

変化する薬剤環境



国民健康保険中央会常勤監事

伊藤文郎

講演1では、前愛知県津島市長で、現在、国民健康保険中央会常勤監事を務める伊藤氏に、変化する薬剤環境というテーマでお話しいただいた。

伊藤氏は、健康保険支払側の立場から、地域包括ケアシステムなどの医療や薬剤の環境変化について触れ、地域で果たす薬局や薬剤師の役割への期待を示した。また、国保中央会や市町村が進めている後発医薬品の普及促進について述べるとともに、薬価の「見える化」では費用対効果の評価が重要だと強調。医薬品卸に対しては、適正な流通費用が確保できる価格体系を再構築し、国民の健康と寿命を支えてほしいとエールを送った。

日時:平成27年11月12日(木) 14:00~15:00 場所:東京・有楽町朝日ホール

はじめに

昨年3月まで愛知県津島市長を務め、津島市民病院の経営改善に取り組んできました。市長を退いてからは、市長時代の経験も踏まえ、国民健康保険中央会で、地方からの国保に関する事柄を取りまとめたり、意見を述べさせてもらう事務局のような仕事をしています。健康保険のいわゆる支払側に当たります。

そのような立場から、医療や薬剤の環境変化、特に国保の制度改革、現在、国保中央会や国保連

合会、そして市町村が進めている後発医薬品の普及に向けての努力などについてお話しします。

保険者としての取り組み

●保健医療2035策定懇談会

まず、塩崎厚生労働大臣の私的諮問機関である「保健医療2035策定懇談会」について。ここでは大きな課題である「2025年問題」のさらに先の2035年に向けた保健医療のあり方について議論しています。その中で、保健医療のこれまでと2035年に向けてのパラダイムシフトとして、①「量の拡大」か

ら「質の向上」、②「インプット」から「アウトカム」、③「規制」から「規律」、④「専門分化」から「総合化」、⑤「内向き」から「世界をリード」が提示されています。この5つのパラダイムシフトを念頭に置きながら話を進めていきます。

この懇談会について私が注目したいのは、20年後を見据えたことです。経営学者のドラッカーは、マネジメント力の中で大切なのは、投資以上の価値創造を実現することと、現在の諸課題と将来ビジョンを一緒にさせることだと述べています。私も市長を務めていたときには、20年後を見据えた課題解決への取り組みに努めていました。

日本はいま、超高齢化に伴う医療や介護の財源が国家財政を逼迫させる問題に直面しており、費用を抑えようという動きがあります。一方で、この分野は成長産業でもあります。保健医療費や介護費などを抑えながら、いかに成長産業としていくのかは、まさにこれからの日本の大きな課題だと思います。その課題解決においては、中長期的視点に立った社会保障政策の展開が求められます。そこで最初に、保険者として取り組んでいかなければならないことからお話しします。

●保険者本来の機能発揮

中長期的視点に立った社会保障政策の展開では、重点項目として、保険者が本来の機能を発揮していくことが挙げられています。市町村の国保は、健康保険であり、健康でいるための保険です。ここで少し問題提起をしたいのは、「健康」と「元気でいる」ことをどのように捉えればいいのかです。例えば、血液や尿を検査して、正常の基準値内であれば健康だということでもいいのでしょうか。私は元気に生活し、人生を楽しむために社会保障があるのだらうと思っています。

保険者が本来の機能を発揮し、国民が自ら取り組む健康社会の実現では、インセンティブ改革がポイントだとされています。その際、私ども保険者の努力が大きいと思っています。そのため、国保中央会も含めていま進めているのが、データに基づいた予防・健康づくりです。栄養指導も大変重要なことが分かってきたので、それにも力を入

れていこうとしています。

●エビデンスのある予防・健康づくり

ところが、私どもの中でなかなかエビデンスが揃いません。本当はたくさんあるのですが、うまく揃っていかないことが国の中です。マイナンバー制が導入され、本格的にデータを揃えていく動きはありますが、どうも少しずつストップがかかってしまっている感じがあります。

インセンティブについても、新しい試みが進められない面があります。私どもはKDBという国保データベースを構築しており、これを制度改革に活用しようとしています。そこには医療財政の問題があります。例えば、糖尿病の重症化予防です。財政効果が大きいのです。重症化が進み透析に移行すると非常に大きなお金がかかってきます。その透析には腹膜還流透析という治療法がありますが、普及していません。感染症が心配なこともあるようですが、これから在宅医療が進み、また医療費の適正化を図っていく上で、こうした治療の選択肢を増やしていくことが大事ではないかと思っています。実際に腹膜還流透析がもう少し普及すれば、薬剤の単価も安くなって、財政的に好影響が出るのではないかと期待しています。

ただ、これにはエビデンスが必要で、それを揃えるのに少し時間がかかっているわけです。これには私ども保険者だけでなく、医療者にも応援していただきながら、患者さんにとってより良い治療法が選べるようになればと思っています。

私どもでも医療費適正化に向けた計画を立てていますが、進めるに当たっては見通しがないとなかなか難しい面があります。

例えば、次にお話しする地域包括ケアシステムも、多職種連携がカギだといわれています。市長を務めていた経験から、難しい面があると実感しています。国によるデータヘルスの推進でも様々な戦略が出ていますが、その推進には難しいところもあると感じています。それぞれの戦略を成り立たせていくために保険者もデータを出していき、エビデンスのある予防・健康づくりを進めていく必要があると考えています。



医療や薬剤の環境変化について話す伊藤氏

地域包括ケアシステム

●成功のカギは多職種連携

次に、地域包括ケアシステムについてお話しします。私は6万6000人の小さな市の市長を務めていました。実は医療資源も介護資源も豊富で、地域のコミュニティも残っていました。そうしたコミュニティを活かしながら地域ケアを進めていましたが、残念ながら行政がうまく乗り切れなかったかなという反省もあります。

この地域包括ケアシステムは、超高齢社会に向けた地域づくりのため、かつて地域に根づいていたコミュニティの良さを取り戻していこうということではないかと私は思っています。その地域包括ケアシステムの成功のカギを握っているのは、多職種連携だといわれています。

●歯科医師と薬剤師の役割の高まり

その点でポイントになると思われるのが、歯科医師と薬剤師です。医療や看護では往診が進められるようになっていっていますので、今後の地域包括ケアシステムの成否の重要なカギは両者が握っているといてもいいのではないのでしょうか。

歯科医師については、訪問の歯科医師診療がだいぶ進んできました。20%くらいの歯科医師がいま取り組んでいるということです。口腔ケアと健康に関連性があることは、いくつかのデータが出ていますが、残念ながら実感としてあまりないよ

うに感じています。例えば、毎年、歯科健診を受けている人は意外と少ないのではないのでしょうか。しかし私は、東日本大震災後、いろいろな調査に行き、その中で、食べる気力がなくなり、硬いものが嚙めなくなって寝たきりになった被災者の話を聞きました。その人が歯科口腔の治療を受け、自身の歯で食べられるようになると、生きる気力が湧き、寝たきりから3か月で庭仕事ができるようになったというのです。私は自分で食べることがいかに大事かを思い知らされました。

この地域包括ケアシステムの推進では、健康も大切ですが、やはり元気になることが一番大事だと思っています。正常数値に収まるだけでなく、元気で暮らすことが大事だということです。

そのためには、ケア対象者の数値だけでなく、顔色を見ていく必要があります。その意味では、看護師や介護士だけでなく、薬の作用をきちんと見られる薬剤師の役割は、在宅に向かえば向かうほど、一人暮らしのお年寄りが増えれば増えるほど、大きくなっていくのではないのでしょうか。

●地域包括ケアシステムはまちづくり

厚生労働省は地域包括ケアシステムの姿を図で示していますが、これを見ると、まさにまちづくりと同じであると思いました。一番大切なのは、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことです。地域包括ケアシステムでは医療者が中心になりがちだと思われるかも知れませんが、実は住民を中心とした地域づくりだと私は認識しています。

地域医療に対する危機感の高まりを受け、医師会や医師がこれまで以上の使命感と倫理観を持って地域の輪の中に足を進めてもらえるようになりました。その医師会が中心となって地域包括ケアシステムをつくり上げることも大事ですが、やはり歯科医師や薬剤師をはじめ多職種連携が不可欠なのです。それぞれに立場があり、これまで経験したことがない取り組みに踏み込むには、大きな勇気が要るかも知れませんが、しかし、それぞれの役割の考え方を変えてもらうことで、より良いケアシステム、さらには地域づくり、まちづくりに

つながっていくと信じています。

地域によっては資源が不足しているという話も聞きますが、ICTを駆使するなど、方法はいくらでもあるのではないのでしょうか。ただ、実践が足りないのが、今後、成功例をどんどんつくっていくことが大きな課題になると感じています。

薬局のあり方の見直し

●薬剤師の役割への期待

次に、薬局のあり方の見直しについてお話しします。医薬品の適正化では、残薬の問題が中医協で取り上げられました。薬剤関係者は年間400億～500億円ではないかといいましたが、その後、100億円から6500億円という数字が出てきました。幅がありすぎて、あまり信用できません。実際やってみなければ分からないということです。

もうひとつは、薬局の役割です。その薬効が患者さんに有効に作用しているのか、薬を飲んだことで改善しているのかは、やはり医療側にみてもらいたい。薬の専門家である薬剤師に、その役割を果たしてもらいたいのです。薬剤師の働き方が変わっていくことで、医薬品の適正化が進んでいくのではないかと期待しています。

●地域での顔の見える関係づくり

いま、処方せん1枚当たりの薬剤料や投薬日数が増えています。投薬日数が増えているのは大きな病院ですが、実は薬剤費というより技術管理料が増えています。その場合、本当にその役割が果たされているのかが気になります。私は支払側です。服薬しているのかをきちんと管理し、薬効が期待できているかをみて、期待できなければ違う薬に変えてもらうことを期待しています。

この薬剤の薬効分類別では、高脂血症用剤や糖尿病用剤など慢性病の薬剤が増えています。慢性病なので、なかなか改善しないために増えているのだと思います。しかし、医薬品も急速に進歩しているので、改善がこれからの医薬品の大きな役割になっていくのではないかと考えています。

いずれにしても、薬局に期待したいのは、地域

において顔の見える関係をつくってもらうことであり、かかりつけ薬局、健康サポート薬局が目目されるようになっていっています。いろいろな治療方法がありますが、最後に頼るのは薬剤です。それだけに、薬剤の専門家の薬剤師にはその力を大いに発揮してもらいたいと願っています。

後発医薬品について

●後発医薬品の安定供給と質の問題

続いて、後発医薬品についてお話しします。後発医薬品の使用促進にも、医療財政の問題が大きく絡んでいます。2000年に小泉内閣が発足し、5年間で社会保障費を1兆1000億円削減することになりましたが、1兆1000億円の基になったのが後発医薬品の促進だったという話を聞いたことがあります。医薬品を後発医薬品にすれば1兆1000億円削減できるということです。その話の真偽は定かではありませんが、当時も後発医薬品の使用促進が医療費削減方策として考えられていたということでしょう。そしてその後、後発医薬品の使用促進がクローズアップされました。後発医薬品メーカーが投資して新しい工場をつくっています。しかし、それだけでは後発医薬品の使用促進になかなかつながらないだろうと思っています。

卸の皆さんは平時だけでなく、災害時であっても、医薬品のサプライヤーとして医薬品を提供し続けています。その姿勢を貫いていく上では、後発医薬品を安定供給できる生産体制と確実に供給するための仕組みが必要で、果たしてこれが追いついているのかという課題が挙げられます。

それから、医療者が後発医薬品の質に対して不満を持っている問題があります。ただ、話を伺うと「よく分からない」ということであり、中医協の中でも医療側はそういう話をしていました。

実は、後発品名処方のうち銘柄変更を禁じる「変更不可」の処方せんは、平成23年度は19%程度でしたが、平成24年度は50%近くになりました。医師の後発医薬品に対する理解が進んだとみられたわけですね。ところが平成25年度の速報によれば、19%ぐらいで逆戻りしています。これはどういう

ことなのでしょう。後発医薬品の質の問題か、供給の問題か、医療者の中でいくつかのせめぎ合いがあるのか。後発医薬品は種類が多く、医師からも選ぶのに大変苦労しているという話も聞きます。

●国保中央会の「差額通知」

私ども国保中央会では、保険料削減、医療費抑制に向けて、「差額通知」に力を入れています。国保は今回の国保改革で様々な支援を受けましたが、高齢や低所得の被保険者が多いという構造上の問題から財政難が続いています。

そのため、医療費抑制に向けて保険者努力を重ねており、差額通知書はその一環として取り組んだものです。国保中央会独自に開発し、国保の連合会を通じて各市町村で活用してもらっています。その結果、温度差はありますが、大変効果が上がったという市町村もあります。

●後発医薬品の医療費適正効果

後発医薬品の医療費適正効果額では、新しい推計が出ました。平成25年度は5500億円ということです。この後発医薬品使用促進に向けては、薬局に対し、後発医薬品によって売上が減ることを補うためだけではなく、普及への努力に対するインセンティブが出されてきました。しかしそろそろインセンティブではなく、ペナルティになってくのではないかと感じています。

ただ、個人的見解ですが、医療費適正化を後発医薬品促進だけで進めるには、少しづらいものがあります。先ほども少し触れた透析など、もう少し幅広く、治療方法も含めて議論されてもいいのではないのでしょうか。今後、再生医療も含めて医療は高度化していくでしょうが、果たして採算が合うのかという議論は、まさにこれから行われるのだらうと思っています。

「見える化」について

●「見える化」に対する問題意識

最後に、「見える化」についてお話しします。財

務省では、地域の格差是正と「見える化」に力を入れようとしています。

「見える化」の枠組みには、医療の「見える化」と住民負担の「見える化」があります。医療の「見える化」では、まず、病床数と入院医療費が相関関係にあることを基にして、病床の機能分化、再編を進めるということがあります。これはもったいな話ですが、本当にそれでいいのかということも頭をよぎります。

また、地域において自分たちの責任で医療費適正化を進めていく動きが始まっています。疾病などに地域差があれば、地域で最適な対応を図っていくことになるでしょう。医療圏には広大な領域を持っているところや、小さな医療圏の中に医療施設や介護施設が集積しているところがあり、これをそれぞれ「見える化」していくことは非常に大事だと思います。しかし、それだけで本当によいのかという問題意識もあります。

●適正な利益が確保できる薬価を

そして、個人的見解ですが、薬価の決め方への問題意識もあります。新薬の薬価を決める場合、通常は類似薬効比較方式で行われ、例外的に原価計算方式が使われます。

この原価計算では、材料費、労務費、光熱費などで製造原価を算出し、広告宣伝費なども含めた販売費を掛け合わせます。これがだいたい平均で0.377となっています。そこに営業利益を足します。さらに流通経費が加わります。流通経費は平均で0.076をかけます。要するに、薬価が下がれば流通経費も下がっていくわけです。類似薬効比較方式も、基になっているのは原価計算方式なので、利益や流通経費は当然絞られてきます。それが医薬品製造・販売・流通業界にとって大きな問題ではないかと思っています。

もうひとつ大きな問題になっているのが長期収載品です。不採算のものが出てきており、ストレプトマイシンや生理食塩水などが不採算品として拳がっていました。これら必要な医薬品が不採算として供給されなくなった場合にどうなるのかという問題があります。

私は支払側の立場なので、薬価は安いほどいいわけですが、同時に安定供給をしてもらう必要があります。適正な利益、流通経費が薬価に含まれていなければ、医薬品の生産や安定供給に支障が生じる恐れもあります。ですから、適正な薬価が必要であり、まさにイノベーション時代を迎えて、長らく使われてきた計算方式を見直す時期にきているのではないかと感じています。

9月の中医協での業界ヒアリングでは、鈴木会長が流通経費を賄える適正な利益が確保できる仕組みの必要性を訴えられました。私は安定供給に向けては、掛け率ではなく定額で流通経費を確保していくことも必要ではないかと考えており、そのための「見える化」が大事だと思っています。

●費用対効果による評価への期待

また、新薬の薬価算定を見直す上で、医薬品開発費の「見える化」も進めていくべきでしょう。その意味で私が期待しているのは、中医協の費用対効果の評価専門部会です。しかし費用対効果の評価は極めて難しく、なかなか進んでいないようです。生存年数で評価する話もあるようですが、生存年数が伸びたということだけでなく、評価は難しいでしょうが、生活がいかに改善されたかで測れないかと思っています。

先ほど「見える化」に対する問題意識を述べましたが、人生の質を高める医療や医薬品が正当に評価されるために「見える化」が進むことを期待しています。

そして医薬品のサプライヤーとして大きな役割を担っている医薬品卸の皆さんには、ぜひ自らブレイクスルーし、価格体系、価格決定のあり方を再構築していただきたいと思っています。そして後発医薬品が進んできた中で、これまでと同じ方法でいいのかを問題提起していただきながら、国民の健康と寿命を支えてもらう、そんな卸業になっていただきたいとエールを送ります。

日本の国民皆保険制度を守り、なおかつ、国民に生活をエンジョイしてもらうため、皆さんと一緒に頑張っていければと思っています。



伊藤氏に質問する聴講者

質疑応答

質問 今後、都道府県が中心となって地域ごとの医療保険制度の検討が始まると聞いていますが、国保中央会の見解について教えてください。

伊藤 平成30年度から都道府県に医療保険の財政責任を持ってもらうことになっており、都道府県の指導強化を図っていくためにいま、地域医療構想などを立てています。

その中で、治療の標準化がよく目標として出されていますが、国保中央会では大きな役割として標準化を見守っており、治療の審査も行っています。全国どこでも、身近なところで質の高い医療が受けられることが大事です。一方で、希少疾病については、症例が少ないので、できるだけ症例を集中したほうが治療効率が上がるのではないかと考えています。これにはデータが必要ですが、そのデータの基になるのが国保であり、様々な支払基金なのです。私どもは支払側の立場から、国民が安心して質の高い医療を受けられるように取り組んでいきたいと思っています。

また、財政的な問題は非常に大きく、都道府県がどういう形で医療保険を運営していくかは手探り状態にあります。医療計画についても保険者協議会をつくり、地域を挙げて進めていく方式になるでしょう。私ども中央会は、そうした取り組みを下支えしなければならないと自覚しています。