

第28回社会保障WG（11月12日開催）における議論

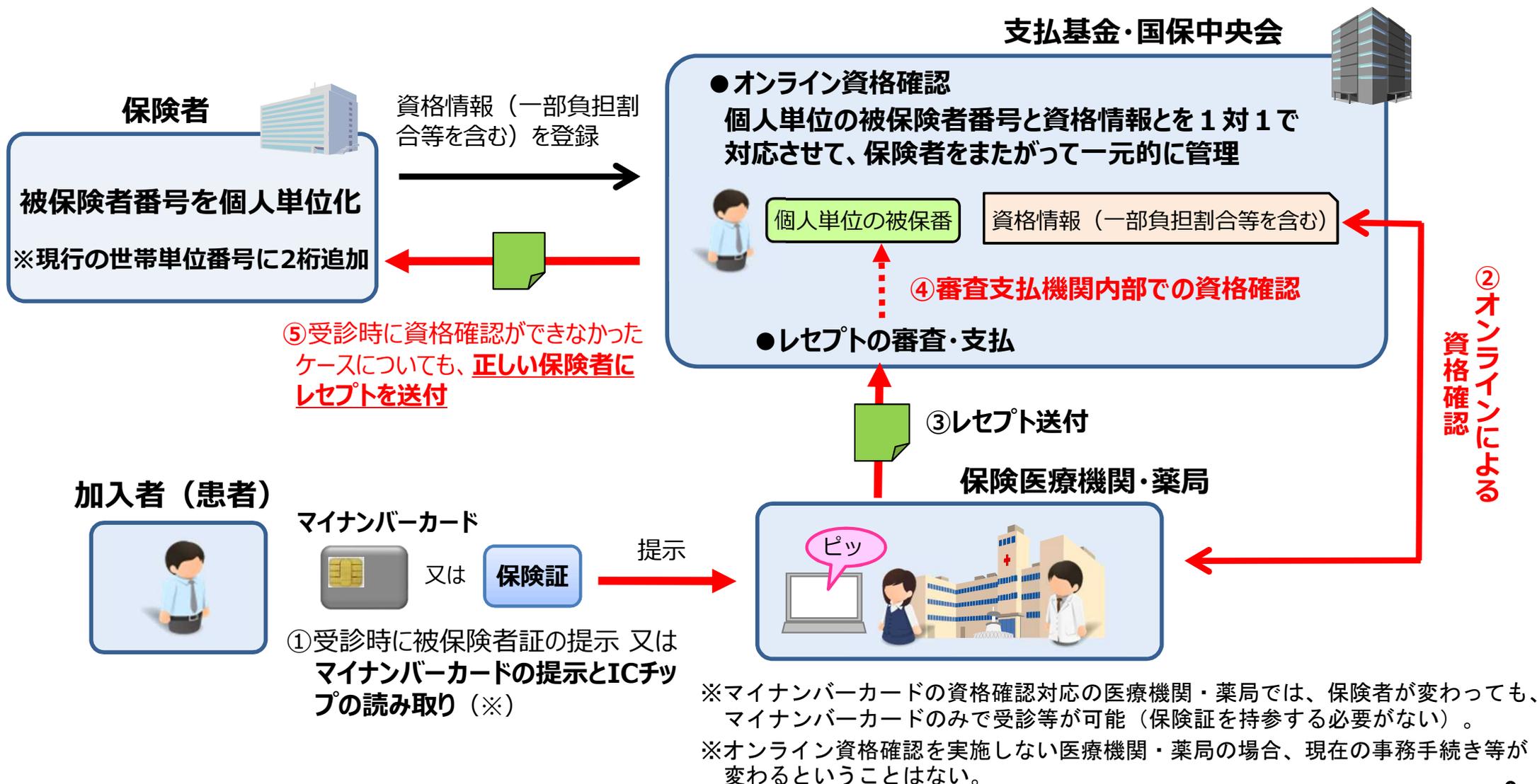
平成30年11月14日
厚生労働省

項目	現状（現状の取組・関連するデータ等）	今後の方針
<p>データヘルス改革の推進 （骨太方針2018の関連記載） データヘルス改革を推進し、被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認を導入するとともに、「保健医療データプラットフォーム」について、2020年度の本格運用開始を目指し取り組む。臨床・イノベーション・ネットワークとPMDAの医療情報データベース（MID-NET）を連携させ、治験・臨床研究や医薬品の開発、安全対策等に活用する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認については、2020年度の運用開始を目指し、保険者・医療関係者の意見を聴きながら、具体的な仕組みを検討している。 ○ 全国的な保健医療情報ネットワークを活用したサービスに係る実証及び全国的な保健医療情報ネットワークのセキュリティや利用者認証等に係る実証を実施している。 ○ 高品質で標準化された大規模医療データを医薬品等の安全対策に活用するため、MID-NETの本格運用を2018年度より開始。 ○ ナショナルセンター等の疾患登録情報を活用した臨床開発インフラを整備。 ○ NDBと介護DB（※）は、個々に収集・分析され、行政計画の作成等に活用。自治体、研究者等に対する第三者提供も実施（介護DBについては2018年度に提供開始予定）。 <p>（※） NDB：レセプト情報（2009年度分以降）と特定健診等情報（2008年度分以降）を匿名化し、悉皆的に保有するもの。 介護DB：介護レセプト、要介護認定情報等を匿名化し、悉皆的に保有するもの。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 2020年度の運用開始を目指し、システムの整備の準備を進める。 ○ 「未来投資戦略2018」やデータヘルス改革推進本部において取りまとめた「工程表」に基づき、費用対効果の観点も踏まえつつ、個人の健診・診療・投薬情報が医療機関等の間で共有できる全国的な保健医療情報ネットワークについて、必要な実証を行いながら、2020年度からの本格稼働を目指しているところ。 ○ MID-NETの経験等を参考に臨床研究中核病院において医療情報の品質管理・標準化を行う人材を育成し、リアルワールドデータを治験・臨床研究や医薬品の開発、安全対策等に利活用できる体制を構築する。 ○ 両DBの連結解析を可能とし、幅広い主体が地域包括ケアシステムの構築等に資する分析に役立つ基盤の2020年度の構築に向け、有識者会議（※）を開催。収集・利用目的に関する法の規定の整備や、第三者提供の制度化等の法的・技術的論点について議論中。本年秋を目途に議論をとりまとめ、医療保険部会及び介護保険部会に報告予定。 <p>（※）「医療・介護データ等の解析基盤に関する有識者会議」</p>

被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認等のイメージ

【導入により何がかわるのか】

- ①失効保険証の利用による過誤請求や保険者の未収金が大幅に減少
- ②保険者における高額療養費の限度額適用認定証の発行等を大幅に削減



特定健診データ、医療費・薬剤情報等の照会・提供サービスのイメージ

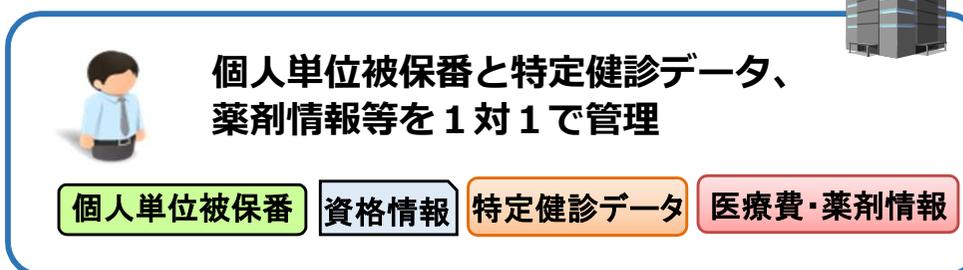
【導入により何が変わるのか】

- 患者本人や医療機関等において、特定健診データや薬剤情報等の経年データの閲覧が可能。
⇒ 加入者の予防・健康づくりや重複投薬の削減等が期待できる。

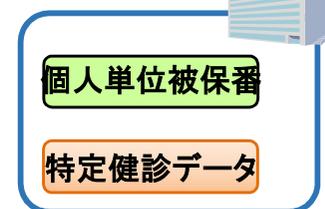
マイナポータル



支払基金・国保中央会（国保連）



保険者



本人

保険医療機関等



マイナンバーカード

- 問診票の記載等の際、本人同意の下、医療機関・薬局が本人に代わって（本人から委任を受けて）薬剤情報を支払基金・国保中央会に照会し、支払基金・国保中央会は保険者の委託を受けてオンラインで薬剤情報を回答する、という提供の考え方。

※ 保険者は本人からの照会への回答の事務を支払基金・国保中央会に委託。支払基金・国保中央会はレセプト情報から薬剤情報を抽出。

※オンライン資格確認等の導入に当たっては、クラウドを活用することにより運営コストを縮減

医療・福祉サービス改革関係

項目	現状（現状の取組・関連するデータ等）	今後の方針
<p>病床のダウンサイジング支援の追加的方策の検討</p> <p>（骨太方針2018の関連記載）</p> <p>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、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討するとともに、病床のダウンサイジング支援の追加的方策を検討する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 病床機能の転換や介護医療院への移行などの際の整備費用に対する補助を実施（地域医療介護総合確保基金、病床転換助成事業）。 ○ 2018年度から地域医療介護総合確保基金で実施できる事業の対象範囲を拡大し、病床のダウンサイジング等に要する経費（病棟の解体撤去費、早期退職する職員の退職金の割増相当額等）に活用可能とした。 ○ 2018年度診療報酬改定において、患者の状態等に応じた適切な入院料を選択できるよう、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を組み合わせた評価体系への再編・統合を実施。 ○ 2018年度介護報酬改定において、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、基準の緩和や加算の創設を行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 2018年度中に、地域医療介護総合確保基金の病床のダウンサイジングに係る活用状況を検証し、その結果を踏まえ、病床のダウンサイジング支援のために必要な追加的方策を検討する。 ○ 2018年度診療報酬改定で再編・統合した入院料等について、改定の影響を調査・検証するとともに、入院医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について、引き続き検討する。 ○ 介護医療院への移行状況及び移行における課題を把握し、引き続き転換方策を検討する。

病床転換助成事業の概要

- 療養病床の転換を支援するため、医療機関が医療療養病床から介護保険施設等へ転換する場合に、その整備費用を都道府県が助成する事業（高齢者医療確保法 附則第2条に基づく事業）。
- 費用負担割合・・・国：都道府県：保険者＝10：5：12
- 事業期限は平成35年度末（介護医療院の創設等を踏まえ平成29年度末の政令改正により延長）。

対象となる病床

- ①療養病床(介護療養型医療施設を除く)
- ②一般病床のうち、療養病床とともに同一病院(又は同一診療所)内にあり、療養病床とともに転換を図ることが合理的であると考えられるもの

転換

対象となる転換先施設

- ①介護医療院
- ②ケアハウス
- ③介護老人保健施設
- ④有料老人ホーム(居室は原則個室とし、1人当たりの床面積が、概ね13㎡以上であること) ※有料老人ホームであるサービス付き高齢者向け住宅を含む。
- ⑤特別養護老人ホーム
- ⑥ショートステイ用居室(特別養護老人ホームに併設するものに限る)
- ⑦認知症高齢者グループホーム
- ⑧小規模多機能型居宅介護事業所
- ⑨複合型サービス事業所
- ⑩生活支援ハウス
- ⑪サービス付き高齢者向け住宅(④の有料老人ホームであるもの以外の住宅)

転換に係る整備費用を助成

【補助単価(1床あたり)】

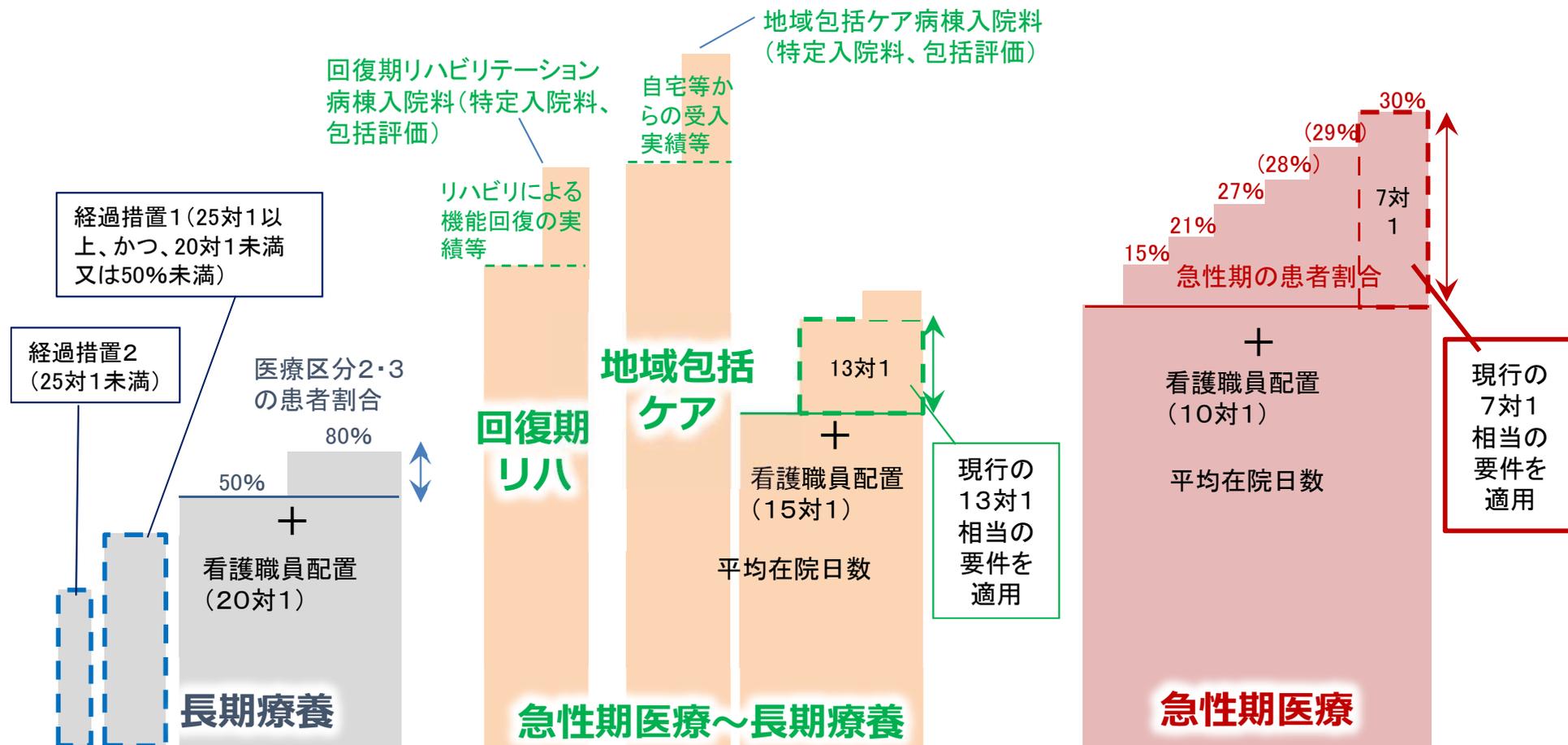
- ①改修 50万円
(躯体工事に及ばない室内改修(壁撤去等))
- ②創設 100万円
(新たに施設を整備)
- ③改築 120万円
(既存の施設を取り壊して、新たに施設を整備)

病床転換助成事業



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・福祉サービス改革関係

項目	現状（現状の取組・関連するデータ等）	今後の方針
<p>高額医療機器の効率的な配置・稼働率の向上 （骨太方針2018の関連記載） 高額医療機器について、共同利用の一層の推進など効率的な配置を促進する方策を講じる。また、これに伴う稼働率の向上を促進する方策を検討する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 2018年に医療法及び医師法の一部を改正する法律が成立し、外来医療提供体制の確保に関する事項を医療計画に記載すること及び医療機器等の効率的な活用について地域ごとの関係者による外来医療提供体制の確保に関する協議の場における協議事項とすることを法定。 ○ 2016年度診療報酬改定において、CT及びMRIについて適正かつ効率的な利用を促進する観点から、新たに施設共同利用での撮影を評価。 ○ 2018年度診療報酬改定において、放射線治療機器（※）の効率的な利用の促進の観点から、入院中の他医療機関受診時の入院料の減額を緩和するとともに、受診先医療機関においても外来放射線治療加算できるようにしたところ。 <p>（※）IMRT、定位放射線治療、粒子線治療が対象</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 都道府県において、2019年度中に、医療計画に外来医療提供体制の確保に関する事項として医療機器等の効率的な活用の促進に関する事項を盛り込み、2020年度以降、医療計画に基づく医療機器等の効率的な活用の促進に取り組む。 ○ 都道府県において、地域ごとに関係者による外来医療提供体制の確保に関する協議の場を設け、医療機器等の効率的な活用に関する協議を行い、その結果を公表する。 ○ これまでの改定において、高額医療機器の共同利用を推進し、稼働率の向上とともに、効率的な利用を図っているところ。次回改定に向けて、一層の共同利用の推進方策等を検討。

医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価

放射線撮影等の適正な評価

➤ 64列以上のマルチスライス型CT及び3テスラ以上のMRIといった高機能の診断装置について適正かつ効率的な利用を促進する観点から、新たに施設共同利用での撮影を評価する。

【現行】

コンピューター断層撮影装置 CT撮影（一連につき） 1 CT撮影（一連につき）	
イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合	1,000点
ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合	900点
ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合	770点
ニ イ、ロ、ハ以外の場合	580点

磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)	
1 3テスラ以上の機器による場合	1,600点
2 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合	1,330点
3 1、2以外の場合	920点

【改定後】

コンピューター断層撮影装置 CT撮影（一連につき） 1 CT撮影（一連につき）	
イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合	
(1) 共同利用施設において行われる場合	1,020点
(2) その他の場合	1,000点
ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合	900点
ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合	750点
ニ イ、ロ、ハ以外の場合	560点

磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)	
1 3テスラ以上の機器による場合	
イ 共同利用施設において行われる場合	1,620点
ロ その他の場合	1,600点
2 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合	1,330点
3 1、2以外の場合	900点

※ 共同利用施設において行われる場合とは、施設共同利用率が10%を超えると届け出た保険医療機関において撮影する場合又は共同利用を目的として別の保険医療機関が依頼して撮影される場合を指す。

➤ ~~ポジトロン撮影等について、施設共同利用率の要件を現行の20%から30%に引き上げる。~~（※経過措置1年間）

高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進①

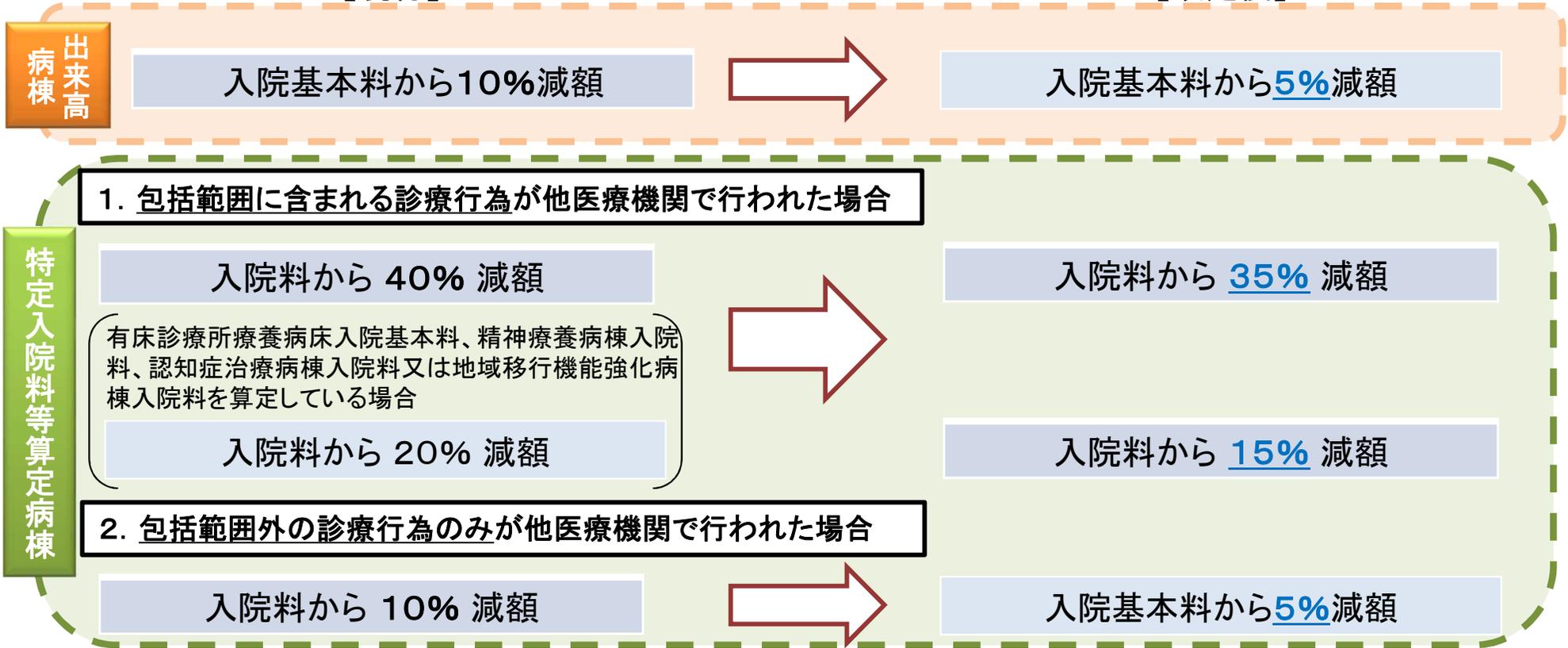
【課題】

- がん対策推進基本計画においては、標準的な放射線療法について均てん化する一方で、一部の高度な放射線療法については、必要に応じて、連携体制等について検討することとされている。
- 一部の高度な放射線治療機器は、限られた施設でしか保有されていない。

➤ 放射線治療機器の効率的な利用の促進の観点から、高度な放射線治療機器等を有する他の医療機関を受診する場合の、入院中の他医療機関受診時の入院料の減額について取扱いを緩和する。

【現行】

【改定後】



高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進②

- 放射線治療機器の効率的な利用の促進の観点から、高度な放射線治療機器等を有する他の医療機関受診時に、受診先医療機関において外来放射線治療加算を算定できるようにする。

現行	
放射線治療管理料	
外来放射線治療加算	100点
<p>[算定する場合]</p> <p>外来放射線治療加算は、悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対して、区分番号「M001」体外照射の「2」に掲げる高エネルギー放射線治療又は区分番号「M001」体外照射の「3」に掲げる強度変調放射線治療(IMRT)の際に、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合に、1日につき1回に限り算定する。</p>	



改定後	
放射線治療管理料	
外来放射線治療加算	100点
<p>[算定する場合]</p> <p>外来放射線治療加算は、悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対して、区分番号「M001」体外照射の「2」に掲げる高エネルギー放射線治療又は区分番号「M001」体外照射の「3」に掲げる強度変調放射線治療(IMRT)の際に、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合及び<u>他医療機関に入院中の患者に対して、区分番号「M001」体外照射の「3」に掲げる強度変調放射線治療(IMRT)の際に、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合に</u>、1日につき1回に限り算定する。</p>	

医療・福祉サービス改革関係

項目	現状（現状の取組・関連するデータ等）	今後の方針
<p>地域の実情に応じた取組の推進（地域別の取組や成果の進捗管理・見える化等）</p> <p>（骨太方針2018の関連記載）</p> <p>一人当たり医療費の地域差半減、一人当たり介護費の地域差縮減に向けて、国とともに都道府県が積極的な役割を果たしつつ、地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、更なる対応を検討する。</p>	<p>（医療保険関係）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 各都道府県において、第3期医療費適正化計画（2018年度から2023年度）に基づき、医療費適正化の取組を推進。 ○ 新たな保険者インセンティブ制度（2018年度より開始）を実施。 <p>（介護保険関係）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域包括ケア「見える化」システムにおいて、地域ごとの取組の具体的事例や、介護給付費の地域差等を自治体や国民に公表している。 ○ 改正介護保険法に基づく、保険者等における以下の取組等について、費用分析手法や適正化手法の普及を図っているところ。さらに、本年度からは進捗管理の手引の作成・周知によりPDCAサイクルを推進している。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険事業（支援）計画の策定に当たりデータの分析を実施 ・ 同計画に自立支援・重度化防止等の取組内容と目標を記載し、その達成状況の評価等を実施 ○ 改正介護保険法による新たな交付金（保険者等の財政的インセンティブ。本年度に開始）の都道府県分は交付手続きを進めている。市町村分は評価指標による結果を集計中。 	<p>（医療保険関係）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 第3期医療費適正化計画について、毎年度PDCA管理を実施する。 ○ 保険者に対するインセンティブ措置の充実を検討する。 <p>（介護保険関係）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 引き続き、地域包括ケア「見える化」システムを活用して介護等に関する情報の提供を行い、地域ごとの取り組みや現状の「見える化」を推進していく。 ○ 引き続き、進捗管理の手引の周知等を行うことにより、保険者等におけるPDCAサイクルを推進。 ○ 新たな交付金について、今年度内に交付、評価結果の公表を行い、取組状況の「見える化」や改善を進める。

医療費適正化計画について

根拠法：高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）

計画期間：第1期／平成20～24年度、第2期／平成25～29年度、第3期／平成30～35年度（2023年度）

実施主体：都道府県

※ 国が策定する「医療費適正化基本方針」で示す取組目標・医療費の推計方法に即して、都道府県が「医療費適正化計画」を作成。国は都道府県の計画を積み上げて「全国医療費適正化計画」を作成。

趣旨：制度の持続可能な運営を確保するため、都道府県が、計画に定めた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、住民の健康保持や医療の効率的な提供の推進に向けた取組を進めるもの。

※ 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枠組み。

第1期（平成20～24年度）、第2期（平成25～29年度）

- 平成18年の医療保険制度改革で医療費適正化計画の枠組みを創設（平成18年6月 健康保険法等改正法 公布）。

【計画の考え方】

- 入院医療費：平均在院日数の縮減
- 外来医療費：特定健診・保健指導の推進

第3期（平成30～35年度（2023年度））～

- 平成26年の医療法改正で将来の医療需要に着目して医療機能の分化・連携を図る「地域医療構想」の枠組みを創設。
- これを受けて平成27年に高齢者医療確保法を改正。入院医療費について地域医療構想の成果を医療費適正化計画に反映する枠組みへと見直し。

【計画の考え方】

- 入院医療費：各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
- 外来医療費：特定健診・保健指導の推進のほか、糖尿病の重症化予防、後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用など

◎高齢者の医療の確保に関する法律 第9条

※平成27年改正後の条文（平成26年の法改正で医療法に地域医療構想が規定されたことを受けた改正。第3期の医療費適正化計画から適用）

- 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。
- 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。
 - 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
 - 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
 - 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）

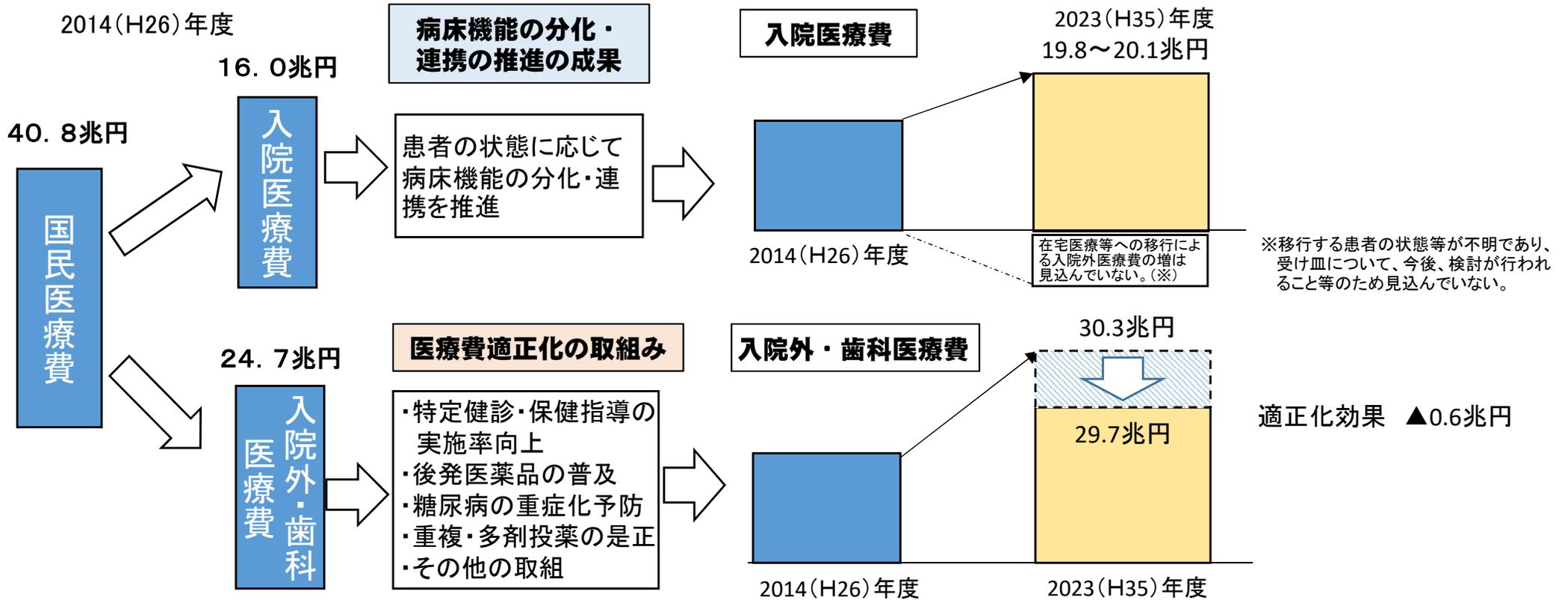
第3期の医療費適正化計画について

- 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 |

保険者による予防・健康づくりとインセンティブの推進

○経済財政運営と改革の基本方針2018（2018年6月15日閣議決定）（予防・健康づくりの推進関係：抜粋）

- ・糖尿病等の生活習慣病の重症化予防に関して、… 先進・優良事例の横展開の加速に向けて今後3年間で徹底して取り組む
- ・予防・健康づくりに頑張った者が報われる制度を整備する
- ・保険者における予防・健康づくり等の分野におけるインセンティブ改革の取組の全国的な横展開を進める

《日本健康会議による全国展開》

- 先進的な予防・健康づくりの取組を民間主導（自治体・保険者・企業・医療関係者等）で全国に広げるための「日本健康会議」が発足（2015年7月）。
- 「健康なまち・職場づくり宣言2020」→進捗状況をホームページで公表し「見える化」。
- 糖尿病重症化予防、個人インセンティブ等の先進・優良事例を紹介し、全国展開。

《保険者の取組の支援（インセンティブ）》

- 保険者による予防・健康づくりの取組をインセンティブにより支援。（保険者努力支援制度・後期高齢者支援金の加減算制度）

現在の取組

横展開の加速化

糖尿病の重症化
予防の横展開

【糖尿病の重症化予防の推進】

- 糖尿病の重症化予防プログラムを策定(2016年4月)
- 厚労省・日本医師会・糖尿病対策推進会議の三者の連携協定(2016年3月)を通じ、地域での取組を推進
- 自治体での取組の先進・優良事例を公表(2017年7月)

《目標》重症化予防に取り組む自治体を800市町村(2020年度)
《実績》118市町村(2016年度) → 654市町村(2017年度)

【国保の取組をインセンティブで支援】

- 保険者努力支援制度を先行実施（2016年度～）
※保険者努力支援制度は、予防・健康づくりに取り組む自治体への財政支援を行う仕組み
※財政規模：150億円(2016年度)→250億円(2017年度)

【個人のインセンティブを推進】

- 保険者による加入者への予防・健康づくりの支援を、努力義務化（2015年法改正）
（例：ヘルスケアポイント、分かりやすい情報提供など）
- 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の策定・公表

《目標》加入者へのインセンティブに取り組む自治体を800市町村(2020年度)
《実績》115市町村(2016年度) → 326市町村(2017年度)

【インセンティブの強化・拡大】

- 健保組合へのインセンティブの仕組みを強化（2018年度～）
個人インセンティブの取組も評価指標に追加
※特定健診の実施率や重症化予防の取組に応じて後期高齢者支援金の加減算を行う仕組み。

【加算率（ペナルティ）】
0.23%（2017年度まで） ⇒ 最大10%（2018年度から2020年度までに段階的に引上げ）

【減算率（インセンティブ）】
0.05%（2017年度まで） ⇒ 最大10%（2018年度～）

- 国保の保険者努力支援制度の本格実施（2018年度～）
※財政規模：総額1000億円（都道府県分500億円、市町村分500億円）
- 特定健診・保健指導の実施率を保険者別に公表（2017年度実績から、2019年3月頃公表予定）

【保険者の取組の評価に当たり成果指標を導入】

- 特定保健指導について、実施量による評価に加え、アウトカム評価も導入（2018年度～）
※3カ間で腹囲2cm以上かつ体重2kg以上の減少
- 一部自治体では、アウトカム評価等を活用し、個人にインセンティブを提供しており、こうした好事例の横展開を推進

保険者の
インセンティブ改革

頑張った者が
報われる制度

医療・福祉サービス改革関係

項目	現状（現状の取組・関連するデータ等）	今後の方針
<p>地域の実情に応じた取組の推進（受益と負担の見える化等）</p> <p>（骨太方針2018の関連記載） 国保財政の健全化に向け、法定外繰入の解消など先進事例を後押しするとともに横展開を図り、受益と負担の見える化を進める。</p>	<p>○ 各都道府県において、赤字削減・解消計画に基づき、赤字の削減又は解消の目標年次及び赤字解消に向けた取組を実施。</p> <p>（※）参考データ ・赤字解消市町村数 2016年度 2018年度（予定） 1,013市町村 ⇒ 1,383市町村（+370）</p> <p>○ 保険者努力支援制度において、都道府県の法定外一般会計繰入の削減に向けた取組等の実施状況を評価。</p>	<p>○ 毎年度、都道府県からの報告等に基づき、法定外一般会計繰入等の状況や国保財政の健全化に係る先進事例について把握する。</p> <p>○ 保険者努力支援制度において、引き続き、都道府県の法定外一般会計繰入の削減に向けた取組等の実施状況を評価する。</p>
<p>地域の実情に応じた取組の推進（地域独自の診療報酬について在り方を検討）</p> <p>（骨太方針2018の関連記載） 高齢者の医療の確保に関する法律 第14条に基づく地域独自の診療報酬について、都道府県の判断に資する具体的な活用策の在り方を検討する。</p>	<p>○ 各都道府県において、第3期医療費適正化計画（2018年度から2023年度）に基づき、医療費適正化の取組を推進。</p>	<p>○ 第3期医療費適正化計画について、毎年度PDCA管理を実施する中で、高齢者の医療の確保に関する法律第14条に基づく地域独自の診療報酬について、都道府県の判断に資する具体的な活用策の在り方についても検討する。</p>

赤字解消の取組経緯

昭和34年1月

昭和36年4月

昭和46年11月

平成22年5月

平成30年3月

新国民健康保険法成立

国民皆保険の達成

広域化等支援方針の取組

実質収支の均衡・繰上充用の解消

保険者の自主的な財政再建 →収支均衡の実質的な回復

多額の赤字を生じ、国保事業の運営に支障をきたしている保険者がみうけられる。赤字保険者は、財政再建計画を定め、自主的な財政再建を行うこととし、おおむね5年以内の国保特別会計(事業勘定)の収支均衡の実質的な回復を図る。

赤字保険者に赤字解消計画を義務づけ

→**実質収支の均衡・累積赤字解消**
国保特別会計(事業勘定)の実質収支が2年連続して赤字の保険者が策定するものであるが、恒常的支出に対応する収入を確保しつつ、原則5年以内に累積赤字を解消するための計画。

繰上充用の解消・一般会計繰入の解消

広域化等支援方針に基づく赤字解消の取組

→**まずは繰上充用の計画的解消、次いで、一般会計繰入による赤字補填分のできる限り早期の解消**

赤字解消の目標年次については、まずは、繰上充用分の計画的な解消を図り、目標を定める。次いで、一般会計繰入による赤字の補てん分については、保険料の引上げ、収納率の向上、医療費適正化策の推進等により、できる限り早期に解消するよう努める。

平成30年4月
国民健康保険改革

第1期 国保運営方針

平成36年4月

第2期 国保運営方針

都道府県も国保の保険者に(3400億円の公費拡充)

決算補填等目的の一般会計繰入と前年度繰上充用金の新規増加分の計画的・段階的な削減・解消

国保財政の基盤強化・財政運営の安定化

→「**決算補填等を目的とする一般会計繰入**」と「**繰上充用金の新規増加分**」を計画的・段階的に削減・解消

※**30年度以前の累積赤字(繰上充用)**は、市町村の実情に応じ、可能な限り計画的な削減・解消を目指す

決算補填等を目的とする一般会計繰入や繰上充用の新規増加分については、収納率の向上や医療費適正化の取組にあわせ、保険料の適正な設定等により、計画的・段階的な解消が図られるよう、実効性のある取組を定める。

赤字市町村については、赤字についての要因分析、必要な対策の整理を行う。これを踏まえ、都道府県は、市町村ごとの赤字の解消又は削減の目標年次及び赤字解消に向けた取組を定める。

※ 将来的に、都道府県内で保険料率の統一化を図るためには、累積赤字も含めて、赤字の解消が必要となる。

法定外繰入の状況(平成28年度決算)

単位:億円

分類		28年度	対27年度
決算補填等目的の法定外繰入	① 決算補填目的のもの	208	▲84
	保険料収納不足のため	106	79
	医療費の増加	99	▲159
	後期高齢者支援金等	3	▲5
	高額療養費貸付金	0	0
	② 保険者の政策によるもの	2,099	▲466
	保険料(税)の負担緩和を図るため	2,083	▲420
	地方単独の保険料(税)の軽減額	11	▲40
	任意給付費に充てるため	5	▲6
	③ 過年度の赤字によるもの	231	48
累積赤字補填のため	185	4	
公債費・借入金利息	46	45	
小計	2,537	▲502	
決算補填等目的以外の法定外繰入	保険料(税)の減免額に充てるため	134	4
	地方単独事業の医療給付費波及増等	289	▲11
	保健事業費の充てるため	191	18
	直営診療施設に充てるため	5	1
	納税報償金(納付組織交付金)等	0	0
	基金積立	30	▲1
	返済金	3	▲54
	その他	113	▲6
	小計	764	▲52
合計		3,302	▲554

平成30年度からは保険料の収納不足や医療費の増加に対し、財政安定化基金を活用することで、基本的に赤字は発生しない。

国保運営方針に基づき、計画的に削減・解消すべき赤字「決算補填等目的の一般会計繰入」

出典 国民健康保険の事業実施状況報告
(平成30年3月9日公表速報値)

- 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

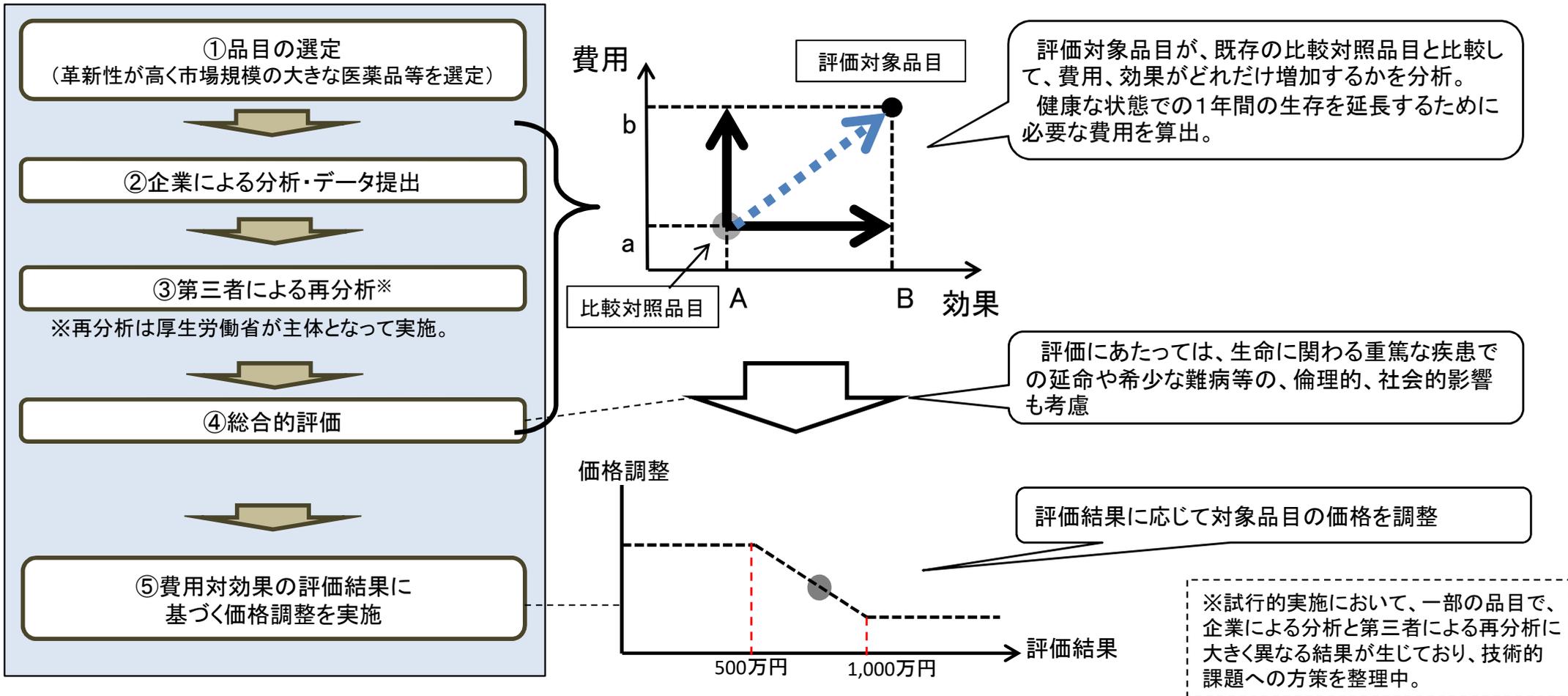
医療・福祉サービス改革関係

項目	現状（現状の取組・関連するデータ等）	今後の方針
<p>「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づく取組</p> <p>（骨太方針2018の関連記載）</p> <p>「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、国民負担の軽減と医療の質の向上に取り組むとともに、医薬品産業を高い創薬力を持つ産業構造に転換する。（略）費用対効果評価については本格実施に向けてその具体的内容を引き続き検討し、2018年度中に結論を得る。毎年薬価調査・毎年薬価改定に関しては、2019年度、2020年度においては、全品目の薬価改定を行うとともに、2021年度における薬価改定の対象範囲について、この間の市場実勢価格の推移、薬価差の状況、医薬品卸・医療機関・薬局等の経営への影響等を把握した上で、2020年中にこれらを総合的に勘案して、決定する。また、2020年度の薬価改定に向けて、新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定の見直し、効能追加等による革新性・有用性の評価、長期収載品の段階的な価格引下げまでの期間の在り方等について、所要の措置を検討する。</p>	<p>【費用対効果評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 費用対効果評価の本格実施に向け中央社会保険医療協議会において、検討課題（対象品目の選定、企業によるデータ提出、再分析、総合的評価、価格調整等）について論点の整理及び議論を行っているところ。 <p>【毎年薬価調査・毎年薬価改定】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 毎年薬価調査・毎年薬価改定については、現在2年に1回行われている薬価調査に加え、その間の年においても、大手事業者等を対象に調査を行い、価格乖離の大きな品目について薬価改定を行うとされている。 ○ 2018年度から2020年度までの3年間継続して、全品目の薬価改定が行われることから、この間の市場実勢価格の推移、薬価差の状況、医薬品卸・医療機関・薬局等の経営への影響等を把握した上で、2020年中にこれらを総合的に勘案して具体的な範囲を決定することとされている。 <p>【2020年度薬価改定に向けた検討】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 2018年度の薬価制度の抜本改革において、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現する観点から、新薬創出等加算の抜本的な見直しや、長期収載品の薬価の見直し等を行った。 	<p>【費用対効果評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 費用対効果評価については、技術的課題への対応を整理しつつ、関係業界からのヒアリングも実施し、検討課題について2018年度中に結論を得る。 <p>【毎年薬価調査・毎年改定】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 2019年度～2021年度の市場実勢価格の推移、薬価差の状況、医薬品卸・医療機関・薬局等の経営への影響等について把握し、2020年中に具体的な対象品目の範囲を決定する予定。 <p>【2020年度薬価改定に向けた検討】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 2018年度診療報酬改定の影響の検証等を行い、次期診療報酬改定に向けて引き続き検討を行う。
<p>調剤報酬の在り方について検討</p> <p>（骨太方針2018の関連記載）</p> <p>患者本位の医薬分業を実現し、地域において薬局が効果的・効率的にその役割を果たすことができるよう、調剤報酬の在り方について引き続き検討する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 2018年度診療報酬改定において、かかりつけ薬剤師の要件の見直し及び評価の引き上げ、地域医療に貢献する薬局の評価の新設を行うとともに、いわゆる大型駅前薬局等の調剤基本料の引き下げや対象範囲の見直し等を実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 2018年度診療報酬改定の影響の調査・検証等を行い、次期診療報酬改定に向けて引き続き検討を行う。

費用対効果評価の試行的実施の概要

- 費用対効果評価については、原価計算方式を含め、市場規模の大きい医薬品・医療機器を対象に、費用対効果进行分析し、その結果に基づき薬価等を改定する仕組みを導入する。
- これに向けて、試行的実施の対象となっている13品目について、これまでの作業結果を踏まえ、平成30年4月から価格調整を実施するとともに、試行的実施において明らかになった技術的課題（※）への対応策を整理する。
- 併せて、本格実施に向けて、その具体的内容について引き続き検討し、平成30年度中に結論を得る。

【費用対効果評価の手順】



※導入に当たっては、我が国では、国民皆保険の下、有効性・安全性等が確立された医療は基本的に保険適用していることから、費用対効果評価の結果は、価格調整に用いることとし、保険償還の可否の判断には用いない。

改革の方向性

<薬価調査の対象範囲>

- 市場実勢価格を適時に薬価に反映して国民負担を抑制するため、2年に1度の薬価改定の間（薬価改定年度）において、全ての医薬品卸から、大手事業者を含め調査対象を抽出し、全品目の薬価調査を実施することとし、その結果に基づき、薬価を改定する。

<対象品目の範囲>

- 対象品目の範囲については、平成33年度（2021年度）に向けて※、安定的な医薬品流通が確保されるよう、国が主導し、単品単価契約、早期妥結、一次売差マイナスの是正等を積極的に推進し、流通改善に取り組むことにより、薬価調査が適切に実施される環境整備を図りつつ、国民負担の軽減の観点から、できる限り広くすることが適当である。

*平成31年（2019年）は、消費税率の引上げが予定されており、全品目の薬価改定が行われるため、薬価改定年度の最初の年は平成33年度（2021年度）となる。

- 平成30年度（2018年度）から平成32年度（2020年度）までの3年間継続して、全品目の薬価改定が行われることから、この間の市場実勢価格の推移、薬価差の状況、医薬品卸・医療機関・薬局等の経営への影響等を把握した上で、平成32年（2020年）中にこれらを総合的に勘案して、具体的な範囲を設定する。

（参考） 対象品目の範囲と医療費への影響（試算※）

ア) 平均乖離率2.0倍以上（約31百品目、全品目の約2割）	▲500～800億円程度
イ) 平均乖離率1.5倍以上（約50百品目、全品目の約3割）	▲750～1,100億円程度
ウ) 平均乖離率1.2倍以上（約66百品目、全品目の約4割）	▲1,200～1,800億円程度
エ) 平均乖離率1倍超（約81百品目、全品目の約5割）	▲1,900～2,900億円程度

※ これまでの2年分の価格乖離の1/2～3/4が薬価改定年度に発生するものと仮定して、27年度の薬価調査実績に基づき試算

かかりつけ薬剤師の推進

かかりつけ薬剤師の適切な推進

- 当該指導料を算定しようとする薬剤師本人が次に掲げる全ての事項を説明した上で、患者の同意を得る。
 - ア かかりつけ薬剤師の業務内容
 - イ かかりつけ薬剤師を持つことの意義、役割等
 - ウ かかりつけ薬剤師指導料の費用
 - エ 当該指導料を算定しようとする薬剤師が、当該患者がかかりつけ薬剤師を必要とすると判断した理由
- 患者に同意書へのかかりつけ薬剤師に希望する事項及び署名の記載を求める。
- かかりつけ薬剤師に関する情報を文書により提供する。
- 同意取得は、当該薬局に複数回来局している患者に行う。

同意書の様式(例)

かかりつけ薬剤師指導料について

《かかりつけ薬剤師が実施すること》

- 1 安心して薬を使用していただけるよう、使用している薬の情報を一元的・継続的に把握します。
- 2 お薬の飲み合わせの確認や説明などは、かかりつけ薬剤師が担当します。
- 3 お薬手帳に、調剤した薬の情報を記入します。
- 4 処方医や地域の医療に関わる他の医療者(看護師等)との連携を図ります。
- 5 開局時間内/時間外を問わず、お問い合わせに応じます。
- 6 血液検査などの結果を提供いただいた場合、それを参考に薬学的な確認を行います。
- 7 調剤後も、必要に応じてご連絡することがあります。
- 8 飲み残したお薬、余っているお薬の整理をお手伝いします。
- 9 在宅での療養が必要となった場合でも、継続してお伺いすることができます。
- 10 次回から、かかりつけ薬剤師指導料を算定します。

《薬学的観点から必要と判断した理由》(薬剤師記入欄)

《かかりつけ薬剤師に希望すること》(患者記入欄)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 薬の一元的・継続的な把握 | <input type="checkbox"/> 他の医療関係者との連携 |
| <input type="checkbox"/> 薬の飲み合わせなどのチェック | <input type="checkbox"/> 飲み残した場合の薬の整理 |
| <input type="checkbox"/> 薬に関する丁寧な説明 | <input type="checkbox"/> 調剤後のフォロー |
| <input type="checkbox"/> 時間外の電話相談 | <input type="checkbox"/> 在宅療養が必要になった場合の対応 |
| <input type="checkbox"/> その他() | |

かかりつけ薬剤師()に関する情報

【経歴】

【認定薬剤師、専門薬剤師資格】

【修了した研修】

【論文、学会発表の実績】

【所属学会・団体、その他】

【連絡先】



- かかりつけ薬剤師は、患者から血液検査などの結果の提供がある場合に、それを参考に薬学的管理・指導を行うことを明確化。
- かかりつけ薬剤師指導料等の算定実績がある場合に調剤基本料の特例対象から除く取扱いを廃止する。

かかりつけ薬剤師の推進

かかりつけ薬剤師の要件の見直し

- かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準について、当該保険薬局における在籍期間の要件等を見直す。
- 一つの保険薬局に常勤している薬剤師が、育児・介護休業法に定める短時間勤務を行う際の例外規定を設ける。

現行

【かかりつけ薬剤師指導料】
 【かかりつけ薬剤師包括管理料】
 [施設基準]
 以下の要件を全て満たす保険薬剤師が配置されている。
 (1)以下に掲げる勤務要件等を有している。
 ア、イ (略)
 ウ 施設基準の届出時において、当該保険薬局に6月以上在籍していること。



改定後

【かかりつけ薬剤師指導料】
 【かかりつけ薬剤師包括管理料】
 [施設基準]
 以下の要件を全て満たす保険薬剤師が配置されている。
 (1)以下に掲げる勤務要件等を有している。
 ア、イ (略)
 ウ 施設基準の届出時において、当該保険薬局に1年以上在籍していること。

平成30年9月30日までは6ヶ月以上で可

現行

【かかりつけ薬剤師指導料】
 【かかりつけ薬剤師包括管理料】
 [施設基準]
 当該保険薬局に週32時間以上勤務している。



改定後

【かかりつけ薬剤師指導料】
 【かかりつけ薬剤師包括管理料】
 [施設基準]
 当該保険薬局に週 32時間以上 (32時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、育児・介護休業法の規定により労働時間が短縮された場合にあつては、週 24時間以上かつ週4日以上である場合を含む。)勤務している。

短時間勤務の保険薬剤師のみでの届出不可

かかりつけ薬剤師・薬局の評価

1. かかりつけ薬剤師の評価

○ 患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。

改訂前

かかりつけ薬剤師が行う服薬指導

(新) かかりつけ薬剤師指導料 **70点**

(新) かかりつけ薬剤師包括管理料 **270点**

かかりつけ薬剤師以外の薬剤師が行う服薬指導

薬剤服用歴管理指導料 **50点/38点**



改定後

かかりつけ薬剤師が行う服薬指導

(新) かかりつけ薬剤師指導料 **73点**

(新) かかりつけ薬剤師包括管理料 **280点**

かかりつけ薬剤師以外の薬剤師が行う服薬指導

薬剤服用歴管理指導料 **53点/41点**

地域医療に貢献する薬局の評価

地域支援体制加算の新設

○ かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局について、夜間・休日対応等の地域支援の実績等を踏まえた評価を新設する。

(新) 地域支援体制加算 35点

○地域支援体制加算の施設基準

(1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の 実績
(2) 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っている
(3) 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している
(4) 一定時間以上の開局
(5) 十分な数の医薬品の備蓄、周知
(6) 薬学的管理・指導の体制整備、 在宅に係る体制の情報提供
(7) 24時間調剤、在宅対応体制の整備
(8) 在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制
(9) 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
(10) 医療安全に資する取組実績の報告
(11) 集中率 85% 超の薬局は、後発品の調剤割合 50% 以上

地域医療に貢献する体制を有することを示す実績

1年に常勤薬剤師1人当たり、以下の全ての実績を有すること。

① 夜間・休日等の対応実績	400回
② 麻薬指導管理加算の実績※	10回
③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績	40回
④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績	40回
⑤ 外来服薬支援料の実績	12回
⑥ 服用薬剤調整支援料の実績※	1回
⑦ 単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績	12回
⑧ 服薬情報等提供料の実績	60回

※ 経過措置として、②は平成30年9月末までは1回で可、⑥は平成30年9月末までは当該基準を適用しないこととしている。

調剤基本料1を算定している保険薬局については、下記の基準を全て満たすこととし、(1)を適用しない。

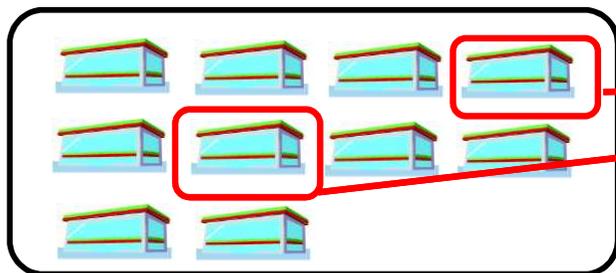
- ① 麻薬小売業者の免許を受けていること。
- ② 在宅患者薬剤管理の実績を有していること。
- ③ かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること。

○基準調剤加算は廃止する

いわゆる門前薬局等の評価の見直し(特例の拡大)

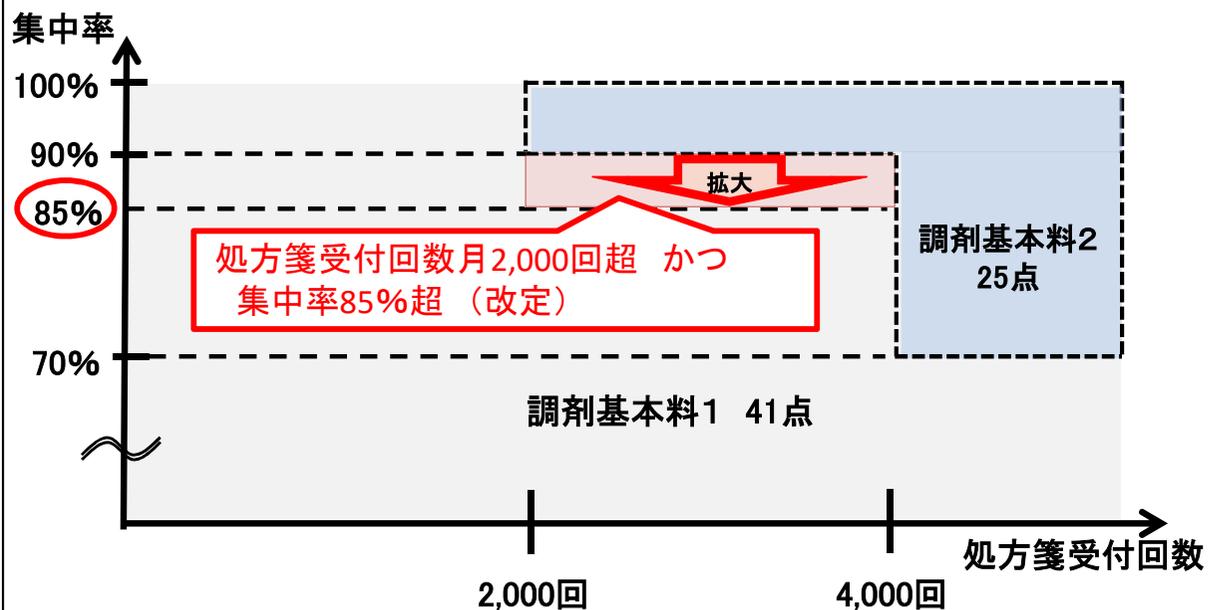
- 大型門前薬局の評価の適正化のため、薬局グループ全体の処方箋回数が月4万回超のグループに属する保険薬局のうち、①特定の医療機関からの処方箋集中率が極めて高い保険薬局又は②医療機関と不動産の賃貸借関係にある保険薬局の調剤基本料を引き下げる。また、特に大型の門前薬局について、更なる評価の見直しを行う。

【薬局グループ】 ⇒ グループ全体の処方箋受付回数が月4万回超



調剤基本料3-イ (グループ全体4万回超から40万回以下)	20点
①処方箋集中率が95%超の薬局 ⇒ 集中率が85%超の薬局(改正)	
②特定の医療機関と間で不動産の賃貸借取引がある薬局	
(新)調剤基本料3-ロ (グループ全体40万回超)	15点
①処方箋集中率が85%超の薬局	
②特定の医療機関と間で不動産の賃貸借取引がある薬局	

- 処方箋受付回数・集中率による現行の調剤基本料の特例範囲を拡大する。



調剤基本料2	25点
・処方箋受付回数月4,000回超 かつ 集中度70%超	
・処方箋受付回数月2,000回超 かつ 集中度90%超	
⇒ 処方箋受付回数月2,000回超 かつ 集中度85%超 (改正)	

調剤基本料2	25点
・特定の医療機関からの処方箋受付回数が月4,000回超 (集中度にかかわらず対象)	
上記に以下の場合を追加	
① 当該保険薬局の所在する建物内に複数保険医療機関が所在する場合にあっては、当該保険医療機関からの処方箋を全て合算した回数が月4,000回を超える場合。	
② 同一グループに属する他の保険薬局において、保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が最も高い保険医療機関が同一の場合は、当該他の保険薬局の処方箋を含めた受付回数が月4,000回を超える場合。	

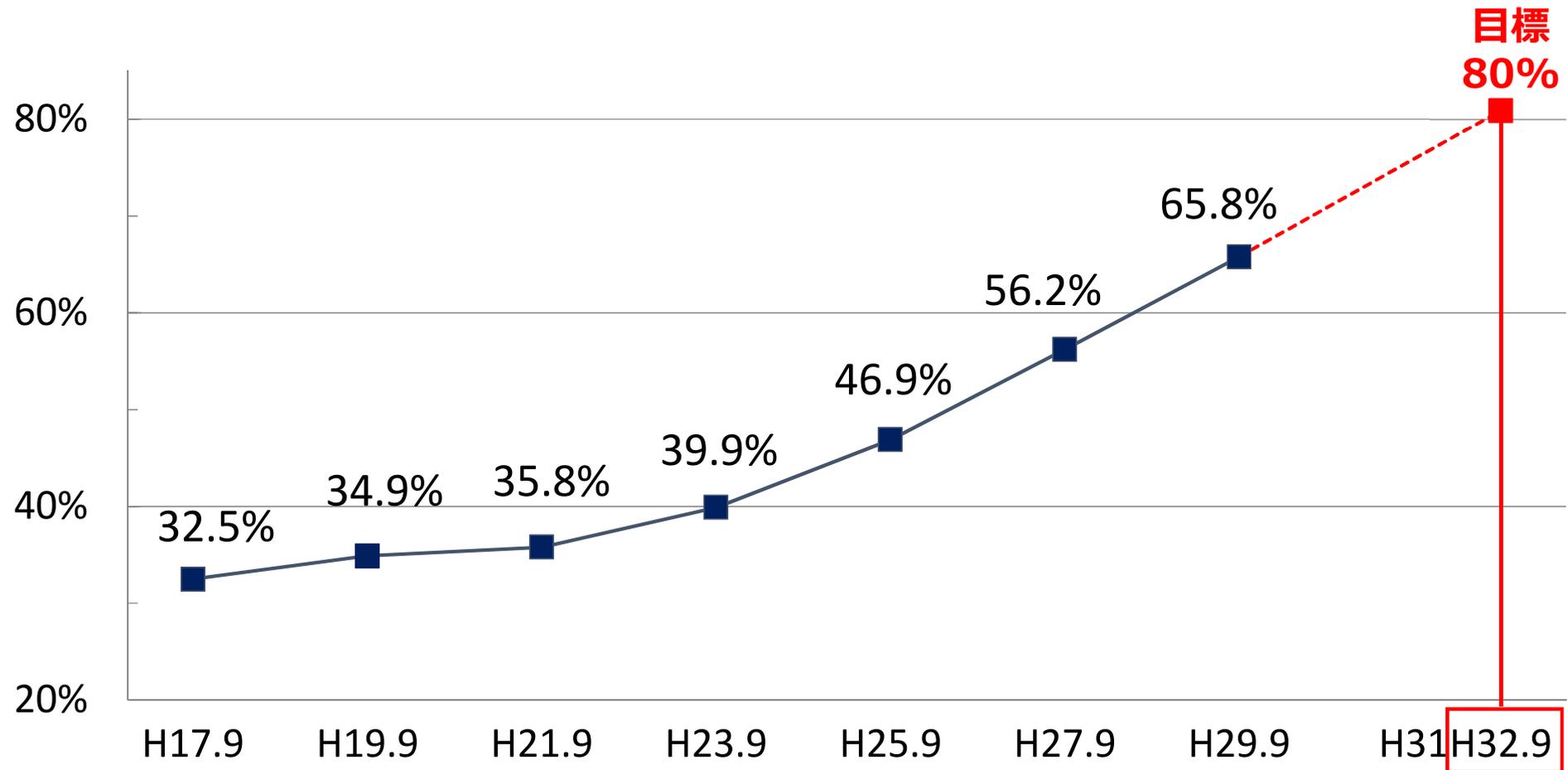
医療・福祉サービス改革関係

項目	現状（現状の取組・関連するデータ等）	今後の方針
<p>後発医薬品の使用促進 （骨太方針2018の関連記載） 後発医薬品の使用促進についても引き続き取り組む。</p>	<p>（関連するデータ）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 後発医薬品の使用割合：65.8% （2017年9月（薬価調査）） <p>（現状の取組）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 後発医薬品の使用は進んできているが、80%目標達成に向けた更なる取組が必要。 ○ 後発医薬品の使用割合は、都道府県間でばらつきが見られるため、後発医薬品の使用促進が進んでいない都道府県から9府県を重点地域に選定（2018年7月）し、当該地域において個別の問題点を調査・分析し、課題を解決するための事業を実施。 ○ 2018年6月に生活保護法を改正し、医療扶助における後発医薬品使用を原則化した（同年10月1日施行）。 ○ 2018年度診療報酬改定において、先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄名にこだわらない一般名処方の方の更なる推進や医療機関、薬局において後発医薬品使用割合等が高い場合に算定することができる加算の見直しを実施。 ○ 次のような対策を通じて、医療保険者による使用促進の取組を推進。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 保険者インセンティブ制度で、「保険者による後発医薬品の使用割合」を評価指標とする（2018年度～） ・ 2018年度実績から、全ての保険者の使用割合を公表（2018年度末に公表開始予定） ○ 年間900品目を目標に市場で流通する製品の品質確認検査を行い、その結果を2017年3月から医療用医薬品最新品質情報集(ブルーブック)に順次作成・公表。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 普及啓発の推進や医療関係者への情報提供等による環境整備に関する事業を実施 ○ 改正生活保護法について、今後も引き続き円滑な施行に努めていく。 ○ 2018年度診療報酬改定の影響の調査・検証等を行い、次期診療報酬改定に向けた議論の中で、後発医薬品の更なる使用促進策について引き続き検討を行う。 ○ 後発医薬品の品質に対する更なる信頼性向上のため、市場で流通する製品の品質確認検査を継続し、その結果を、医療用医薬品最新品質情報集（ブルーブック）に2020年度までに集中的に順次追加・公表

後発医薬品の使用割合の推移と目標

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

⑦薬価制度の抜本改革、患者本位の医薬分業の実現に向けた調剤報酬の見直し、薬剤の適正使用等
2020年（平成32年）9月までに、後発医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する。



注) 「使用割合」とは、後発医薬品のある先発医薬品]及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の使用割合をいう。

厚生労働省調べ

◎ 重点地域使用促進強化事業

- 後発医薬品の使用割合については、都道府県ごとに差が生じている。
- 後発医薬品の使用が進んでいない都道府県を重点地域として選定し、各地域で対応すべき課題を調査分析。その結果を踏まえ、各地域の課題解決に向けた事業を実施。

〔 平成30年度は、都道府県別の後発品の数量シェア及び薬剤料の状況等を勘案して、**神奈川県、山梨県、愛知県、京都府、大阪府、広島県、徳島県、高知県、福岡県**を選定。〕

※ 東京都にも同様の取り組みを要請

（１）各地域で対応すべき課題の調査分析

- 厚生労働省が、都道府県の数量シェアや薬剤費の規模を踏まえて、重点地域を選定
- 選定された都道府県は、その地域で対応すべき課題を調査分析

（調査分析の例）

- 市町村別の使用率を調査し、県内で使用が進んでいない地域を把握
- 使用率の低い地域において、医師、薬剤師、患者等を調査し、阻害要因を分析
- 薬局の調剤状況、医療機関の採用状況、患者の処方状況等を調査し、阻害要因を分析

（２）課題解決に向けた事業の実施

- 選定された都道府県は、調査分析で明らかとなった課題を解決するための事業を実施

（事業の例）

- 品質に対する不安の類型に応じたきめ細やかな工場見学コースの設定
- 使用が進んでいない薬局において、調剤を拒否する患者への働きかけを強化
- 使用が進んでいない地域において、品質の信頼性に関する医療従事者向けセミナーを開催

薬局における後発医薬品の使用促進

- 後発医薬品調剤体制加算について、後発品の数量割合の基準を引き上げ、数量割合に応じた評価に見直す。

改定前		改定後		
調剤数量割合	65%以上	18点	調剤数量割合 75%以上	18点
	75%以上	22点	80%以上	22点
			85%以上	26点

- 後発医薬品の数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定を設ける。

(新)後発医薬品の数量シェアが著しく低い薬局の調剤基本料の減算(20%以下) 2点減算

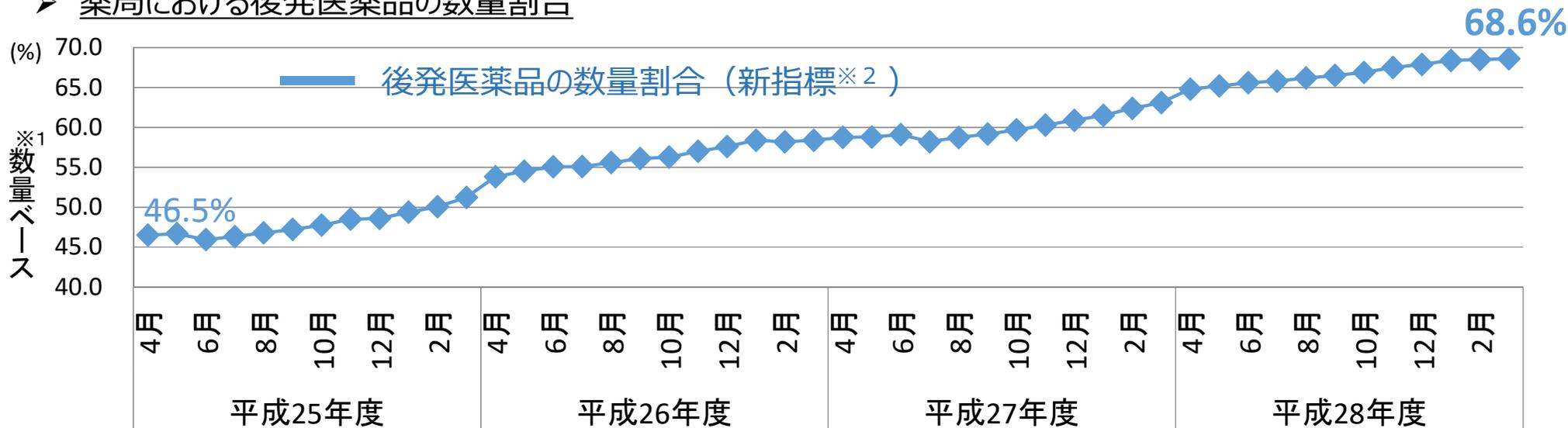
処方箋受付回数が1月に600回を超える保険薬局は地方厚生局への報告が必要(年1回)

ただし、以下の場合は含まない。

- ① 処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局
- ② 当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ない場合

直近1ヶ月の処方箋受付回数のうち先発用医薬品変更不可のある処方箋の受付回数が5割以上

- 薬局における後発医薬品の数量割合



※1:「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

※2:「新指標」=[後発医薬品の数量]/([後発医薬品のある先発医薬品の数量]+[後発医薬品の数量])(「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で定められた目標に用いた指標)。

後発医薬品使用体制加算の見直し

- 一般名処方加算について、一般名による処方が後発医薬品の使用促進に一定の効果があるとの調査結果等を踏まえ、より一般名による処方が推進されるよう、評価を見直す。

現行		改定後	
一般名処方加算1	3点	一般名処方加算1	<u>6点</u>
一般名処方加算2	2点	一般名処方加算2	<u>4点</u>

- 医療機関における後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、新たな数量シェア目標を踏まえ要件を見直す。

現行		改定後	
後発医薬品使用体制加算1 (70%以上)	42点	後発医薬品使用体制加算1 (<u>85%以上</u>)	<u>45点</u>
後発医薬品使用体制加算2 (60%以上)	35点	後発医薬品使用体制加算2 (<u>80%以上</u>)	<u>40点</u>
後発医薬品使用体制加算3 (50%以上)	28点	後発医薬品使用体制加算3 (<u>70%以上</u>)	<u>35点</u>
		後発医薬品使用体制加算4 (<u>60%以上</u>)	<u>22点</u>

現行		改定後	
外来後発医薬品使用体制加算1 (70%以上)	4点	外来後発医薬品使用体制加算1 (<u>85%以上</u>)	<u>5点</u>
外来後発医薬品使用体制加算2 (60%以上)	3点	外来後発医薬品使用体制加算2 (<u>75%以上</u>)	<u>4点</u>
		外来後発医薬品使用体制加算3 (<u>70%以上</u>)	<u>2点</u>

- DPC制度(DPC/PDPS)における後発医薬品係数の見直しの伴い、後発医薬品使用体制加算の対象にDPC対象病棟入院患者を追加し、評価対象患者を拡大する。(DPC制度の後発医薬品係数では入院患者のみがその対象であったが、後発医薬品使用体制加算の対象には外来患者も含まれる。)

項目	改革工程表における記述	経済財政運営と改革の基本方針2018における記述	医療保険部会における主な意見	厚生労働省の考え方
外来受診時の定額負担	<p>上記以外の措置（選定療養による定額負担の対象となる医療機関の範囲の見直し）として、病院・診療所間の機能分化や医療保険財政の持続可能性の観点等を踏まえつつ、かかりつけ医の普及を進めるとともに、かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入を含め、外来受診時の定額負担の在り方について、関係審議会等においてさらに検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる</p>	<p>病院・診療所の機能分化・機能連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及を進めるとともに、外来受診時等の定額負担導入を検討する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診抑制を招き、重症化につながることを懸念している。紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担が導入されたばかりなので、まずはその状況を見るべきではないか。 ・ かかりつけ医は、地域医療構想の実現や地域包括ケアの推進のために重要であるが、何をもち「かかりつけ医以外」とするか不明確なため、慎重な対応が必要。 ・ 平成14年健保法改正法附則第2条に反するものであり新たに定額負担を求めることは反対である。 	<p>「かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及を進めるとともに、外来受診時等の定額負担導入を検討する」こととされていることを踏まえ、定額負担の在り方について、関係者の意見等を考慮しつつ、引き続き、医療保険部会において検討する。</p>
後期高齢者の窓口負担	<p>医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方について、70歳から74歳の窓口負担の段階的な引上げの実施状況等も踏まえつつ、関係審議会等において検討し、結論</p>	<p>団塊世代が後期高齢者入りするまでに、世代間の公平性や制度の持続性確保の観点から、後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 年金収入のみの方にとって、医療費を支払うことは負担であり、負担を引き上げるべきではない。 ・ 支える現役世代の負担や制度の持続可能性を考えると、窓口負担の引き上げはやむをえない。 	<p>「団塊世代が後期高齢者入りするまでに、世代間の公平性や制度の持続性確保の観点から、後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する」こととされていることを踏まえ、窓口負担の在り方について、関係者の意見等を考慮しつつ、引き続き、医療保険部会において検討する。</p>

項目	改革工程表における記述	経済財政運営と改革の基本方針2018における記述	医療保険部会における主な意見	厚生労働省の考え方
薬剤自己負担	薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点等を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる	薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点等を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。	<ul style="list-style-type: none"> セルフメディケーションを推進していく観点から、スイッチ OTC 化された医療用医薬品については、給付率の引下げでなく、保険適用から外すべき。 平成 14 年改正法附則の趣旨から保険外しは反対。特に高齢者は服薬管理の問題もあり、慎重に考えるべき。 まずは、後発品の使用促進や不適切な重複投薬や多剤投薬等の削減に努めて薬剤費を下げていくべき。 	「薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点等を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から」検討することとされていることを踏まえ、自己負担の在り方について、関係者の意見等を考慮しつつ、引き続き、医療保険部会において検討する。
金融資産を勘案した負担	マイナンバーの導入等の正確な金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、引き続き、医療保険制度における負担への反映方法について関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる	高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する。	<ul style="list-style-type: none"> 現状では金融資産を正確に把握する仕組みはなく、自己申告ベースである。 福祉的な性格を有する介護保険の補足給付における資産把握とは異なるのではないか。 	「所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する」こととされていることを踏まえ、負担の在り方について、実務上の見通しや関係者の意見等を考慮しつつ、引き続き、医療保険部会において検討する。

※「現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図るための課題」については対応済