

平成30年4月19日

第26回 社会保障ワーキング・グループ

見える化、技術革新を活用したイノベーション、
先進事例の横展開等について
(説明資料)



目 次

- 2040年頃を展望した社会保障改革について…………… 2
- 医療費適正化計画の推進…………… 6
 - ✓ 後発医薬品使用割合の公表
 - ✓ 糖尿病重症化予防の市町村での進捗状況
 - ✓ 保険者インセンティブ
 - 保険者インセンティブの実施状況（保険者毎の取組状況の見える化）
 - 健保組合の取組（スコアリングカード）
- 重複・多剤投与の適正化……………28
- オンライン診療 ……………32
- 介護保険のインセンティブ……………35
 - ✓ インセンティブ交付金の状況（評価指標の「見える化」の方針など）、
調整交付金の見直しスケジュール
- 介護ロボット・センサー……………38
- 地域医療構想の推進……………44
 - ✓ 地域医療構想調整会議の進捗状況の見える化

- 2040年頃を展望した社会保障改革について
- 医療費適正化計画の推進
 - ✓ 後発医薬品使用割合の公表
 - ✓ 糖尿病重症化予防の市町村での進捗状況
 - ✓ 保険者インセンティブ
 - 保険者インセンティブの実施状況(保険者毎の取組状況の見える化)
 - 健保組合の取組(スコアリングカード)
- 重複・多剤投与の適正化
- オンライン診療
- 介護保険のインセンティブ
 - ✓ インセンティブ交付金の状況(評価指標の「見える化」の方針など)、調整交付金の見直しスケジュール
- 介護ロボット・センサー
- 地域医療構想の推進
 - ✓ 地域医療構想調整会議の進捗状況の見える化

2040年頃を展望した社会保障改革の新たな局面と課題

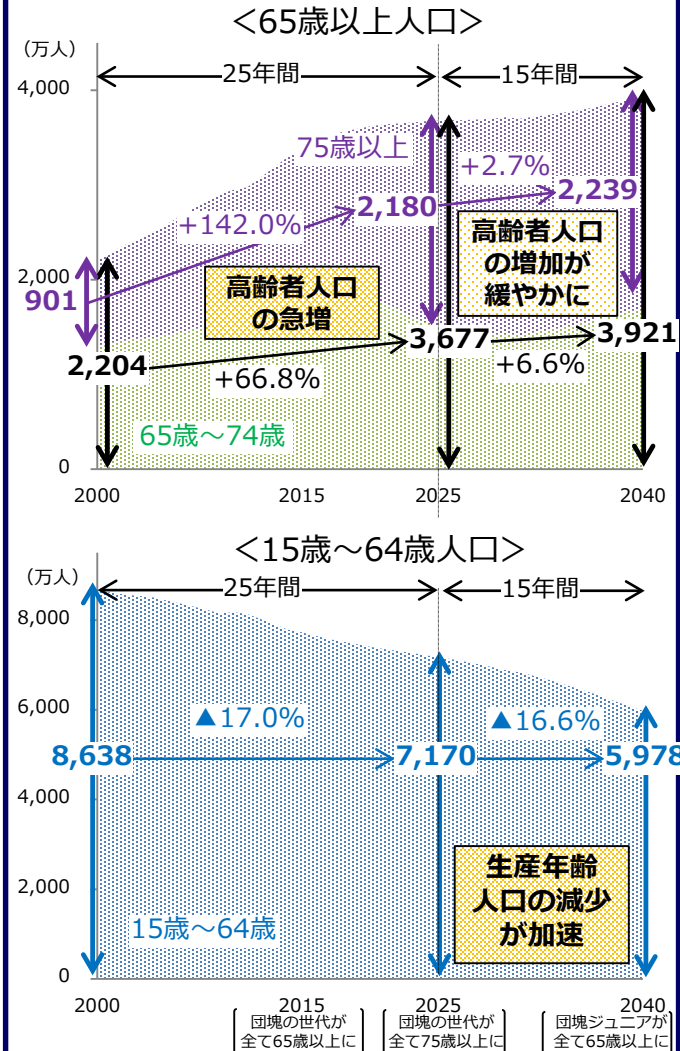
平成30年4月12日経済財政諮問会議
加藤臨時議員提出資料（抜粋）

人口構造の推移を見ると、2025年以降、
「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化。

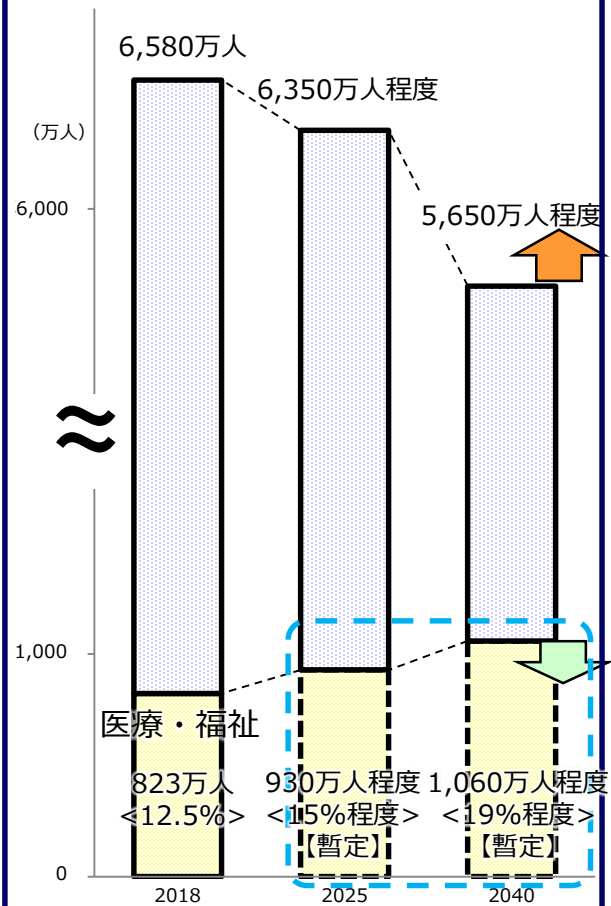


2025年以降の現役世代の人口の急減という
新たな局面における課題への対応が必要。

《2040年までの人口構造の変化》



《就業者数の推移》



国民的な議論の下、

- これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保も図りつつ、
- 以下の新たな局面に対応した政策課題を踏まえて、総合的に改革を推進。

《新たな局面に対応した政策課題》

1. 現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上

⇒ 高齢者をはじめとして多様な就労・社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していく基盤として、2040年までに3年以上健康寿命を延伸することを目指す。

2. 労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保

⇒ テクノロジーの活用等により、2040年時点において必要とされるサービスが適切に確保される水準の医療・介護サービスの生産性[※]の向上を目指す。

※ サービス産出に要するマンパワー投入量。

※ 医療分野：ICT、AI、ロボットの活用で業務代替が可能と考えられるものが5%程度（「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」結果から抽出）

※ 介護分野：特別養護老人ホームでは、平均では入所者2人に対し介護職員等が1人程度の配置となっているが、ICT等の活用により2.7人に対し1人程度の配置で運営を行っている施設あり。

健康寿命延伸に向けた取組

平成30年4月12日経済財政諮問会議
加藤臨時議員提出資料（抜粋）

○ **健康格差の解消**により、2040年までに健康寿命を3年以上延伸、平均寿命との差の縮小を目指す。

○ 重点取組分野を設定、2つのアプローチで格差を解消。

①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

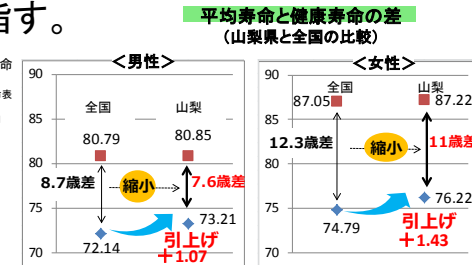
・多様な主体の連携により、無関心層も含めた予防・健康づくりを社会全体で推進。

②地域間の格差の解消

・健康寿命には、大きな地域間格差。地域ぐるみで取り組み、格差を解消。

※全都道府県が、健康寿命の最も高い山梨県の水準に到達すれば、**男性+1.07年、女性+1.43年**の延伸。

(出典)
平均寿命：平成27年簡易生命表、平成27年都道府県別生命表
健康寿命：平成28年簡易生命表、平成28年人口動態統計、
平成28年国民生活基礎調査、平成28年推計人口



① 健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

② 地域間の格差の解消

重点取組分野	具体的な方向性	目指す2040年の姿
成育 健やか親子施策	・すべての子どもの適切な生活習慣形成のための介入手法の確立、総合的な支援 ・リスクのある事例の早期把握や個別性に合わせた適切な介入手法の確立 ・成育に関わる関係機関の連携体制の構築	・成育環境に関わらず、すべての子どもが心身ともに健やかに育まれる。 例) 低出生体重児の割合や10代の自殺死亡率を先進諸国トップレベルに改善する。
疾病予防・重症化予防 がん対策・生活習慣病対策等	・個別・最適化されたがん検診・ゲノム医療の開発・推進、受けやすいがん検診の体制づくり ・インセンティブ改革、健康経営の推進 ・健康無関心層も自然に健康になれる社会づくり(企業、自治体、医療関係者等の意識共有・連携)(日本健康会議等)	・個々人に応じた最適ながん治療が受けられる。 ・所得水準や地域・職域等によらず、各種の健康指標の格差が解消される。
介護・フレイル予防 介護予防と保健事業の一体的実施	・介護予防(フレイル対策(口腔、運動、栄養等)を含む)と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防を一体的に実施する枠組みの構築、インセンティブも活用 ・実施拠点として、高齢者の通いの場の充実、認知症カフェの更なる設置等 地域交流の促進	・身近な地域で、生活機能低下防止と疾病予防・重症化予防のサービスが一体的に受けられる。 例) 通いの場への参加率 15% 認知症カフェの設置箇所数 9,500箇所

基盤整備

見える化

データヘルス

研究開発

社会全体での取組み

- 引き続き需要が増加する医療・介護等のサービスを安定的に提供するため、**マンパワーの確保**が課題。
- 一方、生産年齢人口の急速な減少により労働力制約が強まる中で、他の高付加価値産業への人材輩出も考慮すれば、**医療・介護・福祉の専門人材が機能を最大限発揮**することが不可欠。また、2040年までを展望すれば、AI・ロボット・ICTといったテクノロジーが急速に発展。
- このため、健康寿命の延伸に向けた取組に加えて、**医療・介護・福祉サービスの生産性改革**を進める。

従事者の業務分担の見直し・効率的な配置の推進

- 医師の働き方改革を踏まえたタスク・シフティングの推進（モデル事業の実施と全国展開）

（例）「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」によれば、医師の業務のうち、1日当たり47分は他職種への移管やICT等の活用により効率化が可能。

- 介護ロボット活用による特養での効率的な配置の推進（モデル事業の実施と全国展開）

（例）見守り機器導入後、夜間の入所者への訪室回数、巡回等に係る時間が減少。ヒヤリハット・介護事故件数も減少。

- 保育補助者など多様な人材活用による保育業務の効率化

テクノロジーの最大活用

- 医療機関におけるAI・ICT等の活用推進、診断等の質の向上や効率化に資する医療機器等の開発支援

（例）オンライン診療の推進やICTを活用した勤務環境改善（テレICU（複数のICUの集中管理）やタブレット等を用いた予診、診断支援ソフトウェア等）、多職種連携のためのSNS活用の推進 等

- 介護サービス事業所間の連携等に係るICT標準仕様の開発・普及

（例）ICT機器導入後、書類作成（ケア記録等の作成や介護報酬請求）に要する時間が減少。

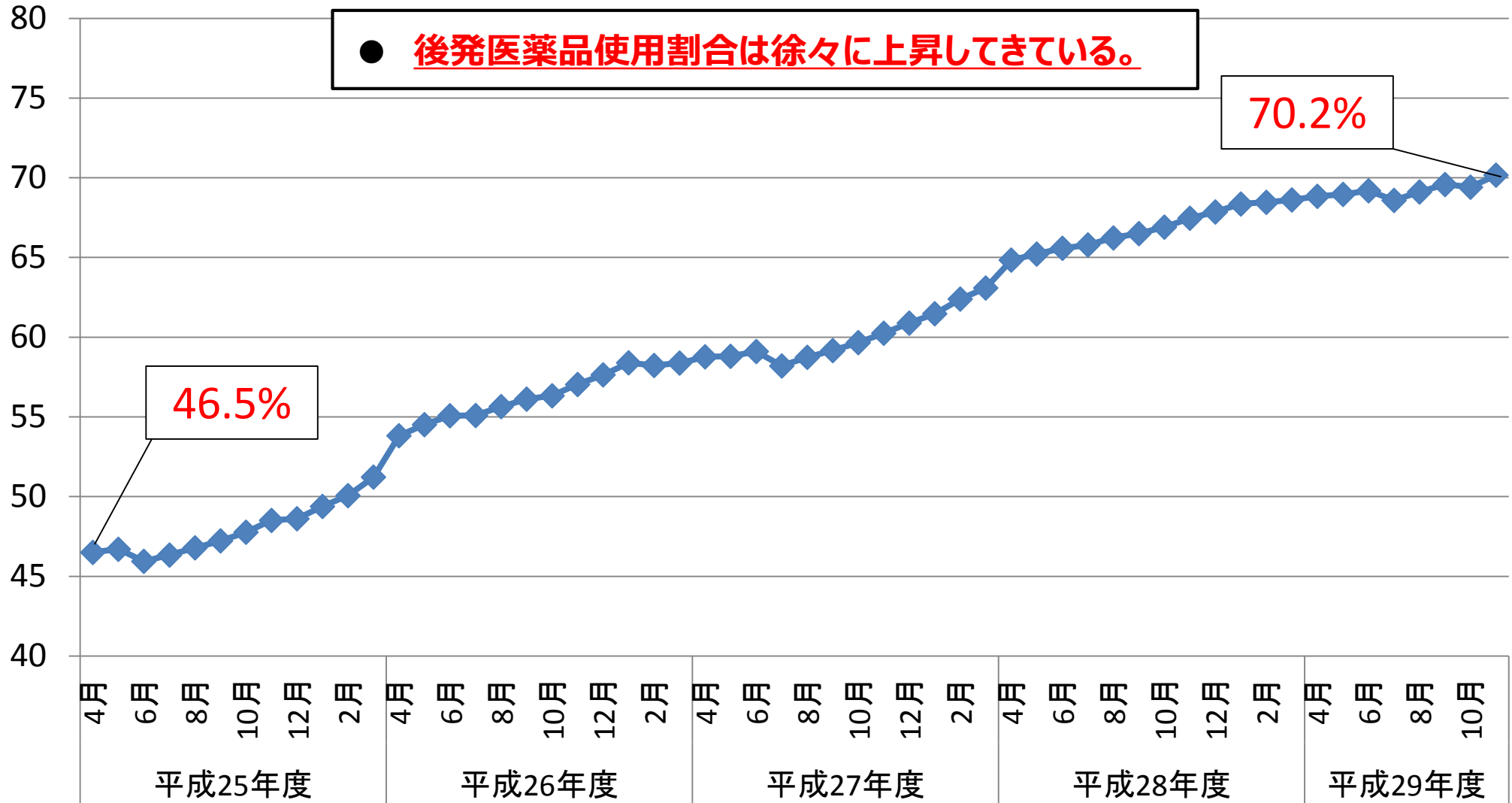
- 保育所等におけるICT化の推進

- 病院長研修など医療機関のマネジメント改革への支援推進
- 介護分野、障害福祉分野における生産性向上ガイドラインの作成・普及
- 保育業務に関するタイムスタディ調査の実施、好事例の収集・横展開

マネジメント改革の支援

- 2040年頃を展望した社会保障改革について
- **医療費適正化計画の推進**
 - ✓ 後発医薬品使用割合の公表
 - ✓ 糖尿病重症化予防の市町村での進捗状況
 - ✓ 保険者インセンティブ
 - 保険者インセンティブの実施状況(保険者毎の取組状況の見える化)
 - 健保組合の取組(スコアリングカード)
- 重複・多剤投与の適正化
- オンライン診療
- 介護保険のインセンティブ
 - ✓ インセンティブ交付金の状況(評価指標の「見える化」の方針など)、調整交付金の見直しスケジュール
- 介護ロボット・センサー
- 地域医療構想の推進
 - ✓ 地域医療構想調整会議の進捗状況の見える化

「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」における都道府県別後発医薬品使用割合(全国)
(数量ベース)



注1) 保険薬局で、レセプト電算処理システムで処理された調剤レセプトのデータをもとに分析したものであり、院内処方(入院、院内調剤)及び紙レセプトを含まない数値である(出典:「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」(厚生労働省保険局調査課))。

注2) 保険薬局の所在する都道府県ごとに集計したものである。

注3) 「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。

注4) 後発医薬品の数量シェア(置換え率)=[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])

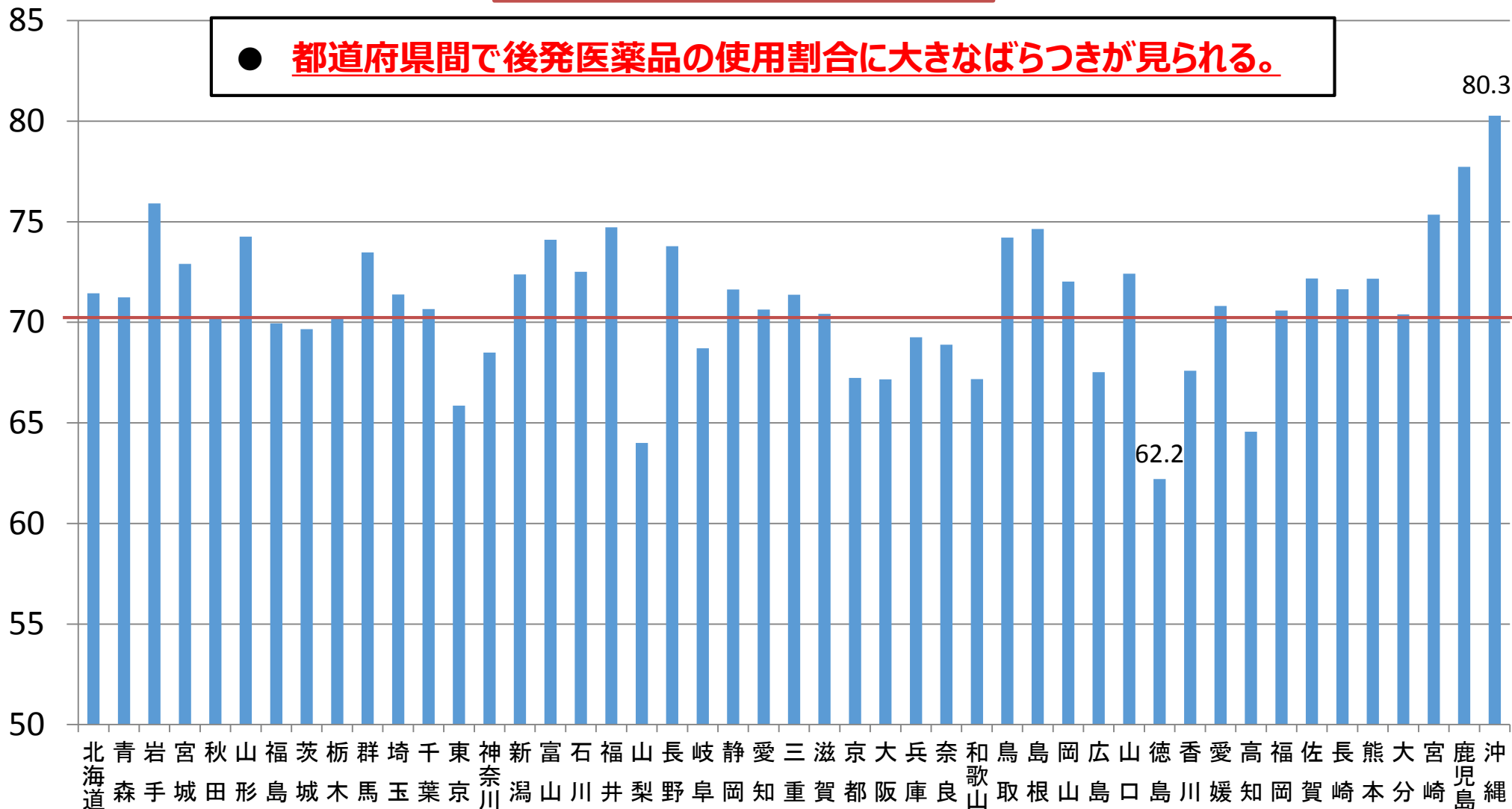
「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」における都道府県別後発医薬品使用割合

(%)

全国平均:70.2% (平成29年11月)

(数量ベース)

● 都道府県間で後発医薬品の使用割合に大きなばらつきが見られる。



注1) 保険薬局で、レセプト電算処理システムで処理された調剤レセプトのデータをもとに分析したものであり、院内処方(入院、院内調剤)及び紙レセプトを含まない数値である(出典:「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」(厚生労働省保険局調査課))。

注2) 保険薬局の所在する都道府県ごとに集計したものである。

注3) 「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。

注4) 後発医薬品の数量シェア(置換え率)=[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])

- 後発医薬品の使用促進が進んでいない都道府県を重点地域として指定し、各地域における個別の問題点の調査・分析を行い、その上で、地域に合ったモデル事業を実施することにより後発医薬品の更なる使用促進を図る。

事業内容

- ① 後発医薬品の使用促進が進んでいない都道府県を重点地域（※）として指定し、地域における個別の問題点を調査・分析する。
- ② モデル事業を実施する。

重点地域を指定

（※）大都市圏、数量シェアが低い地域



指定した都道府県において以下の取組を実施

- 問題点の調査・分析
- モデル事業の実施
（モデル事業の主な内容）
 - ① 品質信頼性確保による使用促進
 - ② 使用促進停滞機関への促進周知依頼による使用促進
 - ③ 医師と薬剤師の連携による使用促進



保険者別の後発医薬品の使用割合の公表について

後発医薬品の使用促進に向けて、厚生労働省において、保険者別の後発医薬品の使用割合の公表を実施する（2018年度実績～）。

後発医薬品の使用割合の公表方針

2017年度実績



厚労省から都道府県に対して保険者別の使用割合のデータを送付し、都道府県や保険者協議会での分析・検討に活用。（2017年度末(2018年3月)の実績を2018年夏頃に送付）

2018年度以降の実績

厚労省が毎年度、全ての保険者別の使用割合を公表。

… ①年度の中央(9月時点)実績の同年度末頃の公表、②年度末(3月時点)の実績の翌年度夏頃の公表を想定〔→2018(平成30)年9月の実績は2018年度末に公表予定〕

注1) 公表対象は、全ての医療保険者（協会けんぽ、共済、健保組合、国保、国保組合、後期高齢）

注2) 使用割合は、厚労省がNDBデータから抽出する予定（保険者独自の計算とは誤差が生じ得る）

※ 後発医薬品の使用割合は、2018年度以降の保険者インセンティブの評価指標となっている。

※ 公表にあたっては、使用割合の低かった保険者が法令違反状態にあるといった誤解を受けることのないよう留意する。

後発医薬品の使用促進

後発医薬品調剤体制加算の見直し(調剤)

➤ 薬局における後発医薬品調剤体制加算について、後発医薬品の調剤数量割合の基準を引き上げ、調剤数量に応じた評価に見直した。

改定前			改定後	
調剤数量割合			調剤数量割合	
65%以上	18点	➡	<u>75%以上</u>	18点
75%以上	22点		<u>80%以上</u>	22点
			<u>85%以上</u>	<u>26点</u>

後発医薬品調剤割合の著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算(調剤)

➤ 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を設けた。

(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

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

後発医薬品使用体制加算等の見直し(医科)

➤ 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した。

改定前			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>

改定前			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>

一般名処方加算の見直し(医科)

➤ 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、評価を見直した。

改定前			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>

糖尿病性腎症重症化予防の推進

背景

- 人工透析は医療費年間総額1.57兆円を要するため、人工透析の主な原疾患である糖尿病性腎症の重症化予防は、健康寿命の延伸とともに医療費適正化の観点において喫緊の課題である。
- 平成27年6月「経済財政運営と改革の基本方針2015」及び平成27年7月の日本健康会議「健康なまち・職場づくり宣言2020」※等において生活習慣病の重症化予防を推進することとされており、レセプトや健診データを効果的・効率的に活用した取組を全国に横展開することが必要である。 ※かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体800市町村(平成32年)を目指す

横展開を推進

環境整備・ツール提供

- 厚生労働省・日本医師会・日本糖尿病対策推進会議の三者が連携協定を締結(平成28年3月)。
- 国レベルで「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定(平成28年4月)。
- 重症化予防WGとりまとめ「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」及び事例集を公表(平成29年7月)。

財政支援

- 国保ヘルスアップ事業・国保保健指導事業(市町村向け)

市町村が実施する保健事業(特定健診未受診者対策、生活習慣病重症化予防等)に係る経費を助成※する

※国保被保険者数に応じた助成限度額: 国保ヘルスアップ事業600万～1,800万円、国保保健指導事業400万～1,200万円。財源は特別調整交付金を活用。

- 都道府県国保ヘルスアップ支援事業(都道府県向け、平成30年度新規)

都道府県が実施する保健事業等(基盤整備、現状把握・分析等)に係る経費を助成※する

※国保被保険者数に応じた助成限度額: 1,500万～2,500万円。

保険者努力支援制度における評価

- 保険者努力支援制度の創設(平成28年度より前倒し実施、平成30年度より本格施行)

重症化予防に取り組む自治体の状況

日本健康会議「健康なまち・職場づくり宣言2020」

宣言2

かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。

全自治体・広域連合
(1716市町村・47団体)

要件	平成28年度 保険者データヘルス 全数調査 (平成28年3月時点)	平成29年度 保険者データヘルス 全数調査 (平成29年3月時点)
現在も過去も実施していない	520	250
過去実施していたが現在は実施していない	35	23
現在は実施していないが予定あり	362	303
糖尿病性腎症の重症化予防の取組を行っている	659	1009

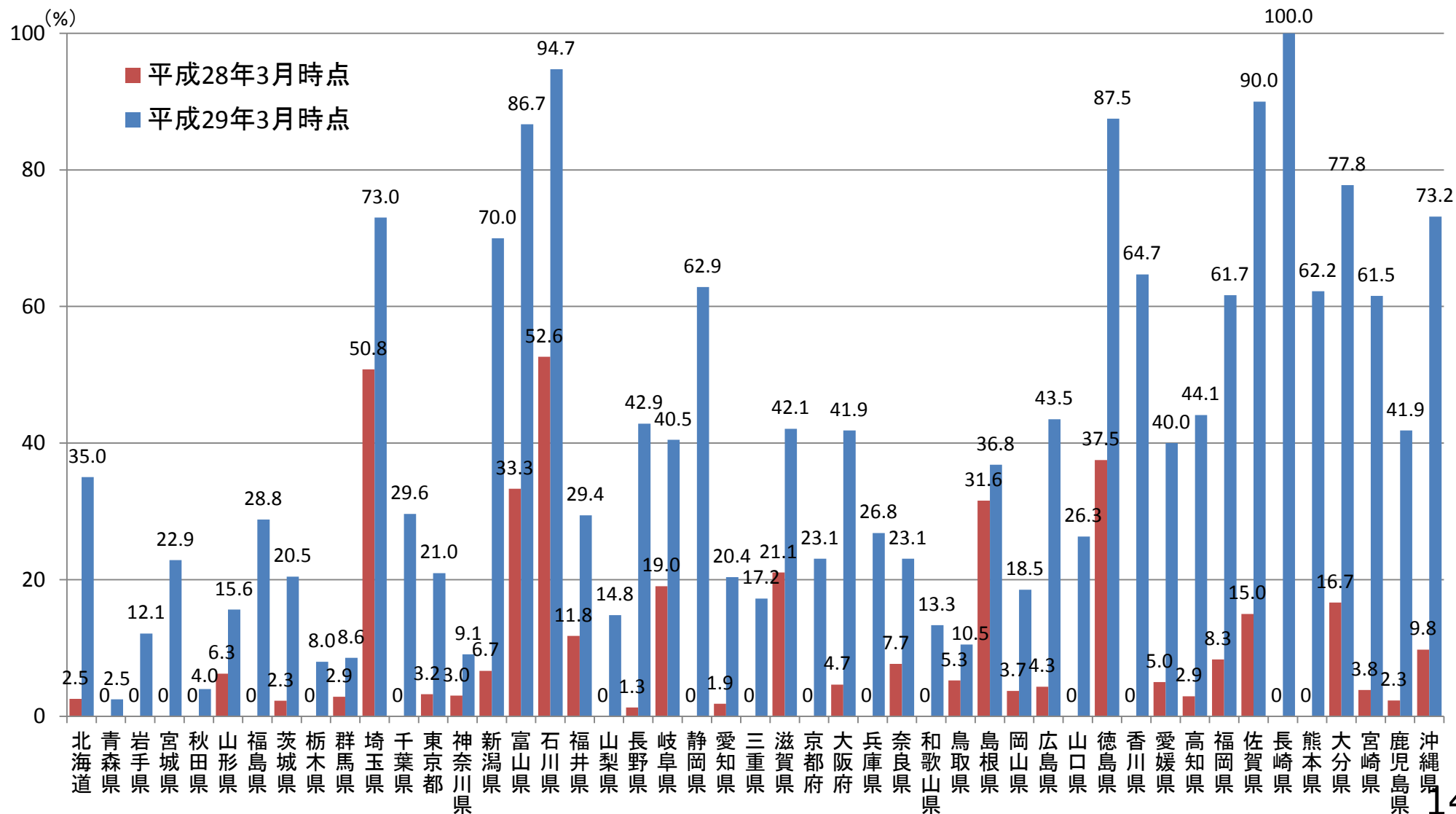
5つの要件の達成状況	平成28年3月時点	平成29年3月時点
①対象者の抽出基準が明確であること	622	957
②かかりつけ医と連携した取組であること	503	846
③保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること	566	907
④事業の評価を実施すること	582	721
⑤取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携(各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など)を図ること	136	817
全要件達成数(対象保険者)	118	654

保険者努力支援制度における評価状況

指標「糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況」	配点	全国平均点(得点率)
平成28年度	40点／345点	18.7点(46.75%)
平成29年度(速報)	70点／580点	44.1点(63.0%)

都道府県別に見た重症化予防に取り組んでいる市町村の割合※

※重症化予防の取組を行っている市町村数(日本健康会議における「宣言2」を達成している市町村数)が都道府県内保険者総数に占める割合を示したものの。

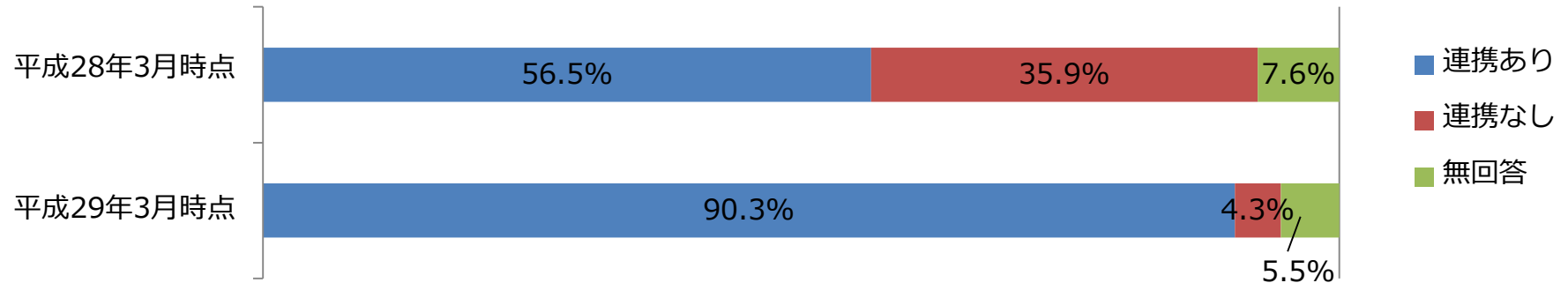


市町村における医療関係者との連携の状況

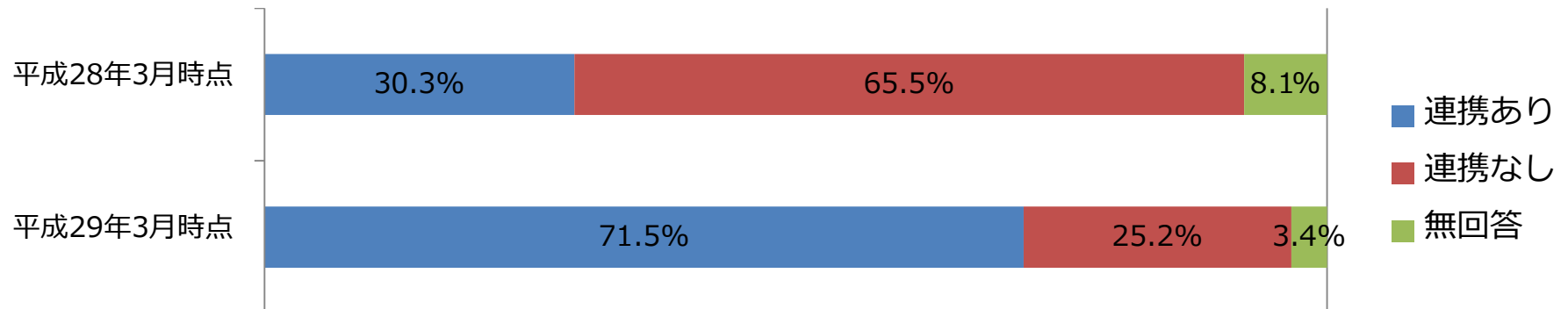
○重症化予防に取り組んでいる保険者のうち、医師会と連携している保険者は9割超であり、前年度より33.8ポイント増加している。

○重症化予防に取り組んでいる保険者のうち、都道府県糖尿病対策推進会議と連携している保険者は7割超であり、前年度より41.2ポイント増加している。

(1) 医師会との連携の有無



(2) 都道府県糖尿病対策推進会議との連携の有無



今後の糖尿病性腎症重症化予防の基本的な方向性

かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む市町村国保は654市町村(平成28年度末)であり、今後、800市町村(平成32年)※を目指し、市町村の取組を促進していく。

※ 日本健康会議「健康なまち・職場づくり宣言2020」の目標

基本的な方向性

- 重症化予防に取り組む市町村及び広域連合の数を増やす。
- 取組内容の中身の充実を図る。
- 自治体の取組を推進するため、
 - ①都道府県の体制整備(プログラム策定等)を推進し、都道府県による支援を進める。
 - ②関係団体による取組・支援を進める。

今後の予定

1. 重症化予防WGにおける検討の深掘り

- ・取組状況の把握(調査実施等)
- ・取組内容の効果検証(研究班等)
- ・重症化予防の推進支援等の検討

2. 重症化予防の周知啓発 (平成30年度新規)

- ・保健指導の手引きを作成し配布
- ・広報活動(ポスター、リーフレット、動画)
- ・全国の各ブロックで説明会を開催

3. 取組に対する財政支援

○市町村が実施する保健事業に対する助成

- ・国保ヘルスアップ事業、国保保健指導事業

※市町村が実施する特定健診未受診者対策、生活習慣病重症化予防等に係る経費を助成する

※国保被保険者数に応じた助成限度額(平成29年度実施分):国保ヘルスアップ事業～1,800万円、国保保健指導事業～1,200万円

○都道府県が実施する保健事業等に対する助成 (平成30年度新規)

- ・都道府県国保ヘルスアップ支援事業(仮)

※都道府県が実施する基盤整備、現状把握・分析等に係る経費を助成する

※国保被保険者数に応じた助成限度額:1,500万～2,500万円

4. 保険者努力支援制度による評価

○取組の質の向上に向けて評価指標を見直し

- ・平成29・30年度の実施状況等を見つつ、日本健康会議重症化予防WGでの議論も踏まえ、**評価指標を見直し(本年夏目途)**

- 2040年頃を展望した社会保障改革について
- 医療費適正化計画の推進
 - ✓ 後発医薬品使用割合の公表
 - ✓ 糖尿病重症化予防の市町村での進捗状況
 - ✓ 保険者インセンティブ
 - 保険者インセンティブの実施状況(保険者毎の取組状況の見える化)
 - 健保組合の取組(スコアリングカード)
- 重複・多剤投与の適正化
- オンライン診療
- 介護保険のインセンティブ
 - ✓ インセンティブ交付金の状況(評価指標の「見える化」の方針など)、調整交付金の見直しスケジュール
- 介護ロボット・センサー
- 地域医療構想の推進
 - ✓ 地域医療構想調整会議の進捗状況の見える化

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創設 （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 ・都道府県の医療費水準に基づく評価等	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

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
---	--	---

平成30年度保険者努力支援制度(市町村分) 都道府県別市町村平均得点 (体制構築加点点含まず 790点満点)

(得点)

600

500

400

300

200

100

0



■ 共通1 特定健診・保健指導・メタボ(150点)

■ 共通4 個人インセンティブ (95点)

■ 固有1 収納率 (100点)

■ 固有4 地域包括(25点)

■ 共通2 がん検診・歯周疾患健診 (55点)

■ 共通5 重複服薬 (35点)

■ 固有2 データヘルス (40点)

■ 固有5 第三者求償 (40点)

■ 共通3 重症化予防 (100点)

■ 共通6 ジェネリック (75点)

■ 固有3 医療費通知 (25点)

■ 固有6 適正かつ健全な取組 (50点)

平成30年度保険者努力支援制度（都道府県分） 都道府県別獲得点

(点)

200

180

160

140

120

100

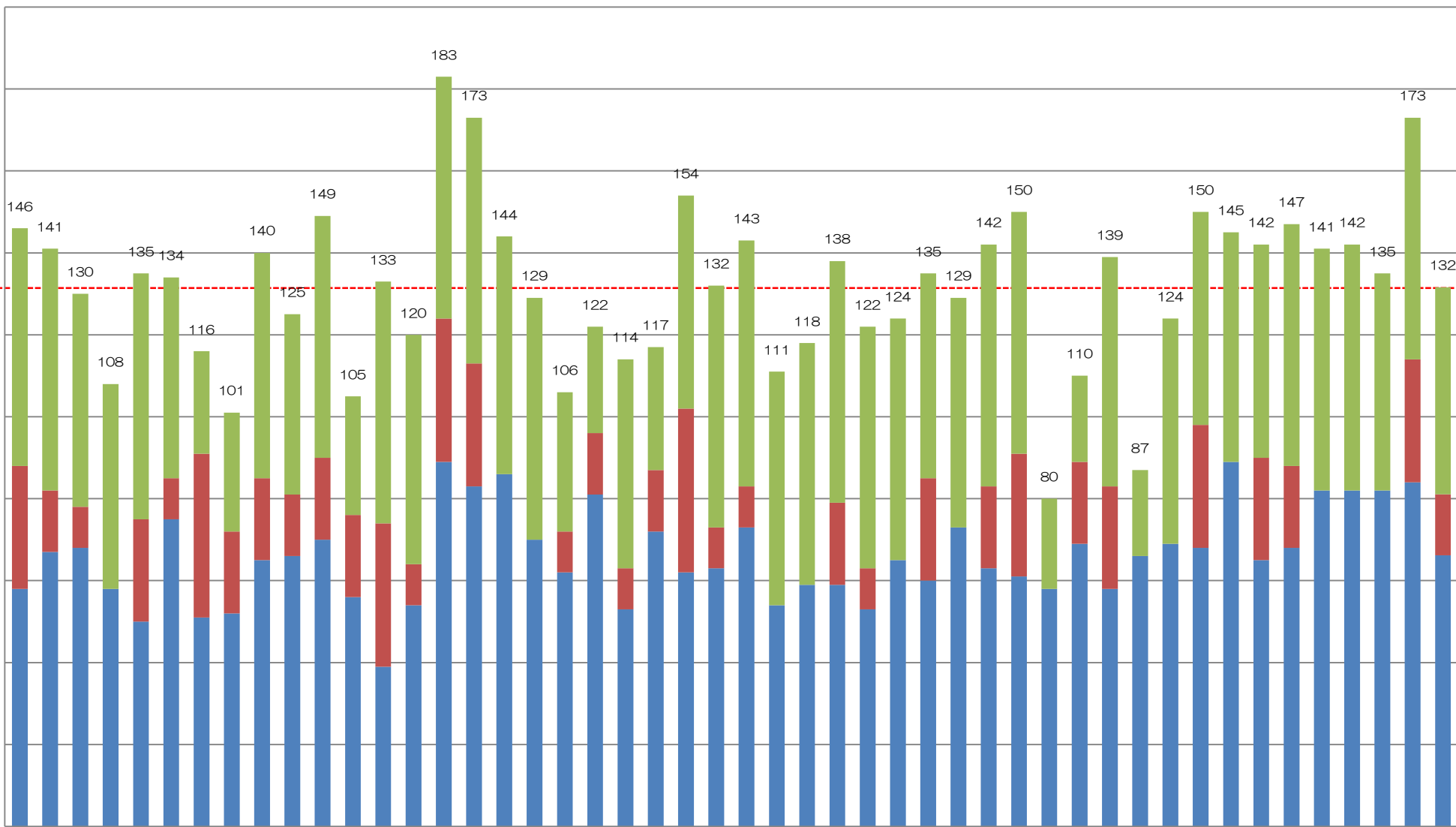
80

60

40

20

0



■指標1（市町村指標の都道府県単位評価：100点）

■指標2（都道府県の医療費水準：50点）

■指標3（都道府県の取組状況：60点）

- 保険者インセンティブは、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広域連合に財政支援を行うもの。
- 平成30年度から100億円規模で実施。(※)
(※) 平成28年度は20億円、平成29年度は50億円規模で前倒し実施。
- 平成30年度は、平成29年度までの指標に加え、事業成果の評価に関する指標を導入するなど評価項目の見直しを行い、6月頃に各広域連合に通知する予定。

○評価指標（平成29年度の指標）※平成30年度の指標は現在検討中

保険者共通の指標	固有の指標
指標① ※後期では（特定）健診は義務ではない。 ○健診の実施及び健診結果を活用した取組の実施	指標① ○データヘルス計画の実施状況
指標② ○歯科健診の実施及び健診結果を活用した取組の実施	指標② ○高齢者の特性（フレイルなど）を踏まえた保健事業の実施状況
指標③ ○重症化予防の取組の実施状況	指標③ ○専門職の配置など保健事業の実施のために必要な体制整備
指標④ ○被保険者の主体的な健康づくりに対する広域連合による働きかけの実施	指標④ ○医療費通知の取組の実施状況
指標⑤ ○被保険者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況	指標⑤ ○地域包括ケアの推進（在宅医療・介護の連携等）
指標⑥ ○後発医薬品の使用割合 ○後発医薬品の使用促進	指標⑥ ○第三者求償の取組状況

後期高齢者医療制度における保険者インセンティブ(平成29年度)の採点結果

(点)

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

合計(100点)

健康診査(7点)

歯科健診(7点)

重症化予防(18点)

健康づくり(7点)

適正受診・服薬(7点)

後発医薬品使用割合(5点)

後発医薬品使用促進(2点)

データヘルス計画(4点)

高齢者の特性(18点)

専門職の配置(10点)

医療費通知(5点)

地域包括ケア(4点)

第三者求償(6点)

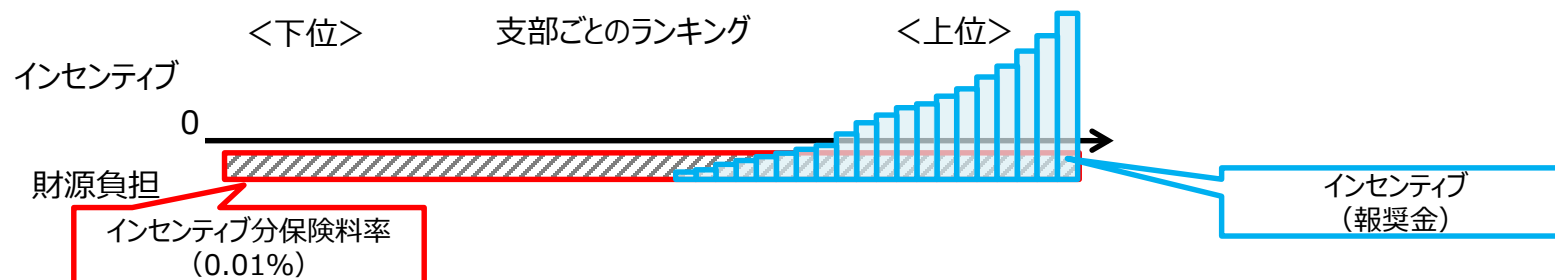
北海道 23 青森 1 岩手 19 宮城 29 秋田 39 山形 31 福島 45 茨城 23 栃木 22 群馬 11 埼玉 20 千葉 39 東京 36 神奈川 13 新潟 8 富山 46 石川 29 福井 41 山梨 31 長野 6 岐阜 23 静岡 15 愛知 15 三重 35 滋賀 4 京都 47 大阪 44 兵庫 36 奈良 20 和歌山 33 鳥取 27 島根 33 岡山 11 広島 36 山口 8 徳島 43 香川 5 愛媛 18 高知 23 福岡 13 佐賀 10 長崎 3 熊本 27 大分 42 宮崎 2 鹿児島 6 沖縄 17 全国平均

制度趣旨

医療保険制度改革骨子や日本再興戦略改定2015等を踏まえ、新たに協会けんぽ全支部の後期高齢者支援金に係る保険料率の中に、インセンティブ制度の財源となる保険料率（0.01%）を設定するとともに、支部ごとの加入者及び事業主の行動等を評価し、その結果が上位過半数となる支部については、報奨金によるインセンティブを付与

- 特定健診・特定保健指導の実施率、要治療者の医療機関受診割合、後発医薬品の使用割合などの評価指標に基づき、支部ごとの実績を評価する。
- 評価方法は偏差値方式とし、平均偏差値である50を素点50とした上で、指標ごとの素点を合計したものを支部の総得点とし全支部をランキング付けする。
- インセンティブ制度による保険料率への反映は、2020年度から実施する。
2018年度実績を評価した結果を2020年度保険料率に反映するとともに、インセンティブ分保険料率として新たに全支部の後期高齢者支援金に係る保険料率の中に0.01%を盛り込む。
- 制度導入に伴う激変緩和措置として、この新たな負担分については、3年間で段階的に導入する。
2018年度（2020年度保険料率）：0.004% ⇒ 2019年度（2021年度保険料率）：0.007% ⇒
2020年度（2022年度保険料率）：0.01%

【制度のイメージ】



後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し

- 後期高齢者支援金の加算・減算制度について、特定健診・保健指導や予防・健康づくり等に取り組む保険者に対するインセンティブをより重視する仕組みに見直す。

【現行】 ※国保・被用者保険の全保険者が対象

1. 目標の達成状況

- ・ 特定健診・保健指導の実施率のみによる評価

2. 支援金の加減算の方法 (2016年度の例)

※2015年度の取組実績を2018年度に2016年度分の後期高齢者支援金の精算に反映。

- ① 特定健診・保健指導の実施率ゼロ(0.1%未満)の保険者 (健保・共済分:70保険者)
→ 支援金負担を加算(ペナルティ) ※加算率=0.23%
- ② 実施率が相対的に高い保険者 (健保・共済分:67保険者)
→ 支援金負担を減算(インセンティブ)

※事業規模(健保・共済分):0.5億円

※支援金総額(保険者負担、健保・共済分):2.3兆円

【見直し:2018年度～】 ※加減算は、健保組合・共済組合が対象
(市町村国保は保険者努力支援制度で対応)

1. 支援金の加算(ペナルティ)

- ・ 特定健診57.5%(総合は50%)未満、保健指導10%(総合は5%)未満に対象範囲を段階的に拡大。加算率を段階的に引上げ。

※加算率=段階的に引上げ 2020年度に最大10%(法定上限) 3区分で設定

※2017年度の取組実績を2020年度に2018年度分の後期高齢者支援金の精算に反映。

2. 支援金の減算(インセンティブ) ※減算の規模=加算の規模

- ・ 特定健診・保健指導の実施率に加え、特定保健指導の対象者割合の減少幅(=成果指標)、がん検診・歯科健診、事業主との連携等の複数の指標で総合評価

※減算率=最大10%~1% 3区分で設定

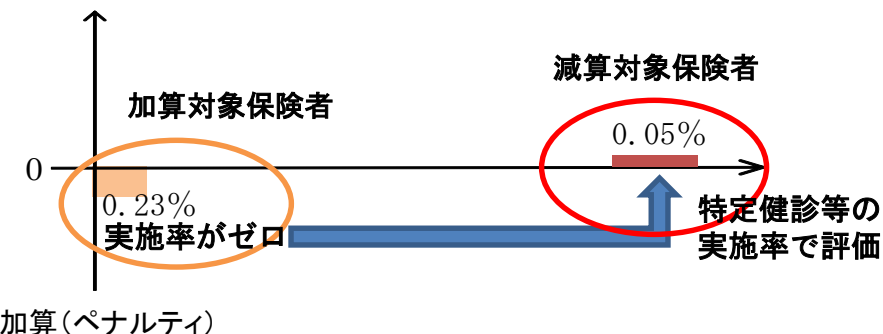
※2018年度の取組実績を2020年度に2018年度分の後期高齢者支援金の精算に反映。

(項目)

- ・ 特定健診・保健指導の実施率、前年度からの上昇幅(=成果指標)
- ・ 特定保健指導の対象者割合の減少幅(=成果指標)
- ・ 後発品の使用割合、前年度からの上昇幅(=成果指標)
- ・ 糖尿病等の重症化予防、がん検診、歯科健診・保健指導等
- ・ 健診の結果の分かりやすい情報提供、対象者への受診勧奨
- ・ 事業主との連携(受動喫煙防止、就業時間中の配慮等)
- ・ 予防・健康づくりの個人へのインセンティブの取組等

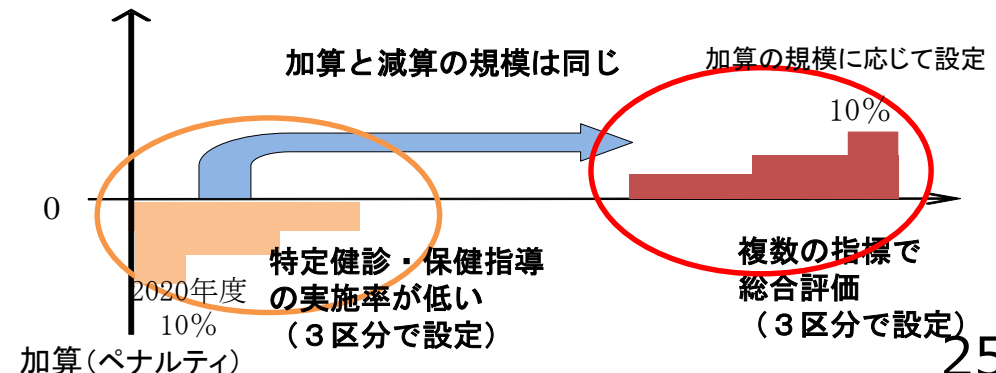
＜現在:2017年度まで＞

減算(インセンティブ)



減算(インセンティブ)

＜見直し後:2018年度～＞



- 2040年頃を展望した社会保障改革について
- 医療費適正化計画の推進
 - ✓ 後発医薬品使用割合の公表
 - ✓ 糖尿病重症化予防の市町村での進捗状況
 - ✓ 保険者インセンティブ
 - 保険者インセンティブの実施状況(保険者毎の取組状況の見える化)
 - 健保組合の取組(スコアリングカード)
- 重複・多剤投与の適正化
- オンライン診療
- 介護保険のインセンティブ
 - ✓ インセンティブ交付金の状況(評価指標の「見える化」の方針など)、調整交付金の見直しスケジュール
- 介護ロボット・センサー
- 地域医療構想の推進
 - ✓ 地域医療構想調整会議の進捗状況の見える化

健康スコアリングについて

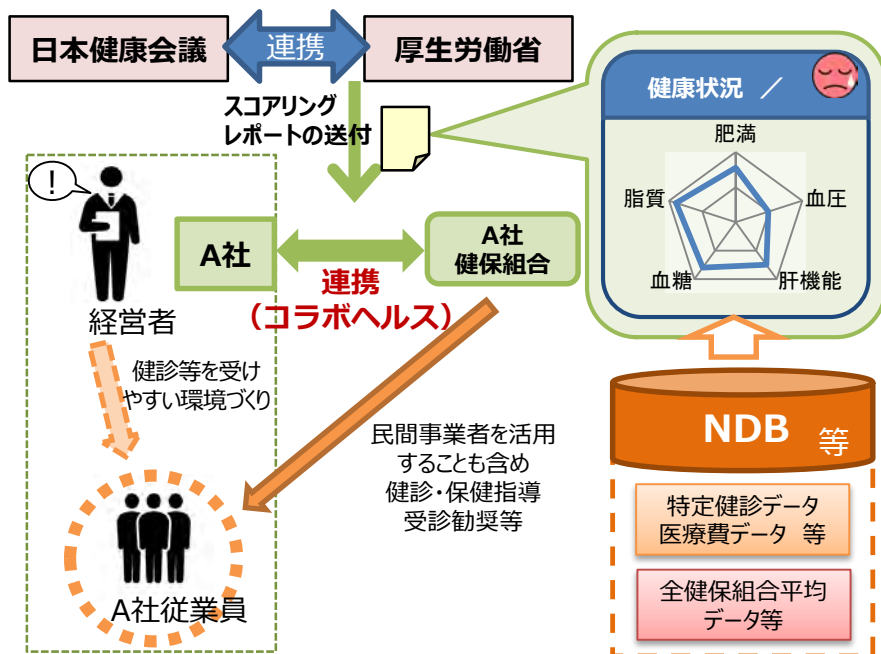
目的及び概要

- ・企業の健康経営との連携（コラボヘルス）を推進するため、経営者が従業員等の健康状況等について、全国平均や業態平均の中での立ち位置を把握した上で、企業と保険者が問題意識を共有し、両者が連携して健康づくりに取り組める仕組みを構築する。
- ・厚生労働省と日本健康会議が連携して、まずは**各健保組合の加入者の健康状態や予防・健康増進等への取組状況をスコアリングし経営者に通知する取組**を平成30年度から開始する。同様の取組を共済組合はじめ他の保険者でも展開する。

検討状況

- ・平成29年12月に日本健康会議の下に有識者による「**健康スコアリングの詳細設計に関するワーキンググループ**」を設置し、健康スコアリングレポートに記載する項目や様式、活用方法・通知方法等について検討しているところ。
- ・平成30年度の健康スコアリングは、厚労省と日本健康会議が連携し、NDBデータから保険者単位のレポートを作成の上、全健保組合に対して通知する予定。

平成30年度スコアリングレポートの作成・通知イメージ



＜今後のスケジュール＞

2018年度	2019年度	2020年度
・NDBデータを活用して各健保組合ごとのスコアリングレポートを作成・送付 ・企業単位レポート作成のシステム仕様検討・作成		企業単位のレポート作成

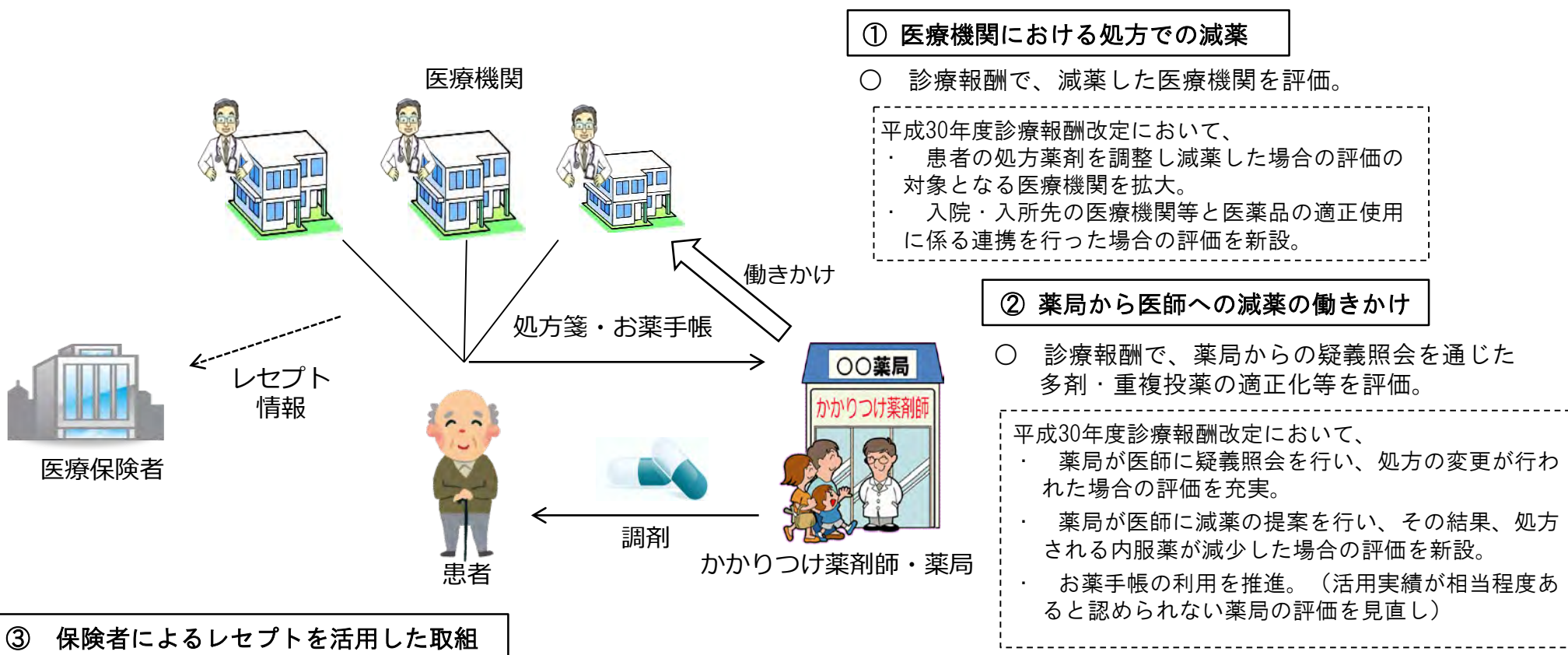
- 次回（4月末）、健康スコアリングの詳細設計に関するWGにおいて議論のとりまとめ予定。
- WGの検討結果を踏まえ、今年夏頃に健康スコアリングレポートを通知予定。
- 企業単位のスコアリングレポートの作成機能について、システム導入するための仕様について検討する。

- 2040年頃を展望した社会保障改革について
- 医療費適正化計画の推進
 - ✓ 後発医薬品使用割合の公表
 - ✓ 糖尿病重症化予防の市町村での進捗状況
 - ✓ 保険者インセンティブ
 - 保険者インセンティブの実施状況(保険者毎の取組状況の見える化)
 - 健保組合の取組(スコアリングカード)
- 重複・多剤投与の適正化
- オンライン診療
- 介護保険のインセンティブ
 - ✓ インセンティブ交付金の状況(評価指標の「見える化」の方針など)、調整交付金の見直しスケジュール
- 介護ロボット・センサー
- 地域医療構想の推進
 - ✓ 地域医療構想調整会議の進捗状況の見える化

多剤・重複投薬の適正化に向けた対策(全体像)

- 医薬品適正使用の推進は、医薬品の有効性確保や副作用防止、医療費の適正化の観点から重要。その際、薬局や医療機関が、個々の患者の服薬状況を正確に把握した上で対応できるようにすることが重要。今後、レセプト情報を活用した個々の患者の服薬情報の一元的な把握による、医療機関・薬局での処方・調剤での減薬の手法について検討していく。

(※) 多剤・重複投薬の適正化を含め、患者の安全な服薬の観点から、厚労省の「高齢者医薬品適正使用検討会」において高齢者の医薬品適正使用の指針に関する検討が進められている（平成30年4～6月を目途に総論編、平成30年度末に詳細編がそれぞれ策定予定）。



薬局における多剤投薬適正化の取組の評価

重複投薬・相互作用等防止加算

○重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料について、残薬調整に係るもの以外の評価を見直す。

現行

【重複投薬・相互作用等防止加算】	30点
薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、30点を所定点数に加算する。	
【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】	30点



改定後

【重複投薬・相互作用等防止加算】	
薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、次に掲げる点数を所定点数に加算する。	
イ 残薬調整に係るもの以外の場合	40点
ロ 残薬調整に係るものの場合	30点
【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】	
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	
イ 残薬調整に係るもの以外の場合	40点
ロ 残薬調整に係るものの場合	30点

服用薬剤調整支援料

○患者の服薬アドヒアランス及び副作用の可能性等を検討した上で、処方医に減薬の提案を行い、その結果、処方される内服薬が減少した場合を評価。

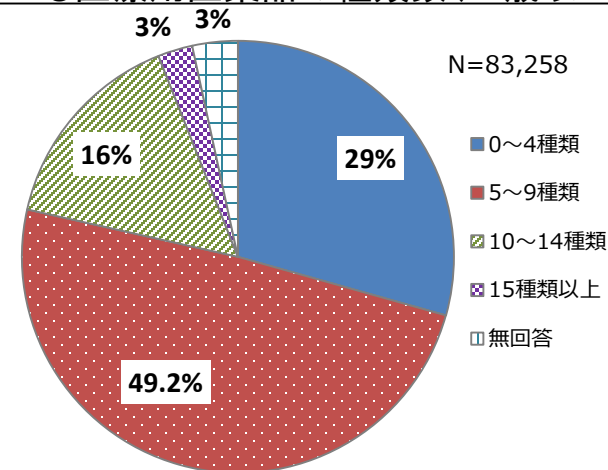
(新) 服用薬剤調整支援料 125点

[算定要件]

6種類以上の内服薬が処方されていたものについて、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。

➤ 現在服用している医療用医薬品の種類数(70歳以上)

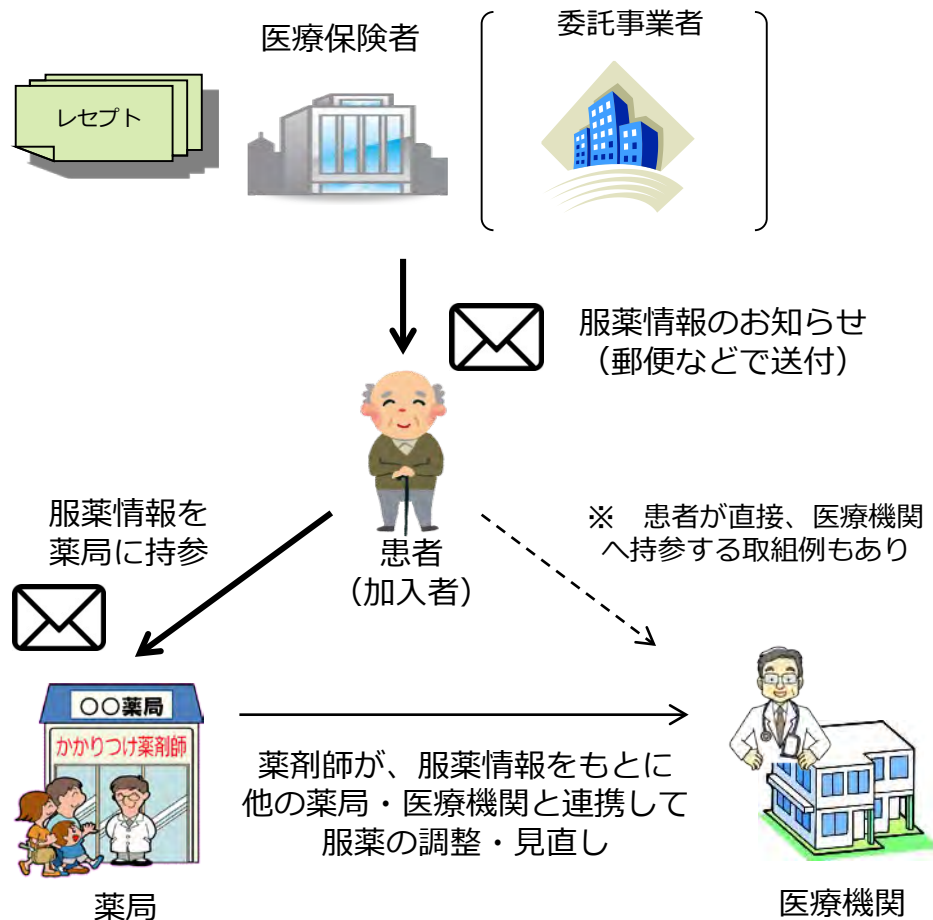
平均6.6種類



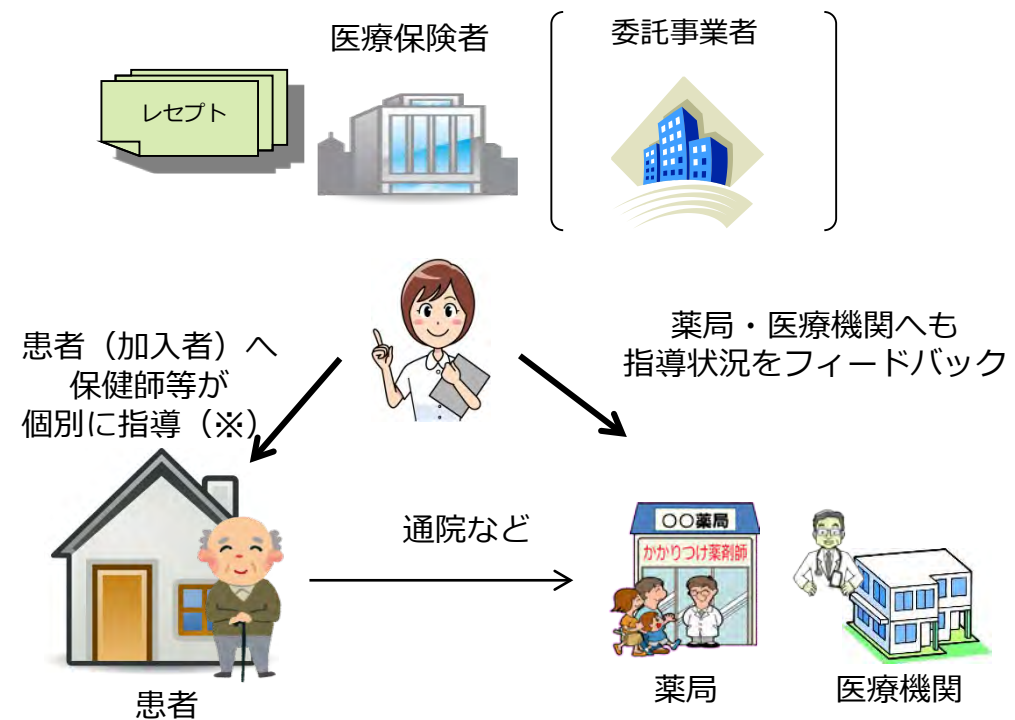
保険者による現行の取組例

- 保険者は、レセプト情報により患者（加入者）の服薬状況を把握できるため、それを活用して多剤・重複投薬されている者を抽出して取組を実施することが可能。対象の加入者に個別に訪問・指導を行う取組も行われている。

対象の加入者に服薬情報を通知するパターン



対象の加入者に個別に訪問・指導するパターン



（※）重複・多剤服薬の指導を、薬の飲み残しや生活習慣の見直しの指導等とあわせて実施する取組例もある。

（※）服薬指導を、患者が利用する薬局（薬剤師）に直接委託することで、効果的に調剤・処方を見直しへつなげる取組例もある。

- 2040年頃を展望した社会保障改革について
- 医療費適正化計画の推進
 - ✓ 後発医薬品使用割合の公表
 - ✓ 糖尿病重症化予防の市町村での進捗状況
 - ✓ 保険者インセンティブ
 - 保険者インセンティブの実施状況(保険者毎の取組状況の見える化)
 - 健保組合の取組(スコアリングカード)
- 重複・多剤投与の適正化
- **オンライン診療**
- 介護保険のインセンティブ
 - ✓ インセンティブ交付金の状況(評価指標の「見える化」の方針など)、調整交付金の見直しスケジュール
- 介護ロボット・センサー
- 地域医療構想の推進
 - ✓ 地域医療構想調整会議の進捗状況の見える化

オンライン診療の適切な実施に関する指針の概要

1. 経緯

- 情報通信機器を用いた診療(いわゆる「遠隔診療」)の可能性の高まりを受け、遠隔診療と無診察治療等を禁止する医師法第20条との関係についての解釈を局長通知により明確化。(平成9年12月24日付け健政発第1075号厚生省健康政策局長通知)
- ICT技術の飛躍的な進展に合わせ、遠隔診療が急速に普及してきているが、更なる普及・推進のためには、**医療上の必要性・安全性・有効性を担保する必要がある**があり、今回、新たに遠隔診療(オンライン診療)の適切な実施に関する指針を策定。

＜参考＞医師法(昭和23年法律第201号)・抄

第20条 医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。但し、診療中の患者が受診後二十四時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない。

2. 指針の位置づけ

- 情報通信機器を用いた診療を「遠隔診療」と定義していたものを、新たに「オンライン診療」と定義を変更。
- 医師-患者間で情報通信機器を通じて行う遠隔医療を右図のとおり分類し、オンライン診療について、「最低限遵守する事項」と「推奨される事項」を示す。
- 「最低限遵守する事項」に従いオンライン診療を行う場合には、医師法第20条に抵触するものではないことを明確化。

情報通信機器を通じて行う遠隔医療のうち、
医師-患者間において行われるもの

	定義	本指針の適用
診断等の 医学的判断 を含む	オンライン診療 診断や処方等の診療行為をリアルタイムで行う行為	全面適用
	オンライン受診勧奨 医療機関への受診勧奨をリアルタイムで行う行為	一部適用
一般的な 情報提供	遠隔健康医療相談 一般的な情報の提供に留まり、診断等の医師の医学的判断を伴わない行為	適用なし

3. 指針の具体的内容

【診療行為に関する事項】

- ① **初診および急病急変患者は、原則として直接の対面による診療**を行うこと。ただし、患者がすぐに適切な医療を受けられない状況で、速やかにオンライン診療による診療を行う必要性が認められる場合には、オンライン診療によることも可能。
- ② オンライン診療で行う具体的な診療内容等を定める「**診療計画**」を策定すること。
- ③ HPKIカード等を活用し、**患者が医師の免許確認を行える環境を整える**こと。
- ④ **オンライン診療に基づく処方が可能**。ただし、現にオンライン診療を行っている疾患とは異なる疾患に対して新たに医薬品の処方を行う場合は、直接の対面診療に基づき行うこと。
- ⑤ 患者の状態について十分に必要な情報が得られていると判断できない場合速やかにオンライン診療を中止し、直接の対面診療を行うこと。

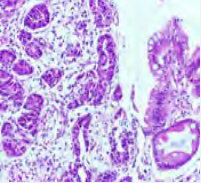
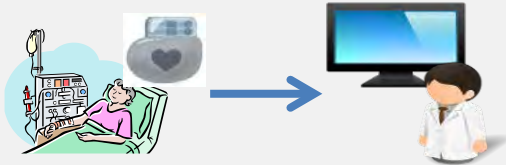
【オンライン診療の提供体制に関する事項】

- ① オンライン診療を行う医師は、**医療機関に所属**していること。
- ② 患者の急病急変時に適切に対応するため、**患者が速やかにアクセスできる医療機関において直接の対面診療を行える体制を整えておく**こと。
- ③ 患者がオンライン診療を受ける場所(職場等を含む。)は、対面診療が行われる場合と同程度に、清潔かつ安全であること。
- ④ 特定多数人に対してオンライン診療を提供する場合には、診療所の届出を行うこと。

【通信環境に関する事項】

医師側・患者側の端末等において、情報漏えいや不正アクセス等を防止するため必要な措置が講じられていることを確認すること。

診療報酬における遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)への対応

	診療形態	診療報酬での対応
医師対医師 (D to D)	情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの  	[遠隔画像診断] - 画像を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、その読影・診断結果を受信した場合 [遠隔病理診断] - 術中迅速病理検査において、標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合(その後、顕微鏡による観察を行う。) <u>・(新)生検検体等については、連携先の病理医が標本画像の観察のみによって病理診断を行った場合も病理診断料等を算定可能</u>
医師対患者 (D to P)	情報通信機器を用いた診察 医師が情報通信機器を用いて患者と離れた場所から診療を行うもの 	[オンライン診療] <u>・(新)オンライン診療料</u> <u>・(新)オンライン医学管理料</u> <u>・(新)オンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料</u> 対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、情報通信機器を用いた診察や、外来・在宅での医学管理を行った場合 ※電話等による再診 (新)患者等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能であるとの取扱いがより明確になるよう要件の見直し(定期的な医学管理を前提とした遠隔での診察は、オンライン診療料に整理。)
	情報通信機器を用いた遠隔モニタリング 情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの 	[遠隔モニタリング] <u>・心臓ペースメーカー指導管理料(遠隔モニタリング加算)</u> 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者に対して、医師が遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合 <u>・(新)在宅患者酸素療法指導料(遠隔モニタリング加算)</u> <u>・(新)在宅患者持続陽圧呼吸療法(遠隔モニタリング加算)</u> 在宅酸素療法、在宅CPAP療法を行っている患者に対して、情報通信機器を備えた機器を活用したモニタリングを行い、療養上必要な指導管理を行った場合

- 2040年頃を展望した社会保障改革について
- 医療費適正化計画の推進
 - ✓ 後発医薬品使用割合の公表
 - ✓ 糖尿病重症化予防の市町村での進捗状況
 - ✓ 保険者インセンティブ
 - 保険者インセンティブの実施状況(保険者毎の取組状況の見える化)
 - 健保組合の取組(スコアリングカード)
- 重複・多剤投与の適正化
- オンライン診療
- 介護保険のインセンティブ
 - ✓ インセンティブ交付金の状況(評価指標の「見える化」の方針など)、調整交付金の見直しスケジュール
- 介護ロボット・センサー
- 地域医療構想の推進
 - ✓ 地域医療構想調整会議の進捗状況の見える化

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）

平成30年度予算 200億円

趣 旨

- 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

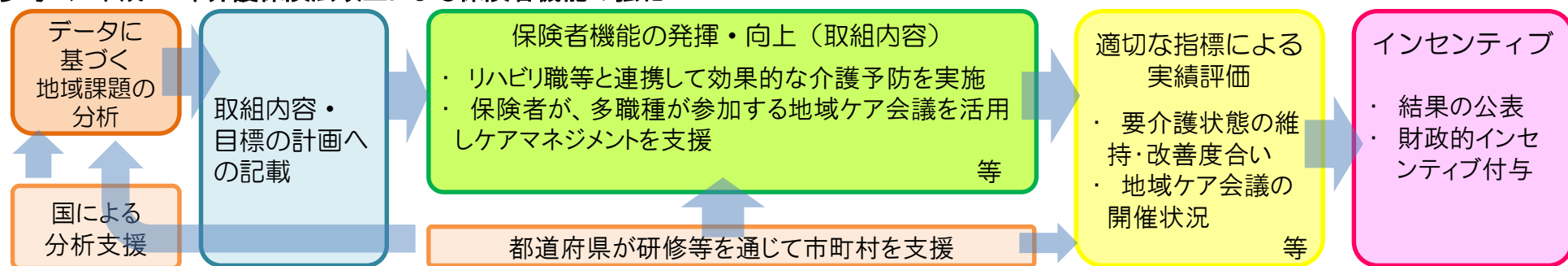
＜市町村分(200億円のうち190億円程度)＞

- 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

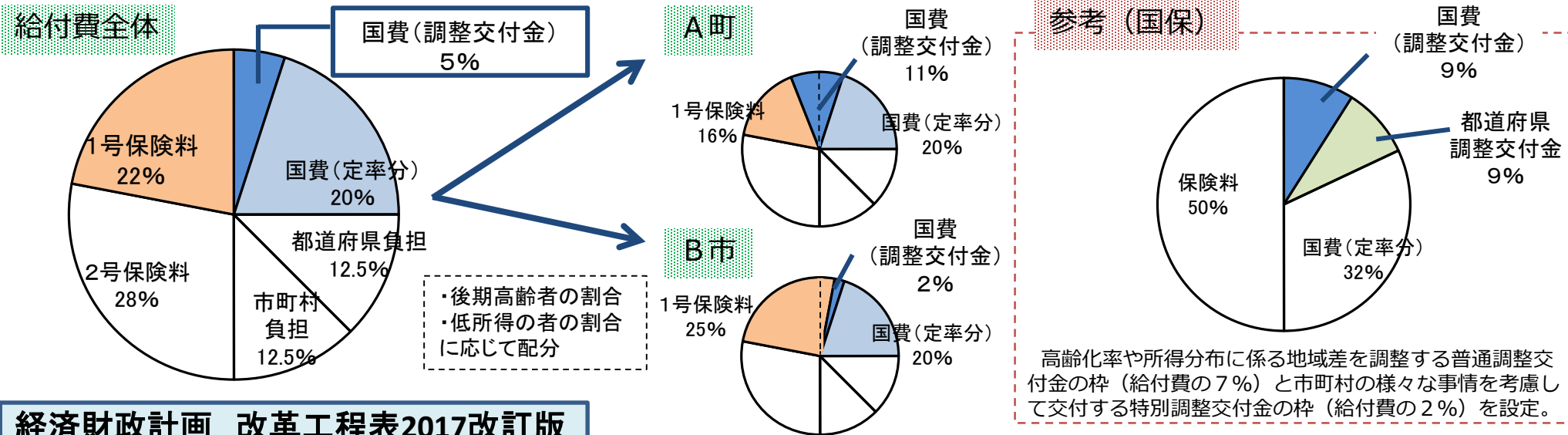
- ☑要介護認定者の要介護認定の変化率はどの程度か

※ 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

調整交付金について

現行制度の概要

国庫負担金25%のうち5%分(調整交付金)を用いて、市町村間の「**後期高齢者比率が高いことによる給付増**」と、「**被保険者の所得水準が低いことによる収入減**」を財政調整している。これにより、市町村間の財政力の差を解消。



経済財政計画 改革工程表2017改訂版

- 介護保険の財政的インセンティブについては、第7期計画期間中は、まずは、改正介護保険法による新たな交付金の交付について、着実にその効果が発揮されるよう適切な評価指標等を設定し、市町村及び都道府県の自立支援・重度化防止等に関する取組を推進することとする。なお、評価指標等については、その運用状況等を踏まえ、より、自立支援・重度化防止等に資するものとなるよう、適宜改善を図る。
- 併せて、当該評価指標による評価結果を公表し、取組状況を「見える化」する。
- その上で、平成33年度から始まる第8期計画期間における調整交付金の活用方策について、改正介護保険法による新たな交付金による保険者の取組の達成状況や評価指標の運用状況等も踏まえ、保険者間の所得水準の差等を調整するための重要な機能を担っていること等に留意しつつ、第7期期間中に、自治体関係者の意見も踏まえつつ、具体的な方法等について検討し、結論を得る。

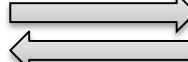
- 2040年頃を展望した社会保障改革について
- 医療費適正化計画の推進
 - ✓ 後発医薬品使用割合の公表
 - ✓ 糖尿病重症化予防の市町村での進捗状況
 - ✓ 保険者インセンティブ
 - 保険者インセンティブの実施状況(保険者毎の取組状況の見える化)
 - 健保組合の取組(スコアリングカード)
- 重複・多剤投与の適正化
- オンライン診療
- 介護保険のインセンティブ
 - ✓ インセンティブ交付金の状況(評価指標の「見える化」の方針など)、調整交付金の見直しスケジュール
- 介護ロボット・センサー
- 地域医療構想の推進
 - ✓ 地域医療構想調整会議の進捗状況の見える化

介護ロボットの開発支援について

民間企業・研究機関等 <経産省中心>

○日本の高度な水準の工学技術を活用し、高齢者や介護現場の具体的なニーズを踏まえた**機器の開発支援**

モニター調査の
依頼等



試作機器の
評価等

介護現場 <厚労省中心>

○開発の早い段階から、現場のニーズの伝達や試作機器について**介護現場での実証**(モニター調査・評価)

開発重点分野

移乗支援

○装着



・ロボット技術を用いて介助者のパワーアシストを行う装着型の機器

○非装着



・ロボット技術を用いて介助者による抱え上げ動作のパワーアシストを行う非装着型の機器

移動支援

○屋外



・高齢者等の外出をサポートし、荷物等を安全に運搬できるロボット技術を用いた歩行支援機器

○屋内



・高齢者等の屋内移動や立ち座りをサポートし、特にトイレへの往復やトイレ内での姿勢保持を支援するロボット技術を用いた歩行支援機器

○装着



・高齢者等の外出をサポートし、転倒予防や歩行等を補助するロボット技術を用いた装着型の移動支援機器

排泄支援

○排泄物処理



・排泄物の処理にロボット技術を用いた設置位置調節可能なトイレ

○トイレ誘導



・ロボット技術を用いて排泄を予測し、的確なタイミングでトイレへ誘導する機器

○動作支援



・ロボット技術を用いてトイレ内での下衣の着脱等の排泄の一連の動作を支援する機器

見守り・コミュニケーション

○施設



・介護施設において使用する、センサーや外部通信機能を備えたロボット技術を用いた機器のプラットフォーム

○在宅



・在宅介護において使用する、転倒検知センサーや外部通信機能を備えたロボット技術を用いた機器のプラットフォーム

○生活支援



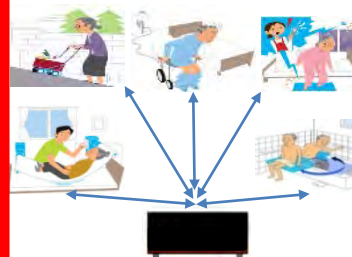
・高齢者等とのコミュニケーションにロボット技術を用いた生活支援機器

入浴支援



・ロボット技術を用いて浴槽に入浴する際の連続動作を支援する機器

介護業務支援



・ロボット技術を用いて、見守り、移動支援、排泄支援をはじめとする介護業務に伴う情報を収集・蓄積し、それを基に、高齢者等の必要な支援に活用することを可能とする機器

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

見守り機器の活用による効果（例）（介護ロボットの導入支援及び導入効果実証研究事業）

事業概要

○実証期間

平成29年5月～8月

- ・ 機器導入前調査：5月～6月
- ・ 機器導入後調査1回目：6月～7月
- ・ 機器導入後調査2回目：7月
- ・ 機器導入後調査3回目：7月～8月

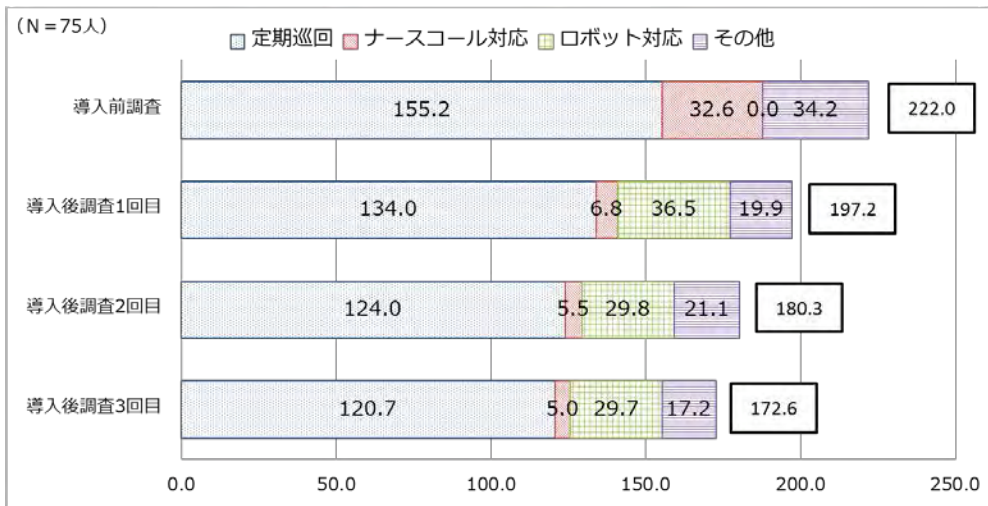
○実証施設

公募により30施設（見守り）を選定

【見守り機器の例】



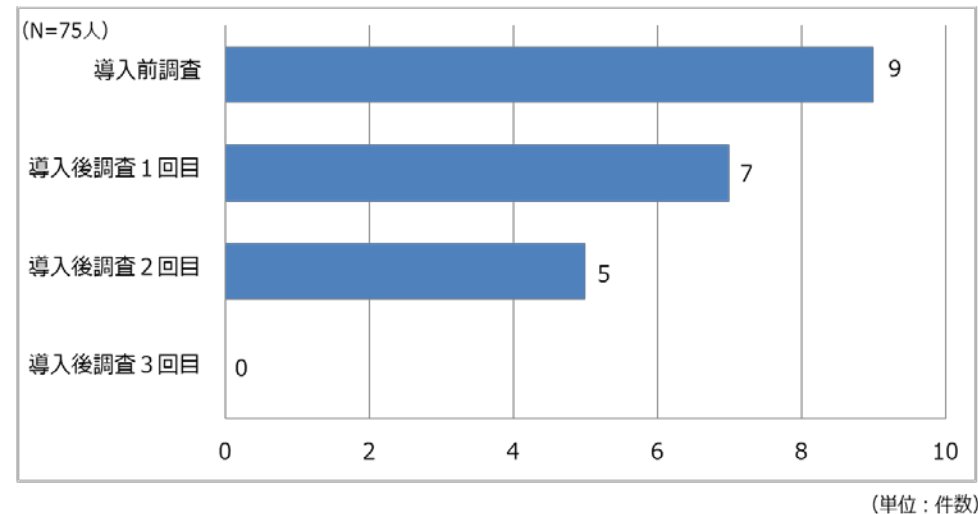
【入所者に対する訪室回数の変化】



※ 「導入前調査」から「導入後調査3回目」までの各実証期間(3週間)における対象者一人当たりの平均訪室回数
(17時から翌9時・訪室のきっかけ別)

※ 「介護ロボットの導入支援及び導入効果実証研究事業」(厚生労働省)

【ヒヤリハット・介護事故件数の変化】



※ 「導入前調査」から「導入後調査3回目」までの各実証期間(3週間)におけるヒヤリハット・介護事故件数(17時から翌9時)
※ 「介護ロボットの導入支援及び導入効果実証研究事業」(厚生労働省)

○「未来投資戦略2017」(抜粋) (平成29年6月9日 閣議決定)

第2 具体的施策

I Society 5.0として目指すべき戦略分野

1. 健康・医療・介護(2)新たに講ずべき具体的施策

i) 技術革新を活用し、健康管理と病気・介護予防、自立支援に軸足を置いた、新しい健康・医療・介護システムの構築

⑤ロボット・センサー等の技術を活用した介護の質・生産性の向上

・介護現場でのロボット・センサー等の活用について、効果実証を着実に進め、その結果を踏まえて、利用者の生活の質の維持・向上と介護者の負担軽減に資するものについて、次期介護報酬改定の際に、介護報酬や人員・設備基準の見直し等の制度上の対応を行う。(後略)

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

第1章 現下の日本経済の課題と考え方

3. 消費の活性化(2)新しい需要の喚起

①健康・予防分野の需要喚起

(前略)さらに、質の高い健康・医療・介護サービスに対するニーズに応えるため、AIやゲノム情報の活用等による革新的な医薬品、治療法、診断技術や介護ロボット等の開発等を促進する。

○新しい経済政策パッケージ(平成29年12月8日閣議決定)(抄)

第3章 生産性革命

3. Society 5.0の社会実装と破壊的イノベーションによる生産性革命

(2)第4次産業革命の社会実装と生産性が伸び悩む分野の制度改革等

②健康・医療・介護

iii) 自立支援介護の促進、介護のICT化、ロボット・センサーの活用

- (略)
- 介護現場でのロボット・センサー等の活用に関して、夜間における見守り業務など、利用者の生活の質の維持・向上と介護者の負担軽減に資する効果が認められたものについて、2018年度の介護報酬改定の際に、介護報酬や人員・設備基準の見直し等の制度上の対応を行う。

- 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。

- 2040年頃を展望した社会保障改革について
- 医療費適正化計画の推進
 - ✓ 後発医薬品使用割合の公表
 - ✓ 糖尿病重症化予防の市町村での進捗状況
 - ✓ 保険者インセンティブ
 - 保険者インセンティブの実施状況(保険者毎の取組状況の見える化)
 - 健保組合の取組(スコアリングカード)
- 重複・多剤投与の適正化
- オンライン診療
- 介護保険のインセンティブ
 - ✓ インセンティブ交付金の状況(評価指標の「見える化」の方針など)、調整交付金の見直しスケジュール
- 介護ロボット・センサー
- 地域医療構想の推進
 - ✓ 地域医療構想調整会議の進捗状況の見える化

「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

以下は、平成29年12月末までの議論の状況について、全341構想区域の状況をまとめたもの。

現状分析に関する取組の状況

▶調整会議の開催状況について

4～6月	7～9月	10～12月
69回 (64区域)	280回 (226区域)	348回 (253区域)

▶調整会議以外の取組(意見交換会等)

4～6月	7～9月	10～12月
17回 (18区域)	86回 (55区域)	51回 (38区域)

▶平成28年度病床機能報告が未報告の医療機関に関する状況把握

	9月末	12月末
未報告医療機関数 (構想区域数)	458施設 (150区域)	458施設 (150区域)
うち未報告医療機関 の在り方について 議論した構想区域	20区域 (150区域中)	25区域 (150区域中)

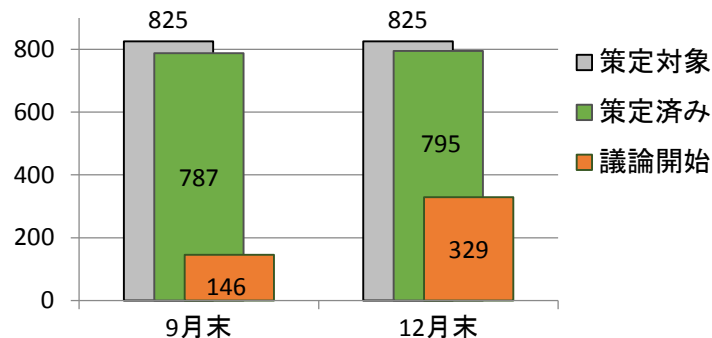
▶非稼働病棟に関する状況把握

	9月末	12月末
非稼働病棟を有する 医療機関数(区域数)	1,526施設 (296区域)	1,526施設 (296区域)
うち非稼働病棟の在り 方について議論した構 想区域	34区域 (296区域中)	41区域 (296区域中)

具体的な医療機関名を挙げた議論の状況

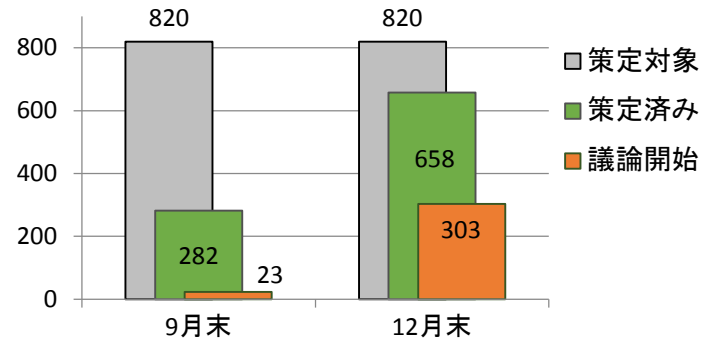
▶公立病院について

- ・新改革プランを策定した病院は、795病院(策定対象825病院(注))
- (注)一般病床及び療養病床を有しない精神科病院は除外した。
- ・このうち、地域医療構想調整会議で議論を開始した病院は、329病院



▶公的医療機関等2025プラン対象医療機関について

- ・公的医療機関等2025プランを策定した病院は658病院(策定対象820病院)
- ・このうち、地域医療構想調整会議で議論を開始した病院は、303病院



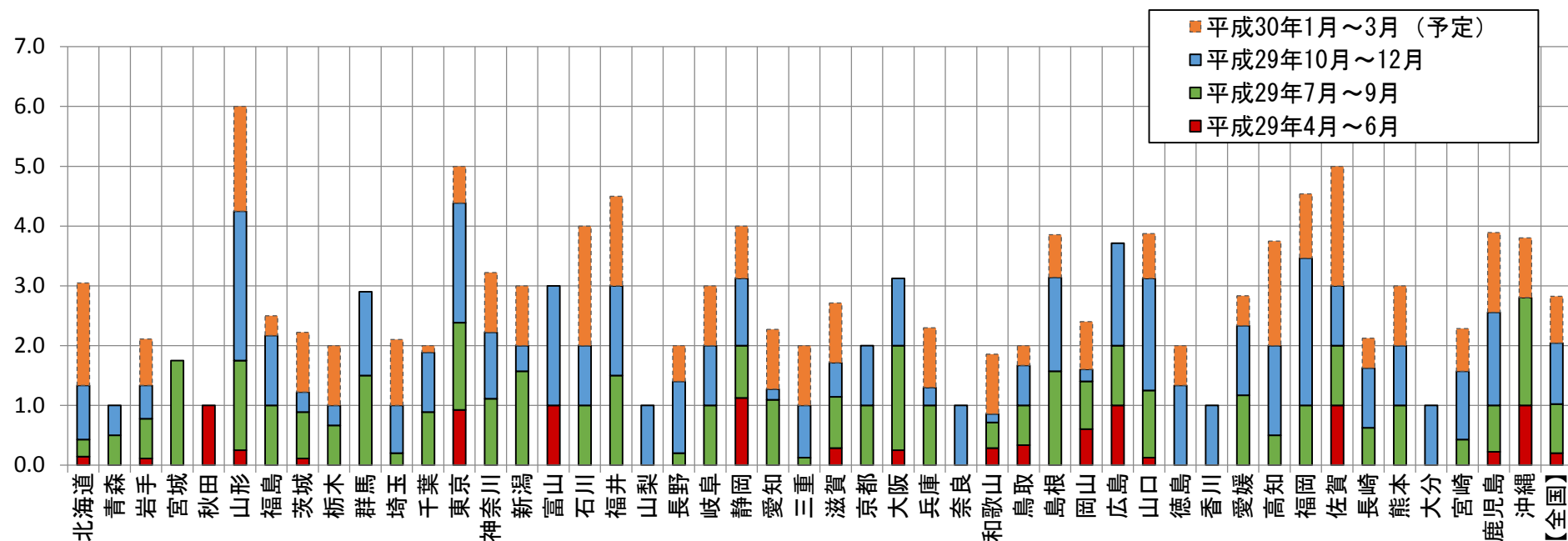
(参考)

その他の医療機関について

- ・その他の病院のうち、担うべき役割や機能を大きく変更する病院等であって、今後の事業計画を策定している病院は44病院
- ・このうち、12月末までに地域医療構想調整会議で議論を開始した病院は41病院

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（開催延べ回数／全構想区域）（平成29年12月末時点）



■意見交換会等の取組例

【滋賀県】

○以下の会を開催し、圏域の課題の共有、病床機能報告の考え方の整理、2025プランの共有等を行い、意見交換。

- ・高度急性期・急性期を担う病院長の意見交換会
- ・療養病床を有する病院長の意見交換会
- ・病院事務長・看護部長情報交換会
- ・圏域内の病院長、医師会長、市との懇談会

○地域医療構想調整会議に先立ち市町と地域包括ケアシステムや医療と介護の体制整備について意見交換。

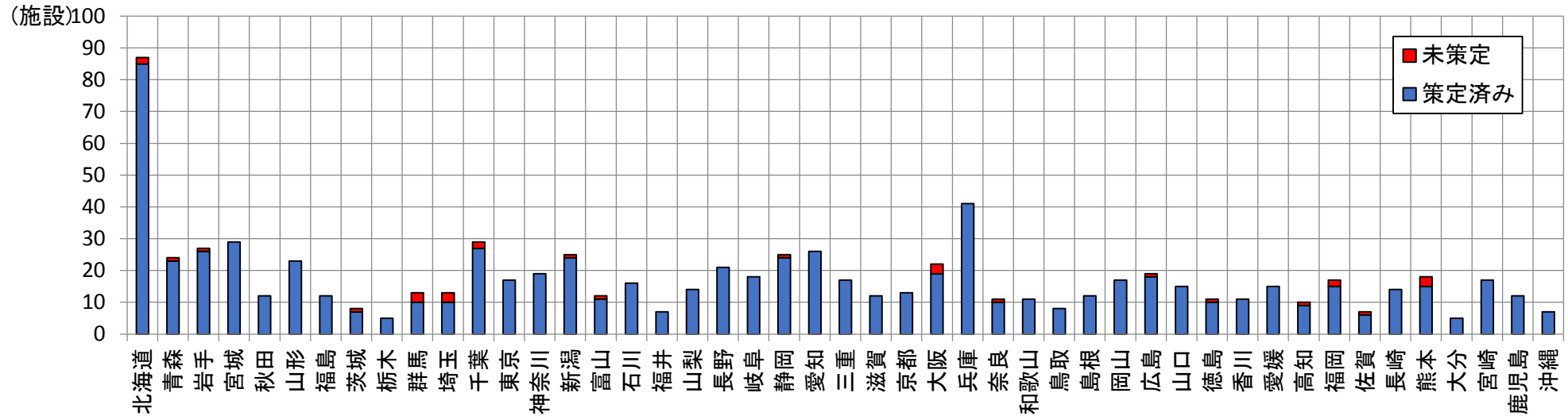
【島根県】

○以下の会の開催、または担当者が以下の団体主催の会議に参加するなどし、医療機関の役割、慢性期医療・在宅医療の課題等について意見交換。

- ・病院長等会議
- ・緩和ケアネットワーク研修会
- ・市町長・医師会長・病院長意見交換会

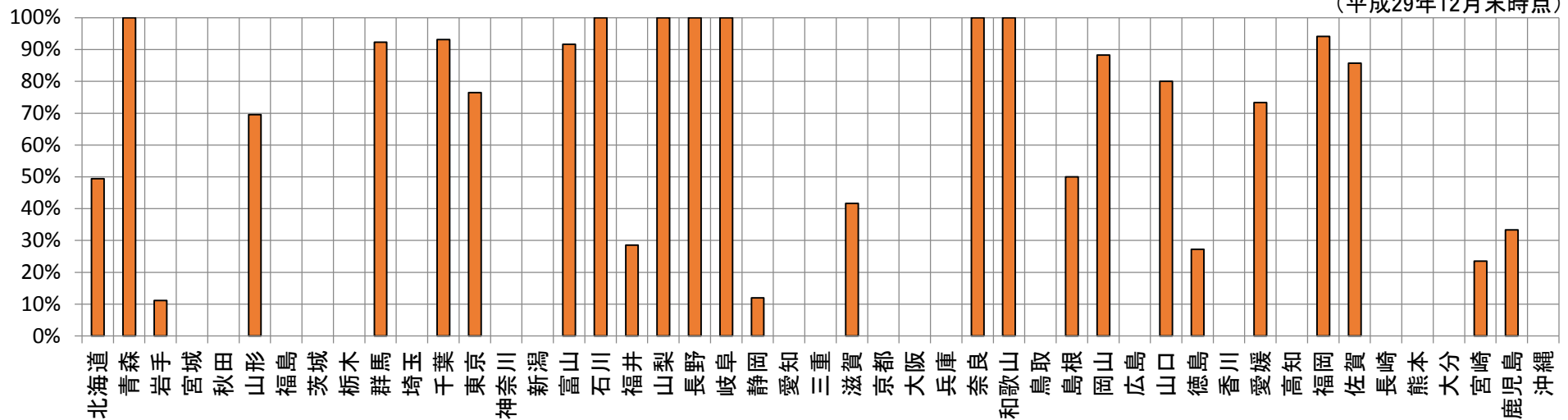
地域医療構想調整会議における議論の状況

■ **新公立病院改革プラン**を策定済みの病院数 (平成29年12月末時点) (注)一般病床及び療養病床を有しない精神科病院は除外した。



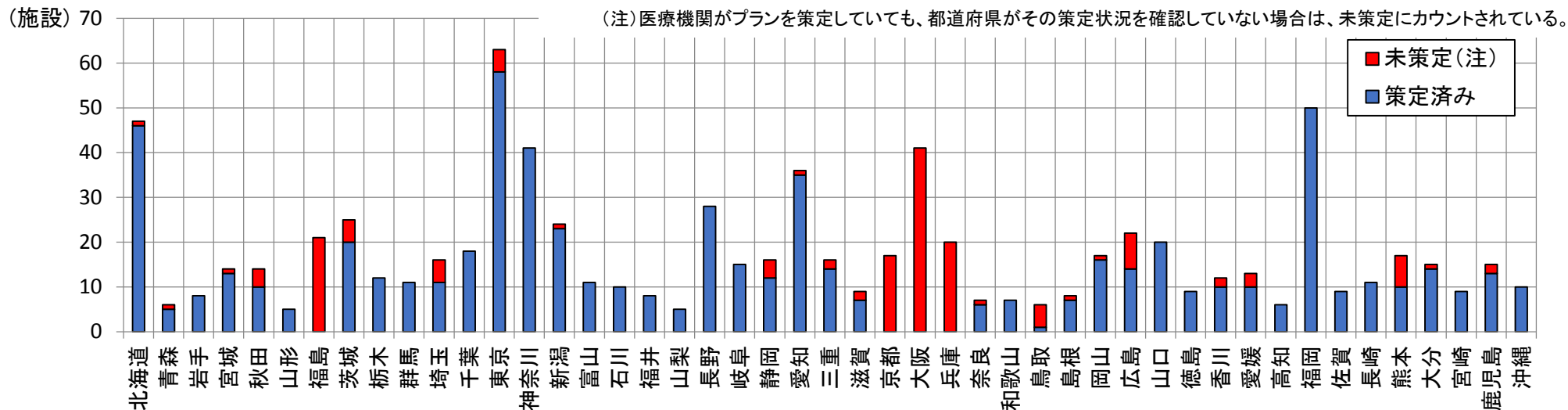
■ **新公立病院改革プラン**について、調整会議での議論を開始した割合 (議論開始済み病院数/プラン策定対象病院数)

(平成29年12月末時点)



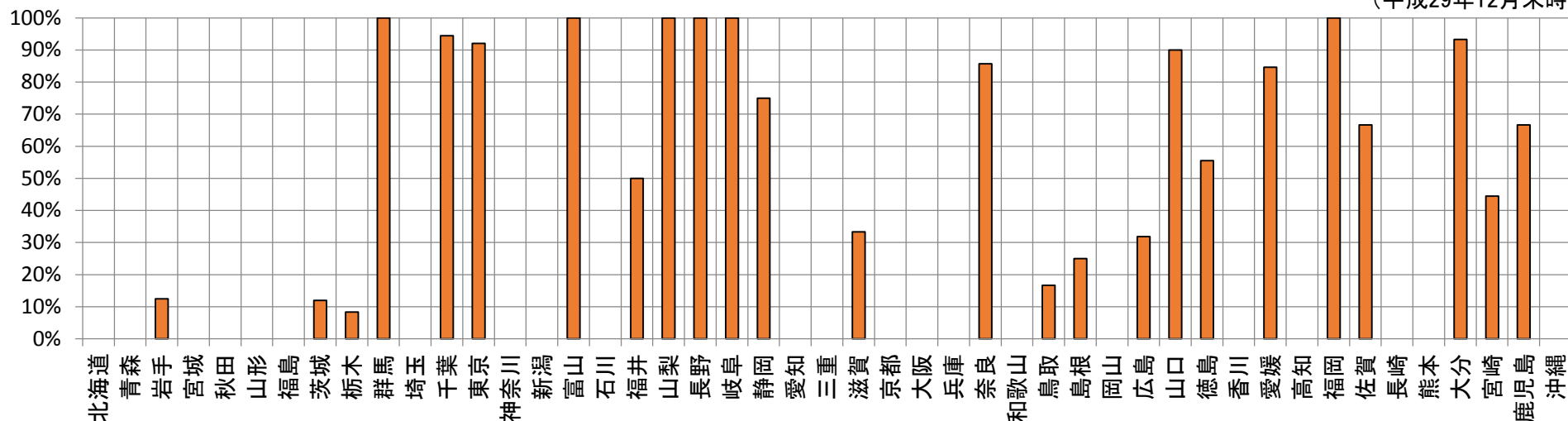
地域医療構想調整会議における議論の状況

■ 公的医療機関等2025プランを策定済みの病院数 (平成29年12月末時点)



■ 公的医療機関等2025プランについて、調整会議での議論を開始した割合 (議論開始済み病院数/プラン策定対象病院数)

(平成29年12月末時点)



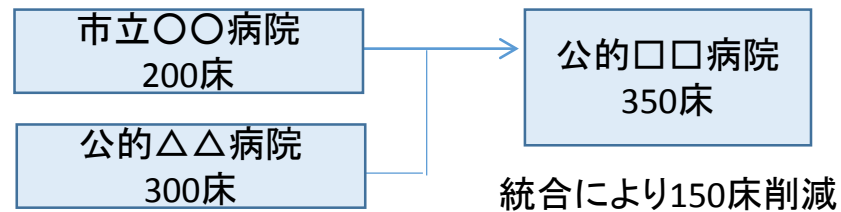
今後、見える化を進めていく項目

▶調整会議で合意した具体的対応方針のとりまとめ状況

※具体的対応方針は、以下の内容を含む。

- 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

▶医療機関の再編統合に関する議論の状況や具体例

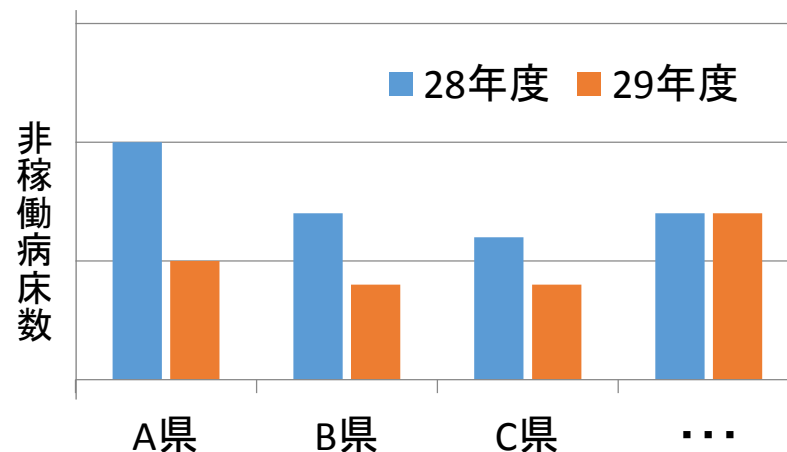


<具体例の一例>

奈良県 南和区域

病院名	(再編前)	(再編後)	再編内容
	病床数	病床数	
町立大淀病院	275床	232床	急性期中心に再編
公立 県立五條病院	199床	90床	回復／慢性期へ
国保吉野病院	99床	96床	機能再編
計	573床	418床 (▲155床)	

▶非稼働病床の削減の状況



<具体例の一例>

○岐阜県 国民健康保険坂下病院(公立病院)

・削減時期:平成29年8月

・非稼働病床数:39床 → 0床(▲39床)

○山形県 北村山公立病院(公立病院)

・削減時期:平成30年4月予定

・非稼働病床数:45床 → 0床(▲45床)

○佐賀県 国立病院機構東佐賀病院(公的病院等)

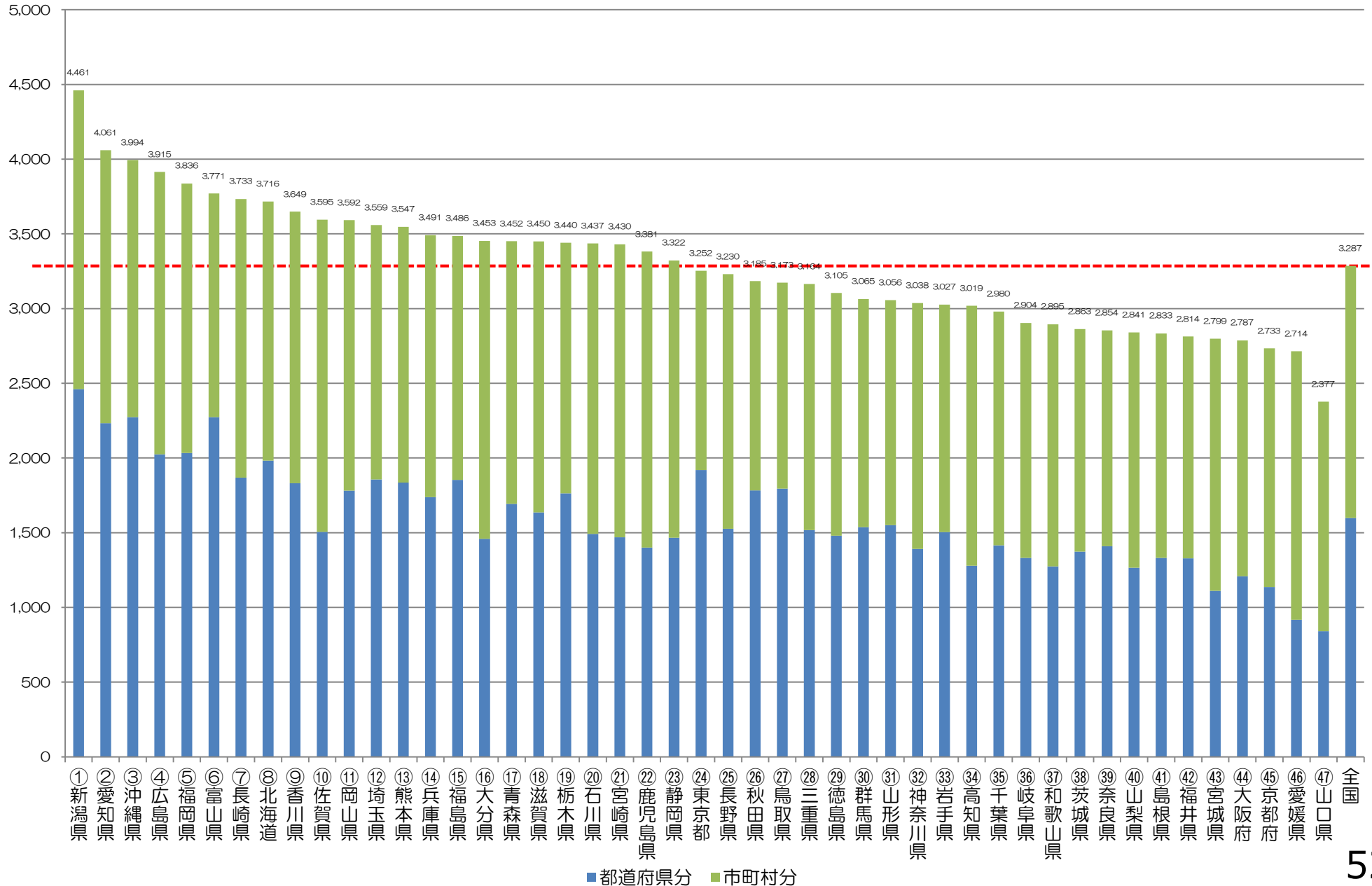
・削減時期:調整中(平成30年2月の調整会議で削減について合意)

・非稼働病床数:55床 → 0床(▲55床)

参考資料

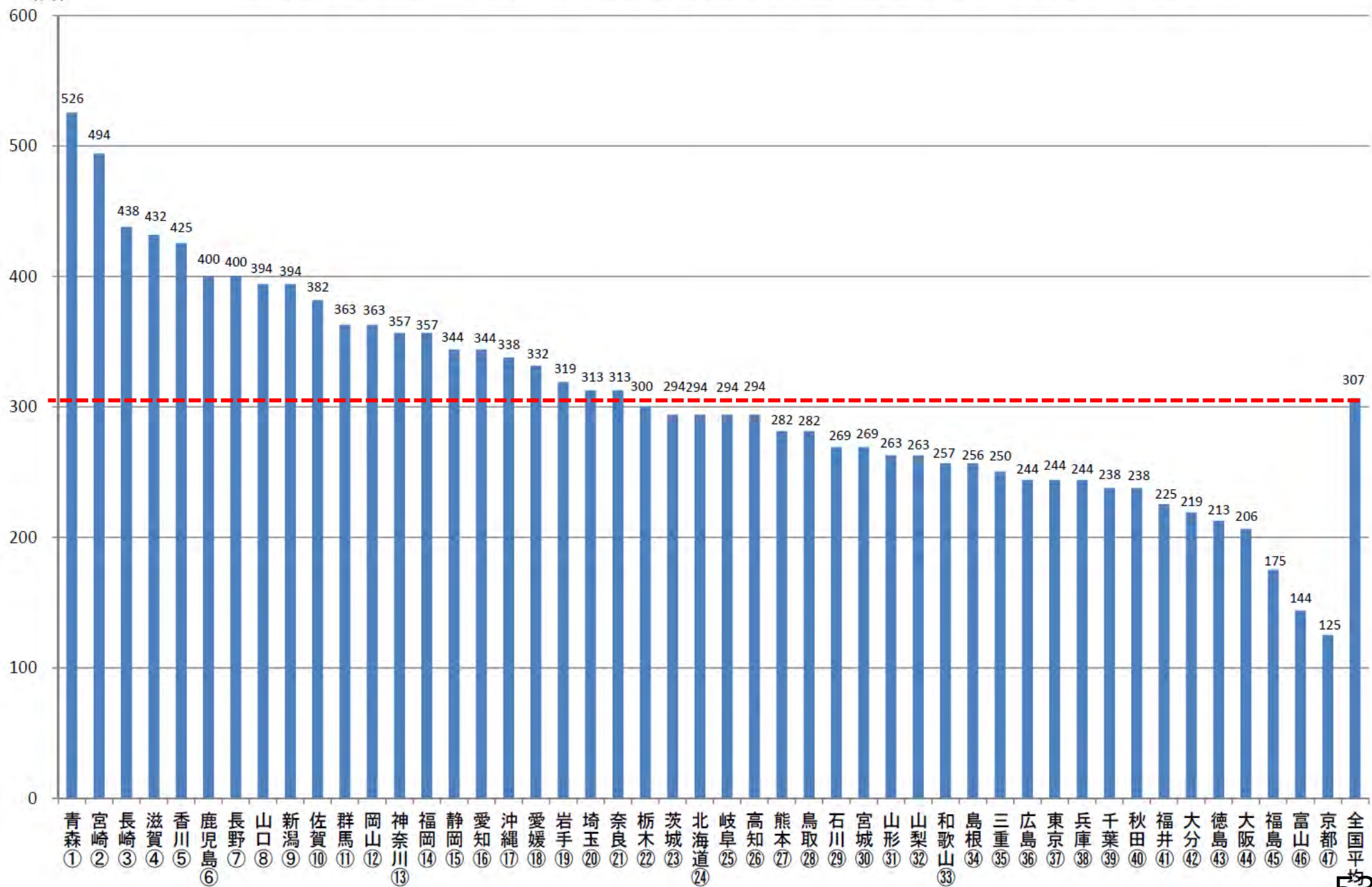
平成30年度保険者努力支援制度（都道府県分＋市町村分） 一人当たり交付額

(円)



後期高齢者医療制度における保険者インセンティブ(平成29年度) 一人当たり交付額

(円)



特定健診・保健指導の2015年度の実施率が高い保険者 【2016年度後期高齢者支援金の減算対象保険者①】

2015年度の特定健診・保健指導の実績率が以下の範囲に該当しており、健診・保健指導の実績が優れた保険者である。

市町村国保（大）：健診 47.0%以上 保健指導 33.0%以上

市町村国保（小）：健診 42.1%以上 保健指導 75.4%以上

市町村国保（中）：健診 37.0%以上 保健指導 60.8%以上

国保組合：健診 39.1%以上 保健指導 20.8%以上

市町村国保（保険者数：72）

由仁町（北海道）

愛別町（北海道）

中富良野町（北海道）

剣淵町（北海道）

中川町（北海道）

遠軽町（北海道）

更別村（北海道）

田子町（青森県）

会津若松市（福島県）

檜枝岐村（福島県）

只見町（福島県）

柳津町（福島県）

三島町（福島県）

鮫川村（福島県）

南牧村（群馬県）

江戸川区（東京都）

上越市（新潟県）

妙高市（新潟県）

南砺市（富山県）

七尾市（石川県）

加賀市（石川県）

白山市（石川県）

能美市（石川県）

野々市市（石川県）

宝達志水町（石川県）

韭崎市（山梨県）

南アルプス市（山梨県）

中央市（山梨県）

伊那市（長野県）

駒ヶ根市（長野県）

千曲市（長野県）

中川村（長野県）

宮田村（長野県）

木曽町（長野県）

木祖村（長野県）

麻績村（長野県）

池田町（長野県）

松川村（長野県）

平谷村（長野県）

売木村（長野県）

喬木村（長野県）

高山村（長野県）

高山市（岐阜県）

恵那市（岐阜県）

本巣市（岐阜県）

飛騨市（岐阜県）

下呂市（岐阜県）

島田市（静岡県）

湖西市（静岡県）

下北山村（奈良県）

小松島市（徳島県）

上勝町（徳島県）

吉野川市（徳島県）

東みよし町（徳島県）

海陽町（徳島県）

飯塚市（福岡県）

うきは市（福岡県）

島原市（長崎県）

西海市（長崎県）

山鹿市（熊本県）

阿蘇市（熊本県）

錦町（熊本県）

和水町（熊本県）

佐伯市（大分県）

臼杵市（大分県）

竹田市（大分県）

日南市（宮崎県）

読谷村（沖縄県）

南風原町（沖縄県）

南大東村（沖縄県）

伊平屋村（沖縄県）

南城市（沖縄県）

国保組合（保険者数：7）

山形県建設国保組合

京都料理飲食業国保組合

京都市中央卸売市場国保組合

京都府建設業職別連合国保組合

大阪中央市場青果国保組合

大阪木津卸売市場国保組合

大阪衣料品小売国保組合

市町村国保

都道府県別 減算対象保険者数

北海道(7)、青森(1)、福島(6)、群馬(1)、東京(1)、新潟(2)、富山(1)、石川(6)、山梨(3)、長野(14)、岐阜(5)、静岡(2)、奈良(1)、徳島(5)、福岡(2)、長崎(2)、熊本(4)、大分(3)、宮崎(1)、沖縄(5)

特定健診・保健指導の2015年度の実施率が高い保険者②

【2016年度後期高齢者支援金の減算対象保険者②】

2015年度の特定健診・保健指導の実績率が以下の範囲に該当しており、健診・保健指導の実績が優れた保険者である。

健保組合（単一）：健診 76.7%以上 保健指導 52.2%以上 健保組合（総合）：健診 68.7%以上 保健指導 34.7%以上
共済：健診 79.2%以上 保健指導 52.8%以上

総合型健保組合（保険者数：11）

全国労働金庫健保組合

経済団体健保組合

長野県農業協同組合健保組合

長野県機械金属健保組合

静岡県自動車販売健保組合

愛知県信用金庫健保組合

トヨタ関連部品健保組合

愛鉄連健保組合

京都府農協健保組合

福岡県農協健保組合

鹿児島県信用金庫健康保険組合

単一型健保組合（保険者数：53）

青森銀行健保組合

みちのく銀行健保組合

日本原燃健保組合

新興健保組合

河北新報健保組合

山形銀行健保組合

東京鐵鋼健保組合

曙ブレーキ工業健保組合

三井精機工業健保組合

第一生命健保組合

T & Dフィナンシャル生命健保組合

ジェイティービー健保組合

ヤマトグループ健保組合

エーザイ健保組合

吉野工業所健保組合

鷺宮健保組合

日本ケミコン健保組合

ヤクルト健保組合

ナイガイ健保組合

日本テキサスインスツルメンツ健保組合

船場健保組合

アコム健保組合

スターバックスコーヒージャパン健保組合

富士ソフト健保組合

北越銀行健保組合

ビー・エス・エヌ健保組合

直江津電子健保組合

サカイ健保組合

エプソン健保組合

岐阜信用金庫健保組合

スクロール健保組合

三保造船健保組合

矢崎化工健保組合

トヨタ車体健保組合

アイシン健保組合

豊島健保組合

岡谷鋼機健保組合

富士機械製造健保組合

日新電機健保組合

京セラ健保組合

森下仁丹健保組合

野村健保組合

大日本住友製薬健保組合

倉紡健保組合

品川リフラクトリーズ健保組合

東洋鋼鈑健保組合

西京銀行健保組合

阿波銀行健保組合

徳島銀行健保組合

住友共同電力健保組合

帝人グループ健保組合

ワイジェイカード健保組合

雪の聖母会健保組合

共済組合（保険者数：3）

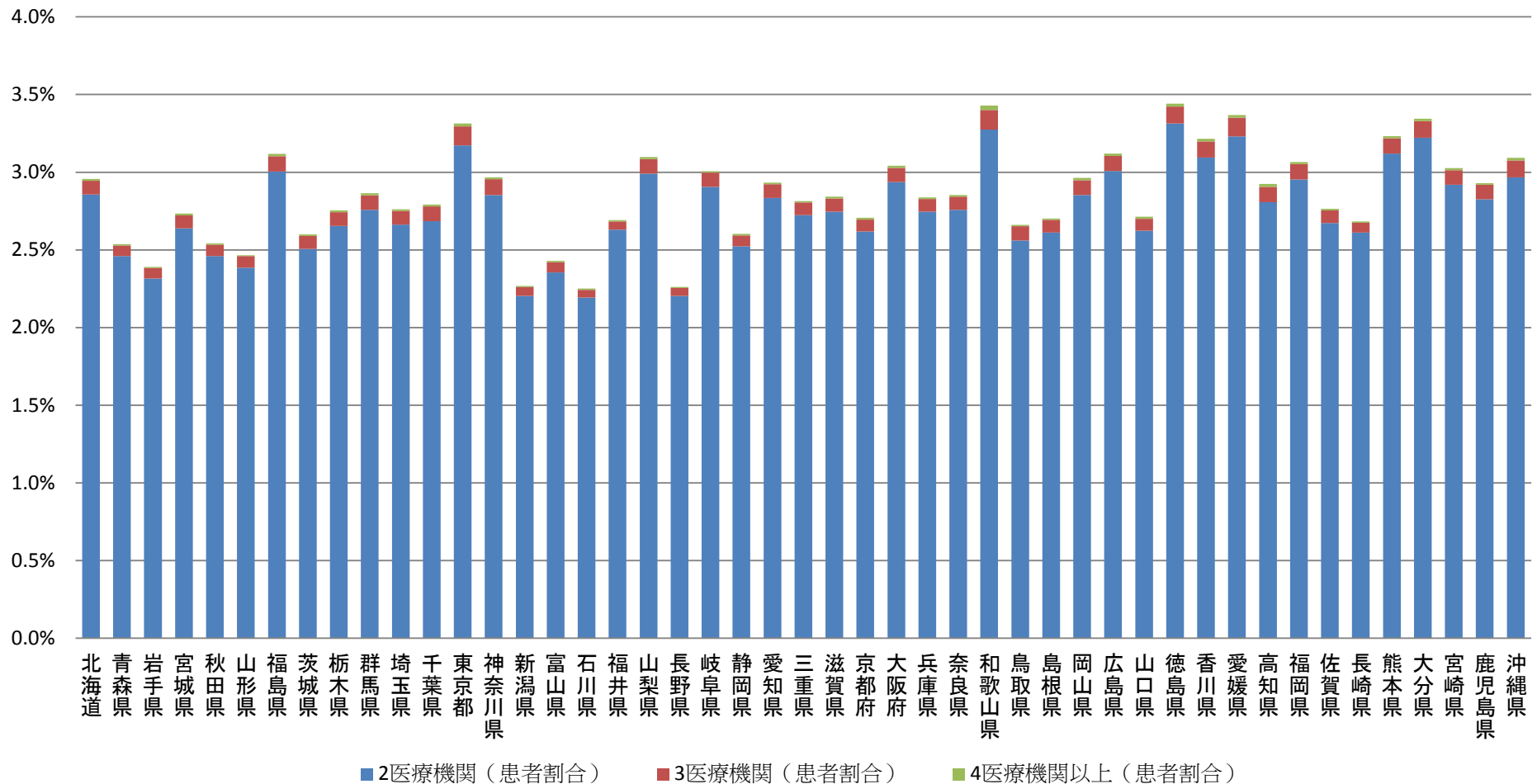
岩手県市町村職員共済組合

三重県市町村職員共済組合

岡山県市町村職員共済組合

同一月内に同一成分の薬剤を投与された患者の割合

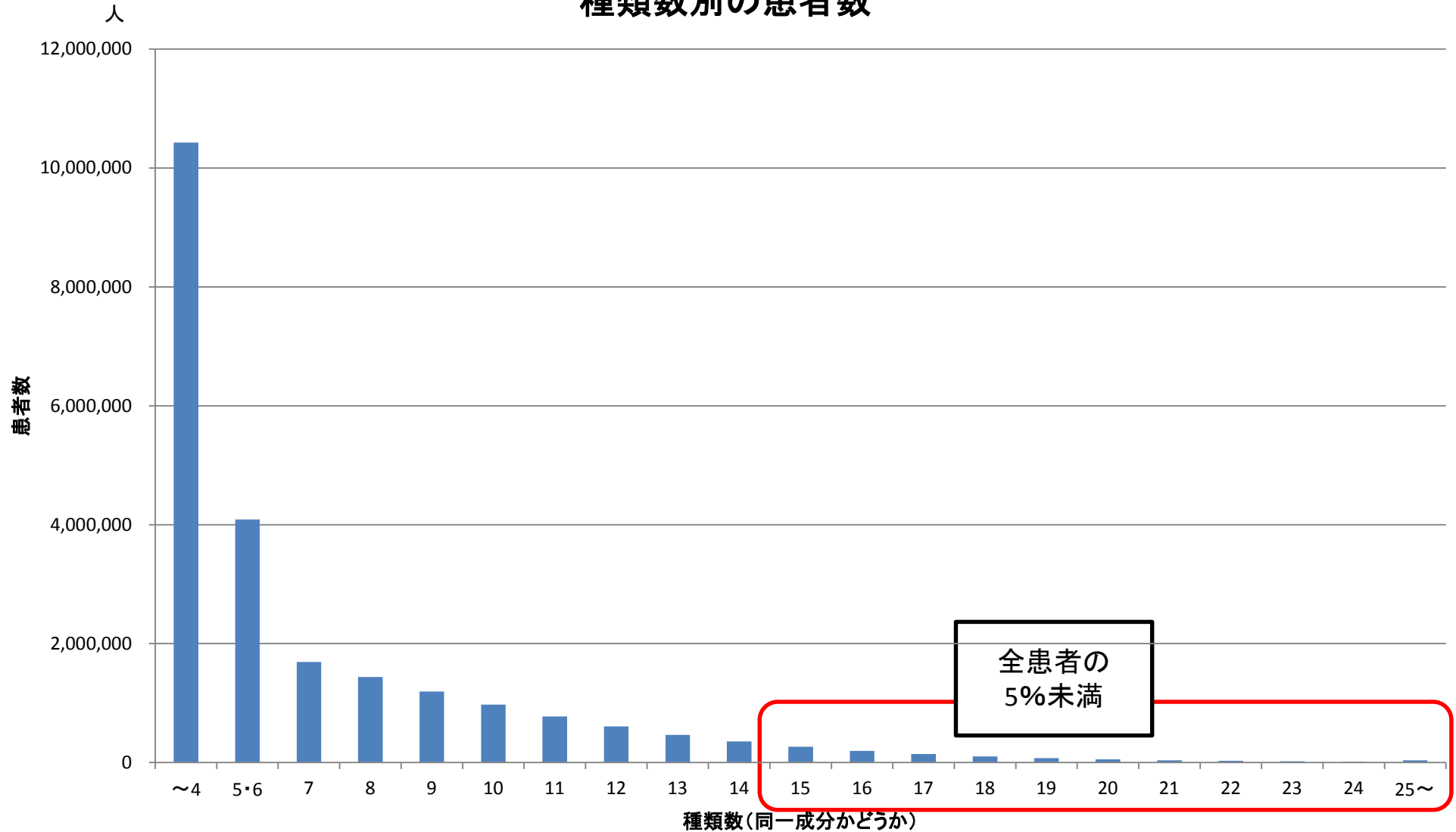
○各都道府県において、同一月に、同一成分の薬剤を複数医療機関から投与された患者(※)の割合をグラフにしている。



(注) 平成25年10月の入院外レセプト、調剤レセプトについて、医療機関所在地、薬局所在地ベースで分析。
 ※患者Aがaという薬剤を2医療機関から、bという薬剤を3医療機関から投与されている場合は、3医療機関として計上。

同一月内に複数種類の薬剤を投与された65歳以上の患者の割合

種類数別の患者数



(注) 平成25年10月の入院外レセプト、調剤レセプトについて、医療機関所在地、薬局所在地ベースで分析。
※患者Aがa県の薬局から3種類の薬剤を、b県の薬局から6種類の薬剤を投与されている場合は、b県で計上。

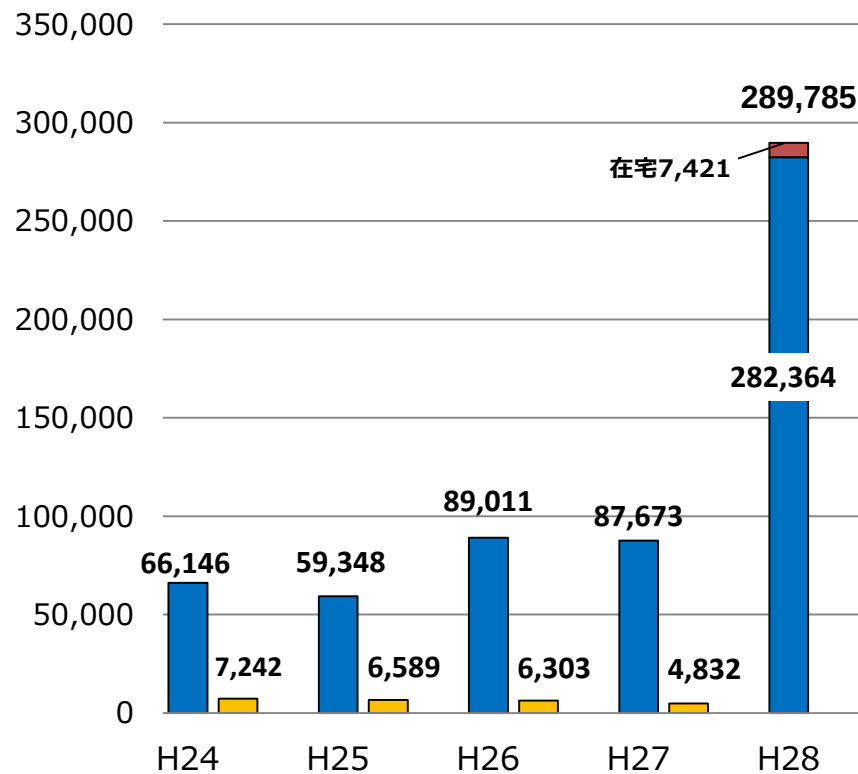
多剤・重複投薬に関する取組の実態

○ 平成28年度診療報酬改定以降、重複投薬・相互作用等防止加算及び外来服薬支援料の算定件数は増加している。

➤ 重複投薬・相互作用等防止加算※の算定件数

※ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を含む

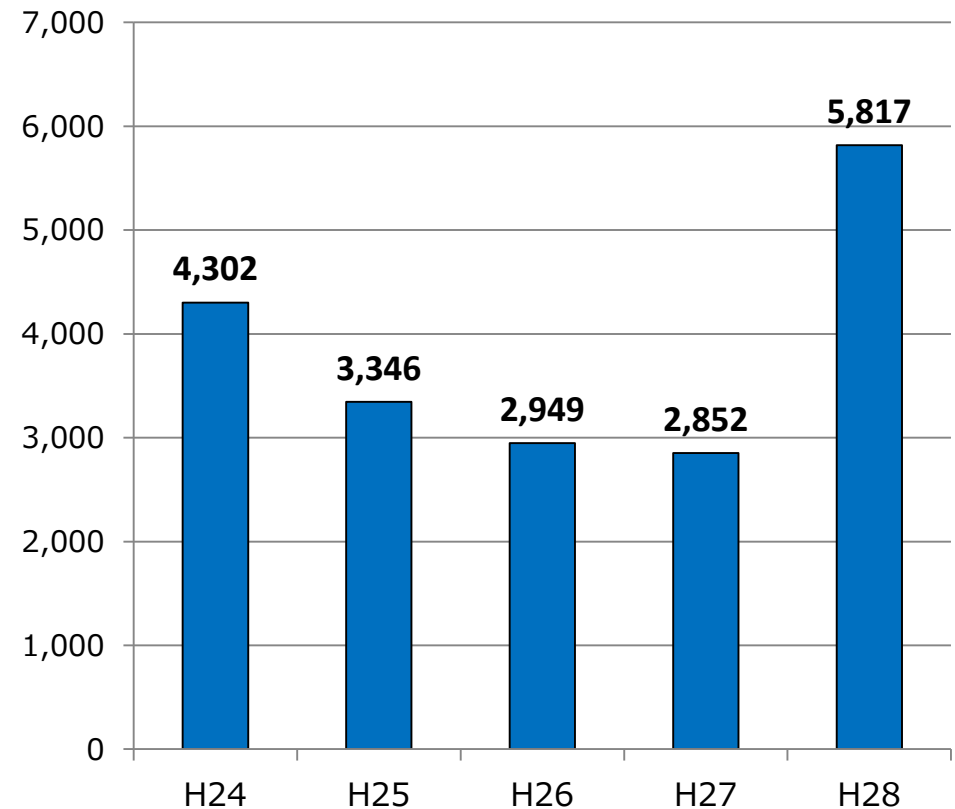
(件/月)



■ 処方変更あり ■ 処方変更なし

➤ 外来服薬支援料の算定件数

(件/月)



薬局薬剤師による薬学的判断に基づく疑義照会の経済効果

概要

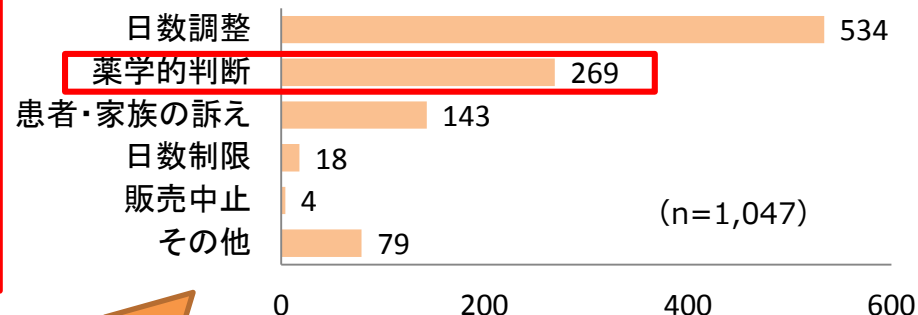
2016年9月1日～11月30日に福岡市内の薬局が応需した処方箋を対象として調査したところ、薬学的な疑義照会率は約2.3%であり、処方変更により適正化される薬剤費は570億円と試算された。

疑義照会件数・処方変更件数等

応需処方箋枚数	薬学的疑義※のある処方箋	疑義照会率
29,487枚	670枚	2.3%
薬学的疑義照会件数	処方変更件数	処方変更率
1,165件	1,047件	89.9%

※記載漏れ等の事務的な疑義を除いた、処方に関する疑義

処方変更件数の根拠



薬学的疑義照会によって処方変更が行われた場合における、元の処方と比較した薬剤費の増減

※全国推計値は全国処方箋枚数（約8億枚）を用いて算出。薬価は2016年度のものを使用。

	増額金額	減額金額	増減	全国値（推計）
処方箋670枚分 （疑義照会件数1,165件分）	683,658円	2,784,475円	-2,100,817円	－約570億円

（参考）医薬品副作用被害救済給付件数と支給額等を基に設定された金額（ハイリスク薬：84,000円/件、ハイリスク薬以外：56,000円/件）をもとに、副作用が起こった場合と疑義総照会により副作用を未然に防いだ場合の医療経済効果を算出すると、以下のとおり。

件数	医療経済効果額	2015年全国値（推計）
120件（ハイリスク17件、それ以外103件）	－7,196,000円	－約1,950億円

（出典）保険薬局における薬学的判断に基づく疑義照会の経済効果（神村英利ら）59

北見市における服薬指導の取組

事業目的

高齢者の生理機能や病態に対応した処方や調剤、服薬管理による**適正な治療の実施**と、健康管理に対する**自己管理意欲**の向上を図るとともに、**医療費適正化**の推進を図ることを目的とする。

取組の内容

対象者に対し、**薬剤師**（原則対象者が利用している保険薬局）や**保健師**が訪問指導を実施し、服薬に関する健康課題等の解決に向け、医療機関や薬局間調整を行うとともに、家族や介護支援専門員等への**今後の支援・協力**について、情報共有等連携を行う。

対象者

[STEP1]

H27～28年度： **4** か所以上の医療機関を3か月以上**継続**している者（重複・多受診者）

H29年度： **3** か所以上の医療機関を3か月以上**継続**している者（重複・多受診者）

[STEP2]

上記のうち、重複投与、併用禁忌薬、併用回避薬、高齢者使用回避薬、過剰投与、薬物有害事象（疑）、残薬（疑）などの**服薬に関する課題のある者**

※H29より、道広域連合より「**重複投薬者名簿**」の提供あり。



オンライン資格確認【検討中】

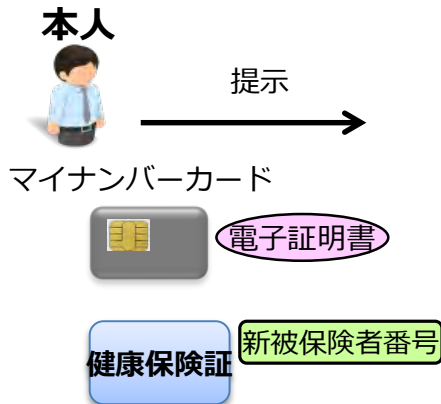
現状・課題

- ・ 現行の健康保険証による資格確認では、資格喪失後の未回収の保険証による受診や、それに伴う過誤請求が請求時に判明。保険者・医療機関等の双方に負担が発生。

対応方針

- ・ マイナンバーカードの電子証明書を保険医療機関・薬局の窓口で読み取って、受診時やレセプト請求前等に **オンラインで支払基金・国保中央会に資格情報を照会・確認する仕組みを整備**する。

※外来受診（延べ日数）
年間約20億件



※健康保険証のみ持参した場合は、券面の
新被保険者番号により、資格情報の有効性を確認

「見えない」「預からない」ので、医療現場で
診療情報がマイナンバーと紐づけて管理されることはない

保険医療機関（約17万7千）
保険薬局（約5万7千）



レセプト請求の専用回線など
既存のインフラを活用

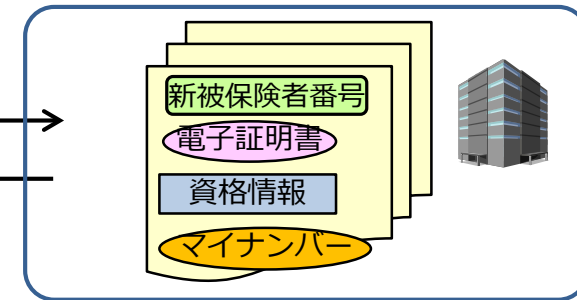
電子証明書
新被保険者番号

資格情報

- ・ 氏名、性別、生年月日
- ・ 保険者名
- ・ 被保険者番号
- ・ 負担割合
- ・ 資格取得・喪失日 等

※定められた利用目的以外での
マイナンバーの書き写し等は
不正利用であり、法律で禁止されている

オンライン資格確認サービス
【支払基金・国保中央会が共同で運営】
※レセプト請求の専用回線や保険者のマイナンバー
関連システムなど、既存インフラを活用。



医療保険者



マイナンバー
資格情報

マイナポータルを活用した特定健診データの個人向け提供サービス【検討中】

現状・課題

○ 健康管理の必要性

- ・ 特定健診・保健指導の実施率は年々上昇。予防・健康づくりの重要性は、「骨太の方針」・「未来投資戦略2017」にも明記されており、一層の取組が求められる。

このため、インセンティブ改革の実施とあわせて、国民一人一人の行動変容を促すことが重要。

○ 保険者ごとの管理

- ・ 現在は、保険者ごとに被保険者の特定健診等のデータを管理。
- ・ 加入する保険が変わる場合、個人のデータは引き継がれず、継続的に把握されていない。

対応方針

- ・ 加入する保険が変わっても、過去のデータも含めて閲覧できるシステムを構築。
マイナポータルを活用し、特定健診データを本人に提供。

※ コストを抑えつつ、効率的な開発を進める観点から、支払基金・国保中央会において被保険者個人の資格情報を継続的・一元的に管理する仕組み（オンライン資格確認）を活用。

