

平成30年医療・介護同時改定

toward & beyond

変わるのは、今だっ！

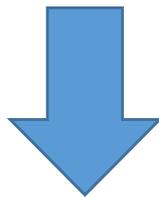
平成29年10月19日

厚生労働省医務技監

鈴木康裕

強くて大きい恐竜は、

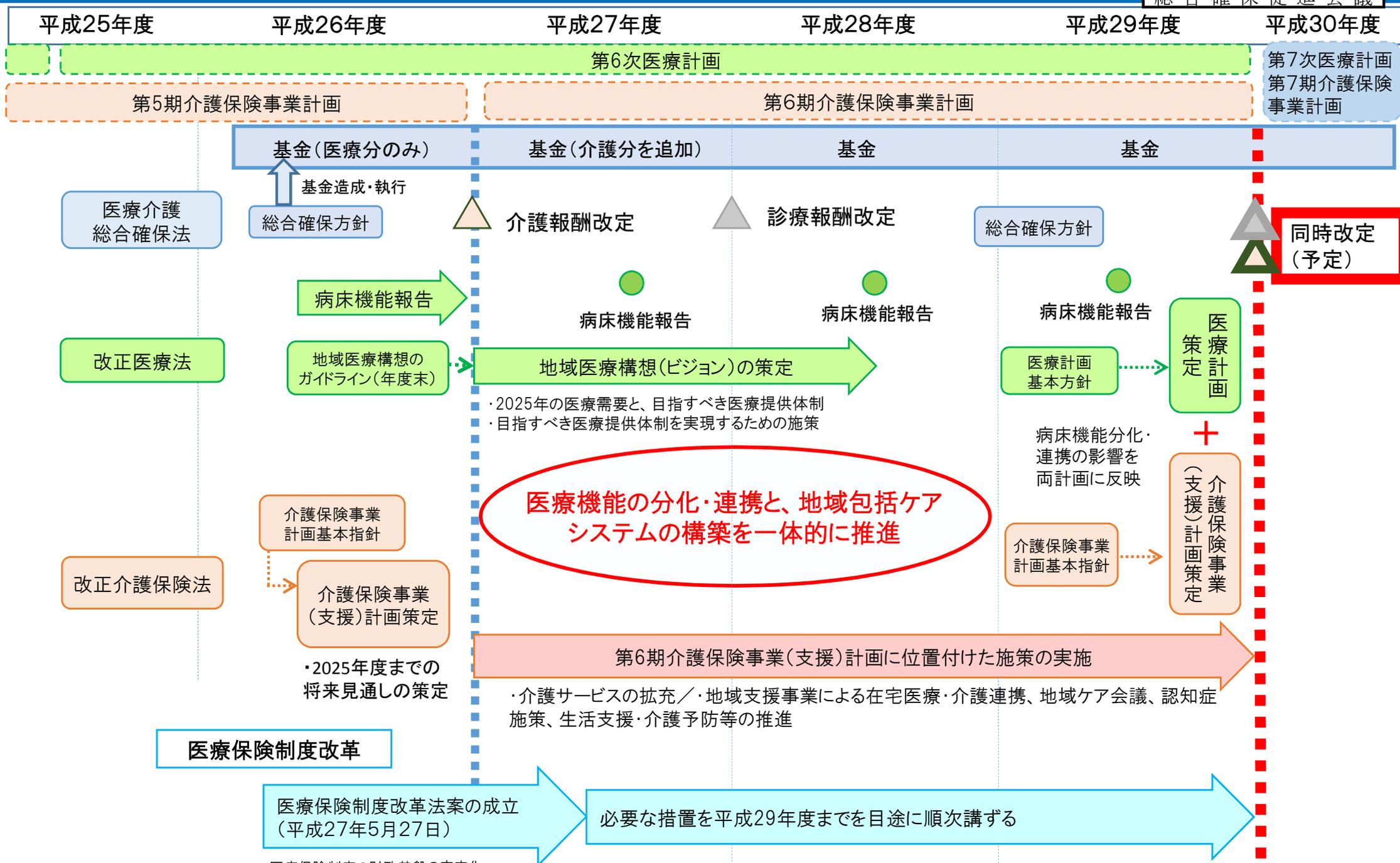
「変温動物」で
環境の変化（寒冷化）に対応できなかった



小泉純一郎・元総理 談

「強いから生き残るんじゃない。
変わることができるから生き残るんだっ！」

医療と介護の一体改革に係る今後のスケジュール

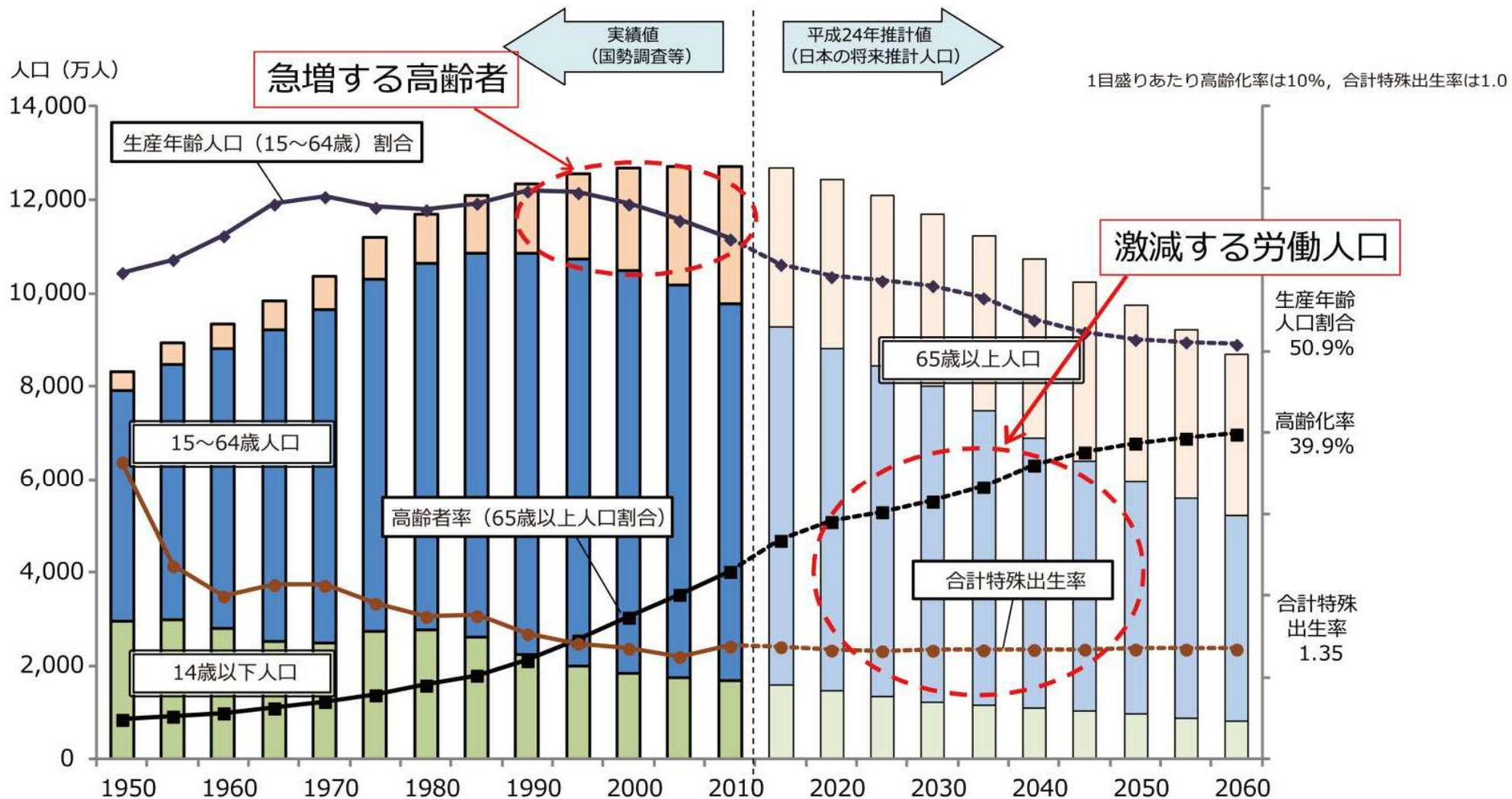


なぜ変わらなければいけないのか？

- 人口構造, 医療ニーズの変化
- 財政状況の悪化
- 医療技術の急速な進歩

日本の人口の推移

◇ 高齢化の内訳の変化：「急増する高齢者」から「激減する労働人口」へ

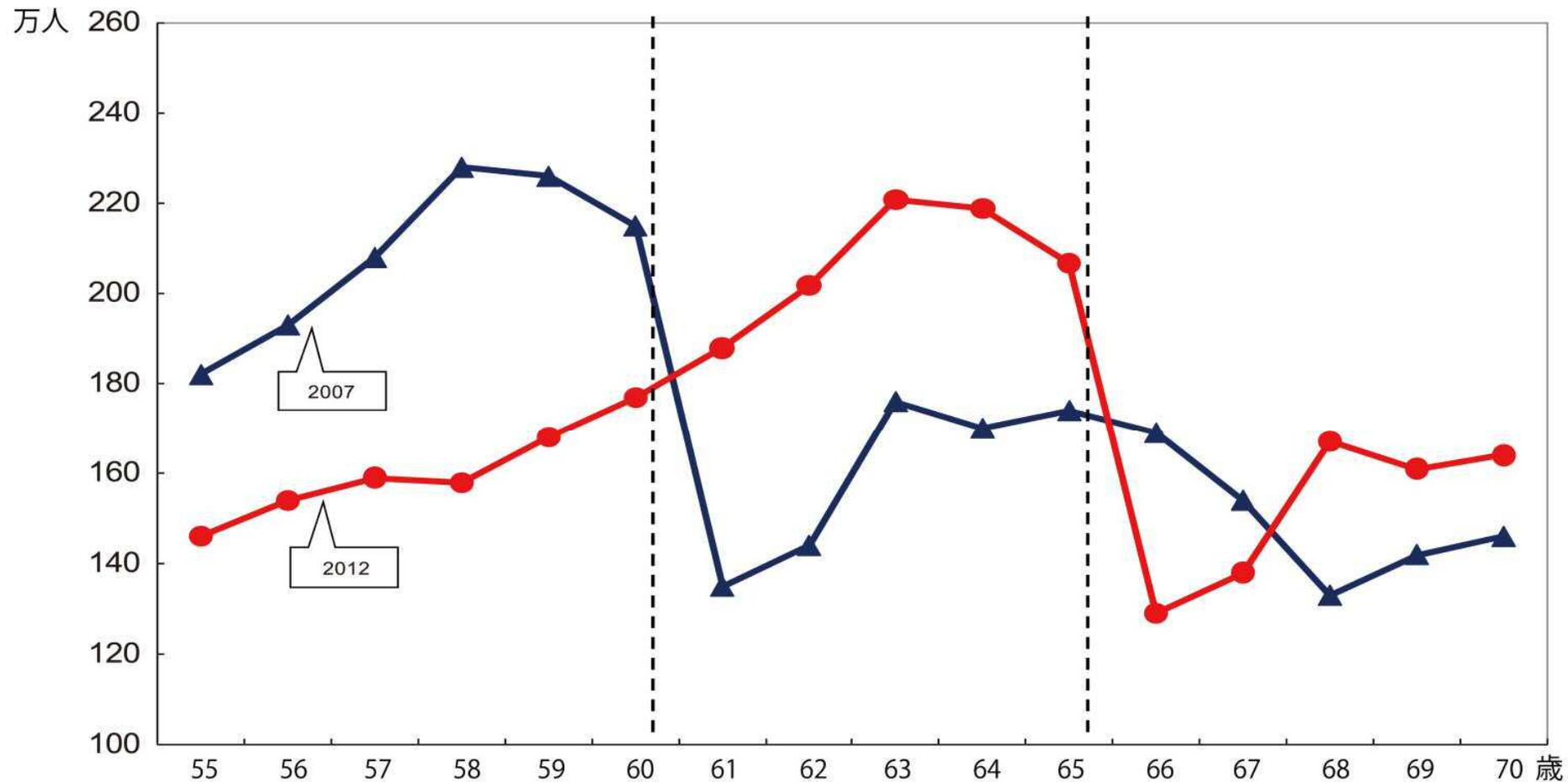


2017/10/19

出典：総務省「国勢調査」及び「人口推計」、
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 (平成24年1月推計) : 出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口) 5
 厚生労働省「人口動態統計」

我が国におけるベビーブーマーの高齢化

- ◇ 1年の出生数は現在の3倍
- ◇ 2025年には大半が75歳以上に
- ◇ この「大波」に備える時間はあと数年

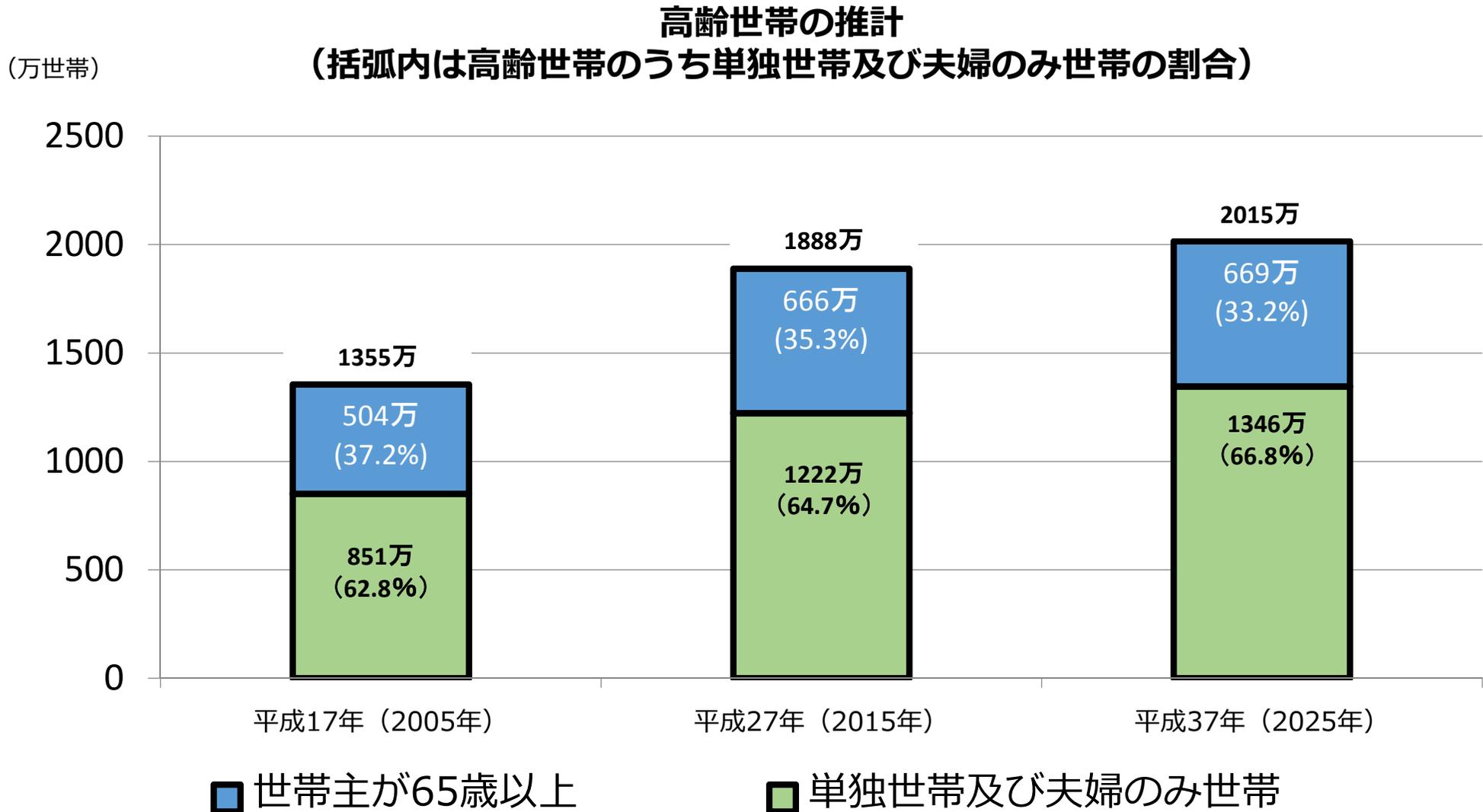


2017/10/19

出典：人口動態統計による各年出生者数を改変

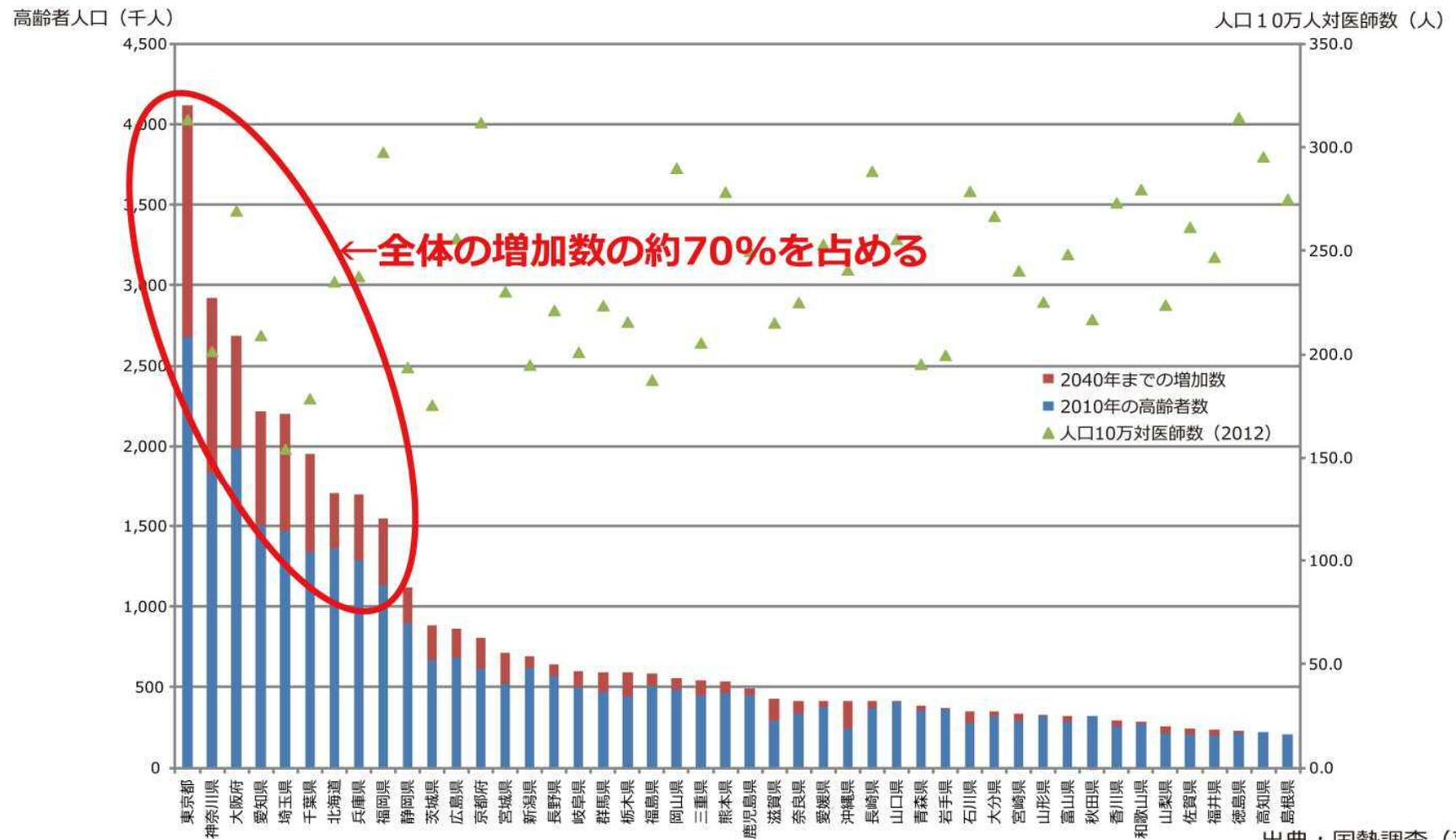
高齢者の世帯構造について

○ 今後、高齢世帯のうち、単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していくことが予想される。



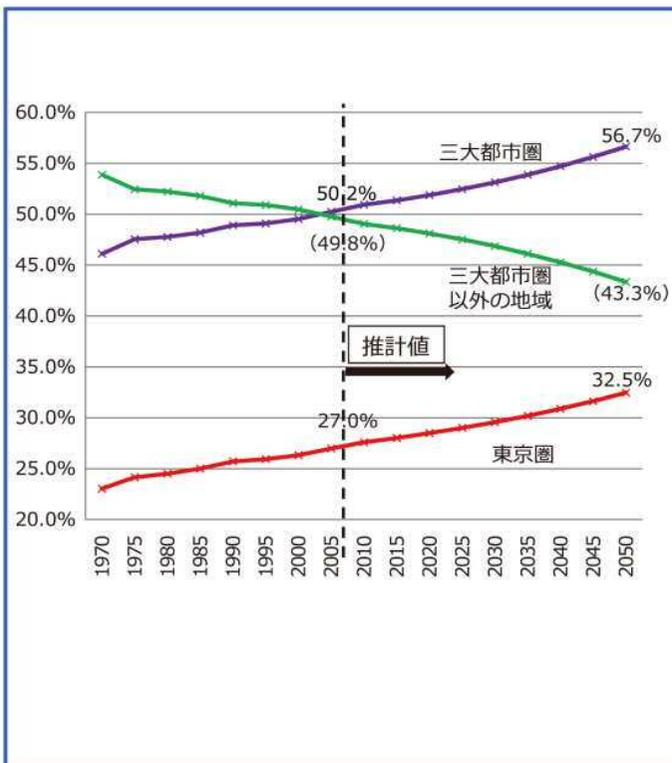
高齢者人口（65歳以上）の増加数（2010年→2040年）

◇ 東京都、神奈川県、大阪府、愛知県、埼玉県、千葉県、北海道、兵庫県、福岡県の1都1府7県で全体の増加数の約70%を占める



人口の集中：特に三大都市圏への人口集中と過疎化の進行

■三大都市圏及び東京圏の人口が総人口に占める割合



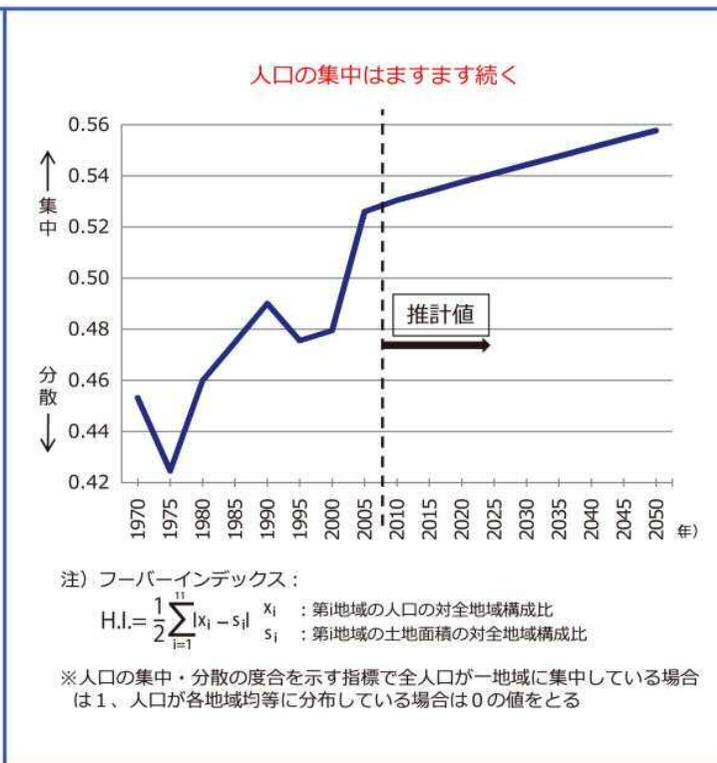
出展) 総務省「国勢調査報告」、国土交通省国土計画局推計値(都道府県別将来人口)をもとに、厚生労働省保険局作成

■人口増減割合別の地点数(1km²ごと)



出展) 総務省「国勢調査報告」、国土交通省国土計画局推計値(メッシュ別将来人口)をもとに、厚生労働省保険局作成

■フーバーインデックス(メッシュ別人口)の推移



注) フーバーインデックス:

$$H.I. = \frac{1}{2} \sum_{i=1}^n |x_i - s_i|$$

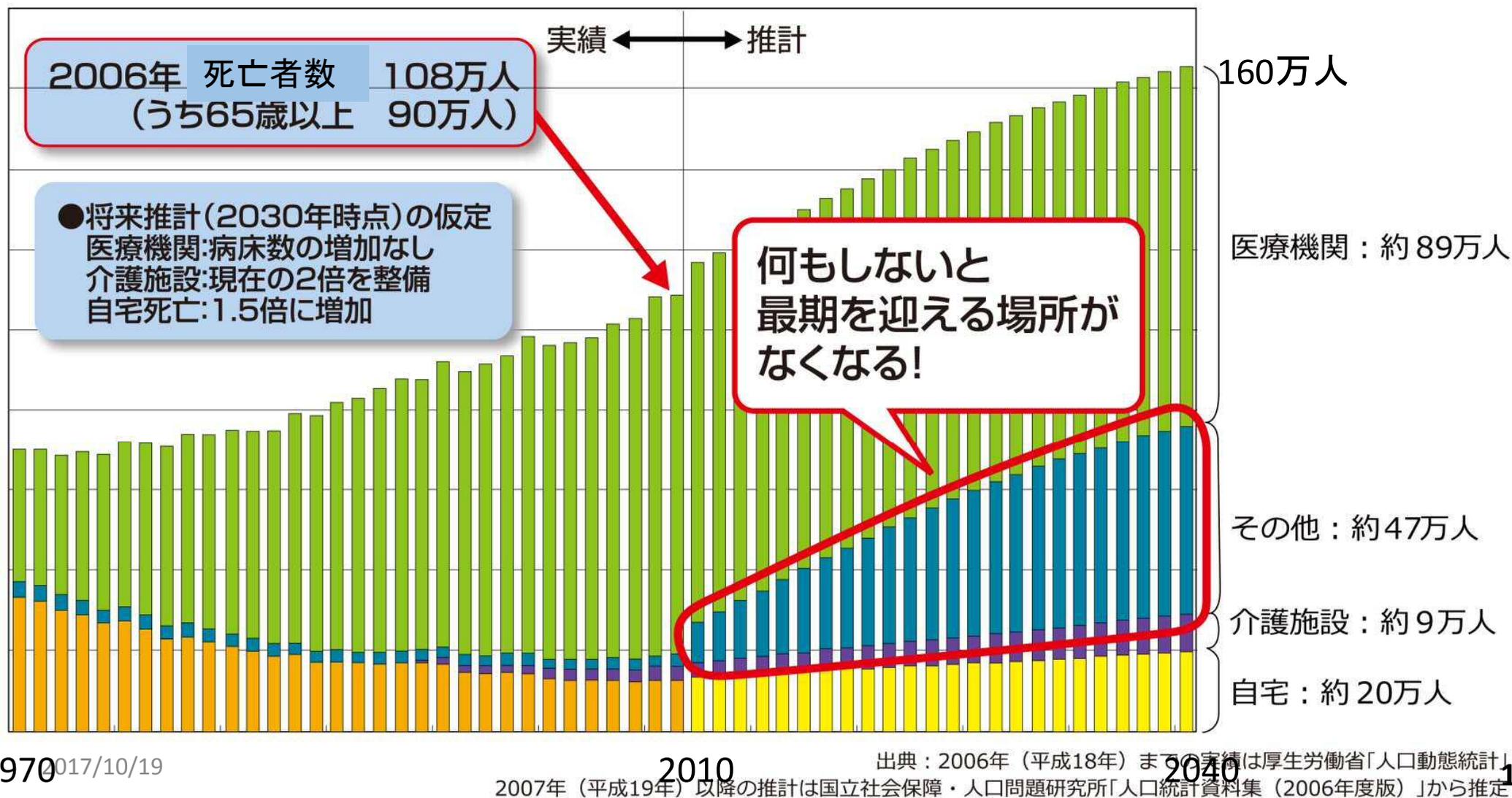
x_i : 第*i*地域の人口の対全地域構成比
 s_i : 第*i*地域の土地面積の対全地域構成比

※人口の集中・分散の度合を示す指標で全人口が一地域に集中している場合は1、人口が各地域均等に分布している場合は0の値をとる

出典) 総務省「国勢調査報告」、国土交通省国土計画局推計値(メッシュ別将来人口)をもとに、同局作成(1990年までは日本測地系、1995年以降は世界測地系)

死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計

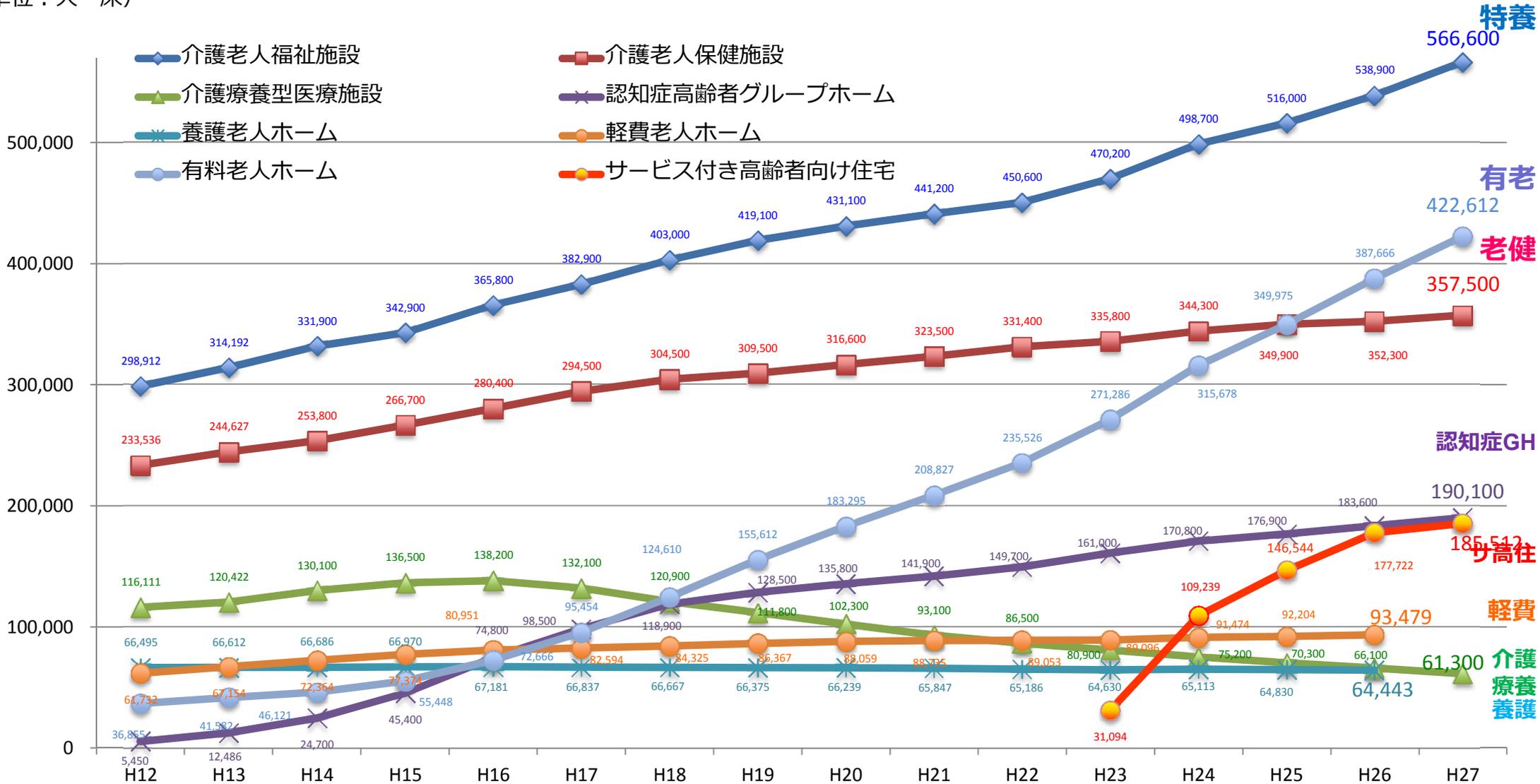
◇死亡者数は増えるが医療機関では死ねないとなると、最期を迎える場所がなくなる



高齢者向け住まい・施設の定員数

○ 高齢者向けの住まいは、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅を中心に増加傾向にある。

(単位：人・床)



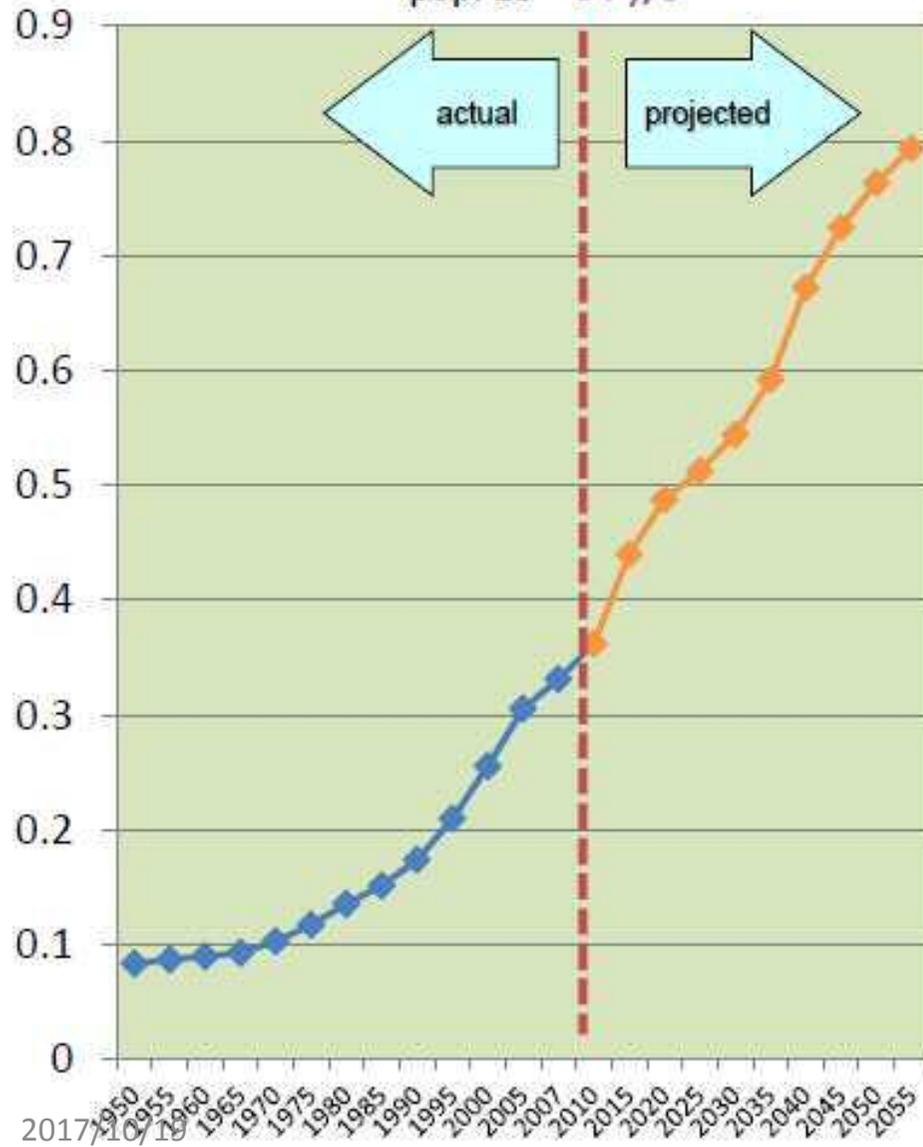
※1: 介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査(10/1時点)【H12・H13】」及び「介護給付費実態調査(10月審査分)【H14～】(定員数ではなく利用者数)」による。
 ※2: 介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したもの。
 ※3: 認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。
 ※4: 養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「H25社会福祉施設等調査(10/1時点)」による。ただし、H21～H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24・25は基本票の数値。
 ※5: 有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果(7/1時点)による。
 ※6: サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(9/30時点)」による。



Redefine "Dependency Ratio" JAPAN

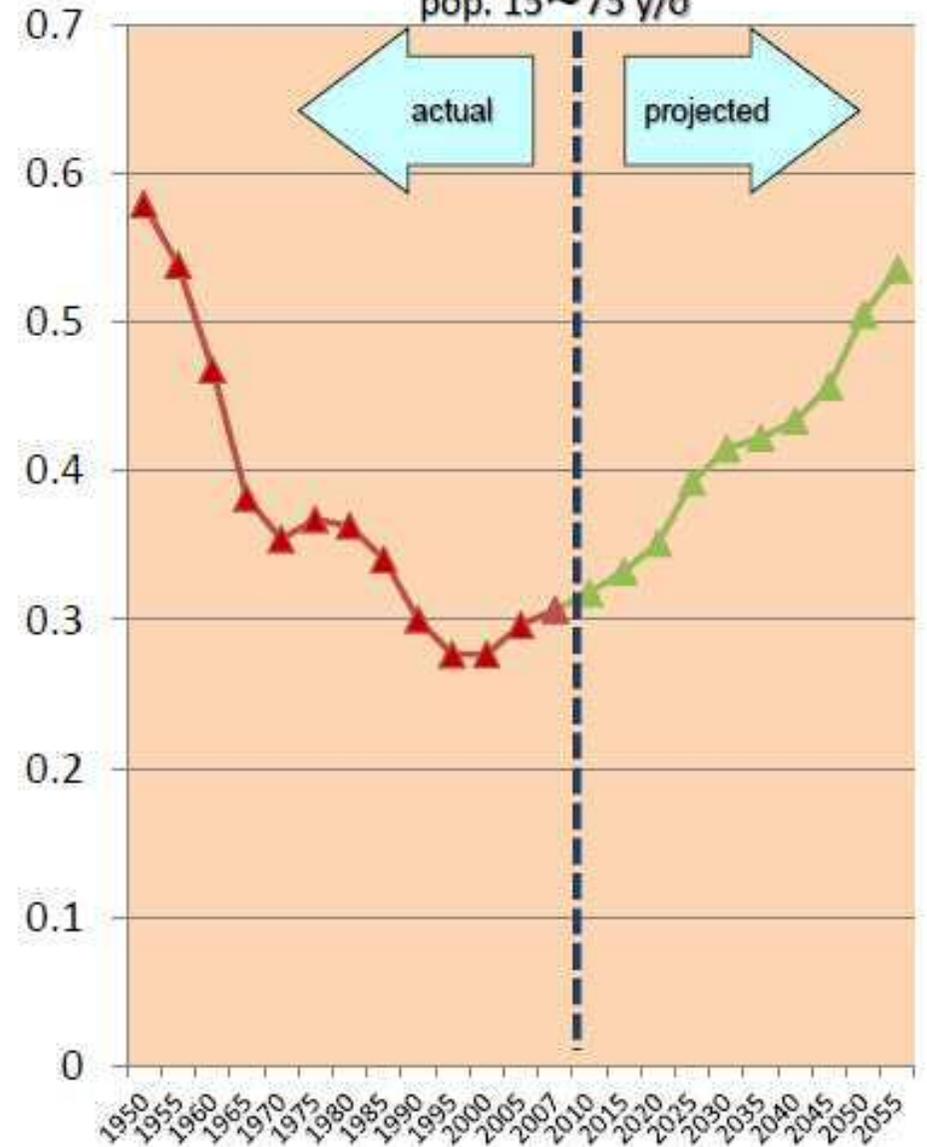
pop. over 65 y/o

pop. 15~64 y/o



pop. <15 y/o + >75 y/o

pop. 15~75 y/o



在宅医療に関する国民のニーズ

◇ 6割以上の国民が「自宅で療養したい」と回答 (上図)

◇ 自宅や子供・親族の家での介護を希望する人が4割超 (下図)

■ 終末期の療養場所に関する希望

↓ 「自宅」のニーズが高い



- 調査対象及び客体
 - ・ 全国の市区町村に居住する満20歳以上の男女から5,000人を層化二段無作為抽出法により抽出
 - ・ 150国勢調査区の住民基本台帳から客体を無作為に抽出
- 調査の方法
 - 郵送法
- 回収数
 - 2,527人 (回収率50.5%)

- なるべく今まで通った(または現在入院中の)医療機関に入院したい
- なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
- 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で最後まで療養したい
- 専門的医療機関(がんセンターなど)で積極的に治療を受けたい
- 老人ホームに入所したい
- その他
- 分からない
- 無回答

出典：終末期医療に関する調査 (各年)

■ 療養に関する希望 「自宅等」のニーズが高い



- 自宅で介護してほしい
- 子どもの家で介護してほしい
- 親族の家で介護してほしい
- 介護老人福祉施設に入所したい
- 介護老人保健施設を利用したい
- 病院などの医療機関に入院したい
- 民間有料老人ホーム等を利用したい
- その他
- わからない

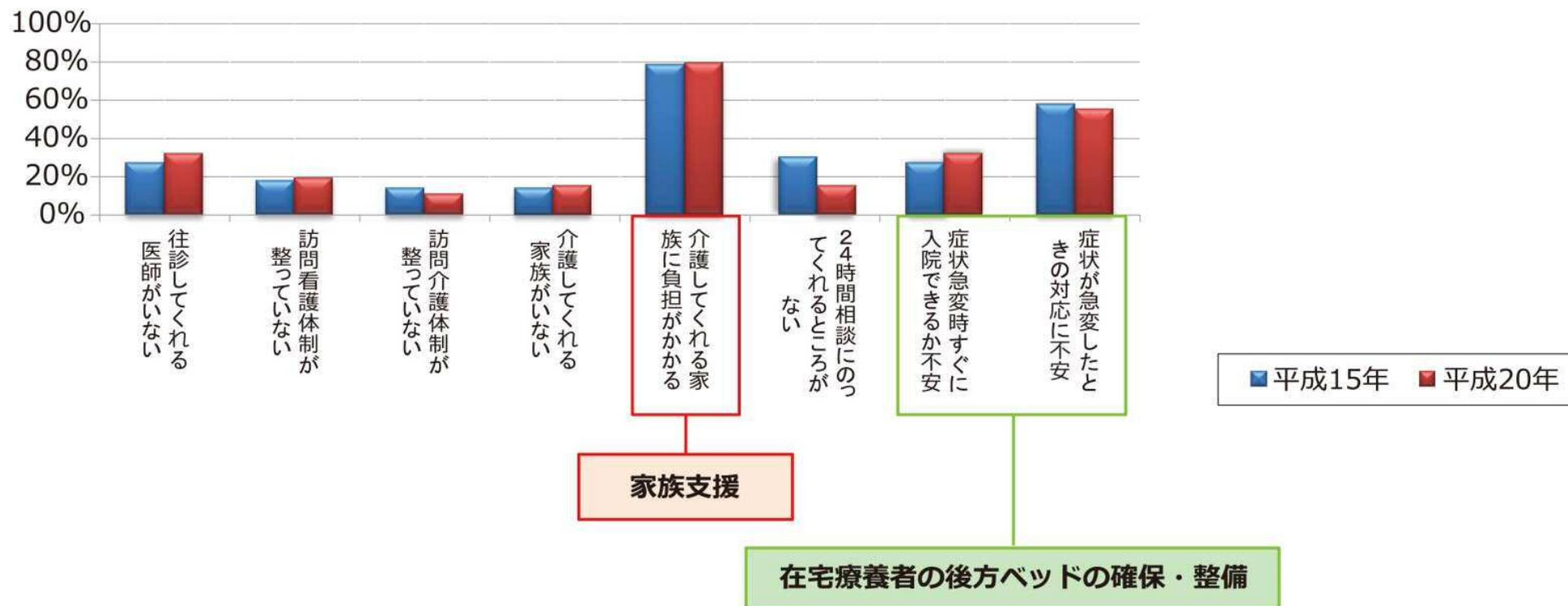
- 調査対象
 - 全国の55歳以上の男女5,000人
- 調査の方法
 - 調査員による面接聴取法
- 標本抽出方法
 - 層化二段無作為抽出法
- 回収数
 - 3,157人 (回収率63.1%)

出典：高齢者の健康に関する意識調査 (平成19年度内閣府)

在宅医療推進にあたっての課題

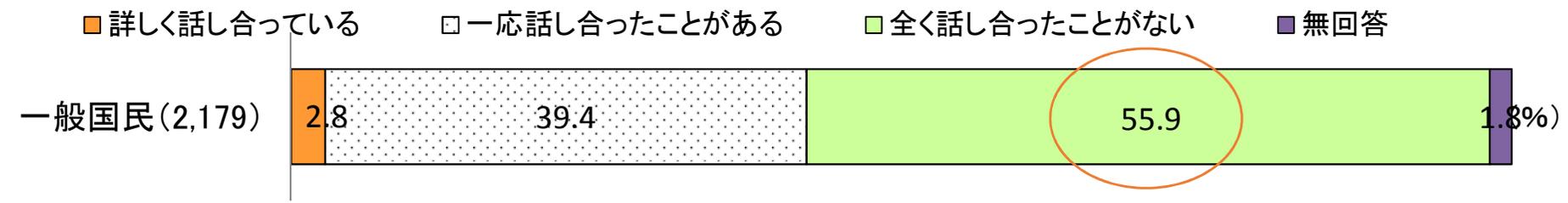
◇在宅療養には「家族負担」と「急変時対応」の解決が必要

■在宅療養移行や継続の阻害要因

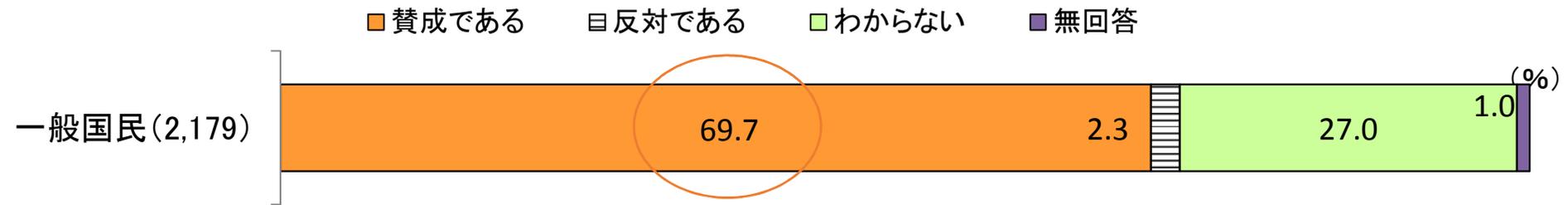


人生の最終段階における医療に関する意識調査結果（平成25年3月）

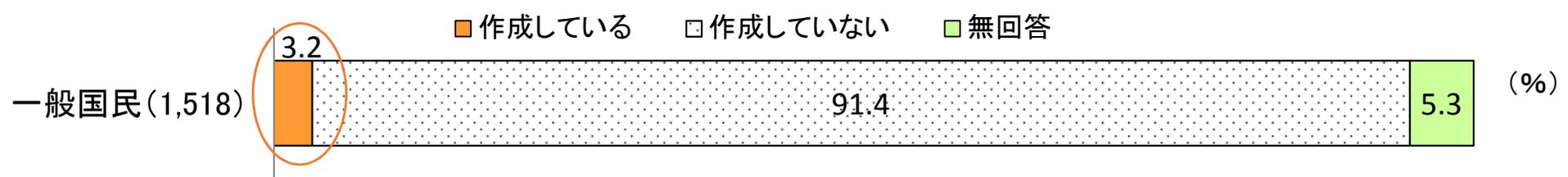
■ 人生の最終段階における医療について家族と話し合ったことがある者の割合



■ 意思表示の書面をあらかじめ作成しておくことへの賛否



■ 意思表示の書面の作成状況（意思表示の書面の作成に「賛成」と回答した者）



患者タイムライン



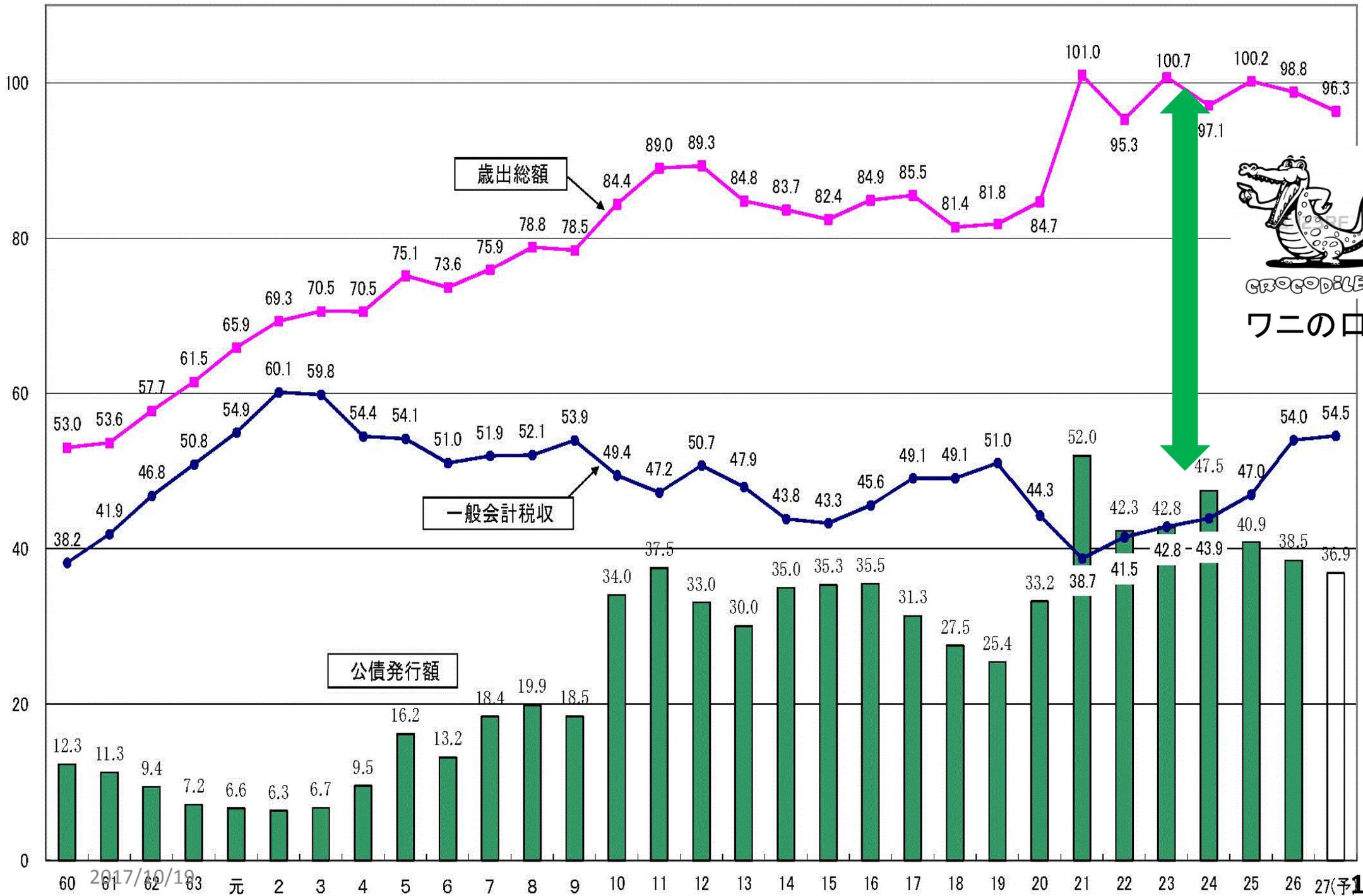
2017/10/19

地域医療介護ネットワーク

- 参加率
- 生存率
- 雨後の竹の子：域外展開
- 外来／入院，紹介／逆紹介

一般会計税込、歳出総額及び公債発行額の推移

(兆円)

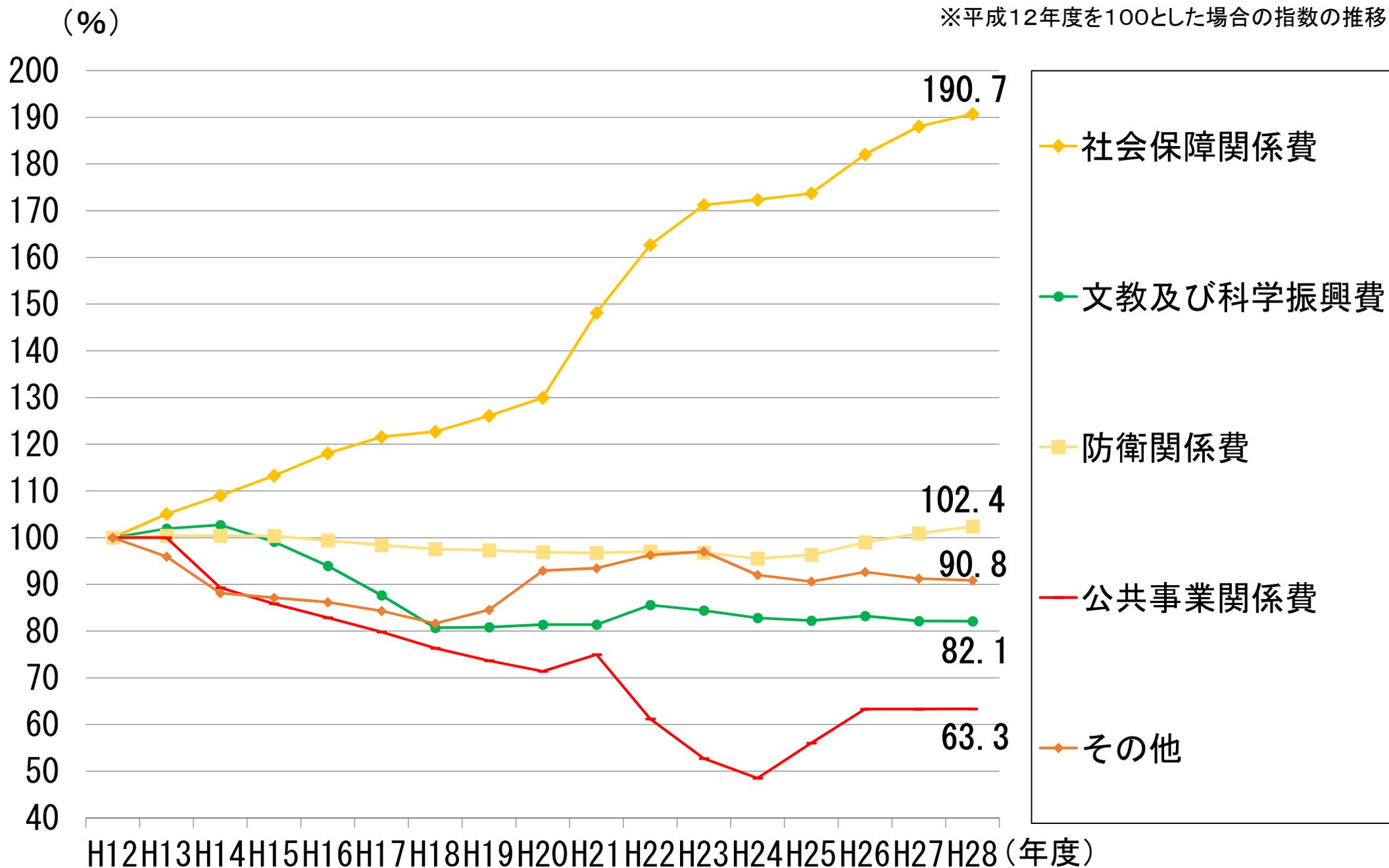


2017/10/18

一般歳出に占める項目別 指数推移(平成12年度～平成28年度)

中医協 総-2参考
28.1 2.14より

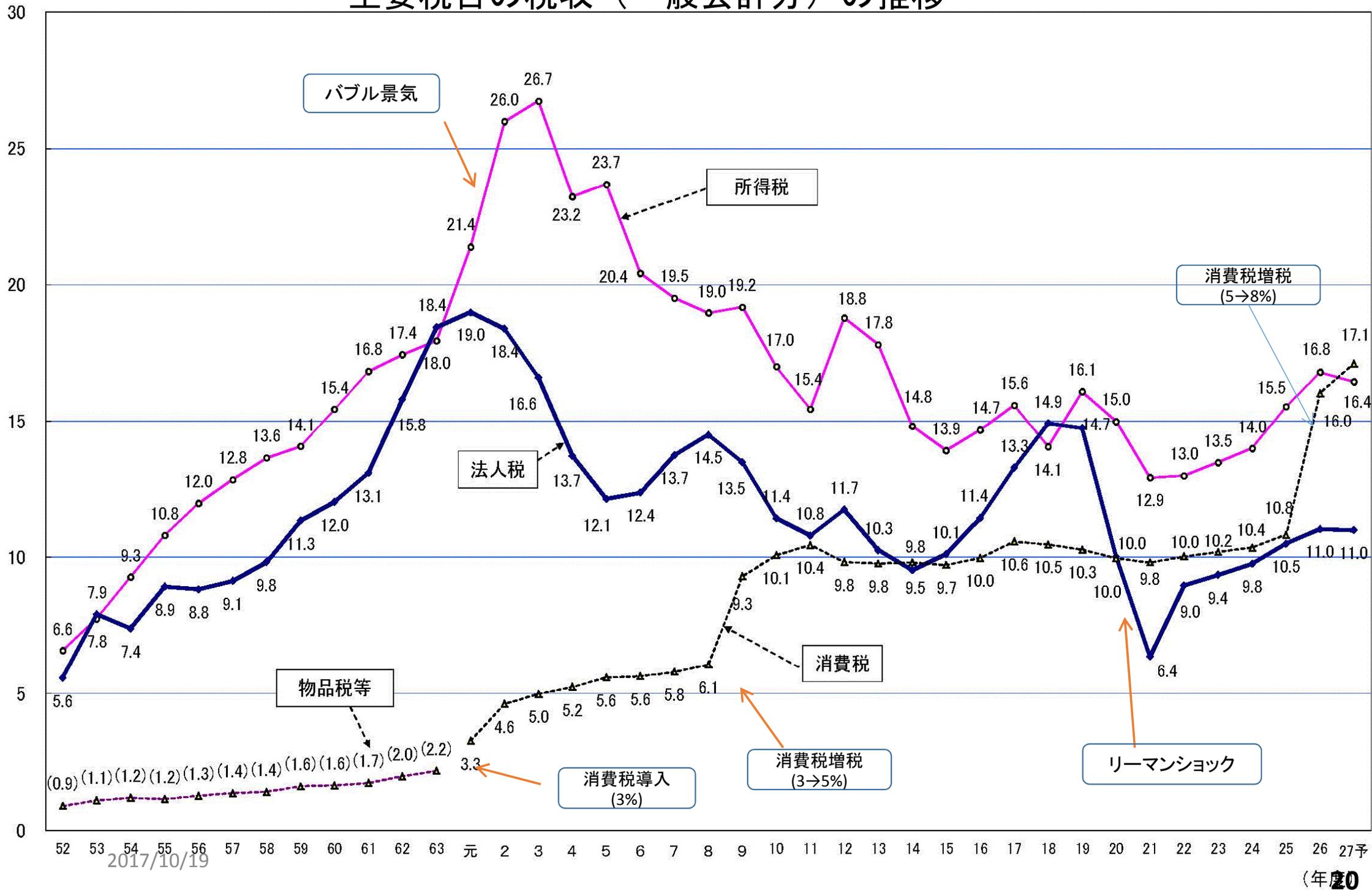
※平成12年度を100とした場合の指数の推移



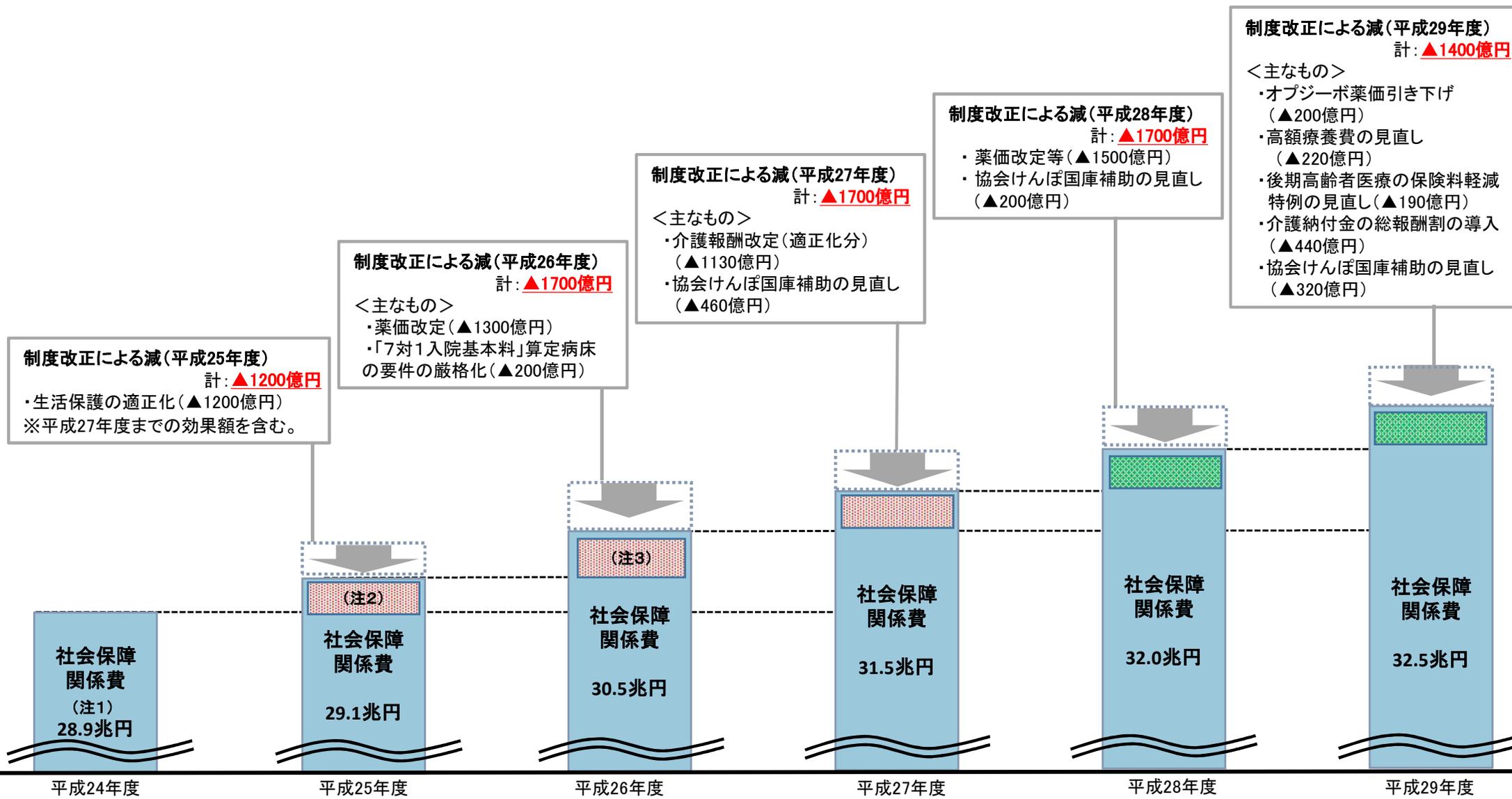
2017/10/19

主要税目の税収（一般会計分）の推移

(兆円)



最近の社会保障関係費の伸びについて

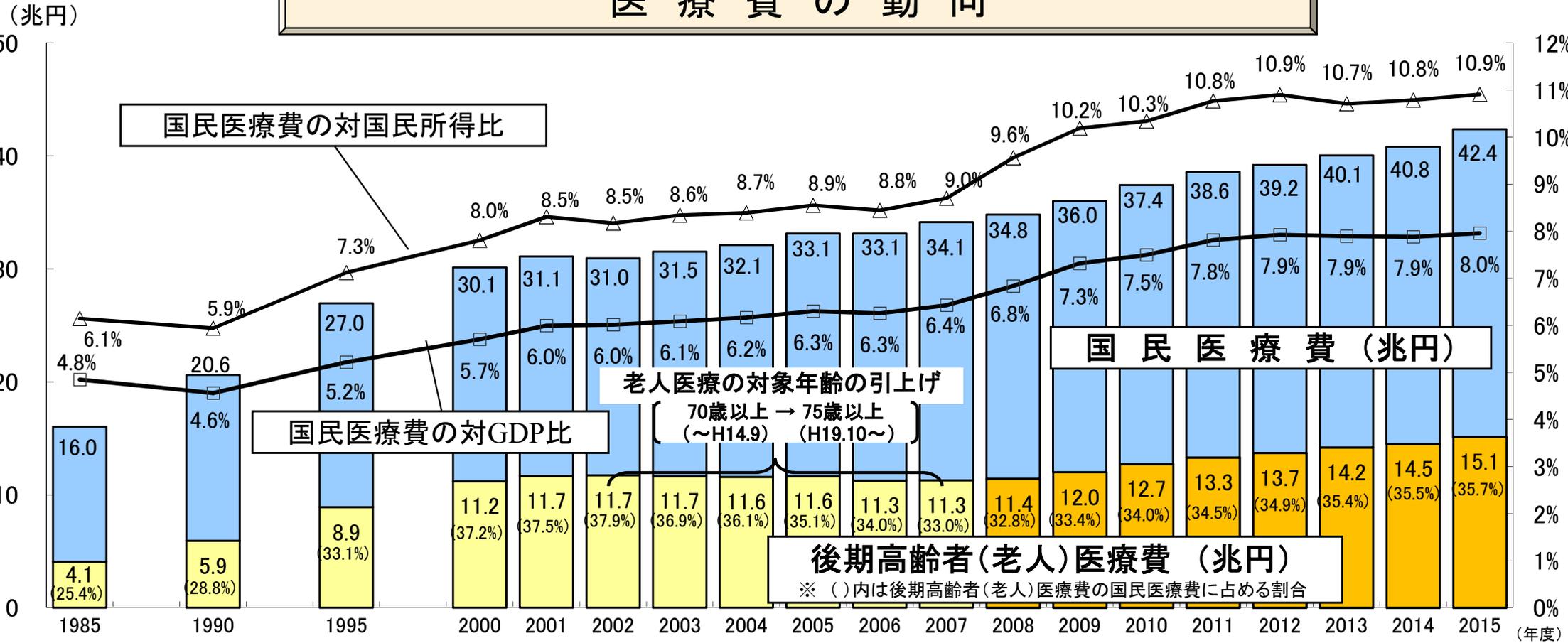


部分が、社会保障の充実等を除く25～27年度の実質的な伸びであり、年平均+0.5兆円程度

部分が、28年度、29年度の実質的な伸びであり、年+0.5兆円程度

(注1) 年金国庫負担2分の1ペースの予算額。
 (注2) 基礎年金国庫負担の受入超過による精算(▲0.3兆円)の影響を含めない。
 (注3) 高齢者の医療費自己負担軽減措置等に係る経費の当初予算化(+0.4兆円)の影響を含めない。
 (注4) 社会保障関係費の計数には、社会保障の充実等を含む。

医療費の動向



(診療報酬改定) 0.2% ▲2.7% ▲1.0% ▲3.16% ▲0.82% 0.19% 0.004% 0.10%

(主な制度改正) ・介護保険制度施行・高齢者1割負担導入 (2000) ・高齢者1割負担徹底 (2002) ・被用者本人3割負担等 (2003) ・現役並み所得高齢者3割負担等 (2006) ・未就学児2割負担 (2008) ・70-74歳2割負担 (※) (2014)

<対前年度伸び率>

	1985 (S60)	1990 (H2)	1995 (H7)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)	2012 (H24)	2013 (H25)	2014 (H26)	2015 (H27)	(%)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	▲0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.5	3.0	3.6	2.1	4.4	
国民所得	7.2	8.1	2.7	2.4	▲3.0	▲0.4	1.4	1.3	1.2	1.3	▲0.0	▲7.2	▲2.9	2.4	▲1.0	0.4	3.9	1.2	2.7	
GDP	7.2	8.6	2.9	1.3	▲1.8	▲0.8	0.7	0.5	0.9	0.7	0.3	▲4.1	▲3.4	1.4	▲1.1	0.2	2.6	2.1	2.8	

注 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算による。

※70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除(1割→2割)。2014年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

医療費の伸び率の要因分解

- 近年の医療費の伸び率を要因分解すると、「高齢化」で1.5%前後の伸び率となっている。
 ※ 「その他」の要因には、医療の高度化、患者負担の見直し等種々の影響が含まれる。

	平成15年度 (2003)	平成16年度 (2004)	平成17年度 (2005)	平成18年度 (2006)	平成19年度 (2007)	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009)	平成22年度 (2010)	平成23年度 (2011)	平成24年度 (2012)	平成25年度 (2013)	平成26年度 (2014)
医療費の伸び率 ①	1.9%	1.8%	3.2%	-0.0%	3.0%	2.0%	3.4%	3.9%	3.1%	1.6%	2.2%	1.8%
診療報酬改定 (消費税対応分を除く) ②		-1.0%		-3.16%		-0.82%		0.19%		0.004%		-1.26%
人口増の影響 ③	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.1%	0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%
高齢化の影響 ④	1.6%	1.5%	1.8%	1.3%	1.5%	1.3%	1.4%	1.6%	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%
診療報酬改定のうち、 消費税対応の影響 ⑤												1.36%
その他(①-②-③-④-⑤) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し等	0.2%	1.2%	1.3%	1.8%	1.5%	1.5%	2.2%	2.1%	2.1%	0.4%	1.1%	0.6%
制度改正	H15.4 被用者本人 3割負担等			H18.10 現役並み 所得高齢者 3割負担等		H20.4 未就学 2割負担						H26.4 70-74歳 2割負担(※)

注1: 医療費の伸び率は、平成25年度までは国民医療費の伸び率、平成26年度は概算医療費(審査支払機関で審査した医療費)であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

注2: 平成26年度の高齢化の影響は、平成25年度の年齢階級別(5歳階級)国民医療費と平成26年度の年齢階級別(5歳階級)人口からの推計である。

注3: 「診療報酬改定のうち、消費税対応の影響」とは、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分を指す。

注4: 平成26年度における診療報酬改定の改定率は、②と⑤を合計した0.10%であった。

※70-74歳の増えの9割負担割合の予算凍結措置解除(1割→2割)。平成26年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

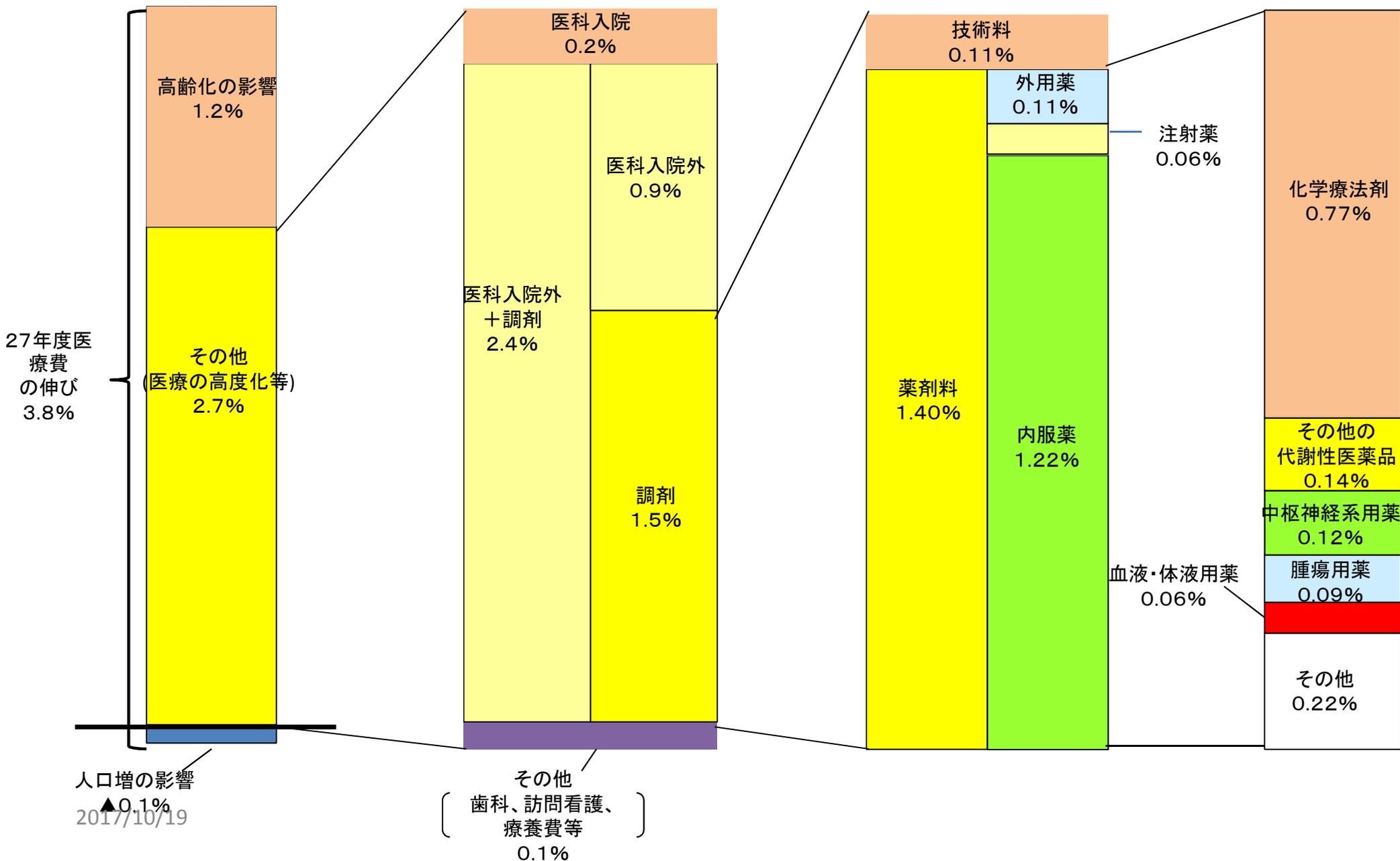
医療費の伸びの分解 まとめ(平成27年度)

①27年度医療費全体を分解

②その他の伸びを診療種別に分解

③調剤の伸びを分解

④薬剤料の伸びを薬効分類に分解

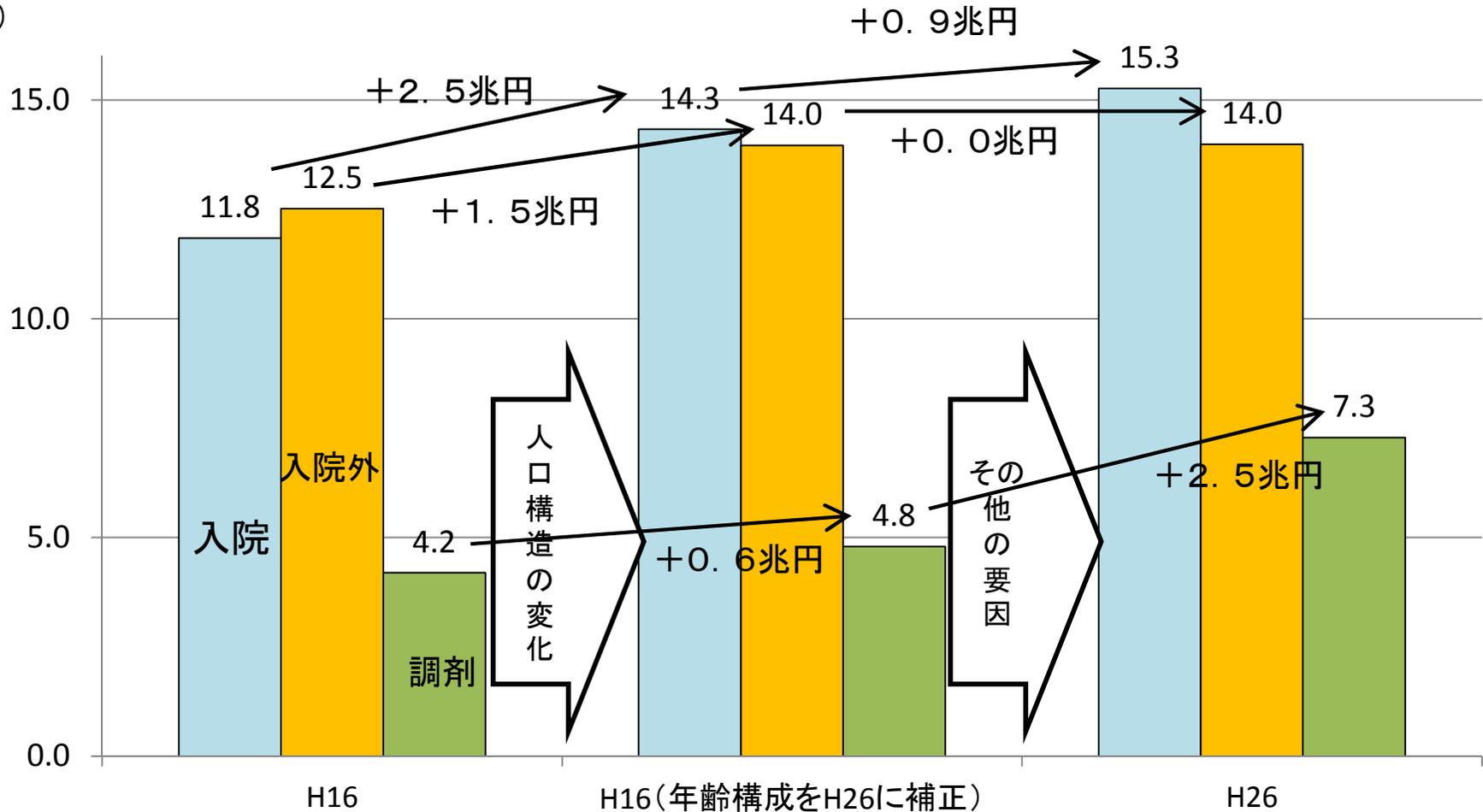


診療種別医療費の伸びの要因分解

診療種別に、医療費の伸びに占める人口構造の変化による影響を見ると、入院・入院外は伸びの多くが高齢化によって説明できるのに対し、調剤については人口構造の変化による影響はその他の要因のよりも小さくなっている。

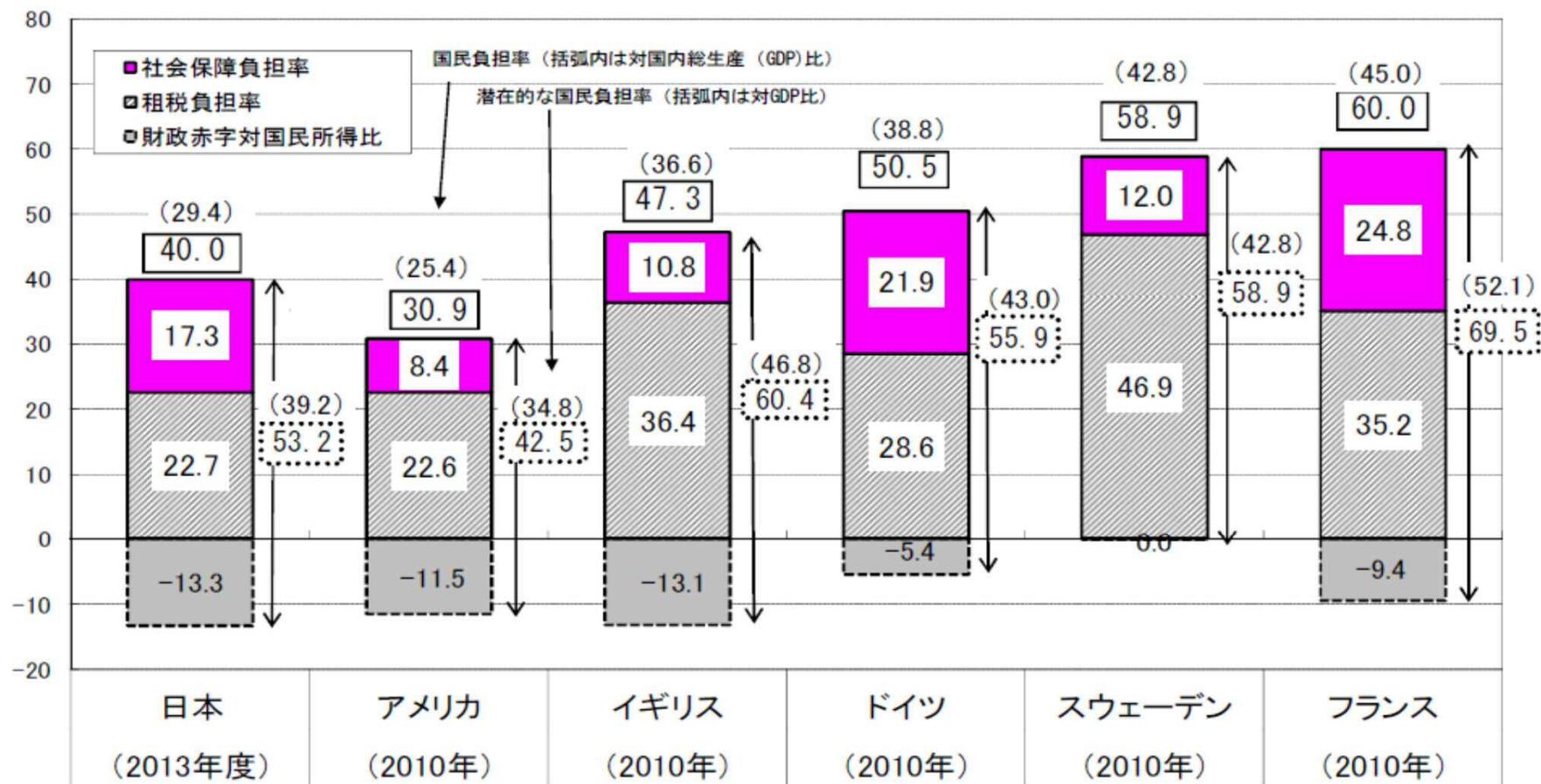
診療種別医療費の伸びの要因分解

(兆円)



国民負担率の国際比較

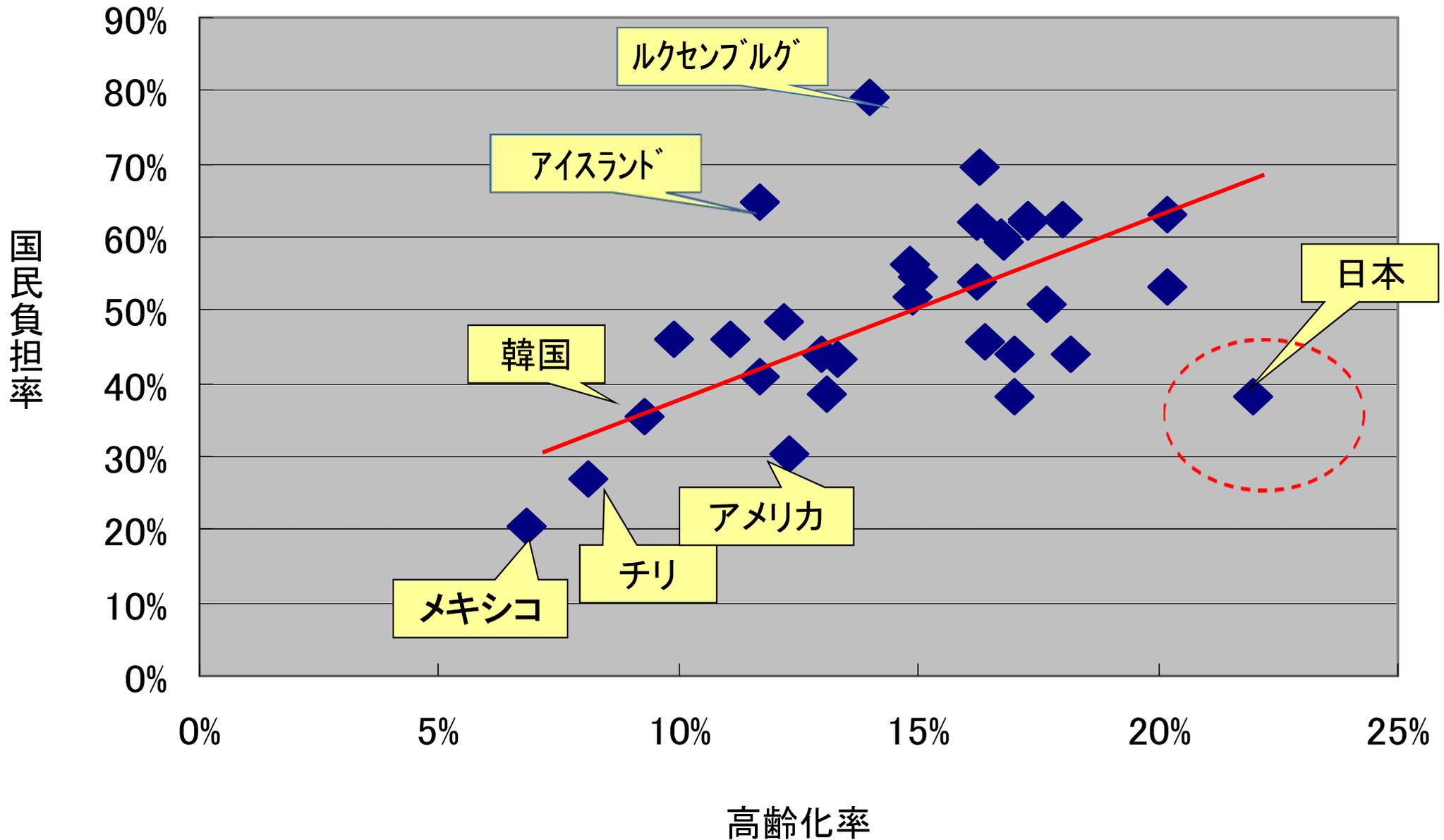
[国民負担率＝租税負担率＋社会保障負担率] [潜在的な国民負担率＝国民負担率＋財政赤字対国民所得比]
 (国民所得比：%)



(注) 1. 日本は2013年度（平成25年度）見通し。諸外国は2010年実績。
 2. 財政赤字の国民所得比は、日本及びアメリカについては一般政府から社会保障基金を除いたベース、その他の国は一般政府ベースである。

【諸外国出典】“National Accounts”(OECD)、“Revenue Statistics”(OECD)等

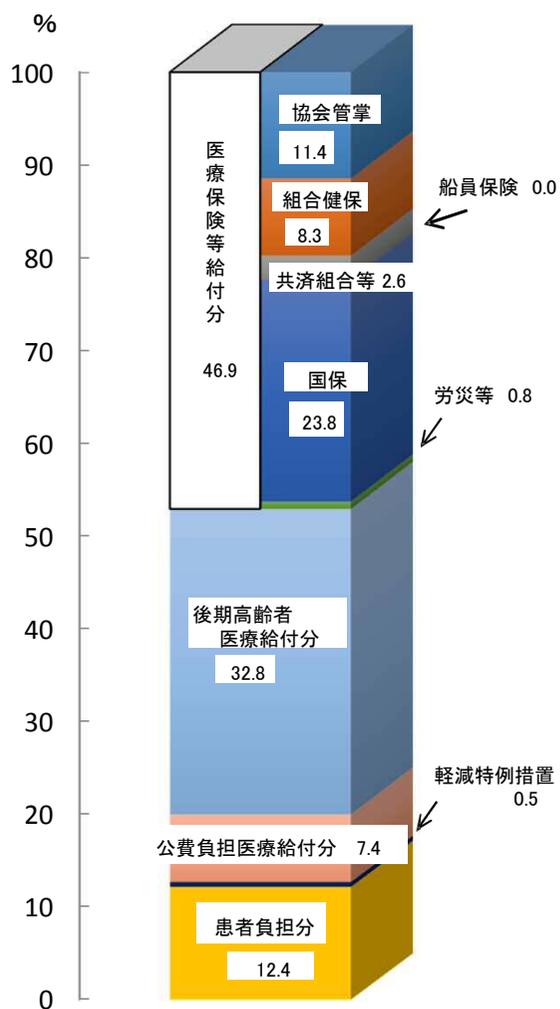
高齢化率と国民負担率の関係



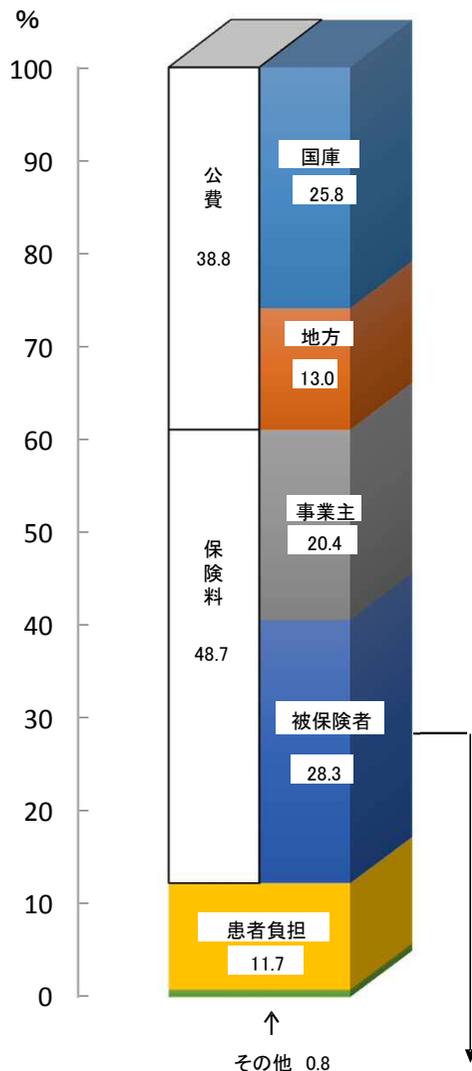
国民医療費の構造(平成26年度)

国民医療費 40兆8071億円
一人当たり医療費 321,100円

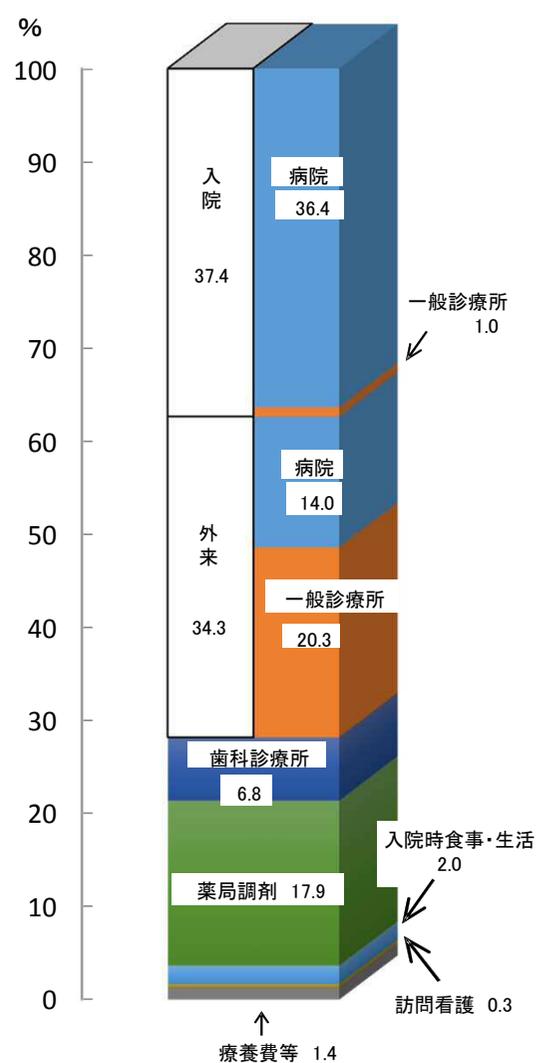
国民医療費の制度別内訳



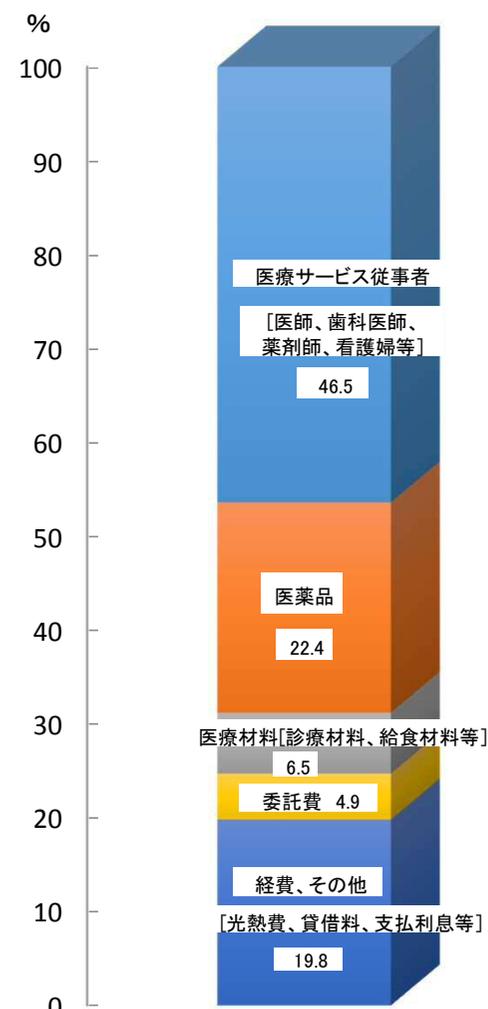
国民医療費の財源別内訳



国民医療費の分配



医療機関の費用構造



主な傷病の総患者数

- ◆ 総患者数の約半数が高血圧・糖尿病・高脂血症
- ◆ 「医学的管理の方法」と「医師以外の職種の活用」が課題

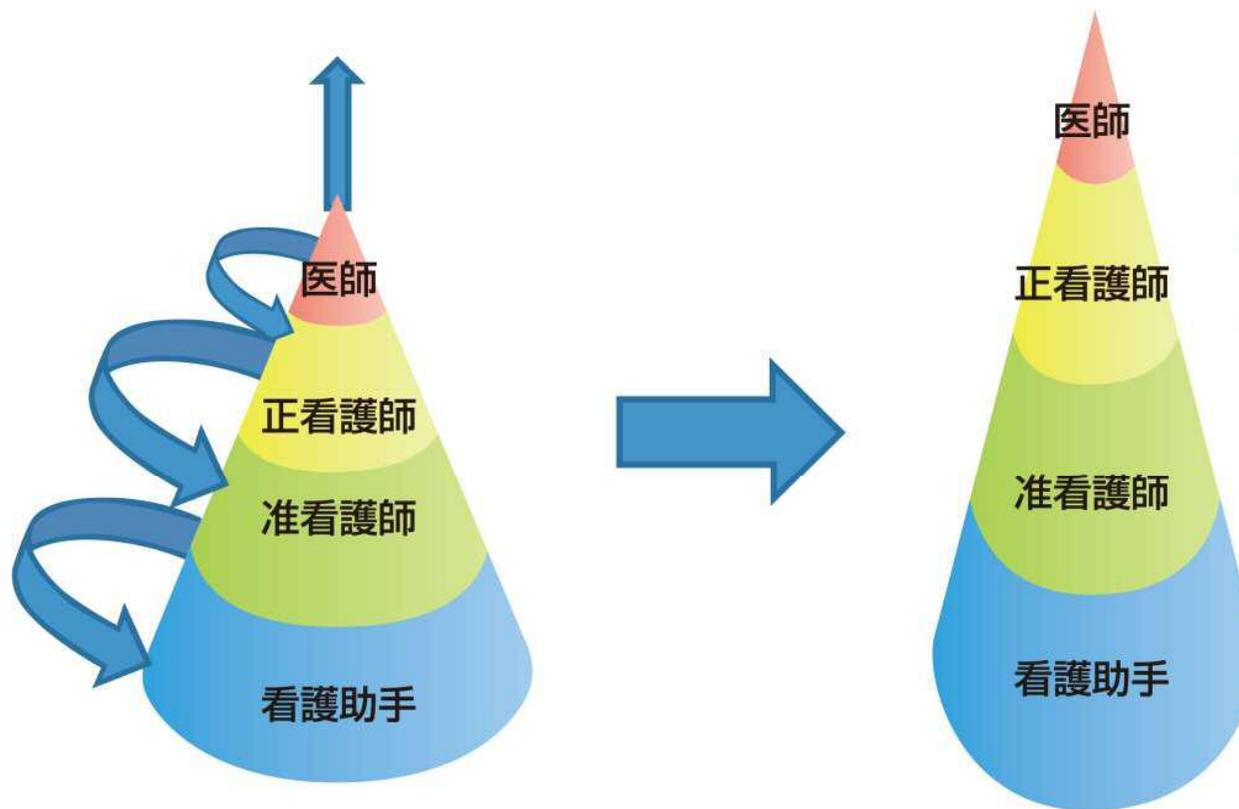


- ※ 高脂血症は平成17年は調査対象となっていない
- ※ 平成17年では心疾患(高血圧症のものを除く)は虚血性心疾患という分類を行っている

医療職等：責任と実務の職種間移転

- ◇ 「その職種でなければできない業務」に特化させる
- ◇ 現在より「高度」で「専門化」された業務を新たに付加

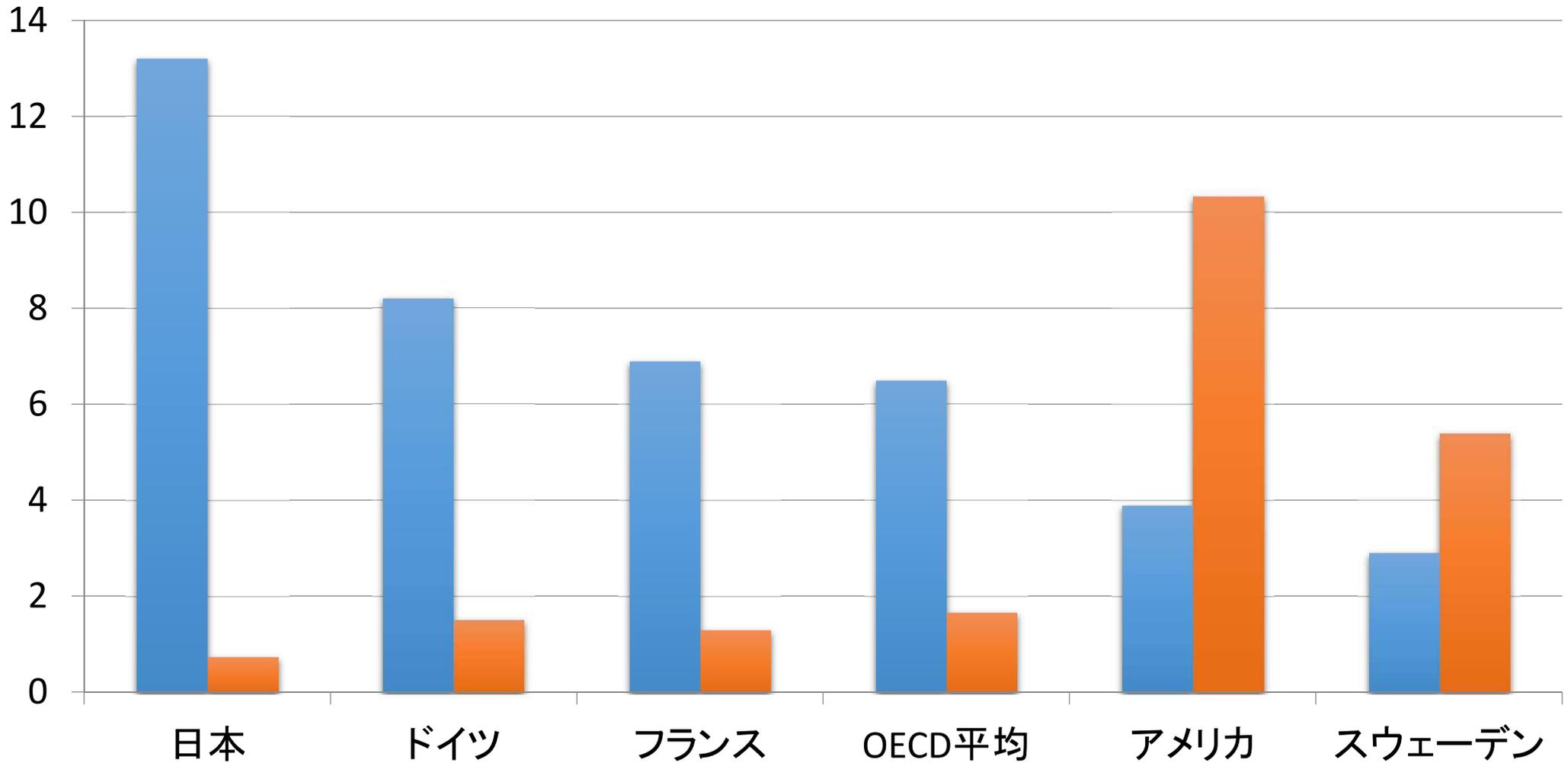
医師と看護職の責任と業務の職種間移転の概念を例示



各職種が、「より高度で専門的なその職種でなければできないこと」に特化し、他職種に責任と実務を移転

【外来】一人当たり平均受診回数と一回の受診当たり医療費の比較

■ 一人当たり平均受診回数^{注1)} ■ 一回の受診当たり医療費(百米ドル)^{注2)}



注1) Doctors consultations per capita, 2009 (or nearest year)

(2009年又はそれ以前の直近のデータ)

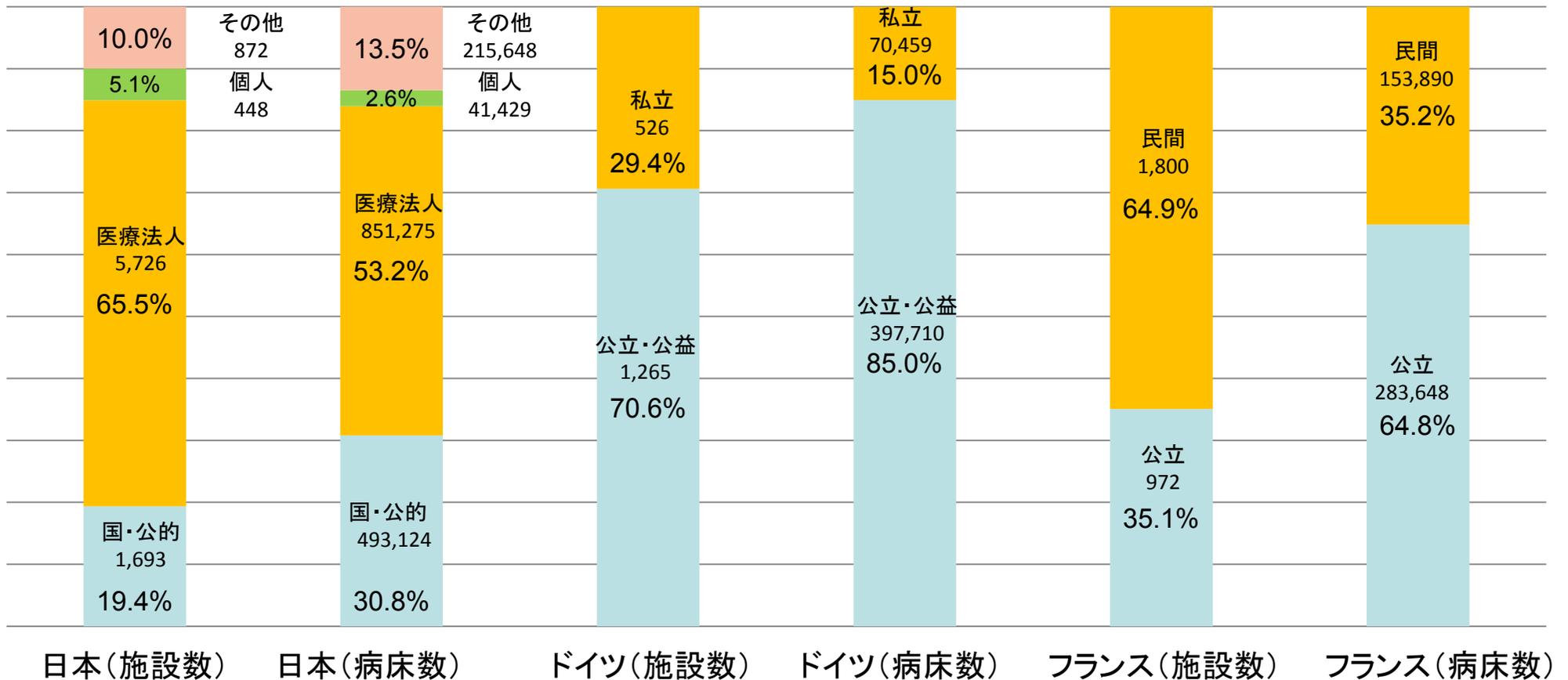
注2) Total health expenditure per capita(public and private) × Outpatient care (%)^{*}

Doctors consultations per capita

2017/10/19
^{*}Current health expenditure by function of health care, 2009 (or nearest year)

病院における開設者別にみた施設・病床数

- 我が国では、**個人及び民間医療機関(医療法人)**が病院数で5,726と65.5%、病床数で851,275と53.2%を占めており、**日本の医療の中核を担っている**。
- しかしながら、施設数と病床数のシェアの違いからわかるように**中小病院が多い**。
- **大規模病院においては、公的病院が多い**。
- 独・仏では、公的セクターが大きな割合を占めている。



注: 日本の「国・公的」は、国立、公立、日赤、済生会、共済組合等。「その他」は、民法法人、学校法人、社会福祉法人等。

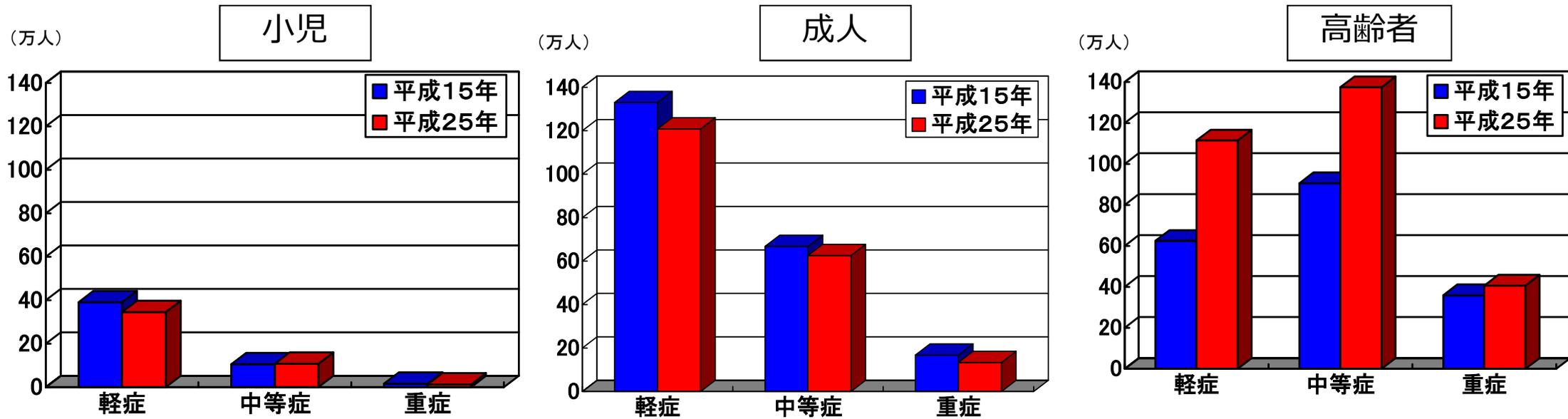
ドイツの「公益」とは教会系等の社会奉仕団体。フランスの「公的」は公立病院。

(出所)平成21年医療施設調査(厚生労働省統計情報部)。フランス医療関連データ集【2009年版】、ドイツ医療関連データ集【2009年版】(医療経済研究機構)

2017/10/19

10年間の救急搬送人員の変化（年齢・重症度別）

○ 救急搬送人員の伸びは、年齢別では高齢者が多く、重症度別では軽症・中等症が多い。



平成15年中

全体	小児	成人	高齢者
重症	1.6万人	16.8万人	35.9万人
中等症	10.6万人	66.8万人	90.6万人
軽症	39.1万人	133.1万人	62.5万人

平成25年中

全体	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
重症	1.2万人 0.4万人減 -26%	13.4万人 3.4万人減 -20%	40.6万人 4.7万人増 +13%
中等症	10.8万人 0.2万人増 +2%	62.6万人 4.2万人減 -6%	137.5万人 47万人増 +52%
軽症	34.5万人 4.6万人減 -12%	120.8万人 12.3万人減 -9%	111.5万人 49万人増 +78%

2017/10/19

「救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータを基に分析したもの

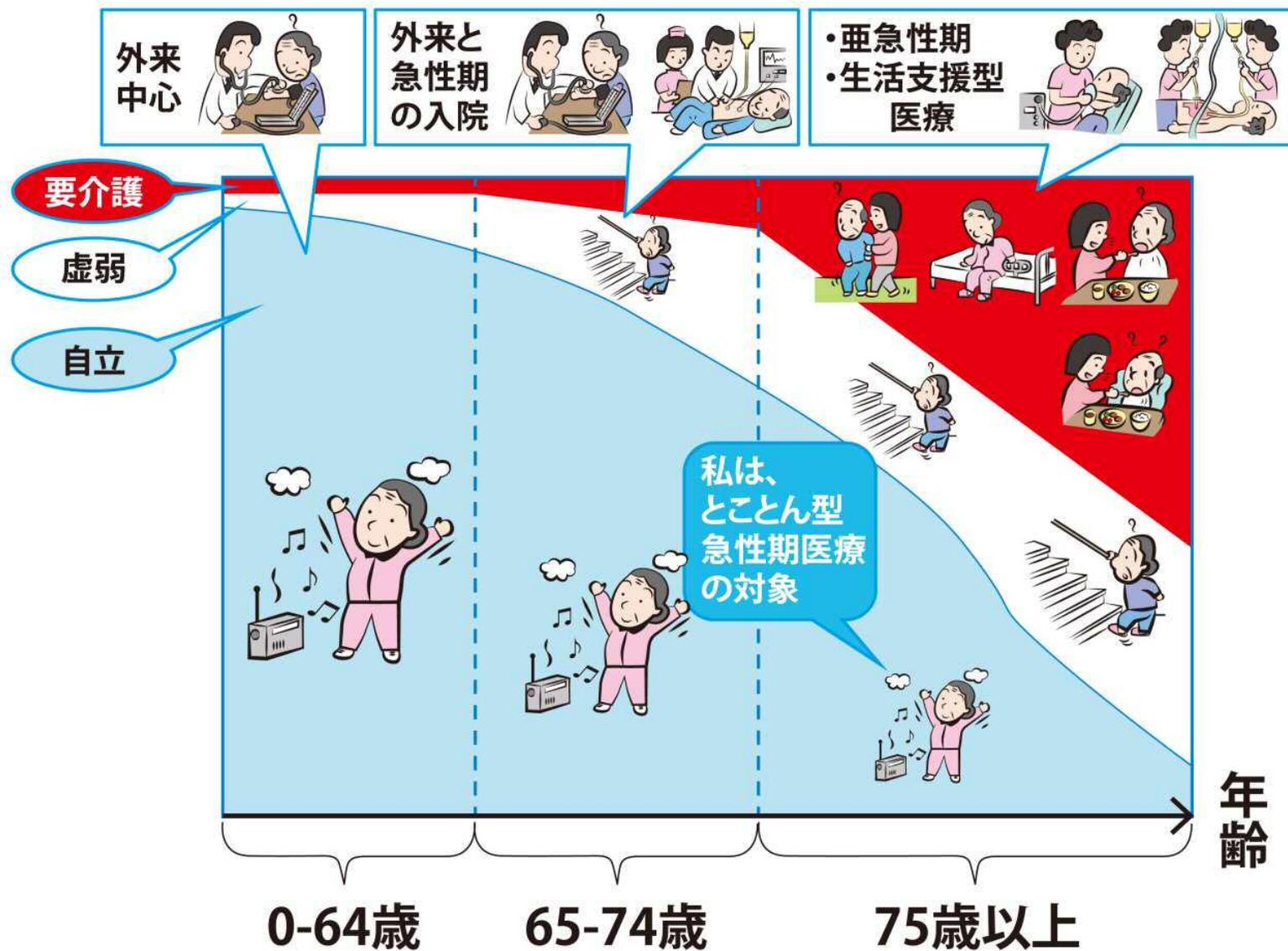
医療提供体制の各国比較（2010年）

- ◇ 「人口当たりの医師・看護師数」は欧米並みだが、病床数が多いため
「病床当たりの医師・看護師数」は欧米に比べ1/3～1/4程度

国名	平均在院日数	人口千人当たり 病床数	病床百床当たり 臨床医師数	人口千人当たり 臨床医師数	病床百床当たり 臨床看護職員数	人口千人当たり 臨床看護職員数
日本	18.2	13.5	16.4	2.2	74.3	10.0
ドイツ	9.5	8.3	45.2	3.7	135.3	11.2
フランス	5.7	6.4	50.9	3.3	131.4	8.5
イギリス	7.4	3.0	92.0	2.8	324.7	9.7
アメリカ	4.8	3.1	79.7	2.4	358.7	10.9

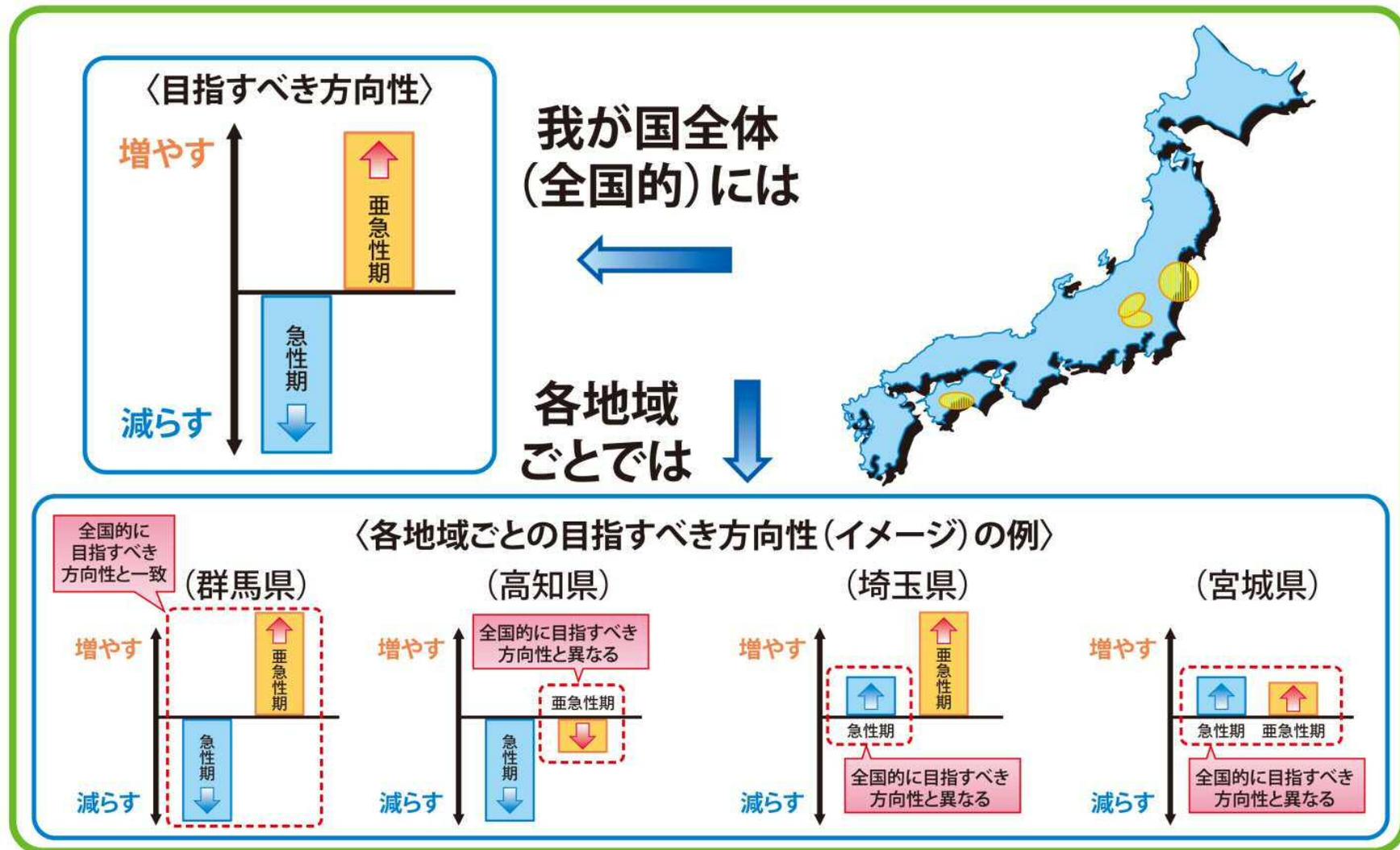
出典) OECD HEALTH STATS Average length of stay, All causes, Days
Total hospital beds, Per 1 000 population
Physicians, Density per 1 000 population (head counts)
Nurses, Density per 1 000 population (head counts)

年齢と「とことん」と「まあまあ」医療



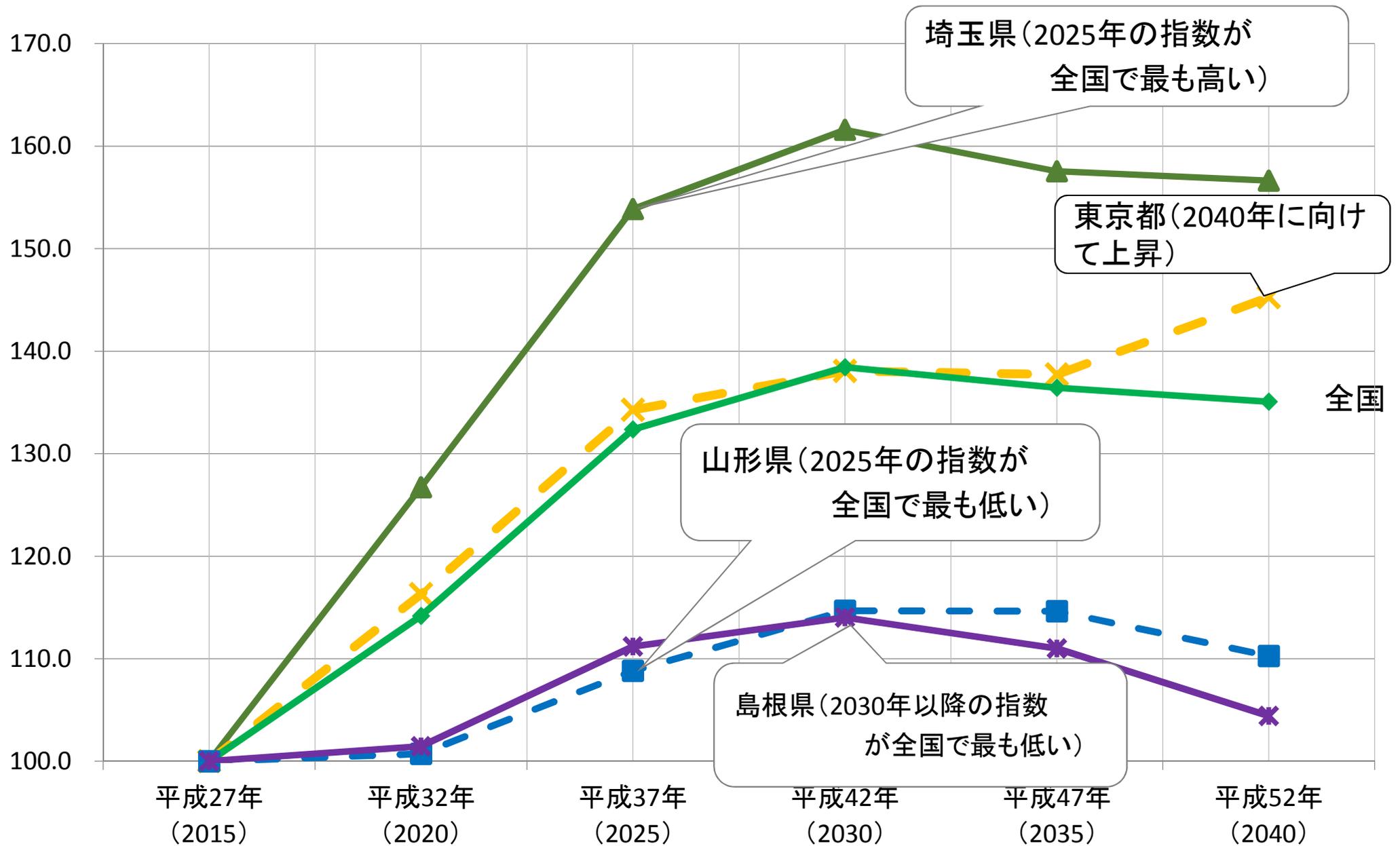
医療提供体制改革の方向性

地域ごとに目指すべき医療提供体制の方向性の相違



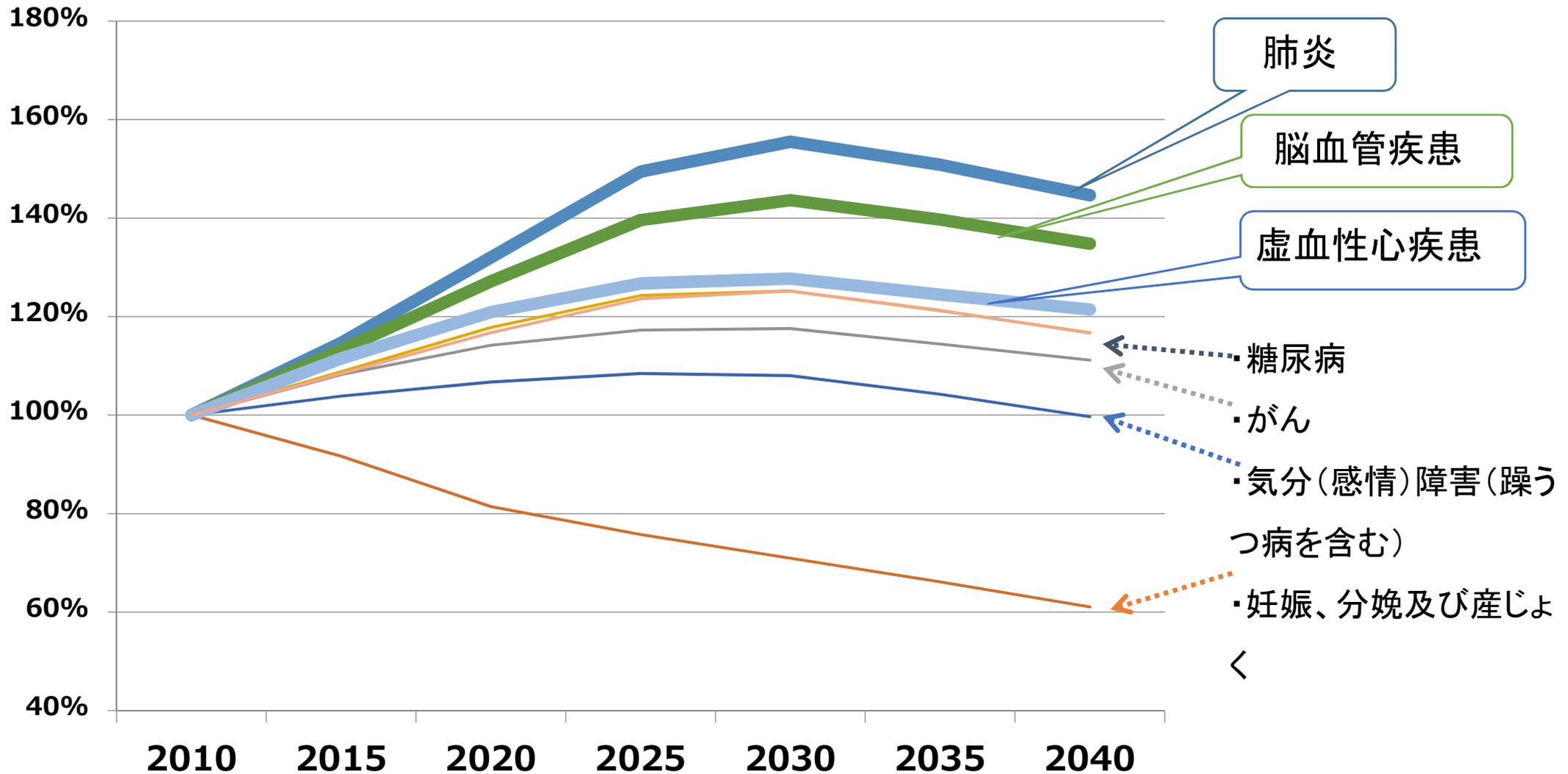
2015 — 2025 — 2040年の高齢化の状況

75歳以上人口の将来推計(平成27年の人口を100としたときの指数)



入院患者数の将来推計 (千葉医療圏)

入院患者推計



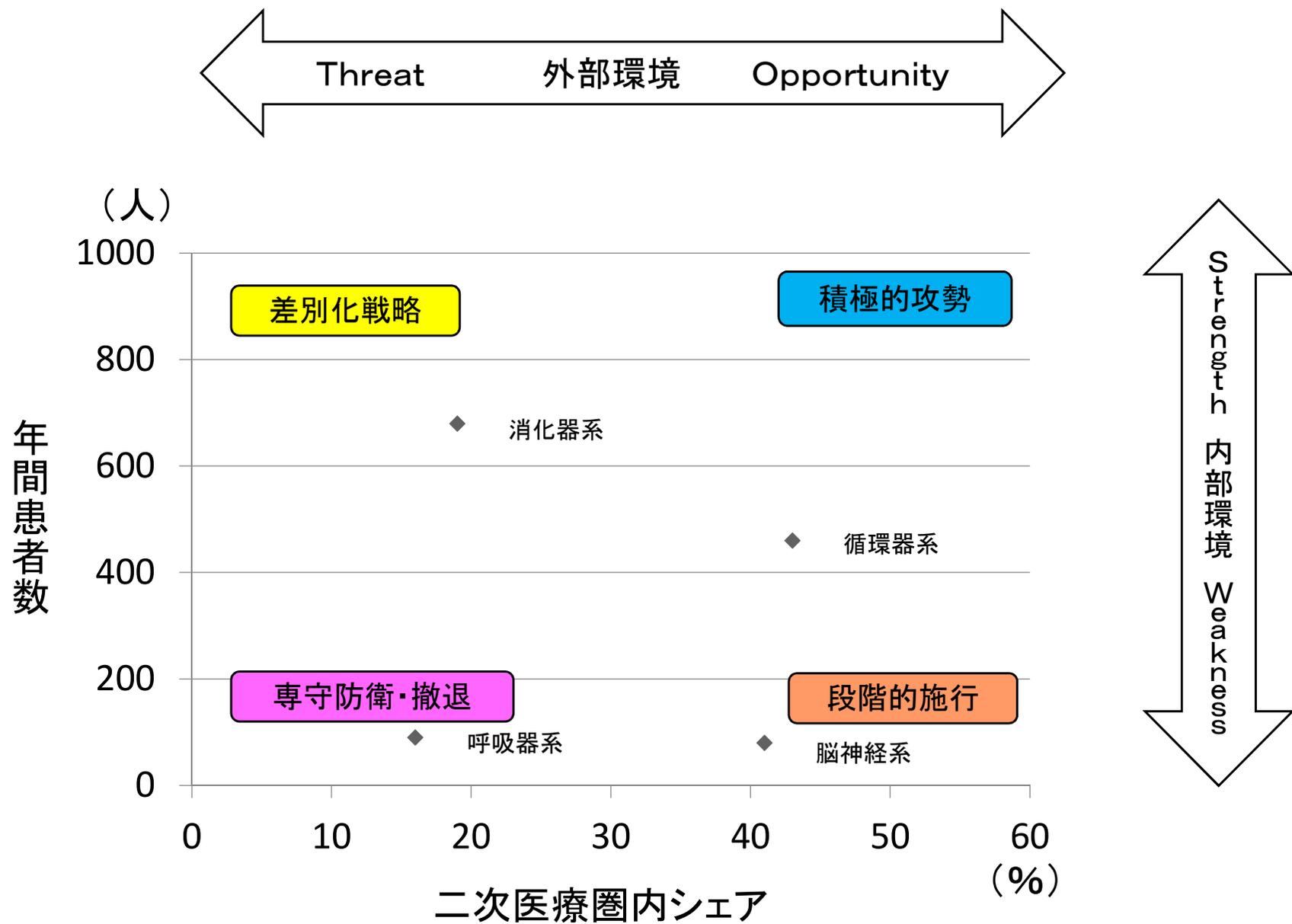


図 診療分野別手術患者の地域患者シェア分析の例

(出典)「DPCデータから見える医療機関の地域での役割と機能分化のあり方」, 伏見清秀, 病院69巻9号(2010.9)

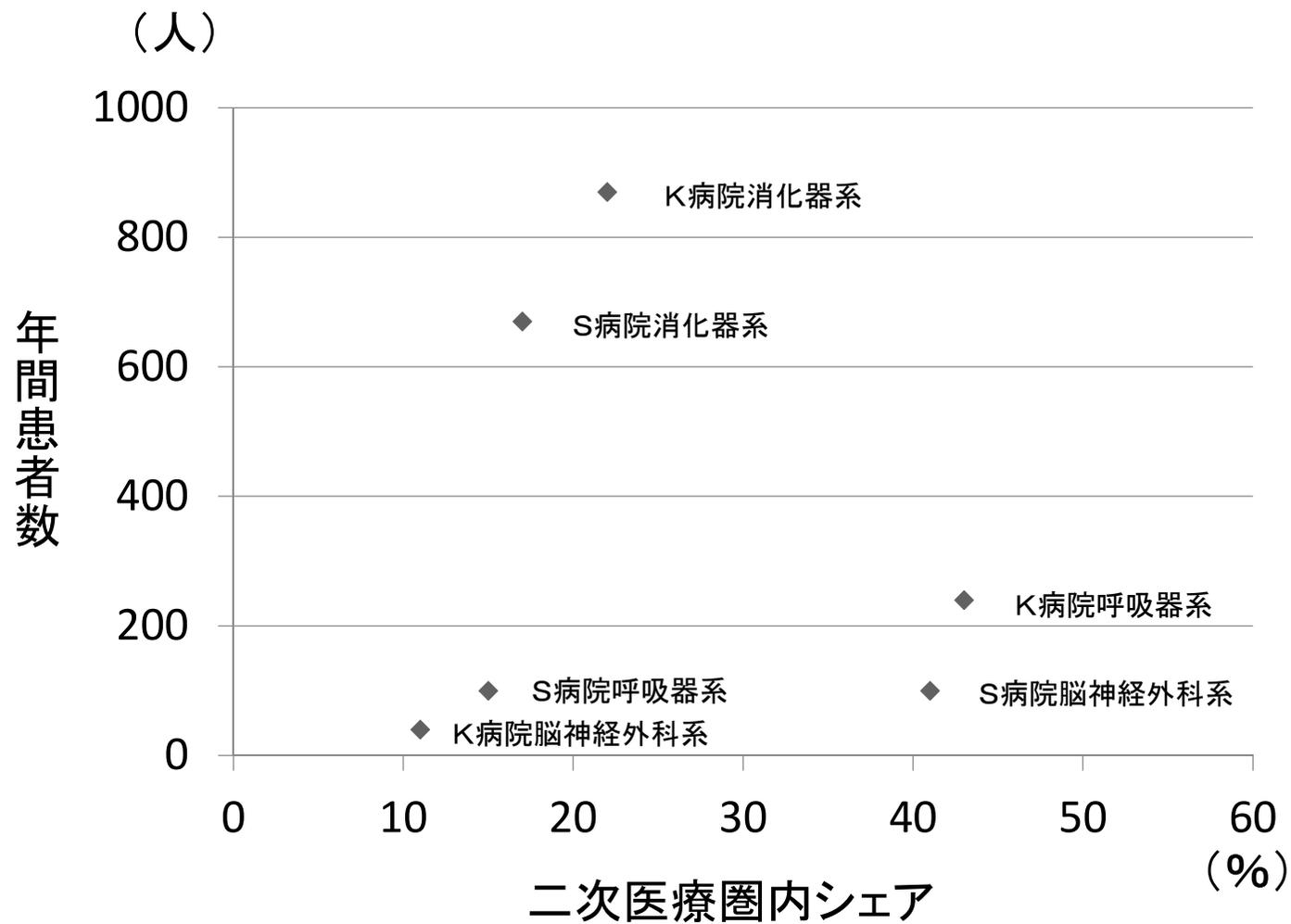
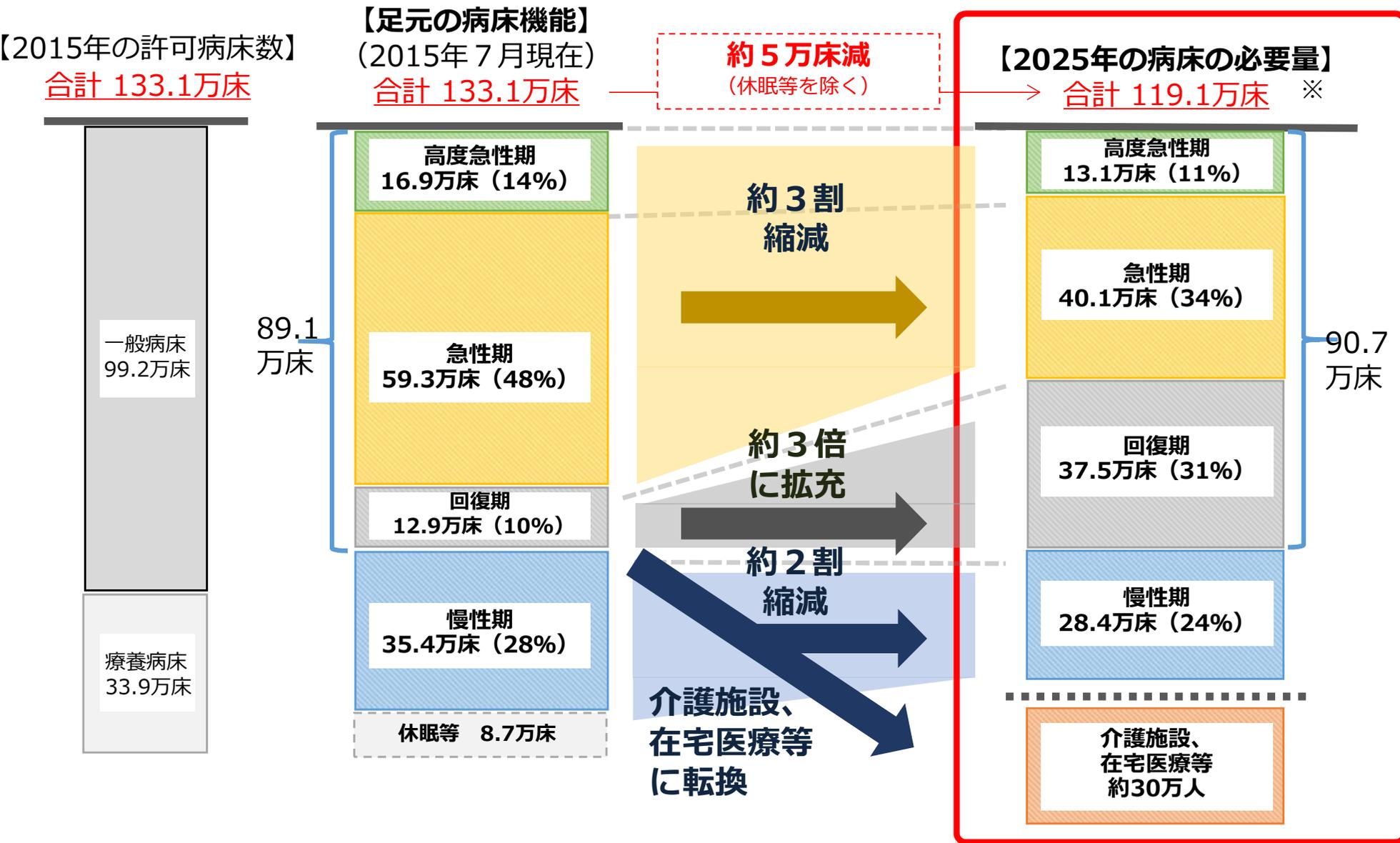


図 地域患者シェアの病院間比較分析

(出典)「DPCデータから見える医療機関の地域での役割と機能分化のあり方」, 伏見清秀, 病院69巻9号(2010.9)

「地域医療構想」による2025年の病床の必要量

(2016年度に全都道府県で策定完了)



※内閣官房推計 (2015年6月) の合計 114.8~119.1万床 の範囲内

平成28年度診療報酬改定の概要

- ・ 2025年(平成37)年に向けて、地域包括ケアシステムと効果的・効率的で質の高い医療提供体制の構築を図る。
- ・ 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の機能分化・強化、連携に関する充実等に取り組む。

診療報酬(本体) +0.49%

}	医科	+0.56%
	歯科	+0.61%
	調剤	+0.17%

薬価改定 ▲1.22%

上記のほか、市場拡大再算定による薬価の見直しにより、▲0.19%
年間販売額が極めて大きい品目に対応する市場拡大再算定の特例の
実施により、▲0.28%

材料価格改定 ▲0.11%

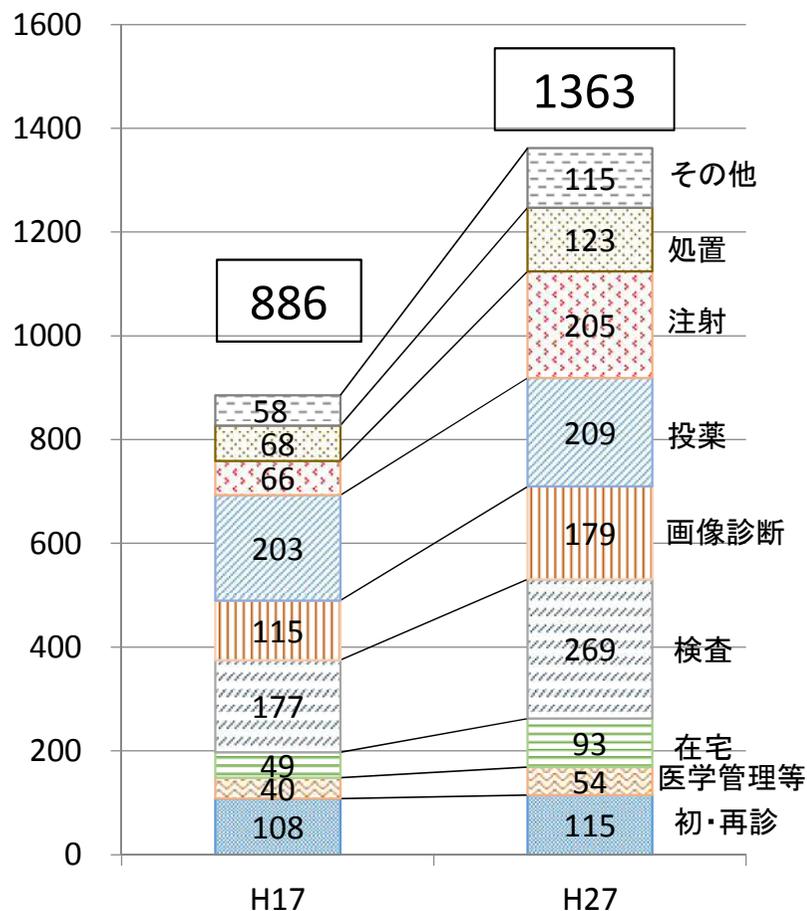
※ なお、別途、新規掲載された後発医薬品の価格の引下げ、長期掲載品の特例的引下げの置き換え率の基準の見直し、いわゆる大型門前薬局等に対する評価の適正化、入院医療において食事として提供される経腸栄養用製品に係る入院時食事療養費等の適正化、医薬品の適正使用等の観点等からの1処方当たりの湿布薬の枚数制限、費用対効果の低下した歯科材料の適正化の措置を講ずる。

入院外一日当たりの診療報酬点数の内訳の推移(病院)

○ 病院における入院外一日当たりの診療報酬点数の増加には、主に、検査、画像診断、注射の診療報酬が寄与している。

(点)

病院



	寄与率
初・再診	1.5%
医学管理等	2.9%
在宅医療	9.2%
検査	19.2%
画像診断	13.4%
投薬	1.3%
注射	29.1%
処置	11.5%
その他	11.9%

「その他」には、精神科専門療法、リハビリテーション、手術、麻酔、放射線治療、病理診断が含まれる。

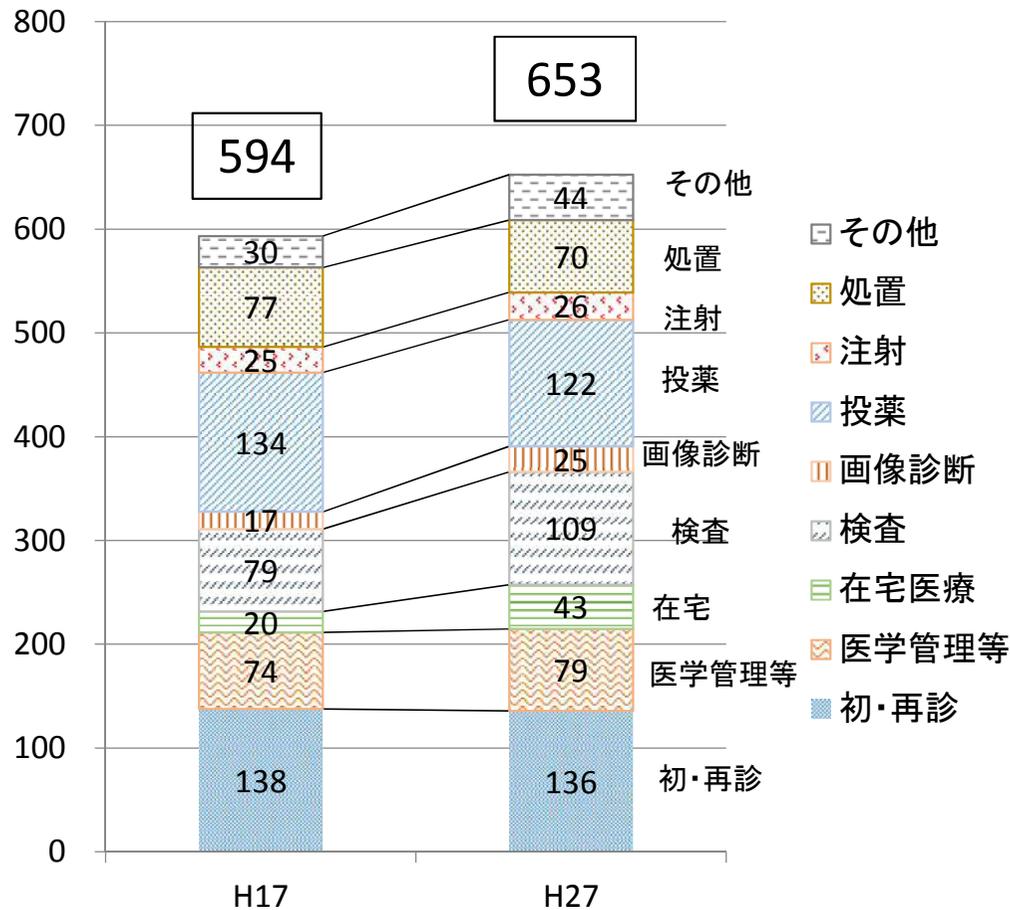
2017/10/19

入院外一日当たりの診療報酬点数の内訳の推移(診療所)

○ 診療所における入院外一日当たりの診療報酬点数の増加には、主に、在宅医療、検査の診療報酬が寄与している。

(点)

診療所



	寄与率
初・再診	-3.1%
医学管理等	8.7%
在宅医療	38.0%
検査	49.6%
画像診断	13.4%
投薬	-20.5%
注射	2.9%
処置	-11.7%
その他	22.8%

「その他」には、精神科専門療法、リハビリテーション、手術、麻酔、放射線治療、病理診断が含まれる。

2017/10/19

在宅医療の診療報酬の見直しについて

※ 機能強化型在支診・病床なしの医療機関が、高齢者施設の入所者を訪問診療した場合

H26改定前

在宅医療を担う医療機関が少なかったため、**在宅医療の点数を大幅に引上げ**

平成24年度改定

在宅時医学総合管理料	4,600点
(月2回以上訪問診療した場合に算定)	
訪問診療料(月2回分)	400点
合計	5,000点

(参考)

・地域包括診療料 1,503点/月
H26改定で新設。高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症のうち2つ以上を持つ患者に対して、継続的な医療を提供し、24時間の対応、服薬管理・健康管理等を行う。

・風邪で外来受診した場合の点数

初診料	282点
処方せん料	68点
調剤料等	約250点
合計	600点

2017/10/19

H26改定

在宅医療は進んだが、
・集合住宅の入所者に対しごく短時間で集中的に訪問診療して高い点数をとる医療機関
・患者紹介料の授受 などの**不適切事例**

高齢者施設の入所者を集中的に訪問診療した場合、点数を引下げ

平成26年度改定

在宅時医学総合管理料	
同一建物居住者以外	4,600点
同一建物居住者 (複数の患者に対し、同一日に訪問診療を行う場合)	1,100点
訪問診療料(月2回分)	936点

点数が低すぎるという意見に配慮し、激変緩和の観点から、**月1回以上、別々の日に訪問診療していれば、1,100点ではなく4,600点を算定できる「例外措置」を設定**

通常の医療機関もまとまった訪問診療ができず、患者数が減少し、減収。**高い点数をとるため、例外措置の非効率な訪問診療を誘発。**
→ いわゆる「ぐるぐる、バラバラ」

H28改定

○地域包括ケアシステムの推進のためには、**さらなる在宅医療の推進が必要。**
○訪問診療の効率性を考慮しつつ、患者の居住場所に応じた評価をきめ細かく設定。
(同一日に訪問診療した人数に関係なく、**同一建物の患者数を基準に3段階で設定**)

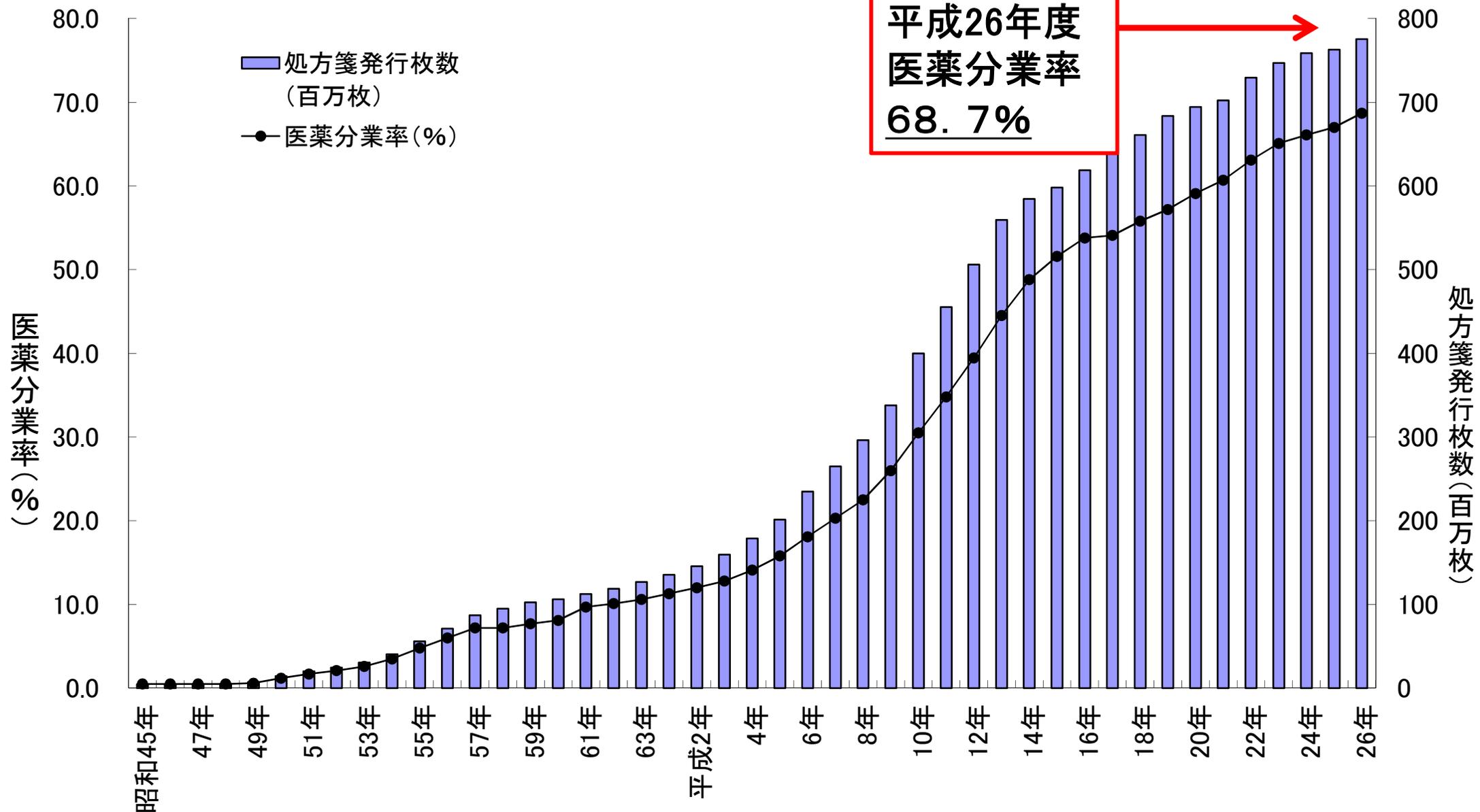
平成28年度改定後

施設入居時等医学総合管理料	単一建物診療患者の人数		
	1人	2~9人	10人~
重症患者	3,600点	2,970点	2,640点
重症患者以外の患者	3,000点	1,650点	1,200点

訪問診療料(月2回分) 1,036点

○前回下げすぎた部分は増やす一方、高すぎた部分は減額。
○**「例外措置」の診療形態で高い点数をとることができなくなるが、一定の患者数をまとめて訪問診療可能とする。**
→効率的な訪問診療が可能になるので、**地域で多くの患者を訪問診療可能。**45

医薬分業率の年次推移

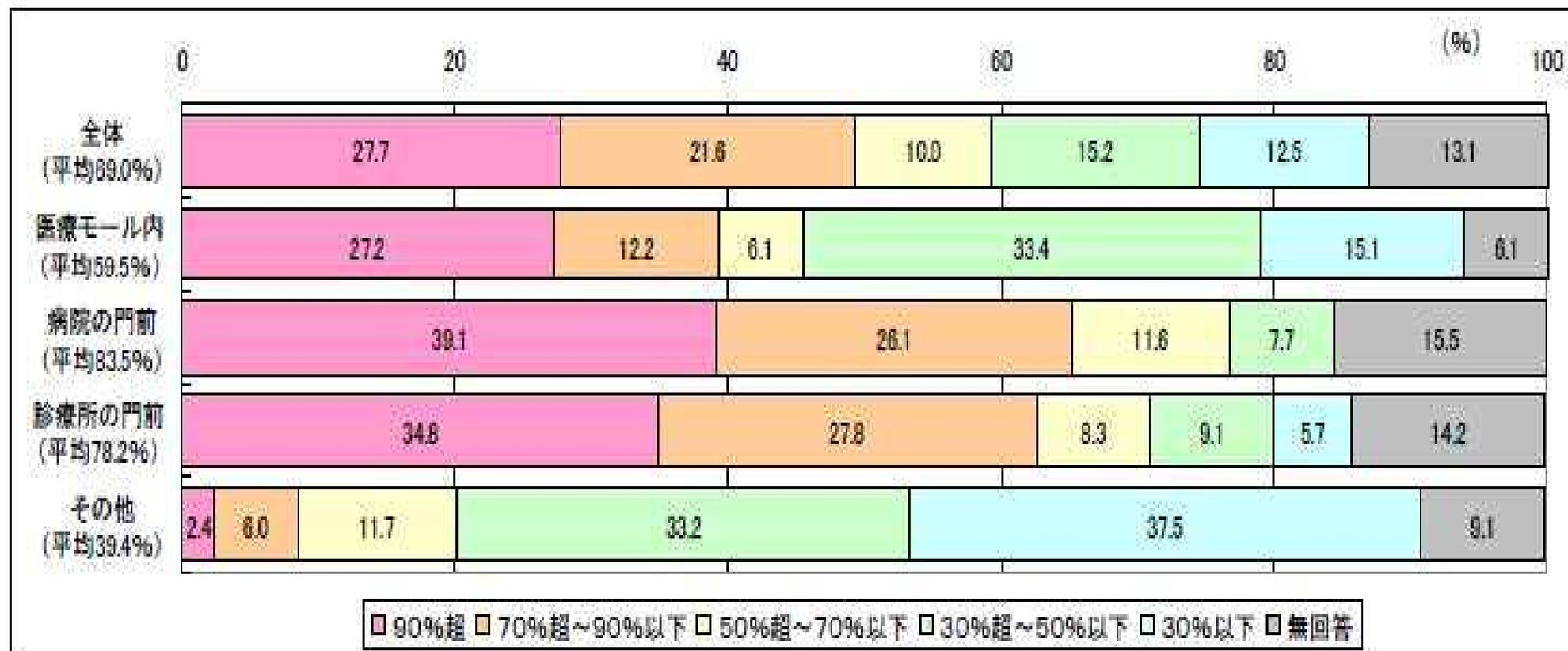


平成26年度
医薬分業率
68.7%

医薬分業率は年々上昇している。

※医薬分業率(%) =
$$\frac{\text{処方箋枚数(薬局での受付回数)}}{\text{医科診療(入院外)日数} \times \text{医科投薬率} + \text{歯科診療日数} \times \text{歯科投薬率}} \times 100$$

第1位の医療機関からの処方せんが占める比率



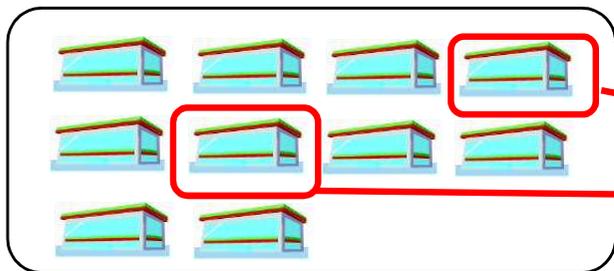
薬局のかかりつけ機能に係る実態調査,2011年

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

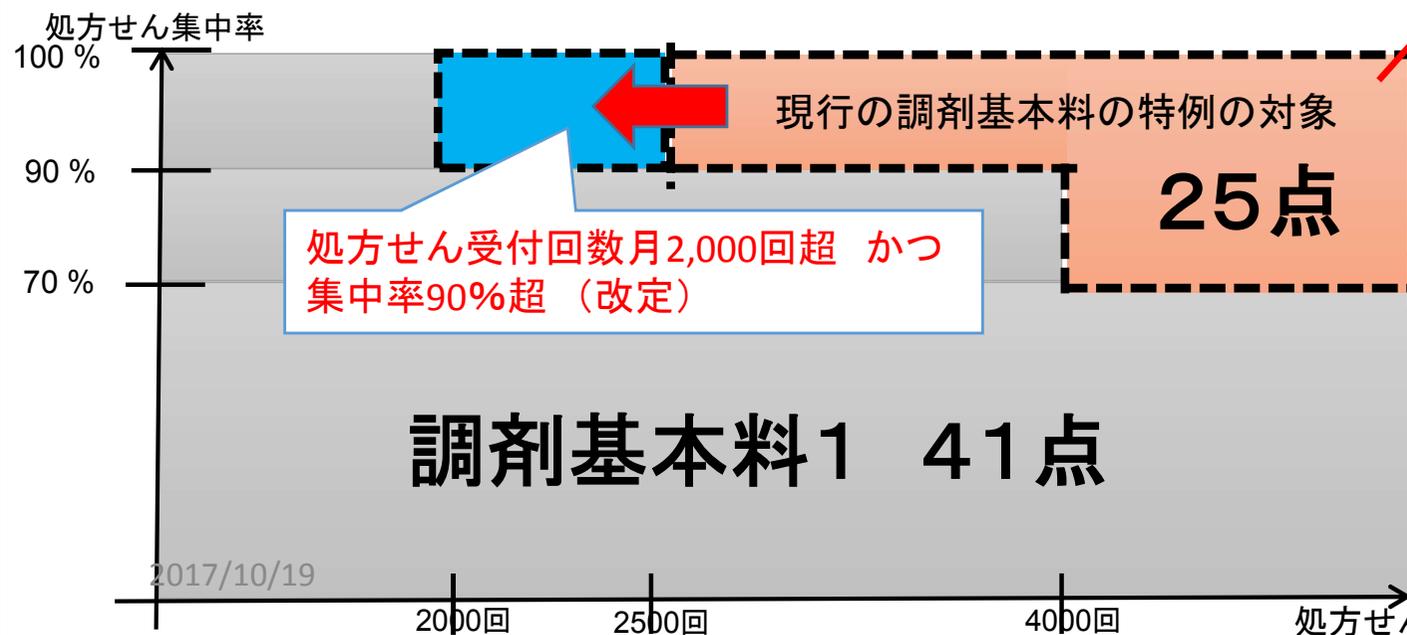


(新) 調剤基本料3 20点

- 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)

調剤基本料の分布状況

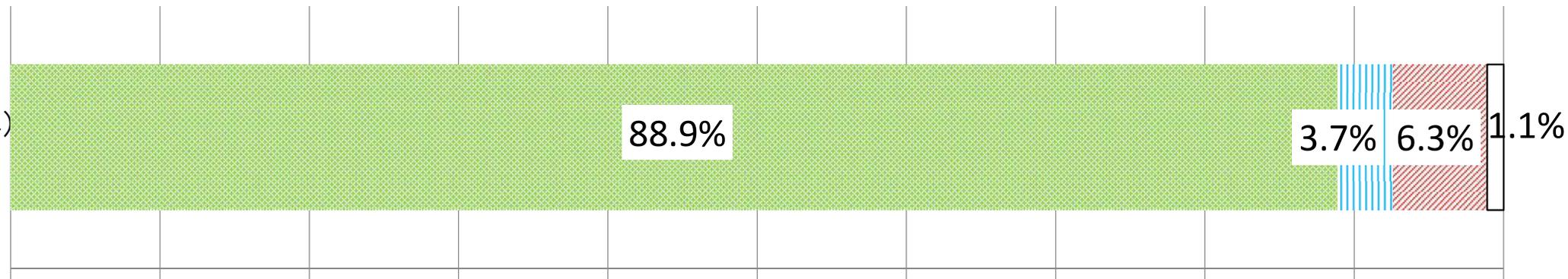
中医協 総-3
29.3.29

調剤基本料1を算定している薬局は88.8%、調剤基本料2は3.7%、調剤基本料3は6.3%であった。

平成28年度

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

全体
(n=704)

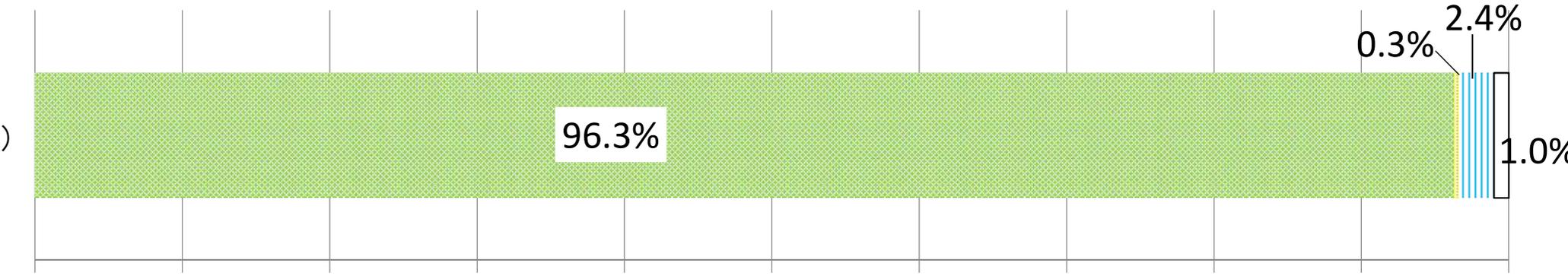


■ 調剤基本料1 (41点)
 ▨ 調剤基本料2 (25点)
 ▨ 調剤基本料3 (20点)
 ▨ 調剤基本料4 (31点)
▨ 調剤基本料5 (19点)
 ■ 特別調剤基本料 (15点)
 □ 無回答

(参考)平成27年度調査

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

全体
(n=703)



■ 調剤基本料 (41点)
 ▨ 調剤基本料 (31点)
 ▨ 調剤基本料 (25点)
 ▨ 調剤基本料 (19点)
 □ 無回答

2017/10/19

調剤報酬の比較について

処方せん集中率と受付回数に応じて調剤基本料に差を設けている

解熱鎮痛剤・抗生剤7日分処方の場合

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下図に142点上乗せ

かかりつけ薬剤師・薬局での調剤

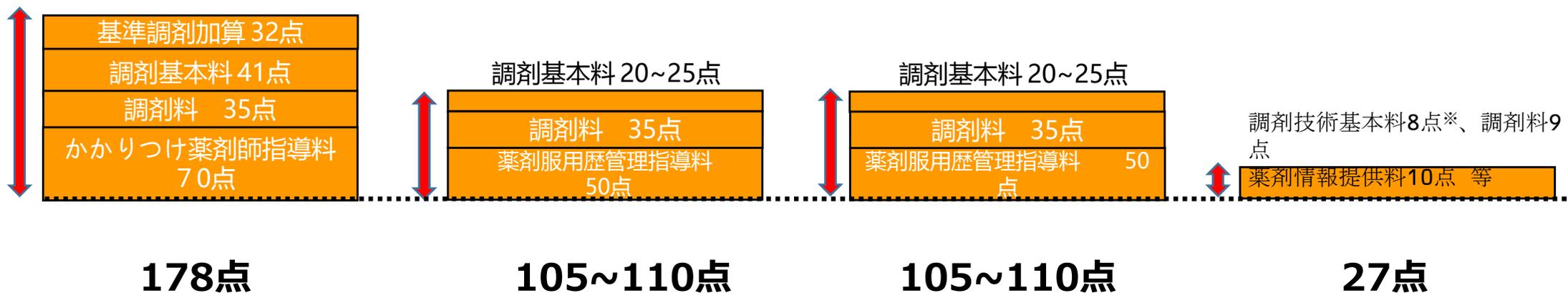


いわゆる門前薬局での調剤



いわゆる同一敷地内薬局での調剤

○ 参考
院内調剤（外来）



※薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合に算定

高齢者の多剤投与の状況

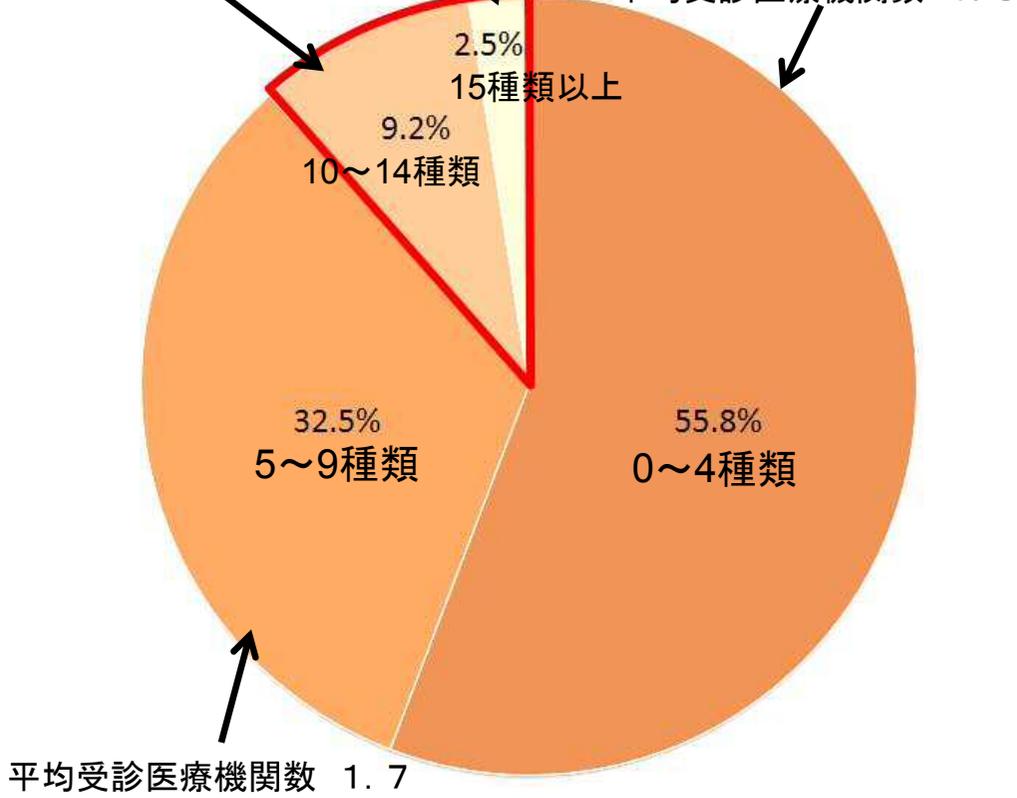
高齢者の投薬については、複数の医療機関から合計10種類を超えて投薬されている患者が一定割合存在している。

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



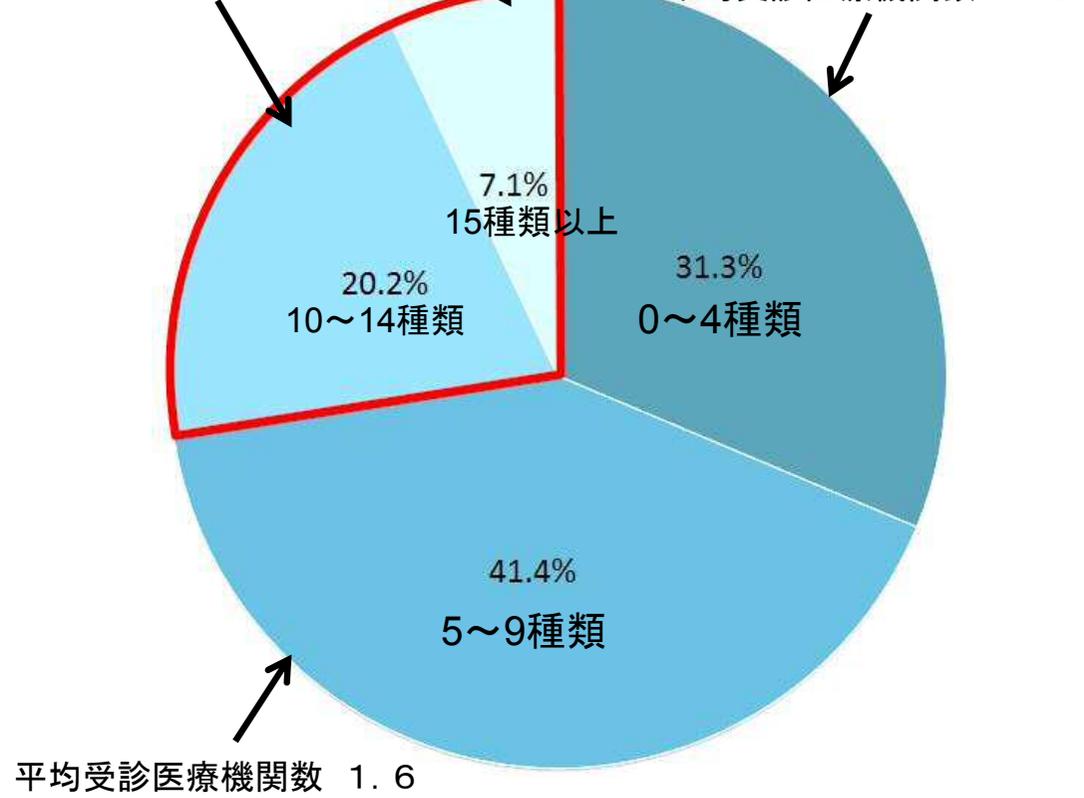
※A市国民健康保険の65歳以上74歳以下の被保険者に係る
平成26年11月の診療データより集計

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



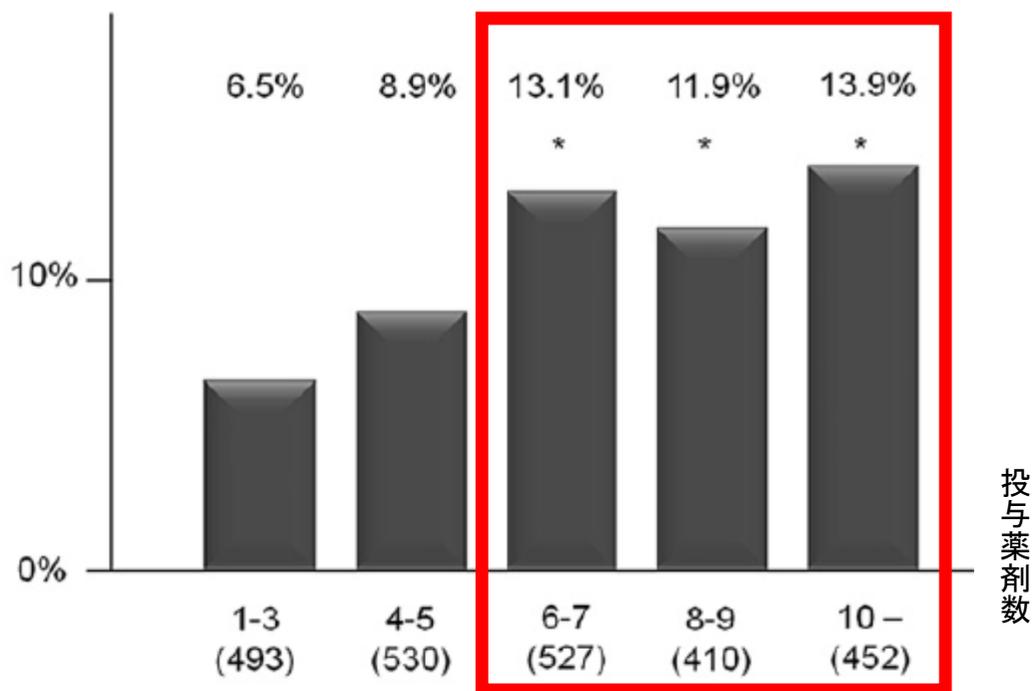
※B県後期高齢者医療広域連合の被保険者(75歳以上)に係る
平成26年12月の診療データより集計

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

2017/10/19

出典: Kojima T, Akishita M, Kameyama Y, et al: High risk of adverse drug reactions in elderly patients taking six or more drugs: analysis of inpatient database. GeriatrGerontol Int. 2012; 12: 761-2.

出典: 厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)
平成25(2013)年度 総括研究報告書「高齢者の薬物治療の安全性に関する研究」

平成28年度緊急薬価改定の概要

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	20mg1瓶	150,200円	75,100円	▲50%
	H28年度：1500億円超	100mg1瓶	729,849円	364,925円	▲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

世界売上上位15品目(2001年・2014年)

○ 2001年と2014年の世界売上げ上位品目を比較すると、近年は、1品目の売上高が大きく増加している。また、バイオ医薬品の占める割合が増加している。

2001年

2014年

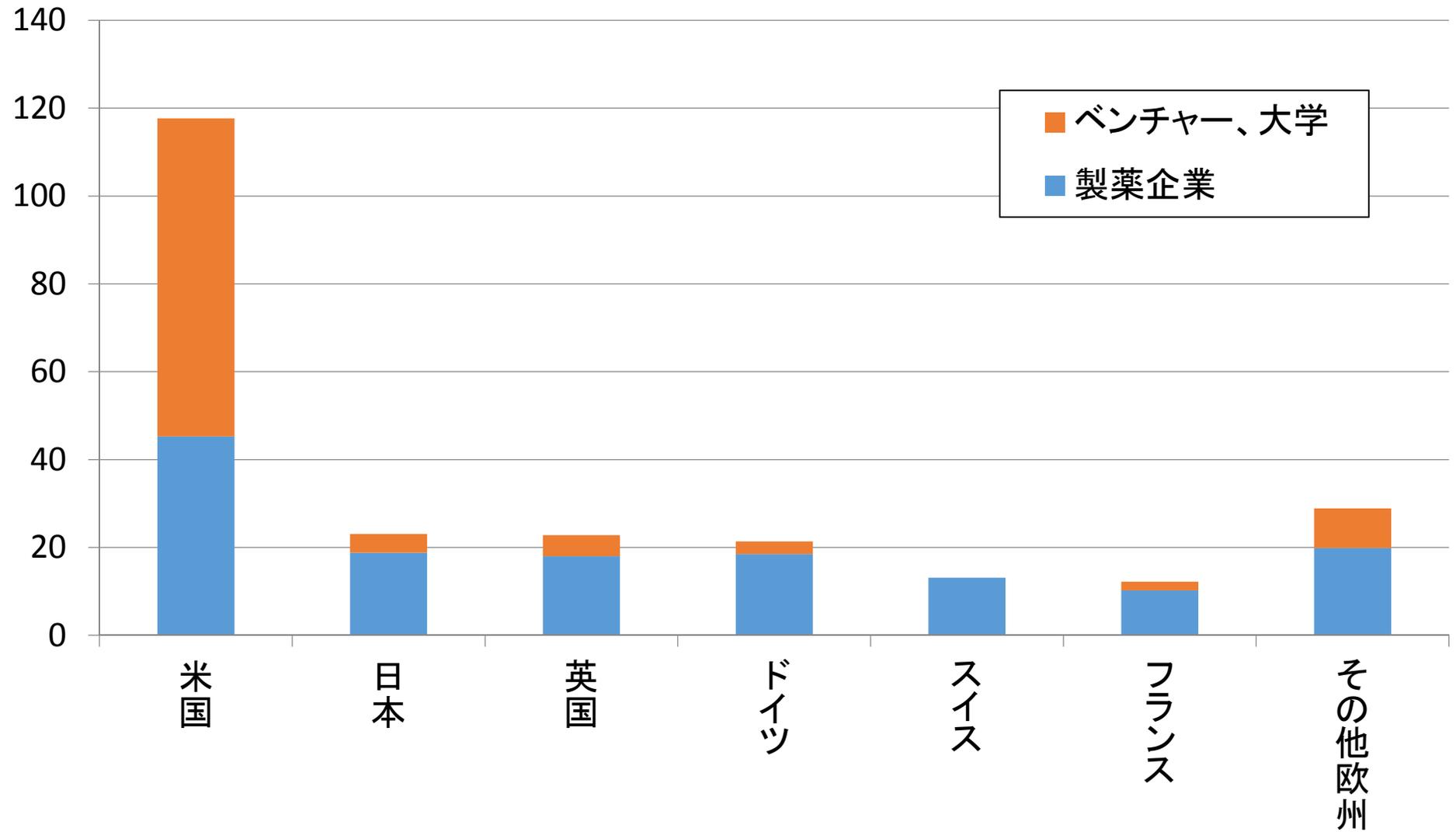
製品名	一般名	主な薬効等	メーカー名	売上高 (百万ドル)	前年比 伸び率
1 ゴコール(リホバス)	シンバスタチン	高脂血症薬	メルク	6,670	26%
2 リピトール	アトルバスタチン	高脂血症薬	ファイザー	6,449	28%
3 オメプラール/ プリロセック	オメプラゾール	抗潰瘍剤PPI	アストラゼネカ	5,684	▲7%
4 ノルバスク	アムロジピン	降圧剤Ca拮抗剤	ファイザー	3,582	7%
5 メパロチン/ プラバコール	プラバスタチン	高脂血症薬	三共/BMS	3,509	5%
6 プロクリット/ エプレックス	エポエチンアルファ	腎性貧血	J&J	3,430	27%
7 タケプロン	ランソプラゾール	抗潰瘍剤PPI	武田薬品/ TAP	3,212	25%
8 クラリチン/D	ロラタジン	抗ヒスタミン剤	シエリング・プラウ	3,159	5%
9 セレブレックス	セレコキシブ	Cox2阻害剤	ファルマシア	3,114	19%
10 ジプレキサ	オランザピン	精神分裂病薬	イーライ・リリー	3,087	31%
11 グルコファージ	メトホルミン	糖尿病薬	独メルク/BMS	2,682	55%
12 セロクサット/ パキシル	パロキセチン	抗うつ剤SSRI	グラクソ・スミスクライン	2,674	16%
13 パイオックス	ロフェコキシブ	Cox2阻害剤	メルク	2,555	18%
14 ゴロフト	セルトラリン	抗うつ剤SSRI	ファイザー	2,366	11%
15 エポジェン(エスポー)	エポエチンアルファ	腎性貧血	アムジエン	2,150	10%

製品名	一般名	主な薬効等	メーカー名	売上高 (百万ドル)	前年比 伸び率
1 ヒュミラ	アダリムマブ	関節リウマチ/ クローン病	アッヴィ/エーザイ	12,902	17%
2 ソバルデイ/ ハーボニ	ソフォスブビル/ デイパスビル	慢性C型肝炎	キリアド・サイエンシス	12,410	NEW
3 レミケード	インフリキシマブ	関節リウマチ/ クローン病	J&J/メルク/ 田辺三菱	9,909	2%
4 エンブレル	エタネルセプト	関節リウマチ/ クローン病	アムジエン/ ファイザー/武田	8,927	2%
5 リツキサ	リツキシマブ	抗がん剤/ 抗リウマチ	ロシュ/バイオジェン	8,744	▲2%
6 ランタス	インスリングルラルキン ナログ	糖尿/インスリン	サノフィ	8,432	12%
7 アバスタチン	ベバシズマブ	転移性結腸がん	ロシュ/ 中外製薬	7,021	6%
8 ハーセプチン	トラスツズマブ	HER2乳がん	ロシュ/ 中外製薬	6,865	7%
9 アドエア/ セレタイド	サルメテロール/ フルチカゾン	抗喘息/ COPD	GSK/アルミラル	6,620	▲24%
10 クレストール	ロスバスタチン	高脂血症/ スタチン	塩野義/ アストラゼネカ	6,372	▲5%
11 ジャヌビア	シタグリプチン/ 配合剤	2型糖尿病/ DPP4	メルク/小野薬品/ アルミラル	6,355	1%
12 エビリファイ	アリピプラゾール (経口)	総合失調症	大塚製薬/ BMS	5,928	17%
13 リリカ	プレガバリン	神経疼痛/ てんかん	ファイザー/ エーザイ	5,389	12%
14 レナリミッド/ ルプラミッド	レナリミッド	多発性骨髄腫	セルジーン	4,980	16%
15 ノボラビット/ ノボミック	インスリンアスパルト/ 混合	糖尿/インスリン	ノボ・ノルディスク ナログ	4,871	3%

※ 網掛けはバイオ医薬品。下線は抗体医薬品。

出所: ユーロ・ブレイン(ファルマ・フューチャー2002 NO.136)、ゼジデム・ストラテジックデータ(株) ユート・ブレイン事業部刊「Pharma Future(2015年5月号)」をもとに厚生労働省が作成した資料から引用。

新薬開発のオリジン



出典 : Robert Kneller, Nature Reviews Drug Discovery (November 2010)から作成

- 「イノベーションの推進」と「国民皆保険の持続性」を両立
- 国内外の市場実態を速やかに反映できる透明な制度により、「医療の質の向上」と「国民負担の軽減」を実現
- 製薬産業について、より高い創薬力を持つ産業構造に転換

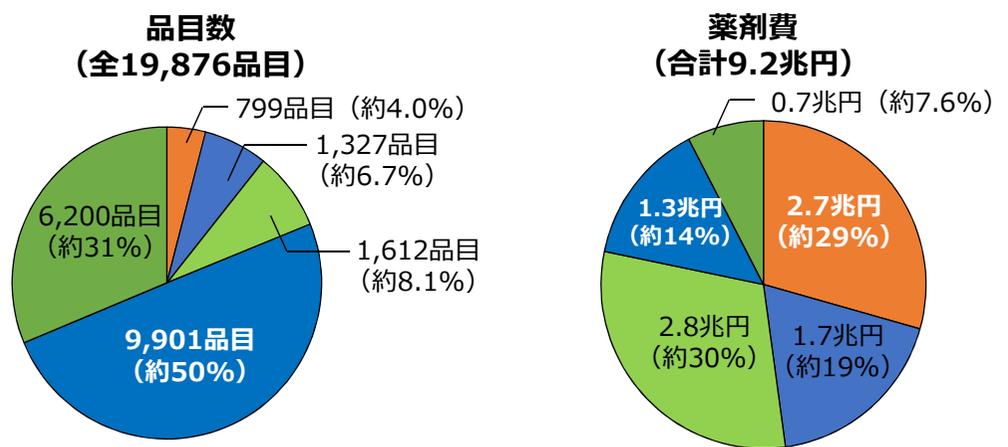
1 実勢価格・量を機動的に少なくとも年1回薬価に反映

- (1) 市場規模拡大による影響を迅速に薬価に反映**
- 効能追加が審議・承認された医薬品
 - 当初の予想販売額を上回る医薬品
- ⇒ NDB（全レセプトデータベース）も活用し、新薬収載の機会（年4回）に薬価を見直し
- (2) 競合品・後発品の収載による影響を迅速に薬価に反映**
- 市場実勢価格を迅速に把握し、少なくとも年1回薬価を見直し（調査方法に応じて、適切な引下げ幅を設定）

2 現行の薬価算定方式のさらなる改善

- 外国価格を含めた、正確・透明な薬価算定方式の確立
- 後発医薬品を含めた、競争により薬価が引き下がる仕組みの導入
- 「単品単価契約」の推進等、医薬品流通の改善を推進

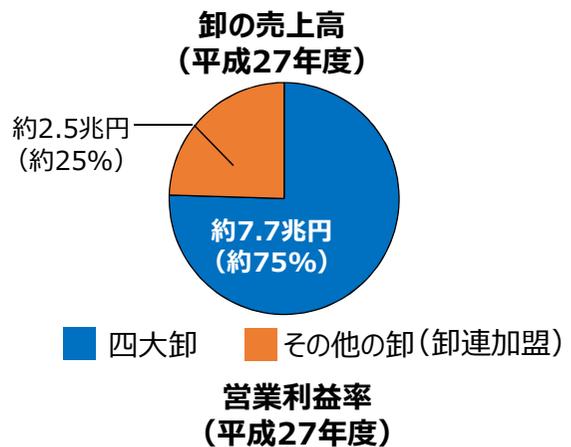
医薬品の種類ごとの品目数・薬剤費の内訳



- 特許期間中の先発品（新薬創出加算対象）
- 後発品のない先発品（新薬創出加算対象外）
- 後発品の有る先発品
- 後発品
- S42以前の収載品

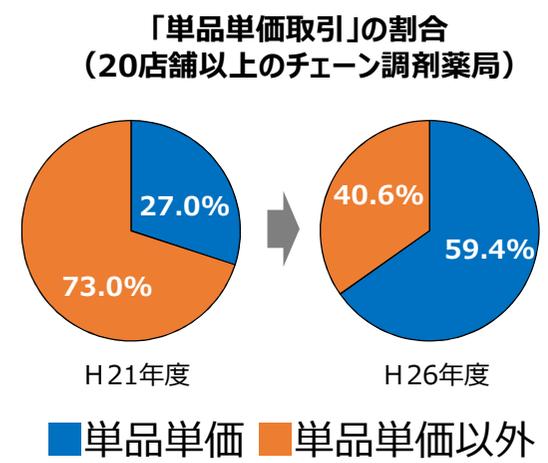
※ 再算定対象品目を除く。平成27年9月薬価調査による

卸の現状



卸連の経営概況（速報値）をもとに按分により算出

「単品単価取引」の状況

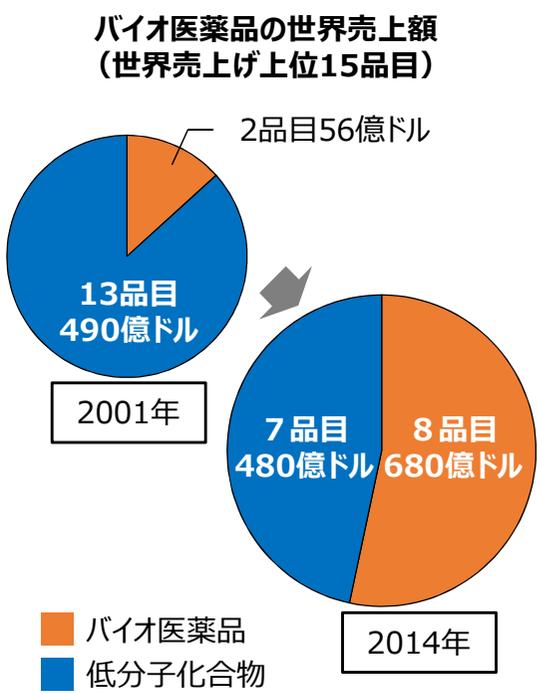


単品単価取引：卸売業者と医療機関／薬局の間で複数の品目が組み合わせられている取引において、個々の単価で交渉し、単価を設定する取引。

3 製薬産業について、より高い創薬力を持つ産業構造に転換

- (1)イノベーション評価の加速化、バイオ医薬品等の研究開発支援の策定**
- 「成功」を評価する新たなイノベーション評価の仕組みの導入や、「費用対効果評価」の本格導入（上市後の価格引き上げも含む）を実施
 - 医薬品等を含め、先進的な医療技術の進歩によるメリットを、国民に迅速に提供できるよう、4半期ごとに技術進歩を保険診療に取入れ
- (2) 企業再編も視野に、製薬産業の構造強化に取り組み、長期収載に依存せず、より高い創薬力を持つ産業構造に転換**
- バイオシミラーの数量シェア目標を含めた、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を拡充
 - 平成27年9月にまとめた「医薬品産業強化総合戦略」を確実に実行。併せて、バイオ等のベンチャー企業を強力に支援
 - 後発医薬品企業の規模拡大を念頭に、市場での競争をさらに促進

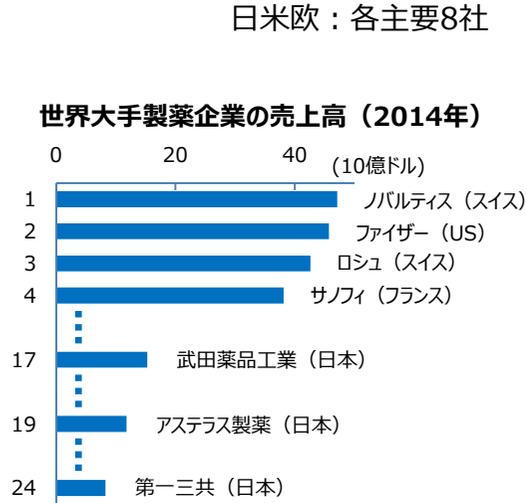
創薬動向の変化



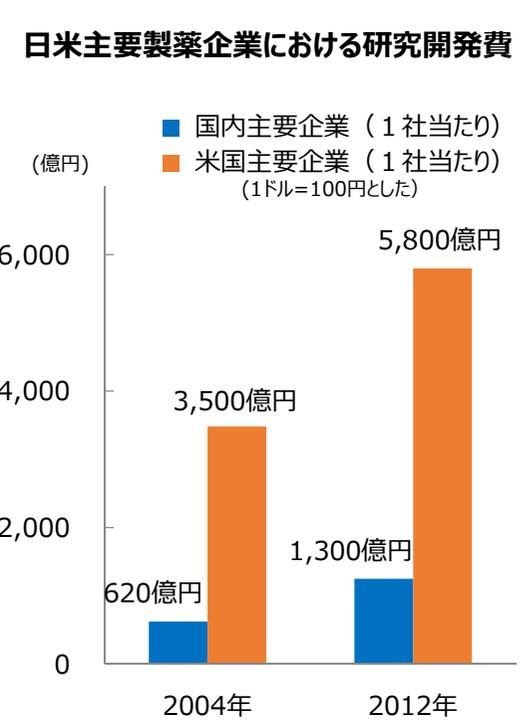
営業利益率・売上高

日米欧の主要製薬企業の営業利益率
(2014年)

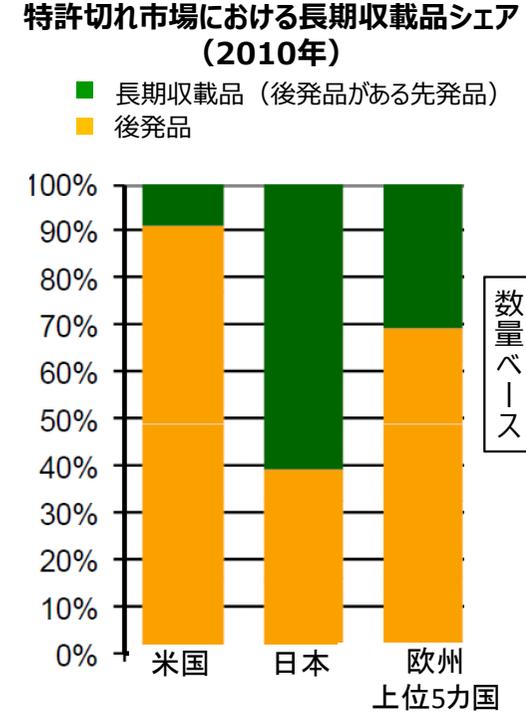
米国	欧州	日本
21.5%	19.2%	11.5%



研究開発比率の推移



長期収載品売上げ割合



出典：セジデム・ストラテジックデータ(株)ユート・ブレン事業部刊「Pharma Future」

出典：日本製薬工業協会DATA BOOK

出典：IMS Health

薬価制度の抜本改革に向けた基本方針(平成28年12月20日)①

昨今、革新的かつ非常に高額な医薬品が登場しているが、こうした医薬品に対して、現在の薬価制度は柔軟に対応できておらず、国民負担や医療保険財政に与える影響が懸念されている。

「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、国民が恩恵を受ける「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現する観点から、薬価制度の抜本改革に向け、PDCAを重視しつつ、以下のとおり取り組むものとする。

1. 薬価制度の抜本改革

(1) 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。**

(2) 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(注)**について薬価改定を行う。

(注)具体的内容について、来年中に結論を得る。

また、**薬価調査**に関し、調査結果の**正確性**や調査**手法**等について検証し、それらを踏まえて薬価調査自体の見直しを検討し、来年中に結論を得る。

(3) 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。

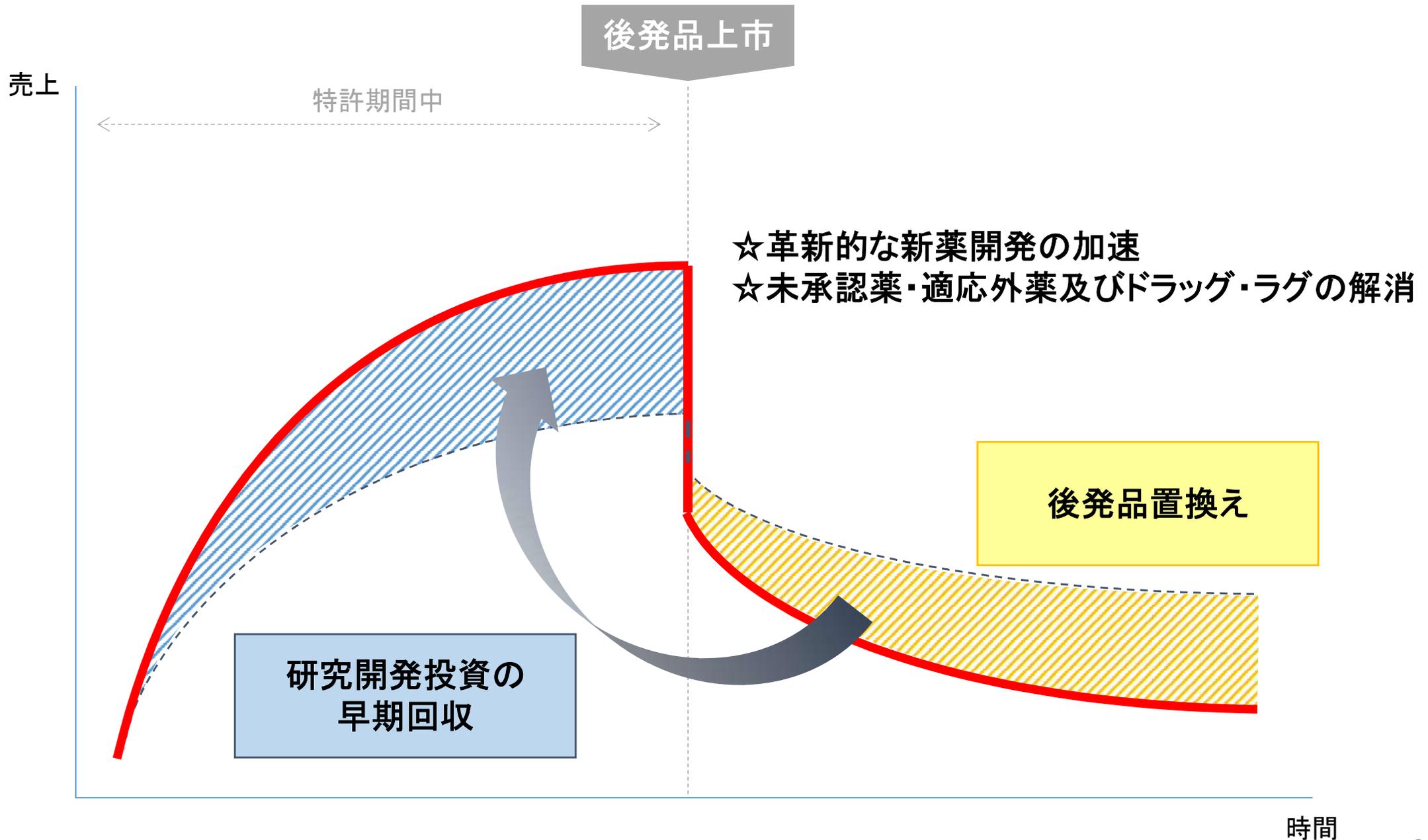
なお、費用対効果評価を本格的に導入するため、専門的知見を踏まえるとともに、**第三者的視点に立った組織・体制**をはじめとするその実施のあり方を検討し、来年中に結論を得る。

薬価制度の抜本改革に向けた基本方針(平成28年12月20日)②

2. 改革とあわせた今後の取組み

- (1) 薬価算定方式の正確性・透明性を徹底する。具体的には、製薬企業にとって機密性の高い情報に配慮しつつ、薬価算定の根拠の明確化や薬価算定プロセスの透明性向上について検討し、結論を得る。また、特に高額医薬品等について、制度の差異を踏まえつつ外国価格をより正確に把握するなど、外国価格調整の方法の改善を検討し、結論を得る。
- (2) 薬価制度の改革により影響を受ける関係者の経営実態についても機動的に把握し、その結果を踏まえ、必要に応じて対応を検討し、結論を得る。
- (3) 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。
- (4) 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。特に、適切な価格形成を促進するため、単品単価契約の推進と早期妥結の促進について効果的な施策を検討し、結論を得る。
- (5) 評価の確立した新たな医療技術について、費用対効果を踏まえつつ国民に迅速に提供するための方策の在り方について検討し、結論を得る。

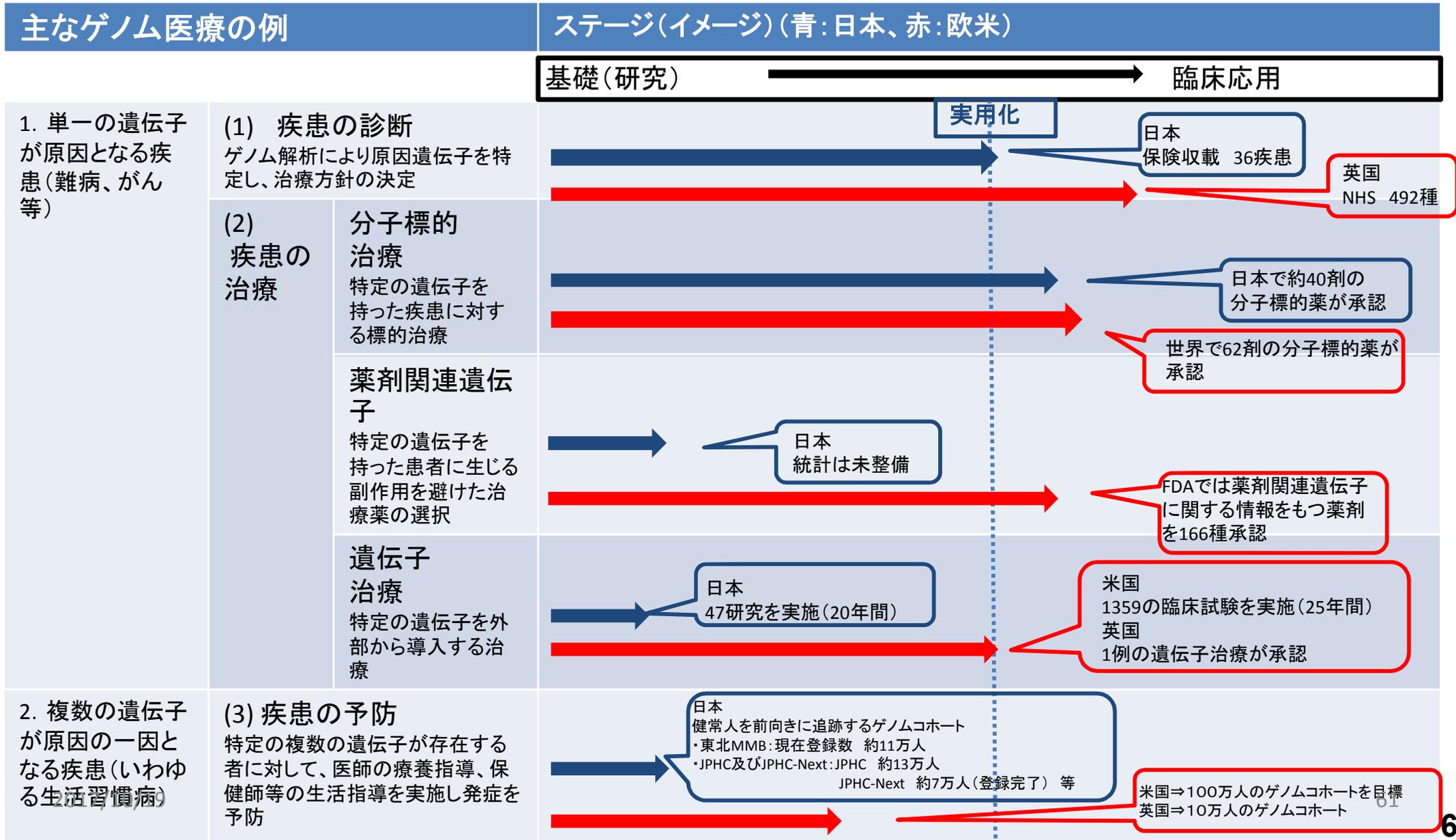
新薬創出等加算のコンセプト



ゲノム医療の現状

1. 単一の遺伝子が原因となる疾患(一部の難病、がん等)のゲノム医療は、臨床で一部実用化されている。
2. 環境因子の寄与も大きいとされるが、複数の遺伝子が原因の一因となる疾患(いわゆる生活習慣病)については、発症予防への効果が期待されているが、臨床応用としてはまだ研究段階にある(一部が消費者向け遺伝子検査ビジネス(DTC遺伝子検査)として提供されている。)

※ゲノム医療の実用化に向けた我が国の取組は欧米に比べ出遅れていることから、実用化を加速させる必要がある。



難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価

指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価

- 指定難病の診断に必須とされている遺伝学的検査について、新たに関係学会が作成する指針に基づき実施される場合に評価を行う。

(改) 遺伝学的検査 3, 880点

【改定前】 36疾患が対象

[算定要件]

- (1) 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、患者1人につき1回算定できる。
ア デュシェンヌ型筋ジストロフィー、イ ベッカー型筋ジストロフィー、ウ 福山型先天性筋ジストロフィー、エ 栄養障害型表皮水疱症、オ 家族性アミロイドーシス、カ 先天性QT延長症候群、キ 脊髄性筋萎縮症、ク 中枢神経白質形成異常症
ケ ムコ多糖症Ⅰ型、コムコ多糖症Ⅱ型、サ ゴーシェ病、シ ファブリ病、ス ポンペ病
セ ハンチントン舞踏病、ソ 球脊髄性筋萎縮症
タ フェニルケトン尿症、チ メープルシロップ尿症、ツ ホモシスチン尿症、テ シトルリン血症(1型)、ト アルギノコハク酸血症、ナ メチルマロン酸血症、ニ プロピオン酸血症、ヌ イソ吉草酸血症、ネ メチルクロトニルグリシン尿症、ノ HMG血症、ハ 複合カルボキシラーゼ欠損症、ヒ グルタル酸血症1型、フ MCAD欠損症、ヘ VLCAD欠損症、ホ MTP(LCHAD)欠損症、マ CPT1欠損症、ミ 筋強直性ジストロフィー、ム 隆起性皮膚線維肉腫、メ 先天性銅代謝異常症、モ 色素性乾皮症、ヤ 先天性難聴
- (2) (1)のアからクまでに掲げる遺伝子疾患の検査は、PCR法、DNAシーケンス法、FISH法又はサザンブロット法による。(1)のケからスまでに掲げる遺伝子疾患の検査は、酵素活性測定法、DNAシーケンス法又は培養法による。(1)のセ及びソに掲げる遺伝子疾患の検査は、PCR法による。
- (3) 検査の実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」(平成16年12月)及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」(平成23年2月)を遵守すること。



指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価(続き)

【改定後】 今回の改定により新たに42疾患が追加され、疾患名を整理し、**72疾患が対象**となる。

[算定要件]

(1) 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、原則として患者1人につき1回算定できる。ただし、2回以上実施する場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

ア デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー、福山型先天性筋ジストロフィー、栄養障害型表皮水疱症、家族性アミロイドーシス、先天性QT延長症候群及び脊髄性筋萎縮症

イ ハンチントン病、球脊髄性筋萎縮症、網膜芽細胞腫及び甲状腺髄様癌

ウ フェニルケトン尿症、メープルシロップ尿症、ホモシスチン尿症、シトルリン血症(1型)、アルギノコハク酸血症、メチルマロン酸血症、プロピオン酸血症、イソ吉草酸血症、メチルクロトニルグリシン尿症、HMG血症、複合カルボキシラーゼ欠損症、グルタル酸血症1型、MCAD欠損症、VLCAD欠損症、MTP(LCHAD)欠損症、CPT1欠損症、筋強直性ジストロフィー、隆起性皮膚線維肉腫、先天性銅代謝異常症、色素性乾皮症、先天性難聴、ロイスディーツ症候群及び家族性大動脈瘤・解離

エ **神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、ライソゾーム病(ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。)、プリオン病、原発性免疫不全症候群、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、ペリー症候群、先天性大脳白質形成不全症(中枢神経白質形成異常症を含む。)、環状20番染色体症候群、PCDH19関連症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、クルーゾン症候群、アペール症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、ロスムンド・トムソン症候群、プラダー・ウィリ症候群、1p36欠失症候群、4p欠失症候群、5p欠失症候群、第14番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22q11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱X症候群関連疾患、脆弱X症候群、ウォルフラム症候群、タンジール病、高IgD症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群及びエーラスダンロス症候群(血管型)**

(2) (1)のアに掲げる遺伝子疾患の検査は、PCR法、DNAシーケンス法、FISH法又はサザンブロット法による。(1)のイに掲げる遺伝子疾患の検査は、PCR法による。

(3) 検査の実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」(平成16年12月)及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」(平成23年2月)を遵守すること。

(4) (1)のエに掲げる遺伝子疾患に対する検査については、(3)に掲げるガイドラインに加え、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

[施設基準]

関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守すること。

Cost-effectiveness of Drugs

- Drugs with low effective rates are widely used as ‘standard treatments’ to treat diseases including cancer. This trend does **not meet the therapeutic needs but increases pressure on the medical care finance**.
- The **mechanism that enables reasonable elimination** of drugs with low effective rates is **needed**.
- ☆ The viewpoint of cost-effectiveness has been introduced into the healthcare insurance reimbursement system in foreign countries. In Japan, discussion has continued so that this viewpoint can be introduced into FY 2016 NHI price revision on a trial basis.

Drug effective rates

Disease fields	Drug effective rates (%)
Cancer	25
Alzheimer disease	30
Hepatitis C	47
Osteoporosis	48
Rheumatoid arthritis	50
Migraine (acute)	52
Diabetes	57
Asthma	60
Arrhythmia	60
Schizophrenia	60
Depression	62
Analgesic (Cox-2)	80

Estimated domestic market scale

→ 769.1 billion yen * 2012 estimation

→ 160.0 billion yen * 2015 estimation

→ 213.3 billion yen * 2015 estimation

→ 212.2 billion yen * 2015 estimation

→ 368.8 billion yen * 2012 estimation

○ Of the drug costs spent for treating these diseases (1.7 trillion yen), **about 1.1 trillion yen** is likely to be spent for ineffective drugs in **each year**.

○ A large amount of money is likely to be spent for nothing when the related medical treatment costs are considered. * The values are estimated from the effective rates and the market scales.

- 「**がん**に立ち向かう国民の命(いのち)を守るため、**がんゲノム医療の計画的な推進を実施**」
(がんゲノム医療フォーラム2016(2016.12.27開催)における総理メッセージ)
- **一人ひとりに最適な最先端のがん治療を、医療保険で受けられるようにする**。解析したゲノム情報や臨床情報を集約・管理・活用する体制を構築し、**革新的な医薬品・治療法等の開発を推進**。

平成30年度 関連概算要求額 59.9億円(9.9億円)

※「がんゲノム情報管理センター(仮称)」の設置、「がんゲノム医療中核拠点病院(仮称)」の整備を行うとともに、がん医療の実用化に向けた研究事業などを拡充。

がん診療の課題と現状

- ① 約2人に1人が、**がん**に罹患
- 2016年 新たながん罹患数は約100万人の見込み
- 1981年以降、「がん」が死因の第一位。
- ② **がんゲノム情報により分子標的薬の奏効率が大幅に上昇**

ゲフィチニブ(イレッサ®)

肺腺がんのうち、EGFR※遺伝子変異がある例では奏効率が大幅に上昇。
→無効例への投与が回避。



※epidermal growth factor receptor: 上皮成長因子受容体

がんゲノム医療の戦略的推進

- **ゲノム医療の果実を国民・患者に還元。**

最先端ゲノム解析を 保険導入

- **遺伝子パネル検査※**を早期に承認し保険適用

※がんに関連する遺伝子を複数同時に測定する検査

一人ひとりに最適な 個別化治療の推進

- ゲノム情報に基づく適切な治療や治験等を提供
- **条件付き早期承認**などで、医薬品の適応拡大を推進

超早期診断技術や 革新的新薬の開発

- **全ゲノム解析**を保険外併用療養へ
- **リキッドバイオプシー※1**、効果的な**免疫治療※2**等の開発推進

※1: がん組織でなく血液でのがんゲノム診断
※2: 生体の免疫機能に作用しがん細胞を傷害する治療

- **全国の医療機関等が参加し「がんゲノム医療推進コンソーシアム」を構築。**



※ゲノム情報や臨床情報等を集約・管理・活用するための技術

**がん克服のため
官民が協力して
資本やインフラを整備**

③ゲノム解析技術の急速な進歩

一人の**全ゲノム解析**に必要な時間・費用

(2003年) 13年間・30億ドル → (2016年) 1週間・約1000ドル

保健医療人工知能（AI）の開発加速化（重点6領域）

- AI（ディープラーニング、機械学習等）によって、
 - (1) **新たな診断方法や治療方法の創出**
 - (2) **全国どこでも最先端の医療を受けられる環境の整備**
 - (3) **患者の治療等に専念できるよう、医療・介護従事者の負担軽減** を実現。

- このため、次の両面から**AI開発を進めるべき重点6領域**を選定。
 - ① 我が国における医療技術の強みの発揮
 - ② 我が国の保健医療分野の課題の解決（医療情報の増大、医師の偏在等）
- AIの開発を促進する基盤整備とAIの質や安全性を確保するためのルール整備を実施。

重点6領域	我が国の強みの発揮	我が国の保健医療分野の課題解決
画像診断支援	①	ディープラーニング等 を活用
医薬品開発	①	
手術支援	①	②
ゲノム医療		
診断・治療支援	機械学習等 を活用	
介護・認知症		②

※【ディープラーニング】ヒトの能力を超える画像認識能力の獲得と、機械ではこれまで為し得なかった運動機能の習熟などの高度な認知能力を実現する革新的技術

※【機械学習等】機械学習：自然言語処理等による大量の情報から推定等を行う技術

重点6領域の選定

① 我が国の強みの発揮

⇒ 画像診断等とAI（ディープラーニング）を組み合わせ、世界をリード

例：内視鏡市場のシェア上位企業（2012年）



（平成26年度特許出願技術動向調査報告書）

② 我が国の保健医療分野の課題の解決

（医療情報の増大、医師の偏在等）

⇒ 全国どこでも最先端の医療を受けられるよう、AI（機械学習等）を活用



AI開発の加速化

平成30年度 関連概算要求額 47億円(6.7億円)

○ 全国をカバーした保健医療人工知能に必要な**ビッグデータを整備**するとともに、**AI開発用のクラウド環境も整備・認証**。



AIの活用例／カプセル型の内視鏡

(1回の検査で数千～数万枚の画像が発生)

※ カプセル内視鏡は、口から飲み込む内視鏡であり、通常の内視鏡に比べて患者の負担が軽いことに加え、通常の内視鏡では届かなかった小腸の観察も可能



Super hi-way toward sustainable innovation : act of 4

① R&D environment

- **AI in health care**
- Realizing Cutting-edge Cancer-related **Genetic Medicine**
- **ICT in health care**



② Conditional Early approval

- Collection clinical data (safety, **estimated efficacy**)
- **limited major hospitals**
- Planning post-market risk management
- **Less expensive**, provisional pricing



③ Post Market surveillance by MID-NET

- **Real world data**
- Collection data based on SS-MIX2
- Cost saving
- **Speedy**



④ Price revision through HTA

- Faster final approval (Less expensive)
- Faster patients' access to the State-of-the-art medical technology



医療・介護分野におけるICTの活用と課題

1. デジタル化・標準化

○電子カルテの普及を推進

◆電子カルテの普及状況

出典:厚生労働省医療施設調査



○医療データの標準規格を策定

例

- ・情報の交換規約 (交換するデータの項目、記載ルール)
- ・用語/コード (医学用語、検査コード等)
- ・フォーマット (放射線画像、心電図の波形等)

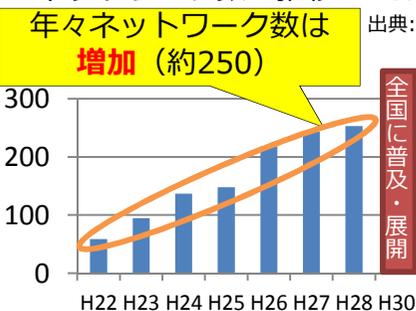
2. ネットワーク化

○地域の医療機関などが患者情報を共有するネットワークの構築を推進

◆ネットワーク数の推移

※予定含む

出典:日経総研



例

- ・あじさいネット (長崎県)
 - ・晴れやかネット (岡山県)
- 県全域で治療や調剤に関する情報をネットワークに参加する病院、診療所、介護事業所等で連携



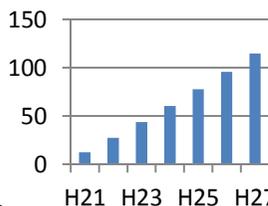
3. ビッグデータ化

○健診・医療・介護のレセプトを中心とした公的データベースを整備・拡充

◆レセプト件数

(億件) 出典:厚生労働省調べ

平成21年度～ 収集開始



NDB
ナショナルデータベース (レセプト・特定健診等のデータを蓄積)

DPCデータ

(急性期病院の入院のレセプトデータ等を蓄積)



平成28年度中 構築

◆対象病院数

出典:厚生労働省調べ

介護保険総合データベース (介護保険レセプトデータと要介護認定データを蓄積)



介護DB

- 今後の課題
- (1)電子カルテの互換性が不十分で、分析に足りるデータの標準化・ルール化がなされていない
 - (2)従来標準化してきた医療データは、治療実績 (アウトカム) が比較検証できるデータが十分でない
 - (3)良くなるための介護のケア内容のデータがなく科学的分析がなされていない

- (1)ネットワークが、域内の医療機関の参加率が高くない上、**全国統一のインフラとなっていない**
 ネットワークの相互利用や全国的共有のための**全国共通の医療等IDの導入が必要**
 (平成32年からの本格運用を目指す)
- (2)個人の健康なときから疾病・介護段階までの基本的な**健康づくり・健診・医療・介護データが統合されていない**

- (1)現在のデータベース間では、**データの連結**ができておらず、**健康づくり・健診・医療・介護を通じた分析ができない**
- (2)レセプトに基づく情報が中心で、**カルテの有用な情報の活用が限定的**
- (3)データベースについての**産官学の利用環境が整っていない** (匿名化やデータの提供ルール等)
- (4)健康・医療データを活用した疾病予防などの**保険者機能の発揮が不十分**

医療等分野のICT化推進のポイント

患者に提供するサービスの質の向上

病院や診療所の連携を推進

研究開発の推進

医療の効率化の推進

ICTの効果を最大限に発揮

2020年までに実現するICTインフラ

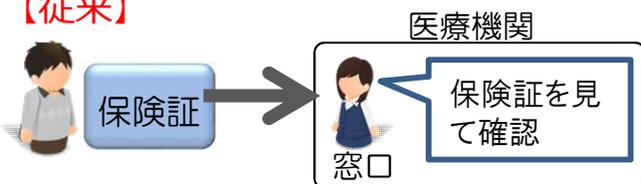
POINT
1医療連携や医学研究に利用可能な**番号の導入** (マイナンバー制度のインフラを活用)POINT
2医療機関のデータの**デジタル化** + 地域の医療機関間の**ネットワーク化**POINT
3**医療データの利用拡大**のための基盤整備

- ① **個人番号カードに健康保険証の機能を持たせる**【2017年7月以降^(※)できるだけ早期】
→ 医療機関等の事務の効率化に資する。
- ② **医療連携や研究に利用可能な番号の導入**
【2018年度から段階的運用開始、2020年の本格運用を目指す】
→ 医療機関や研究機関での患者データの共有や追跡が効率的に実施でき、医療連携や研究が推進される。

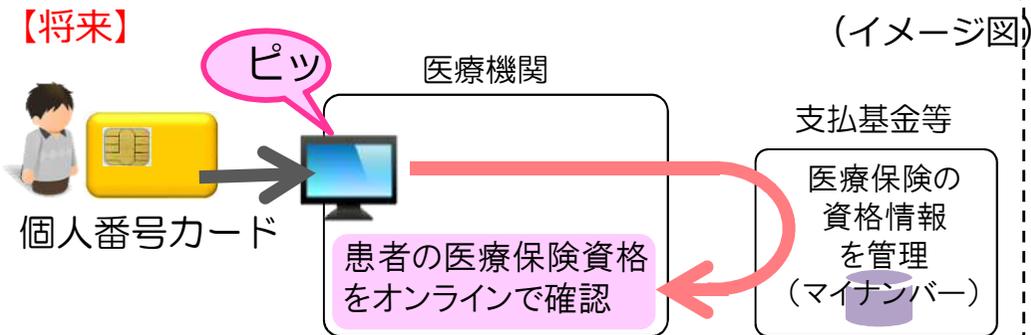
① 個人番号カードに健康保険証機能を付与

- 個人番号カードで、医療機関の窓口での医療保険資格の確認ができる仕組みを構築する。(オンライン資格確認)

【従来】



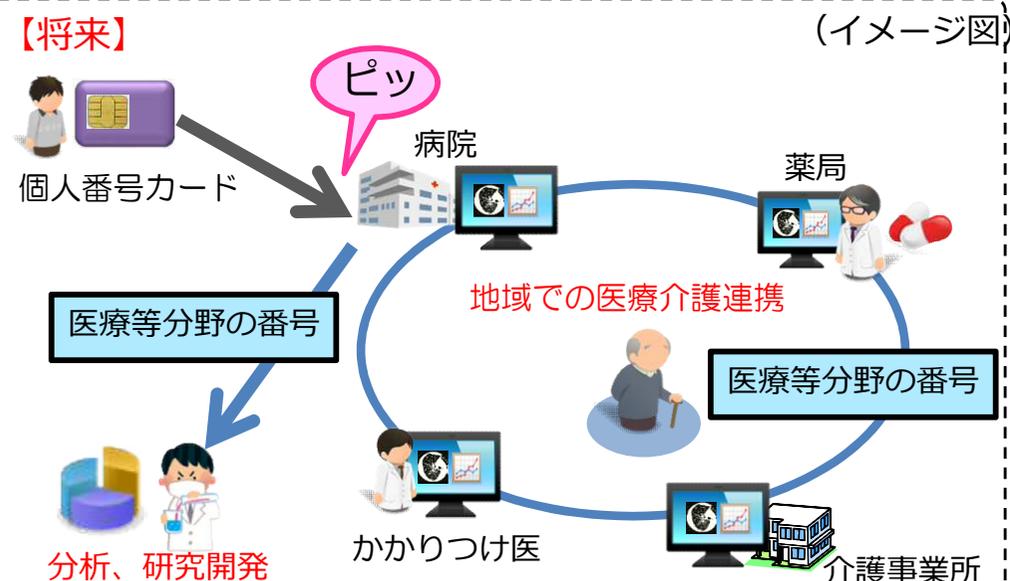
【将来】



② 医療連携や研究に利用可能な番号の導入

- 病院、診療所間の患者情報の共有や、医学研究でのデータ管理などに利用可能な番号を検討、導入
【制度設計について2015年中に検討・一定の結論】

【将来】



※2017年7月から、マイナンバー制度による、医療保険者や自治体間の情報連携が開始される予定。

POINT
2

医療機関のデータのデジタル化 + 地域の医療機関間のネットワーク化

① 医療情報連携ネットワークの全国への普及・展開【2018年度まで】

(全ての二次医療圏が地域の实情に応じて医療情報連携ネットワークを活用できる基盤を整備)

→ 医療機関や介護事業者等での効率的な情報共有が可能となる。

② 医療機関のデータのデジタル化として電子カルテを導入している一般病院(400床以上)の拡大

【2011年度 57% → 2017年度 80% → 2020年度 90%】

→ 医療の質の向上、医療機関等の経営の効率化に資する。 ※高度急性期、急性期病院は100%を目指す

現 状

地域の医療機関や介護事業者がICTを利用して患者情報を共有するネットワークが各地で構築されている。(2015年5月現在で約200)



例) さどひまわりネット(佐渡島)
治療や調剤の情報を病院、診療所、介護施設で連携

例) あいさいネット(長崎県)
県を広くカバーする連携

今後の取組

① 地域医療介護総合確保基金の活用

地域医療構想の実現に向けた、病床の機能分化・連携のための地域医療連携ネットワークの構築については、基金の活用が可能。

② 医療情報連携ネットワーク構築支援サービス(仮称)

地域の医療事情に応じた医療情報連携ネットワークを構築・運営するために必要な情報を厚労省から一元的に発信し、医療機関等をサポート。(2015年度～)

③ 電子版お薬手帳の活用推進

患者自身が服薬情報をいつでも、どこでも見ることができ、薬局薬剤師等から適切な服薬指導等を受けられるよう、電子版お薬手帳の更なる機能性の向上について検討を行う。(2015年度)

① 電子カルテデータの標準化の環境整備 【2020年度までに実施】

→ 異なる医療機関からのデータの集積、比較分析、データの共有が効率化し、研究開発等が推進される。

② 医療情報の各種データベース事業の拡充・相互利用

【2015年度からさらなる研究事業等を実施・2020年度を目標に利用拡大のための基盤を整備】

→ 医療に関する様々なデータの集積や、多様な分析が推進され、医療の質の向上、コスト・経営の効率化、研究開発の推進等に資する。

● ナショナルデータベース

全国規模でレセプト・特定健診データを蓄積。受療行動の傾向を把握し、医療費適正化計画の策定等に利用(レセプト約92億5,000万件(2015年4月時点))

今後の拡充

大学等に限定していた集計データ提供を2016年度から民間に拡大

● DPCデータ

全国規模の急性期病院の入院に関するレセプトデータ等。診療行為や投薬の実施傾向を把握可能。(1,500病院、1,000万件(2012年度))

DPCデータベースを2016年度中に構築。民間提供等の拡大を図る

● 各種疾患データベース

例) ナショナルクリニカルデータベース(NCD) 手術症例に関する実績等を登録、分析する外科系学会の取組(手術情報400万件(2013年度末時点))

各種の疾患データベースについて対象の拡大等を図る

● 国立病院機構 IT事業

電子カルテデータが利用しやすくなるよう標準化を推進。(20~30病院(2015年度目標))

・実施病院について順次拡充
・経営の効率化や研究への活用等を進める

● 医療情報データベース

PMDAで、協力医療機関の検査結果や電子カルテデータを分析し、医薬品等の安全対策を実施。(現在試行期間中)

・2018年度までに300万人のデータを分析・活用することを目指す
・さらに、研究への活用を進める

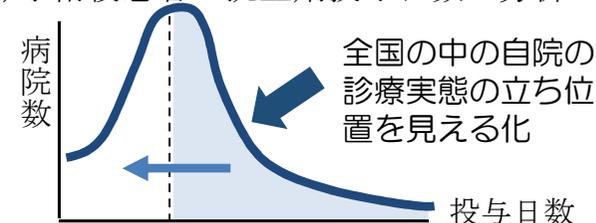
複数のデータベースの相互利用について研究事業等を実施(2015年度)

期待される効果

医療の質の向上

コスト・経営の効率化

例) 手術後患者の抗生剤投与日数の分析



日本発の新薬、医療機器等の開発・安全対策

例) 疾患登録による臨床試験の促進



さらに...

データの提供者である患者へのメリットの還元

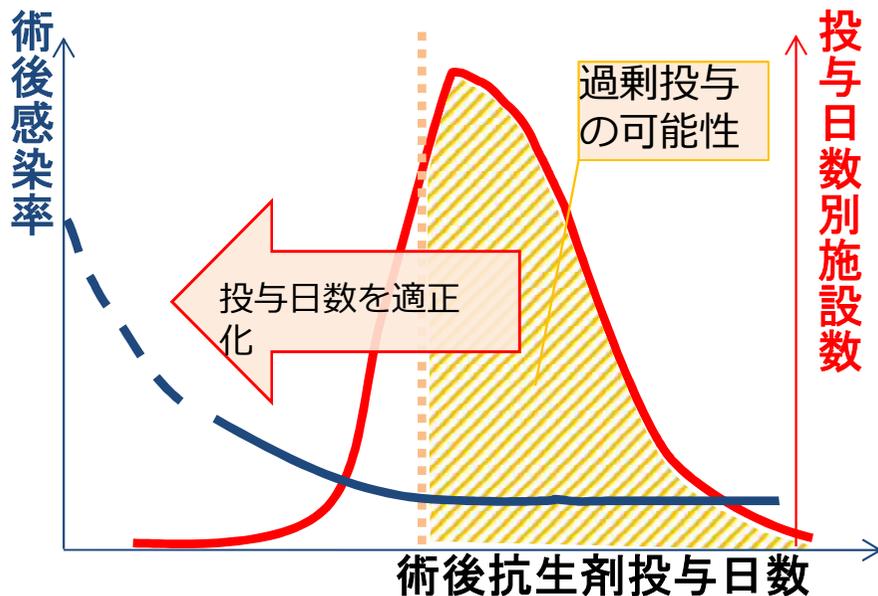
医療機関の自律的な経営や診療の向上

情報基盤の整備と活用の推進によってできること(例)

実際の患者の状況を踏まえた 病院ごとの薬剤投与期間を見える化

例：手術Aを行った場合の、施設ごとの術後抗生剤平均投与日数と術後感染率の関係

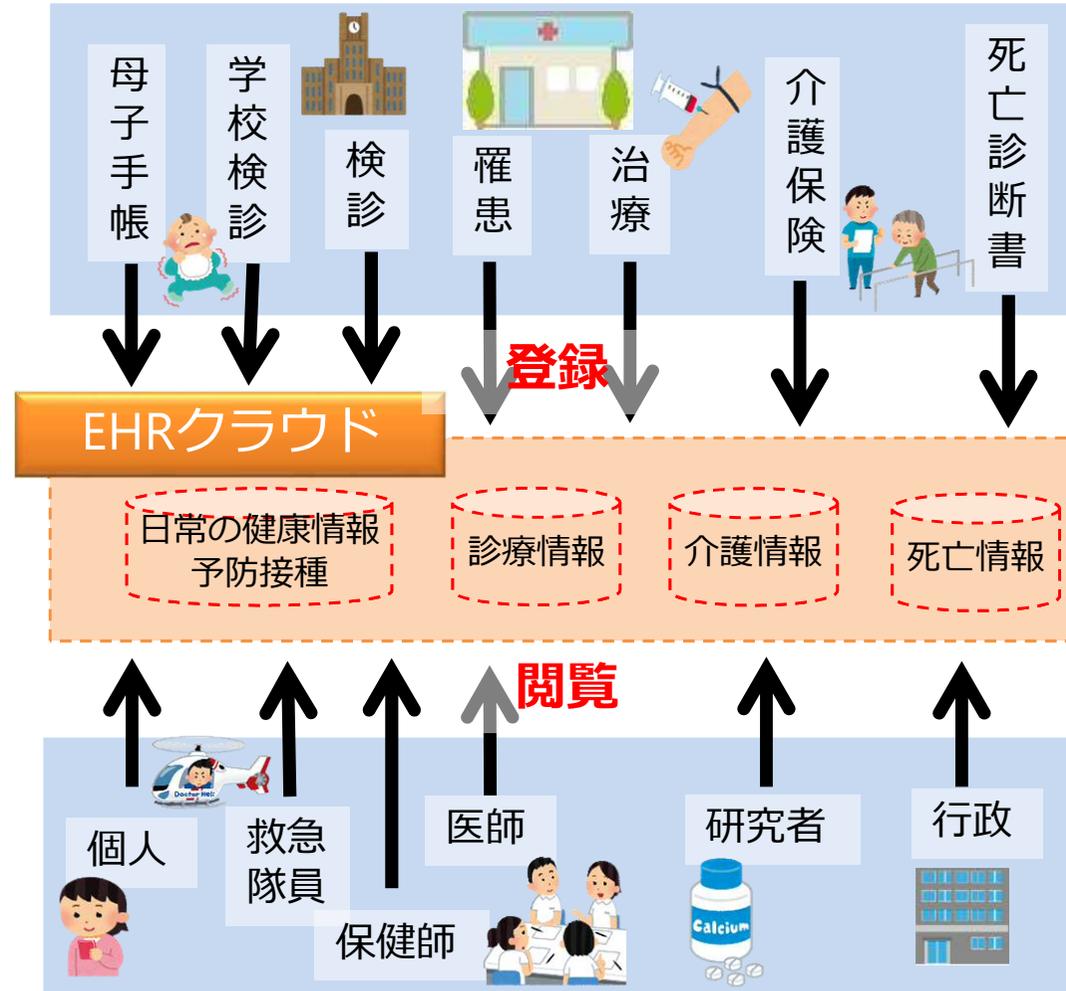
全国の施設の診療実態の立ち位置を見える化



DPCとNCDを連結することで、術後抗生剤の投与日数(DPC)と、術後感染率(NCD)の関係がわかり、投与日数の適正化につながる。

複数のデータベースを連結させることでこれまで出来なかった解析が可能に

EHRクラウドに縦断的に情報を集約し、生涯を通じた健康状態を把握



生涯を通じた管理、分析が可能

情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進①

診療情報提供書等の文書の電子的な送受に関する記載の明確化

- 診療情報提供書等の診療等に要する文書（これまで記名・押印を要していたもの）を、電子的に送受できることを明確化し、安全性の確保等に関する要件を明記。

画像情報・検査結果等の電子的な送受に関する評価

- 保険医療機関間で、診療情報提供書を提供する際に、併せて、画像情報や検査結果等を電子的に提供し活用することについて評価。

（新） 検査・画像情報提供加算

（診療情報提供料の加算として評価）

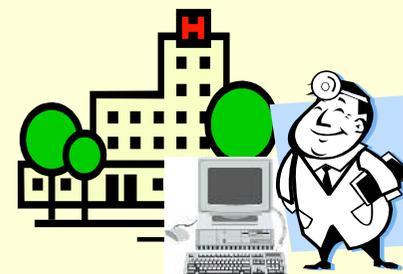
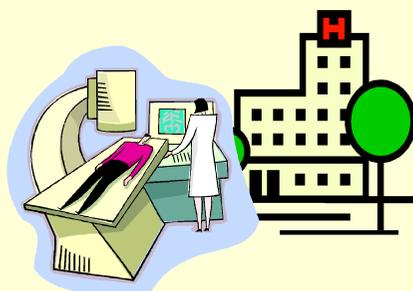
イ 退院患者の場合 200点

ロ その他の患者の場合 30点

診療情報提供書と併せて、画像情報・検査結果等を電子的方法により提供した場合に算定。

（新） 電子的診療情報評価料 30点

診療情報提供書と併せて、電子的に画像情報や検査結果等の提供を受け、診療に活用した場合に算定。



[施設基準]

- ① 他の保険医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信が可能なネットワークを構築していること。
- ② 別の保険医療機関と標準的な方法により安全に情報の共有を行う体制が具備されていること。

遠隔診療に関する診療報酬

◆ 医師と医師 (D to D)

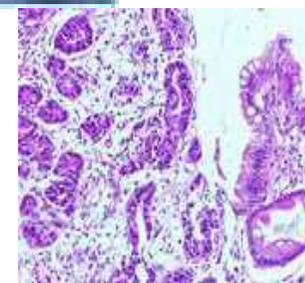
専門的な知識を持って遠隔的に画像診断を行うなど、患者に対する医療サービスが向上している場合は、診療報酬上の評価

・ 放射線画像を専門医のいる病院へ転送

送信側保険医療機関において、撮影料、診断料及び画像診断管理加算を算定。受信側保険医療機関における診断料に係る費用は受信側、送信側の医療機関における相互の合議に委ねる。

・ 病理画像を病理医のいる病院へ転送

送信側保険医療機関において、術中迅速病理組織標本作製及び病理診断料を算定。受信側保険医療機関における診断等に係る費用は受信側、送信側の医療機関における相互の合議に委ねる。



◆ 医師と患者 (D to P)

・ 電話等による再診

電話、テレビ画像等を通じた再診については、患者の病状の変化に応じ療養について医師の指示を受ける必要の場合であって、当該患者又はその看護に当たっている者からの医学的な意見の求めに対し治療上必要な適切な指示をした場合に限り算定する。

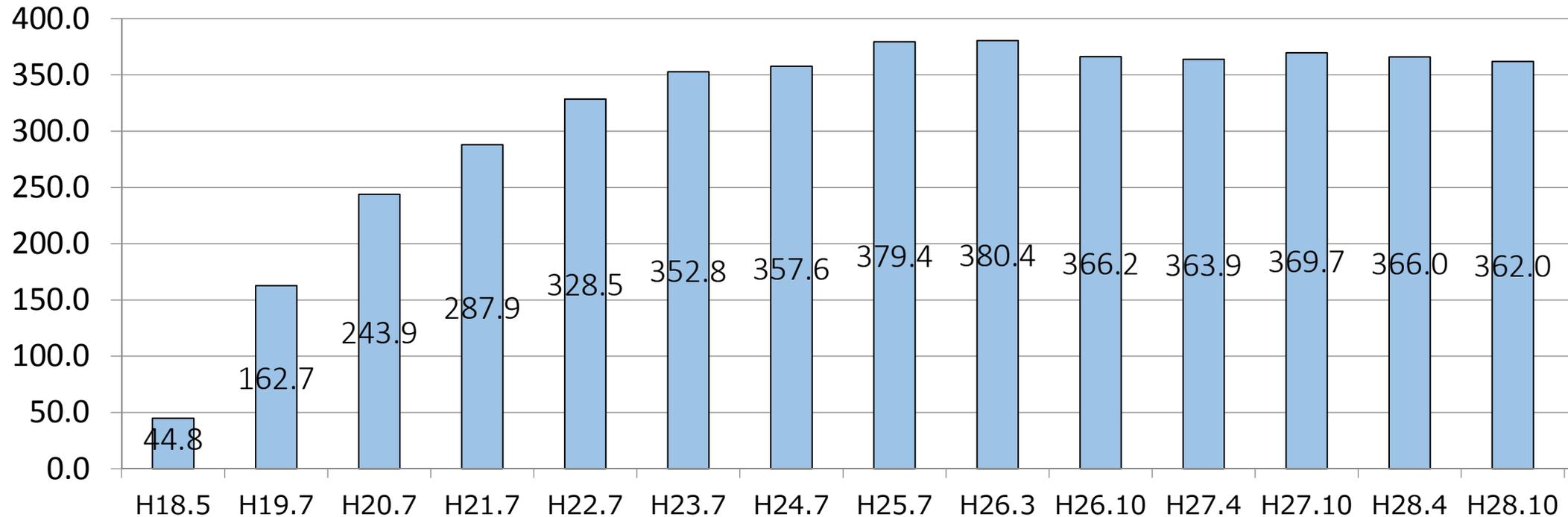
・ 心臓ペースメーカー指導管理料 (遠隔モニタリング加算)

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際に算定する。

一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年に創設されて以降増加。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、平成26年度以降は横ばいからやや減少の傾向となっている。

届出病床数(千床)



↑

[H18.4]
7対1入院
基本料創設

↑

[H20.4]
重症度・看護
必要度の導入

↑

[H24.4]
重症度・看護必要度
該当患者割合基準の見直し
(10%→15%)
平均在院日数要件の見直し
(19日→18日)

↑

[H26.4]
重症度、医療・看護必要度
A項目の見直し
在宅復帰率要件の導入

↑

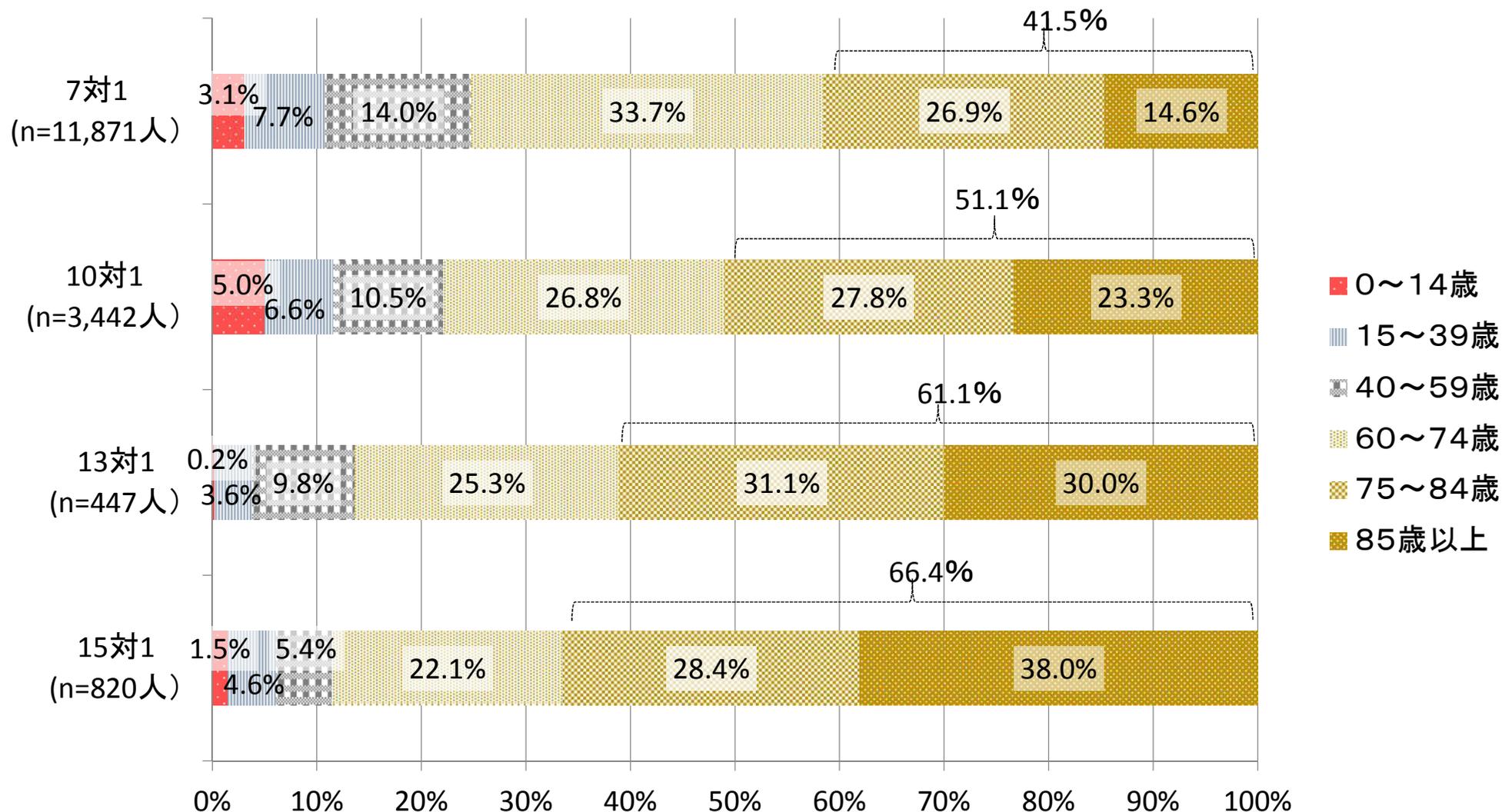
[H28.4]
重症度、医療・看護必要度
A・B項目の見直し／C項目の追加
該当患者割合基準の見直し
(15%→25%)
在宅復帰率の見直し
(75%→80%)

※平成26年4月以降は速報値であり、集計方法が異なることと、病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要。

一般病棟入院基本料区分別 患者の年齢階級別割合

中医協 総-6
29.3.15

○ 入院患者の年齢階級別の割合をみると、75歳以上の患者の割合は、7対1が最も少ない。



2017/10/19

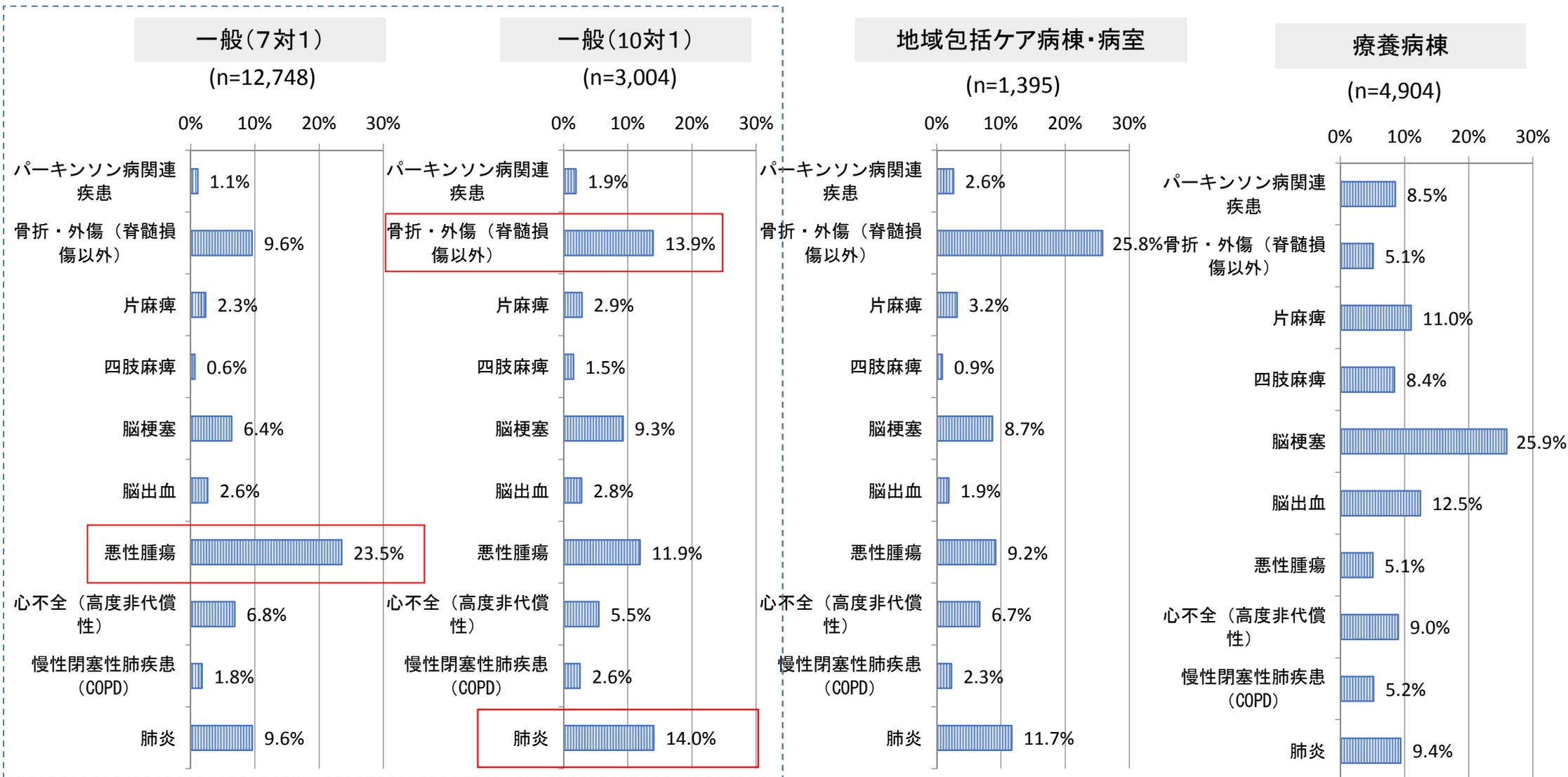
(平成26年11月10日～12月26日の間に医療機関が任意に定めた調査日時点)

出典:平成26年度入院医療の等調査 **77**

一般病棟（7対1・10対1）入院患者の疾患

診調組 入-1
29.6.7

○ 一般病棟（7対1・10対1）入院患者の疾患をみると、一般病棟（7対1）では、悪性腫瘍の患者が最も多く、一般病棟（10対1）では、肺炎と骨折・外傷の患者の割合が最も多い。



2017/10/19

入院医療の機能分化・強化

一般病棟入院基本料の評価の見直しの概要

重症度、医療・看護必要度の見直し

- 急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、「重症度、医療・看護必要度」の見直しを行う。

- ① 手術
- ② 救命等に係る内科的治療
 - ・経皮的血管内治療
 - ・経皮的心筋焼灼術
 - ・侵襲的な消化器治療 等
- ③ 救急搬送
- ④ 認知症・せん妄の症状

等についての評価を拡充

7対1入院基本料の基準の見直し

- 「重症度、医療・看護必要度」の基準の見直し
 - ・「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者の割合を15%⇒25%^(※)に見直す
- 在宅復帰率の見直し
 - ・在宅復帰率の基準を75%⇒80%に見直す

※ 許可病床数が200床未満の保険医療機関であって、病棟群単位による届出を行わない保険医療機関にあっては、平成30年3月31日までに限り、基準を満たす患者が23%以上であることとする。

重症患者を受け入れている10対1病棟に対する評価

- 「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者の受入れに対する評価の充実

病棟群単位による届出の評価

- 7対1入院基本料から10対1入院基本料に変更する際に限り、平成28年4月1日から2年間、7対1病棟と10対1病棟を病棟群単位で有することを可能とする。

医療機能に応じた入院医療の評価について

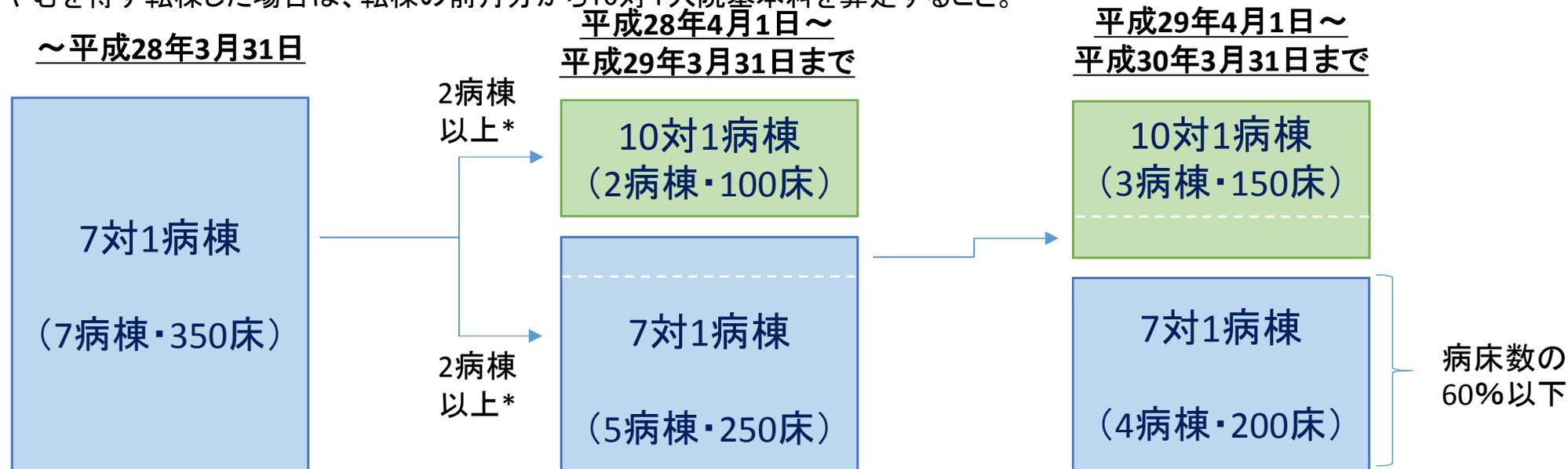
病棟群単位による届出①

- 一般病棟入院基本料の届出において、7対1入院基本料から10対1入院基本料に変更する際に限り、保険医療機関が、平成28年4月1日から2年間、7対1入院基本料病棟と10対1入院基本料病棟を病棟群単位で有することを可能とする。

[届出等に関する手続きの取扱い]

- 届出可能な医療機関は、平成28年3月31日時点で直近3月以上一般病棟7対1入院基本料(特定機能病院、専門病院含む。)を届け出ており、当該入院基本料を算定する病棟を複数有する保険医療機関であること。
- 一般病棟入院基本料の病棟の数が4以上の保険医療機関が届け出る場合、一つの入院基本料の病棟の数は、複数とすること。
- 病棟群単位の新たな届出は1回に限り、平成28年4月1日から平成29年3月31日の期間に行われること。
- 当該届出措置を利用した場合は、平成29年4月1日以降は、7対1入院基本料の病床数は、当該保険医療機関の一般病棟入院基本料の病床数の100分の60以下とすること(特定機能病院は除く。)
- 当該届出措置を利用した場合は、原則として7対1入院基本料の病棟と10対1入院基本料の病棟との間での転棟はできないこと。

やむを得ず転棟した場合は、転棟の前月分から10対1入院基本料を算定すること。



*4病棟以上の場合

本日の話題

- 平成28年診療報酬改定について
- **平成30年の医療と介護の同時改定に向けて**
- 将来に向けて

平成30年の医療と介護の同時改定に向けて(私見)

1) 医療・介護サービス提供体制

- 看取りを含めた適切なサービス提供体制の構築
- 各サービスにおける給付内容の効率化、適正化
- 訪問看護ステーションにおけるサービス提供の見直しも含めた、効率的な訪問系サービス体制の構築
- 嚥下性肺炎や大腿骨頭骨折の予防やケア

2) 地域医療構想

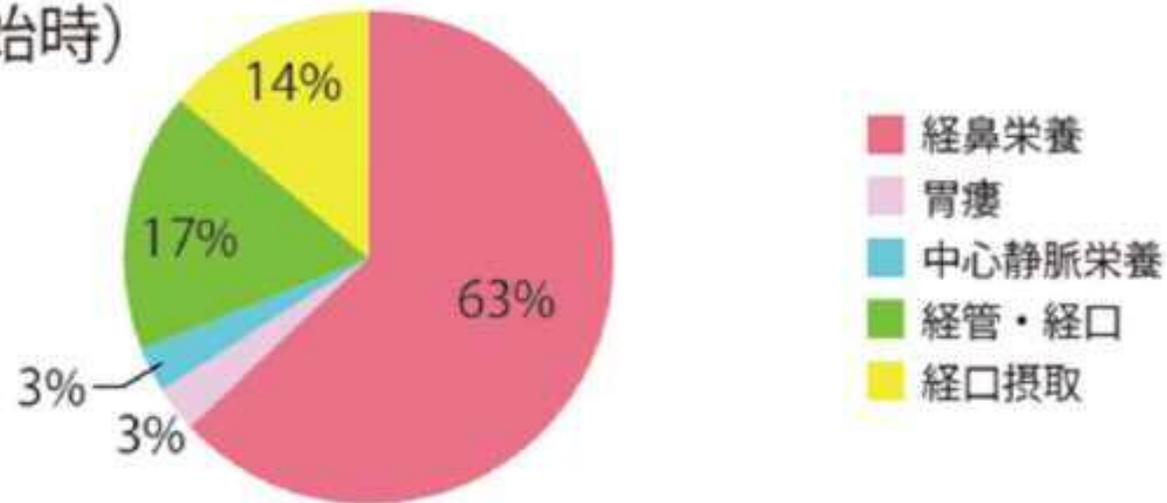
- 病床の機能分化と連携の推進(医療密度に即した評価)
- データに基づく供給体制の適正化
- 高齢者の住まいと医療介護サービス

3) 患者本位の医薬分業

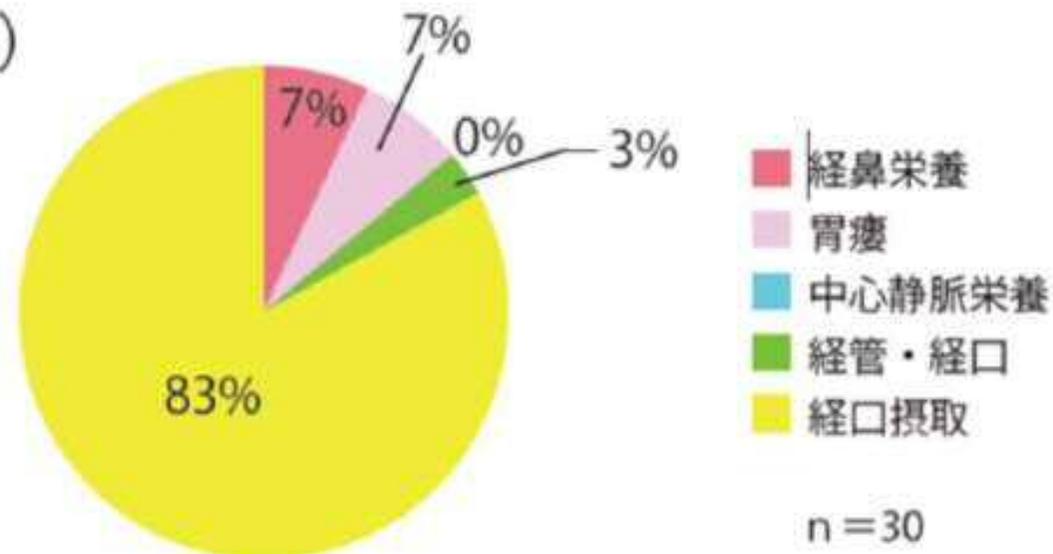
- 処方情報の電子化・共有化(電子お薬手帳)

摂食嚥下訓練実施前後の栄養摂取手段の変化

(訓練開始時)



(訓練実施後)



n = 30

将来に向けて(私見)

1) Outcomeに基づく評価へ

人員配置や患者数等のInput/Outputに基づく評価から、在宅復帰率や改善率などのOutcomeに基づく評価へ

2) Best mix professional

医師は診断し診療方針を決定、フォローアップは他の職種が行うといった、業務内容に応じた職種の適正配置

3) Precision medicine

ゲノム医療の進歩により慢性疾患も遺伝子型により重症化や合併症発現リスクに応じた疾病管理が可能に

4) ICTの推進

ICTの導入・推進により、診療データの収集・一元化・分析により、診療状況をリアルタイムで把握し、それらのデータに基づく電子診療支援システム等の提供を通じて、診療内容を標準化

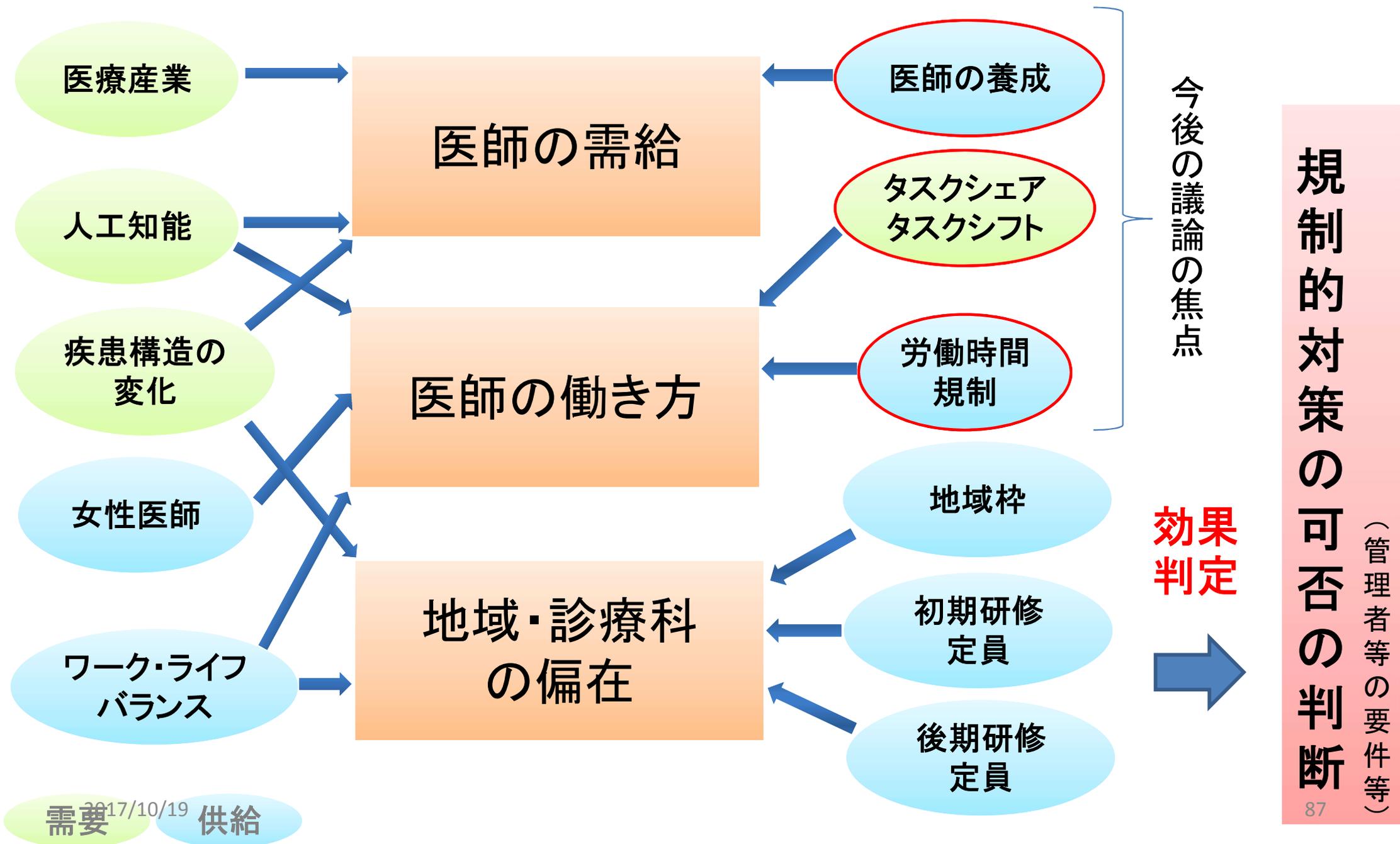
さらに。。。

- Catastrophic保険か、「混合診療」是認か
- 免責や可変給付率の可否
- 一般薬と同じ成分を処方した場合の給付率
- ムダの徹底的排除（遠隔診療，AI，自動審査）
- 数値異常に対する医療管理のあり方

働き方改革

- 法律上「医師は一般労働者」
- 罰則付きの残業規制へ（施行は7年後）
- 応召義務
- 労働と研修の線引き
- 地域医療への影響
- 女性医師，若手医師
- タスクシェア，タスクシフト
- (管理)当直，過労死，告発

医師の需給・働き方・偏在対策の関係について



規制的対策の可否の判断

(管理者等の要件等)

最後に

- 「茹でガエル」になってはいけない
- 合成の誤謬
- 地獄への路は善意で舗装されている