第８回　社会保障制度改革推進会議
議事次第

平 成 30 年 5 月 28 日（月）
１ ０ ： ０ ０ ～ １ １ ： ４ ５
於：中央合同庁舎第４号館　共用第４特別会議室

１．　開会

２．　政府側からの挨拶

３．　地域医療構想の進捗等について

４．　国民健康保険改革の進捗等について

５．　平成 30 年度の社会保障の充実・安定化等について

６．　閉会

【資料】
資料１－１　地域医療構想の進捗等について（厚生労働省提出資料）
資料１－２　地域医療構想の進捗等について（厚生労働省提出資料）
資料２　地域医療構想の進捗について（主に病院再編の事例を中心に）（茨城県提出資料）
資料３　奈良県における地域医療構想の取組（奈良県提出資料）
資料４　国民健康保険改革の進捗等について（厚生労働省提出資料）
資料５　奈良県における国民健康保険改革の取組（奈良県提出資料）
資料６　平成 30 年度の社会保障の充実・安定化について（厚生労働省提出資料）
資料７　子ども・子育て支援の状況について（内閣府・厚生労働省提出資料）
資料８－１　2040 年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）（厚生労働省提出資料）
資料８－２　「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」に基づくマンパワーのシミュレーション（厚生労働省提出資料）
資料９　新しい経済政策パッケージについて（平成 29 年 12 月 8 日閣議決定）（内閣官房提出資料）
資料 10　経済・財政再生計画改革工程表 2017 改定版〈社会保障分野抜粋〉（内閣府提出資料）
委員提出資料　増田議長代理提出資料

資料1－1

地域医療構想の進捗等について

平成30年5月28日

厚生労働省

１　地域医療構想の進捗について

「地域医療構想」の達成に向けた一層の取組

■ 「地域医療構想調整会議」における議論の徹底した進捗管理を行いつつ、医師確保対策やインセンティブ、権限等を組み合わせることで、「具体的対応方針」の速やかな策定に向けて、一層の取組を加速させる。

平成28年度 → 平成29年度 → 平成30年度 → 平成31年度 → 平成32年度

地域医療構想

構想策定完了

平成29、30年度の2年間程度で集中的な検討を促進

具体的対応方針の速やかな策定に向けた取組

適切な進捗管理・一層の推進

地域医療構想を踏まえて策定するよう要請

地域医療構想調整会議

- 公立：事業計画を策定 → **650病院**が協議開始 →
  - 都道府県立、市町村立（約820病院）
- 公的：事業計画を策定 → **617病院**が協議開始 →
  - 日赤、済生会、国立病院機構等（約830病院）
- 民間：事業計画を策定

2025年の医療機能別の病床数の達成に向けた医療機関ごとの対応

29年度末までに**117施設**が具体的対応方針を策定

	施設数	高度･急性	回復	慢性	（非稼働）
2025年までに増減すべき病床数	全1.4万施設	▲21万	＋22万	▲7万	▲7万
具体的対応方針	合意済み117施設	▲1512	＋1493	▲208	▲873

引き続き、インセンティブ、権限等を組み合わせ、**一層の取組を加速**

医療機能の集約化と医師確保・医師負担軽減が**地域で一体的に検討可能**に

医師確保計画

医療法・医師法改正法案 → 医師偏在指標の創設（地域ごとの医師の多寡が可視化） → 医師確保計画（都道府県ごとに、集約化の議論も踏まえて策定）

医師の働き方改革の検討
- ●時間外労働上限の設定
- ●労務管理・健康確保措置の徹底・支援策
- ●タスク・シフティングなど医師の業務負担軽減　等

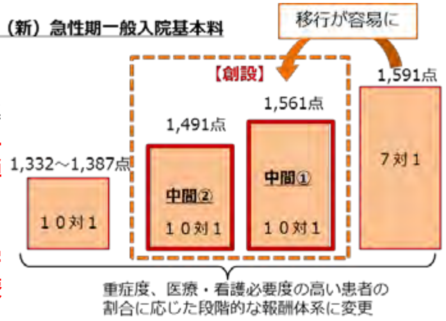
→ 結論 → 地域ごとの医師確保に影響

環境整備

H30診療報酬・介護報酬同時改定

＜急性期＞

■ 急性期一般入院基本料を創設し、７対１入院基本料については、重症度等の基準を見直すとともに、**１０対１入院基本料との中間区分を設け、ニーズに応じた弾力的かつ円滑な移行を可能に**



＜回復期＞

■ 地域包括ケア病棟入院料について、**在宅からの患者の受入実績等を評価し、診療報酬を引上げ**

＜慢性期、在宅医療・介護＞

■ 介護医療院を創設し、介護療養病床や医療療養病床からの転換を促進
■ 在宅医療の実施機関と報酬の加算対象となる患者の範囲を拡大
■ 居宅や介護施設等での医療ニーズや看取りへの対応を強化

H30地域医療介護総合確保基金

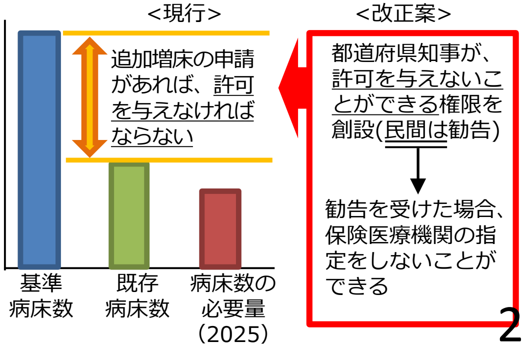
（Ｈ30：934億円）

■ **具体的対応方針**のとりまとめにおいて、病床機能の分化・連携が進んでいる都道府県に対し、基金を重点的に配分。
■ H30年度から、基金の対象範囲を拡大し、**医療機関のダウンサイジングに要する経費**にも活用可能。

ダウンサイジングに要する経費（例）	
・病棟の解体撤去費 ・医療機器の処分	上限額：なし
・早期退職する職員の退職金の割増相当額	上限額：一人600万円

新たな知事権限

■ 医療法及び医師法の一部の改正する法律案を平成30年通常国会に提出。



「地域医療構想の進め方について」※のポイント

※　平成30年2月7日付け医政地発0207第１号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知

地域医療構想調整会議の協議事項

【個別の医療機関ごとの具体的対応方針の決定への対応】

○　**都道府県は、毎年度、**地域医療構想調整会議において合意した**具体的対応方針をとりまとめること**。

具体的対応方針のとりまとめには、以下の内容を含むこと。
① 2025年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割
② 2025年に持つべき医療機能ごとの病床数

⇒平成30年度以降の地域医療介護総合確保基金の配分に当たっては、具体的対応方針のとりまとめの進捗状況を考慮する。

○　**公立病院、公的医療機関等は、**「新公立病院改革プラン」「公的医療機関等２０２５プラン」を策定し、**平成29年度中に協議**すること。

⇒協議の際は、構想区域の医療需要や現状の病床稼働率、民間医療機関との役割分担などを踏まえ公立病院、公的病院でなければ担えない分野へ重点化されているかどうかについて確認すること。

○　**その他の医療機関のうち、担うべき役割を大きく変更する病院などは、**今後の事業計画を策定し、**速やかに協議**すること。

○　**上記以外の医療機関は、遅くとも平成30年度末までに協議**すること。

【その他】

○　都道府県は、以下の医療機関に対し、地域医療構想調整会議へ出席し、必要な説明を行うよう求めること。

・病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関　・新たな病床を整備する予定の医療機関　・開設者を変更する医療機関

地域医療構想調整会議での個別の医療機関の取組状況の共有

○　**都道府県は、**個別の医療機関ごと（病棟ごと）に、**以下の内容を提示**すること。

①医療機能や診療実績　②地域医療介護総合確保基金を含む各種補助金等の活用状況
③公立病院・公的病院等について、病床稼働率、紹介・逆紹介率、救急対応状況、医師数、経営に関する情報など

地域医療構想調整会議の運営

○　**都道府県は、**構想区域の実情を踏まえながら、**年間スケジュールを計画し、年4回は地域医療構想調整会議を実施**すること。

○　医療機関同士の意見交換や個別相談などの場を組合せながら、より多くの医療機関の主体的な参画が得られるよう進めること。

地域医療構想調整会議における議論の状況

以下は、**平成29年度末（平成30年３月末）までの議論の状況**について、全341構想区域の状況をまとめたもの。

現状分析に関する取組の状況

▶調整会議の開催状況について

4～6月	7～9月	10～12月	1～3月	計
79回 （74区域）	284回 （230区域）	370回 （260区域）	334回 （238区域）	1,067回

▶調整会議以外の取組（意見交換会等）

4～6月	7～9月	10～12月	1～3月	計
23回 （20区域）	88回 （54区域）	55回 （41区域）	62回 （50区域）	228回

▶平成28年度病床機能報告が未報告の医療機関に関する状況把握

未報告医療機関数（区域数）	455施設（151区域）
うち未報告医療機関の在り方について議論した構想区域	33区域／151区域

▶非稼働病棟に関する状況把握

非稼働病棟を有する医療機関数（区域数）	1,158施設（285区域）
うち非稼働病棟の在り方について議論した構想区域	66区域／285区域

具体的な医療機関名を挙げた議論の状況

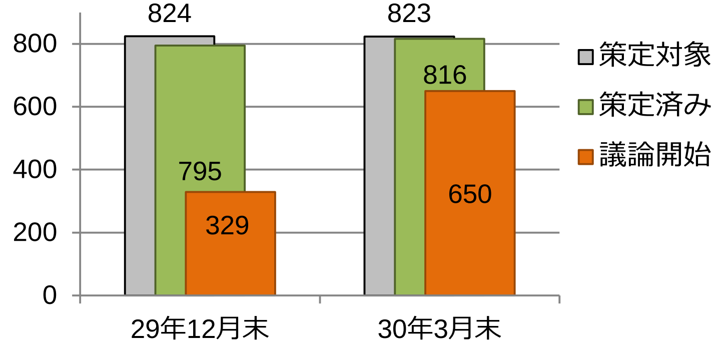
▶公立病院について

・対象病院は823病院（注）

・新改革**プランを策定した病院は、816病院**

・調整会議で**議論を開始した病院は、650病院**

（注）一般病床及び療養病床を有しない精神科病院や、既に廃止している病院等は除外した。

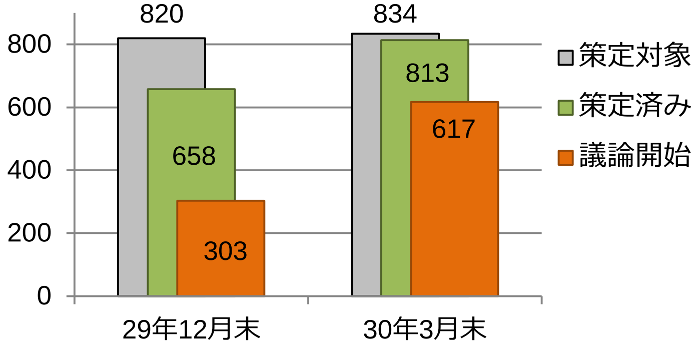


▶公的医療機関等2025プラン対象医療機関について

・対象病院は833病院

・公的医療機関等2025**プランを策定した病院は812病院**

・調整会議で**議論を開始した病院は、616病院**



（参考）その他の医療機関について

（担うべき役割や機能を大きく変更する病院等）

・今後の事業計画を策定した病院は264病院

・調整会議で議論を開始した病院は46病院

医政局地域医療計画課調べ（精査中）

病床の機能分化・連携に向けた地域医療介護総合確保基金の重点配分

地域医療介護総合確保基金

（医療分の事業区分）	（配分方針）
Ⅰ病床の機能・分化連携	地域医療構想調整会議の議論の結果を踏まえて、**具体的な整備計画を策定している都道府県**に対して**重点的に配分**
Ⅱ在宅医療の推進 Ⅲ医療従事者の確保	**地域の実情に応じた配分** **※Ⅱ及びⅢの事業を含めた全体の配分についても、整備計画の策定状況を踏まえたメリハリをつけた配分を行うことを検討** ○　先行的に在宅医療等の整備を進めていかないと、退院後の在宅移行の受け皿ができず、かえって病床の機能分化・連携が進まない ○　Ⅱ及びⅢの事業には、地域医療支援センターの運営費や看護師養成所の運営費・整備費、病院内保育所の運営費等（※）の継続的な実施が必要な事業も含まれている ※これらの事業は、基金創設前より国庫補助で実施

「経済財政運営と改革の基本方針2016」（平成28年6月2日）抄

地域医療介護総合確保基金のメリハリある配分等により、病床の機能分化・連携を推進する。

「経済財政運営と改革の基本方針2017」（平成29年6月9日）抄

地域医療構想の実現に向けて地域ごとの「地域医療構想調整会議」での具体的議論を促進する。（中略）また、地域医療介護総合確保基金について、具体的な事業計画を策定した都道府県に対し、重点的に配分する。

地域医療介護総合確保基金の対象事業の拡充（平成30年度～）

1．（1）建物の改修整備費

○対象となる経費

自主的なダウンサイジングに伴い不要となる病棟・病室等を他の用途へ変更（機能転換以外）するために必要な改修費用

○対象となる建物

各都道府県の地域医療構想公示日までに取得（契約）したもの

○標準単価

１㎡当たり単価：（鉄筋コンクリート）200,900円
（ブロック）175,100円

1．（2）建物や医療機器の処分に係る損失

○対象となる経費

自主的なダウンサイジングに伴い、不要となる建物（病棟・病室等）や不要となる医療機器の処分（廃棄、解体又は売却）に係る損失（財務諸表上の特別損失に計上される金額に限る）

○対象となる建物及び医療機器

各都道府県の地域医療構想公示日までに取得（契約）したもの

※　医療機器については、廃棄又は売却した場合に発生する損失のみを対象（「有姿除却」は対象外）。
建物については、廃棄又は売却した場合に発生する損失を対象とするが、法人税法上「有姿除却」として認められる場合に限り、廃棄又は売却を伴わない損失についても対象。この場合、翌年度以降、解体する際に発生する損失についても対象。

○対象となる勘定科目

・固定資産除却損：固定資産を廃棄した場合の帳簿価額及び撤去費用
・固定資産廃棄損：固定資産を廃棄した場合の撤去費用
・固定資産売却損：固定資産の売却価額がその帳簿価額に不足する差額

1．（3）人件費

○対象となる経費

早期退職制度（法人等の就業規則等で定めたものに限る）の活用により上積みされた退職金の割増相当額

○対象となる職員

地域医療構想の達成に向けた機能転換やダウンサイジングに伴い退職する職員

○上限額　6,000千円／人

2．地域医療構想調整会議が主催した地域医療構想セミナーの開催費用

○対象となる経費

医療機関や金融機関等の関係者に地域医療構想を理解してもらうために、地域医療構想調整会議が主催するセミナー、会議等の開催に必要となる経費

※　医療機関が将来を見据えた投資を行う場合や、金融機関が医療機関に融資を行う場合には、関係する医療機関と金融機関とが、地域医療構想の考え方や議論の状況等に共通の認識を持ち、地域医療構想に沿った事業計画に基づき適切な投資・融資が行われる必要がある。

【具体的な対象経費】

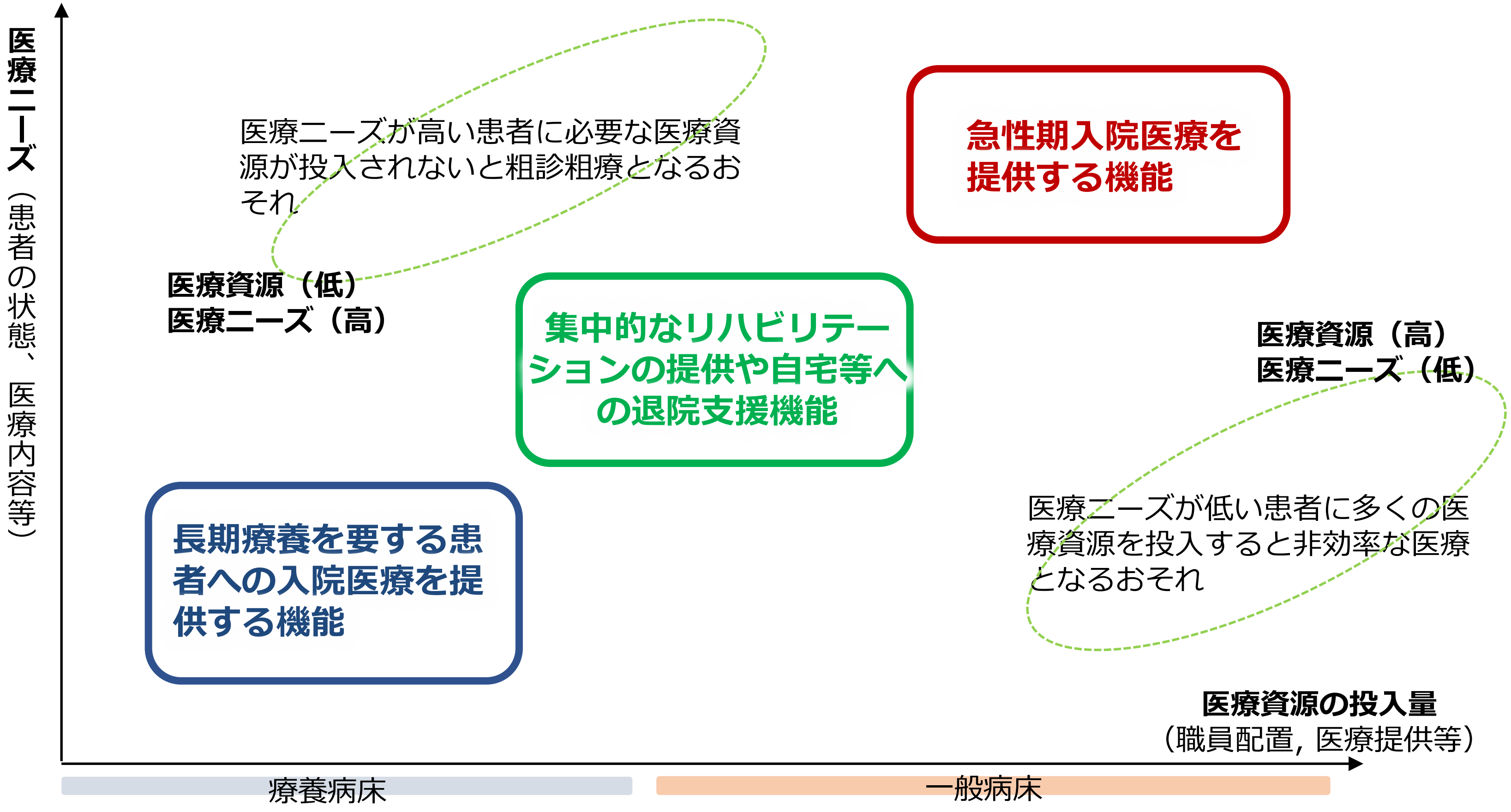
人件費、諸謝金、旅費、通信運搬費、会場借料、委託料等

※　本事業について、医療機関だけでなく、金融機関にも効果的な周知がなされるような方策について、金融庁と協議中。

入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）

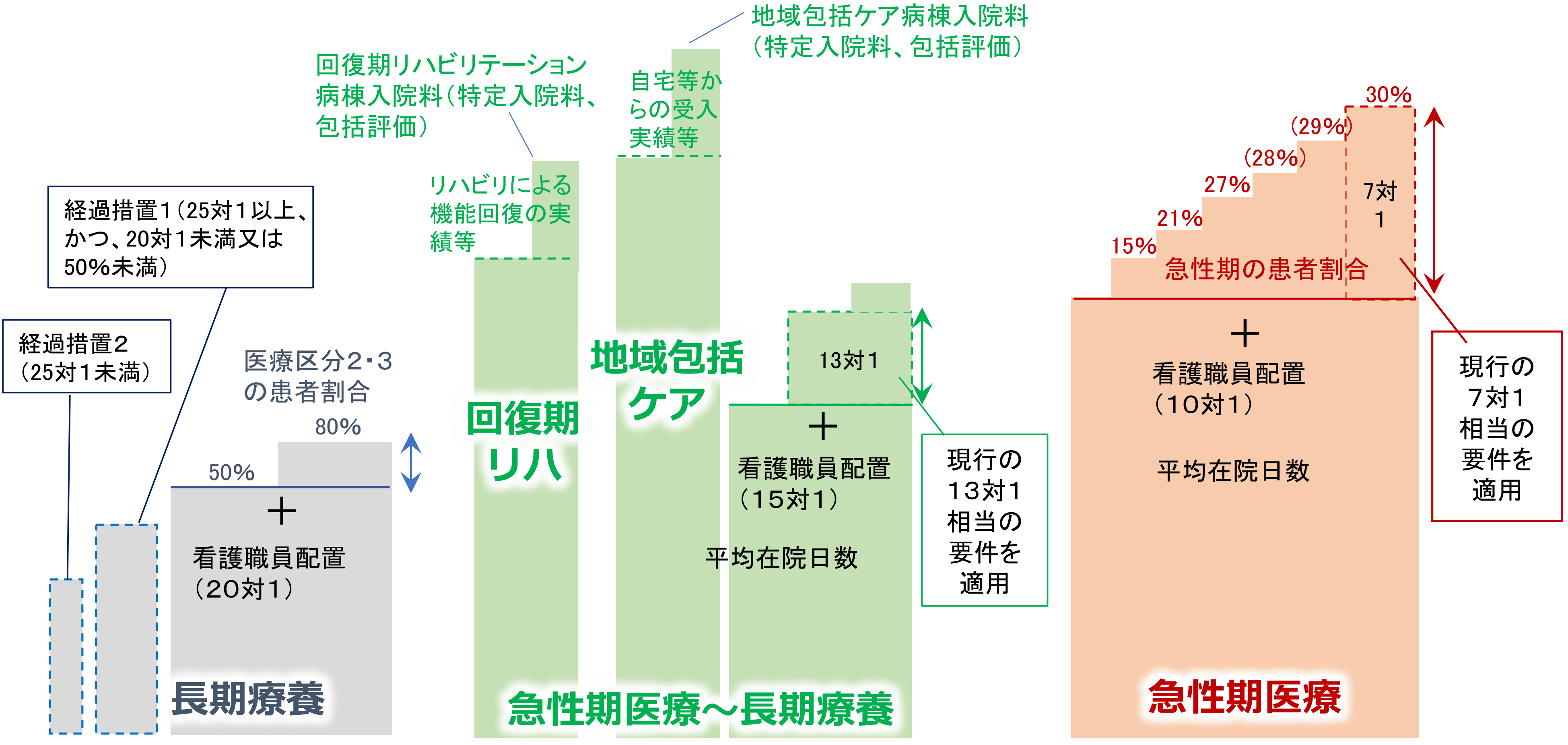
○　入院医療の評価の基本的な考え方としては、個々の**患者の状態に応じて**、**適切に医療資源が投入**され、より**効果的・効率的に質の高い入院医療が提供**されることが望ましい。

○　患者の状態や医療内容に応じた**医療資源の投入がなされない**と、**非効率な医療**となるおそれや、**粗診粗療**となるおそれがある。



新たな入院医療の評価体系と主な機能（イメージ）

入院医療評価体系について、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合する。なお、新たな評価体系となる入院料は、急性期医療、急性期医療～長期療養、長期療養の機能に大別される。



療養病棟入院基本料（２０対１、２５対１）を再編・統合

一般病棟入院基本料（１３対１、１５対１）等を再編・統合

一般病棟入院基本料（７対１、１０対１）を再編・統合

※　特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、上記には含めていない。

医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設

○ 現行の「療養機能強化型」と「転換老健」に相当する2つの類型を設ける。
○ 床面積要件や、併設の場合の人員基準の緩和、転換した場合の加算など、各種の転換支援・促進策を設ける。

介護医療院

○ 介護医療院については、介護療養病床（療養機能強化型）相当のサービス（Ⅰ型）と、老人保健施設相当以上のサービス（Ⅱ型）の２つのサービスが提供されるよう、人員・設備・運営基準等については以下のとおりとする。

ア サービス提供単位	介護医療院のⅠ型とⅡ型のサービスについては、療養棟単位とする。ただし、規模が小さい場合については、療養室単位でのサービス提供を可能とする。
イ 人員配置	開設に伴う人員基準については、 ⅰ 医師、薬剤師、看護職員、介護職員は、Ⅰ型とⅡ型に求められる医療・介護ニーズを勘案して設定し、 ⅱ リハビリテーション専門職、栄養士、放射線技師、その他の従業者は施設全体として配置をすることを念頭に設定する。
ウ 設備	療養室については、定員4名以下、床面積を8.0㎡/人以上とし、プライバシーに配慮した環境になるよう努めることとする。療養室以外の設備基準については、診察室、処置室、機能訓練室、臨床検査設備、エックス線装置等を求めることとする。
エ 運営	運営基準については、介護療養型医療施設の基準と同様としつつ、他の介護保険施設との整合性や長期療養を支えるサービスという観点も鑑みて設定する。医師の宿直については求めるが、一定の条件を満たす場合等に一定の配慮を行う。

※ 医療機関と併設する場合、宿直医師の兼任を可能とする等の人員基準の緩和や設備共用を可能とする。
※ 介護医療院でもユニット型を設定する。

介護医療院の人員配置

		指定基準		報酬上の基準	
		類型（Ⅰ）	類型（Ⅱ）	類型（Ⅰ）	類型（Ⅱ）
人員基準（雇用人員）	医師	48：1（施設で3以上）	100：1（施設で1以上）	－	－
	薬剤師	150：1	300：1	－	－
	看護職員	6：1	6：1	6：1 うち看護師2割以上	6：1
	介護職員	5：1	6：1	5：1～4：1	6：1～4：1
	リハビリ専門職	PT/OT/ST：適当数		－	－
	栄養士	定員100以上で1以上		－	－
	介護支援専門員	100：1（1名以上）		－	－
	放射線技師	適当数		－	－
	他の従業者	適当数		－	－

介護医療院の施設設備

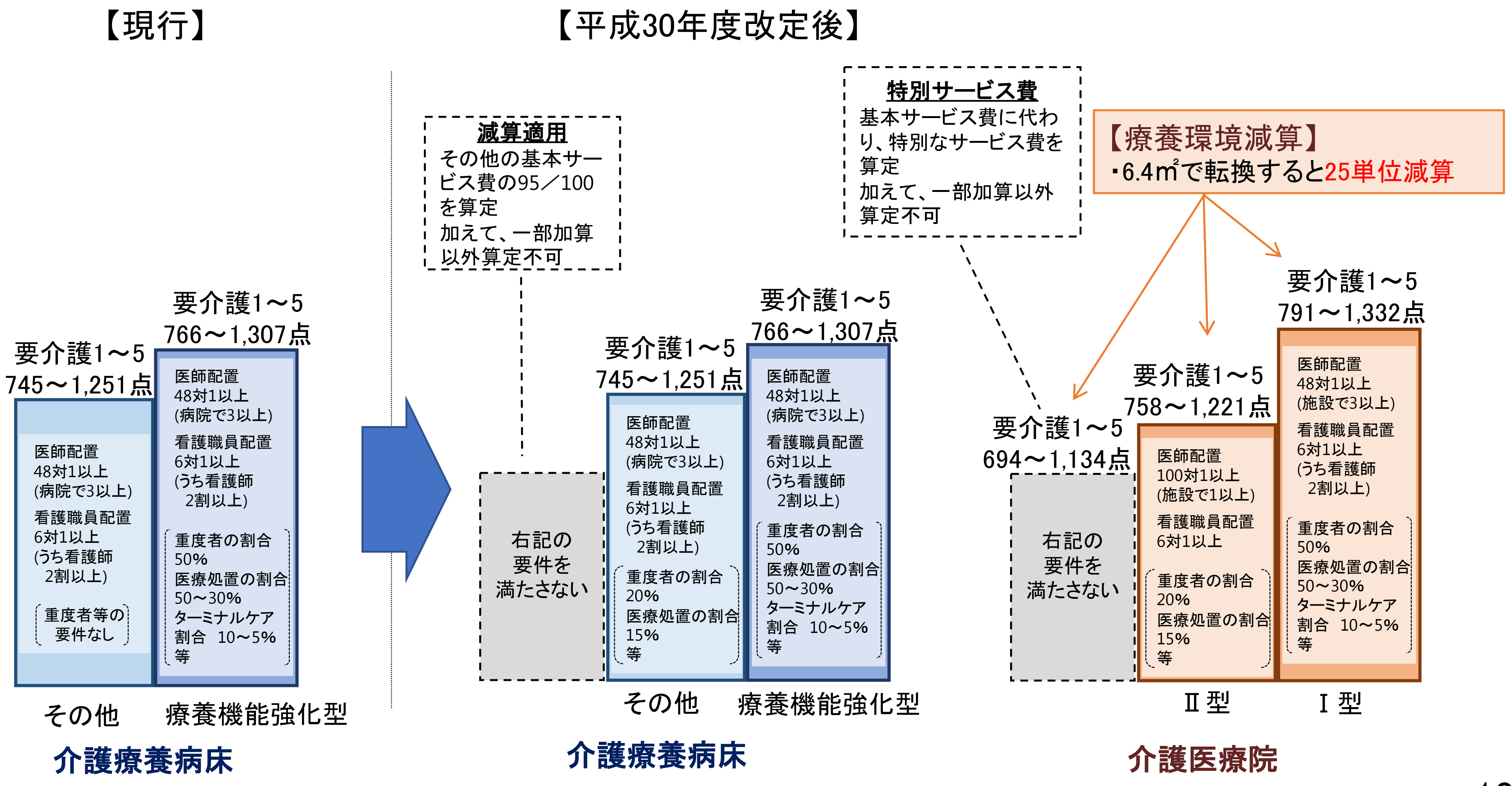
		指定基準
施設設備	診察室	医師が診察を行うのに適切なもの
	療養室	定員4名以下、床面積8．0m²/人以上 ※転換の場合、大規模改修まで6．4m²/人以上で可
	機能訓練室	40m²以上
	談話室	談話を楽しめる広さ
	食堂	入所定員1人あたり1m²以上
	浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
	レクリエーションルーム	十分な広さ
	その他医療設備	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所
	他設備	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室

○ 介護療養型医療施設等から介護医療院への転換については、以下のとおりとする。

ア 基準の緩和等	介護療養型医療施設又は医療療養病床から介護医療院に転換する場合について、療養室の床面積や廊下幅等の基準緩和等、現行の介護療養型医療施設又は医療療養病床が転換するにあたり配慮が必要な事項については、基準の緩和等を行う。
イ 転換後の加算 （移行定着支援加算 93単位/日）	介護療養型医療施設又は医療療養病床から介護医療院への転換後、転換前後におけるサービスの変更内容を利用者及びその家族や地域住民等に丁寧に説明する等の取組みについて、最初に転換した時期を起算日として、1年間に限り算定可能な加算を創設する。ただし、当該加算については平成33年3月末までの期限を設ける。

介護報酬（介護療養病床・介護医療院）

○　介護療養病床（療養機能強化型以外）の基本サービス費について、医療ニーズに係る要件を設定。
○　介護医療院について、Ⅰ型（療養機能強化型相当）とⅡ型（介護療養型老健相当）の２つの類型を設定し、医療ニーズに係る要件を設定するとともに、医師・看護師の配置に応じてメリハリをつけた評価とした。



※　下図は最も一般的な介護職員4：1の基本サービス費（多床室）

経済財政諮問会議・安倍総理大臣発言（抄）

平成30年5月21日

２０４０年を見据えた社会保障の将来見通しとともに、様々な面から見た医療の地域差を明らかにしました。

２０２５年には団塊の世代が全て７５歳以上となり、医療や介護のニーズも大きく変わっていくことが見込まれます。それまでに、それぞれの地域で、どの患者も適切な医療や介護を行う場所で受けられるようにしていく必要があります。

このための第一の重要なステップが、目指すべき将来像を明らかにする地域医療構想の策定です。これについては、昨年３月までに、全都道府県で無事、完了しました。

次の重要なステップは、２０２５年までに目指す医療機能別病床数の達成に向けた医療機関ごとの対応方針の策定です。これについては、各地域において平成29年度、30年度の2か年をかけて集中的な検討を行うこととなっています。したがって、地域医療構想の着実な実現には、この30年度が非常に重要な年となります。

このため、厚生労働大臣におかれては、今年秋を目途に、全国の対応方針の策定状況を中間報告していただき、先進事例を横展開するなど、今年度中の対応方針の策定を後押ししていただきたいと思います。

さらに、２０２５年の地域医療構想の実現に向け、病床の転換や介護医療院への移行などが着実に進むよう、地域医療、介護のための基金や診療報酬改定等、これまでの推進方策の効果、コストを検証していただきたいと思います。あわせて、有識者の意見も伺いながら、更なる実効的な推進方策について、厚生労働大臣を中心に検討、実施していただきたいと思います。

２　医療法及び医師法の一部を改正する法律案について

医療法及び医師法の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保するため、都道府県の医療計画における医師の確保に関する事項の策定、臨床研修病院の指定権限及び研修医定員の決定権限の都道府県への移譲等の措置を講ずる。

改正の概要

１．医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設【医療法】

医師少数区域等における一定期間の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設や、当該認定を受けた医師を一定の病院の管理者として評価する仕組みの創設

２．都道府県における医師確保対策の実施体制の強化【医療法】

都道府県においてPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」の策定、都道府県と大学、医師会等が必ず連携すること等を目的とした「地域医療対策協議会」の機能強化、効果的な医師の配置調整等のための地域医療支援事務の見直し　等

３．医師養成過程を通じた医師確保対策の充実【医師法、医療法】

医師確保計画との整合性の確保の観点から医師養成過程を次のとおり見直し、各過程における医師確保対策を充実

・医学部：都道府県知事から大学に対する地域枠・地元出身入学者枠の設定・拡充の要請権限の創設
・臨床研修：臨床研修病院の指定、研修医の募集定員の設定権限の国から都道府県への移譲
・専門研修：国から日本専門医機構等に対し、必要な研修機会を確保するよう要請する権限の創設
　国及び都道府県から日本専門医機構等に対し、地域医療の観点から必要な措置の実施を意見する仕組みの創設　等

４．地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応【医療法】

外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するため、二次医療圏を基本とする区域ごとに外来医療関係者による協議の場を設け、夜間救急体制の連携構築など地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針と併せて協議・公表する仕組みの創設

５．その他【医療法等】

・地域医療構想の達成を図るための、医療機関の開設や増床に係る都道府県知事の権限の追加
・健康保険法等について所要の規定の整備　等

施行期日

平成31年４月１日。（ただし、２のうち地域医療対策協議会及び地域医療支援事務に係る事項、３のうち専門研修に係る事項並びに５の事項は公布日、１の事項及び３のうち臨床研修に係る事項は平成32年４月１日から施行。）

医療法及び医師法の一部を改正する法律案のポイント

現状と課題

○平成20年以降の医学部臨時定員増による**地域枠での入学者**が、平成28年以降診療に従事。
○地域の医師偏在是正のため、**地域枠医師等**が、
・**医師不足地域等での医療提供**を積極的に選択できる環境整備とともに、
・医師の希望等を踏まえた**キャリア形成支援**
が必要。

○**一部都道府県**の医師確保対策の**体制が不十分。**
・地域医療対策協議会未開催
・医師派遣時、都道府県・大学間の連携が不十分
○**都道府県**が**医師確保対策を主体的に実施**できる体制を構築する必要。

○**医学部段階・臨床研修段階**を通じ、医師は自らが研鑽した**地域に定着**する傾向。
○**新専門医制度**が平成30年4月から開始。新制度開始後も、医師のキャリアや**地域医療への配慮**が**継続される仕組み**が必要。

○外来医療について、
・無床診療所の開設状況が都市部に偏在
・医療機関間の連携の取組が地域状況に依存
○**外来機能情報**の**可視化**・地域での**機能分化・連携方針**を**協議**する枠組みが必要。

○**地域医療構想の推進を促す仕組み**が必要。

法案の概要

1.医師少数区域等で勤務した医師の評価制度創設

－**医師少数区域等での勤務経験**を**厚生労働大臣が評価**する**認定制度を創設**
－**認定医師**のみを**地域医療支援病院等**の一定の医療機関の**管理者**とする

2.都道府県における医師確保対策の実施体制整備

－**都道府県事務**に、**キャリア形成プログラム策定**、**医師少数区域への医師派遣**等を追加
－**「医師確保計画」の策定**や、大学・医師会・主要医療機関等を構成員とする**地域医療対策協議会での具体的医師確保対策の協議**を追加

3.医師養成過程を通じた医師確保対策の実施

医学部…都道府県知事から大学に対する**地域枠・地元出身者枠の創設・増加の要請**
臨床研修…厚生労働大臣から**都道府県知事**に**臨床研修病院の指定・定員設定権限**を委譲
専門研修…**日本専門医機構等に対する**、専門研修実施に必要な措置実施に関する**厚生労働大臣の要請**規定、**意見聴取**規定等を追加

4.地域での外来医療機能の不足・偏在等への対応

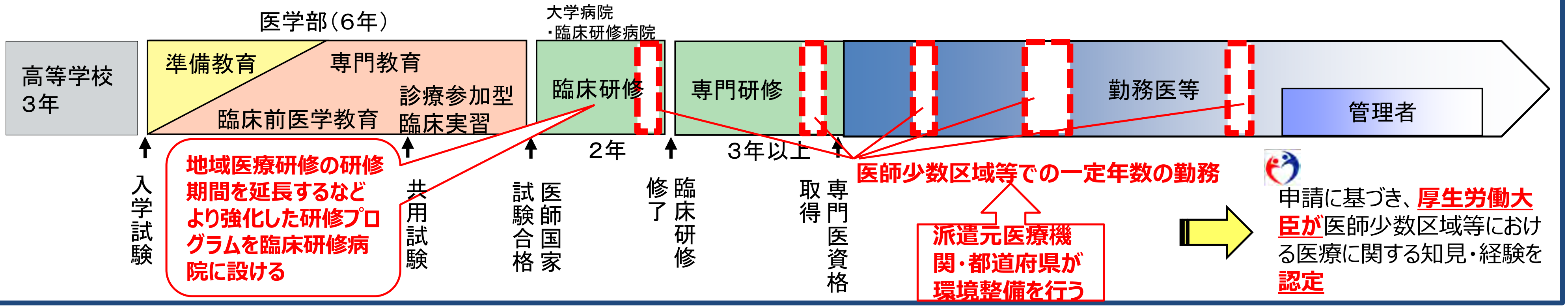
－地域ごとに**外来医療提供体制の情報を可視化**し、不足・偏在等への対応を**協議する場の設置**、協議結果の**公表**を追加

5.地域医療構想推進のための都道府県知事権限追加

1．医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設について

基本的な考え方

○　医師の少ない地域での勤務を促すため、都道府県、大学医局、地域の医療機関等の関係者の連携により、医師の少ない地域で医師が疲弊しない持続可能な環境を整備するとともに、医師少数区域等での一定期間の勤務経験を評価する仕組みが必要。



※ 医療機関に対するインセンティブも別途検討

法案の内容（いずれも医療法改正）

＜認定医師＞

①　「医師少数区域」等*における医療の提供に関する**一定の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が認定**できることとする。（平成32年４月１日施行）

＜一定の病院の管理者としての評価＞

②　「医師少数区域」等における医療の確保のために必要な支援を行う病院その他の厚生労働省令で定める病院の開設者は、**①の認定を受けた医師等に管理させなければならないこととする**。（平成32年４月１日施行※）

※ 施行日以降に選任する管理者にのみ適用。

*「医師少数区域」については、「２．都道府県における医師確保対策の実施体制の整備について」の法案の内容の②にあるとおり、国が定める「医師偏在指標」に基づき、都道府県が「医師少数区域」又は「医師多数区域」を定めることができる。また、医師少数区域の医療機関における勤務と同等の経験が得られたと認められる者の範囲等を今後検討。

＜医療機関の複数管理要件の明確化＞

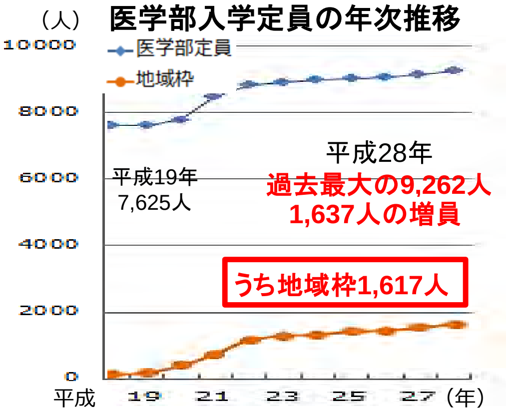
③　病院等の管理者は、都道府県知事の許可を受けた場合は、「医師少数区域」等に開設する他の診療所等を管理することができることとする。（公布日施行）

２．都道府県における医師確保対策の実施体制の整備について

基本的な考え方

○ 都道府県が、地域の医療ニーズを踏まえて、地域医療構想等の地域の医療政策と整合的に、医師確保対策を主体的に実施することができるような仕組みとしていく必要。

○ 特に、今後臨床研修を終える地域枠の医師が増加し、医師派遣等において都道府県の役割が増加することも踏まえ、都道府県が<u>**大学等の管内の関係者と連携して医師偏在対策を進めていくことができる体制を構築**</u>する必要。



平成20年以降増加した地域枠での入学者が、平成28年以降地域医療に従事し始めている（平成36年度には約1万人の地域枠医師が地域医療に従事する見込み）。

地域医療対策協議会

都道府県・大学・医師会・主要医療機関等が合意の上、医師派遣方針、研修施設・研修医の定員等を協議

法案の内容（いずれも医療法改正）

<医師確保計画の策定>

① 医療計画において、二次医療圏ごとに、新たに国が定める「医師偏在指標」を踏まえた<u>**医師の確保数の目標・対策を含む「医師確保計画」を策定**</u>する。（平成31年４月１日施行）

※ 都道府県は、「医師偏在指標」を踏まえて「医師少数区域」又は「医師多数区域」を設定。

<地域医療対策協議会の機能強化>

② <u>**地域医療対策協議会は、「医師確保計画」の実施について必要な協議を行う**</u>こととする。（公布日施行）

<地域医療支援事務等の見直し>

③ 都道府県は、大学、医師会、主要医療機関等を構成員とする<u>**地域医療対策協議会の協議を踏まえ、地域医療支援事務を行う**</u>こととする。また、<u>**地域医療支援事務の内容に、キャリア形成プログラムの策定や、「医師少数区域」への医師の派遣等の事務を追加**</u>する。（公布日施行）

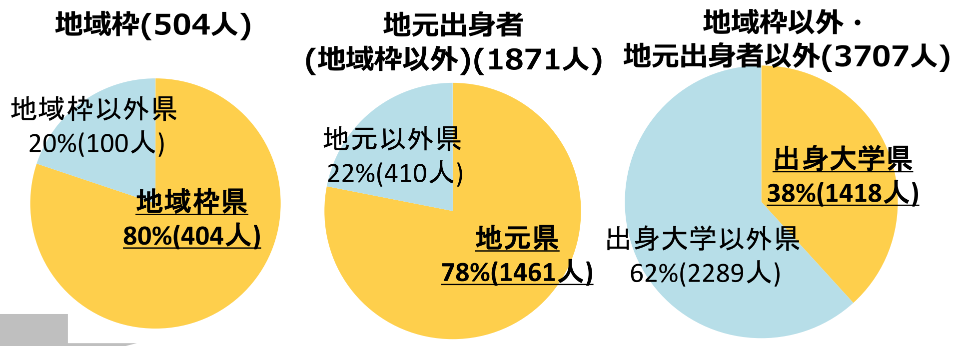
④ 都道府県の地域医療支援事務と医療勤務環境改善支援事務の実施に当たり、相互に連携を図らなければならない旨を定める。（公布日施行）

３．医師養成過程を通じた医師確保対策の充実について

基本的な考え方

○ 医学部、臨床研修、専門研修を通じ、医師は自らが研さんを積んだ土地に定着するとのデータも踏まえ、**医師養成過程を通じた医師偏在対策を講じる**必要がある。

臨床研修修了後の勤務地



法案の内容（①については医療法、②～④については医師法改正）

＜医学部関係の見直し＞

① **都道府県知事から大学に対して地域枠又は地元出身者枠の創設又は増加を要請**できることとする。（平成31年４月１日施行）

＜臨床研修関係の見直し＞

② 法律及び臨床研修の実施に関する厚生労働省令に定める基準に基づいて、**都道府県知事が臨床研修病院を指定**することとする。（平成32年４月１日施行）

③ **都道府県知事は、**厚生労働大臣が定める都道府県ごとの研修医の定員の範囲内で、毎年度、厚生労働省令で定めるところにより、**都道府県の区域内に所在する臨床研修病院ごとの研修医の定員を定める**こととする。（平成32年４月１日施行）

＜専門研修関係の見直し＞

④ **厚生労働大臣は、**医師の研修機会確保のために特に必要があると認めるときは、研修を実施する日本専門医機構等に対し、当該**研修の実施に関し、必要な措置の実施を要請**できることとする。また、**日本専門医機構等は、医師の研修に関する計画が医療提供体制に重大な影響を与える場合には、あらかじめ厚生労働大臣及び都道府県知事の意見を聴かなければならない**こととする。（公布日施行）

４．地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応について

基本的な考え方

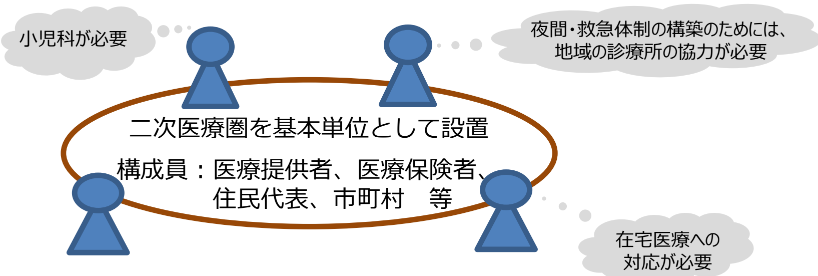
○　外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っており、また、夜間救急連携等の医療機関間の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている等の状況を踏まえると、

（１）**外来医療機能に関する情報を可視化**し、

（２）その情報を新規開業者等へ情報提供するとともに、

（３）**地域の医療関係者等において外来医療機関間での機能分化・連携の方針等について協議**を行うことが必要。

外来医療に関する協議の場を設置



地域医療構想調整会議を活用して協議を行うことができる

法案の内容（いずれも医療法改正）

＜外来医療提供体制の確保＞

①　医療計画に、**新たに外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項を記載**することとする。（平成31年４月１日施行）

＜外来医療提供体制の協議の場＞

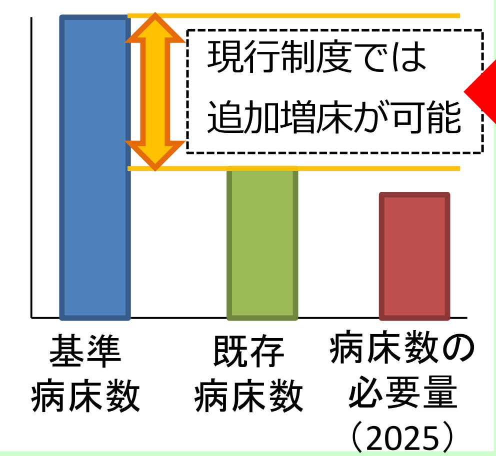
②　都道府県知事は、二次医療圏ごとに**外来医療の提供体制に関する事項**（地域の外来医療機能の状況や、救急医療体制構築、グループ診療の推進、医療設備・機器等の共同利用等の方針）**について協議する場を設け**、協議を行い、その結果を取りまとめて公表するものとする。（平成31年４月１日施行）

５．地域医療構想の達成を図るための都道府県知事等の権限の追加について

現　状

○　現在、都道府県知事に付与されている地域医療構想達成のための権限のみでは、人口の減少が進むこと等により、**将来の病床数の必要量が既存病床数を下回る場合に、申請の中止や申請病床数の削減を勧告などをすることができない**状況にある。

追加的な整備が可能なケース



今後の対応

新規開設、
増床等の申請

都道府県知事が許可を与えないこと（民間医療機関の場合には勧告）ができる

基本的な考え方

○　地域医療構想が全国で確実に達成されるよう、都道府県知事等の権限を追加し、構想区域において既存病床数が既に将来の病床数の必要量に達している場合には、当該構想区域に医療機関の新規開設、増床等の許可の申請があった場合に、必要な手続を経た上で、都道府県知事が所要の対応を図る等の対応を図ることが適当。

法案の内容（医療法・健康保険法改正）

地域医療構想を推進するため、構想区域において**既存病床数が既に将来の病床数の必要量に達している場合には、当該構想区域に医療機関の新規開設、増床等の許可の申請があっても**、必要な手続を経た上で、**都道府県知事が許可を与えないこと（民間医療機関の場合には勧告）ができる**こととし、勧告を受けた民間医療機関の病床については、厚生労働大臣が、保険医療機関の指定をしないことができる旨規定する。（公布日施行）

医師需給分科会 第２次中間取りまとめの概要①

平成29年12月21日取りまとめ

今回講ずべき医師偏在対策の基本的考え方

今回取りまとめるべき医師偏在対策は、次の（１）から（４）までのような基本的な考え方に基づくものとする必要がある。
（１）医師偏在対策に有効な客観的データの整備
（２）都道府県が主体的・実効的に医師偏在対策を講じることができる体制の整備
（３）医師養成過程を通じた医師確保対策の充実
（４）医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

具体的な医師偏在対策

基本的考え方に基づき、様々な立場の関係者から一定の合意が得られる範囲で取りまとめたもの。

⑴ 都道府県における医師確保対策の実施対策の強化

①「医師確保計画」の策定

- 「医師確保計画」において、ⅰ)都道府県内における医師の確保方針、ⅱ)医師偏在の度合いに応じた医師確保の目標、ⅲ)目標の達成に向けた施策内容までの一連の方策を記載することを明確に法律上に位置づけるべき。（３年ごとに見直し）
- **医師偏在の度合いを示す指標**を設定すべき。
- 都道府県知事が、医師偏在の度合い等に応じて、**「医師少数区域（仮称）」**及び**「医師多数区域（仮称）」**を設定し、具体的な医師確保対策に結び付けて実行できることとすべき。

②地域医療対策協議会の実効性確保

- 地域医療対策協議会については、その**役割を明確化し、実効性を高める**ため、医師確保計画において定められた各種対策を具体的に実施するに当たって、関係者が協議・調整を行う協議機関と位置付けるべき。
- 構成員についても見直しを行い、改組を促すべき。

③効果的な医師派遣等の実施に向けた見直し

- 地域医療支援事務の**実効性を強化するための見直し**を行うべき。（大学医学部・大学病院との連携の下での実施、キャリア形成プログラムの策定徹底等）
- 医師情報データベースを早急に構築すべき。
- 医療勤務環境改善支援センターは、**地域医療支援センターと連携**することを法律上明記すべき。

⑵ 医師養成過程を通じた地域における医師確保

①医学部

- 医師が少ない都道府県の知事が、管内の大学に対し、入学枠に**地元出身者枠の設定・増員を要請**することができる制度を法律上設けるべき。
- 医師が少ない都道府県において、**医師が多い都道府県の大学医学部にも、地域枠を設定**することができるようにすべき。

②臨床研修

- **臨床研修病院の指定及び募集定員の設定**は、都道府県が、地域医療対策協議会の意見を聴いた上で行うことができるようにすべき。
- 地域枠等の医師に対する臨床研修の選考については、一般のマッチングとは分けて実施することとすべき。
- 臨床研修医の募集定員上限は段階的に圧縮し、都道府県ごとの募集定員上限の算定方式については、改善を図るべき。

③専門研修

- 新専門医制度については、日本専門医機構等が国や地方自治体からの意見を踏まえる仕組みが担保されるよう、**国や都道府県から日本専門医機構等に対する要請**等の事項を法定すべき。
- 人口動態や疾病構造の変化を考慮した**診療科ごとに将来必要な医師数の見通し**を、国が情報提供すべき。

医師需給分科会 第２次中間取りまとめの概要②

⑶ 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

- **外来医療機能の偏在・不足等の情報**を、新たに開業しようとしている医療関係者等が自主的な経営判断を行うに当たっての有益な情報として、**可視化**するべき。
- 可視化する情報の内容について地域の医療関係者等と事前に協議等を行うこととすべき。
- 充実が必要な外来機能や充足している外来機能に関する**外来医療機関間での機能分化・連携の方針等についても、併せて協議**を行い、地域ごとに方針決定できるようにするべき。（協議には、地域医療構想調整会議も活用）

⑷ 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

①医師個人に対する環境整備・インセンティブ

- 医師が医師の少ない地域で勤務を行うに当たり、**不安を解消するための環境整備**を行うべき。（代診医派遣に対する支援、医師間の遠隔相談・診療等に対する支援、プライマリ・ケアの研修・指導体制の確保、医療機関等の兼任管理等）
- 環境整備と併せて、医師少数区域等に所在する医療機関に一定期間以上勤務した医師を、**厚生労働大臣が認定する制度を創設**するべき。（必要な勤務期間、名称、普及方法等は別途検討）
- 認定対象は、あらゆる世代のすべての医師とすべき。
- 認定医師であることを広告可能事項に追加すべき。

⑷ 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進（つづき）

②医師派遣を支える医療機関等に対する経済的インセンティブ等

- 医師派遣要請に応じて医師を送り出す**医療機関等について、経済的インセンティブ**が得られる仕組みを構築すべき。
- 地域医療支援病院については、その役割、機能、評価の在り方等を含めて、別途検討すべき。
- 地域医療支援センターにおいて、マッチング機能を担うこととすべき。
- 認定制度の創設を踏まえ、都道府県を越えての医師派遣を調整する仕組みについても、厚生労働省において検討を進めるべき。

③認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価

- 認定医師であることを**一定の医療機関の管理者に求められる基準**の一つとすべき
- 対象となる医療機関については、**まずは地域医療支援病院のうち、医師派遣・環境整備機能を有する病院**とし、今後、具体的な医療機関の在り方について検討すべき。
- 管理者として評価を行うのは、施行日以降に臨床研修を開始した認定医師に限るものとすべき。
- 管理者として必要なマネジメント能力、その研修の実施等について、別途検討を進めるべき。

将来に向けた課題

⑴ 今回の医師偏在対策の効果の検証を踏まえた継続的な議論の必要性（更なる議論が必要なもの）

- 今回の医師偏在対策については、できるだけ速やかに施行し、施行後も速やかに、かつ定期的にその効果の検証を行うべき。
- 検証の結果、十分な効果が生じていない場合には、下記①から③を含めて、更なる医師偏在対策について、早急に検討されるべき。

① 専門研修における診療科ごとの都道府県別定員設定
② 認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価
③ 無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みの導入

⑵ 都道府県における医療行政能力の向上のための取組の必要性

・厚生労働省において、都道府県の人材育成が進むような適切な対応を検討すべき。

資料１－２

地域医療構想の進捗等について

平成30年5月28日

厚生労働省

再編・統合事例

① 茨城県　筑西・下妻区域「公立ー民間」

筑西・下妻区域	人口(人)	高齢化率(%)	病床数					
			高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	合計
2016年	272,347	26.9	9	1,108	129	994	19	2,259
2025年	241,947	32.9	54	337	515	552	－	1,458

・ **医師の分散等による急性期医療の低下**、その後の**東日本大震災による建物等への直接被害**など、将来にわたる地域医療提供体制の確保が課題

○ 筑西市及び桜川市は、地域の医療機関2つの医療機能の再編統合を行い、地域で医療提供を行っていた民間病院を加えた3病院を再編統合し、両地域内において二次救急までを完結できる体制を再構築

筑西市民病院
一般　173床

県西総合病院
一般　253床　療養　46床

（民間）　山王病院
一般　43床　療養　36床

統合

再編

統合

茨城県西部メディカルセンター（新病院）
（統合時）
250床

H30.10
統合
予定

さくらがわ地域医療センター（新病院）
128床

設置者：桜川市
指定管理者：山王病院

合計：551床

合計：378床（▲173床）

② 茨城県　鹿行区域「公的ー公的」

鹿行区域	人口(人)	高齢化率(%)	病床数					
			高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	合計
2016年	279,378	26.0	0	985	109	568	216	1,878
2025年	259,918	30.9	70	373	443	379	-	1,265

・ **鹿島労災病院の医師、大量退職等により、300床のうち、一時200床休床（現在、199床のうち99床休床）**

・ これに伴い、救急患者や重篤な患者の受入れが不十分、早急に住民への医療提供体制を再構築し、**医療資源の集約化を図り、神栖市地域の医療を再構築**することが課題

○ 鹿行圏域の2つの病院を1つの救急病院（急性期）へ統合し、一つを分院（診療所）機能とする体制に再構築

神栖済生会病院
一般　140床（休床　47床）
療養　　39床（休床　39床）

鹿島労災病院
一般　199床（休床　99床）

統合

本院（新病院）
（統合時）
179床

H31.4
統合
予定

※建物整備は、H38目途

分院（有床診療所）
未定

合計：378床（休床185床）

合計：179床＋α

※ 各病院の統合前の病床数は、2016年病床機能報告による（⑤南和区域（2016年3月）・⑥魚沼区域（2015年3月）を除く）。

再編・統合事例

③ 宮城県　大崎・栗原区域「公立－公立」

大崎・栗原区域	人口(人)	高齢化率(%)	病床数					
			高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	合計
2016年	279,663	30.4	51	1,540	148	733	38	2,592
2025年	242,465	36.3	182	567	669	484	-	1,902

・ 地域における中核病院である**栗原中央病院をはじめ、医師不足等により、地域の医療ニーズに十分に対応できない状況**、医療機能の分化及び連携の強化が課題

○　基幹病院と連携し、2つの病院を1つの救急病院（基幹病院）に再編統合を行い、体制を再構築

栗原市立栗原中央病院

一般　250床　療養　50床

県立循環器・呼吸器病センター

一般　90床　結核　50床※

H28.7

合計：440床

統合

栗原市立栗原中央病院

（統合時）
329床

H31.4
統合
予定

一般　250床
療養　50床
感染症　1床※
結核　28床※

閉院（▲140床）
H31.3予定

合計：329床（▲111床）

④ 徳島県　南部区域「公的－民間」

南部区域	人口(人)	高齢化率(%)	病床数					
			高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	合計
2016年	153,378	33.6	405	604	219	721	84	2,033
2025年	131,173	38.4	179	514	613	557	-	1,863

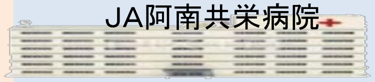
・ **阿南中央病院は**圏域内の中核的病院を担っているが、**医師が高齢化・医師不足**

・ 今後、診療機能低下、二次救急医療体制の縮小等が懸念

・ **2病院体制では、救急医療をはじめ地域の医療提供体制を維持することが困難**

○　南部圏域の2つの病院を1つの救急病院（急性期）へ統合し、包括医療や医療と介護等の機能も担う体制を再構築

JA阿南共栄病院



一般　343床

（民間）阿南医師会中央病院

一般　179床　　療養　50床

H28.7

合計：572床

統合

（JA厚生連）
阿南医療センター

（統合時）
398床

H31.4
統合
予定

未定

近隣に併存する中規模の急性期病院と役割分担を明確化

合計：398床＋α

※　③大崎・栗原区域：　感染症病床・結核病床は地域医療構想の対象外。（したがって、再編後の▲111床のうち感染症病床・結核病床の▲11床は、地域医療構想に加えて対応しているもの。）

これまでの再編・統合事例

⑤ 奈良県 南和区域「公立ー公立」

南和区域	人口(人)	高齢化率(%)	病床数					
			高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	合計
2016年	76,426	36.0	8	316	36	221	0	581
2025年	62,434	41.7	23	130	123	171	－	447

- **公立3病院の医療機能は、医師・看護師数ともに減少傾向**
- 救急医療、急性期医療機能の向上、療養病床の確保、医師・看護師確保及び病院経営 を支える仕組みが課題

○ 南和地域の3つの救急病院を1つの救急病院(急性期)と2つの地域医療センター(回復／慢性期)に役割分担を行い、体制を再構築

町立大淀病院（急性期）
一般 275床
→ 再編 → 南奈良総合医療センター（新病院） H28.4
（急性期中心）
232床（▲43床）

県立五條病院（急性期）
一般 199床
→ 転換 → （回復／慢性期） H29.4
90床

国保吉野病院（急性期）
一般 50床 療養48床
→ 転換 → （回復／慢性期） H28.4
96床

H28.3 合計：572床 → 合計：418床（▲155床）

○ 中小規模の急性期病院が近隣に設置
→ ○ 医療機能の集約化の中で医師配置も集約化され、**勤務負担軽減**や、研修機能向上による**若手医師の確保**等の効果

⑥ 新潟県 魚沼区域「公立ー公立」

魚沼区域	人口(人)	高齢化率(%)	病床数					
			高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	合計
2016年	171,838	32.7	26	1,109	132	148	52	1,467
2025年	152,483	38.9	76	362	424	396	－	1,258

- 県内において**医師が最も少ない地域**
- **同規模の医療機能を3病院が併存し、医療機能も重複**していたことが課題

○ 3つの病院を1つの救急病院(基幹病院)と一般医療、回復期・慢性期の患者を対象とする周辺病院に機能分担を行い、体制を再構築

魚沼市立堀之内病院
一般 80床

県立小出病院
一般 253床 精神130床※

南魚沼市立ゆきぐに大和病院
一般 161床 療養38床

県立六日町病院
一般 199床

→ 再編統合 → 魚沼基幹病院（新病院） H27.6
454床
（一般 400床
精神 50床※
感染症 4床※）

魚沼地区の基幹病院と周辺医療機関との医療再編により、
再編後の周辺病院の病床数は、
・堀之内病院：50床
・小出病院：134床
・ゆきぐに大和病院：40床
・南魚沼市民病院：140床

H27.3 合計：861床 → 合計：818床（▲43床）

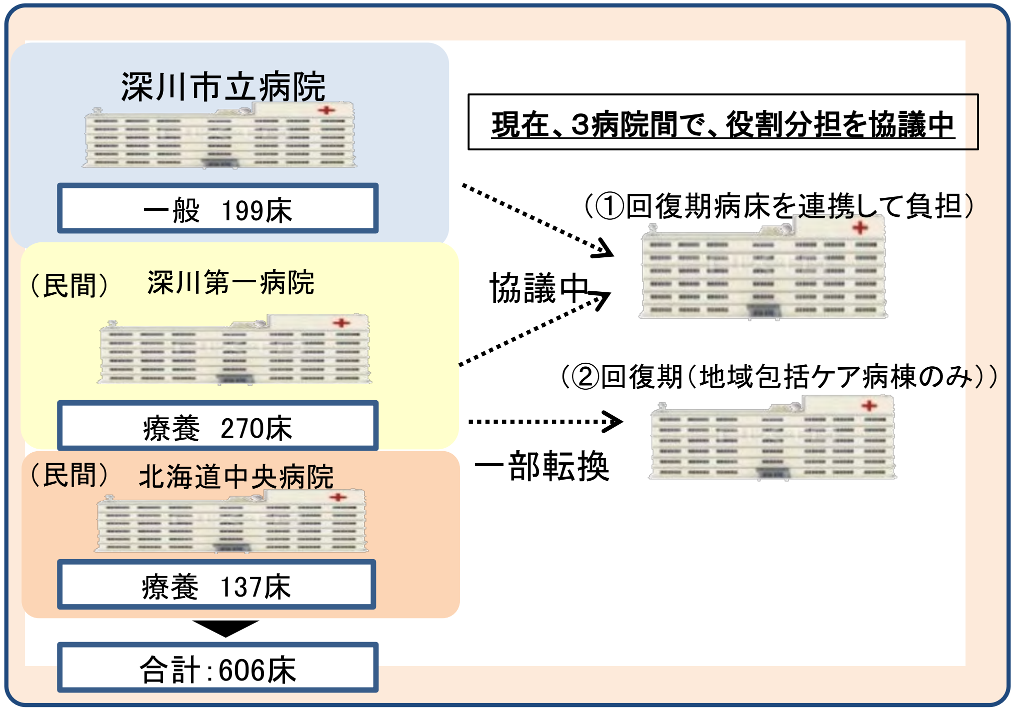
※ ⑥魚沼区域： 精神病床・感染症病床は地域医療構想の対象外。再編統合後、病床全体としては▲43床であるが、精神病床が▲80床、感染症病床が＋4床であるため、地域医療構想の進捗としては＋33床。

機能転換事例

① 北海道 北空知区域「公立―民間」

北空知区域	人口(人)	高齢化率(%)	病床数					
			高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	合計
2016年	32,891	39.4	0	191	0	407	8	606
2025年	27,113	46.2	17	100	153	252	-	522

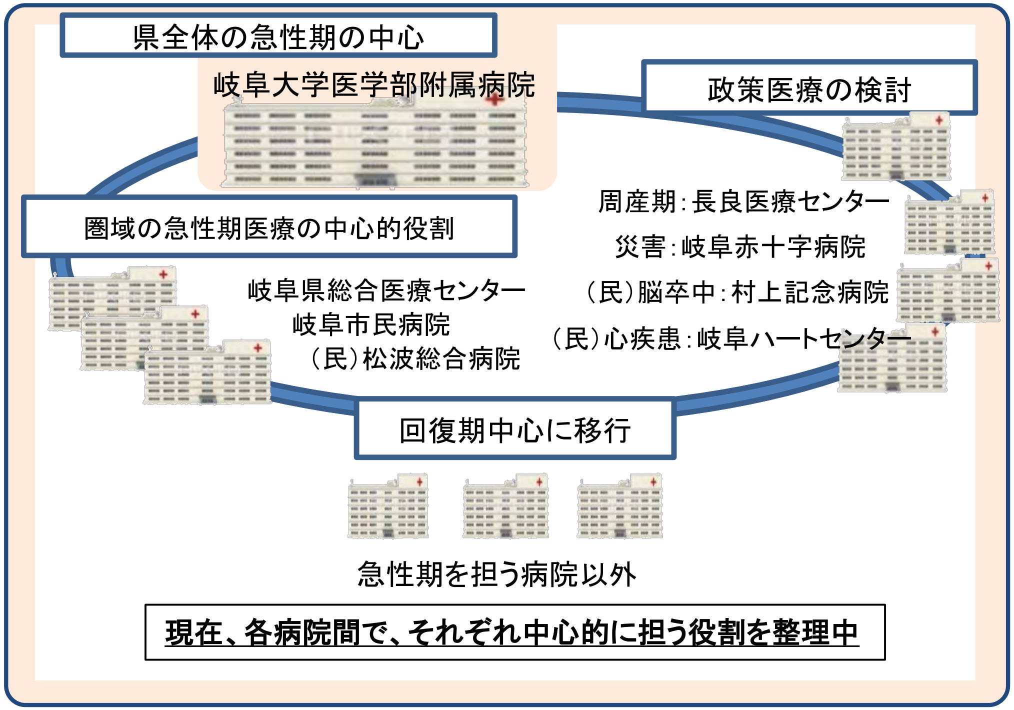
- **2025年、住民の約半分が65歳以上**
- 慢性疾患、複数の疾患を抱える患者が増えること、リハビリが必要となる患者が増えること等から、**回復期病床を補うための各病院の役割分担**が課題



② 岐阜県 岐阜区域における取り組み

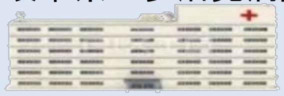
岐阜区域	人口(人)	高齢化率(%)	病床数					
			高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	合計
2016年	813,872	26.1	1,353	3,843	930	1,825	110	8,061
2025年	765,662	28.7	869	2,757	2,201	1,247	-	7,074

- 主として急性期を担う病院、**特定の診療分野や政策医療分野で貢献できる病院、療養病床を有する病院が混在**、いずれも低い病床稼働率や**地域で果たす医療機能の役割分担の明確化**が課題



非稼働病床の減床

岐阜県立多治見病院



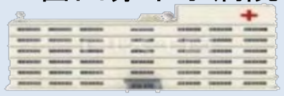
一般　52床

（全体562床）

→ 減床

0床（ ▲52床）
（H28年11月）

富山赤十字病院



一般　48床

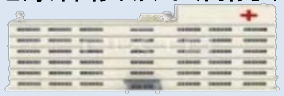
（全体435床）

→ 一部減床

0床（ ▲34床）
（H29年3月）

※残り14床は緩和ケア病棟として再稼働

国民健康保険坂下病院（岐阜県）



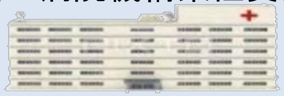
一般　39床

（全体199床）

→ 減床

0床（ ▲39床）
（ H29年8月）

国立病院機構東佐賀病院



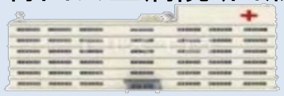
一般　55床

（全体356床）

→ 減床予定

▲55床の減床を
検討中

北村山公立病院（山形県）



一般　45床

（全体360床）

→ 減床

0床（▲45床）
（H30年4月）

資料2

地域医療構想の進捗について（主に病院再編の事例を中心に）

平成30年5月28日

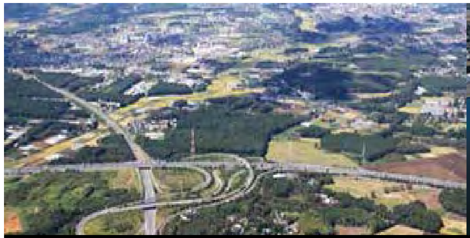
茨城県

茨城県の概況

〇全般的に平坦で可住地面積が広いという地形的な特徴や東京と近い立地条件を背景に，工業・農業等がバランス良く発展し，１人当たり県民所得は全国11位。

〇常磐道をはじめとした4本の高速道路及び茨城港・鹿島港の2つの重点港湾，茨城空港など，陸・海・空の広域交通ネットワークの整備が進み，今後さらに発展する可能性。

■ 総面積	6,097㎢	全国第24位
■ 可住地面積	3,982㎢	全国第 4位



友部JCT（常磐自動車道・北関東自動車道）

茨城港常陸那珂港区

茨城空港

■ 人口	2,917千人	全国第11位
■ 製造品出荷額等	12兆376億円	全国第 8位
■ 農業産出額	4,549億円	全国第 2位
■ 県内総生産	11兆6,124億円	全国第11位
■ 県民所得（1人当たり）	3,088千円	全国第11位

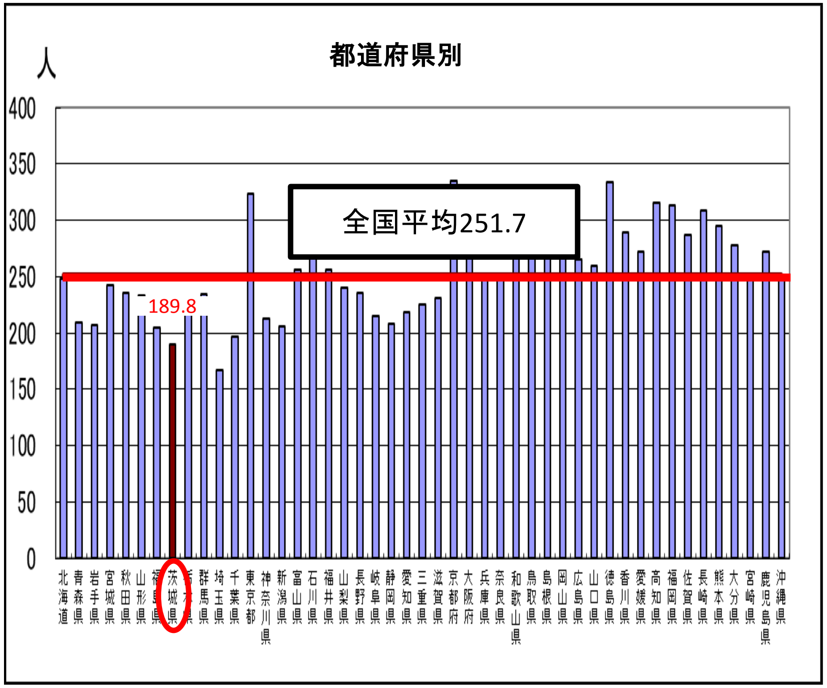
茨城県の医療提供体制（全体概要①）

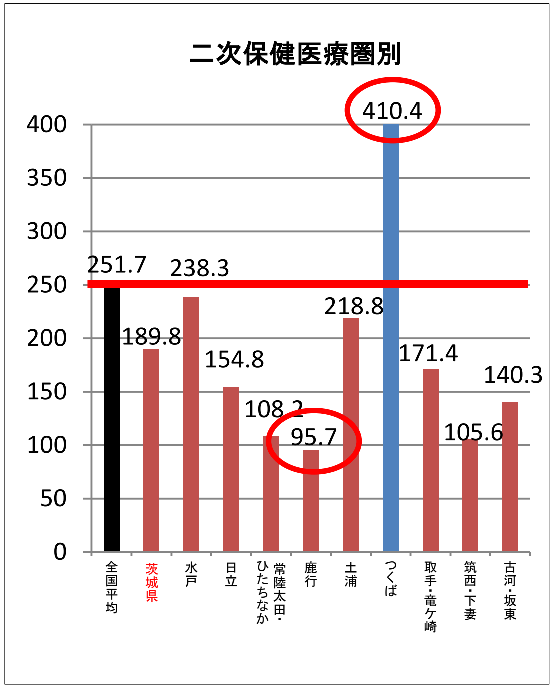
〇医療機関の人口10万人当たりの施設数及び病床数はいずれも全国平均以下

〇深刻な医師不足及び医師の地域偏在
人口10万人当たりの医師数は全国ワースト2位，二次医療圏別の最大格差は4倍以上

〇可住面積が広く，集落と小規模な医療機関が点在。中核病院は県央と県南に集中。
〇医科大学は筑波大学（国立）のみ（S48～）
〇水戸医療圏とつくば医療圏を除き，他県や他医療圏への流出過多がみられる。

(参考１)人口10万人対医師数





H28年医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)

(参考２)二次医療圏別病床数

	一般病床数	人口10万対
全国平均		706.3
茨城県	18,850	645.1
水戸	4,235	901.9
日立	2,008	771.5
常陸太田・ひたちなか	1,664	458.3
鹿行	1,272	462.7
土浦	1,636	626.4
つくば	2,611	788.2
取手・竜ケ崎	3,032	645.1
筑西・下妻	1,100	416.1
古河・坂東	1,292	568.4

H26年医療施設（静態・動態）調査(厚生労働省)

筑波大学の役割

〇筑波大学は，本県唯一の医育機関であり，県内に在籍する医師の約3分の1は筑波大学関係者。地域への計画的な医師派遣を行い，地域医療体制の充実を図ることが期待される。

〇平成21年度に設置された地域枠により，今年度までの間に累計169名が入学した。
（うち卒業した28名が県内の医療機関で勤務）

【医師の養成・確保】

筑波大：地域枠，寄附講座
地域医療教育センター

⇕ 連携

県：茨城県地域医療支援センター

⇩

基幹医療機関における医療の充実
臨床教育能力の向上

⇩

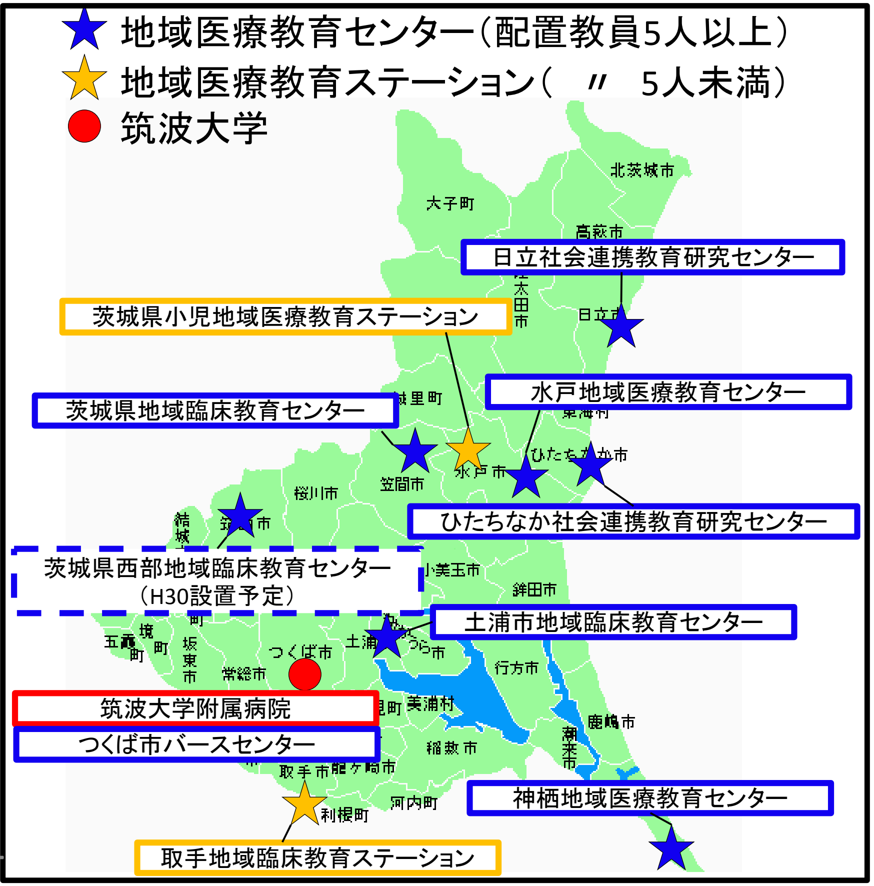
医療提供体制の構築・最適化に寄与

(参考1)筑波大学地域枠入学者の推移

年度	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	計
定員	5	7	9	11	13	22	28	36	36	36	239
入学者	5	7	8	11	12	22	25	27	29	23	169

H30.3月までに卒業した学年

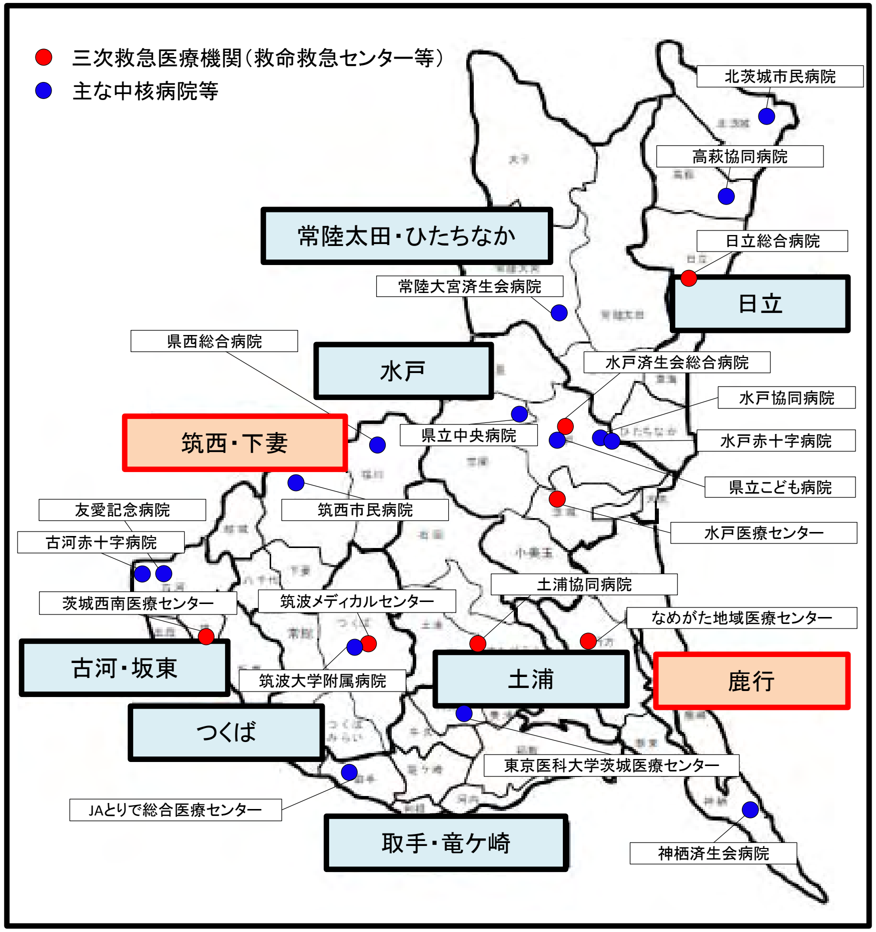
地域医療教育センター等の配置状況



茨城県の地域医療構想（全体概要②）

〇構想区域は9つの二次保健医療圏により設定。区域ごとの人口は約20～50万人程度

地域医療構想区域



区域	市町村数	人口（人）(H27)	必要病床数（床）(H37)	許可病床数（床）(H25)
水戸	6	468,040	4,478	5,690
日立	3	259,104	1,850	2,888
常陸太田・ひたちなか	6	360,612	2,112	2,711
鹿行	5	274,568	1,265	2,036
土浦	3	258,971	1,930	2,352
つくば	3	337,582	3,489	3,368
取手・竜ケ崎	9	465,650	3,704	3,960
筑西・下妻	5	264,113	1,458	2,280
古河・坂東	4	228,336	1,469	1,699

筑西・下妻保健医療圏について

【医療資源の状況】
人口10万人当たりの一般病床数は県内最下位

【受療動向】
他県や他の保健医療圏への依存率が高い

【医療提供体制】
公立2病院が急性期医療を担ってきたが，医師不足等の理由により，診療機能が縮小。経営も悪化。

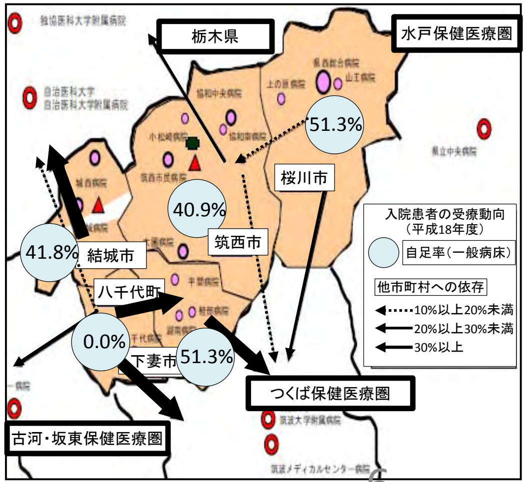
**公立2病院と民間病院の再編により
医療提供体制の強化**

(参考1)一般病床数

	一般病床数（病院）	人口10万人当たりの一般病床数
全国	894,216	706.3
茨城県	18,850	645.1
筑西・下妻	1,100	416.1

「平成26年医療施設調査」厚生労働省

(参考2)受療動向



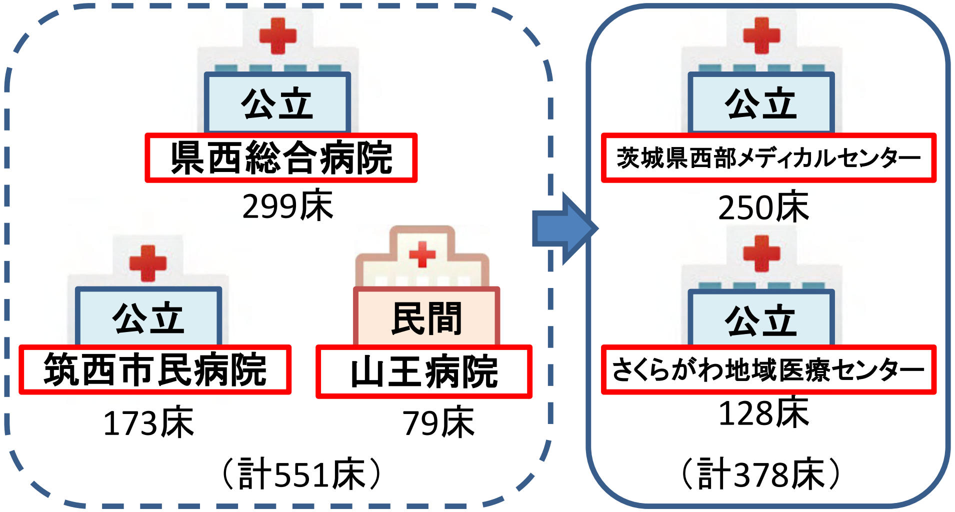
(参考3)3病院の概要(H29年現在)

病院名		筑西市民病院	県西総合病院	山王病院
所在地		筑西市	桜川市	桜川市
開設者		筑西市	県西総合病院組合（筑西市・桜川市）	民間
規模		一般173床（うち113床休床）	一般253床 療養 40床（うち107床休床）	一般43床 療養36床
診療科目	共通	内科，小児科，整形外科，泌尿器科，耳鼻咽喉科		
	独自	形成外科，脳神経外科，産婦人科，眼科，リハビリテーション科，放射線科，麻酔科	形成外科，脳神経外科，産婦人科，眼科，呼吸器科，皮膚科，リハビリテーション科，放射線科，麻酔科	消化器科，歯科，口腔外科
特徴		救急告示病院，病院輪番制病院	救急告示病院，病院輪番病院，災害拠点病院	救急告示病院
1日平均患者数	外来	204.3人	318.5人	162.7人
	入院	35.1人	91.6人	65.9人
常勤医師数		8人	13人	6人
病床利用率		70.4%	47.7%	83.4%

病院再編の概要（筑西）

【概要】

公立２病院と民間病院を２病院へ再編統合



【期待される役割】

当該地域において二次救急医療までを完結

H21	茨城県地域医療再生計画に新病院整備を位置付け
H22	当該地域における医療提供体制あり方検討会議 ⇒建設場所の問題でまとまらず
H23	東日本大震災の被災等もあり，公立2病院の統合に両市基本合意
スキーム，建設場所，病院機能等について紆余曲折 ⇒県，両市の勉強会を実施（10回開催）	
H26	民間病院を含む3病院のスキームについて両市合意
H27	・基本構想策定 ・基本設計着手
H30	開院予定（10月）

(参考１)新病院の概要

病院名		茨城県西部メディカルセンター	さくらがわ地域医療センター
所在地		筑西市	桜川市
運営		地方独立行政法人茨城県西部医療機構(新設)	山王病院へ指定管理
規模		一般250床	一般80床 療養48床
診療科目	共通	内科，小児科，外科，整形外科，眼科	
	独自	泌尿器科，耳鼻咽喉科，皮膚科・形成外科，救急科	

(参考２)概算費用

茨城県西部メディカルセンター　128億円

さくらがわ地域医療センター　73億円

(うち県の支援額26億円)

新病院の特徴及び地域医療構想との関連（筑西）

〇茨城県西部メディカルセンターに**筑波大と自治医科大合同の臨床教育センター**を設置

〇筑西・下妻地域医療構想については，平成30年10月の**新病院開院以降，地域の受療動向の変化に応じた機能別必要病床数の見直しを行う**

(参考１)H30年2月1日茨城新聞

部地域臨床教育センター設置に

筑西市、筑波大、自治医大

新中核病院で臨床教育

センター新設へ調印

筑西市と筑波大（つくば市）、自治医科大（栃木県下野市）の3者は31日、10月開院する新中核病院「県西部メディカルセンター」（同市大塚、250床）に合同臨床教育センターを開設する協定書に調印した。両大は教授を含む教員医師を最大8人派遣し、医学生や研修医の教育指導を行う。費用は寄付講座の形で市が負担する。

県西部メディカルセンターの臨床教育センター設置に伴う協定書に調印し握手する、永田恭介筑波大学長、須藤茂筑西市長、永井良三自治医大学長（左から）＝筑西市丙

調印式が同市役所で開かれ、須藤茂市長と永田恭介筑波大学長、永井良三自治医大学長が協定書にサイン。永田学長は「われわれも自治医大から学ぶことがある。医師の育成に寄与できると確信している」、永井学長は「多くの若い人たちの臨床現場での活躍、教育の場になる」とそれぞれ期待した。須藤市長は「2次救急医療の体制づくりで、医師招聘が最大の課題だった」と話した。

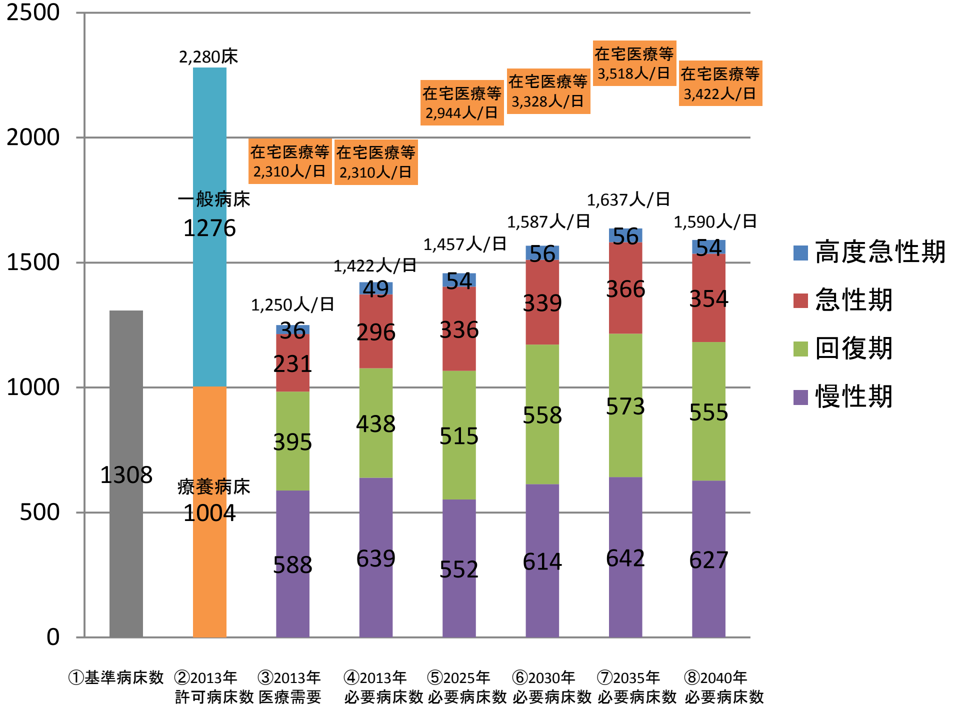
同センター設置により、同病院の医師確保が見込めるほか、両大は特徴ある医療教育を相互に取り入れ、医学生に豊富な臨床教育を行えるなどの利点がある。

同センターは、体制の準備を進めるため、今年4月から同病院が開院する10月までの間、同市玉戸の筑西市民病院に設置される。

市によると、同センター開設に伴う費用は筑波大が5年間で3億5340万円、自治医大が3年間で1億2663万円。費用を含む予算は昨年12月の定例市議会で議決を得ている。

（冨岡良一）

(参考２) 筑西・下妻地域医療構想区域における必要病床数の推移と許可病床数



鹿行保健医療圏について

【医療資源の状況】
人口10万人当たりの一般病床数は県内で低い水準

【受療動向】
他県(千葉県等)や他の保健医療圏への依存率が高い

【医療提供体制】
深刻な医師不足を背景に，公的病院が休眠病床を抱え，二次救急医療を十分に行えていない。経営も悪化。

↓

２病院の再編統合により医療提供体制の強化

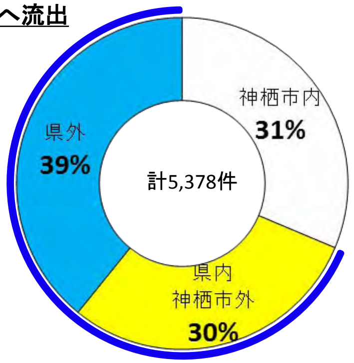
(参考1)一般病床数

	一般病床数（病院）	人口10万人当たりの一般病床数
全国	894,216	706.3
茨城県	18,850	645.1
鹿行	1,272	462.7

「平成26年医療施設調査」厚生労働省

(参考2)受療動向

神栖市民の入院先
→ 市外へ流出 7割



県外：旭中央（千葉県）16%，島田総合（千葉県）3%等
県内神栖市外：小山記念（鹿嶋市）7%，鹿島（鹿嶋市）6%等

平成26年度神栖市国民健康保険レセプトデータ等

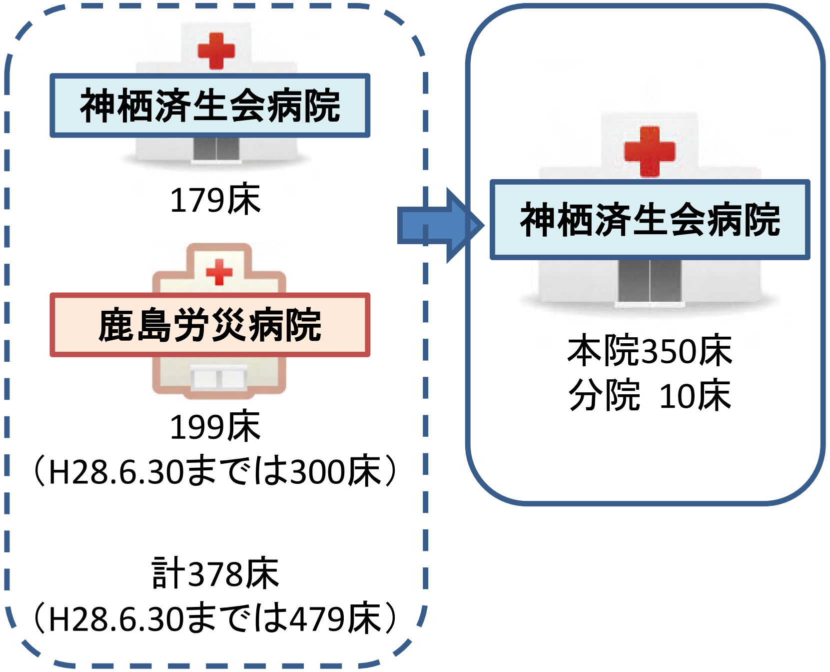
(参考3)2病院の概要(H29年現在)

病院名		神栖済生会病院		鹿島労災病院	
開設者		恩賜財団済生会		労働者健康安全機構	
規模		一般179床 （うち86床休床）		一般199床※H28.6.30まで300床 （うち139床休床）	
診療科目	共通	内科，循環器内科，消化器内科，外科，消化器外科，整形外科，形成外科，皮膚科，泌尿器科，眼科，耳鼻咽喉科，リハビリテーション科，放射線科			
	独自	呼吸器内科，肝臓内科，腎臓内科，乳腺外科，内分泌外科，内視鏡外科，大腸･肛門外科，小児科，婦人科		心療内科，神経内科，脳神経外科，麻酔科，歯科口腔外科	
特徴		救急医療等		労働災害や職業疾病への対応，災害拠点病院等	
常勤医師数		21人		13人 ※H21：40人→H25：10人	
経営状況		毎年度赤字（H25～）		毎年度10億円前後赤字（H24～）	
比較年度		H24	H29	H24	H29
1日平均患者数	外来	253.4	307.1	281.8	157.8
	入院	68.6	67.2	103.7	28.5
病床利用率		38.3%	37.5%	34.6%	14.3%

病院再編の概要（鹿行）

【概要】

２病院を再編統合し，医療資源を集約化



【概算費用】

本院整備 7,716百万円（うちH30施工分344百万円）
分院整備 345百万円（全額H30施工分）

※H30における県・市の支援額
県 172百万円（補助率1/4）
市 230百万円（補助率1/3）

時期	内容
H26～27	H25の鹿島労災病院の医師大量退職を受け、神栖市、済生会病院、労災病院が中心となって議論するが具体的な方向性のとりまとめに至らず
H28.5	「鹿島労災病院と神栖済生会病院の今後のあり方検討委員会報告書」 ※再編の必要性や再編の基本的な考え方等
H28.7	「再編統合協議会」及び「再編統合準備室」設置 ※再編案や再編統合後の医療体制等について協議
H28.11～	住民説明会の開催
H29.4	「再編統合に伴う新病院等整備のための基本構想」決定 ※目指す姿や本院・分院の基本方針等
H29.8	「再編統合に係る基本合意書」締結 ※労災病院を済生会病院に統合。本院として済生会病院を増築整備、労災病院の所在地に分院として診療所を整備
H30.2	第5回再編統合協議会 ※統合時期（H31.4.1）、財産移譲、職員雇用、県・市の支援について合意
H30.6（予定）	「再編統合に係る基本合意書に関する協定書」締結 ※統合時期、財産移譲、職員雇用、県・市の支援、統合後の病床数等
H31.3（予定）	鹿島労災病院の廃止
H31.4（予定）	両病院の統合，分院開院 ※出来るだけ早期に本院を増築

新病院の特徴（鹿行）

○計479床の2病院を再編統合し、350床の本院と10床の分院を整備し、医療資源を集約化

本院と分院が一体となって地域医療を支えていく
（医師・看護師等医療スタッフの調整，電子カルテ等情報システムの共有化，医薬品等一括購入による経費削減等）

［鹿島労災病院跡地］

連携

高齢者施設等

神栖済生会　本院

二次救急病院［350床］
（救急医療，入院，手術等を担う）
地域の拠点病院の役割を担う。
鹿島労災病院の機能を継承。
（災害拠点病院，職業性疾病への対応等）

神栖済生会　分院

有床診療所［10床］
通院診療（外来）を中心に担う。
高血圧，糖尿病，腰痛・関節痛，子供の発熱など
一般的な疾病を担う。

水戸保健医療圏について

○同等の規模の急性期病院が圏内で共存
○より有機的な連携体制の構築を指向し，
　再編・統合等も視野に入れ検討

病院名	県立中央病院	県立こども病院	水戸済生会総合病院	水戸協同病院	水戸赤十字病院
築年数（主要建物）	30年	33年	34年	52年	17年
許可病床数（H29）	475床	115床	472床	401床	473床
稼働病床数（H29）	440床	115床	422床	312床	382床

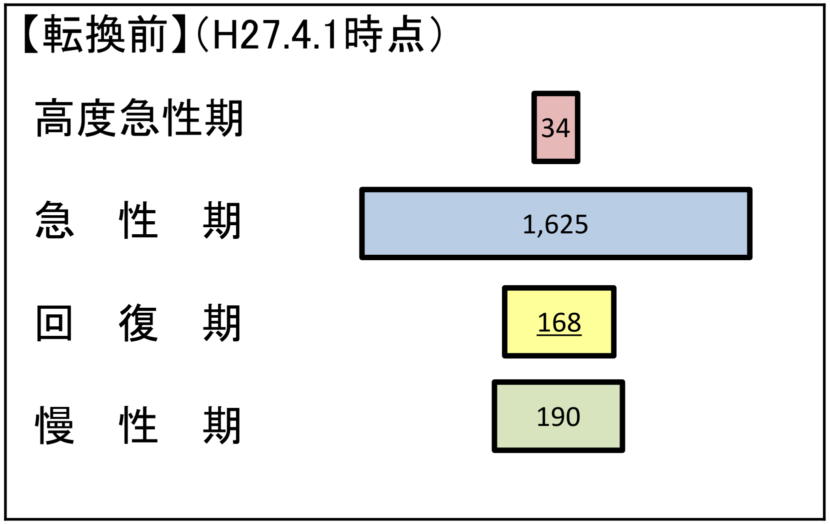
＜参考1＞地域医療構想の達成に向けた施設整備等の実績

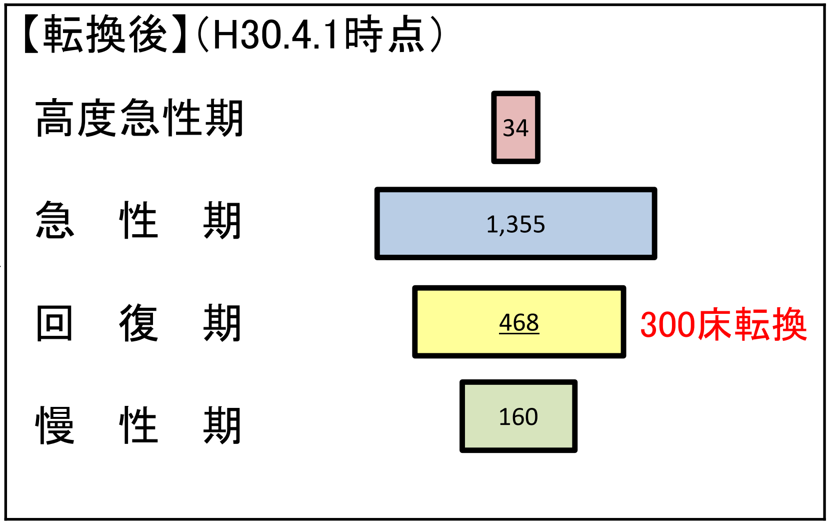
【病床転換事業】

〇地域医療介護総合確保基金を活用し，回復期病床へ転換する医療機関を支援。

〇H27年度からH29年度までの**転換実績は10病院，300床**。転換先としては，**地域包括ケア病床（265床），回復期リハビリテーション病床（35床）**。

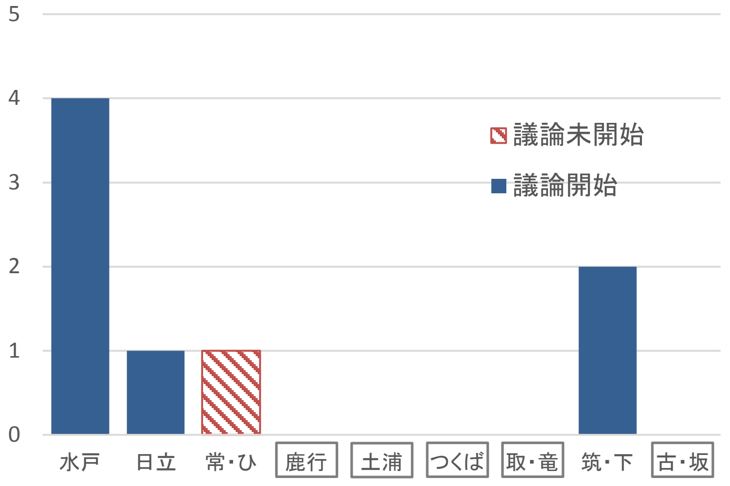
・補助実績：174百万円



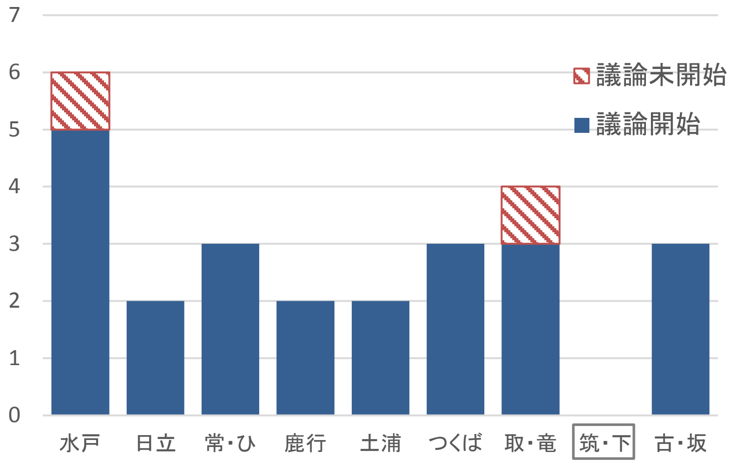


＜参考２＞新公立病院改革プラン及び公的医療機関等2025プランの進捗状況

○　**新公立病院改革プラン**について，調整会議での議論を開始した病院数／プラン策定対象病院数
（平成30年3月末時点）



○　**公的医療機関等2025プラン**について，調整会議での議論を開始した病院数／プラン策定対象病院数
（平成30年3月末時点）



□は策定対象病院無し

○　プランの活用について

【協議の進め方】

・　各医療機関の「今後の方針」が構想区域の将来の方向性と合致するかの確認
・　構想区域の「課題」に対応する各医療機関の具体的な取組に関する議論
（病床の機能分化・連携について，地域医療介護総合確保基金を活用した事業の検討など【各構想区域としての取組を検討】）
・「公的医療機関」の役割を調整のうえ，再編等を視野に入れ検討

資料3

奈良県における地域医療構想の取組

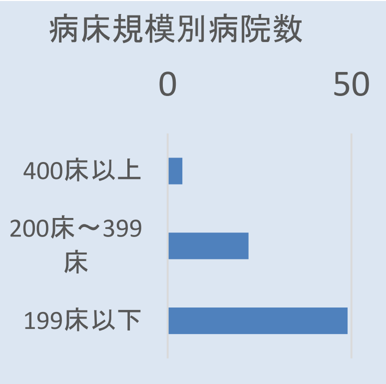
平成30年5月28日

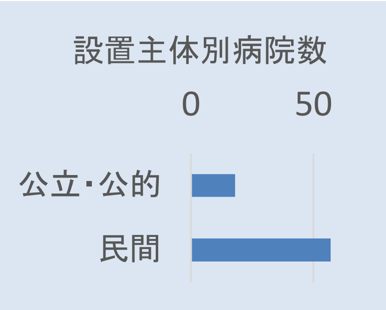
奈良県知事　荒井正吾

■ 奈良県医療の実情と課題の特徴

奈良県医療の実情

- 大規模病院が少なく、中規模の病院が多い傾向がある
- 民間医療機関が多く、公立・公的医療機関が比較的少ない
- 救急医療体制・高度医療体制の遅れ、根強い医師不足感
- 公的病院の地域貢献機能（急性期対応、医師派遣機能、バックアップ機能）の充実が必要

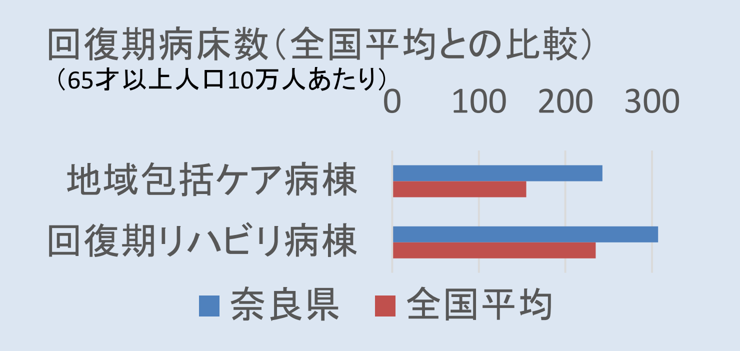




- 地域医療構想実現への民間医療機関の理解と参画が不可欠

課題の特徴

- 診療報酬による誘導により、回復期病床は急激に増加しており、不足感よりも、むしろ供給による需要の誘発が懸念される状況



- 病床機能の変更（回復期病床の増加）は、問題への一面的な対応。より根本的な課題に対応することが必要
- 各病院の機能を地域内の整合性がとれる形で高めていくことが必要

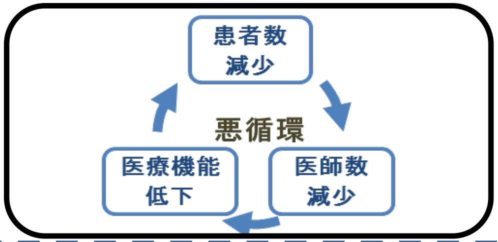
課題解決の方向性

- 急性期及び高度な医療の「集約化」と、身近なニーズに対応する医療・介護の「均てん化」の同時達成
- 公的医療機関の地域貢献の充実
- 医療資源適正配置の具体的方向性について意識のすり合わせ、共通認識の醸成
- 医療提供機能の徹底的な見える化
- 地域医療構想実現のための政策手段の開発・充実

課題解決に向けた取組
（1）医療資源の集約（南和地域の広域医療提供体制）

再編前

- 3つの公立病院（急性期）がそれぞれ医療を提供
（町立大淀病院、県立五條病院、国保吉野病院）



再編の内容

医療機能が低下している3つの公立病院を、1つの救急病院（急性期）と2つの地域医療センター（回復期・療養期）に役割分担し、医療提供体制を再構築

南和広域
医療企業団

急性期・回復期
南奈良総合医療センター
新設（H28年４月）

回復期・慢性期
吉野病院
改修（H28年４月）

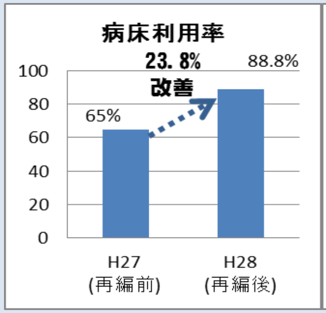
連携

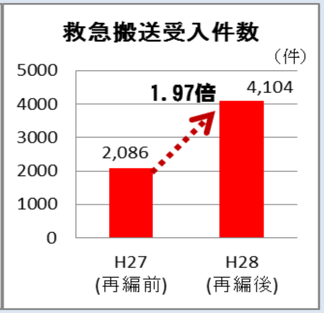
回復期・慢性期
五條病院
改修（H29年４月）

※12市町村とともに、県が構成員として参加する全国でも珍しい一部事務組合で3病院の建設、改修、運営を実施
※過疎債を活用。市町村の起債償還額の60%超を県が負担。赤字発生の場合、県が1／2負担。

再編の成果

- 急性期から慢性期まで**切れ目の無い医療提供体制を構築**
- **病床稼働率の飛躍的向上**
- **集約化による急性期機能の向上**
  3病院の医師数計
  48.4 人 ⇒ 60.8 人（H28.4月時点）
  （1．26倍）に対し





- **奈良県ドクターヘリ**（H29.3.21運行開始）
  出動回数　402件（H29.3.21～H30.3.31）
- **へき地診療所との連携強化**
  （医療情報ネットワークで結び、病院の予約や検査結果の相互利用）

■ 課題解決に向けた取組

（2）県立病院の地域貢献の充実

- 県立病院の法人化
- 中心病院（新奈良県総合医療センター）の整備
  - 断らない医療の充実（ER体制の整備）
  - 高度医療の充実
  - 研修機能の抜本的強化
  - 近隣病院との連携
- 三方よしの実践
  - 患者によし
  - 地域によし
  - 医療従事者によし

5／1移転オープン

新奈良県総合医療センター

（3）県立医大の地域貢献の充実

- 医大の医師派遣機能強化
- 断らない医療の充実（ER体制の整備）
- 医学教育の抜本的見直し
  （県立医大将来像検討会議を毎月開催）

⇒H29.4月に「奈良県立医科大学の将来像」としてとりまとめ

奈良県立医科大学の将来像

『建学の精神』

最高の医学と最前の医療をもって
地域の安心と社会の発展に貢献します

・基本的機能4分野に理念と方針を明記

教育 / 研究 / 診療 / 法人運営

（4）地域医療構想の「奈良方式」

平成29年の病床機能報告に加え、奈良県独自に急性期を重症と軽症に区分する目安を示して報告を求め、施策の対象となる医療機能を明確化。重症な救急や高度医療を担う「断らない病院」と、地域包括ケアを支える「面倒見のいい病院」へ機能分化、強化を推進。

地域医療構想（将来の病床数の必要量）	病床機能報告	
高度急性期 3,000点以上	**高度急性期** 急性期患者の状態の早期安定化、診療密度が高い	
急性期 600～3,000点未満	**急性期** 急性期患者の状態の早期安定化	**重症急性期を中心とする病棟（比較的重度・重症）** 機能：救急患者の受入、手術などの重症患者の受入に特化した病棟
		軽症急性期を中心とする病棟（比較的軽度・軽症） 機能：比較的症状が軽い患者に対する急性期医療を提供している病棟
回復期 175点～600点未満 回復期リハ病床	**回復期** 急性期を経過した患者への在宅復帰	
慢性期 障害者病棟、特殊病棟、療養病床医療区分1の30%　等	**慢性期** 長期にわたり療養が必要な患者	

- 緊急で重症な患者を受け入れる役割の向上（ＥＲ体制の整備）
- 後方病院等との病病連携の強化、退院支援の強化を通じ、在院日数の短縮を進める

「断らない病院」へ機能強化

機能の明確化
「重症急性期」病棟は
50床あたり
手術＋救急入院＞１日２件
を目安

連携の強化

「面倒見のいい病院」へ機能強化

- 地域の医療・介護事業所との連携を強化する
- 在宅患者の増悪時の救急受入、嚥下・排泄へのリハなど在宅生活に必要な医療機能を高める

圏域ごとに機能の過不足がある場合は調整

（5）医療関係者との積極的な意見交換

都道府県は、個別の医療機関と直接対話できるポジションを有している。
奈良県では、メッセージを分かりやすく発信し、医療関係者と直接意見交換を行うことで、地域医療構想の目指す方向性が、県内の医療機関に浸透してきている。

明確なメッセージの発信

わかりやすいメッセージを医療機関・医療従事者に直接発信。次のようなメッセージが、県内病院等に浸透してきた。

- **地域医療構想は「マーケティング」**
  今後の需要予測等を通じ、医療機関の経営を支援する県の姿勢を示す。
- **今後の奈良県に必要な病院は「断らない病院」と「面倒見のいい病院」**
  高齢化時代に必要な病院像を示すことで、「急性期至上主義」から脱却。
- **奈良県内の医師不足感の主原因は「偏在よりもむしろ散在」**
  中規模病院の多い県内医療の特徴を端的に示し、医療資源集約の必要性を示す。

関係者との直接の協議

- 医師会員、地域毎・機能毎の病院との意見交換会、病院間のグループワーク等を通じて、直接の意見交換を頻繁に実施。

機能毎の病院との意見交換会

地域毎の病院間のグループワーク

- 医科大学や、地域金融機関等の関係者との間でも説明会や意見交換を実施。

（6）医療関係者への支援

これまでは、医療の提供状況や医師配置状況を「見える化」して医療機関の協議に活用。今後は、「断らない病院」「面倒見のいい病院」のそれぞれの機能の発揮状況の「見える化」にも取り組み、県民や医療機関に提供していく予定。

「見える化」「指標の明確化」

- 病床機能報告や医師数等のデータに加え、県で独自にレセプトデータを分析。病院ごと、地域ごと、疾病ごとの患者数や医療提供の状況を「見える化」して医療機関に提供。
- 更に、「断らない病院」「面倒見のいい病院」の機能の「見える化」に取り組んでいく。

「面倒見のいい病院」の機能見える化イメージ

財政面を含めた支援策

- 平成30年2月に国が示した、医療介護総合確保基金を活用できる範囲の拡大を受け、今年度から、県としても補助対象を拡大。
- これまでの施設整備費に加え、病床削減や機能縮小時の施設・設備の除却損、退職金上乗せへの補助等が新たに対象に。

基金を活用した機能転換・病床削減の支援策についての県内医療機関への説明会

■ 今後に向けて

地域には、医療をめぐる様々な課題があり、都道府県の責任が一層重くなっている。都道府県が、その責任を全うできるよう、能力を高めながら、政策手段を拡充していくことが必要である。

- 地域毎の医療の課題は多様
  - ➢ 急性期医療の過多が課題となっている地域だけでなく、むしろ、急性期医療の確保や医師不足が課題となっている地域が多い
  - ➢ 都道府県間の医師偏在など、地域では解決できない（国全体で解決すべき）課題も存在

- 地域医療構想と整合的な方向で医師を確保できるかどうかが、成否の鍵を握る
  - ➢ 地方の中核的病院の医師確保や、地域の「面倒見のいい病院」の医師確保が必要
  - ➢ 医学部・医科大学と連携した取り組みの必要性

- 公立・公的病院への期待と厳しい評価
  - ➢ 都道府県知事は、公立病院の経営者としての一面も有している
  - ➢ 公立・公的病院への地域からの期待は大きい一方で、民間病院からは厳しい目が注がれている
  - ➢ 公立・公的病院が、地域と調和した意思決定や医療活動を行っていくための工夫やノウハウが求められる

- 地域医療構想実現のための政策手段の開発や充実が求められる
  - ➢ 「協議」や「データの見える化」は極めて重要だが、それだけでは不十分
  - ➢ 構想を実際に進めていくためには、更なる政策手段の充実が必要である
    - 医師確保のための都道府県の権限の充実
    - 医療機関再編の制度的枠組みの充実
    - 医療機能転換の財政的支援策の充実　等

資料4

国民健康保険改革の進捗等について

平成30年5月28日

厚生労働省

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の概要
（平成27年5月27日成立）

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、持続可能な医療保険制度を構築するため、国保をはじめとする医療保険制度の財政基盤の安定化、負担の公平化、医療費適正化の推進、患者申出療養の創設等の措置を講ずる。

1．国民健康保険の安定化

○国保への財政支援の拡充により、財政基盤を強化　(27年度から約1700億円、29年度以降は毎年約3400億円)

○平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化

2．後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

○被用者保険者の後期高齢者支援金について、段階的に全面総報酬割を実施

(26年度:1/3総報酬割→27年度:1/2総報酬割→28年度:2/3総報酬割→29年度:全面総報酬割)

3．負担の公平化等

①**入院時の食事代**について、在宅療養との公平等の観点から、調理費が含まれるよう段階的に引上げ

(27年度:1食260円→28年度:1食360円→30年度:1食460円。低所得者、難病・小児慢性特定疾病患者の負担は引き上げない)

②特定機能病院等は、医療機関の機能分担のため、必要に応じて患者に病状に応じた適切な医療機関を紹介する等の措置を講ずることとする（**紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入**）

③健康保険の保険料の算定の基礎となる**標準報酬月額の上限額**を引き上げ　(121万円から139万円に)

4．その他

①**協会けんぽの国庫補助率**を「当分の間16.4%」と定めるとともに、法定準備金を超える準備金に係る国庫補助額の特例的な減額措置を講ずる

②**被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助**について、所得水準に応じた補助率に見直し

(被保険者の所得水準の低い組合に影響が生じないよう、調整補助金を増額)

③**医療費適正化計画の見直し、予防・健康づくりの促進**

・都道府県が地域医療構想と整合的な目標(医療費の水準、医療の効率的な提供の推進)を計画の中に設定

・保険者が行う保健事業に、予防・健康づくりに関する被保険者の自助努力への支援を追加

④**患者申出療養を創設**　(患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組み)

【施行期日】　平成30年4月1日（4①は公布の日（平成27年５月29日）、2は公布の日及び平成29年4月1日、３及び4②～④は平成28年4月1日）

国保制度改革の概要（都道府県と市町村の役割分担）

	改革の方向性
1. 運営の在り方 （総論）	○ 都道府県が、当該都道府県内の市町村とともに、国保の運営を担う ○ 都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化 ○ 都道府県が、都道府県内の統一的な運営方針としての国保運営方針を示し、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進

	都道府県の主な役割	市町村の主な役割
2. 財政運営	財政運営の責任主体 ・市町村ごとの国保事業費納付金を決定 ・財政安定化基金の設置・運営	・国保事業費納付金を都道府県に納付
3. 資格管理	国保運営方針に基づき、事務の効率化、標準化、広域化を推進 ※4．と5．も同様	・地域住民と身近な関係の中、資格を管理（被保険者証等の発行）
4. 保険料の決定 賦課・徴収	標準的な算定方法等により、市町村ごとの標準保険料率を算定・公表	・標準保険料率等を参考に保険料率を決定 ・個々の事情に応じた賦課・徴収
5. 保険給付	・給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払い ・市町村が行った保険給付の点検	・保険給付の決定 ・個々の事情に応じた窓口負担減免等
6. 保健事業	市町村に対し、必要な助言・支援	・被保険者の特性に応じたきめ細かい保健事業を実施（データヘルス事業等）

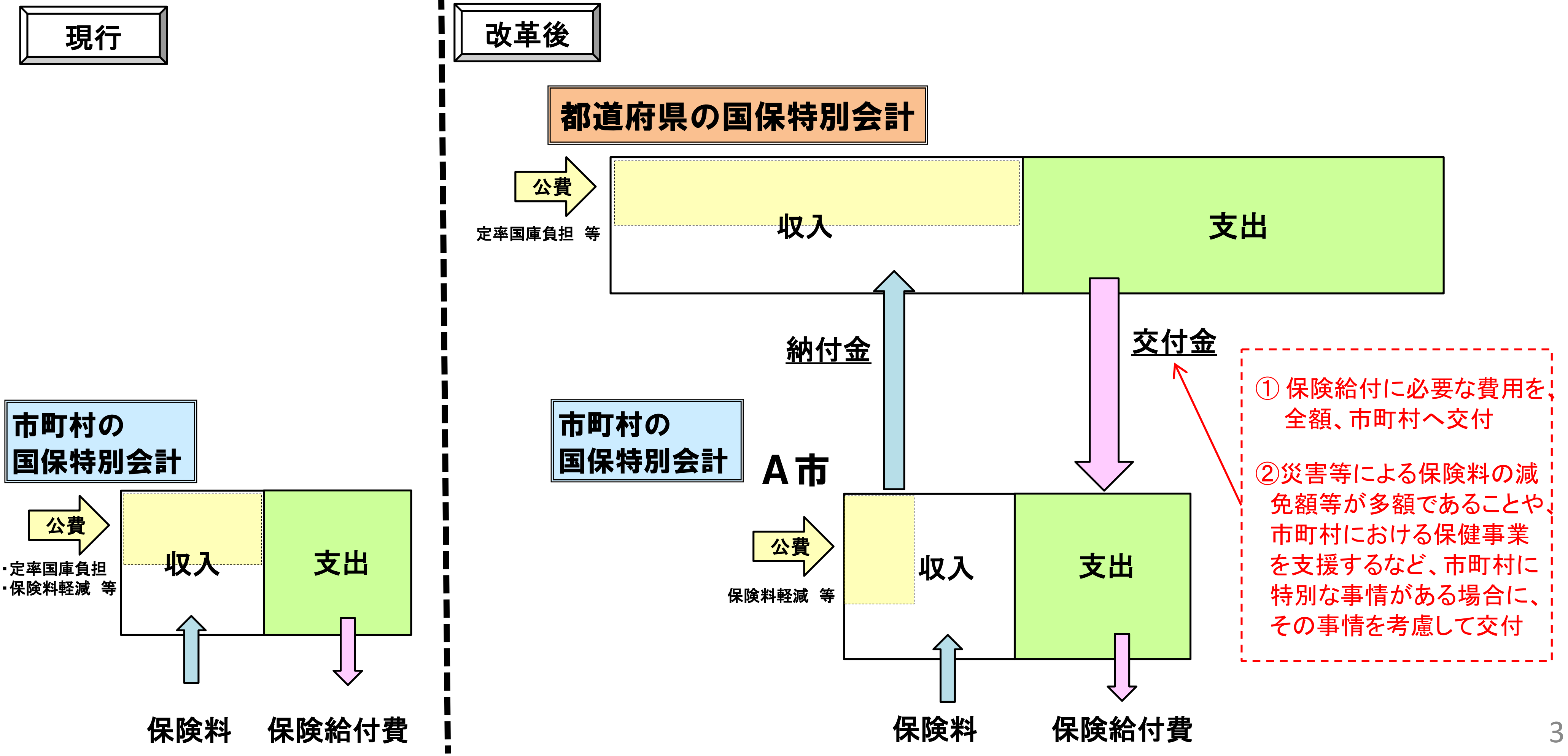
改革後の国保財政の仕組み

○ **都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業費納付金の額の決定**や、**保険給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払う**（保険給付費等交付金の交付）ことにより、**国保財政の「入り」と「出」を管理**する。

※ **都道府県にも国保特別会計を設置**

○ **市町村は、都道府県が市町村ごとに決定した納付金を都道府県に納付**する。

※ 納付金の額は、市町村ごとの医療費水準と所得水準を考慮



国保改革による財政支援の拡充について

○　国保の財政運営を都道府県単位化する国保改革とあわせ、毎年3,400億円の財政支援の拡充を行う。

＜平成27年度から実施＞（1,700億円）

○**低所得者対策の強化**
（低所得者数に応じた自治体への財政支援を拡充）

1,700億円

＜平成30年度から実施＞（1,700億円）

○**財政調整機能の強化**
（精神疾患や子どもの被保険者数等自治体の責めによらない要因への対応　等）

800億円

○**保険者努力支援制度**
（医療費の適正化に向けた取組等に対する支援）

840億円

○**財政リスクの分散・軽減方策**
（高額医療費への対応）

60億円

※　平成27～30年度予算において、2,000億円規模の財政安定化基金を積み立て

【参考】

（単位：億円）

	27年度	28年度	29年度	30年度	31年度～
低所得者対策の強化	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700
財政調整機能の強化・保険者努力支援制度等	—	—	—	1,700	1,700
財政安定化基金の造成 ＜積立総額＞	200 ＜200＞	400 ＜600＞	1,100 ＜1,700＞	300 ＜2,000＞	— ＜2,000＞

消費税財源（5⇒8%）

総報酬割化財源

国保改革の施行スケジュールについて

	国	都道府県	市町村
H29.4		運営方針・納付金等に関する議論	（連携会議等における協議）
H29.7	7月：平成30年度の公費の考え方を提示	29年度試算（第3回）の実施	
H29.10	10月：30年度試算用の仮係数を提示	秋の試算の実施	市町村運営協議会における議論
H29.11		運営方針決定（知事決裁）	
H29.12	12月：30年度本算定用の確定係数（公費の交付額等）を提示	条例改正(12月議会)	
H30.1		**納付金等の確定** ・確定係数により算定を行い、納付金・標準保険料率を確定	**保険料率の算出** ・都道府県から示された納付金額を踏まえ、法定外繰入や基金繰入金等を加味して平成30年度の保険料率を算出
H30.3		予算審議(3月議会) ・30年度予算を決定	予算審議(3月議会) ・30年度予算を決定 条例改正／告示 ・概ね3月～6月に保険料率決定
H30.4	国保改革施行		
H30.6			平成30年度保険料の賦課

「都道府県の算出による国保改革前後の保険料等の動向の取りまとめ」（平成30年3月30日公表）について

【概要】

○　本取りまとめは、平成30年４月に施行される国保改革の前後における、市町村ごとの一般被保険者一人当たり保険料または納付金の伸び率（法定外一般会計繰入等の影響を除いた理論値同士を比較）について、各都道府県が算出し、国に提出したものをとりまとめたもの。

※　国保改革の影響を把握する方法としては、保険料ベースで把握する方法と、納付金ベースで把握する方法の２種類があり、各都道府県は、国保改革の影響を把握する方法として適切と判断した方法により算出を行っている。

○　平成30年度に1,700億円の公費拡充及び激変緩和措置を行う結果、市町村ごとの単年度換算後伸び率を見ると、保険料ベースでは約59%の市町村が維持または減少、約41%の市町村が増加（納付金ベースでは約55%が維持・減少、約45%が増加）となっている。

	都道府県数	増加市町村数	維持・減少市町村数	合計
保険料ベース	２１	292（41%）	421（59%）	713
納付金ベース	２４	364（45%）	447（55%）	811
（参考）合計	４５	656（43%）	868（57%）	1,524

（注）北海道は一人当たり納付金額のみ、宮城県は一人当たり納付金額及び県平均伸び率のみの提出であり、市町村数の計算には含まれない

※　伸び率については、今回の改革による国保財政の都道府県単位化や公費拡充の影響だけでなく、改革の有無に関わらず生じる医療費の自然増（一人当たり医療費の平成26年度から28年度の伸び率は全国平均で年間３%程度）等に対応した保険料等の上昇が含まれることに留意が必要

○　平成30年度における各市町村の実際の保険料率については、都道府県から示される納付金額に基づき、各市町村の判断で行う決算補填等目的の法定外一般会計繰入や財政調整基金からの繰入等も踏まえて３～６月にかけて決定される。（本調査結果とは一致しない）

【公表日】

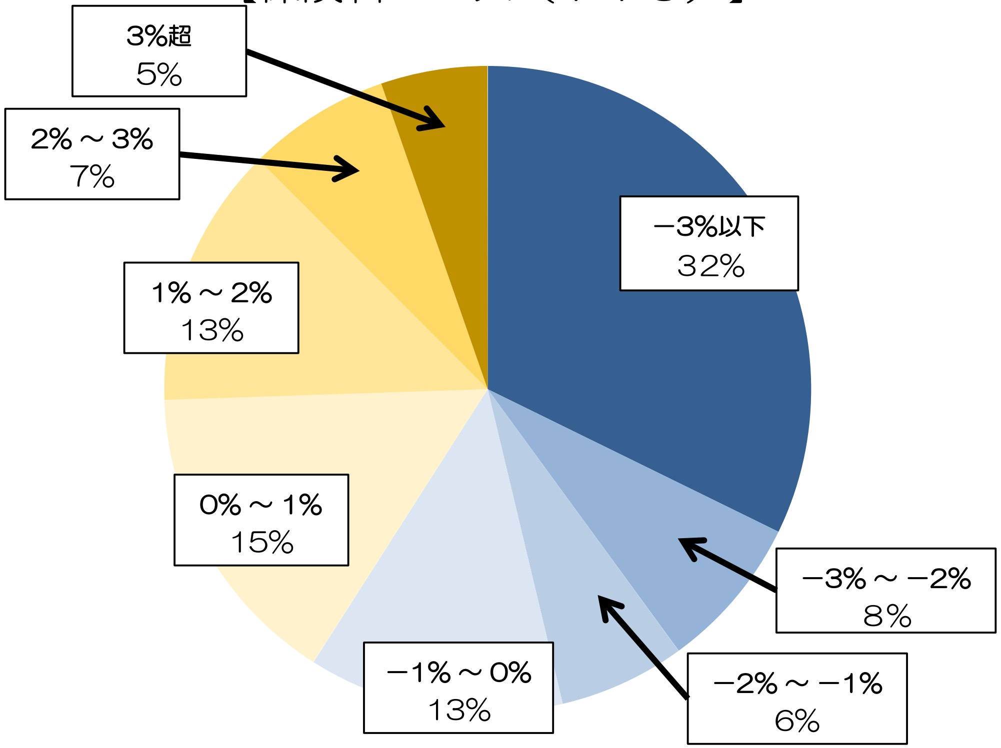
○　平成30年３月30日

一人当たり保険料または納付金の伸び率（単年度換算後）別の市町村数の分布

○　市町村ごとの単年度換算後伸び率を見ると、保険料ベースでは約59%の市町村が維持または減少、約41%の市町村が増加（納付金ベースでは約55%が維持・減少、約45%が増加）となっている。

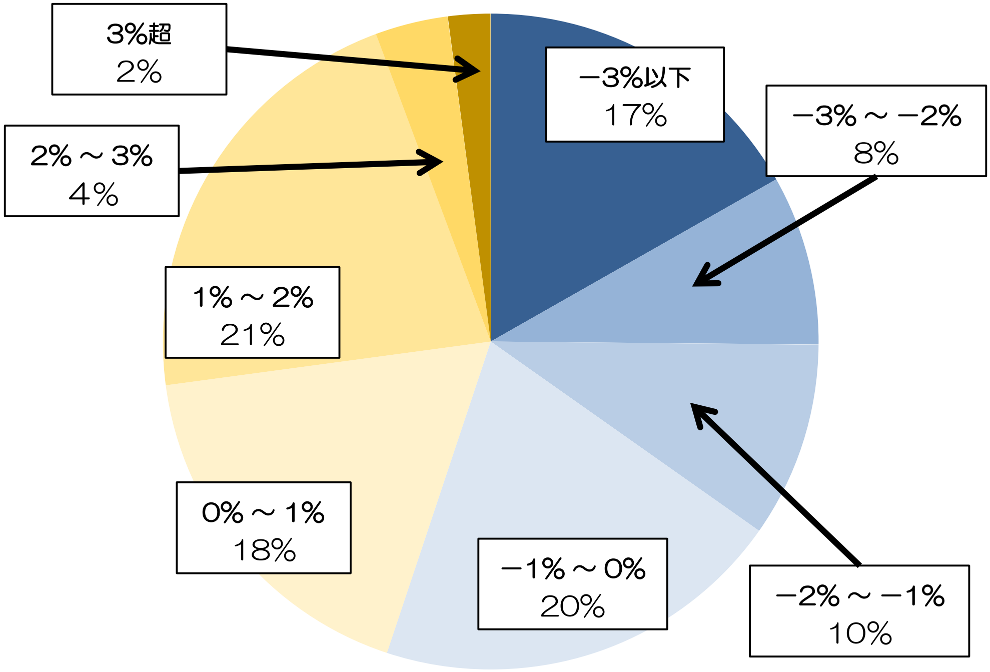
※　伸び率については、今回の改革による国保財政の都道府県単位化や公費拡充の影響だけでなく、改革の有無に関わらず生じる医療費の自然増（一人当たり医療費の平成26年度から28年度の伸び率は全国平均で年間３%程度）等に対応した保険料水準の上昇が含まれることに留意が必要（単年度換算により、公費拡充の影響は半分程度に減殺されている）

【保険料ベース（７１３）】



伸び率	−3%以下	−3%超 −2%以下	-2%超 -1%以下	-1%超 0%以下
市町村数	230	55	45	91
伸び率	0%超 1%以下	1%超 2%以下	2%超 3%以下	3%超
市町村数	110	93	51	38

【納付金ベース（８１１）】



伸び率	−3%以下	−3%超 −2%以下	-2%超 -1%以下	-1%超 0%以下
市町村数	136	68	78	165
伸び率	0%超 1%以下	1%超 2%以下	2%超 3%以下	3%超
市町村数	144	174	29	17

平成30年度の保険者努力支援制度について

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

指標① 特定健診･特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率
○特定健診受診率・特定保健指導受診率
○メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

指標② 特定健診･特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況
○がん検診受診率
○歯科疾患（病）検診実施状況

指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況
○重症化予防の取組の実施状況

指標④ 広く加入者に対して行う予防･健康づくりの取組の実施状況
○個人へのインセンティブの提供の実施
○個人への分かりやすい情報提供の実施

指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況
○重複服薬者に対する取組

指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況
○後発医薬品の促進の取組
○後発医薬品の使用割合

国保固有の指標

指標① 収納率向上に関する取組の実施状況
○保険料（税）収納率
※過年度分を含む

指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況
○データヘルス計画の実施状況

指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況
○医療費通知の取組の実施状況

指標④ 地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況
○国保の視点からの地域包括ケア推進の取組

指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況
○第三者求償の取組状況

指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況
○適切かつ健全な事業運営の実施状況

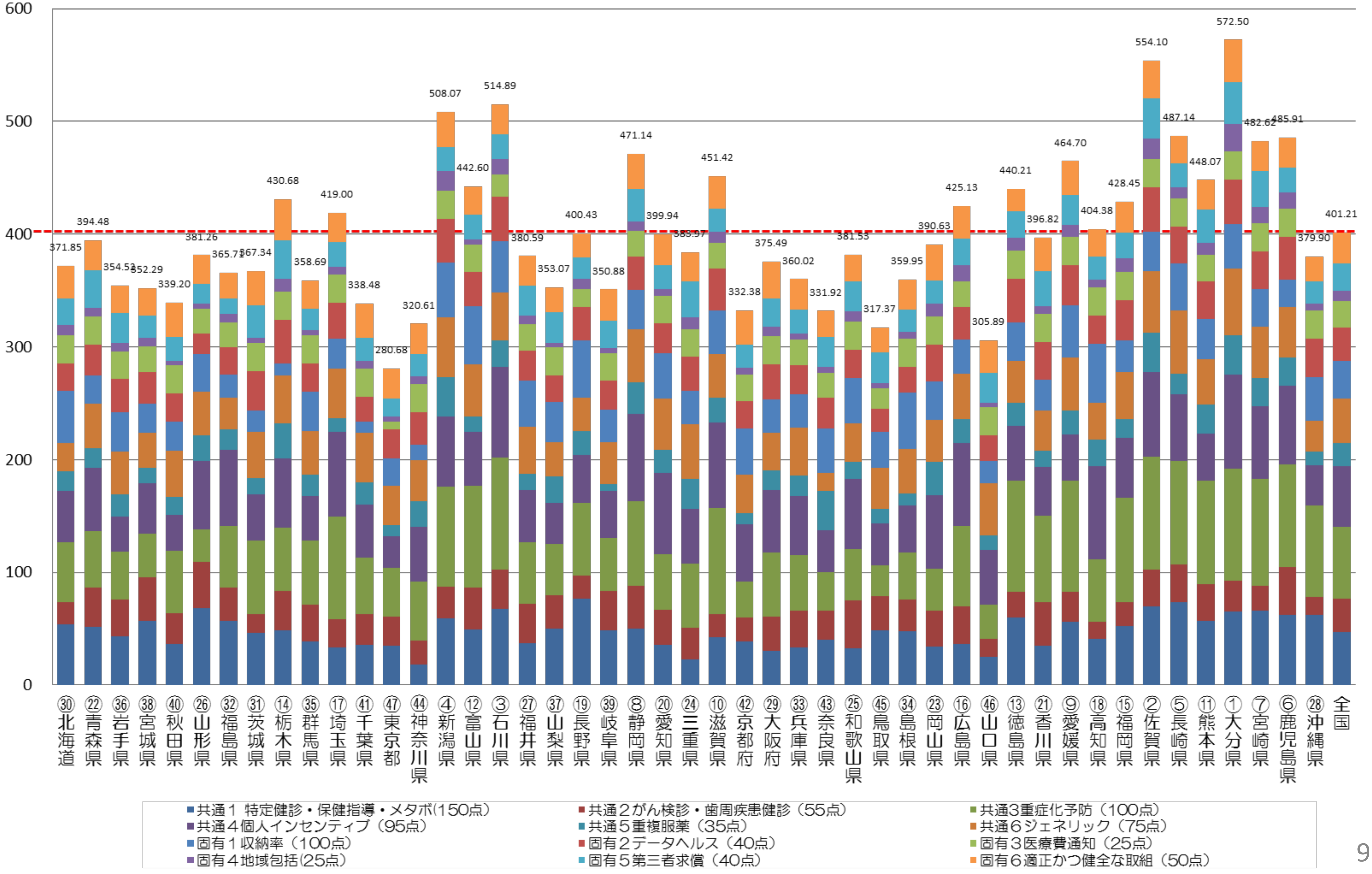
都道府県分（500億円程度）

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

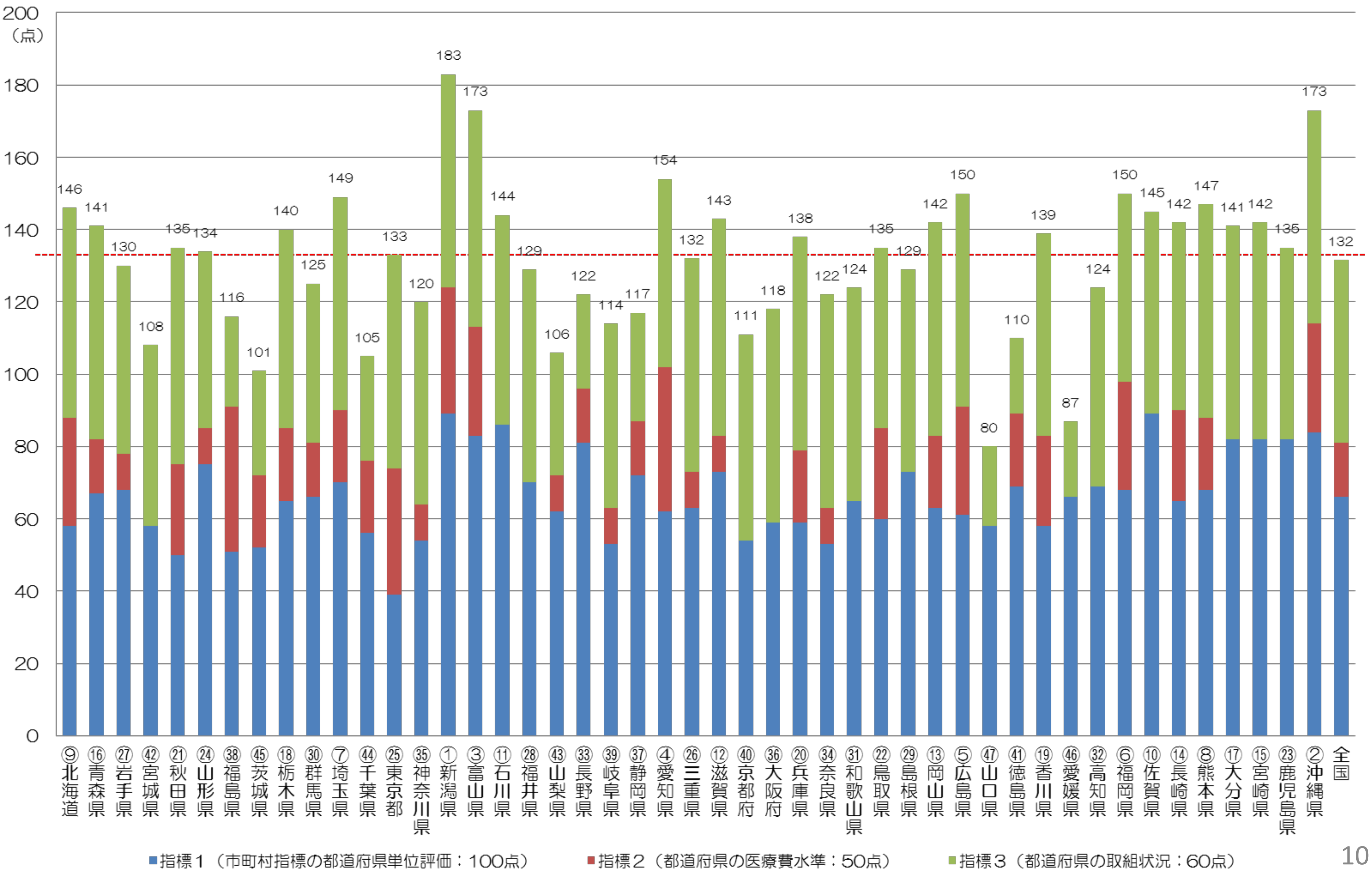
指標② 医療費適正化のアウトカム評価
○都道府県の医療費水準に関する評価
※国保被保険者に係る年齢調整後一人当たり医療費に着目し、
・その水準が低い場合
・前年度より一定程度改善した場合
に評価

指標③ 都道府県の取組状況
○都道府県の取組状況
・医療費適正化等の主体的な取組状況
（重症化予防の取組、市町村への適切な指導・助言　等）
・法定外繰入の削減に向けた取組

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）



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



参考資料

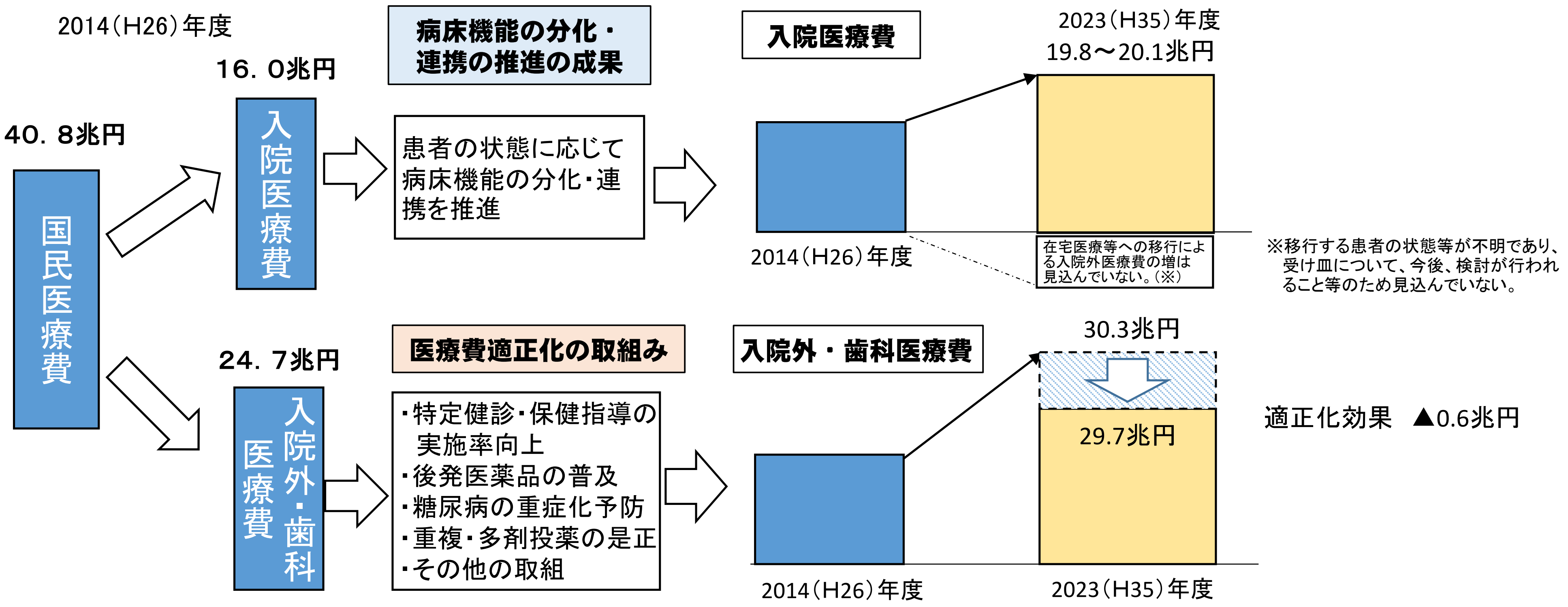
第３期の医療費適正化計画について

○　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）】　計　▲約6000億円
①特定健診実施率70%、特定保健指導45%の目標達成　▲　約200億円
②後発医薬品の使用割合の目標達成（70%⇒80%）　▲約4000億円
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800億円
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。

保険者協議会について

○　高齢者医療確保法では、保険者と後期高齢者広域連合が都道府県ごとに共同で「保険者協議会」を組織し、①特定健診・保健指導の実施等に関する保険者間の連絡調整、②保険者に対する必要な助言又は援助、③医療費などに関する情報の調査及び分析の業務を行うことが規定されている。

○　第３期計画からは、①都道府県が医療費適正化計画の策定に当たって、保険者協議会に事前に協議する、②計画策定後、都道府県が計画に盛り込んだ取組を実施するに当たり、保険者等に必要な協力を求める場合に、保険者協議会を通じて協力を求めることができる仕組みとなった。また、都道府県が保険者として保険者協議会に参画することとなった（平成27年国保法等改正）。

◎高齢者の医療の確保に関する法律

（都道府県医療費適正化計画）

第９条　**※平成27年改正後**

７　**都道府県は、都道府県医療費適正化計画を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、**関係市町村（第157条の２第１項の**保険者協議会**（以下この項及び第10項において「保険者協議会」という。）が組織されている都道府県にあつては、関係市町村及び保険者協議会）**に協議しなければならない。**

９　都道府県は、都道府県医療費適正化計画の作成及び都道府県医療費適正化計画に基づく施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者、後期高齢者医療広域連合、医療機関その他の関係者に対して必要な協力を求めることができる。

10　**保険者協議会が組織されている都道府県が、前項の規定により当該保険者協議会を組織する保険者又は後期高齢者医療広域連合に対して必要な協力を求める場合においては、当該保険者協議会を通じて協力を求めることができる。**

（保険者協議会）

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

２　前項の**保険者協議会は、次に掲げる業務を行う。**

一　特定健康診査等の実施、高齢者医療制度の運営その他の事項に関する保険者その他の関係者間の連絡調整

二　保険者に対する必要な助言又は援助

三　医療に要する費用その他の厚生労働省令で定める事項に関する情報についての調査及び分析

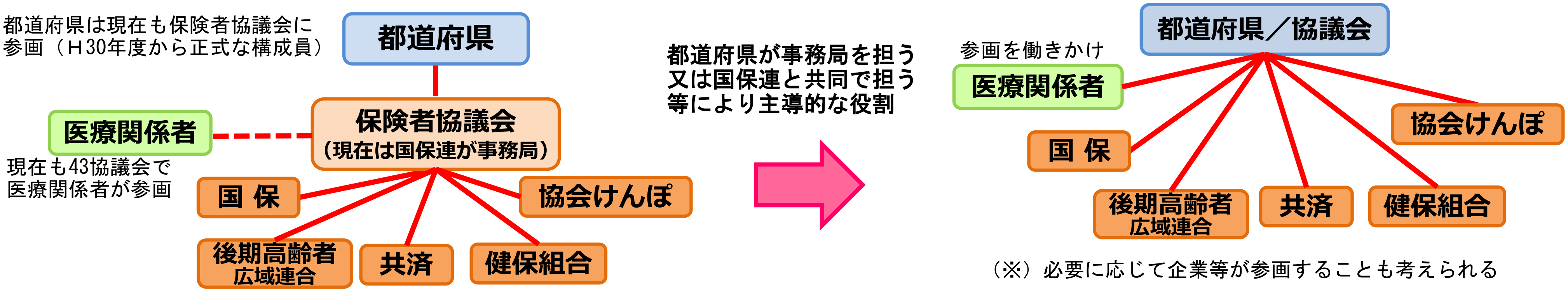
◎高齢者の医療の確保に関する法律　※平成27年改正（平成30年4月1日施行）

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

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



「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発揮。

○　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。

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　都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県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ものとする。
３　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つては、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、昨年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。

〇平成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。

資料5

奈良県における国民健康保険改革の取組

平成30年5月28日

奈良県知事　荒井正吾

奈良県における国民健康保険改革の取組は、社会保障制度改革の要である国民健康保険改革の本旨に沿って制度設計等を徹底

都道府県による受益と負担の総合的なマネジメント

社会保障制度改革国民会議報告書（H25.8.6）［抜粋］

Ⅱ　医療・介護分野の改革

2　医療・介護サービスの提供体制改革

（2）　都道府県の役割強化と国民健康保険の保険者の都道府県移行

効率的な医療提供体制への改革を実効あらしめる観点からは、国民健康保険に係る財政運営の責任を担う主体（保険者）を都道府県とし、更に地域における医療提供体制に係る責任の主体と国民健康保険の給付責任の主体を都道府県が一体的に担うことを射程に入れて実務的検討を進め、都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担の在り方を総合的に検討することを可能とする体制を実現すべきである。～（略）～

法定外繰入の解消 ⇒ 財政的な構造問題の解消

3　医療保険制度改革

（1）　財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

国民健康保険は、被用者保険と比べて、①無職者・失業者・非正規雇用の労働者などを含め低所得者の加入者が多い、②年齢構成が高く医療費水準が高い、③所得に占める保険料負担が重いといった課題を抱えており、こうしたこともあり毎年度、市町村が多額の赤字補填目的の法定外繰入を行っている。

さらに、保険財政運営が不安定となるリスクの高い小規模保険者の存在や、地域ごとの保険料格差が非常に大きいという課題もある。

国民皆保険制度を守るためには、こうした現在の市町村国保の赤字の原因や運営上の課題を、現場の実態を踏まえつつ分析した上で、国民健康保険が抱える財政的な構造問題や保険者の在り方に関する課題を解決していかなければならない。

このためには、従来の保険財政共同安定化事業や高額医療費共同事業の実施による対応を超えて、財政運営の責任を都道府県にも持たせることが不可欠であり、医療提供体制改革の観点をも踏まえれば、上記2（2）で述べた国民健康保険の保険者の都道府県移行が必要となろう。

ただし、国民健康保険の財政的な構造問題を放置したまま、国民健康保険の保険者を都道府県としたとしても、多額の赤字を都道府県に背負わせるだけである。したがって、抜本的な財政基盤の強化を通じて国民健康保険の財政的な構造問題の解決が図られることが、国民健康保険の保険者を都道府県に移行する前提条件となる。

～（略）～

市町村ごとの地域事情による保険料格差の解消 ＝ 保険料負担の平準化

国民健康保険の保険者の都道府県への移行は財政運営の安定化のみならず保険料負担の平準化に資する取組であるが、　～（略）～

社会保障制度改革プログラム法においても、国民健康保険の財政上の構造的な問題解決が前提とされていると認識

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律 （H25.12.13施行） （抄）

第四条

7　政府は、持続可能な医療保険制度等を構築するため、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一　医療保険制度等の財政基盤の安定化についての次に掲げる事項

イ　国民健康保険（国民健康保険法（昭和三十三年法律第百九十二号）第三条第一項の規定により行われるものに限る。以下この項において同じ。）に対する財政支援の拡充

ロ　国民健康保険の保険者、運営等の在り方に関し、国民健康保険の保険料（地方税法（昭和二十五年法律第二百二十六号）の規定による国民健康保険税を含む。以下この号及び次号において同じ。）の適正化等の取組を推進するとともに、イに掲げる措置を講ずることにより国民健康保険の更なる財政基盤の強化を図り、**国民健康保険の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、国民健康保険の運営について、財政運営をはじめとして都道府県が担うことを基本**としつつ、国民健康保険の保険料の賦課及び徴収、保健事業の実施等に関する市町村の役割が積極的に果たされるよう、都道府県と市町村において適切に役割を分担するために必要な方策

ハ　健康保険法等の一部を改正する法律（平成二十五年法律第二十六号）附則第二条に規定する所要の措置

小規模市町村が多い奈良県では、将来にわたって国保を安定運営するため、国の制度改正の動きが顕在化する前に全国に先駆けて、国民健康保険改革の検討をスタート。
県内全市町村と丁寧に協議し合意形成を図ってきた。

年度		奈良県の取組状況		国の主な動向
		国に先駆けて実施		
H24	４月 ５月	保険財政共同安定化事業の対象拡大（本県独自） 県･市町村長サミット ○「国保の県単位化（統一保険料）」を目指すことを提案	４月	国民健康保険法　一部改正 保険財政共同安定化事業の対象拡大（H27年度～）
H25	10月	市町村アンケート調査 【結果】広域連合設立（賛成４（10%））、 H27年度からの標準保険料率化（賛成20（51%））	８月 12月	社会保障制度改革国民会議報告書 ○国民健康保険の保険者の都道府県移行 社会保障制度改革プログラム法　成立 【国保運営関連】 ○国保の財政上の構造的な課題を解決することとした上で、財政運営を始めとして都道府県が担うことを基本としつつ、都道府県と市町村が適切に役割分担するために必要な方策を、H29年度までに順次講じる
H27	６月	県・市町村長サミット ○H30年度からの県内で統一した標準保険料率導入を目指す方向で検討を続けることを確認 ○市町村事務の一部について、効率化の観点から共同化を検討することを確認	５月	国民健康保険法　一部改正 ○H30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化
H28	 ３月	※市町村担当課長との検討WG・会議（５回実施） ※全市町村長との個別の意見交換（２回実施） 市町村長会議（知事と全市町村による意見交換） ○奈良県での国保県単位化（保険料水準統一）の方向性について、合意形成		※納付金の算定方法、激変緩和措置、公費のあり方等について、事務レベルWG等で国と地方とで協議を継続実施
H29	 10月 10月下旬 11月 11月末	※市町村担当課長との会議（３回実施） ※全市町村長との個別の意見交換（２回実施） 市町村長会議 ○H36年度の保険料水準の統一化とそれに伴う激変緩和措置の実施など、奈良県での国保県単位化の制度設計について、合意形成 国保運営方針案について市町村合意 奈良県国民健康保険運営協議会　（国保運営方針案を審議） 「奈良県国民健康保険運営方針」を策定　→ 公表（12月１日）	７月	国保基盤強化協議会事務レベルWG ○本県の要望活動等の結果、H30年度からの公費拡充分について、激変緩和を含めた保険料負担の増加抑制のための公費メニューの充実や都道府県における運用の弾力化が図られた。

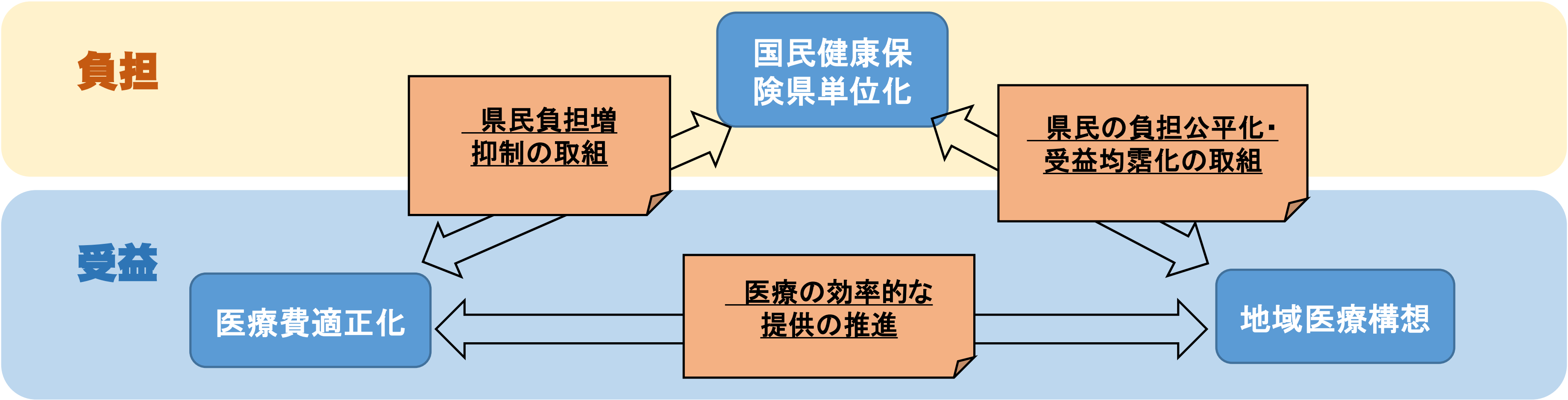
奈良県の国保県単位化の取組（H30年度4月よりスタート、H36年度完成）

制度設計の主なポイント

➢ 平成36年度に**保険料水準**を**統一**。
一般会計からの**法定外繰入**は平成30年度に**解消**。
⇒県民の負担（保険料負担）と受益（医療費）の関係を「見える化」。

➢ 県民負担の上昇を抑制するため、公費を有効に活用。
抑制的な医療費目標を設定し、県が医療費適正化を主導する**体制を整備**。
地域別診療報酬の積極活用を検討。

県は、今後、県民の**負担と受益を総合的にマネジメント**



奈良県における県民の受益と負担の総合的マネジメント（国保）

A 県民の受益（H36年度見込み）

奈良県の国保の医療費総額（支払い診療報酬総額等）

1，177億円

（第3期医療費適正化計画上の医療費目標4,813億円の内数）

均衡

B 県民の負担（H36年度見込み）

保険料による負担　218億円

受診時の自己負担　200億円

公費による負担（法定内繰入）　319億円

前期高齢者交付金　440億円

○医療費適正化の推進

○国保事務支援センターの設置

○国保事務共同化の推進

「同じ所得・世帯構成であれば、県内のどこに住んでも保険料水準が同じ」

H36年度県内統一保険料水準

県民一人あたり　71，158円

（介護保険及び後期高齢者医療への納付金を含めれば113，736円）

A受益とB負担が均衡しない場合

当該マネジメントに当たっては、医療機関の経営状況を適切に勘案

H36年度医療費が見込み（1，177億円）を超過する場合　（ A＞B ）

選択肢

- ①赤字補填（法定外繰入等）⇒不可
- ②保険料による負担総額の引上げ⇒統一保険料水準の更なる引き上げ
- ③支払い診療報酬総額の引下げ⇒高齢者の医療の確保に関する法律の規定による権能の行使（地域別診療報酬の活用）

H36年度医療費が見込み（1，177億円）を下回る場合　（ A＜B ）

選択肢

- ①将来の医療費増に備えた基金積立て
- ②保険料による負担総額の引下げ⇒統一保険料水準の引下げ
- ③支払い診療報酬総額の引上げ⇒高齢者の医療の確保に関する法律の規定による権能の行使（地域別診療報酬の活用）

医療費適正化の推進

こまめに実行

わかりやすく実行

医療費適正化・保健事業の推進

①後発医薬品の普及促進
・県域で統一的に後発医薬品差額通知を実施
・公立医療機関での後発医薬品の使用割合の向上のため、設立主体に働きかけ　等

②医薬品の多剤投与・重複投与の適正化
・多剤・重複投与者への個別訪問指導の全県域での実施（薬剤師会とも連携）
・「お薬手帳」「残薬バッグ」の普及促進　等

③糖尿病性腎症重症化予防
・「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(H29策定)に基づく糖尿病治療勧奨 等

④レセプトデータやKDBを活用した医療費分析と分析結果の具体的活用
・全県的及び地域差等に着眼した医療費分析に基づく医療費適正化、保健事業の具体的取組の企画・立案

市町村の保健事業への支援

①特定健康診査・特定保健指導の受診率向上
・国保データベース（KDB）を活用した受診率向上の取組（未受診者への個別勧奨、未治療者への治療勧奨）等

②データヘルス計画策定及び評価
・データヘルス計画策定の支援等

③生活習慣病予防対策の企画・実施
・共通啓発ツールの作成、提供等

④専門職の資質向上
・特定保健指導等のためのスキルアップ講座

県・市町村等が連携して実行

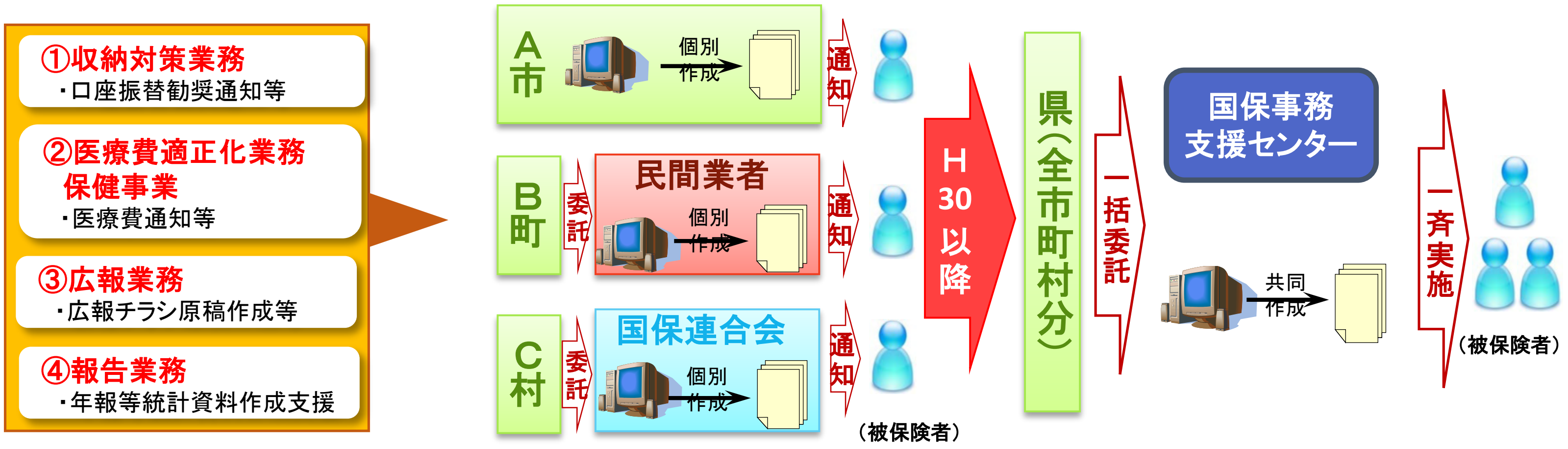
奈良県独自の「国保事務支援センター」の設置

○ 県が国保の保険者として参画することに伴い、国保連合会に加入。担当部局長が副理事長に就任。（県から職員５名を派遣）
○ センターは、業務の共同化と医療費適正化の取組等の推進を担う。
○ 定期的な企画調整会議を開催し、支援センター・県・国保連合会・市町村等の緊密な連携を図る。

国保事務共同化の推進

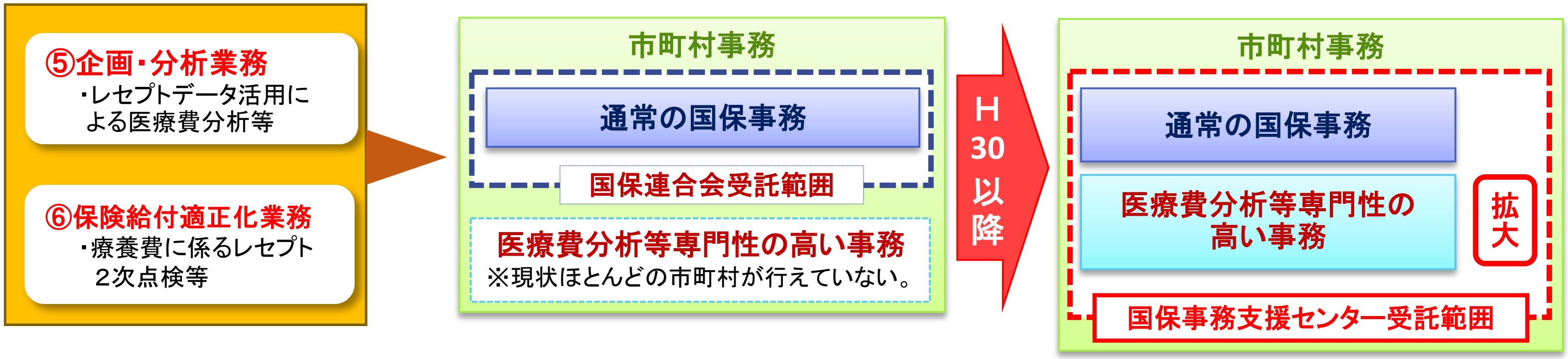
業務の集約化

現在、市町村毎に実施しているが、県単位化後はセンターで統一実施（事務の軽減）



業務範囲の拡充

これまで実施できなかった（実施してこなかった）事務



奈良県における医療費適正化に向けた組織体制の整備

健康福祉部
所管：地域福祉、障害福祉、高齢福祉、
地域包括ケア、国民健康保険、
健康づくり

こども・女性局
所管：児童福祉、子育て支援、女性政策

医療政策部
所管：地域医療、医師・看護師確保、
医大・県立病院、保健予防、
薬務

30年度改正

福祉医療部
所管：地域福祉、障害福祉、高齢福祉、
福祉人材確保

医療・介護保険局
所管：国民健康保険、医療費適正化、
介護保険、地域包括ケア

医療政策局
所管：地域医療、医師・看護師確保、
医大・県立病院、保健・健康づくり、
疾病対策、薬務

こども・女性局
所管：児童福祉、子育て支援、
女性政策

奈良県における県民の受益と負担の関係の「見える化」の取組（イメージ）

県民負担抑制の仕組み
・公費の有効活用
・抑制的な医療費目標
・医療費適正化に向けた取組
・地域別診療報酬の活用

法定外繰入れ等の解消分を含めた激変緩和措置を市町村ごとに実施（国の公費を有効活用）

①医療費水準による影響あり
②医療費以外の要因として法定外繰入による軽減等（負担と受益の関係が不明確）

現在の保険料水準

各市町村が、県と協議のうえ保険料改定の方針を策定（実際の保険料水準ベースで合意形成）

激変緩和措置期間

県内統一保険料水準

（国保の医療費総額見込みに対応）

①県内統一
②法定外繰入等の廃止
により県全体として受益と負担の関係を「見える化」

平成29年度

平成36年度

高齢者の医療の確保に関する法律の規定による権能の行使（地域別診療報酬の活用）

国保の保険料水準の前提となる医療費目標を医療費適正化計画上、高確法第9条第3項第2号の目標として明記済み。医療費がそれより増嵩した場合、更なる保険料の引上げを求めるかどうかを県民の受益と負担の結節点として県が決定できるよう、保険料を引き上げない場合には同法第14条の地域別の診療報酬の特例を活用する（診療報酬１点の単価10円を見直す）ため、同法第13条の意見を提出することを検討。

◆高齢者の医療の確保に関する法律（抜粋）

（都道府県医療費適正化計画）

第九条　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。

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

（計画の実績に関する評価）

第十二条　都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県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ものとする。

（診療報酬に係る意見の提出等）

第十三条　都道府県は、前条第一項の評価の結果、第九条第三項第二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、健康保険法第七十六条第二項の規定による定め及び同法第八十八条第四項の規定による定め並びに第七十一条第一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七十八条第四項に規定する厚生労働大臣が定める基準（次項及び次条第一項において「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）

第十四条　厚生労働大臣は、第十二条第三項の評価の結果、第八条第四項第二号及び各都道府県における第九条第三項第二号の目標を達成し、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。

➡その積極活用・早期活用に向け、地方分権改革に関する提案を行う

【提案内容】

「高齢者の医療の確保に関する法律（以下「法」という）」第14条の積極的な活用に向け、都道府県による意見の提出に資する具体的メニュー（医療費目標が達成できない場合の単価引下げ、病床削減が進まない場合の点数引下げ等）を早期に示していただきたい。

また、これに関連して、法第13条に基づく都道府県の「診療報酬に係る意見の提出」について、国の診療報酬改定のスケジュールにあわせた具体的な手続を示すとともに、医療費適正化計画期間中であっても、都道府県が必要に応じて法第12条に基づく「実績評価」及び法第13条に基づく「診療報酬に係る意見の提出」が行えるよう規定の改正を行っていただきたい。

自由民主党　財政再建に関する特命委員会（H30．3．29）資料

財政構造のあり方検討小委員会　中間報告書　～次世代との約束～　（抄）

3．分野毎の歳出改革について
（1）社会保障
⑤効率的な医療提供体制に向けた都道府県の取組を支援
・法定外繰り入れの解消など先進事例（奈良方式）を後押しするとともに横展開を図る。

経済財政諮問会議（H30．5．21）有識者議員提出資料

（資料3－1）　社会保障改革の推進に向けて（抄）

平成30年5月21日
伊藤 元重　榊原 定征
高橋 進　　新浪 剛史

2．都道府県が主導する保健・医療・介護提供体制の構築

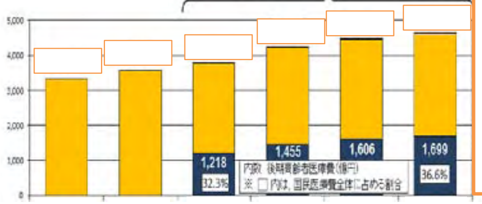
〇　各都道府県は将来的な医療・介護費の見通しとそれに基づく将来的な保険料水準の見通しを策定し、給付や負担の姿を幅広く共有しつつ、医療・介護を通じた提供体制の効率化、住民等の行動変容を通じた医療費適正化、法定外繰入の計画的な解消等の国保財政の健全化に一体的に取り組むべき。国は先進・優良事例を横展開するとともに、遅れがみられる地域の課題を明らかにし、その地域の取組を促進していくべき。

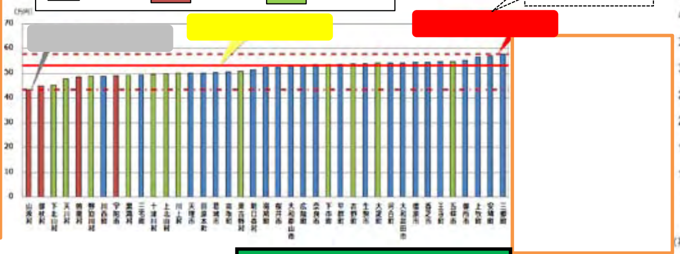
（参考1） 第3期奈良県医療費適正化計画(H30～H35)の概要

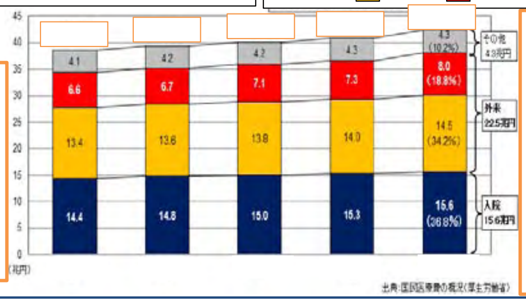
国民皆保険制度を維持し、県民の適切な医療の確保を図る観点から、県が市町村、医療機関、保険者協議会等と広く連携して、医療に要する費用の適正化を総合的・計画的に推進するため、達成すべき目標とその行動目標及び施策等を定める。(「高齢者の医療の確保に関する法律」(以下「法」という。)に基づき策定)

○「国民健康保険の県単位化」「奈良県地域医療構想」の取組と一体的に推進。また、「第7次奈良県保健医療計画」「なら健康長寿基本計画」など関係計画と調和のもと取り組む。

○医療費目標を設定し、「医療の効率的な提供の推進」「県民の健康保持の推進」「介護給付の適正化」の各分野毎に行動目標を設定し施策を推進。







法第9条第3項第2号に基づく医療費目標　4，813億円（平成35年度）

＜医療費目標を達成できない場合において、法第13条第1項に基づく診療報酬に関する意見提出及び法第14条に基づく、いわゆる地域別診療報酬について検討＞

Ⅰ 医療の効率的な提供の推進	行動目標	具体的な施策（例示）
1 急性期から回復期、慢性期、在宅医療、介護までの一貫した体制の構築		
(1)医療ニーズに対応した医療提供体制の整備	○地域医療構想に基づく病院機能の分化・連携の推進 ○重症急性期機能の集約(病床数が増加せず、病院数が減少する方向)(平成37年度)	・地域の医療、介護関係者等が連携・協力して地域医療構想の実現に向けた取組を行えるよう、協議の場の設置など「顔の見える関係づくり」を推進。
(2)地域包括ケアシステムの構築と過不足のない効果的な介護サービス提供体制の整備	○自立支援型の地域ケア会議を開催する市町村数 県内全市町村（39市町村）（平成32年度）	・多職種での研修、医療関係者向け介護研修や介護関係者向け医療研修等を実施し、連携体制を構築。
2 後発医薬品の使用促進	○後発医薬品の使用割合　80%（平成31年度） ○後発医薬品の使用割合　全国1位の水準（平成35年度）	・後発医薬品への使用転換が進みにくい薬効の医薬品の情報の収集・評価を行い、医師等へ提供。
3 医薬品の適正使用(重複・多剤投薬、残薬対策)	○15種類以上の薬剤を投与されている患者（国保＋後期）割合 平成27年度数値（7.0%）より半減（平成35年度）	・重複・多剤投薬が行われている国保被保険者を抽出し、服薬情報を送付。かかりつけ医や薬局への相談を促すことで、重複・多剤投薬を改善。
4 糖尿病重症化予防の推進	○糖尿病性腎症による新規人工透析患者数 直近3年の平均（年間197人）より減少（平成35年度）	・医療関係者に対し、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の研修等を実施し、全県的に取組を推進。
5 療養費の適正化	○1人当たり柔整療養費（国保＋後期）　全国平均水準にまで減少（平成35年度）	・保険者間で、療養費に関する情報交換を定期的に行う場を設置し、県域での適正化を推進。
6 医療に関する情報提供の推進	○本県の医療の質の向上に向けて、医療機能の「見える化」を推進して広く県民に各種の医療情報を提供するとともに、医療機関による自らの取組を促す	・救急搬送状況、病床機能報告データに基づく医療機能、レセプトデータ分析による医療提供状況など各種医療情報の「見える化」。
7 公立医療機関における医療費適正化等の取組	○公立医療機関における医療費適正化の取組とそれを支える公立医療機関の費用構造改革を徹底し、取組状況を積極的に開示	・公立医療機関における後発医薬品の使用状況を把握し、後発医薬品の使用割合の向上を徹底。

Ⅱ 県民の健康保持の推進	行動目標	具体的な施策（例示）
1 特定健康診査及び特定保健指導の実施率向上	○特定健康診査の実施率　70%（平成35年度） ○特定保健指導の実施率　45%（平成35年度）	・特定健診とがん検診を同時実施するなど、実施率向上に向け、保険者間で連携を強化。
2 生活習慣病予防に向けた生活習慣の改善	○特定保健指導対象者の減少率（対平成20年度比）　25%（平成35年度）	・「健康ステーション」の運営、市町村等関係団体との連携により、日常生活の中で取り組める「おでかけ健康法」の普及促進を図り、運動習慣を創出。
3 喫煙対策	○喫煙率　9.9%（平成34年度）	
4 がん検診の受診率の向上	○がん検診の受診率　50%（5がん全て）（平成34年度）	・従業員等の受診率向上に取り組む企業等を「がん検診応援団」として認定し、県民の受診を促進。
5 歯と口腔の健康の推進	○歯科医師による定期チェック（年1回）の割合　50%（平成34年度）	・歯科検診受診率の低い壮年期の男性等を対象に、歯科医師による定期的チェックの勧奨推進。

Ⅲ 介護給付の適正化	行動目標	具体的な施策（例示）
1 要介護認定の適正化 2 自立支援や重度化防止に繋がる効果的な介護給付の推進	○65歳平均要介護期間　全国平均値を下回る（平成32年度） ○要介護認定率の市町村格差（年齢調整後）の是正（平成32年度）	・県内外の先進事例の情報収集・分析を行い、市町村、関係者、関係機関・団体と情報等を共有し、エビデンスベーストの施策展開を推進。

（参考2）平成30年度の1人当たり保険料の状況

1人当たり保険料額及び伸び率

自治体名	① 平成30年度一人当たり保険料額（円）	② 平成29年度一人当たり保険料額（円）	③ ①-②	伸び率（％）
県計	104,797	104,466	＋ 331	＋ 0.3
奈良市	107,605	105,420	＋ 2,185	＋ 2.1
大和高田市	97,344	100,367	▲ 3,023	▲ 3.0
大和郡山市	103,177	101,312	＋ 1,865	＋ 1.8
天理市	97,990	96,247	＋ 1,743	＋ 1.8
橿原市	96,197	95,246	＋ 951	＋ 1.0
桜井市	93,784	99,703	▲ 5,919	▲ 5.9
五條市	105,562	100,604	＋ 4,958	＋ 4.9
御所市	93,060	94,377	▲ 1,317	▲ 1.4
生駒市	121,754	121,221	＋ 533	＋ 0.4
香芝市	106,262	107,229	▲ 967	▲ 0.9
葛城市	86,642	82,812	＋ 3,830	＋ 4.6
宇陀市	110,049	114,069	▲ 4,020	▲ 3.5
山添村	91,253	91,032	＋ 221	＋ 0.2
平群町	144,026	142,164	＋ 1,862	＋ 1.3
三郷町	102,195	105,082	▲ 2,887	▲ 2.7
斑鳩町	110,833	112,295	▲ 1,462	▲ 1.3
安堵町	94,792	94,692	＋ 100	＋ 0.1
川西町	95,664	94,567	＋ 1,097	＋ 1.2
三宅町	92,357	89,122	＋ 3,235	＋ 3.6

自治体名	① 平成30年度一人当たり保険料額（円）	② 平成29年度一人当たり保険料額（円）	③ ①-②	伸び率（％）
田原本町	100,501	101,607	▲ 1,106	▲ 1.1
曽爾村	108,463	112,870	▲ 4,407	▲ 3.9
御杖村	74,864	76,077	▲ 1,213	▲ 1.6
高取町	94,933	100,947	▲ 6,014	▲ 6.0
明日香村	123,556	111,932	＋ 11,624	＋ 10.4
上牧町	96,358	99,454	▲ 3,096	▲ 3.1
王寺町	106,550	107,293	▲ 743	▲ 0.7
広陵町	114,537	115,611	▲ 1,074	▲ 0.9
河合町	107,322	110,137	▲ 2,815	▲ 2.6
吉野町	116,202	111,789	＋ 4,413	＋ 3.9
大淀町	112,229	123,825	▲ 11,596	▲ 9.4
下市町	99,252	93,752	＋ 5,500	＋ 5.9
黒滝村	113,313	118,619	▲ 5,306	▲ 4.5
天川村	133,274	133,889	▲ 615	▲ 0.5
野迫川村	104,634	91,675	＋ 12,959	＋ 14.1
十津川村	103,487	99,226	＋ 4,261	＋ 4.3
下北山村	88,482	77,727	＋ 10,755	＋ 13.8
上北山村	105,476	109,296	▲ 3,820	▲ 3.5
川上村	99,167	97,764	＋ 1,403	＋ 1.4
東吉野村	97,332	94,370	＋ 2,962	＋ 3.1

【上記の計算方法】
〇H30保険料(税)率に各市町村の所得総額、被保険者数、世帯数等を乗じて保険料総額を算出し、一般被保険者数で除して算出
・各市町村の所得総額・被保険者数等は、H30納付金算定における数値等を使用