

## バイオ後続品に係る情報提供の評価

- ▶ 在宅自己注射指導管理料について、バイオ後続品に関する情報を患者に提供した上で、当該患者の同意を得て、バイオ後続品を導入した場合の評価を新設する。

在宅自己注射指導管理料

**(新) バイオ後続品導入初期加算 150点(月1回)**

[算定要件]

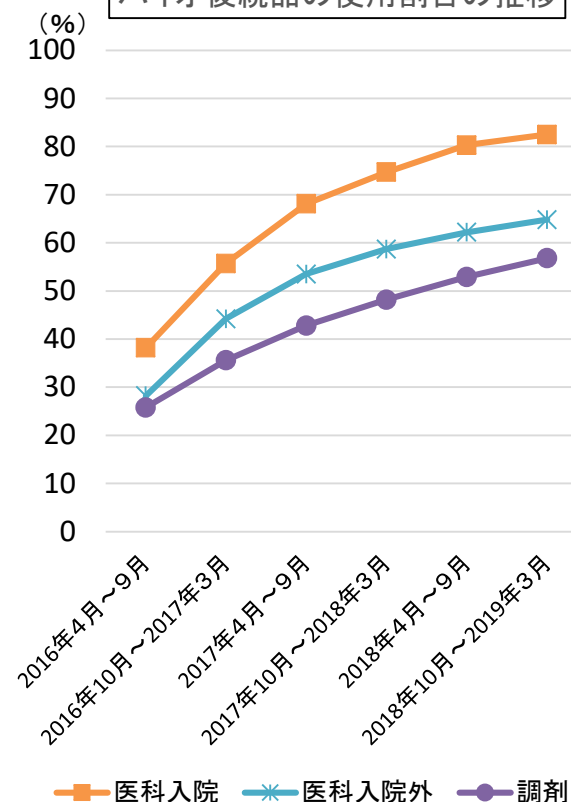
バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を処方した場合には、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の処方日の属する月から起算して3月を限度として、150点を所定点数に加算する。

[在宅自己注射指導管理料の対象となる注射薬のうち、バイオ後続品が薬価収載されているもの]

インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、  
エタネルセプト製剤、テリパラチド製剤



(参考)インスリングルルギンのバイオ後続品の使用割合の推移



# 後発医薬品の使用促進

【改革工程表2019における記載】

## 54後発医薬品の使用促進

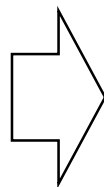
後発医薬品の使用を推進する観点から、2020年度診療報酬改定において後発医薬品使用体制加算や後発医薬品調剤体制加算に係る基準の見直しなど所要の見直しを実施。

## 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

- 後発医薬品調剤体制加算について、調剤数量割合の高い加算に重点を置いた評価とする。

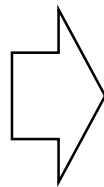
| 現行                   |     |
|----------------------|-----|
| 後発医薬品調剤体制加算1 (75%以上) | 18点 |
| 後発医薬品調剤体制加算2 (80%以上) | 22点 |
| 後発医薬品調剤体制加算3 (85%以上) | 26点 |



| 改定後                  |            |
|----------------------|------------|
| 後発医薬品調剤体制加算1 (75%以上) | <u>15点</u> |
| 後発医薬品調剤体制加算2 (80%以上) | 22点        |
| 後発医薬品調剤体制加算3 (85%以上) | <u>28点</u> |

- 後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局(現行基準では後発医薬品の調剤数量割合が20%以下)に対する調剤基本料の減算規定(2点減算)について、当該割合の基準を拡大する。

| 現行  |
|---|
| (1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が2割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。 |



| 改定後  |
|--|
| (1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が <u>4割以下</u> であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。 |

#### [経過措置]

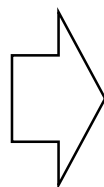
後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定については、令和2年9月30日までの間は現在の規定を適用する。

## 医療機関における後発医薬品の使用促進

## 一般名処方加算

- 一般名での処方を推進するために、一般名処方加算の評価を見直す。

| 現行       |    |
|----------|----|
| 一般名処方加算1 | 6点 |
| 一般名処方加算2 | 4点 |

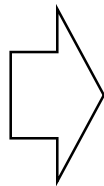


| 改定後      |           |
|----------|-----------|
| 一般名処方加算1 | <u>7点</u> |
| 一般名処方加算2 | <u>5点</u> |

## 後発医薬品使用体制加算

- 後発医薬品使用体制加算について、加算4を廃止するとともに、使用数量割合の高い医療機関に対する評価を充実させる。

| 現行                  |     |
|---------------------|-----|
| 後発医薬品使用体制加算1(85%以上) | 45点 |
| 後発医薬品使用体制加算2(80%以上) | 40点 |
| 後発医薬品使用体制加算3(70%以上) | 35点 |
| 後発医薬品使用体制加算4(60%以上) | 22点 |



| 改定後                 |            |
|---------------------|------------|
| 後発医薬品使用体制加算1(85%以上) | <u>47点</u> |
| 後発医薬品使用体制加算2(80%以上) | <u>42点</u> |
| 後発医薬品使用体制加算3(70%以上) | <u>37点</u> |
| (削除)                |            |

## 2.法定外繰入の解消について

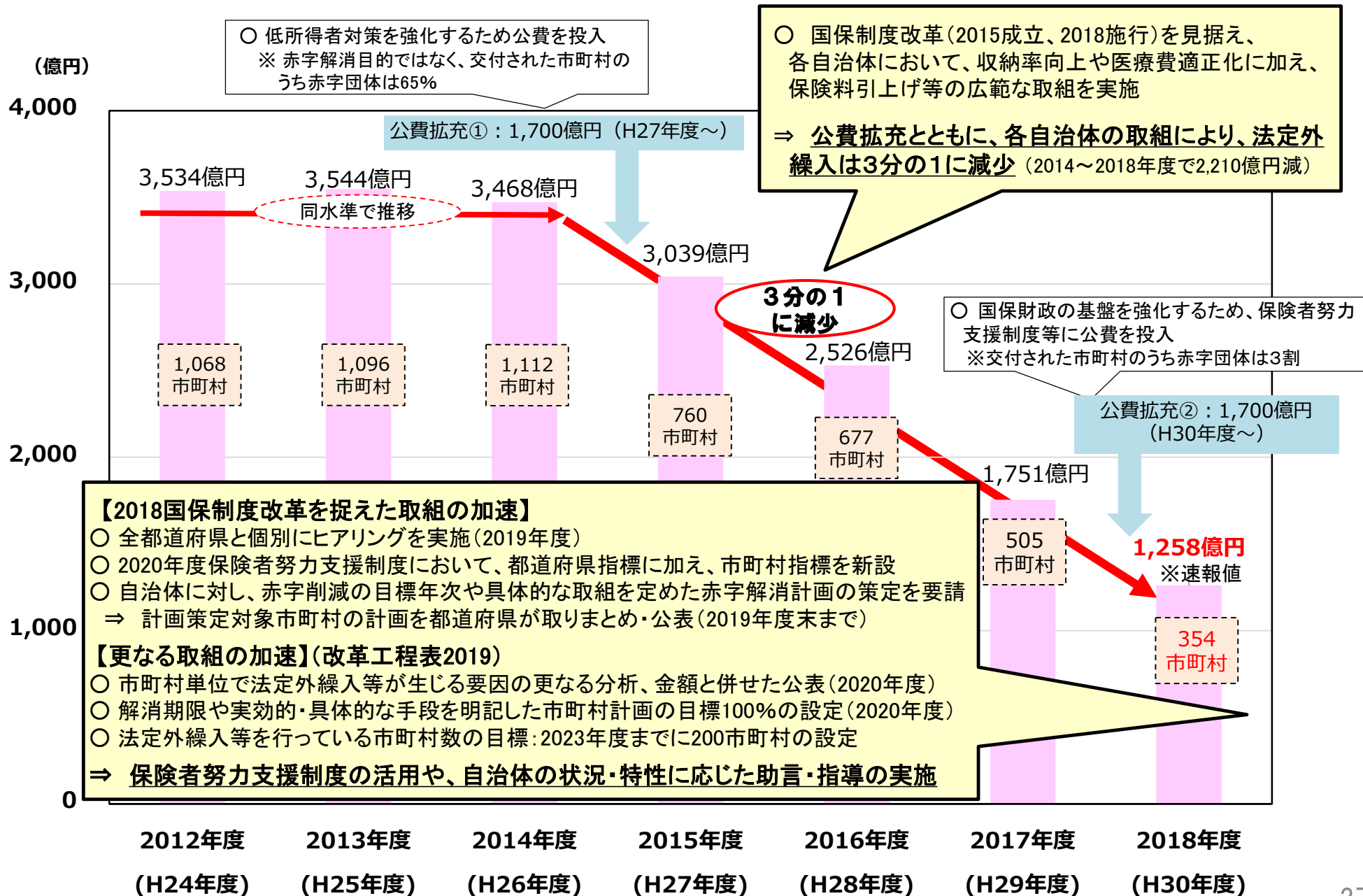
【改革工程表2019における記載】

### 33地域の実情を踏まえた取組の推進

#### ii 国保財政の健全化に向け、受益と負担の見える化の推進（法定外繰入の解消等）

- ・ 法定外繰入等の解消期限や公費の活用等解消に向けた実効的・具体的な手段が盛り込まれた計画の策定・実行を推進する。
- ・ 国保都道府県単位化後の法定外繰入等の状況を踏まえつつ、法定外繰入等を解消する観点から、法定外繰入等が生じる要因の分析を市町村単位で行い法定外繰入等の額と併せて公表するとともに、地方団体等と協議し、その結果に基づき、より実効性のある更なる措置。

# 一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入（推移）



# 国保における法定外繰入等の解消

## 【骨太方針等を踏まえた取組の現状について】

- 市町村国保は、被用者保険の加入者等を除く75歳未満の全ての者を被保険者とする公的医療保険制度であり、①被用者保険に比べ高医療費で低所得者の被保険者が多い、②保険料の事業主負担分に見合う財源を持たない、といった構造的な課題を抱えている。
- このため、保険給付費に対し5割の公費負担を行いつつ、低所得者の保険料軽減等を講じてきたが、一部の市町村においては、なお必要な保険料の引上げが難しく、その判断により、法定外繰入等が行われてきた。
- 厚生労働省は、国保の安定的な財政運営の観点から、従来より、赤字の計画的・段階的な解消を進めており、国保改革後も、自治体には、赤字解消計画の策定等を通じて、収納率向上対策や医療費適正化等のほか、保険料率を適切な水準（標準保険料率として都道府県が参考値を算定・公表）に近づけていくことを促している。（決算補填等目的の法定外繰入は、H26年度：3,468億円⇒2018年度：1,258億円（速報値）と3分の1に減少）
- さらに、骨太方針等に基づき、法定外繰入等の早期解消を図るべく、2020年度の保険者努力支援制度において、マイナスポイントの設定、配点割合の引上げや市町村指標の新設、計画の厳格な評価や公表状況の評価など、抜本的な強化を図った。1人当たり繰入額の大きな自治体では、段階的・計画的な取組が不可欠であり、具体的な取組を策定した計画の公表等（見える化）が、この問題の改善に向けた最大の方策である。
- 2019年度においては、全都道府県と個別ヒアリングを継続するほか、特に1人当たり繰入額が大きい都道府県については、再度個別ヒアリングを実施し、具体的な数値（所得の状況、医療費指数、標準保険料率との乖離、収納率等）を基に要因を分析しつつ、助言・指導を行ったところ。
- 都道府県において、計画策定対象市町村の計画を取りまとめ及び公表。

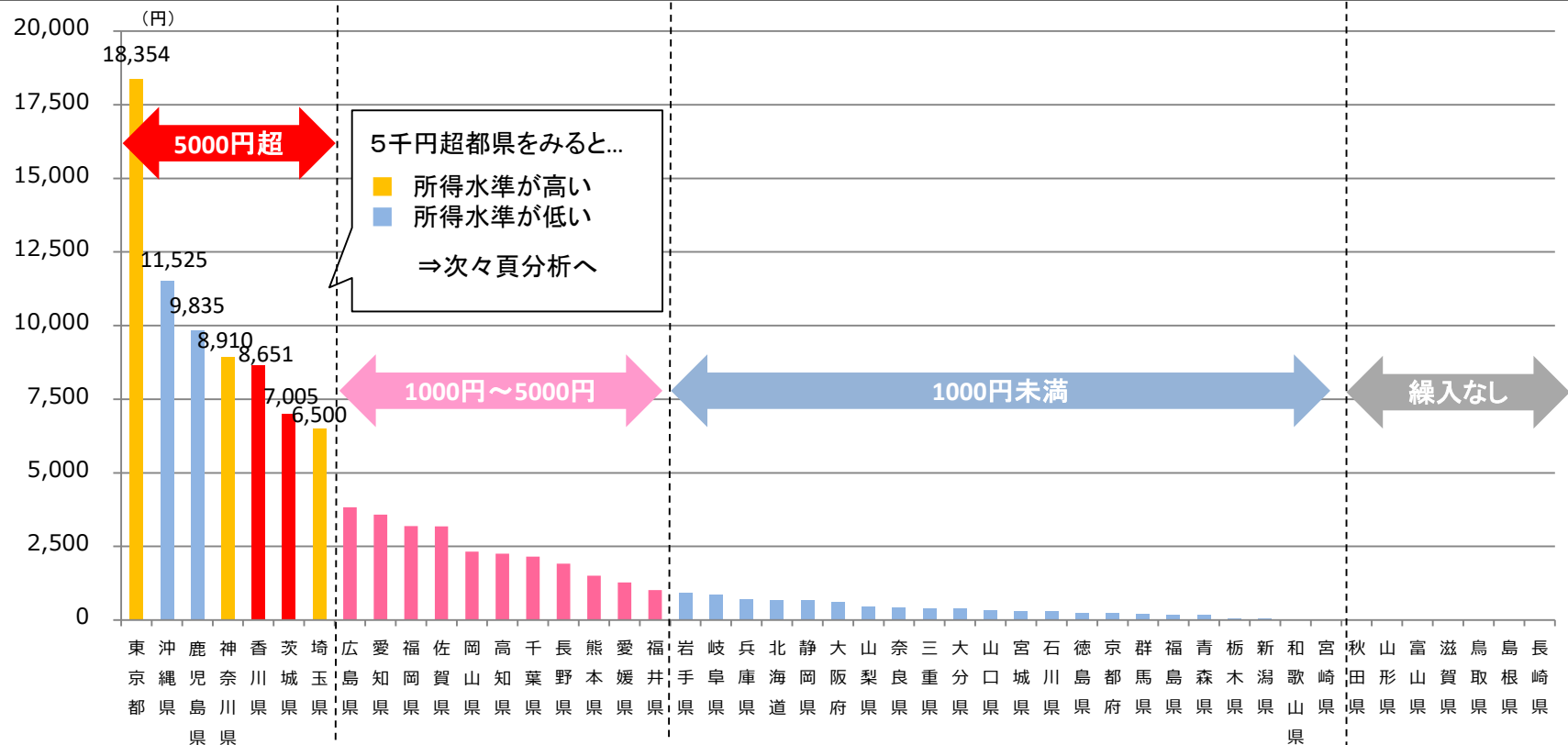
## 【更なる取組】

（2020年度）

- 全ての計画策定対象市町村において、赤字の「解消年度」と実効的・具体的な手段を設定し、計画に記載。
- 市町村ごとに、法定外繰入等が生じる要因（医療費水準、標準保険料率との乖離、収納率等）のさらなる分析、金額と併せた公表。

# 【速報値】一人当たりの一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入（平成30年度）

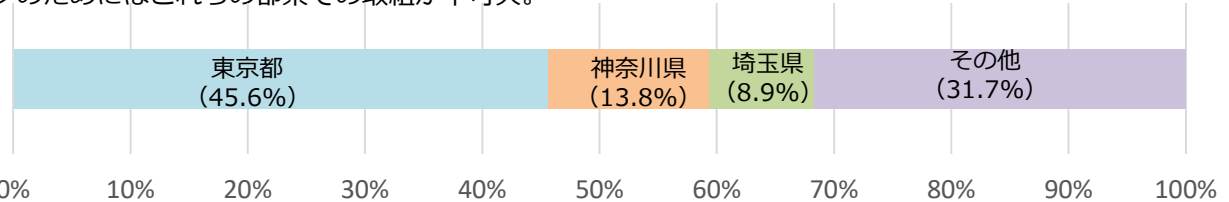
- 東京都、沖縄県、鹿児島県、神奈川県、香川県、茨城県、埼玉県では、1人当たり繰入金が5千円を超える。
- ※ これらの都県において、繰入を解消するためには、大幅な保険料の引上げが必要であり、被保険者の理解を得ながら、段階的・計画的な改善を図ることが肝要



(出典) 厚生労働省保険局国民健康保険課調べ  
 ※平成30年度の被保険者数(年度平均)は未判明のため、平成30年6月1日時点の数値を使用  
 ※法定外繰入は精査前の暫定値(2020年1月末時点)

## 【参考】法定外繰入総額に占める、都道府県別割合

- 市町村数で見ると、8割の自治体は繰入を行っていない。繰入金額合計で見ると、東京都、神奈川県、埼玉県の市区町村の合計が全体の7割を占めている。⇒総額の減少のためにはこれらの都県での取組が不可欠。





# 【参考】2020年度以降の更なる繰入解消に向けた取組

## 1. 2020年度以降の国の取組

- 2020年度の保険者努力支援制度において、法定外繰入の解消等について、抜本的に強化
  - ・ 指標の新設(市町村指標)や配点割合の引上げ(都道府県指標)
  - ・ 市町村指標では具体的な計画策定を厳格に評価するとともに、都道府県指標では計画の公表状況について評価
  - ・ 新たにマイナス点を設定しメリハリを強化
- 全都道府県とのヒアリングを継続するほか、特に1人当たり繰入額が大きい都道府県については、再度個別ヒアリングを実施し、具体的な数値(所得の状況、医療費指数、標準保険料率との乖離、収納率等)を基に要因を分析しつつ、助言・指導。
  - ⇒ 大幅な保険料引上げが必要となる自治体を中心に、赤字解消計画は定めたものの解消年度を設定することができていない自治体(半数)が存在しているが、計画に解消年度を明記する自治体100%を目指し(改革工程表において指標化)、「見える化」を更に強化  
(参考)市町村国保と協会けんぽの比較

|              | 市町村国保  | 協会けんぽ  |
|--------------|--------|--------|
| 加入者平均年齢      | 52.9歳  | 37.5歳  |
| 加入者1人当たりの医療費 | 36.2万円 | 17.8万円 |
| 加入者1人当たり平均所得 | 86万円   | 151万円  |

○ 市町村国保は、被用者保険に比べ、年齢構成が高く医療費が高い、所得水準が低く保険料負担率が重いといった深刻な課題が存在。

⇒ しかし、その中でも、これまで保険者として、収納率向上や医療費適正化等の取組とともに、保険料の引上げを実施し、財政の安定化を図ってきている。

⇒ この取組を今後とも着実に継続。

## 2. 1人当たり繰入額が大きい都道府県の分析

※個別ヒアリングを基に分析 ⇒ 抽出されたポイントを助言指導に活用し、好事例は横展開

### ①所得水準が高い自治体(東京都・神奈川県・埼玉県)

#### <共通する特徴>

- ・ 若年層が多く医療費水準が低い
- ・ 人口が多く保険料収納率が低い

#### <①型の場合の方策>

- ・ 保険料収納率の向上
- ・ 負担能力に見合った負担とすることへの理解の促進と保険料設定の適正化

### ②所得水準が低い自治体(鹿児島県・沖縄県)

#### ②-1 鹿児島県

##### <特徴>

- ・ 医療費水準が高い
- ・ 保険料収納率が高い

#### <②-1型の場合の方策>

- ・ 医療費適正化の更なる推進
- ・ 保険料設定の適正化

#### ②-2 沖縄県

##### <特徴>

- ・ 若年層が多く医療費水準が低い
- ・ 保険料収納率が高い

#### <②-2型の場合の方策>

- ・ 保険料設定の適正化

※ ただし、所得水準が低い中で引上げ幅が大きく、関係者との調整を丁寧に行い、段階的に実施することが肝要。

※ 県主導で令和5年度を目標に「保険料水準の統一」に向けて議論・検討。

これらの分析を踏まえると、国として、自治体の取組を促すために改めて強いメッセージを打ち出しながら、法定外繰入や取組状況の徹底した見える化を行うことがこの問題の改善に向けた最大の方策であり、現在、そうした方針に基づいた取組を実施