

## 高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進

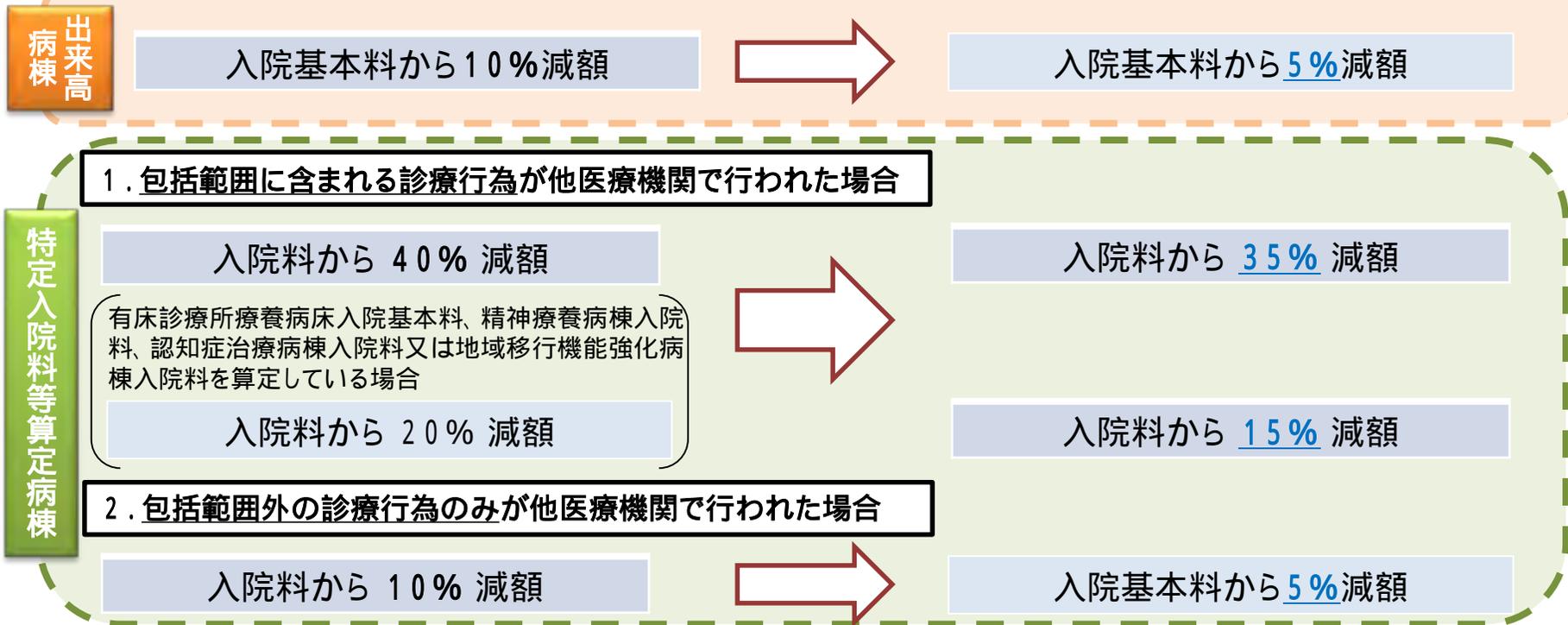
### 【課題】

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

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

【現行】

【改定後】



## 高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進

- 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

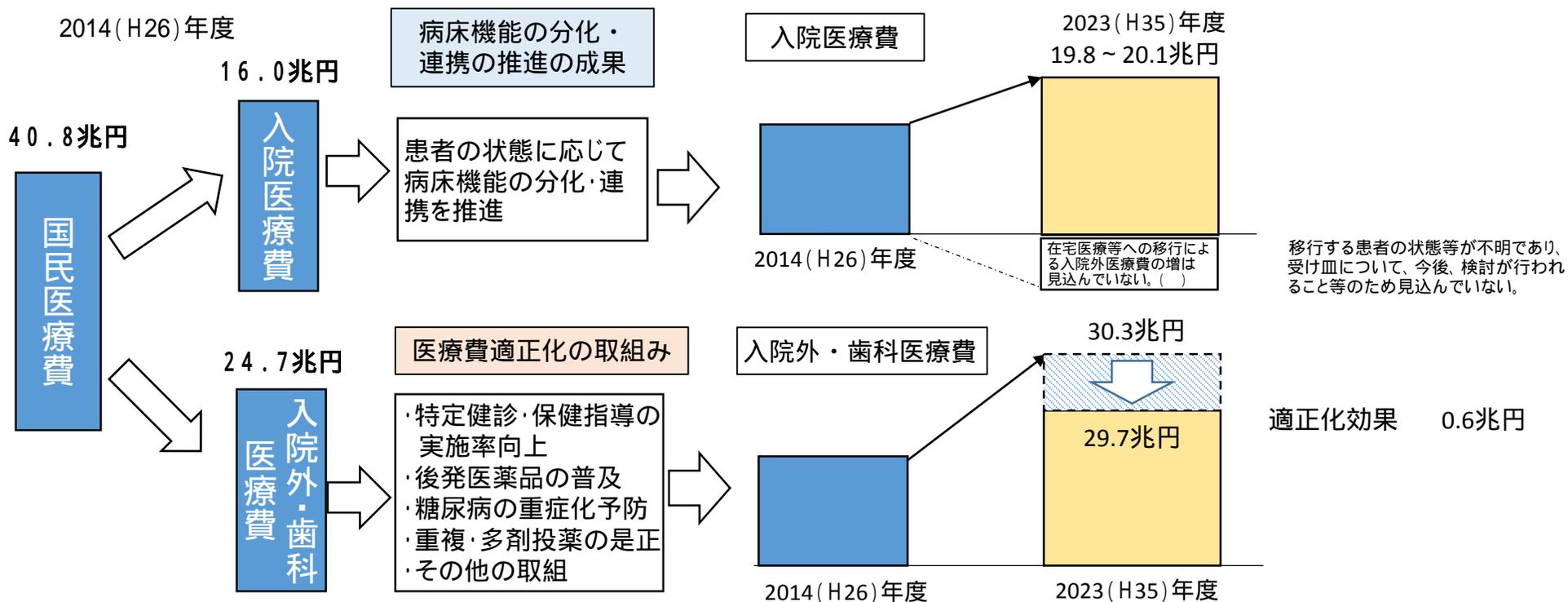
第3期（2018～2023年度）の医療費適正化計画では、

- ・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）】

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
後発医薬品の使用割合の目標達成（70%→80%）		約200億円
糖尿病の重症化予防により 40歳以上の糖尿病の者の1人あたり医療費の平均との差が半分になった場合		約4000億円
重複投薬（3医療機関以上）と多剤投与（65歳以上で15種類以上）の適正化により投与されている者が半分になった場合		約800億円
		約600億円

# 保険者による予防・健康づくりとインセンティブの推進

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

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

### 《日本健康会議による全国展開》

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

### 《保険者の取組の支援（インセンティブ）》

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

#### 現在の取組

#### 横展開の加速化

糖尿病の重症化  
予防の横展開

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

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

保険者の  
インセンティブ改革

**【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)

頑張った者が  
報われる制度

**【個人のインセンティブを推進】**  
保険者による加入者への予防・健康づくりの支援を、努力義務化(2015年法改正)  
(例：ヘルスケアポイント、分かりやすい情報提供など)  
個人にインセンティブを提供する取組に係るガイドラインの策定・公表

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

### 【インセンティブの強化・拡大】

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

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

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

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

### 【保険者の取組の評価に当たり成果指標を導入】

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

# 保険者における予防・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、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）、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	特定健診・保健指導、特定健診以外の健診（がん検診、歯科健診など）、糖尿病等の重症化予防、ヘルスケアポイントなどの個人へのインセンティブ等、重複頻回受診・重複投薬・多剤投与等の防止対策、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

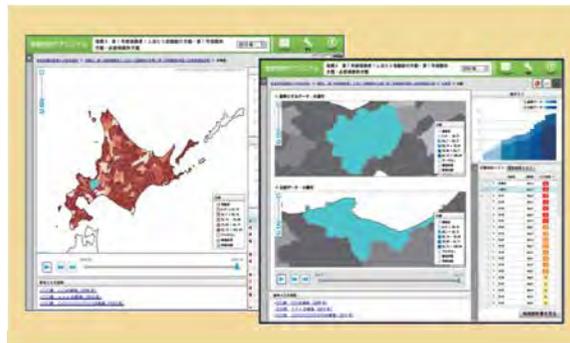
地域包括ケアシステムの構築に向けて、全国・都道府県・市町村・二次医療圏・老人福祉圏・日常生活圏域別の特徴や課題、取組等を客観的かつ容易に把握できるよう、介護・医療関連情報を、国民も含めて広く共有（「見える化」）する。

### 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

事業所等

国民

共通の指標をもとに  
計画策定や施策を実施

# 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。

## 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）

「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。

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。）

## 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。（ 5は平成29年8月分の介護納付金から適用、 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

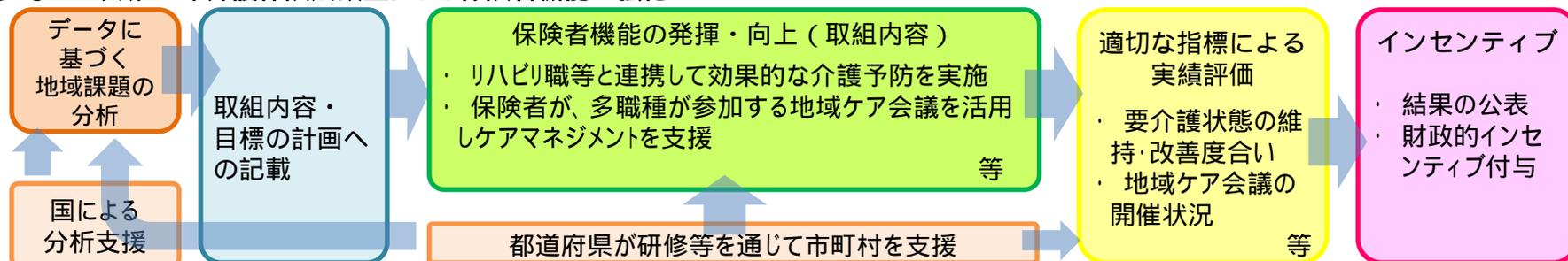
### <市町村分(200億円のうち190億円程度)>

- 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

#### PDCA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

#### 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

#### 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

#### 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

#### 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

#### 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。



## 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

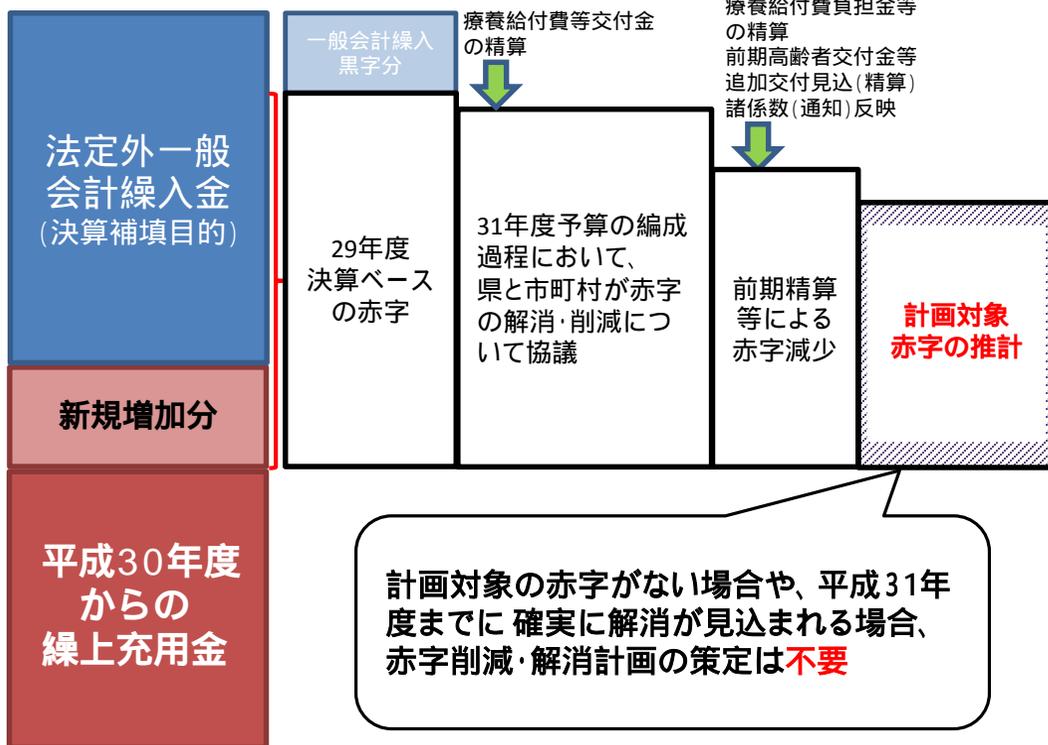
12月

1月

3月

31年度予算編成作業

計画策定



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
法定外繰入	決算補填等目的のもの	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
	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
	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
<p>指標 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</p>	<p>指標 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</p>
<p>指標 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</p>	<p>指標 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</p>
<p>指標 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</p>	<p>指標 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</p>
<p>指標 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</p>	<p>指標 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</p>
<p>指標 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</p>	<p>指標 第三者求償の取組の実施状況 第三者求償の取組状況</p>
<p>指標 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</p>	<p>指標 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</p>

## 都道府県分（500億円程度）

<p>指標 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</p>	<p>指標 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</p>	<p>指標 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</p>
---	---	--

# 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

## 【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年度の実施状況の評価）	得点	該当都道府県数	達成率
<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	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年度の実施状況の評価）	得点
<p>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<sup>1</sup>、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<b>全ての市町村<sup>2</sup></b>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。</p>	30
<p><b>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<sup>2</sup>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。</b></p>	10

<sup>1</sup>：「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

<sup>2</sup>：「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。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

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**

## 改定の間年の薬価調査・薬価改定

現在2年に1回行われている薬価調査に加え、その間年の年においても、**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

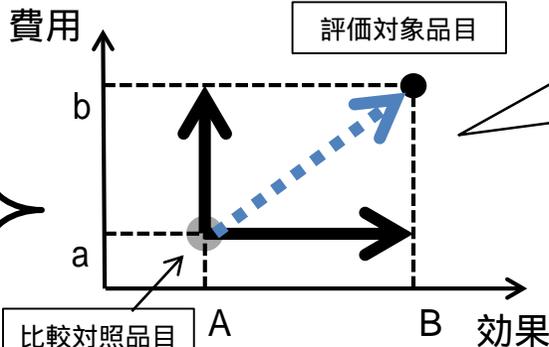
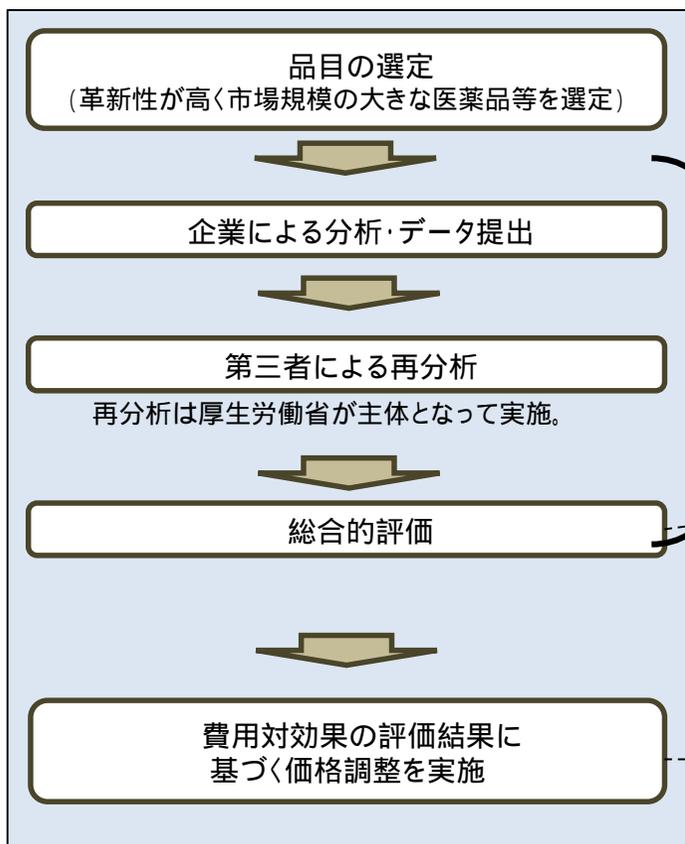
# 費用対効果評価の試行的実施の概要

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。

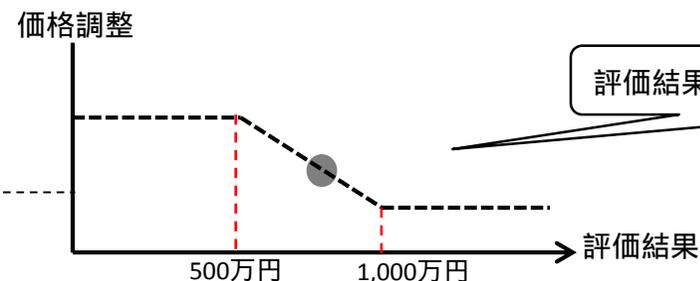
併せて、本格実施に向けて、その具体的内容について引き続き検討し、平成30年度中に結論を得る。

## 【費用対効果評価の手順】



評価対象品目が、既存の比較対照品目と比較して、費用、効果がどれだけ増加するかを分析。健康な状態での1年間の生存を延長するために必要な費用を算出。

評価にあたっては、生命に関わる重篤な疾患での延命や希少な難病等の、倫理的、社会的影響も考慮



評価結果に応じて対象品目の価格を調整

試行的実施において、一部の品目で、企業による分析と第三者による再分析に大きく異なる結果が生じており、技術的課題への方策を整理中。

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 （ギリアド・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 （ギリアド・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）		バーサイズDBSシステム （ポストン・サイエンティフィック ジャパン）	
	ダクルインザ （プリストル・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 （プリストル・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

### 除外要件

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

### 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、**補正加算の加算率が最高**  
10%以上の補正加算が認められたものの中で、（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
- 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、**営業利益率の加算率が最高**  
10%以上の加算が認められたものの中で、（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度の薬価改定の際の年度（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

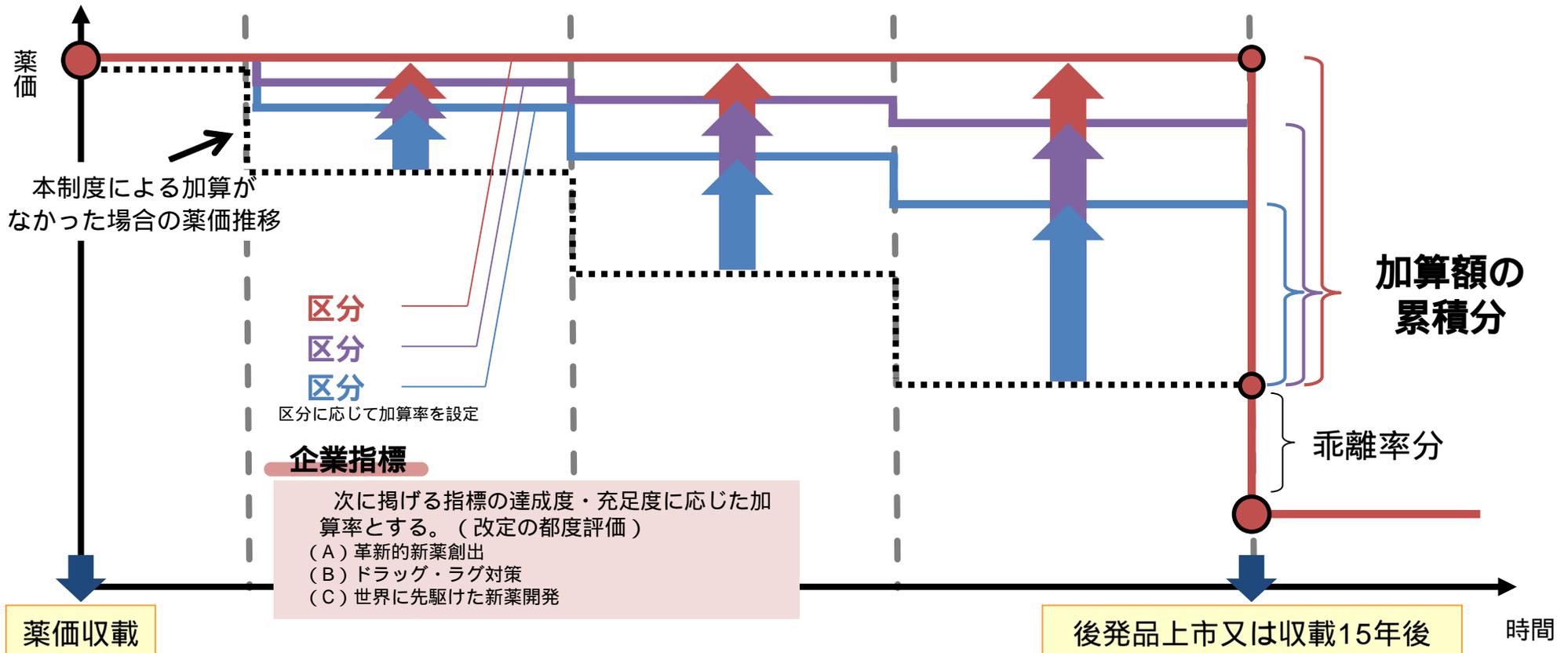
## 制度の位置づけ

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。



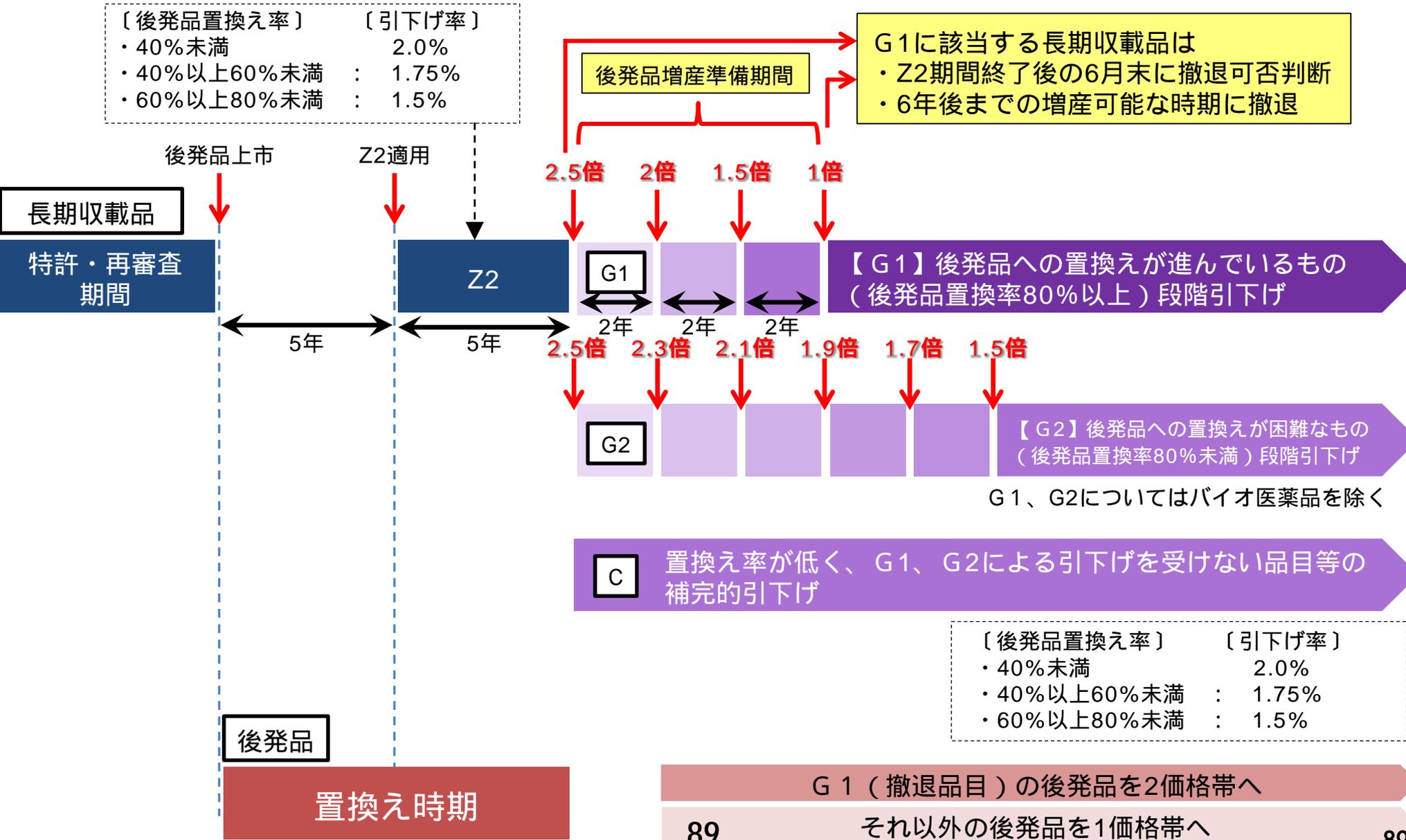
なお、加算額について、乖離率に応じた上限を設定

# 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



【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）

### 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の見直し

##### 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、区分及び 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。

### 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、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。

### 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、後発医薬品の置換率の状況、後発医薬品の上市状況、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 薬の飲み合わせなどのチェック 薬に関する丁寧な説明 時間外の電話相談 その他( )	他の医療関係者との連携 飲み残した場合の薬の整理 調剤後のフォロー 在宅療養が必要となった場合の対応 ( )
--	--

### 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

#### 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。

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

経過措置として、は平成30年9月末までは1回で可、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。

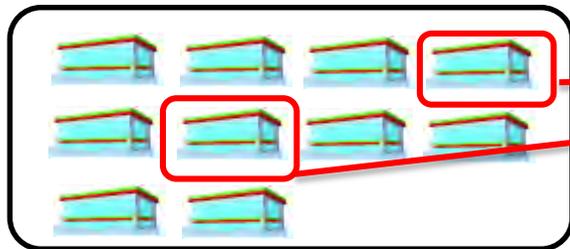
麻薬小売業者の免許を受けていること。  
在宅患者薬剤管理の実績を有していること。  
かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること。

基準調剤加算は廃止する

# いわゆる門前薬局等の評価の見直し(特例の拡大)

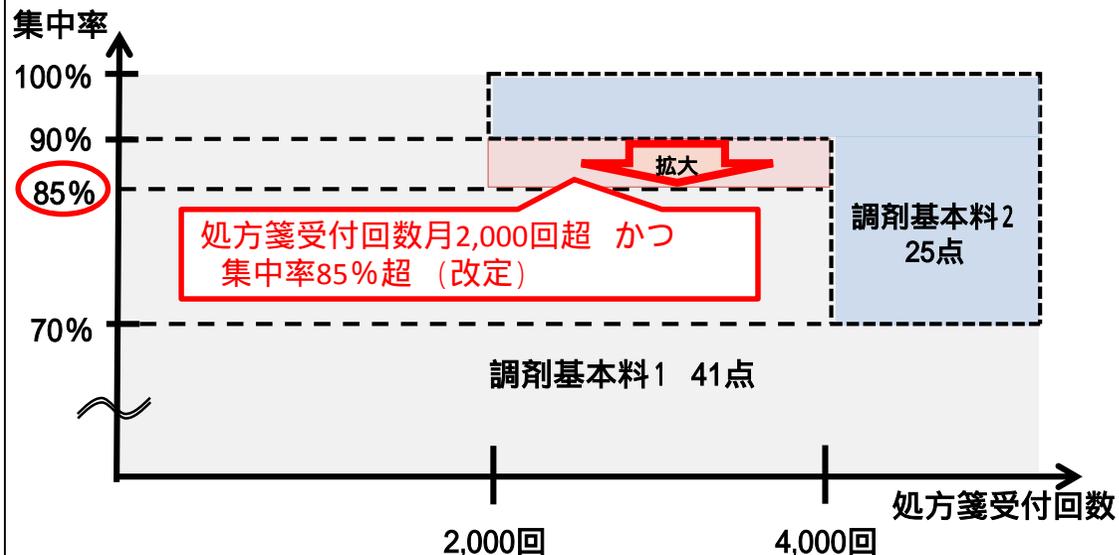
- 大型門前薬局の評価の適正化のため、薬局グループ全体の処方箋回数が月4万回超のグループに属する保険薬局のうち、特定の医療機関からの処方箋集中率が極めて高い保険薬局又は 医療機関と不動産の賃貸借関係にある保険薬局の調剤基本料を引き下げる。また、特に大型の門前薬局について、更なる評価の見直しを行う。

【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
処方箋集中率が95%超の薬局	集中率が85%超の薬局(改正)
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
処方箋集中率が85%超の薬局	
特定の医療機関と間で不動産の賃貸借取引がある薬局	

- 処方箋受付回数・集中率による現行の調剤基本料の特例範囲を拡大する。



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

**調剤基本料2 25点**

- 特定の医療機関からの処方箋受付回数が月4,000回超 (集中度にかかわらず対象)

上記に以下の場合を追加

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。

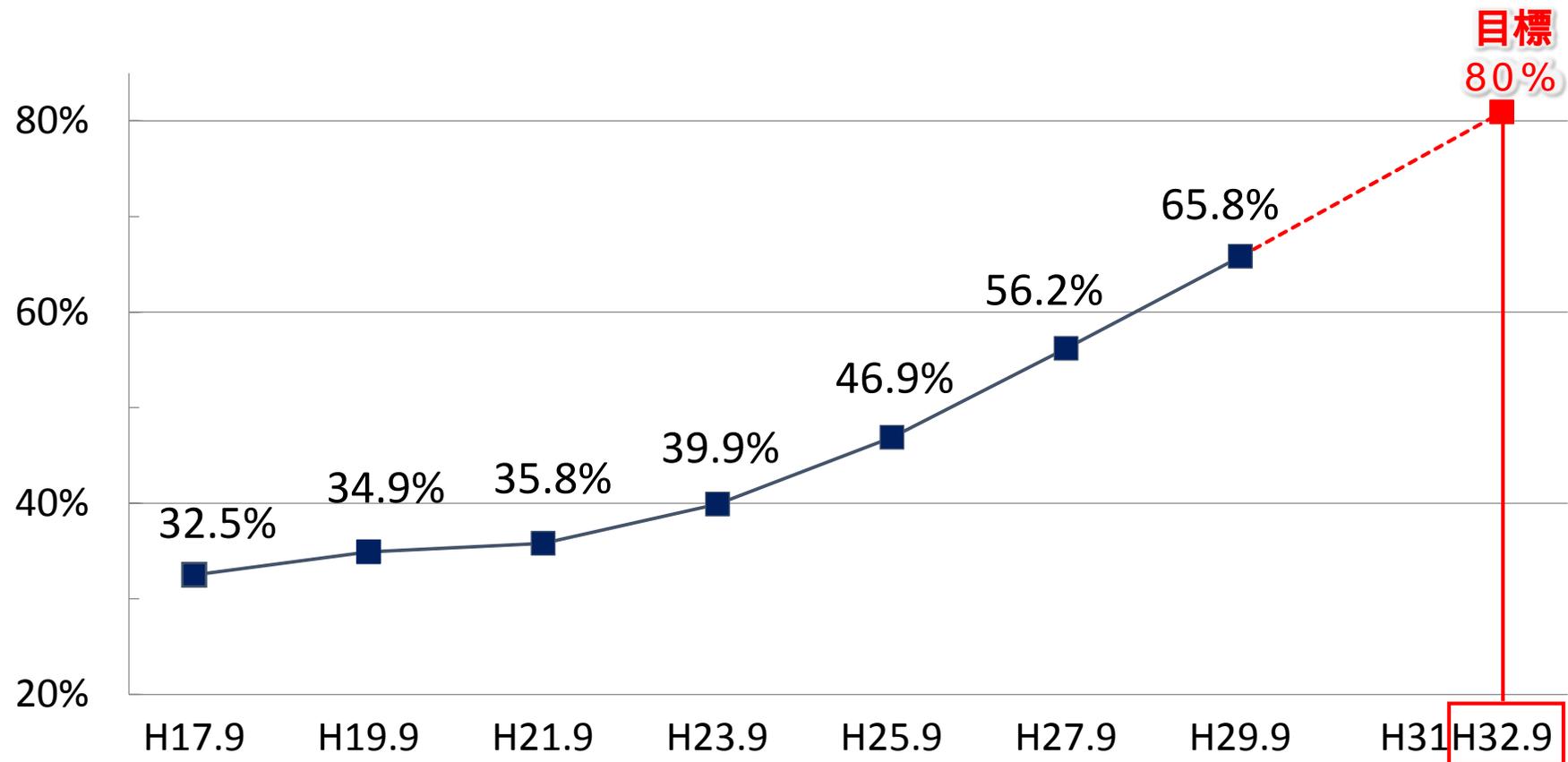
同一グループに属する他の保険薬局において、保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が最も高い保険医療機関が同一の場合は、当該他の保険薬局の処方箋を含めた受付回数が月4,000回を超える場合。

# 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）

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
<p> <b>n 安定供給</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ul> </p>	<p> <b>n 医療関係者への情報提供</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul> </p>	<p> <b>n 診療報酬上の評価等</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>【医療機関】 <ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>一般名処方加算の評価の引上げ</li> </ul> </li> <li>【薬局】 <ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>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</li> </ul> </li> </ul> </p>
<p> <b>n 品質の信頼性確保</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ul> </p>	<p> <b>n 環境整備</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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发出</li> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul> </p>	<p> <b>n 薬価改定・算定</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ul> </p>

- Ⅰ 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。
- Ⅰ 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

- Ⅰ 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
- Ⅰ 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

- Ⅰ 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

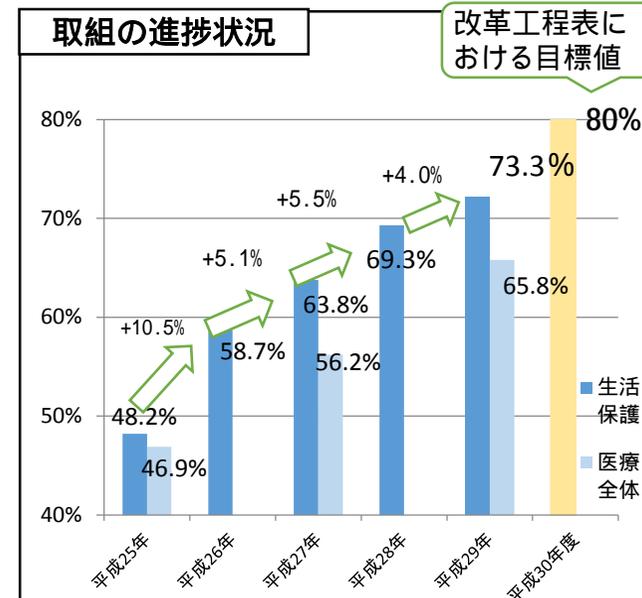
### 後発医薬品の使用の原則化を法律に規定(生活保護法第34条第3項の改正)

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もの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		改定後		
調剤数量割合	65%以上	18点	調剤数量割合 <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>

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

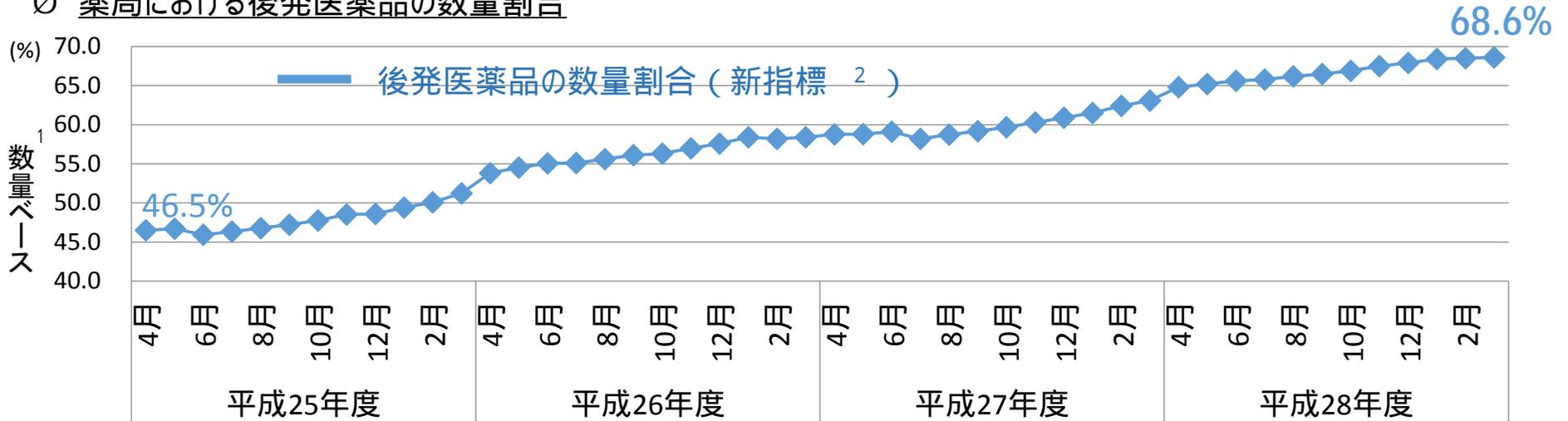
処方箋受付回数が1月に600回を超える保険薬局は地方厚生局への報告が必要(年1回)

ただし、以下の場合は含まない。

処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局  
 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		➔	改定後	
一般名処方加算1	3点		一般名処方加算1	<u>6点</u>
一般名処方加算2	2点		一般名処方加算2	<u>4点</u>

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

現行		➔	改定後	
後発医薬品使用体制加算1 (70%以上)	4.2点		後発医薬品使用体制加算1 ( <u>85%以上</u> )	<u>4.5点</u>
後発医薬品使用体制加算2 (60%以上)	3.5点		後発医薬品使用体制加算2 ( <u>80%以上</u> )	<u>4.0点</u>
後発医薬品使用体制加算3 (50%以上)	2.8点	後発医薬品使用体制加算3 ( <u>70%以上</u> )	<u>3.5点</u>	
後発医薬品使用体制加算4 ( <u>60%以上</u> )		後発医薬品使用体制加算4 ( <u>60%以上</u> )	<u>2.2点</u>	

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