



経済・財政一体改革推進委員会
第5回 評価・分析ワーキング・グループ

予防・健康づくりと医療費適正化関係

平成29年11月24日
厚生労働省

予防・健康づくりの推進と医療費適正化の主な取組（2018年度～）

保険者による予防・健康づくりの推進

特定健診・保健指導（メタボ健診）の強化

- ・糖尿病等の発症・重症化を予防し、医療費適正化に資するよう、保険者が共通で取り組む特定健診・保健指導を実施（2008年度～：法定義務）。
（※）特定健診受診者：2000万人（2008年）→2700万人（2015年） 実施率 約50% 毎年100万人増加 特定保健指導による適正化効果：1人約6000円／年
- ・特定保健指導の実施率の向上が課題。厳しい保険財政や限られた人的資源で、対象者の個別性に応じた効果的・効率的実施が可能となるよう、保健指導の運用ルールを大幅に緩和（2018年度～）。保険者の責任の明確化の観点から、特定健診・保健指導の実施率を保険者別に公表（2017年度実績～）。
- ・血清クレアチニン検査を追加し、糖尿病性腎症の重症化予防を強化。歯科の保健指導・受診勧奨につなげる質問を質問票に追加（2018年度～）。

糖尿病重症化予防の枠組みの整備、全国展開

- ・行政と医療関係者の連携の枠組みを構築するため、国レベルで「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定（2016年4月）。
（※）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市町村国保：2016年3月時点で118市町村、2017年1月時点で654市町村を達成。
- ・更に全国展開を進めるため、都道府県・市町村・医師会等の連携のあり方、庁内縦割の解消等を提示。好事例をホームページで公表（2017年7月）。

データの活用等による健康づくりの推進

- ・健保組合等のデータヘルス計画（2018年度～）の作成、PDCAサイクルを進めるため、保険者共同のポータルサイトを整備（2017年秋から稼働）。
- ・個人の予防・健康づくりを支援する取組（ヘルスケアポイント、本人への分かりやすい情報提供等）を保険者インセンティブでも支援。

インセンティブ等による支援、取組の加速化

保険者のインセンティブの強化、特定保健指導の実施率の公表

- ・後期高齢者支援金の加算減算、国保の保険者努力支援制度により、インセンティブを強化。特定健診・保健指導の実施率を公表（2017年度実績～）。
（※）現行の加算率 0.23%→見直し後 最大10%（2020年度までに段階的に引上げ） 現行の減算率 0.05%→見直し後 最大10%～1%の3区分（加算額に応じて設定）
- ・特定健診・保健指導の取組状況に加えて、後発品の使用促進、がん検診、歯科健診・保健指導、受動喫煙防止、就業上の配慮等の取組を評価に追加。

「見える化」「横展開」、民間事業者の活用の推進

- ・民間主導の「日本健康会議」で「健康なまち・職場づくり宣言2020」に基づく、各保険者の取組状況をホームページで公表。好事例を全国展開。
- ・「データヘルス・予防サービス見本市」を開催（2015年～）。保険者と健康・予防サービスを提供する民間事業者とのマッチングを推進。

行政、保険者、医療関係者等が連携した予防・健康づくり、医療費適正化の推進

医療費適正化計画（第3期：2018～23年度）に基づく取組の推進

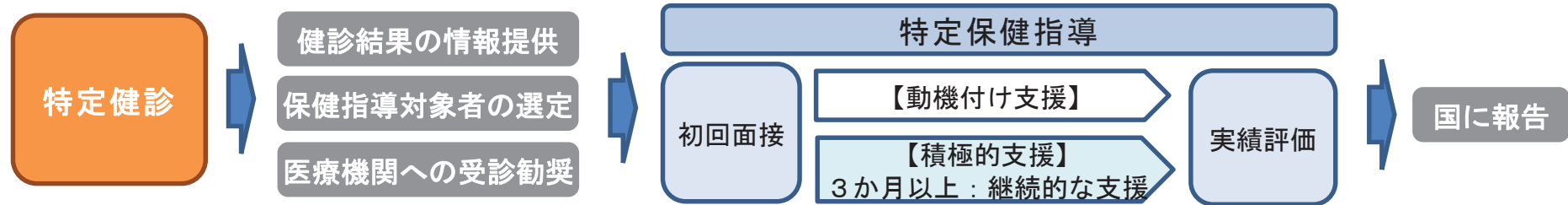
- ・入院医療費は、病床数等の医療提供体制と密接に関係。都道府県医療計画（地域医療構想）に基づく病床機能の分化・連携の推進の成果を反映。
- ・外来医療費は、がん、高血圧、糖尿病など生活習慣に起因する疾病が関係。糖尿病、重複・多剤の適正化など地域差半減の取組を算定式に追加。
- ・国がレセプト等データベース（NDB）から都道府県・市町村別の疾病別の分析データ、後発医薬品のデータを都道府県に提供（2018年度～）。

都道府県による主導的な役割をインセンティブで評価・支援

- ・県民の予防・健康づくりと医療費適正化は、行政・保険者・医療関係者等が協力して取り組む必要。保険者協議会の事務局を都道府県が担う又は国保連合会と共同で担う、医療関係者の参画を進める、医療費分析の結果と課題を保険者に共有するなど、適正化計画の実施に都道府県が役割を發揮。
- ・都道府県のインセンティブに、医療費水準に関する評価（全国平均よりも低い、前年度よりも改善）、医療費分析の取組等を位置づけて取組を支援。

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）
→ 「かんで食べるときの状態」を追加（H30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（H30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）→ 2,706万人（2015年度） 毎年100万人増
 実施率 39%（2008年度）→ 50%（2015年度）

特定保健指導 終了者数 30.8万人（2008年度）→ 79.3万人（2015年度）
 実施率 8%（2008年度）→ 18%（2015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、現在の「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（3か月以上の保健指導により腹囲・体重の値が改善すれば、180ポイントの実施量を満たさなくても特定保健指導とみなす）を導入する。
- 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

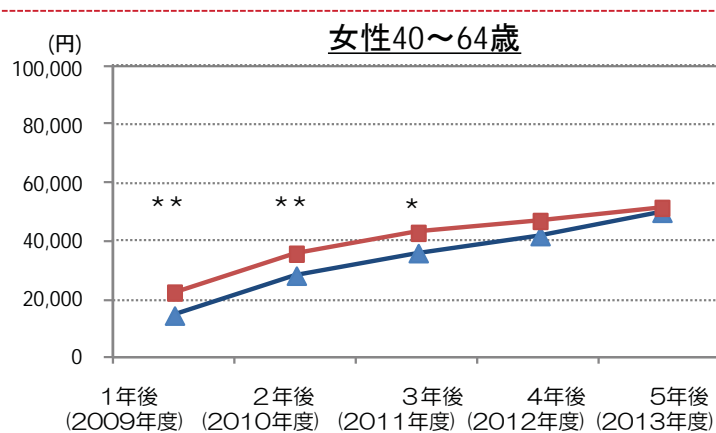
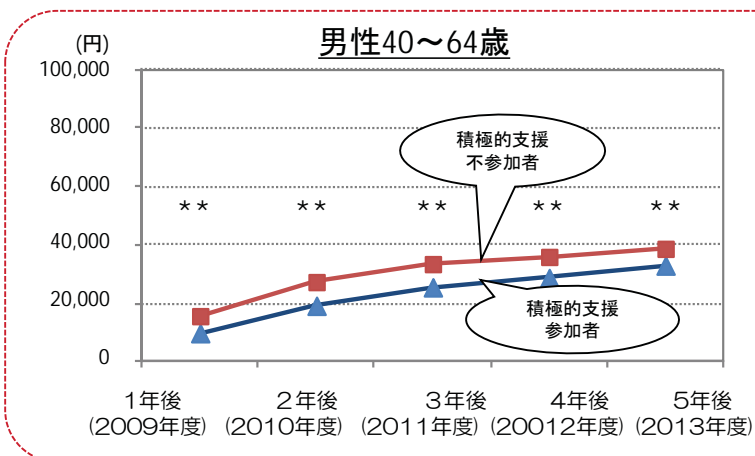
特定保健指導による生活習慣病関連の1人当たり外来医療費等の経年分析（2008～2013年度）

（特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ報告書）

- 積極的支援参加者と不参加者を比較すると、1人当たり入院外医療費については、男性で-8,100～-5,720円、女性で-7,870～-1,680円の差異が見られた。
- 外来受診率については、男性で-0.40～-0.19件/人、女性で-0.37～+0.03件/人の差異が見られた。

*p<0.05 **p<0.01

*, **...統計学的に有意な差



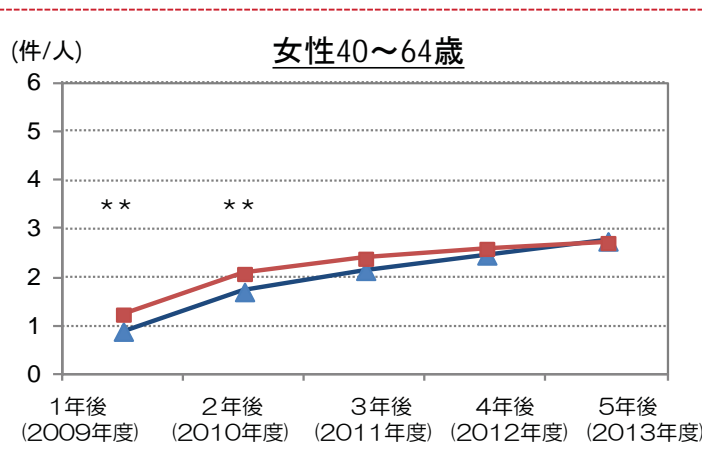
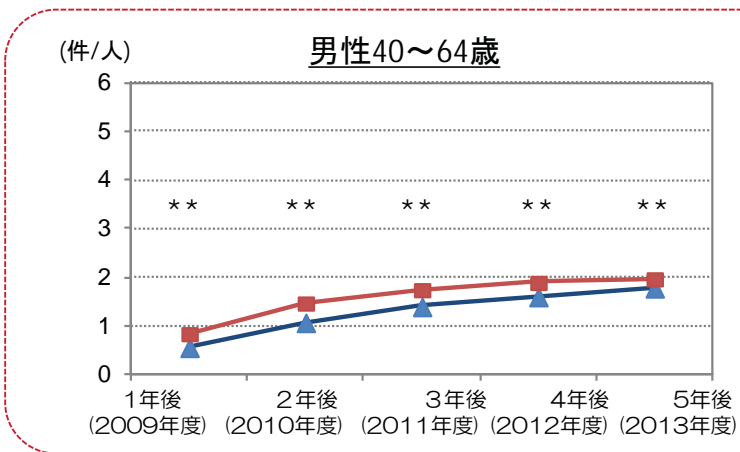
【1人当たり入院外医療費】

参加者と不参加者の差

男性-5,830円 (2009年度)
 -8,100円 (2010年度)
 -7,940円 (2011年度)
 -7,210円 (2012年度)
 -5,720円 (2013年度)

女性-7,870円 (2009年度)
 -7,500円 (2010年度)
 -6,940円 (2011年度)
 -5,180円 (2012年度)
 -1,680円 (2013年度)

の差異



【外来受診率】

参加者と不参加者の差

男性-0.28件/人 (2009年度)
 -0.40件/人 (2010年度)
 -0.35件/人 (2011年度)
 -0.29件/人 (2012年度)
 -0.19件/人 (2013年度)

女性-0.35件/人 (2009年度)
 -0.37件/人 (2010年度)
 -0.25件/人 (2011年度)
 -0.13件/人 (2012年度)
 +0.03件/人 (2013年度)

の差異

※2008～2013年度の特定健診・保健指導データとレセプトデータのうち突合率が80%以上の364保険者のデータ(分析対象:19.3万人)のうち、2008年度に積極的支援に参加した11606人と不参加だった84558人について、2009年度以降の糖尿病、高血圧症、脂質異常症に関する外来医療費等の経年分析をした。

保険者による予防・健康づくりの好事例の横展開（呉市等の重症化予防の取組等）

1. 呉市の取組とその横展開

- 広島県呉市の国保では、レセプトや健診データを活用し、以下のような糖尿病性腎症の重症化予防の取組を実施。
 - ① 健診異常値者から医療機関未受診者等を抽出 ⇒ 受診勧奨の実施
 - ② 糖尿病性腎症等の重症化リスクのある対象者を抽出 ⇒ かかりつけ医等と連携した個別指導の実施
- こうした取組を全国に横展開するためには、各自治体、郡市医師会が協働・連携できる体制を整備する必要。
- そこで、厚生労働省・日本医師会・日本糖尿病対策推進会議の連携協定を締結、平成28年4月には、国レベルで「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定。
- 同年5月には、都道府県、市町村及び国保連を対象に本プログラムの説明会を開催。
- 引き続き、日本医師会等と連携しつつ、① 都道府県単位でのプログラムの策定
② 市町村における重症化予防の取組 の促進に取り組んでいる。



さらに 横展開を支援

2. 保険者に対するインセンティブ

- 平成27年5月に成立した医療保険制度改革関連法において、重症化予防の取組を含めた医療費適正化等に係る都道府県や市町村国保の取組を評価・支援するため「保険者努力支援制度」を創設（平成30年度施行。財政規模は700～800億円の予定。）
- さらに、骨太方針2015等を踏まえ、平成28・29年度において、保険者努力支援制度の趣旨を踏まえた取組を前倒しで実施。具体的には、現行の市町村国保への交付金（特別調整交付金）を活用し、糖尿病等の重症化予防等に取り組む市町村に対し、平成28年度から財政支援を実施。（平成28年度：150億円 平成29年度：250億円）

3. 進捗状況と今後の取組

- まずは、800市町村(平成32年)※を目指し、市町村の取組を促進。※日本健康会議の宣言2020の目標
- 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市町村国保は、平成28年3月時点で118市町村、平成29年1月時点で654市町村。
- 平成29年7月10日に、日本健康会議の重症化予防WGとりまとめ「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」を公表。※都道府県、市町村、医師会等の役割を整理し、連携体制のあり方、庁内縦割の解消、個人情報取扱等を示した。

後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し

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

【現行の仕組み】 ※国保・被用者保険の全保険者が対象

1. 目標の達成状況

- ・ 特定健診・保健指導の実施率のみによる評価

2. 支援金の加減算の方法 (2016年度の例)

- ① 特定健診・保健指導の実施率ゼロ(0.1%未満)の保険者 (健保・共済分:70保険者)
→ 支援金負担を加算(ペナルティ) ※加算率=0.23%
- ② 実施率が相対的に高い保険者 (健保・共済分:67保険者)
→ 支援金負担を減算(インセンティブ)

※事業規模(健保・共済分):0.5億円

※支援金総額(保険者負担、健保・共済分):2.3兆円

【見直し:2018年度~】

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

1. 支援金の加算(ペナルティ)

- ・ 特定健診57.5%(総合は50%)未満、保健指導10%(総合は5%)未満に対象範囲を段階的に拡大。加算率を段階的に引上げ。

※加算率=段階的に引上げ 2020年度に最大10%(法定上限) 3区分で設定

2. 支援金の減算(インセンティブ) ※減算の規模=加算の規模

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

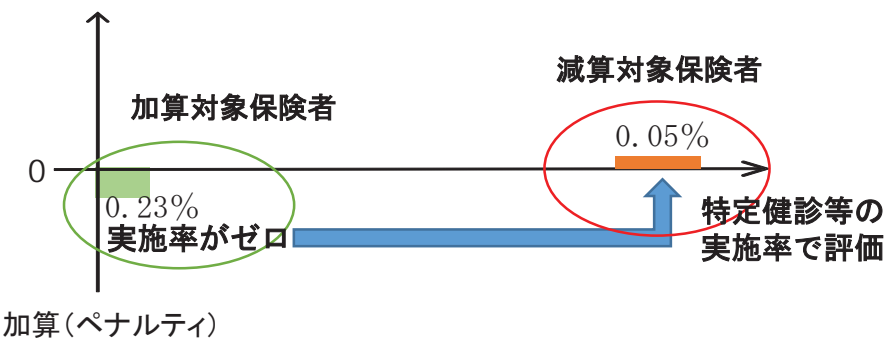
※減算率=最大10%~1% 3区分で設定

(項目案)

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

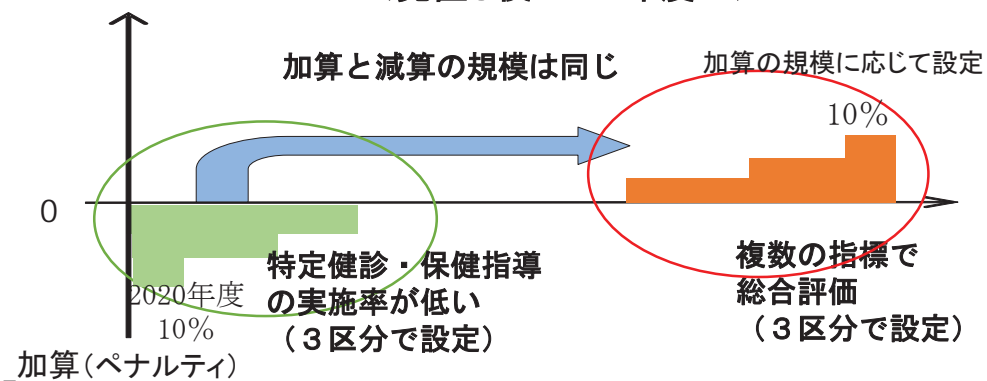
<現在の仕組み:2017年度まで>

減算(インセンティブ)



減算(インセンティブ)

<見直し後:2018年度~>



保険者努力支援制度について（2018年度分）

○ 2018年度の保険者努力支援制度の予算総額は800億円程度とし、特別調整交付金の財源も活用して、総額1000億円程度のインセンティブの仕組みとする。都道府県分と市町村分の交付額は、都道府県単位化の趣旨を踏まえつつ、保健事業等の医療費適正化の取組の主な実施主体を市町村が担っていることも勘案して設定する。2019年度以降の評価のあり方は、実施状況等を踏まえ、必要な検討を行う。

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 他の健診の実施や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 ○個人への分かりやすい情報提供

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）

（※）都道府県分は、都道府県と市町村の協議に基づき、都道府県内で再分配を行うことが可能。

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

医療費適正化計画について

- 高齢者医療確保法では、制度の持続可能な運営を確保するため、国と都道府県が保険者・医療関係者等の協力を得て、住民の健康増進や医療費の適正化を進めるため、6年を1期として、国において医療費適正化基本方針を定めるとともに、都道府県において医療費適正化計画を定め、目標の達成に向けて、保険者・医療関係者等の協力を得て、取組を進めることとしている。

(※1) 第1期(2008～2012年度)、第2期(2013～2017年度)は5年を1期として実施。第3期(2018～2023年度)からは6年を1期とする。

(※2) 医療費の増加は、高齢化や技術の高度化、一時的な感染症の蔓延など様々な要素があることから、都道府県の現場で医療費適正化の枠組みを機能させるためには、目標の設定と取組による効果の因果関係について、科学的なエビデンスを含めた合理的な説明が可能なものであって、住民や保険者・医療関係者等の協力を得て、目標の実現に向けた取組の実施と評価が可能なものを位置づける必要がある。

このため、高齢者医療確保法では、①住民の健康の保持の推進に関する事項(特定健診・保健指導の推進など)と、②医療の効率的な提供の推進に関する事項(後発医薬品の推進や重複投薬の適正化など)を、医療費適正化計画における取組の目標に定めることとしている。

- 第3期(2018～2023年度)の「医療費適正化計画」では、

- ①入院医療費は、都道府県の医療計画(地域医療構想)に基づく病床機能の分化・連携の推進の成果を反映させて推計し、
- ②外来医療費は、糖尿病の重症化予防、特定健診・保健指導の推進、後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用による、医療費適正化の効果を織り込んで推計することとしている。

◎高齢者の医療の確保に関する法律 第9条 ※2015年改正後

- 2 都道府県医療費適正化計画においては、当該都道府県の医療計画に基づく事業の実施による病床の機能の分化及び連携の推進の成果並びに住民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進により達成が見込まれる医療費適正化の効果を踏まえて、厚生労働省令で定めるところにより算定した計画の期間における医療に要する費用の見込み(略)に関する事項を定めるものとする。
- 3 都道府県医療費適正化計画においては、前項に規定する事項のほか、おおむね都道府県における次に掲げる事項について定めるものとする。
 - 一 住民の健康の保持の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項
 - 二 医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項
 - 三 前二号の目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項 (四～六項 略)

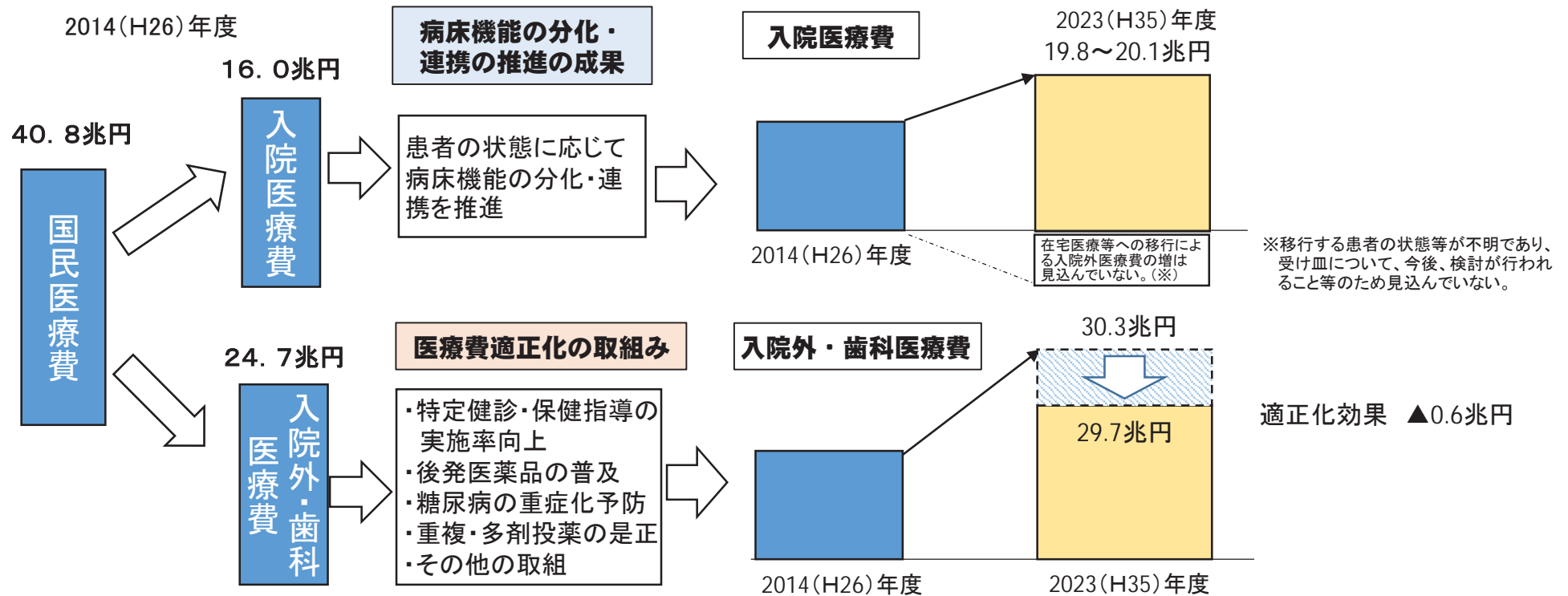
第3期の医療費適正化計画について

- 第3期（2018～2023年度）の医療費適正化計画では、
 - ・入院医療費は、都道府県の医療計画（地域医療構想）に基づく病床機能の分化・連携の推進の成果を反映させて推計する
 - ・外来医療費は、糖尿病の重症化予防、特定健診・保健指導の推進、後発医薬品の使用促進（80%目標）、医薬品の適正使用による、医療費適正化の効果を織り込んで推計する。この結果、2023年度に0.6兆円程度の適正化効果額が見込まれる。

【標準的な算定式による医療費の見込みのイメージ】

2017年1月 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第2次報告書

※下記は国において一定の仮定の下に試算（実際は今後、都道府県が策定）



【外来医療費 2023年度時点の適正化効果額（※機械的試算）】

- | | |
|--|------------|
| ① 特定健診実施率70%、特定保健指導45%の目標達成 | 計 ▲約6000億円 |
| ② 後発医薬品の使用割合の目標達成（70%⇒80%） | ▲約200億円 |
| ③ 糖尿病の重症化予防により 40歳以上の糖尿病の者の1人当たり医療費の平均との差が半分になった場合 | ▲約4000億円 |
| ④ 重複投薬（3医療機関以上）と多剤投与（65歳以上で15種類以上）の適正化により投与されている者が半分になった場合 | ▲約800億円 |
| | ▲約600億円 |

外来医療費の適正化効果額の算定式（第3期の医療費適正化計画）

1. 後発医薬品の普及（80%）による適正化効果額の推計方法

○ H25年のNDBデータを用いて、後発医薬品のある先発品がすべて後発医薬品となった場合の効果額を推計し、この結果を用いて、H25年度において仮に70%→80%を達成した場合に、H25年度の医療費に占める効果額の割合を算出する。この割合がH35年度の医療費でも同じ割合を占めると仮定した場合の効果額を推計する。

＜推計式のイメージ＞ ※各都道府県ごとに推計

$$\left\{ \frac{\text{H25年10月時点のデータから算出される後発品のある先発品を100\%後発品に置き換えた場合の効果額}}{\left(1 - \frac{\text{H25年10月の数量シェア}}{\text{H25年10月の数量シェア}} \right) \times (0.8 - 0.7)} \right\} \div \left[\frac{\text{H25年度の医療費}}{\text{H35年度の医療費}} \right] \times \left[\frac{\text{H35年度の医療費}}{\text{H25年度の医療費}} \right]$$

2. 特定健診等の実施率の達成による適正化効果額の推計方法

○ H20年度からH25年度までのレセプトデータ、特定健診等データを用いて、特定保健指導対象者の1人当たり医療費の経年的推移を分析した（単年度で最低でも6000円程度の効果）。この結果を用いて、特定健診の実施率70%、特定保健指導の実施率45%を達成した場合の効果額を推計する。なお、効果額は各都道府県が独自の数値を用いることも可能。

＜推計式のイメージ＞ ※各都道府県ごとに推計 ※H25年度の実績では特定健診受診者のうち特定保健指導の対象者の割合が17%でありこれが変わらないと仮定

$$\left\{ \left(\frac{\text{当該県のH25年度の特定健診の対象者数}}{\text{当該県のH25年度の特定保健指導の実施者数}} \times 70\% \times 17\% \times 45\% - \frac{\text{当該県のH25年度の特定保健指導の実施者数}}{\text{当該県のH25年度の特定保健指導の実施者数}} \right) \times \left[\frac{\text{特定保健指導による効果}}{\text{H25年度の医療費}} \right] \right\} \div \left[\frac{\text{H25年度の医療費}}{\text{H35年度の医療費}} \right] \times \left[\frac{\text{H35年度の医療費}}{\text{H25年度の医療費}} \right]$$

3. 人口1人当たり外来医療費の地域差縮減を目指す取組の適正化効果額の推計方法

○ 外来医療費については、一定の広がりのある取組を通じて医療費の地域差縮減が期待される点に着目して推計式を設定。具体的には、①都道府県・保険者・医療関係者の連携による糖尿病に関する重症化予防の取組の推進や、②かかりつけ医、かかりつけ薬剤師・薬局の役割の発揮や、病院と診療所の連携の推進による重複投薬、複数種類の医薬品の投与の適正化などにより、結果的に1人当たり外来医療費の地域差が縮減する効果が期待されるため、これらの要素を加味した以下の推計式とする。

＜推計式のイメージ＞ ※各都道府県ごとに推計

$$\left\{ \left(\left(\frac{\text{当該県のH25年度の生活習慣病(糖尿病)の40歳以上の人口1人当たり医療費(推計)}}{\text{生活習慣病(糖尿病)の40歳以上の人口1人当り医療費の全国平均(推計)}} - \frac{\text{生活習慣病(糖尿病)の40歳以上の人口1人当り医療費の全国平均(推計)}}{\text{生活習慣病(糖尿病)の40歳以上の人口1人当り医療費の全国平均(推計)}} \right) \div 2 \times \left[\frac{\text{当該県のH25年度の40歳以上の人口(推計)}}{\text{生活習慣病(糖尿病)の40歳以上の人口1人当り医療費の全国平均(推計)}} \right] \right\} \left[\frac{\text{糖尿病の医療費が全国平均を上回る地域で仮に平均との差が半減した場合}}{\text{H25年度の医療費}} \right]$$

$$+ \left\{ \left(\frac{\text{3医療機関以上の重複投薬の調剤費等のうち2医療機関を超える調剤費等の1人当たり調剤費等}}{\text{15剤以上の高齢者(65歳以上)の1人当たり調剤費等}} \times \left[\frac{\text{当該県の3医療機関以上で重複投薬となっている患者数}}{\text{14剤の高齢者(65歳以上)の1人当たり調剤費等}} \right] \div 2 \right) \times \left[\frac{\text{当該県でH25年度に15剤以上の投薬されている高齢者(65歳以上)数(推計)}}{\text{14剤の高齢者(65歳以上)の1人当たり調剤費等}} \right] \div 2 \right\} \left[\frac{\text{全都道府県で一定の医薬品の適正化等の取組を行う場合}}{\text{H25年度の医療費}} \right]$$

$$\div \left[\frac{\text{H25年度の医療費}}{\text{H35年度の医療費}} \right] \times \left[\frac{\text{H35年度の医療費}}{\text{H25年度の医療費}} \right]$$

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

2017年10月4日 医療保険部会資料

- 都道府県における住民の健康増進や医療費適正化を推進するための保険者・医療関係者等の連携に必要な体制については、これまで保険者協議会において、市町村・保険者が自ら共同で保険者機能を発揮し、医療関係者にも協力を依頼しながら、住民の健康増進と医療費適正化に取り組んできたことを踏まえ、その成果（医療関係者と連携した予防・健康づくり、被扶養者等の特定健診の実施体制の整備、国保連の医療費分析等の人材など）を最大限に活用することが合理的である。

（※1）例えば、保険者協議会は、平成29年4月現在でも、9割を超える協議会（43協議会）で医療関係者等の参画を得て運営しており、特定健診・保健指導等の推進や医療費分析等を実施している。平成30年度以降は、都道府県も保険者として構成員になるので、現在の枠組みの中で、都道府県が自ら事務局を担う、又は国保連合会と共同で事務局を担うことは、運用上可能である。

- また、住民の健康増進は、都道府県と市町村の行政の重要な柱の一つであり、都道府県においては、保険者、医療関係者、地元企業、学校・大学等の幅広い関係者と課題や認識を共有し、行政と民間が協力しながら、住民に働きかけ、取組を進めている。こうした観点から、制度や組織の垣根を超えて、広く産官学の関係者が一体になって、県民運動によって健康づくりを推進する協議体を設置し、取組を進めている都道府県もある。

（※2）例えば、宮城県では、知事のリーダーシップの下、県民運動として健康づくりを推進するため、県・市町村・企業・保険者・保健医療関係者・教育機関・報道機関等による「スマートみやぎ健民会議」を設立（H28年2月）し、庁内でも部局横断的に連携するための庁内連絡調整会議を設け、全ライフステージへの切れ目ない健康づくりの支援体制の構築を進めている。また、高知県では、知事をトップとする「日本一の健康長寿県構想推進会議」と市町村・大学・医療福祉関係者・保険者一般県民等の外部委員が参加する「構想のベースとなる関連19計画にかかる審議会」が連動し、県民の健康増進に向けた取組を官民協働で推進している。

- このような先進事例を踏まえると、保険者・医療関係者の協力を得て、住民の健康増進と医療費の適正化を推進するための協議会等の体制については、全国で一律に決まるものではないが、都道府県がその実情に応じて機能が発揮できるよう、ガバナンスを強化する観点から、①都道府県が保険者協議会の事務局を担う、又は国保連合会と共同で事務局を担う（例：都道府県が政策課題の企画・調整、国保連が調査分析・調整など）ことにより、都道府県が中核的な役割を發揮していく、②医療関係者等が参画していない保険者協議会については、都道府県から医療関係者等に参画の働きかけていく等により、住民の健康増進と医療費の適正化の更なる推進を図っていくことが考えられる。

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

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

（※1）保険者努力支援制度では、都道府県への支援分500億円のうち、医療費適正化のアウトカム評価として150億円程度、医療費適正化の取組状況の評価として150億円程度の予算規模を想定している。

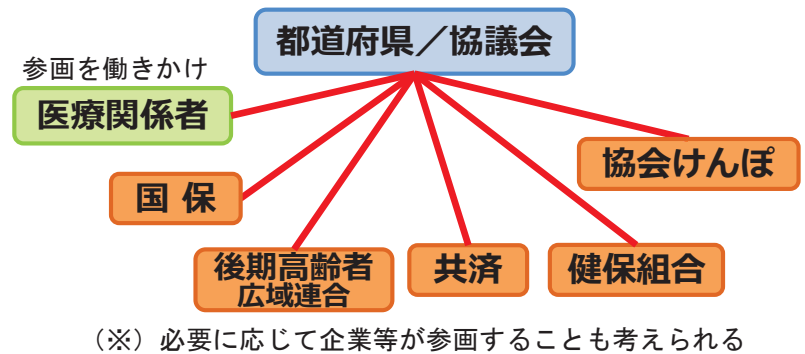
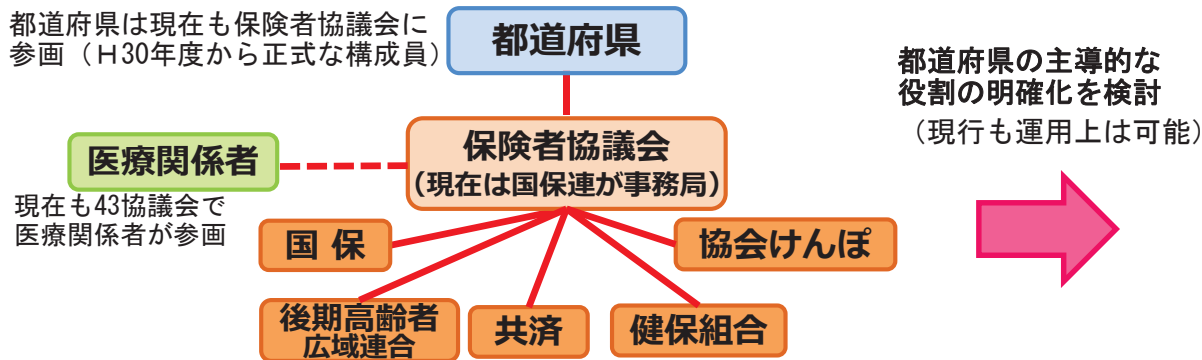
（※2）都道府県における医療費分析の体制強化を支援する観点から、医療費適正化の主体的な取組の指標として、例えば、**保険者協議会を活用した医療費分析や人材育成等**を位置づけることも考えられる（具体的な指標は、平成31年度からの評価に向けて今後検討）。

（※3）都道府県は市町村と協議し合意を得ることによって、保険者努力支援制度による交付金について都道府県における医療費分析等に充てることも可能。

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

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

都道府県は現在も保険者協議会に参画（H30年度から正式な構成員）



都道府県の主導的な役割をインセンティブで評価・支援

保険者努力支援制度（H30年度～）

医療費適正化の取組状況の評価（150億円程度）

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

（※）具体的な指標は、平成31年度からの評価に向けて今後検討

医療費適正化のアウトカム評価（150億円程度）

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