

# 保険者の予防健康づくり、保険者インセンティブ (2018～2023年度)

2018年5月  
厚生労働省保険局

# 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～）。

### 糖尿病性腎症等の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自治体：2016年3月時点で118市町村・4広域連合、2017年3月時点で654市町村・14広域連合を達成。
- ・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）  
（※）国保の保険者努力支援制度の導入：2018年度 総額1000億円（うち特調の財源200億円） 都道府県分500億円程度、市町村分500億円程度（総額）
- ・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（自治体・保険者・企業・医療関係者）の「日本健康会議」で「健康なまち・職場づくり宣言2020」の取組状況を公表。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発揮。
- ・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。

# 特定健診・保健指導の見直し（2018年度～2023年度）

- 医療保険制度では、内臓脂肪の蓄積等に起因する糖尿病等の発症・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法定義務の保健事業として、特定健診・保健指導（リスクが高い者に専門職が個別指導）を実施。

（※）特定健診は、2015年度時点で約2700万人が受診。2008年制度導入後、受診者が毎年100万人増加。特定健診の全保険者の平均実施率が50%を超えた。70%目標に達していないが、保険者、医療関係者、健診実施機関、現場の関係者の取組により、制度は着実に定着。

- 特定保健指導の2015年度時点の平均実施率は18%。全保険者目標45%を上回る優良な保険者もあるが、健保組合・共済組合は、3割の保険者が実施率5%未満（協会けんぽ 実施率13%）。保険者間の差が大きく、実施率向上が課題。

- このため、保険者機能の責任の明確化の観点から、厚生労働省において、2017年度の実績から、各保険者別に特定健診・保健指導の実施率を公表する。

厳しい保険財政と限られた人的資源の中、特定保健指導の質を確保しつつ、対象者の個別性に応じた現場の創意工夫や運用改善を可能とし、効果的・効率的な実施により、実施率の向上につながるよう、特定保健指導の運用ルールを緩和。

- 詳細健診（医師が必要と認める場合に実施）に「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。問診の質問票に新たに「食事をかんで食べる時の状態」に関する質問を追加し、歯科の保健指導や受診勧奨にもつなげる。

# 特定保健指導の運用ルールの緩和（2018年度～）

①特定保健指導の実績評価時期：現行6ヶ月後→3ヶ月後でも可とする

②初回面接と実績評価の同一機関要件の廃止

③健診当日に結果が揃わなくても、初回面接の分割実施を可能とする

※1 腹囲・体重、血圧、質問票の結果等から、対象者に当日から保健指導に着手。後日、全ての健診結果を踏まえ、電話等で行動計画を完成する方法を可とする。

※2 健診当日の着手により、受診者の利便性も向上。産業医・産業保健師との連携も進む

④2年連続して積極的支援に該当した場合、1年目に比べて2年目の状態が改善

※していれば、2年目の特定保健指導は、動機付け支援相当で可

※ BMI30未満：腹囲1cm以上かつ体重1キロ以上、BMI30以上：腹囲2cm以上かつ体重2キロ以上  
（状態が改善しているかどうかの判断は、2018年度実施の健診結果から適用可）

⑤積極的支援の対象者への柔軟な運用でのモデル実施の導入。保健指導の投入量ではなく、3ヶ月後に改善※しているかどうかで評価・報告

※ 腹囲2cm以上かつ体重2キロ以上（体重に0.024を乗じた体重以上、かつ同値の腹囲以上）

⑥通信技術活用した初回面接（遠隔面接）の事前届出を廃止（2017年度～）

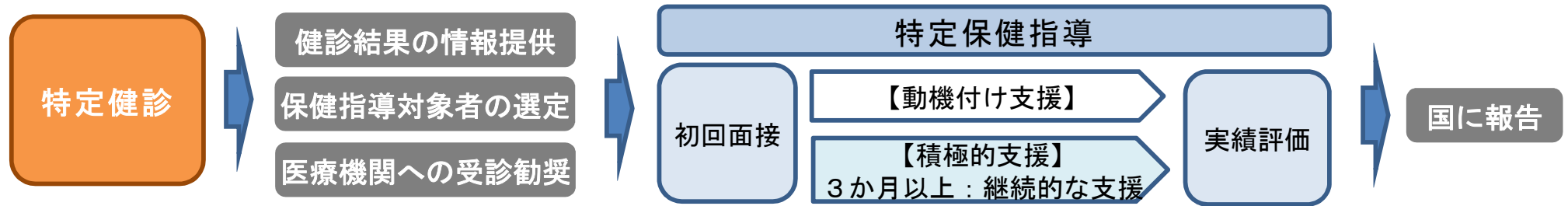
※テレビ電話・タブレット等での初回面接は現在も可能。導入実績あり。更に導入を促進。

⑦初回面接のグループ支援の運用緩和

※対象者数に応じた対応が現場で可能となるよう、1グループ「おおむね8人以下」「おおむね80分以上」とする。初回面接を分割実施した場合、2回目の初回面接は、1回目の内容に応じて実施するので、この運用にも留意する必要がない。

# 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）  
→ 「かんで食べる時の状態」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）→ 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～）

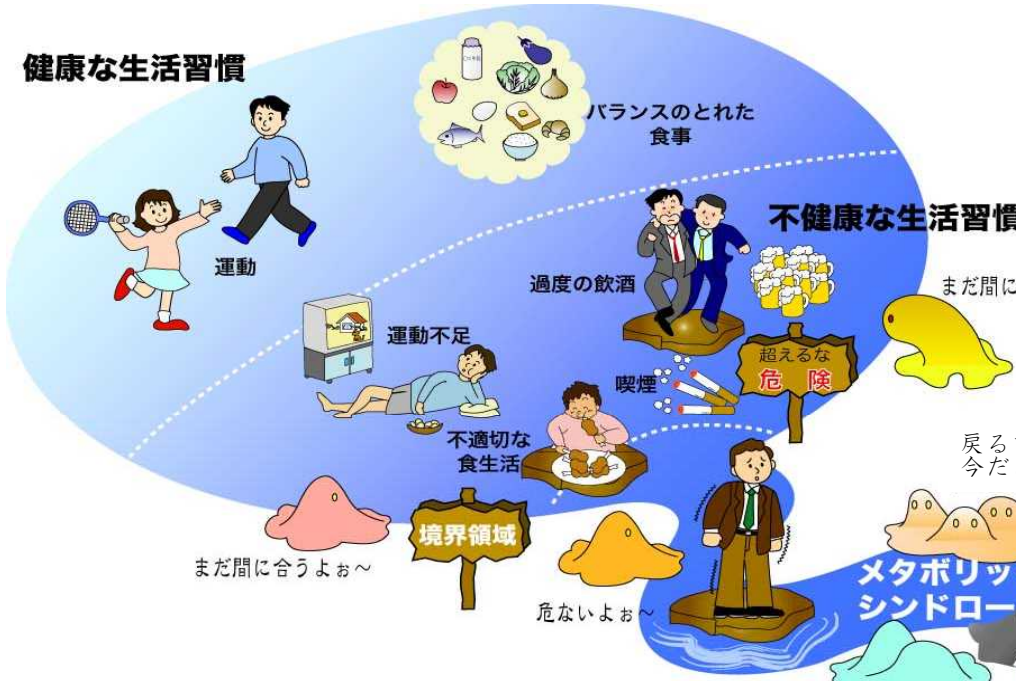


## 【特定保健指導の運用の弾力化】（2018（H30）年度～：第3期計画期間）

- 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の導入：保健指導の実施量（180ℓ イト）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

○ 運動・食事・喫煙などに関する不適切な生活習慣が引き金となり、肥満、脂質異常、血糖高値、血圧高値から起こる虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の発症・重症化を予防するためには、重症化に至っていく前の段階で、本人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られるよう、保険者が健診結果によりリスクが高い者を的確なタイミングで選定し、専門職が個別に介入する必要がある。こうした国民の健康保持・増進と医療費適正化の観点から、保険者は、法律に基づき、特定健診・保健指導を実施し、その結果を国に報告することが義務付けられている。

**健康な生活習慣**



- レベル1**
- 不適切な食生活 (エネルギー・食塩・脂肪の過剰等)
  - 身体活動・運動不足
  - 喫煙
  - 過度の飲酒
  - 過度のストレス

- レベル2**
- 肥満 (内臓脂肪型肥満)
  - 生活習慣病予備群 (正常高値血圧、高血糖(境界領域)等)

- レベル3**
- 肥満症
  - 糖尿病
  - 高血圧症
  - 脂質異常症

- レベル4**
- 虚血性心疾患(心筋梗塞・狭心症等)
  - 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)
  - 糖尿病の合併症(腎症、網膜症等)
  - 下肢末梢動脈疾患

- レベル5**
- 日常生活における支障
  - 半身の麻痺、失明、人工透析、下肢切断
  - 認知症



# 特定健診・保健指導の2015年度の実施率が高い保険者 【2016年度後期高齢者支援金の減算対象保険者①】

2015年度の特定健診・保健指導の実績率が以下の範囲に該当しており、健診・保健指導の実績が優れた保険者である。

市町村国保（大）：健診 47.0%以上 保健指導 33.0%以上	市町村国保（中）：健診 37.0%以上 保健指導 60.8%以上
市町村国保（小）：健診 42.1%以上 保健指導 75.4%以上	国保組合：健診 39.1%以上 保健指導 20.8%以上

## 市町村国保（保険者数：72）

由仁町（北海道）	能美市（石川県）
愛別町（北海道）	野々市市（石川県）
中富良野町（北海道）	宝達志水町（石川県）
剣淵町（北海道）	葦崎市（山梨県）
中川町（北海道）	南アルプス市（山梨県）
遠軽町（北海道）	中央市（山梨県）
更別村（北海道）	伊那市（長野県）
田子町（青森県）	駒ヶ根市（長野県）
会津若松市（福島県）	千曲市（長野県）
檜枝岐村（福島県）	中川村（長野県）
只見町（福島県）	宮田村（長野県）
柳津町（福島県）	木曾町（長野県）
三島町（福島県）	木祖村（長野県）
鮫川村（福島県）	麻績村（長野県）
南牧村（群馬県）	池田町（長野県）
江戸川区（東京都）	松川村（長野県）
上越市（新潟県）	平谷村（長野県）
妙高市（新潟県）	売木村（長野県）
南砺市（富山県）	喬木村（長野県）
七尾市（石川県）	高山村（長野県）
加賀市（石川県）	高山市（岐阜県）
白山市（石川県）	恵那市（岐阜県）
	本巣市（岐阜県）

飛騨市（岐阜県）
下呂市（岐阜県）
島田市（静岡県）
湖西市（静岡県）
下北山村（奈良県）
小松島市（徳島県）
上勝町（徳島県）
吉野川市（徳島県）
東みよし町（徳島県）
海陽町（徳島県）
飯塚市（福岡県）
うきは市（福岡県）
島原市（長崎県）
西海市（長崎県）
山鹿市（熊本県）
阿蘇市（熊本県）
錦町（熊本県）
和水町（熊本県）
佐伯市（大分県）
臼杵市（大分県）
竹田市（大分県）
日南市（宮崎県）
読谷村（沖縄県）

南風原町（沖縄県）
南大東村（沖縄県）
伊平屋村（沖縄県）
南城市（沖縄県）

## 国保組合（保険者数：7）

山形県建設国保組合
京都料理飲食業国保組合
京都市中央卸売市場国保組合
京都府建設業職別連合国保組合
大阪中央市場青果国保組合
大阪木津卸売市場国保組合
大阪衣料品小売国保組合

市町村国保 都道府県別 減算対象保険者数
北海道(7)、青森(1)、福島(6)、群馬(1)、東京(1)、新潟(2)、富山(1)、石川(6)、山梨(3)、長野(14)、岐阜(5)、静岡(2)、奈良(1)、徳島(5)、福岡(2)、長崎(2)、熊本(4)、大分(3)、宮崎(1)、沖縄(5)

# 特定健診・保健指導の2015年度の実施率が高い保険者②

## 【2016年度後期高齢者支援金の減算対象保険者②】

2015年度の特定健診・保健指導の実績率が以下の範囲に該当しており、健診・保健指導の実績が優れた保険者である。

健保組合（単一）：健診 76.7%以上 保健指導 52.2%以上      健保組合（総合）：健診 68.7%以上 保健指導 34.7%以上  
 共済：健診 79.2%以上 保健指導 52.8%以上

### 総合型健保組合（保険者数：11）

全国労働金庫健保組合  
 経済団体健保組合  
 長野県農業協同組合健保組合  
 長野県機械金属健保組合  
 静岡県自動車販売健保組合  
 愛知県信用金庫健保組合  
 トヨタ関連部品健保組合  
 愛鉄連健保組合  
 京都府農協健保組合  
 福岡県農協健保組合  
 鹿児島県信用金庫健康保険組合

ジェイティービー健保組合  
 ヤマトグループ健保組合  
 エーザイ健保組合  
 吉野工業所健保組合  
 鷺宮健保組合  
 日本ケミコン健保組合  
 ヤクルト健保組合  
 ナイガイ健保組合  
 日本テキサスインスツルメンツ健保組合  
 船場健保組合  
 アコム健保組合  
 スターバックスコーヒージャパン健保組合

豊島健保組合  
 岡谷鋼機健保組合  
 富士機械製造健保組合  
 日新電機健保組合  
 京セラ健保組合  
 森下仁丹健保組合  
 野村健保組合  
 大日本住友製薬健保組合  
 倉紡健保組合  
 品川リフラクトリーズ健保組合  
 東洋鋼鈑健保組合  
 西京銀行健保組合  
 阿波銀行健保組合  
 徳島銀行健保組合  
 住友共同電力健保組合  
 帝人グループ健保組合  
 ワイジェイカード健保組合  
 雪の聖母会健保組合

### 単一型健保組合（保険者数：53）

青森銀行健保組合  
 みちのく銀行健保組合  
 日本原燃健保組合  
 新興健保組合  
 河北新報健保組合  
 山形銀行健保組合  
 東京鐵鋼健保組合  
 曙ブレーキ工業健保組合  
 三井精機工業健保組合  
 第一生命健保組合  
 T&Dフィナンシャル生命健保組合

富士ソフト健保組合  
 北越銀行健保組合  
 ビー・エス・エヌ健保組合  
 直江津電子健保組合  
 サカイ健保組合  
 エプソン健保組合  
 岐阜信用金庫健保組合  
 スクロール健保組合  
 三保造船健保組合  
 矢崎化工健保組合  
 トヨタ車体健保組合  
 アイシン健保組合

### 共済組合（保険者数：3）

岩手県市町村職員共済組合  
 三重県市町村職員共済組合  
 岡山県市町村職員共済組合



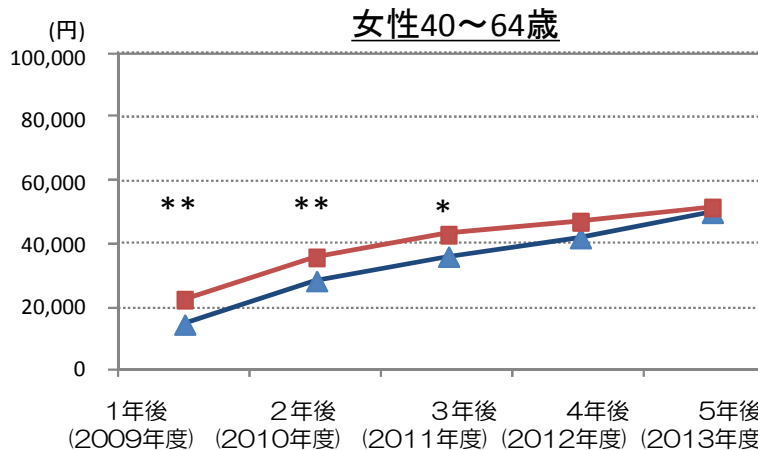
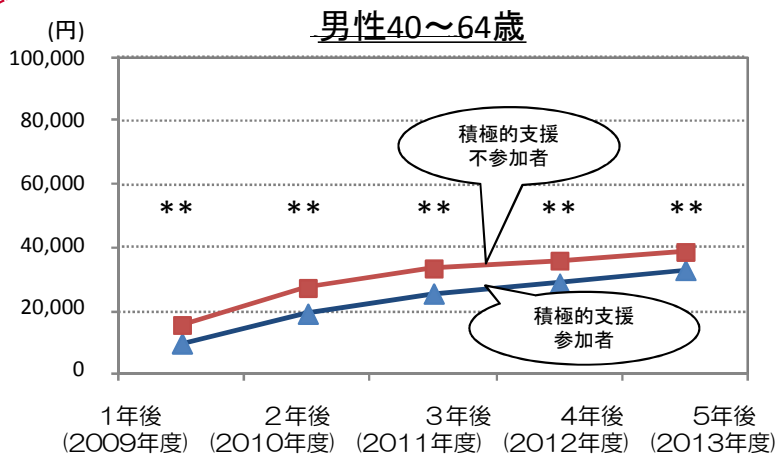
# 特定保健指導による生活習慣病関連の1人当たり外来医療費等の経年分析（2008～13年度）

（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

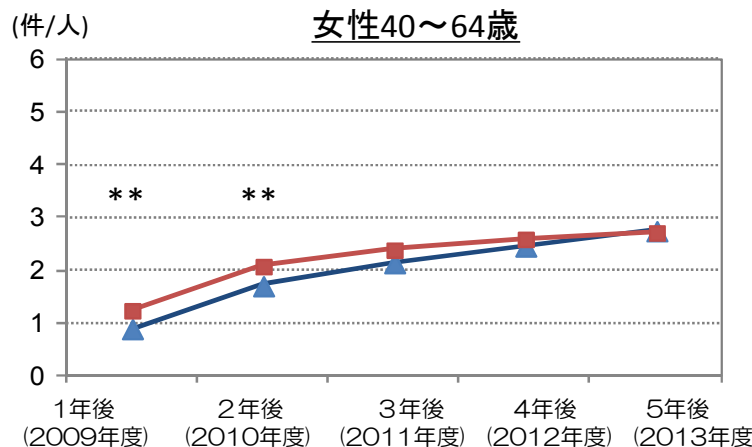
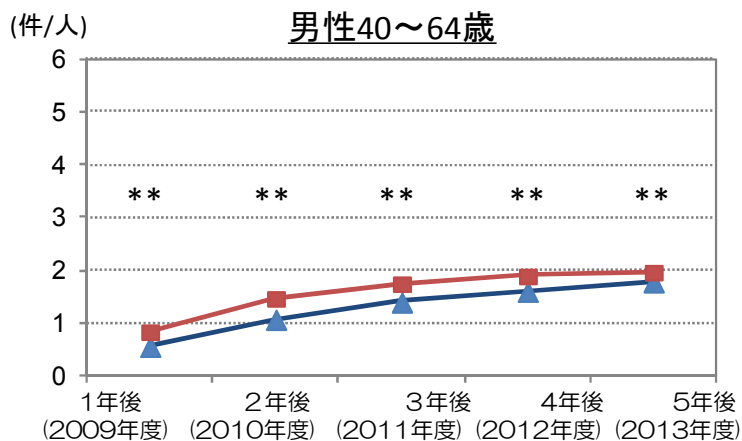


## 【1人当たり入院外医療費】

参加者と不参加者の差

性別	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度
男性	-5,830円	-8,100円	-7,940円	-7,210円	-5,720円
女性	-7,870円	-7,500円	-6,940円	-5,180円	-1,680円

の差異



## 【外来受診率】

参加者と不参加者の差

性別	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度
男性	-0.28件/人	-0.40件/人	-0.35件/人	-0.29件/人	-0.19件/人
女性	-0.35件/人	-0.37件/人	-0.25件/人	-0.13件/人	+0.03件/人

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。

# 特定保健指導による特定健診の検査値への改善効果（2008～2013年度）

- 積極的支援の修了者は不参加者と比較すると、特定保健指導後の5年間にわたり、特定健診のほぼ全ての検査値（腹囲、体重、血糖、血圧、脂質）について、改善効果が継続していることが確認された。
- 動機づけ支援参加者についても、積極的支援より改善幅は小さかったが、同様の傾向がみられた。

※積極的支援・・・特定保健指導対象者のうち、腹囲が一定数値以上で、追加リスク（血糖・血圧・脂質）が2つ以上該当か、1つ該当かつ喫煙歴がある、40～64歳の者が対象。

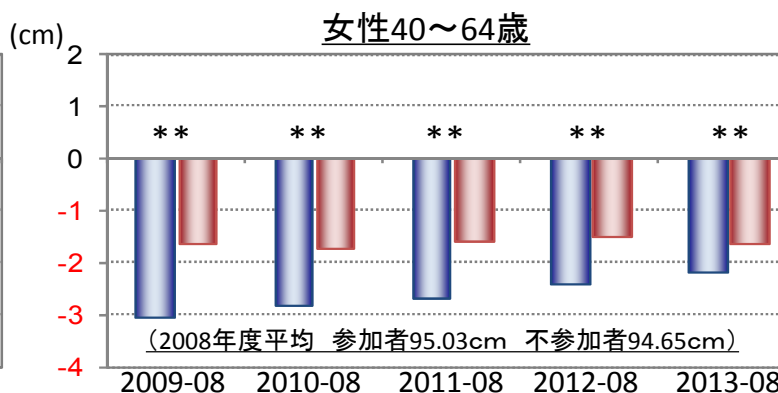
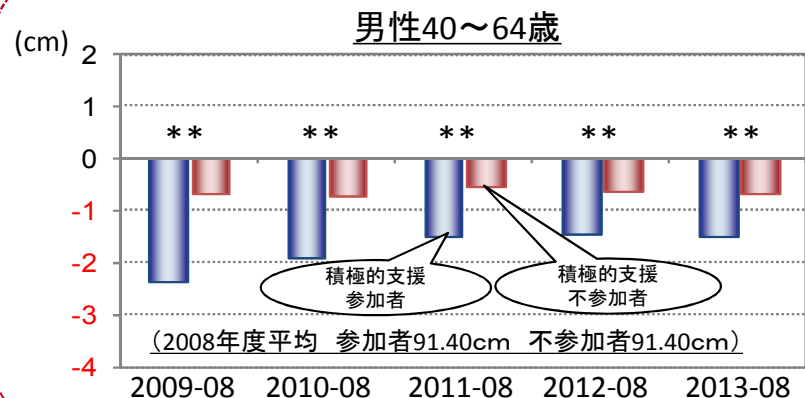
※動機付け支援・・・特定保健指導対象者のうち、腹囲が一定数値以上で、追加リスクが1つ該当かつ喫煙歴がない者への支援。40～74歳が対象。（65歳以上では、積極的支援の基準に該当する場合でも動機付け支援を実施）

※分析対象：364保険者（国保320、健保組合2、共済42）、20万～22万人（分析方法で異なる）

\*p<0.05 \*\*p<0.01

\*, \*\*・・・統計学的に有意な差

## 特定保健指導（積極的支援）による検査値の推移（2008年度との差）

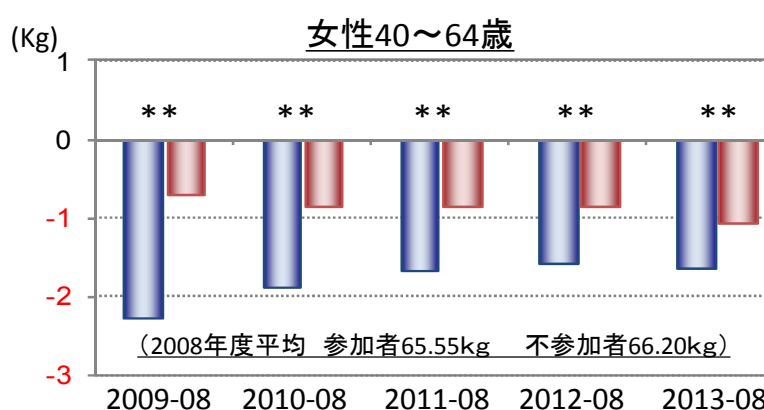
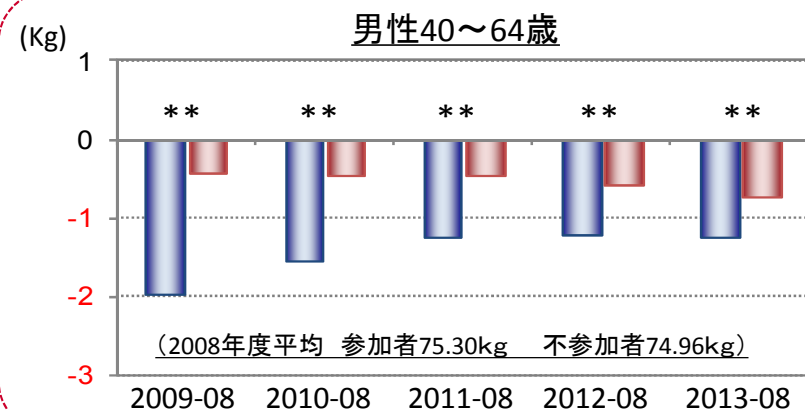


### 【腹囲】

2008年度と比べて参加者は

**男性 -2.33cm** (2009年度)  
 -1.91cm (2010年度)  
 -1.46cm (2011年度)  
 -1.42cm (2012年度)  
 -1.47cm (2013年度)

**女性 -3.01cm** (2009年度)  
 -2.82cm (2010年度)  
 -2.66cm (2011年度)  
 -2.39cm (2012年度)  
 -2.16cm (2013年度)



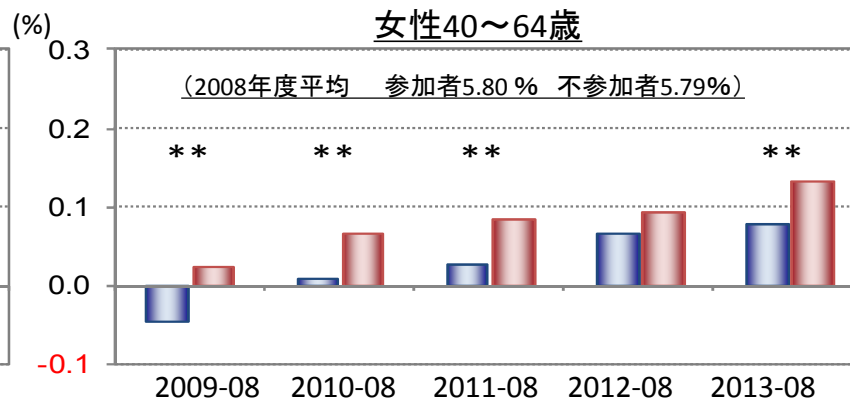
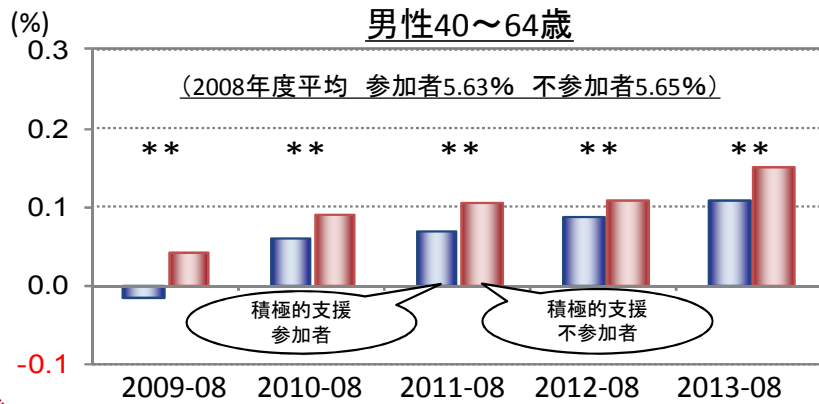
### 【体重】

2008年度と比べて参加者は

**男性 -1.98kg** (2009年度)  
 -1.54kg (2010年度)  
 -1.25kg (2011年度)  
 -1.22kg (2012年度)  
 -1.25kg (2013年度)

**女性 -2.26kg** (2009年度)  
 -1.86kg (2010年度)  
 -1.65kg (2011年度)  
 -1.57kg (2012年度)  
 -1.63kg (2013年度)

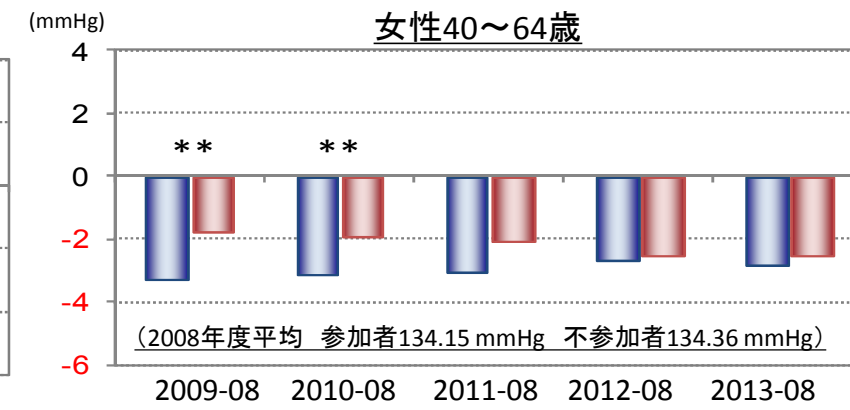
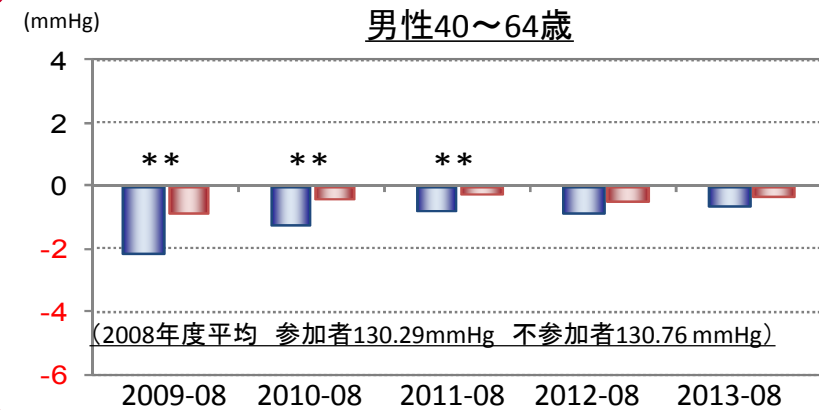
### 【血糖(HbA1c)】 ※1



2008年度と比べて

**男性 -0.01%** (2009年度)  
 +0.06% (2010年度)  
 +0.07% (2011年度)  
 +0.09% (2012年度)  
 +0.11% (2013年度)

**女性 -0.04%** (2009年度)  
 +0.01% (2010年度)  
 +0.03% (2011年度)  
 +0.07% (2012年度)  
 +0.08% (2013年度)

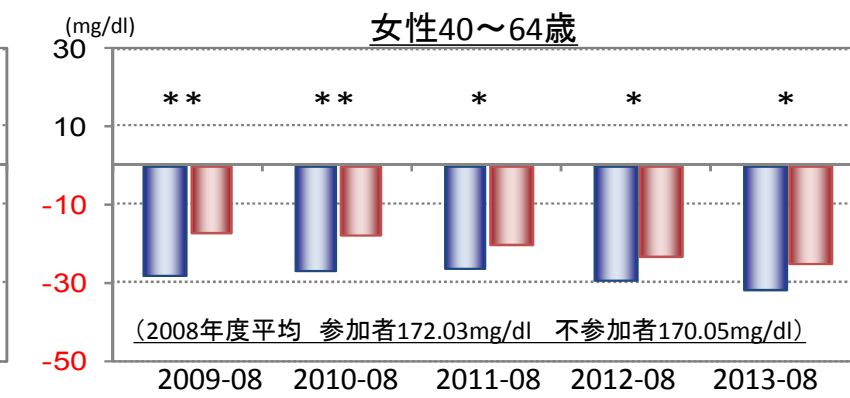
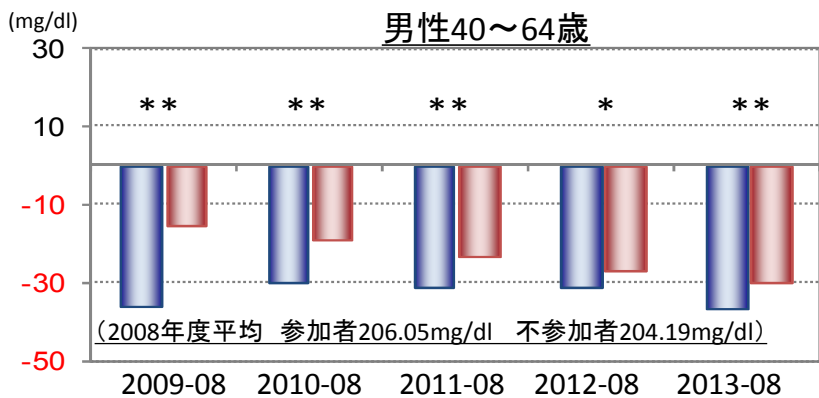


### 【血圧(収縮期血圧)】 ※2

2008年度と比べて

**男性 -2.13mmHg** (2009年度)  
 -1.21mmHg (2010年度)  
 -0.76mmHg (2011年度)  
 -0.88mmHg (2012年度)  
 -0.63mmHg (2013年度)

**女性 -3.24mmHg** (2009年度)  
 -3.13mmHg (2010年度)  
 -3.00mmHg (2011年度)  
 -2.65mmHg (2012年度)  
 -2.80mmHg (2013年度)



### 【脂質(中性脂肪)】

2008年度と比べて

**男性 -35.91mg/dl** (2009年度)  
 -29.55mg/dl (2010年度)  
 -31.15mg/dl (2011年度)  
 -31.16mg/dl (2012年度)  
 -36.23mg/dl (2013年度)

**女性 -27.80mg/dl** (2009年度)  
 -27.02mg/dl (2010年度)  
 -26.27mg/dl (2011年度)  
 -29.27mg/dl (2012年度)  
 -31.79mg/dl (2013年度)

※1 ベースラインの差を補正するため、HbA1c7.0%未満の対象者について分析。

2013年4月より、JDS値からNGSP値へ変更となったため、2008年度～2013年度のデータを換算式にてNGSP値に換算して分析

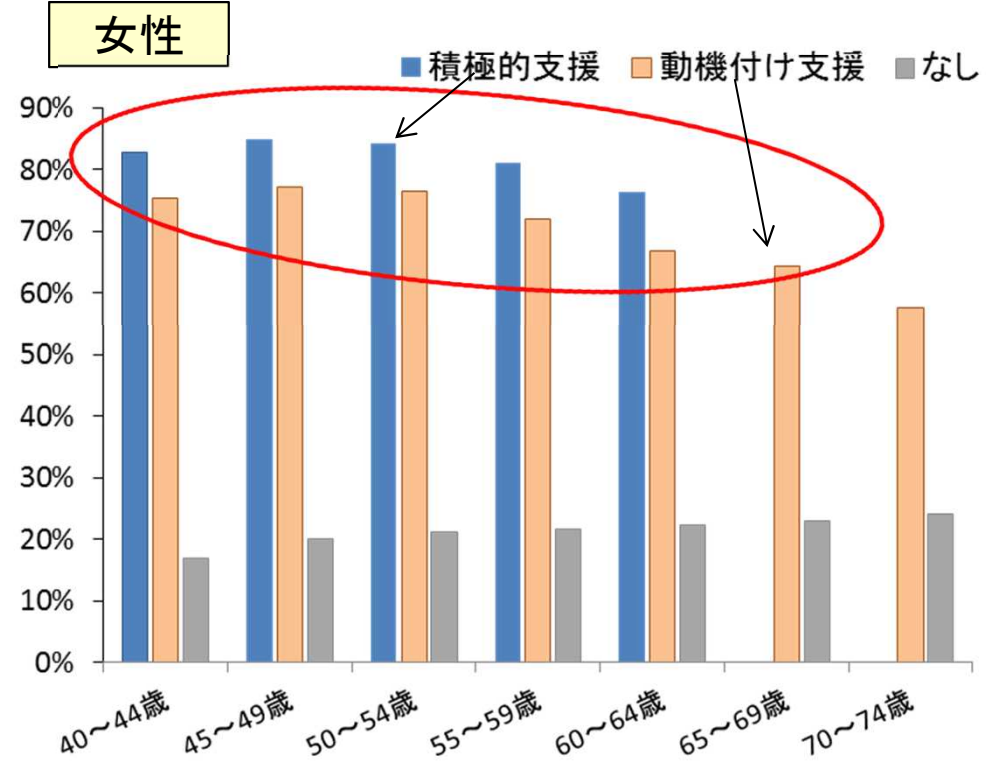
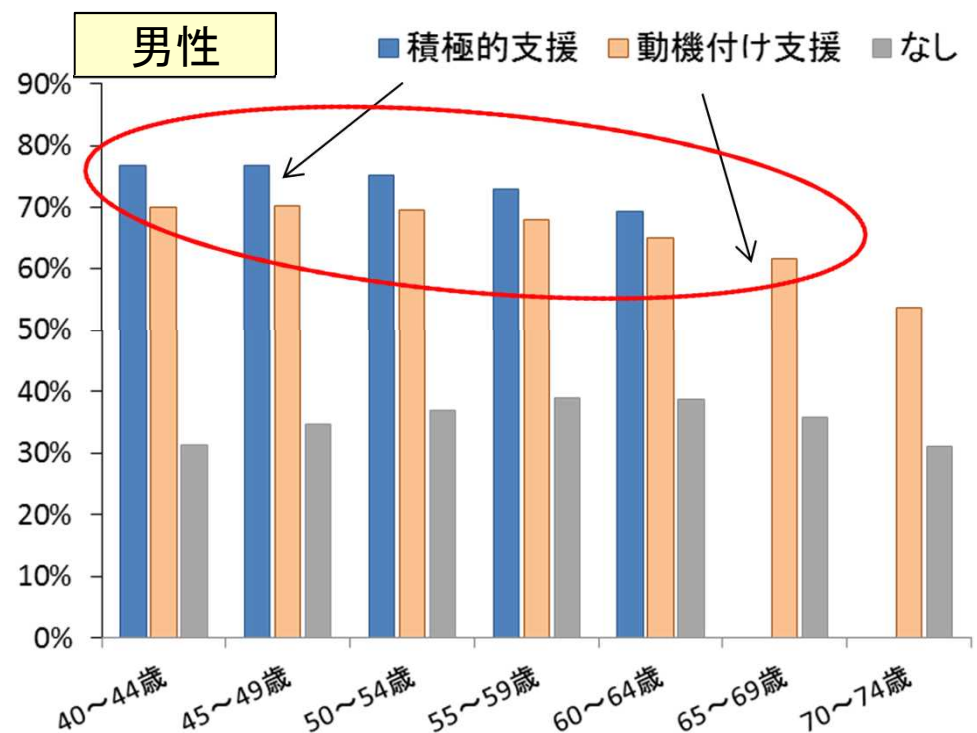
※2 ベースラインの差を補正するため、160mmHg未満の対象者について分析

# 20歳の時からの体重の増加（+10kg）と特定保健指導の該当との関係

○ 特定保健指導該当者の6～8割は、20歳の時から体重が10キロ以上増加している者である（=20歳のときは体重が10キロ以上少なかった）。このため、健診結果の本人への分かりやすい情報提供や、40歳未満も対象とした健康づくりなど、保険者と事業主が連携して加入者の健康づくりに総合的に取組むことが重要である。

（参考）「20歳の時から体重が10キロ以上増加している」の質問に「はい」と答えた割合（40～74歳平均）：男性35.5%、女性20.9%

「20歳の時から体重が10キロ以上増加している」の質問に「はい」と答えた割合（2014年度特定健診結果）



【n数（当該項目の回答者数）：2160.1万件（未回答を除く）】

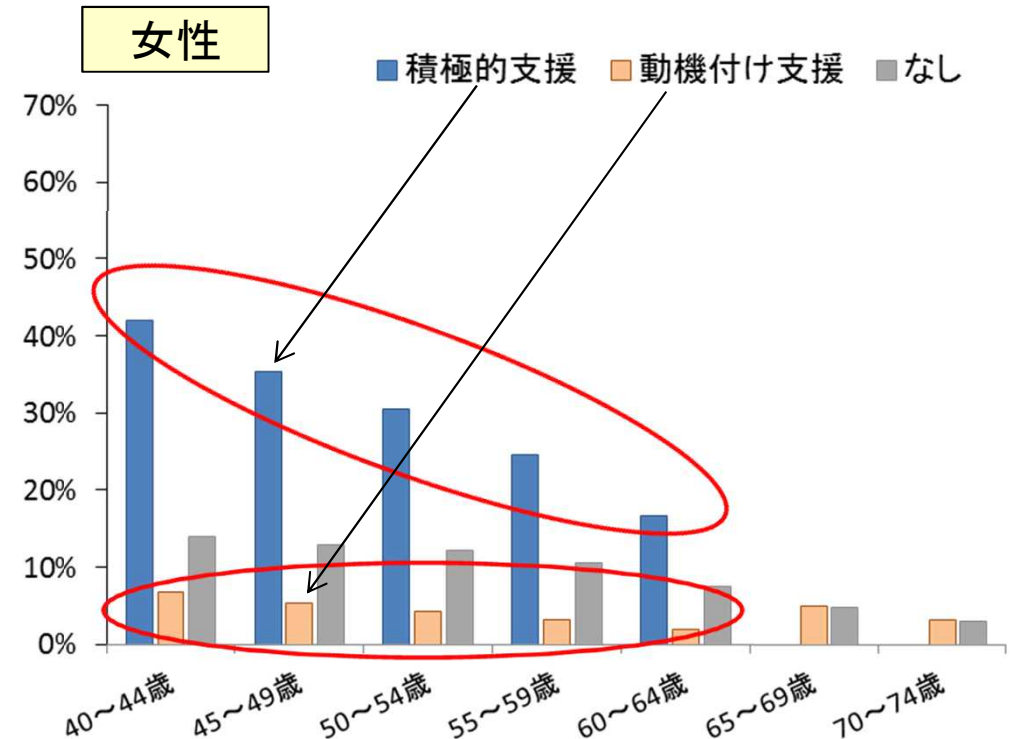
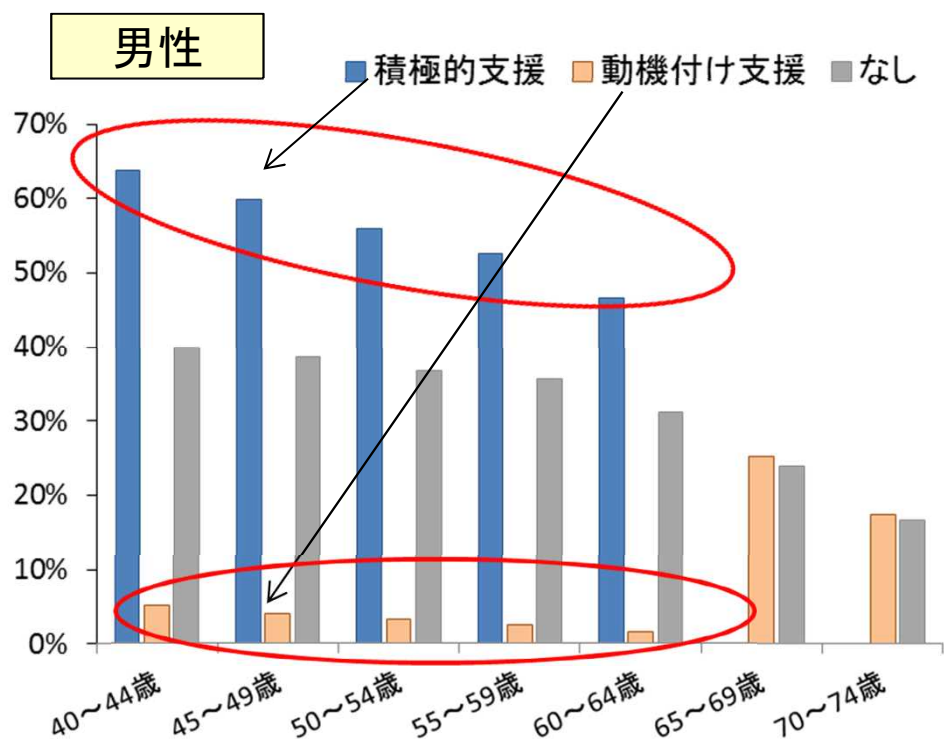
20歳の時の体重から10kg以上増加している	総数	40～74歳								40～74歳							
		40～44歳		45～49歳		50～54歳		55～59歳		60～64歳		65～69歳		70～74歳		40～74歳	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
積極的支援	1,847,778	1,639,983	427,966	396,365	334,512	273,455	207,685	0	0	207,795	39,481	41,960	43,245	41,494	41,615	0	0
動機付け支援	1,729,050	1,158,398	215,332	187,148	152,801	123,086	98,637	228,404	152,990	570,652	80,177	85,349	80,990	69,946	68,025	104,992	81,173
なし	18,017,533	8,908,676	1,633,386	1,422,567	1,332,424	1,290,100	1,166,938	1,109,398	953,863	9,108,857	1,472,650	1,312,121	1,236,035	1,172,000	1,223,079	1,412,703	1,280,269
判定不能	6,872	3,796	911	714	539	528	526	393	185	3,076	940	455	401	392	445	318	125

# 喫煙と特定保健指導の該当との関係

○ 特定保健指導の積極的支援の該当者のうち、男性は4～6割、女性は1～4割が喫煙している。動機付け支援の該当者は、喫煙している者は約5%であるので、喫煙しているかどうかでリスクが1つ増えて、動機付け支援から積極的支援に保健指導の該当レベルが上がっていることがデータで示されている。積極的支援該当者を減らす対策として、喫煙対策が重要である。

(※) 積極的支援に該当すると、動機付け支援よりも約3倍程度に保健指導のコストが増えることから、厳しい保険財政の中で保健指導の実施率を向上させるためにも、保険者と事業主が連携して、加入者の喫煙対策に取り組むことが重要である。

「現在、たばこを習慣的に吸っている」の質問に「はい」と答えた割合（2014年度特定健診結果）

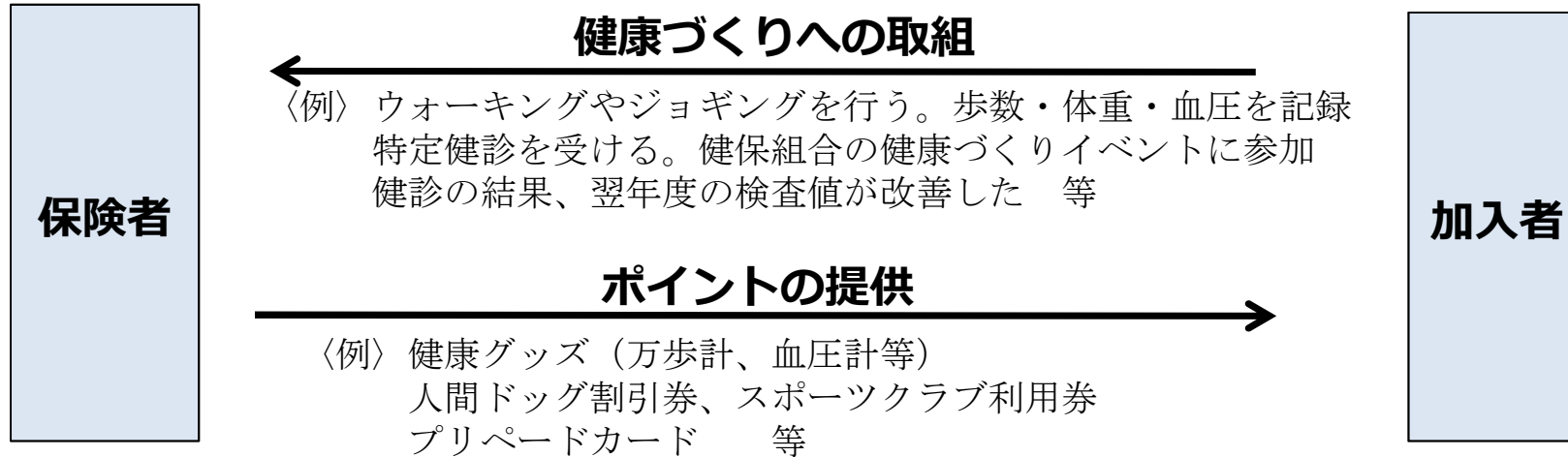


【n数（当該項目の回答者数）：2639.6万件（未回答を除く）】

現在、たばこを習慣的に吸っている	総数	40～74歳									40～74歳																																																					
		40～44歳									45～49歳									50～54歳									55～59歳									60～64歳									65～69歳									70～74歳								
		男性	男性	男性	男性	男性	男性	男性	男性	男性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	男性	男性	男性	男性	男性	男性	男性	男性	男性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性																											
積極的支援	2,296,162	2,041,921	533,476	495,691	419,189	338,476	255,089	0	0	254,241	48,743	51,651	52,944	50,579	50,324	0	0	2,041,921	533,476	495,691	419,189	338,476	255,089	0	0	254,241	48,743	51,651	52,944	50,579	50,324	0	0																															
動機付け支援	2,127,192	1,434,789	270,815	236,217	192,800	152,571	121,373	276,159	184,854	692,403	97,784	104,437	98,849	84,891	81,942	126,644	97,856	1,434,789	270,815	236,217	192,800	152,571	121,373	276,159	184,854	692,403	97,784	104,437	98,849	84,891	81,942	126,644	97,856																															
なし	21,962,679	10,950,173	2,027,693	1,774,783	1,662,107	1,578,028	1,420,430	1,335,759	1,151,373	11,012,506	1,783,392	1,592,859	1,498,763	1,411,431	1,470,483	1,704,400	1,551,178	10,950,173	2,027,693	1,774,783	1,662,107	1,578,028	1,420,430	1,335,759	1,151,373	11,012,506	1,783,392	1,592,859	1,498,763	1,411,431	1,470,483	1,704,400	1,551,178																															
判定不能	10,139	5,236	1,214	928	727	721	748	595	303	4,903	1,364	765	676	647	713	524	214	10,139	5,236	1,214	928	727	721	748	595	303	4,903	1,364	765	676	647	713	524	214																														

# 個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブの推進

- 予防・健康づくりに取り組む加入者にヘルスケアポイントを提供するなど、保険者が加入者に予防・健康づくりのインセンティブを提供する取組は重要。2015年の国保法等改正法で、保険者の努力義務として健保法等に位置付けられ（2016年4月施行）、国でもガイドラインを策定・公表した（2016年5月）。
- 保険者のインセンティブ指標にも、予防・健康づくりへの個人インセンティブの取組を位置づけた。



◎持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律（平成27年法律第31号）

○健康保険法の一部改正

※傍線部分を改正で追加（国保法、共済各法も同様に改正）

第百五十条 保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第二十条の規定による特定健康診査及び同法第二十四条の規定による特定保健指導（以下この項及び第一百五十四条の二において「特定健康診査等」という。）を行うものとするほか、特定健康診査等以外の事業であって、健康教育、健康相談及び健康診査並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者及びその被扶養者（以下この条において「被保険者等」という。）の自助努力についての支援その他の被保険者等の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。

◎持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議

（平成27年5月26日 参議院厚生労働委員会）

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

四 2 保健事業において保険者が実施する予防・健康づくりのインセンティブの強化に当たっては、保険者に対し好事例の周知に積極的に取り組むとともに、必要な医療を受けるべき者が受診を抑制し、重症化することがないように、インセンティブ付与の在り方について十分検討すること。

# 個人にインセンティブを提供する取組に係るガイドライン(概要)

※2016年5月公表

## 1. 基本的な考え方

- 健康長寿社会の構築に向け、国民一人ひとりが、「**自らの健康は自らがつくる**」という意識を持ち、それぞれの年齢や健康状態等に応じて、**具体的な行動として第一歩を踏み出す**ことが重要
- 自分自身の健康づくりに関心が低い「健康無関心層」も含めて国民が健康づくりの取組を実践し、継続していくためには、
  - ・一人ひとりがそれぞれの選択の中で第一歩を踏み出すきっかけとなるよう、**ポピュレーションアプローチとして様々なインセンティブの提供**や、**ICT・民間の創意工夫も活用した多様な選択肢(健康プログラム)の提供**に加え、
  - ・個人が日常生活の大部分を過ごす企業や地域社会の中で、**個人が無理なく健康づくりを行える環境づくり**や、**共に取組を進めることができる新たなコミュニティの構築**なども併せて進めていくことが必要
- 既に一部の医療保険者や企業、市町村等では、加入者等の健康づくりの取組に対してインセンティブの提供を含め様々な支援が実践
- ガイドラインでは、こうした先行事例も参考にしつつ、**インセンティブの取組を中心に、医療保険制度等の趣旨に照らし保険者等が留意すべき点も明示しながら、個人が主体的に健康づくりを進めるための様々な方策を提案**することで、こうした**取組を推進**すること目的とする。

## 2. 個人への分かりやすい情報提供

- インセンティブの取組に併せて、保険者が加入者の**健康情報を分かりやすく提供し、継続的に健康に対する問題意識を喚起**することは重要
- このため、個人の健康への『気づき』につながるよう、**ICT等も活用しながら分かりやすく健診結果等を提供**するとともに、**情報の内容も本人にとっての付加価値を高めるといった工夫が必要**(\* その際、個人の健康情報の取扱いに十分に配慮するとともに、関連法規を遵守し、いたずらに本人の不安を煽ったりすることは厳に慎むことが必要)
- ガイドラインでは、本人の『気づき』の段階を踏まえた情報提供の工夫の在り方について例示
  - ➡ **第1段階 加入者の視覚**に訴える(\* ICTも活用し、単に健診結果(数値)だけでなく、レーダーチャートにする、経年変化のグラフを示すことなど)
  - ➡ **第2段階 数値の意味**を伝える(\* 本人の疾患リスクとの関係の中で、健診結果(数値)の持つ意味や、医療機関の受診の必要性を伝えることなど)
  - ➡ **第3段階 ソリューション**を伝える(\* 健康維持や生活習慣病リスクを避けるための生活習慣改善の個別的なアドバイスを伝えることなど)

## 3. 個人にインセンティブを提供する方法

- 保険者等では、**表彰**等により本人の健康づくりの取組を鼓舞する取組の他、個人へのインセンティブの提供として、**ヘルスケアポイント(物品等と交換できるポイント)**といった取組が行われている。 \* これらの方法は関係法令に照らし問題があるというものではない。
- これらに加えて、**ヘルスプロモーションの一策として、例えば、ヘルスケアポイントを提供するタイミングを事業主の給与支払と同時に行うこと等の工夫を行い、これを保険者が『保険料への支援』として呼称することも考えられる。**
  - \* 保険者等によっては現金を付与する取組が行われている場合もあるが、そのこと自体が目的化しやすいので、慎重に考えることが必要。
- インセンティブの取組を公的医療保険制度の保健事業として行う場合には、公的医療保険制度の趣旨(疾病リスクに応じた保険料の設定はできない)を踏まえると、個人の保険料(率・額)を変更することは困難であるため留意が必要。

## 4. インセンティブ提供に係る評価指標と報奨の在り方

- インセンティブの取組を、幅広い対象者にポピュレーションアプローチとして実施し、結果として『健康無関心層』を動かしていくためには、個人の健康意識や行動変容の状況に即して、評価指標や報奨を検討する必要がある。
- ガイドラインでは、以下の3つの場面に分けてインセンティブの活用の在り方を提示
  - ☞ **第1段階** 健康づくりに参加する**きっかけ**（\*健康無関心層の巻きこみも念頭に健康とは直接関係ない報奨の活用も含め幅広くインセンティブを活用）
  - ☞ **第2段階** 健康づくりの**継続支援**（\*本人の努力やその成果を評価。継続の意欲を喚起するため、ゲーム性のある健康づくりのプログラムも提供）
  - ☞ **第3段階** 取組が**習慣化した後**の対応（\*インセンティブの役割は完了。保健事業や民間サービスを活用した本人の自主的な取組を支援）

### 評価指標の在り方

- 個人の疾病リスクといった属性を評価するのではなく、**本人の積極的な取組を重視して評価するもの**として考えていくことが必要（特に、医療機関への受診を抑制し結果的に重症化することがないように留意が必要）
- ガイドラインでは、本人の積極的な取組を評価するものとして以下の3つの類型を提案
  - ☞ **参加型**:健康づくりの**取組やプログラムへの参加**を評価（\*健診受診や各種健康教室への参加など）
  - ☞ **努力型**:健康づくりの**プログラム等の中での本人の努力**を評価（\*ウオーキングやジョギング、体重・血圧・食事の記録の継続など）
  - ☞ **成果型**:健康づくりの**成果としての健康指標の改善**を評価（\*健診の検査値、体重減少など）
- 可能な限り複数の指標で評価し、公平性の観点からは、客観的な指標としていくことが望ましい。

### 報奨の在り方

- 健康無関心層への促しにつなげる観点からは、**報奨の内容を魅力的なものとしていく必要**（例えば、ポイントの使い途も、各種コンビニで活用可能な共通ポイント、寄付といった社会貢献等、**多様な個人の価値観に合わせ、多様な途を用意することが望ましい。**）
- その際、**報奨の金銭的な価値が高すぎると、報奨を得ることのみが目的化**してしまい、最終的な目的である本人の行動変容にはつながらない場合も出てくるので留意が必要
- 金銭的な価値の水準は一概に論ずることは困難。**透明かつ中立的な意思決定のプロセスを経て決めることや、事業の効果を検証・評価し、報奨の在り方についても必要に応じて見直しを。**

## 5. 個人にインセンティブを提供する取組の効果

- インセンティブ事業が、**本人の行動変容につながっているかという観点**から、インセンティブの活用の場面に即して、**予め効果検証の仕組みをビルトインしておく必要**（事業の継続性を確保する観点からも効果検証は必須）
- 事業の目的に沿った**KPIを設定し、3年程度の中期計画を立てて実施**していくことが望ましい。



# 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。平成30年度は総額1,000億円規模で実施。）
- 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、個人情報取扱い等を示した。

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて(平成28年4月20日)

## 1. 趣旨

- 呉市等の先行的取組を全国に広げていくためには、**各自治体と医療関係者が協働・連携できる体制の整備**が必要。
- 国レベルでも支援する観点から、**日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省の三者で、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定**したもの(それに先立ち平成28年3月24日に連携協定締結)。

## 2. 基本的考え方

- 重症化リスクの高い**医療機関未受診者等に対する受診勧奨・保健指導**を行い治療につなげるとともに、**通院患者のうち重症化リスクの高い者に対して**主治医の判断で対象者を選定して**保健指導**を行い、**人工透析等への移行を防止**する。

## 3. 関係者の役割

(市町村)

- 地域における**課題の分析・対策の立案・対策の実施・実施状況の評価**

(都道府県)

- **市町村の事業実施状況のフォロー**、都道府県レベルで**医師会や糖尿病対策推進会議等と取組状況の共有、対応策等について議論、連携協定の締結、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定**

(地域における医師会等)

- 都道府県医師会等の関係団体は、**都市区医師会等に対して、国・都道府県における動向等を周知し、必要に応じ助言**
- 都道府県医師会等や都市区医師会等は、都道府県や市町村が取組を行う場合には、**会員等に対する周知、かかりつけ医と専門医等との連携強化など、必要な協力を努める**

(都道府県糖尿病対策推進会議)

- 国・都道府県の動向等について**構成団体に周知、医学的・科学的観点からの助言**など、**自治体の取組に協力するよう努める**
- **地域の住民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める**

## 4. 対象者選定 ※取組内容については地域の実情に応じ柔軟に対応

- ① **健診データ・レセプトデータ**等を活用したハイリスク者の抽出
- ② **医療機関における糖尿病治療中の者**からの抽出  
※生活習慣改善が困難な方・治療を中断しがちな患者等から医師が判断
- ③ **治療中断かつ健診未受診者**の抽出

## 5. 介入方法 ※取組内容については地域の実情に応じ柔軟に対応

- ① **受診勧奨**：手紙送付、電話、個別面談、戸別訪問等
  - ② **保健指導**：電話等による指導、個別面談、訪問指導、集団指導等
- ※ 受診勧奨、保健指導等の保健事業については外部委託が可能

## 6. かかりつけ医や専門医等との連携

- 都道府県、市町村において、**あらかじめ医師会や糖尿病対策推進会議等と十分協議**の上、推進体制を構築。**都市医師会**は各地域での推進体制について**自治体と協力**。
- **かかりつけ医**は、**対象者の病状を把握し、本人に説明するとともに、保健指導上の留意点を保健指導の実施者に伝える**ことが求められる。
- 必要に応じて**かかりつけ医と専門医の連携、医科歯科連携**ができる体制をとることが望ましい。

## 7. 評価

- 事業の実施状況の評価に基づき、今後の事業の取組を見直すなど、**PDCAサイクル**を回すことが重要。

# 糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて

(重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループとりまとめ 平成29年7月10日公表)

## 基本的な方向

- 日本健康会議「健康なまち・職場づくり宣言2020」の宣言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。」の達成に向け、**取り組む市町村等を増やす**。
- さらに、健康寿命の延伸、医療費適正化を踏まえ、**市町村等の取組内容の濃淡**を見える化し、効率的・効果的な取組を推進し、加えて、**都道府県による都道府県による市町村等への支援、市町村等とかかりつけ医等との連携**を推進する。

## 市町村での取組の推進

- **市町村の意識の啓発**
  - ・首長・幹部等がリーダーシップ発揮し優先順位を上げる。
  - ・専門的人材の育成、国保担当課と健康増進担当課等の連携による庁内人材の効率的活用、外部委託事業者の活用。
- **担当課の縦割の排除**
  - ・健康増進担当課と国保担当課等の縦割を排除し、一体的に取り組む。
  - ・事務職の役割も大きく 個人の属性に頼らない仕組み化。
- **医師会等との連携の推進**
  - ・対象者への継続的な医療を担うかかりつけ医等との連携。
  - ・企画段階から医師会等と協議し実施体制の合意形成。
  - ・かかりつけ医と専門医の連携体制整備。
- **都道府県糖尿病対策推進会議等との連携**
  - ・都道府県の体制を確認して、糖尿病対策推進会議等と連携。

## 国保連での取組の推進

- **市町村等への支援**
  - ・KDB活用による技術支援、専門職の配置等による支援充実

## 都道府県での取組の推進

- **市町村等への支援**
  - ・都道府県版プログラムを策定し、都道府県の連携体制、支援機能等を市町村等へ示す。
  - ・市町村等の実施状況を把握し、遅れている市町村を支援。
  - ・人材不足・財政不足に悩む市町村等に人的・財政的支援。
  - ・市町村等に都道府県の持つデータを提供。
  - ・保健所の機能を有効活用し、医療関係者と市町村等をつなぐ。
- **医療関係者との連携の促進**
  - ・医師会・糖尿病対策推進会議等と連携協定を締結。
  - ・都道府県医師会・糖尿病対策推進会議・拠点病院等と市町村との連携を仲立ち。

## 糖尿病対策推進会議等・医師会等での取組の推進

- **糖尿病対策推進会議等の体制のあり方検討**
  - ・かかりつけ医等と専門医等が連携できる団体構成を構築。
  - ・市町村担当者が直接相談できる一元的な窓口を提示。
- **医師会等による支援**
  - ・市町村等の求めに応じ必要な協力を行うよう周知・啓発。

# 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。
- **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
- 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）

		進捗状況	
		2016	2017
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。	115 (市町村)	328
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。	118 (市町村) 4 (広域連合)	654 14
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。	0 (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。	138 (法人)	235
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。	2,970 (社)	12,195
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。	1,774 (保険者)	1,989
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。	88 (社)	98
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。	262 (保険者)	429

日本健康会議2017の様子

## WEBサイト上で全国の取組状況を可視化



# 「データヘルス・予防サービス見本市」の開催を全国に拡大

- **健康・予防サービスを提供する事業者との協働・連携を推進**させる場として「データヘルス・予防サービス見本市」開催し、医療保険者と高度な専門性や人的資源を豊富に有する質の高い事業者とのマッチングを促進。
- **2017年度は、名古屋（12月13日）、東京（2018年1月18日）で開催。**医療保険者や地元自治体の担当者ら約1,800人が参加。  
※ 2015年度に東京で初開催。2016年度は福岡・仙台・大阪で開催し、約2,000人が参加。



データヘルス・  
予防サービス見本市 **2017**

**名古屋会場**

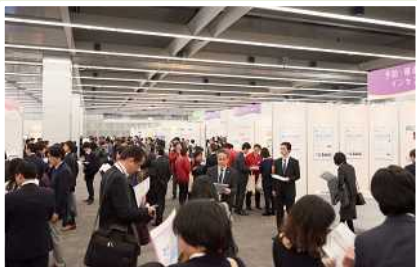
**2017年12月13日（水）**  
場 所： **ポートメッセなごや**  
来場者数： **732名**

**東京会場**

**2018年1月18日（木）**  
場 所： **プリズムホール**  
来場者数： **1,047名**

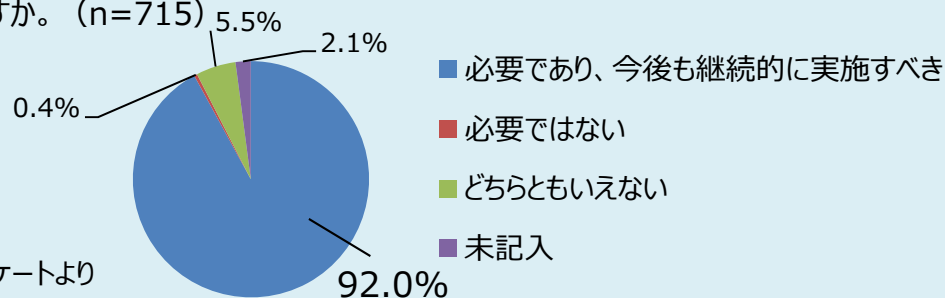
## ■ データヘルス・予防サービス見本市2017の様子

- 健診・保健指導、データ分析、健康な職場づくりに関する商品・サービス等の展示やセミナーを開催（31ブース、42社が出展）

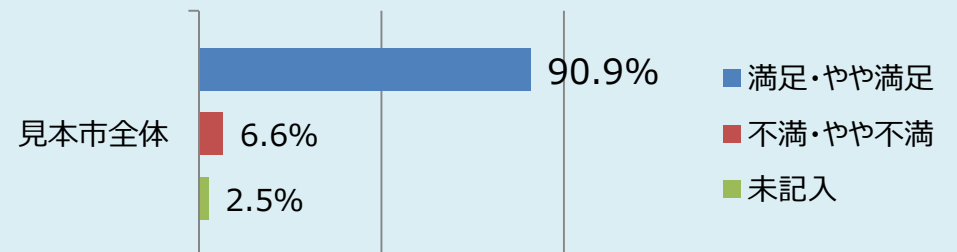


- ◆ 名古屋会場では、有識者や厚労省等による8つのセミナーも開催し、延べ1076名が聴講
- ◆ 出展事業者ブースは6つの部門にゾーン分け
  - ①データヘルス計画(データ分析・計画策定)
  - ②予防・健康づくりのインセンティブ
  - ③生活習慣病の重症化予防
  - ④健康経営・職場環境の整備
  - ⑤わかりやすい情報提供
  - ⑥後発医薬品利用推進

## ■ 問 データヘルス・予防サービス見本市のような保険者等と事業者との連携推進の場は必要ですか。（n=715）



## ■ 問 本日のイベントはいかがでしたか。（n=715）



## 保険者インセンティブの強化（2018年度～）

- 特定健診・保健指導の実施率の公表：2017年度実績から（2018年度末頃予定）

（※）2017年度実績の国への報告期限：2018年11月1日

- 加算（ペナルティ）の指標：2017年4月24日「保険者の健診・保健指導の検討会」で了承

⇒ 特定健診・保健指導の実施率の低い健保組合・共済組合の取組を促すため、加算率を段階的に引き上げ、加算の対象範囲を拡大。

加算率の要件に、特定健診・保健指導以外の取組状況も組み入れ（減算指標の点数が高い場合は加算しない）、特定健診・保健指導以外の取組も進める。

（※）現行0.23% → 見直し 最大10%（法定上限） 2020年度までに段階的に引き上げ

- 減算（インセンティブ）の指標：2017年10月18日 同「検討会」で了承

⇒ 健保組合・共済組合による予防・健康づくりと医療費適正化に向けた総合的な取組を評価。特定健診・保健指導の実施率の指標に加えて、健診結果の加入者への分かりやすい情報提供（ICTの活用）や、後発医薬品の使用促進、がん検診、歯科健診・保健指導、就業上の配慮、受動喫煙防止等の取組を指標に追加。

特定保健指導の対象者割合の減少など、アウトカム評価の指標も導入。

（※）現行 0.05% → 見直し後 最大10～5%、5～3%、3～1% の3区分  
（加算の合計額に応じて設定）

# 保険者における予防・健康づくり等のインセンティブの見直し

○ 2015年国保法等改正において、保険者種別の特性を踏まえた保険者機能をより発揮しやすくする等の観点から、①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を客観的な指標で評価し、支援金を交付する（2016年度から前倒し実施を検討）、②健保組合・共済の後期高齢者支援金の加算・減算制度についても、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する（施行は2020年度から）仕組みに見直すこととした。

## 〈2015年度まで〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（市町村）	後期高齢者医療広域連合
	後期高齢者支援金の加算・減算制度 ⇒ 特定健診・保健指導の実施率がゼロの保険者は加算率0.23% ⇔ 減算率は0.05%			

## 〈2016、2017年度〉 ※全保険者の特定健診等の実施率を、2017年度実績から公表

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（市町村）	後期高齢者医療広域連合
	同上	2017年度に試行実施 （保険料への反映なし）	2018年度以降の取組を前倒し実施 （2016年度は150億円、2017年度は250億円）	2018年度以降の取組を前倒し実施（20～50億円）

## 〈2018年度以降〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（都道府県・市町村）	後期高齢者医療広域連合
手法等	後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し ⇒ 加算率：段階的に引上げ、 2020年度に最大10% 減算率：最大10%～1%	加入者・事業主等の行動努力に係る評価指標の結果を都道府県支部ごとの保険料率に反映	保険者努力支援制度を創設（700～800億円） （2018年度は、別途特別調整交付金も活用して、総額1,000億円規模）	各広域連合の取組等を特別調整交付金に反映（100億円）
共通指標	①特定健診・保健指導、②特定健診以外の健診（がん検診、歯科健診など）、③糖尿病等の重症化予防、④ヘルスケアポイントなどの個人へのインセンティブ等、⑤重複頻回受診・重複投薬・多剤投与等の防止対策、⑥後発医薬品の使用促進			
独自指標	・被扶養者の健診実施率向上 ・事業主との連携（受動喫煙防止等）等の取組を評価	医療機関への受診勧奨を受けた要治療者の医療機関受診率等	保険料収納率向上等	高齢者の特性（フレイルなど）を踏まえた保健事業の実施等

# 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】 ※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

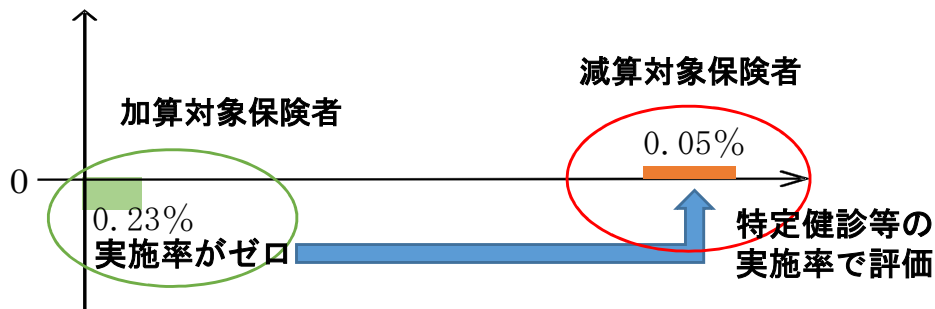
- ・ 特定健診・保健指導の実施率に加え、特定保健指導の対象者割合の減少幅(=成果指標)、がん検診・歯科健診、事業主との連携等の複数の指標で総合評価  
※減算率=最大10%~1% 3区分で設定

(項目)

- ・ 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

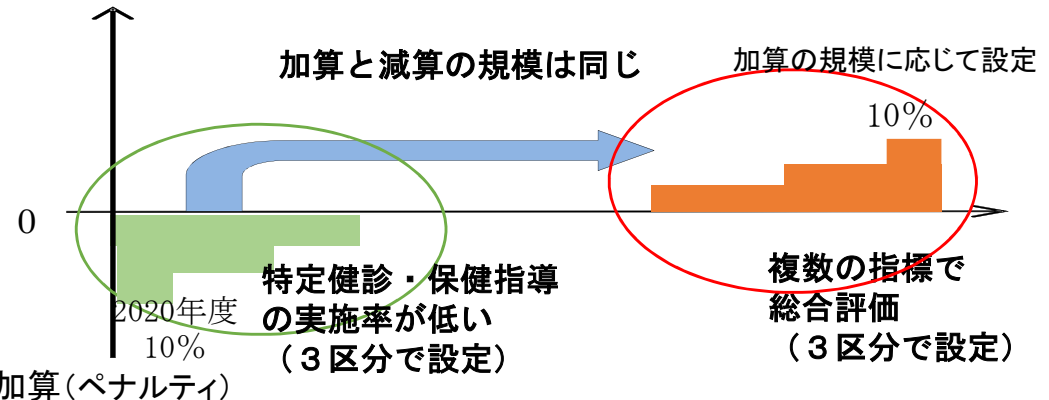
<現在:2017年度まで>

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~>





## 「未来投資戦略2017」を踏まえたインセンティブの見直し

◎ 「未来投資戦略2017」（2017年6月9日閣議決定）（抜粋）

② 保険者や経営者によるデータを活用した個人の予防・健康づくりの強化

- ・ 予防・健康づくり等に向けた加入者の行動変容を促す保険者の取組を推進するため、保険者に対するインセンティブを強化する。健保組合・共済については、後期高齢者支援金の加算・減算制度について、加算率・減算率ともに、来年度から段階的に引き上げて2020年度には最大で法定上限の10%まで引き上げる。（略）各制度共通の評価指標は、特定健診・特定保健指導の実施率に加え、がん検診・歯科健診の実施状況やICT等を活用して本人に分かりやすく健診結果の情報提供を行うこと等を追加することで、予防・健康づくりなど医療費適正化に資する多様な取組をバランス良く評価するものとする。また、保険者の責任を明確化するため、全保険者の特定健診・特定保健指導の実施率を本年度実績から公表し、開示を強化する。

○ 減算（インセンティブ）の指標について、「未来投資戦略2017」を踏まえ、以下のとおり見直し。

- ① 予防・健康づくりの多様な取組をバランス良く評価する観点から、保険者が優先的に取り組むべき項目として、重点項目を設定する。重点項目は、2018年度は大項目ごとに1項目以上実施することを要件とし、2019年度以降は実施状況を踏まえて見直しを行い、2項目以上に段階的に引き上げていくことを検討する。
- ② 法定義務である特定健診・特定保健指導の実施率について、2018年度の評価（2017年度実績）では、保険者種別の目標値の0.9倍の達成を要件とする。同要件は、実施状況を踏まえて、第3期の中間時点で保険者種別の目標値までの引上げを検討する。
- ③ 加算（ペナルティ）を適用しない基準についても、多様な取組をバランス良く評価する観点から、大項目ごとに1項目以上の重点項目の実施を要件とする。
- ④ 多様な取組をバランス良く評価する観点から、配点について、以下のとおり設定。
  - ・ 大項目1（特定健診・保健指導の実施）の配点の割合（65点／200点満点）
  - ・ 特定健診・保健指導以外の評価項目について、4点を基準に揃えた上で、本人への分かりやすい情報提供、特定健診データの保険者間の連携、喫煙対策（特定保健指導対象者の選定項目）を5点とする。
  - ・ 事業主との連携の取組に、従業員等の健康増進の取組や目標に関する「健康宣言」の策定を位置づける。

○ 3区分で格付けした減算対象保険者名の公表や、減算対象保険者ごとの点数の公表を検討する。

○ 減算指標や配点、評価方法については、第3期の中間時点で実施状況を点検した上で、更に見直しを検討する。

# 健保組合・共済の保険者機能の総合評価の指標・配点（インセンティブ）

○の重点項目について、2018年度は、大項目ごとに少なくとも1つ以上の取組を実施していることを減算の要件とする。

（※）特定健診の実施率の上昇幅（1-②）、特定保健指導の対象者割合の減少（2-④）、後発品の使用割合・上昇幅（4-④⑤）は、成果を評価する指標。

総合評価の項目		重点項目	配点
<b>大項目1 特定健診・特定保健指導の実施(法定の義務)</b>			
①-1 保険者種別毎の目標値達成	前年度の特定健診の実施率が目標達成(単一健保90%、総合健保・私学共済85%、その他の共済90%以上)、かつ、特定保健指導の実施率が特に高い(単一健保・その他共済60%、総合健保・私学共済35%以上)	○	65
①-2 保険者種別毎の目標値達成	前年度の特定健診の実施率が目標達成(単一健保90%、総合健保・私学共済85%、その他の共済90%以上)、かつ、特定保健指導の実施率が目標達成(単一健保55%、総合健保・私学共済30%、その他の共済45%以上)	○	60
①-3 実施率が上位	前年度の特定健診の実施率が[目標値×0.9]以上 かつ 特定保健指導の実施率が[目標値×0.9]以上 (※)共済グループの特定保健指導の実施率は保険者種別目標値(45%)以上とする	○	30
②-1 特定健診の実施率の上昇幅	前年度の特定健診の実施率が[目標値×0.9]未満で、前々年度より10ポイント以上上昇(②-2との重複不可)	—	20
②-2 特定健診の実施率の上昇幅	前年度の特定健診の実施率が[目標値×0.9]未満で、前々年度より5ポイント以上上昇(②-1との重複不可)	—	10
③-1 特定保健指導の実施率の上昇幅	前年度の特定保健指導の実施率が[目標値×0.9]未満で、前々年度より10ポイント以上上昇(③-2との重複不可)	—	20
③-2 特定保健指導の実施率の上昇幅	前年度の特定保健指導の実施率が[目標値×0.9]未満で、前々年度より5ポイント以上上昇(③-1との重複不可)	—	10
小計			65
<b>大項目2 要医療の者への受診勧奨・糖尿病等の重症化予防</b>			
① 個別に受診勧奨	特定健診結果から、医療機関への受診が必要な者を把握し、受診勧奨を実施 (※)「標準的な健診・保健指導プログラム」の具体的なフィードバックを参考に受診勧奨の情報提供を行う	○	4
② 受診の確認	①を実施し、一定期間経過後に、受診状況をレセプトで確認、または本人に確認		4
③ 糖尿病性腎症等の重症化予防の取組	重症化予防プログラム等を参考に重症化予防の取組の実施(治療中の者に対し医療機関と連携して重症化を予防するための保健指導を実施する、またはレセプトを確認して治療中断者に受診勧奨する)	○	4
④-1 特定保健指導の対象者割合の減少	前年度の特定保健指導の該当者割合が前々年度より3ポイント減少(④-2との重複不可)	—	10
④-2 特定保健指導の対象者割合の減少	前年度の特定保健指導の該当者割合が前々年度より1.5ポイント減少(④-1との重複不可)	—	5
小計			22
<b>大項目3 加入者への分かりやすい情報提供、特定健診のデータの保険者間の連携・分析</b>			
① 情報提供の際にICTを活用 (提供ツールとしてのICT活用、ICTを活用して作成した個別性の高い情報のいずれでも可)	本人に分かりやすく付加価値の高い健診結果の情報提供(個別に提供)(※)以下のいずれかを実施 ・経年データやレーダーチャートのグラフ等の掲載 ・個別性の高い情報(本人の疾患リスク、検査値の意味)の掲載 ・生活習慣改善等のアドバイスの掲載	○	5
② 対面での健診結果の情報提供	本人への専門職による対面での健診結果の情報提供の実施(医師・保健師・看護師・管理栄養士その他医療に従事する専門職による対面での情報提供(集団実施も可))		4
③ 特定健診データの保険者間の連携①(退職者へのデータの提供、提供されたデータの活用)	保険者間のデータ連携について以下の体制が整っている。(※)実際のデータ移動の実績は不要 ・退職の際に本人又は他の保険者の求めに応じて過去の健診データの提供に対応できる ・新規の加入者又は他の保険者から提供された加入前の健診データを継続して管理できる	○	5
④ 特定健診データの保険者間の連携②(保険者共同での特定健診データの活用・分析)	保険者協議会において、以下の取組を実施。(※)いずれかでも可 ・保険者が集計データを持ち寄って地域の健康課題を分析 ・地域の健康課題に対応した共同事業を実施		4
小計			18

総合評価の項目		重点項目	配点
<b>大項目4 後発医薬品の使用促進</b>			
① 後発医薬品の希望カード等の配布	加入者への後発医薬品の希望カード、シール等の配布	○	4
② 後発医薬品差額通知の実施	後発医薬品に変更した場合の差額通知の実施	○	4
③ 効果の確認	②を実施し、送付した者の後発品への切替の効果額や切替率の把握	○	4
④-1 後発医薬品の使用割合が高い	使用割合が80%以上 (④-2との重複不可)	—	5
④-2 後発医薬品の使用割合が高い	使用割合が70%以上 (④-1との重複不可)	—	3
⑤-1 後発医薬品の使用割合の上昇幅	前年度より10ポイント以上上昇 (⑤-2との重複不可)	—	5
⑤-2 後発医薬品の使用割合の上昇幅	前年度より5ポイント以上上昇 (⑤-1との重複不可)	—	3
		小計	22
<b>大項目5 がん検診・歯科健診等（人間ドックによる実施を含む）</b>			
① がん検診の実施	がん検診を保険者が実施（対象者への補助、事業主や他保険者との共同実施を含む）。事業主が実施するがん検診の場合、がん検診の種別ごとに対象者を保険者でも把握し、検診の受診の有無を確認。	○	4
② がん検診：受診の確認	保険者が実施する各種がん検診の結果から、要精密検査となった者の受診状況を確認し、必要に応じて受診勧奨を実施。他の実施主体が実施したがん検診の結果のデータを取得した場合、これらの取組を実施。		4
③ 市町村が実施するがん検診の受診勧奨	健康増進法に基づき市町村が実施するがん検診の受診を勧奨（対象者を把握し個別に勧奨、チラシ・リーフレット等による対象者への受診勧奨）	○	4
④ 歯科健診：健診受診者の把握	歯科健診の対象者を設定（把握）し、受診の有無を確認	○	4
⑤ 歯科保健指導	歯科保健教室・セミナー等の実施、または歯科保健指導の対象者を設定・実施（④の実施の結果や、特定健診の質問票の項目13「食事でかんだ時の状態」の回答等から対象者を設定）	○	4
⑥ 歯科受診勧奨	対象者を設定し、歯科への受診勧奨を実施（④の実施の結果や、特定健診の質問票の項目13「食事でかんだ時の状態」の回答等から対象者を設定）	○	4
⑦ 予防接種の実施	インフルエンザワクチン接種等の各種予防接種の実施、または実施した加入者への補助		4
		小計	28
<b>大項目6 加入者に向けた健康づくりの働きかけ（健康教室による実施を含む）、個人へのインセンティブの提供</b>			
① 運動習慣	40歳未満を含めた、運動習慣改善のための事業（特定保健指導の対象となっていない者を含む）	○	4
② 食生活の改善	40歳未満を含めた、食生活の改善のための事業（料理教室、社食での健康メニューの提供など）	○	4
③ こころの健康づくり	こころの健康づくりのための事業（専門職による個別の相談体制の確保、こころの健康づくり教室等の開催（メール・チラシ等の配布のみによる情報提供や働きかけは除く））	○	4
④ 喫煙対策事業	40歳未満を含めた、喫煙対策事業（標準的な健診・保健指導プログラムを参考に禁煙保健指導の実施、事業主と連携した個別禁煙相談、禁煙セミナー、事業所敷地内の禁煙等の実施）	○	5
⑤ インセンティブを活用した事業の実施	個人の健康づくりの取組を促すためのインセンティブを活用した事業を実施（ヘルスケアポイント等）	○	4
		小計	21
<b>大項目7 事業主との連携、被扶養者への健診・保健指導の働きかけ</b>			
① 産業医・産業保健師との連携	産業医・産業保健師と連携した保健指導の実施、または、産業医・産業保健師への特定保健指導の委託	○	4
② 健康宣言の策定や健康づくり等の共同事業の実施	事業主と連携した健康宣言（従業員等の健康増進の取組や目標）の策定や加入者への働きかけ。事業所の特性を踏まえた健康課題の分析・把握、健康課題解決に向けた共同事業や定期的な意見交換の場の設置	○	4
③ 就業時間内の特定保健指導の実施の配慮	就業時間中に特定保健指導が受けられるよう事業主による配慮	○	4
④ 退職後の健康管理の働きかけ	事業主の実施する退職者セミナー等で保険者が退職後の健康管理に関する情報提供を実施	○	4
⑤ 被扶養者への特定健診の実施	前年度の被扶養者の特定健診の実施率が〔目標値×0.7〕以上（大項目1との重複可）	○	4
⑥ 被扶養者への特定保健指導の実施	前年度の被扶養者の特定保健指導の実施率が〔目標値×0.7〕以上（大項目1との重複可）	○	4
		小計	24
		全体計	200

## 第3期のスケジュールと留意点

- (1) 2018年度分の加算・減算（後期高齢者支援金）：2019年9～10月頃に公表
- ① 減算（インセンティブ）→ 2018年度の実績で評価（2019年6～7月頃に国に報告）
  - ② 加算（ペナルティ）→ 2017年度実施分で評価（2018年11月1日までに国に報告）
- （※）2020年度に2018年度分の概算額と確定額の精算手続きを行う
- ⇒ 評価指標・配点等について、第3期の中間時点で、実施状況（2018年度・2019年度の実績等）を点検して、さらに見直しを検討。
- (2) 特定健診・保健指導の実績、後発医薬品の使用実績は、NDBデータで抽出。それ以外の減算指標の取組の評価は、保険者の事務負担軽減の観点から、全健保組合・東京大学等が共同で運用するデータヘルスポータルサイトを活用。
- ① 特定健診・保健指導の実施率（2017年度実績）：2018年度末頃に公表予定
  - ② 後発医薬品の使用割合（保険者別／2018年9月実績）：2018年度末頃に公表予定
- (3) 保険者協議会への参画：都道府県、協会けんぽ・国保、医療関係者との連携
- ① 特定健診・保健指導：健保保険者から市町村国保への保険者間の再委託が可能となるよう、告示で明確化（2018年4月施行）。被扶養者の実施率向上の環境整備
  - ② 医療関係者との連携：糖尿病性腎症の重症化予防、後発医薬品の使用促進、重複・多剤投与の適正化等

# 後期高齢者支援金の減算（インセンティブ）の指標（2018～23年度）

## （1）保険者機能の発揮への総合的な評価、アウトカムの評価の導入

- 保険者機能の発揮を幅広く総合的に評価する観点から、特定健診・保健指導（法定義務）の実施率に加えて、健診結果の分かりやすい情報提供や医療機関の受診状況の確認、後発医薬品の使用促進、事業主との連携（就業時間中の配慮、受動喫煙防止の取組等）、予防等に一定の効果が期待できる保健事業（がん検診、歯科健診、糖尿病の重症化予防）等を指標に位置づける。
- 取組を実施しているかどうかだけでなく、取組の実施による成果を評価する指標として、特定保健指導の対象者の割合の減少幅、特定健診・保健指導の実施率の上昇幅、後発医薬品の使用割合の上昇幅などを盛り込む。

## （2）減算対象の保険者の要件、重点項目の設定（要件の段階的な引上げの検討）

- 特定健診・保健指導は、生活習慣に起因する糖尿病等の発症予防、医療費適正化のために保険者が共通で取り組む法定義務の保健事業であり、法定義務の達成状況を優先的に評価するため、2018年度分の評価（2017年度実績）は保険者種別の目標値の0.9倍を達成している保険者を減算の対象とする。この達成要件については、2018年度分の評価（2017年度実績）での特定健診・保健指導の実施状況を踏まえて、第3期の中間時点で保険者種別の目標値までの要件の引上げを検討する。
- 法定義務に加えてバランスのとれた取組を確保するため、保険者において優先的に取り組むべき重点項目を設定する。2018年度は、大項目ごとに重点項目の中から1項目以上実施することを減算の要件とする。2019年度以降は、実施状況を踏まえて重点項目の中で達成すべき項目数の見直しを行い、大項目2～7の要件となる項目数を2項目以上に段階的に引き上げていくことを検討する。

（※1）仮に、特定健診・保健指導の実施率目標をほぼ達成した保険者が減算（インセンティブ）とならないで、目標の達成に十分でない保険者が減算となった場合、これまで第1期・第2期で実施率目標をほぼ達成して医療保険制度全体の医療費適正化に貢献してきた減算対象保険者の理解が得られないことから、2018年度分の評価（2017年度実績）は保険者種別の目標値×0.9の達成を要件とする。

（※2）共済の特定保健指導の実施率の要件は、2015年度実績による減算対象保険者が目標値45%を上回っているため、45%以上の目標とする。

	単一健保	総合健保・私学共済	共済組合（私学共済除く）
第3期の実施率の目標	特定健診 90%以上 特定保健指導 55%以上	特定健診 85%以上 特定保健指導 30%以上	特定健診 90%以上 特定保健指導 45%以上
目標値の0.9倍に設定した場合	特定健診 81%以上 特定保健指導 49.5%以上	特定健診 76.5%以上 特定保健指導 27%以上	特定健診 81%以上 特定保健指導 45%以上（※2）
2016年度の後期高齢者支援金の減算対象保険者（2015年度実績の実施率）	特定健診 76.7%以上 特定保健指導 52.2%以上	特定健診 68.7%以上 特定保健指導 34.7%以上	特定健診 79.2%以上 特定保健指導 52.8%以上
2015年度実績の平均実施率（私学共済は共済グループに入れて平均実施率を計算）	特定健診 76.2% 特定保健指導 22.5%	特定健診 69.7% 特定保健指導 10.4%	特定健診 75.8% 特定保健指導 19.6%

### (3) 3グループごとの評価、減算対象保険者名の公表（点数の公表を検討）

- 保険者ごとに配点を積み上げて総合評価する。事業主との連携のしやすさなど保険者の特性を考慮し、現行と同様、単一健保、総合健保・私学共済、その他の共済の3グループごとに評価する。
  - 減算率は、メリハリある評価とするため、達成状況に応じて3区分を基本として段階的に減算率を設定する。保険者が最上位を目指して努力する意欲につながるよう、加算額（減算額）の規模や減算対象保険者の後期高齢者支援金額、減算対象保険者の合計点数等に応じて、上位から減算率を10～5%、5～3%、3～1%の3区分とすることを基本とする。
- (※3) 加算額と減算額の規模は同じとする必要があるため、3区分の減算率と各区分の区切りは、当該年度の加算額（減算額）の規模や減算対象保険者の後期高齢者支援金額、減算対象保険者の合計点数、重点項目の実施数等に応じて、毎年度調整し、決定する必要がある。加算額の規模に対して、減算対象最上位保険者の後期高齢者支援金がかなり大きい場合は、最上位区分の減算率を10～5%で設定できない可能性もある。
- 減算対象保険者については、3区分で格付けした保険者名の公表や、減算対象保険者ごとの点数の公表を検討する。

### (4) 加算（ペナルティ）を適用しない基準（総合評価の指標の活用）

- 特定健診・保健指導の実施率が一定未達の保険者のうち、当該翌年度の総合評価の指標で一定以上の取組が実施されている場合（※4）、後期高齢者支援金の加算（ペナルティ）の対象としないこととしており、この基準は、保険者種別ごとの2018年度以降の総合評価の指標の実績を考慮しつつ検討し、設定する。その際、バランスのとれた取組を確保するため、大項目2～7のそれぞれについて、少なくとも1項目以上の重点項目の実施を要件とすることを検討する。
- (※4) 例えば、単一健保組合・共済で、2018年度の特定健診の実施率が45%以上57.5%未満、特定保健指導の実施率が2.75%以上5.5%未満の場合に、2019年度の総合評価の指標で一定以上の取組の場合には、加算（ペナルティ）を適用しないこととしている。

### (5) 第3期（2018～23年度）の中間時点での実施状況の点検と見直しの検討

- 減算の総合評価の指標は、第3期から初めて導入するので、第3期の中間年度で、データヘルス計画の見直しと平仄を揃え、新制度の実績を点検し、さらに保険者の総合的な取組を促すよう、減算の指標や配点、評価方法の見直しを検討する。
- (※5) 実施状況を効率的に集計するため、①特定健診・保健指導の実施状況と後発医薬品の使用割合は、厚労省がNDBから保険者別に集計する、②その他の指標の実施状況は、健保組合等が厚労省に報告するデータヘルス・ポータルサイトの活用を検討する。
- (※6) 地域のかかりつけ医師、かかりつけ歯科医師、かかりつけ薬剤師等との連携の下、重複・多剤服薬と思われる者等への医薬品の服用の適正化を促す取組について、今後、減算の評価指標に用いる具体的な取組について検討した上で、第3期の中間時点での見直しまでに、減算指標の追加を検討する。
- (※7) 例えば、がん検診の取組については、新たな減算指標によって、今後、市町村が実施するがん検診への受診の働きかけや、要精密検査になった者への保険者からの受診勧奨などの取組の広がりが期待できるので、こうした取組の広がりを踏まえ、がん検診の実施率を減算指標に追加することを検討する。

# 後期高齢者支援金の加算率の見直し（2018年度～）

○ 特定健診・保健指導は、保険者の法定義務である。第3期末(2023年度)までに全保険者の保健指導の目標45%を達成するには、中間時点の2020年度までに実施率を30～35%程度まで引き上げる必要がある。このため、後期高齢者支援金の加算の対象範囲と加算率を見直し、実施率の低い保険者の取組を促す。2021年度以降の加算率は、第3期の中間時点で更に対象範囲等を検討する。

○ 特定保健指導該当者の6～8割は20歳から体重が10キロ以上増加している者であり、健診結果の本人への分かりやすい情報提供や40歳未満も対象とした健康づくり、後発医薬品の使用促進など、保険者と事業主が連携して加入者の健康増進に総合的に取り組むことが重要。このため加算の要件に特定健診・保健指導以外の取組状況も組み入れる（指標の点数が高い場合は加算しない）。

(※1) 保健指導の実施率(2015年度) 健保組合 18.2% (単一健保 22.5% 総合健保 10.4%) 共済 19.6% (参考) 協会けんぽ 12.6%

(※2) 保健指導の実施率10%未満の保険者が10%以上まで引き上げた場合、健保組合・共済全体で2%程度の引上げ効果が見込まれる。第1期(5年間)に健保組合・共済全体で実施率が12%程度上昇したので、加算による効果以外に実施率の公表や保健指導の運用改善により2018～23年度(5年間)でも引き続き10～12%程度の上昇効果が持続すると仮定すると、加算による2%程度の効果と併せて、2020年度で30～35%程度の実施率達成が見込まれる。

		特定健診・保健指導の実施率	
		単一健保・共済組合 (私学共済除く)	総合健保・私学共済
特定健診	実施率が第3期目標の1/2未満	45%未満	42.5%未満
	実施率が第3期目標の1/2以上～57.5%未満(※4)	45%以上～57.5%未満	42.5%以上～50%未満(※6)
特定保健指導	実施率が0.1%未満	0.1%未満	0.1%未満
	実施率が0.1%以上～第3期目標の1/20未満	0.1%以上～2.75%未満(※5)	0.1%以上～1.5%未満(※6)
	実施率が第3期目標の1/20以上～1/10未満	2.75%以上～5.5%未満(※5)	1.5%以上～2.5%未満(※6)
	実施率が第3期目標の1/10以上～10%未満(※8)	5.5%以上～10%未満	2.5%以上～5%未満(※6)
特定健診(第3期の実施率目標)		90%以上	85%以上
特定保健指導(同上)		単一健保 55%以上 共済組合 45%以上	30%以上

2014～17年度 の加算率 【現行】	2018年度の加算率 (2017年度実績) 【第1段階】	2019年度の加算率 (2018年度実績) 【第2段階】	2020年度の加算率 (2019年度実績) 【第3段階】
—(※3)	1.0%	2.0%	5.0%
	—	0.5%(※7)	1.0%(※7)
0.23%	1.0%	2.0%	5.0%
—	0.25%	0.5%	1.0%
—	—	0.25%(※7)	
—	—	—	0.5%(※7)

(※3) 特定健診の実施率は、現行は0.1%未満を加算対象としているが、該当組合数はない。

(※4) 2023年度末までにすべての保険者が全保険者目標70%を達成することを目指して、中間時点(2020年度)の設定として、45%と70%の中間値である「57.5%未満」とする。

(※5) 共済は、第三期目標が単一健保より低い、加算対象は同じとする。(※6) 総合健保組合は、目標や特性を踏まえ、実施率の対象範囲を設定する。

(※7) 該当年度において、特定健診・保健指導(法定の義務)以外の取組が一定程度(減算の指標で集計)行われている場合には加算を適用しない。

(※8) 2023年度末までにすべての保険者が全保険者目標45%の概ね半分の20%までは達することを目指して、中間時点(2020年度)の設定として、20%の半分の値である「10%未満」とする。

# 保険者別の後発医薬品の使用割合の公表

後発医薬品の使用促進に向けて、厚生労働省において、保険者別の後発医薬品の使用割合の公表を実施する（2018年度実績～）。

## 2017年度実績



厚労省から都道府県に対して保険者別の使用割合のデータを送付し、都道府県や保険者協議会での分析・検討に活用。（2017年度末(2018年3月)の実績を2018年夏頃に送付）

## 2018年度以降の実績

厚労省が毎年度、全ての保険者別の使用割合を公表

①年度の中央(9月時点)実績の同年度末頃の公表、②年度末(3月時点)の実績の翌年度夏頃の公表を想定〔→ 2018(平成30)年9月の実績は2018年度末に公表予定〕

注1) 公表対象は、全ての医療保険者(協会けんぽ、共済、健保組合、国保、国保組合、後期高齢)

注2) 使用割合は、厚労省がNDBデータから抽出する予定(保険者独自の計算とは誤差が生じ得る)

※ 後発医薬品の使用割合は、2018年度以降の保険者インセンティブの評価指標となっている。

※ 公表にあたっては、使用割合の低かった保険者が法令違反状態にあるといった誤解を受けることのないよう留意する。

保険者種別の後発医薬品使用割合

協会	70.4%
共済	69.0%
健保	69.5%
国保	69.3%
後期	66.4%
制度計	68.6%

出典: H28年度調剤医療費の動向(厚労省)  
(2017年3月時点・数量ベース)  
※調剤医療費・電算処理分のみ



# データヘルス・ポータルサイトの運用開始（平成29年10月～）

- 保険者によるデータヘルス計画の円滑な運営を支援することを目的に、データヘルス・ポータルサイトを開設。**第2期データヘルス計画**では、すべての健保組合で**ポータルサイトを活用して計画策定および評価・見直し**を実施。
- 健康課題と保健事業の紐付けや事業ごとの定量的な評価指標の設定・評価が可能。取組状況の見える化、組合相互の比較により、将来的に**健康課題別の効果的な保健事業がパターン化や成功事例のライブラリー化**を目指す。



2015年度：東京大学が開発（厚労省補助事業\*）

2016年度：37健保組合で試行（厚労省補助事業\*\*）

2017年度：第2期計画策定および評価・見直しで活用（全健保組合）

\* 厚生労働省「予防・健康づくりインセンティブ推進事業」（平成26年度高齢者医療制度円滑運営事業費補助金）

\*\* 厚生労働省「レセプト・健診情報等を活用したデータヘルスの推進事業」（平成28年度高齢者医療運営円滑化等補助金）

## - 政府・骨太方針等での位置づけ -

### 経済財政運営と改革の基本方針2016

データ分析に基づき被保険者の個々の状態像に応じた適切な対策を実施することで効果的なデータヘルスを実現する。データヘルス事業に十分な資源を投入できない保険者に対し、事業導入に係る支援を行う。

**データヘルスのポータルサイトを活用し**、地域や職場ごとの健康課題を「見える化」した上で、課題に応じた「次の一手」（効果的な事業メニュー）の導入を支援する。

（経済・財政一体改革推進委員会第2次報告(平成28年4月・抜粋)より）



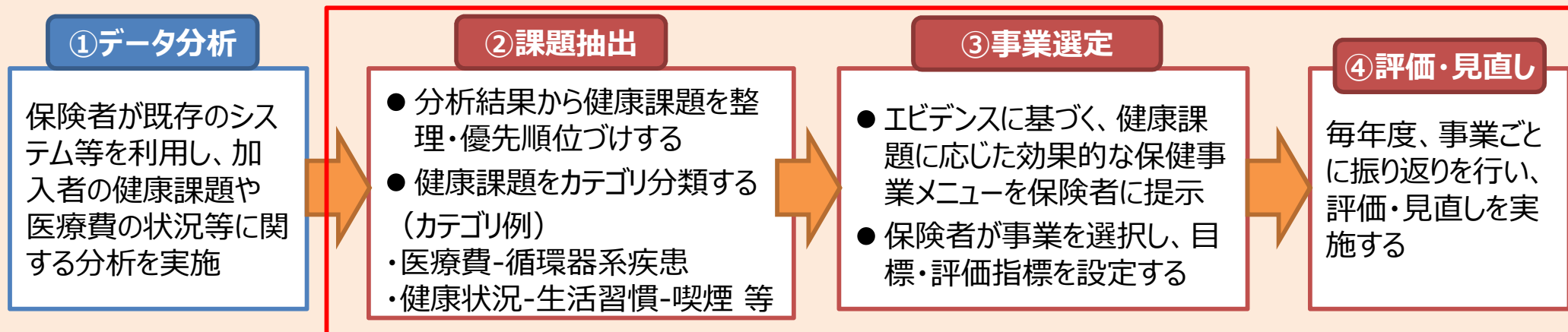
厚生労働省  
このサイトは、厚労省「予防・健康づくりインセンティブ推進事業」の一環として国立大学法人東京大学が運営しています。

# データヘルス・ポータルサイトの概要

個々の保険者の有する健康課題（加入者の健康状態や医療費の状況等）に応じて、実施すべき効果的な保健事業を提案することを通じ、保険者の実施する保健事業の標準化を図ることを目的とする。

- 各保険者が行うデータヘルス計画の作成・見直しに本サイトを活用
- その際、エビデンスに基づく、健康課題に応じた効果的な保健事業メニューを保険者に提示
- 提示された保健事業メニューを参考に、保険者が事業内容を検討

## ◆データヘルス・ポータルサイトで実施する範囲



（注）本サイトは、個人の健診・医療費・生活習慣等のデータを分析・蓄積するものではない

- 現在、健康課題に応じた効果的な保健事業を提案する機能はなく、2018年度から始まる第2期データヘルス計画の内容（加入者の健康状態に係る集計データや、実施する保健事業の内容、事業目標等）を各保険者※ごとに入力する作業を行っている。
- 今後、一定期間後に、実施した事業の評価を行い、その結果の分析を行った上で、個々の保険者の健康課題に応じた効果的な保健事業を提案する機能を実装していく予定。

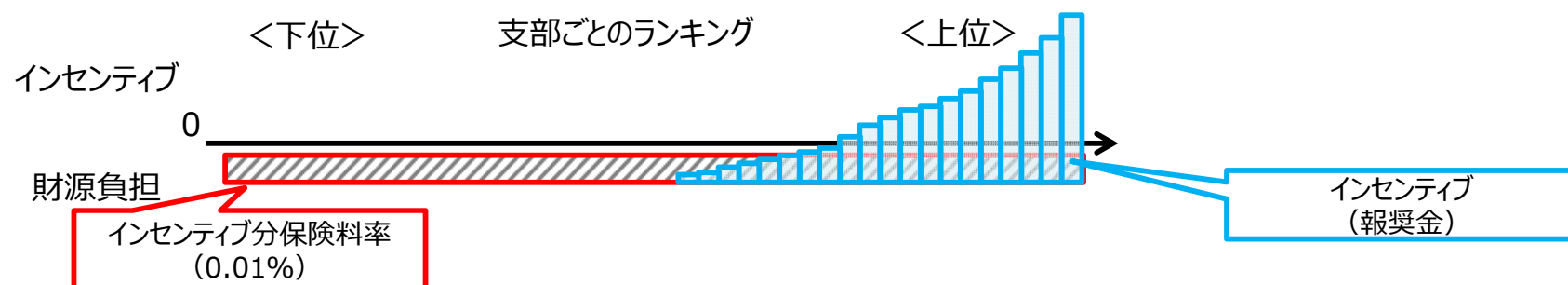
（※）現時点での対象は、全健保組合、協会けんぽ（予定）、一部の共済組合

## 制度趣旨

医療保険制度改革骨子や日本再興戦略改定2015等を踏まえ、新たに協会けんぽ全支部の後期高齢者支援金に係る保険料率の中に、インセンティブ制度の財源となる保険料率（0.01%）を設定するとともに、支部ごとの加入者及び事業主の行動等を評価し、その結果が上位過半数となる支部については、報奨金によるインセンティブを付与

- 特定健診・特定保健指導の実施率、要治療者の医療機関受診割合、後発医薬品の使用割合などの評価指標に基づき、支部ごとの実績を評価する。
- 評価方法は偏差値方式とし、平均偏差値である50を素点50とした上で、指標ごとの素点を合計したものを支部の総得点とし全支部をランキング付けする。
- インセンティブ制度による保険料率への反映は、2020年度から実施する。  
2018年度実績を評価した結果を2020年度保険料率に反映するとともに、インセンティブ分保険料率として新たに全支部の後期高齢者支援金に係る保険料率の中に0.01%を盛り込む。
- 制度導入に伴う激変緩和措置として、この新たな負担分については、3年間で段階的に導入する。  
2018年度（2020年度保険料率）：0.004% ⇒ 2019年度（2021年度保険料率）：0.007% ⇒  
2020年度（2022年度保険料率）：0.01%

### 【制度のイメージ】



## 【具体的な評価方法】

- 下表のとおり、評価指標及び実績の算出方法を定め、評価指標内では【】で記載した評価割合を用いて評価する（この際、使用するデータは毎年度4月～3月までの分の実績値を用いることとする）。
- 評価方法は偏差値方式とし、平均偏差値である50を素点50とした上で、指標ごとの素点を合計したものを支部の総得点としランキング付けを行う。
- 前年度からの実績値の伸びを評価する際には、以下のとおり支部ごとの伸びしろ（100%－当該支部の実績値）に占める割合を評価する。

$$\frac{\text{対前年度伸び幅（率）}}{100\% - \text{当該支部の実績}}$$

※【】は評価指標内での評価割合

### 1 特定健診等の受診率（使用データ：4月～3月の受診者数（事業者健診については、同期間のデータ取り込み者数））

<実績算出方法>

$$\frac{\text{自支部被保険者のうち生活習慣病予防健診を受診した者の数} + \text{自支部被保険者のうち事業者健診データを取得した者の数} + \text{自支部被扶養者のうち特定健診を受診した者の数}}{\text{自支部被保険者数} + \text{自支部被扶養者数}} \quad (\%)$$

- ① 特定健診等の受診率【60%】
- ② 特定健診等の受診率の対前年度上昇幅【20%】
- ③ 特定健診等の受診件数の対前年度上昇率【20%】

### 2 特定保健指導の実施率（使用データ：4月～3月の特定保健指導最終評価終了者数）

<実績算出方法>

$$\frac{\text{自支部加入者のうち特定保健指導実施者数（外部委託分を含む。）}}{\text{自支部加入者のうち特定保健指導対象者数}} \quad (\%)$$

- ① 特定保健指導の実施率【60%】
- ② 特定保健指導の実施率の対前年度上昇幅【20%】
- ③ 特定保健指導の実施件数の対前年度上昇率【20%】

※【】は評価指標内での評価割合

**3 特定保健指導対象者の減少率（使用データ：前年度特定保健指導該当者であって4月～3月に健診を受けた者のうち、その結果が特定保健指導非該当となった者の数）**

<実績算出方法>

$$\frac{(A)のうち、(前年度積極的支援→動機付け支援又は特保非該当となった者の数) + (前年度動機付け支援→特保非該当となった者の数)}{\text{自支部加入者のうち、前年度特定保健指導該当者であって今年度健診を受けた者の数 (A)}} \quad (\%)$$

**4 医療機関への受診勧奨を受けた要治療者の医療機関受診率（使用データ：4月～3月に受診勧奨を行った者のうち、受診勧奨から3か月後までに医療機関を受診した者の数）**

<実績算出方法>

$$\frac{(A)のうち医療機関受診者数}{\text{自支部加入者のうち、本部からの受診勧奨送付者数 (A)}} \quad (\%)$$

- ① 医療機関への受診勧奨を受けた要治療者の医療機関受診率【50%】
- ② 医療機関への受診勧奨を受けた要治療者の医療機関受診率の対前年度上昇幅【50%】

**5 後発医薬品の使用割合（使用データ：4月～3月の年度平均値）**

<実績算出方法>

$$\frac{\text{自支部加入者に対する後発医薬品の処方数量}}{\text{後発医薬品のある先発医薬品の数量 + 後発医薬品の数量}} \quad (\%)$$

- ① 後発医薬品の使用割合【50%】
- ② 後発医薬品の使用割合の対前年度上昇幅【50%】

# 後期高齢者医療制度における保険者インセンティブ(平成30年度)について

- 保険者インセンティブは、予防・健康づくりをはじめとする医療費適正化等に取り組む広域連合に財政支援を行うもの。
- 平成30年度から100億円規模で実施。(※)  
 (※) 平成28年度は20億円、平成29年度は50億円規模で前倒し実施。
- 平成30年度は、平成29年度までの指標に加え、事業成果の評価に関する指標を導入するなど評価項目の見直しを行い、6月頃に各広域連合に通知する予定。

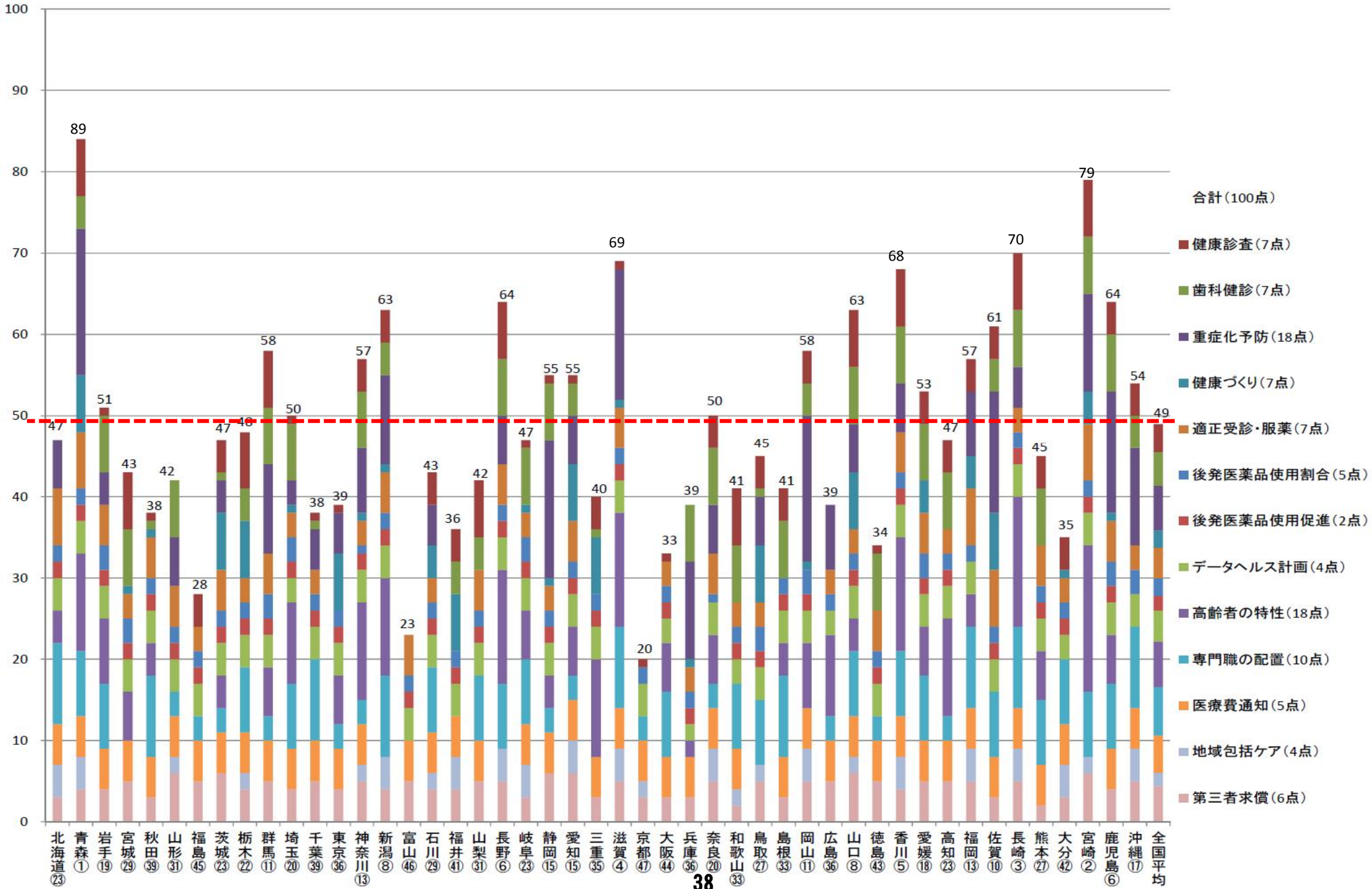
## ○評価指標(平成29年度の指標) ※平成30年度の指標は現在検討中

保険者共通の指標
指標① ※後期では(特定)健診は義務ではない。 ○健診の実施及び健診結果を活用した取組の実施
指標② ○歯科健診の実施及び健診結果を活用した取組の実施
指標③ ○重症化予防の取組の実施状況
指標④ ○被保険者の主体的な健康づくりに対する広域連合による働きかけの実施
指標⑤ ○被保険者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況
指標⑥ ○後発医薬品の使用割合 ○後発医薬品の使用促進

固有の指標
指標① ○データヘルス計画の実施状況
指標② ○高齢者の特性(フレイルなど)を踏まえた保健事業の実施状況
指標③ ○専門職の配置など保健事業の実施のために必要な体制整備
指標④ ○医療費通知の取組の実施状況
指標⑤ ○地域包括ケアの推進(在宅医療・介護の連携等)
指標⑥ ○第三者求償の取組状況

# 後期高齢者医療制度における保険者インセンティブ(平成29年度)の採点結果

(点)



# 平成30年度の保険者努力支援制度について（国民健康保険）

- 保険者努力支援制度は、予防・健康づくりをはじめとする医療費適正化等に取り組む自治体に財政支援を行うもの。
- 平成30年度から総額1,000億円規模で実施。（※）
- （※）平成28年度は150億円、平成29年度は250億円規模で前倒し実施

## 市町村分（300億円程度）※特別調整交付金より200億円程度を追加

保険者共通の指標	国保固有の指標
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 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 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 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 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 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	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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診・特定保健指導の実施率</li> <li>・糖尿病等の重症化予防の取組状況</li> <li>・個人インセンティブの提供</li> <li>・後発医薬品の使用割合</li> <li>・保険料収納率</li> </ul> ※ 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、 <ul style="list-style-type: none"> <li>・その水準が低い場合</li> <li>・前年度より一定程度改善した場合</li> </ul> に評価	指標③ 都道府県の取組状況 ○都道府県の取組状況 <ul style="list-style-type: none"> <li>・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）</li> <li>・医療提供体制適正化の推進</li> <li>・法定外繰入の削減</li> </ul>
---	--	---



# 平成30年度保険者努力支援制度(市町村分) 都道府県別市町村平均得点 (体制構築加点含まず 790点満点)

(得点)

600

500

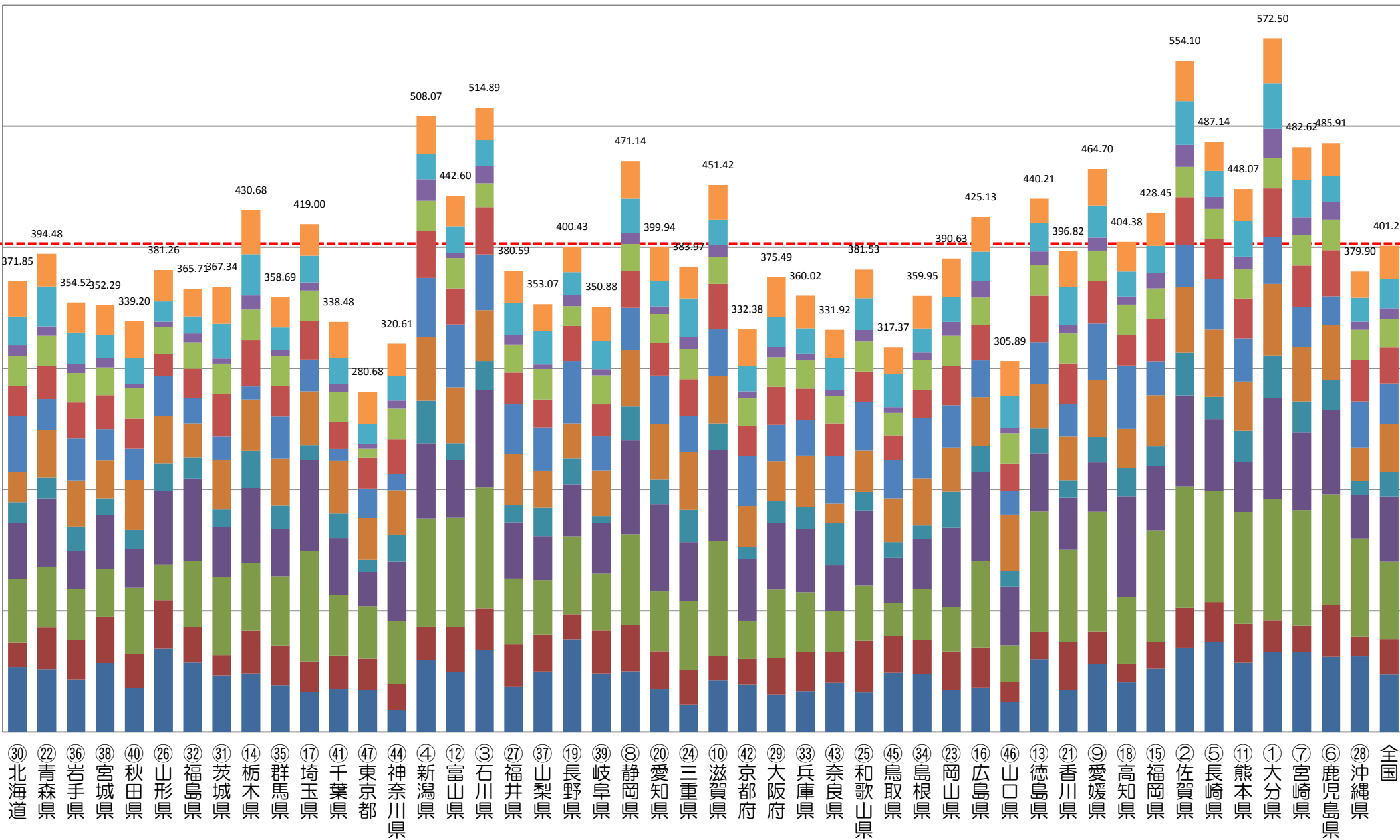
400

300

200

100

0



- 共通1 特定健診・保健指導・メタボ(150点)
- 共通4 個人インセンティブ(95点)
- 固有1 収納率(100点)
- 固有4 地域包括(25点)

- 共通2 がん検診・歯周疾患健診(55点)
- 共通5 重複服薬(35点)
- 固有2 データヘルス(40点)
- 固有5 第三者求償(40点)

- 共通3 重症化予防(100点)
- 共通6 ジェネリック(75点)
- 固有3 医療費通知(25点)
- 固有6 適正かつ健全な取組(50点)

# 平成30年度保険者努力支援制度（都道府県分） 都道府県別獲得点

(点)

200

180

160

140

120

100

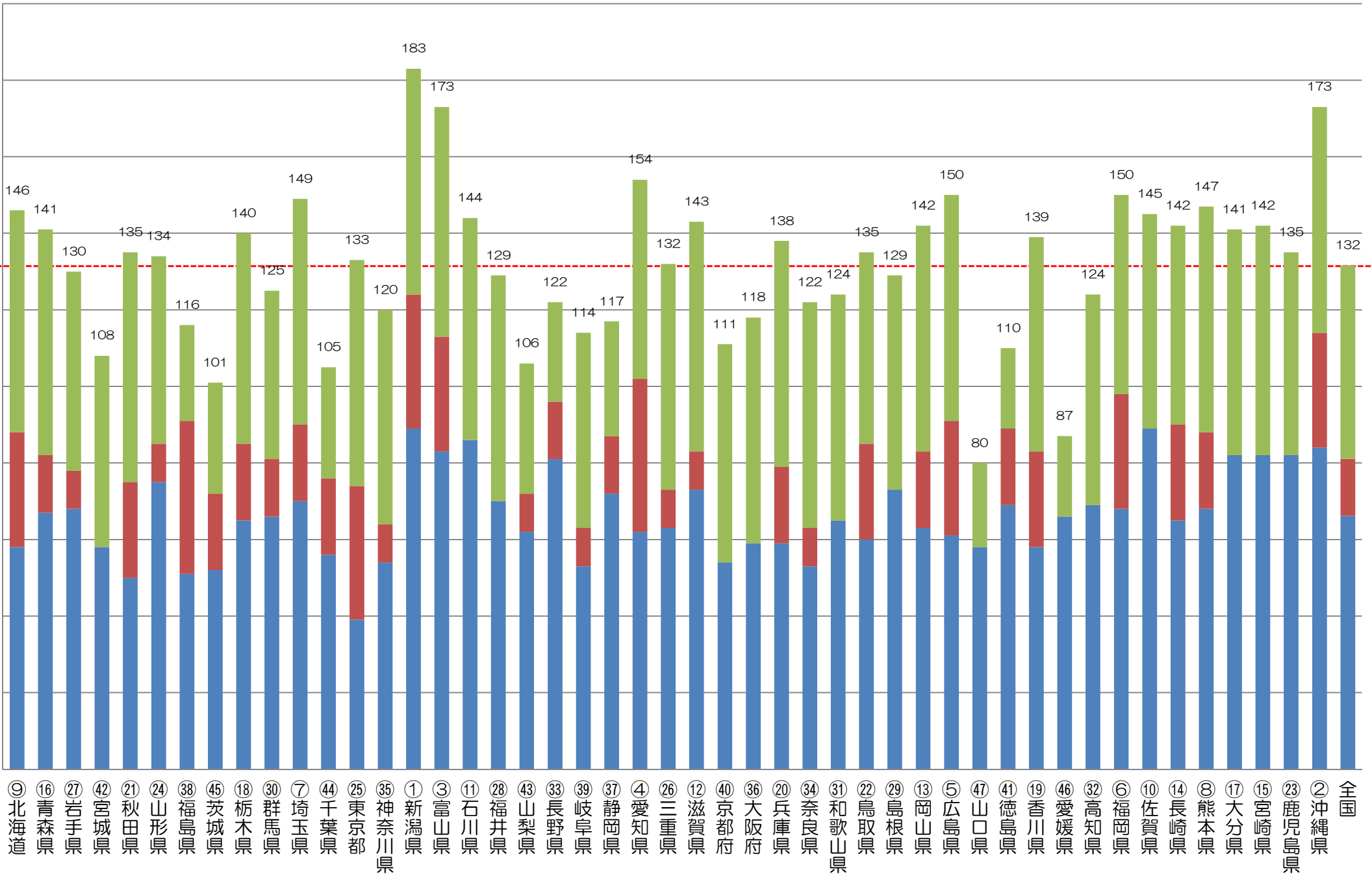
80

60

40

20

0



■ 指標1 (市町村指標の都道府県単位評価：100点)

■ 指標2 (都道府県の医療費水準：50点)

■ 指標3 (都道府県の取組状況：60点)

## 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)

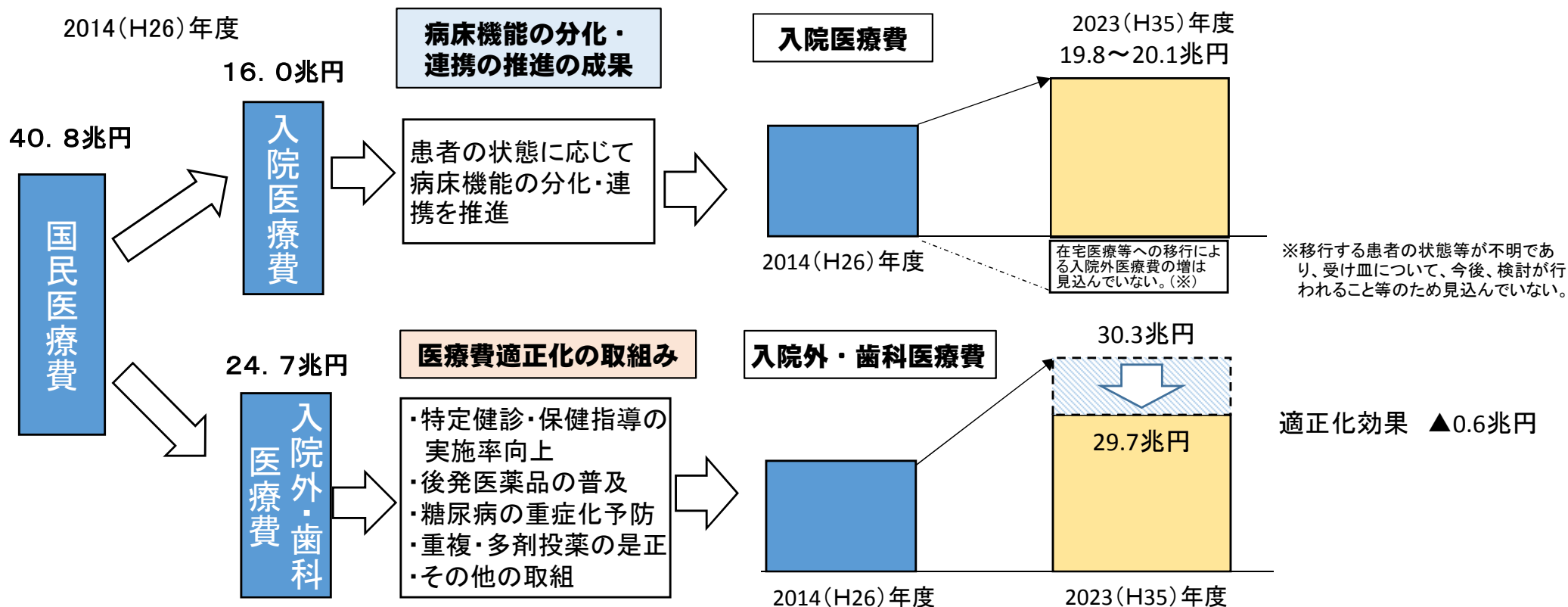
# 第3期の医療費適正化計画について

- 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】

※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）

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



### 【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    |

## 第二期全国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条第6項の規定に基づき、厚生労働省は毎年度、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 (平成20年度比)	-	-	-	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「平成〇年度」を「平成〇年」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。

# (参考)都道府県医療費適正化計画の進捗状況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。

## (参考)都道府県医療費適正化計画の進捗状況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。

# 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（2015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 ※2015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 ※2015年改正（2018年4月1日施行）

改正後	改正前
<p>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、共済組合又は日本私立学校振興・共済事業団をいう。</p>	<p>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、共済組合又は日本私立学校振興・共済事業団をいう。</p>



# (参考) 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)																			
	国民健康保険連合会	全国健康保険協会	市町村	その他	国民健康保険連合会	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	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 保険者数	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

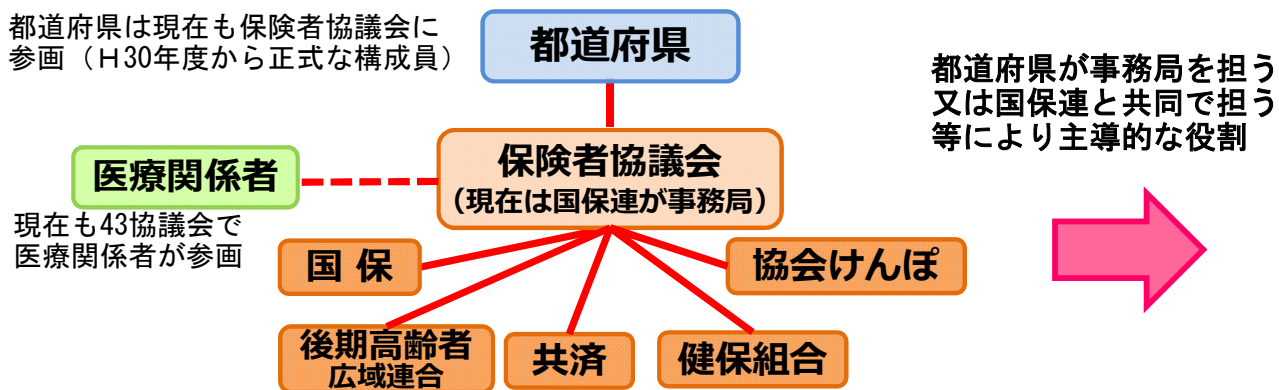
※「保険者数」は、「本会」の構成員数

# 都道府県の保険者協議会の枠組みと平成30年度以降の見直しについて

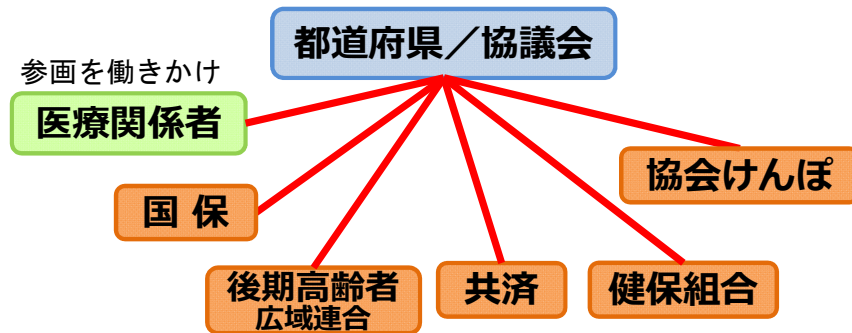
保険者協議会では、現在、保険者が共同で、医療関係者等の協力も得て、保険者横断的に健康増進や医療費分析等を実施

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）



都道府県が事務局を担う  
又は国保連と共同で担う  
等により主導的な役割



(※) 必要に応じて企業等が参画することも考えられる

「保険者協議会開催要領」の一部改正について（平成30年1月15日 厚生労働省保険局保険課長、国民健康保険課長、高齢者医療課長、医療介護連携政策課長通知）

## 保険者協議会の見直しのポイント

- 平成30年度から都道府県は、国保の保険者となるため全都道府県が保険者協議会の構成員となり、保険者としての役割と、従前からの住民の健康増進や医療費適正化等の行政主体としての役割を担う。
- これを契機に都道府県は、保険者協議会で中核的な役割を發揮。
- 保険者協議会の事務局は、①都道府県担当部署が担う、又は②都道府県担当部署と国保連合会が共同で担う（例えば、都道府県が政策課題の企画・調整を担当し、国保連合会が調査分析・調整を担当する）ことが考えられる。
- 保険者努力支援制度で、都道府県による①保険者協議会への積極的な関与、②KDB等を活用した県内の医療費分析等の取組を評価項目に位置付けるなどして、都道府県の取組を評価・支援。
- 医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会などの関係団体との連携が不可欠。これらの団体を代表する者の参画・助言を得ながら開催。
- 更に、企業、大学等の関係者と課題や認識を共有し、健康づくりを推進するため、必要に応じてこうした関係者の参画・助言も得ながら開催。

# 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ことが重要であり、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。

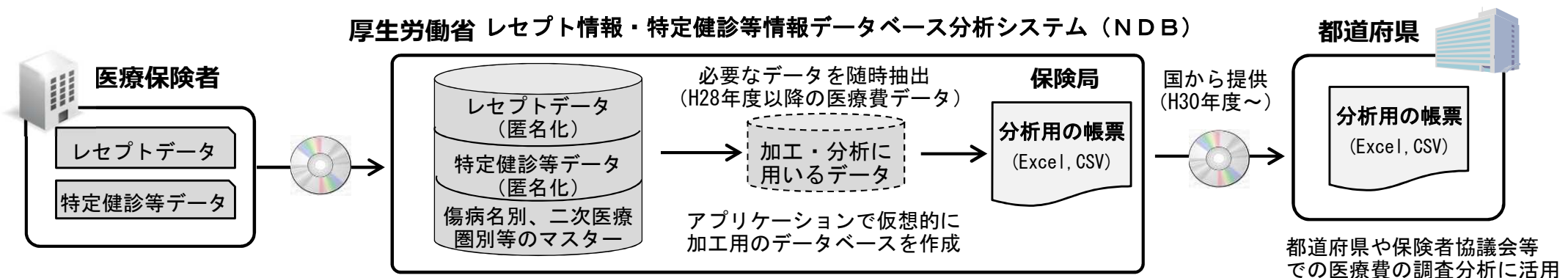
- 都道府県における調査分析に資するよう、NDBから抽出した都道府県別の医療費データの提供を平成28年末から試行的に行っているが、さらに、都道府県・市町村別の医療費の構造等のデータを、毎年度、国から都道府県に提供できるよう、NDBの追加機能の整備に着手している。

〔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。

## 厚生労働省 レセプト情報・特定健診等情報データベース分析システム（NDB）



# 地域別の診療報酬の設定(具体的な活用メニューの提示)

2018年4月19日  
医療保険部会資料

- 医療費適正化の実効性を上げるには、地域の医療費の状況や課題を把握・分析し、地域の関係者における議論も踏まえた上で、具体的な対応策が検討される必要がある。
- こうした地域での分析や議論がない中で、具体的なメニューを想定することは、地域の実情に応じた取り組みにかえて枠をはめることになりかねない。むしろ、地域の課題解決のためには、地元関係者による地域課題の把握・分析を通じた具体的な対応策の検討が、医療費適正化の実効性を上げるためには重要。
- 厚生労働省としては、引き続き、医療費適正化計画の実施主体である都道府県の意見を丁寧に聴きながら対応していく。

## 《 制度の枠組み 》

※ 医療保険部会での議論を踏まえ、以下の運用の考え方について、都道府県に対し平成30年3月29日付け通知により周知。

- ① 医療費には様々な要素があるなか、「医療費適正化計画」は、科学的エビデンスを伴い、保険者・医療関係者等の協力を得て実施可能な取組を目標設定する枠組み。
- ② 都道府県は「医療費適正化計画」に基づき取組を実施。計画終了後に、目標の達成状況について実績評価を行い、次期計画での目標達成に向けた方策について検討。
- ③ その際、各都道府県において、必要となる具体的な施策・取組を検討。その上で、なお目標達成のために必要があると認めるとき、都道府県は、保険者・医療関係者が参画する保険者協議会での議論も踏まえた上で、地域別の診療報酬について国に意見を提出。
- ④ 厚生労働省では、都道府県の意見を踏まえ、中医協における諮問・答申を経て検討。

## 《 留意点 》

- この規定については、医療保険部会において「国民皆保険の趣旨から診療報酬の地域格差の導入にはその妥当性や実効性も十分検討し慎重に検討すべき」といった意見が出されている。
- これまで、制度の適用事例はない。

## 《 参考 》 医療費適正化計画の経過

2008～2012年度	2013～2017年度	2018～2023年度
第1期計画	第2期計画	第3期計画

実績評価⇒ 第1期：2013年度 第2期：2018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14条

厚生労働大臣は、第12条第3項の評価の結果(※1)、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(※2)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。

(※1) 第12条第3項の評価：計画終了年度の翌年度に行う、全国計画及び都道府県計画の評価

(※2) 第8条第4項第2号及び第9条第3項第2号の目標：全国計画及び都道府県計画における医療の効率的な提供に関する目標

# 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（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。

# 高齢者医療確保法第14条(診療報酬の特例)の運用について

高齢者医療確保法第14条(診療報酬の特例)の運用の考え方については、平成29年12月21日にとりまとめられた「議論の整理」を踏まえ、都道府県に対し平成30年3月29日付け通知により周知している。

○平成30年度に実施する第2期医療費適正化計画の実績評価に関する基本的な考え方について(抜粋)  
(平成30年3月29日付け都道府県宛て厚生労働省保険局医療介護連携政策課長通知)

## 3. 実績評価のプロセス

### (4) 法第14条の診療報酬の特例について

法第14条では、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、

- ・ 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
- ・ 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

旨が記載されている。

この規定の運用の考え方については、社会保障審議会医療保険部会において議論され、平成29年12月21日に「議論の整理」がとりまとめられた。この「議論の整理」を踏まえ、法第14条の運用については、以下のようなプロセスに留意することとする。

- ① 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。

- ② 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。
- ③ 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。

## (参考) 「議論の整理」(平成29年12月21日社会保障審議会医療保険部会)(抄)

### 3. 高齢者医療確保法第14条の診療報酬の特例の活用方策

- 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。
- 改革工程表においては、「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」とされている。
- これを踏まえ、当部会においては、上記の法律上の枠組み等を踏まえ、運用の考え方について、以下のような案を示し、議論した。
- 上記の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、以下のようなプロセスに留意する必要があるという点については、異論はなかった。
  - ・ 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。
  - ・ 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。
  - ・ 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。
- これらの点について、当該規定については、国民皆保険の趣旨から診療報酬の地域格差の導入にはその妥当性や実効性も十分検討し慎重に検討すべきとの意見や、国において都道府県や市町村の意見を出発点に地方自治体との協議を進めるべきとの意見、他県への受診などの影響を考慮する必要があるとの意見があった。



## (参考) 医療保険部会における主なご意見(「議論の整理」別添)(抄)

### 【高齢者医療確保法第14条について】

- 地域別診療報酬の特例については制度創設時からその実効性に疑問を持っている。今年5月に全国知事会・全国市長会・全国町村会が国に提出した「社会保障制度改革に関する緊急要請」にあるとおり、慎重に対応をお願いしたい。
- どの地域にいても同じ診療が同じ値段で受けられることが皆保険制度になじむため、診療報酬の地域格差を生むことには基本的に無理があるのではないか。効果や妥当性も十分検討し、診療報酬の地域格差の導入には慎重な検討を望む。
- 地域ごとに診療報酬を定めると、他県での受診など流動性のある受診に対する影響を考慮する必要がある。
- 都道府県ごとの診療単価が仮に引き下げられると、患者だけでなく医療機関の経営にも影響を与えうることとなるため、高確法第14条の特例の活用方策については、各都道府県による地域医療構想等の医療提供体制の見直しの進捗を見つつ、慎重に検討することが必要。
- 高確法第14条については、保険者協議会での議論を踏まえるべきであるが、医療機関の経営や医療提供体制にも影響が及びうるものであるので、保険者協議会で議論するだけでなく、都道府県の医療審議会での議論も必要ではないか。
- 都道府県の医療審議会が医療提供体制を主題とする一方、現在、保険者と医療機関は保険者協議会等を活用する枠組みの中で、各地で地域の予防推進や医療供給について議論してよい結果を出しており、このような現行の枠組みが、各都道府県で一番ふさわしいやり方を工夫できる仕組みとなっているのではないか。