

医療保険制度改革等の行方

城 克文

平成30年04月26日

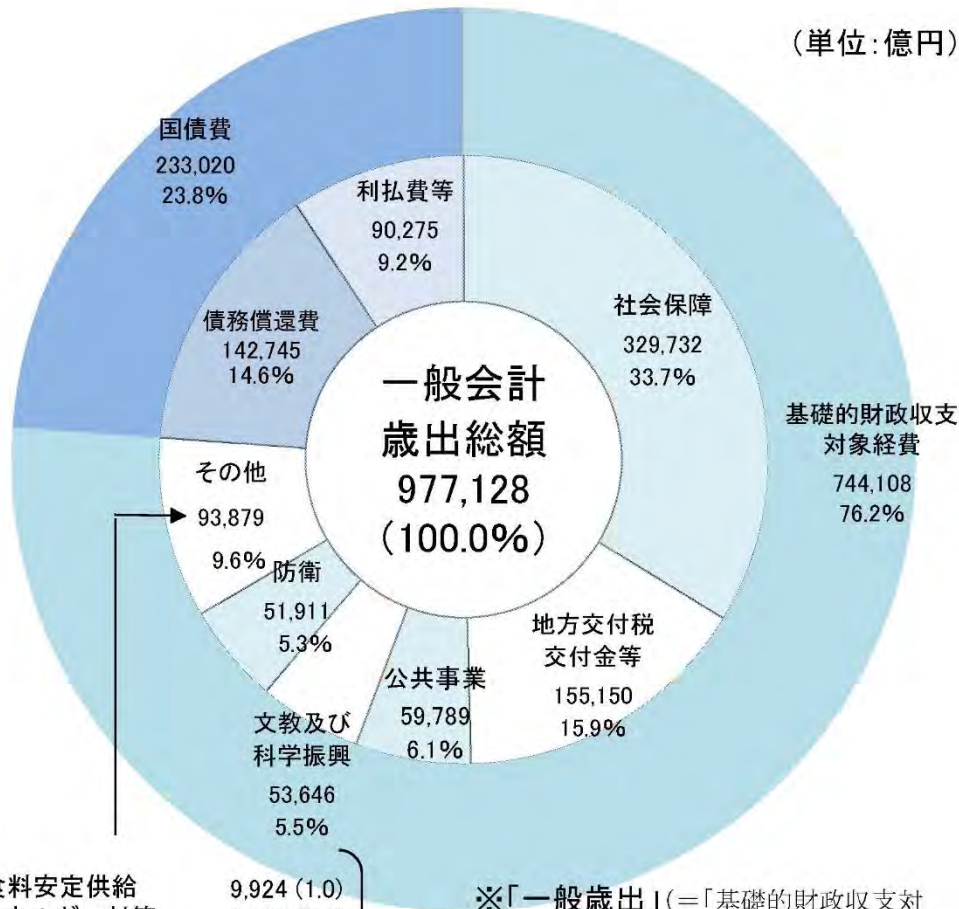
医療保険制度改革等の行方

2018年度政府予算

平成30年度一般会計歳出・歳入の構成

一般会計歳出

(単位:億円)

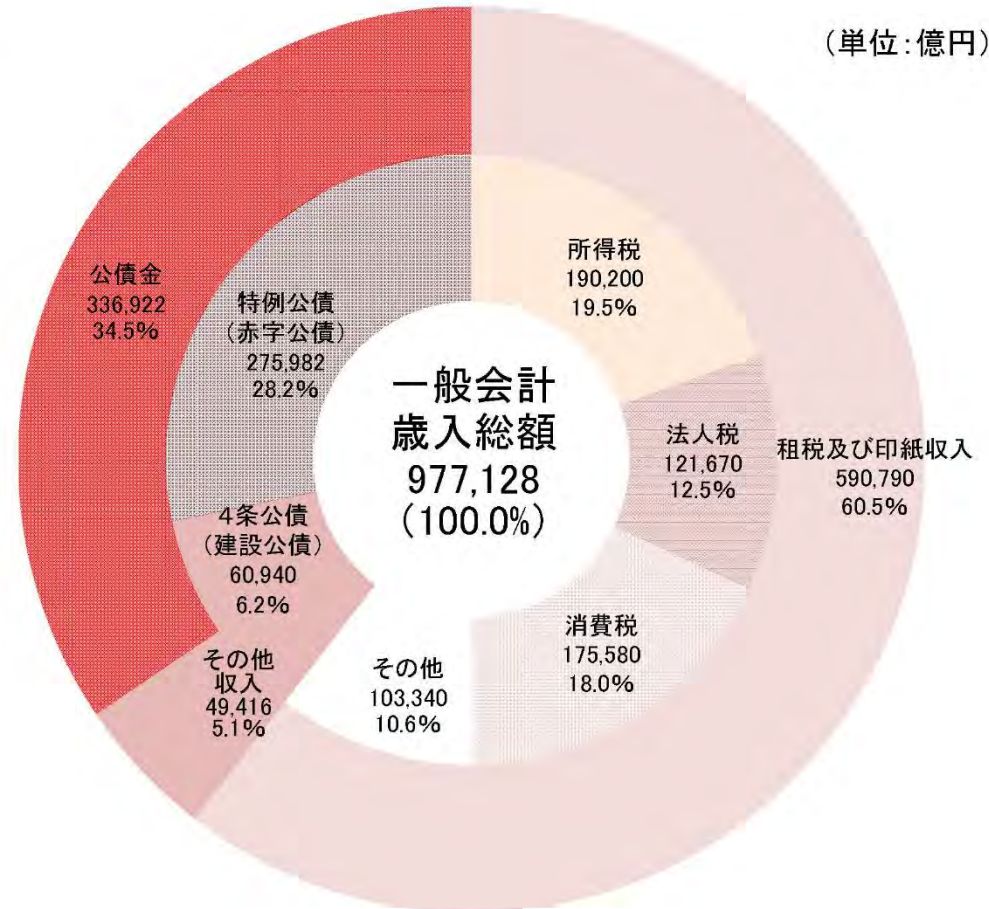


※「一般歳出」(=「基礎的財政収支対象経費」から「地方交付税交付金等」を除いたもの)は、588,958(60.3%)

食料安定供給	9,924 (1.0)
エネルギー対策	9,186 (0.9)
経済協力	5,089 (0.5)
恩給	2,504 (0.3)
中小企業対策	1,771 (0.2)
その他の事項経費	61,904 (6.3)
予備費	3,500 (0.4)

一般会計歳入

(単位:億円)



(注1) 計数については、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計とは合致しないものがある。

(注2) 一般歳出※における社会保障関係費の割合は56.0%。

平成30年度予算のポイント

「経済・財政再生計画」の集中改革期間の最終年度の予算として、**経済再生と財政健全化を両立**する予算

人づくり革命

- 人生100年時代を見据え、社会保障制度を全世代型社会保障へ転換し、**人への投資**を拡充。
 - ・ **保育の受け皿**拡大
 - ・ **保育士の処遇**改善
 - ・ **幼児教育**の段階的無償化
 - ・ **給付型奨学金**の拡充 等

生産性革命

- 持続的な賃金上昇とデフレからの脱却につなげるため、**生産性向上**のための施策を推進。
 - ・ 地域の中核企業や中小企業による**設備・人材への投資**の促進
 - ・ 賃上げや生産性向上等のための**税制上の措置**の実施
 - ・ 産学官連携での**研究開発**等の支援
 - ・ 生産性向上のための**インフラ整備**への重点化 等

財政健全化

- **財政健全化**も着実に進展。
 - ・ 一般歳出、社会保障関係費の伸びについて、「**経済・財政再生計画**」の「**目安**」を達成（28～30年度の3年間でそれぞれ1.6兆円程度、1.5兆円程度）。
 - ・ 安倍内閣発足以来、**国債発行額**を6年連続で**縮減**（29年度：34.4兆円⇒30年度：33.7兆円）。
 - ・ **一般会計プライマリーバランス**も**改善**（29年度：▲10.8兆円⇒30年度：▲10.4兆円）。

平成30年度予算における各歳出分野の特徴①

社会保障

- 社会保障関係費の伸びについて、「経済・財政再生計画」の「目安」を達成（30年度+4,997億円）。
- **診療報酬改定**：本体+0.55%（+588億円）、薬価▲1.36%（▲1,456億円）、材料価格▲0.09%（▲99億円）。
- **薬価制度の抜本改革**（▲310億円）や**大型門前薬局等の調剤報酬適正化**（▲56億円）といった制度改革を実施。
- **介護報酬改定**：+0.54%（+137億円） / **障害福祉サービス等報酬改定**：+0.47%（+57億円）
- **生活扶助基準**の見直しや**医療扶助の適正化**を図る一方、生活保護受給者の**大学等進学の際の一時金の支給**を行うほか、生活困窮者自立支援制度において**子供の学習支援**等を強化。

教育・文化

- 新学習指導要領の円滑な実施や学校における働き方改革に向け、**小学校英語の専科教員**など学校の指導・事務体制を強化。
- **文化芸術立国**に向け、文化庁の機能強化を図りつつ、文化資源を活用し、投資拡大の好循環を目的とする**文化経済戦略**等を推進。

公共事業

- 公共事業関係費については**安定的な確保**（5兆9,789億円）を行い、その中で、①**生産性向上のためのインフラ整備**、②**豪雨・台風災害等を踏まえた防災・減災対策**などへの重点化を推進。

農業

- 米の直接支払交付金の廃止にあわせ、農家の所得の向上と安定を図る観点から、**水田活用交付金**と**農業農村整備事業**を増額するとともに、**収入保険**を創設。
- 「31年の輸出1兆円」目標に向けた**農林水産物・食品の輸出の戦略的支援**、**加工施設の整備**や**木材の高付加価値化**等による林業の競争力強化等を実現。

外交・防衛

- 外交実施体制を強化しつつ、**日米・日露関係の強化**や**インド太平洋戦略**などに予算配分を重点化し、**戦略的外交**を後押し。**ODA**も、一般会計予算、事業量ともに増額を確保。
 - 中期防対象経費は、「中期防衛力整備計画」を踏まえ**+0.8%**の伸びを確保し、イージス・アショア（2基分）の整備に要する経費を計上するなど、**弾道ミサイル攻撃**等に適切に対処。防衛関係費全体としても**+1.3%**を確保。
- ※ あわせて、29年度補正において能力向上型迎撃ミサイル（PAC-3MSE）の調達の前倒し等を実施。

平成30年度予算における各歳出分野の特徴②

警察・海保

- 東京オリンピック・パラリンピック競技大会の開催を見据え、テロの未然防止等に向けた**セキュリティ向上のための資機材**の整備を図るとともに、**国境離島等警備用の大型ヘリ**（2機分）等を措置。
- 「海上保安体制強化に関する方針」に基づき、29年度補正予算とあわせ、**尖閣対応の大型巡視船**を中心に体制強化を引き続き前倒しで実施。

観光

- 訪日外国人旅行者数32年度4000万人等の目標達成に向け、**国際観光旅客税（仮称）**の財源を活用しつつ、顔認証ゲート等の最新技術を活用した**CIQ体制（出入国管理、税関）**の整備、ビッグデータを活用した**デジタルマーケティング**の導入、**文化財や国立公園等に関する多言語解説**の整備等を推進。

地方創生

- 先端科学や観光・農業といった**地方大学の新たなチャレンジ**を後押しする**新たな交付金**を創設するとともに、地方の自主的かつ先駆的な取組を支援する**地方創生推進交付金**を引き続き確保。

復興

- 復興のステージに応じ、**生業の再生等きめ細かな支援**とともに、復興拠点整備や風評被害対策等の**福島復興**を推進。

地方財政

- 地方財政について、**歳出特別枠の廃止**による歳出の重点化・効率化、**地方消費税の清算基準の見直し**等により、国・地方を通じた財政資金の効率的配分を実現。一方、**地方一般財源総額**について**前年度同水準**を確保。

行政事業レビュー

- 秋の年次公開検証の指摘事項を適切に反映（診療報酬（調剤技術料）、物流における省エネルギー対策等）。

平成30年度社会保障関係予算のポイント(概要)

- 社会保障制度の持続可能性を確保する観点等から、様々な改革努力を積み重ねた結果、平成30年度の社会保障関係費の伸びは、対前年度で+4,997億円。
 - － 診療報酬改定は、本体改定で+0.55%(国費+588億円)、薬価等改定で▲1.45%(国費▲1,555億円)。このほか、制度改革として、新薬創出等加算の抜本的見直し、長期収載品の価格の段階的引下げ等の薬価制度の抜本改革を実施(国費▲310億円)。また、いわゆる大型駅前薬局に係る調剤報酬の適正化を実施(国費▲56億円)。
 - － 介護報酬改定は、全体で+0.54%(国費+137億円)とし、通所介護等の給付を適正化しつつ、自立支援・重度化防止に資する質の高いサービス等を評価。また、障害福祉サービス等報酬改定は、全体で+0.47%(国費+57億円)。
 - － 生活保護制度では、生活扶助基準の見直しや医療扶助の適正化を実施するとともに、大学等への進学に対する支援を実施。
- 「人づくり革命」の実現に向け、「新しい経済政策パッケージ」に基づき、「子育て安心プラン」を前倒しし、保育の受け皿拡大等を推進するなど、メリハリの効いた社会保障関係予算を編成。

(単位:億円)

項目	29年度	30年度	29'→30'増減
社会保障関係費	324,735	329,732	4,997(+1.5%)
恩給関係費	2,947	2,504	▲443(▲15.0%)

平成30年度 診療報酬・薬価等改定及び薬価制度の抜本改革

(1) 診療報酬本体

+0.55% (国費+588億円)

各科改定率	医科	+0.63%
	歯科	+0.69%
	調剤	+0.19%

※ 併せて、7対1入院基本料を含めた急性期に係る入院基本料の評価体系の見直し、長期療養に係る入院基本料の評価体系の見直し等、機能に応じた適切な評価を行う。

(2) 薬価等の改定

① 薬価 ▲1.36% (国費▲1,456億円)

※ 薬価制度改革(後述(3))の効果を含めた影響は▲1.65%

② 材料 ▲0.09% (国費▲99億円)

(3) 薬価制度の抜本改革

(国費▲310億円)

- ① 新薬創出・適応外薬解消等促進加算について、平均乖離率要件を撤廃し、対象品目を医薬品そのものの革新性・有用性に着目して判断する仕組みとするなど、抜本的な見直しを行う。
- ② 後発品上市後10年を経過した長期収載品の薬価について、30年度以降、後発品の薬価を基準に段階的に引き下げる。
- ③ その他、費用対効果評価の試行的実施の対象となっている品目の価格調整などを行う。

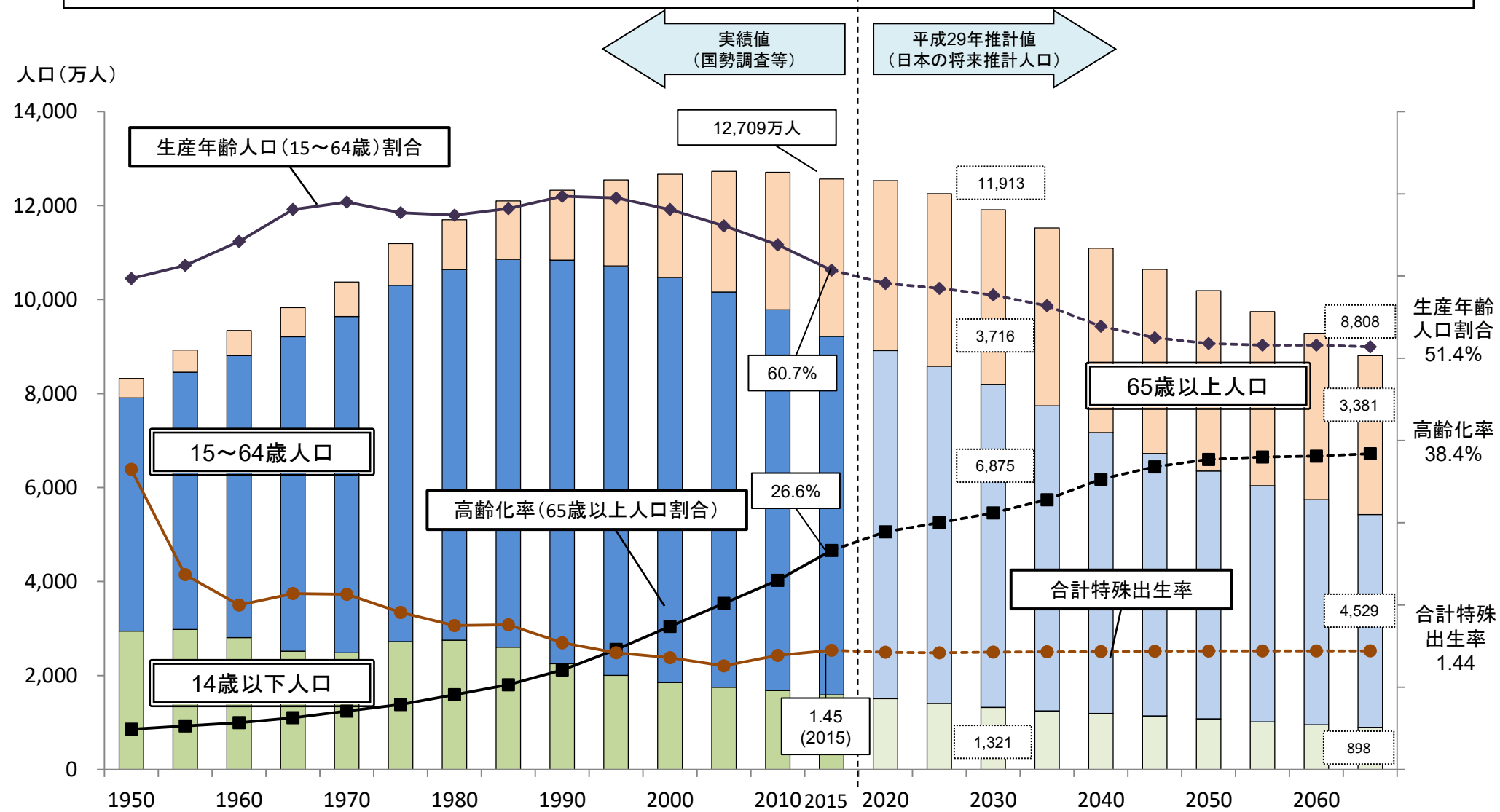
(4) いわゆる大型駅前薬局に対する評価の適正化
(国費▲56億円)

医療保険制度改革等の行方

税・社会保障一体改革～同時改定

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。

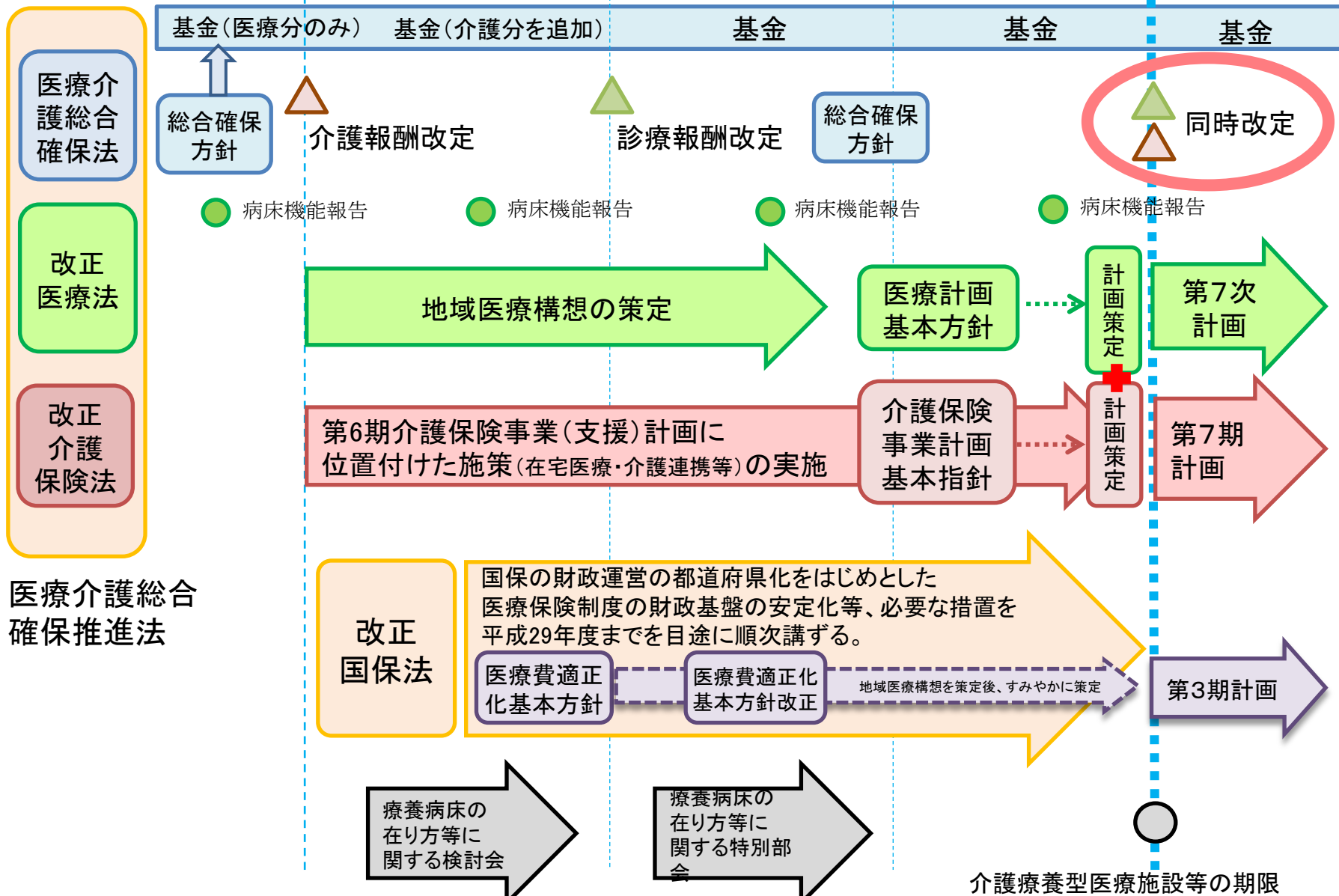


(出所) 総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年4月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)
厚生労働省「人口動態統計」

医療・介護改革の流れ

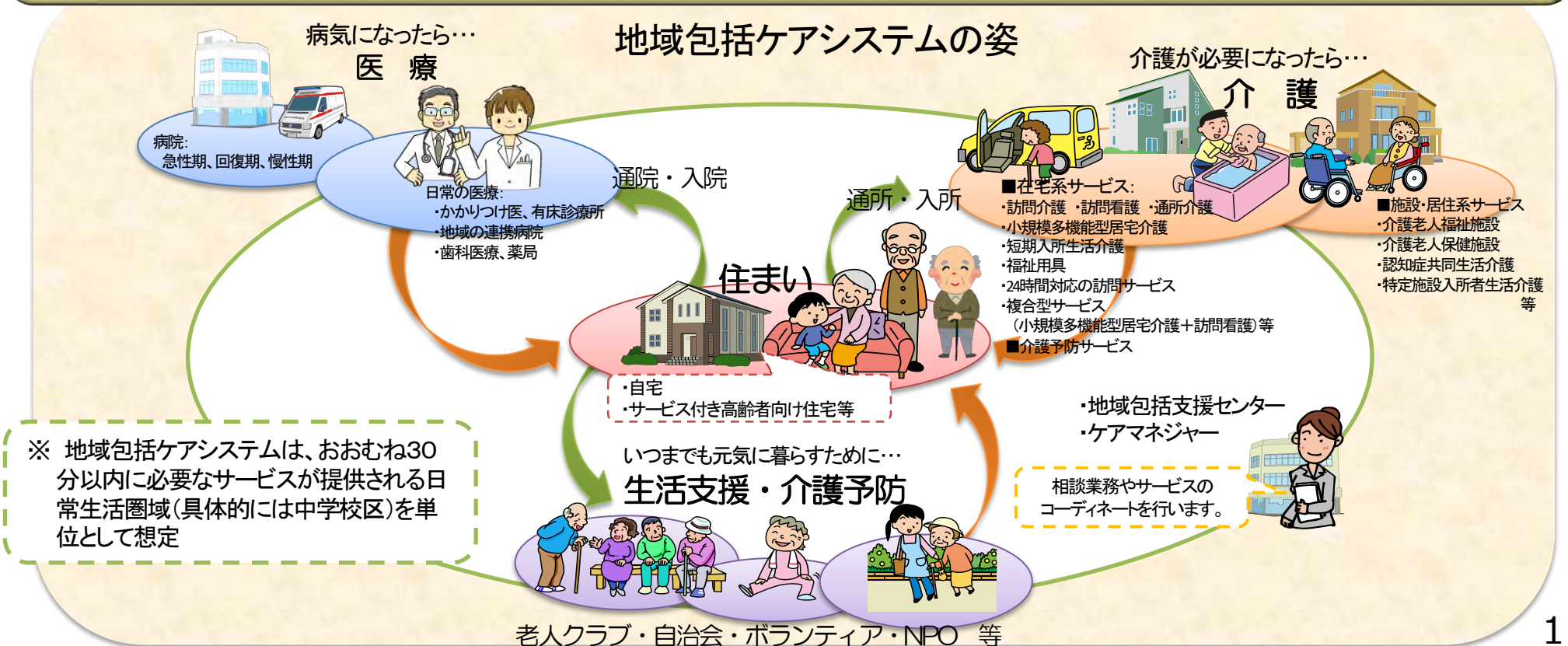
平成25年度 (2013) 平成26年度 (2014) 平成27年度 (2015) 平成28年度 (2016) 平成29年度 (2017) 平成30年度 (2018)

社会保障改制度革国民会議報告書
プログラム法



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。**



医療保険制度改革等の行方

2018改定

平成30年度診療報酬改定の概要

団塊の世代が75歳以上となる2025年とそれ以降の社会経済の変化への対応に向けて、平成30年度診療報酬改定により、質が高く効率的な医療提供体制の整備とともに、新しいニーズにも対応できる質の高い医療の実現を目指す。

診療報酬本体 +0.55%

各科改定率	医科	+0.63%
	歯科	+0.69%
	調剤	+0.19%

薬価等

①薬価 ▲1.65%

※うち、実勢価等改定	▲1.36%
薬価制度の抜本改革	▲0.29%

②材料価格 ▲0.09%

なお、上記のほか、いわゆる大型門前薬局に対する評価の適正化の措置を講ずる。

平成30年度診療報酬改定の概要

I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

医科

1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価
3. 入退院支援の推進
4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
5. 医療と介護の連携の推進

歯科

1. かかりつけ歯科医の機能の評価
2. 周術期口腔機能管理の推進
3. 質の高い在宅医療の確保

調剤

1. 地域医療に貢献する薬局の評価
2. かかりつけ薬剤師の推進

II 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

医科

1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - 1) 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - 2) 緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価
 - 3) 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - 4) 感染症対策の推進
 - 5) 重症化予防の取組の推進
2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
 - 1) 遠隔診療の評価
 - 2) 医療技術評価分科会における検討を踏まえた対応

歯科

1. 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歯科医療の推進

調剤

1. 薬局における対人業務の評価の充実
2. 効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進

III 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

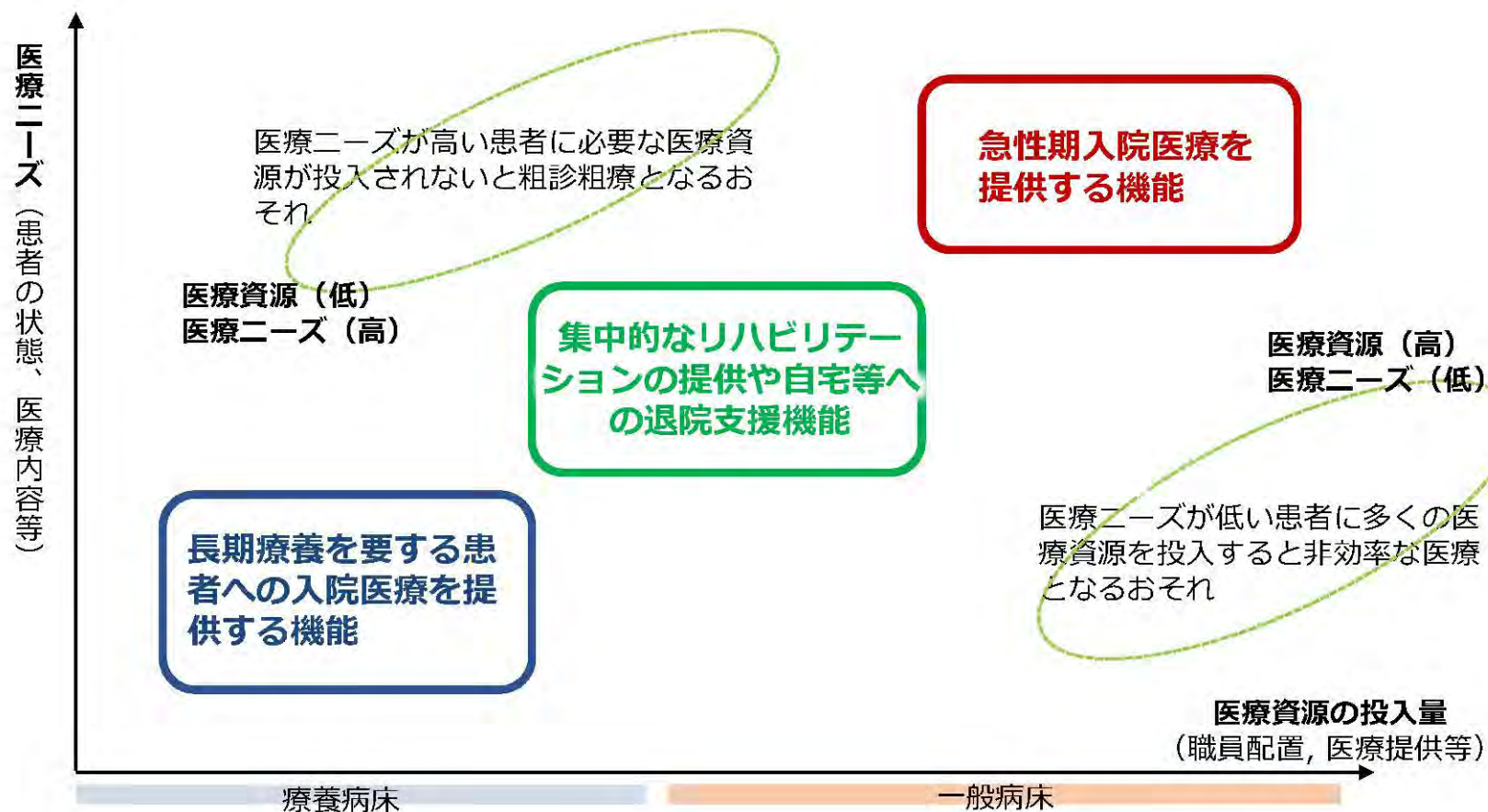
1. チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善
2. 業務の効率化・合理化

IV 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化

1. 薬価制度の抜本改革の推進
2. 後発医薬品の使用促進
3. 費用対効果の評価
4. 調剤報酬(いわゆる門前薬局等の評価)の見直し
5. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

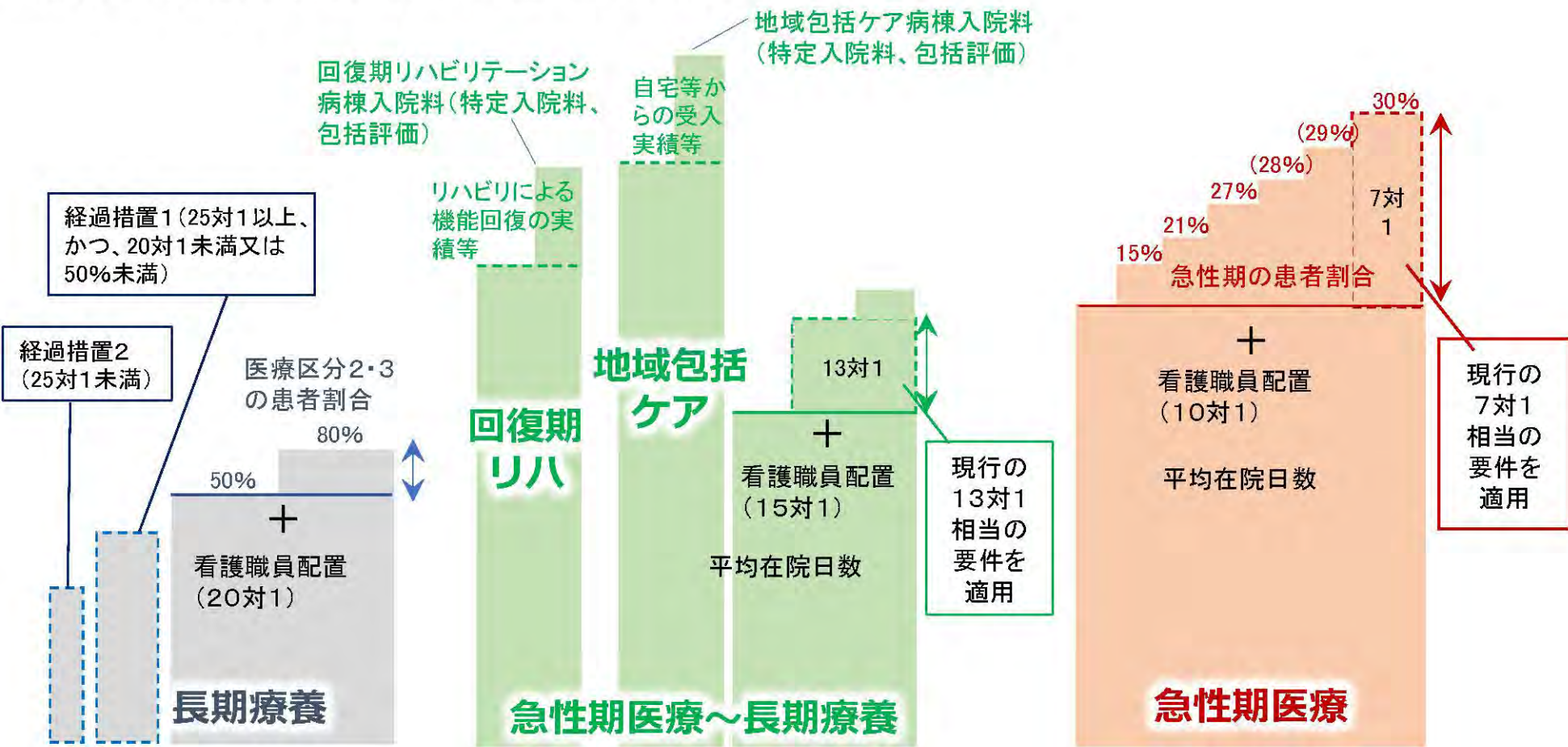
入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）

- 入院医療の評価の基本的な考え方としては、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましい。
- 患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがある。



新たな入院医療の評価体系と主な機能(イメージ)

入院医療評価体系について、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合する。なお、新たな評価体系となる入院料は、急性期医療、急性期医療～長期療養、長期療養の機能に大別される。



療養病棟入院基本料 (20対1、25対1) を再編・統合

一般病棟入院基本料 (13対1、15対1) 等を再編・統合

一般病棟入院基本料 (7対1、10対1) を再編・統合

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、上記には含めていない。

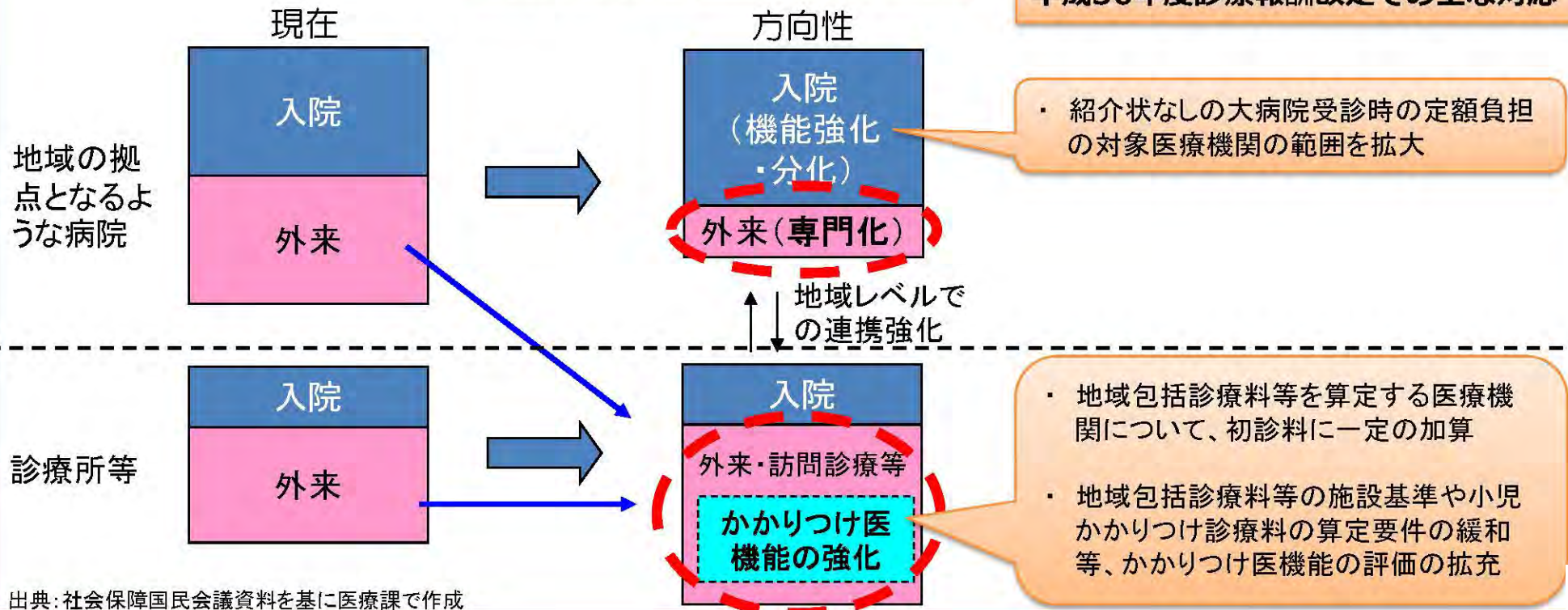
外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

- 新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい

外来医療の役割分担のイメージ

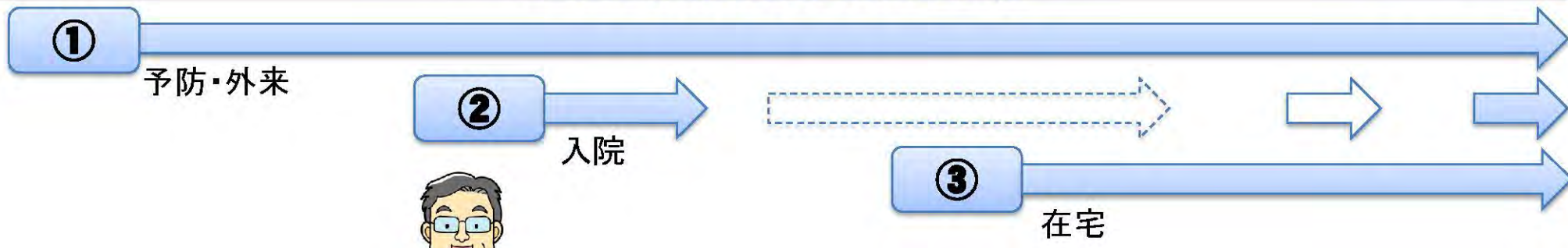
平成30年度診療報酬改定での主な対応



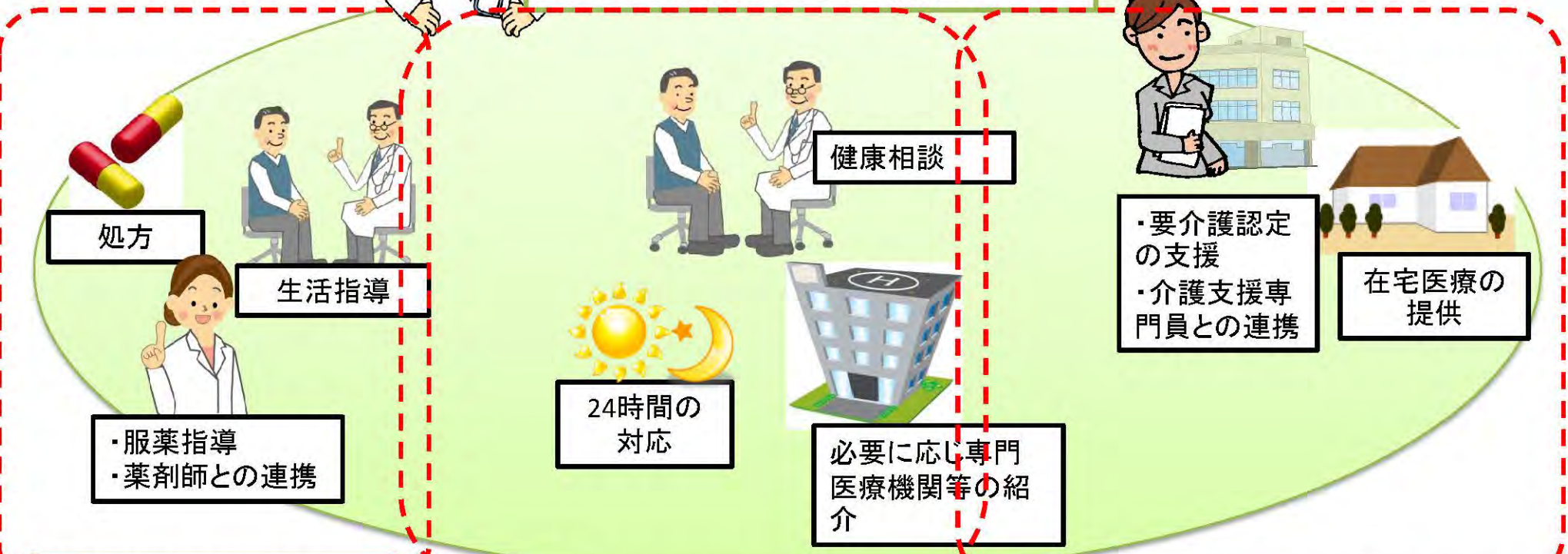
出典: 社会保障国民会議資料を基に医療課で作成

かかりつけ医機能のイメージ (案)

～生活習慣病を有する患者の例～



かかりつけ医機能



① 日常的な医学管理と重症化予防

② 専門医療機関等との連携

③ 在宅療養支援、介護との連携

かかりつけ医機能評価の充実

• がん患者に対しての治療と仕事の両立のために産業医と情報共有・連携を評価



情報共有
・連携



• かかりつけ医とかかりつけ歯科医間の情報共有の評価

情報共有
・連携



連携

• 末期のがん患者についてケアマネジャーと在宅主治医との連携を強化



訪問診療
への移行



• 外来から訪問診療に移行した患者への在宅医療の提供実績の評価



• 生活習慣病管理料の療養計画書の記載項目(様式)に、保険者からの依頼に応じて情報提供を行うことを要件化

• かかりつけ医機能を有する医療機関における初診機能の評価
• 地域包括診療料(※)等の施設基準の緩和
(※)複数の慢性疾患を持つ患者に対する継続的で全人的な医療を行うことを評価
• 小児かかりつけ診療料の算定要件の緩和

かかりつけ医機能を有する医療機関における初診の評価等

- ▶ かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する観点から、加算を新設する。

初診料

小児かかりつけ診療料(初診時)

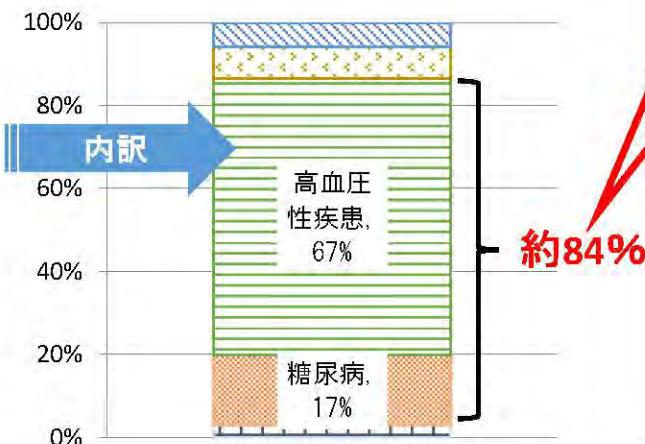
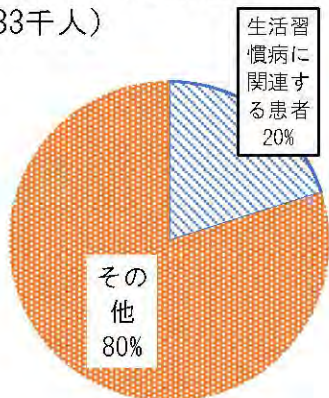
(新) **機能強化加算** **80点**



[算定要件]

地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)、施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)を届け出をしている保険医療機関(診療所又は200床未満の保険医療機関に限る。)において、初診を行った場合に、所定の点数に加算する。

<一般診療所の推計外来患者数>
(4,233千人)



[評価の対象となる患者の範囲(イメージ)]

再診の患者	初診の患者
<p>地域包括診療料等の対象患者(生活習慣病や認知症を有する患者等)</p>	<p>機能強化加算の対象患者</p>

入退院支援の評価(イメージ)

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直す

・入院前からの支援に対する評価の新設

- ・「退院支援加算」から「入退院支援加算」に名称を変更
- ・地域連携診療計画加算の算定対象の拡大
- ・支援の対象となる患者要件の追加

・退院時共同指導料の見直し



外来部門と病棟との連携強化

入院

病棟

入院医療機関と在宅療養を担う医療機関等との連携強化

外来部門

【入院前からの支援】

- ・(入院前に)利用しているサービスの利用状況の確認
- ・服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- ・入院生活に関するオリエンテーション
- ・看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成等



《入退院支援の対象となる患者》

- ・悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- ・緊急入院 / ・要介護認定が未申請
- ・虐待を受けている又はその疑いがある
- ・生活困窮者
- ・入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- ・排泄に介助を要する
- ・同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
- ・退院後に医療処置が必要
- ・入退院を繰り返している

在宅療養を担う関係機関等

【退院時共同指導】

- ・医師、看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象とする

共同指導が行えなかった時は

【情報提供】

- ・療養に必要な情報提供に対する評価について、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする



質の高い在宅医療の確保

在宅医療の提供体制の確保

在宅医療の提供体制では、在支診以外の医療機関の訪問診療(**裾野の拡大**)が必要である一方、かかりつけ医機能の一部として在宅医療を提供するには、**24時間体制の確保が負担**

在宅患者の状態に応じたきめ細やかな対応

訪問診療を必要とする患者が複数の疾患を有するなど、**在宅医療ニーズは多様化・高度化**

複数の医療機関の連携による24時間体制の確保

在支診以外の診療所が、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制等を確保し、かかりつけの患者に対し訪問診療を行う場合の評価を新設。

2ヶ所目の医療機関による訪問診療の評価

複数疾患を有する患者等に対し、在宅の主治医の依頼を受けた他の医療機関が訪問診療を行った場合の評価を新設。

患者の状態に応じたきめ細やかな評価

在宅時医学総合管理料等について、重症患者以外であって、特に通院が困難な患者等に対する加算を新設。

在支診以外の医療機関による医学管理の評価

在宅時医学総合管理料等について、機能強化型在支診以外の医療機関が月1回の訪問診療を行う場合の評価を充実。

末期の患者への緊急対応の評価

標榜時間内に往診を行った場合の加算(緊急往診加算)の算定対象に、訪問診療を行っている医学的に末期の患者を追加。

ターミナルケアの評価の充実

ターミナルケアの評価を充実するとともに、特養での看取りに協力して行ったターミナルケアも評価対象に追加。

医療と介護の連携の推進

国民の希望に応じた看取りの推進

- ターミナルケアに関する報酬において、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応を要件とするとともに、評価を充実
- 特別養護老人ホーム等の入所者に対する、ターミナルケアを含む訪問診療・訪問看護の提供等の評価を充実



訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化

- 訪問診療を提供する主治医から居宅介護支援事業者への情報提供を推進
- 末期のがん患者について、主治医の助言を得ることを前提に、ケアマネジメントプロセスを簡素化するとともに、主治医に対する患者の心身の状況等の情報提供を推進



介護医療院・有床診地域包括ケアモデルへの対応

- 介護医療院について、在宅復帰・在宅移行に係る取組の評価において「居住系介護施設等」と同様の取扱いとし、退院時の情報提供等に係る取組の評価において「介護老人保健施設」と同様の取扱いとする
- 有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用を支援

リハビリテーションにおける医療介護連携の推進

- 医療保険と介護保険の双方で使用可能な計画書の共通様式を新設し、当該様式を用いて医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合を評価
- 医療保険の疾患別リハビリテーションを担う医療機関において、介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを一貫してできるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和

有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用の支援(一部再掲)

- ▶ 介護サービスを提供している有床診療所について、入院基本料1から3までの要件を緩和する。

現行(有床診療所入院基本料1~3の施設基準(抜粋))

在宅療養中の患者への支援に関する実績(介護サービスの提供を含む)、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る11の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。



改定後(有床診療所入院基本料1~3の施設基準(抜粋))

次のいずれかに該当すること。

- ① 介護サービスを提供していること。
- ② 在宅療養中の患者への支援に関する実績、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る10の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。

- ▶ 介護サービスを提供している有床診療所について、高齢患者等に対する入院受入れに係る評価を新設する。

(新) 介護連携加算1 192点(1日につき)

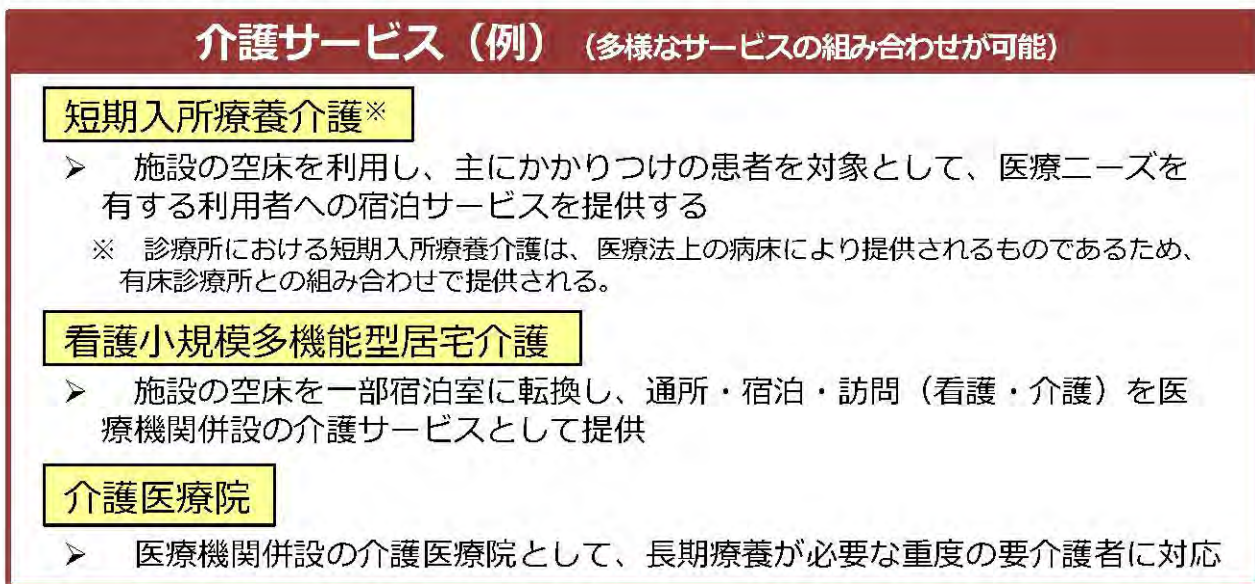
(新) 介護連携加算2 38点(1日につき)

[算定要件] (1) 65歳以上又は40歳以上の要介護・要支援被保険者の患者。
(2) 入院日から起算して15日以降 30日までの期間に限り算定。

[施設基準]

- 介護連携加算1 (1) 有床診療所入院基本料1又は2の届出を行っている。
(2) 介護サービスを提供している。
- 介護連携加算2 (1) 有床診療所入院基本料3に係る届出を行っている。
(2) 介護サービスを提供している。

<参考> 有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)の具体例



医療保険制度改革等の行方

薬価制度改革

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」(H28.12)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、「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現。

新薬

新薬創出等加算の抜本の見直し

- 対象品目：**革新性・有用性**に着目して絞り込み
- 企業指標：**企業指標**(革新的新薬の開発等)の**達成度に応じた加算**

効能追加等による市場拡大への速やかな対応

- 対象：**350億円以上***
- 頻度：**年4回**(新薬収載の機会)
* 市場拡大再算定ルールに従い薬価引下げ

外国平均価格調整の見直し

- 米国参照価格リスト
：メーカー希望小売価格 → **公的制度の価格リスト**

新薬のイノベーション評価の見直し

- 加算対象範囲(類似薬のない新薬)
：営業利益への加算 → **薬価全体への加算**
(製造原価の内訳の開示度に応じた加算率の設定)

費用対効果評価の導入

- 試行的実施
：対象13品目の価格調整を**平成30年4月実施**
- 本格実施
：技術的課題を整理し**平成30年度中に結論**

長期収載品・後発品

長期収載品の薬価の見直し

- 対象：後発品の上市後、**10年を経過した長期収載品**
- 見直し方法：**後発品の薬価を基準**に段階的に引下げ

後発品価格の集約化

- 対象：上市から**12年を経過した後発品**
- 価格体数：**1価格帯**を原則

・対象範囲：全品目改定の状況も踏まえ、**H32年中に設定**、国主導で流通改善
に取り組み

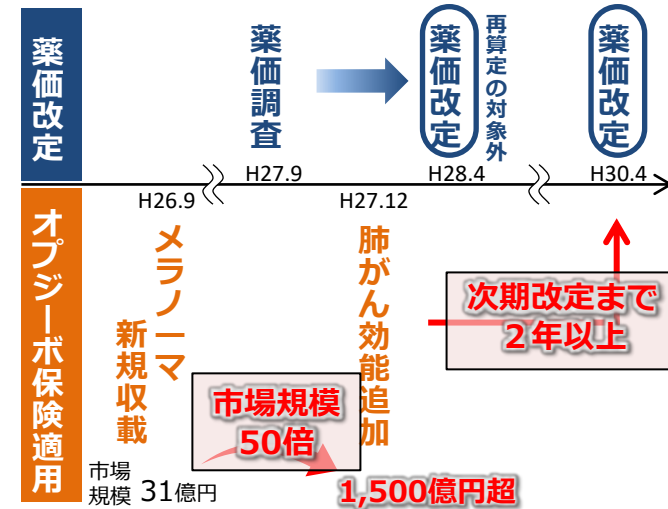
毎年薬価調査・毎年薬価改定

効能追加等に伴う市場拡大への対応

現行制度の概要

- これまで、効能追加等により市場規模が拡大した医薬品の薬価については、2年に1回の薬価改定時において、市場拡大再算定等により、薬価を引下げ。

オプジーボ市場拡大の経緯



課題

- オプジーボのように、効能追加等により市場規模が急激に拡大した場合には、迅速かつ機動的に、薬価を引き下げられるようにする仕組みの導入が必要。

オプジーボ
経緯

- 平成26年7月 オプジーボ承認（日本発のメラノーマへの画期的治療薬として世界に先駆け登場）
- 平成27年12月 非小細胞肺がんの適応追加（販売額が急激に拡大）
- 平成28年11月 国民負担への影響を踏まえ、緊急的に薬価を50%引下げ（平成29年2月施行）

改革の方向性

- 以下の方法により、保険収載後の状況の変化に対応。

【市場拡大の把握方法】

【把握する品目】

【引下げ対象・方法】

NDBにより使用量を把握し、一定規模以上の市場拡大を把握

効能追加等がなされたすべての医薬品をフォロー

市場規模350億円超の品目について、新薬収載の機会（年4回）を活用し、市場拡大再算定のルールに従い薬価改定

新薬創出等加算の見直し（品目要件）

現行制度の概要

- 対象品目は、後発品上市までの間、改定による薬価引下げを猶予
〔企業要件〕厚労省からの医薬品開発の要請に応じていること
〔品目要件〕乖離率（薬価差）が全医薬品の平均以下であること

課題

- 企業に着目した制度であり、企業要件さえ満たせば、事実上、すべての新薬が対象となる。そのため、革新性の低い医薬品も薬価が維持される。
- 乖離率が平均以下という品目要件があることで、対象外になることを回避したい企業が仕切価を高く設定し、価格が高止まりしているとの指摘もある。

改革の方向性（品目要件の見直し）

現行

低い ← → 高い

見直し後

右記以外の
品目

平均乖離率を
上回っている品目

- ・ 画期性加算・有用性加算の補正加算のついた医薬品
- ・ 営業利益に補正された医薬品
- ・ 希少疾病用医薬品
- ・ 新規作用機序医薬品（基準に照らして革新性・有用性が認められるものに限る）等

- ・ 医療用配合剤
- ・ ラセミ体が存在する医薬品
- ・ 類似薬効比較方式（Ⅱ）で算定された医薬品
- ・ その他基準に照らして革新性・有用性が認められない医薬品

新薬創出等加算の見直し（品目要件）

- 新規作用機序医薬品については、革新性・有用性に係る基準を次のように定め、本基準のいずれかを満たすもののみに限ることとする。

基準案

新規作用機序により既存治療で効果不十分な疾患に有効性を示したものであること	当該疾患に対する標準療法で効果不十分又は不耐容の患者を含む臨床試験（当初の承認を目的として実施されたもので、効果不十分又は不耐容の患者の目標症例数が事前に設定された企業治験に限る。）において有効性が示されることなどにより、添付文書の効能・効果、使用上の注意、臨床試験成績の項において、これらの患者に対して投与可能であることが明示的になっているものであること。
新規作用機序により既存治療に対して比較試験により優越性を示したものであること	対象疾患に対する既存治療（本邦における治療方法として妥当性があるものに限る。）を対照群（プラセボ除く）に設定した臨床試験（当初の承認を目的として実施されたもので、優越性を検証することを目的とした仮説に基づき実施された企業治験に限る。）を実施し、主要評価項目において既存治療に対する本剤の優越性が示されていること。 また、製造販売後において、当初の承認時の疾患を対象とした製造販売後臨床試験も同様に扱うものとする。
新規作用機序により認められた効能を有する他の医薬品が存在しないこと	薬事承認時点において、本剤と効能・効果が一致するものがなく、対象疾患に対して初めての治療選択肢を提供するもの、又は類似の効能・効果を有する既存薬と比べて、治療対象となる患者の範囲が拡大することが明らかであるもの。

- また、上記のほか
 - ・ 新規作用機序医薬品の収載から3年以内に収載された品目（3番手以内に限る）であって、
 - ・ 新規作用機序医薬品が加算適用品又は上記基準に該当するものについては、有用性と革新性の程度が1番手と同程度であると認められることから、新薬創出等加算の対象とする。

新薬創出等加算の見直し（企業指標）

- 未承認薬・適応外薬の解消に取り組むため、国からの開発要請に適切に対応することを前提条件とする
- 企業が更なる革新的新薬開発に取り組むインセンティブとするため、革新的新薬の開発やドラッグ・ラグ解消の実績・取組を指標とし、これらの指標の達成度に応じて、加算率を3段階に設定

現行

企業要件

見直し後

企業指標

①開発要請等を受けた企業
(適切に対応しない企業を除く)

②真に医療の質向上に貢献する医薬品の開発企業
(開発要請等を受けていない企業のうち)

※ 開発要請を受けていない企業に対し、
②の基準により対象企業かどうかを判定



A 革新的新薬創出の実績・取組
B ドラッグ・ラグ解消の実績・取組
C 世界に先駆けた新薬の開発

* 開発要請に対して適切に対応しない企業は、
そもそも新薬創出等加算の対象外とする。

【指標の達成度・充足度の評価方法】（イメージ）

- 次に掲げるに関する指標の達成度・充足度に応じた加算率とする。
(A) 革新的新薬創出 (B) ドラッグ・ラグ対策 (C) 世界に先駆けた新薬開発

医療系ベンチャーについては、新薬開発に係る実績・今後の取組が限られている一方で、革新的新薬創出の重要な役割を果たすことが期待されており、企業指標にかかわらず加算率を設定

新薬創出等加算の見直し（企業指標）

- 具体的な企業指標、その各ポイントの合計に基づく分類方法については、以下のとおり。
- なお、企業指標については、今回、初めて導入するものであることから、平成30年度改定においては、区分Ⅰ及びⅢの範囲や加算係数の差による企業間の格差は限定的なものとし、平成30年度改定後においても、引き続き、製薬企業の革新的新薬開発やドラッグ・ラグ解消の取組・実績を評価するものとして適切かどうかについて、新薬開発等に係る実態も踏まえつつ、検証を行い、次回以降の改定への見直し・反映を検討する。

<企業指標>

	指標の内容	
A-1	国内試験（日本を含む国際共同試験を含む） （実施数）（PhaseⅡ以降）	上位25% 4pt 中位50% 2pt
A-2	新薬収載実績（収載成分数） （過去5年）	上位25% 4pt 中位50% 2pt
B-1	開発公募品（開発着手数） （過去5年）（B-2分を除く）	1品目について2pt
B-2	開発公募品（承認取得数） （過去5年）	1品目について2pt
C	世界に先駆けた新薬の開発（品目数） （過去5年）	1品目について2pt

A-1については、平成29年9月末時点の数値とし、それ以外の指標については、平成29年9月末時点までの数値とする。

また、A-1については、成分数単位とし、効能追加を含む。（一の成分について、複数の効能に係る試験を実施している場合であっても、「1」と計上する。）

A-1の実施数には、HIV治療薬など、例外的に海外試験の試験成績のみをもって承認申請が認められる品目を含む。

Cについては、先駆け審査指定制度による指定数とする。

<分類方法>

区分	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ
範囲	上位25%*	Ⅰ、Ⅲ以外	最低点数
加算係数	1.0	0.9	0.8

* 上位25パーセンタイルの企業指標点数の企業が複数存在する場合、当該点数までの企業数が全体の企業数の30%を超えないことを限度として、当該点数の企業は区分Ⅰとして取り扱う。

<医療系ベンチャーの取扱い>

以下の要件に該当する企業は区分Ⅱとする。

- ・ 中小企業であること
（従業員数300人以下又は資本金3億円以下）
- ・ 他の法人が株式総数又は出資総額の1/2以上の株式又は出資金を有していないこと
- ・ 複数の法人が株式総数又は出資総額の2/3以上の株式又は出資金を有していないこと
- ・ 新薬創出等加算の対象となる成分が1つのみであって、当該品目の承認のあった年の前事業年度（過去5年間に限る）において、当期利益が計上されていない又は当期利益は計上されているが事業収益がないこと

新薬創出等加算の見直し（品目要件・企業要件）

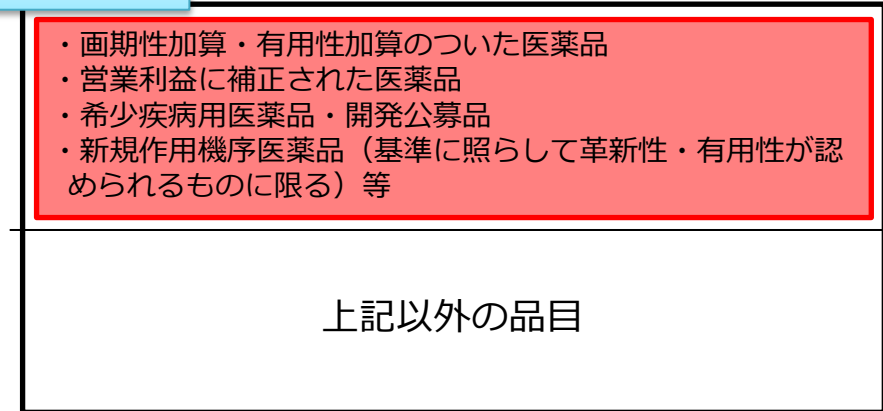
品目要件

現行

低い ← → 高い

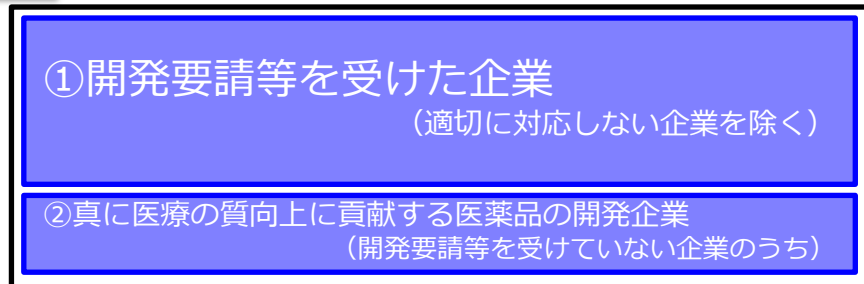


見直し後

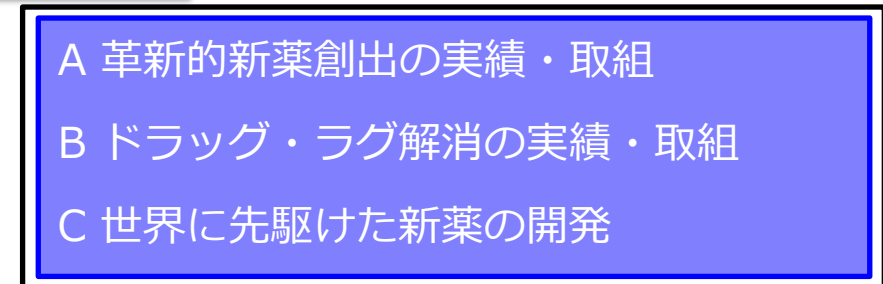


企業要件

現行



見直し後



※ 開発要請を受けていない企業に対し、②の基準により対象企業かどうかを判定

※ 開発要請に対して適切に対応しない企業は、そもそも新薬創出等加算の対象外とする。

新薬創出等加算の見直し（全体像）

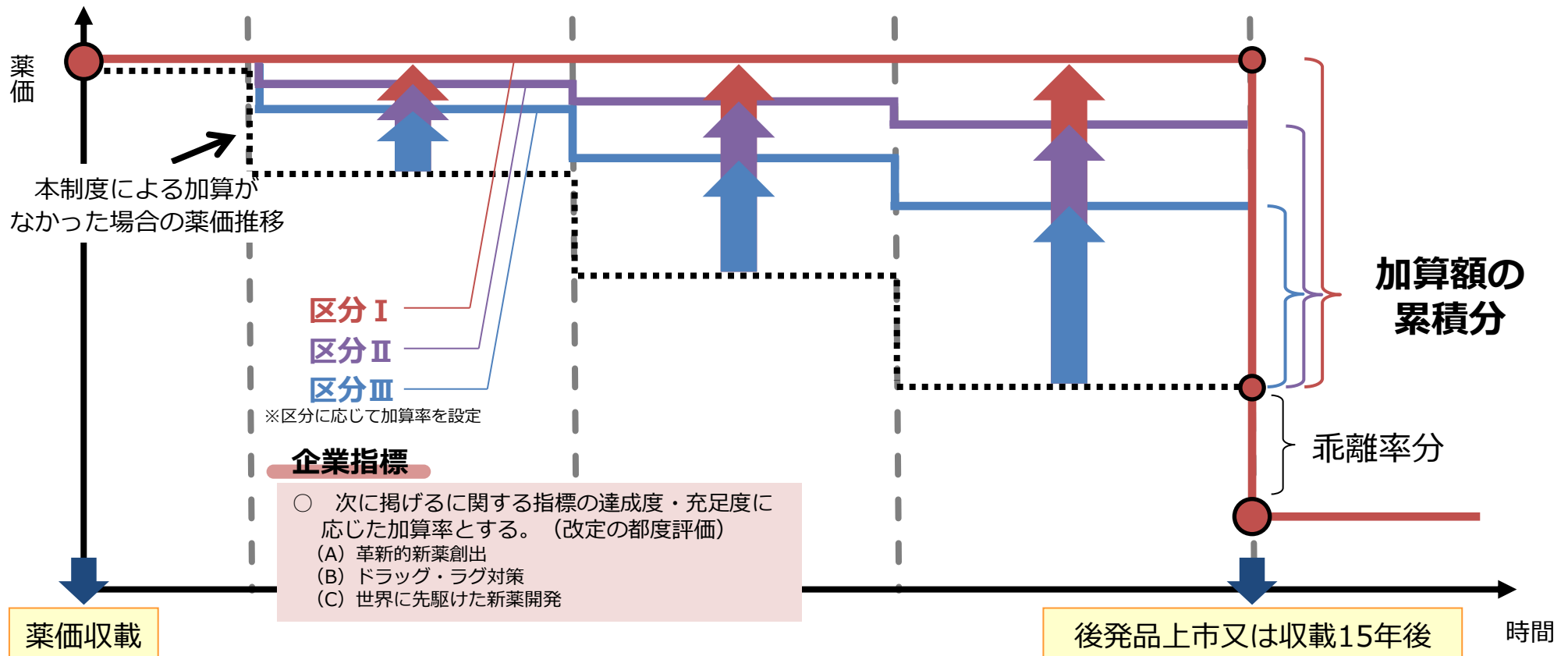
制度の位置づけ

- 革新的新薬の創出を促進するための効率的・効果的な仕組みへと抜本的に見直した上で、制度化を検討。

品目要件

- 医薬品そのものの革新性・有用性に着目して判断

画期性加算、有用性加算、営業利益率補正がなされた医薬品、希少疾病用医薬品、新規作用機序医薬品（基準に照らして革新性、有用性が認められるものに限る。）等に絞り込み。



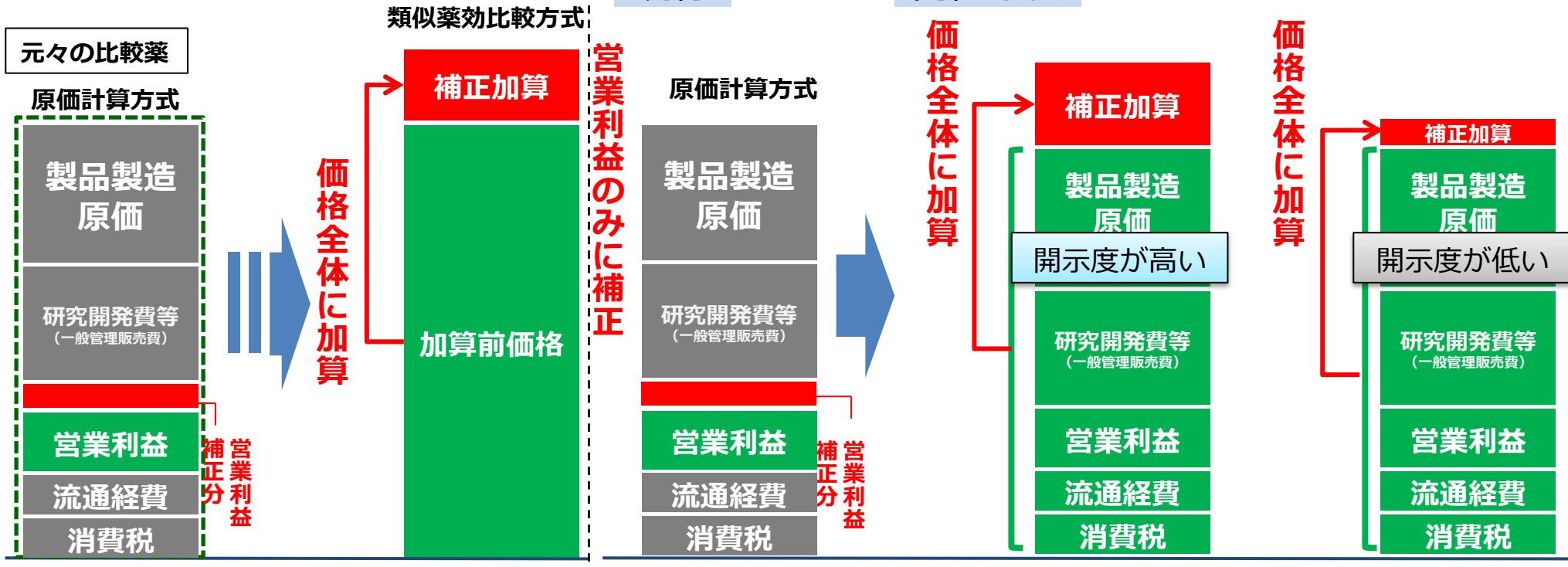
※ なお、加算額について、乖離率に応じた上限を設定

イノベーションの評価について

- イノベーションの推進の観点から、類似薬のない新薬の評価のあり方について、以下のとおり見直す。
 - ・ 原価計算方式においても、類似薬効比較方式と同様に、価格全体（加算前の算定薬価）に加算を行う
 - ・ 原価計算方式において、原薬・製剤の委託製造等の開示が困難な部分の割合（開示度）に応じて、加算額に差を設ける

参考

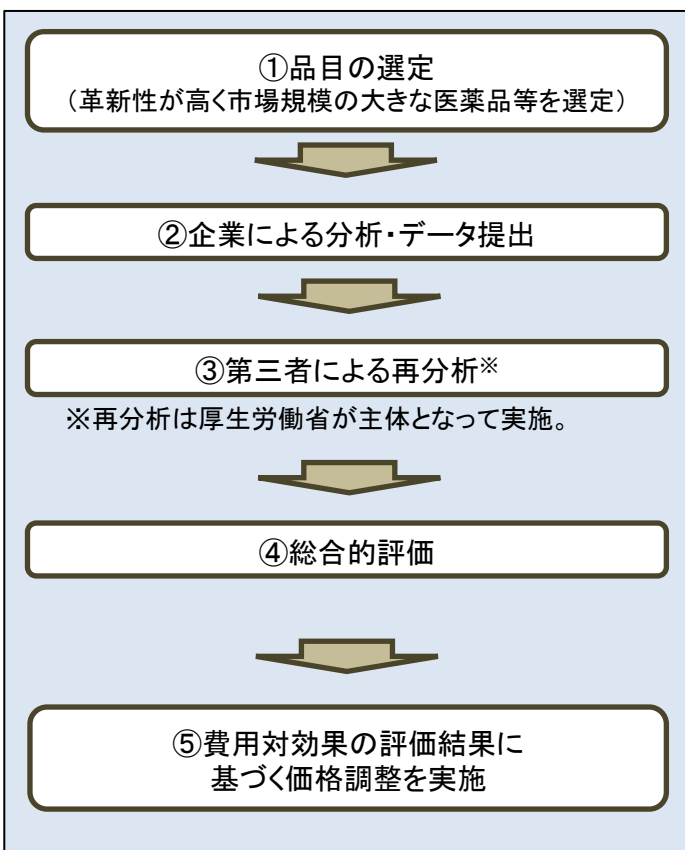
類似薬効比較方式であっても、元々は原価計算方式に基づいて薬価が設定されている



費用対効果評価について

- 費用対効果評価については、原価計算方式を含め、市場規模の大きい医薬品・医療機器を対象に、費用対効果を分析し、その結果に基づき薬価等を改定する仕組みを導入する。
- これに向けて、試行的実施の対象となっている13品目について、これまでの作業結果を踏まえ、平成30年4月から価格調整を実施するとともに、試行的実施において明らかになった技術的課題への対応策を整理する。
- 併せて、本格実施に向けて、その具体的内容について引き続き検討し、平成30年度中に結論を得る。

<費用対効果評価の手順>



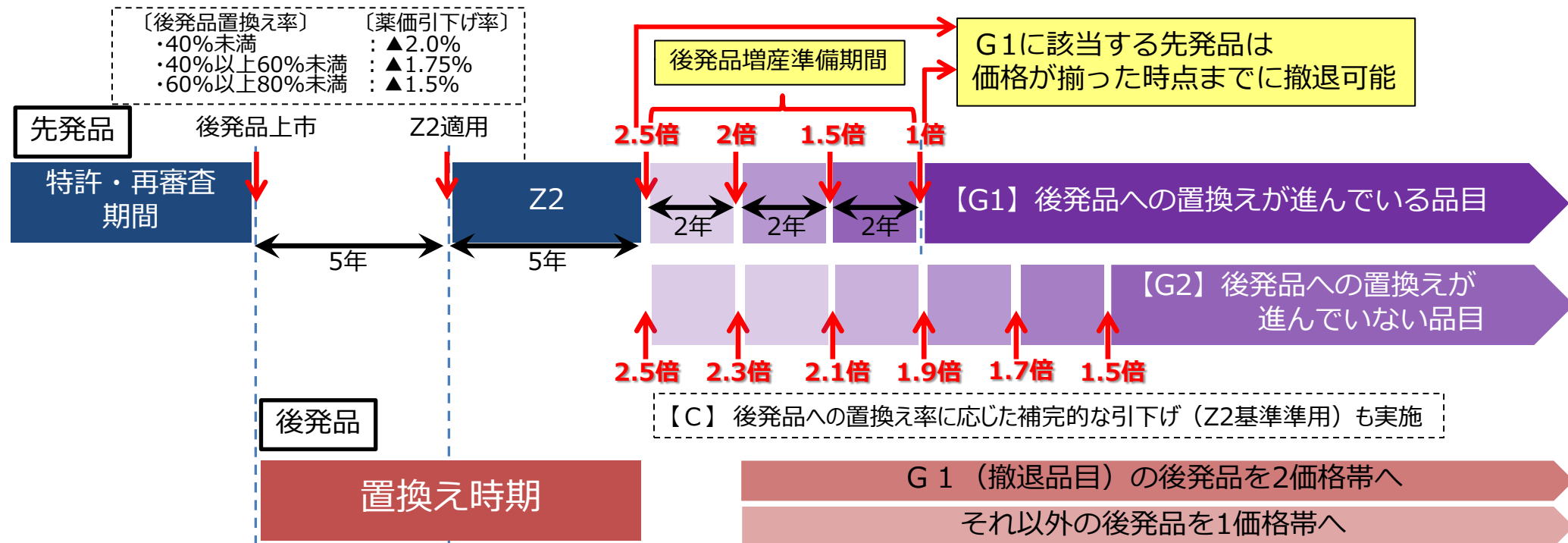
<試行的実施の対象品目>

	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	カワスミ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 (アヅヴィ合同会社)		バーサイズ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 (プリストル・マイヤーズ)		Brio Dual 8ニューロステイミュレー タ (セント・ジュード・メディカル)		
原価計算 方式	スンペプラ (プリストル・マイヤーズ)				
	オプジーボ (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	

※導入に当たっては、我が国では、国民皆保険の下、有効性・安全性等が確立された医療は基本的に保険適用していることから、費用対効果評価の結果は、価格調整に用いることとし、保険償還の可否の判断には用いない。

長期収載品の薬価等の見直し

- 我が国の製薬産業の構造を、長期収載品依存から、より高い創薬力を持つものへと転換する観点から、後発品上市後10年を経過した長期収載品の薬価について、後発品の薬価を基準に段階的に引き下げる。



長期収載品の価格引下げ

- ① 後発品置換え率が80%以上の品目は、まず薬価を後発品の薬価の2.5倍に引き下げ、その後、6年間かけて段階的に後発品の薬価まで引き下げる。
- ② 後発品置換え率が80%未満の段階であっても、同様に、まず薬価を後発品の薬価の2.5倍に引下げ、その後、10年間かけて段階的に後発品の薬価の1.5倍まで引き下げる。
- その際、後発品よりコストのかかる主たる要因である、長期収載品への事実上の情報提供義務にもかかわらず、後発品と薬価を揃えることになるため、先発品は市場から撤退できるものとする。
- 引下げ幅が著しく大きくなる品目等については、円滑実施の観点から、適切な配慮措置を講ずる。

後発品の価格帯集約

- 上市から12年が経過した後発品については1価格帯を原則とする。
- ただし、後発品置換え率が80%以上であって、先発品企業が撤退する品目については、安定供給に貢献する後発品企業（先発品企業撤退分の増産対応を担う企業）の品目とそれ以外の後発品企業の品目に分けて2価格帯に集約する

現行制度の概要

- 長期間臨床現場での使用実績があり、医療上必要性の高い医薬品を「基礎的医薬品」として位置付け、最も販売額が大きい銘柄に価格を集約してその薬価を維持。

改革の方向性

- 不採算になる前に薬価を下支えする基礎的医薬品の対象に、生薬や軟膏基剤、歯科用局所麻酔剤等を追加する等の必要な対応を行う。
- なお、不採算に近いものとしては、過去3年の乖離率が連続で2%以下であった薬効分類とする。

	薬効分類		成分数
内用剤	510	生薬	192成分
外用剤	712	軟膏基剤	31成分
歯科用剤	271	歯科用局所麻酔剤	8成分

外国平均価格調整の見直し

- 現在、新薬の薬価算定の際、米・英・独・仏の4か国の医薬品価格を参照して、薬価を調整しているが、米国については、現在参照している価格リスト（RED BOOK：メーカー希望小売価格）は参照しないこととし、米国の公的制度（メディケア・メディケイド）で用いられている価格リスト（ASP／NADAC）を参照する。

	現行	改正案
米国	○	ASP/NADAC
英国	○	○
仏国	○	○
独国	○	○

ASP : Medicare Part B Drug Average Sales Price
NADAC : National Average Drug Acquisition Cost

ASP・NADACは、医療機関・薬局の平均購入価格であり、ASPはメディケア、NADACは一部の州のメディケイドで採用されている。

概要

ASP	NADAC
<ul style="list-style-type: none">● 院内処方薬の医療機関への平均販売価格● メディケアパートB（病院の外来サービスなど）の償還価格	<ul style="list-style-type: none">● 外来処方薬の調剤薬局による平均購入価格● メディケイドの償還価格

RED BOOKとの比較

	ASP/NADAC	RED BOOK
掲載品目数※	19品目	55品目
RED BOOKに対する価格比（平均）	0.77	—

※平成28年4月～平成29年8月に日本で収載された新薬のうち、収載時に米国RED BOOK価格が存在したもの（全55品目）

薬価毎年改定のスタート年（2021年）における対象範囲について

- 対象品目の範囲については、2021年度※に向けて、安定的な医薬品流通が確保されるよう、国が主導し、単品単価契約、早期妥結、一次売差マイナスの是正等を積極的に推進し、流通改善に取り組むことにより、薬価調査が適切に実施される環境整備を図りつつ、国民負担の軽減の観点から、できる限り広くすることが適当。
- 2018年度から2020年度までの3年間継続して、全品目の薬価改定が行われることから、この間の市場実勢価格の推移、薬価差の状況、医薬品卸・医療機関・薬局等の経営への影響等を把握した上で、2020年中にこれらを総合的に勘案して、具体的な範囲を設定。

※ 2019年は、消費税率の引上げが予定されており、全品目の薬価改定が行われるため、薬価改定年度の最初の年は2021年度となる。

（参考）対象品目の範囲と医療費への影響（試算※）

ア) 平均乖離率2.0倍以上（約31百品目、全品目の約2割）	▲500～800億円程度
イ) 平均乖離率1.5倍以上（約50百品目、全品目の約3割）	▲750～1,100億円程度
ウ) 平均乖離率1.2倍以上（約66百品目、全品目の約4割）	▲1,200～1,800億円程度
エ) 平均乖離率1倍超（約81百品目、全品目の約5割）	▲1,900～2,900億円程度

※これまでの2年分の価格乖離の1/2～3/4が薬価改定年度に発生するものと仮定して、27年度の薬価調査実績に基づき試算

医療保険制度改革等の行方

4月20日データヘルス特命委

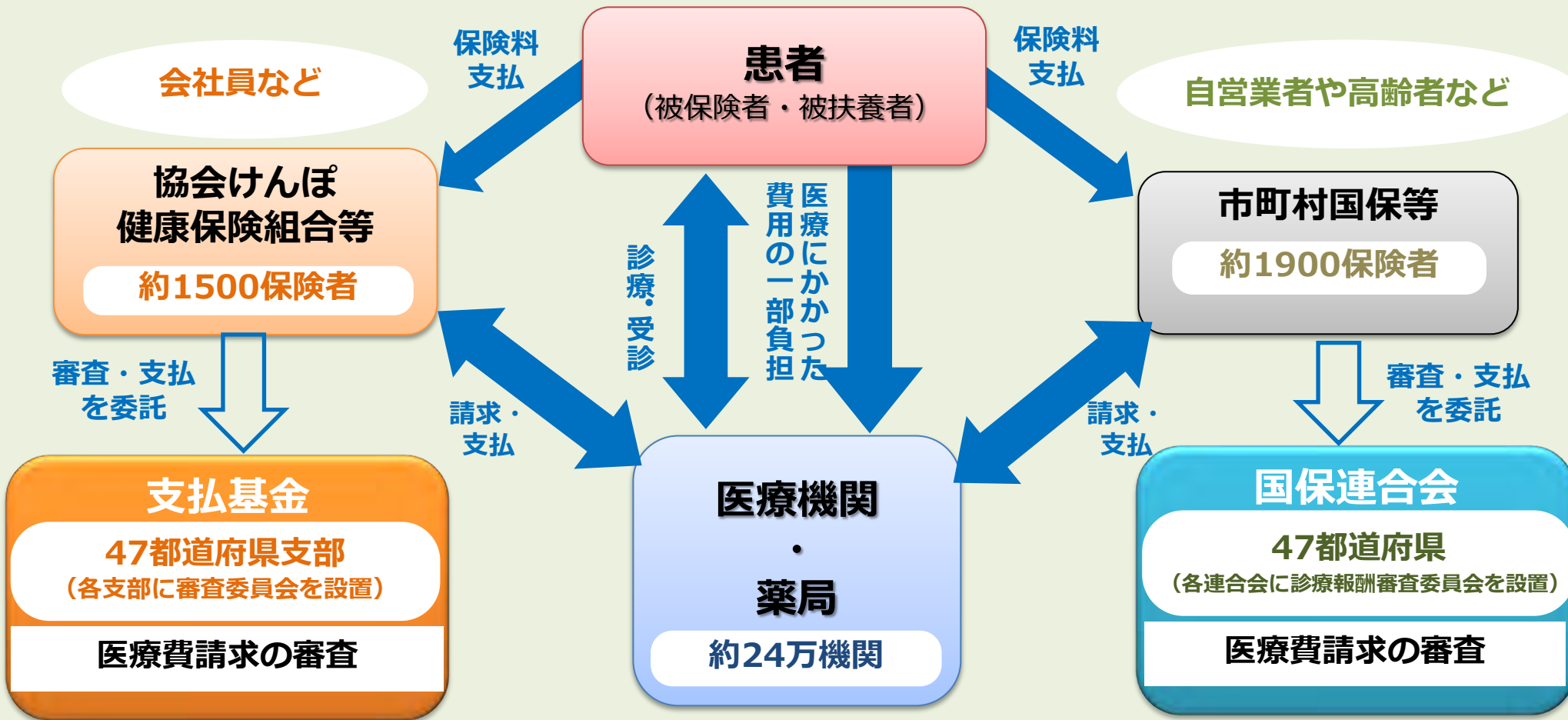
審査支払機関改革と データヘルス改革について

平成30年4月20日
厚生労働省

① 審査支払機関改革 関係

医療保険制度における診療報酬の審査・支払の考え方

レセプトの審査は、**保険者が本来的に有している権能**であり、それを**審査支払機関**に委託している。



- 職員数 **4,310人** (平成28年)
 - 審査委員数 **4,674人** (平成28年)
 - 運営経費 **約808億円** (平成28年度) ※
 - レセプト件数 **約10.6億件** (8820万件/月、平成28年度)
 - 支払金額 **約11.9兆円** (約1兆円/月、平成28年度)
- ※審査支払に係る経費を概算 (平成28年度)

- 職員数 **5,113人** (平成28年) (※1)
 - 審査委員数 **3,773人** (平成28年)
 - 運営経費 **約645億円** (※2)
 - レセプト件数 **約10.2億件** (8534万件/月、平成28年度)
 - 支払金額 **約23.8兆円** (約2兆円/月、平成28年度)
- ※1 審査支払業務以外の職員含む (保健事業等) (※3)
 ※2 審査支払に係る経費を概算 (平成28年度)
 ※3 介護保険レセプト：1.5億件、介護費約10兆円 (平成28年度)

(参考1) 審査の実施主体について

※ 健康保険法（大正十一年法律第七十号）
（療養の給付に関する費用）

第七十六条（略）

2・3（略）

4 **保険者は**、保険医療機関又は保険薬局から療養の給付に関する費用の請求があったときは、第七十条第一項及び第七十二条第一項の厚生労働省令並びに前二項の定めにより審査の上、**支払うものとする。**

5 保険者は、前項の規定による審査及び支払に関する事務を社会保険診療報酬支払基金法（昭和二十三年法律第二百二十九号）による**社会保険診療報酬支払基金（以下「基金」という。）**又は**国民健康保険法第四十五条第五項に規定する国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）**に委託することができる。

6（略）

※ 国民健康保険法（昭和三十三年法律第九十二号）
（保険医療機関等の診療報酬）

第四十五条（略）

2・3（略）

4 **市町村及び組合は**、保険医療機関等から療養の給付に関する費用の請求があったときは、第四十条に規定する準則並びに第二項に規定する額の算定方法及び前項の定めにより**審査した上、支払うものとする。**

5 市町村及び組合は、前項の規定による審査及び支払に関する事務を都道府県の区域を区域とする国民健康保険団体連合会（加入している都道府県、市町村及び組合の数がその区域内の都道府県、市町村及び組合の総数の三分の二に達しないものを除く。）又は**社会保険診療報酬支払基金法（昭和二十三年法律第二百二十九号）による社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）**に委託することができる。

6～8（略）

(参考2) 社会保険診療報酬支払基金と国民健康保険団体連合会の比較

	社会保険診療報酬支払基金	国民健康保険団体連合会
設立根拠	社会保険診療報酬支払基金法	国民健康保険法第83条第1項
目的	健康保険法等の療養の給付について、医療機関等から提出される診療報酬請求書等の審査を行い、診療報酬等の迅速かつ適正な支払いを行う。	国民健康保険法に基づき、 会員である保険者が共同して 国民健康保険事業の目的を達成するために必要な事業を行う。
法人の性格	特別民間法人	保険者(市町村等)が共同して設立した公法人（47都道府県）
主な業務	①診療報酬の審査支払業務 ・健康保険組合、協会けんぽ、共済組合等の診療報酬等の審査・支払い ②高齢者医療制度関係業務（高齢者医療確保法） ・後期高齢者医療の支援金の徴収、広域連合への交付 ・前期高齢者医療制度の納付金の徴収、交付金の交付 ・病床転換助成事業の支援金の徴収、都道府県への交付 ③介護保険関係業務（介護保険法） ・介護納付金の徴収、市町村への交付金の交付 ④公費負担医療の審査等（公費負担各法等） ・生活保護等公費負担医療の審査 等	①診療報酬等の審査支払業務 ・国民健康保険、後期高齢者医療の診療報酬等の審査・支払い ・介護保険の介護給付費の審査・支払い ・障害者総合支援の障害者総合支援給付等の審査・支払い ②国保保険者事務の共同事業・共同処理 ・保険者事務の共同事務処理（資格管理、第三者行為求償事務、後発医薬品差額通知作成、レセプト点検支援等） ③市町村等の事務の共同処理 ・特定健診・特定保健指導に係る費用の支払い及びデータ管理 ・保健事業の支援（分析、研修、情報提供等） ・後期高齢者医療、介護保険及び障害者自立支援の事務 44等

最近の審査支払機関改革に係る動き

平成29年1月12日

「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」報告書

平成29年6月9日

「規制改革実施計画」（平成29年6月9日閣議決定）

＜主な指摘＞

- ・業務機能ごとに分解可能なコンピュータシステムの構築（平成32年度までに実施）
※ I Tシステムの企画立案に関与する政府 C I Oと連携し、その評価を受けながら推進
- ・支部の集約化・統合化の推進
- ・審査の一元化に向けた体制の整備

平成29年7月4日

「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」（厚生労働省、支払基金）

- ・審査プロセスの効率化・高度化の推進
- ・より公平な審査の実現に向けた審査基準の統一化
- ・支部機能の集約化、支払基金の組織のあり方の見直し（モデル（実証）事業の実施）

平成29年10月4日

「国保審査業務充実・高度化基本計画」（国保中央会、国保連合会）

- ・厚労省及び支払基金の審査業務改革と一体となった取組みの推進
- ・人とシステムの審査業務能力向上の好循環による審査業務の高度化・効率化の追求
- ・保険者の共同体としての特性を活かした審査業務の充実

平成30年3月1日

「審査支払機関改革における支払基金での今後の取組」（厚生労働省、支払基金）

- ※「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」や「規制改革実施計画（閣議決定）」に掲げられた改革項目を着実に実行するため、具体的な取組内容について、関係者の理解を得るために公表したもの
- ・平成31年の通常国会に関連法案を提出予定

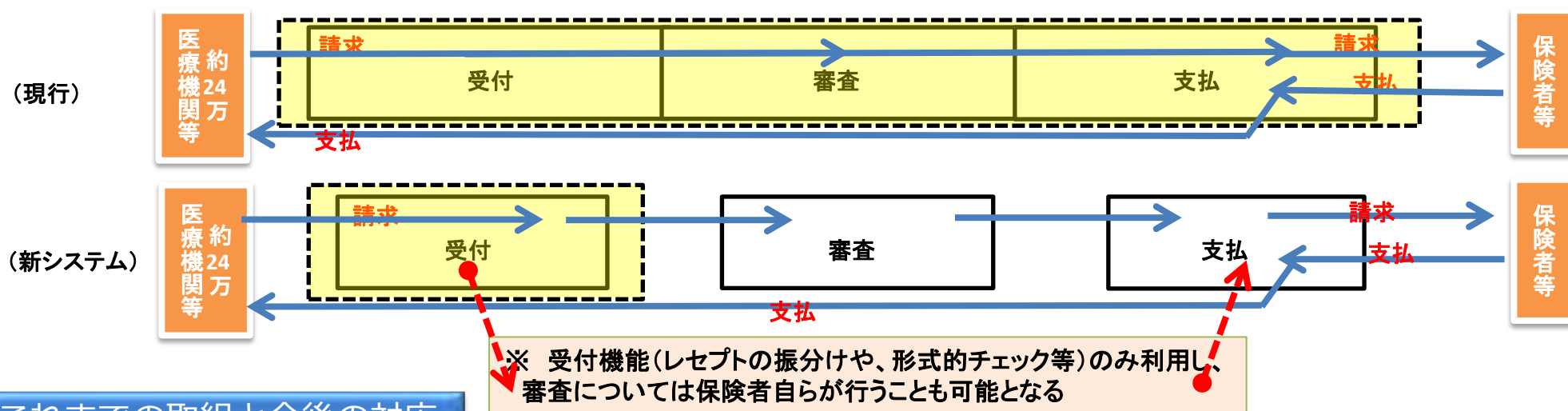
改革の主な柱①（新たな審査・支払システムの構築）

<基本的考え方>

- 現在は「受付」、「審査」、「支払」のそれぞれの機能が一体的に構築されていたシステムを、**新たなシステムにおいては、それぞれの業務単位ごとに「モジュール化（機能分解）」したシステムに変更**

【想定される主な効果】

- ①機能毎に分解するため、プログラム等の変更が必要となった場合でも、**改修範囲が限定的**
- ②受付機能等、機能を切り出して活用することなどが可能となるため、**個々の保険者ニーズに柔軟に対応可能**



これまでの取組と今後の対応

- 平成30年度前半に新システムの設計を終了し、年度後半からシステム開発に着手（詳細については次頁以降）
 - ※ 現在、順次、業務機能ごとの分離調達手続きを実施中
- 国保システムについては、次期システム刷新時（2024年度（平成36年度））には、支払基金と国保中央会等の双方の審査支払業務が統合的かつ効率的に機能することを実現する（今年度から新システムが稼働）
 - ※ 新システム（支払基金）のオンライン請求システム及びASP機能については、国保連と共同利用
- 新システムの構築に関しては、厚労省保険局やデータヘルス改革推進本部、政府CIO（内閣官房IT総合戦略室）、支払基金、国保中央会等が参加する審査支払システムの構築に係る協議の場を設け、調整と進行管理を実施

(参考) 審査・支払システム刷新の考え方

1. 審査・支払システム刷新の考え方

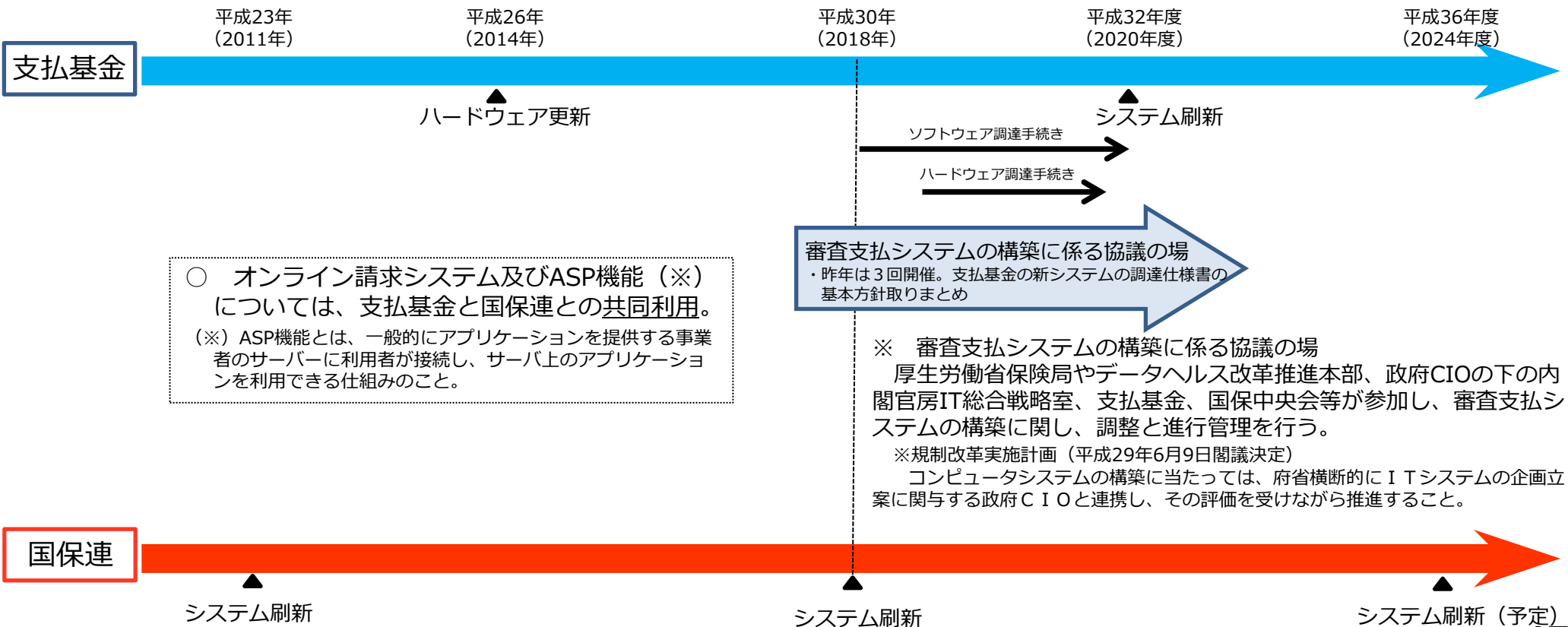
(現行の枠組み)

- 支払基金及び国保連それぞれ、システム運営経費については、保険料が原資となっており、おおよそ5～7年に1度行われるシステム更新（機器更新等）についても、保険料を原資とした積立金により賄っている。

<今後のシステム刷新のスケジュール>

「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」（厚生労働省、支払基金）

審査支払の効率化、高度化のための見直しを進めるに当たっては、国保中央会等についても、同時並行的に支払基金における改革と整合的かつ連携して取り組みを進める。また、2020年度以降、順次具体化を図るとともに、国保中央会等の次期システム刷新時（2024年度）には支払基金と国保中央会等の双方の審査支払業務が整合的かつ効率的に機能することを実現する。



2. 新システムにおけるセキュリティ監視について

「審査支払機関改革における支払基金での今後の取組」（厚生労働省、支払基金）

新システムの構築は、巨額の費用が伴うものであるため、運用品質やセキュリティレベルを落とさないようにしつつ、システムのランニングコストを低減するために有効な技術について、費用対効果等も踏まえつつ、有識者の助言も取り込みながら、幅広く検討を進める。

- 新システムにおけるセキュリティー対策については、今後、内閣サイバーセキュリティセンター（NISC）等の有識者の助言や政府CIOの評価も受けつつ、平成30年夏を目途に、基盤系システムに関するセキュリティー対策方針を決定する。（併せて、ネットワークに関するセキュリティー対策についても検討を進める。）

3. 審査におけるA I の活用について

「支払基金業務効率化・高度化計画」（厚生労働省、支払基金）

審査の充実や質を向上させるとともに、費用低減を促進するため、AI等の導入・活用により審査を支援する仕組みを順次、導入するとともに、継続的に審査の質の向上や費用低減等を推進する。

- 今年度は、支払基金において、審査の高度化支援にAIを活用することを検証し、新システム刷新（2020年度稼働）から順次、導入・推進していく。

（例）AIを活用して審査結果等を分析し、レセプトの類型化等を行い、その結果をコンピュータチェックに反映していく

改革の主な柱②（より公平な審査の実現に向けた審査基準の統一化）

<基本的考え方>

- 支払基金の支部間及び国保連との間での審査結果の差異があるのではないかと指摘。
その一因として、以下の指摘。
 - ①支払基金だけでも延べ約14万事例の支部独自で設定されたコンピュータチェックルール（※）の存在
 - ②診療報酬点数に係る告示や通知等における、判断の「幅」の存在
- （※）コンピュータチェックルールは、診療内容の適否について画一的あるいは一律的に適用するものではなく、診療内容の適否については、審査委員会の医学的判断により決定される。
- （①の例）
「聴力検査」については、審査基準上、年齢制限の規定がないため、例えば3歳未満の小児のレセプトに対してコンピュータチェックを設定している支部と、設定していない支部がある。

（②の例）
「気管支喘息」に適応がある特定の医薬品について、対象年齢が「通常、1歳以上6歳未満の小児」と定められているため、それより年齢の高い小児（7歳から8歳）への投与を認めているケースと認めていないケースがある。
- 支部独自で設定されたコンピュータチェックルールについては、チェックルールの統一化に向け、見直しを行う。診療報酬点数に係る告示や通知等については、その明確化を図る。
 - さらに、本部で統一して審査を行うレセプトの対象範囲の拡大等を進めるとともに、継続的に差異を解消し、新たな差異を見過ごさないためのPDCAサイクルを確立する。

これまでの取組と今後の対応

- 既存の支部設定ルールについて、各支部において本部ルールへの移行や廃止の振り分けを実施。本部ルールとして存置すべきとされたルールについては、本部で検証し、本部ルールへの取り込み又は廃止を検討。今年度半ばまでに作業状況を整理するとともに、作業完了までの工程を明らかにする。
- 本部で統一して審査を行うレセプトの対象範囲の拡大等について検討。
- 国保連合会では、8割（38連合会）以上が採用する審査基準は、審査委員会に係る全国会議で承認を得た上で、全連合会共通の審査基準とする。

<基本的考え方>

- 支払基金は、各都道府県に支部を設置することとなっている。支部組織については、規制改革実施計画（平成29年6月9日閣議決定）において、「支部の集約化・統合化の実現に向けて、引き続き検討を進め、結論を得る」とされており、新システムの構築等による業務効率化・高度化を踏まえた事務機能の集約化に向けて具体的な検討を進め、平成31年の通常国会への関連法案の提出につなげる。
- 見直しに当たっては、保険者、地域の医療関係者等に対して、見直し後も審査・支払業務が円滑に行われること等について、丁寧に説明しながら進める。

これまでの取組と今後の対応

- 平成30年度については、新システムの設計を進めるとともに、審査プロセスの見直しや支部集約化に向けたモデル（実証）事業（※）を着実に実施
 - ※ 以下の3カ所で実施予定（1カ所あたり2か月間。カッコ書きは被集約支部）
 - ①宮城（福島）
 - ②福岡（佐賀、熊本）
 - ③大阪（滋賀、京都、奈良）

② 保健医療記録共有、救急時医療情報共有 関係

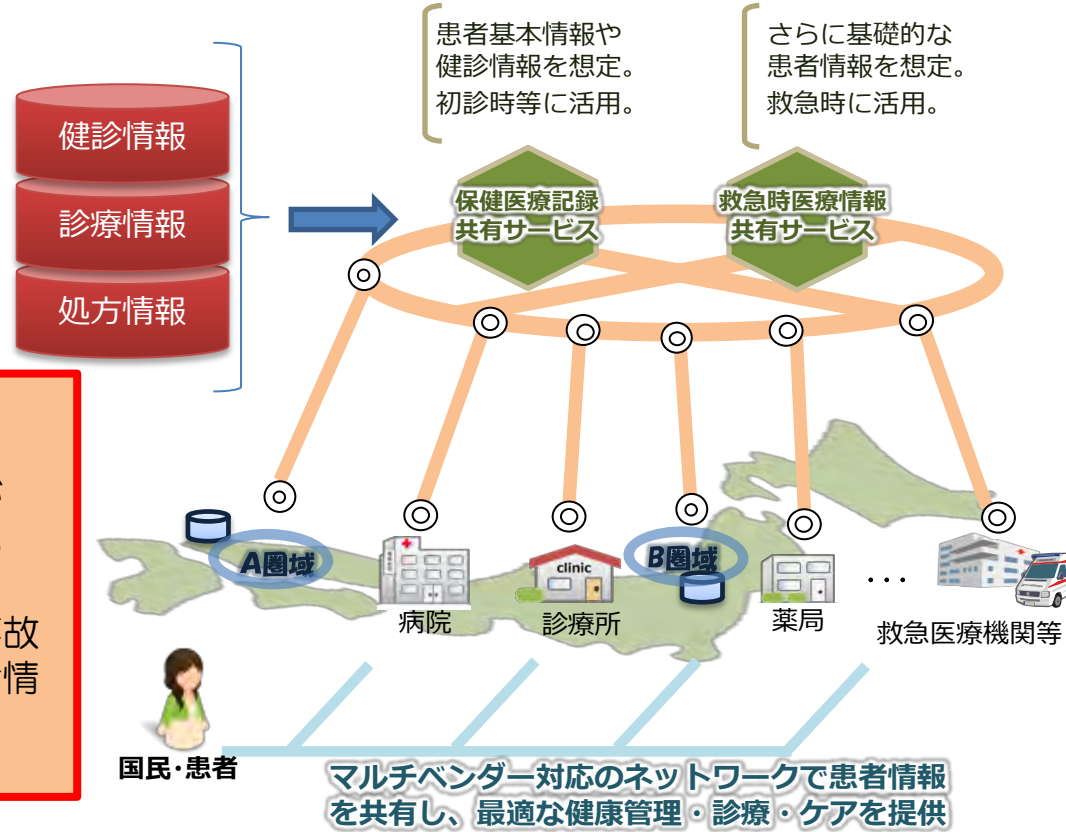
保健医療記録共有、救急時医療情報共有

課題

・個人の健診・診療に関する情報が、医療機関等に分散して管理されており共有ができず、個人の病状や投薬歴等の診療に必要な基本的な情報をその都度把握し直さなければならない。

データヘルス改革で実現を目指すサービス

- ・全国的な保健医療ネットワークを整備し、
 - 患者同意を前提として、初診時等に、医療関係者が患者の過去の健診・診療・処方情報等を共有できるサービス
 - 医療的ケア児（者）等の救急時や予想外の災害、事故に遭遇した際に、医療関係者が、迅速に必要な患者情報を共有できるサービスの提供を目指す。



スケジュール

2017年度 (平成29年度)	2018年度 (平成30年度)	2019年度 (平成31年度)	2020年度 (平成32年度)
実証事業等を開始 検討会での議論	夏目途に工程表の提示 (医療的ケア児等については、全国規模のサービス実施体制を整備)	本格稼働に向けての準備	本格稼働

平成30年度予算 6.5億円

- ・全国保健医療情報ネットワークのセキュリティ対策に係る調査、実証、要件定義やガイドライン策定等
- ・保健医療記録共有サービスの本格稼働に向けた課題の検討や実証
- ・医療的ケア児等の医療情報を共有するための全国規模のサービス実施体制の整備

全国保健医療情報ネットワークの構築など医療等分野の情報連携基盤に関する事項を検討するため、医務技監の下、関係局の参加を得ながら政策統括官（統計・情報政策担当）及び医政局長が「医療等分野情報連携基盤検討会」を開催。※既存の医療情報ネットワーク基盤検討会を発展的改組。

氏名	所属等
秋山 祐治	川崎医療福祉大学 副学長（（一社）医療ネットワーク岡山協議会常任理事）
石川 広己	日本医師会 常任理事
大道 道大	日本病院会 副会長
大山 永昭	東京工業大学科学技術創成研究院社会情報流通基盤研究センター 教授
金子 郁容	慶應義塾大学SFC研究所 主席所員
熊谷 雅美	日本看護協会 常任理事
近藤 則子	老テク研究会 事務局長
齋藤 俊哉	国民健康保険中央会 理事
澤 智博	帝京大学医療情報システム研究センター 教授
穴戸 常寿	東京大学大学院法学政治学研究科 教授
下邨 雅一	保健医療福祉情報システム工業会 運営会議議長
杉山 茂夫	日本歯科医師会 常務理事
田尻 泰典	日本薬剤師会 副会長
知野 恵子	読売新聞東京本社 編集委員
樋口 範雄	武蔵野大学法学部 特任教授
三好 昌武	社会保険診療報酬支払基金 専務理事
森田 朗	津田塾大学総合政策学部 教授
山本 隆一	医療情報システム開発センター 理事長

※検討会の下にワーキンググループを設ける（情報連携基盤技術、セキュリティ等）
 ※データヘルス改革推進本部との連携を図るため、データヘルス改革推進本部から松本顧問、葛西アドバイザーグループ長等に出席いただく。

（五十音順）

○開催状況と今後の進め方

- ・平成30年3月29日 第1回検討会開催
- ・平成30年夏目途 全国保健医療情報ネットワークについて工程表を示す医療等分野の識別子(ID)について整理

地域医療情報連携ネットワークの運営状況やこれまでの関連の実証事業の成果等を踏まえ、全国保健医療情報ネットワークの構築に関し、費用負担に見合った便益を得られるサービスやネットワークをどのように構築していくかが課題。

サービスやネットワークの検討

- ・ ネットワークで提供されるサービス内容の検討
（共有するデータ項目の精査、標準規格の実装等）
- ・ 既存の地域医療情報連携ネットワークの仕様の標準化
- ・ 個人情報保護措置やセキュリティが確保されるシステムの検討
（保健医療従事者の資格確認方法や、地域医療情報連携ネットワーク・医療機関等の接続認証要件を含む）

管理・運営主体

- ・ 全国ネットワークの管理・運営主体の在り方
- ・ 地域医療情報連携ネットワークの運営主体との関係

コスト

- ・ 全国ネットワーク整備の初期・更新コストと運営コスト及びその負担者の決定
- ・ 地域医療情報連携ネットワークの更新コスト・運営コストとの関係
- ・ 初期コスト・運営コスト等の低コスト化・平準化

運用ルール

- ・ 医療機関、薬局等のネットワークへの参加の促進
- ・ 患者の同意取得や本人確認の在り方

全国保健医療情報ネットワークで提供するサービスの一つである「保健医療記録共有サービス」の本格稼働に向け、マルチベンダー対応可能な必要最低限の機能・性能を実装した試作システムを構築し、当該サービスを提供するシステムが具備すべき機能・性能に係わる技術仕様案の作成と、技術面・運用面の課題を抽出・分析する。（平成30年度厚生労働省予算）

■ 保健医療記録共有試作システムの開発・検証

- ・ 医療機関・薬局等のレセプト・電子カルテ等のデータの一部（ミニマムデータセット）を収集・保管し、保健医療従事者が統合ビューワを通してそれらの情報を閲覧できる試作システムを構築する。
- ・ 実証フィールドとして、既存の地域医療情報連携ネットワークを選定し、初診時の診療情報参照等のユースケース検証を通じて、保健医療記録共有システムの技術面・運用面の課題を抽出・分析する。

■ 保健医療記録共有システムの技術仕様案の作成

- ・ 実証結果を踏まえ、ミニマムデータセットの項目やそれらの情報を効率的に共有できる技術仕様案、標準的なシステム構成、コストモデル等を検討する。

保健医療記録共有サービスの全国展開に向け、医療等分野情報連携基盤検討会・基盤技術WGでの議論に資する検討を行う。

保健医療記録として共有するデータ項目のイメージ（案）

	通常診療時の情報（現状）	保健医療記録（案）	救急時に共有する医療情報（案）
（変更時に更新） 基本情報	<ul style="list-style-type: none"> ・氏名、性別、生年月日 ・保険情報 審査支払機関情報、保険者情報、被保険者情報 ・公費に関する情報 区分・公費・負担割合・課税所得区分など ・医療機関・薬局情報 カルテ番号、調剤録番号、診療・調剤年月、保険医氏名、麻薬免許番号 	<ul style="list-style-type: none"> ・氏名、性別、生年月日 ・保険情報 審査支払機関情報、保険者情報、被保険者情報 ・公費に関する情報 区分・公費・負担割合・課税所得区分など ・医療機関・薬局情報 カルテ番号、調剤録番号、診療・調剤年月、保険医氏名、麻薬免許番号 	<ul style="list-style-type: none"> ・氏名、性別、生年月日 ・保険情報 審査支払機関情報、保険者情報、被保険者情報 ・公費に関する情報 区分・公費・負担割合・課税所得区分など ・受診医療機関・薬局情報（年月別） ・最終受診医療機関・薬局情報（場合により複数） カルテ番号、調剤録番号
（診療の都度発生） 診療行為関連情報	<ul style="list-style-type: none"> ・診療行為に対応する傷病名情報 ・診療行為の内容に関する情報 診療実施年月日、診療内容、検査、処置、処方、手術、麻酔、輸血、移植などの情報、入退院（入院日、退院日）、食事、使用された特定機材、リハビリ情報 ・DPC病院入院関連情報 入院情報（病棟移動、予定・緊急入院）、前回退院年月、入院時年齢、出生時体重、JCS（意識障害）、Burn Index、重症度 ・症状に関する情報 	<ul style="list-style-type: none"> ・診療行為に対応する傷病名情報 ・診療行為の内容に関する情報 診療実施年月日、診療内容、検査、処置、処方、手術、麻酔、輸血、移植などの情報、入退院（入院日、退院日）、食事、使用された特定機材、リハビリ情報 ・DPC病院入院関連情報 入院情報（病棟移動、予定・緊急入院）、前回退院年月、入院時年齢、出生時体重、JCS（意識障害）、Burn Index、重症度 ・症状に関する情報 	<ul style="list-style-type: none"> ・病歴情報 主傷病名と受診医療機関リスト（受診年月） ・手術関連情報、麻酔歴、輸血歴 ・検査関連情報 ・薬剤情報 服薬中薬剤情報（必要なら過去の利用履歴） ・材料関連情報・特定材料使用歴 ・処方せん内容 ・症状に関する情報 関連する疾患、材料に対応
レポート等	<ul style="list-style-type: none"> ・DPCデータ ・検査結果（血算・生化・生理 など） ・画像、画像診断レポート ・病理レポート ・看護サマリ ・退院時サマリ ・診療情報提供書 ・健診情報 	<ul style="list-style-type: none"> ・DPCデータ ・退院時サマリ ・診療情報提供書 ・特定健診情報 	

※ データの収集元や保管方法を含め、精査中

医療分野のネットワークセキュリティ対策強化のための調査・実証事業（検討中）

全国保健医療情報ネットワークの全体構成を検討するために、下記の調査・実証事業を行うことを予定している。
なお、前提としてH29年度 総務省「医療等分野における高精細映像等データ共有基盤の在り方に関する実証」
および、H29年度 厚生労働省「医療等分野のネットワーク接続の機関認証に関する調査・研究」の報告内容も参考とする。

30年度前期

セキュリティ、運用に関する事例やガイドラインの調査研究

- ・ 国内外で公表されているセキュリティ関連のガイドライン等の調査研究
- ・ 国内の地域連携ネットワークおよび諸外国の全国的なネットワークについて、セキュリティや運用の面から調査研究
- ・ 利用者認証技術及びサービスの動向調査 等

ネットワーク構成を検討するための関連技術調査

- ・ 段階的拡張するスケールアウトの方式
- ・ クラウドサービスの活用など調査 等

調査結果

30年度後期

ネットワーク基盤の構成検討

- ・ 想定リスクの洗い出しとアセスメント実施等、実運用に向けた調査
- ・ セキュリティインシデント発生時の対応など、運用面の検討
- ・ ネットワーク基盤全体でのセキュリティ対策機能を検討
- ・ 概算コスト試算 等

接続先機関及びNWに要求されるセキュリティについての検討

- ・ 全国保健医療情報ネットワークに接続する地域医療連携ネットワークの接続要件やセキュリティ要件について検討
- ・ 医療機関・薬局等からの接続を行うとした場合の接続要件やセキュリティ要件について検討
- ・ 全国NW、地域NWセキュリティガイドライン作成に向けた検討 等

状況報告

報告

検討

- 医療等分野情報連携基盤技術WG
- 医療等分野ネットワーク安全管理WG

調査研究結果、検討会等での検討をもとに、

- ・ 全国保健医療情報ネットワークでの機能・非機能要件整理 および 運用規定等の整理
 - ・ 各種セキュリティ・運用ガイドライン案の作成（全国、地域連携、接続要件等）
- の検討を行う

医療的ケア児等医療情報共有システム（平成29年度事業）

医療的ケア児等医療情報共有基盤の必要性

在宅の医療的ケア児等が、遠方への外出時等、かかりつけの病院以外で受診する必要が発生した場合に適切な診療を受けるために、実際に診療に当たる医師等に患者の診察経過等の医療情報が共有されること（医療情報共有）の仕組みが必要である。

① 実証の協力者・参加者の開拓

- ・ 医療機関：5カ所（医師4名）
- ・ 医療的ケア児等とその家族：19名

④ 救急対応に関するヒアリング



大型のテーマパークのある地域周辺：2カ所（千葉・大阪）

⑤ 先進的な救急医療情報ネットワークのヒアリング



福岡県医師会診療情報ネットワーク「とびうめネット」

医療的ケア児等とその家族

利用者端末のセキュリティ対策

不正セルラー/WiFiアクセスポイント対策

管理システム
医療情報共有システム

居住地周辺の近隣の医療機関（主治医・かかりつけ医）

サーバシステムのセキュリティ対策

遠隔地の医療機関

救急隊員

⑥ 有識者による検討会



- ・ 回数：3回
- ・ 人数：10名程度

事務局



検討会の開催・運用の事務を実施

② 医療情報共有システムの構築

- 開発：「管理システム」「医療情報共有システム」の開発
- サーバ：実証システム用のサーバ基盤
- セキュリティ：システム実証時のセキュリティ対策（サーバシステム・利用者端末・不正セルラー/WiFiアクセスポイント対策等）

③ 医療情報共有システムの実証

滞りなく適切に医療情報等の共有が図られるかの実証を行った。

運用事務局／ヘルプデスク



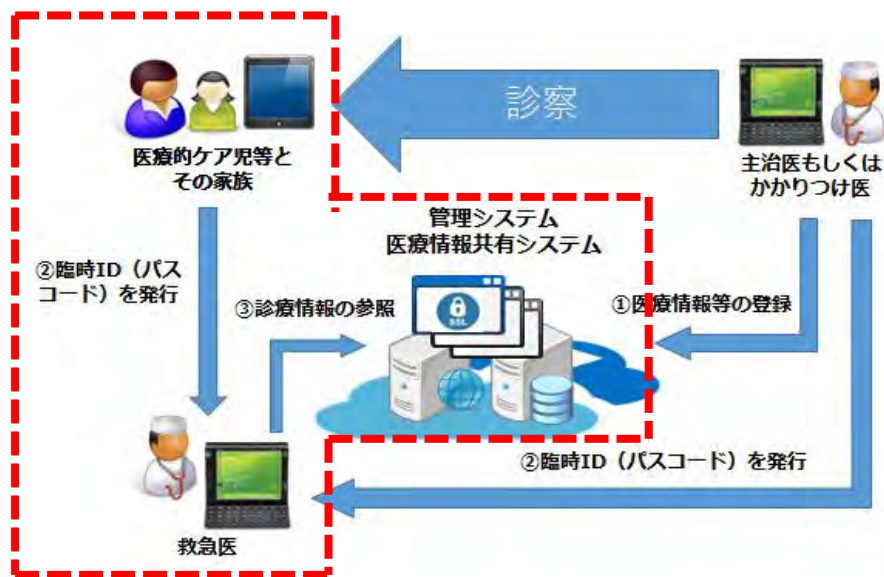
- ・ ID発行
- ・ システム操作に関する問い合わせ対応

医療情報の共有仕組み

- 主治医・かかりつけ医と本人・家族との情報共有
主治医・かかりつけ医が診察を行い、その情報を医療情報共有システムに登録し、その内容を医療的ケア児とその家族と主治医・かかりつけ医の間で医療情報共有システムを閲覧して情報の共有を行う。



- 救急時の情報共有
臨時ID（パスコード）を発行して救急医に医療情報共有システムにログインしてもらい、主治医・かかりつけ医が診察を行った情報を閲覧して情報の共有を行う。



画面構成の例

<救急情報閲覧画面>

救急情報

- 基本項目
- 基本情報
- 身体情報
- 生活状態
- 緊急連絡先
- かかりつけ医

アレルギー

アレルギー	あり
食べ物	食べ物アレルギーについて入力します。 卵、牛乳、そば、エビ、カニ
薬剤	薬剤アレルギーについて入力します。 ペニシリン
アナフィラキシー既往	あり
食べ物	食べ物のアナフィラキシーについて入力します。 小麦、えび、かに
薬剤	薬剤のアナフィラキシーについて入力します。 ペニシリン

酸素投与

酸素投与	あり
------	----

気道

気管切開	あり
ガニューレ有無	ガニューレあり (カフあり)
サイズ	内径7mm 外径10mm
製品名	トーカンダブルサクションガニューレ

救急情報

- 基本項目
- 基本情報
- 身体情報
- 生活状態
- 緊急連絡先
- かかりつけ医

人工呼吸器

人工呼吸器	あり
チェックリスト	チェックリスト 
利用時期	必要時(利用時期(人工呼吸器) 任意 詳細)
製品名	Puritan Bennett™ 560
メーカー名	メッドロニック
モード	その他(モード(人工呼吸器) 詳細)
PIP	30mmHg
PEEP	10mmHg
RR	20回
電気時間	5分

ペースメーカー

ペースメーカー	あり
医療機関名	
電話番号	0775462000

(参考) 医療情報共有システム（試行版）の実証結果①

分類	意見	意見元
医療情報項目について	○ 複数のサービスを利用しており、全部の施設を入れるとなると入力が大変である。	本人・家族
	○ 「病名・障害」、「病歴」、「症状、診断」「既往歴」の順で表示して、一言でどんな子供なのかが最初に分かるようにしてほしい。	主治医・かかりつけ医
	○ 障害については、痺れや麻痺の箇所を記した身体図をアップロードできるとよい。	
	○ レントゲンの画像を登録したい。普段の状態を診てもらわないと困る場合がある。	本人・家族
	○ 救急時には、通常の状態と比べてどうなのかを判断することが非常に重要なので、バイタルの通常の状態が分かると非常に便利。	救急医・消防職員
	○ 医療的ケア児等は基礎疾患が多いことがあるが、予めそれらについて詳しく分かっていると総合的な判断がしやすい。	救急医
	○ アレルギー、既往歴、内服薬、酸素投与の有無、気管切開の有無・管のサイズ、人工呼吸器の有無が分かれば受入準備は出来ると思うので、それらやかかりつけ医療機関の情報が一目で見られると便利である。	

分類	意見	意見元
医師の入力負担の軽減について	○ 診療情報を入力する医師は大変なため、医師が情報提供をして保護者が入れればよいのでは。	主治医・かかりつけ医
	○ 「併存症等」の「けいれん・てんかん発作」、「アレルギー」や「生活」に関する項目は、医師は十分に把握しきれない場合があるので、家族の方が詳しく入力できる。	
	○ 本人・家族も医師も入力できるようにした場合でも、本人・家族が入力したものについては、内容を医師が確認することは必要である。	主治医・かかりつけ医
アクセス権限・同意の取得について	○ 初回登録の入力時間については、インターフェイスの工夫でかなり改善できるのではないか。	検討会
	○ 外出時だけではなく、災害時などで保護者や支援者が使う場面も考慮するとよいと思う。	主治医・かかりつけ医
	○ PHRということだけではなく、医療機関との共有や第三者への開示も含むので、アカウントを作って、適宜確認を得るというのは非常に重要な取組になると思う。本人・家族への確認をアカウント管理の中で適宜行うことができるようにするのがいいと思う。	検討会

(参考) 医療情報共有システム (試行版) の実証結果②

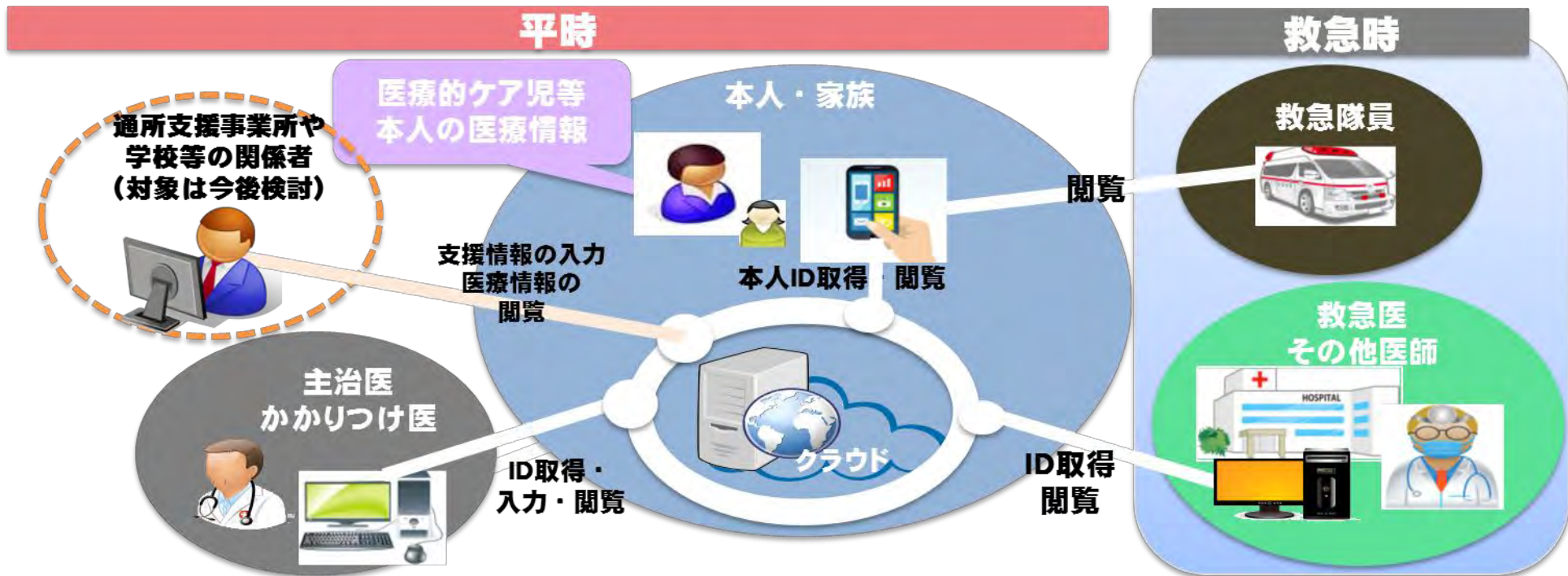
分類	意見	意見元
救急時等のアクセス方法について	○ 切羽詰まった状況で、端末を色々操作するのは難しい。特に医療的ケア児等が救急に通報するということは相当に緊急性が高いので、それについてあれこれ現場でやるというのは難しい。	救急隊員
	○ 医療現場では、まだ、紙ベースでの情報のやり取りがほとんどということもあり、一覧印刷機能があれば紙の方が取扱いやすい。	救急医
	○ 家族がスマートフォンを持っていなかったり、自分のログインIDを忘れてしまったりすることが考えられるので、救急時のアクセス方法については複数の方法を用意しておくのがよいのではないか。	検討会
画面構成・デザインについて	○ 文字の大きさを変えられるようにして欲しい。	本人・家族
	○ 表の罫線間隔を最適化しコンパクトにして一目で見られるようにして欲しい。	
	○ 文字や背景の色がどれも同じでスッキリはしているが、どこを見て何を選択したらいいかわからない。	主治医
○ 入力時に、どの患者について入力しているか不安になるので、画面上部等に常に患者名を表示して欲しい。		

※今回実施したセキュリティ対策 (一部)

①サーバシステムに求められるセキュリティ要件と対策	
データ通信時の秘匿性、完全性確保	SSL/TLS1.2方式でデータを暗号化し、通信回線を盗聴されても情報漏えい及びデータ改ざんがされない対策を行う。
蓄積データの秘匿性、完全性確保	蓄積データは暗号化処理を施し、データアクセス権限があるユーザにのみ情報提示ができるようにして、サーバからの情報漏えい対策を行う。
セキュリティレベルによるアプリケーションの分離	セキュリティレベルが異なるアプリケーションは別システムとして、両システム間での情報の連携を制限して、セキュリティホールを塞ぐ対策とする。
②利用者端末に求められるセキュリティ要件と対策	
本人・家族の利用者端末のセキュリティレベル管理	利用者端末に保存する情報は、クラウドサーバに蓄積されたデータを複製・加工した本人特定情報のないデータとする。
医療従事者利用端末のセキュリティレベル管理	医療機関自身が許可・管理している端末とする。
偽無線LANアクセスポイント対策	本システム利用時は、原則としてセルラー回線に切り替えて利用する。 ※29年度の実証ではcoronetを使用
③運営者に求められるセキュリティ要件と対策	
情報漏えい及び情報改ざんへの対策	情報へのアクセス記録の取得と監査を行い、アクセス記録にあるID者が実際に情報アクセスを行った実確認を行い、情報アクセスが付与権限に対して正しいことを確保する。

ア

医療的ケアが必要な障害児等が救急時や、予想外の災害、事故に遭遇した際に、医師が迅速に必要な患者情報を共有できるようにするため、平成28年度の調査研究及び平成29年度のプロトタイプシステムを活用した実証実験をもとに、全国展開に向けたシステムの改修やサービスの共用開始等を図る。



《平成30年度実施予定》 予算：1.5億円

- ①平成29年度の実証実験により抽出された課題等を踏まえ、システムを改修
 - 医師の入力負担の軽減策について
 - 救急医療機関での情報へのアクセスについて
 - 必要となるセキュリティ対策について
- ②医療機関以外の支援者（通所支援事業所・学校等）への情報共有の仕組みを検討
- ③全国の医療機関へのシステムの普及活動
 - ⇒全国展開に向けたシステムの改修やサービスの共用開始等を図る。
 - （サービスの実施主体や費用面のあり方については、引き続き検討。）

③ P H R ・ 健康スコアリング 関係

データヘルス改革の基盤整備（被保険者番号の個人単位化・オンライン資格確認）

課題

- ① 現在の被保険者番号は、基本的に**世帯単位**で、保険者による個人の状況把握に課題。
また、**個人単位でデータを連結できない現在の状態は、データヘルスの推進の観点からも課題。**
- ② 保険者毎に被保険者番号を付番し、**資格管理は保険者ごと**。加入する保険が変わる場合、個人の資格情報は引き継がれず、**継続的な資格管理がされていない。**
- ③ 現行の健康保険証による資格確認では、資格喪失後の保険証による受診や、過誤請求が**請求時に判明**。
保険者・医療機関等の双方に負担が発生。

対応方針

- ① 個人単位で資格情報等のデータをつなげることを容易にするため、**被保険者番号を個人単位化**。
- ② 加入する保険が変わっても資格情報等を連結し管理するため、**支払基金・国保中央会が一元的に管理**。
- ③ 特定健診データについて、加入する保険が変わっても、過去のデータを含めて、**マイナポータルを活用し、本人が閲覧できるシステムを構築**。
- ④ マイナンバーカードの電子証明書を保険医療機関・薬局の窓口で読み取って、受診時やレセプト請求前等に**オンラインで支払基金・国保中央会に資格情報を照会・確認する仕組みを整備（現行の保険証でも対応可）**。

スケジュール（検討中）

2017年度 （平成29年度）	2018年度 （平成30年度）	2019年度 （平成31年度）	2020年度 （平成32年度）
・要件整理、仕様検討（調査研究）	・オンライン資格確認設計開発、段階的運用開始 ・個人単位被保険者番号システム改修準備	・オンライン資格確認システム開発、段階的運用（順次拡大） ・保険者システム改修、新保険証順次交付	・オンライン資格確認の本格運用開始

平成30年度予算 44億円（平成29年度予算繰り越し分（約120億円）との合計約164億円）

- ・被保険者番号の個人単位化に要するシステム改修
- ・オンライン資格確認システム構築
- ・特定健診情報閲覧システム構築

オンライン資格確認

現状・課題

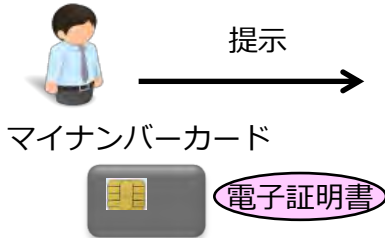
- ・ 現行の健康保険証による資格確認では、資格喪失後の未回収の保険証による受診や、それに伴う過誤請求が請求時に判明。保険者・医療機関等の双方に負担が発生。

対応方針

- ・ マイナンバーカードの電子証明書を保険医療機関・薬局の窓口で読み取って、受診時やレセプト請求前等に **オンラインで支払基金・国保中央会に資格情報を照会・確認する仕組みを整備**する。

※外来受診（延べ日数）
年間約20億件

本人



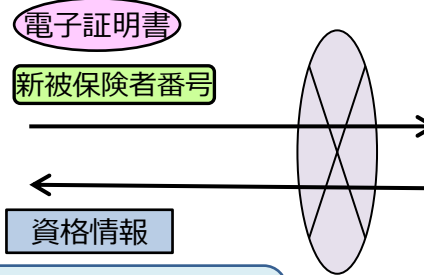
健康保険証 新被保険者番号

※健康保険証のみ持参した場合は、券面の
新被保険者番号により、資格情報の有効性を確認

保険医療機関（約17万7千）
保険薬局（約5万7千）



レセプト請求の専用回線など
既存のインフラを活用

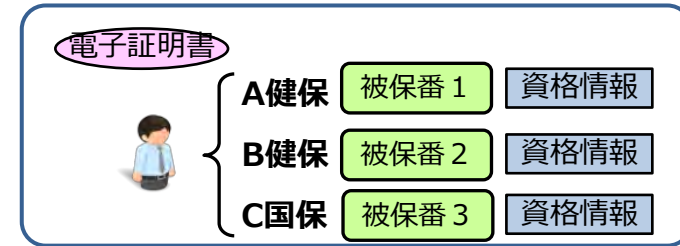


- ・ 氏名、性別、生年月日
- ・ 保険者名
- ・ 被保険者番号
- ・ 負担割合
- ・ 資格取得・喪失日 等

オンライン資格確認サービス

【支払基金・国保中央会が共同で運営】

※レセプト請求の専用回線や保険者のマイナンバー
関連システムなど、既存インフラを活用。



「見えない」「預からない」ので、医療現場で
診療情報がマイナンバーと紐づけて管理されることはない

※定められた利用目的以外での
マイナンバーの書き写し等は
不正利用であり、法律で禁止されている



マイナポータルを活用した特定健診データの個人向け提供サービス

現状・課題

○ 健康管理の必要性

- 特定健診・保健指導の実施率は年々上昇。予防・健康づくりの重要性は、「骨太の方針」・「未来投資戦略2017」にも明記されており、一層の取組が求められる。

このため、インセンティブ改革の実施とあわせて、**国民一人一人の行動変容を促すことが重要**。

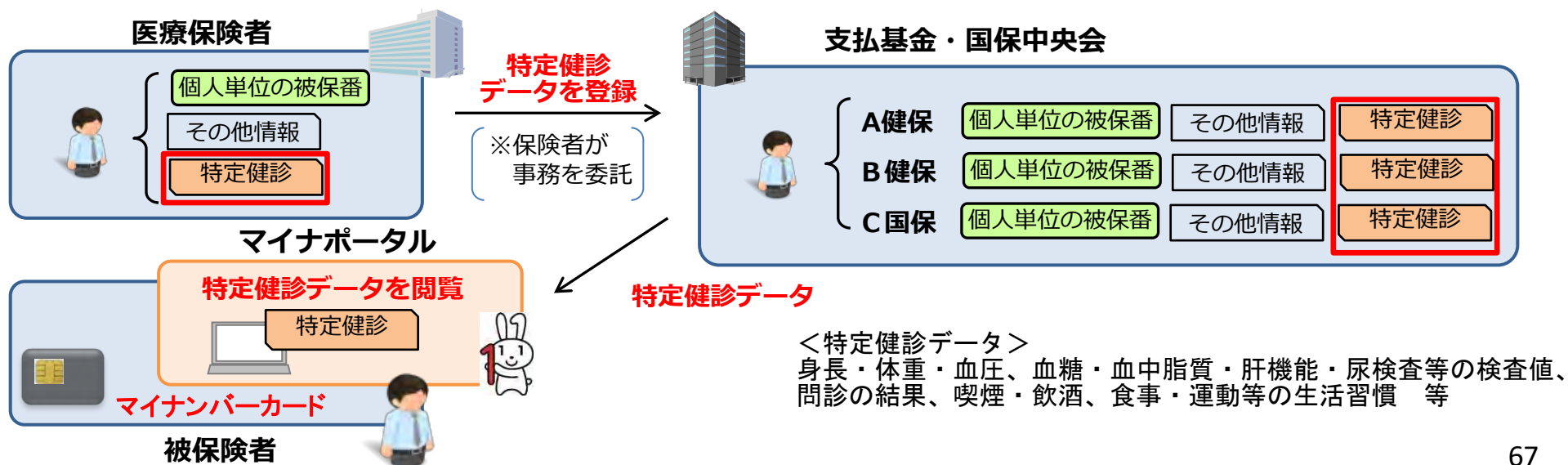
○ 保険者ごとの管理

- 現在は、保険者ごとに被保険者の特定健診等のデータを管理。
- 加入する保険が変わる場合、個人のデータは引き継がれず、**継続的に把握されていない**。

対応方針

- 加入する保険が変わっても、**過去のデータも含めて閲覧できるシステムを構築**。
マイナポータルを活用し、特定健診データを本人に提供。

※ コストを抑えつつ、効率的な開発を進める観点から、支払基金・国保中央会において被保険者個人の資格情報を継続的・一元的に管理する仕組み（オンライン資格確認）を活用。



特定健診データの保険者間の連携、マイナポータルを活用（イメージ）

マイナポータルで特定健診の経年データを一覧

健診結果を経年で分かりやすく表示

保険者を異動後も健診の履歴を管理

本人は保険者間のデータ連携に同意

マイナポータル



本人

経年の特定健診データを提供

PHRサービス

PHRサービス事業者

特定健診データ

特定健診データ

健診実施機関



支払基金・国保中央会は、保険者から特定健診データの管理等の委託を受ける

支払基金・国保中央会

保険者等が閉域の通信環境で接続するクラウドを活用

オンライン資格確認等システム

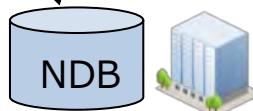
特定健診データ

特定健診データ

特定健診データ

閉域のオンライン請求ネットワークなど既存インフラを活用

国への登録データの作成（匿名化）・登録



厚生労働省

保険者間で特定健診データを照会・提供

保険者①

保険者②

保険者③



特定健診の経年データを特定保健指導の場面で活用
身体に起きている変化を理解

新保険者から旧保険者に資格異動前のデータを照会、旧保険者から提供
（※）現在は紙・電子媒体でやりとり

- 定期健診の記録は健診実施機関から事業主へ報告され、事業主から保険者に特定健診データを提供（現行）
- 中小事業者等の定期健診について、中小事業者の負担軽減等の観点から、健診実施機関から支払基金経由で特定健診データを保険者に登録する仕組みを検討

健康スコアリングについて

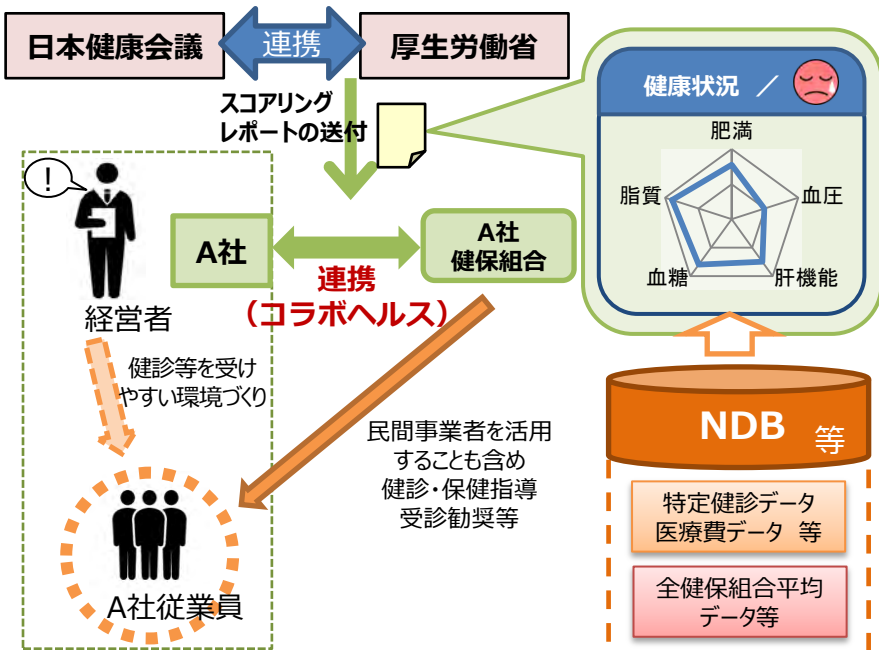
目的及び概要

- ・企業の健康経営との連携（コラボヘルス）を推進するため、経営者が従業員等の健康状況等について、全国平均や業態平均の中での立ち位置を把握した上で、企業と保険者が問題意識を共有し、両者が連携して健康づくりに取り組める仕組みを構築する。
- ・厚生労働省と日本健康会議が連携して、まずは**各健保組合の加入者の健康状態や予防・健康増進等への取組状況をスコアリングし経営者に通知する取組**を平成30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。

検討状況

- ・平成29年12月に日本健康会議の下に有識者による「**健康スコアリングの詳細設計に関するワーキンググループ**」を設置し、健康スコアリングレポートに記載する項目や様式、活用方法・通知方法等について検討しているところ。
- ・平成30年度の健康スコアリングは、厚労省と日本健康会議が連携し、NDBデータから保険者単位のレポートを作成の上、全健保組合に対して通知する予定。

平成30年度スコアリングレポートの作成・通知イメージ



<今後のスケジュール>

2018年度	2019年度	2020年度
<ul style="list-style-type: none"> ・NDBデータを活用して各健保組合ごとのスコアリングレポートを作成・送付 ・企業単位レポート作成のシステム仕様検討・作成 		<ul style="list-style-type: none"> 企業単位のレポート作成

- 4月末に、健康スコアリングの詳細設計に関するWGにおいて議論のとりまとめを予定。
- WGの検討結果を踏まえ、今年度夏頃に健康スコアリングレポートを通知予定。
- 企業単位のスコアリングレポートの作成機能について、システム導入するための仕様について検討する。

健康スコアリングレポート (イメージ)

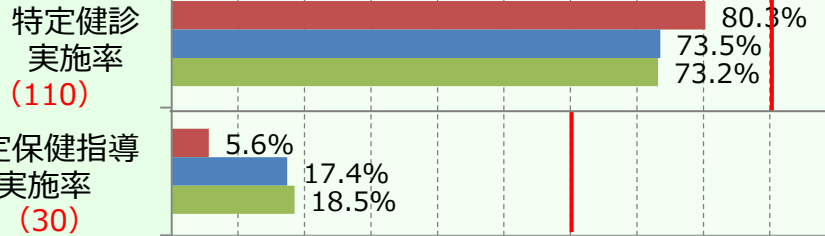
【貴組合の特定健診・特定保健指導の実施状況】

特定健診・特定保健指導 / ☹️



■ 貴組合 ■ 業態平均 ■ 全組合平均

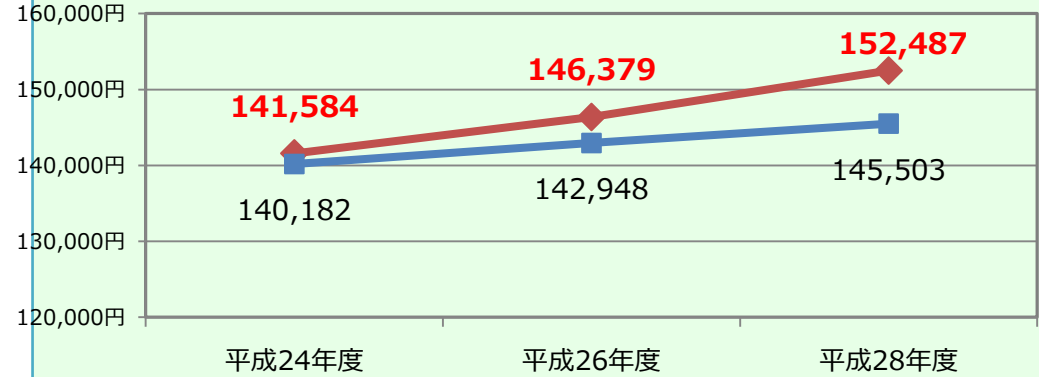
目標値：90%



目標値：60%

【貴組合の医療費の状況】

◆ 1人あたり医療費



【貴組合の健康状況】

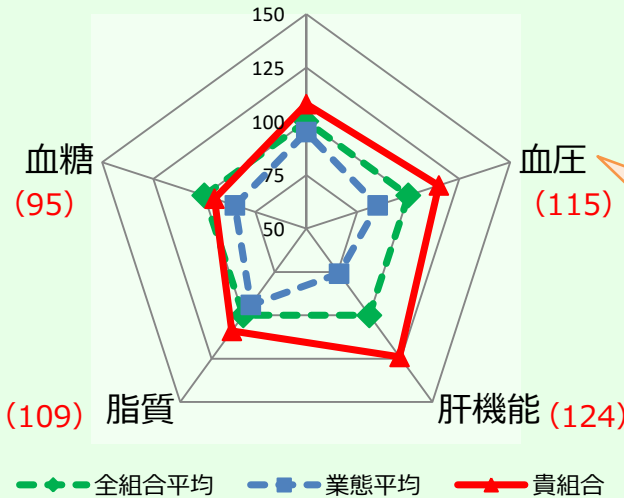
健康状況 / 😊



* 数値が高いほど、良好な状態

肥満 (108)

[全組合平均：100]



喫煙習慣リスク

A B C

リスクが全健保組合平均より高い

血圧リスク

A B C

リスクが全健保組合平均より低い

【貴組合の生活習慣】

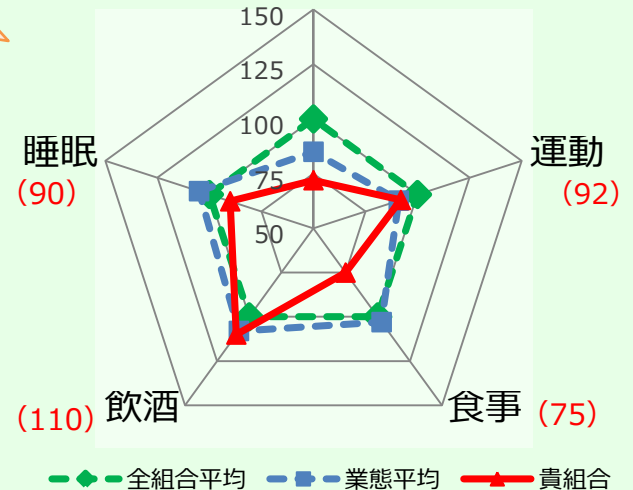
生活習慣 / ☹️



* 数値が高いほど、良好な状態

喫煙 (70)

[全組合平均：100]



④ データヘルス分析 関係

データヘルス分析

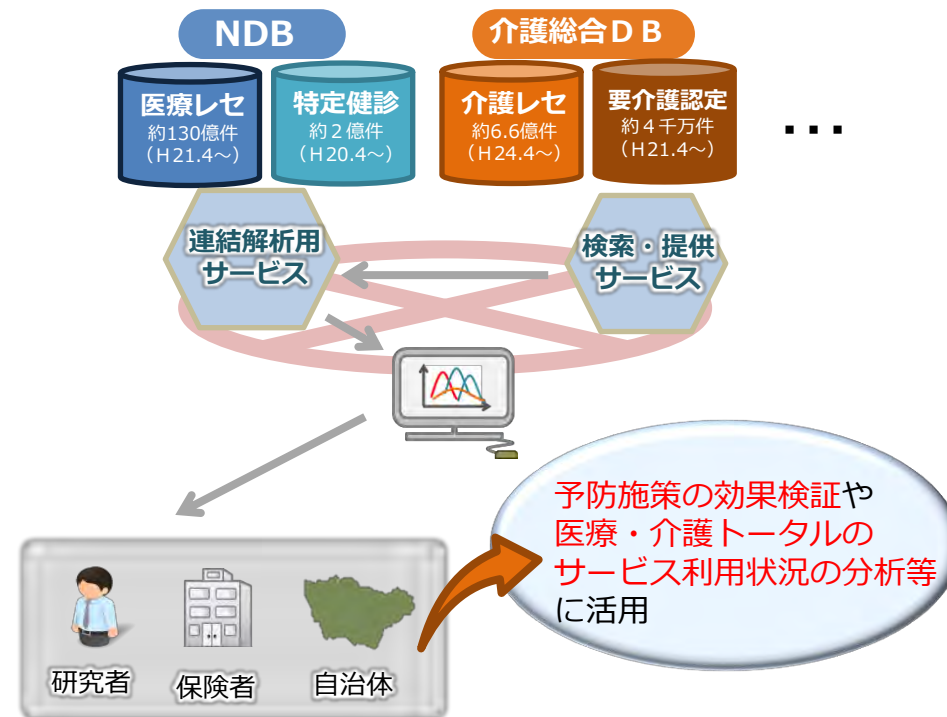
課題

レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）や介護総合データベースといった公的データベースは整備、情報が蓄積されているが、これらのデータの連結はできず、健康・医療・介護の各分野を通じた分析は困難。



データヘルス改革で実現を目指すサービス

各種データベースで保有する健康・医療・介護の情報を連結し、個人の保健医療の履歴をビッグデータとして分析可能な環境を提供。介護予防等の予防施策や、医療・介護の提供体制の研究等に活用。



スケジュール

2017年度 (平成29年度)	2018年度 (平成30年度)	2019年度 (平成31年度)	2020年度 (平成32年度)
<ul style="list-style-type: none"> 各種データベースを活用した分析の有効事例の調査、整理 	<ul style="list-style-type: none"> NDBの改修 複数のデータベース間の連携・解析を行うシステム構築 サービス内容の具体化等に向けた検討 		各種のデータベースを連結・解析可能なシステムの本格稼働

平成30年度予算 1.2億円

- ・NDBの改修
- ・複数のデータベース間の連携・解析を行うシステム構築

保健医療分野の主な公的データベースの状況

参考：平成30年4月19日
 社会保障審議会 医療保険部会 資料

保健医療分野においては、近年、それぞれの趣旨・目的に即してデータベースが順次整備されている。
 主な公的データベースの状況は下表のとおり。

データベース の名称	NDB (レセプト情報・ 特定健診等情報 データベース) (平成21年度～)	介護DB (平成25年～)	DPCDB (平成29年度～)	全国がん登録 DB (平成28年～)	難病DB (平成29年～)	小慢DB (平成28年度～)	MID-NET (平成23年～)
元データ	レセプト、 特定健診	介護レセプト、 要介護認定情 報	DPCデータ (レセプト)	届出対象情報、 死亡者情報票	臨床個人調査 票	医療意見書情 報	電子カルテ、 レセプト 等
主な情報項目	傷病名(レセ プト病名)、 投薬、健診結 果 等	介護サービスの 種類、要介 護認定区分 等	・簡易診療録 情報 ・施設情報 等	がんの罹患、 診療、転帰 等	告示病名、生 活状況、診断 基準 等	疾患名、発症 年齢、各種検 査値 等	・処方・注射 情報 ・検査情報 等
保有主体	国 (厚労大臣)	国 (厚労大臣)	国 (厚労大臣)	国 (厚労大臣)	国 (厚労大臣)	国 (厚労大臣)	PMDA・ 協力医療機関
匿名性	匿名	匿名	匿名	顕名	顕名 (取得時に 本人同意)	顕名 (取得時に 本人同意)	匿名
第三者提供 の有無	有(※1) (平成25年度 ～)	有(※1) (平成30年度 ～開始予定)	有 (平成29年度 ～)	有 (詳細検討 中)	無 (検討中)	無 (検討中)	有 (平成30年度 ～)
根拠法	高確法16条	介護保険法 118条の2	- (告示)	がん登録推進 法第5、6、8、 11条	-	-	PMDA法 第15条

※1 NDBについては、「レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン」に基づき個別審査を行った上で第三者提供を実施。
 介護DBも、NDBのスキームを基本的に踏襲し、第三者提供を行う予定であり、現在、ガイドライン等について検討中。

※2 上記に加え、生活保護の分野では、福祉事務所がデータに基づき被保護者の生活習慣病の予防等を推進する「被保護者健康管理支援事業」を創設し、同事業の実施に資するため、国が全国の被保護者の医療データを収集・分析することを内容とする「生活困窮者等の自立を促進するための生活困窮者自立支援法等の一部を改正する法律案」を平成30年通常国会に提出。

「レセプト情報・特定健診等情報データベース」（NDB）及び「介護保険総合データベース」（介護DB）は、医療保険及び介護保険における請求事務等に係るデータを、二次利用の目的で悉皆的に収集するという類似性。

NDB

<収納している情報>

医療レセプト（約128.8億件、H21.4～）
 特定健診データ（約2億件、H20.4～）

<主な情報項目>

（レセプト）
 傷病名、投薬、診療開始日、診療実日数、検査 等
 （特定健診）
 健診結果、保健指導レベル

<収集根拠>

高齢者医療確保法第16条

<保有主体>

国（厚労大臣）

<主な用途>

- ・医療費適正化計画の策定、実施、評価
- ・医療計画、地域医療構想の策定

<第三者提供>

有識者会議の審査を経て実施（H23年度～）
 提供対象者：国、自治体、独法、大学、保険者の中央団体、
 医療の質向上を目的とする公益法人等の研究者に提供

<匿名性>

匿名（※国への提出前に匿名化、個人が特定可能な情報を削除して収納）

介護DB

<収納している情報>

介護レセプト（約5.2億件、H24.4～）
 要介護認定情報（約4千万件、H21.4～）

<主な情報項目>

（レセプト）
 サービスの種類、単位数、要介護認定区分 等
 （要介護認定情報）
 要介護認定一次、二次判定情報

<収集根拠>

介護保険法第118条の2

<保有主体>

国（厚労大臣）

<主な用途>

- ・市町村介護保険事業計画の策定、実施、評価
- ・都道府県介護保険事業支援計画の策定、実施、評価

<第三者提供>

有識者会議の審査を経て実施（H30年度～開始予定）
 提供対象者：国、自治体、独法、大学、保険者の中央団体、
 介護サービスの質向上を目的とする公益法人等の研究者に提供

<匿名性>

匿名（※国への提出前に匿名化、個人が特定可能な情報を削除して収納）

- NDB、介護DBに関連して、近年の保健医療・福祉を取り巻く環境の変化を踏まえ、新たな検討が求められている。
 - ① 地域における効果的・効率的で質の高い医療・介護の提供体制や地域包括ケアシステムの構築等の観点から、現在、個々に収集、管理、分析が行われているNDBと介護DBで保有する情報について、連結解析を可能とすること
 - ② DPCデータ及びその他の公的データベースとの関係整理
 - ③ ①、②に即した第三者提供の枠組みの整理

参考：関連総理発言、政府決定（再掲）

- **安倍総理発言（平成28年5月11日 第8回経済財政諮問会議）抄**
 社会保障については、医療・介護分野における徹底的な『見える化』を行い、給付の実態や地域差を明らかにすることにより、より効果的で効率的な給付を実現していきます。このため、塩崎大臣におかれては、**医療や介護のレセプトデータを全国的に連結し、社会保障給付費を効率化していくための具体案を諮問会議に報告していただきたい**と思います。
- **新しい経済政策パッケージ（平成29年12月8日閣議決定）抄**
 さらに、最適な健康管理・診療・ケアを提供するための「全国保健医療情報ネットワーク」について、連携すべき情報の種類や情報管理等の課題の検討を行いつつ、今年度の実証事業も踏まえ、来年夏を目途に工程表を示すとともに、**健康・医療・介護のビッグデータを連結・分析するための「保健医療データプラットフォーム」について、来年度から詳細なシステム設計に着手する。**これらによりデータ利活用基盤の2020年度からの本格稼働を目指す。
- **経済財政運営と改革の基本方針2017（平成29年6月9日閣議決定）抄**
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つ「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。

○有識者会議における検討

- ・ NDB及び介護DB情報等の連結解析基盤に関して、法的・技術的な論点について整理するため、

有識者会議を設けて検討。

※ NDB、介護DBの双方に精通した有識者等により構成。

- ・ 同有識者会議の検討状況は、**社会保障審議会医療保険部会に報告。制度面等の観点から議論。**

＜有識者会議における主な検討事項（案）＞

- (1) 個人情報保護法制等との関係
- (2) データの収集・利用目的、対象範囲
- (3) 第三者提供 (4) 費用負担
- (5) 実施体制 (6) 技術面の課題（セキュリティの確保等を含む。）
- (7) その他

○検討スケジュール

- ・ 4月19日 医療保険部会開催

- ・ 5月 第1回有識者会議開催

↓ [月1回程度開催。有識者会議の議論においては、医療保険及び介護保険における請求事務等に係るデータを、二次利用の目的で悉皆的に収集するという類似性を有するNDB及び介護DBの連結について先行して検討。]

- ・ 7月 中間とりまとめ ⇒ 医療保険部会に報告、議論

↓ [月1回程度開催。他の公的DBとの関係の整理その他の検討が必要な事項を中心に検討。]

- ・ 秋頃 報告書とりまとめ ⇒ 医療保険部会に報告、議論

構成員	
遠藤 久夫	国立社会保障・人口問題研究所所長
田中 弘訓	高知市健康福祉部副部長
樋口 範雄	武蔵野大学法学部特任教授
松田 晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学教授
松山 裕	東京大学大学院医学系研究科 公共健康医学専攻生物統計学分野教授
武藤 香織	東京大学医科学研究所ヒトゲノム解析センター 公共政策研究分野教授
棟重 卓三	健康保険組合連合会理事
山本 隆一	一般財団法人医療情報システム開発 センター理事長

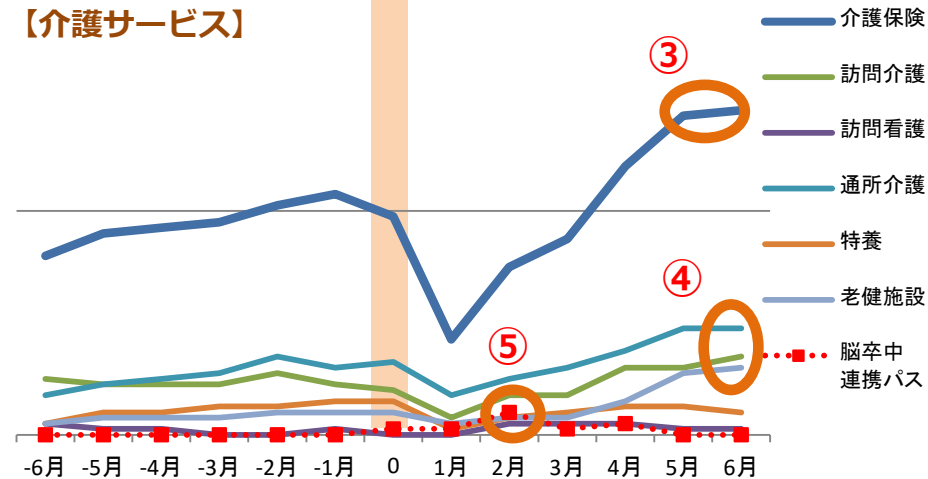
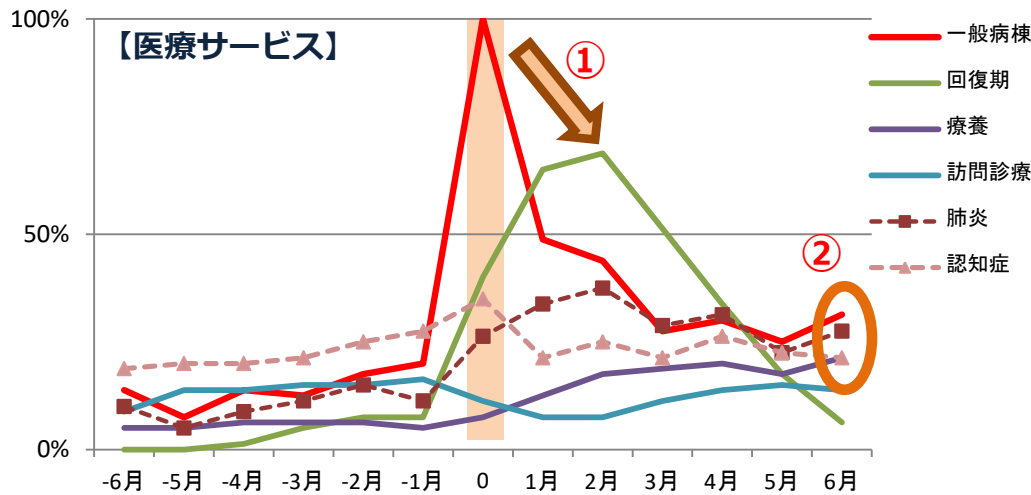
※現在、日本医師会に参画を要請中。
 諸手続が完了次第、正式決定。

医療・介護のデータを連結した分析の例（松田晋哉教授の分析）

※ 産業医科大学 松田晋哉教授の分析データをグラフ化し、考察を加えたもの。表は、経済財政一体改革推進委員会 社会保障WG(H29.4.14)の松田教授の資料から抜粋。

ある自治体における脳梗塞のために急性期病院で入院治療を受けた患者の入院前後6ヶ月サービスの利用状況

経過月	一般病棟入院	回復期入院	療養入院	訪問診療	訪問看護医療	肺炎	認知症	介護保険	訪問介護	訪問看護	通所介護	特養	老健施設	連携	脳卒中連携バス
-6	13.8%	0.0%	5.0%	8.8%	2.5%	10.0%	18.8%	40.0%	12.5%	2.5%	8.8%	2.5%	2.5%	1.3%	0.0%
-5	7.5%	0.0%	5.0%	13.8%	1.3%	5.0%	20.0%	45.0%	11.3%	1.3%	11.3%	5.0%	3.8%	1.3%	0.0%
-4	13.8%	1.3%	6.3%	13.8%	1.3%	8.8%	20.0%	46.3%	11.3%	1.3%	12.5%	5.0%	3.8%	0.0%	0.0%
-3	12.5%	5.0%	6.3%	15.0%	2.5%	11.3%	21.3%	47.5%	11.3%	0.0%	13.8%	6.3%	3.8%	1.3%	0.0%
-2	17.5%	7.5%	6.3%	15.0%	1.3%	15.0%	25.0%	51.3%	13.8%	0.0%	17.5%	6.3%	5.0%	1.3%	0.0%
-1	20.0%	7.5%	5.0%	16.3%	1.3%	11.3%	27.5%	53.8%	11.3%	1.3%	15.0%	7.5%	5.0%	0.0%	0.0%
0	100.0%	40.0%	7.5%	11.3%	2.5%	26.3%	35.0%	48.8%	10.0%	0.0%	16.3%	7.5%	5.0%	1.3%	1.3%
1	48.8%	65.0%	12.5%	7.5%	3.8%	33.8%	21.3%	21.3%	8.8%	0.0%	8.8%	1.3%	2.5%	3.8%	1.3%
2	43.8%	68.8%	17.5%	7.5%	2.5%	37.5%	25.0%	37.5%	8.8%	2.5%	12.5%	3.8%	3.8%	0.0%	5.0%
3	27.5%	51.3%	18.8%	11.3%	2.5%	28.8%	21.3%	43.8%	8.8%	2.5%	15.0%	5.0%	3.8%	5.0%	1.3%
4	30.0%	33.8%	20.0%	13.8%	2.5%	31.3%	26.3%	60.0%	15.0%	2.5%	18.8%	6.3%	7.5%	1.3%	2.5%
5	25.0%	17.5%	17.5%	15.0%	3.8%	22.5%	22.5%	71.3%	15.0%	1.3%	23.8%	6.3%	13.8%	0.0%	0.0%
6	31.3%	6.3%	21.3%	13.8%	3.8%	27.5%	21.3%	72.5%	17.5%	1.3%	23.8%	5.0%	15.0%	0.0%	0.0%



- ①：一般～回復～療養へのシフトが見られる。一方で、6ヶ月後も30%が一般病床に入院している。
- ②：疾患で見ると、元々、認知症の割合が20～30%程度。更に、入院以降、肺炎の割合が30%程度に上昇している。

- ③：発症後、6月で70%以上が介護サービスを受ける。
- ④：サービスの内訳としては、老健と通所介護が増加。その他のサービスの利用割合は、概ね変化なし。
- ⑤：脳卒中連携バスの利用が低調な可能性。

医療保険制度改革等の行方

4月19日医療保険部会

これまでの医療保険制度改革と一体改革後の展望



経済財政再生計画集中改革期間

新たな計画に基づく取組

社会保障・税一体改革等への対応

《消費税増収分等を活用した社会保障の充実》

- 地域医療介護総合確保基金(2014年度～)
- 国保等の低所得者保険料軽減措置の拡充(2014年度～)
- 国保への財政支援の拡充
(2015年度～:約1,700億円 2018年度～:約3,400億円)
- 高額療養費の見直し(2015年～)

《持続可能性の確保等のための制度改革》

- (患者負担関係)
- 70～74歳の患者負担の見直し(2014～18年度:1割→2割)
 - 高齢者の高額療養費の見直し(2017、18年度)
〔一般外来:1.2万円/月→段階的に1.8万円/月〕
〔現役並み外来:外来特例廃止、3区分化〕
 - 紹介状のない大病院受診の定額負担
(2016年度:500床以上、18年度:400床以上)
 - 入院時の食事療養費の見直し(2016、18年度)
 - 高齢者の入院時居住費の見直し(2017、18年度)
- (保険料関係)
- 後期高齢者保険料軽減特例の見直し(2017～19年度)
〔所得割:5割軽減→段階的に軽減なし〕
〔元被扶養者:9割軽減→段階的に軽減なし〕
 - 後期高齢者支援金の総報酬割(2015～17年度)
- (財政基盤関係・診療報酬関係)
- 国保改革(都道府県単位の財政運営:2018年度～)
 - 薬価制度の抜本改革(2018年度～)

消費税率引上げ (2019年10月予定)

→ 一体改革に関わる制度改革が完了

- (一体改革の社保充実)
- 年金生活者支援給付金制度の創設
 - 介護保険1号保険料軽減強化の完全実施

※新しい経済政策パッケージを実施

改革工程表2018年度内の検討課題

- 後期高齢者医療制度の患者負担の在り方
- 外来受診時の定額負担の在り方
- 薬剤自己負担の引上げ
- 医療保険制度の負担への金融資産等の反映

- 後期高齢者保険料軽減特例(均等割)の見直し

2040年を展望した社会保障改革

国民的な議論の下、

- これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保も図りつつ、
- 以下の新たな局面に対応した政策課題を踏まえて、総合的に改革を推進。

《新たな局面に対応した政策課題》

1. 現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上

⇒ 高齢者をはじめとして多様な就労・社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していく基盤として、2040年までに3年以上健康寿命を延伸することを目指す。

2. 労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保

⇒ テクノロジーの活用等により、2040年時点において必要とされるサービスが適切に確保される水準の医療・介護サービスの生産性の向上を目指す。

地域医療構想に基づく医療提供体制改革

医療費適正化計画

データヘルス改革、審査支払機関改革

平成30年4月19日	第111回社会保障審議会医療保険部会	資料 1-3
平成30年4月12日	第4回経済財政諮問会議	資料 2

2040年を見据えた 社会保障改革の課題

平成30年4月12日
加藤臨時議員提出資料

これまでの社会保障制度改革と一体改革後の展望

■ 2014年4月：消費税率引上げ（5%→8%）

<増収分を活用した社会保障の充実>

- 子ども・子育て新制度の創設、保育の受け皿拡大、育児休業中の経済的支援の強化など、消費税率を子ども・子育て分野に充当
- 医療・介護・年金の充実

<持続可能性の確保のための制度改革>

- 社会保障制度改革プログラム法や改革工程表に沿って、社会保障の給付に係る重点化・効率化を推進
- 社会保障関係費の伸びについて、経済・財政再生計画の「目安」を達成



■ 消費税率引上げ（8%→10%）<2019年10月予定>

⇒ 一体改革に関わる社会保障の制度改革が完了

※ 地域医療構想、医療費適正化計画等は、目標の達成に向けて取組を継続



■ 一体改革後の社会保障改革に向けて

- 今後数年は、消費税率引上げやオリパラ前後の需要変動を乗り越え、団塊世代が75歳に入り始める2022年以降に向け、持続可能な経済財政の基盤固めに向けた構造改革の重要な期間（経済・財政一体改革の中間評価）
- 現役人口が急速に減少する一方で高齢者数がピークを迎える2040年頃を見据え、社会保障給付や負担の姿を幅広く共有することが重要。（平成30年3月29日経済財政諮問会議有識者議員提出資料）

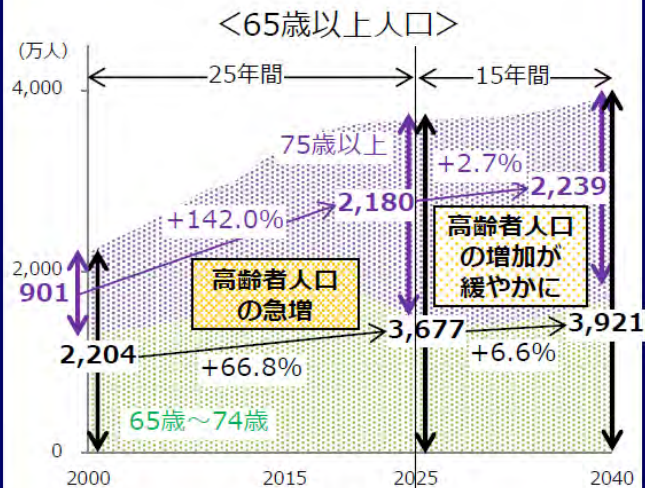
2040年頃を展望した社会保障改革の新たな局面と課題

人口構造の推移を見ると、2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化。



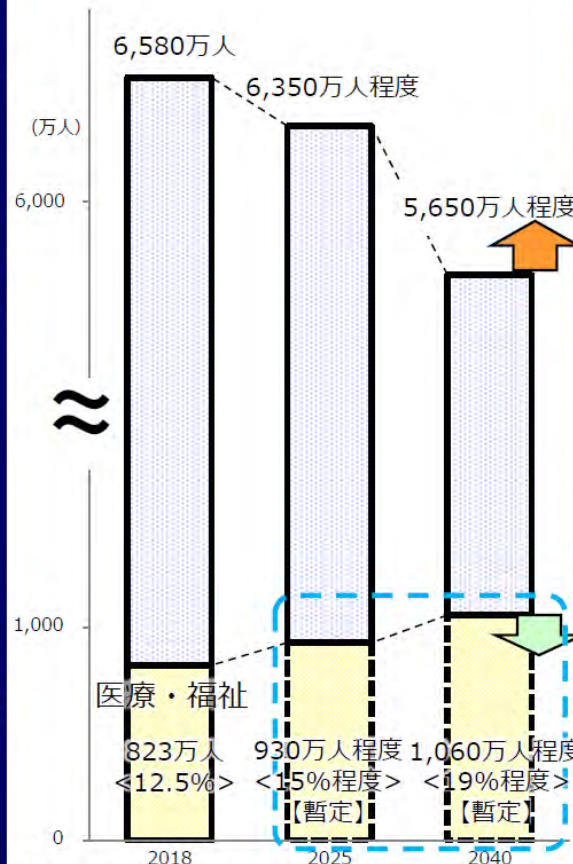
2025年以降の現役世代の人口の急減という新たな局面における課題への対応が必要。

《2040年までの人口構造の変化》



(資料) 総務省「国勢調査」「人口推計」(2015年まで)、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年推計」(出生中位・死亡中位推計) (2016年以降)

《就業者数の推移》



(資料) 就業者数については、2018年は内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」、2025年以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年労働力需給の推計」の性・年齢別の就業者数と国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」(出生中位・死亡中位推計)を用いて機械的に算出。医療・福祉の就業者数は、医療・介護サービスの年齢別の利用状況(2025年)をもとに、人口構造の変化を加味して求めた将来の医療・介護サービスの需要から厚生労働省において推計(暫定値)。

国民的な議論の下、

- これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保も図りつつ、
- 以下の新たな局面に対応した政策課題を踏まえて、総合的に改革を推進。

《新たな局面に対応した政策課題》

1. 現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上

⇒ 高齢者をはじめとして多様な就労・社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していく基盤として、2040年までに3年以上健康寿命を延伸することを目指す。

2. 労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保

⇒ テクノロジーの活用等により、2040年時点において必要とされるサービスが適切に確保される水準の医療・介護サービスの生産性^{*}の向上を目指す。

- ※ サービス産出に要するマンパワー投入量。
- ※ 医療分野：ICT、AI、ロボットの活用で業務代替が可能と考えられるものが5%程度(「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」結果から抽出)
- ※ 介護分野：特別養護老人ホームでは、平均では入所者2人に対し介護職員等が1人程度の配置となっているが、ICT等の活用により2.7人に対し1人程度の配置で運営を行っている施設あり。

医療保険制度に関する主な論点

平成30年4月19日
厚生労働省保険局

これまでの診療報酬改定、保険料・患者負担の見直しについて

	14年度	18年度	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度	
保険料						後期高齢者保険料軽減特例の見直し ・所得割 5割軽減 → 軽減なし(H30.4) ・元被扶養者均等割 9割軽減 → 軽減なし(H31.4)		
患者負担	H14.10～ 70歳以上 定率1割 現役並み2割 H15.4～ 健保2割 →3割	H18.10～ 70歳以上 現役並み 2割→3割 入院時の居住費 の導入 高額療養費の 上限引上げ	70歳～74歳の窓口負担の見直し 1割→2割				入院時の食費の引上げ 260円/食→460円/食(一般所得)	入院時の居住費の引上げ 0円/日→370円/日 ※65歳以上の医療度の高い患者
			高額療養費上限引上げ 一般(外来)1.2万円/月→1.8万円/月 一般(世帯)4.44万円/月→5.76万円/月 現役並み(外来)4.44万円/月→特別廃止 現役並み(世帯)8.01万円/月→3区分化					
診療報酬	本体 ▲1.3% 薬価等 ▲1.4% 【参考】 本体+薬価等 ▲2.7%	本体 ▲1.36% 薬価等 ▲1.8% 【参考】 本体+薬価等 ▲3.16%	本体 +0.1% 薬価等 ▲1.36% 【参考】 本体+薬価等 ▲1.26% ※消費税改定分を除く。		本体 +0.49% 薬価等※1 ▲1.82% 【参考】 本体+薬価等※2 ▲1.33% ※1 うち、市場拡大再算定の特例 分等▲0.29%、実勢価等改定分 ▲1.52% (市場拡大再算定 (通常分)を除くと、▲1.33%) ※2 実勢価等改定分で計算すると、 ▲1.03%		本体 +0.55% 薬価等※1 ▲1.74% 【参考】 本体+薬価等※2 ▲1.19% ※1 うち、薬価制度改革分 ▲0.29%、実勢価等改定 分▲1.45% ※2 実勢価等改定分で計 算すると▲0.9%	

地域別の診療報酬の設定(具体的な活用メニューの提示)

- 医療費適正化の実効性を上げるには、地域の医療費の状況や課題を把握・分析し、地域の関係者における議論も踏まえた上で、具体的な対応策が検討される必要がある。
- こうした地域での分析や議論がない中で、具体的なメニューを想定することは、地域の実情に応じた取り組みにかえて枠をはめることになりかねない。むしろ、地域の課題解決のためには、地元関係者による地域課題の把握・分析を通じた具体的な対応策の検討が、医療費適正化の実効性を上げるためには重要。
- 厚生労働省としては、引き続き、医療費適正化計画の実施主体である都道府県の意見を丁寧に聴きながら対応していく。

《 制度の枠組み 》

※ 医療保険部会での議論を踏まえ、以下の運用の考え方について、都道府県に対し平成30年3月29日付け通知により周知。

- ① 医療費には様々な要素があるなか、「医療費適正化計画」は、科学的エビデンスを伴い、保険者・医療関係者等の協力を得て実施可能な取組を目標設定する枠組み。
- ② 都道府県は「医療費適正化計画」に基づき取組を実施。計画終了後に、目標の達成状況について実績評価を行い、次期計画での目標達成に向けた方策について検討。
- ③ その際、各都道府県において、必要となる具体的な施策・取組を検討。その上で、なお目標達成のために必要があると認めるとき、都道府県は、保険者・医療関係者が参画する保険者協議会での議論も踏まえた上で、地域別の診療報酬について国に意見を提出。
- ④ 厚生労働省では、都道府県の意見を踏まえ、中医協における諮問・答申を経て検討。

《 留意点 》

- この規定については、医療保険部会において「国民皆保険の趣旨から診療報酬の地域格差の導入にはその妥当性や実効性も十分検討し慎重に検討すべき」といった意見が出されている。
- これまで、制度の適用事例はない。

《 参考 》 医療費適正化計画の経過

2008～2012年度	2013～2017年度	2018～2023年度
第1期計画	第2期計画	第3期計画

実績評価⇒ 第1期：2013年度 第2期：2018年度

○高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号) 第14条

厚生労働大臣は、第12条第3項の評価の結果(※1)、第8条第4項第2号及び各都道府県における第9条第3項第2号の目標(※2)を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

(※1) 第12条第3項の評価：計画終了年度の翌年度に行う、全国計画及び都道府県計画の評価

(※2) 第8条第4項第2号及び第9条第3項第2号の目標：全国計画及び都道府県計画における医療の効率的な提供に関する目標