

いわゆる混合診療とは

○ 科学的評価を行わないまま、以下の全ての場について、保険診療部分に対して税・保険料を財源とした保険給付がされ続ける仕組み。

保険給付される

保険診療分

A

入院料等の
基礎的部分

A

A

B

入院料等
+保険診療内
の抗がん剤

B

保険給付されない

保険外診療分

C

例) 海外でも承認のない抗がん剤等

D

例) 脂肪細胞を活性化させて体内に戻す治療や統合医療等

E

例) 海外で承認を得た抗がん剤や既承認品の適応外使用等

F

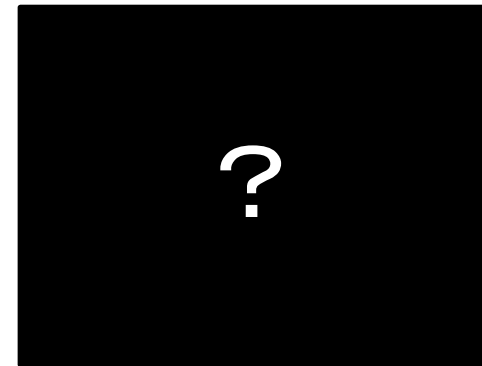
例) 保険内診療の抗がん剤と併用する抗がん剤等 ①

G

例) 保険内診療の抗がん剤と併用する抗がん剤等 ②

安全性・有効性

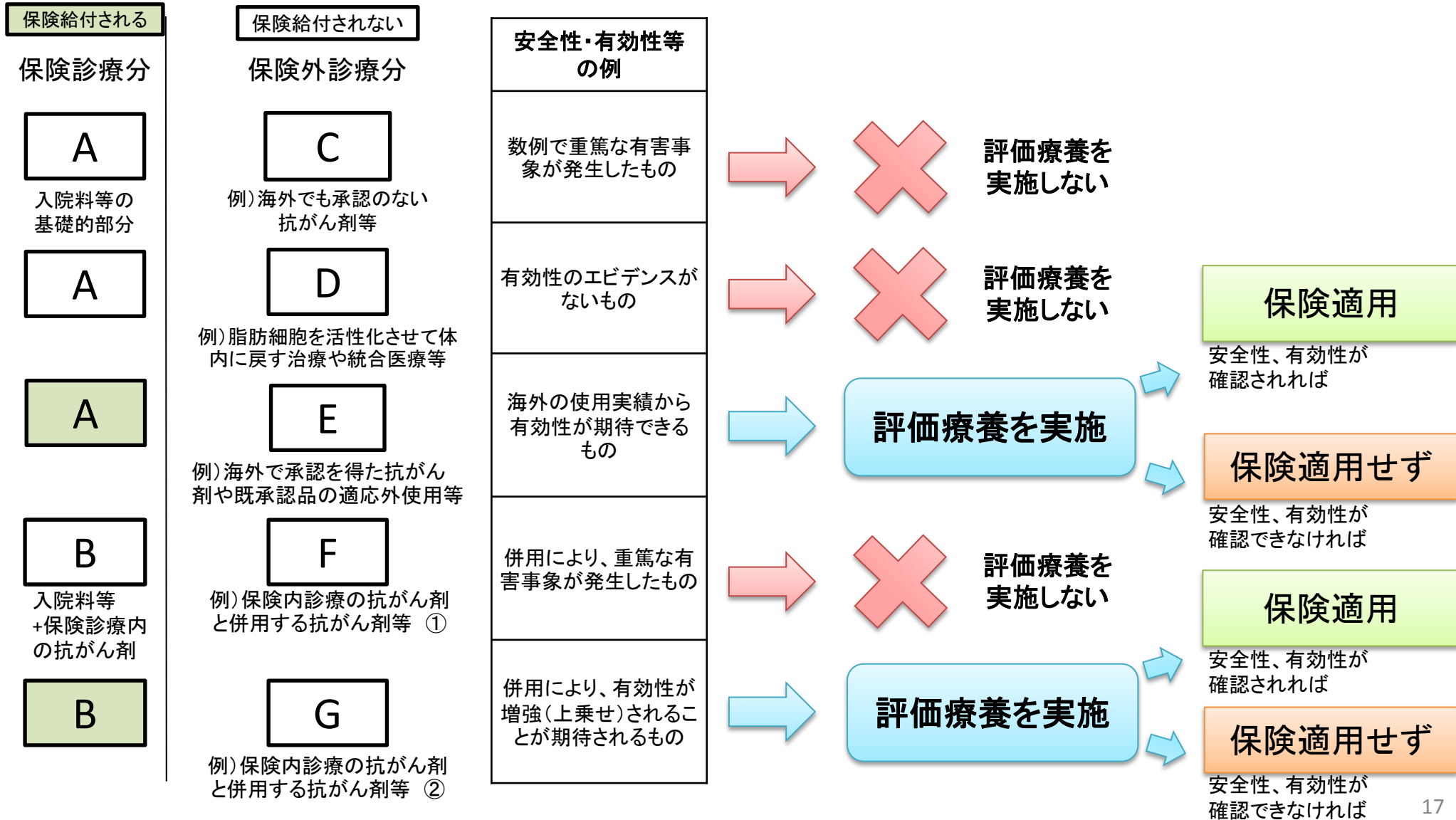
安全性、有効性等がわからない



併用され続けた結果が
どのように生かされるか
不明確

評価療養とは

- 開始前に数例実施して、重篤な有害事象がなく、有効性が期待できれば、評価療養を開始する。
- 一定症例数を実施後、安全性、有効性等が確認できれば、薬事承認、保険適用に活用する。



○統合医療の定義

「近代西洋医学を前提として、これに相補・代替療法や伝統医学等を組み合わせて更にQOL (Quality of Life: 生活の質)を向上させる医療であり、医師主導で行うものであって、場合により多職種が協働して行うもの」

○統合医療の現状

平成22年度厚生労働科学研究「統合医療の情報発信等の在り方に関する調査研究」(研究代表者: 福井次矢聖路加国際病院院長)において、2008年から2011年の4年間、コクランライブラリー (Cochrane Library)※に報告された相補・代替療法に関するシステマティックレビューについて、主な療法の数と有効性についての分析が行われている。

この分析によると、鍼(はり)療法等の6件について「効果あり」とされているものの、大多数については、「未確定」とされている。

科学的知見がほとんど得られていない理由として、相補・代替療法は個人の反応が異なることからランダム化比較試験(RCT: Randomized Controlled Trial)が実施できない分野が多くあるとされており、評価が非常に困難であるためとされている。

現時点では「統合医療」に関する科学的知見は必ずしも十分でないものの、これからの様々な取組によって明らかにされていくことが期待される。

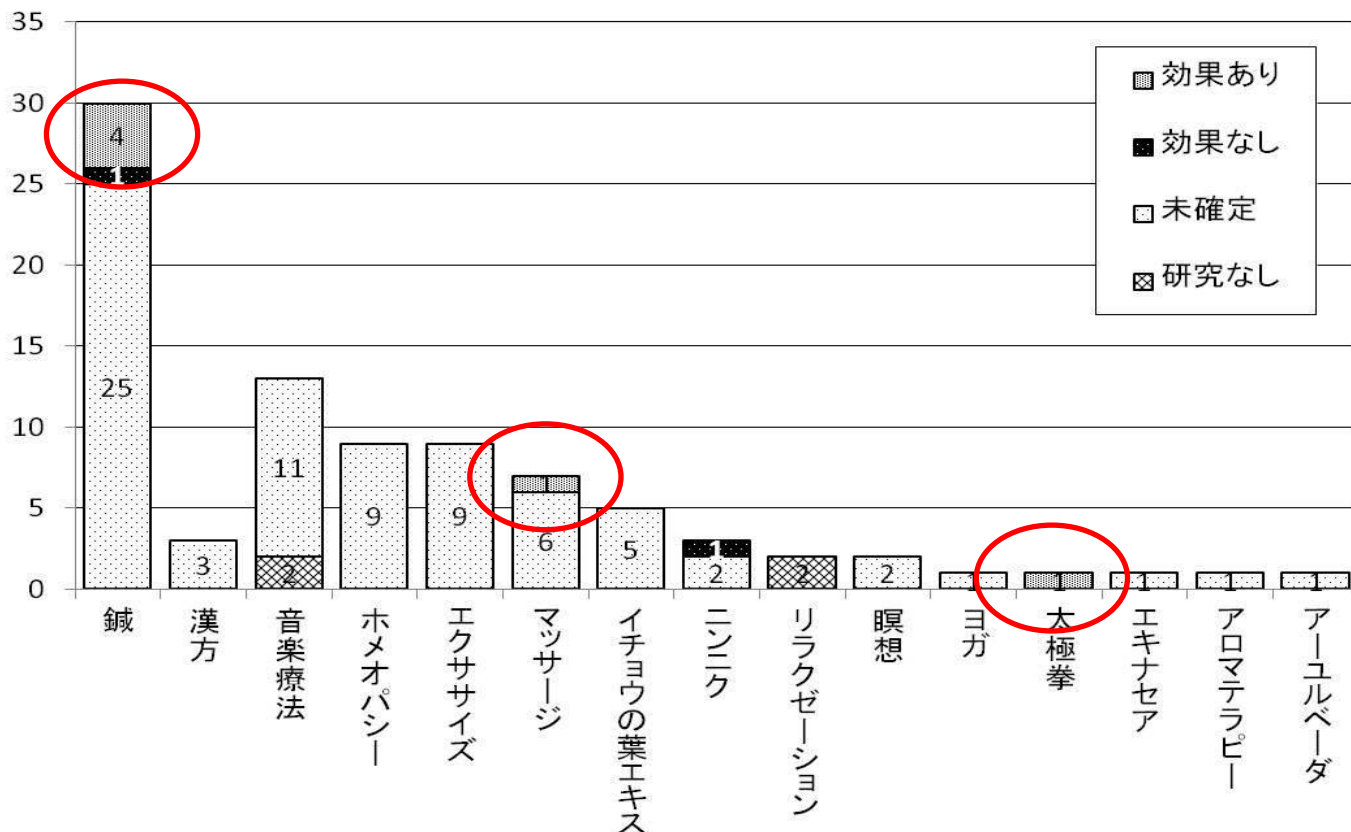
○今後の取組

今後の取組としては、「統合医療」の各療法について、安全性・有効性等に関する科学的知見を収集するとともに、これらを基にして必要な情報を広く発信していくことによって、患者・国民及び医師が療法を適切に選択できるようにすることが重要である。

「統合医療」の各種療法に関する科学的知見

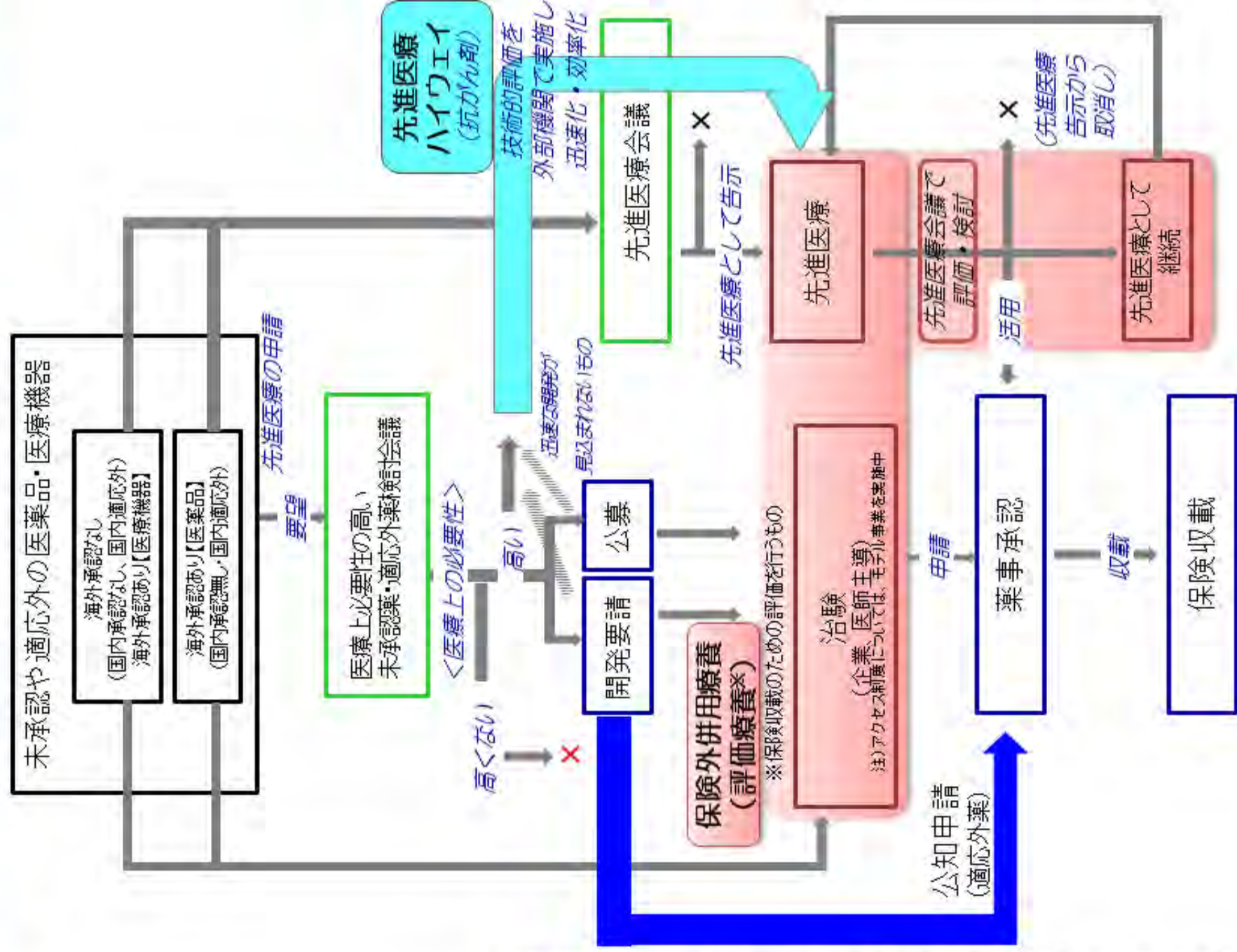
- 2008年から2011年の4年間、コクランライブラリー (Cochrane Library)※に報告された相補・代替療法に関して、主な療法の数と有効性についての分析が行われている。
- この分析によると、鍼(はり)療法等の6件について「効果あり」とされているものの、大多数については、「未確定」とされている。

＜コクランライブラリーに報告された相補・代替療法のレビュー＞



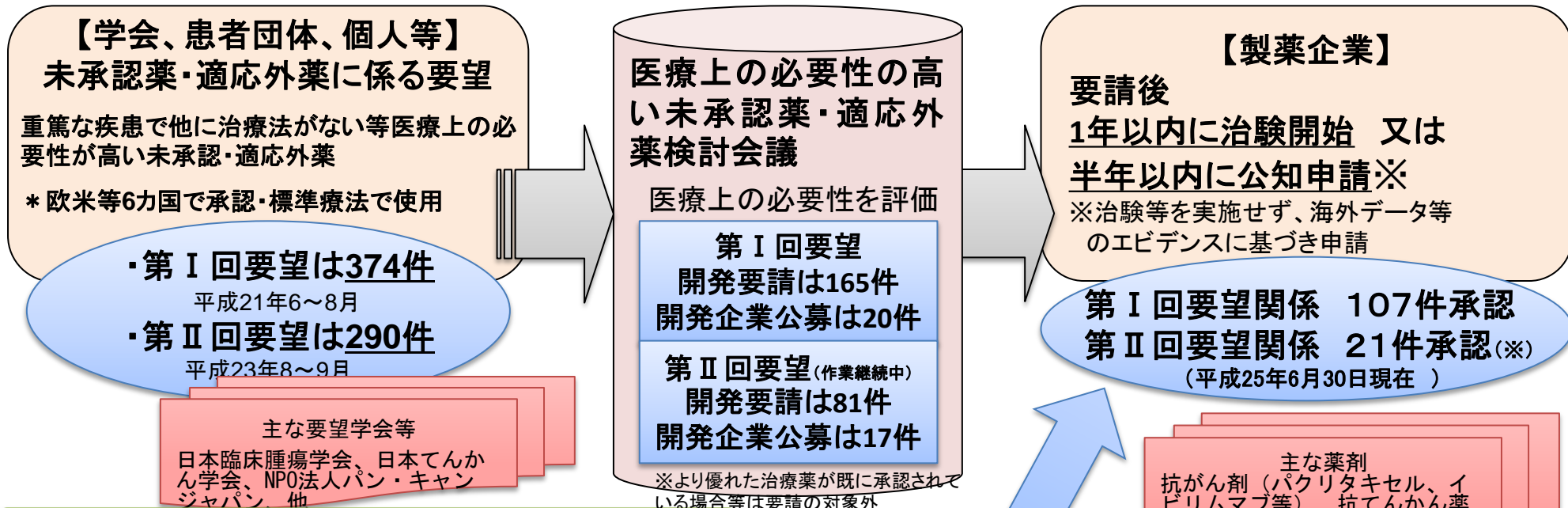
※コクランライブラリー (Cochrane Library) ; 「コクラン共同計画」(1992年に英国にて設立。保健医療に関し、医療提供者や患者等の各種ユーザーにおける十分な情報に基づく判断に役立てることを目指し、世界中の臨床研究についてシステムティック・レビュー(ある医学的介入について一定の基準で論文を網羅的に収集し、批判的評価を加え、要約すること)を行う国際ネットワーク。レビューは53のグループがそれぞれ分野を担当して実施。)において作成されている文献データベース。ランダム化比較試験 (RCT: Randomized Controlled Trial) 関連では世界最大規模であり、医療関係者の信頼度は高い。

未承認・適応外の医薬品や医療機器の開発スキームのイメージ

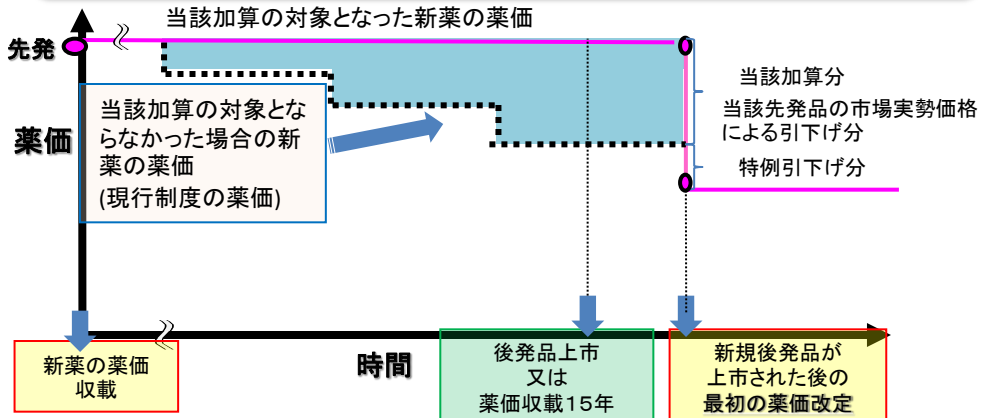


未承認薬・適応外薬解消に向けての対応

欧米では使用が認められているが、国内では承認されていない医療上必要な医薬品や適応(未承認薬等)を解消するため、医療上の必要性の評価、承認のために必要な試験の有無・種類の検討などを行う。



新薬創出・適応外薬解消等促進加算 (H22. 4より試行継続中)



中医協

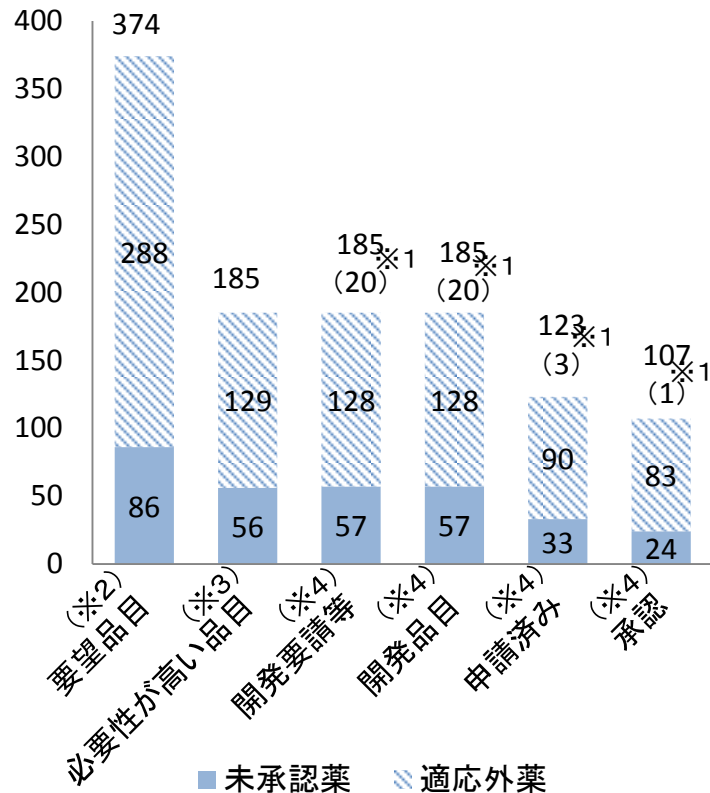
- 「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」の評価結果に基づく適応外薬等の開発・上市が適切に進んでいるか確認
- 対応が不適切な場合には、要請された企業に対して、加算の不適用と全既収載品の薬価から過去2年間の加算分を引下げ(平成24年度改定時点)

要望募集の進捗について

募集期間は第Ⅰ回は2009年6月18日から8月17日まで、第Ⅱ回は2011年8月2日から9月30日まで。2013年8月1日より要望の随時受け付け開始。

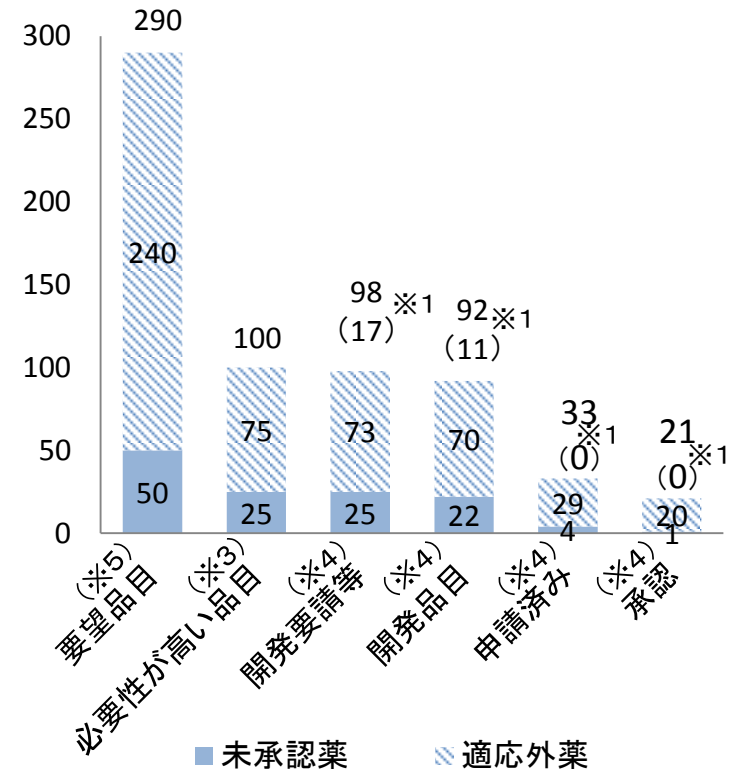
第Ⅰ回要望

進捗状況の内訳件数



第Ⅱ回要望

進捗状況の内訳件数



(※1) 公募品目の件数
(※2) 平成21年8月17日時点

(※3) 第17回検討会議(平成25年10月7日)までの検討
(※4) 平成25年6月30日時点
(※5) 平成23年9月30日時点

医療保険財政の現状

医療保険の収支状況

(単位:億円)

		21年度	22年度	23年度
国民健康保険	収入	125,993	128,019	133,832
	支出	125,927	127,726	132,812
	収支差	66	293	1,020
	決算補填等のための一般会計繰入を考慮した収支差	▲ 3,250	▲ 3,901	▲ 3,022
協会けんぽ	収入	69,735	78,172	80,580
	支出	74,628	75,632	77,992
	収支差	▲ 4,893	2,540	2,589
	準備金残高	▲ 3,179	▲ 638	1,951
健保組合	収入	61,718	62,856	66,484
	支出	66,952	67,011	69,981
	収支差	▲ 5,234	▲ 4,156	▲ 3,497
後期高齢者医療	収入	113,355	118,295	123,817
	支出	112,636	119,858	124,223
	収支差	719	▲ 1,563	▲ 407

※後期高齢者医療については、平成23年度の単年度収支差は407億円の赤字だが、前年度までの剰余金等により、収支は1,095億円の黒字。

【医療保険制度の体系】

後期高齢者医療制度

約14兆円

- ・75歳以上
- ・約1,500万人
- ・保険者数: 47(広域連合)

前期高齢者財政調整制度(約1,400万人) 約6兆円(再掲)

退職者医療(経過措置)

サラリーマンOB
・約200万人

国民健康保険

(市町村国保+国保組合)

- ・自営業者、年金生活者、非正規雇用者等
- ・約3,800万人
- ・保険者数: 約1,900

約10兆円

協会けんぽ(旧政管健保)

- ・中小企業のサラリーマン
- ・約3,500万人
- ・保険者数: 1

約5兆円

健康保険組合

- ・大企業のサラリーマン
- ・約3,000万人
- ・保険者数: 約1,400

健保組合・共済等 約5兆円

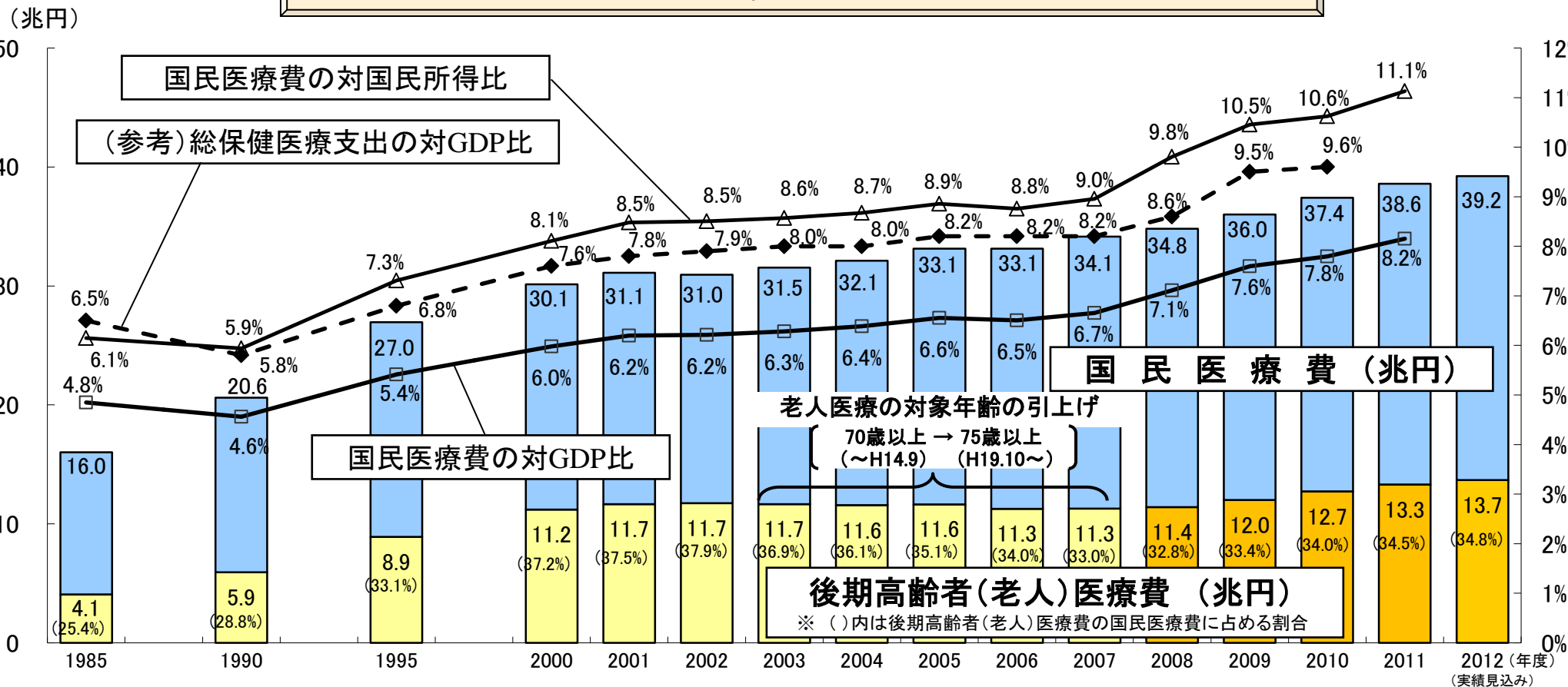
共済組合

- ・公務員
- ・約900万人
- ・保険者数: 85

※1 加入者数・保険者数は、平成24年3月末の数値(速報値)

※2 金額は平成25年度予算ベースの給付費

医療費の動向



<対前年度伸び率>

	1985 (S60)	1990 (H2)	1995 (H7)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)	2012 (H24)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	▲0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1	1.7
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.5	2.8
国民所得	7.2	8.1	▲0.3	2.0	▲1.4	▲0.8	1.2	0.5	1.1	1.1	0.8	▲6.9	▲3.0	2.3	▲1.6	-
GDP	7.2	8.6	1.7	0.9	▲0.5	▲0.7	0.8	0.2	0.5	0.7	0.8	▲4.6	▲3.2	1.3	▲1.4	-

注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算による。総保健医療支出はOECD諸国の医療費を比較する際に使用される医療費で、予防サービスなども含んでおり、国民医療費より範囲が広い。2011年のOECD加盟国の医療費の対GDP比の平均は9.3%

注2 2012年度の国民医療費(及び後期高齢者医療費。以下同じ。)は実績見込みである。2012年度分は、2011年度の国民医療費に2012年度の概算医療費の伸び率(上表の斜字体)を乗じることによって推計している。

医療費の伸び率の要因分解

- 近年の医療費の伸び率を要因分解すると、「高齢化」で1.5%前後の伸び率となっている。
 ※ 「その他」の要因には、医療の高度化、患者負担の見直し等種々の影響が含まれる。

	平成14年度 (2002)	平成15年度 (2003)	平成16年度 (2004)	平成17年度 (2005)	平成18年度 (2006)	平成19年度 (2007)	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009)	平成22年度 (2010)	平成23年度 (2011)	平成24年度 (2012)
医療費の伸び率 ①	-0.5%	1.9%	1.8%	3.2%	-0.0%	3.0%	2.0%	3.4%	3.9%	3.1%	1.7%
診療報酬改定 ②	-2.7%		-1.0%		-3.16%		-0.82%		0.19%		0.004%
人口増の影響 ③	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.1%	0.0%	-0.2%	-0.2%
高齢化の影響 ④	1.7%	1.6%	1.5%	1.8%	1.3%	1.5%	1.3%	1.4%	1.6%	1.3%	1.4%
その他(①-②-③-④) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し 等	0.4%	0.2%	1.2%	1.3%	1.8%	1.5%	1.5%	2.2%	2.1%	2.1%	0.5%
制度改正	H14.10 高齢者1割 負担の徹底	H15.4 被用者本人 3割負担 等			H18.10 現役並み 所得高齢者 3割負担 等		H20.4 未就学2割負担				

注1: 医療費の伸び率は、平成22年度までは国民医療費の伸び率、平成23、24年度は概算医療費(審査支払機関で審査した医療費)であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

2: 平成23、24年度の高齢化の影響は、平成22年度の年齢階級別(5歳階級)国民医療費と年齢階級別(5歳階級)人口からの推計である。