

■レコーダ

医療経済フォーラム・ジャパン主催
第84回定例研修会から(下)

データヘルス改革等について

〔講師〕伊原和人（厚生労働省大臣官房審議官（医療介護連携担当））

医療経済フォーラム・ジャパン（伊藤雅治会長）はさる8月29日、伊原和人氏を講師に招いて、「データヘルス改革等について」をテーマに都内で第84回定例研修会を開いた。伊原氏は、7月にとりまとめられた「データヘルス改革推進計画」に沿って、計画が目指す7つのサービスについて説明。データ分析によってサービス利用の詳細が把握できるようになり、「政策決定のあり方も変わってきた」と述べて、ヘルスケアを変える起爆剤になると予想した。

また、平成30年度の診療報酬・介護報酬同時改定にふれ、地域包括ケアの推進、在宅医療の強化、病床機能の再編などを課題にあげた。前号と本号の2回、質疑を含めて講演の要旨を紹介する。



（いはら・かずひと）

昭和62年に厚生省に入省し、伊丹市、ジェトロ・ニューヨークセンター、内閣官房、日本年金機構に勤務したのち、平成28年6月に大臣官房年金管理審議官。平成29年7月より医療介護連携担当審議官。

ジェネリック医薬品の
軽減通知は大きな効果

協会けんぽでは、医療費通知とは別に、ジェネリック医薬品に変えると薬剤費の自己負担が下げられると思われる人を対象に、いくらか安くなるのかの通知を送付して

いる。

この取組みは非常に効果が上がっていて、平成28年度に610万件通知して154万件、4分の1の人がジェネリックに切り替えている。かかったコストは6億円で、薬剤費は270億円節約されている。平成21年度から

28年度までの8年間のトータルでは、873億円軽減できたという。

これほど明らかな医療費削減効果はなく、有効な対策となっている。被保険者に対する介入だけでなく、地域ごとのジェネリック使用割合の格差解消に向けて、都道府県ごとにジェネリックの使用状況

を院内処方と院外処方に分け、さらに院外処方では病院と診療所に分けて、偏差値を付け、地域ごとの阻害要因の見える化を図っている(図3)。例えば、A県では院内・院外問わず診療所の使用割合が低い、C県の場合は、加入者本人のジェネリックの拒否割合が高いと

図4 医療・介護分野における2025年に向けたスケジュール

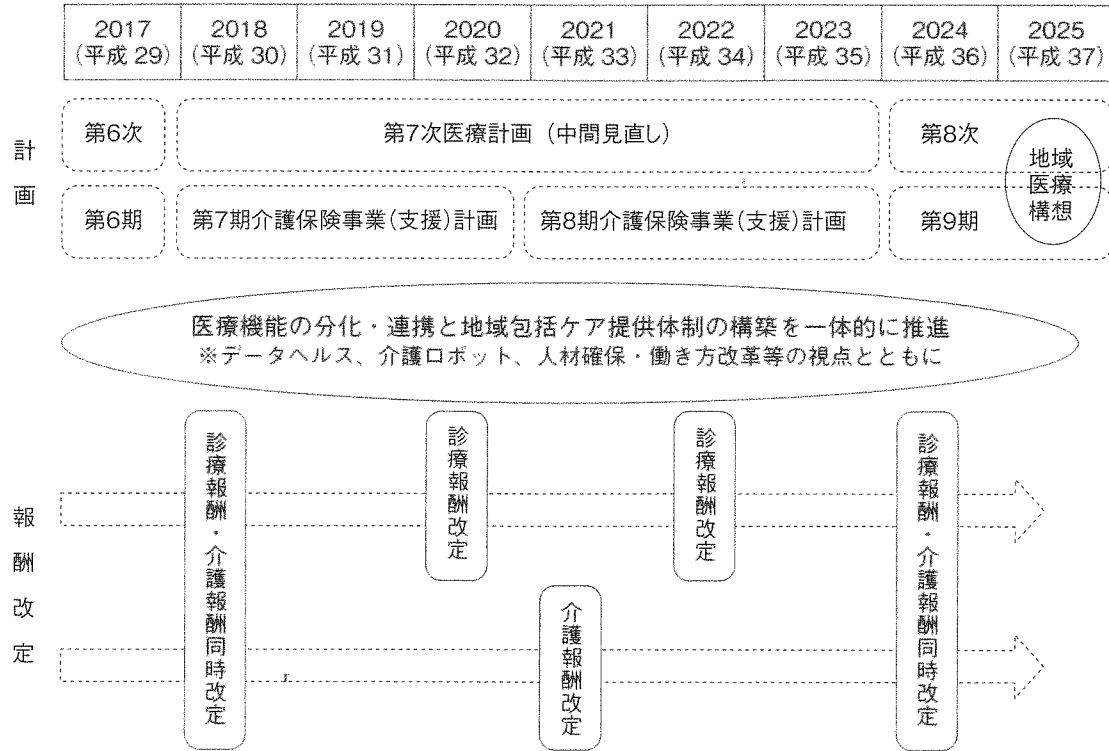


図3 協会けんぽにおけるジェネリックカルテを用いた地域間格差解消に向けた取組み

●協会けんぽ各支部のジェネリック医薬品使用割合の格差解消に向けて、協会けんぽ独自の取組みとして、「ジェネリックカルテ」を作成し、地域ごとの阻害要因を「見える化」。その上で、支部ごとに対策の優先順位を付け、それに伴ってマンパワーを重点配分することにより、取組みのコストパフォーマンスを高める。

【ジェネリックカルテのイメージ】

都道府県名	【医療機関の視点】															【患者の視点】													
	院内処方										院外処方					加入者ジェネリック拒否割合													
	院内処方ジェネリック医薬品使用割合										院外処方ジェネリック医薬品使用割合																		
A県	51	64.5	50	55.0	-0.5	56	73.1	+0.0	59	59.7	+0.2	31	43.7	-0.9	61	16.8	51	66.7	-0.1	59	69.4	+1.2	28	65.1	-1.2	51	41.5	57	16.5
B県	50	64.3	51	55.1	-0.2	65	76.2	+0.1	53	53.5	+0.1	49	30.2	+0.5	65	13.7	47	65.9	-0.9	56	68.2	-0.6	44	69.0	-1.8	29	33.1	52	44.0
C県	46	62.6	55	58.8	+0.7	42	68.0	-0.1	48	49.3	-0.1	59	60.8	+0.8	48	26.4	43	64.0	-2.1	42	62.5	-0.9	44	64.8	-1.2	47	39.5	30	24.3

<分析と対応例>

- ▶A県：院内処方、院外処方共に診療所における使用割合の低下が課題、特に院外処方の影響度が△1.2ポイント
⇒自治体や関係団体との共同により医療関係団体へ働きかけ
- ▶B県：一般名処方率が低く、それに伴い院外処方の使用割合の偏差値も50以下
⇒医療機関に対して診療報酬上の加算を説明するほか、他医療機関の加算状況との比較を示し、一般名処方の推進を依頼
- ▶C県：加入者のジェネリック医薬品の拒否割合が高い
⇒加入者に対する窓口負担額の軽減などの周知、品質や安全性に係る情報提供の実施

いった結果が出ており、それぞれの支部ごとに対策の優先順位を付けて、取組みを進めているという。15年前は、保険者機能といっても、健診や人間ドックの受診勧奨といった程度の話だったが、今日においては、データを活用することによって、こうしたアプローチが可能となったことは、大きな変化であり前進だと感じる。レセプトデータ、健診データ、介護データを全部つないでいければ、今まで見えなかった事実が見えてくるし、また、これまでできなかった様々なことができるようになる。

昔話になるが、30年前、最初の職場に配属されたその日の仕事は、上司の係長が手書きで書いた文章をワープロで清書することだった。フロアにわずか2台しかないワープロ相手に、深夜までかかって、取扱説明書を読みながら悪戦苦闘した記憶がある。それが今や誰もがパソコン、スマホを自由に操り、インターネットで世界中とつながる時代となっている。30年という月日は、仕事の在り方そのものを大きく変えた。

医療の世界も、劇的に変わって

いる。データは、これからのヘルスケアを変える大きな起爆剤となるし、これをどれだけ生かせるかが日本のヘルスケアをよりよいものとしていくためにも重要なポイントである。厚生省の職員ももちろんだが、ヘルスケア分野で働く人々も、こうしたデータ活用や技術に果敢に挑戦していくことが求められていると感じている。

診療報酬と介護報酬の同時改定の中心テーマ

最後に、診療報酬と介護報酬の同時改定についてである。

2025年までに、医療計画の中間見直し、診療報酬の改定（4回）、介護報酬の改定（3回）がある。同時改定は2018年と2024年にある（図4）。再来年に消費税が上がるかどうか、まだ先は見えない状況であり、シリングへの対応を考えると、厳しい状況である。

同時改定の中心テーマは、地域医療構想による病床機能の再編と地域包括ケアをそれぞれの地域でどう構築していくのかの2点であるが、加えて、この2〜3年の間

◆主な質疑から

協会けんぽの
インセンティブシステム

田中滋

（慶応義塾大学大学院名誉教授）

協会けんぽ運営委員長をつとめている。協会けんぽは、都道府県別保険料という形で、いわば構造調整した後の医療費というアウト

に出してきた課題として、データヘルスの問題や人手不足や働き方改革への対応も大きなテーマになっている。地域医療構想や地域包括ケア構築への対応とあわせて、こうした新しく出てきている視点を加えて、報酬改定を実施していくことになる。

図5は、塩崎前厚生労働大臣が4月の諮問会議で発表したものであり、大きく3つの柱がある。

まず、地域包括ケアの体制整備を進めていく中で、特に在宅医療をどう確保するかの課題がある。2025年には高齢者増の影響で増えた約100万人に、地域医療構想を進める中で生じる $\pm\alpha$ を加えた部分が、在宅医療のニーズと

カムに対して、ペナルティー・インセンティブシステムをとっている。今、検討されているプロセスの努力、つまり特定健診・保健指導の実施率やジェネリック医薬品の使用割合をインセンティブシステムに入れると、プロセスの評価とアウトカムの評価でダブルカムにならないか。

ると身をもつて感じた。歯を食いしばってでも、皆保険は維持しないといけない。維持するために、こういう工夫をするかだ。

その際、制度の持続可能性に関し、負担ができるかできないかが問題になる。そういう意味で、ドイツやフランスは日本に比べて若い国だが、GDPに対する社会保障給付の水準は30〜32%とずいぶん高い。日本はこれから更に高齢化が進み、社会保障給付が増えていくので油断できないが、更に高齢化が進んでも、現在のフランスなどの水準とそう大きく変わらないと見込まれる。問題なのは、欧州諸国ではこうした社会保障給付に見合った負担を行っているのに対し、日本の場合、こうした負担について国民的な支持が得られるかどうかである。社会保障料の対GDPに対する負担水準はOECD全体の平均と比べても低くないが、租税負担はOECD全体の平均が20%を大きく超えているのに対し、日本は15%ぐらいと低く、高める余地はある(図6参照)。

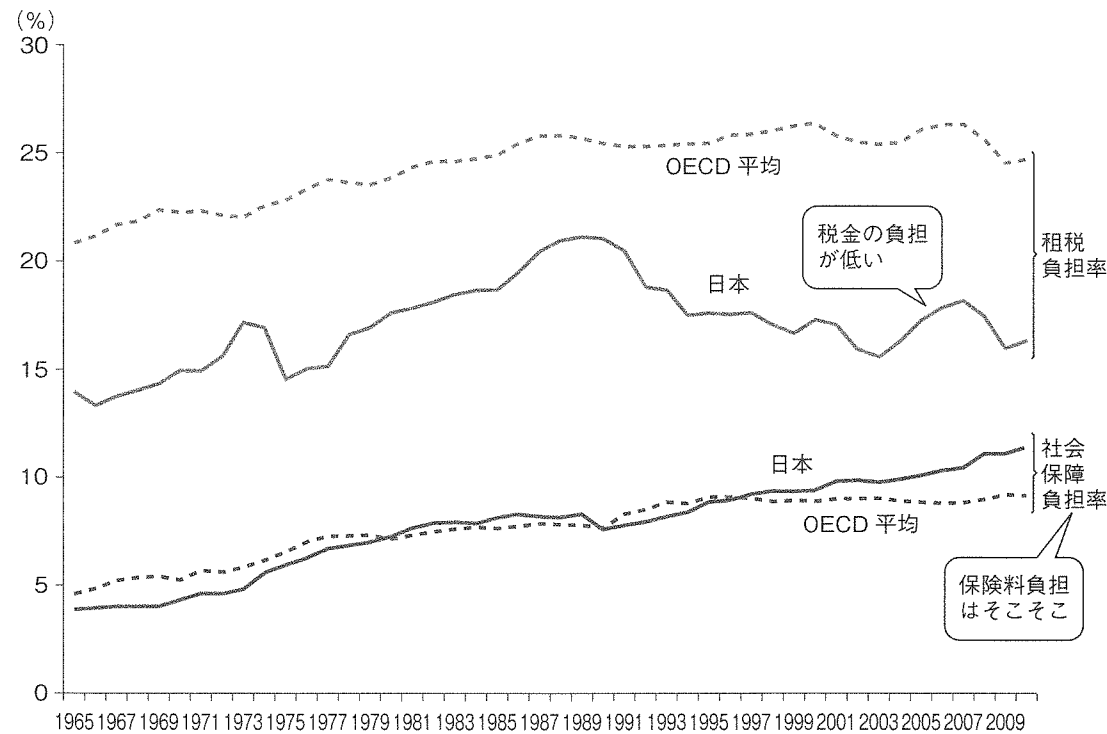
そうはいっても、増税へのアレルギーを考えると道程は厳しい。し

かし、やっていかなければならぬ。同時に、今の社会保障給付をコントロールしていくという覚悟と具体策が必要となる。ご指摘のように、バイオ関連の医薬品については非常に高額であり、今までのルールで寛大に給付していくことは難しいと思われる。現在、中協で費用対効果による薬価の評価について、具体化の議論が進んでいるが、この取組みはその一例である。

とにかく、財政が厳しいからといって皆保険を危うくするのはよくない。知恵を絞って高額な医薬品、医療費の問題など、様々な工夫をしながら、皆保険を堅持していくことが必要だと思う。

2点目のフレイル予防に関しては、私自身も、極めて重要な課題だと思っている。地域共生の視点に立って、ソーシャルキャピタルを維持・発展させる観点から、日頃から地域の中で社会的なつながりをつくり、要支援・要介護状態にならないようにしていく。そのために、国レベルで、データを蓄積していく作業を行いつつ、地域

図6 租税負担・社会保障負担の対GDP比率 1965-2010年



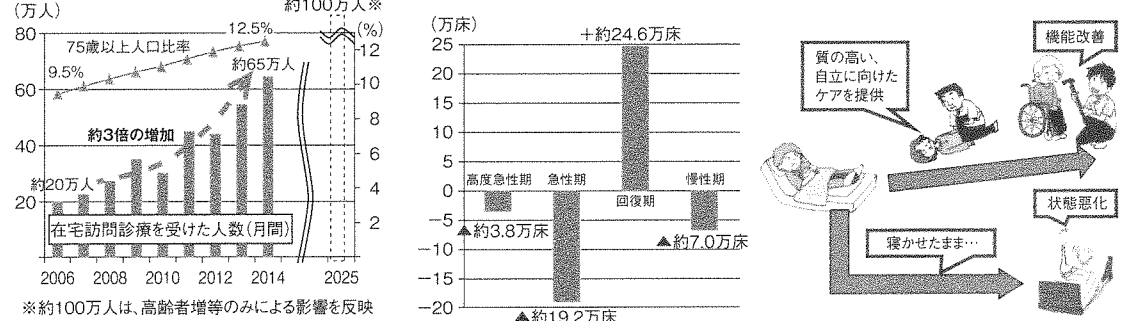
(資料) OECD, Revenue Statistics

図5 平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定

●団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年に向けて、国民一人一人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定により、質が高く効率的な医療・介護の提供体制の整備を推進。

I 地域包括ケアシステムの構築と医療・介護の連携強化 **II 医療機能の分化・連携の推進、効率的な医療提供体制の構築** **III 質が高く効率的なサービスによる高齢者の自立支援等**

- かかりつけ医療を普及・促進
- 自宅や介護施設等における医療ニーズや看取りへの対応を強化 等
- 在宅訪問診療を受けた人数の伸びと75歳以上人口比率
- 医療機能や患者の状態に応じた評価により、地域医療構想の達成を推進(7:1病床の適正化、療養病床の扱い等)等
- 費用対効果や、アウトカムに基づく評価を推進
- データヘルス改革の推進、介護ロボットの活用により自立等を促進し、現場の負担も軽減 等



★薬価制度については、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、国民皆保険の持続性とイノベーションの推進を両立し、国民負担軽減と医療の質の向上を実現する観点から、抜本改革を推進。



伊原
協会けんぽ内の従来の調整は、都道府県間の年齢構成と所得水準の調整であったが、今回、導入を検討している後期高齢者支援金の加減算は、他制度から求められた負担金について、各支部の医療費の適正化努力に着目して負担の公平を図るものであり、ダブルでやるのが矛盾するものではないと思う。むしろ、データヘルスによって、年齢や所得にのみ着目していた時代には対応できなかったことに配慮できると思う。

幸田正孝
(医療経済研究機構顧問)
2点についてきたい。

皆保険維持のために何をするか

伊原
重い宿題をいただいた。まず、1点目の国民皆保険についてはだが、これは、何といわれようが守っていくべきだし、それはできるはずだ。私は3年間アメリカで暮らしてみても、医療・ヘルスケアを国民に皆保障するかしないかは、その国の社会の安定に大きく関係する

(1) 国民皆保険の持続性について、識者の中で危機感が共有されつつあるように思う。厚労省として、再生医療、バイオをはじめとする医薬品・高額医薬品などこれからの医療・医学の進歩を念頭において、どういう方向をめざすのか、早い機会に示すべきではないか。このようにしたいという動きが鈍い感じがする。個人的な見解があれば、ききたい。

(2) メタボについては、その言葉が国民の間に定着するほど厚労省は力を入れたが、高齢化で一番問題なのはフレイル予防で、このフレイル予防については動きが鈍い。メタボと同じくらい人口に膾炙するような国民運動を展開してもらいたい。

ごとに具体的な対策が実情に
て展開される形をつくっていく
必要がある。

全国各地を廻ってみると、狭
意味での「家族」とか「地縁」
はない、新しいつながりが地域
中でできてくるのが問題解決
糸口になっていけると感じる。特
に、今後、後期高齢者が急増す
都市部こそ、こうした新しいつな



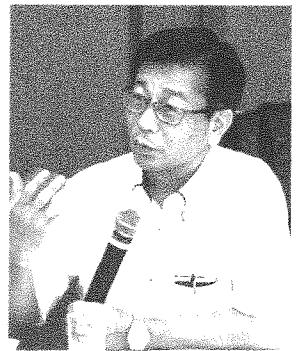
がりを地域の中につくっていく
ことが、フレイル予防という点から
重要だと考える。

原因と結果を分析できる データ収集が必要

近藤克則

(千葉大学教授)

データヘルスは大きな可能性が
あると思うが、原因と結果の関
係を的確に見定めて、その原因に
当たりそうな情報をデータ化して蓄
積する仕組みをつくらないと、結
果のデータが膨大になってどうす
ればいいのかわからないという、
いら立ちを感じる。この町は糖尿
病が多い、あの地域は高血圧が多
いということはあるが、その原
因に当たる情報がないまま、「分
析しろ」とか「対策を考えろ」と
言われても、通り一遍・全国一律
の保健指導しかできない。例えば、
気がつかないくらい傾斜のある
町は、糖尿病のコントロールの悪
い人が少ないという結果が出てい
る。本人が気がつかない間にカロ
リーを消費して、血糖が下がって
いるのではないかという見方があ
る。原因に当たる情報がないまま



分析しても、大きなデータは得ら
れるが、政策のよりどころになる
ものがうまく引き出せないという
経験をしている。こういう情報を
集めるべきだというデータベー
スの設計を丁寧にやる場をぜひつ
くってほしい。

伊原

ご指摘は、データヘルスの本質
的な問題だと思う。だが、どうい
う情報を取得すればよいかは、後
になってからわかることが多い。
最初から想定しておくといつて
も、実際にはなかなか難しい。例
えば、最初はこういう結果になる
と思わないのに、長い間、データ
をとって、いろいろやっているう
ちに、これもいける、あれもいけ
るといことがわかってくる。ま
た、調査設計の段階で、どうい

ための介入可能な要因として教育
があるといわれている。あまりコ
ストをかけずに、実現可能性を検
討してもらいたい。

伊原

科学的介護については、これか
ら検討会を立ち上げて、収集する
データの在り方などの議論を始め
ようとしている。どういう切り口
で考えていくかがポイントだろ
う。ただ、あれもこれもともなる
と、データを収集する現場も対応
できなくなり、どこかで割り切る
ことも必要になってくると思うが
……。

西村周三

(医療経済研究機構所長)

「データヘルス時代の質の高い
医療の実現に向けた有識者検討



健診データで病気になる 前からの推移が見える

岩崎榮

(元日本医大常務理事)

ヘルスデータの基本がどこから
出発しているのか、出発点を問
違っているのではないか。ほとん
どのデータは、疾患から始まって
いる。そこから情報が全部流れて
いて、その前の状態のデータは、

ほとんどとられていない。診療所
も病院も、来た患者に対してドク
ターが診て、何とか病名をつけよ
うと問診をする。病名ではなく、
ファンクションを意味することは
に変えていくと、本当の意味での
ヘルスのデータがわかると思う。

人間ドック学会などでも疾患を
発見することとその鑑別診断に一
生懸命で、健康データをとらえて、
あなたは健康ですよというよう
な観点で医師が説明することはほ
んどない。健康であることを証明
できるドクターも、今後必要であ
る。

何か病気と診断しないと保険が
使えないというのは、保険制度の
大きな欠陥だ。予防というものの
重要性を臨床医たちに教育し、医
師の診療行動を変えないと、日本
の疾病体系は変わらない。

伊原

われわれが入手できるデータ
は、一般的に、病名がついた診断
データなので、ご指摘のように、
ある意味でバイアスがかかっている
というか、特殊なデータである
ことは間違いない。

データを収集するかという議論を
行うと、それぞれの分野ごとに、
これをとりたいた、あれをとりた
いというすべし量になる。
できるだけ戦略的にデータの集
め方を考えるべきだというのはそ
のとおりだが、なかなか難しい面
がある。

ただ、今回のデータヘルス改革
では、1人の人間の健診、医療、
介護のデータを連結する仕組みを
考えている。これらのデータが
なり、また、ある程度、経時的
にも分析できるようにすると、切
り口が増え、わかっていくことも
増えてくるのではないかと。

確かに、ご指摘いただいた課題
は、そのとおりであり、新たに議
論を始める「科学的介護」の検討
に当たって、収集するデータの在
り方などを考える上では、意識し
て進めていかなければならないと
思う。

近藤

国際的には、かなりコンセンサ
スができてきているのに、日本で
はなかなか進まない問題がいくつ
かある。例えば、認知症を減らす



ただ、今回のデータヘルス改革
では、特定健診のデータも対象と
なっており、健康な時期からの
データを継続して分析することも
想定している。したがって、病
気になる前からの健康関連の指標が
どうなっているかについて、あく
までも生活習慣病関連のデータが
中心ではあるが、見えるようにな
る。これは意義あることだと思

