

CIGS 財政・社会保障シンポジウム  
「財政リスクの論点整理と国民の選択肢」資料

医療介護福祉の追加財源確保策

公的医療保険を二階建てにする

2016年12月2日(金)

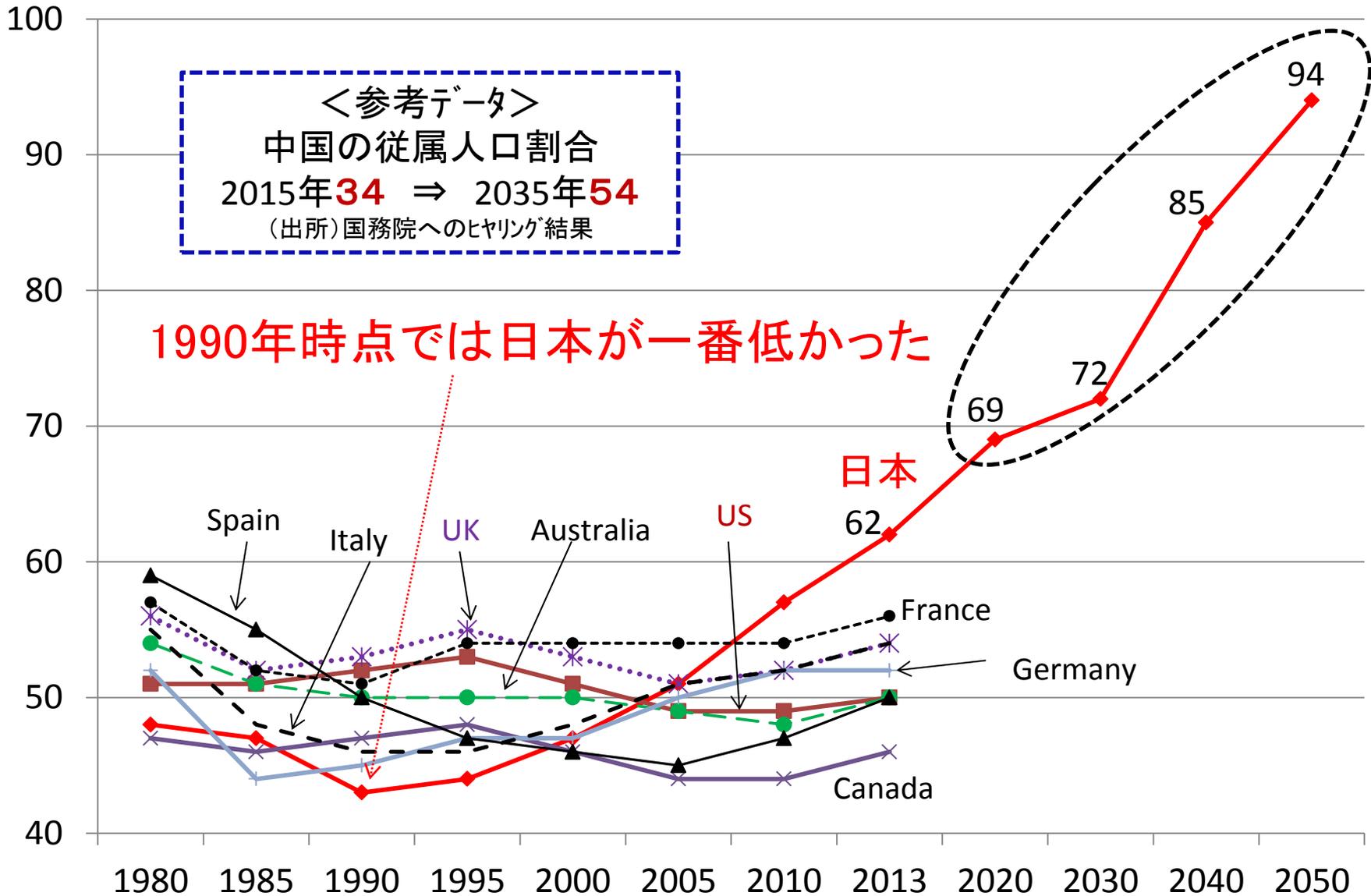
松山 幸弘

キャノングローバル戦略研究所 研究主幹・経済学博士

社会保障審議会福祉部会 委員

豪州マッコーリー大学オーストラリア医療イノベーション研究所 客員教授

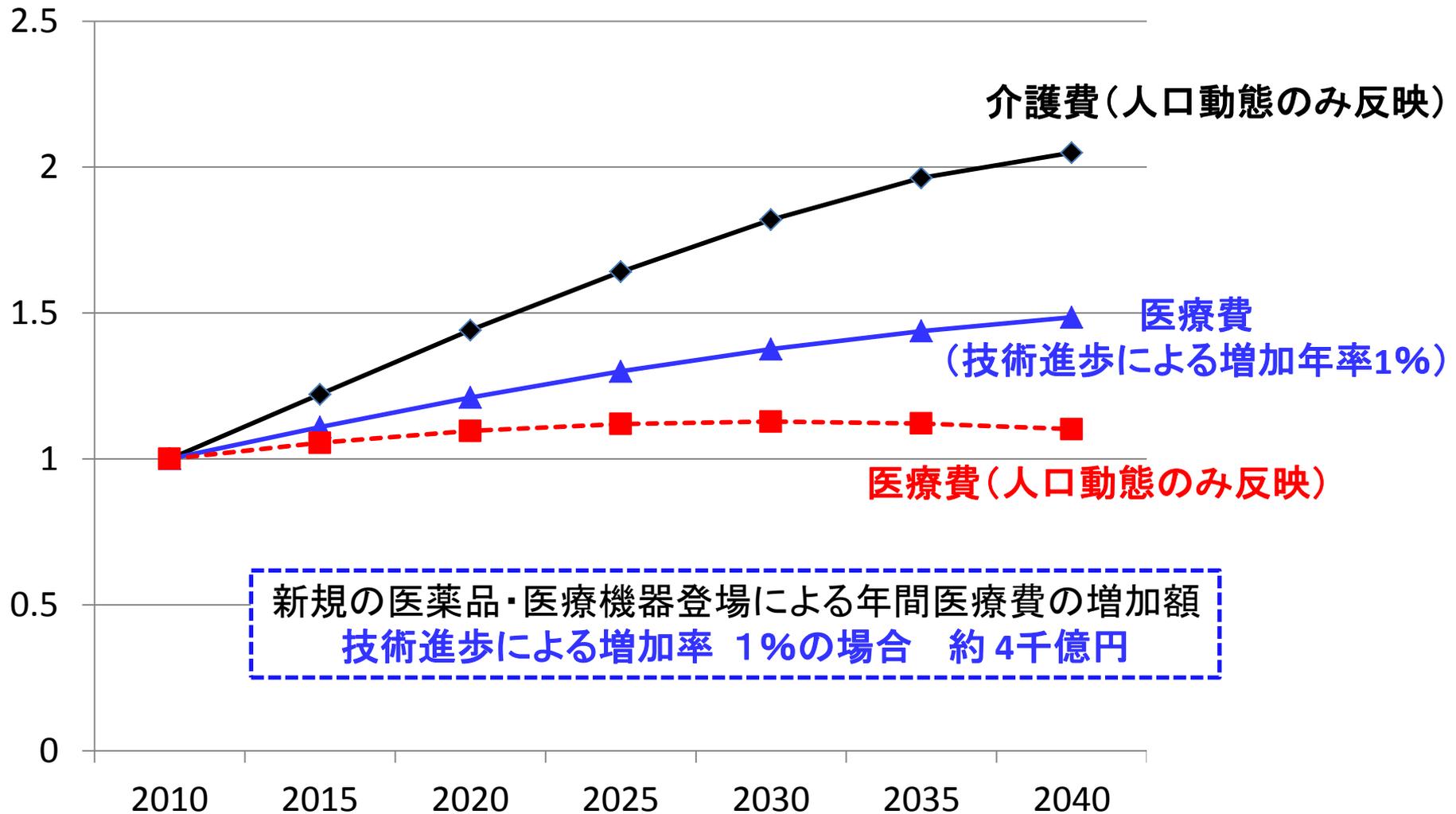
# 従属人口割合 (<14歳以下+65歳以上> ÷ <15~64歳>) 指数の国際比較



＜参考データ＞  
 中国の従属人口割合  
 2015年**34** ⇒ 2035年**54**  
 (出所) 国務院へのヒヤリング結果

(出所) 世界銀行データベース、国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口(平成24年1月)」

# 医療費と介護費の実質ベース増加倍率



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」  
厚生労働省「平成25年度国民医療費の概況」、「介護保険事業状況報告」などから筆者作成

# 社会医療法人の業績に基づく診療報酬水準の評価

<仮説>

社会医療法人全体の診療ポートフォリオは診療報酬体系に近似している

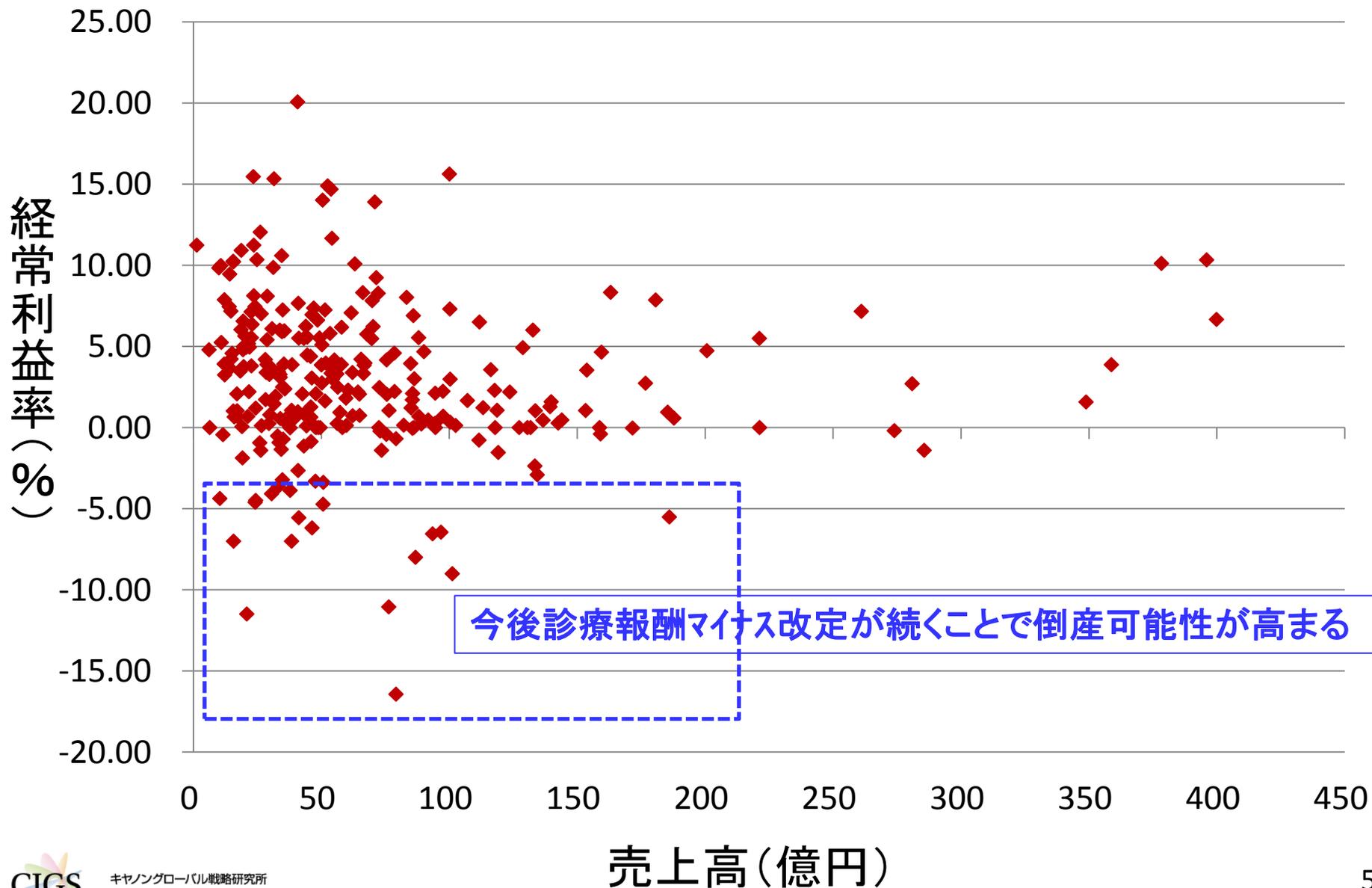
社会医療法人267全体の平均経常利益率			
2013年度 実績	2014年度 実績	2015年度 実績	2016年度 予想
3.8%	2.97%	2.98%	3.5%

診療報酬本体0.49%UP

- ①診療報酬全体で見た場合、  
医療経営が成り立たないほど低いわけではない
- ②赤字の医療事業体は経営判断ミスの蓄積が原因

2018年は診療報酬本体部分のマイナス改定(▲1%?)が必至

# 全国の社会医療法人267の業績分布(2015年度)



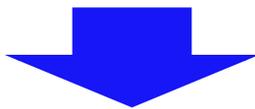
# 医療財源確保の世界共通原則

各国の医療制度は、給付受益とコスト負担のバランスのあり方、その仕組みが大きく異なるように見える。しかし、



制度設計の原則は世界共通

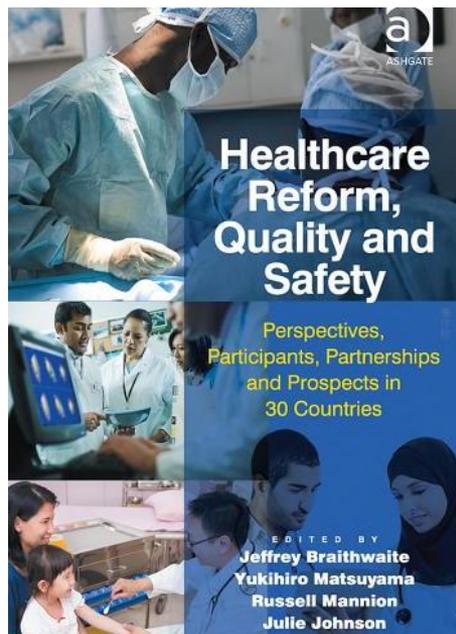
- ①財源は、税、保険料、患者負担の3つ
- ②現役世代の医療費は全て現役世代自身が負担
- ③高齢者の医療財源の大部分も現役世代が負担
- ④高齢者の富裕層も一部負担



＜医療制度を国際比較する場合の優劣判定基準＞

キーワードは *Resiliency*

経済成長率、人口動態、技術進歩など制度設計前提条件が大きく変わった時に  
改革に対する国民コンセンサスを得るためにどのくらい柔軟性、弾力性があるか？



世界30カ国の医療改革比較  
2015年3月発刊

# 医療介護制度運営のパラダイムシフト

	Population Health 以前	Population Health 以後
患者と医師の関係	医師は患者が来るのを待っている	医師から患者にアプローチ 医師と保険者のチームが被保険者集団の個々人の疾病リスクを評価、アプローチの優先順位を付ける。 健常者の予防指導にも注力。 ⇒地域住民に密着した開業医、社福の活躍の場が増える
医療介護費変動のリスク負担	通常、保険者のみが負担	保険者とケア提供者が共同負担 担当する被保険者集団全体の医療介護費がベンチマークを下回り、かつケアの質指標もクリアした <b>ケア提供者に報酬を支払う。</b>

ベンチマーク事業体は  
存続が保証される

保険者とケア提供者が実質的に連結  
報酬支払い審査(レセプトチェック)が不要になる

# 公的医療保障制度(皆保険)における **日本の特殊性**

	日本	日米以外の先進諸国
皆保険の意味	対費用効果を精査することなく有効性が認められた医療は全て保険の給付対象とする原則	有効性が認められた医療が全て国民共通の公的医療保障の中に含まれているとは限らない
保険内容に対する国民側の選択権の有無	全国民に一律適用 ⇒医療で格差が発生することを制度上一切認めない考え方	二階建て要素が入っている ⇒公的制度の枠組みの中で給付と負担のバランスを国民一人ひとりが選択できるオプションを組み込んでいる
受診規制の有無	一部導入開始したが <b>緩い</b>	家庭医等を活用した <b>強い規制</b>
設備投資規制の有無	設備投資規制が緩い中で、公定価格を全国一律に適用 ⇒公私病院共に <b>非価格競争(過剰重複投資)</b> を誘引する構造	<b>強い設備投資規制により過剰重複投資を防止</b> ⇒皆保険ではない米国でも州政府による強力な高額医療機器規制がある
保険者(財源)と医療機関が連結する仕組みの有無	<b>保険者と医療機関が対立</b> ⇒進行中の医療改革で都道府県に財源管理と提供体制整備の権限を集中する方向	財源と提供体制が共に公中心の国々では元々 <b>両者が実質連結</b> ⇒米国でも連結ビジネスモデルがシェアを伸ばしている
病院の利益が特定個人に帰属する割合	<b>先進諸国の中で最も高い</b> ⇒医療提供体制の <b>営利性が高い</b>	米国以外は <b>公立病院中心で低い</b> ⇒米国でも(株)の病院数シェアは19%

# 二階建て医療保険の構成要件

- ①医療保険が一階部分と二階部分に分かれている
- ②二階部分は国民一人ひとりが給付と負担のバランスを選択できるオプション要素が組み込まれている

## <留意点>

- ◆二階部分のオプションの対象にする医療として、高額高度医療だけでなく、プライマリーケア、処方薬、アメニティなど様々な仕組みがありうる
- ◆二階部分保険を強制加入、任意加入のいずれにするかで制度設計、公費投入が大きく異なってくる
- ◆二階建ては混合診療解禁とは別の論点  
⇒ただし、新規開発された高額医薬品・医療機器を患者負担割合を高く設定したオプション保険で給付対象にすることは、混合診療に類似した効果を持つ
- ◆二階部分の保険者を民間保険会社にするか、しないかの選択

# 二階建て医療保険の方法論と評価の視点

<p>&lt;民間保険不活用&gt; 二階部分も公的保険</p>	<p>公的保険の中に被保険者一人ひとりが給付と負担のバランスを選択できる部分(オプション保険)を組み入れる</p>	
<p>&lt;民間保険を活用&gt;</p>	<p>二階部分は既存の民間保険</p>	<p>最も簡単な仕組みだが、制度の 公益性が損なわれる</p>
	<p>二階部分になる民間保険を 公的保険に近づける工夫を行う</p>	<p>既往症に基づく加入謝絶禁止、 被保険者集団の疾病リスクの違い に基づく強制的財源調整、など 規制を強化(公益性担保)する</p>



## <<< 評価の視点 >>>

- ① 公的医療保険制度の財政安定化に寄与するか？
- ② 国民が容易に理解できる仕組みか？
- ③ 国民が新規の医薬品・医療機器の恩恵をより早く受けるようになれるか？
- ④ 資力が相対的に低い弱者の救済策は十分か？
- ⑤ 医療機関の経営安定に役立つか？

# 民間医療保険の経費率は公的医療保険よりかなり高い

	公的医療保険の経費率	民間医療保険の経費率
米国	<p>1.4%</p> <p>メディケア・パートA、B、Dの経費が支出総額に占める割合の2015年実績値</p>	<p>12%～14%</p> <p>◆オバマ医療改革で使われる民間医療保険には保険料に占める給付割合が、80%以上(個人保険または小グループ保険)または85%以上(大グループ保険)という条件が付けられている。</p> <p>◆民保の雄カイザーの経費率は約5%</p>
オーストラリア	<p>2.2%</p> <p>国と州政府が担う医療制度運営経費合計に占める経費の割合の2014年度実績</p>	<p>8.8%</p> <p>公的医療保険の代替機能を担う民間医療保険の経費率の2014年度実績</p>

## 日本の保険者の経費率

国民健康保険	1.3% = 厚生労働省「国民健康保険の財政状況(市町村)」に記載されている国保の総務費を支出計で割った値の2013年度実績
健康保険組合	1.6% = 事務費が経常支出に占める割合の2015年度予算ベースの値
協会けんぽ	1.3% = 業務経費・一般管理費が経常費用に占める割合の2014年度実績

## 二階建て部分の給付対象の有力候補

### ①技術進歩により登場する新規の医薬品・医療機器の診療報酬

⇒高価になりがちな新規の医薬品・医療機器の公的保険適用を2段階で行う

### ②現行の給付対象を非高額(基礎的)医療と高額医療に分けてそのいずれかにオプションの仕組みを導入する

⇒例えば、次の観点から保険料に差を設けることが考えられる

◎外来の定額負担の有無

◎処方薬の患者負担割合

➡ジェネリック医薬品が出た先発医薬品の患者負担割合をオプション対象に

◎健常時に行う終末期(延命)医療の選択

◎高額療養費制度の上限額

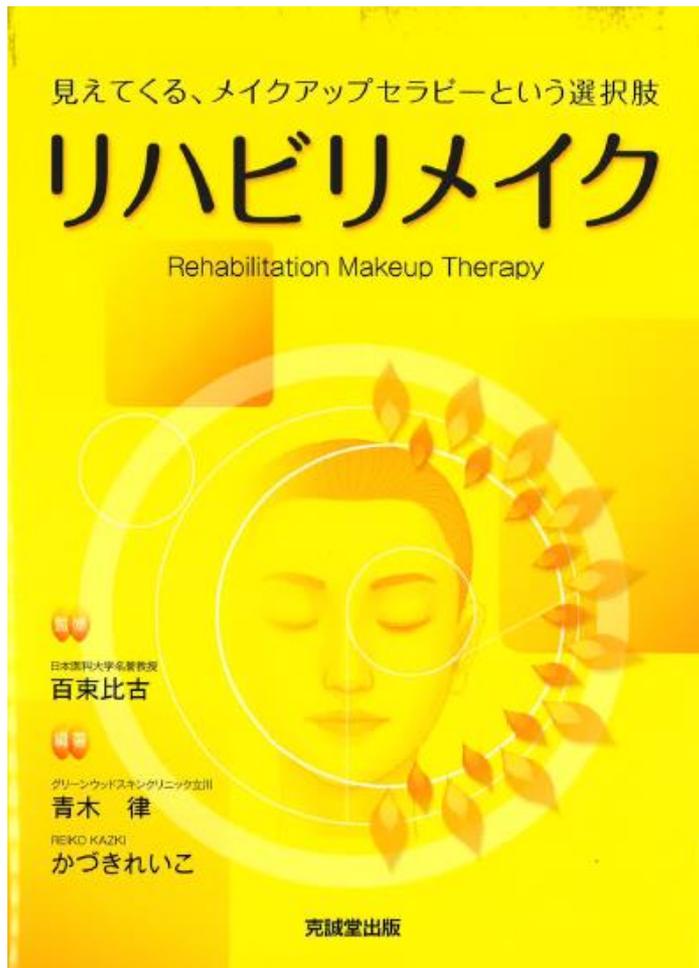
### ③選定療養の対象項目

⇒選定療養には逆選択リスクを保険者側が給付条件(患者負担割合など)の決め方等でコントロールできるものとコントロール困難なものが混在している。

⇒選定療養に含まれない非医療行為ケアサービスにも有力候補がある

(例)火傷や交通事故で傷を負った患者の**リハビリメイク、がん患者のアピアランスケア**

# 二階部分給付対象の有力候補の事例



2016年6月1日発行

公益社団法人 顔と心と体研究会



メイクボランティアについて

メイクボランティア

年齢・性別不問。人の役に立ちたい、  
触れ合いたい、そんな気持ちが出発点です。

- ・メイクボランティアへの参加について
- ・メイクボランティア講習会
- ・メイクボランティア事例
- ・老人ホーム訪問先



2016年4月13日開催中医協でリハビリメイクが医療行為  
ではないこと、混合診療禁止規定に抵触しないこと  
が確認された

～中医協資料から抜粋～

がん患者等を対象とした美容・整容等の支援  
(概要)がん患者等に対し、かつらの貸与や化粧の  
方法等についての講習等を行うもの  
(対応案)療養の給付と直接関係ないサービス等と  
して明確化してはどうか。



2016年6月24日付け厚生労働省通知

## リハビリメイク適応症例

専門領域	疾患名
精神科	双極性障害、神経症、更年期障害、摂食障害、身体醜形障害、自傷行為、ドメスティックバイオレンス、PSSD(Post-Surgical Stress Disorder:手術後ストレス障害)
形成外科	瘢痕(熱傷後瘢痕、外傷後瘢痕、術後瘢痕など)、血管腫・母斑(単純性血管腫、太田母斑など)、母斑症(プリングル病、レックリングハウゼン病など)、口唇裂、口蓋裂、陳旧性顔面神経麻痺、眼瞼下垂
歯科・ 口腔外科・ 頭頸部外科	口唇裂、口蓋裂、口腔がん、咬合異常、審美歯科、下顎前突、顔の変形、頭頸部手術後瘢痕
美容外科	ざ瘡、ざ瘡痕、色素性病変、アンチエイジング全般(たるみ、しわ、しみ、毛穴の開き)、顎角の張り、美容治療後のダウンタイム軽減(ケミカルピーリング、レーザー)
皮膚科	アトピー性皮膚炎、ざ瘡、膠原病による皮膚症状、母斑、白斑、色素性病変、魚鱗癬
内科	膠原病、腎不全(透析)による様々な皮膚症状
婦人科	更年期障害、がん治療に伴う副作用(脱毛、くすみ)に対するQOL向上
眼科	眼瞼下垂、眼瞼痙攣、眼瞼内反

# 医療イノベーションの2つの柱

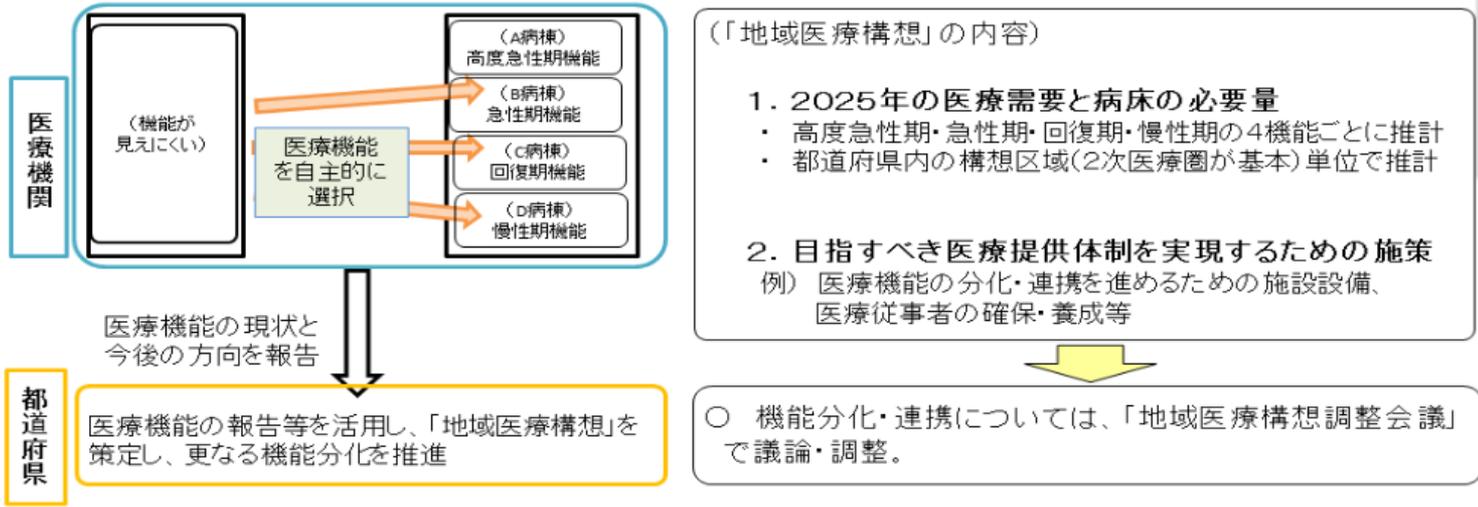
イノベーションの柱	日本の立ち位置
①医療技術の進歩 新しい医薬品、医療機器 ICTなど	ほぼ世界トップ水準
②医療制度、医療事業者の マネジメントの変革	先進諸国の中で <u>最低レベル</u>

- 例① ICT活用を掲げているが、ICT投資財源を考えていない  
例② 近接した国公立病院、大学付属病院で重複過剰投資

財源とケア提供体制の両輪を広域医療圏単位で全体最適にする  
仕組みを欠いたままでは、改革の方向が正しくても画餅に終わる

地域医療構想について

- 平成26年の通常国会で成立した「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。（法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。）  
※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



病床機能報告制度 + 地域医療介護総合確保基金

市町村国保を都道府県単位に統合