Monthly IHEP

2016
No.255
8 August

# 医療経済研究機構レター

INSTITUTE FOR HEALTH ECONOMICS AND POLICY

## ●特別寄稿

ジェネリック医薬品に対する医師・薬剤師の不信・不安

武藤　正樹 氏
国際医療福祉大学大学院 教授

## ●官公庁インタビュー

ニッポン一億総活躍プランについて

玉川　淳 氏
内閣官房一億総活躍推進室 参事官

## ●研究部レポート

入れ歯の経済学：患者自己負担が入れ歯の利用と咀嚼能力に与える影響

高久　玲音
医療経済研究機構 主任研究員

## ●解説（全8回）

OECD の SHA 分類から見る日本の保健医療支出の構造
－第１回：国民医療費・入院部分－

満武　巨裕
医療経済研究機構 研究副部長

IHEP

発行:医療経済研究機構
一般財団法人　医療経済研究･社会保険福祉協会

# Monthly IHEP No.255 CONTENTS

**特別寄稿** ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
ジェネリック医薬品に対する医師・薬剤師の不信・不安
国際医療福祉大学大学院 教授　武藤　正樹 氏

**官公庁インタビュー** ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
ニッポン一億総活躍プランについて
内閣官房一億総活躍推進室 参事官　玉川　淳 氏

**研究部レポート** ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 15
入れ歯の経済学：患者自己負担が入れ歯の利用と咀嚼能力に与える影響
医療経済研究機構 主任研究員　高久　玲音

**解説（全８回）** ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 18
OECD の SHA 分類から見る日本の保健医療支出の構造－第１回：国民医療費・入院部分－
医療経済研究機構 研究副部長　満武　巨裕

**お知らせ** ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 22

特別寄稿

# ジェネリック医薬品に対する医師・薬剤師の不信・不安

国際医療福祉大学大学院
教授　武藤　正樹　氏

2015年11月の厚生労働省調剤医療費動向調査によれば、ジェネリック医薬品の普及率は数量ベースで特許切れの医薬品の中で60.3％に達し、ついに60％を超えた。

そして2015年６月30日、安倍内閣は経済財政運営の指針「骨太の方針」で、ジェネリック医薬品使用促進の新たなロードマップの目標値を以下のように定めた。「2017年の年央に70%、2018～20年度末までの間のなるべく早い時期に80%以上達成」。いよいよジェネリック医薬品80％以上の時代の幕開けだ。しかし、この80％時代を目前にした今日においても、相変わらず医師、薬剤師のジェネリック医薬品への不信・不安は根強い。

特に後述するように医師の中でも専門医のジェネリック医薬品に対する不信・不安が強い。この連載をまずジェネリック医薬品に対する不信・不安の現状から始めよう。

## 1　ジェネリック医薬品に対する医師の不信・不安

2014年12月、日本医師会のシンクタンクである日本医師会総合政策研究機構が公表した「2014年度診療報酬改定の影響に関するワーキングペーパー」から見ていこう。ワーキングペーパーでは2014年10～11月に実施した診療所開設者・管理者へのアンケート結果（回答者数1,519人）をもとに、分析したものである。アンケートの中で後発品への信頼度について聞いている。

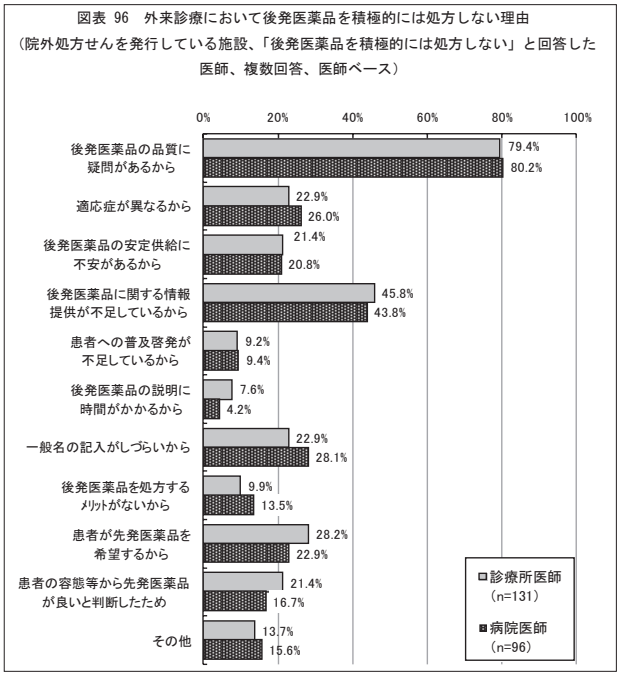
アンケートの回答によると、後発品については、なお診療所医師の５割以上が「品質、効果に問題があると感じている」としている。診療所医師が考える後発品の問題点（複数回答）としては、「品質」が54.2％、「効果」が50.2％、「情報提供」が41.9％、「安定供給」が31％、「副作用」が30.2％だった。2007年度調査と比べて、製品数増加もあり「安定供給に問題があるという回答が少ない」と評価している一方、記述欄に「製品数が多すぎる」、「似かよった製品名がある」、「製品名の変更が多い」、「先発品と後発品とで適応症が異なる」、「後発品は先発品とは添加物が異なるが情報が十分ではない」などの意見があったことも紹介している。

日本医師会の松本純一常任理事（中央社会保険医療協議会委員）は、診療所医師の半数以上が後発品の品質と効果を「問題」と捉えていた回等結果について、理由のひとつに「生産している場所が国も含めて詳らかにされていない」ことを挙げた。「後発品に限った問題ではない」が、厚生労働省へ生産場所を明確にするよう「言っているがなかなか調査できていない」とした。先発品と賦形剤などが異なる点も不信の理由として「十分考えられる」と述べた。

こうした医師のジェネリック医薬品に対する不安や不信は、中医協が診療報酬改定の影響を検証するために行っている「平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」（以下、「特別調査」）でも同

様に見て取れる。特別調査の中で、外来で院外処方せんを発行している病院、診療所の医師で「後発医薬品を積極的には処方しない」と回答した医師にその理由を聞いたところ、１位は「後発医薬品の品質に疑問があるから」、２位は「後発医薬品に関する情報提供が不足しているから」、３位は「患者が先発品を希望するから」となっていた（図表１）。

**図表１**



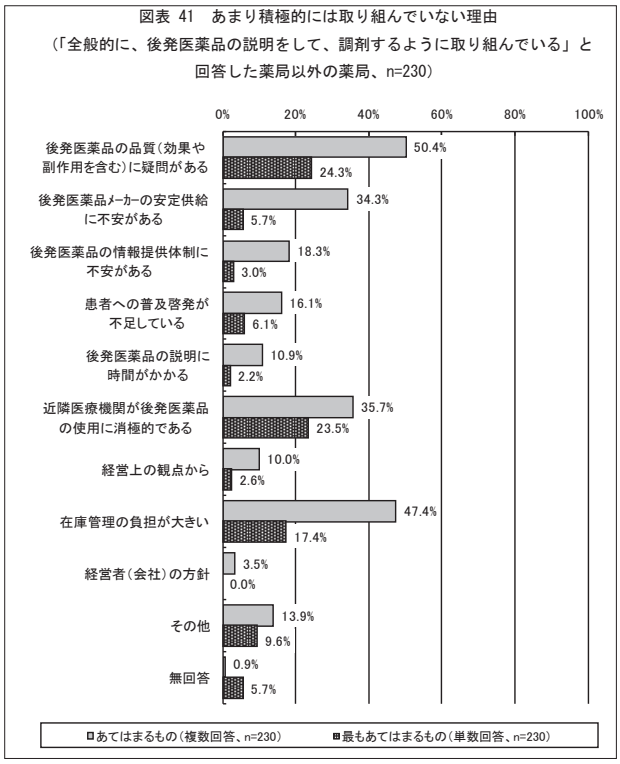

出所：「後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査」平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成27年度調査）より

## ２　ジェネリック医薬品に対する薬剤師の不信

また薬局の薬剤師も実のところジェネリック医薬品に対して不信や不満を持っている。先の特別調査によると、ジェネリック医薬品を積極的に扱っていない薬局の薬剤師にその理由を聞いたところ、１位は「後発医薬品の品質（効果や副作用を含む）に疑問がある」、２位は「安定供給に不安がある」、３位は「（薬局における）在庫管理の負担が大きい」、４位は「（処方せんを発行する）近隣医療機関が後発医薬品の使用に消極的である」の順となっていた（図表２）。

実は薬局の薬剤師も「なぜ自分たちがジェネリック医薬品を扱わなければならないのか判らない」と言う人も今だにいる。「マージンがまだまだ多い特許切れの先発品〈長期収載品〉だけで十分なのに、なんでマージンが薄いジェネリック医薬品を取り揃えなければならないのか？」「患者にジェネリック医薬品を勧めるのも手間暇がかかる」ということで、本当はジェネリック医薬品を扱いたくないのが、ジェネリック医薬品の品質不信とも相まって、一部の薬局薬剤師の本音だ。

**図表２**




出所：「後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査」平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成27年度調査）より

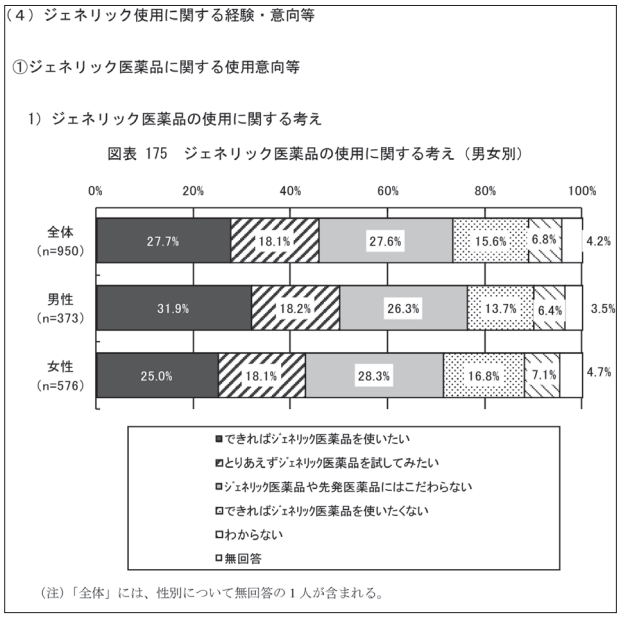
## ３　ジェネリック医薬品に対する患者の不信

また患者さんもジェネリック医薬品に対する意向が分かれている。特別調査を見てみよう。特別調査では全体で15.6%の患者が「できればジェネリック医薬品を使いたくない」と答えている。男女を比較すると、男性13.7%、女性16.8%でやや女性のほうが多い（図表３）。我が家でも家内がアンチジェネリック派だ。開業医の娘である家内は「開業医の父は絶

対に『ゾロ』なんか使わなかった。私も近所の診療所の問診表のジェネリック医薬品希望欄にはいつも×をつけている」と言っている。なお「ゾロ」というのは先発品の特許が切れると「ゾロゾロ」でてくる後発医薬品の蔑称である。

一方、著者はバリバリのジェネリック派だ。著者が高血圧で服用している降圧剤はアムロジピンとロサルタンだが、いずれもジェネリック医薬品だ。港区の国際医療福祉大学三田病院で院外処方せんを出してもらって、近くの日本調剤三田薬局でジェネリック医薬品を調剤してもらっている。おかげで血圧は安定、しかもロサルタンのおかげで尿酸値まで下がって、さらにその上自己負担分も下がって１石３鳥だと大満足だ。

**図表３**




出所：「後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査」平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成27年度調査）より

## ４　専門医の不信・不安

次に最近の医師の専門学会でも取り上げられるようになった、専門医のジェネリック医薬品に対する不信・不安を見ていこう。

2015年６月、浜松市で行われた第９回日本ジェネリック医薬品学会学術集会で、循環器の専門医に「高血圧治療ガイドラインには、なぜジェネリック医薬品が掲載されていないのか？」を質問したところ、次のような回答が返ってきた。「ジェネリック医薬品はランダム化比較試験による臨床試験（治験）を行っていないので、有効性、安全性のエビデンスがないからだ。エビデンスのない医薬品をガイドラインに掲載することはできない」。

本当にジェネリック医薬品にはその専門医が言うように有効性、安全性のエビデンスはないのだろうか？

実はこうした議論は米国では1980年代の中ごろに、盛んに行われた議論でもある。1980年代の前半には、米国ではジェネリック医薬品の承認にあたっても臨床試験が課せられていた。これをジェネリック医薬品は先発品と有効成分が同じであることから臨床試験を省き、現在のような簡略承認の道が開かれたのが、1984年のことだ。この年、ジェネリック医薬品の簡略承認と新薬の特許期間の延長を抱き合わせた法律が米国議会を通過する。それが「ハッチ・ワックスマン法」で、法案を提出した二人の上院議員の名前が冠せられている。この法律によって現在のジェネリック医薬品の普及の道筋が開かれ、現在の米国でのジェネリック医薬品市場シェア90％という時代につながる。そして、このジェネリック医薬品の承認方式は今や世界標準になっている。

しかし当初は、こうした簡略試験で承認されたジェネリック医薬品に関する臨床的同等性についての議論が、米国でも巻き起った。論争は議会にも及び、大論争となったくらいだ。こうした中で、米国ではジェネリック医薬品の製造販売後に先発品との臨床的同等性を検証する論文が次々と発表された。そうした論文の一つを次に紹介しよう。

先述したようにハッチ・ワックスマン法によりジェネリック医薬品が普及し始めると、ジェネリック医薬品と先発品の臨床的同等性の研究も多数行われるようになった。とくに循環器領域で、これらの研究が数多くなされた。そして2008年、それまでの循環器領域におけるジェネリック医薬品と先発品との臨床的同等性を比較した論文を数多く集めて、そ

れらをメタ分析した研究結果がJAMAに掲載される。これを以下に紹介しよう。

この論文は「循環器疾患におけるジェネリック医薬品と先発品の臨床的同等性、システマッティックレビューとメタ分析」（文献１）である。この論文では1984年から2008年までに発表された循環器薬の先発品とジェネリック医薬品に関する47論文（そのうち38論文がランダム化比較試験を行っていた）についてメタ分析を行っている。対象となった循環器薬は以下である。βブロッカー、利尿剤、Ｃａ拮抗剤、抗血小板凝固剤、ＡＣＥ阻害剤、スタチン、ワーファリンである。その結果は図表のようである。この図表４の見方は、左寄りが先発品の方が有効、右寄りが後発品の方が有効ということを示している。結果は、上記の全ての薬剤で中心線にオーバーラップしているので、どちらか一方が有効ということはなかった。つまりいずれの循環器薬についても、先発品とジェネリック医薬品とは臨床的にも同等であることが示されたわけだ。

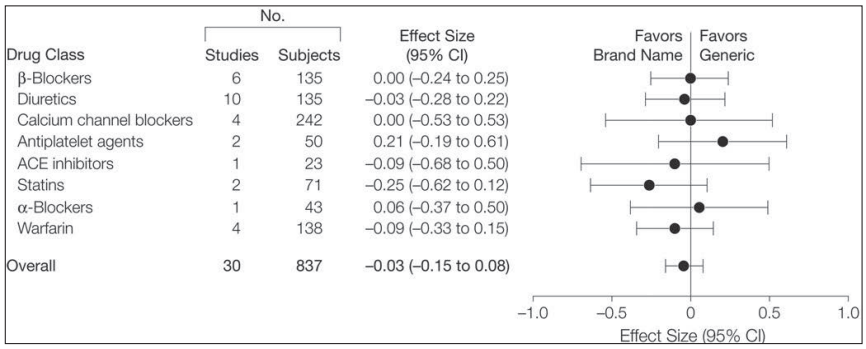
こうした研究ができた背景を裏返せば、ジェネリック医薬品の臨床的同等性が大きな医学会の問題となったため、その関連論文が多数発表され、このようなメタ分析が可能となった。つまり論争がなければこうした解析もできなかったことになる。さて、システマティック・レビューによるランダム化比較試験のメタ分析がいまのところ「最強のエビデンス」と言われている。これによって米国では循環器病薬のジェネリック医薬品の臨床的同等性の論争は一段落した。

さて、翻って日本の現状はどうだろう。わが国では先述した私が経験のように、わが国では、現在ちょうど米国の1980年代後半から1990年代にわたる議論を追体験していると言ってよい。我が国では、多くの循環器病専門医はまだまだ循環器病薬のジェネリック医薬品に懸念を抱いている。とくにその傾向はアミオダロンのような抗不整脈薬に強いようだ。

2012年９月に第60回日本心臓病学会が金沢市で開催された。この学会のコントロバーシー・セッションで循環器病薬の「先発品ＶＳジェネリック医薬品」が取り上げられた。私もこのコントロバーシー・セッションに参加したので、これを紹介していこう。

コントロバーシー・セッションでは循環器薬の中で抗不整脈薬アミオダロン（商品名アンカロン）のジェネリック医薬品が議論の対象となった。とくにアミオダロンは、強力な抗不整脈作用を持つ反面、催不整脈作用による除脈や頻脈などの副作用を発生させる可能性がある。また概して治療域が狭く、患者背景に応じて用法用量を決定し、服用中も厳密な血液濃度のモニターが必要である。そしてアミオダロンは肺線維症や甲状腺障害など重篤な副作用も有する。こうしたハイリスク薬であるアミオダロンのジェネリック医薬品への切り替えについては循環器

**図表４　循環器領域における先発品とジェネリック医薬品の臨床的同等性に関するメタ分析結果**




出所：Clinical Equivalence of Generic and Brand-Name Drugs Used in Cardiovascular Disease
A Systematic Review and Meta-analysis（文献1）

病専門医の懸念が特に強い。

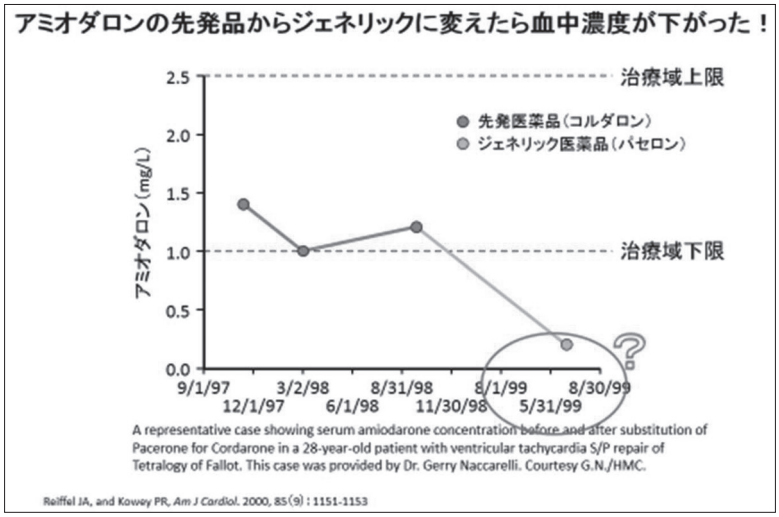
コントロバーシー・セッションでは、まずジェネリック医薬品の承認方法について循環器専門医から懸念が表明された。ジェネリック医薬品は有効成分が先発品と同じなので、先述のように臨床試験は必要とされていない。そのかわり先発品と同等性を証明する生物学的同等性試験が課せられている。生物学的同等性試験には、クロスオーバー試験と溶出試験の二つが用いられている。クロスオーバー試験とは20名ほどの健常人を用いて、先発薬と後発薬を交互に単回経口投与し、その有効成分の血中移行のパターンの一致性をみる試験である。また溶出試験とは消化管内のｐＨを模した試験管内で先発医薬品と後発医薬品の溶液中への有効成分の溶出パターンの一致性を見る試験である。

循環器専門医の懸念は、「この少数例の健常人の単回経口投与試験だけで、本当に患者に長期連続投与した場合にも、血中濃度が同じであるという臨床的な同等性を証明したといえるのか？」という点だ。その他にも、有効成分の原薬の不純物や製造過程の中間体、有効成分の体内代謝産物や、添加物の違い、徐放剤の溶出パターンの違いなど、ジェネリック医薬品の製剤上の安全性についても多くの懸念があるようだ。

実際にアミオダロンの先発薬を使用していた患者に、ジェネリック医薬品への置き換えを行ったら血中濃度が下がったという海外報告もある（図表５）。この文献がコントロバーシーの議論でも引用された。ただこの図表をみると、先発からジェネリック医薬品に置き換え間には１年もの期間がある。この間にアミオダロンの投与量変更の有無はアドヒアラスの変化はなかったのか？また血中濃度に影響を与える体重変化、アルブミン量の変化、肝機能変化、併用薬の有無、変更等の状況は全く記載されていない。また血中濃度の採血手技（実施時刻、服用状況）は統一されていたかどうかなどの状況が全くわからない。しかも１例報告だ。この１例をもってジェネリック医薬品への切り替えがその血中濃度の全てを説明するとはとても考えられない。

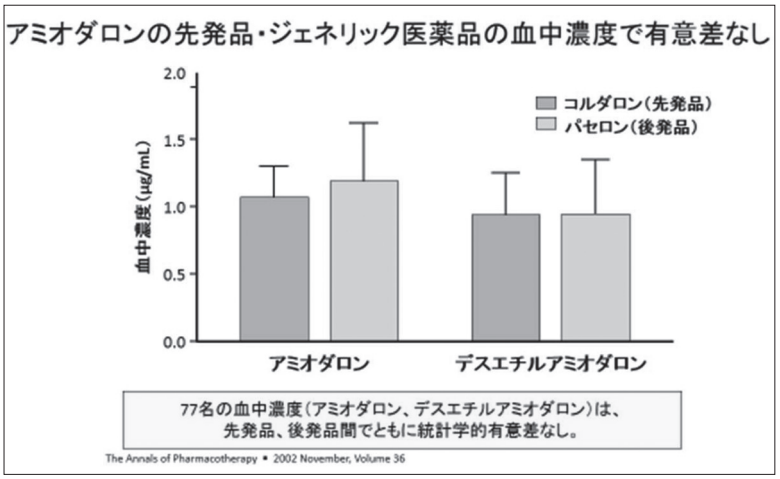
この他にも、あるいはアミオダロンとアミオダロンの体内代謝産物で、薬理活性をもつデスエチルアミオダロンの血中濃度の比率が上がったなどの報告が海外であり、よく国内でも引用される。もっともこれらの論文をよく吟味してみると、症例報告レベルで統計学的処理もなされていなく、論文のエビデンスレベルとしてははなはだ低いことがわかる（文献２）。

図表５




出所：Generic antiarrhythmics are not therapeutically equivalent for the treatment of tachyarrhythmias（文献2）

図表６




出所：Comparison of plasma concentrations for two amiodarone products（文献３）

一方、アミオダロンの先発医薬品を後発医薬品の切り替え前後の77例の患者でみた、デスエチルアミオダロン、アミオダロンの血中濃度を比較した論文では両者とも統計的な有意差を認めなかったという信頼できる海外報告もある（図表６）（文献３）。

## おわりに

さて、連載の第一回では、医師、薬剤師、患者に根強い、ジェネリック医薬品の不信、不安について取り上げた。

とくに医師、薬剤師は専門家であるがゆえ、また患者さんを目の前にして実際にジェネリック医薬品を処方し、調剤する立場ゆえに、これまで使ったことのない医薬品については慎重にならざるを得ない。これは薬に対する健全な対応だ。このようにジェネリック医薬品の品質に向けられた厳しい目は大切になくてはならない。次回はこのジェネリック医薬品が問題ありとされた学会発表、論文発表、患者クレームを詳細にレビューを行い、場合によっては再試験を行っている、ジェネリック医薬品品質情報検討会の活動について見ていくことにする。

### 引用文献

1. A. S. Kesselheim et al: Clinical equivalence of generic and brand-name drugs used in cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2008; 300 (21): 2514-2526
2. J.A. Reiffel et al: Generic antiarrhythmics are not therapeutically equivalent for the treatment of tachyarrhythmias Am J Cardiol. 200, 85 (9): 1151-1153
3. S.C. Sauro et al: Comparison of plasma concentrations for two amiodarone products Ann Pharmacother. 2002, 36: 1682-1685

# ニッポン一億総活躍プランについて

内閣官房 一億総活躍推進室
参事官　玉川　淳　氏

経済成長を阻んでしまう少子高齢化という日本の構造的問題に立ち向かうため、本年６月２日に「ニッポン一億総活躍プラン」が閣議決定されました。成長と分配の好循環モデルを構築するために「名目ＧＤＰ600兆円」「希望出生率1.8」「介護離職ゼロ」という３つの目標が掲げられ、これらに向けた新しい三本の矢を貫く課題として働き方改革と生産性の向上に取り組む必要があるとされています。そこで、元医療経済研究機構 研究主幹で、現在は内閣官房 一億総活躍推進室 参事官の玉川　淳 氏に、広く注目されている同プランの概要及びポイントについて解説いただきました。

**――「ニッポン一億総活躍プラン」の全体像、概要についてご解説いただけますか。**

40兆円近い国民総所得の増加や15兆円の国の税収の増加、史上最高水準の企業収益、就業者数の増加、失業者数及び失業率の改善、高水準の有効求人倍率など、３年間のアベノミクスは大きな成果を生み出しました。他方、出生率の大幅な低下や高齢化率の上昇、総人口の減少など、我が国の経済成長の隘路の根本には、少子高齢化という構造的な問題があります。

アベノミクスの第２ステージは、この少子高齢化の問題に真正面から立ち向かい、広い意味での経済政策として子育てや社会保障の基盤を強化し、それが経済を強くするという新たな経済社会システム創りに挑戦することとしました。こうした観点から最も重要な課題をロードマップにおいて示し、真に効果的な施策を重点化して推進するために「ニッポン一億総活躍プラン」を策定することとし、昨年10月

末に一億総活躍国民会議を立ち上げて、多方面にわたる議論を重ね、さる６月２日に同プランの閣議決定をしました。

「一億総活躍社会」とは、女性も男性も、お年寄りも若者も、一度失敗を経験した方も、障害や難病のある方も、家庭で、職場で、地域で、あらゆる場で、誰もが活躍できる、いわば全員参加型の社会です。多様性が認められ全ての人が包摂される社会では、安心感が醸成され、将来の見通しが確かになり、消費の底上げ、投資の拡大につながります。また、多様な個人の能力の発揮による労働参加率の向上やイノベーションの創出が図られることを通じて、経済成長が加速することを期待しています。

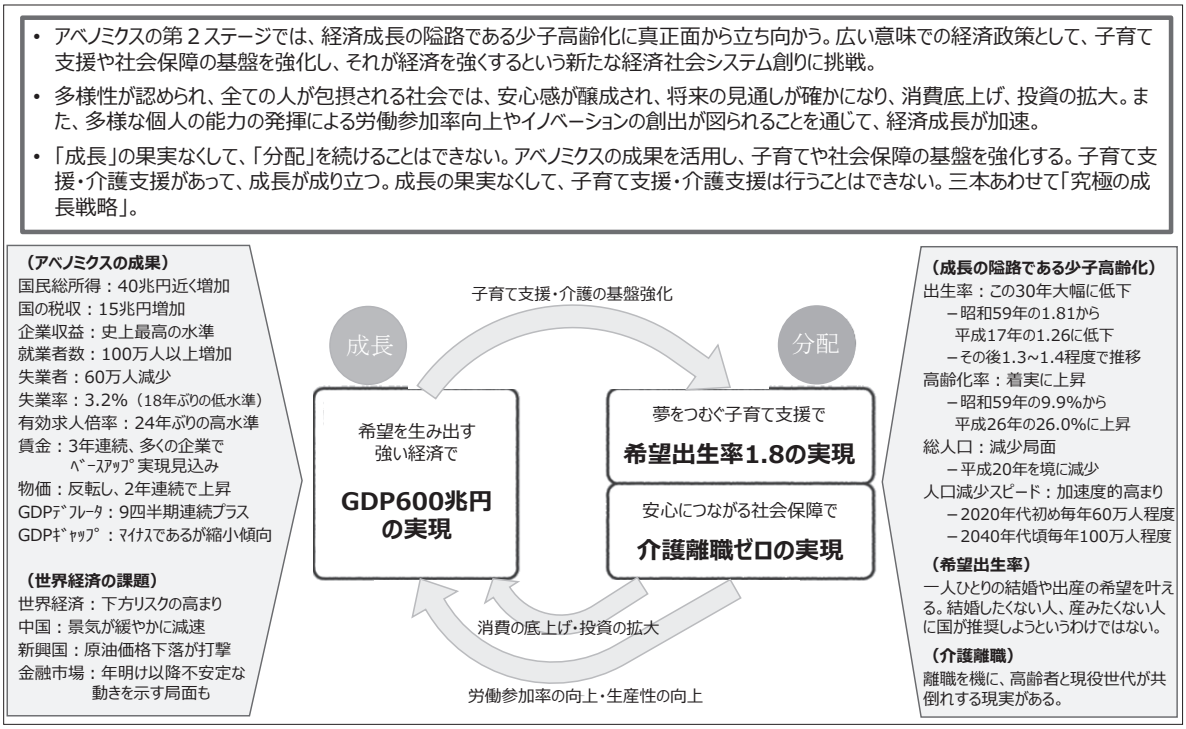
「成長」の果実なくして、「分配」を続けることはできません。アベノミクスの成果を活用し、子育て支援や介護支援など社会保障の基盤を強化することで、成長が成り立つとともに、成長の果実なくして、子育て支援・介護支援を行うことはできません。つまり、「戦後最大の名目ＧＤＰ600兆円」、「希望出生率1.8」、「介護離職ゼロ」の三本の矢を合わせて「究極の成長戦略」となるのです（図表１）。

同プランでは、「戦後最大の名目ＧＤＰ600兆円」、「希望出生率1.8」、「介護離職ゼロ」という３つの目標それぞれについて、①国民生活における課題、②検討すべき方向性、③対応策からなる「樹形図」を作成し、政策を整理して示しました。その上で、合計43項目からなる対応策について、項目ごとに①国民生活における課題、②今後の対応の方向性、③具体的な施策を記載しました。ロードマップの年次は、「戦後最大の名目ＧＤＰ600兆円」に向けた施策については2016年度から2021年度の６年間、「希望出生率1.8」、「介護離職ゼロ」に向けた施策については2016年度から2025年度の10年間とし、各年度において施策をどのように展開していくかを可能な限り指標を掲げつつ示しています（図表２）。

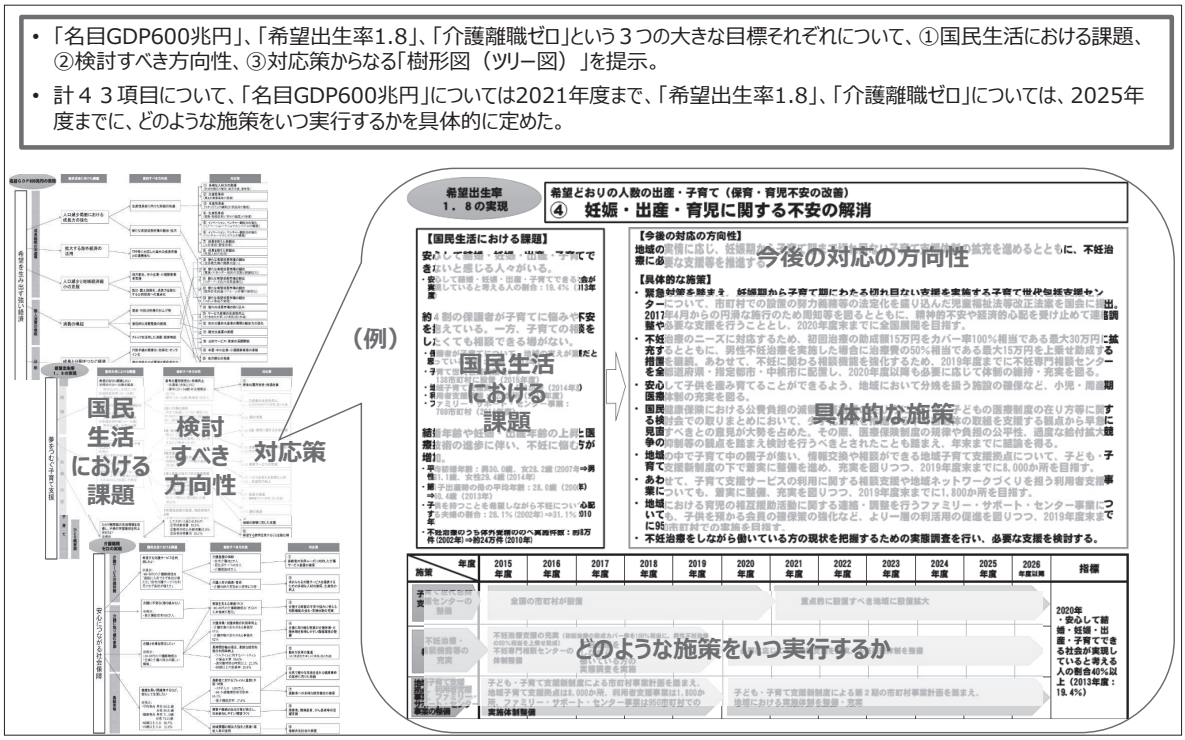
**――ここからは３つの大きな目標それぞれについてお伺いいたします。まず「希望出生率1.8」実現のために、特にポイントとなる課題と取組について教えてください。**

一億総活躍の最も根源的な課題は、人口減少問題に立ち向かうことです。そのため、一人でも多くの

**図表１　成長と分配の好循環メカニズムの提示**



図表２　10年先の未来を見据えたロードマップ




若者たちの、結婚や出産の希望を叶えるべく、これを阻む様々な壁を一つ一つ取り除いていく必要があります。子どもを産み育てたいと思っている方々の不安を解消していくことが、「希望出生率1.8」の実現につながると考えています。

具体的な取組に関しては、子育ての環境整備として、①保育の受け皿の整備量の拡大、②保育士の処遇改善、③多様な保育士の確保・育成、④放課後児童クラブの追加的な受け皿整備等を進めるとともに、すべての子どもが希望する教育を受けられる環境の整備を進めていきます（図表３、４）。

また、保健医療に関連する取組としては、①不妊専門相談センターを平成31年度までに全都道府県・指定都市・中核市に配置し、相談機能を強化することによる不妊治療支援の継続、②地域において分娩を行う施設の確保など、小児・周産期医療体制の充実が、ロードマップで示されています。

**―――続けて、「介護離職ゼロ」を目指した取組についてご説明いただけますでしょうか。**

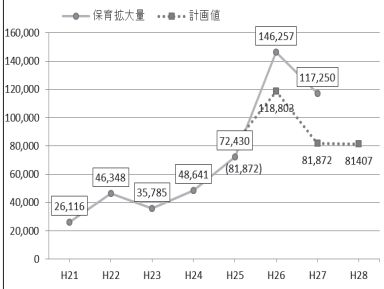
介護離職者は年間10万人を超えており、離職を機に、高齢者と現役世代が共倒れする現実があります。介護をしながらでも仕事を続けることができる社会の構築を目指し、介護休業の分割取得や介護休業給付を拡充する法律も成立しましたが、今後は長時間労働の是正をはじめとする働き方改革も進めます。あわせて、介護の受け皿整備と人材確保の総合的な取組を進め、「介護離職ゼロ」の実現を目指します（図表５）。

具体的には、（１）現行の介護保険事業計画等における38万人分以上（2015年度から2020年度までの増加分）の介護の受け皿の整備加速化に加え、12万人分を前倒し、上乗せするとともに、在宅･施設サービス、サービス付き高齢者向け住宅を整備し、2020年代初頭までに50万人分の受け皿を確保します。また、（２）サービスを支える介護人材も確保するため、①競合他産業との賃金差の解消や、介護人材のキャリアアップの仕組み構築による処遇改善、②介護福祉士を目指す学生に返済を免除する修学資金貸付制度や、一度仕事を離れた人が再び仕事に就く場合の再就職準備金貸付制度の充実による、多様な人材の育成・高齢者の活用、③介護ロボットやＩＣＴの活

## 図表３　子育ての環境整備

- **保育の受け皿**については、平成29年度末までの整備量を40万人分から50万人分に上積み。
- **保育士の処遇**については、新たに２％相当（月額6000円程度）の処遇改善を行うとともに、予算措置が執行面で適切に賃金に反映されるようにしつつ、保育士としての技能・経験を積んだ職員について、現在月額４万円ある全産業の女性労働者との賃金差がなくなるよう、追加的な処遇改善。なお、全産業の男女労働者間の賃金差については、女性活躍推進法や同一労働同一賃金に向けた取組を進めていく中で、今後、全体として、縮めていく。保育士についても、必要に応じて、更なる処遇改善。
- **多様な保育士の確保・育成**に向けて、返済免除型の貸付制度の拡充や、ICT等を活用した生産性向上など、総合的に取り組む。
- **放課後児童クラブ**について、平成31年度末までに30万人分の追加的に受け皿を整備。職員の処遇改善や業務負担軽減対策を進めるとともに、追加的受け皿整備を平成30年度末に前倒して実現するための方策を検討。

**保育の受け皿拡大量**
（対前年増加数の推移）




**平成25年度から平成29年度末までに**
**保育の受け皿を50万人分拡大**
**（平成30年度以降も、保育の受け皿確保に取り組む）**

**保育士の処遇**

人材確保が困難な理由として、保育士の賃金が低いことが指摘されている。

- **保育士：322万円**
- **全産業：373万円**

（保育士の95%が女性であることに鑑み女性のみ。年収ベース）

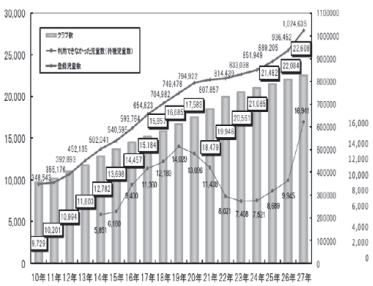
保育士は、キャリアパスの展望が見えにくいために、勤続年数が短い傾向があると指摘されている。

- **保育士：勤続年数7.7年**
- **全産業：勤続年数9.4年**

（保育士の95%が女性であることに鑑み女性のみ）

**保育士としての技能・経験を積んだ職員について、**
**全産業の女性労働者との賃金差を解消**
**（男女労働者の賃金差については、全体として縮めていく）**

**放課後児童クラブ**




**平成26年度から平成31年度末までに**
**放課後児童クラブを30万人分拡大**
**（平成30年度末に前倒して実現するための方策を検討）**

## 図表４　すべての子供が希望する教育を受けられる環境の整備

- スクールカウンセラー・スクールソーシャルワーカーの配置など**教育相談機能を強化**、**フリースクール**等の学校外で学ぶ子供を支援。地域住民の協力及びICTの活用等による原則無料の学習支援を行う**地域未来塾**を平成31年度までに5000か所に拡充。
- **無利子奨学金**については、残存適格者の解消と、低所得世帯の子供に係る成績基準の大幅緩和により、必要とするすべての子供たちが受給可能に。
  **有利子奨学金**については、固定金利方式・金利見直し方式ともに現在の低金利の恩恵がしっかりと行き渡るようにする。特に、金利見直し方式では、ほぼ無利子となるような仕組みを検討。
  **給付型奨学金**については、世代内の公平性や財源などの課題を踏まえ創設に向けて検討を進め、本当に厳しい状況にある子供たちへの給付型支援の拡充を図る。
  **奨学金の返還**については、所得に応じて返還額を変化させる新たな制度を平成29年度の進学者から導入。

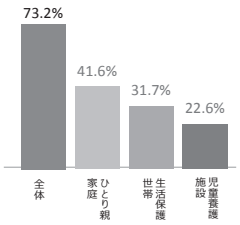
**不登校や中退等・進学断念による格差**

高校中退者の職業（2012年）
- **・フリーター層41.6%**
- **・正社員層7.7%**

不登校であった者はその後の就学・就業でも困難を抱える傾向
[中３で不登校であった者]
- **・高校進学率85.1%（一般98.5%）**
- **・高校中退率14.0%（一般1.5%）**
- **・大学進学率22.8%（一般54.6%）**
- **・非就学・非就業率18.1%（一般7.3%）**

**教育相談機能の強化等**

**家庭状況別大学等進学率**




**家庭の経済事情と教育負担**

理想の子供数を持たない理由(2010年)
- **・「子育てや教育にお金がかかりすぎるから」**
  **（60.4%：最大）**

子育てにかかる経済的な負担として大きいと思われるもの（2012年）
- **・「学校教育費（大学・短大・専門学校など）」**
  **（55.6%：最大）**

世帯収入別の高校生の４年生大学への進学率（2012年）
- **・1,050万円以上＝62.9%　・400万円以下＝27.8%**

**家庭の経済事情に関係なく、希望すれば誰もが**
**大学や専修学校等に進学できるよう、奨学金制度を拡充**

図表５　介護の環境整備

- **介護の受け皿**については、現行計画等における約38万人分以上（2015年度から2020年度までの増加分）の整備加速化に加え、約12万人分前倒し・上乗せすることで2020年代初頭までに約50万人分を整備。
- **介護人材の処遇**については、競合他産業との賃金差がなくなるよう、平成29年度からキャリアアップの仕組みを構築し、月額平均１万円相当を改善。
- **多様な介護人材の確保・育成**に向けて、返済免除型の貸付制度の拡充や、高齢人材の活用、介護ロボットやICT等を活用した生産性向上など、総合的に取り組む。

**介護利用ニーズ**

要介護３以上の者：
**2015年213万人（2000年の2.2倍）**
**2060年421万人となる見通し（2015年の2.0倍）**
介護離職者：
**年間約10万人（2012年）**
**介護離職の理由「介護サービスの利用ができなかったこと」約15%**
要介護３以上の特養自宅待機者：
**約15万人（2013年）**

**介護の受け皿の整備拡大量を50万人分以上に（サービス付き高齢者向け住宅約２万人分を含む）**

**介護人材の処遇**

人材確保が困難な理由の一つとして、介護人材の賃金が他の対人サービス産業と比較し賃金が低いことが考えられる。また、勤続年数も短くなっている。（賃金は賞与込みの月額）
**介護職員：　賃金262.3千円、勤続年数6.1年**
**対人サービス産業：賃金273.6千円、勤続年数7.9年**
介護職員は、離職率が高い傾向がある。
**介護職員：離職率16.5%**
**全産業：離職率15.5%**
（※：離職率＝1年間の離職者数÷労働者数）

**介護人材と競合他産業との賃金差を解消**

**介護の生産性向上**

介護サービスや介護保険事務処理について、介護ロボット・ICT等の次世代型介護技術（※）の活用により、介護サービスの生産性の向上を推進。
**※次世代型介護技術：**
**介護ロボット、ICT、AI、センサー、インカム、IoT、ノーリフティング等**
⇒介護の質を低下させずに、効率的なサービス提供に資する基準の緩和や、効率的・効果的な職員配置を推進

**職員が本来の介護サービスを提供できる時間を増やす**

用による生産性の向上を通じた労働負担の軽減、やりがいを持って安心・快適に働ける環境の整備などに総合的に取り組んでいきます。

他方、健康寿命が延伸すれば、介護する負担を減らすことができ、高齢者本人も健康に暮らすことができるようになります。健康寿命の延伸は一億総活躍社会の実現にとっても重要であり、自治体や医療保険者、雇用する事業主等が、個人への意識付けを含め、個人が努力しやすい環境を整えていきます。また、老後になってからの予防・健康増進の取組だけでなく、現役時代からの取組も重要です。たとえば、自治体や企業、保険者による先進的な取組を横展開するため、日本健康会議が採択した「健康なまち・職場づくり宣言2020」の達成に向け、政府としても協力しますし、健康経営銘柄の選定等により健康経営の考え方が広がる取組も進めます。さらに、後期高齢者医療における保健事業の在り方を検討し、ガイドラインを作成した上で、2018年度からフレイル対策の全国展開を図ることとしています（図表６）。

**――「戦後最大の名目ＧＤＰ600兆円」に向けた取組と、その取組のうち「世界最先端の健康立国へ」の取組について教えてください。**

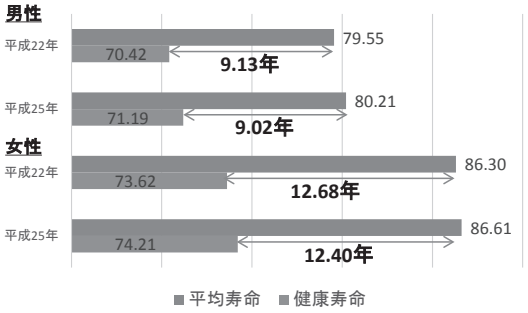
強い経済なくして、明日への「希望」を生み出すことはできません。このため、産業競争力会議等における検討の結果を踏まえ、新たな産業やサービスの創出を通じて社会的課題を解決し、グローバル市場で付加価値を獲得すべく、「戦後最大の名目ＧＤＰ600兆円」に向けた取組をとりまとめました（図表７、８）。ＩｏＴ、ビッグデータ、人工知能による「第４次産業革命」などと並んで、「世界最先端の健康立国へ」は、「希望を生み出す強い経済」の重要な柱として位置付けられています。健康・予防サービスは、高齢化の進展を背景に需要の増大が見込まれますし、若者も含め個人の意識が高まるとともにニーズが多様化しており、今後の成長余力が大きい分野と考えています。

「世界最先端の健康立国へ」の具体的な内容としては、（１）健康・予防に向けた様々なサービスが提供できるよう、公的保険外サービスの活用を促進し、新たな市場を創出することや、（２）企業・保険者が有するレセプト・健診・健康データの集約・

## 図表６　健康寿命の延伸、障害者、難病患者、がん患者等の活躍支援、地域共生社会の実現

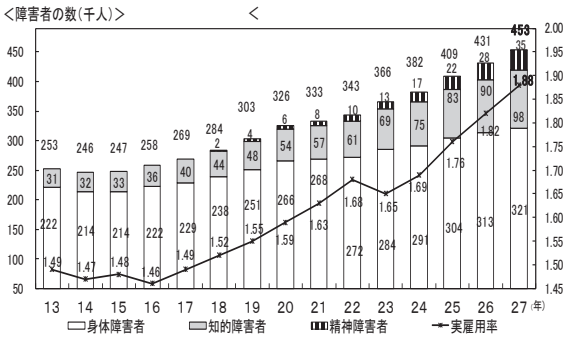
- **健康寿命の延伸**に向けて、老後になってからの予防・健康増進の取組だけでなく、現役時代からの取組も推進。
- **障害者、難病患者、がん患者等**が、希望や能力、障害や疾病の特性等に応じて最大限活躍できる環境を整備するため、就職支援及び職場定着支援、治療と職業生活の両立支援等を推進。
  障害者のスポーツ、文化芸術活動の振興を図り、障害のある子供も、障害のない子供と可能な限り共に学べる環境を整備。
- 子供・高齢者・障害者など全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる「**地域共生社会**」を実現。このため、地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティの育成等を推進。

**健康寿命の推移**




健康寿命の延伸

**障害者雇用の状況**




**2020年に障害者の実雇用率2.0%を達成**
**(平成32年)**

## 図表７　「戦後最大の名目 GDP600 兆円」に向けた取組の方向（1）

- 強い経済なくして、明日への「希望」を生み出すことはできない。
- 「第４次産業革命」が世界を席巻。各国は「待ったなし」の対応が迫られている。このタイミングを捕らえ、未来に向けた投資や、更なる賃上げ・可処分所得の増加を実現し、消費を拡大。
- 新たな産業やサービスの創出を通じて社会的課題を解決し、グローバル市場で付加価値を獲得。

### （１）第４次産業革命
- 政府全体の司令塔として「第4次産業革命官民会議」を設置
- 人工知能の研究開発・産業化の推進
- 2020年高速道路での自動走行、3年以内のドローン配送実現などデータ利活用プロジェクト、規制・制度改革を推進
- 初等中等教育でのプログラミング教育の必修化、IT活用による習熟度別学習

### （２）世界最先端の健康立国へ
- 健康・予防に向けた保険外サービス活用促進
- ビッグデータ等の活用による診療支援・革新的創薬・医療機器開発
- IoT等の活用による個別化健康サービス
- 日本式医療の国際展開

### （３）環境・エネルギー制約の克服と投資拡大
- 省エネの産業トップランナー制度を3年で全産業の7割に拡大
- 再エネの固定価格買取制度の改正による国民負担抑制と最大導入の両立
- 資源安全保障の強化
- 節電量取引市場（ネガワット取引市場）の2017年創設

### （４）スポーツの成長産業化
- スポーツ施設の魅力・収益性の向上
- スポーツ経営人材の育成・活用とプラットフォームの構築
- スポーツとIT・健康・観光・ファッション・文化芸術等の融合・拡大

### （５）2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会に向けた見える化プロジェクト
- 2020年をゴールと見立て、改革・イノベーションの成果をショーケース化して世界に発信、2020年以降に向けたレガシー（遺産）として後世代へ承継
- 自動走行、分散型エネルギー、先端ロボット活用など未来を切り拓くプロジェクト推進

### （６）既存住宅流通・リフォーム市場の活性化
- 既存住宅の資産価値を適切に評価する流通・金融等の仕組み構築
- 品質と魅力を備えた「プレミアム既存住宅」（仮称）の登録制度創設

### （７）サービス産業の生産性向上
- サービス産業の生産性向上を牽引する先導企業の創出
- 中小企業等経営強化法に基づき、7分野等で事業分野別の指針策定、生産性向上支援
- 中小企業支援機関等の活用を通じた地域単位での生産性向上推進

### （８）中堅・中小企業・小規模事業者の革新
- 地域中核企業の成長・海外展開支援
- IT利活用をはじめとする生産性向上支援
- ローカルベンチマークを活用した、担保や個人保証に頼らない成長資金の供給促進

図表８　「戦後最大の名目 GDP600 兆円」に向けた取組の方向（2）

**（９）攻めの農林水産業の展開と輸出力の強化**
- 農地中間管理機構の機能強化
- 生産資材のコスト低減、農産品の流通構造改革
- スマート農業（2020年までに遠隔監視による無人自動走行実現）
- 産業界と農業界の連携体制構築

**（10）観光先進国の実現**
- 訪日外国人旅行者数を2020年4000万人、訪日外国人消費額2020年８兆円を目指す
- 地域観光経営の推進、観光経営人材の育成
- 広域観光周遊ルートの世界水準への改善
- 国立公園のブランド化、文化財の活用促進

**（11）地方創生**
- 日本版DMOや地域商社を通じた地域のブランド確立
- 知の拠点としての地方大学活性化や大都市圏への学生集中の抑制等による地方定着・移住促進
- 地域特性に応じた事業強化を行う地方公共団体を情報面・人材面・財政面から支援
- プロフェッショナル人材戦略拠点の活動支援

**（12）国土強靱化、ストック効果の高い社会資本整備**
- 社会資本整備重点計画等に基づき、既存施設を最大限活用しつつ、成長力を強化する分野に重点化
- 国土強靭化アクションプランを着実に推進。防災・減災の取組を推進
- 都市のコンパクト化の取組を促進
- PPP/PFI推進アクションプランを着実に推進

**（13）低金利を活かした投資等の消費・投資喚起策**
- 現下の低金利環境を活かし必要な投資を進める道筋を検討
- 賃金の継続的な引上げ、下請け等中小企業の取引条件の改善
- 国内の需給ギャップを解消する消費の底上げや、従来の消費行動・購買行動に変革をもたらし、新たな消費の創出につながる消費マインドの喚起を官民連携して実施

**（14）生産性革命を実現する規制・制度改革**
- 産業革新の将来像に基づき設定した中期目標からバックキャストして、具体的改革を実施する方式の導入（「目標逆算ロードマップ方式」）
- 事業者目線での規制・行政手続きコストの削減（規制改革、行政手続の簡素化、IT化を一体的に進める新たな手法の導入）等

**（15）イノベーション創出・チャレンジ精神に溢れる人材の創出**
- 企業から大学・研究開発法人への投資を2025年に3倍増
- 国内外のトップ人材を集めた世界的研究拠点5か所創出
- 民間主導の「地域と世界の架け橋プラットフォーム」整備
- 高等教育での数理・情報教育の強化、トップレベル情報人材の育成
- 世界最速級の「日本版高度外国人グリーンカード」の創設

**（16）海外の成長市場の取り込み**
- TPPを契機にした中堅・中小企業の海外展開支援
- インフラ輸出拡大に向け、今後5年間に約2,000億ドルの資金供給等
- 戦略的な人材育成の実施、「質の高いインフラ投資」の国際的スタンダード化、円借款および海外投融資の一層の迅速化
- 自治体の戦略的な外資誘致活動に向けた支援策の充実
- 日EU・EPA、RCEP、日中韓FTA交渉をスピード感をもって推進

分析・活用や、医療機関等が有する治療や検査データの活用基盤の構築を通じて、公費負担医療を含む医療・介護費の適正化を図りつつ、テーラーメイドでの医療・健康サービスを実現すること、（３）ロボットやセンサーの活用を通じて介護の質や生産性を向上させ、介護現場の負担を軽減すること等が、ロードマップで示されています。

**――「ニッポン一億総活躍プラン」の全体像及び３つの目標について、医療と介護に関する部分を中心に解説いただきました。最後に、読者へのメッセージをお願いします。**

「ニッポン一億総活躍プラン」は、安倍総理の強いイニシアティブによって策定されました。総理のご発言にもありましたが、少子高齢化の克服については、最初から設計図があるような簡単な課題ではありません。これまでの発想にとらわれることなく、あらゆる政策手段を尽くしていくことが求められます。立ちはだかる様々な「壁」を一つ一つ取り除き、「希望を生み出す強い経済」、「夢をつむぐ子育て支援」、「安心につながる社会保障」に取り組んでいく上で、民間事業者に期待する役割も大きいのです。また、横断的課題である働き方改革も非常に重要です。「同一労働同一賃金の実現」など非正規雇用の待遇改善、「長時間労働の是正」、「高齢者の就業促進」や「女性活躍」の推進に関して、積極的な取組が期待されます（図表９、10）。

少子高齢化の下での持続的成長は、多くの先進国・新興国に共通する世界に先駆けた課題であり、これを克服する新たなモデルとして提示できるよう、関係者全てで力を合わせて本プランの実施に当たっていきたいと思います。

**――本日はお忙しい中、ありがとうございました。**

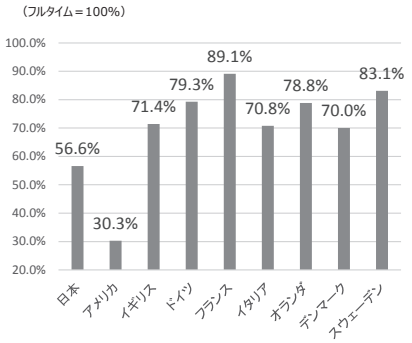
（取材／編集：今井 亮翔、野原 秀光）

［2016年６月29日］

## 図表９　働き方改革

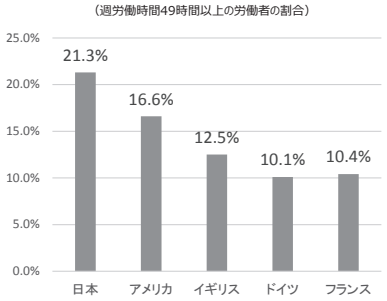
- **同一労働同一賃金の実現など非正規雇用**（我が国労働者の約４割）**の待遇改善**は、待ったなしの課題。ガイドラインの策定等を通じ、不合理な待遇差として是正すべきものを明示。また、その是正が円滑に行われるよう、関連法案を国会に提出。
- **長時間労働**は、仕事と子育ての両立を困難にし、女性のキャリア形成を阻む原因。法規制の執行を強化するとともに、労働基準法については、いわゆる36（サブロク）協定の在り方について、再検討を開始。
- **高齢者の就業促進**について、将来的に継続雇用年齢や定年年齢の引き上げを進めていくためには、そのための環境を整えていく必要。65歳以降の継続雇用延長や65歳までの定年延長を行う企業等に対する支援等の実施により、企業へ働きかけ。

**フルタイム労働者とパートタイム労働者の賃金水準**




**欧州諸国に遜色のない水準を目指す**

**長時間労働者の構成比**




**欧州諸国に遜色のない水準を目指す**

**高齢者の就業希望と就業率**

**60歳以上の方のうち、65歳を超えて働きたい人の割合：**

➡ **65.9%**

**実際に65歳以上で働いている人の割合：**

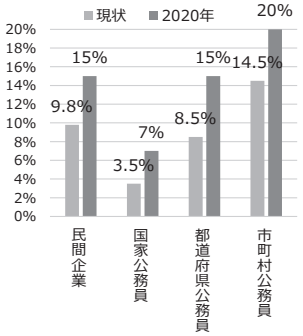
➡ **21.7%**

**希望する高齢者が就業可能とする**

## 図表 10　女性活躍、結婚支援の充実、若者・子育て世帯の支援、子育てを家族で支える三世代同居・近居しやすい環境づくり、社会生活を円滑に営む上での困難を有する子供・若者等の活躍支援等

- **女性の活躍**は、一億総活躍の中核。子育て等で一度退職した正社員が復職する道が一層開かれるよう、企業へ働きかけ。ひとり親が就職に有利な看護師等の資格を取得できるよう、貸付・給付金事業を推進。役員候補段階の女性を対象にしたリーダー育成研修等の先進的な取組を推進。
- **子育て世代包括支援センター**について、市町村での設置の努力義務等を法定化し、平成32年度末までに全国展開。不妊専門相談センターを平成31年度までに全都道府県・指定都市・中核市に配置して相談機能を強化し、**不妊治療支援**の充実を継続。
- 大家族で、世代間で支え合うライフスタイルを選択肢として広げるため、**三世代同居・近居**をしやすい環境づくりを推進。
- **困難を有する子供・若者**（発達障害者など）等に対して、専門機関が連携して伴走型の支援を実施。

**女性管理職比率の現状と目標**




**大家族・世代間で支えあう希望**
（2013年）

・家族の住まい方として、
**祖父母との近居・同居を理想**
と回答　**52.4%**
（うち**近居31.8%、同居20.6%**）

・子供が小学校に入学するまでの間、
**祖父母が育児や家事の手助けをすることが望ましい**
と回答　**78.7%**

**三世代の同居・近居をしやすい環境づくり**

**社会生活を円滑に営む上での困難を有する子供・若者**

特別支援学校在籍者数：
**2005年約10.2万人→2015年約13.8万人（＋36%）**

特別支援学級在籍者数：
**2005年約9.7万人→2015年約20.1万人（＋108%）**

うち自閉症・情緒障害：
**2005年約2.9万人→2015年約　9.0万人（＋212%）**

通級による指導を受けている児童生徒数：
**2005年約3.9万人→2015年約　9.0万人（＋133%）**

**個々人に応じた切れ目ない支援の提供**

# 入れ歯の経済学:患者自己負担が入れ歯の利用と咀嚼能力に与える影響

医療経済研究機構
主任研究員　高久　玲音

## 1．はじめに

人口の高齢化とともに、多くの国で歯を失う高齢者も増加している。歯を失った場合の選択肢としてインプラントなどの保険適用外の治療を選択することもあるが、多くの人にとって身近なのは公的保険適用範囲内で入れ歯を作ることである。歯科は国民にとって身近なプライマリー・ケアであるとともに、利用の実態について統一的なイメージが得られやすい医療サービスでもある。一方、口腔環境が様々な健康状態と強く相関を持つことは疫学研究でもよく知られているものの、実際の政策が歯科の利用や口腔環境にどのような影響を与えるのか検証した事例は多くない。海外の分析事例を参照にしようとしても、医療政策における大きな実験（RAND医療保険実験とOregon医療保険実験）では高齢者の歯科利用を対象外としているために、信頼できる分析が少ないのも現状である。そこで、国立社会保障・人口問題研究所の安藤道人研究員と共同で、日本の最新のデータを用いて患者自己負担が入れ歯の利用と主観的咀嚼能力にどのような影響を与えるのか解析した。研究成果は国際的に応用ミクロ計量経済学に関する質の高い論文を幅広く掲載している雑誌として定評のある“The B.E. Journal of Economic Analysis and Policy”に近刊予定となっている[1]。詳細な結果については、そちらを参照して頂くこととして、本稿では主要な結果について紹介したい。

## 2．結果

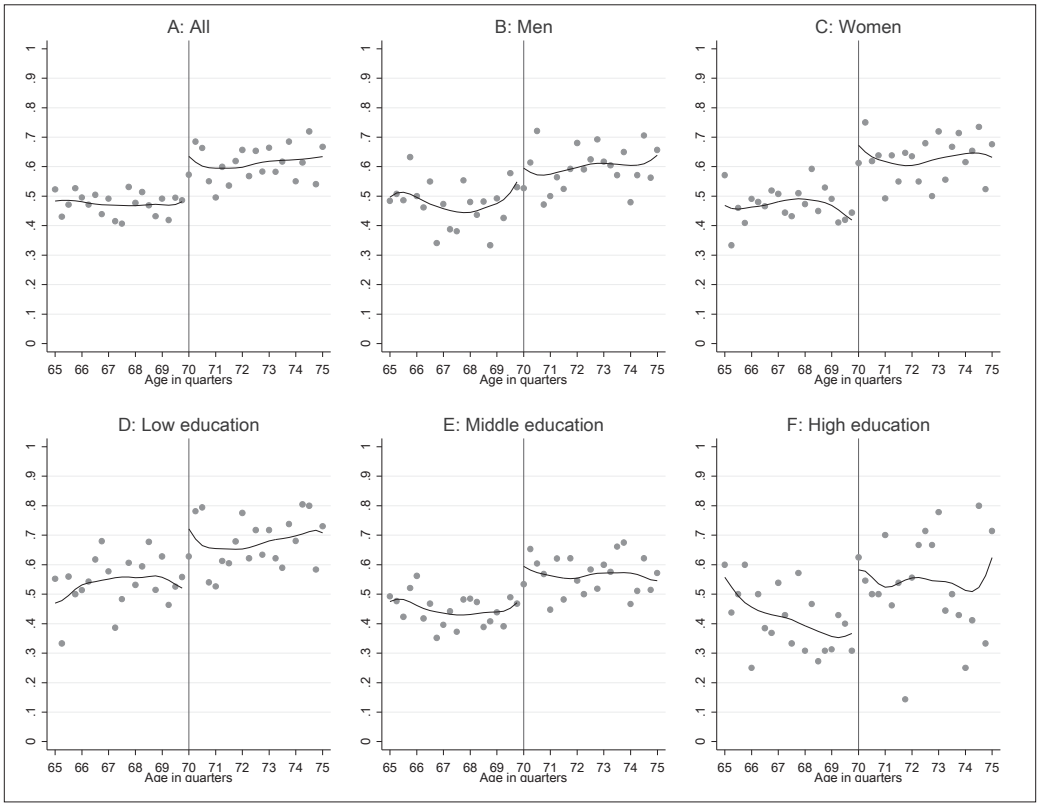
窓口負担の低下が入れ歯の利用にどのような影響を与えるのか検証するために、本研究では70歳になると多くの高齢者で自己負担が30％から10％に低下するというわが国のユニークな制度的環境に着目した。この自己負担の低下に着目した研究自体は我々が最初ではなく、サイモン・フレイザー大学の重岡仁准教授や東京大学の飯塚敏晃教授等の研究でも概ね同じ分析手法を用いている。しかし、本研究では独立行政法人経済産業研究所が複数の大学と協力して進めている「くらしと健康の調査」を用いて、主観的な咀嚼能力など、歯科特有の健康アウトカムに対する影響まで包括的に調査した点に特色がある。分析手法としては、被験者の月齢の情報を用いて、69歳11か月から70歳になることの限界的な変化を測定するRegression Discontinuity Designという手法を用いた。

まず、入れ歯の利用（入れ歯を装着していますか？）に対する効果を図表１でまとめた。

図表１は、「入れ歯を装着している」と答えた人の割合を３か月ごとの月齢別にプロットしている。Ａは全サンプルの結果、Ｂは男性、Ｃは女性、Ｄは

[1] Ando Michihito and Reo Takaku (2016) “Affordable False Teeth: The Effects of Patient Cost Sharing on Denture Utilization and Subjective Chewing Ability”

図表１　入れ歯の利用率




Notes: These figures show the means of the probability of wearing dentures at the time of the survey and their smoothers with locally weighted scatterplot smoothing (lowess in Stata 13 is used with a default setting). Age is collapsed into the quarterly term. Figures D, E and F show the subsample results by education level.

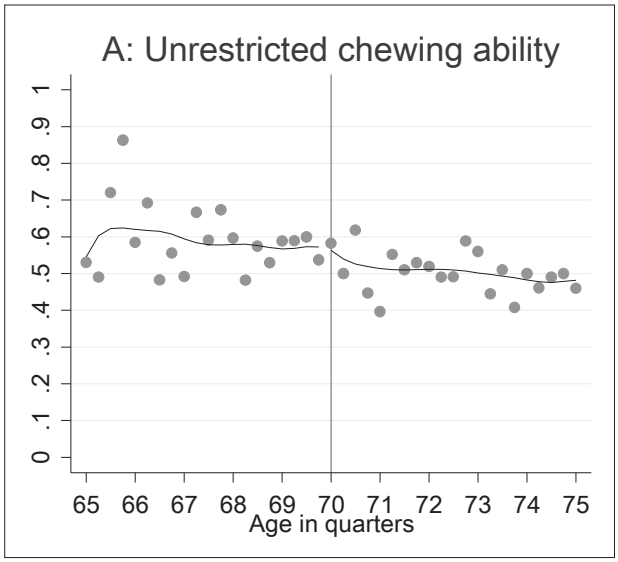
高卒以下、Ｅは専門学校及び短大卒、Ｆは大卒のサンプルである。みると、全サンプルでは70歳になるタイミングで入れ歯の利用率がジャンプしているのがはっきりと見て取れる。男女別にみると、女性でジャンプが顕著にみられる。これは女性のほうが自己負担の低下に大きく反応していることを示唆している。学歴別については、明確な違いは見られなかった。このタイミングにおける価格変化（３割⇒１割）と利用率の変化を用いて価格弾力性を算出すると、－0.41という結果が得られた。これは国際的にコンセンサスとなっている外来医療の価格弾力性（-0.2）の約2倍に達する。入れ歯は患者自己負担に対して例外的に大きく反応する医療サービスだと言えよう。

では、入れ歯の利用率が増えたことで咀嚼能力は向上しているのだろうか。次の図表では、利用率の変動の大きかった女性のサンプルについて、咀嚼能力が「良好」である確率をプロットしている。追加的な入れ歯の利用が咀嚼能力を改善しているはずならば、70歳になるタイミングで咀嚼能力も大きく向上すると予想される。しかし、図表２の結果をみると、咀嚼能力への影響は全く観察されなかった。実際に咀嚼能力が「良好」である確率は、70歳になる前後で非常になだらかに推移していた。

## ３．考察

以上のように70歳前後での自己負担の変更によって、入れ歯の利用率は大きく上昇していた。しかし、その一方で、同じタイミングで咀嚼能力の向上は観察されなかった。これは、入れ歯の利用の限界的な増加が、必ずしも咀嚼能力の向上に結びついていないことを示唆している。ただし、入れ歯の目的は必ずしも咀嚼能力の向上にあるわけではなく、顔の表情の改善など審美的理由も大きなメリットである。

**図表２　咀嚼能力**




また、仮に男性では入れ歯による審美的なメリットに対する評価が女性よりも低いならば、入れ歯の利用が女性でより価格弾力的だったことも一定程度、説明が可能である。例えば、入れ歯の装着による追加的な咀嚼能力の向上効果が大きくなく、かつ審美的なメリットも感じないならば、自己負担を大きく引き下げても追加的に入れ歯を購入しようとは思わないだろう。国際的に１割の自己負担で入れ歯を作れる国はそれほど多くないことを踏まえると、こうした寛大な歯科医療政策のコストとベネフィットについては、今後より精査に評価される必要があると考えられる。また、本稿では主観的な指標による咀嚼能力の評価を行ったが、より精緻な指標を用いて評価する必要も高いことは付記されるべきである。

解説（全８回）

# ＯＥＣＤのＳＨＡ分類から見る日本の保健医療支出の構造
## ―第１回：国民医療費・入院部分―

医療経済研究機構
研究副部長　満武　巨裕

ＯＥＣＤ（経済協力開発機構）が公表している国民保健計算（National Health Accounts）のガイドラインであるＳＨＡ（A System of Health Accounts）に準じて推計した日本の保健医療支出は、国民医療費や介護給付実態調査をはじめとする51種類のデータソースを利用している。今回、ＯＥＣＤのＳＨＡ分類から見た国民医療費や介護給付実態調査等の費用構造を紹介する。

本連載では、第１回と第２回が国民医療費の入院部分、第３回が国民医療費の入院外部分、第４回が歯科・薬剤費、第５回が介護費用、第６回がその他（医療周辺サービス等）、第７及び８回をまとめとして年度内に終了予定である。

### はじめに

国民医療費の構造としては、制度区分別･財源別･年齢階級別･診療種類別の４種類が示されている（傷病分類別は、入院と入院外に対応した形で公表されており、薬局調剤医療費との関係が示されていないために除外した）。この４種類の中でも、制度区分別と診療種類別、性・年齢階級別と年齢階級別のクロス表が示されているが、財源別とのクロス表は無い。また、診療種類別の入院費は、病院と一般診療所の入院診療費から構成されるが、クロス表では統合されて情報量が少なくなっている。

一方、ＯＥＣＤ（経済協力開発機構）加盟国の保健医療支出を比較する際の標準手法となっているＳＨＡ（A System of Health Accounts）は、保健医療支出の概念を揃えるためのガイドラインとしての役割がある。その表現型は、分類が統一されるように設計された標準的な表（SHA tables）であり、表の各分類（機能、供給、財源等）の関係を保持した二次元テーブルで構成されている。次元は、以下の３つが基本となっている。

1）機能的な定義：どの種類のサービスが提供され、どの品目の財が購入されたのか。
2）保健医療サービスと財の供給：資金はどこへ行くのか。
3）財源主体：どこから資金がやってきたのか。

1）は機能（Classification of Function: HC）、2）は供給主体（Providers: HP）、3）は 財源（Financing agents/schemes: HF）の分類と言われている。特徴的なのは３つの分類（HC，HP，HF）の相互関係が保たれていることである。つまり、例えば「ある機能（HC）サービスについて、供給主体（HP）の分類のどこに帰属するのか、その財源構成はどうなっているのか」という関係が表形式（２次元テーブル）として表現される。また、最終支出段階の費用負担者である財源（HF）に加えて、保険料等の拠出段階の費用負担者の分類である資金（FS：政府・企業・家計・非営利団体といった区分）が追加された。日本は、ＯＥＣＤへは４種類の２次元テーブル（HCxHF、HCxHP、HPxHF、HF x FS）を提出している。

## 日本の保健医療支出

日本の保健医療支出の推計には、国民医療費や介護給付実態調査をはじめとする51種類のデータソースを利用しているが、係数として利用しているものもあるため全ての紹介はしない。本連載では、国民医療費や介護給付費のように保健医療支出のある一定以上の割合を占めるものについて紹介する。連載終了時には、保健医療支出のほぼ全てを網羅する。

## ＳＨＡ分類の入院

ＳＨＡの機能分類（HC）の入院は、診療サービス（HC.1）の入院診療（HC.1.1）が該当する。ただし、日本の入院医療費の中には長期医療系施設サービス（HC.3.1）も含まれている（HC.3.1は第５回で紹介する）。

ＳＨＡの供給主体分類（HP）の入院は、病院（HP.1）であり、病院（HP.1）は一般病院（HP.1.1）・精神保健及び薬物濫用治療病院（HP.1.2）・専門病院（HP.1.3（HP.1.2以外））の３つから構成される。さらに、日本では一般診療所でも入院医療が提供されているため、医科診療所（HP.3.1）も含まれる。

ＳＨＡの財源（HF）の入院は、一般政府（HF.1）に関するものは社会保障基金を除く一般政府（HF.1.1）と社会保障基金（HF.1.2）、民間部門（HF.2）として社会保険以外の民間の保険会社（HF.2.2）と家計負担（HF.2.3）で構成される。さらに一般政府（HF.1.1）は、中央政府（HF.1.1.1）・地方政府（HF.1.1.2）・地方自治体（HF.1.1.3）から構成される。

## SHA分類からみる国民医療費・入院部分

2013年度の国民医療費・医科診療医療費の入院部分は14兆9,667億円であり、診療種類別国民医療費から病院が14兆5,523億円、一般診療所が4,144億円である。

入院部分の機能分類（HC）は、大半が入院診療（HC.1.1）である。ＳＨＡでは長期医療系施設サービスの療養病床分（HC.3.1）を推計する必要があることは先に述べたが、これは入院部分（14兆9,667億円）から国民医療費の”精神及び行動の障害の費用（１兆3,632億円）”と”感染症法（結核）の費用（36億円）”を除外した費用（13兆1,855億円（a））から、社会医療診療行為別調査の一般病床と療養病床のうち療養病床が占める入院点数割合（2013年度は15.2%）から按分することで推計している。その結果、長期医療系施設サービス（HC.3.1）は２兆52億円となり、入院診療（HC.1.1）は12兆9,615億円（14兆9,667億円- ２兆52億円）となる。

供給主体（HP）は、はじめに国民医療費の”精神及び行動の障害の費用（１兆3,632億円）”を一般病院（HP.1.1）と精神保健及び薬物濫用治療病院（HP.1.2）の二つに分ける必要がある。これは医療施設調査における「精神科病院の精神病床」と「一般病院の精神病床」の合計から「精神科病院の精神科病床」が占める割合（2013年度は74.6%）から按分する。その結果、精神保健及び薬物濫用治療病院（HP.1.2）が１兆170億円となり（残りが、「一般病院の精神病床」の3,462億円となる）、一般病院（HP.1.1）の総額は、先に（a）とした13兆1,855億円とこの3,462億円を合計して13兆5,317億円となる。専門病院（HP.1.3）は国民医療費の感染症法（結核）の36億円、医科診療所（HP.3.1）は国民医療費の一般診療所の4,144億円となる。

財源（HF）は、はじめに一般政府（HF.1）の中で社会保障基金を除く一般政府部分（HF.1.1）から

**図表１　OECDへ提出しているSHAの二次元テーブル**

| No | ＳＨＡテーブル略称 | ＳＨＡテーブル名称 |
|---|---|---|
| 1 | ＨＣ × ＨＦ | 機能別分類 × 財源別分類の２次元テーブル |
| 2 | ＨＣ × ＨＰ | 機能別分類 × 供給主体別分類の２次元テーブル |
| 3 | ＨＰ × ＨＦ | 供給主体別分類 × 財源別分類の２次元テーブル |
| 4 | ＨＦ × ＦＳ | 財源別分類 × 資金の２次元テーブル |

**図表２　保健勘定国際分類　ＩＣＨＡ**

| Function 機能 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| HC.1 | | | Services of curative care | 診療サービス |
| | HC.1.1 | | In-patient curative care | 入院診療 |
| HC.2 | | | Services of rehabilitative care | リハビリテーションサービス |
| HC.3 | | | Services of long-term nursing care | 長期医療系サービス |
| | HC.3.1 | | In-patient long-term nursing care | 長期医療系施設サービス |
| HC.4 | | | Ancillary services to health care | 医療の補助的サービス |
| HC.5 | | | Medical goods dispensed to out-patients | 外来患者への医療財の提供 |
| HC.6 | | | Prevention and public health services | 予防および公衆衛生サービス |
| HC.7 | | | Health administration and health insurance | 保健医療管理業務および医療保険 |
| HC.9 | | | Not specified by kind | 分類されないもの |

| Provider 供給主体 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| HP.1 | | | Hospitals | 病院 |
| | HP.1.1 | | General hospitals | 一般病院 |
| | HP.1.2 | | Mental health and substance abuse hospitals | 精神保健および薬物濫用治療病院 |
| | HP.1.3 | | Specialty（other than mental health and substance abuse）hospitals | 専門病院（精神保健および薬物濫用治療以外） |
| HP.2 | | | Nursing and residential care facilities | 長期医療系施設および居住施設 |
| HP.3 | | | Providers of ambulatory health care | 外来医療提供者 |
| | HP.3.1 | | Offices of physicians | 医科診療所 |
| HP.4 | | | Retail sale and other providers of medical goods | 医療品の小売、供給 |
| HP.5 | | | Provision and administration of public health programmes | 公衆衛生プログラムの提供および管理 |
| HP.6 | | | General health administration of health | 一般保健医療管理業務 |
| HP.7 | | | Other industries（rest of the economy） | その他の産業（その他経済分野） |
| HP.9 | | | Rest of the world | その他 |

| Financing agents/schemes 財源 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| HF.1 | | | General government | 一般政府 |
| | HF.1.1 | | General government excluding social security funds | 社会保障基金を除く一般政府 |
| | | HF.1.1.1 | Central government | 中央政府 |
| | | HF.1.1.2 | State / provincial government | 地方政府 |
| | | HF.1.1.3 | Local / municipal government | 地方自治体 |
| | HF.1.2 | | Social security funds | 社会保障基金 |
| HF.2 | | | Private sector | 民間部門 |
| | HF.2.2 | | Private insurance enterprises（other than social insurance） | 民間の保険会社（社会保険以外） |
| | HF.2.3 | | Private household out-of-pocket expenditure | 家計負担 |
| HF.3 | | | Rest of the world | その他 |

推計する。これは国民医療費の「生活保護法（8,786億円）」+「障害者総合支援法（561億円）」+「その他の法律（1,842億円）」+「軽減特例措置（136億円：前期高齢者の窓口負担の軽減措置に関する国家負担分）」－「感染症法（結核）（再掲）（36億円）」とした１兆1,289億円分から推計する（この時点では、国民医療費の入院の公費負担医療給付分の「感染症法（結核）（再掲）」の36億円、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律分」の61億円は除外している）。国民医療費の公費には、供給主体別（HP）の情報は存在しないために、独自に按分する方法を採用せざるを得ないからである。入院医療費の①一般診療所が占める割合、②精神・行動疾患分が占める割合、③その他入院の占める割合から按分すると、①の入院医療費のうち一般診療所（HP.3.1）における一般政府部分（HF.1.1）が313億円となる。②の精神・行動疾患分（1,028億円）は、精神保健及び薬物濫用治療病院（HP.1.2）と一般病院（HP.1.1）の両方で提供されているために、病床情報を基にした按分を行って前者が767億円（b）、後者が261億円（c）となる。③のその他入院分（9,948億円）は一般病床と療養病床分から構成されるので、同様に病床情報を基にした按分を行い前者が8,435億円（d）、後者が1,513億円（e）となる。したがって一般政府部分（HF.1.1）として261億円（c）と8,435億円（d）の合計、国民医療費の公費を計算する際に除外した「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律分」の61億円について病床情報を基にした按分を行って推計した一般病床分15.46億円（一方、精神病床分は45.42億円（f））、除外していた「感染症法（結核）（再掲）の36億円」を加えた8,748億円が一般病院（HP.1.1）の一般政府部分（HF.1.1）分となる。精神病床（HP.1.2）の一般政府部分（HF.1.1）は767.11億円（b）と45.42億円（f）を加えた813億円となる。

## 第一回のまとめ

本連載の目的の一つは、SHAの各分類と他次元との対応関係を示すことである。

今回の対象とした国民医療費・入院医療費の14兆9,667億円は、

- HC分類ではHC.1.1が12兆9,615億円、HC.3.1が２兆52億円となった。
- HP分類ではHP.1.1が13兆5,317億円、HP.1.2が１兆170億円、HP.1.3が36億円、HP.3.1が4,144億円となった。

国民医療費の入院における公費負担医療給付分の1兆1,251億円と軽減特例措置（前期高齢者の国庫負担分）の136億円を財源分類の中央政府分（HF.1.1）１兆1,378億円とした。

- HF.1.1の他次元のHP関係は、HP.1.1とHP.1.3が8,748億円、HP1.2が813億円、HP.3.1が313億円となる（合計9,874億円）。さらにこの9,874億円はHC.1.1のHF.1.1であり、1,513億円（e）はHC.3.1のHF.1.1という対応関係を保っている。したがって国民医療費の公費負担医療給付分（１兆1,251億円）と軽減特例措置（136億円）を合計した１兆1,387億円とも一致している。

次回は、はじめに財源・社会保障基金（HF.1.2）と民間部門（HF.2）の他次元との関係について説明する。次に、入院時食事・生活療養費、病院施設運営補助金、先進医療・高度医療について説明する。

# お知らせ

2016年８月吉日

## 医療経済学会　第11回研究大会　プログラムご案内（予定）

日時：2016年９月３日（土）９：20～19：10（８：30より受付開始）
会場：早稲田大学　早稲田キャンパス　商学部　11号館

９月３日（土）

◇　**一般演題**（29演題）
時間：９：20～19：10
会場：メイン会場：　商学部　11号館　５階 501
Ａ会場：商学部　11号館　５階 502
Ｂ会場：商学部　11号館　５階 503
Ｃ会場：商学部　11号館　５階 506
Ｄ会場：商学部　11号館　５階 507

◇　**総会**
時間：13：00～13：20
会場：メイン会場

◇　**基調講演**
時間：13：30～15：30
会場：メイン会場
基調講演演者：Adam Wagstaff氏
The World Bank, Human Development & Public Services Team Development Research Group：DECRG
演題：「Experiments and Incentives in Health Care」

パネル・ディスカッション：
モデレーター：橋本　英樹氏（東京大学大学院 医学系研究科）
パネリスト：近藤　克則氏（千葉大学 予防医学センター）
パネリスト：澤田　康幸氏（東京大学大学院 経済学研究科）

◇　**第6回若手研究者育成のためのセミナー**
時間：15：30～17：50
会場：C会場

◇　**「医療経済研究機構」研究助成対象者の発表**
時間：17：50～18：30
会場：C会場（発表者１名）

## 1. 受付

2015年９月３日（土）８：30より開始　商学部11号館 ５階

## 2. 参加申し込み

「申込用紙」にご記入の上、学会事務局宛に参加申し込みをお願いします。

・事前受付（８月26日（金）までのお申込み）

一般会員：5,000円

学生会員：無料

非会員　：10,000円

**※研究大会参加費は下記、口座に８月26日（金）までにお振込みください。**

| |
|---|
| 銀行名：みずほ銀行　　支店名：新橋支店　普通預金<br>口座番号：2418647　口座名称：医療経済学会　第11回研究大会 |

・当日受付（８月27日（土）以降のお申込み）

一般会員：6,000円

学生会員：無料

非会員　：11,000円

## 3. 会場内での留意点

① 場内でのお尋ね・お呼び出し等は、「受付」でお申し付けください。

② 会場内は全面禁煙となっております。指定された場所以外での喫煙はご遠慮下さい。

③ 会場内では携帯電話の電源をオフまたはマナーモードにしてください。

④ 当日は研究大会の会場以外への立ち入りはご遠慮下さい。

## 4. 託児所について

託児所を開設します。詳細は学会ホームページ『託児所利用案内』をご覧ください。

## 5. 駐車場について

駐車場は託児サービス、お身体の不自由な方のみご利用できます。詳細は学会ホームページ『駐車場利用案内』をご覧ください。

上記以外の方は公共交通機関をご利用願います。

## 6. 昼食他

学内の食堂・生協は土日休業のため、キャンパス周辺のコンビニ・レストランなどをご利用ください。

## 7. お問い合わせ先

医療経済学会事務局　〒105-0003　東京都港区西新橋1-5-11　　11東洋海事ビル２F

FAX 03-3506-8528　　URL：http://www.ihep.jp　　E-mail：gakkai@ihep.jp

＜研究大会前後の連絡先：事務局＞

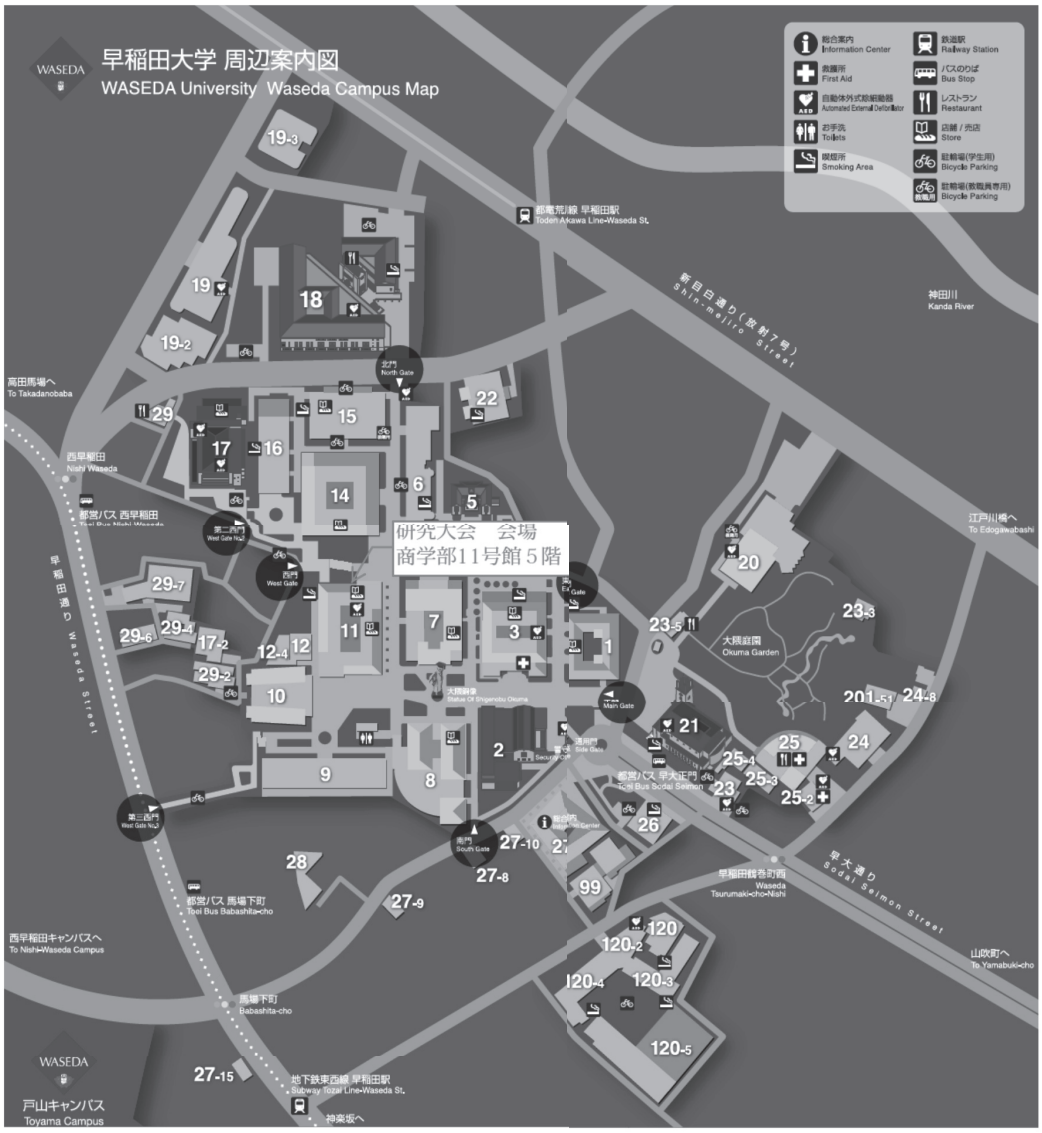
TEL：03-3506-8529　担当：小平、近藤、原田

＜当日の緊急連絡先＞

研究大会事務局（研究大会当日の急用のみです）　TEL 080 - 2875 - 9399

## 8. 会場へのアクセス

早稲田大学　早稲田キャンパス　商学部　11号館
〒169-8050 新宿区西早稲田１－６－１




主な交通機関（早稲田大学ホームページより）

| | |
|---|---|
| ＪＲ | 山手線 高田馬場駅から徒歩 20 分 |
| 西武鉄道 | 新宿線 高田馬場駅から徒歩 20 分 |
| 地下鉄東京　メトロ | 東西線 早稲田駅から徒歩５分<br>副都心線 西早稲田駅から徒歩 17 分 |
| バス | 都バス 学 02（学バス）高田馬場駅 – 早大正門<br>都バス 早稲田停留所 |
| 都電 | 荒川線 早稲田駅から徒歩５分 |

※開始時刻前後は混み合うことが予想されますので当日会場へは多少余裕を持ってお越し下さい

# 医療経済学会
# 第11回研究大会・総会

## 申込用紙

医療経済学会　第11回研究大会・総会の参加に関しまして、以下にご記入頂き、
事前申し込みをご希望の方は8月26日（金）までに、FAXまたはE-mailにてのご返信と下記の講座へのお振込みをお願いします。
8月27日（土）以降は学会当日に受付いたします

FAX番号：03-3506-8528　／　E-mailアドレス：gakkai@ihep.jp

◎研究大会
□参加　　□参加しない
◎総会
□参加　　□参加しない
◎総会へ参加されない場合
□総会の決議事項に関して委任致します。
□総会の決議事項に関して委任致しません。

参加費について

| | |
|---|---|
| 事前申し込み（8月26日まで）<br>（いずれかに○を記載して下さい） | （　　）一般会員：5,000円<br>（　　）学生会員：無料<br>（　　）非会員　：10,000円 |
| 当日受付（8月27日以降）<br>（いずれかに○を記載して下さい） | （　　）一般会員：6,000円<br>（　　）学生会員：無料<br>（　　）非会員　：11,000円 |

※下記、口座に8月26日（金）までにお振込みください。

銀行名：みずほ銀行　　支店名：新橋支店　　みずほ普通預金
口座番号：2418647　口座名称：医療経済学会　第11回研究大会

| | | | |
|---|---|---|---|
| 氏名<br>（必須） | | 電話番号<br>（必須） | |
| 所属先<br>（必須） | | FAX番号 | |
| 役職 | | E-mail<br>（必須） | |

## 第22回　医療経済研究機構シンポジウム

# NDBの活用を通じた今後の医療の展望

NDB（National Database：レセプト情報・特定健診等情報データベース）

◆ 日　時：　平成 28 年 **9** 月 **21** 日（水）**13：00** ～ **16：30**（開場：12：30）

◆ 会　場：　イイノホール（東京都千代田区内幸町2丁目1番地1号）TEL：03-3506-3251

**プログラム**

◆ 開会挨拶：西村 周三　　医療経済研究機構 所長

◆ 基調講演：満武 巨裕　　医療経済研究機構 研究部 研究副部長

◆ 特別講演1：「 **AMEDのミッション：データ共有と医学研究の推進** 」

菱山　豊　氏　日本医療研究開発機構 執行役

◆ 特別講演2：「 **最先端ビッグデータ技術の医療への応用（仮）** 」

喜連川 優 氏　国立情報学研究所 所長

◆ パネルディスカッション：

「 **超高齢社会におけるNDBの総合的な活用と医療の在り方** 」

座　長：　辻　哲夫　　医療経済研究機構 副所長

パネリスト：　中島 直樹 氏　九州大学病院 メディカル・インフォメーションセンター 教授

飯島 勝矢 氏　東京大学 高齢社会総合研究機構 教授

合田 和生 氏　東京大学 生産技術研究所 特任准教授

濵谷 浩樹 氏　厚生労働省 大臣官房審議官（医療介護連携担当）

満武 巨裕　　医療経済研究機構 研究部 研究副部長

**お申込み**

◆ 参加費：　医療経済研究機構の賛助会員：無料　/　非会員（一般）：3,000円

◆ 定　員：　500名（弊機構の賛助会員以外の方もご参加いただけます）

◆ 締　切：　平成28年9月14日（水）（定員に達し次第、締め切らせていただきます）

◆ 申　込：　医療経済研究機構ホームページ内の「各種講演会お申込」、または参加申込用紙をご利用ください。（お申込URL：https://www.ihep.jp/seminar/search.php）

主催：　一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構

**医療経済研究機構　企画渉外部　宛**

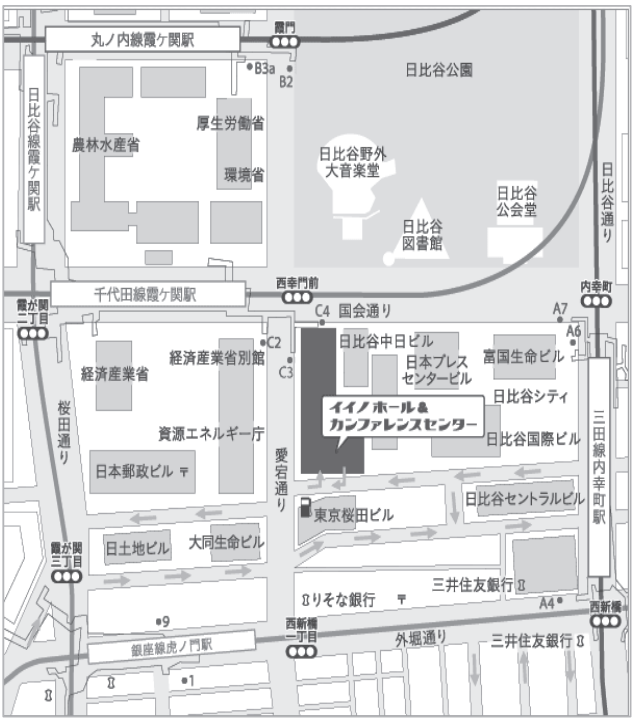
# 第22回　シンポジウム　参加申込用紙
## （FAX：03-3506-8528 / E-mail：info@ihep.jp）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 所属（会社・病院・団体等） | | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| TEL（必須） | | FAX | |
| 会員区分<br>（該当区分に〇をつけてください） | 1.医療経済研究機構　賛助会員 | 2.賛助会員以外（一般） | |

| 部署名（学部名、学科名）および役職名 | 参加者氏名 |
|---|---|
| 1. | （フリガナ） |
| メールアドレス：　@ | |
| 2. | （フリガナ） |
| メールアドレス：　@ | |
| 3. | （フリガナ） |
| メールアドレス：　@ | |

◆ 参加費は当日会場にて申し受けます。
◆ 駐車場のご用意をしておりませんので、お車でのご来場はご遠慮願います。
◆ 当申込用紙に記載いただいた個人情報は本シンポジウムに関連するご連絡以外には一切使用いたしません。

【会場（イイノホール）へのアクセス】
東京都千代田区内幸町2-1-1　TEL：03-3506-3251
東京メトロ 日比谷線・千代田線「霞ヶ関」駅 C4出口直結
東京メトロ 丸ノ内線「霞ヶ関」駅 B2出口徒歩5分
東京メトロ 銀座線「虎ノ門」駅 9番出口徒歩3分
東京メトロ 有楽町線「桜田門」駅 5番出口徒歩10分
都営地下鉄　三田線「内幸町」駅 A7出口徒歩3分
JR山手線、京浜東北線、東海道線、横須賀線、
都営地下鉄浅草線、ゆりかもめ「新橋」駅 徒歩10分




【お問い合わせ先】
〒105-0003
東京都港区西新橋1-5-11 第11東洋海事ビル2F
一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構 企画渉外部
TEL：03-3506-8529　FAX：03-3506-8528
E-mail：info@ihep.jp

# Monthly IHEP　バックナンバーのご案内

医療・介護政策、厚生行政などに関する幅広い情報提供を行うことを目的として、賛助会員月刊誌「Monthly IHEP」を発行しています。医療関係有識者へのインタビューや厚生労働関係者へのインタビュー、「医療経済研究会」のレビュー、有識者論稿などを掲載、年間 11 回発行しています。

## 2016 年 2 月号　No.249

**●特別寄稿**
Monthly IHEP 250 号 直前特別企画
ロシアの病院　文化と宗教
　福永　肇 氏
　藤田保健衛生大学 医療科学部 医療経営情報学科 教授

**●厚生労働省インタビュー**
日本の人口構造と一億総活躍社会
　山下　護 氏
　社会保障担当参事官室 政策企画官

**●研究部レポート**
臨床疫学研究からみた不適切かもしれない向精神薬使用：4 つの留意事項
　奥村　泰之
　医療経済研究機構 研究部　主任研究員

## 2016 年 3 月号　No.250

**●特別企画**
「Monthly IHEP」第 250 号記念座談会
『日本の医療政策の変遷と医療経済研究機構の歩み』（前編）
　幸田　正孝
　医療経済研究・社会保険福祉協会 顧問
　西村　周三
　医療経済研究機構 所長
　辻　　哲夫
　医療経済研究機構 副所長
　印南　一路
　医療経済研究機構 研究部長
　上田　真由美
　医療経済研究機構 研究主幹

**●官公庁インタビュー**
AMED 初年度の振り返りと今後の取り組みについて
　菱山　豊 氏
　国立研究開発法人 日本医療研究開発機構 執行役

**●医療機関インタビュー**
福岡市薬剤師会の取り組み ～節薬バッグ運動～
　木原　太郎 氏
　一般社団法人 福岡市薬剤師会 副会長
　三井所　尊正 氏
　一般社団法人 福岡市薬剤師会 理事
　島添　隆雄 氏
　九州大学大学院 薬学研究院 臨床育薬学 准教授

**●研究部レポート**
地域医療構想における在宅医療の地域差に関する検討
～兵庫県における在宅医療提供体制を例に～
　佐方　信夫
　医療経済研究機構 研究部　研究員

## 2016 年 4 月号　No.251

**●特別企画**
「Monthly IHEP」第 250 号記念座談会
『日本の医療政策の変遷と医療経済研究機構の歩み』（後編）
　幸田　正孝
　医療経済研究・社会保険福祉協会 顧問
　西村　周三
　医療経済研究機構 所長
　辻　　哲夫
　医療経済研究機構 副所長
　印南　一路
　医療経済研究機構 研究部長
　上田　真由美
　医療経済研究機構 研究主幹

**●厚生労働省インタビュー**
「今後の療養病床の在り方」について
　田中　広秋 氏
　保険局 医療介護連携政策課 課長補佐

**●研究部レポート**
①全国保険医療機関（病院・診療所）一覧、②全国保険薬局一覧、③郵便番号・二次医療圏対応表の公開：平成 27 年度版
　清水　沙友里
　医療経済研究機構 主任研究員

**●研究会報告**
〈第 620 回　医療経済研究会　講演要旨〉
感染症流行による被害低減に向けたリスクマネジメント
～新型インフルエンザ H5N1 等新興感染症流行時における行動シミュレーション～
　坪内　暁子 氏
　順天堂大学大学院医学研究科研究基盤センター 助教

## 2016 年 5 月号　No.252

**●特別寄稿**
2016 年度診療報酬改定の医療経営に与える影響～その 1
　川渕　孝一 氏
　東京医科歯科大学大学院 医療経済学分野 教授

**●厚生労働省インタビュー**
医療等分野における ICT 化の推進
～医療等 ID、電子処方せんを中心に～
　高木　有生 氏
　政策統括官付 情報政策担当参事官室 政策企画官

**●医療機関インタビュー**
聖マリアンナ医科大学病院薬剤部における臨床薬剤師の育成とフォーミュラリー作成の取り組み
　増原　慶壮 氏
　聖マリアンナ医科大学病院 薬剤部 参与

**●研究部レポート**
OECD の SHA ガイドライン準拠した場合の
日本の長期医療（保健）サービスの範囲（前編）
　満武　巨裕
　医療経済研究機構 研究副部長

## 2016 年 6 月号　No.253

**●特別寄稿**
2016 年度診療報酬改定の医療経営に与える影響～その 2
　川渕　孝一 氏
　東京医科歯科大学大学院 医療経済学分野 教授

**●官公庁インタビュー**
PMDA の国際戦略について
　田中　大平 氏
　独立行政法人医薬品医療機器総合機構 国際部 国際企画調整課長

**●研究部レポート**
OECD の SHA ガイドライン準拠した場合の
日本の長期医療（保健）サービスの範囲（後編）
　満武　巨裕
　医療経済研究機構 研究副部長

**●研究会報告**
〈第 621 回　医療経済研究会　講演要旨〉
ビックデータ時代：行動経済学は使えるか？
－保健・医療・介護政策への応用－
　西村　周三
　医療経済研究機構 所長

## 2016 年 7 月号　No.254

**●特別寄稿**
2016 年度診療報酬改定の医療経営に与える影響～その 3
　川渕　孝一 氏
　東京医科歯科大学大学院 医療経済学分野 教授

**●厚労省インタビュー**
糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて
～国レベルでの取組支援～
　羽野　嘉朗 氏
　保険局 国民健康保険課 課長補佐

**●医療機関インタビュー**
外国人介護人材受入れのための取り組み
　野田　学史 氏
　社会医療法人頌徳会 日野病院 事務長

**●研究部レポート**
超高額薬剤問題の何が問題か－理念論からの検討
　印南　一路
　医療経済研究機構 研究部長

## 医療経済学会雑誌／医療経済研究機構機関誌

# 「医療経済研究」

## 投稿論文募集のご案内

医療経済・医療政策研究分野の論文の投稿を広く募集しております。

- 投稿者の条件はありません。
- 採用された論文の掲載料金は無料です。
- 投稿規定、執筆要領は医療経済研究機構ホームページ（http://www.ihep.jp/）をご覧下さい。


| | | |
|---|---|---|
| 編集委員長 | 橋本英樹 | （東京大学大学院医学系研究科 教授） |
| 編集顧問 | 池上直己 | （慶應義塾大学 名誉教授） |
| | 西村周三 | （医療経済研究機構 所長） |
| 編集委員 | 井伊雅子 | （一橋大学国際・公共政策大学院 教授） |
| | 駒村康平 | （慶應義塾大学経済学部 教授） |
| | 菅原琢磨 | （法政大学経済学部 教授） |
| | 鈴木亘 | （学習院大学経済学部 教授） |
| | 野口晴子 | （早稲田大学政治経済学術院 教授） |
| | 濱島ちさと | （国立がん研究センター社会と健康研究センター 室長） |
| | 福田敬 | （国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 部長） |
| | 安川文朗 | （横浜市立大学国際総合科学部 教授） |


本冊子に関するお問い合わせは、医療経済学会雑誌／医療経済研究機構機関誌「医療経済研究」担当まで
TEL：03−3506−8529 ／ FAX：03−3506−8528 ／ E-mail：kikanshi@ihep.jp

FAX: 03-3506-8528 又はE-mail: mitsuhiro.kondo@ihep.jp にて、
医療経済研究機構Monthly IHEP担当 近藤 までご送付下さい。

# 医療経済研究機構レター「Monthly IHEP」『医療機関インタビュー』応募用紙

＜医療機関インタビュー応募について＞

医療経済研究機構の担当者が賛助会員の皆様のご施設を訪問し、ご施設における取り組みをインタビューし、Monthly IHEPにて紹介させて頂きます。（面会時間は約60分（インタビュー時間30～45分）です。また、インタビュー実施後、約２カ月後の記事掲載となります。）

インタビュー内容・トピックスは医療現場における連携、最先端の取り組みなど、賛助会員のニーズの高い範囲内において自由とさせて頂きますが、Monthly IHEPへの掲載につきましては、弊機構にて最終判断させて頂きますことをご了承下さい。

インタビューにご協力頂けます場合は、下記空欄にご記入の上、FAXまたはメールにて、弊機構Monthly IHEP担当へご送付下さい。ご協力の程、何卒よろしくお願い申し上げます。

**ご施設名**：

**お名前・お役職**：

**ご連絡先（住所・電話番号・E-mail）**：

**ご希望のインタビュー内容・トピックス（100 文字以内）**：

**ご希望のインタビュー時期（応募日より１カ月以降にてお願い致します）**：

**連絡先：一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構**
〒105-0003 東京都港区西新橋 1-5-11　11 東洋海事ビル２階
TEL:03-3506 － 8529　FAX:03-3506 － 8528
Monthly IHEP 担当：近藤 光量（E-mail: mitsuhiro.kondo@ihep.jp）

# 医療経済学会 入会申込書

【学会設立の趣旨】
　医療経済学の研究者を広く糾合し、医療経済研究の活性化を図るべく、「医療経済学会」を設立する。この学会が医療経済学の研究成果の発表の場として、広く研究者が交流する場となることで、その学問的成果に基づく政策や医療現場での実践が行われ、ひいては質の高い効率的な医療が提供されることを期待する。

年　　月　　日申込

**入会希望の方は下記様式に記入の上、事務局までメール、FAXまたは郵送して下さい。**

<table>
<tr><td colspan="2">フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">男・女</td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">西暦　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">会員の別</td><td>普通会員<br>学生会員</td><td colspan="2">最終学歴<br>専攻科目</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">所属先</td><td>名称</td><td></td><td colspan="2">職　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="4">〒</td></tr>
<tr><td colspan="2">電　　話</td><td></td><td colspan="2">FAX</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">自宅住所</td><td colspan="4">〒</td></tr>
<tr><td colspan="2">電　　話</td><td></td><td colspan="2">FAX</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">郵便物希望送付先（該当に○）</td><td colspan="3">所属先　・　自宅</td></tr>
<tr><td colspan="2">E-mail</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

＊入会申込書に記載いただいた個人情報は、当学会のご案内・ご連絡にのみ使用致します。
＊理事会の承認を得て、正式に会員と認められます。

【主な活動】
　研究大会の開催
　学会誌「医療経済研究」の発行など
【学会年会費】
　普通会員：年１万円、 学生会員：年５千円

【入会の申し込みおよびお問合せは下記へ】

　医療経済研究機構内　医療経済学会事務局
　TEL 03-3506-8529　FAX 03-3506-8528
　http://www.ihep.jp　E-mail：gakkai@ihep.jp