

Dr武藤のミニ動画③⑦

総合対策有識者検討会⑨

医薬品の安定供給



社会福祉法人
日本医療伝道会
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ
相談役 武藤正樹
よこすか地域包括推進センター長



衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

■ 併設施設 老健(衣笠ろうけん) 特養(衣笠ホーム) 訪問診療クリニック 訪問看護ステーション
通所事業所(長瀬ケアセンター) など

■ グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム

衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ

三浦



長瀬
ケアセンター

浦賀

目次

- パート 1
 - 総合対策有識者検討会と安定供給
- パート 2
 - 薬価制度に起因する課題
- パート 3
 - 流通に関する課題
- パート 4
 - 今後の対応
- パート 5
 - 構成員のディスカッション



パート1 総合対策有識者検討会と 安定供給



2023年3月17日

総合対策有識者検討会

• 医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会

- 流通、薬価制度に加え、「産業構造の検証など幅広い議論を行う必要がある」として、検討事項に以下を追記
- 「医療用医薬品の流通・薬価に関する現状の課題」
- 「現状の課題を踏まえた医療用医薬品の目指すべき流通や薬価制度のあり方」
- 「産業構造の検証」

• 検討会の日程

- 前半は流通・薬価制度の課題問題点の洗い出しと整理
- 後半は改善策の検討
- 2022年度中に取りまとめを行う。
- 4月27日(取りまとめ)、5月23日(最終報告)

いよいよ最終取り
まとめへ
次は骨太の方針で
閣議決定へ

回数	開催日	議題等	議事録／ 議事要旨	資料等	開催案内
－	2023年3月17日 (令和5年3月17日)	1.1. 医薬品の安定供給について 2.2. その他	－	・資料等 NEW 3月 16日	・開催案内 NEW 3月14 日
－	2023年2月15日 (令和5年2月15日)	1.1. 医薬品の安定供給について 2.2. その他	－	・資料等 NEW 2月 14日	・開催案内 NEW 2月13 日
－	2023年1月13日 (令和5年1月13日)	1.1. ベンチャー支援等に関する有識者、関係企業等からのヒアリング 2.2. その他	－	・資料等	・開催案内
－	2022年12月9日 (令和4年12月9日)	1.1. 革新的医薬品の迅速な導入について 2.2. その他	・議事録 NEW 1月 10日	・資料等	・開催案内
－	2022年10月27日 (令和4年10月27日)	1.1. シンクタンク等からのヒアリング 2.2. その他	・議事録	・資料等	・開催案内
－	2022年10月21日 (令和4年10月21日)	1.1. 今後の検討に当たっての論点について 2.2. その他	・議事録	・資料等	・開催案内
－	2022年10月12日 (令和4年10月12日)	1.1. これまでの意見及び論点案について 2.2. その他	・議事録	・資料等	・開催案内
－	2022年9月29日 (令和4年9月29日)	1.1. 業界の現状と課題に係る関係団体等ヒアリング 2.2. その他	・議事録	・資料等	・開催案内
－	2022年9月22日 (令和4年9月22日)	1.1. 業界の現状と課題に係る関係団体ヒアリング 2.2. その他	・議事録	・資料等	・開催案内
－	2022年8月31日 (令和4年8月31日)	1.1. 医薬品業界の現状と課題等 2.2. その他	・議事録	・資料等	・開催案内

医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会構成員名簿

令和4年9月22日現在

氏名	ふりがな	現職
芦田 耕一	あしだ こういち	株式会社INCJ執行役員ベンチャー・グロース投資グループ共同グループ長
井上 光太郎	いのうえ こうたろう	東京工業大学工学院院长
遠藤 久夫	えんどう ひさお	学習院大学経済学部教授
小黒 一正	おぐろ かずまさ	法政大学経済学部教授
香取 照幸	かとり てるゆき	上智大学総合人間学部社会福祉学科教授
川原 文貴	かわはら たけよし	株式会社川原経営総合センター代表取締役社長
坂巻 弘之	さかまき ひろゆき	神奈川県立保健福祉大学大学院教授
菅原 琢磨	すがはら たくま	法政大学経済学部教授
成川 衛	なるかわ まもる	北里大学薬学部教授
堀 真奈美	ほり まなみ	東海大学健康学部長・健康マネジメント学科教授
三浦 俊彦	みうら としひこ	中央大学商学部教授
三村 優美子	みむら ゆみこ	青山学院大学名誉教授

医薬品の安定供給



原因は
薬価制度と
流通制度

パート 2

薬価制度を起因とする課題

最低薬価

不採算品再算定

基礎的医薬品

医薬品の安定供給について（論点）

3 / 17 に議論

（2）医薬品の安定供給について

医薬品の安定供給については、現に多数の医薬品において供給に支障が発生しているという実態を踏まえて議論を行う必要がある。

① 産業構造やビジネスモデルを起因とする課題

- 医薬品の安定供給の観点から、中小の後発医薬品メーカーを中心に少量多品種の製造が行われている産業構造や、特許切れ直後の品目に偏った現在の収益構造についてどう考えるか。
- 安定確保医薬品等の医療上重要な医薬品の供給を確保するため、サプライチェーン等の様々な安定供給上のリスクを評価し、その強靱化等を図り、また、実効性をもった供給調整を行っていくために、どのような対応が必要か。

② 薬価制度を起因とする課題

- 医療上必要性の高い医薬品の安定供給を確保する観点から、現行の薬価改定ルールの在り方についてどのように考えるか。最低薬価、不採算品再算定、基礎的医薬品等の必要な薬価を維持する仕組みについて、運用や制度の在り方についてどう考えるか。
- 医療上必要性の高い医薬品の安定供給を確保するため、製造業者等による設備投資等の取組についてどのような評価等を行うべきか。
- 物価高騰による製造コストの上昇などの状況を踏まえ、医療上必要な医薬品の安定供給を確保するために、どのような対応が必要と考えられるか。

（3）薬価差について

- 薬価差が生ずる構造を踏まえ、医薬品の取引条件や取引形態の違いや医薬品流通及び医療機関等の経営への影響を考慮しつつ、診療報酬等の関連する諸制度との関係を含めて、薬価制度のあり方について、どのように考えるか。

検討会における主な意見

医薬品の安定供給について

【後発品企業のビジネスモデル上の課題】

- 後発医薬品企業においては、薬価引き下げによる収益低下を、新製品の導入や既存品の数量増加、製造コストの圧縮などによって吸収しているが、不採算の品目は増加を続けており、安定供給のための設備や人材への投資が困難になっている。
- 後発医薬品では、供給品目数が少ない企業も多く、安定供給を図る上で十分な体制となっていないような企業でも参入し、存続できるメカニズムになっていないか。産業の再編も含め、今後のジェネリック産業の在り方について考える必要がある。

【不採算品目への対応に関する課題】

- 安定供給を確保する観点から、最低薬価や不採算品再算定など赤字品目に対応するための各種制度の見直しが必要ではないか。
- 直近の原材料価格の高騰や為替変動（円安）は、医薬品の製造コストに多大な影響を与えており、医療上の必要性の高い製品の継続的な安定供給を下支えするような取組が必要ではないか。
- 足下の物価高騰について、製造原価率が高い製品については短期的な対応も考えなければならない。

薬価差について

- 薬価差の大小は、競合の大小、地域別、購入規模別、医療機関や保険薬局などの取引先の属性など様々な要因によって発生しているのではないか。これらについて、関係者が共通の認識を持つ必要がある。
- 薬価差が実態として医療機関や薬局の経営原資になっており、全て無くなれば経営に多大な影響があることは認識すべき。
- 取引条件の差によって販売価格にばらつきが発生する中で、公定価格として薬価が設定されていることによって薬価差が生まれるという構造がある。新薬と後発品など取引条件や商品特性が異なる製品を全て同じ薬価改定ルールで扱っていることに無理があるのではないか。

安定供給を確保する各薬価制度の整理

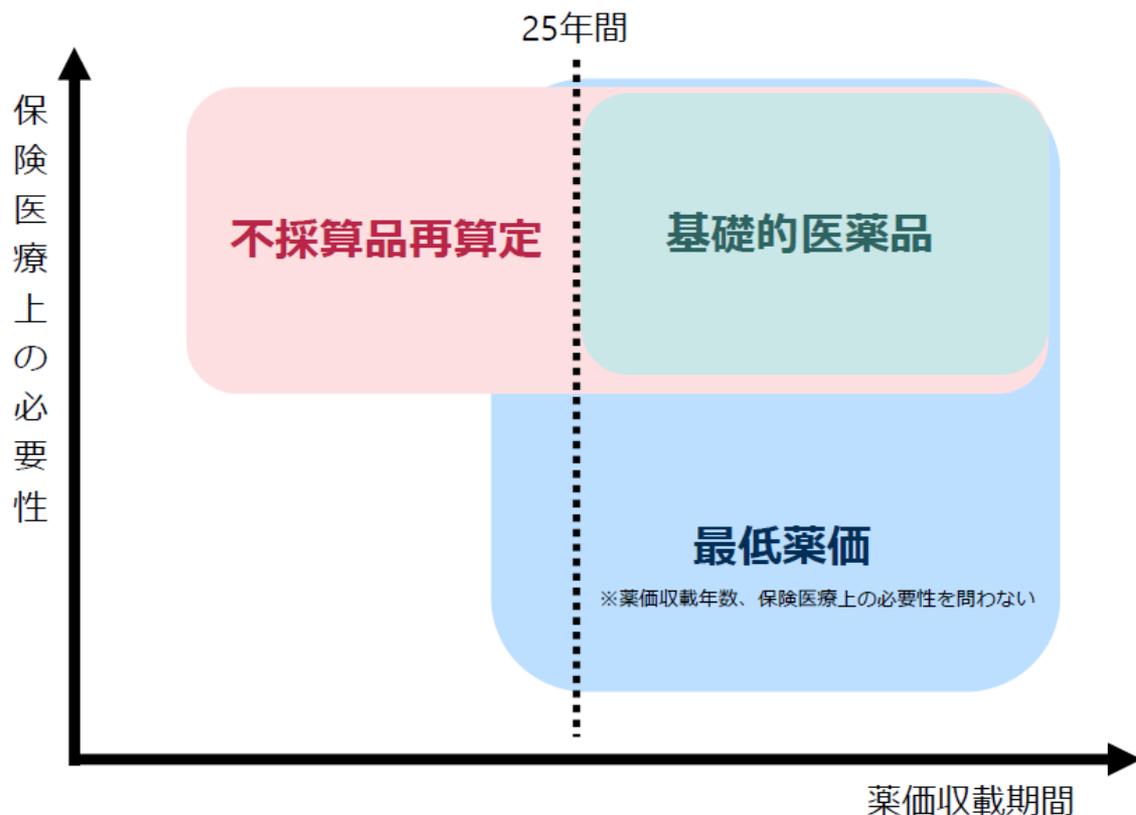
- 市場に流通した医薬品は、市場実勢価格加重平均調整幅方式に基づく薬価改定により、その価値が評価されている。
- その上で、保険医療上の必要性が高いものについては、その安定供給を図る観点から、特例的に薬価を維持又は引き上げる仕組みがある（基礎的医薬品、不採算品再算定）。
- 上記以外の品目については、「最低薬価」により、最低限の供給コストが設定されている。

制度	対象	薬価上の措置
基礎的 医薬品	<ul style="list-style-type: none"> • 保険医療上の必要性が高いもの • 医療現場において、長期間にわたり広く使用（25年以上）されていることから、有効性・安全性が確立されているもの • 継続的に市場への安定供給を確保（製造設備の改修を含む）することが必要なもの 	<ul style="list-style-type: none"> • 不採算となる前に薬価を維持
不採算品 再算定	<ul style="list-style-type: none"> • 保険医療上の必要性が高いもの • 最低薬価が設定されていない、又は最低薬価では採算が取れないもの • 薬価が著しく低額であるため製造販売業者が製造販売を継続することが困難であるもの 	<ul style="list-style-type: none"> • 不採算となった品目について、原価計算方式で設定された薬価まで薬価を引上げ ※制度適用は原則2年に1回
最低薬価	<ul style="list-style-type: none"> • 剤形ごとにかかる最低限のコストを確保するため、成分に関係なく剤形ごとに設定しているもの ※ エキス剤等の剤形は設定されず 	<ul style="list-style-type: none"> • 最低薬価を下回った場合、最低薬価まで薬価を引上げ

最低薬価・不採算品再算定・基礎的医薬品の関係（イメージ）

- 基礎的医薬品、不採算品再算定は、保険医療上の必要性が高いものを対象に適否を判断。
- 最低薬価、不採算品再算定、基礎的医薬品のいずれも、薬価改定後の薬価に加算する形で薬価を算定（薬価改定の対象とならない基礎的医薬品は薬価をそのまま維持）。

【対象となる品目範囲のイメージ】



(参考2)最低薬価

算定値が剤形区分別に定められた最低薬価を下回る場合には、最低薬価を当該既収載品の薬価とする。

		最低薬価		
区 分		局方品	その他	
錠剤		1錠	9.90円	5.80円
カプセル剤		1カプセル	9.90円	5.80円
丸剤		1個	9.90円	5.80円
散剤(細粒剤を含む。)		1グラム※1	7.40円	6.40円
顆粒剤		1グラム※1	7.40円	6.40円
末剤		1グラム※1	7.40円	6.40円
注射剤	100ミリリットル未満	1管又は1瓶	95円	58円
	100ミリリットル以上500ミリリットル未満	1管又は1瓶	113円	69円
	500ミリリットル以上	1管又は1瓶	149円	91円
坐剤		1個	19.90円	19.90円
点眼剤		5ミリリットル1瓶	88.00円	87.20円
		1ミリリットル	17.60円	17.60円
内用液剤、シロップ剤(小児への適応があるものを除く。)		1日薬価	9.60円	6.60円
内用液剤、シロップ剤(小児への適応があるものに限る。)		1ミリリットル ※2	10.00円	6.60円
外用液剤(外皮用殺菌消毒剤に限る。)		10ミリリットル※1	9.80円	6.50円

※1 規格単位が10グラムの場合は10グラムと読み替える。

※2 規格単位が10ミリリットルの場合は10ミリリットルと読み替える。

最低薬価の変遷①

年度	内容	消費者物価指数※
昭和56年 1981年	イ 内用薬（規格単位当たり）3円未満のものは3.00円、4円未満のものは4.00円に算定（液剤など1回用量が多いものを除く） ロ 注射薬（規格単位当たり）30円未満のものは30円（mLバイアルとなっているものを除く） ハ 局方品又はこれに準ずるもので、不採算品目については所要の補正を行う。	100
昭和59年	消費者物価指数、原材料価格等を参考として 、内用錠剤3.00円⇒3.20円、注射薬30円⇒32円への 一律引上げ	107
昭和63年	原材料価格等の上昇等を考慮 しつつ、内用錠剤3.20円⇒4.00円、注射薬32円⇒40円への 一律引上げ	110
平成元年	消費税導入対応（3%）として 、内用錠剤4.00円⇒4.10円、注射薬40円⇒41円への 一律引上げ 低薬価の医薬品（内用薬・外用薬：4円未満、注射薬：40円未満）について、 適正な消費税転嫁を行うため規格単位を見直し	113
平成2年	日本薬局方医薬品 ・内用固形剤7.00円、20円未満のものは改定薬価20.00円を限度に傾斜配分により引き上げ ・注射薬70円、100円未満のものは改定薬価100円を限度に傾斜配分により引上げ 最低薬価医薬品 ・ 原材料等の上昇等を考慮 し、内用錠剤4.10円⇒5.00円、注射薬41円⇒50円への 一律引上げ	117
平成4年	基礎的で医療上重要な品目である日本薬局方医薬品について、内用固形剤にあつては最低薬価を7.00円⇒8.00円とし、注射薬については最低薬価を70円⇒80円に引上げ 低薬価品目については、最低薬価の引上げ（内用錠剤にあつては5.00円⇒5.70円、注射薬にあつては50円⇒57円）、 採算割れ品目・相場品目については必要な引上げ	122
平成6年	日本薬局方医薬品 ・内用固形剤8.00円⇒9.00円、注射剤80円⇒90円に引上げ 最低薬価医薬品 ・内用固形剤5.70円⇒6.00円、注射剤57円⇒60円に引上げ ・点眼剤のうち、塩酸ピロカルピン点眼液5規格16銘柄について、5mL1瓶当たりの薬価に変更し、容器代等の製造原価に基づき薬価の引上げ（5mL入りの小包装単位の製品の供給確保が図られた）	124

※昭和56年度平均の値を100として換算

出典：2020年基準消費者物価指数 付録1 - 1 長期時系列指数（全国）総合（令和4年3月25日公表）

最低薬価の変遷②

年度	内容	消費者物価指数※
平成9年	消費税率引上げ対応（3%から5%）として、次の引上げを実施 日本薬局方医薬品 内用固形剤 9.50円⇒9.70円、注射剤 95円⇒97円 その他の医薬品 内用固形剤 6.30円⇒6.40円、注射剤 63円⇒64円 坐剤 21.00円⇒21.40円 点眼液（5mL瓶） 84.00円⇒85.60円	127
平成12年	「薬価算定の基準について」第3部第3節「低薬価品の特例」として、最低薬価を明記 平成12年3月31日における薬価が最低薬価を下回るものについて、当該薬価（再算定により引き上げられた場合には、当該再算定後の薬価）を最低薬価とみなして、規定を適用（みなし最低薬価）	126
平成14年	・点眼剤について、1mLを規格単位とする最低薬価が設定され、水準は5mL1瓶の1/5とされた。 ・内用液剤、シロップ剤について、一日薬価の最低薬価を設定	124
平成16年	内用液剤、シロップ剤のうち、小児適応のあるものについて、1mLを規格単位とする最低薬価を設定	123
平成18年	外用液剤（外皮用殺菌消毒剤）について10mLを規格単位とする最低薬価を設定 漢方製剤について最低薬価を設定	123
平成20年	薬価本調査に基づき、乖離率が薬価収載品目全体の平均乖離率を超える剤形区分の最低薬価について、平均乖離率を超える部分の率の引下げを連続で実施 ※後発品の品目数の多さと乖離率の大きさが、平均乖離率を超える部分の率の引下げに大きく影響	125
平成26年	消費税率引上げ（5%から8%）への対応として、改定前の最低薬価×108/105とした見直しを実施 注射剤について、容量に応じた最低薬価を設定	127
平成30年	消費税率引き上げ（8%から10%）への対応として、改定前の最低薬価×110/108とした見直しを実施 貼付剤の最低薬価を設定（10g：8.40円、10cm×4cm以上：16.80円、その他：12.10円（1枚あたり））	129

※昭和56年度平均の値を100として換算

出典：2020年基準消費者物価指数 付録1-1 長期時系列指数（全国）総合（令和4年3月25日公表）

現在の制度及び現状（不採算品再算定）

- **製造販売に要する原価等が著しく上昇したと認められるもの等について**、次のいずれかの要件に該当する場合は、**原価計算方式によって算定される額**（当該既収載品と組成、剤型区分及び規格が同一である類似薬がある場合には、それぞれについて原価計算方式によって算定される額のうち、最も低い額）を当該既収載品の薬価とする。
- ただし、**営業利益率**は、製造販売業者の経営効率を精査した上で、**100分の5を上限**とする。
 - イ **保険医療上の必要性が高いもの**であると認められる既収載品であって、薬価が著しく低額であるため製造販売業者が製造販売することが困難であるもの（当該既収載品と組成、剤型区分及び規格が同一である類似薬がある場合には、全ての類似薬について該当する場合に限る。）
 - ロ 新規後発品として薬価収載された既収載品のうち、薬価が著しく低額であるため製造販売業者が製造販売を継続することが困難であるもの（当該既収載品と組成、剤型区分及び規格が同一である類似薬（新規後発品として薬価収載されたものに限る。）がある場合には、当該全ての類似薬について該当する場合に限る。）
- なお、**安全対策上の必要性により製造方法等の変更を行ったもの**であって、当該既収載品の薬価をそのまま適用しては不採算となり、緊急性があるものについては、**薬価改定の際に限らず、当該薬価を改定することができる。**

【不採算品再算定の対象となった品目数】

年度	対象品目数
H22	38
H24	365
H26	196
H28	111
H30	184
R2	219
R4	440

不採算品再算定の変遷

年度	導入された制度	目的
H12 2000年	<ul style="list-style-type: none"> 次の要件を全て満たす既収載品については、<u>原価計算方式によって算定される額</u>（当該既収載品と組成、剤型区分及び規格が同一である類似薬については、それぞれについて原価計算方式によって算定される額のうち、最も低い額）に算定されることとされた。 <u>イ. 中医協において保険医療上の必要性が高いものであると認められた既収載品</u> <u>ロ. 薬価が著しく低額であるため製造業者等が製造又は輸入を継続することが困難である既収載品</u>（当該既収載品と組成、剤型区分及び規格が同一である類似薬がある場合には、<u>全ての類似薬がロに該当する場合に限る</u>） （注）先発品も不採算であることが要件 	<ul style="list-style-type: none"> 医薬品の安定供給は企業に課せられた義務である一方、不採算品を継続して販売することは安定供給の確保という観点から企業経営上問題であり、保険医療上必要であるが不採算となった医薬品の薬価の引き上げは必要な措置であることから、制度が導入された。 「<u>保険医療上の必要性が高く、最低薬価が設定されていない又は最低薬価では採算が取れないものであり、薬価が著しく低額であるため製造販売業者が製造販売を継続することが困難であるもの</u>」が対象とされた。
H18	<ul style="list-style-type: none"> 不採算品再算定の要件に該当する既収載品のうち、安全対策上の必要性により製造方法の変更等を行い、そのままの薬価では不採算となり緊急性があるものについて、薬価改定時期以外の時期に薬価を改定できるとするルールの見直しが行われた。 	<ul style="list-style-type: none"> ウシ海綿状脳症（BSE）対策に関する製造方法の変更等の安全対策措置が順次講じられてきた一方で、これに伴う費用負担の増加により不採算となった医薬品について安定供給を確保するため、制度が導入された。
H20	<ul style="list-style-type: none"> 不採算品再算定を行う場合、当該企業の経営効率を精査した上で、製造業の平均的な営業利益率（現在5%程度）を上限として認めることとされた。 	
H22	<ul style="list-style-type: none"> 先発品が不採算でなくとも成分が同一の後発品全てが不採算のため供給困難であると判断された場合には、<u>後発品のみで不採算品再算定の適用が可能とされた。</u> 	<ul style="list-style-type: none"> 後発医薬品は先発医薬品に比べ薬価改定時の下落率が大きいことから、累次の改定により薬価が大きく下がり、全ての後発医薬品が不採算となって販売中止となる場合があり、これまで当該後発医薬品を使用していた患者が継続して後発医薬品を使うことができなくなることを防ぐため、制度が導入された。

現在の制度及び現状（基礎的医薬品）

次の①又は②のいずれかに該当する既収載品（十分な収益性が見込まれるものを除く。）

① 次の全ての要件に該当する既収載品

イ 過去に不採算品再算定が適用された有効成分を含有する既収載品、病原生物に対する医薬品、医療用麻薬、生薬、軟膏基材又は歯科用局所麻酔剤

ロ 医療上の位置付けが確立し、広く医療現場で使用されていることが明らかなもの

ハ 当該既収載品並びに組成及び剤型区分が同一である全ての類似薬のうち、薬価収載の日から25年を経過しているもの

ニ 当該既収載品並びに当該既収載品と組成及び剤型区分が同一である類似薬の平均乖離率が、全ての既収載品の平均乖離率を超えない

② 次の全ての要件に該当する安定確保医薬品のカテゴリA

イ 次のいずれにも該当しないこと。

(イ) 先発品（後発品が収載されていないもの）であって、当該先発品に係る最初の後発品の新規収載後10年を経過していないもの

(ロ) (イ) に該当する先発品と組成及び剤型区分が同一である類似薬

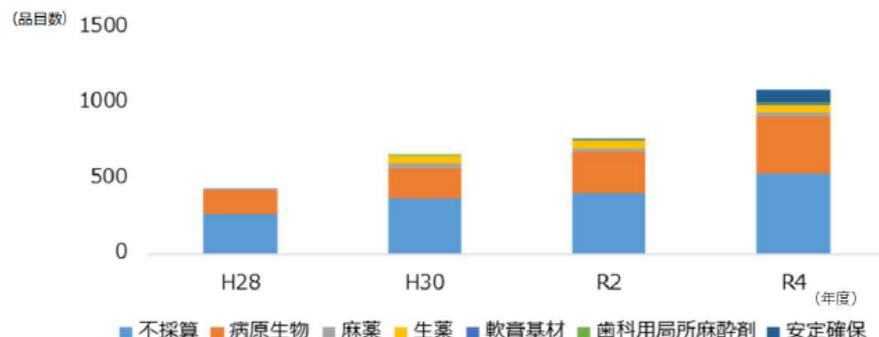
(ハ) G1品目であって、G1に該当してから6年を経過した後の最初の薬価改定を受けていないもの

(ニ) G2品目であって、G2品目に該当してから10年を経過した後の最初の薬価改定を受けていないもの

ロ 当該既収載品並びに組成及び剤型区分が同一である全ての類似薬のうち、薬価収載の日から25年を経過しているもの

ハ 当該既収載品並びに当該既収載品と組成及び剤型区分が同一である類似薬の平均乖離率が、全ての既収載品の平均乖離率を超えない

基礎的医薬品の品目数の推移（H28年～令和4年）



	H28	H30	R2	R4
不採算	264	370	401	536
病原生物	160	205	278	377
麻薬	15	24	23	24
生薬		55	53	55
軟膏基材		3	6	9
歯科用局所麻酔剤		3	2	3
安定確保				87
合計	439	660	763	1091

基礎的医薬品

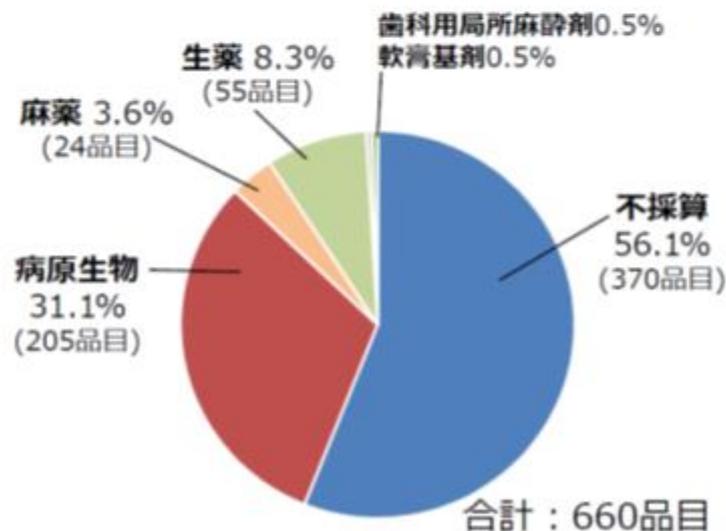
これまでの経緯

- 長期間にわたり薬価収載されており、累次に渡る薬価改定を受けているもののうち、臨床上の必要性が高い医薬品については、継続的な市場への安定供給を確保する必要がある。
- 最低薬価では供給の維持（製造設備の改修を含む）が困難な品目や以前に不採算品再算定を受けた品目も含め、次のすべての要件を満たす医薬品を「基礎的医薬品」として、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することとしている。
 - 収載25年以上、かつ成分・銘柄ごとのいずれの乖離率も平均乖離率以下
 - 一般的なガイドラインに記載され、広く医療機関で使用されている
 - 過去の不採算品再算定品目、並びに古くから医療の基盤となっている病原生物に対する医薬品（抗生物質など）、医療用麻薬、生薬、軟膏基剤及び歯科用局所麻酔剤（※）

※ 平成30年度改定では、不採算品再算定や最低薬価になる前の薬価を下支えするという観点から、過去3回の乖離率が連続で2%以下であった薬効分類として、生薬、軟膏基剤、歯科用局所麻酔剤を対象に加えた。

基礎的医薬品の成分数・品目数（平成30年度改定時点）

区分	成分数	品目数
不採算	119成分	370品目
病原生物	81成分	205品目
麻薬	9成分	24品目
生薬	48成分	55品目
軟膏基剤	3成分	3品目
歯科用局所麻酔剤	1成分	3品目
合計	261成分	660品目



※複数区分に該当する場合は、上の区分に分類

基礎的医薬品の制度経緯①

- 長期間医療現場での使用実績があり、医療上必要性の高い医薬品の安定供給のために、薬価上の措置を行うことが必要であるとの指摘を踏まえ、不採算再算定、最低薬価になる前の薬価を下支えする制度として、基礎的医薬品が位置づけられた。

中医協での指摘

- 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の安定供給のため、薬価上の措置を行うことは必要と考える。



対応の方向性

- 基礎的医薬品については、現行の不採算再算定、最低薬価になる前の薬価を下支えする制度として位置付けてはどうか。
- 基礎的医薬品としては、収載から25年以上経過し、かつ乖離率が全体の平均以下※であることを基本的な要件としてはどうか。ただし、一般的なガイドラインにも記載されていないものや、特定の医療機関のみで使用されているもの等、汎用性のない医薬品等は除く。
※成分全体としても対象となる銘柄としても乖離率が平均以下
- 対象品目は、28年改定においては試行的な取組みとして、過去の不採算品再算定品目に加え、古くから医療の基盤となっている病原生物に対する医薬品及び医療用麻薬について薬効分類番号を基に選定することとし、中医協において決定することとしてはどうか。
- 対象品目の薬価については最も販売額が大きい銘柄に価格を集約して、その薬価を維持することとしてはどうか。

14

(参考) 基礎的医薬品等の比較

- 下表の対象医薬品について、医療上の位置付けが確立し、広く医療現場で使用されている医薬品を選定する点は類似しているが、目的や選定の要件・方法等が異なるため、各制度の対象となる医薬品は異なっている。

名称	選定の考え方 (要件)	薬価上の取扱い
基礎的 医薬品	<ul style="list-style-type: none"> 次の全ての要件に該当する既収載品 イ 過去に不採算品再算定が適用された有効成分を含有する既収載品、病原生物に対する医薬品、医療用麻薬、生薬、軟膏基材又は歯科用局所麻酔剤 □ <u>医療上の位置付けが確立し、広く医療現場で使用されていることが明らかなもの</u> ハ 当該既収載品並びに組成及び剤型区分が同一である全ての類似薬のうち、薬価収載の日から25年を経過しているもの ニ 当該既収載品並びに当該既収載品と組成及び剤型区分が同一である類似薬の平均乖離率が、全ての既収載品の平均乖離率を超えない 	<ul style="list-style-type: none"> 指定された品目について、不採算となる前に薬価を維持
安定確保 医薬品	<ul style="list-style-type: none"> 日本医学会傘下の主たる学会の各専門領域において、<u>医療上必要不可欠であって、汎用され安定確保が求められる医薬品</u>として検討されたもの 対象疾病の重篤性、代替薬の有無、使用患者数、サプライチェーンの状況などを踏まえ、優先的に安定確保すべきものから3つのカテゴリ（ABC）に分類 	<ul style="list-style-type: none"> カテゴリAの品目については、上記の基礎的医薬品に優先的に指定
日本薬局方	<p>日本薬局方作成基本方針において優先的に新規収載をすべきとされている品目</p> <ul style="list-style-type: none"> 有効性及び安全性に優れたもの 他の承認薬が存在しない又は他の治療薬若しくは治療法に比べて有効性の大幅な改善が見込まれる（著しい安全性の向上を含む）画期的な医薬品 <u>医療上の必要性が高いもの</u> 代替薬が無い医薬品（希少疾病用医薬品等） 対象患者が多く、医療現場で広く用いられている医薬品等 <u>国内外で広く使用されているもの</u> 日本薬局方外医薬品規格、日本薬局方外生薬規格、医薬品添加物規格等公的規格集に収載済みで、国内で長年広く使用されている医薬品 米国薬局方（USP）や欧州薬局方（EP）等に収載され、国際的に広く使用されている医薬品 日本薬局方の一層の国際化を推進するもの 他の薬局方に先駆けて、日本薬局方に早期収載すべき医薬品 	<ul style="list-style-type: none"> 日本薬局方医薬品については、最低薬価をその他の医薬品よりも高く設定

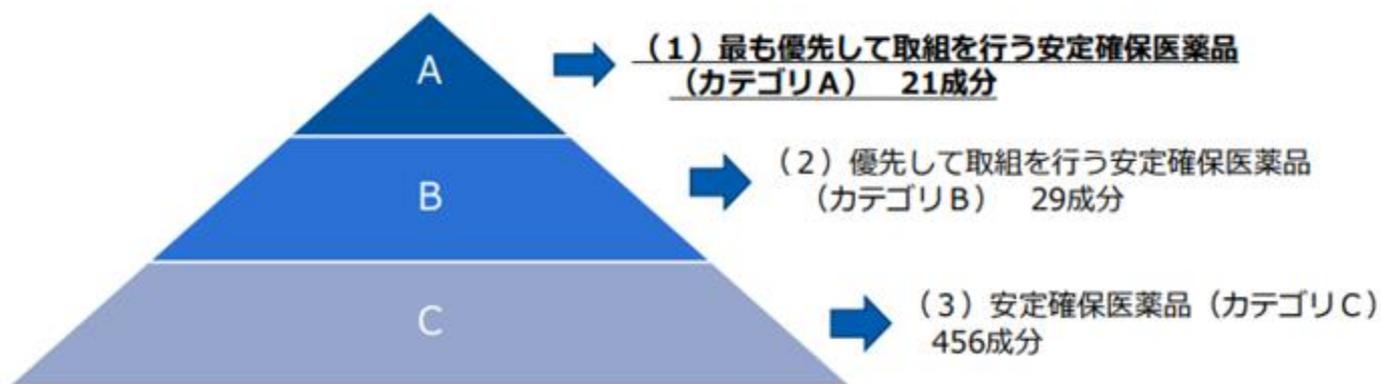
安定確保医薬品について

安定確保医薬品とは、日本医学会傘下の主たる学会の各専門領域において、医療上必要不可欠であって、汎用され、安定確保が求められる医薬品として提案されたもので、**我が国の安全保障上、国民の生命を守るため、切れ目のない医療供給のために必要で、安定確保について特に配慮が必要とされる医薬品**

⇒ 以下の要素やそれらの重要度を勘案して、安全確保に関する対応を講じるに当たってのカテゴリ（分類）を取り決め

- 対象疾患が重篤であること（重篤であること：生命に重大な影響がある疾患（致命的な疾患）であること又は病気の進行が不可逆で日常生活に著しい影響を及ぼす疾患であること）
- 代替薬又は代替療法がないこと
- 多くの患者が服用（使用）していること
- 各医薬品の製造の状況（製造の難しさ、製造量等）やサプライチェーンの状況等

【全体イメージ】



※安定確保医薬品の一覧は、医政局経済課の検討会で選定して公表（506成分：令和3年3月）

安定確保医薬品（カテゴリA）の一覧

No	内注外	成分	適応等	薬価収載	収載後25年要件	G1等
1	内	ワルファリン	抗凝固剤	1991	○	—
2	内	シクロスポリン	免疫抑制剤	2000	×	C
3	内	タクロリムス	免疫抑制剤	1993	○	Z
4	注	プロポフォール	麻酔、鎮痛剤	1995	○	G1
5	注	ミダゾラム	麻酔導入、鎮静剤	1988	○	C
6	注	ロクロニウム	筋弛緩剤	2007	×	—
7	注	ドバミン	急性循環不全	1997	○	G2/C
8	注	アルガトロバン	抗凝固剤	1990	○	G2
9	注	フルマゼニル	鎮静解除、呼吸抑制改善	1992	○	C
10	注	アドレナリン	ショック時の補助治療	1991	○	—
11	注	ノルアドレナリン	ショック時の補助治療	1991	○	—
12	注	スガマテクス	筋弛緩状態からの回復	2010	×	—
13	注	メトトレキサート	抗がん剤、抗リウマチ	1968	○	—
14	注	バンコマイシン	抗菌薬	1991	○	G1
15	注	アンピシリン・スルバクタム	抗菌薬	1994	○	G1
16	注	セファゾリン	抗菌薬	1972	○	G1
17	注	セフメタゾール	抗菌薬	1980	○	G1
18	注	タゾバクタム・ピペラシリン	抗菌薬	2008	×	—
19	注	メロベネム	抗菌薬	1995	○	G1/C
20	外	アセトアミノフェン（坐剤）	解熱鎮痛剤	1984	○	C
21	外	トロンピン	止血剤	1993	○	—

(参考) 日本薬局方について

- 日本薬局方は、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第41条第1項の規定に基づき、医薬品の性状及び品質の適正を図るため、厚生労働大臣が薬事・食品衛生審議会の意見を聴いて定める医薬品の規格基準書である。定期的に全面見直しが行われている。

第19改正日本薬局方作成基本方針（令和3年7月27日薬事・食品衛生審議会日本薬局方部会決定）（抄）

- 日本薬局方は、公衆衛生の確保に資するため、学問・技術の進歩と医療需要に応じて、我が国の医薬品の品質を適正に確保するために必要な規格・基準及び標準的試験法等を示す公的な規範書である。
- また、日本薬局方は、薬事行政、製薬企業、医療、薬学研究、薬学教育などに携わる多くの医薬品関係者の知識と経験を結集して作成されたものであり、それぞれの場で関係者に広く活用されるべき公共のものである。
- さらに、日本薬局方は、その作成過程における透明性ととも、国民に医薬品の品質に関する情報を開示し、説明責任を果たす役割が求められる公開の書である。
- 加えて、日本薬局方は、我が国における保健医療上重要な医薬品の一覧となるとともに、国際社会の中においては、国レベルを越えた医薬品の品質確保に向け、先進技術の活用及び国際的整合の推進に応分の役割を果たし、貢献することも求められている。

(参考) ◎ 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）

第八章 医薬品等の基準及び検定

(日本薬局方等)

第四十一条 厚生労働大臣は、医薬品の性状及び品質の適正を図るため、薬事・食品衛生審議会の意見を聴いて、日本薬局方を定め、これを公示する。

- 厚生労働大臣は、少なくとも十年ごとに日本薬局方の全面にわたって薬事・食品衛生審議会の検討が行われるように、その改定について薬事・食品衛生審議会に諮問しなければならない。

今後の対応の方向性（論点）

- 医薬品の安定供給に関しては、前回議論したとおり、「少量多品種生産」を行っている後発品産業のビジネスモデルや産業構造全体の在り方を見直していくことが重要。その上で、薬価制度に関しては、以下の論点が考えられる。

（基礎的医薬品）

- 医療現場において、長期間にわたり広く使用され、有効性・安全性が確立されているものを対象とする観点から、薬価収載後25年以上という要件が設けられているが、要件の在り方についてどう考えるか。

（不採算品再算定）

- 2年に1度の制度適用の場合、その間の原料等のコスト増の薬価への反映に時間を要するが、制度適用の頻度等についてどう考えるか。

（最低薬価）

- 最低薬価が設定されていない剤形（エキス剤、塗布剤、点鼻剤、点耳剤、眼軟膏）についてどう考えるか。

※ 医薬品の価値を無視した流通の実態については、後段で議論を行う。

※ イノベーションの推進が課題となっている中で、基礎的医薬品・不採算品再算定・最低薬価の制度の見直しについては、医療保険財政のバランスを確保する観点からその優先順位を考慮すべきである点に留意が必要。

パート3

流通に関する課題



1. 医薬品の安定供給
(薬価制度を起因とする課題)
2. 流通に関する諸課題 (薬価差等)
 - (1) 薬価基準制度等の概要
 - (2) 薬価差についての考え方
 - (3) 薬価差の課題
 - (4) 調整幅について
 - (5) 業界団体、シンクタンク等からの意見
 - (6) 今後の対応の方向性 (論点)

参考資料

(1) 薬価基準制度等の概要

① バルクライン方式 1951 (S26) 年～1991 (H3) 年

概要

- **バルクライン方式**とは、医薬品全体の取引量を安い方から高い方まで並べて、○%の数量をカバーする一点を薬価基準価格とする方式。昭和26年は80%、昭和28年からは90%で実施された。
- **1981年**昭和58年から、実勢価格のばらつきが大きい品目に限定して、81%バルクライン方式が適用された。81%バルクライン方式とは、異常値と思われる10%を除き、残りの90%の取引数量分のみをバルクライン方式で算定するもの。

背景・経緯

- 昭和25年9月に薬価基準が設定された。翌年、初の市場価格調査前に物価庁（昭和27年8月廃止）では、予備調査を行った。その際、薬品総数の約20%は、代金の支払いが悪いかまたは少なくとも正常な取引きで購入されていないという実態を把握したため、物価庁は、購入数量の約80%の医薬品の購入価格を保障すれば正常な医療機関には悪影響を及ぼさず、国としての義務を遂行できると考え、昭和26年の薬価基準全面改正に合わせ、80%バルクライン方式が導入された。

【制度改正】

- **90%バルクライン方式**（昭和28年薬価基準全面改正）：物価庁の80%バルクラインから算出される価格が、厚生省による機械集計による90%バルクラインに近似していたため変更した。
- **81%バルクライン方式**（昭和58年から）：ばらつきの大きい品目に限定して適用した。
- **一部に加重平均値方式を適用**（昭和63年から）：実勢価格のばらつきの小さい品目については、従前の90%バルクライン方式に加えて、一部加重平均値を指標とした。

② 加重平均値一定価格幅方式

(R幅(リーズナブルゾーン)方式) 1992(H4)年~1999(H11)年

概要

- 加重平均値一定価格幅方式(R幅方式(リーズナブルゾーン))とは、薬価引き下げ幅は卸販売価格の加重平均値にスライドして設定するのではなく、その価格に一定の幅を加算して引き下げ率を緩和させる方式。

背景・経緯

- 実勢価格のより適切な反映、価格の不自然なばらつきの一層の是正、算定方式の簡素化等を図るため、平成3年の中医協建議に基づき、バルクライン方式を廃止し、**R幅方式を導入**。(薬価算定方式に関する建議書(平成3年5月31日)) 1991年
- 導入に当たっては「包装単位の大小等、取引条件の差異に起因して取引価格に一定の価格の幅が生ずることは、経済原則上当然であるが、加重平均値そのものを薬価とすることは、医療上必要性の高い小包装医薬品等取引条件の不利な品目の安定的購入等の面で支障を生ずることが懸念されるので、加重平均値そのものでなく、これに一定の合理的な価値幅を加えた数値を持って薬価とすることが適切である。」という建議を踏まえR幅方式が採用された。
- R幅の率は、「取引条件の現状から、直ちにこの幅を10%とすることは保険医療機関等における安定購入等の面で支障を生ずることも懸念されるので、当初の幅は15%とし、3回の薬価改正を経て13%、11%、そして10%と段階的にこれを縮小していくこと」を前提とし、当初15%であったが、段階的に引き下げられて、平成9年に10%(長期収載品は8%)、平成10年には、5%(長期収載品は2%)となった。
- R幅については中医協において「取引条件の差異等による合理的な価格幅」とされ、取引条件の差異等には薬剤管理コストも含まれるとされている。

改定年度	改定方式等
平成4年度	R幅15%
平成6年度	R幅13%
平成8年度	R幅11%
平成9年度	R幅10% ※長期収載品はR幅8%
平成10年度	R幅5% ※長期収載品はR幅2%

③ 市場実勢価格加重平均調整幅方式（調整幅方式）

（1）薬価基準制度等の概要

2000（H12）年～現在

概要

- 市場実勢価格加重平均調整幅方式とは、卸の医療機関・薬局に対する販売価格の加重平均値に消費税を加え、さらに改定前薬価の2%を加える方式。

背景・経緯

1999年

- 平成11年に、中医協で取りまとめられた「薬価制度改革の基本方針」において、R幅方式については「全ての薬剤について一律に一定率を保障することから、個々の取引により、また銘柄により、大きな薬価差が発生する可能性がある。不合理な薬価差の解消という社会的要請に応えるため、薬剤におけるR幅が価格競争の促進や安定供給の確保を目的として設定されているその他の薬価算定ルールとあいまって、銘柄間の価格競争や逆ざや取引の頻発の防止に与えている影響等を踏まえつつ、現行のR幅方式を見直す。」とされた。
- その水準については、「可能な限り不合理な薬価差を解消するという観点及び薬価の適正化、薬剤費の効率化を図るという観点から、必要に応じ、平成12年度時点における長期収載品に係るR幅の水準（2%）等を勘案して算定ルール上の措置を講ずる。」とされ、平成12年からR幅に変わり調整幅2%が導入された。調整幅については、中医協において「薬剤流通安定のため」に必要な経費とされている。
- R幅方式に含まれているとされた薬剤管理コストは、基本方針においては、「医療機関における薬剤管理コストの評価については、既存の診療報酬との整合性を図りつつ、薬価改定ルールの見直しと並行して、その必要性、具体的方法について更に検討する。」とされたが、その後、結論は出ていない。
- 平成14年及び平成16年改定時の「薬価制度改革の基本方針」においては、調整幅方式について「既収載医薬品の原則的な薬価改定方式としてこれを維持するものとする」と明記された。

流通に関する出来事の変遷と諸課題 (1/2)

薬価基準制度

事項

出来事

制度の
改正等

- ・ 昭和25年に薬価基準制度が制定。昭和36年に国民皆保険制度が導入された。
- ・ 医療機関では、薬価差を得るため、薬価差が大きい医薬品の患者への「過剰投与」が行われ、社会問題となった。
- ・ 当初、薬価収載は、成分名での「統一限定収載方式」となっていたが、後発医薬品の登場により薬価基準と実勢価格に大きな乖離が発生したことから、昭和53年に販売名ごとの「銘柄別薬価収載」に変更されることとなった。これにより、薬価の大幅値下げがはじまり、昭和56年には、薬価が18.6%引き下げられた。
- ・ 平成2年頃には、薬価差額1兆3000億円あるとして社会問題となった。

川上取引

- ・ **メーカーと卸との関係は系列化**しており、メーカーの系列会社として卸が多数乱立していた。
- ・ メーカーによる販売促進は「**値引補償制度**」が中心で、卸がメーカーから購入した仕入価格以下の価格で、医薬品を医療機関に販売した場合、卸はメーカーと再度仕入価格の交渉を行って、これを下げることで卸の利益を補償した。
- ・ 昭和56年の薬価の大幅引き下げを受け、メーカーが卸に販売価格を指示して価格維持を行ったことから、昭和58年に独占禁止法を適用し排除措置が勧告された。
- ・ 平成元年から日米構造問題協議が開始され、医薬品取引における透明性と公平性の確保が求められ、平成3年には公正取引委員会が「流通・取引慣行に関する独占禁止法上の指針」を公表、「値引補償制度」は、再販価格維持が疑われる行為として廃止された。
- ・ 「値引補償制度」の廃止に伴い、メーカーが卸に仕切価を提示し、卸が医療機関等と交渉して納入価を決定する「**仕切価制**」に移行することとなった。

川下取引

- ・ 国民皆保険制度の導入以前は、メーカーによる大量生産を背景に、大衆薬などの薬局薬店への販売が卸の主力取引であった。
- ・ 国民皆保険制度の導入後は、卸の主力取引は医療用医薬品となり、**取引先は薬局薬店から医療機関が中心**となった。
- ・ 市場規模が大きく汎用性の高い大型の新薬が多数登場し、医療用医薬品大量消費時代が始まる。医療機関は、当初は製薬企業ごとに医薬品を購入していたが、個別の価格交渉が煩雑なため、複数のメーカーの医薬品を一括購入することを要望し、卸は販路拡大のためこれを受け入れ、「**総価山買い方式（総価取引）**」
※1、「**仮納入**※2」が広がり、取引慣習となっていく。
- ・ 値引補償制度の廃止以降、**卸がメーカー系列から独立して、価格交渉を担う**こととなる。

※1 卸売販売業者と医療機関／薬局の間で複数の品目が組み合わされている取引において総価で交渉し、総価に見合うような個々の単価を一律値引き等により設定する取引。

※2 卸売販売業者と医療機関／薬局の取引において、長期に渡り価格が決着しないまま納入され、仮価格で支払いを受けている取引。

バルク
ライン
方式

1951年～
1991年

流通に関する出来事の変遷と諸課題 (2/2)

薬価基準制度	事項	出来事
R幅方式 1992年～ 1999年	川上取引	<ul style="list-style-type: none"> 仕切価制へ移行。メーカーは卸に対してリベートやアローアンスで医薬品の販売を促進。
	川下取引	<ul style="list-style-type: none"> 対象品目の増加や価格交渉の長期化により、単品総価取引を含む総価取引や未妥結仮納入、妥結後の再交渉が常態化。 医薬分業が進む中で、卸の取引先として医療機関に変わり薬局がシェアを伸ばしていく。薬局のチェーン化が進む。
調整幅方式 2000年～	川上取引	<ul style="list-style-type: none"> メーカーの仕切価は高い値で推移し、平成15年以降、仕切価が納入価よりも低い「一次売差マイナス※」が発生した。卸の利益は、リベートやアローアンスで補填される構造となる。 <p>※ 仕切価と納入価との差額がマイナスになっていること（いわゆる逆ざや）。</p>
	川下取引	<ul style="list-style-type: none"> 卸の取引先として薬局のシェアが伸び、大手薬局チェーンが増加する。また、共同購入組織や価格交渉代行を通じた価格交渉（値引き）が行われており、全国の取引価格をデータ化し、ベンチマークを用いた価格交渉が顕著となってきている。 新薬のうち、競合品の少ないオーファンドラッグや再生医療等製品などの占める割合が増加しており、これらの医薬品には超高価格のものであったり、流通期間が短い、品質管理が難しい、対象となる患者が限定されているといったものが多く、卸や医療機関等では、過去におけるマスマーケティングに適合できない取引への対応が必要となってきている。
	制度の改正等	<ul style="list-style-type: none"> 令和2年から毎年薬価改定が実施される。 こうした流通の変遷を経て、卸は、整理統合されその数を減らしてきた。また、加重平均値での薬価改定では、正規分布の半分は逆ざやが生じることになるが、そうっていないのは卸が赤字受注として請け負ってきたと想定される。卸は毎年度、販売管理費を縮小するなど経営努力を続けて、何とか利益を出している状況が続いている。

(参考1) 医薬分業の推進と医療用医薬品の販売先別納入額割合の推移

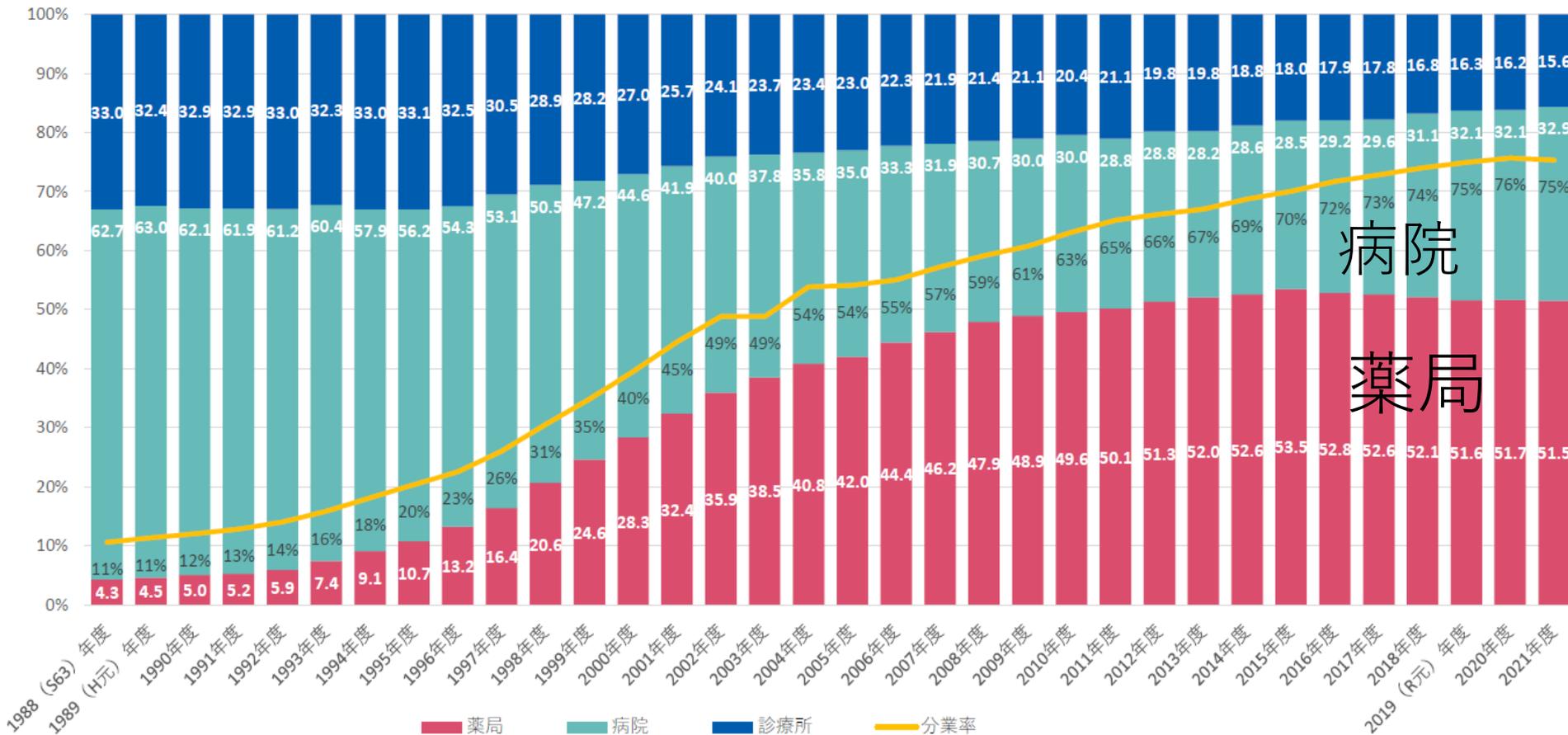
- 医薬分業が進展するとともに薬局への納入額の割合が増加し、病院・診療所の割合が減少している。

診療所

病院

薬局

(単位:%)

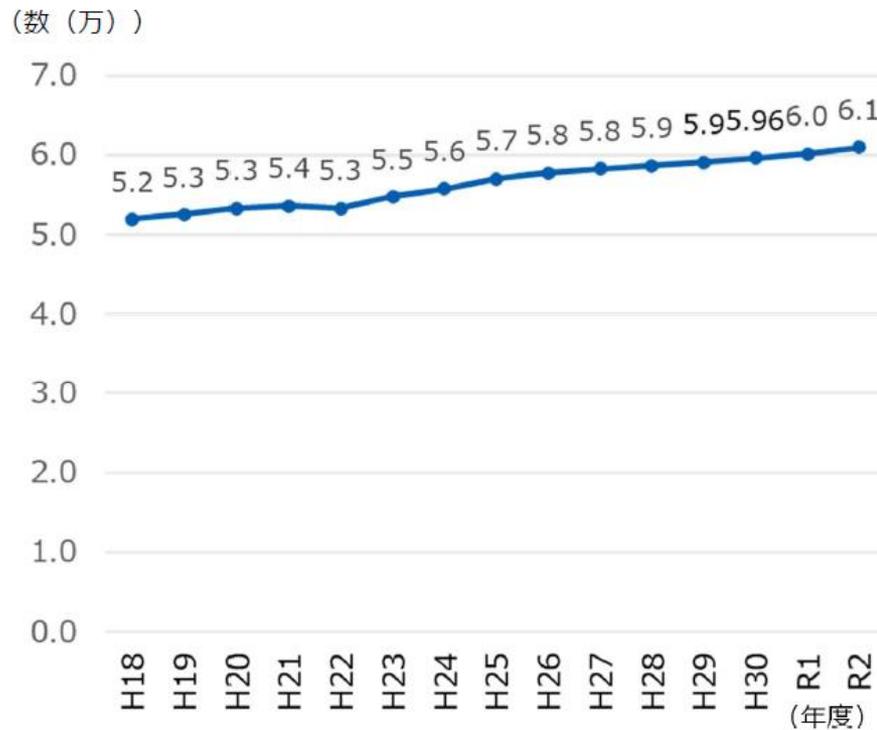


$$\text{※医薬分業率 (\%)} = \frac{\text{薬局への処方せん枚数}}{\text{外来処方件数 (全体)}} \times 100$$

(参考2) 薬局数の推移等

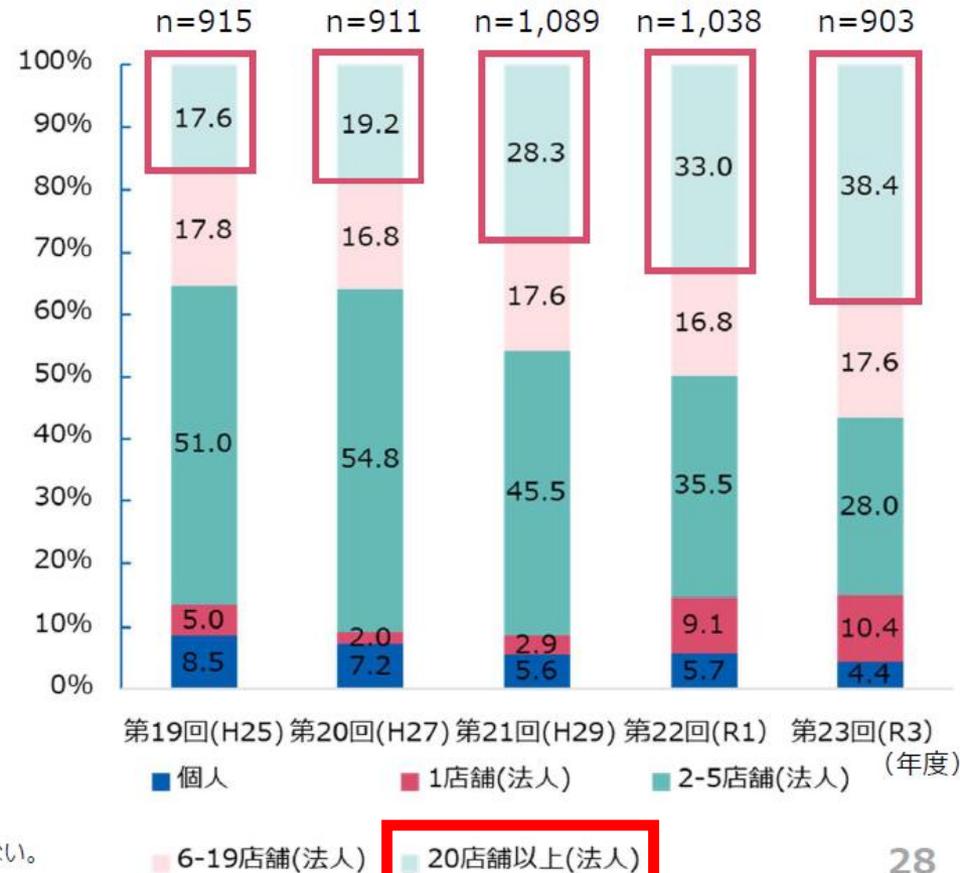
- 薬局数は年々増加傾向にある（令和2年度は約6万）。
- 20店舗以上経営の法人薬局割合も増加傾向にあり、いわゆるチェーン薬局が増加傾向であることを示している。

薬局数の推移



参考：一般診療所102,616施設、病院8,300施設
(令和元年10月1日現在：令和元年医療施設調査)

同一法人の薬局の店舗数の推移



出典： 薬局数推移：衛生行政報告例※宮城県及び福島県の一部は集計されていない。
同一法人の薬局の店舗数の推移：第19回～第23回医療経済実態調査

(参考1) 販売先別の乖離率の比較

(2) 薬価差についての考え方

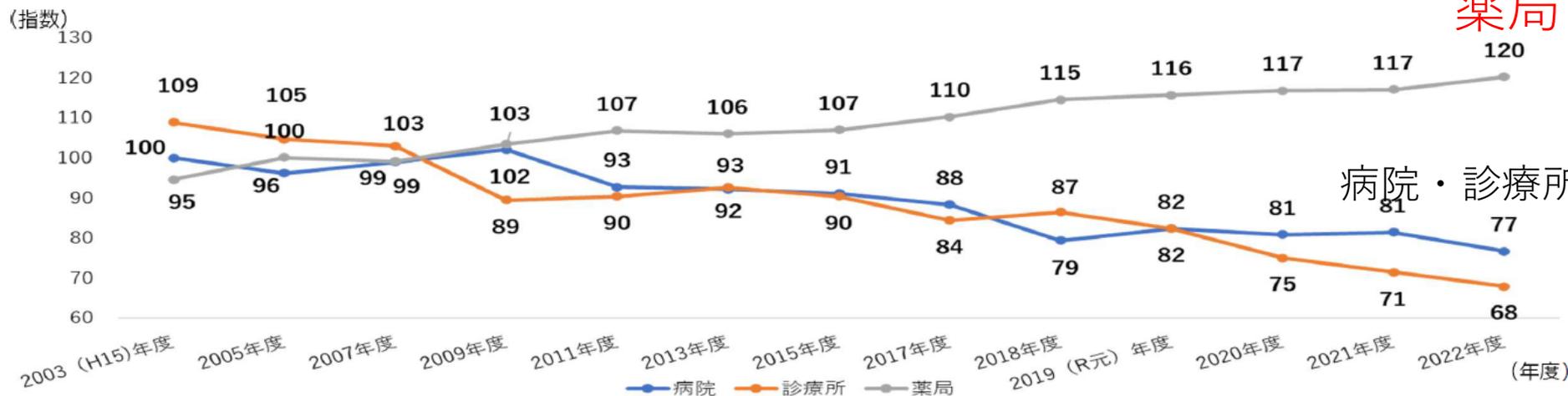
(2003(H15)～2022(R4)年度)

- 医薬分業の進展に伴い、医薬品の販売先が病院・診療所から薬局へと移行する過程において、薬局における乖離率が大きくなる一方、病院・診療所における乖離率は低くなっている。

各年度の全販売先の乖離率を100とした場合の販売先別の乖離率指数の推移

薬局

病院・診療所



年度	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2018	2019	2020	2021	2022
平均乖離率	6.3%	8.0%	6.9%	8.4%	8.4%	8.2%	8.8%	9.1%	7.2%	8.0%	8.0%	7.6%	7.0%

年度	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2018	2019	2020	2021
医薬分業率	48.8%	54.1%	57.2%	60.7%	65.1%	67.0%	70.0%	72.8%	74.0%	74.9%	75.7%	75.3%

留意点：施設数に違いがあること。また、施設によっても大きな差があることに留意が必要。

出典：販売先別乖離率指数：薬価調査を行う際に、医薬品卸等からのデータを集計する委託事業者が保有していたデータを抽出したものであり、対象時期は、薬価調査の対象である9月分のデータである（以降本資料において「薬価調査集計事業者から提供されたデータから抽出」とする。）

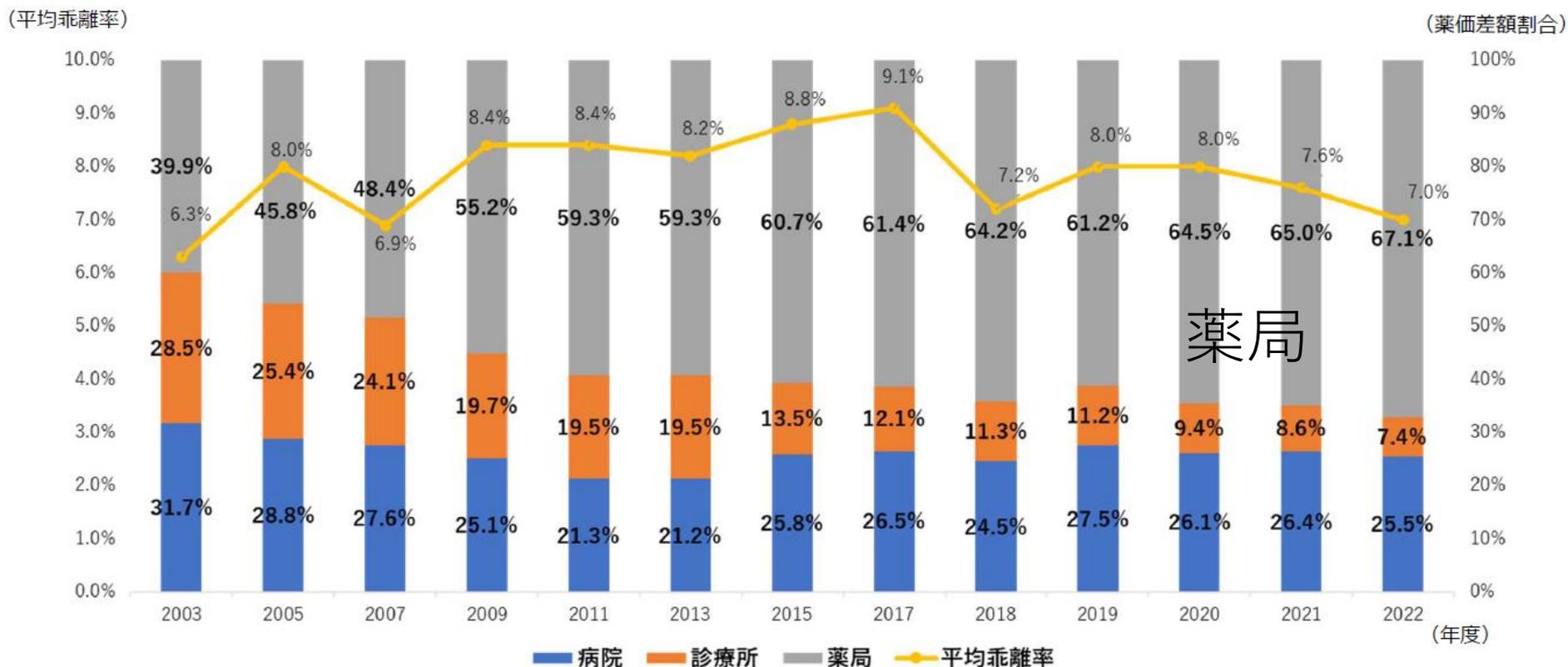
(参考2) 販売先別の薬価差額の比較

(2) 薬価差についての考え方

(2003(H15)～2022(R4)年度)

- 薬価差額全体のうち、薬局に占める割合が6割を超え、近年は横ばい傾向となっている。

各年度の販売先別の薬価差額の割合（各年度の合計を100とした場合）と平均乖離率



留意点：施設数に違いがあること。また、施設によっても大きな差があることに留意が必要。

出典：薬価調査集計事業者から提供されたデータから抽出

(参考3) 販売先別の乖離率の比較

(2) 薬価差についての考え方

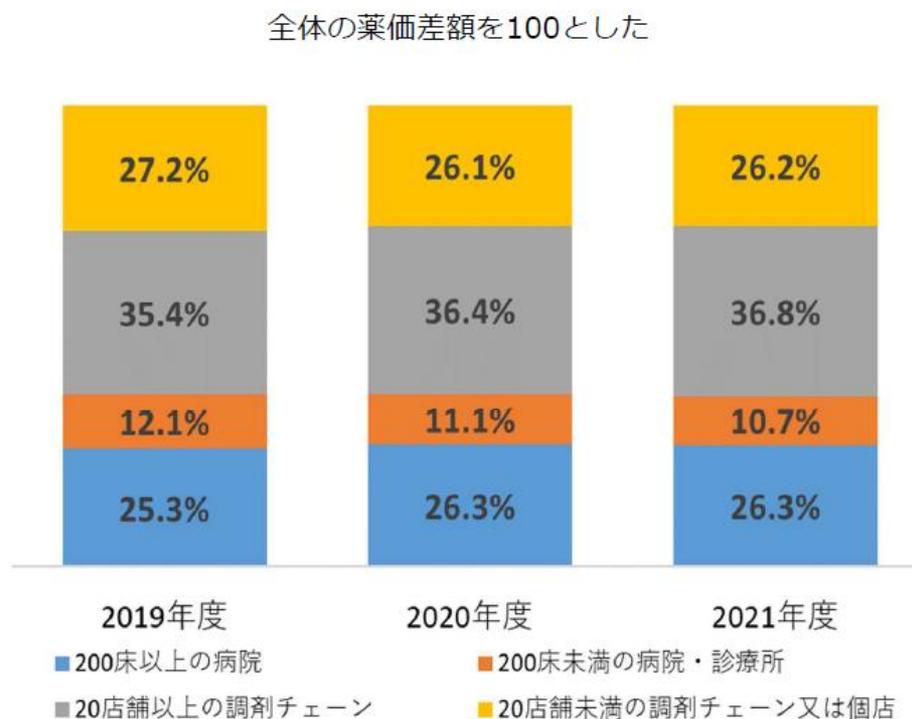
(200床以上の病院、200床未満の病院・診療所、20店舗以上のチェーン薬局、20店舗未満のチェーン薬局又は個店) 2019(R元)～2021(R3)年

- 卸の年間の取引における薬価と取引額の乖離について集計したところ、薬局における乖離が一番大きかった。
- 薬価差額の割合については、20店舗以上の調剤チェーンの割合が一番大きかった。

年度毎の乖離指数の推移



年度毎の販売先別の薬価差額の割合



留意点：施設数に差があること。施設によって大きな差があると思われることに留意が必要。

出典：(一社)日本医薬品卸売業連合会による調査

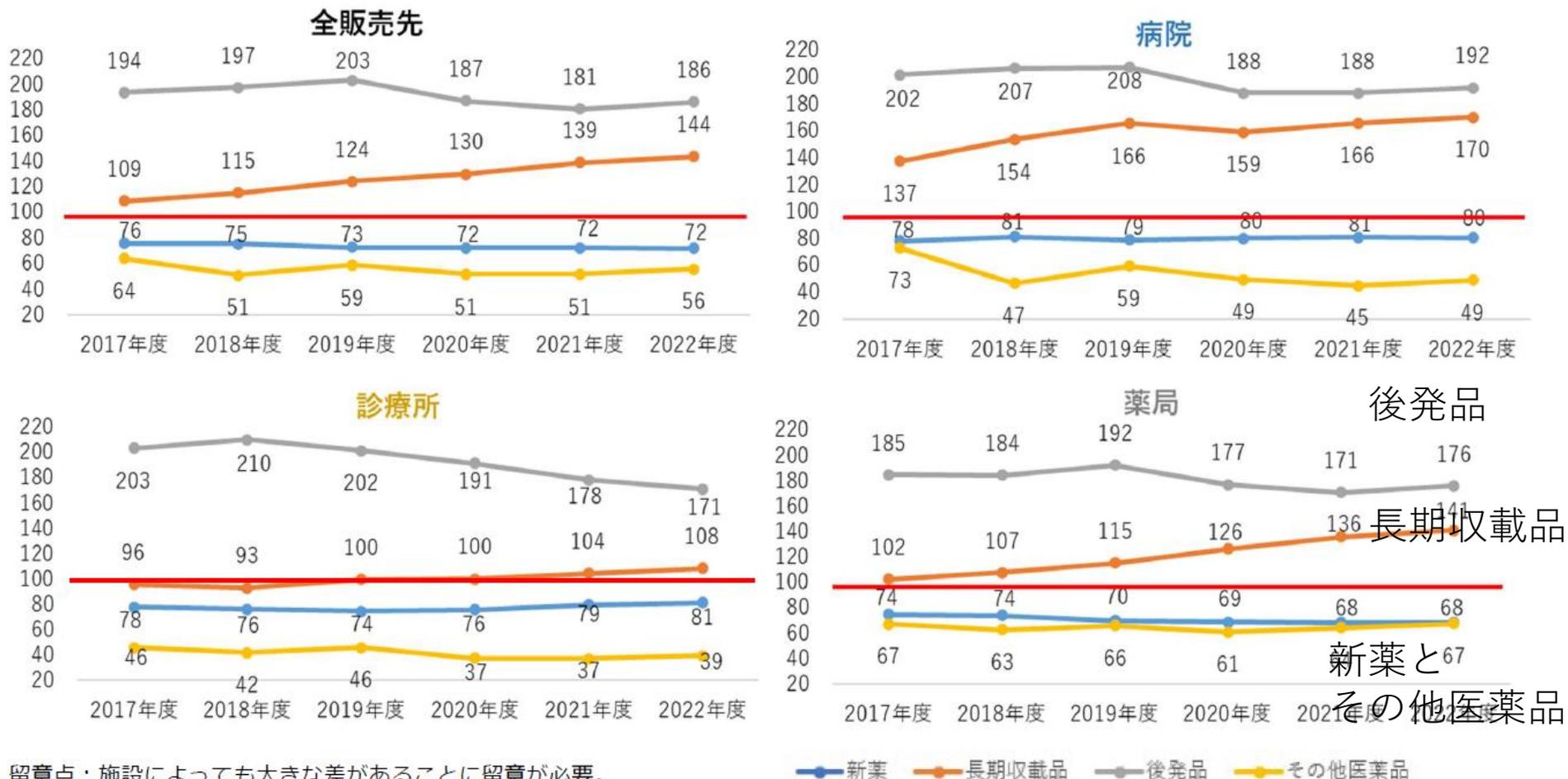
(参考4) 販売先別・カテゴリー別の乖離率の比較

(販売先別、新薬・長期収載品・後発品・その他医薬品)

2017(H29)～2022(R4)年

- どの販売先でも後発品の乖離率の指数が一番高く、長期収載品の乖離率の指数が上昇傾向にあった。

全カテゴリーの合計乖離率を100とした場合の販売先・カテゴリー別の乖離指数推移



留意点：施設によっても大きな差があることに留意が必要。

出典：薬価調査集計事業者から提供されたデータから抽出

(参考6) 医薬品卸における価格交渉の状況

- 20店舗以上のチェーン薬局・200床以上有する病院の取引は、他の取引先と比較して総価取引の割合が高い。
- この総価取引において、後発品や長期収載品が値引きのための調整に使用されるため、乖離率が高くなっていると考えられる。

1 交渉段階	総価交渉 ※カテゴリー別総価交渉も含む	総価交渉・除外有り [除外した一部を単価交渉し、それ以外は総価(カテゴリー別も含む)で交渉] (注2)	単品単価交渉 (全て個々の単価で交渉) (注3)
2 妥結段階	(注1)		(注3)
総価契約 ※カテゴリー別総価契約も含む	① 総価取引	-	-
総価契約・除外有り [除外した一部を単価で設定し、それ以外は薬価一律値引(カテゴリー別も含む)で設定]	-	② 総価取引・除外有り	-
単品単価契約 (全て個々の単価で設定)	③ 単品総価取引 ※全ての単価は卸の判断で設定	④ 単品総価取引 ※総価交渉分の単価は卸の判断で設定	⑤ 単品単価取引

(注1) 総価交渉

- 全ての品目について一律値引きで交渉が行われる場合。
- メーカー別や商品カテゴリー別の値引き率で交渉が行われる場合。
- 合計値引き率や合計値引き額などの総価の要素を用いて調整をされる場合。

(注2) 総価交渉・除外有り

- (注1)の内、一部の品目について合計値引き率や合計値引き額などの計算から除外し、単価交渉を行うもの

(注3) 単品単価交渉

- 総価交渉としての要素が含まれない個々の品目ごとに行う交渉

(金額ベース・率)

(単位:%)

取引の類型		200床以上有する病院	200床未満の病院 無床診療所	20店舗以上の チェーン薬局	20店舗未満のチェーン 薬局又は個店	合計
取引先の類型ごとの割合		31.9%	14.6%	28.3%	25.2%	100.0%
①総価取引 交渉段階・総価交渉 妥結段階・総価契約	総数	0.6%	0.7%	0.3%	0.7%	0.5%
	うち価格交渉代行を行う者との交渉を経た取引	0.2%	0.0%	0.1%	0.2%	0.1%
②総価取引・除外有り 交渉段階・総価交渉・除外有り 妥結段階・総価契約・除外有り	総数	1.6%	0.7%	0.4%	1.2%	1.0%
	うち価格交渉代行を行う者との交渉を経た取引	0.5%	0.2%	0.0%	0.1%	0.2%
③単品総価取引 交渉段階・総価交渉 妥結段階・単品単価契約	総数	28.2%	4.7%	48.0%	12.2%	26.3%
	うち価格交渉代行を行う者との交渉を経た取引	6.7%	0.4%	2.6%	3.7%	3.8%
④単品単価取引 交渉段階・総価交渉・除外有り 妥結段階・単品単価契約	総数	24.6%	3.4%	31.3%	7.6%	19.1%
	うち価格交渉代行を行う者との交渉を経た取引	5.4%	0.4%	0.1%	0.8%	2.0%
⑤単品単価取引 交渉段階・単品単価交渉 妥結段階・単品単価契約	総数	45.1%	90.4%	20.0%	78.2%	53.0%
	うち価格交渉代行を行う者との交渉を経た取引	5.8%	1.7%	1.9%	11.5%	5.5%
計	総数	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	うち価格交渉代行を行う者との交渉を経た取引	18.5%	2.7%	4.7%	16.3%	11.7%

注1) 2021(令和3)年度の取引の実績(薬価ベースでの金額)の割合。分母は、タテ列の合計金額として算出している。

注2) 日本医薬品卸売業連合会加盟の卸売業者へのアンケート結果による。

卸売業者36社から得られた回答

(参考7) 最低薬価や安定確保医薬品の乖離率 (1/2)

(2) 薬価差についての考え方

(最低薬価の乖離率について)

- 最低薬価が適用された品目でも薬価差が生じていた。特に、最低薬価では安定確保医薬品であっても平均乖離率が高い傾向にあった。
- 日本薬局方医薬品（最低薬価を含む）の場合、乖離率は低い傾向にあった。一方、日本薬局方医薬品であっても、最低薬価のものは平均乖離率が高い傾向にあった。

改定前薬価に最低薬価制度が適用されていた全品目の乖離率等

	最低薬価	うち安定確保医薬品（最低薬価かつ安定確保医薬品）		
	平均乖離率	Aの平均乖離率	Bの平均乖離率	Cの平均乖離率
内用薬	12.0%	11.9%	該当品目なし	14.2%
注射薬	8.8%	5.5%	3.0%	9.1%
外用薬	7.1%	7.3%	該当品目なし	6.7%
平均	9.3%	8.3%	3.0%	10.0%

改定前薬価に最低薬価制度が適用されていた日本薬局方医薬品（局方品）の乖離率等

	局方品	局方品のうち最低薬価	最低薬価のうち安定確保医薬品（局方品かつ最低薬価かつ安定確保医薬品）		
	平均乖離率	平均乖離率	Aの平均乖離率	Bの平均乖離率	Cの平均乖離率
内用薬	1.0%	14.1%	9.2%	該当品目なし	15.3%
注射薬	6.6%	10.0%	5.5%	3.0%	10.0%
外用薬	-11.5%	7.0%	該当品目なし	該当品目なし	該当品目なし
平均	-1.3%	10.4%	7.4%	3.0%	12.7%

(安定確保医薬品の乖離率について)

- 安定確保医薬品については、内用薬の乖離率が他の剤形と比較して高い傾向にあった。

剤形区分	安定確保医薬品	平均乖離率	全体乖離率 (※) (投与形態別)
内用薬	A	14.3%	8.8%
	B	7.2%	
	C	12.9%	
注射薬	A	5.7%	5.6%
	B	6.6%	
	C	7.8%	
外用薬	A	6.9%	7.9%
	B	6.2%	
	C	7.3%	

(※) 令和3年度薬価調査結果

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000942947.pdf>

パート4 今後の対応



(5) 業界団体、シンクタンク等からの意見

団体名	提 案	理 由
日本製薬団体連合会	<ul style="list-style-type: none"> ● 現行の薬価改定方式について、国民にとって分かり易く、透明性のある仕組みへの見直しが必要 	<ul style="list-style-type: none"> ● 現行の薬価改定方式では薬価差は必然的に発生し、価格乖離が調整幅の範囲に収まらない限り薬価は下がる。現行の薬価改定の継続は、新薬アクセスや医薬品の安定供給に影響を及ぼしている。 ● 医薬品取引における価格形成や価格構成要素の透明性が乏しく、国民からの理解が得られにくい。 →薬価差が生じる要因や薬価差が果たしている役割、品目カテゴリーを踏まえ、欧州の仕組みを参考にしつつ、わが国特有の仕組みを構築する必要がある。
くすり未来塾	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療機関 <ul style="list-style-type: none"> ● 施設ごとの購入価償還とし、実施に当たり、競争が必要なもの以外をカテゴリー別に段階的に導入 ● 導入医療機関には、保管・損耗コストに対応する加算を導入 ● 薬局 <ul style="list-style-type: none"> ● 公的医療保険財源によって生じる余剰成果について、大部分を国（保険財源）に還元させる 	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療機関の薬価差訴求動機は弊害もある →薬価差を原則として否定していくべきではないか ● 薬局の価格は、開業規制・公定マージンか企業参入・自由価格が国際標準 →株式会社参入OKでありながら、全国一律価格で保険が支払う例は他国にない
デロイトトーマツ	<ul style="list-style-type: none"> ● 薬価差の本質的な意味合いに基づく目安幅の設定と差額の還元 	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療機関・薬局が、医薬品（モノ）を資産として管理することに対する対価は、診療報酬・調剤報酬では明確に定義がされていない → 医療機関・薬局は、適切な水準の単価を「薬価差」として得ることは必要。医療機関・薬局が必要とするコストおよびリスクの対価を超えた分は、国へ還元する。

(6) 今後の対応の方向性 (論点)

(薬価差)

- 現行の医薬品の流通取引において、薬価差の発生は避けられないが、一方で、病院、診療所、薬局といった取引先の違いによって、薬価差の偏在が生じている。同一地域であっても、取引先や購入規模など取引条件の違いがあるとしても、納入価に過度な差が生じるような取引について、どのように改善をしていくべきか。
- 医薬品をカテゴリー別にみた場合、長期収載品や後発品における乖離率が高くなる傾向があり、これがメーカーや卸の経営に悪影響を及ぼしていると考えられる。現行の流通取引においては、総価取引(単品契約総価取引含む)が主流となっているが、これらの医薬品は、総価取引における値引きの調整に使われていることが多いものと考えられる。また、薬価調査のたびに高い乖離率を示している安定確保医薬品があるが、これも総価取引における調整に使われることで、医薬品の価値が無視された過度な値引きがなされているおそれがある。このような弊害がある取引について、どのように改善をしていくべきか。
- とりわけ、最低薬価が適用される医薬品においては、改定前薬価まで薬価が戻るといった仕組みがあることで、総価取引の調整に使われている実態があると考えられるが、このような不合理な取引について、どのように改善していくべきか。

(調整幅)

- 調整幅は地域差等による価格のバラツキを調整する機能を有するものと考えられている。これは、必然的に発生する薬価差を吸収する役割を持つものであるが、近年、配送場所が限定される医薬品や汎用性が高く全国に配送される医薬品の増加、全国にあるグループ店舗の本部一括購入などによって、地域差等による価格のバラツキの在り方に変化が生じている実態を踏まえ、従前から一律2%とされている調整幅の意義をどのように考えるべきか。

パート5 構成員のデイスカッション



構成員のディスカッション

• 三村構成員

- 重要な医薬品は通常の価格交渉の中に入れてはいけない。そのことをしっかりとアナウンスしていただき、きちんとしたルール化されていけば、卸と医療機関、薬局との間で価格交渉を行うことはおそらくあり得ないだろう。
- 例えば購入価償還という方法もある。基本的にきちんとした実費という考え方、あるいは実技術コスト、実流通コストという考え方をに入れていく。これも色々制度設計するなかで、どれが適正かという感じが見えてくる気がする。

構成員のディスカッション

• 香取構成員

- 医薬品のマーケットにより状況が異なることから、
カテゴリー別に薬価の決め方を変える必要性がある
- 基礎的医薬品や安定確保医薬品では、実費償還にす
るとか、実費＋管理コストで償還すれば薬価差は出
なくなる。
- そうすれば、そこで薬価交渉する必要はない。
- 安定確保医薬品などでは、薬価の高止まりなども問題にならないのでは？

構成員のディスカッション

• 菅原構成員

- 納入価償還という実費償還ということもあるかと思う。
- ただ、こうした償還方式では患者負担に差が出る
- 個人的にはクローバックや公定マージンを医薬品に導入することで、患者さんに対する負担の公平性を確保しながら、不要な値引きが起こらないような仕組みを考えていくという方向性があるのではないか。

構成員のディスカッション

• 菅原構成員

- 剤形ごとに最低薬価を決めることが果たして合理的なのか
- 例えば、製造技術が改善されればコストは下がるはず。剤形で最低コストを決めるという決め方自体が20世紀的というか19世紀的。
- 基礎的医薬品などをリスト化し、安定供給できる価格設定が必要としたうえで、価値に関係ない、単なるモノの製造コストで最低薬価が決まるというのは、いい加減見直した方がいい。
- 剤形ごとというのが果たして今の実態に即して本当に供給コストの確保につながっているのか、もう一度検討した方がいいと思う。剤形は同じでも、かなりコストにばらつきはあるのではないか。

構成員のディスカッション

• 坂巻構成員

- 価格を下支えする薬については、“公定マージン”を限定的に導入するとか、そういった考え方もあるのではないか。その形で結果として価格が維持される。この考え方も整理しておく必要がある。
- 価格の下支えをすべき医薬品のなかには、例えば患者数が少なく、一方で安定確保が必要であるようなことも考える必要があるのではないか。
- 原料・原薬の供給先が限られていることに加え、非常に製造が難しいようなものもコストが上がってくる。そういったものも確認した際はすべて対象品目として考えた方がいいのではないか。
- 基礎的医薬品の25年ルールについては、「根拠があまりにもない。むしろもう一度、安定確保の価格下支えすべき薬というものはどういうものかということについて整理をした方がいいのでは。

構成員のディスカッション

• 香取構成員

- 調剤報酬を削るというよりは、薬価差マージンそのものをどう考えるか。別の形でそのルールを外に入れるとか、何かそういうサブシステムを入れ込んでいくことで、全体を透明化するということがたぶん必要だ
- かつて処方権のある医療機関に薬価差があることが処方誘引になって、クスリ漬け医療が起こるとか問題もあったわけだが、いまや薬局に薬価差がでている。
- そういう形の取引が本当にこの分野で行われることを医療保険政策上、あるいは薬事行政上、是とするのかが問われることになるのではないか。根本的なところから色々議論した方がいいのではないか。

構成員のディスカッション

- 香取構成員

- 基本的に処方権がなく、調剤報酬が別についていることから考えれば本来、実費コストとして医薬品の管理コストなどを除けば、実は薬価差を求めて、そこから収益が出ることを容認する理由はないはずだ。
- 価格そのものを変えることは恐らく難しいので、別の形で償還させるようなルールを作る。
- 調剤報酬を削るというよりは、薬価差マージンそのものをどう考えるか。別の形でそのルールを外に入れるとか、何かそういうサブシステムを入れ込んでいくことで、全体を透明化するということがたぶん必要だ。

構成員のディスカッション

• 坂巻構成員

- 処方箋は確かにないが、調剤の裁量権はある。特許切れ医薬品に関しては処方箋に変更不可のチェックなければ、どのジェネリックを使うかについては薬局で決めることができる。
- 場合によっては最も薬価差益の大きいジェネリックを採用して調剤することで、言い方が悪いがその薬価差益分を稼いでいる。これは経営原資なのかというと、やっぱり現実的には薬局においては経営原資だと思う。
- 薬局に関してはまだ問題が続いているのではないかというのは、現実認識として、そんなに間違っていないのではないかと考えている。
- 薬局における特許切れ医薬品の薬局における薬価償還の仕方というのは別に考えてもいいだろう。

構成員のディスカッション

• 成川構成員

- 適正な市場競争であれば、競争は“是”とする立場。
- やはりベースの競争がちゃんと成されるかが重要で、やはり単価取引だと思っている」との見解を示した。
- 単品単価取引が物理的に無理なのではないかと思っ
た時期もあったが、関係者が理解して努力すればで
きるというものであれば、そこを促すようなインセ
ンティブなり、逆に総価取引のディスインセンティ
ブなりというものを考える術があるのかなと思っ
ている。

構成員のディスカッション

• 坂巻構成員

- 昔の値引補償制度の理念が全く変わらず、リベート・アローアンスみたいなものが導入されている。
- 価格（薬価）が下がっても、卸の経営が成り立つ。はっきり言えば、前近代的な価格形成、流通の仕組みが理念として残っている。
- 他にも販社の存在などある。こういった長い間、厚労省として医薬品流通を近代化すべきということのメッセージに弱いところがあったのではないか。
- 最初に今の医薬品流通のあり方の前近代性についてもう1回考え直さなければいけないと思っている。
- 流通の近代化ということと、行き過ぎた薬価差の是正ということは、おそらく切り離せないのではないか。

構成員のディスカッション

- 香取構成員

- 値引補償であった建値制を仕切価制に切り替えることになったが、リベートやアローアンスで動いているというのは、言ってみれば元に戻っているわけだ。
- 流通の形を近代化していく、綺麗にしていくことを議論するときには、前提となっている取引の形を規定しているいまの薬価制度を変えない限りは本質的な物事は変わらないということになるのではないか。

構成員のディスカッション

• 菅原構成員

- 調整幅については、「市場原理下で発生する配送効率の地域差による価格のバラツキを吸収している」とされている。
- 厚労省は、オーファンドラッグや再生医療等製品などでは患者や使用する医療機関などが限定され、価格のバラツキが出にくくなることを考えられると説明している。
- 一方で、後発品では品目数の増加や使用浸透でバラツキが増えているほか、多様化してきていいると説明。こうした変化を踏まえて、一律2%とされている意義を論点にあげた。
- 都道府県別の医薬品卸の販管費の比率についてのデータを踏まえ、「現実には、各都道府県別、地域別の配送コストの差は明確に把握できている。」
- これを一律で全部やるということが妥当なのか。コストの把握がどれ程度できるのであれば、実態に合わせた形での調整幅の付け方というのを考えるべきではないか
- 地域差指数や薬効、剤形別、あるいは不採算の地域についてもう少し把握したうえで、それに実態を合わせた形での調整幅の考え方を整理されてはどうか。

構成員のディスカッション

- 三村構成員

- 最近では、特に過疎地であるとか物流効率が悪いところに対してどうするかという議論が出てきている。そのあたりをきちんと整理しながら、それに対しては特別な補填するためのものが置かれているということ整理していけば、調整幅という意義がもっと活きるのではないか。
- 元々、供給安定のためのというこの言葉をもう少し具体的に、実践的につなげていくような方向性で整理されればよろしいのではないか。

まとめと提言

- 最低薬価、不採算品再算定、基礎的医薬品、安定確保医薬品、日本薬局方など
医薬品区分が分かりにくい。整理できないのか？
- 薬価乖離率が20店舗以上の保険薬局で拡大している
- 安定供給確保品も総価取引で取引されている
- 欧州では薬局公的マージンやクローバック制が定着している。
- 薬局での薬価差益問題が有識者検討会の報告の中で取り上げられるだろう。

コロナで変わる 「かかりつけ医」制度



次のコロナの備えをするのは、今だ!!

- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか
- なぜ、今かかりつけ医制度が必要なのか
- かかりつけ医の制度化に必要なポイントとは何か
—コロナで変わる「かかりつけ医」や「総合診療医」の在り方を
最新情報をまじえてやさしく解説!



- 武藤正樹著
- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか?
- なぜ、いまかかりつけ医制度が必要なのか
- 発売日：2022/09/22
- 出版社：[ぱる出版](#)
- ISBN：978-4-8272-1360-7

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで内科外来(月・木)、老健、在宅クリニック(金)を担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp

Dr武藤のミニ動画③⑧
2024年同時改定のポイント②
医療と介護の連携



社会福祉法人

日本医療伝道会
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ
相談役 武藤正樹
よこすか地域包括推進センター長



衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

■ 併設施設 老健(衣笠ろうけん)、特養(衣笠ホーム)、訪問診療クリニック、訪問看護ステーション
通所介護事業所など

■ グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム

衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ



長瀬
ケアセンター

浦賀

三浦

目次

- パート 1
 - 2024年同時改定のポイント
- パート 2
 - 人口・世帯構成の変化
- パート 3
 - 要介護高齢者と急性期入院
- パート 4
 - 主治医とケアマネの連携
- パート 5
 - 医療・介護DX



パート1

2024年同時改定のポイント



中医協総会（2023年1月18日）

同時改定のポイント

- **ポイント 1**
 - **ポスト2025年を見据えた診療報酬、介護報酬の同時改定であること**
- **ポイント 2**
 - **2025年に向けて地域医療構想の取り組みを進めるとともに、「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」を目指すこと**
- **ポイント 3**
 - **第8次医療計画の5疾患・6事業（新興感染症対応が追加）の開始年であること**
- **ポイント 4**
 - **医師の働き方改革として2024年4月に医師の労働時間上限規制等が設けられること**
- **ポイント 5**
 - **医療DXの実現に向けて医療DX推進本部で議論が進められていること**
- **ポイント 6**
 - **「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」の議論が取りまとめられること**
- **ポイント 7**
 - **プログラム医療機器（SaMD）の評価体系を検証し、今後の在り方について検討が求められていること**

同時改定へ向けた意見交換会

- 診療報酬は中医協総会で審議
- 介護報酬は介護給付費分科会で審議
- 同時改定へむけて両会の間で事前に意見交換を行う
 - 1. 地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携
 - 2. 高齢者施設・障害者施設等における医療
 - 3. 認知症
 - 4. リハビリテーション・口腔・栄養
 - 5. 人生の最終段階における医療・介護
 - 6. 訪問看護
 - 7. 薬剤管理
 - 8. その他

出席者一覧

- ・ 池端 幸彦 日本慢性期医療協会副会長
- ・ 稲葉 雅之 民間介護事業推進委員会代表委員
- ・ 江澤 和彦 日本医師会常任理事
- ・ 小塩 隆士 一橋大学経済研究所教授【中央社会保険医療協議会会長】
- ・ 田中 志子 日本慢性期医療協会常任理事
- ・ 田辺 国昭 国立社会保障・人口問題研究所所長
【社会保障審議会介護給付費分科会会長】
- ・ 田母神 裕美 日本看護協会常任理事
- ・ 長島 公之 日本医師会常任理事
- ・ 濱田 和則 日本介護支援専門員協会副会長
- ・ 林 正純 日本歯科医師会常務理事
- ・ 東 憲太郎 全国老人保健施設協会会長
- ・ 古谷 忠之 全国老人福祉施設協議会参与
- ・ 松本 真人 健康保険組合連合会理事
- ・ 森 昌平 日本薬剤師会副会長

(五十音順 敬称略)

2. テーマ・議題（案）

○ 議題は、各報酬の対象者が今後直面すると考えられる以下のテーマを議題とする。

1. 地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携
2. リハビリテーション・口腔・栄養
3. 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療
4. 高齢者施設・障害者施設等における医療
5. 認知症
6. 人生の最終段階における医療・介護
7. 訪問看護
8. 薬剤管理
9. その他

3. 開催時期と頻度

- ・ 第1回（本日） 令和5年3月15日 テーマ1、2、3
- ・ 第2回 令和5年4月 テーマ4、5
- ・ 第3回 令和5年5月 テーマ6、7

※テーマ8については各テーマ内で議論を予定

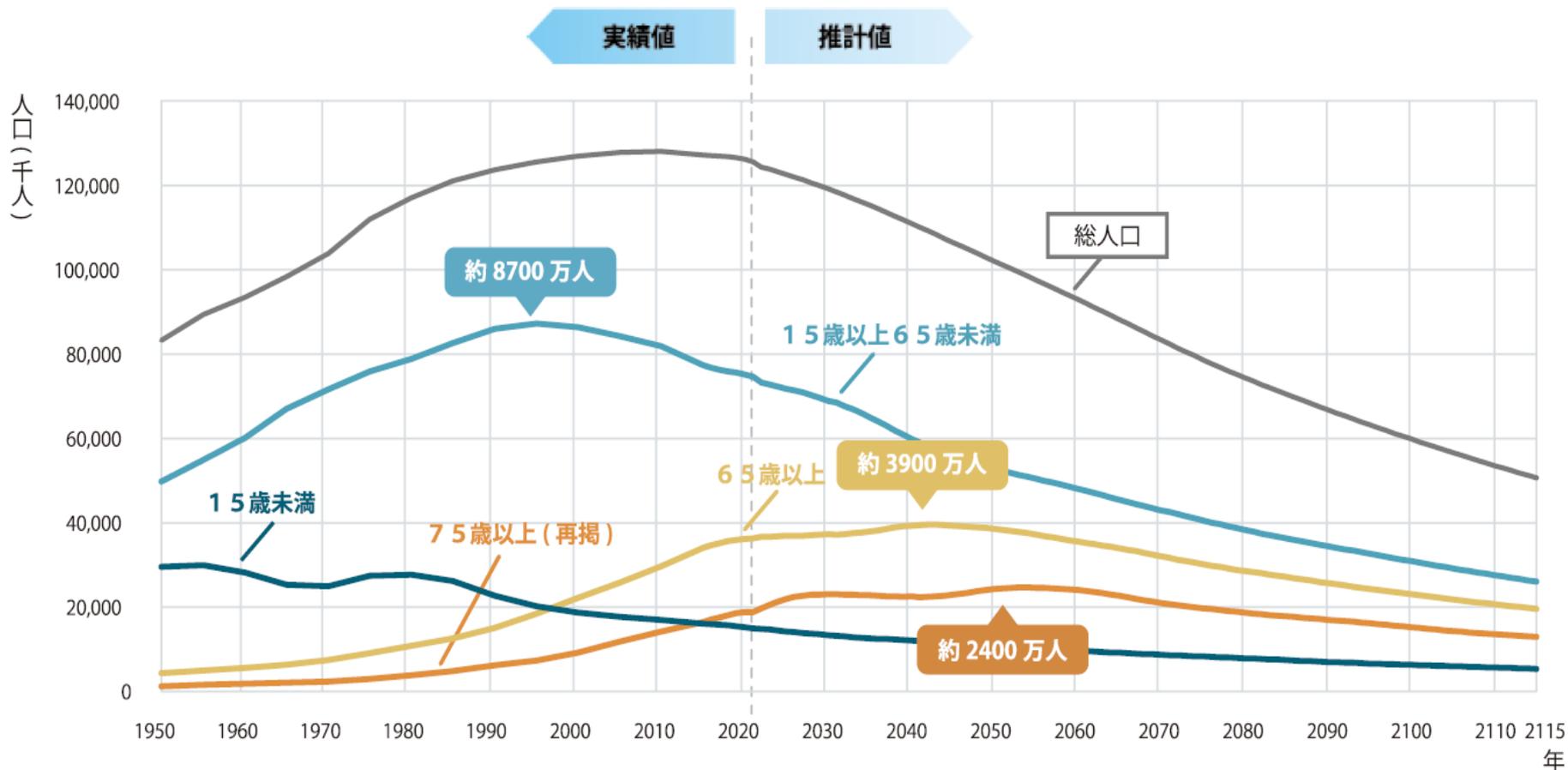
パート 2

人口・世帯構成の変化

2040年頃に65歳以上人口のピークが到来する



- 現役世代（生産年齢人口）の減少が続く中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳（後期高齢者）となっていく。
- その後も、2040年頃まで、65歳以上人口の増加が続く。



出典

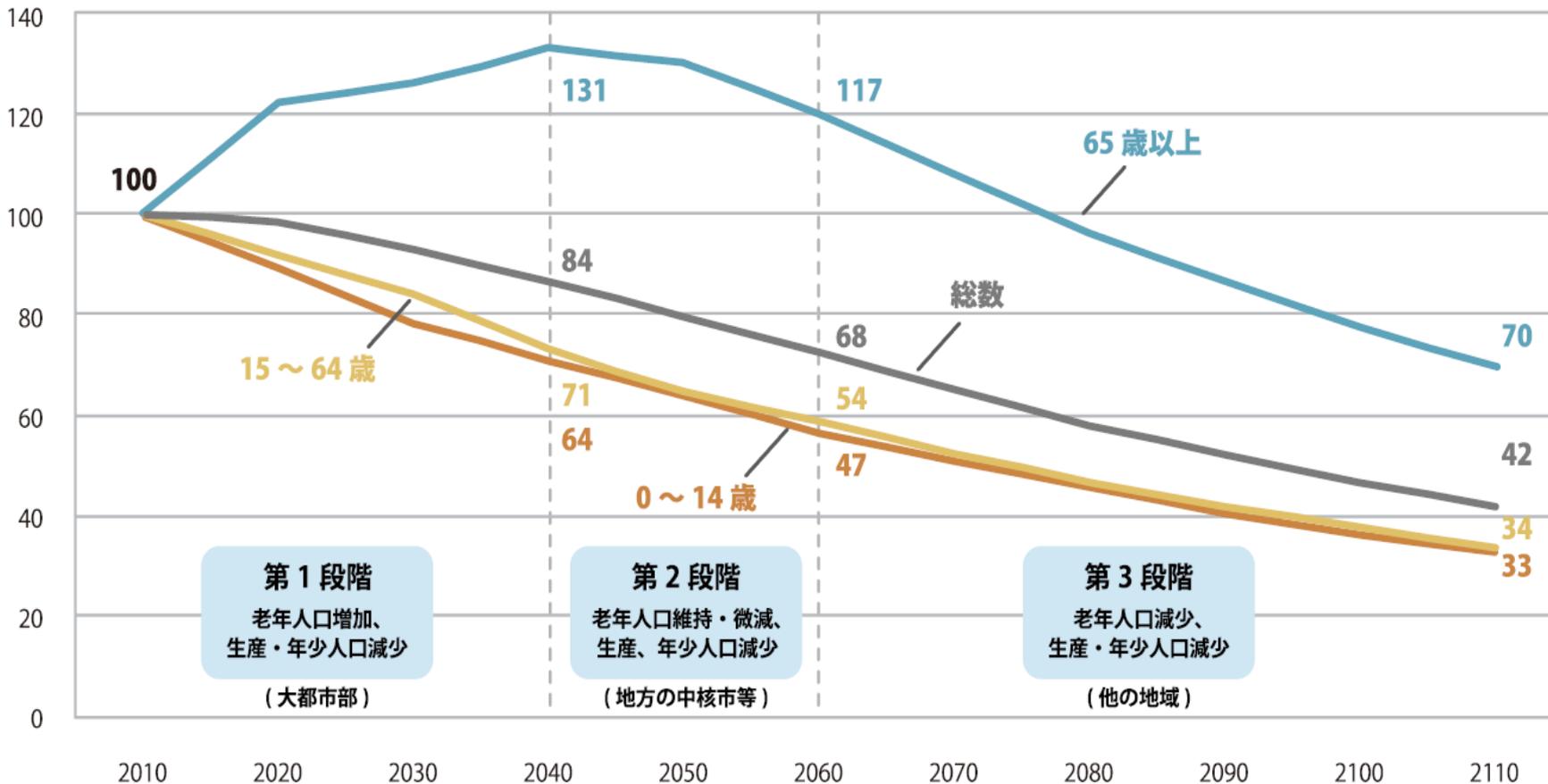
2021年までの人口は総務省「人口推計」（各年10月1日現在）
2022年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）：出生中位・死亡中位推計」

将来人口動向：「3つの減少段階」



○ 我が国の人口動向は、大きく「3つの減少段階」を経て、人口減少に至る。

2010年の人口を100としたときの指数



出典

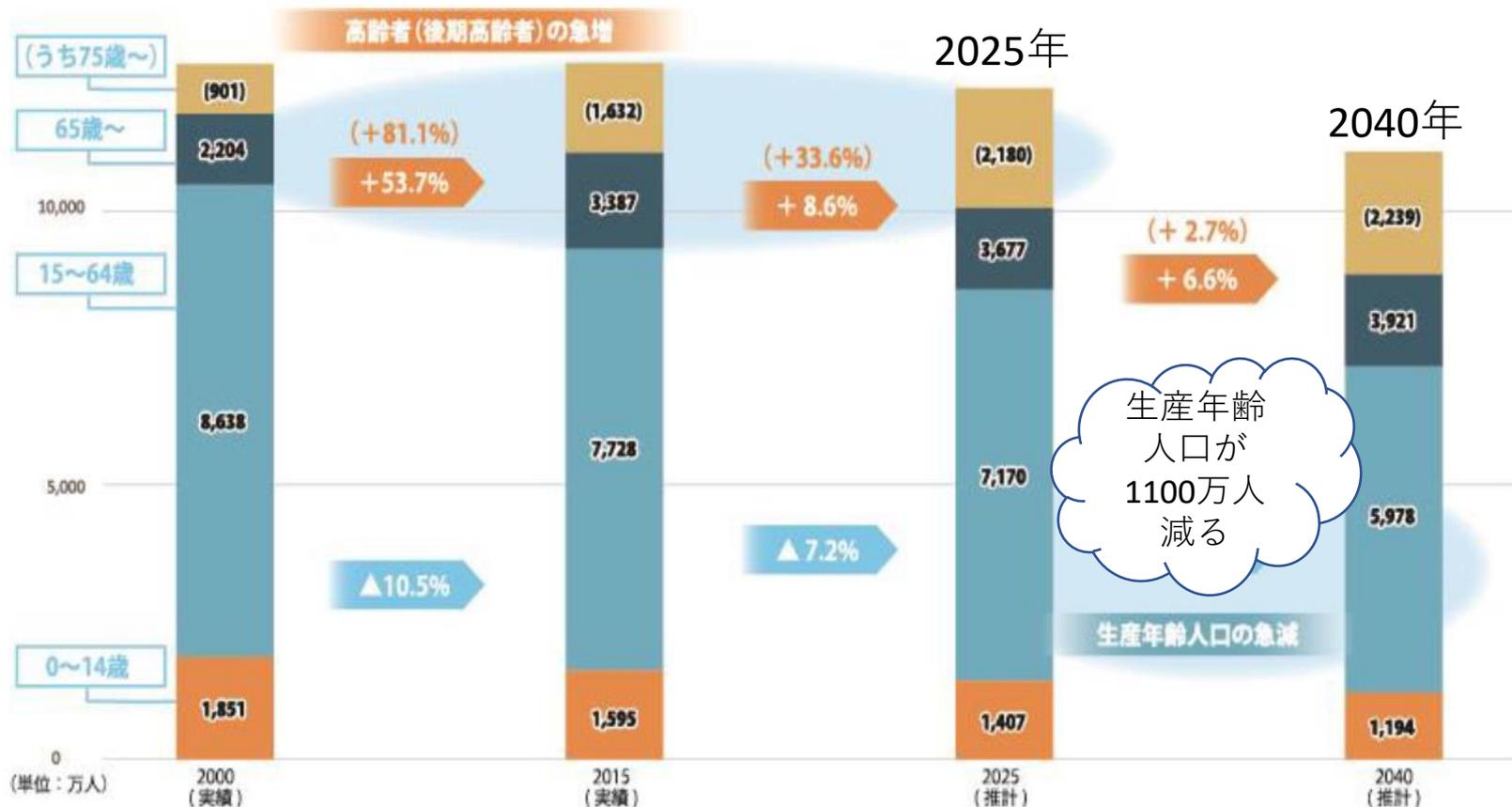
国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」（出生中位・死亡中位推計）より作成。
2010年、2020年は総務省統計局「令和2年国勢調査」による。
2010年の人口を100とし、各年の人口を指数化した。

2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化する



○ 2025年に向けて、高齢者、特に後期高齢者の人口が急速に増加した後、その増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速する。

人口構造の変化



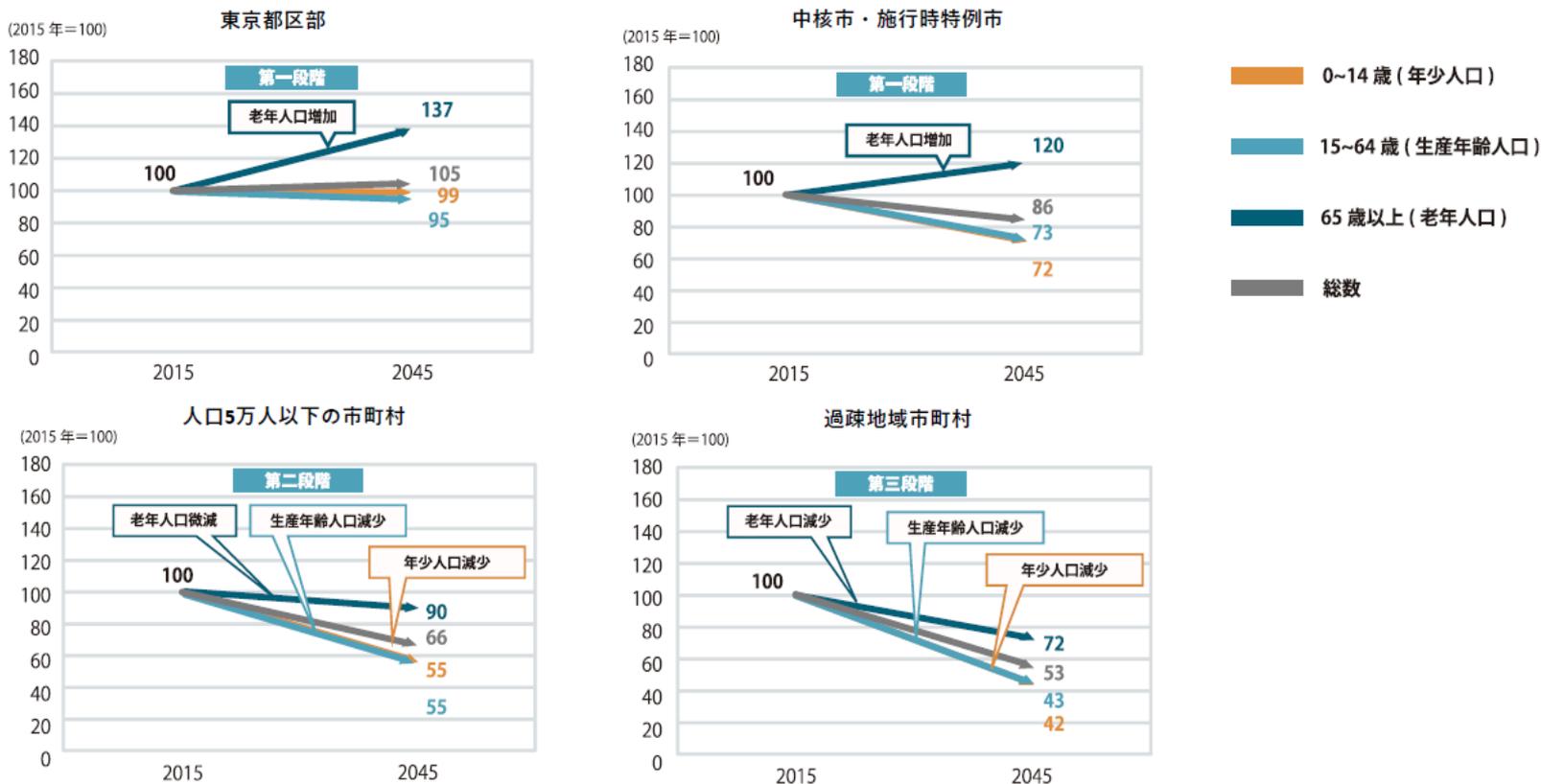
出典

総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」

地域毎の年齢階級別人口推移

○ 東京都区部や中核市などの都市部は若年人口は減少するが老年人口は増加する「第一段階」にあるのに対し、人口5万人以下の市町村は若年人口の減少が加速化するとともに老年人口が維持または微減する「第二段階」、過疎地域の市町村は老年人口の減少が一層加速化し老年人口も減少する「第三段階」に入っている。

地域毎の年齢階級別人口推移

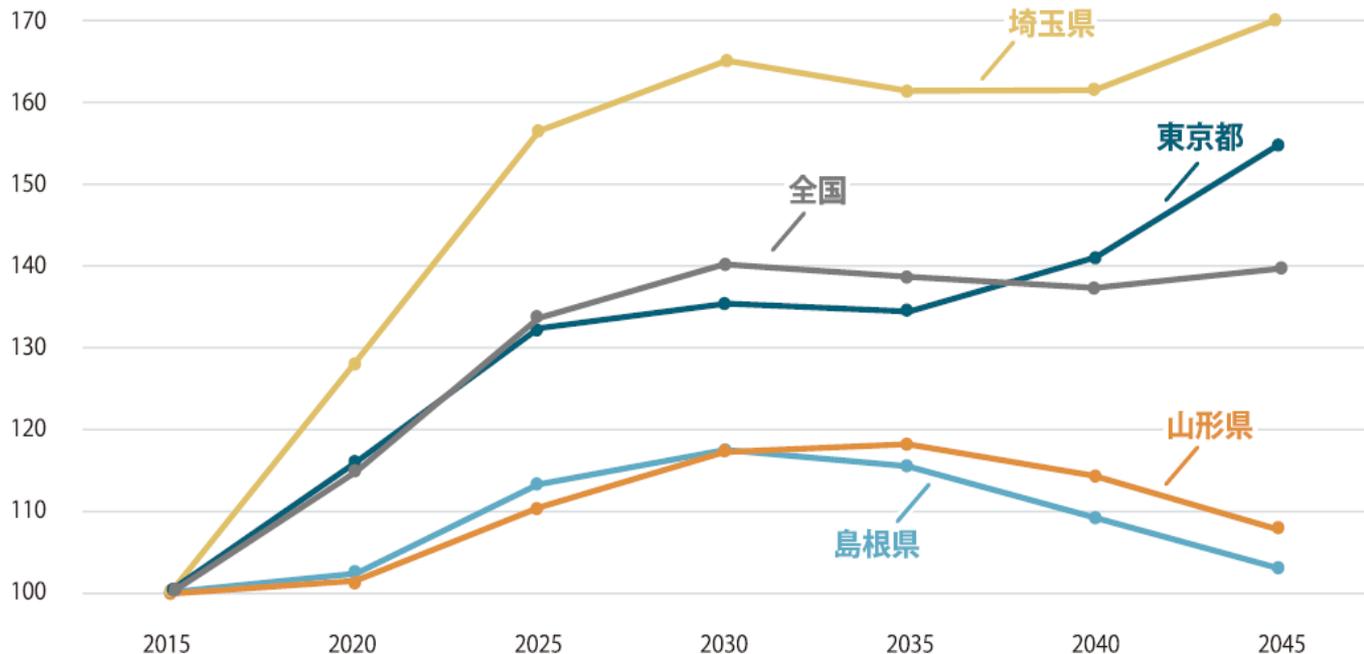


内閣官房「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン（令和元年改訂版）」（令和元年12月20日閣議決定）より改変。

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25道府県、2035年にピークを迎えるのが13県
※埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、山梨県、愛知県、滋賀県、兵庫県、沖縄県では、2045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1.34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、鹿児島県では1.1倍となるなど、地域間で大きな差がある。

75歳以上人口の将来推計（2015年の人口を100としたときの指数）

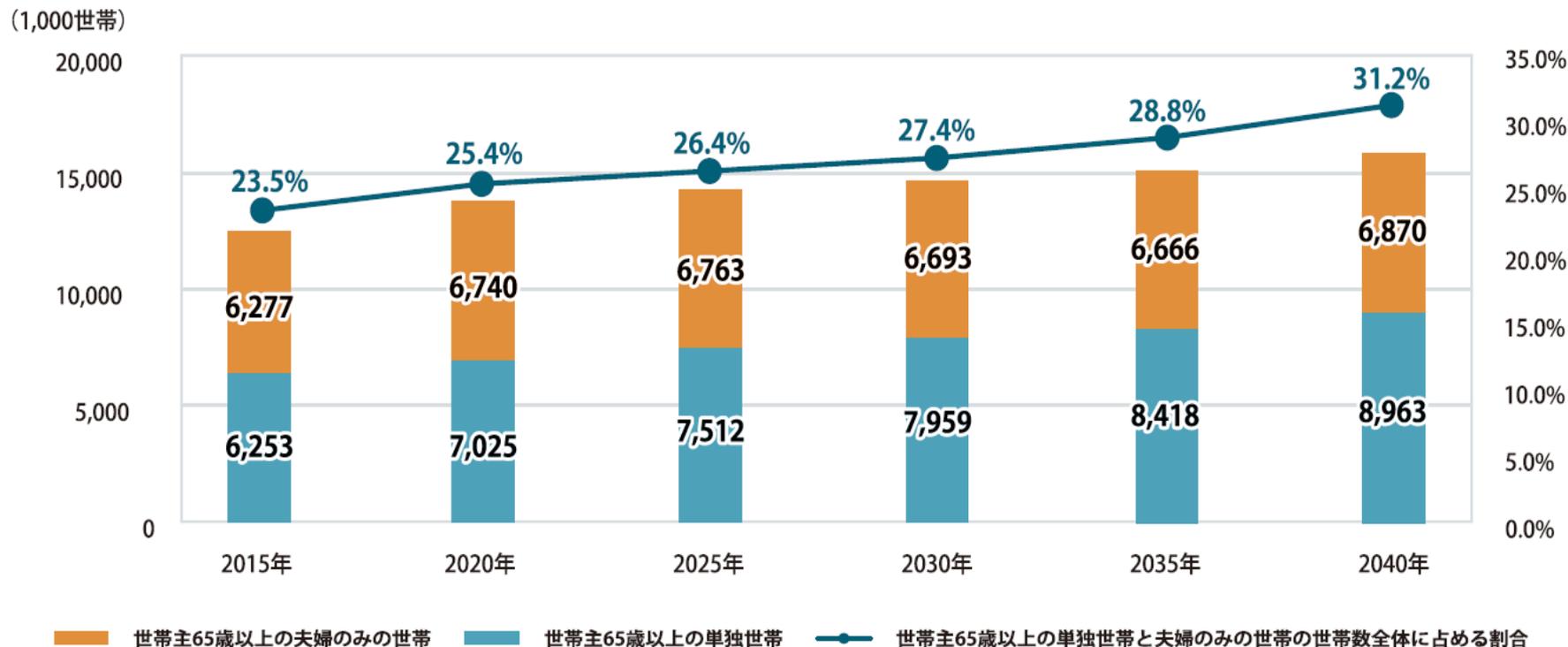


- 埼玉県
(2025年の指数が
全国で最も高い)
- 東京都
(2040年に向けて上昇)
- 山形県
(2025年の指数が
全国で最も低い)
- 島根県
(2030年以降の指数が
全国で最も低い)

世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみ世帯数の変化

○ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。

世帯主が65歳以上の単独世帯及び夫婦のみ世帯数の推計



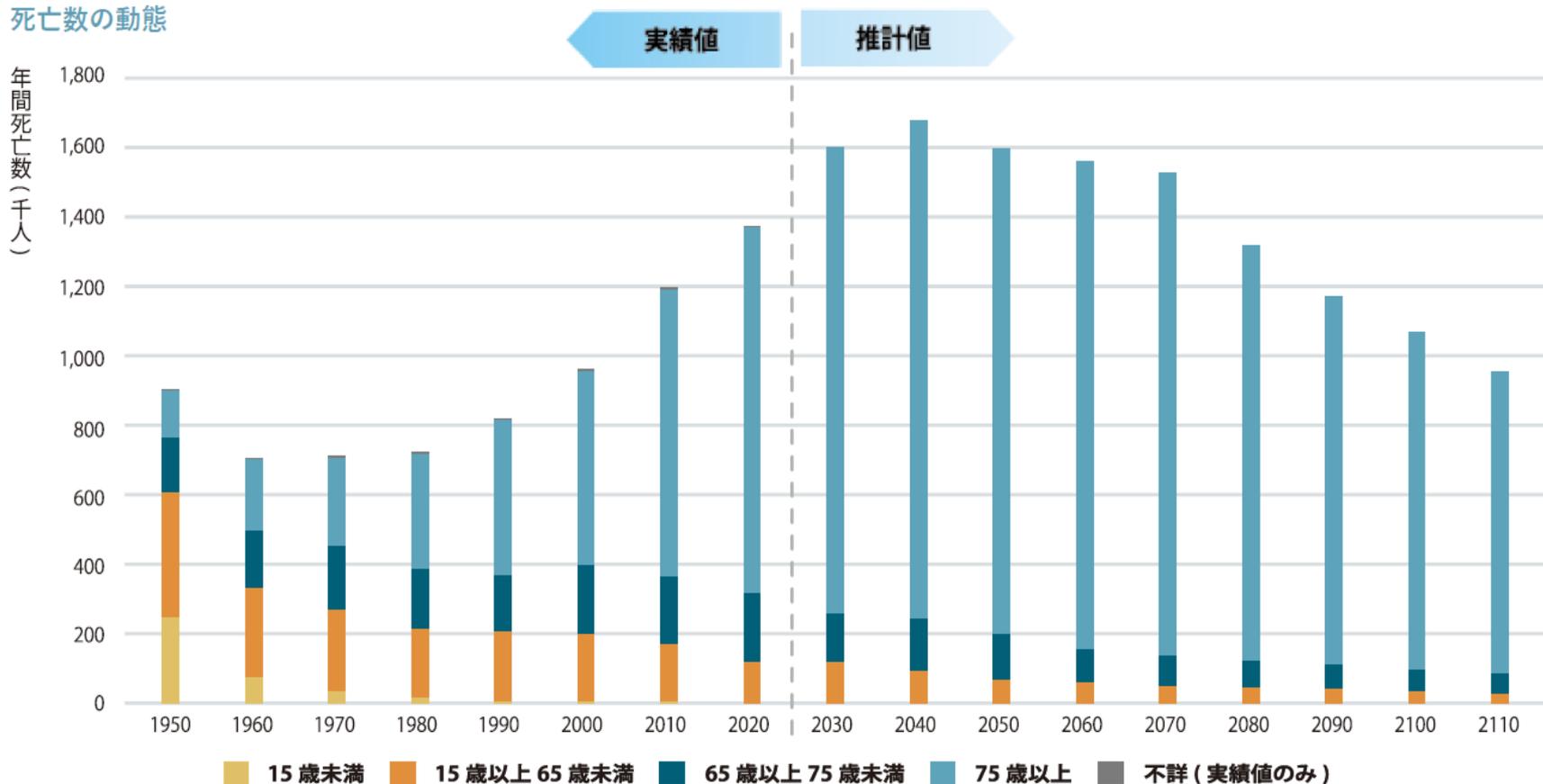
国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）（平成30（2018））年1月推計」

死亡数が一層増加する



○ 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。

死亡数の動態



出典

2020年までは厚生労働省「人口動態統計(令和3年)」

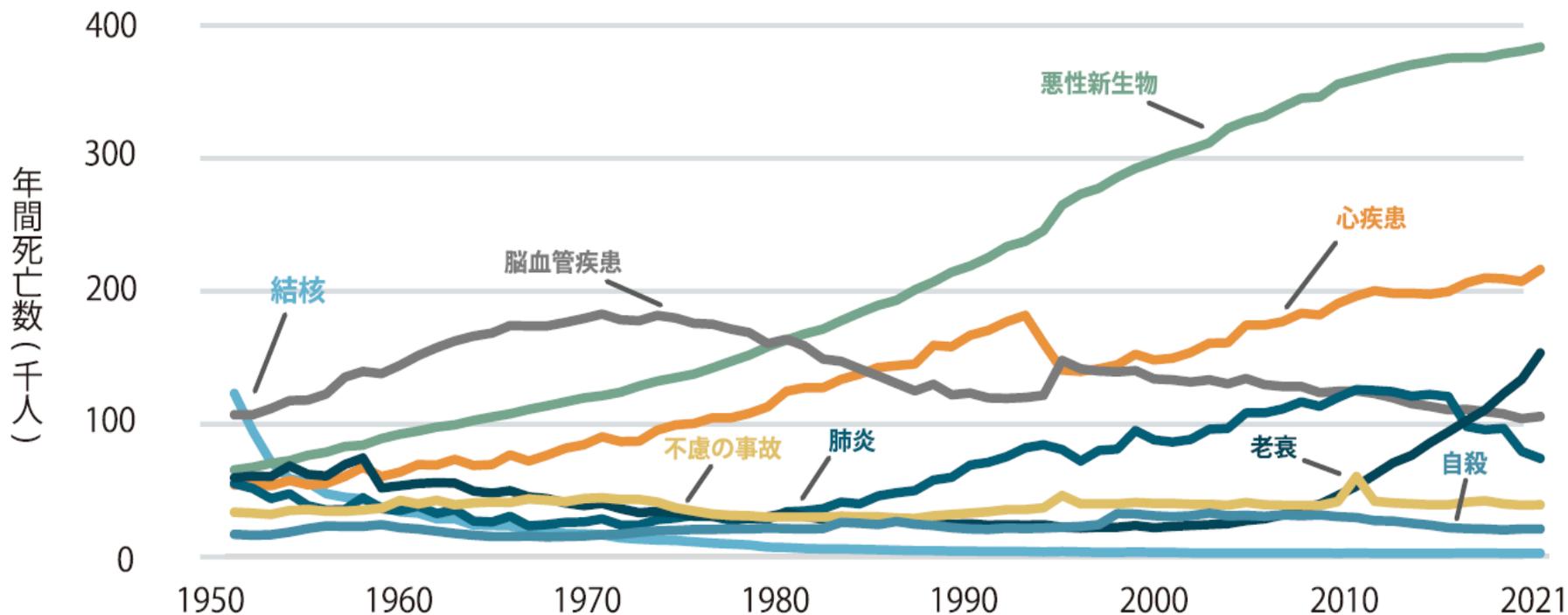
2030年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」より作成

死因の推移



○ 死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある。

死因の推移



出典

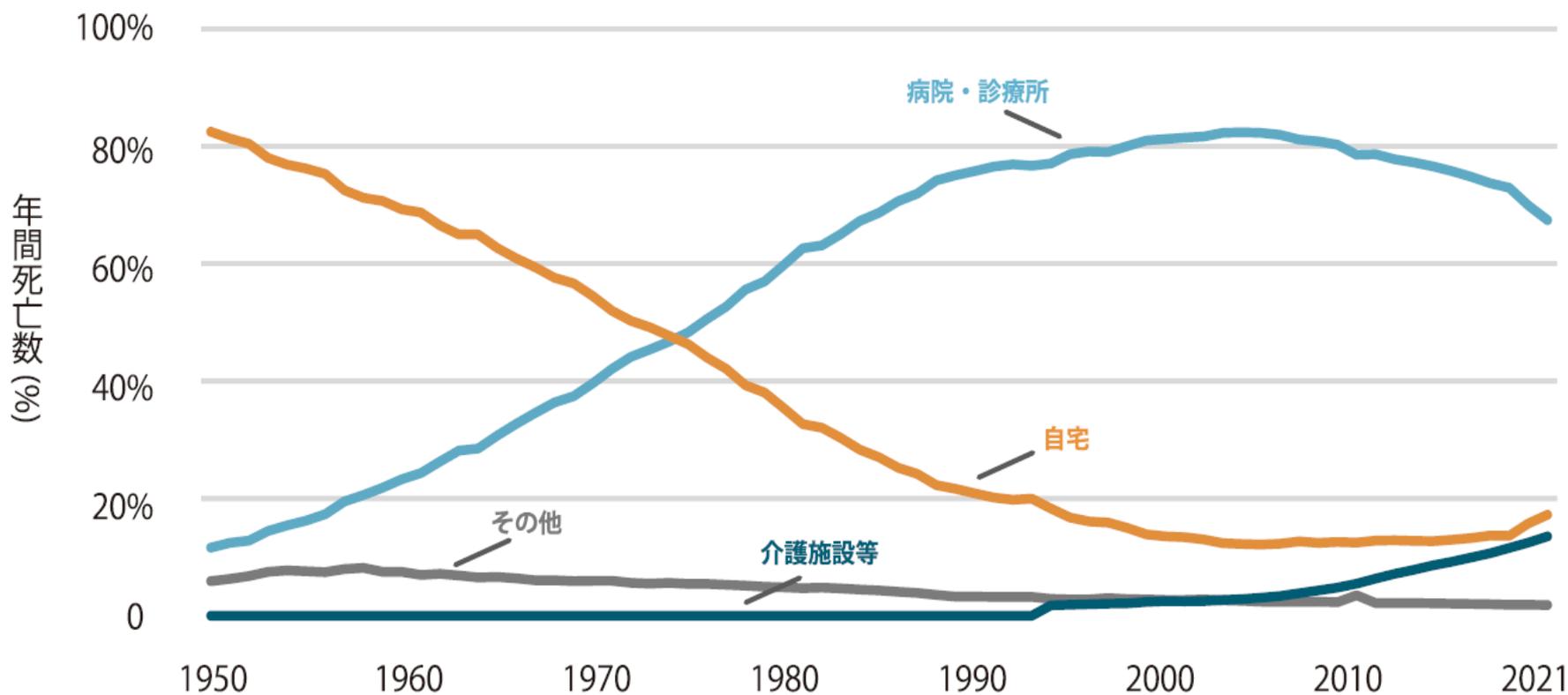
厚生労働省「人口動態統計（令和3年）」

死亡の場所の推移



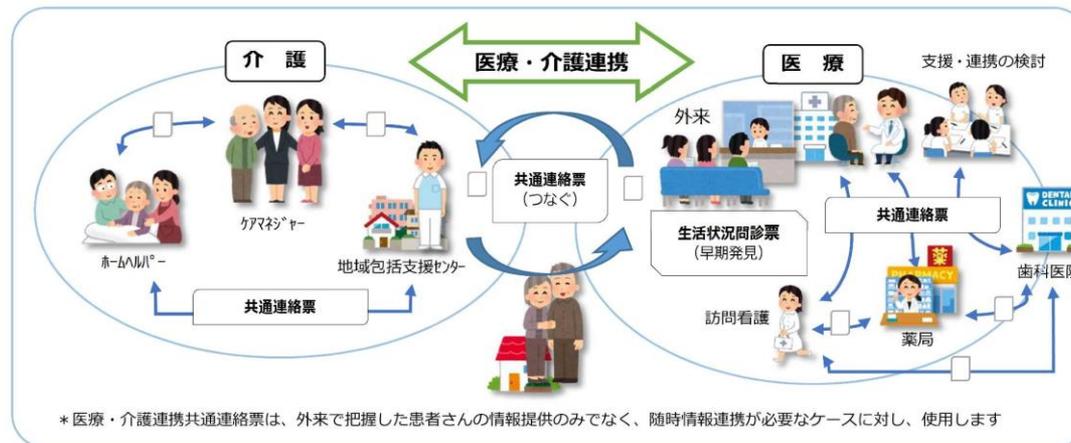
○ 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。

死亡の場所の推移



パート3

要介護高齢者と 急性期入院



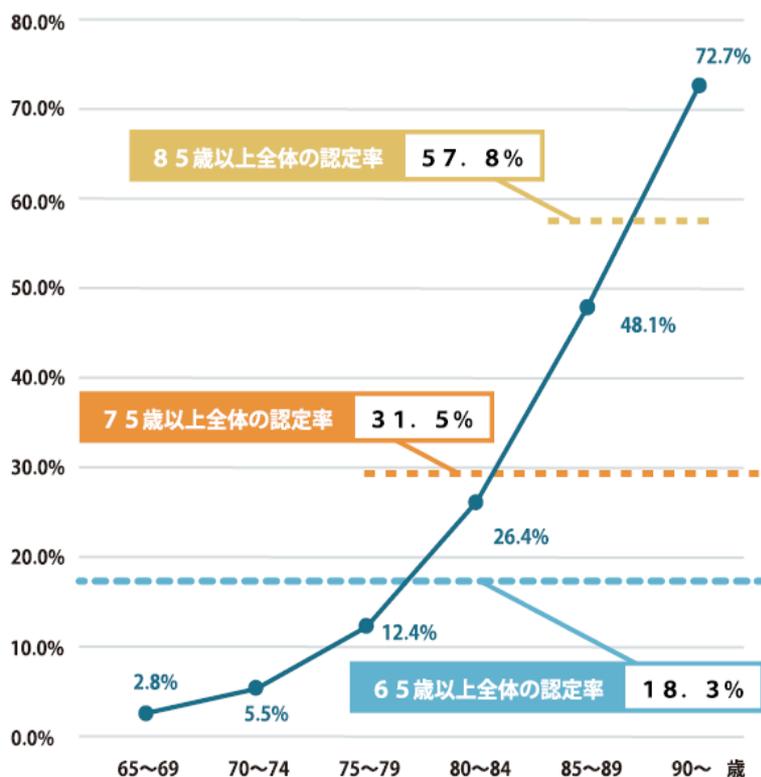
介護需要の増加



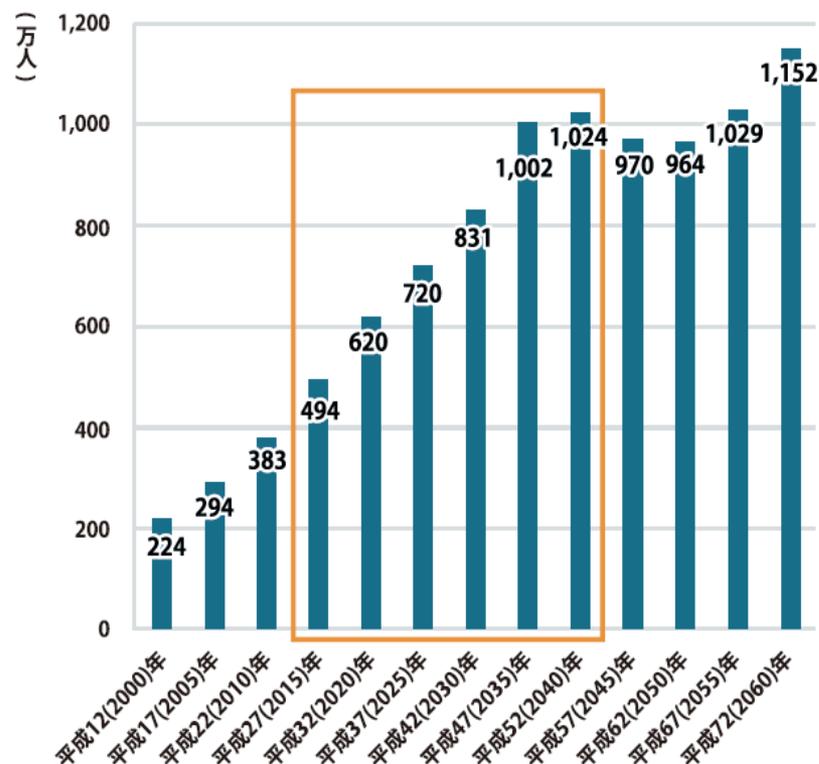
医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

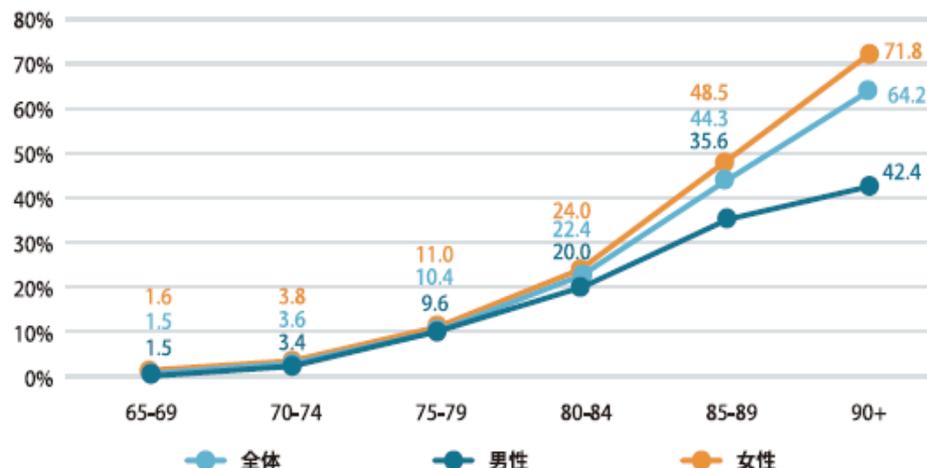
年齢階級別の要介護認定率



85歳以上の人口の推移

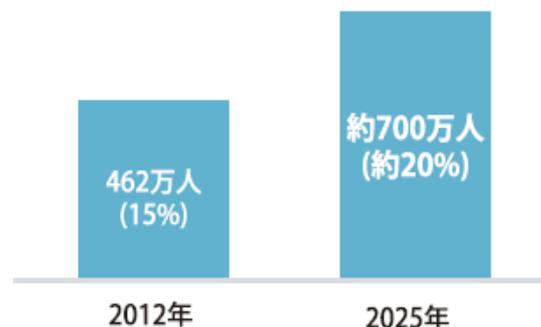


年齢階級別の認知症有病率について



日本医療研究開発機構認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究」
 既存調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町における認知症有病率調査結果（解析対象5,073人）
 研究代表者二宮利治（九州大学大学院）提供のデータより作図

(括弧内は65歳以上人口対比)



「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」
 (平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業九州大学二宮教授) を元に推計

認知症の人の将来推計について

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	令和2年 (2020)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和22年 (2040)	令和32年 (2050)	令和42年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/(率)	462万人 15.0%	517万人 15.2%	602万人 16.7%	675万人 18.5%	744万人 20.2%	802万人 20.7%	797万人 21.1%	850万人 24.5%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計(※) 人数/(率)		525万人 15.5%	631万人 17.5%	730万人 20.0%	830万人 22.5%	953万人 24.6%	1016万人 27.0%	1154万人 33.3%

出典

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業九州大学二宮教授)
 (※)久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病(糖尿病)の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。
 本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。

急性期病床に 押し寄せる後期高齢者

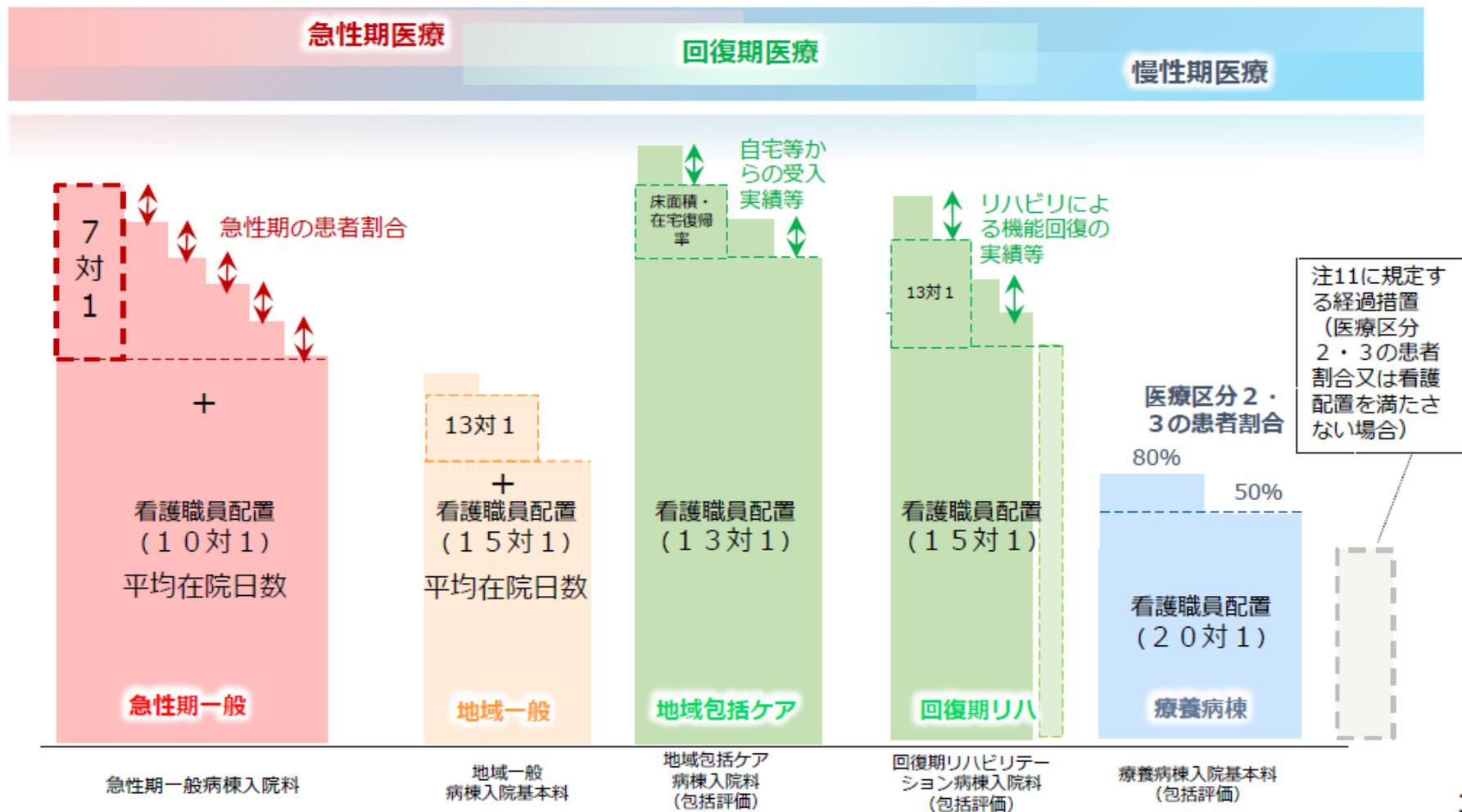


後期高齢者
入院パンデ
ミック

入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

- 入院医療評価体系については、**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評価体系としている。

※ 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、下記には含めていない。



入院患者の年齢構成の推移②（急性期一般入院料 1～3）

- 急性期一般入院料1～3を算定する入院患者の年齢構成比の経年変化はほぼ横ばいである。
- 令和3年では、入院患者のうち54%を75歳以上が占める。

■急性期一般入院料1～3※の算定回数の年齢構成比 ※H24～H29は7対1一般病棟入院基本料

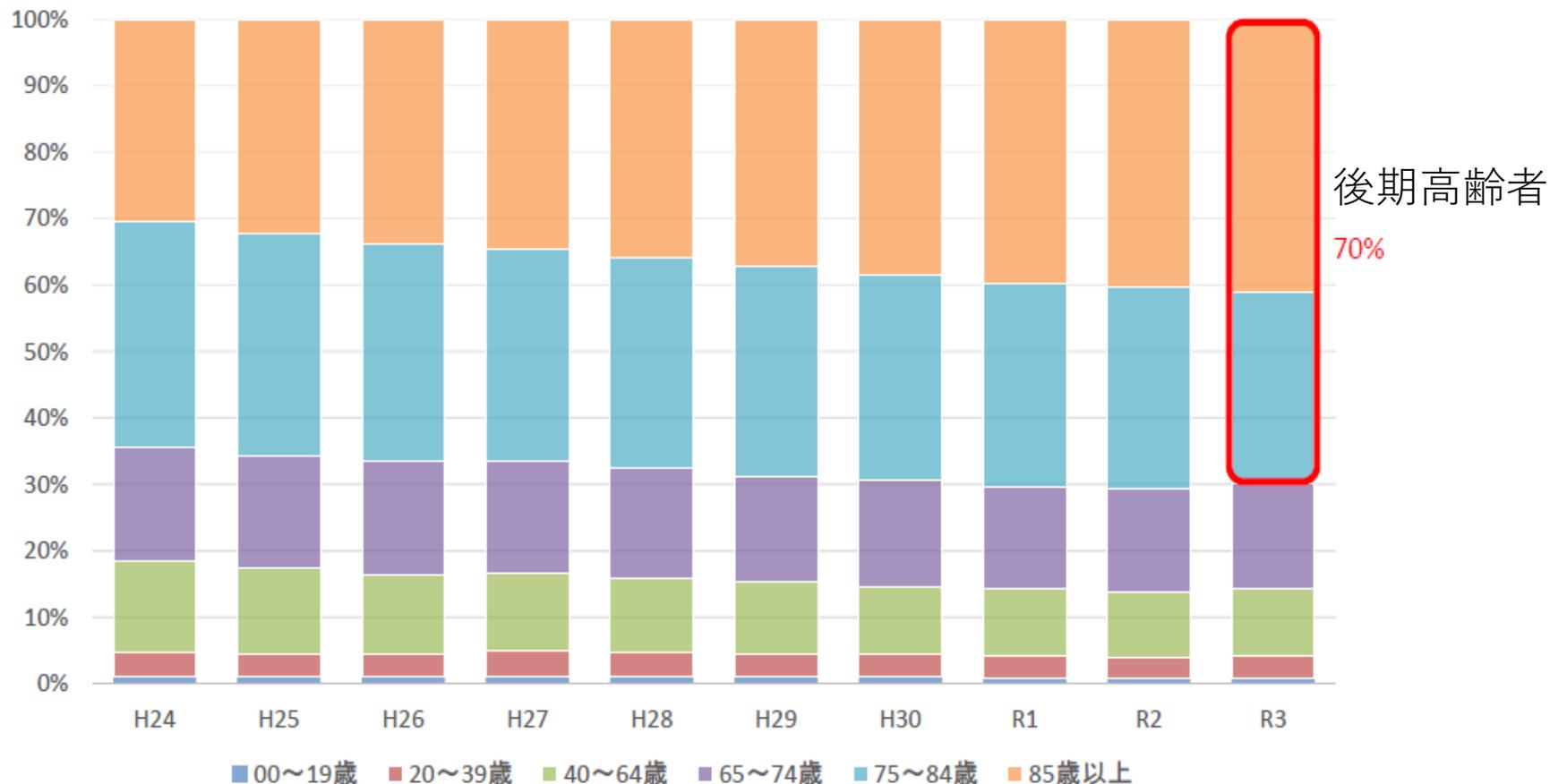


後期高齢者
54%

入院患者の年齢構成の推移③（急性期一般入院料4～7）

- 急性期一般入院料4～7を算定する入院患者のうち、75歳以上の高齢者が占める割合は年々増加しており、特に85歳以上の占める割合が増加している。
- 令和3年では、入院患者のうち70%を75歳以上が占める。

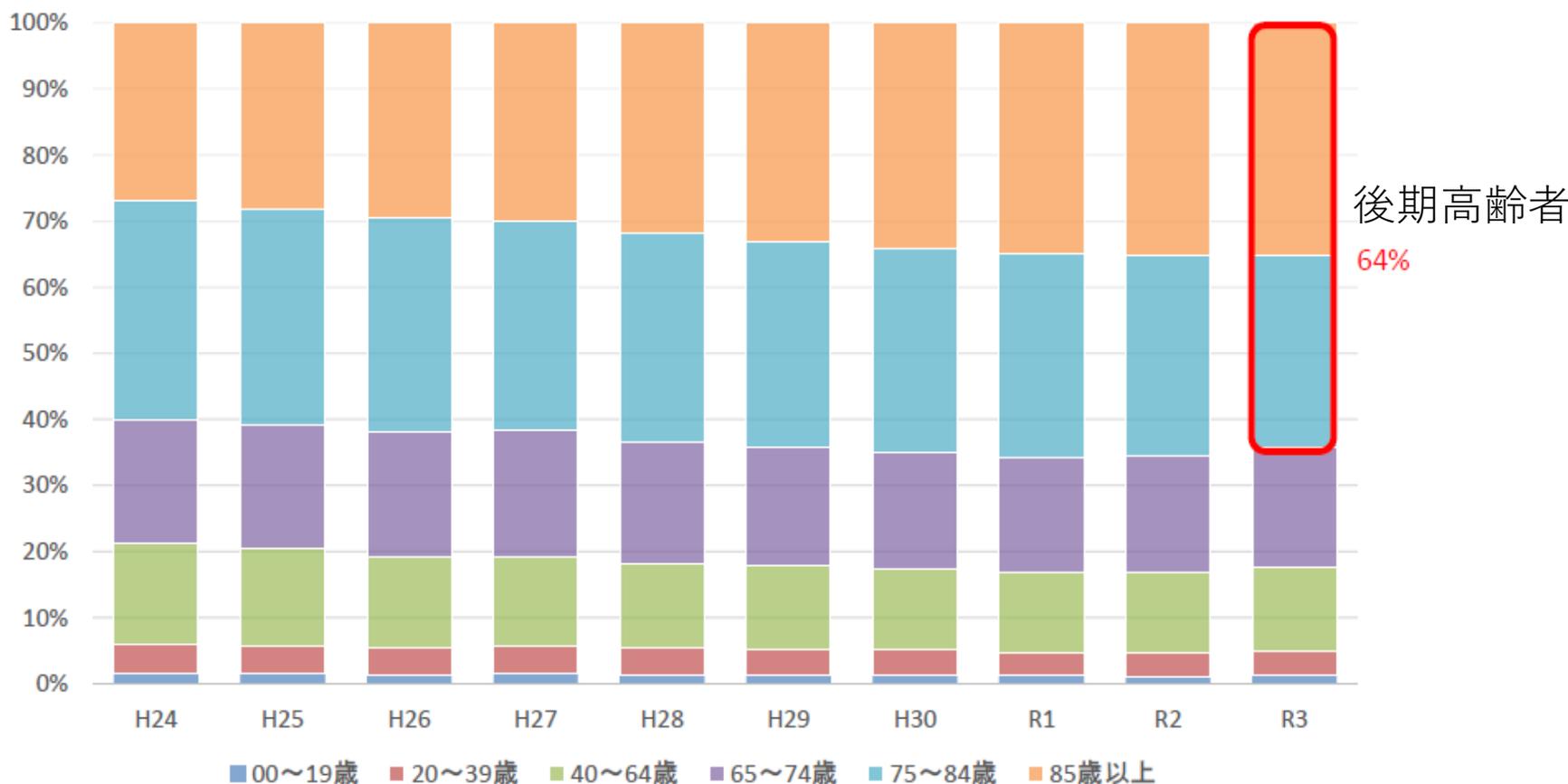
■急性期一般入院料4～7※の算定回数の年齢構成比 ※H24～H29は10対1一般病棟入院基本料



入院患者の年齢構成の推移①（急性期一般入院料）

- 急性期一般入院料を算定する入院患者のうち、65歳以上が占める割合はほぼ横ばいだが、85歳以上が占める割合は年々増加している。
- 令和3年では、入院患者のうち64%を75歳以上が占める。

■ 急性期一般入院料の算定回数の年齢構成比 ※H24～H29は7対1または10対1一般病棟入院基本料

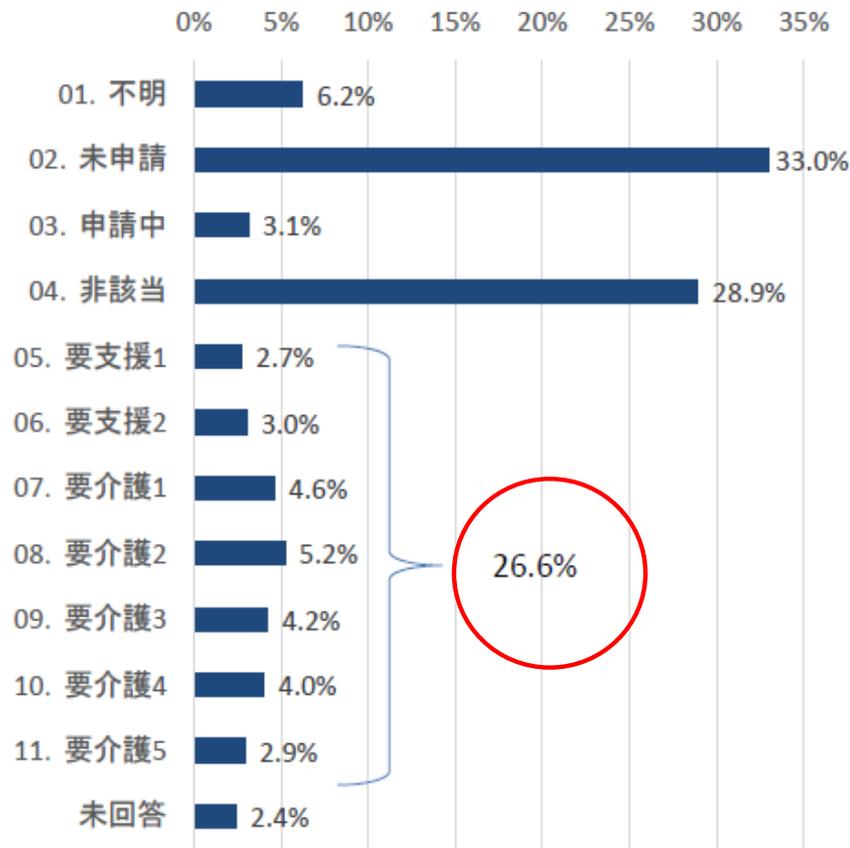


後期高齢者
64%

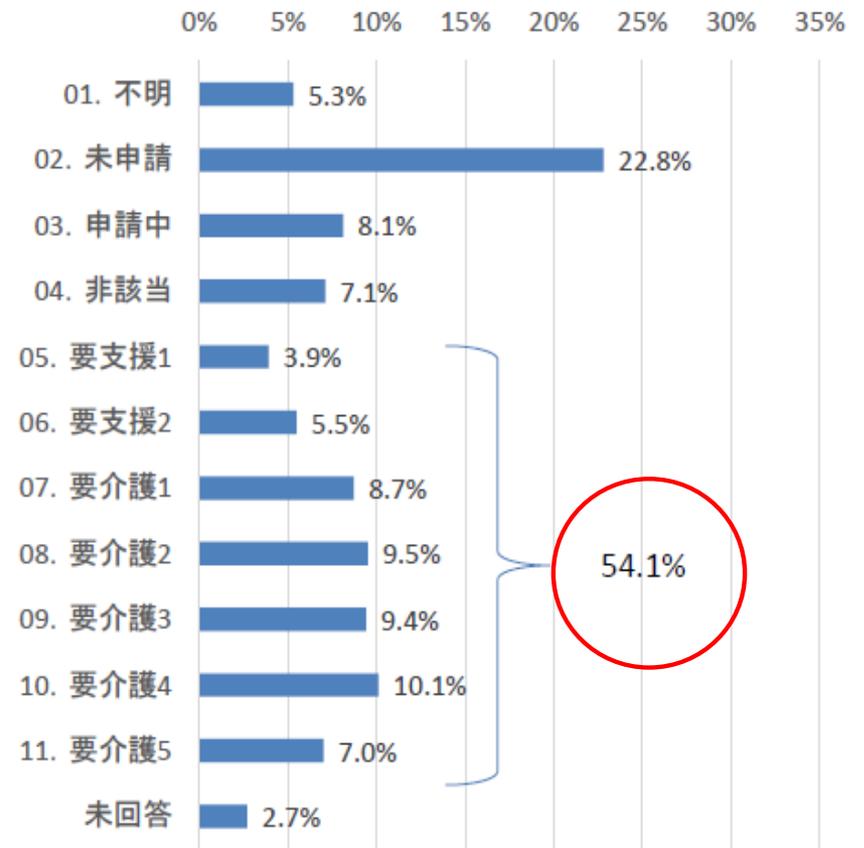
入院患者に占める要介護者等の割合

○ 入院患者に占める要介護者等の割合は急性期一般入院料等では26.6%、地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等では54.1%であった。

■急性期一般入院料等



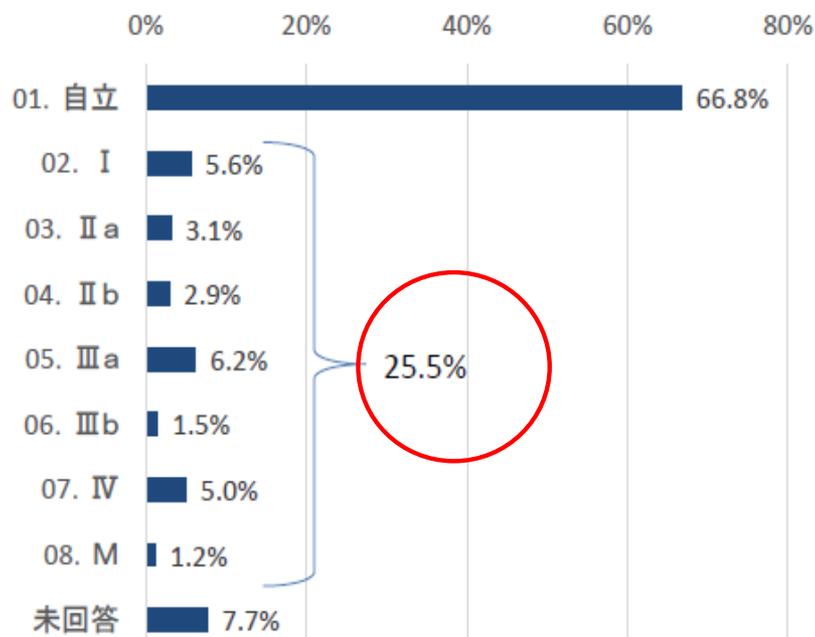
■地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等



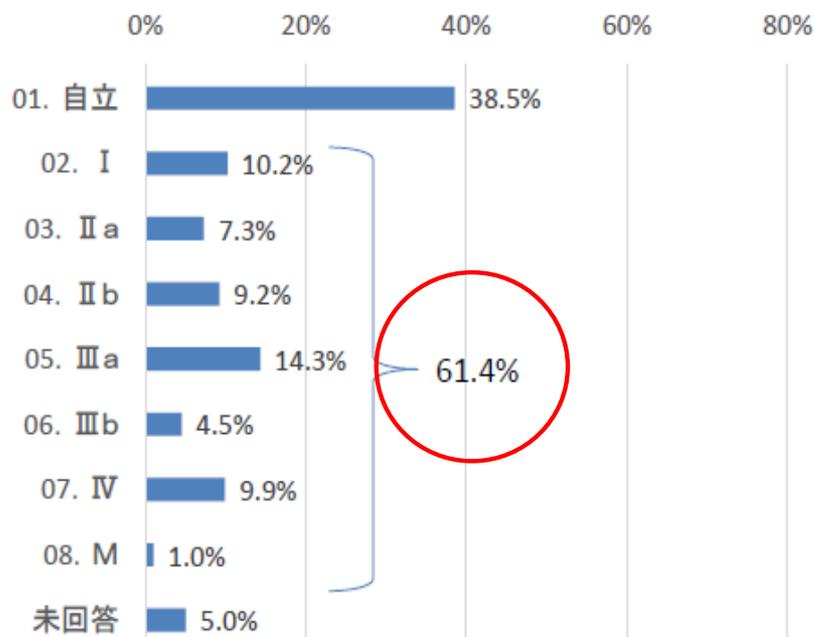
入院患者における認知症高齢者の日常生活自立度

○ 入院患者に占める認知症高齢者の日常生活自立度がⅠ以上の患者の割合は急性期一般入院料等では25.5%、地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等では61.4%であった。

■急性期一般入院料等



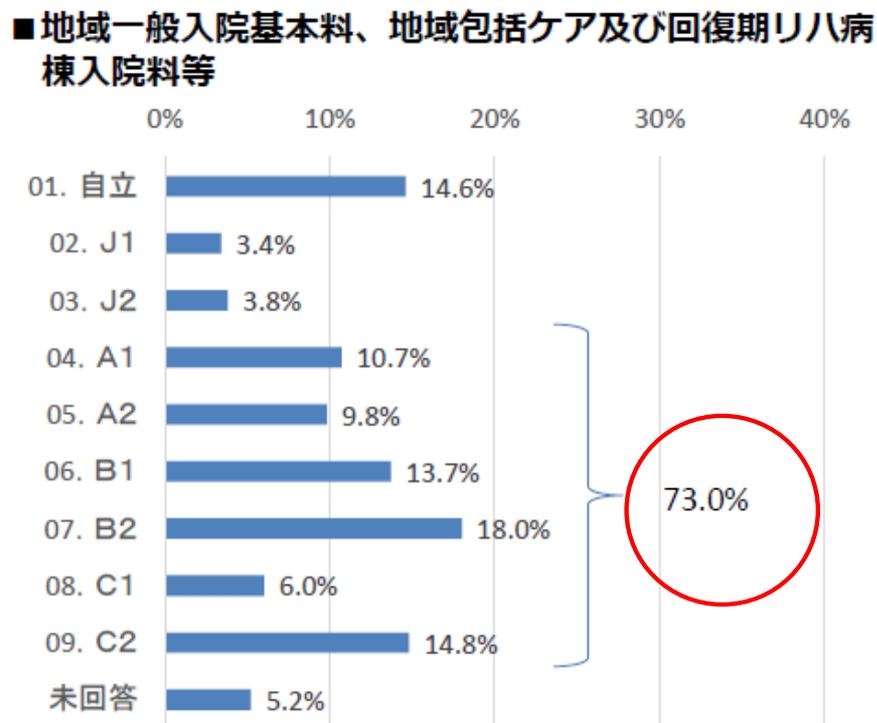
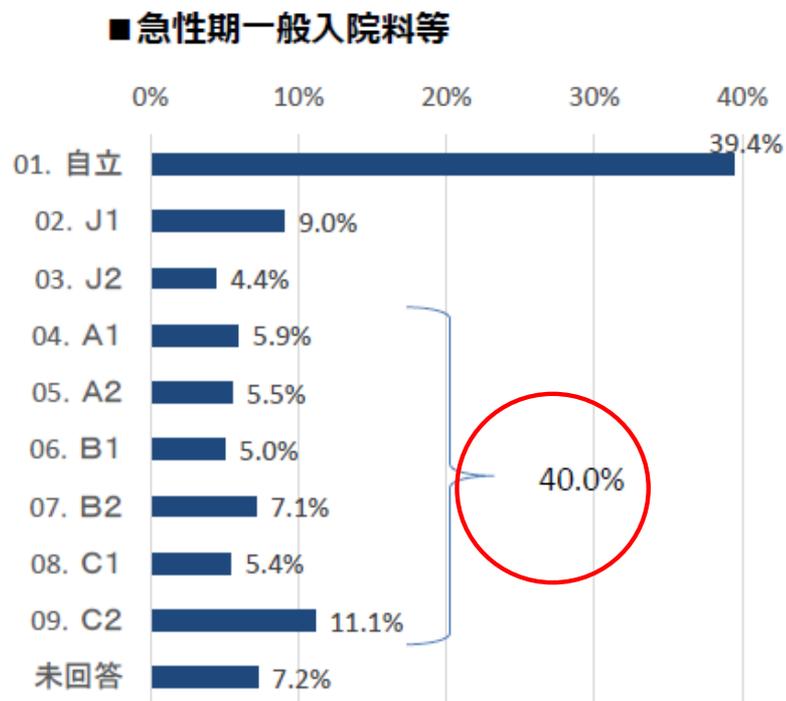
■地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等



ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
Ⅰ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
Ⅱ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
Ⅱ a	家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
Ⅱ b	家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
Ⅲ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
Ⅲ a	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかるやたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
Ⅲ b	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢ aに同じ
Ⅳ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが顕著に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

入院患者における障害高齢者の日常生活自立度

○ 入院患者に占める障害高齢者の日常生活自立度がA1以上の患者の割合は急性期一般入院料等では53.4%、地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等では80.2%であった。



障害高齢者の日常生活自立度

J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所なら外出する
A	屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
C	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうたない

介護施設・福祉施設からの入院患者

- DPCデータによると、令和3年度における介護施設・福祉施設からの入院患者は年間66万例ある。
- このうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が75%を占める。

介護施設・福祉施設からの令和3年4月から令和4年3月までの入院症例

入院料	症例数	各入院料に占める割合	平均年齢	救急車による搬送割合	救急入院割合	死亡割合	24時間死亡割合	平均在院日数
全入院料（入院料問わず）	661,008	100%	85.5	35.2%	52.2%	15.4%	3.1%	20.7
急性期一般入院基本料料1～7	492,744	75%	85.8	36.3%	56.4%	13.1%	2.6%	18.8
急性期一般入院基本料1（再掲）	291,957	44%	85.3	45.2%	65.1%	12.2%	2.9%	18.1
急性期一般入院基本料2～7（再掲）	200,787	30%	86.5	23.4%	43.8%	14.3%	2.3%	19.9
特定機能病院入院基本料（一般病棟）	7,332	1%	78.9	0.4	0.4	0.1	0.0	15.4
地域一般入院料1～3	27,840	4%	86.4	12.8%	24.5%	18.1%	1.5%	23.0
地域包括ケア病棟入院料1～4	48,313	7%	86.8	10.0%	12.2%	19.4%	1.0%	29.6
療養病棟入院基本料	12,052	2%	87.3	2.6%	7.9%	41.7%	2.2%	42.3

特定機能病院入院基本料（一般病棟）は7:1および10:1それぞれを含む。
 地域包括ケア病棟入院料は同入院料1～4及び医療管理料1～4を含む。
 療養病棟入院基本料は同入院料1～2及び特別入院基本料を含む。

介護施設・福祉施設からの入院患者

- 介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院料1～7を算定する病棟へ入院する患者の医療資源を最も投入した傷病名の上位50位は以下の通り。
- 誤嚥性肺炎が約14%、尿路感染症とうっ血性心不全がそれぞれ約5%を占める。

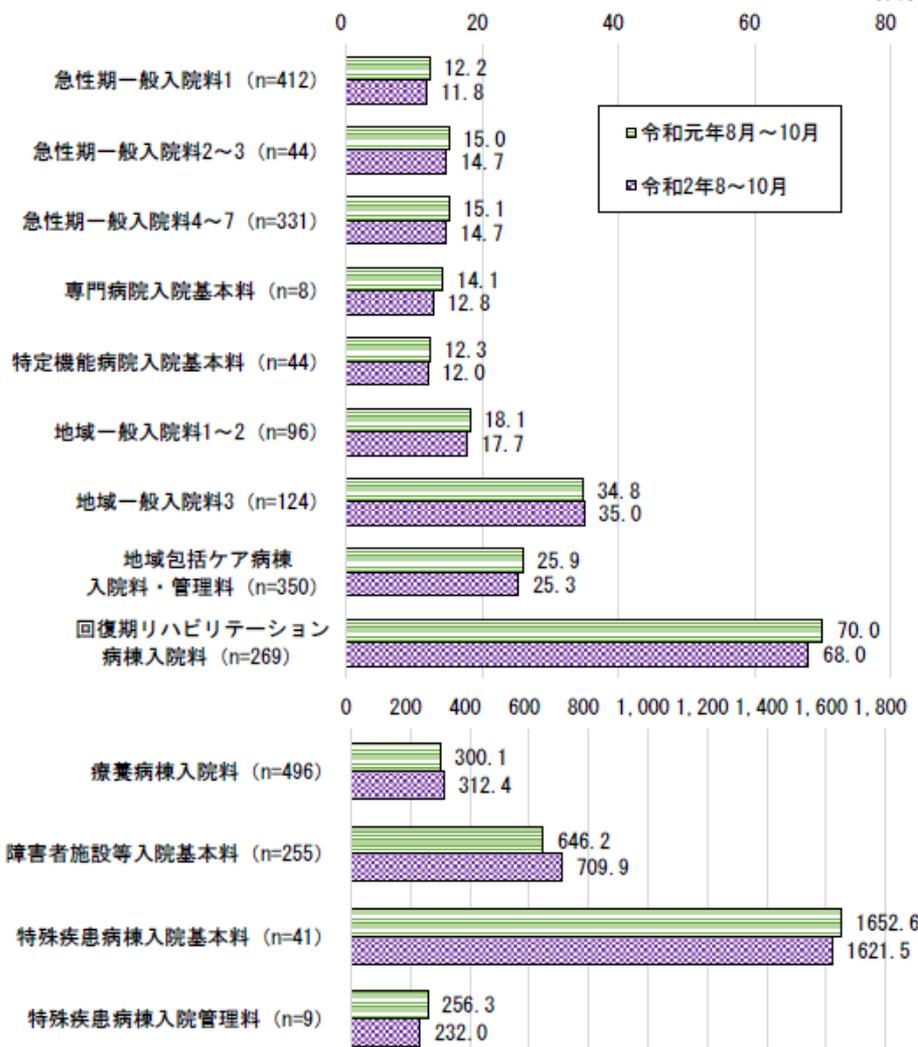
NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)	NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)
		全入院	492,744	100%	26	I469	心停止, 詳細不明	2,706	0.5%
1	J690	食物及び吐物による肺臓炎	70,192	14.2%	27	I639	脳梗塞, 詳細不明	2,599	0.5%
2	N390	尿路感染症, 部位不明	25,010	5.1%	28	S0650	外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	2,486	0.5%
3	I500	うっ血性心不全	22,448	4.6%	29	K573	穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	2,447	0.5%
4	J189	肺炎, 詳細不明	22,363	4.5%	30	K562	軸捻(転)	2,379	0.5%
5	S7210	転子貫通骨折 閉鎖性	19,054	3.9%	31	K922	胃腸出血, 詳細不明	2,157	0.4%
6	S7200	大腿骨頸部骨折 閉鎖性	17,052	3.5%	32	K565	閉塞を伴う腸癒着 [索条物]	2,150	0.4%
7	N10	急性尿細管間質性腎炎	13,606	2.8%	33	N12	尿細管間質性腎炎, 急性又は慢性と明示されないもの	2,129	0.4%
8	U071	2019年新型コロナウイルス急性呼吸器疾患	12,850	2.6%	34	I610	(大脳)半球の脳内出血, 皮質下	2,078	0.4%
9	E86	体液量減少(症)	10,588	2.1%	35	J90	胸水, 他に分類されないもの	1,890	0.4%
10	J159	細菌性肺炎, 詳細不明	7,490	1.5%	36	G20	パーキンソン<Parkinson>病	1,844	0.4%
11	I509	心不全, 詳細不明	7,162	1.5%	37	A099	詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎	1,752	0.4%
12	K803	胆管炎を伴う胆管結石	5,602	1.1%	38	K567	イレウス, 詳細不明	1,720	0.3%
13	I633	脳動脈の血栓症による脳梗塞	5,420	1.1%	39	K550	腸の急性血行障害	1,684	0.3%
14	L031	(四)肢のその他の部位の蜂巣炎<蜂窩織炎>	4,553	0.9%	40	E871	低浸透圧及び低ナトリウム血症	1,667	0.3%
15	J180	気管支肺炎, 詳細不明	4,100	0.8%	41	A415	その他のグラム陰性菌による敗血症	1,571	0.3%
16	K830	胆管炎	4,043	0.8%	42	K800	急性胆のう<嚢>炎を伴う胆のう<嚢>結石	1,470	0.3%
17	A419	敗血症, 詳細不明	4,034	0.8%	43	M6259	筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	1,458	0.3%
18	I634	脳動脈の血栓症による脳梗塞	3,845	0.8%	44	D65	播種性血管内凝固症候群 [脱線維素症候群]	1,415	0.3%
19	G408	その他のてんかん	3,814	0.8%	45	A499	細菌感染症, 詳細不明	1,398	0.3%
20	K810	急性胆のう<嚢>炎	3,625	0.7%	46	D649	貧血, 詳細不明	1,380	0.3%
21	S3200	腰椎骨折 閉鎖性	2,972	0.6%	47	N201	尿管結石	1,364	0.3%
22	I693	脳梗塞の続発・後遺症	2,854	0.6%	48	N209	尿路結石, 詳細不明	1,340	0.3%
23	N185	慢性腎臓病, ステージ5	2,839	0.6%	49	N178	その他の急性腎不全	1,339	0.3%
24	K805	胆管炎及び胆のう<嚢>炎を伴わない胆管結石	2,784	0.6%	50	S2200	胸椎骨折 閉鎖性	1,293	0.3%
25	I638	その他の脳梗塞	2,758	0.6%					

出典: DPCデータ(令和3年4月から令和4年3月までの入院症例)

入院料ごとの平均在院日数・病床利用率

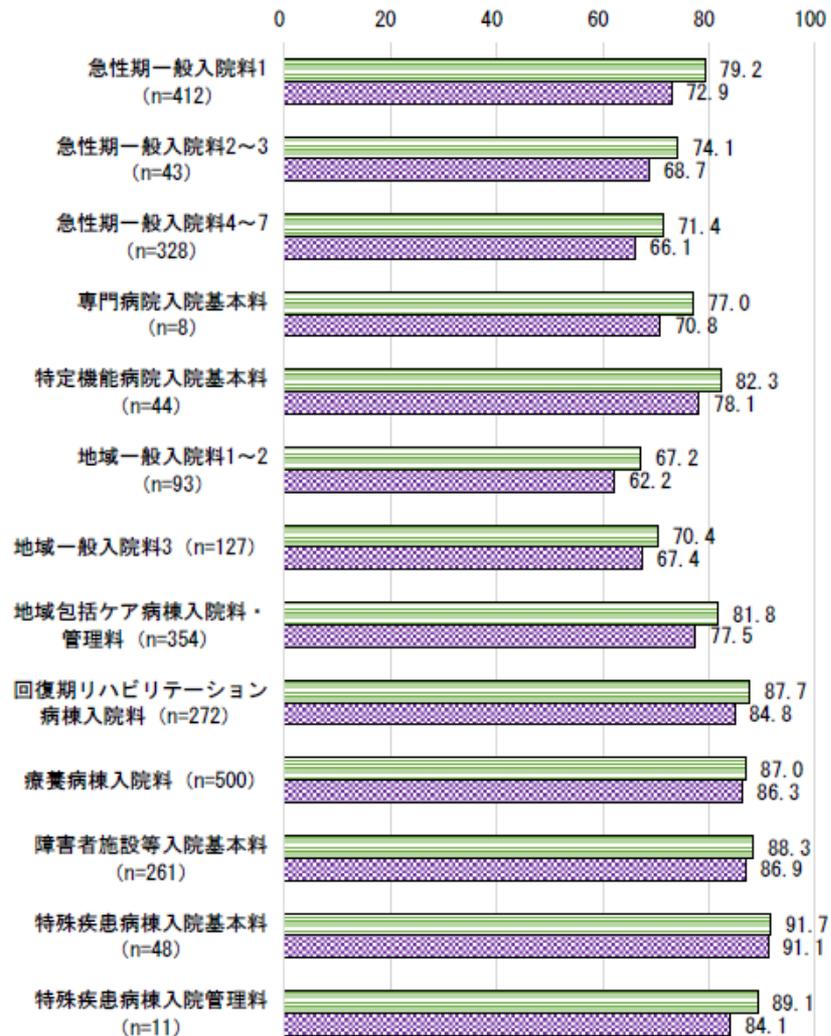
平均在院日数

(日)



病床利用率

(%)



出典：令和2年度入院医療等の調査（施設票）

高齢者の多疾患併存について

- 高齢者は複数の疾患を有しており、入院の契機となった疾患以外にも配慮が必要となる。

東京都の75歳以上の後期高齢者約131万1,116人分のレセプト情報の分析結果

- 東京都の後期高齢者の約8割が2疾患以上の慢性疾患を併存。
- 3疾患以上の疾患を併存した割合が約6割。
- 頻度の高い3疾患の組み合わせは、男性は以下の通り。
 - ・高血圧・潰瘍性疾患・虚血性心疾患(12.4%)
 - ・高血圧・脂質異常症・潰瘍性疾患(11.0%)
 - ・高血圧・脂質異常症・虚血性心疾患(10.8%)。
- 女性では以下の通り。
 - ・高血圧症・脂質異常症・潰瘍性疾患(12.8%)
 - ・高血圧・潰瘍性疾患・脊椎／関節疾患(11.2%)
 - ・高血圧・脂質異常症・変形性関節症／脊椎障害(10.7%)。
- 多疾患を有する高齢者の特徴は、男性、85～89歳、医療費が1割負担、在宅医療を受けている、外来受診施設数が多い、入院回数が多い、であった。

急性期病棟で 悪化する高齢者のADL

急性期病棟における
リハビリの必要性

安静臥床の弊害について

○ 安静臥床は、筋力低下をはじめとして、全身へ悪影響をもたらす。

安静臥床が及ぼす 全身への影響

1. 筋骨格系

- 1) 筋量減少、筋力低下
- 2) 骨密度減少
- 3) 関節拘縮

2. 循環器系

- 1) 循環血液量の低下
- 2) 最大酸素摂取量低下
- 3) 静脈血栓

3. 呼吸器系

- 1) 肺活量低下
- 2) 咳嗽力低下

4. 消化器系

- 1) 便秘等

5. 泌尿器系

- 1) 尿路結石等

6. 精神神経系

- 1) せん妄等

○ ギプス固定で1日で1-4%、3～5週間で約50%の筋力低下が生じる。

出典: Müller EA. Arch Phys Med Rehabil 1970; 51: 339-462

○ 疾病保有者では10日間の安静で17.7%の筋肉量減少を認める。

出典: Puthuchery ZA, et al. JAMA 2013; 310(15):1591-600.

○ 3週間の安静臥床により骨盤の骨密度は7.3%低下する。

出典: 長町顕弘他. 中部日本整形外科災害外科学会雑誌2004; 47: 105-106.

○ 長期臥床により、呼吸機能の低下が生じ、肺炎に罹患しやすく、治りにくい悪循環に陥る。

出典: 佐々木信幸. Jpn J Rehabil Med 2022; 59(8): 817-824.

○ 高齢者に対する入院中の安静臥床や低活動は、ADLの低下や、新規施設入所に関連する。

出典: Brown CJ, et al. J Am Geriatr Soc. 2004 Aug;52(8):1263-70.

出典: 佐藤和香 Jpn J Rehabil
Med.2019; 56:842-847.

入院関連機能障害について

- 入院による安静臥床を原因とする歩行障害、下肢・体幹の筋力低下などの機能障害(特に運動障害)は、入院関連機能障害と呼称され、全入院患者の30-40%に発生すると報告されている¹。
- 入院関連機能障害のリスクとしては以下が報告されている。

入院関連機能障害のリスク因子²⁻⁵

- 高齢であること(特に85歳以上)
- 入院前のADL低下
- 認知機能低下
- 歩行機能障害
- 栄養状態不良(低アルブミン血症)
- 悪性腫瘍の既往
- 脳卒中の既往 等

1. Ettinger WH. Can hospitalization-associated disability be prevented? JAMA. 2011;306:1800-1.
2. Sager MA, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, Morgan TM, Rudberg MA, et al. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. Arch Intern Med. 1996;156:645-52.
3. Mehta KM, Pierluissi E, Boscardin WJ, Kirby KA, Walter LC, Chren M-M, et al. A clinical index to stratify hospitalized older adults according to risk for new-onset disability. J Am Geriatr Soc. 2011;59:1206-16.
4. Mahoney JE, Sager MA, Jalaluddin M. Use of an ambulation assistive device predicts functional decline associated with hospitalization. J Gerontol Med Sci. 1999;54A:M83-8.
5. Lindenberger EC, Landefeld CS, Sands LP, Counsell SR, Fortinsky RH, Palmer RM, et al. Ung. teadiness reported by older hospitalized patients predicts functional decline. J Am Geriatr Soc. 2003;51:621-6.

在宅要介護高齢者の要介護度悪化の要因

○ 一般病院への入院が、在宅要介護高齢者の要介護度を悪化させる要因となることが報告されている。

在宅要介護高齢者の要介護度悪化に関連する要因の分析結果(要介護1)

一自治体の2014年6月から2020年3月までの医科(国民健康保険、後期高齢者医療制度)及び介護レセプトから2014年6月に要介護認定を受けて、要支援1以上と判定された65歳以上の高齢者を抽出した。このうち、2014年6月に入院・入所していない在宅の高齢者を分析対象として、以後月単位で医療・介護サービスの利用状況及び主たる傷病の有病の状況を医科及び介護レセプトから把握し、月単位のパネルデータを作成し、要介護度の悪化に関連する要因を分析。

年齢と一般病院への入院が要介護度悪化の重要な要因

要介護度悪化に関連する要因のパネルデータ分析の結果(要介護1: 8,564名)

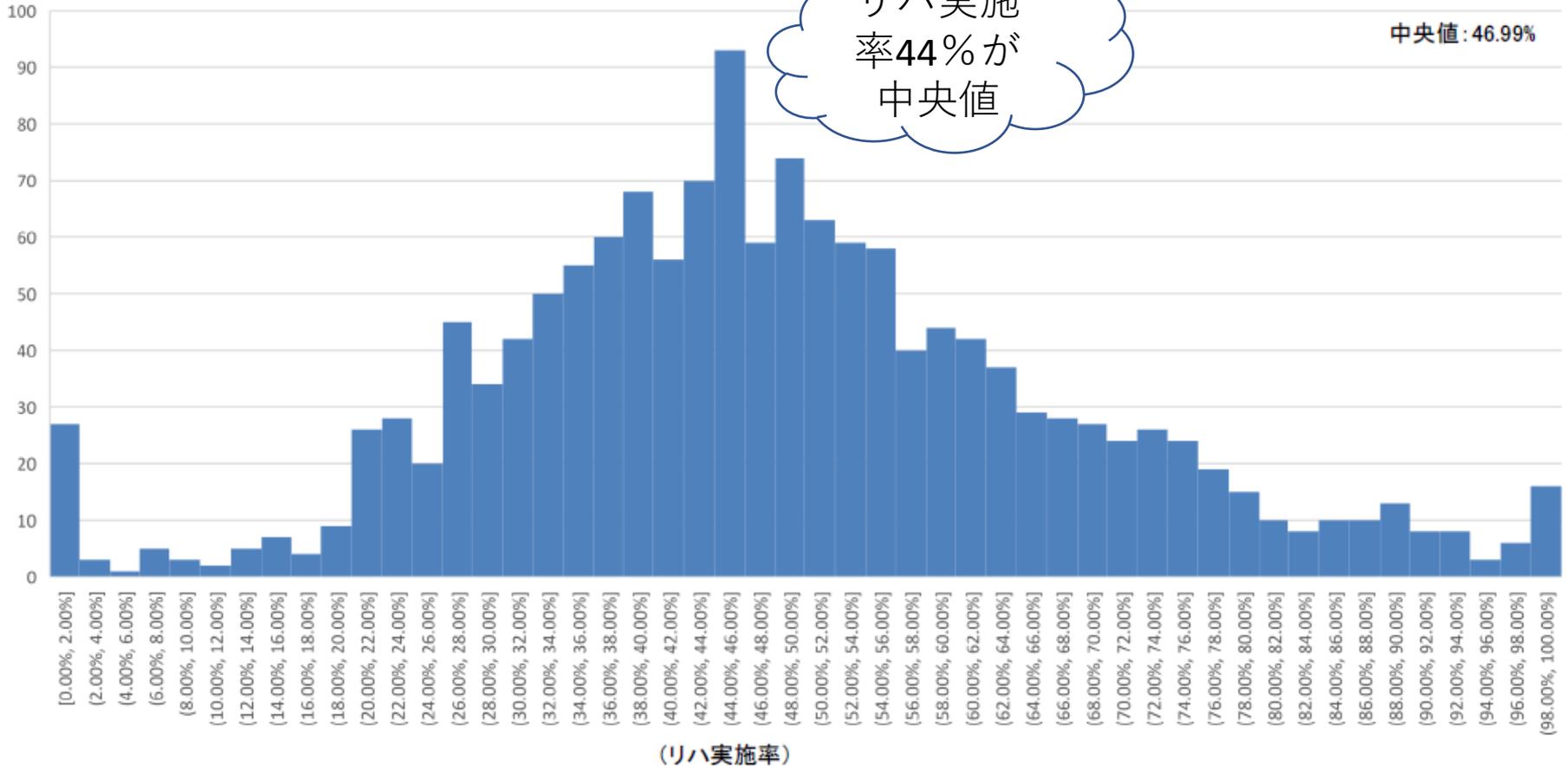
説明変数	オッズ比 (OR)	ORの95%信頼区間		p値
		下限	上限	
年齢階級 75-84歳(対照:65-74歳)	7.94	5.48	11.51	<0.001
年齢階級 85歳以上(対照:65-74歳)	76.50	50.61	115.63	<0.001
糖尿病	0.90	0.83	0.97	0.008
高血圧	0.84	0.76	0.91	<0.001
気分障害	1.02	0.89	1.17	0.767
皮膚疾患	1.29	1.20	1.38	<0.001
関節障害	0.81	0.73	0.89	<0.001
骨折	1.77	1.61	1.94	<0.001
腎不全	1.45	1.26	1.67	<0.001
心不全	1.24	1.13	1.35	<0.001
肺炎	1.50	1.35	1.67	<0.001
悪性腫瘍	0.97	0.89	1.06	0.489
認知症	1.82	1.65	2.00	<0.001
脳血管障害	1.04	0.95	1.14	0.407
尿路感染症	1.21	1.07	1.36	0.002
貧血	1.36	1.24	1.49	<0.001
一般病院入院(※)	2.72	2.48	2.99	<0.001
外来受診	0.81	0.74	0.90	<0.001

(※)看護配置基準10:1以上で、地域包括ケア病棟入院料・管理料を算定していない病棟への入院

急性期一般入院料 1 におけるリハ実施率

○ 急性期一般入院料 1 における、65歳以上の入院患者に対するリハ実施率の分布は以下の通り。

(医療機関数)



抽出条件: 令和4年4月1日~6月30日に入院・令和4年9月30日までに退院し、入院期間が4日以上的一般病棟入院基本料1のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。リハ実施例は入院中に疾患別リハビリテーションを1回以上実施した入院症例とした。

医療機関の常勤職員・非常勤職員の合計数について

- 一施設100床あたりの職員数の配置状況は以下の通り。
- 急性期一般における病床あたりのリハ専門職は、回復期リハ病棟・地域包括ケア病棟より少ない。

100床あたりの常勤職員・非常勤職員の合計数(常勤換算、平均)(令和3年6月1日時点)

	急性期一般入院料1	急性期一般入院料2～3	急性期一般入院料4～7	回復期リハ病棟 又は地ケア病棟
①医師	28.1	16.7	13.4	11.3
②歯科医師	0.5	0.4	0.2	0.1
③看護師	102.9	69.7	62.0	57.5
④准看護師	1.5	4.3	7.2	6.3
⑤看護補助者	9.4	9.0	13.8	16.3
(うち) 介護福祉士	1.2	1.5	2.9	5.5
⑥薬剤師	6.0	4.3	3.7	3.3
⑦管理栄養士	1.9	1.9	2.0	2.0
⑧理学療法士	5.8	6.3	9.0	14.0
⑨作業療法士	2.5	3.2	3.6	7.1
⑩言語聴覚士	1.3	1.4	1.4	2.7
⑪公認心理師	0.3	0.2	0.2	0.1
⑫診療放射線技師	5.8	4.8	4.2	3.5
⑬臨床検査技師	7.6	5.4	4.7	3.9
⑭臨床工学技士	3.3	2.6	2.2	1.5
⑮歯科衛生士	0.6	0.6	0.4	0.4
⑯相談員	1.7	1.8	1.8	2.5
(うち) 社会福祉士	1.4	1.5	1.4	2.1
(うち) 精神保健福祉士	0.2	0.2	0.2	0.1
⑰医師事務作業補助者	5.4	3.4	3.1	2.2
⑱事務職員	19.7	16.8	19.5	16.8
⑲その他の職員	6.8	5.3	8.8	7.3

※ 各入院基本料等を届出ている医療機関

後期高齢者入院 パンデミックへの対応



意見交換会での委員の意見

- 現在の急性期病院は比較的若年層の重症患者仕様となっていて、高齢患者向けの介護・リハビリ体制になってはいない。
- 意見交換会では、こうした状況に対応するために、以下の2つのプランが出された。
- プランA
 - 急性期病棟においても十分な介護・リハビリを行う
- プランB
 - 高齢の急性期患者では、疾患の状態にもよるが介護・リハビリ体制が整った病棟、たとえば地域包括ケア病棟などへの転棟、入院を促す

プランAとプランB

• プランA

- 急性期病棟にリハビリ専門職や介護福祉士を多く配置する
- 急性期病床へのADL維持向上対策加算のようにリハビリスタッフを配置する。
- 日本慢性期医療協会では、かねてより「寝たきり防止のため、急性期病棟にもリハビリテーションの視点から介護を行える介護福祉士を配置すべき」と言っている
- 意見交換会では、「介護人材が不足する中では、急性期病棟への介護福祉士配置は現実的ではない」との声も出ている。

プランAとプランB

• プランB

- すでにリハビリ職が手厚く配置されている「地域包括ケア病棟を始めとして、介護職も豊富な医療療養病床、介護医療院、老健の医療ショートなどで高齢者の受け入れを強力に促していく」ことの方が現実的だ。
- このためには急性期一般病棟での治療期間をより短縮し、早期に地域包括ケア病棟等への転院・転床を促すこと、また地域の高齢者の軽症、中等症の救急患者を直接、地域包括ケア病棟等に入院させることを促すという方策が考えられる
- 実際に2022年診療報酬改定では、地域包括ケア病棟へ的高齢者救急の直接受け入れを促す方向で改定がなされた。
- この趣旨にそって地域包括ケア病棟と共に療養病床、介護医療院や老健の医療ショートでも、高齢者の軽症、中等症の患者の受け入れを強力に推し進めてはどうか？
- 次回同時改定では急性期病床における後期高齢者の入院パンデミックをいかに食い止めるかが大きな課題だ。

地域包括ケア病棟による
高齢者救急の受け入れ

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



急性期

亜急性期病床の役割

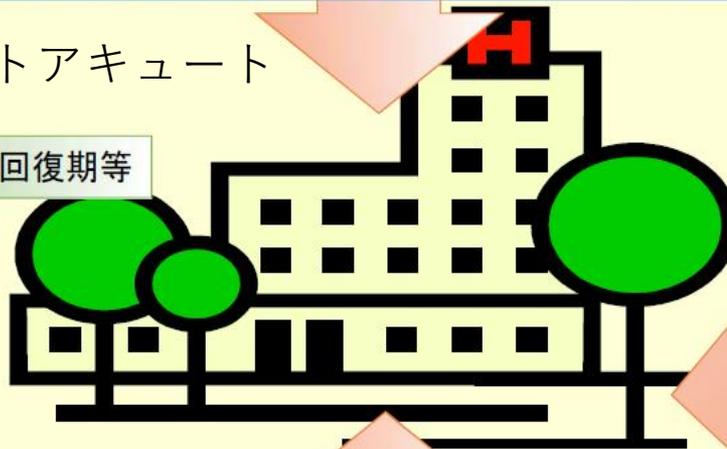
①急性期からの受け入れ

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

ポストアキュート

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

サブアキュート

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

長期療養
介護等

介護施設等



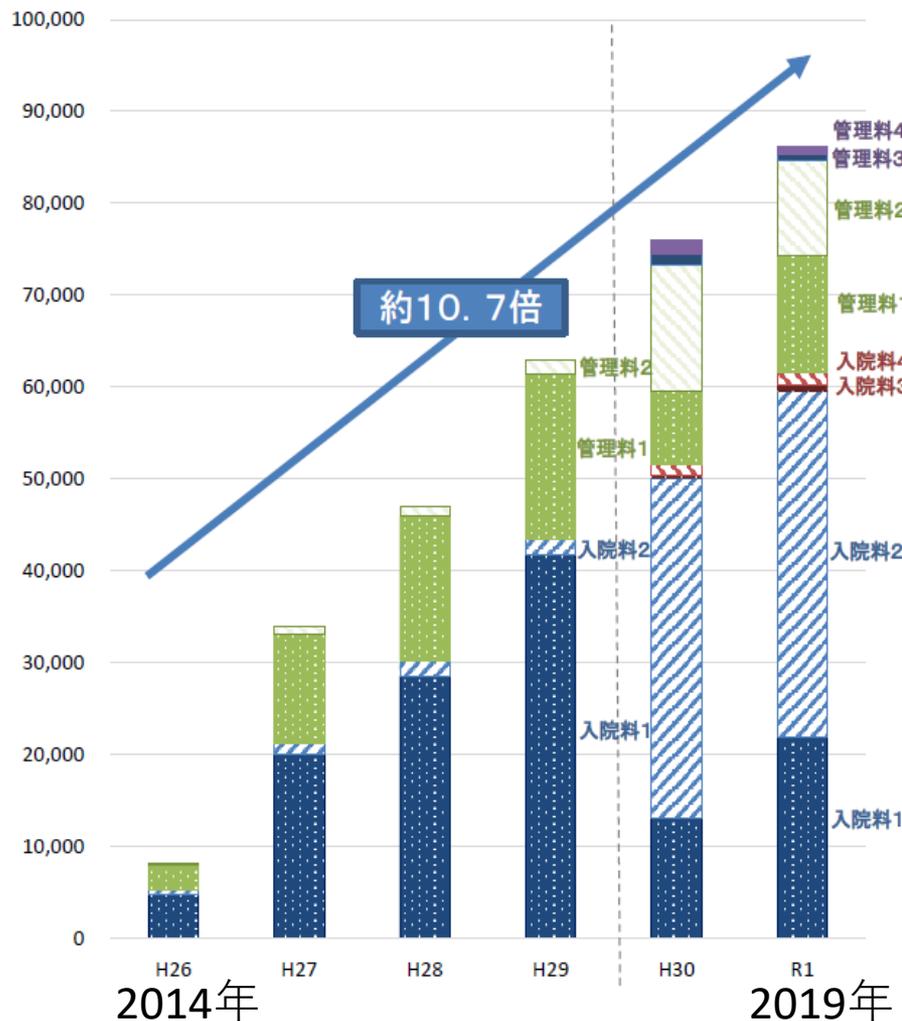
自宅・在宅医療



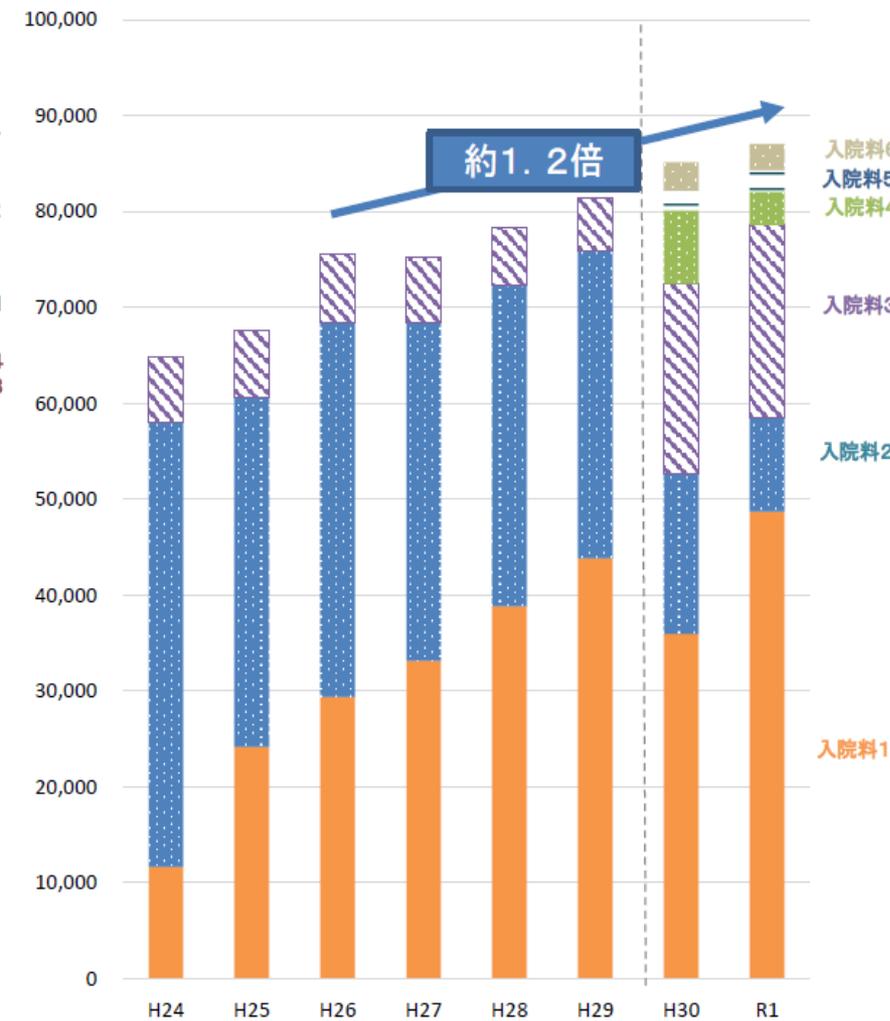
入院料別の届出病床数の推移

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数はいずれも増加傾向であった。特に、地域包括ケア病棟入院料・管理料は、平成26年の新設後、増加が顕著であった。

(病床数) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



(病床数) 回復期リハビリテーション病棟入院料



地域包括ケア病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】

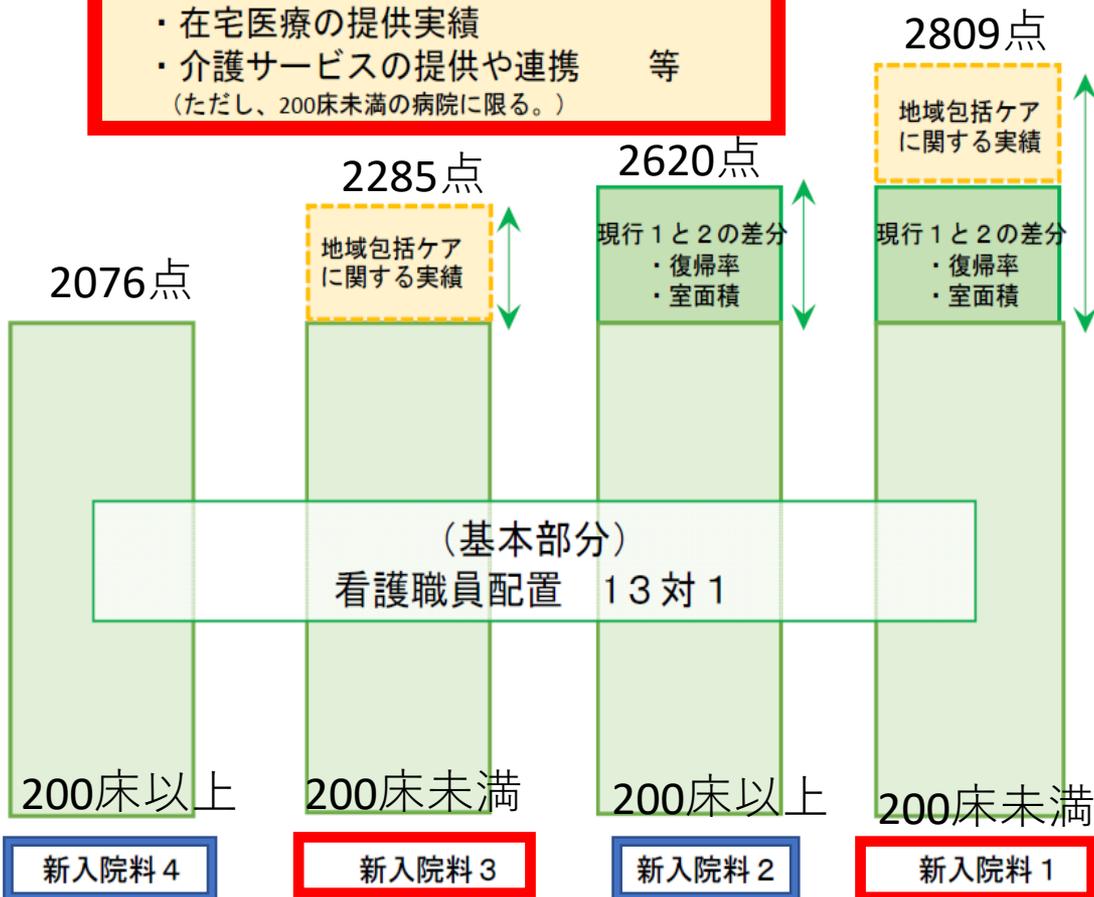


再編

【平成30年度改定の見直し（案）】

【地域包括ケアに関する実績部分】

- ・ 自宅等から緊急入院の受入実績
 - ・ 在宅医療の提供実績
 - ・ 介護サービスの提供や連携 等
- (ただし、200床未満の病院に限る。)



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

(新) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

2022年診療報酬改定

地域包括ケア病棟の見直し

◎地域包括ケア1・3における「自宅等から入院した患者割合要件」を15%から20%へ、「緊急入院の受け入れ実績(3か月)」を6人から9人に見直す

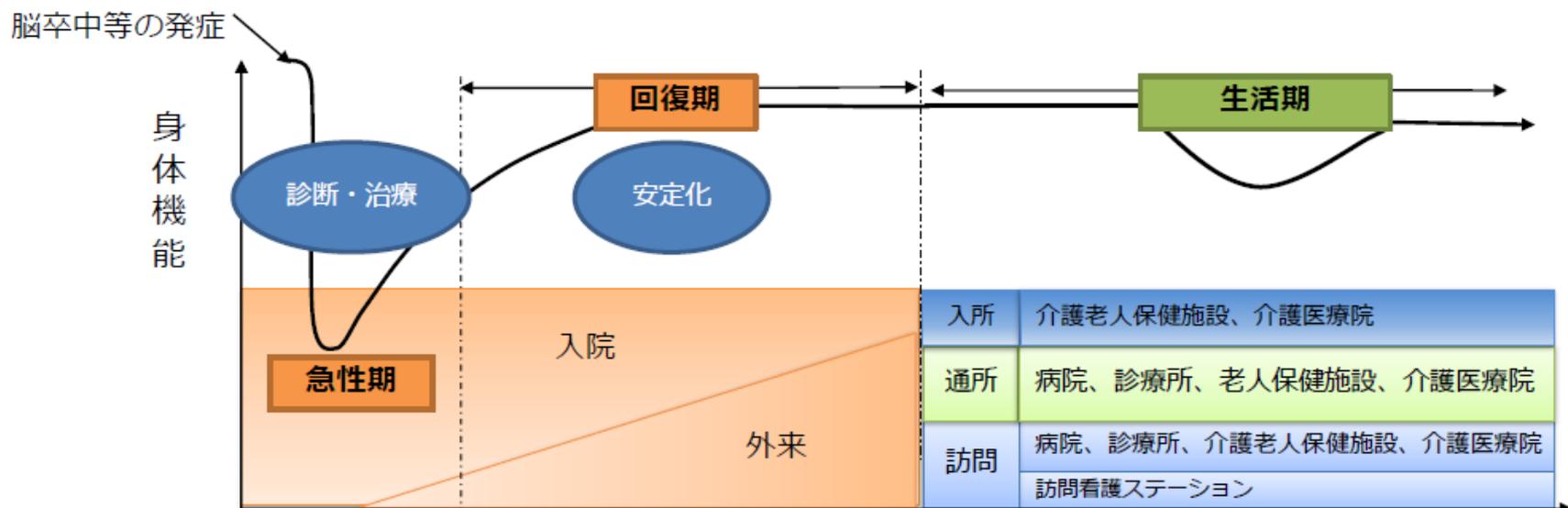
◎地域包括ケア2、4において、「自宅等から入院した患者割合20%以上など選択要件を新設、クリアできない場合は入院料の10%減算を行う



リハビリ連携



リハビリテーションの役割分担（イメージ）



役割分担	主に医療保険		主に介護保険
	急性期	回復期	生活期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
活動・参加	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	維持・向上	維持・向上	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

理学療法士の配置における効果

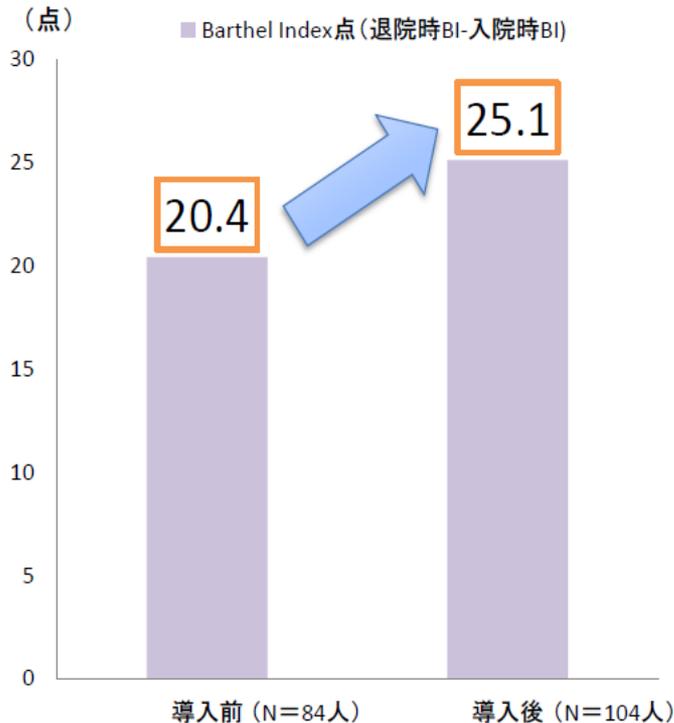
中医協 総-1

25.12.4

対象 : 広島大学病院実績
期間 : (病棟配置導入前)07年10月~08年3月 (病棟配置導入後)08年10月~09年3月
病棟 : 脳神経内科・脳神経外科病棟
人員配置 : 理学療法士2名を専属
専属理学療法士の業務 : 病棟内でのリハビリテーション・脳神経内科・脳神経外科それぞれの症状検討カンファレンス(1/週、60~120分)
・病棟カンファレンス(1/週、30分)に毎週参加・カンファレンスでは患者のリハビリ状況をビデオ撮影し、平均3例の経過報告を5分程度毎週行う。
・看護師を対象とした勉強会を開催

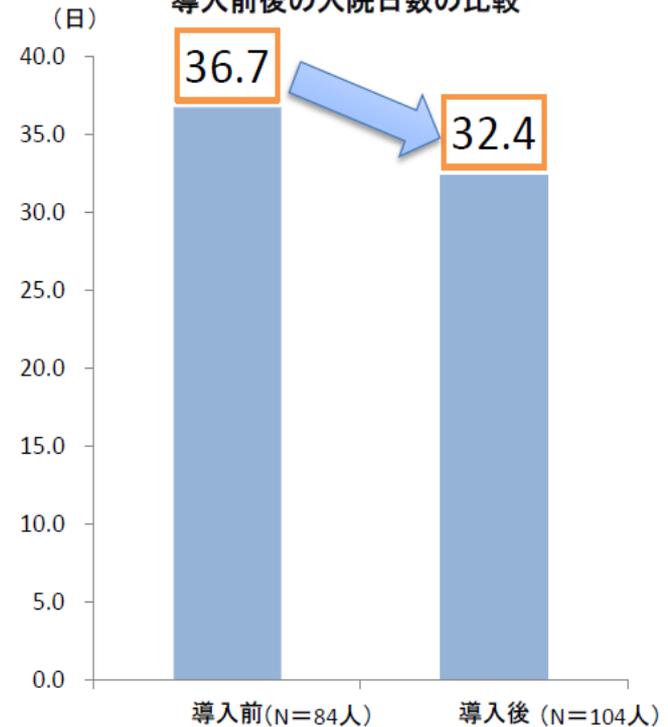
ADLの早期回復

入院患者のADL回復程度(Barthel Index:BI※)の比較
(理学療法士の病棟配置導入前後の比較)



入院日数の短縮

理学療法士の病棟配属体制の導入前後の入院日数の比較



※BI: 基本的生活動作に対する評価(食事・移動・整容等10項目)

出典: 平田, 他 国立大学法人リハビリテーションコ・メディカル学術大会誌 31, 20-22, 2010 - 日本理学療法士協会提供資料-

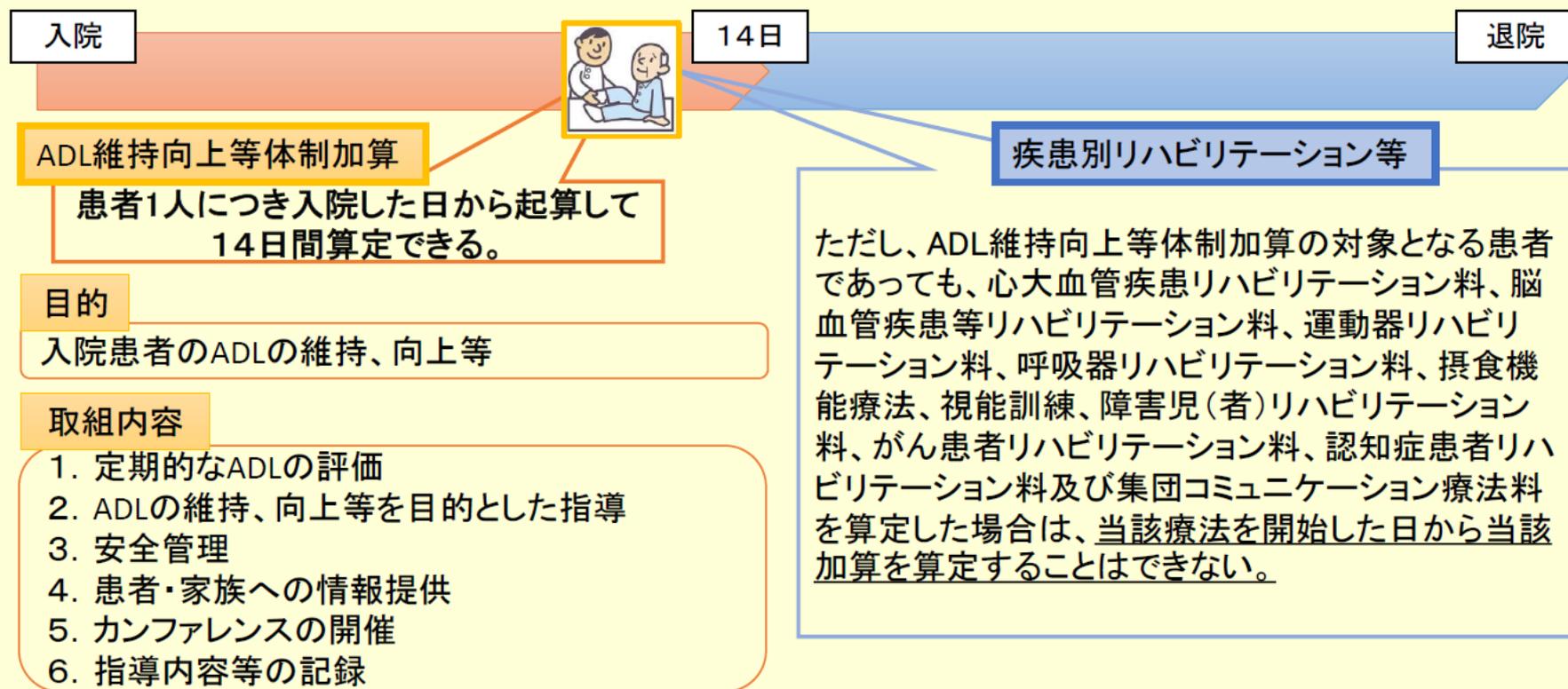
・理学療法士の病棟配置により、入院患者のADLの回復促進、入院日数の短縮につながった。

急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置に対する評価

入院患者のADLの維持、向上等に対する評価

- 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)または専門病院入院基本料の7対1病棟、10対1病棟について、リハビリテーション専門職を配置した場合の評価を行う。

(新) ADL維持向上等体制加算 25点 (患者1人1日につき)



維持期・生活期のリハビリテーションへの対応①

維持期・生活期リハビリテーションに係る見直し

- 要介護・要支援被保険者に対する維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料について、経過措置を1年間に限り延長。(平成31年4月以降、要介護・要支援被保険者等に対する疾患別リハビリテーション料の算定を認めない取扱いとする)

医療・介護間でのリハビリテーションに係る情報共有の推進

- 新しく設けた共通様式を使用して、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の評価を新設
- 介護保険の「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業(VISIT)」で活用可能な電子媒体で、計画書を提供した場合の加算を設ける。

(新) リハビリテーション計画提供料1 275点

(新) 電子化連携加算 5点

[リハビリテーション計画提供料1の算定要件]

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料等を算定する患者であって、介護保険のリハビリテーションの利用を予定している者について、介護保険のリハビリテーション事業所に指定の様式を用いてリハビリテーションの計画書を提供していること

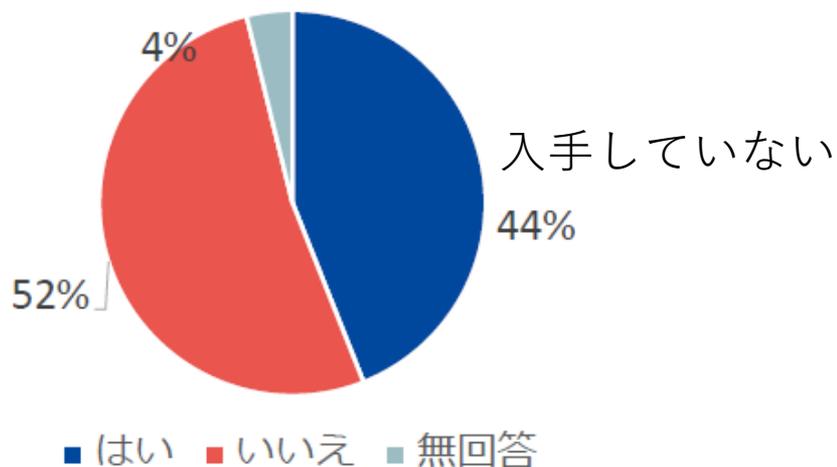
診療報酬改定と介護報酬改定の共通の対応

- 医療保険と介護保険のリハビリテーションの連携や業務の効率化を推進するため、双方で使用可能な計画書の共通様式を設ける。
- 指定通所リハビリテーション事業所が、医療機関から指定の様式をもって情報提供を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について確認し、指定通所リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として通所リハビリテーション費の算定を開始可能とする。
- 介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを、医療保険の疾患別リハビリテーションを担う地域の医療機関において、一貫して提供することができるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和する。
- 医療保険のリハビリテーションを提供している医療機関が、新たに介護保険のリハビリテーションの提供を開始する場合に、医療保険と介護保険のリハビリテーションを同一のスペースにおいて行う場合の人員等の共用に関する要件を見直し、適宜緩和する。

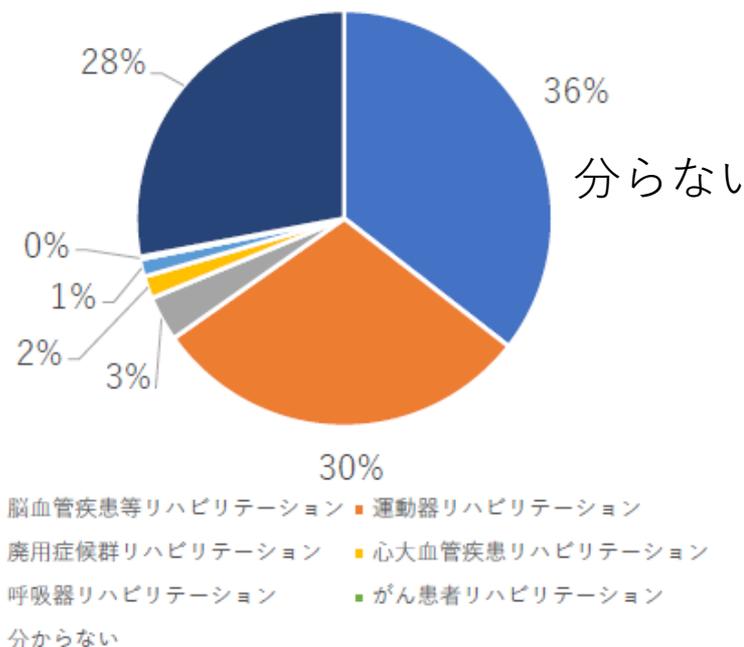
疾患別リハビリテーションと介護保険リハビリテーションの情報連携

- 介護保険のリハビリテーション実施者が疾患別リハビリテーションのリハビリテーション実施計画書を入手していたのは44%の利用者に留まっていた。同一法人または関連医療機関からの紹介以外のケースでは入手していたのは26.8%であった。
- 28%の事例においては介護保険のリハビリ提供者が移行前の疾患別リハビリテーションの分類を把握していなかった。

介護保険のリハビリテーション実施者が
疾患別リハビリテーションの
リハビリテーション実施計画書を入手していたか



介護保険のリハビリテーション事業者が把握している
移行前の疾患別リハビリテーションの分類

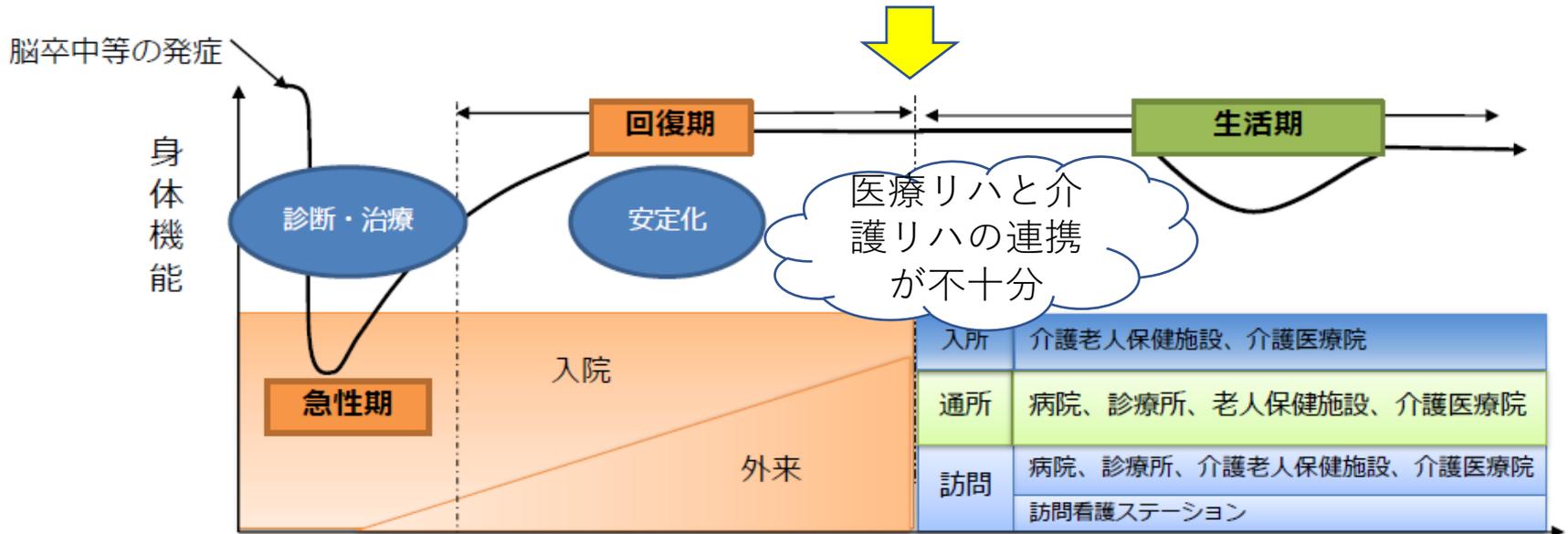


医療機関からリハビリテーション
実施計画書を入手したか

		医療機関からリハビリテーション 実施計画書を入手したか		p-value*
		はい	いいえ	
同一医療法人 または関連医療機関 からの紹介	はい	215 54.3%	181 45.7%	<0.001
	いいえ	48 26.8%	131 73.2%	

※ 厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）「要介護者に対する疾患別リハビリテーションから維持期・生活期リハビリテーションへの一貫したリハビリテーション手法の確立研究」（研究代表者：三上幸夫、令和2～4年度）によるアンケート調査結果

リハビリテーションの役割分担（イメージ）



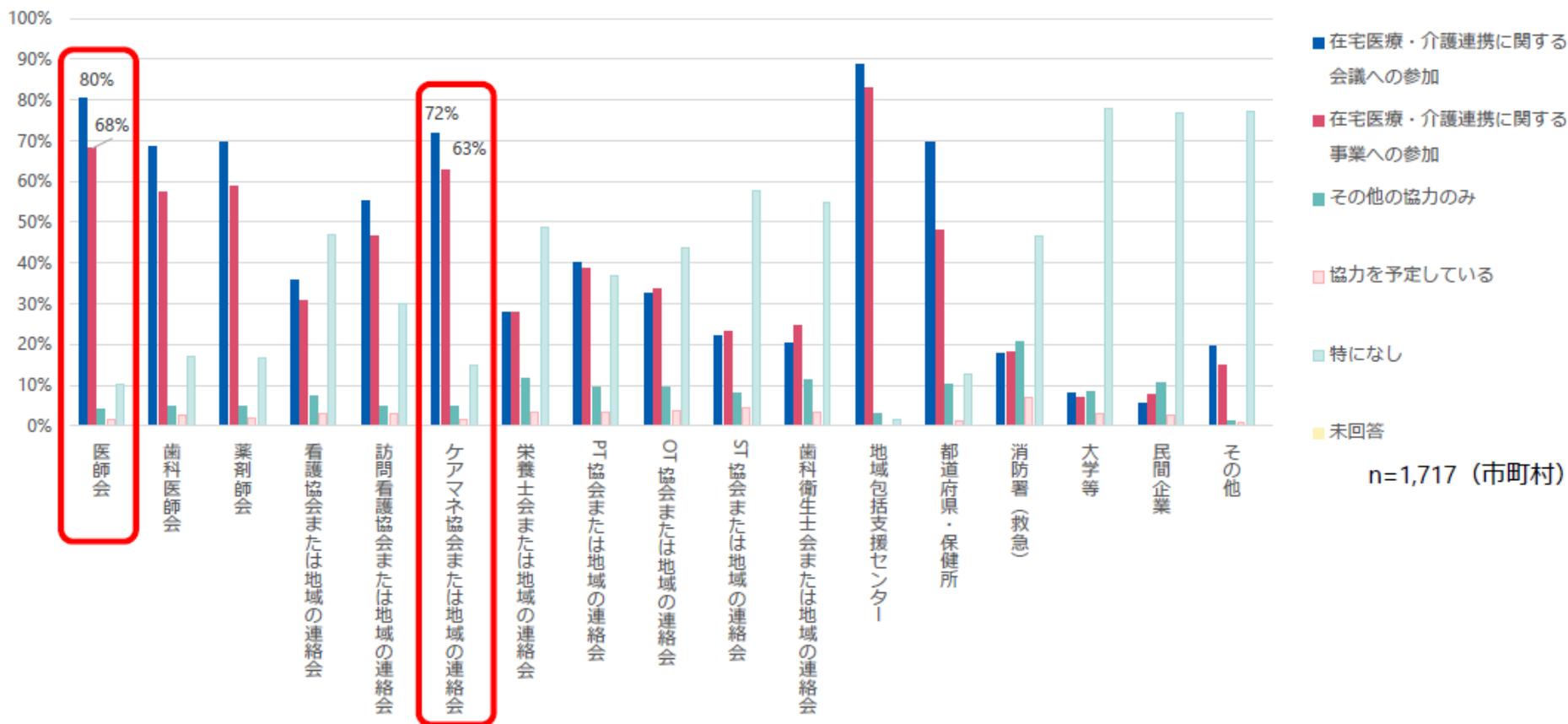
役割分担	主に医療保険		主に介護保険
	急性期	回復期	生活期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
活動・参加	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	維持・向上	維持・向上	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

パート4 主治医とケアマネの連携



在宅医療・介護連携に関する市町村単位での関係団体との協力状況

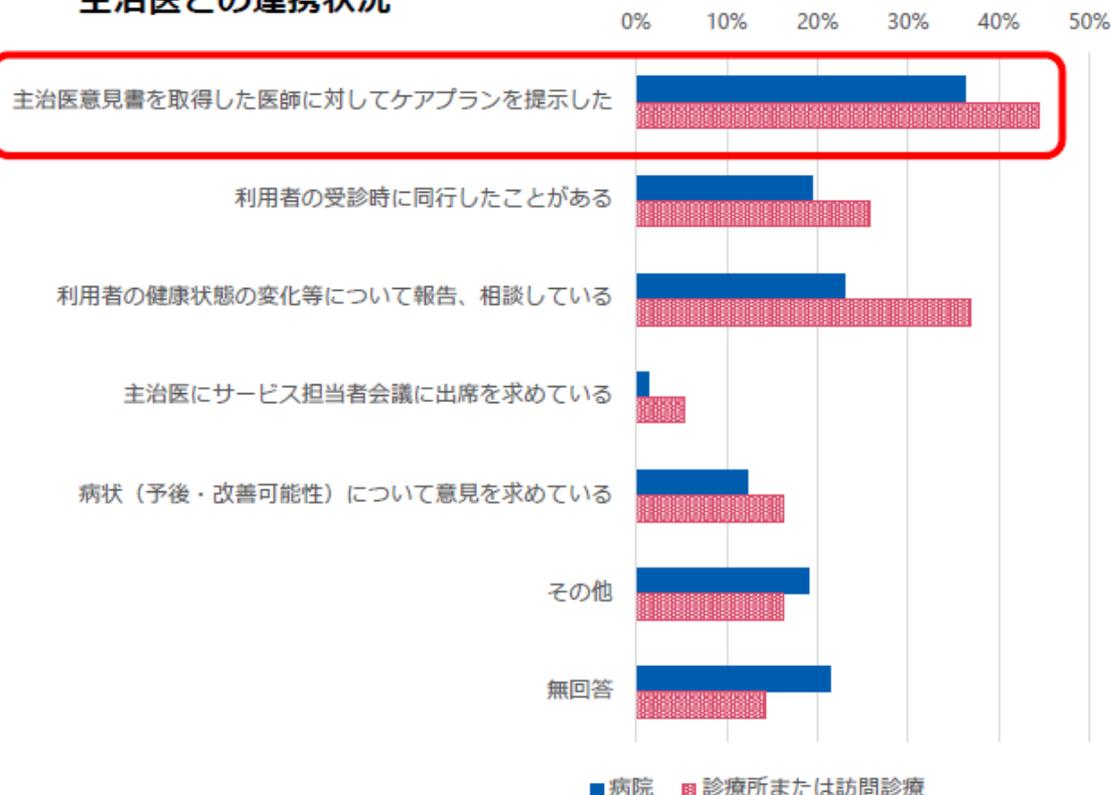
○ 各市町村が行う在宅医療・介護連携に関する会議や事業へは、地域包括支援センターに次いで、医師会とケアマネ協会が協力しており、団体単位での連携は一定程度行われてきている。



主治医と介護支援専門員との連携状況① (H30)

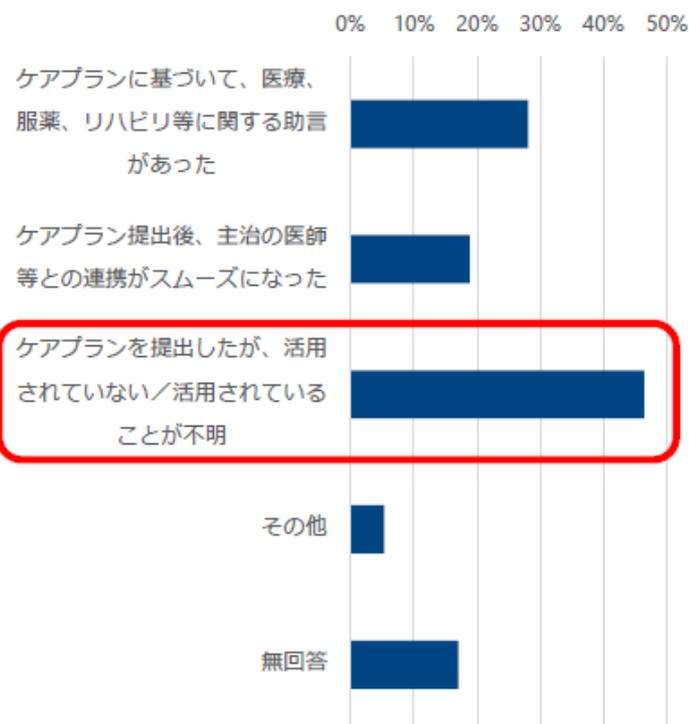
- 介護支援専門員は、約4割の利用者について、主治医意見書を取得した医師に対しケアプランを提示している。
- 一方、4割超の介護支援専門員は、主治医等にケアプランを提出しても、活用されていない／活用されていることが不明と感している。

■入院・退院・看取りのいずれにも該当しない利用者における主治医との連携状況



n=2,381 (利用者調査票) (複数回答可)
※居宅介護支援事業所のみ

■主治医等に意見を求めた後に提出したケアプランによる連携



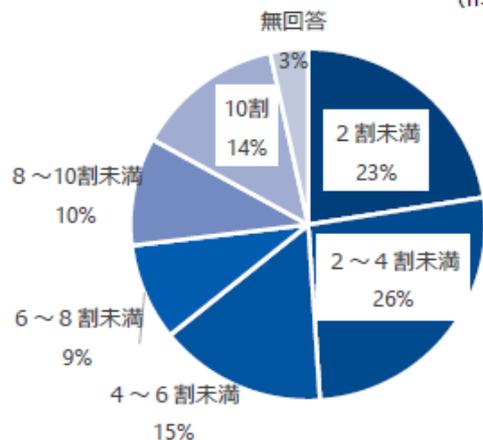
n=3,489 (ケアマネジャー調査票) (複数回答可)
※居宅介護支援事業所のみ

主治医と介護支援専門員との連携状況② (R2)

- 介護支援専門員は、4割超のケアプランを主治医へ提出していた。提出したケアプランのうち、5割弱は、主治医に意見を求めていた。主治医に意見を求めたうち、ケアプランについて主治医から助言があった割合は4割弱であった。
- 介護支援専門員から医療機関へのケアプラン交付方法は、手交と郵送が最も多い。

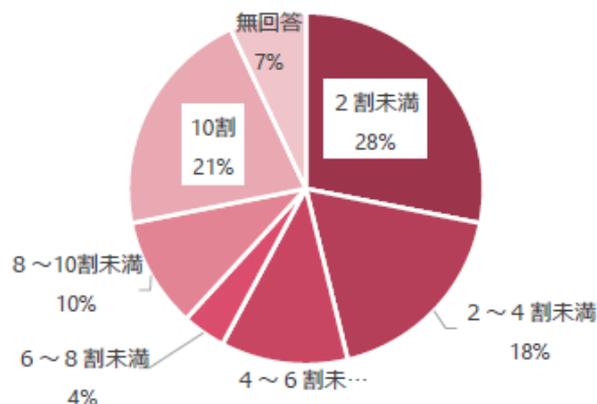
■ ① 主治医にケアプランを提出している割合

割合の平均：4.48
(n=1,279)



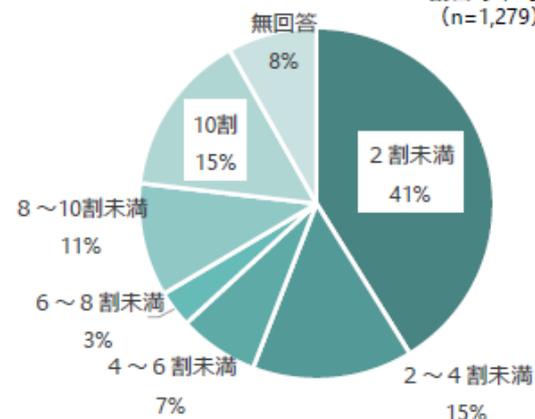
■ ② ①のうち、主治医に意見を求めている割合

割合の平均：4.76
(n=1,279)

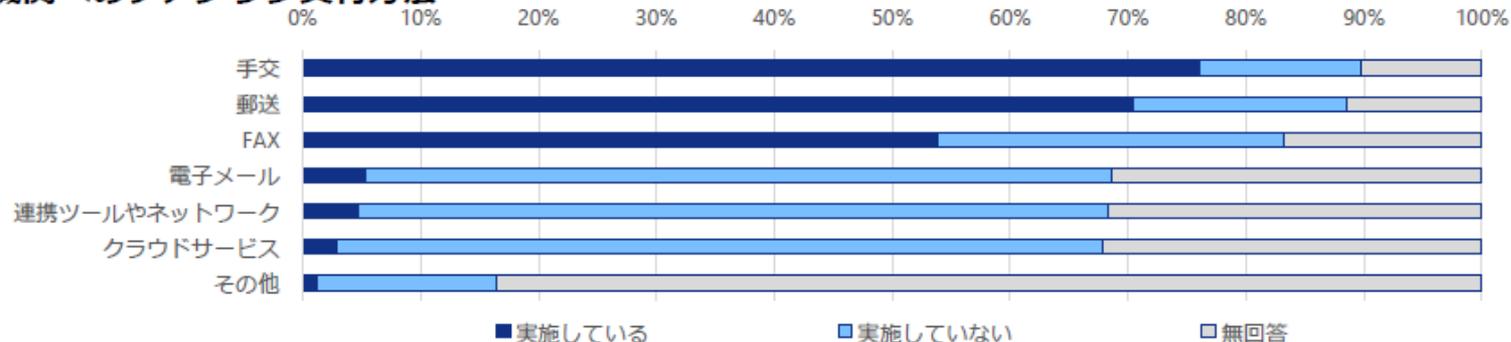


■ ③ ②のうち、ケアプランについて主治医から助言があった割合

割合の平均：3.85
(n=1,279)



■ 医療機関へのケアプラン交付方法

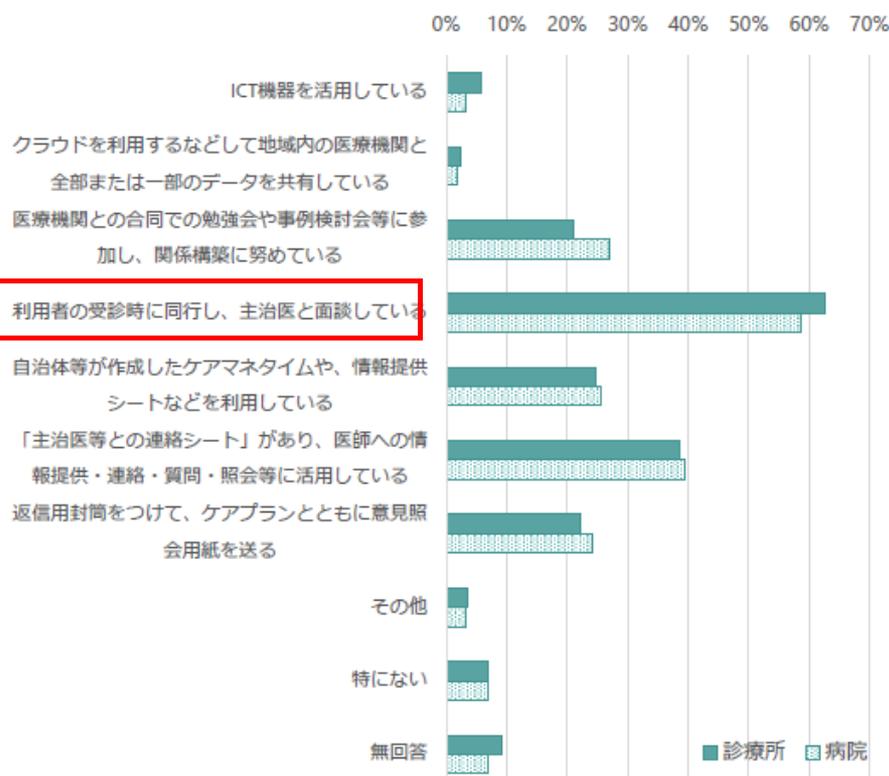
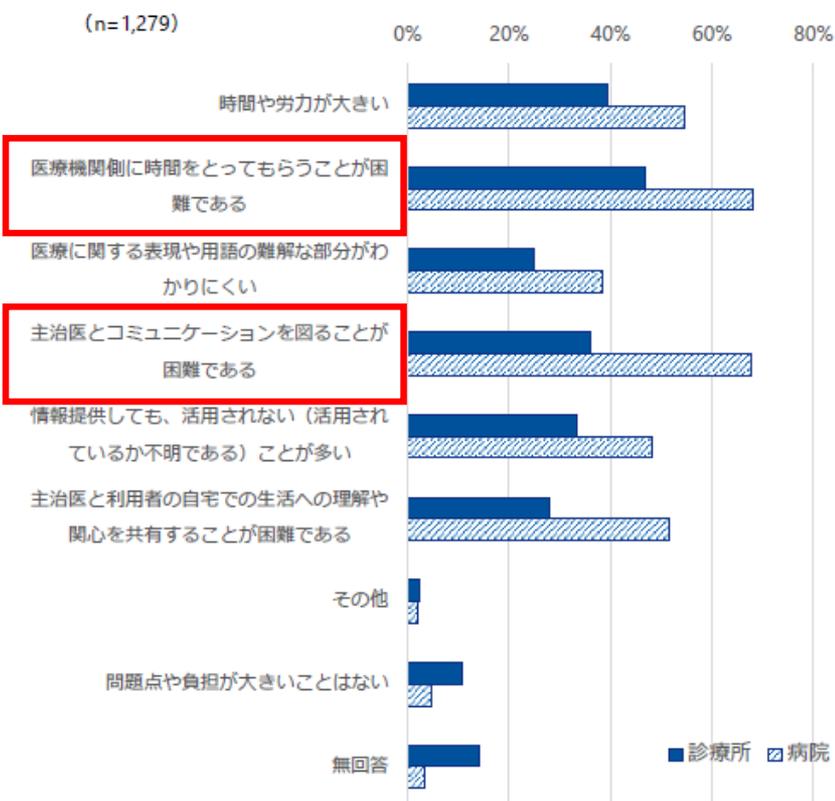


介護支援専門員から見た医療機関との情報共有の問題点や工夫

- 介護支援専門員にとって、医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいことは、「医療機関側に時間をとってもらうことが困難」であった。
- 医療機関との情報共有における工夫として最も多いものは、「受診時に同行し主治医と面談」であった。

■ ケアマネジメントプロセス全般において医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいこと

■ 医療機関との情報共有における工夫



主治医とケアマネの連携

外来受診時にケアマネが同行
訪問診療時にケアマネが同行



ケアマネ

パート5 医療・介護DX



医療DX推進本部がスタート



医療DX推進本部初会合 2022年10月12日

医療DX推進本部の課題

- ①全国医療情報プラットフォーム
- ②電子カルテ情報の標準化

①全国医療情報プラットフォーム

「全国医療情報プラットフォーム」のイメージ



「全国医療情報プラットフォーム」

マイナポータル経由で本人閲覧可能

- ・薬剤等(レセプト)
- ・特定健診

医療
保険者

- ・自治体検診
- ・予防接種

自治体

- ・カルテ(3文書6情報)
- ・電子処方箋

医療機関等

登録等

支払基金・国保
中央会
(オンライン資格
確認システム)

本人同意の
下、閲覧可
能

医療機関等

医療機関等

医療機関等

クラウド

オンライン資格確認制度

全国で医療情報を確認できる仕組み

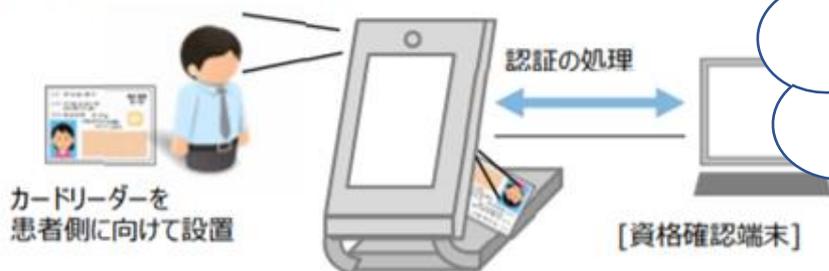


マイナンバーカードの普及率50%

顔認証付きカードリーダーにおける 「患者の本人確認」と「薬剤情報等の閲覧の同意取得」について

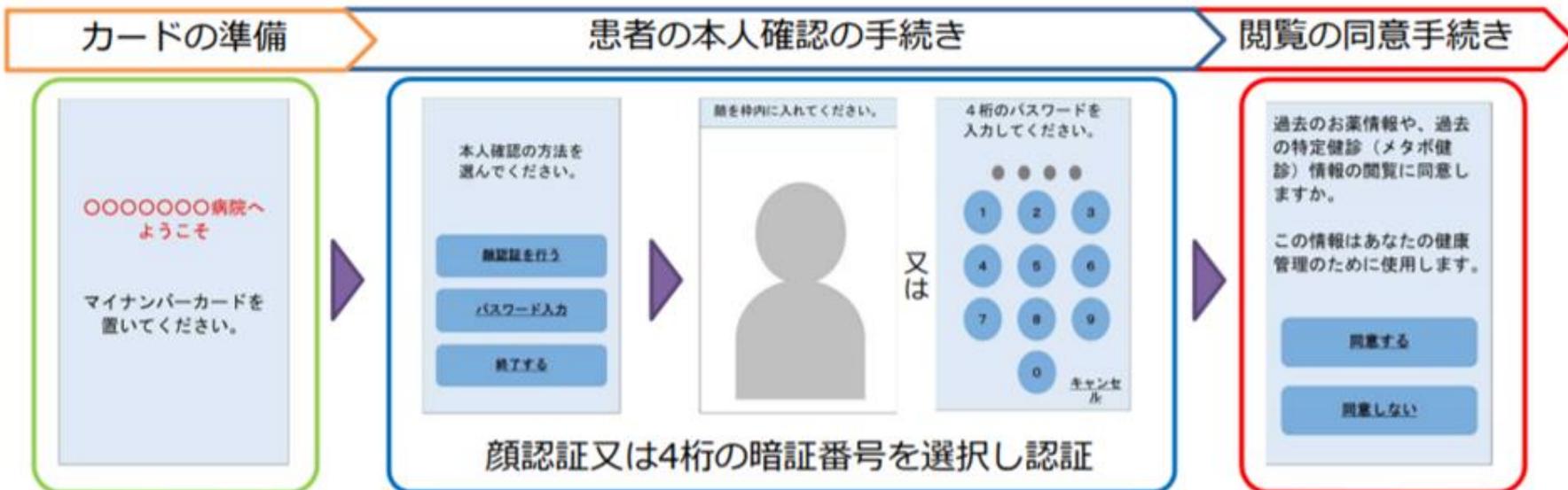
- マイナンバーカードの保険証利用において、顔認証又は4桁の暗証番号により本人確認ができる。
- 医療機関等が薬剤情報・特定健診情報の閲覧する際は、同意意思を明示的に確認した上で患者本人からの同意を毎回取得することをシステム上で担保している。
(過去に知り得た被保険者番号を悪用した取得等ができないような仕組み)

<顔認証付きカードリーダーのイメージ>



本人の閲覧同意があれば、
全国で医療情報を確認できる仕組み
まだ医療機関の利用は2割程度

<ディスプレイの画面遷移>



3. メリット：薬剤情報・特定健診情報の閲覧①

オンライン資格確認を導入いただければ、**患者の薬剤情報・特定健診情報を閲覧**することができます。患者の意思を**マイナンバーカードで確認**した上で、**有資格者等（薬剤情報は医師、歯科医師、薬剤師等。特定健診情報は医師、歯科医師等）が閲覧**します。

※ 特定健診情報は令和3年3月から、薬剤情報は令和3年10月から閲覧可能

<閲覧イメージ>



薬剤情報/特定健診情報の閲覧について、患者の同意の有無をマイナンバーカードを用いて確認

医師・歯科医師・薬剤師等の有資格者が薬剤情報/特定健診情報を閲覧



有資格者等とは

医師・歯科医師・薬剤師等のことを指している。また、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」より、医療機関・薬局にて有資格者等の識別を行い、アクセス権限の管理を行うこととされている。

薬剤情報											
氏名		厚労太郎		性別		男		年齢		50歳	
診療月	入/外/調	処方日	処方薬の場合 調剤日	用法	特別指示	内服/外用/注射	薬剤名(商品名)	薬剤名(一般名)	数量	回 単位数	
10月	外来	5日	-	-	-	内服	ガスター-D錠20mg	ファモジン錠	2錠	7	
10月	外来	5日	-	-	-	内服	プロレス錠12 12mg	カンテサルタンシキセル錠	1錠	7	
10月	外来	5日	-	-	-	外用	リンデロン-VG軟膏0.12%	ベタメタゾン古草酸エステル・ゲンタマイシン硫酸塩軟膏	5g	1	
10月	外来	5日	-	-	-	注射	アミノピロ注	アリスルチアミン塩酸塩注射液	1管	1	
10月	調剤	6日	6日	1日1回朝食後	-	内服	アースト錠10mg	カルバジロール錠	1錠	23	
10月	調剤	6日	6日	-	痛みが強い時は1日2錠	内服	ロキソロフェンNa錠60mg	ロキソロフェンナトリウム水和物錠	23錠	1	
10月	調剤	18日	18日	1日3回食後	-	内服	コペジンカプセル10mg	コペジンカプセル	3カプセル	23	
10月	調剤	30日	30日	1日1回夕食後	-	内服	エースール錠2mg	アモカプリル塩酸塩錠	1錠	23	
11月	入院	5日	-	-	-	内服	リンネキサー錠250mg	アシルフェニシカルバミン酸エステル錠	2錠	1	

薬剤情報：レセプト情報を元にした3年分の情報が参照可能

特定健診情報											
氏名		厚労太郎		性別		男		年齢		50歳	
身体計測	身長	170.08	血中脂質検査	中性脂肪	140						
	体重	63.6		HDLコレステロール	125						
	腹囲	79.5		LDLコレステロール	154						
	BMI	21.8		血糖検査	空腹時血糖	97					
血圧等	血圧	67~106	HbA1C		5.1						
	肝機能検査	GOT(AST)	23	随時血糖	120						
GPT(ALT)		22	血清学検査	CRP	0.07						
LDH		160		RF定量	3未満						

特定健診情報：医療保険者等が登録した5年分の情報が参照可能

薬剤情報の閲覧イメージ（1）

作成日：2022年1月8日

2/4ページ

薬剤情報一覧

作成日：2022年1月8日

1/4ページ

氏名カナ	サンキノウタロウ	保険者番号	98765432
氏名	三機龍太郎	被保険者証等記号	1234567890
		被保険者証等番号	1234567890
生年月日	1975年2月20日	性別	男
		年齢	46歳
		検索	00

この薬剤情報一覧は、2021年11月までに調剤された医薬品情報を表示しています。但し、一部は表示されない場合があります。
(紙レポートや医薬品が包括される場合など、医薬品が表示されない場合があります)

処方実績

調剤 年月日	処方 医療 機関 識別 *1	処方 区分 *2	使用 区分	医薬品名 (成分名)		調剤数量 *4		
				【用法】*3	【1回用量】*3			
21年11月 28日	(001) 他院	院内	1.	セロクエル100mg錠 (クエチアピン fumarate)	1錠 30日分			
				アエル25mg錠 (ジアピン fumarate)	2錠 30日分			
				3. ヒルナミン錠 (25mg) (レボメプロランマレイン酸塩)	1錠 30日分			
				4. 向ラントセン錠 2mg (ラモトリジン)	1錠 30日分			
				5. フルニトラゼパム錠 2 (フルニトラゼパム)	1錠 30日分			
				6. マグミット錠 500mg (酸化マグネシウム)	1錠 30日分			
	(002) 他院	院外	1.	ツロプアールテープ 2mg「サワイ」 (ツロプテロール)	1テープ 30日分			
				14日 (003) 他院	院内	1.	カルバマゼピン錠 200mg「アメル」 (カルバマゼピン)	1錠 30日分
				mg「NP」 (メチルメチル)	1錠 28日分			
				4. アトルバスタチン錠 10mg「サント」 (アトルバスタチンカルシウム水和物)	1錠 28日分			
				5. カルボシステイン錠 250mg「サワイ」 (L-カルボシステイン)	6錠 28日分			

「調剤年月日」
検索した期間で最新の順で表示

「医薬品名」
実際に調剤された薬剤名

「成分名」
調剤された薬剤名

「医薬品記号」
・麻薬の場合：麻)
・毒薬の場合：毒)
・覚醒剤原料の場合：覚)
・向精神薬の場合：向)
を表示

「処方医療機関識別」
・自院か他院かの把握可能
・処方された機関を識別する番号が付与

「用法、用量」
いつ、どれだけ服用するか等表示

「調剤数量」
実際に調剤された数量を表示

調剤 年月日	処方 医療 機関 識別 *1	処方 区分 *2	使用 区分	医薬品名 (成分名)		調剤数量 *4
				【用法】*3	【1回用量】*3	
21年11月 10日	(004) 他院	入院	1.	ソリュゲンF注 500mL (酢酸リンドル)	1瓶 1回	
				注 TN 50mL (注射液)	2キット 1回	
				ハイドロコトロン注射液 100mg 2mL (ヒドロコルチゾンリン酸エステルナトリウム)	3瓶 1回	
				4. ネオフィリン注 250mg 2. 5% 10mL (アミノフィリン水和物)	1管 1回	
	(004) 他院	入院	1.	ソルデム3A錠液 200mL (維持液)	1袋 2回	
				2. リンデロン注 2mg (0.4%) (ステルナトリウム)	1管 2回	
				mg 2. 5% 10mL (アミノフィリン水和物)	1管 2回	
				ン注射液 100mg 2mL (ヒドロコルチゾンリン酸エステルナトリウム)	2瓶 2回	
				200mL	1袋 2回	
				2. ネオフィリン注 250mg 2. 5% 10mL (アミノフィリン水和物)	1管 2回	
				3. 水溶性ハイドロコトロン注射液 100mg 2mL (ヒドロコルチゾンリン酸エステルナトリウム)	2瓶 2回	
5日	(004) 他院	入院	1.	ソルデム3A錠液 200mL (維持液)	1袋 1回	
				2. 水溶性ハイドロコトロン注射液 100mg 2mL (ヒドロコルチゾンリン酸エステルナトリウム)	2瓶 1回	
4日	(004) 他院	入院	1.	ボスミン注 1mg 0.1% 1mL (アドレナリン)	1管 1回	
				2. ソルデム3A錠液 200mL (維持液)	1袋 1回	
				3. リンデロン注 2mg (0.4%) (ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム)	2管 1回	
				4. ネオフィリン注 250mg 2. 5% 10mL (アミノフィリン水和物)	1管 1回	
1日	(005) 自院	院内	1.	メジコン錠 15mg (ジキストロメトランファン臭化水素酸塩水和物)	3錠 3日分	
		院外	2.	メプテンアール 10μg 吸入 100回 0.0143% 5mL (ブカテロール塩酸塩水和物)	1キット 1処方分	

「処方区分」
・入院、院内、院外のいずれかで調剤されたかを表示

「使用区分」
・内服、外用、屯服※、注射、在宅のいずれの区分かを表示
※屯服：決まった時間ではなく、発作時や症状のひどいときなどに服用すること

※ 各画面イメージは、現時点のイメージであり、今後変更される可能性がある。また、医療機関等のシステムにより見え方は異なる。

特定健診情報の閲覧イメージ

特定健康診査受診結果

作成日：2026年5月25日 1/3ページ

労働安全衛生法に基づく健康診断（事業者健診）等を受診した際、特定健康診査の基本項目を実施し、かつ事業者が保険者にその結果を提供している場合、特定健康診査として記録が表示されます。

資格情報

氏名カナ	サンキノウタロウ	保険者番号	06999999
氏名	三機能太郎	被保険者証等記号	1234567890
		被保険者証等番号	1234567890
生年月日	1975年2月20日	性別	男
		年齢	51歳
		枝番	01

特定健診情報

実施日	2025/09/21
既往歴 (医師記載)	高血圧
自覚症状 (医師記載)	体がだるい めまいがする
他覚症状 (医師記載)	特記すべきことなし

実施日	受診勧奨判定値*1	2025/09/21	2024/05/21	2023/06/22	2022/10/24	2021/03/06
身長		173.6	173.8	173.5	173.2	173.6
体重		76.2	74.5	72	74.4	76.2
BMI		25.2	24.7	23.9	24.8	25.2
内臓脂肪面積*2		—	—	—	—	—
収縮期血圧	▲ 140 以上	▲ 142	▲ 144	▲ 168	▲ 150	132
拡張期血圧	▲ 90 以上	78	71	▲ 103	▲ 91	78
中性脂肪	▲ 300 以上	144	132	102	132	144 ※
HDL-C	▽ 34 以下	44	50	53	50	▽ 33
LDL-C	▲ 140 以上	127	132	134	132	127
Non-HDL-C	▲ 170 以上	—	—	—	—	—
GOT	▲ 51 以上	22	16	23	16	22
GPT	▲ 51 以上	43	31	36	31	43
γ-GTP	▲ 101 以上	43	33	31	33	43
空腹時血糖*4	▲ 126 以上	89	90	91	90	89
HbA1c*4	▲ 6.5 以上	5.3	5.2	5.2	5.2	5.3
随時血糖*4	▲ 126 以上	—	—	—	—	—
尿糖		(-)	(-)			
尿蛋白		(+)	(+)			
赤血球数		490	490			
血色素量	▽ 男 12.0 以下 ▽ 女 11.0 以下	16.2	15.7			
ヘマトクリット値		46.5	46.2			
血清クレアチニン値		1.15	1.09			
eGFR	▽ 45.0 未満	52.7	56.2	55.1	0	52.7

eGFR
も分かる

*1~*4 別紙「説明」を参照
※がついている結果は、健診機関等により複数の検査結果が登録されているため、実際に受け取られている特定健康診査受診結果通知表の結果と異なる場合があります。

作成日：2026年5月25日 2/3ページ

実施日	2025/09/21	2024/05/21	2023/06/22	2022/10/24	2021/03/06	
心電図検査	所見なし	所見なし	所見なし	—	要精密検査心臓超音波	
詳細項目	キースワグナー分類	0	1	1 a	—	—
	シェイエ分類：H	0	1	2	—	—
	シェイエ分類：S	0	1	2	—	—
	SCOTT分類	1 (a)	1 (b)	1 1	—	—
	Wong-Mitchell分類	所見なし	軽度	中等度	—	—
眼底検査	網膜症なし	単純網膜症	増殖前網膜症	—	—	
その他の所見	—	—	—	—	左側 中心性漿液性脈絡網膜炎疑い 右側 中心性漿液性脈絡網膜炎疑い	
質問票 (※1)	血圧を下げる薬	服薬なし	服薬なし	服薬なし	服薬なし	服薬なし
	血糖を下げる薬・インスリン注射	服薬なし	服薬なし	服薬なし	服薬なし	服薬なし
	コスタール・中性脂肪を下げる薬	服薬なし	服薬なし	服薬なし	服薬なし	服薬なし
	既往歴(脳卒中)	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	既往歴(心臓病)	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	既往歴(腎不全・人工透析)	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	医師に貧血といわれたことあり	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	喫煙	いいえ	いいえ	はい	はい	はい
	20歳から体重が10kg以上増加	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	30分以上の運動(週2回1年以上)	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	歩行・身体活動を1日1時間以上	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	歩行が速い(同年齢同性と比較)	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
	何でもかんで食べる	何でもかんで食べる	何でもかんで食べる	何でもかんで食べる	—	何でもかんで食べる
	人と比較して食べる速度が速い	ふつう	ふつう	ふつう	—	ふつう
	就寝前2時間に夕食(週3回以上)	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ
ほとんど摂取しない	ほとんど摂取しない	ほとんど摂取しない	ほとんど摂取しない	—	ほとんど摂取しない	
朝食を抜くことが週3回以上	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ	
飲酒	ほとんど飲まない	ほとんど飲まない	ほとんど飲まない	—	ほとんど飲まない	
飲酒量	2~3合未満	2~3合未満	2~3合未満	—	2~3合未満	
睡眠で休養が十分とれている	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ	
生活習慣の改善	既に取組(6ヶ月以上)	既に取組(6ヶ月以上)	既に取組(6ヶ月以上)	—	既に取組(6ヶ月以上)	
保健指導の希望	いいえ	いいえ	いいえ	—	いいえ	
「リソソッド」判定*5	予備群該当	予備群該当	予備群該当	予備群該当	予備群該当	
保健指導レベル*6	動機付け支援	動機付け支援	動機付け支援	動機付け支援	動機付け支援	
実施日	2025/09/21					
医師の判断	高血圧 主治医の指示に従って治療をお続け下さい。					

(注1)質問票は、厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」の「標準的な質問票」から引用、*5~*6 別紙「説明」を参照

全国医療情報プラットフォームとはEHRのこと

EHR (Electronic Health Records)とは・・・

健康情報や電子カルテ等の情報を集め、一定の形式で要約し、継続的に蓄積し、全国的な規模の情報ネットワークを通じて活用できるようにした情報プラットフォームのこと

全国医療情報プラットフォーム

②電子カルテ情報の標準化



電子カルテ情報及び交換方式の標準化

【目指すべき姿】

患者や医療機関同士などで入退院時や専門医・かかりつけ医との情報共有・連携がより効率・効果的に行われることにより、患者自らの健康管理等に資するとともに、より質の高い切れ目のない診療やケアを受けることが可能になる。

1. 電子カルテ情報及び交換方式等の標準化の進め方

- ① 医療機関同士などでデータ交換を行うための規格を定める。
- ② 交換する標準的なデータの項目、具体的な電子的仕様を定める。
- ③ 当該仕様について、標準規格として採用可能かどうか審議の上、標準規格化を行う。
- ④ 標準化されたカルテ情報及び交換方式を備えた製品の開発をベンダーにおいて行う。
- ⑤ 医療情報化支援基金等により標準化された電子カルテ情報及び交換方式等の普及を目指す。

HL7FHIR

HELICS協議会
審議中

2. 標準化された電子カルテ情報の交換を行うための規格や項目(イメージ)

- ・データ交換は、アプリケーション連携が非常に容易なHL7 FHIRの規格を用いてAPIで接続する仕組みをあらかじめ実装・稼働できることを検討する。

※HL7 FHIRとは、HL7 Internationalによって作成された医療情報交換の次世代標準フレームワーク。

※API (Application Programming Interface) とは、システム間を相互に接続し、情報のやり取りを仲介する機能。

- ・具体的には、医療現場での有用性を考慮し、以下の電子カルテ情報から標準化を進め、段階的に拡張する。

医療情報：①傷病名、②アレルギー情報、③感染症情報、④薬剤禁忌情報、
⑤救急時に有用な検査情報、⑥生活習慣病関連の検査情報

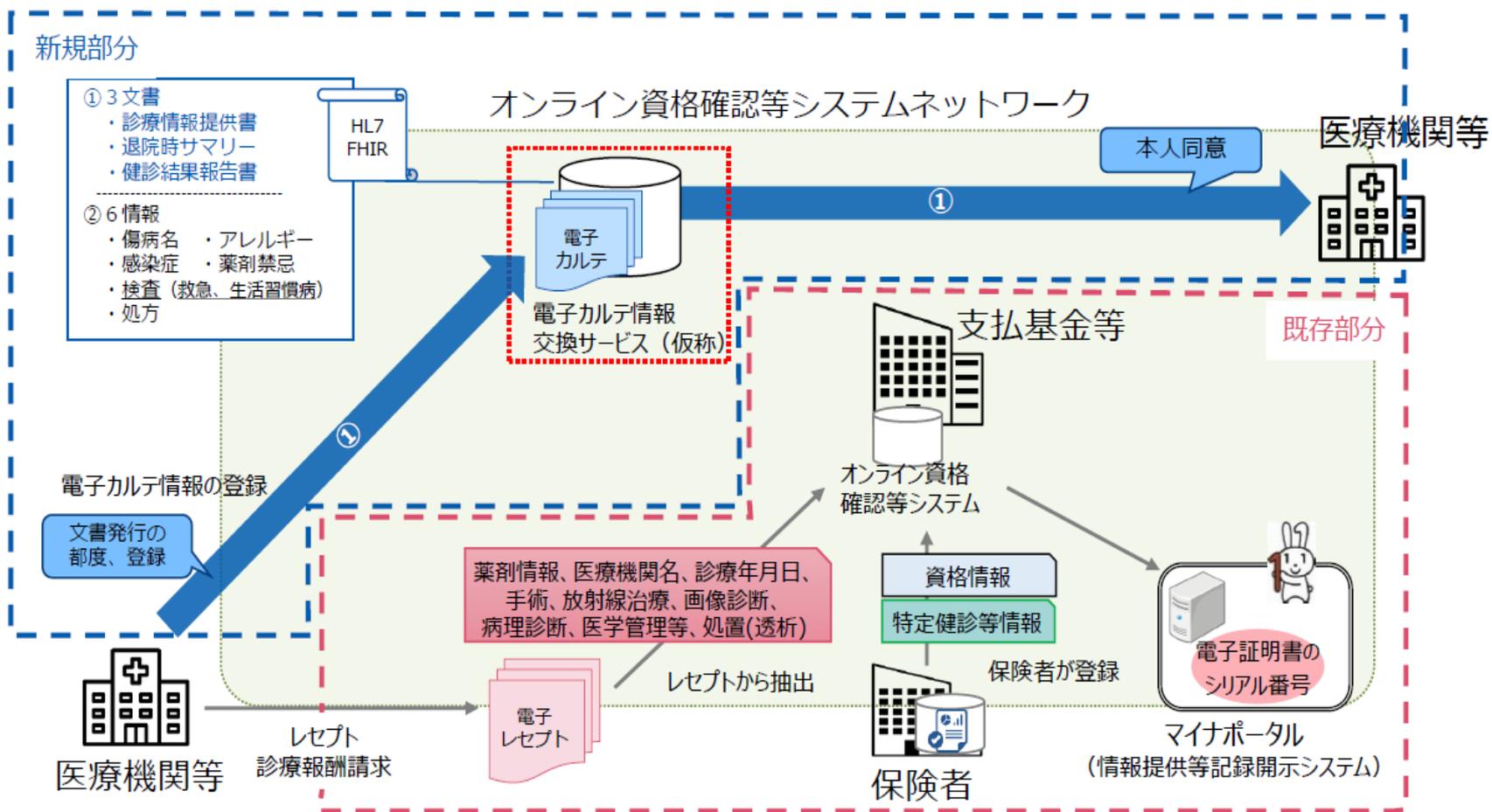
上記を踏まえた文書情報：①診療情報提供書、②キー画像等を含む退院時サマリー、
③電子処方箋、④健診結果報告書

※ 画像情報については、すでに標準規格 (DICOM) が規定されており、今後、キー画像以外の画像についても、医療現場で限られた時間の中で必要な情報を把握し診療を開始する際の有用性等を考慮して検討を進める。

注：その他の医療情報については、学会や関係団体等において標準的な項目をとりまとめ、HL7FHIR規格を遵守した規格仕様書案が取りまとめられた場合には、厚生労働省標準規格として採用可能なものか検討し、災害時の利用実態も踏まえ、カルテへの実装を進める。

考えられる実装方法（イメージ）

全国的に電子カルテ情報を医療機関等で閲覧可能とするため、以下の実装方法についてどのように考えるか。



① 医療機関等の中でやり取りする3文書情報について、既存のオンライン資格確認等システムのネットワーク上で相手先の医療機関等に送信し、相手先の医療機関等において本人同意の下で同システムに照会・受信できるようにしてはどうか。

送受信方式

電子カルテシステム等の普及状況の推移

電子カルテシステム

	一般病院 (※1)	病床規模別			一般診療所 (※2)
		400床以上	200～399床	200床未満	
平成20年	14.2% (1,092/7,714)	38.8% (279/720)	22.7% (313/1,380)	8.9% (500/5,614)	14.7% (14,602/99,083)
平成23年 (※3)	21.9% (1,620/7,410)	57.3% (401/700)	33.4% (440/1,317)	14.4% (779/5,393)	21.2% (20,797/98,004)
平成26年	34.2% (2,542/7,426)	77.5% (550/710)	50.9% (682/1,340)	24.4% (1,310/5,376)	35.0% (35,178/100,461)
平成29年 2017年	46.7% (3,432/7,353)	85.4% (603/706)	64.9% (864/1,332)	37.0% (1,965/5,315)	41.6% (42,167/101,471)

オーダリングシステム

	一般病院 (※1)	病床規模別		
		400床以上	200～399床	200床未満
平成20年	31.7% (2,448/7,714)	82.4% (593/720)	54.0% (745/1,380)	19.8% (1,110/5,614)
平成23年 (※3)	39.3% (2,913/7,410)	86.6% (606/700)	62.8% (827/1,317)	27.4% (1,480/5,393)
平成26年	47.7% (3,539/7,426)	89.7% (637/710)	70.6% (946/1,340)	36.4% (1,956/5,376)
平成29年	55.6% (4,088/7,353)	91.4% (645/706)	76.7% (1,021/1,332)	45.6% (2,422/5,315)

【注 釈】

(※1) 一般病院とは、病院のうち、精神科病床のみを有する病院及び結核病床のみを有する病院を除いたものをいう。

(※2) 一般診療所とは、診療所のうち歯科医業のみを行う診療所を除いたものをいう。

(※3) 平成23年は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いた数値である。

出典：医療施設調査(厚生労働省)

電子カルテ普及率の国際比較

- 日本の電子カルテ普及率は、海外に比べて低い¹



¹2017年時点の、電子カルテ普及率の国際比較

アクセンチュア資料より

電子カルテの普及

- 医療DX令和ビジョンでは2026年までに80%、2030年までに100%を目指すこととしている。
- そして標準化された電子カルテの普及には一般診療所や非DPC病院向に低廉で安全なHL7FHIRに準拠したクラウド電子カルテの開発と普及が必要だと述べている。
- このためには補助金などの施策が必要としている。

全国医療情報プラットフォーム
の実現には

HL7FHIRに準拠した
電子カルテの普及が必須

介護DX





2020年2月20日

第7回医療・介護ワーキング・グループ 提出資料

介護分野における規制緩和・ 手続簡素化について

2020年2月20日

日本商工会議所 社会保障専門委員会 委員

東京商工会議所 社会保障委員会 委員

東京商工会議所荒川支部 小売・サービス分科会 副分科会長

有限会社ケア・プランニング 代表取締役

中原 修二郎

Ⅱ. 介護サービス事業所の業務効率化に関するこれまでの経過②



ケアマネジャーからのケアプラン複写・報告書等の保管状況①

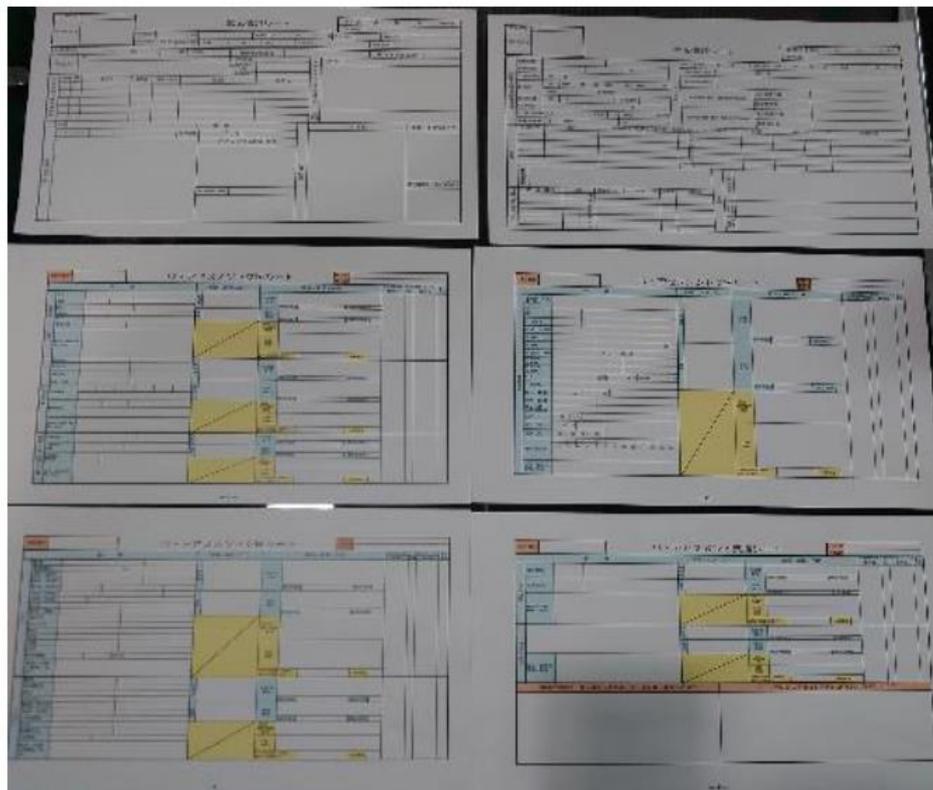


ケアマネジャーからのケアプラン複写・報告書等の保管状況②

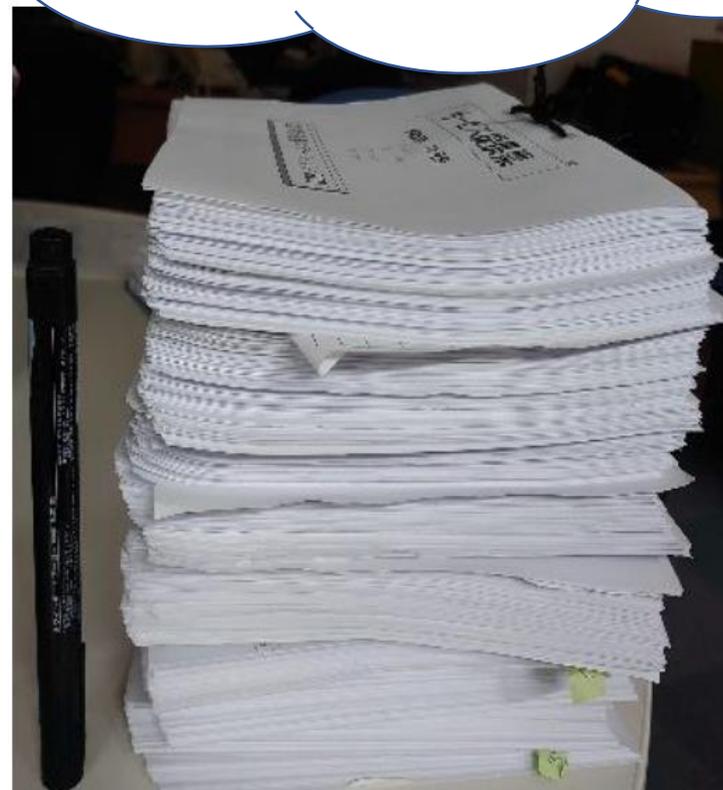


- ①指定申請関連
(事業所の人員・設備基準等)
- ②報酬請求関連 (加算要件等)
指導監査関連
- ③ケアプラン関連文書など

IV. 必要書類の種類・分量・流れ③



東京都書式「基本情報シート」と「リ・アセスメント支援シート」



1か所のサービス事業所に届く提供票 (1年間分)

V. 現状の課題と解決策1-①

【課題】

○介護ソフトごとにフォーマットが違い、互換性もない。

このため、ソフトを変える場合のデータ移行はほぼ手作業。

○例えば、AケアプランセンターとB訪問介護事業者が違う介護ソフトを使用している場合、データのやり取りは不可。

このため、ケアプラン・個別計画書・モニタリング報告書・サービス利用票・提供票・実績情報などがソフト上で共有できず、結果として紙媒体でやり取りし、それぞれの事業所で手入力したうえで保管している。

結果的に、介護サービス事業所が毎月受け取り、保管する書類が膨大になり、ペーパーレス化は進まない。

○ケアマネージャー側の実績入力は、
(事業所のご利用者数) × (利用しているサービス事業所)
になり、膨大な作業量になる。

事務員を雇用する費用は介護報酬には含まれていないため、ケアマネージャーが相当な時間を割いて行っているのが現状。

→利用者へ対応する時間が圧迫される。

事業所内のICT化(タブレット導入等)により、介護記録作成、
職員の情報共有～請求業務までが一気通貫に



<例:訪問介護サービスの場合>

介護情報利活用に関するワーキンググループの設置趣旨

- データヘルス改革に関する工程表においては、利用者自身が介護情報を閲覧できる仕組みを整備する（2024年度以降に順次閲覧開始）とともに、介護事業所間等において介護情報を共有することを可能にするためのシステム開発を行う（2024年度～）こととされている。
- これまで、科学的介護情報システム（LIFE）を開発・運用し、利用者ごとの介護情報の収集に取り組むとともに、老人保健健康増進等事業「自身の介護情報を個人・介護事業所等で閲覧できる仕組みについての調査研究事業」を実施し、介護事業所や介護記録システムの主要ベンダへのヒアリング等を行ってきた。
- 一方で、改革工程表に記載された事項の検討を進める上では、以下の課題があり、関係団体や学識経験者を含めた幅広い関係者による議論を深める必要がある。

（主な課題）

①必要な情報の選定・標準化

- 利用者自身や介護事業者が共有することが適切かつ必要な情報を選定する必要がある。
- 介護事業所間で、情報を共有することが可能となるよう、記録方法等の標準化を進める必要がある。

②情報を閲覧・共有するための仕組みの整備

- 介護情報を利用者自身が閲覧、又は介護事業所間で共有するためには、顕名情報を収集し共有する仕組みを整備する必要がある。



介護情報の利活用に関するWG

- 健康・医療・介護情報利活用検討会の下、介護分野にて発生する情報の利活用に関する検討を行うためのワーキンググループを新たに設置する。
- 本ワーキンググループは2022年夏に開始し、データヘルス改革に関する工程表に従って検討を進め、健康・医療・介護情報利活用検討会及び関係審議会に定期的に報告等を行いつつ、2023年度までに結論を得る。

介護情報利活用ワーキンググループにおける対応方針（案）

- 介護情報のうち、全国医療情報プラットフォームを用いて共有することを目指す情報は、当面の間、以下のいずれの要件も満たすものとしてはどうか。

①本人が閲覧したり、介護事業者間、市区町村等で共有することが有用と考えられる情報

- ・利用者の自立支援・重度化防止に向けて、本人や専門職等が共有することが有用な情報
- ・地域の実情に応じた介護保険事業の運営に有用な情報

②記録方法や様式がすでに一定程度、標準化されている情報

- 上記の要件を満たすものとしては、具体的には以下の項目などが実現性のあるものとして考えられるのではないか。

- ・要介護認定情報
- ・請求・給付情報
- ・LIFE情報
- ・ケアプラン

- これらの情報には、それぞれ様々な様式や内容が含まれるため、①閲覧・共有する具体的な情報の範囲及び②必要な標準化方策については、個別に検討が必要。



まとめと提言

- 2025年、2040年は後期高齢者が激増する
- 急性期病床が後期高齢者であふれる
- 対応は地域包括ケア病棟、医療療養、介護医療院、老健の医療ショートでも後期高齢者の軽症、中等症の救急患者を受け入れるべき
- 主治医とケアマネ連携が大事
- 医療介護DXは情報交換規格と連携情報の標準化から

コロナで変わる 「かかりつけ医」制度



次のコロナの備えをするのは、今だ!!

- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか
- なぜ、今かかりつけ医制度が必要なのか
- かかりつけ医の制度化に必要なポイントとは何か
—コロナで変わる「かかりつけ医」や「総合診療医」の在り方を
最新情報をまじえてやさしく解説!



- 武藤正樹著
- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか?
- なぜ、いまかかりつけ医制度が必要なのか
- 発売日：2022/09/22
- 出版社：[ぱる出版](#)
- ISBN：978-4-8272-1360-7

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで内科外来(月・木)、老健、在宅クリニック(金)を担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp

