

» 医療費の適正化

ビッグデータで医療費抑制 薬の種類で自己負担に差

小黒一正

■法政大学経済学部
教授



医療分野におけるビッグデータの利活用に関して、国の施策が急速に動き始めている。厚生労働省は2016年10月、「保健医療分野におけるICT活用推進懇談会」にて提言を公開した。

この提言は、塩崎恭久・厚生労働大臣のリーダーシップの下、35年までに実現すべき保健医療のビジョンやあるべき姿を提示した『保健医療2035』を受けたもので、筆者は両方に関わるメンバーである。

提言の柱は3つある。まず、最近のエビデンスや医療データを、AI(人工知能)を用いて分析し、最適な診療を支援する「次世代型ヘルスケアシステム」(仮称)の整備だ。

次に、患者・国民を中心に保健医療情報をどこでも活用できるオープンな情報基盤「PeOPLE(仮称)」の整備。そして、情報基盤や目的別のデータベースから、産官学の多様なニーズに応じて、保健医療データを目的別に収集したり、匿名化など加工したりして提供できる「データ利活用プラットフォーム(仮称)」の整備である。

さらに医療や介護、保健の情報に個人番号を付与しようという「医療等ID」の活用も検討しつつ、20年度の段階運用を目指している。

では、保健医療分野でビッグデータを活用すると、何が可能となるのだろうか。その一つが、医療費の適正化である。

後発品ある薬は「7割負担」に

日本の医療費は、高齢化に伴って毎年伸び続けている。15年度はついに40兆円を超えた。

医療費の伸びを抑制し、適正化を進めるため、これまで原則として2年に1度の診療報酬の改定や、後発医薬品の使用を促進するために、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」や処方箋様式などを変えろといったことが実施されている。また、17年1月からは「セルフメディケーション」の観点から、大衆薬を一定額以上購入した場合に、

医療費が控除される税制が導入された。

しかしながら、いずれも現状の医療費を劇的に抑制する効果にはつながっていない。

そこで本稿は、医薬品に関する保険給付の改革試案を考察するため、ビッグデータを利用して、法政大学・菅原琢磨教授と行った共同研究の成果の一部を紹介する。

使用したビッグデー

40兆円を突破した医療費

●国民医療費の推移

45 (兆円)

40

35

30

25

2001年度 2005 2010 2014

出所:厚生労働省「国民医療費の概況」



タは、アイ・エム・エス・ジャパン (IMS ジャパン) が保有するもので、同社のデータは我が国の医薬品取引 (数量ベース) のほぼ全てを網羅する。

医療費適正化に向けた保険給付の見直しを考える場合、2つのアプローチがある。まず、患者側の自己負担割合を見直すというもの。もう一つが、診療報酬や薬価水準、保険が適用となる範囲を見直すというものである。

ここでは前者について考えたい。現状では、サラリーマンや現役並みの所得のある高齢者など多くの人の場合、自己負担率は3割と一定だ。また、高齢者については1~2割負担となっている。自己負担率は一律というのが原則になっている。

だがフランスでは、医薬品の治療上の貢献度や有用性などに応じて、段階的な自己負担率が設定されている。

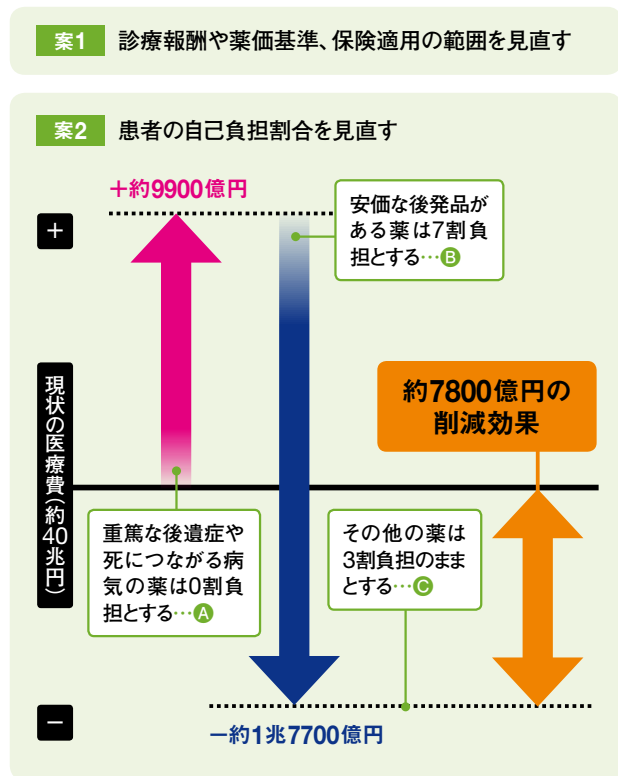
例えば、抗がん剤などの代替薬のない高額な医薬品は0%、一般薬剤は35%、胃薬などは70%、有用度の低いと判断された薬剤は85%、ビタミン剤や強壮剤は100%——などだ。

そこで筆者らはフランスの事例を参考に、我が国の保険が適用している医薬品について複数の専門家による検討評価を行い、3つに分類した。

すなわち、(A) 重篤な後遺症や死につながる病気の医薬品、(B) 後発品が存在する医薬品、(C) 重篤ではないが、後発品が発売されていない薬効に属する医薬品——といった具合である。

これらの自己負担率を、(A) については現状制度より手厚くして0割負担とする。(B) の安価な後発品が存在す

● 医療費適正化のための案とシミュレーション



出所: IMSジャパンによる医薬品取引のデータベースを基に、法政大学・菅原琢磨教授と共同で研究した

る医薬品については、後発品の利用促進を図るためにも7割負担まで引き上げて、残りは現状の3割負担のままとして試算した。

この結果を、上の図に示した。(A) については、現状の医療費よりも約9900億円かかることが分かった。しかし、(B) によってそれを上回る約1兆7700億円の削減効果が期待できる。(C) については現状のままとなる。これらをまとめると、約7800億円の医療費の削減につながると考えられる。

ビッグデータを報酬改定に活用

つまり、試算からは、現行制度が担う家計の財政的保護機能を大きく損なうことなく、より重要性の高い医薬品に対する給付の重点化も可能であることが示唆された。

もっともこの分析は粗試算であるた

め、高額療養費制度 (同一の月にかかった医療費の自己負担額が高額になった場合、一定額を超えた部分が払い戻される制度) の影響や、自己負担率の変更に伴って起き得る医療需要の変化 (受診の抑制や促進) について、別途検討を要する点に留意が必要である。

また、今回の試算は、IMS ジャパンの医薬品取引にかかるビッグデータの利活用で可能となったが、このデータでは薬剤に関する保険給付の改革案しか分析できない。

今、政府が推進し始めている「PeOPLe」や「データ利活用プラットフォーム」などの次世代型保健医療システムを含め、NDB (レセプト情報・特定健診等情報データベース) を含む医療のICT改革や、

保健医療に関するビッグデータの環境整備が進めば、現状の診療報酬に関して、より精緻な分析も可能となろう。これは、治療効果と保険財政の改善にもつながる。

さらにこうした取り組みによって、新産業の創出と医療制度改革を含む財政再建の両立を図る観点から、エビデンスに基づく効果的な診療報酬を決定していくことも可能となっていくはずだ。

診療報酬を決定している厚生労働大臣の諮問機関である、中央社会保険医療協議会の分析機能の強化を含め、医療分野のビッグデータ、AI、IoTなどの包括的利活用を一層促進していくことが望まれる。 **NB**

[おぐる・かずまさ] 2010年一橋大学大学院経済学研究科博士課程修了(経済学博士)。旧大蔵省、一橋大学経済研究所准教授などを経て2015年現職。専門は公共経済学。