

# 社会保障制度改革国民会議提出資料

2013年4月19日

増田 寛也

## 本日のプレゼンテーション項目

- I 医療・介護が地域経済・雇用・産業にどう影響を  
与えるか.....P1
- II 新たな地域医療政策について.....P9
- III 医療・介護の提供体制の改革とまちづくり・  
都市再生について.....P18

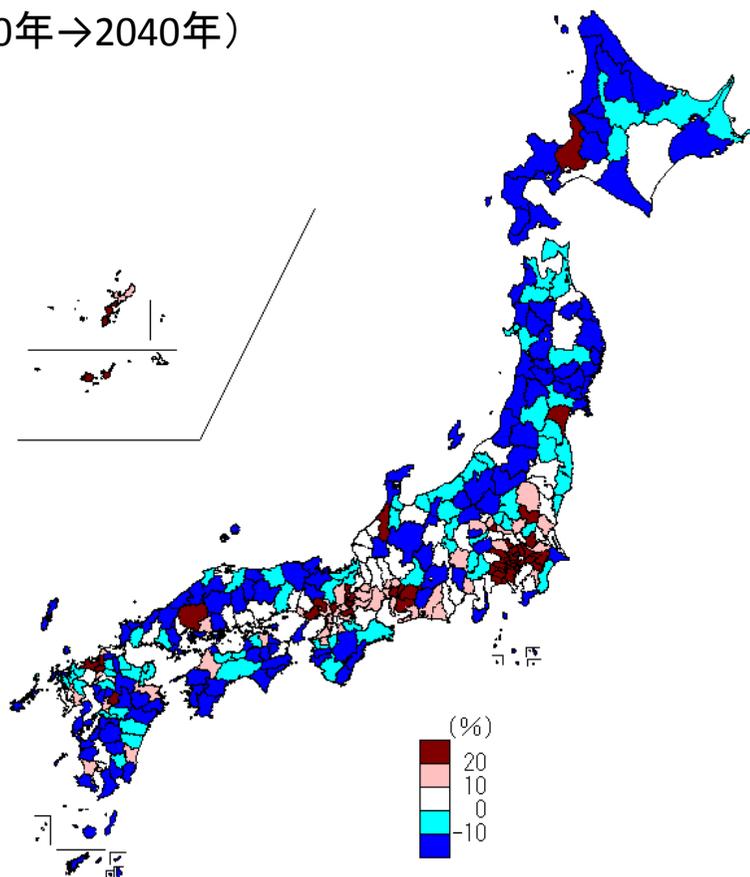
# I 医療・介護が地域経済・雇用・産業にどう影響を与えるか (基本的な認識)

- ・ 医療・介護の状況は、費用ベースで見ても地域によって極めて多様である。
- ・ 医療・介護は、地域の雇用に対して大きな役割を果たしている。
- ・ 一方、今後地域の消費や経済規模は縮小していくため、その費用負担や雇用を地域経済で支えていくのは困難になる。
- ・ 以上を考えると、社会保障の改革は、社会保障の持続可能性のみならず、地域経済の持続可能性の観点から重要。また社会保障と人口動態、経済、産業、雇用の関係性と今後の方向は、地域ごとに異なっており、そのあり方は地域毎に考えていく必要がある。

# 2040年までの医療費・介護費の変化(医療費・介護費別)

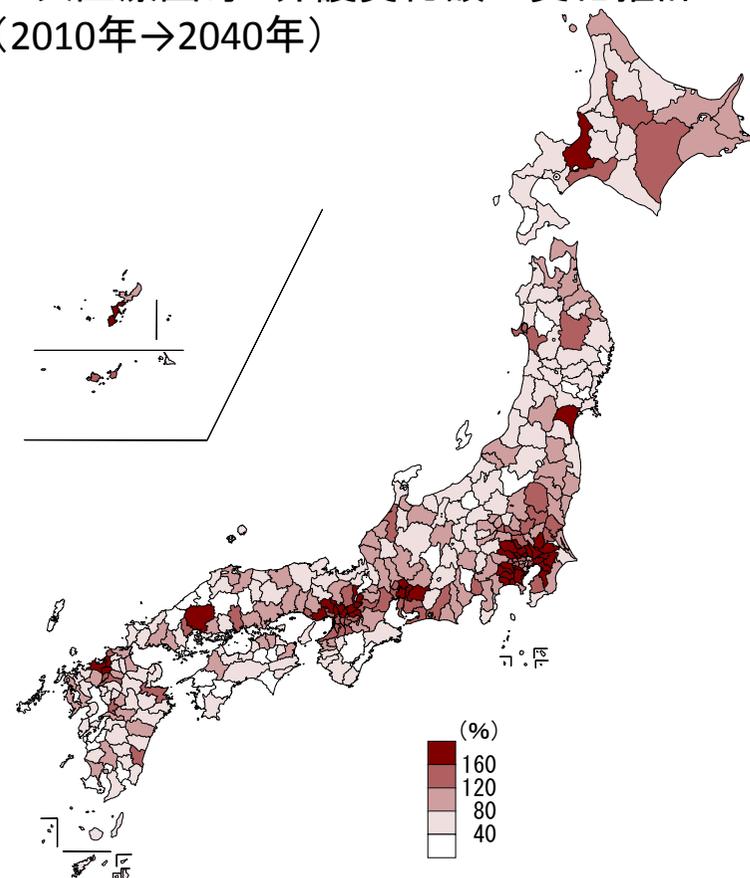
- ・年齢階層別の一人あたり医療費・介護費を一定と仮定し、将来の人口動態にあわせて費用変化を推計すると、医療費は人口減少の影響で地方は減少、都市部は高齢化の影響で増加。他方、介護費はほとんどの地域で増加、特に都市部で増加額が大きい。

二次医療圏毎 医療費総額の変化推計  
(2010年→2040年)



厚生労働省『平成22年度国民医療費』及び国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来人口推計』より推計。  
年齢階層別医療費を一定とし、人口動態変化にあわせ将来推計を行ったもの。

二次医療圏毎 介護費総額の変化推計  
(2010年→2040年)

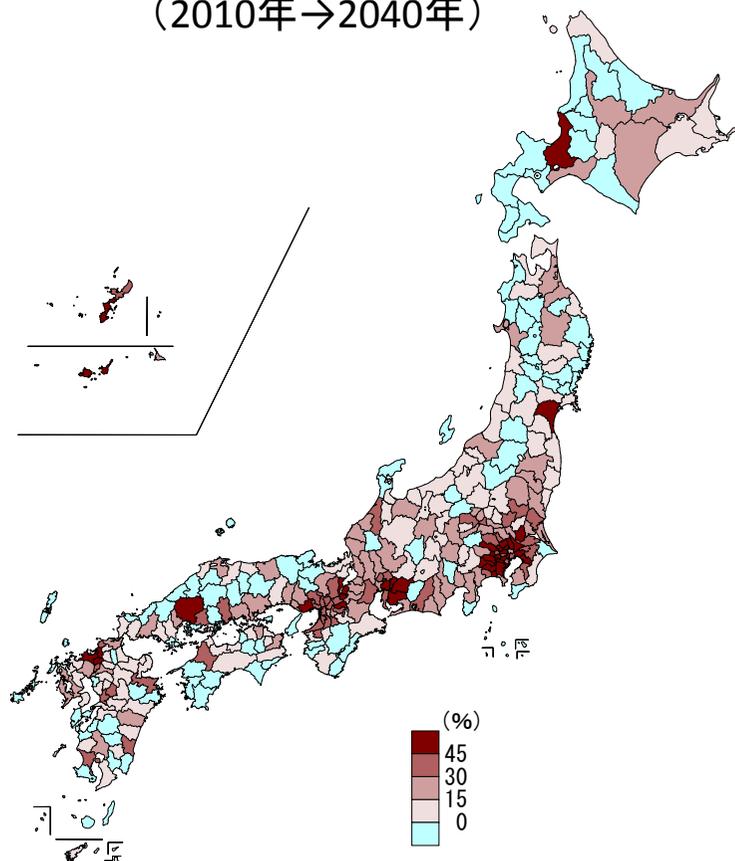


厚生労働省『介護給付費実態調査』及び国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来人口推計』より推計。  
年齢階層別介護費を一定とし、人口動態変化にあわせ将来推計を行ったもの。

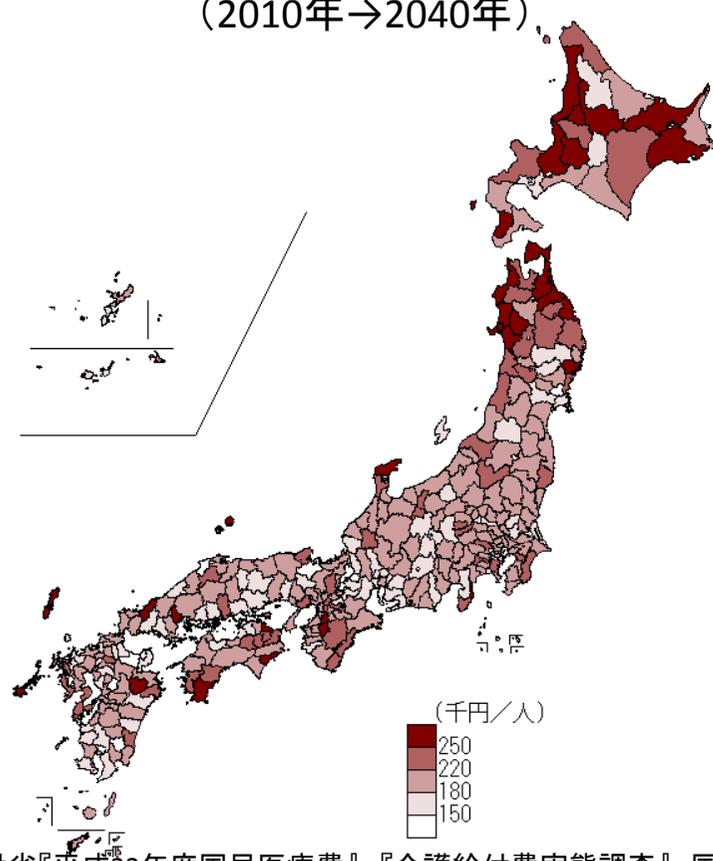
# 2040年までの医療費・介護費の変化

- ・医療費・介護費合算の変化率を見ると、都市部を中心に増加する地域が多い。
- ・また、人口一人あたり医療費・介護費の変化額でみると、20万円以上の増加になる地域もあるなど、費用の負担は重くなる。

二次医療圏毎 医療費＋介護費の変化率  
(2010年→2040年)



二次医療圏毎 人口一人あたり医療費＋介護費の変化額  
(2010年→2040年)



厚生労働省『平成22年度国民医療費』、『介護給付費実態調査』、国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来人口推計』より推計。年齢階層別医療費・介護費を一定とし、人口動態変化にあわせ将来推計を行ったもの。

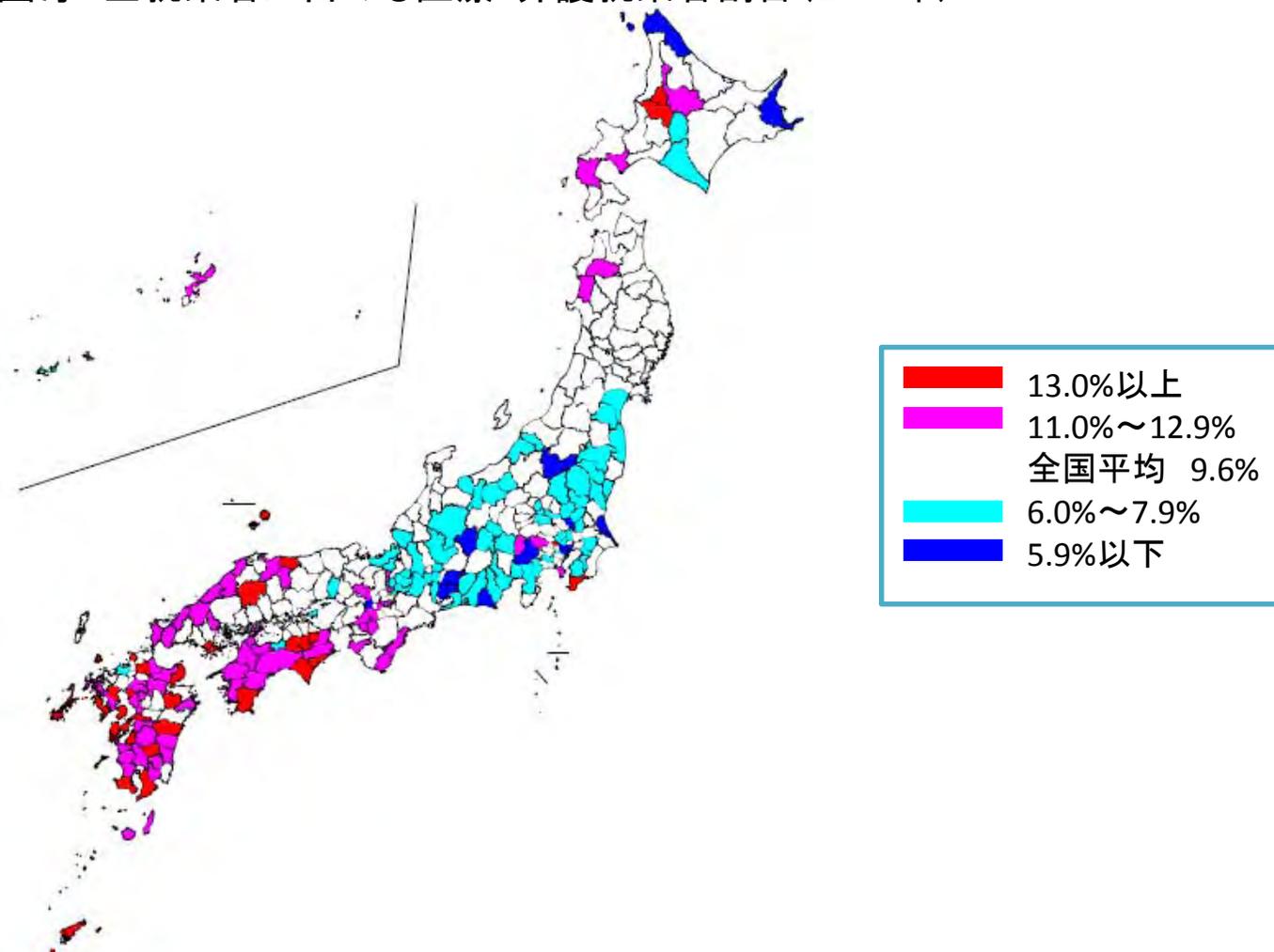
厚生労働省『平成22年度国民医療費』、『介護給付費実態調査』、国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来人口推計』より推計。年齢階層別医療費・介護費を一定とし、人口動態変化にあわせ将来推計を行ったもの。

※あくまで医療費・介護費の費用増加のイメージであり、一人あたりの保険料負担の増加額を示すものではない。

# 医療・介護と地域の雇用

- ・二次医療圏毎に、全就業者に占める医療・介護就業者の割合をみれば、特に地方部においては10%を超えている地域もある。医療・介護は地域の雇用を支えている面がある。

二次医療圏毎 全就業者に占める医療・介護就業者割合(2009年)



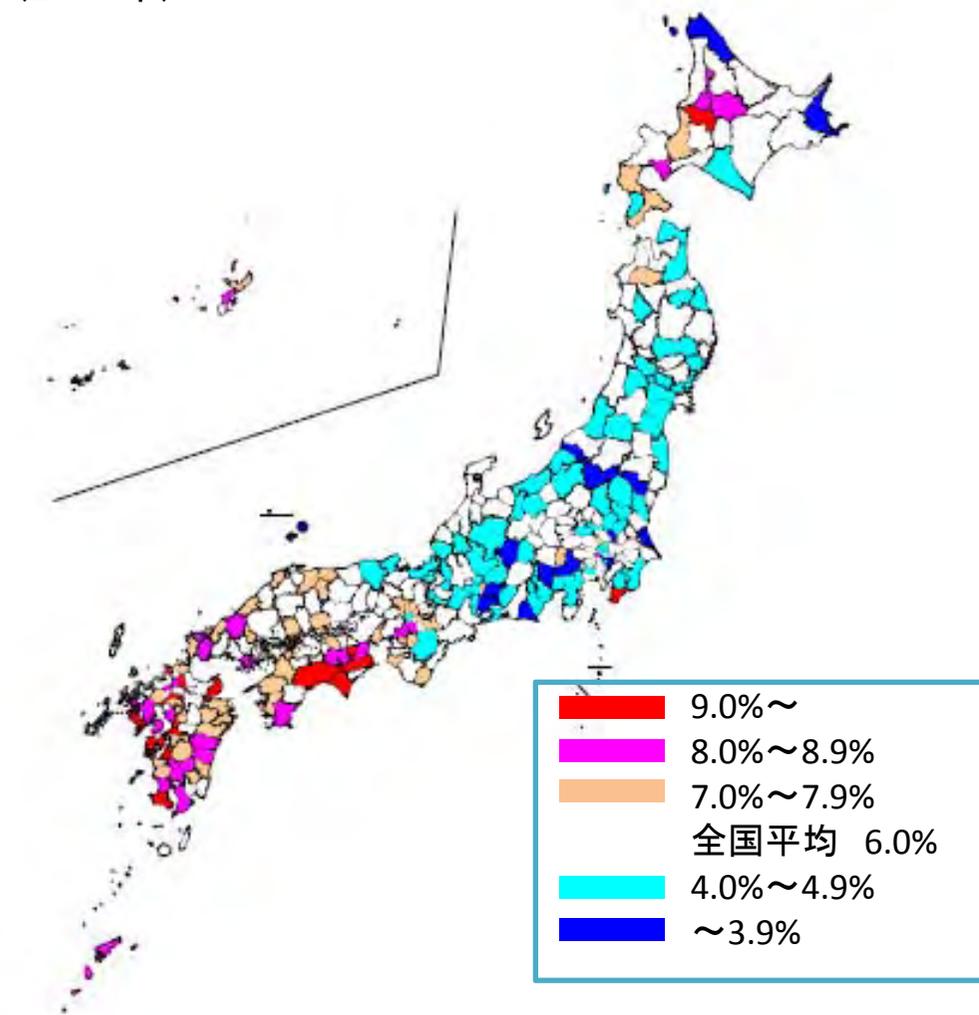
総務省『平成21年 経済センサス基礎調査』より作成

※ここで医療・介護従事者とは、病院等医療・介護業の事業所に勤める人員を指す。医師・看護師・介護士等の医療・介護従事者に加え、事務員等も含まれる。

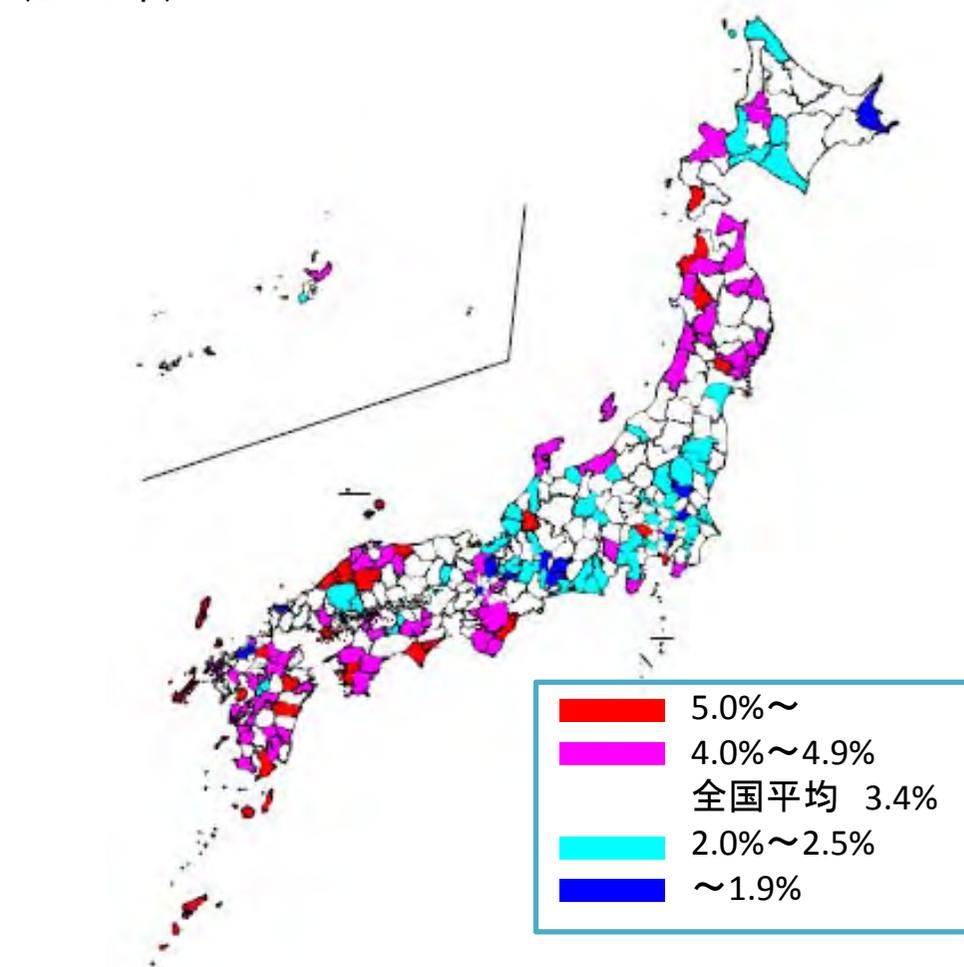
# (参考) 医療就業者、介護就業者別の割合

・就業者の割合を医療と介護と比較すると、西日本は医療・介護ともに全国平均対比高くなっているのに対し、東北地方では医療の割合が低く、介護の割合が高くなっている。

二次医療圏毎 全就業者に占める医療就業者割合  
(2009年)



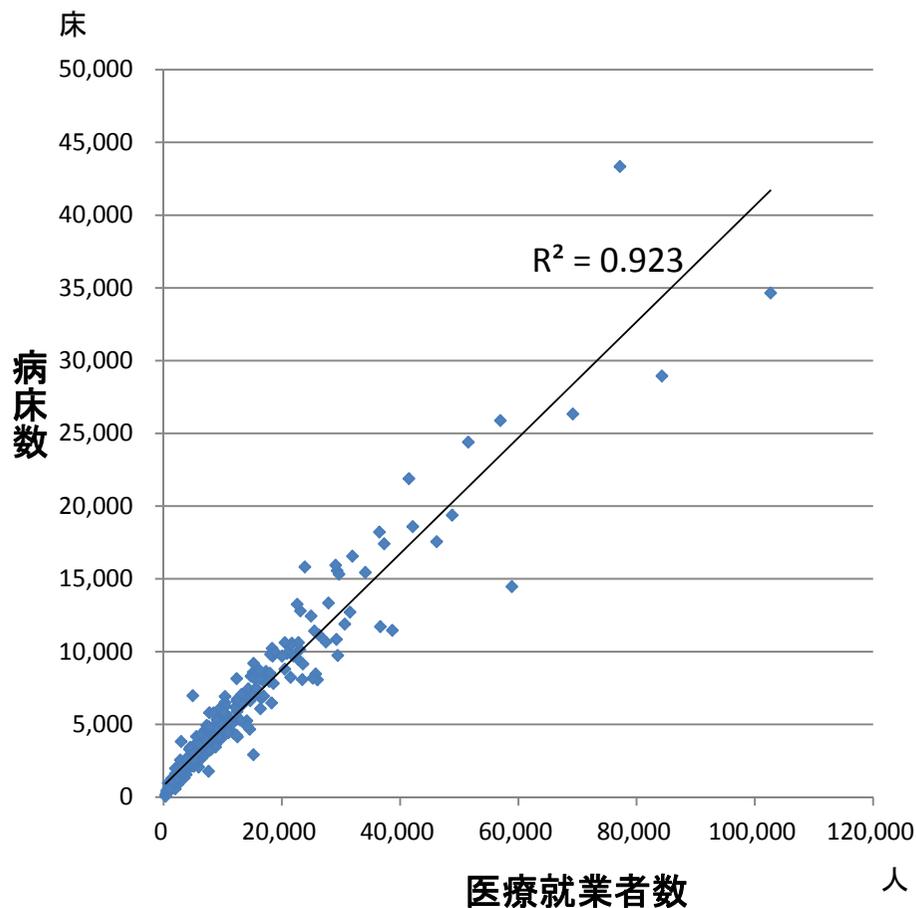
二次医療圏毎 全就業者に占める介護就業者割合  
(2009年)



# 医療就業者、介護就業者別の割合

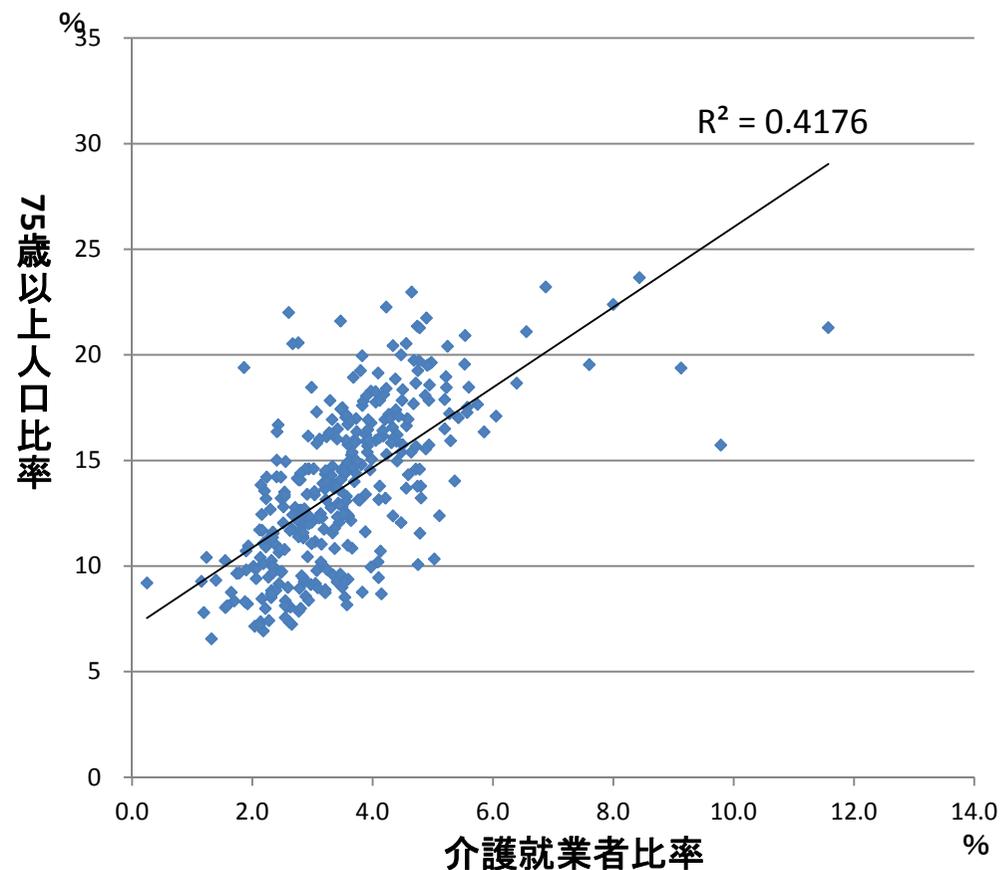
- ・二次医療圏毎にプロットすると、医療就業者数は病床数との相関が高く、介護は75歳以上人口比率との相関が高いことがわかる。

二次医療圏毎 病床数と医療就業者数の相関



総務省『平成21年 経済センサス基礎調査』及び  
ウェルネス『二次医療圏データベース』より推計

二次医療圏毎 75歳以上人口比率×介護就業者割合の相関図

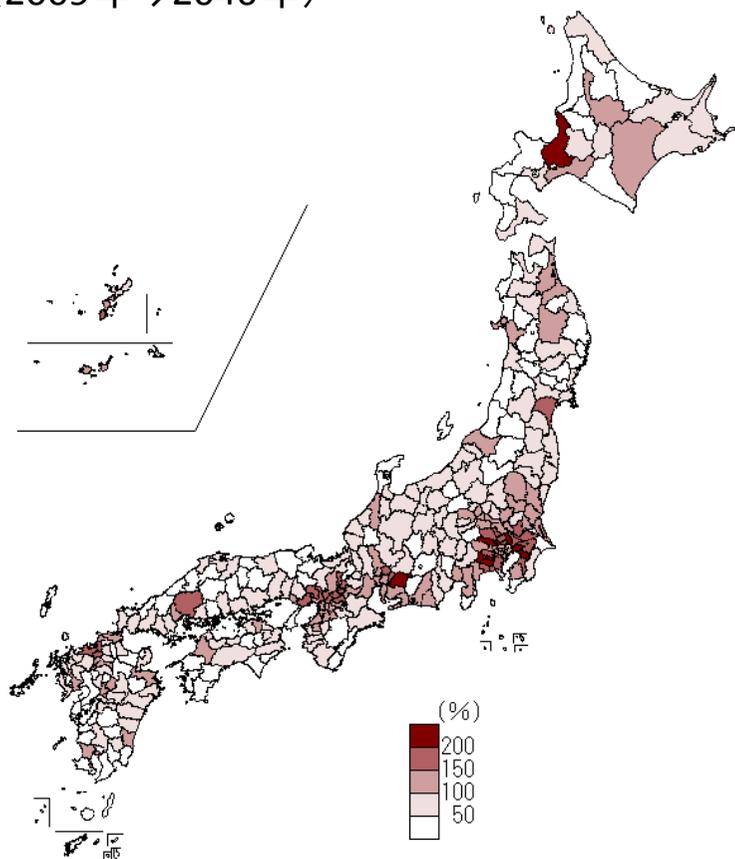


総務省『平成21年 経済センサス基礎調査』及び  
総務省『国勢調査』より推計

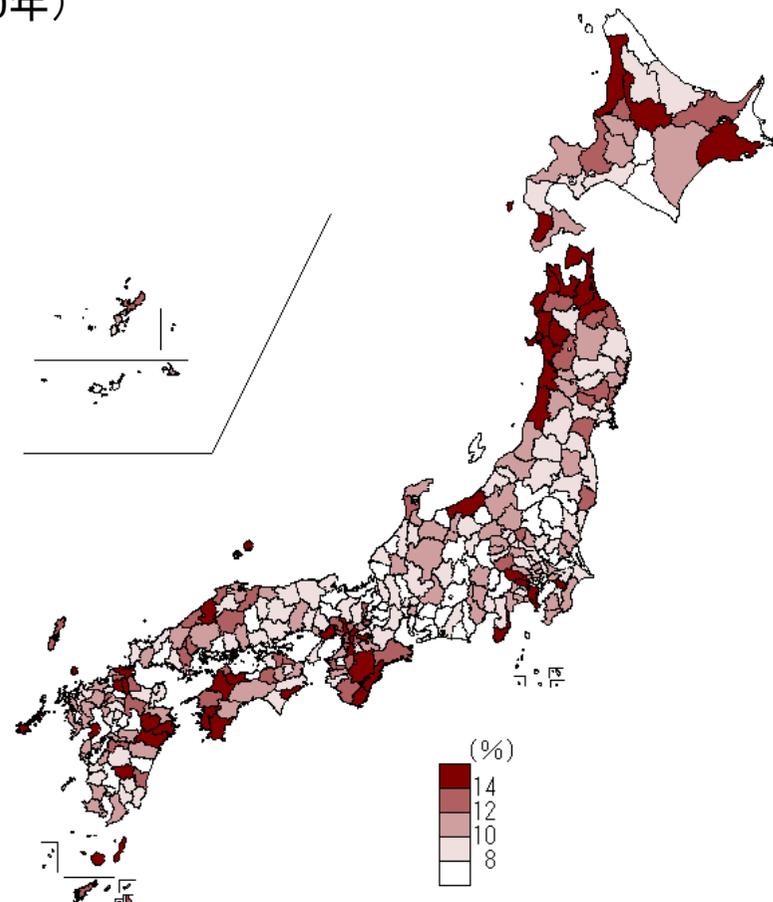
# 2040年までの介護就業者の変化

- ・2040年までの高齢人口変化を踏まえて介護就業者数の見通しを推計すると、都市部で介護就業者が大幅に増加。介護就業者の割合は、北海道・東北・西日本に加え、都市近郊等でも10%を超える地域がある。

二次医療圏毎 介護従事者の変化割合  
(2009年→2040年)



二次医療圏毎 全就業者に占める介護従事者の割合  
(2040年)



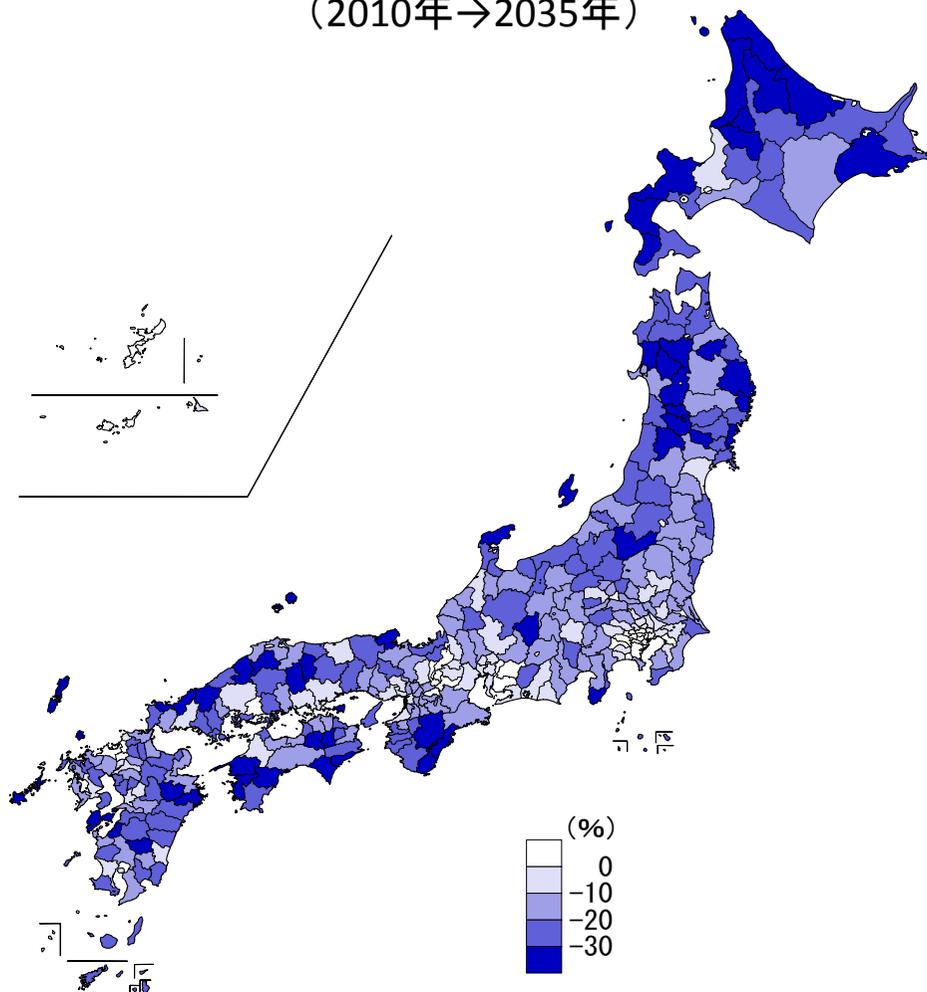
総務省『平成21年 経済センサス基礎調査』、『国勢調査』、国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来人口推計』、厚生労働省『介護職員をめぐる現状と人材の確保等の対策について』より推計

総務省『平成21年 経済センサス基礎調査』、『国勢調査』、国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来人口推計』、厚生労働省『介護職員をめぐる現状と人材の確保等の対策について』より推計

# 2035年までの地域の消費額の変化

- ・他方、一世帯あたりの消費支出を一定と仮定し、将来の世帯数変化にあわせて消費支出の総額変化を推計すると、地方部では30%以上の減少を見込む地域もある。

二次医療圏毎 消費支出総額の変化率  
(2010年→2035年)



総務省『全国消費実態調査』及び国立社会保障・人口問題研究所『日本の世帯数の将来推計』より推計。  
世帯あたり消費額を一定とし、人口動態変化にあわせ将来推計を行ったもの。経済成長率等は織り込んでいない。

## II 新たな地域医療政策について(提言のポイント①)

- ・ 地域医療を守るためには、地域医療提供体制の整備と国民皆保険を最終的に支える「医療保険における最後のセーフティネット」である国民健康保険のあり方を一体的に検討することが必要。

### 【地域医療提供体制の整備について】

- ・ 増大する医療ニーズに対応するためには、病床を急性期・回復期など機能別に区分し、有効活用していくことや、病院間の役割分担・連携が必要不可欠(病院・病床機能の役割分担・連携)。 そのためには、都道府県知事が、地域毎の医療提供体制に関するビジョンを示すことが必要。

※ このビジョンは、将来にわたって持続可能な地域医療提供体制を実現するため、地域における病院・病床機能の役割分担・連携の望ましい姿を、住民や医療提供者等に広く示すもの。

※ また、地域毎の医療資源の実態をベースに積み上げて、全体のあるべき姿を作成することにより、実行可能なビジョンとすることが必要。

※ 具体的な仕組みについては地方と協議し、地方の理解を得て構築

- ・ このようなビジョンを策定し、実現していくためには、都道府県が、これまで以上に地域医療提供体制の整備を積極的かつ主体的に行うことができるよう、都道府県の役割を拡大。

(例) 現在、国が行っている保険医療機関の指定・取消権限の都道府県への付与 等

## Ⅱ 新たな地域医療政策について(提言のポイント②)

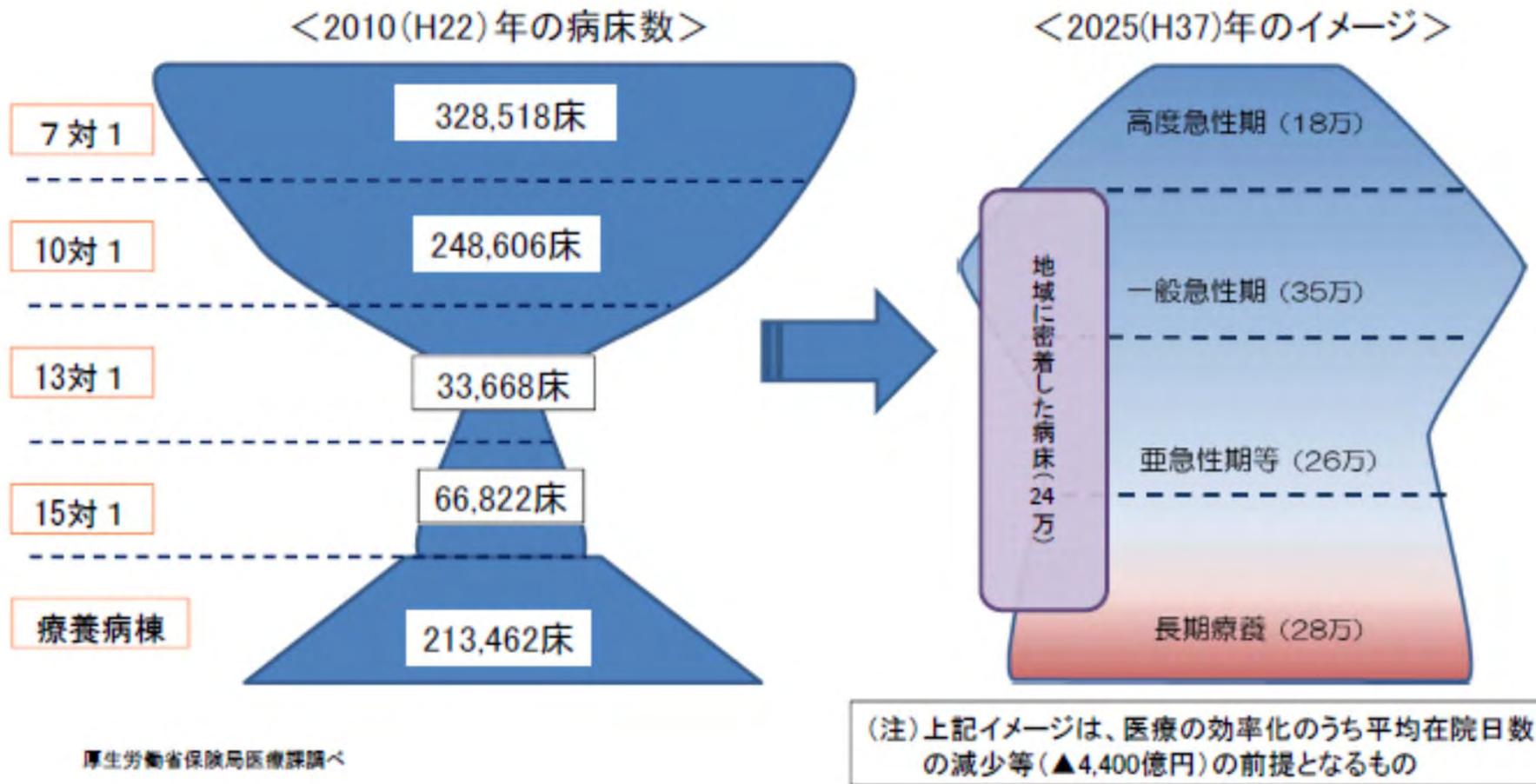
【国民皆保険を最終的に支えている国民健康保険の抜本的見直しについて】

- ・ 国民健康保険は、「医療保険における最後のセーフティネット」であり、国民皆保険を維持するため、その持続可能性の確保は極めて重要な課題。しかしながら、国民健康保険は、毎年度、多額の赤字補填目的の法定外繰入が行われており、持続可能とは言い難い現状。
- ・ また、財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在や、地域毎の保険料格差が大きいことも国民健康保険の大きな課題。
- ・ 以上の問題を解決するためには、国民健康保険の赤字構造を抜本的に解決した上で、国民健康保険の保険者を都道府県とすることが適切。
- ・ また、都道府県が国民健康保険の保険者となることにより、地域医療提供体制整備の責任主体と、国民健康保険の保険者が都道府県に一本化。これにより、地域医療の提供水準と保険料等の住民負担のあり方を総合的に検討することが可能な望ましい体制が実現。

※ なお、都道府県が国民健康保険の保険者となった場合でも、保険料徴収・保健事業など引き続き市町村が担うことが適切な業務は存在。したがって、都道府県と市町村が適切に役割分担する仕組みとすることが必要。

## 現在の一般病棟入院基本料等の病床数

- 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。



地域医療体制を整備するための主な仕組みには、都道府県が自主的に判断することができないもの、都道府県には権限のないものがある。

## ■ 地域医療提供体制を整備するための主な仕組み(現状)

【医療法に基づく医療提供体制の確保に関する厚労大臣の基本方針】



【医療法に基づく医療計画(都道府県の計画)】  
都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画)

〈計画事項〉

- ・ 一般病床、療養病床等種類別の基準病床数の設定
- ・ 救急医療等政策医療の確保に関する事項
- ・ 生活習慣病の予防等に関する事項 等

基準病床数の算定式は、原則として  
全国一律

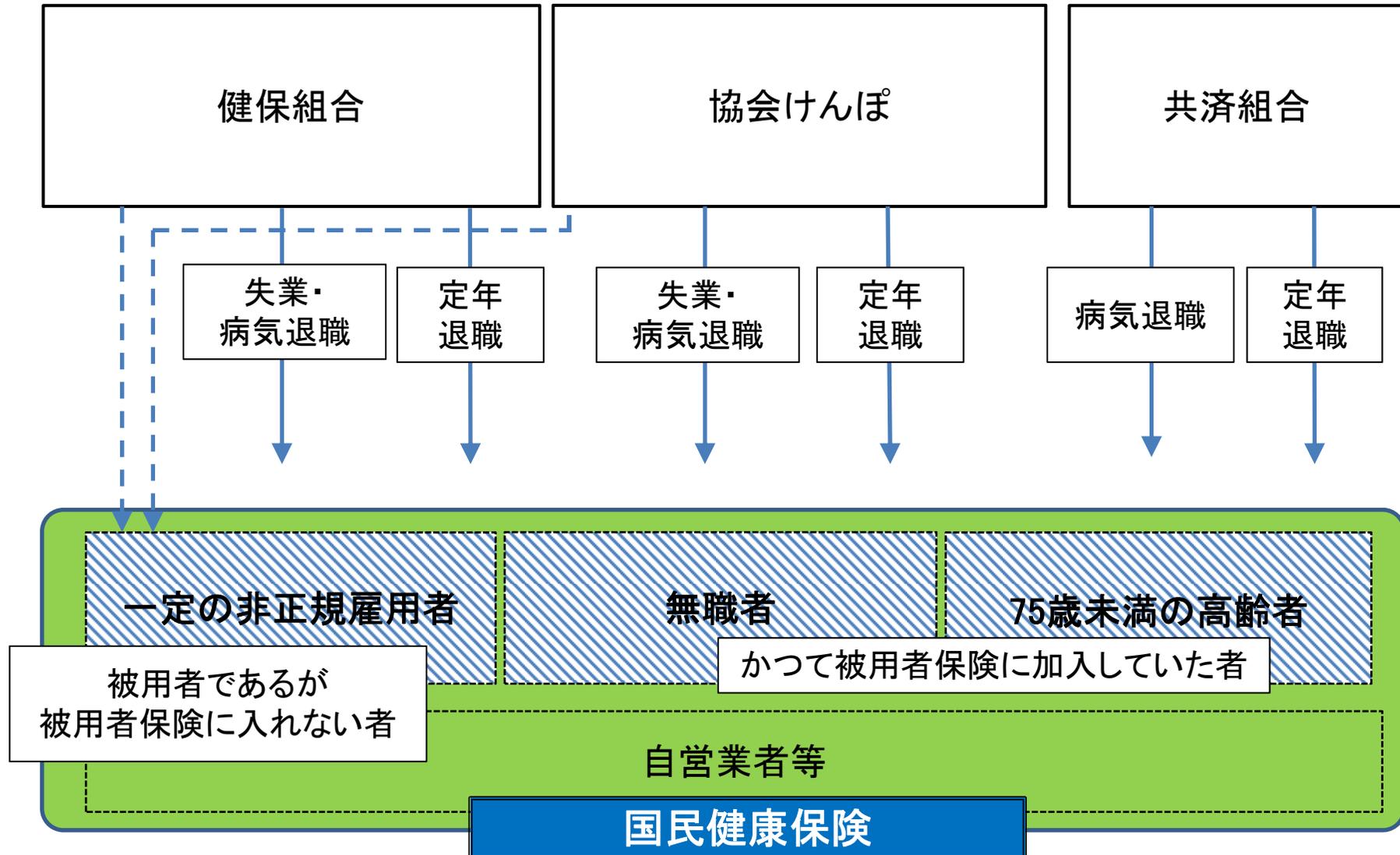
【医療法に基づく医療機関の人員・施設規制】  
(人員・施設基準を厚労省令で規定。一部、県条例に委任。)

都道府県による立入検査、業務停止・施設  
使用禁止命令

【医療保険関係法に基づく保険医療機関指定制度】

国が保険医療機関の指定・取消を実施

国民健康保険が国民皆保険を最終的に支えており、国民健康保険が「医療保険における最後のセーフティネット」としての役割を果たしている。



国民健康保険は以下のような構造的な問題を抱えており、抜本的な見直しが必要不可欠な状況。

## <国民健康保険制度の運営に関する問題>

### ①年齢構成が高く、医療費水準が高い

- ・65～74歳の割合：国保(31.3%)、健保組合(2.6%)
- ・一人あたり医療費：国保(29.9万円)、健保組合(13.8万円)

### ②所得水準が低い

- ・加入者一人あたり平均所得：国保(145万円)、健保組合(369万円)
  - ・無所得世帯割合：22.8%
- ※無所得世帯とは、収入－経費(又は税法上の給与所得控除等)が0以下の世帯。

### ③保険料負担が重い

- ・加入者一人あたり保険料／加入者一人あたり所得  
市町村国保(9.7%)、健保組合(4.8%) ※健保は本人負担分のみの推計値

## <保険者のあり方に関する問題>

### ⑤財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在

- ・1723保険者中3000人未満の小規模保険者 417 (全体の1/4)

### ⑥市町村単位で運営しているため格差が大きい

- ・一人あたり医療費の市町村間格差 4.3倍(都道府県間格差 1.5倍)
- ・一人あたり保険料の市町村間格差 4.3倍(都道府県間格差 1.7倍)

**多額の一般会計繰入・  
繰上充用の発生**

市町村による法定外繰入額  
→ 約3,500億円

繰上充用額 → 約1,500億円

※H23決算

**赤字構造の解消が必要不可欠**

赤字構造の解消を行った上で

**国保の都道府県保険者化等  
国保広域化による対応**

## (参考)医療費の地域間格差

### ①一人あたり医療費の格差(H21年度)

	最高・最低の市町村	最高・最低の都道府県	全国平均
最高(A)	馬路村 (高知) 549,175円	広島県 351,815円	289,885円
最低(B)	御蔵島村 (東京) 127,349円	沖縄県 240,938円	
(A)/(B)	4.3倍	1.5倍	
標準偏差	市町村別 45,634円	都道府県別 31,230円	

### ③市町村別一人あたり医療費の上位・下位(H21年度)

順位	上位10保険者	順位	下位10保険者
1	馬路村 (高知) 549,175円	1	御蔵島村 (東京) 127,349円
2	上北山村 (奈良) 470,384円	2	座間味村 (沖縄) 146,837円
3	津奈木町 (熊本) 458,523円	3	渡嘉敷村 (沖縄) 155,904円
4	赤平市 (北海道) 458,063円	4	竹富町 (沖縄) 162,072円
5	早川町 (山梨) 453,222円	5	小笠原村 (東京) 164,597円
6	中頓別町 (北海道) 449,495円	6	川上村 (長野) 175,235円
7	大崎上島町 (広島) 447,225円	7	多良間村 (沖縄) 179,304円
8	水俣市 (熊本) 445,270円	8	石垣市 (沖縄) 190,382円
9	大川村 (高知) 441,575円	9	南牧村 (長野) 197,185円
10	初山別村 (北海道) 437,140円	10	与那国町 (沖縄) 205,804円

### ②都道府県別一人あたり医療費の上位・下位(H21年度)

順位	上位10都道府県	順位	下位10都道府県
1	広島県 351,815円	1	沖縄県 240,938円
2	山口県 349,171円	2	茨城県 247,156円
3	香川県 346,873円	3	栃木県 255,748円
4	島根県 346,810円	4	千葉県 257,331円
5	大分県 346,638円	5	埼玉県 261,535円
6	長崎県 343,895円	6	群馬県 262,721円
7	徳島県 343,657円	7	東京都 264,810円
8	佐賀県 340,137円	8	山梨県 268,288円
9	鹿児島県 335,603円	9	愛知県 269,119円
10	高知県 334,888円	10	静岡県 269,724円

## (参考) 保険料の地域間格差

### ① 一人あたり保険料の格差(H21年度)

	最高・最低の市町村	最高・最低の都道府県	全国平均
最高(A)	猿 仏 村 (北 海 道) 133,682円	栃 木 県 93,965円	83,204円
最低(B)	伊 平 屋 村 (沖 縄) 30,907円	沖 縄 県 54,034円	
(A)/(B)	4.3倍	1.7倍	
標準偏差	市 町 村 別 14,338円	都 道 府 県 別 7,328円	

### ② 都道府県別一人あたり保険料の上位・下位(H21年度)

順位	上位10都道府県	順位	下位10都道府県
	円		円
1	栃 木 県 93,965	1	沖 縄 県 54,034
2	群 馬 県 92,109	2	鹿 児 島 県 69,714
3	愛 知 県 91,211	3	宮 崎 県 71,033
4	静 岡 県 90,442	4	長 崎 県 71,631
5	埼 玉 県 89,939	5	鳥 取 県 72,107
6	石 川 県 89,484	6	高 知 県 72,714
7	三 重 県 88,860	7	岩 手 県 73,023
8	千 葉 県 88,281	8	愛 媛 県 73,764
9	神 奈 川 県 87,550	9	島 根 県 74,081
10	滋 賀 県 87,347	10	秋 田 県 76,233

### ③ 市町村別一人あたり保険料の上位・下位(H21年度)

順位	上位10保険者	順位	下位10保険者
	円		円
1	猿 仏 村 (北 海 道) 133,682	1	伊 平 屋 村 (沖 縄) 30,907
2	大 湯 村 (秋 田) 123,405	2	栗 国 村 (沖 縄) 32,018
3	利 尻 町 (北 海 道) 122,420	3	伊 仙 町 (鹿 児 島) 36,076
4	標 津 町 (北 海 道) 120,243	4	三 島 村 (鹿 児 島) 37,077
5	羅 臼 町 (北 海 道) 119,881	5	大 鹿 村 (長 野) 39,113
6	え り も 町 (北 海 道) 115,638	6	東 村 (沖 縄) 39,267
7	南 幌 町 (北 海 道) 114,006	7	三 宅 村 (東 京) 40,506
8	千 代 田 区 (東 京) 113,554	8	伊 是 名 村 (沖 縄) 40,531
9	西 方 町 (栃 木) 112,838	9	三 原 村 (高 知) 42,018
10	栗 山 町 (北 海 道) 111,734	10	渡 嘉 敷 村 (沖 縄) 42,181

知事会・市長会・町村会は、国民健康保険の構造的問題を早急に解決することが、国民健康保険の保険者のあり方を検討する際の前提条件と主張している。

## ■第5回社会保障制度改革国民会議・地方三団体提出資料(抜粋)

### 1. 国民健康保険制度について

- 国民皆保険の堅持のためには、医療保険における最後のセーフティネットである国民健康保険の構造的な問題を抜本的に解決し、基盤強化を行うことは必要不可欠。
- 社会保障・税一体改革による国民健康保険への追加公費投入額は2,200億円となっており、当面一定の効果は見込まれるものの、構造的な問題の抜本的な解決には不十分であり、これをもって将来的に持続可能な制度が実現するとは考えられない。医療費適正化、保険料適正化、被用者保険との財政調整、公費投入等をどう組み合わせる持続可能な国民健康保険制度を実現するのか、国は方針を明確にすべき。
- 上記の問題を早急に解決した上で、国民健康保険の保険者のあり方についても検討すべき。

# Ⅲ 医療・介護の提供体制の改革とまちづくり・都市再生に ついて(提言のポイント)

- ・ 地域を起点とした公的安心サービス提供基盤の整備を進めていくためには、病院の統合・再現による機能の集約化・分化と、医療・介護と高齢者向け住宅の結合が必要。
- ・ また、高齢化が進む環境下で効率的に都市サービスを供給する体制が必要であり、都市のコンパクトシティ化、それに応じて医療・介護施設を含めた必要な都市機能の再配置を行うことが不可避。
- ・ 以上のような問題に対応するためには、新しいまちづくりを促進する仕組みの構築が必要であり、具体的には以下のような総合的な規制の見直しが必要ではないか。

## (1)医療法人制度(及び社会福祉法人制度)の経営統合を促進する制度

→ (例) ホールディングカンパニー型の法人類型の創設

## (2)医療法人(及び社会福祉法人)の「非営利性」を担保しつつ都市再開発に参加できるようにする制度

→ (例) 都市再生会社(SPC)への出資等を認める規制改革

## (3)ヘルスケアも含むコンパクトシティに対する資金調達手段を促進する制度

→ (例)ヘルスケアリートの普及手法の検討

# 医療・介護サービスの改革の方向性

- 医療・介護サービスの改革の方向性については、概ねコンセンサスが存在。「安心社会実現会議」においても、社会保障国民会議の議論を継承しつつ、優先課題として以下の方向性を提示。

## 【安心社会実現会議報告別紙(優先課題)】

### ○地域を起点とした公的安心サービス提供基盤の整備

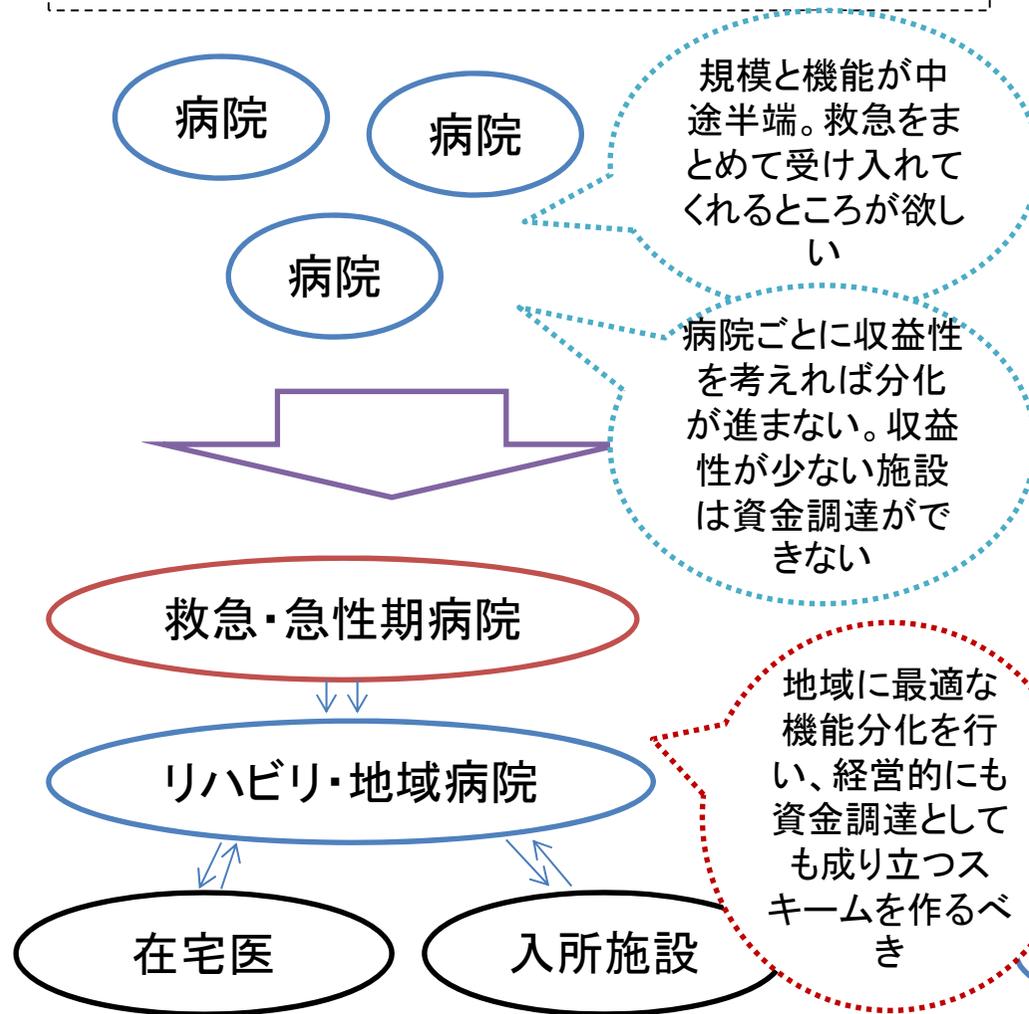
- ①地域医療の再生、特に二次医療圏における救急体制の整備と当該救急部門のファイナンスの確立
- ②コミュニティにおける医療介護連携の推進とそれに連動した独居高齢者に対する住宅保障

〔 ※①は、病院のコンソーシアム(共同運営体制)を組織しつつ医療機関の機能分担と集約を進めることを提言。 〕

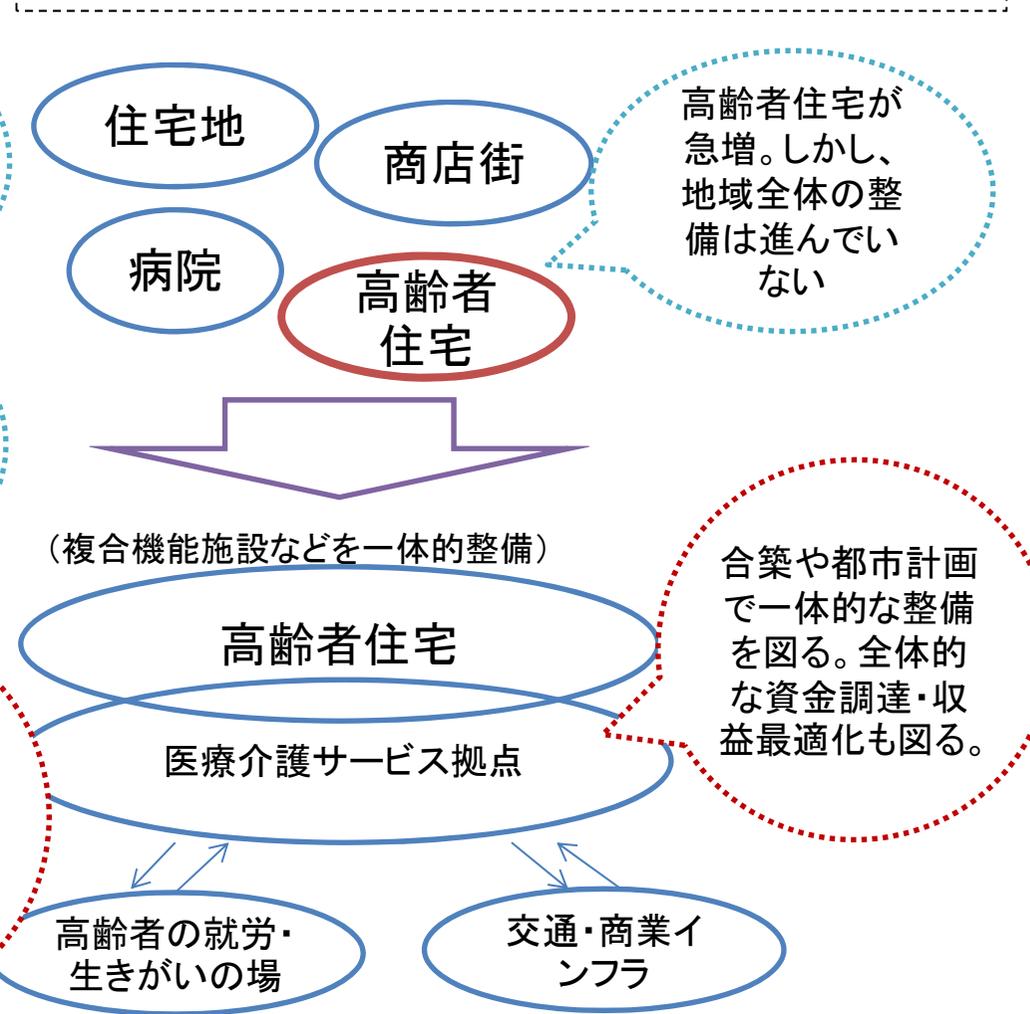
- 病院団体もこうした課題認識は共有。問題は、これをどう実現するか。未だ具体的提案がない状況。

# 医療介護の改革は病院再編と住宅との結合が鍵

病院病床は増やす必要はないが、  
統合・再編で機能の集約化と分化が必要



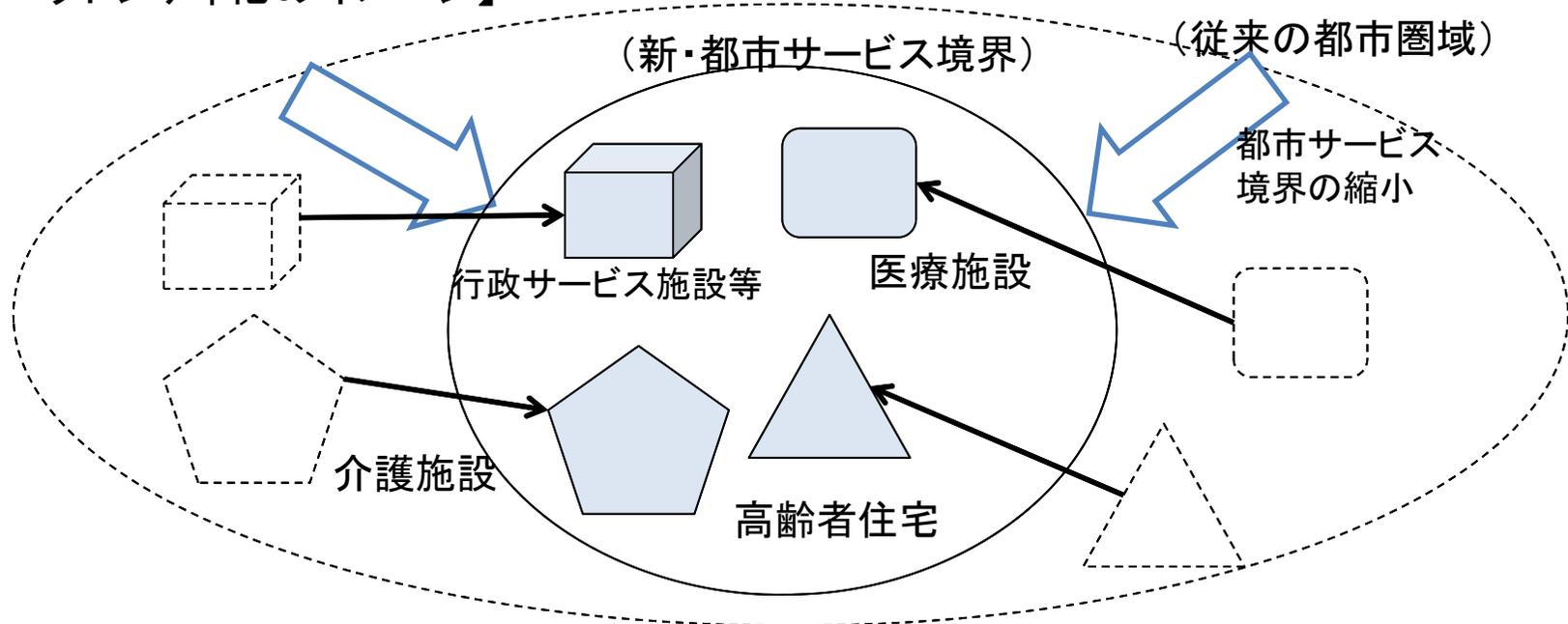
高齢者向け住宅は急増。今後とも質量ともに整備が必要。医療等との整合性が課題。



# 高齢化の中でのまちづくりの課題＝コンパクト化

- 我が国はこれから急速な人口の減少と高齢化に見舞われる。高齢化が進む環境下で効率的に都市サービスを提供する体制が必要。
- 大きな方向性としては都市をコンパクトなものに作り替えること(コンパクトシティ化)、それに応じて必要な機能の再配置を行うことが不可避。

## 【コンパクトシティ化のイメージ】

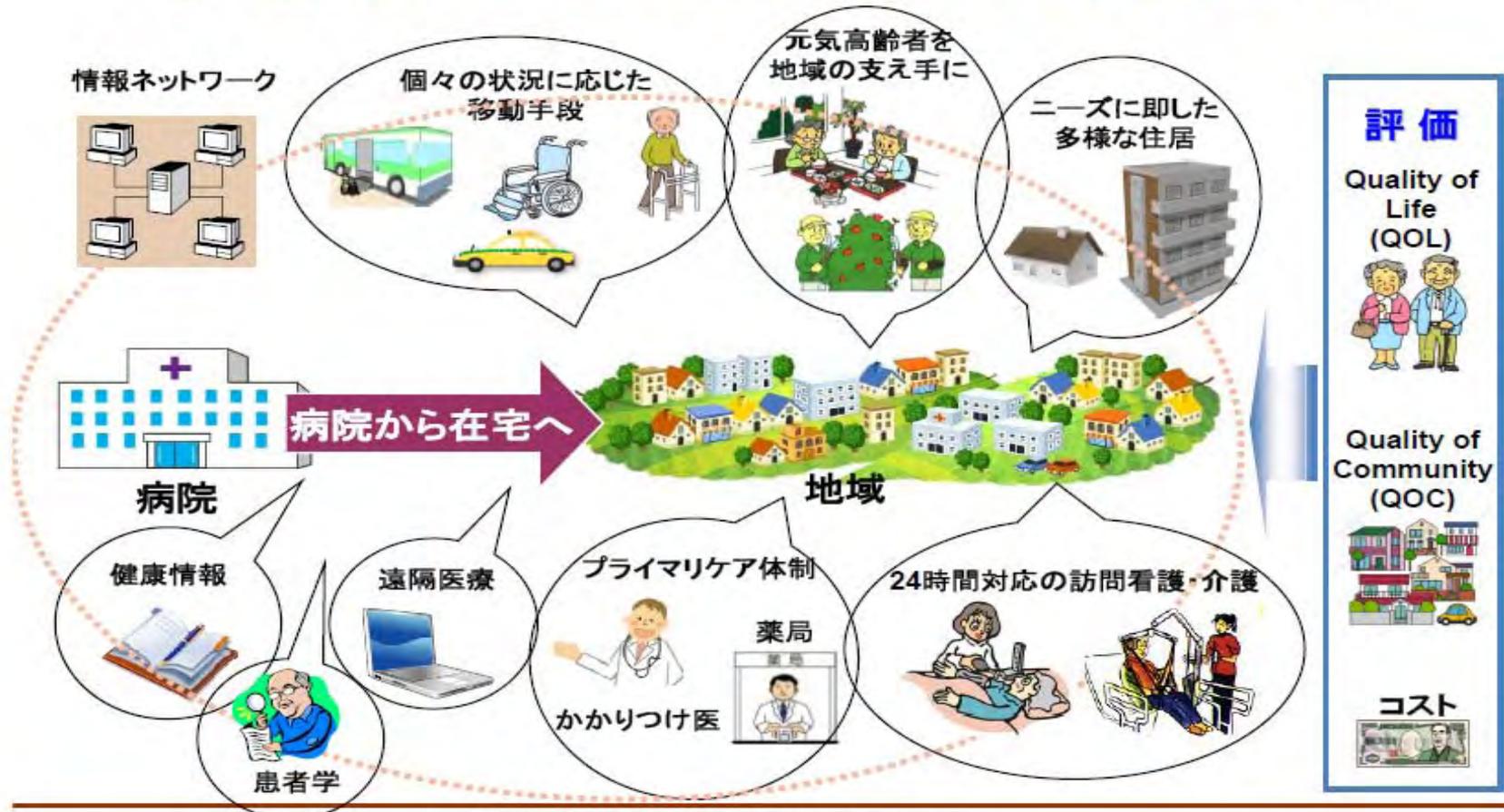


- 医療介護の再配置も必須。全体として整合性のとれた開発・機能再配置のための新たな仕組みが必要ではないか。

# 医療介護を含めたまちづくりは始まっている(1)

(参考) 東大高齢社会総合研究機構によるAging in Place の理念

## Aging in Place: コミュニティーでの社会実験



出典: 東京大学高齢社会総合研究機構ホームページ

# 医療介護を含めたまちづくりは始まっている(2)

(参考) 柏プロジェクトのコンセプト

## 3-4. 生まれ変わる柏市・豊四季台地域の暮らし

### ■ 将来の豊四季台地域のイメージ



地域の中に多様な活躍の場があり、  
いつまでも元気で活躍できる

在宅で医療、看護、介護サービスが受けられる体制  
が整い、いつまでも在宅で安心して生活できる

### ■ 建替を進めて の土地利用計画



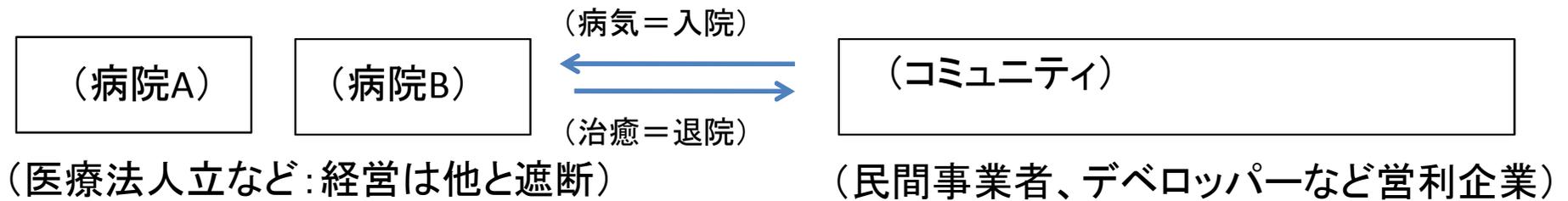
在宅医療・看護・介護サービスの導入、生きがい就労の創造を進めるとともに、これらの地域展開を受け止める住まいの構造、公共スペース(公園や広場)等の空間計画を検討

注: 社会保障審議会介護給付費分科会資料(平成23年7月28日)より

# 新しいまちづくりを促進する仕組みの構築を

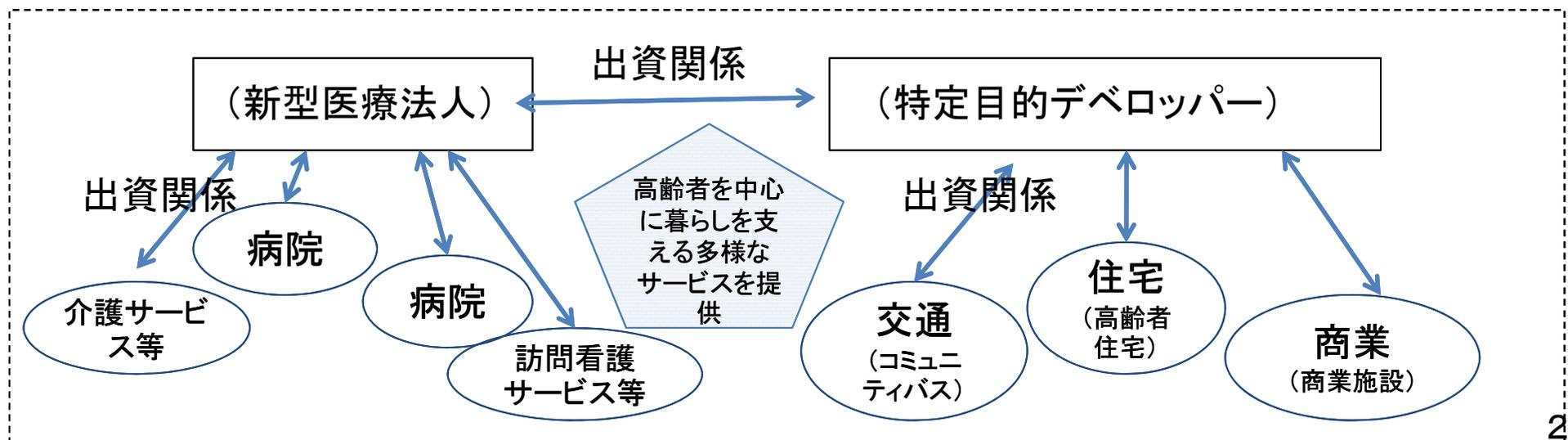
- 従来の医療施設・コミュニティ分断型から統合型の都市整備へ移行するためには、医療法人制度、社会福祉法人制度、資金調達手段等の見直しが必要。

## 【従来の医療・医療施設整備の形態】



## 【今後必要とされる形態】

(関係者が資本提携をするまちづくり会社=自治体の参加、医療の非営利性担保などを法制化)



# 第9回社会保障制度改革国民会議 (平成25年4月19日)

独立行政法人国立長寿医療研究センター  
総長 大島 伸一

# 超高齡社会

人生 50~60年

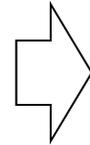
(1950年)

人口 12800万人台

(2010年)

高齡化率 5%

(1950年)



80~90年

8000万人台

(2060年)

40%

(2060年)

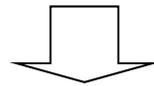
# 20世紀の医療

1. 医療：医療で病気をなおすこと

広辞苑

2. 病院の世紀の理論

猪飼周平



病院で治す医療

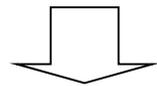
# 現状認識(1)

## 1. 少子高齢化の急速な進行

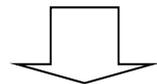
疾病構造の変化→医療需要の量的・質的变化

## 2. 皆保険制度：需要の増大と支え手の減少

## 3. 需要と供給の均衡の限界



皆保険制度の維持は危機的  
抜本的改革が必要



国民会議の設置

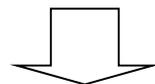
## 現状認識(2)

病気があって医学が生まれ

病人のために医療があり

医療を行うために医師がいる

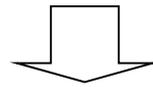
医学概論 1982年 川喜田愛郎著  
傍線部分(大島加筆)



この原則が壊れている

# 提案1

いつでも 好きなところで  
お金の心配をせずに 求める  
医療を受けることができる



必要なときに適切な医療を  
適切な場所で最小の費用で  
受けることができる

# 適切な医療の提供とは

1. 疾病構造に合った医療とその提供体制
2. 疾病・障害に合った適切な場での医療の提供
3. 必要度・重症度に合った医療の提供
4. 根拠に基づいた医療の提供

## 提案2

1. 「病院で治す」医療から超高齢社会に合った「地域全体で、治し・支える医療」へ
2. 医療資源を国民の財産と考え、適正に養成、配置し有効に使用できるシステムへ
3. 個人の全ての要求に応えることは、不可能ということを前提にした制度の再編へ
4. 科学的な根拠を反映できる制度、診療体制へ

# 医療提供体制の考え方(1)

1. 時代によって医療は変わる
2. 資源は有限である
3. 需要に供給を合わせる
4. 医療の形が医療需要を決める
5. 医療には公共性がある

# 医療提供体制の考え方(2)

1. 需要に基づいた医療資源の算定
2. 提供体制の総合計画
3. 診療内容選択の基準
4. 計画に合った診療報酬
5. 機能を活かした医療提供のシステム化
6. 需要に応じた医療人の育成
7. 総合的技術評価; 技術移転
8. 資源の重点配分

# 提案の実現の阻害要因

1. 既存制度の構造的問題への対処はできているか
2. 固定した利権構造にとらわれていないか
3. 専門職能団体は責任を十分に果たしてきたか
4. 国民の要求にどこまで応えうるか

# 医療提供体制の機能分化と 臨床データベースの必要性

自治医科大学  
永井良三

# 概要1

- 日本の医療提供体制は、市場原理でも社会主義でもない。独自の制御機構が必要。
- 日本は欧米よりも医療機関数が多い。フリーアクセスのもとで医療資源を配分すれば、医師不足、看護師不足となる。
- 医療職種の仕事の見直しとチーム医療が重要
- 病院の機能分担と連携を図る。大都市以外では総合医中心の医療提供体制が必要。
- 専門医トレーニングの枠は、地域ごとの調整が必要。
- 地方では医療機関と在宅患者を結びつけるコーディネータや支援組織が必要。

## 概要2

- 慢性疾患の増加により、確率論的医療が増加する。例えば、生命予後、心臓発作、人工透析などの重大な事象を、有効性評価のするために、データベースの構築が必要である。
- 保険で承認された医療も、多施設の臨床結果を蓄積し、費用対効果などの観点から常に再評価されるべきである。
- 診療情報を有効に活用し、有効性評価や有害事象を把握するシステムの構築が必要。これらのデータをもとに、医療の機能分担と連携のシステムを構築する。
- 疾患登録事業やデータベースの構築と維持に対し、公的に支援する。
- 心のケアや、高齢者の地域活動により、医療費の節減は可能。

# 医療サービスの需要増加

手術等の実施件数(全国)

※一般病院(精神科病院・結核療養所以外)

	2011年 9月中	2005年 9月中	1996年 9月中
全身麻酔	204,091	167,744	128,086
開頭術	—	6,463	6,315
人工心肺を用いた手術	—	3,689	2,814
悪性腫瘍手術	50,739	36,569	30,605
人工関節置換術	—	6,987	5,561
腹腔鏡下手術	—	12,027	6,976
内視鏡下消化管手術	58,013	41,669	22,693
経皮的冠動脈形成術	—	11,249	5,818

# 医療提供体制の国際比較(2011年)

国名	平均在院 日数	人口千人 当たり 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
日本	33.2 (18.5)	13.7	15.8	2.2	69.4	9.5
ドイツ	9.8 (7.5)	8.2	44.1	3.6	133.2	11.0
フランス	12.8 (5.2)	6.6	#49.3	#3.3	#123.6	#8.2
イギリス	7.8 (6.8)	3.3	81.1	2.7	283.2	9.5
アメリカ	6.3 (5.4)	3.1	79.4	2.4	#350.8	#10.8

(出典):「OECD Health Data 2011」

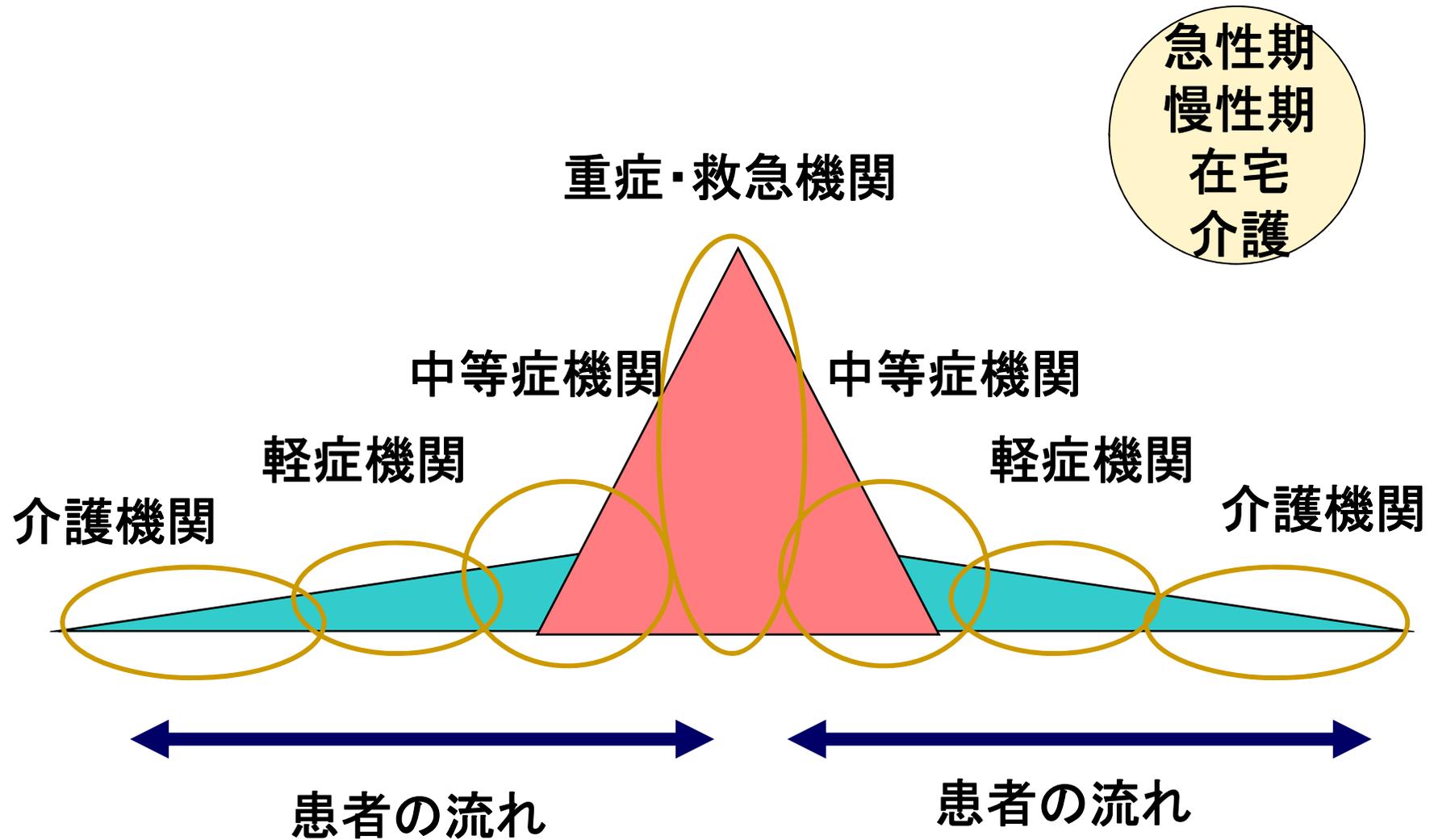
注1 「臨床医師数」、「臨床看護職員数」について、日本は2008年のデータ。

注2 「#」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。

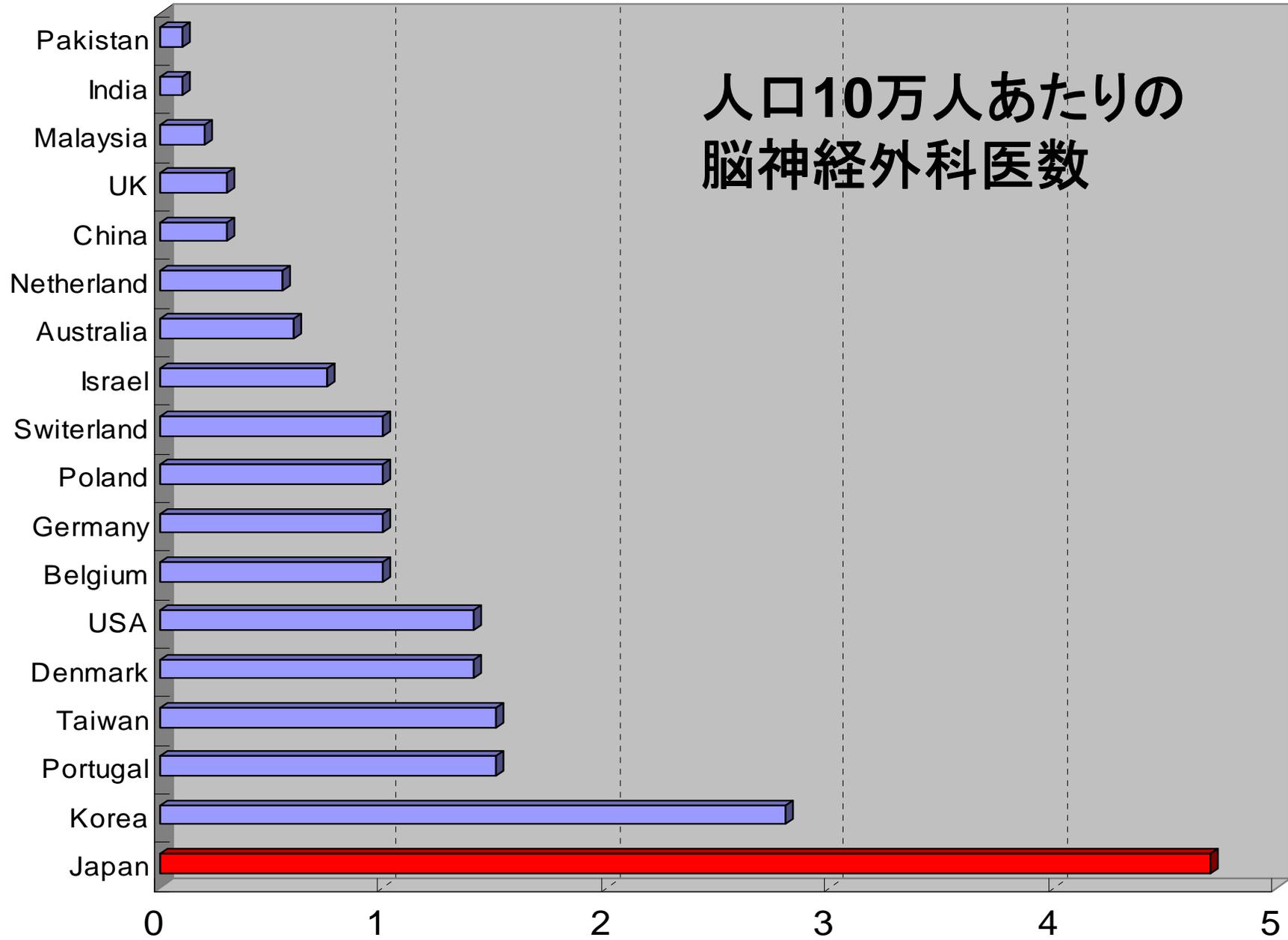
注3 病床百床あたり臨床医師数ならびに臨床看護職員数は、総臨床医師数等を病床数で単純に割って百をかけた数値である。

注4 平均在院日数のカッコ書きは、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。

# 医療提供体制の再構築



# 人口10万人あたりの 脳神経外科医数



桐野高明先生提供

## 10万人あたりの外科医数

	外科	脳外科	胸部外科 (心臓と肺)	整形外科
米国	24.1	1.2	1.6	10.2
日本	29.7	5.4	4.5	17.6

# 外科医数と手術症例数

## 胸部外科

## 脳外科

医師数		手術症例数		医師数		手術症例数		
全体	10万人当	全体	1医師当	全体	10万人当	全体	1医師当	
米	4737	1.6	26.6万	56.1	3500	1.2	217.1万	620.3
日	5745	4.5	10.5万	18.2	6880	5.4	19.1万	27.8

医療処置項目	「現在看護師が実施している」と回答			
	研究班調査		日本医師会調査	
	医師 回答 n=2,420	看護師回答 n=5,684	医師 回答 n=3,525	看護師 回答 n=3,506
心肺停止患者への電氣的除細動実施	18.9%	20.9%	13.0%	16.5%
カテコラミンの選択・使用	11.0%	29.2%	8.0%	19.8%
末梢静脈挿入式静脈カテーテル(PICC)挿入	3.3%	0.9%	2.1%	1.5%
血中濃度モニタリングに対応した抗不整脈剤の使用	3.2%	18.5%	6.6%	18.5%
中心静脈カテーテル抜去	3.0%	2.4%	8.0%	7.6%
腹腔ドレーン抜去(腹腔穿刺後の抜針含む)	2.7%	2.6%	3.1%	4.3%
術中の麻酔・呼吸・循環管理(麻酔深度の調節、 薬剤・酸素投与濃度、輸液量等の調整)	2.1%	1.8%	3.9%	7.5%
直接動脈穿刺による採血	2.0%	1.7%	4.0%	4.9%
IVR時の動脈穿刺、カテーテル挿入・抜去の 一部実施	1.9%	0.6%	2.2%	1.6%
動脈ライン確保	1.7%	0.7%	3.1%	2.0%

## 特定行為に係る看護師の研修制度について

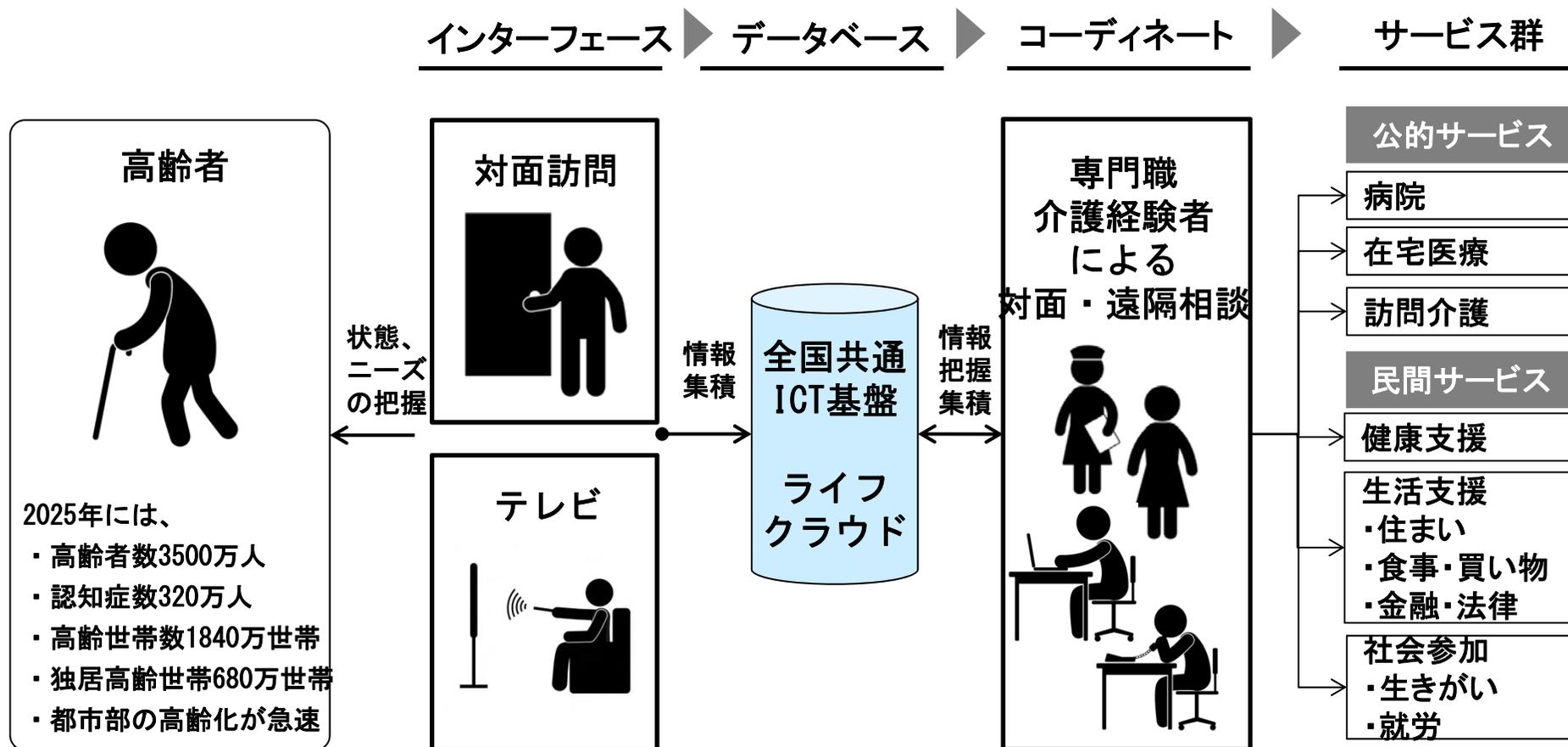
平成25年3月29日 チーム医療推進会議

- ・ 看護師が現在行っている高度な知識・判断が必要とされる行為の中には、診療の補助に含まれるか否かが明確でないものが存在すること
- ・ これらの行為を実施するに当たっては、医療安全の観点から、教育を付加することが必要であることについて、本推進会議として意見が一致。

### 特定行為に係る看護師の研修制度(案)

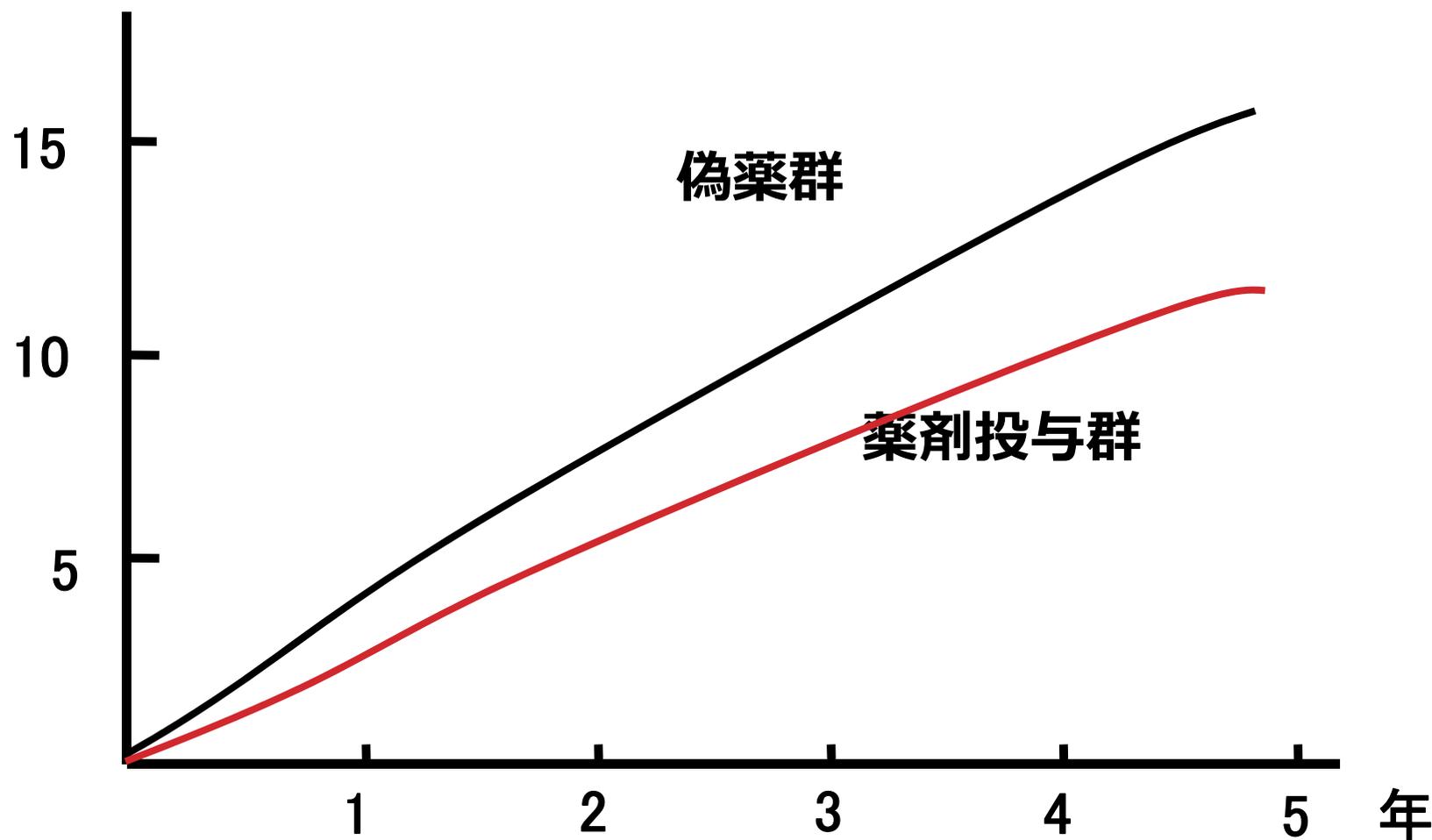
○ 医師又は歯科医師の指示の下、診療の補助のうち、実践的な理解力、思考力及び判断力を要し、かつ高度な専門知識及び技能をもって行う必要のある行為(以下「特定行為」という。)について、保助看法において明確化する。

# 超高齢社会の課題に対する施策～高齢先進国モデル構想～

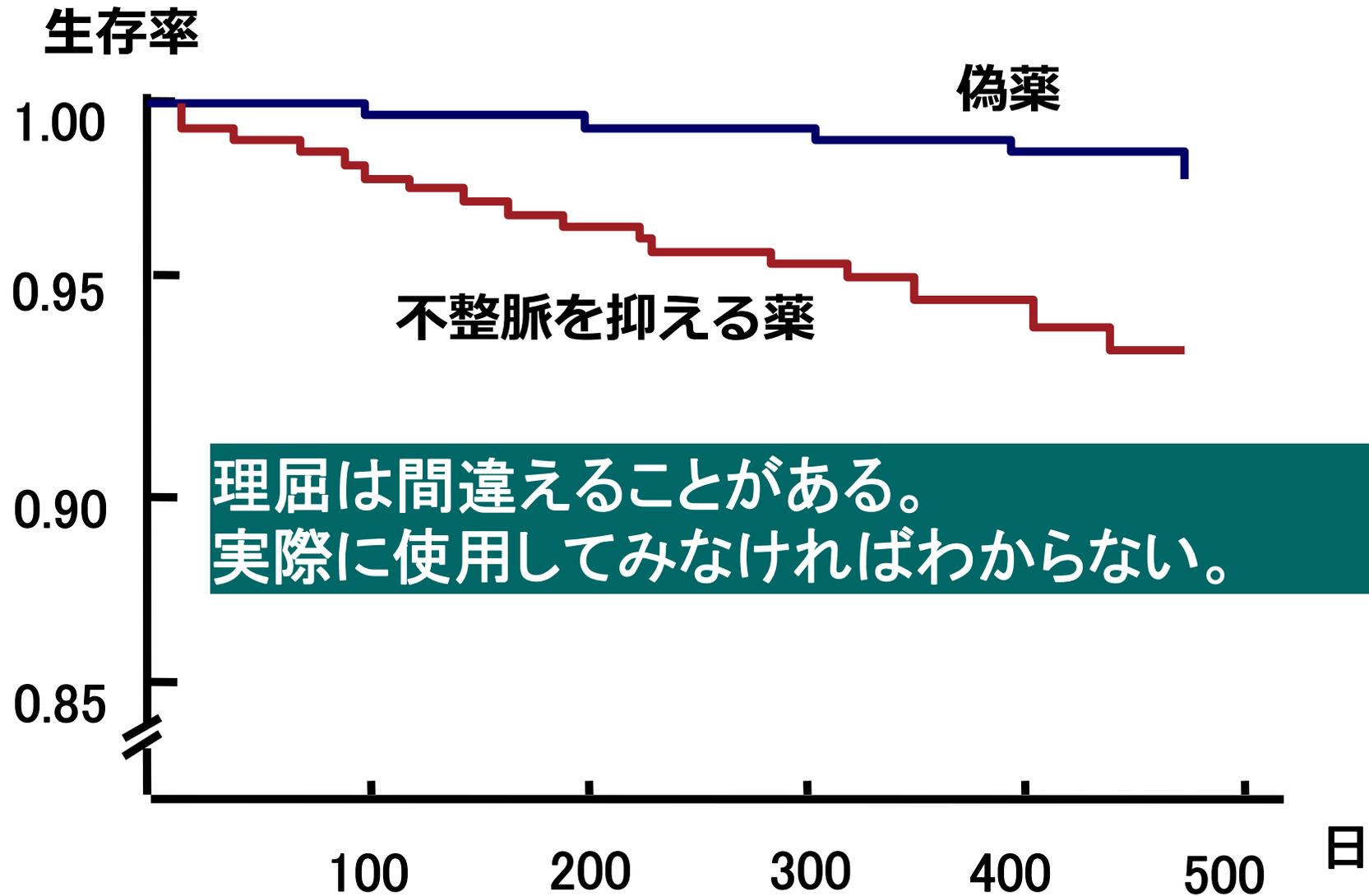


# 低い頻度で発生する発作に対する治療効果は、 大量のデータを集めないとわからない

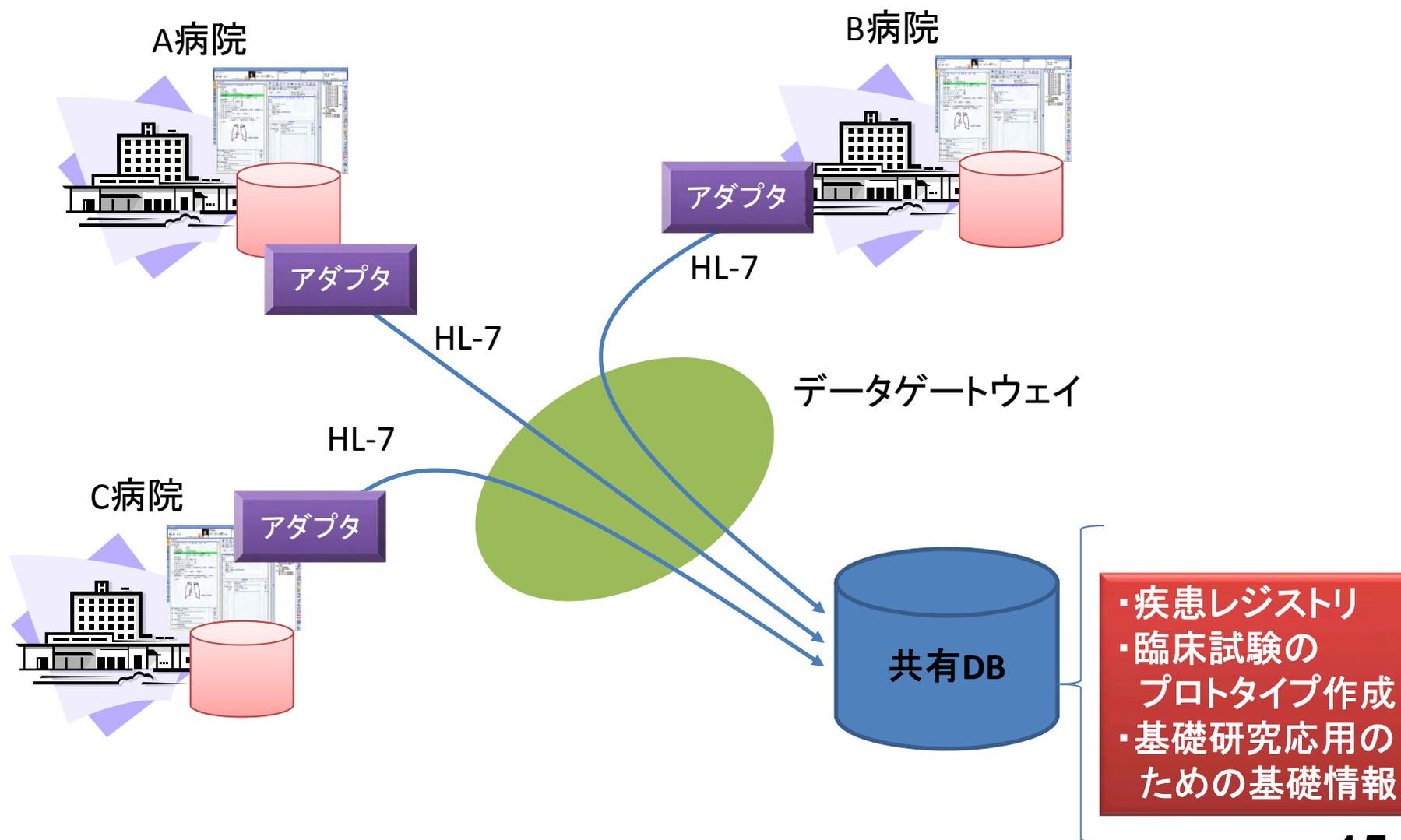
心臓発作や脳卒中の発生率(%)



# 疫学の重要性: 抗不整脈薬によって、死亡率が増加することがある

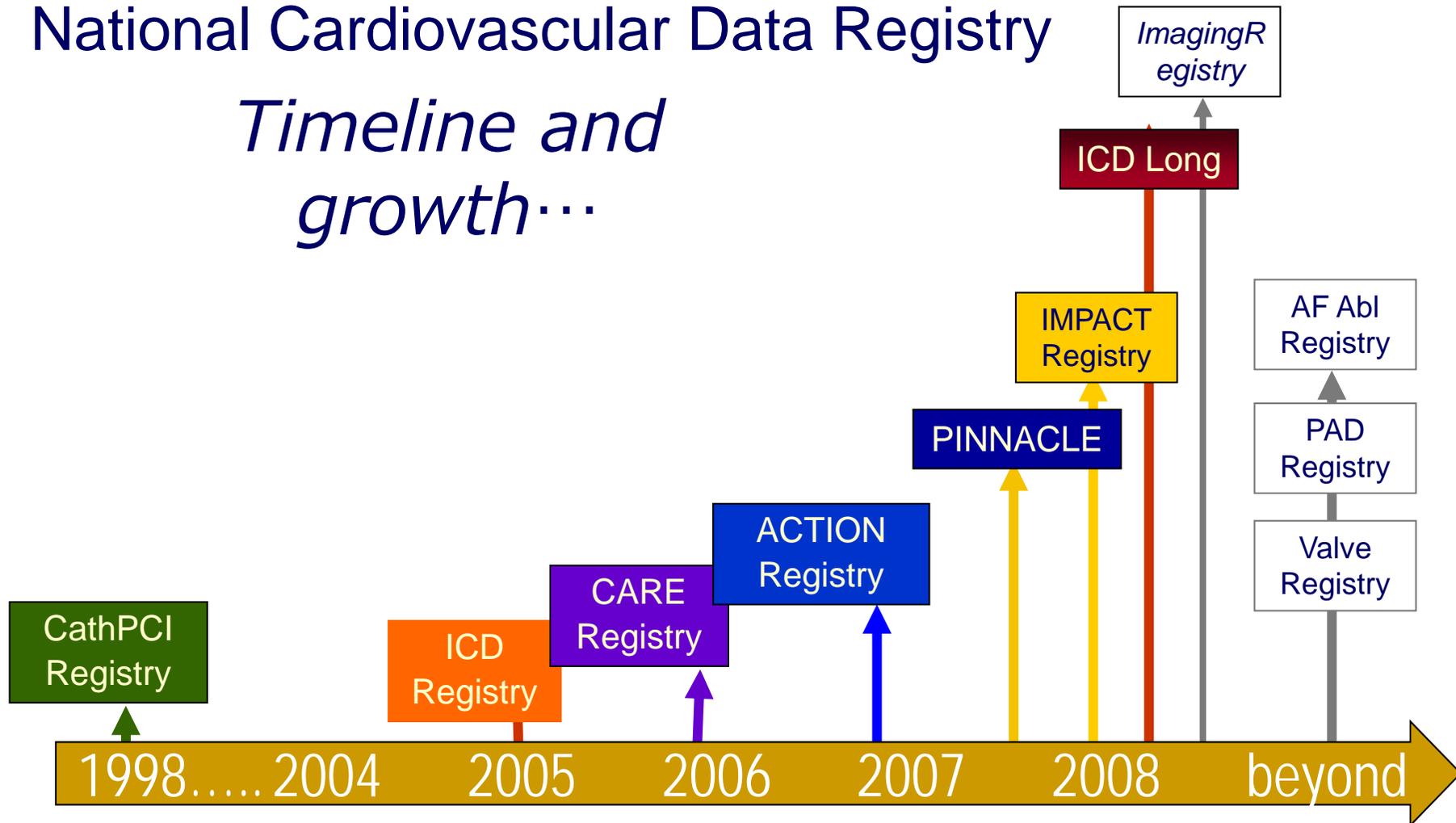


# 施設バイアスのないデータのために 複数施設からデータを取得しレジストリとする



# National Cardiovascular Data Registry

## *Timeline and growth...*



# 米国心臓病学会が主導する患者登録事業

名前	登録事業者	患者数
冠動脈インターベンション	1350	10 million
ICD	1542	600,000
ACTION-GWTG	667	180,000
CARE	167	15,000
IMPACT	16 pilot sites	2000
PINNACLE	720	700,000

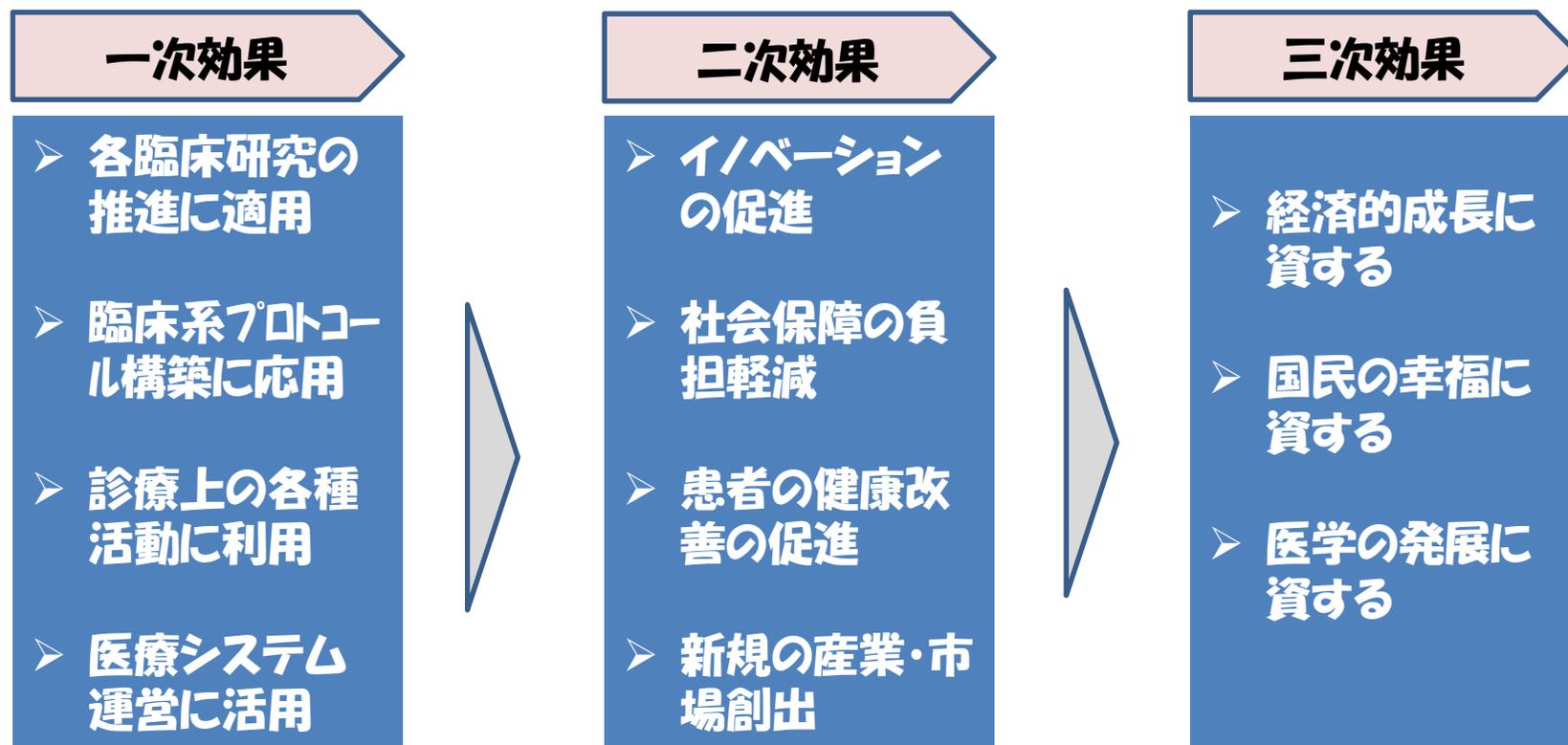
# 諸外国における活用可能な主要データベース概要



DB/ DB運用組織名	国	規模	含まれるデータ	備考
GPRD	英	657万人	診療情報、処方、患者情報、検査結果等	MHRAが管理運営するDB 一般診療所488施設より情報収集
THIN	英	500万人	診療情報、処方、患者情報 等	EPICがGPRDの代替として構築したDB GP300人より情報収集
PHARMO	蘭	200万人以上	診療情報、処方、検査結果 等	ユトレヒト大学、ロッテルダム大学が構築したDB
IMS Disease Analyzer	英独 仏豪	1570万人	診療情報、処方、患者情報、医師情報等	IMS Health社が構築したDB GP3600人より情報収集
i3 Aperio	米	3900万人以上	診療・処方レセプト、患者情報、検査結果等	保険会社ユナイテッドヘルス・グループの1部門であるi3のDB
Kaiser Permanente	米	860万人以上	診療・処方レセプト、患者情報、検査結果等	米国最大の非営利総合医療団体であるKaiser PermanenteのDB。7地域にリサーチセンターがあり、それぞれ独自のDBを所有する
HMO research network	米	4000万人以上	診療・処方レセプト、患者情報等	カイザーを含む14の保険会社のコンソーシアムが収集したレセプトデータのDB

# 医療DBの社会経済的な意義

- 医療DB（データベース）は、投資に見合う成果が期待できるのでは
- レジストリー等の医療DBについても社会経済的な意義に関する議論が散見される（医療DBへの投資は二次効果として、社会経済的に回収される可能性もある）**



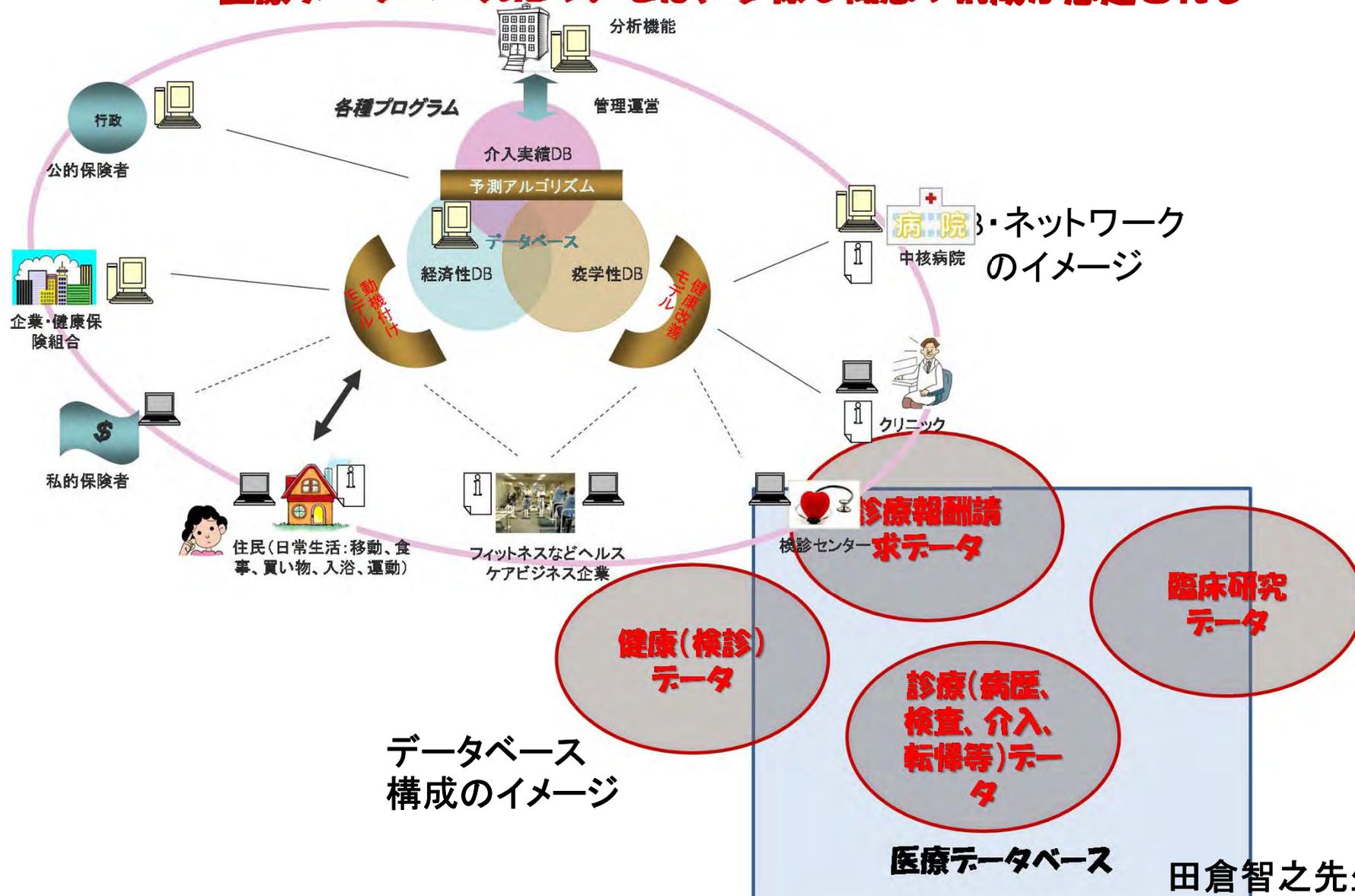
①  
臨床研究の低迷化、資源利用の非効率化

**経済的な付加価値の創生（添付資料に事例を記載）**

# 医療DBのコンセプト例

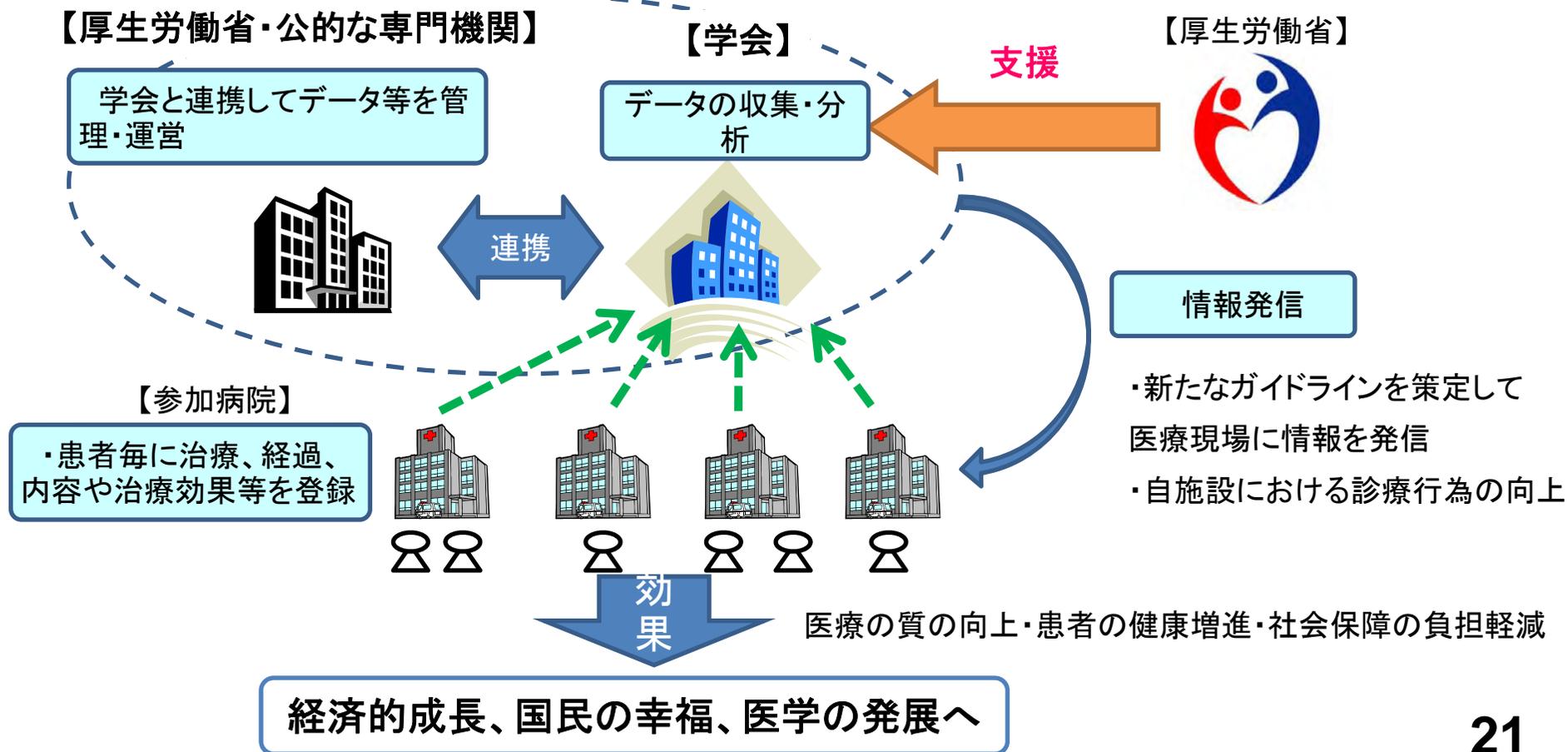
➤ 今後の医療DBには、領域横断的で拡張性や汎用性が希求されるのでは

**医療データベースについては、多様な概念や構成が想定される**



# 医療DBの構築のイメージ

- 複数の施設から患者毎の診療情報(治療内容や効果)を登録し、バイアスのないデータ収集を行う。
- データの収集、分析、情報発信について学会等が中心となり取り組む。
- 行政(厚生労働省)は学会等の取組に対して財政面を含め支援を行う。
- 効率的に情報を収集し活用するため、データベースの構築にあたっては、既存の取組(レセプト情報・特定健診等情報データベースや医療情報サービスMindsなど)との連携を検討する。



# 治療効果、費用対効果の分析の具体的な例

## ＜経皮的冠動脈ステント留置術の場合＞

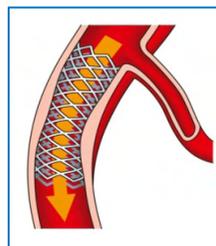
※心筋梗塞等の虚血性心疾患に対して、狭くなった心臓の血管の内腔に、ステントと呼ばれる金属でできた網目状の筒を留置して、血管を拡げる手術。

【現状】

ステントA



ステントB



どのステントを使用したのか分からない。



自院を受診しなくなった患者についてはフォローアップができないため、治療効果や予後が分からない。



こういった情報を把握できれば

【将来】

“どのような病変に対しては、どのステントを選択するのがよいのか。”

“費用対効果の観点からどのタイプのステントを選択するのがよいのか。”

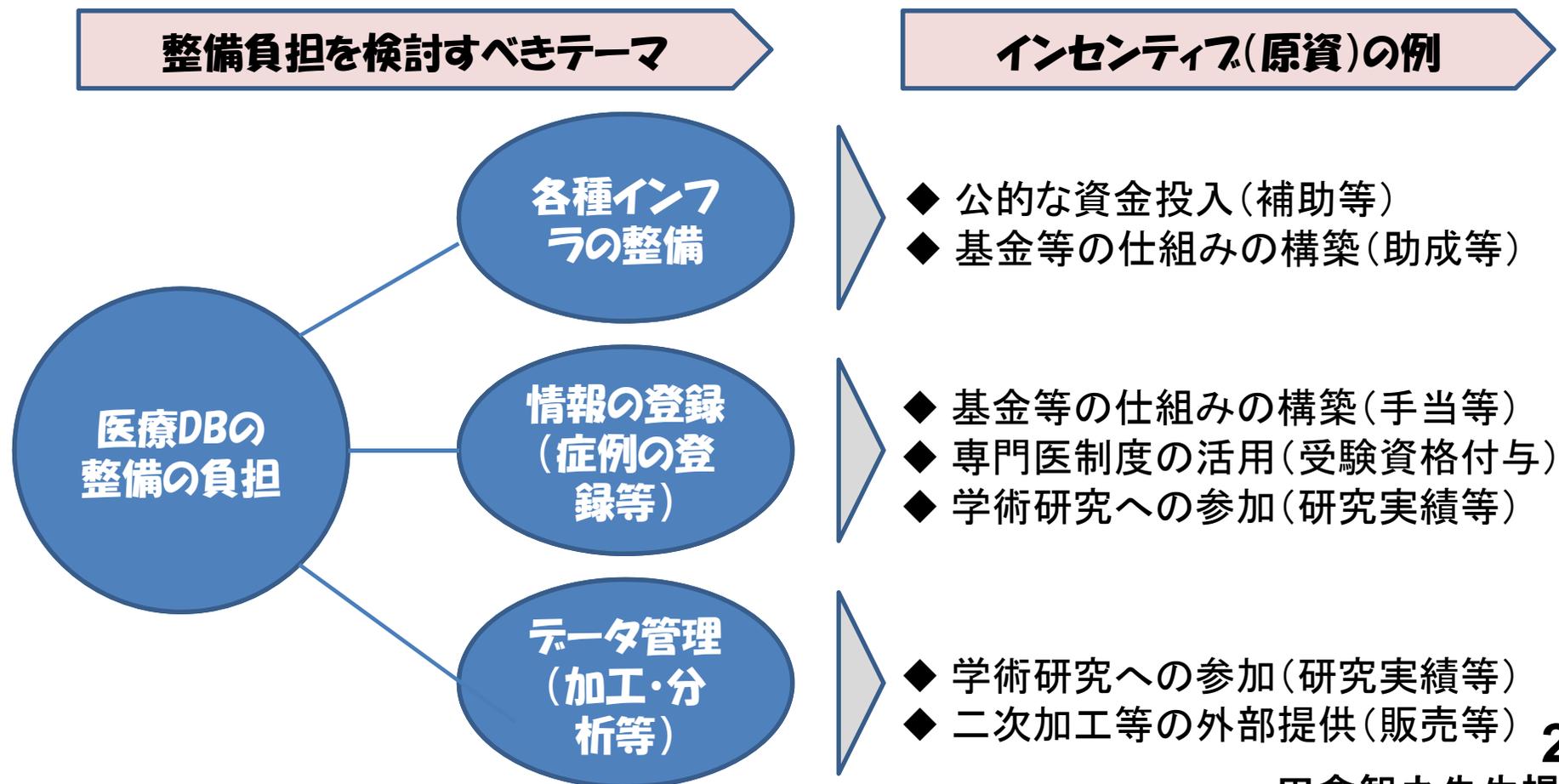
“その後のフォローアップはどのようにするのがよいのか。”

といったことの分析が可能となる。

# 医療DB整備のインセンティブ

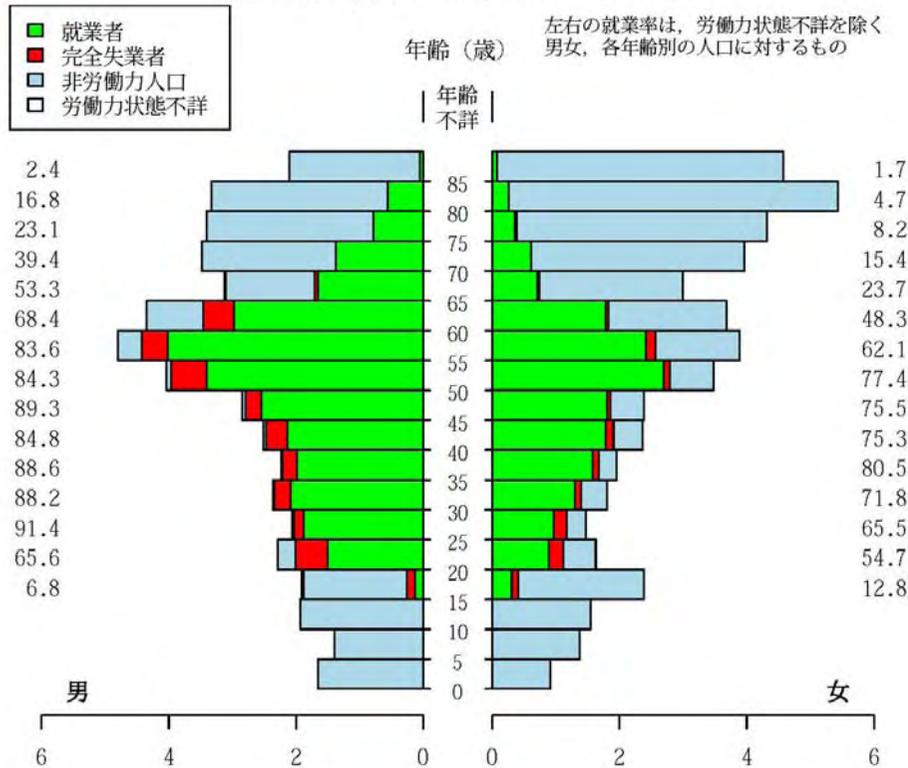
➤ 医療DBを円滑に構築するには、インセンティブの付与が重要である

医療DBに社会経済的な効果が期待できるのであれば、その成果を直接・間接的に享受する国民が、広く全体で負担するのが適切であると推察される



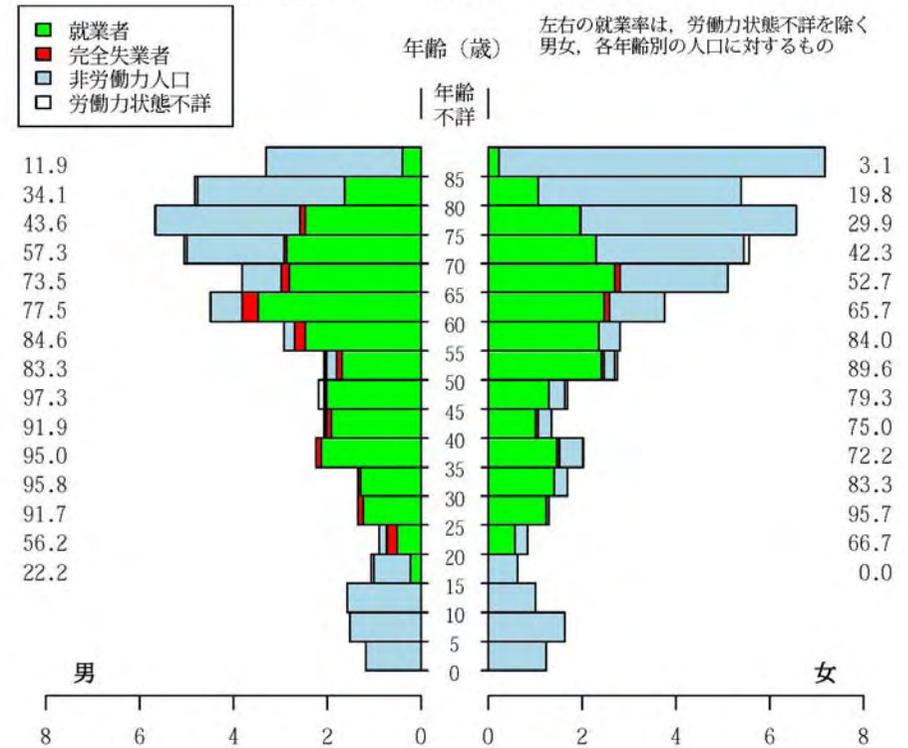
# 旧美和村と上勝町(徳島県)の人口構成と就業率

図C08346 人口の男女、年齢、労働力状態別割合(図の部分)及び男女、年齢別就業率(左右端の数値部分)  
—茨城県旧美和村—(%, 2010年国勢調査)



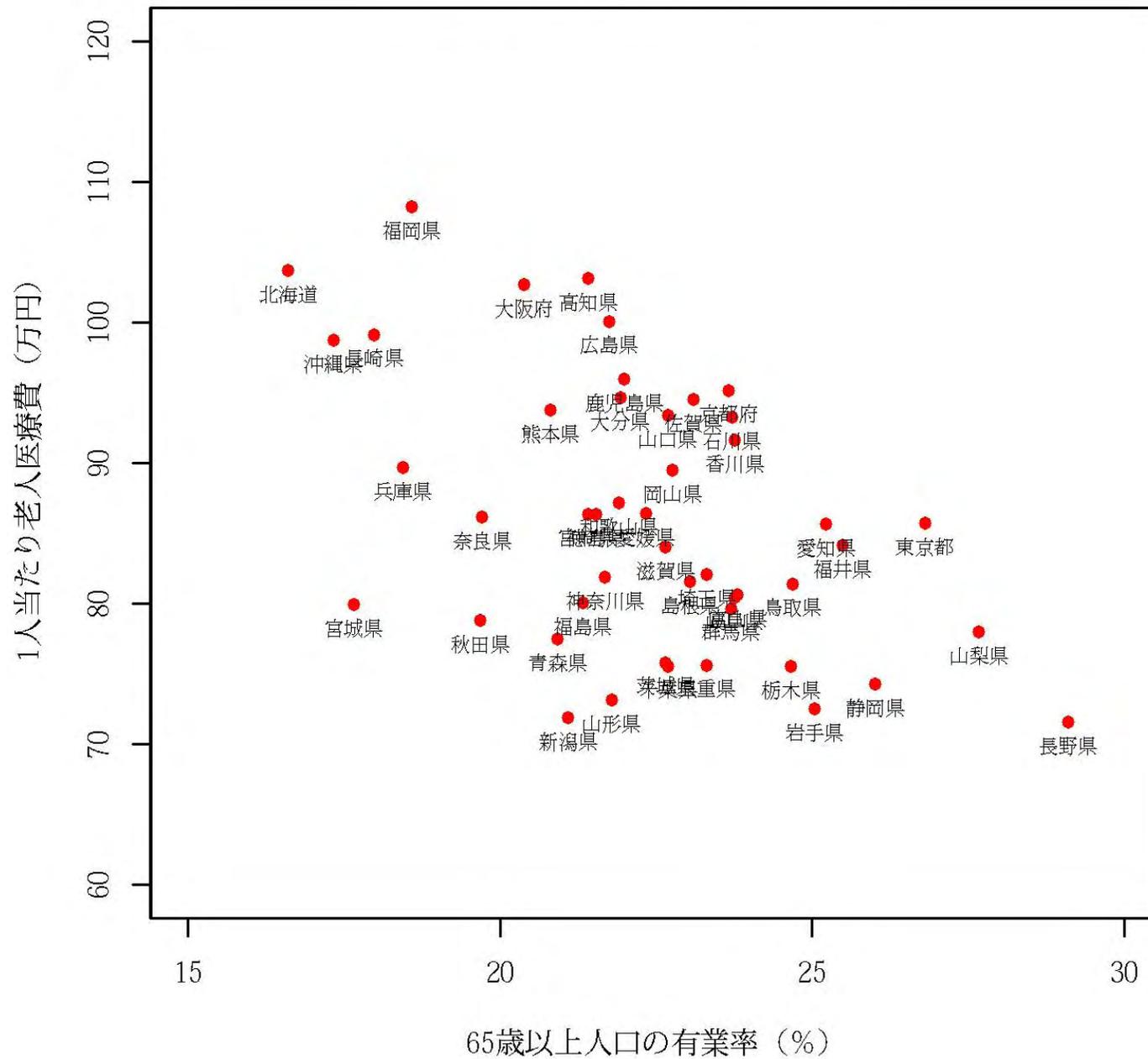
総人口 3936人, 就業総数 1754人, 労働力状態不詳割合(対総人口) 0.1%,  
就業率(対総人口) 44.6%, 就業率(対不詳除く総人口) 44.6%, 女性就業者割合(対総就業者) 39.3%

図C36302 人口の男女、年齢、労働力状態別割合(図の部分)及び男女、年齢別就業率(左右端の数値部分)  
—徳島県上勝町—(%, 2010年国勢調査)



総人口 1783人, 就業総数 883人, 労働力状態不詳割合(対総人口) 0.6%,  
就業率(対総人口) 49.5%, 就業率(対不詳除く総人口) 49.8%, 女性就業者割合(対総就業者) 45.3%

## 65歳以上有業率（2007年10月1日）と 1人当たり老人医療費（2007年度）



# 第9回社会保障制度改革国民会議 提出資料

遠藤久夫

# 資料1

## 病院・病床機能の分化

—医療法と診療報酬の比較—

# 病院・病床機能の区分における医療法と診療報酬の関係

医療提供体制の改革の基本方向は、病院・病床の機能を細分化し、①各機能区分において平均在院日数の短縮、②機能区分ごとの医療資源の投入にメリハリをつける、③連携の推進、と集約されるが、病院・病床の機能分化の方法としての医療法と診療報酬について現状と展望を示す。

(現状)

- 病院・病床の機能区分は原則として医療法によるが、診療報酬により(施設基準等と報酬額の組み合わせることで)事実上の機能区分が行われる。
- 医療法による機能分類より、診療報酬による機能分類の方が多様で数が多い。
- 診療報酬による機能区分は、医療法による機能区分と連携しているものもあるが、医療法とは独立に機能区分するケースが多い。
- 新規の機能区分の策定や既にある機能区分の見直しについて、法律改正を伴う医療法は2年毎に改定がある診療報酬と比較して柔軟性・即時性に劣る。
- 医療機能の地域偏在の是正については、診療報酬は原則として全国一律なので効果はないが、医療法改正では地域医療計画と関連させることにより是正効果は期待できる。

(展望)

- 医療法による機能分化と診療報酬による機能分化のそれぞれの特性を生かしながら、これまで以上に相互補完的に連携して医療提供体制の改革を進めるべき。
- 現状は診療報酬による実質的な機能区分の方が細分化され種類も多いが、地域偏在の是正の視点から医療計画を含めた医療法による機能分化の重要性を見直すべき。
- しかしながら、医療法改正による地域医療計画の見直しには相応の時間を要することから、改革速度を速める意味で、まずは次期診療報酬改定において、診療報酬の特性を活かした、機能分化のための取組を実施し、しかる後に地域医療計画と連動させるべき。

(参考)

	医療法	診療報酬
機能区分との関係	<p>○病院・病床の機能区分は本来医療法が決定する。</p> <p>○医療法による機能区分の数は多くない。</p> <p>○医療法による機能区分も診療報酬による裏付け（インセンティブ）がないと進まない。</p>	<p>○診療報酬で施設基準等と報酬額の組み合わせることにより事実上の機能区分が行われる。</p> <p>○医療法による機能区分以外にも独自の「機能区分」が多数ある。</p> <p>○価格誘導であるため機能分化に及ぼす効果は大きい。</p> <p>○病院単位、病棟単位で詳細な区分が行われている。</p>
機能区分の例	<p>(病院)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 地域医療支援病院</li><li>・ 特定機能病院</li></ul> <p>(病床)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 一般病床</li><li>・ 療養病床</li><li>・ 精神病床</li><li>・ 結核病床・</li><li>・ 感染症病床</li></ul>	<p>(病院)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ DPC対象病院</li><li>・ 在宅療養支援病院</li></ul> <p>(病棟)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 7対1入院基本料</li><li>・ 10対1入院基本料</li><li>・ 亜急性期入院医療管理料</li><li>・ 回復期リハビリテーション病棟入院料</li><li>・ 特定機能病院入院基本料</li><li>・ 地域医療支援病院入院診療加算等</li></ul>
内容の見直しの特徴	<p>○原則として法律改正が必要なため柔軟性・即時性は低い。</p>	<p>○法律改正を必要としない告示であり、2年に1回改定される。</p> <p>○実情に応じて報酬額や施設要件等は適宜見直される。</p>

	医療法	診療報酬
機能分化を進める上での政策ツールとしての特徴	<p>○必ずしも十分に機能しているとはいえない。</p> <p>○（医療法で定められている）療養病床の再編計画（＝療養病床を減らして介護施設に転換）においても中心的な政策ツールは診療報酬政策であった（＝医療必要度の低い患者の入院基本料の引き下げ等）。</p>	<p>○政策目標に沿う形で診療報酬改定が行われる。</p> <p>（平均在院日数の短縮）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院基本料を平均在院日数に応じて逡減させる</li> <li>・退院支援の評価（連携強化）</li> <li>・地域連携パスの評価（大病院の外来患者の抑制）</li> <li>・紹介患者割合による報酬の引き下げ</li> </ul>
地域偏在の是正に対する有効性	<p>○医療法で定められている地域医療計画において、機能分類毎の病床数の上限を設定することにより地域偏在を是正させる可能性は期待できる。</p>	<p>○診療報酬は原則として全国一律なので地域偏在の是正の効果はない。</p> <p>※平成24年診療報酬改定において医療資源が不足している地域での要件緩和の特例が設けられた。</p>

## 資料2 日本<sup>の</sup>医療費管理

## 医療費管理の概要

○わが国の医療費は、結果として経済成長と大きくかい離しないようにある程度コントロールされてきた。したがって、機械的に医療費の総枠を管理する方式を改めて導入する根拠は乏しいのではないか。

○国民医療費の対国民所得比は長期的には上昇傾向にあるが、これは経済成長が大きく低下した時期(オイルショック、バブル崩壊、リーマンショック)に、上昇したものであり、国民医療費伸び率が上昇しているのではない。長期的には、経済成長の鈍化に伴い国民医療費の伸び率も低下しており、2000年代の医療費伸び率は皆保険成立以降、最低水準にある。

○医療費の伸び率管理に用いられた手法は多様である。わが国の医療費の対GDP比は先進国中低い水準なので抑制策の選択も慎重にならざるをえない。そのため、先進諸国の平均値と比較してわが国の実態が大きくかい離している領域が医療費抑制の分野とされてきた。

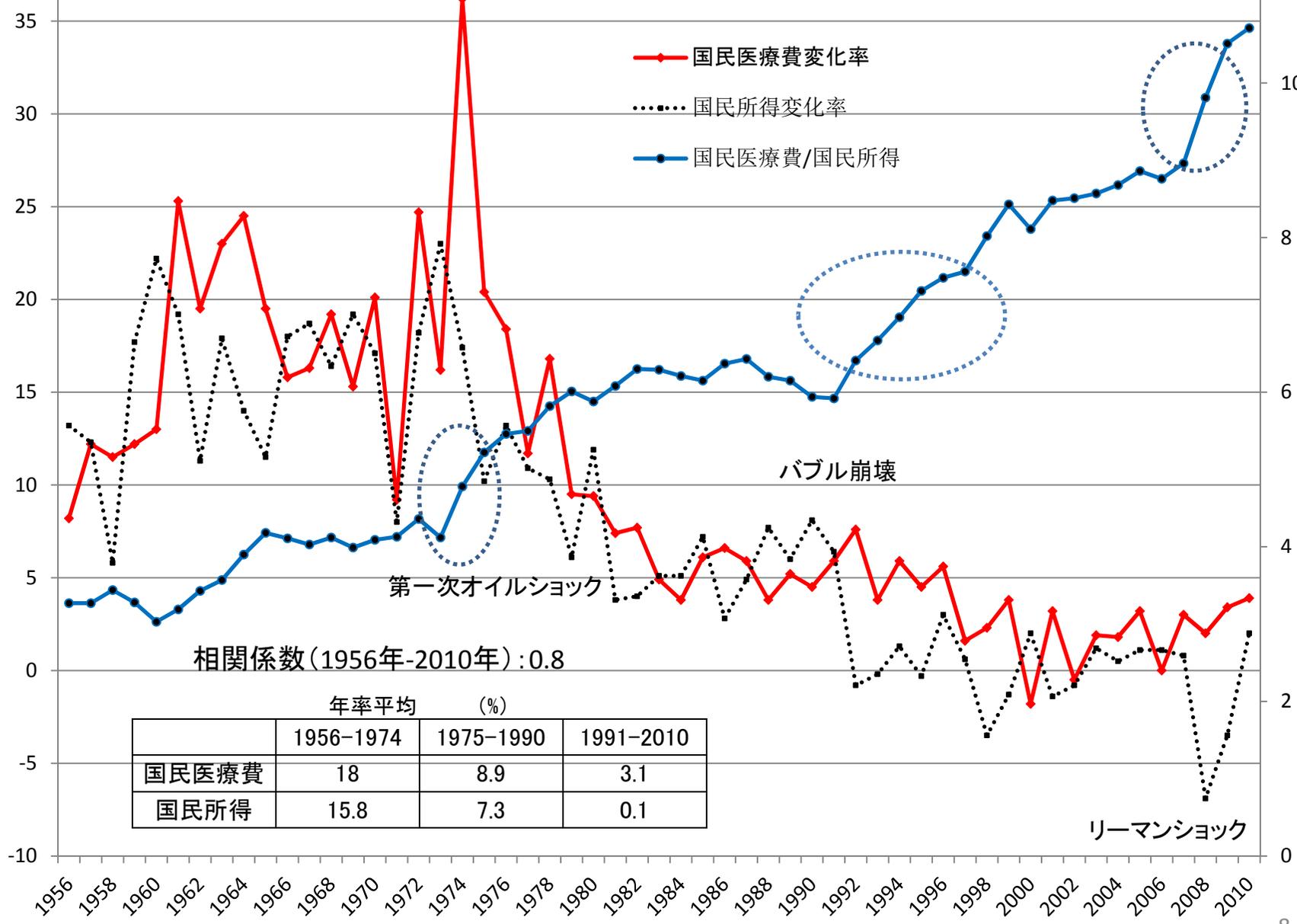
具体的には、「薬剤費比率が大きかったことからR幅の引下げ、後発品の使用の促進」「病床数が多いことから増床抑制と介護施設への転換誘導」「平均在院日数が長いため短縮化への誘導と連携の強化」「在宅医療の充実」「入院医療の評価を出来高から包括へシフト」等がある。

○医療費の伸び率に即時的に影響を与えるのが診療報酬の改定率(価格政策)政策である。「失われた20年」における医療費の伸びの抑制に用いられたのがマイナス改定で、それにより、経済成長率と医療費伸び率のかい離は縮小したが、一方で医療提供体制にネガティブな影響を与えた可能性も否定できない。

(%)

(%)

# 国民医療費変化率、国民所得変化率、国民医療費/国民所得の推移



○国民皆保険制度確立以降、国民医療費伸び率と国民所得の相関は高い  
(相関係数0.8)

⇒いわゆるキャップ制を行わなくても経済成長と大きくかい離しないような医療費管理政策がとられてきたと考えるべき。

○高度成長期: 経済成長率より国民医療費伸び率が大きい

⇒医療提供体制の整備(「保険あって医療なし」を回避)

○安定成長期: 経済成長率と国民医療費伸び率がほぼ均衡

○低成長期(失われた20年)

・1990年代は医療費伸び率を経済成長率が大きく下回る。医療費伸び率は急速には低下できなかった。

・2000年代は医療費伸び率を抑制して経済成長率とのかい離が縮小。  
⇒医療費伸び率は皆保険成立後、最低水準＝医療提供への影響。

○国民医療費/国民所得の値は上昇傾向にあるが、その理由は以下の時期の経済成長率の急速な低下によるものであり、国民医療費の伸び率が上昇しているためではない。

・第一次オイルショック    ・バブル崩壊    ・リーマンショック

## 医療費適正化策(医療費の増加の抑制方法)

### [医療提供体制]

これらの施策の実施には、診療報酬改定、(医療法等)法律改正、補助金等の手法を用いるが、診療報酬によるインセンティブが最も有効だったといえる。

#### (1)一般病床の機能分化の推進

○平均在院日数の短縮: 平均在院日数 平成12年:24.8日 ⇒平成21年:18.5日

○入院患者の特性と診療報酬の対応:7対1看護基準の創設

#### (2)医療機関相互および医療と介護の連携

○地域連携クリティカルパスの拡大(対象疾患の拡大、医療と介護の連携)

○退院調整の充実

#### (3)療養病床の再編

○医療療養病床削減は診療報酬による誘導

○介護療養病床は廃止予定(延期)

#### (4)在宅医療の促進

○在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院推進のための診療報酬上の誘導

○医療計画に在宅医療を加える

#### (5)後発品の使用促進 平成24年までに数量シェア30%を目標

○処方箋様式の変更

○後発品処方、調剤等に対する診療報酬上の優遇

## 医療費適正化策(医療費の増加の抑制方法)

### [価格政策]

(1)患者自己負担率の引上げ

(2)診療報酬改定率のマイナス改定

○改定のない年は医療費は3%の増加

(3)薬価改定率

○かつてはR幅の縮小：平成4年:15% ⇒ 平成12年:2% 限界

○新薬創出加算は薬剤費増加要因

○包括化の進展の中で薬剤費が見えなくなっている。

### [予防政策]

(1)特定健診・保健指導の促進

○医療費抑制の正攻法だが効果は中長期的視野で。

①平均在院日数の短縮、②後発品使用促進、③特定健診が医療費適正化の主要政策だといわれるが、最も直接的に医療費の増加を抑制するのは価格政策(=診療報酬の改定率)であった。

しかし、医療はコスト削減が難しいため、診療報酬のマイナス改定は医療収益の悪化となって現れ、不採算部門の閉鎖等、医療提供体制への悪影響につながる可能性は否定できない。

## 医療費のコントロール手段としての診療報酬改定率

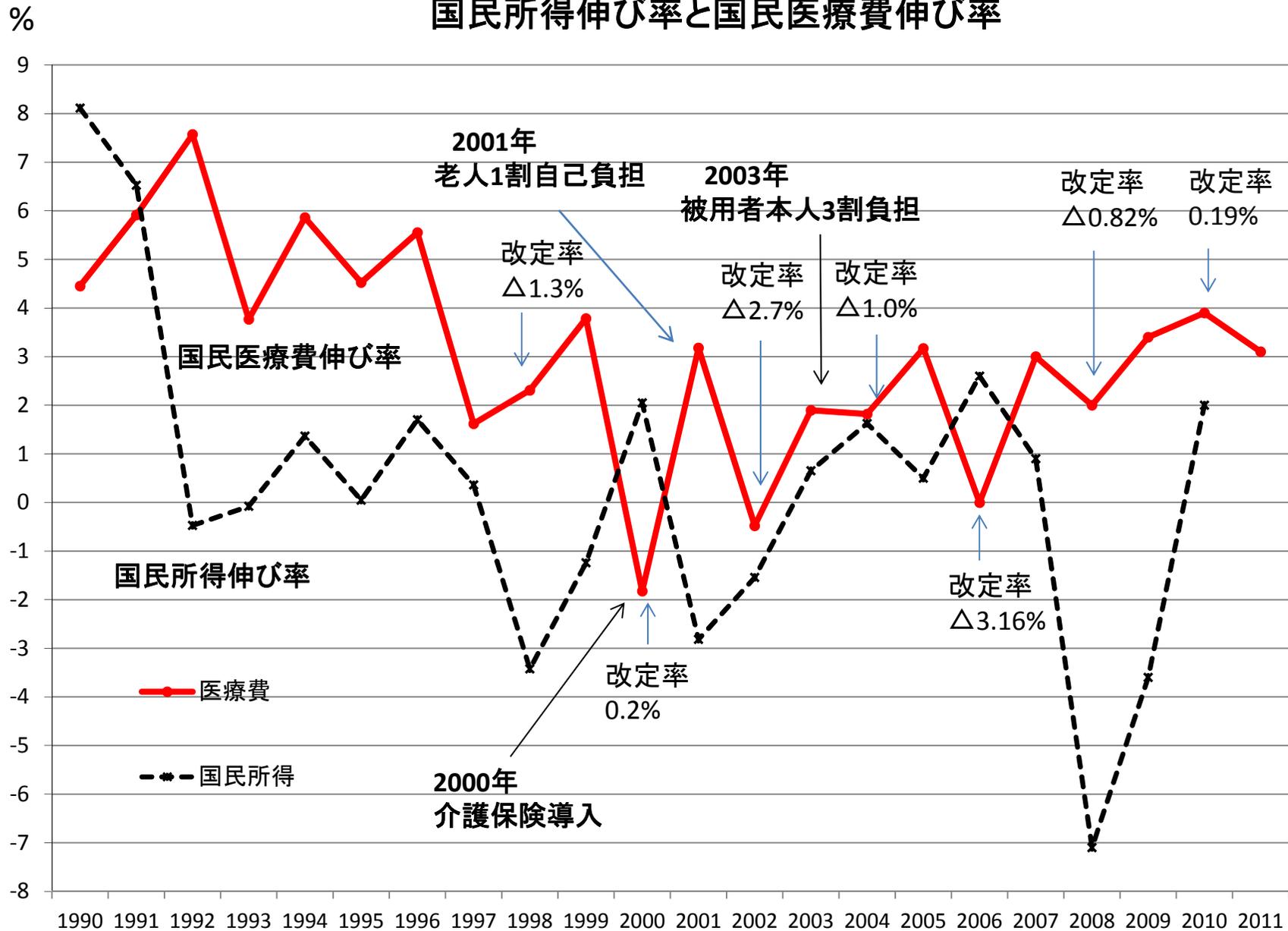
○バブル崩壊に伴い1990年代は国民医療費伸び率と国民所得伸び率が大きくかい離した。

⇒2000年代にマイナス改定(2002年 $\Delta$ 2.7%、04年 $\Delta$ 1.0%、06年 $\Delta$ 3.16%、08年 $\Delta$ 0.82%)が続き、国民医療費の伸び率を抑えた。その結果、医療費伸び率と国民所得伸び率のかい離幅は縮小した。

○医療提供体制の疲弊が注目されたこともあり、2010年0.19%、2012年0.004%とマイナス改定からの脱却。その結果、2010年の医療費伸び率は4%に上昇。

○2000年以降は、(自己負担引き上げ等の制度改革がなく、)診療報酬改定のない年度(奇数年)の医療費伸び率は3%。

# 国民所得伸び率と国民医療費伸び率



国民医療費: 2009年度までは国民医療費(統計情報部)、2010年度以降はMEDIAS  
 国民所得: 2010年度までは実績、2011年度は実績見込み

## 診療報酬改定率と病院の医業収益率

医療はコスト削減が難しいため、診療報酬のマイナス改定(=価格引き下げ)の影響が収益率の悪化となって現れる。

(理由)

○医療の特性上、労働集約的な事業であり、労働力の多くが不足基調が続いている専門職であるため人件費の圧縮が難しい。(病院の費用の5割強は人件費)

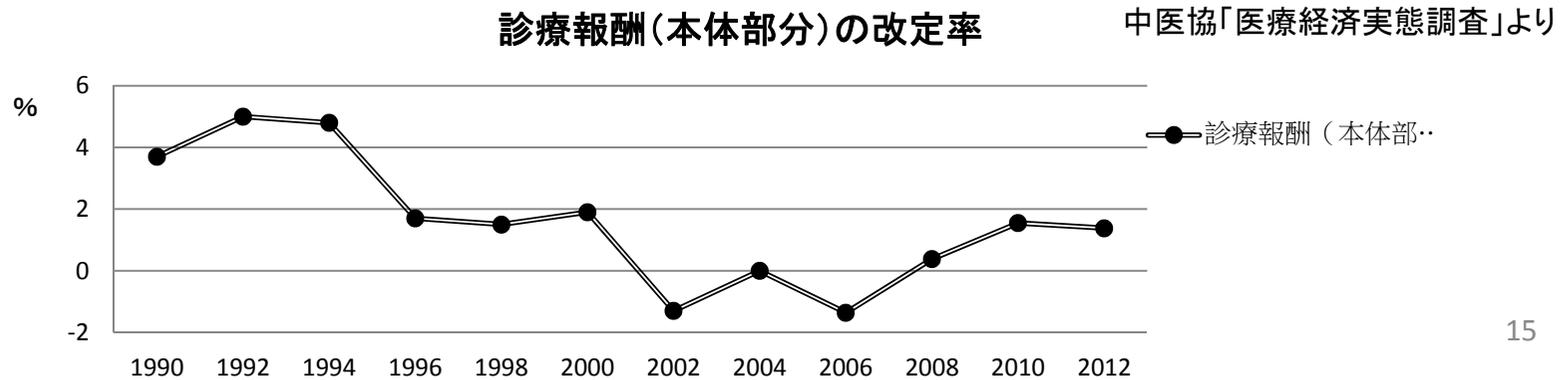
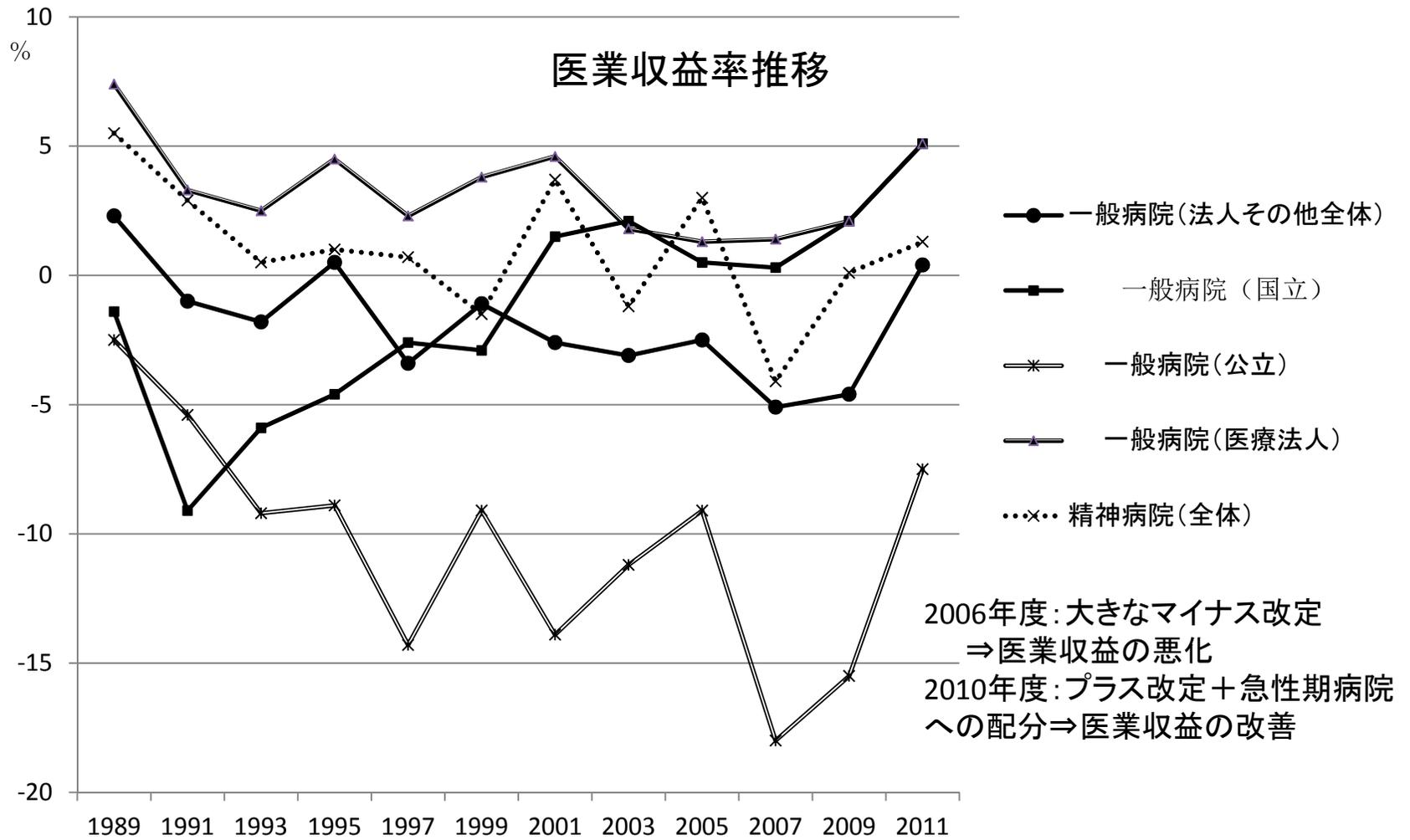
○医療は基本的にはオーダーメイドであるため、単純な標準化・規格化によるコスト削減が難しい。

○これまでの抑制策で一定程度のコスト削減が図られてきた。

マイナス改定は医業収益の悪化を通じて、不採算部門の閉鎖等、医療提供体制へ悪影響につながる可能性は否定できない。

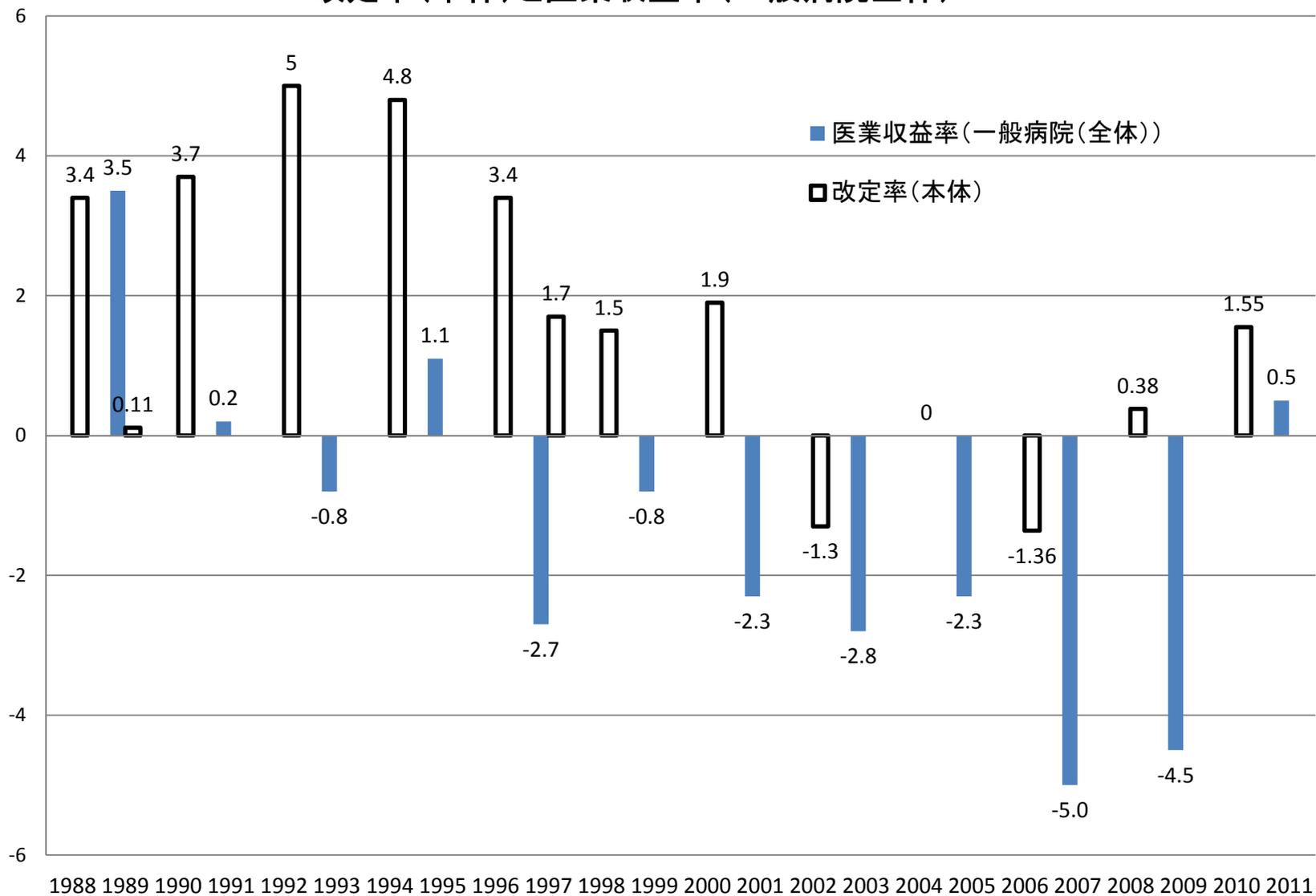
改定率(本体部分) 2006年:  $\Delta 1.36\%$   $\Rightarrow$  2010年:  $1.55\%$

医業収益率 2007年:  $\Delta 5.0\%$   $\Rightarrow$  2011年:  $0.5\%$



(%)

### 改定率(本体)と医業収益率(一般病院全体)



### 資料3

## 後期高齢者支援金の総報酬割

医療保険関係者の間においては、これまで「総報酬割にすべきかどうかは高齢者医療制度全体の中で検討すべき」という意見に加え、全面総報酬割に移行した際に生ずる約2000億円の財源について、「協会けんぽの国庫補助率20%の引上げに使うべきとの意見や、前期高齢者の給付費に充当することによって被用者保険全体の負担軽減を図るべきとの意見」もあった。今後の検討において、こうした意見も考慮すべきである。

(参考) 社会保障審議会医療保険部会「議論の整理」(平成25年1月9日)抜粋

○ 総報酬割は、所得に関わらず保険料率が平準化されるため、最も公平な制度であることから、将来的には全面総報酬割に移行すべきとの意見が多かった。他方、総報酬割は被用者保険者間の負担の付け替えでしかなく、納得できないという意見もあった。

○ 総報酬割とすべきかどうかは、所得格差の状況を含め医療保険制度全体の負担の公平性に関する議論が必要であり、社会保障制度改革国民会議等における高齢者医療制度全体の議論の中で検討すべきとの意見があった。また、全面総報酬割に移行する際は、高齢者医療制度への公費拡充等の改革とセットで議論されるべきとの意見があり、協会けんぽに投入されている公費のうち、全面総報酬割によって不要となる部分について、協会けんぽの国庫補助率20%の引上げに使うべきとの意見や、前期高齢者の給付費に充当することによって被用者保険全体の負担軽減を図るべきとの意見があった。

## 資料4 市町村国保の都道府県単位化について

○市町村国保の都道府県単位化を検討する上では、保険料や運営コスト、保険者機能におよぼす影響等を総合的に考える必要がある。特に、3,500万人の被保険者の保険料に影響があるため、27年度から実施される共同事業の拡大による保険料の平準化の状況を見ながら、次のステップを検討するのが適当だと考える。

※社会保障審議会医療保険部会の議論を踏まえ、昨年国保法改正が行われ、平成27年度から市町村国保の都道府県単位の共同事業が拡大されることとなったが、保険料が低い市町村で大きく保険料が上昇しないよう、都道府県が財政調整を行い、激変緩和措置を講ずることになっている。

○市町村国保の低所得者に対する財政支援の強化を早期に実施すべきである。

2013/4/19

医療・介護保険制度改革の方向性

山崎 泰彦

医療保険

## 〔これからの医療のあり方〕

○医療における高齢者医療、特に後期高齢者医療の比重が飛躍的に高まる。これは人口構造の変化から不可避。

○高齢者医療の内容が変わる（変えなければならない）。急性期医療から回復期・慢性期医療へ、入院医療から外来・在宅医療へ、そして介護と連携した医療へ。その際、地域包括ケアを推進する観点が特に重要。介護と同様に高齢者医療も地域密着型サービスに重点をシフト。

## 〔後期高齢者医療の問題点〕

○都道府県単位の後期高齢者医療と市町村単位の介護保険の不整合性

・市町村が介護や在宅医療で引き受けるインセンティブを阻害、市町村は医療に委ねたほうが保険料・市町村負担が軽減される。

・市町村負担の割合は、後期高齢者医療 12 分の 1、介護保険 8 分の 1。

・後期高齢者医療と介護保険の給付と負担の関係を一体化させるべき。

## 〔国保の広域化論を巡って〕

○広域化の狙いは何か

・小規模保険者対策としてのリスク分散機能の強化：再保険としての現行の高額医療費共同事業等が相当な効果をあげている。この事業の改善によって対応可能ではないか（医療費の平準化の期間を拡大する、超高額医療費については公費の配分を高めるなど。）

・保険料負担の平準化：受益としての実質医療費水準（年齢構造調整後の医療費水準）の差を考慮しない平準化は、市町村レベルでの保健施設活動、医療費適正化対策、地域包括ケア等の取り組みを阻害。

○小規模市町村よりも大都市国保の方により大きな問題あり

・小規模市町村のリスク分散機能の低下には再保険事業で対応。所得水準の格差には国・県の財政調整交付金で対応。年齢構成の違いには制度間調整で対応。残る問題への対応を探るのが現実的な検討の方向。

・単に小さいということであれば、国保だけでなく、介護、子ども・子育て支援、その他福祉などにも及ぶ脆弱な行財政力の問題で、基礎自治体のあり方として論ずるべき問題。

・大都市国保には、低い保険料（税）収納率、高い一般会計法定外繰入金割合、少なくない総務費割合（スケールメリットが発揮できていない）などの問題がある。赤字保険者は大都市国保に多く、黒字保険者は町村国保に多い。共同事業においても大都市国保は交付金超過（拠出金<交付金）になりがち。

・都道府県による広域化等支援方針による取り組み（平成 22 年国保制度改正による市町村国保の事業運営の都道府県単位化にむけた環境整備）が必ずしも順調に進まないのはなぜか検討すべき。

国民健康保険の市町村規模別比較（平成 22 年度）

	保険料・税 収納率 (%)	一般会計法定 外繰入金割合 (%)	総務費 割合 (%)	1人当たり 共同事業拠出 金(円)	1人当たり 共同事業交付 金(円)*
19 大都市・特別区	86.30	5.2	1.7	36,684	37,275
10 万人以上の市	87.62	3.0	1.4	40,856	40,731
5~10 万人未満の市	87.39	2.7	1.4	39,235	39,464
5 万人未満の市	90.13	2.1	1.5	41,304	41,284
市 計	88.19	3.2	1.6	39,532	39,722
町 村	92.39	1.6	1.7	44,554	43,695
合 計	88.61	3.0	1.6	40,042	40,125

\* 高額医療費共同事業と保険財政共同安定化事業の合計額。

(資料)国民健康保険中央会等「国民健康保険の実態」

○広域化には都道府県単位の共同事業の改善により対応すべき

・リスク分散機能の強化や事務の共同化・効率化といった広域化のメリットを追求しつつ、地域の実態に即応した保険事業（保険料徴収、保健施設活動、医療費適正化対策等）を推進するには、市町村保険者を維持しつつ、都道府県単位の共同事業の改善により対応。

〔医療提供体制の見直しと地域医療の充実に向けて〕

- ・都道府県からの診療報酬に関する意見の提出とそれを踏まえた診療報酬の決定や、地域の実情を踏まえた診療報酬の決定ができる仕組みの積極的な活用による地方分権の推進。
- ・都道府県医療計画の策定や医療機関の開設における医療保険者・市町村の積極的な関与。

## 介護保険

〔介護保険制度見直しの基本的考え方〕

- ・地域の実情に応じた地域包括ケアを構築する上で、その中核となる介護保険制度の持続可能性確保が課題。特に、積み残しになっている給付と負担の見直しが重要。

〔介護保険給付の重点化・効率化〕

### ○軽度者に対する給付の見直し

- ・要支援者に対する予防給付について、市町村が地域の実情に応じて、ボランティア、NPOなどの互助や民間企業などを積極的に活用し、柔軟・効率的にサービス提供できる地域支援事業へシフト。
- ・互助の基盤整備は、給付見直しの前提としても重要。
- ・デイサービスは、重度化予防に効果のある給付への重点化などが課題。

### ○介護保険施設の重点化

- ・特別養護老人ホームは中重度者に重点化。軽度者を含めた低所得高齢者の住まいの確保が新たな課題。

〔世代間・世代内の負担の公平性の確保〕

### ○介護保険料の低所得者軽減強化

- ・介護保険料の引上げが避けられないなかで、公費を財源として低所得者の保険料軽減を強化

### ○利用者負担のあり方

- ・一定所得以上の所得がある者や預貯金などの資産を有する者には、応分の負担を求めるべき。
- ・遺族年金などの非課税年金や配偶者との世帯分離の扱いも検討が必要。

### ○介護納付金の総報酬割導入

- ・負担の公平化の観点から応能負担の強化が課題になるが、後期高齢者医療支援金の見直しとの関連も整理の上で導入。

### 〔地域包括ケアシステムの構築〕

#### ○地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築

- ・地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを構築する上で、地域の特徴や課題が客観的に把握できるようにデータを整理し「見える化」。

#### ○在宅医療と介護の連携

- ・市町村が中心となって在宅医療と介護の連携・調整を行う体制を整備。その連携・調整の機能は介護保険法に位置づける。

#### ○介護人材の確保

- ・処遇改善とキャリアパスの確立。

#### ○介護予防と生活支援の推進

- ・高齢者の社会参加を通じた介護予防を推進。
- ・配食・見守りなどの生活支援サービスは、互助の考え方に基づき、多様な主体で実施。

#### ○認知症施策の推進

- ・認知症の方をすべて入院・入所で対応することには限界があり、また、必ずしも適切ではない。
- ・認知症の地域ケアを可能とするため、症状が重くなる前の早期の段階で、適切に相談・支援が受けられ、専門的な医療・介護につなげる体制を整備。

### 〔社会福祉法人改革〕

- ・社会福祉法人こそ、経営の合理化、近代化が必要。大規模化や複数法人の連携を推進。

- ・加えて、社会福祉法人非課税扱いとされているに相応しい、国家や地域への貢献が求められるべき。
- ・低所得者への利用料軽減は当然のこととして、今後都市部等での大きな問題である低所得高齢者の住まいの確保や生活支援などに積極的に取り組むべき。



### 地域保険の保険料「格差」をどう見るか

共済組合連盟会長 山崎 泰彦

国民健康保険の保険料格差がしばしば問題になる。第五回社会保険制度改革国民会議(二月二十八日)のヒアリングにおいても、全国市長会・国保対策特別委員会の岡崎委員長の説明のなかで、制度間格差と国保制度内格差が問題点として挙げられていた。

だが、これが解消されるべき不当な格差なのかどうか、考えさせられることが少なくない。今月はこの問題について考えてみたい。

#### 介護保険の保険料格差の考え方

国保に隣接する介護保険ではどうかだろうか。現在の介護保険料の基準額は全国平均で月額四、九七二円で、最高と最低の格差は約二・四倍。私が運営協議会会長として関わっている横浜市は五、〇〇〇円で、全国平均よりもわずかなではあるが高い。

の水準が手掛かりになることは確かであろう。

だが、保険料格差を考えるには、さらに詳細な検討が必要ではないかと思う。介護保険では、高齢化の影響の調整のほかに、国の調整交付金の配分によって第一号被保険者の負担能力(所得水準)や第一号被保険者に占める後期高齢者比率の差が調整される。また、都市部の介護報酬には地域の賃金水準を反映させた地域加算があるから、これによっても保険料水準に影響を受ける。

横浜市の保険料は全国平均を上回るが、これらの要素を考慮するとどうなるだろうか。横浜市介護保険課に試算してもらった。まず、横浜市内で事業展開をする事業者に対する介護報酬の単価には加算がつき、全体として七%程度高い報酬が支払われる。これは地域の賃金水準を反映するもので、サービス水準が高いわけではない。さらに、第一号被保険者の負担能力の高さや後期高齢者が少ないことによる要介護者の発生率の低さを考慮し、全国平均では五%の調整交付金が横浜市ではその二分の一程度しか交付されない。いずれも横浜市の保険料を引き上げる要因になる。これらの要因を割り引くと、横浜市の現在のサービス水準に見合う介護保険料は四、〇六八円になる。

市町村間の公平な比較をするには、同様の作業が他の市区町村についても必要になる。前述の全国平均の四九七二円には地域加算のある都市部の保険料分が含まれているか

国保の保険料格差の解消が制度改革のテーマとして掲げられ、都道府県単位への広域化を求める声が高まっているのに対して、介護保険料についてはそのような議論はほとんど聞かれない。それは保険料水準について、それなりに納得できる説明が可能だからではないか。

介護保険では、第二号被保険者の保険料は全国レベルでブルールされて市区町村の高齢化の程度に応じて交付されるから、高齢化の影響は完全に調整される。これは、年金制度において基礎年金部分の年金扶養率にかかる制度間格差が完全に調整されると同様の効果である。それゆえに、一般的には第一号被保険者の保険料は当該市町村のサービス水準をおおむね反映していると説明されている。

保険料が高いのは、在宅サービスが遅れサービスが施設に偏っているのか、一方、保険料が低いのは、サービスが絶対的に不足しているのか。いろいろなケースが考えられるが、当該地域のサービス水準を考える上で、介護保険料

ら、サービス水準に対してはかなり高めになっている。同様、最高・最低の町村についても調整交付金が相当に影響している可能性がある。

#### 国保の保険料格差の現状

国民会議に提出された国保の保険料格差に関する岡崎高知市長の説明資料は別紙の通りである。保険料標準化指数でみて、都道府県間では、最大の徳島県(一・三八七)と最小の東京都(〇・八〇五)の間に一・七倍の格差、市町村間では、最大の徳島市と最低の東京都青ヶ島村の間に四・二倍もの格差がある。また、国民会議のヒアリングでは、福祉・介護・医療の連携に積極的に取り組む、成果をあげておられる全国町村会会長である長野県川上村の藤原村長からも説明を受けた。

そこで、これらの二市と二村について、保険料の格差要因を考える上で、保険料(税)取納率、一人当たりの法定外繰入・給付費についてもデータを調べてみた(別紙参照)。なお、保険料標準化指数では、調整交付金の配分により所得水準の格差はおおむね調整済みと考えられる。

それによると、保険料標準化指数が〇・四一一で全国最低の青ヶ島村は、一人当たり給付費が低い上に、一般会計からの多額の法定外繰入を行っている。川上村は、一人当

## 持続可能な国保制度にするために

### ①被保険者の保険料負担は限界(一方で大きな格差の存在)

**■標準化指数※の都道府県内格差率**

最大 北海道 2.7倍  
最小 富山 1.2倍  
2倍以上 9道県  
1.5倍以上 32都府県

**■標準化指数上位・下位(全国)**

最大 県 徳島県 1.387  
保険者 徳島県徳島市 1.744  
最小 県 東京都 0.805  
保険者 東京都青ヶ島村 0.411  
県で1.7倍 保険者で4.2倍の格差

格差の是正は不可欠

**■所得に占める保険料の割合**

国保平均 9.7%(平成22年度実績)  
単純計算すれば、徳島市は、16.9%の負担割合となる。

※平均所得は、世帯人数が多い世帯は、さらに負担割合は高くなる傾向

標準化指数	保険者数	構成割合
1.5以上	3	0.2%
1.4~1.5未満	18	0.9%
1.3~1.4未満	47	2.7%
1.2~1.3未満	118	6.8%
1.1~1.2未満	278	16.1%
計	462	26.8%

※14の保険者では、所得に対し10%以上の負担割合となっている

・皆保険制度でありながら、被保険者の保険料負担に大きな格差が存在

・被用者保険等と比べ、極めて重い負担率

制度維持のために、どこまで被保険者に負担を求めなくてはならないのか?

※標準化指数：平均所得者の保険料の応給額と応給額の比率で応給指数と応給指数を加算平均し、保険料水準を示す指標。全国平均を1として指数化したもの(平成24年8月厚生労働省調査)

**高知市の具体的事例** 世帯主38歳、妻37歳、18歳未満の子2人  
世帯の総所得 102万円(給与収入232万円)  
国保保険料 123,700円(12.0%)  
国民年金保険料 年間支払額349,220円(35.2%) 月14,960円

(資料) 第6回社会保障制度改革国民会議、全国市長会国民健康保険対策特別委員会委員長・岡崎高知市長説明資料

国民健康保険の保険料格差に関する諸指標 (平成22年度)

	保険料標準化指数	保険料(税)収納率	1人当たり法定外収入	1人当たり給付費
全 国	1.000	88.61%	11,100 円	24.3 万円
青ヶ島村	0.411	90.27%	34,091 円	18.1 万円
川上村	0.866	95.95%	—	15.4 万円
高知市	1.235	88.78%	—	28.0 万円
徳島市	1.744	84.12%	—	28.0 万円

(資料) 保険料標準化指数：厚生労働省保険局「平成22年度における保険料の地域差分析」  
その他、厚生労働省保険局「平成22年度国民健康保険事業年報」

たり給付費が青ヶ島村よりもさらに低く、保険料収納率も青ヶ島村よりも高い。その川上村の標準化指数が〇・八六六で青ヶ島村を大きく上回っているのは法定外給入を行っていないことが主因であることは明らかであろう。

一方、保険料標準化指数が全国最高の徳島市は、一人当たり給付費が高く、保険料収納率も低い。さらに法定外給入も行っていないから、標準化指数が高くなるをえな。しかし、徳島市と同じく法定外給入を行っていない高知市を比べると、一人当たり給付費には差がないにもかかわらず、標準化指数には四一％(一・七四四と一・二三五)もの大きな格差がある。その一部が保険料収納率の差(徳島市八四・一二％、高知市八八・七八％)によるものであることは明らかであるが、それでは説明し難いほどの大きな格差である。

この点に関して厚生労働省保険局調査課に問い合わせたところ、「現行制度では前期高齢者と退職者の医療に関しては制度間調整が行われているため、保険料標準化指数に大きく影響するのは退職者を除く六十五歳未満の一般被保険者の一人当たり給付費になるが、それとみると徳島市のほうが一％ほど高い(徳島市二一・一万円、高知市一九・〇万円)。また、徳島市では保険料の賦課限度額六三万円(平成二二年度)を独自に四万円引き下げて五九万円としているので、これにより所得割合が高くなっているこ

とも影響している。さらに、徳島市の次年度繰越金は一七、四八七円であり、高知市の四、六五八円を大きく上回っている(全国平均は七、四七三円)。そのため、徳島市は平成二十三年度・二十四年度と保険料を段階的に引下げっており、徳島市の平成二十二年度の保険料は当該年度の給付水準に対しては高めになっていた」とのことであった。

### 納得できない格差こそが改革の課題

いずれにしても国保の保険料「格差」については、より詳細な分析が必要ではないだろうか。

被用者保険との格差は制度間調整の課題として検討しなければならぬ。一方、国保の保険者間格差は、どのような要因によって発生しているのか、詳細な分析がほしい。年齢構成や所得水準などの構造的要因について、制度間調整や調整交付金による調整がきちんと行われているかどうか。医療費のほかに、保険料(税)収納率、一般会計からの法定外給入、共同事業などが保険料水準にどの程度影響しているか、などである。

その分析結果に納得できないものがあるとするれば、それこそが是正すべき改革の真の課題である。

(神奈川県立保健福祉大学名誉教授)

社会保障制度改革国民会議提出資料 平成25年4月19日

医療制度改革への「国民世論」把握のために  
DP(討論型世論調査)の実施を

中央大学法学部教授  
宮本太郎

# 医療制度改革に向けたDPの実施を

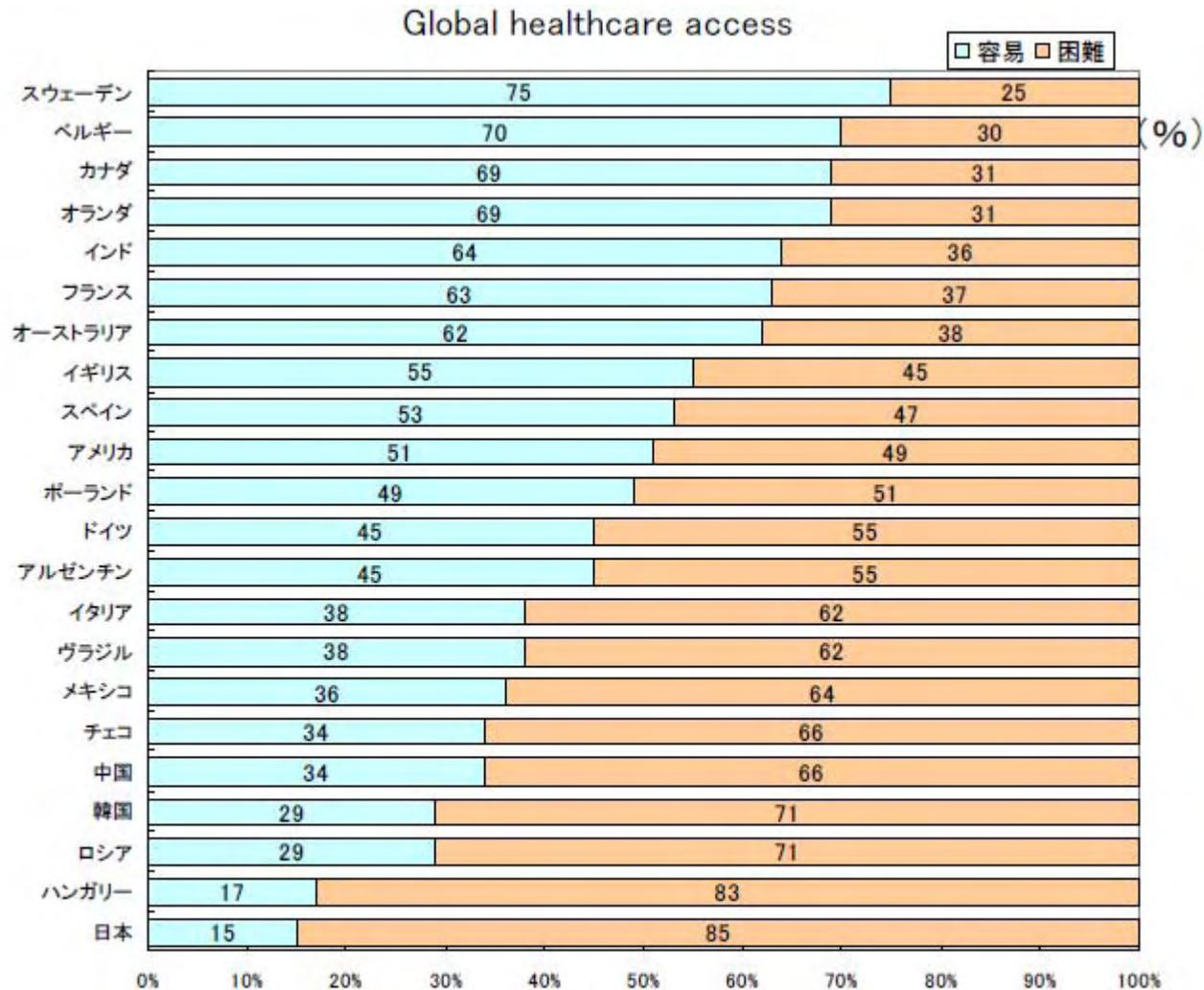
- 日本の医療が直面する困難に対処するためには

- ①医療のアクセシビリティ
- ②負担
- ③サービスの質
- ④制度の持続可能性

以上の優先順位についての世論形成が不可欠

- しかし、医療制度の客観評価はむずかしく、国際比較で見ると一般に日本人の制度評価は低い 評価についての因子分析はすすんでいない
- 他方で国民が地域医療の実態と課題について問題意識をもった地域は事態が大きく改善(兵庫県丹波市など)
- 医療制度改革をめぐる世論の把握＝形成を促進するには、無作為抽出で選ばれた市民に医療パフォーマンス、財政、医師の勤務条件などについての十分な情報を提供し討論をおこなうDP(討論型世論調査)の実施が望ましい ただしその実施方法には十分な工夫が必要

「自分の家族が重篤な病気になった場合、良質で手ごろな医療を受けることは難しいか？」に対し「困難」との回答は日本で最多 医師会の反論



出所: Reuters "For Immediate Release" Wednesday, April 15, 2010 より作成  
 参照: [http://graphics.thomsonreuters.com/1-/04/GLB\\_HEALTH0410.gif](http://graphics.thomsonreuters.com/1-/04/GLB_HEALTH0410.gif)  
 社団法人 日本医師会 (2010年5月26日 定例記者会見)

## カナダの非営利調査機関「コンファレンス・ボード・オブ・カナダ」が2009年に発表した医療制度ランキング

REPORT CARD											
Health Indicators											
	Life expectancy	Self-reported health status	Premature mortality	Mortality due to cancer	Mortality due to circulatory diseases	Mortality due to respiratory diseases	Mortality due to diabetes	Mortality due to musculo-skeletal system diseases	Mortality due to mental disorders	Infant mortality	Mortality due to medical mis-adventures
Australia	B	A	A	A	A	A	B	C	B	B	D
Austria	C	A	B	B	D	A	D	A	A	B	D
Belgium	C	A	B	B	C	D	A	B	C	A	n.a.
Canada	B	A	A	C	A	B	C	C	B	C	B
Denmark	D	A	B	D	C	C	B	D	D	A	A
Finland	C	B	B	A	D	A	A	B	C	A	A
France	B	B	B	B	A	A	A	C	B	B	C
Germany	C	B	A	B	D	A	B	A	B	B	C
Ireland	C	A	B	C	D	D	B	D	B	A	C
Italy	A	B	A	B	B	A	C	B	A	B	A
Japan	A	D	A	A	A	C	A	A	A	A	A
Netherlands	B	A	A	D	B	C	B	C	D	B	A
Norway	B	A	A	B	B	C	A	B	C	A	A
Sweden	B	A	A	A	C	A	B	B	C	A	C
Switzerland	A	A	A	A	B	A	A	C	C	B	n.a.
U.K.	C	A	B	C	C	D	A	D	C	C	B
U.S.	D	A	D	B	C	C	C	C	C	D	C

Note: Data for the most recent year available were used. For details on data sources, see the Methodology section of this website.  
Source: The Conference Board of Canada.

「第二回日本の医療に関する意識調査」(日医総研、2006年)、「OECD諸国における地域医療の満足度および医療制度の信頼度調査」(Gallup社、2009年)など相対的に高い評価がつけられた例もあるが、全般的にはやはり低い傾向

表5-2 日本の医療満足度の国際的位置

調査者 (発表年)	医療満足度の指標	調査対象国数	医療満足度(%)		日本の順位
			平均	日本	
Blendon 等(1990)	医療制度(狭)	10	28.8	29	7位
Rowland(1992)	受けている医療(狭)	5	39.4	19	5位
江口等(2004)	受けている医療(広)	4	77.8	65.8	3位
	医療制度(広)	4	48.7	27.1	4位
塚原等(2006)	受けている医療(広)	5	65.6	50.0	5位
(参)Kurata 等(1994)	受けている医療(広)	2(日米)	米88.9	72.4	

出典：文献 [4,10,1,2,13].

注：1)各調査の調査対象国は以下の通り。

Blendon 等：カナダ，オランダ，西ドイツ，フランス，オーストラリア，スウェーデン，日本，イギリス，イタリア，アメリカ。

Rowland：アメリカ，カナダ，西ドイツ，イギリス，日本。

江口等：日本，韓国，フランス，アメリカ。

塚原等：日本，アメリカ，イギリス，ドイツ，フランス。

2)医療満足度の平均は調査国の単純平均，筆者試算。

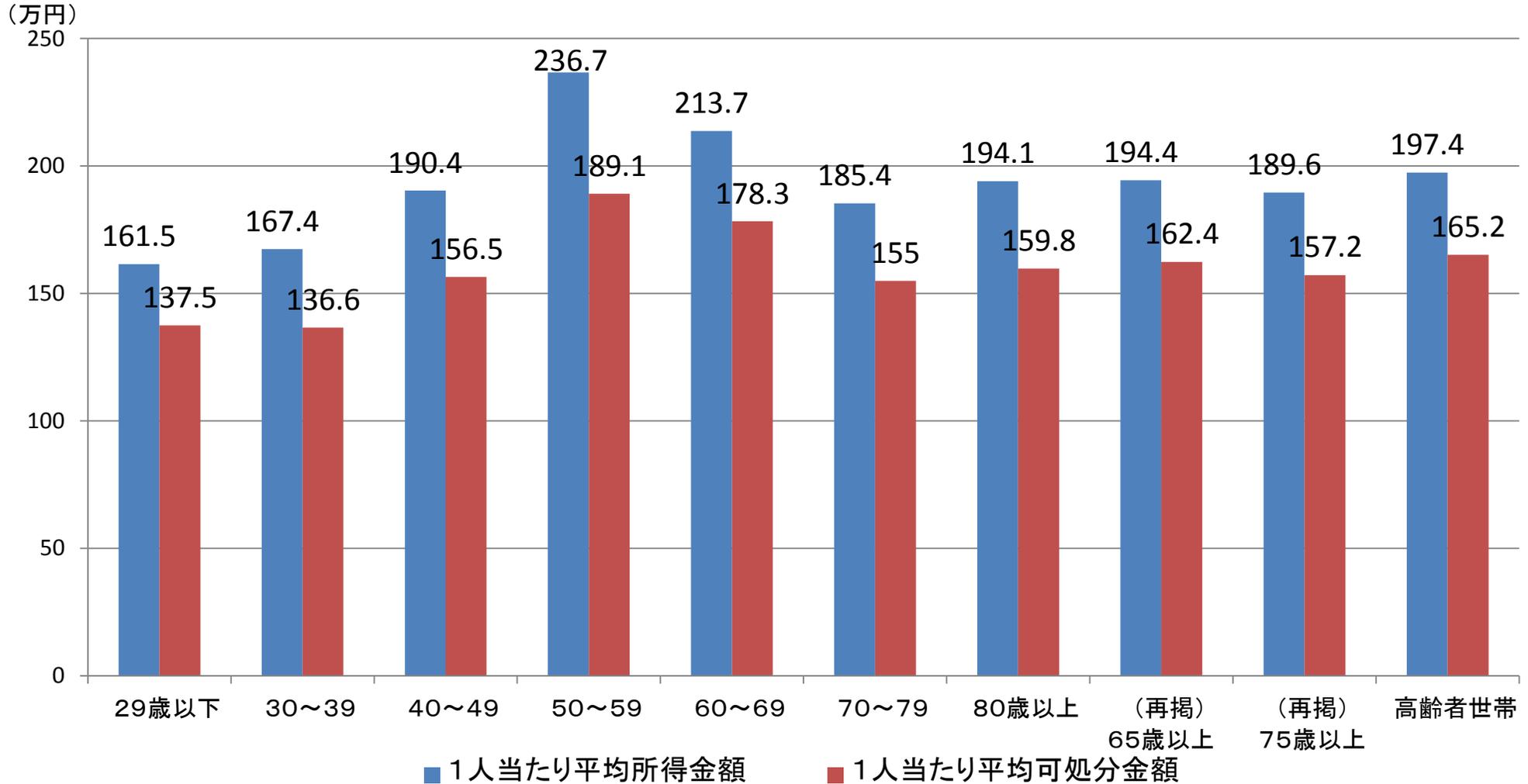
出所：二木立『医療改革』勁草書房、2007年

# これまでの国民会議における指摘に関する資料

- 世帯主の年齢別 世帯1人当たりの所得等の状況……………(p2)
- 国民医療費に占める薬剤費の推計……………(p3)
- 現役世代の保険料のうち拠出金の占める割合……………(p10)
- 産科医・小児科医の不足への対応……………(p12)
- 介護納付金の総報酬割導入の影響……………(p17)
- 要介護度・所得階級別サービス利用状況……………(p18)
- 介護保険第1号保険料……………(p22)
- 住民税(均等割)の非課税限度額……………(p23)

# 世帯主の年齢別 世帯1人当たり平均所得と平均可処分所得（平成22年）

世帯1人当たりの平均所得・平均可処分所得を世帯主の年齢別にみた場合、高齢者世帯が特に低いわけではない。



※ 「平成23年国民生活基礎調査」より作成。

※ 「高齢者世帯」・・・65歳以上の者のみで構成するか、またはこれに18歳未満の未婚者が加わった世帯  
 その他は、世帯主の年齢が当該年齢に属していることを表す。(例)「29歳以下世帯」・・・世帯主の年齢が29歳以下の世帯。

# 薬剤費及び推定乖離率の年次推移

年度	国民医療費 (A)	薬剤費 (B)	薬剤費比率 (B/A)	推定乖離率 (C)
	(兆円)	(兆円)	(%)	(%)
平成5年度	24.363	6.94	28.5	19.6
平成6年度	25.791	6.73	26.1	—
平成7年度	26.958	7.28	27.0	17.8
平成8年度	28.454	6.97	24.5	14.5
平成9年度	28.915	6.74	23.3	13.1
平成10年度	29.582	5.95	20.1	—
平成11年度	30.702	6.02	19.6	9.5
平成12年度	30.142	6.08	20.2	—

年度	国民医療費 (A)	薬剤費 (B)	薬剤費比率 (B/A)	推定乖離率 (C)
平成13年度	31.100	6.40	20.6	7.1
平成14年度	30.951	6.39	20.7	—
平成15年度	31.538	6.92	21.9	6.3
平成16年度	32.111	6.90	21.5	—
平成17年度	33.129	7.31	22.1	8.0
平成18年度	33.128	7.10	21.4	—
平成19年度	34.136	7.40	21.7	6.9
平成20年度	34.808	7.38	21.2	—
平成21年度	36.007	8.01	22.3	8.4

※平成23年度の推定乖離率は8.4%

(注)

- ・国民医療費（厚生労働省大臣官房統計情報部調べ）は、当該年度内の医療機関等における傷病の治療に要する費用を推計したものであり、医療保険の医療費総額に、労災、原因者負担（公害健康被害等）、全額自己負担、鍼灸等を加えたものである。
- ・薬剤費は、労災等においても医療保険と同じ割合で薬剤が使用されたものと仮定し、国民医療費に医療保険における薬剤費比率をかけて推計している。
- ・推定乖離率における「—」は薬価調査を実施していないため、データが無いことを示している。
- ・平成12年度の介護保険の創設により国民医療費の一部が介護保険へ移行。また、平成14年10月以降、老人医療の対象年齢を段階的に引上げ。

# IMS Healthによる先発、後発医薬品カテゴリの対比

IMS Health: 1954年ドイツで設立された医薬品、医療市場統計や研究、コンサルタントを行うグローバル企業。市場データは、世界100か国以上をカバーしている。

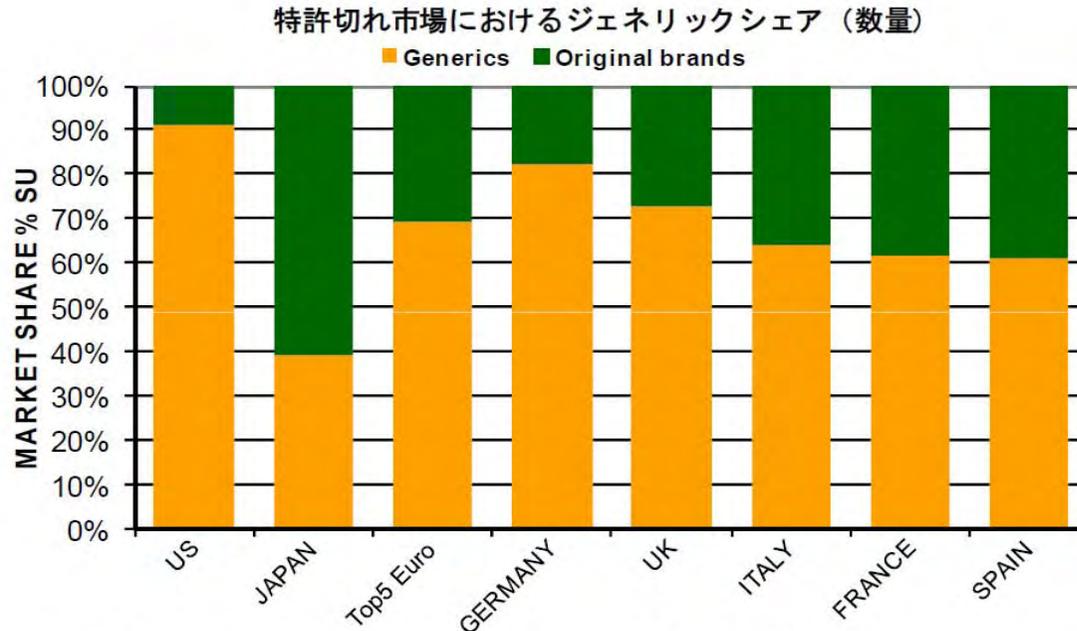
- Protected brands: 保護ありの先発品(現在パテントなどにより守られている製品)。
- No longer protected brands: 過去はパテントなどにより守られていたが、現在は守られていない製品。保護切れ先発品とブランドジェネリック。
- Generics: 後発医薬品。
- Other: パテントのはっきりしないもの、概念にそぐわないもの(ビタミン、ミネラルなど) など。

## 薬価基準収載品目の分類別の品目数及び市場シェアとの対応

(品目数は平成24年4月時点、数量シェア及び金額シェアは平成23年9月調査時の数量、薬価による。)  
(厚生労働省調べ)

		品目数	数量シェア	金額シェア	
先発医薬品	後発品なし	1,978	19.1%	47.9%	← Protected brands
	後発品あり	1,518	34.3%	35.2%	← No longer protected brands
後発医薬品		7,562	22.8%	8.8%	← Generics
その他の品目(局方品、生薬等)		3,844	23.9%	8.1%	← Others

# 特許切れ市場における長期収載品・後発医薬品シェア (数量ベース、2010年)



- Original Brand: 後発品がある先発品(長期収載品)。
- Generics: 後発品。

- 分母: 医家向け市場(病院・開業医・薬局含む)工場出荷量。
- 分子: 各カテゴリの工場出荷量の小計

Source: IMS Health, MIDAS, Market Segmentation, MAT Dec 2010, Rx only.  
 Note: 母数は特許切れ市場。特許ありの先発品市場は対象外。SU(Standard Units)ベース。SUとは、異なる剤型間を比較するために、IMSが定義した剤型別の使用量で、強度は考慮されない。錠剤は1錠、散剤は1g、バイアルは1本でカウントされる。

「No longer Protected Brands」には、後発品がない特許切れ先発品も含まれるが、「Original Brands」には、後発品がない特許切れ先発品は含まれない。

Copyright 2012 IMS Health. All rights reserved. 無断複製禁止



後発品置き換え可能な市場(特許切れ市場)における後発品の割合は、米国は大きく、日本は比較的小さい。欧州市場は、日米の間であるが、国による違いがあり、フランス、スペインが6割程度。

## 薬価基準収載品目の分類別の数量シェア

		平成17年 9月調査	平成19年 9月調査	平成21年 9月調査	平成23年 9月調査
先発医薬品	後発品なし	21.4%	21.6%	18.9%	19.1%
	後発品あり(A)	34.9%	34.9%	36.3%	34.3%
後発医薬品(B)		16.8%	18.7%	20.2%	22.8%
その他の品目(局方品、生薬等)		27.0%	24.8%	24.6%	23.9%
(A)+(B) <sup>※1</sup>		51.7%	53.6%	56.5%	57.1%
(B)／(A)+(B) <sup>※2</sup>		32.5%	34.9%	35.8%	39.9%

※1 後発品置き換え可能な市場のシェア

※2 後発品置き換え可能な市場における後発品のシェア。

- 全体に占める後発医薬品の割合だけでは、置き換え不能な部分を含んでしまうため最大値が100%にならない。
- 欧米との比較の観点からも、後発品置き換え可能な市場における後発品の割合をもとに後発医薬品への置き換え状況を評価する方が合理的。

**後発品置き換えペースを3種の方法により推計****(1) 薬価調査の実績ベース〔低位推計〕**

- 平成21年度及び平成23年度薬価調査の増加率を延長して推計。

つまり、平成21年度(20.2%)及び平成23年度(22.8%)薬価調査の結果から、一月当たり後発品シェアの増加率を+0.108%/月とし、恒常的に増加し続けると推計した。

(注) 留意点として、平成24年度診療報酬改定等の影響を十分に評価できていない可能性がある。

**(2) 調剤メディアス<sup>※1</sup>の実績ベース〔高位推計〕**

- 過去の実績(別紙参照)から、診療報酬改定時期の急激な増加と、恒常的な増加に区分して推計。

つまり、診療報酬改定時には後発品シェアが+2%増加し、かつ、恒常的に+0.08%/月で増加し続けると推計した。

(注) 留意点として、調剤医療費の実績値を基にしており、入院等の調剤以外の分野において薬剤の使用動向が異なる可能性がある。

また、過去の診療報酬改定と同等の政策誘導が継続されることを前提としている。

※1 「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」(厚生労働省保険局調査課)

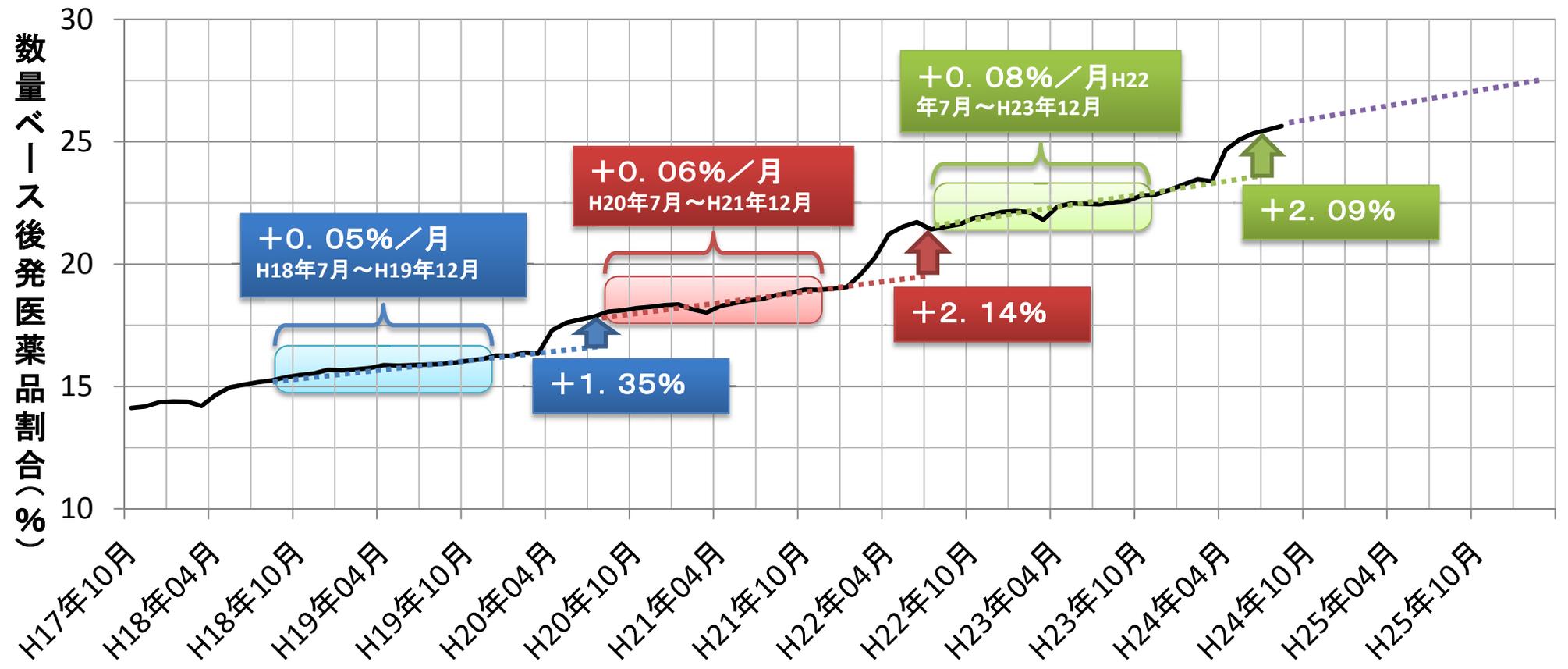
**(3) (1)及び(2)の合算〔中位推計〕**

- 調剤分は調剤メディアスの実績をベースに推計し、入院等の調剤以外分は薬価調査の実績をベースに推計。(調剤と入院・入院外・歯科といった調剤以外の分野では、薬剤の使用動向が異なる可能性があるが、各診療種類での数量ベース後発品シェアは明らかでないため。)

つまり、調剤分(薬剤費の構成割合で54.3%<sup>※2</sup>)については(2)の推計方法を用い、調剤以外分(薬剤費の構成割合で45.6%<sup>※2</sup>)については(1)の推計方法を用いて算出し、合算することで増加ペース推計した。

※2 薬剤費の構成割合について、平成21年度薬剤費(平成24年6月6日中医協資料より)全体8.01兆円、調剤医療費(調剤メディアスより)4.35兆円(構成割合54.3%)から、調剤以外3.66兆円(構成割合45.6%)とした。

# 調剤メディアスにおける数量ベース後発品割合の推移実績



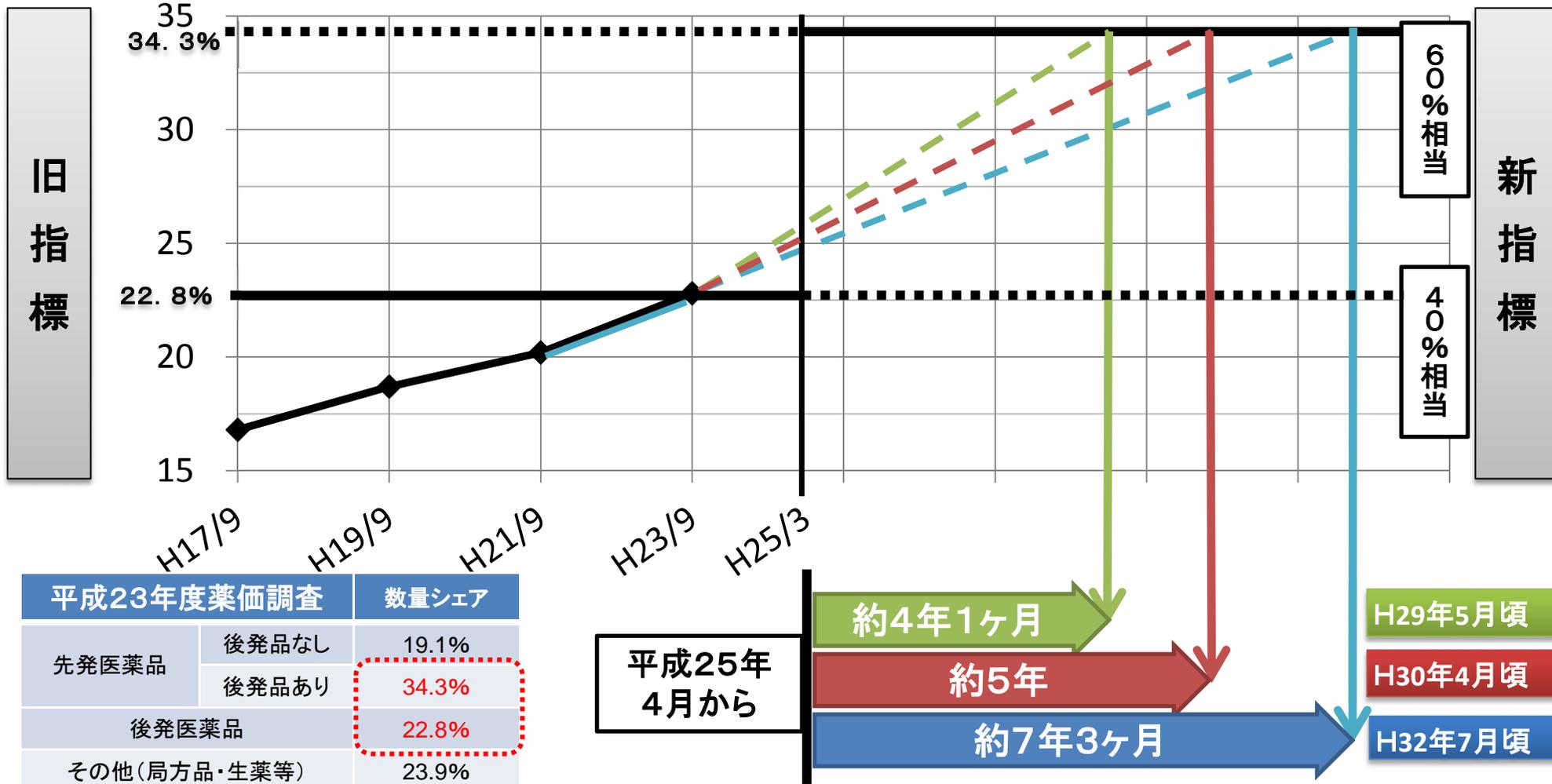
[出典]最近の調剤医療費(電算処理分)の動向(調剤メディアス 特別集計)(保険局調査課)

(注)本後発医薬品割合(数量ベース)には、特殊ミルク製剤等の除外品目を含んで算出している。

- 診療報酬改定前後3ヶ月の改定影響が大きい時期と、それ以外の改定影響が小さい時期に区分される。
- 改定影響が小さい時期では、継続的に+0.05%~0.08%/月のペースで増加し、改定影響が大きい時期で+1.4~2.1%増加した。

# 後発品置換え率の将来推計に基づく到達期間

数量ベース後発医薬品割合(%)



## 新旧指標の相対性

○平成23年の薬価調査から、後発品の数量シェアが22.8%(旧指標)は、下式1のとおり、新指標で40%に相当し、新指標における60%は、下式2のとおり、旧指標の34.3%に相当する。

[式1]  $22.8\% \times 100 \div (22.8\% + 34.3\%) = 39.9\%$

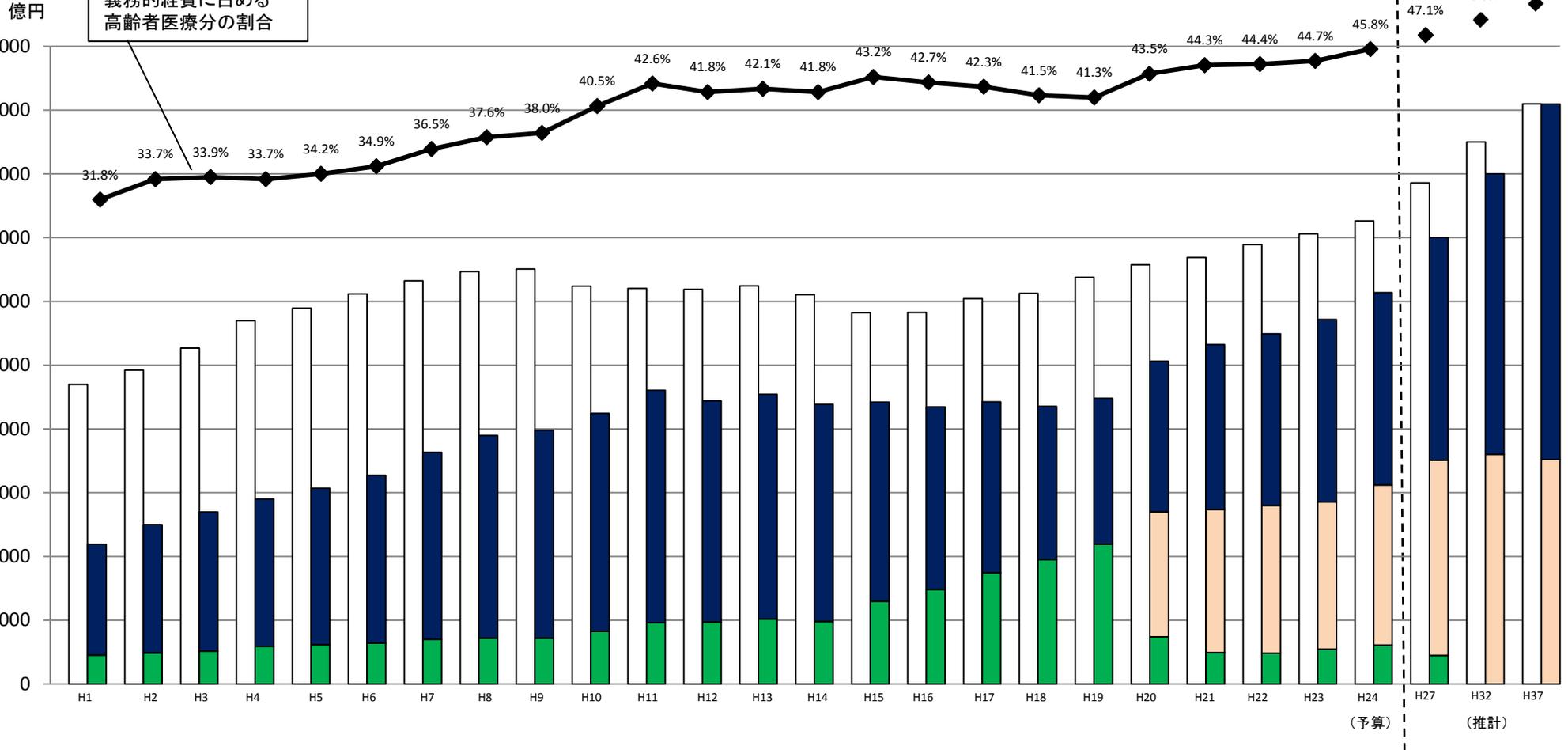
[式2]  $34.3\% \times 100 \div (22.8\% + 34.3\%) = 60.1\%$

# 高齢者の支援金等の推移(健保組合)

- 法定給付費
- 後期高齢者支援金(老人保健拠出金)
- 前期高齢者納付金
- 退職者給付拠出金

高齢者医療分

義務的経費に占める  
高齢者医療分の割合



(予算) (推計)

※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金(平成19年度以前は退職者給付拠出金)及び後期高齢者支援金(平成19年度以前は老人保健拠出金)の合計額である。

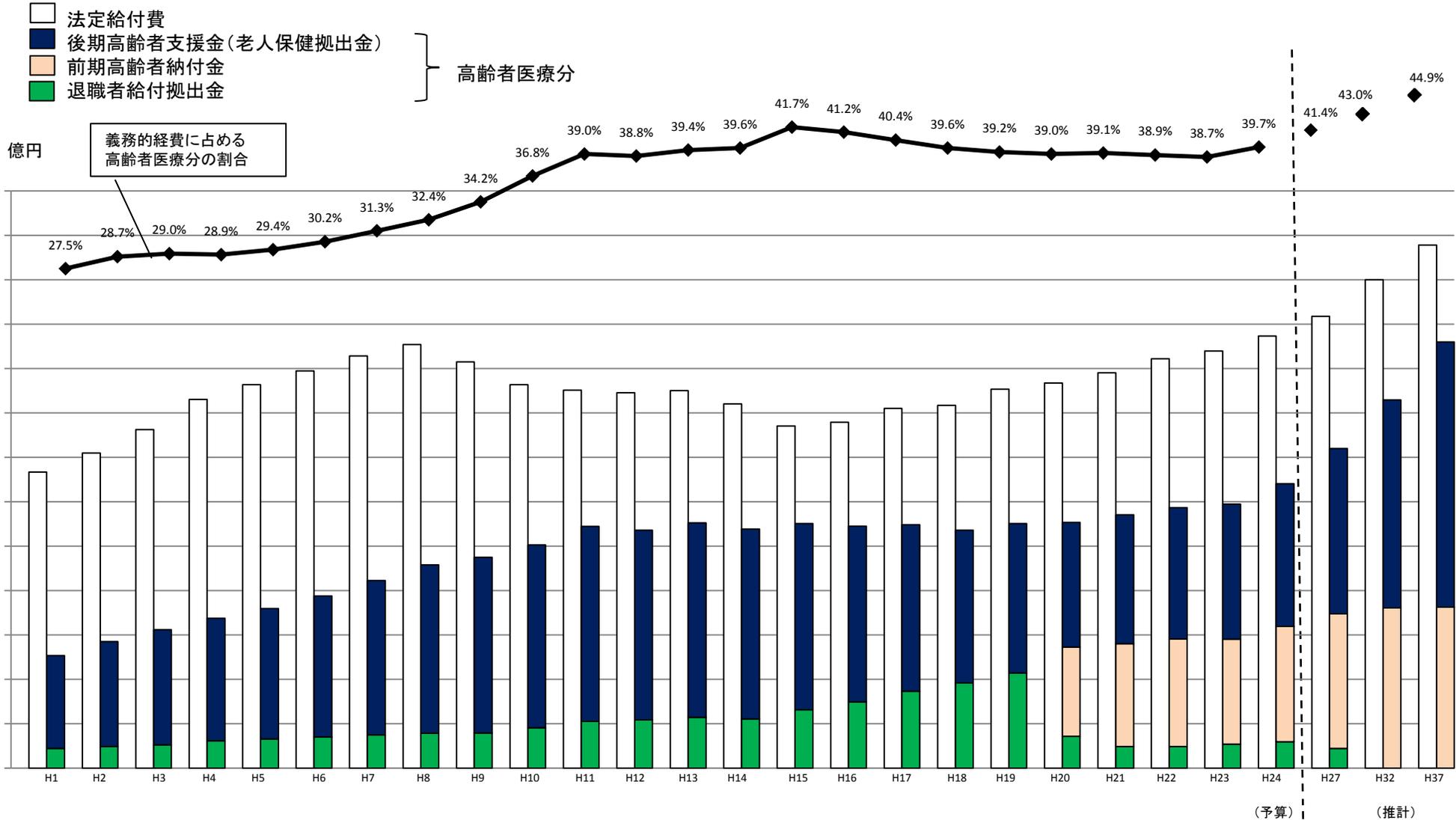
なお、平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

※法定給付費は、平成23年度までは実績額を、平成24年度は予算額を用いている。

※後期高齢者支援金等は、平成22年度までは医療給付費等実績に基づいた確定額を、平成23年度と平成24年度は医療給付費等見込みに基づいた概算額を用いている。

※平成27年度以降は、「社会保障に係る費用の将来推計の改定」(平成24年3月)の現状投影シナリオをベースに推計。

# 高齢者の支援金等の推移(協会けんぽ)



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金(平成19年度以前は退職者給付拠出金)及び後期高齢者支援金(平成19年度以前は老人保健拠出金)の合計額である。  
 なお、平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。  
 ※法定給付費は、平成23年度までは実績額を、平成24年度は予算額を用いている。  
 ※後期高齢者支援金等は、平成22年度までは医療給付費等実績に基づいた確定額を、平成23年度と平成24年度は医療給付費等見込みに基づいた概算額を用いている。  
 ※平成27年度以降は、「社会保障に係る費用の将来推計の改定」(平成24年3月)の現状投影シナリオをベースに推計。

# 小児科・産婦人科の現状と課題

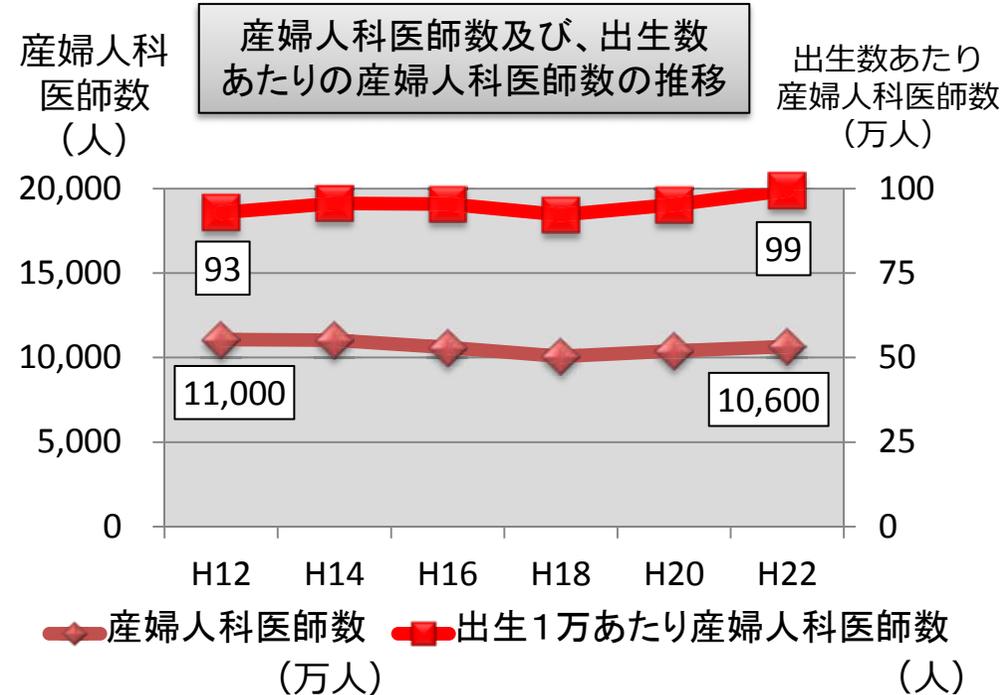
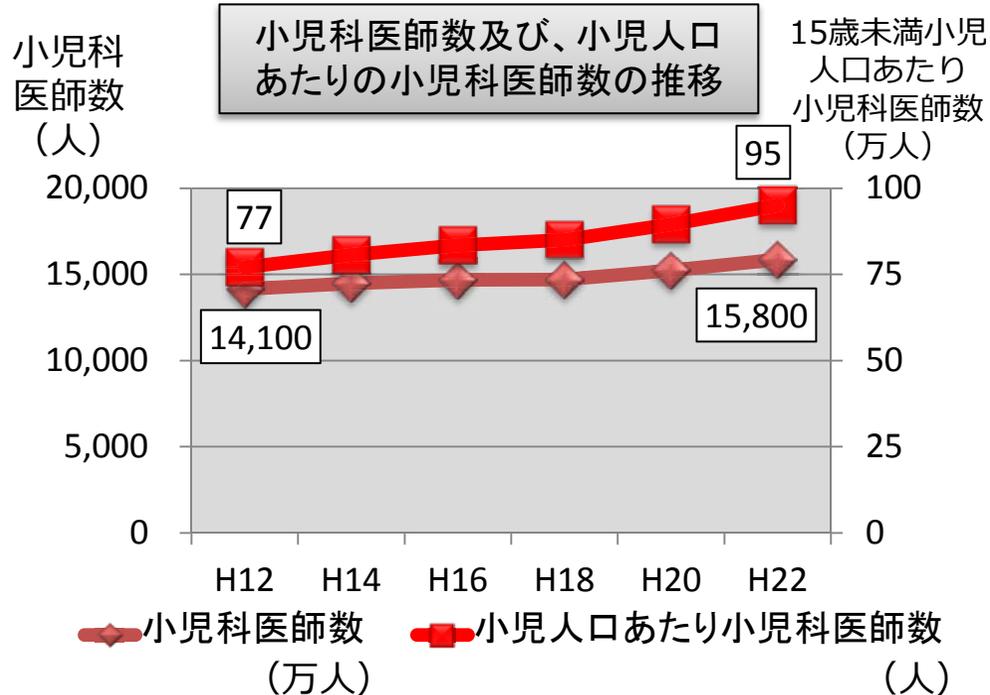
## 現状

医師数の推移として、小児科医師数は増加、産婦人科医師数は減少している。

- ・ 小児科医師数は平成12年から22年で14,156人から15,870人に増加している。
- ・ 産婦人科医師数は平成12年から22年で11,059人から10,652人に減少している。

一方で、対象となる小児人口、出生数はいずれも減少しており、小児人口や出生数に対する小児科医師数、産婦人科医師数は増加している。

(平成12-22年 人口動態調査及び医師・歯科医師・薬剤師調査を元に医政局指導課作成)



小児科・産婦人科の医師を確保し、医療提供体制を整備することが課題である。

# 子ども・子育てビジョン（平成22年1月29日閣議決定）（抄）

小児医療・周産期医療体制を確保するため、「子ども・子育てビジョン（平成22年1月29日閣議決定）」において具体的な施策やそれに関する数値目標を定め、取り組んでいるところ。

全国的には目標に向けて着実に進んでいるものの、地域差がみられることから、引き続き取り組む必要がある。

## 第4 目指すべき社会への政策4本柱と12の主要施策

### 2. 妊娠、出産、子育ての希望が実現できる社会へ

#### (4) 安心して妊娠・出産できるように

- ・ 妊婦健診や出産に係る経済的負担の軽減、新生児集中治療管理室（NICU）の整備等、相談支援体制の整備（妊娠・出産・人工妊娠中絶など）等により、妊娠・出産の支援や周産期医療体制（産婦人科医師、助産師等を含む。）を確保します。

#### (6) 子どもの健康と安全を守り、安心して医療にかかれるように

- ・ 子どもが病気になっても安心して医療にかかれるよう、小児医療体制を整備するとともに、あらゆる子どもを対象に、一定の窓口負担で医療にかかれるようにします。

### 【施策の具体的内容】

### 2. 妊娠、出産、子育ての希望が実現できる社会へ

#### (4) 安心して妊娠・出産できるように

「妊娠・出産の支援体制、周産期医療体制を確保する」

##### □ 周産期医療体制の整備・救急搬送受入体制の確保

- ・ 地域における周産期医療の中核となる総合周産期母子医療センター及びそれを支える地域周産期母子医療センター等への支援（新生児集中治療管理室（NICU）の整備等）、周産期医療に携わる医師・助産師等の確保、救急搬送受入体制の確保を図ります。

#### (6) 子どもの健康と安全を守り、安心して医療にかかれるように

「小児医療体制を確保する」

##### □ 小児医療の充実

- ・ 休日・夜間も含め、小児救急患者の受入ができる体制を整備します。また、子どもについては、親の保険料の滞納にかかわらず、一定の窓口負担で医療にかかれるようにします。

### 【施策に関する数値目標】

項目	現状	目標 (平成26年度)
新生児集中治療管理室（NICU）病床数 (出生1万人当たり)	26.3床 (23.10.1)	25～30床
常時診療体制が確保されている小児救急医療圏数	341地区 (23.9.1)	全圏域 (364地区)

# 小児医療・周産期医療に関する取組（1）

## 医師確保に関する取組

- 産科医、麻酔科医、新生児医療担当医、小児科医や救急医の手当に対する財政支援
- 特定の地域や医師不足の診療科での勤務を条件とする地域枠を設定
- 地域の医療課題の解消を図るため、「地域医療再生基金」を通じて、都道府県による医師確保対策を支援
- キャリア形成支援と一体的に医師不足病院の医師確保の支援を行う「地域医療支援センター」の運営について、財政支援

### 奨学金の例

※貸与額及び返還免除要件については、各都道府県がその実情に応じて、独自に設定。

### 1. 貸与額

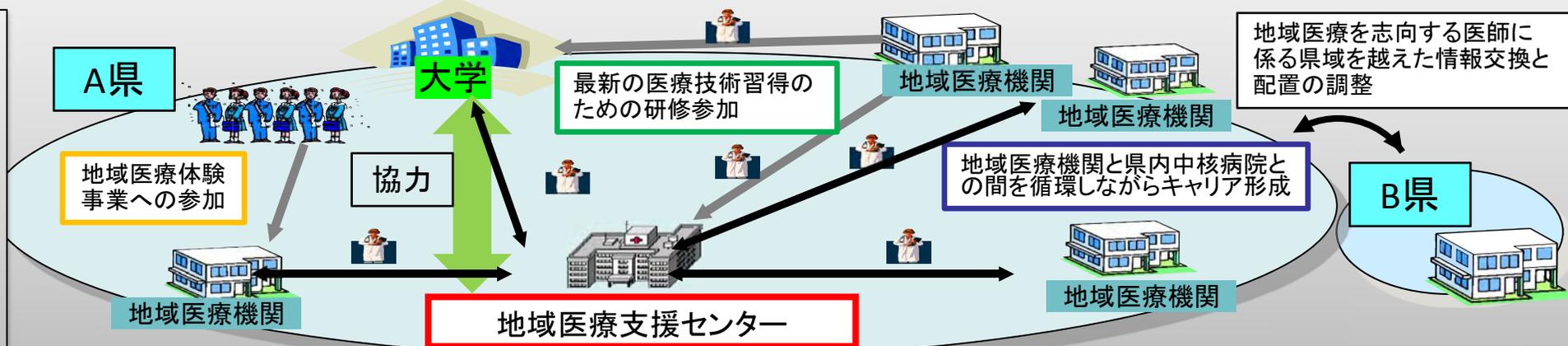
- 月額10～15万円 ※入学金等や授業料など別途支給の場合あり
- 6年間で概ね1200万円前後 ※私立大学医学生等には、別途加算の場合あり  
(参考)全学部平均の学生の生活費(授業料含む)は国立大学で約140万/年、私立大学で約200万/年  
出典(独)日本学生支援機構 学生生活調査(平成20年度)

### 2. 返還免除要件

- 医師免許取得後、下記のような条件で医師として貸与期間の概ね1.5倍(9年間)の期間従事した場合、奨学金の返還が免除される。
  1. 都道府県内の特定の地域や医療機関(公的病院、都道府県立病院、市町村立病院、へき地診療所等)
  2. 指定された特定の診療科(産婦人科・小児科等の医師不足診療科)

地域枠

地域医療支援センター



# 小児医療・周産期医療に関する取組（2）

## 医療提供体制整備に関する取組

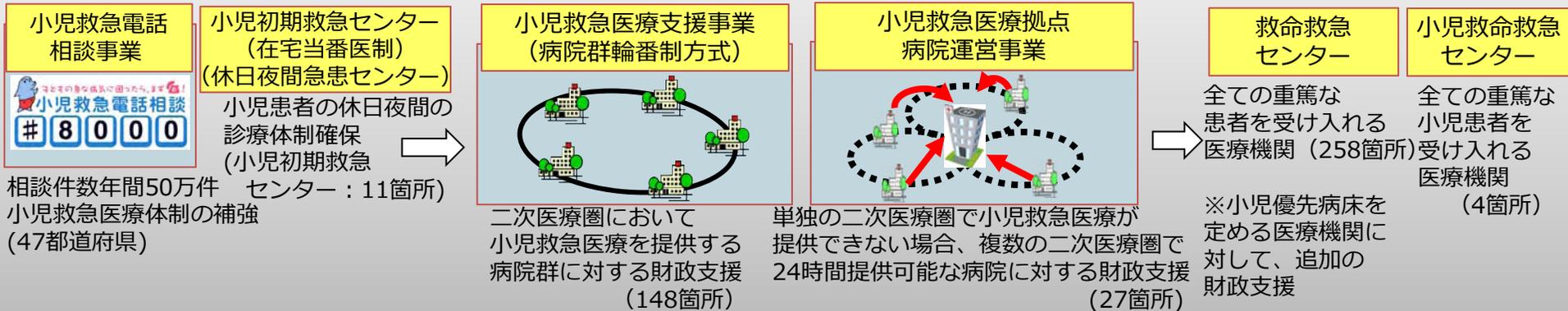
- 小児医療・周産期医療をはじめ、医療提供体制を確保するため、都道府県による医療計画の策定を支援
- 小児救急電話相談の実施や、小児救急医療拠点病院、小児救命救急センターの整備等による、小児救急医療体制の充実・強化
- 周産期母子医療センターに対する財政支援を通じた、周産期医療体制の充実・強化

### 初期救急医療体制

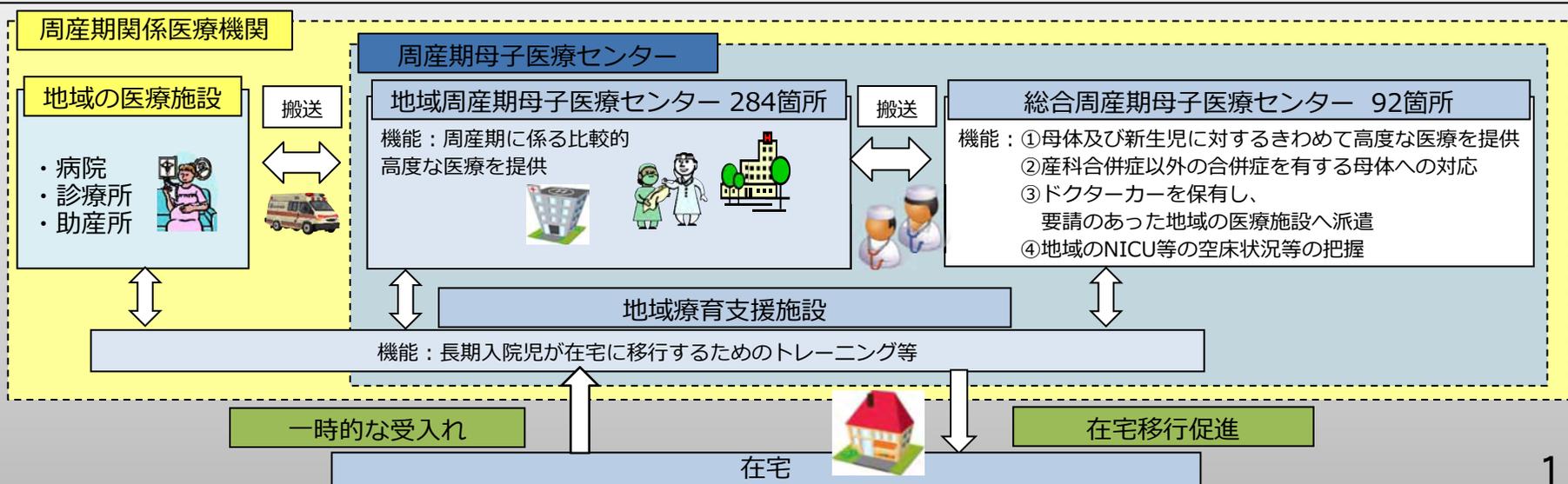
### 二次救急医療体制

### 三次救急医療体制

小児救急医療体制



周産期医療体制



# 小児医療・周産期医療に関する取組（3）

## 医療従事者の勤務環境改善に関する取組

医師や看護職員等の幅広い医療スタッフを含めた医療機関全体で「雇用の質」の向上に取り組むことが重要であるとの認識の下、平成25年以降の対応を含めた検討の結果を、「医療分野の『雇用の質』向上プロジェクトチーム報告」（「平成25年報告書」）として取りまとめた。

### 各医療機関の「雇用の質」向上に関する取組

#### 「雇用の質」向上マネジメントシステム

医療機関等の責任者やスタッフが集まり協議



現状の評価

課題の抽出

改善方針の決定

ガイドラインなどを参考に改善計画を策定

Plan

計画策定

Act

更なる改善

Do

取組の実施

Check

定期的な評価

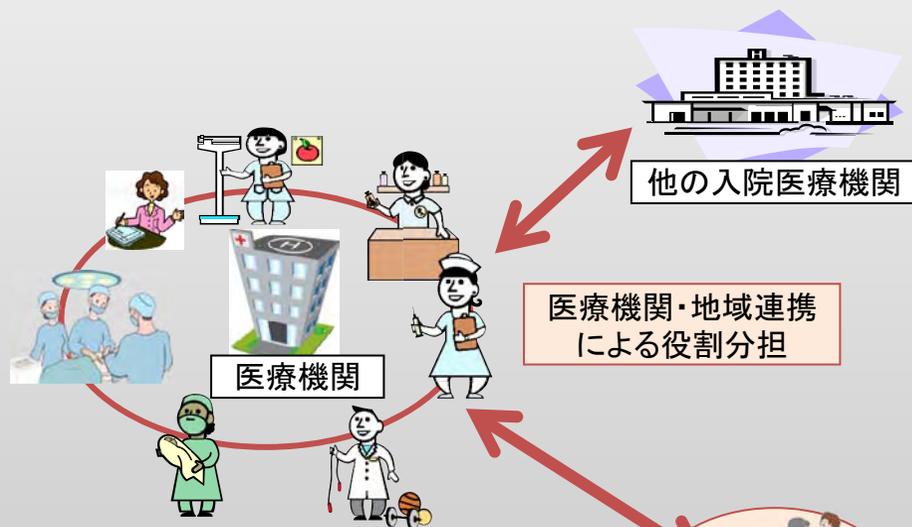
マンパワーの確保

ワンストップの外部専門家チーム支援

活用できるデータベース構築

行政による医療機関への支援

### 多面的で重層的な連携による医療従事者の労働環境改善



- ・医療機関における各職の業務見直し  
チーム医療による多職種連携
- ・勤務医の負担軽減  
医師事務・看護業務補助者の導入  
勤務シフトの工夫  
短時間正職員の導入  
院内保育整備  
休暇取得促進

開業医・在宅医療・介護・福祉

地域レベルでの連携  
医療、労働、行政の連携

# 介護納付金の総報酬割について

(現行制度における第2号被保険者一人当たりで見た負担額と報酬額の比較)

## ○ 健保組合と協会けんぽの比較

	現行			総報酬割とした場合	
	第2号被保険者一人当たり負担額 (労使含めた月額) (A)	第2号被保険者一人当たり報酬額 (年額) (B)	(A)x12/(B)	報酬額に対する負担割合 (C)	第2号被保険者一人当たり負担額(労使含めた月額) (B)x(c)/12
健保組合 (全組合(1,443組合)平均)	4,463円	448万円	1.20%	1.37%	5,104円 【+641円】
協会けんぽ (国庫補助がない場合の負担額)	3,731円 (4,463円)	303万円	1.48% (1.77%)		3,455円 【-276円】

## ○ 健保組合内でも、組合によって負担能力は様々。

	現行			総報酬割とした場合	
	第2号被保険者一人当たり負担額 (労使含めた月額) (A)	第2号被保険者一人当たり報酬額 (年額) (B)	(A)x12/(B)	報酬額に対する負担割合 (C)	第2号被保険者一人当たり負担額(労使含めた月額) (B)x(c)/12
上位10組合 平均	4,463円	827万円	0.65%	1.37%	9,427円 【+4,964円】
下位10組合 平均		274万円	2.03%		3,127円 【-1,336円】

※ 平成23年度決算見込み数値データ。

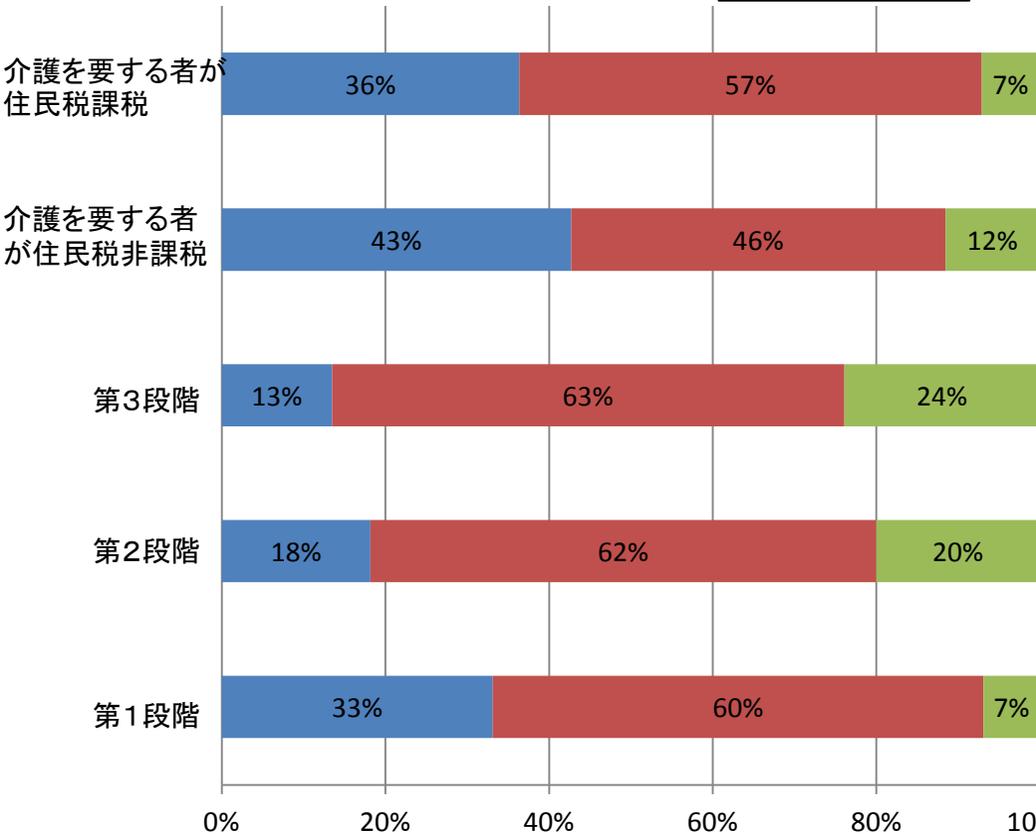
※ 被扶養者の報酬を「0」とみなして第2号被保険者の一人当たりの報酬額を算定している。

# 要介護度別・所得階級別の居宅サービスの利用状況

在宅における介護を要する者のうち、高所得者の方が居宅介護サービスを多く利用しているかどうかについては、この調査からは全体として顕著な傾向は見られない。

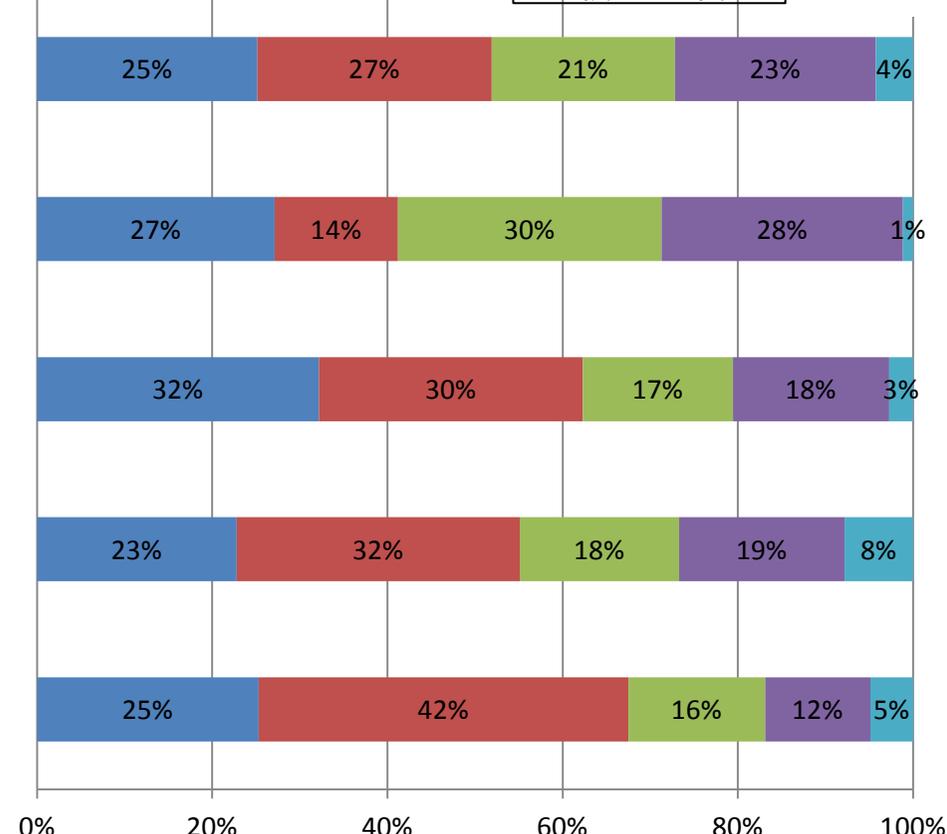
## 要支援1

上限4970単位 N=515



## 要支援2

上限10400単位 N=601



■ 居宅サービスの費用なし ■ 5,000円未満 ■ 5,000円～1万円未満 ■ 1～2万円未満 ■ 2～3万円未満 ■ 3～4万円未満 ■ 4万円以上

(注1) 介護保険料所得段階における第1段階とは、生活保護及び老福年金受給者。第2段階とは、介護を要する者の世帯全員が住民税非課税であり、公的年金等収入金額+合計所得金額が年80万円以下の者。第3段階とは世帯全員が住民税非課税で第2段階以外の者。

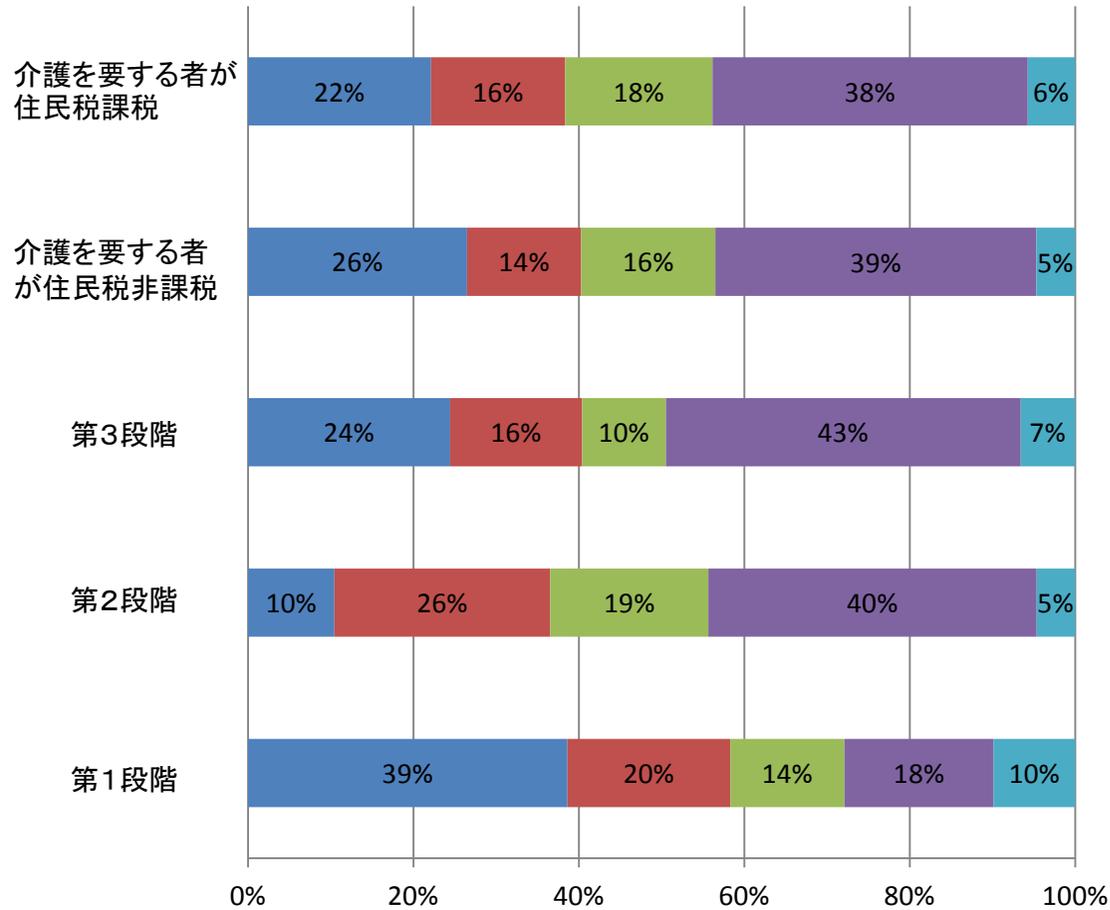
(注2) 要介護度不詳、年齢不詳、介護保険料所得段階不詳、自己負担費用額不詳及び65歳未満は除いた。

(注3) 各要介護度における最大の自己負担額階級はそれ以上の階級を含む。

(注4) 平成22年国民生活基礎調査(介護票)特別集計を老健局が分析した。

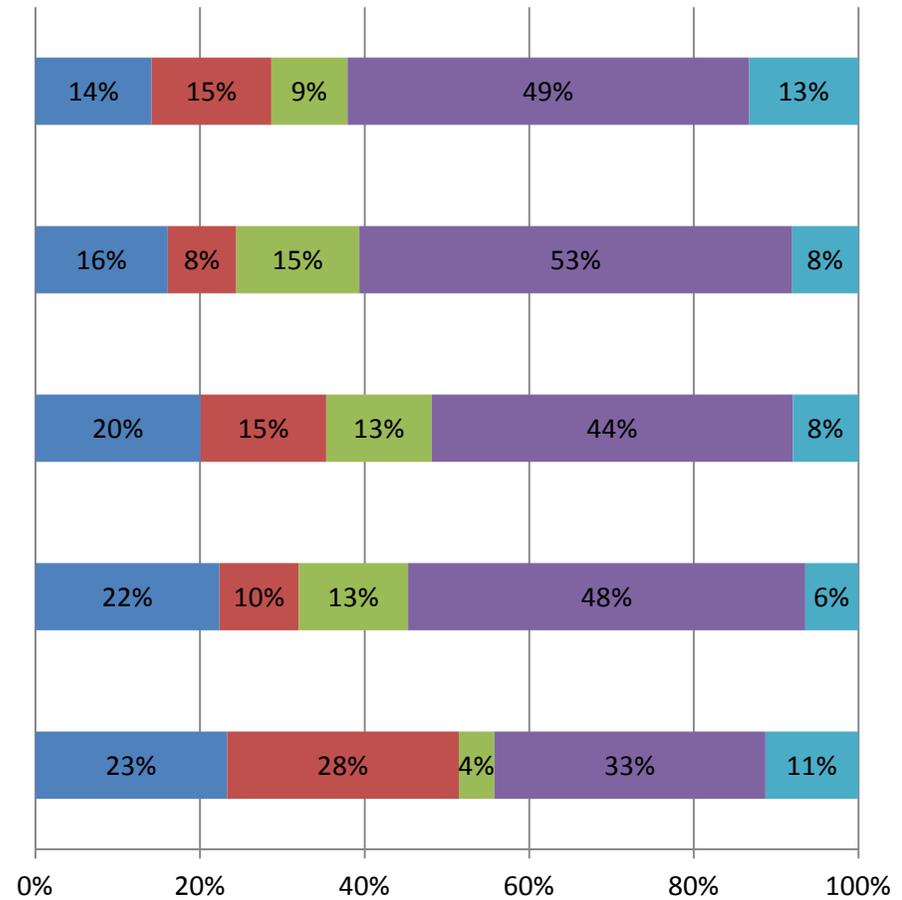
## 要介護1

上限16580単位 N=748



## 要介護2

上限19480単位 N=821



■ 居宅サービスの費用なし ■ 5,000円未満 ■ 5,000円～1万円未満 ■ 1～2万円未満 ■ 2～3万円未満 ■ 3～4万円未満 ■ 4万円以上

(注1) 介護保険料所得段階における第1段階とは、生活保護及び老福年金受給者。第2段階とは、介護を要する者の世帯全員が住民税非課税であり、公的年金等収入金額+合計所得金額が年80万円以下の者。第3段階とは世帯全員が住民税非課税で第2段階以外の者。

(注2) 要介護度不詳、年齢不詳、介護保険料所得段階不詳、自己負担費用額不詳及び65歳未満は除いた。

(注3) 各要介護度における最大の自己負担額階級はそれ以上の階級を含む。

(注4) 平成22年国民生活基礎調査(介護票)特別集計を老健局が分析した。

# 要介護3

上限26750単位 N=599

# 要介護4

上限30600単位 N=386

介護を要する者が  
住民税課税



介護を要する者  
が住民税非課税



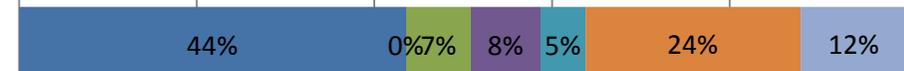
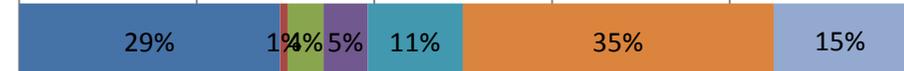
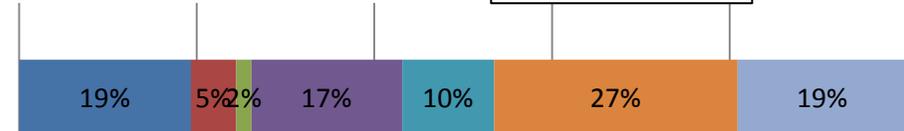
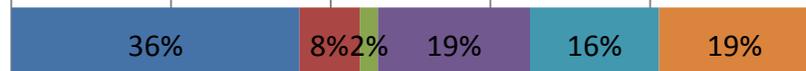
第3段階



第2段階



第1段階



■ 居宅サービスの費用なし ■ 5,000円未満 ■ 5,000円～1万円未満 ■ 1～2万円未満 ■ 2～3万円未満 ■ 3～4万円未満 ■ 4万円以上

(注1) 介護保険料所得段階における第1段階とは、生活保護及び老福年金受給者。第2段階とは、介護を要する者の世帯全員が住民税非課税であり、公的年金等収入金額＋合計所得金額が年80万円以下の者。第3段階とは世帯全員が住民税非課税で第2段階以外の者。

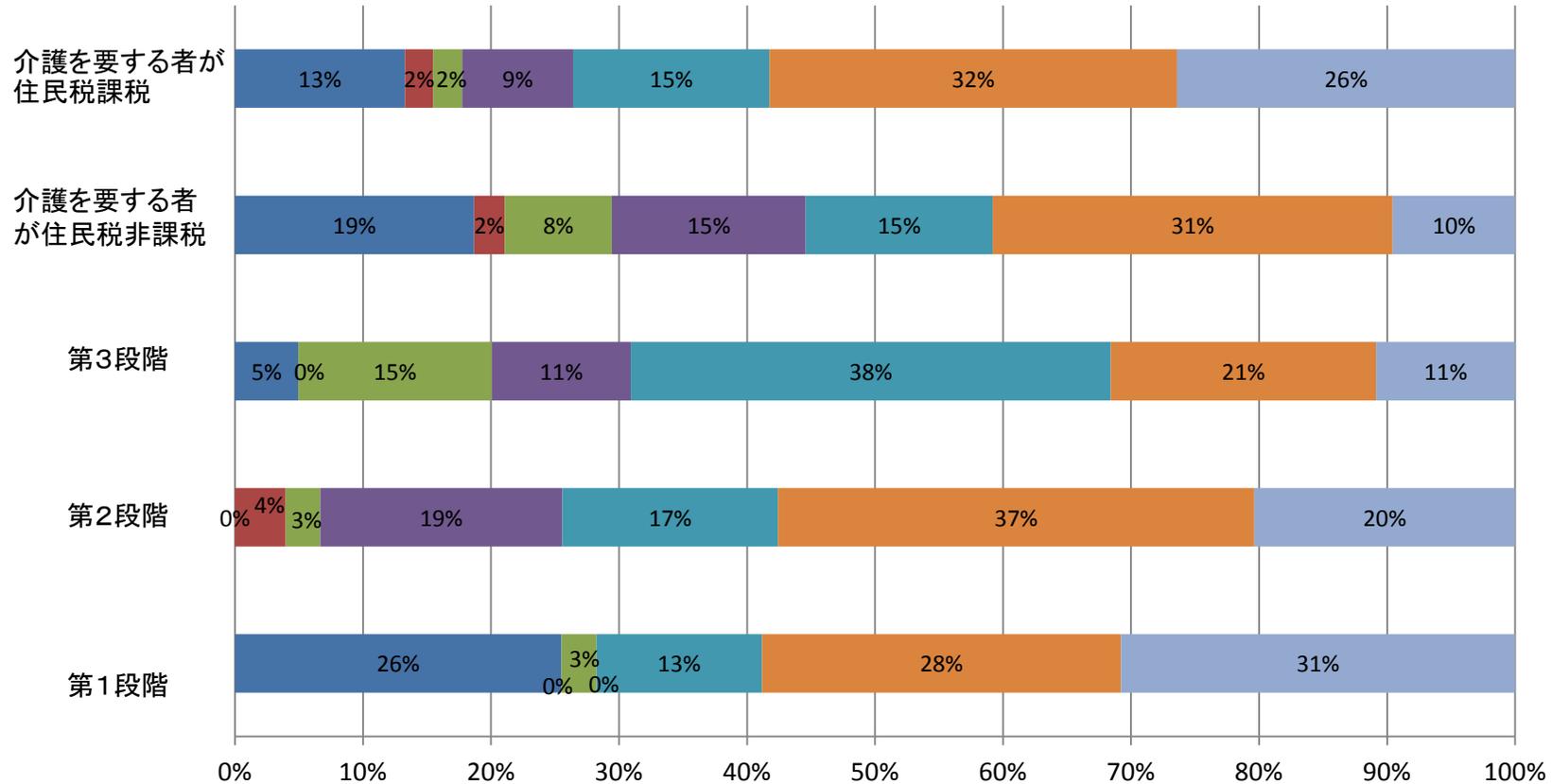
(注2) 要介護度不詳、年齢不詳、介護保険料所得段階不詳、自己負担費用額不詳及び65歳未満は除いた。

(注3) 各要介護度における最大の自己負担額階級はそれ以上の階級を含む。

(注4) 平成22年国民生活基礎調査(介護票)特別集計を老健局が分析した。

# 要介護5

上限35830単位 N=285

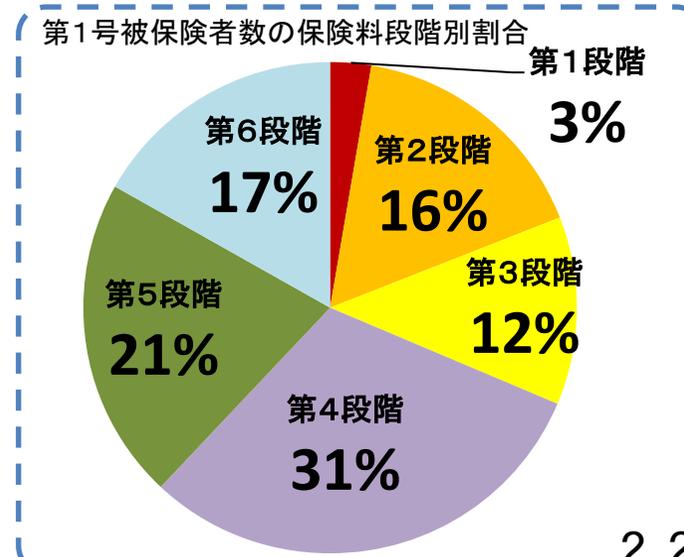
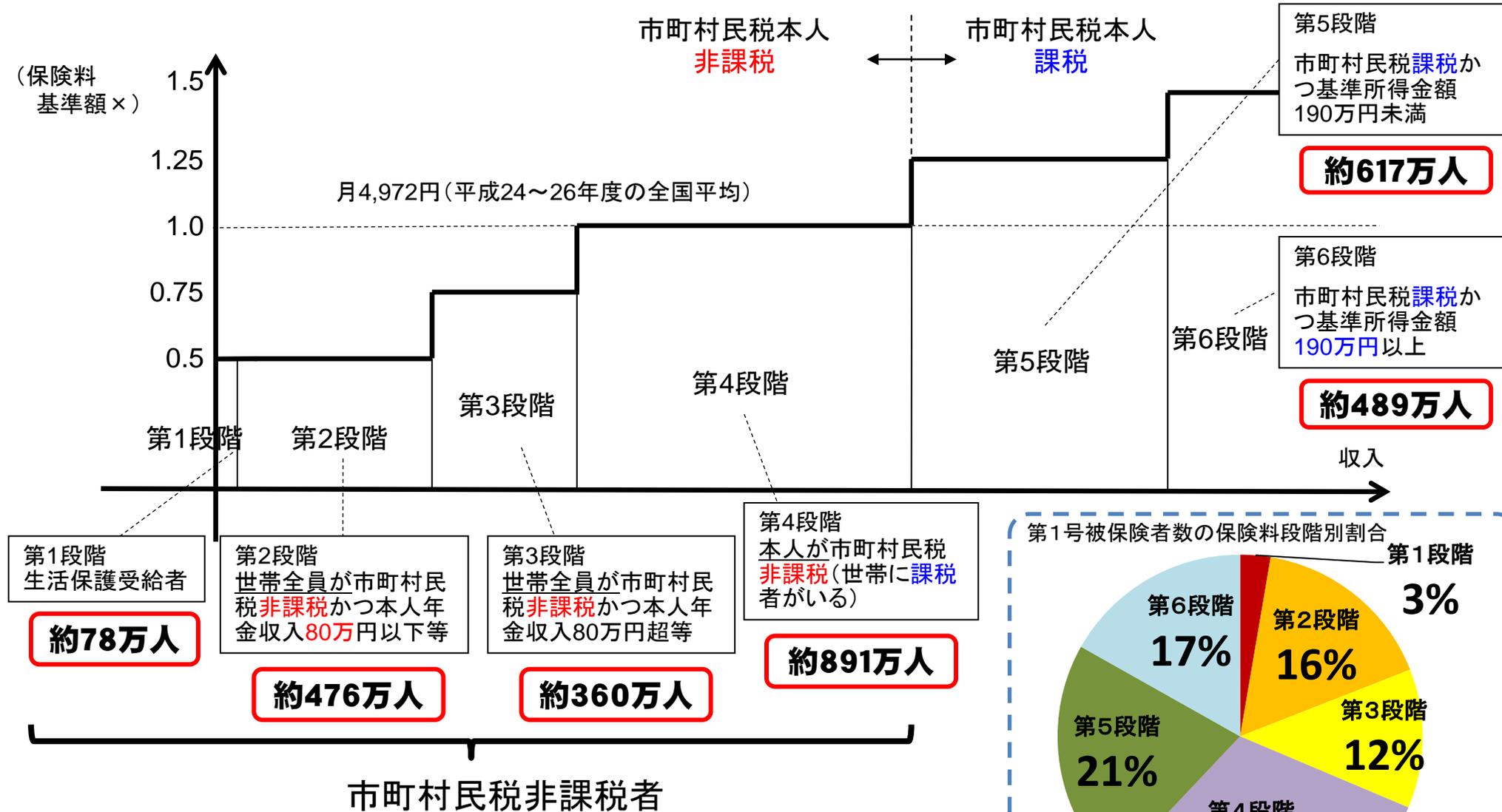


■ 居宅サービスの費用なし ■ 5,000円未満 ■ 5,000円～1万円未満 ■ 1～2万円未満 ■ 2～3万円未満 ■ 3～4万円未満 ■ 4万円以上

(注1) 介護保険料所得段階における第1段階とは、生活保護及び老福年金受給者。第2段階とは、介護を要する者の世帯全員が住民税非課税であり、公的年金等収入金額+合計所得金額が年80万円以下の者。第3段階とは世帯全員が住民税非課税で第2段階以外の者。  
 (注2) 要介護度不詳、年齢不詳、介護保険料所得段階不詳、自己負担費用額不詳及び65歳未満は除いた。  
 (注3) 各要介護度における最大の自己負担額階級はそれ以上の階級を含む。  
 (注4) 平成22年国民生活基礎調査(介護票)特別集計を老健局が分析した。

# 介護保険第1号保険料について

出典：平成22年介護保険事業報告



第1号被保険者数 **約2,911万人のうち、市町村民税非課税者は、約1,805万人（全体の約62%）**となっている。

# 住民税（均等割）の非課税限度額

<b>若年世帯</b> (給与所得者)	<b>単身</b>	<b>100万円</b> 【35万（非課税限度額）＋ 65万（給与所得控除）】
	<b>夫婦</b>	<b>156万円</b> 【91万（非課税限度額：35×2＋21）＋ 65万（給与所得控除）】
<b>高齢者世帯</b> (公的年金等受給者： 65歳以上)	<b>単身</b>	<b>155万円</b> 【35万（非課税限度額）＋ 120万（公的年金等控除）】
	<b>夫婦</b>	<b>211万円</b> 【91万（非課税限度額：35×2＋21）＋ 120万（公的年金等控除）】

※ 生活保護基準の級地区分ごとに異なる(表は1級地のもの)

(参考) 住民税（均等割）の非課税限度額の基準

控除対象配偶者又は扶養親族がない者→前年度所得が基本額35万円以下の者（注）

控除対象配偶者又は扶養親族がある者→前年度所得が（基本額35万円×家族数（控除対象配偶者＋扶養親族＋1）＋加算額21万円）以下の者（注）

(注) 基本額及び加算額は級地により異なり、1級地は「×1.0」、2級地は「×0.9」、3級地は「×0.8」を乗じた額を基準として条例で定める額となっている。

# 社会保障制度改革国民会議

JMA

## わが国の医療制度について

2013年4月19日

公益社団法人 日本医師会  
会長 横倉 義武



1. 医療提供体制の改革  
～かかりつけ医を中心とした  
「切れ目のない医療・介護」の提供～
2. 生涯保健事業の体系化
3. 医師不足・偏在解消
4. 収入に応じた負担の公平化

# 公益社団法人 日本医師会とは？

公益社団法人日本医師会は、1916年に北里柴三郎博士（初代会長）らによって設立された、**医師の医療活動を支援する、民間の学術団体**です。

世界医師会に認められた、日本で唯一の医師個人資格で加入する団体です。

各種の調査・研究や国際交流などを通じて、これからの医療のあり方を考え、より働きやすい医療環境づくりと**国民医療の推進に努めています**。

## ○公益社団法人 日本医師会の目的

[定款第3条]

本会は、都道府県医師会及び郡市区等医師会との連携のもと、医道の高揚、医学及び医術の発達並びに公衆衛生の向上を図り、もって社会福祉を増進することを目的とする。

# 医師会三層構造と会員数

郡市区等医師会(889)

《うち、大学医師会(60)、その他(13)》

190,566人(平成20年12月1日現在)

都道府県医師会(47)

181,621人(平成24年8月1日現在)

日本医師会

日本の医師総数  
(約29万人)のうち  
約56%が加入

日本医師会会員数

165,650人(H24.12.1現在)

内 開業医 84,051人

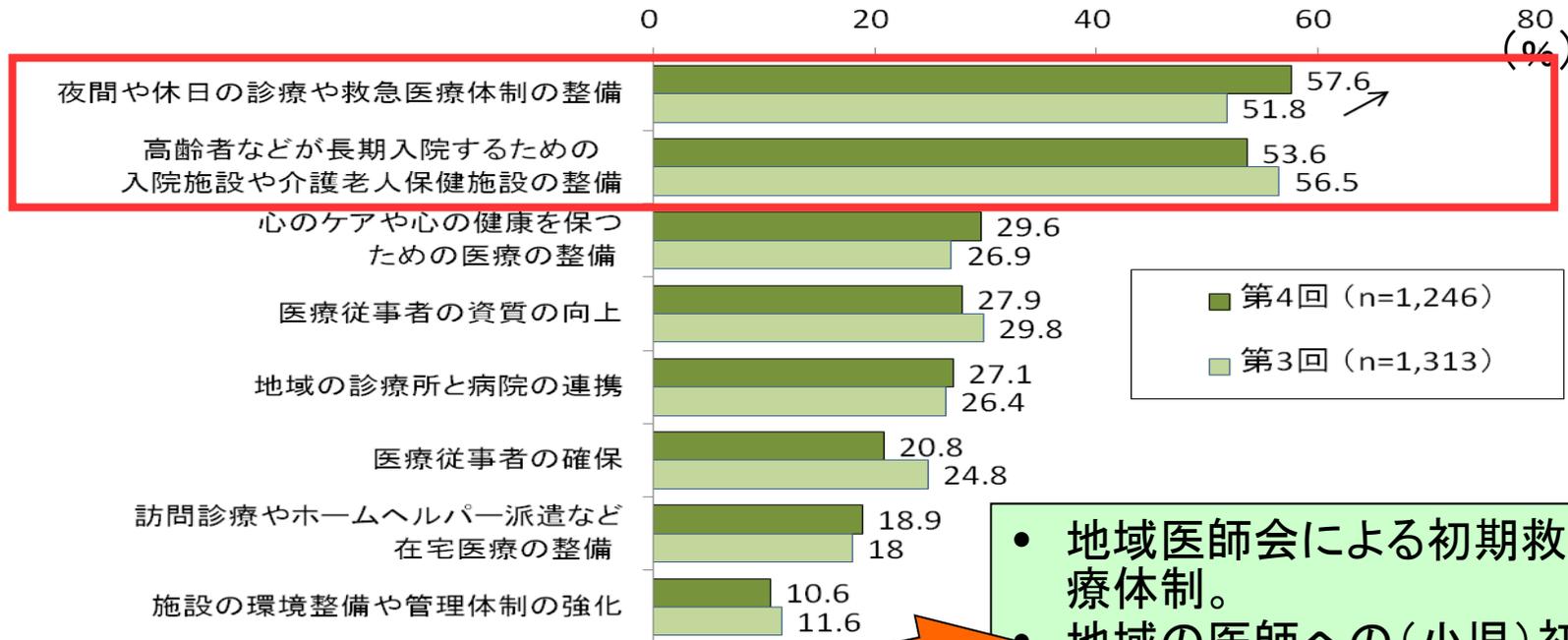
勤務医<sub>他</sub> 81,599人

# 日本医師会の政策の判断基準

- 国民の安全な医療に資する政策か
- 公的医療保険による国民皆保険は堅持できる政策か

# 国民が考える医療の重点課題

「夜間や休日の診療や救急医療体制の整備」、「高齢者などが長期入院するための入院施設や介護老人保健施設の整備」に重点を置くべきと考える国民はともに半数以上を占めている。両者は、過去4回の調査で、いずれも上位2位を占めた。



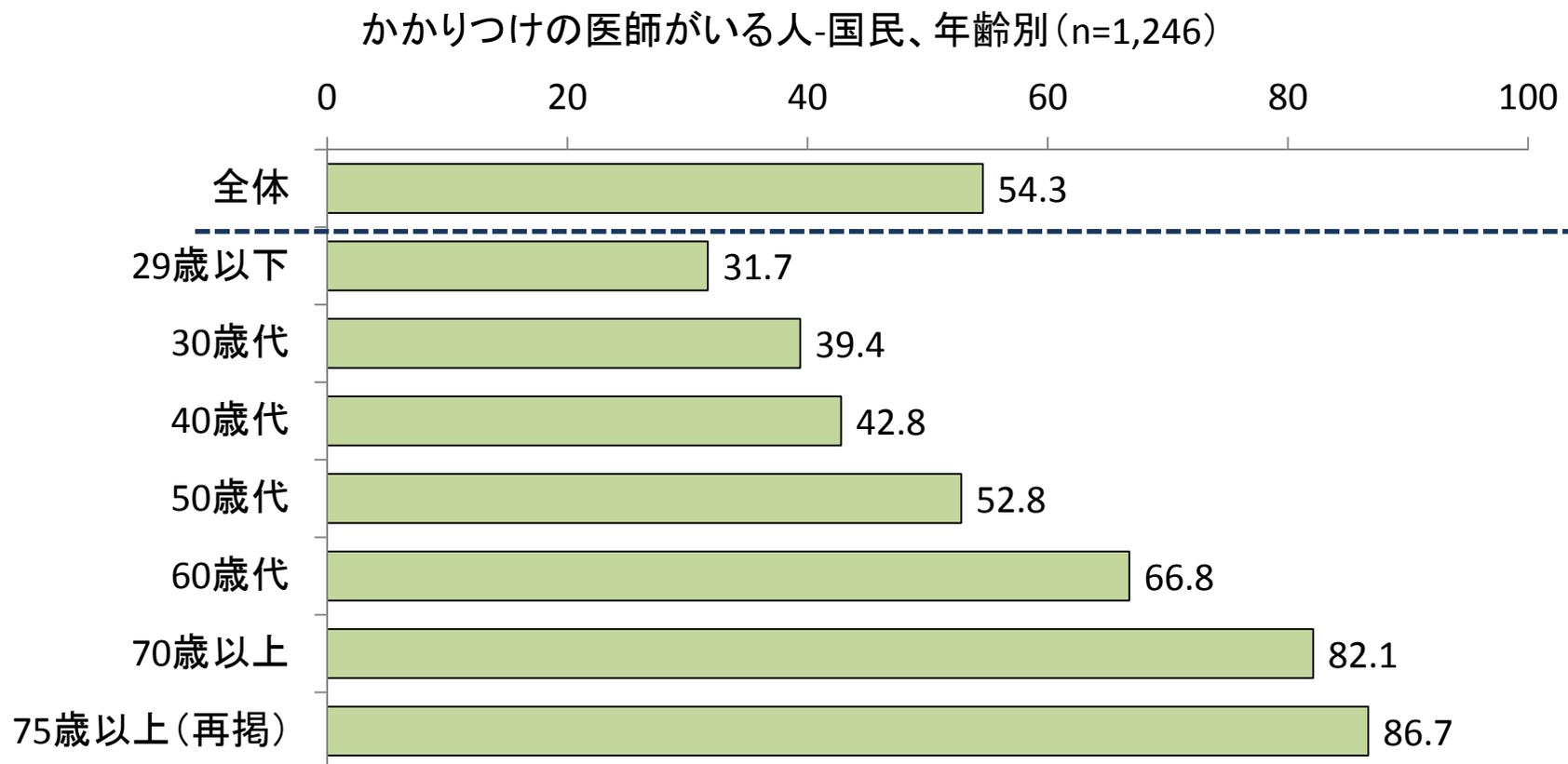
- 20～40代の子育て世代
  - 夜間休日・救急医療の整備
- 40代(後半)～70代以上の高齢者や高齢者の親を抱える世代
  - 長期入院施設、介護施設の整備

- 地域医師会による初期救急医療体制。
- 地域の医師への(小児)初期救急医療研修。

- 在宅だけではなく、長期の入院医療体制も、やはり重要。
- 地域医師会が中心となった施設・在宅の地域連携づくり。

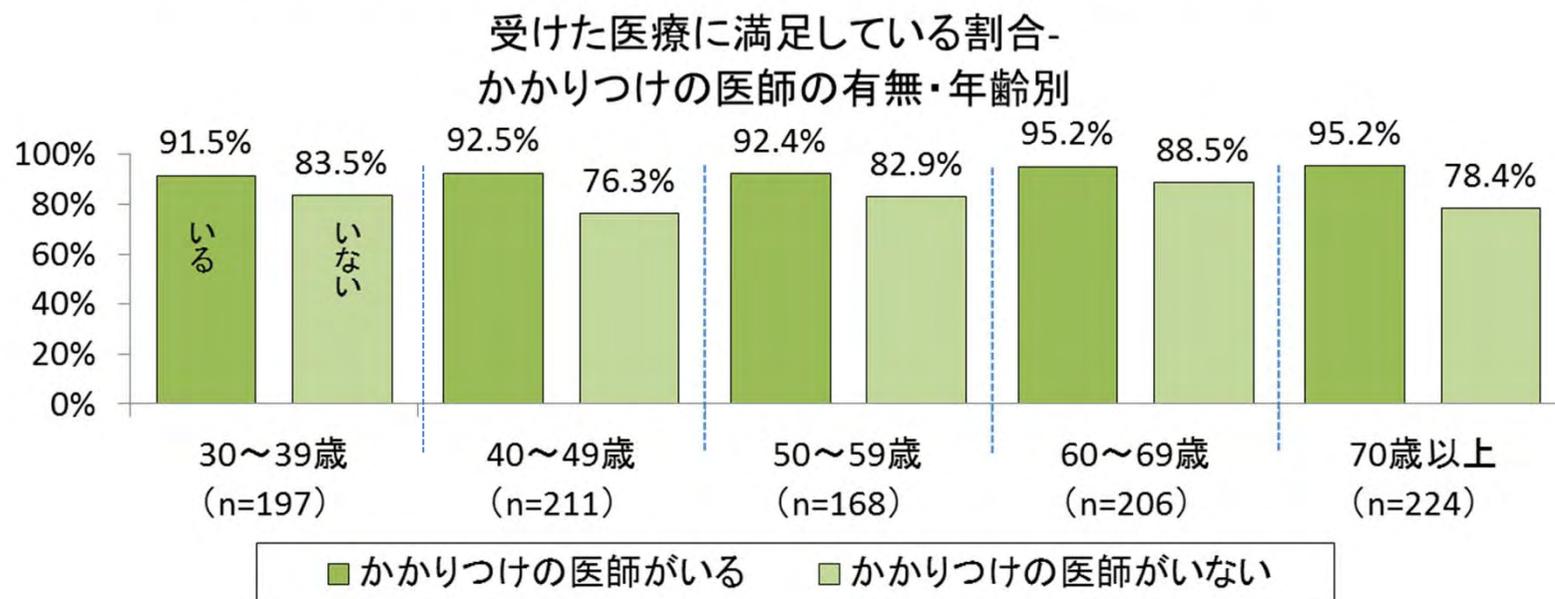
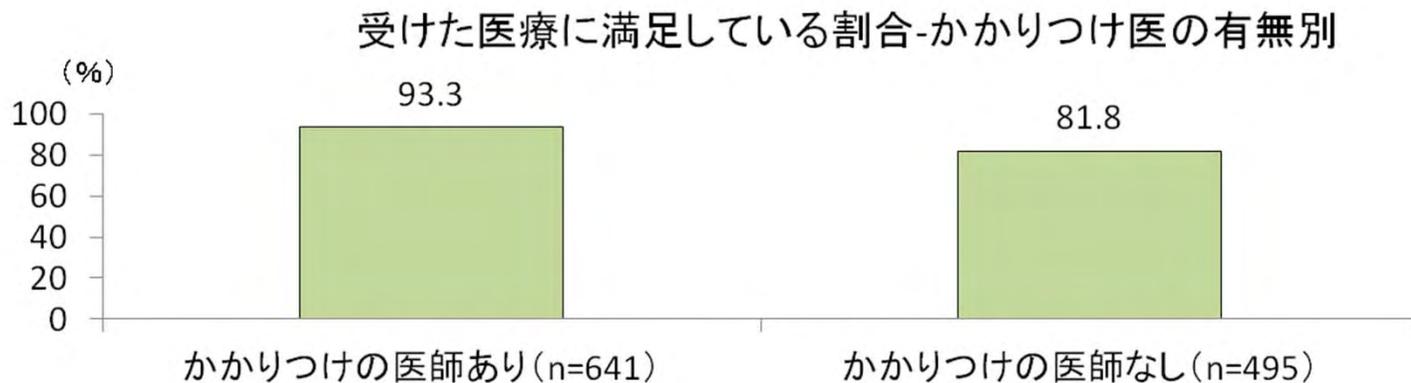
# かかりつけの医師の有無

かかりつけの医師がいると回答した国民は全体の54.3%であった。年齢が上がるにつれてかかりつけの医師がいる割合が増加しており、過去3回の調査と同様の傾向がみられた。かかりつけの医師のうち診療所の医師が7割を占めていた。



# かかりつけの医師の有無と満足度

かかりつけの医師がいる人はいない人に比べて受けた医療に対する満足度が高い傾向がみられた。30歳以上の年代別にみても、かかりつけの医師がいると医療満足度が高い傾向がみられた。

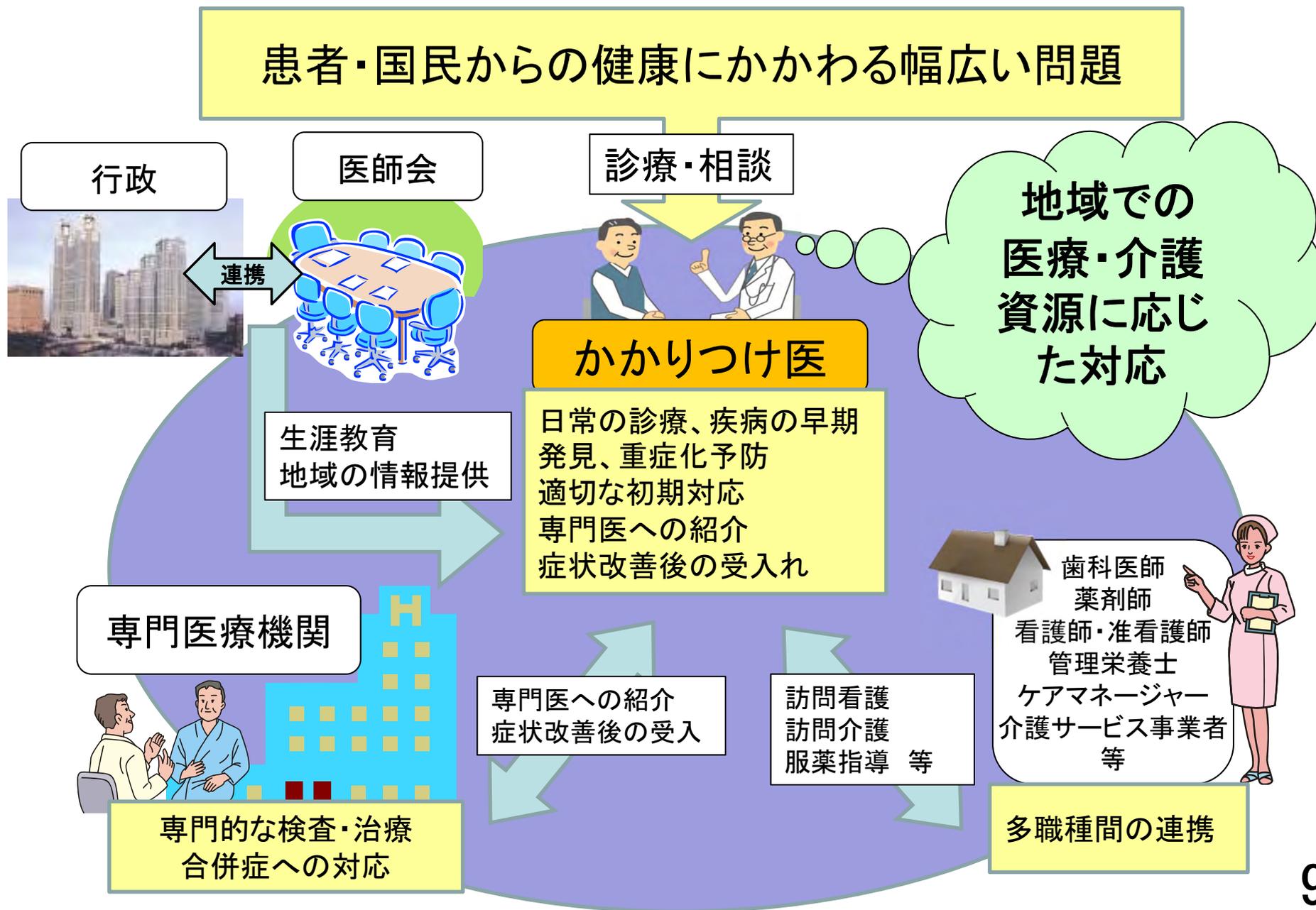


# かかりつけの医師とは

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる「地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師」

「後期高齢者の診療報酬体系のあり方について」  
2007年9月14日 社団法人 日本医師会

# かかりつけ医を中心とした「切れ目のない医療・介護」の提供



# 福岡県医師会「かかりつけ医の努め」

1. 健康相談、学校医、産業医、各種検診の協力など社会的活動に積極的に取り組みます。
2. 保健・介護・福祉関係者との協働に努めます。
3. 地域の一員として地域住民の皆さんとの信頼関係構築に努めます。
4. 患者さんには全人的に接し、プライマリーケアにも努めます。
5. 病院や他の診療所との連携により、継ぎ目のない医療を目指します。
6. 高齢者が安心して自宅で生活できる在宅医療にも取り組みます。
7. 上記を達成するため、自己の専門分野も含めて日常の研修に積極的に参加するよう努めます。



# かかりつけ医の研修

かかりつけ医の研修は医師会が行う。

## 日本医師会生涯教育制度の利用

医師が生涯教育に取り組む姿勢を明確に示し、医療への国民の信頼を高めるとともに、質の高い医療を提供し、国民の健康に貢献する。

\* 生涯教育講座は、都道府県医師会で1年間に5,823演題(平成23年度)行われており、郡市区等医師会でも相当数行われている。

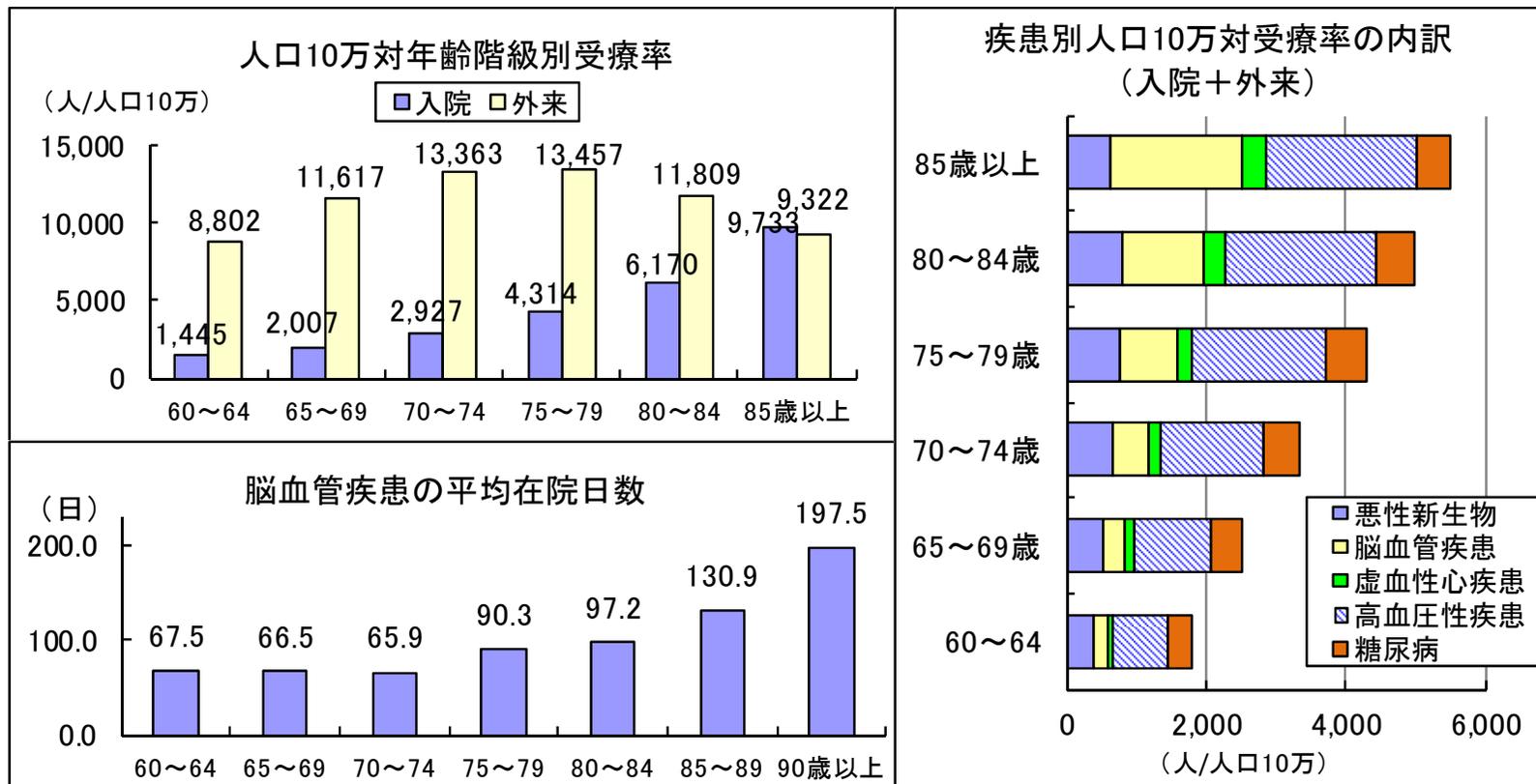
## 在宅医療支援フォーラム

住み慣れた地域で生活を営む地域づくりのため、医師の意識改革と支援の充実がさらに必要と考え、在宅療養を行う医師の支援および都道府県医師会や郡市区医師会で在宅医療や介護に関する地域での連携の核になるリーダーの育成の視点に立ったフォーラムを開催する。

# 75歳以上の疾病発症リスクとその構造

1. 疾病が発症するリスクが高い。入院受療率は75歳以上から急激に高まる。  
外来受療率は75～79歳がピークである。
2. 疾病構造が異なる。75歳以上では、脳血管疾患が悪性新生物を上回るようになる。
3. 疾病が長期化しやすい。脳血管疾患の場合、75歳以上では平均在院日数が90日を超える。

高齢者の受療率および平均在院日数(2011年)



\*出所:厚生労働省「平成23年患者調査」,総務省統計局「人口推計」平成23年10月1日現在の人口を使用。

# 高齢化：地域医療の再興と質の向上

## ■ 高齢化と地域医療体制

- それぞれの地域の将来の人口構成(性別、年齢階級別)と、性・年齢に応じた有病率をもとに予測\*

※ 患者は、医療圏や都道府県域を超えて、医療機関を受診する現状

→ 高齢者(送り迎えする家族も、高齢化)は、長距離移動が困難

## ■ 予測された医療ニーズをもとに、それぞれの地域連携を議論

◆ 日医と国、都道府県医師会と都道府県行政、郡市区医師会と市区町村や関係者との間で、地域連携を議論

- かかりつけ医機能と、その支援機能(地域医師会、地域医療支援病院)
- 医療機関同士が競合するのではなく、役割分担したうえで協働
- 大病院・拠点病院、中小病院、有床診療所、無床診療所や、介護施設医療と、在宅医療 ← 介護施設における医療
- 社会保障・税一体改革で示された病院・病床機能、在宅医療の推進等については、「医療法による基盤整備」と「かかりつけ医の評価等を含めた診療報酬上の手当」の双方を車の両輪として実施すべき

\* 日医総研ワーキングペーパーNo.269 地域の医療提供体制現状と将来 - 都道府県別・二次医療圏データ集 - 高橋泰(国際医療福祉大)、江口成美

# 生涯保健事業の体系化

わが国の保健事業は、実施主体や所管省庁・部局等が異なっている。

## わが国の主な健診制度(概要)

	健診	根拠法	実施主体	所管省庁・部局
乳幼児期	乳幼児健診	母子保健法	市町村 (義務)	厚生労働省 雇用均等・児童家庭局
就学期	学校健診	学校保健安全法	学校設置者 (義務)	文部科学省 スポーツ・青少年局
就労期	事業所健診	労働安全衛生法	事業主 (義務)	厚生労働省 労働基準局
	特定健診	高齢者医療確保法	医療保険保険者 (義務)	厚生労働省 保険局・健康局
高齢期	後期高齢者健診	高齢者医療確保法	後期高齢者医療 広域連合 (努力義務)	厚生労働省 老健局・保険局

注:上記のほかに、がん検診、妊婦健診等がある。

# 生涯保健事業の体系化に向けて

## 現行制度の課題

乳幼児期から高齢期に至るまで、わが国では諸種の健診を中心とした保健事業が展開されている。しかし、それぞれ実施主体や所管省庁・部局等が異なり、データが一元的に管理されず、国民の健康情報が十分に活用できていない。



## あるべき対応

- 個人情報の厳格な管理を前提として、国民一人ひとりの生涯を通じた保健情報が一元的に管理され、これをもとに一次予防から三次予防までの保健事業が、国民のライフサイクルに応じた「生涯保健事業」として的確に実施されなければならない。
- そしてこれらの事業が健康への投資であるという理念を普及させ、個々の国民の健康資本を増大させる施策として再構築する必要がある。

# 医師不足・偏在の解消策

- ① 医学部入学定員と地域枠
- ② 医学部教育
- ③ 医学生への理解
- ④ 臨床研修
- ⑤ 専門医制度
- ⑥ 女性医師への支援
- ⑦ 医師派遣・ドクターバンク
- ⑧ 医療事故調査制度の創設

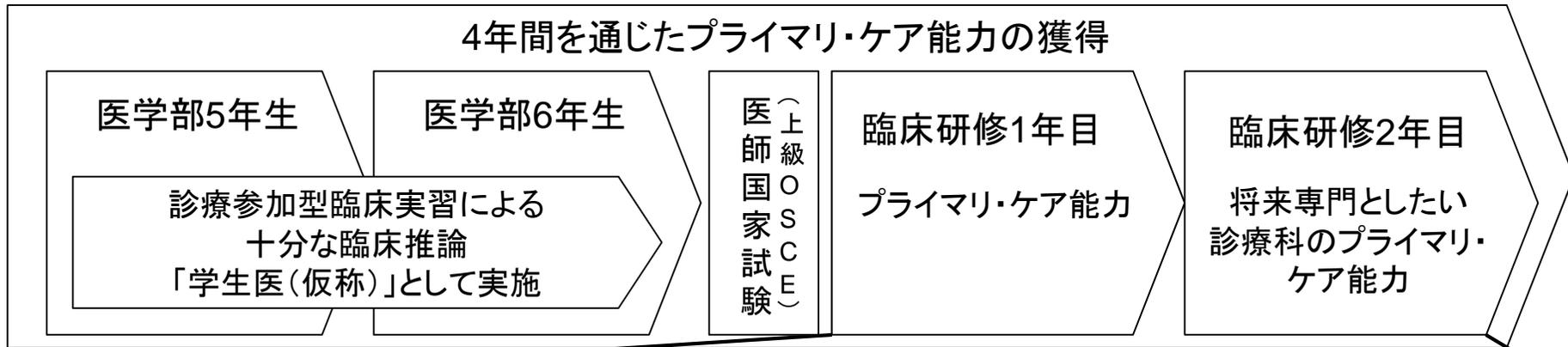
## 医師偏在解消策の一試案

現在の地域医療支援センターの機能強化も必要である。さらに医師派遣の動きを国として強力に支援すべきである。ただし、医師不足地域における医師の確保は難しい。

例えば、以下の取り組みなどによって地域医療に従事する医師を確保する。

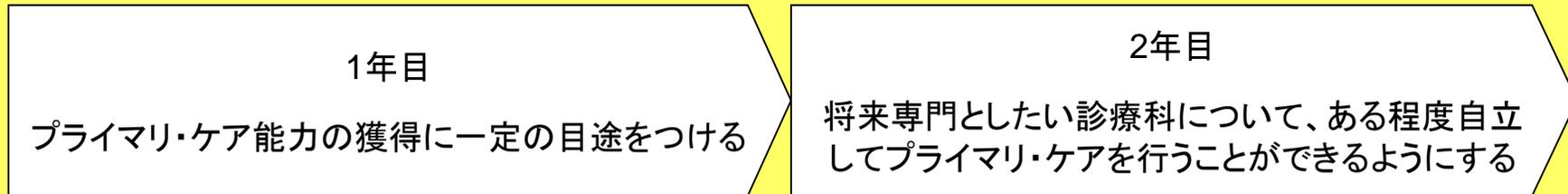
- (1) 医師不足地域の医学部に地域医療再興講座を設置するなどにより、大学医学部における役職・身分を保障し、キャリアアップにつなげる。
- (2) 地域医療再興講座については、国が通常の外数(別枠で上乘せ)で運営費交付金、私学助成金を全額措置する。
- (3) 国がその講座の医師の採用を全面的に支援する。

# 日本医師会の医師養成案



## 日本医師会の臨床研修プログラム案

### 【到達目標】

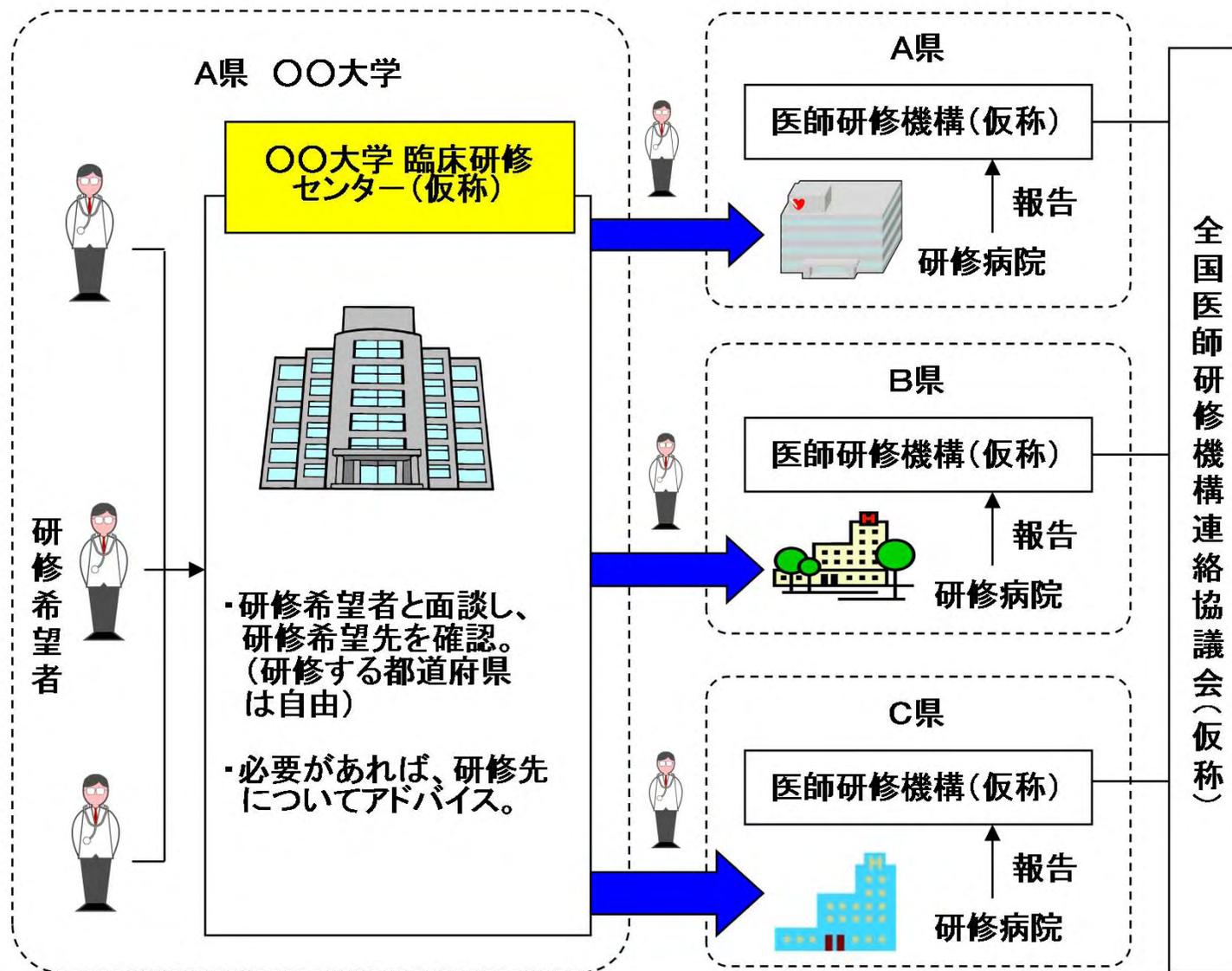


### 【具体例】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・内科</li> <li>・救急医療</li> <li>・地域医療(含小児医療・高齢者医療)</li> <li>・精神医療(含認知症・うつ病・自殺などへの対応)</li> </ul>	<p>(コース1)</p> <p>将来専門としたい診療科</p>
	<p>(コース2)</p> <p>診療科が決まっていなければ、多くの診療科を巡回(必須科目を繰り返すことも可)</p>

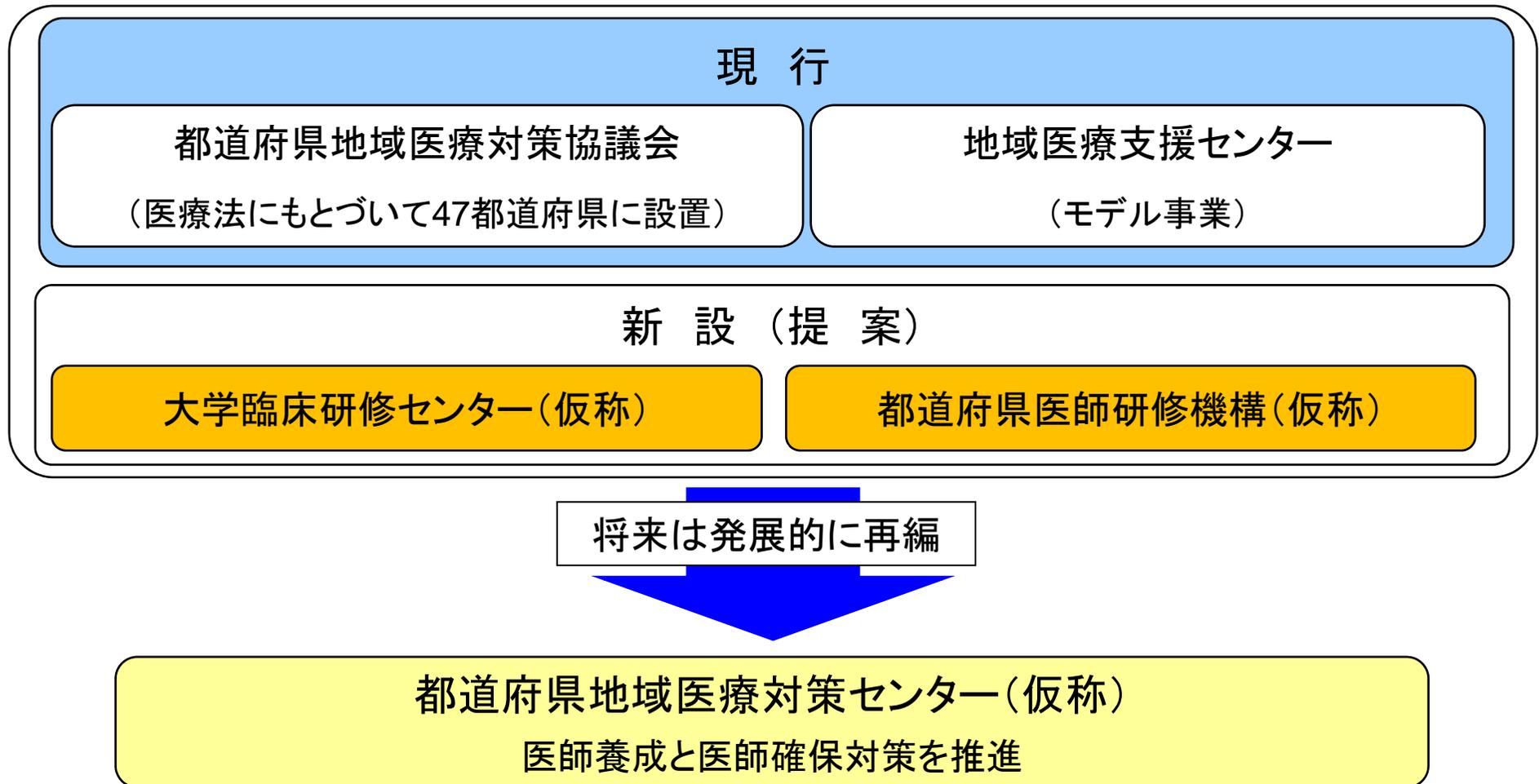
※基礎医学に進む場合には、卒業直後からではなく、後年あらためて臨床研修を受けることができるようにする。

# 「大学臨床研修センター(仮称)」と「都道府県医師研修機構(仮称)」のイメージ



## 医師養成および医師確保のための体制(将来イメージ)

医師会、行政、大学、住民代表等で構成される「都道府県地域医療対策センター(仮称)」は、地域の医師養成および医師確保対策を推進する。



# 医療機関の適正配置の問題

## 独占禁止法上の指針

昭和56年8月8日  
公正取引委員会  
改正：平成22年1月1日

### ○違反となるおそれがあるもの（抜粋）

1—6 医療機関の開設希望場所を他所にするよう要請し、又は、代替地を斡旋すること。

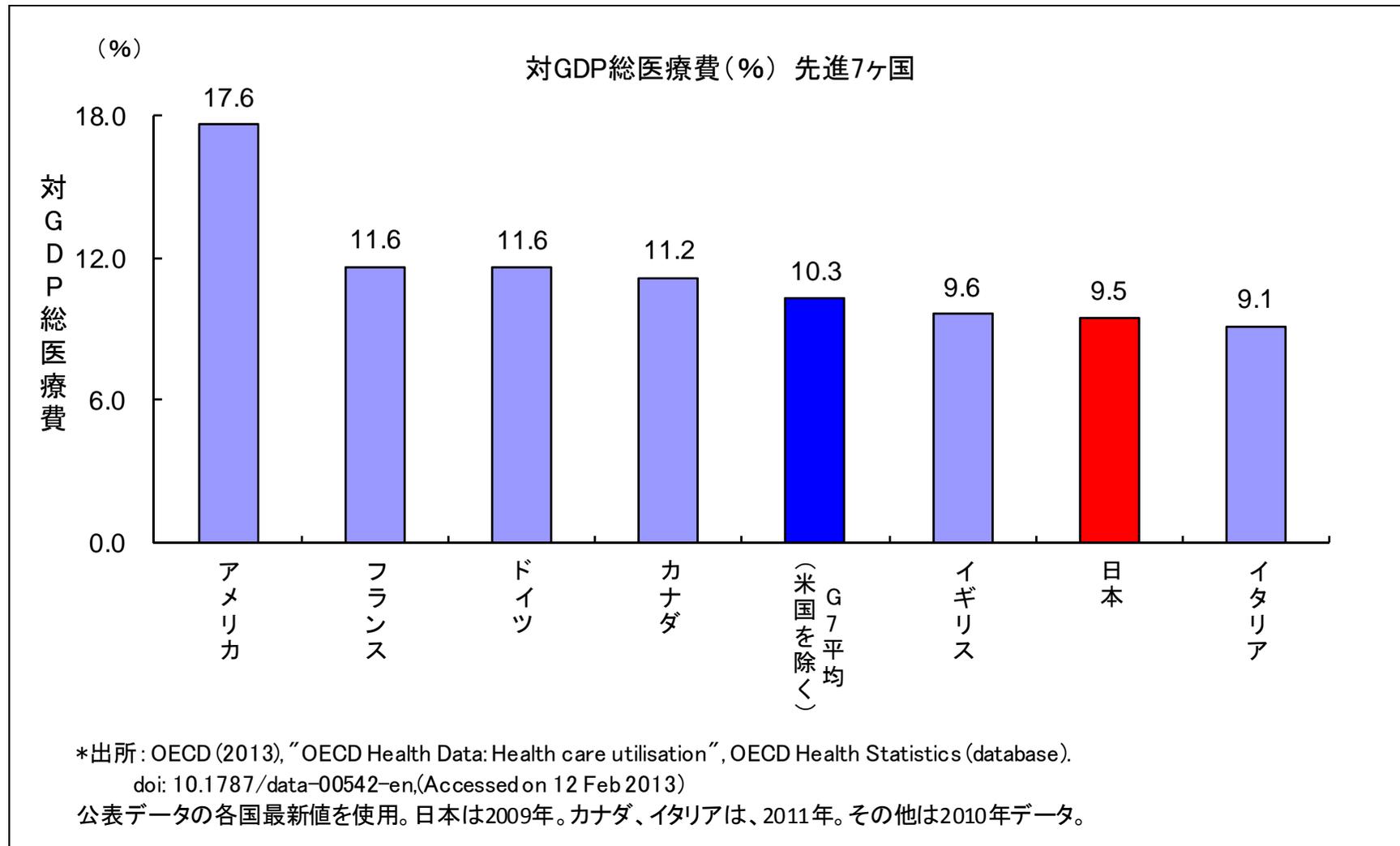
なお、要請や斡旋の範囲をこえて、事実上強制することとなる場合には、原則として違反となる。

1—7 医療機関の標榜診療科目を調整すること。

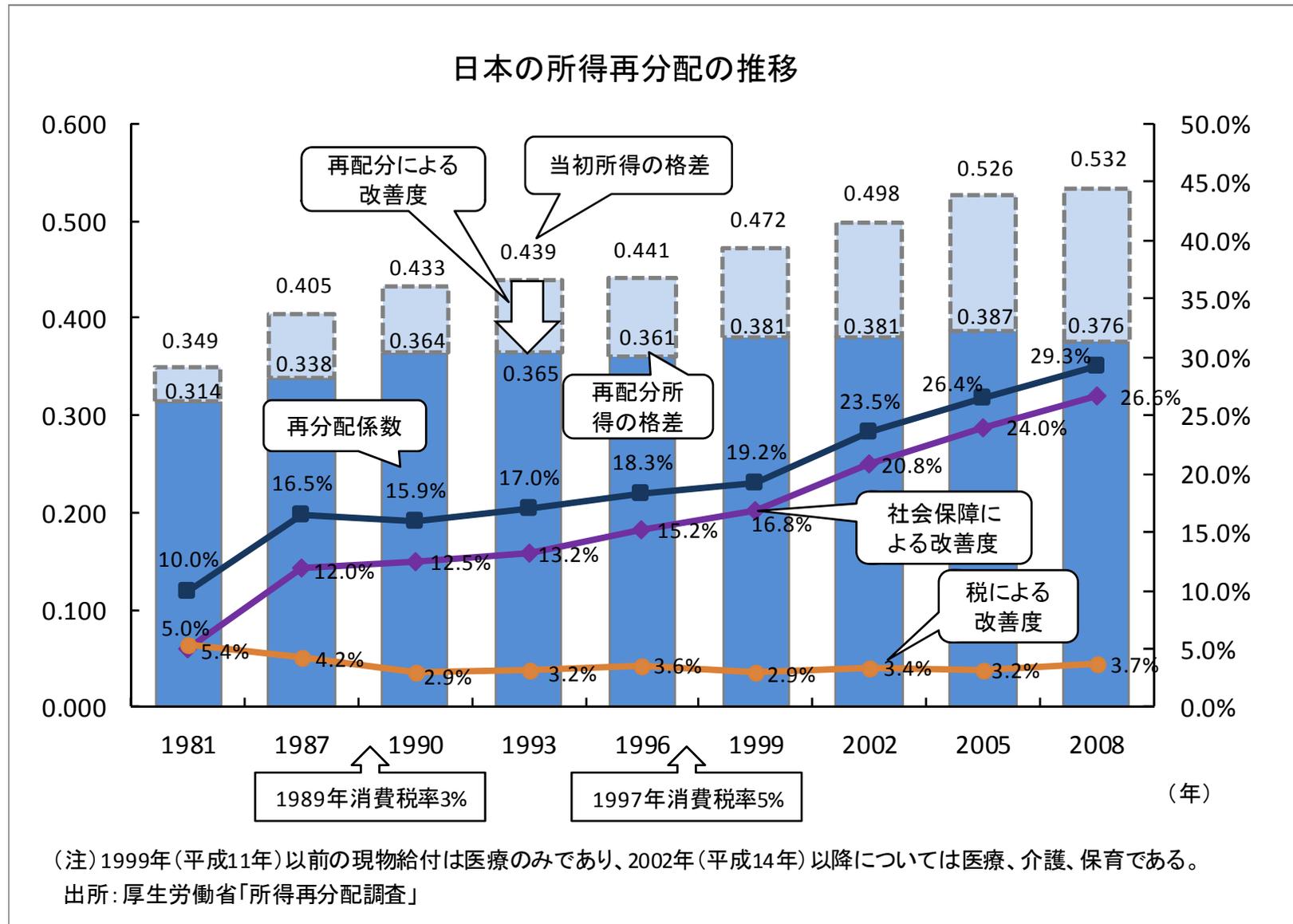
なお、近隣の医療機関の標榜する診療科目と重複することをさける目的で合理性のない調整を行う場合には、原則として違反となる。

## 医療費の国際比較

日本の対GDP総医療費は9.5%であり、G7の7か国中6位である。



# 日本の所得再分配の推移



## 日本の医療保険制度

### 社会連帯型

**自助**【患者一部負担】（ 4兆7573億円 平成22年度）

**共助**【保険料】（18兆1319億円 平成22年度）

**公助**【公費(税金)】（14兆2562億円 平成22年度）

で成り立っている。

### それぞれの問題

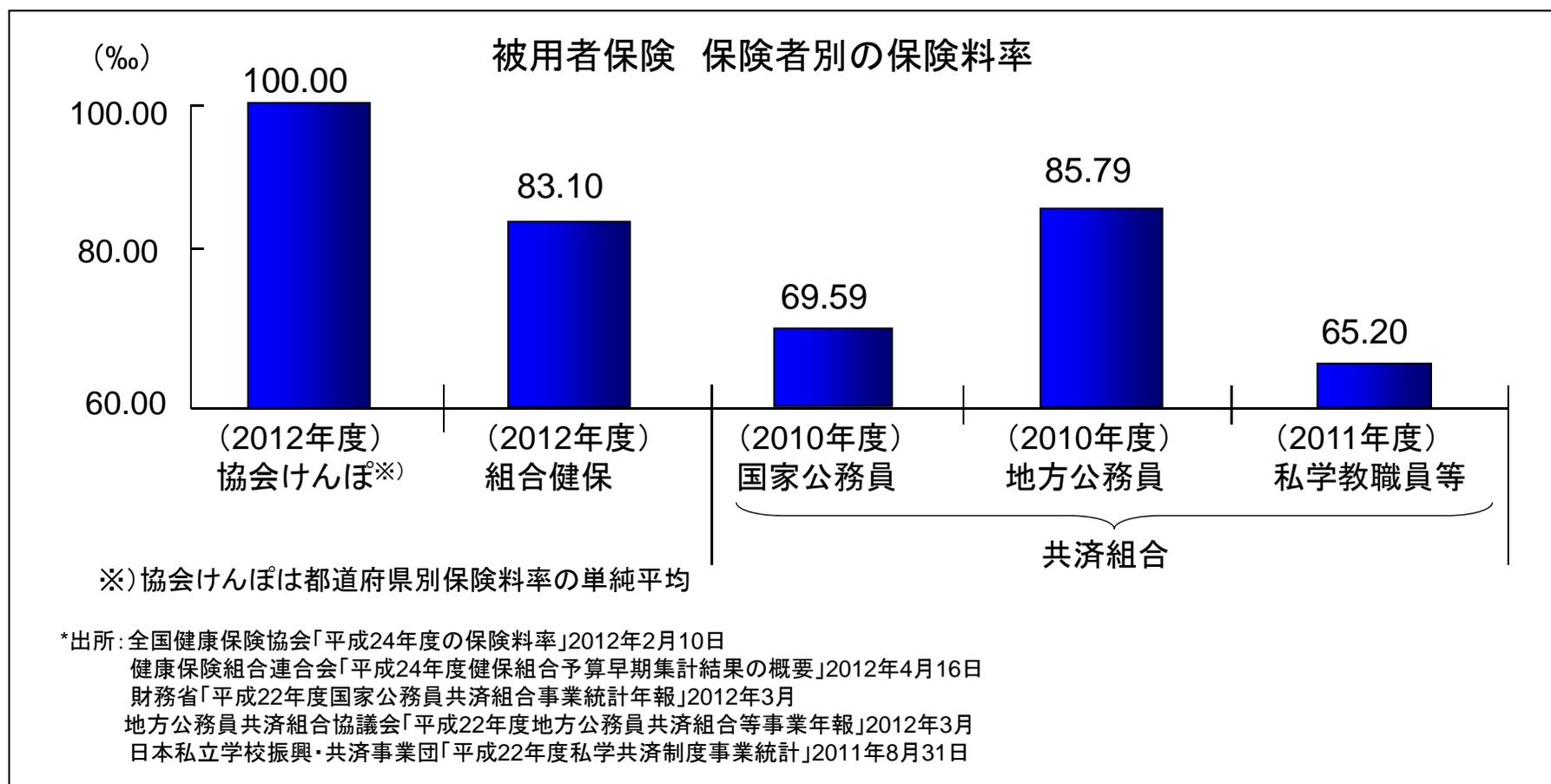
自助…日本の患者一部負担割合は、公的医療保険がある先進諸国と比べてかなり高くなっている。

共助…被用者保険の保険料率には大きな格差がある。

公助…日本は対GDP公的医療費が6.9%（2008年）で、先進国のなかで最下位。

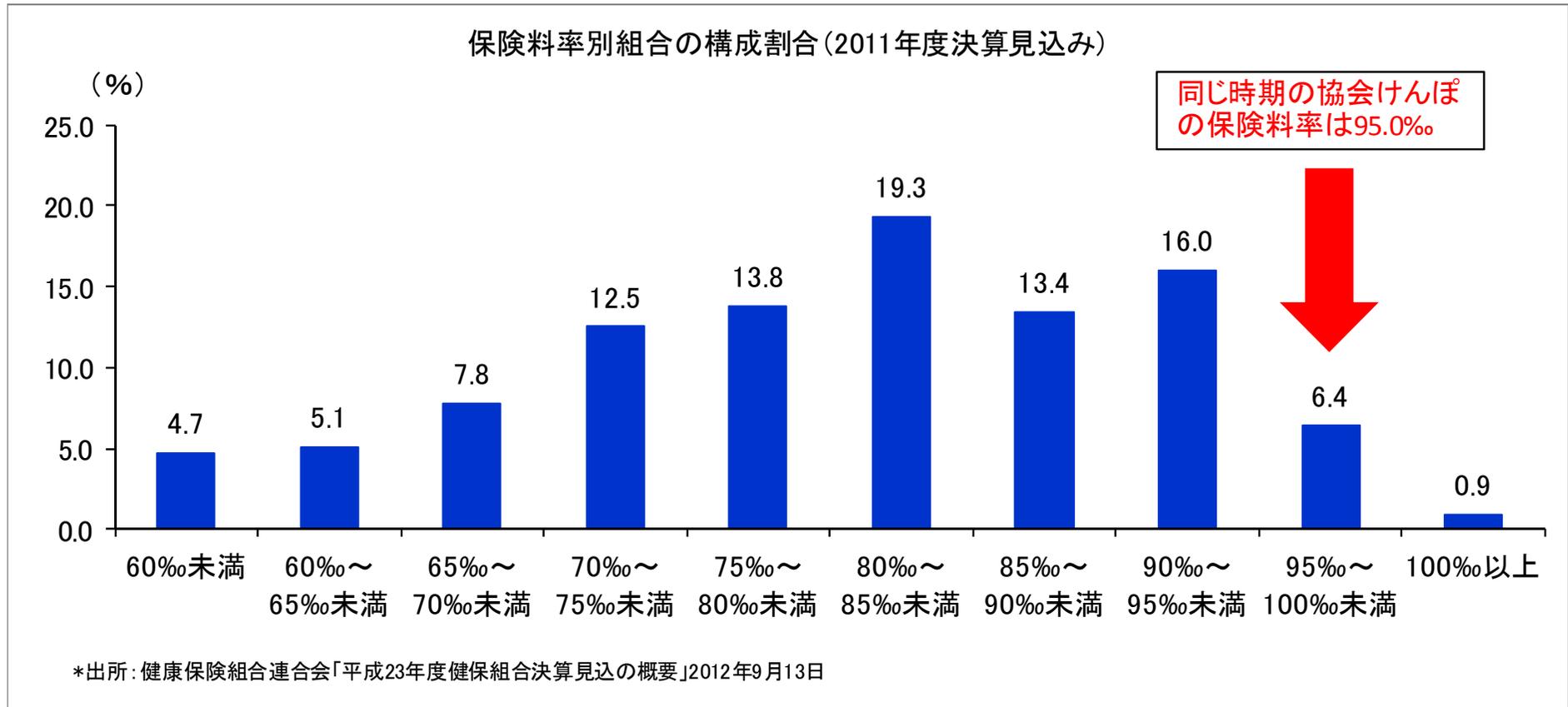
## 被用者保険 保険者別の保険料率

被用者保険の保険料率には大きな格差がある。大企業が組織し平均給与の高い組合健保や、事業主負担にかわって公費負担のある公務員などの保険料率を、中小企業の社員が加入する協会けんぽの保険料率にあわせ公平化すべきである。



## 保険料率別の健保組合構成比率

健保組合では、組合ごとに保険料率が異なっている。60%未満の組合も4.7%ある。75%未満の健保組合が3割を占める。



## 後期高齢者支援金の総報酬割について

被用者保険者間の負担の公平化を図るため、後期高齢者支援金の全面総報酬割を導入すべきと考える。

### ● 総報酬割を拡大した場合の各保険者の支援金負担額の変化(2013年度推計)

	協会けんぽ	健保組合	共済	被用者保険計
現 行	1兆8,100億円	1兆7,300億円	5,700億円	4兆1,200億円
全面総報酬割	1兆6,000億円	1兆8,500億円	6,500億円	4兆1,200億円

全面総報酬割による 負担の変化額	▲2,100億円	+1,300億円	+800億円	±0億円
---------------------	----------	----------	--------	------

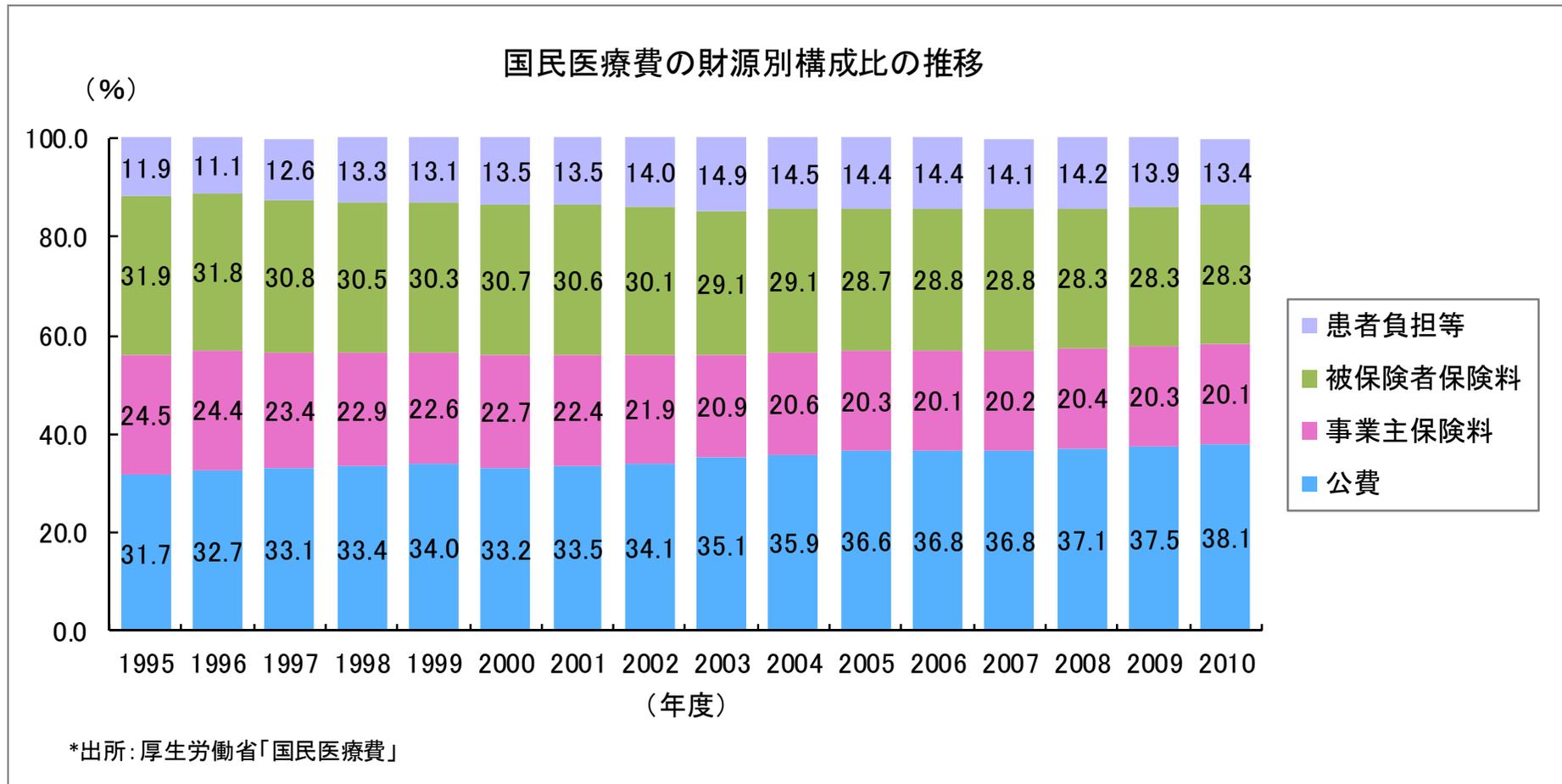
### ● 総報酬割により負担増・負担減となる保険者数(2013年度推計)

	健保組合	共済
負担増	880	83
負担減	564	2

\*出所:「後期高齢者支援金の総報酬割について」  
社会保障審議会医療保険部会, 2012年11月16日

## 国民医療費の財源別構成比の推移

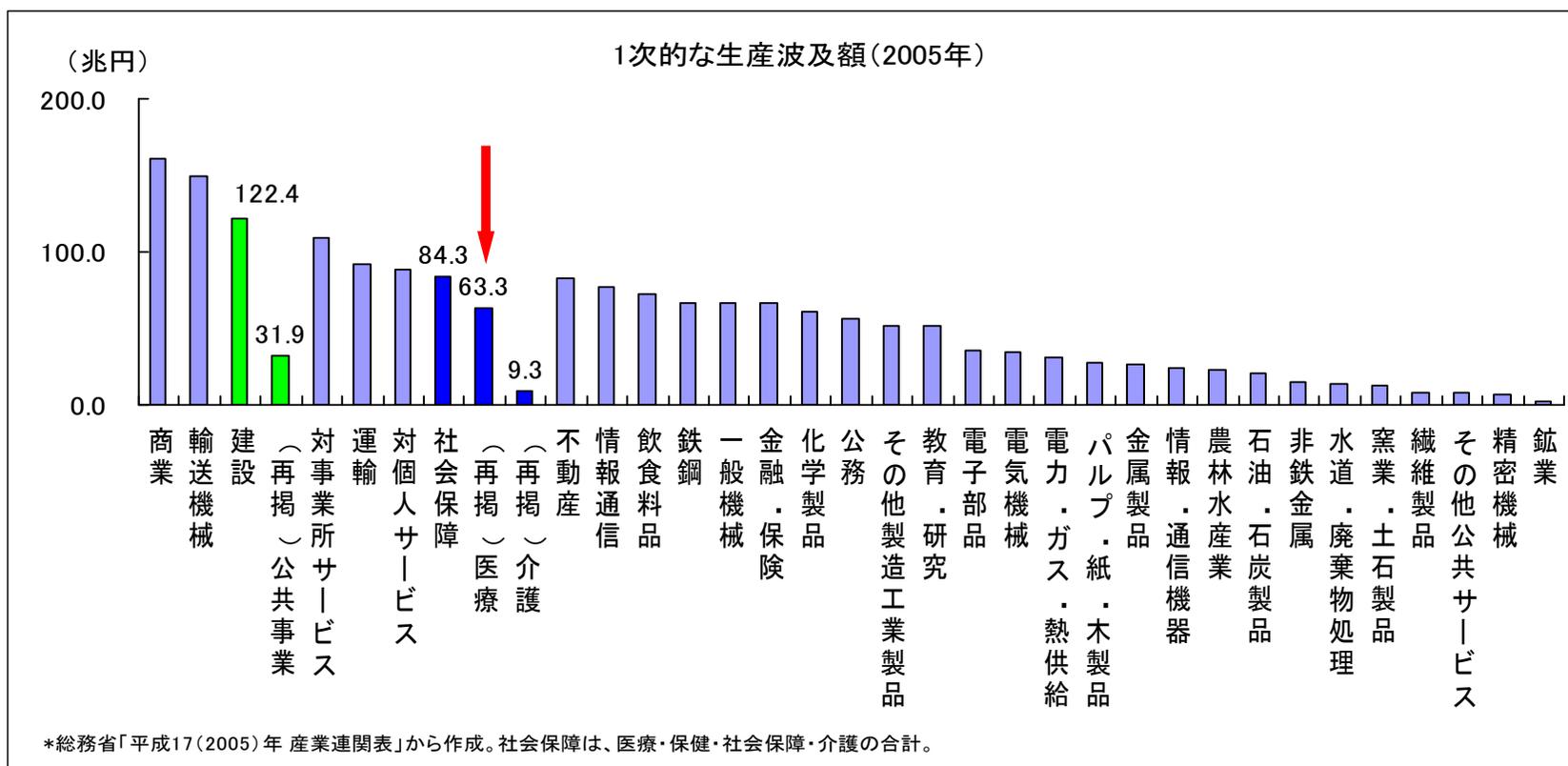
1995年度の保険料の事業主負担分が国民医療費に占める割合は24.5%であったが、2010年度には20.1%までに低下した。



# 1次的な生産波及額

他の産業への生産波及効果も含めた金額。

「医療」は国内生産額36兆円に対し、他の産業も含めた1次的な生産波及額は63兆円。産業全体の中でかなり高い水準である。

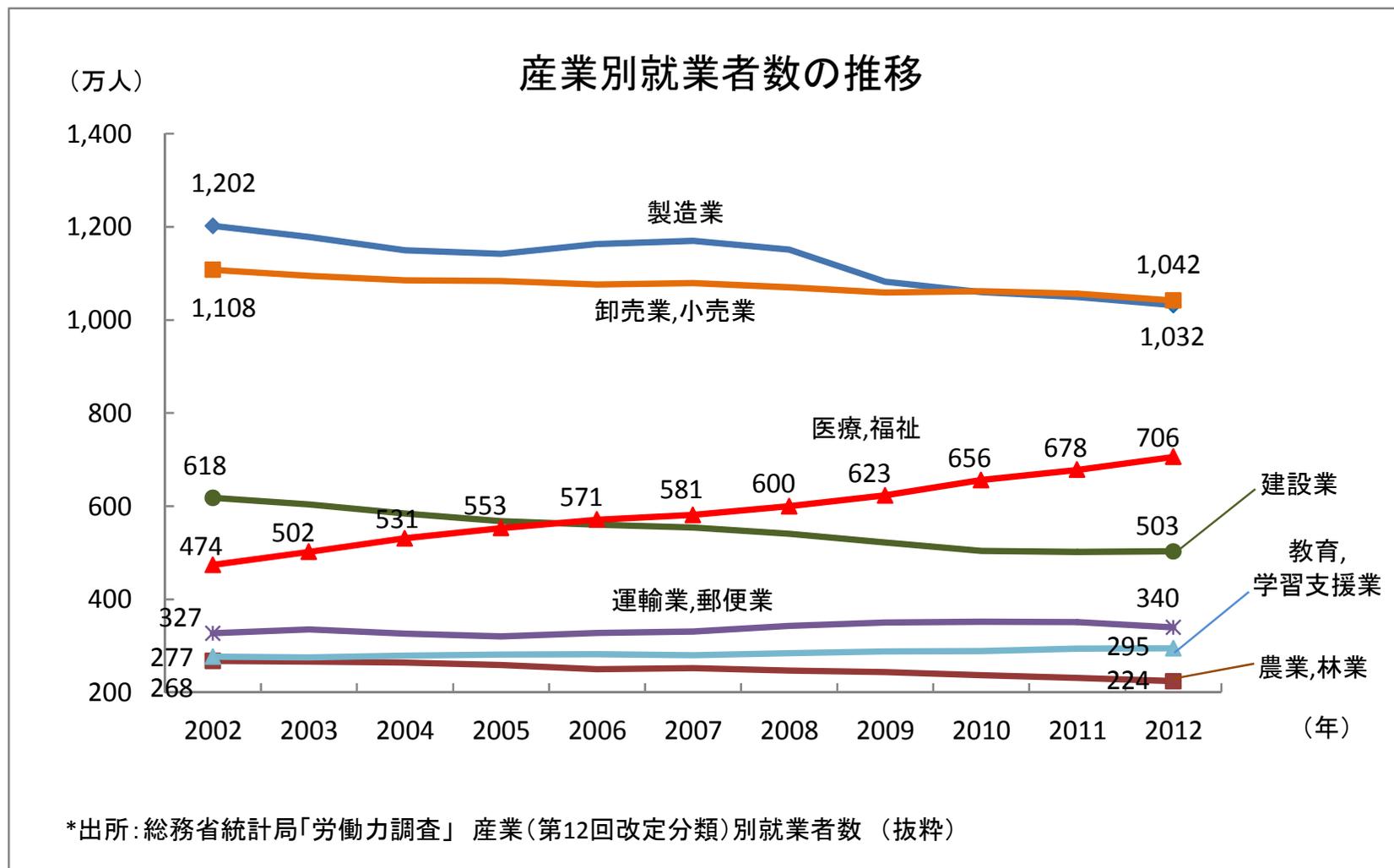


※1次的な生産波及額＝現在の各産業の国内生産額×逆行列係数

\* 日医総研ワーキングペーパーNo.189 医療・介護の経済波及効果と雇用創出効果  
 -2005年産業連関表による分析- 前田由美子

# 産業別就業者数の推移

産業別就業者数を見ると、過去10年の医療、福祉の伸びが大きく、雇用を支えてきた。



日本医師会は、世界に冠たる国民皆保険の堅持を主軸に、真に国民に求められる医療提供体制の実現に向けて、これからも国民とともに努力してまいります。