

論点整理・社会保障のポイント②

平成27年6月10日

伊藤 元重

榊原 定征

高橋 進

新浪 剛史

前回の議論を踏まえた今回の主要論点①

(1) 社会保障サービスの産業化促進

- ① マイナンバーも活用して医療関連データを利用できる環境を早期に整備。
- ② 医療機関等と民間事業者の連携促進にむけ、一般医療法人に特定の営利性業務を本務として解禁。
- ③ 民間の健康サービスへの関与を拡大するため、薬剤師・看護師等の業務の範囲拡大

論点1 日常の健康増進、重症化予防を中心に、健康産業の拡大に向けた好事例の横展開促進を進めるプラットフォームを通じ、予防・重症化防止事業への個人、保険者等の関心を高め、実効性を高める(図表1)。

論点2 健康産業の成長促進に向け、医療機関(一般医療法人)が本来業務の一部として、関与できるような仕組み、同時に、医療関係職種がこうした事業に参画しやすくする業務範囲の整理を検討(図表2)。

(3) 地域差の「見える化」と報酬の見直し等による病床適正化

- ① 都道府県別の医療提供体制の差をデータ分析により一層「見える化」。併せて、大胆な病床再編を可能とする県の権限を強化。
- ② 標準的な外来医療費を算出して医療費適正化計画に反映し、頻回受診や過剰投薬等を排除する仕組みを構築。かかりつけ医の普及等により、効果的な医療サービス提供のインセンティブになるよう、窓口負担の仕組みを工夫。
- ③ 都道府県はKPI(病床数、平均在院日数等)を定め、国は2018年度の間評価段階での取組状況を評価し、結果を国から地方への財政移転の配分に反映。

論点3 「見える化」の具体的方法、病床再編・削減の手段とプロセス(診療報酬体系の見直しによる誘導、改革が進まない地域における診療報酬の引下げ(制度運用のガイドライン策定等)、県の権限強化)、といった点を明らかにすることが、実効性を確保するために必要(図表3)。

前回の議論を踏まえた今回の主要論点②

(5) 保険収載範囲の見直し

- ① 中医協の費用対効果評価専門部会の機能を拡充・強化し、医薬品や技術等の保険収載の適切な事前評価、既収載品の検証を早期に本格導入。医療機関に対する第三者評価を制度的に原則化。
- ② 後発医薬品の利用率目標を80～90%程度に引き上げ。
- ③ 平成30年度から保険償還額を後発医薬品価格に基づき設定。さらに、スイッチOTCが認められた医療用医薬品を含む市販品類似薬は保険から除外。
- ④ 介護保険における軽度者の生活援助等は、保険給付のあり方を抜本的見直し。通所介護等、その他の支援は、次期介護事業計画(2018年4月～)より、自治体事業(保険財源による地域支援事業)で実施する枠組みへ全面的に移行し、事業を請け負う企業等の創意工夫と競争を促進。

論点4 費用対効果評価の導入により保険収載の適正化(図表4)、後発医薬品利用率の新目標(図表5)、保険償還額の後発医薬品価格に基づく設定と市販品類似薬の保険除外(図表6)、介護事業の見直し(図表7)。

(6) 効率化に向けたその他の取組

- ① 医薬品の取引慣行の改善を進めつつ、市場実勢を踏まえた適切な薬価改定を毎年実行。薬価改定による既存医薬品の価格下落は確実に国民へ還元。
- ② 診療報酬本体について、過年度のデフレ分についての段階的なマイナス調整を次回以降の改定に反映するなど国民負担増を抑制。併せて、個別サービスの単価設定においても、公共料金としての適切な原価算定を基本とし、改定時には需給動向等も踏まえた価格の妥当性の事後検証を行い、適正化。
- ③ 医薬分業と調剤医療費の増大との関係を分析し、効率的な仕組みに改革することで調剤医療費(技術料)を合理化・抑制するとともに、効果的な投薬・残薬管理の実現に向けた方策を検討・導入。
- ④ 地域包括ケアシステムの構築に当たって、地域の特性と実情を踏まえつつも、介護サービス等の大規模化・連携により、効率を改善。

論点5 調剤技術料等の適正化(図表9)、診療報酬体系の公共料金としての適正化及び改定時の検証(図表10)、介護サービスの効率化(図表11)。

参考図表

【論点1】健康増進、重症化予防、産業化

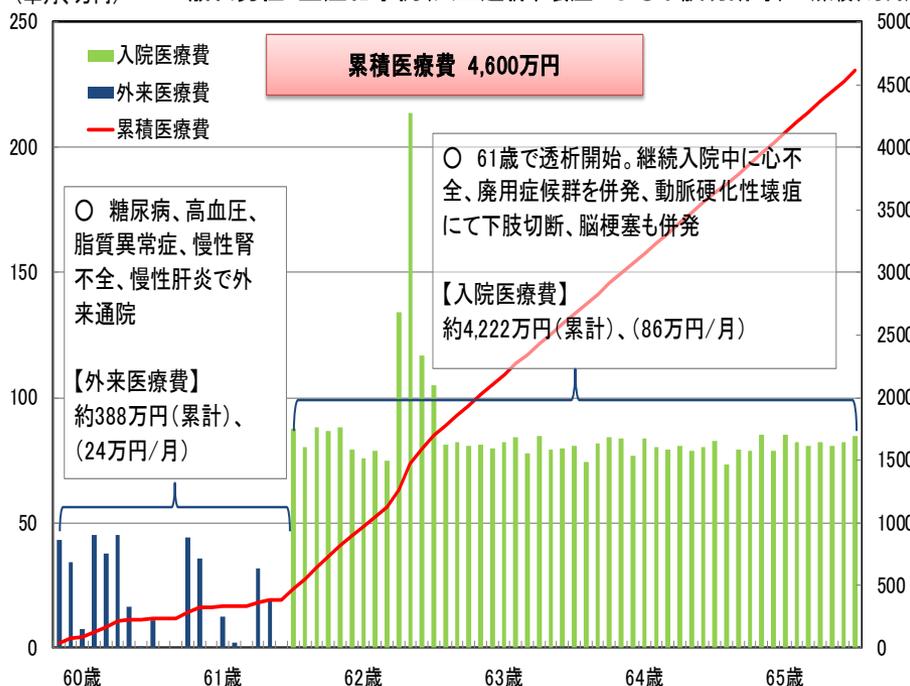
- ◆ 典型的な生活習慣病である糖尿病から合併症を併発し、重症化すると、①治療により就労はもちろんのこと、時間と所得を喪失して生活の質(QOL)が低下、②高額な医療費も発生し、患者本人のみならず、家族の生活にとっても大きく影響。
- ◆ 加齢と共に合併症を起こし、後期高齢期の医療費を押し上げる要因。2割の患者が7～8割の医療資源を消費しており、重症化予防、未病段階での健康管理は、社会にとっても重要な課題。

図表1 60～70歳代男性の重症化2事例(腎不全、脳梗塞)

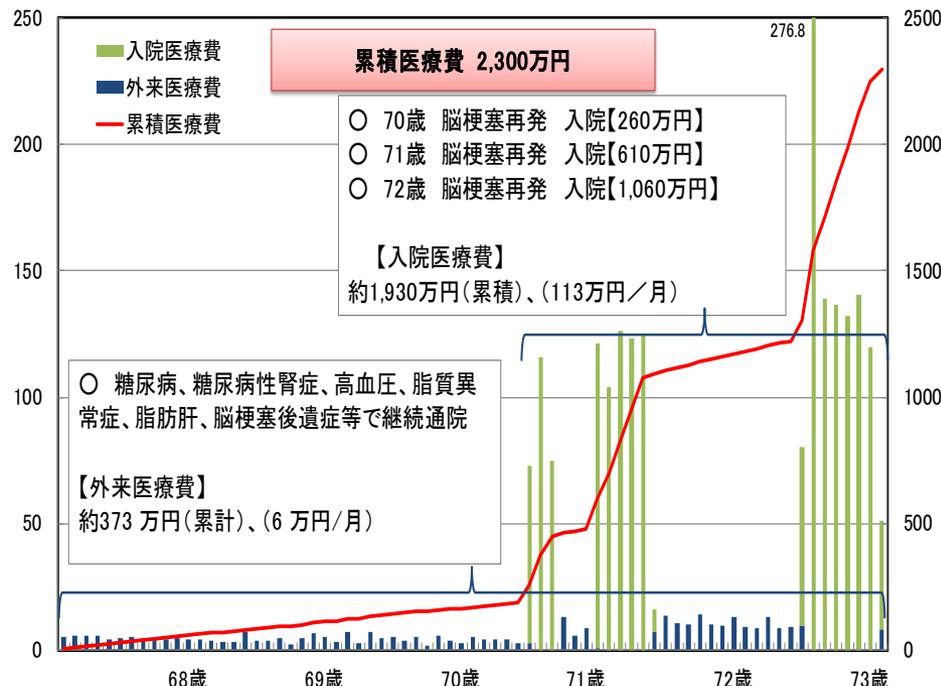
- 59歳の国保加入段階から糖尿病に起因する合併症。外来時累計388万円(月額24万円)の療養後、入院により、4,200万円超の累積医療費(月額は86万円、年当り1,000万円)

- 外来にて治療を続けていたものの、脳梗塞再発で入院。外来時累積373万円(月額6万円)。3度の入院は次第に長期化(3か月、6か月、8か月)し、これまで1,900万円超の累積医療費

(単月、万円) 60歳代男性 重症化事例(人工透析、壊疽による下肢切断等) (累積、万円)



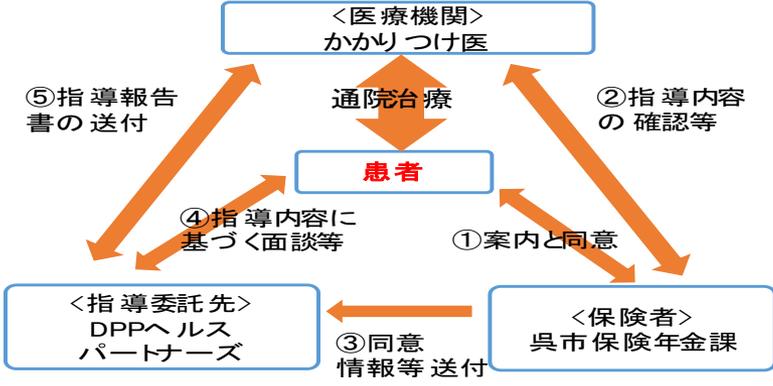
(単月、万円) 70歳代前半男性 重症化事例(脳梗塞再発入院3回) (累積、万円)



(備考) 森山美知子教授(広島大学)及び呉市による提供データを基に作成。

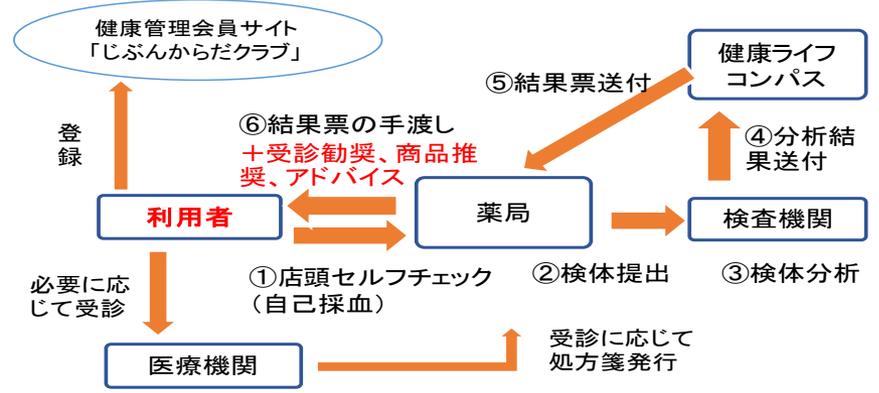
【論点1、論点2】重症化予防の取組、医療機関等の積極的関与

＜重症化予防プログラム＞



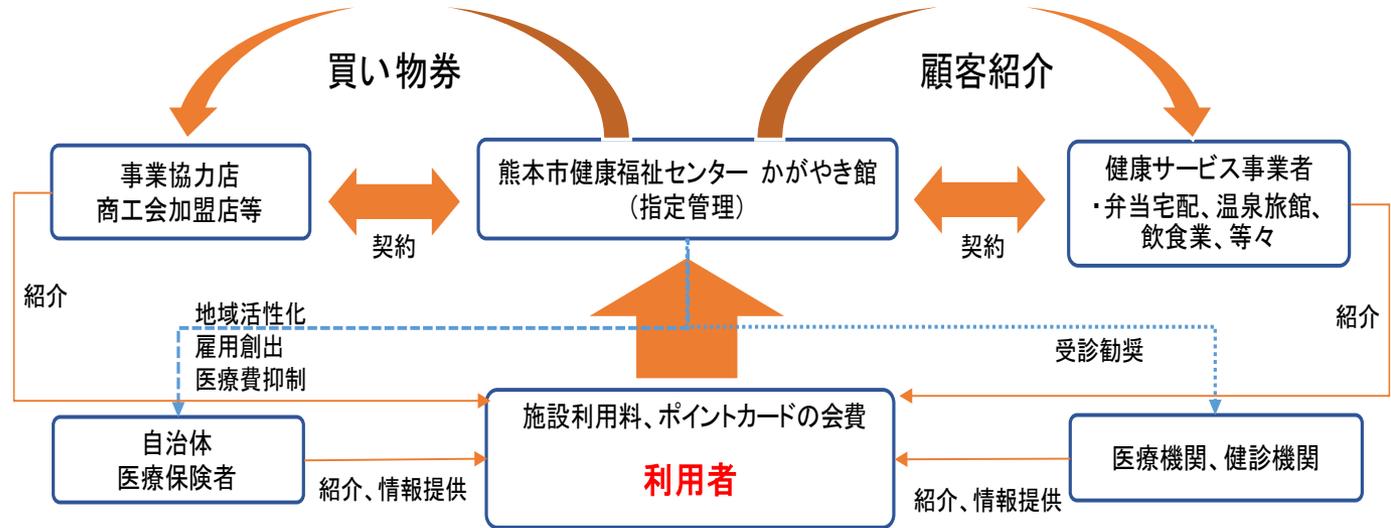
1. 保険者と個人、医療機関のインセンティブ強化、データヘルスの充実普及、委託先の看護師等の業務範囲拡充
2. 後期高齢者への移行で指導が断絶する点を是正

＜自己健康診断サービス＞



1. 拠点となる薬局において提供可能なサービス内容を広げること(看護師・薬剤師による指導等)
2. 検査結果を医療機関等においても再利用すること

＜医商連携まちづくり事業＞



1. 国・地方・保険者の産業化に対する理解増進(健康産業の意義)
2. 医師・医療機関のより積極的な関与(営利健康事業への参加、協業)
3. 人材の確保(退職看護師等の潜在的有資格者の積極的な参加)

【論点2】 医療機関等の積極的関与、医療関係職種の業務拡大

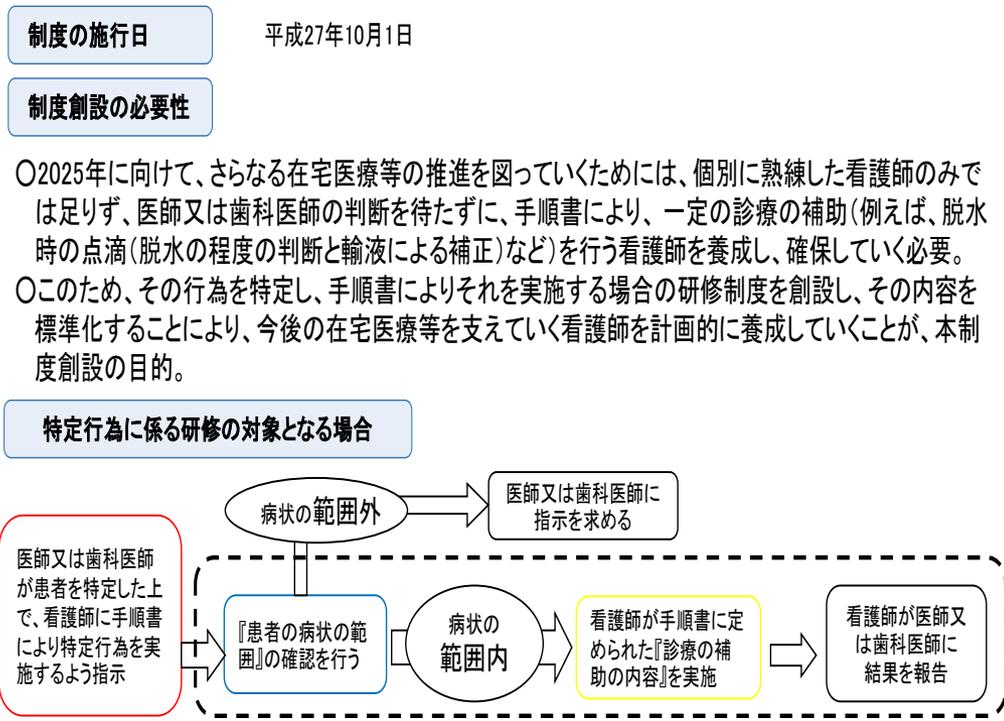
- ◆ 在宅ケアを前提とした在宅医療・介護の拡大に対応して、効率的でニーズに適合したIT、住宅、輸送、飲食（ケータリング含む）等の関連サービスの供給拡大を促進。
- ◆ 医療関係職種による民間の健康サービスへの関与を拡大するため、薬剤師・看護師等が行うことのできる業務の範囲拡大等（グレーゾーンの明確化）を推進。

図表2-1 医療・介護周辺サービスの概要



図表2-2 医療関係職種の業務範囲拡大にもつながる研修制度例

特定行為に係る看護師の研修制度の概要



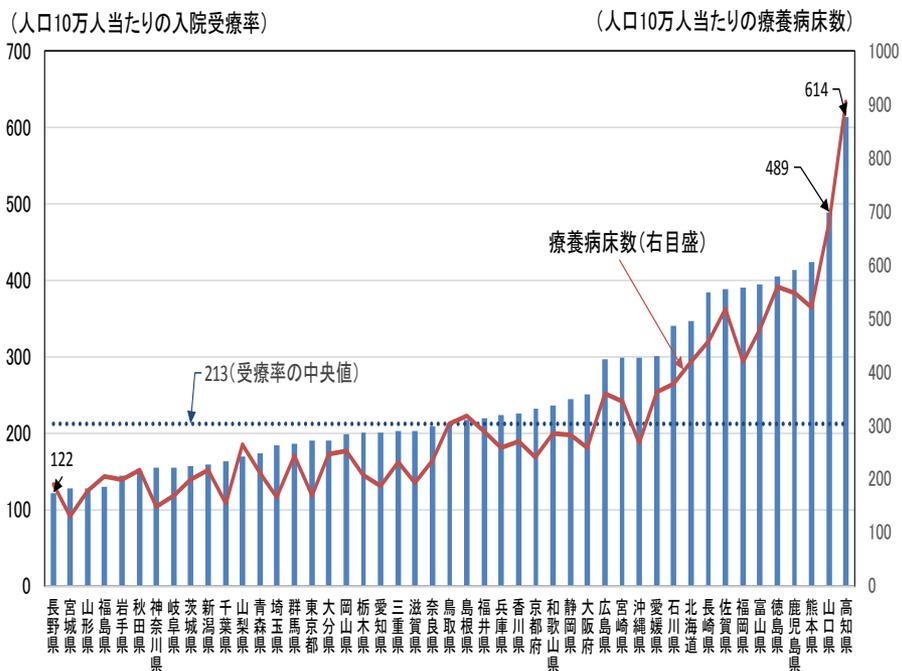
（備考）「四国の医療介護周辺産業を考える会」ホームページより転載

（備考）厚生労働省資料より引用。

【論点3】 地域差の「見える化」と病床適正化等

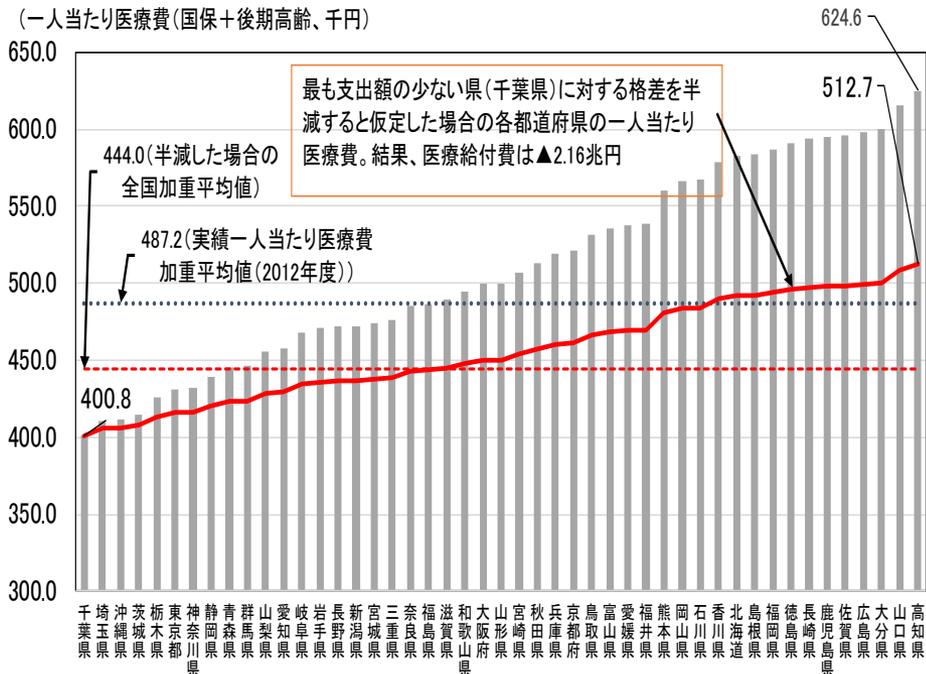
- ◆ 年齢や性別による地域差を補正しても、受療率(入院)には大きな地域差が存在し、病床数と高い相関。都道府県はKPI(病床数等)を定め、国は中間評価段階での取組状況を評価し、その結果を財政移転(補助金・交付金)に反映
- ◆ 都道府県別の医療提供体制の差を徹底したデータ分析により一層「見える化」し、適切な体制転換を促す。併せて、診療報酬体系の見直し、改革が進まない地域における診療報酬の引下げ(制度運用のガイドライン策定等)、大胆な病床再編を可能とする県の権限強化で後押し

図表3-1 年齢・性別補正済の受療率と病床数



- (備考)
1. 療養病床は平成23年医療施設調査。性・年齢階級調整入院受療率(間接法)(人口10万人対)は平成23年患者調査、平成24年福島県患者調査、平成23年総務省人口推計調査により推計。
 2. 方法は、各都道府県の推計入院患者数÷各都道府県の期待入院患者数(Σ[全国の性・年齢別入院受療率×各都道府県の性・年齢別推計人口])×全国の入院受療率

図表3-2 後期高齢者と国保計の都道府県別一人当たり医療費と格差半減の効果規模イメージ



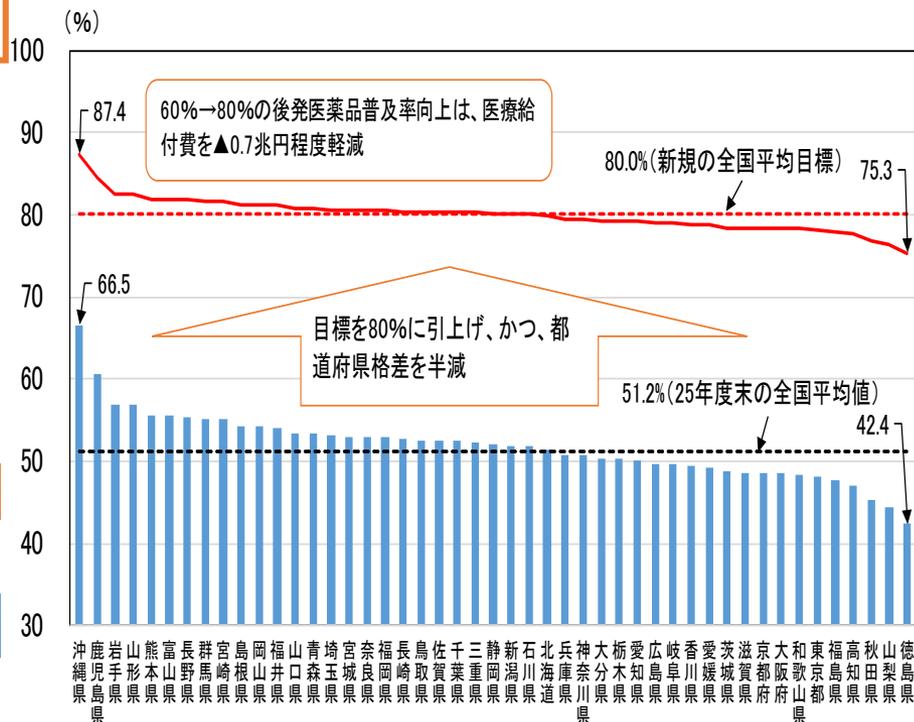
- (備考)
1. 厚生労働省「平成24年医療施設調査」、「平成24年度医療費の地域差分析」により作成。
 2. 図表10-2の赤線及び同破線は、一人当たり医療費が最も低い千葉県とその他の都道府県の格差が半減する場合を算定。2.16兆円のメリット額は、加重平均値の差額(43千円)に後期高齢と国保の被保険者数(5千万人)を乗じた。内訳は保険料▲0.4兆円、健保等▲0.7兆円、公費▲1.1兆円。自己負担は▲0.3兆円。

【論点4】 保険収載範囲の見直し(1)

- ◆ 中医協の費用対効果評価専門部会の機能を拡充・強化し、医薬品や技術等の保険収載の適切な事前評価、既収載品の検証を早期に本格導入。
- ◆ フランスの場合、専門家集団が医薬品の効能について5段階で評価し対応する償還価格を設定。我が国でも合理的な保険収載ルールと価格設定を確立すべき。

- ◆ 現在の傾向と目標(平成29年度末に数量シェア60%)を踏まえ、普及が進んでいるアメリカやドイツ並みの80~90%程度に目標値を上げ。

図表5 後発薬品の都道府県別普及率と引上げ効果



(備考)

1. 厚生労働省「調剤医療費(電算処理分)の動向~平成25年度版~」により作成。
2. 赤線及び同破線は、平均が80%に改善し、かつ、格差が半減するよう、全体が動く仮定で算定。メリット額は、現在から100%及び60%達成時の医療費削減額がそれぞれ1.7兆円、0.4兆円であること(財務省資料(平成26年10月8日))から、60%から80%への20%ポイント分の医療費削減額を0.7兆円と求めた。内訳は、保険料▲0.4兆円、公費▲0.25兆円。自己負担は▲0.12兆円程度。分割比率は厚生労働省「医療保険に関する基礎資料~平成24年度の医療費等の状況~」による。

図表4 フランスにおける償還価格とエビデンスの関係

- フランスでは、高等保健機構(HAS: Haute Autorité de Santé)が、保険収載を希望する製薬会社の製品について、医薬品効能評価(SMR)と画期性評価(ASMR)を実施。SMRは医療上の利益(効能)を4段階で評価。ASMRは追加的な医療上の利益を5段階で評価。その後、評価結果を医療製品経済委員会(CEPS)に通知し、価格を決定。また、全国医療保険金庫連合(UNCAM)に通知し、償還率を決定。

HAS

CEPS【ASMR】

UNCAM【SMR】

- 償還価格はCEPSにより決定され、メーカーはCEPSと交渉
- 5段階のうちI~IIIの場合は欧州価格が保証された上で、メーカーと交渉

- 償還率は、I~IVの4段階評価を受け、償還不可、15、30、65%の4段階設定。なお、例外的に100%も

保健省

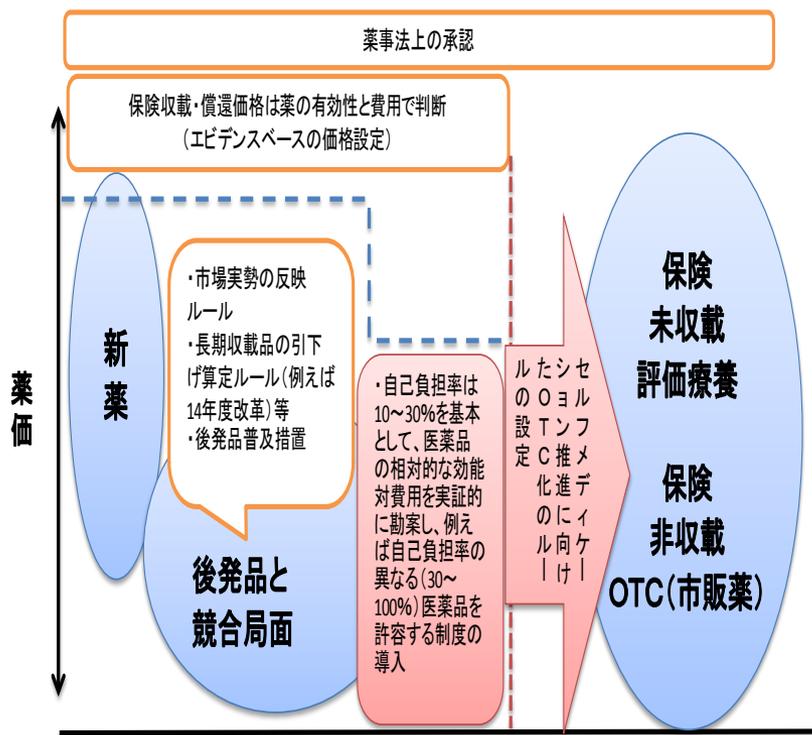
(備考) 東美恵「医療技術評価(HTA)の諸外国での利用状況と課題」JPMA News Letter No.153(2013/01)を参照し、作成。

【論点4】 保険収載範囲の見直し(2)

◆ 平成30年度から保険償還額を後発医薬品価格に基づき設定。さらに、スイッチOTCが認められた医療用医薬品を含む市販品類似薬は保険から除外。

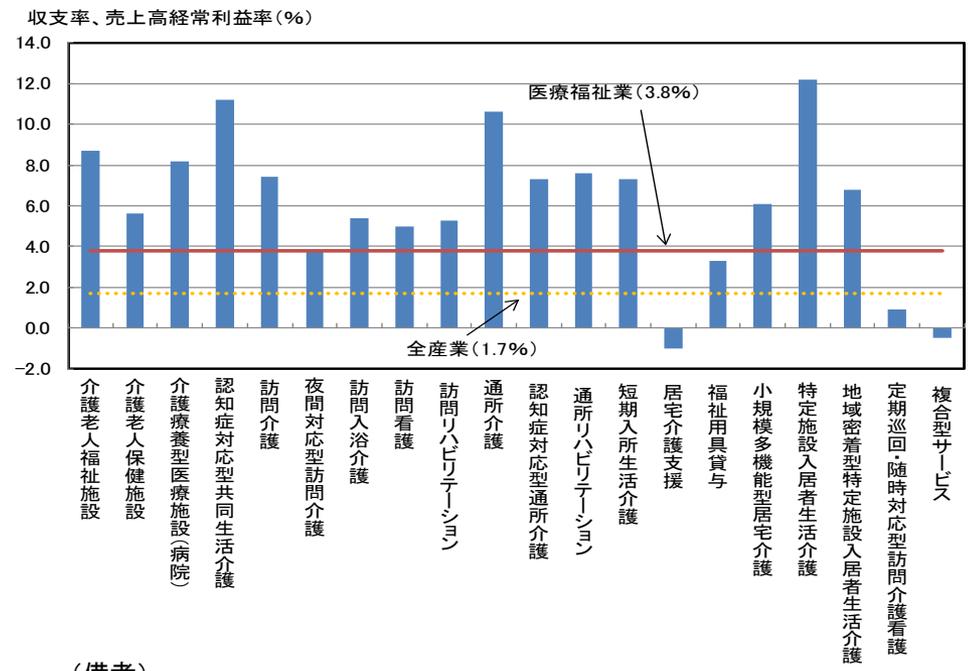
◆ 介護保険における軽度者向け生活援助や福祉用具貸与等は、保険給付のあり方を抜本的に見直す。通所介護等の軽度者に対するその他の支援は、次期介護事業計画(2018年4月～)より、自治体事業(保険財源による地域支援事業)で実施する枠組みへ全面的に移行し、事業を請け負う企業等の創意工夫と競争を促進。

図表6 保険適用のイメージ(新薬から保険外市販薬へ)



(備考) 経済財政諮問会議有識者議員説明資料(平成26年4月22日)より引用。

図表7 介護サービス別収支率



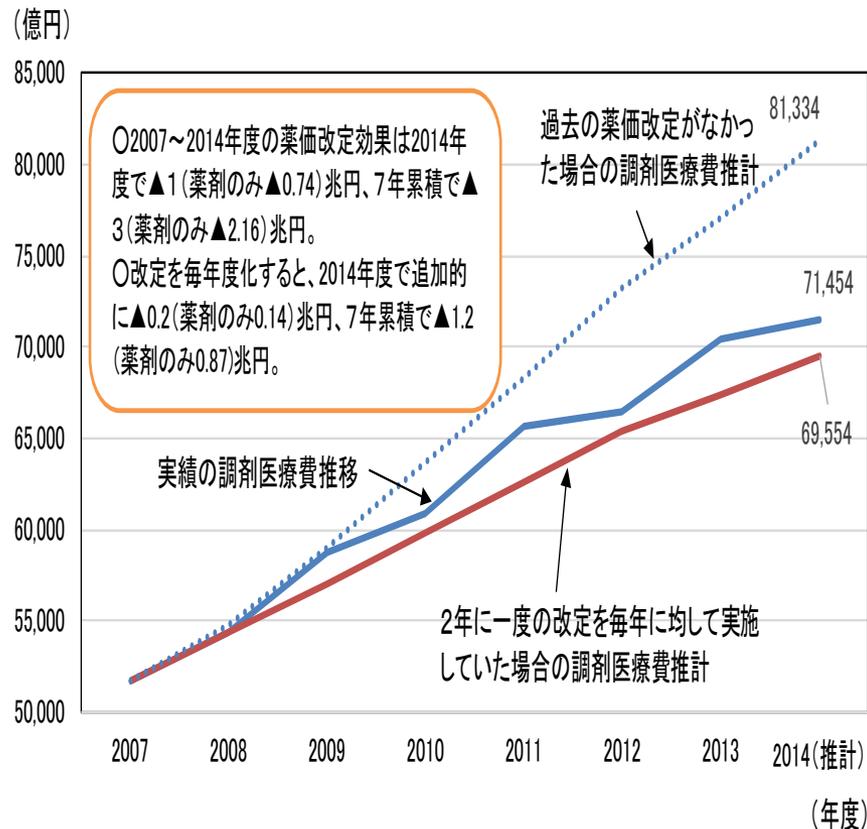
(備考)

- 財務省「法人企業統計調査」、厚生労働省「平成26年介護事業経営概況調査」により作成。
- 収支差率は、(介護事業収入+介護事業外収入)-(介護事業費用+借入金利息+特別損失)の収入りに対する比。なお、法人企業統計調査の医療、福祉業は社会福祉法人を含まない。
- 法人企業統計は資本金1千万円未満の企業2012年度、会議事業経営調査は2014年3月末の値。

【論点5】 効率化に向けたその他の取組(1)

◆ 医薬品の取引慣行の改善を進めつつ、市場実勢を踏まえた適切な薬価改定を毎年実行。薬価改定による既存医薬品の価格下落は確実に国民へ還元。

図表8-1 2007～2014年度に毎年改定した場合の効果



(備考)

1. 厚生労働省「調剤医療費(電算処理分)の動向～平成25年度版～」及び最近の調剤医療費(電算処理分)の動向 平成26年11月号により作成。
2. 2014年度は4～11月の対前年比を用いて推計。薬価改定の効果額は、薬剤料/(1+改定率/100)-薬剤料として算出。毎年改定時の改定率は2年分の改定率を年率化して適用。調剤医療費換算は毎年の調剤料比率を利用。14年度については13年度値を利用。

図表8-2 26年度薬価改定による一人当たりの負担減 (消費税分を除き▲5.64%改定の年齢階層別影響試算)

一人当たり(年、円)	保険給付	本人負担	合計
平均	-1,552	-558	-2,110
0歳以上 5歳未満	-997	-249	-1,246
5歳以上 10歳未満	-820	-351	-1,171
10歳以上 15歳未満	-541	-232	-773
15歳以上 20歳未満	-352	-151	-503
20歳以上 25歳未満	-360	-154	-514
25歳以上 30歳未満	-482	-206	-688
30歳以上 35歳未満	-577	-247	-824
35歳以上 40歳未満	-694	-298	-992
40歳以上 45歳未満	-780	-334	-1,114
45歳以上 50歳未満	-948	-406	-1,354
50歳以上 55歳未満	-1,196	-513	-1,709
55歳以上 60歳未満	-1,492	-639	-2,131
60歳以上 65歳未満	-1,976	-847	-2,823
65歳以上 70歳未満	-2,250	-964	-3,215
70歳以上 75歳未満	-3,100	-775	-3,875
75歳以上	-4,223	-469	-4,692

(備考)

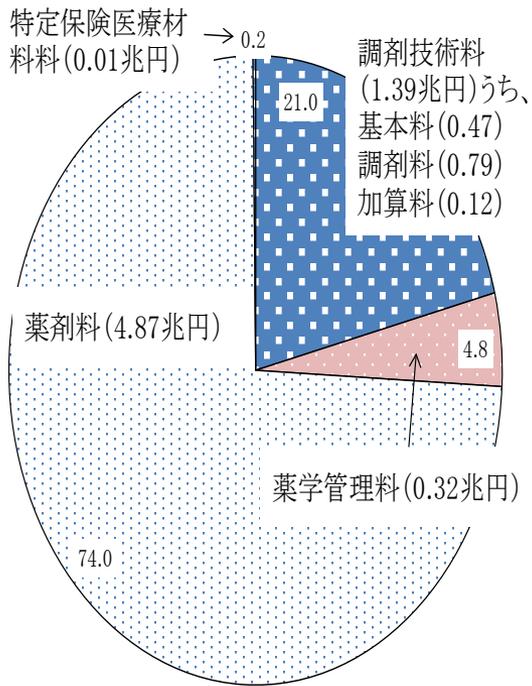
1. 厚生労働省「調剤医療費(電算処理分)の動向～平成25年度版～」、総務省「人口推計(平成26年10月1日現在)」により作成。
2. 年齢階級別調剤医療費(公費含む総数)を処方箋数と人口から一人当たり額に換算。本人負担は年齢別負担率により機械的に算出。

【論点5】 効率化に向けたその他の取組(2)

◆ 調剤医療費7兆円程度のうち、技術料(調剤技術料+薬学管理料)は1.7兆円。医薬分業と調剤医療費の増大との関係进行分析し、効率的な仕組みに改革することで調剤医療費(技術料)を合理化・抑制するとともに、効果的な投薬・残薬管理の実現に向けた方策を検討・導入。

図表9-1 調剤医療費の内訳

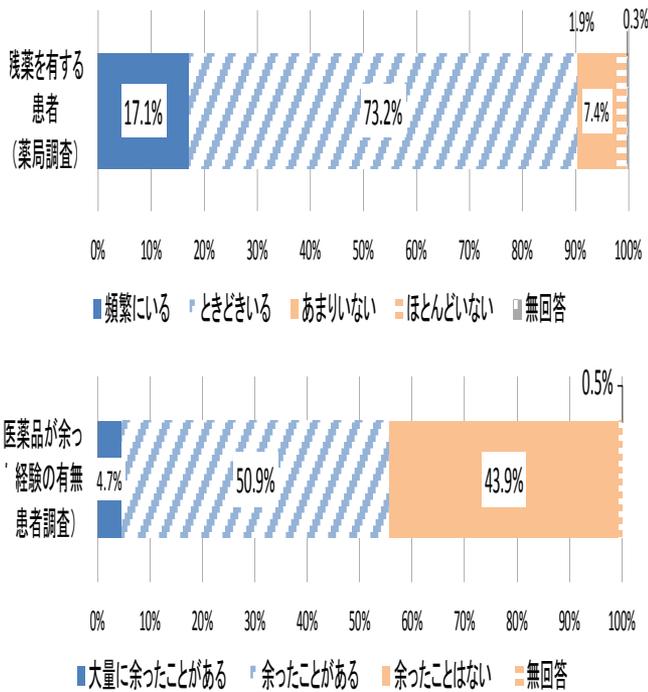
- 調剤医療費のうち、薬材料は74%程度で、26%程度は調剤技術料と薬学管理料



(備考) 厚生労働省「調剤医療費(電算処理分)の動向～平成25年度版～」により作成。

図表9-2 残薬問題の実態

- 残薬を有する患者は9割、余った経験者は5割超。残薬は体にも財政にも悪影響



(備考) 平成25年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」(速報値)により作成。

図表9-3 院内処方と院外処方の価格差

- 院外処方(調剤薬局)は院内処方(病院・診療所)に比べ、同一薬剤を用いた場合に、1.2~1.5倍の費用

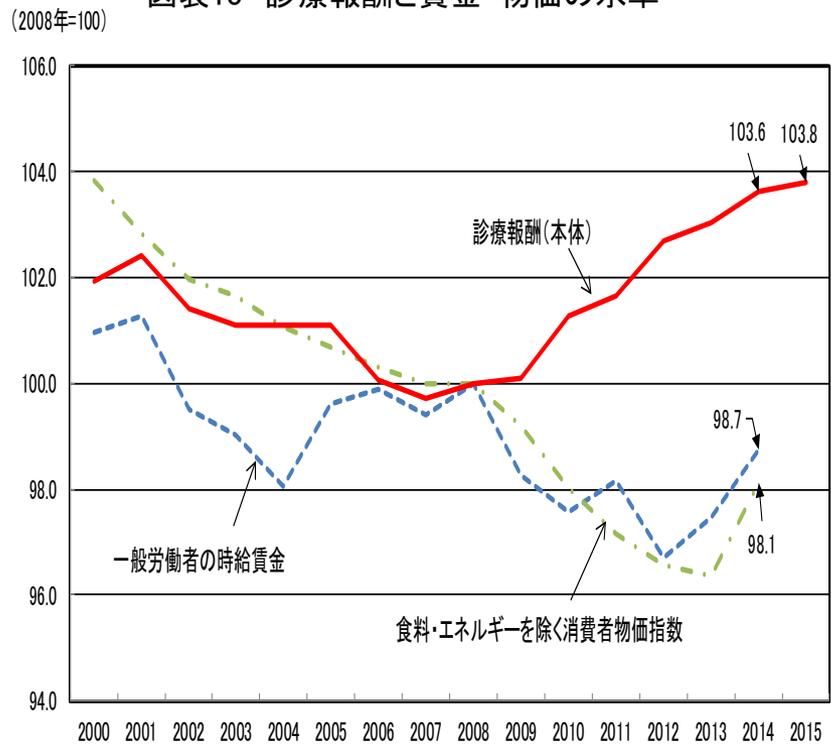
自己負担3割の場合 (円)		院内処方	院外処方	差	倍率
事例① 「痛風」1日2回30日分	初診	1,540	2,040	500	1.3
	再診	940	1,440	500	1.5
事例② 「湿布」5パック	初診	1,200	1,480	280	1.2
	再診	590	880	290	1.5
事例③ 「花粉症」錠剤14日分・漢方14日分・目薬	初診	2,150	2,820	670	1.3
	再診	1,550	2,210	660	1.4

(備考) 矢澤真奈美(2013)「院外処方の評価に関する研究—医薬分業元年から約40年を経た調剤報酬の妥当性についての考察—」No. 291 2013年7月 日本医師会総合政策研究機構より引用。

【論点5】 効率化に向けたその他の取組(3)

◆ リーマンショック後のデフレ期においても、診療報酬はプラス改定が続き、現状では5%程度の高止まり。薬価同様、改革には国民負担軽減の視点が重要。

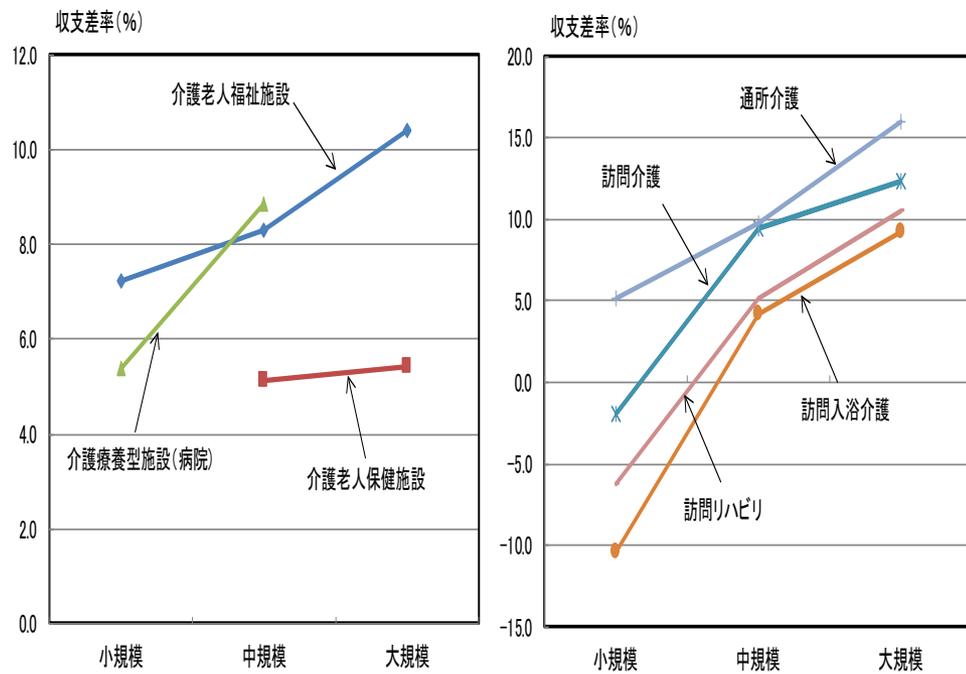
図表10 診療報酬と賃金・物価の水準



- (備考)
- 総務省「消費者物価指数」、厚生労働省「毎月勤労統計調査」、「診療報酬改定(各年度)」により作成。
 - 消費者物価指数、一般労働者賃金指数(時給)は暦年、診療報酬改定(本体)指数は年度値を四半期分割して暦年化。
 - 消費者物価は食料(酒類を除く)及びエネルギーを除く総合、一般労働者賃金指数は30人以上の事業所における現金給与総額を総労働時間で割ったもの。診療報酬(本体)指数は、改定率を前年度の指数に乗じて得たもの。何れも2008年=100としている。

◆ 地域包括ケアシステムの構築に当たって、地域の特性と実情を踏まえつつも、介護サービス等の大規模化・連携により、効率を改善。

図表11 介護サービス種類別の規模の経済性(2012年度)



(備考) 厚生労働省「平成26年介護事業経営概況調査」により作成。規模の定義は以下のとおり。

	小規模	中規模	大規模
介護老人福祉施設	~50人	51~80人	81人~
介護老人保健施設		~80人	81人~
介護療養型医療施設	~50床	51床~	
訪問介護	延べ訪問回数~600回	601~1200回	1201回~
訪問入浴介護	~100回	101~200回	201回~
通所介護	延べ利用者数~300人	301~750人	751人~
通所リハビリ	延べ利用者数~300人	301~750人	751人~