

平成29年10月4日
社会保障審議会医療保険部会資料

都道府県のガバナンスの強化について（保険者協議会の位置づけ等）
第3期の医療費適正化計画について ／ 高齢者医療確保法第14条について

平成29年10月4日
厚生労働省 保険局

都道府県のガバナンスの強化について (保険者協議会の位置づけ等)

(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	・ 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	・ 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	・ 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	・ 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。

(※) これらについて、本年（2017年）6月～7月のブロック別説明会で、各都道府県の健康増進と国保担当部署、保険者協議会関係者に厚生労働省から説明した。

(参考 1) 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都道府県は計画に盛り込んだ取組を実施するに当たって、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	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、 <u>都道府県及び市町村</u> （特別区を含む。以下同じ。）、国民健康保険組合、 <u>共済組合又は日本私立学校振興・共済事業団をいう。</u>	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、 <u>市町村</u> （特別区を含む。以下同じ。）、国民健康保険組合、 <u>共済組合又は日本私立学校振興・共済事業団をいう。</u>

(参考2) 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		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								
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	1	0	

※「計」は、「○」のみを集計したもの

※「保険者数」は、「本会」の構成員数

医療保険部会での意見（都道府県ガバナンス、保険者協議会の位置づけ等について）

- 4月26日の医療保険部会では、①保険者協議会における都道府県の位置づけの明確化、②保険者、医療関係者等の連携に必要な体制、③保険者横断的な医療費分析等の機能の強化の論点について、以下のとおり意見があった。
- イ 地域における予防・健康・医療・介護については、国、都道府県、市町村がそれぞれの役割を果たしていくことが重要。都道府県のガバナンス強化に向けた議論が都道府県不在の場で行われていることは非常に遺憾。30年度の国保改革の円滑な施行に向けて、国と都道府県、市町村が信頼関係を持って協議を行っていく必要がある。
- ロ 医療費適正化は、現場とのタイアップが絶対的に必要。健康への社会的な決定要因を改善することで、国民の健康は保持される。保険者の役割も大きい。都道府県の行政の力が必要。都道府県を中心に、関係者で力を合わせて、国民の健康を増進していくとの考え方を実行すべき時期にきている。地域医療を担う者も構成員に入れて、都道府県が中心となり、経済的な責任を負う保険者と、地域の現状に合わせながら議論していく場として、協議会を発展させてほしい。
- 後発医薬品の数量シェアや重複投与・多剤投与の防止による適正化の目標は、薬剤師が保険者協議会の構成員になることで、地域の特性に合わせた取組ができるので参画したい。
- ハ 保険者協議会は、国保などの保険者が保険者機能を自ら発揮する、あるいは保険者同士が連携して保険者機能の発揮を強化していく趣旨でできた。これを基本としながら都道府県のガバナンスも考えていくことが大事。保険者協議会には、効率的で質の高い医療提供体制の構築に向けて、都道府県に対するチェック機能が期待されている。その機能が損なわれることのないよう、むしろ強化する方向で連携してほしい。
- 二 都道府県が保険者協議会の場で司令塔としての役割を発揮し、保険者協議会が役割を十分に果たせるよう、実効性ある権限を検討することが重要。予防・健康・医療・介護の分野横断的な取組に対応して、都道府県に専門人材を配置し、部署間の連携も検討すべき。都道府県主体のビッグデータ分析は、保険者から都道府県に適切に情報を提供できるルールづくりも進め、加入者の健康情報を把握する保険者と共同で実施し、保険者協議会にもフィードバックしていくべき。

「社会保障制度改革に関する緊急要請」（平成29年5月17日） 抜粋

財務大臣 総務大臣 厚生労働大臣 内閣府特命担当大臣（経済財政政策） あて 全国知事会長 全国市長会長代理 全国町村会長
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。

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

- 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発揮していく、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。

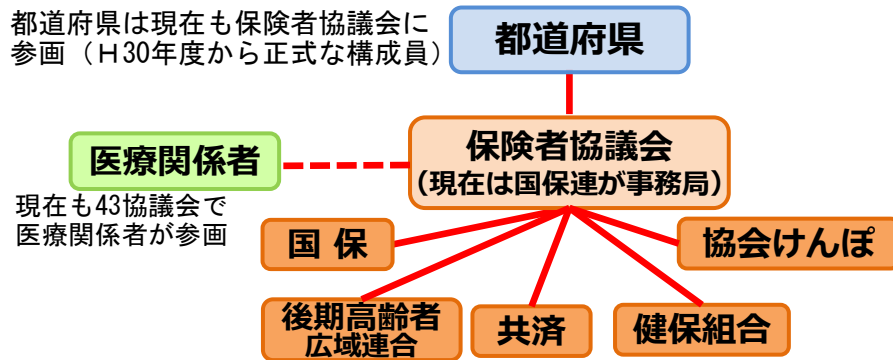
（※2）都道府県における医療費分析の体制強化を支援する観点から、医療費適正化の主体的な取組の指標として、例えば、**保険者協議会を活用した医療費分析や人材育成等**を位置づけることも考えられる（具体的な指標は、平成31年度からの評価に向けて今後検討）。

（※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。

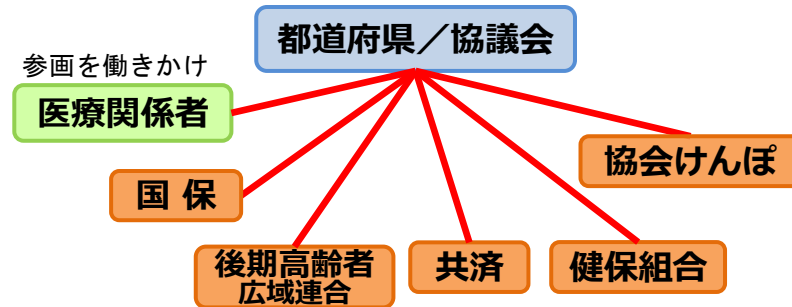
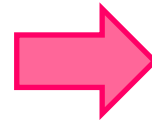
保険者協議会では、現在、保険者が共同で、医療関係者等の協力も得て、保険者横断的に健康増進や医療費分析等を実施

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の明確化を検討
（現行も運用上は可能）



（※）必要に応じて企業等が参画することも考えられる

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

都道府県の主導的な役割をインセンティブで評価・支援

保険者横断的な医療費分析等の機能の強化について

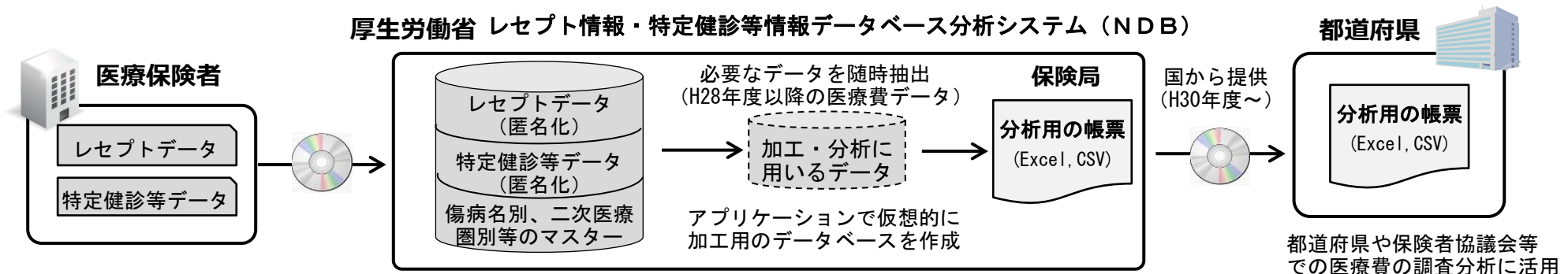
- 保険者協議会は、現在、加入者の高齢期の健康保持のための事業の推進等のため、医療費の調査分析の業務を行うとされており（高齢者医療確保法第157条の2）、事務局である国保連合会が、市町村国保・協会けんぽ・健保組合等と協力して、国保データベースシステム（KDBシステム）等を活用して、保険者横断的な医療費の調査分析を行っている。
- 平成30年度以降は、都道府県も国保保険者としてKDBシステムを利用できるが、ノウハウ等は国保連合会にある一方、国保連合会が被用者保険者にデータ提供等の協力を求める際は、医療費適正化計画等の実施を担う都道府県が関わるのが重要であり、都道府県と国保連合会が共同・連携して医療費の調査分析を行っていくことが望ましい。
厚生労働省では、こうした都道府県や国保連合会、保険者等によるデータを活用した医療費分析を支援していくため、NDBから抽出した必要なデータの提供を進めていくこととしている。
（※1）現行法上も、都道府県は、保険者、医療機関等の関係者に対し、必要なデータの提供を求めることができる旨が規定されている。
（※2）平成29年度に、国立保健医療科学院に依頼し、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。

- 都道府県における調査分析に資するよう、NDBから抽出した都道府県別の医療費データの提供を平成28年末から試行的に行っているが、さらに、都道府県・市町村別の医療費の構造等のデータを、毎年度、国から都道府県に提供できるよう、NDBの追加機能の整備に着手している。

〔平成30年度以降に提供予定のデータ例〕

- ・ 疾病別の内訳を入れた基礎数値（都道府県・市町村別、診療種別、年齢階級別、保険者種別でみた医療費、患者数、総日数など）
- ・ 後発医薬品に関するデータ（都道府県別、保険者種別でみた後発医薬品の数量割合、切替え効果額など）

※さらに、詳細な医療費分析に資するよう平成30年度の追加機能の改修（平成31年度以降に提供）を検討中。



第 3 期の医療費適正化計画について

第3期の医療費適正化計画について

- 第3期医療費適正化計画（平成30～35年度）の「医療費適正化基本方針」における医療費の見込みの推計式については、平成28年9月の第97回医療保険部会において議論いただき、その際、外来医療費のうち「人口一人当たり外来医療費の地域差縮減を目指す取組」については、以下のように整理している。（第97回医療保険部会 資料3）

○ 骨太2015では、「都道府県別の一人当たり医療費の差を半減させることを目指す」とされており、本基本方針では、

- ・ 都道府県別の一人当たり外来医療費（全国一律の目標を定める後発医薬品、特定健診の効果を除いたもの）について、
- ・ 年齢調整を行い、
- ・ なお残る一人当たり外来医療費の地域差について平均との差を半減することとして取り扱う。

○ P5で示している3つの取組（※）では、上記の地域差半減には到達しないと見込まれる。このため、厚生労働省においては、引き続き、第3期医療費適正化計画の計画期間に向けてレセプトデータ等の分析を継続的に行うとともに、関係者における知見やエビデンスの集積を図り、効果があると認められ、一定の広がりのある取組について追加を検討。

（※）糖尿病に関する重症化予防の取組推進、重複投薬の適正化、複数種類の医薬品の投与の適正化

- このうち、医薬品の適正使用については、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、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、保険者による訪問指導などの現場での取組の広がりにより、同じ薬剤を複数の医療機関や薬局から投与される患者の減少や多量の薬剤を投与されている患者の減少が期待されるとの考え方により、具体的には以下の効果額を既に推計式に盛り込んでいる。

① 3医療機関以上から重複して投薬される者が半減し、その分の調剤費等が軽減される

② 15剤以上の投薬がされていた高齢者（65歳以上）が半減し、その分の調剤費等が軽減される

（※）平成25年10月の外来・調剤レセでは、高齢者のうち同一月で15剤以上の投薬を受けている者の割合が約5%程度である。

- 現在、高齢者の薬物療法の安全性を確保する観点から、医学薬学の専門家や医療関係者等も参画した高齢者医薬品適正使用検討会（平成29年4月設置）では、高齢者の多剤服用の実態や副作用等に関する調査・分析結果を踏まえ、多剤服用に関する適正使用のガイドラインの策定に向けた検討が進められている（最終とりまとめは平成30年度末を目途）。多職種連携のもと患者の服薬等の情報を共有し、医学薬学的に適切な情報に基づき、ガイドラインも活用されることで、高齢者の多剤服用の減少も期待される。

そこで、第3期の医療費適正化計画において地域差縮減に位置づけている医薬品の適正使用の算定式については、このような多剤服用に関する適正使用のガイドラインの策定状況等を踏まえ、第3期計画期間中、できるだけ早く、更に変更・追加することを検討する。

高齢者医療確保法第14条について

高齢者の医療の確保に関する法律第14条について

- 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の診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間で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）。

◎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。

地方公共団体等の関係者の意見（高齢者医療確保法第14条）

- 4月26日の医療保険部会では、都道府県区域での診療報酬の異なる設定について、制度創設時から妥当性や医療費適正化に向けた実効性に疑問があるので慎重に対応してほしい、都道府県に医療費適正化の権限と責任を一方的に押しつけるのではなく、当事者である都道府県と市町村の意見をしっかり聞いてほしい、との意見があった。

「社会保障制度改革に関する緊急要請」（平成29年5月17日） 抜粋

財務大臣 総務大臣 厚生労働大臣 内閣府特命担当大臣（経済財政政策）あて 全国知事会長 全国市長会長代理 全国町村会長
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。

「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） 抜粋

（地域ごとの診療報酬）

- 診療報酬については、一物一価、全国統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、ドイツでも全国統一に苦労した状況があるので、全国統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に対応するのがよい。

「医療制度改革に関する意見」（全国知事会）（平成18年1月13日） 抜粋

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。

【平成25年～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。診療報酬は、一物一価、全国統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は、疑問であり、慎重にやるべき。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については、まだ実行された実績がないし、十分慎重な論議をすべき。拙速な結論を出すべきではない。

【平成17年～19年 医療保険部会での意見】

- 都道府県で診療報酬の特例を検討するのは、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。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。

高齢者医療確保法第14条の運用に関する考え方について

(1) 法律上の枠組み

高齢者医療確保法では、国と都道府県が医療の効率的な提供の目標を計画に定め、計画期間において保険者・医療関係者等の協力も得ながら目標の達成に向けて取組を行った上で、計画終了後に、目標の達成状況を評価した結果に基づき、なお目標達成のため必要があると認めるときに、①都道府県は、国に対し診療報酬に関する意見を提出できる。国は都道府県の意見に配慮して診療報酬を定めるよう努める、②国は、あらかじめ都道府県に協議した上で、都道府県の地域に別の診療報酬を定めることができる、旨が規定されている。

(参考) 全国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	・ 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	・ 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	・ 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	・ 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）

(※1) 医療費適正化計画の目標については、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として、①住民の健康の保持の推進に関する事項と、②医療の効率的な提供の推進に関する事項を位置づけている。

(※2) 第1期の医療費適正化計画では、医療の効率的な提供の目標として「平均在院日数」について、平成18年度時点の全国平均(32.2日)と最短の長野県(25.0日)との差を3分の1短縮し、平成24年の全国平均を29.8日とする目標を定めたが、取組の結果、平成24年の実績は29.7日となり、全国目標を達成した。第2期の医療費適正化計画でも、平均在院日数の短縮を目標を置いており、平成29年度時点で28.6日とする目標を定めたが、平成27年度時点の全国平均は27.9日の実績である。

なお、医療の効率的な提供の数値目標として、第3期では、病床機能の分野及び連携の推進を医療提供体制の整備の施策に位置づけた上で、第2期に設定した「平均在院日数の短縮」を医療の効率的な提供の推進に関する目標から削除した。また第2期に設定した後発医薬品の使用促進について、第3期から新たに具体的な数値目標（数量シェア）を設定した。

(※3) 高齢者医療確保法において、医療費の推計とは別に、医療の効率的な提供の取組の目標を定めることとされており、第14条は、医療の効率的な提供の取組の目標を達成し、医療費適正化を推進するためのものとして位置づけられている。

(※4) 厚生労働大臣が、都道府県について診療報酬の特例を定める場合においても、中医協の諮問・答申が必要である。

(2) 運用の考え方

このような法律上の枠組み等を踏まえ、高齢者医療確保法第14条の運用については、次のようなプロセスに留意する必要があるのではないか。

- ・ 医療費適正化計画の枠組みにおける第14条の規定については、都道府県において医療費適正化計画の目標の達成に向けて保険者・医療関係者等の協力を得ながら取組を行い、その取組状況の評価の結果を踏まえて、都道府県と協議した上で、厚生労働大臣が判断するプロセスとなっている。

このため、各都道府県においても、医療費適正化計画に関する取組の実績を分析し、これを評価した上で、既存の診療報酬や施策、取組の予定等を踏まえて、適用の必要性について検討していく必要があるのではないか。

- ・ その際、各都道府県においては、保険者・医療関係者等が参画する保険者協議会での議論も踏まえて、第14条の規定の適用の必要性について検討していく必要があるのではないか。
- ・ 厚生労働省においては、都道府県の意見を踏まえ、中医協における諮問・答申を経て、診療報酬全体の体系との整合性を図りながら、医療費の適正化や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かを議論した上で判断していく必要があるのではないか。

参 考 資 料

○「経済財政運営と改革の基本方針2017」（骨太方針） 平成29年6月9日閣議決定（抄）

③ 医療費適正化

都道府県が中心となって市町村、保険者、医療関係者等が参加する協議体を構築し、住民の受療行動や医療機関の診療行為の変化を促すことを含め、様々な地域課題に取り組む。診療行為の地域差を含めたデータの「見える化」を行い、一般市民や医療機関にも分かりやすく提供する。

医療費の地域差の半減に向けて、外来医療費については、医療費適正化基本方針で示されている取組を実施するとともに、できるだけ早く取組を追加できるよう検討する。あわせて、入院医療費については、地域医療構想の実現によりどの程度の縮減が見込まれるかを明らかにする。これらにより十分な地域差の縮減を図ることができない場合には、更なる対応を検討する。

高齢者の医療の確保に関する法律 第14条の規定 について、第2期医療費適正化計画の実績評価を踏まえて、必要な場合には活用ができるよう、2017年度（平成29年度）中に関係審議会等において検討する。

（参考）経済・財政再生計画 改革工程表 2016改定版（抜粋）

（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	2017年度						
医療・介護提供体制の適正化	《主担当府省庁等》 《厚生労働省》	通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会			
	＜(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＞							
		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						

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)－

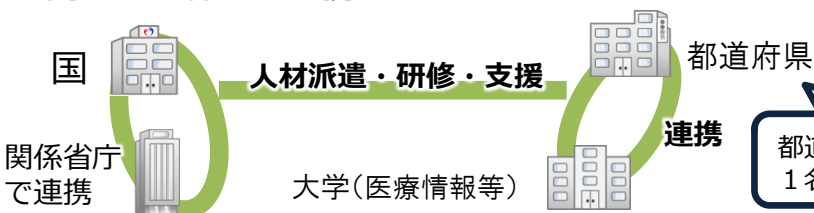
- インセンティブ制度を拡充するとともに、アウトカム指標を導入。



人材の強化

－ 主体的な医療施策の企画立案能力の向上－

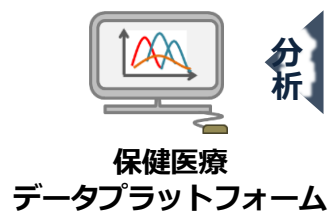
- 医療政策、データ分析等に精通した人材確保に向け、関係者で連携。



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。



< Examples of Regional Characteristic Analysis >

- 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

日本健康会議について

- 2015年7月に、**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**を図ることを目的として、保険者等における先進的な予防・健康づくりの取組が全国に広がるよう、民間主導の活動体として「**日本健康会議**」が発足。
- **保険者全数調査を実施し、達成状況をホームページで公表。**
(※) 日本健康会議データポータルサイトで地域別などで「見える化」し取組を加速化
- 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。**
- 日本健康会議2017は、**平成29年8月23日に開催。**



「健康なまち・職場づくり宣言2020」（8つの宣言）

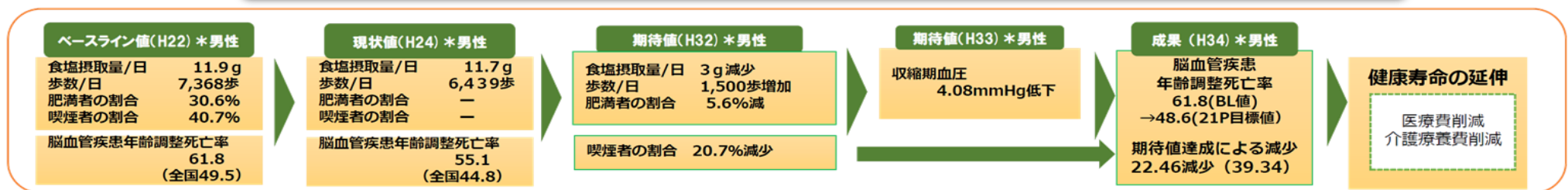
宣言 1	予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。
宣言 2	かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。
宣言 3	予防・健康づくりに向けて、47都道府県の保険者協議会すべてが地域と職域が連携した予防に関する活動を実施する。
宣言 4	健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。
宣言 5	協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を1万社以上とする。
宣言 6	加入者自身の健康・医療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組を行う。

今年の日本健康会議の様子

WEBサイト上にて全国の取組状況を可視化

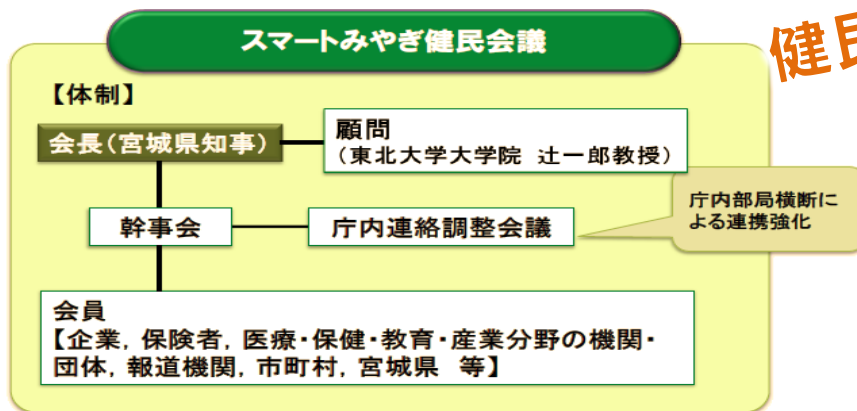


宮城県健康づくりの推進



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！



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



高知県の取組：県民の健康増進に向けた取り組みを官民協働で推進

第3期「日本一の健康長寿県構想」の目指す姿

「県民の誰もが住み慣れた地域で、安心して暮らし続けることのできる高知県」

「日本一の健康長寿県構想推進会議」

知事をトップとする成果を追求する庁内組織。
構想に位置付ける施策のPDCAを回し、毎年、
バージョンアップ。

連動

「構想のベースとなる関連19計画にかかる審議会等」

市町村、大学、医療・福祉関係者、保険者、
一般県民など外部委員のべ約800人が参加し、
各計画の成果や課題を検証。

根本的課題を解決するための5本柱

大目標Ⅰ 壮年期の死亡率の改善

大目標Ⅱ 地域地域で安心して住み続けられる県づくり

大目標Ⅲ 厳しい環境にある子どもたちへの支援

大目標Ⅳ 少子化対策の抜本強化

大目標Ⅴ 医療や介護などのサービス提供を担う人材の安定確保と産業化

県民の健康寿命の延伸とQOLの向上を官民協働で推進。結果として医療費も抑制。

鳥取県保険者協議会の取組み ～保険者横断的な医療費の調査分析～

ワーキングでの検討

- 分析した結果をもとに学識経験者を交えて検証、議論
- 意見書の素案を作成
 - その1：「医療費の3要素」に基づいた分析
 - その2：圏域別の医療費を分析
 - その3：人口と医療機関・機能別病床数の関係性を分析
 - その4：すべてのデータを基にした分析



検証例

- ・圏域ごとの医療の特徴
- ・回復期、慢性期の状態の人が急性期の病院にいる状況が明らかに
→在宅や福祉の受け皿の必要性

保険者協議会での検討

- ワーキングが作成した素案について保険者協議会で検討し了承
※学識経験者参加



分析結果を添付し意見書を県に提出

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)

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

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

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

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

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

$$\left\{ \left(\frac{\text{当該県のH25年度の生活習慣病(糖尿病)の40歳以上の人口1人当たり医療費(推計)}}{\text{生活習慣病(糖尿病)の40歳以上の人口1人当たり医療費の全国平均(推計)}} - 1 \right) \div 2 \times \text{当該県のH25年度の40歳以上の人口(推計)} \right\} \times \left\{ \frac{\text{3医療機関以上の重複投薬の調剤費等のうち2医療機関を超える調剤費等の1人当たり調剤費等}}{\text{当該県の3医療機関以上で重複投薬となっている患者数}} \div 2 \right\} + \left\{ \left(\frac{\text{15剤以上の高齢者(65歳以上)の1人当たり調剤費等}}{\text{14剤の高齢者(65歳以上)の1人当たり調剤費等}} - 1 \right) \times \frac{\text{当該県でH25年度に15剤以上の投薬されている高齢者(65歳以上)数(推計)}}{\text{H25年度の医療費}} \div 2 \right\} \div \text{H25年度の医療費} \times \text{H35年度の医療費}$$

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

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

第1期医療費適正化計画（平成20～24年度）の進捗状況について

健康の保持の推進に関する目標

- 特定健診・保健指導の実施率については、着実に上昇してきているものの、目標とは開きがある状況である。
- メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率については、着実に上昇してきており、目標を上回っている。

	第1期目標（24年度）	平成24年度実績	平成23年度	平成22年度	平成21年度	平成20年度
特定健診実施率	70%	46.2%	44.7%	43.2%	41.3%	38.9%
特定保健指導実施率	45%	16.4%	15.0%	13.1%	12.3%	7.7%
メタボ該当者・予備群 減少率	10%以上減 （平成20年度比）	12.0%	9.7%	7.9%	4.7%	-

平均在院日数の短縮に関する目標

- 平成18年時点の全国平均（32.2日）と最短の長野県（25.0日）との差を9分の3短縮し、平成24年の全国平均を29.8日にとすると定めた。
- 平成24年の全国の平均在院日数の実績は29.7日（最短は東京都の22.8日）となっており、全国平均は2.5日短縮（最短県は2.2日短縮）しており、全国平均の目標日数（29.8日）を下回る結果となっている。

	第1期目標（24年度）	24年	23年	22年	21年	20年
平均在院日数	29.8日	29.7日	30.4日	30.7日	31.3日	31.6日

医療費の見通し

- 平均在院日数の短縮の目標を達成した場合の医療費の見通しについて、47都道府県の見通しを積み上げると、計画策定時は平成24年度に約0.9兆円の適正化効果額を見込んでいた。
- 47都道府県ベースの第1期計画で見込んでいた医療費の総額と、医療費の総額の実績を比較すると、計画期間当初の平成20年度で、第1期計画での見込よりも0.4兆円下回る結果となっており、この結果も考慮する必要があるが、平成24年度の実績は、第1期計画における様々な取組を考慮した場合と比較しても、約0.2兆円下回る結果になっている

	第1期計画医療費見通し （47都道府県）①	医療費（実績）②	第1期計画医療費見通し（47都道府県）と 医療費（実績）との比較（①－②）
平成20年度	34.5兆円	34.1兆円	▲0.4兆円
平成24年度	39.5兆円（適正化前）	38.4兆円	
	38.6兆円（適正化後）		▲0.2兆円

適正化効果
約0.9兆円

第1期医療費適正化計画の実績①

	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24年度	目標	平成24年度	目標	平成24年度	目標	平成23年	平成24年	目標
全国	46.2	70.0	16.4	45.0	12.0	10.0	30.4	29.7	29.8
北海道	36.7	68.0	15.7	48.0	11.7	10.0	34.7	33.8	33.0
青森県	39.5	68.0	19.7	45.0	14.3	10.0	32.0	31.4	31.7
岩手県	46.2	70.0	16.7	45.0	21.5	10.0	33.4	32.3	32.0
宮城県	52.9	70.0	14.2	45.0	11.7	10.0	27.5	26.3	27.6
秋田県	41.3	70.0	19.5	45.0	9.4	10.0	33.3	32.2	31.8
山形県	53.6	70.0	22.4	45.0	18.2	10.0	28.9	28.3	27.6
福島県	45.7	70.0	14.8	45.0	10.5	10.0	31.8	31.0	31.7
茨城県	43.4	70.0	17.2	45.0	10.9	10.0	30.3	29.6	29.6
栃木県	42.5	70.0	21.2	45.0	10.5	10.0	32.6	31.4	31.6
群馬県	44.9	70.0	14.5	45.0	10.7	10.0	29.3	28.5	29.1
埼玉県	43.1	70.0	14.3	45.0	12.7	10.0	31.5	30.8	30.5
千葉県	45.1	70.0	16.7	45.0	11.8	10.0	27.8	27.2	28.6
東京都	62.9	70.0	13.4	45.0	11.0	10.0	23.3	22.8	25.4
神奈川県	42.9	70.0	12.2	45.0	13.5	10.0	23.8	23.1	25.3
新潟県	51.2	70.0	18.1	45.0	7.8	10.0	31.3	30.6	
富山県	51.7	70.0	19.2	45.0	8.3	10.0	32.5	31.8	30.4
石川県	49.8	70.0	21.7	45.0	9.8	10.0	34.2	33.7	31.9
福井県	44.8	70.0	20.6	45.0	10.2	10.0	30.5	29.8	30.2
山梨県	50.6	70.0	19.6	45.0	9.6	10.0	32.5	31.3	31.5
長野県	49.6	70.0	25.9	45.0	23.9	10.0	24.1	23.8	25.0
岐阜県	46.0	70.0	21.8	45.0	14.3	10.0	25.8	25.2	26.6
静岡県	47.4	70.0	16.8	45.0	15.2	10.0	28.3	27.6	27.5
愛知県	47.6	70.0	17.5	45.0	10.2	10.0	25.5	25.1	26.6
三重県	47.7	70.0	16.1	45.0	12.1	10.0	30.9	29.8	30.2

第 1 期医療費適正化計画の実績②

	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24年度	目標	平成24年度	目標	平成24年度	目標	平成23年	平成24年	目標
滋 賀 県	45.2%	70.0	18.1%	45.0	8.7	10.0	27.3	27.0	28.6
京 都 府	42.9%	70.0	15.3%	45.0	9.8	10.0	29.1	28.3	29.2
大 阪 府	40.5%	70.0	11.6%	45.0	5.4	10.0	29.3	28.7	28.0
兵 庫 県	41.6%	70.0	15.1%	45.0	13.4	10.0	27.8	27.4	28.3
奈 良 県	35.5%	67.0	14.6%	45.0	9.1	10.0	27.6	27.3	28.6
和歌山県	38.2%	70.0	18.7%	45.0	8.7	10.0	32.4	30.9	31.1
鳥 取 県	40.6%	70.0	16.9%	45.0	-0.6	10.0	31.3	30.5	31.0
島 根 県	46.9%	70.0	18.7%	45.0	16.0	10.0	32.1	31.5	30.0
岡 山 県	38.8%	70.0	16.6%	45.0	15.4	10.0	29.9	29.3	29.7
広 島 県	40.9%	70.0	18.6%	45.0	5.5	10.0	32.6	31.9	31.5
山 口 県	38.3%	70.0	21.0%	45.0	11.1	10.0	41.2	40.5	36.8
徳 島 県	42.9%	70.0	28.6%	45.0	22.7	10.0	39.9	39.6	37.1
香 川 県	46.3%	70.0	27.4%	45.0	14.8	10.0	29.9	29.1	30.1
愛 媛 県	39.6%	70.0	19.8%	45.0	11.3	10.0	33.8	33.0	32.2
高 知 県	43.4%	70.0	15.6%	45.0	10.9	10.0	45.6	44.3	39.2
福 岡 県	42.0%	70.0	17.4%	45.0	9.9	10.0	37.0	36.0	34.7
佐 賀 県	42.4%	70.0	28.0%	45.0	11.0	10.0	43.8	42.9	40.6
長 崎 県	40.7%	70.0	27.3%	45.0	21.0	10.0	39.7	38.6	38.9
熊 本 県	42.7%	70.0	25.6%	45.0	14.0	10.0	41.0	40.5	36.4
大 分 県	48.1%	70.0	25.0%	45.0	14.4	10.0	35.0	34.2	32.4
宮 崎 県	40.8%	70.0	24.9%	45.0	12.1	10.0	38.7	38.2	35.3
鹿児島県	45.8%	70.0	25.5%	45.0	14.6	10.0	45.1	44.5	40.1
沖 縄 県	45.9%	70.0	25.1%	45.0	13.5	10.0	32.5	31.8	32.5

第二期医療費適正化計画の進捗状況

- 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%	50.1%	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%	17.5%	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%	2.74%	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	42兆3,644 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	0.67	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。