

2016年5月20日

日本医学ジャーナリスト協会 総会 での特別講演



25

日本医師会会長 横倉義武さん



日本医学ジャーナリスト協会 総会

JMA

地域包括ケアシステムにおける
かかりつけ医の役割

2016年5月20日

公益社団法人 日本医師会

会長 横倉 義武

本日の講演内容

1. 地域包括ケアシステムの構築・推進
2. 医療提供体制のあり方
3. 持続可能な社会保障へ向けて

1. 地域包括ケアシステムの構築・推進

—2025年を見据え、かかりつけ医を中心とした「まちづくり」—



日本の公的医療保険は、3つの優れた特長に支えられています。

1961年
達成

国民の皆が
加入

国民皆保険

フリーアクセス

現物（医療
サービス）
給付

全国の医療機関で、公的
保険で医療を受けられる

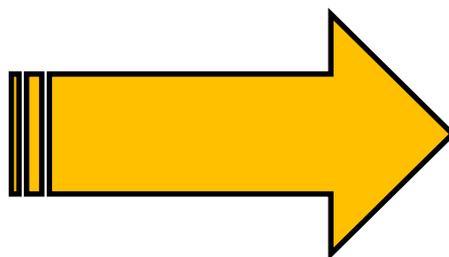
（病気になった時、「あなたは、まず●●医院を受診しなさい。専門病院は、●●医院の紹介がないと認めません！」ではない）

病気になったら、お
金ではなく、必要な
医療が、しっかりと
最後まで給付される

（●●円を渡して、「それ以上費用がかかる場合は自分で負担して！」ではない）

日本の地域医療は？

国民の皆が保険証を持ち、少ない負担で、医療を受けることができる。
(国民皆保険)



- 具合が悪いとき、どこにいても医師にかかることができる。
- 開業医は専門性と幅広い診療能力を持つ。
- そのため、早く病気を発見でき、早く治療を行うことができる。

だから、日本人の健康は、世界トップクラス

フリーアクセス

自由標榜制

世界的にも評価の高い日本の医療を支えてきた

- 深い専門性を持った上で、幅広い診療能力を持つ「かかりつけ医」が、全国各地で地域医療を実践
- 地域実情と医療ニーズに柔軟に対応
- 外来へのアクセスの良さは、早期発見・治療に寄与
- 外来と入院機能を持つ有床診療所による医療提供

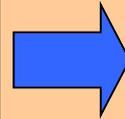
…一方、現在の課題

- ✓ 地方の過疎化進展、都市部の急速な高齢化
- ✓ 医療リソースの地域偏在、移動手段や経済力の格差
- ✓ 超高齢社会では、健康寿命の延伸が重要テーマ

- ◆ 地域医師会主導による、在宅医療を含む医療機能の分化・連携、地域包括ケアシステムの構築
- ◆ 地域・診療科ごとの医師の偏在解消
- ◆ 「かかりつけ医機能」の充実・強化

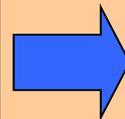
超高齢社会に適した日本型医療システム

① 中小病院
有床診療所 } が多い



身近な所でいつでも入院もできる
高齢者の在宅支援システムの構築
が可能

② 診療所の質が高く
充実している



高齢者に便利なワンストップサービス
が可能
【検査・診断・治療・(投薬)・健診】

「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「医療提供体制のあり方」 2013年8月8日
日本医師会・四病院団体協議会



かかりつけ医の提唱

(平成4年)

- 1992(H4)年 日医村瀬敏郎会長かかりつけ医を提唱

「どこまでを「かかりつけ医」の機能として消化し、どこから高度の医療を誘導していくのかという問題がありますが、やはり、医療の基本は「かかりつけ医」でなくてはならないと思っています。

「より高度の医療が必要かどうか」の判断も「かかりつけ医」が行う—これが医療のシステムでなければならない。システムの軸になるのは地区医師会で、個々の会員の利便を考えて運営していく、それが国民の医療に還元されていくことになるわけです。

21世紀の国民医療をめざして—日医会長就任に際して—
国民医療年鑑 平成4年版より

かかりつけ医に関する日医の提言

社会保障制度改革国民会議報告書(平成25年8月6日)より

社会保障制度推進法によって内閣に設置された会議(抜粋・要約)

- 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。

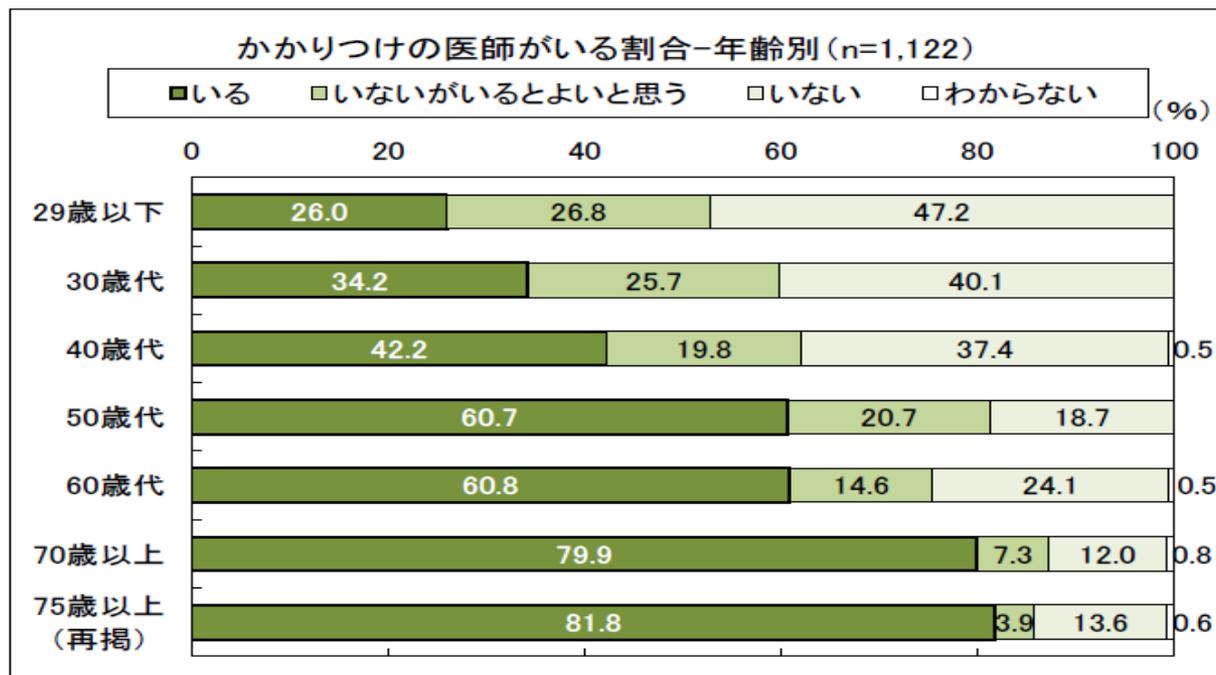
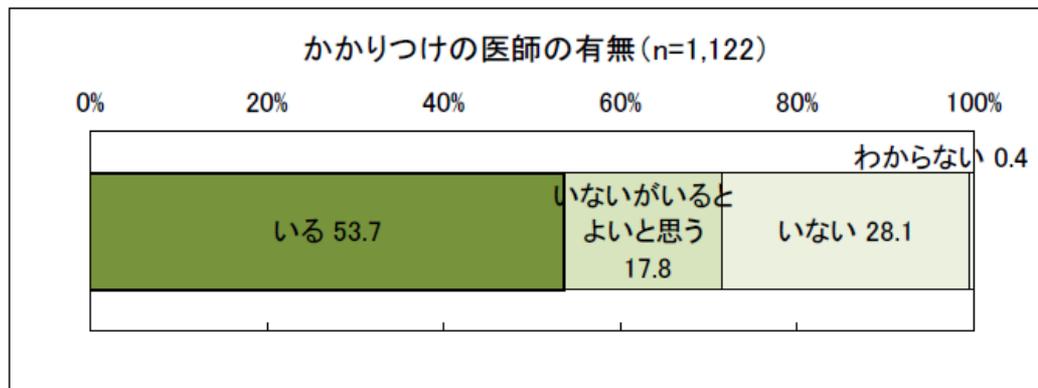
日医・四病協合同提言「医療提供体制のあり方」

(平成25年8月8日)より(抜粋)

- 今後の超高齢社会では、これまで以上に在宅医療の充実が必要である。かかりつけ医による在宅医療を推進するとともに、身近なところにいつでも入院できる病院等を用意して、自宅や居住系施設、介護施設など、どこにいても医療が適切に確保できるように、地域毎に医師会や医療機関が行政や住民と協力しながら、介護など連携した地域包括ケアシステムを確立していく。

かかりつけの医師を持つ人の割合は53.7%

—75歳以上では、81.8%の人がかかりつけの医師を持つ—



第5回日本の医療に関する意識調査より
(2014年:日医総研)

かかりつけ医を中心とした 「切れ目のない医療・介護」の提供

患者・国民からの健康にかかわる幅広い問題

行政

医師会

診療・相談

連携

地域での
医療・介護資源
に応じた対応

かかりつけ医

生涯教育
地域の情報提供

日常の診療、疾病の早期
発見、重症化予防
適切な初期対応
専門医への紹介
症状改善後の受入れ

適切な受療行動、
重複受診の是正、
薬の重複投与の防止等
により医療費を適正化

専門医療機関

専門医への紹介
症状改善後の受入

訪問看護
訪問介護
服薬指導 等

歯科医師
薬剤師
看護師・准看護師
管理栄養士
ケアマネージャー
等

専門的な検査・治療
合併症への対応

多職種間の連携

日医かかりつけ医機能研修制度

【目的】

今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施する。

【実施主体】

本研修制度の実施を希望する都道府県医師会

平成28年4月1日より実施

【かかりつけ医機能】

1. 患者中心の医療の実践
2. 継続性を重視した医療の実践
3. チーム医療、多職種連携の実践
4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
5. 地域の特性に応じた医療の実践
6. 在宅医療の実践



日医かかりつけ医機能研修制度



かかりつけ医



- 当該医師が地域のかかりつけ医として活動し、研鑽を続けていることを示すものとなり、地域住民からのより一層の信頼にも繋がる。
- また、まだかかりつけ医を持たない地域住民にとっては、かかりつけ医を持つひとつのきっかけになるのではないかと考える。

※証書の院内掲示や、各医師会のホームページに修了者のいる医療機関名の掲載等

私のかかりつけ医の先生は、しっかりと研修を受けている先生だったんだなあ



この先生に私たちのかかりつけ医になってほしいとお願ひしようか。



日医かかりつけ医機能研修制度 都道府県医師会実施意向調査結果

平成28年4月より実施： 21ヶ所

実施(時期未定)： 8ヶ所

実施検討中： 18ヶ所

実施予定なし： 0ヶ所

日医かかりつけ医機能研修制度

【研修内容】

基本研修

・日医生涯教育認定証の取得。

日医生涯教育講座の3年間の単位数とカリキュラムコード数の合計で60以上を取得

応用研修

・日医が行う中央研修、関連する他の研修会、および一定の要件を満たした都道府県医師会並びに郡市区医師会が主催する研修等の受講。

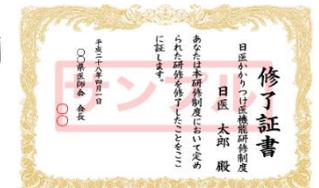
規定の座学研修を10単位以上取得

実地研修

・社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等の実践。

規定の活動を2つ以上実施(10単位以上取得)

3年間で上記要件を満たした場合、都道府県医師会より
修了証書または認定証の発行(有効期間3年)。



日医生涯教育制度カリキュラム2016

1	医師のプロフェッショナリズム	22	体重減少・るい瘦	43	動悸	64	肉眼的血尿
2	医療倫理:臨床倫理	23	体重増加・肥満	44	心肺停止	65	排尿障害(尿失禁・排尿困難)
3	医療倫理:研究倫理・生命倫理	24	浮腫	45	呼吸困難	66	乏尿・尿閉
4	医師－患者関係とコミュニケーション	25	リンパ節腫脹	46	咳・痰	67	多尿
5	心理社会的アプローチ	26	発疹	47	誤嚥	68	精神科領域の救急
6	医療制度と法律	27	黄疸	48	誤飲	69	不安
7	医療の質と安全	28	発熱	49	嚥下困難	70	気分の障害(うつ)
8	感染対策	29	認知能の障害	50	吐血・下血	71	流・早産および満期産
9	医療情報	30	頭痛	51	嘔気・嘔吐	72	成長・発達の障害
10	チーム医療	31	めまい	52	胸やけ	73	慢性疾患・複合疾患の管理
11	予防と保健	32	意識障害	53	腹痛	74	高血圧症
12	地域医療	33	失神	54	便通異常(下痢・便秘)	75	脂質異常症
13	医療と介護および福祉の連携	34	言語障害	55	肛門・会陰部痛	76	糖尿病
14	災害医療	35	けいれん発作	56	熱傷	77	骨粗鬆症
15	臨床問題解決のプロセス	36	視力障害・視野狭窄	57	外傷	78	脳血管障害後遺症
16	ショック	37	目の充血	58	褥瘡	79	気管支喘息
17	急性中毒	38	聴覚障害	59	背部痛	80	在宅医療
18	全身倦怠感	39	鼻漏・鼻閉	60	腰痛	81	終末期のケア
19	身体機能の低下	40	鼻出血	61	関節痛	82	生活習慣
20	不眠	41	嗝声	62	歩行障害	83	相補・代替医療(漢方医療を含む)
21	食欲不振	42	胸痛	63	四肢のしびれ	0	その他

日医かかりつけ医機能研修制度

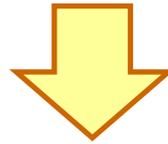
応用研修

- ・修了申請時の前3年間において下記項目より**10単位**を取得する。
単位数については1～8の各項目につき最大2回までのカウントを認める。
下記1～6については、それぞれ1つ以上の科目を受講することを必須とする。
下記1～6については、応用研修シラバスに基づき作成されたテキストを使用する。

1. かかりつけ医の「倫理」、「質・医療安全」、「感染対策」（各1単位）
2. 「健康増進・予防医学」、「生活習慣病」、「認知症」（各1単位）
3. 「フレイル予防」、「高齢者総合的機能評価(CGA)・老年症候群」（1単位）
4. かかりつけ医の「栄養管理」、「リハビリテーション」、「摂食嚥下障害」（各1単位）
5. かかりつけ医の在宅医療・緩和医療（1単位）
6. 症例検討（1単位）
7. 「地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会」等※の受講（2単位）
※平成26年10月13日に開催した日本医師会在宅医リーダー研修会を含む、日本医師会、都道府県医師会、郡市区医師会が主催する当該研修会に準ずる研修会。
8. 「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の修了（1単位）

日本医師会の総合診療専門医に対する考え方

- ・ 国民の健康な生活を確保する（医師法第1条）ために、安全・安心な医療提供体制を築くことが最重要事項



医療制度全体を考察し、地域医療全般を預かる立場から、総合診療専門医の位置づけは、大局的見地から捉える

かかりつけ医と総合診療専門医

- ・ 地域医療と専門医制度を整合させるため、日本医師会と日本専門医機構と各学会は緊密な連携を取る必要がある。

- ・ 日本医師会の役割は、地域医療や医療政策をはじめとする医療提供体制全般について全責任を持つこと。
- ・ 日本専門医機構の役割は学問的な見地から、専門医の認定評価の標準化を行うこと。

かかりつけ医

日本の医療提供体制の土台を支える
最も重要な役割

総合診療専門医

あくまでも学問的な見地からの評価によるもの

医療と介護の総合的な確保

地域包括ケアの推進により
医療費を適正化

自宅で倒れ、
救急搬送

急性期病棟
で救急対応

回復期病棟
でリハビリ

介護体制を支援、
介護人材を養成

慢性期病棟
で療養

在宅へ移行

地域医療構想で、
医療機能を分化、
人材確保

機能分化、人材
養成確保を支援

地域支援事業で、
医療と介護の連
携を支援

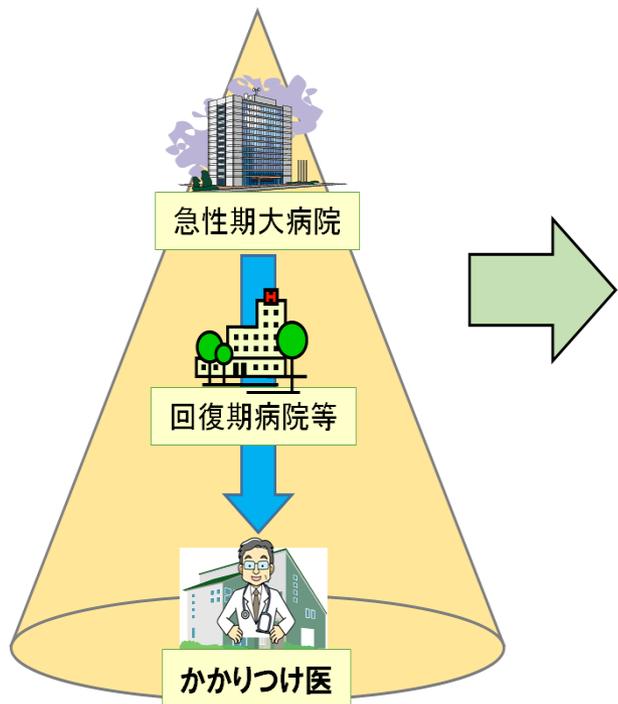
在宅医療支援

〈老健施設等〉

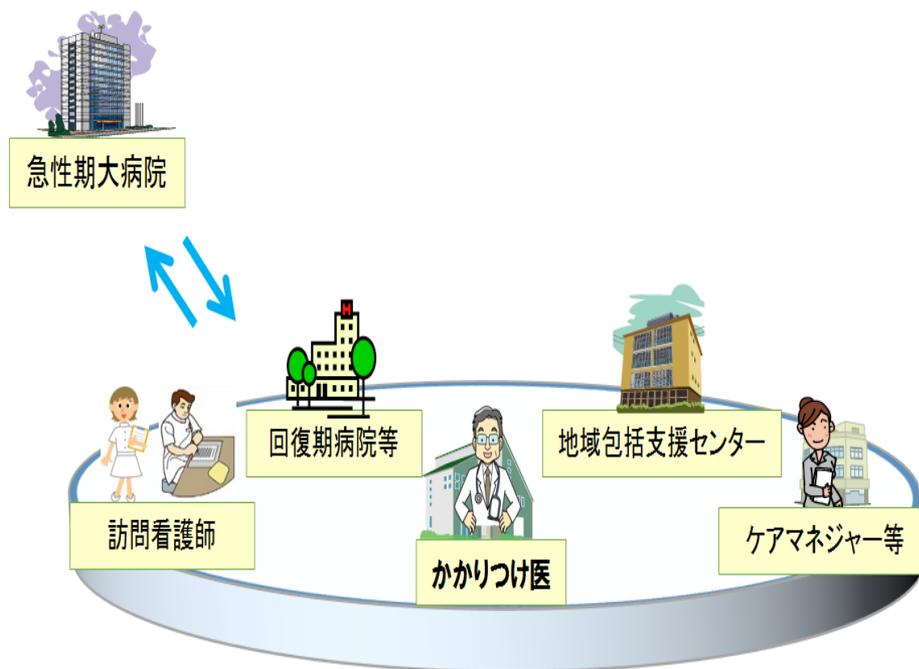
〈自宅〉

垂直連携中心から水平連携中心へ

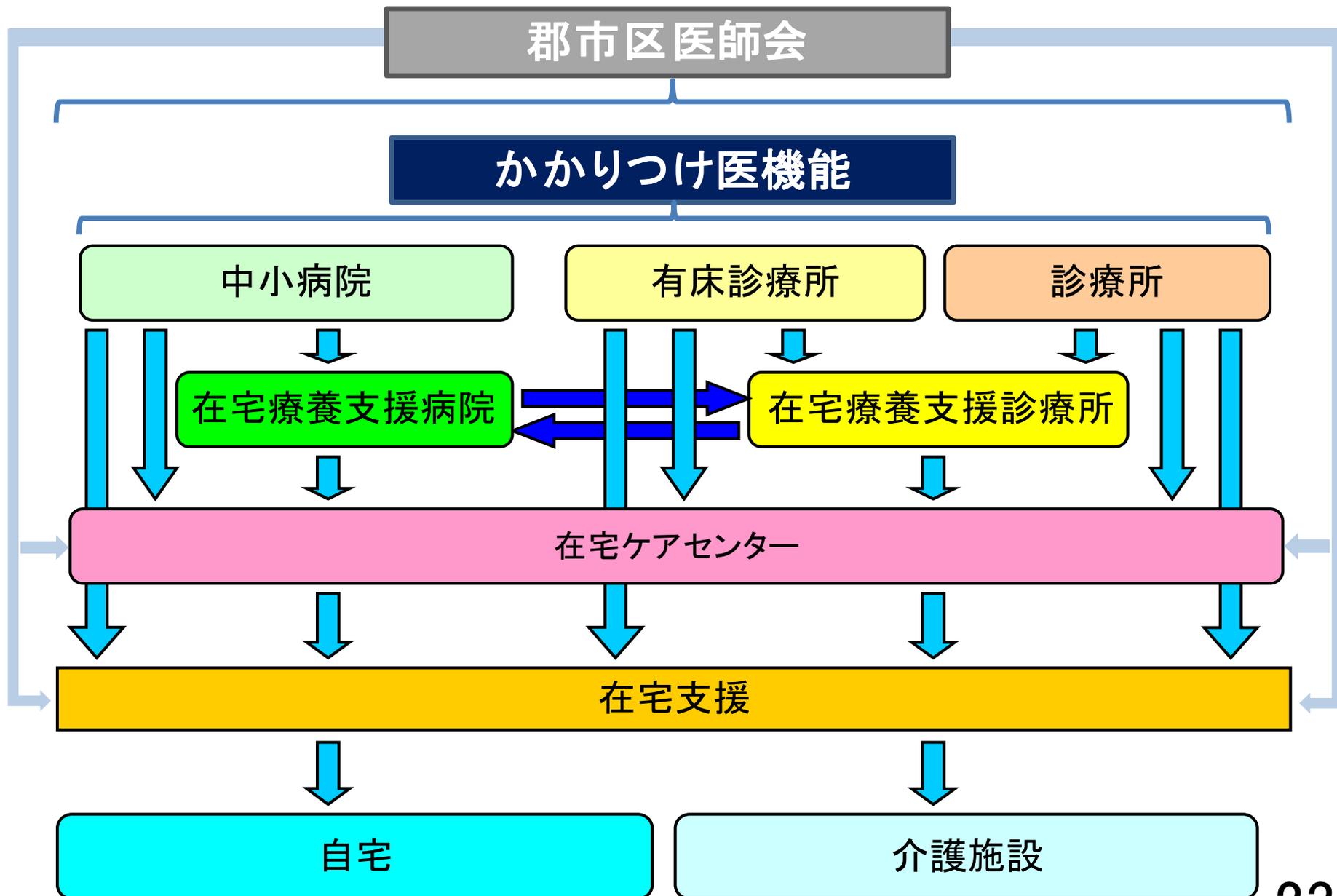
【垂直の連携】



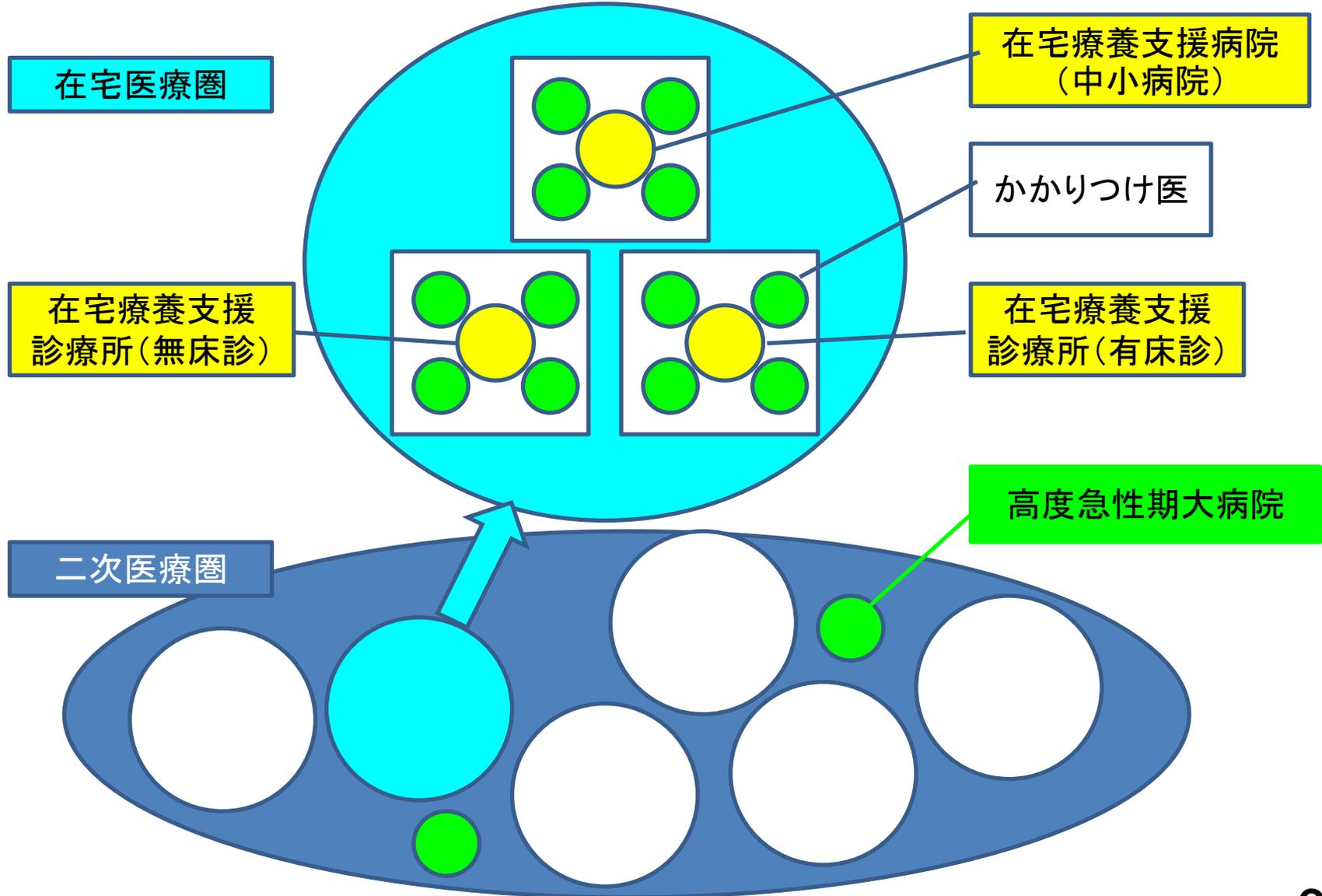
【水平の連携】



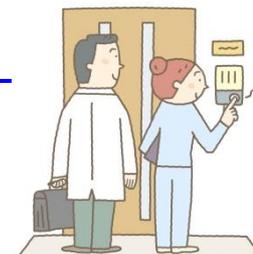
既存資源を活用した日本型在宅支援モデル



日本型在宅支援システム



訪問診療した家で体調が悪い家族がいて診察した場合、 どんな点数になるでしょう？



◇ 診療報酬は患者さん1人ごとの点数を算定する

〔点数の算定例〕

(1) 計画的に訪問診療している患者

在宅時医学総合管理料(月2回以上訪問)月1回算定:3800点

在宅患者訪問診療料(同一建物居住者以外)833点



(2) (1)の患者の訪問診療時に体調が悪い家族を診察した場合

初診料:282点

処方せん料:68点(薬の投与が必要で処方せんを発行した場合)



市町村が主体性を持った在宅医療推進の体制

在宅医療を推進するためには、行政(市町村)が事務局となり、医師会をはじめとした関係者と話し合いを進めることが必要。

→ システムの構築を推進するために、以下の5つの会議を設置。

(1) 医療WG

医師会を中心にWGを構成、主治医・副主治医制度や病院との関係を議論。

(2) 連携WG

医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院関係者看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター等によるWGを構成し、多職種による連携について議論を行う。

(3) 試行WG

主治医・副主治医制度や多職種連携について、具体的ケースに基づく、試行と検証を行う。

(4) 10病院会議

柏市内の病院による会議を構成し、在宅医療のバックアップや退院調整について議論。

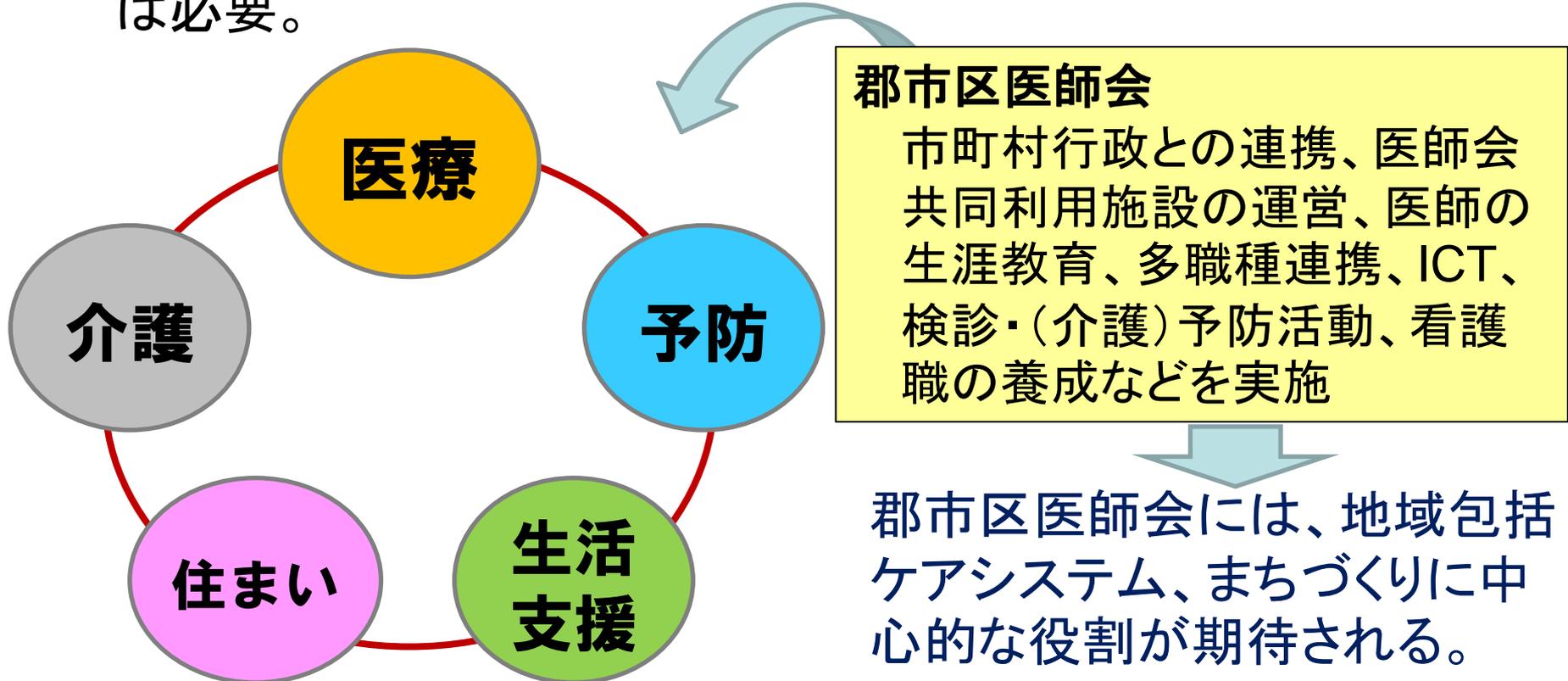
(5) 顔の見える関係会議

柏市の全在宅サービス関係者が一堂に会し、連携を強化するための会議。



地域包括ケアシステムとまちづくり

- 医師、医療資源が少なく、高齢者が増加していく地域では、**地域密着型**の医療体制を整備していく必要がある。
- **高齢者の集住化・住み替え**：過疎地では、在宅医療の提供者が少ない上、面積が広大なため訪問看護・介護は困難。地方でも、医療・介護サービス提供の継続のために集住化は必要。



医師会の目指す方向

人口の大変動

(超高齢社会、少子・人口減少、都市部への高齢者集中、地方の過疎・・・)

将来の医療・介護にも大きな影響

国民の幸福の原点は健康にあり、
それを支える医療提供体制の構築は最重要課題

(日本医師会HP 会長挨拶より)

- **医療の現場**の視点から、国民の健康、医療を考える。
- 医療と介護の連携、一体的な提供体制を進める。
- これからの医療・介護は、住民にとっても最も身近で、何かあれば相談できる「**かかりつけ医**」を中心に置いた**体制づくり**が必要。

日本医師会、都道府県医師会、都市区医師会の役割重要

地域に根ざした医療・介護の提供に向けて

- かかりつけ医を中心とした地域の医療・介護を一体的に推進
- 深い専門性を持った上で、幅広い診療能力を備えている医師の養成
- 地域の関係者（行政、医師会等の職能団体、病院、介護の関係者、住民代表など）が協議をし、**それぞれの地域の実情に応じた医療機能の分化**の推進

都道府県医師会、郡市区医師会は、それぞれの地域の重点課題を踏まえ、地域に根ざした医療・介護の連携、地域包括ケアシステムの構築を進めていく。

2. 医療提供体制のあり方

“2025年”に向け、機能分化は必要

人口の大変動

(超高齢社会、少子・人口減少、都市部への高齢者集中、地方の過疎…)

将来の医療・介護にも大きな影響

疾病構造の変化、医療・介護ニーズの変化、医療・介護の担い手確保問題

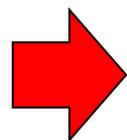
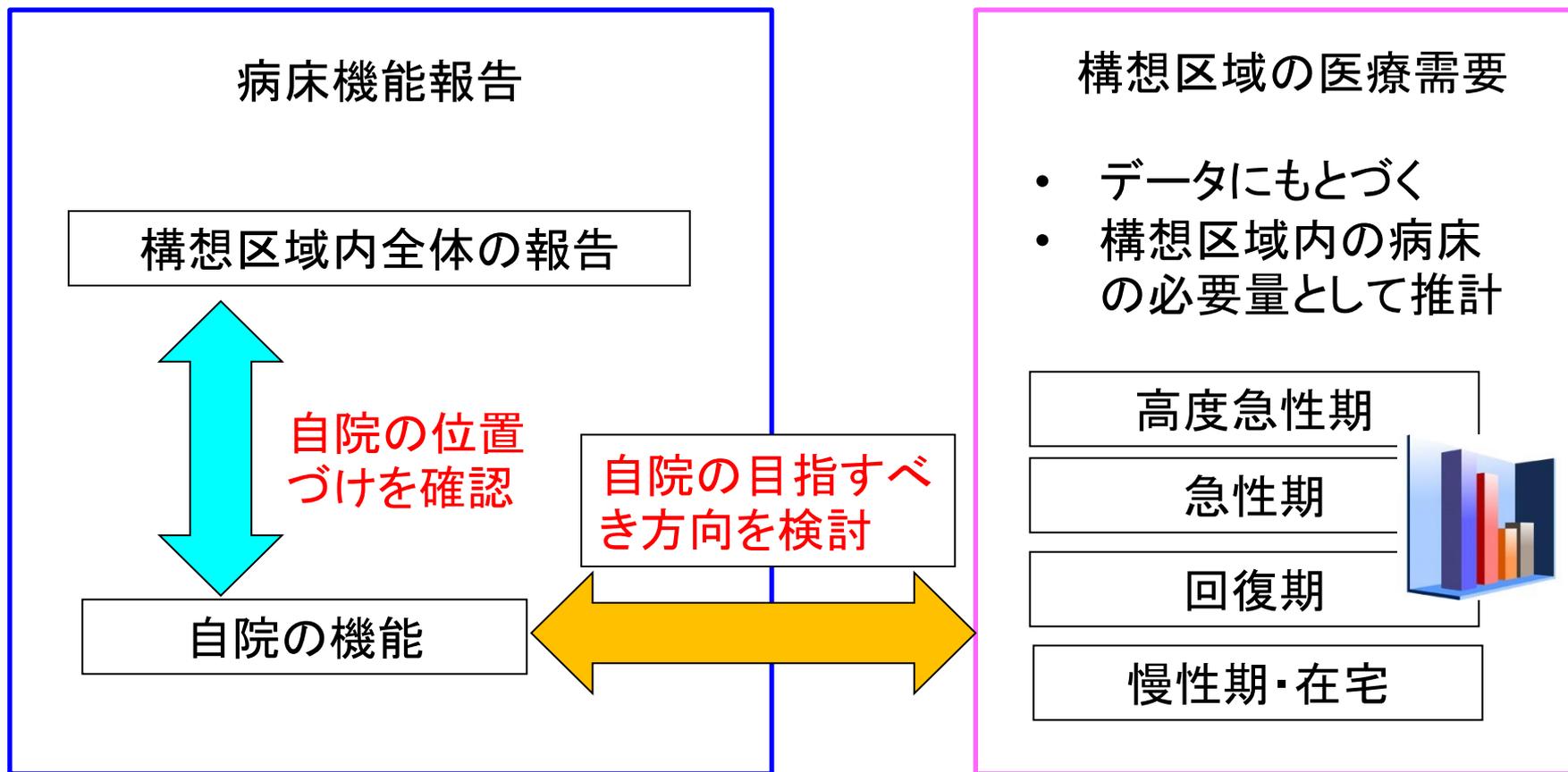
- 病床の機能分化、連携強化という方向性自体は、間違っていない。
ただし、国や都道府県が目標値を定めて一律に推し進めることは適切ではない。
- 人口の集中や散在、在宅医療の基盤づくりの進み具合など、**それぞれの地域の実情を反映させることが必要**。
- たとえば、ある地域では慢性期機能の必要病床数を多く算定し、また他の地域では在宅患者数を多くするようすべき。**「施設も、在宅も」という考え方が重要**。

医療機関が報告する医療機能

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

*厚生労働省 第1回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会「医療提供体制の改革について」、2014年9月18日

地域医療構想の意義(各医療機関にとって)



地域医療構想のデータ・枠組みを活用し、自院の強みをいかした機能を選択できるようになる。

機能に応じた病床の適切な評価

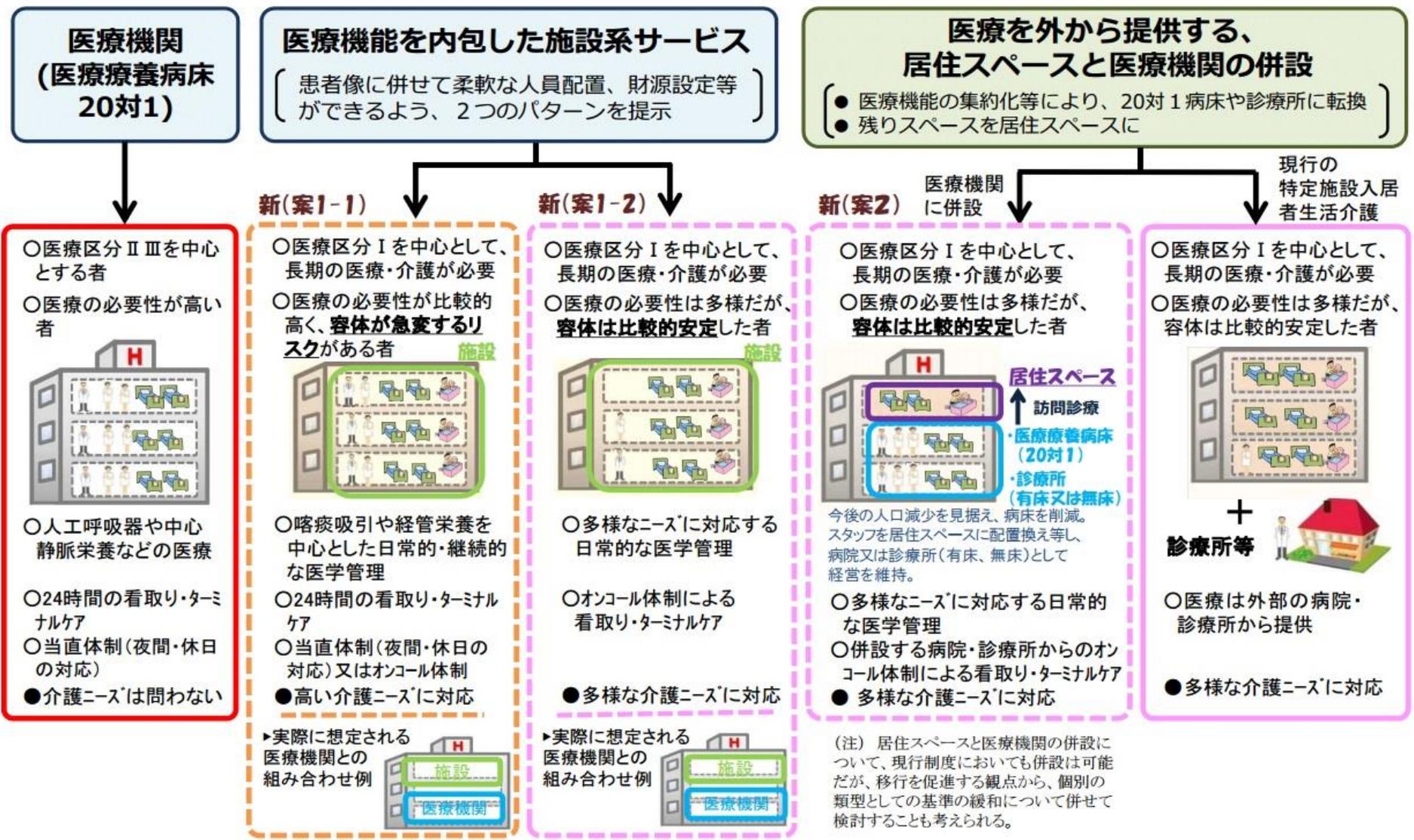
【日本医師会の考え方とあるべき姿への方向性】

病床機能の区分については日医・四病院団体協議会合同提言「医療提供体制のあり方」(平成25年8月8日)を基本とし、病期に応じて「高度急性期病床」、「急性期病床」、「回復期病床」、「慢性期病床」に病床区分され、各地域それぞれの医療資源等を踏まえて、地域の実情を十分に反映し柔軟に機能分化を進める。

地域ごとの将来ニーズを踏まえ、それぞれの病院が効率よく機能を発揮し、地域の連携体制が働き、かつ病院の経営が安定するような体制構築が求められる。

こうした体制構築に向け、各病院が機能構築を適切に判断できるための制度・財政両面にわたる支援が必要であり、医療法をはじめとする制度的枠組みの整備、医療機関に対する公的支援に加え、**どのような機能を選択しても地域や患者ニーズに応えている限り、経営が安定して成り立つよう体制構築に取り組む全ての医療機関を公平に支える、それぞれの機能のコストを適切に反映した診療報酬体系の実現が極めて重要である。**

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービスモデル（イメージ）



※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

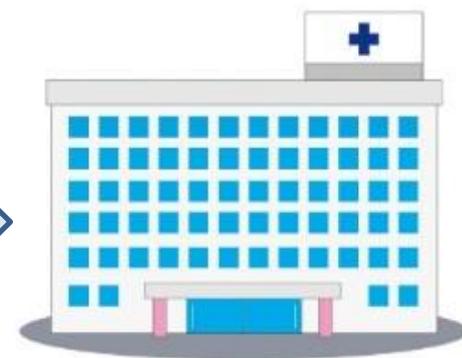
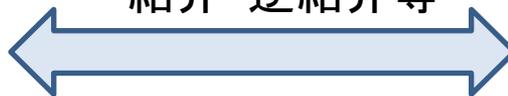
*出所: 厚生労働省第7回療養病床の在り方等に関する検討会(2016年1月15日)
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000109360.pdf>

外来の機能分化・連携の推進



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

必要に応じて適切に
紹介・逆紹介等



専門的な診療を提供する
地域の拠点となるような病院

- 認知症に対する主治医機能の評価
- 小児に対するかかりつけ医の評価
- 地域包括診療料、地域包括診療加算(※)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評価

- 紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担を導入

- 対象となる医療機関：
特定機能病院、
一般病床500床以上の地域医療支援病院
- 定額負担
最低料金：初診時5,000円、再診時2,500円

※緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。

医師の偏在解消に向けて

【日本医師会の主張】（安倍首相、下村文部科学大臣（当時）、塩崎厚生労働大臣らに要望）
人口が減少する中で、今後の医師の養成数を検討した上で、慎重に対応する必要がある。

2015年6月30日「**経済財政運営と改革の基本方針2015**」（「**骨太の方針2015**」）
「人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制の構築に資するよう、**地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の是正などの観点を踏まえた医師・看護職員等の需給**について、検討する。」

2015年12月 医療従事者の需給に関する検討会 発足

医療従事者の需給に関する検討会：日本医師会から委員が複数参画
医師需給分科会：日本医師会から委員が複数参画

厚生労働省が進めている検討

【対応の方向性】

<従前の医師確保対策>

医師の診療科・勤務地の**選択の自由を前提**

例)・診療報酬による小児・産科の評価

- ・地域医療支援センターによる医師不足病院への医師の斡旋等
- ・医療勤務環境改善支援センターの設置

- 医師に対する**規制を含めた地域偏在・診療科偏在の是正策**を検討。
※年内に取りまとめ予定

今後検討を進める対策の例

医師養成課程の見直し

医学部： より**地域定着が見込まれる入学者枠**等の検討

臨床研修： 臨床研修の募集定員の配分に関する**都道府県権限の強化**、出身大学の地域での研修の促進

専門医： **地域ごと・診療科ごとの定員枠の設定** 等

都道府県の役割強化

医療計画(※保健医療2035でも同様の提言あり)：

- **不足する地域・診療科等で確保すべき医師の目標値を設定した医師確保計画の策定**
- **将来的に、医師の偏在等が続く場合に、保険医の配置・定数の設定**等を検討

地域医療支援センター： センター機能の抜本的強化

管理者： **特定地域・診療科での診療の従事を、診療所等の管理者要件**とすることを検討 等

医療側からの医師の地域・診療科偏在解消の提言

1. 病院・診療所の管理者要件への医師不足地域での勤務経験の導入

一定期間、医師不足地域で勤務した経験があることを病院・診療所の管理者の要件とする。

医師不足地域や勤務期間および卒後年数上限（たとえば卒業後何年までに一定期間）は、「地域医療支援センター」と都道府県行政、地域医師会、大学で協議し調整して指定する。医師不足地域は、へき地等に限定せず、地域・診療科偏在の実態を踏まえて、その時々で判断する。

2. 地域ごと診療科（基本領域）ごとの医師需給の把握

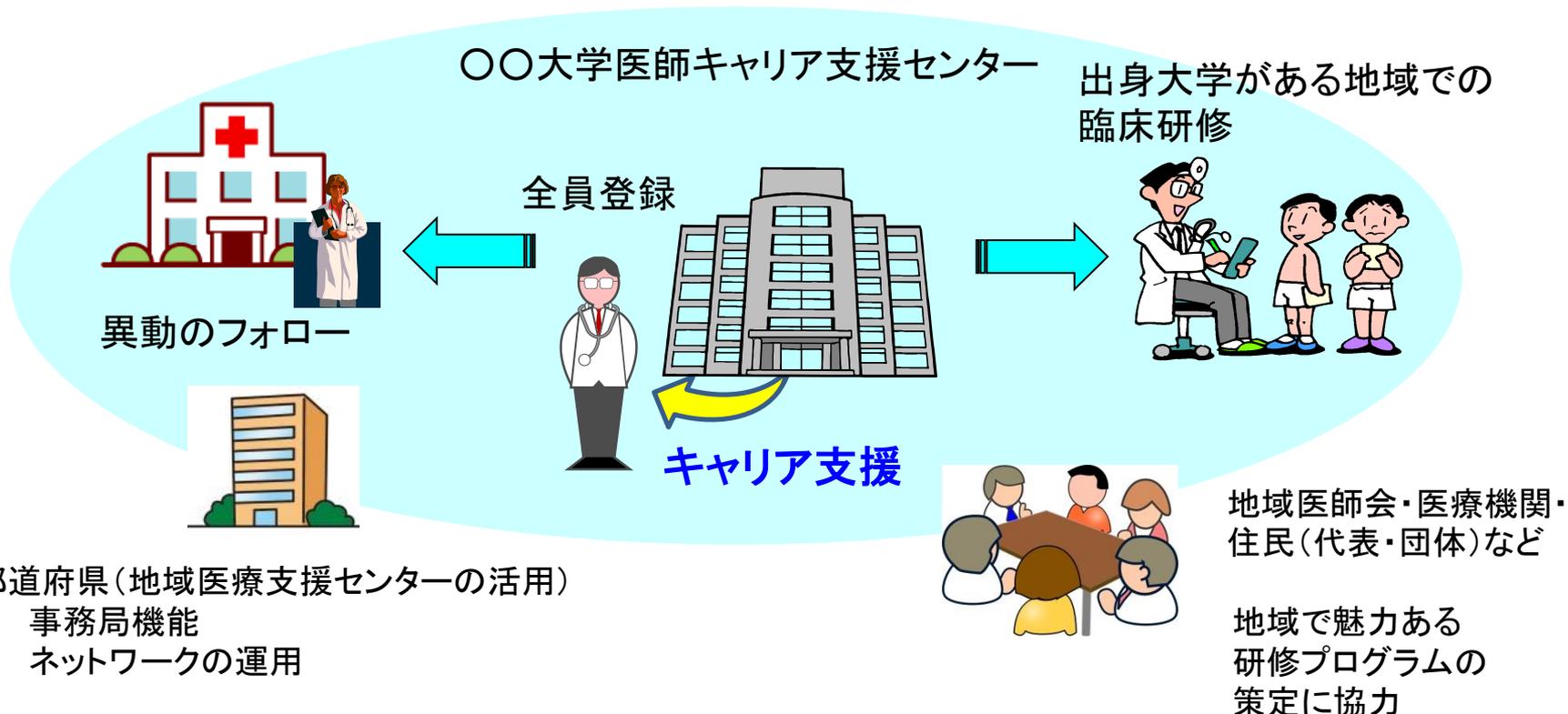
地域医療支援センターは、「各出身大学の医師キャリア支援センター（新設）」、医師会、医療関係団体等と協力して、各地域の現状及び将来の医療需給（診療科別医師数、地域の性・年齢別人口構成並びに診療科別受療率を踏まえた各診療科医師一人当たりの患者数など）に関するデータを把握し、整備する。

地域の「医師キャリア支援センター」は、これらの需給データを医師（医学生を含む）に提供し、地域ごと診療科（基本領域）ごとにあるべき医師配置に自主的に収れんされていくことを目指す。

各出身大学の医師キャリア支援センター(新設)

医師の異動をフォローし、医学生・医師のキャリアを一貫して支援

- 医学生・卒業生は「各出身大学の医師キャリア支援センター」に登録
- 「医師キャリア支援センター」は医師の異動を継続してフォローし、医学部入学時点から学部教育、診療参加型実習、研修マッチング、臨床研修、専門医、生涯教育まで医学生・医師のさまざまな相談に乗り、キャリア形成を支援



3. 持続可能な社会保障へ向けて



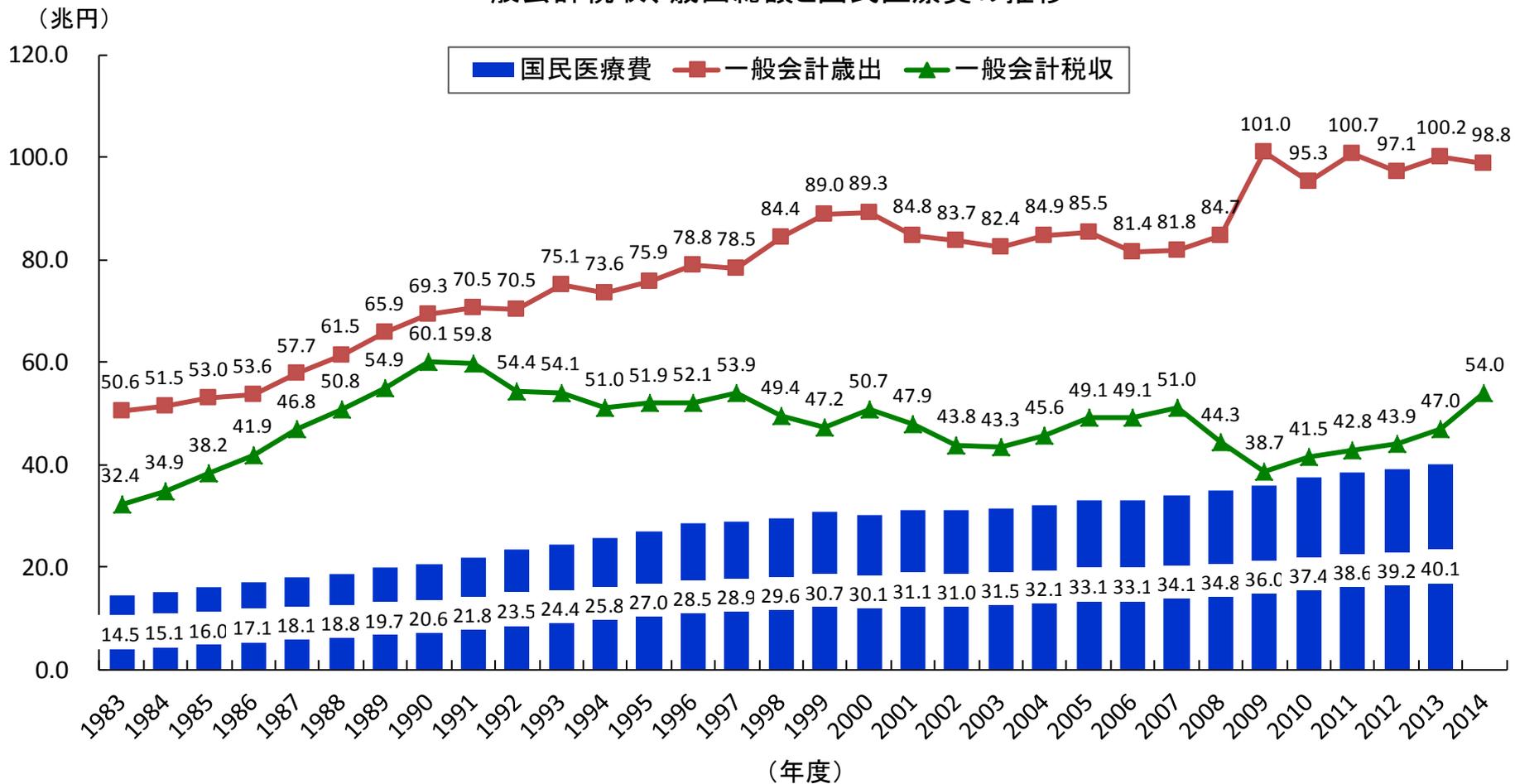
日本医師会治験促進センター「メカチケン」

社会保障が持つ経済効果

- ・「医療は消費」と位置づける意見があるが、社会保障と経済は相互作用の関係。
- ・経済発展が社会保障の財政基盤を支え、他方で社会保障の発展が生産誘発効果や雇用誘発効果などを通じて日本経済を底支え。
- ・医療の拡充による国民の健康水準の向上が経済成長と社会の安定に寄与。
- ・国民が安心して老後を迎えられるようにするために、社会保障と税の一体改革を成し遂げねばならない。
- ・老後が不安であるという思いを持つ多くの国民に、安心を示すことは、経済成長を取り戻すための出発点。

一般会計税収、歳出総額と国民医療費の推移

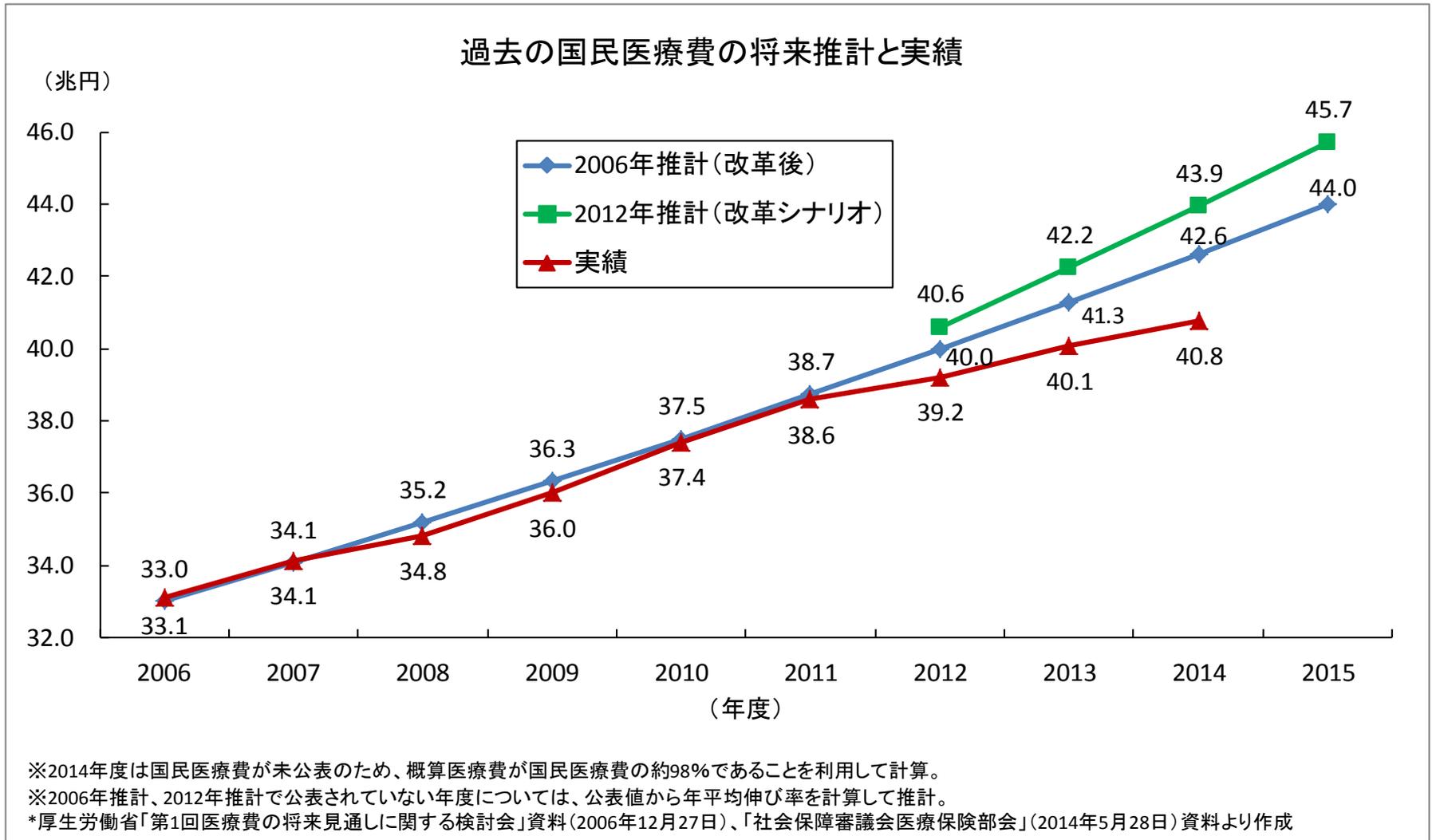
一般会計税収、歳出総額と国民医療費の推移



*財務省「日本の財政関係資料」、厚生労働省「国民医療費」より作成。

過去の国民医療費の将来推計と実績

適正化によって国民医療費の実績値は、過去の国民医療費の推計値を下回っている。



社会保障費は、医療、介護等を中心に今後も増加することが見込まれる

時代に即した改革

持続可能な社会保障のために

財政主導ではなく、未曾有の少子高齢社会が進展し、人口が減少していく中で国民皆保険を堅持していくため、我々医療側から、過不足ない医療提供ができる適切な医療を提言。

例えば

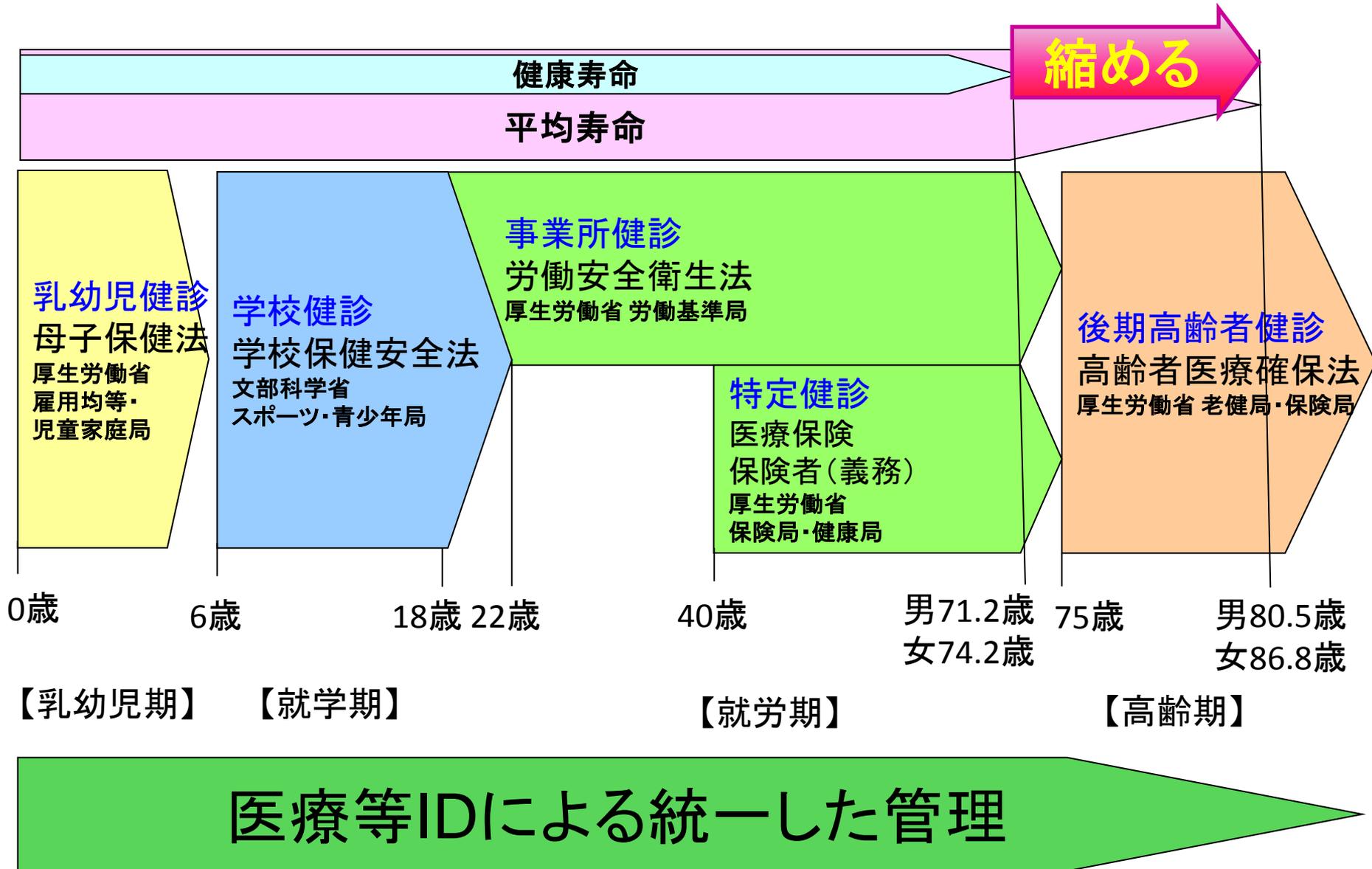
- ・生涯保健事業の体系化による健康寿命の延伸
- ・糖尿病のハイリスク群への早期介入による透析導入患者の減少
- ・COPD患者への適切な医療介入による在宅酸素療法導入患者の減少
- ・症状や患者特性に応じてコスト意識を持った処方診療ガイドラインに掲載する等学会活動の支援

等

医療側から提言できる医療費適正化の分野・項目の例

	1. 筋骨格系疾患	2. 糖尿病	3. 人工透析	4. CT,MRI検査	5. 医療材料	6.COPD (慢性閉塞性肺疾患)
医療費 (現状)	大腿骨頸部骨折 医療費2,000億円 (+介護費1,600億円)	1.2兆円 (H24)	1.4兆円 (H24)	5,900億円 (H26)	約1兆円 (医療費の3%)	約240億円 (H25・在宅酸素療法に 係るものだけの推計)
患者数 (回数)	90,000人 (大腿骨手術)	270万人 (H25) 疑いは1,600万人	31.4万人 (H25)	3,500万回 (H25)	(整形外科手術 患者を対象にパイ ロット調査中)	22万人 (H23)
基本方針	ロコモの推進による 転倒防止、合理的な 手術の実施と病院の 機能分化	データベース構築とそ の収集・分析に基づく 最適治療法の確立、 徹底的患者管理	糖尿病性腎症 の悪化防止、透 析医療の標準化	適切な機器の選択、 機器及び個人単位 の線量管理、適切な 撮影	手術及び術式、さ らには使用する材 料の適切な選択	禁煙から併存症まで 適切な患者管理
方法	<ul style="list-style-type: none"> ・ロコトレにより、転倒 主因の入院・手術の 削減 ・受け皿病院等の整 備・機能分化による 入院期間の適正化 ・手術の医療材料の 適切な選択 	<ul style="list-style-type: none"> ・健診、糖尿病の1次 予防、重症化予防 ・病院・診療所における データベース構築 ・適切な薬剤選択によ る効果的治療 ・患者指導、血圧・血糖 の厳格コントロール ・診療ガイドラインの周 知、専門医・非専門医 の研修 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症 の悪化防止 ・腎症の進行の モニタリングと 適切な治療 ・患者指導の徹 底 	<ul style="list-style-type: none"> ・高機能・低被曝機 器の配備推進 ・行政、学会、医療 機関の協力による、 機器及び個人単位 の線量管理の徹底 とモニタリング ・撮影支援システム 等による、合理的・ 適切な撮影の決定 ・疾患別撮影ガイド ラインの周知 	<ul style="list-style-type: none"> ・手術の際に使用 する材料の実態 の分析及び適切 な選択 ・手術及び術式の 選択の実態の分 析及び適切な選 択 ・手術の際の医療 材料の適切な選 択 	<ul style="list-style-type: none"> ・禁煙、予防接種、栄 養指導、運動療法 ・併存症の管理 ・呼吸リハビリテー ション
連携する 学会等	日本臨床整形外科 医会	日本糖尿病学会 等	日本腎臓学会 日本透析医学会	日本医学放射線 学会 等	日本臨床整形外科 医会	日本呼吸器学会 等

健康寿命延伸に向けて



糖尿病患者の削減に向けた対応

予防・重症化予防

- 糖尿病患者の数値コントロールを強化するためのかかりつけ医を含む医師への研修

重症化予防

- 地域の開業医と拠点病院を結んだ連携協力体制の構築
特に開業医の治療に資するデータベースの構築と分析

効果的治療の確立

- データベースの構築とアウトカム向上の研究の継続による効果の高い
治療法・薬剤

「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」
の締結(2016年3月24日)

各地域の糖尿病性腎症重症化予防に向けた取り組みを促進するため、日本医師会、厚生労働省、日本糖尿病対策推進会議と協定を締結した。



糖尿病性腎症を原疾患とする 透析導入患者数と医療費の将来推計

年	透析導入患者数(※1)	医療費(※2)		医療費
2018	18,261人	913.1億円	年間10% 節減 	821.8億円
2019	18,377人	918.9億円		827億円
2020	18,454人	922.7億円		830.4億円
2021	18,489人	924.5億円		832.1億円
2022	18,483人	924.2億円		831.8億円
計	9万2,064人	4,603.4億円		4,143.1億円

ハイリスク群への早期介入によって、将来、**460億円**の
医療費節減効果

※1 慢性透析患者数に占める導入患者数の割合(2013)=12.1%、及び導入患者のうち糖尿病性腎症を主要原疾患とする者の割合(2013)=43.8%として推計(参考:日本透析医学会「図説 わが国の慢性透析療法の現況(2013年12月31日現在)」、「わが国の慢性維持透析人口将来推計の試み」)

※2 人工透析にかかる医療費=1人年間約500万円(厚生労働省「腎疾患対策検討会資料」他より)

糖尿病対策推進会議を先例として COPD対策推進会議の都道府県等へ拡大

COPDの早期発見・早期治療の実現

受診への行動変容

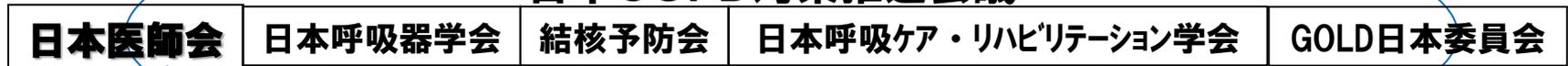
肺がん検診、特定健診実施時のCOPD検診の導入
健康診断の拡大

TVCM、新聞等の活用
認知率の向上



COPD啓発プロジェクト
COPD Awareness Campaign

日本COPD対策推進会議



組織化の推進



日本健康会議

- ◆ 経済界・医療関係団体・自治体のリーダーが手を携え、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図ることを目的として、自治体や企業、保険者における先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げるため、民間主導の活動体である「日本健康会議」を2015年7月10日に発足。
- ◆ 自治体や企業・保険者における先進的な取組を横展開するため、2020年までの数値目標（KPI）を入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を採択。
- ◆ この目標を着実に達成するため、
 - ①取組ごとにワーキンググループを設置し、厚労省・経産省も協力して具体的な推進方策を検討し、ボトルネックの解消や好事例の拡大を行う。
 - ②「日本健康会議 ポータルサイト」を開設し、例えば、地域別や業界別などの形で取組状況を「見える化」し、競争を促す。

宣言を達成するためのワーキンググループ (2016年4月現在)

- 1) 健康経営500社WG
- 2) 中小1万社健康宣言WG
- 3) 重症化予防（国保・後期広域）WG
- 4) 民間事業者活用WG
- 5) 個人への予防インセンティブ検討WG
- 6) 保険者における後発医薬品推進WG



日本健康会議の様子

保険者の取組(広島県呉市の事例)

○後発医薬品の使用促進

- ・ 後発医薬品に切り替えることによって一定以上の医療費負担軽減効果がある者に、削減額等を通知するサービスを実施。平成20年7月から24年3月までの通知者の77%が後発医薬品へ切り替え。

○生活習慣病二次予防(受診勧奨)

- ・ 健診情報から健診異常値の方を抽出し、レセプトと突合して医療機関未受診者に受診勧奨を行う。
- ・ レセプトから生活習慣病で医療機関に通院していた患者を抽出し、一定期間通院していない患者に受診勧奨を行う。

○生活習慣病三次予防(重症化予防)

- ・ レセプトから抽出した対象病名毎に指導対象者を選定し、個別に指導を行うことにより重症化を予防。

○重複受診・頻回受診対策

- ・ 複数の医療機関に同一の傷病名で受診している者や頻繁に医療機関で受診している者を確認し、訪問指導を実施。

※ 平成23年度における訪問前後1ヶ月の比較

(重複受診) 件数:51件 診療費削減額:54,160円 最大18,380円/人 診療費減

(頻回受診) 受診日数減:94人 診療費削減1,544,030円 最大 受診日数28日/月→1日/月
114,610円/人 診療費減

○調剤点検

- ・ 別々の医療機関で同一成分の薬剤を重複して服用している人、相互作用の発生の恐れがある人を抽出できる。

※ 平成23年度重複服薬指導対象者184人、併用禁忌2件、併用回避33件(呉市医師会によるスクリーニング後、該当医療機関に通知)

後発医薬品の使用を促進するために・・・

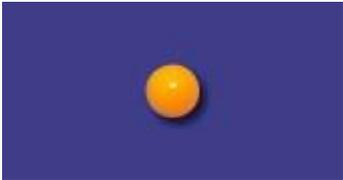
1. 処方時の医師の不安・疑問の解消

- (1) 同様の後発医薬品が多くの企業から販売されている。
- (2) 先発医薬品と後発医薬品では、効能効果が違う場合もある。
- (3) 患者さんがどの薬局に行くのか、また、その薬局でどのような後発医薬品を用意しているのか、事前には分からない。
- (4) 名称、色、剤形が異なることで、患者さんが違いを感じるのではないか？
- (5) 後発医薬品を使用することで、どの程度の医療費が削減されているのか？

2. その他、環境の整備として、

- (1) 後発医薬品の情報提供体制
- (2) 後発医薬品の安定供給と低価格維持
- (3) 政策提言者である政府関係者も率先して後発品を使用する など

同じ薬であると認識できるか？（見た目の違い）

先発品	アルファロールカプセル0.5 μ g (一般名)アルファカルシドール (効能効果)骨粗鬆症 等 	(剤形) 黄色不透明のカプセル剤 直径:5.6mm
後発品	ワークミンカプセル0.5 	(剤形) 白色のカプセル剤、 長径約8.5mm、短径約5.8mm
後発品	アルファカルシドールカプセル0.5 μ g「EE」 	(剤形) 淡緑色のカプセル剤 長径7.7mm、短径7.2mm

くすりの適正使用協議会. くすりのしおり®. より

患者さんが違いを不安に思うのではないか？

多くの後発医薬品メーカー

品目によっては、同様の後発医薬品を多くの企業が販売している。
また、略語やメーカー名の名称がついていない品名もある。

降圧剤プロプレス錠（カンデサルタン錠）の例

(1) 先発品

プロプレス（武田薬品工業） 135.6円

(2) (1)の後発品(34社)

品名	メーカー名	薬価(円)
カンデサルタン錠8mg「あすか」	あすか製薬	81.40
カンデサルタン錠8mg「BMD」	ビオメディクス	67.80
カンデサルタン錠8mg「DK」	大興製薬	67.80
カンデサルタン錠8mg「DSEP」	第一三共エスファ	67.80
カンデサルタン錠8mg「EE」	エルメッド エーザイ	67.80
カンデサルタン錠8mg「FFP」	富士フィルムファーマ	67.80
カンデサルタン錠8mg「JG」	日本ジェネリック	67.80
カンデサルタン錠8mg「KN」	小林化工	67.80
カンデサルタン錠8mg「KO」	寿製薬	67.80
カンデサルタン錠8mg「KOG」	興和	67.80
カンデサルタン錠8mg「TCK」	辰巳化学	67.80
カンデサルタン錠8mg「YD」	陽進堂	67.80
カンデサルタン錠8mg「ZE」	全星薬品工業	67.80
カンデサルタン錠8mg「アメル」	共和薬品工業	67.80
カンデサルタン錠8mg「イセイ」	イセイ	67.80
カンデサルタン錠8mg「オーハラ」	大原薬品工業	67.80
カンデサルタン錠8mg「科研」	シオノケミカル	67.80

品名	メーカー名	薬価(円)
カンデサルタン錠8mg「杏林」	キョーリンリメディオ	67.80
カンデサルタン錠8mg「ケミファ」	日本ケミファ	67.80
カンデサルタン錠8mg「サノフィ」	サノフィ・ゼンティバ	67.80
カンデサルタン錠8mg「サワイ」	沢井製薬	67.80
カンデサルタン錠8mg「サンド」	サンド	67.80
カンデサルタン錠8mg「三和」	三和化学研究所	67.80
カンデサルタン錠8mg「ゼリア」	日本薬品工業	67.80
カンデサルタン錠8mg「タナベ」	田辺三菱製薬	67.80
カンデサルタン錠8mg「ツルハラ」	鶴原製薬	67.80
カンデサルタン錠8mg「テバ」	テバ製薬	67.80
カンデサルタン錠8mg「トーフ」	東和薬品	67.80
カンデサルタン錠8mg「日医工」	日医工	67.80
カンデサルタン錠8mg「日新」	日新製薬（山形）	67.80
カンデサルタン錠8mg「ニプロ」	ニプロ	67.80
カンデサルタン錠8mg「ファイザー」	マイラン製薬	67.80
カンデサルタン錠8mg「明治」	Meiji Seika ファルマ	67.80
カンデサルタン錠8mg「モチダ」	持田製薬	67.80

2015年4月1日時点

最近の技術進歩に伴い、画期的な新薬であり、かつ高額な薬剤が保険収載

数々の分子標的薬

我が国で開発された免疫チェックポイント阻害薬の「オプジーボ」



オプジーボ点滴静注100mg
(小野薬品工業(株)「製品基本情報」より)

新しいC型肝炎治療薬の「ソバルディ」



ソバルディ錠400mg
(ギリアド(株)「患者向医薬品ガイド」より)

国民の幸福の原点は健康であり、病に苦しむ人がいれば、何としても助けたいというのが医療人の願い。私達の願いは、「必要とする医療が過不足なく受けられる社会づくり」に尽きる。



- 安全性と有効性が確認された新しい医薬品は速やかに保険収載されることは、患者のみならず医療人も望んでいる。
- 持続可能な保険財政の観点から、医薬品の費用の適正化は進めるべきであり、薬価算定組織が用いる評価指標や評価時期など具体的には中医協の議論を尊重すべきである。
- 国民皆保険の財政を揺るがすような高額な薬価の在り方について中医協の判断を高めなくてはならない。

リビングウィルの普及・啓発

患者の尊厳を守るため、その意思表示を確認する「リビングウィル」の国民への浸透度はまだ低く、人生の最終段階を迎える方の背景は多様であり、亡くなられる場所も病院、介護施設、自宅等様々である。また、医療のあり方も治す医療から、治し支える医療に転換しつつある。死生観も踏まえながら、医療関係者のみならず、**宗教家や法曹界等様々な関係者も交えて、国民の合意を得て、進めていく必要がある。**

まずは、「リビングウィル」など患者の意思を尊重した終末期医療の体制整備と、厚生労働省・日本医師会等が策定したガイドラインの実効的実施に向けて、終末期医療の自己決定権(リビングウィル等)について国民に啓発していく。

現在改訂作業中の『医師の職業倫理指針』

治療行為の差し控えや中止は、患者が終末期状態にあり、治療行為の差し控えや中止を求める患者の意思を確認できることが必須の要件である。

その際に、患者の口頭による意思表示のほか、患者が正常な判断ができないような状態では、**患者の事前の文書による意思表示を確認することも大切である。**

日本医師会綱領

日本医師会は、医師としての高い倫理観と使命感を礎に、人間の尊厳が大切にされる社会の実現を目指します。

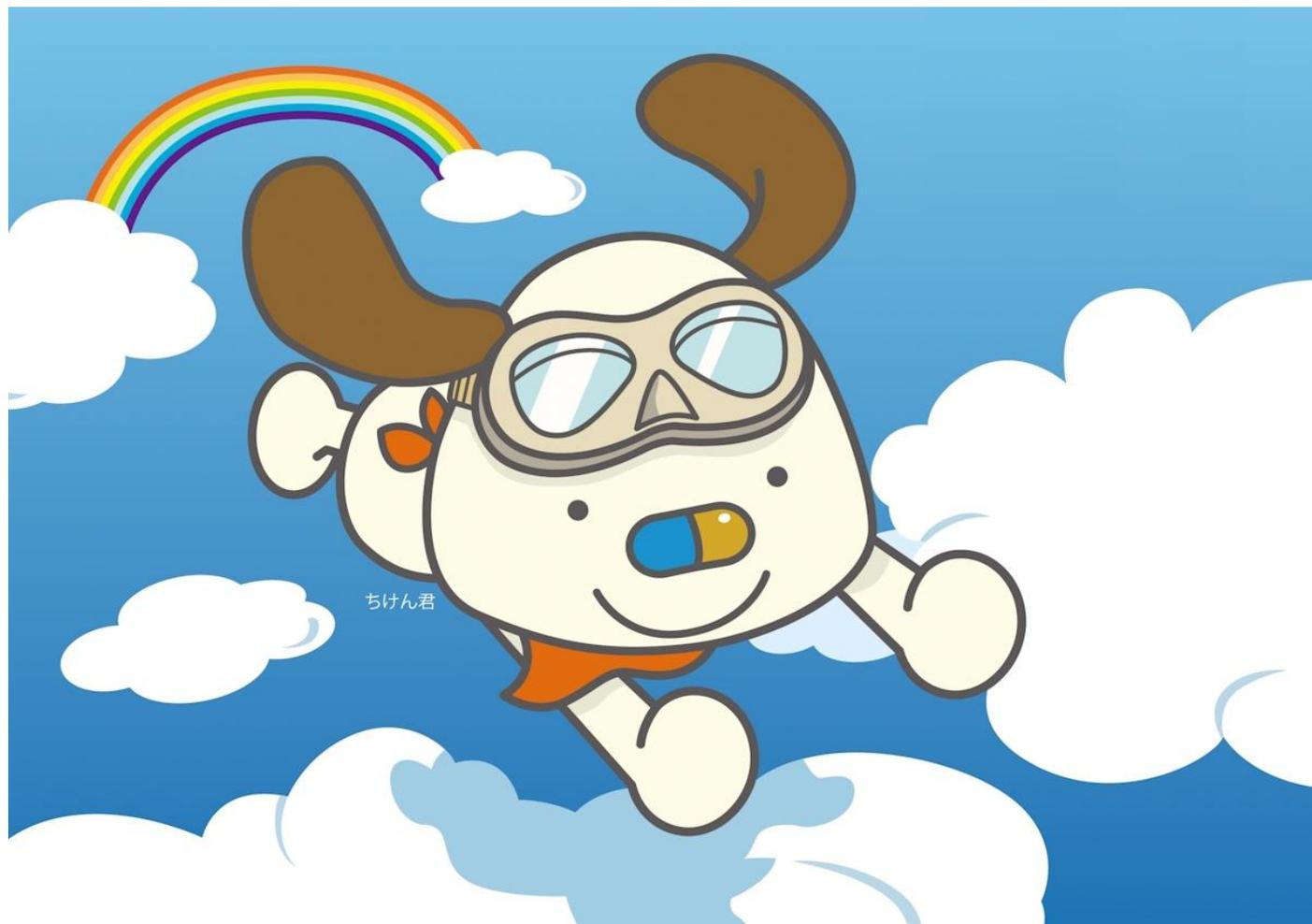
1. 日本医師会は、国民の生涯にわたる健康で文化的な明るい生活を支えます。
2. 日本医師会は、国民とともに、安全・安心な医療提供体制を築きます。
3. 日本医師会は、医学・医療の発展と質の向上に寄与します。
4. 日本医師会は、国民の連帯と支え合いに基づく国民皆保険制度を守ります。

以上、誠実に実行することを約束します。

まとめ

- 2025年を見据えて、地域の実情に基づいて地域医療構想を策定する。あわせて地域包括ケアを推進し、地域医療を充実させる。
- 国民へ「かかりつけ医」を普及・定着させることにより、健康寿命を延伸する。
- 今回の診療報酬改定は、それをバックアップするかたちで行われる。平成30年度の医療と介護の同時改定に向けて、改革を継続していく。
- 医療側から国民の健康を守るため、持続可能な社会保障を提言していく。

ご清聴ありがとうございました。



日本医師会