

# 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

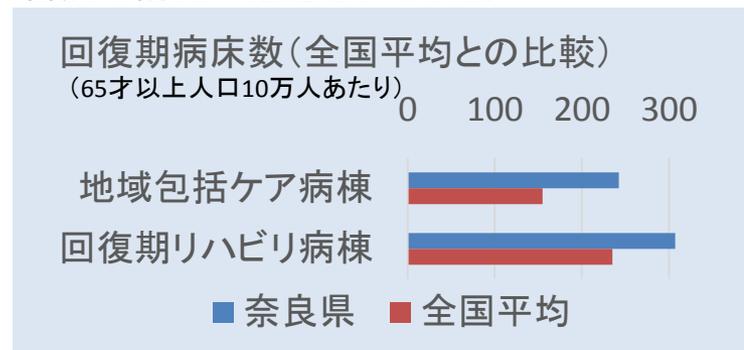
## 奈良県医療の実情

- 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

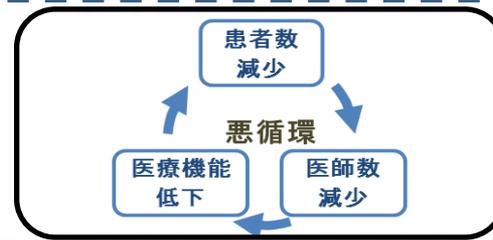
- 急性期及び高度な医療の「集約化」と、身近なニーズに対応する医療・介護の「均てん化」の同時達成
- 公的医療機関の地域貢献の充実
- 医療資源適正配置の具体的方向性について意識のすり合わせ、共通認識の醸成
- 医療提供機能の徹底的な見える化
- 地域医療構想実現のための政策手段の開発・充実

# 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

奈良総合医療センター  
新設 (H28年4月)

回復期・慢性期

五條病院  
改修 (H29年4月)

回復期・慢性期

吉野病院  
改修 (H28年4月)



連携



※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。

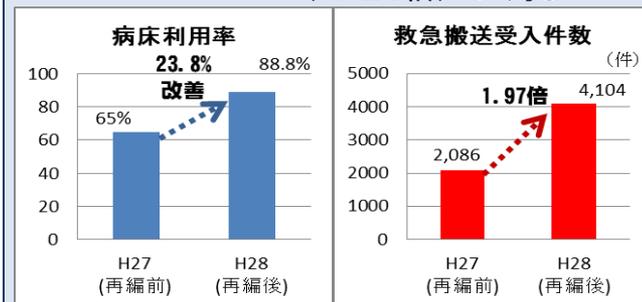
### 再編の成果

- 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



地域医療を支える7つの柱



## (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

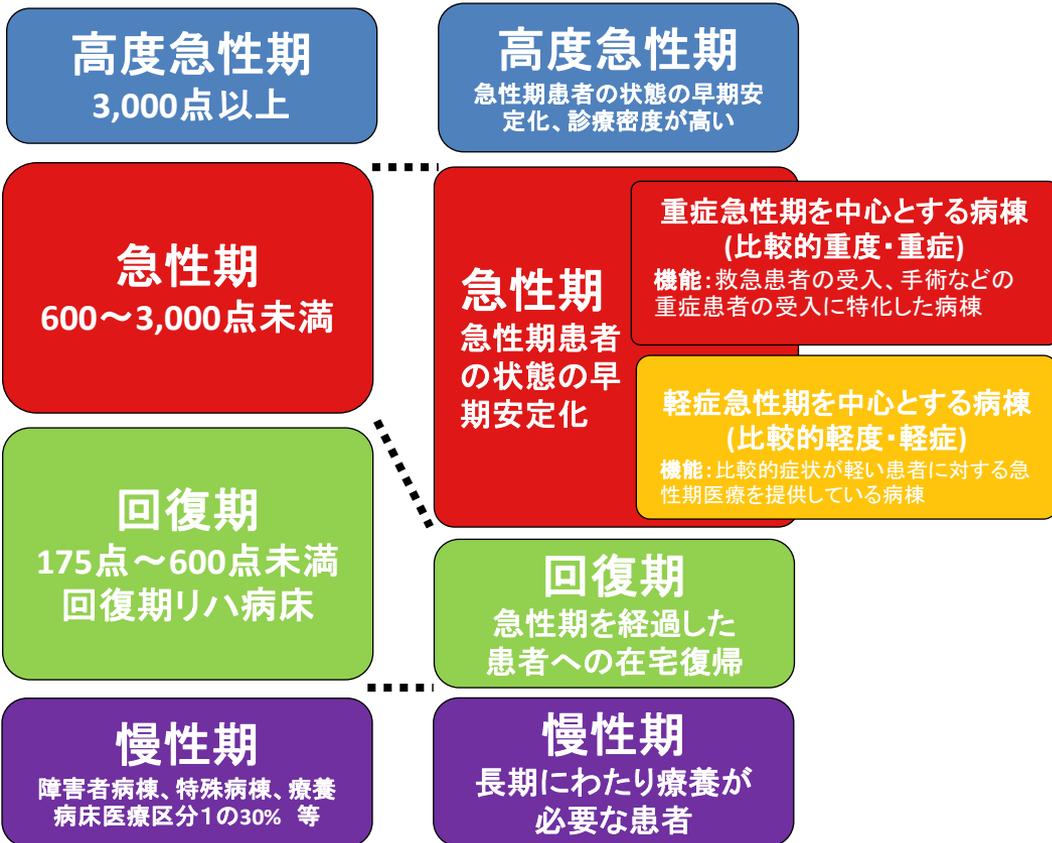
法人  
運営

# (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



- 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

入退院支援・介護連携

在宅医療(実施・連携)

リハビリテーション

増悪患者の受け入れ

食事・排泄自立への取り組み

QOL・自己決定の尊重・支援

認知症へのケア



### 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、退職金上乘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

## ● 地域医療構想と統合的な方向で医師を確保できるかどうか、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

# 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)～

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。**

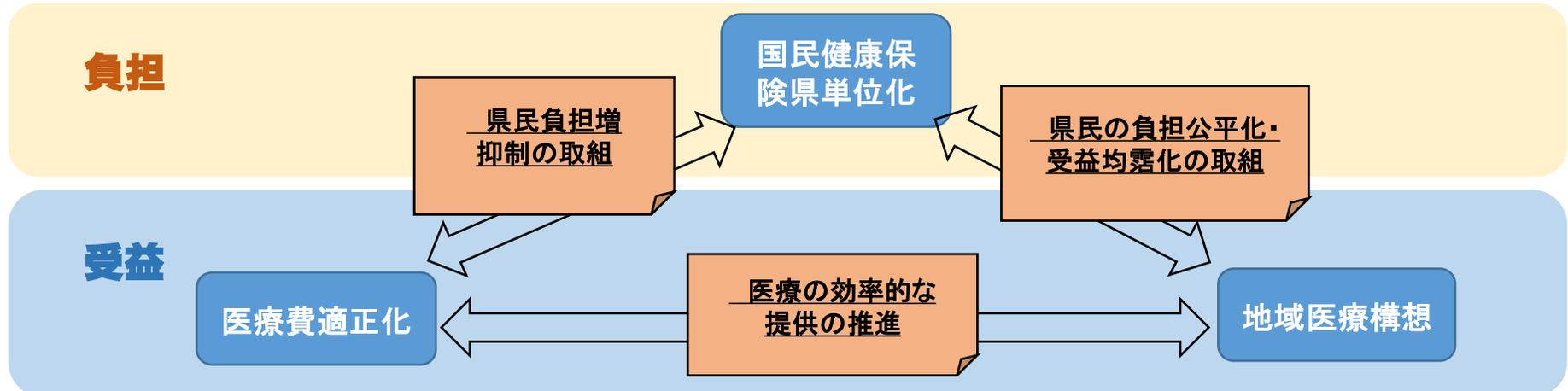
年度	奈良県の取組状況	国に先駆けて実施	国の主な動向
H24	4月 保険財政共同安定化事業の対象拡大（本県独自） 5月 県・市町村長サミット ○「国保の県単位化（統一保険料）」を目指すことを提案		4月 国民健康保険法 一部改正 保険財政共同安定化事業の対象拡大(H27年度～)
H25	10月 市町村アンケート調査 【結果】広域連合設立(賛成4(10%)、 H27年度からの標準保険料率化(賛成20(51%))		8月 社会保障制度改革国民会議報告書 ○国民健康保険の保険者の都道府県移行 12月 社会保障制度改革プログラム法 成立 【国保運営関連】 ○国保の財政上の構造的な課題を解決することとした上で、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	※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） 3月 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	※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） 10月 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 10月下旬 国保運営方針案について市町村合意 11月 奈良県国民健康保険運営協議会（国保運営方針案を審議） 11月末 「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)

- 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

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

「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

## 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

わかりやすく実行

## 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

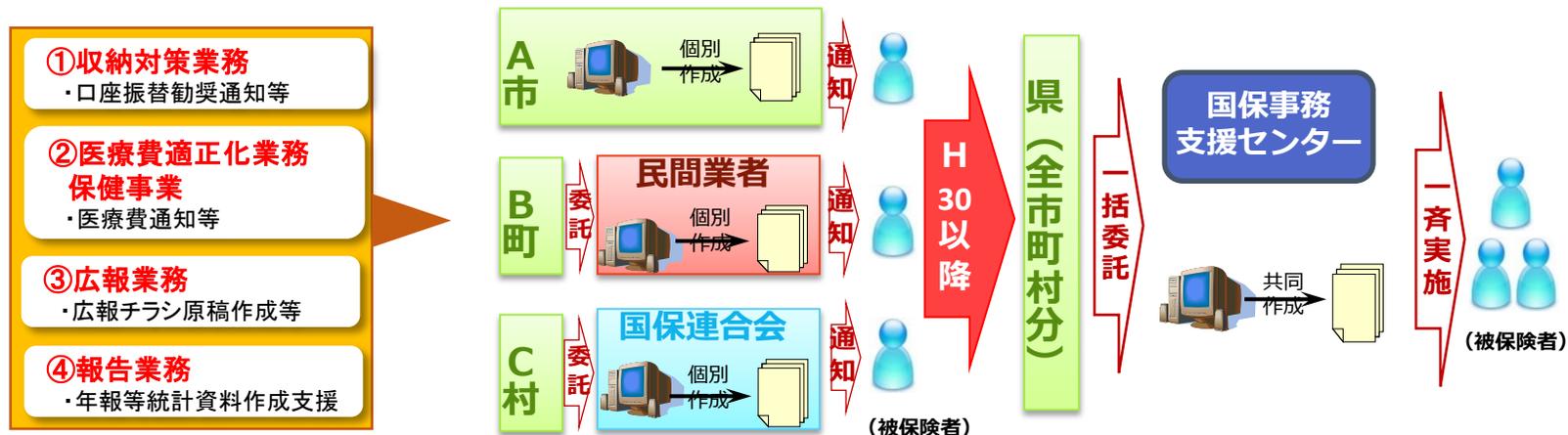
# 奈良県独自の「国保事務支援センター」の設置

- 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

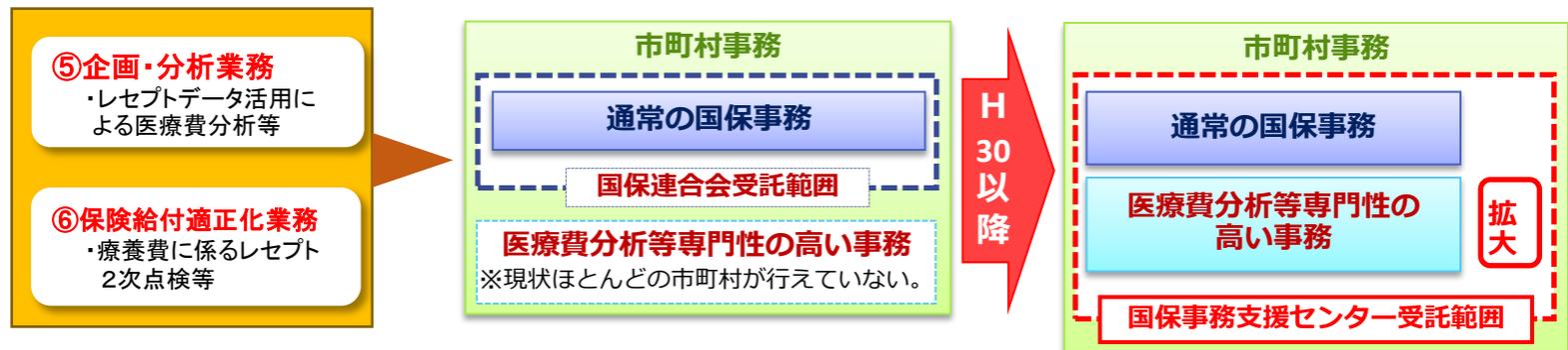
## 業務の集約化

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

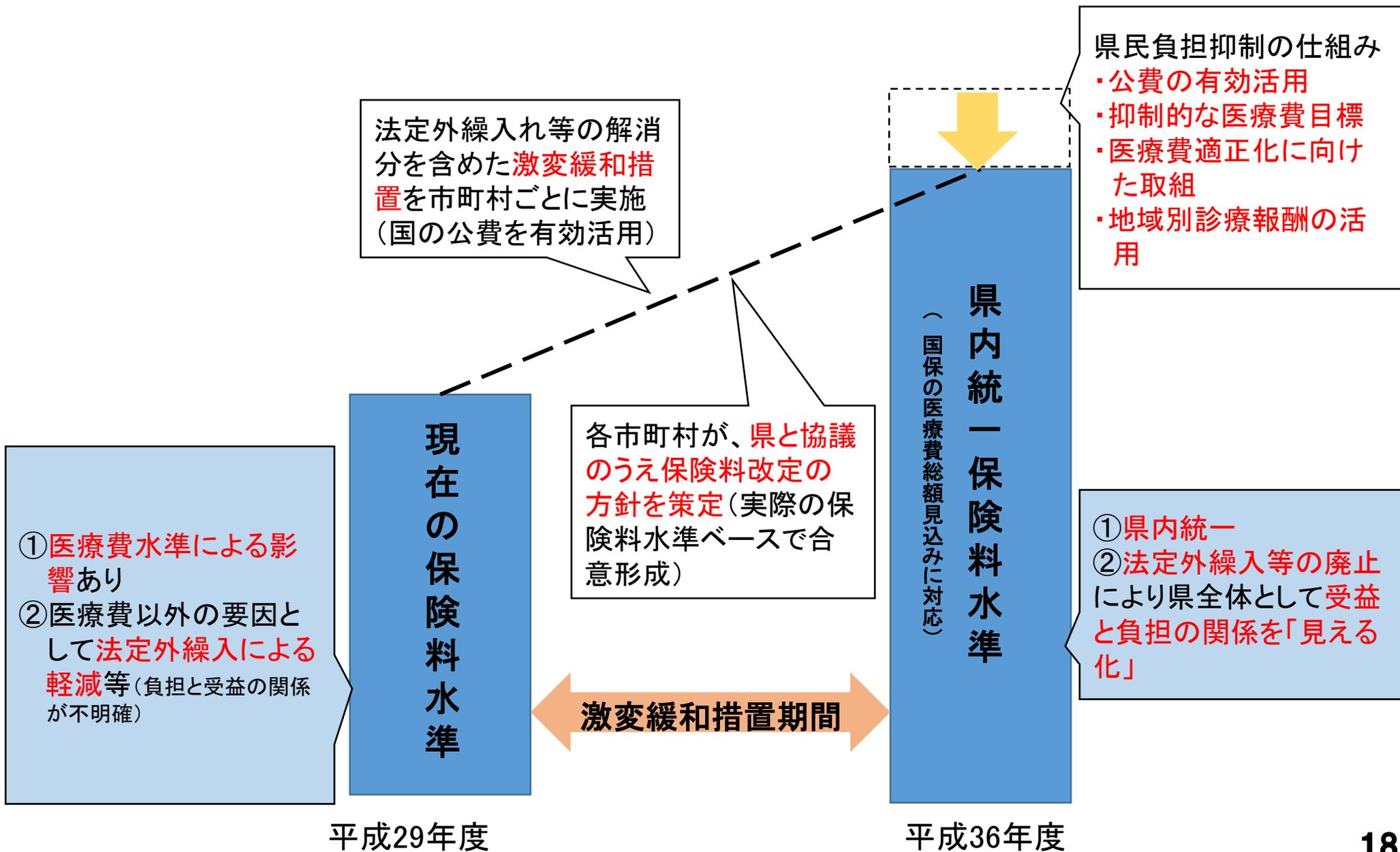
## 医療政策局

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)



# 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

○ 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

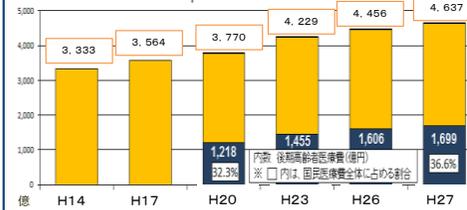
## 計画の趣旨

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。

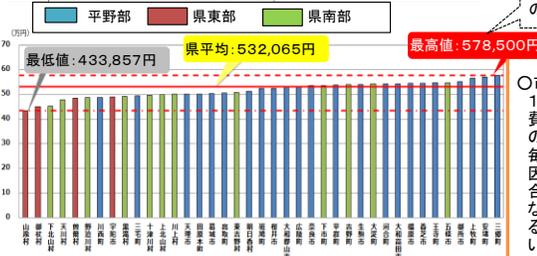
## 医療費の状況

出典：国民医療費、後期高齢者医療事業年報



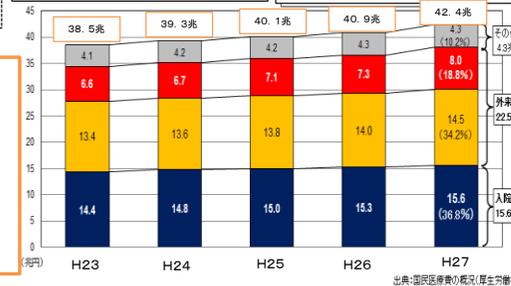
○国、県ともに高齢化の進展等により医療費が上昇。  
○奈良県では全国より速いペースで今後の高齢化が進むため、医療費適正化の積極的な推進が必要。

H27市町村別1人当たり医療費<年齢調整後>(国保+後期)



○市町村別の1人当たり医療費など、地域差の「見える化」を毎年実施し、要因分析のもと、合理的な理由のない格差をできる限り縮減していくことが必要。

国民医療費の診療種別の推移



○各種別とも増加しているが調剤の増加が著しい。  
○医療費適正化の取組の検討においては、医療費の推移や増加要因に着目し、効果的な対策を検討していくことが有効。

## 医療費目標、行動目標及び具体的施策

### 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	○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。
(1)医療ニーズに対応した医療提供体制の整備	○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)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	○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。
2 後発医薬品の使用促進	○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。
3 医薬品の適正使用(重複・多剤投薬、残薬対策)	○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。
4 糖尿病重症化予防の推進	○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。
5 療養費の適正化	○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」。
6 医療に関する情報提供の推進	○公立医療機関における医療費適正化等の取組 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。
7 公立医療機関における医療費適正化等の取組		
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	○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。
4 がん検診の受診率の向上	○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。
5 歯と口腔の健康の推進		
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	○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・団体と情報を共有し、エビデンスベースの施策展開を推進。
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		

# (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	②	③	伸び率 (%)
	平成30年度 一人当たり 保険料額(円)	平成29年度 一人当たり 保険料額(円)	①-②	
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	②	③	伸び率 (%)
	平成30年度 一人当たり 保険料額(円)	平成29年度 一人当たり 保険料額(円)	①-②	
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】

○H30保険料は各市町村のH30保険料(税)率に各市町村の所得総額、被保険者数、世帯数等に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