

財政学I
第12回

佐藤主光(もとひろ)

一橋大学政策大学院・経済学研究科

社会保障と財政

日本財政の不都合な事実

- 一般政府(=国+地方+社会保障基金)債務の対GDP比は増加の一途

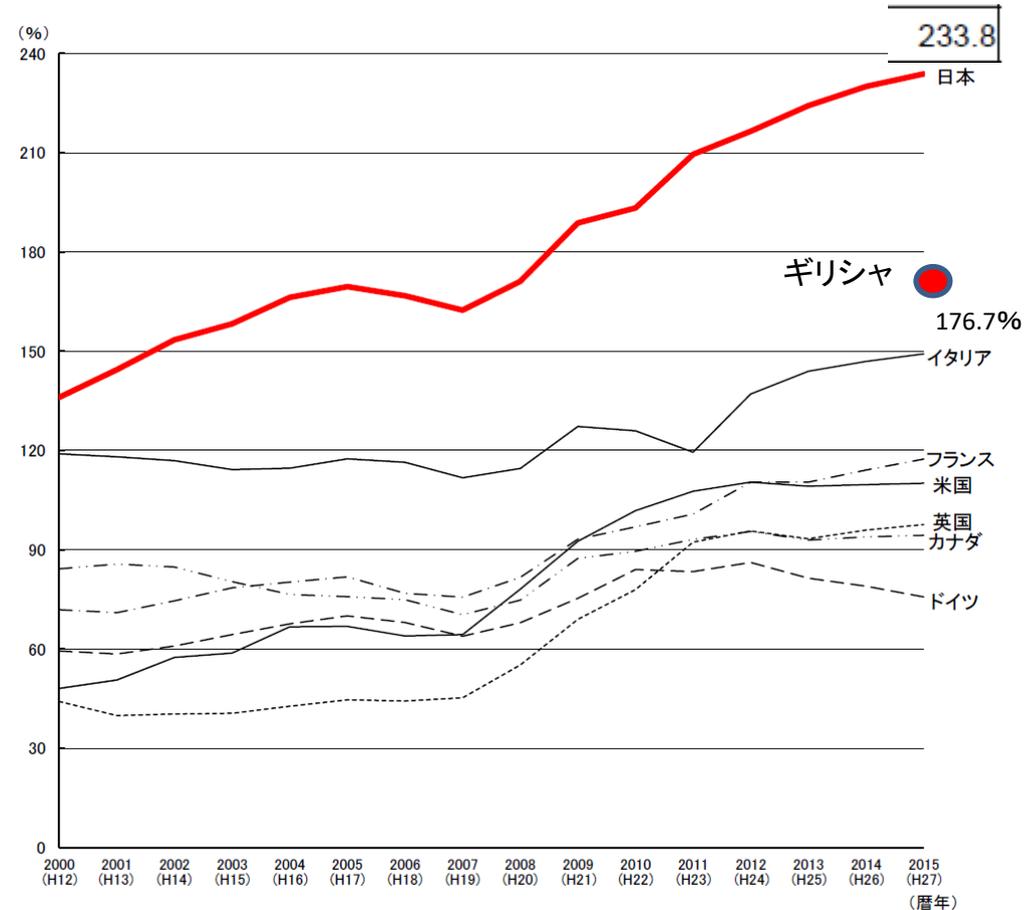
⇒ 主要先進諸国の中でも最悪

✓ 債務残高増=財政赤字の累積

□ 財政は持続可能か？

✓ 財政破たん(危機)は起きるのか？

□ 脱デフレ・成長で財政再建は実現可能？

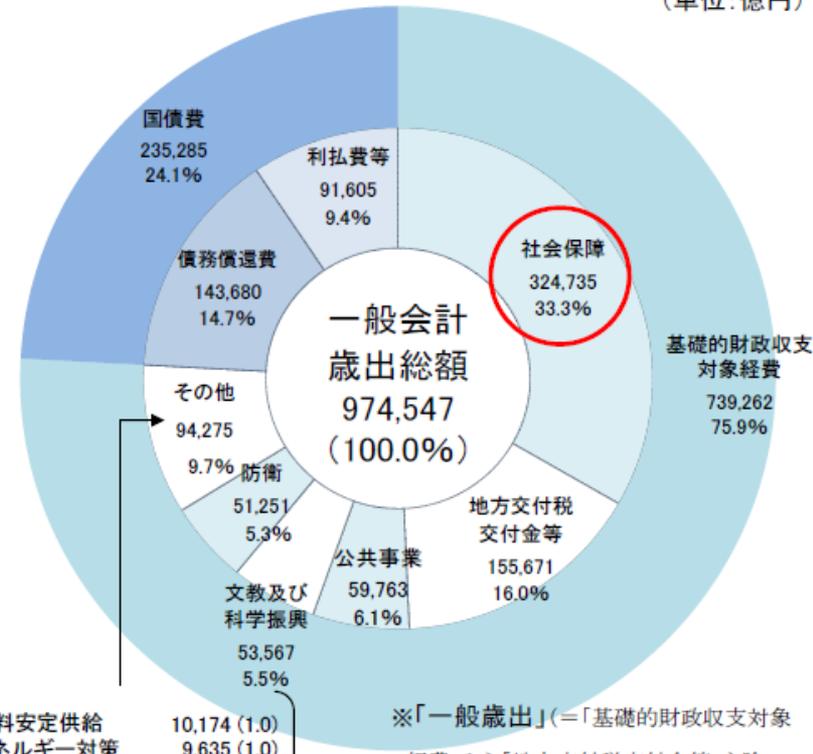


何故赤字は増えるのか？

- 国(一般会計)の歳出は97兆円規模
- 歳出増を巡る誤解
 - 誤解＝歳出増は公共事業＝無駄な支出増による
 - 実態＝増加の主要因は社会保障
- ✓ 高齢化の進む我が国では構造的課題

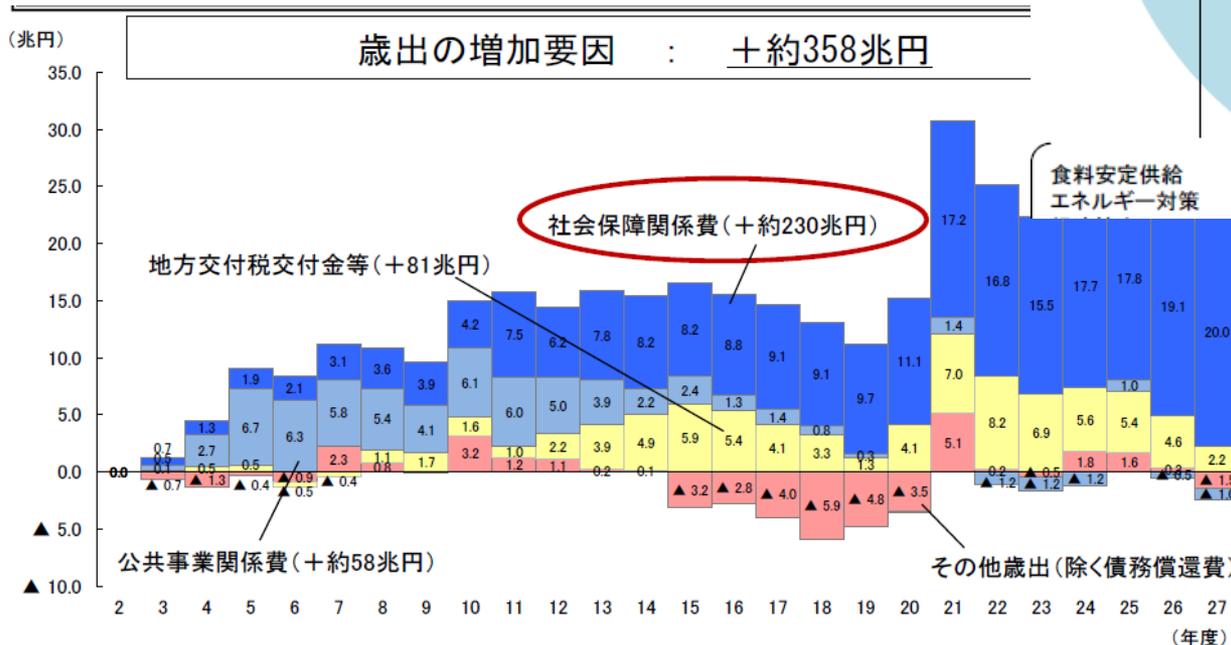
平成29年度予算

(単位:億円)



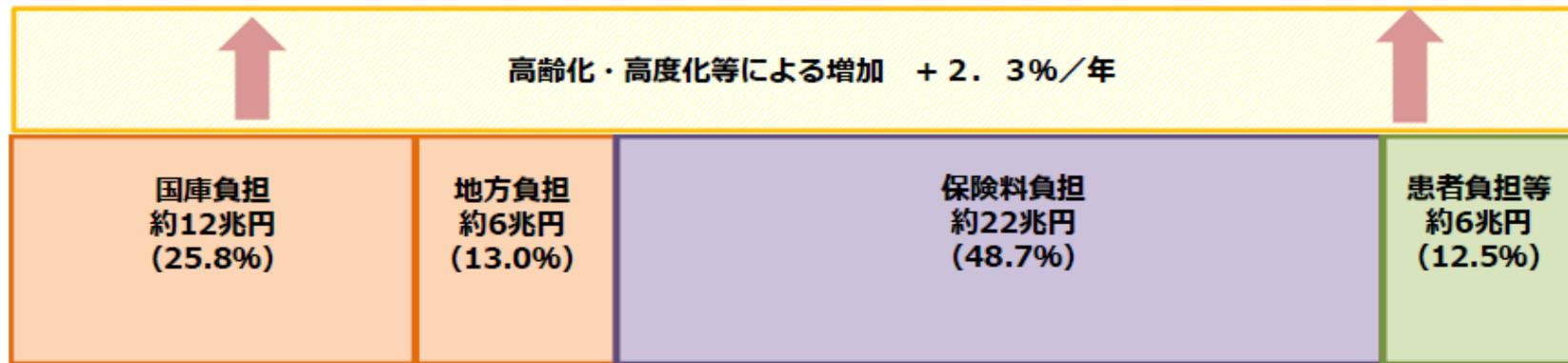
※「一般歳出」(＝「基礎的財政収支対象経費」から「地方交付税交付金等」を除く)

出所:財務省資料



医療費の構造

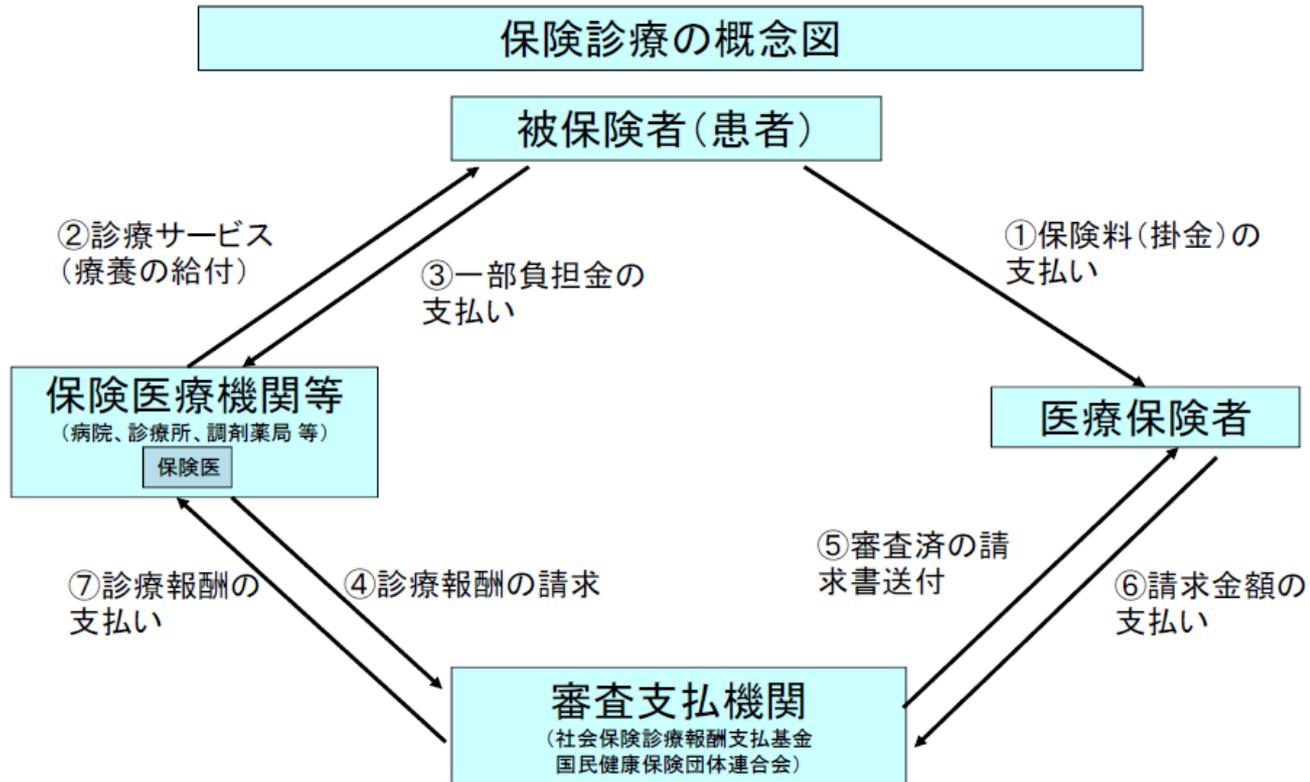
○財源構造



○費用構造

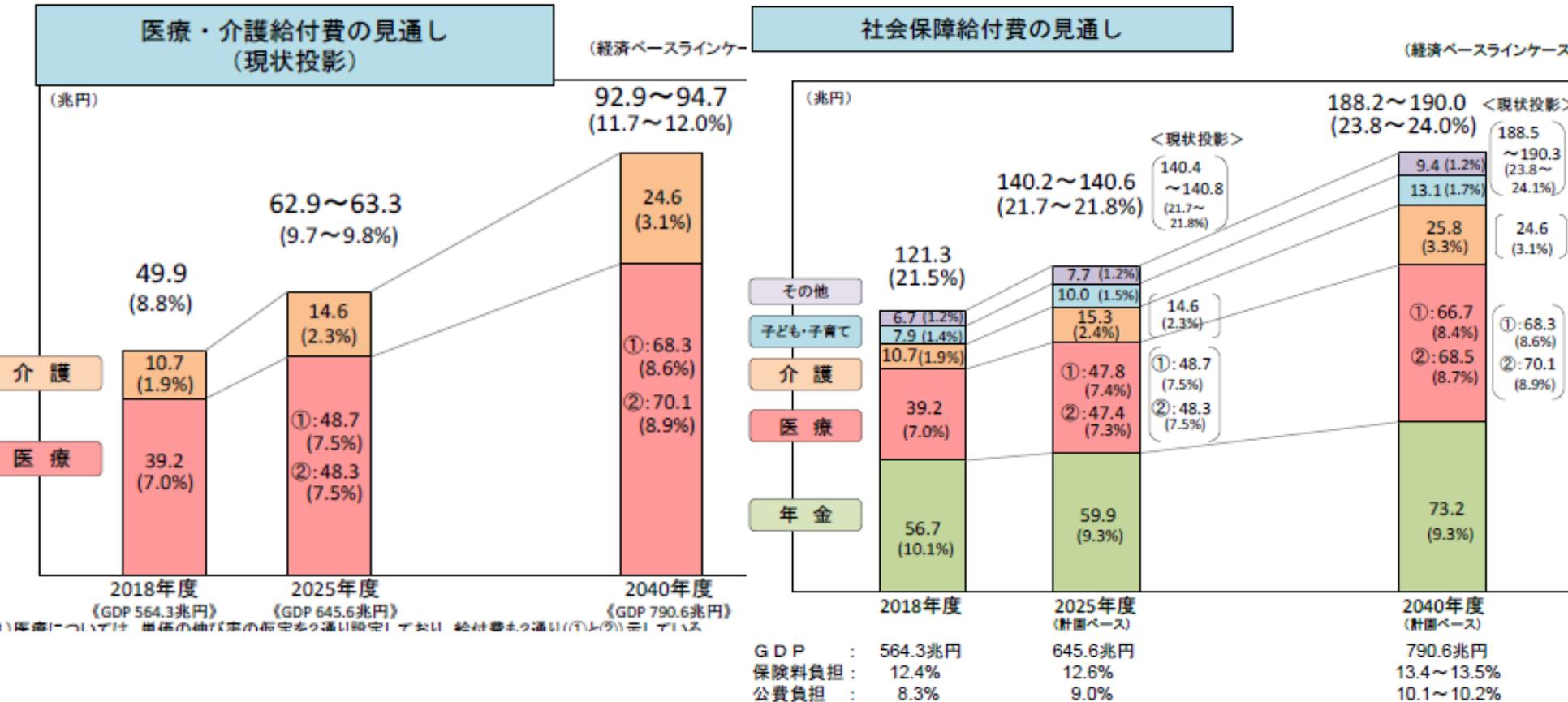


国民医療費（平成29年度予算ベース）：約45兆円



社会保障費、40年度6割増の190兆円 政府推計 介護は2.4倍、支え手急減で負担増

政府は21日、税や保険料で賄う医療、介護など社会保障給付費が経済成長率を年2%前後とする基本ケースで2040年度に190兆円になるとの推計を公表した。
日本経済新聞2018.5. 22



参考：多過ぎる蛇口？

- 公費(国税・地方税、財政赤字)、保険料と社会保障費を賄う財源＝「蛇口」が多過ぎる・・・

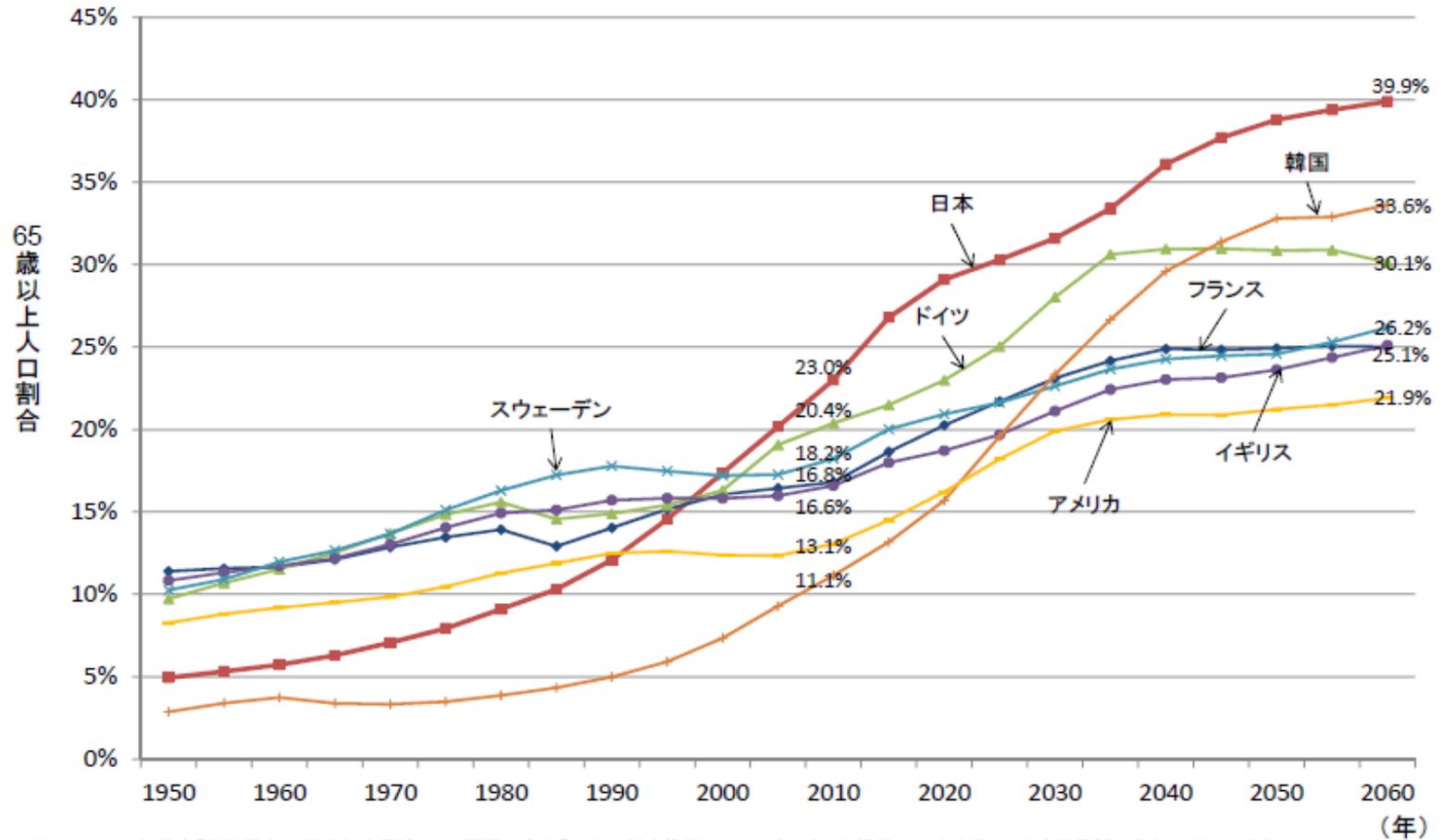
⇒各当事者は自分以外の誰かが負担することを期待・・・

⇒社会保障費適正化への合意形成が難しい

	反対	賛成
財政当局	国税の投入 財政赤字の拡大	保険料の引き上げ
保険者	保険料の引き上げ	公費の投入
地方自治体	地方税の引き上げ	国税の投入
保険加入者	保険料・税の引き上げ	赤字の拡大 ⇒将来に付け回し？

参考：社会の高齢化

65歳以上人口割合の推移



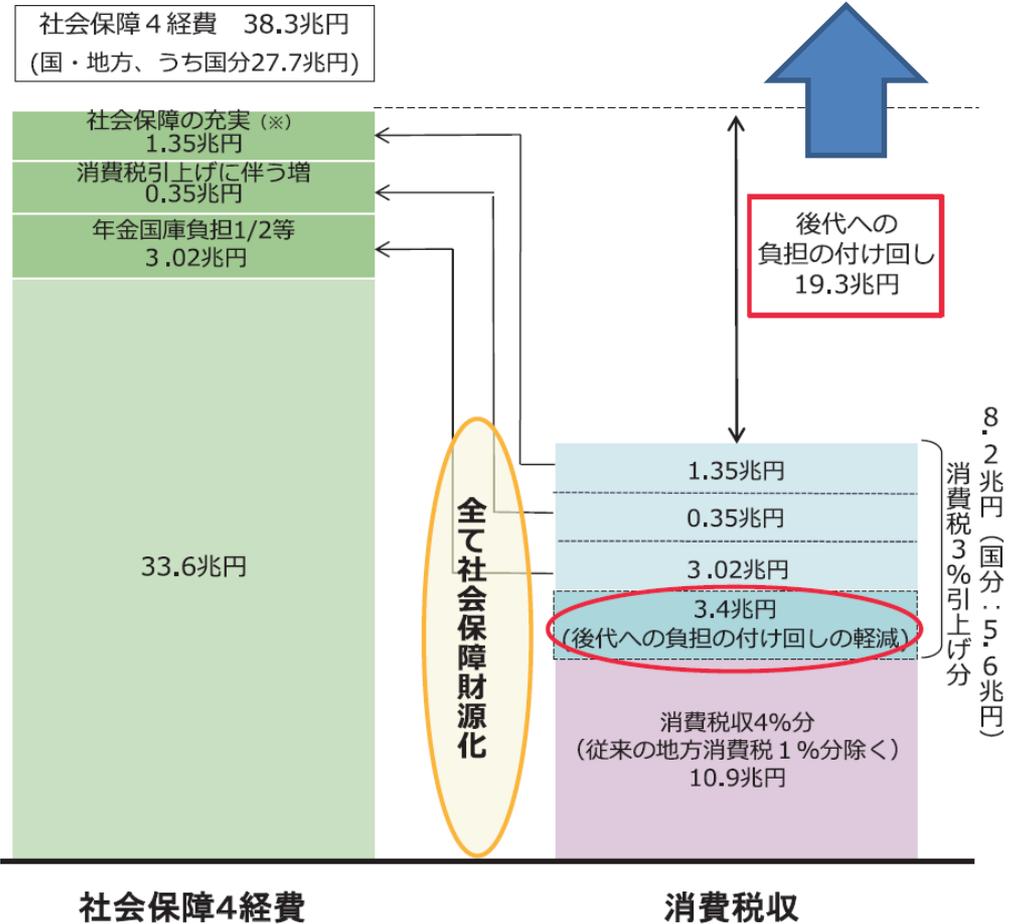
(出典) 日本は、総務省「高齢社会、厚生労働省「高齢社会白書」、自民党政策研究部「日本社会保険白書(平成24年・日経版)」、厚生労働省「平成24年版高齢社会白書」、各年10月、11月、12月

社会保障と税の一体改革

スキマ＝財政赤字要因

- 忘れられた「一体改革」⇒
- 社会保障財源としての消費税増税

消費税率 5% 引上げによる増収分
(13.5 兆円程度)



(注)上記は平成27年度当初予算ベースの計数。

社会保障制度を取り巻く状況の変化

厚生労働省 平成23年5月12日

① 雇用基盤の変化

- 非正規労働者が増大するなど、就労形態が多様化。
- 片働き世帯中心から共働き世帯中心へと変化。

② 家族形態の変化

- 単身世帯の増加、及び今後の更なる増加の見込み。

③ 地域基盤の変化

- 地域における高齢化の進展。

④ 生活・リスク基盤の変化

- 若年無業者、現役世代の生活保護世帯、自殺者数の増加など、貧困・格差問題の深刻化。

⑤ 企業基盤の変化

- グローバル化、大競争時代に伴う企業の雇用慣行、ビジネスモデル等の変化

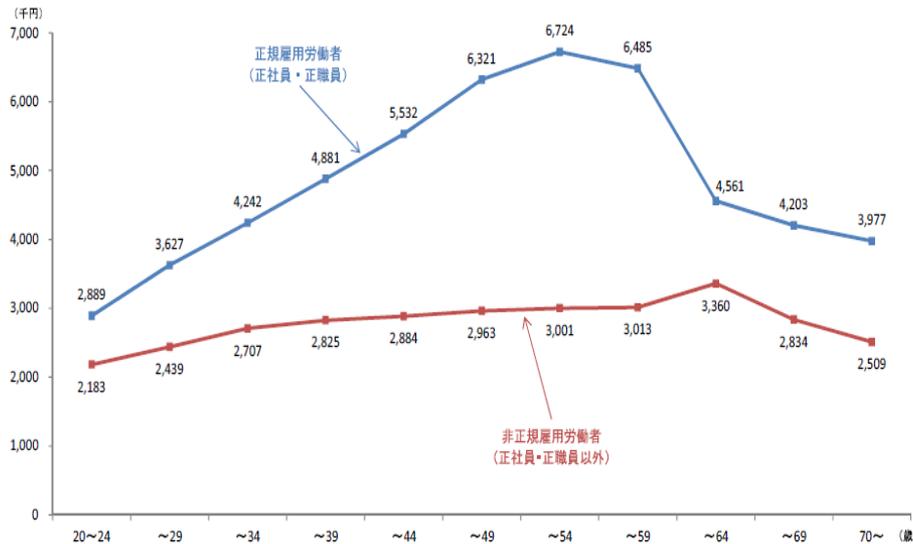
参考：雇用形態の変化

- 雇用の多様化＝選択の結果
VS格差拡大＝機会の不均等（不本意な非正規雇用）

雇用形態別の年齢別賃金水準

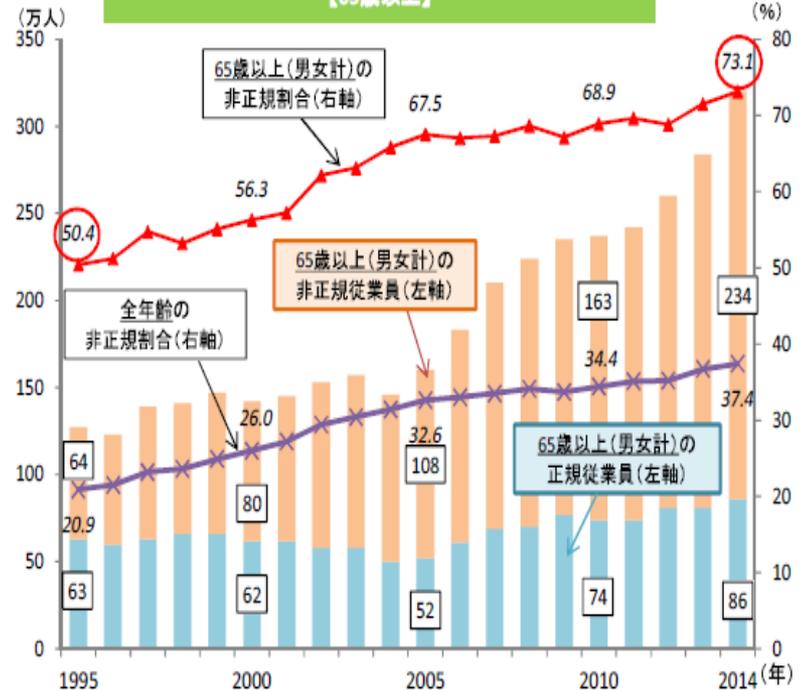
資料4-12

- 正規雇用労働者は、長期雇用を前提とした「年功賃金」により、勤続年数に応じて賃金が上昇するのにに対し、非正規雇用労働者は、年齢などによらない賃金体系となっている。
- 20歳代・30歳代の賃金を見ると、非正規雇用労働者の平均年収は、正規雇用労働者に比べて概ね6割程度の水準となっている。



(出所)厚生労働省「賃金構造基本統計調査」(平成26年)
(注)賃金は、男性の「所定内給与額」に12を乗じて「年間賞与その他特別給与額」を加えたもの。

「雇用者」のうち正規・非正規雇用者数の推移
【65歳以上】



(出所) 2001年以前は総務省「労働力調査特別調査」、2002年以降は総務省「労働力調査(詳細集計)」
(注1)「労働力調査特別調査」は各年2月の調査結果であり、「労働力調査(詳細集計)」は年平均値である。両者は、調査方法、期査月などが相違することから、時系列比較には注意を要する。
(注2) 2011年の数値は補完推計値を使用している。
(注3) 「非正規の職員・従業員」について、2008年以前の数値は「パート・アルバイト」、「労働者派遣事業所の派遣社員」、「契約社員・嘱託」及び「その他」の合計、2009年以降は、新たにこの項目を設けて集計した数値を掲載している。

出所：政府税制調査会

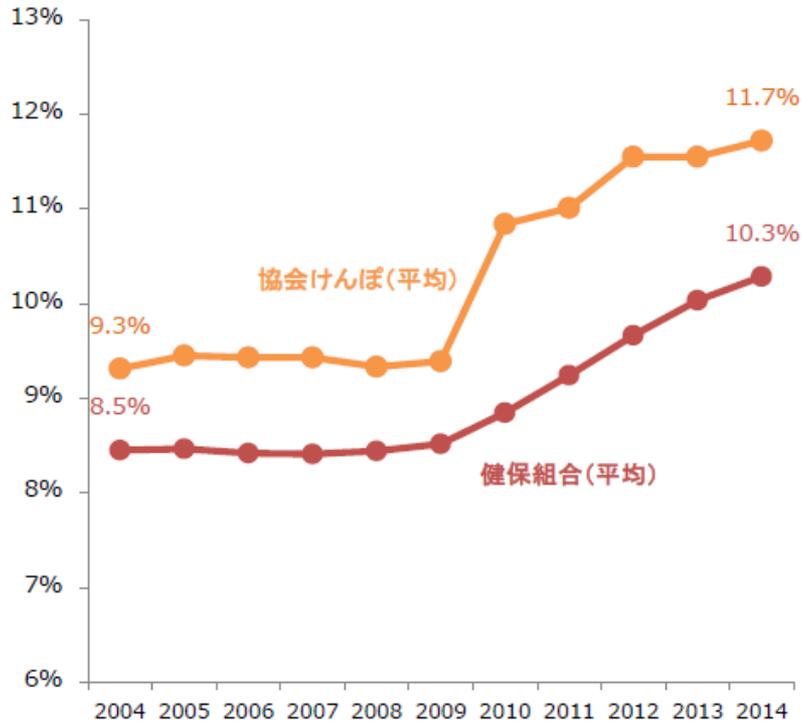
社会保険料の課題

- その1:美しい建前とそうでもない現実
 - 建前＝リスクへの備え・世代間の連携
 - 現実＝逆進的な負担構造・世代間格差(勤労世代への負担の偏重)
- その2:実態として再分配化＝**租税化**する社会保険料
 - 社会保険料の多くは制度間移転に充当⇒受益と負担の関係は希薄化
 - ✓ 例:高齢者医療への拠出金・支援金
- その3:(正規)**雇用税**としての社会保険料
 - 事業主＝労働コストの増加要因⇒雇用を阻害
 - 労働者＝手取り賃金の低下⇒就労意欲を阻害(例:130万円の壁)

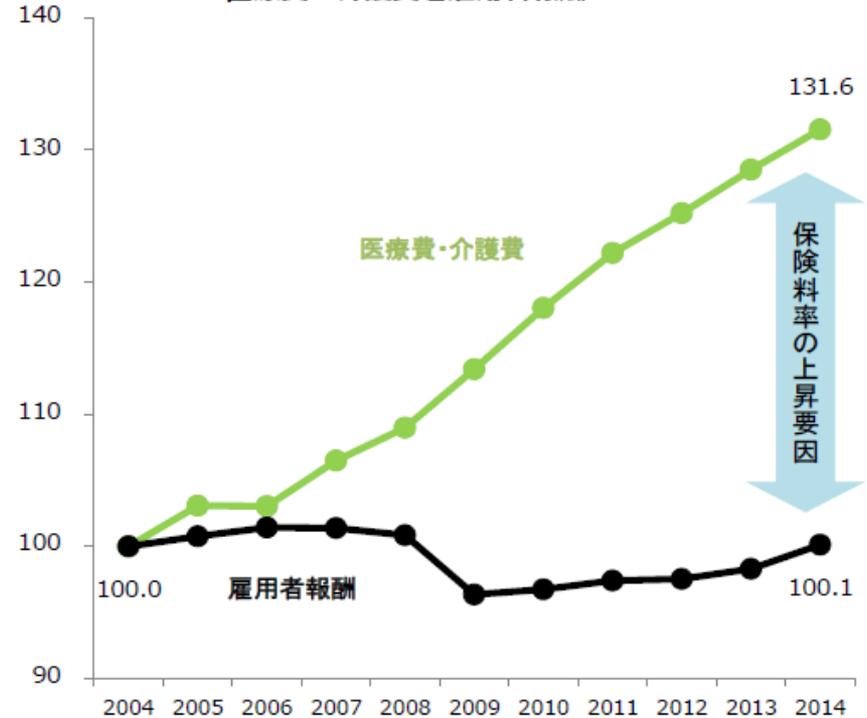
医療・介護に係る保険料負担について

○ 今後とも高齢化により医療費・介護費の伸びは増加が見込まれるのに対し、雇用者の総報酬は、生産年齢人口の減少に伴い大幅な増加は見込めない。したがって、仮に医療費・介護費の伸びを放置すれば、今後も保険料負担の増加は免れず、雇用者の実質賃金の伸びは抑制されることになる。

協会けんぽと健保組合の保険料率



医療費・介護費と雇用者報酬

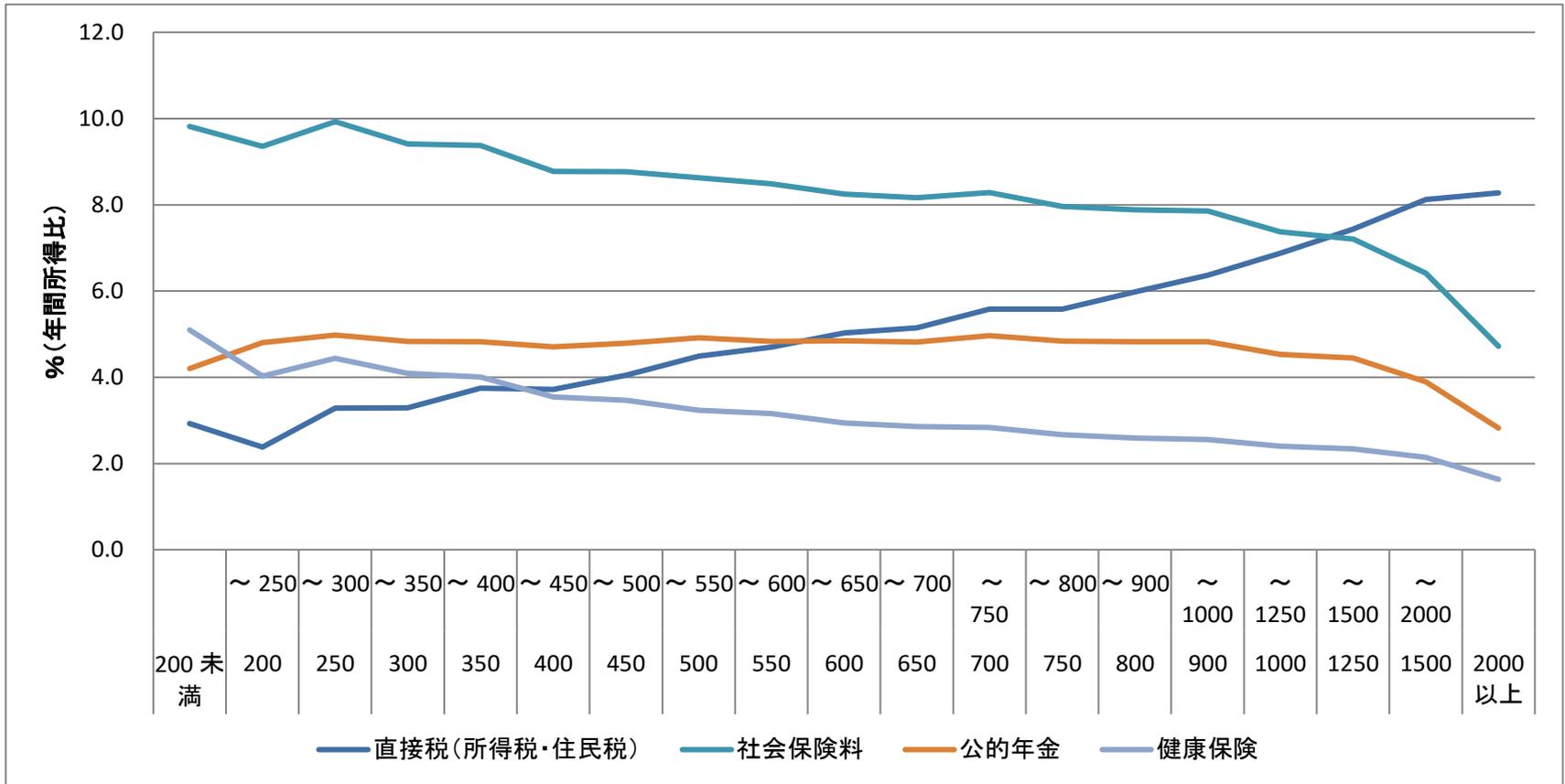


出所: 財政制度等審議会

参考：社会保険料の負担

「二人以上勤労世帯」

出所：全国消費実態調査（平成21年度）



▶ 社会保険料は総じて**逆進的**

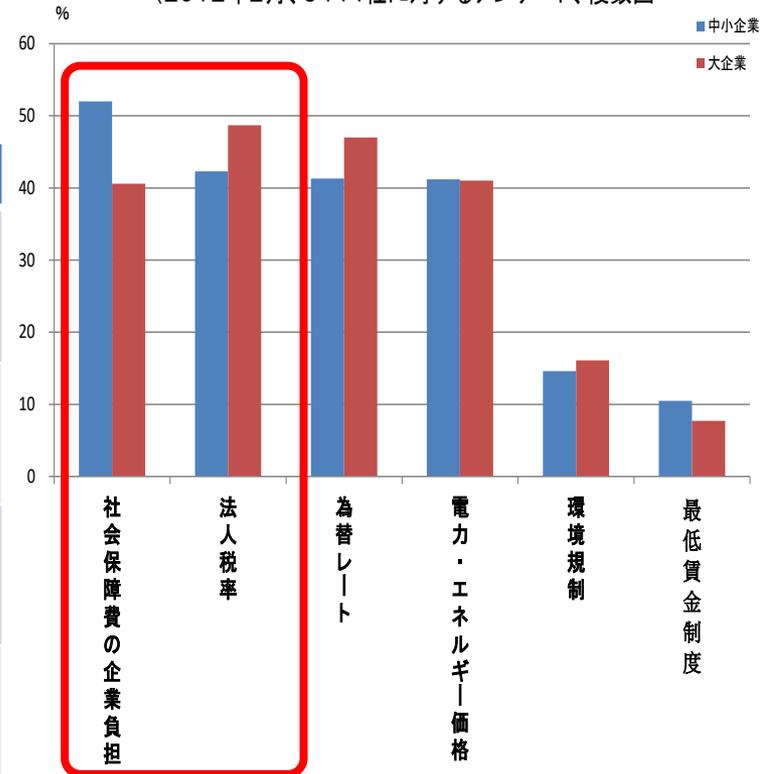
□ 理由＝ワーキング・ペア（非正規労働）が（保険料が定額・均等割を含む）国民年金・市町村国保に加入

社会保険料の経済的帰結

出所：経済産業省

		社会保険料	法人税	消費税
課税対象		勤労世代の 正規雇用の賃金	黒字企業の利益	全ての世代の消費
雇用への 影響		雇用減少 非正規雇用の増大	企業が空洞化 →雇用減少	少ない
企業の 国際競争力	輸出	生産コスト増 →製品価格に転嫁	生産コスト増 →製品価格に転嫁	仕向地課税主義 →製品価格に転嫁せず
	輸入	対象外	対象外	課税対象

企業アンケート：経営に重要な影響を与えるもの
(2012年2月、3444社に対するアンケート、複数回)



(出所) 森川正之「東日本大震災の影響と経済成長政策：企業アンケート調査から(2012年5月)」

参考：社会保障とは何か？

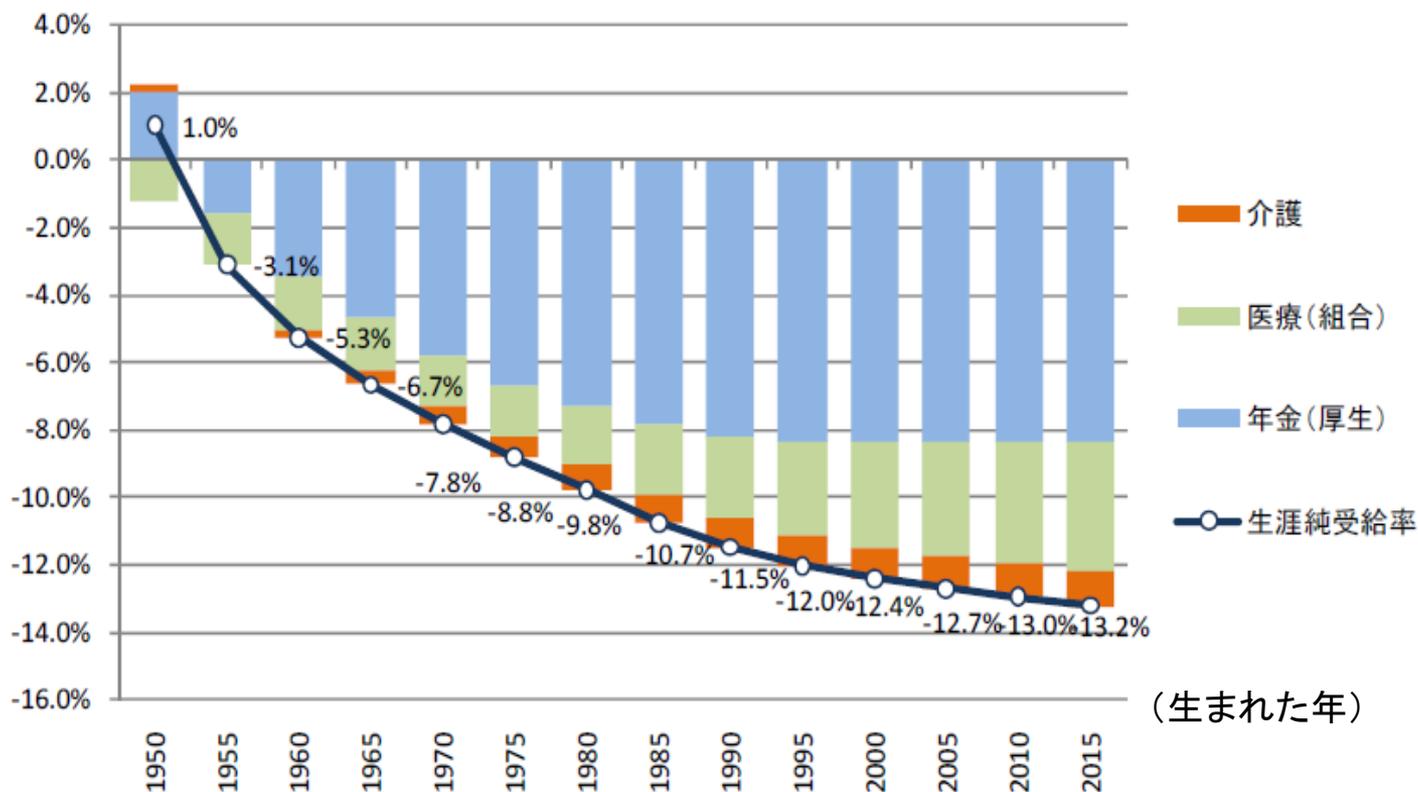
- 社会保障制度は「保険」(リスク・ヘッジ)か、「福祉」(所得再分配)か
 - (1) 保険の視点：受益と負担(保険料)の対応関係を重視(=「応益原則」)
 - (2) 福祉の視点：世代間、国民間の助け合いと連帯を重視(=「応能原則」)

「年金制度や高齢者医療制度、介護保険制度は、子どもが老親を扶養するという私的扶養を社会化したものであることに十分留意が必要である。例えば、年金制度が十分に成熟する以前の世代は、親の私的扶養もしながら、自らの保険料を納めてきたのであり、**公的年金の給付と負担だけをみて損得論を議論するのは不適切**である。」

社会保障制度改革国民会議報告書(平成25年8月6日)

社会保険料負担を通じた世代間格差

(生涯純受給率) 年金・医療・介護全体における生涯純受給率



(出所) 鈴木・増島・白石・森重「社会保障を通じた世代別の受益と負担」(2012年1)

注1: 生涯負担率 = (生涯保険料 + 生涯自己負担) / 生涯収入 (賞与込みの生涯総報酬)

注2: 生涯受給率 = 生涯総受給 / 生涯収入 (賞与込みの生涯総報酬)

注3: 生涯純受給率 = 生涯受給率 - 生涯負担率

注4: 男女計。年金は、厚生年金に関する受給額、生涯収入を生年別の総人口で除したものをベースに算出。医療、介護については、組合健保の加入者における1人あたり受給額、生涯収入をベースとして算出。

注5: 年金モデル、医療モデル、介護モデルをもとに推計。

EBPMの推進

「統計改革推進会議最終取りまとめ」⁹²等に基づき、証拠に基づく政策立案(EBPM⁹³)と統計の改革を車の両輪として、一体的に推進する。

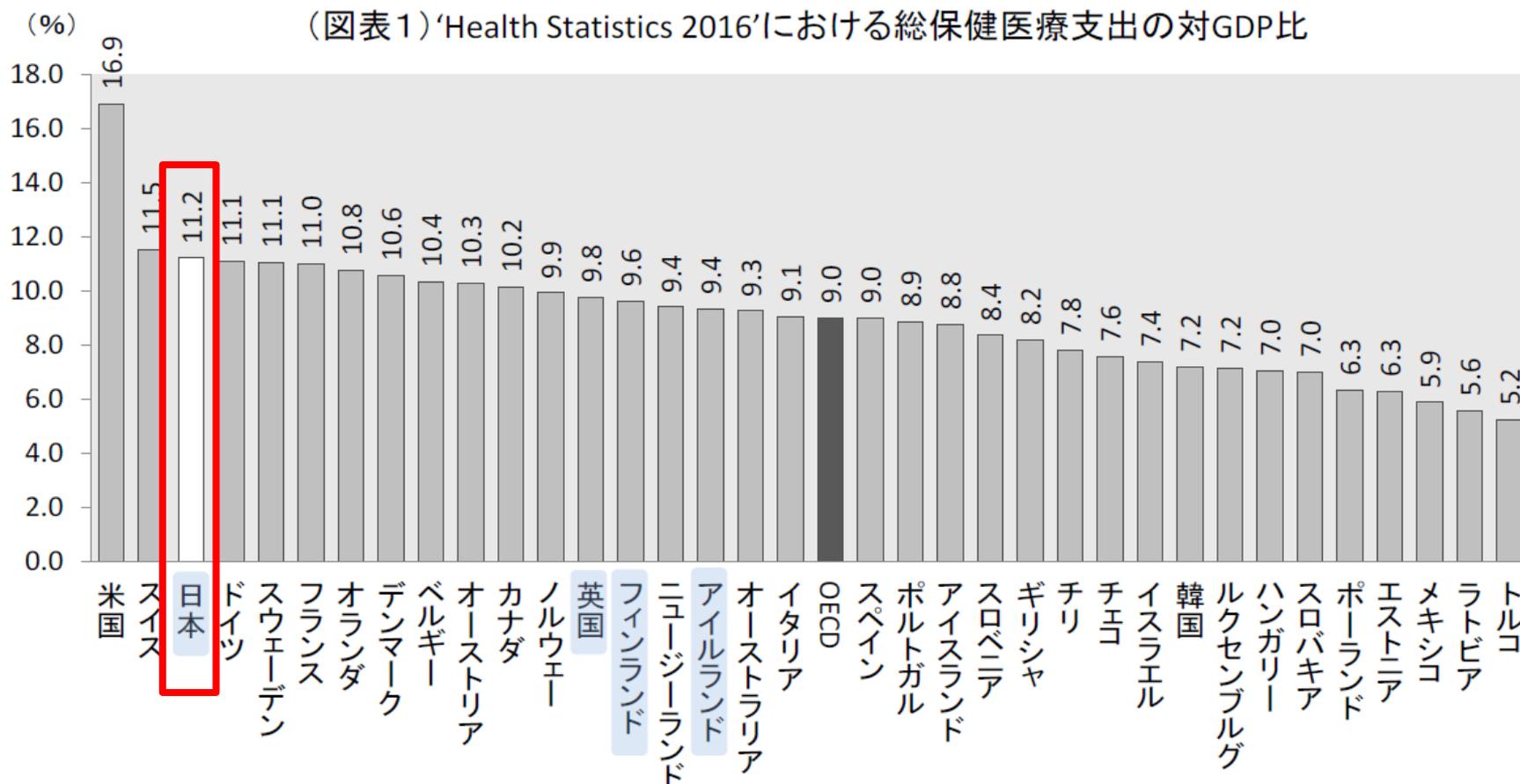
EBPM推進の要となる機能を整備するとともに、政策、施策、事務事業の各段階のレビュー機能における取組を通じてEBPMの実践を進め、EBPM推進体制を構築□

経済財政運営と改革の基本方針 2017 について

医療費の適正化・・・

日本の医療は安くない！世界第3位

(図表1) 'Health Statistics 2016'における総保健医療支出の対GDP比



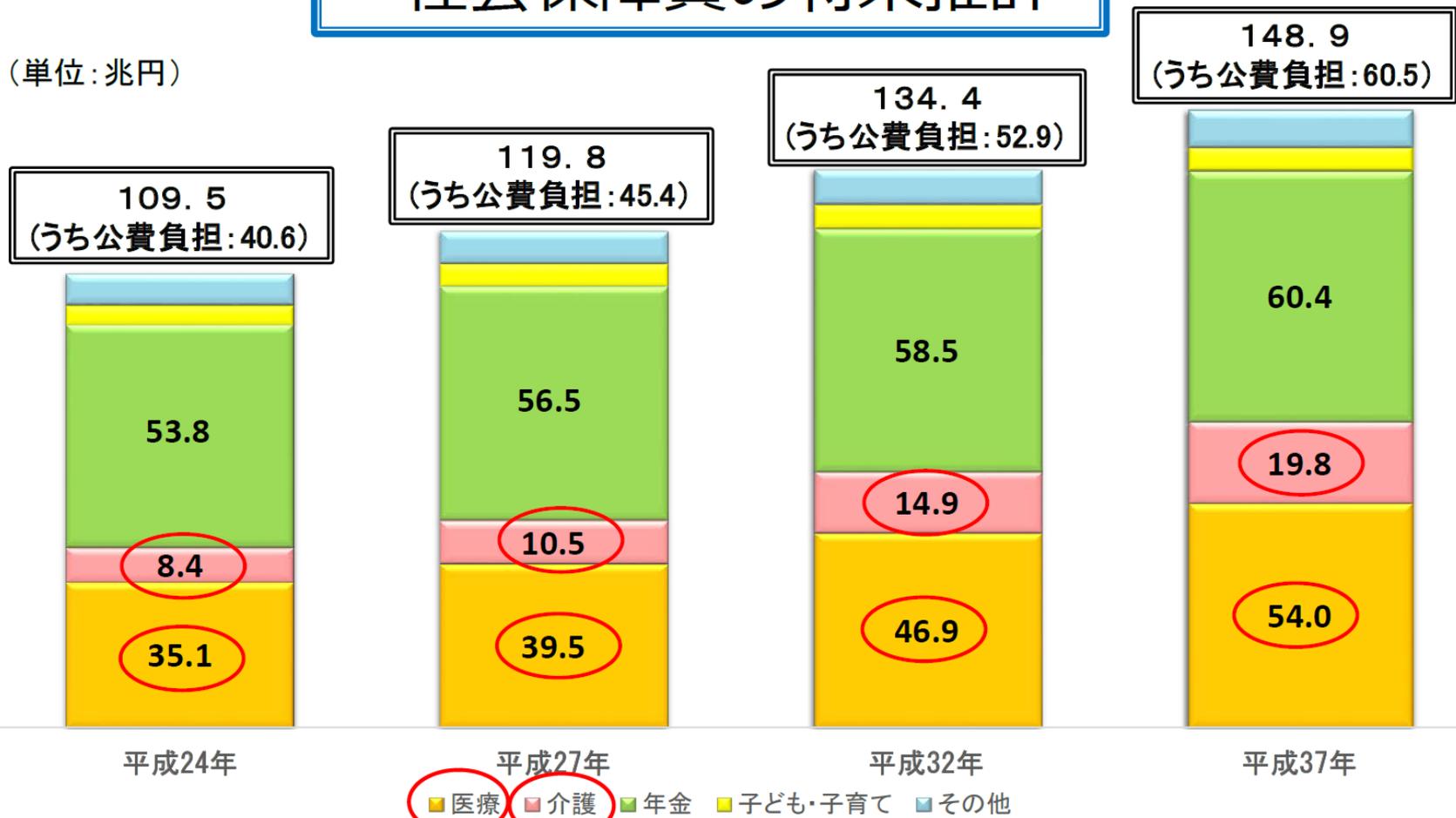
(資料) OECD Health Statistics 2016より日本総合研究所作成

(注) 2015年

西沢和彦「日本の医療費35か国中世界第3位に」日本総研(2016年7月19日)

社会保障費の将来推計

(単位:兆円)



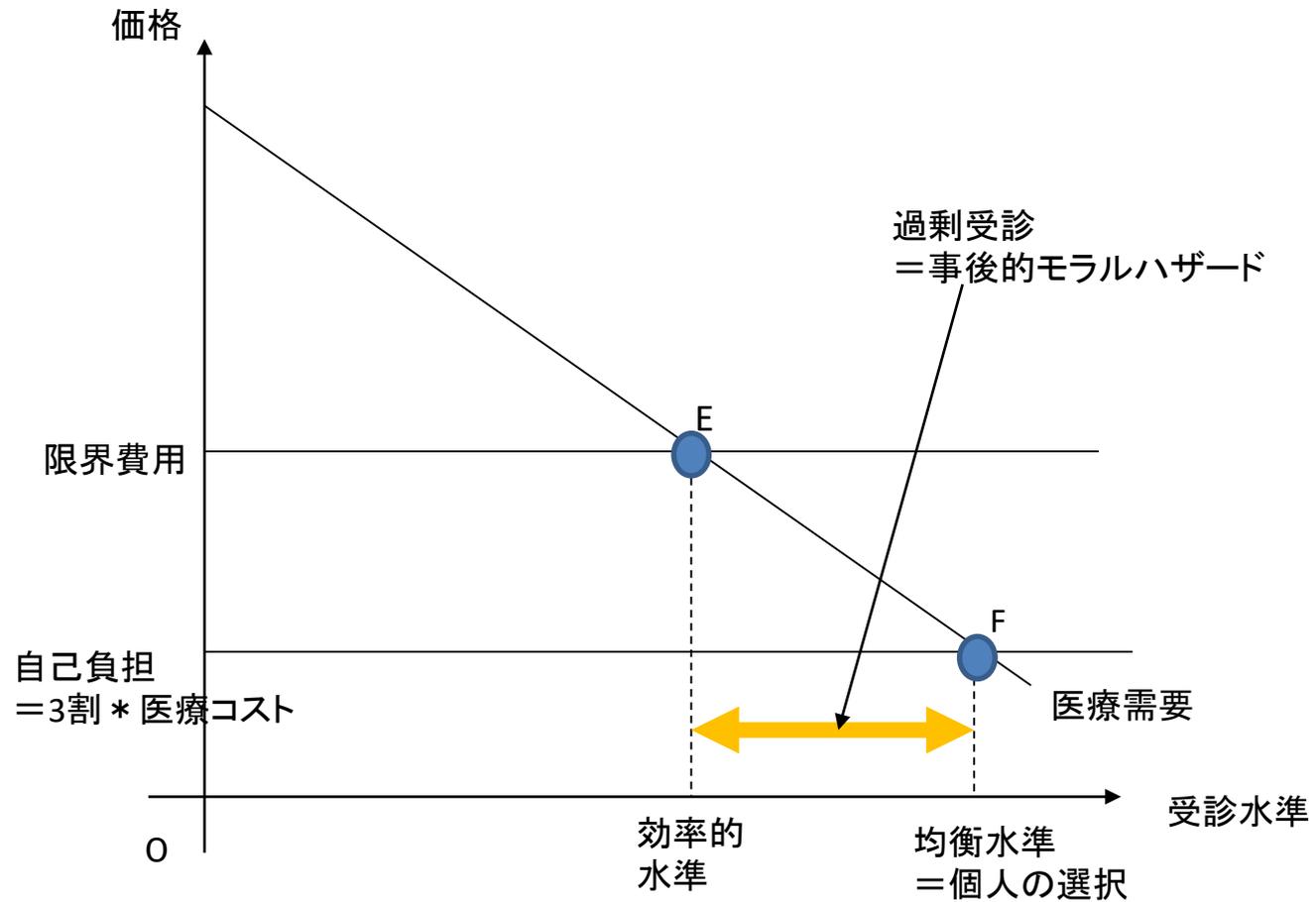
(出所)厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」(平成24年3月)

(注)平成27年度以降の数値は「社会保障給付基金法」の改正が費用試算に反映されたものとする。ただし、平成27年度は「社会保障給付基金法」の改正が費用試算に反映されていない。

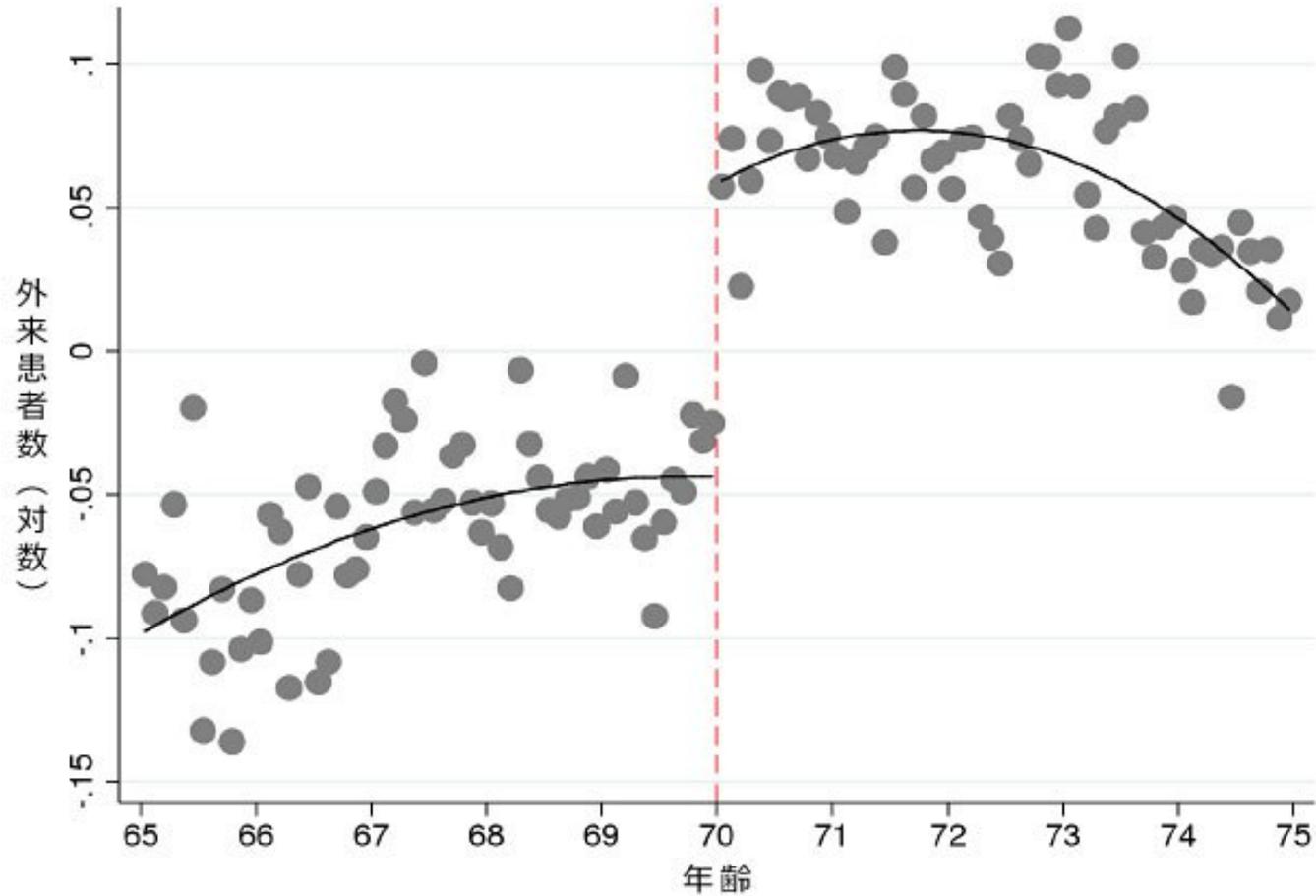
再論:「事後的」モラルハザード

- 医療保険に特有にモラル・ハザード
- ◆ 事前的モラルハザード＝リスク回避努力が阻害
- 医療保険の場合、病気になったとき、診療費(の一部)は保険金で支払い
⇒患者(病気になった加入者)はコスト意識を持たず治療を受ける
⇒過剰受診＝事後的モラルハザード
- 自己負担の引き上げによる事後的モラルハザードの是正
- 受診の頻度(治療の多寡)を決めているのは患者か医師か？
- 医師誘発需要＝診療報酬を高めるよう(病床の稼働率を上げるよう等) unnecessary 治療、検査や入院を奨励

図表3:



受診率の変化



出所: The Effect of Patient Cost Sharing on Utilization, Health, and Risk Protection
Hitoshi Shigeoka American Economic Review vol. 104, no. 7, July 2014

医療費適正化基本方針・医療費適正化計画の概要について

国民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、医療費適正化を総合的かつ計画的に推進するため、国は医療費適正化基本方針を策定するとともに、6年を1期として医療費適正化計画を定める。また、都道府県は、医療費適正化基本方針に即して、医療費適正化計画を定めることとなっている。

根拠法 : 高齢者の医療の確保に関する法律
 作成主体 : 国、都道府県
 計画期間 : 5年(第1期:平成20~24年度、第2期:平成25~29年度)
 ※本年5月の医療保険制度改革により第3期計画以降の計画期間は6年となる。

<第2期医療費適正化計画において定めている目標>

・住民の健康の保持の推進に関する目標

- (1) 特定健康診査の実施率に関する目標(数値)
- (2) 特定保健指導の実施率に関する目標(数値)
- (3) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率に関する目標(数値)
- (4) たばこ対策に関する目標

・医療の効率的な提供の推進に関する目標

- (1) 医療機能の強化・連携等を通じた平均在院日数の短縮に関する目標
- (2) 後発医薬品の使用促進に関する目標

1

	2015年度(平成27年度)	2016年度(平成28年度)	2017年度(平成29年度)	2018年度(平成30年度)	2019年度(平成31年度)	2020年度(平成32年度)
社会保障分野	第6次医療計画		第7次医療計画(地域医療構想含む)			
	第2期医療適正化計画			第3期医療適正化計画		
	第6期介護保険事業(支援)計画			第7期介護保険事業(支援)計画		
	後発医薬品数量シェア目標値:70%以上			80%以上達成時期の検討	なるべく早い時期に、後発医薬品数量シェア目標値:80%以上	

高齢者の医療の確保に関する法律第14条の特例について

①、②

◎高齢者の医療の確保に関する法律

第14条 厚生労働大臣は、第12条第3項(※)の評価の結果、第8条第4項第2号及び各都道府県における第9条第3項第2号に掲げる目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

2 厚生労働大臣は、前項の定めをするに当たっては、あらかじめ、関係都道府県知事に協議するものとする。

(参考)第12条第3項

厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、全国医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該計画に掲げる目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、全国医療費適正化計画の実績に関する評価を行うとともに、前項の報告を踏まえ、関係都道府県の意見を聴いて、各都道府県における都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価を行うものとする。

第8条第4項第2号(全国医療費適正化計画)

医療の効率的な提供の推進に関し、国が達成すべき目標に関する事項

第9条第3項第2号(都道府県医療費適正化計画)

医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項

出所：第5回社会保障ワーキング・グループ参考資料集

第3期医療費適正化基本方針の基本的な考え方

2. 計画における行動目標

- ①住民の健康の保持の推進に関する目標
 - ②医療の効率的な提供の推進に関する目標
- ※標準的な目標値の推計方法も設定

4. 医療費の目標

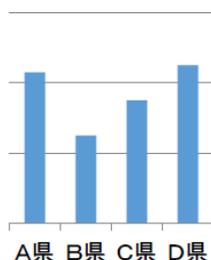
- ・入院医療費について
 - ・外来医療費について
- ※標準的な医療費の推計方法も設定

医療費の分析



地域差の「見える化」

地域差分析



地域差の
要因は何か

- ・地域差の背景となる要素についての分析を行った上で、対策による地域差の縮減を検討
- ・可能なものについては都道府県の行動目標に位置づけることを検討

取組の検討

都道府県による取組

- (例)・総合確保基金等の仕組みを活用
- ・保険者の予防等の取組への働きかけ

保険者による取組

- (例)・保健事業の中で加入者への予防対策の実施
- ・保健事業の中で加入者への後発医薬品使用促進・重複投薬対策の実施

「見える化」を通じて、地域医療の在り方の議論に資するもの 5

5. 主要分野ごとの改革の基本方針と重要課題

[1] 社会保障

(医療・介護提供体制の適正化)

都道府県ごとの地域医療構想を策定し、データ分析による都道府県別の医療提供体制の差や将来必要となる医療の「見える化」を行い、それを踏まえた病床の機能分化・連携を進める。その際、療養病床については、病床数や平均在院日数の地域差が大きいことから、入院受療率の地域差縮小を行い、地域差の是正を着実に行う。このため、慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービス提供体制について、医療の内容に応じた制度上の見直しを速やかに検討するとともに、医療・介護を通じた居住に係る費用負担の公平化について検討を行う。また、人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制の構築に資するよう、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の是正などの観点を踏まえた医師・看護職員等の需給について、検討する。

外来医療費についても、データに基づき地域差を分析し、重複受診・重複投与・重複検査等の適正化を行いつつ、地域差の是正を行う。

これらの取組を進めるため、地域医療構想と整合的な形で、都道府県ごとに医療費の水準や医療の提供に関する目標を設定する医療費適正化計画を策定する。平成27年度中に、国において目標設定のための標準的な算定方式を示す。これらの取組を通じて、都道府県別の一人当たり医療費の差を半減させることを目指す。

- 医療費 = 単価 * 数量
- 単価 = 診療報酬
- 数量 = 医療費適正化計画でコントロール

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

【現 状:2013年】

134.7万床 (医療施設調査)

病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】 ※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

都道府県の役割

- 「地域医療構想」では都道府県の権限を強化⇒効率化の担い手

① 病院の新規開設・増床への対応（法第7条第5項）

○ 都道府県知事は、開設許可の際に、不足している医療機能を担うという条件を付けることができることとする。

② 既存医療機関による医療機能の転換への対応（法第30条の15、法第30条の16）

【医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合】

○ 都道府県知事は、医療機関に対して医療審議会での説明等を求めることができるとし、転換にやむを得ない事情がないと認める時は、医療審議会の意見を聴いて、転換の中止を要請（公的医療機関等には命令）することができることとする。

【「協議の場」の協議が調わず、自主的な取組みだけでは機能分化・連携が進まない場合】

○ 都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請（公的医療機関等には指示）することができることとする。

③ 稼働していない病床の削減の要請（法第7条の2第3項、法第30条の12第1項）

○ 医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合において、都道府県知事は公的医療機関等以外の医療機関に対して、医療審議会の意見を聴いて、稼働していない病床の削減を要請することができることとする。

※ 現行の医療法上、公的医療機関等に対しては、都道府県知事が稼働していない病床の削減を命令することができることとなっている。

➡【医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合の措置】

○ 医療機関が上記の要請に従わない場合は、都道府県知事が勧告を行う。当該勧告にも従わない場合や、公的医療機関が上記の命令・指示に従わない場合には、現行の医療法上の措置（管理者の変更命令や公的医療機関への運営の指示等）に加えて、以下の措置を講ずることができることとする。

イ 医療機関名の公表（法第7条の2第7項、法第27条の2第1項、法第30条の12第2項、法第30条の18）

ロ 各種補助金の交付対象や福祉医療機構の融資対象からの除外

ハ 地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し（法第29条第3項、法第29条第4項）

高齢者の医療の確保に関する法律第14条の特例について

◎高齢者の医療の確保に関する法律

第14条 厚生労働大臣は、第12条第3項(※)の評価の結果、第8条第4項第2号及び各都道府県における第9条第3項第2号に掲げる目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

2 厚生労働大臣は、前項の定めをするに当たっては、あらかじめ、関係都道府県知事に協議するものとする。

(参考)第12条第3項

厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、全国医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該計画に掲げる目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、全国医療費適正化計画の実績に関する評価を行うとともに、前項の報告を踏まえ、関係都道府県の意見を聴いて、各都道府県における都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価を行うものとする。

第8条第4項第2号(全国医療費適正化計画)

医療の効率的な提供の推進に関し、国が達成すべき目標に関する事項

第9条第3項第2号(都道府県医療費適正化計画)

医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項

■ 好事例を横展開させるための3つの取組

I. 好事例をモデル化する



- ・レセプトデータ
- ・特定健診データ

- 
- ・ジェネリック医薬品に切り替えることによって一定以上の医療費負担軽減効果がある者に、削減額等を通知
 - ・健診データから異常値の者を抽出、レセプトデータと突合して、医療機関未受診者に**受診勧奨**
 - ・運動や食事などの**生活習慣改善を指導**（重症化予防プログラム）
 - ・複数の医療機関に同一の傷病名で受診している者などに対して**訪問指導**

被保険者



II. レセプトデータ・健診データ等の分析のためのシステムを整備する

III. モデル化された取組の実施のために必要な費用に対する支援を検討する

■ 特定健診・保健指導の実施率の更なる向上

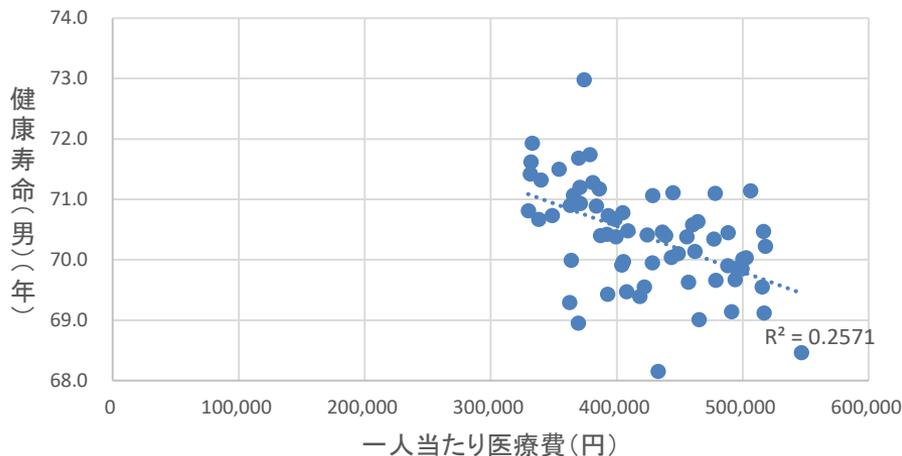
- 特定健診・保健指導の効果に関するエビデンスの検証及び周知を行い、保険者の主体的な取組を促進
（例 メタボ該当者と非該当者の平均医療費には約年9万円の差が存在
特定保健指導を終了した者の約1/3が、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群ではなくなる）
- 後期高齢者支援金の加算・減算制度については、現行制度に対して関係者からは廃止も含め意見があり、今年度からの実施状況と関係者の意見を踏まえつつ、より良い仕組みを今後検討

医療費・介護給付費と健康寿命

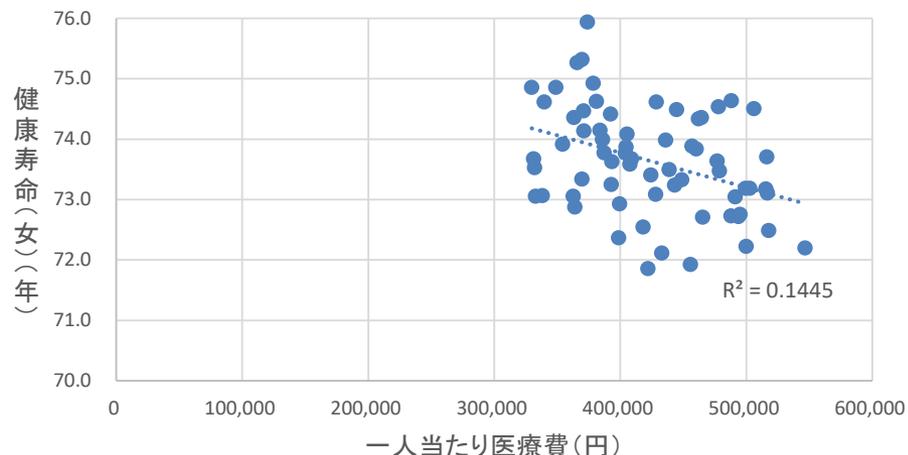
- 都道府県・政令市の健康寿命と一人当たり医療費(市町村国保)は、一定の負の相関が認められる。
- 一人当たり介護保険給付費についても負の相関が認められ、特に男性についてその程度が強い。

<都道府県+政令市>

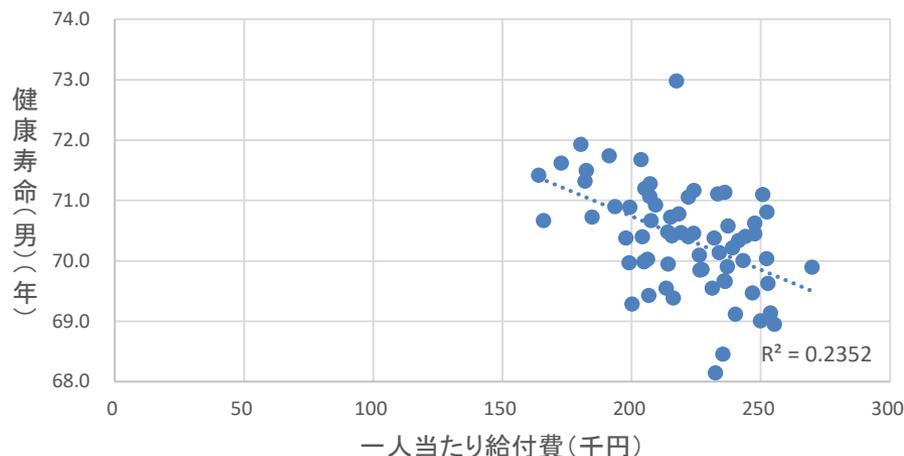
2010健康寿命(男) × 2007一人当たり医療費



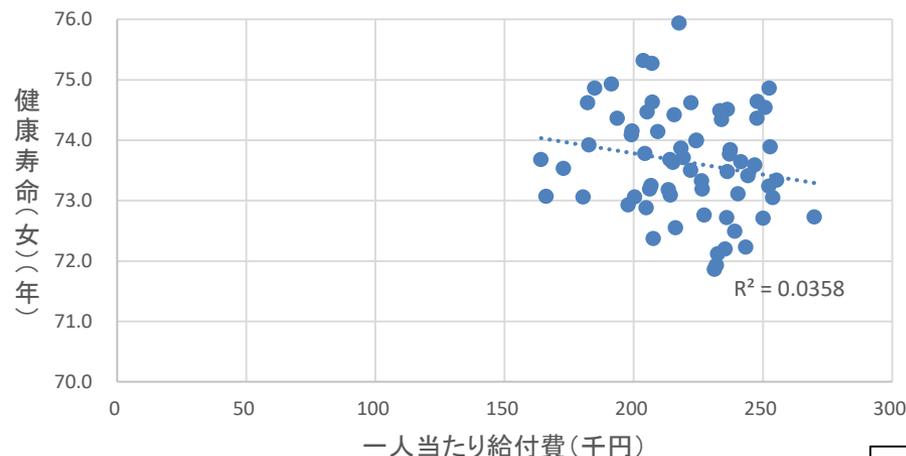
2010健康寿命(女) × 2007一人当たり医療費



2010健康寿命(男) × 2007一人当たり給付費



2010健康寿命(女) × 2007一人当たり給付費

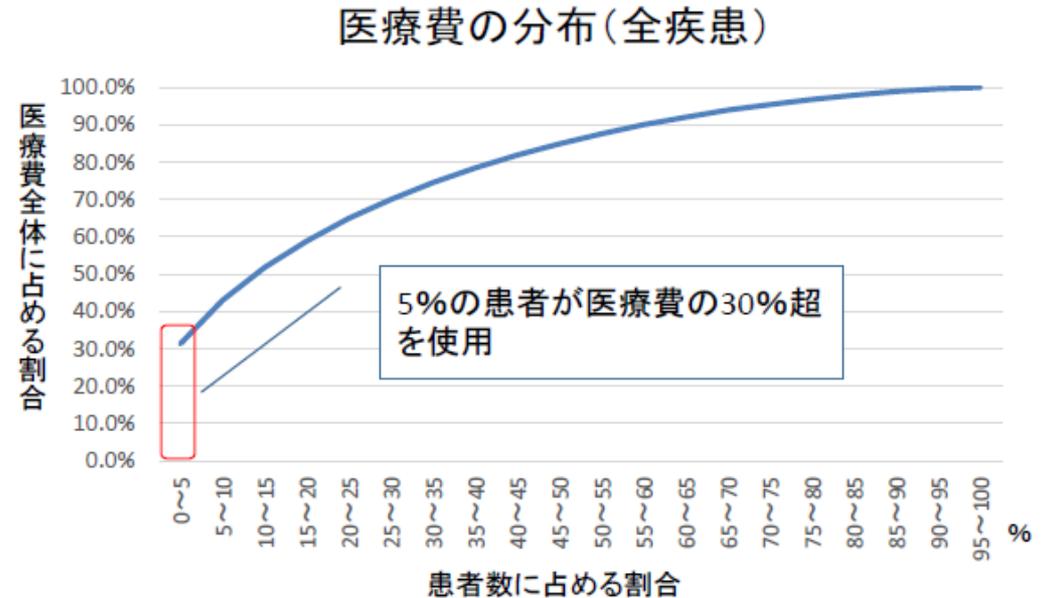


(備考)厚生労働省「国民健康保険事業年報」「介護保険事業状況報告(年報)」、厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」、「健康寿命の指標化に関する研究」に基づき作成。

高リスクグループ

医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループ

- 医療費の構造を見ると、5%の患者が医療費全体の30%を占めている。患者の受療行動の分析や適正化策の検討にあたっては、こうした医療費のボリュームゾーン（高額な医療や算定回数の多いもの等）を踏まえる必要もある。



保険者による指導が必要・・・

ビッグデータを活用した保険者機能の強化に向けたこれまでの取り組み

- 国保連合会・国保中央会は、国保保険者(市町村及び国保組合)、後期高齢者医療広域連合及び介護保険者(以下「保険者等」という)の委託により保管している「**健診**」、「**医療**」、「**介護**」の**各種データを利活用**し、国保データベース(KDB)システムを構築し、データヘルスに資する各種情報を提供している。
- 保険者等の委託により被保険者の資格情報を各種情報と結び付けて、様々な共同処理業務を行うことで、保険者の事務処理の効率化を支援している。

①国保データベース(KDB)システムの構築、各種データの提供

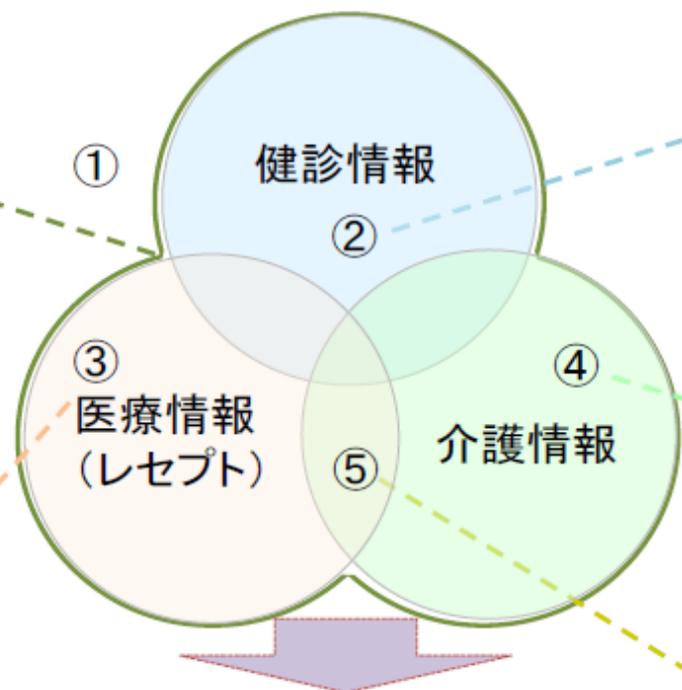
- ✓蓄積データ件数:35億4,673万件 (H24.6~H28.5)
- ✓被保険者毎に各種情報を結び付けているので、特定健診の受診結果とレセプトを突合し、ハイリスク者や重点的な療養・保健指導の対象者等の把握が可能
- ✓統計情報を、全国・都道府県・市町村・細分化した地域ごとに作成(年齢別・性別・疾病別等)

③災害発生時において、被災者がかかりつけ以外の医療機関を受診した際に既往歴等の罹患情報を当該医療機関へ提供

【その他の活用例】

- ・医療費通知作成
- ・後発医薬品差額通知作成
- ・第三者行為求償(医療)
- ・高額療養費計算

〔国保連合会・国保中央会が保管する情報〕



②特定健診・特定保健指導データをもとに、保健指導対象者の抽出や各種分析・統計資料の作成等の未受診者対策を実施

データヘルス計画策定済市町村 = 1,467 (H28年度末見込み)
 ※H28.9に実施した「国保・後期高齢者ヘルスサポート事業実態調査」において、回答があった1,657市町村分を集計したもの

④給付情報を医療情報(国保・後期高齢者)と突合し、重複請求のチェック等、介護給付費の適正化を支援

- 【その他の活用例】
- ・第三者行為求償(介護)
 - ・高額介護サービス費計算

⑤保険者に代わり、医療・介護の給付情報をもとに高額医療・高額介護合算療養費を算定し、申請勧奨書を作成

II 保険者機能の強化～「データヘルス横展開の加速」による「医療の質と持続性の向上」～

保険者機能の強化

○保険者機能の強化・連携等によりデータヘルスを強力推進

○ICTとビッグデータを活用して保険者機能を支援

医療の質向上、持続性の強化

データヘルスの実現には、①一定規模のビッグデータ、②ノウハウ、③財政力・人的資源が必要。しかし、日本の健保組合は中・小規模が多いため、ビッグデータの確保、財政面等で課題がある。
(参考)保険者規模(平成26年)(平均)

国保	協会けんぽ	共済	健保組合	ドイツ
約70万人 (各都道府県内の 健保組合数の平均)	約76万人 (47都道府県 の平均)	約10万人	約2万人	約40万人

<当面の対応>

- ・保険者によるデータ分析の集約化や保健指導の共同実施等を支援
- ・韓国HIRA等をモデルに、ICTとビッグデータを最大限活用し、データヘルスや医療の質の評価・向上を目指す。その際、保険者が「医療の質を創る」べく、保険者の新たな役割・責任を明確化
- ・表彰制度等を通じ事業主にも「健康経営」を普及啓発

(参考)韓国・健康保険審査評価院(HIRA)

ICTとビッグデータ等を活用し、医療の質の評価、ソフトウェア開発等を実施



一体的に
改革を推進



「健康長寿」
「医療費適正化」
の実現

データヘルス横展開

1. 全国展開に向けた方法論の確立と協力体制の基盤整備

- 厚労省と医療関係者(日本医師会、糖尿病対策推進会議)の間で連携協定締結(3/24)、4月中を目途に国レベルでプログラム策定。今後、保険者の取組状況などを踏まえ、高血圧症等、他の生活習慣病にも展開を検討



協定締結式(3/24)

- 高齢者のフレイル(虚弱)予防として、栄養・口腔・服薬等の面から管理栄養士等による在宅訪問指導、運動指導等を実施

2. データ分析等を行う民間企業との連携強化

- データ分析に基づく健康・予防サービスを提供する事業者と、保険者等とのマッチングを推進するため、全国で「データヘルス見本市」を開催
- 2020年の目標(データ分析等を行う民間企業<保険者からの推薦等により質を確保>を少なくとも100社以上)達成に向け、毎年度、進捗状況を把握

3. 保険者のインセンティブ改革

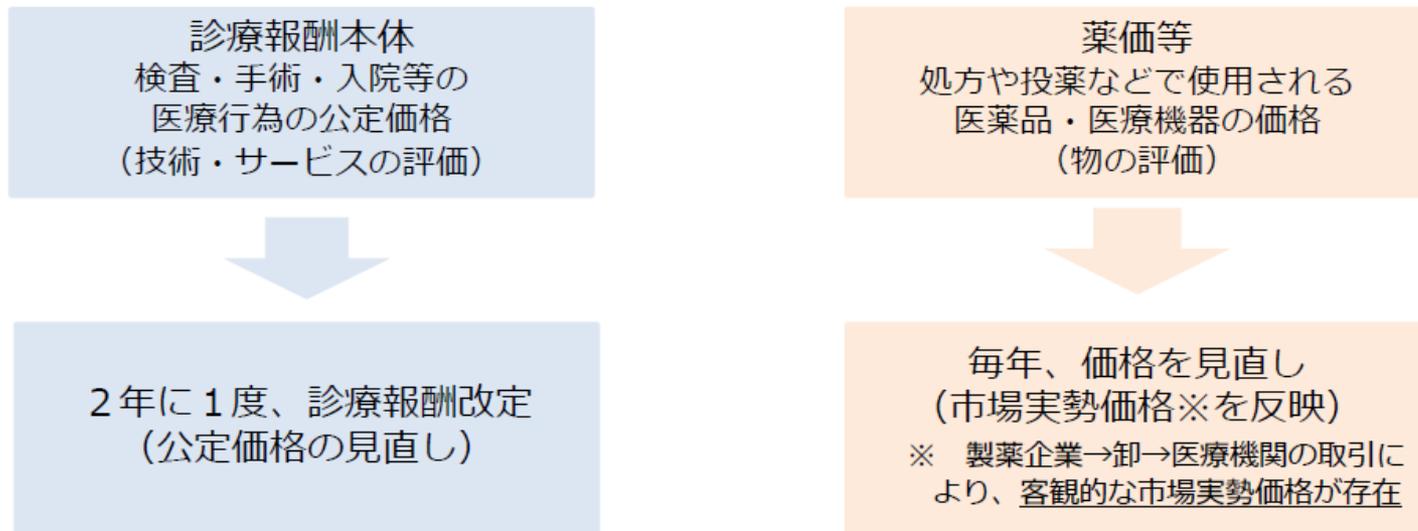
- 平成30年度からのインセンティブ改革を今年度から前倒し実施し、保険者の取組を加速

	28年度	29年度	30年度
国保	インセンティブの前倒し 4月中目途に「評価指標」を公表	→	保険者努力支援制度の施行
被用者 保険	新「加減算制度」の具体化、「評価指標」の決定(夏～秋目途)		新「加減算制度」の施行
後期高 年齢者	「特別調整交付金」で保険者 インセンティブを実施	→	

調剤技術料（報酬）

診療報酬制度について

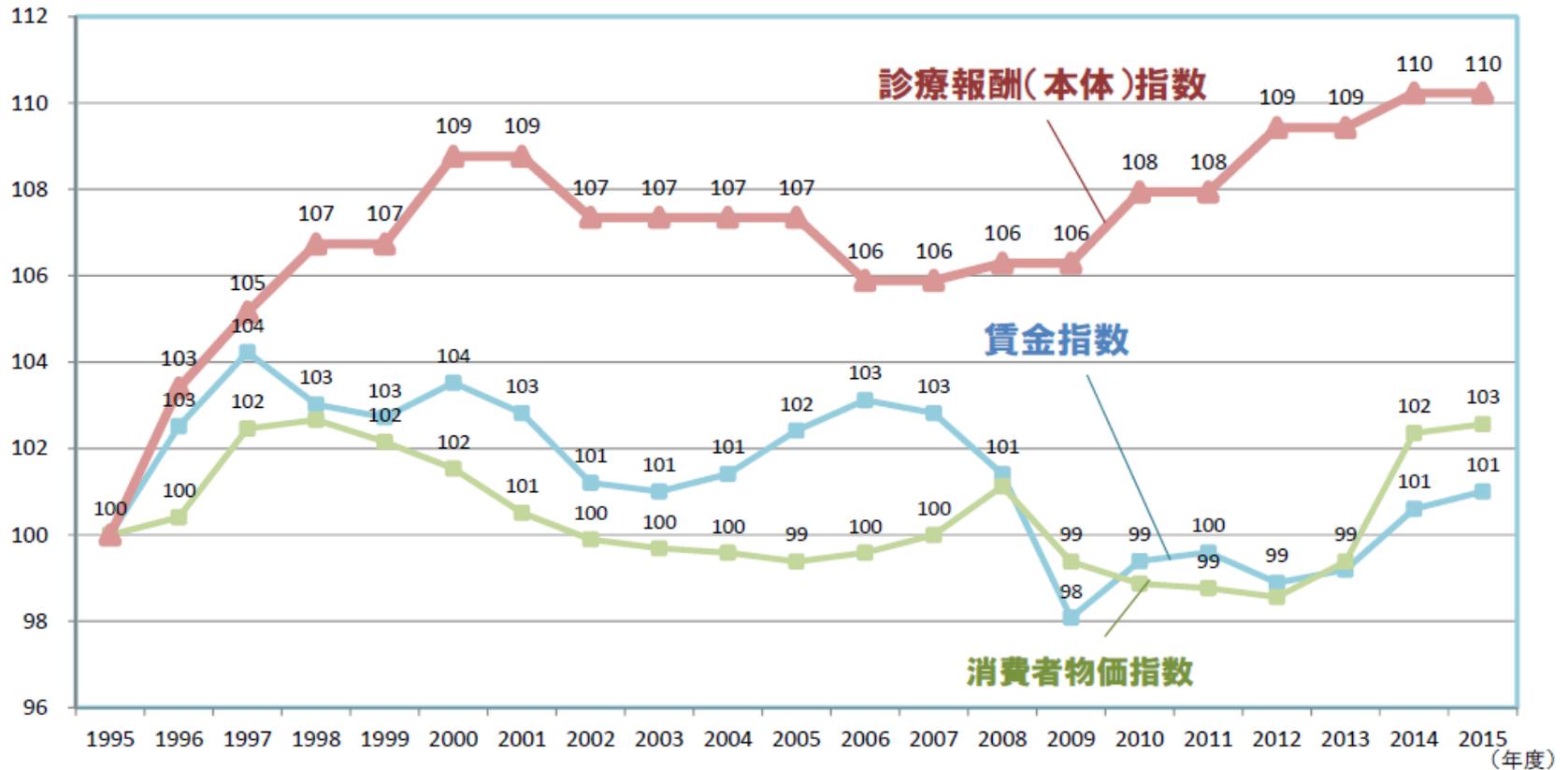
- 診療報酬とは、診療行為等の対価として、病院や薬局が、患者・保険者から受け取る報酬（公定価格）。
- 診療報酬のうち、
 - ① 医師の人件費等の「技術・サービスの評価」（**診療報酬本体**）については、2年に一度、個別の診療行為の公定価格が見直されており（診療報酬改定）、30年度は改定の年度にあたる。
 - ② 薬の値段等の「物の価格評価」（**薬価等**）については、従来は2年に1度の見直しであったが、今後、市場実勢価格をより適時に反映する観点から、毎年価格を見直し（薬価制度の抜本改革）。
- 診療報酬の改定率は、内閣が予算編成過程を通じて決定し、個々の診療行為・薬の価格については、内閣が決定した改定率を前提として、厚生労働大臣が、中央社会保険医療協議会（中医協）での議論を踏まえ、決定。



診療報酬本体と賃金・物価の動向

○ 診療報酬改定（人為的な価格増）により、我が国がデフレを経験した1990年代後半以降、賃金や物価水準がデフレにより上昇していない中で、診療報酬（本体）については上昇を続けてきた結果、賃金や物価の水準と比べて高い水準となっている

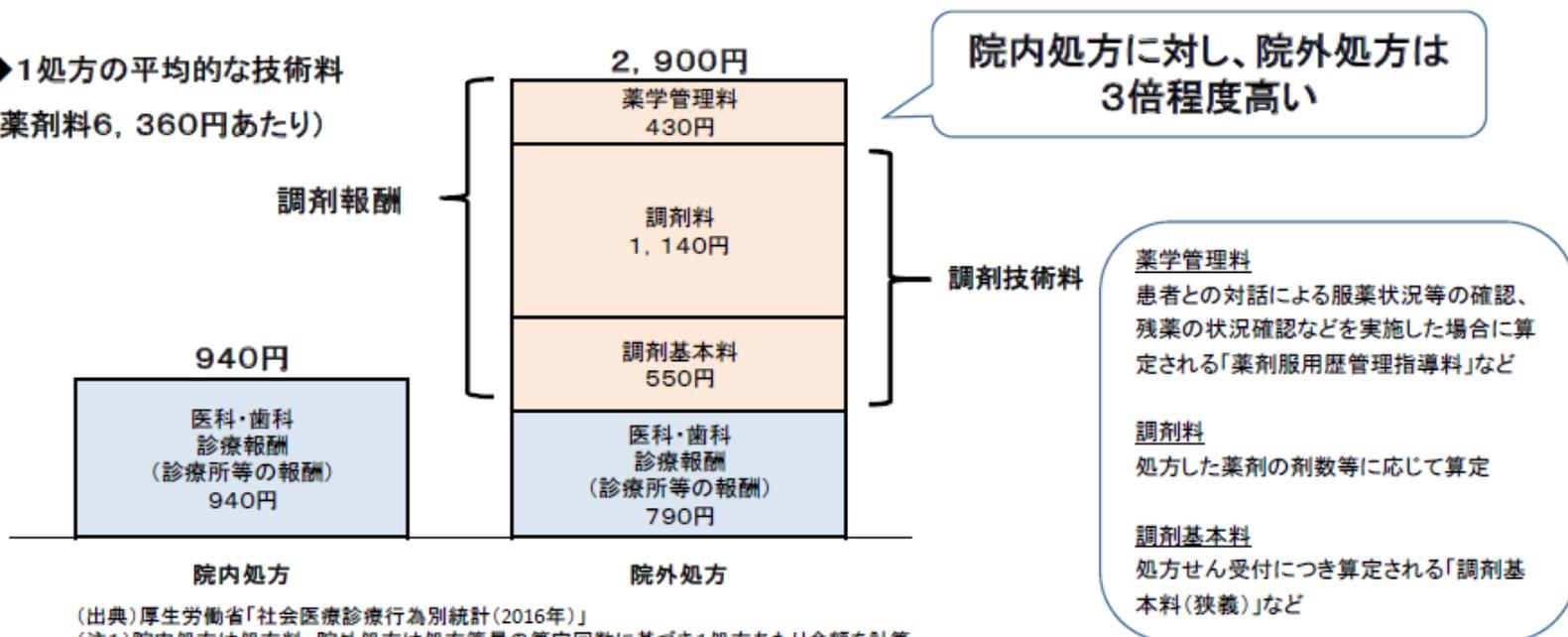
1995年(平成7年)=100



院内処方と院外処方のコスト差

- 処方する薬剤が同じ金額の場合でも、院内処方と院外処方では診療報酬(技術料)に大きな差が生じている。

◆ 1処方の平均的な技術料
(薬剤料6,360円あたり)



(出典)厚生労働省「社会医療診療行為別統計(2016年)」

(注1)院内処方は処方料、院外処方は処方箋量の算定回数に基づき1処方あたり金額を計算

(注2)院内処方・院外処方を通じた1処方あたり薬剤料は約6,360円

(財務省「財政制度等審議会(財政制度分科会)」提出資料(平成29年10月25日)より)

調剤技術料の評価内容と患者メリット

- 医師が患者に処方箋を交付し、薬局の薬剤師がその処方箋に基づき調剤を行い、医師と薬剤師が独立した立場で業務を分担し、薬物療法の有効性及び安全性の向上を通じ、国民医療の質的向上を図る。
- 薬局の薬剤師は、患者の薬歴管理を行い、重複投薬、相互作用の有無を確認し、患者に適した薬となるよう医師と調整するとともに、薬の効果、副作用、用法などについて、患者に説明（服薬指導）する。

○ 評価内容

- 以下を踏まえ処方内容を確認
 - 薬が正しく飲めているか（余っていないか）確認
 - 反復継続して副作用があるか薬が効いているか確認
 - 併用している薬や飲食物の確認
- 処方に疑義や変更の必要がある場合、処方元の医師に問い合わせ、変更の相談
- 後発医薬品の使用促進
- 薬の調製、飲みやすい形への変更・工夫
- 医薬品の服用方法、保管方法の説明
- 副作用など使用時に注意すべき事項の説明
- お薬手帳の提供
- 患者の服用状況や指導内容などの記録

- 調剤後の継続的な電話での相談対応
- 患者の服薬状況の医師との共有
- 医薬品安全情報の収集 など

○ 患者のメリット

- 自分に合った薬か確認し、医師と調整してもらえる
- 薬が余っていれば、医師と調整してもらえる

- 効き目が同じで安価な薬がもらえる
- 薬が飲みやすくなる
- 薬を正しく使用できる

- 自分の薬を知り、自分の薬の記録が作れる
- 服用歴を踏まえ、継続的な薬のチェックが受けられる
- 服用期間中の不安が解消できる
- 服用期間中の副作用等の情報が医師と共有され、その後の処方に反映される。

調剤技術料には、上記の薬剤師が行う業務にかかる費用の他、医薬品備蓄、診療報酬請求にかかる設備や人件費などが含まれる。

1

1店舗あたりの保険薬局の店舗数別損益状況

(単位：千円)

1店舗あたりの状況	同一法人の保険薬局の店舗数			
	1店舗	2～5店舗	6～19店舗	20店舗以上
I. 収益	150,076	157,490	154,771	220,134
II. 介護収益	79	186	648	563
III. 費用	144,444	151,440	142,442	194,036
1. 給与費	32,500	30,871	28,493	29,514
2. 医薬品等	95,374	105,641	99,781	141,903
IV. 総損益差額	5,710	6,235	12,976	26,661

(出典) 第21回医療経済実態調査(医療機関等調査)報告(平成29年実施)

論点

調剤技術料は、薬局のどのような機能や付加価値を評価して設定されているものか。また、調剤報酬により生じる院内処方と院外処方のコスト差は、薬局の実態や院外処方の付加価値に照らして妥当な水準といえるのか。

薬局の果たす機能、薬局の形態による収益性の差異を踏まえ、現在の調剤基本料の設定の在り方は適正といえるのか。

経済財政一体改革と「見える化」

「経済・財政一体改革」の取組： 「経済財政運営と改革の基本方針2015」より

(2) 歳出改革の新しい考え方・アプローチ

【公的サービスの産業化】

- ◆ 民間の知恵・資金等を有効活用した、新サービス提供、公共サービスの効率化・質の向上・選択肢の多様化
- ◆ 公的ストック(社会資本、土地、情報等)の有効活用
- ◆ 行政コスト情報、施設・設備保有状況等の見える化を通じた民間サービス創出

【インセンティブ改革】

- ◆ 「頑張るものが報われる(頑張らないと損をする)仕組み」
 - 頑張った成果に応じた財政配分
 - トップランナー方式の導入
- ◆ 「国民」(健康ポイント等)、保険者(支援金加減算制度等)、病院等(診療報酬等)のそれぞれにおいて、合理的な行動を促し、健康増進や効率化と費用節約につなげる

【公共サービスのイノベーション】

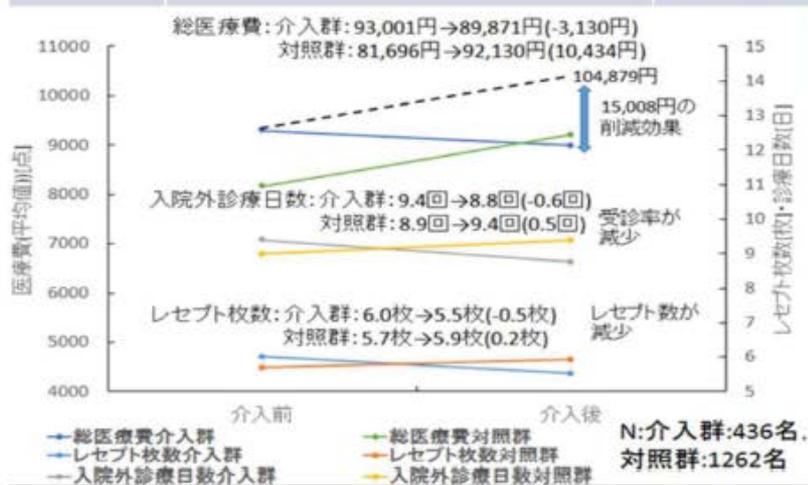
- ◆ 公共サービスの徹底した見える化
- ◆ エビデンスに基づくPDCA
- ◆ 業務の簡素化・標準化

《医療費削減効果》

【健康ポイント事業】



項目	成果	効果	備考
医療費	1人あたり15,008円/6か月 30,016円/年 介入群93,001円→89,871円 (▲3,130円)し、一方で対照群は増加傾向(対照群81,699円→92,130円(10,434円))	特に慢性疾患(糖尿病・高血圧・高脂血症)を複数持つ人の医療費が減少したことで循環器疾患の予防につながる	介入群:463人 (ポイント事業参加者で国保被保険者) 対照群:1,262人 (ポイント事業に参加していない国保被保険者) ※ 性別、年齢、平成26年度と平成27年度の特定健診受診の有無によりプロペンシティブスコアを導出することでマッチングを行った



	人数		年齢	
	男性	女性	男性	女性
介入群	133	303	68.2±4.5	67.3±5.6
対照群	423	839	67.8±5.3	67.4±5.1

1人あたり6か月で
約1万5千円の
医療費削減効果

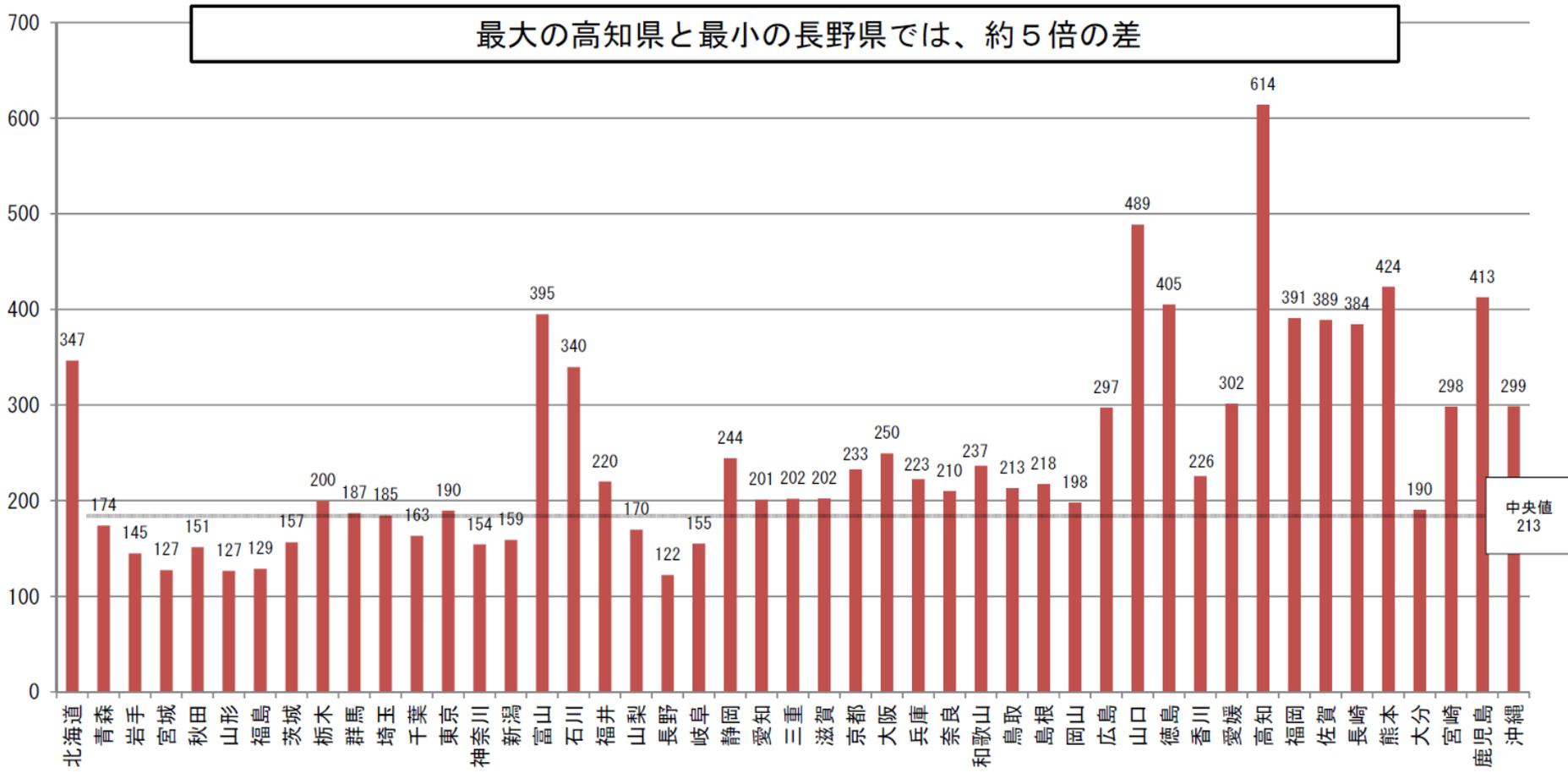
医療費削減効果を記載

療養病床の都道府県別の入院受療率（性・年齢階級調整）

都道府県別の入院受療率（人口10万当たりの入院患者数）を、性・年齢構成の影響を補正して示したもの。

【性・年齢階級調整入院受療率(間接法)(人口10万人対)の計算方法（平成23年患者調査、平成24年福島県患者調査、平成23年総務省人口推計調査）】

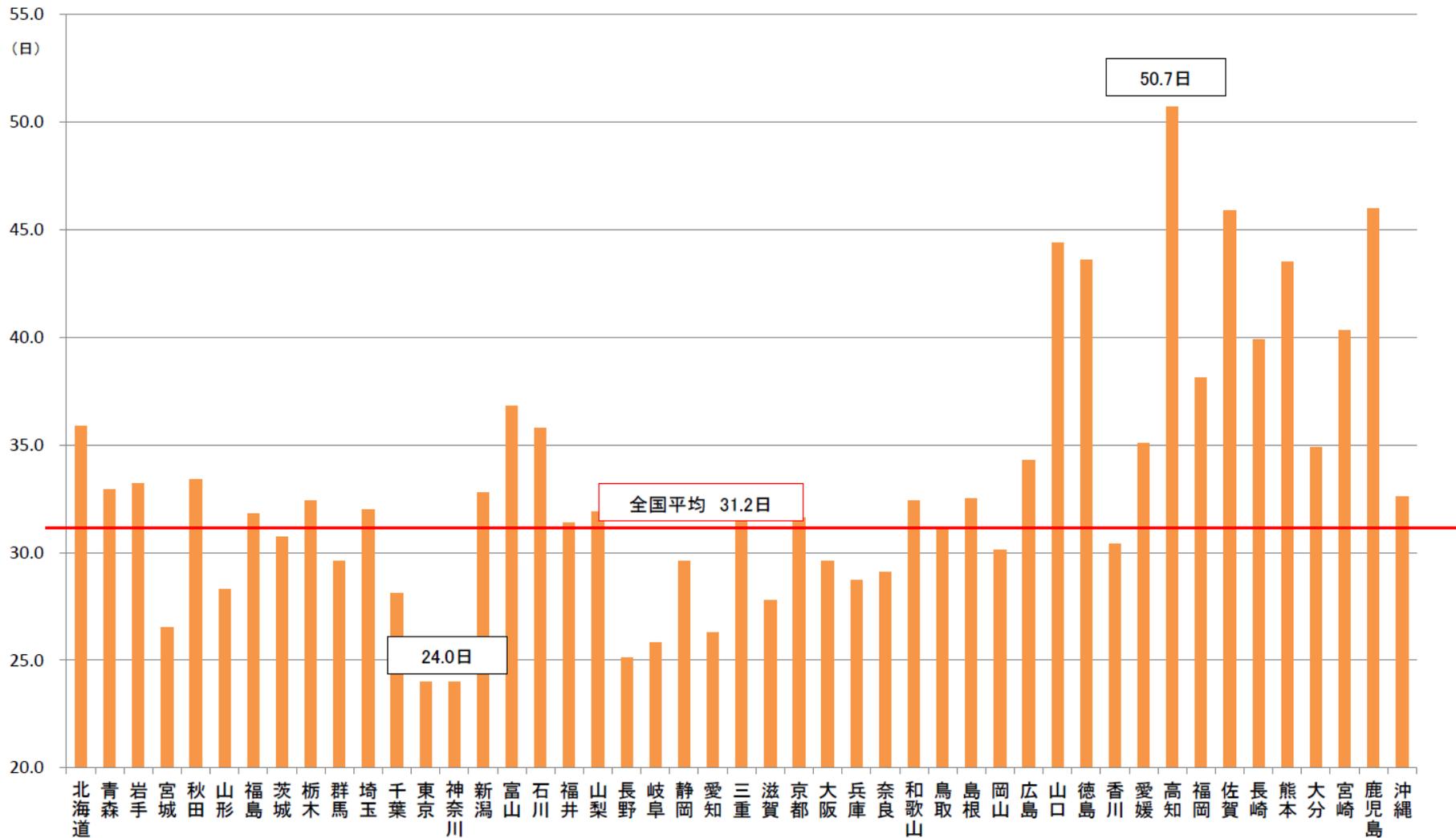
各都道府県の推計入院患者数÷各都道府県の期待入院患者数（ \sum 〔全国の性・年齢別入院受療率×各都道府県の性・年齢別推計人口〕）× 全国の入院受療率



出所：内閣府（平成27年12月4日）

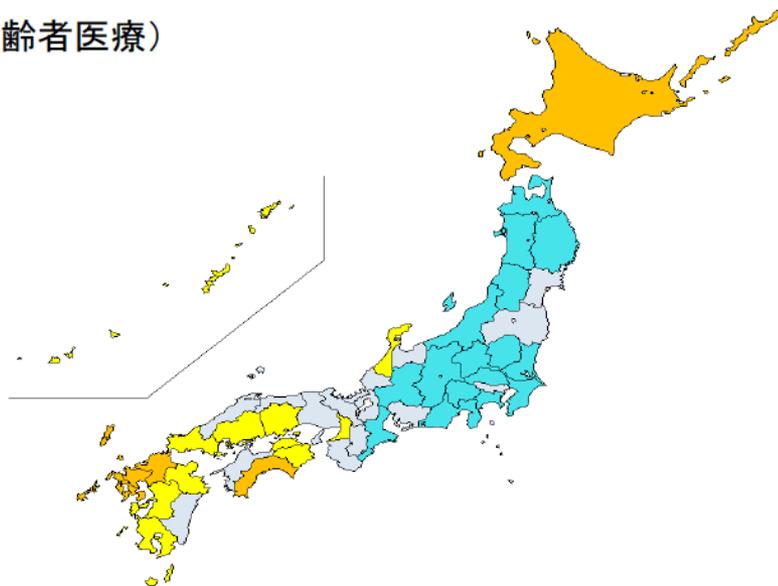
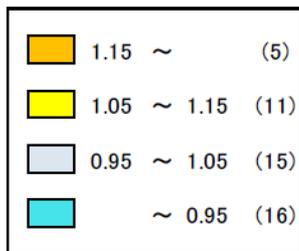
病院の平均在院日数の地域差

○ 都道府県別、平均在院日数(全病床)

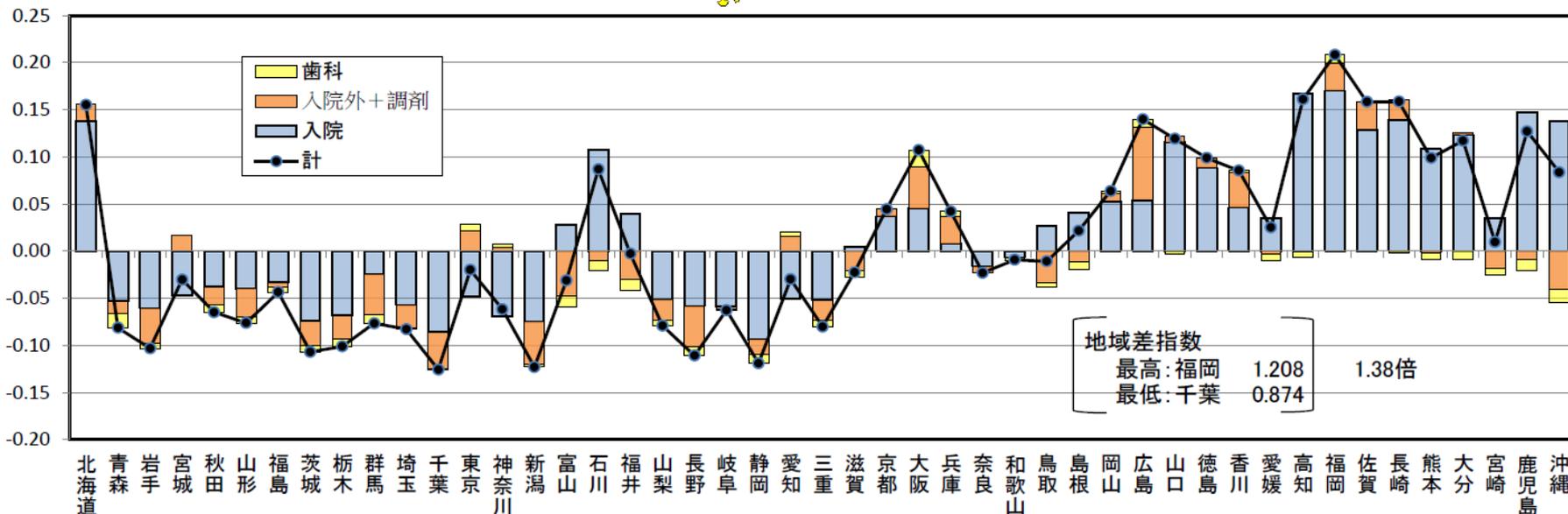


1人当たり医療費の地域差 (年齢補正後)

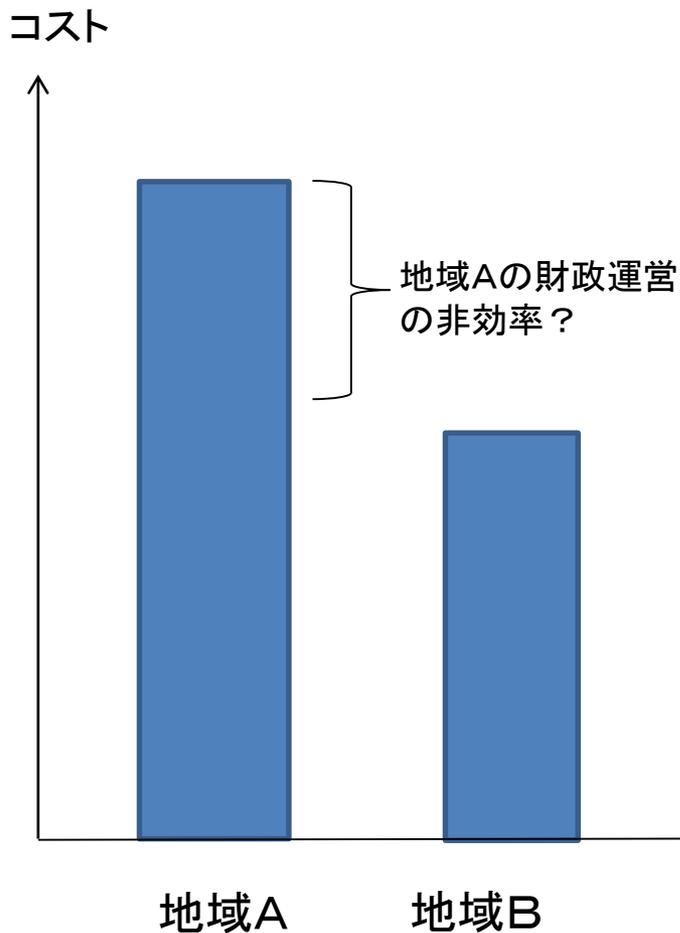
○ 地域差指数 (市町村国保+後期高齢者医療)



○ 診療種別寄与度



見える化＝比較



- 自治体間のコスト・サービス水準の違いの見える化
 - ◆ 公共サービス水準が同じでも、コストに相違⇒相対的にコストの高い地域は「非効率」?
 - ✓ 業務改革(民間委託等)の必要性
 - ◆ サービス水準の代理変数
 - ✓ 教育＝学力テスト・いじめ件数等
- 財政運営に無駄のあるとの情報⇒効率化への圧力
- 留意: 経済環境の近い地域間＝類似団体間での比較が有効

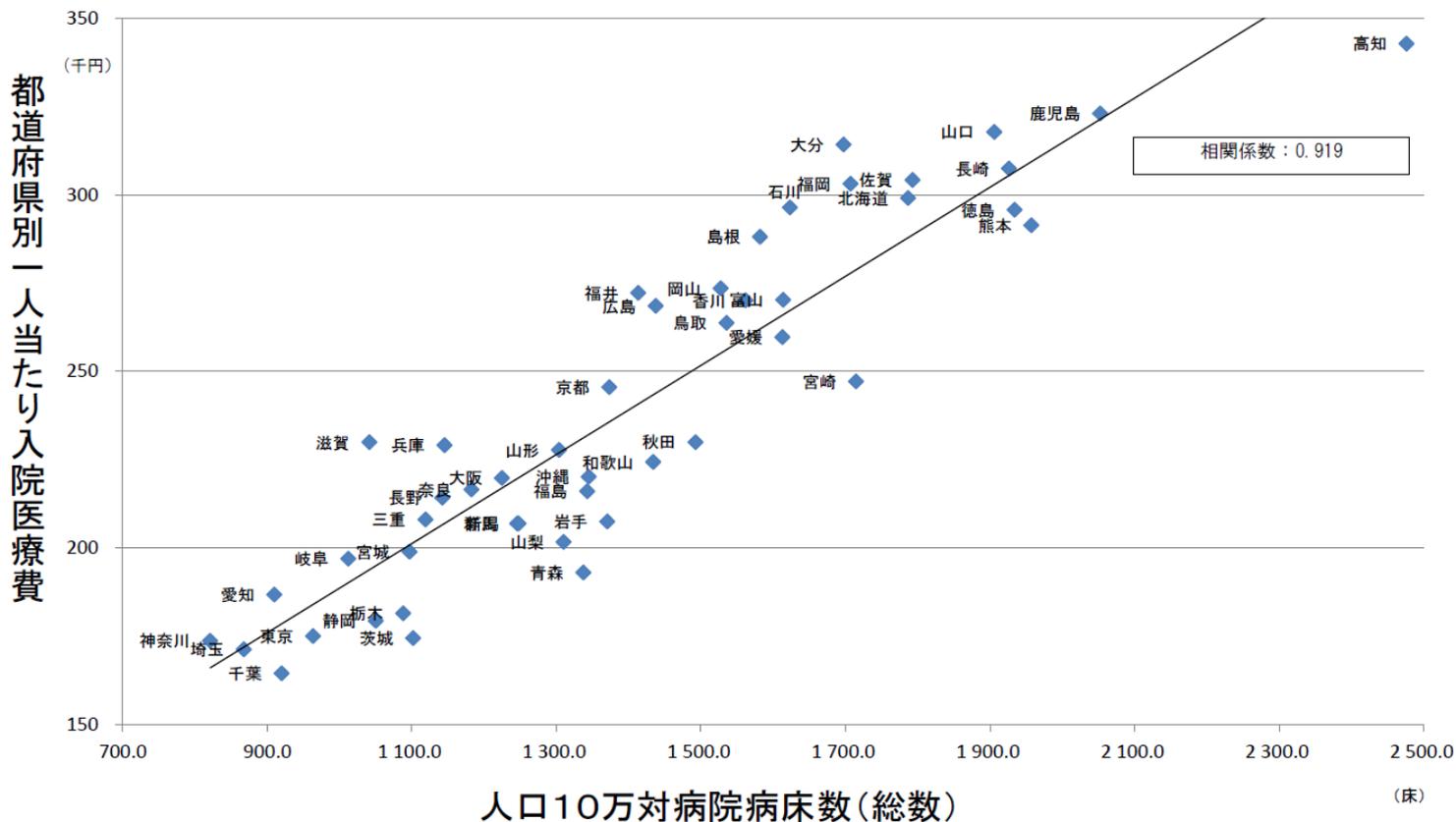
都道府県類型区分一覧			
グループ	財政力指数	団体名	団体数
	(平成19年度～平成21年度)		
I	0.500以上～1.000未満	神奈川県、大阪府、千葉県、埼玉県、静岡県、茨城県、栃木県、京都府、兵庫県、福岡県、広島県、滋賀県、三重県、群馬県、岐阜県、岡山県、宮城県	17
II	0.400以上～0.500未満	石川県、香川県、長野県、富山県、山口県、福島県、奈良県、山梨県、福井県、新潟県、愛媛県	11
III	0.300以上～0.400未満	北海道、熊本県、大分県、和歌山県、佐賀県、山形県、青森県、徳島県、岩手県、宮崎県、鹿児島県	11
IV	0.300未満	長崎県、沖縄県、秋田県、鳥取県、高知県、島根県	6

参考：政策実験としての分権化

- 異なった地方自治体が公共サービス(例：教育・医療)の質の向上、コストの適正化に向けて様々な試みを行う
⇒「政策実験」(試行錯誤)が可能
- 例：民間委託、市場化テスト、業績評価、競争促進・誘因づけ等
⇒政策実験を通じて適正なサービス提供体制を「発見」
- 住民は同様の公共サービス供給の自治体間の成果(質・コスト)の比較によって居住地域の政策実験の成否を判断
⇒政策の選別・淘汰が促進
- 集権的に行う場合に比べて新しい政策を試みる社会的リスクも低い
✓ 例：「ゆとり教育」？

人口10万対病院病床数と都道府県別入院医療費相関

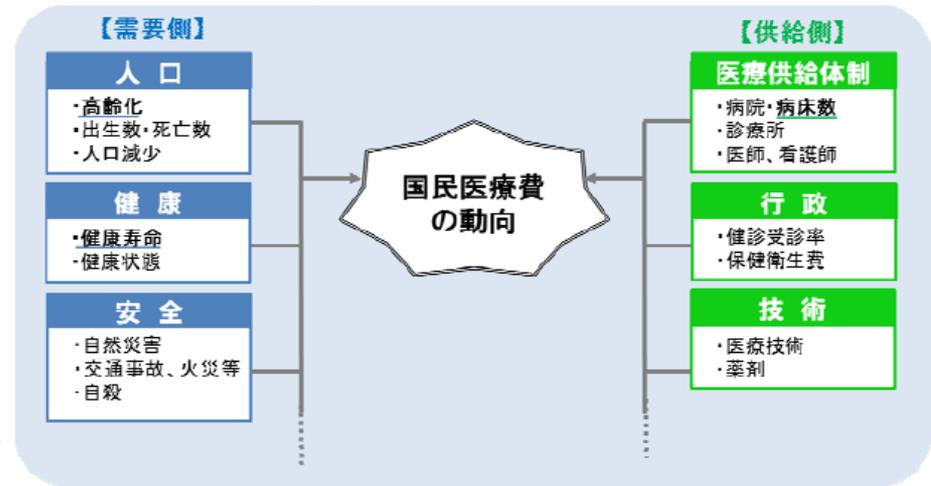
平成24年度の人口10万対病院病床数(総数)と都道府県別一人当たり入院医療費(市町村国保+後期高齢者医療)の相関係数は、0.919であり、高い相関がみられる。



出所: 社会保障審議会医療保険部会(平成26年10月15日)

医療費の地域間格差：分析編

《医療費に影響を及ぼす要因》



- 経済学の視点＝事実確認から分析へ
- 高齢化等の要因で説明できない地域差
⇒ 医療提供体制の効率性に起因？

例：病床数と医療費の因果関係

$$Y = a + b1X1 + b2X2 + b3X3$$

医療費は政策的に改善可能な変数で動く

Y 医療費 X1= 病床数 X2=健康寿命(女) X3=高齢化率

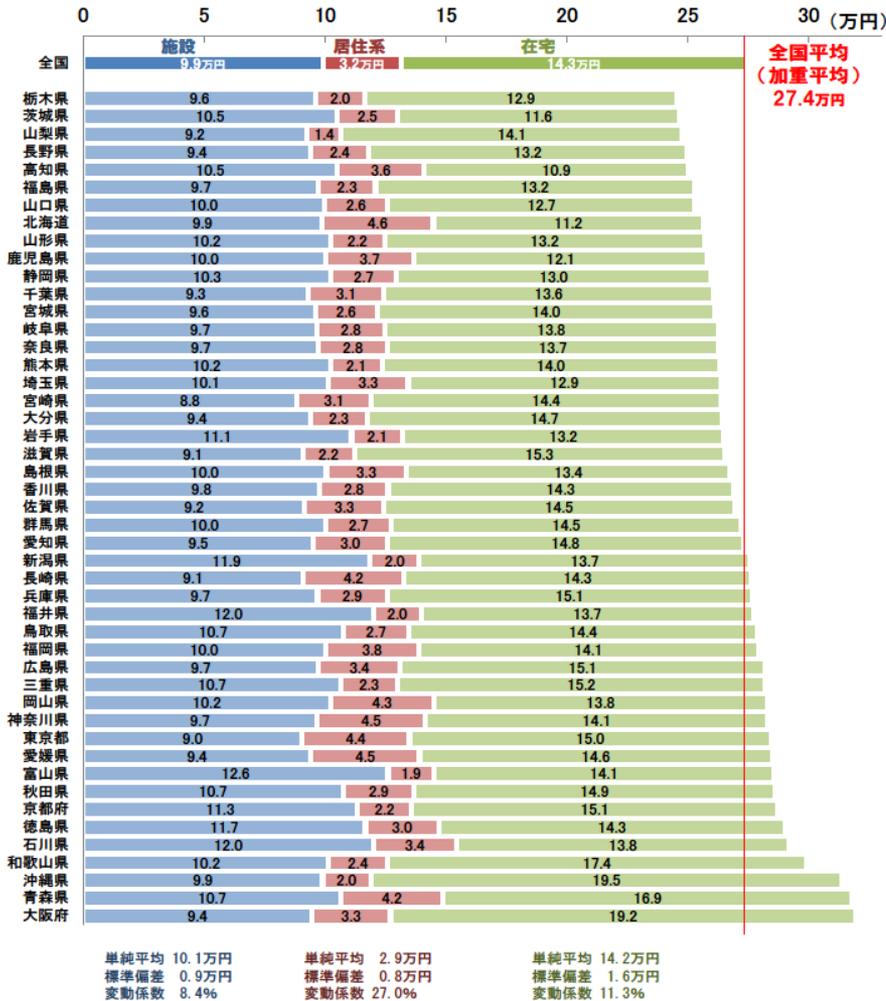
	a	t値	b1	t値	b2	t値	b3	t値	R2
2001年	655.1898	(4.5530)	0.6394	(12.3481)	-7.4195	(-3.7549)	2.3914	(3.7284)	0.9057
2004年	541.6740	(4.1630)	0.7367	(12.5154)	-5.6816	(-3.2287)	1.7815	(2.4307)	0.8980
2007年	601.3467	(4.3403)	0.7899	(12.7505)	-6.3578	(-3.4194)	1.4628	(1.7862)	0.8970
2010年	791.1726	(4.4970)	0.8183	(12.5236)	-8.5758	(-3.6199)	1.6522	(1.8782)	0.8919

(備考)一人当たり医療費：都道府県別人口一人当たり国民医療費、病床数：人口10万対病床数、健康寿命(女)：男性も同様の傾向にある、高齢化率：65歳以上人口各係数の()内はt値。R2は推計式の当てはまりの尺度を表す決定係数。

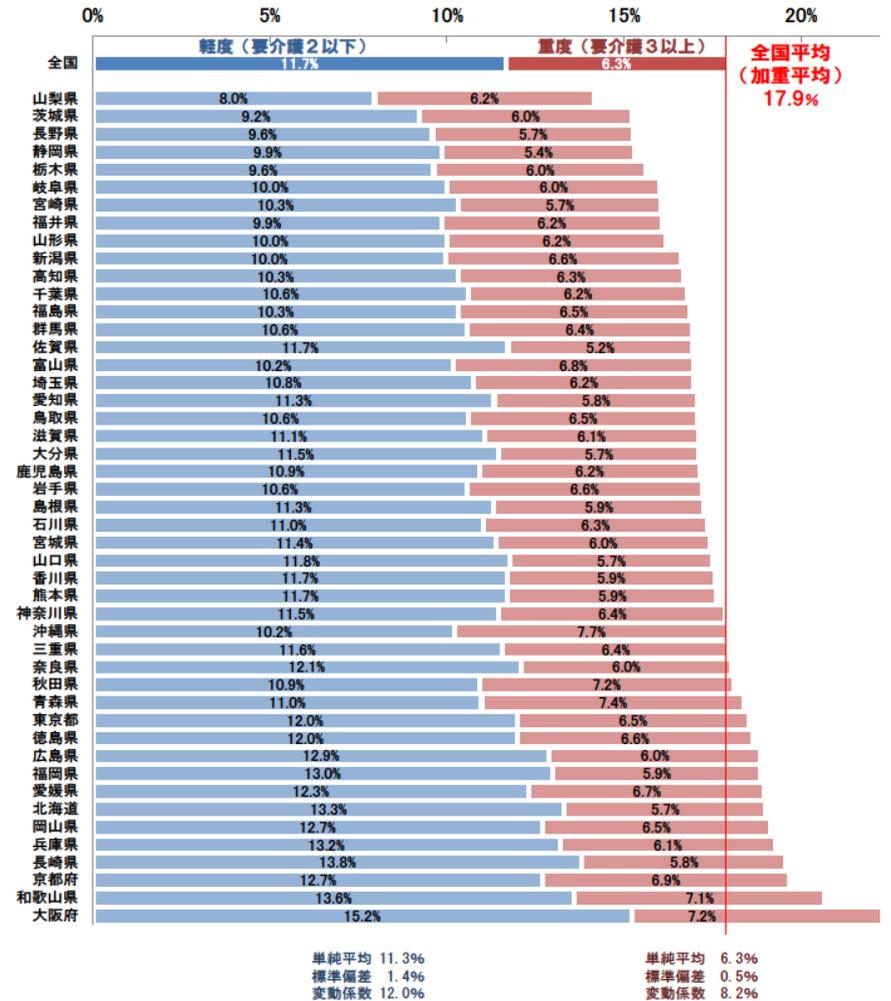
- 医師(医療機関)誘発需要？
- ✓ 病床を埋めるよう患者に入院を誘導？
- ✓ 情報・知識以上、医師は患者に優位≠消費者主権

第1号被保険者一人当たり介護費と認定率の地域差(年齢調整後) 平成26年度

【図1】被保険者1人当たり介護費(年齢調整後)



【図2】認定率(年齢調整後)



出所:厚生労働省(平成28年3月)

医療の費用対効果 (HTA)

医療技術の費用対効果評価の必要性

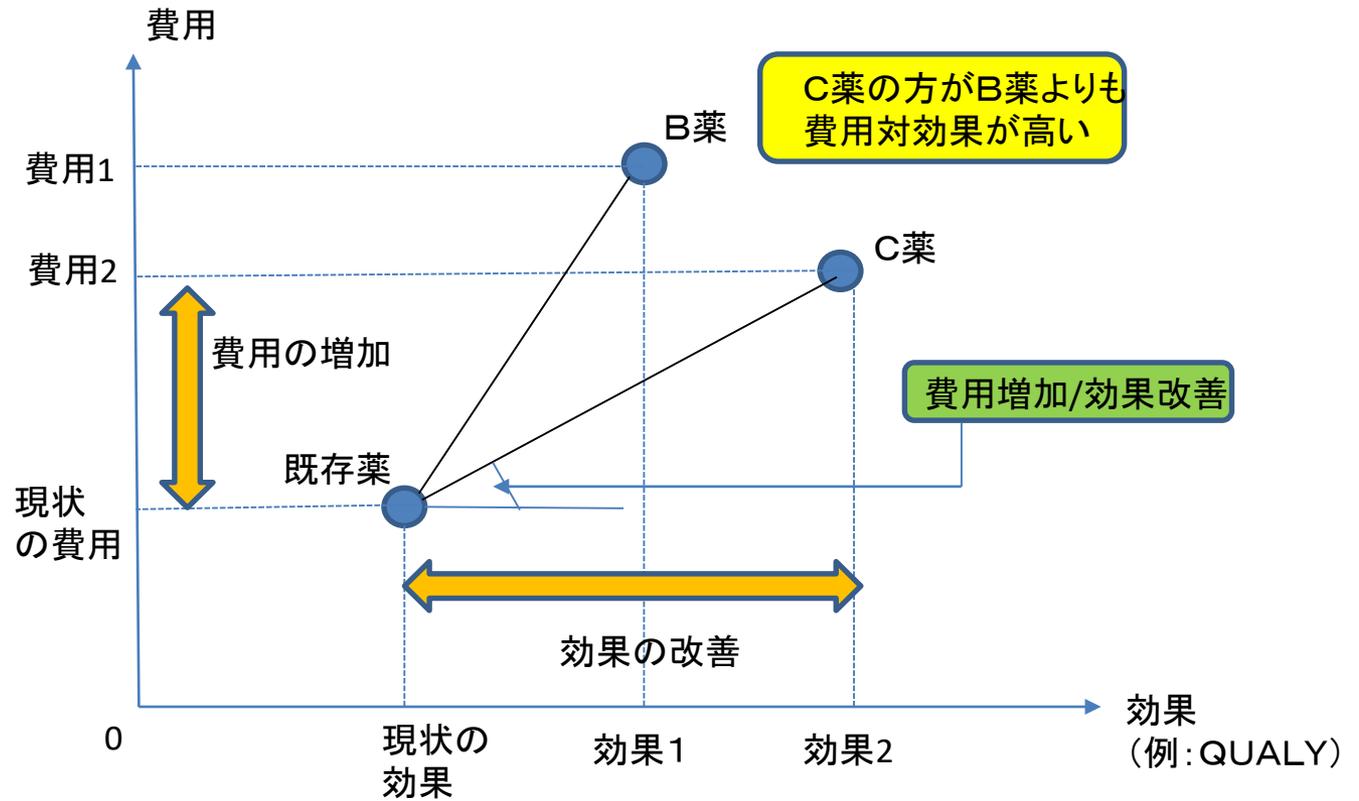
- ① 高額な医療技術の増加による医療保険財政への影響についての懸念
- ② これまでは医療技術の保険収載や保険償還価格の判断材料に費用対効果は重視されてこなかった



医療技術の費用対効果評価の導入の検討が必要

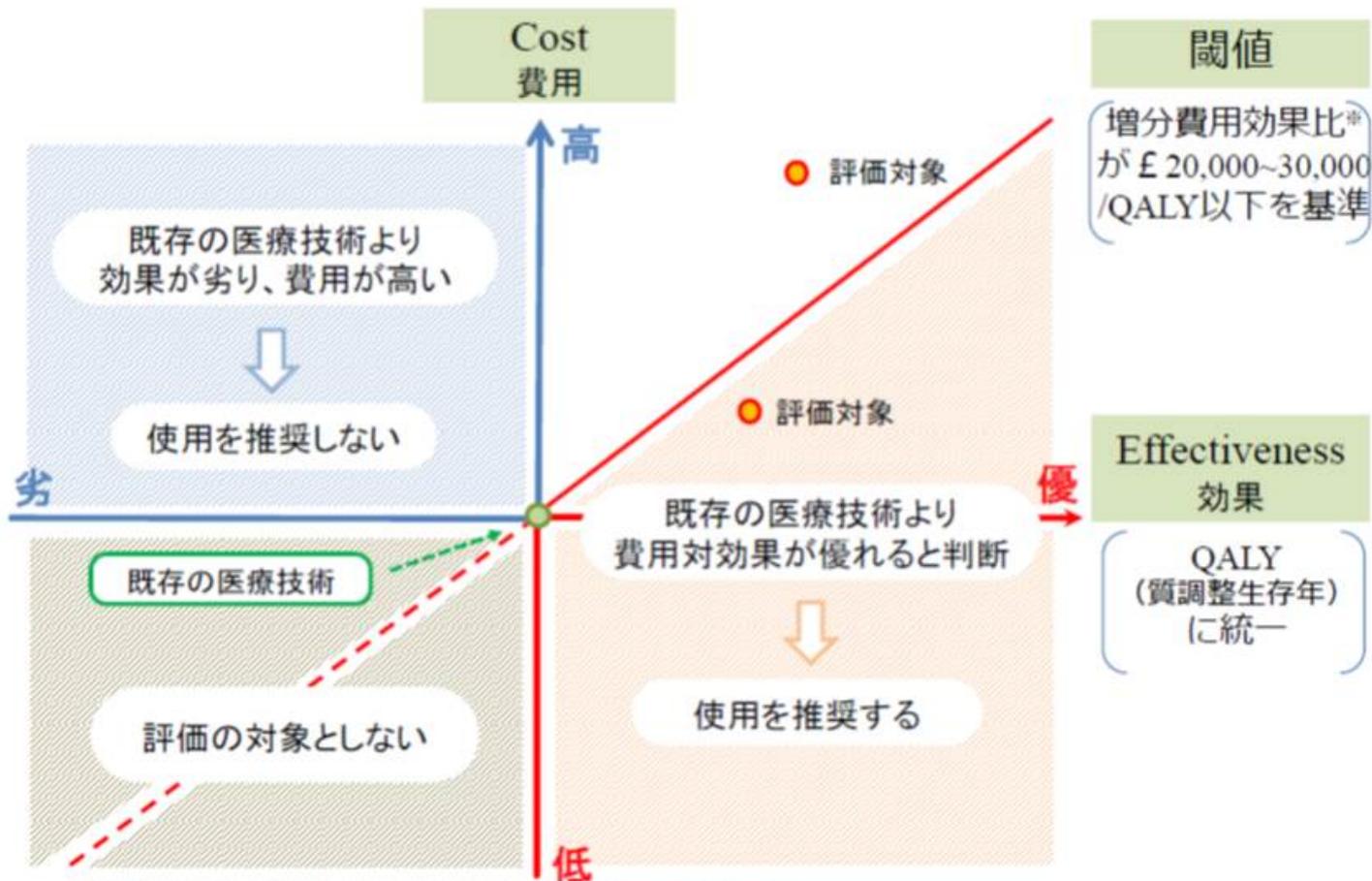
2012年5月に中医協費用対効果評価専門部会を設置

図表2: 費用対効果



イギリス

費用対効果にかかる評価の考え方



※ 増分費用効果比 = 既存と比べた費用の差 / 既存と比べた効果の差

(2)「効果」の取扱い

- 効果指標は質調整生存年 (QALY; Quality-adjusted life year) を基本としつつ、疾患や医薬品・医療機器等の特性等に応じて、その他の指標も用いることができる。

QALYの計算方法

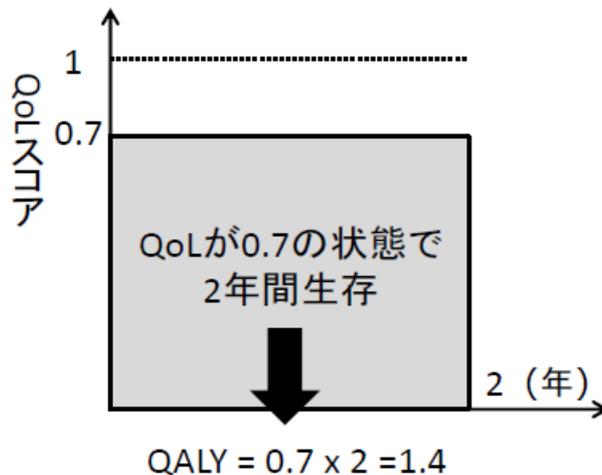
ある健康状態でのQALY =【QoLスコア】 × 【生存年数】

- 生存年数と生活の質(QoL)の双方を考慮する。
- QoLについては、1を完全な健康、0を死亡とする「QoLスコア(効用値)」を用いる。

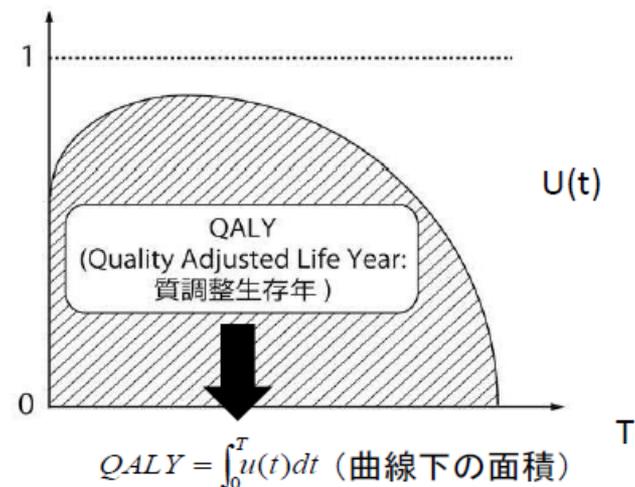
(QALYの利点)

- 多くの疾患で使用できる。
- 複数の効果やトレードオフを同時に評価できる。
- 結果の解釈がしやすい。

【健康状態が一定のとき】



【健康状態が変化するとき】



諸外国における医療技術等の費用対効果評価の状況

	評価機関名	概要
(1) イギリス	NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence)	<ul style="list-style-type: none"> ・評価対象は、政府が指定する。 ・評価方法を定めたガイドラインに基づき、効果指標はQALYに統一する。 ・評価を元に、「推奨」等の勧告を行う。
(2) ドイツ	IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)	<ul style="list-style-type: none"> ・評価方法を定めたガイドラインがあり、効果指標にQALYは用いない。 ・価格交渉の際に、必要に応じて費用対効果評価を用いる予定としている。
(3) フランス	HAS (Haute Autorité de Santé)	<ul style="list-style-type: none"> ・評価方法を定めたガイドラインがあり、QALYを用いてもよい。 ・費用対効果評価を行うことで、価格設定において有利になるインセンティブを設けている。
(4) アメリカ	なし	<ul style="list-style-type: none"> ・連邦単位では、ワクチン政策等に費用対効果評価を実施している。 ・州政府所管のメディケイド(低所得者向け医療保障)や民間保険等においても、費用対効果評価を実施している場合がある。
(5) オーストラリア	PBAC (Pharmaceutical Benefits Advisory Committee) MSAC	<ul style="list-style-type: none"> ・評価対象については、医薬品は全ての新薬。医療機器・手技は、申請または政府が指定 ・評価方法を定めたガイドラインがあり、QALYを用いてもよい。 ・評価を元に、「推奨」等の勧告を行う。