

参 考 資 料

(医療・福祉サービス改革)

人生の最終段階における医療・ケア 在宅看取りの先進・優良事例の分析と横展開

ACPの普及・啓発のためのリーフレットについて

○ ACPの普及啓発を図ることを目的としてリーフレットを右図のとおり作成し、厚生労働省HPにおいて、公表。

○ 都道府県や医療・介護関係団体に対して、リーフレットを広報に当たって御活用いただくよう周知。

※ リーフレット掲載HP

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/k/enkou/iryou/iryou/saisyu/iryou/index.html>

※ 「人生の最終段階における医療・ケアに関するリーフレットについて」(平成30年7月19日付け厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡)等を通じて周知を実施。

人生の終わりまで、あなたは、どのように、過ごしたいですか？

もしものときのために

～自らが望む、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか～

誰でも、いつでも、
命に関わる大きな病気やケガをする
可能性があります。

命の危険が迫った状態になると、
約70%の方が、
医療やケアなどを自分で決めたり
望みを人に伝えたりすることが、
できなくなると言われています。

自らが希望する医療やケアを受けるために
大切にしていることや望んでいること、
どこでどのような医療やケアを望むかを
自分自身で前もって考え、
周囲の信頼する人たちと話し合い、
共有することが重要です。

話し合いの進め方(例)

あなたが大切にしていることは何ですか？

あなたが信頼できる人は誰ですか？

信頼できる人や医療・ケアチームと話し合いましたか？

話し合いの結果を大切な人たちに伝えて共有しましたか？

心身の状態に応じて意思は変化することがあるため、何度も繰り返し考え、話し合ひましょう

もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い共有する取組を「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)」と呼びます。あなたの心身の状態に応じて、かかりつけ医等からあなたや家族等へ適切な情報の提供と説明がなされることが重要です。

このような取組は、個人の主体的な行いによって考え、進めるものです。知りたくない、考えたくない方への十分な配慮が必要です。

詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/k/enkou/iryou/iryou/saisyu/iryou/index.html>

ACP愛称選定委員会の設置について

○目的

人生の最終段階において、本人が希望する「生を全う」するためには、本人の意思が尊重された医療・ケアが行われる必要がある。そのため、事前に家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う取組が重要であり、こういった取組が国民一人一人の生活の中に浸透するよう、「ACP愛称選定委員会」を設置し、国民に馴染みやすい愛称を選定するため。

○構成員 ※敬称略(五十音順)

- ・内多 勝康(国立成育医療研究センターもみじの家ハウスマネージャー、元NHKアナウンサー)
- ・小藪 千豊(タレント)
- ・小山 薫堂(放送作家、脚本家、京都造形芸術大学副学長)
- ・鈴木 美穂(NPO法人マギーズ東京共同代表理事、日テレ記者)
- ・新浪 剛史(サントリーホールディングス代表取締役社長)
- ・樋口 範雄(武蔵野大学法学部特任教授)
- ・紅谷 浩之(オレンジホームケアクリニック代表)
- ・松原 謙二(日本医師会副会長)

○公募方法

厚生労働省ホームページにて広く一般に公募

○スケジュール(予定)

- ・公募期間 平成30年 8月13日(月)～9月14日(金)
- ・事前選定等 平成30年 9月中旬～ 1カ月程度
- ・委員会開催 平成30年10月31日
- ・愛称決定 平成30年11月30日

患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療の実現に向けた取組

人生の最終段階における医療体制整備事業

【事業内容】

人生の最終段階における医療に関する患者の相談に適切に対応できる体制を強化するため、2014、2015年度のモデル事業の成果を踏まえ、

2016年度から医療・ケアチーム（医師、看護師等）の育成研修を全国8ブロックで実施するとともに、人材育成研修会の拡充と継続性の担保のために講師人材の育成を実施。2017年度からは住民への普及啓発も実施している。

研修対象者

医療機関等において人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定に携わっている医師を含む多職種チーム（診療所・訪問看護ステーション・介護老人福祉施設が連携し、多職種チームで参加することも推奨）

プログラム

プログラム	主旨、構成内容
講義	「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の解説
講義 (STEP1)	意思決定能力の評価 講義
グループワーク1	グループワークと発表
講義 (STEP2)	患者自身と治療方針について合意する 講義
講義 (STEP3)	患者の意向を推定する 講義
講義 (STEP4)	患者にとって最善の治療方法について合意する 講義
グループワーク2	グループワークと発表

プログラム	主旨、構成内容
講義	「アドバンス・ケア・プランニングとは」
ロールプレイ1	もしも、のときについて話し合いを始める
ロールプレイ2	家族等の信頼できる者を選定する
ロールプレイ3	治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する家族等の信頼できる者の裁量権を尋ねる
講義	「本人・家族の意向を引き継ぐには」
グループワーク3	明日への課題

開催実績／予定

- ・2014年度・2015年度はモデル事業として実施。2014年度10か所 24名、2015年度5か所 25名が研修を終了。
- ・2016年度は214チーム、751名が相談員研修を受講。90名の講師人材を育成。
- ・2017年度は277チーム、979名が相談員研修を受講。61名の講師人材を育成。市民公開講座は参加者129名。
- ・2018年度は全国12か所で相談員研修会を実施中。97名の講師人材を育成。



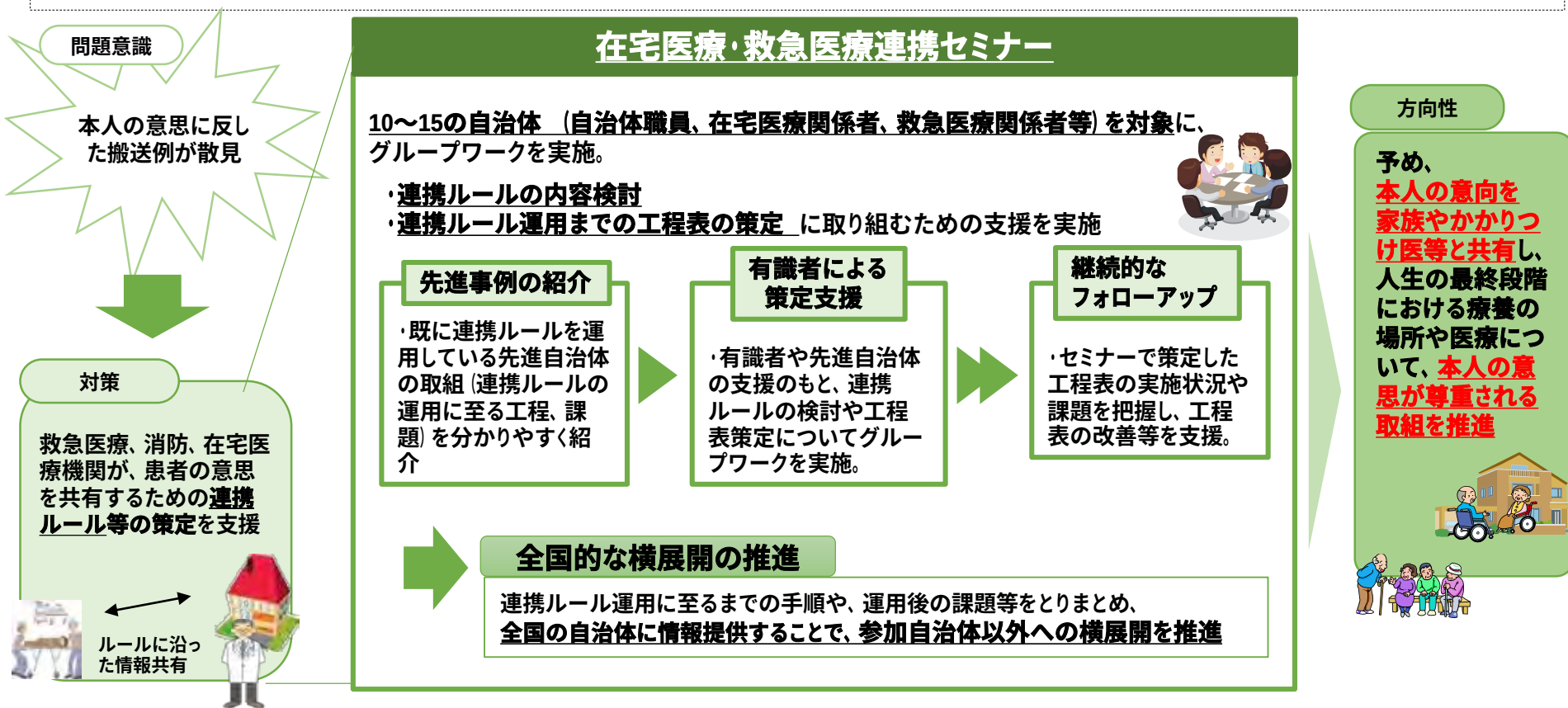
在宅医療・救急医療連携セミナー

＜背景・課題＞ 本人の意思に反した(延命を望まない患者の)救急搬送が散見

国民の多くが人生の最期を自宅で迎えることを希望している。一方、高齢者の救急搬送件数も年々増加し、また大半は、人生の最終段階における医療等について、家族と話し合いを行っていない。このような背景を踏まえると、今後、本人の意思に反した救急搬送が増加する懸念がある。

＜対策＞ 患者の意思を関係機関間で共有するための連携ルールの策定支援

先進自治体では、在宅医療関係者と救急医療関係者の協議の場を設け、救急搬送時の情報共有ルールの設定や、住民向け普及啓発に取り組んでいる。こうした先進事例をもとに、複数の自治体を対象としたセミナーを実施し、連携ルール策定のための重点的な支援を行う。また、本取組について全国的な横展開を推進していくことで、人生の最終段階において本人の意思が尊重される環境を整備する。

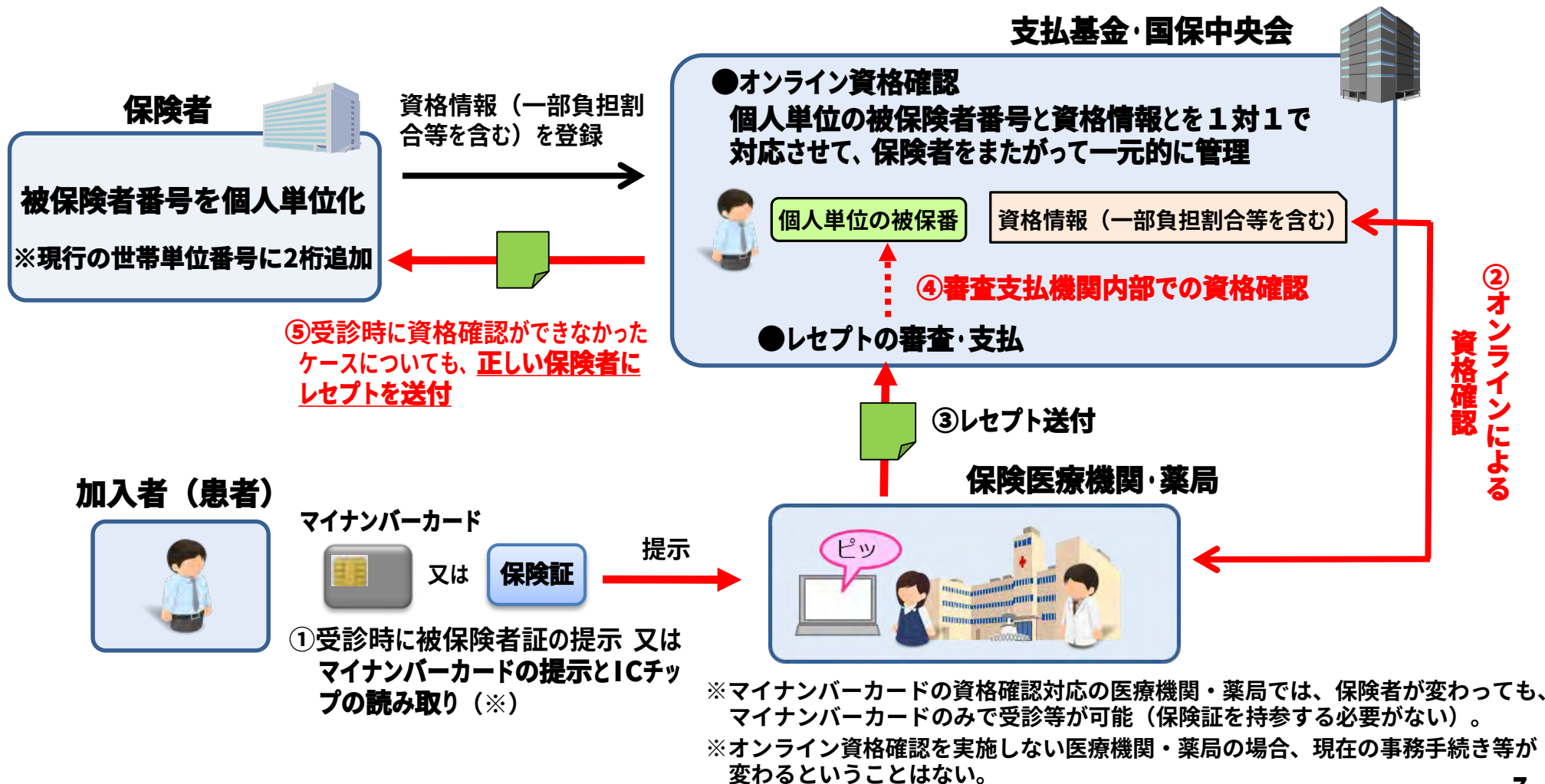


データヘルス改革の推進

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

【導入により何が変わるのか】

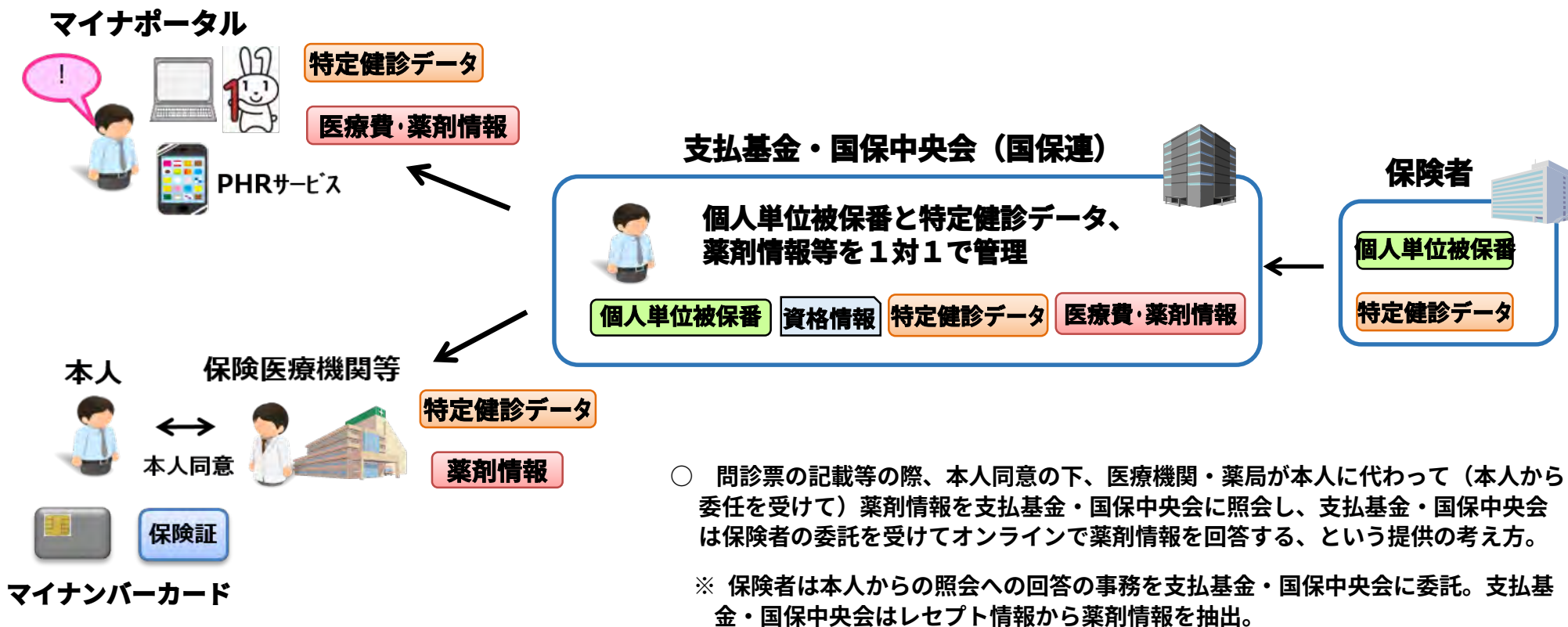
- ①失効保険証の利用による過誤請求や保険者の未収金が大幅に減少
- ②保険者における高額療養費の限度額適用認定証の発行等を大幅に削減



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。



※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

被保険者番号の個人単位化、オンライン資格確認等に関する閣議決定

○未来投資戦略2018（2018年6月15日閣議決定）（抄）

第2 具体的施策 （3）新たに講ずべき具体的施策

i) 個人にあった健康・医療・介護サービス提供の基盤となるデータ利活用の推進

①オンライン資格確認の仕組み

- ・ 医療保険の被保険者番号を個人単位化し、マイナンバー制度のインフラを活用して、転職・退職等により加入する保険者が変わっても個人単位で資格情報等のデータを一元管理することで、マイナンバーカードを健康保険証として利用できる「オンライン資格確認」の本格運用を平成32年度に開始する。
- ・ また、医療等分野における識別子（ID）の在り方について、こうした個人単位化される被保険者番号も含めた基盤を活用する方向で検討し、本年夏、早急に結論を得て、医療等分野におけるデータ利活用を推進する。

④PHRの構築

- ・ 個人の健康状態や服薬履歴等を本人や家族が把握、日常生活改善や健康増進につなげるための仕組みであるPHR(Personal Health Record)について、平成32年度より、マイナポータルを通じて本人等へのデータの本格的な提供を目指す。
- ・ そのため、予防接種歴（平成29年度提供開始）に加え、平成32年度から特定健診、乳幼児健診等の健診データの提供を開始することを目指す。さらに、薬剤情報等の医療等情報の提供についても、必要性、費用対効果等を踏まえて検討し、本年度中に結論を得て必要な工程を整理し、平成33年度以降の可能な限り早期にデータの提供を開始することを目指す。

○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）（抄）

第3章 「経済・財政一体改革」の推進 4. 主要分野ごとの計画の基本方針と重要課題

(1) 社会保障

(医療・介護提供体制の効率化とこれに向けた都道府県の実施の支援)

(中略) レセプト情報を活用し、本人同意の下、医師や薬剤師が投薬歴等を閲覧できる仕組みの構築や、診療報酬での評価等により、多剤投与の適正化を引き続き推進する。

(医療・介護サービスの生産性向上)

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年度の本格運用を目指し取り組む。(略)

保健医療記録共有サービス

【このサービスで目指すこと】

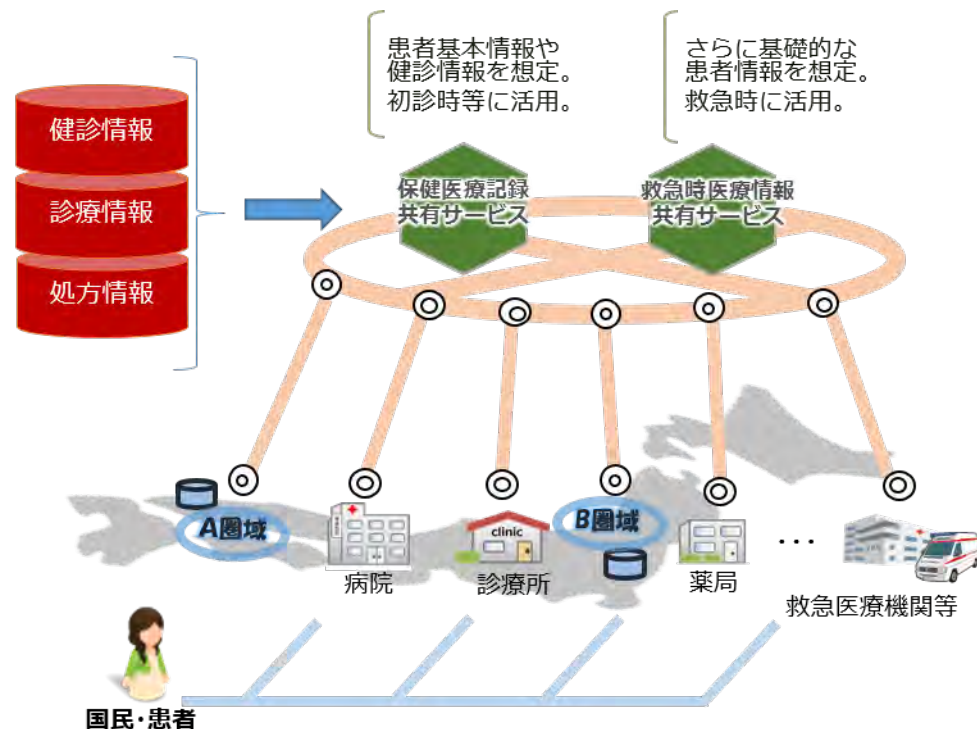
- 保健医療記録共有サービスを利用する医療機関、薬局等が全国に広がり、無駄な検査や投薬が減る
- 2020年度以降は、診療情報や服薬情報に加え、介護情報などさらに幅広い情報の共有が可能になる

【2020年度に実現できること】

- 保健医療記録共有サービスの運用が始まり、複数の医療機関、薬局等の間で、患者の診療情報や服薬情報等が共有される

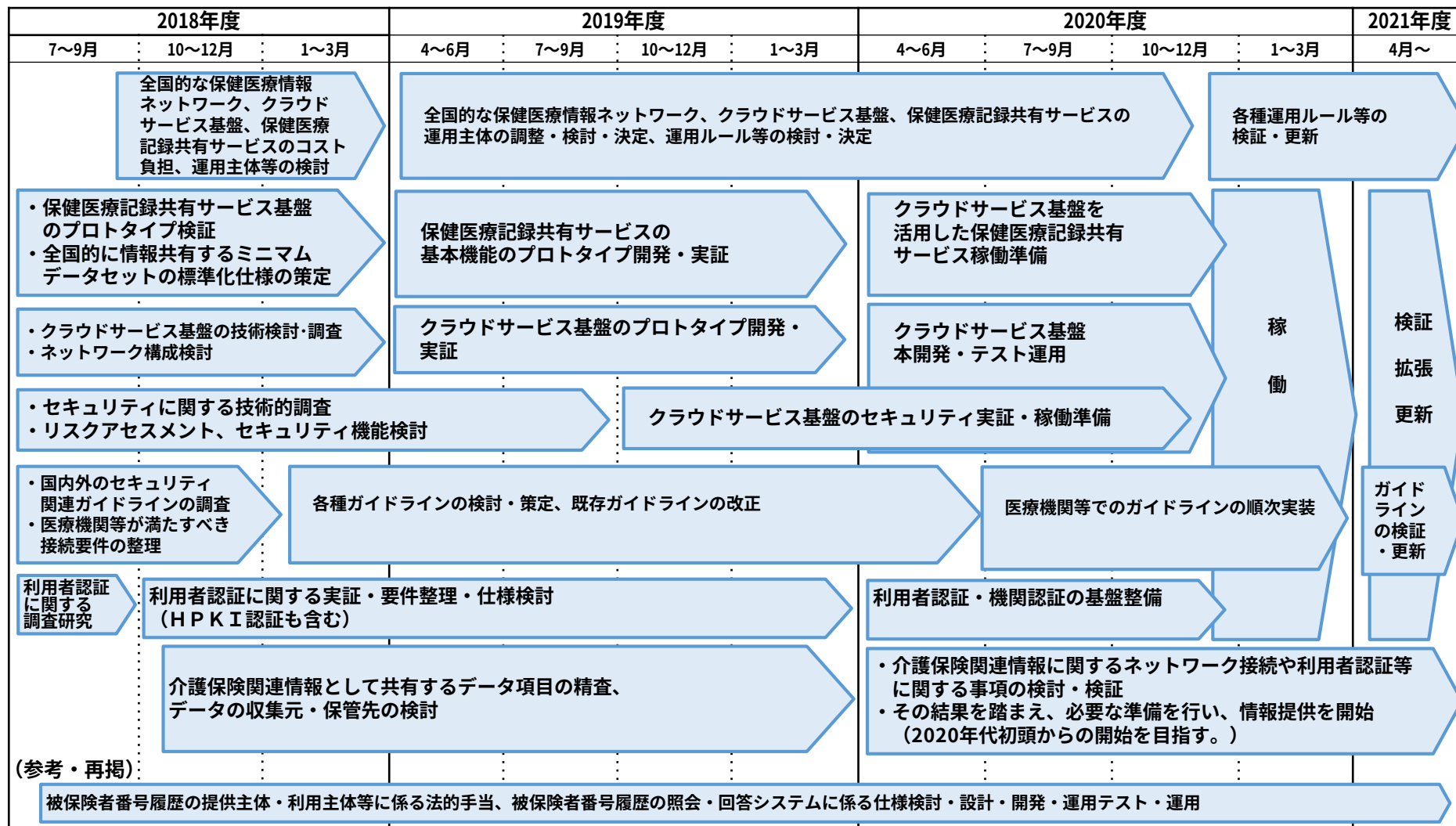
【イメージ】

- 患者の同意の下、複数の医療機関、薬局等で、患者の診療情報や服薬情報等を共有し、最適な健康管理・診療・ケアを提供
- 共有が有効なデータ項目について、病院、診療所、薬局等のデータをマルチベンダー対応で原則自動で収集し、データ保存のクラウド化、閲覧ビューアの共通化により広域連携が可能なネットワークを構築



保健医療記録共有サービスの実装に向けた工程表

- 全国的な保健医療情報ネットワーク、クラウドサービス基盤を構築し、保健医療記録共有サービス等の保健医療従事者向けサービスの2020年度からの本格稼働を目指す。
- クラウドサービス基盤や全国的なサービスについて、必要な実証やプロトタイプ開発を着実に進めるとともに、運用主体やコスト負担のあり方について整理し、決定することが必要。



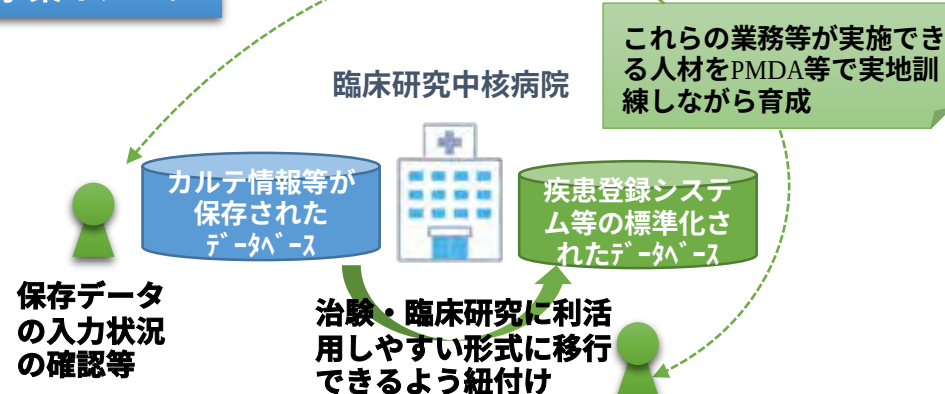
事業の背景

- 診療情報や疾患登録システム（患者レジストリ）の情報など、リアルワールドデータを活用した医薬品・医療機器等の研究開発・実用化の推進については、アカデミアや業界等から強い要望がある。
※リアルワールドデータ：臨床研究、治験等の研究の枠組み以外の、実際の医療で得られた実臨床データ（患者情報、疾患・症状に関する情報、処置・投薬に関する情報、検査データ等）
- しかしながら、実際の活用には、環境整備や運用などにおける医療関係者の負担が大きく、データの品質（信頼性）や標準化にも課題。診療等で得られた医療情報を標準化し、自動的に集積する体制の整備が必要。
- 他方、医薬品の安全対策の高度化を目的とする医療情報データベース（MID-NET）事業（平成30年4月に本格運用開始）では、その準備段階から、診療等のデータの取扱い等における上のような課題を解決するための経験が蓄積。
- 本事業中のメニューの一つとして、新たに、MID-NETの手法を活用したデータ標準化等の体制を整備し（データ品質管理・標準化の担当者の育成等）、医薬品・医療機器の研究開発拠点である臨床研究中核病院での、疾患登録情報等のリアルワールドデータ活用を推進。

治験・臨床研究をはじめとする医薬品・医療機器の研究開発の効率化を図り、クリニカル・イノベーション・ネットワーク（CIN）構想を一層推進する。

➡【参考】骨太方針2018（平成30年6月閣議決定）：（医療・介護サービスの生産性向上）クリニカル・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。

事業イメージ



効果

- 診療で得られた医療情報（リアルワールドデータ）等が、負担の少ない形で標準化される体制（人材）が確立
- 研究前の予備的検討や、患者情報等の分析が容易になるなど、質の高い治験・臨床研究等を実施する基盤が整備され、治験・臨床研究等の信頼性が向上
- 疾患登録システム（患者レジストリ）の構築の際、医療関係者の負担が減り、詳細データの登録等にも注力可能

NDB、介護DBの概要

＜両DB共通の性質＞

- ・医療保険（NDB）、介護保険（介護DB）の請求等に係るデータを国が悉皆的に収集。国への提出前に匿名化。
- ・サービスの利用分析、提供体制分析、保健医療・福祉分野等の学術的な分析等における有用性に期待。
- ・保険者、医療・介護関係者等のデータベース構築に関わる関係主体の理解・協力を得て、公益目的で利用。

DB	NDB	介護DB
収集している情報	・医療レセプト（約148.1億件、H21.4～） ・特定健診データ（約2.3億件、H20.4～） ※平成30年3月末時点	・介護レセプト（約8.6億件、H24.4～） ・要介護認定情報（約5千万件、H21.4～） ※平成30年3月末時点
主な情報項目	＜レセプト＞ 傷病名、投薬、診療開始日、診療実日数、検査 等 ＜特定健診＞ 健診結果、保健指導レベル	＜レセプト＞ サービスの種類、単位数、要介護認定区分 等 ＜要介護認定情報＞ 要介護認定一次、二次判定情報
収集根拠	高齢者医療確保法第16条	介護保険法第118条の2
主な用途	・医療費適正化計画の作成、実施、評価 ・医療計画、地域医療構想の策定	・市町村介護保険事業計画の作成、実施、評価 ・都道府県介護保険事業支援計画の作成、実施、評価
第三者提供	有識者会議の審査を経て実施（H23年度～） 提供対象者：国、自治体、独法、大学、保険者の中央団体、医療の質向上を目的とする公益法人等の研究者に提供	有識者会議の審査を経て実施（H30年度～開始予定） 提供対象者：国、自治体、独法、大学、保険者の中央団体、介護サービスの質向上を目的とする公益法人等の研究者に提供
匿名性	匿名（※国への提出前に匿名化、個人が特定可能な情報を削除して収納）	

NDB、介護DBに対する新たな要請と今後の検討

新たな要請

- NDB、介護DBに対しては、経済財政諮問会議等において、
 - ・ 医療と介護のレセプトデータを全国的に連結すること（平成28年5月 経済財政諮問会議 総理発言）
 - ・ 健康・医療・介護のビッグデータを連結し、医療機関や保険者、研究者、民間等が活用できるようにすること（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））等の期待が示されている。
- これらの期待の背景には、
 - ・ 団塊の世代が75歳を迎える2025年を節目を念頭に、効果的・効率的な医療介護提供体制や地域包括ケアシステムの構築の推進に向けた、医療と介護の双方にかかる課題の分析に対する期待
 - ・ NDB、介護DB以外の目的別のデータベースの整備の進捗を踏まえた新たな解析への期待などが挙げられる。

今後の検討

以下について、NDB、介護DBに関する特質を踏まえた検討が必要。

- ① 地域における効果的・効率的で質の高い医療・介護の提供体制や地域包括ケアシステムの構築等の観点から、現在、個々に収集、管理、分析が行われているNDBと介護DBで保有する情報について、連結解析を可能とすること
- ② DPCデータ及びその他の公的データベースとの関係整理
- ③ ①、②に即した第三者提供の枠組みの整理

参考

- 経済財政諮問会議における総理発言（平成28年5月11日 第8回経済財政諮問会議における安倍総理大臣発言抜粋）
社会保障については、医療・介護分野における徹底的な『見える化』を行い、給付の実態や地域差を明らかにすることにより、より効果的で効率的な給付を実現していきます。このため、塩崎大臣におかれては、医療や介護のレセプトデータを全国的に連結し、社会保障給付費を効率化していくための具体案を諮問会議に報告していただきたいと思います。
- 経済財政運営と改革の基本方針2017 ～人材への投資を通じた生産性向上～（平成29年6月9日閣議決定）抜粋
第3章 経済・財政一体改革の進捗・推進 3. 主要分野ごとの改革の取組 (1) 社会保障 ④ 健康増進・予防の推進等
個人・患者本位で最適な健康管理・診療・ケアを提供する基盤として、健康・医療・介護のビッグデータを連結し、医療機関や保険者、研究者、民間等が活用できるようにするとともに、国民の健康管理にも役立てる「保健医療データプラットフォーム」や、自立支援等の効果が科学的に裏付けられた介護を実現するため、必要なデータを収集・分析するためのデータベースについて、2020年度（平成32年度）の本格運用開始を目指す。
- 未来投資戦略2018（平成30年6月15日閣議決定）
行政・保険者・研究者・民間等が、健康・医療・介護のビッグデータを個人のヒストリーとして連結・分析できる解析基盤について、本年度から詳細なシステム設計に着手し、平成32年度から本格稼働する。

NDB及び介護DB情報等の連結解析基盤に関する検討状況

○有識者会議における検討

- ・NDB及び介護DB情報等の連結解析基盤に関して、法的・技術的な論点について整理するため、**有識者会議を設けて検討。**

※NDB、介護DBの双方に精通した有識者等により構成。

- ・同有識者会議の検討状況は、**社会保障審議会医療保険部会に報告。制度面等の観点から議論。**

＜有識者会議における主な検討事項＞

- (1) 個人情報保護法制等との関係
- (2) データの収集・利用目的、対象範囲 (3) 第三者提供
- (4) 費用負担 (5) 実施体制
- (6) 技術面の課題（セキュリティの確保等を含む。） (7) その他

○検討スケジュール

- ・4月 19日 医療保険部会開催
- ・5月 16日 第1回有識者会議開催
- ・5月 30日 第2回
- ・6月 14日 第3回
- ・6月 28日 第4回
- ・7月 12日 第5回
- ・7月 19日 「議論の整理－NDBと介護DBの連結解析について－」
を取りまとめ。⇒ 医療保険部会、介護保険部会に報告、議論。
- ・9月 6日 第6回
- ・9月 27日 第7回
- ・10月25日 第8回
- ・11月15日 第9回（予定）報告書（案）について議論

医療保険及び介護保険における請求事務等に係るデータを、二次利用の目的で悉皆的に収集するという類似性を有するNDB及び介護DBの連結について先行して検討。

保健医療分野の他の公的データベースとの関係の整理等について検討。

⇒報告書を取りまとめ、医療保険部会、介護保険部会に報告、議論（予定）

構成員	
石川 広己	公益社団法人日本医師会常任理事
遠藤 久夫	国立社会保障・人口問題研究所所長
海老名 英治	栃木県保健福祉部保健医療監
田中 弘訓	高知市健康福祉部副部長
樋口 範雄	武蔵野大学法学部特任教授
松田 晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学教授
松山 裕	東京大学大学院医学系研究科 公共健康医学専攻生物統計学教授
武藤 香織	東京大学医科学研究所ヒトゲノム解析センター 公共政策研究分野教授
棟重 卓三	健康保険組合連合会理事
山本 隆一	一般財団法人医療情報システム開発 センター理事長

＜議論の整理（7/19）ポイント＞

- データの収集・利用目的に関する法の規定の整備
- 第三者提供の枠組みの制度化（利用の公益性の確保、個別審査、不適切事案への対応等）
- 実施体制、費用負担、技術面の課題等

AIの実装に向けた取組

「保健医療分野におけるAI活用推進懇談会」を踏まえた対応

懇談会では、次の両面からAI開発を進めるべき重点6領域を選定。

①我が国における医療技術の強みの発揮

②我が国の保健医療分野の課題の解決（医療情報の増大、医師の偏在等）

これら6領域を中心に、AIの研究開発を加速化させる。

（平成29年6月報告書取り纏め）

【AIの実用化が**比較的早い**と考えられる領域】

領域	我が国の強み（○） /課題（△）	AIの開発に向けた厚生労働省の主な施策 （民間企業におけるAI開発を促進するための基盤を整備）
①ゲノム医療	△欧米に比べて取組に遅れ	・ 国立がん研究センターにがんゲノム情報管理センターを整備し、ゲノム情報を集約 ・ がんゲノム情報管理センターが臨床情報や遺伝子解析情報等を横串で解析する知識データベースを構築
②画像診断支援	○日本の高い開発能力 ○診断系医療機器の貿易収支も黒字（1,000億円）	・ 関連医学会（日本病理学会、日本消化器内視鏡学会、日本医学放射線学会、日本眼科学会）が連携して画像データベースを構築 ・ 厚生労働省が、医師法上や医薬品医療機器法上の取扱を明確化
③診断・治療支援 （問診や一般的検査等）	△医療情報の増大によって医療従事者の負担が増加 △医師の地域偏在や診療科偏在への対応が必要 △難病では診断確定までに長い期間	・ 日本医療研究開発機構（AMED）研究費により、難病領域を幅広くカバーする情報基盤を構築 ・ 厚生労働省が、医師法上や医薬品医療機器法上の取扱を明確化
④医薬品開発	○日本は医薬品創出能力を持つ数少ない国の1つ ○技術貿易収支でも大幅な黒字（3,000億円）	・ 国立研究開発法人 医薬基盤・健康・栄養研究所が、創薬ターゲットの探索に向けた知識データベースを構築 ・ 国立研究開発法人 医薬基盤・健康・栄養研究所、理化学研究所、及び京都大学が中心となり、製薬企業とIT企業のマッチングを支援

【AIの実用化に向けて**段階的に取り組むべき**と考えられる領域】

⑤介護・認知症	△高齢者の自立支援の促進 △介護者の業務負担軽減	・ 厚生労働科学研究費補助金により、介護における早期発見・重症化予防に向けたデータ収集及び予測ツールの開発
⑥手術支援	○手術データの統合の取組で日本が先行 △外科医は数が少なく、負担軽減が必要	・ 厚生労働科学研究費補助金等により、手術関連データを相互に連結するためのインターフェースの標準化を実施

保健医療分野AI開発加速コンソーシアム

目的

(平成30年7月に設置し、7月23日に第1回会議を開催)

諸外国におけるAI開発が急速に進んでいる中、我が国でも、保健・医療分野のAI開発に向けて、諸外国に遅れを取ることなく、関係者が一丸となって取り組めるよう、課題や対応策について検討する。

検討事項

- ・ 医学会主導で収集している医用画像について、患者単位でのデータ連結や、民間企業等へ広く提供する仕組みの構築
- ・ 日本の強みを活かした上での、AI開発に注力すべきターゲット領域の再検討 等

構成員

北野 宏明 ソニーコンピュータサイエンス研究所 代表取締役社長・所長
末松 誠 国立研究開発法人日本医療研究開発機構 理事長
田辺 里美 独立行政法人情報処理推進機構 鷓鴣
辻井 潤一 国立研究開発法人産業技術総合研究所人工知能研究センター 研究センター長
豊田 郁子 患者・家族と医療をつなぐNPO法人架け橋 理事長
西川 徹 Preferred Networks 代表取締役社長、最高経営責任者
羽鳥 裕 公益社団法人日本医師会 常任理事
保科 学世 アクセンチュア株式会社アクセンチュア・イノベーション・ハブ東京共同統括 マネジング・ディレクター
堀川 環 日本製薬工業協会知的財産委員 運営委員
松尾 豊 東京大学大学院工学系研究科 特任准教授
間野 博行 国立研究開発法人国立がん研究センター 研究所長
宮田 裕章 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授
山内 英子 聖路加国際病院 副院長
山本 晴子 国立循環器病研究センター臨床試験推進センター長・理事長特任補佐
米田 悦啓 国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所 理事長
渡部 真也 一般社団法人日本医療機器産業連合会 会長

(敬称略、50音

順)

「保健医療分野AI開発加速コンソーシアム」における検討状況

保健医療分野におけるAI開発について、①重点開発領域の再検討、②データの集約と患者単位での連結方策、③データを民間企業等へ提供する仕組みの構築、等について議論を進めている。

(平成30年7月23日 第1回会議資料より抜粋)

課題	検討内容
海外において、AIを活用した診断・治療支援機器の開発が進んでいる現状を踏まえ、日本における重点開発領域の再検討が必要	① 現在までの国内外でのAI開発状況も踏まえた上で、平成29年のAI懇談会において定めた重点6領域(ゲノム医療、画像診断支援、診断・治療支援、医薬品開発、介護・認知症、手術支援)の絞り込みや、当該分野以外の領域設定の必要性について検討 ② 各医学会が主導して収集した各種医用画像データを患者単位で連結させることで、AI開発における付加価値が生じるため、収集したデータを1箇所に集約して連結させる方策を検討 (例:病理画像とCT)
医学会中心で医用画像を収集しているが、民間のAI開発に十分つながっていない	③ 収集した医用画像を、民間企業や研究機関に対して、公平性を担保しつつ広く提供する仕組みの構築(ルール作り) ○ 匿名化や同意のあり方 ○ 次世代医療基盤法の活用のあり方 ○ 医用画像の提供を受けられることができる機関の考え方

ケアの内容等のデータを収集・分析する データベースの構築

科学的裏付けに基づく介護に係る検討会

- 科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護サービスの方法論を確立、普及していくために必要な検討を行うため、有識者による「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」を開催
- 研究に利用可能な項目のうち、既に電子化され現場の負担を増やさずに収集できる項目から開始する方向で検討
- 2018年3月に、CHASEの初期仕様について中間とりまとめを実施。

検討の経緯

○第一回（2017年10月12日）

- 検討会の基本的な問題意識及び共通理解の確認
- 既存のエビデンス※¹の確認及び整理
 - ※1 ・過去に実施した老人保健健康増進等事業
 - ・過去に実施した厚生労働科学研究費補助金研究事業
 - ・2017年度老人保健健康増進等事業「自立に資する介護に関する調査研究事業」において一般から募集した提案
 - ・構成員から提出された資料

○第二回（2017年10月26日）

- 既存のデータベース※²についての整理
- 今後のエビデンスの蓄積に向けて収集すべき情報について、検討の前提となる情報、検討の方針及び枠組みについて検討
- 「栄養」領域に関して、今後のエビデンスの蓄積に向けて収集すべき情報について検討
 - ※2 ・介護保険総合データベース
 - ・通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業（VISIT）

○第三回（2017年11月7日）

- 「リハビリテーション」、「（主に介護支援専門員による）アセスメント」、「介護サービス計画（ケアプラン）」に関して、今後のエビデンスの蓄積に向けて収集すべき情報について検討

○第四回（2017年12月21日）

- 「認知症」、「利用者満足度」、「リハビリテーション以外の介入の情報」に関して、今後のエビデンスの蓄積に向けて収集すべき情報について検討

○第五回（2018年3月9日）

- 第4回までの議論の取りまとめ

構成員	
秋下雅弘	東京大学医学部附属病院老年病科教授
伊藤健次	山梨県立大学人間福祉学部福祉コミュニティ学科 准教授
海老原覚	東邦大学医療センター大森病院リハビリテーション科教授
近藤和泉	国立長寿医療研究センター機能回復診療部部長
真田弘美	東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 老年看護学/創傷看護学分野教授
白石成明	日本福祉大学健康科学部リハビリテーション学科教授
鈴木裕介	名古屋大学大学院医学系研究科地域在宅医療学老年科学教室 准教授
武田章敬	国立長寿医療研究センター在宅医療・地域連携診療部長
利光久美子	愛媛大学医学部附属病院 栄養部 部長
◎鳥羽研二	国立長寿医療研究センター 理事長
福井小紀子	大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻 地域包括ケア学・老年看護学研究室教授
藤井賢一郎	上智大学社会人間科学部社会福祉学科准教授
松田晋哉	産業医科大学公衆衛生学教授
三上直剛	日本作業療法士協会事務局
八木裕子	東洋大学ライフデザイン学部生活支援学科 准教授

◎は座長

※上記の他、葛西参与、宮田教授、田宮教授が出席。また、オブザーバーとして、日本医師会、全国老人保健施設協会、全国老人福祉施設協議会が参加。

介護分野における今後のエビデンスの蓄積に向けて収集すべき情報について (検討会中間とりまとめの概要)

I はじめに

介護領域には、介護保険総合データベース、通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業によるデータベース（Monitoring & Evaluation for Rehabilitation Services for Long-term Care, VISIT）といった既存のデータベースがあるが、それらで収集されていないものを補完的に収集することによって、介護領域におけるエビデンス構築により資すると考えられる。この既存のデータベースを補完するデータベースをCHASE（Care, Health Status & Events）と名付け、その具体的な内容を検討し、成果をとりまとめた。

II CHASEの仕様案について

①項目選定の基本方針

CHASEの初期仕様で収集する項目を以下の方針をもとに選定した。

- ・対象となる事業所の大部分で既に電子的に取得されている情報。
- ・一定程度の事業所において既に電子的に取得されており、その方法が簡便であって、他の事業所でも容易に導入、実施できると思われるもの。

②初期仕様案の項目の策定方法

- ・構成員から提案された項目について、「研究の重要性」及び「データ利用の可能性」の2点から評価し、一定の基準を超えたもの。
- ・介護支援専門員等によるアセスメントデータについて、比較的シェアが高い方式によるもの。
（異なるアセスメント方式によってとられたデータでも相互に比較できるよう、アセスメントデータを共通のフォーマットへ変換したものを格納）
- ・介護報酬の加算等の算定において求められる様式のうち分析しやすいと思われる項目。
（数値を求めているもの、コード化されているもの等）
- ・リハビリテーション以外のサービス提供内容について、訪問介護事業所における電子記録等から収集できるもの。

③運用に関する考え方

- ・対象となる事業所が限られるものや、電子化され提供可能になっているとは限らないものがあるため、各事業所に初期仕様案の項目すべてについてデータ提出を求めるのではなく、各事業所で提出可能なものを提出してもらうこととする。

III 今後の課題

以下の項目に関して、検討会で引き続き検討を行う。

①初期仕様案の今後の変更に関する検討

- ・初期仕様案は随時バージョンアップ。
- ・バージョンアップの中で、新たに必要と思われる項目の追加、必要性が低いと思われる項目の削除、測定目的が重複している項目の整理等を行っていく。

②各事業所からのデータ提出に対する動機付けに関する検討

③現時点では収集が困難であるが、将来的に収集が有意義と思われる項目（「うつ」の発生の有無、睡眠時間、転倒回数、難聴、視力低下等）の検討

④科学的裏付けに基づく介護を推進していく上で引き続き検討が必要な内容の検討

CHASE（収集する具体的項目の例（一部抜粋））

項目名称	属性	備考
栄養マネジメントに関する情報		
身長	数値	センチメートル単位入力
体重	数値	キログラム単位入力（小数点第一位まで）
血清アルブミン値	数値	小数点第一位まで入力（g/dl）
食事摂取量	数値	%で入力（整数）
水分摂取量	数値	一日の水分摂取量を記載する。ミリリットル単位入力
経口移行・維持に関する情報		
経口摂取の状態	文字列	10の位：歯又は使用中の義歯がある（0：非該当 1：該当） 1の位：食事の介助が必要である（0：非該当 1：該当） 例）歯または使用中の義歯がある→該当 かつ 食事の介助が必要である→該当⇒11と入力
口腔機能向上に関する情報		
かかりつけ歯科医	文字列	0 なし 1 あり
改定水飲みテスト_結果	文字列	1 嚥下なし、むせる and/or 呼吸切迫 2 嚥下あり、呼吸切迫 等
個別機能訓練に関する情報		
自分で食べる		興味がある・してみたい・しているそれぞれの該当・非該当を入力する
アセスメント等に関する情報		
食事の回数	数値	一日の食事の回数を整数で入力する
認知症に関する情報		
改定長谷川式認知症スケール（HDS-R）	数値	HDS-Rの値を記載
同じことを何度も何度も聞く	文字列	0 全くない 1 ほとんどない 2 ときどきある 3 よくある 4 常にある
日常生活動作に関する情報		
Barthel Index	文字列	
FIM	文字列	

ロボット・IoT・AI・センサーの活用

介護ロボット導入支援事業 〔地域医療介護総合確保基金（介護従事者確保分）〕

- 現在上市されつつある介護ロボットは、介護従事者の身体的負担の軽減や業務の効率化に資する新たな技術が活用されており、介護従事者が継続して就労するための環境整備策として有効である。
- これらの介護ロボットは価格が高額であることから、普及促進策として、地域医療介護総合確保基金で実施する事業の一つに本事業を設けて、介護環境の改善に即効性を持たせるとともに、広く一般に介護事業所による購入が可能となるよう先駆的な取組について支援を行う。

対象概要

- ・介護施設等の実情に応じて策定する介護従事者負担軽減のための介護ロボット導入計画の実現のために使用される介護ロボットであって、先駆的な取組により介護従事者が被介護者に提供する介護業務の負担軽減や効率化に資するものであること。
→都道府県が提出された計画内容来判断

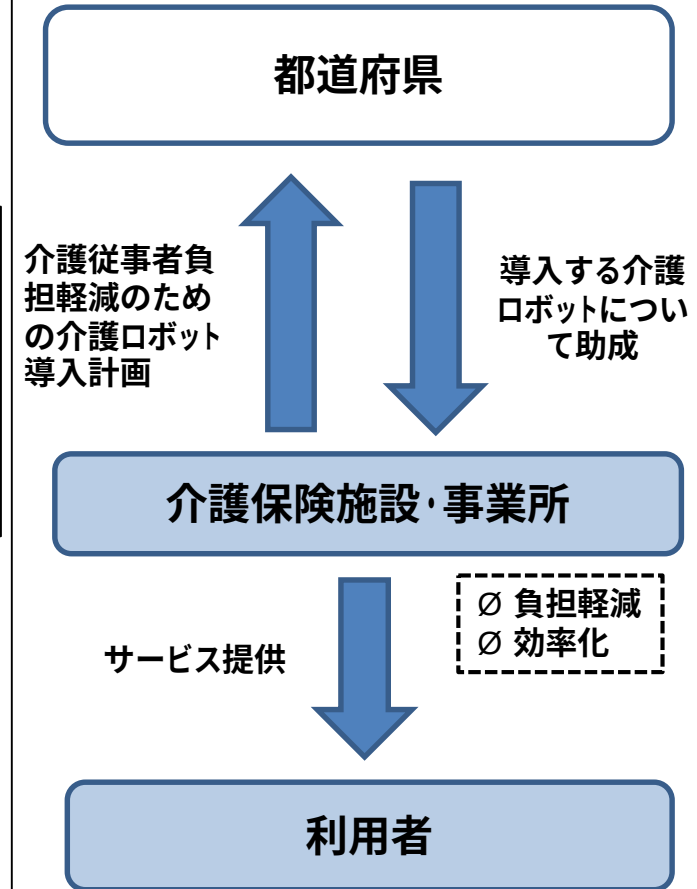
対象範囲

- ・介護従事者負担軽減のための介護ロボット導入計画の作成
＜記載内容＞
 - 達成すべき目標
 - 導入すべき機種
 - 期待される効果等とし、実際の活用モデルを示すこととて他の介護施設等の参考となるべき内容であること。（3年計画）
- ・日常生活支援における移乗支援、移動支援、排泄支援、見守り・コミュニケーション、入浴支援、介護業務支援で利用する介護ロボットが対象。
- ・ロボット技術を活用して、従来の機器ではできなかった優位性を発揮する介護ロボット
- ・販売価格が公表されており、一般に購入できる状態にあること。

補助額等

- i 補助額
1機器につき補助額10万円(30万円)。ただし20万円(60万円)未満のものは価格に2分の1を乗じて得た額が上限。
- ii 一回当たりの限度台数
 - ・施設・居住系サービスは、利用定員数を10で除した数を限度台数とする。
 - ・在宅系サービスは、利用定員数を20で除した数を限度台数とする。
- iii 介護ロボット導入計画との関係
一計画につき、一回の補助とする。

事業の流れ



- 特別養護老人ホーム等の夜勤について、業務の効率化等を図る観点から、見守り機器の導入により効果的に介護が提供できる場合に関する評価を設ける。

介護老人福祉施設、短期入所生活介護

- 夜勤職員配置加算について、業務の効率化等を図る観点から、見守り機器の導入により効果的に介護が提供できる場合について見直しを行う。

現行の夜勤職員配置加算の要件

- ・ 夜勤時間帯の夜勤職員数：
夜勤職員の最低基準+1名分の人員を多く配置していること。

見守り機器を導入した場合の 夜勤職員配置加算の要件

- ・ 夜勤時間帯の夜勤職員数：
夜勤職員の最低基準+0.9名分の人員を多く配置していること。
- ・ 入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者数の15%以上に設置していること。
- ・ 施設内に見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていること。

概要

介護ロボット等の開発・普及について、開発企業と介護現場の協議を通じ着想段階から現場のニーズを開発内容に反映、開発中の試作機へのアドバイス、開発された機器を用いた効果的な介護技術の構築など、各段階で必要な支援を行うことにより、加速化を図る。

事業内容

○ ニーズ・シーズ連携協調のための協議会の設置

開発前の着想段階から介護ロボットの開発の方向性について開発企業と介護現場が協議し、介護現場のニーズを反映した開発の提案内容を取りまとめる協議会を設置する。

○ 福祉用具・介護ロボット実用化支援事業

介護現場のニーズに適した実用性の高い介護ロボットの開発が促進されるよう、開発中の試作機器について介護現場での実証、成果の普及啓発等を行い、介護ロボットの実用化を促す環境を整備する。

○ 介護ロボットを活用した介護技術開発支援モデル事業

介護ロボットの導入を推進するためには、使用方法の熟知や、施設全体の介護業務の中で効果的な活用方法を構築する視点が重要であり、介護ロボットを活用した介護技術の開発までを支援するモデル事業を実施する。

着想
段階

現場のニーズを踏まえた介護ロボット開発の提案を取りまとめ

※開発企業、介護現場、福祉機器等に精通した専門家で構成

開発
段階

モニター調査

・専門職によるアドバイス支援
・臨床評価

※ニーズに即した製品となるよう支援

上市
段階

効果的な介護ロボットを活用した介護方法の開発

※開発企業、介護現場、福祉機器等に精通した専門家により、導入から実証まで総合的に実施

実証成果等の普及啓発

※研修、普及啓発イベント等の実施

○「未来投資戦略2018」(抜粋) (平成30年6月15日 閣議決定)

第2 具体的施策

2. 次世代ヘルスケア・システムの構築

(3) 新たに講ずべき具体的施策

iii) 効率的・効果的で質の高い医療・介護の提供、地域包括ケアに関わる多職種の連携推進

② ロボット・センサー、AI技術等の開発・導入

・ロボット・センサー、AIなどの技術革新の評価に必要なデータの種類や取得方法など、効果 検証に関するルールを整理することで、事業者による継続的な効果検証とイノベーションの循環を促す環境を整備し、得られたエビデンスを次期以降の介護報酬改定等での評価につなげる。

・AIなどの技術革新を進めるとともに、昨年度改訂した重点分野に基づき、ロボット・センサーについて、利用者を含め介護現場と開発者等をつなげる取組、現場ニーズを捉えた開発支援及び介護現場への導入・活用支援を進める。あわせて、障害福祉分野についても同様の取組を進める。また、我が国の介護ロボットの海外展開を後押しするため、安全性担保に関する国際標準化の推進や諸外国の制度との連携を図る。

○「経済財政運営と改革の基本方針2018」(抜粋) (平成30年6月15日閣議決定)

第3章 「経済・財政一体改革」の推進

4. 主要分野ごとの計画の基本方針と重要課題

(1) 社会保障

(医療・介護サービスの生産性向上)

(前略) 人口減少の中にあって少ない人手で効率的に医療・介護・福祉サービスが提供できるよう、AIの実装に向けた取組の推進、ケアの内容等のデータを収集・分析するデータベースの構築、ロボット・IoT・AI・センサーの活用を図る。

未来投資戦略2018
— 「Society 5.0」「データ駆動型社会」への変革 —
(平成30年6月15日閣議決定) (抄)

第2 具体的施策

1. 「Society 5.0」の実現に向けて今後取り組む重点分野と、変革の牽引力となる「フラッグシップ・プロジェクト」等

[1] 「生活」「産業」が変わる

2. 次世代ヘルスケア・システムの構築

(3) 新たに講ずべき具体的施策

i) 個人にあった健康・医療・介護サービス提供の基盤となるデータ利活用の推進

③介護分野における多職種の介護情報の連携・活用

・ 介護分野におけるICT化・情報連携が全国的に行われ、介護に携わる関係者の効率的・効果的な協働を可能とするため、居宅介護支援事業所と訪問介護などのサービス提供事業所間における情報連携の標準仕様を検討し、本年度中に結論を得る。あわせて、ICTを活用した医療・介護連携について、本年度実証を行うとともに、その結果を踏まえ、標準仕様の作成に向けて検討する。

・ 介護分野におけるICT化に関しては、介護現場の業務の効率化・生産性向上の取組と一体として推進し、ICTの導入を促進するための総合的な対応を検討し、来年度に導入を抜本的に進める。こうした取組に沿って、平成32年度までに、介護分野において必要なデータ連携を可能とすることを目指す。

iii) 効率的・効果的で質の高い医療・介護の提供、地域包括ケアに関わる多職種の連携推進

③書類削減、業務効率化、生産性向上

・ 介護分野の情報連携、介護事業所におけるICT化を抜本的な業務の再構築・効率化につなげるため、介護サービス事業所に対し国・自治体が求める帳票等の実態把握と当面の見直しを、本年度中に実施する。その後、事業所が独自に作成する文書も含めた更なる見直しを進め、文書量の実効的な半減を実現する。

・ 作成文書の見直し、介護ロボット等の活用に加え、ICT利活用や、非専門職の活用等を含めた業務効率化・生産性向上に係るガイドラインを本年度中に作成、普及させ、好事例の横展開を図る。

・ 高齢者の活躍を促進するとともに、介護人材の裾野を広げる観点から、地域医療介護総合確保基金により、「介護助手」などの多様な人材の活用を図るなど、介護人材確保に総合的に取り組む。

・ 医療分野や障害福祉分野についても、介護分野と同様に、各分野の特性に応じて、作成文書の見直しやAI・ロボット技術の活用、多職種連携等の取組を促進する。

居宅サービス事業所におけるICTの導入に向けた取組状況

平成27年度補正予算（予算額：600万円）【平成27年度実施済み】

⇒ 訪問介護及び通所介護の業務におけるICT導入の効果を調査。

- ・ 「日々のサービス内容の記録業務」、「事業所内の情報共有業務」、「介護報酬請求業務」がICT機器の導入による効果が大きい業務であった。

平成28年度当初予算（予算額：1.3億円）【平成28年度実施済み】

⇒ 新規にICTを導入することによる効果（業務に要する時間の変化）を検証。

- ・ 記録作成・情報共有業務について、36事業所で検証を実施した結果、23事業所（64%）で減少、13事業所（36%）で増加。
- ・ 介護報酬請求業務について、15事業所で検証を実施した結果、13事業所（87%）で減少、1事業所で増加、1事業所は変化なし。

平成28年度補正予算（予算額：2.6億円）【平成29年度実施済み】

⇒ 複数の居宅サービス事業所の連携（異なるベンダー間を含む）に向けた課題を整理する。また、介護事業所に対して現状のICT機器の導入状況等のアンケート調査を行う。

平成29年度当初予算（予算額：2.3億円）【平成29年度実施済み】

⇒ 規模の小さい介護事業所を含めた市町村単位での連携モデル事業を実施する。また、ICTにおける標準仕様の構築のために、各ベンダーのシステム仕様を調査する。

【平成30年度予算額：1.5億円】

- 介護事業所におけるICT化を全国的に普及促進するため、介護事業所間の情報連携に関して、今後求められる情報の内容やセキュリティ等のあり方を検討するなど、ICTの標準仕様の作成に向けた取組を実施する。

障害分野のロボット等導入支援事業

経済財政運営と改革の基本方針(骨太の方針) 2018 <抜粋>

4. 主要分野ごとの計画の基本方針と重要課題

(1) 社会保障

(医療・介護サービスの生産性向上)

- 人口減少の中であって少ない人手で効率的に医療・介護・福祉サービスが提供できるよう、AIの実装に向けた取組の推進、ケアの内容等のデータを収集・分析するデータベースの構築、ロボット・IoT・AI・センサーの活用を図る。また、診療能力向上のための卒前・卒後の一貫した医師養成過程を整備するとともに、総合診療医の養成を促進する。従事者の業務分担の見直し・効率的な配置、介護助手・保育補助者など多様な人材の活用、事業所マネジメントの改革等を推進する。介護の経営の大規模化・協働化により人材や資源を有効に活用する。

未来投資戦略(成長戦略) 2018 <抜粋>

第1 基本的視座と重点施策

3. 「Society 5.0」の実現に向けて今後取り組む重点分野と、変革の牽引力となる「フラッグシップ・プロジェクト」

(1) ② 次世代ヘルスケア・システムの構築プロジェクト

<医療・介護現場の生産性向上>

・介護現場の生産性を飛躍的に高めるため、ICT化を徹底推進し、2020年度までに介護分野での必要なデータ連携が可能となることを目指すとともに、現場ニーズを踏まえたロボット・センサー、AI等の開発・導入を推進し、事業者による効果検証から得られたエビデンスを活用して、次期以降の介護報酬改定等で評価する。

第2 具体的施策

2. 次世代ヘルスケア・システムの構築

(3) 新たに講ずべき具体的施策

iii) 効率的・効果的で質の高い医療・介護の提供、地域包括ケアに関わる多職種の連携推進

② ロボット・センサー、AI技術等の開発・導入

・ロボット・センサー、AIなどの技術革新の評価に必要なデータの種類や取得方法など、効果検証に関するルールを整理することで、事業者による継続的な効果検証とイノベーションの循環を促す環境を整備し、得られたエビデンスを次期以降の介護報酬改定等で評価につなげる。

・AIなどの技術革新を進めるとともに、昨年度改訂した重点分野に基づき、ロボット・センサーについて、利用者を含め介護現場と開発者等をつなげる取組、現場ニーズを捉えた開発支援及び介護現場への導入・活用支援を進める。あわせて、障害福祉分野についても同様の取組を進める。また、我が国の介護ロボットの海外展開を後押しするため、安全性担保に関する国際標準化の推進や諸外国の制度との連携を図る。

③ 書類埴 毛 脇絺 秣毛 謳窳独

・介護分野の情報連携、介護事業所におけるICT化を抜本的な業務の再構築・効率化につなげるため、介護サービス事業所に対し国・自治体が求める帳票等の実態把握と当面の見直しを、本年度中に実施する。その後、事業所が独自に作成する文書も含めた更なる見直しを進め、文書量の実効的な半減を実現する。

・作成文書の見直し、介護ロボット等の活用に加え、ICT利活用や、非専門職の活用等を含めた業務効率化・生産性向上に係るガイドラインを本年度中に作成、普及させ、好事例の横展開を図る。

・医療分野や障害福祉分野についても、介護分野と同様に、各分野の特性に応じて、作成文書の見直しやAI・ロボット技術の活用、多職種連携等の取組を促進する。

(保育対策総合支援事業費補助金 111億円の内数)

【事業内容】

保育士の業務負担軽減を図るため、保育に関する計画・記録や保護者との連絡、子どもの登降園管理等の業務のICT化を行うために必要なシステムの導入費用の一部の補助を行う。

【実施主体】 市区町村

【補助単価】 1施設当たり 100万円

【補助率】 国：1／2、市区町村：1／4、事業者：1／4



【業務負担が軽減される例】



○保育に関する計画・記録

- ・手書きで作成していた各期間（年・月・週・日）ごとの指導計画や保育日誌について、システムにより、関連する項目が自動的に入力される。

○登降園管理

- ・手作業で行っていた子どもの出欠状況の集計や延長保育料金の計算について、タッチパネル式の機器の導入により、登園・降園時間がシステムで管理され、出欠状況の集計や延長保育料金の計算が自動的に行われる。

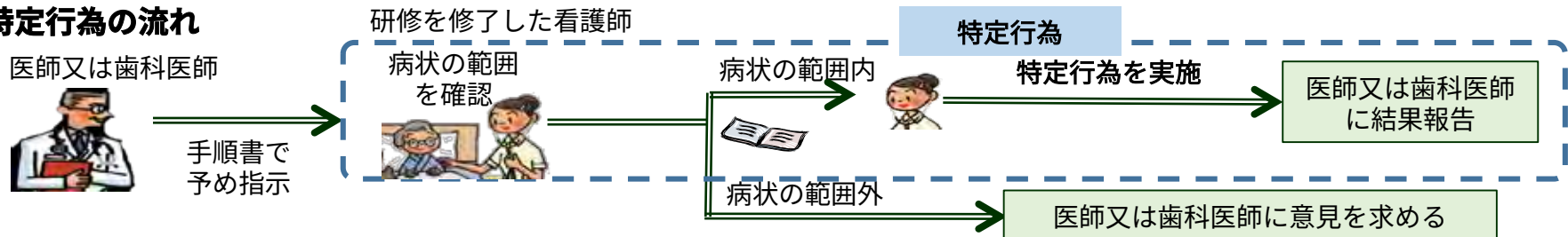
従事者の業務分担の見直し・効率的な配置 事業所マネジメント改革の推進

特定行為に係る看護師の研修制度の概要

1. 目的

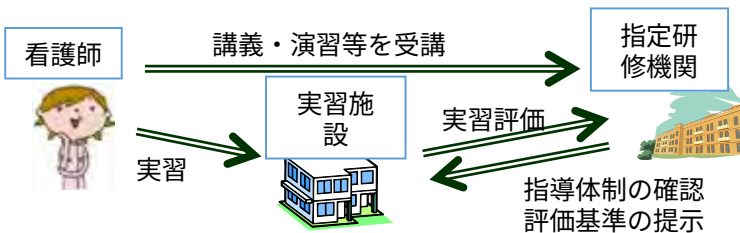
- 2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。
- このため、「地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」において、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していく。

2. 特定行為の流れ



3. 特定行為研修の実施体制等

- 厚生労働大臣が指定する指定研修機関において、協力施設と連携して研修を実施
- 研修は講義、演習又は実習によって実施
- 看護師が就労しながら研修を受けられるよう、
 - ① 講義・演習は、eラーニング等通信による学習を可能としている
 - ② 実習は、受講者の所属する医療機関等（協力施設）で受けることを可能としている



4. 研修の内容

「共通科目」 全ての特定行為区分に共通するもの の向上を図るための研修	
共通科目の内容	時間数
臨床病態生理学（講義、演習）	45
臨床推論（講義、演習、実習）	45
フィジカルアセスメント（講義、演習、実習）	45
臨床薬理学（講義、演習）	45
疾病・臨床病態概論（講義、演習）	60
医療安全学（講義、演習、実習）	30
特定行為実践（講義、演習、実習）	45
合計	315

「区分別科目」 特定行為区分ごとに異なるものの向上を 図るための研修	
特定行為区分（例）	時間数
呼吸器（気道確保に係るもの）関連	22
創傷管理関連	72
創部ドレーン管理関連	15
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	36
感染に係る薬剤投与関連	63
※全ての科目で、講義・演習・実習又は講義・実習を行う ※1区分ごとに受講可能	

【別紙】特定行為及び特定行為区分(38行為21区分)

特定行為区分	特定行為	特定行為区分	特定行為
呼吸器(気道確保に係るもの) 関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整	創傷管理関連	褥(じよく)瘡(そう)又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 創傷に対する陰圧閉鎖療法
呼吸器(人工呼吸療法に係るもの) 関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更	創部ドレーン管理関連	創部ドレーンの抜去
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更	動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血 橈骨動脈ラインの確保
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整		
	人工呼吸器からの離脱	透析管理関連	急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理
呼吸器(長期呼吸療法に係るもの) 関連	気管カニューレの交換	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 脱水症状に対する輸液による補正
循環器関連	一時的ペースメーカーの操作及び管理	感染に係る薬剤投与関連	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与
	一時的ペースメーカーリードの抜去	血糖コントロールに係る薬剤投与関連	インスリンの投与量の調整
	経皮的心肺補助装置の操作及び管理	術後疼痛管理関連	硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整
	大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整	循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整 持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整 持続点滴中の降圧剤の投与量の調整 持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整 持続点滴中の利尿剤の投与量の調整
心嚢ドレーン管理関連	心嚢ドレーンの抜去		抗けいれん剤の臨時的投与 抗精神病薬の臨時的投与 抗不安薬の臨時的投与
胸腔ドレーン管理関連	低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び設定の変更 胸腔ドレーンの抜去		
腹腔ドレーン管理関連	腹腔ドレーンの抜去(腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。)		
ろう孔管理関連	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換		
	膀胱ろうカテーテルの交換	皮膚損傷に係る薬剤投与関連	抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整
栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理) 関連	中心静脈カテーテルの抜去		
栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理) 関連	末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入		

看護師の特定行為に係る研修機関支援事業

事業目的

平成31年度概算要求額 515,967千円（平成30年度予算額 346,820千円）

- 2025年に向けて更なる在宅医療等の推進を図るためには、個別に熟練した看護師のみでは足りないことから、医師等の判断を待たずに手順書により一定の診療の補助（特定行為）を行う看護師を養成するため特定行為研修制度を創設。
- 特定行為研修を修了した看護師を確保するためには、研修を実施する指定研修機関の確保が必要不可欠。
- 特定行為研修制度の円滑な施行・運用のため、指定研修機関の設置準備や運営に対する財政支援を実施。
- また、特定行為研修制度の普及・理解促進や研修受講者の確保のため、研修に関する情報共有・情報発信を行う。

事業概要

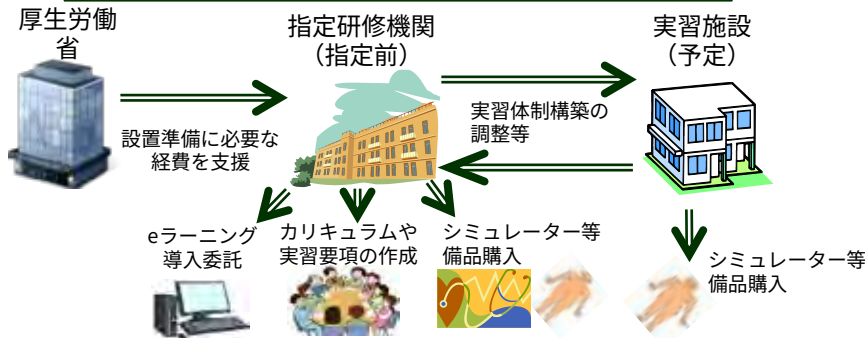
看護師の特定行為に係る研修機関導入促進支援事業

概算要求額 155,988千円（95,102千円）

【1施設あたり基準額 5,008千円（4,468千円）】

指定研修機関の確保を図るため、指定研修機関の設置準備に必要な、カリキュラム作成や備品購入、eラーニングの導入、実習体制構築等の経費に対する支援を行う。

導入促進支援事業（指定研修機関指定前の補助）



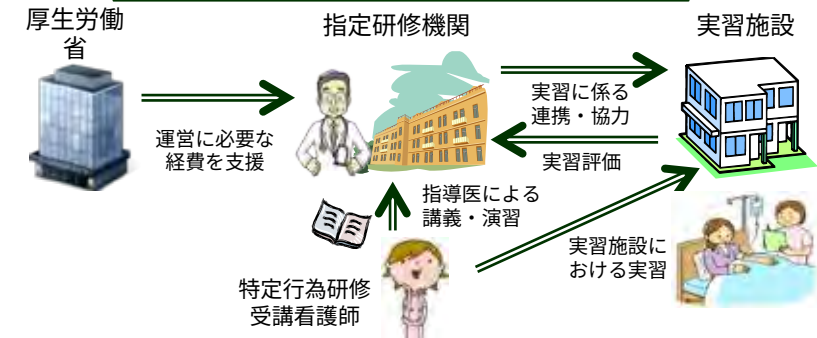
看護師の特定行為に係る指定研修機関運営事業

概算要求額 345,844千円（251,718千円）

【1施設あたり基準額 4,954千円（4,954千円）】

特定行為研修を修了した看護師の計画的な確保を図るため、指定研修機関の運営に必要な指導者に係る経費や実習施設謝金、実習に係る経費に対する支援を行う。

運営事業（指定研修機関指定後の補助）



看護師の特定行為に係る研修機関拡充支援事業【新規】

概算要求額 14,135千円（0千円）

①研修機関間の情報共有、研修機関の拡大事業

- ・ 目的：指定研修機関の情報共有や特定行為研修の普及・促進
- ・ 概要：医療機関の管理者や医師・看護師等を対象とした特定行為研修に関するシンポジウムの開催
- ・ 委託先：公募により選定した団体

②研修受講者確保事業

- ・ 目的：特定行為研修修了者を確保するため、看護師が研修受講に関する情報を収集しやすい環境を整備する
- ・ 概要：指定研修機関が実施している特定行為研修の受講に係る情報を収集し、特定行為研修のポータルサイトを設置・運営
- ・ 委託先：公募により選定した団体

看護師の特定行為に係る指導者育成等事業

平成31年度概算要求額 58,088千円（平成30年度予算額 58,088千円）

事業の目的

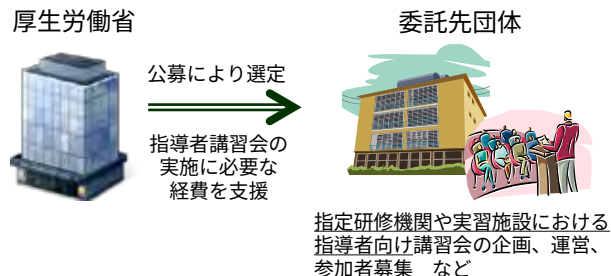
- 2025年に向けて、更なる在宅医療等の推進を図るためには、個別に熟練した看護師のみでは足りないことから、医師等の判断を待たずに手順書により一定の診療の補助（特定行為）を行う看護師を養成するため、特定行為研修制度を創設。
- 特定行為研修の質を担保しつつ、研修を円滑かつ効果的に実施するためには、指導者や指導者リーダーの育成が重要である。このため、指定研修機関や実習施設における指導者を対象に、制度の内容や指導の方法等、手順書において看護師が行う病状の確認の範囲等について、理解促進を図り、効果的な指導ができる指導者や指導者リーダーの育成を図る。
- また、特定行為研修修了者や指定研修機関数の増加を図るため、現行の特定行為研修制度の実施方式や指定研修機関の負担など、特定行為研修の実態や課題について調査・分析等を行う。

指導者育成事業

特定行為研修における指導者（主に指定研修機関や実習施設における指導者）向けの研修を行い、特定行為研修の質の担保を図る。

○指導者育成

- ・ 目的：特定行為研修の質の担保を図るため、制度の趣旨・内容、手順書、指導方法等の理解を促進し、適切な指導ができる指導者を育成する
- ・ 概要：指導者（予定者含む）に対して、指導者講習会を実施（講習会参加者は総数で1,000名程度を想定）
- ・ 委託先：公募により選定された団体
- ・ 備考：講習会の開催回数、各回の定員及び場所については参加者の利便性を考慮し設定



○指導者リーダー育成

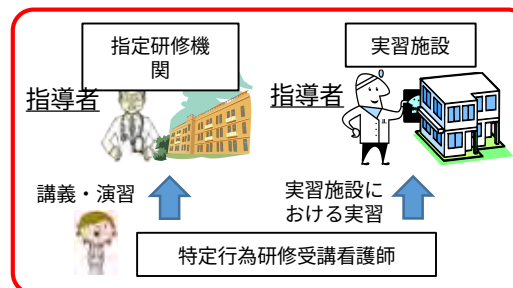
- ・ 目的：指導者講習会を企画・実施する者（リーダー）を育成する
- ・ 概要：指導者講習会を実施する事業者を対象に、研修会を実施（研修会参加者数は総数で100名程度を想定）
- ・ 委託先：公募により選定された団体

実態調査・分析等事業

◆調査・分析等の内容

- ・ 指定研修機関及び協力施設（実習施設）における研修についての実態調査及び分析等
- ・ 研修修了者の活動実態や活躍推進に向けた課題等に係る調査・分析等
- ・ 特定行為研修制度に係る実態や課題を踏まえた改善策の検討に資する調査及び分析
- ・ 調査結果の公表・周知 等

◆委託先：公募により選定された団体



医療機関の勤務環境マネジメント向上支援事業

平成31年度要求額
71,526千円(0千円)

【課題】

- 働き方改革実行計画(平成29年3月28日働き方改革実現会議決定)等を踏まえ、「医師の働き方改革に関する検討会」において、平成31年3月までに結論を得るべく医師の労働時間短縮・勤務環境改善策等について議論されている。同検討会の「中間的な論点整理」(平成30年2月27日)において、改革の必要性は認識しているがどのように取り組めばいいかわからない医療機関、改革の必要性をまだ認識していない医療機関もあることから、法人形態の特徴にも留意しつつ、これらの違いに応じた異なるアプローチによる医療機関側の意識改革や労務管理等に関する具体的なマネジメント改革の進め方が必要であるとされている。

(事業内容)

- ・医師の働き方改革に向けた地域リーダー育成のためのトップマネジメント研修や都道府県単位の病院長向け研修を実施。

トップマネジメント研修(仮称)

※保健医療科学
院において実施



全ての都道府県から推薦された病院長に対し、意識改革や勤務環境・処遇などの労務管理に関するマネジメントに係る研修

各都道府県における研修

※医療関係団体
等に業務委託



トップマネジメント研修を受講した病院長を含めた有識者が講義

各医療機関での実践



各都道府県における研修を受講した病院長が院内の勤務環境改善策を検討・実施

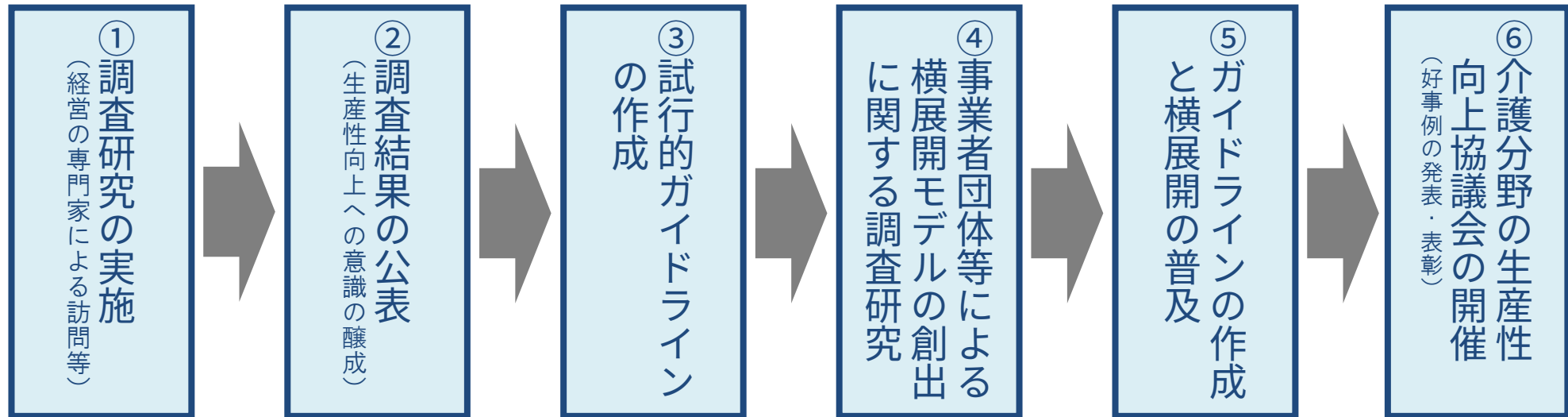
介護事業所における生産性向上推進事業

1 目的

- 介護事業所における生産性向上については、「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）において「実際に生産性向上に取り組む地域の中小企業、サービス業に対する支援を図る」こととされていることから、介護サービスにおける生産性向上のガイドラインの作成等を行い、事業者団体等の横展開を支援する。

2 事業内容

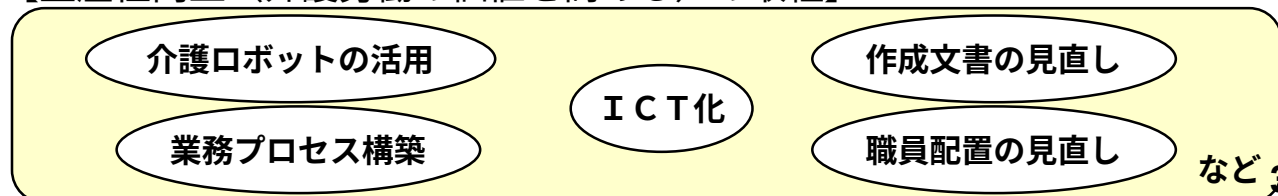
- 介護保険サービスの生産性を向上させるため、以下の取組により、介護分野における生産性向上の取組を醸成するとともに、事業者団体等の横展開を推進する。



3 実施主体

- 国（民間団体等への委託を想定）

【生産性向上（介護労働の価値を高める）の取組】



介護助手・保育補助者など多様な人材の活用

- **地域の実情に応じた介護従事者の確保対策を支援するため、都道府県計画を踏まえて実施される「参入促進」・「資質の向上」・「労働環境・処遇の改善」に資する事業を支援。**

参入促進

- 地域住民や学校の生徒に対する介護や介護の仕事の理解促進
- 若者・女性・高齢者など多様な世代を対象とした介護の職場体験
- 高齢者など地域の住民による生活支援の担い手の養成
- 介護未経験者に対する研修支援
- 過疎地域等の人材確保が困難な地域における合同就職説明会の実施
- ボランティアセンターとシルバー人材センター等の連携強化
- 介護事業所におけるインターンシップ等の導入促進
- **介護に関する入門的研修の実施からマッチングまでの一体的支援(新規)**
- 将来の介護サービスを支える若年世代の参入促進(新規)
- 介護福祉士国家資格の取得を目指す外国人留学生の受入環境整備(新規) 等

資質の向上

- 介護人材キャリアアップ研修支援
 - ・ 経験年数3～5年程度の中堅職員に対する研修
 - ・ 喀痰吸引等研修
 - ・ 介護キャリア段位におけるアセッサー講習受講
 - ・ 介護支援専門員に対する研修
- 各種研修に係る代替要員の確保
- 潜在介護福祉士の再就業促進
 - ・ 知識や技術を再確認するための研修の実施
 - ・ 離職した介護福祉士の所在等の把握
- 認知症ケアに携わる人材育成のための研修
- 地域包括ケアシステム構築に資する人材育成
 - ・ 生活支援コーディネーターの養成のための研修
- 認知症高齢者等の権利擁護のための人材育成 等

労働環境・処遇の改善

- 新人介護職員に対するエルダー・メンター(新人指導担当者)制度等導入のための研修
- 管理者等に対する雇用改善方策の普及
 - ・ 管理者に対する雇用管理改善のための労働関係法規、休暇・休職制度等の理解のための説明会の開催
 - ・ 介護従事者の負担軽減に資する介護ロボットの導入支援
 - ・ 新人教育やキャリアパスなど雇用管理体制の改善に取り組む事業所のコンテスト・表彰を実施
- 介護従事者の子育て支援のための施設内保育施設運営等の支援
- 子育て支援のための代替職員のマッチング 等

- 関係機関・団体との連携・協働の推進を図るための、都道府県単位での協議会の設置
- 介護人材育成等に取り組む事業所に対する都道府県の認証評価制度の運営支援

新

介護に関する入門的研修の実施からマッチングまでの一体的支援事業の創設

〔地域医療介護総合確保基金の新規メニュー〕

- 介護未経験者の介護分野への参入のきっかけを作るとともに、参入障壁となっている介護に関する様々な不安を払拭するため、介護業務の入門的な知識・技術の修得のための研修を導入し、介護人材のすそ野を拡げ、中高年齢者など多様な人材の参入を促進する。
- 具体的には、事業実施団体において、求職者や退職を控えた方などへの研修の参加を呼びかけるとともに、入門的研修の実施から研修受講後の介護施設・事業所とのマッチングを行い、介護分野での雇用につなげていく。

< 事業イメージ >

※各主体が協力して実施

< 実施主体 >

福祉人材センター、事業者団体、
介護福祉士養成施設、市町村社協 等

退職前セミナーの実施

※退職前セミナーを実施し、退職を控えた方へ参加を呼びかけ

事業の周知・広報

※地域の中高年齢者や子育てが一段落した主婦層へ参加を呼びかけ

地域の企業
自治体の関係機関 等

入門研修の実施

研修への参加

研修への参加

ハローワーク
老人クラブ
公民館
図書館 等

※各府省庁や都道府県・市町村からも退職を控えた方に対する事業の周知

研修受講者と事業所とのマッチング

介護職やボランティアとして従事



三重県の介護老人保健施設における「介護助手」導入の取組

(資料出所) 三重県資料を基に作成

目的



地域元気な高齢者を「**介護助手**」として育成し、
介護職場への就職を支援



介護人材の
「すそ野の拡大」「人手不足の解消」「介護職の“専門職化”」

成果・実績 (平成29年度)

～現場の声～

(ベッドメイキング、食事の配膳 など)



(介護職員・施設)

- ・これまで以上に業務に集中出来る。
- ・時間的余裕ができる。
- ・利用者の満足度が上がった。



(介護助手)

- ・70歳と言えど、まだまだやれる自信がついた。
- ・人生に張り合いが出来た。
- ・役に立っているなど感じられ、やりがいを持てた。
- ・働きに来ることで元気をもらえた。

・ 実施施設数	10施設
・ 説明会参加者数	240名
・ 採用者数 (3か月のパート雇用)	48名
・ 事業終了後の継続雇用者数	47名

波及 効果

他種施設への広がり

H29年度からは
特別養護老人ホームでも事業展開

全国的な広がり

25都道府県で実施

(※H30.4月現在 (公) 全国老人保健施設協会調査)

【事業内容】 保育園等における保育士の業務負担を軽減し、保育士の離職防止を図ることを目的として、保育士の補助を行う
保育補助者の雇上げに必要な費用を補助する。

【実施主体】 市町村

【補助額】

<現行>

年額221.5万円（短時間勤務1名分）

<平成30年度予算>

定員121人以上の施設が2名の保育補助者の雇い上げができるよう、補助額を引き上げ（年額443万円）

【保育補助者の要件】

<現行>

子育て支援員研修等の必要な研修を受講した者等

<平成30年度予算>

保育園等での実習を修了した者を補助対象とできるよう、要件を緩和

【補助率】

国：3/4、地方：1/4（都道府県1/8、市区町村1/8 又は 指定都市・中核市1/4）

【市区町村】



補助

【保育園】



雇上げ



【保育補助者】

保育士の業務負担軽減 ⇒ 離職防止

保育所等において保育士を補助



保育士へのステップアップ

※資格取得支援事業を活用

○保育士試験合格

又は

○保育士の養成校を卒業
(夜間・通信制は3年間)

保育士資格取得

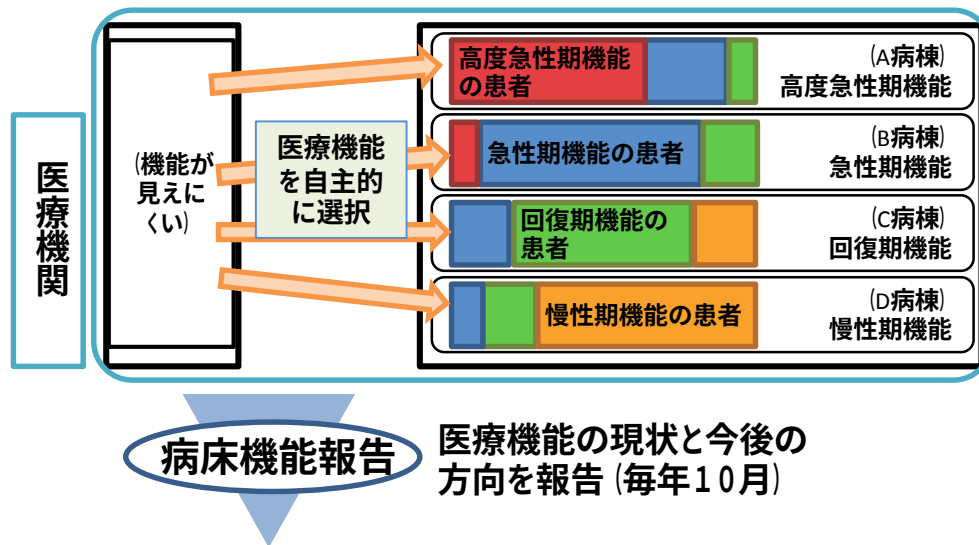
保育士として
引き続き勤務



地域医療構想の実現

地域医療構想について

- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。
- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。
※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。



(「地域医療構想」の内容)

1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域 (二次医療圏が基本) 単位で推計

2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例)

- 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

都道府県

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

「地域医療構想の進め方について」※のポイント

地域医療構想調整会議の協議事項

※ 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

[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

■調整会議の開催状況

4～6月	7～9月	10～12月 (予定)	1～3月 (予定)	計
100回 (84区域)	368回 (303区域)	434回 (233区域)	388回 (248区域)	1290回

■病床機能報告の報告率

	3月末時点	6月末時点	9月末時点
病院	93.3%	94.4%	96.5%
有床診療所	82.1%	84.5%	87.6%

■非稼働病床の病床数

	総数	方針の議論済み (議論中)
病院	16,727床	11,004床 (66%)
有床診療所	9,146床	3,108床 (34%)

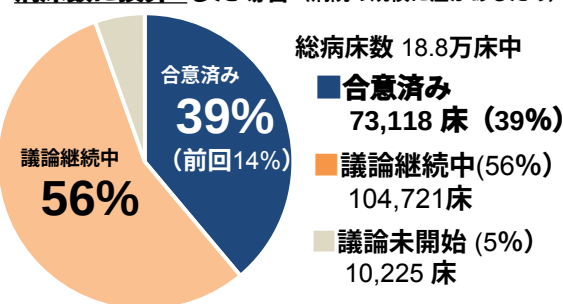
■具体的な医療機関名を挙げた議論の状況 (30年9月末)

新公立病院改革プラン対象病院

	6月末	9月末
対象病院数	823	823
うち合意(議論終了)	92	273
うち議論継続中	615	495
うち議論未開始※	116	55

※議論未開始55病院のうち、新公立病院改革プランの策定が完了していない病院が1病院

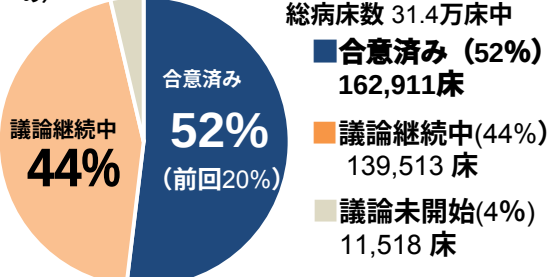
病床数に換算※した場合 (病院の規模に差があるため)



公的医療機関等2025プラン対象病院

	6月末	9月末
対象病院数	829	829
うち合意(議論終了)	176	423
うち議論継続中	535	372
うち議論未開始※	118	34

病床数に換算※した場合 (病院の規模に差があるため)



その他の医療機関

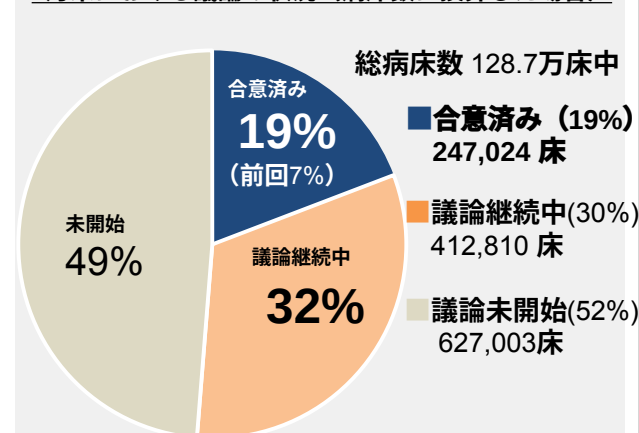
対象	5,659病院	6,736診療所
うち合意 (議論終了)	75病院	3診療所
うち議論継続中	1,150病院	489診療所

全ての医療機関 計

合意済み (議論終了) 施設数の推移 (3ヶ月毎)



9月末における議論の状況 (病床数に換算した場合)

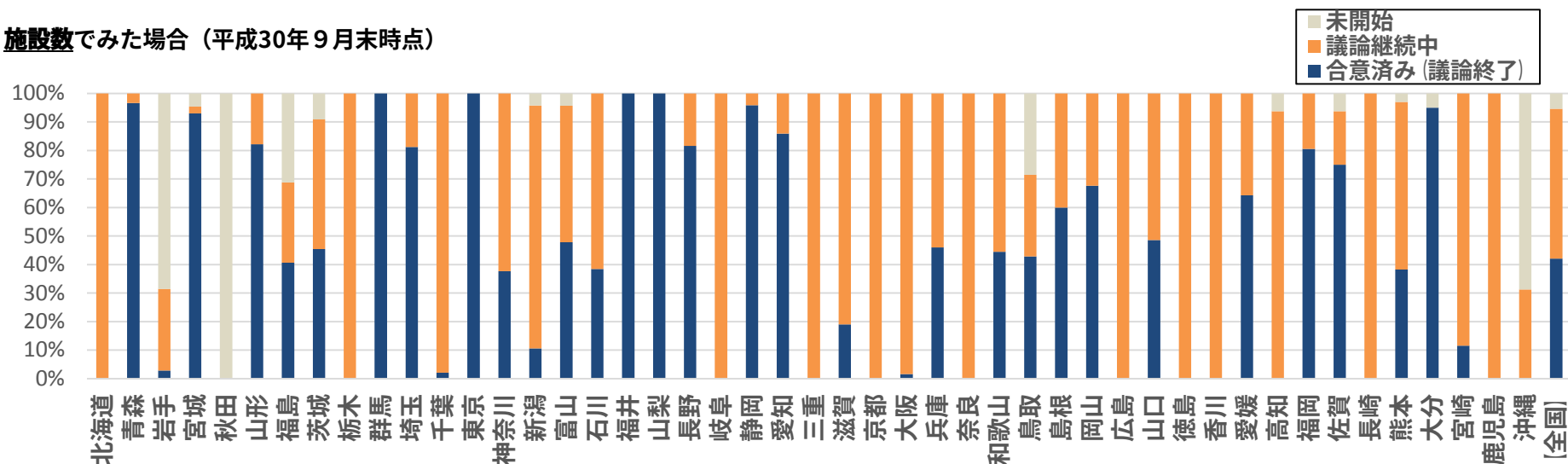


※病床数への換算には、平成29年病床機能報告における29年7月現在の病床数を用いた。

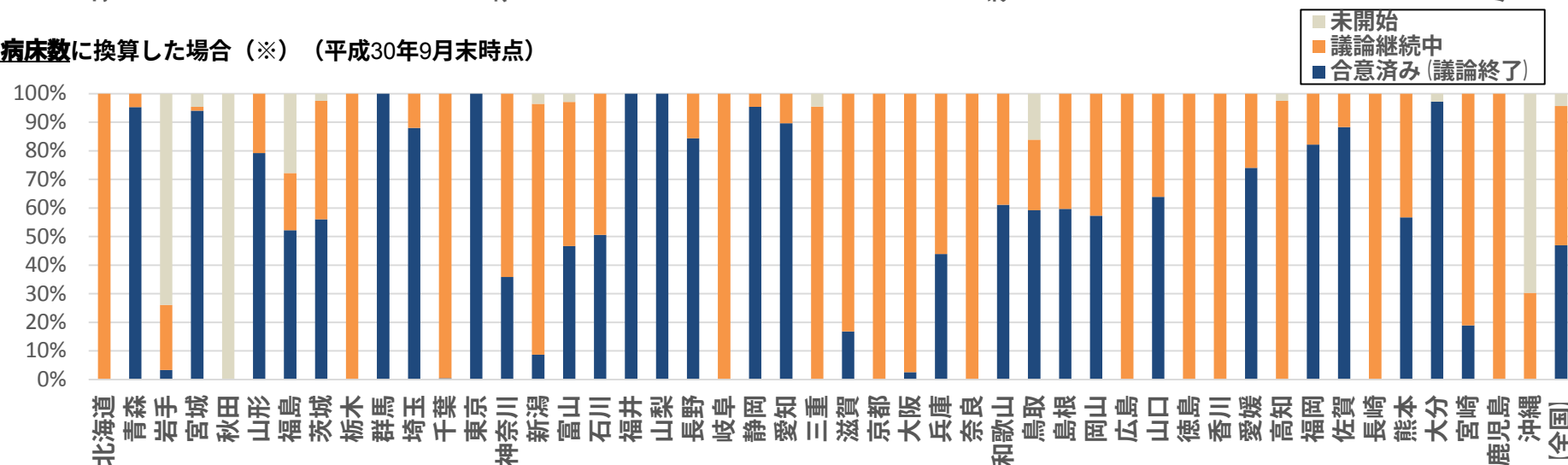
医政局地域医療計画課調べ (精査中)

公立病院・公的病院に関する議論の状況

施設数でみた場合（平成30年9月末時点）



病床数に換算した場合（※）（平成30年9月末時点）



※病床数への換算には、平成29年病床機能報告における29年7月現在の病床数を用いた。

医政局地域医療計画課調べ（精査中）

地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策について

平成30年6月22日付け医政地発0622第2号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知
平成30年6月26日付け厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡

都道府県単位の地域医療構想調整会議

○都道府県は、各構想区域の調整会議における議論が円滑に進むように支援する観点から、都道府県単位の地域医療構想調整会議を設置

(協議事項)

- ・各構想区域における調整会議の運用に関すること（地域医療構想調整会議の協議事項、年間スケジュールなど）
- ・各構想区域における調整会議の議論の進捗状況に関すること（具体的対応方針の合意の状況、再編統合の議論の状況など）
- ・各構想区域における調整会議の抱える課題解決に関すること（参考事例の共有など）
- ・病床機能報告等から得られるデータの分析に関すること（定量的な基準など）
- ・構想区域を超えた広域での調整が必要な事項に関すること（高度急性期の提供体制など）

(参加の範囲等) 各構想区域の地域医療構想調整会議の議長を含む関係者

都道府県主催研修会

○都道府県は、地域医療構想の進め方について、調整会議の議長、事務局を含む関係者間の認識を共有する観点から、研修会を開催

(研修内容) ・行政説明 ・事例紹介 ・グループワーク

※行政説明や事例紹介の実施に当たっては、厚生労働省の担当者を派遣

「地域医療構想アドバイザー」

○厚生労働省は、各構想区域の実情に応じたデータの整理や論点の提示といった調整会議の事務局が担うべき機能を補完する観点から、
「地域医療構想アドバイザー」を養成

- (役割) ・都道府県の地域医療構想の進め方について助言すること。
・地域医療構想調整会議に出席し、議論が活性化するように助言すること。

- (活動内容) ・厚生労働省が主催するアドバイザー会議への出席（年2～3回）
・担当都道府県の地域医療構想の達成に向けた技術的支援（適宜）
・担当都道府県の地域医療構想調整会議への出席（適宜） 等

- (選定要件) ・推薦を受ける都道府県の地域医療構想、医療計画などの内容を理解していること。
・医療政策、病院経営に関する知見を有すること。
・各種統計、病床機能報告などに基づくアセスメントができること。
・推薦を受ける都道府県の都道府県医師会等の関係者と連携がとれること。
・推薦を受ける都道府県に主たる活動拠点があること。

病床のダウンサイジング支援の追加的 方策の検討

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

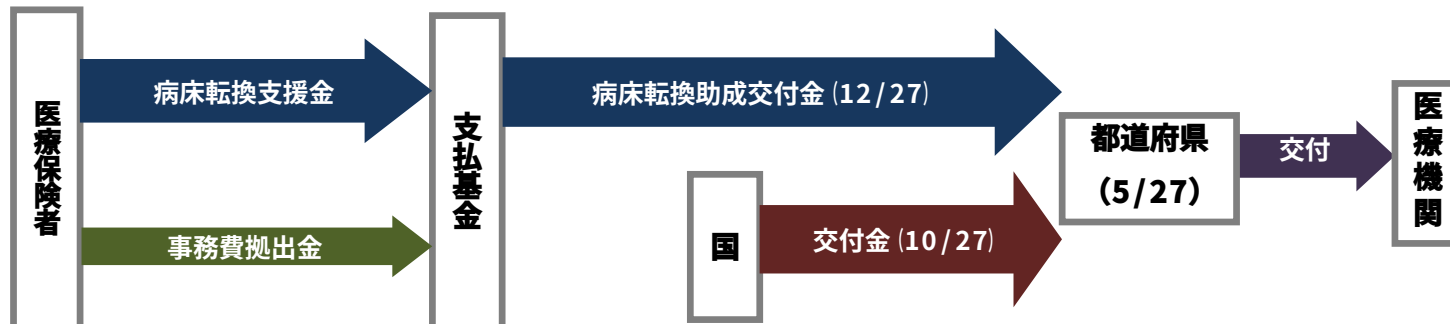
- ①介護医療院
- ②ケアハウス
- ③介護老人保健施設
- ④有料老人ホーム（居室は原則個室とし、1人当たりの床面積が、概ね13㎡以上であること）※有料老人ホームであるサービス付き高齢者向け住宅を含む。
- ⑤特別養護老人ホーム
- ⑥ショートステイ用居室（特別養護老人ホームに併設するものに限る）
- ⑦認知症高齢者グループホーム
- ⑧小規模多機能型居宅介護事業所
- ⑨複合型サービス事業所
- ⑩生活支援ハウス
- ⑪サービス付き高齢者向け住宅（④の有料老人ホームであるもの以外の住宅）

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）

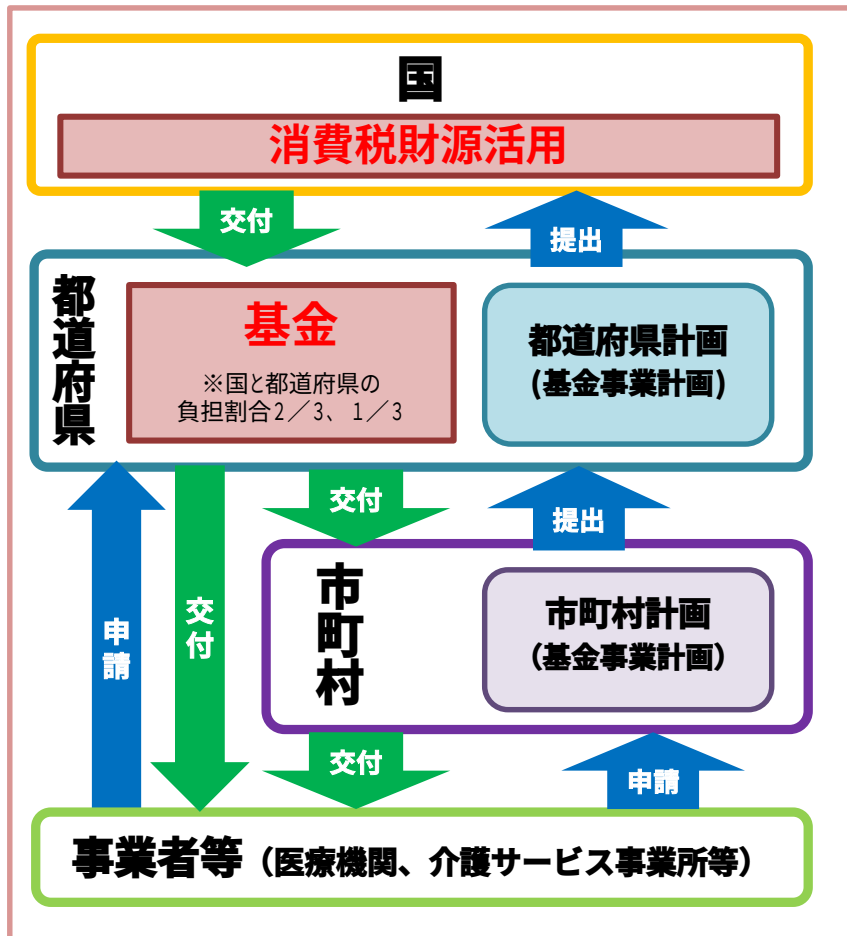
病床転換助成事業



地域医療介護総合確保基金

平成30年度政府予算：公費で1,658億円
(医療分 934億円、介護分 724億円)

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

- 基金に関する基本的事項
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保（関係者の意見を反映させる仕組みの整備）
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- 都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項
医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間（原則1年間） / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施
国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業（地域密着型サービス等）
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業

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な経費

※ 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、全国銀行協会等を通じて金融機関にも周知済み。

- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、都道府県計画に基づき、地域密着型サービス等、地域の実情に応じた介護サービス提供体制の整備を促進するための支援を行う。

対象事業

1. 地域密着型サービス施設等の整備への助成

- 可能な限り住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、地域密着型サービス施設・事業所等の整備に対して支援を行う。
(対象施設) 地域密着型特別養護老人ホーム、小規模な老人保健施設、養護老人ホーム、ケアハウス、介護医療院、都市型軽費老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護、緊急ショートステイ、介護予防拠点等
※定員30人以上の広域型施設の整備費については、平成18年度より一般財源化され、各都道府県が支援を行っている(介護医療院を含む)。
- 地域密着型特別養護老人ホームの整備の際、他の施設等との合築・併設を行う場合に補助単価の加算を行う。
- 空き家を活用した地域密着型サービス施設・事業所等の整備について支援を行う。

2. 介護施設の開設準備経費等への支援

- 特別養護老人ホーム等の円滑な開設のため、施設の開設準備(既存施設の増床を含む)に要する経費について支援を行う。
※定員30人以上の広域型施設を含む。
- 在宅での療養生活に伴う医療ニーズの増大に対応するため、訪問看護ステーションの大規模化やサテライト型事業所の設置に必要な設備費用等について支援を行う。
- 土地の取得が困難な都市部等での施設整備を支援するため、定期借地権の設定のための一時金について支援を行う。
- 介護施設で働く職員等を確保するため、施設内の保育施設の整備に対して支援を行う。

3. 特養多床室のプライバシー保護のための改修等による介護サービスの改善

- 特別養護老人ホームにおける多床室のプライバシー保護のための改修費用について支援を行う。
- 特別養護老人ホーム等のユニット化に係る改修費用について支援を行う。
- **介護療養型医療施設等の老人保健施設等(介護医療院を含む)への転換整備について支援を行う。**

(参考) 都市部を中心とした在宅・施設サービスの整備の加速化・支援の拡充(平成27年度補正予算)

2020年代初頭までに、介護サービスが利用できずやむを得ず離職する者をなくすとともに、特別養護老人ホームに入所が必要であるにもかかわらず自宅で待機している高齢者を解消することを目指し、約10万人分の在宅・施設サービスの前倒し、上乗せ整備等を支援する。(地域医療介護総合確保基金の積増し)

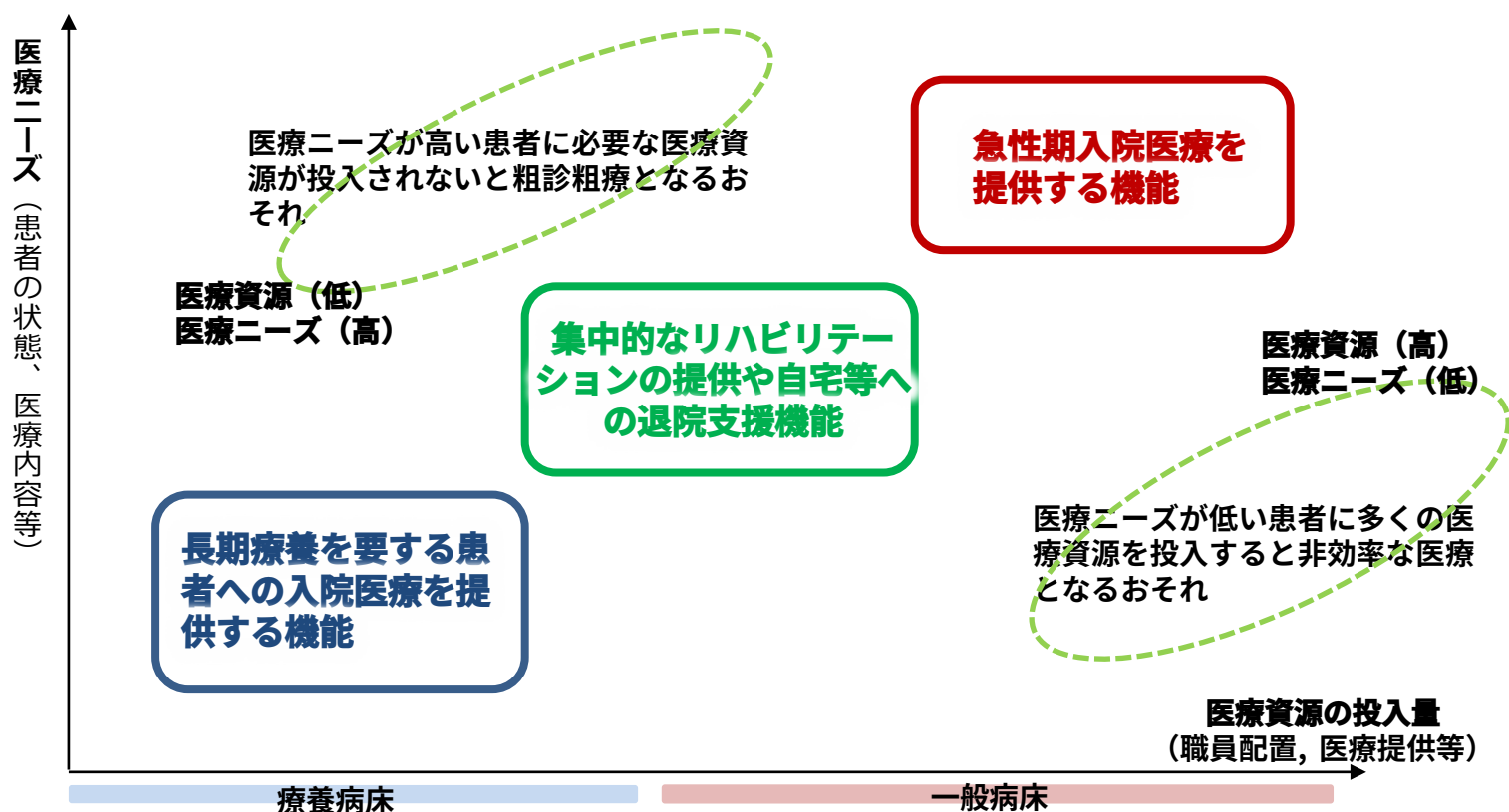
地域医療介護総合確保基金(介護施設等の整備に関する事業) 配分基礎単価

○ 既存施設の改修等の支援

1 区 分	2 配分基礎単価	3 単位
既存施設のユニット化改修		
「個室 → ユニット化」改修	1,130千円	整備床数
「多床室 → ユニット化」改修	2,270千円	
ア 特別養護老人ホームのユニット化 イ 介護老人保健施設のユニット化 ウ 介護医療院のユニット化 エ 介護療養型医療施設の改修により転換される次の施設 ・ 介護老人保健施設 ・ ケアハウス ・ 特別養護老人ホーム ・ 介護医療院 ・ 認知症高齢者グループホーム		
特別養護老人ホーム（多床室）のプライバシー保護のための改修	700千円	整備床数
介護療養型医療施設等の介護老人保健施設等への転換整備 (介護療養型老人保健施設から転換して介護医療院を整備する事業についても対象とする。)		
・ 介護老人保健施設 ・ 介護医療院 ・ ケアハウス ・ 有料老人ホーム ・ 特別養護老人ホーム及び併設されるショートステイ用居室 ・ 認知症高齢者グループホーム ・ 小規模多機能型居宅介護事業所 ・ 看護小規模多機能型居宅介護事業所 ・ 生活支援ハウス ・ 高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成13年法律第26号）第5条の規定により登録されている賃貸住宅	創設 1,930千円	転換床数
	改築 2,390千円	
	改修 964千円	

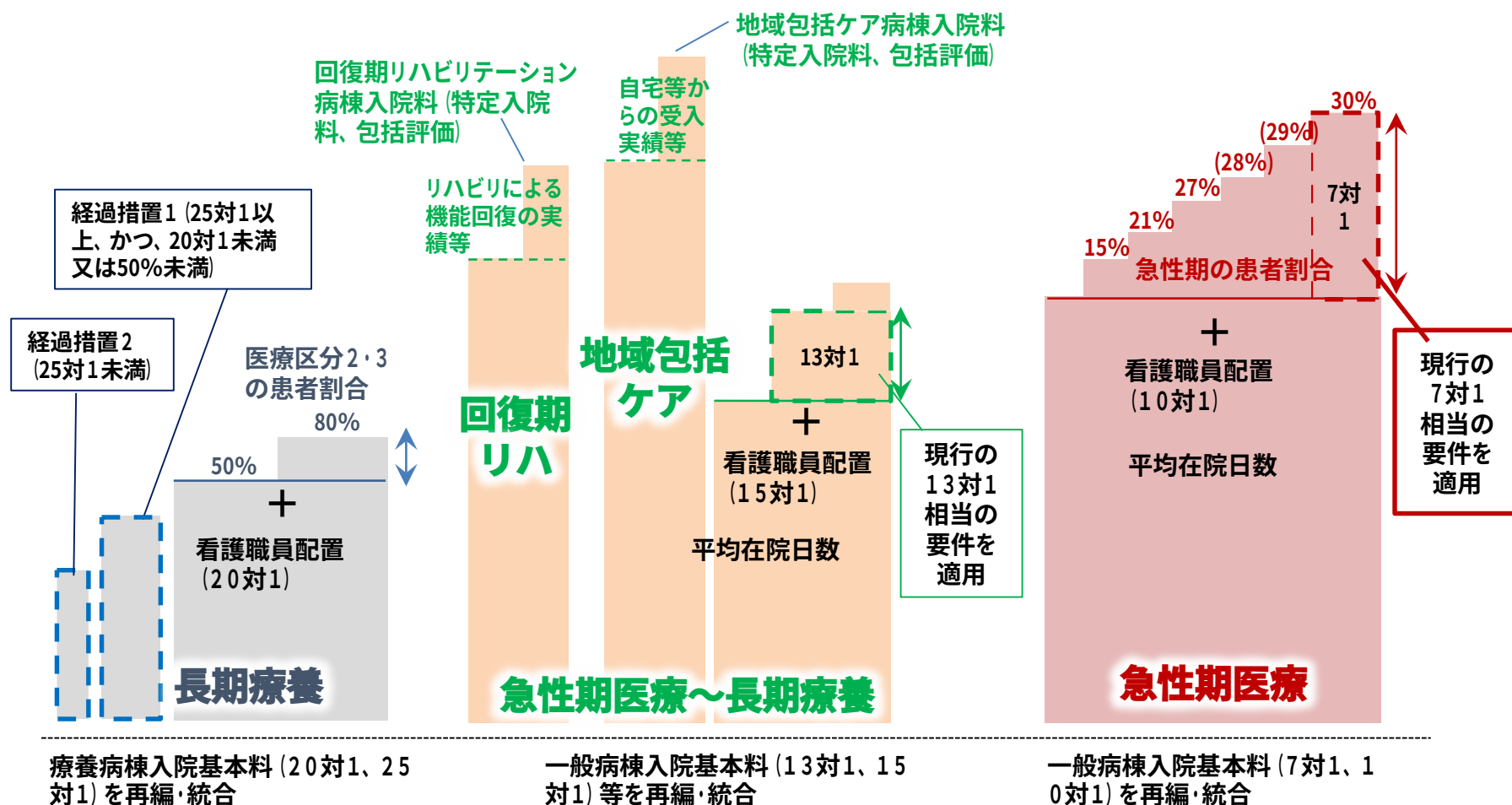
入院医療の評価の基本的な考え方 (イメージ)

- 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。



※ 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。

高額医療機器の効率的な配置・稼働率の向上

医療法及び医師法の一部を改正する法律の概要

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
- 都道府県の意見を聴いた上で、国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

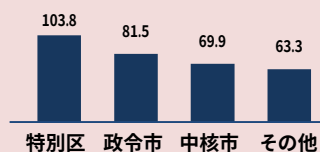
2019年4月1日。(ただし、2のうち地域医療対策協議会及び地域医療支援事務に係る事項、3のうち専門研修に係る事項並びに5の事項は公布日、1の事項及び3のうち臨床研修に係る事項は2020年4月1日から施行。)

地域における外来医療機能の偏在・不足等への対応

現 状

- 外来患者の約6割が受診する**無床診療所**は、**開設が都市部に偏っている**。
- また、地域における救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、放射線装置の共同利用等の**医療機関の連携の取組が**、**個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている**。

人口10万人対無床診療所数

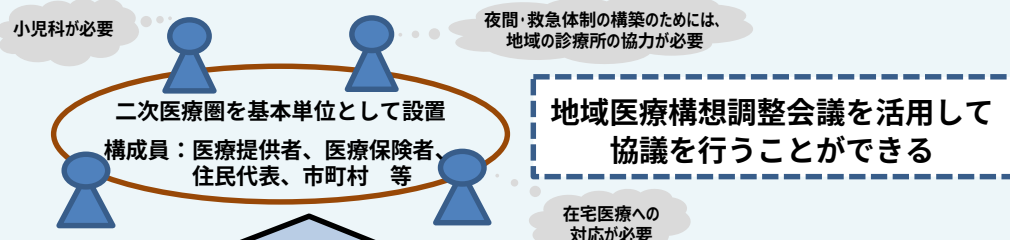


(二次医療圏別)

上位	1位：東京都・区中央部	248.8
	2位：大阪府・大阪市	123.1
下位	2位：北海道・遠紋	32.9
	1位：北海道・根室	26.5

制度改正後

外来医療に関する協議の場を設置



医師偏在の度合いを示す指標の導入

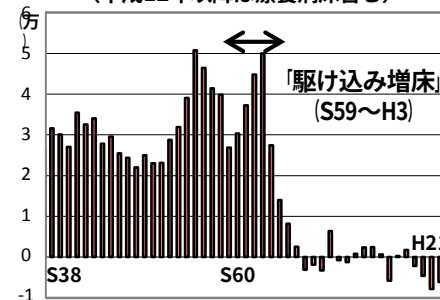
地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握が可能

- **外来医療機能に関する情報を可視化**するため、地域の関係者が**提供する情報の内容**（付加情報の追加、機微に触れる情報の削除等）**について協議**
- 救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、医療設備の共同利用等の、**地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針についても協議**

無床診療所の開業規制を行う場合の課題

- **自由開業制との関係**（現行制度上、医師免許は開業免許と位置付けられており、憲法で保障された営業の自由との関係の整理が必要）
- **国民皆保険との関係**（国民皆保険を採用する我が国においては、保険上の制限も実質上の開業制限）
- **雇入れ規制の必要性**（開業規制を行うのであれば、雇入れ規制が必要であるが、これは事実上困難）
- **新規参入抑制による医療の質低下への懸念**（新規参入がなくなれば、医療の質を改善・向上するインセンティブが低下する懸念）
- **駆け込み開設への懸念**（病床規制を導入した際は、S59～H3 までの間に238,916床増床）

〔参考〕一般病床数の増加数の年次推移
（平成12年以降は療養病床含む）



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③

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】

【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	1,000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



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	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



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

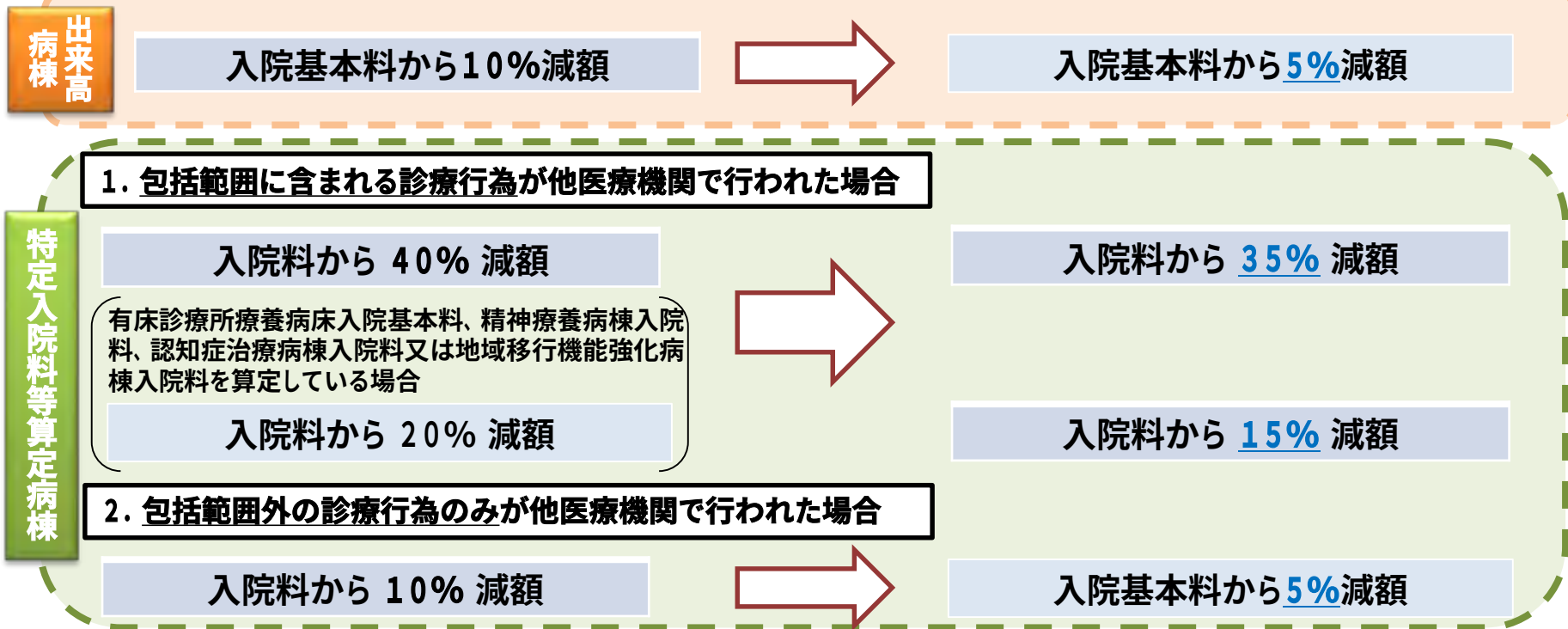
【課題】

- ・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、入院中他の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

[算定する場合]

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。



改定後

放射線治療管理料	
外来放射線治療加算	100点

[算定する場合]

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、1日につき1回に限り算定する。

**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)**

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）

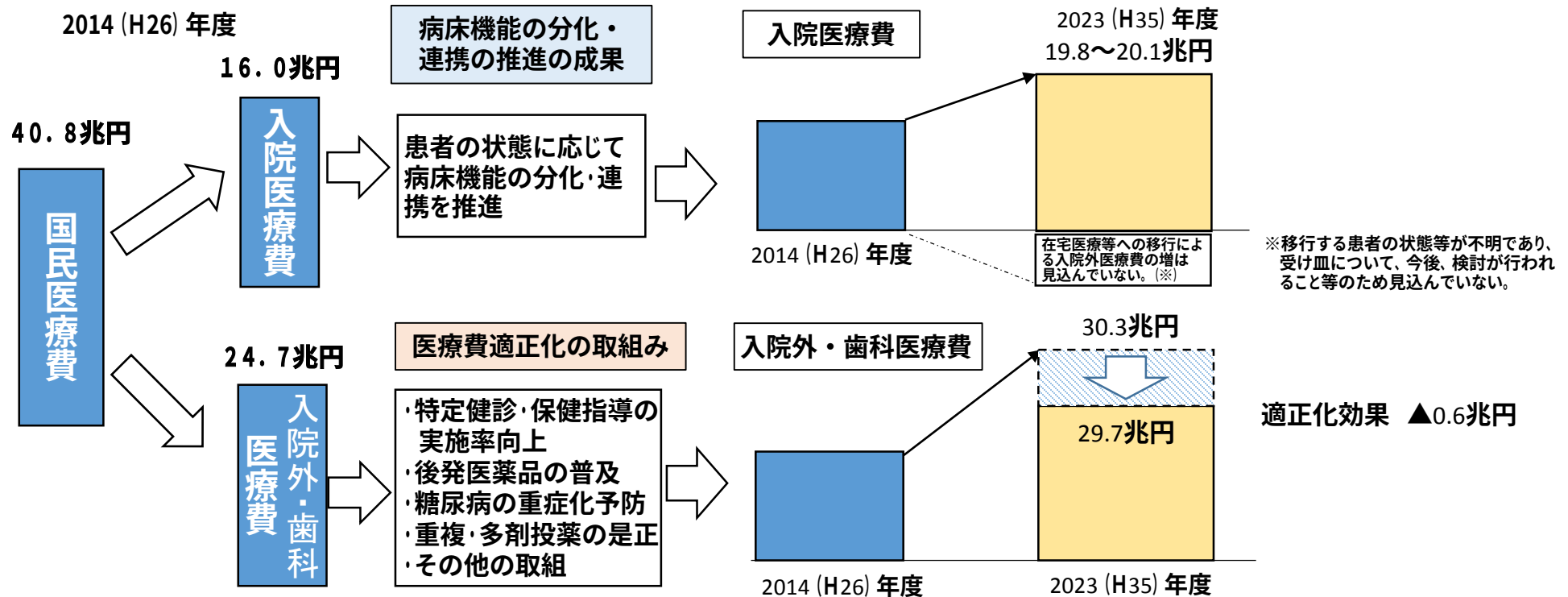
第3期の医療費適正化計画について

- 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

【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)

横展開の加速化

【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2%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

糖尿病の重症化
予防の横展開

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

保険者における予防・健康づくり等のインセンティブの見直し

- 2015年国保法等改正において、保険者種別の特性を踏まえた保険者機能をより発揮しやすくする等の観点から、①市町村国保について保険者努力支援制度を創設し、糖尿病重症化予防などの取組を客観的な指標で評価し、支援金を交付する（2016年度から前倒し実施を検討）、②健保組合・共済の後期高齢者支援金の加算・減算制度についても、特定健診・保健指導の実施状況だけでなく、がん検診や事業主との連携などの取組を評価する（施行は2020年度から）仕組みに見直すこととした。

〈2015年度まで〉

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

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

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

〈2018年度以降〉

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

地域包括ケア「見える化」システムの概要

目的

地域包括ケアシステムの構築に向けて、全国・都道府県・市町村・二次医療圏・老人福祉圏・日常生活圏域別の特徴や課題、取組等を客観的かつ容易に把握できるよう、介護・医療関連情報を、国民も含めて広く共有（「見える化」）する。

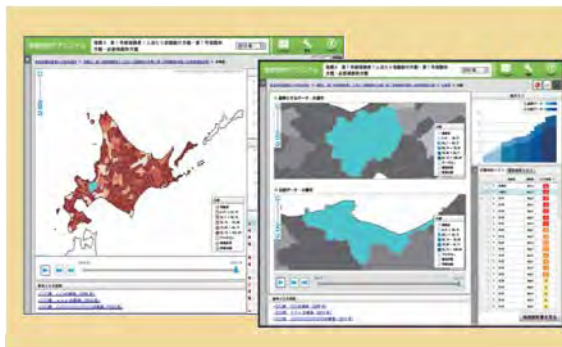
地域包括ケア「見える化システム」

※国直営（運用保守は民間委託）

現状分析機能

- ・ 要介護認定情報や介護レセプト情報等の網羅的な把握や地域間の比較。
- ・ 課題抽出に有効な指標群の自動表示。
- ・ 地域資源の位置情報等の提供。

※GIS・グラフ等により分かりやすく表示。



施策検討機能

- ・ 保険者の取組事例等の検索・閲覧。

将来推計機能

- ・ サービスの見込み量、保険料等の将来推計。
- ・ 適切な将来推計のための助言。

実行管理機能

- ・ 計画値と実績値の状況の把握や地域間の比較。

介護保険総合データベース等

（要介護認定情報）
（介護保険レセプト情報）
（介護事業所情報）

国勢調査
（人口情報）

調査研究等結果
（地域の取組事例等）

様々な集計情報を入力

NDB等

（医療保険レセプト情報）
（受療率）

日本の将来推計人口
（地域別推計人口）

地域の課題や解決に向けた
状況の共有

※自治体は特に詳細な分析ができるよう、
利用できる機能や指標が充実している。

都道府県・市町村

共通の指標をもとに
計画策定や施策を実施

事業所等

国民

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律のポイント

平成29年5月26日成立、6月2日公布

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）

全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化

- ・ 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載
- ・ 都道府県による市町村に対する支援事業の創設
- ・ 財政的インセンティブの付与の規定の整備

（その他）

- ・ 地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）
- ・ 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入）
- ・ 認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化）

2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）

① 「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設

※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）

- ・ 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化
- ・ 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける

（その他）

- ・ 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等）
- ・ 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。）

II 介護保険制度の持続可能性の確保

4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法）

5 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）

- ・ 各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）について、被用者保険間では「総報酬割」（報酬額に比例した負担）とする。

※ 平成30年4月1日施行。（II 5は平成29年8月分の介護納付金から適用、II 4は平成30年8月1日施行）

保険者機能強化推進交付金（介護保険における自治体への財政的インセンティブ）

趣 旨

平成30年度予算額 200億円

- 平成29年地域包括ケア強化法において、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組や都道府県による保険者支援の取組が全国で実施されるよう、PDCAサイクルによる取組を制度化
- この一環として、自治体への財政的インセンティブとして、市町村や都道府県の様々な取組の達成状況を評価できるよう客観的な指標を設定し、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進するための新たな交付金を創設

概 要

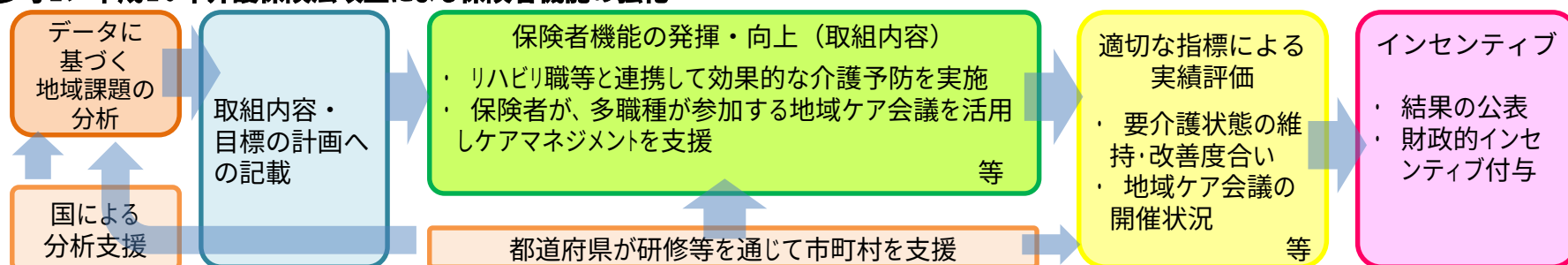
<市町村分（200億円のうち190億円程度）>

- 1 交付対象 市町村（特別区、広域連合及び一部事務組合を含む。）
- 2 交付方法 評価指標の達成状況（評価指標の総合得点）に応じて分配
- 3 活用方法 国、都道府県、市町村及び第2号保険料の法定負担割合に加えて、介護保険特別会計に充当
なお、交付金は、高齢者の市町村の自立支援・重度化防止等に向けた取組を支援し、一層推進することを趣旨としていることも踏まえ、各保険者におかれては、交付金を活用し、地域支援事業、市町村特別給付、保健福祉事業を充実し、高齢者の自立支援、重度化防止、介護予防等に必要なる取組を進めていくことが重要

<都道府県分（200億円のうち10億円程度）>

- 1 交付対象 都道府県
- 2 交付方法 評価指標の達成状況（評価指標の総合得点）に応じて分配
- 3 活用方法 高齢者の自立支援・重度化防止等に向けて市町村を支援する各種事業（市町村に対する研修事業や、リハビリ専門職等の派遣事業等）の事業費に充当

<参考1>平成29年介護保険法改正による保険者機能の強化



<参考2>市町村 評価指標 ※主な評価指標

①PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化

- ☑地域包括ケア「見える化」システムを活用して他の保険者と比較する等、地域の介護保険事業の特徴を把握しているか 等

②ケアマネジメントの質の向上

- ☑保険者として、ケアマネジメントに関する保険者の基本方針を、ケアマネジャーに対して伝えているか 等

③多職種連携による地域ケア会議の活性化

- ☑地域ケア会議において多職種が連携し、自立支援・重度化防止等に資する観点から個別事例の検討を行い、対応策を講じているか
- ☑地域ケア会議における個別事例の検討件数割合はどの程度か 等

④介護予防の推進

- ☑介護予防の場にリハビリ専門職が関与する仕組みを設けているか
- ☑介護予防に資する住民主体の通いの場への65歳以上の方の参加者数
はどの程度か 等

⑤介護給付適正化事業の推進

- ☑ケアプラン点検をどの程度実施しているか
- ☑福祉用具や住宅改修の利用に際してリハビリ専門職等が関与する仕組みを設けているか 等

⑥要介護状態の維持・改善の度合い

- ☑要介護認定者の要介護認定の変化率はどの程度か

※ 都道府県指標については、管内の地域分析や課題の把握、市町村向けの研修の実施、リハビリ専門職等の派遣状況等を設定

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)

赤字解消の取組経緯



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

都道府県も国保の保険者に（3400億円の公費拡充）

第1期 国保運営方針

平成36年4月

第2期 国保運営方針

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。

計画的に削減・解消すべき赤字の計算

平成28年度

平成29年度

平成30年度

平成31年度

4～5月(出納整理)

6月

10月

12月

1月

3月

31年度予算編成作業

計画策定

法定外一般会計繰入金
(決算補填目的)

新規増加分

(累積分)

平成30年度
からの
繰上充用金

一般会計繰入
黒字分

29年度
決算ベース
の赤字

療養給付費等交付金
の精算

31年度予算の編成
過程において、
県と市町村が赤字
の解消・削減につ
いて協議

療養給付費負担金等
の精算
前期高齢者交付金等
追加交付見込(精算)
諸係数(通知)反映

前期精算
等による
赤字減少

計画対象
赤字の推計

計画対象の赤字がない場合や、平成31年度までに確実に解消が見込まれる場合、赤字削減・解消計画の策定は**不要**

○ 計画の策定に当たっては、決算ベースの赤字ではなく、**決算年度の翌々年度までに解消困難な赤字を推計**する。

具体的には、

- (1) 都道府県から示される国保事業費納付金額に基づき、保険料収納必要額を算出して、予算ベースで計画対象の赤字見込額を推計する。
- (2) 赤字の削減・解消に当たっては、被保険者への激変が生じないような時間軸を置きつつ、**実現可能な削減目標値と具体策**を検討する。

《具体策の例》

- ・保険料率の改定による適正な設定
- ・保険料収納率向上対策
- ・医療費適正化の取組
- ・保険者努力支援交付金の確保、等

(3) **状況に応じて適宜計画の見直し**

※ 決算補填目的の法定外一般会計繰入金を加えた収入額が支出額を超えて黒字に相当する額(黒字分)については、計画対象に含めない。

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)

平成30年度の保険者努力支援制度について（全体像）

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

市町村分（300億円程度）※特別調整交付金より200億円程度を追加

保険者共通の指標	国保固有の指標
指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率 ○特定健診受診率・特定保健指導受診率 ○メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	指標① 収納率向上に関する取組の実施状況 ○保険料（税）収納率 ※過年度分を含む
指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況 ○がん検診受診率 ○歯科疾患（病）検診実施状況	指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況 ○データヘルス計画の実施状況
指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況 ○重症化予防の取組の実施状況	指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況 ○医療費通知の取組の実施状況
指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況 ○個人へのインセンティブの提供の実施 ○個人への分かりやすい情報提供の実施	指標④ 地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況 ○国保の視点からの地域包括ケア推進の取組
指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況 ○重複服薬者に対する取組	指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況 ○第三者求償の取組状況
指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況 ○後発医薬品の促進の取組 ○後発医薬品の使用割合	指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況 ○適切かつ健全な事業運営の実施状況

都道府県分（500億円程度）

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価 ○主な市町村指標の都道府県単位評価 ・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（保険者協議会、データ分析、重症化予防の取組等） ・医療提供体制適正化の推進 ・法定外繰入の削減
--	---	--

保険者努力支援制度（平成31年度都道府県分）における評価指標③

【2.決算補填等目的の法定外一般会計繰入等の削減】

平成30年度実施分

決算補填等目的の法定外一般会計繰入等の削減（平成29年度の実施状況を評価）	得点	該当都道府県数	達成率
都道府県内の市町村が決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っていない場合、または、都道府県が国保運営方針に基づき、決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っている市町村ごとに、削減の目標年次を定めた個別の計画を作成している場合	30	39	83%



平成31年度実施分

決算補填等目的の法定外一般会計繰入等の削減（平成30年度の実施状況を評価）	得点
① 都道府県内の市町村が決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っていない※1、または、国保運営方針に基づき、決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っている 全ての市町村※2 について、削減の目標年次 及び削減予定額（削減予定率でも可） を定めた個別の計画が作成されているか。	30
② ①の基準は満たさないが、国保運営方針に基づき、決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っている市町村※2のうち5割以上の市町村について、削減の目標年次 及び削減予定額（削減予定率でも可） を定めた個別の計画が作成されているか。	10

※1：「国民健康保険保険者の赤字削減・解消計画の策定等について」（平成30年1月29日付け保国発0129第2号国民健康保険課長通知）において、赤字削減・解消計画の策定が必要とされる市町村がない場合を含む

※2：「国民健康保険保険者の赤字削減・解消計画の策定等について」において、赤字削減・解消計画の策定が必要とされる市町村に限る

【平成31年度指標の考え方】

- 平成30年度評価指標では、目標年次を定めた計画で評価対象としていたが、「国民健康保険保険者の赤字削減・解消計画の策定等について」（平成30年1月29日付け保国発0129第2号国民健康保険課長通知）で、赤字の削減予定額（率）を盛りこんだ計画策定を求めていることから、必要な修正を行う。
- 都道府県アンケートの結果等を踏まえ、計画策定対象となる全市町村が策定している場合に限らず、対象市町村の計画策定が一定進んでいる都道府県も評価されるよう、新たに指標を設定する。
- 取組を後押しするための有効な指標設定の在り方について、平成32年度以降も引き続き検討を行う。

地域の実情に応じた取組の推進 (地域独自の診療報酬)

- 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って枠をはめることになりかねない。むしろ、地域の課題解決のためには、地元関係者による地域課題の把握・分析を通じた具体的な対応策の検討が、医療費適正化の実効性を上げるためには重要。
- 厚生労働省としては、引き続き、医療費適正化計画の実施主体である都道府県の意見を丁寧に聴きながら対応していく。

《 制度の枠組み 》

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

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

《 留意点 》

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

《 参考 》 医療費適正化計画の経過

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

実績評価⇒ 第1期：2013年度 第2期：2018年度

○高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号） 第14条

厚生労働大臣は、第12条第3項の評価の結果（※1）、第8条第4項第2号及び各都道府県における第9条第3項第2号の目標（※2）を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

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

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

高齢者医療確保法第14条（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。

○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。

「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」 に基づく取組

薬価制度の抜本改革に向けた基本方針（概要版）

平成28年12月20日内閣官房
長官、経済財政政策担当大臣、
財務大臣、厚生労働大臣決定

「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

薬価収載後の市場拡大への対応

- 効能追加等に伴う一定規模以上の市場拡大に速やかに対応するため、新薬収載の機会（年4回）を最大限活用して、薬価を見直し

改定のための年の薬価調査・薬価改定

- 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、全品を対象に、薬価調査を行い、その結果に基づき、価格乖離の大きな品目について薬価改定を実施。

イノベーションの評価（新薬創出等加算の見直し・費用対効果評価の導入）

- 革新的新薬創出を促進するため、新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度をゼロベースで抜本的に見直し。
- あわせて、費用対効果の高い薬には薬価を引き上げることを含め費用対効果評価を本格的に導入。（組織・体制をはじめとする実施の在り方も検討）

◆ 改革とあわせた今後の取組

- ・薬価算定方式の正確性・透明性の徹底
- ・外国価格調整の方法の改善

- ・関係者の経営実態についての機動的把握・必要な対応

- ・新たな医療技術の迅速な提供

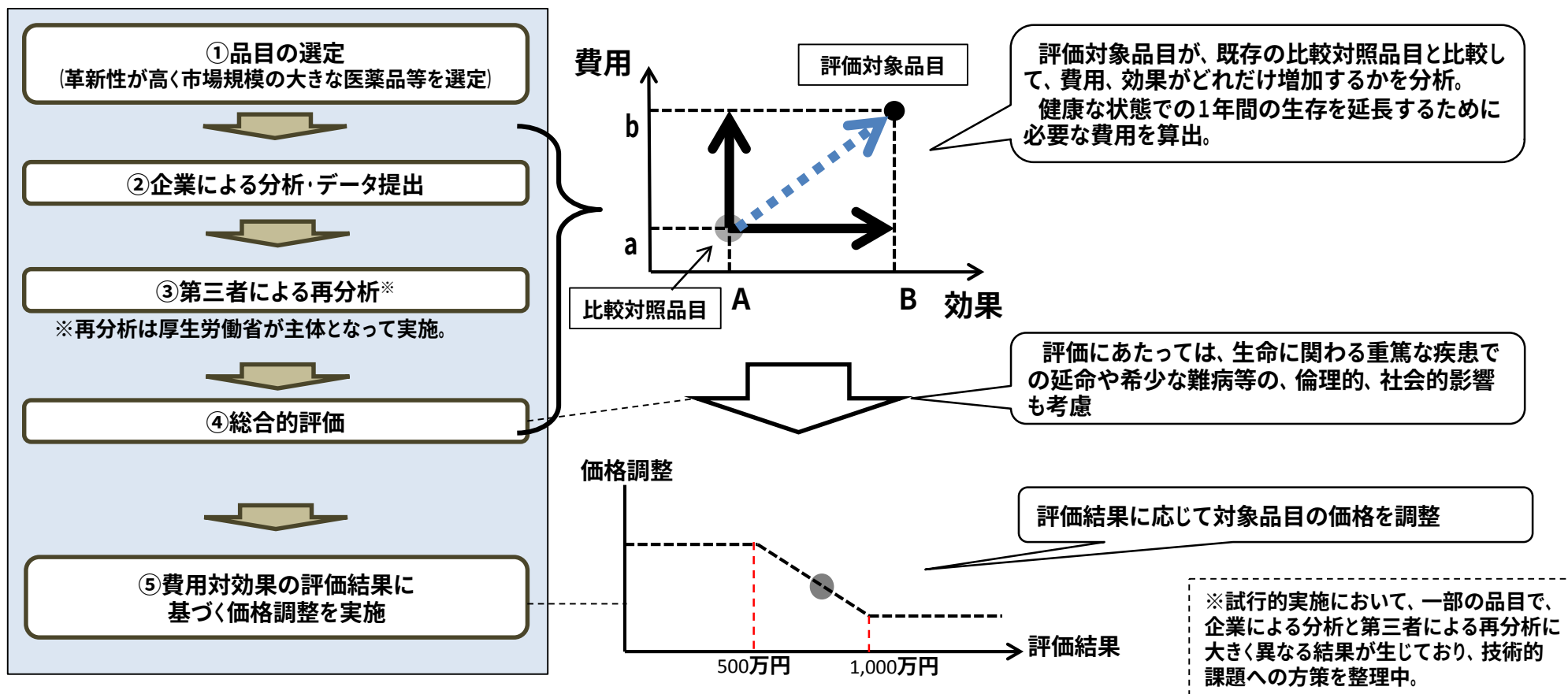
- ・長期収載品に依存するモデルから、より高い創薬力を持つ産業構造への転換
- ・革新的バイオ医薬品及びバイオシミラーの研究開発支援方策等の拡充
- ・ベンチャー企業への支援、後発医薬品企業の市場での競争促進

- ・流通の効率化、流通改善の推進、市場環境に伴う収益構造への適切な対応
- ・単品単価契約の推進、早期妥結の促進

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、費用対効果を分析し、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。

費用対効果評価の試行的実施の対象品目について

<対象品目>

	医薬品（7品目）		医療機器（6品目）	
類似薬効（機能区分）比較方式	ソバルディ （吉利アド・サイエンシズ）	C型慢性肝炎	カワスミNajuta胸部ステントグラフトシステム ○ （川澄化学工業）	胸部大動脈瘤
	ハーボニー （吉利アド・サイエンシズ） ○		アクティバRC （日本メドトロニック）	振戦等
	ヴィキラックス （アッヴィ合同会社） ○		バーサイスDBSシステム （ボストン・サイエンティフィック ジャパン）	
	ダクルインザ （ブリストル・マイヤーズ） ○		Brio Dual 8ニューロスティミュレータ （セント・ジュード・メディカル）	
	スンベプラ （ブリストル・マイヤーズ） ○			
原価計算方式	オブジーボ （小野薬品工業） ○	悪性黒色腫等	ジャック （ジャパン・ティッシュ・エンジニアリング）	外傷性軟骨欠損症
	カドサイラ （中外製薬）	HER2陽性の再発乳癌等	サピエンXT （エドワーズライフサイエンス） ○	重度大動脈弁狭窄症

<選定基準>

○：検証のための分析を実施する品目

① 除外要件

イ 指定難病、血友病及びHIV感染症、 口 未承認薬等検討会議を踏まえた開発要請等

② 抽出要件

イ 平成24年度から平成27年度までの間に保険適用、かつ、類似薬効（機能区分）比較方式のうち、

i 補正加算の加算率が最高

ii 10%以上の補正加算が認められたもののうち、（ピーク時予測売上高【医薬品】／保険償還価格【医療機器】）が最高

口 平成24年度から平成27年度までの間に保険適用、かつ、原価計算方式のうち、

i 営業利益率の加算率が最高

ii 10%以上の加算が認められたもののうち、（ピーク時予測売上高【医薬品】／保険償還価格【医療機器】）が最高

※ これによって選定された品目の薬理作用類似薬及び同一機能区分に該当する医療機器も対象

制度化に向けた検討課題

- 制度化に向けて、その具体的内容について検討し、平成30年度中に結論を得る。
- 試行的導入において明らかになった課題等を踏まえ、より科学的かつ透明性のある仕組みを目指す。

制度化に向けた主な検討課題

(1) 対象品目の選定

- ・費用対効果評価の対象とする品目の範囲
- ・選択基準（補正加算、市場規模等）
- ・除外基準
- ・品目選定のタイミング
- ・対象品目の選定及び公表の手続き 等

(2) 企業によるデータ提出

- ・分析前協議（事前相談）の方法
- ・分析にかかる標準的な期間の設定
- ・分析ガイドラインのあり方
- ・費用対効果評価専門組織等の関わり 等

(3) 再分析

- ・分析にかかる標準的な期間の設定
- ・第三者的視点に立った透明性の高い組織・体制のあり方
- ・費用対効果評価専門組織等の関わり 等

(4) 総合的評価（アプレイザル）

- ・科学的な観点からの検証方法
- ・倫理的、社会的影響等に関する考慮要素
- ・評価結果のとりまとめ方
- ・評価結果の報告、公表の仕方
- ・第三者的視点に立った透明性の高い組織・体制のあり方 等

(5) 価格調整

- ・価格調整の対象範囲
- ・価格調整率
- ・価格調整にかかる基準値の設定（支払い意思額調査を含む。）
- ・価格調整係数
- ・価格調整のタイミング 等

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度の薬価改定の間の年度（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

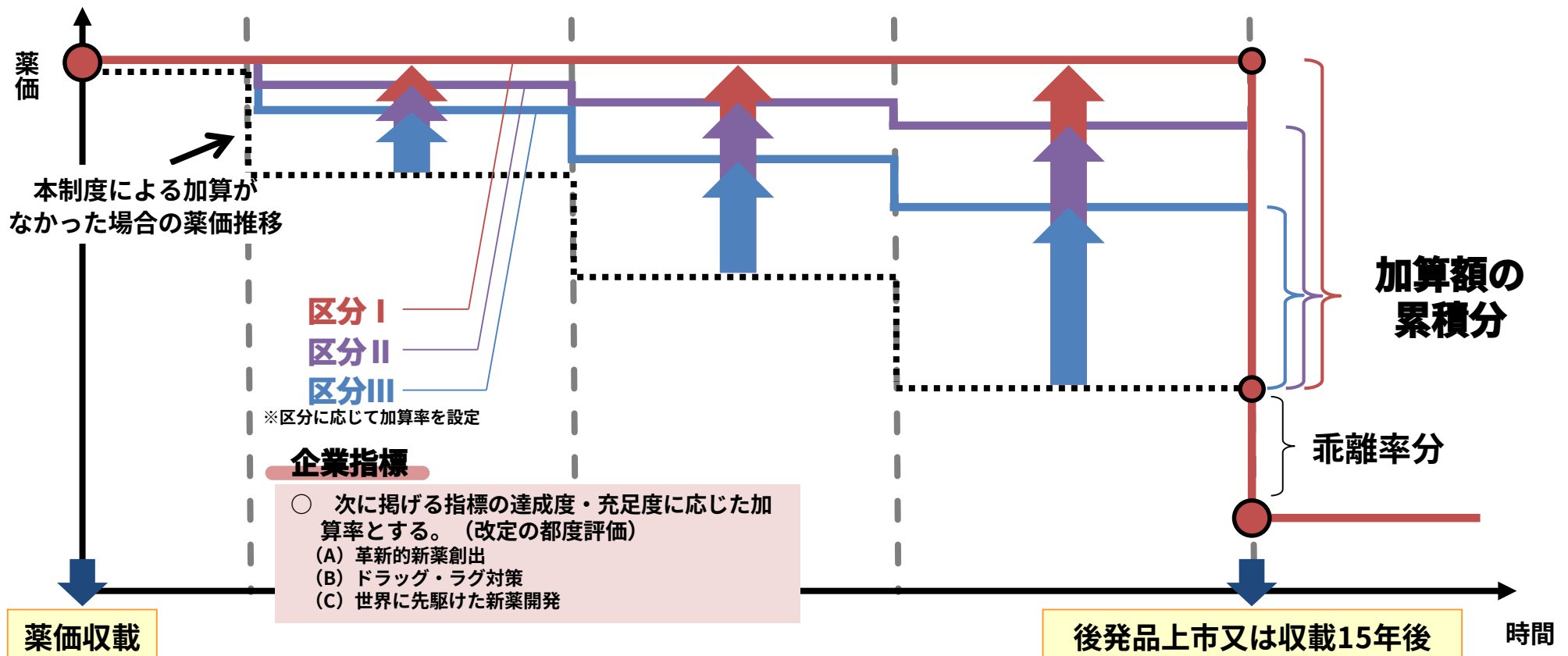
制度の位置づけ

- 革新的新薬の創出を促進するための効率的・効果的な仕組みへと抜本的に見直し。

品目要件

- 医薬品そのものの革新性・有用性に着目して判断

画期性加算、有用性加算、営業利益率補正がなされた医薬品、希少疾病用医薬品、新規作用機序医薬品（基準に照らして革新性、有用性が認められるものに限る。）等に絞り込み。



※ なお、加算額について、乖離率に応じた上限を設定

長期収載品の薬価等の見直し（全体像）

中医協 薬－3
29.12.20

〔後発品置換え率〕	〔引下げ率〕
・ 40%未満	▲2.0%
・ 40%以上60%未満	： ▲1.75%
・ 60%以上80%未満	： ▲1.5%

G1に該当する長期収載品は
・ Z2期間終了後の6月末に撤退可否判断
・ 6年後までの増産可能な時期に撤退

後発品増産準備期間

後発品上市

Z2適用

長期収載品

特許・再審査
期間

Z2

G1

G2

【G1】後発品への置換えが進んでいるもの
（後発品置換え率80%以上）段階引下げ

【G2】後発品への置換えが困難なもの
（後発品置換え率80%未満）段階引下げ

※G1、G2についてはバイオ医薬品を除く

C

置換え率が低く、G1、G2による引下げを受けない品目等の
補完的引下げ

〔後発品置換え率〕	〔引下げ率〕
・ 40%未満	▲2.0%
・ 40%以上60%未満	： ▲1.75%
・ 60%以上80%未満	： ▲1.5%

後発品

置換え時期

G1（撤退品目）の後発品を2価格帯へ

それ以外の後発品を1価格帯へ

今後の検討事項

●薬価制度の抜本改革 骨子 別紙（平成29年12月20日中医協了承）（抄）

II イノベーションの適切な評価

1. 新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度の抜本的見直し

2) 企業要件・企業指標

- なお、企業指標については、今回、初めて導入するものであることから、平成30年度改定においては、区分Ⅰ及びⅢの範囲や加算係数の差による企業間の格差は限定的なものとし、平成30年度改定後においても、引き続き、製薬企業の革新的新薬開発やドラッグ・ラグ解消の取組・実績を評価するものとして適切かどうかについて、新薬開発等に係る実態も踏まえつつ、検証を行い、次回以降の改定への見直し・反映を検討する。

V その他の事項

1. 薬価算定方式の正確性（類似薬効比較方式）

- その際、新薬創出等加算の対象外であって類似薬効比較方式Ⅰ等で算定された医薬品については、企業に与える影響等を考慮し、平成32年度薬価改定までの間は、従来の取扱いを継続することとし、平成32年度薬価改定時までに、収載時は新薬創出等加算対象外であったが収載後に新薬創出等加算対象品目となった場合の対応を含め、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を検討する。

VI 今後の検討事項

- 次期改定に向けて、イノベーションの評価に関し、効能追加等による革新性・有用性の評価の是非について検討を行う。
- 次期改定に向けて、今般の長期収載品の価格引下げ後の、①後発医薬品の置換率の状況、②後発医薬品の上市状況、③安定供給への対応状況等を踏まえ、長期収載品の段階的引下げまでの期間の在り方について検討を行う。
- 新薬創出等加算の見直し、長期収載品の薬価の見直しなど、今般の薬価制度の抜本改革による医薬品の開発・製造・流通等への影響を検証した上で、必要と認められる場合には、次期改定において、所要の措置を検討する。

調剤報酬の在り方

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）

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

○基準調剤加算は廃止する

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。

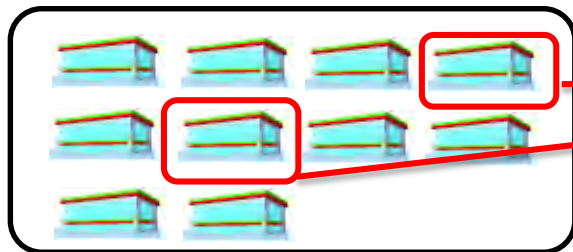
調剤基本料1を算定している保険薬局については、下記の基準を全て満たすこととし、(1)を適用しない。

- 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。

いわゆる門前薬局等の評価の見直し(特例の拡大)

- 〇 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



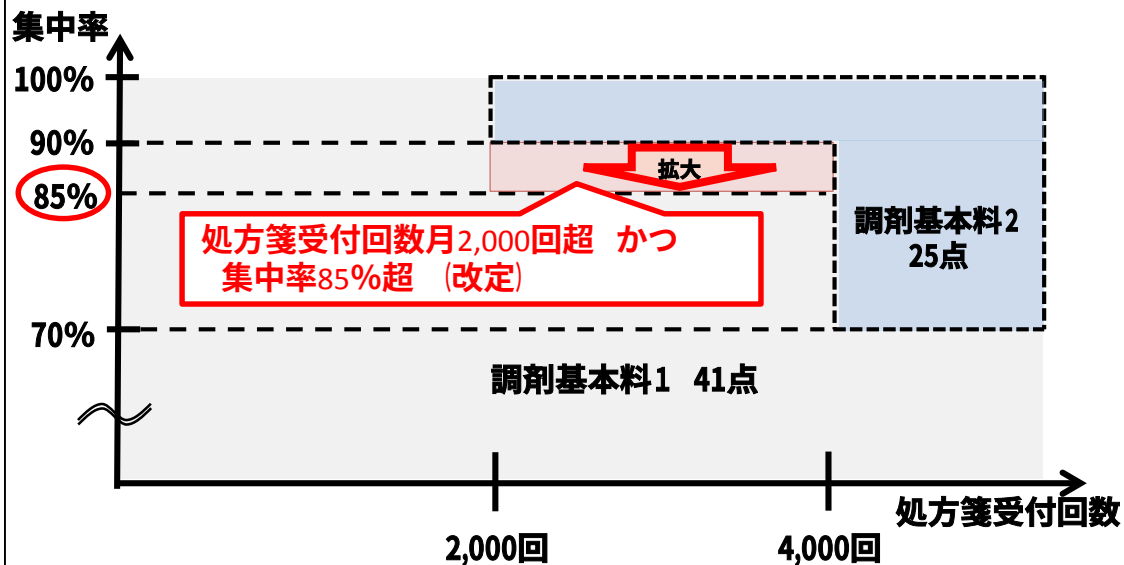
調剤基本料3-イ (グループ全体4万回超から40万回以下) 20点

- 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

- 〇 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

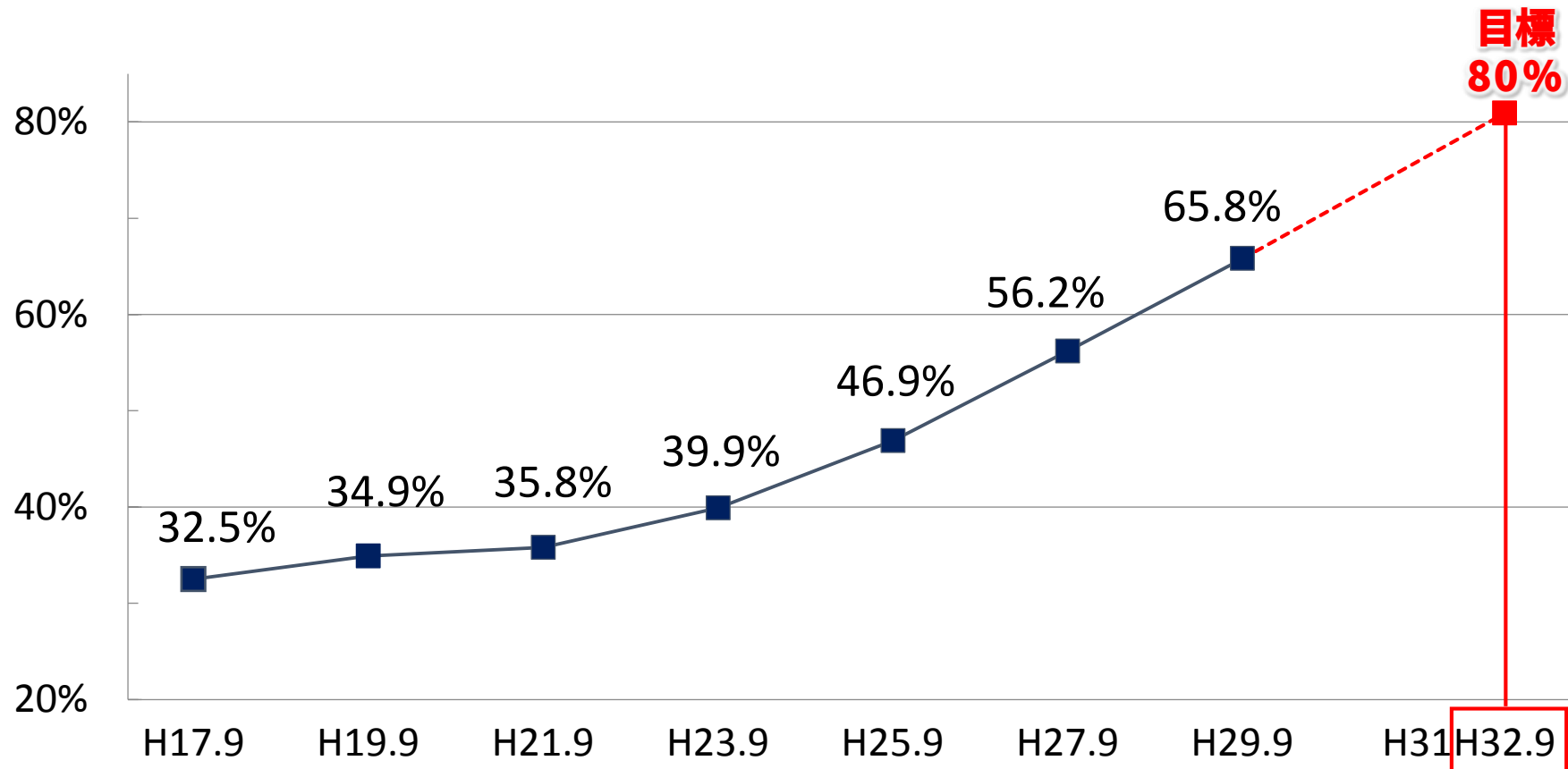
- ① 当該保険薬局の所在する建物内に複数保険医療機関が所在する場合にあっては、当該保険医療機関からの処方箋を全て合算した回数が月4,000回を超える場合。
- ② 同一グループに属する他の保険薬局において、保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が最も高い保険医療機関が同一の場合は、当該他の保険薬局の処方箋を含めた受付回数が月4,000回を超える場合。

後発医薬品の使用促進

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

後発医薬品推進の主な具体策

安定供給・品質の信頼性確保	情報提供・環境整備	医療保険制度上の事項
n 安定供給 - 安定供給に支障を生じた事例について、メーカーに対して、原因究明と再発防止の改善を指導 - 業界団体・メーカーにおいて安定供給のためのマニュアル等の推進をするよう通知において指導	n 医療関係者への情報提供 - 厚生労働省において後発医薬品の品質に関する情報を掲載した「後発医薬品品質情報」を年2回発行 - 各都道府県において、後発医薬品使用促進協議会と保険者協議会が、連携をしながら、情報共有や医療機関等への働きかけ等を実施 - 地域の中核的な病院等において汎用後発医薬品リストを作成して、地域の医療機関に情報提供を実施	n 診療報酬上の評価等 【医療機関】 - 医療機関における後発医薬品使用体制加算、外来後発医薬品使用体制加算の要件の厳格化（後発医薬品の使用割合の引上げ） - 一般名処方加算の評価の引上げ 【薬局】 - 薬局における後発医薬品調剤体制加算の要件を厳格化（後発医薬品の調剤割合の引上げ） - 後発医薬品の使用割合が著しく低い薬局の減算規定を創設
n 品質の信頼性確保 - 国立医薬品食品衛生研究所に設置した「ジェネリック医薬品品質情報検討会」を司令塔として品質検査の実施や情報発信 - メーカーが医療関係者を対象としてセミナー開催・工場見学・情報発信を積極的に実施	n 環境整備 - 政府広報の活用やポスター・リーフレット等による普及啓発の推進 - 医療保険の保険者において後発医薬品を利用した場合の負担額の違いについて被保険者へ知らせるための通知を発出 - 保険者毎の後発医薬品の使用割合を公表（2018年度実績より） - 後発医薬品の使用促進が進んでいない都道府県から重点地域を指定し、問題点の調査・分析、モデル事業を実施 - 第3期医療費適正化計画（2018～2023年度）に基づき、各都道府県において使用促進の取組を実施	n 薬価改定・算定 - 新規収載される後発医薬品の薬価について、先発品の5割を原則（10品目を超える内用薬は4割）とする - 上市から12年が経過した後発医薬品について原則として1価格帯とする

- 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

(実施中の調査分析の例)

- 薬局の調剤状況、医療機関の採用状況、患者の処方状況等の調査による現状の把握
- レセプトデータ等を用いた市町村ごとの後発医薬品の使用割合の把握
- 使用率の低い市町村において、医師、薬剤師、患者等を調査し、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

(実施中（予定）の事業例)

- 調査結果を踏まえた好事例集の作成
- 調査結果で明らかになった課題に対するQ&Aの作成や普及啓発に係るセミナー等の開催
- お薬手帳の活用による、薬剤師が選択したGEの種類や患者の服薬状況の医師への情報伝達

医療扶助における後発医薬品の使用原則化

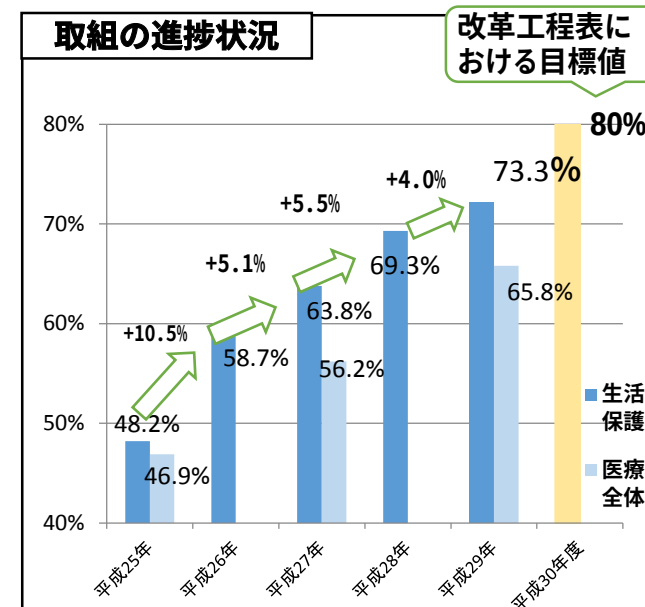
○後発医薬品の使用の原則化を法律に規定（生活保護法第34条第3項の改正）

医師等が医学的知見等に基づいて、後発医薬品を使用することができると認めたものについては、原則として、後発医薬品による給付

○後発医薬品使用割合は約7割となっている。

○地方自治体からも、
使用割合80%に向けて、さらに取組を進めるためには、
後発医薬品の原則化が必要 との意見

○医師等が後発医薬品の使用を可能と認めている等の
必要な条件の下で実施



参考：前回法改正時の見直し

○後発医薬品の使用を促すことを規定（平成26年1月1日施行）

- ※ 後発医薬品の使用が可能であるにもかかわらず、先発医薬品を希望する受給者に対しては、
 - ・ 薬局は、先発医薬品を希望する理由を確認した上で、先発医薬品を一旦調剤する。
 - ・ その理由が「先発医薬品の方が高額だから」「理由を言わない」等の場合については、福祉事務所の健康管理指導の対象とする。

薬局における後発医薬品の使用促進

〇 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		
調剤数量割合	65%以上	18点
	75%以上	22点



改定後		
調剤数量割合	<u>75%以上</u>	18点
	<u>80%以上</u>	22点
	<u>85%以上</u>	<u>26点</u>

〇 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

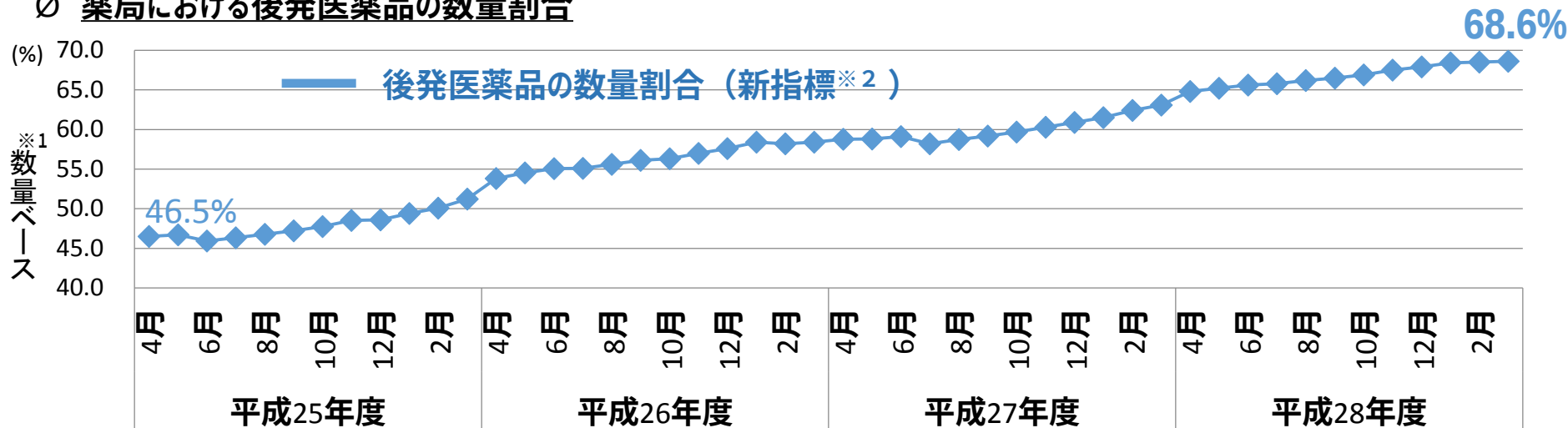
処方箋受付回数が1月に600回を超える保険薬局は地方厚生局への報告が必要(年1回)

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

〇 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	
一般名処方加算1	3点
一般名処方加算2	2点



改定後	
一般名処方加算1	<u>6点</u>
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	
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2 (60%以上)	35点
後発医薬品使用体制加算3 (50%以上)	28点



改定後	
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 (<u>80%以上</u>)	<u>40点</u>
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	
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2 (60%以上)	3点



改定後	
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 (<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。)