

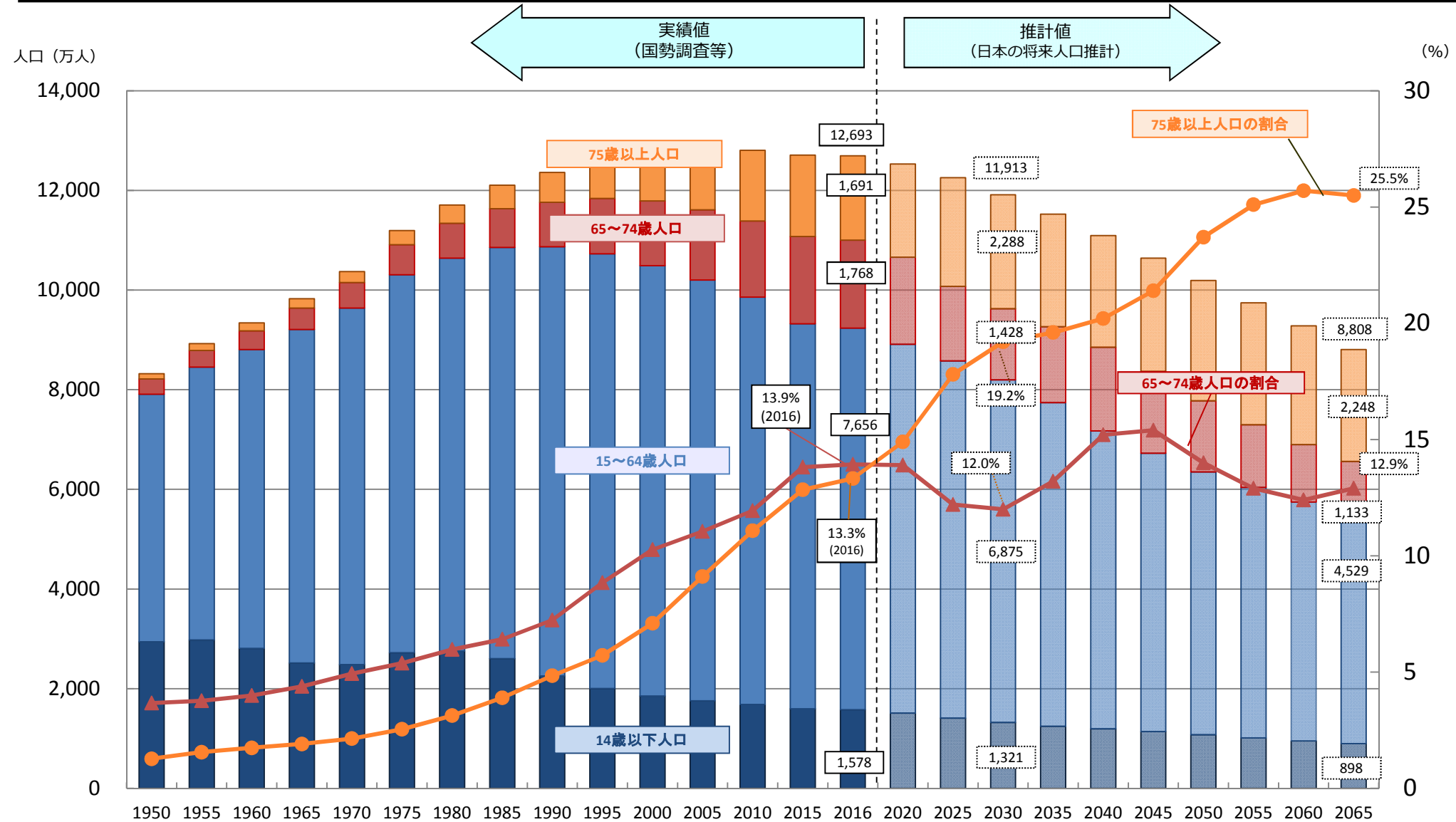
具体的な検討の「視点」において示した 検討項目の現状等

平成29年9月6日
厚生労働省保険局

医療を取り巻く状況

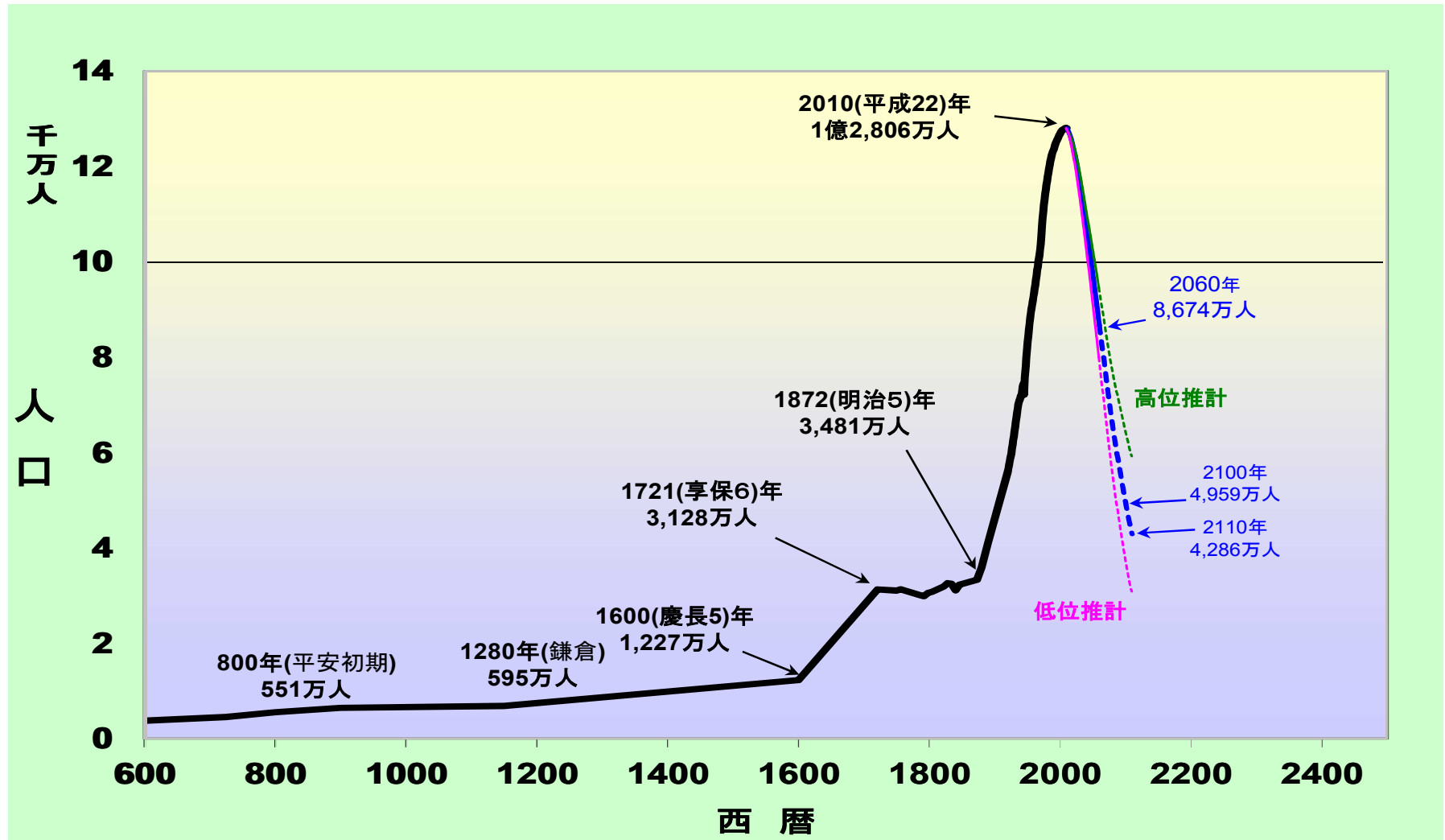
今後の年齢階級別人口の推計

○ 今後、日本の総人口が減少に転じていくなか、高齢者（特に75歳以上の高齢者）の占める割合は増加していくことが想定される。



資料：2016年までは総務省統計局「国勢調査」および「人口推計」、2020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29年4月推計）中位推計」

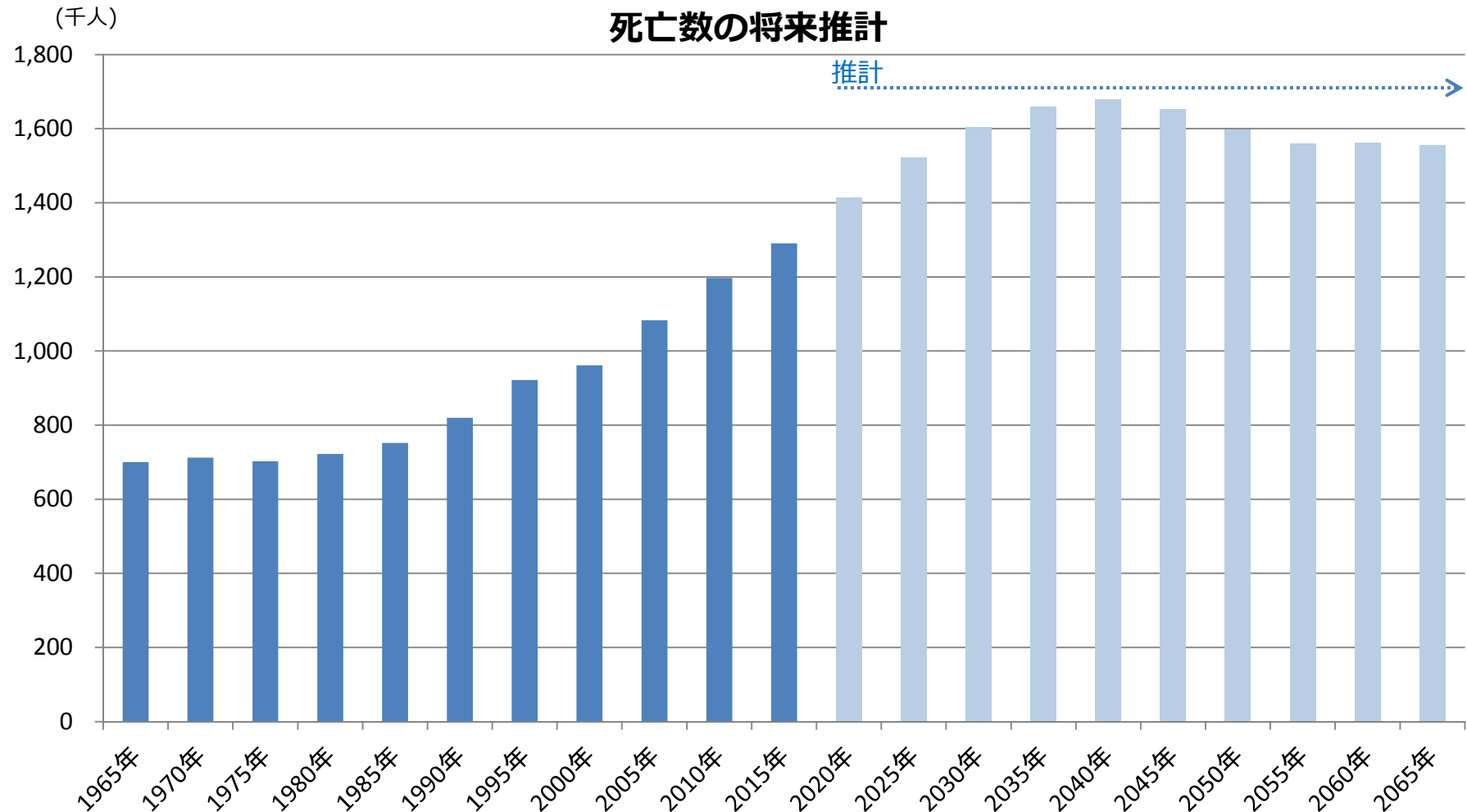
日本人口の歴史的推移



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])。

死亡数の将来推計

○ 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：2015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）
2020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29年4月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

2015～2025～2040年の各地域の高齢化の状況

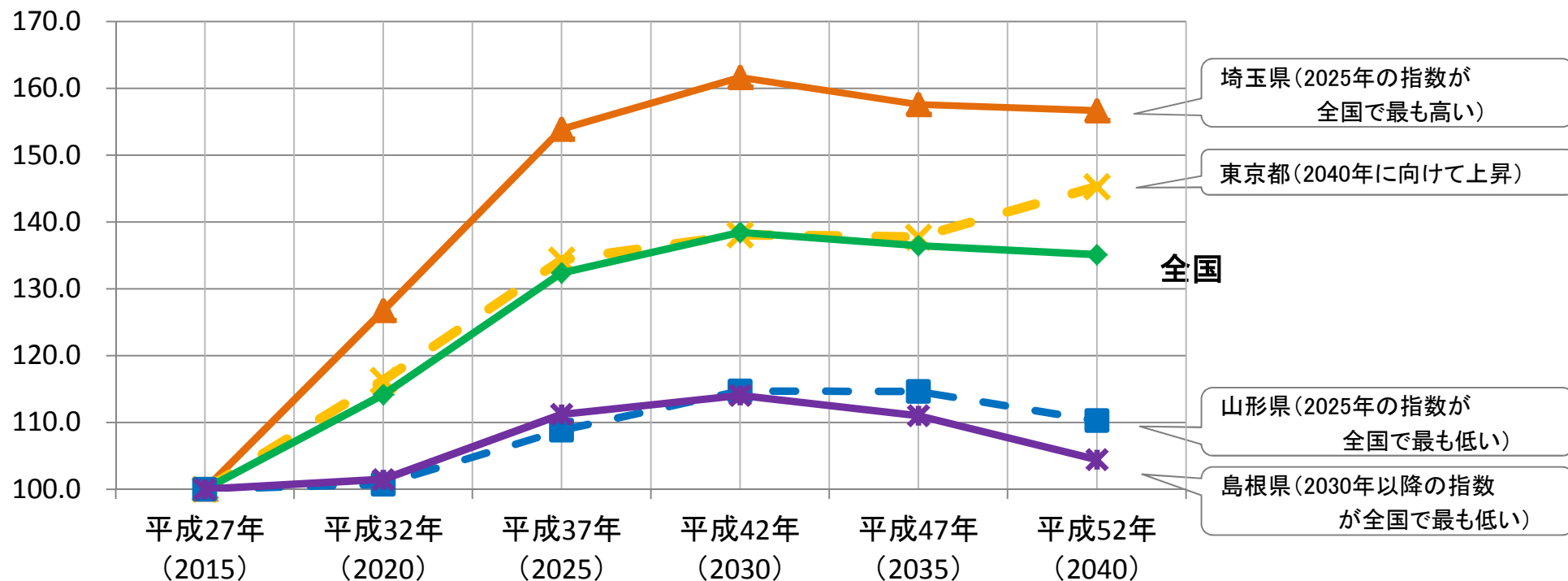
- 75歳以上人口は、多くの都道府県で2025 年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030 年頃をピークに減少する。

※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが34道府県、2035年にピークを迎えるのが9県

※東京都、神奈川県、滋賀県、沖縄県では、2040年に向けてさらに上昇

- 2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差がある。

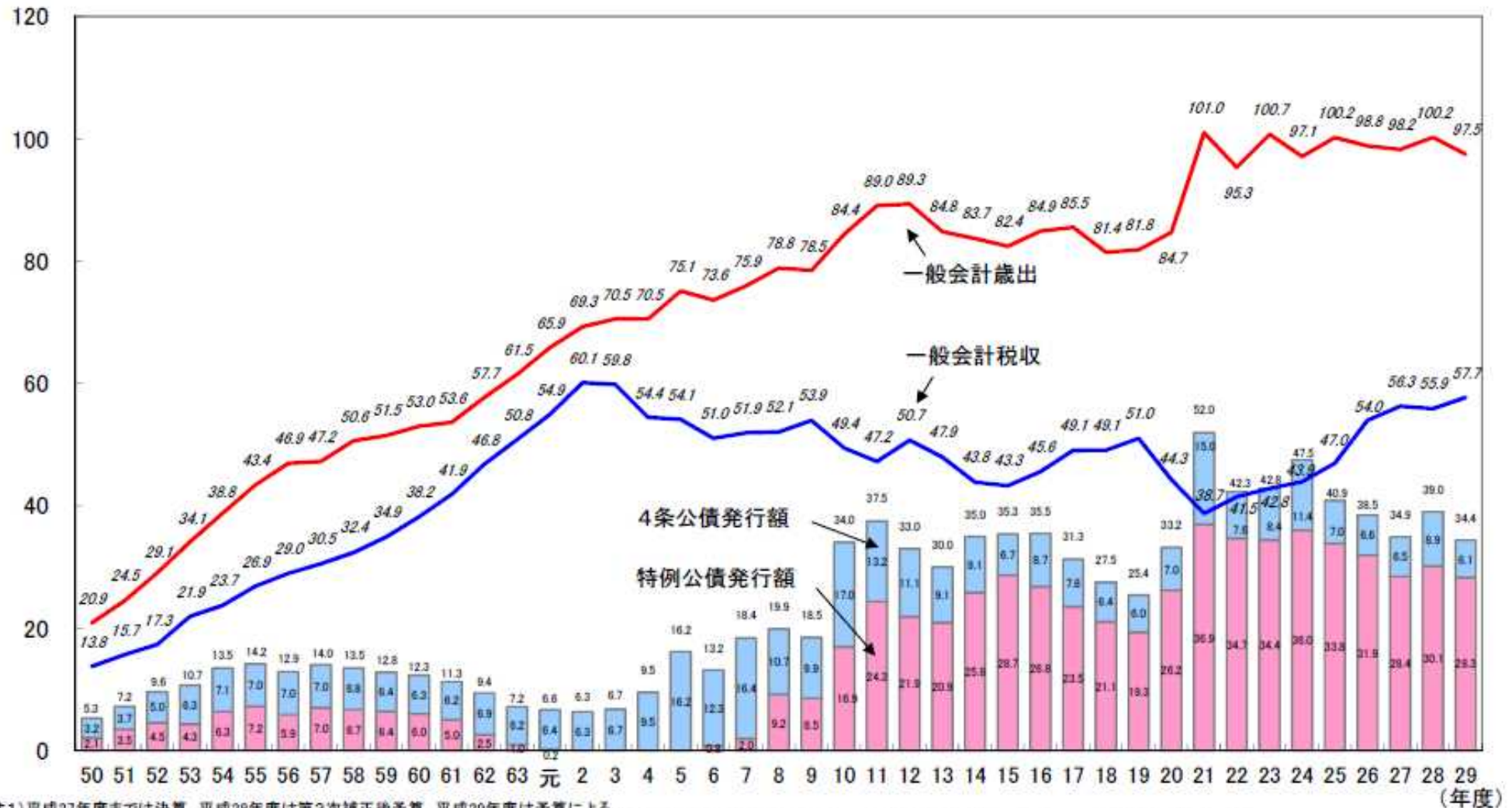
75歳以上人口の将来推計(平成27年の人口を100としたときの指数)



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(税収及びその他収入)を上回る状況が継続している。特に、平成2年度以降、景気悪化に伴う税収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。

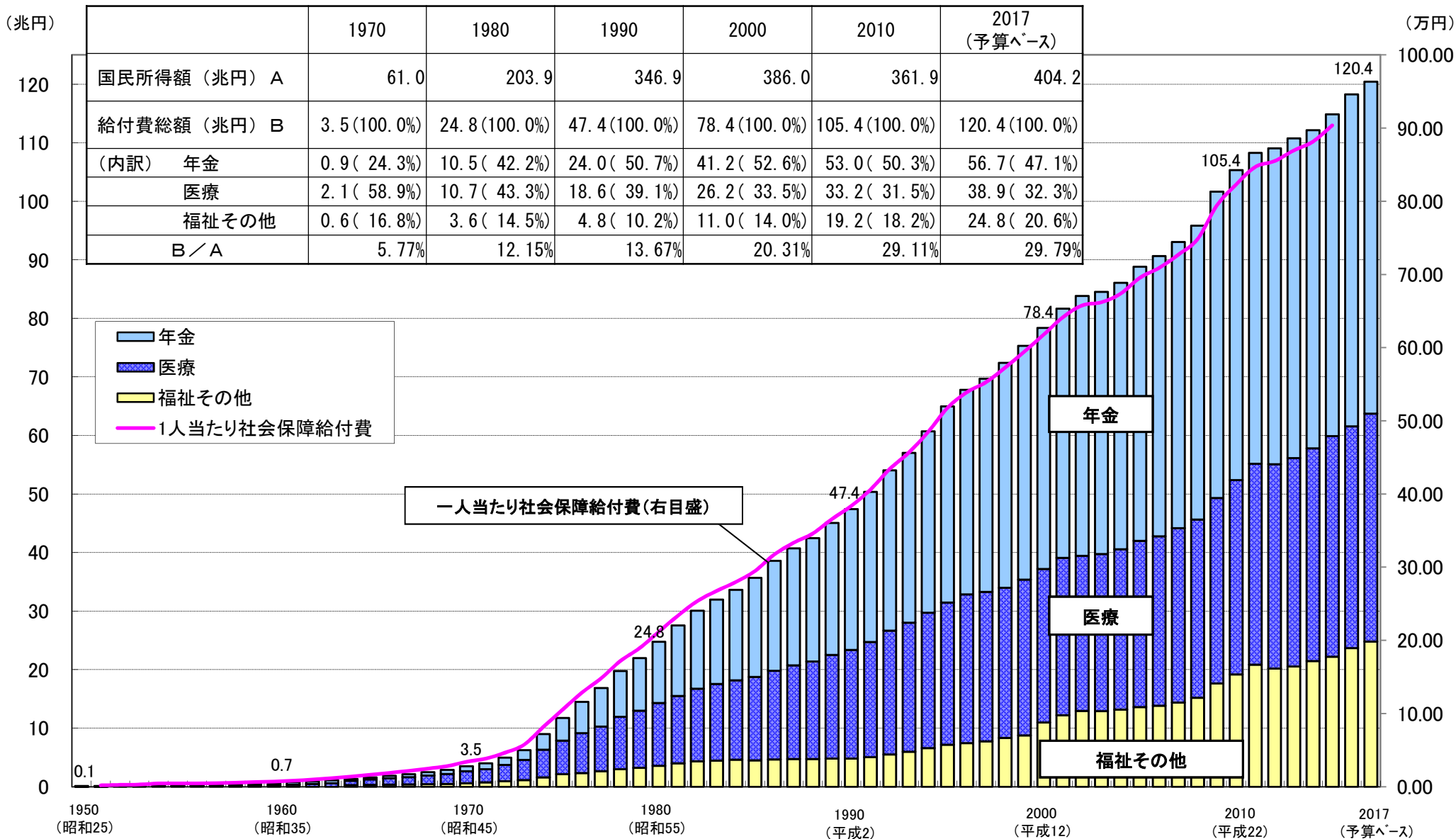
(兆円)



(注1) 平成27年度までは決算、平成28年度は第3次補正後予算、平成29年度は予算による。

(注2) 公債発行額は、平成2年度は沿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。

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27年度社会保障費用統計」、2016年度、2017年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2017年度の国民所得額は「平成29年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成29年1月20日閣議決定)」

(注) 図中の数値は、1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2000及び2010並びに2017年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

28年度診療報酬改定の基本的考え方

- 26年度診療報酬改定の結果、「病床の機能分化・連携」は進展。今後、さらに推進を図る必要。
「外来医療・在宅医療」については、「かかりつけ医機能」の一層の強化を図ることが必要。
- また、後発医薬品については、格段の使用促進や価格適正化に取り組むことが必要。
- こうした26年度改定の結果検証を踏まえ、28年度診療報酬改定について、以下の基本的視点を
もって臨む。

改定の基本的視点

**「病床の機能分化・連携」や「かかりつけ医機能」等の充実を図りつつ、
「イノベーション」、「アウトカム」等を重視。
⇒ 地域で暮らす国民を中心とした、質が高く効率的な医療を実現。**

視点 1

**「地域包括ケアシステム」の推進と、「病床の機能分化・連携」を含む医療機能の
分化・強化・連携を一層進めること**

- 「病床の機能分化・連携」の促進
- 多職種の活用による「チーム医療の評価」、「勤務環境の改善」
- 質の高い「在宅医療・訪問看護」の確保 等

視点 2

「かかりつけ医等」のさらなる推進など、患者にとって安心・安全な医療を実現すること

- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の評価 等

視点 3

重点的な対応が求められる医療分野を充実すること

- 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
- 認知症患者への適切な医療の評価
- イノベーションや医療技術の評価 等

視点 4

効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高めること

- 後発医薬品の価格算定ルールの見直し
- 大型門前薬局の評価の適正化
- 費用対効果評価(アウトカム評価)の試行導入 等

平成28年度診療報酬改定の概要

I 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

- 医療機能に応じた入院医療の評価
- チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保
- 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化

II 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点

- かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価
- 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
- 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進
- 明細書無料発行の推進

III 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

- 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
- 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価
- 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価
- 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
- 小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実
- 口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した医療の推進
- かかりつけ薬剤師・薬局による薬学管理や在宅医療等への貢献度による評価・適正化
- 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価
- DPCに基づく急性期医療の適切な評価

IV 効率化・適正化を通じて精度の持続可能性を高める視点

- 後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討
- 退院支援等の取組による在宅復帰の推進
- 残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進
- 患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の見直し
- 重症化予防の取組の推進
- 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

平成28年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見①

平成28年2月10日 中央社会保険医療協議会

- 急性期、回復期、慢性期等の入院医療の機能分化・連携の推進等について、次に掲げる事項等の影響を調査・検証し、引き続き検討すること。
 - 一般病棟入院基本料・特定集中治療室管理料における「重症度、医療・看護必要度」等の施設基準の見直しの影響（一般病棟入院基本料の施設基準の見直しが平均在院日数に与える影響を含む）
 - 地域包括ケア病棟入院料の包括範囲の見直しの影響
 - 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響
 - 夜間の看護要員配置における要件等の見直しの影響あわせて、短期滞在手術基本料及び総合入院体制加算の評価の在り方、救急患者の状態を踏まえた救急医療管理加算等の評価の在り方、退院支援における医療機関の連携や在宅復帰率の評価の在り方、療養病棟を始め各病棟における患者像を踏まえた適切な評価の在り方、医療従事者の負担軽減にも資するチーム医療の推進等について、引き続き検討すること。
- DPCにおける調整係数の機能評価係数Ⅱの置き換えに向けた適切な措置について検討するとともに、医療機関群、機能評価係数Ⅱの見直し等について引き続き調査・検証し、その在り方について引き続き検討すること。
- かかりつけ医・かかりつけ歯科医に関する評価等の影響を調査・検証し、外来医療・歯科医療の適切な評価の在り方について引き続き検討すること。
- 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入の影響を調査・検証し、外来医療の機能分化・連携の推進について引き続き検討すること。
- 質が高く効率的な在宅医療の推進について、重症度や居住形態に応じた評価の影響を調査・検証するとともに、在宅専門の医療機関を含めた医療機関の特性に応じた評価の在り方、患者の特性に応じた訪問看護の在り方等について引き続き検討すること。
- 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカム評価の導入、維持期リハビリテーションの介護保険への移行状況、廃用症候群リハビリテーションの実施状況等について調査・検証し、それらの在り方について引き続き検討すること。
- 精神医療について、デイケア・訪問看護や福祉サービス等の利用による地域移行・地域生活支援の推進、入院患者の状態に応じた評価の在り方、適切な向精神薬の使用の推進の在り方について引き続き検討すること。
- 湿布薬の処方に係る新たなルールの導入の影響も含め、残薬、重複・多剤投薬の実態を調査・検証し、かかりつけ医とかかりつけ薬剤師・薬局が連携して薬剤の適正使用を推進する方策について引き続き検討すること。あわせて、過去の取組の状況も踏まえつつ、医薬品の適正な給付の在り方について引き続き検討すること。

平成28年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見②

9. 医薬品・医療機器の評価の在り方に費用対効果の観点を試行的に導入することを踏まえ、本格的な導入について引き続き検討すること。
あわせて、著しく高額な医療機器を用いる医療技術の評価に際して費用対効果の観点を導入する場合の考え方について検討すること。
10. 患者本位の医薬分業の実現のための取組の観点から、かかりつけ薬剤師・薬局の評価やいわゆる門前薬局の評価の見直し等、薬局に係る対物業務から対人業務への転換を促すための措置の影響を調査・検証し、調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。
11. 後発医薬品に係る数量シェア80%目標を達成するため、医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬価の在り方や診療報酬における更なる使用促進について検討すること。
12. ニコチン依存症管理料による禁煙治療の効果について調査・検証すること。
13. 経腸栄養用製品を含めた食事療養に係る給付について調査を行い、その在り方について検討すること。
14. 在宅自己注射指導管理料等の評価の在り方について引き続き検討すること。
15. 未承認薬・適応外薬の開発の進捗、新薬創出のための研究開発の具体的成果も踏まえた新薬創出・適応外薬解消等促進加算の在り方、薬価を下支えする制度として創設された基礎的医薬品への対応の在り方、年間販売額が極めて大きい医薬品を対象とした市場拡大再算定の特例の在り方について引き続き検討すること。
16. 公費負担医療に係るものを含む明細書の無料発行の促進について、影響を調査・検証し、その在り方について引き続き検討すること。
17. 診療報酬改定の結果検証等の調査について、NDB等の各種データの活用により調査の客観性の確保を図るとともに、回答率の向上にも資する調査の簡素化について検討すること。また、引き続き調査分析手法の向上について検討し、調査の信頼性の確保に努めること。
18. ICTを活用した医療情報の共有の評価の在り方を検討すること。

平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定

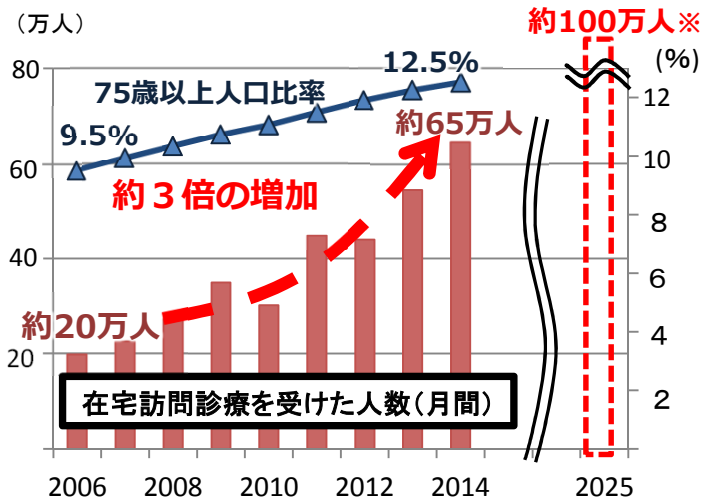
平成29年4月12日経済財政諮問会議
塩崎臨時議員提出資料

- 団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、**平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定により、質が高く効率的な医療・介護の提供体制の整備を推進。**

I 地域包括ケアシステムの構築と医療・介護の連携強化

- **かかりつけ医機能を普及・促進**
- 自宅や介護施設等における医療ニーズや看取りへの対応を強化 等

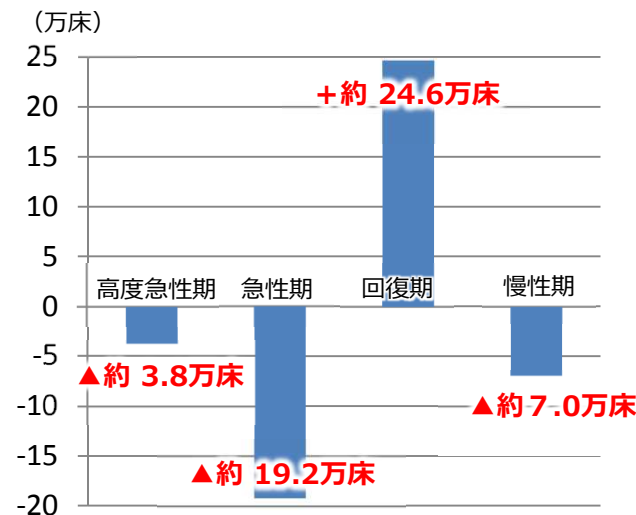
在宅訪問診療を受けた人数の伸びと75歳以上人口比率



II 医療機能の分化・連携の推進、効率的な医療提供体制の構築

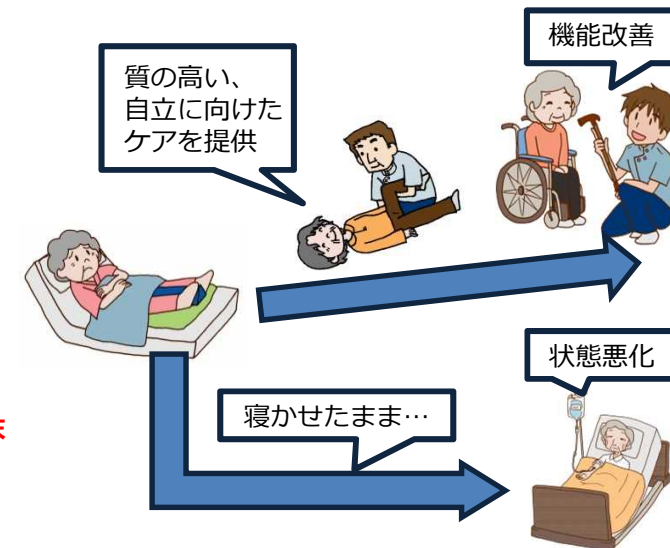
- 医療機能や患者の状態に応じた評価により、**地域医療構想の達成を推進**（7：1病床の適正化、療養病床の扱い等） 等

現在の病床数（平成27年7月現在）と2025（平成37）年の病床必要量の差



III 質が高く効率的なサービスによる高齢者の自立支援等

- **費用対効果や、アウトカムに基づく評価を推進**
- **データヘルス改革の推進、介護ロボットの活用**により自立等を促進し、現場の負担も軽減 等



★薬価制度については、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、国民皆保険の持続性とイノベーションの推進を両立し、国民負担軽減と医療の質の向上を実現する観点から、抜本改革を推進。

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

① 基本的な考え方

全ての団塊の世代が後期高齢者となる2025年度を見据え、データヘルスや予防等を通じて、国民の生活の質(QOL)を向上させるとともに、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す。このため、「経済・財政再生計画」に掲げられた44の改革項目について、今年度や来年度以降の検討・取組事項も含めて速やかに検討し、改革工程表に沿って着実に改革を実行していく。

2018年度(平成30年度)は、診療報酬・介護報酬等の同時改定及び各種計画の実施、国民健康保険(国保)の財政運営の都道府県単位化の施行、介護保険制度改正の施行など重要な施策の節目の年であることから、改革の有機的な連携を図るよう施策を実施していく。公平な負担の観点で踏まえた効果的なインセンティブを導入しつつ、「見える化」に基づく国による効果的な支援等を行うことによって、都道府県の総合的なガバナンスを強化し、医療費・介護費の高齢化を上回る伸びを抑制しつつ、国民のニーズに適合した効果的なサービスを効率的に提供する。

②地域医療構想の実現、医療計画・介護保険事業計画

地域医療構想の実現に向けて地域ごとの「地域医療構想調整会議」での具体的議論を促進する。病床の役割分担を進めるためデータを国から提供し、個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、2年間程度で集中的な検討を促進する。これに向けて、介護施設や在宅医療等の提供体制の整備と統合的な慢性期機能の再編のための地域における議論の進め方を速やかに検討する。このような自主的な取組による病床の機能分化・連携が進まない場合には、都道府県知事がその役割を適切に発揮できるよう、権限の在り方について、速やかに関係審議会等において検討を進める。また、地域医療介護総合確保基金について、具体的な事業計画を策定した都道府県に対し、重点的に配分する。

地域医療構想における2025年(平成37年)の介護施設、在宅医療等の追加的必要量(30万人程度)を踏まえ、都道府県、市町村が協議し統合的な整備目標・見込み量を立てる上での推計の考え方等を本年夏までに示す。

かかりつけ医の普及に向けて、まずは病院・診療所間の機能分化の観点から、医療保険財政の持続可能性の観点等を踏まえつつ、病院への外来受診時の定額負担に関し、現行の選定療養による定額負担の対象の見直しを含め、関係審議会等において具体的な検討を進め、本年末までに結論を得る。また、高齢化の進展等に伴う救急需要の増加への対応を検討する。

国保の財政運営責任を都道府県が担うことになること等を踏まえ、都道府県のガバナンスを強化するとともに、アウトカム指標等による保険者努力支援制度、特別調整交付金等の配分によりインセンティブを強化する。現行の普通調整交付金は、医療費が増えると配分が増える算定方法ともなっているため、所得調整機能を維持しながら、医療費適正化のインセンティブを効かせる観点から、地域差に関する調整・配分の在り方を検証し、2018年度(平成30年度)の新制度への円滑な移行に配慮しつつ速やかに関係者間で見直しを検討する。また、市町村の法定外一般会計繰入れの計画的な削減・解消を促す。

2008年度(平成20年度)以降臨時増員してきた医学部定員について、医師需給の見通しを踏まえて精査を行う。また、全体としての医師数増加が地域における医師の確保につながり全ての国民が必要な医療が受けられるよう、医師等の負担を軽減しつつ医療の質を確保するため、看護師の行う特定行為の範囲の拡大など十分な議論を行った上で、タスクシフティング(業務の移管)、タスクシェアリング(業務の共同化)を推進するとともに、複数医師によるグループ診療や遠隔診療支援等のへき地等に勤務する医師の柔軟な働き方を支援するなど抜本的な地域偏在・診療科偏在対策を検討する。

③医療費適正化

都道府県が中心となって市町村、保険者、医療関係者等が参加する協議体を構築し、住民の受療行動や医療機関の診療行為の変化を促すことを含め、様々な地域課題に取り組む。診療行為の地域差を含めたデータの「見える化」を行い、一般市民や医療機関にも分かりやすく提供する。

医療費の地域差の半減に向けて、外来医療費については、医療費適正化基本方針で示されている取組を実施するとともに、できるだけ早く取組を追加できるよう検討する。あわせて、入院医療費については、地域医療構想の実現によりどの程度の縮減が見込まれるかを明らかにする。これらにより十分な地域差の縮減を図ることができない場合には、更なる対応を検討する。

高齢者の医療の確保に関する法律 第14条の規定 について、第2期医療費適正化計画の実績評価を踏まえて、必要な場合には活用ができるよう、2017年度（平成29年度）中に関係審議会等において検討する。

社会保険診療報酬支払基金について、「規制改革実施計画」に沿いつつ、審査における常勤の医師など医療職種の活用拡大、審査委員会の在り方など、広範な改革を進める。また、業務効率化の範囲内を基本として、国保連等とともに保険者等のビッグデータの利活用の支援など、質が高く効果的なサービス提供に寄与するよう取組を進める。

④健康増進・予防の推進等

個人・患者本位で最適な健康管理・診療・ケアを提供する基盤として、健康・医療・介護のビッグデータを連結し、医療機関や保険者、研究者、民間等が活用できるようにするとともに、国民の健康管理にも役立てる「保健医療データプラットフォーム」や、自立支援等の効果が科学的に裏付けられた介護を実現するため、必要なデータを収集・分析するためのデータベースについて、2020年度(平成32年度)の本格運用開始を目指す。

健康なまちづくりの視点を含め、市町村国保のデータヘルスの取組を推進するとともに、国保の保険者努力支援制度や都道府県繰入金の活用を促すことにより、国保のインセンティブ措置を強化する。後期高齢者支援金の加算・減算制度について段階的に法定上限(±10%)まで引き上げるなどの見直しにより、インセンティブを強化するとともに、全保険者の特定健診・保健指導の実施率を2017年度(平成29年度)実績から公表する。

産業医・産業保健機能の強化や健康経営を担う専門人材の活用促進を図りつつ、企業が保険者との連携を通じて健康経営を促進し、健康増進・予防づくりにおける優良事例の全国展開を図る。

また、健康増進の観点から受動喫煙対策を徹底する。疾病予防・重症化予防を推進し、重症化予防等に向けた保健事業との連携の観点から、診療報酬を検討する。口腔の健康は全身の健康にもつながることから、生涯を通じた歯科健診の充実、入院患者や要介護者に対する口腔機能管理の推進など歯科保健医療の充実に取り組む。

がんとの闘いに終止符を打つため、がんの一次予防の推進、二次予防であるがん検診の内容の見直しの検討や受診率の向上を図るとともに、がんのゲノム情報や臨床情報等を集約し、質の高いゲノム医療を提供する体制(がんゲノム医療推進コンソーシアム)の構築を進め、がんの免疫療法等の革新的治療法や診断技術等の開発を行う。また、患者の視点からの情報提供に配慮した質の高い治験・臨床研究の体制の充実を図る。

アルコール健康障害、薬物依存症、ギャンブル等依存症に関する実態を踏まえ、民間団体の活動しやすい環境整備を含めた相談・治療体制の整備を推進する。

⑤平成30 年度診療報酬・介護報酬改定等

人口・高齢化の要因を上回る医療費の伸びが大きいことや、保険料などの国民負担、物価・賃金の動向、医療費の増加に伴う医療機関の収入や経営状況、保険財政や国の財政に係る状況等を踏まえつつ、診療報酬改定の在り方について検討する。

医療機関の地域連携強化に向けたこれまでの診療報酬改定内容を検証するとともに、地域医療構想の実現に資するよう病床の機能分化・連携を更に後押しするため、患者の状態像に即した適切な医療・介護を提供する観点から、報酬水準、算定要件など入院基本料の在り方や介護医療院の介護報酬・施設基準の在り方等について検討し、介護施設や在宅医療等への転換などの対応を進める。

医療・介護の連携強化に向けて、診療報酬・介護報酬の両面から対応する。自立支援に向けた介護サービス事業者に対するインセンティブ付与のためのアウトカム等に応じた介護報酬のメリハリ付けや、生活援助を中心に訪問介護を行う場合の人員基準の緩和やそれに応じた報酬の設定及び通所介護などその他の給付の適正化について、関係審議会等において具体的内容を検討し、2018 年度(平成30 年度)介護報酬改定で対応する。

また、改正障害者総合支援法の施行に向けて、新しく創設するサービス等の具体的内容を検討し、2018 年度(平成30 年度)障害福祉サービス等報酬改定で対応する。

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

「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)に基づき、効能追加等に伴う市場拡大への対応、毎年薬価調査・薬価改定、新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度のゼロベースでの抜本的見直し、費用対効果評価の本格導入などの薬価制度の抜本改革等に取り組み、「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。

その際、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。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。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を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。エビデンスに基づく費用対効果評価を反映した薬価体系を構築する。このため、専門的知見を踏まえるとともに、第三者的視点に立った透明性の高い組織・体制をはじめとするその実施の在り方を検討し、本年中に結論を得る。また、画期性、有用性等に応じて薬価を設定し、創薬投資を促す一方、類似薬と比べて画期性、有用性等に乏しい新薬については、革新的新薬と薬価を明確に区別するなど、薬価がより引き下がる仕組みとする。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。また、薬価調査について、個別企業情報についての機微情報に配慮しつつ、卸売業者等の事業への影響を考慮した上で、公表範囲の拡大を検討する。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応を進める。

これらの取組等について、その工程を明らかにしながら推進する。また、競争力の強い医薬品産業とするため、「医薬品産業強化総合戦略」の見直しを行う。

患者本位の医薬分業の実現に向け、かかりつけ薬剤師・薬局が地域における多職種・関係機関と連携しつつ、服薬情報の一元的・継続的な把握等、その機能を果たすことを推進する。そのための方策の一つとしてICTによる情報共有（あらゆる薬局で活用可能な電子版お薬手帳等）を推進する。

調剤報酬については、薬剤の調製などの対物業務に係る評価の適正化を行うとともに、在宅訪問や残薬解消などの対人業務を重視した評価を、薬局の機能分化の在り方を含め検討する。これらの見直しと併せて、様々な形態の保険薬局が実際に果たしている機能を精査し、それに応じた評価を更に進める。

薬剤の適正使用については、病状が安定している患者等に対し、残薬の解消などに資する、医師の指示に基づくリフィル 処方 の推進を検討する。また、重複投薬や多剤投与の適正化について、医師、薬剤師それぞれの役割を踏まえ、保険者等と連携した取組を推進するとともに、高齢者の生活習慣病治療薬等の重複投薬や多剤投与を含む処方の在り方について検討し、国内外の調査を踏まえ、ガイドラインの作成を含め、適正な処方に係る方策の検討を進める。さらに、効果のある患者に投薬がなされるよう、コンパニオン 診断薬 の研究開発等により、医薬品の効率的、効果的な使用を促進する。

このほか、セルフメディケーションを進めていく中で、地域住民にとって身近な存在として、健康の維持・増進に関する相談や一般用医薬品等を適切に供給し、助言を行う機能を持った健康サポート薬局の取組を促進する。

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。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しつつ、バイオシミラーの医療費適正化効果額・金額シェアを公表するとともに、2020 年度（平成32 年度）末までにバイオシミラーの品目数倍増（成分数ベース）を目指す。

⑧人生の最終段階の医療

人生の最終段階における医療について、国民全体で議論を深め、普段からの考える機会や本人の意思を表明する環境の整備、本人の意思の関係者間での共有等を進めるため、住民向けの普及啓発の推進や、関係者の連携、適切に相談できる人材の育成を図るとともに、参考となる先進事例の全国展開を進める。

(平成29年6月9日閣議決定) (抜粋)

第2 具体的施策

I Society 5.0 に向けた戦略分野

1. 健康・医療・介護

(1) KPI の主な進捗状況

《KPI》 国民の健康寿命を2020 年までに1 歳以上延伸し、2025 年までに2 歳以上延伸

【男性70.42 歳、女性73.62 歳(2010 年)】

⇒2013 年: 男性71.19 歳、女性74.21 歳

(2) 新たに講ずべき具体的施策

団塊の世代が全て75 歳以上となる「2025 年問題」に間に合うよう、技術革新を最大限活用し、個人・患者本位で、最適な健康管理と診療、自立支援に軸足を置いた介護など、新しい健康・医療・介護システムを構築する。オールジャパンでのデータ利活用基盤を構築し、個人の状態に合った効果の高いサービス提供による、健康寿命の延伸と高齢者の自立した生活を実現する。また、AI、ロボット等も組み合わせる現場の生産性を上げながら、高齢化・人口減少下でも質が高く、効率的な健康・医療・介護のサービス提供を可能とするモデルを構築する。こうした仕組みを支えるため、効果的な民間サービスの育成・普及を促すとともに、日本発の優れた医薬品・医療機器等の開発・事業化を進める。このように、費用対効果も勘案しつつ、基盤構築・制度改革・民間投資促進を一体的に進め、2020 年には新しいシステムを構築し、国民が安心できる医療・介護が2025 年に国民生活に定着していることを目指す。

こうした健康・医療・介護サービスは、今後世界各国で必要とされる。他国よりも早く課題に直面している日本で課題解決モデルを早期に作り上げ、グローバル市場の獲得と国際貢献を目指す。

i) 技術革新を活用し、健康管理と病気・介護予防、自立支援に軸足を置いた、新しい健康・医療・介護システムの構築

① データ利活用基盤の構築

- ・ 個人・患者本位で、最適な健康管理・診療・ケアを提供するための基盤として、「全国保健医療情報ネットワーク」を整備する。同ネットワークは、患者基本情報や健診情報等を医療機関の初診時等に本人の同意の下で共有できる「保健医療記録共有サービス」と、更に基礎的な患者情報を救急時に活用できる「救急時医療情報共有サービス」等で構成し、これら自らの生涯にわたる医療等の情報を、本人が経年的に把握できる仕組みであるPHR(Personal Health Record)として自身の端末で閲覧できるようにすることを目指す。2020年度からの本格稼働に向け、本年度中に実証事業を開始しつつ、具体的なシステム構成等について検討し、来年度以降、詳細な設計に着手する。

- ・ 「全国保健医療情報ネットワーク」のうち医療・介護事業者のネットワーク化については、クラウド化・双方向化等による地域のEHR(Electronic Health Record)の高度化を推進するとともに、広域連携の在り方(セキュリティ確保策等)やマイナンバーカード等を活用した患者本人の同意取得の在り方について、実証を本年度中に行う。PHRについては、EHRの情報だけでなく保険者等の多様な主体が有するデータについて、本人のライフステージに応じて民間サービスを取り入れた多様な活用を可能とするよう、サービスモデルの構築等を来年度までに行う。特に、ウェアラブル端末等のIoT機器を用いた日々の健康情報の収集による効果的な生活習慣病予防サービスの確立に向けては、昨年度までの実証結果を踏まえ、より厳格な効果検証を本年度より3年間実施するとともに、当該事業等を通じて収集される健康情報を活用したAIアルゴリズム開発を通じ、新たな民間による健康情報利活用サービスの創出・高度化を図る。

- ・ 研究者・民間・保険者等が、健康・医療・介護のビッグデータを個人のヒストリーとして連結し分析できるようにするため、「保健医療データプラットフォーム」を整備する。同プラットフォームでは、レセプト・特定健診情報のNDB(National Data Base)、介護保険情報の介護保険総合データベース、DPCデータベース等の既存の公的データベースについて、他のデータベースと併せて解析可能とする。2020年度からの本格稼働に向け、本年度中に実証事業を開始しつつ、具体的なシステム構成等について検討し、来年度以降、詳細な設計に着手する。

- ・ 本年4月に成立した次世代医療基盤法による認定事業者を活用し、匿名加工された医療情報の医療分野の研究開発への利活用を進める。上記の「保健医療データプラットフォーム」は公的データベースを基礎とした悉皆的な情報を提供し、同法による認定事業者は、治療の結果であるアウトカム情報を含め医療分野の研究開発の多様なニーズに応えるデータを任意の仕組みで集めて提供する。
- ・ これらを支える基盤として、医療保険のオンライン資格確認及び医療等ID 制度の導入について、来年度からの段階的運用開始、2020 年からの本格運用を目指して、本年度から着実にシステム開発を実行する。
- ・ 健康・医療・介護分野のデータの徹底的なデジタル化や標準化の取組については、技術の進展を踏まえつつ、データの利活用主体がデータの共有や二次利用を円滑に行えるよう、標準化すべきデータの範囲と標準化の手法を含め、具体的な施策について、2020 年度からのデータ利活用基盤の本格稼働に間に合うよう検討を加速し実施した上で、その後も技術の進展等を踏まえて必要な施策を講じる。

②保険者や経営者によるデータを活用した個人の予防・健康づくりの強化

- ・ 予防・健康づくり等に向けた加入者の行動変容を促す保険者の取組を推進するため、保険者に対するインセンティブを強化する。健保組合・共済組合については、後期高齢者支援金の加算・減算制度について、加算率・減算率ともに、来年度から段階的に引き上げて2020年度には最大で法定上限の10%まで引き上げる。協会けんぽについては来年度からインセンティブ制度を本格実施し、2020年度から都道府県単位保険料率に反映する。国保については来年度から保険者努力支援制度を本格実施する。各制度共通の評価指標は、特定健診・特定保健指導の実施率に加え、がん検診、歯科健診の実施状況やICT等を活用して本人に分かりやすく健診結果の情報提供を行うこと等を追加することで、予防・健康づくりなど医療費適正化に資する多様な取組をバランス良く評価するものとする。また、保険者の責任を明確化するため、全保険者の特定健診・特定保健指導の実施率を今年度実績から公表し、開示を強化する。
- ・ 保険者による保険者機能発揮に向けた取組を強化するため、保険者機能の集約化による保健事業の再編を促すための共同実施モデルの整備等を行い、外部委託や民間事業者活用を促進する。
- ・ 保険者の有するデータを集約し、健保・共済組合、協会けんぽ、国保等の各被保険者情報を横断的に管理できるシステムにより、保険者が変わってもデータが引き継がれ効果的にデータヘルスを行える環境整備を行う。
- ・ 地方公共団体において保健師等が効果的にデータヘルスを行うため、健康診断・レセプト等のデータをAIにより分析し、保健指導施策立案を行うモデルについて具体的な検証を行う。
- ・ 保険者のデータヘルスを強化し、企業の健康経営との連携(コラボヘルス)を推進する。このため、経営者が、自社の健保組合の状況を全国との比較で客観的に把握した上で、保険者と連携して健康づくりに取り組めるよう、厚生労働省と日本健康会議が連携して、各保険者の加入者の健康状態や医療費、健康への投資状況等をスコアリングし経営者に通知する取組を来年度から開始する。同様の取組を共済組合はじめ他の保険者でも展開する。
- ・ 健康経営銘柄及び健康経営優良法人認定を拡大するとともに、働き方改革等も踏まえ、必要な評価項目の見直しを行うこと等を通じて、健康経営の質の向上と更なる普及を図る。

③遠隔診療・AI等のICTやゲノム情報等を活用した医療

- ・ 遠隔診療について、例えばオンライン診察を組み合わせた糖尿病等の生活習慣病患者への効果的な指導・管理や、血圧・血糖等の遠隔モニタリングを活用した早期の重症化予防等、対面診療と遠隔診療を適切に組み合わせることにより効果的・効率的な医療の提供に資するものについては、次期診療報酬改定で評価を行う。更に有効性・安全性等に関する知見を集積し、2020年度以降の改定でも反映させていく。また、遠隔での服薬指導に関しては、国家戦略特区での実証等を踏まえ検討する。
- ・ 保健医療分野でのディープラーニングや機械学習等のAI開発を戦略的に進めるため、画像診断支援、医薬品開発、手術支援、ゲノム医療、診断・治療支援、介護・認知症を重点6領域と定めて開発・実用化を促進する。AI開発用のクラウド環境の整備・認証の仕組みを構築するとともに、実用化に向けて、AIを活用した医療機器の質や安全性を確保するための評価の在り方等のルール整備を行う。これらを踏まえ、医師の診療に対するAIを用いた的確な支援による医療の質の向上等について、次期以降の診療報酬改定等での評価を目指す。
- ・ がん、難病・希少疾病領域でゲノム医療提供体制を整備する。がんについては、ゲノム変異や治療効果等に関する情報等を集約し、解析するためのAI基盤の整備や、医療関係者等がAIや情報技術を利用した治療を行うために全国的な支援の体制の整備(コンソーシアムの構築)を行う。また、条件付き早期承認による医薬品の適応拡大等を含めた施策を行うとともに、一人ひとりに最適な最先端のがん治療を公的医療保険で受けられるよう有効性・安全性等を確認した上で保険適用を行う。さらに、全ゲノム解析や免疫関連検査等を利用した革新的治療法の開発、リキッドバイオプシー等を用いた低侵襲性の診断技術や超早期診断技術等の開発を推進する。難病については、ゲノム解析情報や臨床情報等の研究データを一元管理し、早期診断の実現や創薬開発を促進するための体制の整備を進める。
- ・ 災害時に被災地内で対応が困難な重症患者を被災地外に搬送し、治療する体制を構築するに当たり、医療活動訓練等の中で、被災地域で必要とされる医療モジュールの検討に取り組む。

4. 「介護離職ゼロ」に向けた取組の方向

（2）健康寿命の延伸と介護負担の軽減

健康寿命が延伸すれば、介護する負担を減らすことができ、高齢者本人も健康に暮らすことができるようになる。このため、健康寿命の延伸は一億総活躍社会の実現にとっても重要であり、自治体や医療保険者、雇用する事業主等が、意識づけを含め、個人が努力しやすい環境を整える。また、老後になってからの予防・健康増進の取組だけでなく、現役時代からの取組も重要であり必要な対応を行う。

「経済財政運営と改革の基本方針2017～人材への投資を通じた生産性向上～
(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

② 地域医療構想の実現、医療計画・介護保険事業計画の整合的な策定等

(前略)

2008年度(平成20年度)以降臨時増員してきた医学部定員について、医師需給の見通しを踏まえて精査を行う。また、全体としての医師数増加が地域における医師の確保につながり全ての国民が必要な医療が受けられるよう、医師等の負担を軽減しつつ医療の質を確保するため、看護師の行う特定行為の範囲の拡大など十分な議論を行った上で、タスクシフティング(業務の移管)、タスクシェアリング(業務の共同化)を推進するとともに、複数医師によるグループ診療や遠隔診療支援等のへき地等に勤務する医師の柔軟な働き方を支援するなど抜本的な地域偏在・診療科偏在対策を検討する。

I 労働基準法の改正（上限規制の導入）

（時間外労働の上限規制）

週40時間を超えて労働可能となる時間外労働の限度を、原則として、月45時間、かつ、年360時間とし、違反には以下の特例の場合を除いて罰則を課す。特例として、臨時的な特別の事情がある場合として、労使が合意して労使協定を結ぶ場合においても、上回ることができない時間外労働時間を年720時間（＝月平均60時間）とする。かつ、年720時間以内において、一時的に事務量が増加する場合について、最低限、上回ることをできない上限を設ける。

この上限について、①2か月、3か月、4か月、5か月、6か月の平均で、いずれにおいても、休日労働を含んで、80時間以内を満たさなければならないとする。②単月では、休日労働を含んで100時間未満を満たさなければならないとする。③加えて、時間外労働の限度の原則は、月45時間、かつ、年360時間であることに鑑み、これを上回る特例の適用は、年半分を上回らないよう、年6回を上限とする。

他方、労使が上限値までの協定締結を回避する努力が求められる点で合意したことに鑑み、さらに可能な限り労働時間の延長を短くするため、新たに労働基準法に指針を定める規定を設けることとし、行政官庁は、当該指針に関し、使用者及び労働組合等に対し、必要な助言・指導を行えるようにする。

（現行の適用除外等の取扱）

医師については、時間外労働規制の対象とするが、医師法に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要である。具体的には、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用することとし、医療界の参加の下で検討の場を設け、質の高い新たな医療と医療現場の新たな働き方の実現を目指し、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得る。

地域包括ケアシステムの推進と 医療機能の分化・強化、連携に関する視点

「地域医療構想」の達成の推進

平成29年4月12日経済財政諮問会議
塩崎臨時議員提出資料

- 平成29年度以降、地域ごとの「**地域医療構想調整会議**」での**具体的議論を促進**。
- 病床の機能分化・連携の議論に必要な診療等データの提供、基金の重点配分、診療報酬・介護報酬での対応を実施。

平成28年度末に全都道府県で策定完了
⇒地域ごとに、2025（平成37）年時点での
病床の必要量を『見える化』

①機能分化・連携のための診療等のデータ提供

- ✓ 病床の役割分担を進めるため、手術やリハビリの件数や、疾病ごとの患者数等のデータを国から提供。
- ✓ データを活用し、**個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針を集中的に検討**。

議論の一例

		手術件数	リハビリ件数
A 病院	急性期 250床	50 (件/月)	200 (件/月)
B 病院	急性期 200床	40 (件/月)	160 (件/月)
C 病院	急性期 100床	5 (件/月)	100 (件/月)
		国からデータ提供	

C病院は、

- ・手術の件数は少ない
- ・リハビリの実施件数は他院と同等

C病院の方針

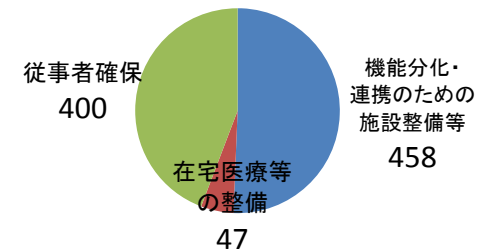
C病院を回復期機能へ転換し、
病床数を50床に減床

②地域医療介護総合確保基金による支援

- ✓ 個別の病院名や転換する病床数等の具体的な事業計画を策定した都道府県に対し、重点的に配分。

配分実績
(平成28年度)

合計904億円



③診療報酬・介護報酬改定による対応

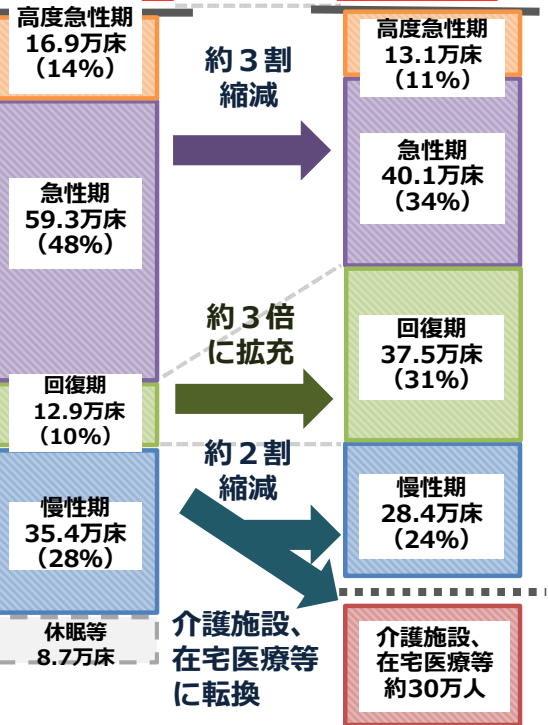
- ✓ 平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定をはじめ、今後の診療報酬改定・介護報酬改定において、病床の機能分化・連携の取組の後押し、介護施設、高齢者住宅、在宅医療等への転換等の対応を進める。

【足下の病床機能】
(平成27年7月現在)

【2025（平成37）年の
病床必要量】

計133.1万床

計119.1万床 (※)

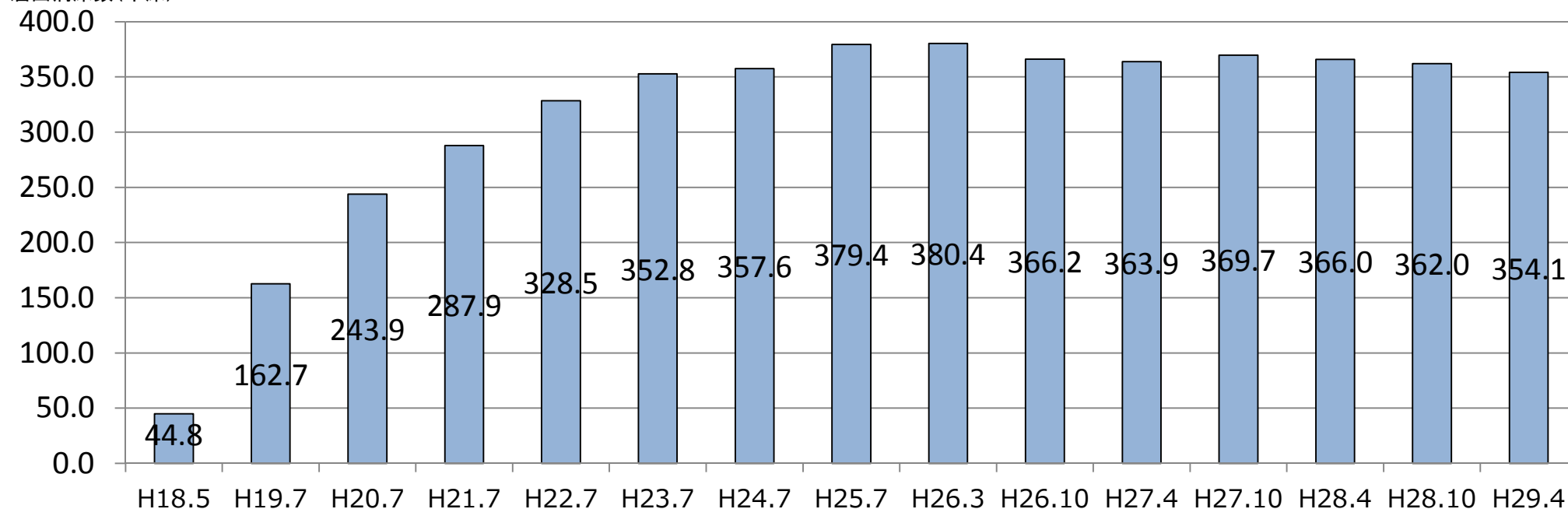


※ 内閣官房推計（平成27年6月）の合計
114.8～119.1万床の範囲内

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。

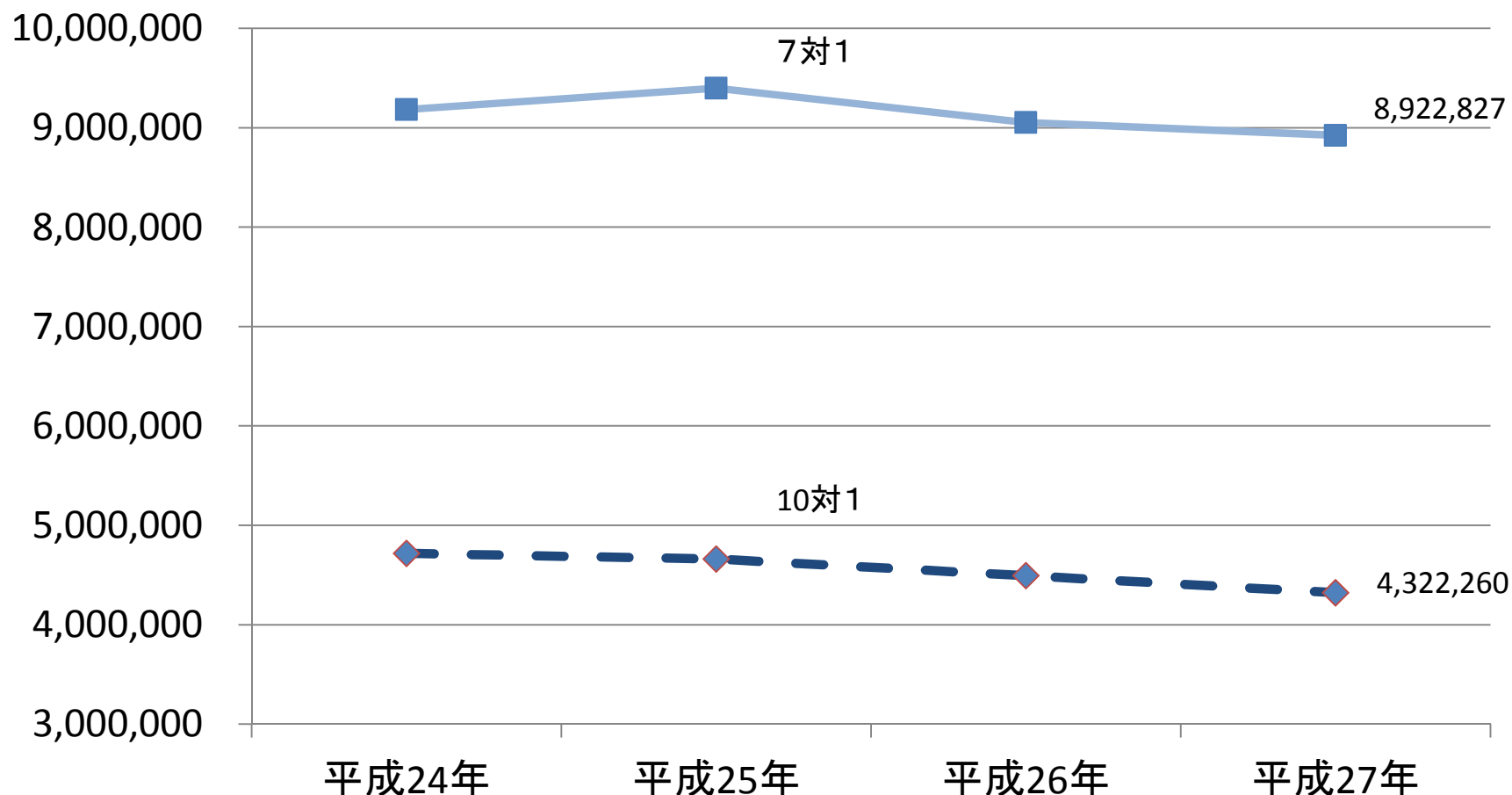
一般病棟入院基本料区分別 算定回数の推移

中 医 協 総 - 6

29.3.15 (改)

○ 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の算定回数は、近年、減少傾向。

(回)



※ 出来高の算定回数とDPCの算定回数をあわせたもの。
DPCの算定回数は、平成26年時点のDPC算定病床数により推計した値

地域包括ケア病棟の主な役割（イメージ）

注：介護施設等、自宅・在宅医療から直接、急性期・高度急性期の病院へ入院することも可能。

急性期・高度急性期



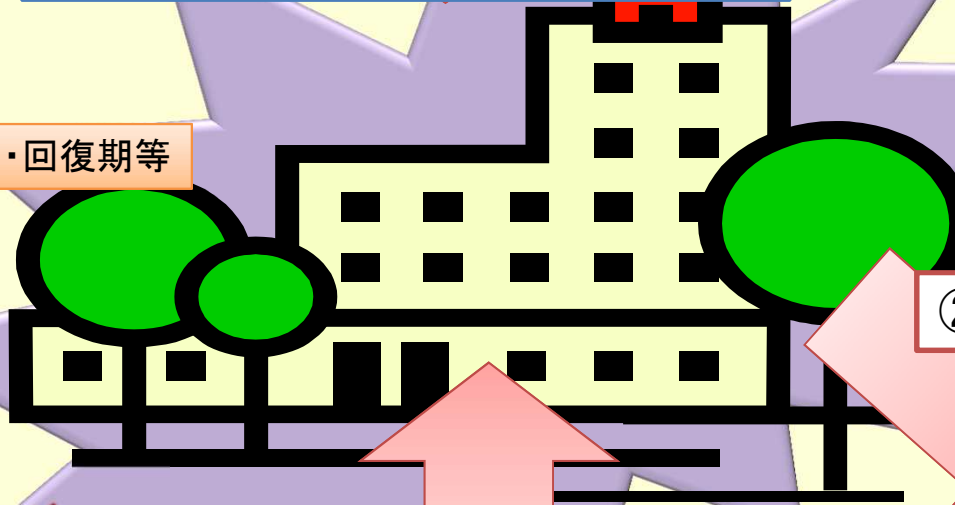
①急性期からの受け入れ

入院患者の重症度、看護必要度の設定 など

入院患者データの提出

重症度・看護必要度A項目1点以上の患者 15%以上

亜急性期・回復期等



②在宅・生活復帰支援

在宅復帰率の設定 など

③緊急時の受け入れ

・二次救急病院の指定
・在宅療養支援病院の届出 など

自宅・在宅医療

介護施設等



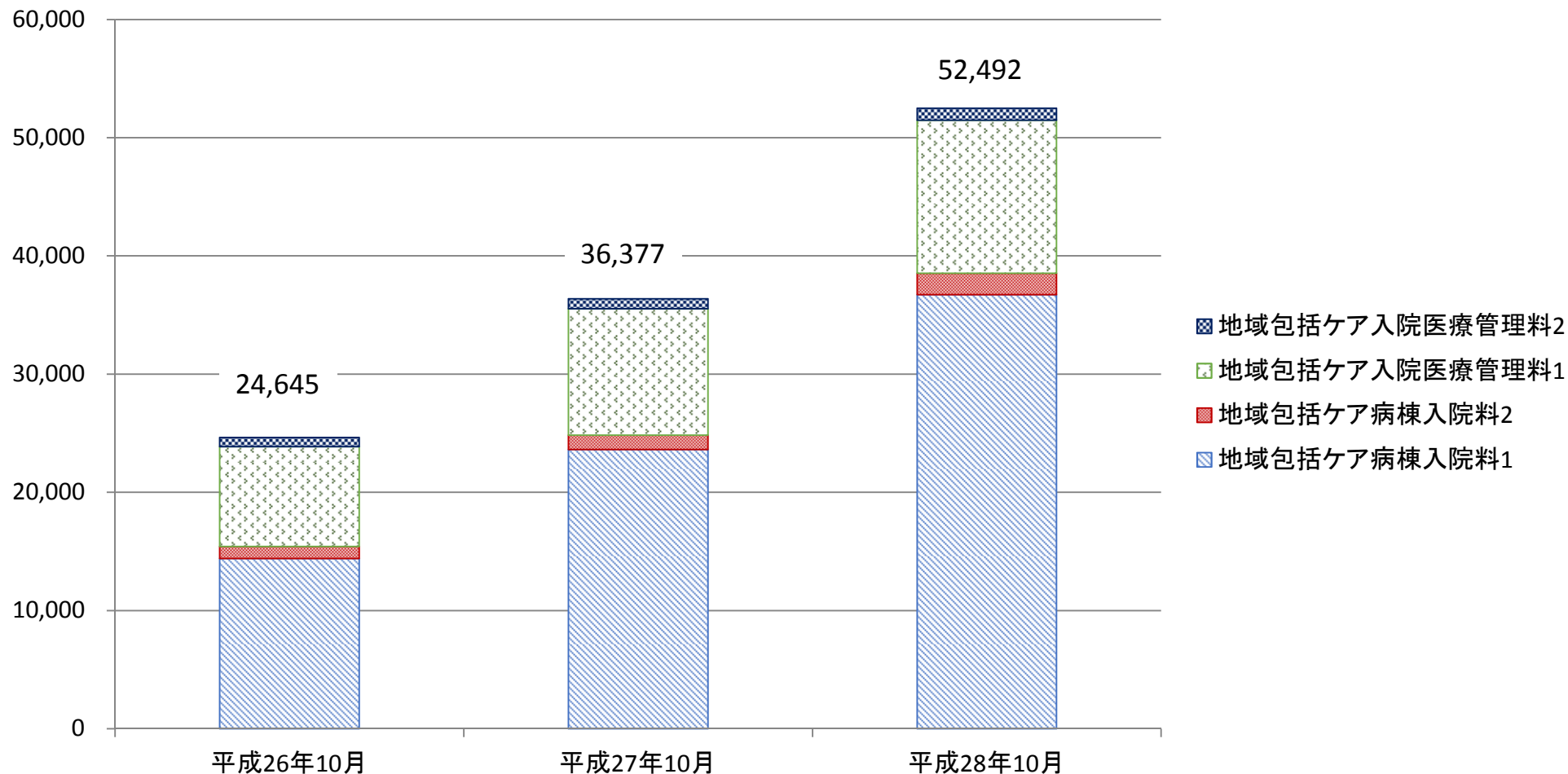
急性期

長期療養
介護等

地域包括ケア病棟の届出病床数の推移

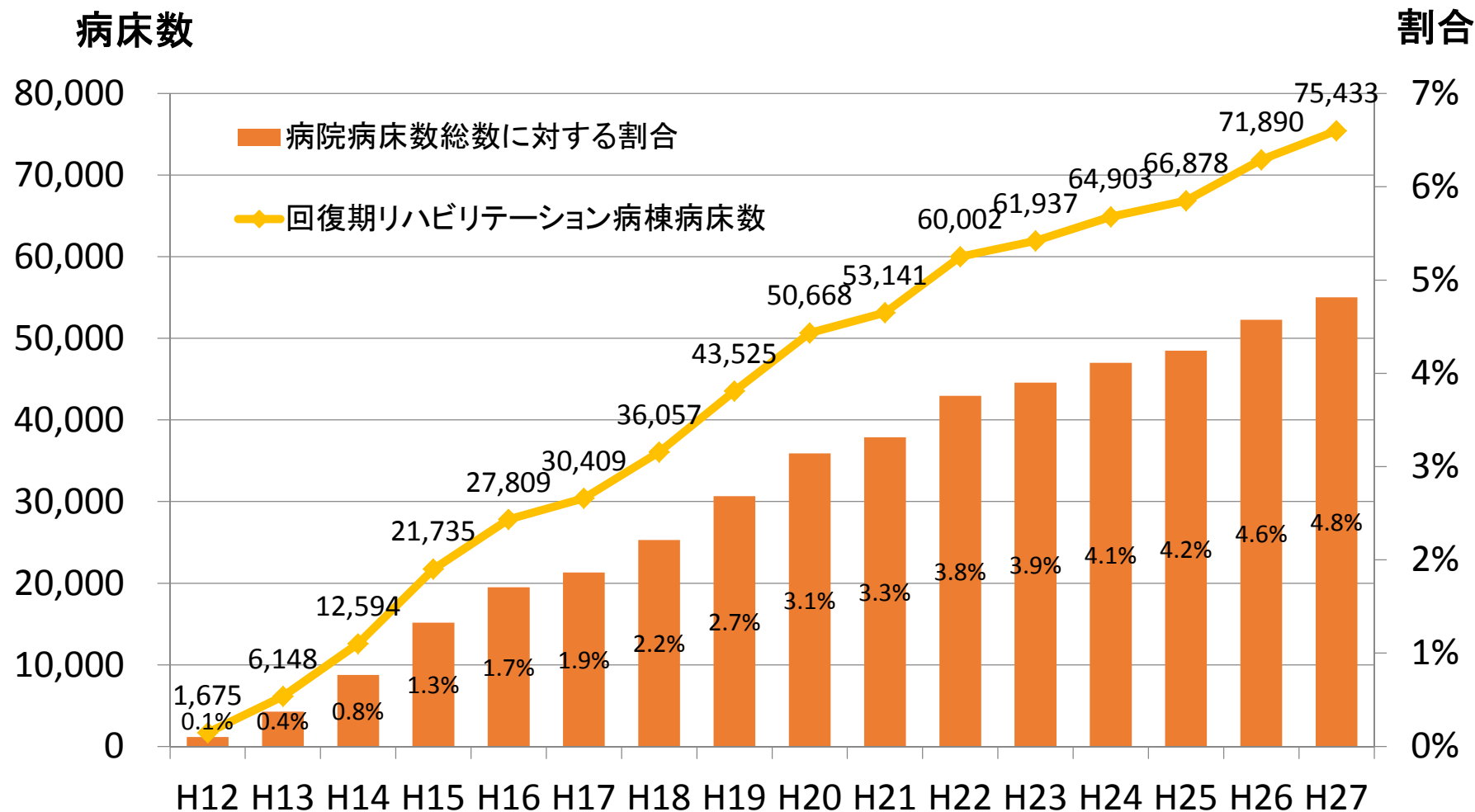
○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出病床数は増加傾向である。

(床)



回復期リハビリテーション病棟の届出病床数の推移

- 回復期リハビリテーション病棟の病床数は、直近10年でおおよそ2.5倍に増加している。

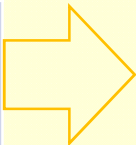


出典：平成12-27年7月1日現在 施設基準届出状況
平成12-27年医療施設(動態)調査・病院報告(毎年6月末 病院病床数)

質の高いリハビリテーションの評価等

回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

➤ 回復期リハビリテーション病棟において、アウトカムの評価を行い、一定の水準に達しない保険医療機関については、疾患別リハビリテーション料の評価を見直す。

現行		改定後
患者1人1日あたり、疾患別リハビリテーションは9単位まで出来高算定		リハビリテーションの効果に係る実績が一定の水準に達しない場合、疾患別リハビリテーションは6単位まで出来高算定（ <u>6単位を超えるリハビリテーションは入院料に包括（※）</u> ） ※急性疾患の発症後60日以内のものを除く

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーション料の一部が包括される場合

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションについて、
①提供実績を相当程度有し、②効果に係る相当程度の実績が認められない状態が、3か月ごとの集計・報告で2回連続した場合。

- 注)
- ①は過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である状態をいう。
 - ②は、実績指数（「各患者の在棟中のADLスコアの伸びの総和」を「各患者の（入棟から退棟までの日数）／（疾患毎の回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数）の総和」で割ったもの）が27未満である場合をいう。
 - ②におけるADLスコアの評価については、FIM（Functional Independence Measure）の運動項目（91点満点）を用いる。
 - ②の算出においては、ADLが高いもの（FIM運動項目76点以上）、低いもの（FIM運動項目20点以下）、高齢者（80歳以上）、認知機能の障害が大きいもの（FIM認知項目24点以下）を入棟患者の3割を超えない範囲で、また高次脳機能障害の患者（入棟患者の4割以上を占める保険医療機関に限る）を全て計算対象から除外できる。

[経過措置]

平成28年4月1日以降の入院患者を実績評価の対象とし、平成29年1月1日から実施。

療養病床の見直し

介護療養病床の廃止の経緯と新たな施設の創設

平成18年 介護療養病床の廃止決定

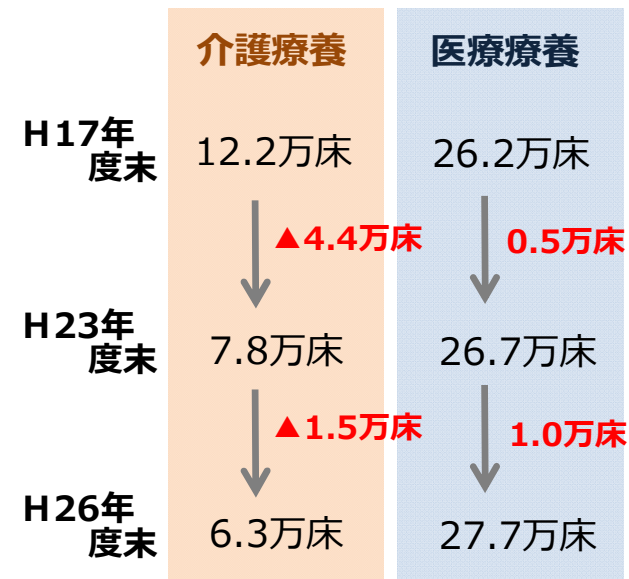
- 療養病床は、長期にわたり療養が必要な患者を入院させる病床。
- 医療保険制度改革で『療養病床の再編』（介護療養病床の平成23年度末の廃止と同病床の老健施設等への転換促進）が決定。

平成23年 介護療養病床の廃止期限の延長

- 介護療養病床の老健施設等への転換が進んでいない状況を踏まえ、介護保険法改正で、廃止期限を平成29年度末まで6年延長。

平成29年 受け皿となる新たな介護保険施設（介護医療院）の創設（法改正）

- 介護療養病床は、平成29年度末に、その廃止期限を迎える。
- 医療療養病床25対1についても、医療の必要性が高い患者に対して適切な医療を提供する観点から、地域医療構想の状況も勘案しつつ、見直し。



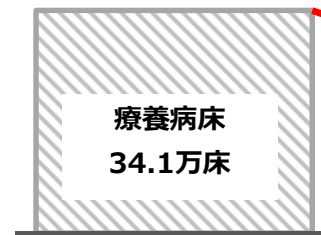
療養病床の在り方等に関する特別部会 「療養病床の在り方等に関する議論の整理」(抜粋)

平成28年12月20日

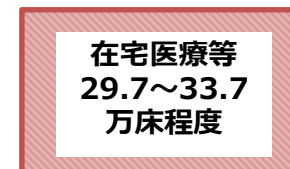
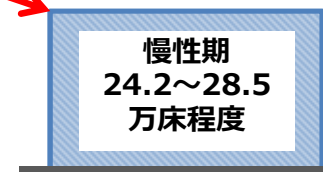
5. 療養病棟入院基本料について

- いわゆる25対1（療養病棟入院基本料2）の取扱いについては、医療療養病床の人員配置標準に係る特例の取扱いを踏まえ、より医療の必要性が高い慢性期患者に対して適切な入院医療を提供する観点から、地域医療構想に基づく地域の医療提供体制等も勘案しつつ、中央社会保険医療協議会で検討することが適当である。
- なお、現行の医療区分・ADL区分は、導入から10年が経過しており、その見直しを含めて、中央社会保険医療協議会で検討すべき、との意見もあった。

【2013年】

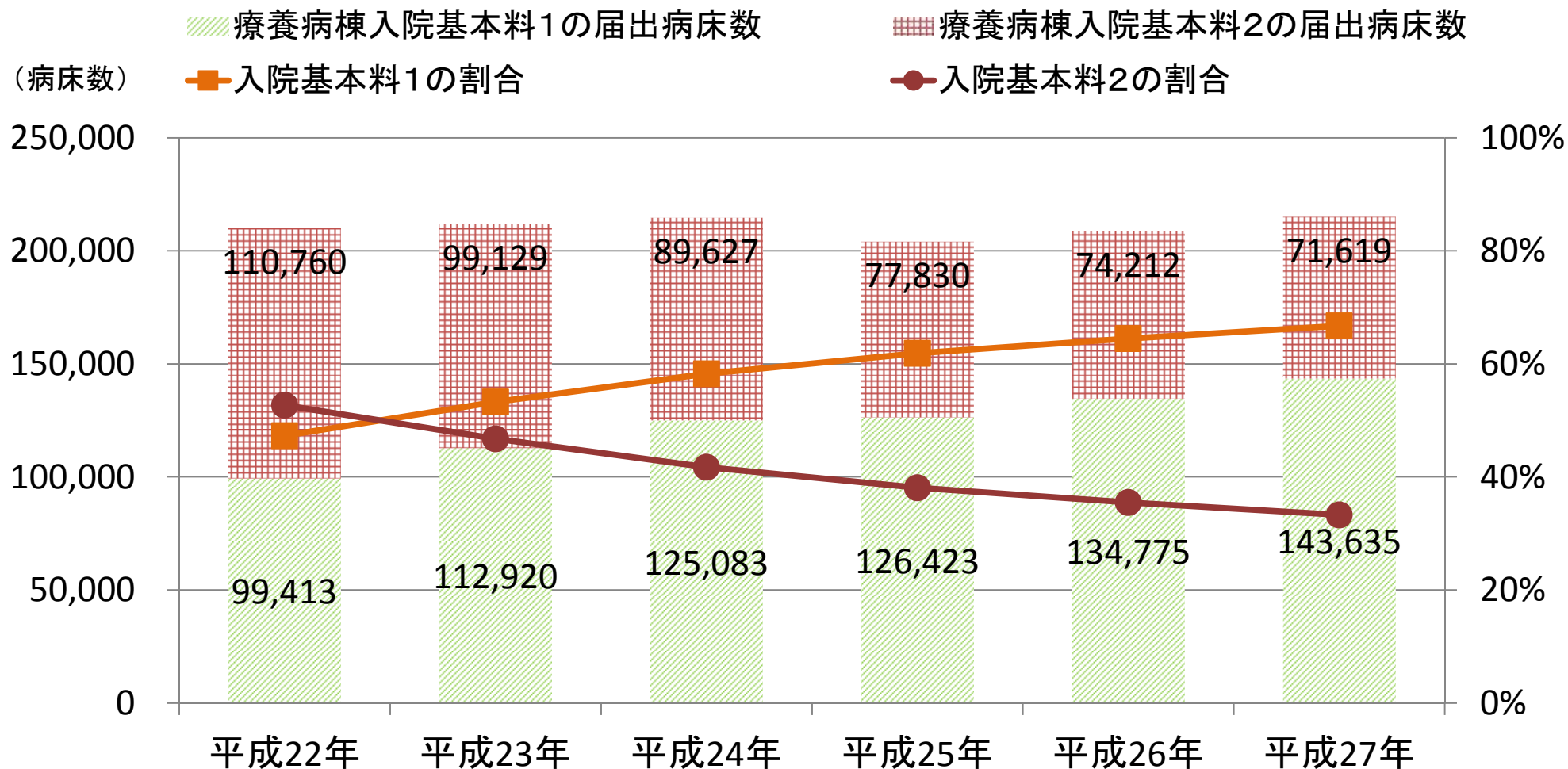


【2025年】



療養病棟入院基本料の届出病床数の推移

- 療養病棟入院基本料の届出病床数はほぼ横ばい。
- 入院基本料1（20対1）の病床数は増加傾向。



疾病の経過に応じ想定されるかかりつけ医の役割（案）

～生活習慣病を有する患者の例～

例：内服と生活習慣の改善を必要とする場合

① 日常的な医学管理と重症化予防

- 疾病教育
疾病への理解、自己管理を促す
- 生活指導
食事、運動等の生活習慣の改善を促す
- 治療方針の決定
運動療法、食事療法、薬物治療等（理学療法士、管理栄養士、薬剤師等との連携）
- 服薬管理
- 服薬指導（薬剤師との連携）
- 治療効果の評価
必要に応じ、治療方針の見直しや専門医療機関と連携し、精密検査等
- 重症化の予防、早期介入

等

例：合併症のために入院が必要な場合

② 専門医療機関等との連携

- 専門医療機関への紹介、助言
精密検査の依頼
合併症に対する治療
治療方針の見直し
追加的治療の導入
- 合併症に応じた療養指導
在宅医療を行う場合の管理や療養指導
- 急性増悪への対応
24時間対応、専門医療機関等との連携

等

例：ADLが低下し、通院が困難になった場合

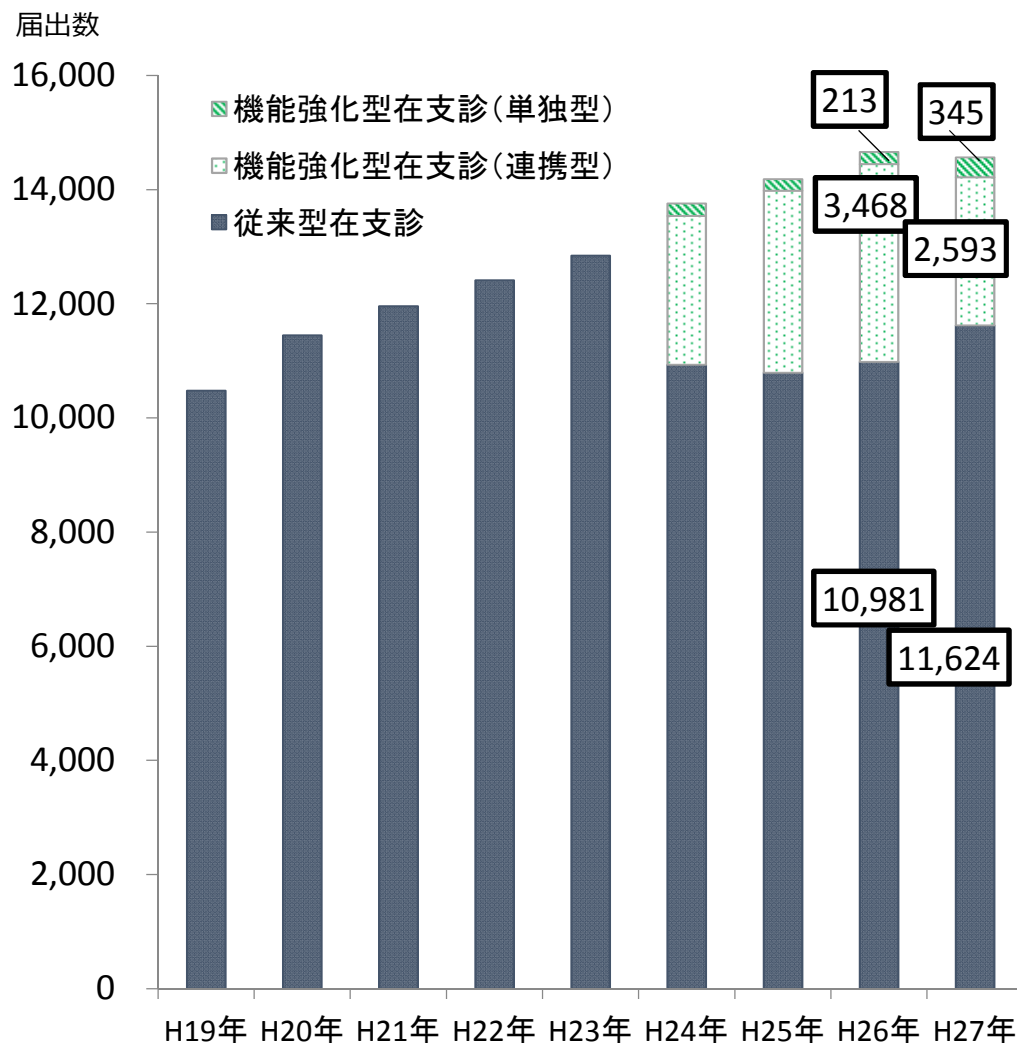
③ 在宅療養支援、介護との連携

- 在宅医療を行う場合の管理や療養指導
- 服薬管理
- 服薬指導（薬剤師との連携）
- 要介護状態等に応じた療養指導
- 介護との連携
主治医意見書の作成
介護支援専門員との連携
- 急性増悪への対応
24時間対応、専門医療機関との連携
- 看取り支援

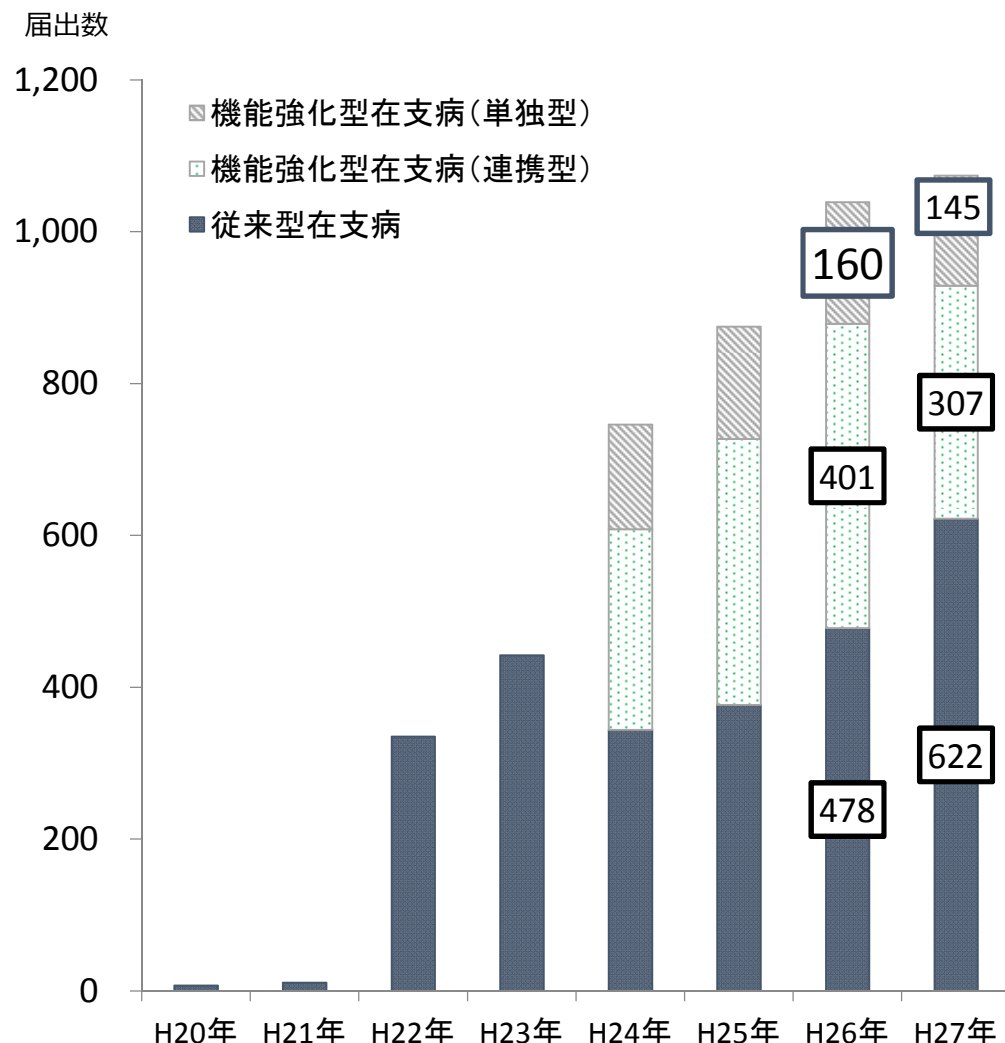
等

在宅療養支援診療所・病院の届出数の推移

＜在宅療養支援診療所届出数＞



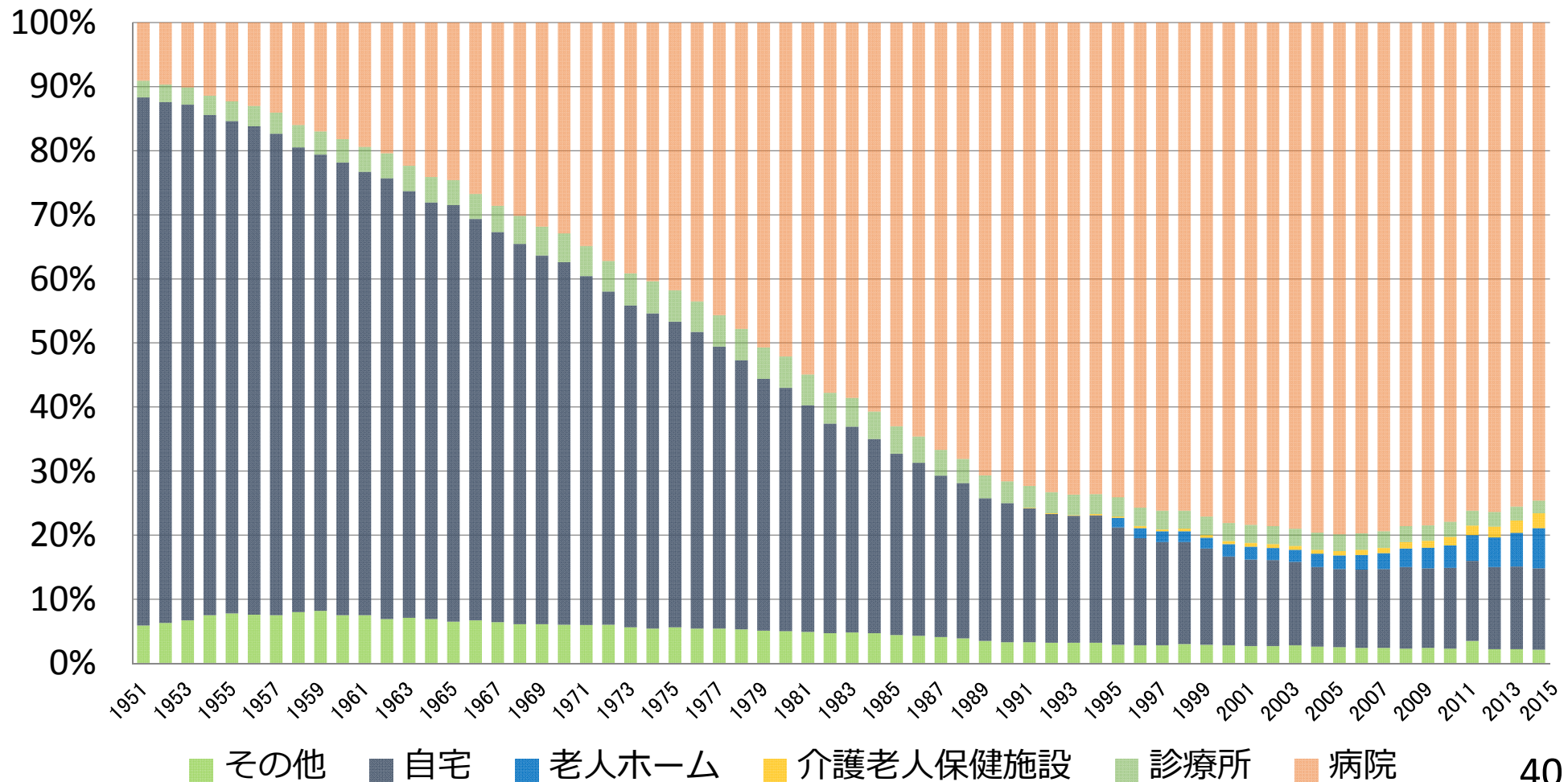
＜在宅療養支援病院届出数＞



看取りに関わる状況 死亡の場所（年次推移）

- 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。

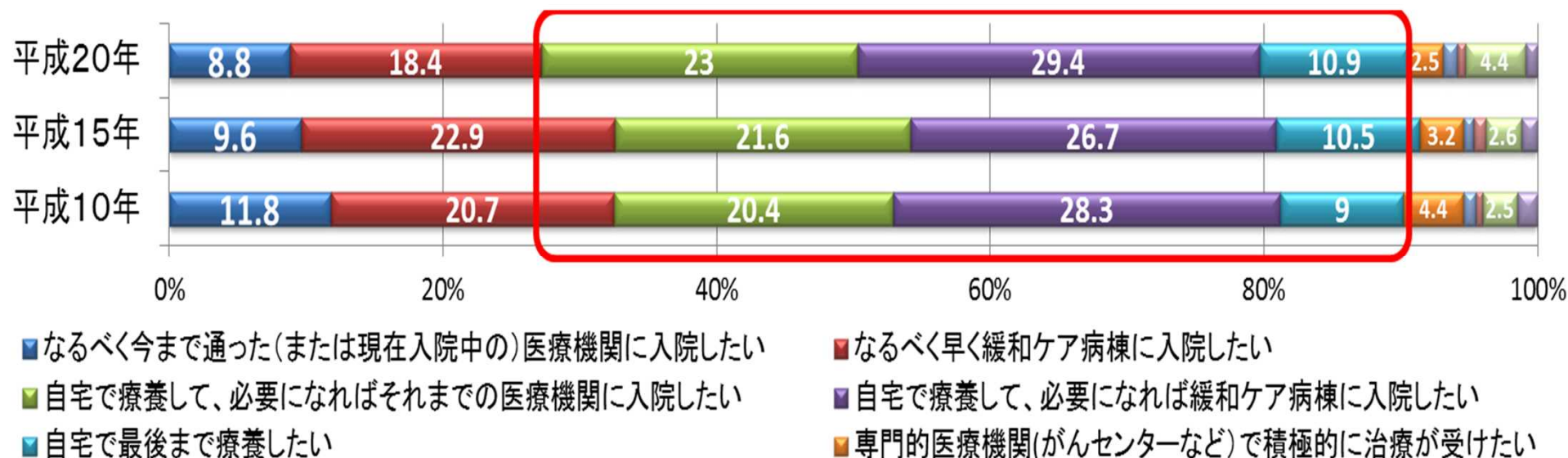
死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率



国民の意識 終末期の療養場所について

- 一般国民において「自宅で最後まで療養したい」と回答した者の割合は約 1 割であった。自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、約 6 割の国民が「自宅で療養したい」と回答した。

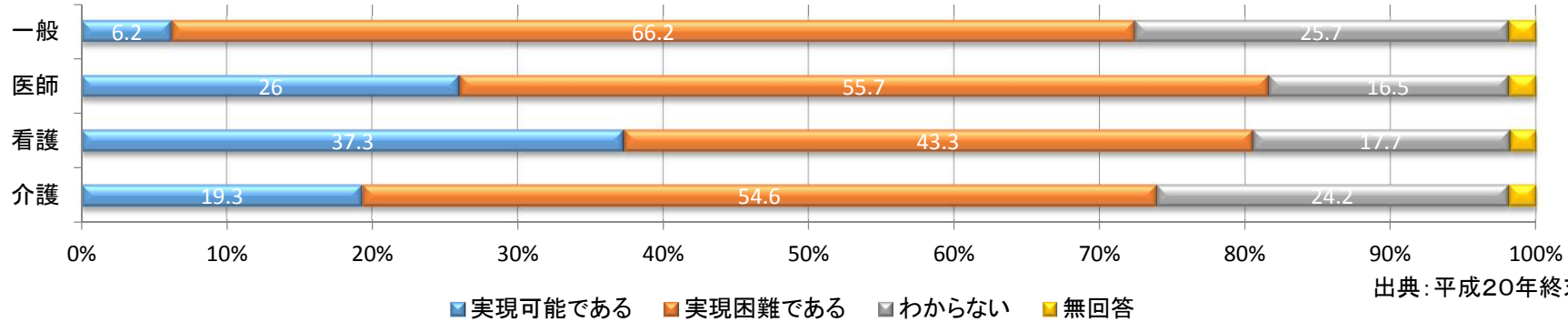
■終末期の療養場所に関する希望



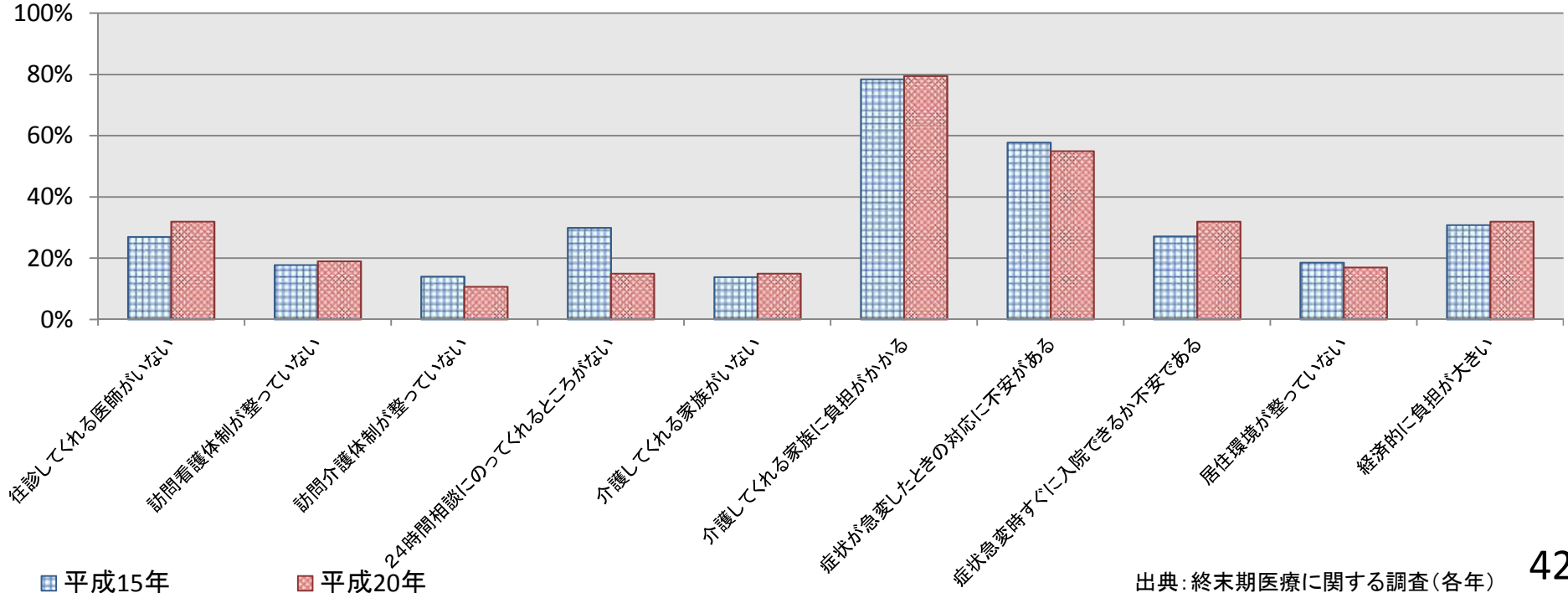
国民の意識 終末期医療に関する調査の概要

■ 自宅での療養：60%以上の国民が、最期まで自宅での療養は困難と考えている。

「実現可能である」と回答した者の割合は一般国民（6%）よりも医療福祉従事者が上回った（医師26%、看護師37%、介護士19%）



■ 自宅で最期まで療養することが困難な理由（複数回答）

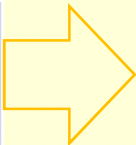


新しいニーズにも対応できる
安心・安全で質の高い医療を実現・充実する視点

質の高いリハビリテーションの評価等

回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

➤ 回復期リハビリテーション病棟において、アウトカムの評価を行い、一定の水準に達しない保険医療機関については、疾患別リハビリテーション料の評価を見直す。

現行		改定後
患者1人1日あたり、疾患別リハビリテーションは9単位まで出来高算定		リハビリテーションの効果に係る実績が一定の水準に達しない場合、疾患別リハビリテーションは6単位まで出来高算定（ <u>6単位を超えるリハビリテーションは入院料に包括（※）</u> ） ※急性疾患の発症後60日以内のものを除く

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーション料の一部が包括される場合

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションについて、
①提供実績を相当程度有し、②効果に係る相当程度の実績が認められない状態が、3か月ごとの集計・報告で2回連続した場合。

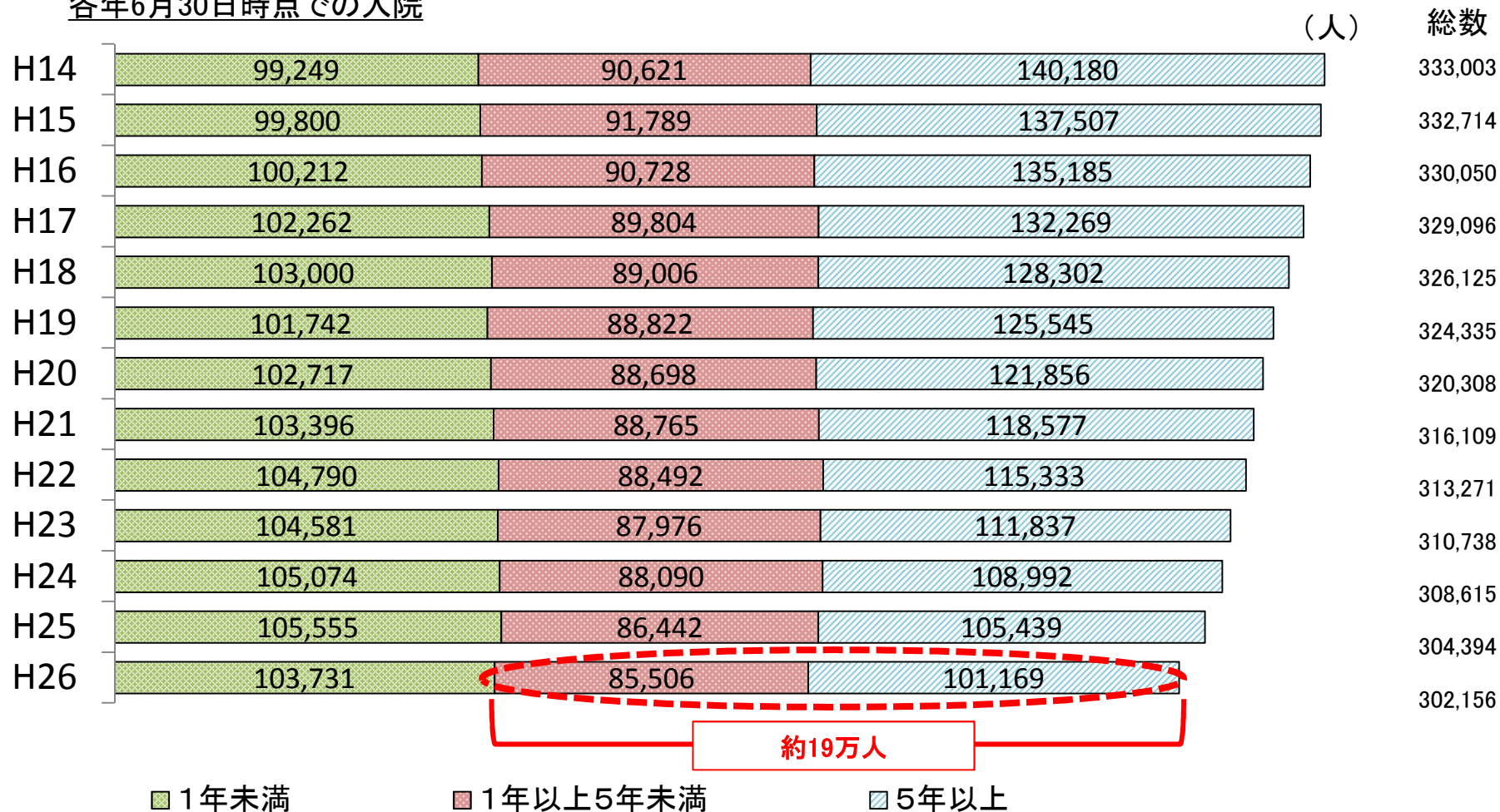
- 注)
- ①は過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である状態をいう。
 - ②は、実績指数（「各患者の在棟中のADLスコアの伸びの総和」を「各患者の（入棟から退棟までの日数）／（疾患毎の回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数）の総和」で割ったもの）が27未満である場合をいう。
 - ②におけるADLスコアの評価については、FIM（Functional Independence Measure）の運動項目（91点満点）を用いる。
 - ②の算出においては、ADLが高いもの（FIM運動項目76点以上）、低いもの（FIM運動項目20点以下）、高齢者（80歳以上）、認知機能の障害が大きいもの（FIM認知項目24点以下）を入棟患者の3割を超えない範囲で、また高次脳機能障害の患者（入棟患者の4割以上を占める保険医療機関に限る）を全て計算対象から除外できる。

[経過措置]

精神科入院患者の現状

○ 精神疾患による入院患者の在院期間は、1年以上が約19万人、うち5年以上が約10万人である。

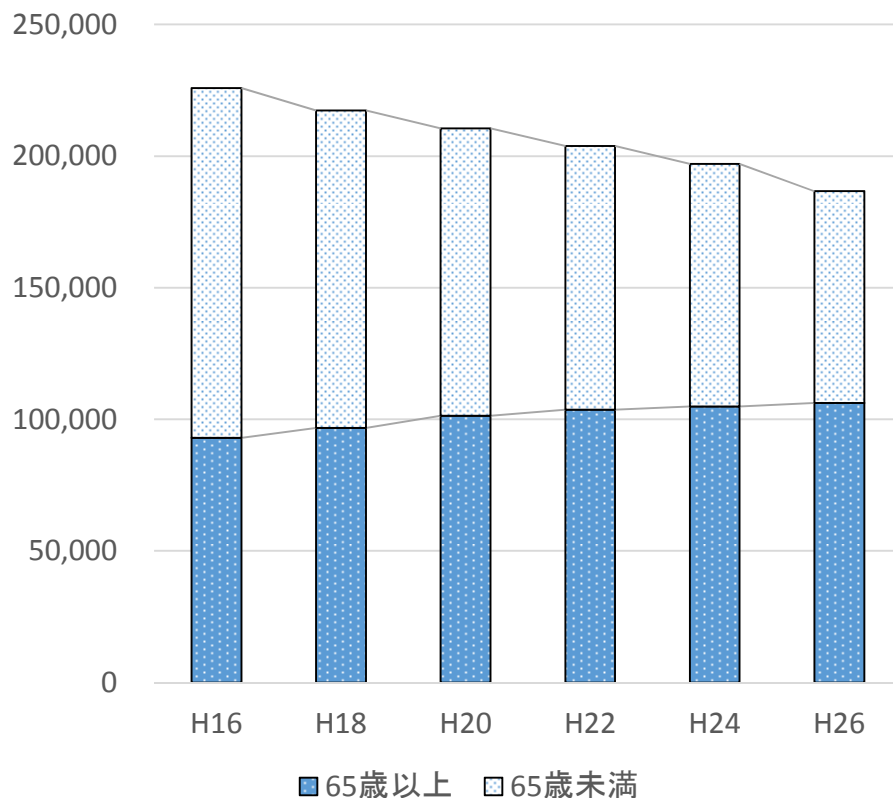
各年6月30日時点での入院



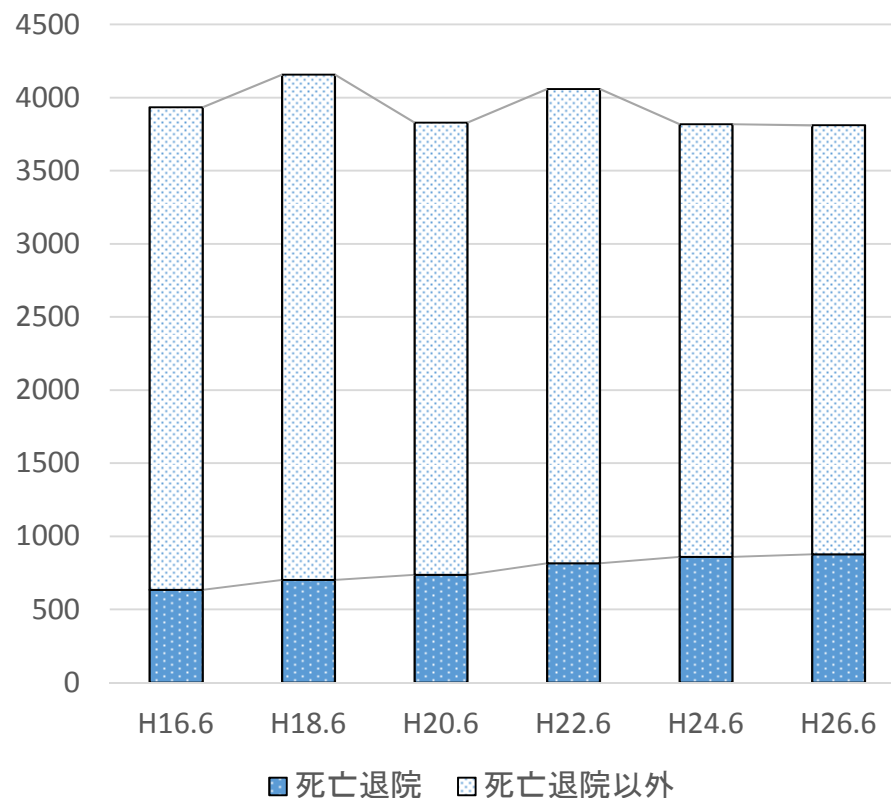
精神科長期入院患者の現状

- 入院期間が1年以上の患者は減っているが、65歳以上の高齢者に限るとその数は増加している。
- 入院期間が1年以上の患者の退院のうち、死亡退院の数は増加している。

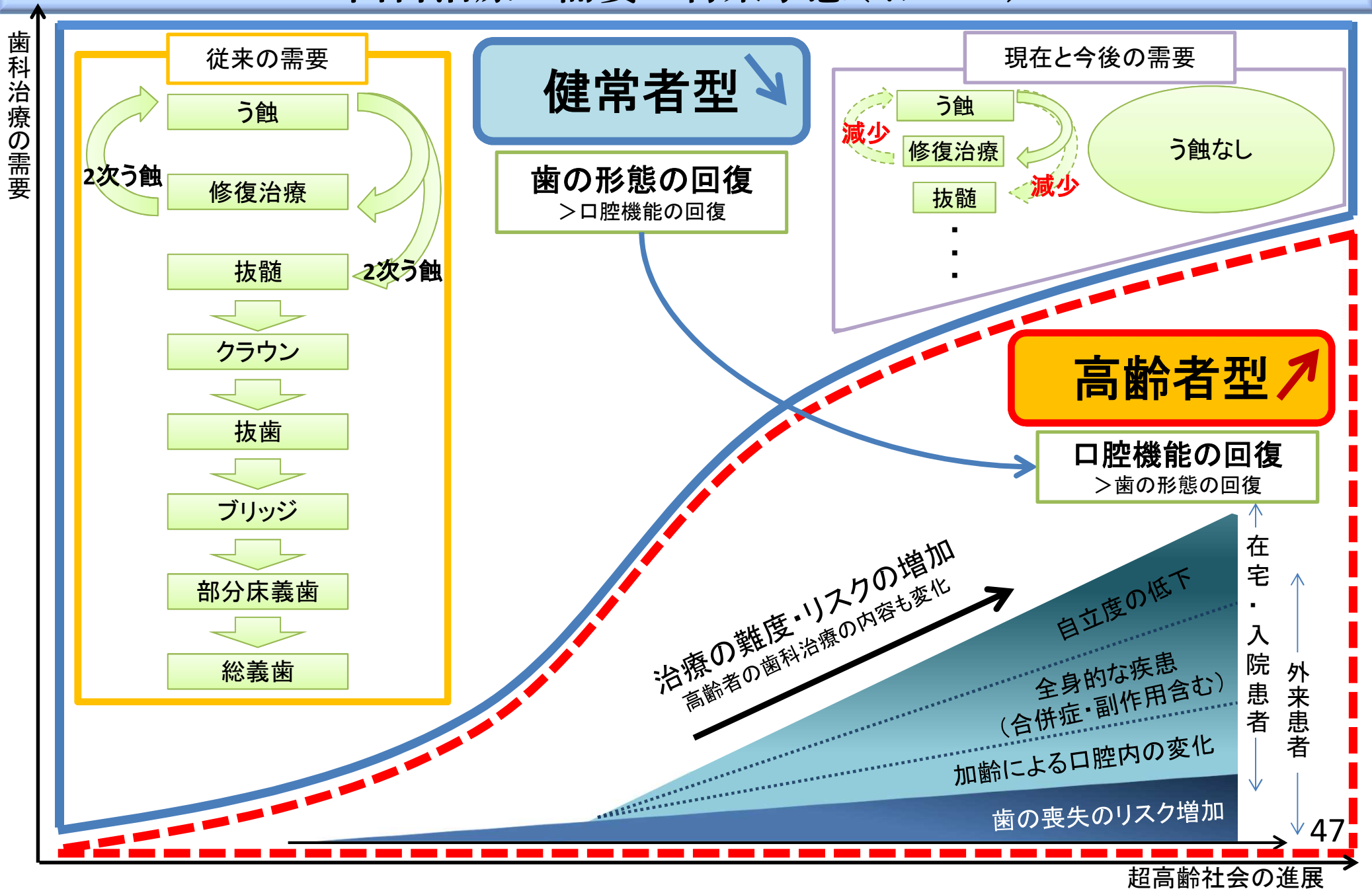
1年以上入院している患者数の推移



1年以上入院していた患者の退院数



歯科治療の需要の将来予想(イメージ)



● 近年の歯科保健医療を取り巻く状況の変化

- ・高齢化の進展等の人口構造の変化
- ・う蝕の減少等の疾病構造の変化
- ・ITの普及等による患者意識の変化
- ・歯科治療技術の向上

1980年



口腔内症状の発現に伴い歯科診療所を受診



歯科診療所
(歯学部附属病院等と適宜連携)



【患者の特性とその対応】

う蝕等の歯科疾患に対する、う蝕処置、拔牙、補綴治療などの歯の形態回復を目的としつつ、歯科医療機関完結型の歯科医療の提供が主体

2010年



歯科診療所
(歯学部附属病院等と適宜連携)



連携



医科医療機関



介護保険施設

【患者の特性とその対応】

う蝕が減少する一方で、高齢化の進展や疾病構造の変化等に伴い、患者の病態像に応じた歯科医療ニーズが高まってきた。

2025年（イメージ）

歯科診療所
(歯学部附属病院等と適宜連携)

地域住民を主体として、各関係機関が連携を強化



医科医療機関



介護保険施設

各ライフステージや様々な身体状況など、患者像に応じた、きめ細やかな歯科保健サービスへの転換



地域包括支援センター
(高齢者の地域ケアの中核拠点)

【患者の特性とその対応】

今後、より一層の高齢化が進展する中で、住民のニーズに応えるために、医科医療機関や地域包括支援センター等との連携を含めた地域完結型医療の中の歯科医療の提供体制の構築が予想される。

歯の形態回復を主体とした医療機関完結型の歯科医療



歯の形態回復に加え、口腔機能の維持・回復の視点も含めた

地域包括ケア(地域完結型医療)における歯科医療提供体制の構築へ

新しいう蝕の発生と フォローアップ回数に関連

- 歯科診療所に通院している2～18歳を対象とした調査において、フォローアップ回数が10回を超えると1回と比較して、有意に新しいう蝕ができにくくなっていた。

フォローアップの回数

1回	1.0	
2-4回	0.608	p=0.134
5-9回	0.415	p=0.065
10回以上	0.473	p=0.010

対象: 2002年から2008年に歯科診療所に通院している
2歳から18歳の651人
分析方法: 「新しくできたむし歯の数」を目的変数として
ロジスティック回帰分析を実施

かかりつけ歯科医の有無と 現在歯数との関連

- 65歳以上の高齢者を対象とした調査において、3年以上同じ「かかりつけ歯科医」がいない者は現在歯数20本未満となるリスクが高くなっていた。

現在歯数が20本未満と関連する要因

	男性	女性
3年以上 同じかかりつけ 歯科医	あり 1.0 なし 10.21 (3.06～34.08)	1.0 6.66 (1.43～30.97)

対象: 65歳以上の高齢者
現在歯数19本以下の高齢者79人(男性19人、女性60人)
現在歯数20本以上の高齢者85人をコントロール
調査方法: 質問紙調査
※「かかりつけ歯科医」: 「かかりつけの歯医者(3年以上同じ)がありますか」
の問いに対して「はい」「いいえ」で回答する形式により把握。

かかりつけ歯科医機能の評価

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準

- (1) 過去1年間に歯科訪問診療1又は2、歯周病安定期治療及びクラウン・ブリッジ維持管理料を算定している実績があること。
- (2) ①偶発症に対する緊急性の対応、医療事故及び感染症対策等の医療安全対策に係る研修、②高齢者の心身の特性、口腔機能の管理及び緊急時対応等に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (3) 歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ一名以上配置されていること。
- (4) 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。
- (5) 当該診療所において、迅速に歯科訪問診療が可能な歯科医師をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名連絡先電話番号等について、事前に患者等に対して説明の上、文書により提供していること。
- (6) 当該地域において、在宅医療を担う保険医療機関と連携を図り、必要に応じて、情報提供できる体制を確保していること。
- (7) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスの連携調整を担当する者と連携していること。
- (8) 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な感染症対策を講じていること。
- (9) 感染症患者に対する歯科診療について、ユニットの確保等を含めた診療体制を常時確保していること。
- (10) 歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯の切削時等に飛散する細かな物質を吸引できる環境を確保していること。
- (11) 患者にとって安心して安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等を有していること。
 - ①自動体外式除細動器(AED)、②経皮的酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)、③酸素供給装置、④血圧計、⑤救急蘇生セット、⑥歯科用吸引器

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出施設数（H29年4月1日現在）：7,031施設

※H28.5.1時点：2,636施設

（参考：平成28年4月1日現在 歯科保険医療機関数（診療所）：69,618施設 保険局医療課調べ

かかりつけ歯科医機能の評価

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の評価

➤ う蝕の重症化予防の評価

(新) エナメル質初期う蝕管理加算 **260点** ※歯科疾患管理料の加算

【算定要件】

- ・患者の同意を得て管理等の内容について説明を行った上で、フッ化物歯面塗布を実施
- ・必要に応じて、プラークコントロール、機械的歯面清掃又はフッ化物洗口の指導を実施
- ・管理対象部位について、口腔内カラー写真の撮影による評価を行った場合に算定

➤ 歯周病の重症化予防の評価

(新) <u>歯周病安定期治療(Ⅱ)</u>	<u>1歯以上10歯未満</u>	380点
	<u>10歯以上20歯未満</u>	550点
	<u>20歯以上</u>	830点

【算定要件】

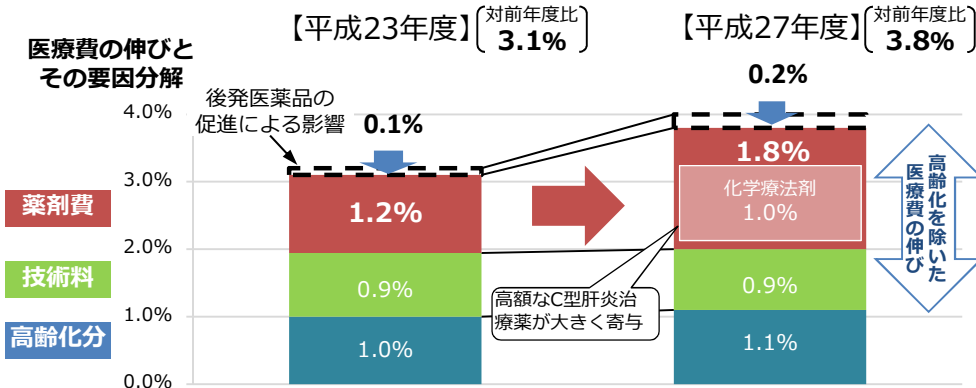
- ・一連の歯周病治療後、一時的に症状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、歯周病検査、口腔内写真検査、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃処置等の継続的な治療を開始した場合、月1回を限度として算定
- ・開始に当たって、歯周病検査(歯周精密検査)を行い、症状が一時的に安定していることを確認
- ・歯周病検査の結果の要点や歯周病安定期治療の治療方針等について管理計画書を作成し、文書により患者等に対して提供し、当該文書の写しを診療録に添付した場合に算定
- ・歯周病安定期治療(Ⅱ)の算定に当たっては、口腔内カラー写真の撮影を実施

➤ 口腔機能低下の重症化予防の評価

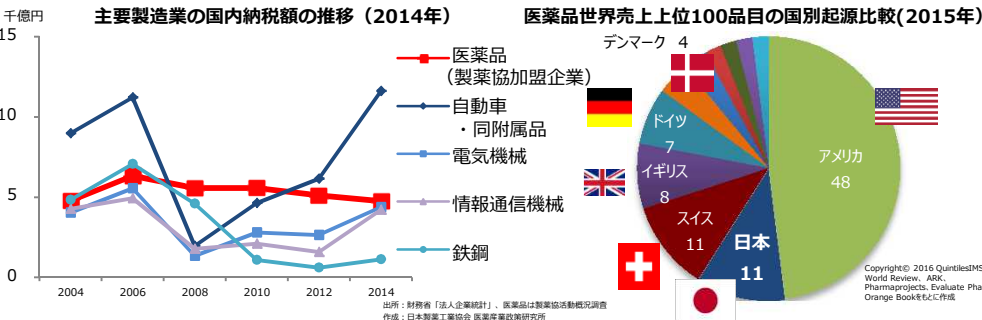
(新) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の加算 **100点**

- より良い医療を効率的に提供するとともに、経済再生と財政健全化の一体的な実現にも資するため、公的医療保険における**薬価制度や調剤報酬等の抜本的見直しを強力に推進**

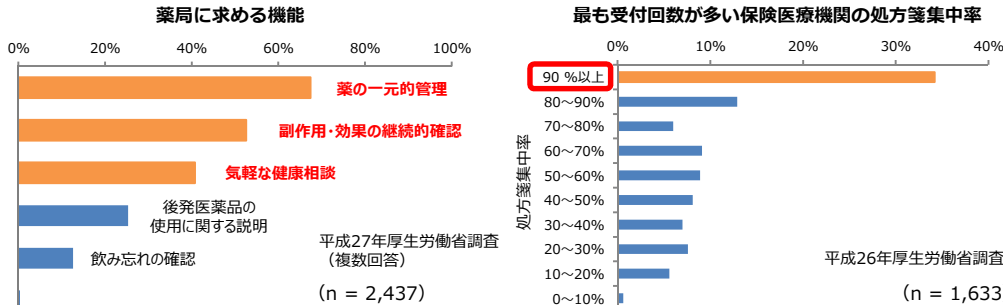
医療費の伸び(高齢化分を除く)の半分以上は薬剤費



医薬品産業には、成長戦略の柱としての期待が掛かる



現在の薬局の多くは、求められる役割を十分に果たせていない



薬価制度の抜本改革

- ◆ 「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」(平成28年12月20日関係4大臣決定) に基づき、薬価制度の抜本改革を推進

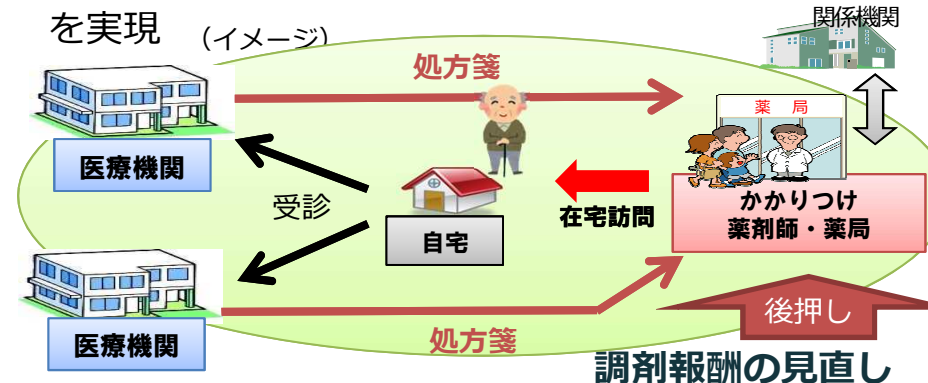
国民皆保険の持続性
+
イノベーションの推進

国民負担の軽減
+
医療の質の向上

- ① 実勢価格・量を機動的に少なくとも年1回薬価に反映
- ② 現行の薬価算定方式の更なる改善
- ③ 医薬品産業について、より高い創薬力を持つ産業構造に転換

地域包括ケアの一翼を担うかかりつけ薬剤師・薬局

- ◆ 「患者のための薬局ビジョン」(平成27年10月23日厚生労働省)等を踏まえ、地域で暮らす患者本位の医薬分業を実現 (イメージ)

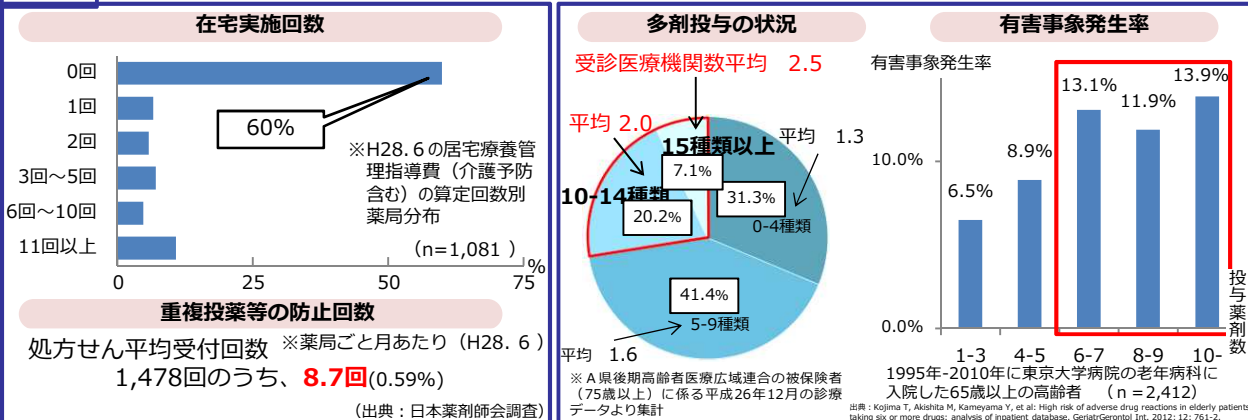


患者本位の医薬分業の実現に向けた薬局・薬剤師業務の推進

- 調剤報酬の抜本的な見直しを進め、**患者にとって付加価値のある業務の評価へシフト**
- リフィル処方への対応、重複投薬の防止、後発医薬品の使用促進等を進め、**医療費適正化にも貢献**

かかりつけ機能の推進と重複投薬の防止

課題 ① 服薬情報の一元的・継続的な把握 ② 高齢者等への重複投薬



よりメリハリの効いた薬局の評価

(現状) いわゆる門前薬局・門内薬局の存在

(現状のイメージ)	かかりつけ薬剤師	かかりつけになれていない	いわゆる門前	いわゆる門内	院内(外来)
一元的かつ継続的把握	受けやすい				受けづらい
重複投薬の防止	受けやすい				受けづらい
備蓄等の業務効率性	図りづらい				図りやすい
調剤に係る報酬	178点	114 ~126点	105 ~110点	105 ~110点	27点
処方受付件数	1%程度	多数	10%程度	10%程度	30%程度

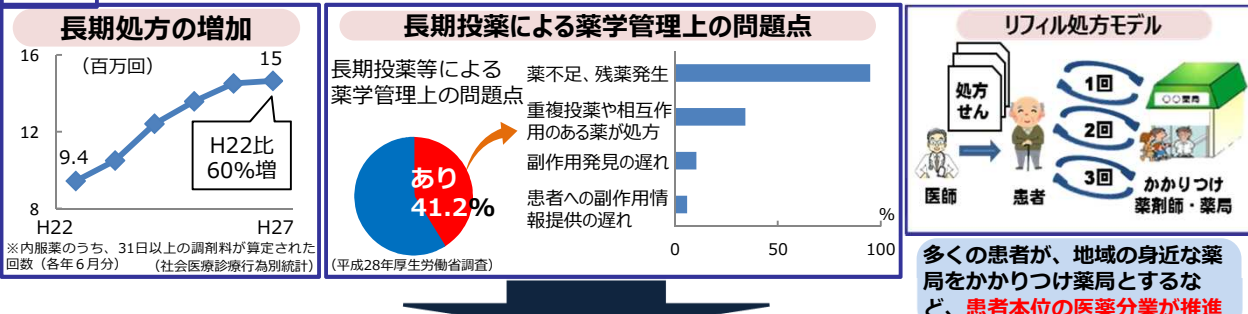
※7日分処方の場合(薬剤料含まず)

- 院内での調剤との違いも考慮し、**薬局が果たすべき機能に応じた評価をさらに進める**

* その他、数量シェアの達成目標に沿った、**後発医薬品使用促進体制の評価の見直し**を検討

リフィル処方（反復使用できる処方せん）による患者本位の医薬分業の実現

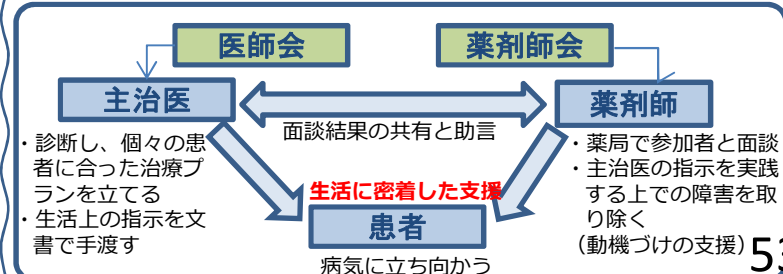
課題 処方日数が伸びる中、長期投薬時の服薬アドヒアランス向上や残薬削減



<参考> 薬局の糖尿病性腎症重症化予防の試行的取組

- 薬局薬剤師が、かかりつけ医と連携し、服薬や生活習慣等に関する保健指導を6か月にわたり実施
- 効果（腎症ステージの変化）：改善25%、維持75%等

(出典：対馬市の例)



「患者のための薬局ビジョン」～「門前」から「かかりつけ」そして「地域」へ～

平成27年10月23日
厚生労働省公表資料改変

○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。

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④

心臓ペースメーカー等の遠隔モニタリングの評価

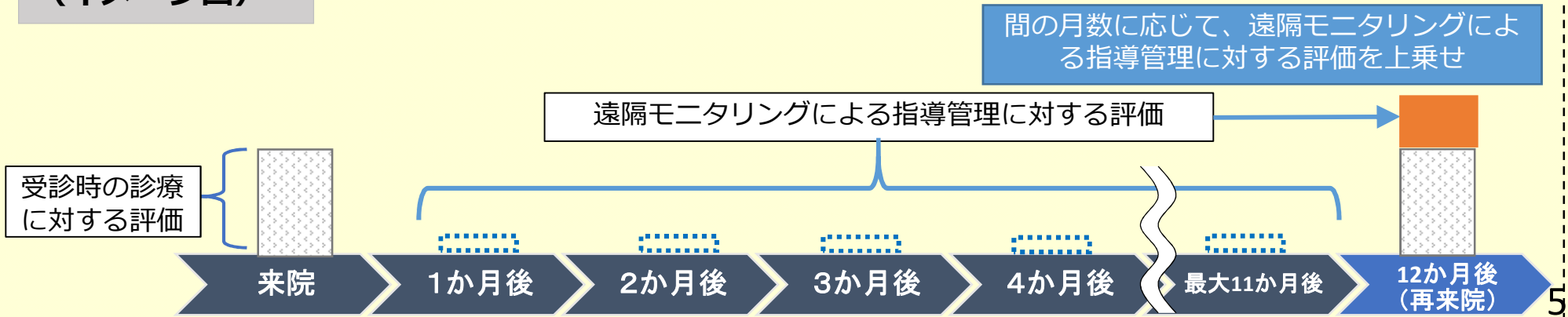
➤ 遠隔モニタリングによる心臓ペースメーカー指導管理の評価について、医療機器の取扱いや新たなエビデンスに応じて評価を見直す。

現行	
心臓ペースメーカー指導管理料	
イ 遠隔モニタリングによる場合	550点
ロ 着用型自動除細動器による場合	360点
ハイ又はロ以外の場合	360点



改定後	
心臓ペースメーカー指導管理料	
<u>(削除)</u>	
イ 着用型自動除細動器による場合	360点
ロ イ以外の場合	360点
<u>注5 ロを算定する患者について、前回受診月の翌月から今回受診月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、60点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、11月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。</u>	

(イメージ図)



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）

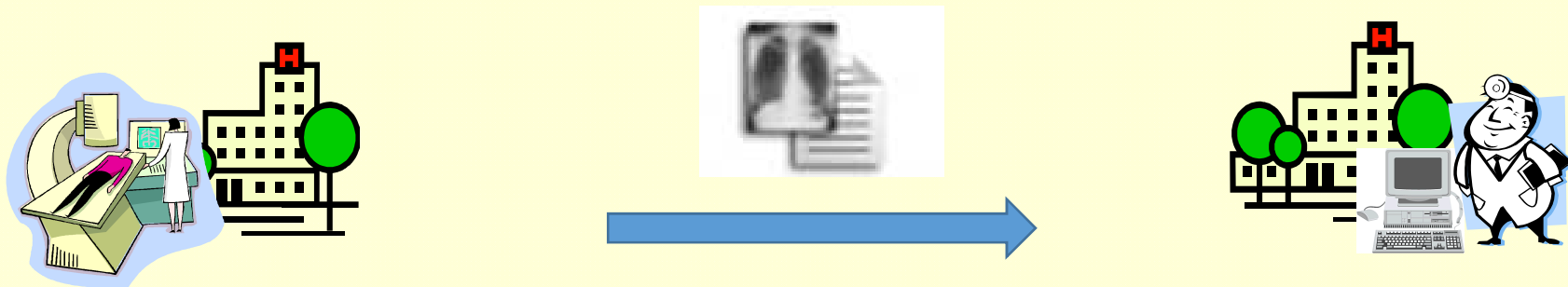
イ 退院患者の場合 200点

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。

医療従事者の負担を軽減し、
働き方改革を推進する視点

1週間の労働時間が週60時間を超える雇用者の割合

すべての雇用者（年間就業日数200日以上・正規職員）について、1週間の労働時間の実績を見ると、60時間を超える者が、雇用者全体の14%となっている。

これを職種別に見ると、**医師（41.8%）が最も高い割合**となっている。（次いで、自動車運転従事者（39.9%））

	計	管理的職業従事者	専門的・技術的職業従事者	研究者	医師（歯科医師、獣医師を除く）	看護師（准看護師を含む）	教員	事務従事者	販売従事者	サービス職業従事者	生活衛生サービス職業従事者	飲食物調理従事者	保安職業従事者	農林漁業従事者	生産工程従事者	輸送・機械運転従事者	自動車運転従事者	建設・採掘従事者	運搬・清掃・包装等従事者	分類不能の職業
1週間の労働時間が60時間超の雇用者の割合	14.0 %	13.3 %	13.7 %	11.2 %	41.8 %	5.4 %	23.6 %	7.1 %	20.0 %	18.3 %	35.1 %	34.4 %	18.5 %	18.7 %	10.4 %	30.8 %	39.9 %	16.9 %	15.0 %	17.2 %

医療従事者の負担軽減・人材確保について

脳卒中ケアユニット入院医療管理料の医師配置要件の見直し

- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準に規定する医師配置要件の経験年数について、夜間休日に当該医療機関の外にいる医師が迅速に診療上の判断ができる場合には、経験年数を一定程度緩和する。

現行(医師の配置要件)

当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師が常時1名以上いる。



改定後(医師の配置要件)

保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師が常時1名以上いる。ただし、夜間又は休日であって、当該保険医療機関外にいる医師が院外から迅速に診療上の判断を支援する体制が確保されている場合に限り、当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を3年以上有する専任の医師が常時1名以上いればよいこと。

画像診断管理加算の夜間等における負担軽減

- 画像診断管理加算について、当該医療機関の常勤の医師が夜間休日に撮影した画像を、送受信を行うにつき十分な環境で自宅等で読影した場合も、院内での読影に準じて扱うこととする。

[画像診断管理加算の施設基準]

夜間又は休日に撮影された画像について、専ら画像診断を担当する医師が、自宅等当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。

※電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

遠隔診療に関する診療報酬

◆ 医師と医師（D to D）

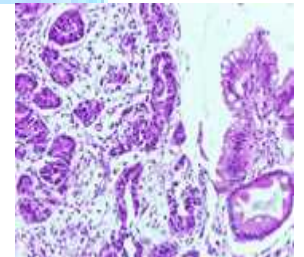
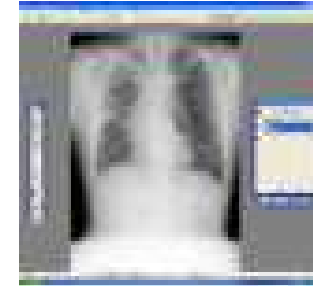
専門的な知識を持って遠隔的に画像診断を行うなど、患者に対する医療サービスが向上している場合は、診療報酬上の評価

・ 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。

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④

心臓ペースメーカー等の遠隔モニタリングの評価

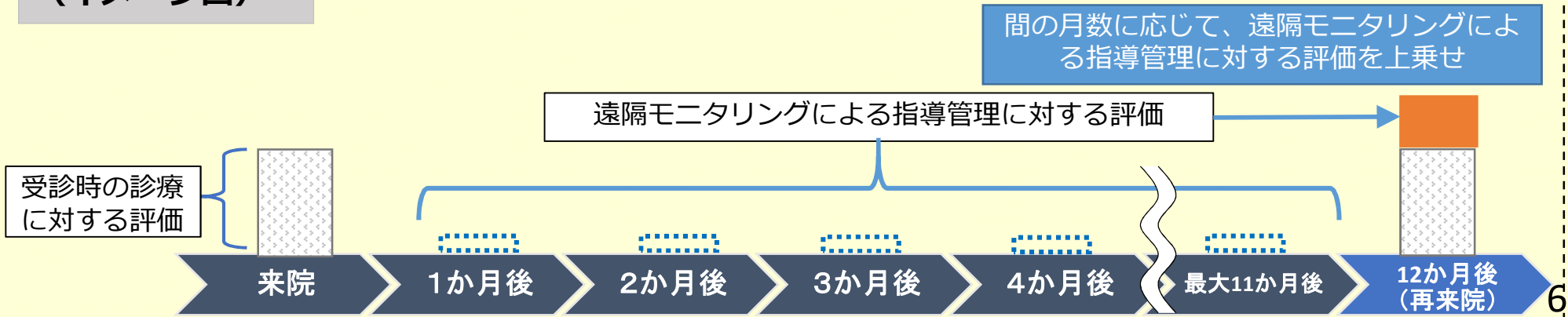
➤ 遠隔モニタリングによる心臓ペースメーカー指導管理の評価について、医療機器の取扱いや新たなエビデンスに応じて評価を見直す。

現行	
心臓ペースメーカー指導管理料	
イ 遠隔モニタリングによる場合	550点
ロ 着用型自動除細動器による場合	360点
ハイ又はロ以外の場合	360点



改定後	
心臓ペースメーカー指導管理料	
<u>(削除)</u>	
イ 着用型自動除細動器による場合	360点
ロ イ以外の場合	360点
<u>注5 ロを算定する患者について、前回受診月の翌月から今回受診月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、60点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、11月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。</u>	

(イメージ図)



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）

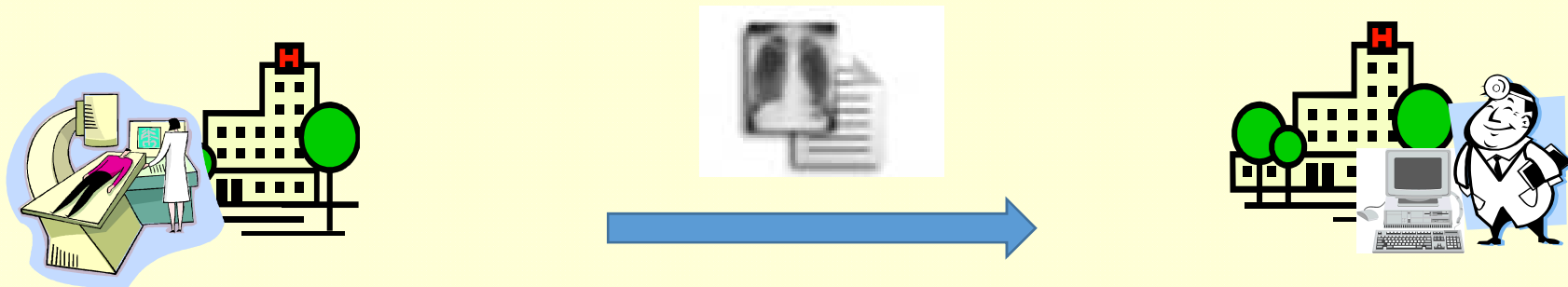
イ 退院患者の場合 200点

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：かかりつけ医による効率的な医療の提供

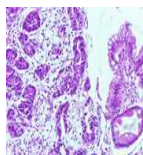
- 最新の技術進歩を取り入れることで、**医療の質や生産性が向上するよう、診療報酬上の評価**を行っていく。
- 例えば、対面診療と適切に組み合わせて提供することで、**かかりつけ医による日常的な健康指導や疾病管理が飛躍的に向上**。慢性疾患の重症化予防等の領域で活用。

画像の質の向上等の技術進歩

診療報酬における評価

〔医師対医師〕

例) ・遠隔画像診断 ・遠隔病理診断



〔医師対患者〕

例) 心臓ペースメーカー等の遠隔モニタリング

更なる技術革新
提供サービスの多様化

2018（平成30）年度改定に向けて、診療報酬上の評価。

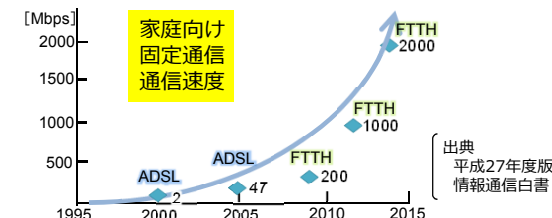
- (例)
- ・オンライン診察を組み合わせた糖尿病等の生活習慣病患者の効果的な指導・管理
 - ・血圧、血糖等の遠隔モニタリングを活用した、早期の重症化予防

さらに有効性・安全性等に関する知見を集積し、2020（平成32）年度以降の改定でも更に反映。

〔解像度の向上〕



〔データ転送速度の向上〕



介護ロボット：厚労省が現場とともに「受け身」から「攻め」の開発へ転換

- 現場主導の開発と普及の加速化により、**利用者の生活の質の維持・向上**と**介護者の負担軽減**を実現する。

厚労省

〔ロボット開発の司令塔〕
現場ニーズの蓄積・
開発のコーディネート

〔現場主導の開発への転換〕

■利用者・介護者双方の視点で開発スタート

- 企業・現場関係者が協議する10の開発プロジェクト

■企業主導から現場主導の開発へ転換

- 現場ニーズと開発シーズをつなぎ、プロジェクトを強力に牽引する「プロジェクトコーディネーター」を育成・配置
- 2018年度からの新たな開発戦略を検討

〔普及の加速化〕

■導入支援の進展と導入効果の実証・評価

- 約5000事業所に約50種類のロボットを導入済 (例) 見守り、移乗支援等のためのロボット
- 利用者の生活状況の把握を中心に効果実証

■さらなる導入と活用の促進

- 実証結果を踏まえ、2018（平成30）年度介護報酬改定等での評価
- 導入経費の支援等



開発と普及の好循環

新

新

効率化・適正化を通じて
制度の安定性・持続可能性を高める視点

- 「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

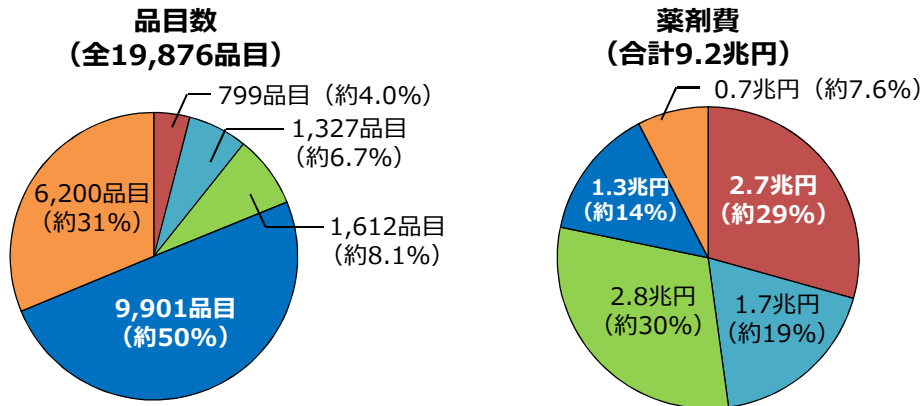
(2) 競合品・後発品の収載による影響を迅速に薬価に反映

- 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



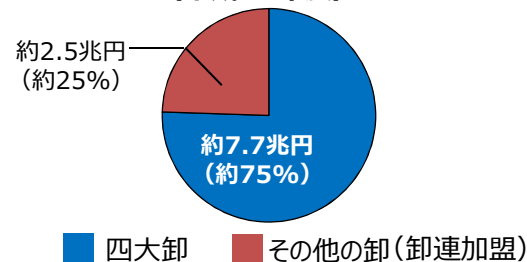
- 特許期間中の先発品（新薬創出加算対象）
- 後発品のない先発品（新薬創出加算対象外）
- 後発品の有る先発品
- 後発品
- S42以前の収載品

※ 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

卸の売上高 (平成27年度)



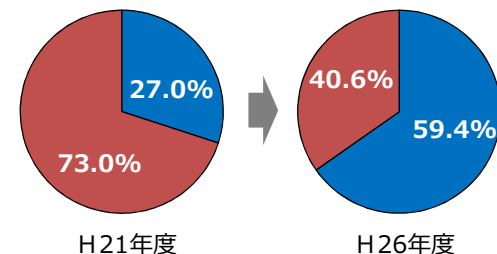
営業利益率 (平成27年度)

四大卸	その他の卸（卸連加盟）
1.44%	0.79%

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」の割合 (20店舗以上のチェーン調剤薬局)



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

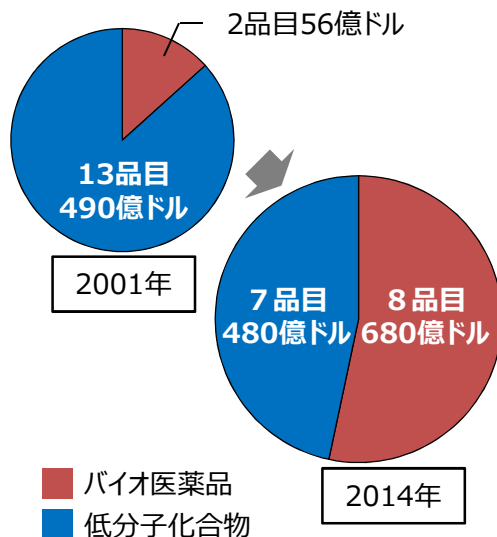
- 「成功」を評価する新たなイノベーション評価の仕組みの導入や、「費用対効果評価」の本格導入（上市後の価格引き上げも含む）を実施
- 医薬品等を含め、先進的な医療技術の進歩によるメリットを、国民に迅速に提供できるよう、4半期ごとに技術進歩を保険診療に取入れ

(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)



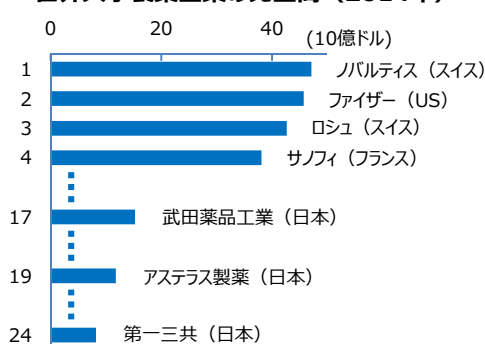
営業利益率・売上高

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%

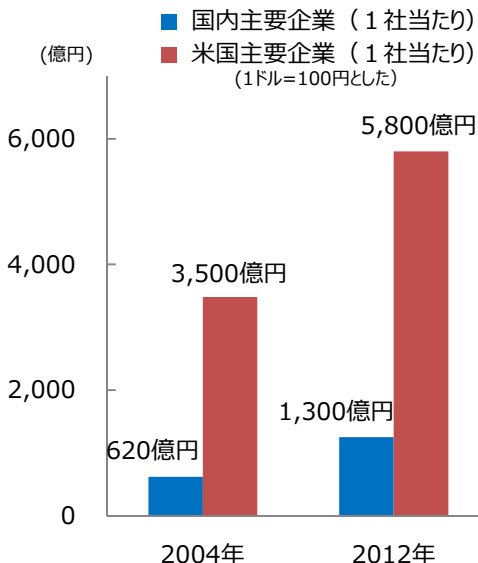
日米欧：各主要8社

世界大手製薬企業の売上高 (2014年)



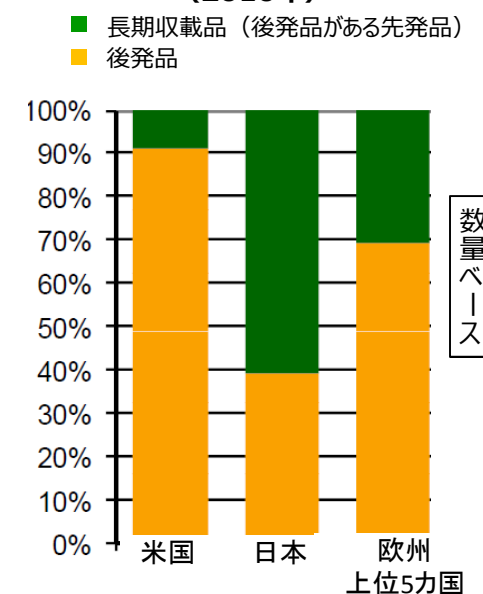
研究開発比率の推移

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(概要版)

平成28年12月20日内閣官房
長官、経済財政政策担当大臣、
財務大臣、厚生労働大臣決定

「イノベーションの推進」と「国民皆保険の持続性」を両立し、「医療の質の向上」と「国民負担の軽減」を実現

薬価収載後の市場拡大への対応

- 効能追加等に伴う一定規模以上の市場拡大に速やかに対応するため、新薬収載の機会（年4回）を最大限活用して、薬価を見直し

改定の中の年の薬価調査・薬価改定

- 現在2年に1回行われている薬価調査に加え、その間の年においても、全品を対象に、薬価調査を行い、その結果に基づき、価格乖離の大きな品目について薬価改定を実施。

イノベーションの評価（新薬創出等加算の見直し・費用対効果評価の導入）

- 革新的新薬創出を促進するため、新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度をゼロベースで抜本的に見直し。
- あわせて、費用対効果の高い薬には薬価を引き上げることを含め費用対効果評価を本格的に導入。（組織・体制をはじめとする実施の在り方も検討）

◆ 改革とあわせた今後の取組

- ・薬価算定方式の正確性・透明性の徹底
- ・外国価格調整の方法の改善

- ・関係者の経営実態についての機動的把握・必要な対応

- ・新たな医療技術の迅速な提供

- ・長期収載品に依存するモデルから、より高い創薬力を持つ産業構造への転換
- ・革新的バイオ医薬品及びバイオシミラーの研究開発支援方策等の拡充
- ・ベンチャー企業への支援、後発医薬品企業の市場での競争促進

- ・流通の効率化、流通改善の推進、市場環境に伴う収益構造への適切な対処
- ・単品単価契約の推進、早期妥結の促進

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

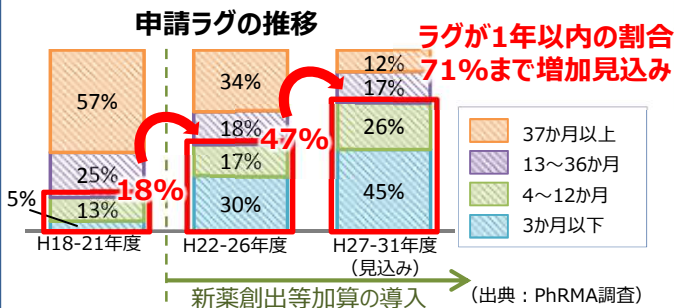
- (1) 薬価算定方式の正確性・透明性を徹底する。具体的には、製薬企業にとって機密性の高い情報に配慮しつつ、薬価算定の根拠の明確化や薬価算定プロセスの透明性向上について検討し、結論を得る。また、特に高額医薬品等について、制度の差異を踏まえつつ外国価格をより正確に把握するなど、外国価格調整の方法の改善を検討し、結論を得る。
- (2) 薬価制度の改革により影響を受ける関係者の経営実態についても機動的に把握し、その結果を踏まえ、必要に応じて対応を検討し、結論を得る。
- (3) 我が国の製薬産業について、長期収載品に依存するモデルから、より高い創薬力を持つ産業構造に転換するため、革新的バイオ医薬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。

より高い創薬力を持つ産業構造への転換

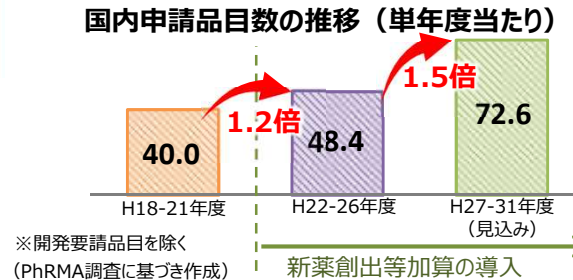
平成29年5月23日経済財政諮問会議
塩崎臨時議員提出資料

- ドラッグ・ラグを解消するとともに、次の革新的新薬の創出に資する薬価制度を実現する一方で、長期収載品の薬価引下げや後発医薬品への置換えを進め、**医薬品産業を高い創薬力を持つ産業構造に転換**
- **後発医薬品数量シェア80%目標の達成を平成32年9月とし、あわせて「医薬品産業強化総合戦略」の見直しに着手**

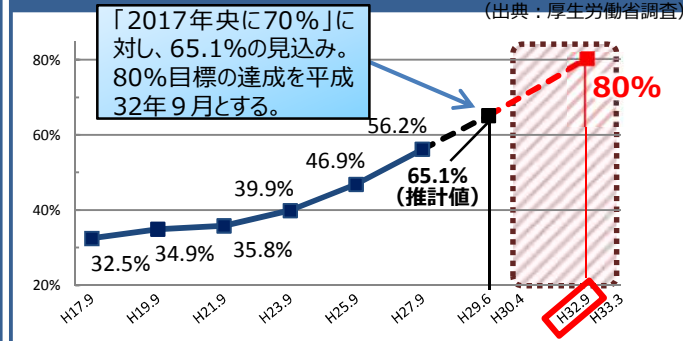
ドラッグ・ラグの短縮



これまでの主な成果 国内開発の大幅な増加



後発医薬品の使用促進



課題

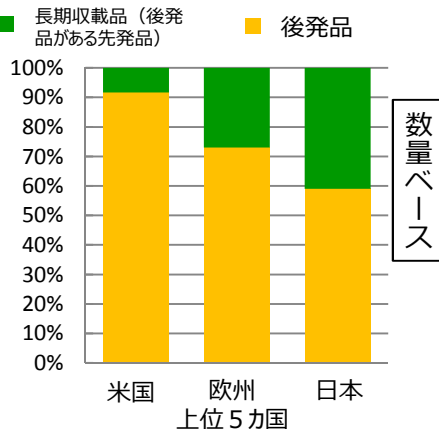
新薬創出等加算の見直し・費用対効果評価の導入

- 革新的医薬品がより多く創出される仕組みとなるよう、**①対象となる医薬品の範囲、②企業要件**を見直し
- 費用対効果について、**①評価のための新たな組織・体制整備、②薬価引上げを含め、真に有効な医薬品を適切に評価**

長期収載品の薬価の見直し・後発医薬品等の使用促進等

- 長期収載品の薬価の引下げ等の措置、後発品の価格帯集約の在り方の検討により、**長期収載品に依存しないビジネスモデルを確立**
- **平成32年9月までに後発医薬品シェア80%目標を達成**。「医薬品産業強化総合戦略」を見直し、使用率低地域での取組等を推進。また、保険者において後発医薬品の使用率(概ね50%弱~80%強)の公表を目指す
※使用率が最も低い徳島県(53.3%)が最も高い沖縄県(75.2%)と同等になった場合：財政効果 **▲40億円程度**(徳島県の医療費の1%強)(H28.3時点)
- 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しつつ、バイオシミラーの**医療費適正化効果額・金額シェアを公表**(H27時点で **▲56億円、金額シェアは11%**)するとともに、**平成32年度末までにバイオシミラーの品目数倍増**(成分数ベース)を目指す

後発医薬品使用率 (H28.3時点・数量ベース)	
制度計	62.8%
制度内分布(参考)	
協会 (H28.11分)	58.1~80.3%
共済 (厚労省調べ)	約50~80%
健保 (厚労省調べ)	約50~80%
国保 (H28.3) (都道府県別)	53.2~75.0%
後期 (H28.3)	51.9~72.0%



「医療の質の向上」と「国民負担の軽減」の実現に向けた薬価制度の再構築

- これまでの2年に1度の薬価改定に加え、一定規模以上の市場拡大があった場合、**年4回の新薬収載の機会に速やかに薬価を見直す**とともに、**中間年の薬価改定を実施し、国民負担を軽減**
- 薬価算定方式について、**網羅的で代表性のある外国価格を参照**するなど、**正確性・透明性を向上**

薬価収載後の市場拡大への対応

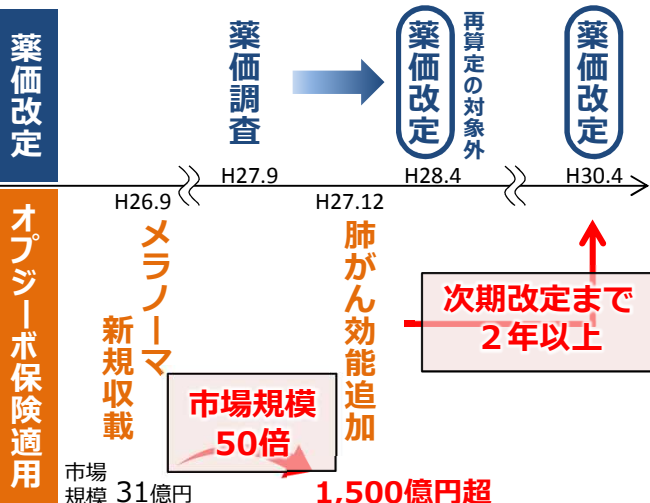
(現状)

- 薬価調査後に大幅に市場が拡大しても、薬価改定は2年に1度のみ



- 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（年4回新薬収載の機会を活用）
- 市場拡大の程度を適時に把握できるよう、NDBを最大限活用

オプジーボ市場拡大の経緯



中間年の薬価調査・薬価改定

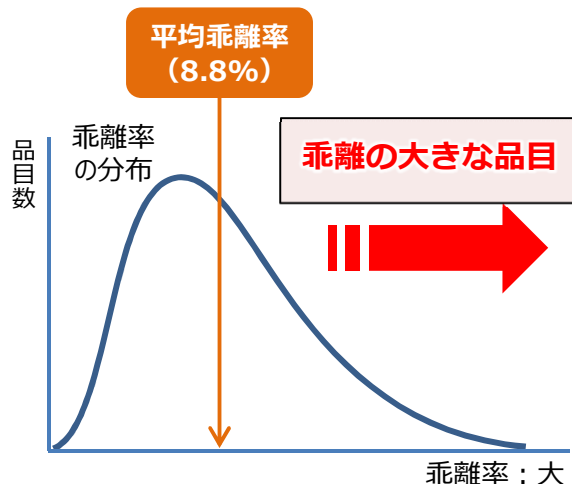
(現状)

- 2年に1度の薬価調査により、市場実勢価格を把握し、薬価を全面改定



- 中間年においても、調査対象者の負担に配慮しつつ、抽出した販売側大手事業者等を対象に調査を実施
- 中間年の調査結果を踏まえ、価格乖離の大きな品目について薬価改定を実施

価格乖離の大きな品目イメージ



薬価算定方式の正確性・透明性

(現状)

- 薬価算定方式の正確性・透明性の更なる向上が必要との指摘



- 外国平均価格調整について、網羅的で代表性のある外国価格を参照し、日本発の品目等も収載後に価格調整
- 類似薬効比較方式・原価計算方式も見直し

参照している外国価格の比較

※ H26.4以降

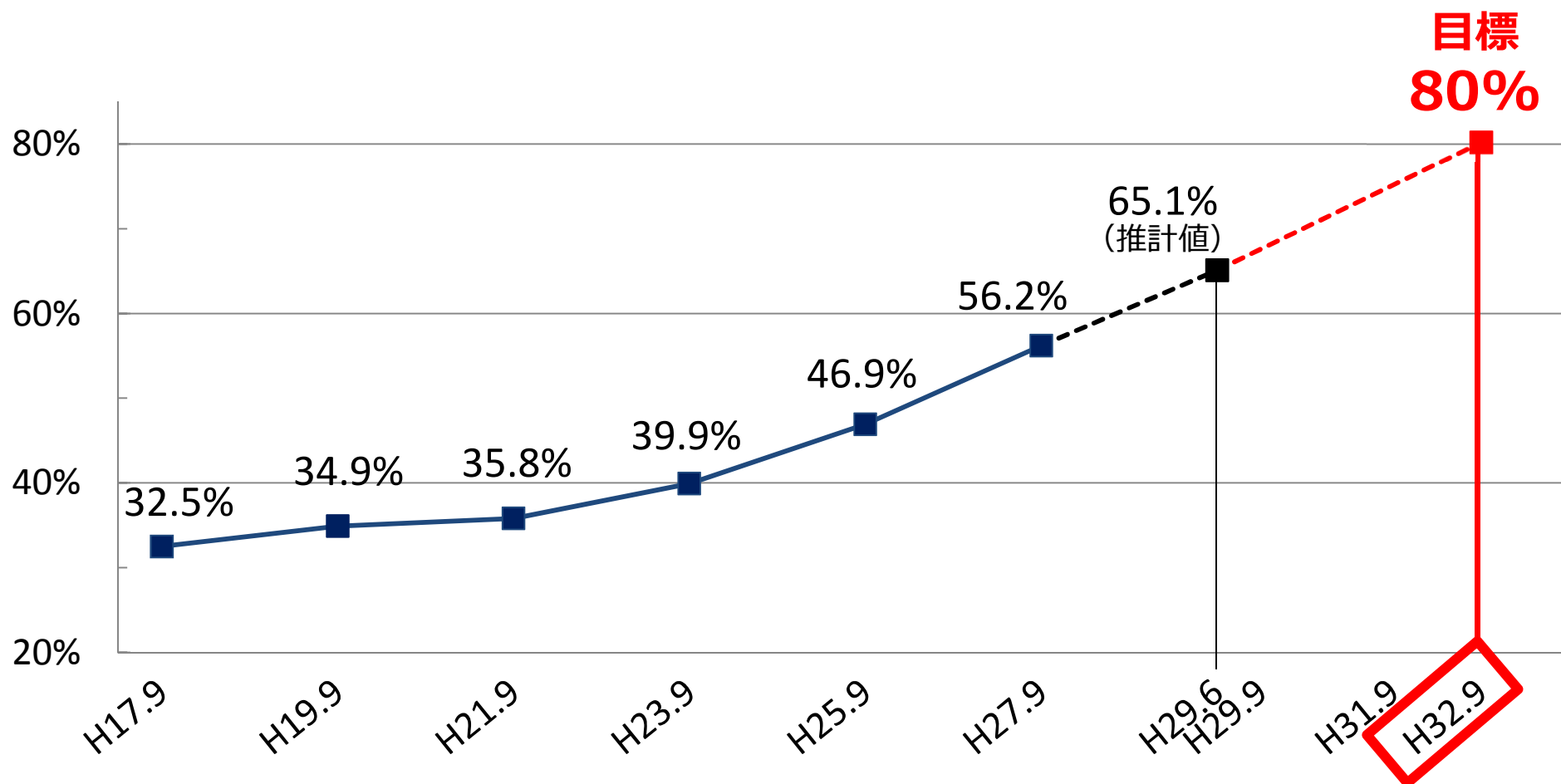
国	価格表	償還価格	価格の制御（公定価格等）	外国/国内※（中央値）
米国	Red Book	×	× 自由価格	2.59倍
英国	MIMS	○ 税方式	△（間接的） 利益率管理により制御	1.12倍
独 国	Rote Liste	○	△（間接的） 診療報酬予算制、参照価格等により制御	1.51倍
仏 国	VIDAL	○	○（直接的） 公定価格	71 1.14倍

後発医薬品の数量シェアの推移と目標

平成29年6月14日中央社会保険医療
協議会 薬価専門部会資料

数量シェア 目標 (骨太方針2017)

- **2020年（平成32年）9月**までに、後発医薬品の使用割合を**80%**とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する。



注) 数量シェアとは、「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」の数量シェアをいう

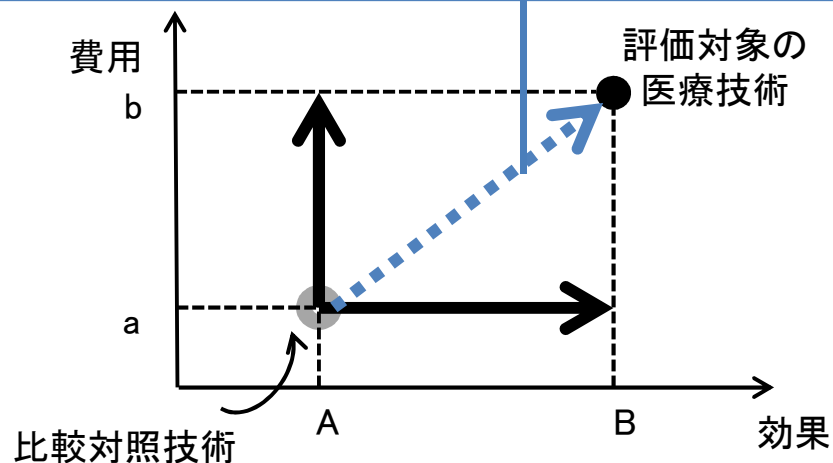
費用対効果評価の試行的導入について(概要)

中医協 費-1 参考 (改)
2 8 . 4 . 2 7

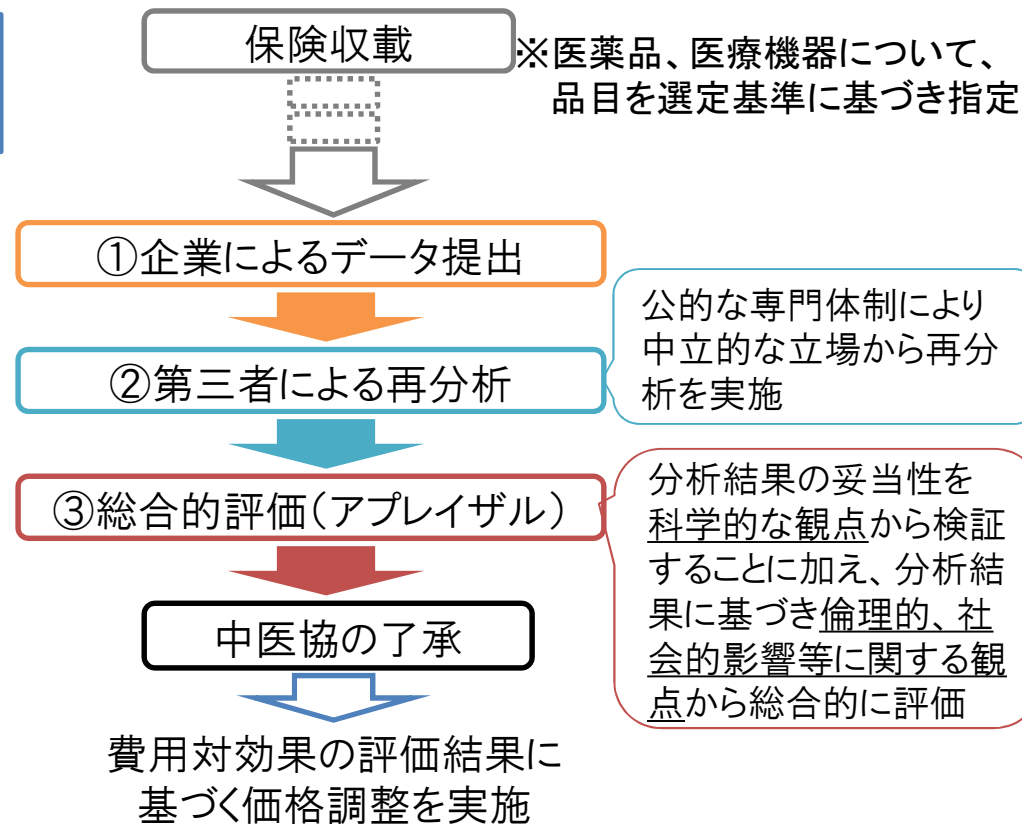
- 中医協における議論を踏まえ、平成28年度診療報酬改定において、医薬品・医療機器の評価について、費用対効果評価の観点を試行的に導入。

<費用効果分析の手順>

$$\text{増分費用効果比 (ICER)} = \frac{b-a \text{ (費用がどのくらい増加するか)}}{B-A \text{ (効果がどのくらい増加するか)}}$$



<評価の一連の流れ(イメージ)>



既収載品にかかる対象品目の選定基準と対象品目

＜既収載品の選定基準＞（考え方）財政影響、革新性・有用性が高い品目（医薬品、医療機器）を対象

① 除外要件

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

中医協 費－1参考4
2 9 . 2 . 8

② 抽出要件

イ 平成24年度から平成27年度、かつ、類似薬効（機能区分）比較方式のうち、

i 補正加算の加算率が最高

ii 10%以上の補正加算が認められたもののうち、ピーク時予測売上高が最高

ロ 平成24年度から平成27年度、かつ、原価計算方式のうち、

i 営業利益率の加算率が最高

ii 10%以上の加算が認められたもののうち、ピーク時予測売上高が最高

※ これによって選定された品目の薬理作用類似薬（同一機能区分に該当する医療機器）も対象

＜既収載品に係る対象品目＞

	医薬品（7品目）		医療機器（6品目）	
類似薬効（機能区分）比較方式	○ソバルディ （ギリアド・サイエンシズ）	C型慢性肝炎	○カフスミNajuta胸部ステントグラフトシステム （川澄化学工業）	胸部大動脈瘤
	ハーボニー （ギリアド・サイエンシズ）		○アクティバRC （日本メドトロニック）	振戦等
	ヴィキラックス （アッヴィ合同会社）		バーサイスDBSシステム （ボストン・サイエンティフィック ジャパン）	
	ダクルインザ （ブリストル・マイヤーズ）		Brio Dual 8ニューロスティミュレータ （セント・ジュード・メディカル）	
	スンベプラ （ブリストル・マイヤーズ）			
原価計算方式	●オブジーボ （小野薬品工業）	悪性黒色腫等	●ジャック （ジャパン・ティッシュ・エンジニアリング）	外傷性軟骨欠損症
	●カドサイラ （中外製薬）	HER2陽性の再発乳癌等	●サピエンXT （エドワーズライフサイエンス）	重度大動脈弁狭窄症