

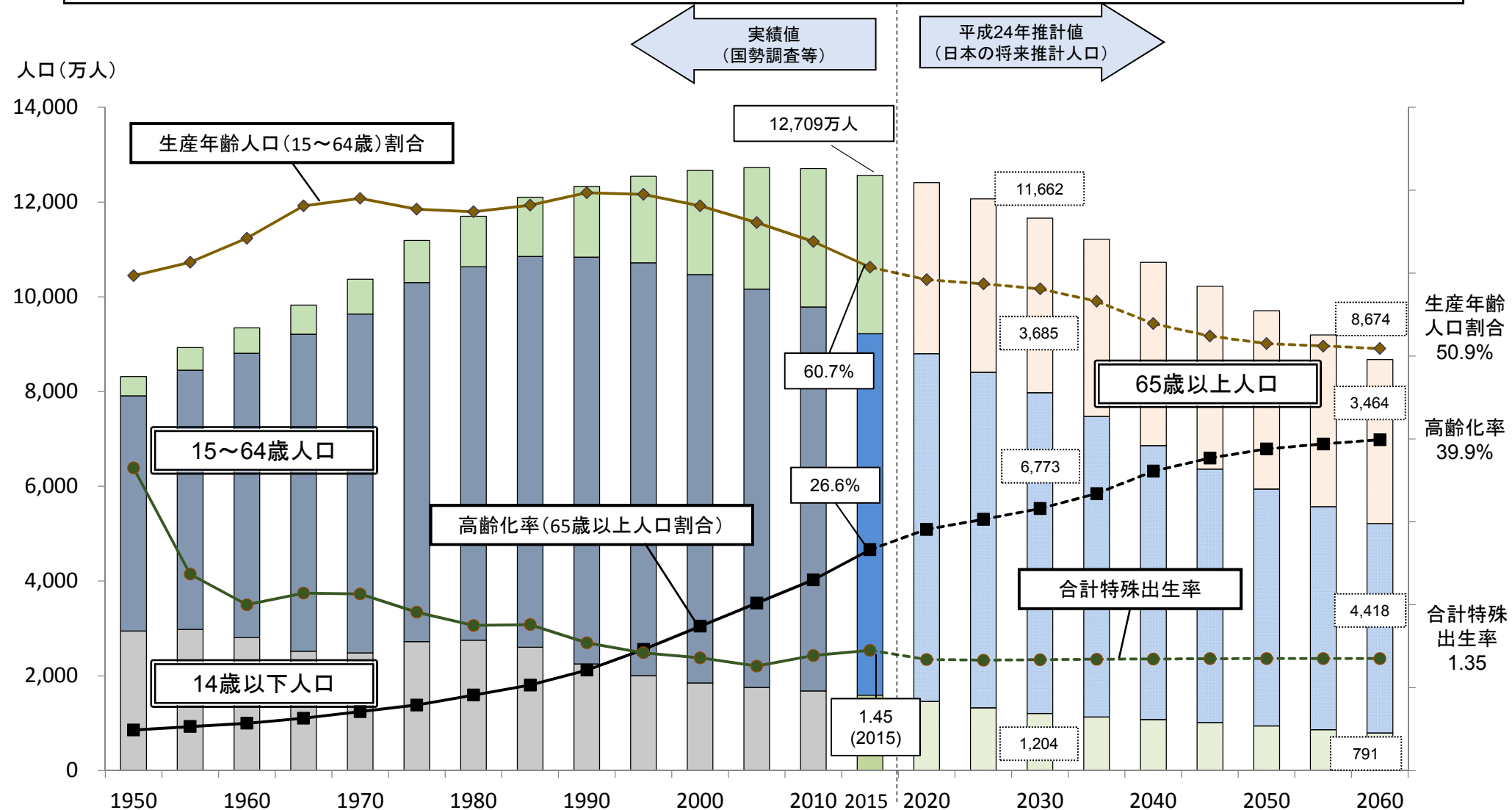
医療と介護を取り巻く現状と課題等

(参考資料)

1. 現状と課題
2. これまでの検討の概要
3. 医療・介護提供体制に係る基本施策

日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年横ばいであり、人口減少局面を迎えている。2060年には総人口が9000万人を割り込み、高齢化率は40%近い水準になると推計されている。



(出所) 総務省「国勢調査」、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)
 厚生労働省「人口動態統計」
 (平成22年国勢調査においては、人口12,806万人、生産年齢人口割合63.8%、高齢化率23.0%)

人口ピラミッドの変化（1990～2060年）

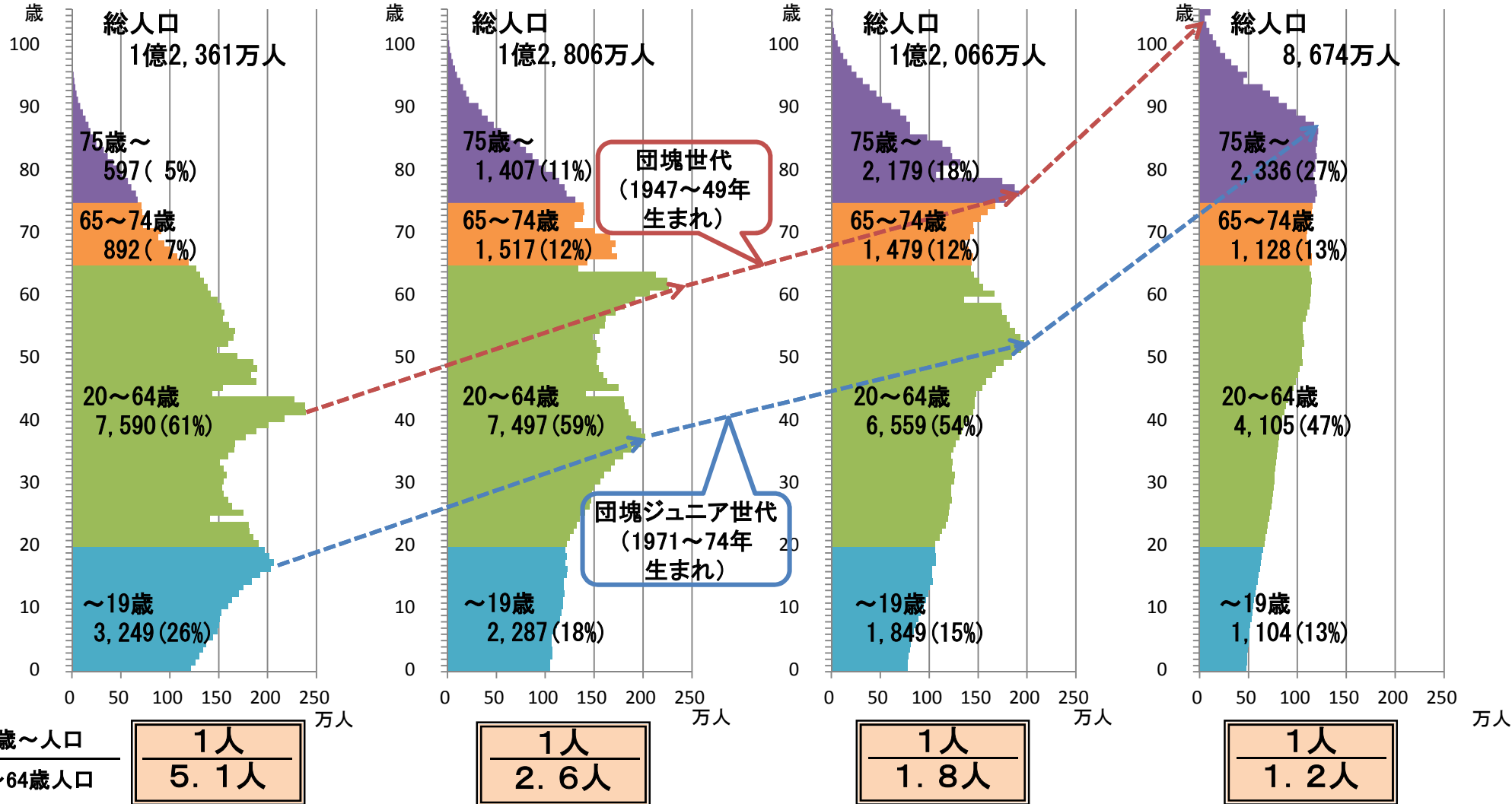
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

1990年(実績)

2010年(実績)

2025年

2060年

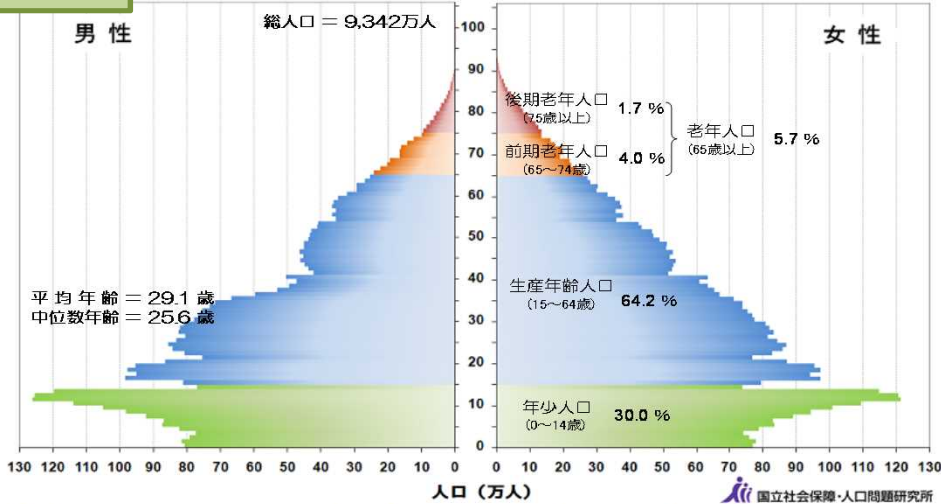


(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計): 出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

人口ピラミッドの変化：実績 1960年, 2010年

1960年

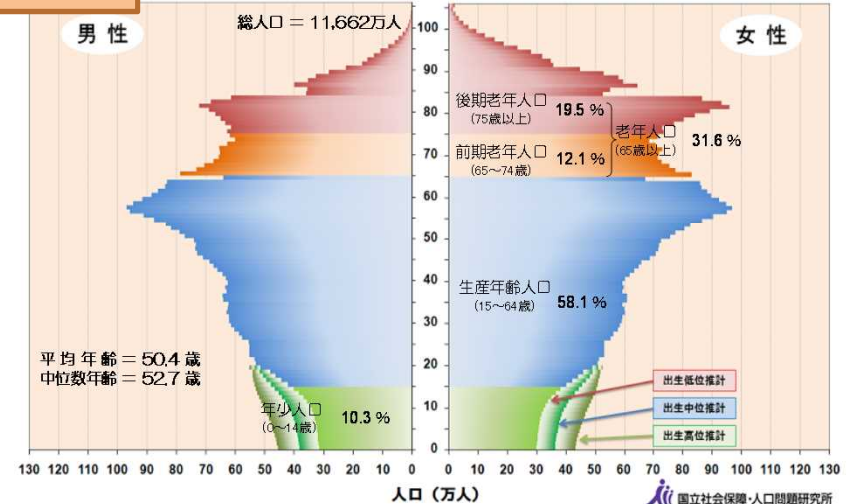
(1) 1960年



資料：1920~2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

2030年

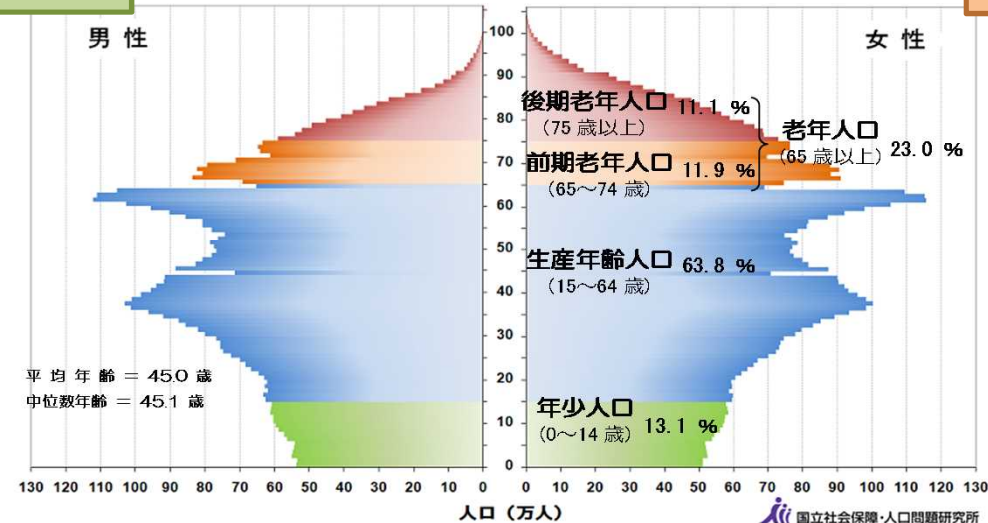
(3) 2030年



資料：1920~2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

2010年

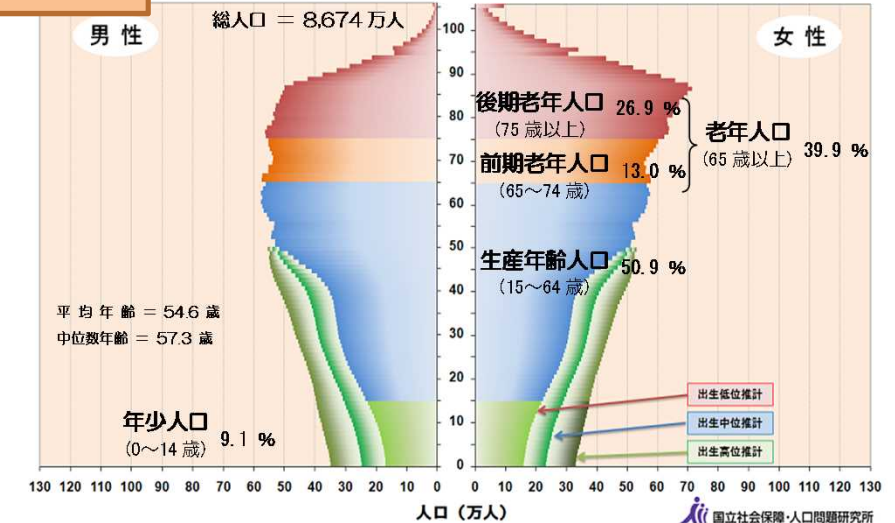
(2) 2010年



資料：1920~2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

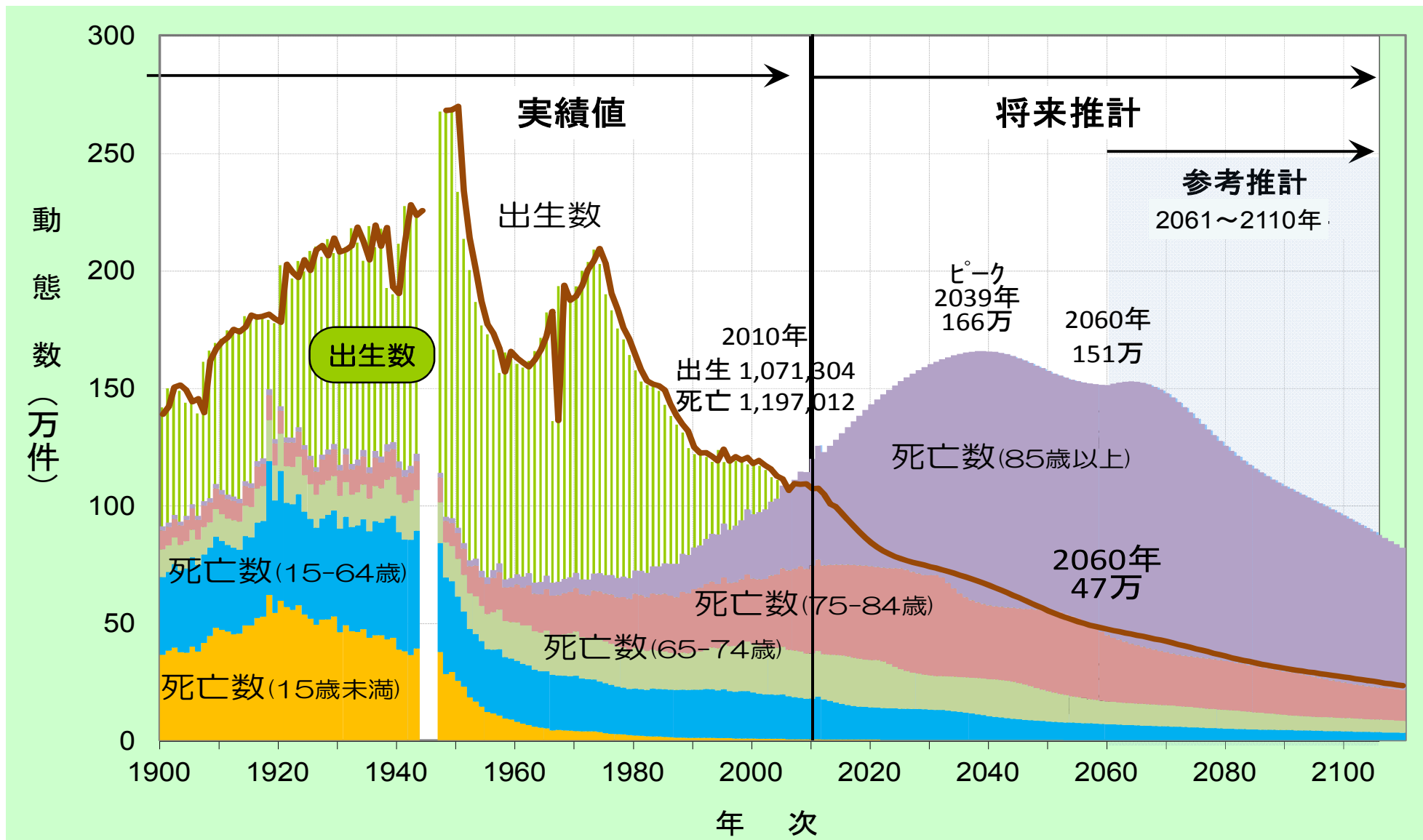
2060年

(3) 2060年

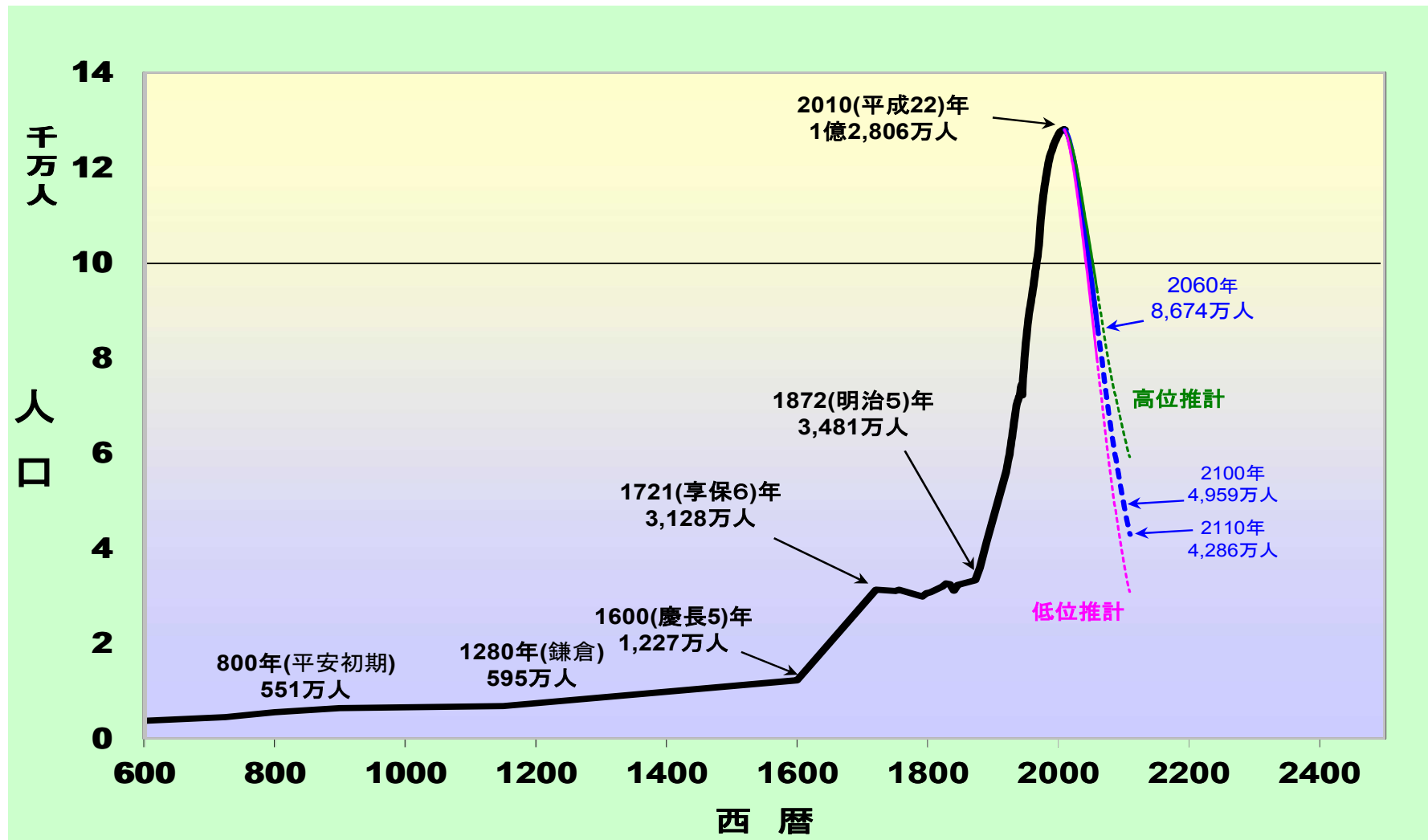


資料：1920~2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

出生数 と死亡数の推移 : 1900~2110年



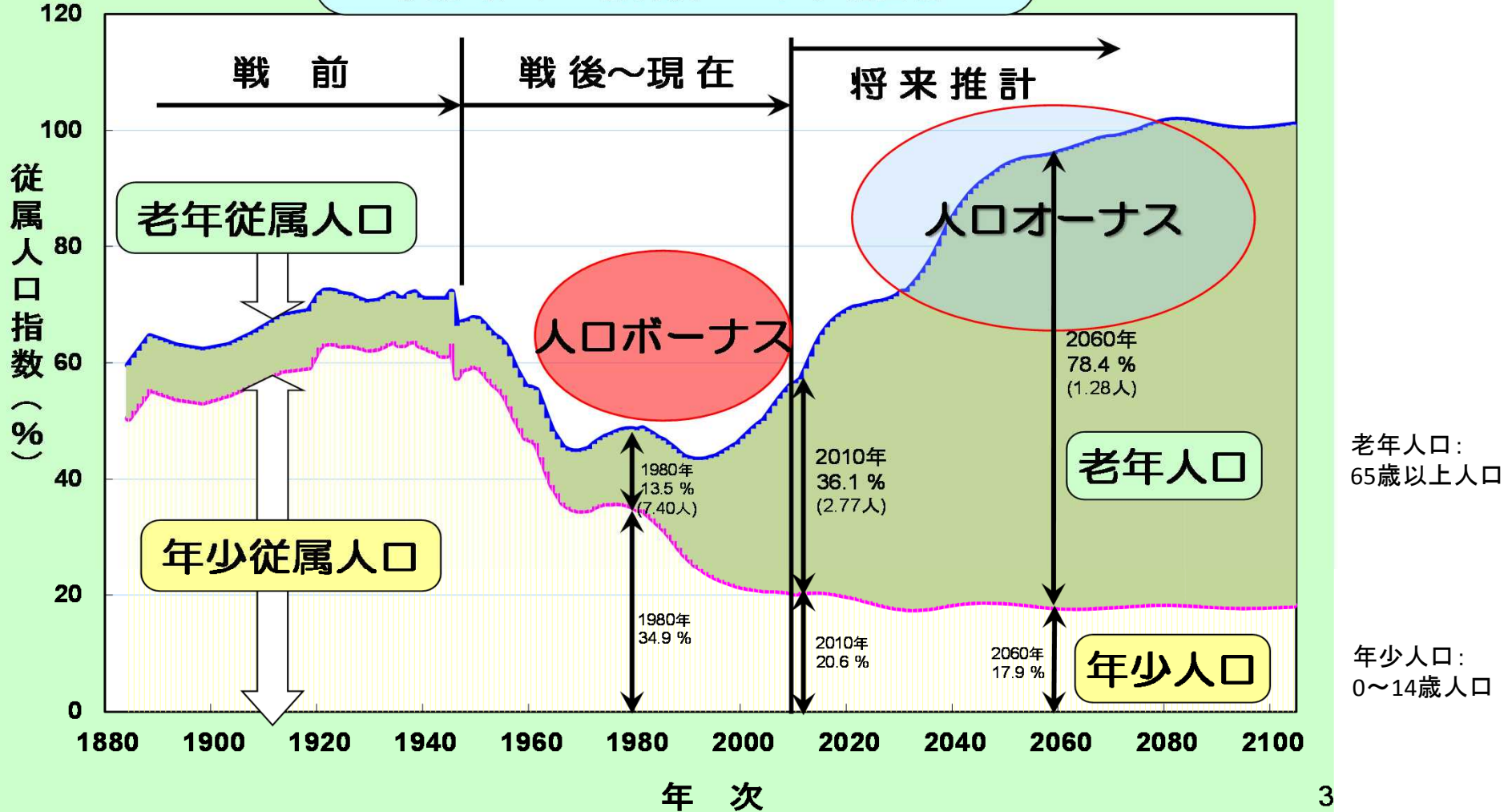
日本人口の歴史的推移



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」(1846年までは鬼頭宏「人口から読む日本の歴史」、1847～1870年は森田優三「人口増加の分析」、1872～1919年は内閣統計局「明治五年以降我国の人口」、1920～2010年総務省統計局「国勢調査」「推計人口」) 2011～2110年国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計[死亡中位推計])

人口ボーナスと人口オーナス

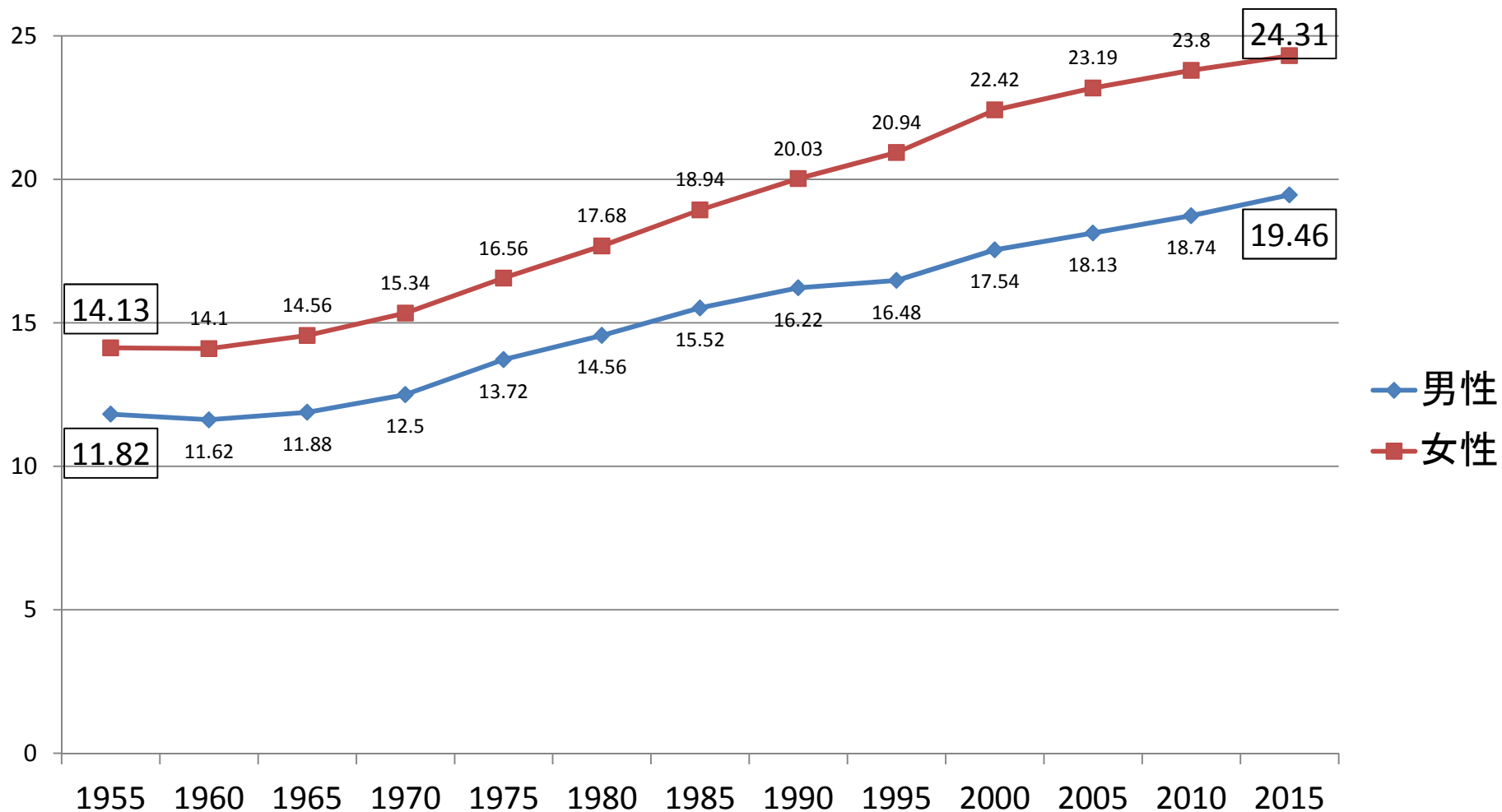
従属人口指数の年次推移



資料：総務省統計局「国勢調査」、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]）」

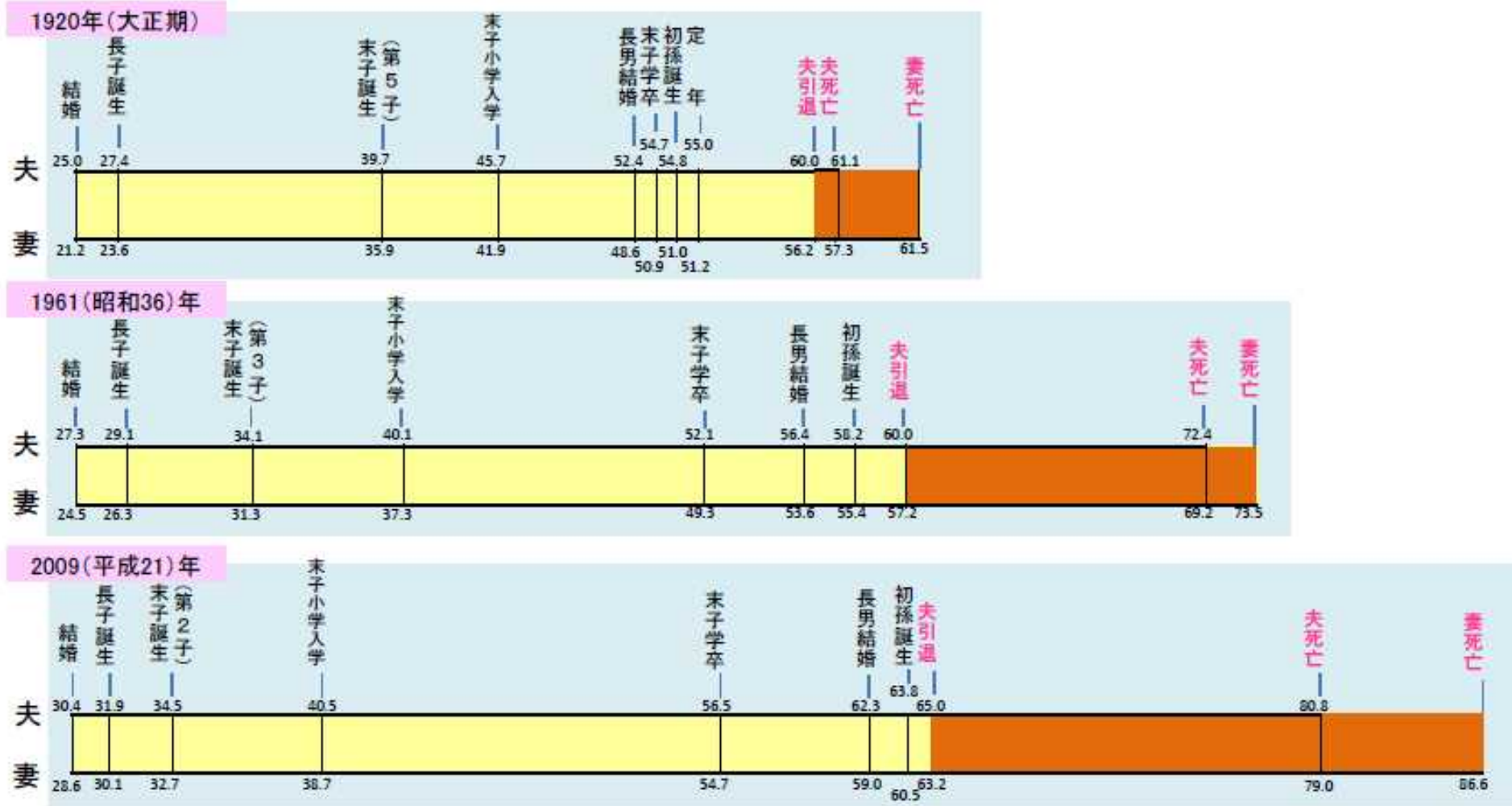
※従属人口指数 (%) = (0～14歳人口 + 65歳以上人口) / (15～64歳人口) × 100

65歳時の平均余命の推移



統計でみた平均的なライフサイクル

○子どもの数は減少する一方、平均寿命の延伸により引退後の期間が、長くなっている。



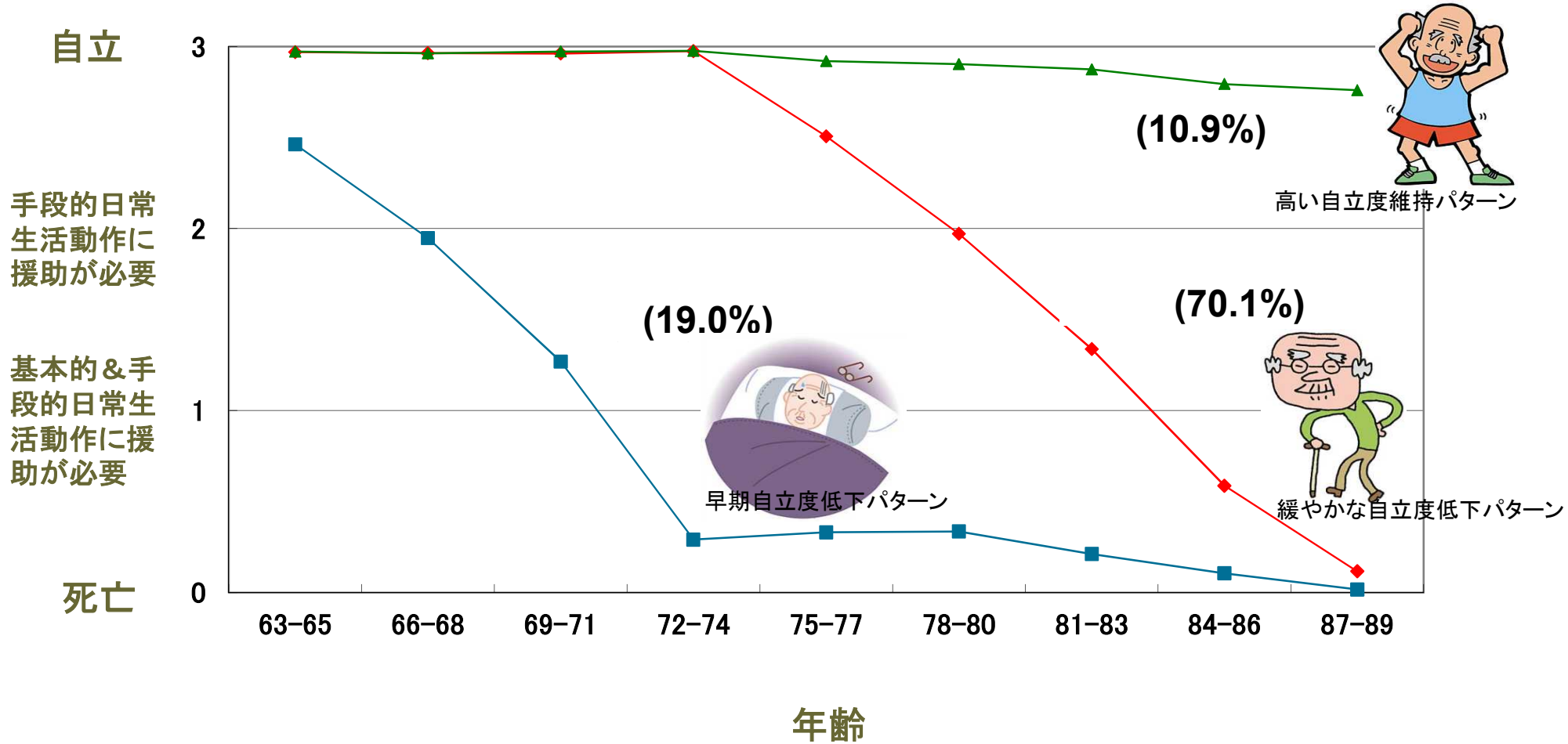
資料：1920年は厚生省「昭和59年厚生白書」、1961年、2009年は厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」等より厚生労働省政策統括官付政策評価官室において作成。

(注) 価値観の多様化により、人生の選択肢も多くなってきており、統計でみた平均的なライフスタイルに合致しない場合が多くなっていることに留意する必要がある。

自立度の変化パターン

—全国高齢者20年の追跡調査—

男性

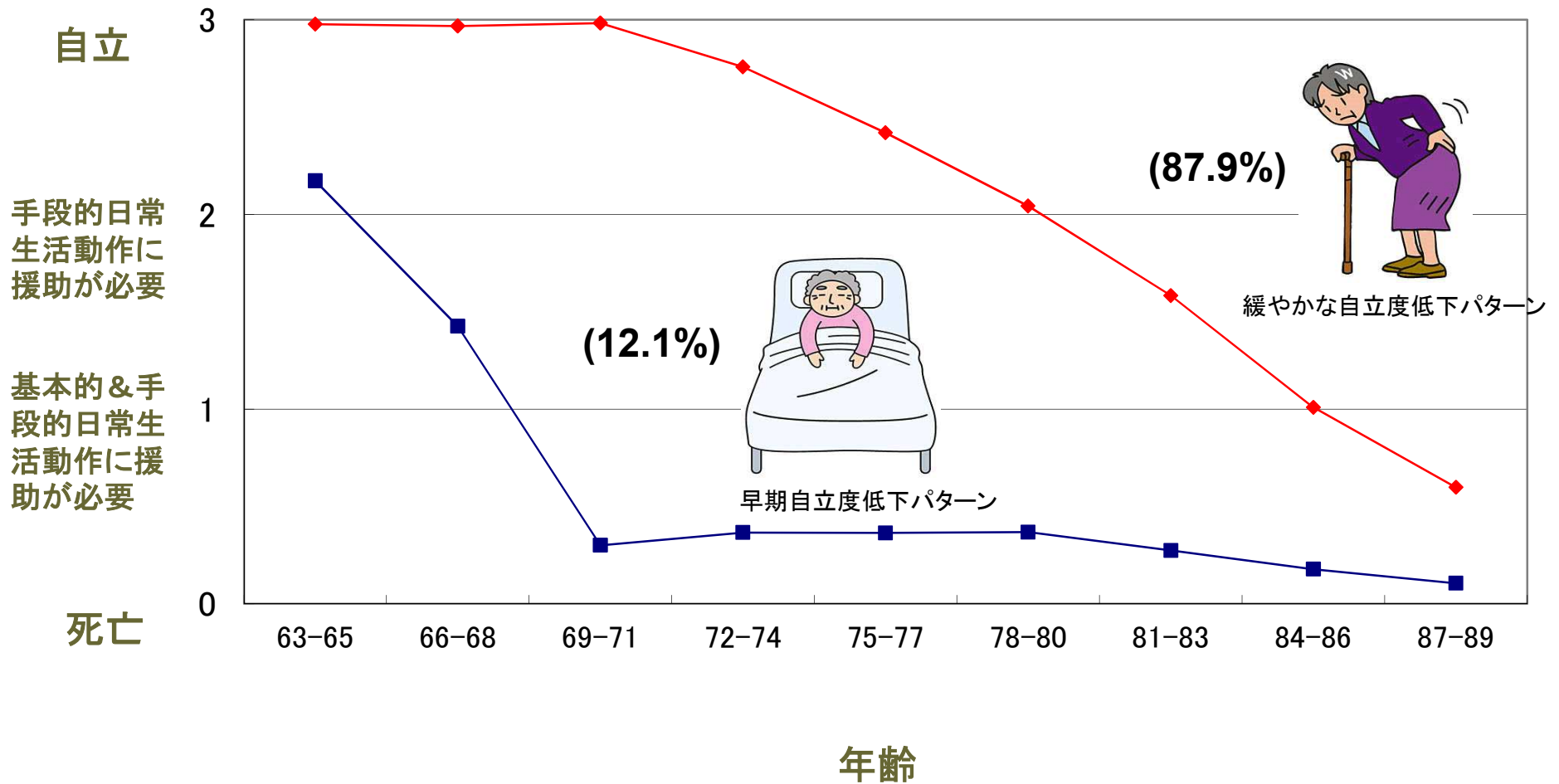


出典) 秋山弘子 長寿時代の科学と社会の構想 『科学』 岩波書店, 2010

自立度の変化パターン

—全国高齢者20年の追跡調査—

女性

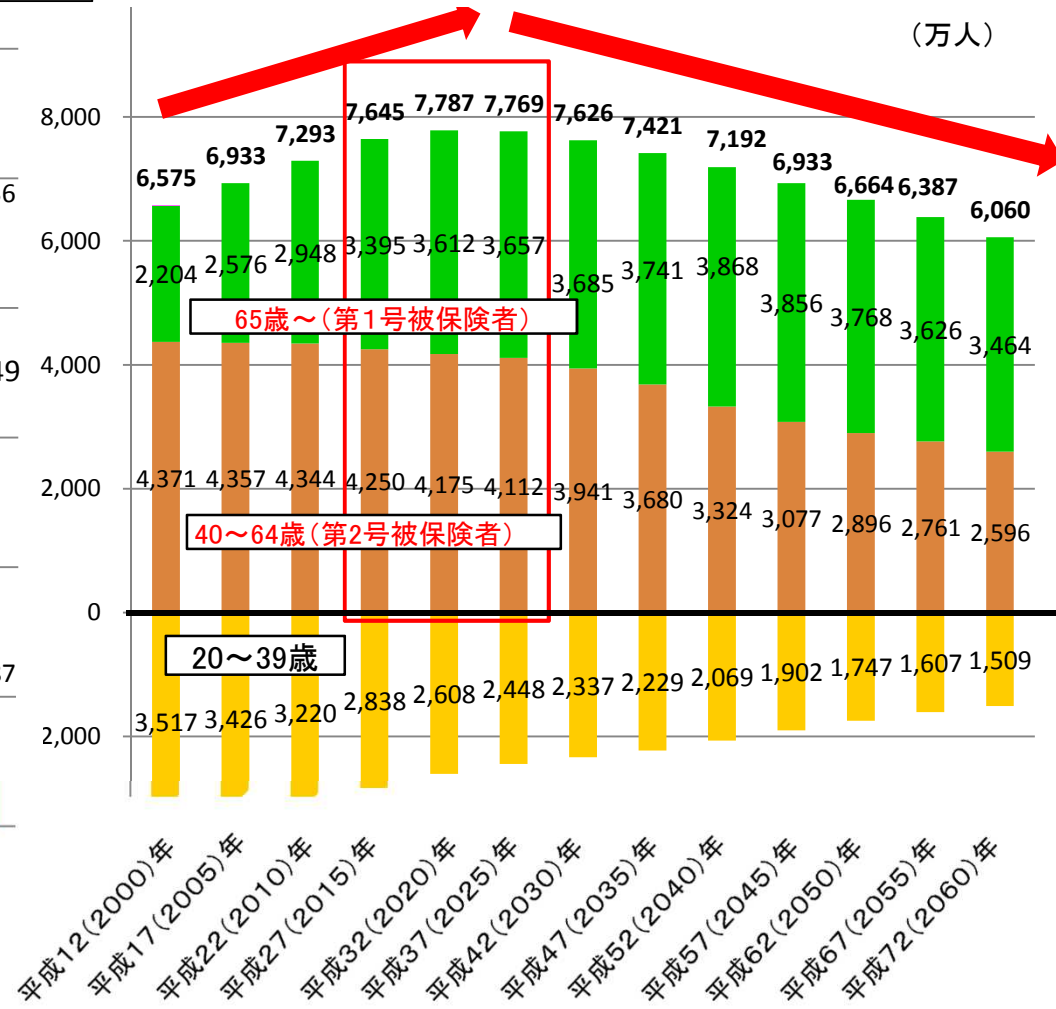
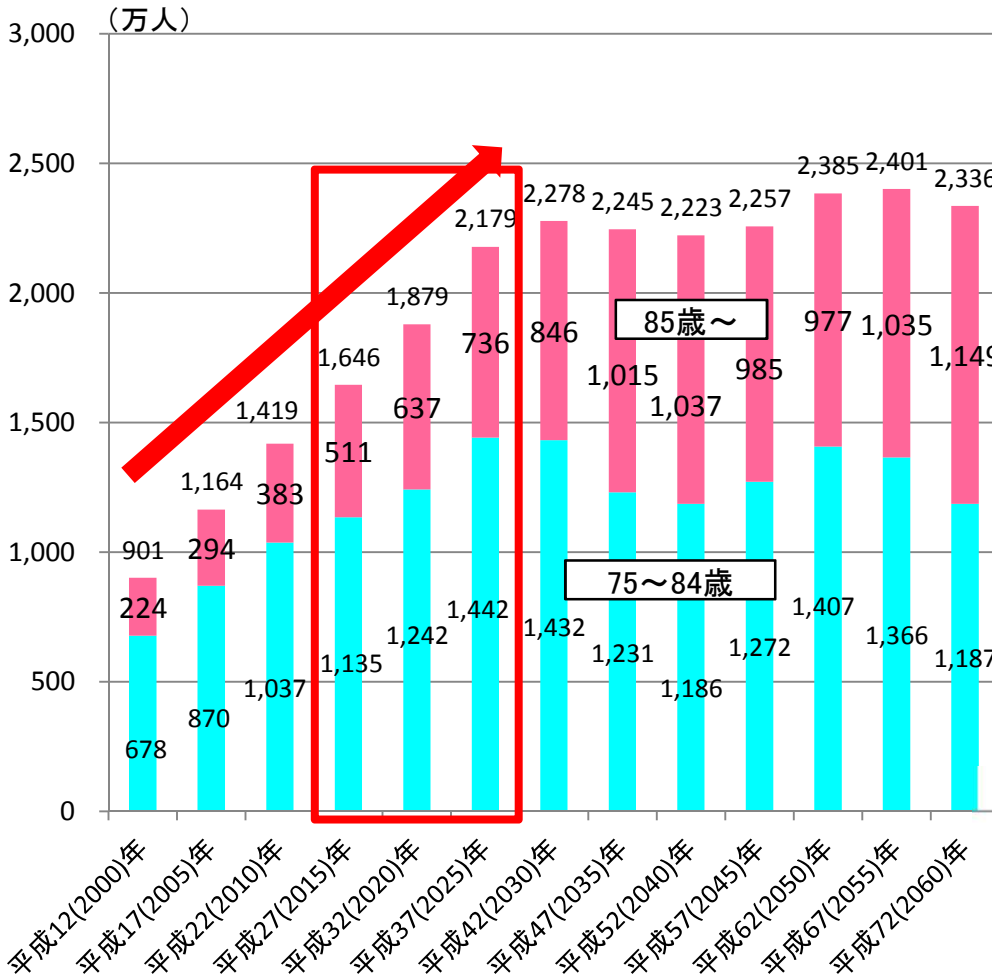


出典) 秋山弘子 長寿時代の科学と社会の構想 『科学』 岩波書店, 2010

要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移 介護保険料を負担する40歳以上人口の推移

- 75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間で、急速に増加。
- 2030年頃から75歳以上人口は急速には伸びなくなるが、一方、85歳以上人口はその後の10年程度は増加が続く。

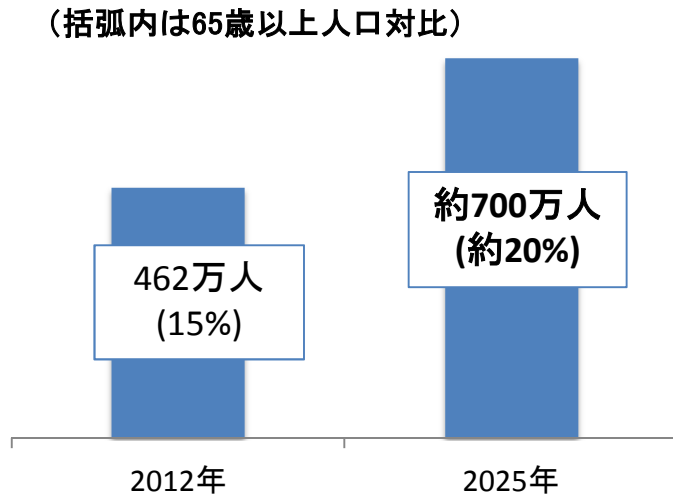
- 保険料負担者である40歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、増加してきたが、2021年をピークに減少する。



(資料) 将来推計は、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
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

認知症高齢者の増加

65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。

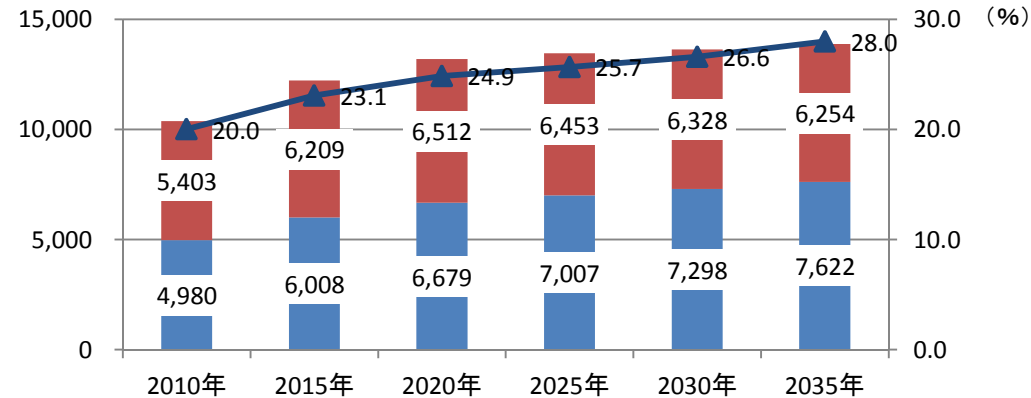


※「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

独居・夫婦のみ世帯の増加

世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。

(1,000世帯) 世帯主が65歳以上の単独世帯及び夫婦のみ世帯数の推計



- 世帯主が65歳以上の夫婦のみの世帯数
- 世帯主が65歳以上の単独世帯数
- ▲ 世帯主が65歳以上の単独世帯と夫婦のみ世帯の世帯数全体に占める割合

国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)

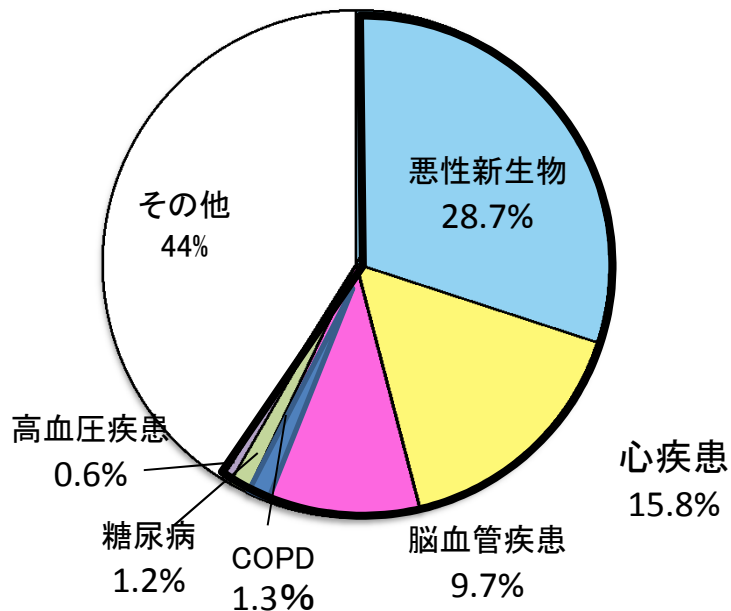
(平成25(2013))年1月推計)より作成

我が国における疾病構造

生活習慣病は死亡割合の約6割

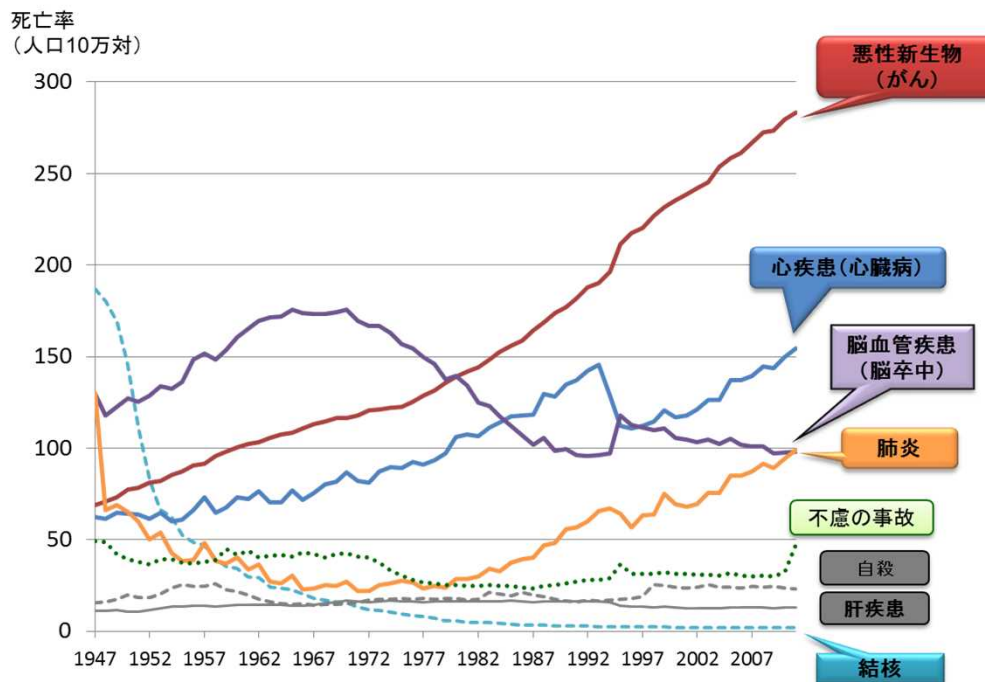
我が国の疾病構造は感染症から生活習慣病へと変化。

死因別死亡割合(平成24年)
生活習慣病・・・57.2%



(出所)「平成24年度人口動態統計」

主な疾患別の死亡率の推移

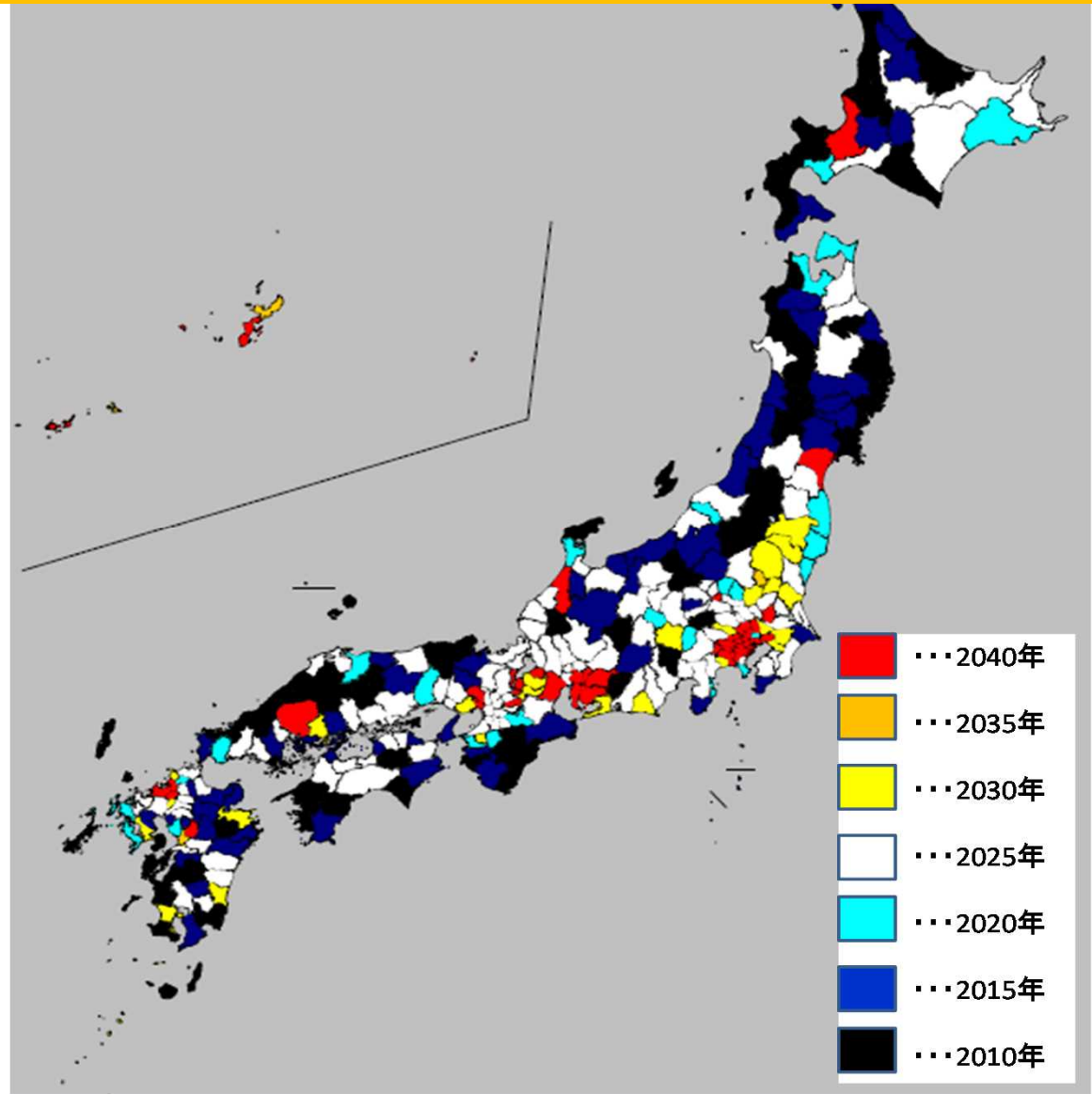


(出所)「人口動態統計(1947~2011年)」

※ 生活習慣病関連疾患に係る医療費は、医科診療医療費(28.3兆円)の約3割(8.9兆円)を占める。(出所)「平成24年度国民医療費」

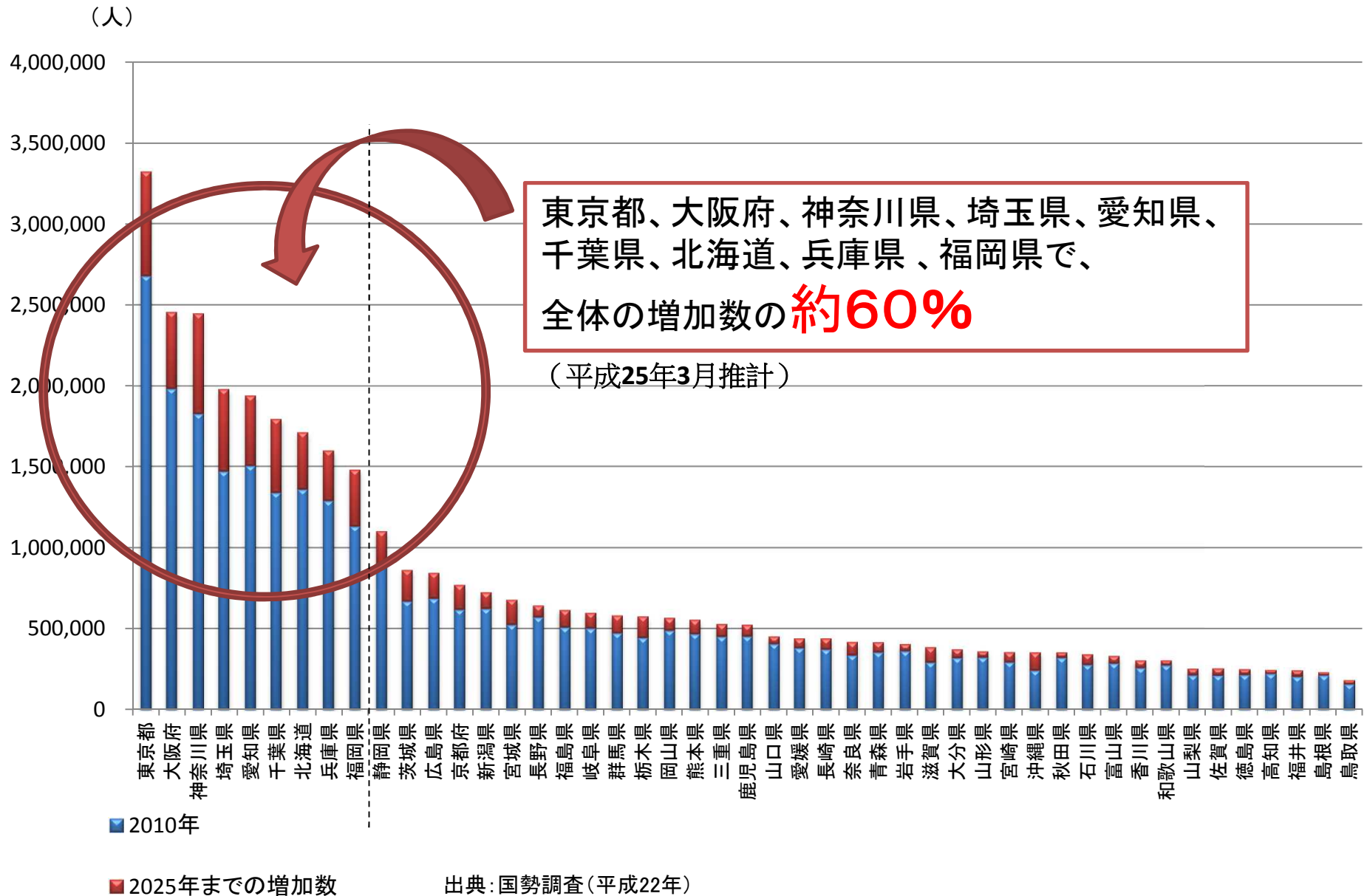
高齢化のピーク・医療需要総量のピーク

地域により
医療需要ピークの時期
が大きく異なる



出典: 社会保障制度国民会議 資料 (平成25年4月19日 第9回
資料3-3 国際医療福祉大学 高橋教授 提出資料)

都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2010年 → 2025年)

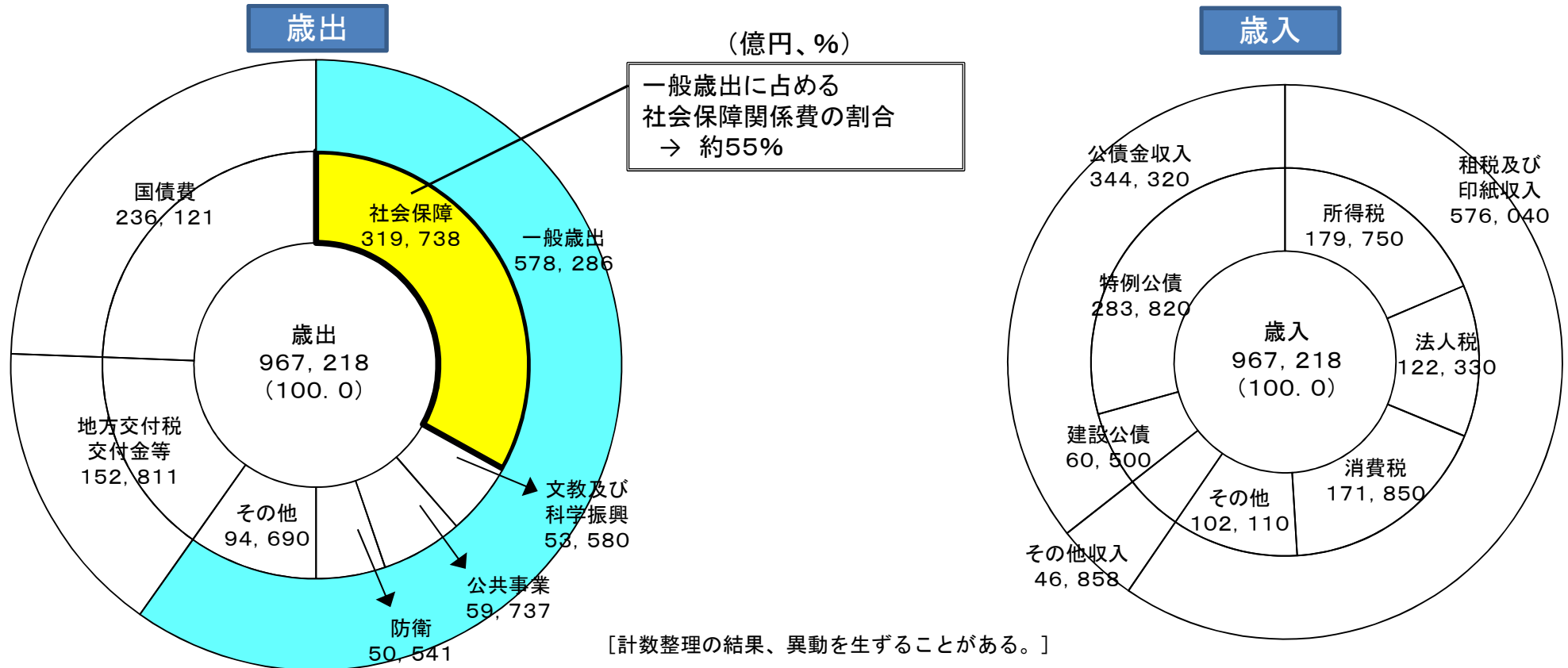


出典：国勢調査(平成22年)

国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口(平成25年3月推計)」

平成28年度 国の一般歳出と社会保障関係費

国の一般歳出の約55%は社会保障関係費（高齢化等に伴い、一般歳出に占める社会保障関係費が急増）



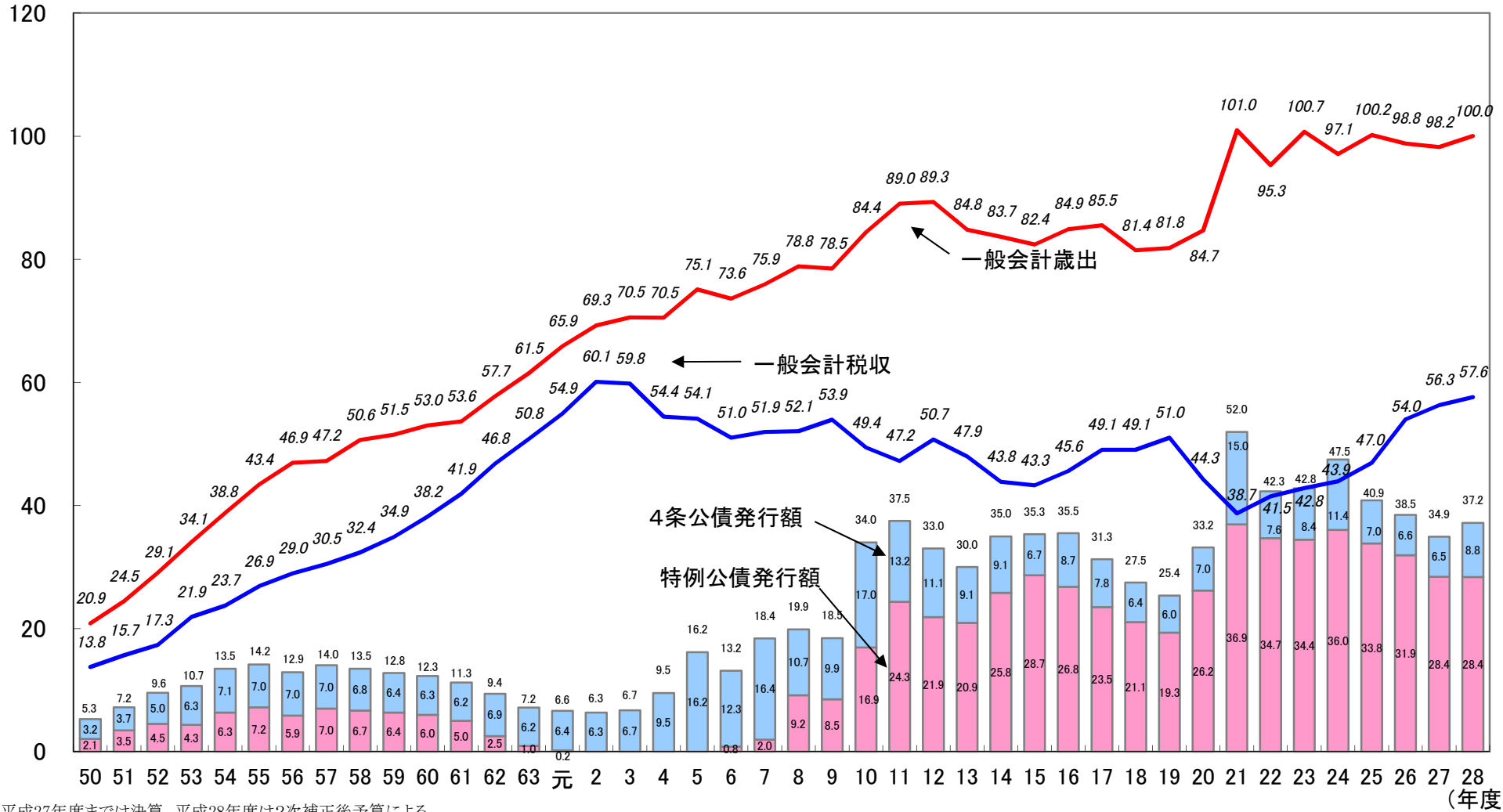
一般歳出に占める社会保障費の割合の推移

年度	歳出総額	一般歳出	社会保障関係費
2016	967,218	578,286 (100%)	319,738 (約55%)
2010	922,992	534,542 (100%)	272,686 (約51%)
2005	821,829	472,829 (100%)	203,808 (約43%)
2000	849,871	480,914 (100%)	167,666 (約35%)

一般会計における歳出・歳入の状況

我が国財政は歳出が歳入（税込及びその他収入）を上回る状況が継続している。特に、平成2年度以降、景気悪化に伴う税込の減少等により歳出と歳入の差額が拡大し、その差は借金である国債（建設国債・特例国債）の発行によって賄われている。

(兆円)

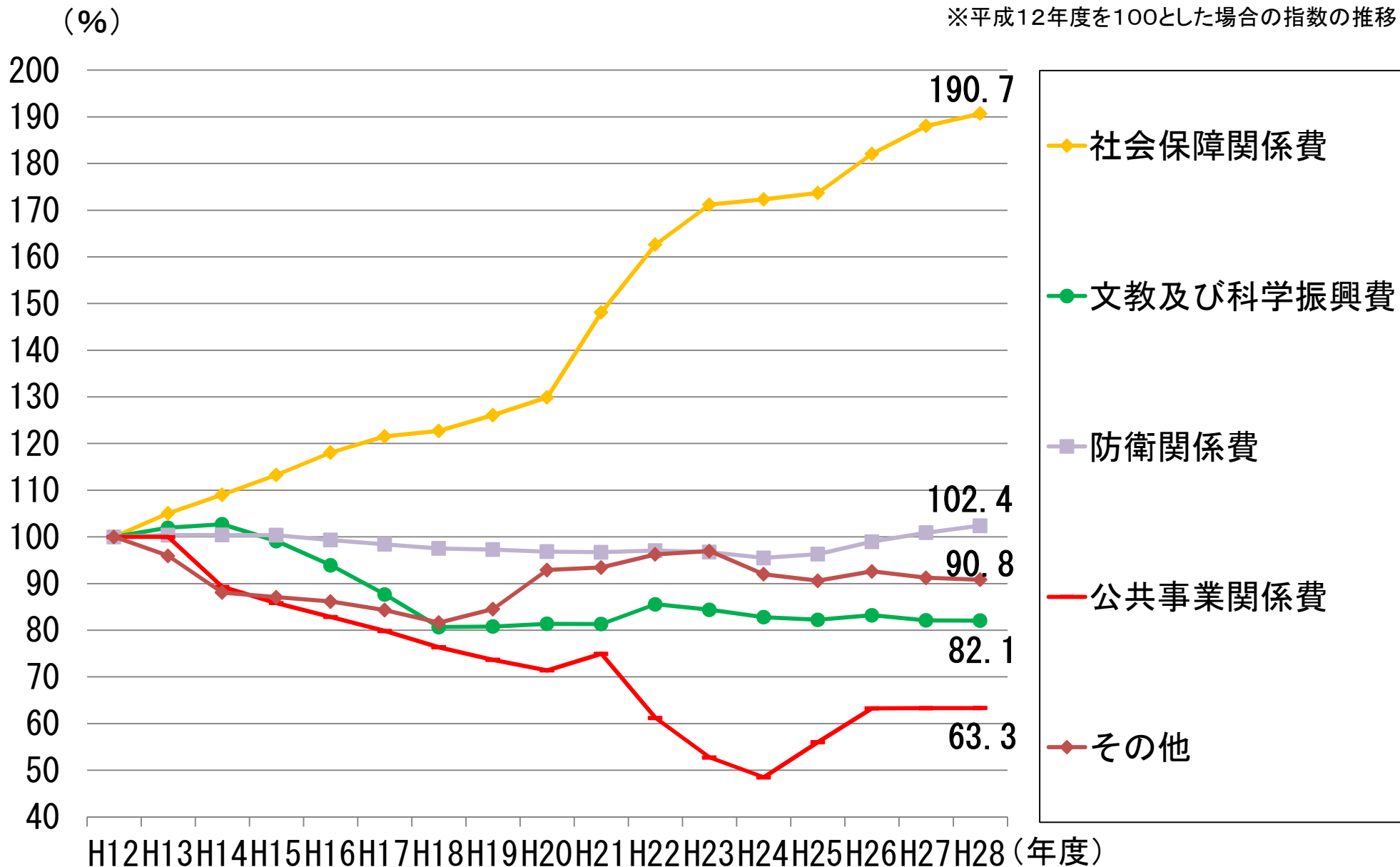


(注1) 平成27年度までは決算、平成28年度は2次補正後予算による。

(注2) 公債発行額は、平成2年度は湾岸地域における平和回復活動を支援する財源を調達するための臨時特別公債、平成6~8年度は消費税率3%から5%への引上げに先行して行った減税による租税収入の減少を補うための減税特例公債、平成23年度は東日本大震災からの復興のために実施する施策の財源を調達するための復興債、平成24年度及び25年度は基礎年金国庫負担2分の1を実現する財源を調達するための年金特例公債を除いている。

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)

※平成12年度を100とした場合の指数の推移



社会保障の給付と負担の現状(2016年度予算ベース)

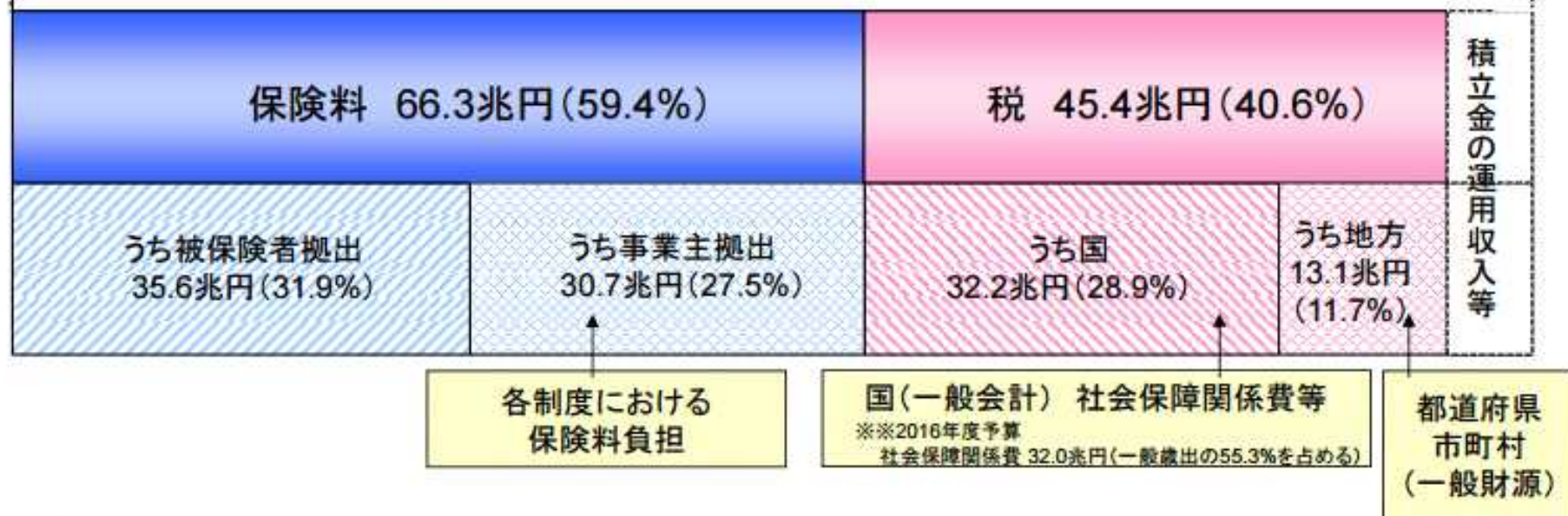
社会保障給付費(※) 2016年度(予算ベース) 118.3兆円 (対GDP比 22.8%)

【給付】

社会保障給付費

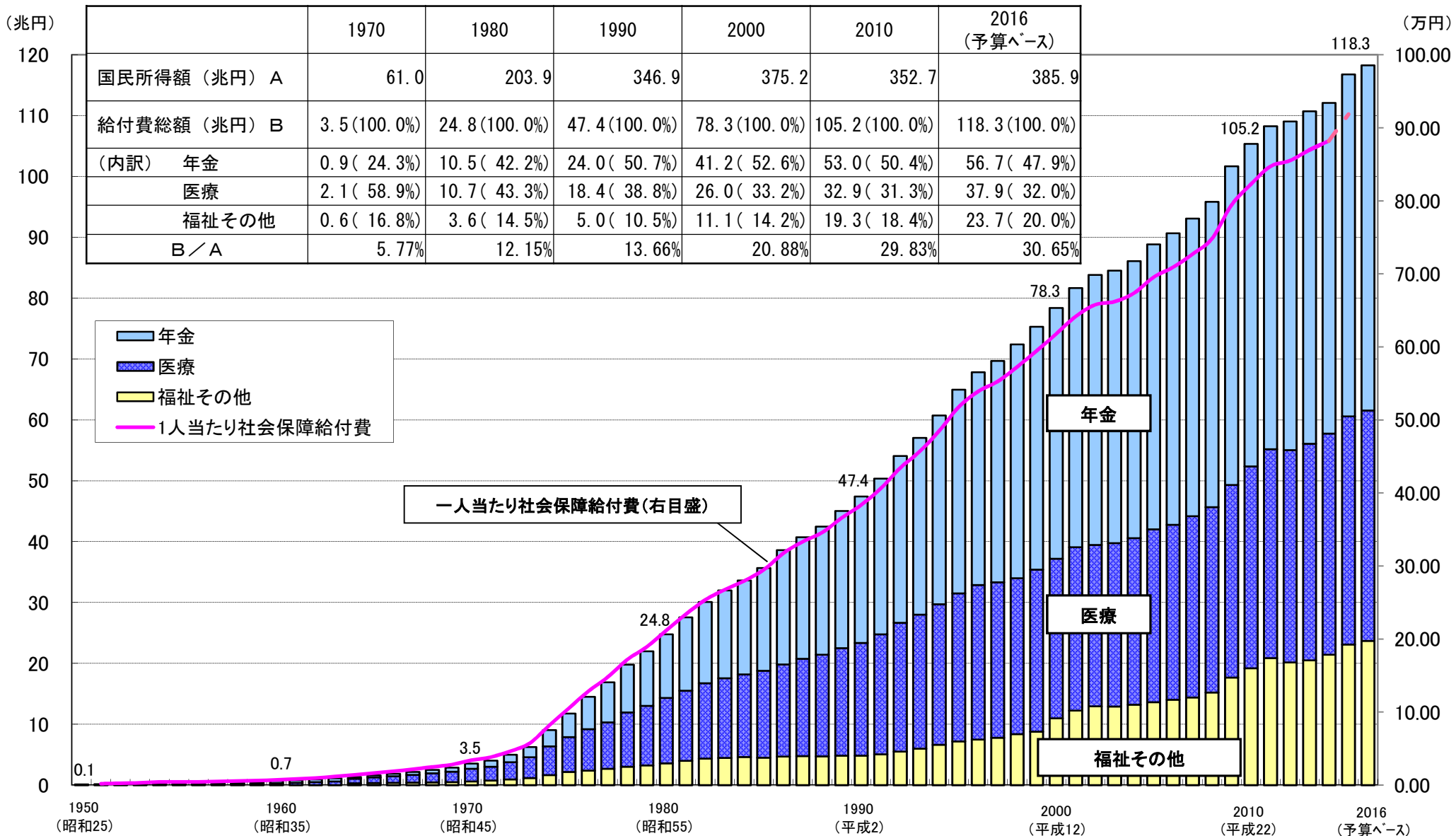


【負担】



※ 社会保障給付の財源としてはこの他に資産収入などがある。

社会保障給付費の推移

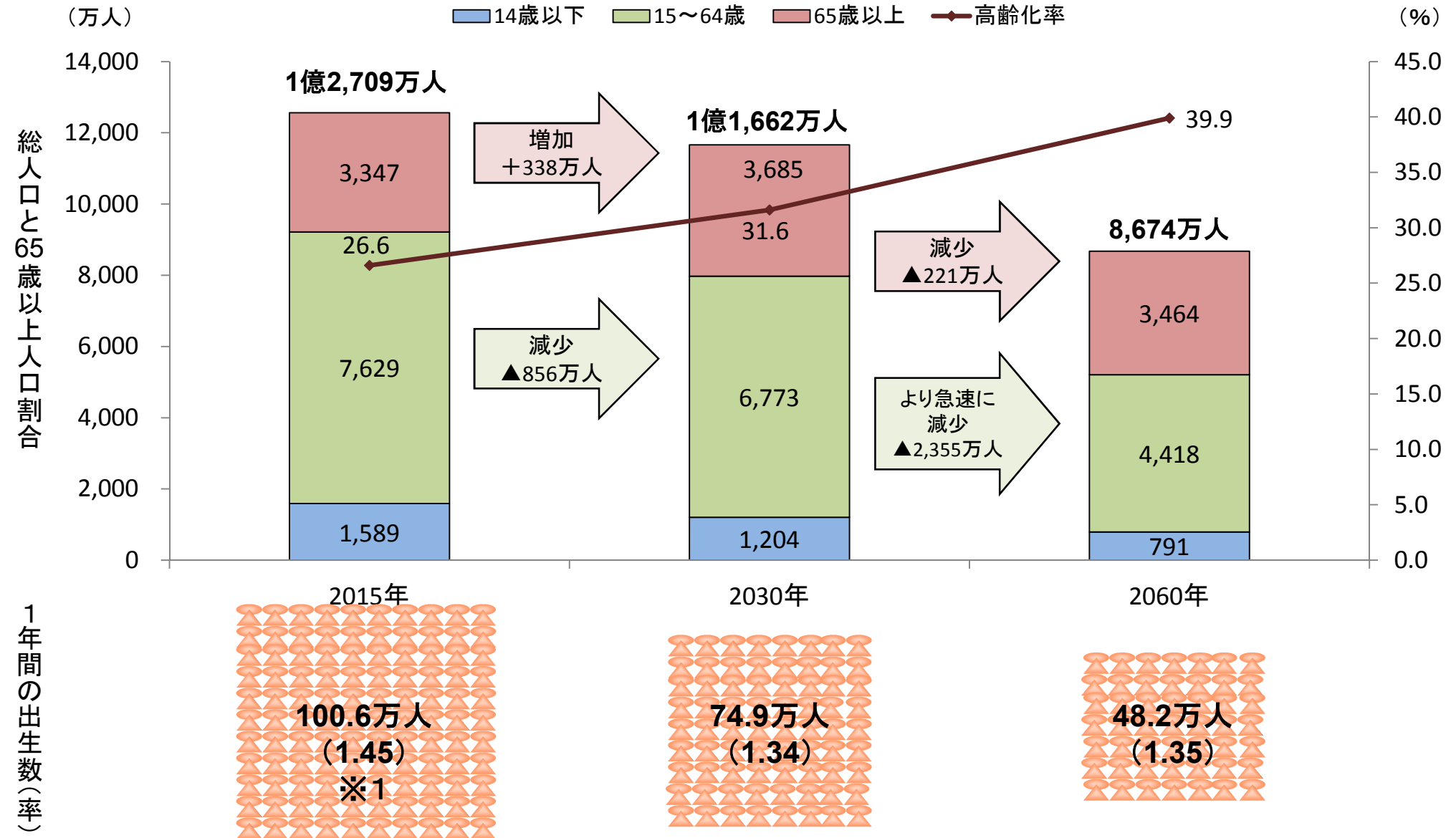


資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成26年度社会保障費用統計」、2015年度、2016年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2016年度の国民所得額は「平成28年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成28年1月22日閣議決定)」

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2010並びに2016年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

今後の人口構造の急速な変化



(出所) 総務省「国勢調査」、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) 厚生労働省「人口動態統計」

※1 出典: 2015(平成27)年人口動態統計

医療費の「その他」を要因とする伸び

○ 人口及び報酬改定の影響を除いた医療費の伸びは近年1%程度であったが、平成27年度は3%近い水準。この「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)	平成27年度 (2015)
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%	3.8%
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%	-0.1%
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%	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%	2.7%
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年度以降は概算医療費(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。

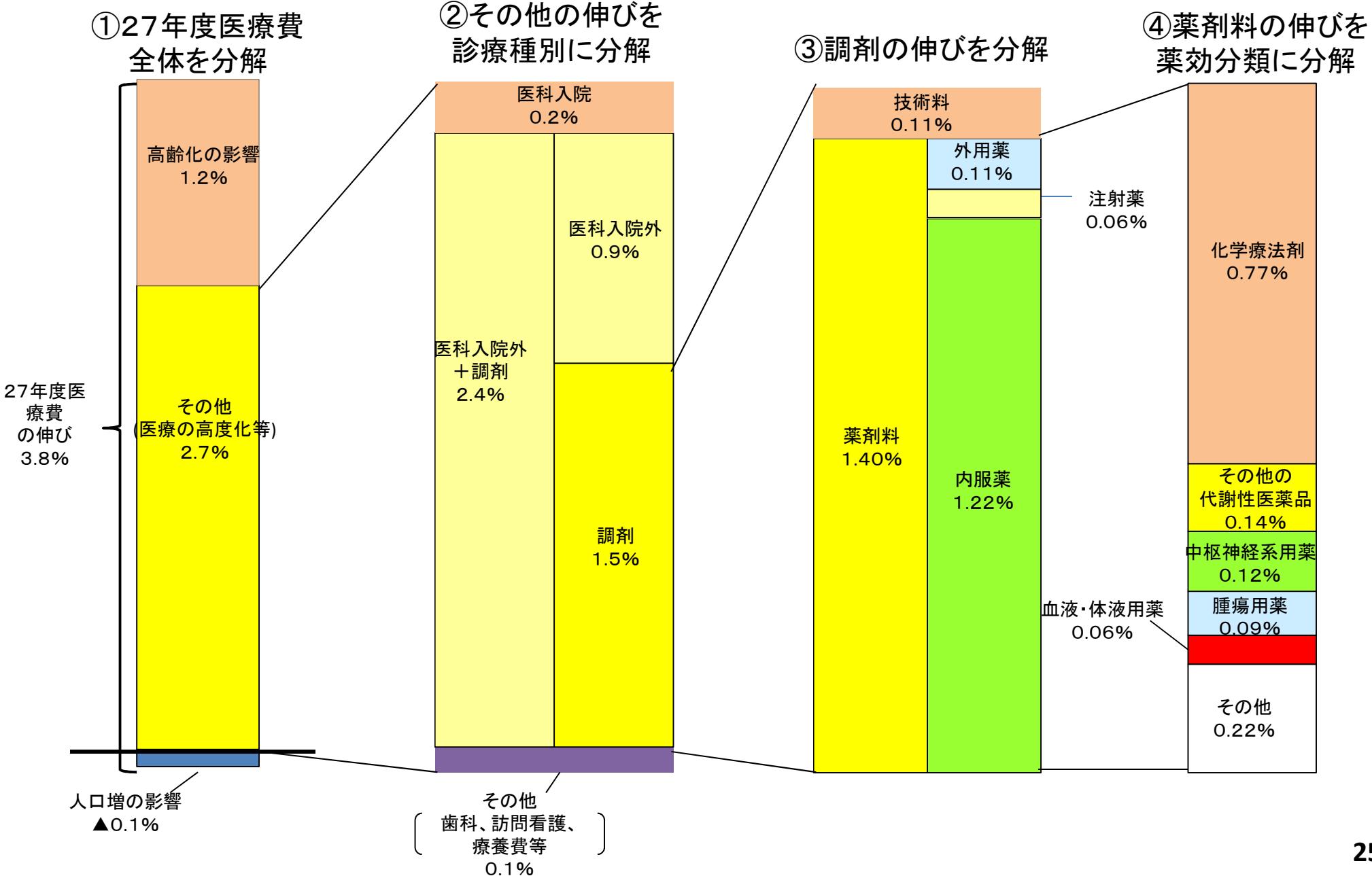
注2: 平成27年度の高齢化の影響は、平成25年度の年齢階級別(5歳階級)国民医療費と平成27年度の年齢階級別(5歳階級)人口からの推計である。

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歳の者の一部負担金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)



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 ゾコール(リポバス)	シンバスタチン	高脂血症薬	メルク	6,670	26%
2 リトール	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 <u>プロクリット/ エプレクس</u>	<u>エポエチンアルファ</u>	<u>腎性貧血</u>	<u>J&J</u>	<u>3,430</u>	<u>27%</u>
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 バイオックス	ロフェコキシブ	Cox2阻害剤	メルク	2,555	18%
14 ゾロフト	セルトラリン	抗うつ剤SSRI	ファイザー	2,366	11%
15 <u>エボジェン(エスポー)</u>	<u>エポエチンアルファ</u>	<u>腎性貧血</u>	<u>アムジェン</u>	<u>2,150</u>	<u>10%</u>

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 <u>ヒュミラ</u>	<u>アダリムマブ</u>	<u>関節リウマチ/ クローン病</u>	<u>アウエイ/エーザイ</u>	<u>12,902</u>	<u>17%</u>
2 ソバルディ /ハーホニ	ソフォスブビル/ ディパスビル	慢性C型肝炎	キリアド・サイエンシス	12,410	NEW
3 <u>レミケード</u>	<u>インフリキシマブ</u>	<u>関節リウマチ/ クローン病</u>	<u>J&J/メルク /田辺三菱</u>	<u>9,909</u>	<u>2%</u>
4 エンブレ	エタネルセプト	関節リウマチ/ クローン病	アムジェン /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	インスリングルカギン ナログ	糖尿/インスリン	サノフィ	8,432	12%
7 <u>アバステン</u>	<u>ペバシズマブ</u>	<u>転移性結腸がん</u>	<u>ロシュ /中外製薬</u>	<u>7,021</u>	<u>6%</u>
8 <u>ハーセプチン</u>	<u>トラスツズマブ</u>	<u>HER2乳がん</u>	<u>ロシュ /中外製薬</u>	<u>6,865</u>	<u>7%</u>
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 レブリミッド /ルブラミッド	レナリドミド	多発性骨髄腫	セルジーン	4,980	16%
15 <u>ノボラビッド /ノボミックス</u>	<u>インスリンアスパルト/ 混合</u>	<u>糖尿/インスリン</u>	<u>ノボ・ノルディスク ナログ</u>	<u>4,871</u>	<u>3%</u>

※ 網掛けはバイオ医薬品。下線は抗体医薬品。

出所:ユートブレイン(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。

ゲノム情報を用いた医療等の実用化推進タスクフォース

ゲノム医療等の実現・発展のための具体的方策について 意見とりまとめ(概要)

改正個人情報保護法におけるゲノムデータ等の取扱い

- 「ゲノムデータ」は社会通念上、「個人識別符号」に該当するものと考えられ、具体的範囲は、個人情報保護委員会が解釈を示す必要がある。
- 医学的意味合いを持った「ゲノム情報」は、配慮を要すべき情報に該当する場合がある。法律上明記された「病歴」等の解釈と整合を図りつつ配慮を要すべき情報として位置づけられる必要がある。

「ゲノム医療」等の質の確保について

- 遺伝子関連検査の品質・精度を確保するためには、日本版ベストプラクティス・ガイドライン等、諸外国と同様の水準を満たす必要がある。
- 遺伝子関連検査の実施に際して、患者やその家族等に対して必要とされる説明事項や留意事項を明確化し、医師等に周知が行われる必要がある。
- ゲノム医療の基盤として備えるべき知識・資質等について、疾患領域ごとに必要な医療提供体制と合わせて検討する必要がある。
- 医師の育成について、医学教育モデル・コア・カリキュラムによる卒前教育の充実及び国家試験、臨床研修や生涯教育の整合性を図りつつ内容を検討する必要がある。
- ゲノム情報の解析等の専門的人材の教育方法、キャリアのあり方やポジションの設置について検討する必要がある。
- 必要な医療提供体制のあるべき姿については、がん、難病等の疾患領域ごとに検討する必要がある。
- ゲノム情報を用いた医療技術を新たに開発する際には、保険適用を視野に入れ、指定難病に係る遺伝学的検査の事例も踏まえ、「分析的妥当性」、「臨床的妥当性」及び「臨床的有用性」の確保を検討する必要がある。
- 厚生労働省も関わった上で、消費者向け遺伝子検査ビジネスの質確保に係る実効性のある取組を行う必要がある。

ゲノム医療等の実現・発展のための社会環境整備

- 倫理的・法的・社会的課題(ELSI)の観点で、ゲノム医療等に係る課題を抽出し社会環境整備の方策を検討する必要がある。
- 国民のゲノムリテラシーの向上に係る取組を行う必要がある。

新たな段階の検討への期待

- この「意見とりまとめ」は、一里塚にすぎない。今後の医療は、人工知能やICT技術など他分野の知恵を総動員することが必要。政府においては、新たな医療を創り出す仕組みを早急に構築し、世界をリードすることを切に期待。

1. 保健医療分野におけるICT活用推進懇談会 提言

① 背景

◆ **これまで保健医療分野でのICT活用は、サービス自体の質の向上には不十分。**

- ・保健医療分野でICTの活用によって創出すべき「価値」が共有されていないことが課題。
- ・ICT活用の「たこつぼ化」が進行。

◆ **「保健医療 2035」で「情報基盤の整備と活用」を新たな保健医療システムのインフラの一つに位置づけ。**

- ・このインフラをいかに実現させていくかが「保健医療 2035」実現の鍵。

② 提言の基本的な考え方

◆ **ICTの技術革新を徹底的に取り入れる。**

限られた財源を効果的・効率的に活用し、保健医療サービスの質を最大化。

◆ **ICTの活用は、患者・国民にとって真に価値のあるものとなる必要。**

「価値不在の情報化」から「患者・国民の価値主導」に切り替え、ICTの活用のあり方を考えていく。

◆ **患者・国民本位のオープンなインフラを整備し、患者・国民や医療機関等、産官学のデータ利活用を促進。**

提言では、ICTを活用した「次世代型保健医療システム」の姿と、これを構築するためのアクション・工程表を提示。

2. 一人ひとりに寄り添った保健医療へ

- 本提言で実現していく患者・国民にとっての価値 -

ビッグデータ活用や AIによる分析

現在、診断や治療が難しい疾患でも、
個人の症状や体質に応じた、迅速・正確な
検査・診断、治療が受けられる。

ICTを活用した 遠隔診療や見守り

専門の医師がいない地域の患者や、
生活の中で孤立しがちなお年寄りでも、
専門医療や生活支援が受けられる。



地域や全国の 健康・医療・介護情報ネットワーク

どこでも誰でも、自身の健康・医療・介護情報が
医師などに安全に共有され、かかりつけ医と
連携しながら切れ目ない診療やケアが受けられる。
検査や薬の重複も避けられ、負担も軽減される。

ビッグデータ活用による イノベーション

疾患に苦しむ様々な患者に、
最適な治療や新たな薬が届けられる。
魅力的な健康づくりサービスが生まれ、
自身に合ったサポートが受けられる。

1. 現状と課題
2. **これまでの検討の概要**
3. 医療・介護提供体制に係る基本施策

社会保障制度の基本的な考え方

- 自助・共助・公助の最適な組合せ
- 社会保障の機能の充実、給付の重点化、制度の運営の効率化
- 税金や社会保険料を納付する者の立場に立って、負担の増大を抑制しつつ、持続可能な制度を実現
- 年金、医療及び介護は、社会保険制度を基本とする
- 国・地方公共団体の負担は、社会保険料に係る国民の負担の適正化に充てることを基本とする
- 国民が広く受益する社会保障に係る費用をあらゆる世代が広く公平に分かち合う

社会保障制度改革推進法（平成24年8月22日法律第64号）

（基本的な考え方）

第二条 社会保障制度改革は、次に掲げる事項を基本として行われるものとする。

- 一 自助、共助及び公助が最も適切に組み合わせられるよう留意しつつ、国民が自立した生活を営むことができるよう、家族相互及び国民相互の助け合いの仕組みを通じてその実現を支援していくこと。
- 二 社会保障の機能の充実と給付の重点化及び制度の運営の効率化とを同時に行い、税金や社会保険料を納付する者の立場に立って、負担の増大を抑制しつつ、持続可能な制度を実現すること。
- 三 年金、医療及び介護においては、社会保険制度を基本とし、国及び地方公共団体の負担は、社会保険料に係る国民の負担の適正化に充てることを基本とすること。
- 四 国民が広く受益する社会保障に係る費用をあらゆる世代が広く公平に分かち合う観点等から、社会保障給付に要する費用に係る国及び地方公共団体の負担の主要な財源には、消費税及び地方消費税の収入を充てるものとする。

Ⅱ 医療・介護分野の改革

1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命

(3) 改革の方向性(抜粋)

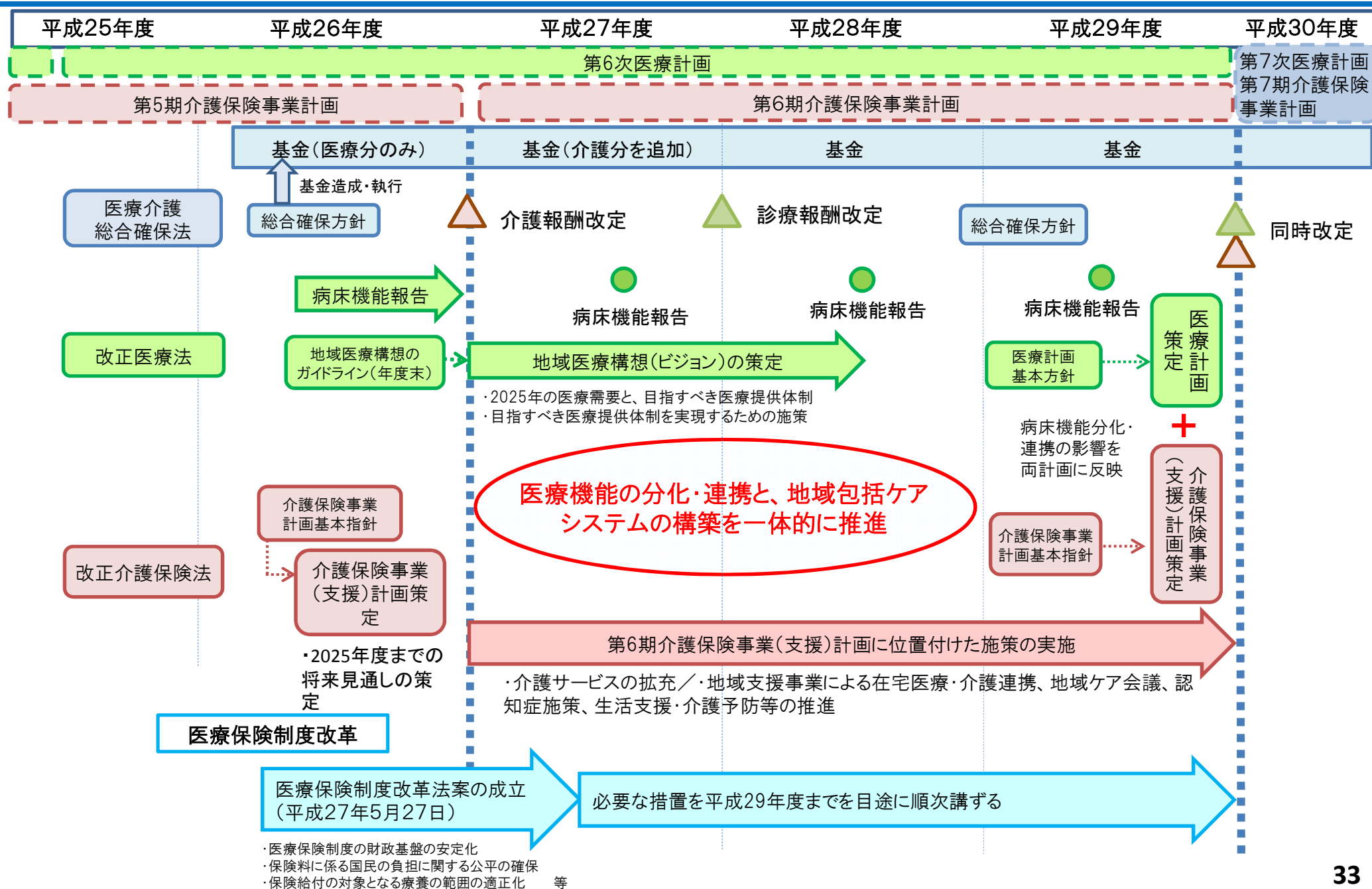
■ 急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。この時、機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。

2 医療・介護サービスの提供体制改革

(4) 医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築(抜粋)

■ この地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠である。自宅だけでなく、高齢者住宅に居ても、グループホームや介護施設その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提供されるようにしなければならず、かかりつけ医の役割が改めて重要となる。そして、医療・介護サービスが地域の中で一体的に提供されるようにするためには、医療・介護のネットワーク化が必要であり、より具体的に言えば、医療・介護サービスの提供者間、提供者と行政間など様々な関係者間で生じる連携を誰がどのようにマネージしていくかということが重要となる。

医療と介護の一体改革に係る今後のスケジュール



これから20年後の社会と経済の変化に対応するため、パラダイムシフトが必要

2035年に向けての課題と展望

- 保健医療ニーズの増大、社会環境・価値の多様化、格差の増大、グローバル化の進展
- 単なる負担増と給付削減による現行制度の維持を目的とするのではなく、価値やビジョンを共有し、新たな「社会システム」としての保健医療の再構築が必要
- 世界最高の健康水準を維持すると同時に、保健医療分野における技術やシステムの革新を通じて我が国の経済成長や発展の主軸として寄与
- 財政再建にも真摯に向き合い、我が国の経済財政に積極的に貢献
- 少子高齢社会を乗り越え、日本がさらに発展し、これから高齢化に直面する国際社会をリードすることで、健康長寿大国としての地位を確立

保健医療のパラダイムシフト

これまで

2035年に向けて

- 量の拡大
- インプット中心
- 行政による規制
- キュア中心
- 発散



- 質の改善
- 患者の価値中心
- 当事者による規律
- ケア中心
- 統合

20年後の保健医療システムを構築する3つのビジョンとアクション

目標

人々が世界最高水準の健康、医療を享受でき、安心、満足、納得を得ることができる持続可能な保健医療システムを構築し、我が国及び世界の繁栄に貢献する。

基本理念

公平・公正（フェアネス）

自律に基づく連帯

日本と世界の繁栄と共生

2035年に達成すべき3つのビジョンとアクション

LEAN
HEALTHCARE リーン・ヘルスケア

1 保健医療の価値を高める

- 患者にとっての価値を考慮した新たな報酬体系
- 現場主導による医療の質の向上支援（過剰医療や医療事故の防止など）
- 「ゲートオープナー」としてのかかりつけ医の育成・全地域への配置

LIFE
DESIGN ライフ・デザイン

2 主体的選択を社会で支える

- 「たばこフリー」オリンピックの実現
- 効果を実証されている予防（禁煙、ワクチンなど）の積極的推進、特に、重症化予防の徹底による医療費削減
- 健康の社会的決定要因を考慮したコミュニティやまちづくり

GLOBAL
HEALTH LEADER グローバル・ヘルス・リーダー

3 日本が世界の保健医療を牽引する

- 健康危機管理体制の確立（健康危機管理・疾病対策センターの創設）
- ユニバーサル・ヘルス・カバレッジや医薬品等承認などのシステム構築の支援
- グローバル・ヘルスを担う人材の育成体制の整備

3つのビジョンを達成するための5つのインフラ（横断的な手段、体制、リソース）

1.イノベーション環境

- 治験や臨床試験のプラットフォーム整備
- がんや認知症などの研究推進のための多様な研究財源の確保

2.情報基盤の整備と活用

- 医療等IDを用いてヘルスケアデータネットワークを確立し積極的に活用
- 検診・治療データの蓄積・分析による予防・健康・疾病管理の推進

3.安定した保健医療財源

- 医療費の伸びが予測を上回る場合の中期調整システムの導入（給付範囲、予防施策、財源等）
- 公的保険を補完する財政支援の仕組みを確立

4.次世代型の保健医療人材

- パラメディカルが行える業務の更なる拡大
- 医師の偏在等が続く地域での保険医の配置・定数の設定

5.世界をリードする厚生労働省

- 「保健医療補佐官」（CMO）の創設
- 医療イノベーション推進局の創設

経済財政運営と改革の基本方針2016（平成28年6月2日閣議決定）（医療保険関係 抜粋①）

第3章 経済・財政一体改革の推進 5. 主要分野ごとの改革の取組 —(1) 社会保障

基本的な考え方

社会保障分野においては、世界に冠たる国民皆保険・皆年金を維持し、これを次世代に引き渡すことを目指し、「経済・財政再生計画」に掲げられた医療・介護提供体制の適正化、インセンティブ改革、公的サービスの産業化、負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化、薬価・調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革、年金、生活保護等に係る44の改革項目について、改革工程表に沿って着実に改革を実行していく。

i) 医療

(医療費適正化計画の策定、地域医療構想の策定等による取組推進)

- 「経済・財政再生計画」が目指す医療費の地域差の半減に向け、医療費適正化基本方針に係る追加検討を進め、地域医療構想に基づく病床機能の分化及び連携の推進の成果等を反映させる入院医療費の具体的な推計方法や、医療費適正化の取組とその効果に関する分析を踏まえた入院外医療費の具体的な推計方法及び医療費適正化に係る具体的な取組内容を、本年夏頃までに示す。医療費適正化計画においては、後発医薬品の使用割合を80%以上とすることに向けた後発医薬品の使用促進策について記載するとともに、重複投薬の是正に関する目標やたばこ対策に関する目標、予防接種の普及啓発施策に関する目標等の設定を行い、取組を推進する。
- 医薬品の適正使用の観点から、複数種類の医薬品処方¹の適正化の取組等を実施する。また、費用対効果評価の導入と併せ、革新的医薬品等の使用の最適化推進を図るとともに、生活習慣病治療薬等の処方の在り方等について今年度より検討を開始し、平成29年度中に結論を得る。

(医療費の増加要因や地域差の更なる分析、医療・介護データを連結した分析等)

- 高齢化などの人口要因や診療報酬改定などによる影響を取り除いた医療の伸び（「その他」を要因とする伸び）など医療費の増加要因や、診療行為の地域差を含む地域差について、更なる分析を進める。
- 医療保険者によるレセプト等の分析による医療の実態把握や、レセプト情報の活用による医療の質の評価の検討を行うとともに、分析結果等について医療専門職との情報共有を進めることで質の改善につながる仕組みについて検討を行う。
- 医療・介護の総合的な対策を推進するために、双方のデータを連結した分析を進める。また、今後更に増大する施策や研究利用のニーズに対応するため、拡充したNDBのサーバーの活用等を進める。

経済財政運営と改革の基本方針2016（平成28年6月2日閣議決定）（医療保険関係 抜粋②）

（データヘルスの強化等）

- ・データ分析に基づき、被保険者の個々の状態像に応じた適切な対策を実施することで、効果的なデータヘルスを実現するとともに、健康維持率等の継続的把握により、各保険者の取組状況や効果を測定する。診療報酬と保健事業の役割分担等について検討しつつ、合併症予防を含む重症化予防等の取組を進める。
- ・保険者によるデータの集約・分析や保健事業の共同実施等を支援する。ICTとビッグデータを最大限活用し、保険者によるデータヘルスや医療の質の評価・向上を通じて「医療の質を創る」ための新たな保険者支援サービスについて、ICT時代にふさわしい審査支払機関の在り方の議論を踏まえて検討する。
- ・データヘルスの好事例の全国展開に向け、国レベルでの医療関係団体とのプログラムの共同作成や、先進的なデータヘルス事業の体系的な整理・パッケージ化を行うとともに、平成30年度からのインセンティブ改革を今年度から一部前倒しで実施し、取組を行う自治体のインセンティブを導入する。
- ・データヘルス事業に十分な資源を投入できない保険者に対し、事業導入に係る初期費用の補助を含めた支援を行うとともに、保険者と民間企業等のマッチングを促進する。

（健康づくり・疾病予防・重症化予防等の取組推進）

- ・がん検診と特定健診の同時実施等による健診のアクセス向上等により特定健診受診率の大幅な向上を図る。かかりつけ医等とも連携しつつ、健康づくりや疾病予防、重症化予防等への効果的な誘導を実現する。
- ・高齢者のフレイル対策については、保険者が参照するガイドラインの作成・周知や先駆的な好事例を踏まえた効果的な事業の全国展開等により、更に推進する。
- ・予防・健康づくり等の取組に係る共通のインセンティブ指標を踏まえつつ、保険者努力支援制度や後期高齢者支援金の加算・減算制度等について具体的な指標を検討し、疾病予防・健康づくり等に関するインセンティブ強化を実現する。

iii) その他

- ・平成28年度診療報酬改定の影響について、調査・検証を行う。特に、かかりつけ薬剤師による服薬状況の一元的・継続的把握、服薬指導等への評価の新設を含む調剤報酬については、患者本位の医薬分業の実現の観点から、改定内容の「見える化」や効果の検証等を実施する。

ICT・AI等を活用した医療・介護のパラダイムシフト

- 厚生労働省では、**ICT・AI等を活用した医療・介護のパラダイムシフト**を実現するため、
 - ・「**保健医療分野におけるICT活用推進懇談会**」を昨年11月より開催。ICTを活用した次世代型の保健医療システムの姿について、先月（10月）にとりまとめ
 - ・「**データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会**」を本年4月より開催。ICT・ビッグデータの活用による保険者機能の在り方等について、本年中にとりまとめ予定

3つのパラダイムシフトと3つのインフラ

つくる

集まるデータ



生み出すデータ

データの収集段階から、集積・分析・活用（出口）で使える
アウトカム志向のデータをつくる

<インフラ>

最新のエビデンスや診療データを**AIを用いて**ビッグデータ解析し、
現場の最適な診療を支援するシステムを構築

つなげる

分散したデータ



データの統合

個人の健康なときから疾病・介護段階までの
基本的な保健医療データをその人中心に統合する

<インフラ>

医療・介護スタッフに共有され、個人自らも健康管理に役立てる
全ての患者・国民が参加できる**オープンな情報基盤**を整備

ひらく

たこつぼ化



安全かつ開かれた利用

産官学のさまざまなアクターがデータにアクセスして、
医療・介護データをビッグデータとして活用する

<インフラ>

産官学の多様なニーズに応じて、医療・介護データを
目的別に収集・加工（匿名化等）**・提供できるプラットフォーム**を整備

ICTの利活用が「供給者目線」から
「患者・国民目線」になるように作り変え、
以下を実現

ビッグデータ活用やAIによる分析

診療や治療が難しい疾患でも、**個人の症状や
体質に応じた**、迅速・正確な**検査・診断、治療が
受けられる**

ICTを活用した遠隔診療や見守り

専門の医師がいない地域の患者や、生活の中で
孤立しがちなお年寄りでも、**遠隔医療や
見守りなどの生活支援を受けられる**

地域や全国健康・医療・介護情報ネットワーク

どこでも誰でも、自身の健康・医療・介護情報が
医師などに安全に共有され、かかりつけ医と
連携しながら**切れ目ない診療やケアを受けられる**

ビッグデータ活用によるイノベーション

疾患に苦しむ様々な患者に、**最新の治療法や
医薬品**を届けられる。

- 「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

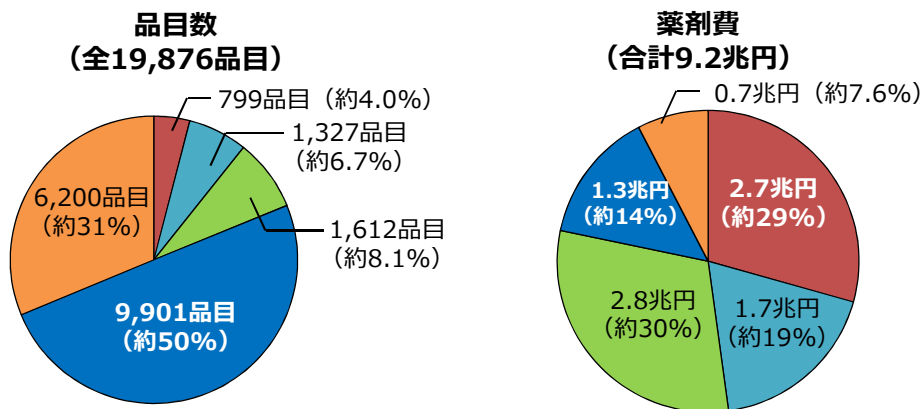
(2) 競合品・後発品の収載による影響を迅速に薬価に反映

- 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

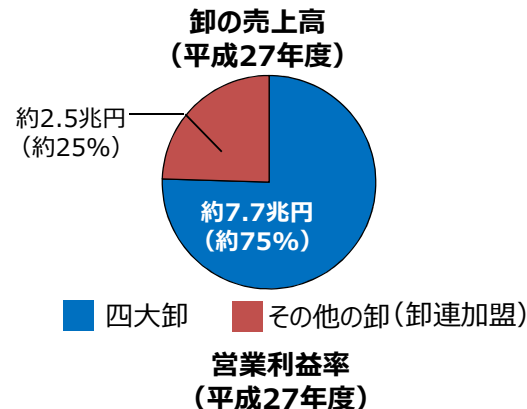


- 特許期間中の先発品（新薬創出加算対象）
- 後発品のない先発品（新薬創出加算対象外）
- 後発品の有る先発品
- 後発品
- S42以前の収載品

※ 再算定対象品目を除く。

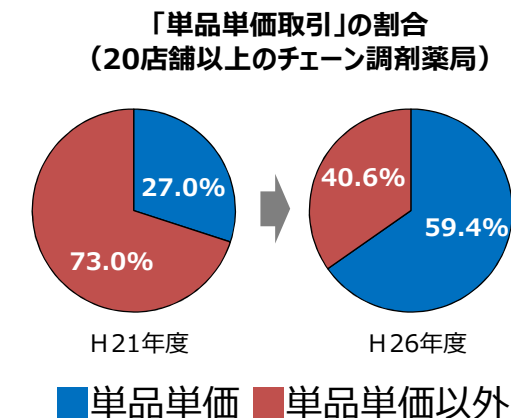
平成27年9月薬価調査による

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

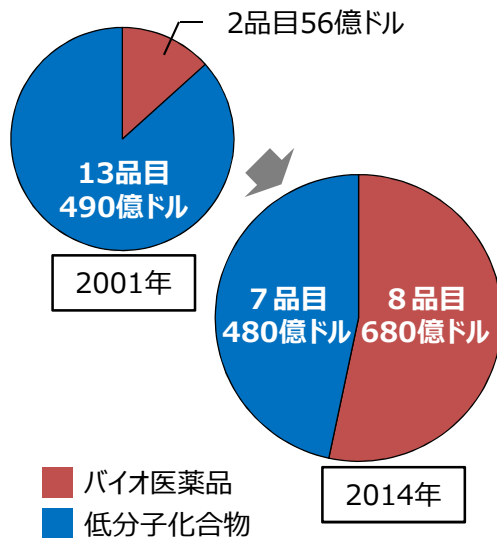
- 「成功」を評価する新たなイノベーション評価の仕組みの導入や、「費用対効果評価」の本格導入（上市後の価格引き上げも含む）を実施
- 医薬品等を含め、先進的な医療技術の進歩によるメリットを、国民に迅速に提供できるよう、4半期ごとに技術進歩を保険診療に取入れ

(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

バイオ医薬品の世界売上額
(世界売上げ上位15品目)



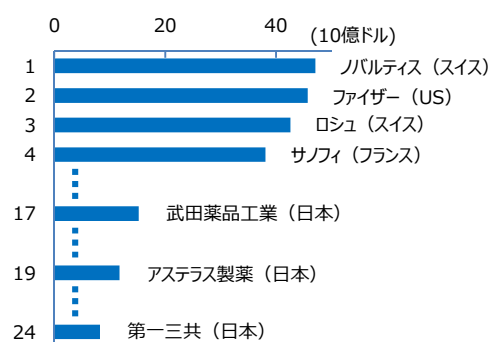
営業利益率・売上高

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%

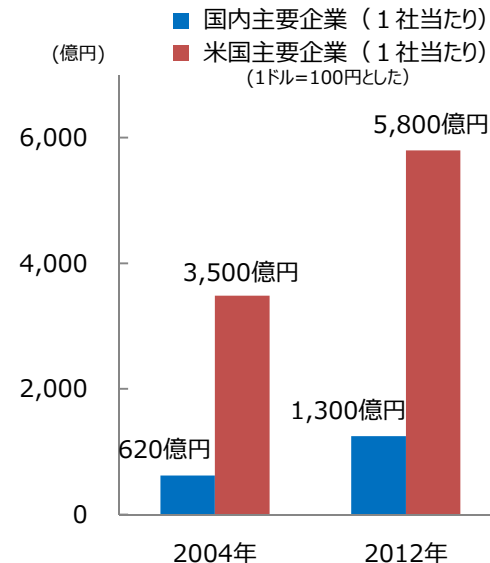
日米欧：各主要8社

世界大手製薬企業の売上高 (2014年)



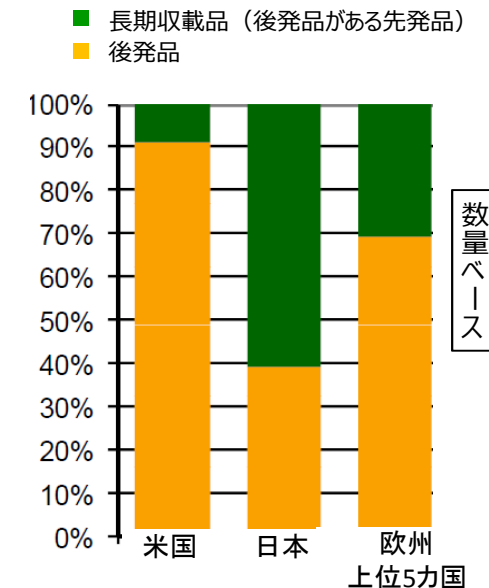
研究開発比率の推移

日米主要製薬企業における研究開発費



長期収載品売上げ割合

特許切れ市場における長期収載品シェア
(2010年)



出典：セジテム・ストラテジックデータ(株)ユート・ブレーション事業部刊「Pharma Future」

出典：日本製薬工業協会DATA BOOK

出典：IMS Health

1. 現状と課題
2. これまでの検討の概要
3. 医療・介護提供体制に係る基本施策

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の概要

趣旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い**医療提供体制を構築する**とともに、**地域包括ケアシステムを構築**することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

概要

1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）

- ①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、**消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置**
- ②**医療と介護の連携を強化**するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

- ①医療機関が都道府県知事に**病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想（ビジョン）（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定**
- ②**医師確保支援**を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）

- ①在宅医療・介護連携の推進などの**地域支援事業の充実とあわせ、予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化** ※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業
- ②**特別養護老人ホーム**について、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化
- ③**低所得者の保険料軽減を拡充**
- ④**一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ**（ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き）
- ⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「**補足給付**」の要件に**資産などを追加**

4. その他

- ①診療の補助のうちの**特定行為を明確化**し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
- ②**医療事故に係る調査の仕組み**を位置づけ
- ③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置
- ④介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

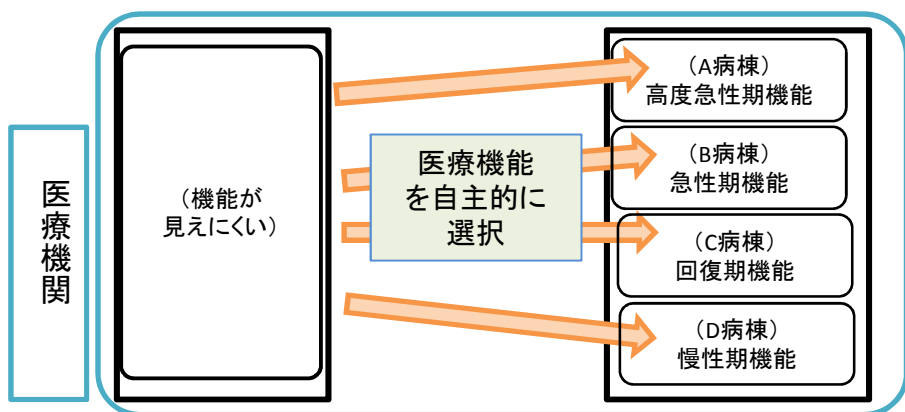
施行期日

公布日。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

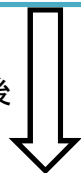
地域医療構想

地域医療構想について

- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。
(法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。)
※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。
平成27年3月に発出。



医療機能の現状と今後の方向を報告



都道府県

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

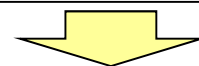
(「地域医療構想」の内容)

1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と必要病床数を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域(2次医療圏が基本)単位で推計

2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

- 例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

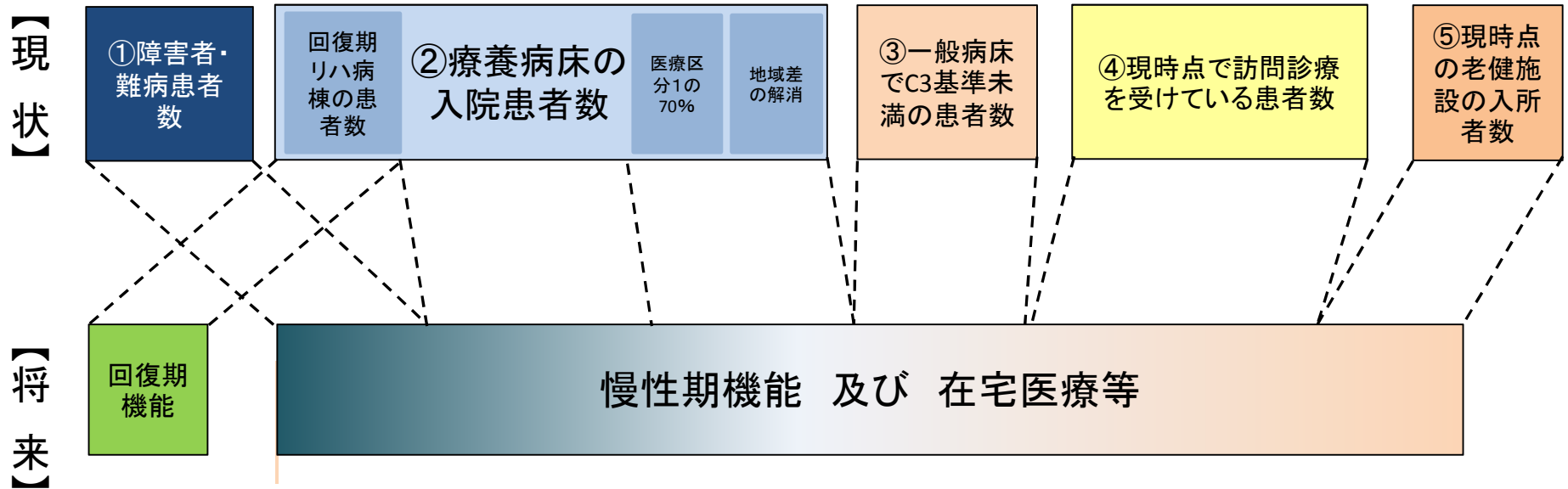


- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

慢性期機能および在宅医療等の需要の将来推計の考え方について

- 慢性期機能の医療需要及び在宅医療等※の患者数の推計は、以下の考え方に基づき実施する。
- ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。
- ① 一般病床の障害者数・難病患者数（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者数）については、慢性期機能の医療需要として推計する。
 - ② 療養病床の入院患者数については、医療資源投入量とは別に、以下の考え方で慢性期機能及び在宅医療等の医療需要を推計する。
 - ・ 医療区分1の患者数の70%は、将来時点で在宅医療等で対応する患者数として推計する。
 - ・ その他の入院患者数については、入院受療率の地域差があることを踏まえ、これを解消していくことで、将来時点の慢性期・在宅医療等の医療需要としてそれぞれを推計する。（療養病床で回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者数は、回復期の医療需要とする。）
 - ③ 一般病床でC3基準未満の医療資源投入量の患者数については、慢性期・在宅医療等の医療需要として推計する。
 - ④ 訪問診療を受けている患者数（在宅患者訪問診療料を算定している患者数）については、在宅医療等の医療需要に含めて推計する。
 - ⑤ 老健施設の入所者数（介護老人保健施設の施設サービス受給者数）については、在宅医療等の医療需要に含めて推計する。

慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ図※



※ このイメージ図では将来の人口構成の変化を考慮していない。実際には地域における将来の人口構成によって幅の変化が起こる。

地域包括ケアシステム

なぜ地域包括ケアシステムが必要か？①

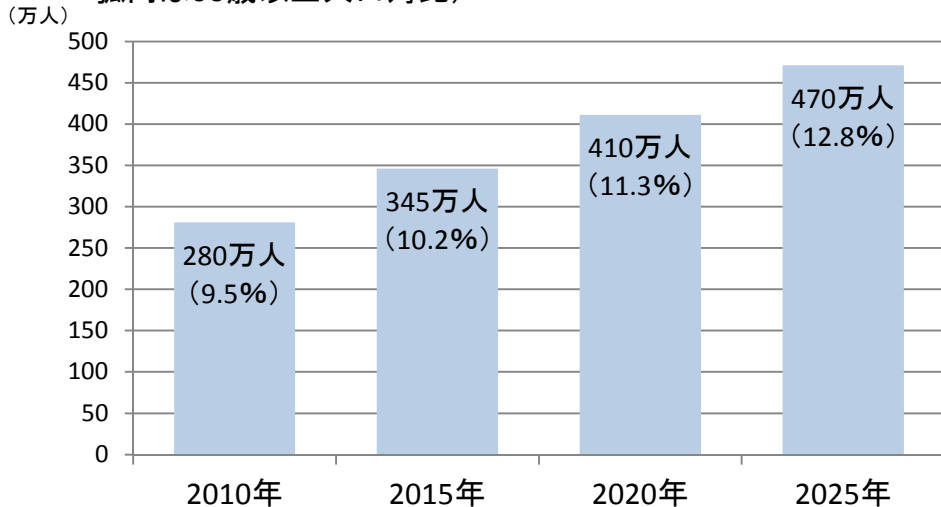
75歳以上人口

地域によって異なる高齢化のスピード

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	～	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <9.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.5%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <9.4%>		25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.6%>	18.1万人 <15.5%>	1419.4万人 <11.1%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	117.7万人 <16.8%> (2.00倍)	108.2万人 <18.1%> (1.92倍)	148.5万人 <16.5%> (1.87倍)	152.8万人 <18.2%> (1.81倍)	116.6万人 <15.9%> (1.77倍)	197.7万人 <15.0%> (1.60倍)		29.5万人 <19.4%> (1.16倍)	13.7万人 <22.1%> (1.15倍)	20.7万人 <20.6%> (1.15倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.53倍)

認知症高齢者の増加

「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数の推計(括弧内は65歳以上人口対比)

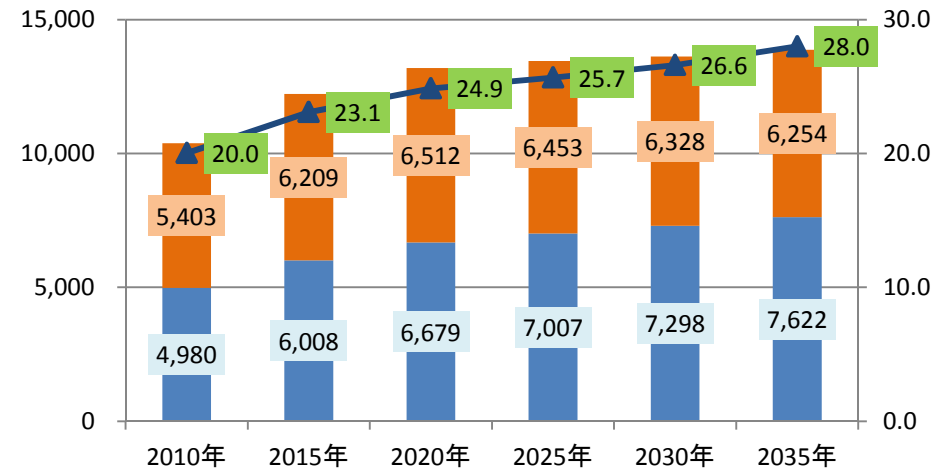


※有病者数でみると2025年には**約700万人**
(65歳以上の5人に1人)

独居・夫婦のみ世帯の増加

(1,000世帯)

(%)



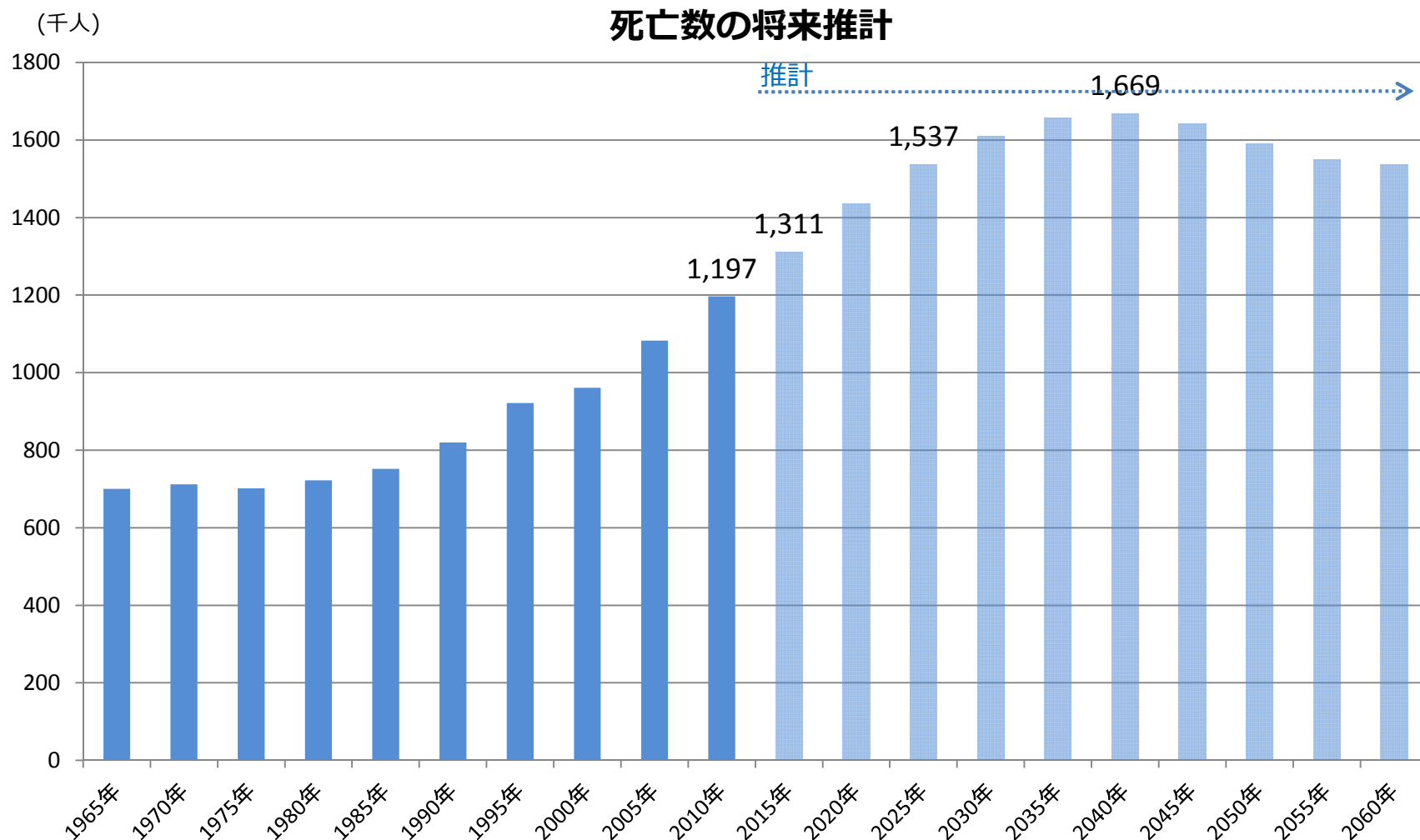
■ 世帯主が65歳以上の夫婦のみの世帯数

■ 世帯主が65歳以上の単独世帯数

▲ 世帯主が65歳以上の単独世帯と夫婦のみ世帯の世帯数全体に占める割合

なぜ地域包括ケアシステムが必要か？②

- 今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約36万人/年の差が推計されている。

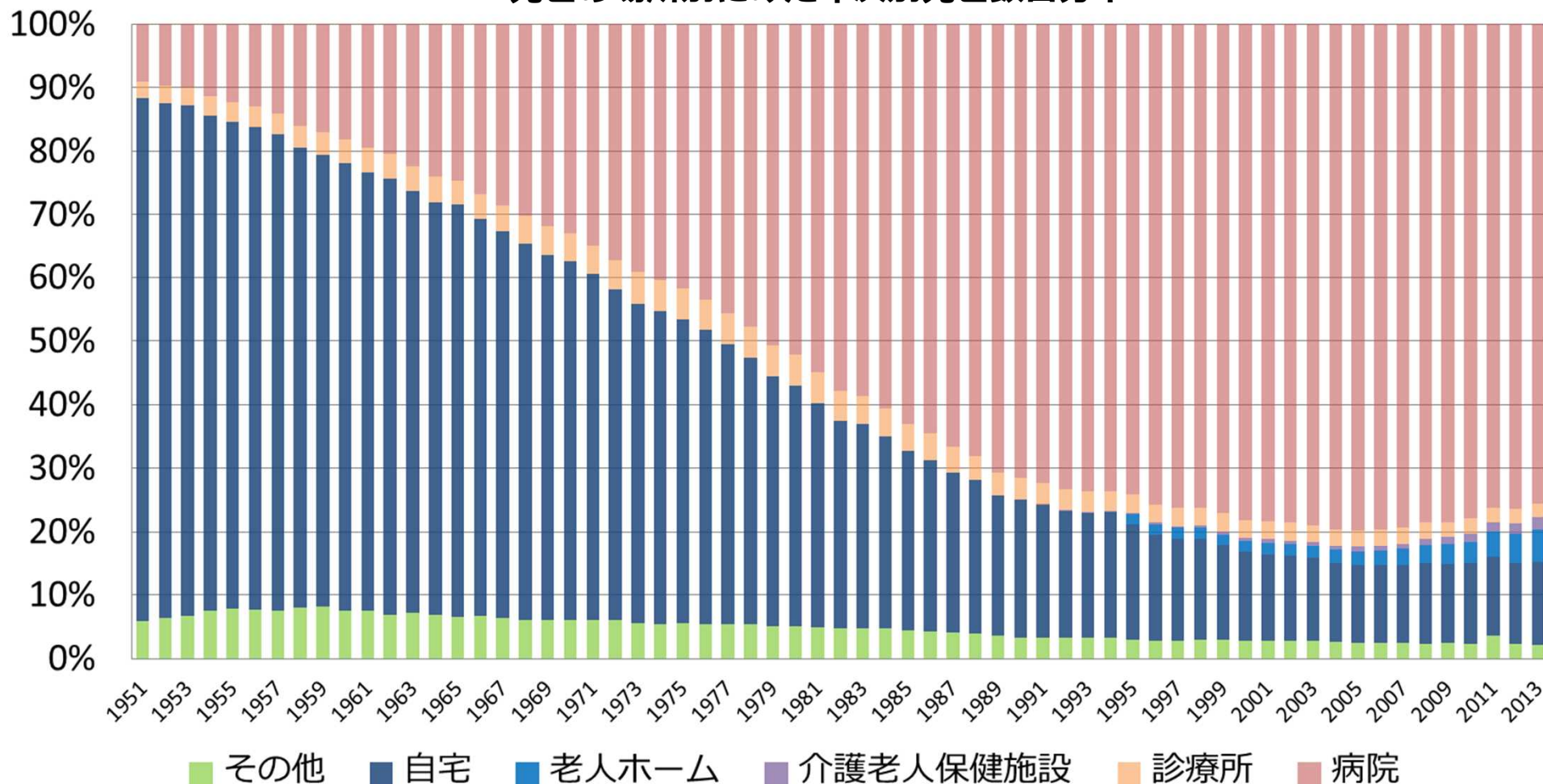


出典：2010年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）
2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

なぜ地域包括ケアシステムが必要か？③

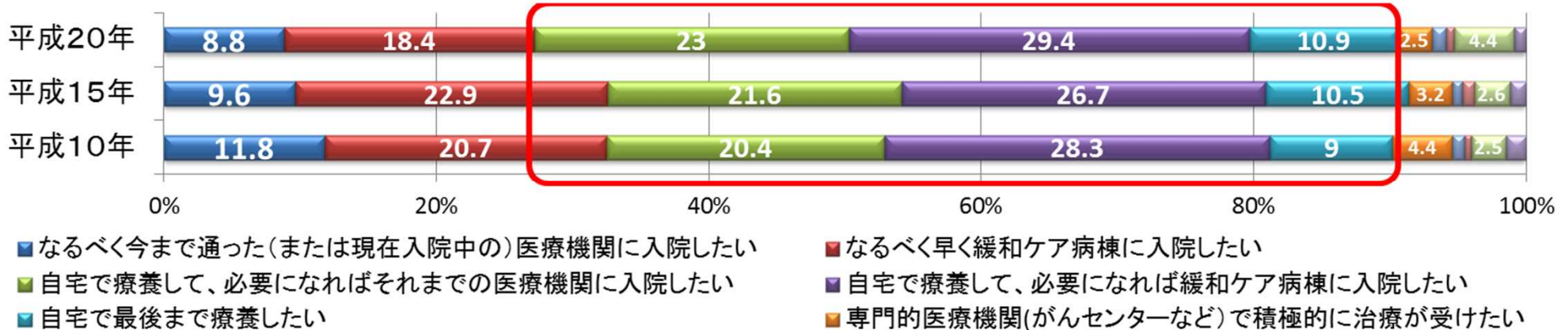
- これまで、自宅等における死亡が減少し、医療機関における死亡が増加する傾向にあった。
- 近年、医療機関以外の場所における死亡が微増する傾向にある。

死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率

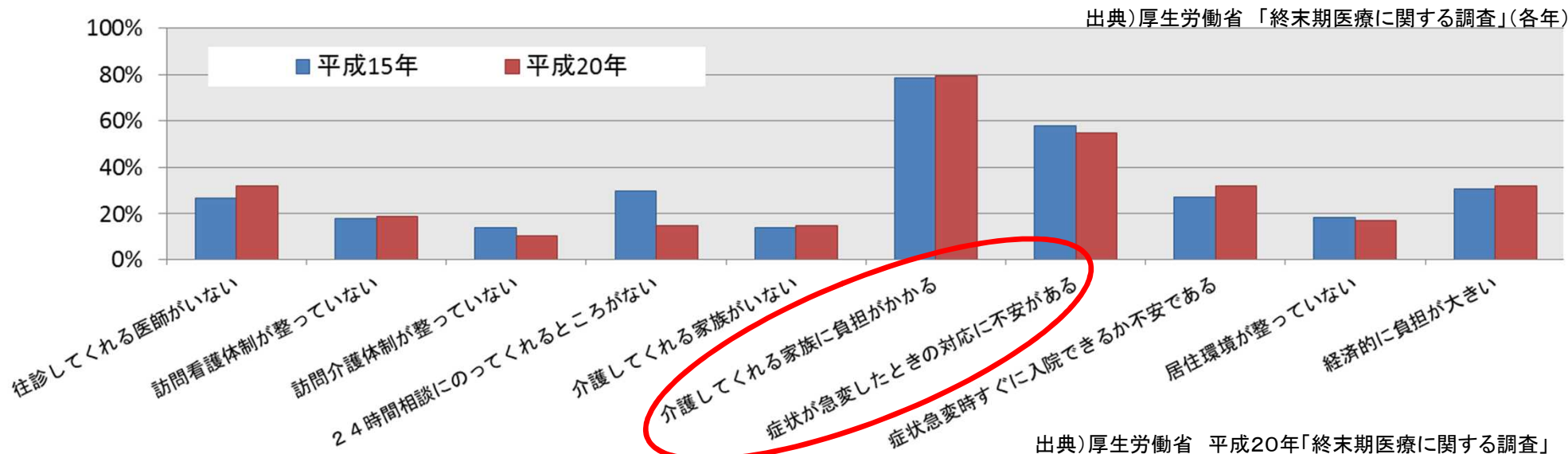


なぜ地域包括ケアシステムが必要か？④

■ 終末期の療養場所に関する希望

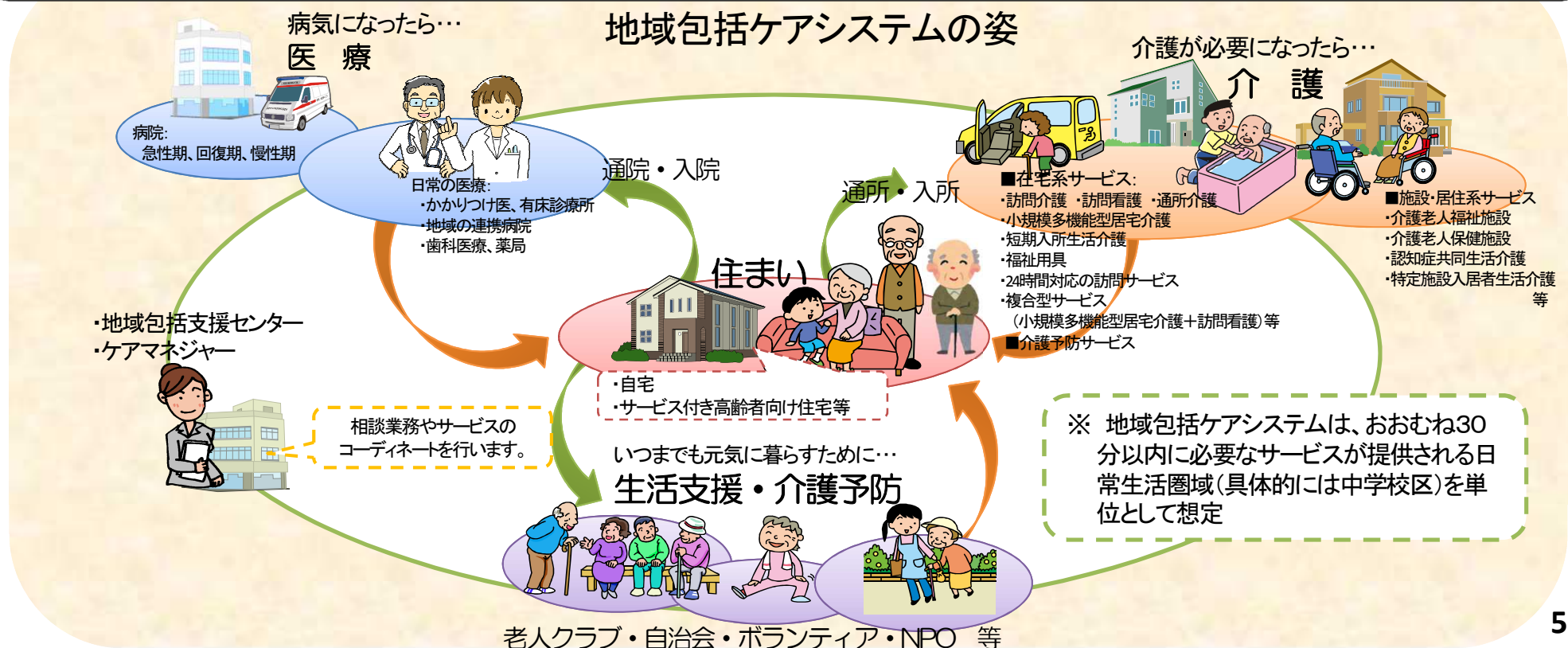


■ 自宅で最期まで療養することが困難な理由(複数回答)



地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



医療と介護の更なる連携の促進に向けて 今後の議論の進め方

- 今後、平成30年度の医療計画と介護保険事業（支援）計画に向けた医療計画基本方針と介護保険事業計画基本指針が策定されることとなる。
- 総合確保方針については、これらの基本方針（指針）の基本となるべき事項等を策定するため、
 - ・ 医療介護連携に求められる**現場での取組や課題等**
 - ・ 医療介護連携に求められる**計画の進捗状況や進め方等**
 について御議論いただきながら、とりまとめに向けた議論を行い、**年内のとりまとめ**を目指す。

