

持続可能な社会保障に向けて (説明資料)

平成25年11月15日

伊藤 元重
小林 喜光
佐々木 則夫
高橋 進

1 医療・介護分野のICT化政策

○これまでの医療・介護のICT化補助事業について、費用対効果を含めた政策の総括評価を実施し、ICT利活用に関する予算の重点を洗い直すべき。また、先進事例が横展開しない理由を徹底分析すべき。

<医療・介護のICT化関連事業（23～25年度予算ベース）>

厚生労働省

- 医療情報データベース基盤整備事業(1000万人規模の医療情報DB構築等)
- 医療分野の情報化の推進(「どこでもMY病院構想」「シームレスな地域連携医療」等)
- 介護保険総合データベース構築等事業
- 医療情報連携・保全基盤推進事業(医療機関の診療データを外部保存しバックアップ等)
- 保健医療福祉分野の公開鍵基盤普及・啓発・体制整備(ネット経由の情報連携向上)
- 専門医に関する新たな仕組み導入に向けた支援(現在の専門医・専攻医DB作成支援)
- 医薬品等の審査・安全対策の充実強化(電子カルテなどを安全対策に利活用推進)
- 特定健康診査・保健指導データ管理システムの機器更改等
- 健康保険組合の保険者機能強化に向けたITネットワーク基盤システムの機器更改等
- ICTを活用した地域医療ネットワークの整備(連携医療機関相互でデータ閲覧可能に) 等

総務省

- 地域ICT利活用広域連携事業(地域広域連携での遠隔医療・福祉・介護等でのICT利活用促進)
- 地域経営型包括的支援クラウドの構築事業、同実証事業(介護・予防・生活支援等の包括的提供を可能とするため電子自治体基盤を活用)
- 被災地域情報化推進事業(ICTで災害に強い連携基盤整備支援(東北メディカル・メガバンク計画)等)
- 社会保障・税に関わる番号制度の円滑な構築、番号制度の実施に必要なシステム整備等事業
- 医療情報連携基盤高度活用事業(「在宅医療・介護ICTシステム」の実証等) 等

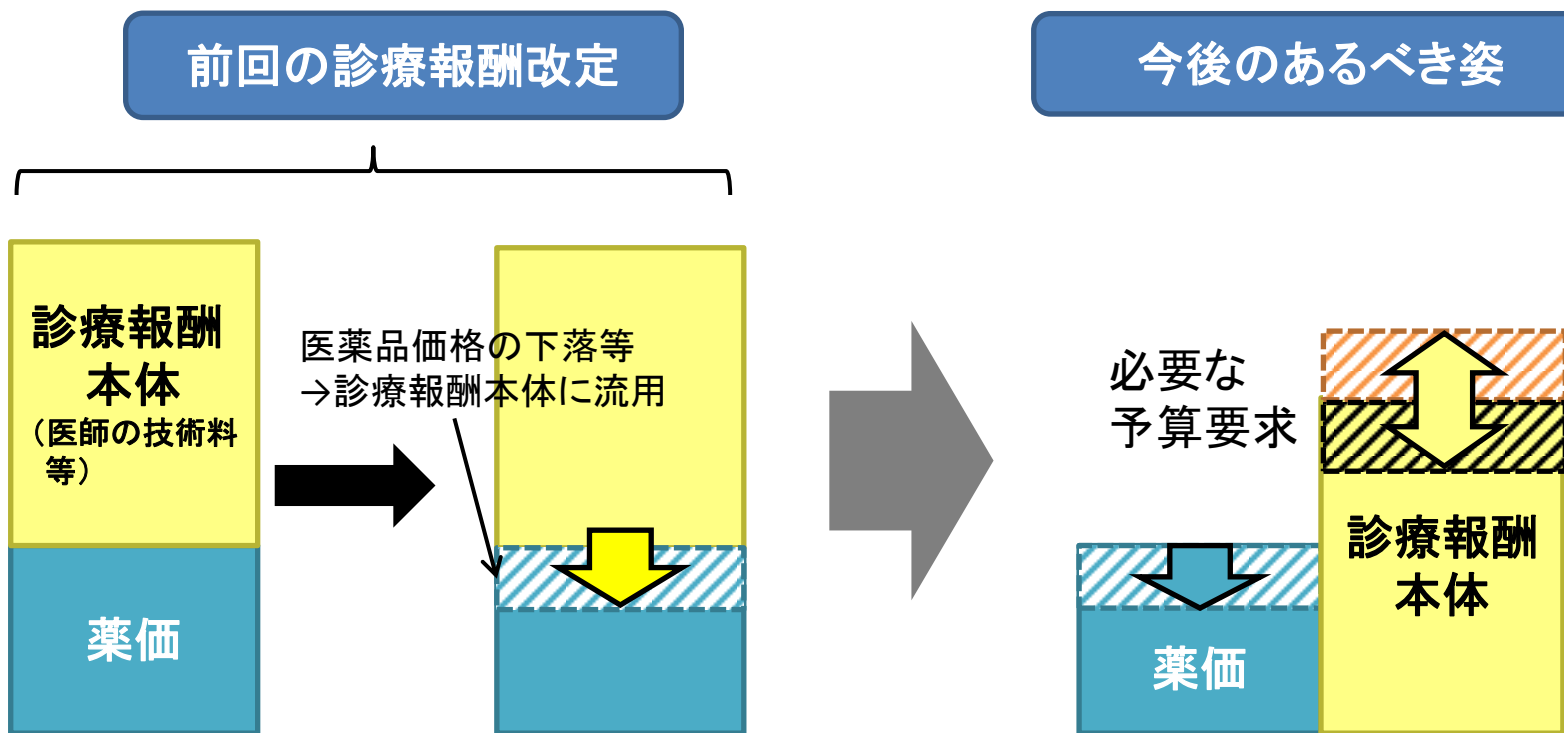
経済産業省

- IT融合システム開発事業(医療情報を活用した診断支援システム等、IT・データ利活用事業の支援)
- 地域ヘルスケア構築推進事業(医療・介護ニーズに応える民間サービスの立上げ支援を補助等)
- 東北復興に向けた医療・介護・健康関連サービス連携推進
- 東北地方発IT融合による新産業創出のための研究開発(医療・健康機器等R&D拠点整備、IT融合領域研究支援) 等

(備考)厚労省、経産省、総務省の23～25年度予算の概要資料等から作成。ICT関連事業を網羅的に調査したものではなく、既に終了した事業も含む。複数省で共同して進めるものも含まれている。

2 診療報酬のあり方

- 新たな国民負担につながることから、厳に抑制すべき。
- 現在、薬価と診療報酬本体を一体として要求しているが、薬価には市場実勢価格を反映するとともに、診療報酬本体には必要となる予算をそれぞれに要求し、透明性を確保すべき。

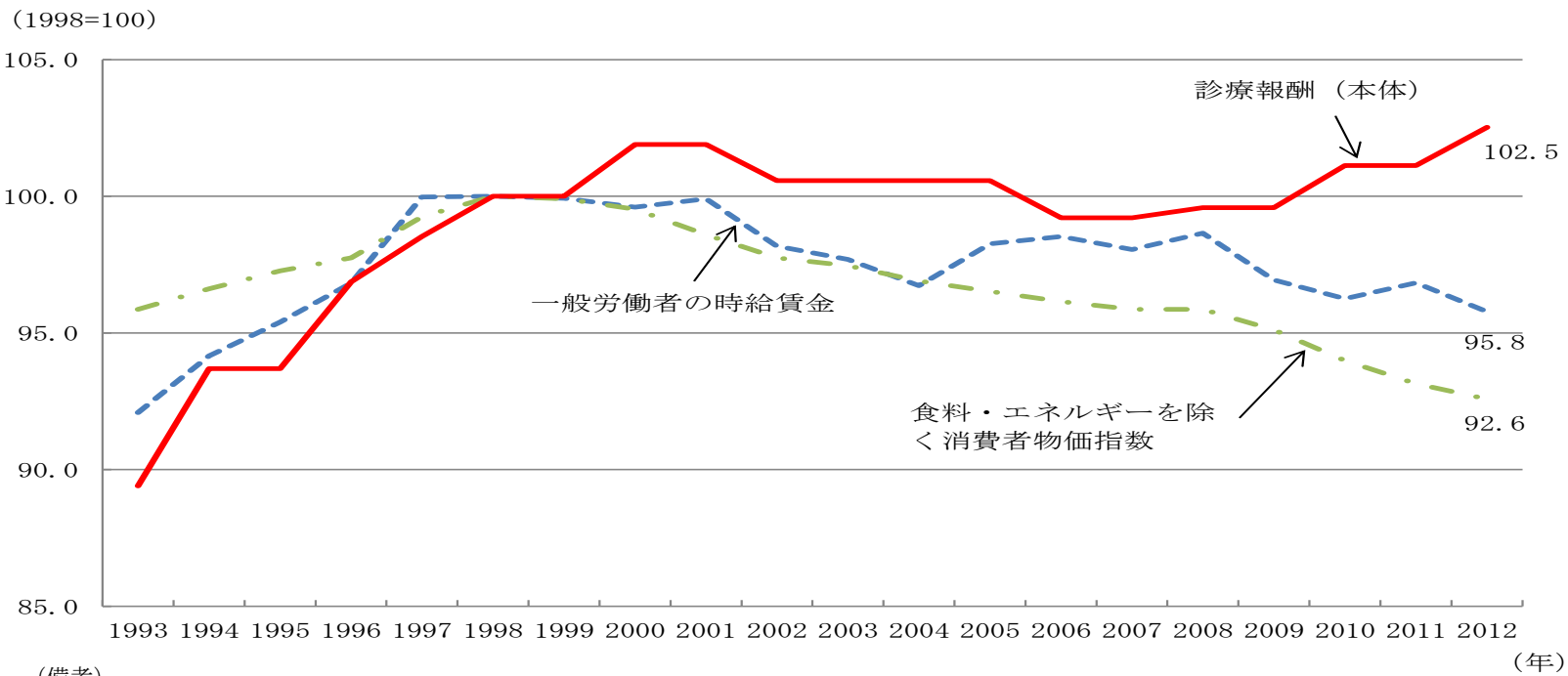


- (備考) 1. 診療報酬は、医科・歯科・調剤の技術料等の部分(本体)と、薬価・医療材料の価格部分(薬価等)から成る。
2. 国民医療費は、税金で約4割(23年度38.4%)、保険料で約5割(同48.6%)、患者負担等約1割(同13.0%)で賄われている。

2 診療報酬と賃金・物価の推移

○概ねデフレ状況が続いた1998年以降、賃金は▲4.2%、物価も▲7.4%下落。一方、診療報酬（本体）は+2.5%の上昇。診療報酬（本体）は平均医療サービス価格であるから中身は賃金や物価であるにもかかわらず、一般賃金・物価の動向に比べて7～10%程度は上振れ。

○賃金や物価の下落に加え、医療技術の進歩による効率化も進展する中、診療報酬の技術料たる本体部分は、上昇を続けてきたことになる。相対的に高い伸びを示してきたことにかんがみれば、本体部分は抑制すべき。



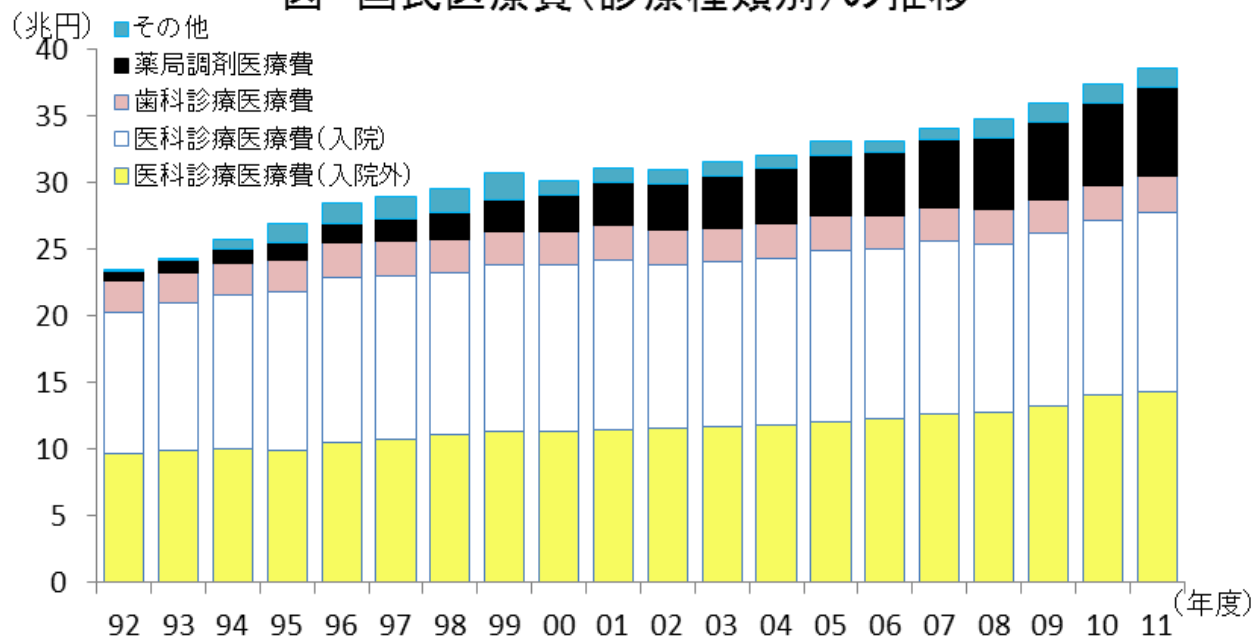
1. 総務省「消費者物価指数」、厚生労働省「毎月勤労統計調査」、「診療報酬改定（各年度）」により作成。
 2. 消費者物価指数、一般労働者賃金指数（時給）は暦年、診療報酬改定（本体）指数は年度値である。
 3. 消費者物価は食料（酒類を除く）及びエネルギーを除く総合、一般労働者賃金指数は30人以上の事業所における現金給与総額を総労働時間で割ったもの。診療報酬改定（本体）指数は、改定年度の改定率を前年度の指数に乗じて得たもの。何れも1998年（度）=100としている。

2 薬価について

○国民医療費は継続的に増加（23年度39兆円）。医薬分業の進展も背景に、薬局調剤医療費の伸びが特に大きい（国民医療費に占める割合11年度7.8%⇒23年度17.2%）

○薬価については、医薬品・医療機器産業等を戦略的分野の一つに位置付けた日本再興戦略（日本版NIHの創設、創薬支援ネットワークの設立等）が目指す方向と整合的になるよう、創薬インセンティブには配慮する一方、長期収載品や後発医薬品の価格水準と体系の妥当性を検証し、全体としては実勢価格等を踏まえたマイナス改定を行うべき。

図 国民医療費(診療種別)の推移



- (備考) 1. 厚生労働省統計より作成。08年度以降は「平成23年度国民医療費の概況」(25年11月14日)による。
2. 薬局調剤医療費とは、医師発行の処方箋により保険薬局を通じて支給される薬剤等の額(調剤基本料等技術料と薬剤料の合計)
3. 「その他」は、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費、療養費等の合計

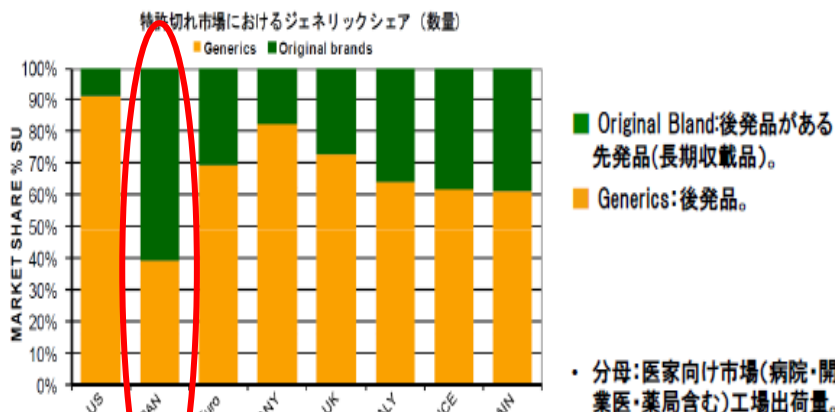
2 後発医薬品(ジェネリック医薬品)の利用促進について

○諸外国の後発医薬品シェアは6割以上、高いところでは9割。一方、我が国は4割にとどまっている。諸外国並みの後発品利用率を目指すべき。

○普及促進のため、後発医薬品を積極的に取り扱う薬局を認定し、「ゴールドマーク」を配布する独自の取組もあるが、普及率は低い(マーク取得薬局は全国の薬局の1% ※)。国民が後発医薬品にアクセスしやすくすべき。

※ゴールドマーク取得薬局数は569(11月時点)。全国の薬局数は55,797(12年度末)

特許切れ市場における長期収載品・後発医薬品シェア
(数量ベース、2010年)



Source: IMS Health, MIDAS, Market Segmentation, MAT Dec 2010, Rx only.
Note: 母数は特許切れ市場。特許切りの先発品市場は対象外。SU(Standard Units)ベース。SUとは、異なる剤型間を比較するために、IMSが定めた剤型別の使用量で、強度は考慮されない。錠剤は1錠、散剤は1g、バイアルは1本でカウントされる。

- Original Brand: 後発品がある先発品(長期収載品)。
- Generics: 後発品。
- ・ 分母: 医家向け市場(病院・開業医・薬局含む)工場出荷量。
- ・ 分子: 各カテゴリの工場出荷量の小計

「No longer Protected Brands」には、後発品がない特許切れ先発品も含まれるが、「Original Brands」には、後発品がない特許切れ先発品は含まれない。
Copyright 2012 IMS Health. All rights reserved. 無断複製禁止

ims

<ゴールドマーク>

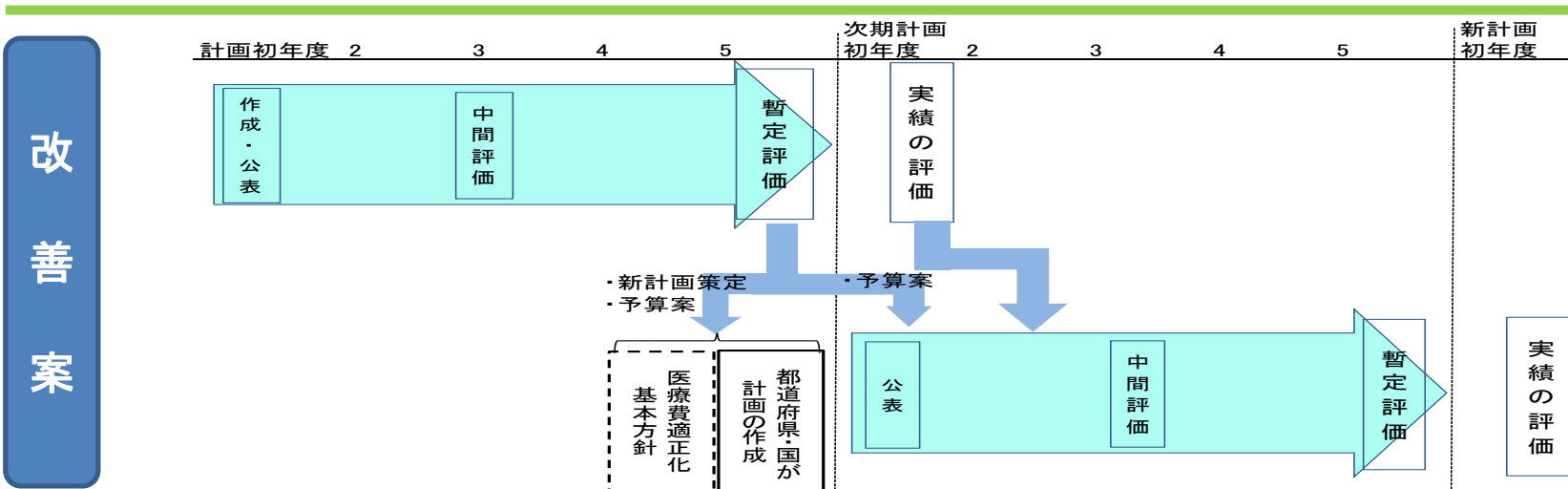
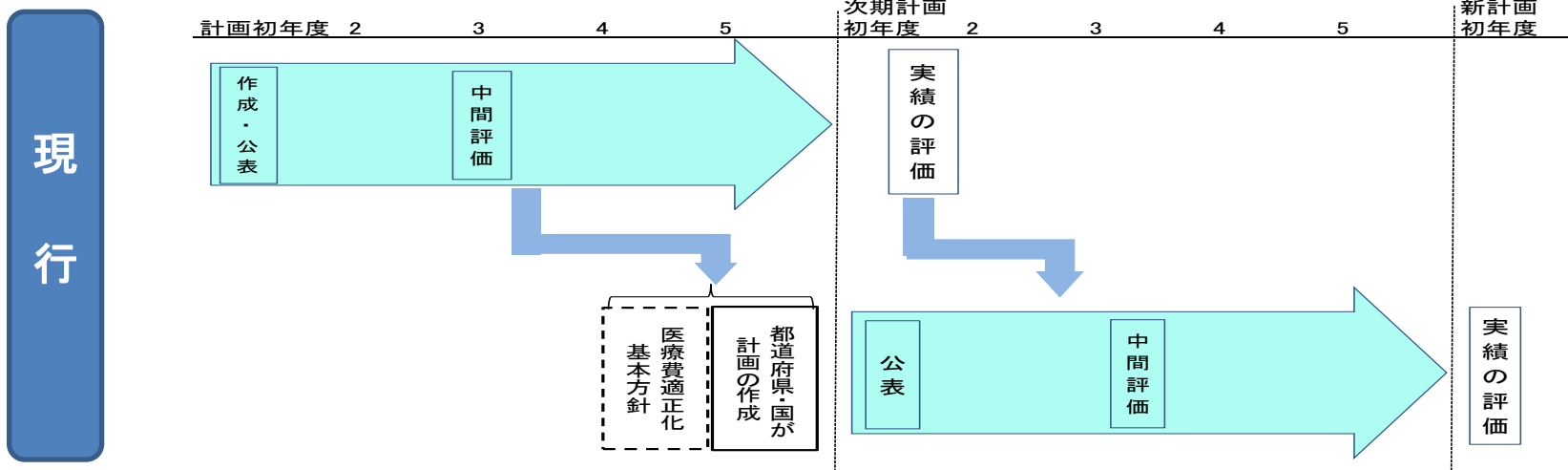
・日本ジェネリック医薬品学会による取組

・学会が設定する500規格以上のジェネリック医薬品リストのうち、300以上を備蓄していると、学会が認めた医療機関・薬局に配布



3 医療・介護計画のレビューについて

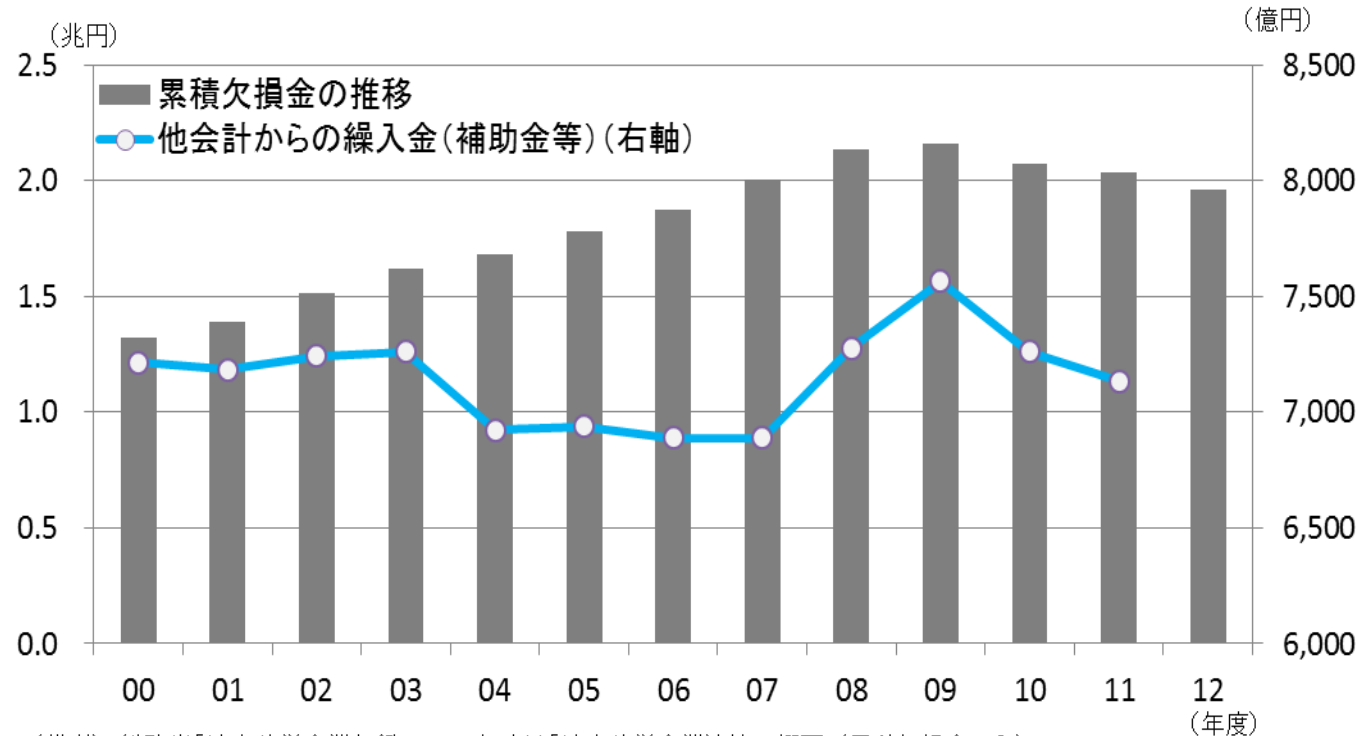
○医療費適正化計画(平成20~24年度)の最終評価の前に現計画(同25~29年度)が都道府県において策定されることとなっており、PDCAが十分機能しない。また、都道府県の計画は、特定健診・保健指導の実施目標や平均在院日数の短縮目標が任意記載。
 ○国の計画は計画期間開始後8か月を経た現在も未だ策定されていない。これでは、来年度予算の妥当性を評価・判断できない。



4 公立病院について

○自治体設置の公立病院は、毎年7千億円の補助金等を投入しても、2兆円程度の累積欠損状態。
 ○現在の公立病院改革プラン（5か年計画）について、総務省・厚生労働省が徹底した成果評価を行い、地域医療ビジョンの策定に合わせ、新たな公立病院改革ガイドラインを来年度中に策定すべき。

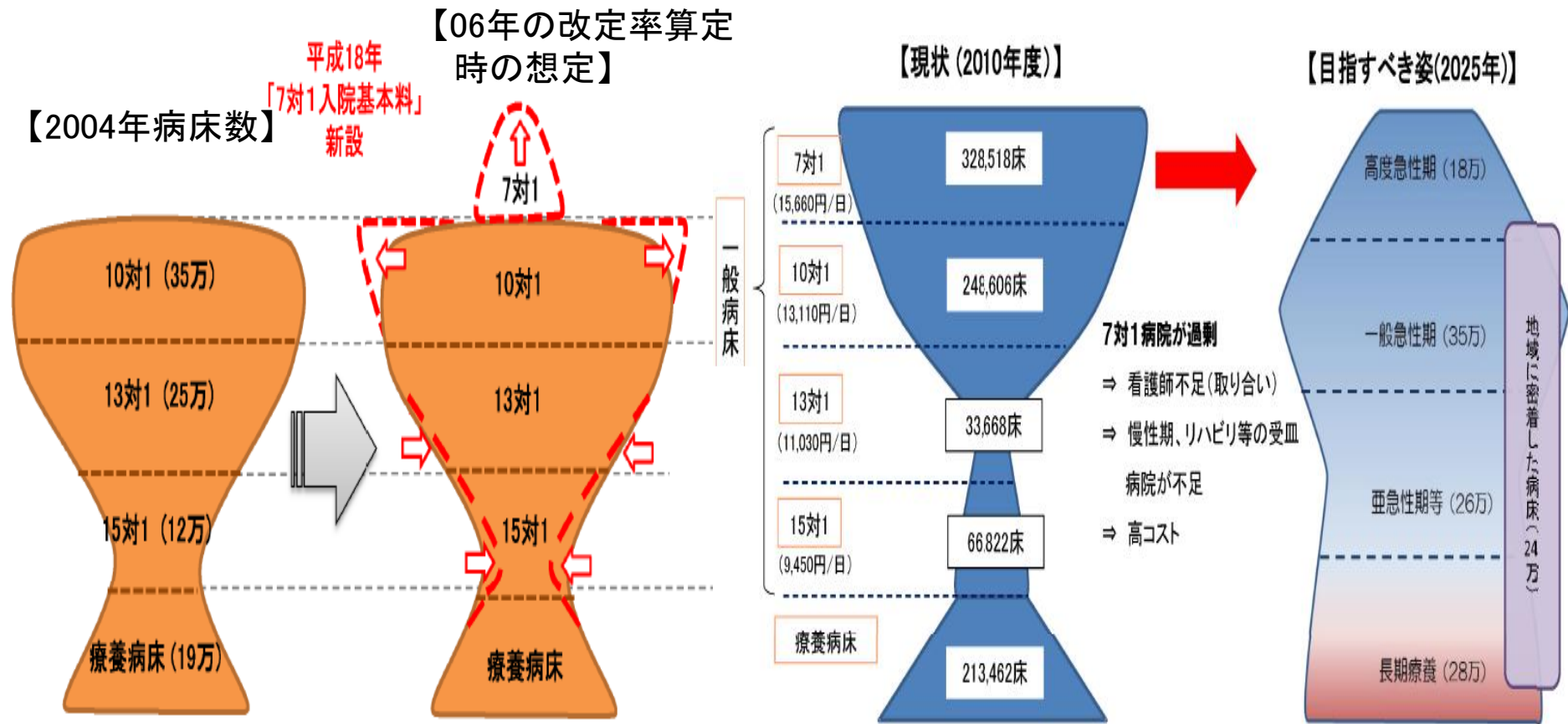
図 公立病院の累積欠損金の推移



(備考) 総務省「地方公営企業年鑑」、2012年度は「地方公営企業決算の概要」(累積欠損金のみ)

5 病床の機能分化の現状

○2006年に7対1入院基本料を新設し、高い報酬をもって急性期の対応を図るものの、大量の病床シフトが発生し、想定とは異なるのが現状。
 ○2025年の理想型に移行するためには看護の手厚いところを減らしていく必要があるものの、診療報酬改定と医療機関自身の取組に任せるのでは、病床の数のコントロールができない。



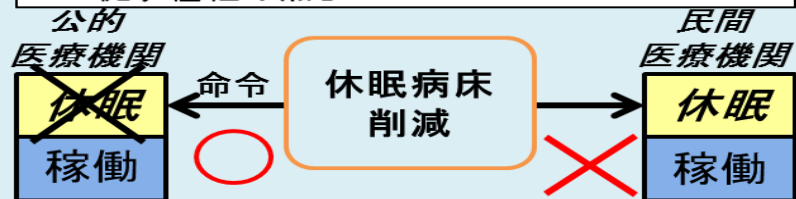
(備考) 25年10月21日財審分科会財務省提出資料をもとに作成

5 病床の機能分化・集約促進方策について

- 病床の機能分化・集約促進に関し、現状は病床機能の転換や削減について、勧告等によって促す仕組みはない（一部限定的に可能だが活用実績なし）。
- 補助金だけでは不十分であり、規制的手法や法人制度の見直し等を通じて、民間の病床数についても再編・集約の実効性を担保すべき。

【現行】

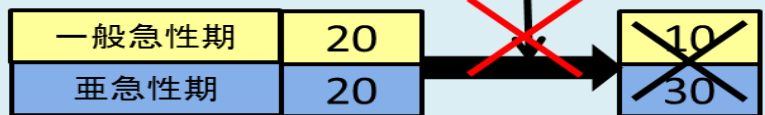
- 民間医療機関に対して休眠病床の削減を促す仕組み無し



※ 公的医療機関に対する
休眠病床削減命令の実績なし

- 病床機能の転換を促す仕組み無し

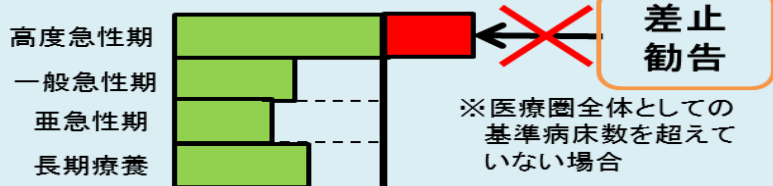
転換勧告



例：一般急性期病床20床のうち10床を亜急性期間病床に
転換し、20床から30床に増床しようとするケース

- 地域医療ビジョンで定める医療機能別の基準病床数を超える病床設置差止の仕組み無し

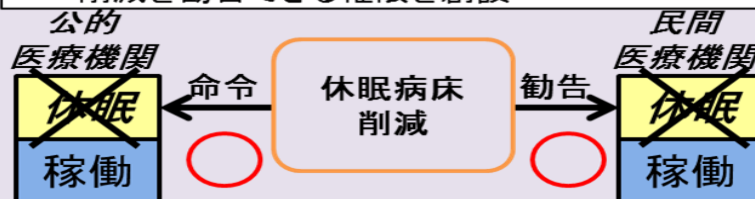
機能別基準病床数



※ 医療圏全体としての
基準病床数を超えて
いない場合

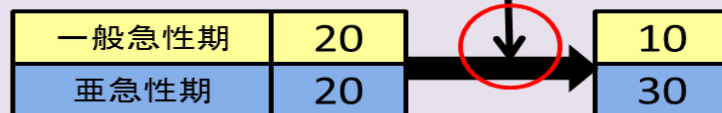
【強化】

- 民間医療機関に対して都道府県が休眠病床の削減を勧告できる権限を創設



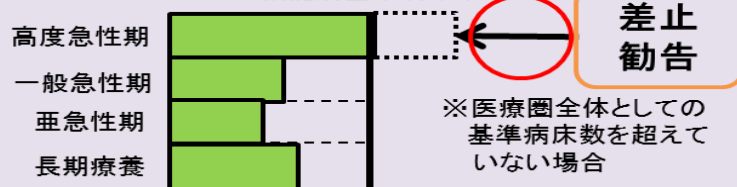
- 都道府県の病床機能転換の勧告権限を創設

転換勧告



- 都道府県が基準病床数を超える病床設置差止を勧告できる権限を創設

機能別基準病床数

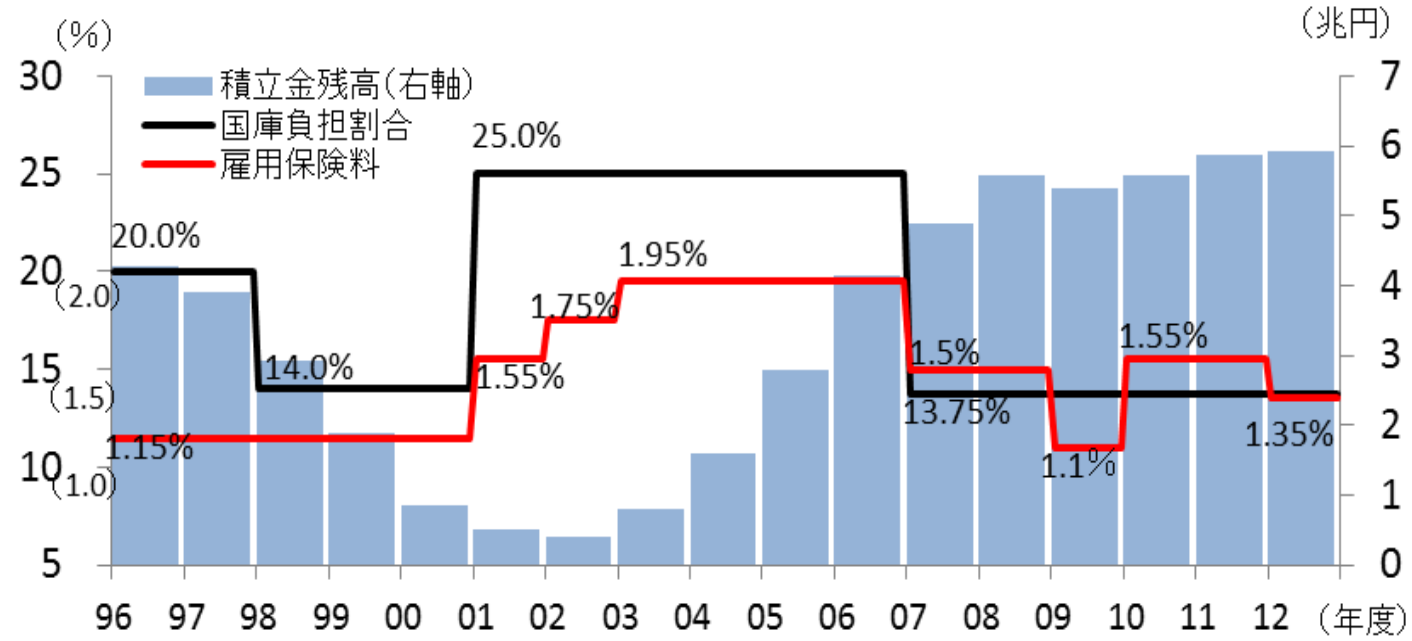


※ 医療圏全体としての
基準病床数を超えて
いない場合

6 雇用保険制度の見直し

○雇用保険積立金は、過去最高の6兆円弱（24年度末）。
 ○労働移動を支援する観点からの給付の充実や今後5年程度の積立金の見通しを勘案し、雇用保険料（例えば平成21年度11/1000程度）、国庫負担を合わせて引き下げるべき。

図 雇用保険積立金の推移



(備考)
 1. 財務省資料等より作成
 2. 雇用保険積立金は、特別会計法により、雇用保険事業の失業等給付費に充てるために積み立てるもの。雇用・失業情勢が悪化した際にも安定的な給付を行うため、好況期に積みたて、不況期にこれを財源として使用する。