



ひと、くらし、未来のために

厚生労働省

Ministry of Health Labour and Welfare

資料5

# 経済・財政再生計画に沿った 社会保障改革の推進

平成28年4月4日  
塩崎臨時議員提出資料

# I 基本的な考え方

## 基本理念

- 社会保障制度の充実・強化を図るとともに、重点化・効率化を進め、国民負担の伸びの抑制を図る。
- 経済・財政と調和のとれた社会保障制度としていく。
- 中長期的な視野に立った社会保障のあり方を見据え、その実現を図っていく。

⇒ 経済・財政一体改革の推進にあたって、こうした基本的な考え方に立ち、改革工程表に則って着実に改革を進めていく。

## 主な重点分野における改革について

- 平成28年度診療報酬改定などを通じて、医療提供体制の改革や薬価の適正化など、改革工程表に沿った取組を着実に推進。
- さらに、昨年の「保健医療2035」に引き続き、医療・介護の保険者機能の強化など、今後の重要施策の推進方策について、中長期的な視点で検討を進める。

### ①医療提供体制改革・薬局改革

病床の機能分化・連携、地域包括ケアシステム  
「かかりつけ薬剤師・薬局」の普及



・7対1入院基本料の見直し、「かかりつけ医」の評価  
・「患者のための薬局ビジョン」の実現

### ②薬価の適正化、医薬品の適正使用の推進

価格・算定ルールの見直し  
イノベーションの推進  
多剤・重複投薬、残薬の解消



・先発品・後発品の適正な価格設定  
・診療報酬でのイノベーション評価  
・薬局から医師への疑義照会、残薬管理の評価

### ③保険者機能の強化

データヘルス横展開の加速化による医療の質の  
向上、介護予防・重症化防止の横展開



・保険者のリーダーシップ確立（インセンティブも付与）  
・データ分析等を行う民間企業との連携強化

### ④医療のICT化の推進

標準化、共通化等ICTインフラの整備、診療報酬で  
の対応などによる次世代医療ICTの推進



・医療等IDの整備、データベース連結の推進  
・「保健医療分野のICT活用推進懇談会」の議論を  
踏まえ、今後改革を加速化

### ⑤医療費・介護費の分析

費用の伸び要因、地域差を分析・見える化し、質向上



・医療費、介護費の地域差縮小、全体の質も向上

経済成長

医療費等の  
伸びの抑制

国民の健康  
水準の向上

II 保険者機能の強化～「データヘルス横展開の加速」による「医療の質と持続性の向上」～

保険者機能の強化

○保険者機能の強化・連携等によりデータヘルスを強力推進

○ICTとビッグデータを活用して保険者機能を支援

➡ 医療の質向上、持続性の強化

データヘルスの実現には、①一定規模のビッグデータ、②ノウハウ、③財政力・人的資源が必要。しかし、日本の健保組合は中・小規模が多いため、ビッグデータの確保、財政面等で課題がある。  
(参考)保険者規模(平成26年)(平均)

|                            |                          |       |      |       |
|----------------------------|--------------------------|-------|------|-------|
| 国保                         | 協会けんぽ                    | 共済    | 健保組合 | ドイツ   |
| 約70万人<br>(各都道府県内の被保険者数の平均) | 約76万人<br>(47都道府県<br>の平均) | 約10万人 | 約2万人 | 約40万人 |

- <当面の対応>
- ・保険者によるデータ分析の集約化や保健指導の共同実施等を支援
  - ・韓国HIRA等をモデルに、ICTとビッグデータを最大限活用し、データヘルスや医療の質の評価・向上を目指す。その際、保険者が「医療の質を創る」べく、保険者の新たな役割・責任を明確化
  - ・表彰制度等を通じ事業主にも「健康経営」を普及啓発

(参考)韓国・健康保険審査評価院(HIRA)

ICTとビッグデータ等を活用し、医療の質の評価、ソフトウェア開発等を実施

医療の質に関する評価等

評価基準の開発

ソフトウェアの開発等

一体的に  
改革を推進  
「健康長寿」  
「医療費適正化」  
の実現

データヘルス横展開

1. 全国展開に向けた方法論の確立と協力体制の基盤整備

- 厚労省と医療関係者(日本医師会、糖尿病対策推進会議)の間で連携協定締結(3/24)、4月中を目途に国レベルでプログラム策定。今後、保険者の取組状況などを踏まえ、高血圧症等、他の生活習慣病にも展開を検討
- 高齢者のフレイル(虚弱)予防として、栄養・口腔・服薬等の面から管理栄養士等による在宅訪問指導、運動指導等を実施



協定締結式(3/24)

2. データ分析等を行う民間企業との連携強化

- データ分析に基づく健康・予防サービスを提供する事業者と、保険者等とのマッチングを推進するため、全国で「データヘルス見本市」を開催
- 2020年の目標(データ分析等を行う民間企業<保険者からの推薦等により質を確保>を少なくとも100社以上)達成に向け、毎年度、進捗状況を把握

3. 保険者のインセンティブ改革

- 平成30年度からのインセンティブ改革を今年度から前倒し実施し、保険者の取組を加速

|       | 28年度                           | 29年度 | 30年度         |
|-------|--------------------------------|------|--------------|
| 国保    | インセンティブの前倒し<br>4月中目途に「評価指標」を公表 |      | 保険者努力支援制度の施行 |
| 被用者保険 | 新「加減算制度」の具体化、「評価指標」の決定(夏～秋目途)  |      | 新「加減算制度」の施行  |
| 後期高齢者 | 「特別調整交付金」で保険者インセンティブを実施        |      |              |

# (参考) ドイツと日本の保険者数と規模の比較

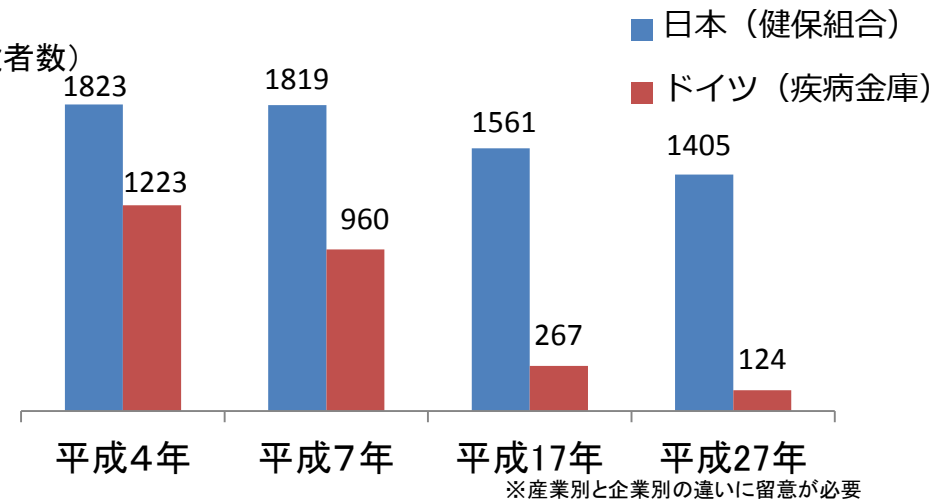
## 日本とドイツの保険者数の推移

○ドイツでは、1992年<平成4年>の医療保険構造法(GSG)により、(保険者数)

- ・「被保険者による疾病金庫の選択」(1996年 <平成8年>～)
- ・「リスク構造調整」(1994年 <平成6年>～)

の仕組みを導入。

➡ 疾病金庫の統合が加速。平均加入者数は約40万人となり、  
有意なビッグデータ分析が可能に。

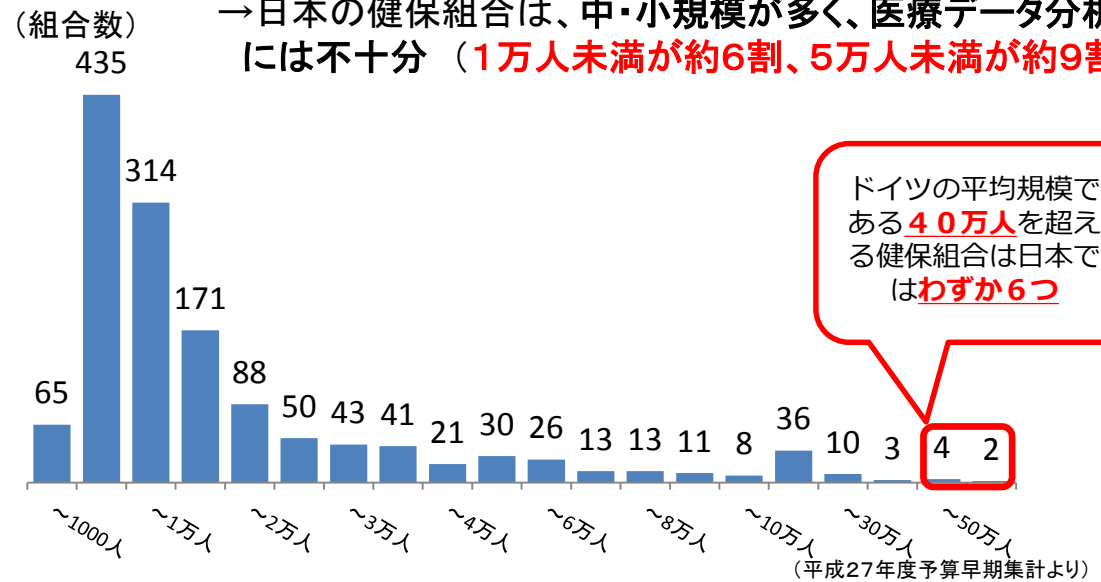


## <日本の保険者規模等> (平成26年)

|                       | 保険者数                           | 加入者数                                                   |
|-----------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 国保                    | <b>47</b><br>(平成30年度から都道府県単位化) | <b>平均 約70万人</b><br>(最大約360万人～ 最小約14万人)                 |
| 協会けんぽ                 | <b>47</b>                      | <b>平均 約76万人</b><br>(最大約394万人～ 最小約20万人)<br>(全体は約3564万人) |
| 共済組合                  | <b>85</b>                      | <b>平均 約10万人</b>                                        |
| 健保組合                  | <b>1405</b>                    | <b>平均 約2万人</b><br>(最大約62万人～ 最小約30人)                    |
| (参考)<br>ドイツ<br>(疾病金庫) | <b>124</b>                     | <b>平均 約40万人</b>                                        |

## 健康保険組合の加入者数の分布

→日本の健保組合は、中・小規模が多く、医療データ分析には不十分 (**1万人未満が約6割、5万人未満が約9割**)



## II 保険者機能の強化 ～介護予防の横展開～

### 高齢者の自立支援・介護予防に取り組む先進的な保険者の取組の全国展開

高齢化が進展する中で、高齢者の自立した日常生活の支援、介護予防、要介護状態等の軽減に向けた保険者の取組を一層加速化することが必要

市町村による取組の好事例

#### 例) 和光市

介護予防への重点的な取組により、要支援者の状態が改善

保険者のリーダーシップ

地域のニーズ把握

保険者主導の多職種連携

ケアマネジャー、PT、OT、管理栄養士等の多職種が集まり、個別のケアプランを地域ケア会議で検討、等々



都道府県による普及展開の好事例

#### 例) 大分県

県の主導により市町村の取組をリード

県のリーダーシップ

先進地からの講師派遣・研修

専門職団体等との連携

#### 全国展開のポイント

保険者のリーダーシップ



実態把握・分析・課題抽出

ノウハウの共有、人材育成

専門職団体等との連携



住民の意識向上

市町村・都道府県・国・民間の協働により全国展開を推進

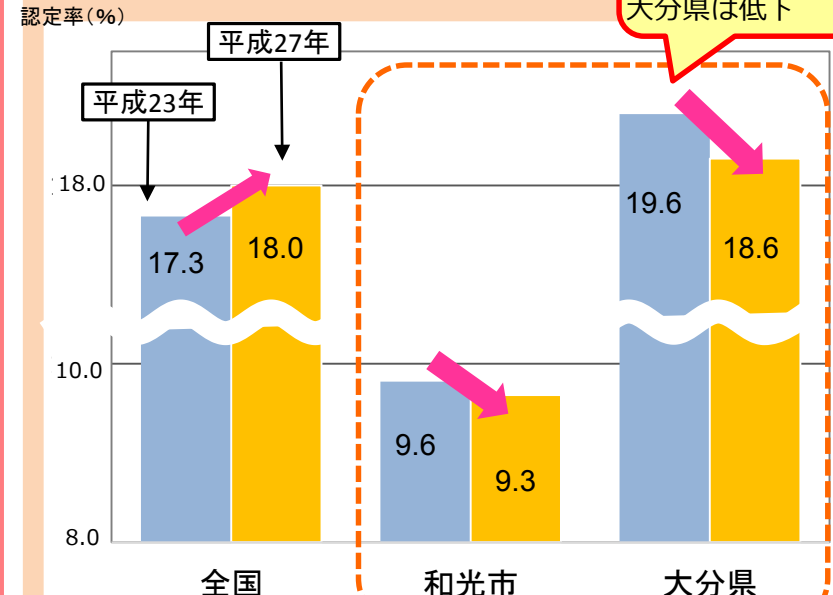
#### 全国展開に向けた取組

市町村の保険者機能の抜本強化策について、次期制度改正に向けて検討するとともに、可能な限り前倒し

【検討事項の例】

- 要介護度、介護費等の分析と課題抽出(※)
- 具体的な数値目標の設定・達成度の評価
- 市町村の取組へのインセンティブ付け 等

#### (例) 要介護認定率の比較分析



# 参考資料

## (直近の改革の状況等)

# 医療提供体制改革・薬局改革

## 1. 地域医療構想

地域医療構想について、全都道府県で早期に策定を進める。

- ⇒ 平成27年度中に12府県が策定済み
- ⇒ 全都道府県が平成28年度中に策定する予定  
そのうち39都道府県は平成28年度半ばまでに策定する予定(平成28年1月現在)

## 2. H28年度診療報酬改定

「地域包括ケアシステム」と、質が高く効率的な医療提供体制の構築に向け、病床の機能分化・連携やかかりつけ医の充実等に取り組む。

### (1) 病床の機能分化・連携

- 病床機能にふさわしい状態の患者の受入れをさらに進めるため、急性期医療を担う「7対1入院基本料」の病院や、療養病棟について、入院患者の重症度をより適切に評価する見直しを実施
  - ・「7対1入院基本料」では「手術直後の患者」や「救急搬送後の患者」を評価
  - ・療養病棟では軽度者も含まれる「酸素療法」や「頻回の血糖検査」等の項目を見直し

### (2) 「かかりつけ医」のさらなる普及

- 「地域包括診療料」「地域包括診療加算」の要件を緩和
  - ・常勤医師3名以上 → 2名以上 等
- 認知症患者への対応を重視、小児科のかかりつけ医を推進
  - ・「認知症地域包括診療料」「小児かかりつけ診療料」の創設

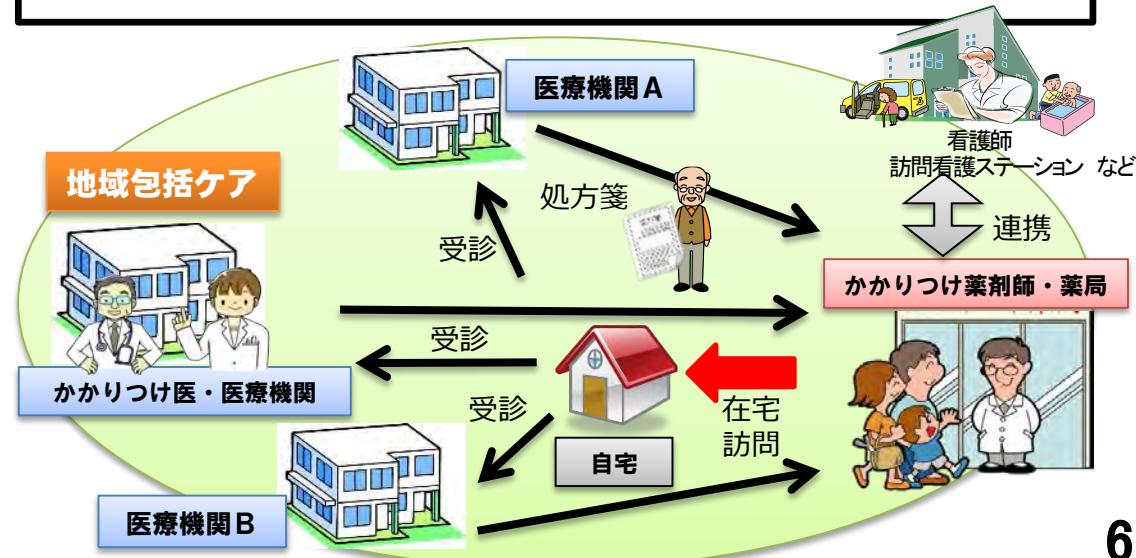
## 3. 薬局改革

### 「患者のための薬局ビジョン」実現に向けた取組

かかりつけ薬剤師・薬局の取組状況を評価するため、以下のKPIを設定。

- (1) 服薬情報の一元的・継続的な把握と薬学的管理・指導の取組 (かかりつけ薬剤師指導料等の算定件数) の増加
- (2) 重複投薬・相互作用防止の取組件数を 7万件 (2012~2014年平均) から 14万件へ倍増
- (3) 重複投薬の件数を 見える化
- (4) 在宅医療への取組件数を 増加 など

⇒ 今後、KPIを測定して進捗状況を的確に把握しながら、患者本位の医薬分業を実現するべくPDCAサイクルを実施。



# 薬価の適正化・医薬品の適正使用の推進

## 1. 市場実勢価格に応じた薬価の適正化等

### (1) 市場実勢価格に応じた薬価の引下げ

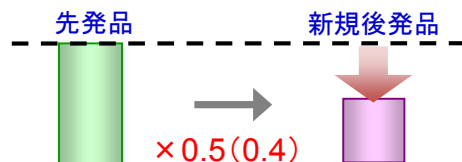
▲1. 22% (国費▲1, 200億円程度)

### (2) 新規収載時の後発医薬品の価格算定ルールの見直し

【見直し前】: 先発品の薬価 × 0.6 (内用薬は、銘柄数が10を超える場合は0.5)



【見直し後】: 先発品の薬価 × 0.5  
(内用薬は、銘柄数が10を超える場合は0.4)



### (3) 長期収載品価格の特例引下げに係る後発医薬品の置換え率の基準の見直し

- 後発医薬品の新たな普及目標を踏まえ、**置換え率70%未満の先発品の薬価を特例的に引下げ**

## 2. イノベーションと国民皆保険の維持の両立

### (1) イノベーションの評価

- ・再生医療等製品の導入促進
- ・新規医療技術等の評価 (小児腫瘍に対する陽子線治療、骨軟部腫瘍に対する重粒子線治療も保険適用)
- ・新薬創出・適応外薬解消等促進加算の継続実施
- ・先駆け審査指定制度加算の充実

### (2) 市場拡大再算定の特例の実施

- 年間販売額が企業の販売見込額を超えて極めて大きい品目の薬価を特例的に引下げ (平成28年度はC型肝炎薬など4種類が該当) (国費▲280億円程度)
- ・年間販売額 1000～1500億円 かつ 予想の1.5倍以上 → 薬価を最大25%引下げ
  - ・年間販売額 1500億円超 かつ 予想の1.3倍以上 → 薬価を最大50%引下げ

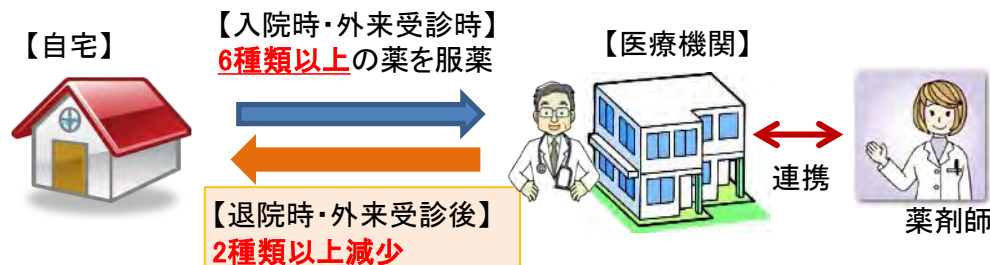
## 3. 多剤・重複投薬、残薬の解消の推進

- 医療機関と薬局において、多剤・重複投薬、残薬の解消の取組を推進

### (1) 医療機関における減薬の取組の推進

入院時又は外来受診時に多種類の服薬がある患者について、**退院時又は受診後に薬剤が減少した場合を診療報酬で評価**

・「薬剤総合評価調整加算」「薬剤総合評価調整管理料」等を創設



### (2) 薬局による疑義照会や残薬の管理の推進

#### 1. 薬局による処方内容の疑義照会の推進

外来患者及び在宅患者について、**薬局から医師の処方内容の疑義照会を行い、処方内容を変更した場合を調剤報酬で評価**

- ・外来患者の場合、加算を20点→30点に引上げ
- ・在宅患者の場合、新たに30点の評価を創設

#### 2. 残薬等の管理の評価

薬局が患者に薬剤を入れるバッグを配布し、**患者が服用中の薬剤を薬局に持参した際に、薬局が残薬の管理を行う業務を調剤報酬で評価**

・「外来服薬支援料」185点/月



# 医療のICT化の推進

## 1. ICTインフラの整備

- 以下のインフラ整備により、**医療機関間の連携**や**研究開発**を推進。

### (1) 医療等IDの導入

- ・ 医療保険のオンライン資格確認や**医療等IDの制度設計**等について、昨年12月に**とりまとめ**。
- ・ 2018年度から段階的運用開始、2020年までの本格運用に向けて準備を着実に実施。

### (2) データベース連結の推進

- ・ 医療情報の各種データベース事業の拡充・相互利用に向けて**研究事業を実施**。

## 2. 診療報酬改定によるICT推進

- **ICTによる技術革新や医療の質の向上への取組**を診療報酬で**適切に評価**。

### (1) ICTを活用した情報共有・連携を促進

- ・ 医療機関間で検査結果・画像情報等を電子的に提供した場合に、**送信者・受信者双方に加算**。



### (2) 遠隔モニタリングの評価

- ・ 遠隔で行う心臓ペースメーカーの指導管理について、**遠隔指導を行った月数に応じて評価を上乗せ**。

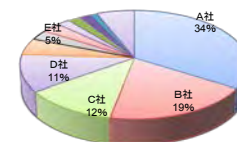
## 3. 次世代医療ICTの推進

- 次世代医療ICTを推進するため、「**保健医療分野のICT活用推進懇談会**」を昨年11月に設置。
- 医療情報の**共通インフラ**や**プラットフォーム**を整備。医療連携を推進するとともに、**産官学が一体となった研究開発**や**新規サービス創出**を促進し、ICTを活用した**新たな保健医療システム**を実現。

### 具体的な方向性

- ◆ 医療等IDを2020年までに整備。  
電子カルテ・データの**標準化**を進め、データの共有・収集・分析を促進。

※ 電子カルテのシェア



- ◆ 患者の医療情報をデジタル化し、医療関係者と共有できる**全国規模ネットワーク化**を促進。  
(医療の必要性が高い障害者等が安心して救急医療を受けられるためのシステム 等)



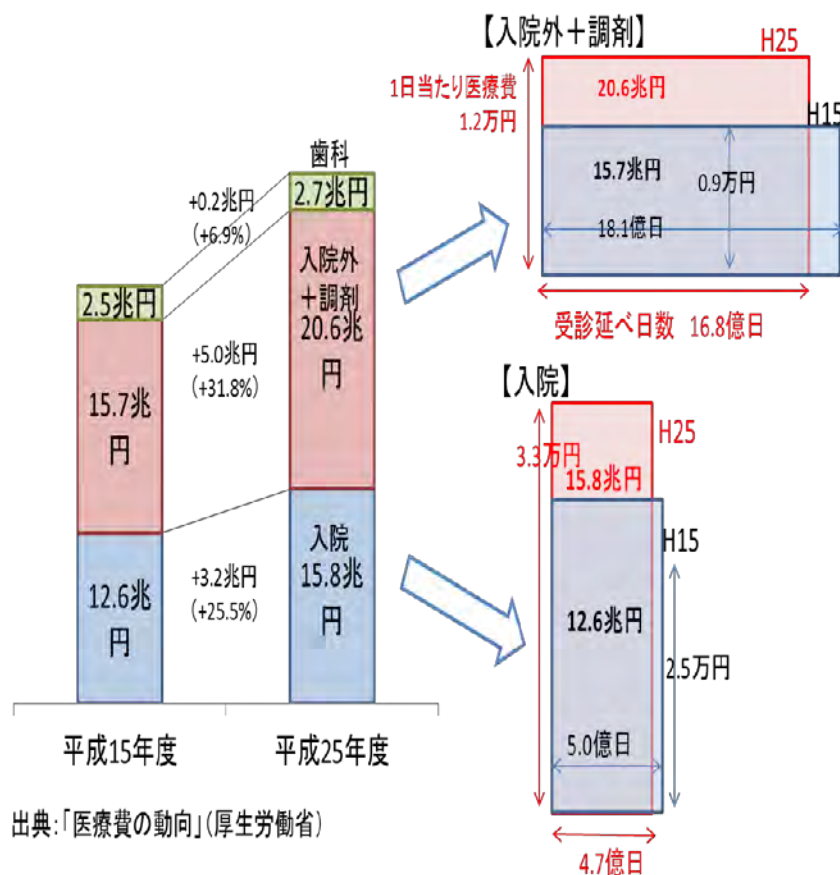
- ◆ 国等の**データベースの連結**を進めるとともに、研究機関をはじめとした様々な主体が新たな価値を創出できるようデータの提供や利活用を拡大。

## 医療費・介護費の分析

- 医療費・介護費の伸びの要因を分析し、医療費・介護費全体の伸びの抑制を図っていくことが重要。
- 入院・外来の受診動向、単価の動向や、医療費・介護費の地域差の現状について、一定の分析・見える化を実施した。
- これに基づき、地域差の縮小等、さらなる伸びの抑制に取り組んでいくことを検討。
- 医療・介護は密接に関連するものであることを踏まえ、双方を結び付けて分析していく視点も重要。

## 医療費の伸びの構造

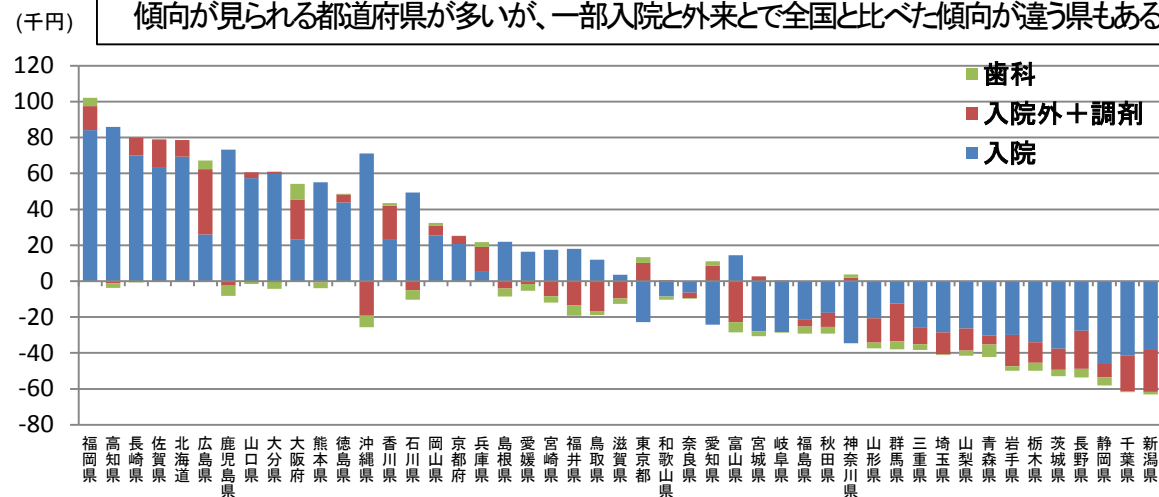
- 診療種別に医療費の伸びを見ると、入院・入院外共に増加。いずれも10年前と比べ、受診延べ日数は減少しているが、1日当たり医療費が増加していることにより総医療費が増加。



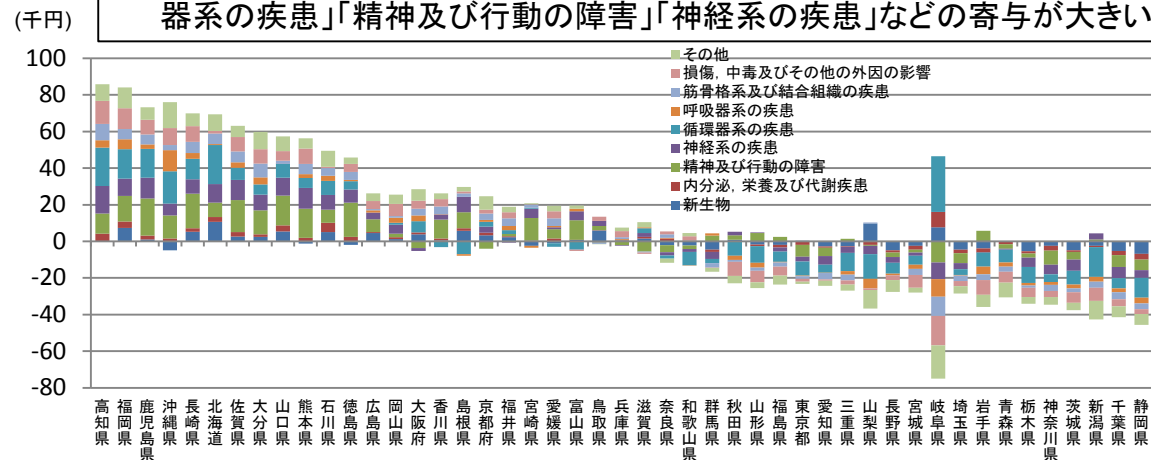
## 都道府県別年齢調整後1人当たり医療費の全国平均との差

※市町村国民健康保険＋後期高齢者医療制度

- 1人当たり医療費(年齢調整後)の全国平均との差を見ると、入院と入院外とでは概ね同じ傾向が見られる都道府県が多いが、一部入院と外来とで全国と比べた傾向が違う県もある。

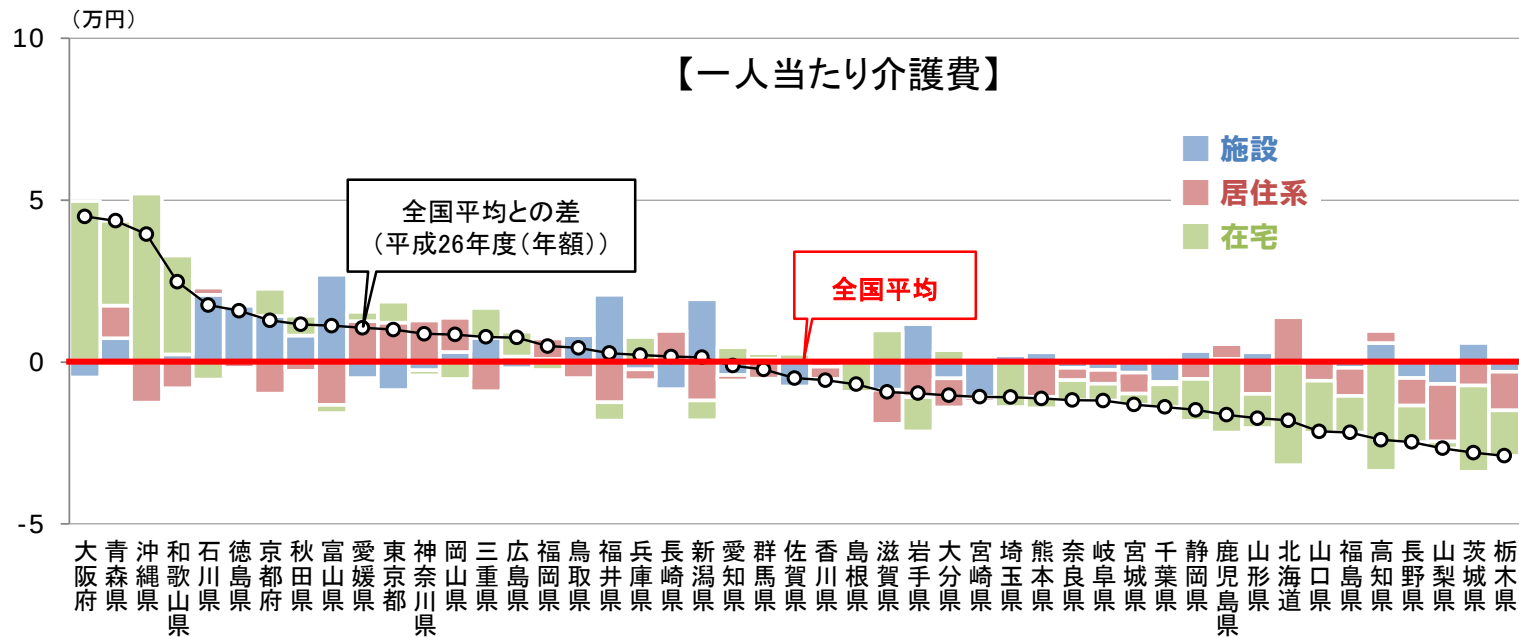


- 入院医療費の全国平均との差(年齢調整後)を主な傷病別に見ると、「循環器系の疾患」「精神及び行動の障害」「神経系の疾患」などの寄与が大きい。



## 都道府県別年齢調整後1人当たり 介護費の全国平均との差

○ 在宅、施設、居住系サービスそれぞれについて、介護費に地域差がある。特に在宅サービスの介護費の地域差が、1人当たり介護費の地域差に影響を与えていると考えられる。



## 都道府県別年齢調整後要介護 認定率の全国平均との差

○ 要介護認定率の地域差については、要介護度が比較的低いものの地域差が特に寄与している。

