

都道府県のガバナンスの強化について

平成29年4月26日
厚生労働省 保険局

医療費適正化計画の策定と進捗管理について

(1) 第3期の医療費適正化計画に対応したデータ活用等の環境整備

- 医療費適正化計画については、第2期までは「平均在院日数の短縮」と「特定健診等の実施率の向上」が取組目標の柱であったが、第3期（H30年度～35年度）では、「特定健診等の実施率の向上」に加えて、新たに「糖尿病の重症化予防の取組」「後発医薬品の数量シェアの数値目標の達成」「医薬品の適正使用（重複投薬、多剤投与の適正化）」を盛り込んだ。
- また、第3期からは、医療費適正化計画のPDCAサイクルが強化された（平成27年国保法等改正）。計画の中間年度に行う中間評価を廃止し、毎年度の進捗状況の公表、計画最終年度の進捗状況の調査・分析（暫定評価）を行うこととなった。



- こうした進捗管理（PDCA）を進めながら、新たな取組目標を達成するためには、保険者、自治体、医療関係者、住民のそれぞれが課題や方向性を共有しながら、取組を進めていくことが必要であり、取組の進捗状況の客観的な評価や関係者間での合意形成・共有に当たって、必要なデータを都道府県が活用・分析できる環境整備や体制強化が必要である。
- また、都道府県が、こうした医療費等のデータの調査分析を的確に実施できるよう、人材育成のための研修の拡充など、国が都道府県における調査分析の体制整備を支援していく必要がある。

（※1）医療費適正化計画については、H28年11月に厚生労働省で医療費適正化基本方針（告示）を改正して、平成35年度の医療費の見込みの算定式を提示した。国から都道府県には、この算定式を踏まえ、NDBデータから抽出したデータ等を用いた推計ツールを提供しており、平成29年度に、各都道府県で策定作業を進めることとしている。

（※2）国立保健医療科学院では、現在、国保データベースシステム（KDB）の活用マニュアルや都道府県職員が市町村に研修する研修プログラムを作成している。H29年度は、NDBから抽出した都道府県別の医療費分析ツールのマニュアルを作成予定。

○医療費適正化計画の取組目標

	第2期（H25～29年度）	第3期（H30～35年度）
住民の健康の保持の推進に関する目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診の実施率 70%以上 ・ 特定保健指導の実施率 45%以上 ・ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率 25%以上 ・ たばこ対策 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診の実施率 70%以上 ・ 特定保健指導の実施率 45%以上 ・ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率 25%以上 ・ たばこ対策 ・ 予防接種 ・ 生活習慣病等の重症化予防（糖尿病の重症化予防の取組など） ・ その他予防・健康づくりの推進（個人へのインセンティブの取組など）
医療の効率的な提供の推進に関する目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 平均在院日数の短縮 ・ 後発医薬品の使用促進に関する目標 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 後発医薬品の数量シェア 80%以上 ・ 医薬品の適正使用の推進に関する目標（重複投薬、多剤投与の適正化）

(2) 保険者協議会の位置づけ

- 都道府県内の医療費の適正化については、被用者保険を含め、都道府県と保険者が同じ意識をもって共同で取り組む必要がある。こうした観点から、保険者と後期高齢者広域連合が都道府県ごとに共同で「保険者協議会」を組織し（高齢者医療確保法）、都道府県や必要に応じて医療関係者等の参画も得て会議を開催している。
- 第3期計画からは、都道府県が医療費適正化計画の策定に当たって、保険者協議会に事前に協議することとなった。また、都道府県は、計画に盛り込んだ施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者、医療関係者等に必要な協力を求めることができることとされているが、さらに、保険者協議会を通じて協力を求めることができる仕組みとなった。
（平成27年国保法等改正、平成28年4月1日施行）

(※1) 保険者協議会は、高齢者医療確保法で、以下の3つの業務が規定されている。

- ① 特定健診・保健指導の実施等に関する保険者間の連絡調整
- ② 保険者に対する必要な助言又は援助
- ③ 医療費などに関する情報の調査及び分析

(※2) 保険者協議会は、市町村国保、国保組合、健保組合、共済組合、協会けんぽ、後期高齢者医療広域連合を構成員とし、全保険者協議会の事務局を都道府県国保連合会が担っている。都道府県担当部署は、47のうち33が正式な構成員、14がオブザーバー参加している（平成29年4月時点）。必要に応じて、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、学識経験者等も参画している。



- 特定健診・保健指導をはじめとする医療費適正化計画に基づく取組は、予防・健康づくり、医療、介護と密接に関連しており、また、実効性ある取組とするためには、保険者、自治体、医療関係者、企業など、様々な主体との連携が必要。

平成30年度から、都道府県が保険者となることを契機として、今後、都道府県が主体となり、都道府県民の健康増進と医療費適正化について、自治体をはじめ、医療関係者や企業など、幅広い関係者と連携しながら、様々な地域課題について取り組む必要がある。

- 平成30年度からは、都道府県が国保の財政運営を担うことから（保険者協議会の構成員にも位置付けられる）、都道府県では、医療費適正化計画の進捗状況の把握と国保運営の両面から、保険者協議会も活用しながら、保険者横断的な医療費の調査分析等を含め、都道府県民の健康増進と医療費適正化を的確に実施できる体制を確保する必要がある。

《論点》

- 都道府県の住民の健康増進と医療費適正化について、都道府県が中核となって取組を的確に進めることができる体制を確保する観点から、以下の点について、検討する必要がある。
 - ・ 平成30年度から、都道府県が保険者となり、国保の財政運営を担うことから、保険者協議会における都道府県の位置づけや役割を明確化する必要があるのではないか。
 - ・ 都道府県が、医療費適正化計画の的確な進捗管理（PDCA）を行うため、国から提供するデータなども活用して、県内の保険者横断的な医療費等の分析を行う機能を強化する必要があるのではないか。
 - ・ 県民の健康増進と医療費適正化について、都道府県が中核となって取組を進めるためには、保険者、自治体、医療関係者、企業などの幅広い関係者と連携等することが重要である。このために必要な体制はどのようなものか、先進事例も踏まえつつ、検討する必要がある。

医療費・介護費の地域差是正に向けた取組

医療費の地域差縮小に向けた取組

厚生労働省



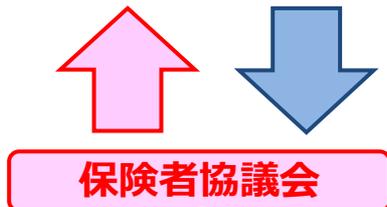
- 保険者努力支援制度等を活用して、保険者が行う健康の保持増進等の取組を**インセンティブ**で支援（平成30年度以降）
- 都道府県や保険者の取組状況を**指標で「見える化」**（分かりやすく公表）
- 都道府県が医療費分析できるよう、**県単位のNDB(レポデータ)の迅速な提供**
- 厚生労働大臣は、国・都道府県の適正化計画の目標達成のため必要と認めるときは、あらかじめ都道府県と協議の上、**都道府県別に診療報酬の異なる定め**ができる

都道府県

都道府県が国保の保険財政と医療提供体制で権限と責任。医療費適正化計画等の策定主体として保険者協議会に参画し、実効性を高める。

- ①医療提供体制の権限：地域医療構想の推進（医療介護総合確保基金の活用、病床転換の中止要請権限等）
- ②医療の財政責任：国保の財政運営の責任（H30年度～）、医療費適正化計画の策定、医療費の分析、厚労大臣に診療報酬の意見提出
 - 医療費が目標を著しく上回ると認める場合又は項目の目標を達成できないと認める場合、保険者・後期広域連合・医療機関と協力して必要な対策を講じるよう努める
 - 医療費適正化計画の取組の推進のため、保険者協議会を通じて、保険者に対して適正化や保健事業の推進など協力を要請

- 協議会は県が策定する地域医療構想と適正化計画に意見を提出



- 県は協議会に対し地域医療構想と適正化計画について協議、適正化の取組への協力を要請

H25年度
 医療費構成割合
(保険者数)
 保険者への
 インセンティブ
(国が決定)



都道府県の権限の強化

- 都道府県が保険者協議会で**主導的な役割を發揮**
- 国が行う保険者へのインセンティブについて**都道府県からの意見を反映**
- 都道府県が**保険者と共同で医療費等を分析**、P DCAを用いて運営責任を共有

都道府県の保健ガバナンスの抜本強化

－ 地域の予防・健康・医療・介護の司令塔としての都道府県の役割の明確化 －

- 地域における『予防・健康・医療・介護』は、それぞれ密接に関連するが、制度がバラバラ。都道府県の役割は限定的。
- **都道府県を、個人・保険者・医療機関等の自発的な行動変容を促す司令塔へ。** このため、**制度(権限)・予算(財政)・情報(データ)・人材**などの面で、**都道府県の保健ガバナンスの抜本強化**を検討。

	予防・健康	医療		介護
		提供体制	保険	
都道府県の役割	適正化計画の策定	医療計画の策定	国保の保険者(H30～)	市町村支援

制度(権限)の強化

－都道府県が取りまとめる協議体の構築(「保険者協議会」の改組)－

- 住民の健康づくりや、効率的な医療・介護の提供体制の構築など、様々な地域課題に取り組む。



予算(財政)の強化

－都道府県のインセンティブ改革(保険者努力支援制度等)－

- インセンティブ制度を拡充するとともに、アウトカム指標を導入。

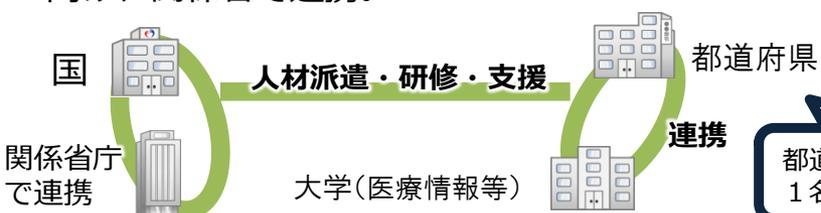


予防・健康
 医療・介護
 の司令塔

人材の強化

－主体的な医療施策の企画立案能力の向上－

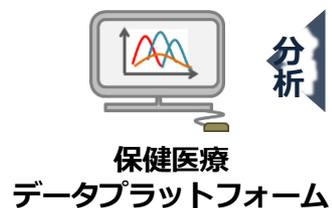
- 医療政策、データ分析等に精通した人材確保に向け、関係者で連携。



情報(データ)の強化

－都道府県によるビッグデータへのアクセス確保・分析機能強化－

- 「保健医療データプラットフォーム」を都道府県が分析。保険者・個人等の行動変容を促す。



＜地域特性分析の例＞

- ①脳卒中患者の治療後の医療・介護サービスの傾向
- ②抗生物質の処方や重複投薬の状況等

国保の保険者努力支援制度の評価指標について

【28年度前倒し分の評価指標について】

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策定状況

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

【30年度以降の評価指標の考え方について】

- 都道府県のインセンティブ改革として、
 - ・ 医療費適正化等に関する施策の「取組状況に関する評価」中心の現在の指標に加え、
 - ・ 都道府県の医療費水準等の「アウトカム指標」も導入する。

⇒ 具体的な評価の在り方については、引き続き、国保基盤強化協議会において地方団体との議論を進めることとしてはどうか。

国民健康保険の見直しについて（議論のとりまとめ）（抄）
（平成27年2月12日国保基盤強化協議会）

1. 公費拡充等による財政基盤の強化
- ② 医療費の適正化に向けた取組み等、保険者としての努力を行う自治体に対し、適正かつ客観的な指標（例えば、後発医薬品使用割合、前期高齢者一人当たり医療費、保険料収納率等を検討）に基づく財政支援を創設（「保険者努力支援制度」の創設。700億円～800億円規模）

参 考 资 料

保険者協議会について

- 高齢者医療確保法では、保険者と後期高齢者広域連合が都道府県ごとに共同で「保険者協議会」を組織し、①特定健診・保健指導の実施等に関する保険者間の連絡調整、②保険者に対する必要な助言又は援助、③医療費などに関する情報の調査及び分析の業務を行うことが規定されている。
- 第3期計画からは、①都道府県が医療費適正化計画の策定に当たって、保険者協議会に事前に協議する、②計画策定後、都道府県が計画に盛り込んだ取組を実施するに当たり、保険者等に必要な協力を求める場合に、保険者協議会を通じて協力を求めることができる仕組みとなった。また、都道府県が保険者として保険者協議会に参画することとなった（平成27年国保法等改正）。

◎高齢者の医療の確保に関する法律

（都道府県医療費適正化計画）

第9条 ※平成27年改正後

- 7 都道府県は、都道府県医療費適正化計画を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、関係市町村（第157条の2第1項の保険者協議会（以下この項及び第10項において「保険者協議会」という。）が組織されている都道府県にあつては、関係市町村及び保険者協議会）に協議しなければならない。
- 9 都道府県は、都道府県医療費適正化計画の作成及び都道府県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。
- 10 保険者協議会が組織されている都道府県が、前項の規定により当該保険者協議会を組織する保険者又は後期高齢者医療広域連合に対して必要な協力を求める場合においては、当該保険者協議会を通じて協力を求めることができる。

（保険者協議会）

第157条の2 保険者及び後期高齢者医療広域連合は、共同して、加入者の高齢期における健康の保持のために必要な事業の推進並びに高齢者医療制度の円滑な運営及び当該運営への協力のため、都道府県ごとに、保険者協議会を組織するよう努めなければならない。

2 前項の保険者協議会は、次に掲げる業務を行う。

- 一 特定健康診査等の実施、高齢者医療制度の運営その他の事項に関する保険者その他の関係者間の連絡調整
- 二 保険者に対する必要な助言又は援助
- 三 医療に要する費用その他の厚生労働省令で定める事項に関する情報についての調査及び分析

◎高齢者の医療の確保に関する法律 ※平成27年改正（平成30年4月1日施行）

改正後

第7条第2項 この法律において「保険者」とは、医療保険各法の規定により医療に関する給付を行う全国健康保険協会、健康保険組合、都道府県及び市町村（特別区を含む。以下同じ。）、国民健康保険組合、共済組合又は日本私立学校振興・共済事業団をいう。

改正前

第7条第2項 この法律において「保険者」とは、医療保険各法の規定により医療に関する給付を行う全国健康保険協会、健康保険組合、市町村（特別区を含む。以下同じ。）、国民健康保険組合、共済組合又は日本私立学校振興・共済事業団をいう。

各都道府県の保険者協議会の現在の構成

保険者協議会は、市町村国保、国保組合、健保組合、共済組合、協会けんぽ、後期高齢者医療広域連合を構成員とし、全保険者協議会の事務局を都道府県国保連合会が担っている。都道府県担当部署は、47のうち33が正式な構成員、14がオブザーバー参加している（平成29年4月現在）。必要に応じて、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、学識経験者等も参画している。

保険者協議会の基本情報(平成29年4月1日時点)

※「保険者数」は、参加している構成員数

○:構成員として参加 △:オブザーバーとして参加

都道府県	保険者協議会会長の所属団体				構成員 (種別ごとの保険者数)																			
	国民健康保険 団体連合会	全国健康保険 協会	市町村	その他	国民健康保険 団体連合会	全国健康保険 協会	市町村国保 保険者数	国民健康保険 組合 保険者数	健康保険組合 保険者数	後期高齢者医療 広域連合	健康保険組合 連合会	都道府県担当 部署	共済組合 保険者数	医師会	歯科医師 会	薬剤師 会	看護協 会	栄養士 会	学識経 験者	その他				
北海道	○				○	○	○	2	○	1	○	2	○	○	△	○	2	△	△	△	△	△		厚生局
青森			○			○	○	4			○	3	○		△	○	4	○	○	○	○			
岩手			○		○	○	○	3			○	1	○	○	△	○	4	△	△	△			△	
宮城			○		○	○	○	2	○	1	○	2	○	○	○	○	2	△	△	△	△	△	△	
秋田	○				○	○	○	3	○	1	○	3	○	○	○	○	4	△	△	△	△	△		
山形			○		○	○	○	1	○	1	○	2	○	○	○	○	4	△	△	△	△	△	△	
福島	○				○	○	○	2	○	3	○	3	○	○	○	○	4							
茨城	○				○	○	○	4	○	1	○	2	○	○	○	○	1	△	△	△	△	△	△	
栃木	○				○	○	○	2			○	1	○	○	○	○	2	○	△	△	△	△	△	
群馬	○				○	○	○	35	○	2	○	12	○	○	○	○	4	△	△	△			△	
埼玉	○				○	○	○	4	○	1	○	3	○	○	○	○	1	△	△	△	△	△	△	
千葉	○				○	○	○	4	○	1	○	4	○	○	○	○	4	△	△	△	△	△		
東京	○				○	○	○	4	○	2	○	4	○	○	○	○	2	○	○	○				
神奈川	○				○	○	○	2	○	1	○	3	○	○	○	○	2	○	○	○	○	○		
新潟			○		○	○	○	3	○	1	○	3	○	○	△	○	2	△	△	△			△	
富山	○				○	○	○	15	○	2	○	17	○	○	△	○	4	△	△	△			△	
石川	○				○	○	○	4	○	1	○	3	○		○	○	1	△	△	△	△	△	△	
福井	○				○	○	○	4	○	1	○	2	○	○	○	○	1	△	△	△	△	△	△	
山梨	○				○	○	○	2			○		○	○	○	○		△	△	△			△	
長野			○		○	○	○	5	○	2	○	2	○	○	○	○	2	△	△	△	△	△	△	
岐阜			○		○	○	○	5	○	1	○	2	○	○	△	○	4	○	○	○	○	○	○	
静岡	○				○	○	○	3			○	3	○		△	○	1	△	△	△	△	△		保健師会

保険者協議会の基本情報(平成29年4月1日時点)

○:構成員として参加 △:オブザーバーとして参加

都道府県	保険者協議会会長の所属団体					構成員 (種別ごとの保険者数)																		
	国民健康保険 団体連 合会	全国健康 保険 協会	市町村	その他	国民健康 保険 団体連 合会	全国健康 保険 協会	市町村国保	国民健康保 険組合		健康保険組 合		後期高 齢者医 療広域 連合	健康保 険組 合連 合会	都道府 県担 当 部 署	共済組合	医師会	歯科医 師会	薬剤師 会	看護協 会	栄養士 会	学識経 験者	その他		
								保険 者数	保険 者数	保険 者数	保険 者数													
愛知	○				○	○	○	3	○	1	○	4	○	○	△	○	2	△	△	△	△	△		
三重			○		○	○	○	4	○	1	○	1	○	○	○	○	1	○	○	○	○	○		
滋賀				○	滋賀県後期高齢者医療広域連合	○	○	○	2	○	1	○	2	○	○	○	1	△	△	△				
京都		○			○	○	○	2	○	1	○	2	○	○	○	○	3	△	△	△	△	△		
大阪				○	7月の会議で決定予定(平成28年度は国民健康保険団体連合会)	○	○	○	3	○	1	○	4	○	○	○	1	△	△	△	△	△	△	
兵庫				○	保険者協議会会長の所属団体調整中	○	○	○	1	○	1	○	1	○	○	△	○	1	△	△	△	△	△	
奈良	○				○	○	○	3	○	2	○	2	○	○	○	○	4	△	△	△	△	△	△	
和歌山			○			○	○	4			○	3	○	○	△	○	4	△	△	△			病院協会	
鳥取	○				○	○	○	19	○	1	○	2	○	○	△	○	4							
島根	○				○	○	○	1			○	1	○	○	○	○	2	△	△	△	△	△	△	
岡山	○				○	○	○	3	○	1	○	2	○	○	△	○	4	△	△	△	△	△	△	
広島	○				○	○	○	2	○	1	○	2	○	○	○	○	2	△	△	△		△	支払基金 国診協	
山口	○				○	○	○	2	○	1	○	2	○	○	△	○	4	○	△	△		△		
徳島	○				○	○	○	24	○	2	○	3	○	○	△	○	4	△	△	△	△	△		顧問
香川	○				○	○	○	3			○	3	○	○	○	○	4	△	△	△	△	△	△	国診協
愛媛	○				○	○	○	1	○	1			○	○	○	○	1							
高知			○		○	○	○	1	○	1	○	1	○	○	○	○	1	△	△	△	△	△	△	
福岡	○				○	○	○	4	○	1	○	2	○	○	○	○	1	○	○	○		○		
佐賀			○		○	○	○	4	○	1			○	○	○	○	1	○	○	○				
長崎			○		○	○	○	21	○	4	○	3	○	○	○	○	4	○						
熊本	○				○	○	○	3	○	1	○	3	○	○	○	○	4	△	△	△	△	△	△	
大分		○			○	○	○	2	○	1			○	○	○	○	1	△	△	△	△	△		
宮崎	○				○	○	○	5	○	2	○	3	○	△	○	○	3							
鹿児島		○			○	○	○	2	○	2	○	2	○		○	○	1	○						
沖縄	○				○	○	○	41	○	1	○	5	○	○	○	○	4	○	△	△	△	△	△	
計	29	3	12	3	—	45	47	47	273	39	52	44	130	47	42	33	47	117	12	7	7	4	4	10

※「計」は、「○」のみを集計したもの

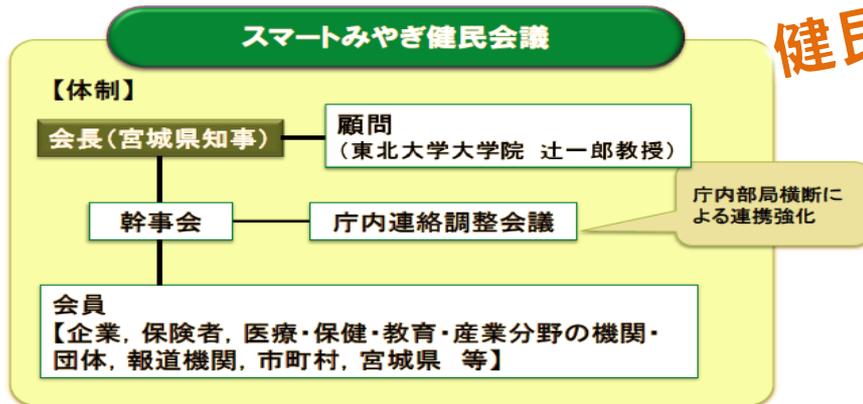
※「保険者数」は、「本会」の構成員数

宮城県健康づくりの推進



スマートみやぎ健民会議を設立！

県民の健康と幸せの実現を目指して、企業、保険者、市町村等関係団体が連携し健康づくりを推進するため設立



健民運動発進!



重点的に取り組む3分野

- 栄養・食生活
- 身体活動・運動
- たばこ

全ライフステージへの切れ目のない健康応援体制の構築



スマートみやぎ健民会議の活動

- ◇会員同士の情報交換、企業等先進的取組を表彰
- ◇報道機関との連携による情報発信
- ◇企業向けセミナー等による健康経営の普及
- ◇市町村との連携による健康づくりの推進



高齢者の医療の確保に関する法律第14条について

- 高齢者の医療の確保に関する法律では、厚生労働大臣は、全国及び都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価の結果、計画における医療の効率的な提供の推進の目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができることとされている（同法第14条）。
- 第2期の全国及び都道府県医療費適正化計画については、同法に基づき、平成30年度に実績の評価を行うため、同法第14条の規定の適用に関する考え方について、第2期の都道府県医療費適正化計画の進捗状況や同法の規定を踏まえ、平成29年度中に関係審議会等において検討を行う。

◎高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)

(医療費適正化基本方針及び全国医療費適正化計画)

第8条第4項 全国医療費適正化計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

第2号 医療の効率的な提供の推進に関し、国が達成すべき目標に関する事項

(都道府県医療費適正化計画)

第9条第3項 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。

第2号 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

(計画の実績に関する評価)

第12条第3項 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、全国医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該計画の目標の達成状況及び施策の実施状況の調査及び分析を行い、当該計画の実績に関する評価を行うとともに、前項の報告を踏まえ、関係都道府県の意見を聴いて、各都道府県における都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価を行うものとする。

(診療報酬に係る意見の提出等)

第13条 都道府県は、前条第1項の評価の結果、第9条第3項第2号の目標の達成のために必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対し、健康保険法第76条第2項の規定による定め及び同法第88条第4項の規定による定め並びに第71条第1項に規定する療養の給付に要する費用の額の算定に関する基準及び第78条第4項に規定する厚生労働大臣が定める基準(次項及び次条第1項において「診療報酬」という。)に関する意見を提出することができる。

2 厚生労働大臣は、前項の規定により都道府県から意見が提出されたときは、当該意見に配慮して、診療報酬を定めるように努めなければならない。

(診療報酬の特例)

第14条 厚生労働大臣は、第12条第3項の評価の結果、第8条第4項第2号及び各都道府県における第9条第3項第2号の目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

2 厚生労働大臣は、前項の定めをするに当たっては、あらかじめ、関係都道府県知事に協議するものとする。

(参考)経済・財政再生計画 改革工程表 2016改定版

(平成28年12月21日 経済財政諮問会議決定)

	集中改革期間				2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
	～2016年度 《主担当府省庁等》	2017年度		2018年度				
医療・介護提供体制の適正化	<p>《厚生労働省》</p> <p>通常国会</p> <p>概算要求 税制改正要望等</p> <p>年末</p> <p>通常国会</p>							
	<p>＜⑩都道府県の行う病床再編や地域差是正の努力を支援するための取組＞</p> <p>＜(i)改革に取り組む都道府県を重点的に支援する観点からの地域医療介護総合確保基金の平成27年度からのメリハリある配分＞</p> <p>病床の機能分化・連携に係る事業への重点的な配分</p> <p>2015年度における病床の機能分化・連携に係る事業への重点的な配分の取組を、2016年度以降も継続</p>							
	<p>＜(ii)医療費適正化計画の進捗状況等を踏まえた高確法第14条の診療報酬の特例の活用の在り方の検討＞</p>							
		<p>高齢者医療確保法第14条の診療報酬の特例の活用方策について、関係審議会等において検討し、結論。検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる</p>						
	<p>＜(iii)機能に応じた病床の点数・算定要件上の適切な評価、収益状況を踏まえた適切な評価など 平成28年度診療報酬改定及び平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定における対応＞</p> <p>7対1入院基本料算定要件の見直しを含む機能に応じた病床の点数・算定要件上の適切な評価について、平成28年度診療報酬で対応</p> <p>平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定において適切に対応</p>							
<p>＜(iv)都道府県の体制・権限の整備の検討 等＞</p> <p>都道府県の体制・権限の在り方について、2014年の法律改正で新たに設けた権限の行使状況等を勘案した上で、関係審議会等において検討し、結論。検討の結果に基づいて2020年央までに必要な措置を講ずる</p>								

病床の機能分化を踏まえた入院基本料等の算定状況等(7対1入院基本料を算定する病床数【縮小】、患者数【縮小】)

(参考) 高齢者の医療の確保に関する法律第14条に関するこれまでの主な意見等

【平成18年1月13日 医療制度改革に関する意見（全国知事会）（抄）】

3 医療費適正化計画について

都道府県は、住民の健康づくり、地域における住民の視点に立った医療提供体制の整備に努めており、それらが長期的にみて医療費の適正化に資することはあるが、そもそも医療費適正化については、医療費に多大な影響を与える診療報酬制度等に権限を有する国が主導的な役割を果たすべきである。医療費適正化計画の名の下に、国の責任を都道府県に転嫁することは、絶対にあってはならない。

また、都道府県別の診療報酬の特例については、その妥当性、医療費適正化への実効性に疑問がある。

【社会保障審議会医療保険部会における主な議論（平成25年5月29日）（抄）】

（地域ごとの診療報酬）

- 診療報酬については、一物一価、全国统一にしないと国民の納得は得られない。
- 地域ごとの診療報酬については、ドイツでも全国统一に苦労した状況があるので、全国统一で単価を決めた上で、地域の特性は要件の緩和とか加算等で対応するのがよい。

【平成17年～平成19年 医療保険部会での意見】

- 都道府県が十分準備ができていない、あるいは都道府県ができないものをつくること自体が間違い。都道府県には、厚生労働省の管轄である専門の方は極めて少ない。
- 都道府県で診療報酬の特例を検討するというのは、能力の問題というよりも、スキームとして非常に問題があるのではないか。機能しないのではないか。
- 住民の健康を守ることが都道府県の目的であって、医療費適正化が都道府県の一義的な目的ではない。医療費が適正化されるのは結果である。都道府県ごとの診療報酬の特例についても疑念を抱かざるを得ない。
- 格差を生じさせる地域ごとの特例診療報酬の設定は避けるべき。

【平成25年～平成27年 医療保険部会での意見】

- 診療報酬設定の一部権限移譲については反対。診療報酬については、一物一価、全国统一という形にしないと国民の納得は得られない。
- 都道府県別の診療報酬をさらに拡大していこうという方向については、疑問であり、慎重にやるべき。
- 全国一律ということのメリットは非常に大きいので、これを都道府県別にすると現場が混乱する。
- 地域ごとの診療報酬のあり方について検討と書かれているが、まだ実行された実績がないし、これについて十分慎重な論議をするべきであって、拙速な結論を出すべきではない。

第二期医療費適正化計画の進捗状況（平成28年度）

- 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第11条の規定（平成27年5月29日施行の改正規定）により、厚生労働省は平成27年度より毎年度、全国医療費適正化計画の進捗状況の公表を行うこととされている。
- 第二期医療費適正化計画では、特定健康診査の実施率、特定保健指導の実施率、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率、平均在院日数に関する数値目標と、医療費の見通しについて定めており、これらの直近の進捗状況を報告する。

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成29年度 (目標値)
特定健康診査の実施率	38.9%	41.3%	43.2%	44.7%	46.2%	47.6%	48.6%	-	70%
特定保健指導の実施率	7.7%	12.3%	13.1%	15.0%	16.4%	17.7%	17.8%	-	45%
メタボリックシンドロームの 該当者及び予備群の減少率	-	-	-	2.12%	3.09%	3.47%	3.18%	-	25%
医療機能の強化・連携等を通 じた平均在院日数の短縮 (※1)	31.6日	31.3日	30.7日	30.4日	29.7日	29.2日	28.6日	27.9日	28.6日
実績医療費(※2)	34兆8,084 億円	36兆67 億円	37兆4,202 億円	38兆5,850 億円	39兆2,117 億円	40兆610 億円	40兆8,071 億円	-	- (※3)

(※1) 平均在院日数の出典は「病院報告」（厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室）であるが、年度単位ではなく年単位の統計のため、表中「平成○年度」を「平成○年」と読み替える。

(※2) 実績医療費は「国民医療費」（厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室）を用いている。

(※3) 計画期間における医療費の見通しを示している46都道府県の医療費の見通しを機械的に足し上げると、特定健診等の推進や平均在院日数の短縮等がなされた場合の医療費は約45.6兆円となっている。

都道府県医療費適正化計画の進捗状況①

速報版

	住民の健康の保持の推進						医療の効率的な提供の推進		
	特定健康診査の実施率 (%)		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 (%)		平均在院日数 (日)		
	平成26年度	目標	平成26年度	目標	平成26年度	目標	平成26年	平成27年	目標
北海道	37.4	69.0	12.9	45.0	1.85	25.0	32.5	31.4	33.0
青森県	44.1	68.0	22.8	45.0	-1.08	25.0	30.1	30.2	31.5
岩手県	50.0	70.0	15.9	45.0	9.44		31.1	30.5	30.0
宮城県	56.6	70.0	17.1	45.0	6.75	25.0	26.2	25.6	26.4
秋田県	44.0	70.0	23.0	45.0	2.9	25.0	31.3	30.7	31.1
山形県	57.7	70.0	24.9	45.0	10.9	25.0	28.0	27.3	28.6
福島県	48.6	70.0	20.9	45.0	-1.88	25.0	30.1	29.2	30.4
茨城県	48.2	70.0	18.0	45.0	7.6	25.0	28.0	27.5	29.5
栃木県	46.5	70.0	19.2	45.0	2.6	25.0	30.3	29.3	29.2
群馬県	48.3	70.0	13.7	35.0	1.39	25.0	27.8	27.5	28.7
埼玉県	49.5	70.0	14.1	45.0	4.2	25.0	29.2	28.4	30.8
千葉県	51.6	70.0	15.5	45.0	0.37	25.0	26.1	25.6	27.8
東京都	62.1		15.5		4.18		22.1	21.6	
神奈川県	48.6	70.0	12.3	45.0	1.5	25.0	22.2	21.9	23.7
新潟県	52.8	70.0	18.2	45.0	4.56	25.0	30.0	29.6	
富山県	54.5	70.0	21.2	45.0	-3.81	25.0	30.6	30.0	30.4
石川県	53.0	70.0	24.6	45.0	5.03	25.0	33.9	31.0	31.4
福井県	49.1	70.0	22.1	45.0	-1.5	25.0	28.8	28.3	28.1
山梨県	52.8	70.0	23.5	45.0	1.8	25.0	30.0	29.0	28.4
長野県	52.5	70.0	27.6	45.0	6.25	25.0	23.4	23.0	(H23より減少)
岐阜県	47.6	70.0	24.6	45.0	8.23	25.0	24.7	24.3	25.4
静岡県	51.2	70.0	18.2	45.0	6.6	25.0	27.1	26.7	27.9
愛知県	50.4	70.0	19.1	45.0	4.0	25.0	24.2	23.6	24.6
三重県	52.4	70.0	19.1	45.0	2.75	25.0	28.9	28.4	

※ 都道府県の報告内容をまとめたもの。数字の記載のないものは、都道府県において公表がされていないため。

都道府県医療費適正化計画の進捗状況②

速報版

	住民の健康の保持の推進						医療の効率的な提供の推進		
	特定健康診査の実施率 (%)		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 (%)		平均在院日数 (日)		
	平成26年度	目標	平成26年度	目標	平成26年度	目標	平成26年	平成27年	目標
滋賀県	49.7	70.0	20.9	45.0	0.28	25.0	25.9	25.2	26.7
京都府	44.5	70.0	15.3	45.0	-1.8	25.0	30.2	29.2	
大阪府	41.5	70.0	11.1	45.0	5.0	25.0	27.2	26.3	28.5
兵庫県	45.4	70.0	15.2	45.0	5.67	25.0	26.7	26.2	25.0
奈良県	41.2	65.0	14.2	45.0	0.95	25.0	26.2	25.5	引き続き減少
和歌山県	39.9	70.0	20.9	45.0	0.5	25.0	29.6	28.9	30.2
鳥取県	44.6	70.0	25.9	45.0	-0.63		29.9	29.6	
島根県	50.6	70.0	20.1	45.0	-1.8	(25.0)	30.2	29.0	
岡山県	43.4	70.0	19.5	45.0	2.5	25.0	28.1	27.0	27.4
広島県	42.9	65.0	21.6	45.0	-5.6	25.0	32.8	31.9	
山口県	40.8	70.0	19.0	45.0	-1.41	25.0	39.9	39.4	40.9
徳島県	44.7	70.0	31.8	45.0	4.68	13.0	38.0	36.7	36.5
香川県	47.3	80.0	27.7	60.0	-2.8	25.0	28.2	27.0	29.6
愛媛県	41.4	70.0	20.9	45.0	4.73	25.0	31.8	30.9	
高知県	44.7	65.0	15.8	45.0	1.8	25.0	42.9	41.8	43.1
福岡県	44.1	70.0	19.6	45.0	-1.44	25.0	34.6	33.9	35.1
佐賀県	45.3	70.0	29.0	45.0	0.12	25.0	41.6	40.5	39.5
長崎県	42.7	70.0	27.1	45.0	3.92	25.0	37.5	36.5	
熊本県	45.9	70.0	26.8	45.0	1.56	25.0	39.5	38.7	36.3
大分県	50.6	70.0	27.7	45.0	5.98	10.0	33.0	32.2	31.6
宮崎県	42.4	70.0	25.3	45.0	-3.82		37.1	36.4	33.5
鹿児島県	47.9	65.0	24.7	45.0	1.37	25.0	43.3	42.1	41.5
沖縄県	47.0	70.0	30.5	45.0	0.60	25.0	30.4	29.9	28.5

※ 都道府県の報告内容をまとめたもの。数字の記載のないものは、都道府県において公表がされていないため。