

# 大病院調査の結果①

＜500床以上の病院における対応状況＞（報告書p110,117,118）

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

※特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院

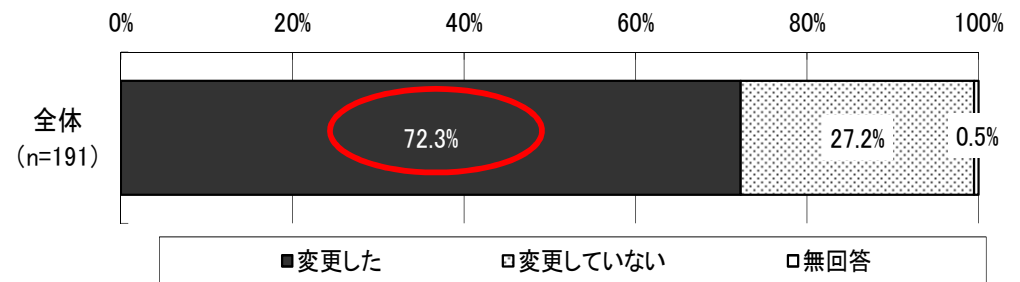
なお、医科・初診時の徴収金額を平成28年4月以降変更した500床以上の病院は72.3%で、そのうち、94.3%が5000円未満だった金額を5,000円以上に引き上げていた。

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

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

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

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



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

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

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

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

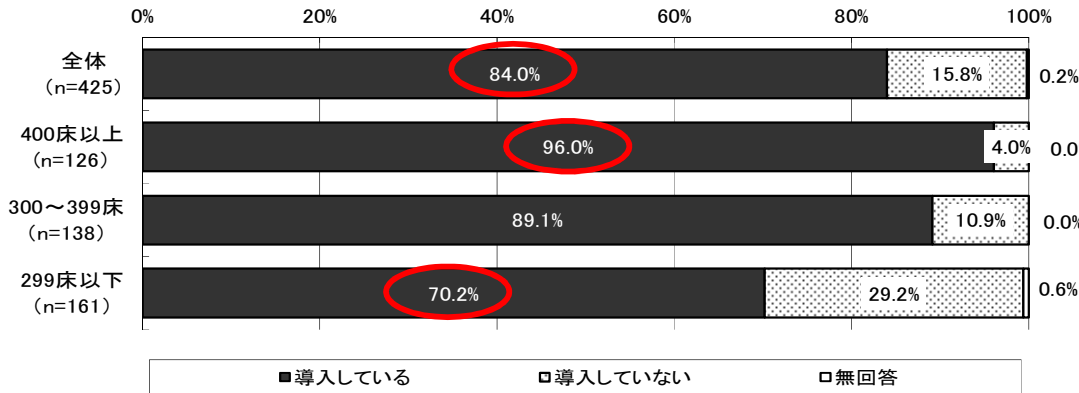
# 大病院調査の結果②

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

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

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

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



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

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

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

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

# 大病院調査の結果③

<初診患者数、紹介状なしの患者数等> (報告書p124,125)

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

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

図表 240  
初診患者数、紹介状なしの患者数、受診時の定額負担徴収患者数等  
(n=139) 【500床以上の病院】

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

図表 243  
初診患者数、紹介状なしの患者数、初診時選定療養費徴収患者数等  
(n=247) 【200床以上500床未満の病院】

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

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

# 大病院調査の結果④

＜初診患者数、紹介状なしの患者数等＞（報告書p124,128）

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

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

【再掲】図表 240

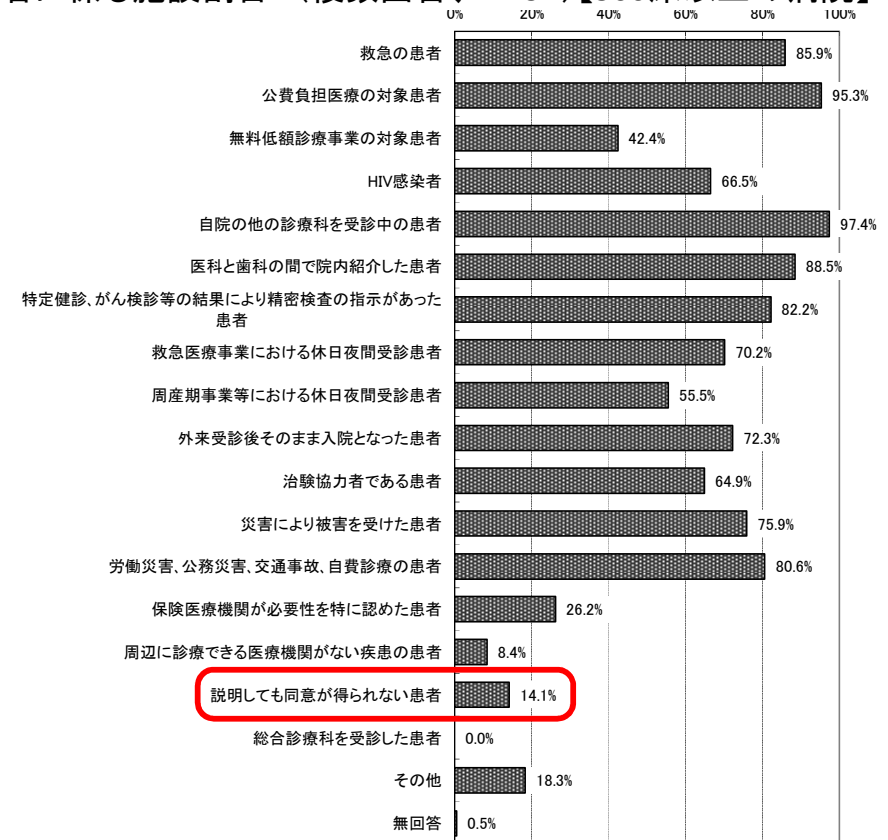
初診患者数、紹介状なしの患者数、受診時の定額負担徴収患者数等（n=139）【500床以上の病院】

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

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

図表 249

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



# 大病院調査の結果⑤

＜初診患者数、紹介状なしの患者数等＞（報告書p126,127）

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 外来時の負担等に関する医療保険部会における主なご意見①

## 議論の整理(抄)

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

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

## 【主なご意見】

## ①紹介状なし大病院受診時の定額負担に関するご意見

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

## 外来時の負担等に関する医療保険部会における主なご意見②

## ②かかりつけ医以外の外来時の定額負担に関するご意見

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

## ③その他

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

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



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



## 保険者努力支援制度

実施時期:30年度以降

対象 :市町村及び都道府県

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

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

## 保険者努力支援制度【前倒し分】

実施時期:28年度及び29年度

対象 :市町村

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

評価指標:保険者共通の指標に加え、収納率等国保固有の問題にも対応

# 平成28年度 保険者努力支援制度 都道府県別平均獲得点(275点)

⑬、⑭ (i) (ii)

※体制構築加点(70点)

速報版

平均獲得点数

200.00

180.00

160.00

140.00

120.00

100.00

80.00

60.00

40.00

20.00

0.00

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

①184.87

②176.95

③175.65

④89.88

⑤92.71

⑥96.59

全国 北海道① 青森県② 岩手県③ 宮城県④ 秋田県⑤ 山形県⑥ 福島県⑦ 茨城県⑧ 栃木県⑨ 群馬県⑩ 埼玉県⑪ 千葉県⑫ 東京都⑬ 神奈川県⑭ 新潟県⑮ 富山県⑯ 石川県⑰ 福井県⑱ 山梨県⑲ 長野県⑳ 岐阜県㉑ 静岡県㉒ 愛知県㉓ 三重県㉔ 滋賀県㉕ 京都府㉖ 大阪府㉗ 兵庫県㉘ 奈良県㉙ 和歌山県㉚ 鳥取県㉛ 島根県㉜ 岡山県㉝ 広島県㉞ 山口県㉟ 徳島県㊱ 香川県㊲ 愛媛県㊳ 高知県㊴ 福岡県㊵ 佐賀県㊶ 長崎県㊷ 熊本県㊸ 大分県㊹ 宮崎県㊺ 鹿児島県㊻ 沖縄県㊼

# 平成30年度保険者努力支援制度 評価指標について

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

## 市町村分（300億円程度）※特調より200億円程度を追加

### 保険者共通の指標

- 指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率
  - 特定健診受診率・特定保健指導受診率
  - メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率
- 指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況
  - がん検診受診率
  - 歯科疾患（病）検診実施状況
- 指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況
  - 重症化予防の取組の実施状況
- 指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況
  - 個人へのインセンティブの提供の実施
  - 個人への分かりやすい情報提供の実施
- 指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況
  - 重複服薬者に対する取組
- 指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況
  - 後発医薬品の促進の取組
  - 後発医薬品の使用割合

### 国保固有の指標

- 指標① 収納率向上に関する取組の実施状況
  - 保険料（税）収納率
  - ※過年度分を含む
- 指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況
  - データヘルス計画の実施状況
- 指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況
  - 医療費通知の取組の実施状況
- 指標④ 地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況
  - 国保の視点からの地域包括ケア推進の取組
- 指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況
  - 第三者求償の取組状況
- 指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況
  - 適切かつ健全な事業運営の実施状況

## 都道府県分（500億円程度）

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

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

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

### 第3章 経済・財政一体改革の進捗・推進

#### 3. 主要分野ごとの改革の取組

##### （1）社会保障

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

（前略）

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

（後略）

# 社会保障制度改革に関する緊急要請

⑬、⑭ (i) (ii)

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

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

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

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

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

## 記

### 一 国民健康保険の普通調整交付金の配分方法等の見直しについて

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

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

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

平成29年5月17日

財務大臣 麻生 太郎 様

総務大臣 高市 早苗 様

厚生労働大臣 塩崎 恭久 様

内閣府特命担当大臣(経済財政政策) 石原 伸晃 様

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