

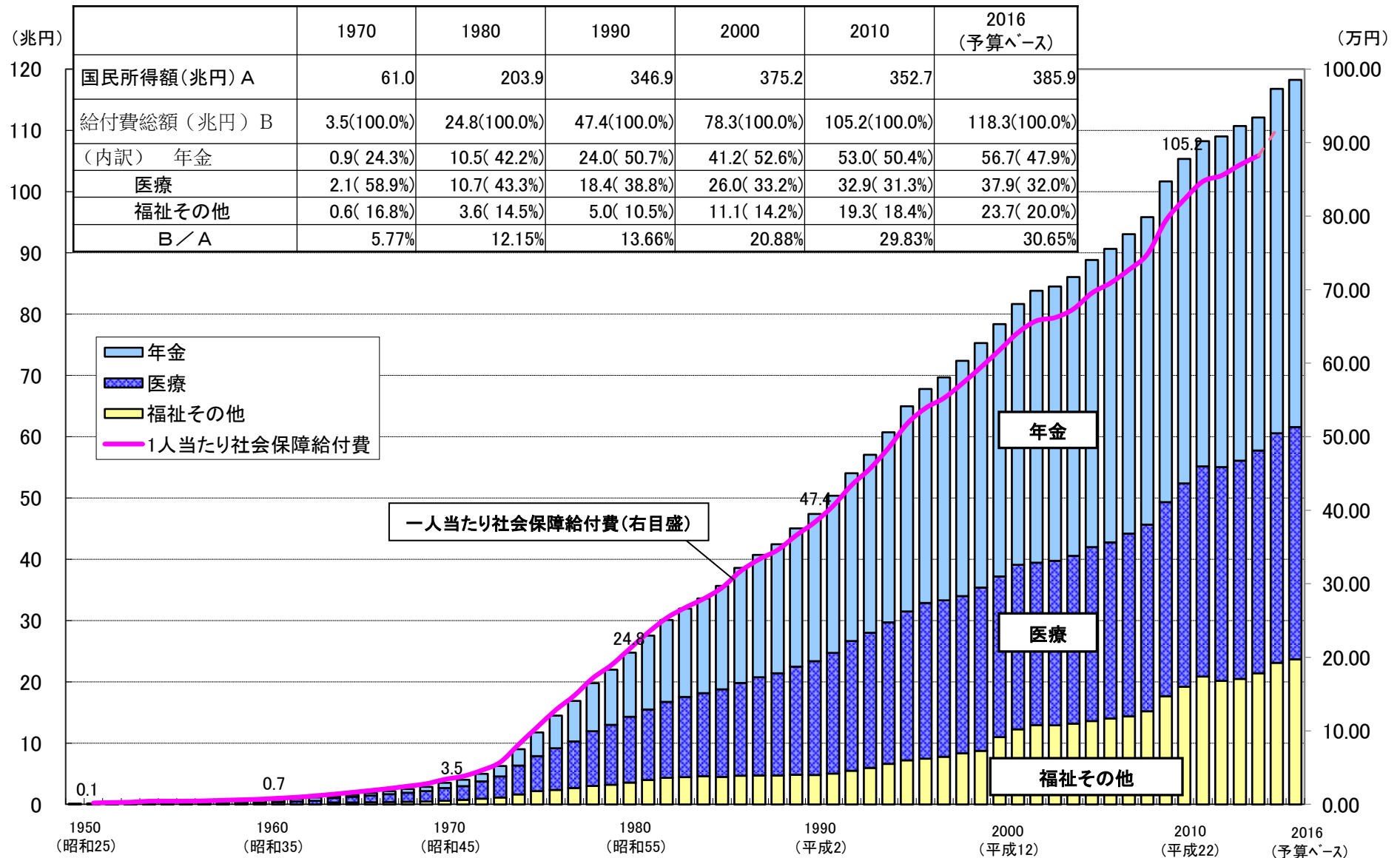
社会保障改革の方向性 ー医療、介護を中心にー

2017年1月18日

日本総合研究所

翁百合

社会保障費の推移(医療、介護、年金)

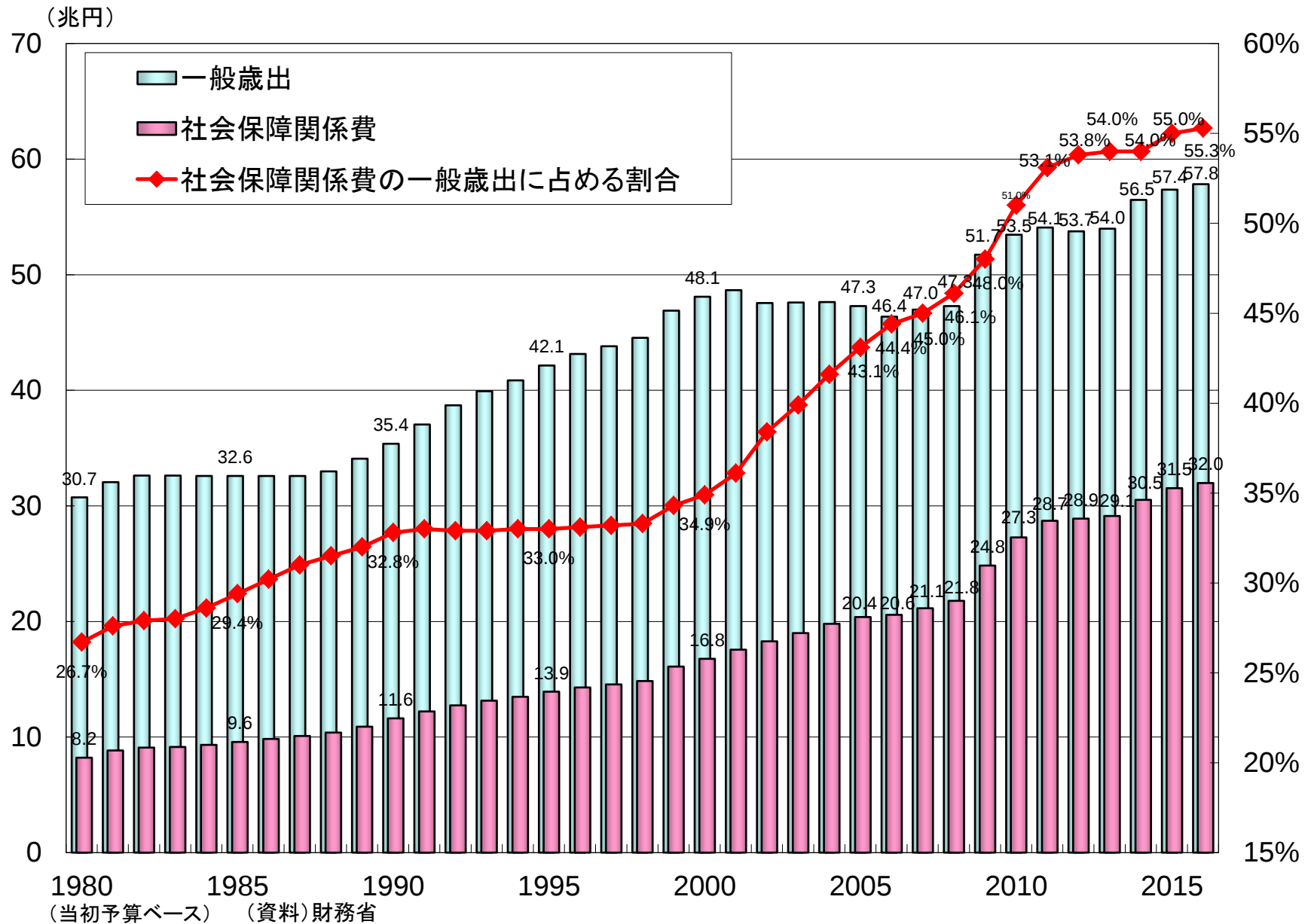


資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成26年度社会保障費用統計」、2015年度、2016年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2016年度の国民所得額は「平成28年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成28年1月22日閣議決定)」

(注) 図中の数値は、1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2000及び2010並びに2016年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

財政支出における社会保障費



医療保険制度の構造

健保組合等は、支出の半分弱が高齢者への支援金。後期高齢者医療制度や国保は支援金に加え、多額の公費によって支えられている

(図表)医療保険制度のキャッシュフロー(2014年度)

(兆円)

制度	収入	保険料	公費	国	地方	者前期 交付金 高年齢	出退 職者 拠	その他	支出	給付	支援 等金	者後 期高 齢 支 援 金	者前 期高 齢 納 付 金	出退 職者 拠 (注3)	その他
組合健保	7.6	7.5	0.0	0.0	-	-	-	0.1	7.5	3.8	3.3	1.6	1.4	0.3	0.5
協会けんぽ	9.1	7.7	1.3	1.3	-	-	-	0.1	8.7	5.1	3.5	1.8	1.4	0.3	0.2
共済組合	2.5	2.4	-	-	-	-	-	0.1	2.4	1.2	1.1	0.5	0.5	0.1	0.1
国民健康保険	14.1	3.2	5.2	3.3	1.9	3.4	0.6	1.7	14.0	9.8	2.0	2.0	0.1	0.0	2.1
計	33.3	20.9	6.5	4.6	1.9	3.4	0.6	2.0	32.6	19.9	9.9	5.8	3.4	0.7	2.9

(注1)

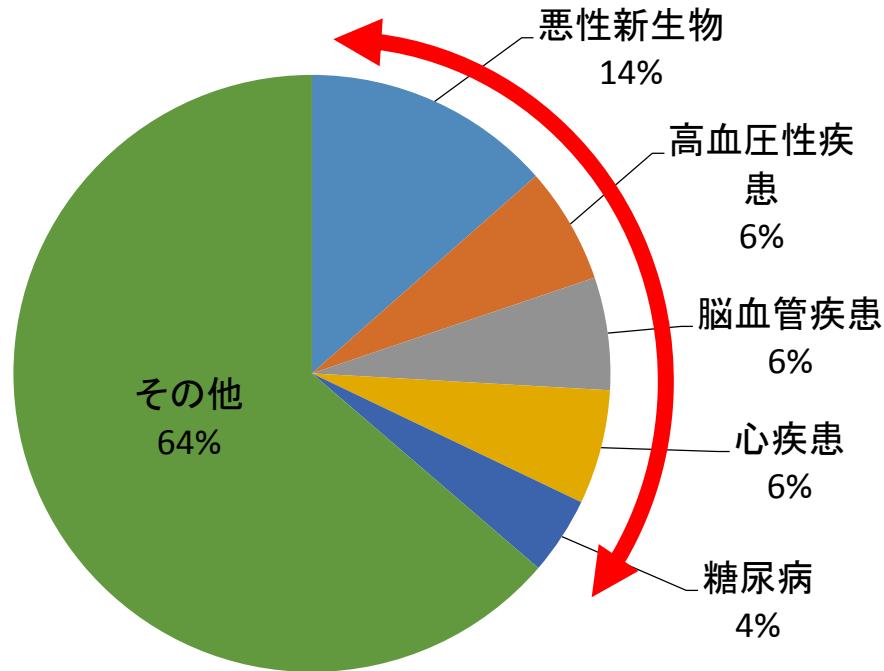
制度	収入	保険料	公費	国	地方	者後 期高 齢 支 援 金	支出	給付
後期高齢者医療制度	13.6	1.1	6.9	4.4	2.5	5.6	13.5	13.4

(資料)厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」より日本総合研究所作成。2014年度実績(注1)支援金等は、資金繰りなどの関係から、納付額と交付額が必ずしも一致しない。(注2)数値は、小数点2桁を四捨五入。内訳と合計は必ずしも一致しない。(注3)退職者拠出金とは、国保に加入する64歳以下の被用者OBを対象とした拠出金。64歳を超えると前職にかかわらず前期高齢者納付金、後期高齢者支援金の対象になる。(注4)生活保護などは公費負担の医療給付分は含んでいない。

(資料)日本総合研究所シンポジウム「国民主体の医療制度構築に向けて」西沢和彦提出資料[2015]をリバイス

国民医療費の内訳

【医科診療医療費に占める生活習慣病の割合（平成26年度）】

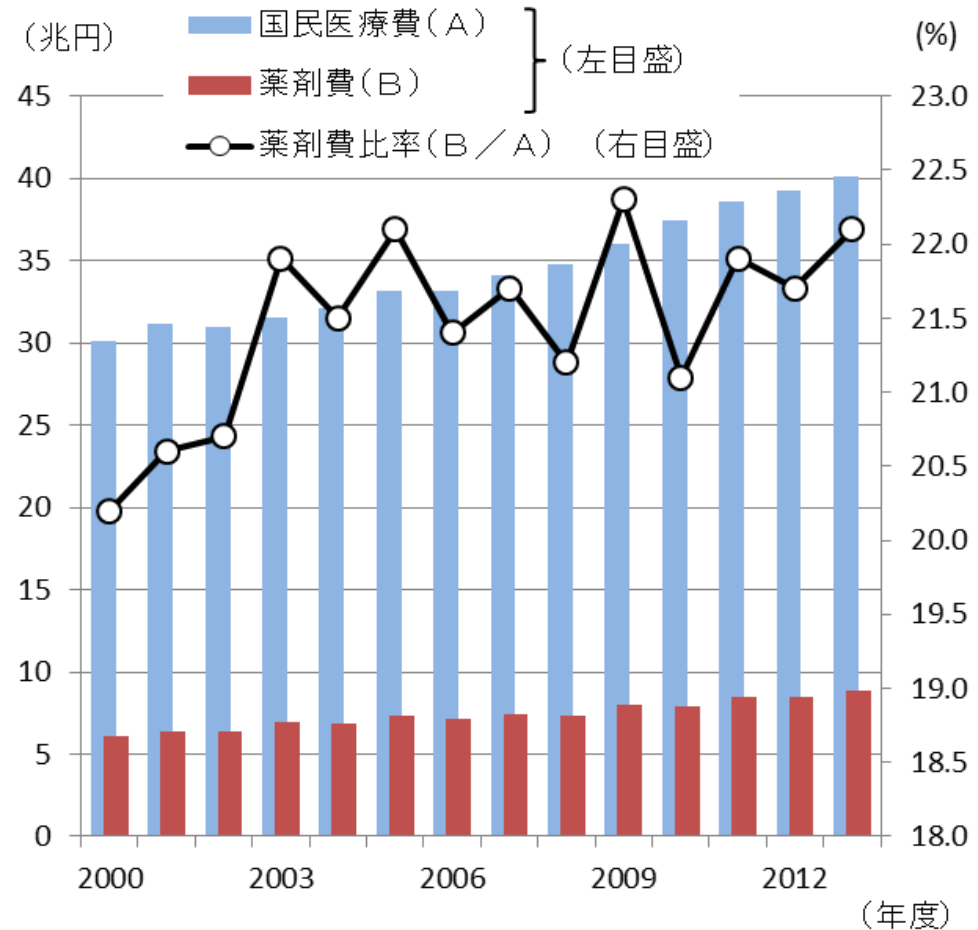


全体の約3分の1
（約10.6兆円）
※総額：28.7兆円

（資料）厚生労働省「平成26年度 国民医療費の概況」

【薬剤費比率の推移】

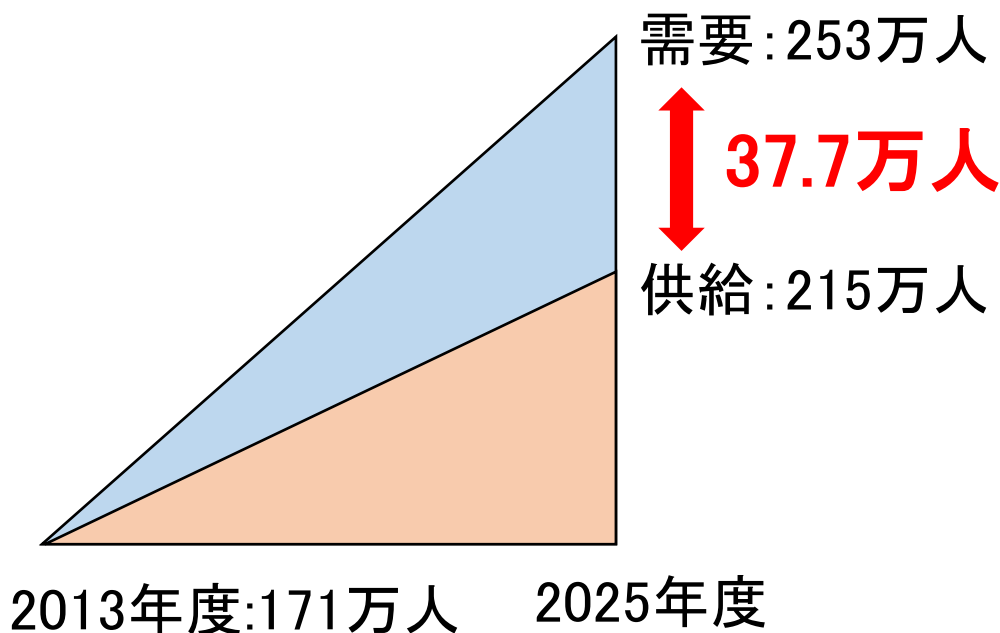
日本は病床数が多く入院医療費が約15兆円、
ついで外来医療費が高い。薬剤費比率は上昇傾向



（資料）第117回 中央社会保険医療協議会薬価専門部会資料
（2016/8/24）

深刻な介護人手不足と社会保障への不安の台頭

【2025年に向けた介護人材の需給推計】



資料: 厚生労働省「2025年に向けた介護人材にかかる需給推計(確定値)」(2015年6月24日公表)

【社会保障に関するアンケート結果】

●2011年8月公表(厚生労働省)
「社会保障に関するアンケート」の調査結果

- ・今後の社会保障の給付内容について
 - 「現状は維持できない」 … 61.3%
 - 「現状は何とか維持できる」 … 22.0%
 - 「現状は維持できる」 … 3.7%
 - 「分からない」 … 12.4%

●2016年10月公表(読売新聞社)
「社会保障に関する全国世論調査」

『年金、医療、介護などの社会保障制度を今後維持できなくなる不安を「感じる」とした人は、「大いに」と「ある程度」を合わせて93%に達した。』

社会保障改革の方向性～医療、介護分野

1. 健康長寿社会を目指し、医療を病気予防、健康管理に重点を置く

介護については自立支援に軸足を移す IT、データ分析を活用していく

⇒データヘルスの充実、保険者機能の強化、診療報酬体系の見直し、医療提供体制の見直し

2. 薬価や診療報酬等の設定に際し、医療経済評価の考え方を活用する

⇒医療分野の資源配分に決定的な影響を持つだけに、エビデンスに基づいた客観的評価、価格設定が必要

3. 医療保険の適用範囲について、国民的な議論を行う

⇒国民皆保険制度維持のためにも、何を保険対象とするかの議論が必要

1. 健康長寿社会を目指した医療介護制度の見直し①

- 予防・健康管理と自立支援に軸足を置き、持続可能な医療・介護を実現するための鍵

⇒データ分析、IT等の技術革新の徹底的な活用

【対応の方向性：医療】

- 個人の経年的なデータや価値あるビッグデータを活用した効果的な予防・治療を可能にする、データ利活用基盤の構築
- データ分析を通じた効果的なデータヘルスの促進と、それを後押しする保険者機能の強化・インセンティブ改革
- プライマリーケア体制とITを活用した医療連携を充実させる方向での医療提供体制の見直し、AIによる診療支援や遠隔診療など、医療の質と現場の生産性を向上させる技術の活用を前提とした人員・施設基準や報酬体系への制度改革

1. 健康長寿社会を目指した医療介護制度の見直し②

【対応の方向性:介護】

- データ分析により、自立支援の取組を評価する方向へ、人員・施設基準や報酬体系を転換
- データベース構築を速やかに進める一方、自立支援に向けた現場の取組へのインセンティブ付けは早急に実施する必要
- 限られた人員でも質の高い介護を提供するため、ロボット・センサーやAI等の技術革新を取り込む形へ、人員・施設基準なども改革

■ポピュレーション・ヘルス・マネジメントに基づき病気予防、自立支援に取り組む広島県大崎上島町の例(PHM:集団に属する人々を身体・心理社会的ニーズ評価からリスク分類し、リスクに応じたプログラム・サービスを提供)

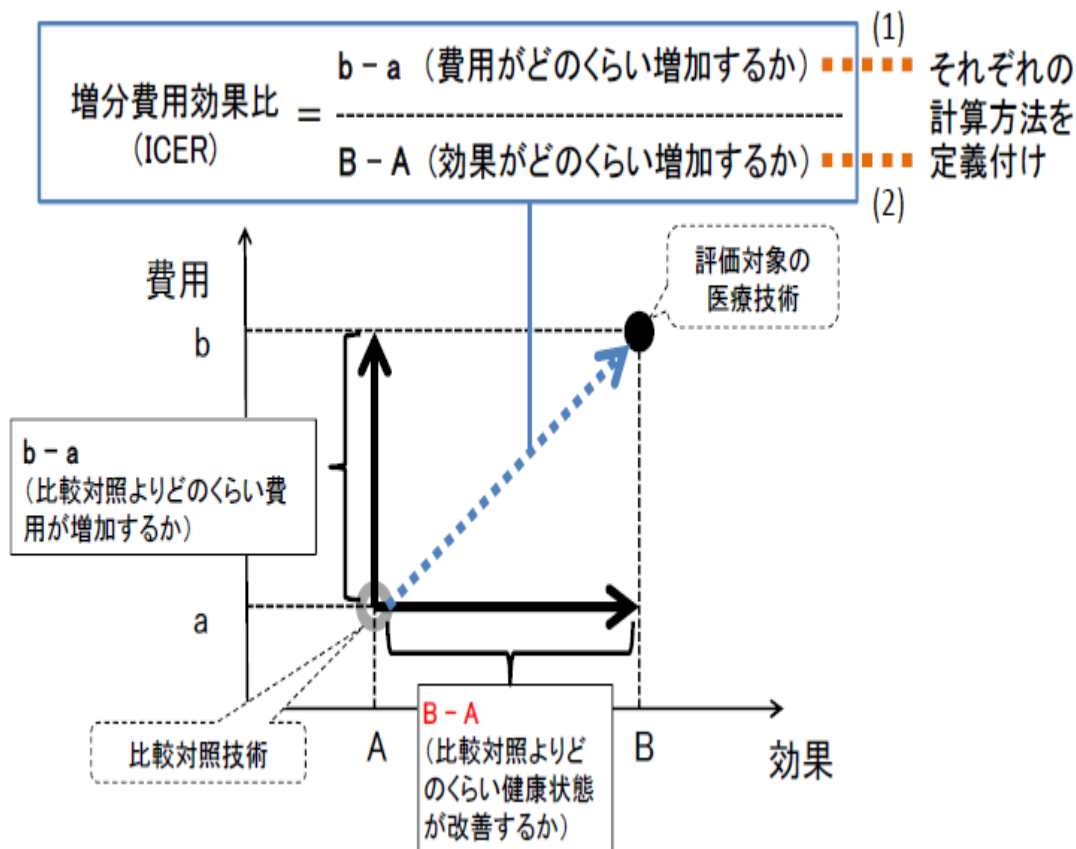
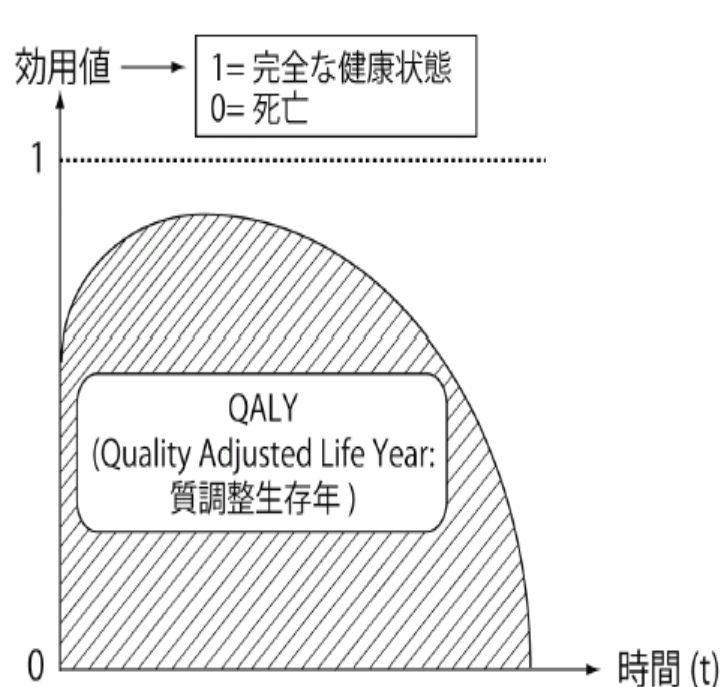
→人口8千人(高齢化率50%)の後期高齢者、国保、介護のレセプトデータ分析

①在宅医療、看取り(寄り添いさんの育成)、②医療的見守り(遠隔モニタリング、重症化予防)、③疾病管理(生活習慣病の自己管理指導)、④健康増進(介護予防、特定保健指導) [詳しくは森山美知子[2016]「PHMに基づいた地域包括ケアシステムの展開」参照]

2. 医療経済(技術)評価の活用

従来の薬価の算定手法: 類似薬効比較方式 原価計算方式(治療効果や革新性は補正的要素として勘案) → 今後は治療効果を客観的に把握する取り組みが必要。特に高額な医薬品等については、医療経済(技術)評価の考え方を入れていく必要。

医療経済評価(費用対効果分析)の考え方

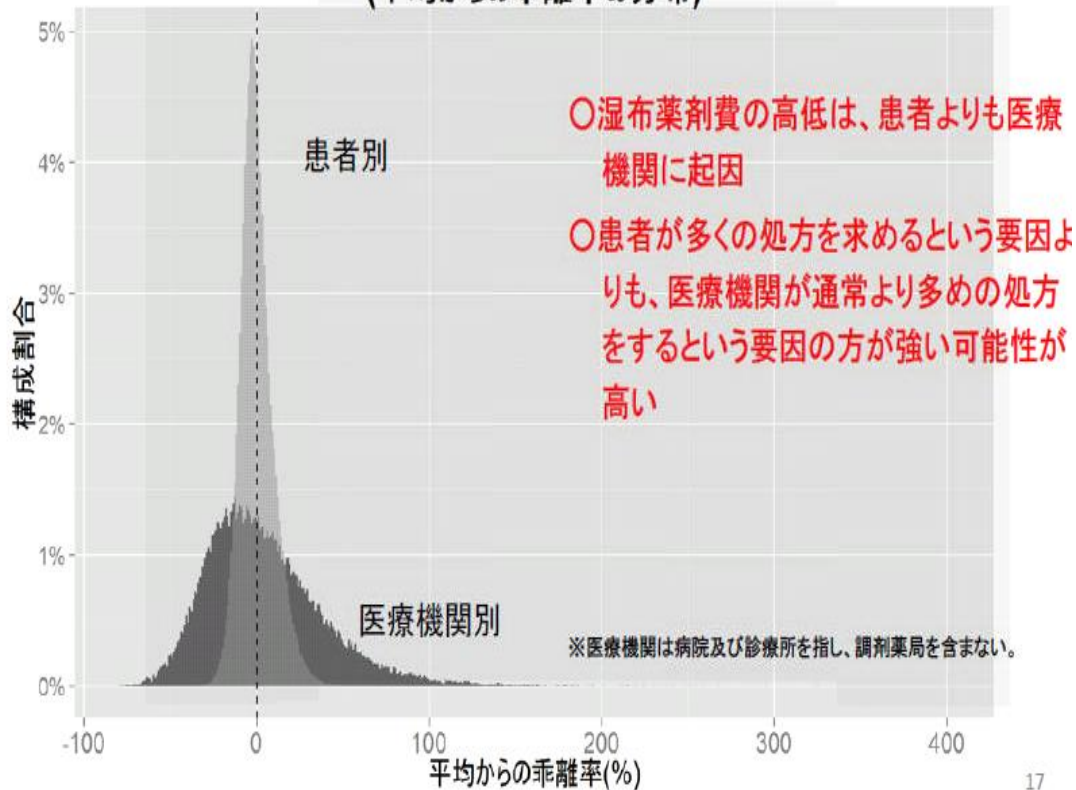


(資料) 厚生労働省

3. 医療保険の適用範囲をどうすべきか

セルフメディケーションの推進の下、医療用医薬品のスイッチOTC化が進展→医薬品等も含め保険適用範囲についての議論が必要に

患者・医療機関別 患者一人あたり湿布薬剤費
(平均からの乖離率の分布)



フランスの薬剤の保険償還率

- 100% 不可欠で高価(糖尿病、AIDS、がん、特定重症慢性疾患)
- 65% 重要な薬(抗生物質等)
- 35% 急性疾患
- 15% 医療効果が低いとされる110品目
- 0% 上記以外

(資料) 真野俊樹「フランスの医療制度から日本への示唆」

(資料) 規制改革会議健康医療WG健康保険組合連合会
提出資料(2015年3月19日)

医療・介護制度改革の社会保障の持続可能性、経済全体へのインパクト

