資料４－１

社会保障給付の適正化・効率化に向けて

平成 26 年４月 22 日
伊藤　元重
小林　喜光
佐々木　則夫
高　橋　　進

社会保障給付の適正化･効率化は、単に財政上の課題への対処ではなく、国民負担を軽減し、健康で豊かな生活を実現するために不可欠な取組である。前回（平成 26 年4月 16 日）提案した地域横断的な医療介護情報のICT化と地域毎の目指すべき医療支出水準の下での PDCA を迅速に進めるとともに、以下の個別具体的な対応を実施すべきである。

１．診療報酬・介護報酬について

○ 病床や介護施設の料金と費用の対応については、患者の状態や、それに対応する医療の実態、施設の経営状況や給与動向などを含む実績データを踏まえた適正な原価を算定し、良質かつ効率的な病院・事業者をベンチマークにして報酬に反映すべき。[1]

○ 薬価については、毎年、市場実勢価格を予算に反映することをルール化すべき。なお、薬価調査の頻度を高めることは、統計（物価統計や国民経済計算等）の品質改善にもつながる。

２．薬剤費等について

（１）当面の課題

○ 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。我が国では４割程度という現状であり、諸外国並みの後発品利用率を目指すべき。

○ ニーズ、技術、価格の変化に合わせて、保険収載を大胆に見直すべき。

○ 同時に、医薬品開発者の創薬インセンティブも維持する必要。保険外併用を機動的に活用すべき。

（２）調剤について

○ 調剤費は 26%程度が技術料。医薬分業の下での当該技術料の妥当性･適正性について、そのコスト構造と併せて、精査・検証すべき。[2]

○ その際、診療報酬上の評価において、調剤重視から服薬管理・指導重視へのシフトを具体的に検討すべき。また、薬剤師の業務と責任の範囲の拡大の下、一定期間内の処方せんの繰返し利用（リフィル制度）や一定条件下での処方量の変更などを検討すべき。

（３）中期的な課題

○ 長期収載品の価格設定については、一定期間後にルールの効果を踏まえた見直しを実

---

[1] 例えば、特別養護老人ホームの収支率は 9.3%の黒字(2012 年度)である一方、介護職員の賃金は、短時間職員の時給は他職種に遜色ないものの、常勤労働者は低いとの指摘。適正な費用算定と透明性確保が不可欠である。

[2] 1992 年度以降の 20 年で、我が国の総人口は 2.5%増、雇用者報酬は 3.5%減という社会経済の変化の一方、薬局数は 49%も増加しており、現在は約5万6千店弱である。

施すべき。

○ 薬価は市場実勢を基本とするなかで、医薬品の相対的効能や特性等の実績と費用の関係を踏まえ、保険適用の要否、また、その中間的な仕組みとして、自己負担率を調整する効果・有用性を検討すべき。

○ さらに、セルフメディケーションが進むよう、欧米で認められている OTC（一般用医薬品、市販）薬へのアクセスの改善などを含め、スイッチ OTC 推進の取組を、KPI を設定して進めるべき。また、OTC 化のルールを明示的に設定すべき。

４．病床再編について

○ 既存病床数は都道府県が定める基準病床数を大幅に上回るところが多く、計画は未達成。病床数と医療費には相関があり、都道府県の権能強化・規制的手法等により、早急に供給体制の適正化を進めるべき。病床機能再編に向けて、規制的手法や補助金誘導に加え、価格のひずみが病床類型を偏在化・固定化させないよう報酬体系を見直すべき。

○ 公立病院改革については、これまでの公立病院改革プラン（５か年計画）に基づく取組を総務省・厚生労働省が連携して徹底した成果評価を行った上で、地域医療ビジョンの策定に合わせ、今年度中に、新たな公立病院改革ガイドラインを策定すべき。

○ 長期入院患者に適切な在宅医療・介護支援が実施できるよう、医療・介護一体の改革を進め、社会的入院の発生を最小限化すべき。

５．生活保護について

○ 被保護世帯には高齢世帯が多く、扶助費では医療扶助が多い。医療扶助については、後発薬品使用の原則化を講じたが、引き続き、普及に努めるべき。その際、自治体が、より密接に被保護者への健康管理・指導を実施し、受診行動の適正化も図るべき。

○ 平成 27 年度予算においても、住宅扶助や冬季加算等の各種扶助・加算措置の水準が当該地域の類似一般世帯との間で平衡を保っているか否か、経済実勢を踏まえてきめ細かく検証し、適正化すべき。

○ 失業や所得減により被保護世帯となった 40 歳代の世帯主世帯数は、2011 年度は 2003 年度の５倍近い。[3]40～60 歳代の世帯にとっては自立支援が重要である。就労可能な被保護者本人には就労へのインセンティブを強化し、被保護者を取り巻く支援環境を整えるべき。[4]

６．医療介護情報の ICT 化について

○ 国のイニシアティブによる地域横断的な医療介護情報の ICT 化に加え、離職・転職や結婚等によって国民（被保険者）が保険者の間を移動しても、保険者が当該被保険者の医療情報や健診情報を継続的に知ることが出来るよう、レセプトデータと健診データへの個人番号の導入を早急に行うべき。

[3] 2003 年度は 10,930 世帯であったのに対し、2011 年度は 53,580 世帯。なお、2012 年度の世帯主年齢別世帯数は未公表である。

[4] 生活困窮者自立支援法は平成 27 年4月施行予定である。

資料４－２

社会保障給付の適正化・効率化に向けて
（説明資料）

平成26年４月22日

伊藤　元重
小林　喜光
佐々木　則夫
高橋　進

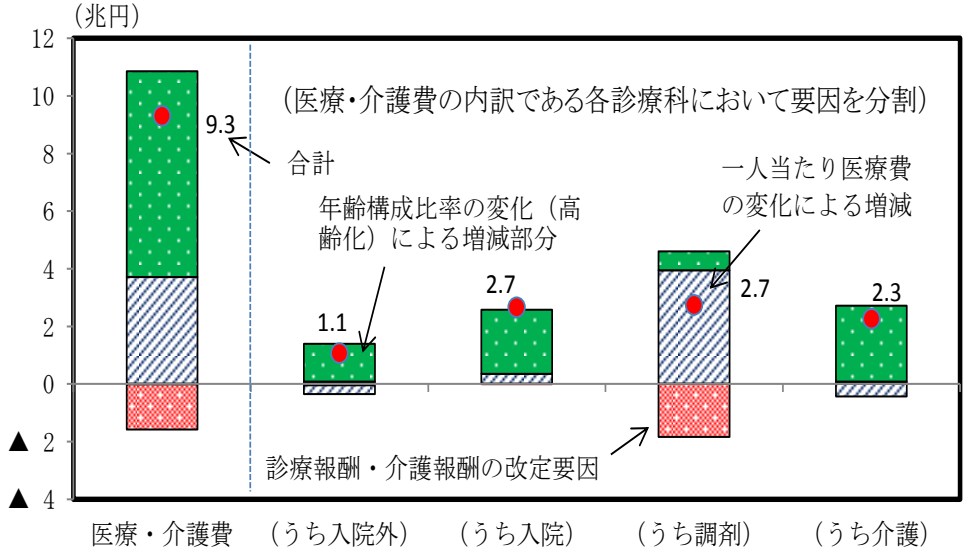
診療報酬・介護報酬の適正化

□ 診療報酬・介護報酬の適正化

- 病床や介護施設の料金と費用の対応については、患者の状態や、それに対応する医療の実態、施設の経営状況や給与動向などを含む実績データを踏まえた適正な原価を算定し、良質かつ効率的な病院・事業者をベンチマークにして報酬に反映すべき（例えば、特別養護老人ホームの収支率は9.3%の黒字（2012年度）である一方、介護職員の賃金は、短時間職員の時給は他職種に遜色ないものの、常勤労働者は低いとの指摘。適正な費用算定と透明性確保が不可欠）。
- 薬価については、毎年、市場実勢価格を予算に反映することをルール化すべき（現状でも市場実勢の把握は可能であり、有効活用すべき）。

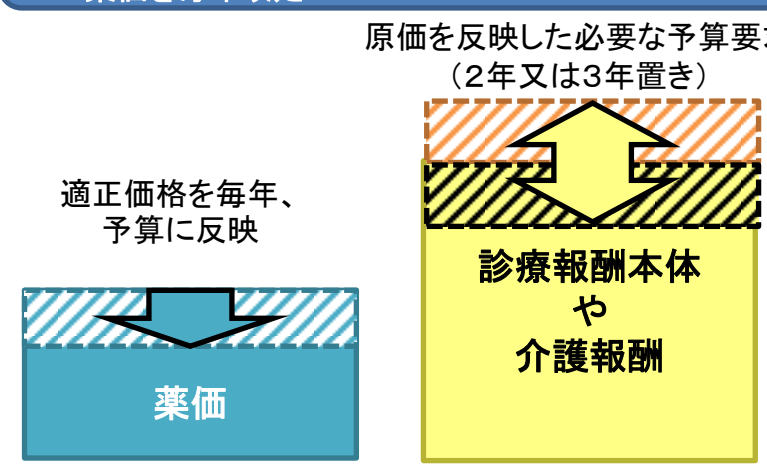
増加要因は医療・介護と調剤で異なる

（2003年を基準とした2011年までの累積値）



今後の診療報酬等のあり方

今後の目指すべき姿
- 原価の検証
- 薬価を毎年改定

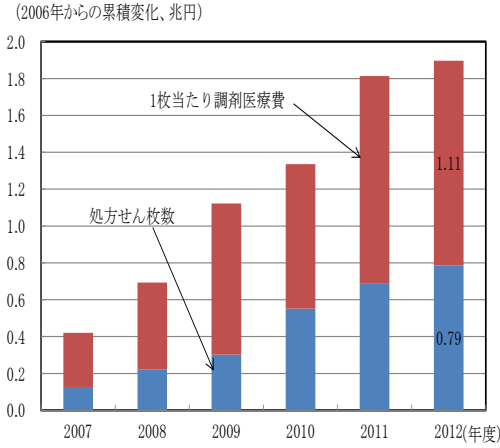


（備考）
1. 左図は厚生労働省「国民医療費」、「介護給付費実態調査」、総務省「人口統計」により作成。内訳に歯科を加えると全体に一致する。
2. 寄与分解の方法は、医療・介護費変化＝{Σ（年齢階層別人数変化）＊（年齢階層別一人当たり平均医療費額（基準年））＋Σ（年齢階層別平均人数）＊（年齢階層別一人当たり平均医療費額変化（基準年））}＊全体の報酬改定率＊人口変化率。一人当たり医療費の変化による増減は購入サービスの組合せ等が変化することで生じる一人当たり医療費の変化に相当する。
2. 右図は第22回経済財政諮問会議（平成25年11月15日）資料1－2をベースに改定（http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2013/1115/shiryo_01-2.pdf）

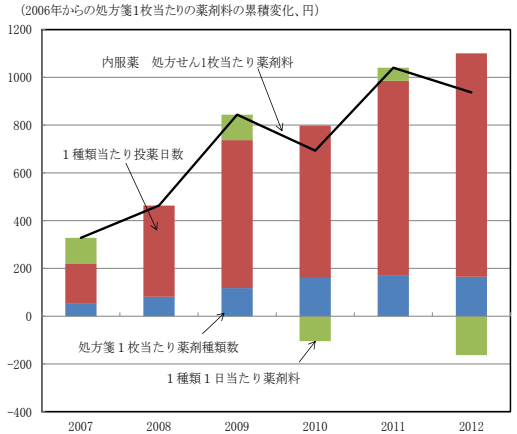
薬剤費等の適正化

- 薬剤費の適正化に向けた当面の対応
  - 諸外国の後発医薬品シェアは6割以上、高い国では9割だが、我が国は4割。諸外国並みの後発品利用率を目指すべき。
  - ニーズ、技術、価格の変化に合わせて、保険収載を大胆に見直すべき。
  - 同時に、医薬品開発者の創薬インセンティブも維持する必要。保険外併用を機動的に活用すべき。
- 調剤費の適正化
  - 調剤費は26%程度が技術料。医薬分業の下での当該技術料の妥当性・適正性について、コスト構造と併せて、精査・検証すべき（92年以降の20年で、総人口は2.5%増、雇用者報酬は3.5%減という社会経済変化の一方、薬局数は49%増の約5万6千店弱）。
  - その際、診療報酬上の評価において、調剤重視から服薬管理・指導重視へのシフトを具体的に検討すべき。また、薬剤師の業務と責任の範囲の拡大の下、一定期間内の処方せんの繰返し利用（リフィル制度）や一定条件下での処方量の変更などを検討すべき。
- 薬剤費の適正化に向けた中期的な対応
  - 長期収載品の価格設定については、一定期間後にルールの効果を踏まえた見直しを実施すべき。
  - 薬価は市場実勢を基本とするなかで、医薬品の相対的効能や特性等の実績と費用の関係を踏まえ、保険適用の要否、また、その中間的な仕組みとして、自己負担率を調整する効果・有用性を検討すべき。
  - さらに、セルフメディケーションが進むよう欧米で認められているOTC（一般用医薬品、市販）薬へのアクセスの改善などを含め、スイッチOTC推進の取組を、KPIを設定して進めるべき。また、OTC化のルールを明示的に設定すべき。

調剤費は、処方せん数が4割、1枚当たりの費用が6割を説明

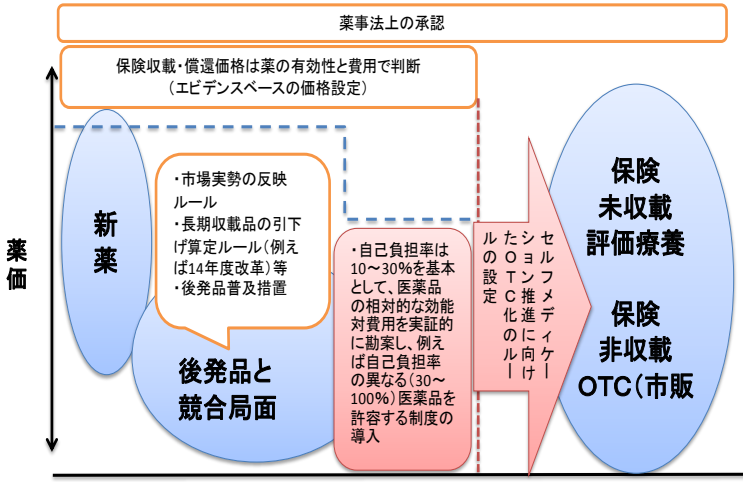


処方せん1枚当たり薬剤料は日数長期化で増加（内服薬）



（備考）左図と中図は厚生労働省「調剤医療費（電算処理分）の動向～平成24年度版～」により作成。(年度)

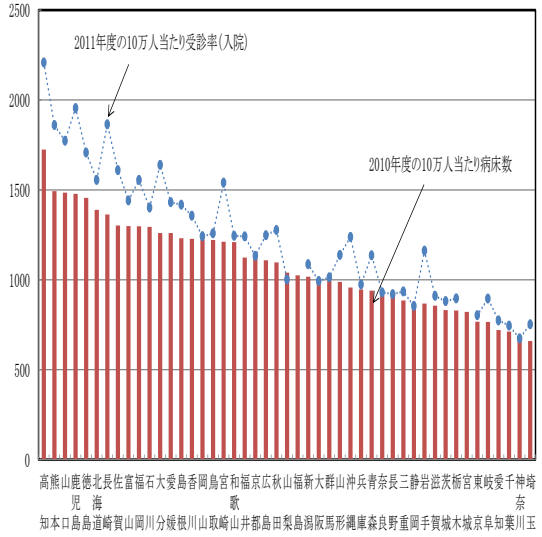
費用対効果により着目し、保険適用有無や自己負担率の水準を含め、最適化すべき



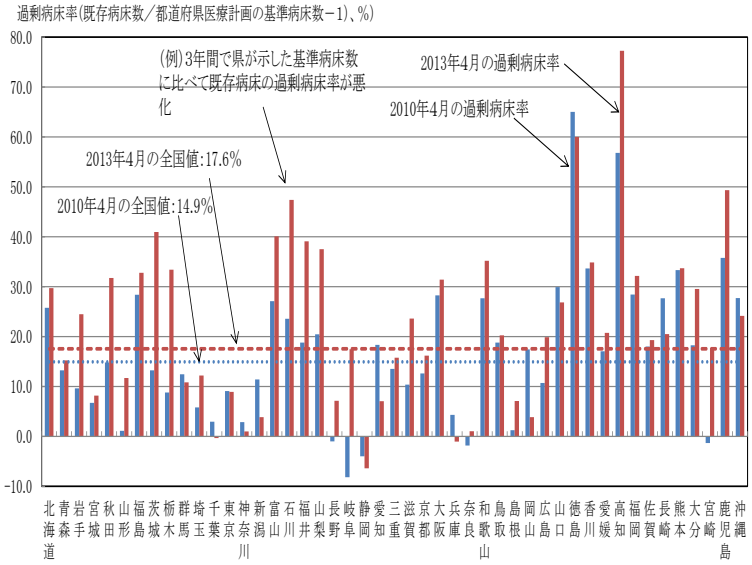
地域医療ビジョンの下での病床再編

- 病床数の適正化と機能再編
  - 既存病床数は都道府県が定める基準病床数を大幅に上回るところが多く、計画は未達成。病床数と医療費は相関があり、都道府県の権能強化・規制的手法等により、早急に供給体制の適正化を進めるべき。
  - 病床機能再編に向けては、上記の規制的手法や補助金誘導に加え、価格体系のひずみが病床類型を偏在化・固定化させないよう報酬体系を見直すべき。
  - 公立病院改革については、これまでの公立病院改革プラン（5か年計画）に基づく取組を総務省・厚生労働省が連携して徹底した成果評価を行った上で、地域医療ビジョンの策定に合わせ、今年度中に、新たな公立病院改革ガイドラインを策定すべき。
  - 長期入院患者に適切な在宅医療・介護支援が実施できるよう、医療・介護一体の改革を進め、社会的入院の発生を最小限化すべき。

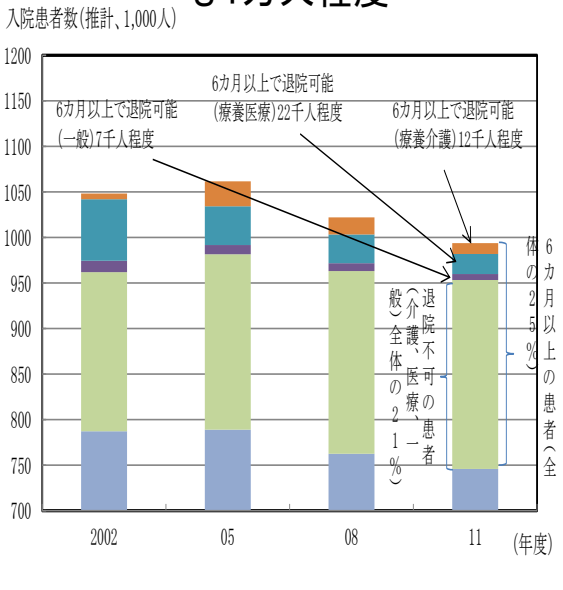
病床数の多い県は
受診率も高い



過剰病床率が多くの都道府県で上昇。過剰自治体に対しては、国も協力して、供給体制の適正化を進めるべき



長期入院患者の中には受入体制が整えば退院可能な者も4万人程度



（備考） 左図と右図は厚生労働省「患者調査」、中図は医政局調べにより作成。基準病床数は各都道府県が定めた適正病床数のこと。

生活保護について

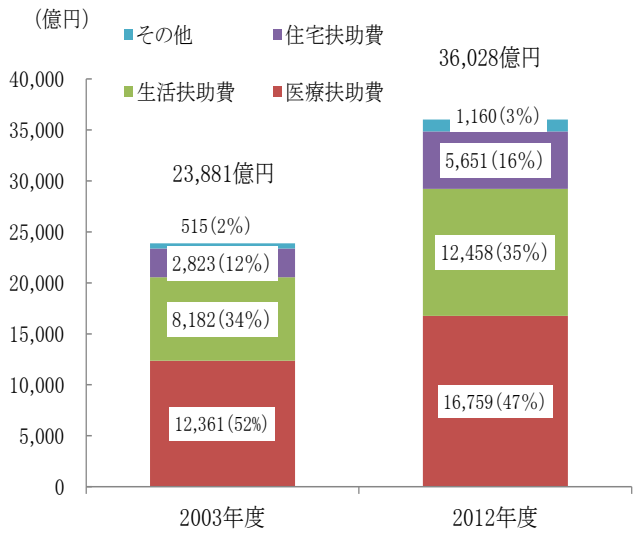
□ 構造的な要因への対応

- 被保護世帯には高齢世帯が多く、扶助費では医療扶助が多い。医療扶助については、後発薬品使用の原則化を講じたが、引き続き、普及に努めるべき。その際、自治体が、より密接に被保護者への健康管理・指導を実施することで、受診行動の適正化も図るべき。
- 昨年に引き続き、27年度予算においても、住宅扶助や冬季加算等の各種扶助・加算措置の水準が当該地域の類似一般世帯との間で平衡を保っているか否か、経済実勢を踏まえてきめ細かく検証し、適正化すべき。

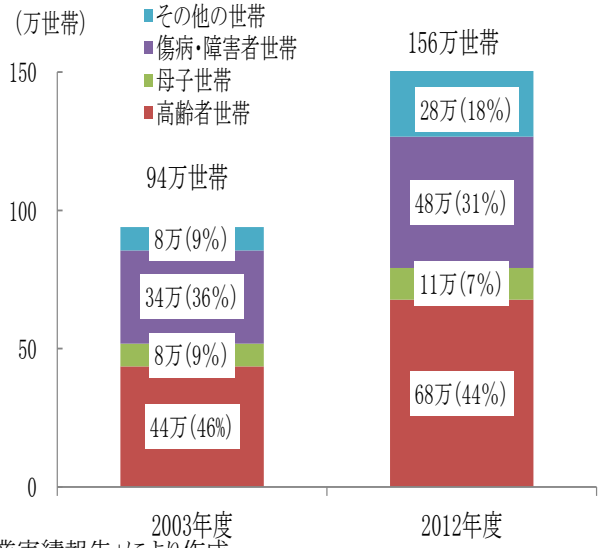
□ 近年の増加要因への対応

- リーマンショック以降、その他世帯の被保護世帯が増加。中でも、40歳代世帯主世帯が失業や所得の減少により被保護世帯へ（2003年度は10,930世帯、2011年度は53,580世帯）。
- 40～60歳代の世帯にとっては自立支援が重要。就労可能な被保護者本人には就労へのインセンティブを強化し、被保護者を取り巻く支援環境を整えるべき（なお、生活困窮者自立支援法は平成27年4月施行）。

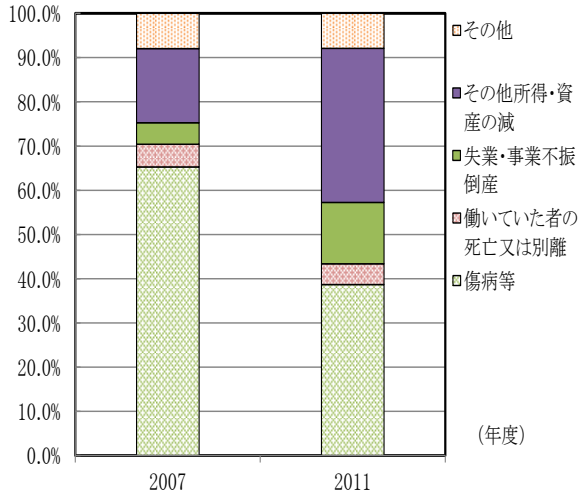
生活保護費の内訳
（2003年度と2012年度の比較）



世帯類型別保護世帯
（2003年度及び2012年度の比較）



40歳代世帯の保護開始理由
（2003年度と2011年度の比較）

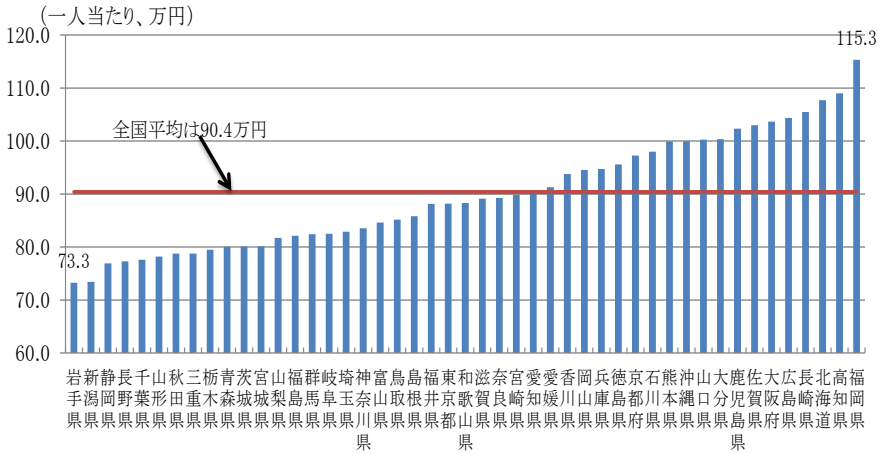


（備考）厚生労働省「被保護者調査」、「生活保護費負担金事業実績報告」により作成。

社会保険制度の改革（一部再掲））

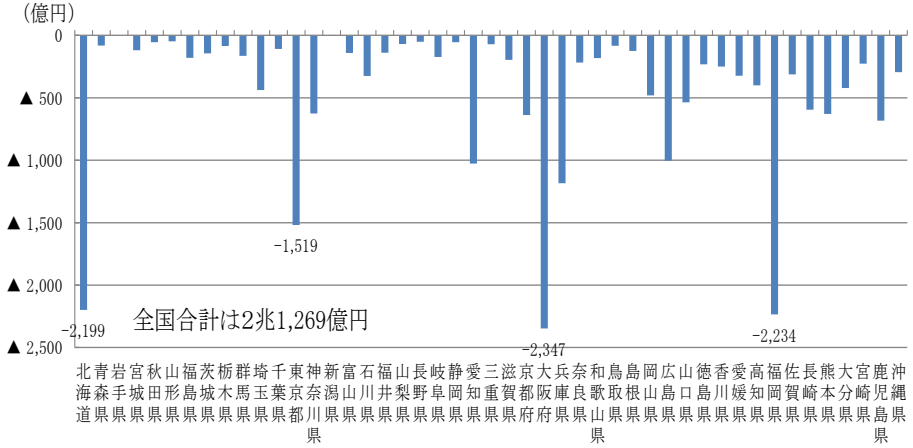
- 保険者による被保険者管理のインセンティブ付与
  - 国民健康保険の保険者となる都道府県（来年法案提出予定）が、自らの被保険者保険料を抑制するよう医療介護保険の収支改善努力を促す仕組みを制度化すべき。
- 地域医療ビジョンに関する医療支出目標の導入
  - 都道府県ごとに、ベストプラクティスをベンチマークにしたあるべき医療需要に基づく医療支出目標、その実現に向けた保険者（都道府県）単位の医療介護費のPDCAマネージメントを導入すべき。
- 国のイニシアティブによる地域横断的な医療介護情報のICT化
  - 昨年提言したデータに基づく医療サービスの質的改善（参考１参照）の横展開を、１）KDB（国保データベース）、２）地方自治体のイニシアティブ、３）市町村と都道府県の連携強化を通じつつ、早期に推進すべき。
  - 離職・転職や結婚等によって国民（被保険者）が保険者の間を移動しても、保険者が当該被保険者の医療情報や健診情報を継続的に知ることが出来るよう、レセプトデータと健診データへの個人番号の導入を早急に行うべき。

都道府県単位の一人当たり医療費（後期高齢者）の格差是正に取り組む必要（福岡は岩手の1.6倍（2011年度））



（備考）厚生労働省「医療費マップ」により作成。

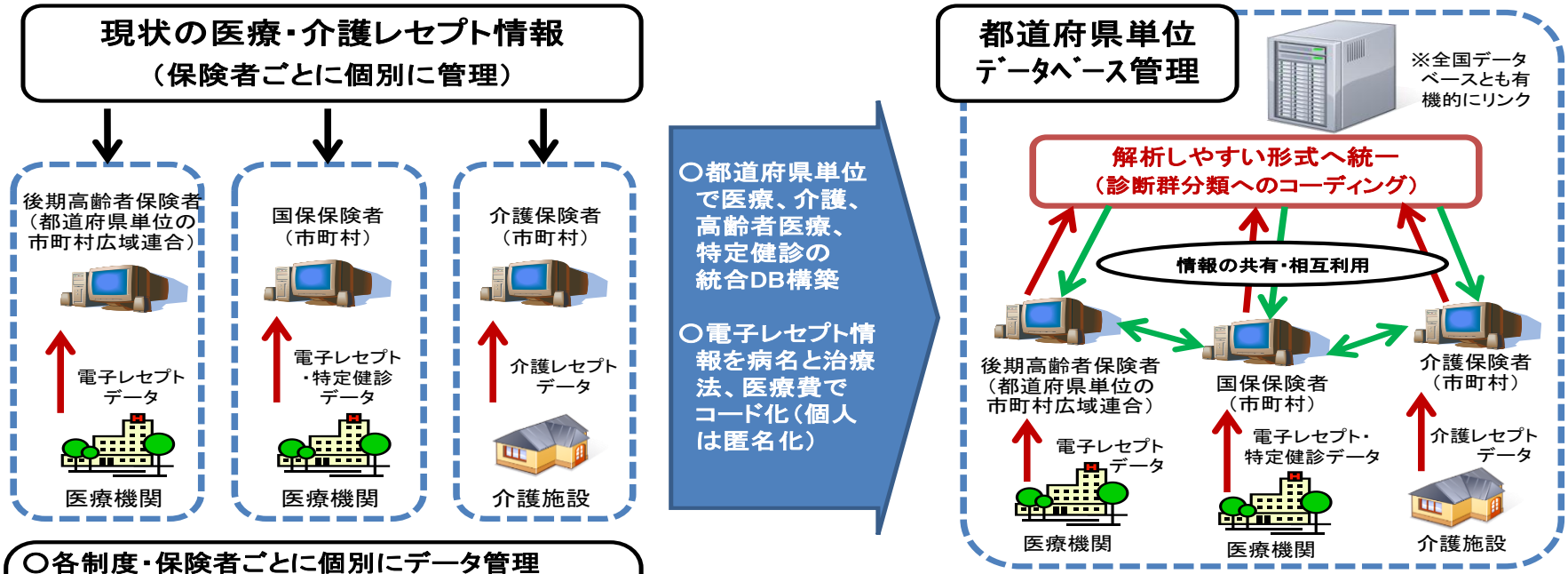
仮に、全国の後期高齢者の一人当たり医療費が長野を含む低位５県並であれば、２兆円程度の後期高齢者医療費を軽減。国民が他の用途に支出することが可能に



（参考） データに基づく医療サービスの質的改善の枠組み

医療・介護等ﾃﾞｰﾀﾍﾞｰｽの連結・統合による効率化イノベーション

～市町村単位から都道府県単位へ、医療・介護等の統合運用へ、そして直ちにできること～



○各制度・保険者ごとに個別にデータ管理
- 他の保険者との比較、医療圏別、傷病別等の多様な分析が困難
- 医療と介護、高齢者医療のﾃﾞｰﾀ連携が不十分

○レセプト情報のままでは十分に分析できない
- レセプトデータは月ごとの病名と治療法がまとめて記載されており、病名、治療法、医療費のそれぞれの対応関係が明確ではない

○多様な医療費分析、保険者間比較、適正受診指導等、ｴﾋﾞﾃﾞﾝｽに基づく効率化を容易に

○都道府県単位での、ｴﾋﾞﾃﾞﾝｽに基づく地域医療計画・医療費適正化計画の策定が容易に

○在宅医療・介護連携や、中長期的視野からの医療提供体制構築にも活用可能

（備考） 平成25年第11回経済財政諮問会議資料1（平成25年5月16日開催）の図を加工して引用。
http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2013/0516/shiryo_01.pdf