

平成29年10月18日

第22回 社会保障ワーキング・グループ

骨太方針2017、改革工程表の事項の 取組状況について (参考資料)



目 次

- 介護保険制度・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 薬価制度の抜本改革・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12
- 生活保護・生活困窮者自立支援・・・・・・・・・・・・ 69

見直し内容 ～ 保険者機能の抜本強化 ～

- 高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、保険者が地域の課題を分析して、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取組を進めることが必要。
- 全市町村が保険者機能を発揮して、自立支援・重度化防止に取り組むよう、
 - ① データに基づく課題分析と対応（取組内容・目標の介護保険事業（支援）計画への記載）
 - ② 適切な指標による実績評価
 - ③ インセンティブの付与
 を法律により制度化。

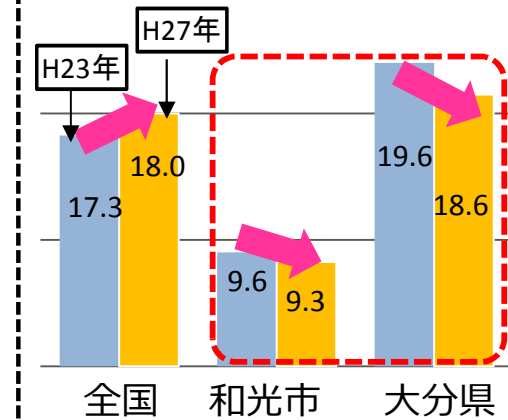
※主な法律事項

- ・介護保険事業（支援）計画の策定に当たり、国から提供されたデータの分析の実施
- ・介護保険事業（支援）計画に介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標を記載
- ・都道府県による市町村支援の規定の整備
- ・介護保険事業（支援）計画に位置付けられた目標の達成状況についての公表及び報告
- ・財政的インセンティブの付与の規定の整備

先進的な取組を行っている
和光市、大分県では

- 認定率の低下
- 保険料の上昇抑制

要介護認定率の推移



データに
基づく
地域課題
の分析

取組内容・
目標の計画へ
の記載

保険者機能の発揮・向上（取組内容）

- ・ リハビリ職等と連携して効果的な介護予防を実施
- ・ 保険者が、多職種が参加する地域ケア会議を活用しケアマネジメントを支援等

適切な指標に
よる実績評価

- ・ 要介護状態の維持・改善度合い
- ・ 地域ケア会議の開催状況等

インセンティブ

- ・ 結果の公表
- ・ 財政的インセンティブ付与

国による
分析支援

都道府県が研修等を通じて市町村を支援

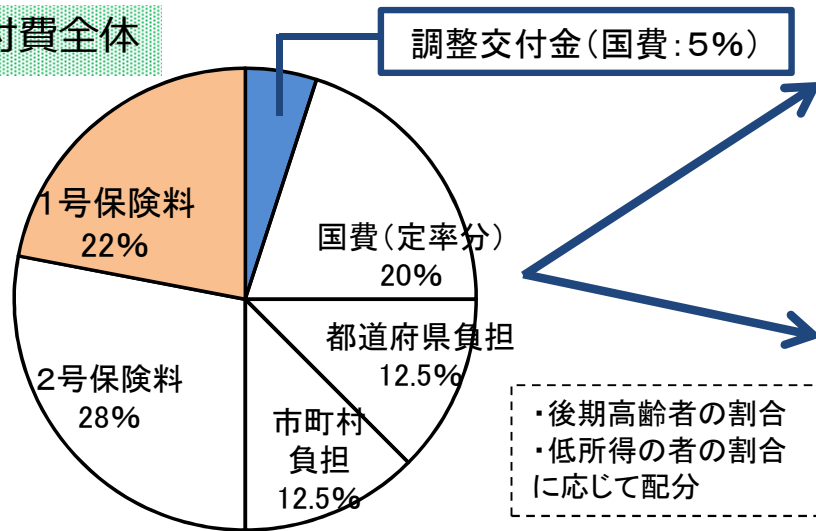
調整交付金について

①7

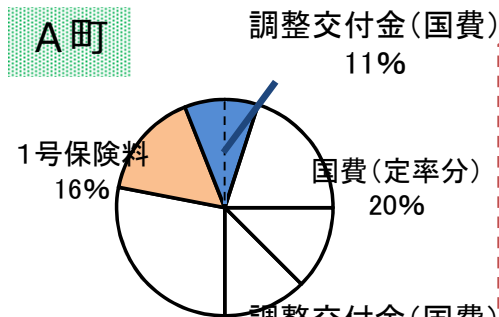
現行制度の概要

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。

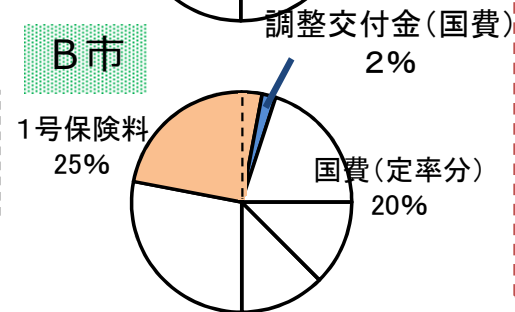
給付費全体



A町

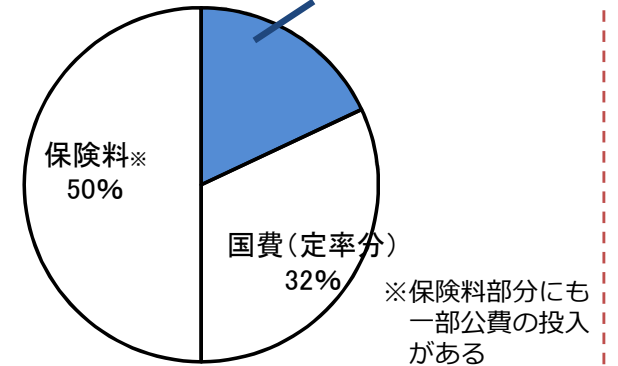


B市



参考(国保)

調整交付金18%
(国費:9%、県費:9%)



所得水準に係る地域差を調整する普通調整交付金の枠(給付費の約7%)と市町村の様々な事情を考慮して交付する特別調整交付金の枠(給付費の約2%)を設定。

骨太の方針2017

- ・ 保険者機能の強化に向けた財政的インセンティブの付与の在り方について、地方関係者等の意見も踏まえつつ、改正介護保険法に盛り込まれた交付金の在り方を検討(中略)する。あわせて、調整交付金の活用についても検討する。

地方団体の意見

平成29年5月31日 国と地方の協議の場 「平成30年度の地方税財政について(地方六団体提出資料)」(抄)

・・・給付適正化の成果指標に応じて調整交付金を傾斜配分する枠組みを導入すべきと提案がなされているが、本来調整交付金は、保険者の責めによらない要因による第1号保険料の水準格差の調整を行うものであり、その機能を損なうような措置を講じるべきではないこと。

平成28年6月8日 第86回全国市長会議決定 重点提言(抄)

介護保険財政の持続的かつ安定的な運営のため、都市自治体の個々の実態を考慮しつつ、将来にわたって都市自治体の財政負担や被保険者の保険料負担が過重とならないよう、国費負担割合を引き上げること。また、調整交付金は別枠化すること。

見直し内容

○今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設する。

○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。

<新たな介護保険施設の概要>

名称	介護医療院 ※ただし、 <u>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。</u>
機能	要介護者に対し、 <u>「長期療養のための医療」と「日常生活上の世話（介護）」を一体的に提供する。</u> （介護保険法上の介護保険施設だが、医療法上は医療提供施設として法的に位置づける。）
開設主体	地方公共団体、医療法人、社会福祉法人などの非営利法人等

☆ 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。

※ 具体的な介護報酬、基準、転換支援策については、介護給付費分科会等で検討。

介護職員の処遇改善についての取組

②

これまでの実績(月額43,000円相当)と平成29年度介護報酬改定による措置(月額10,000円相当)は、合計で月額53,000円相当となる。

平成21年4月

平成21年度介護報酬改定 +3%改定
(介護従事者の処遇改善に重点をおいた改定)

月額 + 9,000円
(実績)

平成21年度補正予算

処遇改善交付金を措置(1.5万円相当)

月額 + 15,000円
(実績)

平成24年4月

平成24年度介護報酬改定
処遇改善交付金を処遇改善加算として介護報酬に組み込む

月額 + 6,000円
(実績)

平成27年4月

平成27年度介護報酬改定
処遇改善加算の拡充(1.2万円相当)

月額 + 13,000円
(実績)

※1. 上記4つの取組等により、それぞれ実績として給与が改善されている。
※2. 上記実績はそれぞれ調査客体等が異なるが、これを合計すれば月額4.3万円相当の改善となっている。

月額 +43,000円 相当の効果



さらに、ニッポン一億総活躍プラン等に基づき、平成29年度に臨時に介護報酬改定を行い、月額1万円相当の処遇改善加算の拡充を実施

介護人材に求められる機能の明確化とキャリアパスの実現に向けて（概要）

②

現状・課題

平成29年10月4日 社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会

- 介護職の業務実施状況を見ると、介護福祉士とそれ以外の者で明確に業務分担はされていない。
 - ※ 小規模事業所では業務を分担できるほどの職員数がないこと、訪問系サービスでは1人での訪問となることから訪問時に複数の業務を実施する必要があること、通所系・施設系サービスでは業務のピークタイムが存在することから介護職員が総出で介護を提供する必要があること、に留意が必要
- 管理者の認識では、認知症の周辺症状のある利用者やターミナルケアが必要な利用者などへの対応、介護過程の展開におけるアセスメントや介護計画の作成・見直しなどの業務は介護福祉士が専門性をもって取り組むべきという認識が高い。
- また、介護職のリーダーについて、介護職の統合力や人材育成力などの能力が求められているものの、十分に発揮できていないと感じている管理者が多い。一方で、介護職の指導・育成や介護過程の展開等を重視している事業所では、リーダーの役割等を明確にし、キャリアパスへ反映するなどの取組を行っている。
- 介護分野への参入にあたって不安に感じていたことには、「非常時等への対応」、「介護保険制度等の理解」、「ケアの適切性」といったことが挙げられている。

業務内容に応じた各人材層の役割・機能に着目するのではなく、利用者の多様なニーズに対応できるよう、介護職のグループによるケアを推進していく上で、介護人材に求められる機能や必要な能力等を明確にし、介護分野に参入した人材が意欲・能力に応じてキャリアアップを図り、各人材が期待される役割を担っていけるようにすべき。

実現に向けた具体的な対応

介護職のグループにおけるリーダーの育成

- 介護職がグループで提供する介護サービスの質や介護福祉士の社会的評価の向上に向け、一定のキャリア（5年程度の実務経験）を積んだ介護福祉士を介護職のグループにおけるリーダーとして育成。

介護人材のすそ野の拡大に向けた入門的研修の導入

- 介護未経験者の介護分野への参入きっかけを作るとともに、非常時の対応などの参入にあたって感じている不安を払拭し、多様な人材の参入を促進するため、入門的研修を導入。

介護福祉士養成課程におけるカリキュラムの見直し

- 介護福祉の専門職として、介護職のグループの中で中核的な役割を果たし、認知症高齢者や高齢単身世帯等の増加などに伴う介護ニーズの複雑化・多様化・高度化等に対応できる介護福祉士を養成する必要。

介護福祉士等による医療的ケアの実態の把握

- 医療との役割分担について、「医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」の提案も踏まえ、利用者への喀痰吸引及び経管栄養の実施状況や研修体制の整備状況などの実態を調査。

4. 「介護離職ゼロ」に向けた取組の方向

(1) 介護の環境整備

(介護人材確保のための総合的な対策)

「介護離職ゼロ」の実現に向けて、昨年末の緊急対策において、介護の受け皿を38万人分以上から50万人分以上へ拡大することなどを盛り込んだ。

介護人材の処遇については、競合他産業との賃金差がなくなるよう、平成29年度(2017年度)からキャリアアップの仕組みを構築し、月額平均1万円相当の改善を行う。この際、介護保険制度の下で対応することを基本に、予算編成過程で検討する。なお、障害福祉人材の処遇についても、介護人材と同様の考え方に立って予算編成過程で検討する。

多様な介護人材の確保・育成に向けて、介護福祉士を目指す学生に返済を免除する月5万円の修学資金貸付制度や、いったん仕事を離れた人が再び仕事に就く場合の20万円の再就職準備金貸付制度の更なる充実、高齢人材の活用等を図る。また、介護ロボットの活用促進やICT等を活用した生産性向上の推進、行政が求める帳票等の文書量の半減などに取り組む。さらに、改正介護休業制度の着実な実施や、介護休業の取得促進に関する周知・啓発の強化を行うなど、仕事と介護の両立が可能な働き方の普及を促進する。

このように、介護の受け皿整備に加え、介護の仕事の魅力を向上し、介護人材の処遇改善、多様な人材の確保・育成、生産性の向上を通じた労働負担の軽減を柱として25万人の介護人材の確保に総合的に取り組む。

介護事業所における生産性向上推進事業【新規】

②

平成29年度予算額

0千円 →

平成30年度概算要求額

900,000千円

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」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う。

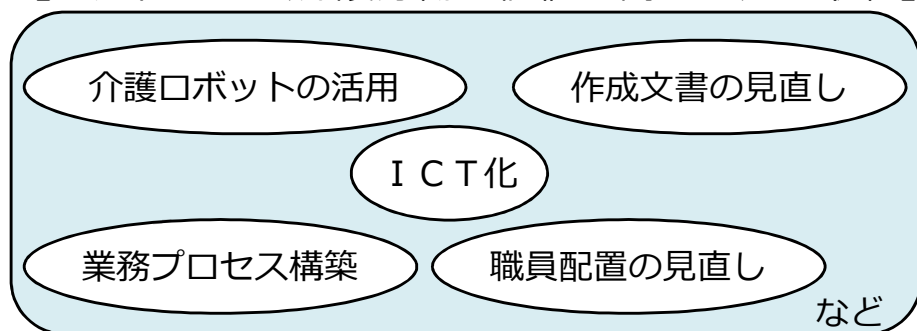
2 事業内容

- 介護保険サービスの生産性を向上するため、
 - ① サービス種別毎にICT化・介護ロボットの活用による業務の効率化、業務プロセス・作成文書の見直し等の調査研究を実施
 - ② 調査研究を踏まえ、介護事業者が組織的に生産性向上に取り組みやすくするためのガイドラインを作成
 - ③ ガイドラインの介護事業者への普及啓発活動の実施により、介護業界における生産性向上の横展開を支援し、介護分野における生産性向上を強力に推進する。

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】



①調査研究の実施



②ガイドラインの作成



③普及啓発活動

介護事業所における I C T 普及促進事業

②

平成29年度予算額

平成30年度概算要求額

229,782千円 →

270,000千円

1 目 的

- 介護事業所における I C T 化を全国的に普及促進するため、介護サービス事業所間の情報連携を行うための記録等の業務支援ソフトに関して、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。

2 事業内容

- I C T については、現在、介護サービス事業所において様々な業務支援のための情報通信技術を活用した記録等のソフトが導入されているため、有識者等による既存ソフトの機能やセキュリティ等の分析を行い、今後求められるソフトのあり方を検討するなど、標準仕様の作成に向けた取組を実施する。
- 具体的には、既存ソフトの機能やセキュリティの分析に当たっては、実地調査による個々のソフトの機能要件の洗い出しを行うとともに、介護報酬の請求と連動する仕組みを構築する必要があることから、各都道府県の国民健康保険団体連合会との連携も図ることとする。

3 実施主体

- 国（民間団体等への委託を想定）

平成27年度補正予算(予算額:600万円)【実施済み】

目的：ICT機器を導入済と未導入の居宅サービス事業所の業務の手順、書類の作成に係る時間等の比較検証を実施し、ICT機器の導入の効果を測る。

対象：ICT機器導入済の居宅サービス事業所（訪問介護1事業所、通所介護2事業所）

ICT機器未導入の居宅サービス事業所（訪問介護2事業所、通所介護1事業所）

成果：訪問介護及び通所介護の業務の手順を明らかにして、ICT機器の導入による効果が大きい業務として、「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」が把握された。

平成28年度当初予算(予算額:1.3億円)【実施済み】

目的：平成27年度補正予算事業で把握された成果を踏まえて、新規にICT機器を導入することによる効果の検証を実施し、導入に向けた課題の整理と導入支援のための手引きの作成を行う。

対象：13法人39事業所（訪問介護9事業所、通所介護30事業所）

上記事業所の支援ベンダーとして、6法人が参加。

成果：記録作成・情報共有業務に要する時間について、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。

介護報酬請求業務の時間に要する時間について、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】

内容：平成28年度当初予算事業で把握された課題を踏まえて、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）について、ICTの標準化に向けた課題把握のため、新規にICT機器を導入する場合と既に導入している場合の業務手順の比較も踏まえて検証を実施する。また、介護サービス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】

内容：規模の小さい介護事業者についてもICTの普及による生産性向上に向けた取組を推進することが必要であるため、規模の小さい介護事業者を含めた市町村単位でのモデル事業を実施するとともに、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。

介護ロボット開発等加速化事業

○ 平成29年度予算
3. 0億円

→

平成30年度概算要求額
6. 1億円

②

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

目的と実施内容の概要

【目的】

- 居宅サービス事業所における記録の作成、事業所内の情報共有等の業務を対象として、ICT活用による業務効率化の効果を検証するとともに、ICTの活用を普及させるために必要な課題を整理することを目的として実施。

【実施内容の概要】

- 訪問介護及び通所介護の2サービスをモデル事業の対象として実施。期間は平成28年11月～平成29年2月。
- 13法人・39事業所（訪問介護7法人・9事業所、通所介護6法人・30事業所）において、「サービス内容の記録」「事業所内の情報共有」等業務を対象として業務効率化に資するICT機器・ソフトウェア（タブレット機器及びアプリケーション）を導入。ICTの導入前後で上記対象業務を評価することで、ICT活用の効果及び課題を整理。

ICT活用による業務効率化の効果

訪問介護	- サービス提供記録が電子化されることによって、介護報酬請求時にサービス提供責任者が実施している<u>実績確認の業務時間が6法人で減少</u>した。 - 事業所及び従事者からは、<u>申し送りや職員間での情報共有の負担が軽減する、事業所に立ち寄らなくても情報共有が可能になる</u>等の効果が報告された。
通所介護	- 記録業務については、ICT活用によって複数の帳票間で転記が不要となる等によって<u>6法人全てで時間が減少</u>した。 - 事業所及び従事者からは、<u>利用者にケアを提供する時間の増加や帳票間の転記ミスの減少、申し送りやケアマネジャーへの情報共有の負担が軽減する等の効果</u>が報告された。

ICT活用による業務効率化促進に向けての課題

【事業所の体制等の課題】

- ICTに対する従事者の習熟に一定の期間が必要であり業務効率化の効果を得るまでに期間を要する。
- ICT導入を円滑に実施するためには、利用方法等に関する手厚いサポート体制が必要となる。
- ICT活用を促進するだけでなく、同時に介護サービス事業所における情報セキュリティの強化も必要。

【製品・サービスの選定に関する課題】

- ICT機器等の機能や導入時の費用以外にも運用・保守、データのバックアップ、データ移行しやすさ、セキュリティ等、自らのニーズに合った製品・サービスを選定するためのポイントの整理も重要。

【その他の課題】

- ICT活用を前提とした実地指導・監査のあり方やデータ保存期間等のルールを検討する必要がある。
- 事業所内だけでなく事業所間の情報共有についてもICTが活用できるようにすることで、さらに業務効率化の促進につながる。

薬価制度の抜本改革における主要テーマ

- ① 新薬創出等加算の見直し(③①、③③)
- ② 改定年の間の年における改定について(③③)
- ③ 効能追加等に伴う市場拡大への対応(③③)
- ④ 長期収載品・後発医薬品の薬価の見直し(②⑨、③①、③③)

現行制度の概要

- 通常、薬価は2年に1度改定（引下げ）
- 新薬創出加算の対象となった品目は、後発品上市までの間、薬価引下げを猶予

※ 新薬創出加算の対象となる要件

〔企業要件〕

- ・厚労省からの医薬品開発の要請に応じていること

〔品目要件〕

- ・乖離率（薬価差）が全医薬品の平均以下であること

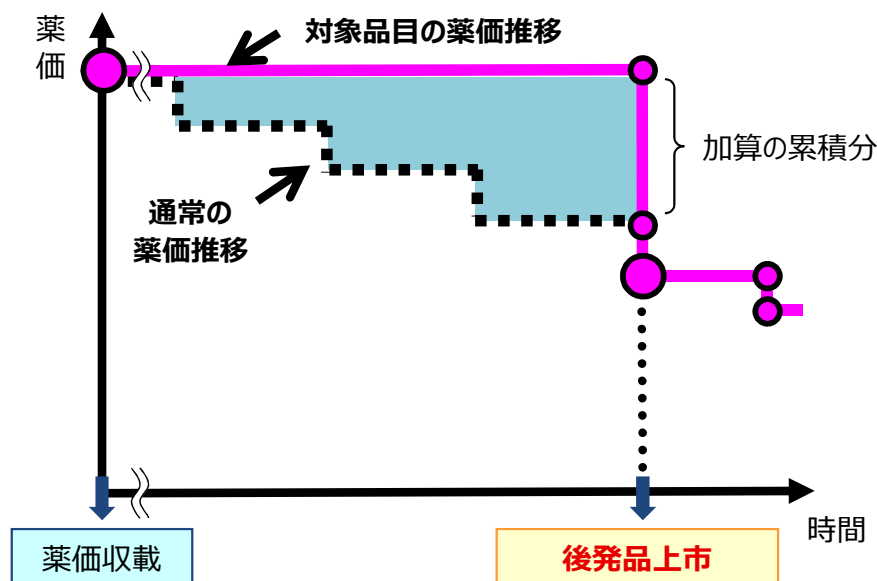
課題

- 企業に着目した制度であり、企業要件さえ満たせば、事実上、すべての新薬が対象となる。そのため、革新性の低い医薬品も薬価が維持される。
- 乖離率が平均以下という品目要件があることで、対象外になることを回避したい企業が仕切価を高く設定し、価格が高止まりしているとの指摘もある。

【参考】

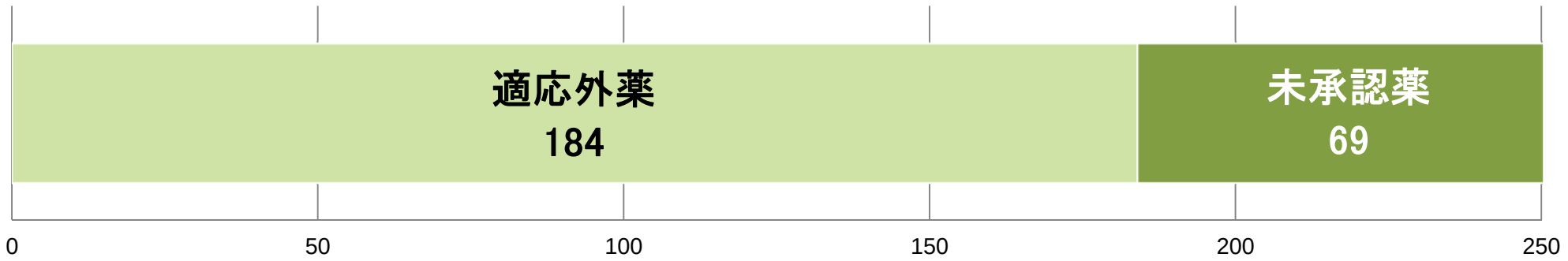
- ・ 革新的新薬創出を促進するため、新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度をゼロベースで抜本的に見直すこととし、これとあわせて、費用対効果の高い薬には薬価を引き上げることを含め費用対効果評価を本格的に導入すること等により、真に有効な医薬品を適切に見極めてイノベーションを評価し、研究開発投資の促進を図る。（薬価制度の抜本改革に向けた基本方針）
- ・ 新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度について、革新性のある医薬品に対象を絞る等により革新的新薬創出を促進しつつ国民負担を軽減する。（骨太の方針2017）

新薬創出加算が適用された新薬の薬価推移のイメージ



- 新薬創出等加算については、制度導入後、小児適応、希少疾病用医薬品、指定難病といった患者数の少ない領域など、国から開発要請された未承認薬・適応外薬332件のうち253件が承認されており（平成29年 3月 31日まで）、ドラッグ・ラグの解消に貢献

未承認薬・適応外薬の承認数



	第Ⅰ回要望		第Ⅱ回要望		第Ⅲ回要望	
募集時期	平成21年6月18日～8月17日		平成23年8月2日～9月30日		平成25年8月1日以降随時募集	
	適応外薬	未承認薬	適応外薬	未承認薬	適応外薬	未承認薬
承認	114	53	61	14	9	2

新薬創出等加算の対象品目と加算額

	品目数	企業数	加算額	控除額
平成22年度	624品目	89社	700億円	—
平成24年度	702品目	89社	690億円	130億円
平成26年度	758品目	89社	790億円	220億円
平成28年度	823品目	90社	1,060億円	360億円

控除額：後発品収載又は収載後15年経過した先発品が、薬価改定時に、それまでの新薬創出加算の累積額を控除された額

現行制度の概要

- 通常、薬価は2年に1度、市場実勢価格に応じて改定（全医薬品を対象）。
- 改定の前年に、卸売業者に対し、医療機関等への納入価格を調査する。
- 市場実勢価格 + 2%を改定後の薬価とする。

課題

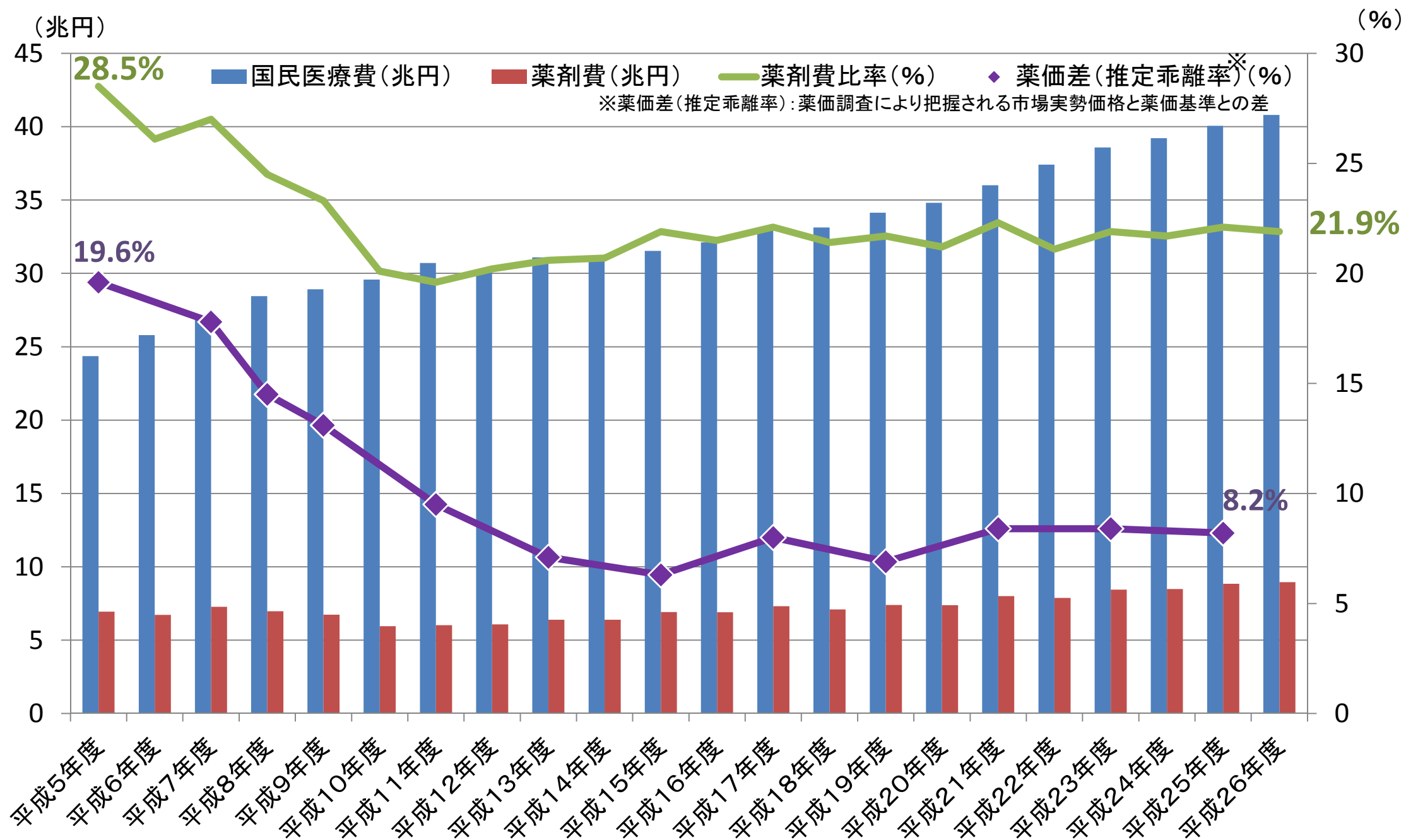
- 市場実勢価格が低下しても、2年間、薬価が据え置かれる。
- 「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」では「価格乖離の大きな品目」について、改定年の間の年での改定を明記。

【参考】

- ・ 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、全品を対象に、毎年薬価調査を行い、その結果に基づき薬価改定を行う。そのため、現在2年に1回行われている薬価調査に加え、その間の年においても、大手事業者等を対象に調査を行い、価格乖離の大きな品目について薬価改定を行う。（薬価制度の抜本改革に向けた基本方針）
- ・ 全品を対象に、毎年薬価調査を行い、その結果に基づく薬価改定に当たっては、相応の国民負担の軽減となる仕組みとする。（骨太方針2017）

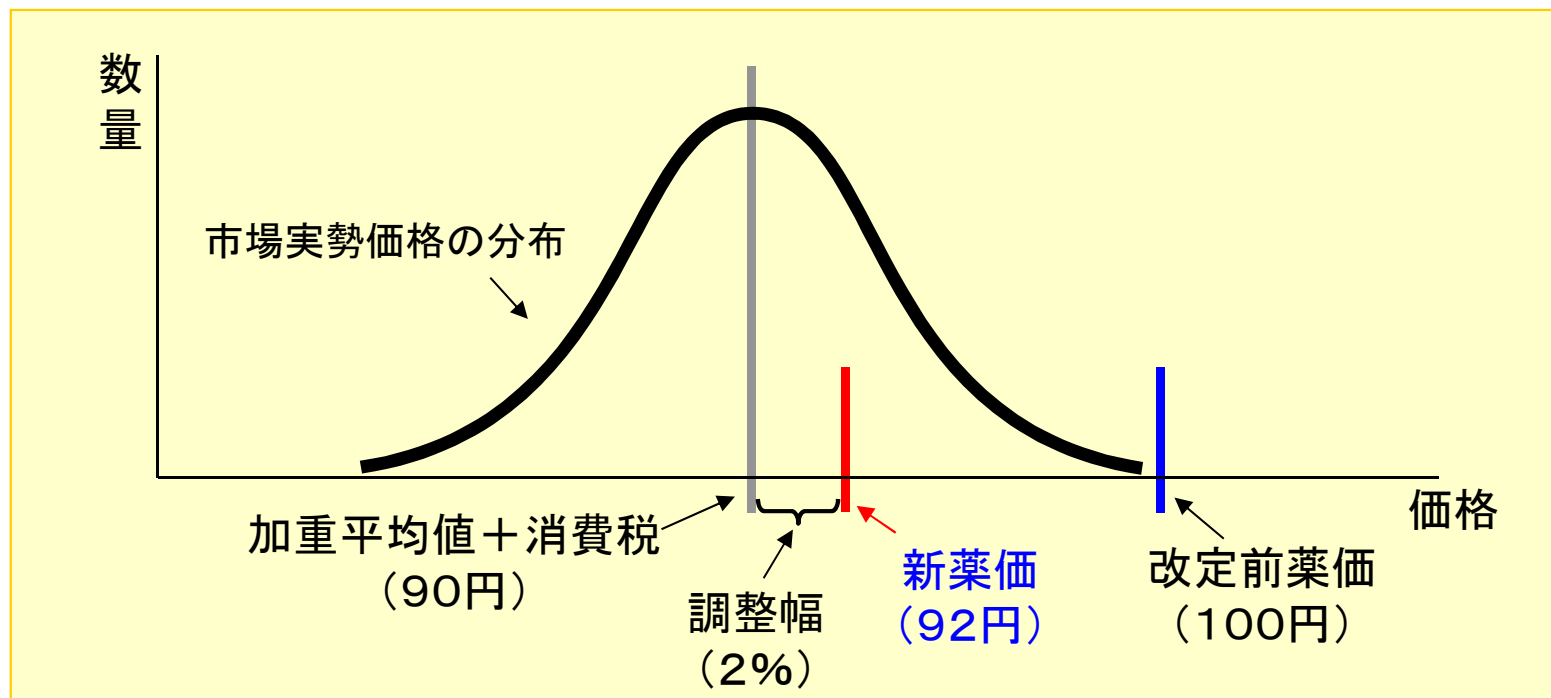
薬価差（推定乖離率）及び薬剤費比率の年次推移

33



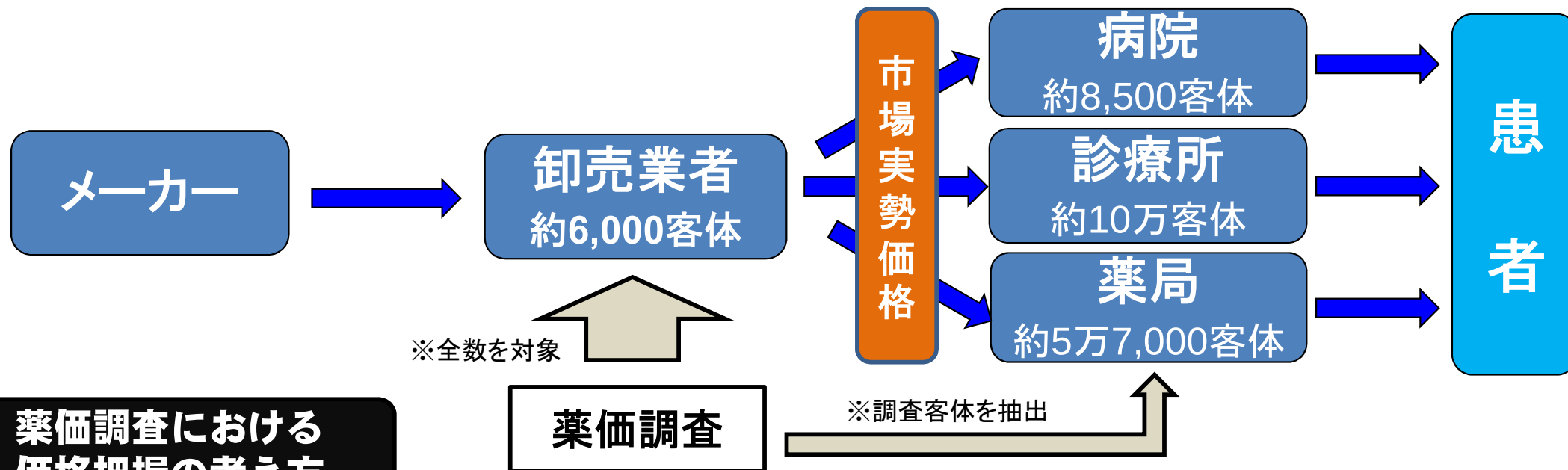
※平成27年度の推定乖離率は8.8%

市場実勢価格に基づく薬価改定



卸の医療機関・薬局に対する販売価格の加重平均値に消費税を加え、更に薬剤流通の安定のための調整幅(改定前薬価の2%)を加えた額を新薬価とする。

$$\text{新薬価} = \left[\text{医療機関・薬局への販売価格の加重平均値(税抜の市場実勢価格)} \right] \times \frac{1 + \text{消費税率}}{(\text{地方消費税分含む})} + \text{調整幅}$$



薬価調査における価格把握の考え方

◆ 公定価格である償還価格（薬価）は、市場実勢価格により改定

- 市場実勢価格は、卸売販売業者と保険医療機関・保険薬局間の取引価格である。
- 価格交渉により変動する取引価格を正確に把握しているのは、「販売側(卸)」と「購入側(医療機関等)」のみであり、この取引価格が当事者以外に漏れることは他の価格交渉に重大な悪影響を及ぼし、卸売業が成り立たなくなる。

◆ 市場実勢価格の把握方法

- 現行調査は、卸売業者の重要な企業秘密である取引価格を任意の協力により把握している。
参考：薬価調査の回収率72.3%(H27.9)
- 仮に、全保険医療機関等を対象に調査する場合は客体数が膨大となり、非効率。

市場実勢価格の把握については卸売販売業者の取引価格データを主に活用することが最も効率的

検討課題 中間年の調査について

- 中間年の薬価改定を行うためには、どのような調査を行うことが適当か。
- 調査実施に対象者の理解が得られやすいよう、可能な限り簡易な調査をするなど負担軽減を図るべきではないか。
- 調査手法及び調査の対象とする客体（販売側：卸売販売業者、購入側：医療機関、保険薬局）の範囲について、どう考えるか。
- 基本方針に「大手事業者等を対象に調査」を行うとあるが、特定の卸売販売業者のみを調査対象とした場合には、調査客体を事前に公表することで、公正な取引に影響を及ぼす可能性があることや、価格を把握できない品目があることについてどう考えるか。

現行制度の概要

- 2年に1回の薬価改定の際には、市場規模が予想に比べて一定以上拡大した医薬品の薬価については、拡大率に応じて薬価を引き下げる「市場拡大再算定」等を実施。
- 抗がん剤「オプジーボ」は、平成26年に世界に先駆けて我が国で初めて薬事承認を取得した。作用の仕方が新しく画期的であり、希少疾患である悪性黒色腫を対象として保険収載されたことから、高額な薬価が設定された。
- その後、平成27年12月に非小細胞肺がんの適応が追加され、予想販売額が急激に拡大。国民負担や医療保険財政に与える影響が懸念されたため、平成28年11月に緊急的に薬価を50%引下げ（平成29年2月施行）

課題

- オプジーボのように、効能追加のタイミングによっては、市場規模が急激に拡大したにもかかわらず、次の薬価改定まで2年以上の期間がある場合がある。
- 該当医薬品について、2年に1回の改定を待たず、迅速かつ機動的に、新薬収載の機会（年4回）を最大限活用して、薬価を見直す予定。

【参考】

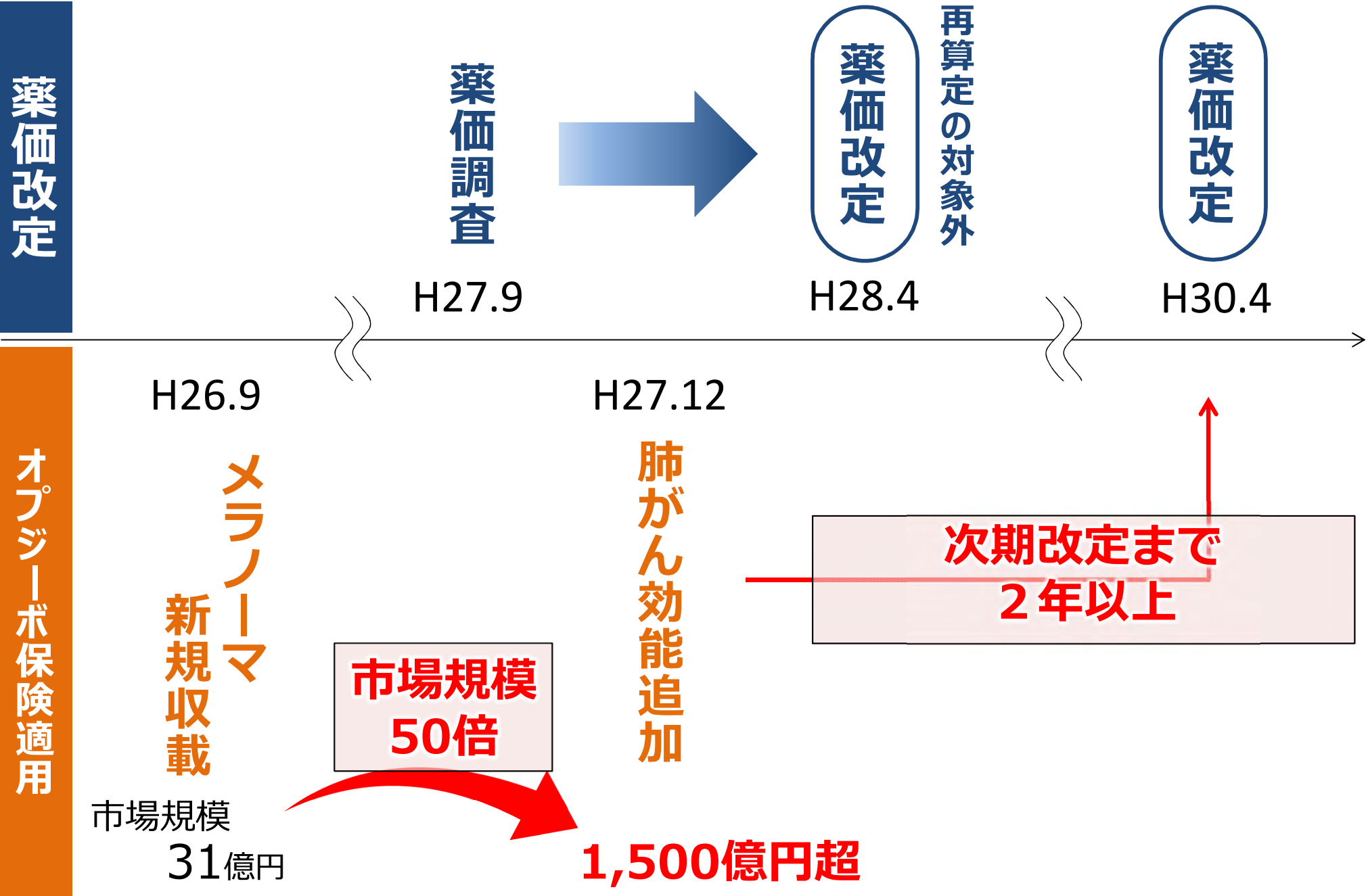
- ・ 保険収載後の状況の変化に対応できるよう、効能追加等に伴う一定規模以上の市場拡大に速やかに対応するため、新薬収載の機会を最大限活用して、年4回薬価を見直す。（薬価制度の抜本改革に向けた基本方針）
- ・ 保険適用時の見込みよりも一定規模以上販売額が増加する場合には、市場拡大再算定も参考に速やかに薬価を引き下げる仕組みとする。（骨太の方針2017）

オブジーボ点滴静注の概要

33

品目	オブジーボ点滴静注100mg／同20mg
一般名	ニボルマブ（遺伝子組換え）
製造販売業者	小野薬品工業株式会社
薬価収載日	H26.9.2
効能・効果	H26.7.4：根治切除不能な悪性黒色腫（希少疾病用医薬品） H27.12.17：切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌 H28.8.26：根治切除不能又は転移性の腎細胞癌 H28.12.2：再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫（希少疾病用医薬品） H29.3.24：再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌 H29.8.22：がん化学療法後に増悪した治癒切除不能な進行・再発の胃癌
算定方式／加算の有無	原価計算／営業利益率における補正＋60%
薬価	100mg10mL1瓶：364,925円（H29.1以前729,849円） 20mg 2mL1瓶：75,100円（H29.1以前150,200円）

オプジーボ市場拡大の経緯



平成28年度緊急薬価改定の概要

33

背景

- 近年、一部の抗がん剤など単価が高く、市場規模の極めて大きな薬剤が登場。これらの中には、効能・効果の追加や用法・用量の拡大により当初の想定を超え、大幅に市場が拡大するような薬剤が見られる。
- このような大幅に市場が拡大する薬剤は、従来2年毎の薬価改定で、再算定（薬価の引下げ）を行ってきたが、薬価収載の時期によって、再算定を受けるまでの期間が2年を超える場合があり、平成28年度に緊急的に薬価の見直しを行ったもの。

緊急改定の基準の概要

①対象

ア **H27.10～H28.3に効能追加等**されたもの

イ H28年度の予想年間販売額（薬価ベース）が、**1,000億円を超え**、かつ、予想販売額の**10倍**以上

②算定

市場拡大再算定の特例の算式を適用して薬価の見直しを行う

（参考：市場拡大再算定の特例の概要）

①年間販売額が1,000億円を超え1,500億円以下、かつ予想販売額の1.5倍以上 →最大25%引下げ

②年間販売額が1,500億円を超え、かつ予想販売額の1.3倍以上 →最大50%引下げ

緊急改定の対象品目

対象品目	予想販売額※	改定前薬価		改定後薬価	変化率
オプジーボ点滴静注 （小野薬品工業）	収載時：31億円 H28年度：1500億円超	20mg1瓶 100mg1瓶	150,200円 729,849円	75,100円 364,925円	▲50% ▲50%

※収載時：薬価収載時におけるピーク時（2年度）の企業予想販売額（H26.9.2収載）

H28年度：企業予想年間販売額（1,260億円）に対し、流通経費、消費税、乖離率、今後の効能追加を考慮し厚生労働省において推計

告示日：平成28年11月24日

適用日：平成29年2月1日

現行制度の概要

- 長期収載品の薬価については、後発品への置換え率に応じて特例的な引下げ（Z2）を実施〔後発医薬品置換え率〕
 - ・ 30%未満 : ▲ 2.0%
 - ・ 30%以上50%未満 : ▲ 1.75%
 - ・ 50%以上70%未満 : ▲ 1.5%

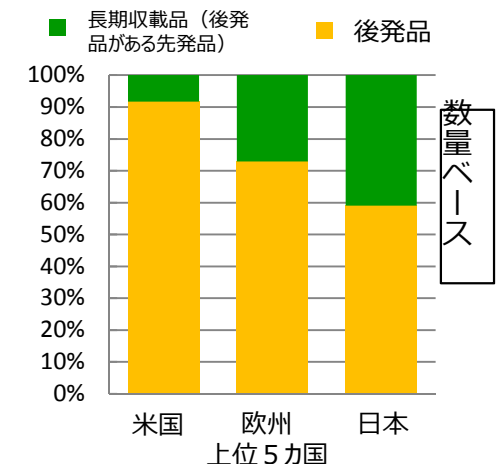
課題

- 日本の長期収載品シェアはなお、欧米と比べて高い水準。
- 世界的にバイオ医薬品が増えている中、長期収載品依存から、より高い創薬力を持つ産業構造に転換を進めることが必要。
- 併せて、後発医薬品産業の健全な発展・育成に配慮しつつ、後発医薬品の価格帯の集約化を検討。

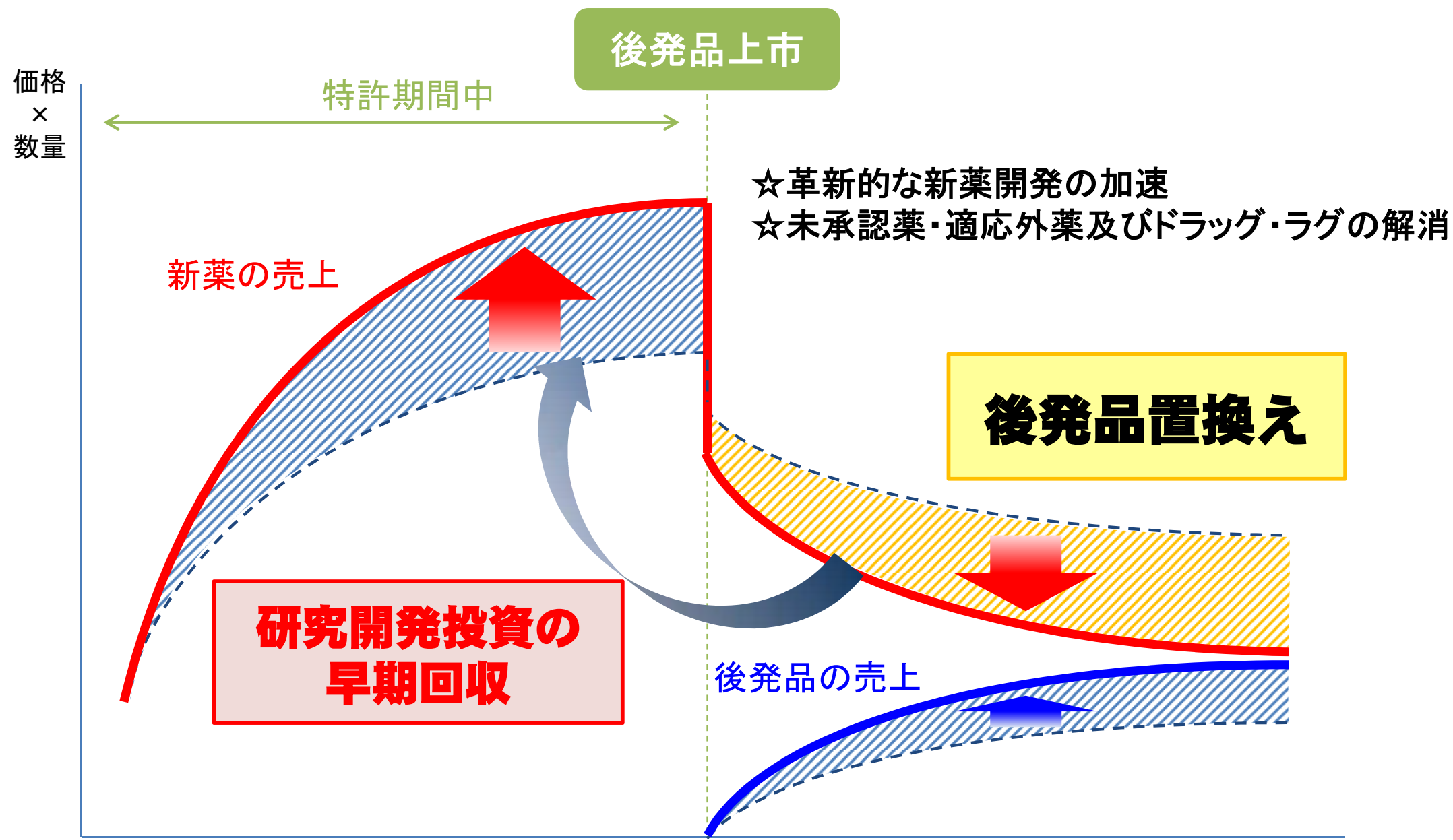
【参考】

- ・ 我が国の製薬産業について、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に転換するため、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を検討するとともに、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を検討し、結論を得る。（薬価制度の抜本改革に向けた基本方針）
- ・ 革新的新薬を評価しつつ、長期収載品の薬価をより引き下げることで、医薬品産業について長期収載品に依存するモデルから高い創薬力を持つ産業構造に転換する。メーカーが担う安定供給などの機能や後発医薬品産業の健全な発展・育成に配慮しつつ、後発医薬品の価格帯を集約化していくことを検討し、結論を得る。（骨太の方針2017）

特許切れ市場における長期収載品シェア（2016年）



長期収載品に依存せず高い創薬力を持つ産業構造（モデル）



後発品への置換えが進まない先発品の薬価引き下げ (特例引下げ(Z2))

②9、③1、③3

最初の後発品が薬価収載されて5年を経過した以降の薬価改定ごとに、後発品への置換え率が70%未満となる先発品について、市場実勢価格による改定後の薬価から、置き換え率に応じて特例的な引下げを行う。

<引き下げ幅>

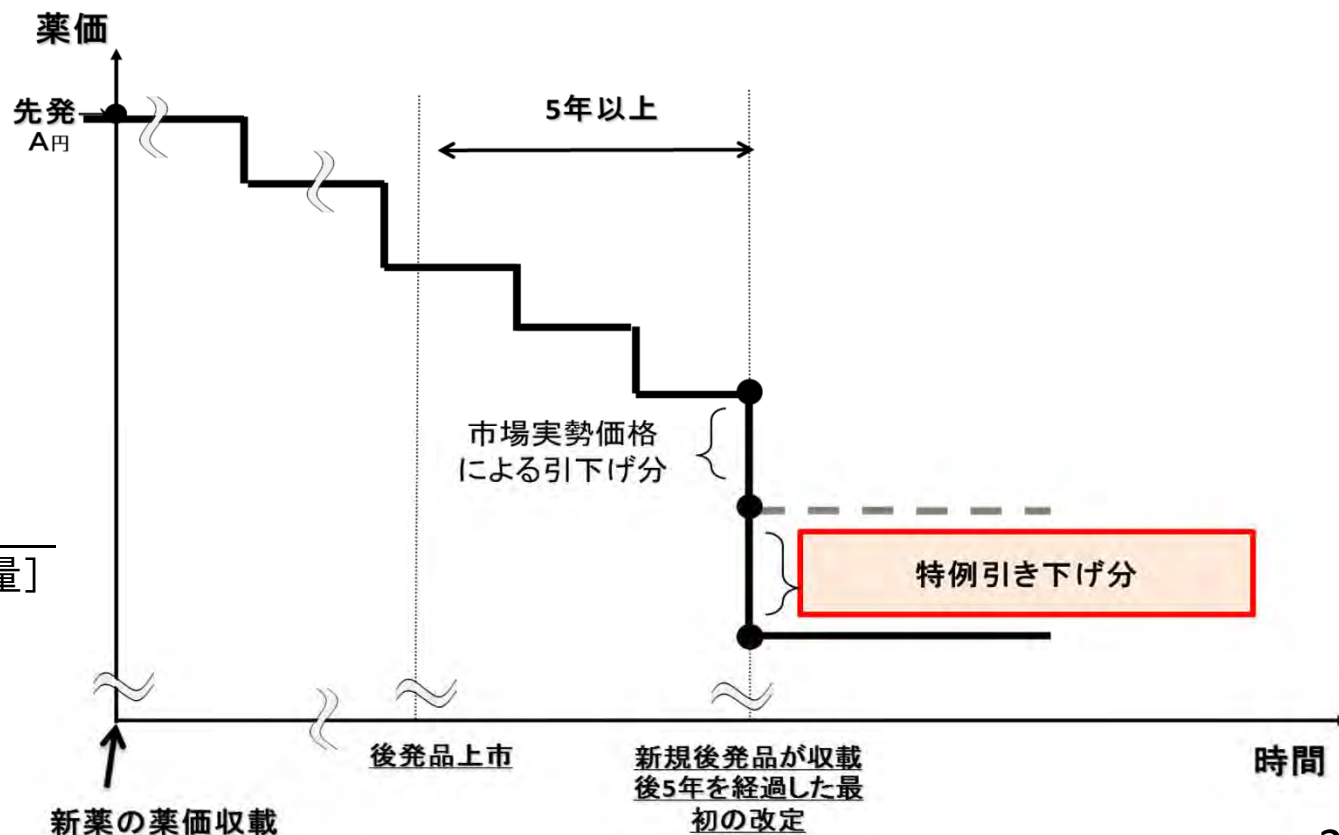
後発医薬品置換え率

- ・30%未満 : ▲2.0%
- ・30～50%未満 : ▲1.75%
- ・50～70%未満 : ▲1.5%

<置換え率>

[後発品の数量]

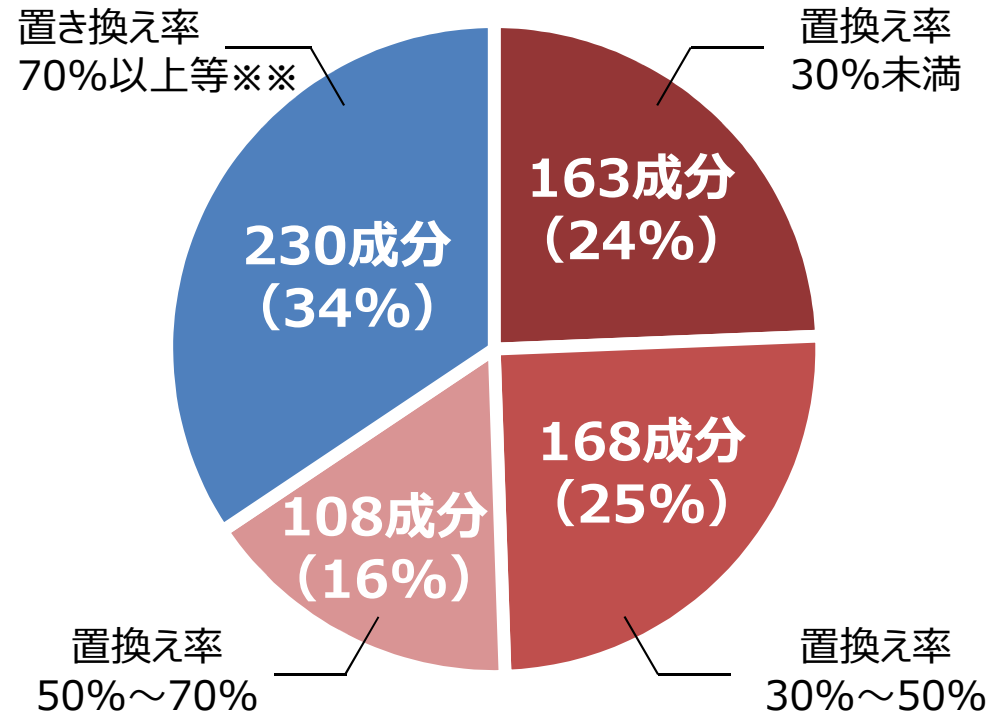
[後発品のある先発品の数量] + [後発品の数量]



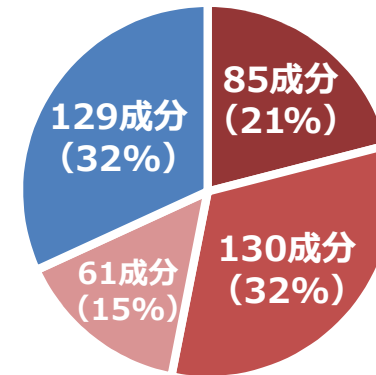
後発医薬品への置換えが進まない品目の割合

②、③、③

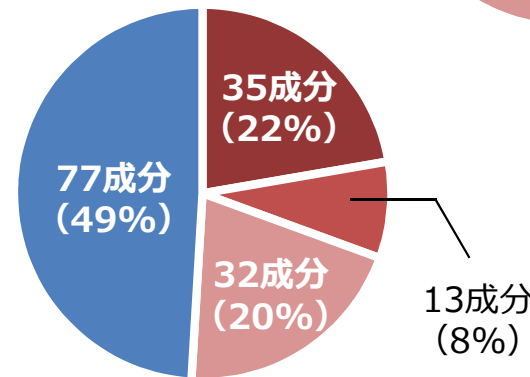
全体（669成分）※



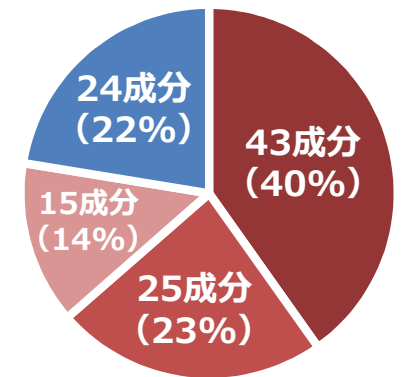
内用薬（405成分）



注射薬（157成分）



外用薬（107成分）



※置換え率30%未満、30%～50%、50%～70%の成分数は、平成28年度薬価改定において、それぞれ該当する置換え率でZ2の対象となった成分数。
 ※※Z2対象外の品目には、置換え率70%以上の品目の他、後発品収載から5年以内のもの、Z2の除外要件（局方品、オーファン等）に該当する先発品を含む。

後発品への置換えが進まない製剤上の理由

- 保険薬局調査において、後発医薬品を積極的には調剤していない・調剤しにくい医薬品の種類としては、精神神経用剤、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤等があげられている。また、後発医薬品を積極的には調剤していない・調剤しにくい医薬品の剤形としては外用剤があげられている。
- このように後発品への置換えが特に進まない品目については、次のような理由によるとの指摘がある。
 - ① 変化することに対して不安が強い疾患領域（精神科領域等）
 - ② 先発品から切り替える場合には、血中濃度をシビアに見ていく必要がある薬剤（抗悪性腫瘍剤等）
 - ③ 製剤優位性のある薬剤（外用貼付剤等）

現在の薬価調査の公表事項

- 調査結果速報としての概要版公表時（12月初旬）
 - 全体の平均乖離率
 - 後発品数量シェア
 - 投与形態ごとの平均乖離率及び薬価ベースシェア
 - 報告数量が多い薬効分類ごとの平均乖離率
- 薬価改定告示後の詳細版公表時（3月上旬）
 - 区分ごと（新薬、後発品、その他の品目）の品目数、数量シェア及び薬価ベースシェア
- 次の本調査実施時（2年後の6月中旬）
 - 回収率、調査客体数

Ⅲ 薬価本調査の公表範囲の拡大について

医薬品卸は企業秘密の価格情報を任意に提供

医薬品卸各社は、薬価本調査において、統計的に処理した加重平均値の公表を前提に、会社にとって経営・営業上の秘密情報に属する価格情報を任意に提供



価格交渉に影響を及ぼすデータの公表は、企業の経営・営業上重大な支障を生ずるため、容認できない。

- 公的医療保険で使用する医薬品の償還価格である薬価は、医薬品の価値に見合った市場実勢価格を反映させることを前提としているため、適正な市場実勢価格の形成が必要。

※ 現行薬価制度においては、医療保険から医療機関／保険薬局に支払われる際の医薬品の価格が、「薬価基準」として銘柄別に定められている。
この薬価基準で定められた価格は、卸が医療機関／保険薬局に対して販売する価格（市場実勢価格）を調査（薬価調査）し、その結果に基づき改定される。

- このため、薬価調査（市場実勢価格）の信頼性の確保（＝未妥結・仮納入の是正）、銘柄別薬価収載の趣旨を踏まえた個々の医薬品の価値に見合った合理的な価格形成（総価取引の是正＝単品単価契約の推進）が必要。
- また、医療用医薬品の流通過程の現状を分析し、公的医療保険制度の下での不適切な取引慣行の是正等行う必要があることから、医政局長私的懇談会として、「医療用医薬品の流通改善に関する懇談会」で改善方策を検討。

●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）

【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

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
安定的な医薬品流通が確保されるよう、経営実態に配慮しつつ、流通の効率化を進めるとともに、流通改善の推進、市場環境に伴う収益構造への適切な対処を進める。

単品単価取引の状況

34

単品単価取引については、

- 200床以上の病院は、前年度と比較して増加。26年度と比較しても増加。
- チェーン薬局(20店舗以上)は、前年度と比較して減少。26年度と比較して増加。

(単位: %)

■ 全品総価(一律値引)

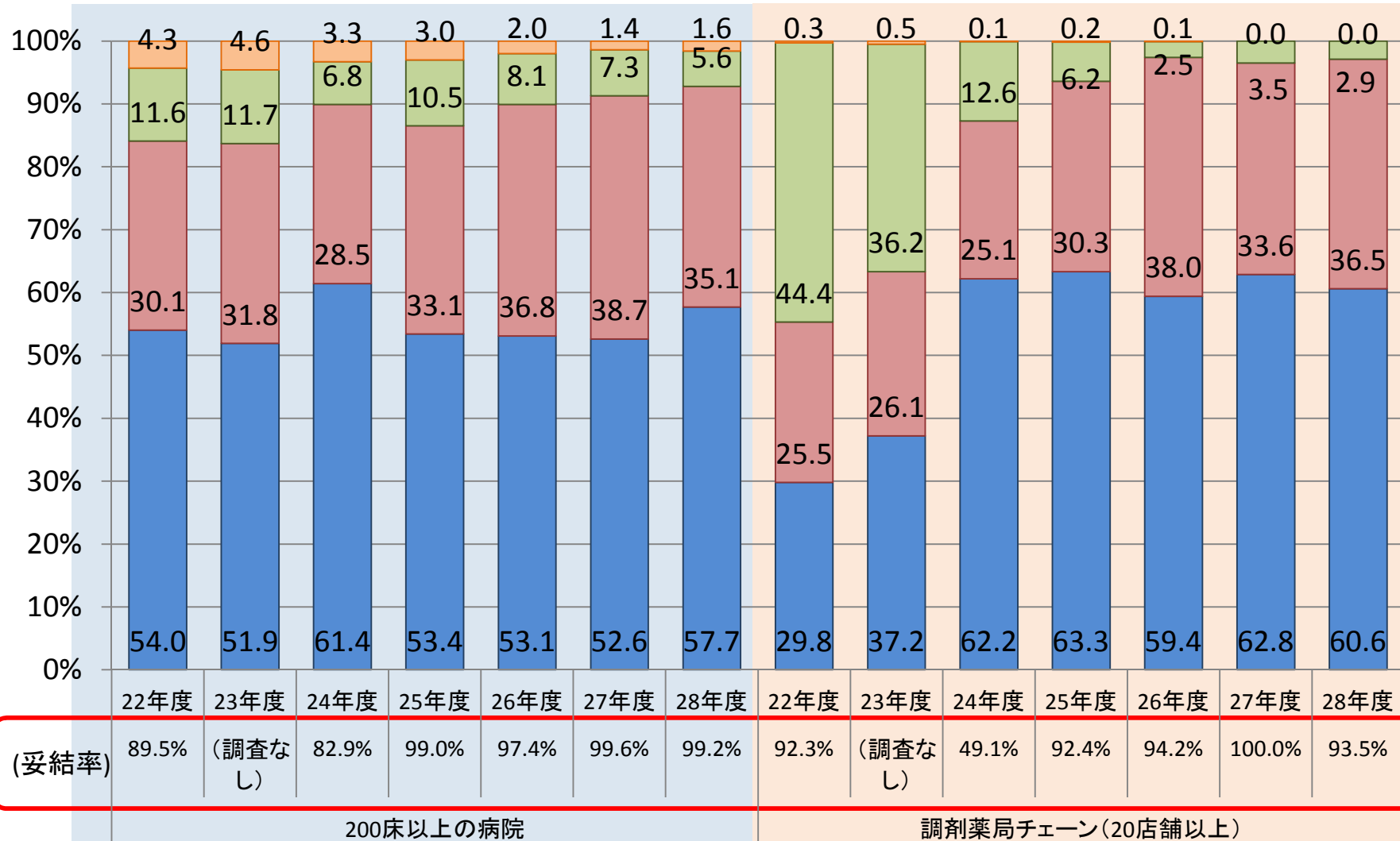
■ 全品総価(除外有)

■ 単品総価(品目ごと値引)

■ 単品単価

※大手5卸売業者の売上高による加重平均値

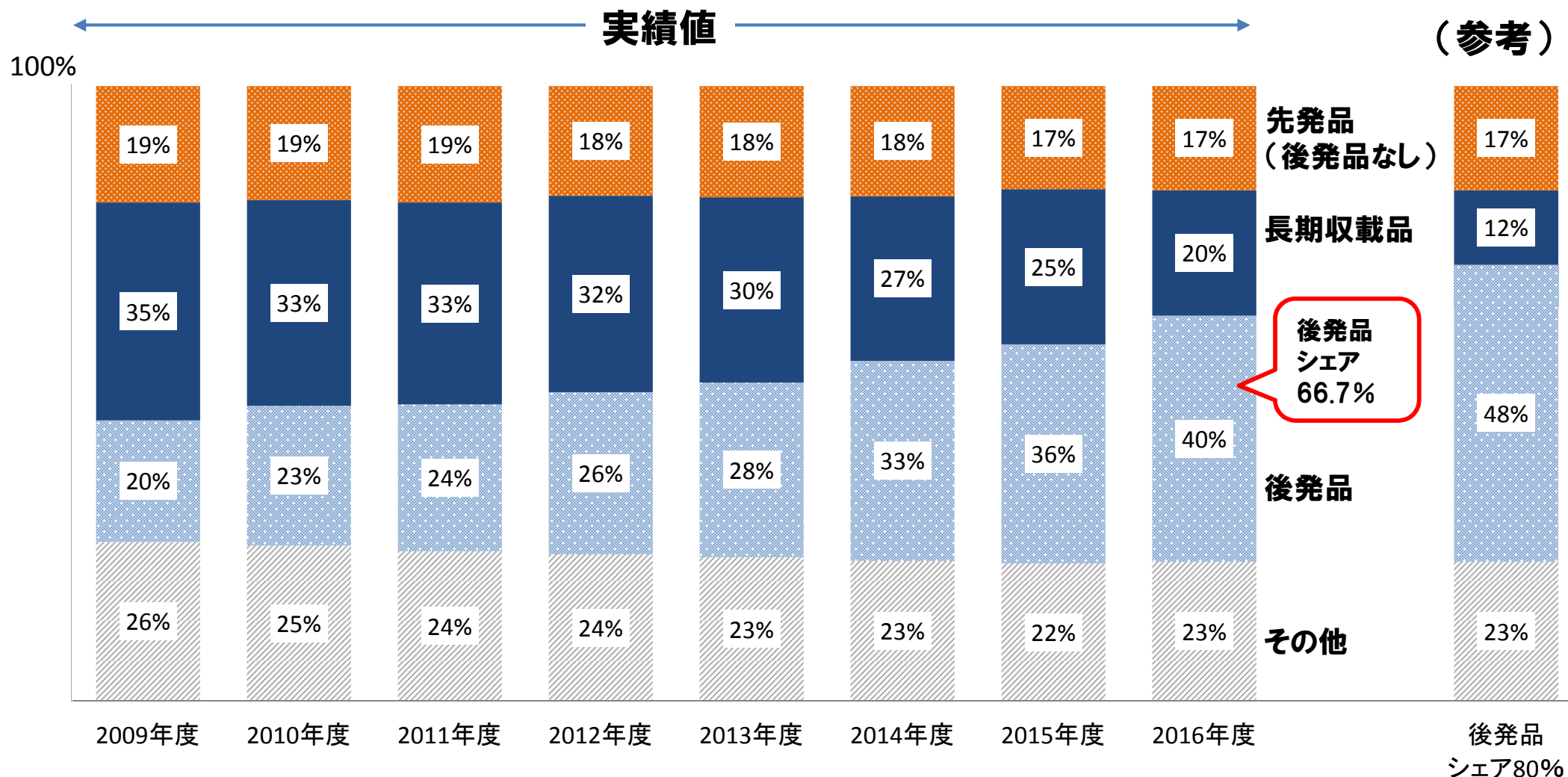
※妥結率は、各年度の3月末の妥結状況調査結果



カテゴリー別 数量ベース売上構成比

34

- 長期収載品の数量は年々減少、2016年度は大きく減少
- 後発品シェア80%となると、全市場の半数が後発品と試算できる



*1 IMS Base JPM (剤形・規格別に算出)、シェアは小数第1位を四捨五入して記載

Copyright © 2017, QuintilesIMS. All rights reserved.

*2 先発品(後発品なし)のうち、同年度および翌年度に長期収載品となった場合、長期収載品として分類

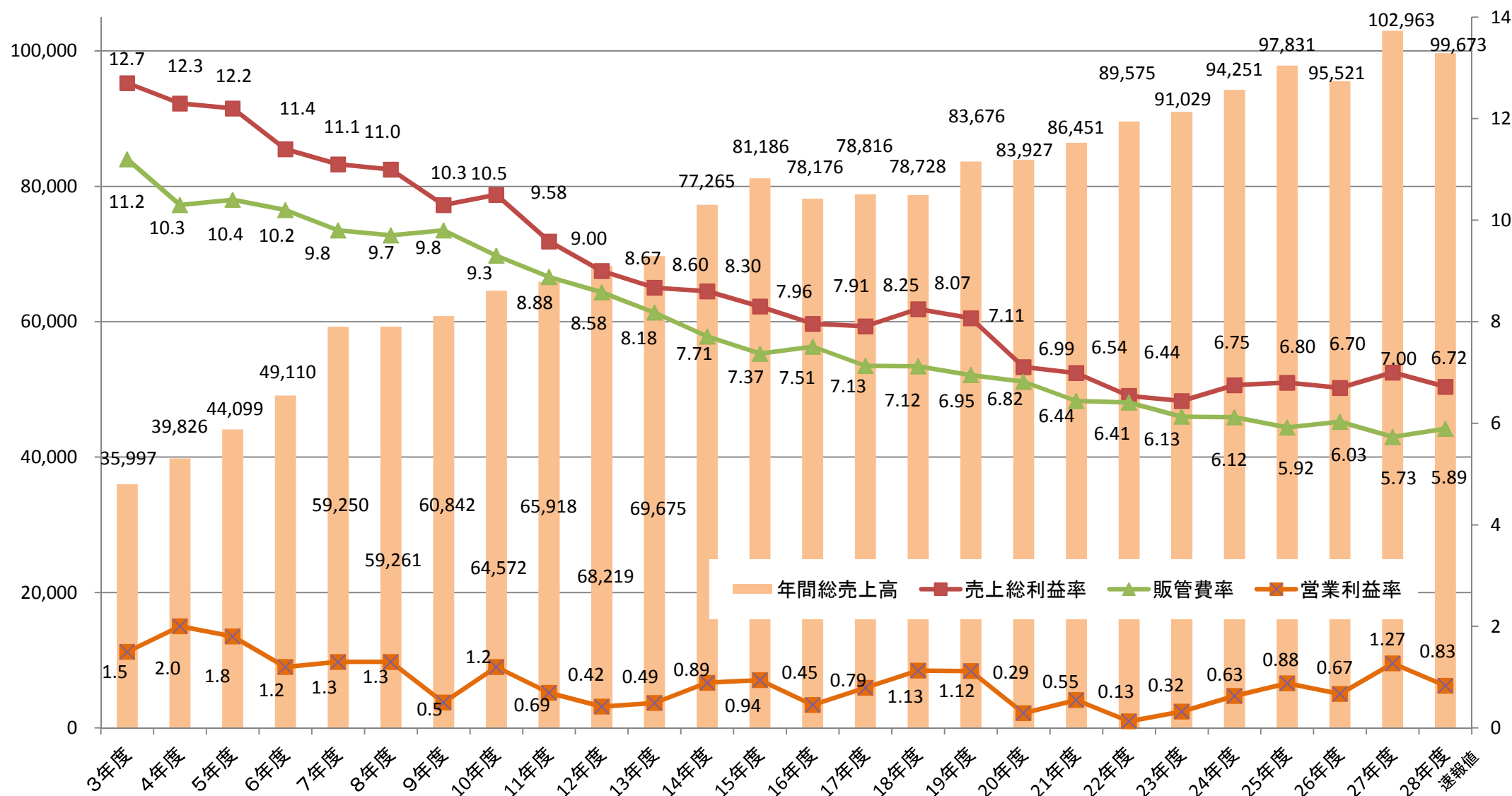
*3 後発品シェア80%は、「先発品(後発品なし)」及び「その他」の数量シェアを固定した参考値

医薬品卸業の経営状況

(年間総売上高／売上総利益率・販管費率・営業利益率の推移)

(単位: 億円)

(単位: %)



医療を支える社会的インフラ機能

- ✓ 1万数千種類の医療用医薬品を「毛細血管型」の流通網により、約23万か所の病院・診療所・歯科診療所・保険薬局等に迅速・確実に供給
- ✓ 大規模地震などの災害時にも、医薬品流通を通して国民の命を守る役割を果たす

医薬品情報の提供・収集機能

- ✓ 医療機関や保険薬局への不良医薬品の回収や副作用等の医薬品情報の提供・収集

電子版お薬手帳の意義

【お薬手帳とは】

- 患者の服用歴を記載し、経時的に管理するもの。
- 患者自らの健康管理に役立つほか、医師・薬剤師が確認することで、相互作用防止や副作用回避に資する。

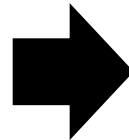
【電子版お薬手帳のメリット】

- ① 携帯電話やスマートフォンを活用するため、携帯性が高く、受診時や来局時にも忘れにくい。
- ② データの保存容量が大きいため、長期にわたる服用歴の管理が可能。
- ③ 服用歴以外に、アプリケーション独自に運動の記録や健診履歴等健康に関する情報も管理可能。

課題と取組状況

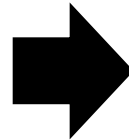
【課題】

- 多くのアプリケーションが提供されており、それぞれ閲覧や書込方法等にばらつきがある。
- 紙のお薬手帳とは異なり、薬剤師が容易に閲覧できず、服用歴を確認できない。



【取組】

- どの薬局の情報でも記録できるよう、標準データフォーマット※を拡充・統一し、運用上の留意事項を自治体に発出（平成27年11月27日）。
※ 平成24年に保健医療福祉情報システム工業会（JAHIS）が策定し、順次改訂。
- どのお薬手帳を利用しても、薬局のパソコンから一元的に閲覧できる仕組みを構築（電子版お薬手帳相互閲覧サービスの導入による服薬情報の共有化）
※ 日本薬剤師会が平成28年4月より本格運用開始。



【現状】○ 相互閲覧サービスを利用している電子版お薬手帳の提供組織は現在20を超えている。

- 薬剤服用歴管理指導料の算定要件を満たした電子版お薬手帳に「対応している」薬局は約3割（平成28年調査）。

平成28年度から予算事業の「患者のための薬局ビジョン推進事業」においてテーマ別モデル事業を実施し、メニューの1つとして電子版お薬手帳の活用を推進する*など、国民・医療従事者への普及啓発を推進

*平成29年度では38自治体中4自治体が実施。

概要

厚生労働省は、平成27年10月に、**かかりつけ薬剤師・薬局機能を明確化し、将来に向けた薬局再編の姿を示す「患者のための薬局ビジョン」を策定、平成28年度にはビジョン実現のアクションプランを作成**。平成30年度は、28年度及び29年度に実施したモデル事業を踏まえ、より具体的な取組を支援するため、テーマ別のメニューを見直し、患者に対するアンケートを実施する。

ビジョン実現に資するテーマ別モデル事業の推進

220,444千円 (175,539千円)

○平成29年度の事業を踏まえ事業の**充実・発展**

- ・ 好事例をもとにした新たな取組
- ・ 把握された課題の改善
- ・ 事業規模の拡大によるエビデンス構築

○ **基本事業として、かかりつけ薬剤師・薬局の推進、機能強化のため、地域の現状や課題を把握するための調査を行うとともに、その実現に向けて多職種、他機関との連携協議体等の場を作り、検討を行うこととし、その上で、下記メニュー事業のいずれかを実施する。**

①**多職種連携による薬局の在宅医療サービス等の推進事業**

- ・ かかりつけ医を中心に多職種連携を行いつつ、患者の服薬情報・副作用等の情報連携や在宅医療サービスを提供する取組等を推進する。

②**ICTを活用した地域の先進的な健康サポート推進事業**

- ・ 電子版お薬手帳を含めたICTの活用を地域の中で推進し、様々な健康情報（食事・運動情報）と服薬情報等をリンクさせ、総合的な健康サポート機能を充実させる。

③**薬局・薬剤師による健康サポート推進事業**

- ・ 地域において健康サポート機能を有する薬局の取組を推進するため、多様な機関、他職種との連携やお薬・健康相談などを実施する。

④**薬局薬剤師と病院薬剤師の連携（薬薬連携）等の地域連携を担う人材育成事業**

- ・ 薬局薬剤師が医療機関において（又は病院薬剤師が薬局において）研修を行うことなどにより、地域におけるチーム医療の一員として必要な知見や能力を充実・強化させ、薬局薬剤師と病院薬剤師の連携（薬薬連携）等を含む地域における在宅医療や外来化学療法等に係る人材を育成する。

患者・国民視点での 薬局ビジョンの推進

17,687千円(17,936千円)

- 薬局ビジョン策定から約2年が経過していることを踏まえ、薬剤師・薬局の取組を患者・国民視点で評価するため、患者に対するアンケート調査を実施

- 患者がかかりつけ薬剤師・薬局のメリットを感じているかどうかを把握・解析

- 好事例の横展開を目的とした地域ブロックごとの協議会の開催支援や事例集の作成・配布



様々な視点から薬剤師・薬局の機能強化のための取組を実施するとともに、その評価を行い、PDCAサイクルを回すことにより「患者のための薬局ビジョン」の早期実現を目指す

○かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき3つの機能

- 地域包括ケアシステムの一翼を担い、薬に関して、いつでも気軽に相談できる かかりつけ薬剤師がいることが重要。
- かかりつけ薬剤師が役割を発揮するかかりつけ薬局が、組織体として、業務管理（勤務体制、薬剤師の育成、関係機関との連携体制）、構造設備等（相談スペースの確保等）を確保。

1. 服薬情報の一元的・継続的把握

- 主治医との連携、患者からのインタビューやお薬手帳の内容の把握等を通じて、患者がかかっている全ての医療機関や服用薬を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導を実施。
- 患者に複数のお薬手帳が発行されている場合は、お薬手帳の一冊化・集約化を実施。

2. 24時間対応・在宅対応

- 開局時間外でも、薬の副作用や飲み間違い、服用のタイミング等に関し随時電話相談を実施。
- 夜間・休日も、在宅患者の症状悪化時などの場合には、調剤を実施。
- 地域包括ケアの一環として、残薬管理等のため、在宅対応にも積極的に関与。

(参考)・現状でも半分以上の薬局で24時間対応が可能。(5.7万のうち約3万の薬局で基準調剤加算を取得)

- ・ 薬局単独での実施が困難な場合には、調剤体制について近隣の薬局や地区薬剤師会等と連携。
- ・ へき地等では、患者の状況確認や相談受付で、薬局以外の地域包括支援センター等との連携も模索。

3. 医療機関等との連携

- 医師の処方内容をチェックし、必要に応じ処方医に対して疑義照会や処方提案を実施。
- 調剤後も患者の状態を把握し、処方医へのフィードバックや残薬管理・服薬指導を行う。
- 医薬品等の相談や健康相談に対応し、医療機関に受診勧奨する他、地域の関係機関と連携。

○かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて

～対物業務から対人業務へ～

患者中心の業務

患者中心の業務

薬中心の業務

- ・処方箋受取・保管
- ・調製(秤量、混合、分割)
- ・薬袋の作成
- ・報酬算定
- ・薬剤監査・交付
- ・在庫管理

- 医薬関係団体・学会等で、専門性を向上するための研修の機会の提供
- 医療機関と薬局との間で、患者の同意の下、検査値や疾患名等の患者情報を共有
- 医薬品の安全性情報等の最新情報の収集

- ・処方内容チェック
(重複投薬、飲み合わせ)
- ・医師への疑義照会
- ・丁寧な服薬指導
- ・在宅訪問での薬学管理
- ・副作用・服薬状況のフィードバック
- ・処方提案
- ・残薬解消

専門性＋コミュニケーション
能力の向上

薬中心の業務

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。

現行

薬剤服用歴管理指導料
41点/34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 **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**

以下の項目が
包括されるイメージ

薬剤服用歴
管理指導料

調剤料

調剤基本料

2. かかりつけ薬剤師が役割を発揮できる薬局の体制及び機能の評価 (基準調剤加算の見直し)

- かかりつけ薬剤師が役割を発揮できる薬局の体制及び機能の評価するため、基準調剤加算を統合し、「患者のための薬局ビジョン」を踏まえ、在宅訪問の実施、開局時間、相談時のプライバシーへの配慮等の要件を見直す。

基準調剤加算の要件見直し

《平成28年度改定前》

	基準調剤加算1（12点）	基準調剤加算2（36点）
開局時間	○地域の保険医療機関や患者の需要に対応した開局時間	
備蓄品目	○700品目以上	○1,000品目以上
24時間体制	○単独の保険薬局又は近隣の保険薬局と連携（連携する薬局数は10未満）	○当該薬局のみで対応
在宅業務	-	○在宅業務の体制整備※ ○在宅の業務実績（10回/年以上）
処方せん受付回数/集中度	○調剤基本料の特例対象薬局（大型門前薬局）ではないこと	○調剤基本料の特例対象薬局（大型門前薬局）ではないこと ○処方せん600回/月を超える薬局は集中度が70%以下
その他	○麻薬小売業者の免許 ○定期的な研修実施 ○インターネットを通じた情報収集と周知	

《改定後》

基準調剤加算（32点）
<u>○平日は1日8時間以上、土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局し、かつ、週45時間以上開局</u>
<u>○1,200品目以上</u>
<u>○単独の保険薬局又は近隣の保険薬局と連携（連携する薬局数は3以下）</u>
○在宅業務の体制整備 <u>○在宅の業務実績（1回/年以上）</u>
○調剤基本料の特例対象薬局（大型門前薬局等）ではないこと
○麻薬小売業者の免許 ○定期的な研修実施 ○インターネットを通じた情報収集と周知 <u>（医薬品医療機器情報配信サービス（PMDAメディナビ）登録義務）</u>
<u>○プライバシーに配慮した構造</u>
<u>○健康相談又は健康教室を行っている旨の薬局内掲示</u>
<u>○かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出</u>
<u>○管理薬剤師の実務経験（薬局勤務経験5年以上、同一の保険薬局に週32時間以上勤務かつ1年以上在籍）</u>
<u>○処方せん集中度が90%を超える薬局は、後発医薬品の調剤割合が30%以上</u>

※在宅の体制整備として必要な事項

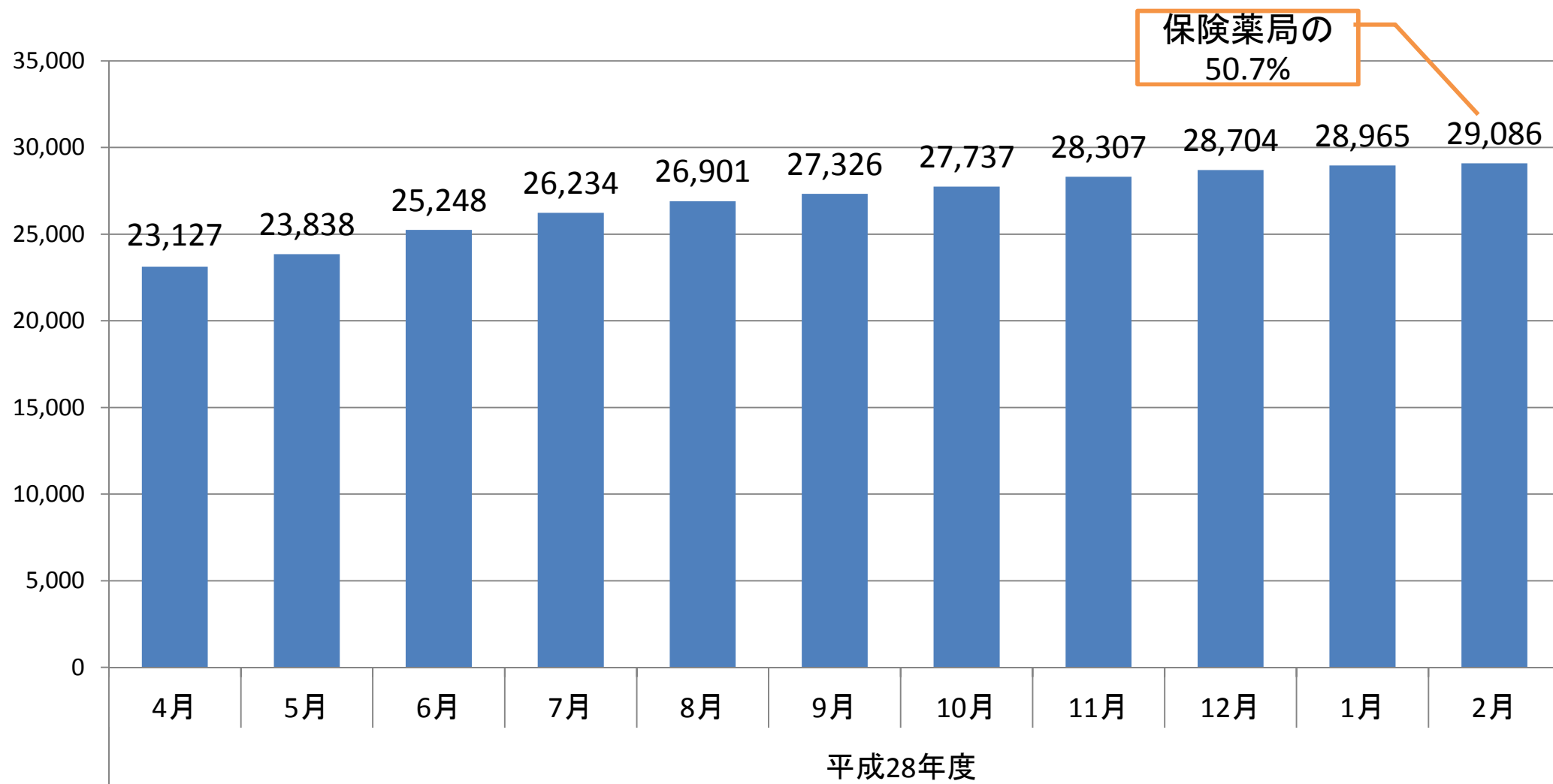
地方公共団体や関係機関等へ在宅業務実施体制の周知、医療材料及び衛生材料供給体制、在宅療養支援診療所（又は在宅療養支援病院）、訪問看護ステーションとの連携体制、ケアマネージャーとの連携体制

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の届出状況

③7

中医協 総-3
2.9.3.2.9

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を届け出ている薬局は、平成29年2月で50.7%であった



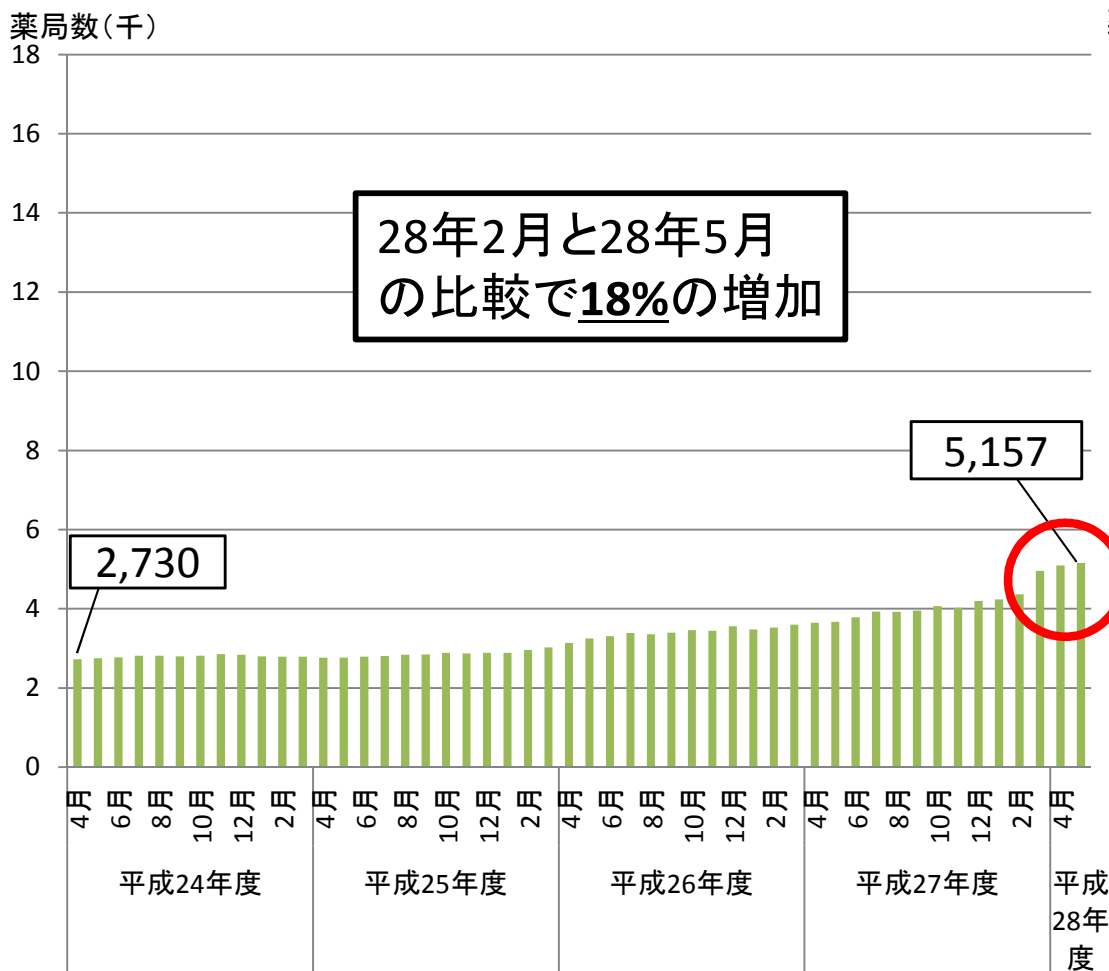
出典：保険局医療課調べ

在宅患者に対する訪問薬剤管理を行う薬局数の推移

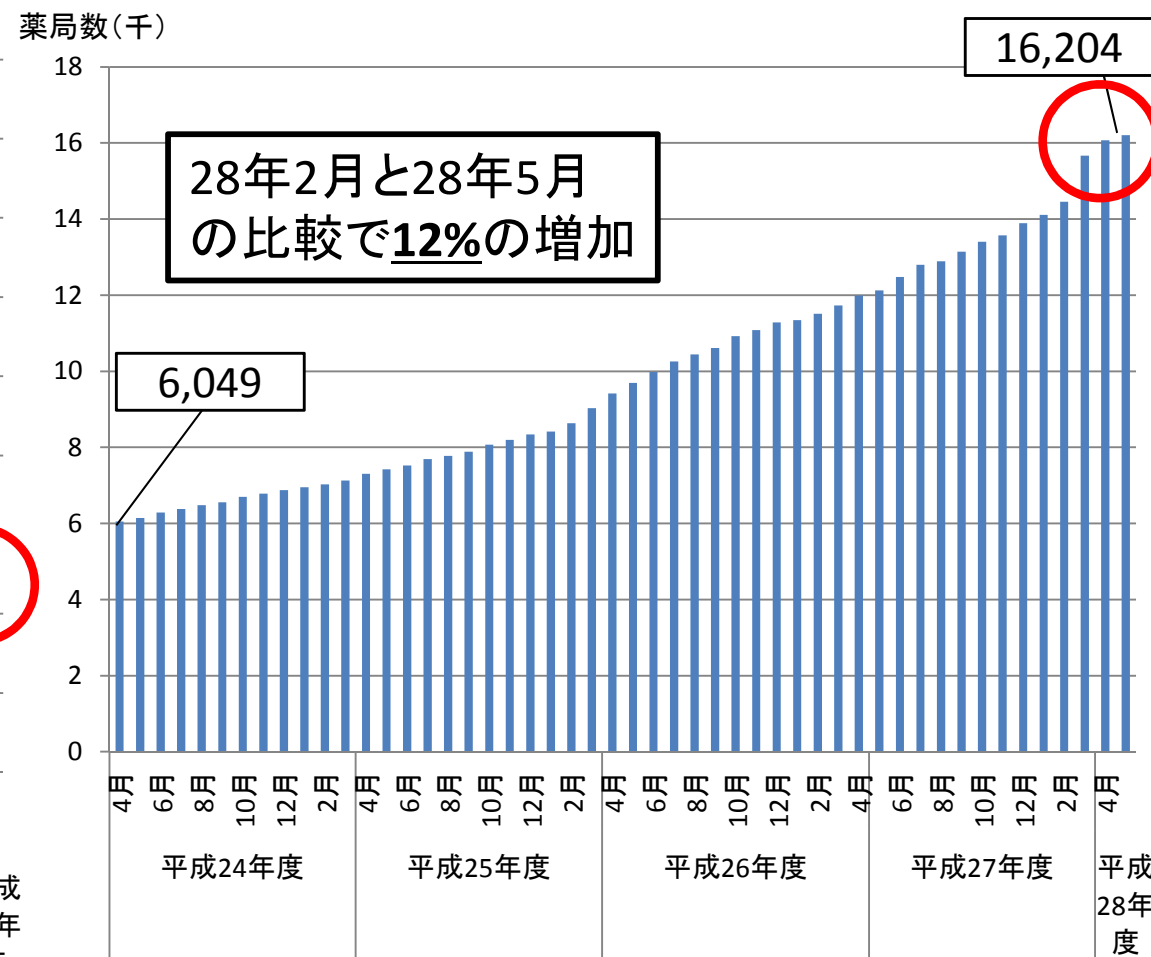
中医協 総373
29.1.11

基準調剤加算の見直しにより在宅業務を実施している薬局が増加している。

在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局数(医療保険)



居宅療養管理指導費算定薬局数(介護保険)



注) 在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

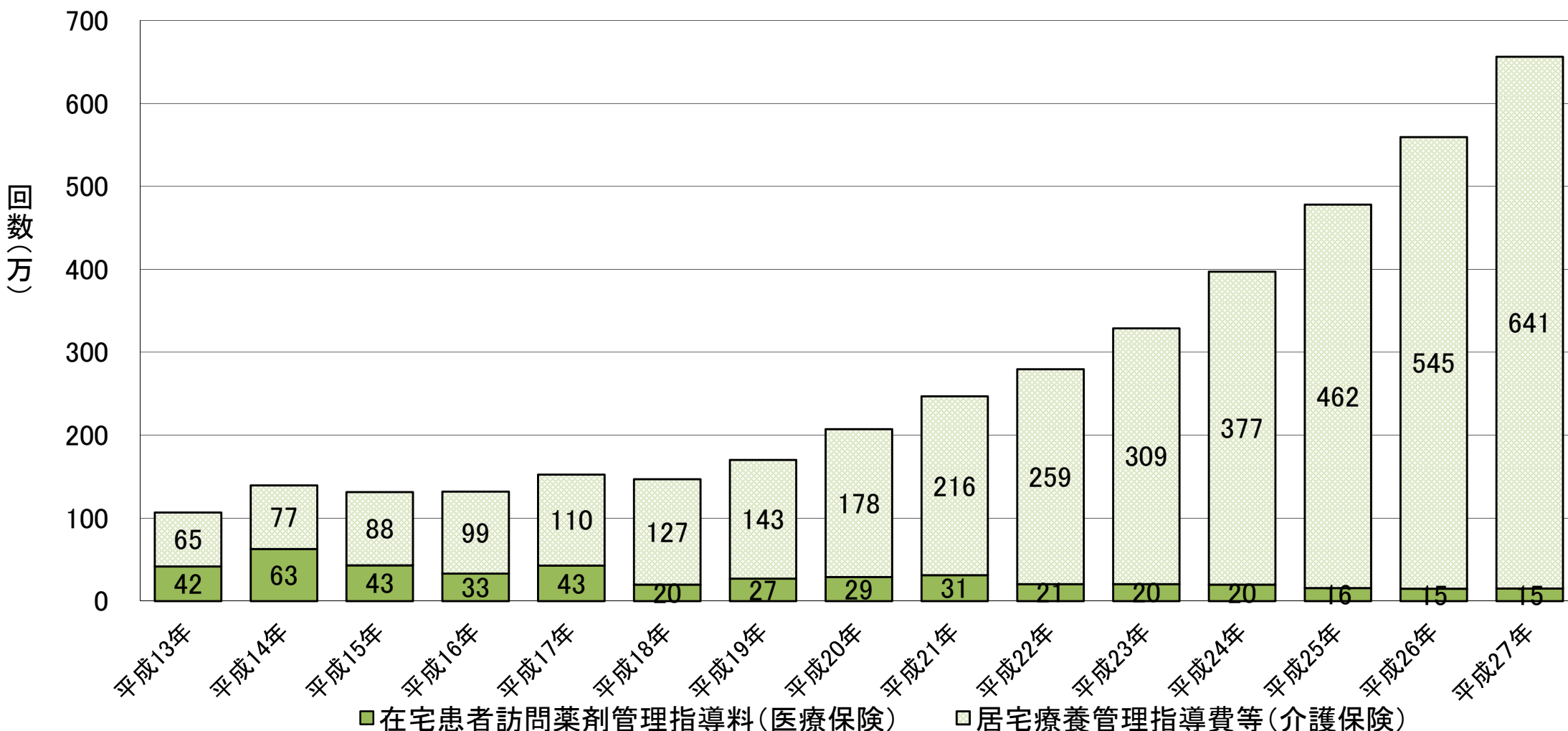
〔出典〕「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」(厚生労働省保険局調査課) 特別集計、老健局老人保健課作成

薬局における在宅患者訪問薬剤管理指導の実施状況

中医協
29.

総 37
3

介護保険における「居宅療養管理指導」に係る算定回数が伸びており、全体として薬剤師による在宅における薬剤管理は進んでいる。



注) 在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

出典) 社会医療診療行為別統計及び介護給付費実態調査を基に医療課で作成

高齢者の多剤投与の状況

高齢者の投薬については、複数の医療機関から合計10種類を超えて投薬されている患者が一定割合存在している。

例1

平均受診医療機関数 2.6

平均受診医療機関数 2.1

平均受診医療機関数 1.3

2.5%
15種類以上

9.2%
10～14種類

32.5%
5～9種類

55.8%
0～4種類

平均受診医療機関数 1.7

※A市国民健康保険の65歳以上74歳以下の被保険者に係る
平成26年11月の診療データより集計

例2

平均受診医療機関数 2.5

平均受診医療機関数 2.0

平均受診医療機関数 1.3

7.1%
15種類以上

20.2%
10～14種類

31.3%
0～4種類

41.4%
5～9種類

平均受診医療機関数 1.6

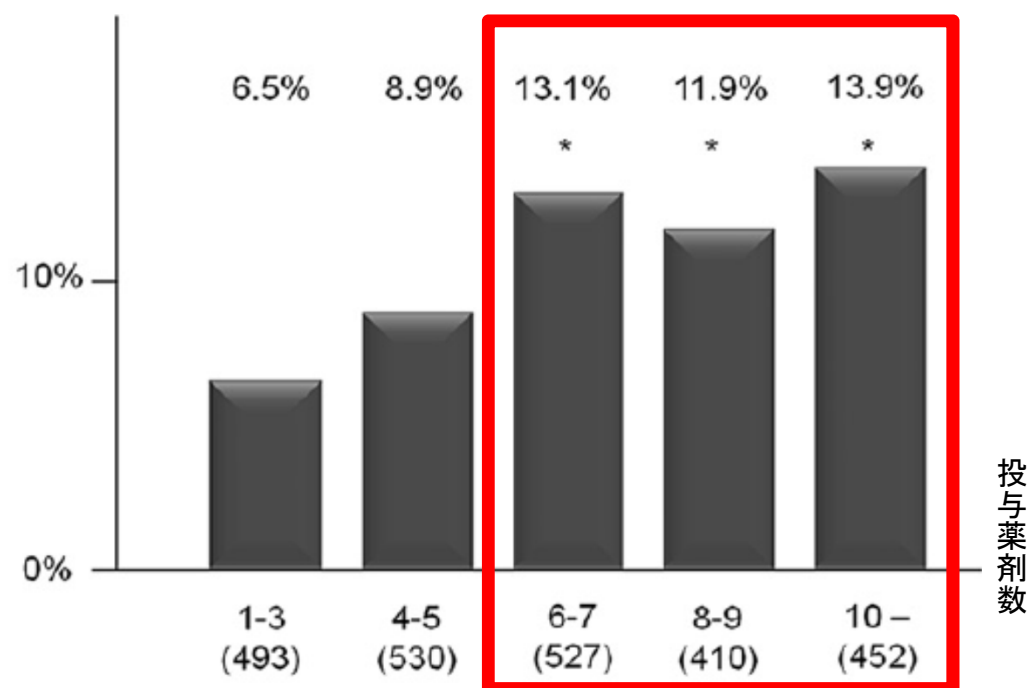
※B県後期高齢者医療広域連合の被保険者(75歳以上)に係る
平成26年12月の診療データより集計

多剤処方の問題点 ～有害事象の発生～

- 高齢者では、6剤以上の投薬が特に有害事象の発生増加に関連している。
- 高齢者の薬物有害事象は、意識障害、低血糖、肝機能障害、電解質異常、ふらつき・転倒の順に多かった。

高齢者の投与薬剤数と有害事象の関係性

薬物有害事象発生率



投与薬剤数

高齢者の薬物有害事象の主な症状	薬物有害事象を呈した者の症状の内訳
意識障害	9.6%
低血糖	9.6%
肝機能障害	9.6%
電解質異常	7.7%
ふらつき・転倒	5.8%
低血圧	4.8%
無動・不随意運動	3.8%
便秘・下痢・腹痛	3.8%
食欲不振・吐き気	3.8%
徐脈	3.8%
出血・INR延長	3.8%

- 1995年～2010年に東京大学病院の老年病科に入院した65歳以上の高齢者2,412人(年齢:78.7±7.3歳、男性51.3%)の薬物による副作用を後向きに調査。
- 投与薬剤数は6.6±3.6剤。
- 252人(10.5%)に副作用を確認。

- 2013年4月～2014年3月に大学病院老年科5施設(杏林大学高齢医学科、名古屋大学老年内科、東北大学老年科、大阪大学老年・高血圧内科、東京大学老年病科)に入院した65歳以上の患者の薬物有害事象を調査した。
- 患者数:700名、平均年齢:81.5歳(男性46.1%)
- 薬物有害事象を呈した患者数:104名(14.7%)※上記表は、そのうち102名の症状の内訳

重複投薬相互作用等防止加算の算定状況

平成28年度診療報酬改定において、薬局から処方医へ処方内容の疑義照会を行い、処方内容を変更した場合の評価を充実（20点→30点へ充実）。見直しに伴い、疑義照会により処方内容に変更がなかった場合の評価は廃止。

平成27年6月 1ヶ月間の重複投薬・相互作用防止加算の算定回数

	平均値
重複投薬・相互作用防止加算（処方変更あり）	3.6
重複投薬・相互作用防止加算（処方変更なし）	0.4

算定回数（平均値）
が増加

平成28年6月 1ヶ月間の重複投薬・相互作用等防止加算の算定回数

	平均値
重複投薬・相互作用等防止加算	8.7

（n=1,000薬局）

出典：日本薬剤師会による調査（暫定値）

外来患者の残薬削減の取組

37

- 節薬バッグ運動：外来患者の残薬の現状とその有効活用による医療費削減の取り組み（福岡市薬剤師会）
- 実施期間：2013年2月～2014年1月
- 実施内容：薬局において、本活動の同意が得られた患者に「節薬バッグ」を渡し、次回来局時に残薬をバッグに入れて持参してもらい、残薬確認と調整を行う。（参加薬局127、協力患者1,367人）



＜残薬確認による薬剤費削減率＞

	処方された薬剤費(円)	削減された薬剤費(円)	薬剤費の削減率(%)
処方せん1枚当たり	8,280 [※] (4,322-15,044)	1,101 [※] (412-2,669)	15.54 [※] (6.57-33.30)
総数	16,593,964	3,492,722	21.05

処方された薬剤費(総数)の約20%を削減

※中央値(四分位範囲)

【出典】福岡市薬剤師会における医療費および患者負担軽減を目指した残薬調整の取り組み～節薬バッグ運動の実践～



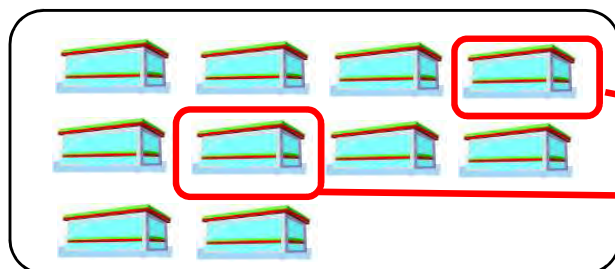
平成28年度診療報酬改定において、薬局が患者に薬剤を入れるバッグを配布し、患者が服用中の薬剤を薬局に持参した際に残薬等の薬学管理を行った業務を評価（月1回185点）

いわゆる門前薬局の評価の見直し

いわゆる大型門前薬局の評価の見直し(特例の追加)

- 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せん受付回数が月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せん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。

【薬局グループ】 ⇒ グループ全体の処方せん受付回数が月4万回超

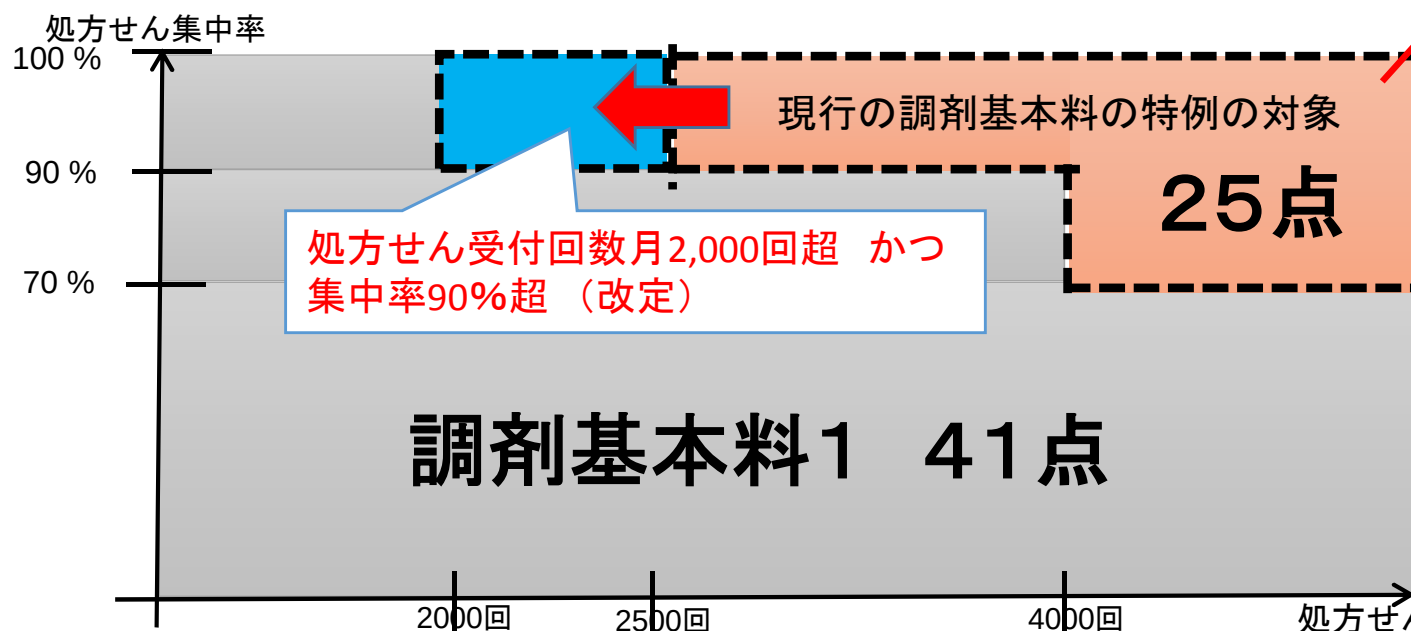


(新) 調剤基本料3 20点

- ① 処方せん集中率が95%超の薬局
- ② 特定の医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある薬局

処方せん受付回数と集中率による特例の拡大

- 処方せん受付回数・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

- ・ 処方せん受付回数月4,000回超 かつ 集中率70%超
- ・ 処方せん受付回数月2,500回超 かつ 集中率90%超
- ⇒ 処方せん受付回数月2,000回超 かつ 集中率90%超 (改定)

調剤基本料2 25点

- (新) 特定の医療機関からの処方せん受付回数が月4,000回超 (集中率にかかわらず対象)

薬局の特徴ごとの機能

37

薬局が果たす機能は、その薬局を取り巻く状況により異なると考えられるが、おおむね下記のように考えられるのではないかな。

かかりつけ薬剤師・薬局での調剤 いわゆる門前薬局での調剤 いわゆる同一敷地内薬局での調剤 院内調剤(外来)

患者のメリット	服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導	受けやすい ←			受けにくい →
	多剤重複・相互作用の防止、残薬への対応	受けやすい ←			受けにくい →
	副作用のフォローアップ	受けやすい ←			受けにくい →
	薬について相談できる顔の見える関係	築きやすい ←			築きにくい →
	多職種と連携した対応(かかりつけ医等へのフィードバックなど)	受けやすい ←			受けにくい →
その他の特徴	保険医療機関からの独立性(処方内容のチェック機能等)	独立している	独立している	独立している	独立していない
	医薬品の備蓄等の効率性の図りやすさ	図りにくい ←			図りやすい →
	希少疾病等の専門性の高い疾患における担当医との連携	築きにくい ←			築きやすい →
	薬をもらうために医療機関・薬局の2つの施設に行かなければならない二度手間	あり	あり	あり	なし
調剤報酬	※解熱鎮痛剤・抗生剤7日分処方例	178点	105~110点	105~110点	27点
	※メイアクトMS錠100mg(1日3回)＋カロナール錠300mg×2錠(1日3回)とすると薬剤料として右図に142点上乗せ	基準調剤加算 32点 調剤基本料 41点 調剤料 35点 かかりつけ薬剤師指導料 70点	調剤基本料 20~25点 調剤料 35点 薬剤服用歴管理指導料 50点	調剤基本料 20~25点 調剤料 35点 薬剤服用歴管理指導料 50点	調剤技術基本料8点※、 調剤料9点 薬剤情報提供料10点 等

【課題】

- 医薬分業の進展(処方せん枚数増加)に伴い、薬剤料を中心として全体の調剤医療費は増加している。
- 平成28年度調剤報酬改定では、かかりつけ薬剤師・薬局の評価、薬局における対人業務の評価の充実、後発医薬品の使用促進策、いわゆる門前薬局の評価の適正化等を行った。
- その結果、改定直後の限られたデータであるものの、在宅対応を実施する薬局及び重複投薬・相互作用防止加算の算定件数が増加したほか、かかりつけ薬剤師指導料等の施設基準の届出薬局は半数以上に達するなど、対人業務の増加傾向が見られる。
- また、保険薬局における後発医薬品の数量シェアは増加しており、後発医薬品の使用促進に貢献している。
- 保険薬局の独立性を維持しつつ、保険医療機関と保険薬局の間に、一律にフェンス等を設置し公道等を介することを求める運用を改めた。
- 保険薬局の中には、特定の保険医療機関からの処方せんを集中して受け付けること等により、かかりつけ薬剤師・薬局としての機能を十分に果たしていない薬局があるとの指摘がある。
- 地域包括ケアのチームの一員として、かかりつけ薬剤師が専門性を発揮して、服薬状況を一元的かつ継続的に把握し、薬学的管理・指導を実施する体制の構築に取り組む必要がある。
- これにより、多剤・重複投薬の防止や残薬解消などを通じ、医療費の適正化にも貢献することが期待される。

○ 患者本位の医薬分業を実現するために、前回の診療報酬改定の影響を検証した上で、累次にわたる調剤報酬の抜本的見直しを継続するべく、薬局の機能に応じた評価のあり方などについて、どう考えるか。

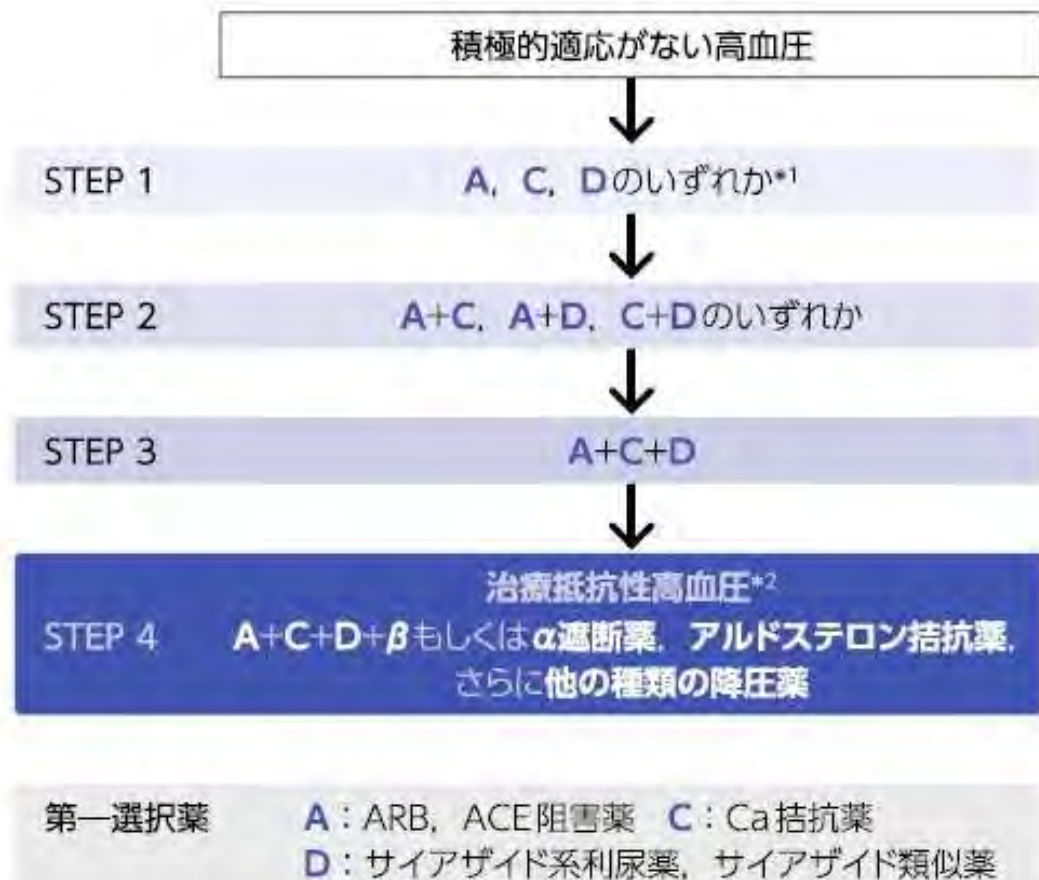
高血圧治療における降圧薬選択について

27 (iii)

(日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン2014」より)

- 降圧薬の心血管病抑制効果の大部分は、その種類よりも降圧度によって規定される。
- Ca拮抗薬、ARB、ACE阻害薬、少量利尿薬、β遮断薬を主要降圧薬とし、病態や合併症の有無に応じて、適切な降圧薬を選択する。
- 積極的適応がない場合の高血圧に対して、最初に投与すべき降圧薬(第一選択薬)はCa拮抗薬、ARB、ACE阻害薬、利尿薬の中から選択する。

積極的適応がない場合の高血圧治療の進め方



主要降圧薬の積極的適応

	Ca拮抗薬	ARB/ACE阻害薬	サイアザイド系利尿薬	β遮断薬
左室肥大	●	●		
心不全		●*1	●	●*1
頻脈	● (非ジヒドロピリジン系)			●
狭心症	●			●*2
心筋梗塞後		●		●
(蛋白尿-) CKD	●	●	●	
(蛋白尿+) CKD		●		
脳血管障害慢性期	●	●	●	
糖尿病/MetS*3		●		
骨粗鬆症			●	
誤嚥性肺炎		● (ACE阻害薬)		

*1 少量から開始し、注意深く漸増する、*2 冠脈狭窄性狭心症には注意、

*3 メタボリックシンドローム

高血圧症治療薬の違い

②⑦ (iii)

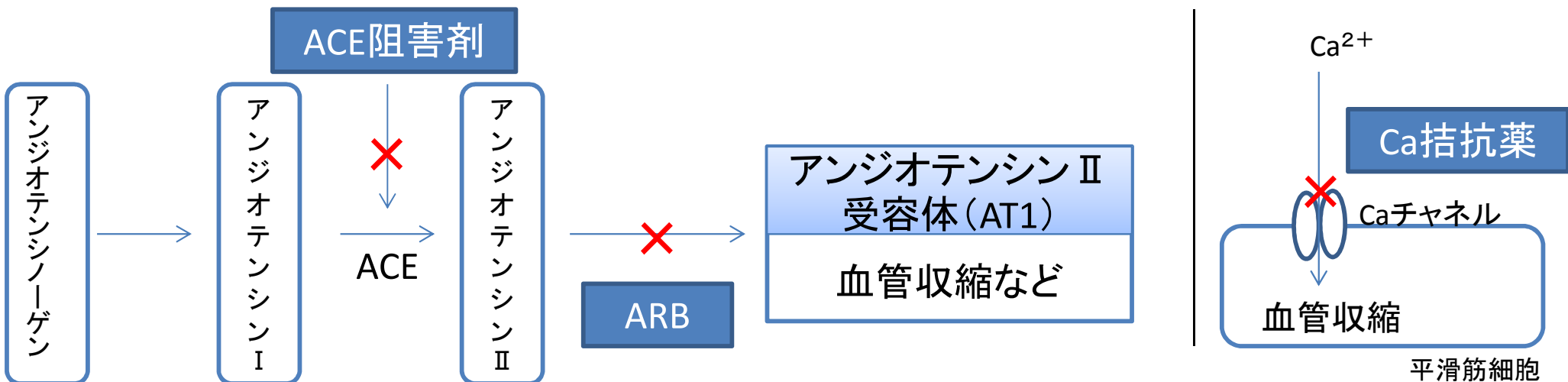
ACE: angiotensin-converting enzyme (アンジオテンシン変換酵素)

ARB: angiotensin II receptor blocker (アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬)

	ACE阻害剤	ARB	Ca拮抗薬
薬の系統	レニンアンジオテンシン系阻害薬(同系統)		Caチャネル阻害薬
新薬収載	1983～1998年	1999～2012年	1974年～2003年
後発品発売	1997年～	2012年～	1992年～
特徴	咳の副作用あり (東アジア人の副作用リスクは白色人種の2.7倍※)	咳の副作用なし	心不全患者に対し慎重な投与が必要

※BMJ. 2006 May 20; 332(7551): 1177–1181.

<作用メカニズム>



生活習慣病に係る計画の策定と治療管理に係る評価

生活習慣病管理料

- 1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
イ 脂質異常症を主病とする場合 650点 ロ 高血圧症を主病とする場合 700点
ハ 糖尿病を主病とする場合 800点
- 2 1以外の場合
イ 脂質異常症を主病とする場合 1,175点 ロ 高血圧症を主病とする場合 1,035点
ハ 糖尿病を主病とする場合 1,280点

〔主な算定要件〕

- 治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。
- 服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できる。

〔主な施設基準〕

- 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて基準を満たしていること。

1. 医療機関における減薬等の評価

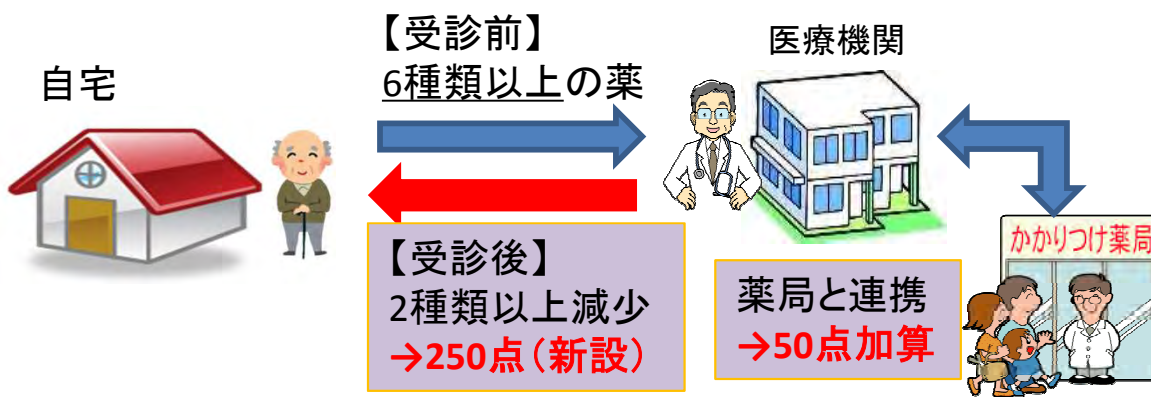
○入院患者に対する減薬の評価

- ・入院時に多種類の服薬（内服薬）を行っている患者に対して退院時に薬剤が減少した場合を評価



○外来患者に対する減薬の評価

- ・多種類の服薬（内服薬）を行っている患者に対して受診時に薬剤が減少した場合を評価



2. 薬局における減薬等の評価

○外来患者に対する処方せんの疑義照会の評価

- ・薬局から処方医へ処方内容の疑義照会を行い、処方内容を変更した場合の評価を充実（20点→**30点**へ充実）

○在宅患者に対する処方せんの疑義照会の評価の充実

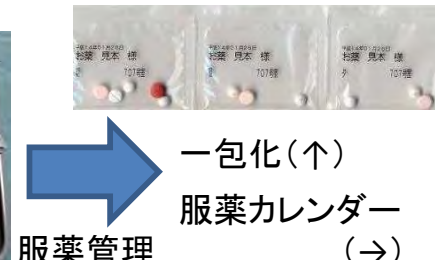
- ・在宅患者について、薬局から処方医へ処方内容の疑義照会を行い、処方内容を変更した場合の評価を新設（**30点**）【新設】

○残薬等の管理の評価

- ・薬局が患者に薬剤を入れるバッグ（右図）を配布し、患者が服用中の薬剤を薬局に持参した際に残薬等の薬学管理を行った業務を評価（**185点**（月1回））【新設】



＜残薬を含む持参薬（イメージ）＞



外来医療(その2)の課題(案)①

中 医 協 ②⑦ 総 (Ⅲ) 4
2 9 . 3 . 2 9

【課題】

【外来医療の現状】

- ・ 推計外来患者数をみると、生活習慣に関連する主な疾患は全体の約2割を占める。
- ・ 医科の外来医療の医療費(入院外医療費)のうち、生活習慣に関連する主な疾患の医療費は約3割(約4兆円)。
- ・ 一般診療所では、外来の平均診療間隔は延長傾向であり、傷病分類別にみても同様の傾向。
- ・ 傷病分類別の入院外1件あたり点数の平均をみると、新生物が最も多い。内訳をみると、新生物では注射の占める割合が大きく、循環器系疾患では投薬、内分泌系疾患では検査の占める割合が大きい。

【生活習慣病の重症化予防と医学管理】

- ・ 生活習慣病は、食事、運動、喫煙、飲酒といった生活習慣が関連した疾病。生活習慣を改善することで、重症化や合併症を予防することが可能。コントロールが不良だと、重篤な合併症や生活機能の低下を招く。
- ・ 糖尿病が強く疑われる者の推計人数は年々増加する傾向にあるが、そのうち、「ほとんど治療を受けたことがない」者の割合は、約3割(平成24年)となっている。40歳以上の年齢階級別でみると、40歳代では、未治療の割合が高い。
- ・ 生活習慣病の予防では、生活習慣病予防を特に必要とする者を抽出して保健指導を行う特定健診・特定保健指導を医療保険者が実施主体となって実施している。
- ・ 糖尿病と高血圧など複数疾患を持つハイリスク者に対する指導では、医療機関との連携が必要。
- ・ 生活習慣病の重症化予防と医学管理では、診療ガイドラインに基づき、主として患者の特徴や健康状態等を総合的に勘案して、個別に治療内容を調整するとともに、コントロールが不良な患者については、専門医療機関と連携して、治療方針の変更等を行うこととされている。また、医学管理にあたっては、患者のセルフケア能力や患者への支援体制も考慮することとされている。

外来医療(その2)の課題(案)②

中医協②7総(Ⅲ)4
29.3.29

【課題】

(かかりつけ医と専門医療機関等の連携)

- ・ 糖尿病の重症化予防の対応等について、かかりつけ医と専門医療機関との間で診療連携パスが構築・活用されている。

(現行の診療報酬上の評価)

- ・ 平成28年度診療報酬改定では、重症化予防の取組みとして、進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価や人工透析患者の下肢末梢動脈疾患重症化予防の評価を行った。

【医療機関と予防事業の連携】

(糖尿病性腎症重症化予防プログラム)

- ・ 通院患者のうち重症化リスクの高い者に対して、主治医の判断で対象者の選定して、保健指導を行うことや、対象者の病状を把握し、本人に説明するとともに、保健指導上の留意点を保健指導の実施者に伝える、といった取り組みを重視。

(重症化予防の介入効果)

- ・ 重症化予防に係る地域の取組事例をみると、検査データ等に基づきハイリスク者を選定し、かかりつけ医、腎臓の専門医、保健師等が連携して、多面的に積極的な支援を行っている地域がある。その結果、検査値等の改善を認めているとの報告がある。
- ・ 慢性腎疾患の重症化予防に関する介入研究において、かかりつけ医と腎臓専門医とが診療システムを構築し、診療ガイドラインに則った診療に加えて積極的に患者の行動変容を促すための介入を行った群では、BMIやHbA1cを改善する、受診継続率を有意に高くする、診療連携を有意に向上する、腎機能の低下を有意に遅くする等の有効性が示されている。



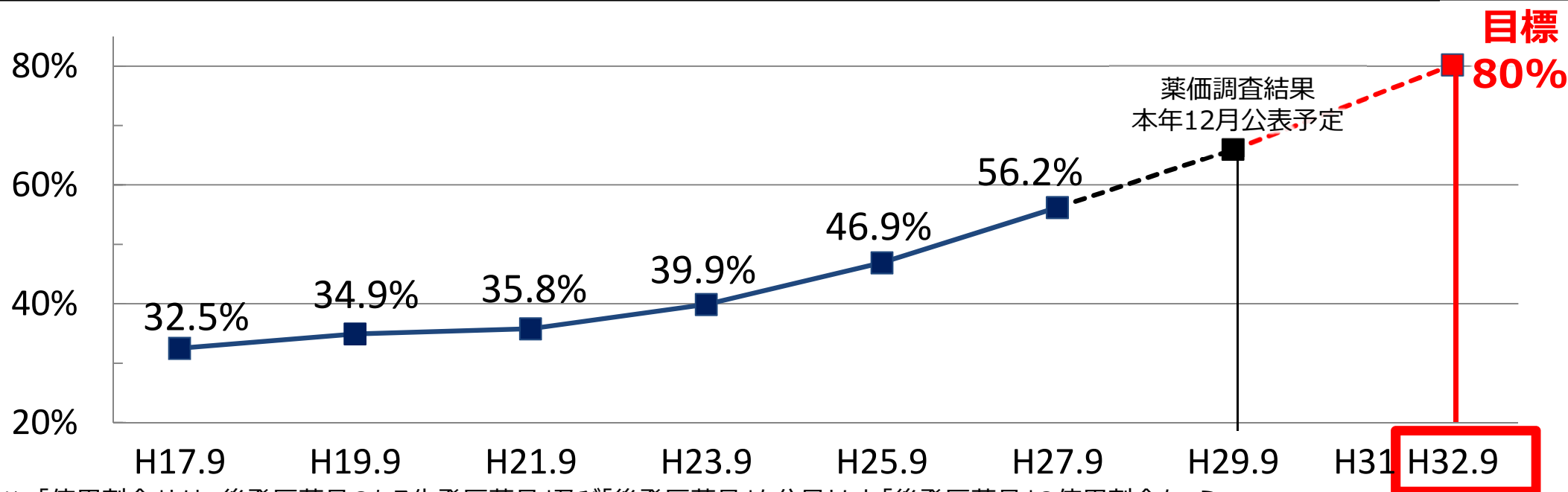
- 今後、生活習慣病の増加が見込まれるとともに、より質の高い医学管理や重症化予防の取り組みが求められる中で、
- ・ かかりつけ医機能と専門医療機関等との連携の推進や、
 - ・ かかりつけ医を中心とした多職種との連携による効果的な医学管理等の推進、
 - ・ 医療機関と保険者・自治体等の予防事業との情報共有の推進、
- に資する評価のあり方について、どのように考えるか。

後発医薬品の使用割合の推移と目標

28

「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。



※ 「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。

※ 「薬価調査」とは、薬価基準改正の基礎資料を得ることを目的とし、2年に1度、医薬品販売業者等を対象に医薬品価格を調査するもの。

対応

- 品質等に関する信頼性の確保などに引き続き取り組むとともに、特に後発医薬品の使用促進が進んでいない地域等の要因をきめ細かく分析し、その要因に即した対応を図る。
- 引き続き後発医薬品の品質確認検査品目数の拡大を行うとともに、ブルーブックの作成・公表を行う。
- 引き続き中央社会保険医療協議会において議論を進め、その議論を踏まえて平成30年度診療報酬改定を実施する。
- 第3期医療費適正化計画の目標について、毎年度進捗状況を把握する。

安定供給・品質の信頼性確保	情報提供・普及啓発	医療保険制度上の事項 (平成28年度診療報酬改定)
■ 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	■ 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医療関係者等をメンバーとする協議会を開催して情報提供・共有を推進 - 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	■ 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の要件を厳格化 (後発医薬品の使用割合の引上げ) - 院内処方を行っている診療所であって、後発医薬品の使用割合の高い診療所について、後発医薬品の使用体制に係る評価を新設 (外来後発医薬品使用体制加算) 【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)
■ 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	■ 普及啓発 - 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发出	■ 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、原則として先発医薬品の薬価の6割としていたものを5割に引下げ (10品目を超える内用薬は4割)

- 後発医薬品に係る数量シェアの目標値について、「平成32年9月までに80%」と新たに設定された。品質の確保と医療関係者への情報提供や普及啓発はこれまで以上に重要。
- このため、「ジェネリック医薬品品質情報検討会」を司令塔として、後発医薬品の品質に関する監視指導と学術的評価を一元的に実施。これにより、後発医薬品の品質確認検査及び品質に関する情報の公表を、平成32(2020)年度までに集中的に行う。

対象

- ◇ 市中に流通している後発医薬品
- ◇ 学会発表等において懸念が示された後発医薬品等

司令塔

ジェネリック医薬品品質情報検討会
(国立医薬品食品衛生研究所)

①体系的な品質試験検査の方針決定

品質に懸念等が示されている品目や市場流通品のうち汎用的に使われているものを中心に、優先順位を付けた体系的な品質確認検査の方針決定

②体系的な情報発信(厚労省が実施)

有効成分毎に品質に関する情報を体系的にとりまとめた情報集(ブルーブック)の公表等

一元的な品質確保の推進

品質確認検査の
実施依頼

国衛研・感染研・地衛研の体制強化

【H27年度までの検査体制】

年間400品目程度



【H28年度から検査体制の強化】

年間900品目以上

検査結果の報告

ジェネリック医薬品品質情報検討会

トップページ 議事概要及び公開資料 試験結果一覧 ブルーブック一覧 リンク

医療用医薬品最新品質情報集(ブルーブック) データシート 一覧

ブルーブックについて

後発医薬品の品質に対する更なる信頼性向上を図るため、ジェネリック医薬品品質情報検討会での検査結果等を踏まえて、有効成分毎に品質に関する情報を体系的にとりまとめた医療用医薬品最新品質情報集(通称:ブルーブック)を作成し、医療関係者向けに情報提供しております。

ブルーブックでは、有効成分毎に、品目名、効能・効果、用法・用量、薬効分類、規格単位、添加物、解離定数、溶解度、安定性、生物学的同等性試験結果、溶出試験結果、後発医薬品品質確保対策事業検査結果、分析法などの情報が掲載されております。

注)ブルーブックデータシート上の情報について、効能・効果、用法・用量、添加物以外は、データシート作成時(データシート右上に掲載の日付の時点)の情報となります。効能・効果、用法・用量、添加物の情報は、ブルーブック連携データベースでご確認ができ、毎月末に情報が更新されます。

ブルーブック連携データベース(効能・効果、用法・用量、添加物の比較)は[こちら](#)。[運営:(一財)日本医薬情報センター]

有効成分名(五十音順) | ア行 | [カ行](#) | [サ行](#) | [タ行](#) | [ナ行](#) | [ハ行](#) | [マ行](#) | [ヤ行](#) | [ラ行](#) | [ワ行](#) |

ア行 | [ア](#) | [イ](#) | [ウ](#) | [エ](#) | [オ](#) |

	有効成分名	剤形	データシート
ア	—	—	—
	有効成分名	剤形	データシート
イ	—	—	—
	有効成分名	剤形	データシート
ウ	ウルソデオキシコール酸	錠	
	有効成分名	剤形	データシート
エ	エパレルスタット	錠	
	有効成分名	剤形	データシート
オ	—	—	—

※データシートおよび図表等の無断転載や複製を禁じます。

[▲Topへ戻る](#)



関連リンク

後発医薬品の使用促進について
(厚生労働省のHPへ)
後発医薬品品質情報
(厚生労働省のHPへ)
おくすり相談窓口
(PMDAのHPへ)
日本ジェネリック医薬品学会
日本ジェネリック製薬協会
日本薬剤師会
日本医薬情報センター(JAPIC)

ブルーブック連携データベース
JAPIC

国立医薬品食品衛生研究所



○平成29年3月末に、医療用医薬品最新品質情報集(ブルーブック)の公表を開始。

＜ブルーブック掲載ホームページ＞

<http://www.nihs.go.jp/drug/ecqaged/bluebook/list.html>

(国立医薬品食品衛生研究所 ジェネリック医薬品品質情報検討会ホームページ内)

○後発医薬品の選択等の参考となる、溶出挙動の類似性、生物学的同等性などの品質関連情報の他、共同開発状況に関する情報を掲載。

○平成32年度までに約1,000以上のデータシートを掲載する予定。

後発医薬品の使用促進等について

診療所における後発医薬品使用体制の評価

- 後発医薬品の更なる使用促進を図る観点から、院内処方を行っている診療所であって、後発医薬品の使用割合の高い診療所について、後発医薬品の使用体制に係る評価を新設する。

処方料

(新)	外来後発医薬品使用体制加算 1 (70%以上)	4点
	加算 2 (60%以上)	3点

[施設基準]

- ① 診療所であって、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ、後発医薬品の使用を決定する体制が整備された診療所であること。
- ② 当該保険医療機関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について、当該薬剤を合算した使用薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量が、外来後発医薬品使用体制加算1にあつては70%以上、外来後発医薬品使用体制加算2にあつては60%以上であること。
- ③ 当該医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める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の割合が50%以上であること。
- ④ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口等の見やすい場所に掲示していること。

後発医薬品の使用促進等について

後発医薬品使用体制加算の指標の見直し【医科】

- 後発医薬品使用体制加算における後発医薬品の割合に、「後発医薬品の更なる使用促進のためのロードマップ」で示された新指標を用いるとともに、後発医薬品使用率の向上に伴う基準の見直しを行う。

改定前

後発医薬品使用体制加算1（旧指標で30%以上）	35点
後発医薬品使用体制加算2（旧指標で20%以上）	28点

旧指標

後発医薬品の採用品目数

全医薬品の採用品目数

改定後

後発医薬品使用体制加算1（新指標で70%以上）	42点
後発医薬品使用体制加算2（新指標で60%以上）	35点
後発医薬品使用体制加算3（新指標で50%以上）	28点

新指標

後発医薬品の数量

後発医薬品あり先発医薬品＋後発医薬品の数量

後発医薬品調剤体制加算の指標の見直し【調剤】

- 後発医薬品調剤体制加算の要件について、数量ベースでの後発医薬品の調剤割合が65%以上及び75%以上の2段階の評価に改めることとする。

改定前

後発医薬品調剤体制加算1（調剤数量割合55%以上）	18点
後発医薬品調剤体制加算2（調剤数量割合65%以上）	22点

改定後

後発医薬品調剤体制加算1（調剤数量割合65%以上）	18点
後発医薬品調剤体制加算2（調剤数量割合75%以上）	22点

後発医薬品の使用促進等について

一般名処方加算等の見直し

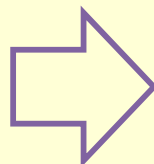
- 後発医薬品の更なる使用促進を図るため、後発医薬品が存在する全ての医薬品を一般名で処方している場合の評価を新設する。

改定前

一般名処方加算 2点

[算定要件]

交付した処方せんに1品目でも一般名処方が含まれている場合に算定する。



改定後

一般名処方加算1 3点

一般名処方加算2 2点

[算定要件]

交付した処方せんに1品目でも一般名処方が含まれている場合には加算2を、後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合には加算1を算定する。

- 処方時に後発医薬品の銘柄を記載した上で変更不可とする場合には、処方せんにその理由を記載する。

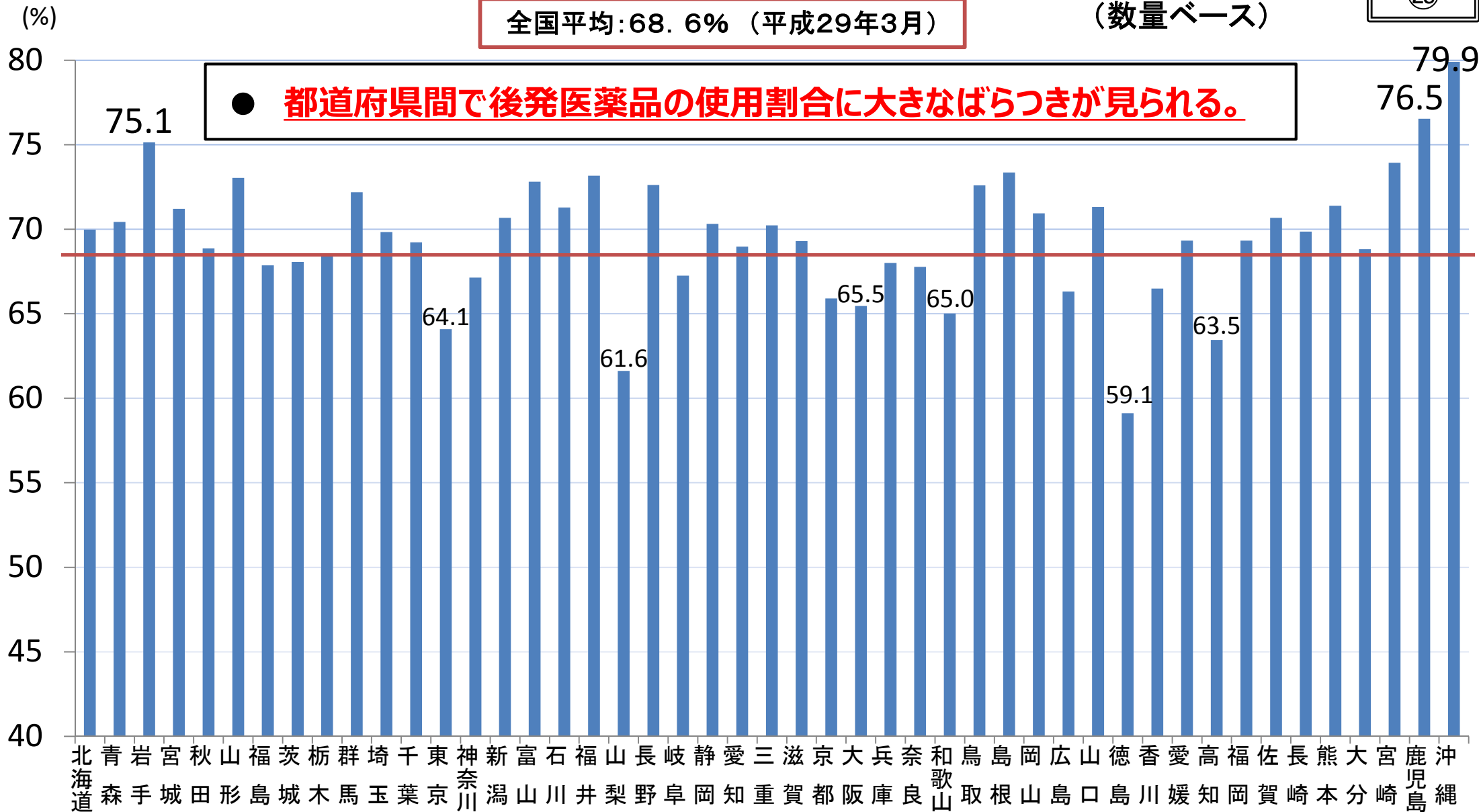
「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」における都道府県別後発医薬品使用割合

②⑧

全国平均: 68.6% (平成29年3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])

根拠法 : 高齢者の医療の確保に関する法律

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。

【第1期（平成20～24年度）、第2期（平成25～29年度）】

- 計画期間 ⇒ 5年を1期として実施（現在は第2期期間中）
- 取組目標 ⇒ 「平均在院日数の短縮」と「特定健診等の実施率の向上」が柱



【第3期（平成30～35年度）】

- 計画期間 ⇒ 6年を1期として実施
- 都道府県の取組目標を医療費適正化基本方針で告示（平成28年3月）
⇒ 「特定健診等の実施率の向上（特定健診70%以上、特定保健指導45%以上）」に加え、新たに「**後発医薬品の使用促進（使用割合80%以上）**」を数値目標として設定。
※ このほか、「糖尿病の重症化予防の取組」、「医薬品の適正使用（重複投薬、多剤投与の適正化）」等を設定
- また、具体的な医療費の見込みの算定式についても平成28年11月4日に告示

- 2015年7月、経済界・医療関係団体・自治体・保険者団体のリーダーが手を携え、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図ることを目的として、保険者等における先進的な予防・健康づくりの取組が全国に広がるよう、民間主導の活動体として「日本健康会議」が発足。
- メンバーは、各団体のリーダーおよび有識者の計32名で構成。
- 日本健康会議2017は、8月23日に開催。



今年の日本健康会議の様子

「健康なまち・職場づくり宣言2020」(8つの宣言)

- | | |
|------|---|
| 宣言 1 | 予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。 |
| 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。 |
| 宣言 3 | 予防・健康づくりに向けて、47都道府県の保険者協議会すべてが地域と職域が連携した予防に関する活動を実施する。 |
| 宣言 4 | 健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。 |
| 宣言 5 | 協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を1万社以上とする。 |
| 宣言 6 | 加入者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供する保険者を原則100%とする。その際、情報通信技術（ICT）等の活用を図る。 |
| 宣言 7 | 予防・健康づくりの企画・実施を提供する事業者の質・量の向上のため、認証・評価の仕組みの構築も視野に、保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者を100社以上とする。 |
| 宣言 8 | 品質確保・安定供給を国に求めつつ、すべての保険者が後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取組を行う。 |

各宣言の達成度(達成保険者数)が 大きく向上

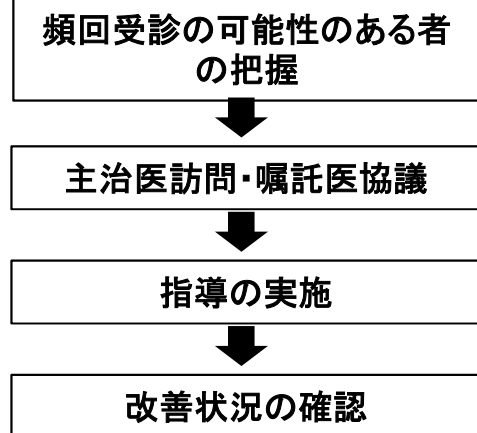
28



頻回受診の指導対象者

医療扶助による外来患者であって、同一傷病について、同一月内に同一診療科を15日以上受診している月が3ヶ月以上続いている者のうち、主治医・嘱託医が必要以上の受診と認めた者

適正化の対応



毎月レセプトを確認し、頻回受診者にかかる台帳を作成

主治医や嘱託医に協議し、頻回受診と認められるか否かを判断

頻回受診と判断された者について、訪問により指導を実施

指導の翌月、医療機関へ改善状況を確認。
改善されていない場合には、引き続き指導を実施

【頻回受診の改善の状況】

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
受診状況把握対象者数(同一疾病で月15日以上通院が3か月以上継続している者数)(A)	18,969人	16,526人	15,462人	13,548人
適正受診指導対象者数(B)	4,146人	4,012人	3,809人	3,020人
改善者数(適正な受診日数に改善された者数)(C)	1,749人	1,844人	1,749人	1,365人
改善者数割合(C/B)	47.01%	45.96%	45.92%	45.20%

【平成28年度からの取組】

- 改革工程表を受け、福祉事務所等において、頻回受診適正化計画を策定して適正受診指導を推進

【平成29年度における取組】

- 受診指導の対象者の範囲を順次拡大しつつ、外部評価を取り入れたPDCAサイクルを実施することについて予算に計上

<対象者の範囲>

同一傷病で、同一月内に同一診療科を15日以上受診する一定の者(初診月である場合や短期的・集中的に治療を行った者等を除く。)にまで拡大

<対象者拡大の段階的实施>

まずは、補助事業上の対象者を拡大(将来的には全ての福祉事務所で対象者を拡大することを想定)

法改正時の見直し

生活保護法改正により、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）

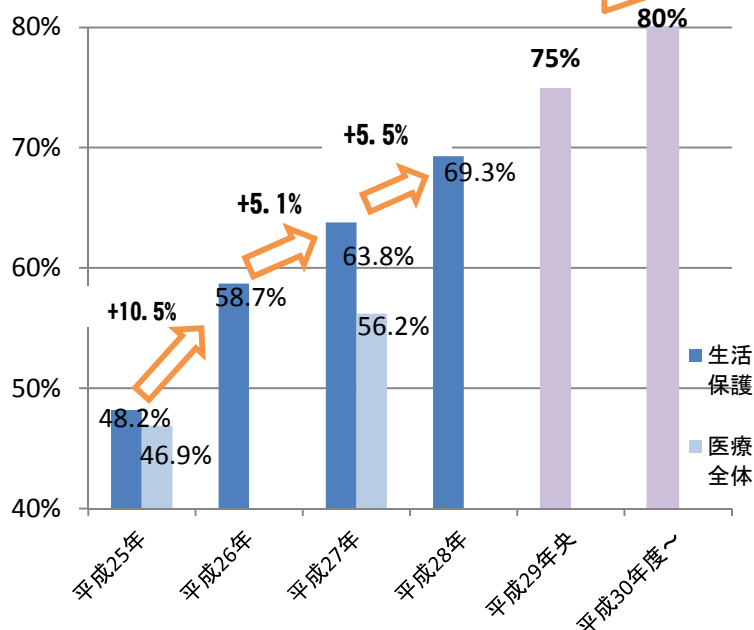
第34条第3項（略）医療を担当する医師又は歯科医師が医学的知見に基づき後発医薬品・・・を使用することができると認めたものについては、被保護者に対し、可能な限り後発医薬品の使用を促すことによりその給付を行うよう努めるものとする。

※ 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。

取組の進捗状況

改革工程表における目標値（80%以上とする時期について平成30年度を基本とする）

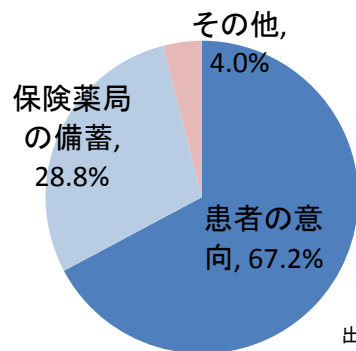


使用割合（数量シェア）の典拠：
医療扶助実態調査（各年6月審査分）、
医薬品価格調査（薬価本調査）（速報値）（各年9月取引分）

取組の課題

一般名処方が行われた医薬品について薬局において後発医薬品を調剤しなかった理由は「患者の意向」の割合が高い。

【一般名処方が行われた医薬品について薬局において後発医薬品を調剤しなかった理由】



出典：財政制度等審議会資料

（留意点）

調剤報酬明細書の記載要領において、一般名処方が行われた医薬品について後発医薬品を調剤しなかった場合、調剤報酬明細書の摘要欄に「患者の意向」「保険薬局の備蓄」「後発医薬品なし」「その他」のうち、最も当てはまる理由をひとつ記載することとなっている。

上記の数値は福祉事務所のレセプト管理システムを活用し、政令市・中核市の平成27年度審査分からそれぞれの理由を抽出し集計したものである。

銘柄名処方含まれていないことから、上記内訳が後発医薬品が調剤されなかった理由の全てでないことに留意が必要。

また、1年間のレセプトから抽出したものであるため、個人が重複して集計されている可能性があることに留意が必要

法改正以降の新たな取組

【平成27年度～】

1. 福祉事務所における後発医薬品使用促進計画の策定（院外処方）
2. 院内処方の使用割合が低調な医療機関に対する後発医薬品使用促進の要請

【平成28年度～】

1. 改革工程表に、後発医薬品の使用割合の目標を設定
2. 地域の薬局等と連携した服薬指導のモデル実施

【平成29年度における取組】

- ・ 外部評価を取り入れたPDCAサイクルの実施について予算に計上。

【今後の検討】

- ・ 平成29年度に行う制度全般の検討の中で、後発医薬品の使用促進に係る更なる対策について検討。

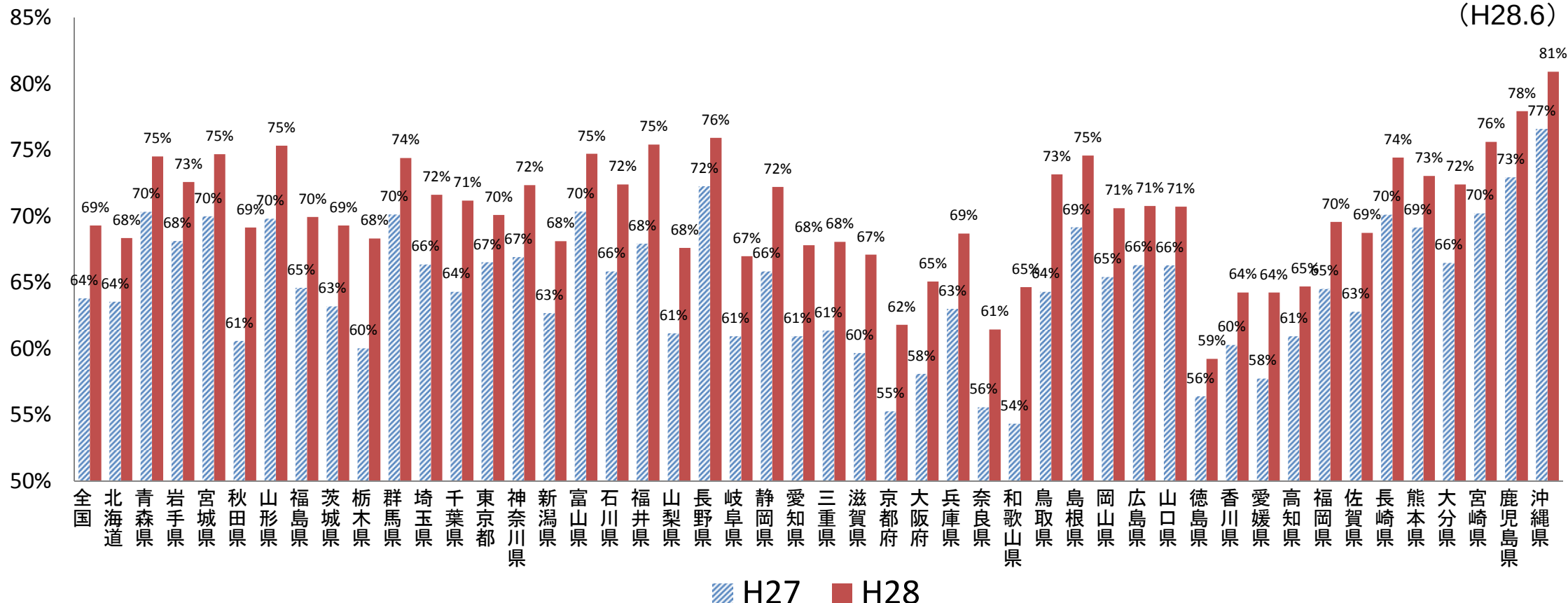
医療扶助における後発医薬品使用状況の地域差

41

- 医療扶助における後発医薬品使用割合（数量ベース）を都道府県別にみると、最も高い県と低い県との間には、約22%ポイントの差がある（平成28年6月審査分）。

医療扶助における後発医薬品使用割合（数量ベース）の地域差 （平成28年6月審査分と平成27年6月審査分の比較）

全国平均：69.3%
（H28.6）



注：後発医薬品使用割合は〔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〕〕で算出している。

資料：医療扶助実態調査（各年6月審査分）

趣旨

〈平成29年4月の検討会における議論のまとめ〉

- 生活保護受給者は、医療保険の加入者等と比較して生活習慣病の割合が高いが、健診データ等が集約されておらず、生活習慣病の予防・重症化予防の取組が十分には実施できていない。
- 医療保険におけるデータヘルス※を参考に、データに基づいた生活習慣病の予防・重症化予防の推進、それによる医療扶助費の適正化を進めることが必要である。
- 生活保護世帯の子どもは健康的な生活習慣が確立していない場合が多いことから、子どもについても、学校健診等のデータを入手し、学校等と連携して適切な生活習慣の確立に取り組むことが望まれる。

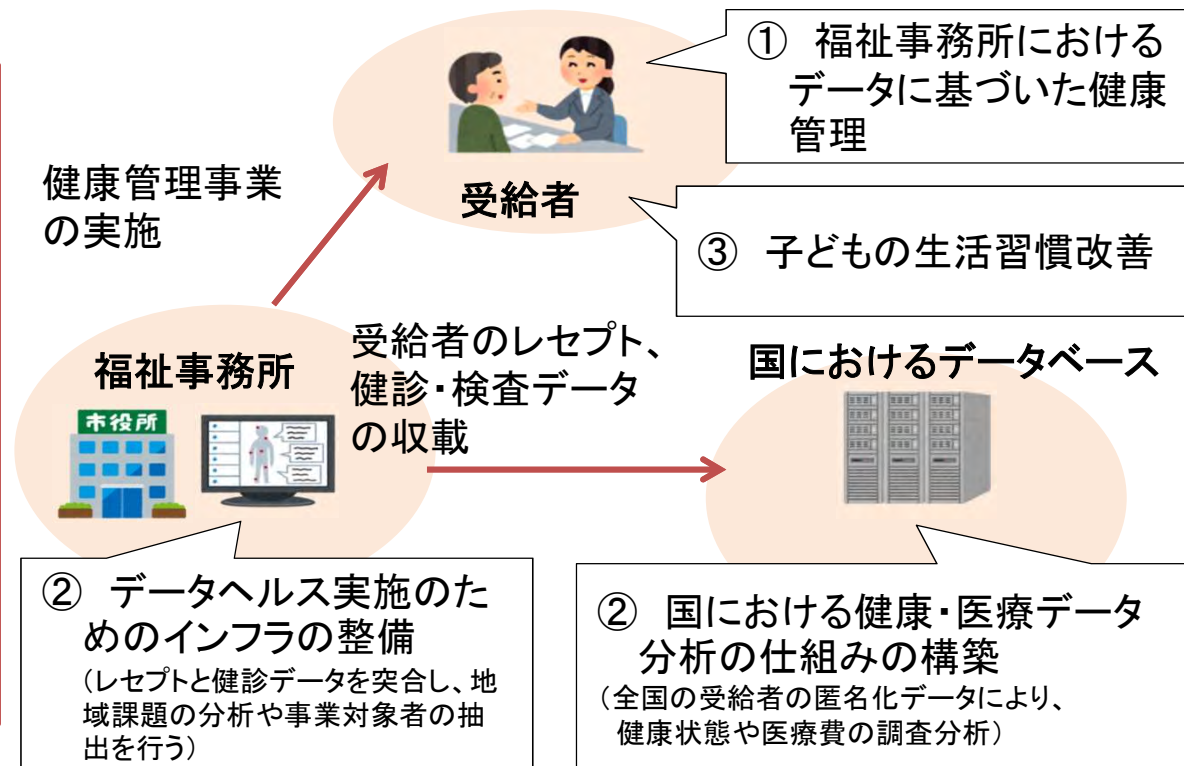
※ 健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施

取組の方向性

- ① 全国の福祉事務所において、生活習慣病の予備群と該当者に対するデータに基づいた健康管理の実施
 - 取組の手順・内容の標準化を行い、PDCAサイクルにより計画的に推進
 - 医療扶助費の適正化につながる
- ② 受給者のデータヘルス実施のためのインフラ整備、国が健康・医療データを分析するための仕組みの構築
- ③ 子どもの生活習慣改善を目指した取組のモデル実施

今後の予定

生活保護法の制度改正に向けて、データヘルス実施の枠組みや具体的な実施方法、情報システムの構築について、更に検討を進める。また、子どもの生活習慣改善を目的とした取組のモデル的な実施を検討。



生活保護受給者に対する就労支援施策について

40

【参考】就労支援事業の参加状況(H27年)

事業対象者	参加者	参加率
339,377人	121,380人	35.8%
	就労増収者	就労増収率
	54,678人	45.0%

- ・ 改革工程表KPI(達成時期:2018年度まで)
事業参加率 60%
事業参加者のうち就労増収者の占める割合 50%

【内訳】

- 生活保護受給者等就労自立促進事業
(参加者) 67,611人
(就労増収者) 44,105人(65.2%)
- 被保護者就労支援事業
(参加者) 83,237人
(就労増収者) 37,731人(45.3%)
- 被保護者就労準備支援事業
(参加者) 6,869人
(就労増収者) 1,871人(27.2%)
- その他自治体の独自事業
(参加者) 6,007人
(就労増収者) 2,539人(42.3%)

※ 同一人が複数の事業に参加した場合、重複して計上

就労・自立インセンティブの強化

就労自立給付金

【保護受給中の就労収入のうち一定額を仮想的に積み立て、保護廃止時に支給するもの】
(上限 単身世帯10万円 多人数世帯 15万円)

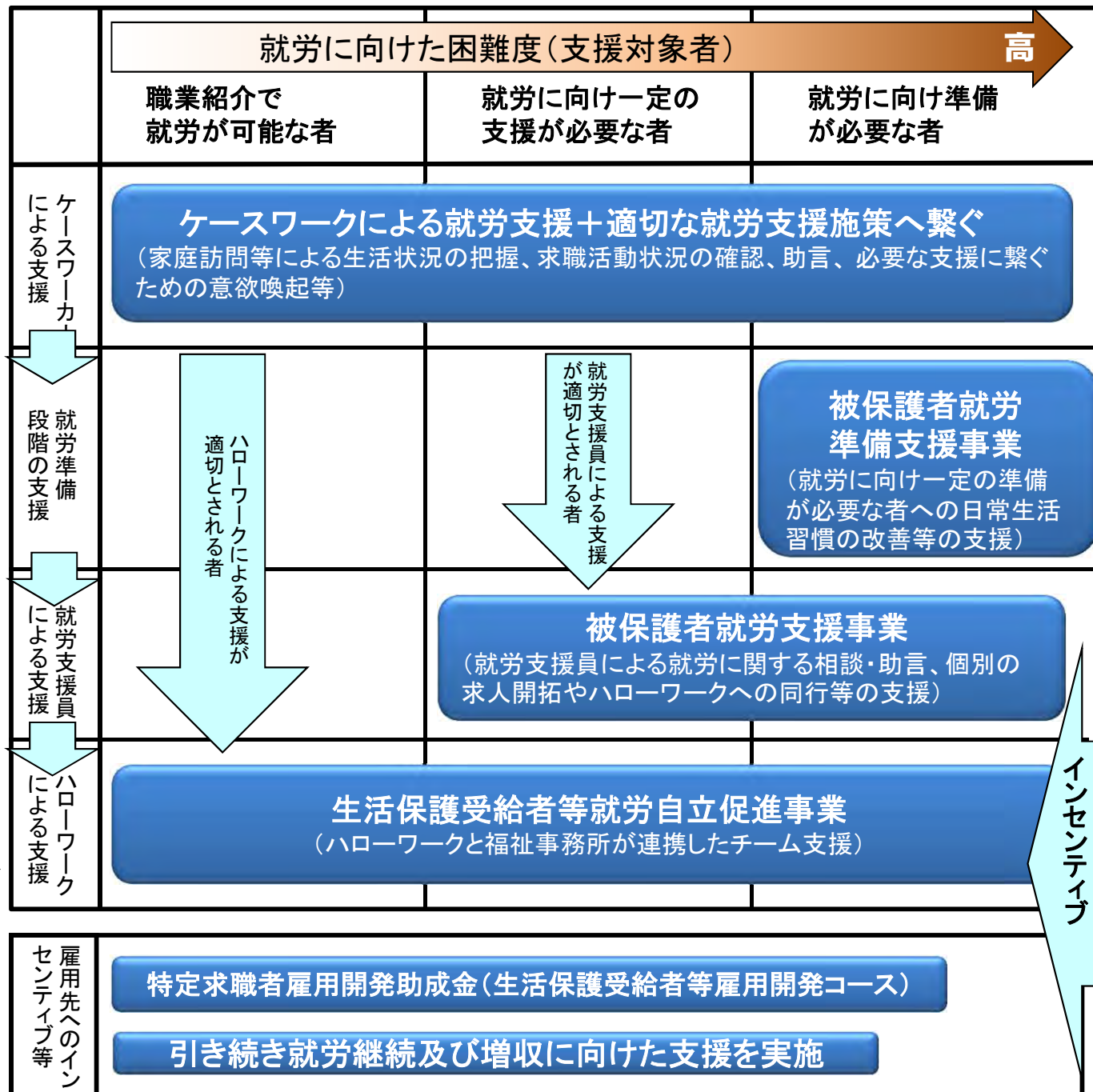
勤労控除

【就労収入から一定額を控除し、収入の一部を手元に残す制度】
(最低控除額 15,000円)

就労活動促進費

【積極的に就労活動に取り組んでいる者に就労活動に必要な経費の一部を支給するもの】
(月5,000円 原則6ヶ月以内)

生活保護受給者に対する就労支援の実施



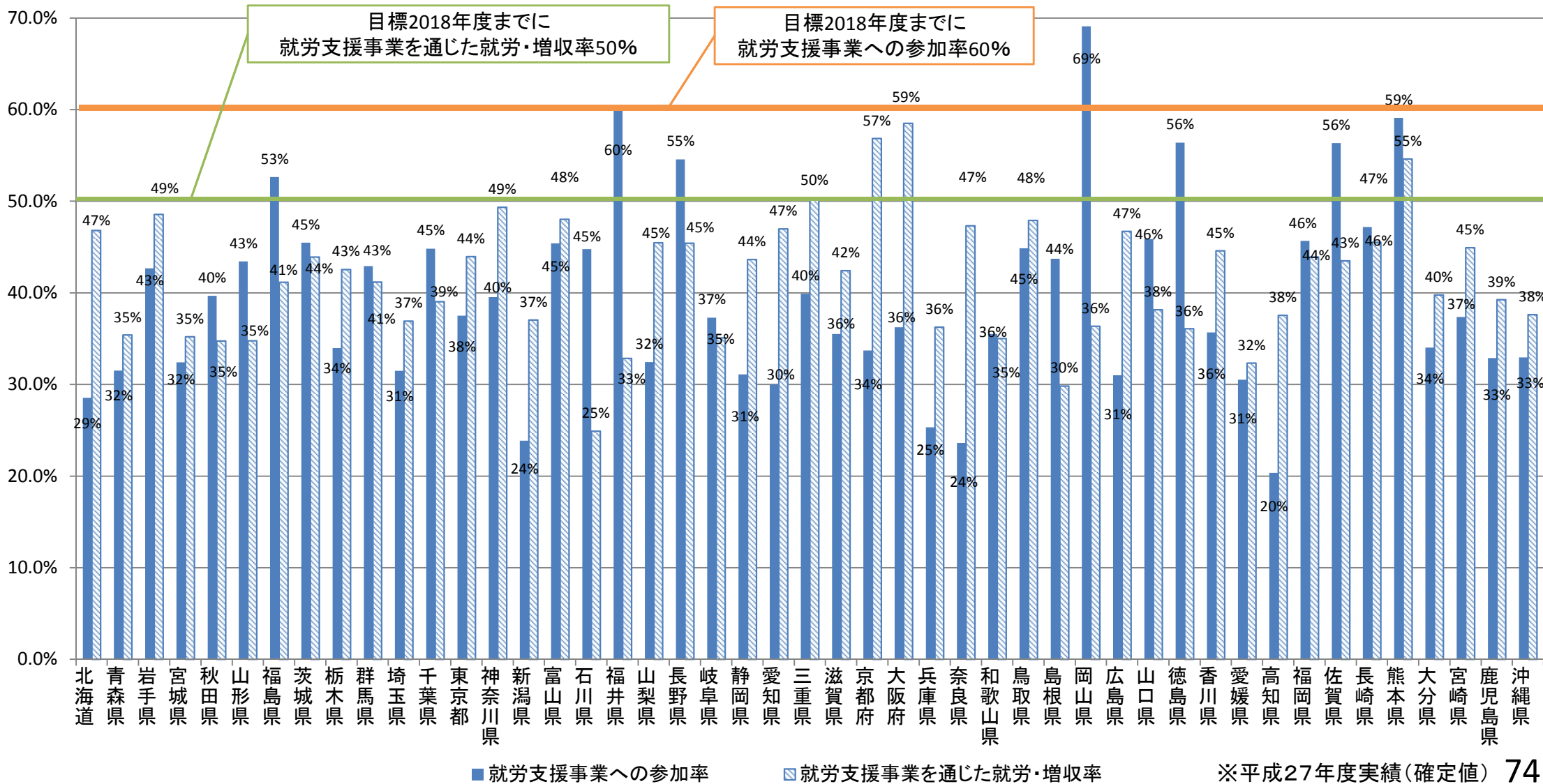
就労支援事業の実施状況の地域差

40

- 就労支援事業への参加率を都道府県別にみると、最も高い県と低い県との間には、約50%の差がある。
- 就労支援事業を通じた就労・増収率を都道府県別に見ると、最も高い県と低い県との間には、約35%の差がある。

全国平均: 就労支援事業への参加率 35.8%

就労支援事業を通じた就労・増収率 45.0%



※平成27年度実績(確定値) 74

概要

生活保護基準については、定期的に検証を行うこととしており、検証に当たっては、社会保障審議会生活保護基準部会（部会長：駒村康平 慶應義塾大学経済学部教授）を設け、5年に1度実施される全国消費実態調査のデータ等を用いて、専門的かつ客観的に評価・検証を実施することとしている。

（参考）『生活保護制度の在り方に関する専門委員会報告書』（平成16年12月15日）（抄）

今後、生活扶助基準と一般低所得世帯の消費実態との均衡が適切に図られているか否かを定期的に見極めるため、全国消費実態調査等を基に5年に一度の頻度で検証を行う必要がある。

これまでの議論と今回の検証の方向性

○ 前回の生活扶助基準の検証については、生活扶助基準と一般低所得世帯の消費実態との均衡が適切に図られているか、年齢・世帯人員・居住地域の3要素別に検証し、平成25年1月に報告書を取りまとめ、平成25年8月からその検証結果等を踏まえた見直しを行った。

また、住宅扶助及び冬季加算の検証については、各地域の家賃や光熱費の実態を検証し、平成27年1月に報告書を取りまとめ、平成27年度にその検証結果を踏まえた見直しを行った。

○ 今生活扶助基準等の検証については、生活保護基準部会において、検証手法を検討した上で、平成26年全国消費実態調査のデータ等を用いて、検証を行っているところ。

平成29年度検証の基本的考え方

①生活扶助基準の定期的検証

・ 全国消費実態調査等を基に、一般国民の消費実態との均衡が図られているかという観点により検証することを基本としつつ、一般国民世帯と生活保護受給世帯の生活の質を考慮するなど、多角的な視点から検証する。

②有子世帯の扶助・加算の検証

・ 子どもの貧困対策の観点を踏まえて、生活保護制度で保障すべき子どもの健全育成にかかる費用の範囲及び水準について、生活扶助基準の検証と一体的に検証する。

③就労インセンティブの在り方の検討

・ 基礎控除の見直しや就労自立給付金の創設の効果について検証を進め、更なる就労促進策について検討する。

④級地制度の在り方の検討

・ 生活水準の地域差の要因分析を行った上で、その実施結果を踏まえながら、級地制度の在り方を検討する。

⑤その他の扶助・加算の在り方の検討

・ 生活扶助では賄いきれない特別な需要（生活課題）が何か、他法他施策との関係に留意しながら検証する。

生活困窮者自立支援法による支援の効果

43

- 生活保護に至る前の第2のセーフティネットとして、
- 生活困窮者の早期把握を目指す、ワンストップ型相談窓口
 - 個別の支援プランによる支援

生活困窮からの
脱却・自立

相談

支援

施行後
2年間で
新規
相談者
約45
万人

相談・情
報提供の
みで終了
18万人

他機関へ
のつなぎ
14万人
(うち生保
窓口へ
5万人)

施行後2年間で
プラン作成により
継続的に
支援した人
約12万人

生活保護に至る前の
支援により、生活を建
て直しやすいうちに支
援することが可能に

一般就労を目指せ
る人に対する
就労支援での
就労・増収率
71%

施行後2年間で
プラン作成により継続的に
支援した人のうち、
就労・増収した人
約6万人

- 支援期間1年間で、
- 意欲や社会参加等、家計状況、就労状況の
いずれかにおいてステップアップした人 7割
 - 就労準備支援事業利用者のうち、
意欲や社会参加等でステップアップした人 8割

自立に向けた着実
なステップアップや
就労・増収が実現
されている

全国での自立相談支援窓口の展開
※1,313か所

任意事業の実施の拡がり
例：就労準備支援事業 実施率4割
子どもの学習支援事業 実施率6割

「支援付き就労」の場の拡がり
認定就労訓練事業所 1,020か所

法定事業の実施を始めとして、
支援ネットワークが拡がり、地域
の中で支え合いながら活躍でき
る社会づくりが始まっている

どこに相談すればよいかわからな
かった人も受け止められる窓口

「生活困窮者自立支援のあり方に関する論点整理」について(概要) 43

まだ支援につなげていない生活困窮者への対応

- ・ 自ら自立相談支援機関へ相談することの難しい人にも確実に支援することが必要
- ・ 経済的困窮かどうかに関わらず、すべての相談を断らないことを徹底することが必要

支援メニューの不足

- ・ 地域に就労の場等を求める取組は試行錯誤している自治体も多い段階
- ・ 就労準備支援・家計相談支援は、支援において不可欠だが、実施率は約3割～4割
- ・ 住まいを巡る課題への支援の不足
- ・ 当座の資金ニーズへの対応
- ・ 生活保護の支援との一貫性の確保の必要性

対象者に応じた支援の必要性

- ・ 貧困の連鎖防止・子どもの貧困への対応、高齢の生活困窮者への支援が社会的課題

自治体の取組のばらつき

- ・ 先進的に取り組む自治体と取組が脆弱な自治体の差の拡大

(1) 自立相談支援事業のあり方に関する論点

- ・ 自立相談支援事業において自治体が支援員をしっかりと配置できるような枠組みの必要性
- ・ 関係機関において既に生活困窮の端緒を把握している人をしっかりと相談につなげる仕組みの必要性(生活保護、税部門、学校等)
- ・ 都道府県等の関係機関(地域自殺対策推進センター等)との連携強化
- ・ 法の対象者のあり方

(2) 就労支援のあり方に関する論点

- ・ 就労準備支援事業の必須化
- ・ 自治体における無料職業紹介の積極的な取組
- ・ 認定就労訓練事業所に対する経済的インセンティブ

(3) 家計相談支援のあり方に関する論点

- ・ 家計相談支援事業の必須化

(4) 子どもの貧困への対応に関する論点

- ・ 子どもの学習支援事業の内容の標準化と、貧困の連鎖防止のための総合的な事業としての再構築
- ・ 学習支援を世帯支援につなげる

(9) 支援を行う枠組みに関する論点

- ・ 制度理念の法定化、人材養成研修のあり方
- ・ 基礎自治体を支援する都道府県の役割、町村部の施行に町村役場が当事者として参画する枠組みの必要性
- ・ 社会福祉法人が行う生活困窮者に対する支援との連携

(5) 一時生活支援のあり方に関する論点

- ・ 一時生活支援事業の広域実施推進

(6) 居住支援のあり方に関する論点

- ・ どのような居住支援が考えられるか
- ・ 新たな住宅セーフティネットの活用

(7) 高齢者に対する支援のあり方の論点

- ・ 高齢者への就労、居住支援
- ・ 高齢期になる前の予防的支援

(8) 関連する諸課題に関する論点

- ・ 生活福祉資金の貸付要件等の見直し
- ・ 生活保護との間での支援の一貫性の確保