

# 医療費適正化計画（3期計画）に係る動向について

平成30(2018)年11月21日

# 予防・健康づくりの推進と医療費適正化の主な取組（2018年度～）

## 保険者による予防・健康づくりの推進

### 特定健診・保健指導（メタボ健診）の強化

- ・糖尿病等の発症・重症化を予防し、医療費適正化に資するよう、保険者が共通で取り組む特定健診・保健指導を実施（2008年度～：法定義務）。
- （※）特定健診受診者：2000万人（2008年）→2700万人（2015年） 実施率 約50% 毎年100万人増加 特定保健指導による適正化効果：1人約6000円/年
- ・特定保健指導の実施率の向上が課題。厳しい保険財政や限られた人的資源で、対象者の個別性に応じた効果的・効率的実施が可能となるよう、保健指導の運用ルールを大幅に緩和（2018年度～）。保険者の責任の明確化の観点から、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～）。
- ・血清クレアチニン検査を追加し、糖尿病性腎症の重症化予防を強化。歯科の保健指導・受診勧奨につなげる質問を質問票に追加（2018年度～）。

### 糖尿病性腎症等の重症化予防の枠組みの整備、全国展開

- ・行政と医療関係者の連携の枠組みを構築するため 国レベルで「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定（2016年4月）。
- （※）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：2016年3月時点で118市町村・4広域連合、2017年3月時点で654市町村・14広域連合を達成。更に全国展開を進めるため、都道府県・市町村・医師会等の連携のあり方、斤内縦割りの解消等を提示。好事例をホームページで公表（2017年7月）。

### データの活用等による健康づくりの推進

- ・健保組合等のデータヘルス計画（2018年度～）の作成、PDCAサイクルを進めるため、保険者共同のポータルサイトを整備（2017年秋から稼働）。
- ・個人の予防・健康づくりを支援する取組（ヘルスケアポイント、本人への分かりやすい情報提供等）を保険者インセンティブでも支援。

## インセンティブ等による支援、取組の加速化

### 保険者のインセンティブの強化、特定保健指導の実施率の公表

- ・後期高齢者支援金の加算減算、国保の保険者努力支援制度により、インセンティブを強化。特定健診・保健指導の実施率を公表（2017年度実績～）。
- （※）現行の加算率 0.23%→見直し後 最大10%（2020年度までに段階的に引上げ） 現行の減算率 0.05%→見直し後 最大10%～1%の3区分（加算額に応じて設定）
- （※）国保の保険者努力支援制度の導入：2018年度 総額1000億円（うち特調の財源200億円） 都道府県分500億円程度、市町村分500億円程度（総額）
- ・特定健診・保健指導の取組状況に加えて、後発品の使用促進、がん検診、歯科健診・保健指導、受動喫煙防止、就業上の配慮等の取組を評価に追加。

### 「見える化」「横展開」、民間事業者の活用の推進

- ・民間主導（自治体・保険者・企業・医療関係者）の「日本健康会議」で「健康なまち・職場づくり宣言2020」の取組状況を公表。好事例を全国展開。
- ・「データヘルス・予防サービス見本市」を開催（2015年～）。保険者と健康・予防サービスを提供する民間事業者とのマッチングを推進。

## 行政、保険者、医療関係者等が連携した予防・健康づくり、医療費適正化の推進

### 医療費適正化計画（第3期：2018～23年度）に基づく取組の推進

- ・入院医療費は、病床数等の医療提供体制と密接に関係。都道府県医療計画（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。
- ・外来医療費は、がん、高血圧、糖尿病など生活習慣に起因する疾病が関係。糖尿病、重複・多剤の適正化など地域差半減の取組を算定式に追加。
- ・国がレセプト等データベース（NDB）から都道府県・市町村別の疾病別の分析データ、後発医薬品のデータを都道府県に提供（2018年度～）。

### 都道府県による主導的な役割をインセンティブで評価・支援

- ・県民の予防・健康づくりと医療費適正化は、行政・保険者・医療関係者等が協力して取り組む必要。保険者協議会の事務局を都道府県が担う又は国保連合会と共同で担う、医療関係者の参画を進める、医療費分析の結果と課題を保険者に共有するなど、適正化計画の実施に都道府県が役割を發揮。
- ・都道府県のインセンティブに、医療費水準に関する評価（全国平均よりも低い、前年度よりも改善）、医療費分析の取組等を位置づけて取組を支援。

## 第3期の医療費適正化計画に関する今後の取組追加について

平成29年10月4日  
医療保険部会資料 標題改変

○ 第3期医療費適正化計画（平成30～35年度）の「医療費適正化基本方針」における医療費の見込みの推計式については、平成28年9月の第97回医療保険部会において議論いただき、その際、外来医療費のうち「人口一人当たり外来医療費の地域差縮減を目指す取組」については、以下のように整理している。（第97回医療保険部会 資料3）

- 骨太2015では、「都道府県別の一人当たり医療費の差を半減させることを目指す」とされており、本基本方針では、
  - ・ 都道府県別の一人当たり外来医療費（全国一律の目標を定める後発医薬品、特定健診の効果を除いたもの）について、年齢調整を行い、
  - ・ なお残る一人当たり外来医療費の地域差について平均との差を半減することとして取り扱う。
- P5で示している3つの取組（※）では、上記の地域差半減には到達しないと見込まれる。このため、厚生労働省においては、引き続き、第3期医療費適正化計画の計画期間に向けてシフトデータ等の分析を継続的に行うとともに、関係者における知見やエビデンスの集積を図り、効果があると認められ、一定の広がりのある取組について追加を検討。  
（※）糖尿病に関する重症化予防の取組推進、重複投薬の適正化、複数種類の医薬品の投与の適正化

○ このうち、医薬品の適正使用については、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の役割の発揮や、病院と診療所の連携の推進、保険者による訪問指導などの現場での取組の広がりにより、同じ薬剤を複数の医療機関や薬局から投与される患者の減少や多量の薬剤を投与されている患者の減少が期待されるの考え方により、具体的には以下の効果額を既に推計式に盛り込んでいる。

- ① 3医療機関以上から重複して投薬される者が半減し、その分の調剤費等が軽減される
- ② 15剤以上の投薬がされていた高齢者（65歳以上）が半減し、その分の調剤費等が軽減される

（※）平成25年10月の外来・調剤レセでは、高齢者のうち同一月で15剤以上の投薬を受けている者の割合が約5%程度である。

○ 現在、高齢者の薬物療法の安全性を確保する観点から、医学薬学の専門家や医療関係者等も参画した高齢者医薬品適正使用検討会（平成29年4月設置）では、高齢者の多剤服用の実態や副作用等に関する調査・分析結果を踏まえ、多剤服用に関する適正使用のガイドラインの策定に向けた検討が進められている（最終とりまとめは平成30年度末目途）。多職種連携のもと患者の服薬等の情報を共有し、医学薬学的に適切な情報に基づき、ガイドラインも活用されることで、高齢者の多剤服用の減少も期待される。

そこで、第3期の医療費適正化計画において地域差縮減に位置づけている医薬品の適正使用の算定式については、このような多剤服用に関する適正使用のガイドラインの策定状況を踏まえ、第3期計画期間中、できるだけ早く、更に変更・追加することを検討する。

# 保険者別の後発医薬品の使用割合の公表

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～）。

## 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。

保険者種別の後発医薬品使用割合

協会	70.4%
共済	69.0%
健保	69.5%
国保	69.3%
後期	66.4%
制度計	68.6%

出典：H28年度調剤医療費の動向（厚労省）  
（2017年3月時点・数量ベース）  
※調剤医療費・電算処理分のみ