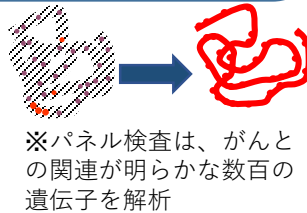
- データヘルス改革で実現を目指す未来に向け、「国民、患者、利用者」目線に立って取組を加速化。
- 個人情報保護やセキュリティ対策の徹底、費用対効果の視点も踏まえる。

ゲノム医療・AI活用の推進

- 全ゲノム情報等を活用したがんや難病の原因究明、新たな診断・治療法等の開発、個人に最適化された患者本位の医療の提供
- AIを用いた保健医療サービスの高度化・現場の負担軽減

【取組の加速化】

- ・ 全ゲノム解析等によるがん・難病の原因究明や診断・治療法開発に向けた実行計画の策定
- ・ AI利活用の先行事例の着実な開発・実装



自身のデータを日常生活改善等につなげるPHRの推進

- 国民が健康・医療等情報をスマホ等で閲覧
- 自らの健康管理や予防等に容易に役立てることが可能に

【取組の加速化】

- ・ 自らの健診・検診情報を利活用するための環境整備
- ・ PHR推進のための包括的な検討



医療・介護現場の情報利活用の推進

- 医療・介護現場において、患者等の過去の医療等情報を適切に確認
- より質の高いサービス提供が可能に

【取組の加速化】

- ・ 保健医療情報を全国の医療機関等で確認できる仕組みの推進と、運用主体や費用負担の在り方等について検討
- ・ 電子カルテの標準化推進と標準規格の基本的な在り方の検討



データベースの効果的な利活用の推進

- 保健医療に関するビッグデータの利活用
- 民間企業・研究者による研究の活性化、患者の状態に応じた治療の提供等、幅広い主体がメリットを享受

【取組の加速化】

- ・ NDB・介護DB・DPCデータベースの連結精度向上と、連結解析対象データベースの拡充
- ・ 個人単位化される被保険者番号を活用した医療等分野の情報連結の仕組みの検討



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

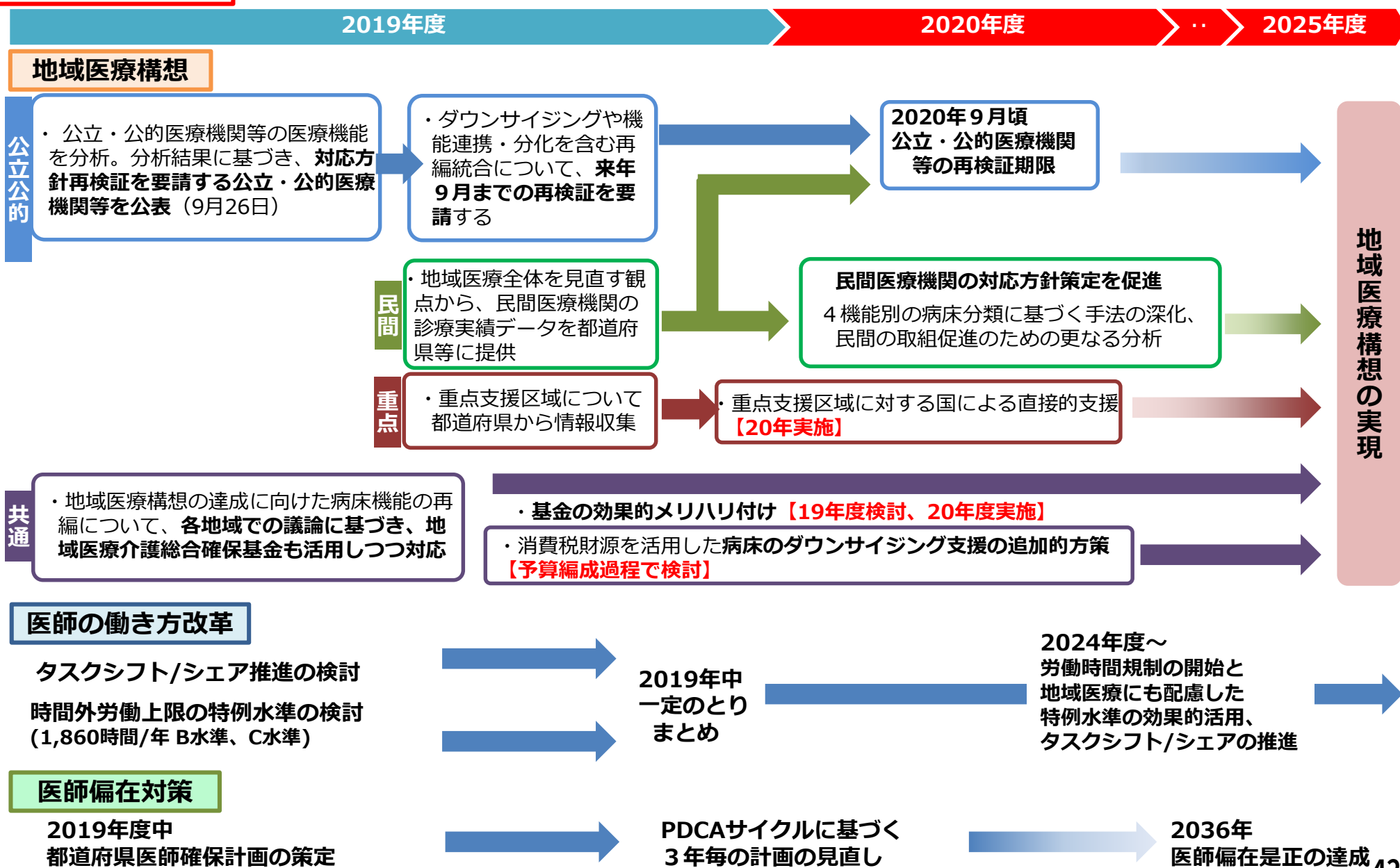
- 実証事業等で明らかになった課題
 - ① ネットワーク参加者及び患者双方へのメリットのあるサービスとは何か
 - 薬（処方、調剤）と検査結果及びそれらに関する基本情報（いつ（実施年月日）どこで（施設情報）誰が（患者基礎情報等）など）を、重要表示項目（最も重要な共有データ項目）とする。また、全国から収集可能なレセプトデータから開始する。
 - ② 初期コスト・運営コスト等の低コスト化の必要性
 - コストを上回る便益、国民から見た利便性、さらにリスクに見合ったベネフィットについて、さらにコスト面について整理が必要。
 - ③ 電子カルテを含む医療情報システムの標準化
 - 地域医療連携ネットワークは、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。

地域医療構想

すべての国民が安心できる質の高い医療提供体制の構築

令和元年10月28日
経済財政諮問会議
加藤臨時議員提出資料

三位一体の取組



公立病院・公的医療機関等の具体的対応方針の集計結果

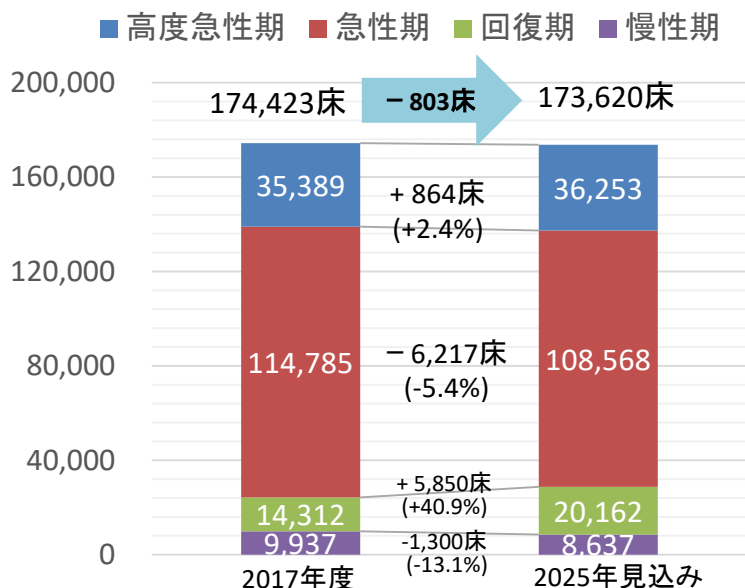
第32回社会保障WG
(令和元年5月23日)
資料1-1

- 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。

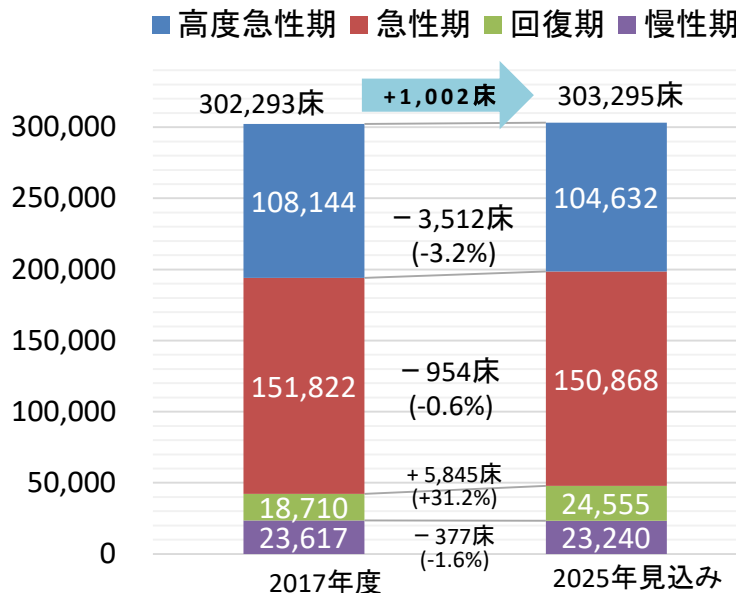
2017年度の病床機能報告と具体的対応方針(2025年度見込)の比較

(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

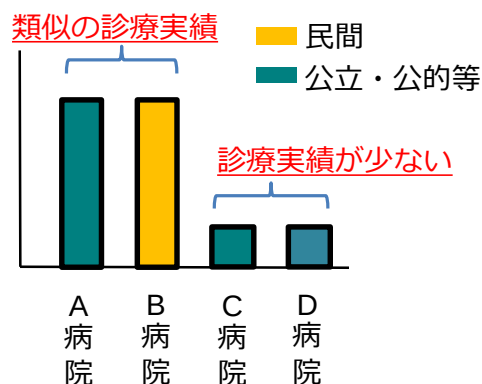
分析項目ごとに診療実績等の一定の指標を設定し、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析する。
重点化が不十分な場合、他の医療機関による代替可能性があるとする。

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。

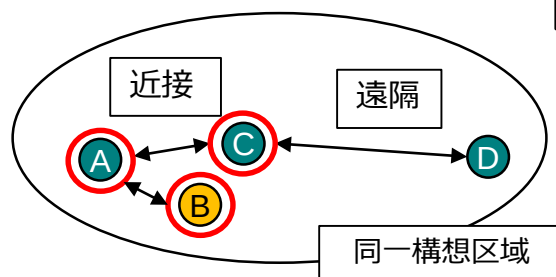
分析のイメージ

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

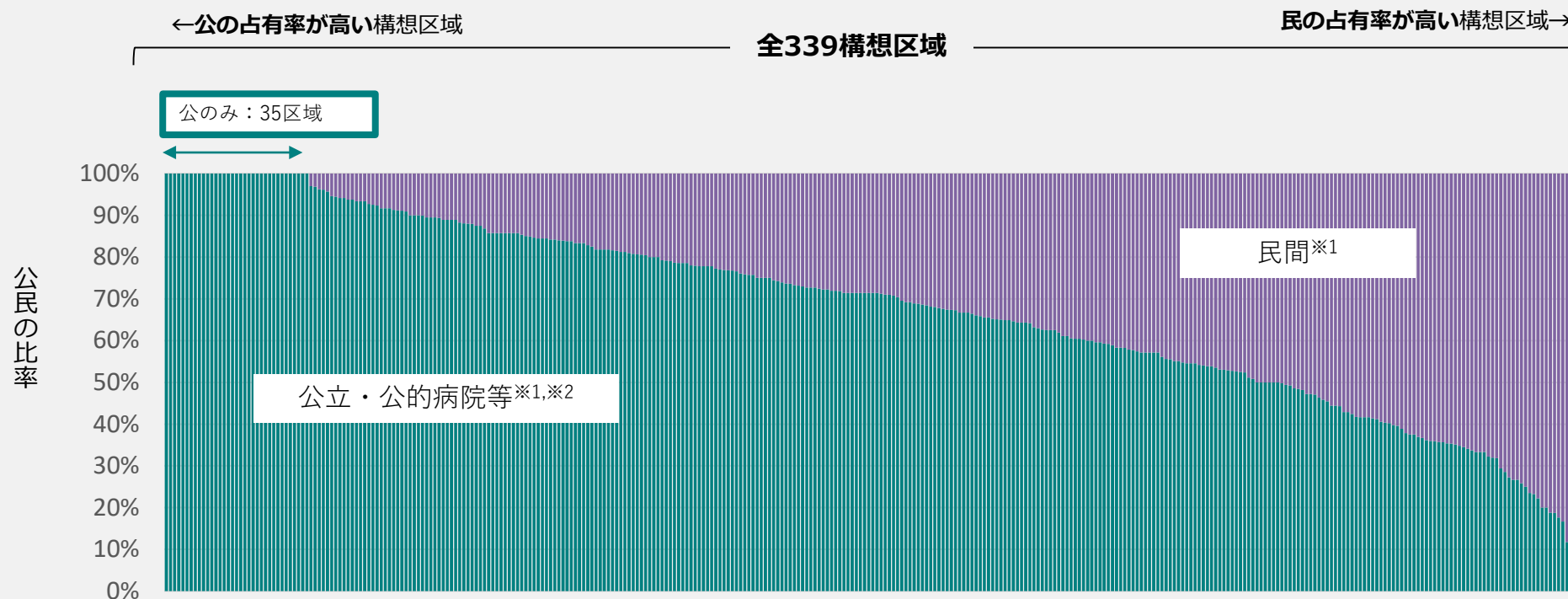
各構想区域における公民比率について — 医療機能別の病棟数の公民比率① —

(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）

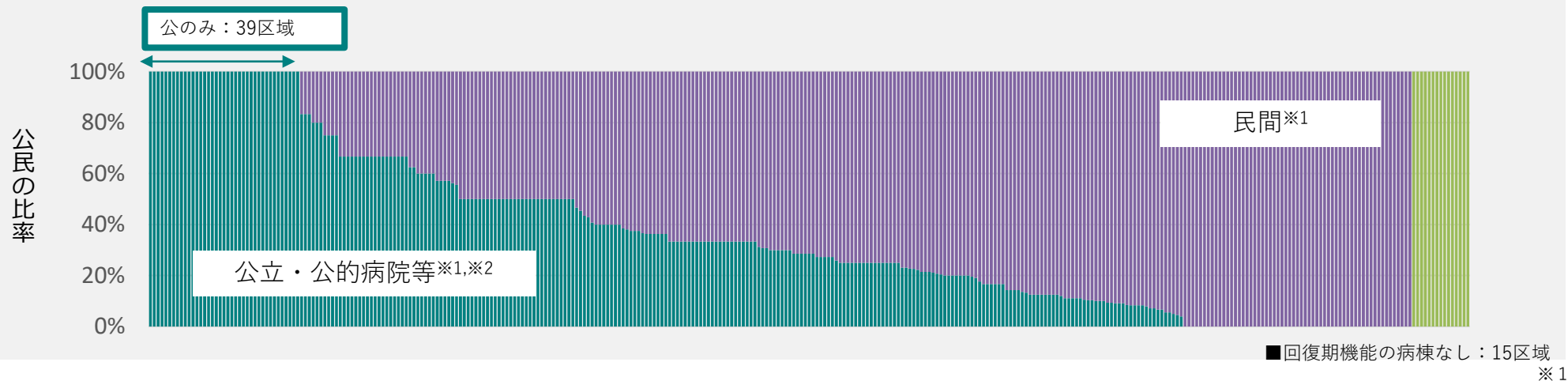


※1 病院の病棟のみ集計した。（有床診療所は本集計に含めていない。）

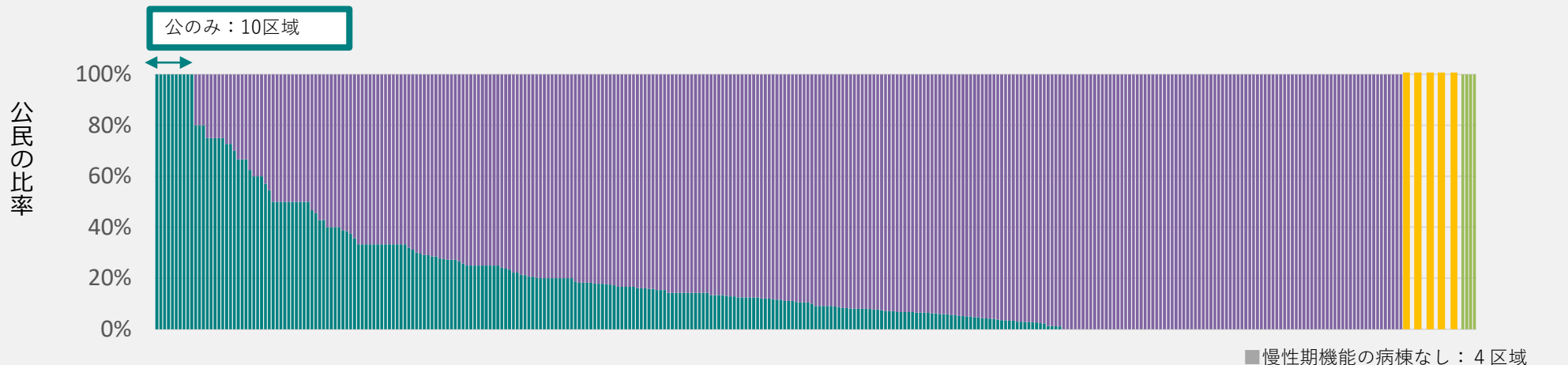
※2 「公立・公的病院等」＝新公立病院改革プラン策定対象病院＋公的医療機関等2025プラン策定対象病院

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）



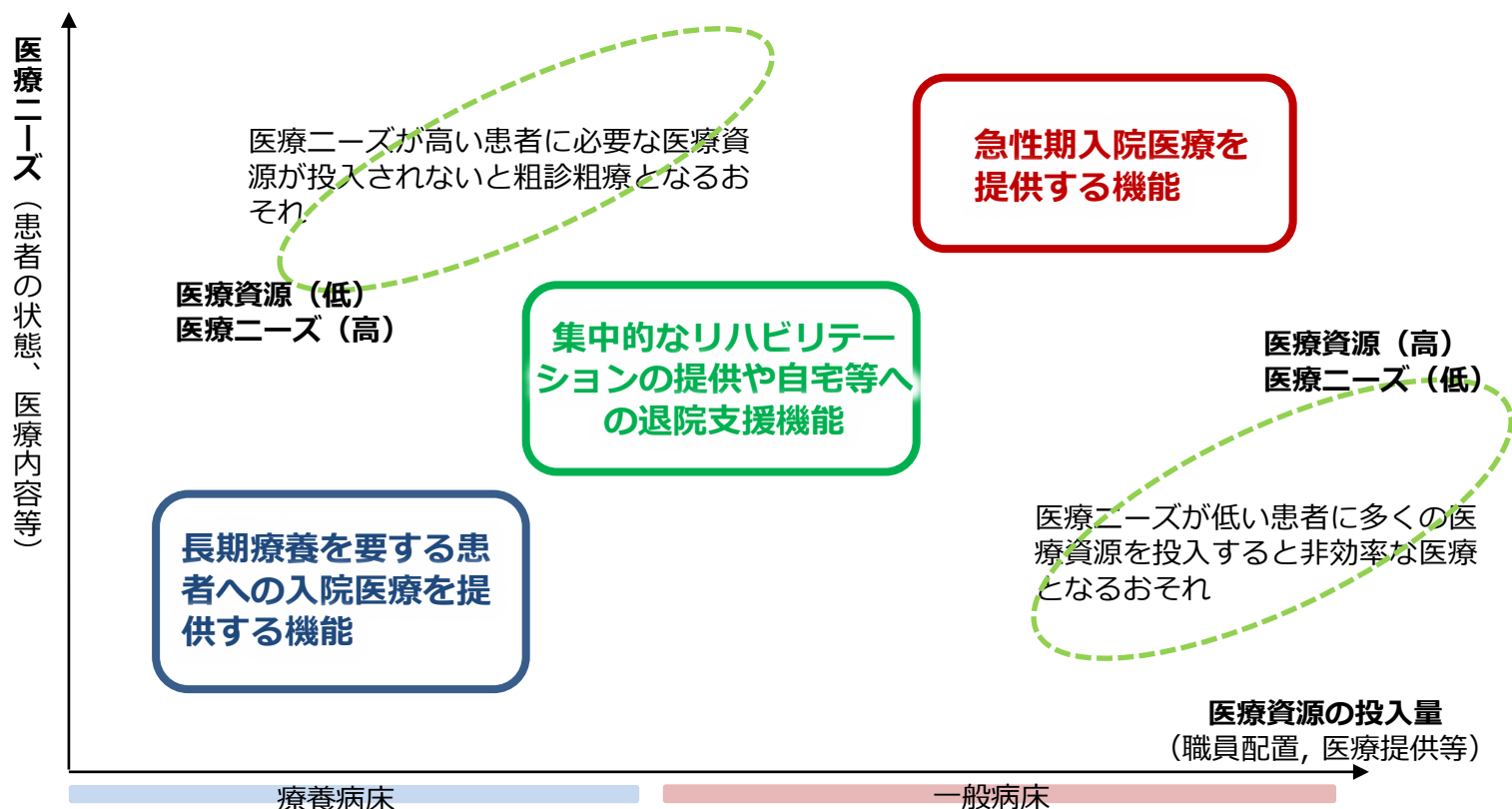
※1 本集計は病院の病棟のみ集計したもの。（有床診療所は本集計に含めていない。）

※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）

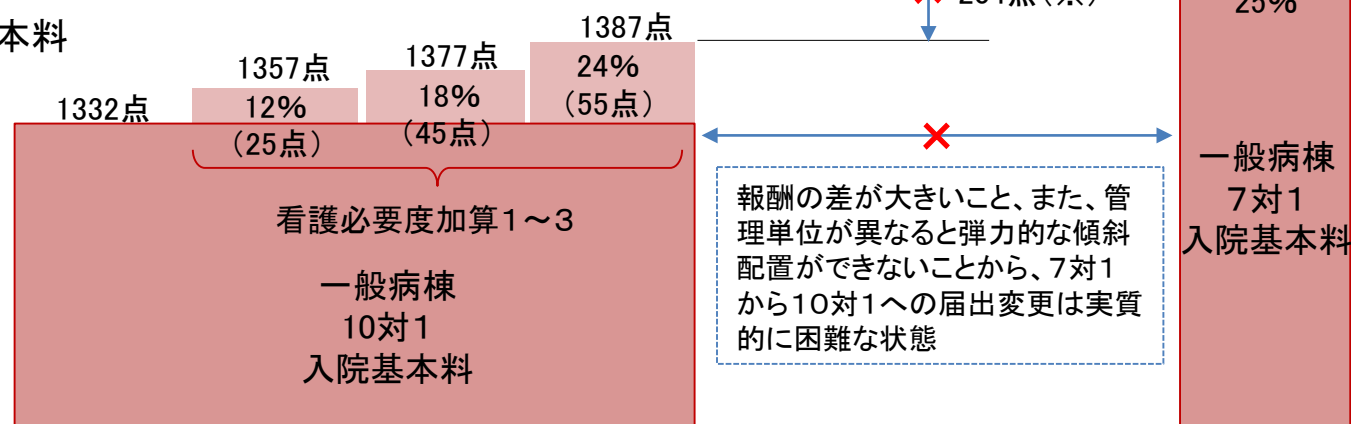
- 入院医療の評価の基本的な考え方としては、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましい。
- 患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがある。



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】

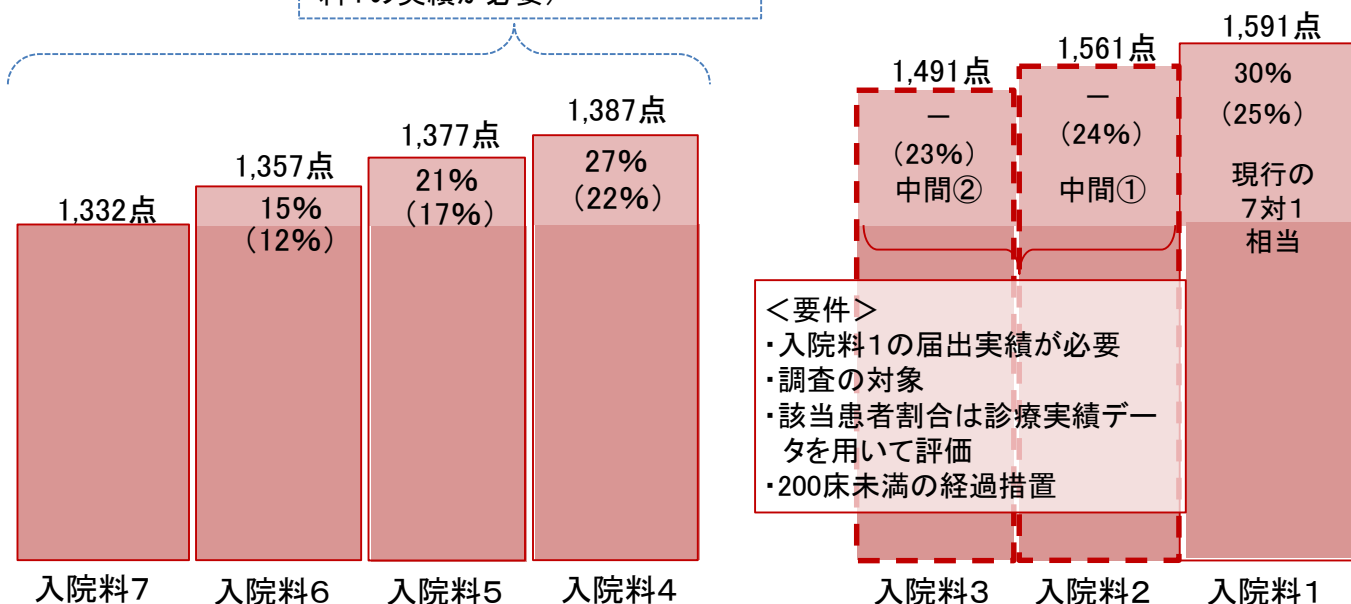
一般病棟入院基本料



※ 200床の病院で、入院基本料の差を試算すると、年間約1.2億円程度と推計され、影響が非常に大きい

【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料



現行の7対1についてニーズに応じた弾力的かつ円滑な対応を可能に

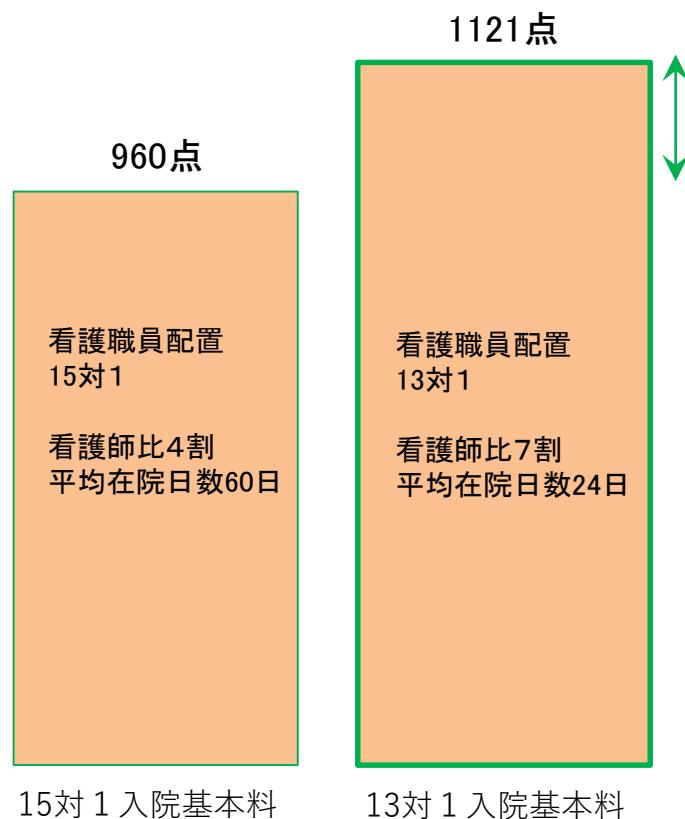
【実績部分】
重症度、医療・看護必要度の該当患者割合
【見直し後の基準】
Ⅰ) 現行の評価方法
Ⅱ) 診療実績データによる評価方法

【基本部分】

()内は重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合

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】

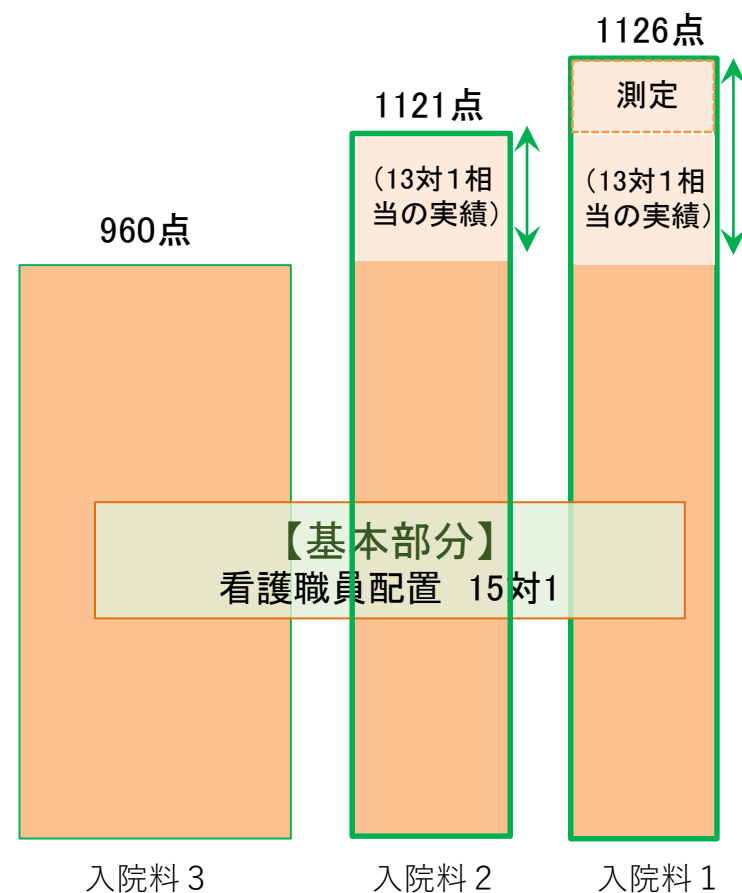


再編

【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)

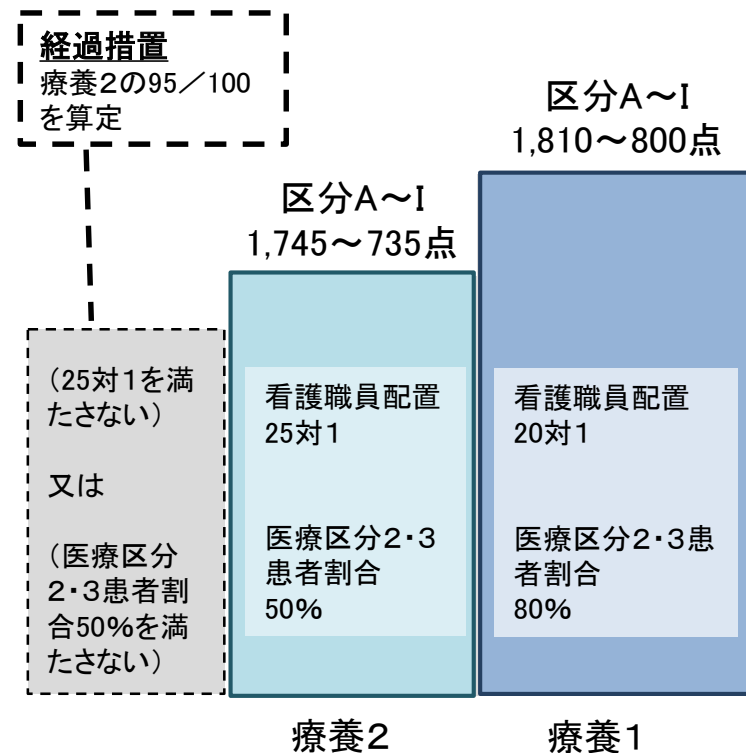


地域一般入院基本料

療養病棟入院基本料の再編・統合のイメージ

【現行】

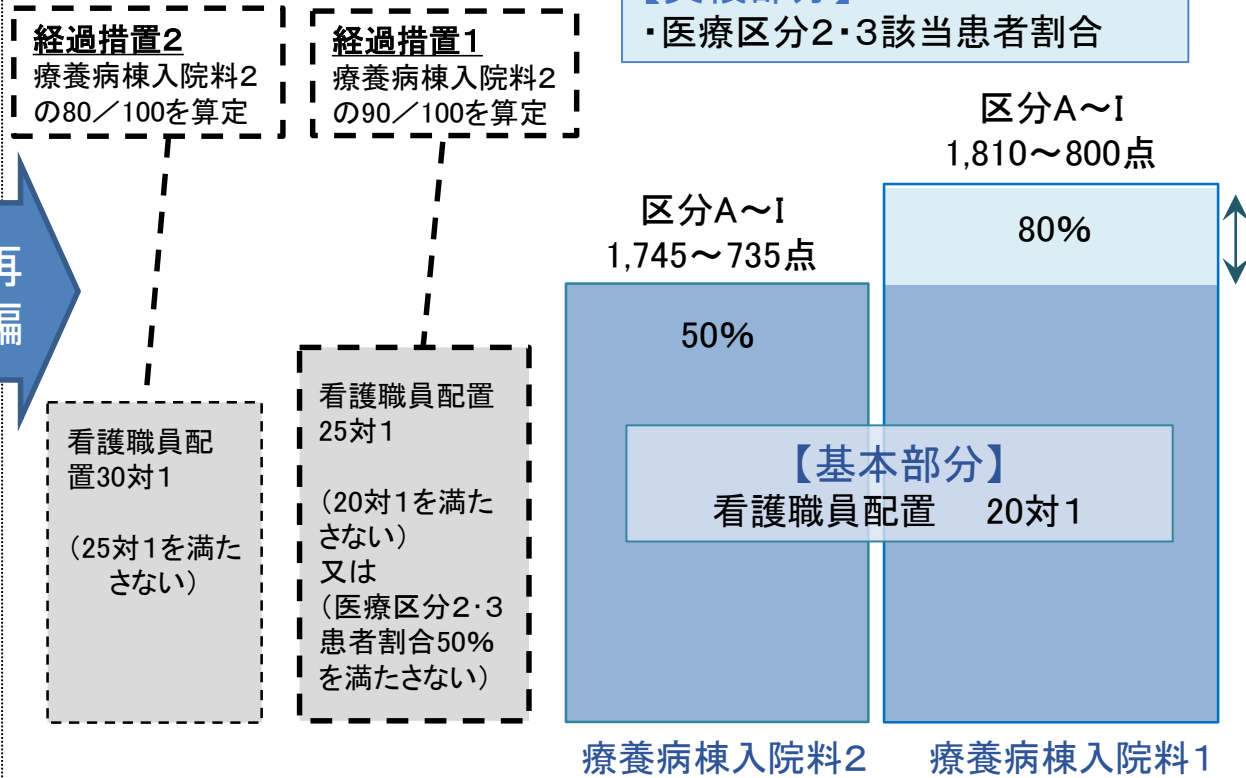
療養病棟入院基本料



再編

【平成30年度改定】

療養病棟入院基本料



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。

介護医療院

○今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた施設として、平成30年4月に創設。

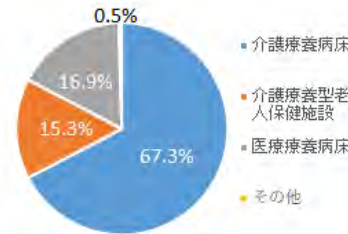
【定義】介護医療院とは、要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設。（介護保険法第8条第29項）

○医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設

○施設数：223施設（14,444療養床）

※介護医療院開設移行状況把握及び研修等事業（令和元年6月30日時点）

転換元の病床割合



○要介護度別の入所者の割合（平均要介護度4.2）



※介護保険事業状況報告（令和元年5月分）

○施設類型



※介護医療院開設移行状況把握及び研修等事業（令和元年6月30日時点）

○介護療養型医療施設等から介護医療院への転換支援策

ア 基準の緩和等	介護療養型医療施設又は医療療養病床から転換する場合について、療養室の床面積や廊下幅等の基準緩和等、配慮が必要な事項について、基準の緩和等を実施
イ 転換後の加算	介護医療院への転換後、転換前後におけるサービスの変更内容を利用者や地域住民等に丁寧に説明する等の取組みについて、最初の転換時期を起算日として、1年間に限り算定可能な加算を創設。（令和3年3月末までの期限）

介護医療院の人員配置

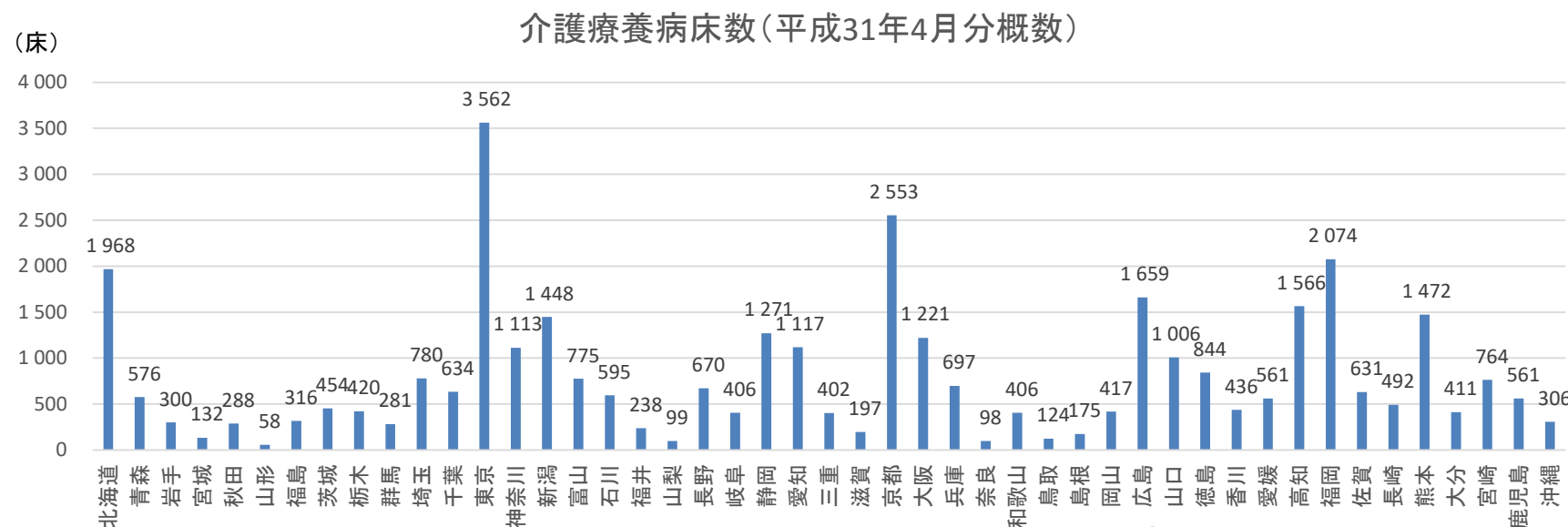
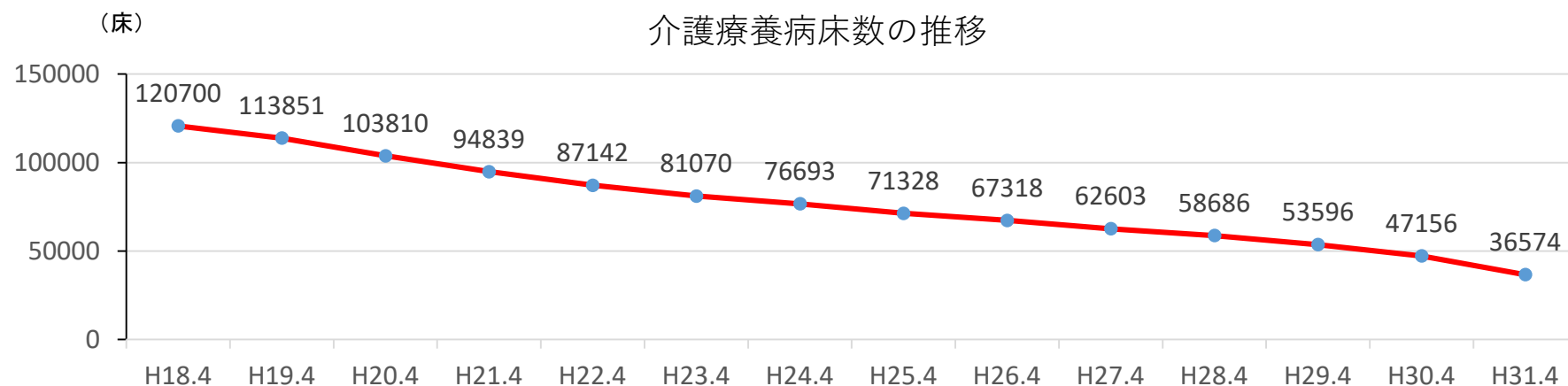
	指定基準		報酬上の基準	
	類型（Ⅰ）	類型（Ⅱ）	類型（Ⅰ）	類型（Ⅱ）
人員基準（雇用人員）	医師	48:1 (施設で3以上)	100:1 (施設で1以上)	—
	薬剤師	150:1	300:1	—
	看護職員	6:1	6:1	6:1 うち看護師2割以上
	介護職員	5:1	6:1	5:1～4:1
	リハビリ専門職	PT/OT/ST:適当数	—	—
	栄養士	定員100以上で1以上	—	—
	介護支援専門員	100:1（1名以上）	—	—
	放射線技師	適当数	—	—
	他の従業者	適当数	—	—

介護医療院の施設設備

	指定基準
診療室	医師が診察を行うのに適切なもの
療養室	定員4名以下、床面積8.0m ² /人以上 ※転換の場合、大規模改修まで6.4m ² /人以上で可
機能訓練室	40m ² 以上
談話室	談話を楽しめる広さ
食堂	入所定員1人あたり1m ² 以上
浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
レクリエーションルーム	十分な広さ
その他医療設備	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所
他設備	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室

介護医療院等（介護療養病床の状況）について

- 介護療養病床は、医療の必要な要介護高齢者の長期療養施設。令和5年度末が設置期限。
- 介護療養病床は平成18年4月から平成31年4月までに約8.4万床減少
- 平成31年4月末時点の介護療養病床は36,574床であり、都市部に多い傾向が認められる。



【出典】病院報告（平成31年4月分概数）