

「変化する社会と医療保険 ～健保組合の新たな挑戦～」

医療ニーズの変化、医療費の増加にどう対応するか

2024年3月4日

津田塾大学 総合政策学部 教授
伊藤由希子

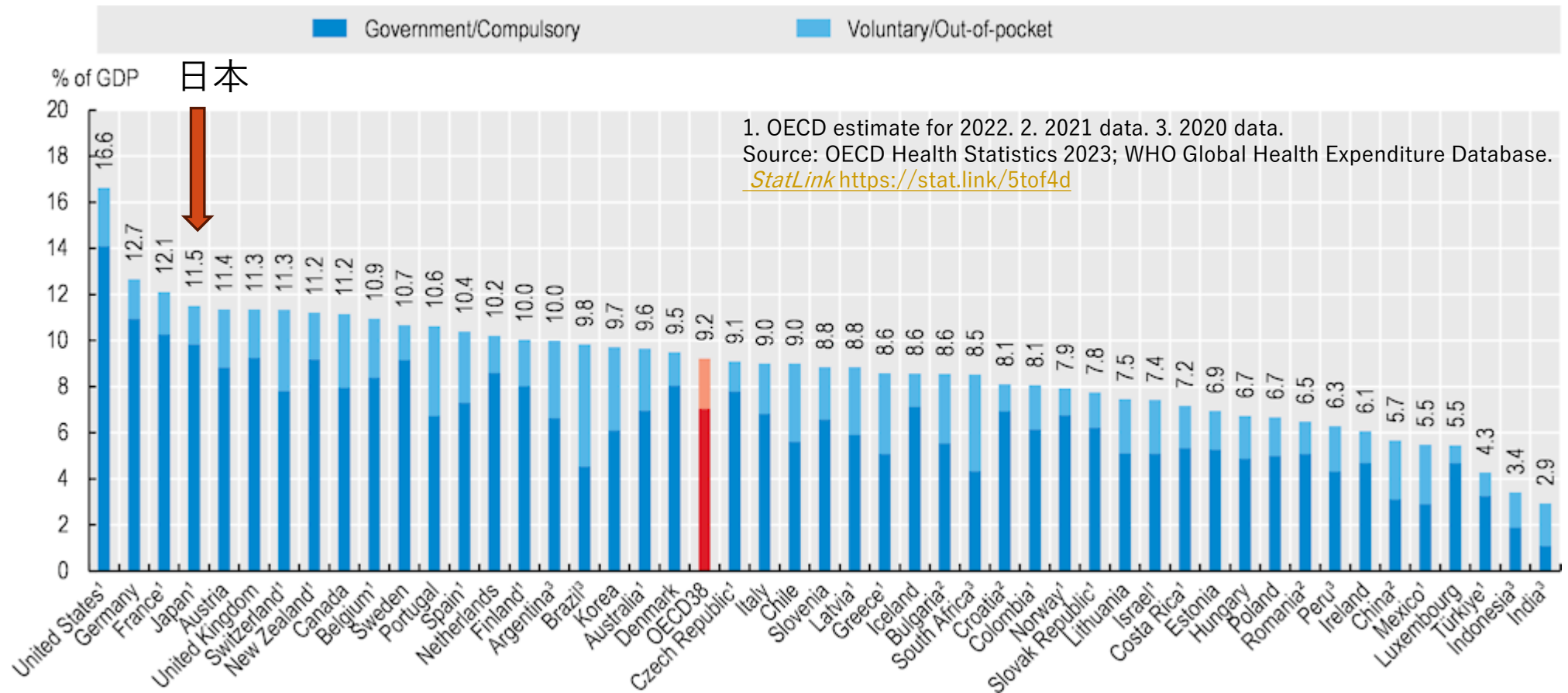
※発表内容は報告者個人の見解に基づくものであり、報告者が所属する組織および、当シンポジウム主催者の見解を示すものではありません。また、ありうべき誤りはすべて報告者個人に帰すものです。

- ① 「保険医療費・介護給付費」の徹底的な可視化がまず大事！
IDの一元化された保険者のレセプトデータの活用
- ② 「保険給付」の取捨選択と「医療現場」の機能分化
質や効果の高い医療サービスに保険給付を行うこと
「減らす」医療と「増やす」医療のバランス
- ③ 「保険料と税」の一元把握による応能負担

「働く一人ひとりが支える社会保険」から

「働く一人ひとりを支える社会保険」へ！

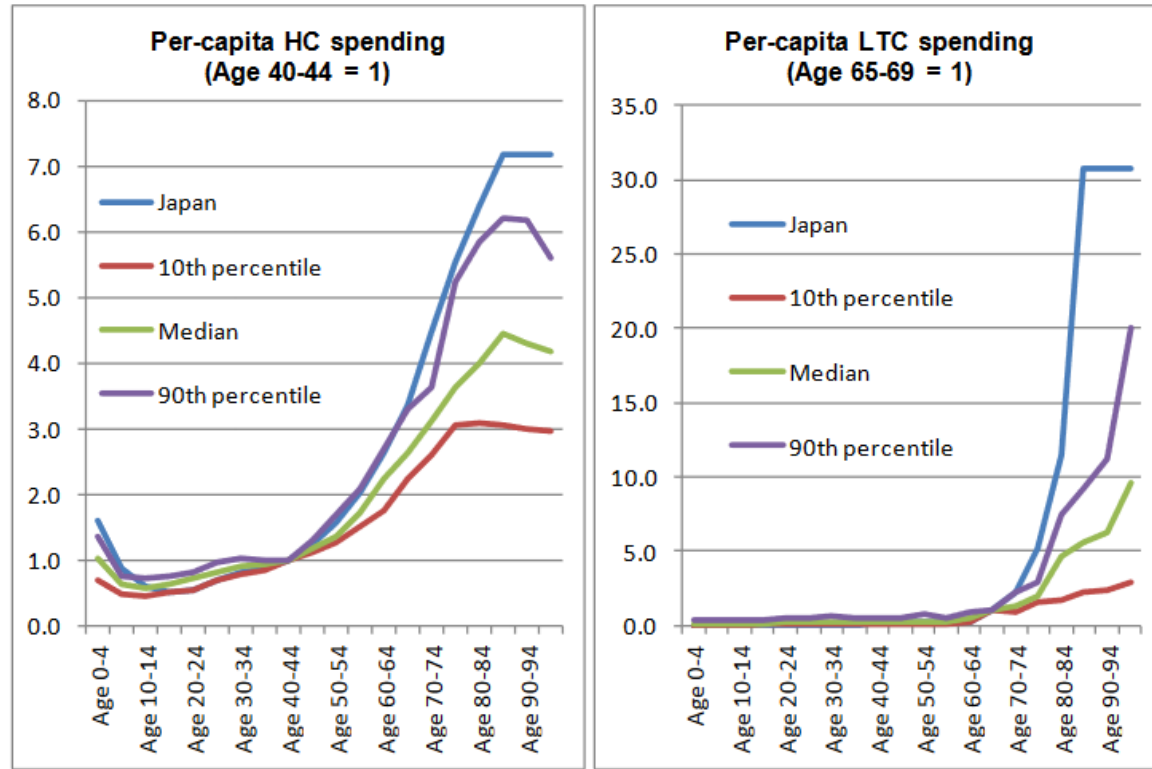
保健医療支出（Health Expenditure）の対GDP比は11.5%



GDPの約1割を費やす価値があると住民が納得するなら水準自体は問題ではない
⇒ 費やす価値があるかどうか判断できない・なぜこの水準なのか分からない
という**情報不足**のほうが問題！

「高齢化による保健医療支出の伸びは仕方がない！」のか？

Figure 5. OECD Countries: Health Spending by Age Cohort ^{1/}



Sources: Ministry of Health, Labor, and Welfare; De La Maisonneuve and Oliveira Martins (2013); and IMF staff estimates.
^{1/} The data for Japan is public and private spending for 1990–2011. The data for other countries is public spending.

課題は10年前から指摘されている

OECD諸国における年代別の保健医療支出において、40～44歳の1人あたり支出を1としたときの年代別の相対的な水準

対GDP比での支出水準が高い国（90%分位点）
 高齢者は約6倍
 中位の国（50%分位点）
 高齢者は約4倍
 低い国（10%分位点）
 高齢者は約3倍
 一人あたり支出が高い

日本は約7倍

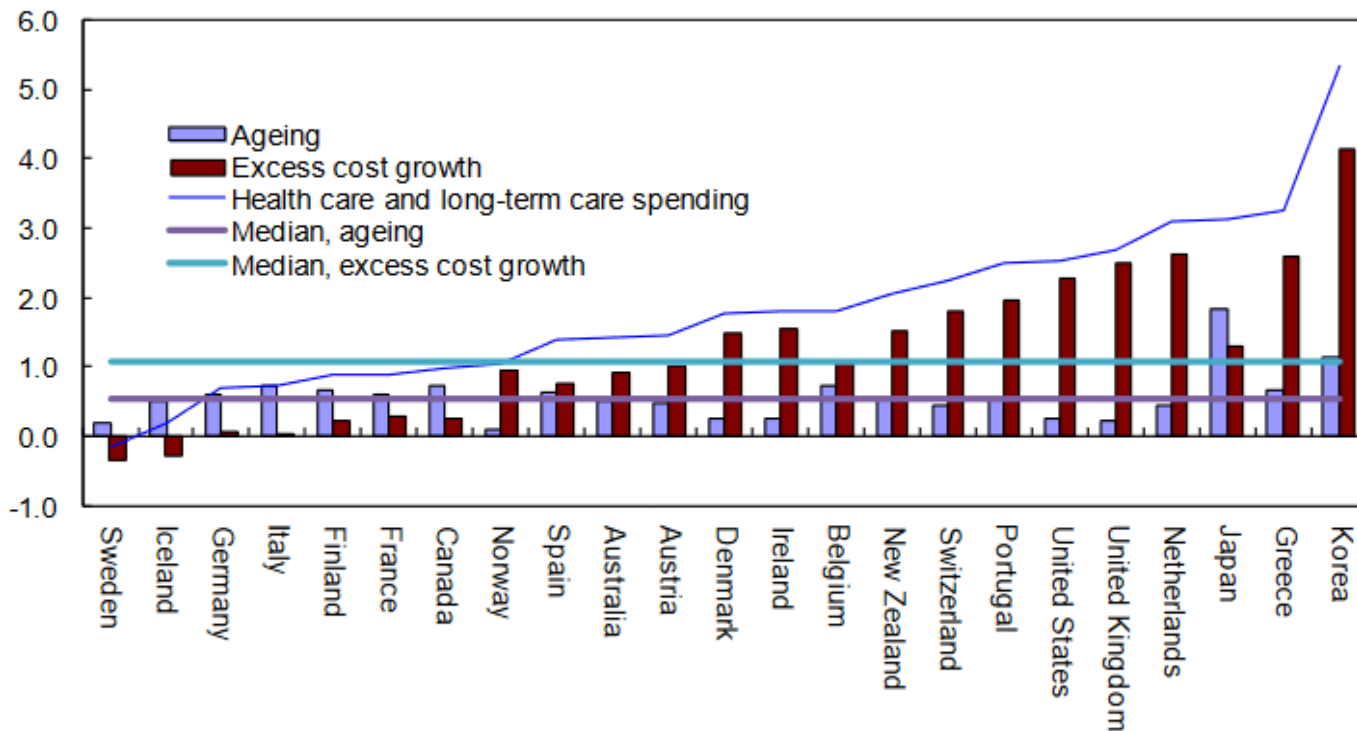
OECD諸国における年代別の介護費用支出において、65～69歳の1人あたり支出を1としたときの年代別の相対的な水準

対GDP比での支出水準が高い国（90%分位点）
 高齢者は約20倍
 中位の国（50%分位点）
 高齢者は約10倍
 低い国（10%分位点）
 高齢者は約3倍
 一人あたり支出が高い

日本は約31倍

「医療の技術革新が進めば保健医療支出も伸びる」のか？

Figure 4. OECD Countries: Decomposition of Changes in Health Spending ^{1/}
(Annual percent change, average for 1990–2010)



Sources: OECD; IMF, World Economic Outlook database; and IMF staff estimates.
Note: The data for Japan is from Table 1 (public and private spending during 1990–2011 excluding 2000–02). For other countries, OECD data on public spending during 1990–2010 is used.
^{1/} Includes LTC spending.

OECD諸国における1990年～2010年の保健医療支出の伸びを「高齢化」と「人口構成以外の要因（Excess Cost Growth）」に要因分解したもの

Excess Cost Growth

- ：所得水準上昇と共に医療への需要が高まること
- ：経済水準の向上とともに医療技術が進展すること
- ：賃金水準の上昇によりサービスの単価が上昇すること

日本は他のOECD諸国と比較して、高齢化の保健医療支出への影響が大きい

一方で医療技術の進展に伴う保健医療支出増は他国と比べると相対的には抑制されている

これは望ましい傾向？ それとも他国が享受する技術革新の恩恵を獲得し損ねている??

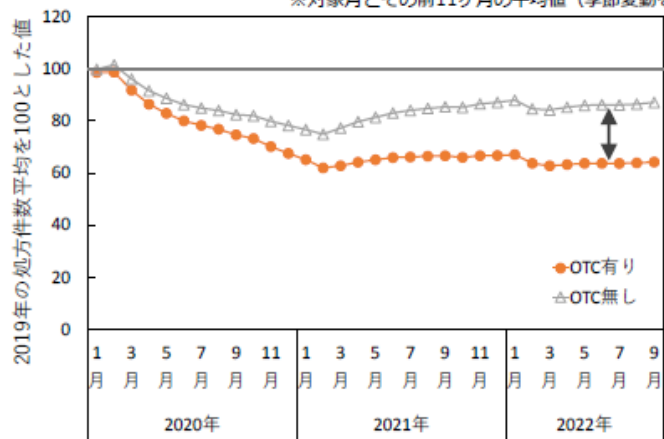
「質や効果の低い医療サービスには保険給付を行わない」原則を徹底する

OTC有無別で比較が可能と考えられた薬剤について処方薬の処方件数の水準（2019年平均値を100とした値）の月次推移をOTC有無別にみたところ、**2020年以降はOTC有りの方がOTC無しに比べて低い水準で推移していた。**

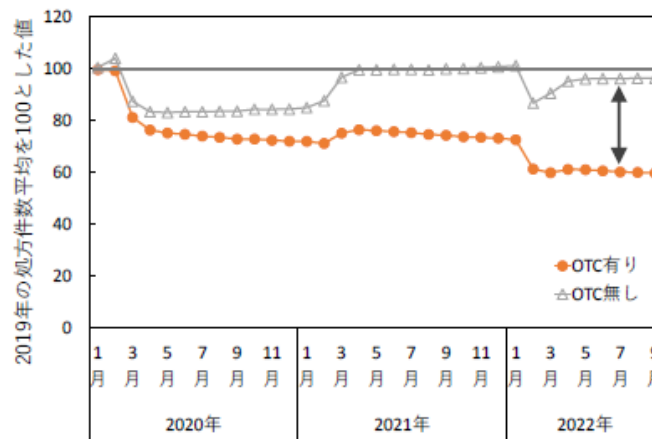
健康保険組合連合会「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究VI」より抜粋（2023年9月7日）

<処方薬> 鼻炎治療薬（内服薬）のOTC有無別処方件数の12カ月移動平均推移*

※対象月とその前11ヶ月の平均値（季節変動を除去）



<処方薬> アレルギー用点眼薬のOTC有無別処方件数の12カ月移動平均推移*



2019年⇒2022年
鼻炎薬や点眼薬の
OTC類似薬の処方
(受診による処方)は
約4割減少

OTC類似薬に関する分析結果（2021年10月～2022年9月）

	分析対象レセプト全体	OTC類似薬を含むレセプト	処方薬がOTC類似薬のみのレセプト	
			分析対象レセプト	全国推計値 ^{※2}
医科レセプト件数	7,774万件	3,524万件	1,073万件	—
医療費総額	1兆3,941億円	7,185億円	1,469億円	1兆635億円
うちOTC類似薬の処方額 ^{※1}	—	453億円	127億円	919億円
レセプト1件当たり医療費	17,933円	20,388円	13,694円	—
うちOTC類似薬の処方額	—	1,284円	1,182円	—

65歳未満の患者について、結果的にOTC医薬品で対応が可能だったと考えられる医薬品の見込み額

※機械的な粗い試算であり、必ずしも処方の必要性を否定するものではない。

処方薬がOTC類似薬のみのレセプトは分析対象全体の約14%

医師の処方の7分の1はOTCがある医薬品の処方のみ
(処方箋料や初診料・再診料など：1兆635億円に相当)

全国推計値から、65歳未満の患者について、結果的にOTC類似薬の処方（919億円）は、市販のOTC医薬品のみで対応が可能だったと推計（下図）。

(注) *1 処方額は処方された医薬品の額。

*2 2021年10月～2022年9月における分析対象レセプトの医科入院外および調剤医療費の合計額（約1.4兆円）と、同期間の65歳未満の国民医療費の医科入院外および調剤医療費の合計額（約10.1兆円）（厚生労働省「医療費の動向調査」）の比率（1：7.24）を基に、「処方薬がOTC類似薬のみのレセプト」の医療費総額・処方額を7.24倍することで算出した粗い推計値

「重要性や緊急性の低いサービスには保険給付を行わない」原則を徹底する

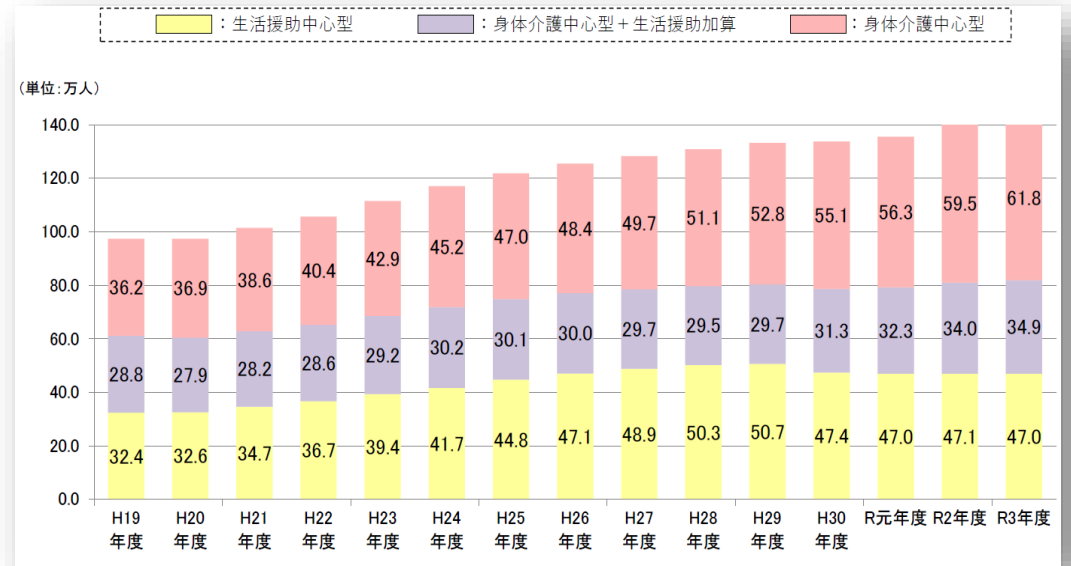
訪問介護	調理・洗濯・掃除など、 45分あたり183円 (1割自己負担の場合)	単位数 (令和3年4月改定後)	単位数 (単位:千単位)	割合 (単位数ベース)
		総数	8,664,947	100.00%
身体介護		167単位~579単位 (1時間以上は30分を増すごとに+ 84単位)	5,393,164	62.24%
身体介護・生活援助		上記に加えて+67・134・201単位	1,499,425	17.30%
生活援助		183・225単位	838,909	9.68%
通院等乗降介助		99単位	45,565	0.53%
2人訪問介護加算		×200/100	109,110	1.26%
夜間・早朝加算		+25/100	1,415,375	16.33%
深夜加算		+50/100	442,091	5.10%
特定事業所加算 (I)		+20/100	881,507	10.17%
特定事業所加算 (II)		+10/100	2,429,044	28.03%
特定事業所加算 (III)		+10/100	110,100	1.27%
特定事業所加算 (IV)		+5/100	4,197	0.05%
特定事業所加算 (V)		+3/100	1,283	0.01%
共生型サービス居宅介護減算1 (30%)		×70/100	△ 3	△ 0.00%
共生型サービス居宅介護減算2 (7%)		×93/100	△ 8	△ 0.00%
共生型サービス重度訪問介護減算 (7%)		×93/100	△ 10	△ 0.00%
同一建物減算1 (10%)		×90/100	△ 288,438	△ 3.33%
同一建物減算2 (15%)		×85/100	△ 58,282	△ 0.67%

社会保障審議会・介護給付費分科会 (2023年7月24日) より一部抜粋

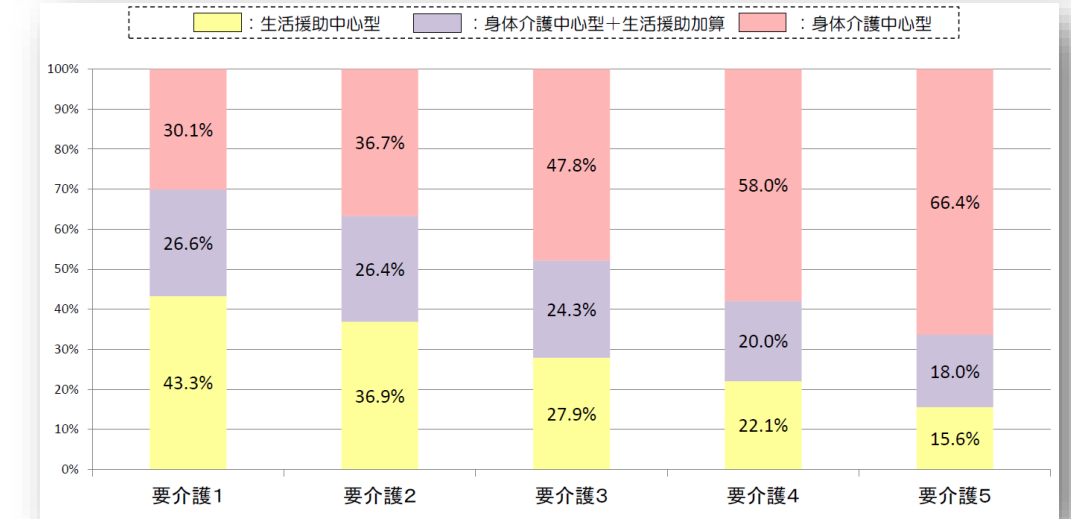
R3年度介護給付費等実態統計では「訪問介護」の費用は1兆562億円 (介護保険の総費用の9.8%) 訪問介護の内容類型別受給者数 (右上図) においては、47万人が生活援助中心型の受給である。

調理・洗濯・掃除は「あったほうがいい」サービス
しかし重要性や緊急性が高いサービスとは言えない

訪問介護の内容類型別受給者数 (単位:万人)



訪問介護の要介護度別受給内容 (単位:%)



病床確保のための緊急包括支援交付8.7兆円（R2～R4年度）の示す課題

図表6-4 特定機能病院等のICU区分に該当する68医療機関における入院患者1人1日当たりの診療報酬額と病床確保料上限額との差の状況

区分	差額	医療機関数（割合）
入院患者1人1日当たりの診療報酬額が病床確保料上限額438,000円を下回っている41医療機関（80.2%）	△120,000円以上	28医療機関（42.8%）
	△80,000円以上 △120,000円未満	4医療機関（5.8%）
	△40,000円以上 △80,000円未満	4医療機関（5.8%）
	△1円以上 △40,000円未満	4医療機関（5.8%）
入院患者1人1日当たりの診療報酬額が病床確保料上限額438,000円を上回っている27医療機関（39.7%）	0円以上 40,000円未満	10医療機関（14.7%）
	40,000円以上 80,000円未満	8医療機関（8.8%）
	80,000円以上 120,000円未満	5医療機関（7.3%）
	120,000円以上	6医療機関（8.8%）

会計検査院の指摘（2023年1月13日）

「新型コロナウイルス感染症患者受入れのための病床確保事業等の実施状況等について」

- ① 患者の受入態勢のできていない病床にも交付
- ② もともと空床の病床にも交付
- ③ 補助金の水準が高額

空床の方が、患者を受け入れるよりも1日1床当たりの報酬が高い設定の特定機能病院のICUが全体の60%空床確保料が、入院受入時の診療報酬を1日12万円以上上回ったICUが全体の43%
（図表出典）会計検査院報告書P.42

ガバナンスの問題

病床確保料を含む包括支援金は全額国費負担（都道府県の費用負担なし）であるため、「都道府県に調査・報告を求める」と言っても都道府県が精査するインセンティブには限界があること

医療の治療アウトカムの問題

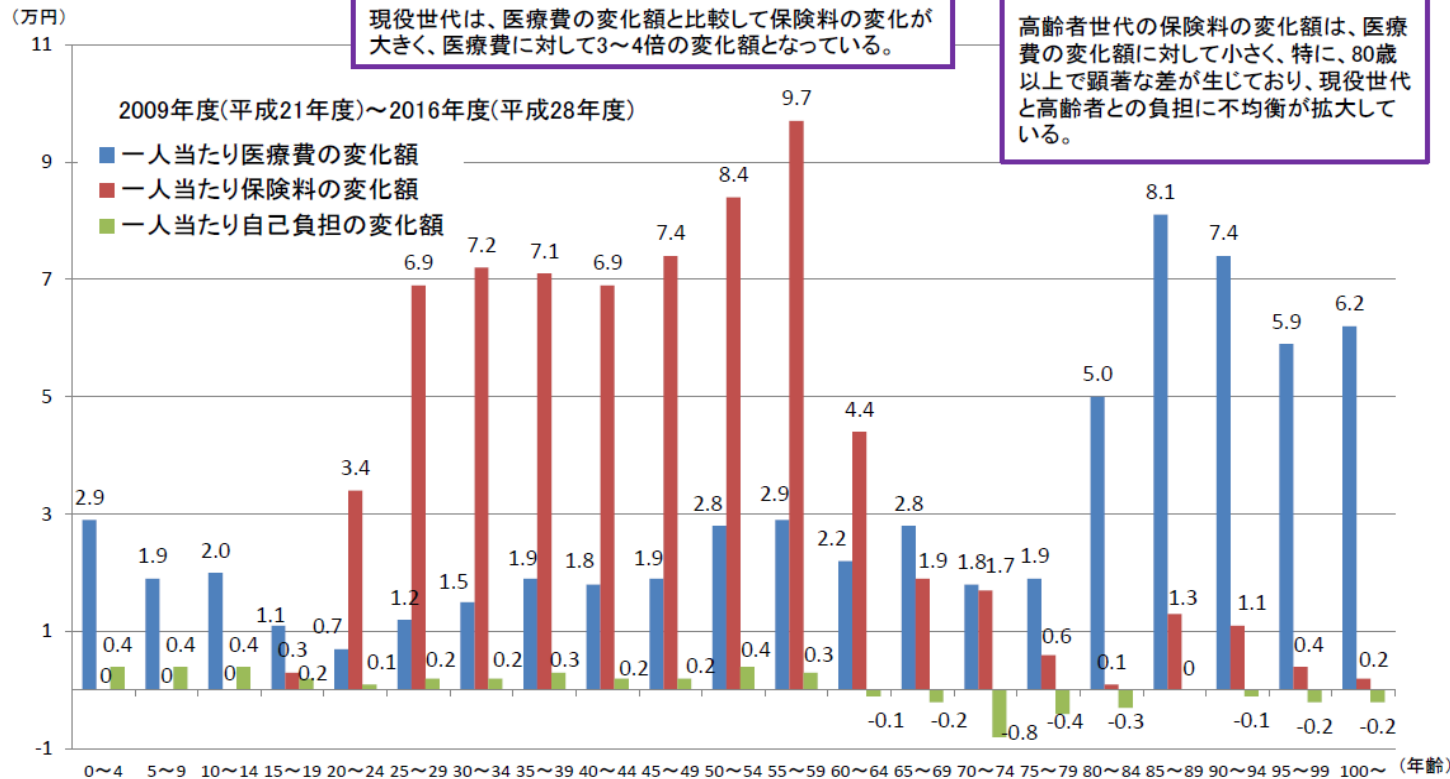
報酬の制度設計の歪みから、COVID-19対応に必要な以上の医療資源が割かれ、COVID-19以外の医療提供体制が供給過少となることによって、全体として患者にとって必要な治療への資源配分が損なわれた可能性

医療保険制度を通じた現役世代から高齢世代への所得移転の傾向

〔世代間のアンバランス〕

年齢別1人当たりの医療費・保険料・自己負担の変化額

医療保険制度を通じた現役世代から高齢世代への所得移転が強まっている



現役世代は、医療費の変化額と比較して保険料の変化が大きく、医療費に対して3～4倍の変化額となっている。

高齢者世代の保険料の変化額は、医療費の変化額に対して小さく、特に、80歳以上で顕著な差が生じており、現役世代と高齢者との負担に不均衡が拡大している。

遠藤久夫氏(国立社会保障・人口問題研究所所長)の資料を参考に厚生労働省資料を参照して健保連で作成(2019.11)

「今、必要な医療保険の重点施策
－ 2022年危機に向けた健保連の提案－
2019年9月9日 健康保険組合連合会より引用

25～59歳までの年齢構成において
2009年～2016年
保険料の変化額 7～10万円
医療費の変化額 1～3万円

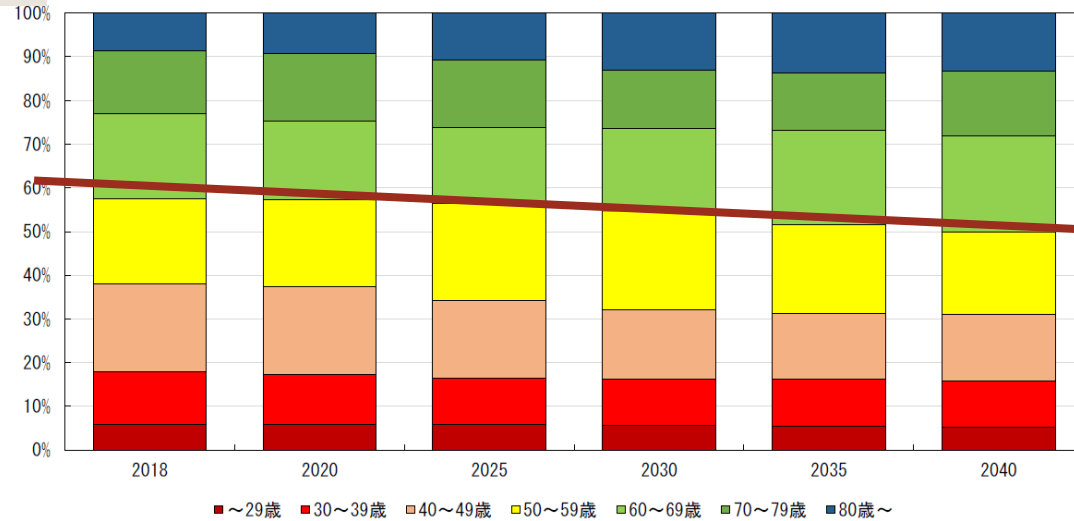
80歳以上の年齢構成において
2009年～2016年
保険料の変化額 0～1万円
医療費の変化額 5～8万円

所得再分配は、本来は税
＋
医療サービスで再分配
することが適切か？

税（消費税）と社会保険料（健康保険料）の世代間負担（2040年まで）

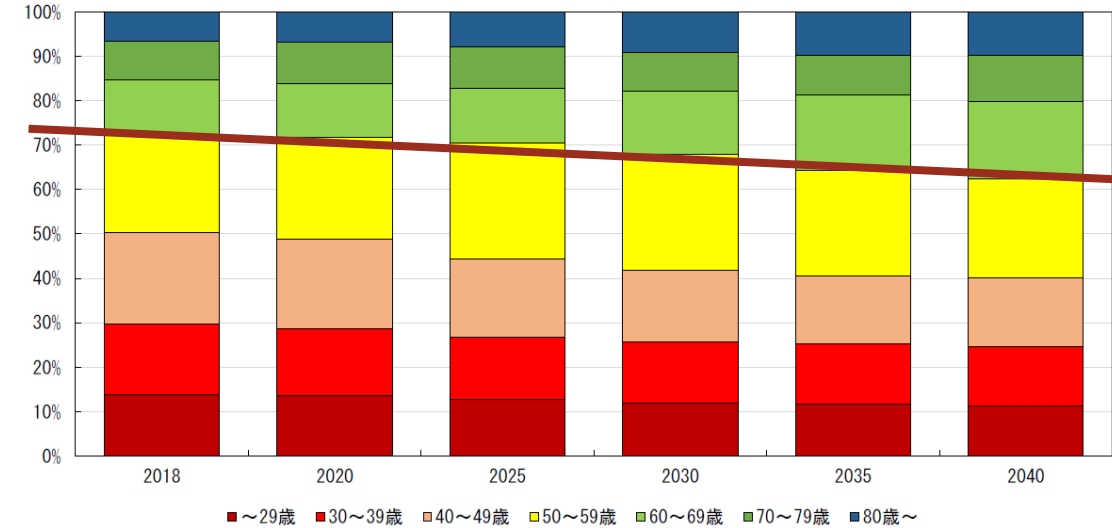
消費税

世帯主年齢階級別消費税収の構成比



健康保険料

世帯主年齢階級別医療保険料収入の構成比



※上記左図・右図は土居丈朗教授（慶応義塾大学）による推計を引用

（2023年4月「第31回日本医学会総会」講演「医療・介護の経済・財政的課題の改善に向けて」発表資料より）

原典「人口減少と経済成長に関する研究会」報告書（2020）第8章 人口減少が及ぼす社会保障財源への影響（土居丈朗）の再推計

消費税は、将来にわたって、全世代が幅広く負担
2030年時点において、**60歳以上の負担が約5割**

社会保険料（医療）は、現役世代に負担が偏る
2030年時点において、**60歳以上の負担が約3割**

「保険料と税」の一元把握なしには、働く一人ひとりを支えることは不可能

税・社会保険料・自己負担・歳出削減を合わせた社会保障制度を検討すべき