

今後の医療の方向性について

(医療費の伸びの抑制・健康・医療・介護におけるICT政策等)

平成29年5月

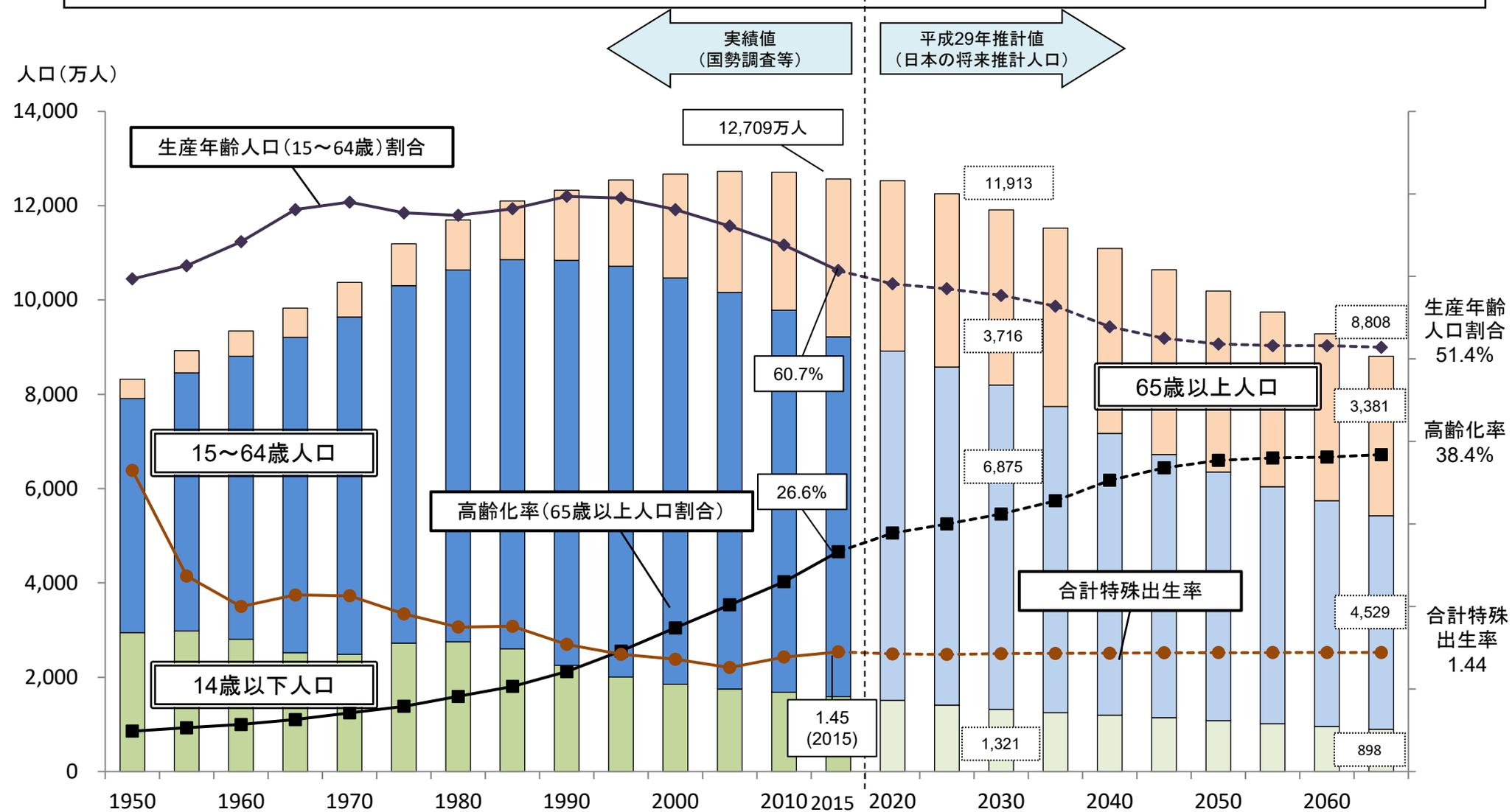
厚生労働副大臣 衆議院議員

橋本 岳

2025年に向けた取組

日本の人口の推移

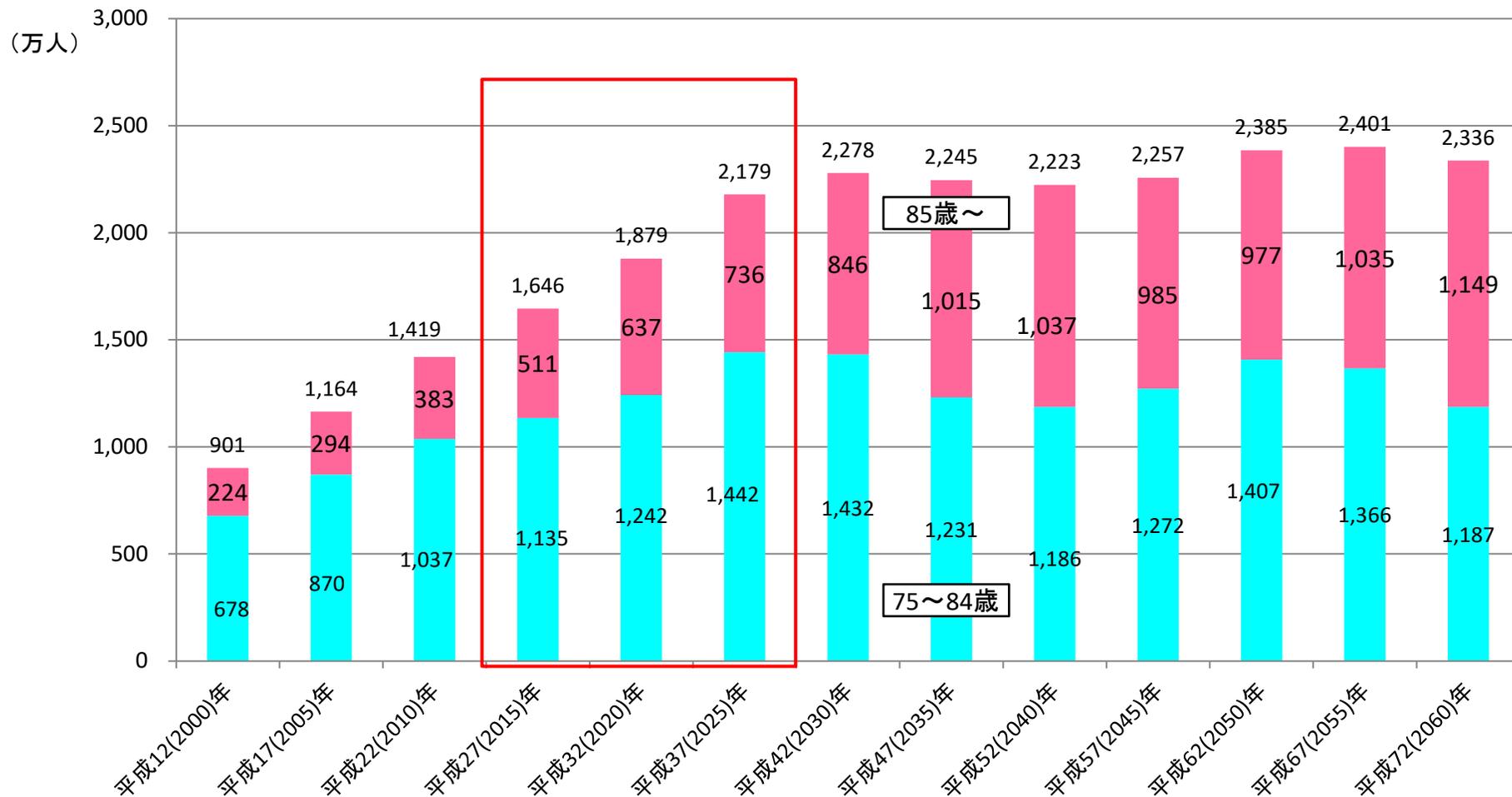
○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



(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29年4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」

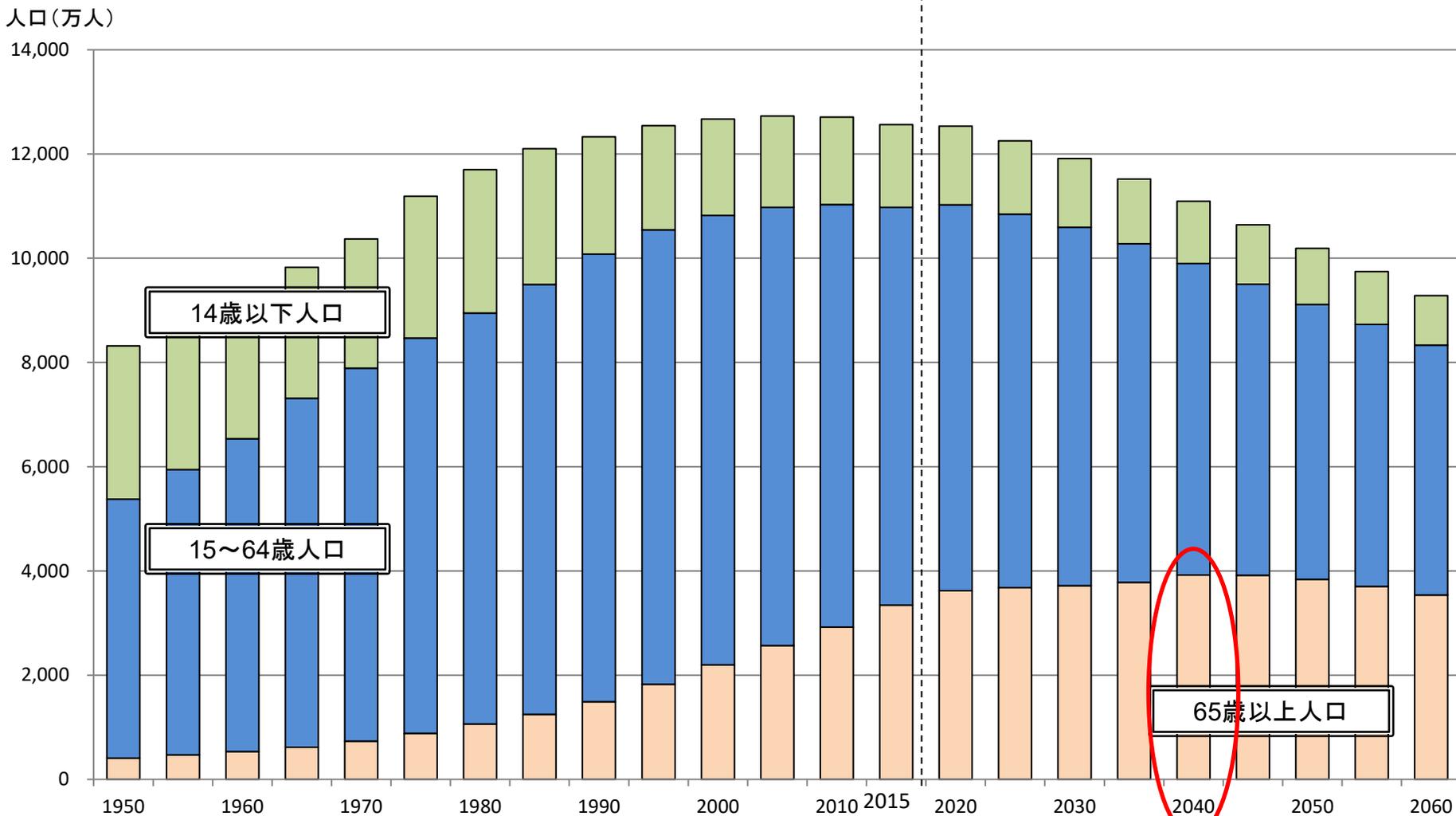
75歳以上人口の推移

○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年間も、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。



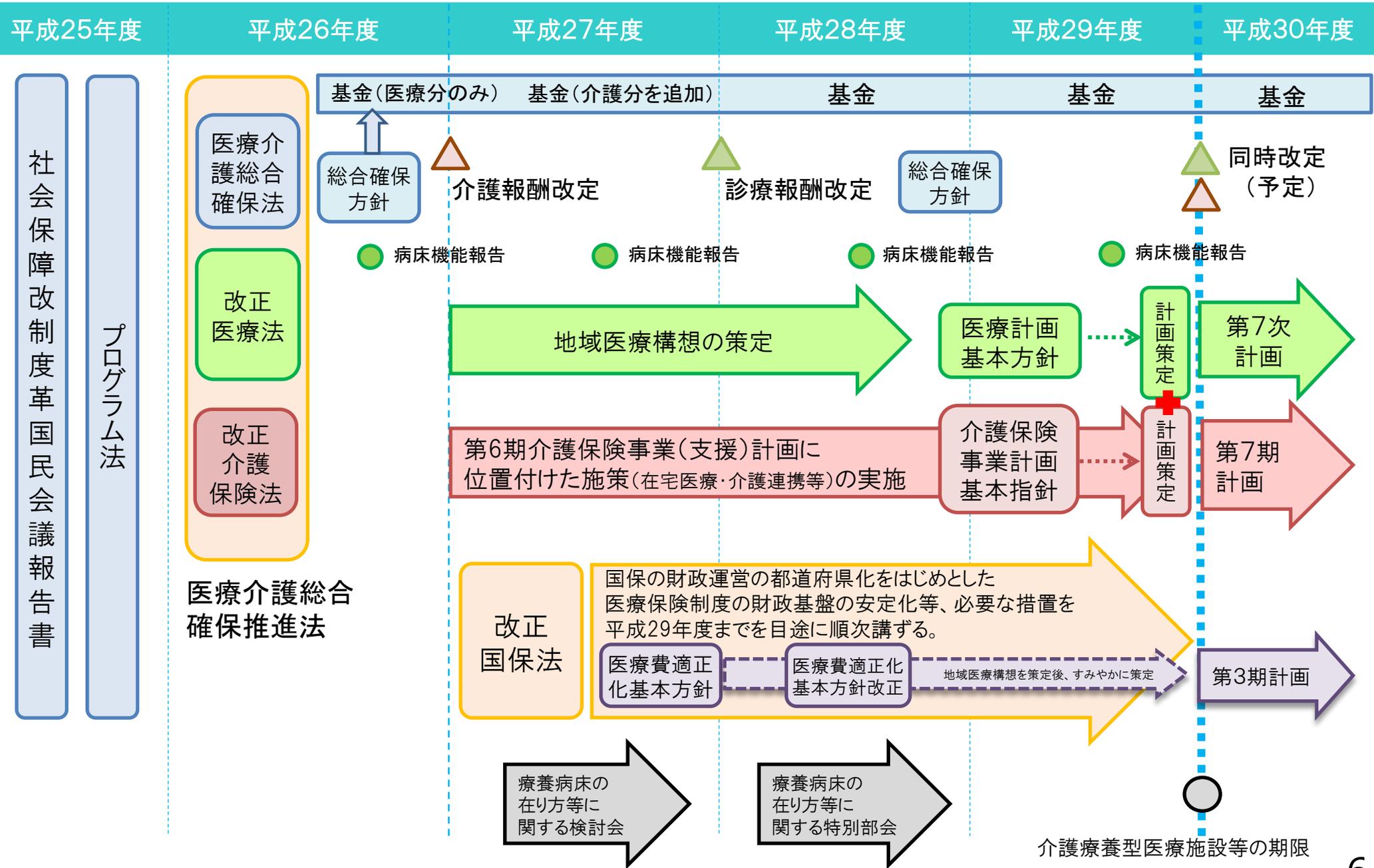
(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計) 出生中位(死亡中位)推計
 実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

日本の人口の推移



(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29年4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」

医療と介護の一体的な改革の動き



医療・介護に関する社会保障改革の流れ

平成24年社会保障・税一体改革

社会保障制度改革推進法（自民党が主導し、民主党・公明党との3党合意に基づく議員立法）

- 社会保障改革の「基本的な考え方」、年金、医療、介護、少子化対策の4分野の「改革の基本方針」を明記。

平成25年8月6日：国民会議報告書とりまとめ

社会保障制度改革国民会議（会長＝清家篤 慶應義塾長）

- 改革推進法により設置され、少子化、医療、介護、年金の各分野の改革の方向性を提言。
- 報告書総論では、意欲のある人々が働き続けられ、すべての世代が相互に支え合う全世代型の社会保障を目指すことの重要性を強調。
- 医療・介護制度改革については、医療・介護提供体制の改革と地域包括ケアシステムの構築、国民健康保険の財政運営の責任を都道府県が担うことなど医療保険制度の改革などを提言。

平成25年12月5日：社会保障改革プログラム法が成立

社会保障改革プログラム法（社会保障制度改革の全体像・進め方を明らかにする法律）

- 社会保障4分野の講ずべき改革の措置等について、スケジュール等を規定。
- 改革推進体制の整備等について規定。

平成26年6月25日：医療介護総合確保推進法が成立

子ども・子育て

- すべての子どもの成長を暖かく見守り、支えることのできる社会へ
- 子どもたちへの支援は、社会保障の持続可能性・経済成長を確かなものとし、日本社会の未来につながる。社会保障制度改革の基本。未来への投資。
- 女性の活躍は成長戦略の中核。新制度とワーク・ライフ・バランスを車の両輪に。



医療・介護

- 「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」へ
- 受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護を充実。川上から川下までのネットワーク化
- 地域ごとに、医療、介護、予防に加え、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に生活支援サービスや住まいも提供されるネットワーク(地域包括ケアシステム)の構築
- 国民の健康増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進する必要



公的年金制度

- 2004年改革により対GDP比での年金給付は一定水準。現行の制度は破綻していない
- 社会経済状況の変化に応じた形のセーフティネット機能を強化
- 長期的な持続可能性をより強固なものに



（医療制度）

第四条

4 政府は、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図り、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、今後の高齢化の進展に対応して地域包括ケアシステム（地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（…略…）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。次項及び同条第二項において同じ。）を構築することを通じ、地域で必要な医療を確保するため、次に掲げる事項及び診療報酬に係る適切な対応の在り方その他の必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一～三（略）

5 政府は、前項の医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築に当たっては、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境の整備を行うよう努めるものとする。

医療機能の分化・連携に係る取組みの流れ

① 病床機能報告制度 (H26.10～運用開始)



② 地域医療構想の策定 (平成27年度～)



医療機関による
自主的な機能分化・連携の推進



機能分化・連携を
実効的に推進

・ 案の作成時に、診療又は調剤の学識経験者の団体の意見を聴く。

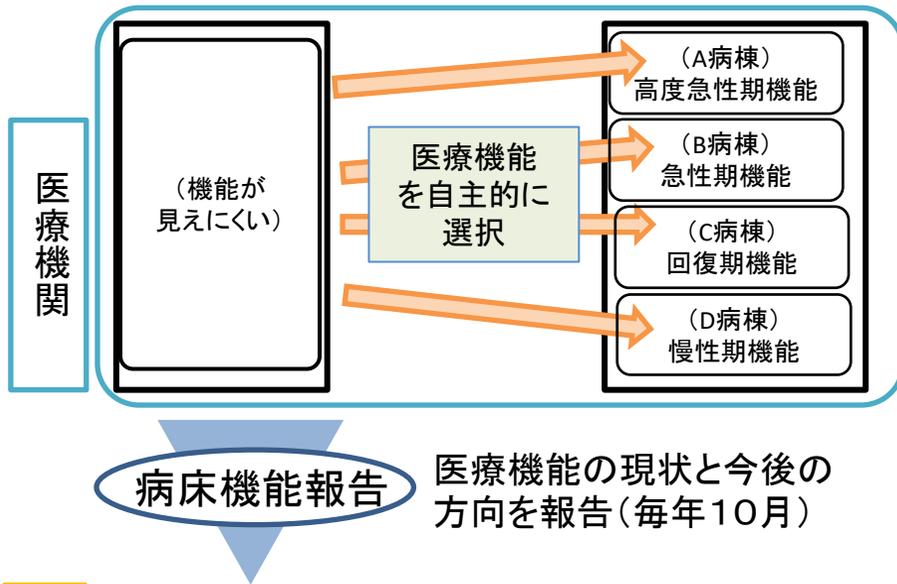
・ 策定時に、医療審議会及び市町村、保険者協議会等の意見を聴く。

③ 診療報酬と地域医療介護総合確保基金による機能分化・連携の支援

・ 「協議の場(調整会議)」での協議
・ 医療計画と介護保険の計画との一体的な策定

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。平成28年度中に全都道府県で策定済み。
※ 「地域医療構想」は、二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。



「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病床の必要量を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)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

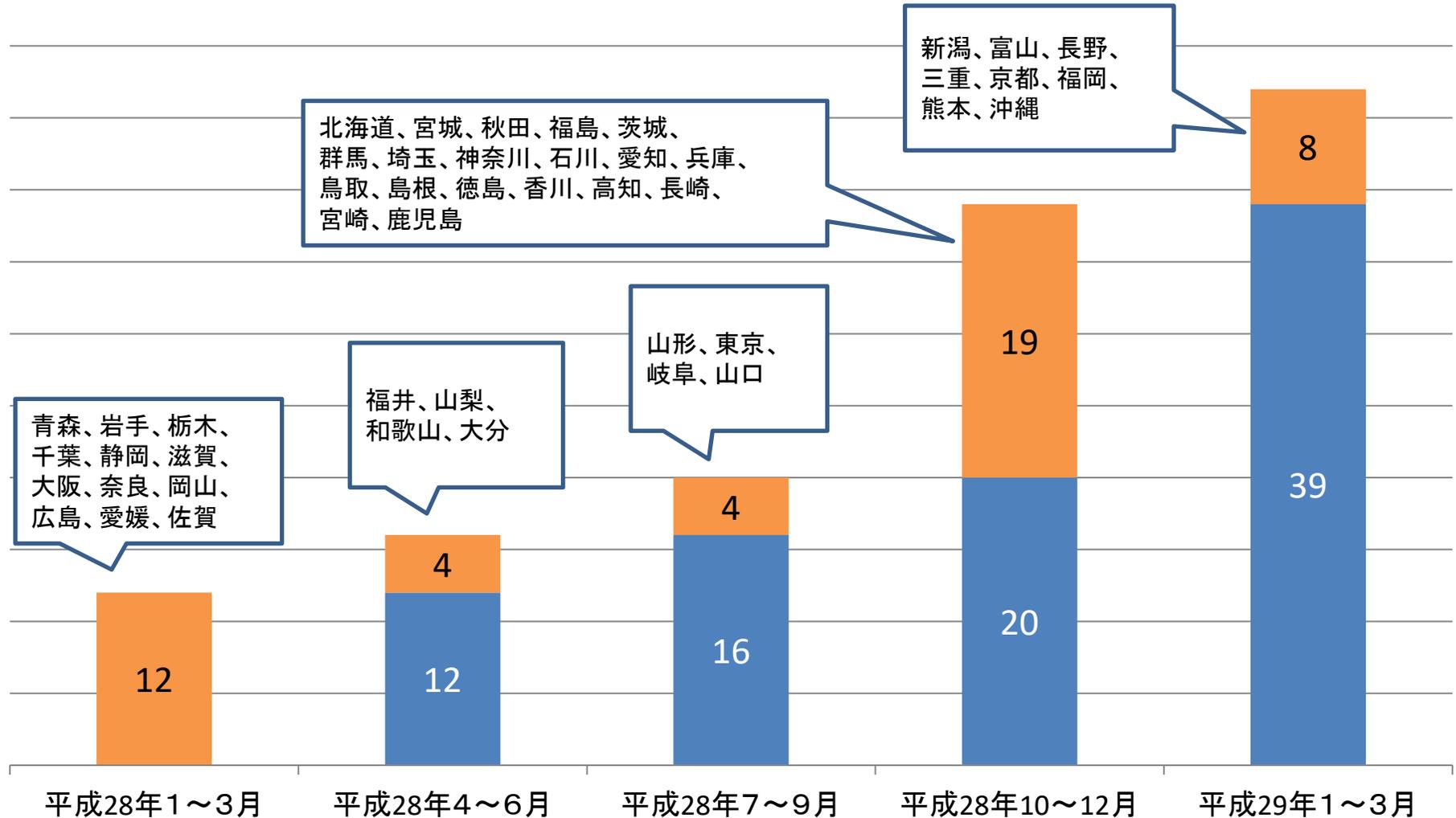
- 例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

- 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

- 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。

地域医療構想の策定状況について

- 平成27年4月より、各都道府県において地域医療構想の策定を開始し、平成28年度末までに全ての都道府県で策定を完了。



「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。

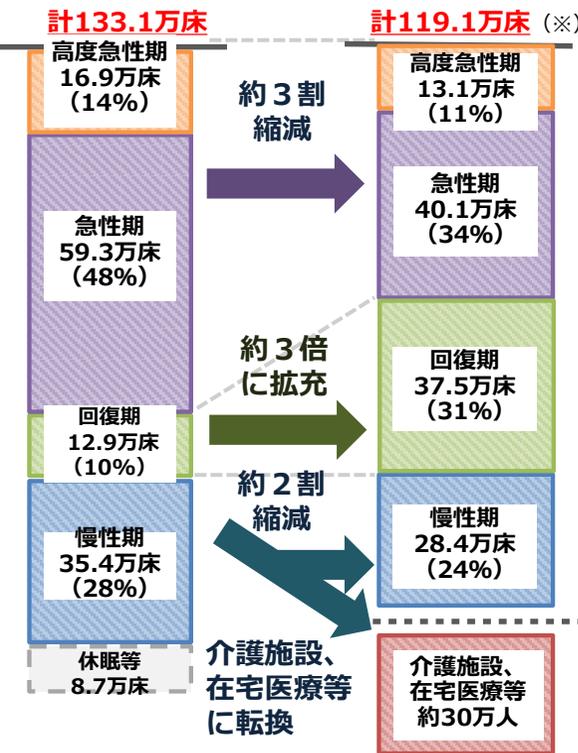
平成28年度末に全都道府県で策定完了
⇒地域ごとに、2025（平成37）年時点での
病床の必要量を『見える化』

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。

【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】



議論の一例

病院	急性期	手術件数	リハビリ件数
A病院	250床	50 (件/月)	200 (件/月)
B病院	200床	40 (件/月)	160 (件/月)
C病院	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

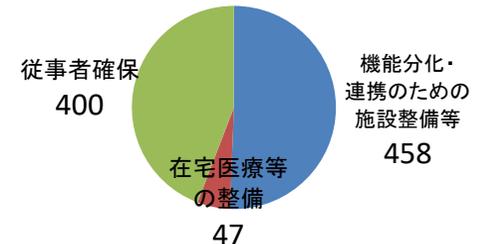
C病院の方針

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



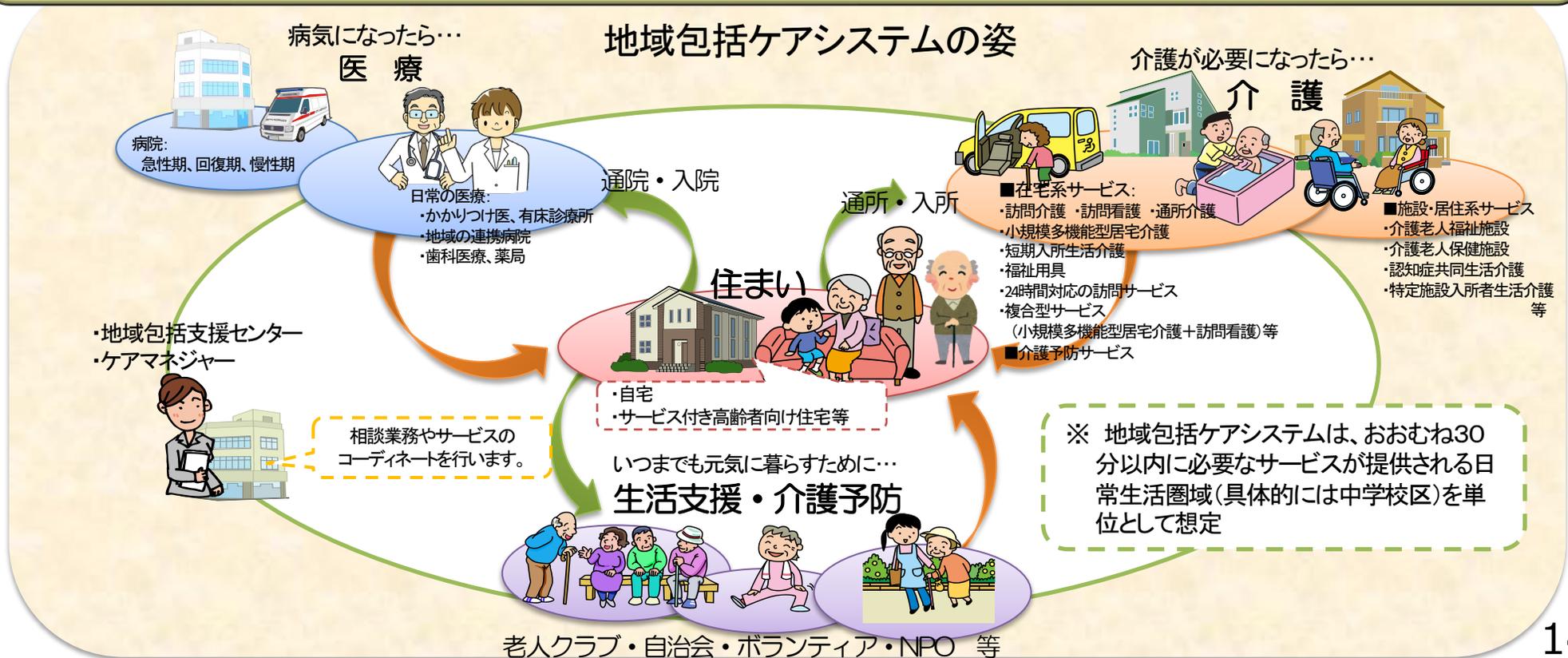
③診療報酬・介護報酬改定による対応

- ✓ 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。

※ 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

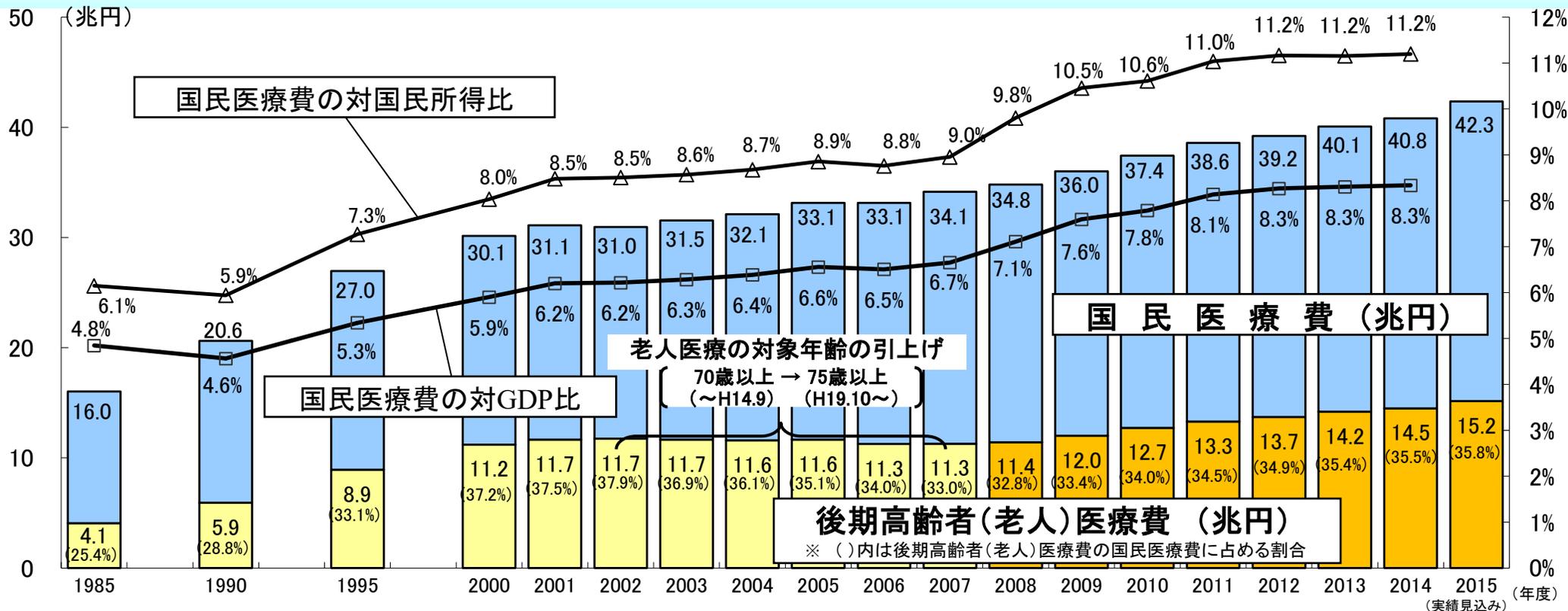
地域包括ケアシステムの構築について

- 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・介護費用の伸び

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	4.6	
国民所得	7.2	8.1	1.1	1.7	▲2.2	▲0.8	1.2	0.5	1.1	1.1	0.8	▲6.9	▲3.0	2.4	▲0.9	0.5	2.3	1.5	—	
GDP	7.2	8.6	1.8	0.8	▲1.8	▲0.7	0.8	0.2	0.5	0.7	0.8	▲4.6	▲3.2	1.4	▲1.3	0.0	1.7	1.5	—	

注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算による。

注2 2015年度の国民医療費(及び後期高齢者医療費。以下同じ。)は実績見込みである。2015年度分は、2014年度の国民医療費に2015年度の概算医療費の伸び率(上表の斜字体)を乗じることによって推計している。

※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

○ 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%	1.9%	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%	0.7%	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26年度までは国民医療費の伸び率、平成27年度は概算医療費(審査支払機関で審査した医療費)の伸び率であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

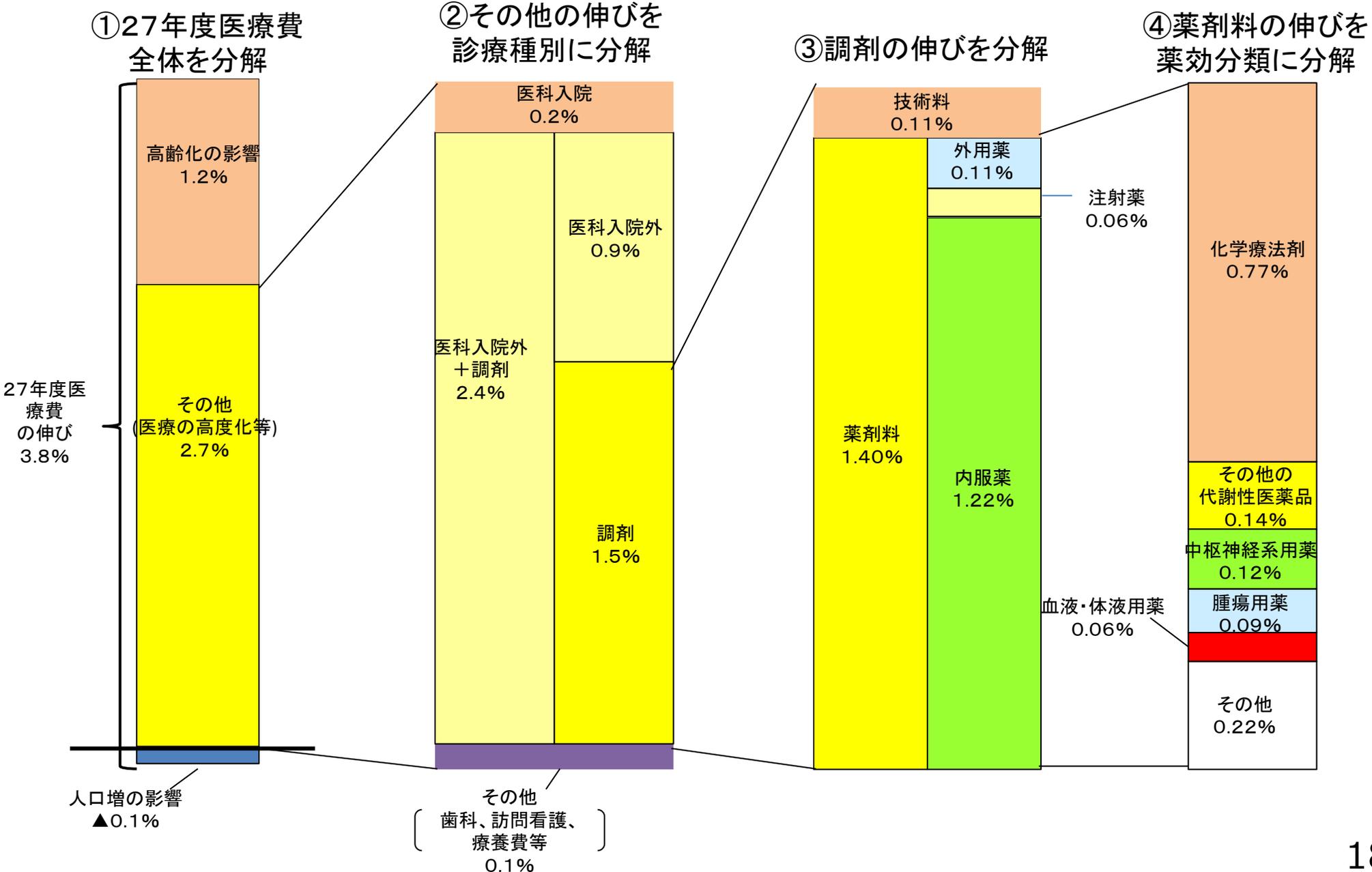
注2: 平成27年度の高齢化の影響は、平成26年度の年齢階級別(5歳階級)国民医療費と平成27年度の年齢階級別(5歳階級)人口からの推計である。

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。

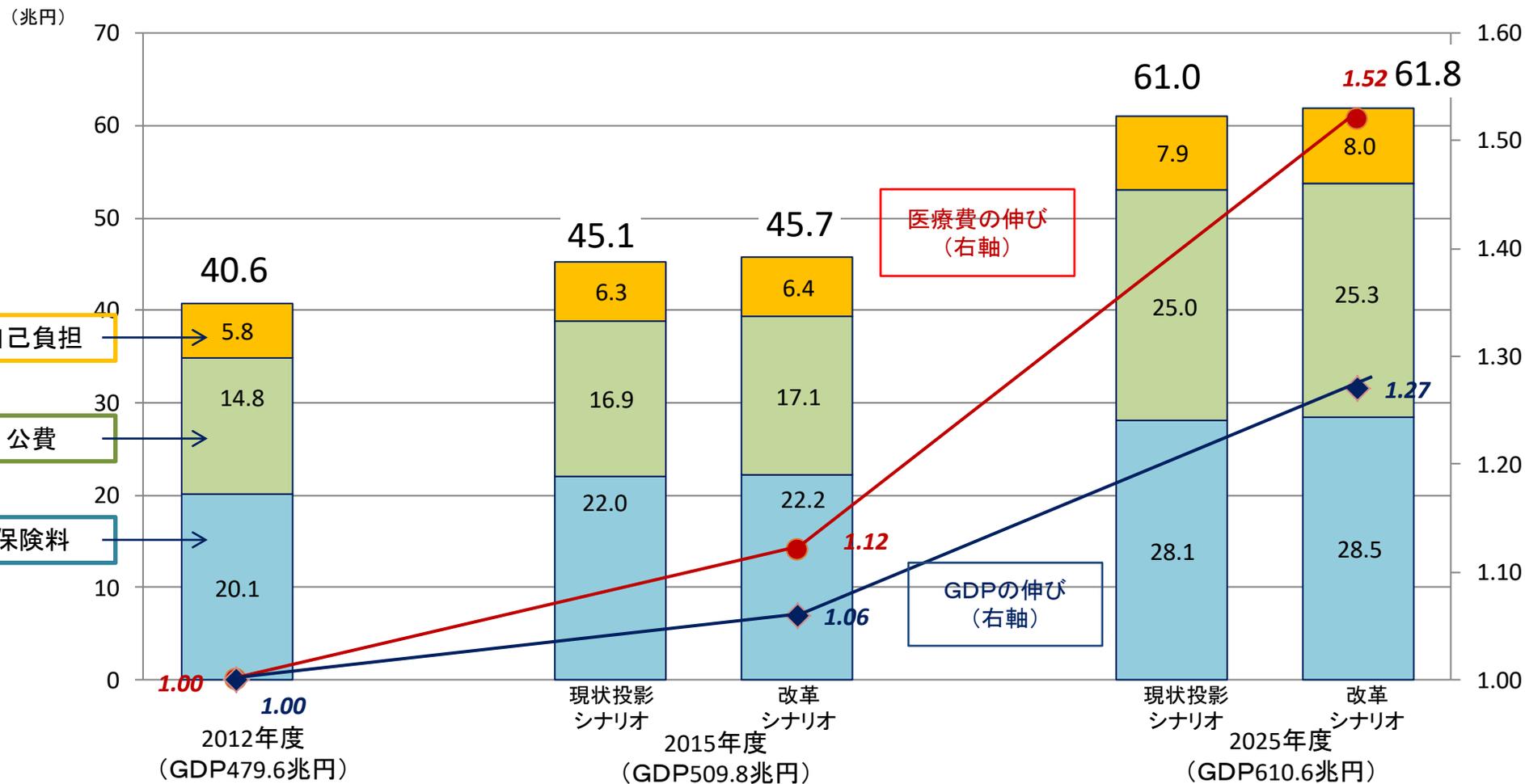
※70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除(1割→2割)。平成26年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

医療費の伸びの分解 まとめ(平成27年度)



医療費の将来推計

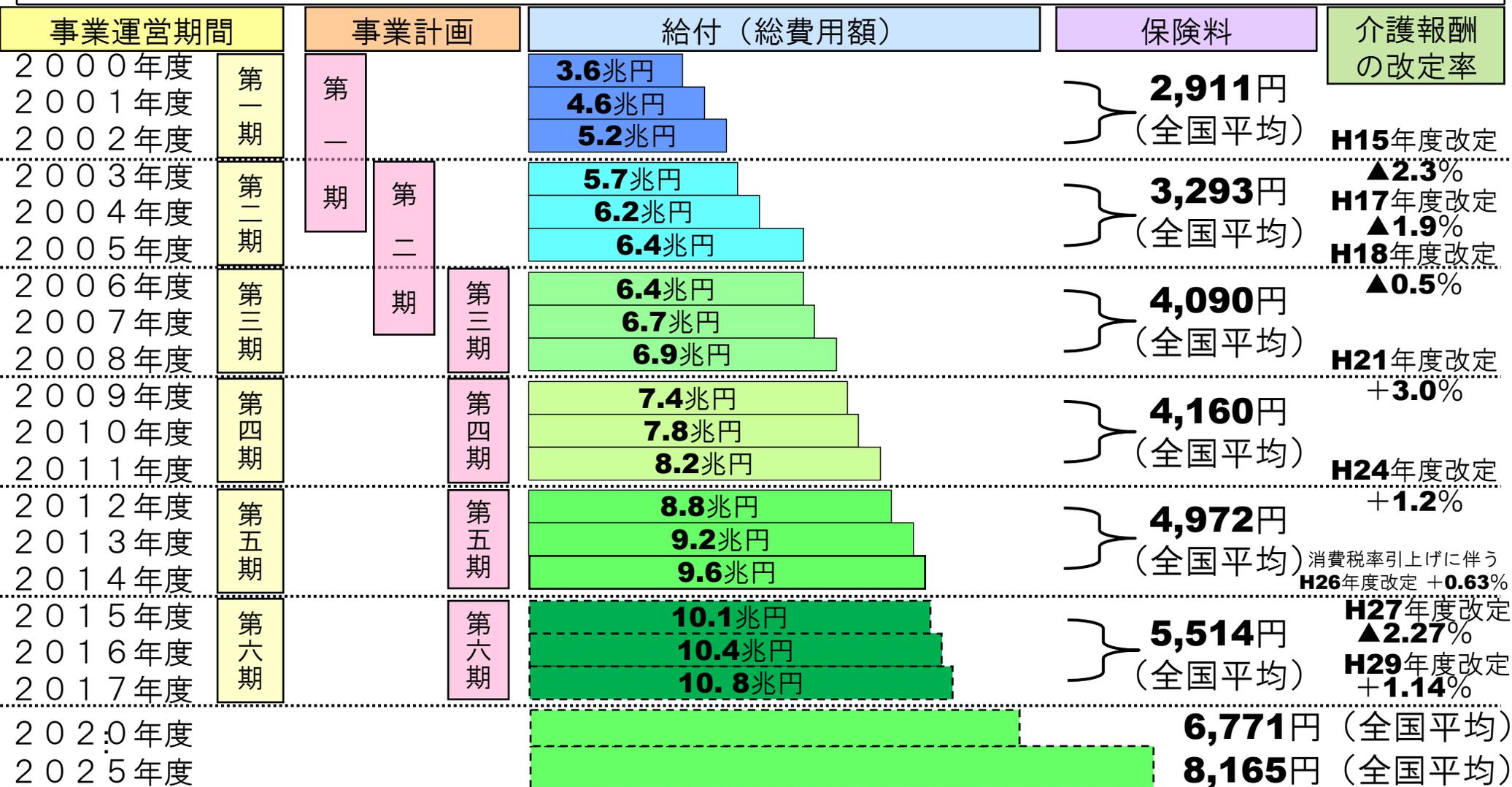
- 医療費は、急速な高齢化や医療の高度化等によって、今後、GDPの伸びを上回って増大。
 これに伴い、保険料、公費、自己負担の規模も、GDPの伸びを上回って増大する見込み。特に公費の増大が著しい。
 ※医療費の額は、GDPの設定如何によって左右されるので、GDPの伸び（青線）に対する医療費の伸び（赤線）を重視するのが適当。



- ※1 社会保障に係る費用の将来推計の改定について（平成24年3月）を基に作成。
 ※2 「現状投影シナリオ」は、サービス提供体制について現状のサービス利用状況や単価をそのまま将来に投影（将来の人口構成に適用）した場合、「改革シナリオ」は、サービス提供体制について機能強化や効率化等の改革を行った場合。（高齢者負担率の見直し後）
 ※3 「現状投影シナリオ」「改革シナリオ」いずれも、ケース①（医療の伸び率（人口増減や高齢化を除く）について伸びの要素を積み上げて仮定した場合）
 ※4 医療費の伸び、GDPの伸びは、対2012年度比。

介護給付と保険料の推移

- 市町村は3年を1期(2005年度までは5年を1期)とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。
保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。
- 高齢化の進展により、保険料が2020年には6,771円、2025年には8,165円に上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。



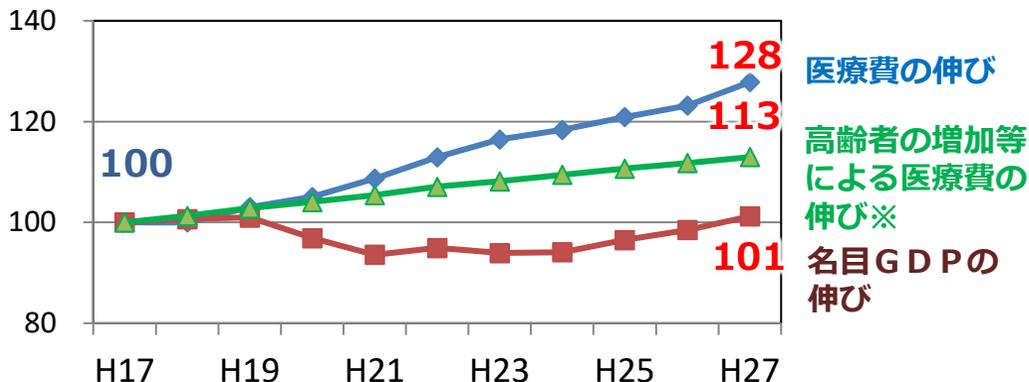
※2014年度までは実績であり、2015～2017年度は当初予算である。

※2020年度及び2025年度の保険料は全国の保険者が作成した第6期介護保険事業計画における推計値。

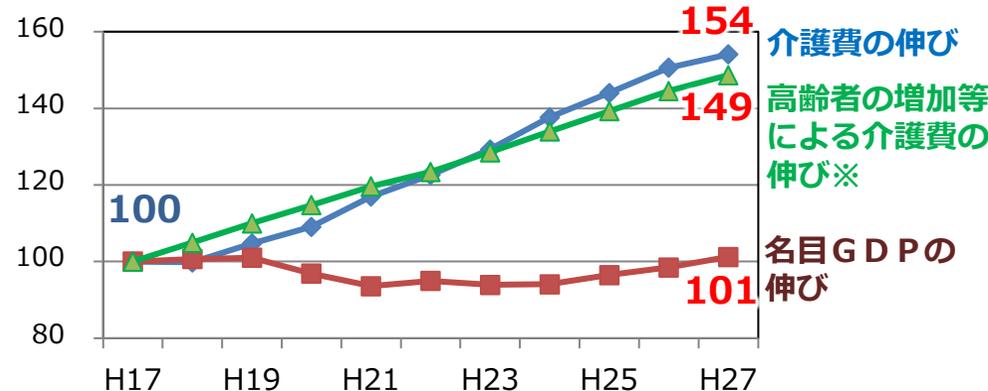
平成29年4月12日経済財政諮問会議
塩崎臨時議員提出資料

●医療・介護費は経済の伸び以上に増加。その要因を分析し、**データに基づく政策の戦略的展開**により、個人・保険者・医療機関等の**自発的な行動変容を促すことが必須**。

医療費の伸びは「高齢者の増加等」以外の要因も大きい



介護費の伸びは「高齢者の増加等」の要因が大きい



※平成17年を基準年（100）とし、年齢階層別の医療費・介護費の一人あたり費用に、人口構造の変化を織り込んだ『年齢階層別の人口』を掛け合わせるにより算出される増加率。

医療費の伸び（+28%）の要因と対策

①高齢者の増加等の影響（+13%）

- 予防・健康づくり（特定健診・保健指導等）
- 受診行動の変容

②高齢者の増加等以外の影響（+15%）

- 入院 **+3%** ← 患者の状態に応じた医療の効率的な提供、病床の機能分化・連携
- 入院外 **+3%** ← 医療費適正化計画（重複・多剤投与の防止等）、審査の見直し
- 薬剤等 **+9%** ← 適正な薬価、先進治療の高額薬剤への対応



介護費の伸び（+54%）の要因と対策

①高齢者の増加等の影響（+49%）

- 予防・健康づくり（介護予防等）
- 自立支援・重度化防止
▶**自立に実効性ある科学的な介護の実現**
- 施設、在宅等を通じたサービス利用の適正化

②高齢者の増加等以外の影響（+5%）

- 施設 **+14%** ← 地域における入所定員の適切な設定
- 居住系 **+6%**
- 在宅 **+13%** ← ケアプランチェック等



保険者機能の強化

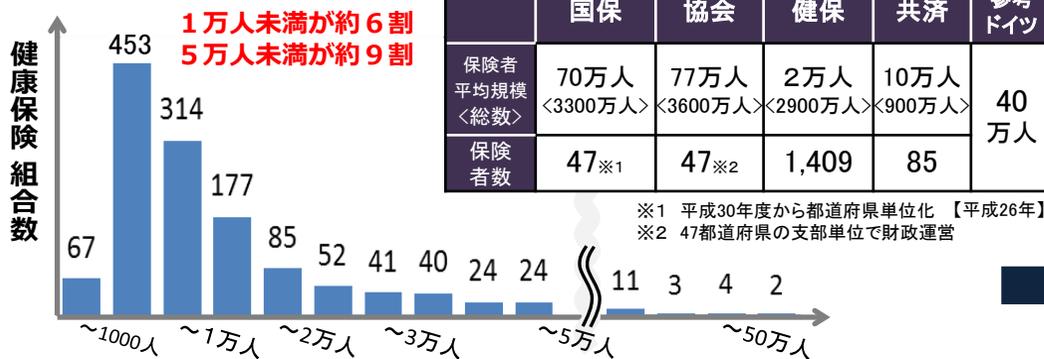
保険者機能の抜本強化

－全ての保険者による自発的取組－

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

- **医療保険者は、特定健診・保健指導をはじめとする加入者の予防・健康づくりや重症化予防等に取り組むべき。**
- **しかし、その役割を十分に果たせてないのが現状。このため、保険者機能の抜本強化に向け実効的施策を講ずる。**

■ 健保に小規模保険者が集中



データ利活用環境の整備(29年度～、32年度稼働)

- ✓ データを活用した**加入者の行動変容を促す働きかけは、保険者の責務。**
- ✓ このため、既存システムとの関係も整理し、データが集まる支払基金等に、**データヘルスのシステムを集約し、健保組合はもとより全ての保険者を強力に支援。**

■ 法定義務の特定健診・保健指導の実施も不十分

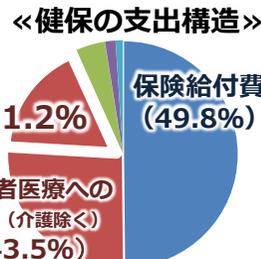
	20年度	26年度	目標
特定健診	39%	~	70%
保健指導	8%	~	45%

■ 予防・健康づくりの取組も不十分

加算率(ペナルティ)
+0.23%

減算率(インセンティブ)
▲0.048%

後期高齢者
支援金の割合



■ 特定健診以外の取組も必要

－がん検診受診率：胃がん:39.6%、乳がん:43.4%

保険者の自発的な取組の推進

(1) 保険者に対するインセンティブを強化。

- ① **健保・共済**：「**加減算制度**」
⇒ 加算率(ペナルティ)・減算率(インセンティブ)とも、**最大で法定上限(±10%)まで引き上げ。**
(+0.23% ~ ▲0.048% ➡ **±10%**)
- ② **協会けんぽ**：「**都道府県別保険料**」に反映
- ③ **国保**：「**保険者努力支援制度**」
(平成30年度から実施。財政規模700~800億円)

✓ 各制度共通の評価指標に、特定健診等に加えて、**新たにがん検診・歯科検診の実施状況等を追加。**

(2) 全保険者の特定健診・保健指導の実施率を、**29年度実績から公表**し、開示を強化。

- 高齢化が進展する中、高齢者の自立した日常生活の支援、介護予防、要介護状態等の軽減に向けた保険者の取組を一層加速化する必要
- 市町村の保険者機能の抜本強化策について、次期制度改正に向けて検討。併せて、都道府県の保険者支援機能を強化。

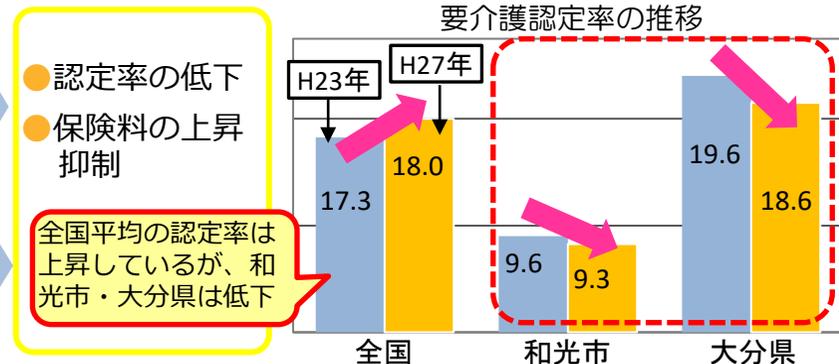
先進事例

和光市

- 行政の**リーダーシップ**により体制を確立
- 保険者として地域の高齢者のニーズを把握
- 自立支援を促進するケアプラン作成や、地域課題の把握のため、多職種が参加する地域ケア会議を市が実施

大分県

- 県が市町村長を訪問し、首長の**リーダーシップ**を確立
- 県が市町村から実態や課題をヒアリング
- 和光市の取組を県内に展開するため、市町村職員の育成、リハビリ職等の派遣等を実施。市町村の進捗を把握



全市町村が保険者機能を発揮して、自立支援・介護予防に向けて取り組むよう**法律により制度化**

※現在、参議院において法案審議中。

1 データに基づく課題分析と対応

- 保険者が自らの地域のデータを分析し課題やニーズを把握
- 分析結果を元に、保険者の介護保険事業計画に、高齢者の自立支援、介護予防に係る目標・取組内容等を記載
- リハビリ職等と連携して効果的な介護予防を実施
- 保険者が、多職種が参加する地域ケア会議を活用しケアマネジメントを支援

都道府県が研修等を通じて市町村を支援

2 適切な指標による実績評価

(例)・要介護状態の維持、改善度合い・地域ケア会議の開催状況 等

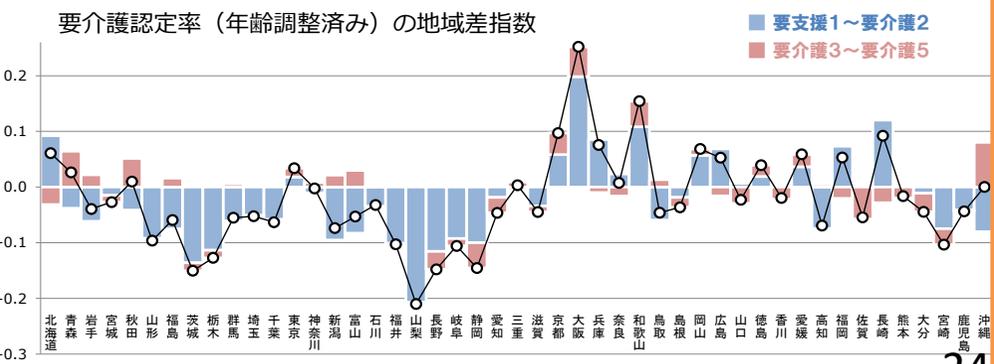
3 取組実績に応じた財政的インセンティブ**の付与**

国による分析支援

自治体間比較が可能な形で、国が以下のデータを「見える化」し、自治体による地域課題の分析を支援

- ・ 要介護認定率の状況
- ・ サービス類型ごとの一人当たり介護費用（施設・在宅の別など）等

7月から市町村・都道府県毎の認定率等を提供し、**自治体間で比較可能に**



地域差の是正

医療費の地域差縮小に向けた取組

厚生労働省



都道府県

- 保険者努力支援制度等を活用して、保険者が行う健康の保持増進等の取組を**インセンティブで支援**（平成30年度以降）
- 都道府県や保険者の取組状況を**指標で「見える化」**（分かりやすく公表）
- 都道府県が医療費分析できるよう、**県単位のNDB(レポデータ)の迅速な提供**
- 厚生労働大臣は、国・都道府県の適正化計画の目標達成のため必要と認めるときは、あらかじめ都道府県と協議の上、**都道府県別に診療報酬の異なる定め**ができる

都道府県が国保の保険財政と医療提供体制で権限と責任。医療費適正化計画等の策定主体として保険者協議会に参画し、実効性を高める。

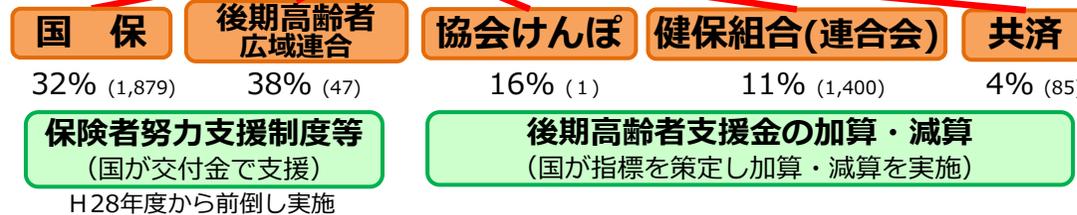
- ①医療提供体制の権限：地域医療構想の推進（医療介護総合確保基金の活用、病床転換の中止要請権限等）
- ②医療の財政責任：国保の財政運営の責任（H30年度～）、医療費適正化計画の策定、医療費の分析、厚労大臣に診療報酬の意見提出
 - 医療費が目標を著しく上回ると認める場合又は項目の目標を達成できないと認める場合、保険者・後期広域連合・医療機関と協力して必要な対策を講じるよう努める
 - 医療費適正化計画の取組の推進のため、保険者協議会を通じて、保険者に対して適正化や保健事業の推進など協力を要請

- 協議会は県が策定する地域医療構想と適正化計画に意見を提出



- 県は協議会に対し地域医療構想と適正化計画について協議、適正化の取組への協力を要請

H25年度
医療費構成割合
(保険者数)
保険者への
インセンティブ
(国が決定)



都道府県の権限の強化

- 都道府県が保険者協議会で**主導的な役割を發揮**
- 国が行う保険者へのインセンティブについて**都道府県からの意見を反映**
- 都道府県が**保険者と共同で医療費等を分析**、PDCAを用いて運営責任を共有

介護費の地域差縮小に向けた取組

※現在、参議院において法案審議中。

次期介護保険制度改正において、自立支援・重度化防止に向けた**保険者機能の強化**等を図るため、以下の内容を**法律により制度化**

市町村

保険者機能を抜本強化

- ①データに基づく課題分析と対応
- ②適切な指標による実績評価
- ③取組実績に応じた財政的インセンティブの付与

都道府県

市町村に対する支援を強化、明確化

- ・市町村職員に対する研修の実施
- ・地域ケア会議への医療職種の派遣調整
- など

厚生労働省

市町村・都道府県に対する支援を強化、明確化

- ・地域状況の「見える化」のためのデータ提供
- ・自治体の取組内容・目標設定の公表
- ・毎年度の進捗状況の管理
- など

ICT・AI等を活用した医療・介護のパラダイムシフト (p.4,5 未来投資会議資料参照)

- 健康・医療・介護のデータベースの連結
- 自立支援・重度化防止に向けた介護保険総合データベースの抜本改革
- 審査支払機関を「業務集団」から「頭脳集団」に改革

都道府県の保健ガバナンスの抜本強化

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

－ 地域の予防・健康・医療・介護の司令塔としての都道府県の役割の明確化 －

- 地域における『予防・健康・医療・介護』は、それぞれ密接に関連するが、制度がバラバラ。都道府県の役割は限定的。
- **都道府県を、個人・保険者・医療機関等の自発的な行動変容を促す司令塔へ。**このため、**制度(権限)・予算(財政)・情報(データ)・人材**などの面で、**都道府県の保健ガバナンスの抜本強化**を検討。

	予防・健康	医療		介護
		提供体制	保険	
都道府県の役割	適正化計画の策定	医療計画の策定	国保の保険者(H30～)	市町村支援

制度(権限)の強化

－都道府県が取りまとめる協議体の構築(「保険者協議会」の改組)－

- 住民の健康づくりや、効率的な医療・介護の提供体制の構築など、様々な地域課題に取り組む。



予算(財政)の強化

－都道府県のインセンティブ改革(保険者努力支援制度等)－

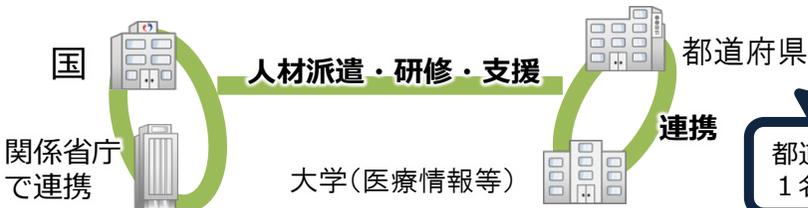
- インセンティブ制度を拡充するとともに、アウトカム指標を導入。



人材の強化

－主体的な医療施策の企画立案能力の向上－

- 医療政策、データ分析等に精通した人材確保に向け、関係者で連携。



情報(データ)の強化

－都道府県によるビッグデータへのアクセス確保・分析機能強化－

- 「保健医療データプラットフォーム」を都道府県が分析。保険者・個人等の行動変容を促す。



都道府県別一人当たり医療費の地域差 医療費適正化の取組について

平成28年10月21日経済財政諮問会議
塩崎臨時議員提出資料

- 医療費の地域差の主な要因は入院医療費。**入院医療費は病床数と高い相関**がある。
- 病床機能の分化・連携（地域医療構想）や糖尿病重症化予防等により**医療費の地域差半減に向けて、医療費適正化を推進**。
- インセンティブ改革や重症化予防の横展開等により、予防・健康づくりの取組も加速化。

医療費適正化計画

【医療費の地域差の分析】

【地域差】

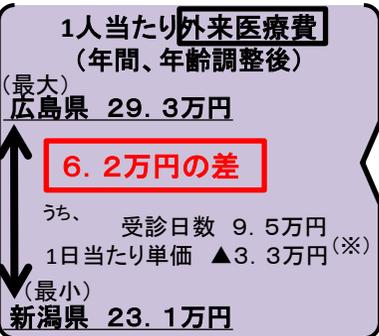
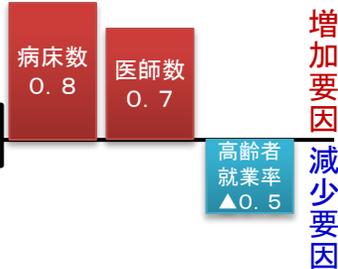
【地域差の背景】 (各種指標との 関連性)

国民医療費
(平成26年度)
40.8兆円

入院
16.1
兆円

外来
21.3
兆円

歯科・その他
3.5兆円



※数値(相関係数)は、
1に近いほど医療費との
関係性が高い。

(※) 広島県は新潟県よりも1日当たり医療費は低い
が、受診日数はその影響を大きく上回るほど多い。

【医療費目標の算定式】

・**入院医療費**：**地域医療構想**と整合的に策定

- ✓ 病床機能の分化：高度急性期・急性期を減らし、回復期を拡充
- ✓ 療養病床の入院受療率の地域差の解消
- ⇒ 政策的手段を駆使して**入院医療費の地域差半減に向け縮小**

・**外来医療費**：

- 平成35年度の効果額(※機械的試算)
- 後発医薬品の使用割合の目標達成 (70%→80%) [▲約4000億円]
 - 糖尿病重症化予防(全国的に取組推進+平均以上は差を半減) [▲約800億円]
 - 医薬品の投与の適正化(重複、多剤投与の是正) [▲約600億円]
 - 特定健診・保健指導実施率(全国目標：各70%、45%) [▲約200億円]
- ▲約6000億円

※地域差半減に向け、レセプト分析を継続。更なる取組を検討

- 都道府県の疾患別医療費の地域差、後発品の使用促進の地域差等が見える化。
毎年度、都道府県の医療費適正化目標の達成状況を公表し、国で進捗を評価。

インセンティブ改革

- 予防・健康づくりにしっかり取り組む保険者へのインセンティブ強化
 - ・ **国保** 30年度からのインセンティブ改革を今年度から前倒し実施
※特定健診、重症化予防等に関する指標を踏まえた評価に基づき
今年度から交付金を分配
 - ・ **被用者保険** 特定健診受診率・保健指導実施率が著しく低い保険者への
ペナルティ(高齢者支援金の加算等)のメリハリ強化

重症化予防の横展開

- 糖尿病重症化予防プログラム(H28.4)策定。
日本健康会議(H28.7)で全国の市町村・保険者の取組を公表
※自治体の取組状況を分析。民間のスキル・ノウハウの活用を働きかけ。
⇒ マッチングのためデータヘルス見本市【H27:1回、H28:3回】を開催
※重症化予防の取組を民間に委託する市町村：53 (H27.9) →124 (H28.3) 28

保険者による予防・健康づくりの好事例の横展開（呉市等の重症化予防の取組等）

1. 呉市の取組とその横展開

- 広島県呉市の国保では、レセプトや健診データを活用し、以下のような糖尿病性腎症の重症化予防の取組を実施。
 - ① 健診異常値者から医療機関未受診者等を抽出 ⇒ 受診勧奨の実施
 - ② 糖尿病性腎症等の重症化リスクのある対象者を抽出 ⇒ かかりつけ医等と連携した個別指導の実施
- こうした取組を全国に横展開するためには、各自治体、郡市医師会が協働・連携できる体制を整備する必要。
- そこで、「厚生労働省・日本医師会・日本糖尿病対策推進会議」の三者が協定を締結し、平成28年4月には、国レベルで「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定。
- 同年5月には、都道府県、市町村及び国保連を対象に本プログラムの説明会を開催。
- 引続き、日本医師会等と連携しつつ
 - ① 都道府県単位でのプログラムの策定 ② 市町村における重症化予防の取組の促進に取り組んでいる。



さらに
横展開を支援

2. 保険者に対するインセンティブ

- 平成27年5月に成立した医療保険制度改革関連法において、重症化予防の取組を含めた医療費適正化等に係る都道府県や市町村国保の取組を評価・支援するため「保険者努力支援制度」を創設（平成30年度施行。財政規模は700～800億円の予定。）
- さらに、骨太方針2015等を踏まえ、平成28・29年度において、保険者努力支援制度の趣旨を踏まえた取組を前倒しで実施。
具体的には、現行の市町村国保への交付金（特別調整交付金）を活用し、糖尿病等の重症化予防等に取り組む市町村に対し、平成28年度から財政支援を実施。（財政規模は今後検討。）

3. 進捗状況と今後の取組

- かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む市町村国保は、118市町村(平成27年度末)。
※ 何らかの重症化予防の取組を行っているのは、659市町村
- 今後、まずは、800市町村(平成32年)※を目指し、市町村の取組を促進していく。※日本健康会議の宣言2020の目標

薬価制度の抜本改革と 医薬品産業の強化

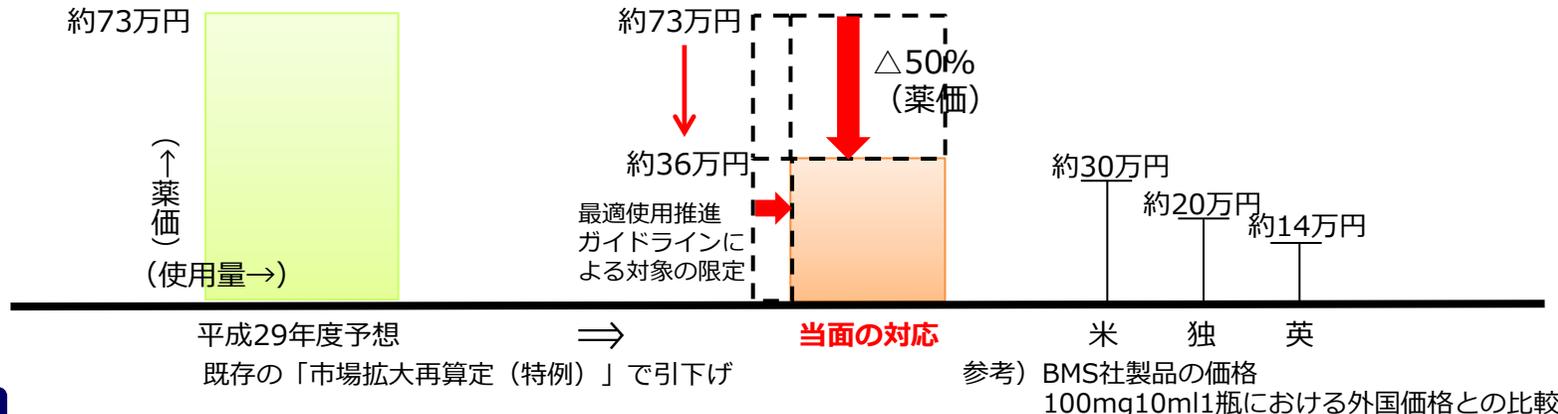
高額薬剤への対応

- オプジーボについて、2年に1度の薬価改定の年ではないが、**緊急的に薬価を50%引下げる**。
- また、**ガイドラインによって、より効果的な使用方法に限定**することを徹底する。

オプジーボ

H26.7承認時点では、適応疾患は、希少疾患の悪性黒色腫のみであり、高額な薬価を設定

肺がん等の効能・効果が追加され、大幅に市場が拡大したが、現行のルールに従って薬価が据え置かれた



薬価制度の抜本改革

課題

- 効能追加、予想を超えた売上げ増、流通価格の変化など、薬価収載後の状況の変化に対し、柔軟な対応ができていないのではないか。
- 革新的医薬品、長期収載品、後発品、バイオシミラーなど、それぞれの特性にあわせたメリハリの利いた適切な薬価が設定できていないのではないか。
- 諸外国とは薬価制度のあり方が異なる中、適切な外国価格との調整ができていないのではないか。
- 費用対効果が適切に薬価に反映されていないのではないか。

検討の方向性

「イノベーションの推進」と「国民皆保険制度の持続性」の両立を目指した薬価制度の抜本改革

- 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**について、**新薬収載の機会(年4回)**を最大限活用して、柔軟に**薬価を見直し**
- 市場環境の変化により**一定以上の薬価差が生じた品目(後発品を含む)**について、**少なくとも年1回**、これまでの改定時期に限らず**薬価を見直し**
- **薬価算定方式**(原価計算方式・類似薬効比較方式)の**正確性・透明性の向上**とイノベーション評価の加速化を図るとともに、医療保険財政に大きな影響を及ぼし得る**バイオ医薬品について、研究開発支援方策**(バイオシミラーについては、価格付けの方針、数量シェア目標を含む)を**早急に策定**
- 外国価格のより正確な把握を含め、**外国価格との調整を大幅に改善**
- **費用対効果評価による価値に基づき**、上市後の**薬価引上げを含めた価格設定を本格導入**(費用対効果評価の本格導入を加速化)

薬価制度の抜本改革に向け、早急に政府基本方針を策定
(広く関係者の意見を踏まえ、具体的方策を確定)

より高い創薬力を持つ産業構造への転換

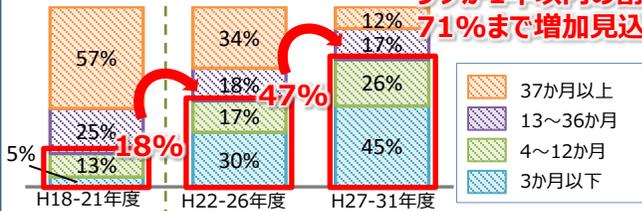
平成29年5月23日 経済財政諮問会議
塩崎臨時議員提出資料

- 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

申請ラグの推移

ラグが1年以内の割合
71%まで増加見込み

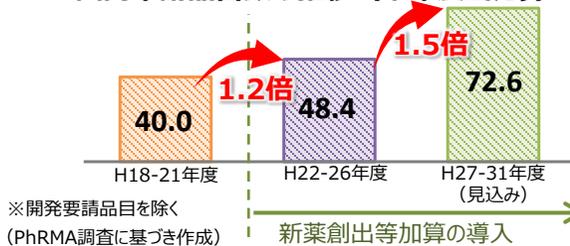


新薬創出等加算の導入 (出典：PhRMA調査)

これまでの主な成果

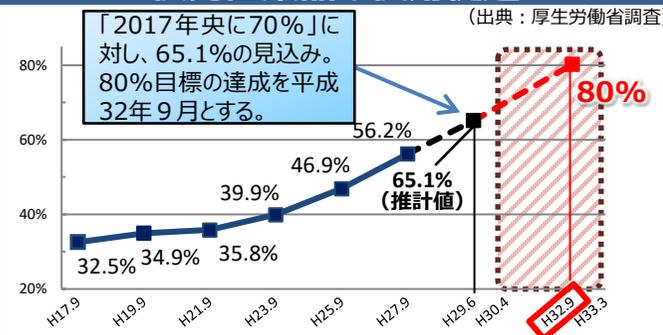
国内開発の大幅な増加

国内申請品目数の推移 (単年度当たり)



※開発要請品目を除く (PhRMA調査に基づき作成) 新薬創出等加算の導入

後発医薬品の使用促進

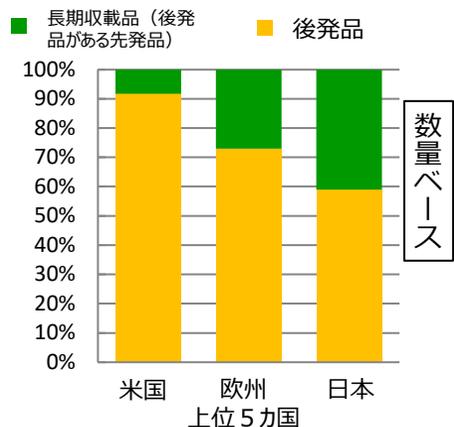


(出典：厚生労働省調査)

課題

- 次の革新的医薬品創出につなげる仕組み
- 長期収載品に依存しない仕組み

特許切れ市場における長期収載品シェア (2016年)



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%

後発医薬品への置換えによる医療費適正効果額の推計

以下の方法に基づく推計から、平成17年度～27年度の医療費適正効果額は、単調に増加しており、平成27年度は9,400億円程度となっていると考えられる。

< 推計方法と考え方 >

○各年度の薬価調査の結果から、取引された全ての後発医薬品について、個別に対応する先発医薬品（同一剤形・規格の先発医薬品）が取引されていた場合を仮想し、実際の取引額（後発医薬品の薬価ベース）と仮想の取引額（先発医薬品の薬価ベース）の差を後発医薬品への置換えによる医療費適正効果額とした。

※ 後発品販売額は、全後発品のうち、同一剤形・規格の先発医薬品があるものについての販売額の合計

○また、同一剤形・規格で複数価格の先発医薬品がある品目については、最高額と最低額の先発医薬品に置き換えた場合の医療費適正効果額を算出し、効果額を範囲（例：○－○）とした。

○年間医療費適正効果額については、単月医療費適正効果額の12倍とした。

単位：億円

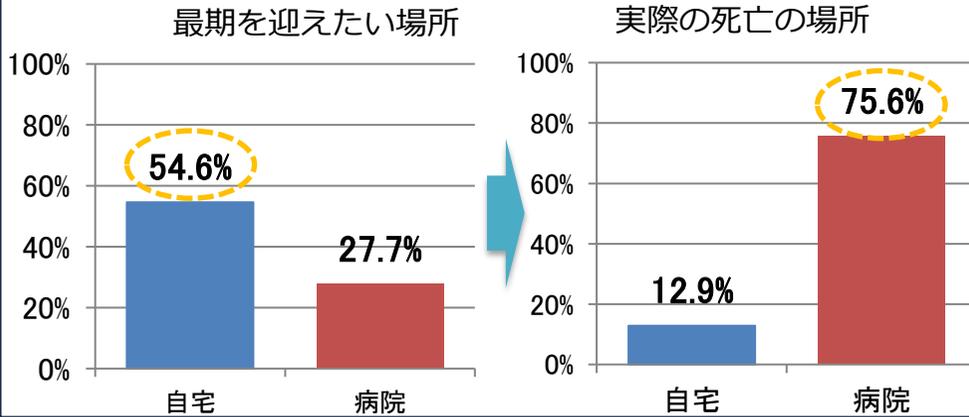
	H17年度	H19年度	H21年度	H23年度	H25年度	H27年度
後発品販売額(月)	153	183	284	334	453	759
推定先発相当額(月)	337－323	397－383	587－569	678－671	903－896	1,549－1,538
適正効果額(月)	183－169	214－200	303－285	344－337	450－443	790－779
年間適正効果額	2,201－2,033	2,569－2,398	3,637－3,423	4,128－4,045	5,560－5,439	9,479－9,345
年間平均効果額	2,117	2,484	3,530	4,087	5,500	9,412

人生の最終段階における医療

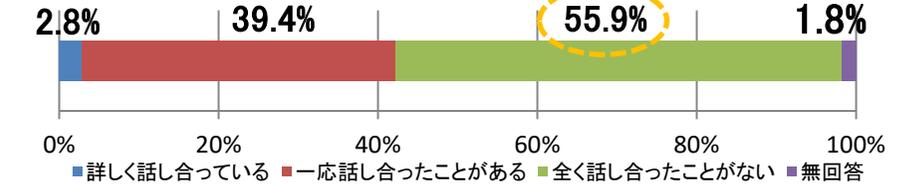
「人生の最終段階における医療」に関する取組

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

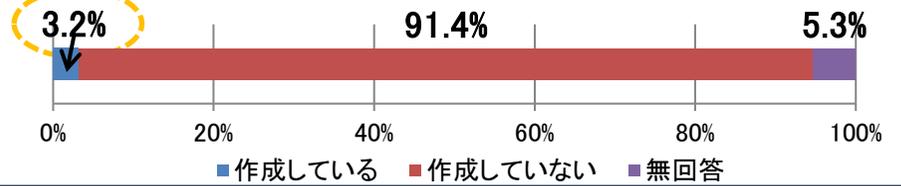
- **最期を迎えたい場所が自宅54.6%**に対し、**実際の死亡の場所は病院が75.6%**



- 「人生の最終段階における医療」について **家族と全く話し合ったことがない者の割合が55.9%**



- **意思表示の書面を作成している者の割合は3.2%**



⊗ 「人生の最終段階における医療」について、
十分な情報提供や具体的手段が示されておらず、
普段から考える機会や**本人の意思を表明する環境が整備**されていない

住民向け普及・啓発(29年度～新規)

- ✓ 平成29年度早期に検討会を開催し、年度内に結論
- ✓ 住民が考える機会を確保し、家族等と話し合うために必要な情報等を整理
- ✓ **普及・啓発資料を作成し、周知**

⊗ **本人の意思が、家族やかかりつけ医、救急隊員や救急医療機関で共有されていない**ため、
本人の意思に反した延命治療や救急搬送が行われる可能性がある

在宅・救急医療連携(29年度～新規)

- ✓ 本人の意思を身近で予め聞くことができる「かかりつけ医」や救急搬送を行う「救急隊員」、対応する「救急医療機関」の**連携により、本人の意思を共有する仕組みを構築**

(参考) 救急搬送された65歳以上の者約310万人 (H27年) のうち、
・初診時に死亡が確認された者 約6万人
・3週間以上の入院を必要とする重症者 約35万人
(この中にも本人の意思が共有されていない者が存在すると想定)

人材育成研修(継続)

- ✓ 相談に適切に対応できる医師・看護師等の人材育成、卒前の教育や卒後の臨床研修も含め実施

報酬改定

平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定

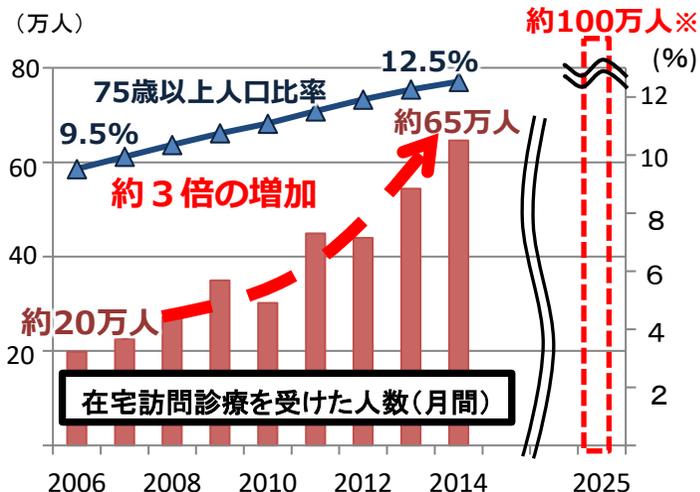
平成29年4月12日経済財政諮問会議
塩崎臨時議員提出資料

- 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

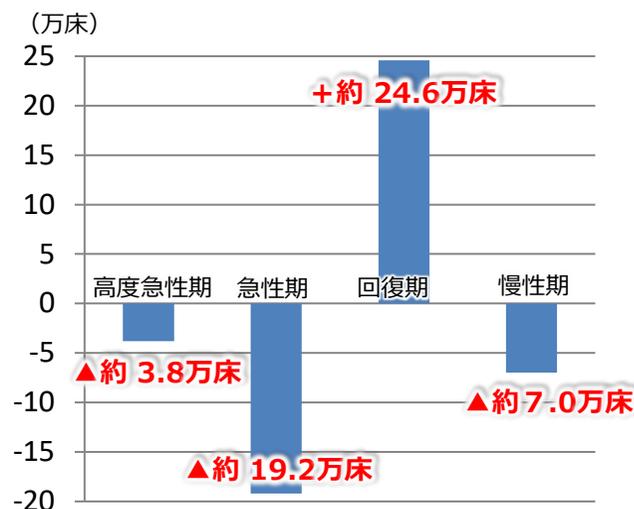
在宅訪問診療を受けた人数の伸びと75歳以上人口比率



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

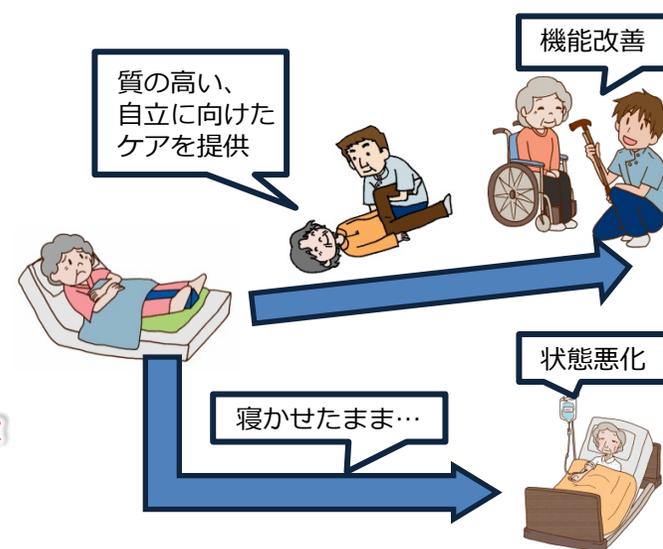
- 医療機能や患者の状態に応じた評価により、**地域医療構想の達成を推進**（7：1病床の適正化、療養病床の扱い等） 等

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。

健康・医療・介護における ICT政策について

保健医療分野におけるICT活用の現在の取組と課題

現在までの取組

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)

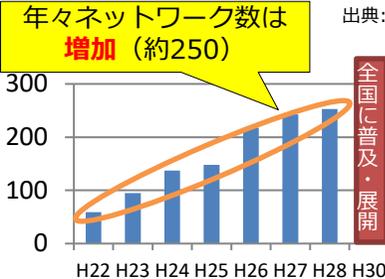
2. ネットワーク化

○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:日医総研



ネットワークで共有される情報閲覧の画面例

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



◆対象病院数

出典:厚生労働省調べ

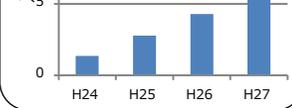
DPCデータ (急性期病院の入院のレセプトデータ等を蓄積)



平成28年度中 構築

◆レセプト件数

(億件) 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)



- 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

今後の課題

厚生労働省のデータヘルス改革の全体像

平成29年4月14日未来投資会議
塩崎厚生労働大臣 配布資料

- ICT等を活用した「個々人に最適な健康管理・診療・ケア」の提供や、健康・医療・介護のビッグデータを連結した「保健医療データプラットフォーム」の2020年度本格稼働等により、**国民が、世界最高水準の保健医療サービスを、効率的に受けられる環境を整備。**

データヘルス改革の方向性

- ゲノム医療・AI等の最先端技術やビッグデータの活用、ICTインフラの整備などを戦略的、一体的に展開。

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> I 最先端技術の活用 II ビッグデータの活用 III ICTインフラの整備 | <p>がんゲノム医療の実現、保健医療分野のAIの開発加速化、遠隔診療・介護ロボット</p> <p>ビッグデータを活用した保険者機能の強化、科学的介護の実現</p> <p>保健医療分野のデータ利活用基盤の構築</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- 本年1月、省内に「データヘルス改革推進本部」を立ち上げ。「改革工程表」に沿って、具体化に向け、加速。

改革工程表（抄） ※2017年1月12日

データヘルス改革推進本部

○本部長：厚生労働大臣

※ ICTの専門家が顧問として参画。
※ その他、関係局長等を構成員とする。

予防・健康WG

医療WG

介護WG

ビッグデータ連携・整備WG

がんゲノム医療推進
コンソーシアム懇談会

保健医療分野における
AI活用推進懇談会



実効的施策を支える『データ利活用基盤』整備の概観

－ 3つのバラバラを解決する、2つの大規模ネットワークと6つのサービス－

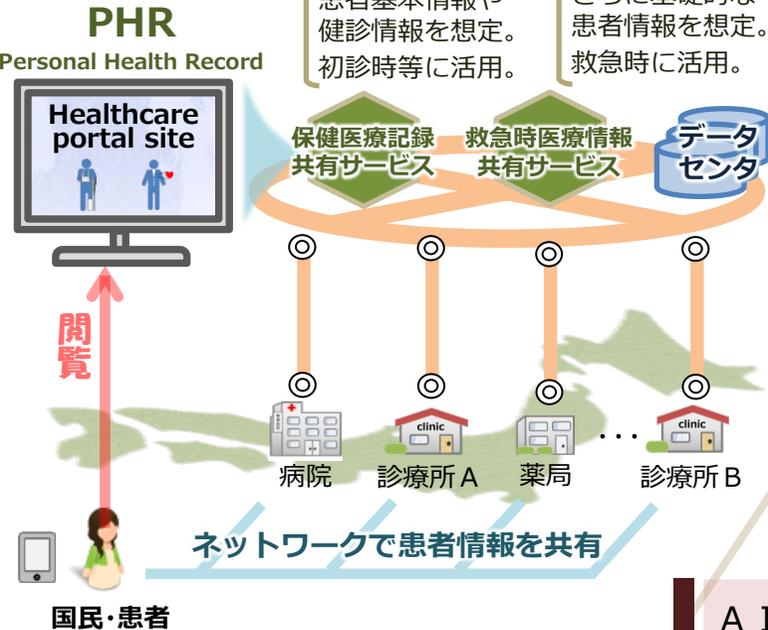
平成29年4月14日未来投資会議
塩崎厚生労働大臣 配布資料

- 健康・医療・介護のデータを有機的に連結させたICTインフラを整備。
 - － 国民・患者にとって、最適な健康管理・診療・ケアの提供。データや技術が生み出す果実の還元。
 - － 医療・介護関係者にとって、健康・医療・介護情報の円滑な共有。診療・サービスの効率化・生産性の向上。
 - － 研究者・民間・保険者等にとって、個人のヒストリーとして、健康・医療・介護のビッグデータを分析可能。

個人の健診・診療に関する情報が、バラバラ。
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が整備されているとは言えない状況。

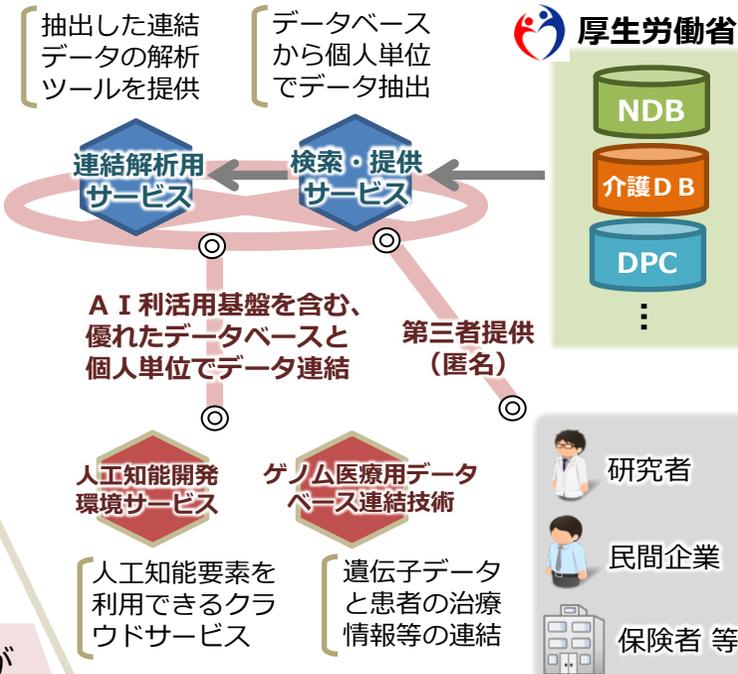
日本には様々な優れた医療ビッグデータが存在するが、バラバラ。これらの民間活用も進んでない。
ビッグデータの価値・果実を国民に還元できていない。

－全国医療情報ネットワーク－



つなぐ ひらく

－保健医療データプラットフォーム－



つくる

AIやゲノム医療といった最先端技術が生まれても、それを育てる共通基盤がない。

－ AI利活用基盤等－