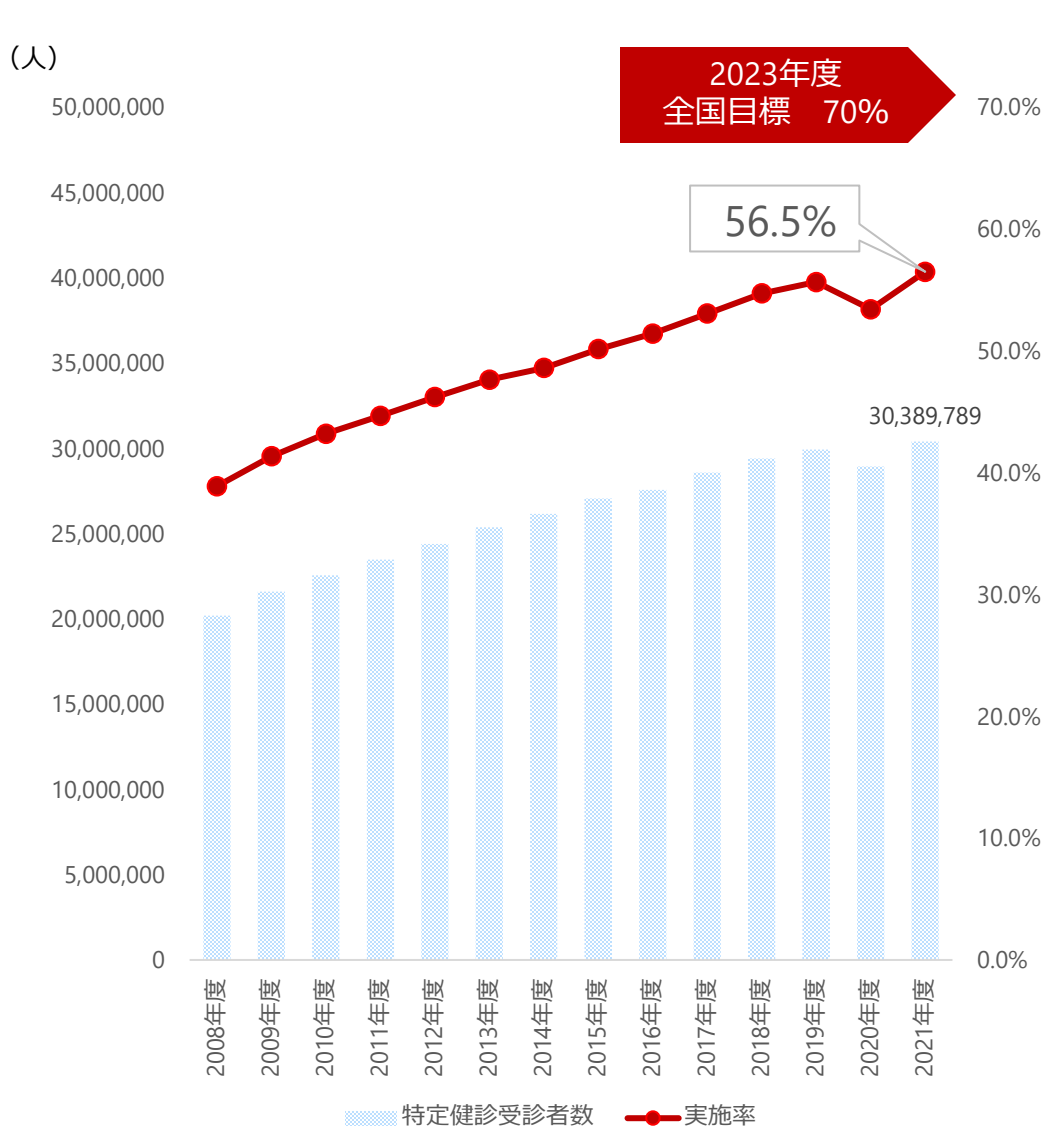


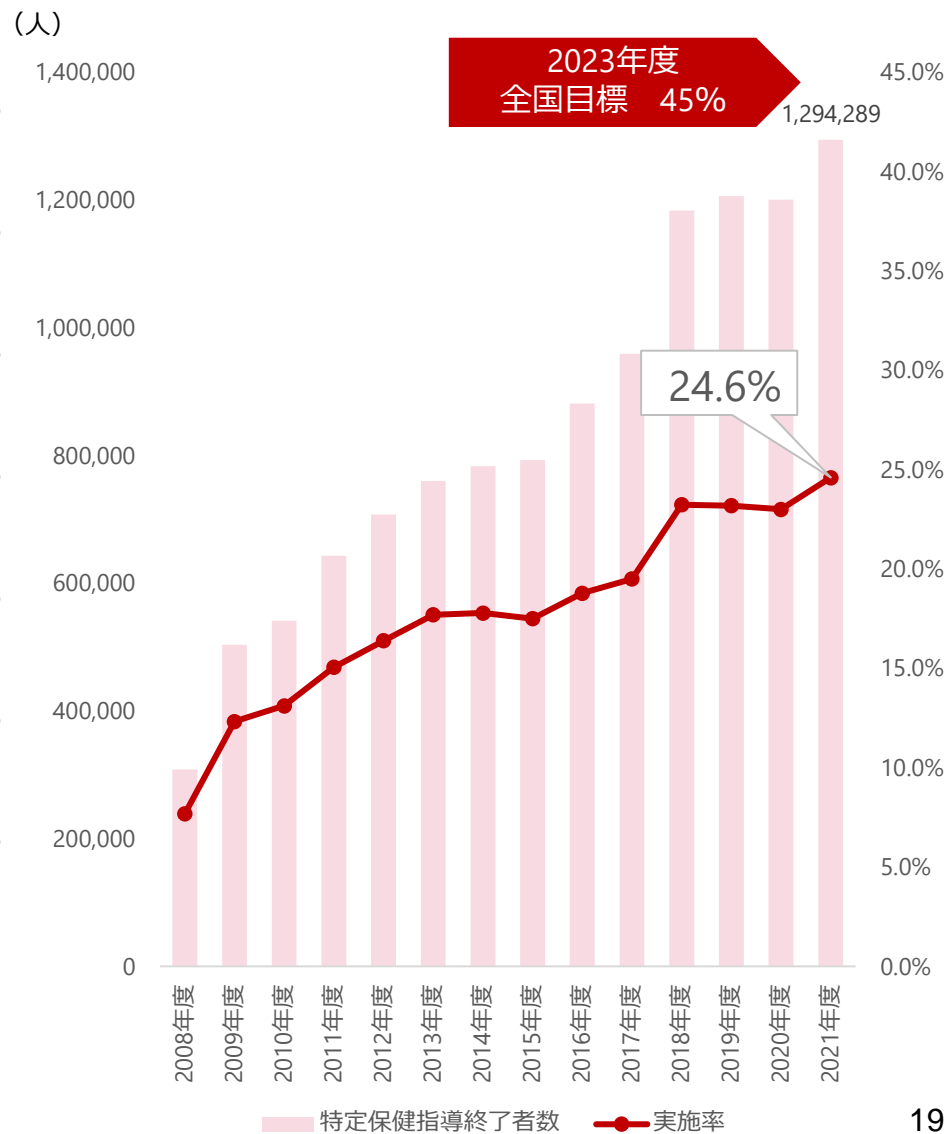
参考資料

特定健診・特定保健指導の実施率の推移

【特定健診受診者数・特定健診実施率】



【特定保健指導終了者数・特定保健指導実施率】



第4期の見直しの概要（特定健診）

令和4年10月12日

第3回 第4期特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会

参考資料
1-1

質問項目の見直しについて

- 標準的な質問項目に関する基本的な考え方について、「地域の健康状態の比較に資する項目」を「地域間及び保険者間の健康状態の比較に資する項目」に修正する。
- 喫煙に関する質問項目について、「過去喫煙していたが、現在は喫煙しない者」を区別するための回答選択肢を追加するとともに、「現在、習慣的に喫煙している者」についても現行の定義を維持した上で、分かりやすい表現に修正する。
- 飲酒に関する質問項目について、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」をより詳細に把握できるように、飲酒頻度と飲酒量の回答選択肢を細分化するとともに、「禁酒者」を区別するための回答選択肢を追加する。
- 保健指導に関する質問項目について、特定保健指導の受診歴を確認する質問に変更する。

健診項目の見直しについて

- 「標準的な健診・保健指導プログラム」の「健診検査項目の保健指導判定値」及び階層化に用いる標準的な数値基準について、食事の影響が大きい中性脂肪に、随時採血時の基準値（175 mg/dl）を追加する。

その他

- 「標準的な健診・保健指導プログラム」において、受診勧奨判定値を超えるレベルの場合に直ちに服薬等の治療が開始されるという誤解を防ぐための注釈等を追加するとともに、健診項目のレベルに応じた対応を示しているフィードバック文例集の構成等についても、活用がより一層進むような見直しを行う。
- 「標準的な健診・保健指導プログラム」に、医療関係者への情報提供を目的とした医療機関持参用文書（案）を掲載し、健診受診者が医療機関を受診する際等に持参・活用できるような見直しを行う。

第4期の見直しの概要（特定保健指導）

成果を重視した特定保健指導の評価体系

- 腹囲2cm・体重2kg減を達成した場合には、保健指導の介入量を問わずに特定保健指導終了とする等、成果が出たことを評価する体系へと見直し。（アウトカム評価の導入）
- 行動変容や腹囲1cm・体重1kg減の成果と、保健指導の介入と合わせて特定保健指導終了とする。保健指導の介入は、時間に比例したポイント設定を見直し、介入1回ごとの評価とする。

特定保健指導の見える化の推進

- 特定保健指導の成果等について見える化をすすめ、保険者等はアウトカムの達成状況の把握や要因の検討等を行い、より質の高い保健指導を対象者に還元する。
- アウトカムの達成状況等について、経年的な成果の達成状況等を把握する。

ICT活用の推進

- 在宅勤務や遠隔地勤務等の多様なニーズに対応することを促進するため、遠隔で行う保健指導については、評価水準や時間設定等は対面と同等とする。
- 保健指導におけるICT活用を推進するため、ICT活用に係る留意点を「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」や「標準的な健診・保健指導プログラム」で示す。

糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて(平成28年4月20日策定。平成31年4月25日改定)

1. 改定の背景

- 呉市等の先行的取組を全国に広げていくためには、**各自治体と医療関係者が協働・連携できる体制の整備**が必要。
- 国レベルでも支援する観点から、**日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省の三者で、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定**したもの(それに先立ち平成28年3月24日に連携協定締結)
- 日本健康会議の「宣言2」として掲げられている5つの達成要件を達成した市町村や広域連合においても取組の質にはばらつきが見られることから、より効果的・効率的な事業の実施を目指すためには、**プログラムの条件における留意点の整理**が必要
- 関係者の連携や取組内容等実施上の課題に対応し、**更なる推進を目指していくために改定**するもの

2. 基本的考え方

- 重症化リスクの高い**医療機関未受診者等に対する受診勧奨・保健指導**を行い治療につなげるとともに、**通院患者のうち重症化リスクの高い者に対して**主治医の判断で対象者を選定して**保健指導**を行い、**人工透析等への移行を防止**する
その際、CKD対策等、既存の取組を活用し取り組むことも考えられる

3. 関係者の役割

(市町村)

- **庁内体制の整備**・地域における**課題の分析と情報共有**・**対策の立案**・**対策の実施**・実施状況の**評価**・**人材確保と育成**

(都道府県)

- **庁内体制を整備の上市町村の事業実施状況のフォロー**、都道府県レベルで**医師会や糖尿病対策推進会議等と取組状況の共有、対応策等について議論、連携協定の締結、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定(改定)、人材育成**
- **保健所を活用した取組支援**

(広域連合)

- 後期高齢者医療制度と国保の保健事業が**一体的に実施されるよう調整**するなど、**市町村との連携が不可欠**
- 広域連合からの委託等により**市町村が保健指導を実施する際は、実施支援のための情報提供が重要**

(地域における医師会等)

- 都道府県医師会等の関係団体は、**郡市区医師会等に対して、国・都道府県における動向等を周知し、必要に応じ助言**
- 都道府県医師会等や郡市区医師会等は、都道府県や市町村が取組を行う場合には、**会員等に対する周知、かかりつけ医と専門医等との連携強化、保健事業のアドバイザーとして取組を支援するなど、必要な協力を努める**

(都道府県糖尿病対策推進会議)

- 国・都道府県の動向について**構成団体に周知、医学的・科学的観点からの助言、市町村等との連携の窓口となる責任者を周知**するなど、**自治体の取組に協力するよう努める**
- **地域の住民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める**

(国保連合会の役割)

- **KDBの活用によるデータ分析・技術支援、課題抽出、事業実施後の評価分析**などにおいて連携し、取組を支援

4. 地域における関係機関との連携

- 都道府県、市町村において、**あらかじめ医師会や糖尿病対策推進会議等と問題認識を共有し十分協議**の上、推進体制を構築
- **都道府県レベル、二次医療圏等レベルで協議会や検討会を実施する**など、地域の関係者間で顔を合わせ議論することにより連携体制の充実を図る
- 必要に応じて**かかりつけ医と専門医の連携、医科歯科連携**ができる体制をとることが望ましい

5. プログラムの条件

- ① 対象者の抽出基準が明確であること
- ② **かかりつけ医と連携した取組であること**
- ③ **保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること**
- ④ **事業の評価を実施すること**
- ⑤ **取組の実施に当たり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携（各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など）を図ること**

（効果的・効率的な事業を実施するための条件）

- ① **レセプトの請求情報（薬剤や疾患名）も活用**し被保険者の全体像を把握した上で抽出することにより、健診未受診者層等からの抽出が可能
- ② 事業の**実施時のみならず企画時や評価時などきめ細かく連携**することにより、PDCAサイクルに基づく取組を実施
- ③ **医師・歯科医師・薬剤師等多職種連携による取組**を行うことにより保健指導の質の向上につながる
- ④ **アウトカム指標（特定健診結果の値や人工透析新規導入患者数の変化等）を用いた事業評価**を行うことにより、重症化予防効果等の測定が可能
- ⑤ **情報提供のみならず専門的助言を受け、更に事業へ反映**することにより取組の質の向上へとつながる

6. 取組方策

- ・ 体制整備（庁内連携、地域連携）
- ・ 事業計画
- ・ 事業実施
- ・ 事業評価、**改善（次年度事業の修正）**

7. 対象者選定 ※取組内容については地域の実情に応じ優先順位を意識し柔軟に対応

- ① **健診データ・レセプトデータ**等を活用したハイリスク者の抽出
- ② **医療機関における糖尿病治療中の者からの抽出**
※生活習慣改善が困難な方・治療を中断しがちな患者等から医師が判断
- ③ **治療中断かつ健診未受診者**の抽出

8. 介入方法 ※取組内容については地域の実情に応じ優先順位を意識し柔軟に対応

- ① **受診勧奨**：手紙送付、電話、個別面談、戸別訪問等
 - ② **保健指導**：電話等による指導、個別面談、訪問指導、集団指導等
- ※ 受診勧奨、保健指導等の保健事業については外部委託が可能

9. 評価

- 関係者と共に、**中長期的な視点**をもった事業評価を行い、今後の事業の取組を見直すなど、**PDCAサイクル**を回すことが重要

10. 個人情報の取扱い

- 取組に当たっては、基本情報に加え**健診データやレセプトデータ等個人情報**を活用することから、**取扱いに留意する必要がある**

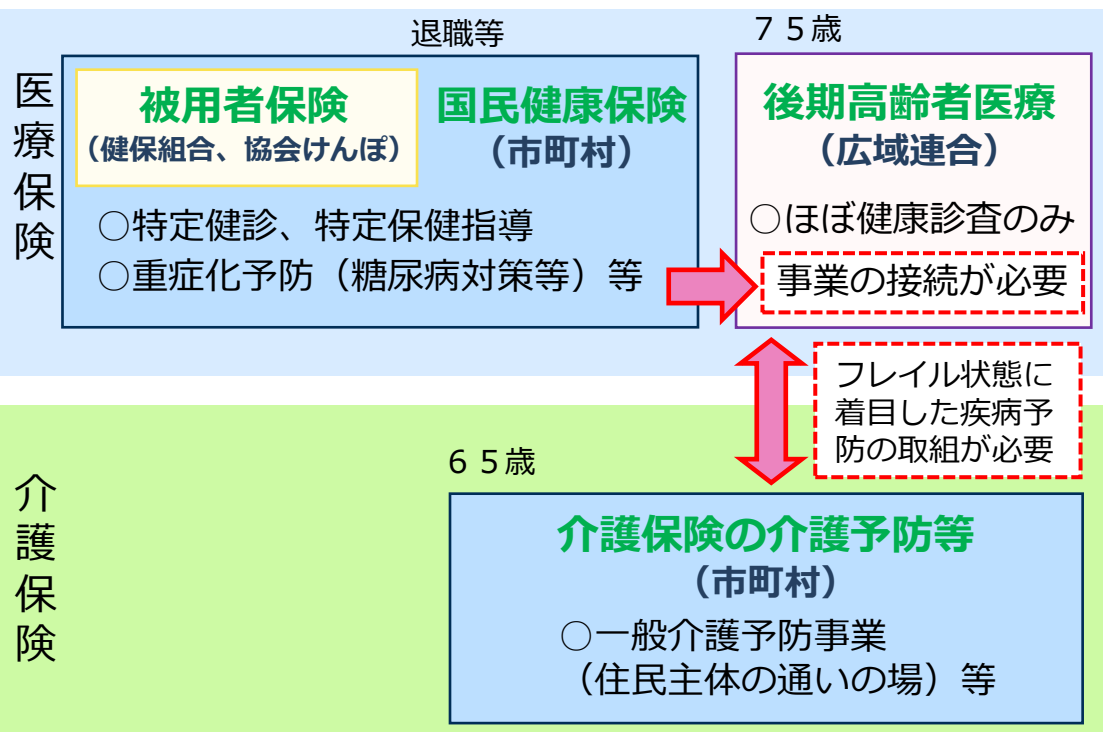
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

- 広域連合が**高齢者保健事業を国民健康保険保健事業及び介護予防の取組と一体的に実施する取組**が**令和2年4月から開始**された。
- 広域連合は、その実施を**構成市町村に委託**することができる。

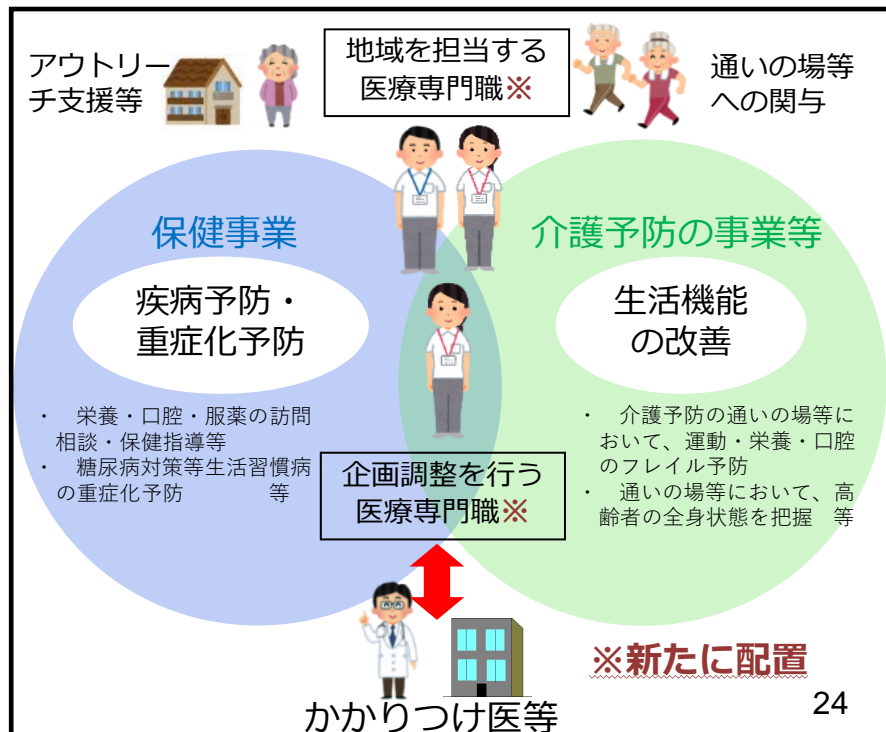
- 令和4年度の実施済みの市町村は **1,072市町村**、全体の**約62%**
- 令和6年度には **1,667市町村**、全体の**約96%**の市町村で実施の目途が立っている状況。
- 令和6年度までに全ての市町村において一体的な実施を展開することを目指す。

一体的実施実施状況調査（令和4年11月時点）

▼保健事業と介護予防の現状と課題

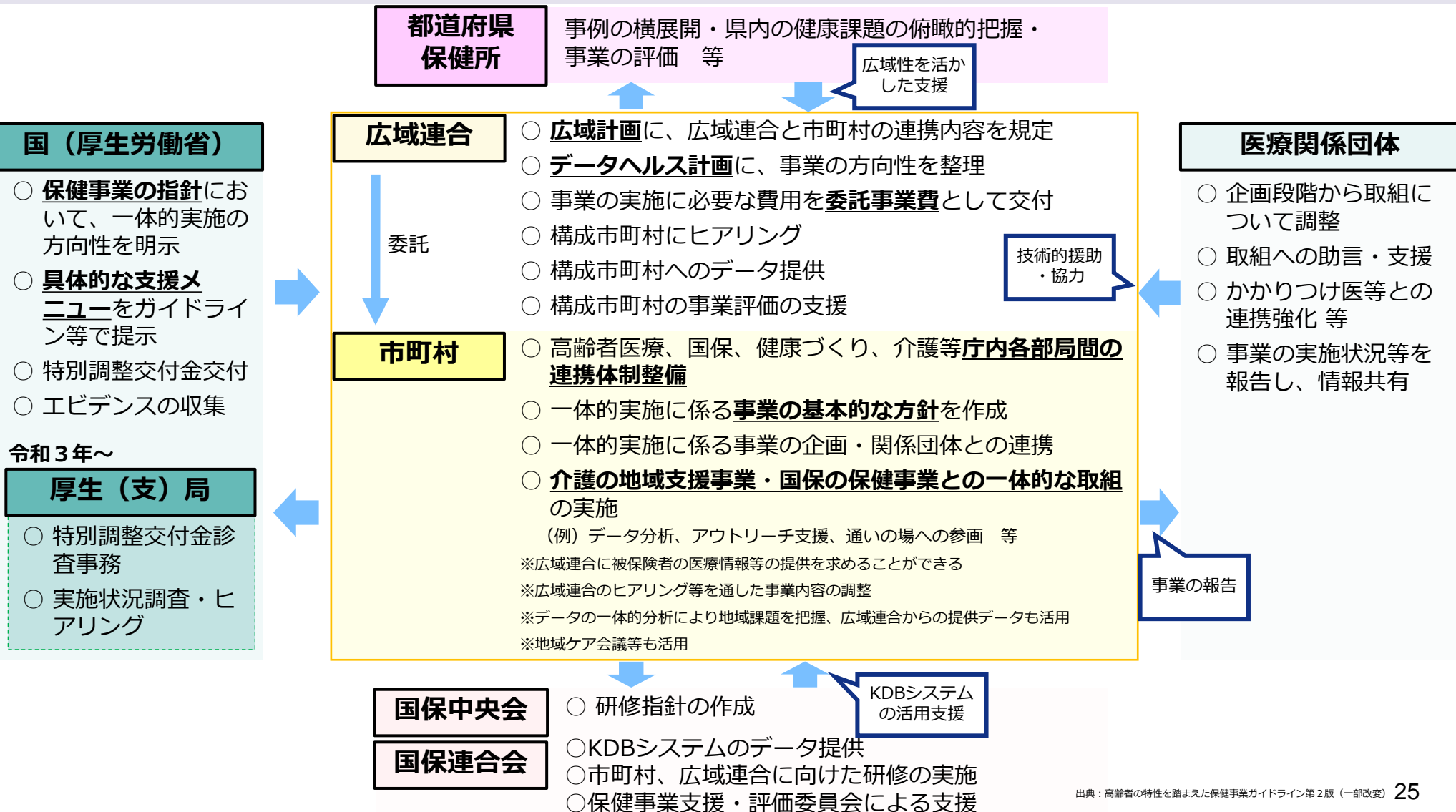


▼一体的実施イメージ図



一体的実施の推進に向けた体制整備

- 高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、高齢者の保健事業について、広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施。



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

【開催趣旨】

我が国の医療水準の維持・向上のため、革新的な医薬品や医療ニーズの高い医薬品の日本への早期上市や医薬品の安定的な供給を図る観点から、現状の課題を踏まえ、流通、薬価制度、産業構造の検証など幅広い議論を行う必要があるため、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を開催する。

【構成員】

令和5年6月6日現在

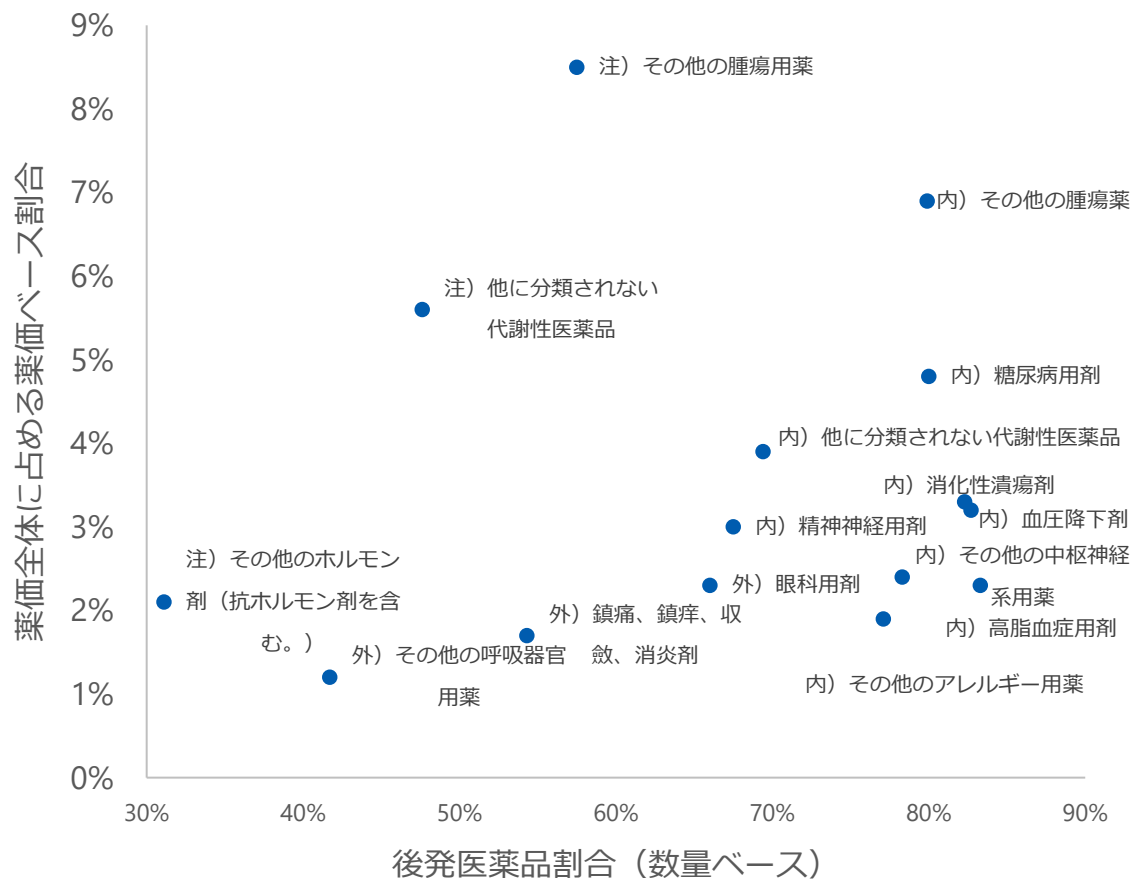
氏名	現職
芦田耕一	株式会社INCI執行役員ベンチャー・グローブ投資グループ共同グループ長
井上光太郎	東京工業大学工学院院长
遠藤久夫	学習院大学経済学部教授
小黒一正	法政大学経済学部教授
香取照幸	兵庫県立大学大学院社会科学研究科特任教授
川原文貴	株式会社川原経営総合センター代表取締役社長
坂巻弘之	神奈川県立保健福祉大学大学院教授
菅原琢磨	法政大学経済学部教授
成川衛	北里大学薬学部教授
堀真奈美	東海大学健康学部・健康マネジメント学科教授
三浦俊彦	中央大学商学部教授
三村優美子	青山学院大学名誉教授

(計12名、氏名五十音順)

主要薬効別の後発医薬品の置き換えの状況

- 主要薬効別にみた場合、後発医薬品への置き換えが進んでいないもので、薬価全体に占める割合が大きいものが存在する。
- 後発医薬品への置換えが進まない理由を踏まえた対応が必要であることに留意。

○主要薬効別の使用割合



○留意すべき点

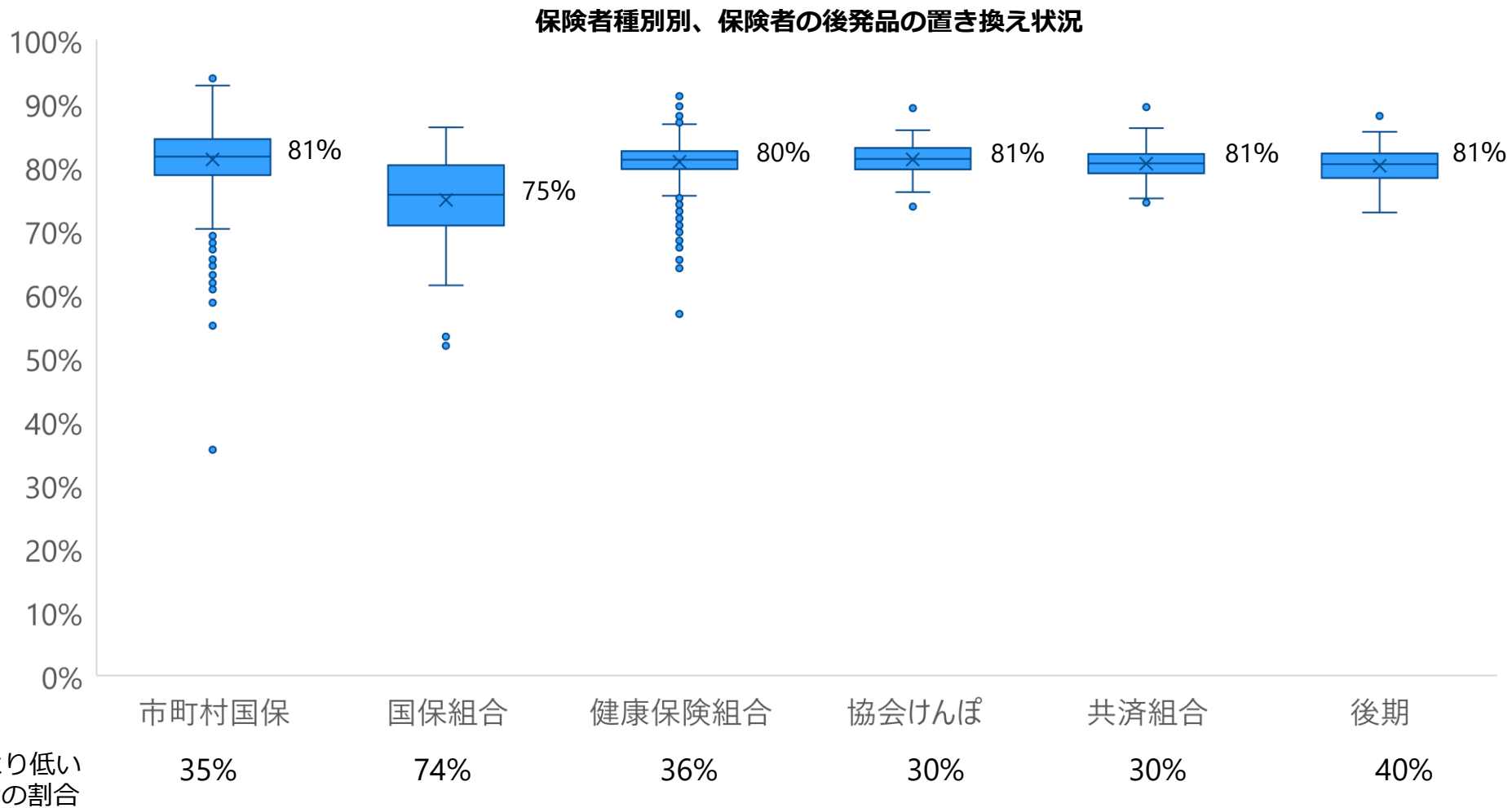
- 後発品への置換えが特に進まない品目については、次のような理由によるもの指摘がある。
 - 変化することに対して不安が強い疾患領域（精神科領域等）
 - 先発品から切り替える場合には、血中濃度をシビアに見ていく必要がある薬剤（抗悪性腫瘍剤等）
 - 製剤優位性のある薬剤（外用貼付剤等）

（第22回 社会保障WG（平成29年10月18日）資料より抜粋）
- 後発品の供給不安が発生しており、当該後発品を採用できない場合がある。
- 効能・効果や用法・用量が先発品と異なるケースが存在し、疾患によっては後発品が存在しない場合がある。

出典：令和3年医薬品価格調査

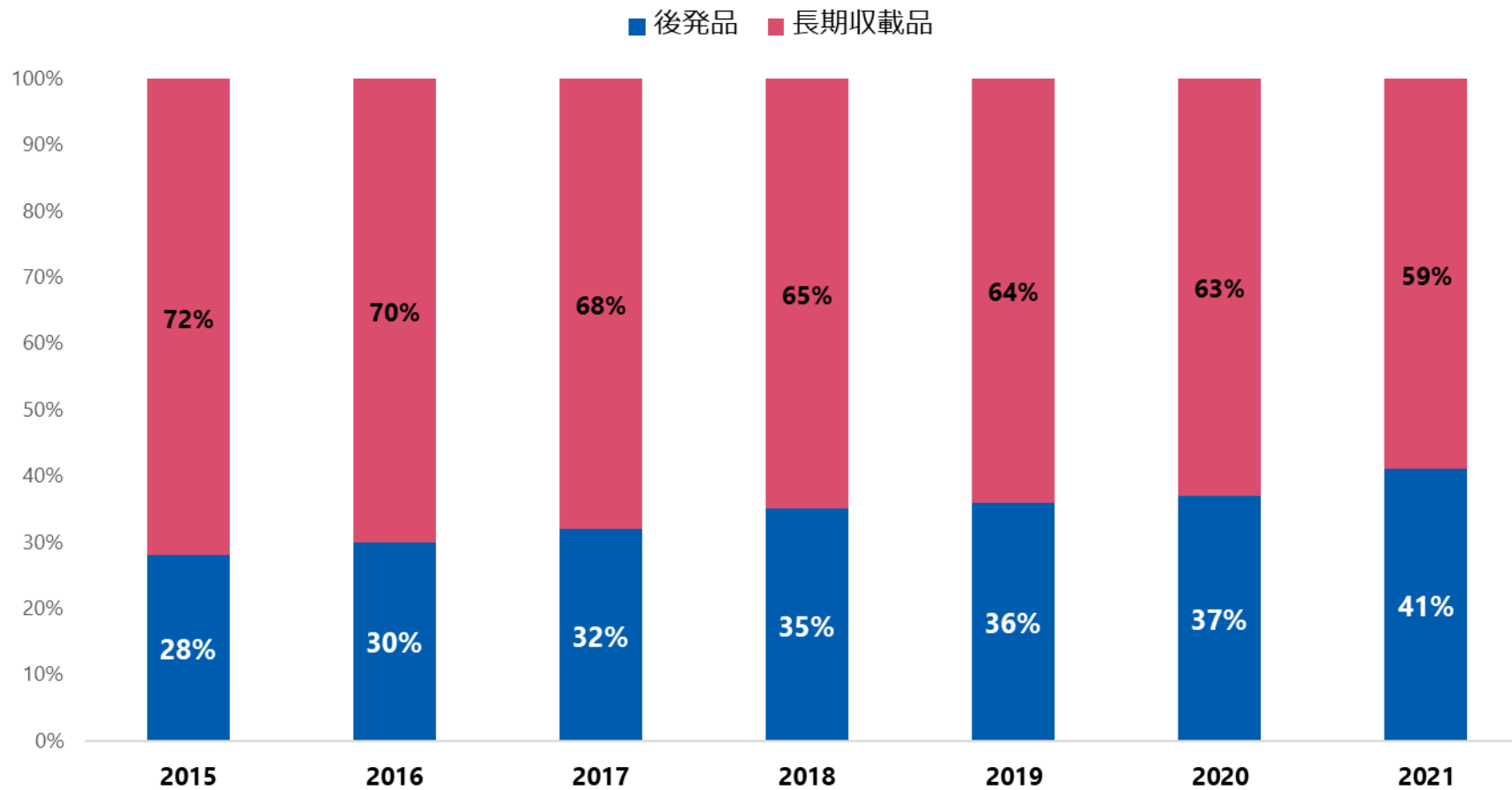
保険者別の後発医薬品置き換えの状況

保険者種別や同一保険者種別の数量ベースの割合にもばらつきがあり、80%未達の保険者が存在



後発品の金額シェアの現状

- 後発医薬品の金額シェアはやや上昇傾向にあるものの、さらなる改善の余地がある。



バイオシミラーの研究開発・普及の推進等について

改革工程表2022の記載

バイオシミラーに係る新たな目標を踏まえ、利用促進のための具体的な方策を検討する。

◆バイオシミラーに係る新たな目標について

【これまでの取組】

○バイオシミラーの普及促進にあたっては、医療関係者や保険者を含めた多様な主体と連携しながら取組を進めることが必要であり、その方向性や基準を明確にするため、数値目標を設定することとしたもの。

○目標については、

- ・ 定量的でできる限りシンプルな進捗状況の指標であるとともに、医療現場等の関係者がそれぞれの取り組みに活用できる指標とすることが望ましく、まずは数量ベースの目標が適切であること
- ・ 医療費適正化計画（2024年度～2029年度）といった他の政策と連動できることが適切であること
- ・ バイオシミラーは、現時点で保険収載されている成分はわずか16成分であり、市場規模が十分に大きくなく、新たに保険収載されたバイオシミラーの市場規模によっては、全体の置換率が大きく低下する等の影響を受けうること

等を踏まえ、

2029年度末までに、バイオシミラーに80%※1以上置き換わった成分数が全体の成分数の60%※2以上にすることを目指すこととした。

※1 数量ベース ※2 成分数ベース



【今後の取組】

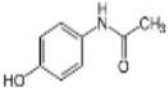
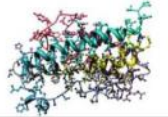
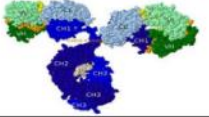

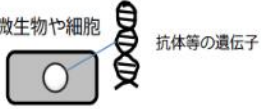
- ・ 成分毎の使用促進策については、令和5年度「バイオ後続品の普及啓発に係る調査等事業」の中で実態調査等を行い、その結果を踏まえて具体化するとともに実施に向けた対応を進めていく。
- ・ 引き続き、バイオシミラーの普及を着実に促進する観点から、その目標の達成に向け、更なる取組を進める。

バイオシミラーについて

バイオ医薬品の特徴

バイオ医薬品とは、**遺伝子組換え技術や細胞培養技術等**を応用して、**微生物や細胞が持つタンパク質（ホルモン、酵素、抗体等）**等を作る力を利用して製造される医薬品。

例：インスリン（糖尿病治療薬）
インターフェロン（C型肝炎治療薬）
リツキシマブ（抗がん剤等）

	一般的な医薬品	バイオ医薬品	
大きさ (分子量)	100~	約1万~ (ホルモン等)	約10万~ (抗体)
大きさ・複雑さ (イメージ)			
製造法 (イメージ)	化学合成 	微生物や細胞の中で合成 	
生産	安定	不安定（微生物や細胞の状態で生産物が変わり得る。）	

バイオ後続品（バイオシミラー）

- 薬事承認において、後発医薬品は、先発医薬品との有効成分の同一性や血中濃度推移で評価される。
- バイオシミラーでは、複雑な構造、不安定性等の品質特性から、**先行バイオ医薬品との有効成分の同一性等の検証が困難**。
- そのため、品質の類似性に加え、臨床試験等によって、先行バイオ医薬品と同じ**効能・効果、用法・用量**で使える（=同等/同質である）ことを検証している。

	後発医薬品	バイオシミラー
先発品/先行医薬品	化学合成医薬品	バイオ医薬品
後発品に求められる条件 (有効成分の品質特性)	有効成分、成分量等が先発品と同一である	品質・有効性等が先行バイオ医薬品と同等/同質である
開発上重要なポイント	主に製剤	主に原薬
臨床試験	生物学的同等性試験による評価が基本	同等性/同質性を評価する治験が必要
製造販売後調査	原則 実施しない	原則 実施する

バイオシミラーの品目一覧と置換え状況

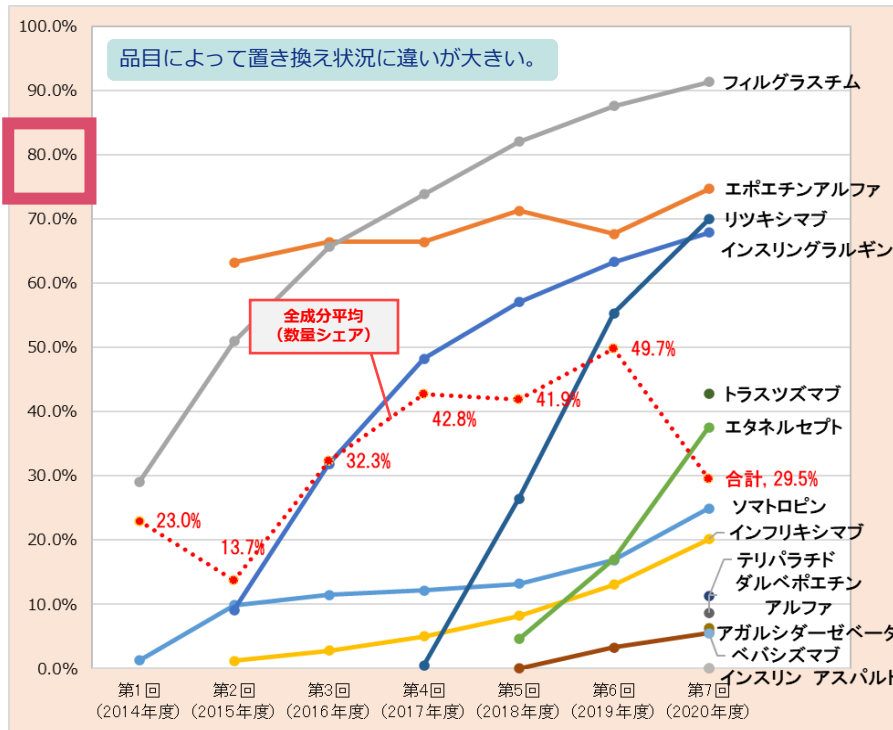
バイオシミラー品目一覧

上段：販売名（主な効能）
下段：製造販売業者名

発売日
(初発)

1	ソマトロピンBS (先天性の低身長症の治療) (サンド)	2009.9
2	エポエチンアルファBS注 (透析施行中の腎性貧血の改善) (JCRファーマ)	2010.5
3	フィルグラスチムBS注 (がん化学療法による好中球減少症) (富士製薬、持田製薬、日医工、日本化薬)	2013.5
4	インフリキシマブBS点滴静注 (関節リウマチの治療) (日本化薬、セルトリオン、あゆみ製薬、日医工、ファイザー)	2014.11
5	インスリングルルギンBS注 (糖尿病の治療) (日本イーライリリー、富士フィルム)	2015.8
6	リツキシマブBS点滴静注 (B細胞性非ホジキンリンパ腫の治療) (サンド、ファイザー)	2018.1
7	エタネルセプトBS皮下注 (関節リウマチの治療) (持田製薬、陽進堂、日医工)	2018.5
8	トラスツズマブBS点滴静注用 (胃がんの治療) (セルトリオン、日本化薬、第一三共、ファイザー)	2018.8
9	アガルシダーゼ ベータBS点滴静注用 (ファブリー病の治療) (JCRファーマ)	2018.11
10	ペバシズマブBS点滴静注 (悪性腫瘍の治療) (ファイザー、第一三共、日医工、日本化薬)	2019.12
11	ダルベポエチンアルファBS注 (貧血の治療) (JCRファーマ、三和、マイラン)	2019.11
12	テリパラチドBS皮下注 (骨粗鬆症の治療) (持田製薬)	2019.11
13	インスリンリスプロBS注 (糖尿病の治療) (サノフィ)	2020.6
14	アダリムマブBS皮下注 (関節リウマチの治療) (協和キリン富士フィルム、第一三共、持田製薬)	2021.2
15	インスリンアスパルトBS注 (糖尿病の治療) (サノフィ)	2021.5
16	ラニズマブBS (眼科用製剤) (千寿製薬)	2021.12

バイオシミラーの置換え状況



出所：厚生労働省「NDBオープンデータ」をもとに作成(件数)
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177221_00002.html

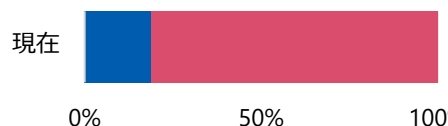
注：NDBオープンデータには、DPCを始めたとする薬剤費が包括して算定される場合は、データに含まれないため、フィルグラスチム、EPOについては低めの推計値となっている。インスリン アスパルト、ラニズマブについては、バイオシミラー数量が「0」のため、合計値の計算からのぞいた。ソマトロピンは、ジェノロピンに対するシェア。インスリングルルギンの先行品に「ランタスXR」は含まない。ダルベポエチン アルファにはジェネリックを含まない。

坂巻 弘之：日本のバイオシミラーのサステナビリティを考える。国際医薬品情報No.1221 p.10-15, 2023年3月13日号

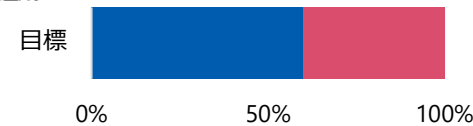
厚生労働省医政局医薬産業振興・医療情報企画課にて一部改変

バイオシミラーの置換えイメージ

<現状のイメージ (2021年)>



<目標のイメージ (2029年)>



厚生労働省「医薬品価格調査」に基づき、バイオシミラーに数量ベースで80%以上置き換わった成分数を全体の成分数で割ったもの。現状(2021年度)では、バイオシミラーに80%以上置き換わった成分数は18.8%(=3成分/16成分)、バイオシミラーの市場規模は約755億円。

高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）

- 高齢者の薬物療法の適正化（薬物有害事象の回避、服薬アドヒアランスの改善、過少医療の回避）を目指す。
- 高齢者の特徴に配慮したより良い薬物療法を実践するための基本的留意事項をまとめたガイダンス。
- 診療や処方の際の参考情報を提供することを意図して高齢者医薬品適正使用検討会で作成。
- 65歳以上の患者を対象としながら、特に平均的な服用薬剤の種類が増加する75歳以上の高齢者に重点。

高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）

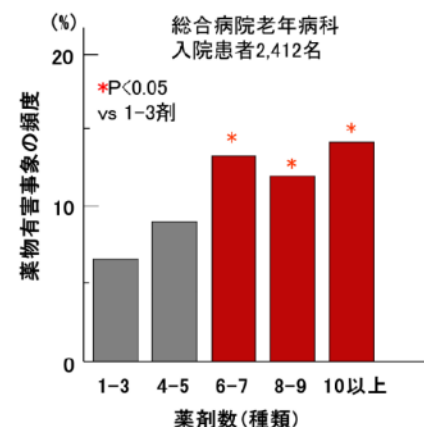
はじめに

1. ポリファーマシーの概念
2. 多剤服用の現状
3. 薬剤見直しの基本的な考え方及びフローチャート
4. 多剤服用時に注意する有害事象と診断、処方見直しのきっかけ
5. 多剤服用の対策としての高齢者への薬物投与の留意事項
6. 服薬支援
7. 多職種・医療機関及び地域での協働
8. 国民的理解の醸成

別添 高齢者で汎用される薬剤の基本的な留意点等

※ 平成30年5月29日通知発出「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）について」

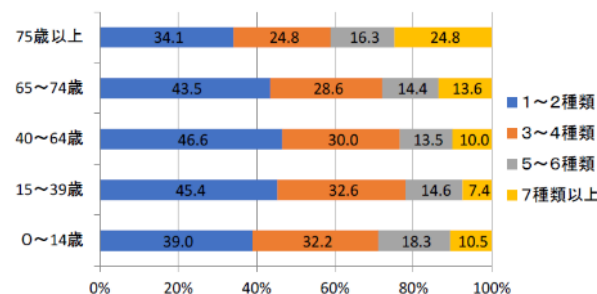
図1 服用薬剤数と薬物有害事象の頻度



(高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015 (日本老年医学会) より改変引用)



図2 同一の保険薬局で調剤された薬剤種類数(／月)
(平成28年社会医療診療行為別統計)



高齢者医薬品安全使用推進事業・高齢者医薬品適正使用検討会の今後の取組みの方向性について

高齢者においては、複数の併存疾患を治療するための医薬品を多数服用することによって、多剤服用による害を生じる「ポリファーマシー」に陥りやすい状況にある。

そこで、「高齢者医薬品適正使用検討会」を開催し、多剤併用時の適正使用情報（重篤副作用の発見・対処、薬剤選択情報（推奨薬と安全性））を中心に、有害事象回避のための処方見直し等の具体的な方法について定めた指針の策定、アップデートを行うとともに適正使用情報を効果的に周知する方法等について検討を行っている。

これまでの事業内容

- 平成30年度 **指針策定**
- 令和元年度 **療養環境別の指針**を策定
- 令和2年度 「**病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方**」（業務手順書）の策定
- 令和3年度 指針・業務手順書を特定の病院で実際に運用し、**有効性の検証・課題の抽出**
- 令和4年度 令和3年度の延長で地域（病院、薬局、介護施設等）で実際に運用し、**有効性の検証・課題の抽出**

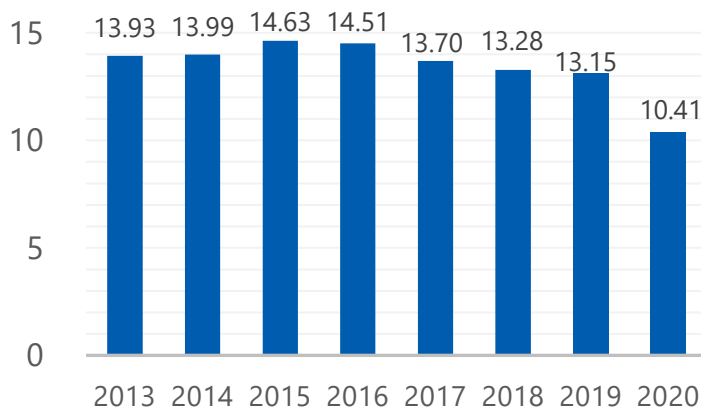
令和5年度

- ポリファーマシー対策状況のアンケート調査（好事例の抽出等）
- 令和3、4年度事業の成果を踏まえた指針及び業務手順書の見直しを実施
 - 外部有識者により構成されるWGを運営し、改訂案の作成
 - 高齢者医薬品適正使用検討会において、改訂案の実効性について検討
 - 改訂した指針及び業務手順書の周知

効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療 (抗菌薬適正使用の取組)

- 効果が乏しいというエビデンスがある医療については知見が集積されてきている。こうした医療サービスの提供状況について、地域ごとに都道府県、医療関係者、保険者などが把握・検討を行い、これを踏まえて必要な適正化に向けた取組を進めることは重要。他方、こうした医療サービスは、個別の診療行為としては医師の判断に基づき必要な場合があることには留意が必要。
- 例えば、急性気道感染症や急性下痢症の治療における抗微生物薬の使用については、AMRアクションプランや「抗微生物薬適正使用の手引き」の策定等の関係者の取組を通じて、使用量が減少してきている。

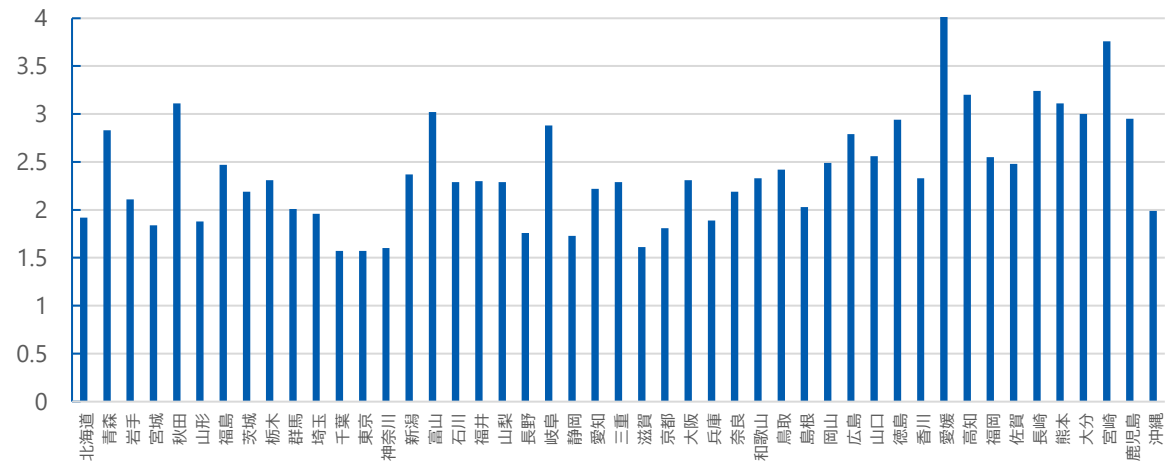
抗菌薬の使用動向 (DID)



※経口および注射用抗菌薬合計

出典：薬剤耐性ワンヘルス動向調査年次報告書2021

都道府県ごとの抗菌薬使用状況 (DID)



※15歳未満の第3世代セファロスポリン系のデータ

出典：薬剤耐性 (AMR) ワンヘルスプラットフォーム

※DID(DDDs per 1,000 inhabitants per day) : 人口や抗菌薬毎の使用量の差を補正するため、抗菌薬の使用量を1000住民・1日あたりの標準的な使用量で指標化したもの。

抗菌薬適正使用の取組

抗菌薬の適正使用の取組は、AMRリファレンスセンターが作成する資材等を活用した国民向けの啓発や、保険者がレセプトデータ等を用いた地域ごとの動向調査を調査し、医療関係者と協働して必要な取組を行うことが考えられる。



AMRリファレンスセンターでは、一般向けの啓発用資材としてポスターやリーフレットが公開されている。

<https://amr.ncgm.go.jp/materials/>

現在、販売量及び診療明細情報を用いた抗微生物薬使用量（AMU）に関する入院・外来での監視を実施している。この調査結果から、**抗微生物薬の使用は、病院以上に診療所での処方が多くを占めている実態が明らかとなった。**なかでも処方の9割を外来が占めており、**上気道感染症 や下痢症といった本来抗菌薬が不要と考えられる疾患に多くが使用されていることが明らかになってきた。**適正使用の更なる推進のためには、多くの処方となっている診療所を対象とする動向調査を実施することが重要となる。

薬剤耐性（AMR）アクションプラン 2023-2027（抜粋）

協会けんぽでは、支部においてレセプトデータを活用して、抗菌薬の使用実態を調査している。医療関係者と共同して、地域ごとに必要な取組を行うことが考えられる。

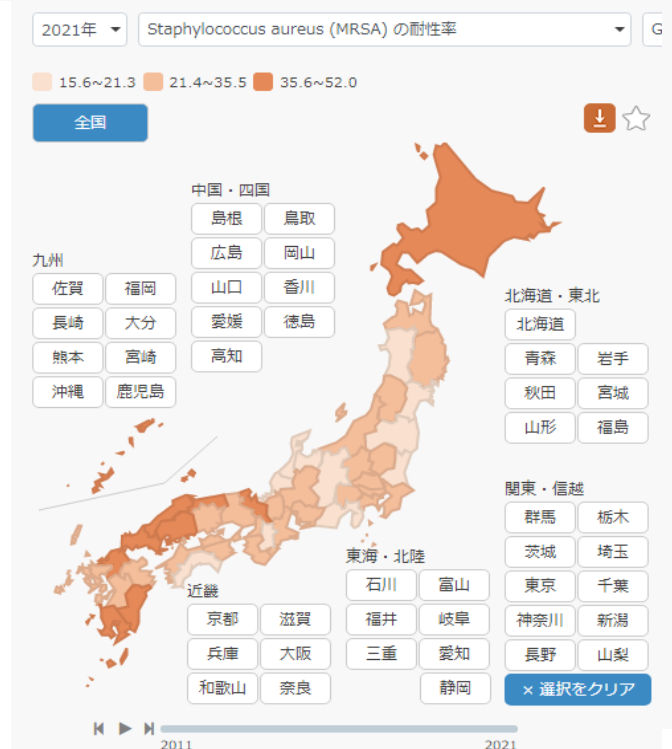
外来診療における抗菌薬使用動向

	DDDs指標			DOTs指標			
	2013	2018	2013 → 2018変化	2013	2018	2013 → 2018変化	
全体	67.32	38.34	-43.0%	92.65	53.46	-42.3%	
静岡県全体	41.72	23.43	-43.8%	169.03	93.78	-44.5%	
年代別	3歳未満	62.30	42.12	-32.4%	127.93	79.31	-38.0%
	15歳未満	75.21	43.58	-42.0%	92.48	56.96	-38.4%
疾病別	急性鼻咽喉炎	21.27	17.34	-18.5%	42.10	28.75	-31.7%
	急性副鼻腔炎	21.45	15.39	-28.2%	65.42	37.14	-43.2%
	急性咽頭炎・急性扁桃炎	37.60	27.83	-26.0%	62.62	42.40	-32.3%
	急性気管支炎	32.66	22.11	-32.3%	50.96	31.10	-39.0%

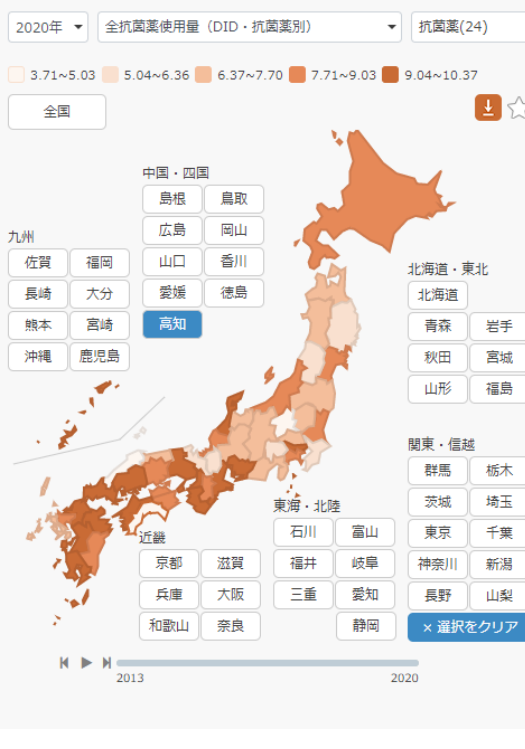
薬剤耐性（AMR）ワンヘルスプラットフォーム

- 国立国際医療研究センター病院 AMR臨床リファレンスセンターは、世界的に脅威となっている薬剤耐性（AMR）対策の取り組みのひとつとして、『薬剤耐性（AMR）ワンヘルスプラットフォーム』を2019年10月7日からウェブ上で公開。ヒト・動物・環境分野における薬剤耐性菌の耐性率・抗菌薬（抗生物質）使用量などのデータを集約し、都道府県別、経年別等に集計した情報を表示。
- 必要な情報を自由に選択し、地図やグラフで視覚的にわかりやすく見ることができるので、都道府県間の比較や経年的な変化などを確認等が可能。

ヒト 薬剤耐性菌（病院） Staphylococcus aureus (MRSA) の耐性率



ヒト 抗菌薬 全抗菌薬使用量 (DID・抗菌薬別)



● 選択地域情報 ○ 地域比較 ○ 傾向 選択地域合算

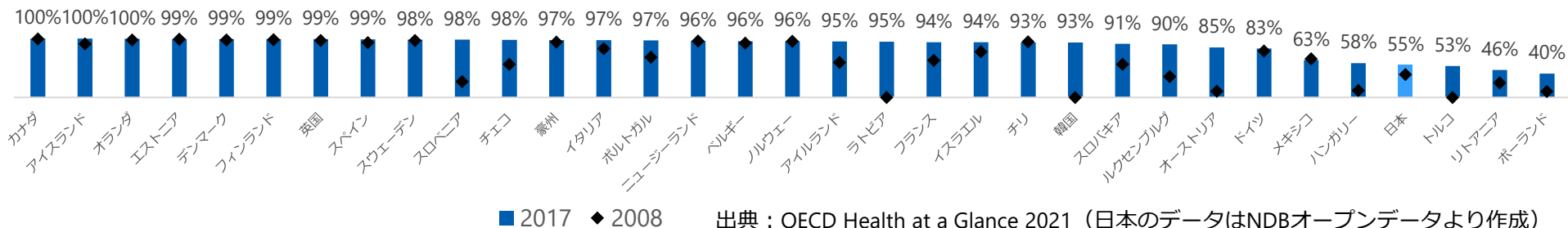
抗菌薬	報告数 (件)	耐性率 (%)	全国耐性率 (%)	全国における選択地域の位置	最小値 (%)
PCG	1414	73.6	68.4		73.6
SBT/ABPC	1107	1.9	5.0		1.9
CVA/AMPC	384	47.4	24.8		47.4
CEZ	1437	14.6	14.8		14.6
IPM/CS	1427	10.5	10.0		10.5
MEPM	563	10.5	9.9		10.5
MPIPC	1396	50.2	41.7		50.2
CFX	208	41.8	40.7		41.8
GM	1402	15.0	23.5		15.0
LVFX	1460	53.3	46.2		53.3
VCM	1412	0.0	0.0		0.0
TEIC	1412	0.0	0.0		0.0
DAP	417	0.0	0.0		0.0
LZD	1362	0.0	0.0		0.0
EM	1436	45.5	44.1		45.5
MINO	1451	7.1	7.8		7.1
ST	1082	0.3	0.4		0.3
CLDM	1463	14.6	14.7		14.6

都道府県や年別に標準化された抗菌薬の種類別の抗菌薬の使用量や薬剤耐性菌の発生状況、感染症の罹患率等のデータが公表されている。
<https://amr-onehealth-platform.ncgm.go.jp/home>

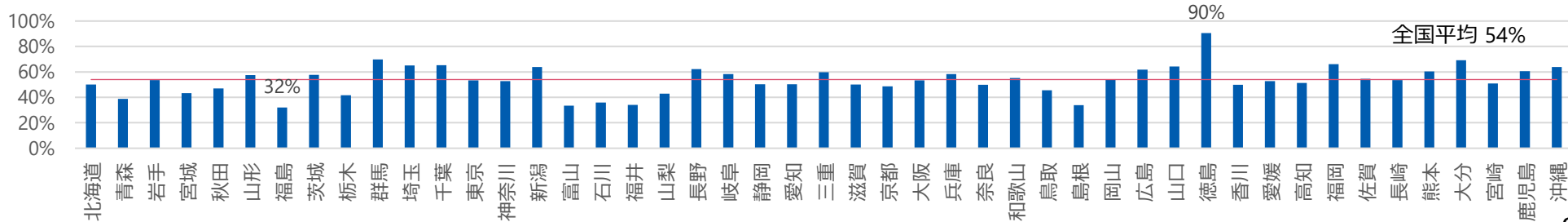
医療資源の投入量に地域差がある医療 (1)白内障手術

- 医療資源の投入量は地域ごとに様々であり、他地域と比較して多くの資源が投入されている医療サービスについて、地域ごとに都道府県、医療関係者、保険者などが把握・検討を行い、これを踏まえて必要な適正化に向けた取組を進めることは重要。他方、医療サービスの提供は、患者の状態を踏まえた医師の判断及び患者の合意によりなされるものであり、一概に減少させればよいわけではない点には留意が必要。
- 白内障の手術については、OECDにより、多くの国で90%以上が外来で実施されている一方で、一部の国では外来での実施割合が低いことが指摘されている。外来での実施は、医療資源の節約だけでなく、在院期間の短縮によるCOVID-19に曝露されるリスクの減少など患者安全にも寄与するとされている。
- 日本での白内障手術については、外来の実施割合は54%であり、都道府県ごとに実施状況は様々である。

○白内障手術の外来実施割合（OECD加盟国及び日本）



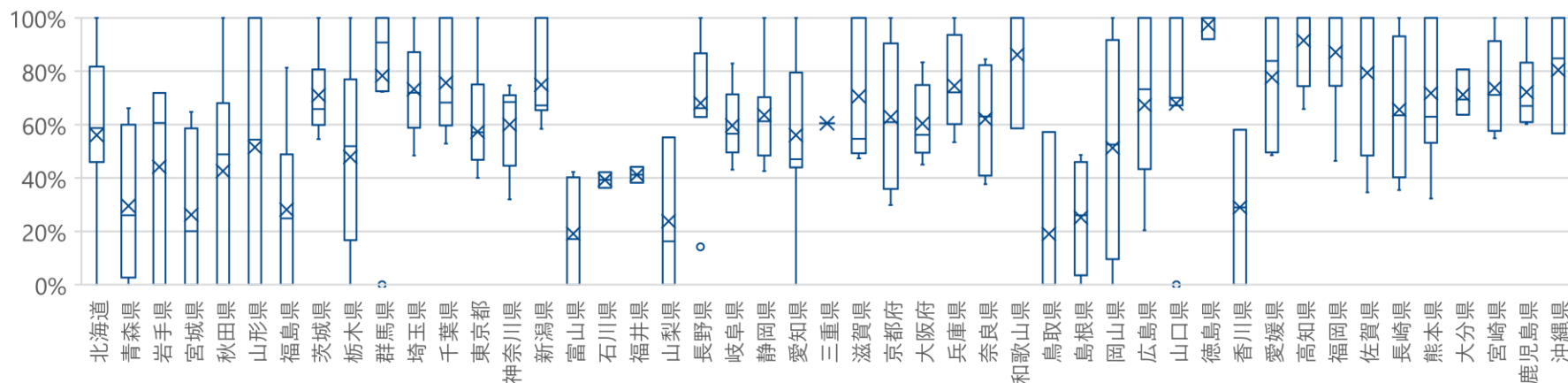
○白内障手術（水晶体再建術）の外来での実施割合（都道府県別）



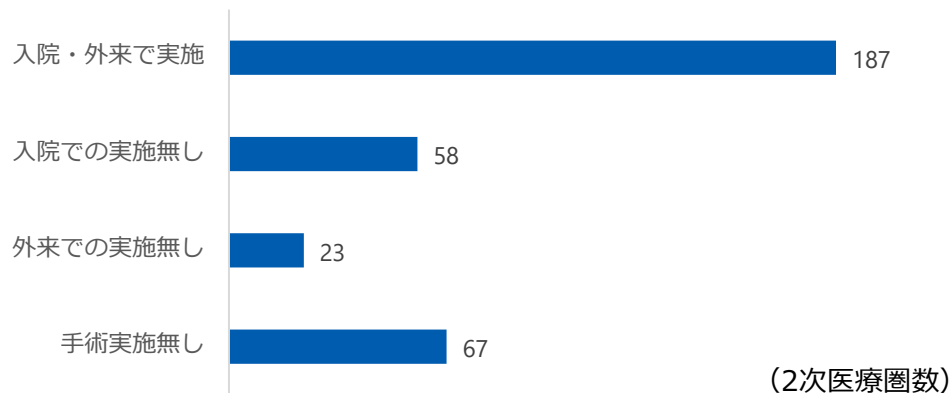
医療資源の投入量に地域差がある医療 (1)白内障手術 (二次医療圏の状況)

都道府県内でも二次医療圏ごとに医療サービスの提供状況についてはのばらつきがある。外来または入院での手術の実施実績が医療圏内がない場合等もあり、必要に応じて、適切な治療にアクセスできる施設の整備や医療圏をまたいだ受診環境の整備等が必要等も考えられる。

二次医療圏ごとの外来での実施割合



二次医療圏ごとの白内障手術実施の状況



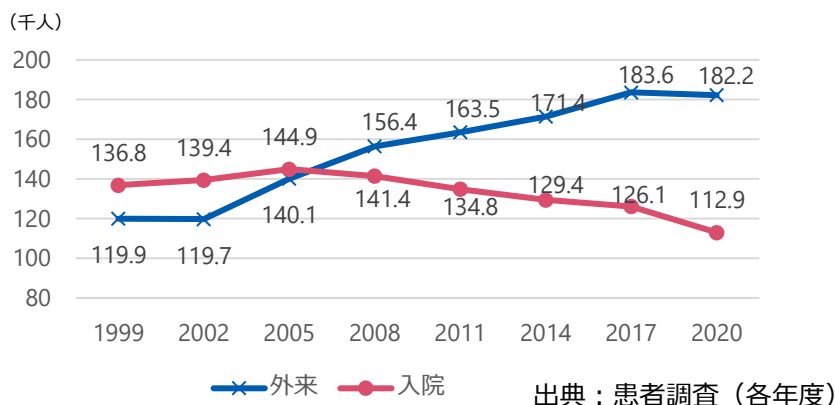
同一都道府県においても、二次医療圏ごとで実施状況にはばらつきがある【上図】

二次医療圏によっては、手術の実施がない医療圏や外来での実施がない医療圏が存在【左図】

医療資源の投入量に地域差がある医療 (2)化学療法

- がんの化学療法についても、諸外国では外来での実施が基本とされている。質の高い新薬開発の恩恵等により、日本でも副作用のコントロールをしつつ、外来で治療を行うケースが増えているが、入院で化学療法を実施するケースが一定存在する。

○悪性新生物（腫瘍）の入院患者・外来患者数の推移



○諸外国の状況

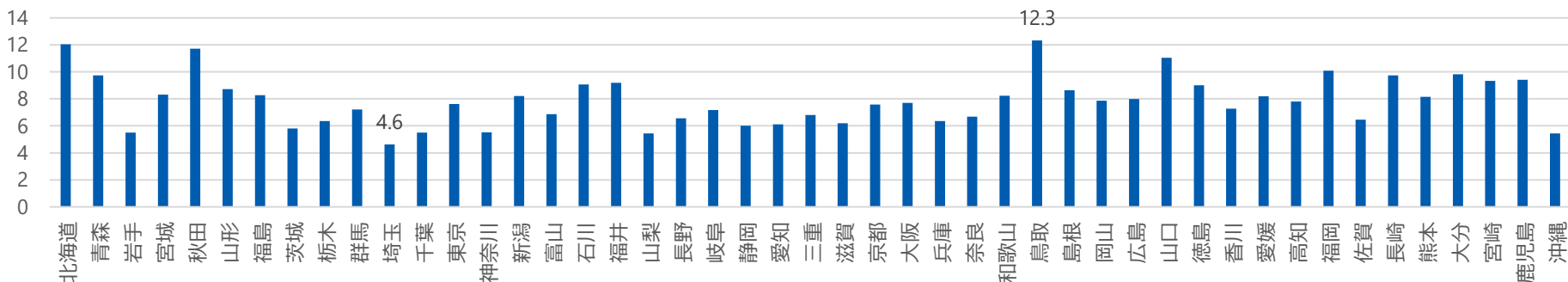
【ASCO（アメリカ臨床腫瘍学会）】

- 治療期間はさまざまな要因で決定される。数分～数時間の治療もあれば、持続注入化学療法と呼ばれる数日～数週間となるものもある。治療のために病院や診療所に泊まる必要はない。代わりに薬物は持ち運び可能な小さなポンプから注入される。

【Canadian Cancer Society（カナダがん学会）】

- ほとんどの化学療法は外来で行われ、診療所や病院で泊まる必要はない。24時間以上にわたり治療が行われる場合は病院に泊まる必要がある場合もある。一部では、化学療法を導入する場合、副作用を観察するため病院に泊まることもある。

○人口千人当たりの入院での化学療法の件数



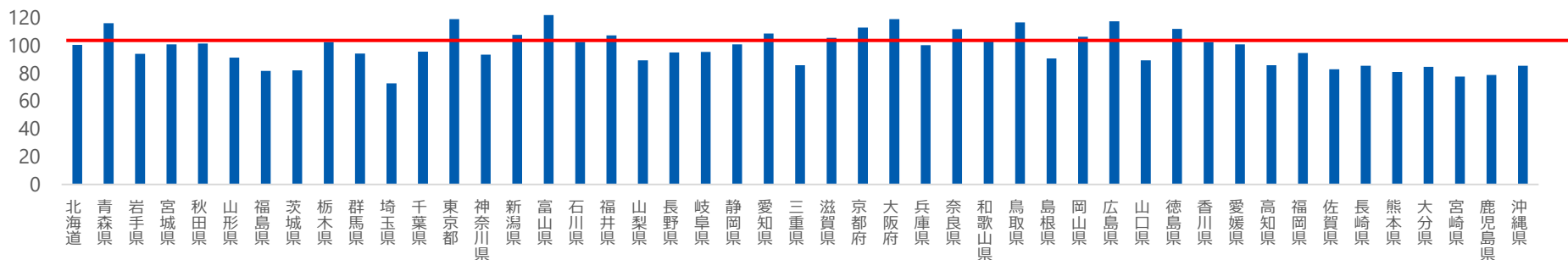
※ 年齢構成は未調整

出典：化学療法の件数はDPCデータ、人口は人口推計（2019年）

医療資源の投入量に地域差がある医療 (2)化学療法 医療資源の地域差

治療を専門的に実施する医師数もばらつきがあるなど、医療資源投入量の地域差の要因は様々考えられる。外来での化学療法を実施できる専門医等の専門職や、治療を実施する施設を充足させることが必要な場合がある。

外来化学療法加算 (※1) の算定回数の地域差 (※2)

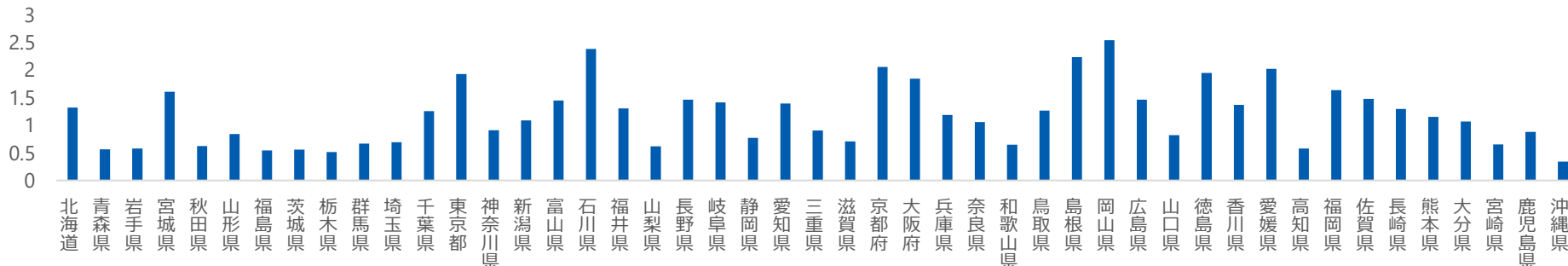


(※1) 「外来化学療法加算」は、外来化学療法を適切に実施するための設備や人員を有した施設が、外来で化学療法を実施した場合に算定する診療報酬。算定するためには、がん治療に必要な外来化学療法室、緊急時に対応出来る人員の体制、適切な治療内容を設定するためのがんの化学療法を専門に行う医師等の整備が必要。

(※2) SCR (Standardized Claim data Ratio) 全国の性・年齢階級別レセプト出現率を対象地域の性・年齢階級別人口に当てはめた場合に期待されるレセプト件数を100とし、それと実際のレセプト件数を比較したもの。性・年齢構成の異なる地域間の比較に用いられ、SCRが100以上の場合、該当するレセプト件数が全国平均よりも多いとされる。

出典：NDBデータ (2019年度)

人口あたりのがん薬物療法専門医数



日本臨床腫瘍学会HPより作成

がん薬物療法専門医は日本臨床腫瘍学会が認定する専門医であり、今後、日本専門医機構の制度下において腫瘍内科専門医へ移行予定。ほかにも、血液内科専門医等臓器別の専門医により化学療法を実施されている。

2 - ①. 高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供： 医療と介護の複合ニーズの一層の高まり

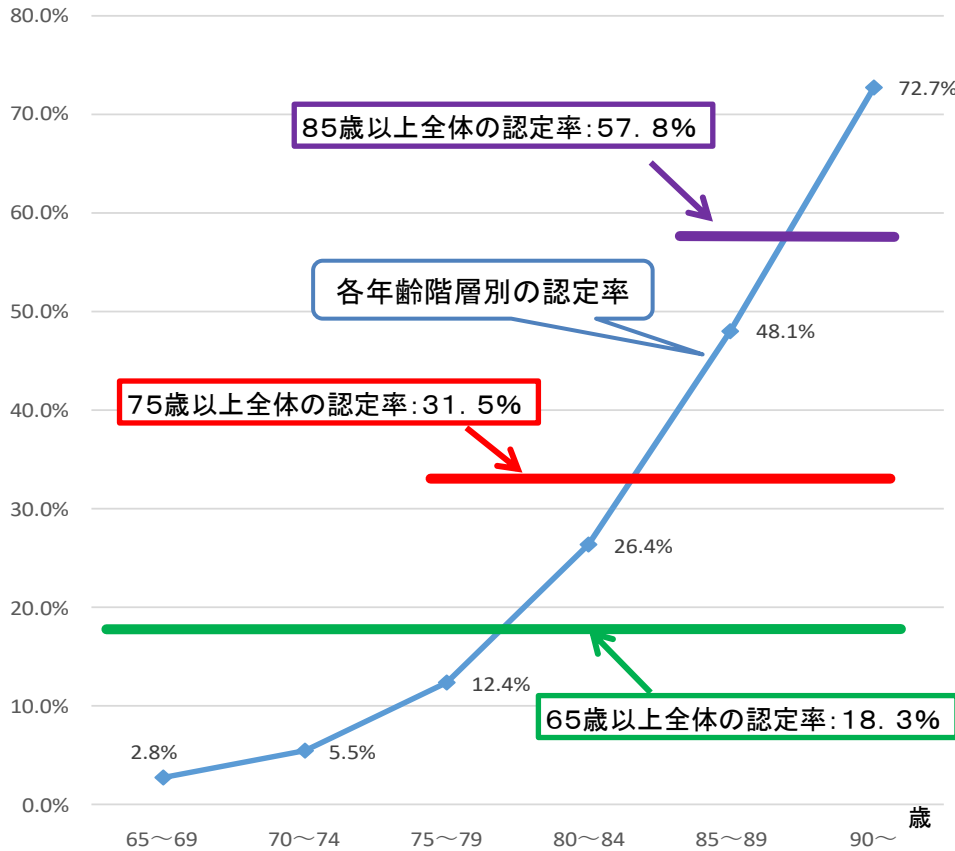
令和4年3月4日

第7回 第8次医療計画等に関する検討会

資料1
(一部改変)

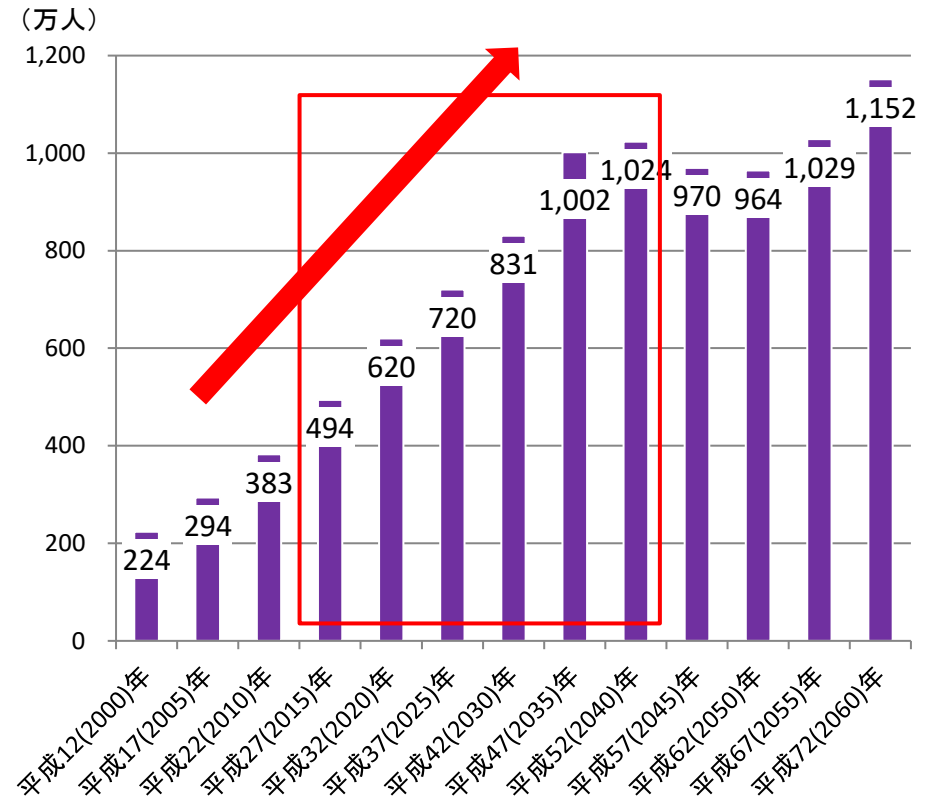
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



出典: 2020年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2020年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

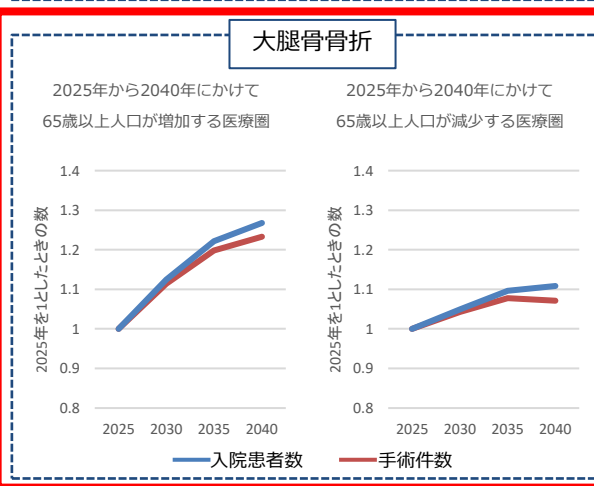
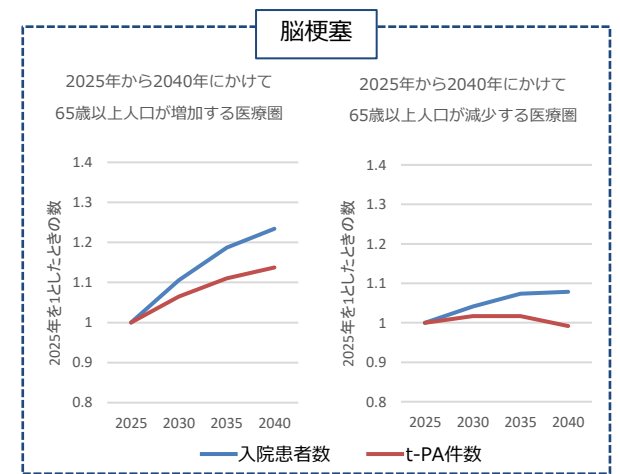
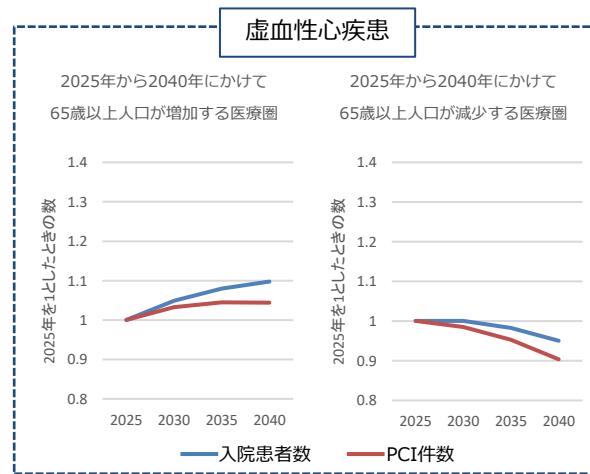
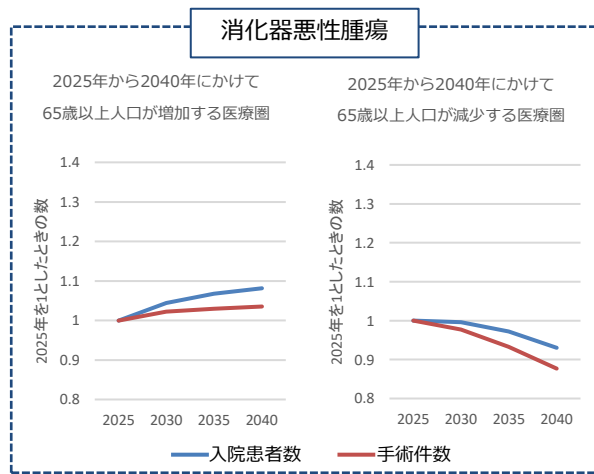
85歳以上の人口の推移



出典: 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計)出生中位(死亡中位)推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

2 - ①. 高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供： 超高齢化・人口急減による急性期の医療ニーズの変化

- 2025年から2040年にかけて65歳以上人口が増加する2次医療圏(135の医療圏)では、急性期の医療需要が引き続き増加することが見込まれるが、がん・虚血性心疾患・脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は大幅な増加が見込まれる。
- 2025年から2040年にかけて65歳以上人口が減少する2次医療圏(194の医療圏)では、がん・虚血性心疾患の入院患者数の減少が見込まれる。脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は増加が見込まれる。



出典：レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）（2019年度分、医政局において集計）

患者調査（平成29年）「入院受療率（人口10万対）、性・年齢階級×傷病分類」

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（令和2年1月1日現在）」

※ 入院患者数は、各疾患の都道府県ごとの入院受療率に二次医療圏ごとの将来の人口推計を掛け合わせて算出。

※ 手術件数・PCI件数・t-PA件数は、NDBの集計（下記定義による）による実績値から、令和2年1月1日時点での住基人口を用いて都道府県ごとの受療率を算出し、二次医療圏ごとの将来の人口推計を掛け合わせて算出。

※ 消化器悪性腫瘍の手術件数とは、消化管及び肝胆膵等にかかる悪性腫瘍手術の算定回数の合計である。

※ 虚血性心疾患のPCI件数とは、「経皮的冠動脈形成術」「経皮的冠動脈ステント留置術」等の算定回数の合計である。

※ 脳梗塞のt-PA（アルテプラゼによる血栓溶解療法）件数とは、「超急性期脳卒中加算」の算定回数の合計である。

※ 大腿骨骨折の手術件数とは、「人工骨頭挿入術（股）」の算定回数の合計である。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について推計。

医療・介護の機能連携を通じた効果的・効率的なサービス提供

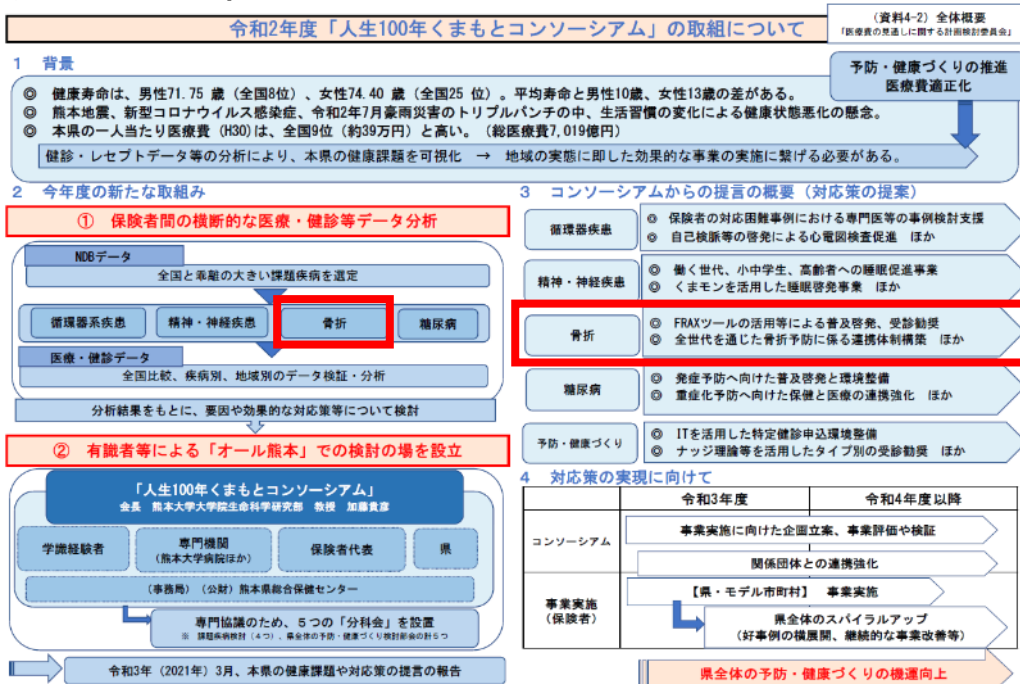
【参考1】医療・介護の機能連携を通じたサービス提供の例

骨折リエゾンサービス（FLS）を実施した場合、骨粗鬆症に対する治療開始率の上昇や、医療費適正化効果があるとの指摘がある。

効果	文献	例数 (FLS/非FLS)	成績	エビデンスレベル
治療開始率	1061	11096/—	FLS 治療開始率 88～96%, 非FLS 患者の推計治療開始率 15～38%	IV
骨折率	1062	1412/1910	50歳以上の非椎体骨折患者での再骨折ハザード比 0.44 (0.25～0.79)	III
	1063	240/220	50歳以上の非外傷性骨折患者の、骨折後2年間の骨折率 FLS群 5.1% vs 非FLS群 16.4%	III
	1064	246/157	50歳以上の非外傷性骨折患者の、骨折後2年間の骨折率 FLS群 4.1% vs 非FLS群 19.6%	III
治療継続率	1065	240/220	50歳以上の非外傷性骨折患者の、骨折後2年間の治療継続率 FLS群 81.3% vs 非FLS群 54.1%	III
死亡率	1062	1412/1910	50歳以上の非椎体骨折患者で、2年間でFLSによる死亡ハザード比0.65 (0.53～0.79)	III
費用対効果	1067	110/110	RCTで100例あたり260,000カナダドルの節約	II

出典：骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2015年版

【参考2】地域の取組事例（熊本県）

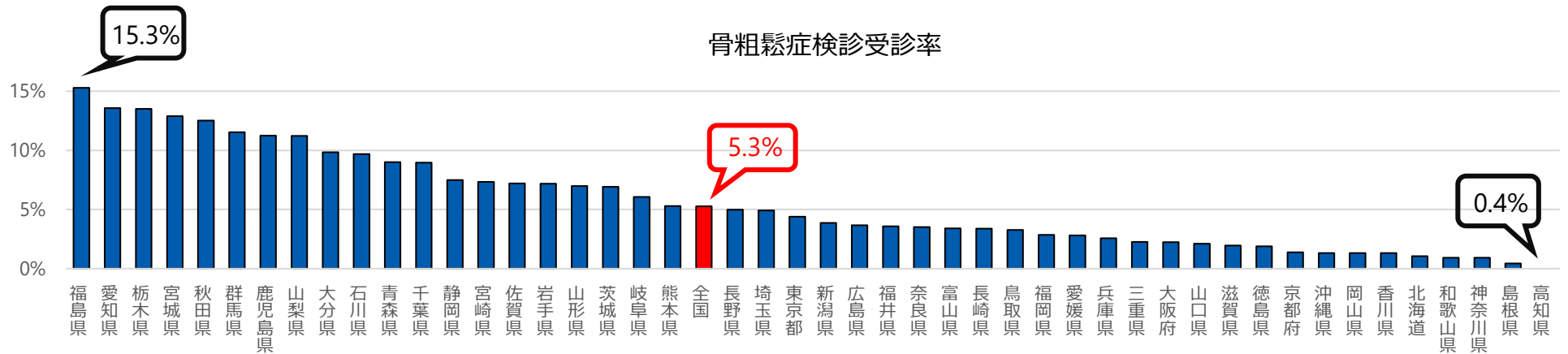


骨折予防に係る連携体制構築や普及啓発、受診勧奨等が取り組まれている。

出典：令和3年度 熊本県における医療費の見通しに関する計画検討委員会

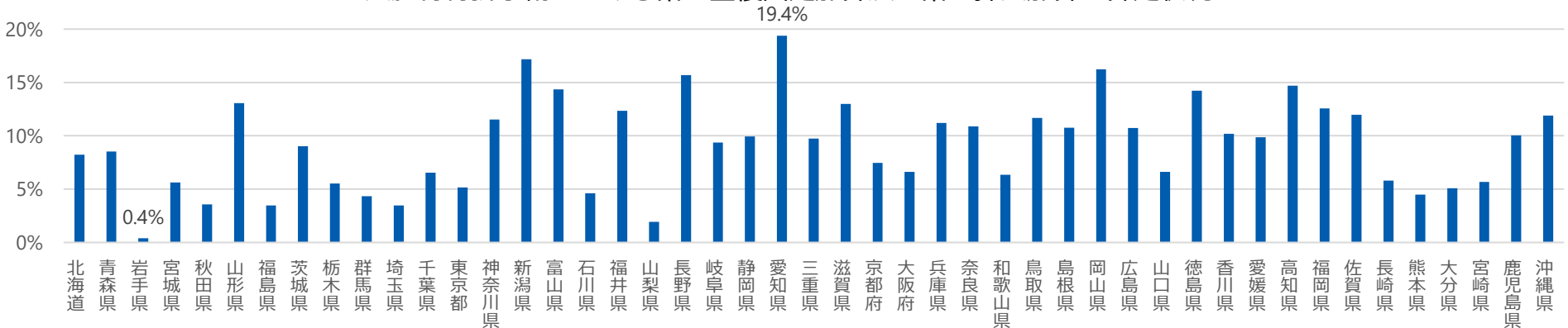
医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進

今後も大腿骨骨折の患者は増大すると見込まれており、早期に治療を開始するための骨粗鬆症健診の受診率の向上、機能予後等を高めるための骨折手術後の早期離床の促進、介護施設等の入所者等を含めた退院後の継続的なフォローアップ、二次性骨折を予防するための体制整備等は重要。



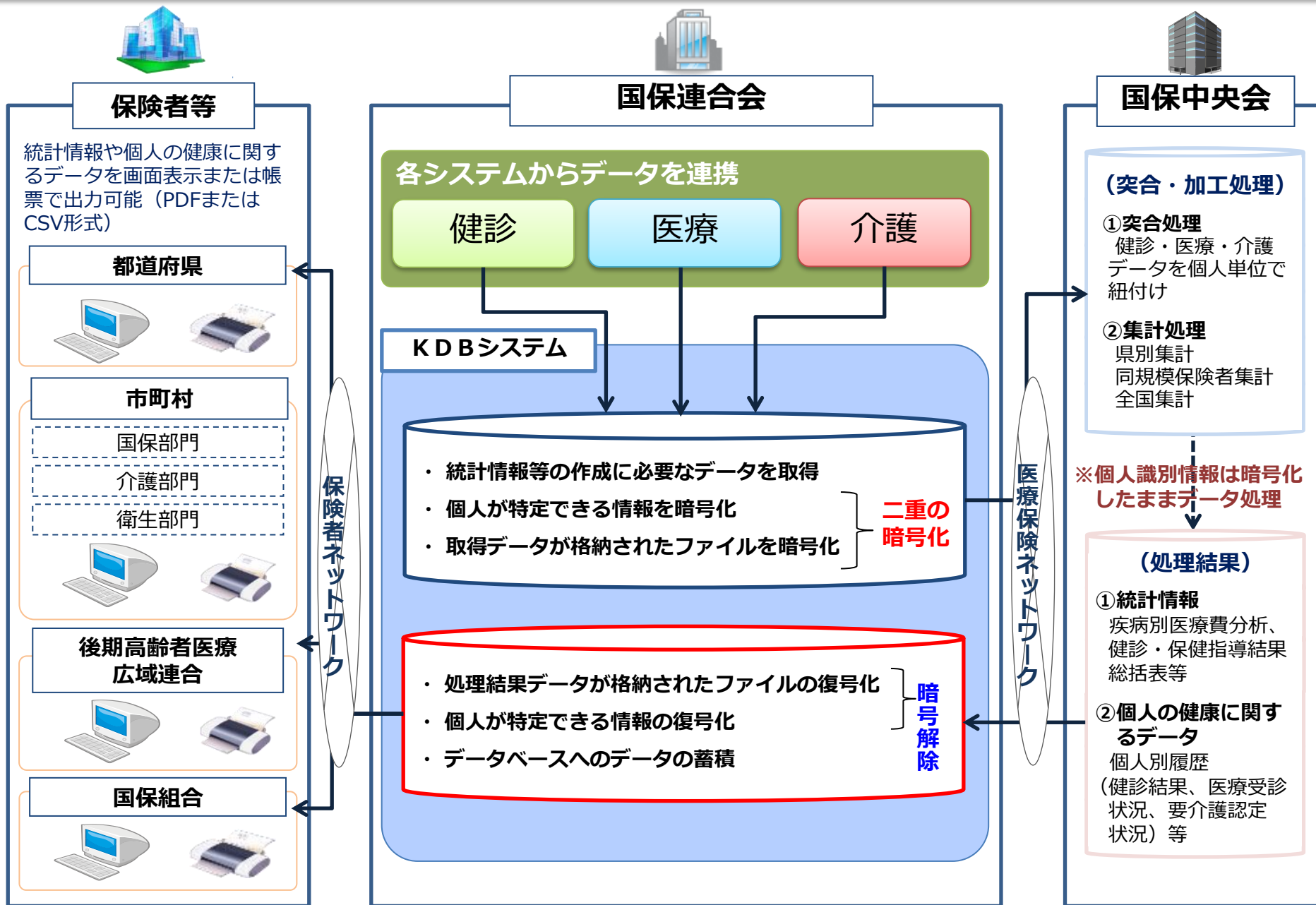
令和3年度 地域保健・健康増進事業報 / 公益財団法人 骨粗鬆症財団調査より作成

大腿骨骨折手術における緊急整復固定加算及び緊急挿入加算の算定状況



⇒ 都道府県ごとに加算の算定状況（骨折後48時間以内に整復固定を行った場合）には差が見られている。

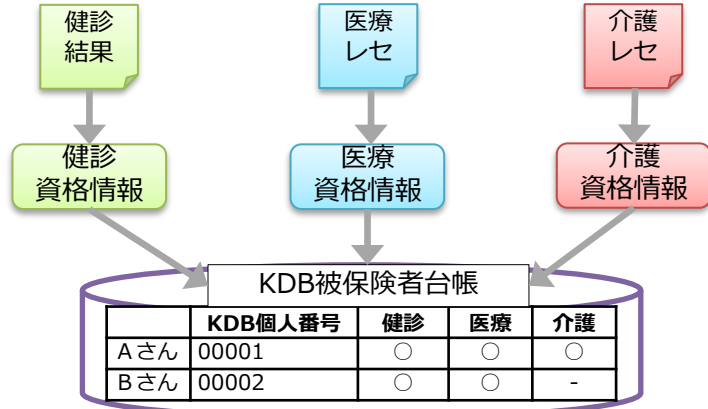
国保データベース（KDB）システムの全体像



KDBシステムの特徴について

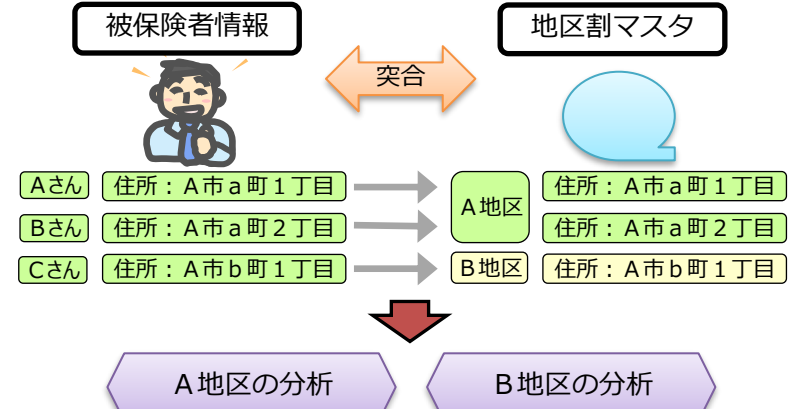
1. 健診・医療・介護の突合

○健診・医療・介護の情報を個人単位で紐付することで、制度横断的に分析することが可能。



2. 地区割りによる分析

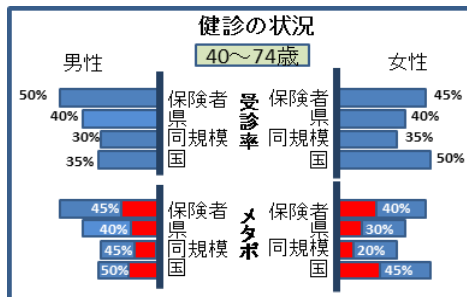
○これまで保険者単位で行っていたデータ分析をより細分化し、地区単位（例：住所別、学区別等）で分析することも可能。



3. 県・同規模・全国との比較

○全国の国保連合会が管理するデータを国保中央会（共同処理センター）へ送付し、一括して集計することで県内集計値・同規模*集計値・全国集計値などの比較情報を作成する。

健診情報の比較



市区町村別データ

	医療費	受診料
A市	2,335,400	XXXXXX
B市	1,693,800	XXXXXX
C市	5,115,320	
..
Z市	3,577,300	XXXXXX

*人口や被保険者数を元に保険者規模を分類した区分

※平成30年度から二次医療圏集計を追加

4. 経年比較、性・年齢別分析

○保険者・県・同規模などの集計結果を性・年齢別に比較を行いながら経年比較できる一覧表を作成する。また個人別履歴についても経年比較による追跡と分析が可能。

保健指導の状況

年齢	性別	男性		女性	
		積極的支援修了者	動機付支援修了者	積極的支援修了者	動機付支援修了者
40～74歳	保険者	91	85	91	85
	県	86	92	86	92
	同規模	70	88	90	82
H29年度	保険者	XX	XX	XX	XX
	県	XX	XX	XX	XX
H28年度	保険者	XX	XX	XX	XX
	県	XX	XX	XX	XX
H27年度	保険者	XX	XX	XX	XX
	県	XX	XX	XX	XX

個人別履歴

平成29年		平成28年	
(歯科/医科)		(歯科/医科)	
4月	<input type="checkbox"/>	4月	<input type="checkbox"/>
5月	<input type="checkbox"/>	5月	<input type="checkbox"/>
6月	<input type="checkbox"/>	6月	<input type="checkbox"/>
7月	<input type="checkbox"/>	7月	<input type="checkbox"/>
8月	<input type="checkbox"/>	8月	<input type="checkbox"/>
...		...	
3月	<input type="checkbox"/>	3月	<input type="checkbox"/>
(年間医療費)		(年間医療費)	
310,000		180,000	

保険者による分析事例（協会けんぽ）

- 協会けんぽ（静岡）における2013年度と2018年度の抗菌薬の使用状況について、年代別、疾患別、医療機関別、抗菌薬種別等に応じ、標準化された指標（※）を用いた検証を行っている。

分析結果等

- 抗菌薬使用動向全体として、2013年より2018年の使用は減少していたが、抗菌薬使用が多い医療機関において変化がなく使用されている実態も見られた。
- 急性副鼻腔炎においては、耳鼻科領域での診療が多く、全体では減少傾向にあるものの、使用量・投与期間が最も大きいカテゴリの医療機関の動向は変わっていない等の実態が見られた。



- 協会けんぽ静岡支部では、施設別に抗菌薬使用量を可視化したリーフレットにより自施設の立ち位置を示し、適正化に向けた働きかけを行っていくこととしている。

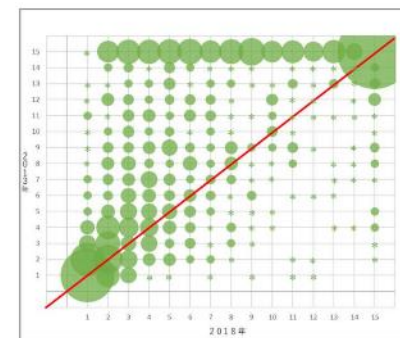
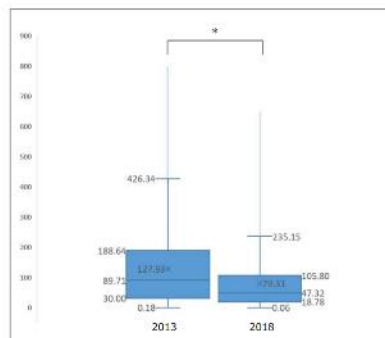
※ 標準化された指標：

- **DDDs (Defined Daily Dose)** とは、ある一定期間・範囲（医療機関、医療圏、県全体等）における抗菌薬ごとの使用量を国際指標であるDDDで除し、外来患者100人あたりの使用量を表したもの。**DOTs (days of therapy)**とは、ある一定期間・範囲（医療機関、医療圏、県全体等）における抗菌薬の投与日数の合計を患者数で除し、患者100人あたりの使用日数を表したもの。
- **DDDsは抗菌薬の使用量の増減を示すが、DOTsは投与期間の増減を示し、両指標を用いることで、要因の分析が可能となる。**例として、DDDsが増加せずDOTsのみ増加していれば、使用量は変わらず期間のみ長期化していることを示す。

外来診療における抗菌薬使用動向

		DDDs指標			DOTs指標		
		2013	2018	2013 → 2018変化	2013	2018	2013 → 2018変化
全体	静岡県全体	67.32	38.34	-43.0%	92.65	53.46	-42.3%
	3歳未満	41.72	23.43	-43.8%	169.03	93.78	-44.5%
年代別	15歳未満	62.30	42.12	-32.4%	127.93	79.31	-38.0%
	15歳以上	75.21	43.58	-42.0%	92.48	56.96	-38.4%
疾病別	急性鼻咽喉炎	21.27	17.34	-18.5%	42.10	28.75	-31.7%
	急性副鼻腔炎	21.45	15.39	-28.2%	65.42	37.14	-43.2%
	急性咽頭炎・急性扁桃炎	37.60	27.83	-26.0%	62.62	42.40	-32.3%
	急性気管支炎	32.66	22.11	-32.3%	50.96	31.10	-39.0%

抗菌薬使用動向（15歳未満・DOTs・外来）

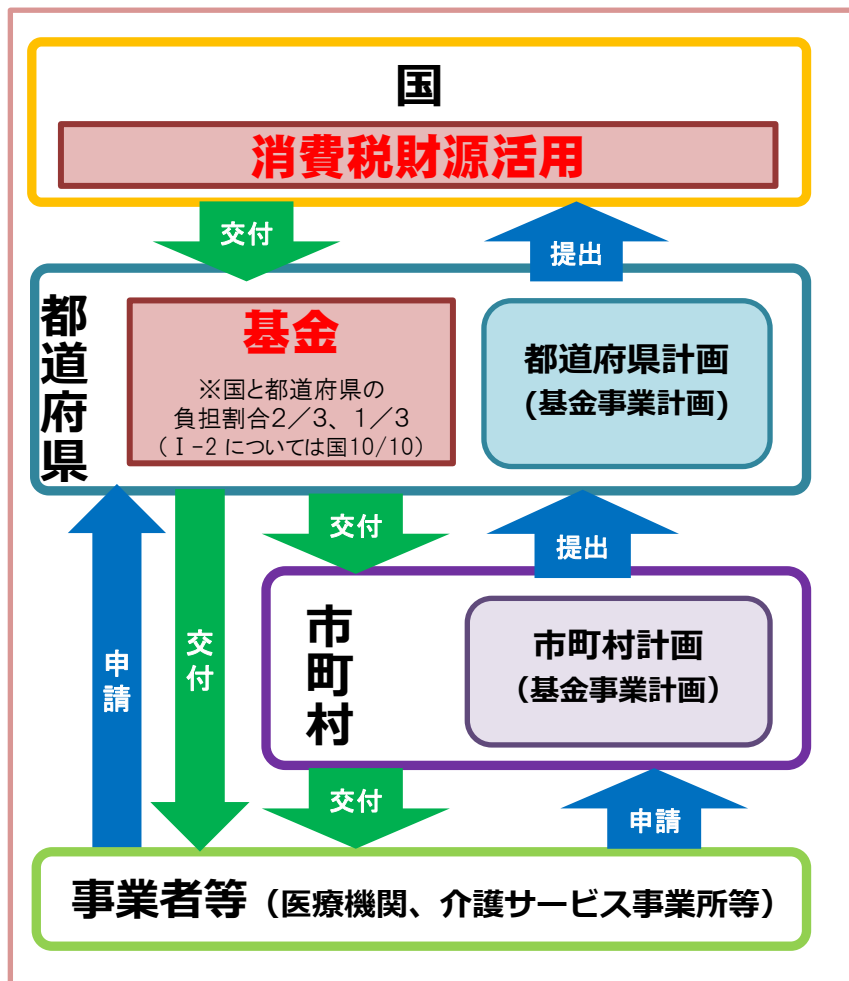


DOTs指標：100patient-days 15歳未満 外来 (n = 1461) Wilcoxon signed-rank test p<.05

地域医療介護総合確保基金

令和5年度予算:公費で1,763億円
(医療分 1,029億円、介護分 734億円)

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

- 基金に関する基本的事項
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- 都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項
医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施
国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- I-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- I-2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業
- II 居宅等における医療の提供に関する事業
- III 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- IV 医療従事者の確保に関する事業
- V 介護従事者の確保に関する事業
- VI 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

地域医療介護総合確保基金（医療分）の対象事業①

I-1. 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業

急性期病床から回復期病床への転換等、地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携等について実効性のあるものとするため、医療機関が実施する施設・設備の整備に対する助成を行う。

（病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備等の医療提供体制の改革に向けた施設及び設備等の整備）

- ・ 平成28年度末までに策定された地域医療構想に基づいた病床機能の転換等の施設・設備整備に対する助成事業
- ・ ICTを活用した地域医療情報ネットワークの構築を行う事業

I-2. 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業

地域医療構想の実現を図る観点から、地域医療構想調整会議等の意見を踏まえ、自主的に行われる病床減少を伴う病床機能再編や、病床減少を伴う医療機関の統合等の取組に対する助成を行う。

（「単独医療機関」の取組に対する財政支援）

- ・ 病床数の減少を伴う病床機能再編を行う医療機関に対する支援

（「複数医療機関」の取組に対する財政支援）

- ・ 病床数の減少を伴う統合計画に参加する医療機関に対する支援
- ・ 統合に伴い廃止される医療機関の残債を承継する医療機関に対し発生する利子について支援

II. 居宅等における医療の提供に関する事業

地域包括ケアシステムの構築を図るため、在宅医療の実施に係る拠点の整備や連携体制を確保するための支援等、在宅における医療を提供する体制の整備に対する助成を行う。

（在宅医療の実施に係る拠点・支援体制の整備）

- ・ 在宅医療の実施に係る拠点の整備 / 在宅医療に係る医療連携体制の運営支援 / 在宅医療推進協議会の設置・運営 等

（在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成に資する事業）

- ・ 在宅医療の従事者やかかりつけ医の育成 / 訪問看護の促進、人材確保を図るための研修等の実施 等

（その他在宅医療の推進に資する事業）

- ・ 在宅歯科医療の実施に係る拠点・支援体制の整備 / 在宅医療や終末期医療における衛生材料や医療用医薬等の円滑供給の支援 等

地域医療介護総合確保基金（医療分）の対象事業②

IV. 医療従事者の確保に関する事業

医師等の偏在の解消、医療機関の勤務環境の改善、チーム医療の推進等の事業に助成することにより、医師、看護師等の地域に必要な質の高い医療従事者の確保・養成を推進する。

（医師確保対策）

- ・ 地域医療支援センターの運営
- ・ 医科・歯科連携に資する人材養成のための研修の実施
- ・ 卒業後に地域医療に従事する意思を有する医学生に対する修学資金の貸与
- ・ 産科・救急・小児等の不足している診療科の医師確保支援
- ・ 女性医師や歯科医師、薬剤師、歯科衛生士、歯科技工士の復職や再就業の支援 等

（看護職員等確保対策）

- ・ 新人看護職員・看護職員等の質の向上を図るための研修の実施
- ・ 看護職員が都道府県内に定着するための支援
- ・ 看護師等養成所の施設・設備整備、看護職員定着促進のための宿舍整備 等

（医療従事者の勤務環境改善対策）

- ・ 医療勤務環境改善支援センターの運営
- ・ 各医療機関の勤務環境改善や再就業促進の取組への支援
- ・ 電話による小児患者の相談体制や休日・夜間の小児救急医療体制の整備 等

VI. 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

医師の労働時間短縮を図るため、労働時間短縮のための計画を策定し、勤務環境改善の体制整備に取り組む医療機関に対する助成を行う。

（労働時間短縮に向けた総合的な取組に対する財政支援）

- ・ 勤務間インターバルや連続勤務時間制限の適切な設定
- ・ 当直明けの勤務負担の緩和
- ・ 複数主治医制の導入
- ・ 女性医師等に対する短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進
- ・ タスク・シフティング、タスク・シェアリングの推進 等