

TMA 近未来医療会議 第1クールの論点に関する提言の取りまとめについて (報 告)

2022 年 4 月 15 日
法政大学 菅原琢磨
(第 1 クール WG 座長)

基本的テーマ:「2040年に向けた医療供給体制と診療報酬体系の抜本的な改革」
第 1 クール課題:
国家財政、医療経済、国民医療費と税制、財政審の建議・「骨太の方針」に向けた考え方・提言

I. 【第 1 クール WG 等でのこれまでの議論の経過】

【第 1 回 WG】:令和 4 年 1 月 5 日(水)19 時～

於 東京都医師会館(ハイブリッド形式)

[WG の流れ]

- ① 菅原より第 1 クールの論点(キーワード)に沿い、1.5 時間程度の講義
演題:「わが国の現状とこれからの医療保障制度－財政・医療経済的側面からの課題－」
- ② 講義を基に出席者による討論・意見交換を 1 時間程度実施

【第 2 回 WG】:令和 4 年 2 月 2 日(水)19 時 30 分～

於 東京都医師会館(ハイブリッド形式)

[WG の流れ]

- ① 香取委員長より第 1 クールの論点(キーワード)に沿い、50 分程度の講義
演題:「財政審・財務案に対する論点の提起－第 1 クール作業部会での議論のために－」
- ② 菅原より「医療の価値の見える化」の例として研究の概要を 20 分程度報告
演題:「社会的共通資本としての医療と安心の価値評価－見えない価値の「見える化」の例－」
- ③ 講義を基に出席者による討論・意見交換を 50 分程度実施

【臨時作業部会】:令和 4 年 2 月 18 日(金)18 時 30 分～

於 東京都医師会館 5 階会議室(ハイブリッド形式)

[WG の流れ]

- ・以下の 4 点を検討の主要論点(領域)として予め、座長整理。各論点について委員より各 5 分程度で意見表明。その後、質疑応答・意見交換

【検討委員会】:令和 4 年 3 月 2 日(水)19 時 00 分～

於 東京都医師会館 5 階会議室(ハイブリッド形式)

[委員会の流れ]

・取りまとめ案(座長案)を説明、その後、意見交換

【全体協議会】:令和 4 年 4 月 6 日(水)19 時 00 分～

・取りまとめ案(検討委員会案)を説明後、意見交換

<主要論点(領域)>

- i. 医療提供サイドとして「納得」して取り組める医療費の適正化方策の検討(ポリファーマシー・ICT 利活用、患者教育等)
- ii. 医療費の公平な負担のあり方(税制(消費税等)、自己負担のあり方、負担能力の考え方(資産状況等の勘案について等))
- iii. 医療における働き方改革への対応(人口減少下での人員確保、役割分担等)
- iv. 「保険外」への対応・考え方(保険の適用範囲、地域づくり、未病・社会的処方、セルフケア・セルフメディケーションへの対応等)

Ⅱ. 取りまとめ案作成にあたっての全体的な共有認識

- 医療のもたらす多面的な価値評価を進め、それに見合った資源配分がなされるべきである。医療費を GDP の伸びの範囲内に抑えるという議論も一部にあるが、「実体ニーズ」がある医療や介護について、「現金給付」である年金のマクロスライドと同じような考え方で、医療の中身(量と質)を総枠の範囲で一律に切り下げる方向性は正しいものとは考えられない。
- 世界の主要国でも、医療費の対 GDP 比は伸長している。程度の差こそあれ、先進国の医療費の対 GDP 比は中長期的には上昇しており、今後も医療の高度化等により上昇が見込まれる。質の向上をともなった安定した医療提供を確保し続けるためには、追加的、或いは新たな財源確保の道を探ることを検討すべきである。
- 一方、医療保険財政の主たる担い手である現役世代の今後の急減と負担の軽減、わが国の極めて厳しい財政事情、平均的な国民の所得減少等、厳しい社会経済環境にも十分配慮し、医療従事者として自ら必要かつ実行可能な、これまでより踏み込んだ適正化努力の姿勢も示す必要がある。
- 東京都医師会は、人々の健康を守り、その日々の生活に最も近いところで寄り添う「医師」という職能集団であることの社会的使命、果たすべき大きな責任を改めて自ら自覚する。従来の利害関係者間の対立構造を超え、国民的視点で協働する為の責任あるリーダーシップを発揮する。保険者、経済・産業界、財政当局との協力・協働の方向性をより前向きに模索していく。

- 「PHR(個人の健康・医療・介護情報)」の利活用」、「DX(デジタルトランスフォーメーション)推進による医療機関間の情報共有」、「医療機関の機能分担・連携」、「社会的処方」等のキーワードは、いずれも「治す」から「治し・支える」医療への転換と、その要としての役割を担う「かかりつけ医機能」の文脈で捉えなおすことが可能である。個々のキーワードを個別事象とせず、一体的かつ大きな社会的文脈のもと位置づける。
- インフォームドコンセントが標準化され、患者は自身の医療情報、診療情報を正確に提供されるようになっている。「PHRといった患者の医療情報は患者本人のもの」という前提に立ち、その管理・利用を患者本人が主体的に捉えられるような社会意識の醸成と制度構築を図る必要がある。

超少子高齢社会の到来を見据えた「近未来」の医療と それを支える財政のあり方に関する提言

<総論>

- ・国民皆保険を実現し、比較的低廉な負担で医療へのアクセスを保障する医療保険制度、高水準の医療サービスを幅広く国民に提供している医療提供体制、それらの「総体」としてのわが国の医療制度は、世界でも極めて高く評価される最重要の社会基盤である。しかしそれらがもたらす社会への貢献、経済社会への価値は、現状、必ずしも正当に評価されているとはいえない。適切な医療制度がもたらす価値は、単に患者個人のベネフィットにとどまらず、経済社会活動への実質的貢献、社会保険制度の格差是正効果、地域住民に対する安心感の供与など多岐にわたっており、これらは通常、目には見えず意識されにくいものの、実体として存在している。
- ・国としてこれらの医療制度の維持にどの程度の資源配分を行うべきかについては、単にそもそも日常の診療にどれだけの費用が必要とされるかといった視点だけでなく、これらの価値についても丁寧に評価、検討したうえで議論されるべきである。
- ・わが国の高齢化率は概ね 3 割に達し、世界最高水準になっているにもかかわらず、医療を含む日本の社会保障給付費の規模は、欧米の主要先進諸国と同水準、ないしはそれ以下である。つまり、日本の社会保障の規模は、今なお相対的には低位にとどまっていると認識しうる。
- ・国際比較において、給付率に対して国民負担率が相対的に高位にはない現状は、給付に見合った必要な負担がなされていない状況を示しており、後世代に先送りしているか、他分野に充当していた財源を社会保障分野に回して負担増を回避しているという状況を示唆するものである。
- ・問題の所在は、医療費を含む社会保障給付費が増えていることよりは、むしろ現状のサービス提供やその維持に見合う必要な負担を、国民に求めている(求めてこなかった)という点にある。現実には、新たな医療技術の導入や高度化、必要な人材の確保、適切な施設・設備の更新・維持管理のほか、医療現場の厳格なリスク管理にも多くの費用が発生している。今後も必要とされる安心・安全な医療を確保するため、必要な費用負担に対しては、国民に十分にご理解をいただくための、より効果的かつ説得的な方策を考える必要がある。
- ・もちろん必要な医療提供体制確保のため応分の国民負担を求めるにあたっては、その前提として、①これまで進捗の捗々しくなかった医療界のデジタル化対応を早急に行い、患者目線でメリットを実感できるよう医療提供体制の効率化を推進する、②医療のもた

らす価値を広く国民にご理解いただくための努力を最大限行う、③医師をはじめとする医療従事者自らが、必要かつ不断の適正化への努力を怠らないことが重要である。

- ・必要な財源確保の方策については、現在の医療費負担の構成割合を他国の状況とも比較しながら慎重に検討する必要がある。その際には、世代間の負担の公平性と財源としての安定性を重視しつつ、適切な財源とその構成のあり方を検討すべきである。
- ・今後、人口減少が進む中でも、予防、健康維持を含めた広義の医療・介護分野は、引き続き需要の成長が見込まれる有望分野である。単にわが国の経済活動を下支えする役割を超え、将来的には外貨獲得までもを視野に入れた経済の牽引セクターとするためにはどのような体制整備が必要か、経済・産業界との対話を深め、協力的な関係の構築にも前向きに取り組む必要がある。

<医療のもたらす多面的な価値に見合った資源配分の必要性>

- ・既述のように、適切な医療制度がもたらす価値は、単に患者個人のベネフィットにとどまらず、経済社会活動への実質的貢献、社会保険制度の格差是正効果、地域住民に対する安心感の供与など多岐にわたっているが、これらの価値は、現状、必ずしも正当に評価されているとは言えない。
- ・国民所得の上昇とともに医療需要はそれを上回る割合で伸長することは、広く知られている(医療需要の所得弾力性は1以上)。医療需要が国民所得の伸び以上に伸長することは、わが国固有の状況ではない。また医療費の増嵩要因は「高齢化」の影響もあるが、中長期的には「技術革新」の影響が大きい。この点から、これまでも一部で検討の俎上に載せられてきた医療費総枠の増嵩をGDPの伸びの範囲内に抑える案は、必要な医療の高度化を妨げる懸念がある。さらに現実に必要な「実体ニーズ」がある医療や介護について、「現金給付」である年金のマクロスライドと同様の考え方が適用できるのかは、国民への説明、受けとめ方の双方から疑問がある。
- ・現在の診療報酬体系は長年の歴史的背景のもと、医療機関の構造や人員の配置基準、医師等の医療従事者が実施した診療行為や患者の状態像、最近では一部診療の成果など、構造－行動－成果(S－C－P)の3要素を複雑に組み合わせた構造になっている。
- ・各回の診療報酬改定では、まがりなりにも医療技術の進歩、診療内容の変化、患者の状態像などを精査し、質の確保を含めて必要な医療が確保できるように一定の配慮がなされてきた。このような現行の診療報酬本体の体系、制度下において、これらと関係の希薄なマクロの経済成長とを連動させて、医療費全体(或いは、少なくとも診療報酬本体)を一律に総枠で管理する手法を導入することは、質・量確保の両面において、必要な医療提供を毀損する可能性が高く、価値に見合った資源配分という視点からも容認できない。

- ・医療のもたらす多面的な価値について、より包括的な検討と評価をすすめ、それに見合った適切な資源配分がなされることで、地域における医療提供体制の持続可能性が担保される必要がある。

<医師をはじめとする医療従事者が取り組むべき医療費適正化の努力>

- ・医師をはじめとする医療従事者は、保険診療において、その費用が公費(税金)や保険料によって賄われていることを常に意識し、適正に医療費が使われるように不断の努力を行う必要がある。特に「かかりつけ医」は、患者の置かれた生活・社会環境や健診結果、他科から処方されている薬などを把握し、多剤投与や薬の重複、安易な複数医療機関受診(ドクターショッピング)などの不適切な医療資源消費の防止において中心的かつ責任ある立場にあることを自覚し、その適正化に向けて率先して行動する。
- ・またこれらの不適切な医療資源消費の防止には、患者情報の集約、一体的把握がポイントとなるが、これらの患者情報を効率的に得るために、マイナンバーカードや電子カルテを利用した医療情報の共有など、率先してデジタル化を早急に進めると同時に、医師・医療従事者自らのデジタルリテラシー向上にも尽力する。
- ・一方、患者の健康・医療情報は最も適切に守られるべき重大な個人情報であることから、その慎重な取り扱いと管理には最大限の配慮がなされるべきであることは言うまでもない。

<医療にかかわる教育機会の拡充と国民理解を促す取り組みの強化>

- ・医療サービスは人が一生涯かかわる根源的な基盤サービスである。しかし、その最も根源的かつ不可欠なサービスの制度や適切な利用について、わが国では体系的な教育の機会が整備されていない。
- ・学齢期から定期的に、医療保険制度や医療提供体制の現状について学ぶ機会を創出し、国民的理解と浸透を促す必要がある。医療を提供する側だけではなく、受療する側も医療保険制度を正しく理解することが、医療費の適正化や無駄のない医療サービス利用につながる。
- ・現在実施されている「市民講座」等も引き続き継続する必要があるが、実際の受講者は一部の健康志向の高い市民のみにとどまるなどの課題も指摘されている。医師をはじめとする医療従事者は、より広範な人々へのアウトリーチを図るため、今後、例えば地域診療所が中心となる『通いの場』への出張健康教室、各種学校への出張講義、医療・介護系企業での初期研修への出講など、従来よりもチャネルを拡大し、学ぶ機会を創出する活動を実施、或いは支援する必要がある。また講義内容についても、①医療保険制度や医療提供体制の現状と問題点、②緊急時の初期対応、AED 使用方法についてなど緊急時に対応できる民間人の育成、③抗生物質の不適切使用やワクチンへの過剰反応など

民間における医学的不合理情報に対する教育など、医師・医療従事者ならではの適切な情報提供に努めることが重要である。

- ・最近では、インフォームドコンセントが標準化され、患者は自身の医療情報、診療情報を正確に提供されるようになっている。患者の自己決定を支えるこのような流れを一層徹底するとともに、そもそも「PHR(患者の医療情報)は患者本人のもの」という前提に立ち、その管理・利用を患者本人が主体的に捉えられるような社会意識の醸成と制度構築を図る必要がある。
- ・また、医療のデジタル化の推進は、PHR(患者の医療情報)をはじめ、様々な医療情報の大規模な蓄積をもたらす。これらの大規模データは、国民全体の大きな財産であり、それを適切な管理と手法のもとで利活用することは、より効率的かつ効果的な創薬、治療法の開発・改善にも結び付く、大きな可能性を有する。医師をはじめとする医療従事者が、医療のデジタル化のもたらすメリットについて理解するとともに、国民とも広くその認識を共有し、それらがもたらすメリットの患者、社会への還元について一層の努力を重ねる必要がある。

<医療費(診療費)にかかる国民理解の促進と周知への取り組みの強化>

- ・わが国では、すべての国民に対して国民皆保険制度のもと、遍く必要かつ適切な医療を提供しているが、その費用が公費や保険料によって賄われること、年齢や所得水準による定率負担であること、高額療養費制度(高額医療・高額介護合算療養費制度)等の制度の存在によって、実際に発生している医療コストが患者本人にとって意識しにくい構造になっている。このような医療コストに対する意識の希薄化が、時に安易な医療機関受診につながっている可能性は否定できない。
- ・診療報酬点数表には、保険診療の医療機関への報酬という意味での費用が掲載されているが、多くの国民にとって、現実にかかっている診療費用を意識する機会はこれまでそれほど多くはなかった。このような課題の改善に向けて、医師をはじめとする医療従事者自らが、より明確でわかりやすい医療コストの開示と説明を心掛ける。このことで公費を用いて診療を担う医療従事者として誠実な説明責任を果たすとともに、患者の医療にかかる適切なコスト意識の醸成にも貢献する。

<適切な医療受診への取り組みの強化>

- ・比較的低廉な費用で、良質な医療サービスを提供するわが国の医療機関は、誰もが利用可能な「コモンズ(共有地)」として性格づけることができる。「コモンズ」の適切な維持・管理には、利用者自身の過度な利己的動機を抑制する、適切な自己規律が必要とされる。
- ・今後も国民皆保険制度を守り、すべての人に必要な医療へのアクセスを保障するという観点からは、適切な自己規律が働きにくい現在の形の「フリーアクセス」についても再考する必要がある。「地域完結型」、「ゾーンディフェンス」といった考え方をベースとして、

地域医療全体で国民の医療をしっかりと保障するという「フリーアクセス」の捉え方の再定義が求められる。このような考え方をベースとして、限りある医療資源を真に必要とする患者へ割り当てることが可能となれば、医療提供側、受療側の双方にメリットをもたらす。

- ・このような患者への適切な自己規律を一定程度促すために、病院と地域の診療所の連携・機能分担を図るための「保険外併用療養費制度」の活用も検討する必要がある。
- ・地域医療全体で国民の医療をしっかりと保障する仕組みの実現のためには、病状および病期において病院と診療所の適切な機能分化と連携が必要となる。患者に対する適切な医療機関受診を促すためには、「かかりつけ医機能」の強化とともに、特に病院での治療が終了した後の患者について、療養先、受療医療機関への紹介だけでなく、その後の経過・情報が病院側にも還元され、両者の継続的な関係性が保たれることが極めて重要である。
- ・重複した処方や検査、ドクターショッピングなどの医療資源の浪費を回避するためには、マイナンバーカードによるオンライン資格確認、個人の医療データ情報(PHR)の統一化が不可欠であり、これを積極的に推進する必要がある。
- ・「PHR(患者の医療情報)は患者本人のもの」という前提に立ち、その管理・利用を患者本人が主体的に捉えられるような社会意識の醸成と制度構築を図ることが、患者本人の自発的動機、自己決定にもとづく医療受診の適正化の原点でもある。

<単に年齢に拠らない医療費の柔軟かつ適切な自己負担のあり方の検討>

- ・個人の自己負担の考え方については、これまで主としてフローの所得にのみ依拠してきたが、マイナンバーカードの普及など、徐々にではあるが正確な個人資産の状況を把握する社会インフラが整備されつつあることも踏まえ検討が必要である。
- ・今後、社会保障制度の主たる支え手となる現役世代の急激な減少が起こる中では、負担の更なる公平化が問題となる。負担能力という点において、現役世代に比べ相対的にはより多くの金融資産を有する高齢者が多いこと、高齢者世代内での資産格差は若年世代よりも大きいこと等を考えると、自己負担率の保有金融資産の反映については、今後、検討の余地がある。

<今後の「かかりつけ医機能」の充実とその評価のあり方の検討>

- ・今後、少子超高齢化の進展とともに、「治し・支える」医療への転換が求められる。その中で、医師の果たす役割も特に「支える」領域で、これまでとは変化する必要がある。
- ・いわゆる「未病」や健康づくり、予防領域のほか、健康に対する社会経済要因の影響が明らかにされる中で、「社会的処方」への注目も集まっている。社会的孤立や分断の防止、未病への対応といった側面について、「医療がどこまで携わるか」といった新たな役割の検討やその報酬のあり方について議論を開始する必要がある。

- ・セルフケア・セルフメディケーションについては、今後、「未病」への適切な医師の関与とともに主に患者の安全性を最優先する立場から「かかりつけ医機能」の一部として、サポート体制を構築する必要がある。例えば、不安を煽ることでサブリの過剰摂取を促す等、過度な商業化を是正するため、営利を目的としないオンライン医療相談室の設置を検討する。また、慢性疾患の未治療患者などの情報収集や医療につなげるための「ゲートウェイ医療」のあり方を、医療費の適正化の観点からも検討する必要があるが、保険者との協働も視野に置きつつその解決に尽力することが求められる。
- ・後期高齢者健診の開始によって、現状では疾患発病よりも早期の段階でフレイルリスクへの対処が可能となってきた。また地区医師会では、地域行政機関との連携においてハイリスク者が利用可能な市民レベルの活動団体(いわゆる『通いの場』)や行政サービスにつなげることが急務となっている。これら市民活動や行政の活動に医師会が積極的に関与することで、医療・介護の効率化や適正化を支援し、その活動を行政側が支援するといった互恵的体制の構築が必要である。
- ・「支える」医療ならびに介護サービスの必要性の増大にともない、「かかりつけ医」としての機能ばかりではなく、介護予防や健康相談、24 時間対応を網羅する「地域包括診療」の必要性が高まっている。これらの内容やあり方を検討し、医療機関が利用しやすいような制度体系を整備する必要がある。特に最大のハードルとなっている 24 時間サポートに対しては地域の診療所や病院が共同して 24 時間体制を取れる「複数の主治医体制」などの連携推進や評価体系の構築が不可欠である。

<看取りを見据えた今後の高齢者医療のあり方と体制整備>

- ・今後も一層、超高齢社会が進展すること、都内居住者において後期高齢者の増加が顕著であることを鑑みると、どこで最期を迎えるかの「看取りの場所」の確保、それに対応する医療・介護体制の整備は急務である。
- ・患者や家族の意思は最大限尊重されるべきであり、看取りに至るまでの適切な医療提供のあり方について、国民的な議論、コンセンサス作りを進めるべきである。
- ・将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、その家族や近しい人、医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、患者の意思決定を支援するプロセスがアドバンス・ケア・プランニング(ACP)である。ACP の普及促進は、患者の価値観、希望に沿った医療及びケアを具体化するだけでなく、患者本人の意思に沿わない医療の排除がなされ、医療費適正化効果も見込まれることから、大きな社会的意義を有する。
- ・また適切な看取りを支えるシステムとしては、地域の医療機関が共同して 24 時間体制を取れる連携体制づくり、在宅看取りの負担と病院での過剰な終末期治療の双方を軽減する医療側主体のホスピスケアの整備などの検討も必要である。

以上

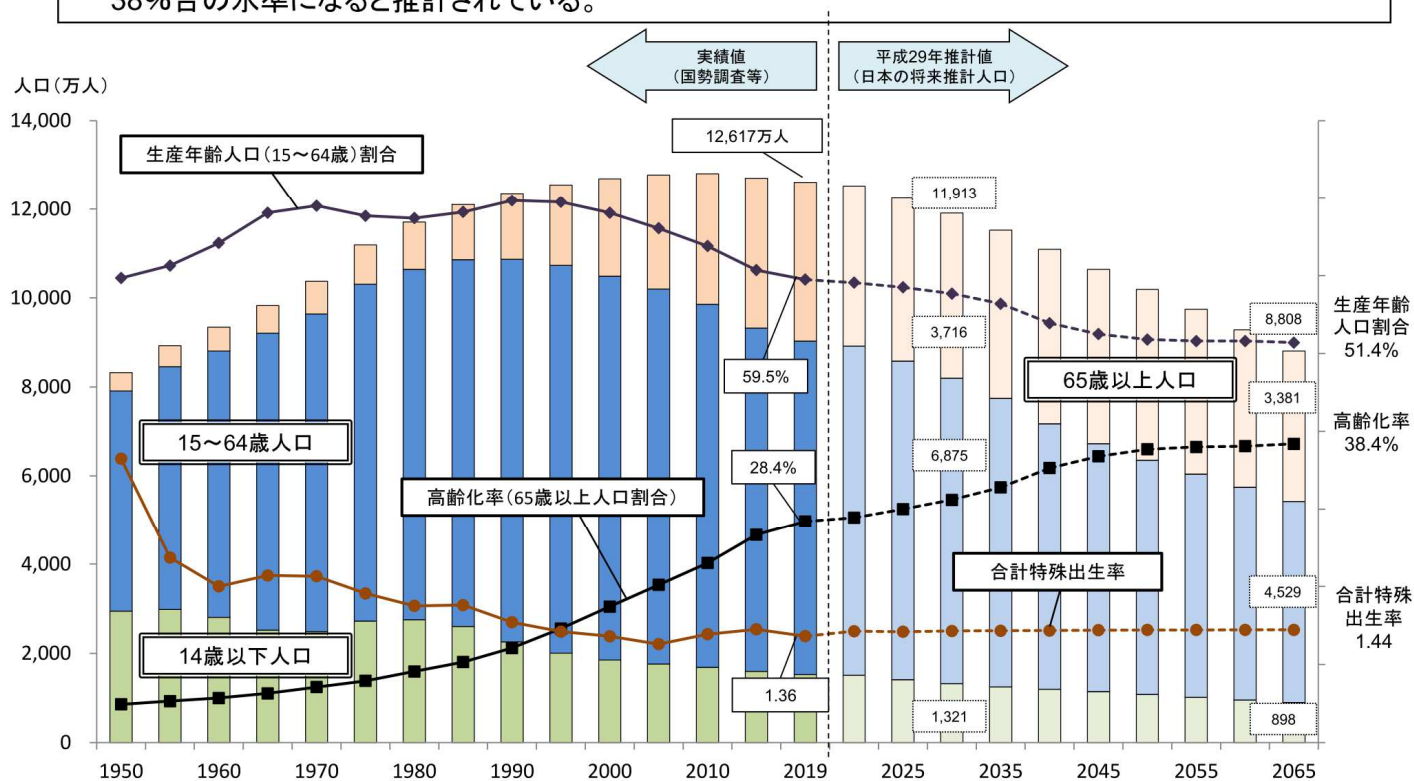
TMA近未来医療会議 第1クールの論点に関する提言 — 資 料 —

於)第1回公開シンポジウム
令和4年4月15日

法政大学経済学部
菅 原 琢 磨

日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



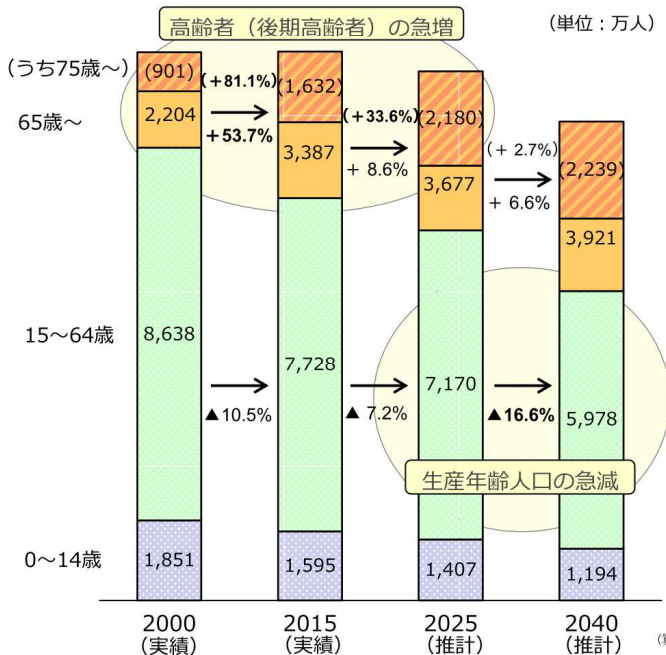
(出所) 2019年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は、2019年は総務省「人口推計」、それ以外は総務省「国勢調査」
2019年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、
2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

2025年までの社会の変化と2025年以降の社会の変化

平成30年4月12日経済財政諮問会議
加藤臨時議員提出資料

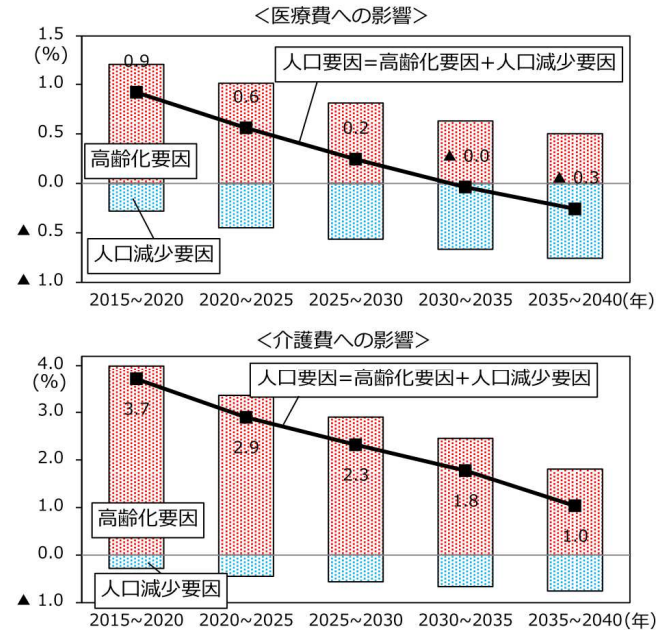
- 我が国の人口動態を見ると、いわゆる団塊の世代が全員75歳以上となる2025年に向けて高齢者人口が急速に増加した後、高齢者人口の増加は緩やかになる。一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速。
- 人口構造の変化の要因が医療・介護費の増加に及ぼす影響は、2040年にかけて逡減。

【人口構造の変化】



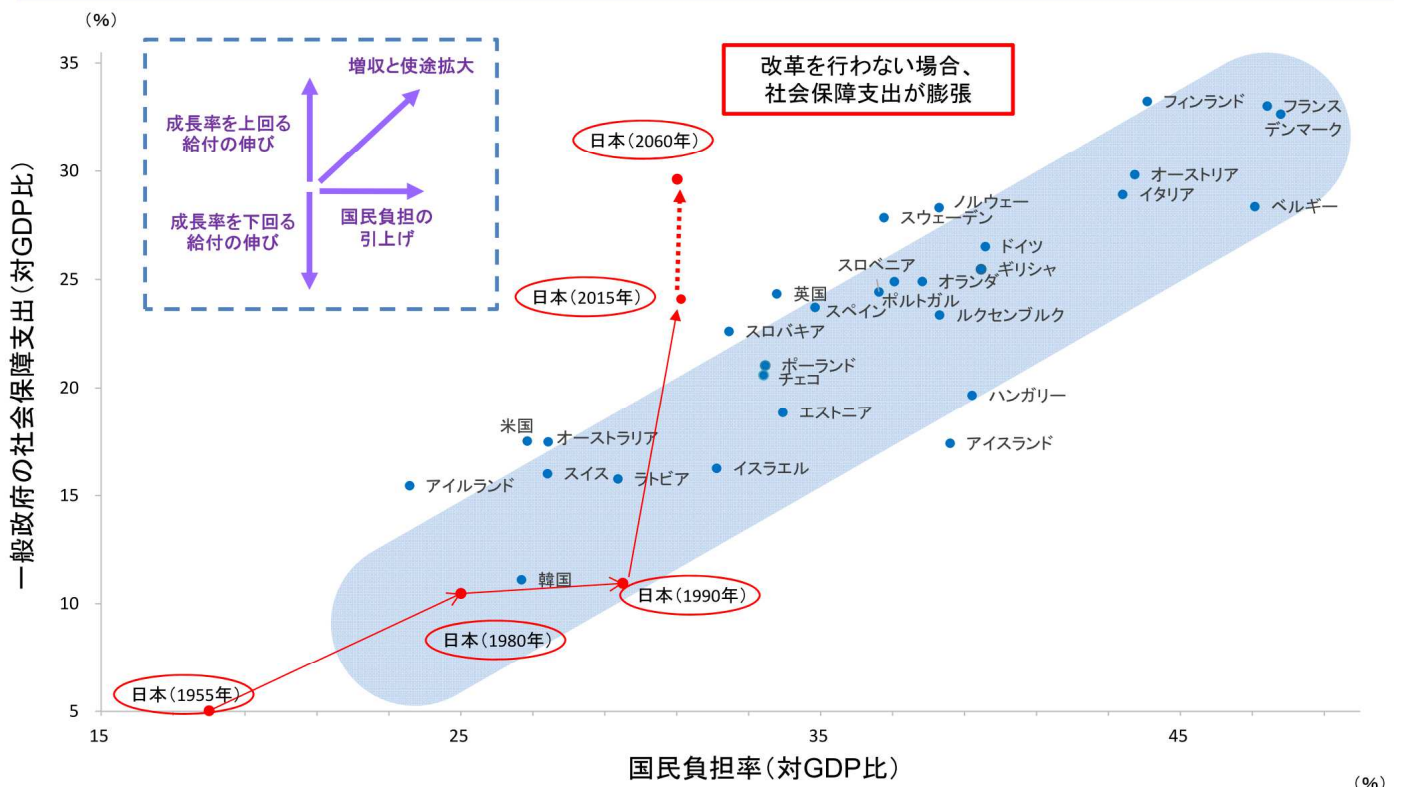
(出典)総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」

【人口構造の変化が医療・介護費に及ぼす影響】



5

OECD諸国における社会保障支出と国民負担率の関係



(出典) 国民負担率: OECD "National Accounts"、"Revenue Statistics"、内閣府「国民経済計算」等。

社会保障支出: OECD "National Accounts"、内閣府「国民経済計算」。

(注1) 数値は、一般政府(中央政府、地方政府、社会保障基金を合わせたもの)ベース。

(注2) 日本は、2015年度まで実績、諸外国は2015年実績(アイスランド、ニュージーランド、オーストラリアについては2014年実績)。

(注3) 日本の2060年度は、財政制度等審議会「我が国の財政に関する長期推計(改訂版)」(平成30年4月6日 起草検討委員提出資料)より作成。

医療費の財源構成（平成29年度）

医療保険の自己負担割合は、医療保険制度全体で見ると15%程度。保険給付でまかなわれる残りの85%のうち、公費でまかなわれる部分が32%程度、保険料でまかなわれる部分が53%程度となっている。

後期高齢者とそれ以外で分けた場合、自己負担割合は後期高齢者が約8%、それ以外が約20%となっている。

医療費 40.2兆円	医療給付費 34.2兆円 (実効給付率 85.0%)			自己負担額 6.0兆円 (15.0%)
	公費 13.0兆円 (32.3%)	保険料 21.2兆円 (52.7%)		

後期高齢者 以外 24.2兆円	医療給付費 19.4兆円 (実効給付率 80.3%)			自己負担額 4.8兆円 (19.7%)
	公費 4.7兆円 (19.6%)	保険料 14.7兆円 (60.7%)		

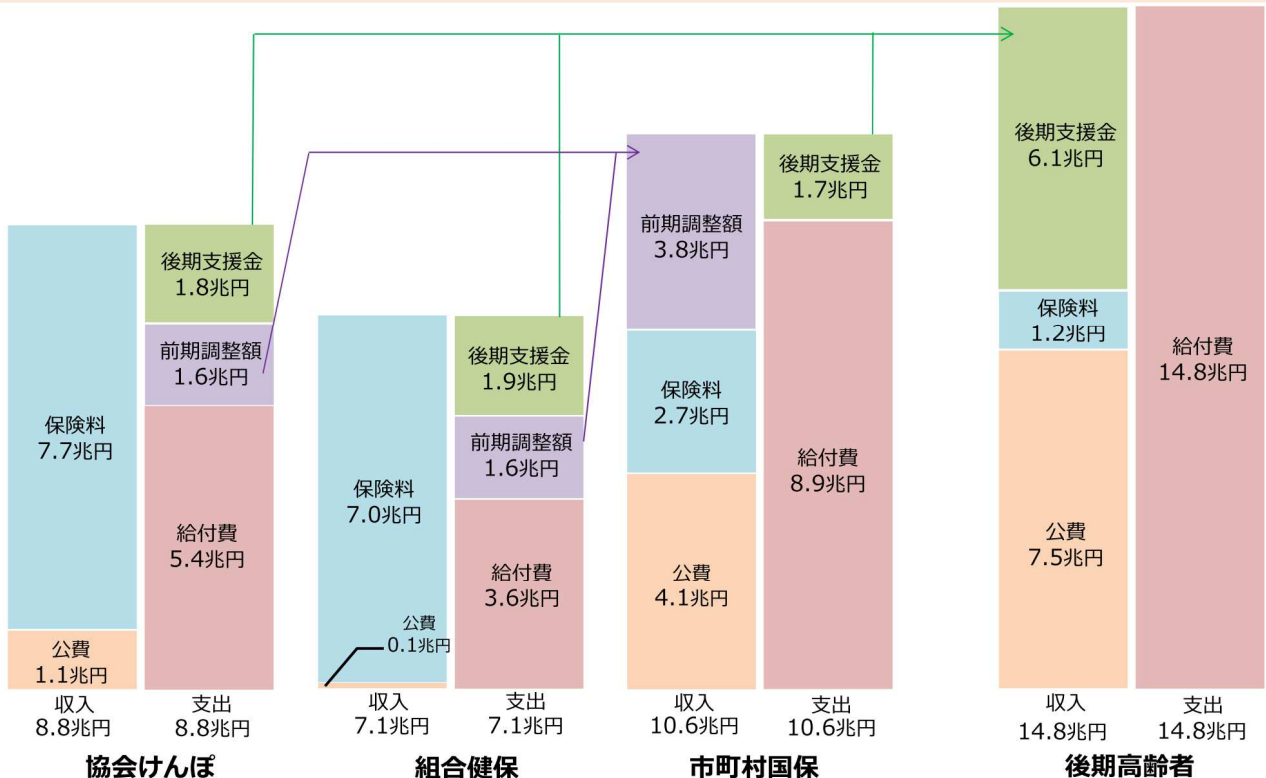
後期高齢者 16.1兆円	医療給付費 14.8兆円 (実効給付率 92.0%)			自己負担額 1.3兆円 (8.0%)
	公費 7.5兆円 (46.5%)	保険料 1.2兆円 (7.2%)	支援金 6.1兆円 (38.3%)	
	公費 0.8兆円 保険料 5.4兆円			

6

令和2年10月28日	第132回社会保障審議会医療保険部会	資料1-6
------------	--------------------	-------

制度別の財政の概要（平成29年度）

医療保険制度間では、年齢構成による医療費の違いなどに起因する財政の負担を調整するために、負担を調整する仕組みが存在（前期調整額）。また後期高齢者に係る給付費の一部は他の制度も支援金という形で負担している。



注1 前期調整額及び後期支援金の拠出側の合計と交付側の金額が一致しないのは、表示されていない他制度（共済組合など）があるため。

注2 「前期調整額」には、退職拠出金も含む。また、市町村国保の後期高齢者支援金に係る前期調整額は、「収入」の「前期調整額」に含めており、「支出」の「後期支援金」には調整前の金額を記載している。

7

実効給付率の推移と財源構成

実効給付率を財源別に見ると、保険料分が52%程度、公費分が32%程度となっている。

公費分の増減は、制度改正のほか高齢化による後期高齢者の増加、被用者化による国保加入者の減少等によって変化する。

	平成23年度 (2011)	平成24年度 (2012)	平成25年度 (2013)	平成26年度 (2014)	平成27年度 (2015)	平成28年度 (2016)	平成29年度 (2017)
実効給付率	84.0%	84.4%	84.4%	84.5%	84.8%	85.0%	85.0%
うち保険料分	52.3%	52.4%	52.3%	52.3%	52.4%	52.6%	52.7%
うち公費分	31.7%	32.0%	32.1%	32.3%	32.4%	32.4%	32.3%
前年度差（実効給付率）	0.3%	0.3%	0.0%	0.1%	0.3%	0.1%	0.0%
うち保険料分	0.2%	0.1%	▲0.1%	▲0.0%	0.1%	0.2%	0.1%
うち公費分	0.1%	0.3%	0.1%	0.2%	0.2%	▲0.1%	▲0.0%
制度改正				・国保の保険基金安定 （保険料軽減）の拡充 （約500億円）	・国保の保険基金安定 （保険者支援）の拡充 （約1,700億円） ・後期高齢者支援金の 総報酬割部分を1/2に引 上げ	・短時間労働者の適用 拡大（H28.10～） ・後期高齢者支援金の 総報酬割部分を2/3に引 上げ	・後期高齢者支援金の 全面総報酬割を実施

※1. 実効給付率は医療保険医療費に対する率である。

※2. 保険料分及び公費分は、各年度の財政構造表に基づき、実効給付率に財源構成における所要保険料及び公費の割合を乗じて算出したもの。

（参考）制度別加入者数割合

被用者保険	58.0%	58.1%	58.3%	58.7%	59.3%	60.1%	61.0%
うち協会けんぽ	27.5%	27.6%	28.0%	28.5%	29.2%	29.9%	30.6%
うち組合健保	23.3%	23.2%	23.1%	23.1%	23.1%	23.2%	23.4%
国民健康保険	30.5%	30.1%	29.6%	28.9%	28.1%	26.9%	25.6%
後期高齢者	11.4%	11.8%	12.1%	12.3%	12.7%	13.1%	13.5%

※. 国民健康保険には、国保組合が含まれている。

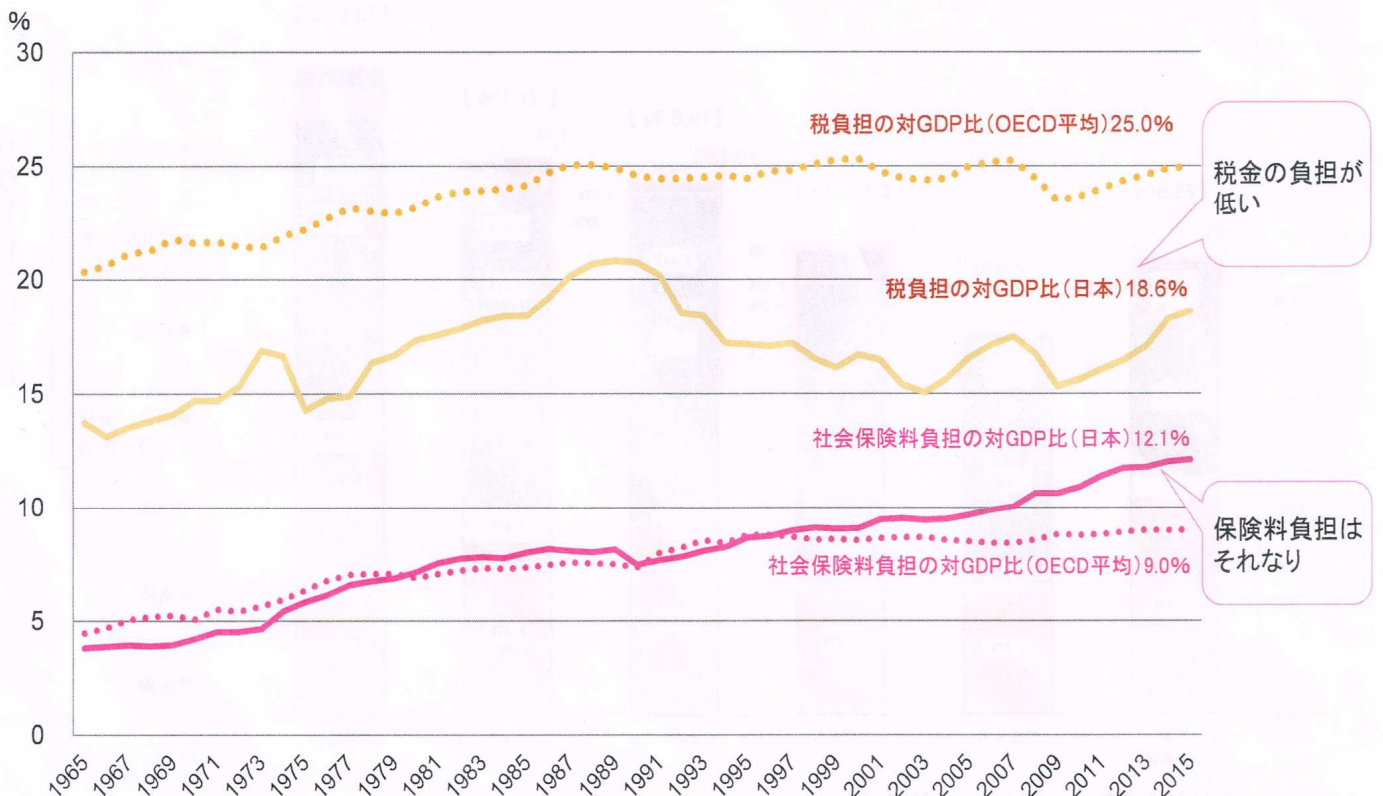
令和2年10月28日

第132回社会保障審議会医療保険部会

資料1-6

9

OECDにおける税・社会保険料負担の対GDP比率（1965年～2015年）



（出典）OECD「Revenue Statistics」より作成（数値は全て2015年の値）

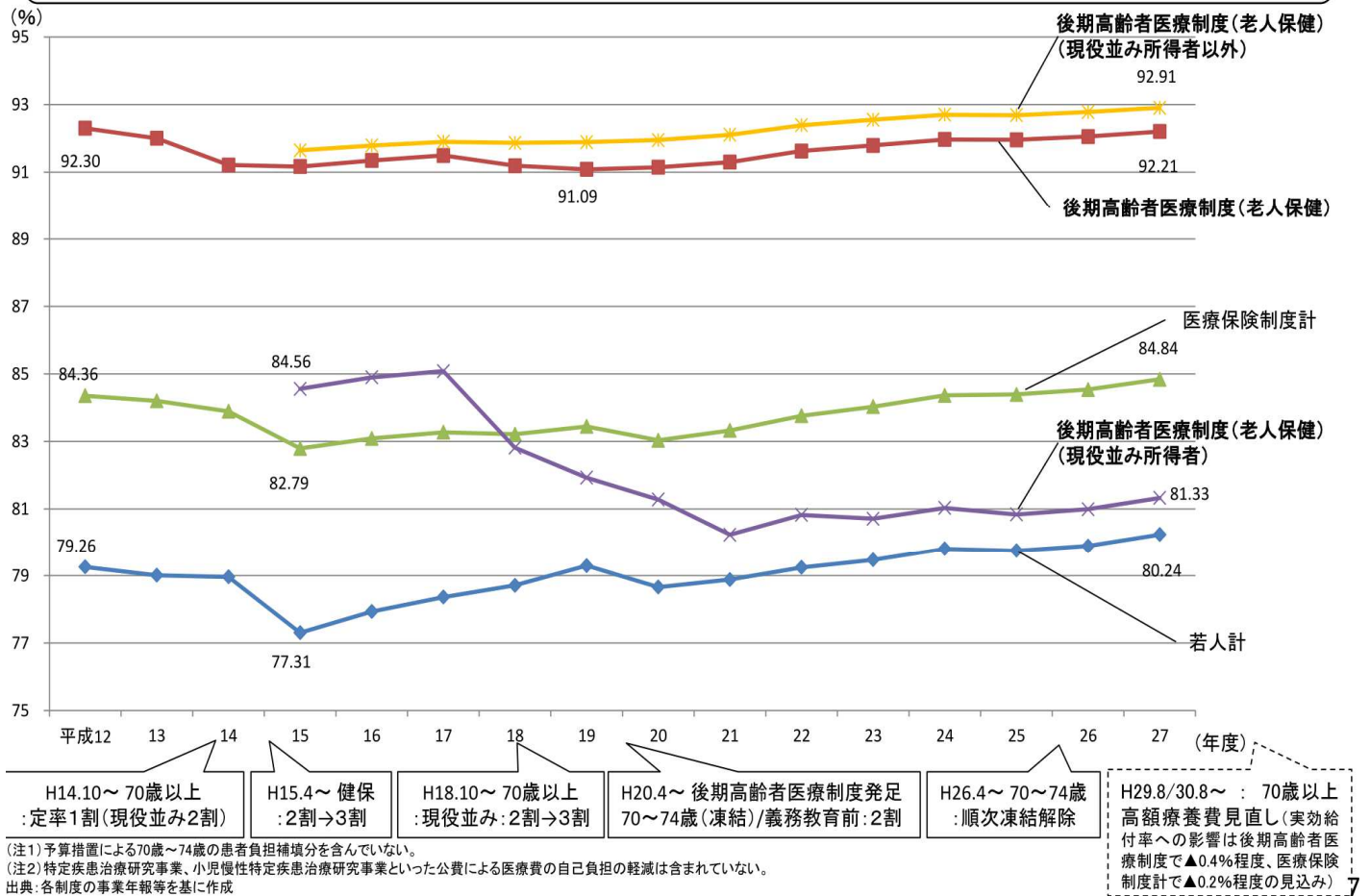
※ 社会保険料負担の対GDP比…OECD Revenue StatisticsにおけるSocial security contributionsの対GDP比

※ 税負担の対GDP比…Total tax revenueの対GDP比から社会保険料負担の対GDP比を差し引いて算出

4

実効給付率の推移

○ 平成27年度の後期高齢者の実効給付率は92.21%。このうち、現役並み所得者は81.33%、現役並み所得者以外のものは92.91%。



ご清聴ありがとうございました。