



# 「財政健全化のための健康経営プロジェクト」

～日本の未来を担う子供たちのために～

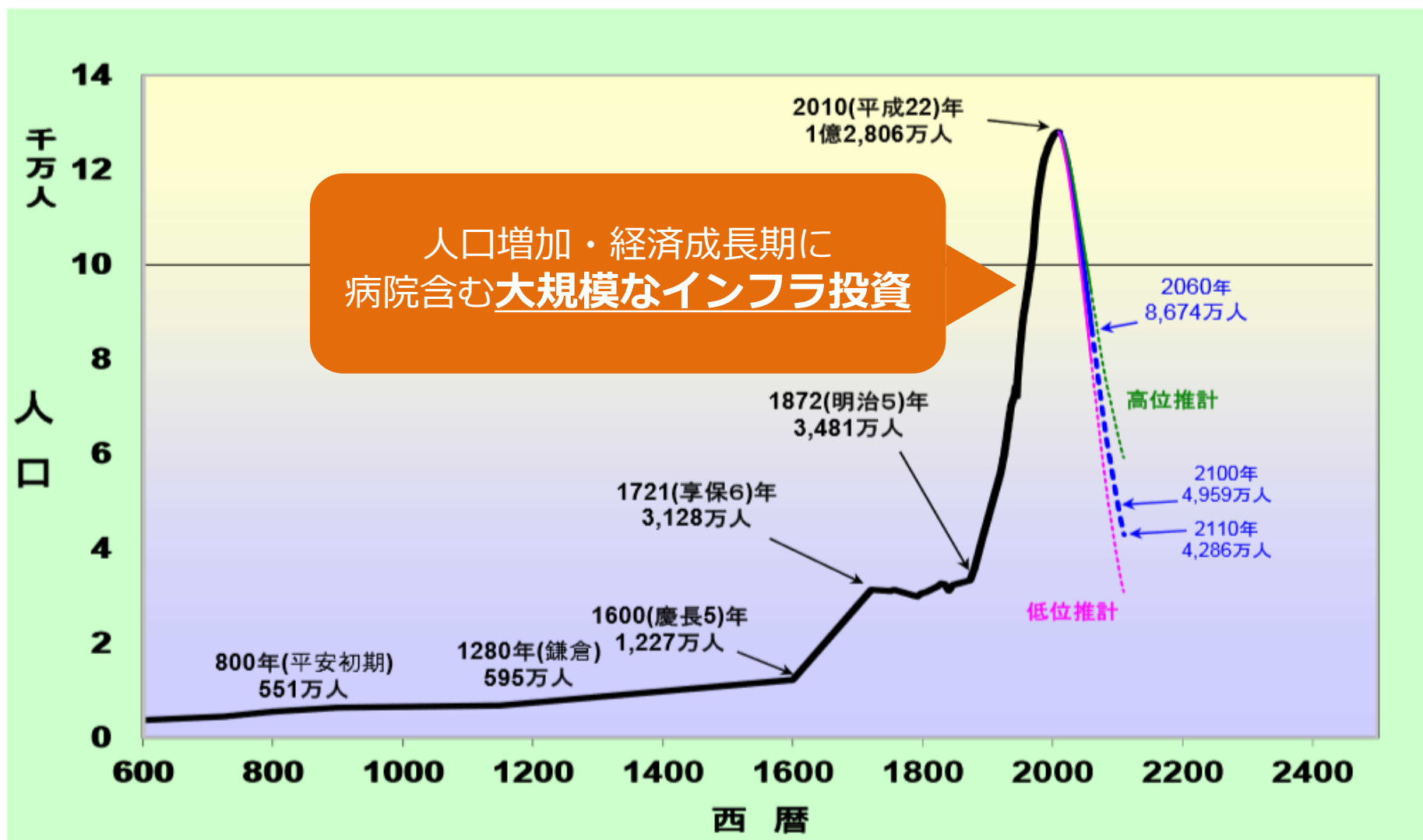
## <図表集>

2019年6月6日 最終報告用

(公財)全国法人会総連合 青年部会連絡協議会

# 日本の総人口の推移：2010年がピーク

図1

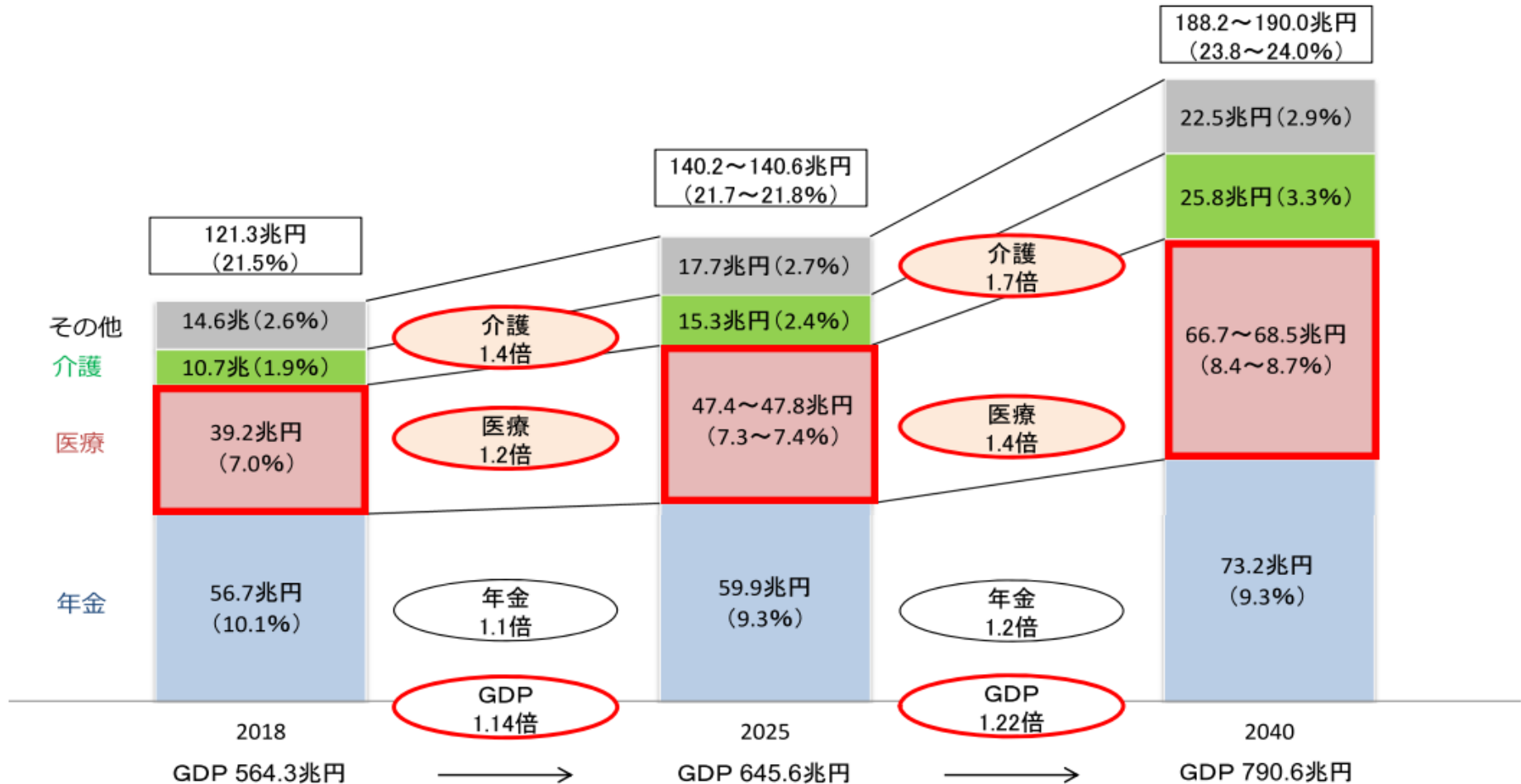


資料: 国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」(1846年までは鬼頭宏「人口から読む日本の歴史」、1847～1870年は森田優三「人口増加の分析」、1872～1919年は内閣統計局「明治五年以降我国の人口」、1920～2010年総務省統計局「国勢調査」推計人口) 2011～2110年国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計[死亡中位推計])

## 将来の社会保障給付の見通し

2019(平成31)年4月23日：財務省財政制度等  
審議会資料

- 75歳以上になると他の世代に比べ、1人当たり医療費や要支援・要介護認定率は大幅に上昇。2025年、2040年にかけて、医療・介護費用は大きく増加していくことになる。この期間、20～64歳の現役世代が大幅に減少することにも留意が必要。



# 誰が医療費を使っているか？

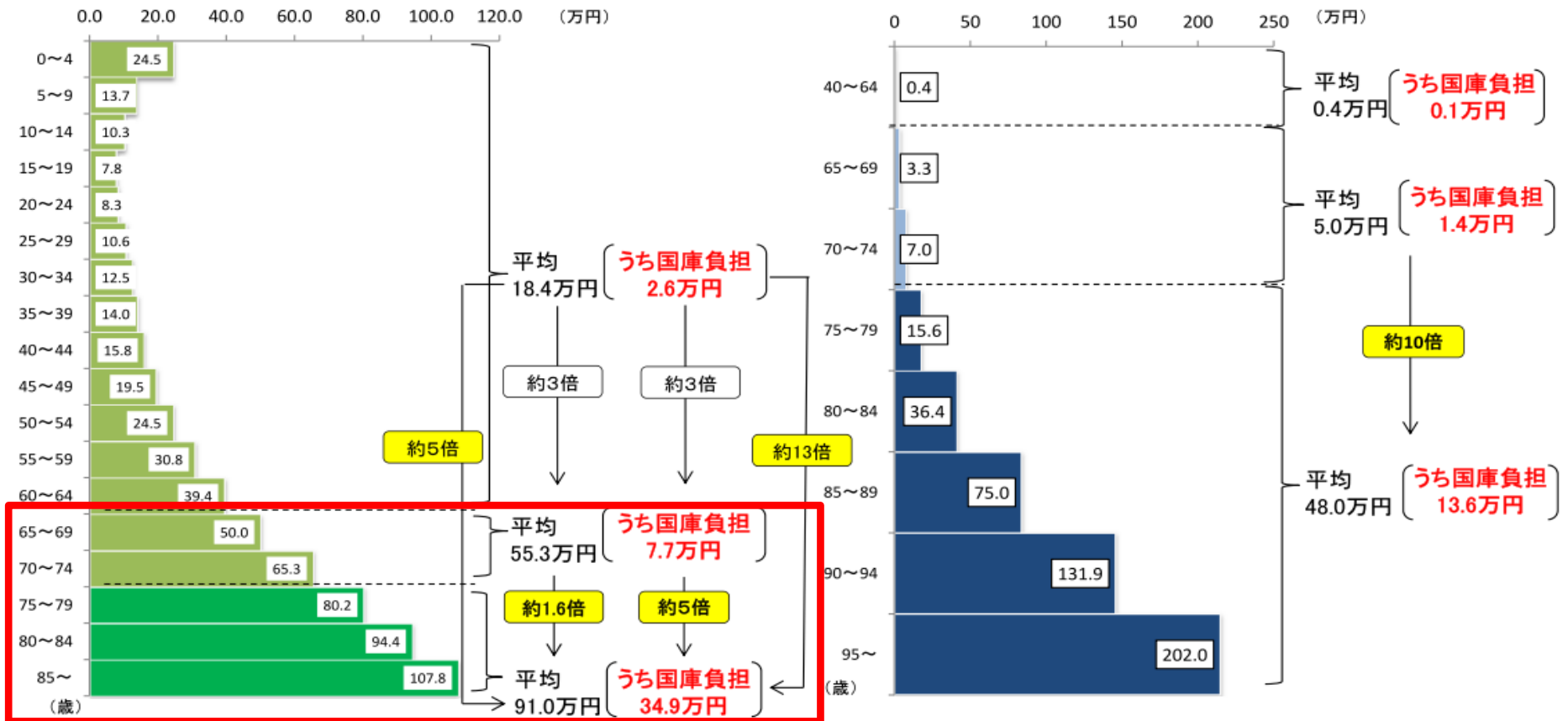
図3

2019(平成31)年4月23日：財務省財政制度等  
審議会資料

## 年齢階級別1人当たり医療・介護費について

年齢階級別1人当たり国民医療費  
(2016年)

年齢階級別1人当たり介護費  
(2016年)



(出所) 厚生労働省「国民医療費の概況」、「介護給付費等実態調査」等

# 国民医療費の財源別内訳

図4

2016(平成28)年度国民医療費の概況：厚労省資料

公費 16.3兆円(38.6%)		保険料 20.7兆円(49.1%)		その他 5.2兆円 (12.2%)
国庫 10.7兆円 (25.4%)	地方 5.6兆円 (13.2%)	事業主 8.8兆円 (20.8%)	被保険者 11.9兆円 (28.3%)	患者負担 4.9兆円 (11.5%)

財源別にみると、公費は16兆2,840億円(構成割合38.6%)、そのうち国庫は10兆7,180億円(同25.4%)、地方は5兆5,659億円(同13.2%)となっている。保険料は20兆6,971億円(同49.1%)、そのうち事業主は8兆7,783億円(同20.8%)、被保険者は11兆9,189億円(同28.3%)となっている。また、その他は5兆1,570億円(同12.2%)、そのうち患者負担は4兆8,603億円(同11.5%)となっている。(表3、統計表第3表、参考1)

表3 財源別国民医療費

財源	平成28年度		平成27年度		対前年度	
	国民医療費 (億円)	構成割合 (%)	国民医療費 (億円)	構成割合 (%)	増減額 (億円)	増減率 (%)
総数	421,381	100.0	423,644	100.0	△2,263	△0.5
公費	162,840	38.6	164,715	38.9	△1,875	△1.1
国庫 <sup>1)</sup>	107,180	25.4	108,699	25.7	△1,519	△1.4
地方	55,659	13.2	56,016	13.2	△357	△0.6
保険料	206,971	49.1	206,746	48.8	225	0.1
事業主	87,783	20.8	87,299	20.6	484	0.6
被保険者	119,189	28.3	119,447	28.2	△258	△0.2
その他 <sup>2)</sup>	51,570	12.2	52,183	12.3	△613	△1.2
患者負担(再掲)	48,603	11.5	49,161	11.6	△558	△1.1

注：1) 軽減特例措置は、国庫を含む。

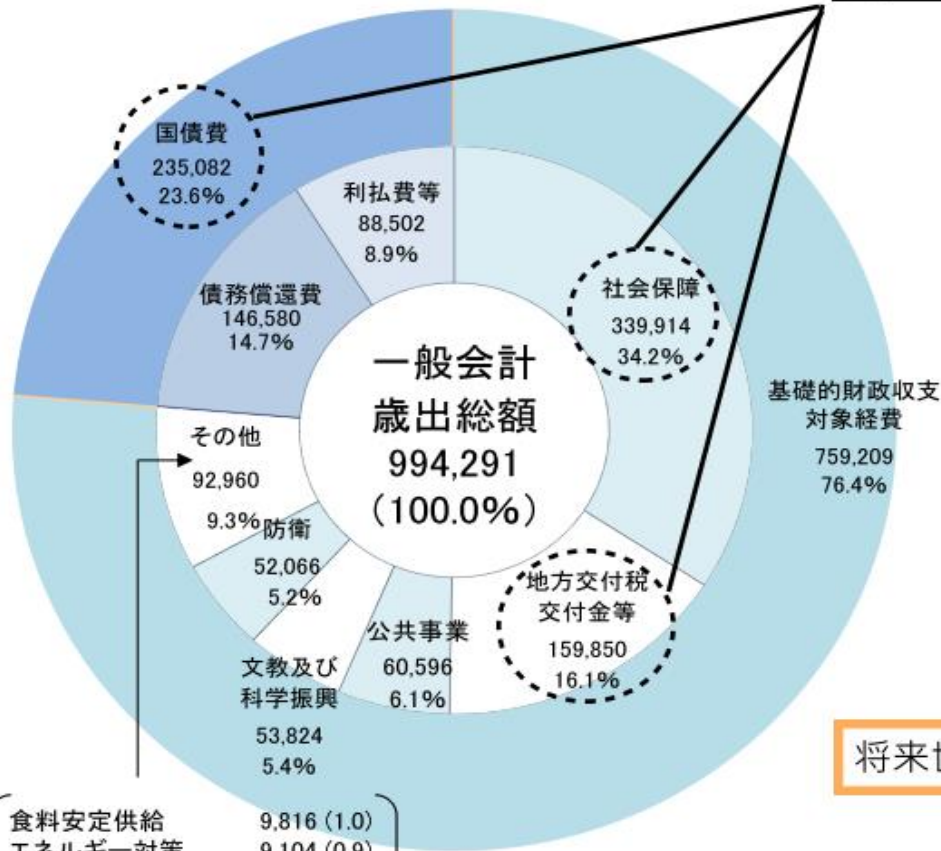
2) 患者負担及び原因者負担(公害健康被害の補償等に関する法律及び健康被害救済制度による救済給付等)である。

# 2019年度一般会計歳出・歳入の構成(臨時・特別の措置を除く)

2019(平成31)年4月23日：財務省財政制度等  
審議会資料

## 一般会計歳出

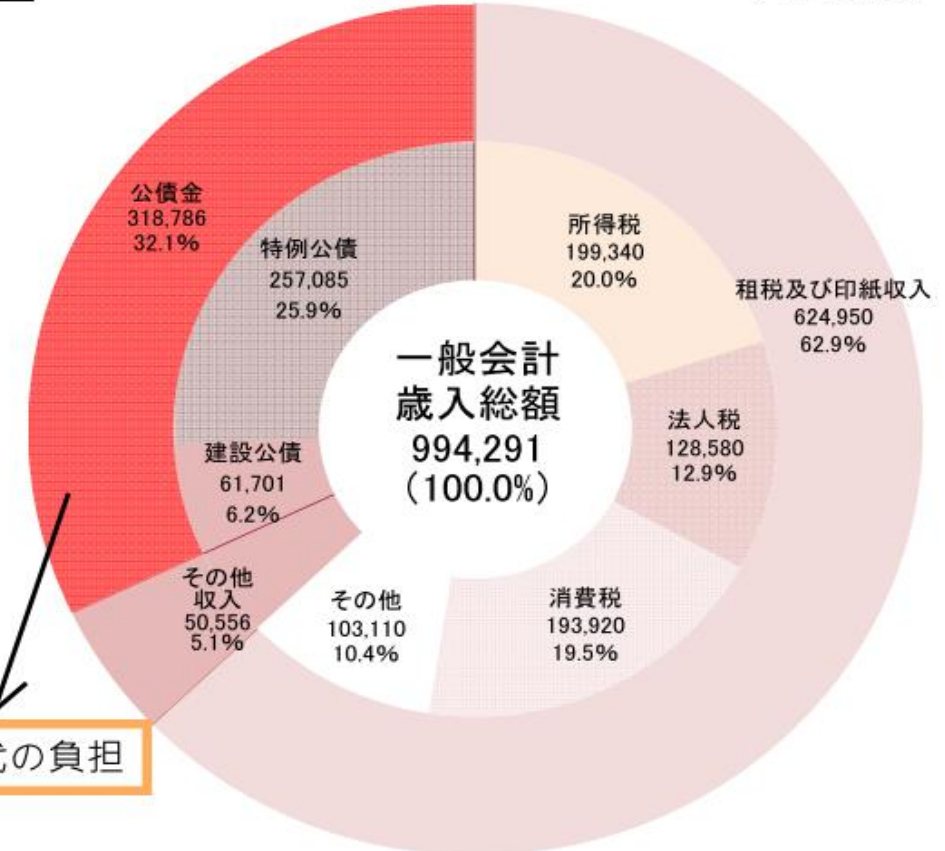
3項目で歳出  
全体の7割超



食料安定供給	9,816 (1.0)
エネルギー対策	9,104 (0.9)
経済協力	5,021 (0.5)
恩給	2,097 (0.2)
中小企業対策	1,740 (0.2)
その他の事項経費	60,181 (6.1)
予備費	5,000 (0.5)

## 一般会計歳入

(単位:億円)



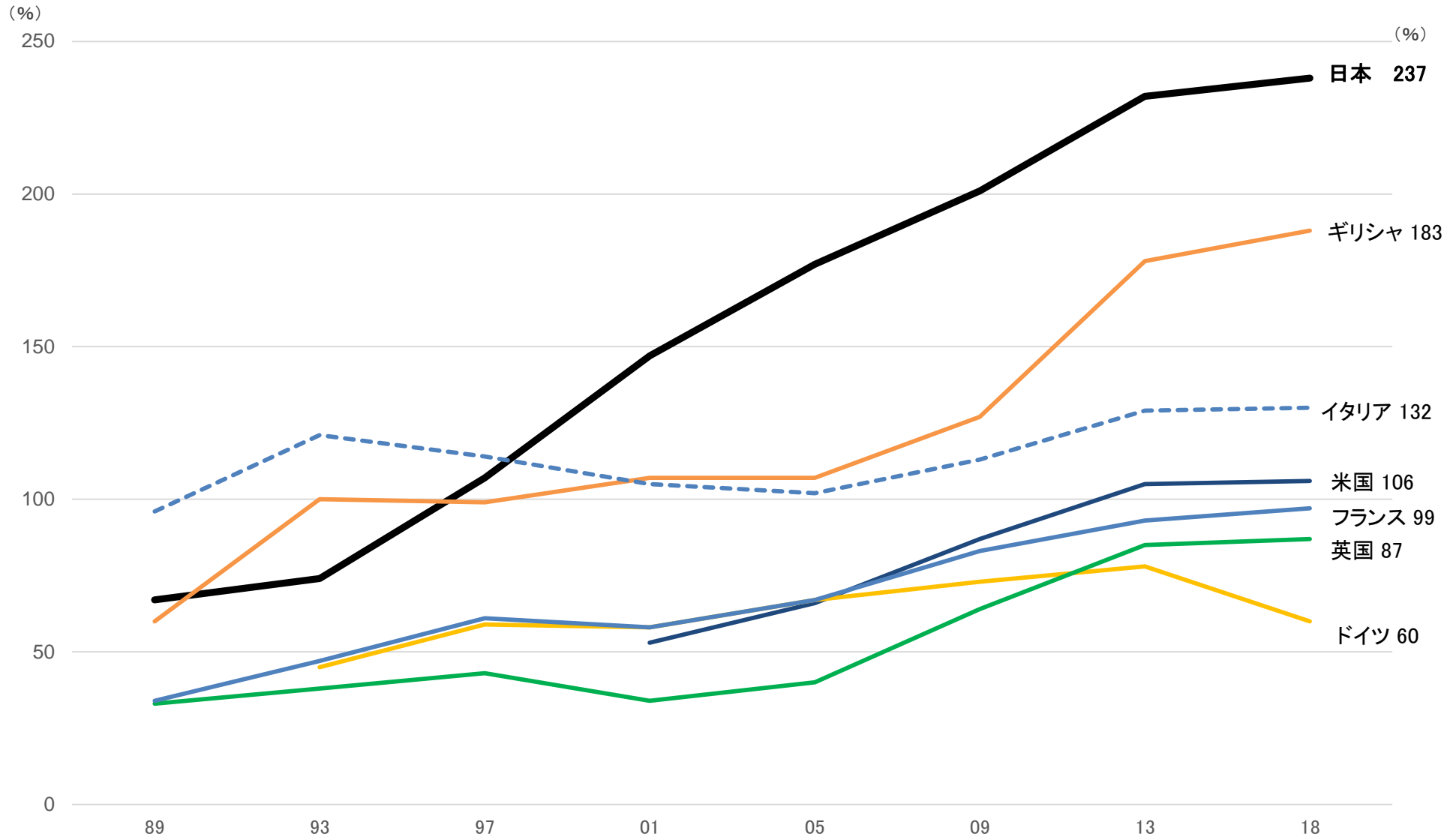
将来世代の負担

※「基礎的財政収支対象経費」とは、歳出のうち国債費を除いた経費のこと。当年度の政策的経費を表す指標。  
 ※「一般歳出」(=「基礎的財政収支対象経費」から「地方交付税交付金等」を除いたもの)は、599,359(60.3%)

(注1) 計数については、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計とは合致しないものがある。  
 (注2) 一般歳出※における社会保障関係費の割合は56.7%。

# 債務残高の国際比較(対GDP比)

図6



<注記> GFS(政府財政統計マニュアル)に基づいたデータ  
<出所> IMF「World Economic Outlook Database」より作成

## 2007年からIMF（国際通貨基金）による財政緊縮



- ・増税、公衆衛生予算の大幅削減
- ・医師含む公務員大量解雇
- ・蚊の殺虫剤の散布縮小→マラリア、ウエストナイル熱患者の増加
- ・抗菌薬、インスリンなどの基幹医薬品の不足
- ・2007年から3年間で男性の自殺者数は24%増加
- ・2008年から3年間で乳幼児死亡率40%増加
- ・2010年だけで、ヘロイン使用量20%の増加  
→一方で「注射針交換プログラム」の縮小、HIV患者の増加



# 「経済財政運営と改革の基本方針2018」 (骨太方針)

2018(平成30)年6月15日閣議決定 (抄)

## 社会保障 (抄)

<基本的考え方>

**行動変容等を通じた医療・介護の無駄の排除と効率化の徹底**、高齢化・人口減少を見据えた地域のサービス体制の整備等の取組を加速・拡大する

<医療・介護提供体制の効率化>

**一人当たり医療費の地域差半減**、一人当たり介護費の地域差縮減に向けて、国とともに都道府県が積極的な役割を果たしつつ、地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行う (略)。

高齢者の医療の確保に関する法律第14条に基づく **地域独自の診療報酬** について、都道府県の判断に資する具体的な活用策の在り方を検討する。

## 高齢者の医療の確保に関する法律第14条

「国は (中略) 都道府県の地域に別の診療報酬を定めることができる」

# 各国の「医療へのアクセス」と「開業・標榜」

	日本	英国	フランス	ドイツ
外来診療 アクセス	フリーアクセス。 <u>紹介状のない 大病院の初診 は定額負担。</u>	かかりつけ 医を受診 (救急除く)	フリーアクセス。かかり つけ医とそれ 以外で自己負 担に差あり	フリーアク セス。
開業・標榜	規制なし。	かかりつけ 医の定員を 国が決定。	専門診療科 以外は <b>診療 できない。</b>	医師過剰地 域で開業に 制限。

(参考) 日本経済新聞：2018年4月26日「社会保障費抑制 次の一手は？」

# 「いのちをまもり、医療をまもる」ための国民総力戦！

厚生労働省 公表資料

～それぞれが少しずつ、今すぐできることから～

## 市民のアクションの例

- 患者の様子が普段と違う場合は「信頼できる医療情報サイト」(※1)を活用し、まずは状態を把握する
- 夜間・休日に受診を迷ったら#8000や#7119の電話相談を利用する
- 夜間・休日よりも、できるだけ日中に受診する
  - ・ 日中であれば院内の患者・家族支援窓口(相談窓口)も活用できる
  - ・ 夜間・休日診療は、自己負担額が高い、診療時間が短い、処方期間など、受ける側にもデメリットがある
- 抗生物質をもらうための受診は控える
  - ・ 抗生物質はかぜには効かない
- 上手に「チーム医療」(※2)のサポートを受ける
  - ・ 日頃の体調管理は看護師に、薬のことは薬剤師に聞くなど、医師ばかりを頼らない

市民

行政

## 行政のアクションの例

- 「『いのちをまもり、医療をまもる』国民プロジェクト」を継続・推進し、効果を検証していく
- 医療危機の現状を国民に広く共有し、理解を得ていく
- 「信頼できる医療情報サイト」の認証や支援をする
- #8000や#7119の体制整備を進め、周知を徹底する
- 上手な医療のかかり方を直接伝えていく
  - ・ 保護者が子どもの健康や医療について考えるタイミング(両親学級や乳幼児健診など)での直接講座等の実施を全国の自治体に促す
  - ・ 「高齢者/高齢者に携わる人たち」に、大人の医療のかかり方が伝わるよう、介護施設や消防機関などへ協力を呼びかける
  - ・ 学校教育等で若いうちに理解を促す
- 医療機関の機能分化や集約、連携推進など、医師/医療従事者の長時間労働を改善する施策に取り組む
- 看護師や薬剤師などコ・メディカルが、能動的に活躍できるための制度・仕組みを整える(※4)
- 働く人が日中受診できる柔軟な働き方を進める
  - ・ フレックスタイム制や休暇取得などの指標を企業が公表する仕組みを推進する
  - ・ 企業独自の休暇制度を横展開により普及させる
- 行政提出書類の簡素化/簡略化に取り組む

医師/医療提供者

民間企業

## 医師/医療提供者のアクションの例

- あらゆる機会に医療のかかり方を啓発する(待合室、母子健診、小児健診、成人健診、高齢者健診、学校健診、職域健診、公開講座)
- 電話相談や「医療情報サイト」などの最新情報をチェックして質を保つ
- タスクシフト・タスクシェア(業務の移管・共同化)を推進する
  - ・ 医療の質を上げ、患者の満足度を上げることにつながる
- どの医療従事者に相談したらよいかをサポートする患者・家族支援体制(※3)を整える
- 管理者は働き方改革に真摯に取り組み、地域医療の継続にも貢献する
- 医療従事者も患者の安全のため、健康管理に努め、きちんと休暇をとる

## 民間企業のアクションの例

- 従業員の健康を守ることを経営の柱とする
- 柔軟な働き方に関する指標を健康経営に生かす
- 業務の属人化を止め、仕事を皆でシェアする
  - ・ それによりテレワークや休暇取得がしやすくなる
- 体調が悪い時は、休みをとって自宅休養できるようにする
- インフルエンザなどの診断書を強制しない
- AIを活用した相談アプリの開発を進める
- ユーザーフレンドリーな「医療情報サイト」の構築を進める

※1 現在、様々な情報が多くのサイトに掲載されており、どこに正しい情報があるのかを市民は判断できない。国の認証や支援を受けた「信頼できる医療情報サイト」を早急に作成する必要がある(→5つの方策)。

※2 医療機関では、医師、薬剤師、看護師、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)など、様々な専門職の人が働いている。それぞれの高い専門性を活かし、業務分担しつつも連携・補完し合い、患者の状況に応じた的確な医療やケアを提供することを「チーム医療」と呼ぶ。

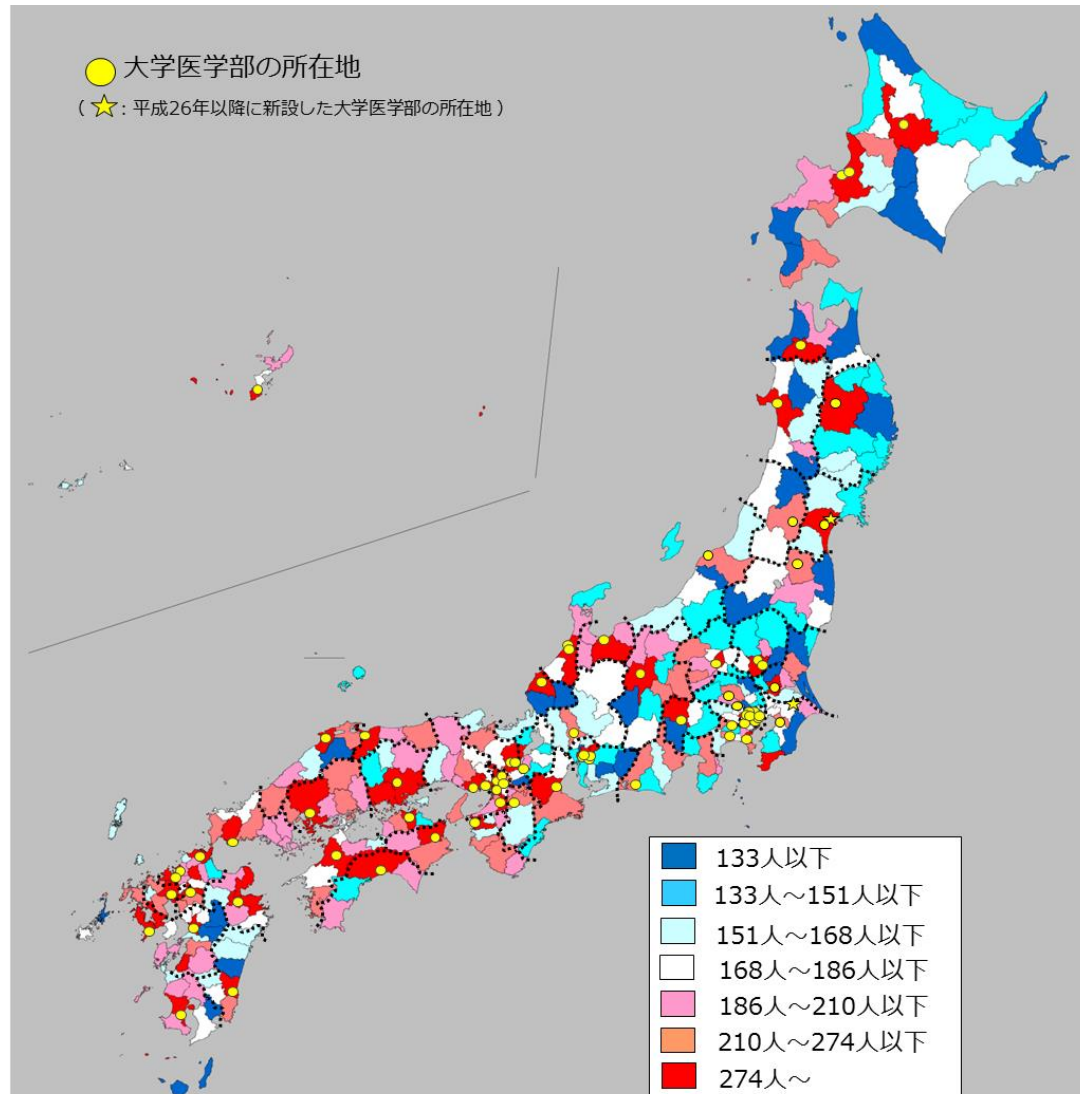
※3 患者・家族の相談や苦情に対して適切に対応するために支援窓口を設け、適切な職員が対応できる体制を整えることを言う。

※4 諸外国においても、医師偏在・過労労働対策の中で、米国等では「フィジシャン・アシスタント」(外科手術の助手や術後管理等を担当)が創設・拡大されてきた。また、医師の指示を受けずに一定レベルの診断や治療などを行うことができる、医師と看護師の中間職と位置付けられる「ナース・プラクティショナー」という上級の看護師も存在する。また、英国では、プライマリ・ケアの場面で診療所看護師(プラクティス・ナース)により、予病や状態の安定した慢性疾患患者等に対する診断、検査、処置、処方、リフィル処方への対応等が可能となっている。

# 二次医療圏ごとの人口10万対医師数（2016年）

図11

- 大学医学部の所在地に医師が多く、「西高東低」の傾向にある。  
人口10万対医師数（全国）（中央値）182.3人（平均）**238.3人**



厚生労働省 公表資料

(出典)2017(平成29)年1月1日住民基本台帳・2016(平成28)年医師・歯科医師・薬剤師調査 ※医師数:医療施設(病院・診療所)に従事する医師数

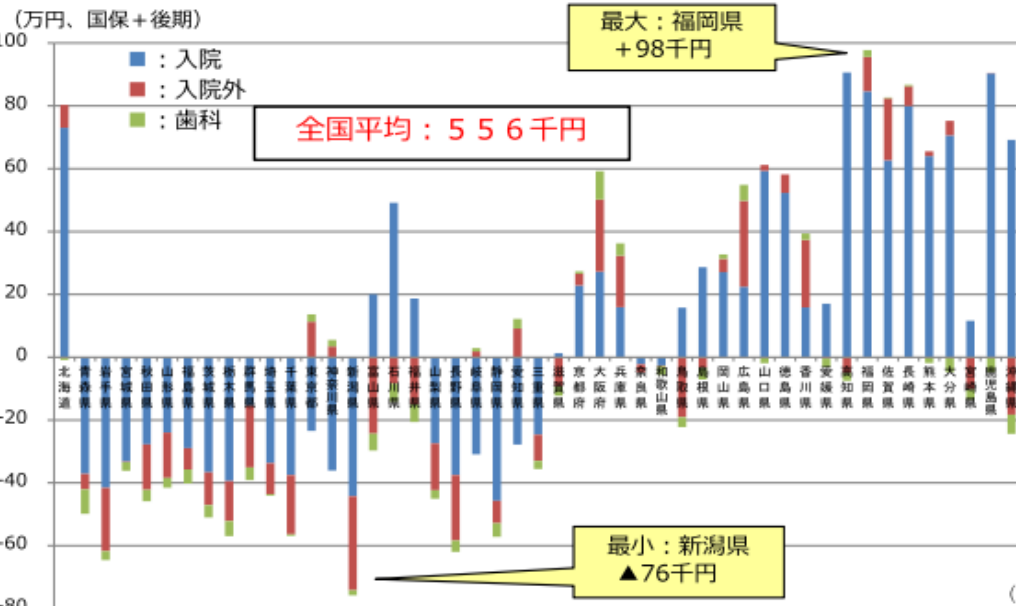
# 我が国の医療提供体制の問題点

2019(平成31)年4月23日：財務省財政制度等審議会資料

国名	平均在院日数(急性期)	人口千人当たり総病床数	病床百床当たり臨床医師数	人口千人当たり臨床医師数	病床百床当たり臨床看護職員数	人口千人当たり臨床看護職員数	人口百万人あたりMRI台数
日本	28.5 (16.3)	13.1	18.5	2.4	86.5	11.3	51.7 ※2
ドイツ	8.9 (7.5)	8.1	51.9	4.2	159.4	12.9	34.5
フランス	10.1 ※1 (5.7) ※1	6.1	51.8	3.1	168.6 ※3	10.2 ※3	13.5
イギリス	7.1 (6.0)	2.6	108.1	2.8	306.0	7.9	7.2 ※2
アメリカ	6.1 ※1 (5.5) ※1	2.8 ※1	92.1 ※1	2.6	403.8 ※1・3	11.6 ※3	36.7

出典：「OECD HealthData2018」(2016年データ) 注1：「※1」は2015年のデータ。 注2：「※2」は2014年のデータ。 注3：「※3」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。  
注4：平均在院日数の()書きは、急性期病床(日本は一般病床)における平均在院日数である。

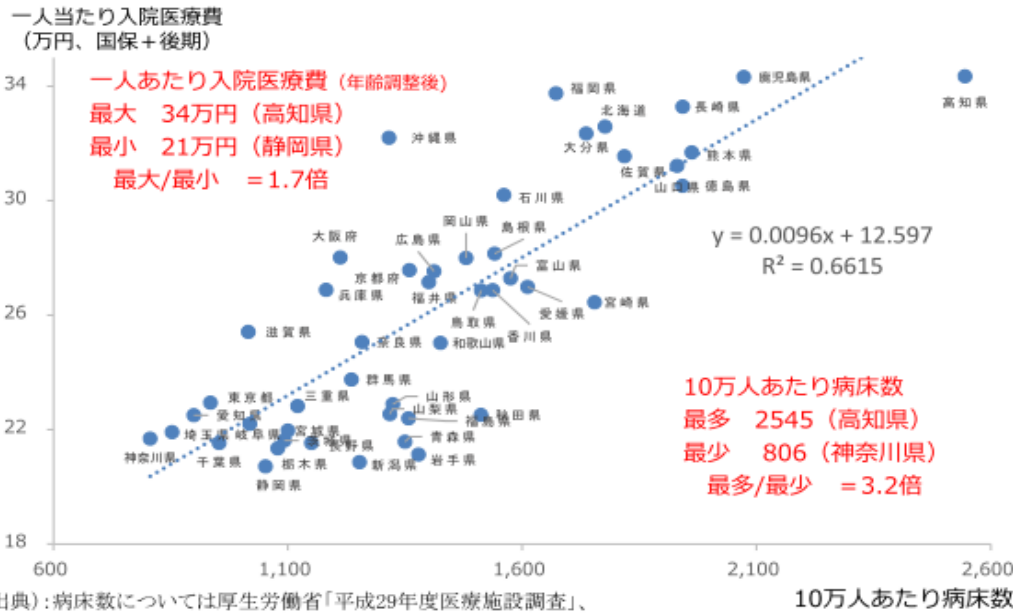
## ◆ 一人あたり医療費(年齢調整後※)の地域差



(出典)厚生労働省「平成29年度医療費の地域差分析」

※ 各都道府県の年齢階級別1人あたり医療費をもとに、全国の年齢構成と同じと仮定して算出。高齢化率等の年齢構成の違いでは説明できない地域差である。

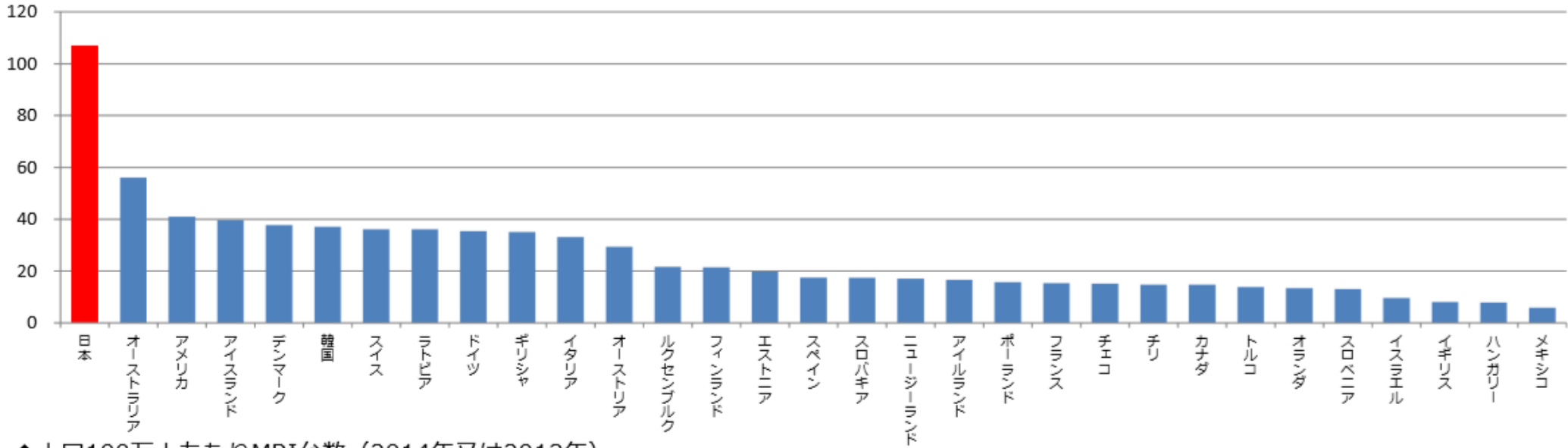
## ◆ 入院医療費(年齢調整後※)と病床数の関係



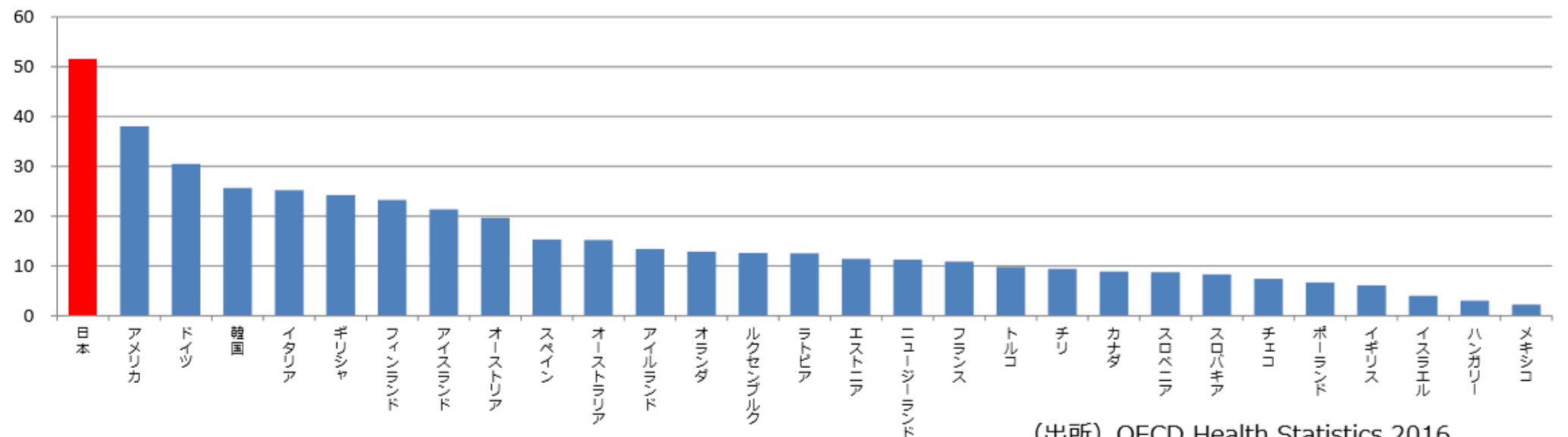
10万人あたり病床数

○ 高額医療機器についても、我が国の配置は特に手厚い。

◆人口100万人あたりCT台数（2014年又は2013年）



◆人口100万人あたりMRI台数（2014年又は2013年）

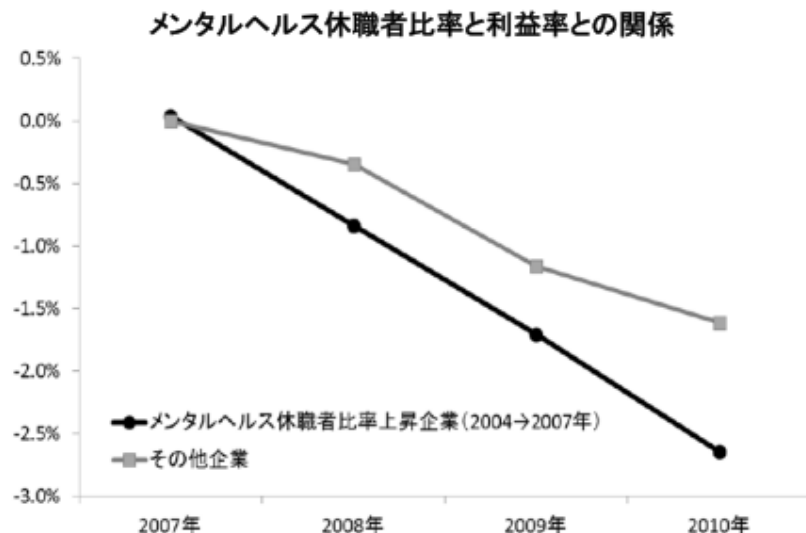


(出所) OECD Health Statistics 2016

- 心身の不調は生産性を低下させることが明らかになっている。また、健康投資1ドルに対するリターンが3ドルになるとの調査結果もある。
- 健康投資は従業員の生産性向上やコスト削減、企業のイメージアップなどにつながっていることが示唆される。

## 従業員メンタルヘルスと利益率との関係

- 経済産業研究所の研究プロジェクト(黒田・山本)により、従業員規模100人以上の451企業に対し、メンタルヘルスの不調が企業業績に与える影響を検証。
- メンタルヘルス休職者比率の上昇した企業は、それ以外の企業に比べ、売上高利益率の落ち込みが大きい。



(出所)RIETI Discussion Paper Series 14-J-021

「企業における従業員のメンタルヘルスの状況と企業業績」—企業パネルデータを用いた検証—  
黒田祥子(早稲田大学)、山本勲(慶應義塾大学)

## 健康投資に対するリターン

- J&Jがグループ世界250社、約11万4000人に健康教育プログラムを提供し、投資に対するリターンを試算。
- 健康投資1ドルに対して、3ドル分の投資リターンがあったとされている。

### 投資リターン(3ドル)

#### 生産性の向上

欠勤率の低下  
プレゼンティーズムの解消

#### 医療コストの削減

疾病予防による傷病手当支払い減  
長期的医療費抑制

#### モチベーションの向上

家族も含め忠誠心と士気が上がる

#### リクルート効果

就職人気ランキングの順位上昇で採用が有利に

#### イメージアップ

ブランド価値の向上  
株価上昇を通じた企業価値の

### 健康投資(1ドル)

#### 人件費

(健康・医療スタッフ・事務スタッフ)

保健指導等利用費、  
システム開発・運用費

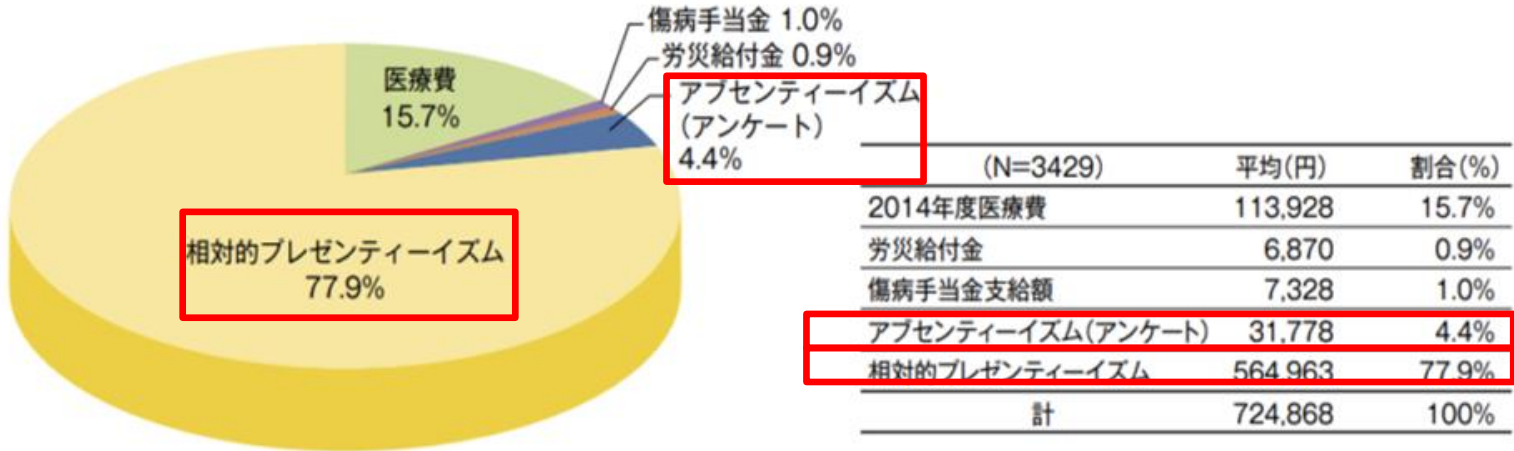
#### 設備費

(診療施設、フィットネスルーム等)

(出所)「儲かる『健康経営』最前線」ニューズウィーク誌2011年3月号を基に作成

# 健康関連総コストの内訳

健康関連総コスト（3企業・組織 3,429 件）：WHO/HPQ+ アブセンティーズム（アンケート）



注) プレゼンティーズムは、WHO/HPQによる相対的プレゼンティーズム(同様の仕事をしている人のパフォーマンスに対する過去4週間の自分のパフォーマンスの比)、アブセンティーズムはアンケート回答による病欠日数を採用。

出典: [データヘルス・健康経営を推進するためのコラボヘルスガイドライン](#) | 厚生労働省保健局



(1) 企業収益向上 ⇒ 法人税収増 8,109億円

■前提条件

国内の企業数（社）	3,589,333	中小企業庁「都道府県・大都市別企業数、常用雇用者数、従業者数(民営、非一次産業、2016年)」による
〃 役員数（人）	4,387,531	国税庁「平成29年分 民間給与実態統計調査」による
〃 役員の年収総額（円）	29,250,746,000,000	同 上
〃 従業員数（人）	40,232,940	中小企業庁「都道府県・大都市別企業数、常用雇用者数、従業者数(民営、非一次産業、2016年)」による
〃 従業員の年収総額（円）	145,514,497,392,000	厚生労働省「平成29年 賃金構造基本統計調査」等により平均年収を算出し、上記「従業員数」を乗じた金額

■プレゼンティーズムが2%改善 ⇒ 企業の所得増（役員・従業員の年収2%相当額）により法人税が増収すると想定

国内の役員の年収総額（円）	29,250,746,000,000	
〃 従業員の年収総額（円）	145,514,497,392,000	
合計（円）	174,765,243,392,000	
2%相当額（円）	3,495,304,867,840	
※法人税収の試算額（円）	810,910,729,339	法人税率23.2%と仮定

(2) 個人の健康増進 ⇒ 所得税収増 1,318億円

■前提条件

65～69歳の就業者数（見込：人）	3,800,000	<2030年時点> 国立社会保障・人口問題研究所：資料シリーズ No.166「労働力需給の推計—新たな全国推計（2015年版）を踏まえた都道府県別試算—」による
〃 就業者の増加数（見込：人）	850,000	将来的に経済や労働参加が上向きに進展し、2030年の時点の就業者数が295万人→380万人に増加するとの前提
増加85万人の給与額（見込：円）	1,964,573,280,000	厚生労働省「平成29年 賃金構造基本統計調査」から、上記85万人給与額を算出

■65～69歳の就業者数が85万人増加 ⇒ 85万人の就業者増により所得税が増収すると想定

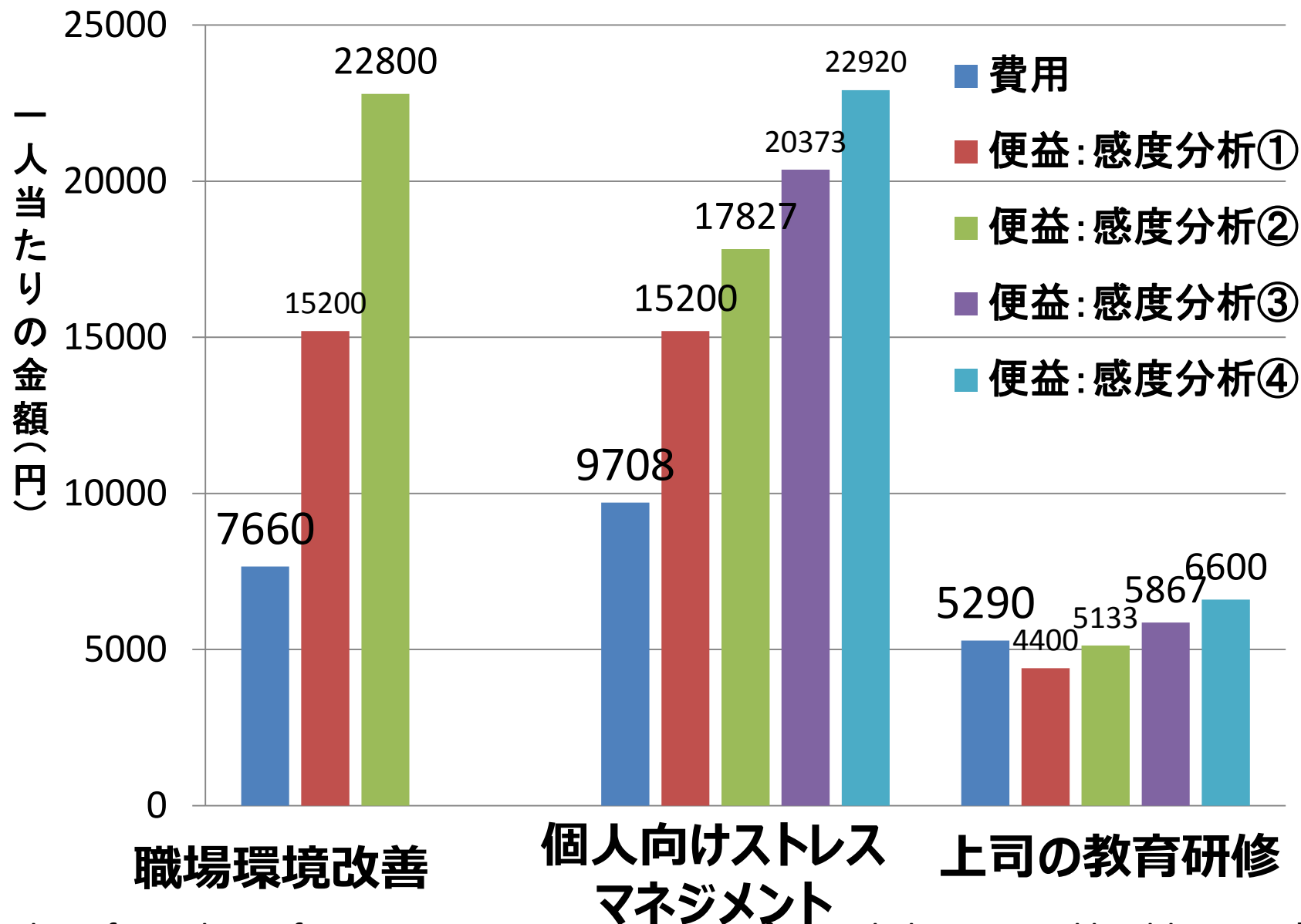
増加85万人の給与額（見込：円）	1,964,573,280,000	
※所得税収の試算額（円）	131,842,560,000	所得税率10%または20%と仮定、税率に応じた控除額（10%では97,500円、20%では427,500円）により税額を算出

# メンタルヘルス対策による労働生産性の向上効果

図17

メニュー	1人あたり 効果	1人あたり 企業負担費用
職場環境改善	22800円 企業受益 (1年間)	7660円
個人向けストレスマネジメント	20373円 企業受益 (1年間)	9708円
上司教育	5867円 企業受益 (1年間)	5290円
効果的な復職支援	219万円 企業受益 (1年間)	300,898円 ※復職者1人当たり費用 ※休職期間の延長による企業負担除く
ストレスチェック実施	各対策に結び付けば有効	700円
メンタル相談窓口の設置	各対策に結び付けば有効	5,000～10,000円 ※1件相談あたり

# メンタルヘルスの第一次予防は費用対効果が良い



調査報告

メンタルヘルス不調者の入社継続率を 91.6% に改善した  
復職支援プログラムの効果

難波克行<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 中外製薬株式会社

(A) 旧復職支援プログラム



(B) 新復職支援プログラム

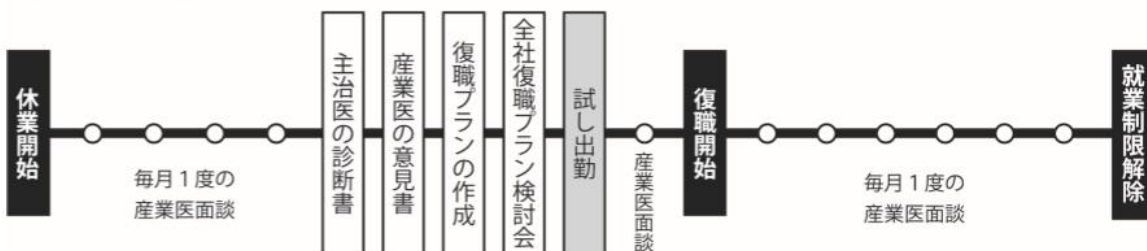


Fig. 1. 新旧の復職支援プログラム.

Table 2. 新旧復職支援プログラムのコストの比較

旧プログラムの人件費	時間	回数・人数	人件費	
<b>産業医の人件費</b>				
産業医面談	20分	2回	¥13,332	
面談後の人事担当者との打ち合わせ	10分	2回	¥6,666	
<b>人事担当者の人件費</b>				
回復の状況を月に1度確認する	30分	3回	¥7,353	
産業医面談の手配	15分	2回	¥2,451	
産業医面談後の産業医との打ち合わせ	10分	2回	¥1,634	
休職開始時の社内調整など	120分	1回	¥9,804	
復職時の社内調整など	120分	1回	¥9,804	
<b>復職判定委員会の人件費</b>				
産業医	30分	1人	¥9,999	
人事担当者	30分	1人	¥2,451	
上司	30分	1人	¥2,451	
合計			¥65,945	
<b>新プログラムの人件費</b>				
<b>産業医の人件費</b>				
産業医面談	30分	12回	¥119,988	
面談後の人事担当者との打ち合わせ	15分	12回	¥59,994	
<b>人事担当者の人件費</b>				
産業医面談の手配	15分	12回	¥14,706	
産業医面談後の産業医との打ち合わせ	15分	12回	¥14,706	
休職開始時の社内調整など	120分	1回	¥9,804	
復職時の社内調整など	180分	1回	¥14,706	
<b>全社復職プラン検討会の人件費</b>				
本社産業医	100分	1人	¥8,170	
本社人事部の担当者	60分	3人	¥14,706	
事業所の人事担当者	60分	1人	¥4,902	
事業所の管理監督者	60分	1人	¥4,902	
事業所の産業看護職	60分	1人	¥4,902	
事業所の担当者の移動時間 (往復)	120分	3人	¥29,412	
合計			¥300,898	
<b>休業期間中のコスト</b>			<b>休業期間の中央値</b>	<b>休業コスト</b>
旧プログラム			107.5日	¥2,582,735
新プログラム			167日	¥4,012,248

## 5. 新旧の復職支援の費用便益分析

メンタルヘルス不調者の復職支援プログラムの改善の取り組みについて、経営者の視点から費用便益分析を行った。新旧の復職支援プログラムを比較すると、復職後1年間の生産性は2,192,321円増加していた。復職支援のコストは、人件費のみで234,953円増加し、人件費と休業コストを合計した場合は1,664,467円増加していた。これらの値から投資収益率(ROI)を計算したところ、人件費をコストとした場合のROIは933%( $=2,192,321 \div 234,953$ )となり、人件費と休業コストを合計した場合のROIは132%( $=2,192,321 \div 1,664,457$ )となった。

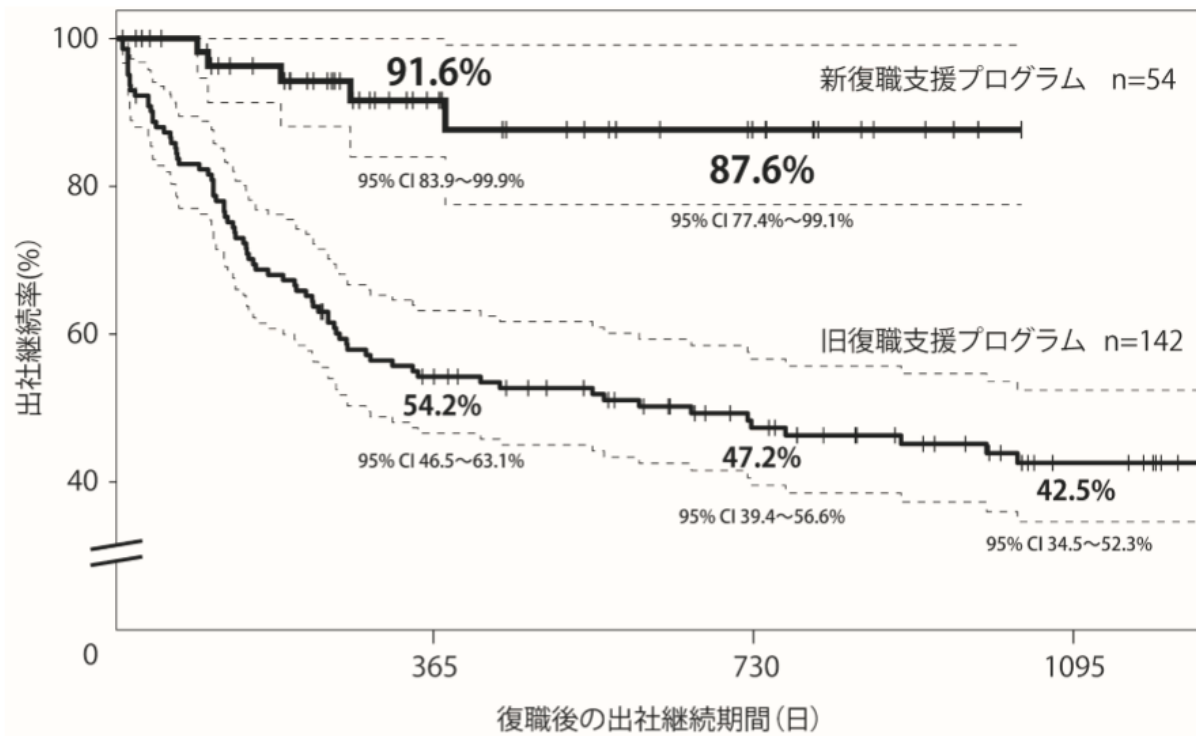


Fig. 2. 新旧復職支援プログラムの出社継続率の比較\*。

\* ログ・ランク検定を用いて検定したところ有意差が認められた ( $p<0.01$ )。

## メンタルヘルス不調者の出社継続率を91.6%に改善した復職支援プログラムの効果

# 薬剤費に関連した医療費適正化効果シート①外来薬剤

図21

No	メニュー	医療費適正化効果
(2)①	必ず後発医薬品をもらう (現行70%⇒100%)	1兆2,000億円
(2)②	残薬をつくらない(必要以上の薬剤を処方しない・要求しない)	8,700億円
(2)③	必ず6種以下にする (現行61%⇒100%)	1兆900億円
(2)④	風邪で抗菌薬をもらわない	1,002億円

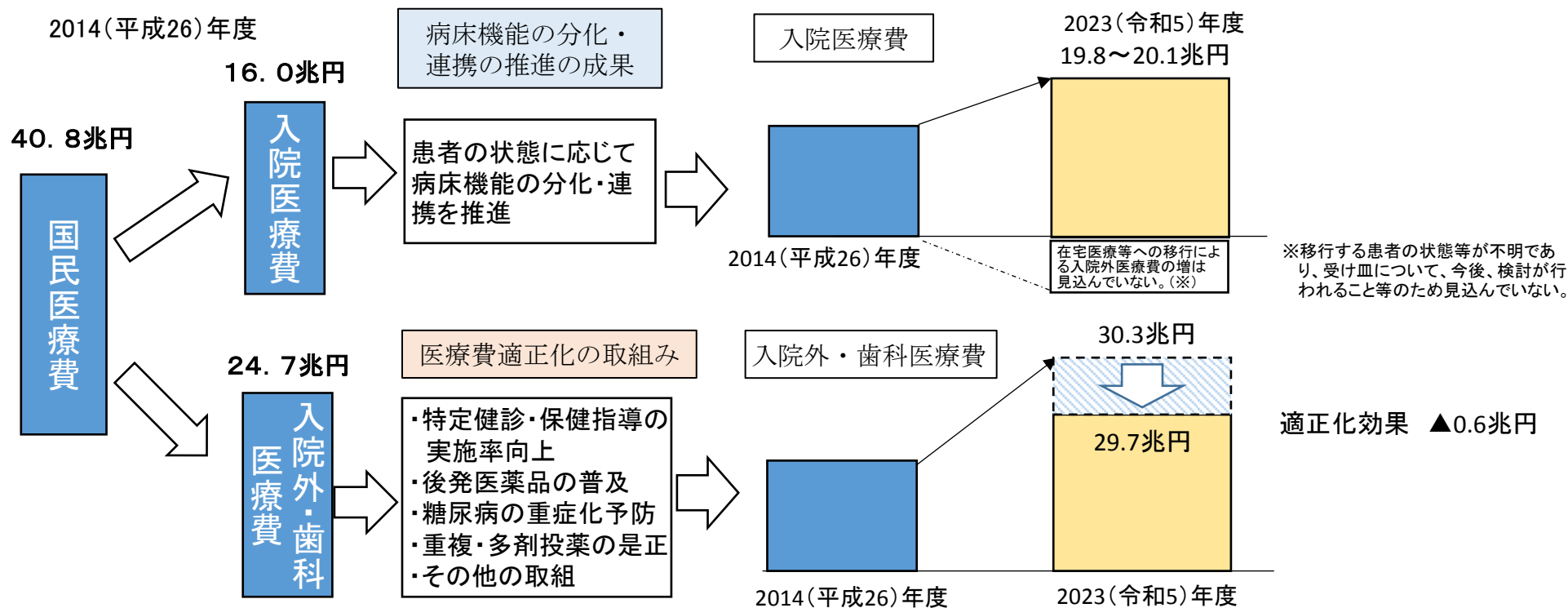
# 第3期の医療費適正化計画について

- 第3期（2018～2023年度）の医療費適正化計画では、
  - ・ 入院医療費は、都道府県の医療計画（地域医療構想）に基づく病床機能の分化・連携の推進の成果を反映させて推計する
  - ・ 外来医療費は、糖尿病の重症化予防、特定健診・保健指導の推進、後発医薬品の使用促進（80%目標）、医薬品の適正使用による、医療費適正化の効果を織り込んで推計する。この結果、2023年度に0.6兆円程度の適正化効果額が見込まれる。

【標準的な算定式による医療費の見込みのイメージ】

※下記は国において一定の仮定の下に試算（実際は今後、都道府県が策定）

2017年1月 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第2次報告書



【外来医療費 2023年度時点の適正化効果額（※機械的試算）】		計 ▲約6000億円
①特定健診実施率70%、特定保健指導45%の目標達成		▲約200億円
②後発医薬品の使用割合の目標達成（70%⇒80%）		▲約4000億円
③糖尿病の重症化予防により 40歳以上の糖尿病の者の1人当たり医療費の平均との差が半分になった場合		▲約800億円
④重複投薬（3医療機関以上）と多剤投与（65歳以上で15種類以上）の適正化により投与されている者が半分になった場合		▲約600億円

## 資料5:わが国での残薬推計額の事例4

薬剤師の介入による残薬及び薬剤費削減効果の検証及び残薬を生ずる患者の薬局へのニーズの調査(「残薬管理システム」を利用した評価) <一般社団法人滋賀県薬剤師会>

年間約8744億円の残薬薬剤費の可能性があると推計

【期間】平成26年12月3日から平成27年2月28日に実施(91薬局が参加)

【残薬推計額】3ヶ月間で残薬が確認された患者は537人、患者1人あたりの残薬額は4690.8円。残薬の確認は、本人の他、家族、介護・看護職員、薬剤師等から報告を受けたが、患者の残薬額には差がみられた。(例:本人報告では3714.7円/人、家族報告では9765.2円/人)

人口1000人当たりの通院者率は約370人(推定平均通院日数通院期間の数理分析 厚生労働省保険局調査課平成25年6月)であることから、我が国の人口を1億2600万人とすると、通院患者は4662万人となり、これらの患者の残薬は2186億8509万円と推計できる。年間残薬額の推計は難しいが、仮に12ヶ月の推計を単純に3か月間の4倍とすると、8744億円となる。

【全国規模の医療費削減効果の推計】上記残薬確認のうち、システム経由で報告された患者情報(患者数350人、残薬額1,677,278.0円、患者1人当たりの残薬額は4792.2円)をもとに分析すると、薬剤師の介入により、残薬を再利用したり医師への疑義照会で処方日数変更する等によって有効利用された薬剤費額は1,250,813.8円で、確認された残薬額の74.6%に相当した。かなり粗い計算ではあるが、全国規模で介入すれば3か月で1630億円、年間で6523億円の医療費削減が見込まれると推察される。



診療行為	1回点数	年間算定回数
処方料（その他）	42	271,656,091
処方せん料（その他）	68	726,649,491

NDBオープンデータ（2016年度）より引用

「処方料」処方せん料」の総算定回数

9.98億レセプト

⇒うち38.9%が7種以上と回答（ここでは8種類と仮定）

⇒3.88億レセプトが7種以上である

レセ1枚当たりの調剤医薬費7,000円

レセ1枚当たり平均5.01種類

薬剤1種類当たり平均調剤医薬費：1,400円

6種以下のレセの平均薬剤種類：3.34種類：約4,700円

6種類のレセの平均調剤医薬費：約8,400円

7種以上のレセの平均薬剤種類：8.00種類と仮定すると11,200円

⇒1レセプトあたり調剤薬剤費2800円抑制可能

これを仮に全て6種類に減らした場合

3.89億×2800円＝1兆900億円削減となる

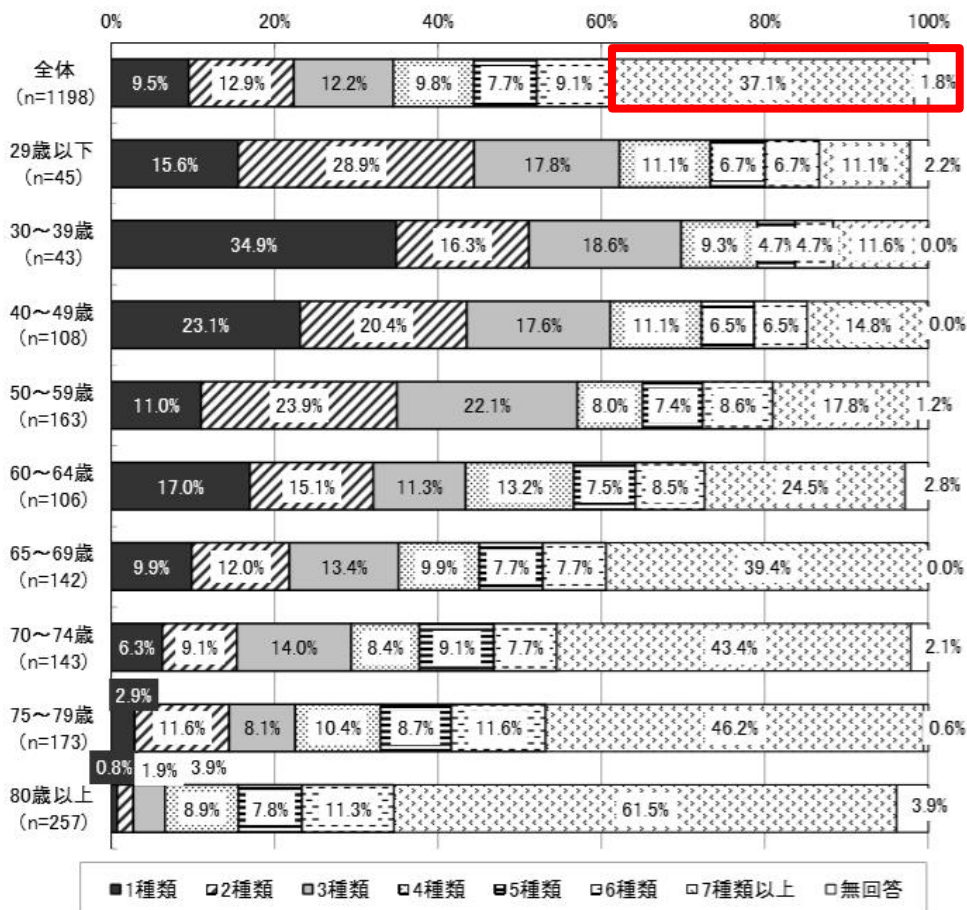
備考：「処方料（7種類以上）」「処方せん料（7種類以）」は少数であり計算から除外

平成30年度診療報酬改定

## 多剤投薬の実態

○ 高齢であるほど、定期的に内服する薬の種類が多くなる傾向がみられた。65歳以上では約4割、80歳以上では6割の患者で「7種類以上」内服しているとの結果であった。

➤ 現在、1日あたり使用している薬（年齢階級別、定期的に医療機関に行つて処方してもらっている薬がある患者）



平均5.01種類

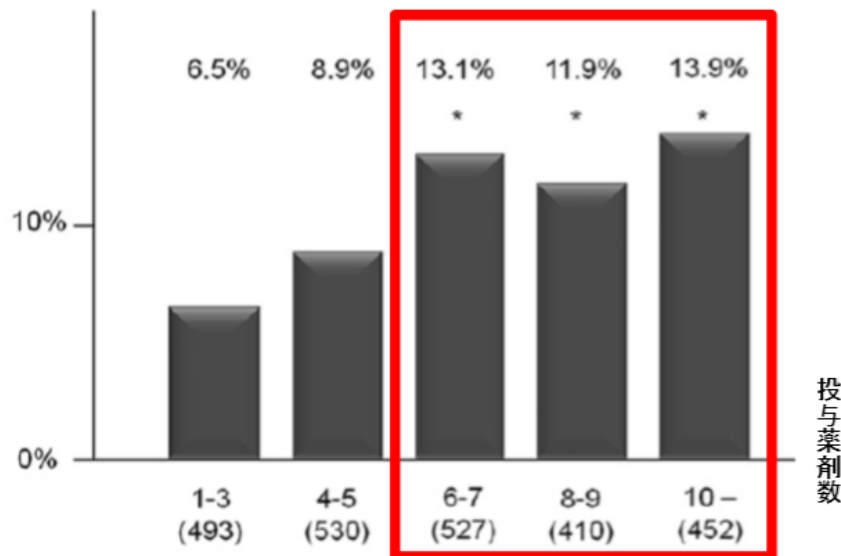
平成30年度診療報酬改定

## 多剤処方の問題点① ～有害事象の発生～

- 高齢者では、6剤以上の投薬が特に有害事象の発生増加に関連している。
- 高齢者の薬物有害事象は、意識障害、低血糖、肝機能障害、電解質異常、ふらつき・転倒の順に多かった。

高齢者の投与薬剤数と有害事象の関係性

薬物有害事象発生率



投与薬剤数

- 1995年～2010年に東京大学病院の老年病科に入院した65歳以上の高齢者2,412人(年齢:78.7±7.3歳、男性51.3%)の薬物による副作用を後向きに調査。
- 投与薬剤数は6.6±3.6剤。
- 252人(10.5%)に副作用を確認。

- 2013年4月～2014年3月に大学病院老年科5施設(杏林大学高齢医学科、名古屋大学老年内科、東北大学老年科、大阪大学老年・高血圧内科、東京大学老年病科)に入院した65歳以上の患者の薬物有害事象を調査した。
- 患者数:700名、平均年齢:81.5歳(男性46.1%)
- 薬物有害事象を呈した患者数:104名(14.7%)※上記表は、そのうち102名の症状の内訳

高齢者の薬物有害事象の主な症状	薬物有害事象を呈した者の症状の内訳
意識障害	9.6%
低血糖	9.6%
肝機能障害	9.6%
電解質異常	7.7%
ふらつき・転倒	5.8%
低血圧	4.8%
無動・不随意運動	3.8%
便秘・下痢・腹痛	3.8%
食欲不振・吐き気	3.8%
徐脈	3.8%
出血・INR延長	3.8%

「風邪」に対して抗菌薬をもらわない

- ・ 2014（平成28）年外来【院外】で処方されている抗菌薬の総額  
**合計329商品**の合計金額：1兆15億円
- ・ 分析対象とした薬剤の薬効分類：
  - 613 主としてグラム陽性・陰性菌に作用するもの
  - 614 主としてグラム陽性菌，マイコプラズマに作用するもの
  - 615 主としてグラム陽性・陰性菌，リケッチア，クラミジアに作用するもの
  - 619 その他の抗生物質製剤
  - 624 合成抗菌剤

例) フロモックス 100mg（薬価50円）の処方総数  
処方錠数： 67,557,788錠（6.8千万錠）

- ・ 仮に全抗菌薬うち**10%**が抗菌薬が不要な患者に対して処方されたたすると、  
 $1兆15億円 \times 10\% = 1001.5億円$ （約1002億円）  
が適正化可能と推計

# 医療費適正化効果シート②外来受診・外来検査

No	ジャンル	メニュー	医療費適正化効果
(3)①	外来受診	市販薬・ドラッグストア徹底活用で外来受診回数が5%減少	4,866億円
(3)②	外来受診	通院頻度を下げ、外来受診回数が5%減少	4,866億円
(3)③	外来受診	時間外・休日・深夜の受診を20%減少	78億円
(3)④	救急車利用適正化	救急車の使用を5%減少	127億円

No	ジャンル	メニュー	医療費適正化効果
(4)①	外来検査	CTとMRI検査回数を20%減とする	1072億円
(4)②	外来検査	大腸内視鏡検査を20%減とする	91億円

## 原著論文

医療機能的役割からみた外来診療単価に  
影響を及ぼす因子の検討

沼田 裕一

表 1 対象期間内の各変数の分布：外来診療  
単価、医師数、各種患者数、医師一人  
当たり各種患者数の分布

	平均	標準偏差	最小値	最大値
外来診療単価 (円)	6532	1020	5081	8368
医師数 (人；各月)	47	4	40	56
外来患者数 (人／月)	12455	1173	10220	15229
初診者数 (人／月)	1750	528	1101	2801
救急車搬入台数 (人／月)	356	145	141	562
紹介患者数 (人／月)	269	156	86	586
新規患者数 (人／月)	846	218	536	1275
再来患者数 (人／月)	10705	793	9052	12428
外来患者数／医師数 (人／月・人)	265	17	227	317
初診患者数／医師数 (人／月・人)	37	9	25	58
救急車／医師数 (人／月・人)	7	3	3	12
紹介患者数／医師数 (人／月・人)	6	3	2	11
新規患者数／医師数 (人／月・人)	18	4	12	25
再来患者数／医師数 (人／月・人)	228	15	187	259

初診料	111000110	初診	282	256,433,665
	111011810	初診（同一日複数科受診時の2科目）	141	2,767,807
再診料	112007410	再診	72	1,053,084,451
	112007950	電話等再診	72	2,279,698
	112008350	同日再診	72	1,787,555
	112008850	同日電話等再診	72	246,211
	112015810	再診料（同一日複数科受診時の2科目）	36	8,167,235
外来診療料	112011310	外来診療料	73	168,732,382
			合計	1,493,499,004

年間外来回数：14.9億回

各回の医療費：6,532円

取り組みにより、5%受診か回数が減少と仮定

$14.9\text{億} \times 6,532\text{円} \times 0.05 = 4,866.34\text{億円}$

**年間4,866億円の適正化となる。**

診療行為	点数	総計	金額(円)
初診(時間外)加算	85	1,025,976	872079600
初診(時間外特例)加算	230	2,248,802	5172244600
再診(時間外)加算(入院外)	65	1,450,453	942794450
再診(時間外特例医療機関)加算(入院外)	180	232,496	418492800
外来診療料(時間外)加算(入院外)	65	164,708	107060200
		<b>合計</b>	<b>7512671650</b>
初診(休日)加算	250	4,804,102	12010255000
再診(休日)加算(入院外)	190	1,127,752	2142728800
外来診療料(休日)加算(入院外)	190	640,541	1217027900
		<b>合計</b>	<b>15370011700</b>
初診(深夜)加算	480	1,475,729	7083499200
初診(夜間・早朝等)加算	50	12,842,753	6421376500
再診(深夜)加算(入院外)	420	250,018	1050075600
外来診療料(深夜)加算(入院外)	420	397,767	1670621400
		<b>合計</b>	<b>16225572700</b>

時間外加算金額合計：7,512,671,650円

休日加算合計：15,370,011,700円

深夜加算合計：16,225,572,700円

金額合計：約391.1億円

このうち、20%回数を減らすことができれば、  
**年間78.2億円の適正化となる。**



			合計点数	合計回数
CT撮影(その他)	560	793,696	444469760	
CT撮影(16列以上64列未満マルチスライス型機器)	900	11,644,195	10479775500	
脳槽CT撮影(造影含む)	2,300	139	319700	
CT撮影(4列以上16列未満マルチスライス型機器)	750	992,830	744622500	
CT撮影(64列以上マルチスライス型機器)(その他)	1,000	6,516,542	6516542000	
CT撮影(64列以上マルチスライス型機器)(共同利用施設)	1,020	286,348	292074960	<b>18477804420</b>
MRI撮影(その他)	900	1,980,660	1782594000	
MRI撮影(1.5テスラ以上の機器)	1,330	9,171,926	12198661580	
MRI撮影(3テスラ以上の機器)(その他)	1,600	879,837	1407739200	
MRI撮影(3テスラ以上の機器)(共同利用施設)	1,620	184,708	299226960	<b>15688221740</b>
コンピューター断層診断	450	30,326,133	13646759850	<b>20,233,750</b>
画像診断管理加算1(コンピューター断層診断)	70	2,970,789	207955230	
画像診断管理加算2(コンピューター断層診断)	180	10,106,638	1819194840	
電子画像管理加算(コンピューター断層診断料)	120	31,210,705	3745284600	<b>12,217,131</b>
			<b>19419194520</b>	

## &lt;外来&gt;

CT撮影回数：20,233,750回

CT撮影費用：184,778,044,200円⇒1850億円

MRI撮影回数：12,217,131回

MRI撮影費用：156,882,217,400円⇒1570億円

CT+MRI診断回数：約31,210,705(※電子画像管理加算回数を採用)

CT+MRI診断費用：194,191,945,200円⇒1940億円(※画像診断管理加算と電子画像管理加算の和)

	診療行為	1回点数	年間算定回数	合計点数
大腸内視鏡検査	大腸内視鏡検査（ファイバースコープ・S状結腸）	900	135,610	122049000
	大腸内視鏡検査（ファイバースコープ・下行結腸及び横行結腸）	1,350	69,371	93650850
	大腸内視鏡検査（ファイバースコープ・上行結腸及び盲腸）	1,550	2,788,338	4321923900
	大腸内視鏡検査（カプセル型内視鏡）	1,550	709	1098950

### <外来>

下部消化管検査費用：45,387,227,000円⇒454億円

このうち、20%回数を減らすことができれば、  
年間91億円の適正化となる。