

社会保障制度・政策の動向
社会保障の将来ビジョン

「医療保険制度の課題と将来」
－変貌する社会と今後の展望－

於)医機蓮:医療機器のみらいを担う
人財育成プロジェクト

法政大学経済学部
菅原 琢磨

わが国の現状と将来の姿

IMFによる世界経済見通し①：ベースライン見通し（2020年6月）

- 新型コロナウイルスの感染拡大による経済活動の抑制を踏まえ、前回（4月時点）から下方修正。また、不確実性の大きさを指摘。
 - **世界の成長率は、2020年は▲4.9%**（4月時点比▲1.9%pt）
 - **日本の成長率は、2020年は▲5.8%**（4月時点比▲0.6%pt）

【IMFによるベースライン見通しの前提】

- 感染率が減少している国：
 - （1） 本年前半に実施された厳格なロックダウンなどの措置が、再度実施されることはない（他の感染拡大防止策が講じられる）
 - （2） ①社会的距離確保（ソーシャル・ディスタンス）の継続、②本年前半のロックダウンによる想定以上の打撃による後遺症（scarring）が残ることの効果、③業務の安全性や衛生状況を改善するために必要とされるコスト増による生産性低下によって、回復が想定以上に鈍化する
- 感染拡大防止に取り組んでいる国：
 - 引き続きロックダウンや社会的距離確保（ソーシャル・ディスタンス）が経済活動に悪影響を与える
- 政策対応：各国の財政出動や緩和的な金融政策が経済を下支え
- 金融環境：4月時点より緩和的。現在の水準が継続
- 原油価格：原油スポット価格は、2020年に36.2ドル/バレル、2021年に37.5ドル/バレルと仮定

GDP成長率の見通し

	2020年		2021年	
	4月時点	今回	4月時点	今回
世界	▲3.0	▲4.9	5.8	5.4
先進国	▲6.1	▲8.0	4.5	4.8
日本	▲5.2	▲5.8	3.0	2.4
米国	▲5.9	▲8.0	4.7	4.5
ユーロ圏	▲7.5	▲10.2	4.7	6.0
英国	▲6.5	▲10.2	4.0	6.3
新興国	▲1.0	▲3.0	6.6	5.9
中国	1.2	1.0	9.2	8.2

（出典）IMF "World Economic Outlook Update, June 2020 (2020年6月)"

IMFによる世界経済見通し②：代替シナリオ（2020年6月）

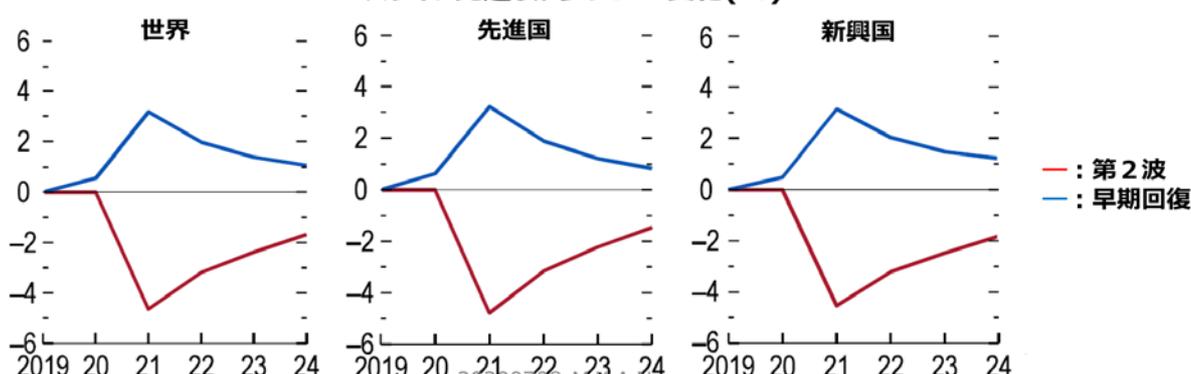
【2021年前半に第2波が生じる場合】

- 2021年前半に再び感染が世界的に拡大し、ウイルスの封じ込め措置が取られ、経済活動が混乱するシナリオ（経済への影響は、2020年の半分程度と想定）
- 金融環境が逼迫。また、2022年以降も供給サイドにおける後遺症（倒産増による資本毀損、生産性向上の鈍化、失業の増加によるもの）が継続
- 2021年の世界のGDPは、ベースライン見通しよりも4.9%pt低下。2022年も3.3%pt低い水準
 - （先進国：社会的距離確保（ソーシャル・ディスタンス）がサービス産業に影響）
 - （新興国：金融環境の逼迫と財政制約が影響を増幅。先進国よりも影響が長期化）

【2020年後半の経済回復ペースが早まる場合】

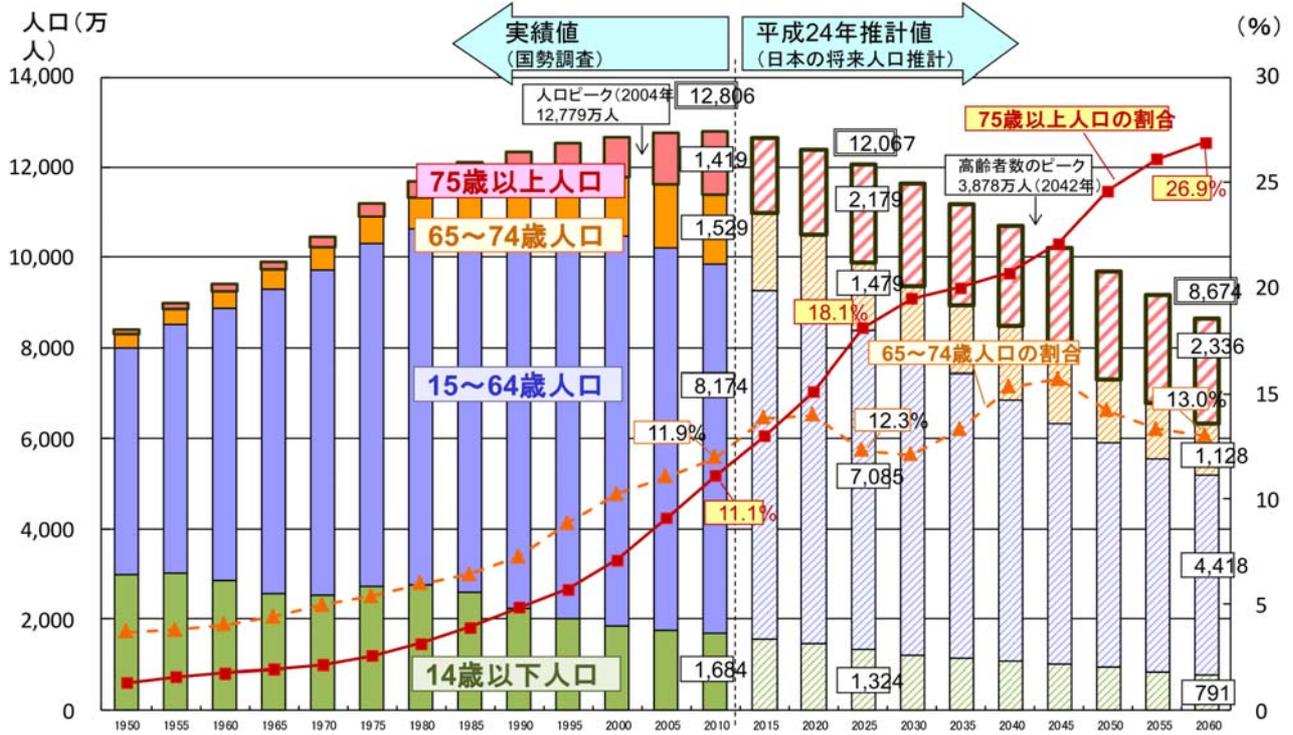
- ウイルスの封じ込め措置が解除された後、社会的距離確保（ソーシャル・ディスタンス）や検査・追跡・隔離体制が有効に機能し、家計・企業による慎重姿勢が緩和されるシナリオ。金融環境も緩和
- 2020年の世界のGDPは、ベースライン見通しよりも0.5%pt上昇。2021年も3%pt高い水準

ベースライン見通しからのGDP変化(%)



（出典）IMF "World Economic Outlook Update, June 2020 (2020年6月)"

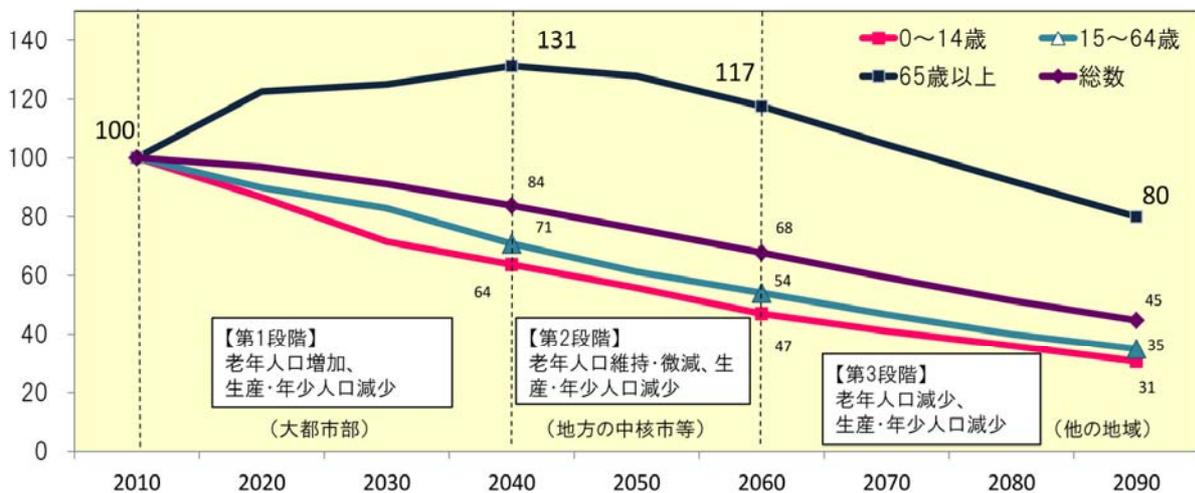
75歳以上の高齢者数の急速な増加



(資料)総務省統計局「国勢調査」、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)出生中位(死亡中位)推計
2010年の値は総務省統計局「平成22年国勢調査による基準人口」(国籍・年齢「不詳人口」を按分補正した人口)による。

将来人口動向:「3つの減少段階」

我が国の人口動向は、大きく「3つの減少段階」を経て、人口減少に至る。



(備考)

1. 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)」より作成。
2. 2010年の人口を100とし、各年の人口を指数化した。

都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)



都道府県別人口データ

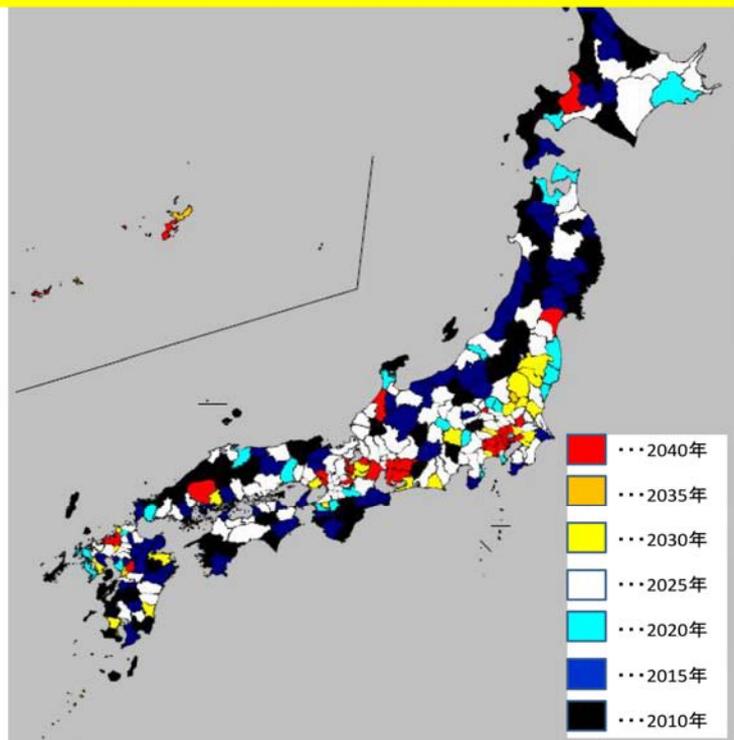
	人口総数			うち65歳以上人口				うち75歳以上人口			
	2013年(平成25年)	2025年(平成37年)	2040年(平成52年)	2013年(平成25年)	2025年(平成37年)	2040年(平成52年)	2013年(平成25年)	2025年(平成37年)	2040年(平成52年)		
	人口 (単位:人)	人口 (対2013 年指数)	人口 (対2013 年指数)	人口 (単位:人)	人口 (対2013 年指数)	人口 (単位:人)	人口 (対2013 年指数)	人口 (単位:人)	人口 (対2013 年指数)	人口 (対2013 年指数)	
全国計	128,360,257 (100)	120,658,816 (94.0)	107,275,851 (83.6)	30,967,608 (100)	36,573,487 (118.1)	38,678,102 (124.9)	15,208,609 (100)	21,785,638 (143.2)	22,229,933 (146.2)		
北海道	5,462,664 (100)	4,959,984 (90.8)	4,190,073 (76.7)	1,431,915 (100)	1,716,195 (119.9)	1,707,328 (119.2)	716,472 (100)	1,024,035 (142.9)	1,050,067 (146.6)		
青森県	1,371,409 (100)	1,161,431 (84.7)	932,028 (68.0)	369,774 (100)	415,361 (112.3)	387,165 (104.7)	193,325 (100)	237,096 (122.6)	240,019 (124.2)		
岩手県	1,313,793 (100)	1,139,825 (86.8)	938,104 (71.4)	367,325 (100)	404,081 (110.0)	372,672 (101.5)	201,096 (100)	234,263 (116.5)	233,769 (116.2)		
宮城県	2,318,256 (100)	2,210,121 (95.3)	1,972,577 (85.1)	538,321 (100)	678,155 (126.0)	714,943 (132.8)	278,552 (100)	384,733 (138.1)	429,396 (154.2)		
秋田県	1,075,842 (100)	893,224 (83.0)	699,814 (65.0)	329,912 (100)	352,577 (106.9)	306,433 (92.9)	185,972 (100)	205,417 (110.5)	199,096 (107.1)		
山形県	1,155,122 (100)	1,005,850 (87.1)	835,554 (72.3)	327,564 (100)	358,808 (109.5)	328,545 (100.3)	187,142 (100)	206,772 (110.5)	209,535 (112.0)		
福島県	1,979,296 (100)	1,780,166 (89.9)	1,485,158 (75.0)	513,560 (100)	614,859 (119.7)	583,952 (113.7)	281,052 (100)	344,208 (122.5)	365,202 (129.9)		
茨城県	2,997,072 (100)	2,764,115 (92.2)	2,422,744 (80.8)	712,145 (100)	862,048 (121.0)	881,722 (123.8)	337,558 (100)	493,012 (146.1)	513,183 (152.0)		
栃木県	2,010,860 (100)	1,867,192 (92.9)	1,643,368 (81.7)	468,381 (100)	575,477 (122.9)	596,473 (127.3)	229,190 (100)	322,360 (140.7)	346,950 (151.4)		
群馬県	2,023,274 (100)	1,857,908 (91.8)	1,629,974 (80.6)	501,715 (100)	581,686 (115.9)	596,440 (118.9)	246,662 (100)	343,916 (139.4)	345,318 (140.0)		
埼玉県	7,272,264 (100)	6,991,046 (96.1)	6,304,607 (86.7)	1,602,692 (100)	1,982,496 (123.7)	2,201,641 (137.4)	666,837 (100)	1,176,765 (176.5)	1,198,031 (179.7)		
千葉県	6,240,290 (100)	5,987,027 (95.9)	5,358,191 (85.9)	1,425,541 (100)	1,797,765 (126.1)	1,956,478 (137.2)	621,046 (100)	1,082,206 (174.3)	1,095,361 (176.4)		
東京都	13,142,388 (100)	13,178,672 (100.3)	12,307,641 (93.6)	2,783,083 (100)	3,322,479 (119.4)	4,117,563 (147.9)	1,333,662 (100)	1,977,426 (148.3)	2,139,104 (160.4)		
神奈川県	9,083,547 (100)	9,009,667 (99.2)	8,343,495 (91.9)	1,964,504 (100)	2,447,904 (124.6)	2,918,907 (148.6)	881,616 (100)	1,485,344 (168.5)	1,592,350 (180.6)		
新潟県	2,360,908 (100)	2,112,473 (89.5)	1,790,918 (75.9)	644,314 (100)	724,601 (112.5)	693,504 (107.6)	351,452 (100)	426,909 (121.5)	425,783 (121.1)		
富山県	1,094,821 (100)	985,889 (90.1)	841,431 (76.9)	302,144 (100)	331,731 (109.8)	323,178 (107.0)	154,442 (100)	205,546 (133.1)	189,568 (122.7)		
石川県	1,162,907 (100)	1,096,170 (94.3)	974,370 (83.8)	293,433 (100)	341,797 (116.5)	351,106 (119.7)	146,407 (100)	207,554 (141.8)	204,534 (139.7)		
福井県	810,494 (100)	731,030 (90.2)	633,236 (78.1)	206,865 (100)	239,967 (116.0)	237,523 (114.8)	111,838 (100)	142,747 (127.6)	144,920 (129.6)		
山梨県	863,813 (100)	775,908 (89.8)	666,155 (77.1)	221,829 (100)	252,457 (113.8)	258,611 (116.6)	116,138 (100)	148,576 (127.9)	154,674 (133.2)		
長野県	2,164,995 (100)	1,937,623 (89.5)	1,668,415 (77.1)	592,539 (100)	642,920 (108.5)	640,952 (108.2)	318,530 (100)	391,701 (123.0)	381,893 (119.9)		
岐阜県	2,102,817 (100)	1,907,818 (90.7)	1,659,525 (78.9)	530,401 (100)	597,834 (112.7)	600,229 (113.2)	262,687 (100)	358,848 (136.6)	350,195 (133.3)		
静岡県	3,809,373 (100)	3,480,333 (91.4)	3,035,359 (79.7)	948,455 (100)	1,101,284 (116.1)	1,123,164 (118.4)	464,210 (100)	654,598 (141.0)	656,651 (141.5)		
愛知県	7,462,749 (100)	7,348,135 (98.5)	6,855,632 (91.9)	1,610,922 (100)	1,943,329 (120.6)	2,219,223 (137.8)	727,163 (100)	1,165,990 (160.3)	1,203,230 (165.5)		

	人口総数			うち65歳以上人口			うち75歳以上人口		
	2013年(平成25年)	2025年(平成37年)	2040年(平成52年)	2013年(平成25年)	2025年(平成37年)	2040年(平成52年)	2013年(平成25年)	2025年(平成37年)	2040年(平成52年)
	人口 (単位:人) (対2013 年指数)								
三重県	1,871,395 (100)	1,714,523 (91.6)	1,507,656 (80.6)	471,658 (100)	527,989 (111.9)	542,413 (115.0)	237,449 (100)	314,355 (132.4)	312,404 (131.6)
滋賀県	1,419,406 (100)	1,398,322 (98.5)	1,309,300 (92.2)	308,822 (100)	384,696 (124.6)	428,941 (138.9)	150,746 (100)	223,662 (148.4)	242,383 (160.8)
京都府	2,587,090 (100)	2,499,460 (96.6)	2,223,586 (85.9)	649,164 (100)	769,725 (118.6)	809,144 (124.6)	313,245 (100)	483,506 (154.4)	467,069 (149.1)
大阪府	8,873,670 (100)	8,410,039 (94.8)	7,453,526 (84.0)	2,089,869 (100)	2,457,235 (117.6)	2,684,737 (128.5)	935,935 (100)	1,527,801 (163.2)	1,471,843 (157.3)
兵庫県	5,660,280 (100)	5,268,695 (93.1)	4,673,709 (82.6)	1,364,171 (100)	1,599,663 (117.3)	1,700,273 (124.6)	657,420 (100)	966,343 (147.0)	967,997 (147.2)
奈良県	1,405,277 (100)	1,279,718 (91.1)	1,096,162 (78.0)	359,044 (100)	417,066 (116.2)	417,107 (116.2)	168,949 (100)	253,921 (150.3)	246,834 (146.1)
和歌山県	1,016,118 (100)	869,182 (85.5)	719,427 (70.8)	284,089 (100)	302,906 (106.6)	286,868 (101.0)	148,291 (100)	183,735 (123.9)	173,248 (116.8)
鳥取県	588,276 (100)	519,861 (88.4)	441,038 (75.0)	159,231 (100)	178,855 (112.3)	168,467 (105.8)	88,947 (100)	104,817 (117.8)	105,551 (118.7)
島根県	712,912 (100)	621,882 (87.2)	520,658 (73.0)	213,829 (100)	226,144 (105.8)	203,607 (95.2)	123,694 (100)	137,168 (110.9)	128,799 (104.1)
岡山県	1,945,954 (100)	1,811,274 (93.1)	1,610,985 (82.8)	510,124 (100)	566,939 (111.1)	560,426 (109.9)	264,490 (100)	345,904 (130.8)	328,421 (124.2)
広島県	2,873,579 (100)	2,688,800 (93.6)	2,391,476 (83.2)	722,034 (100)	844,283 (116.9)	864,366 (119.7)	360,008 (100)	516,240 (143.4)	508,236 (141.2)
山口県	1,447,428 (100)	1,275,187 (88.1)	1,069,779 (73.9)	423,087 (100)	451,470 (106.7)	409,567 (96.8)	222,554 (100)	278,089 (125.0)	249,990 (112.3)
徳島県	784,831 (100)	686,332 (87.4)	571,016 (72.8)	217,889 (100)	245,950 (112.9)	229,820 (105.5)	118,473 (100)	146,009 (123.2)	142,640 (120.4)
香川県	1,010,674 (100)	899,859 (89.0)	773,076 (76.5)	269,430 (100)	303,780 (112.7)	293,304 (108.9)	142,386 (100)	183,452 (128.8)	175,216 (123.1)
愛媛県	1,439,847 (100)	1,269,451 (88.2)	1,074,618 (74.6)	397,608 (100)	439,582 (110.6)	415,842 (104.6)	212,094 (100)	263,682 (124.3)	255,166 (120.3)
高知県	755,581 (100)	654,741 (86.7)	536,514 (71.0)	226,337 (100)	241,572 (106.7)	219,575 (97.0)	123,617 (100)	148,849 (120.4)	137,767 (111.4)
福岡県	5,105,241 (100)	4,855,724 (95.1)	4,379,486 (85.8)	1,184,307 (100)	1,481,415 (125.1)	1,545,905 (130.5)	591,376 (100)	869,363 (147.0)	915,816 (154.9)
佐賀県	853,186 (100)	774,676 (90.8)	680,203 (79.7)	214,048 (100)	250,735 (117.1)	241,548 (112.8)	117,088 (100)	142,515 (121.7)	150,639 (128.7)
長崎県	1,426,930 (100)	1,250,016 (87.6)	1,048,728 (73.5)	383,689 (100)	439,564 (114.6)	411,910 (107.4)	209,062 (100)	252,272 (120.7)	260,455 (124.6)
熊本県	1,824,731 (100)	1,666,017 (91.3)	1,467,142 (80.4)	481,665 (100)	554,404 (115.1)	533,683 (110.8)	268,513 (100)	321,053 (119.6)	336,316 (125.3)
大分県	1,199,327 (100)	1,093,634 (91.2)	955,424 (79.7)	330,863 (100)	372,463 (112.6)	350,595 (106.0)	178,786 (100)	221,782 (124.0)	217,342 (121.6)
宮崎県	1,141,156 (100)	1,033,671 (90.6)	900,508 (78.9)	304,776 (100)	354,500 (116.3)	333,593 (109.5)	166,625 (100)	204,986 (123.0)	212,501 (127.5)
鹿児島県	1,700,720 (100)	1,521,991 (89.5)	1,314,057 (77.3)	460,642 (100)	523,361 (113.6)	493,212 (107.1)	262,922 (100)	294,735 (112.1)	314,175 (119.5)
沖縄県	1,437,694 (100)	1,414,154 (98.4)	1,369,408 (95.3)	253,898 (100)	353,379 (139.2)	415,447 (163.6)	132,890 (100)	181,377 (136.5)	240,296 (180.8)

〔出典〕2013年：総務省「平成25年住民基本台帳年齢別人口(市区町村別)」, 2025年及び2040年：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月推計)」

高齢化のピーク・医療需要総量のピーク

地域により
医療需要ピークの時期
が大きく異なる

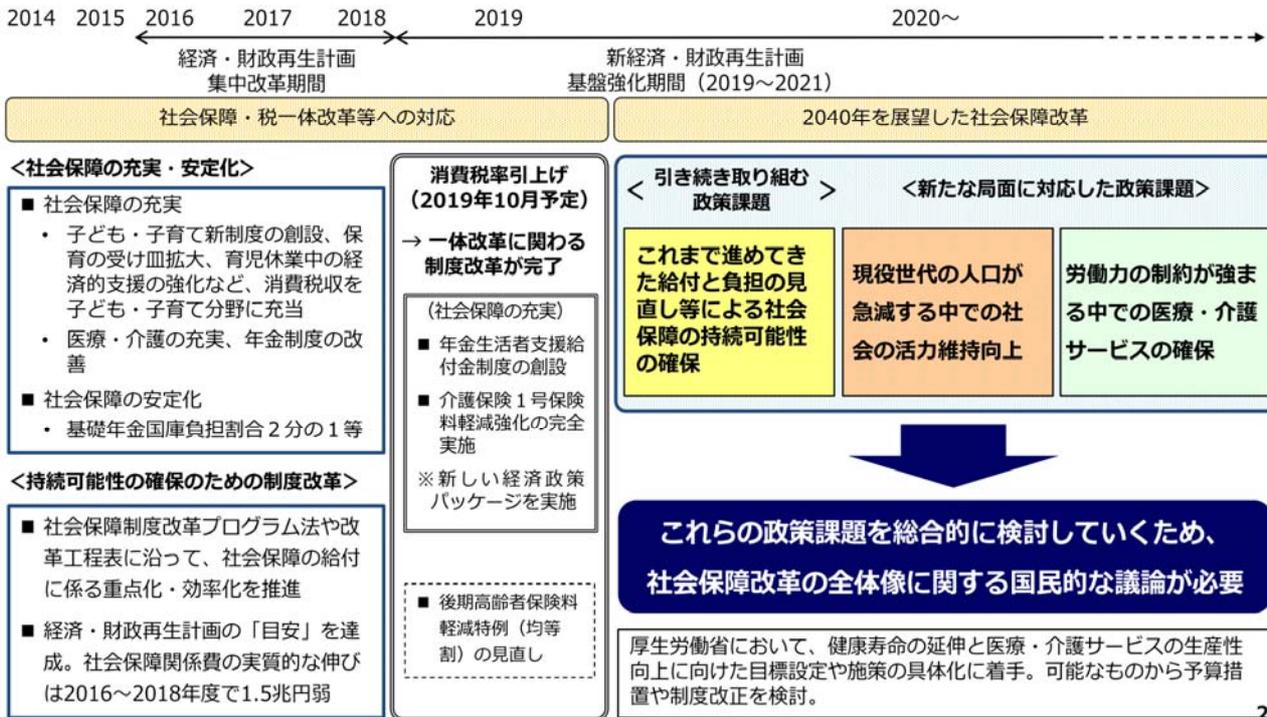


出典：社会保障制度国民会議資料（平成25年4月19日 第9回 資料 3-3 国際医療福祉大学 高橋教授 提出資料）

2040年を展望した社会保障改革についての国民的な議論の必要性

平成30年5月21日
経済財政諮問会議
加藤勝信臨時議員提出資料
(一部改変)

■ 高齢者数がピークを迎える2040年頃の社会保障制度を展望すると、社会保障の持続可能性を確保するための給付と負担の見直し等と併せて、新たな局面に対応する課題である「健康寿命の延伸」や「医療・介護サービスの生産性の向上」を含めた新たな社会保障改革の全体像について、国民的な議論が必要。

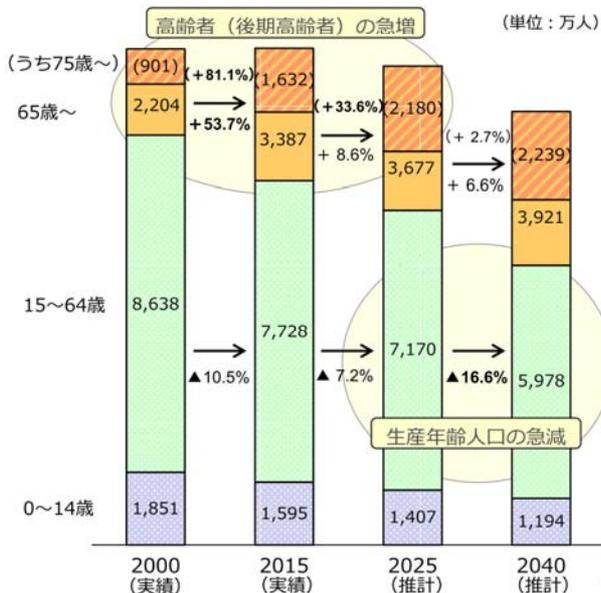


2025年までの社会の変化と2025年以降の社会の変化

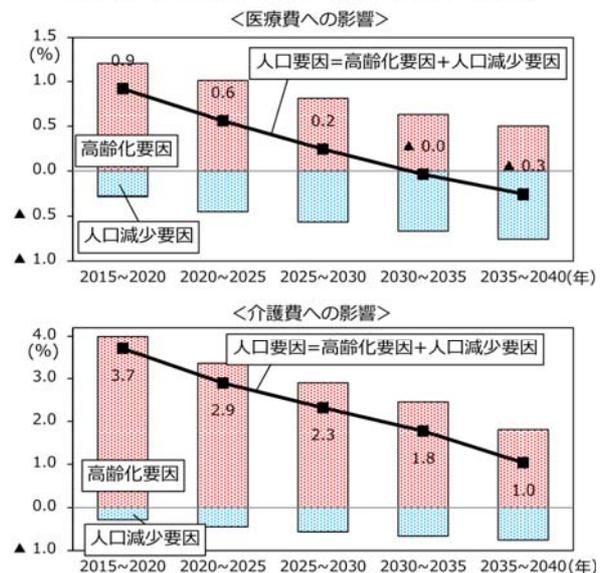
平成30年4月12日経済財政諮問会議
加藤臨時議員提出資料

- 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】



【人口構造の変化が医療・介護費に及ぼす影響】

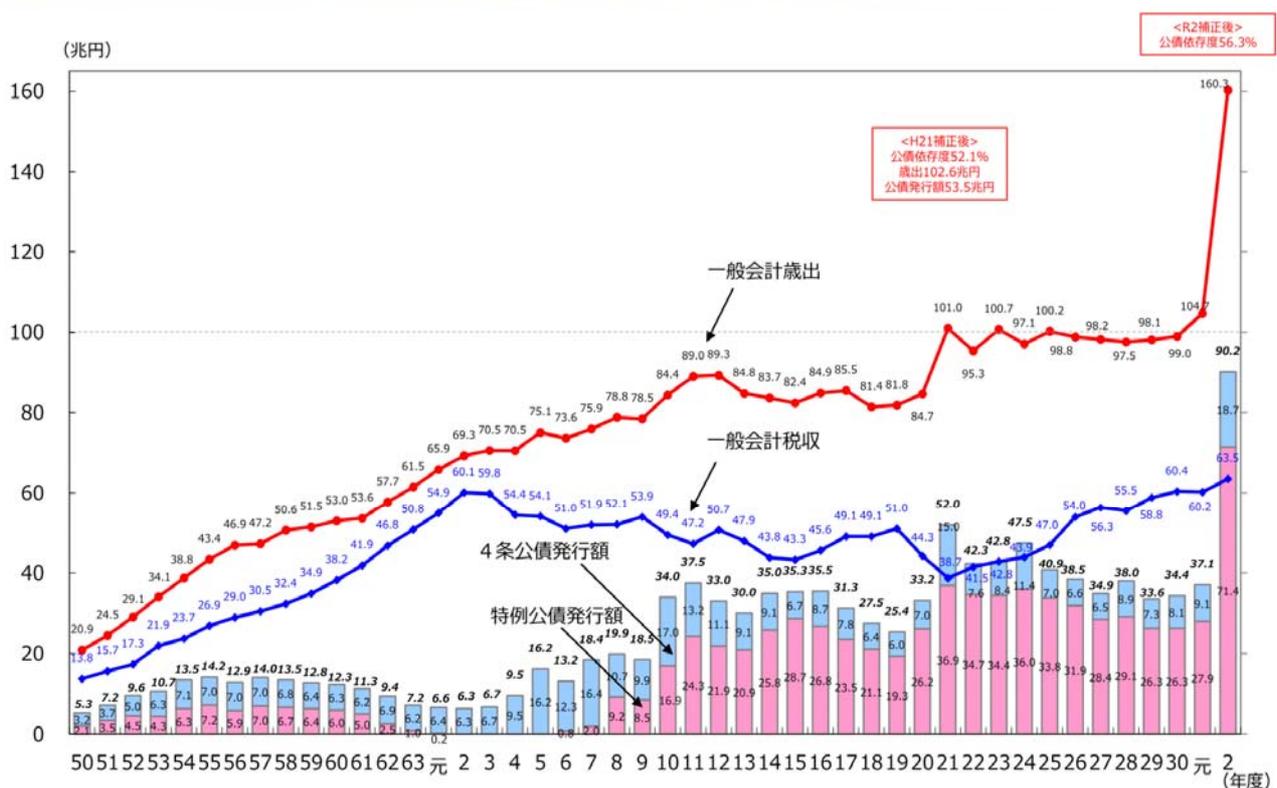


(出典)総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」

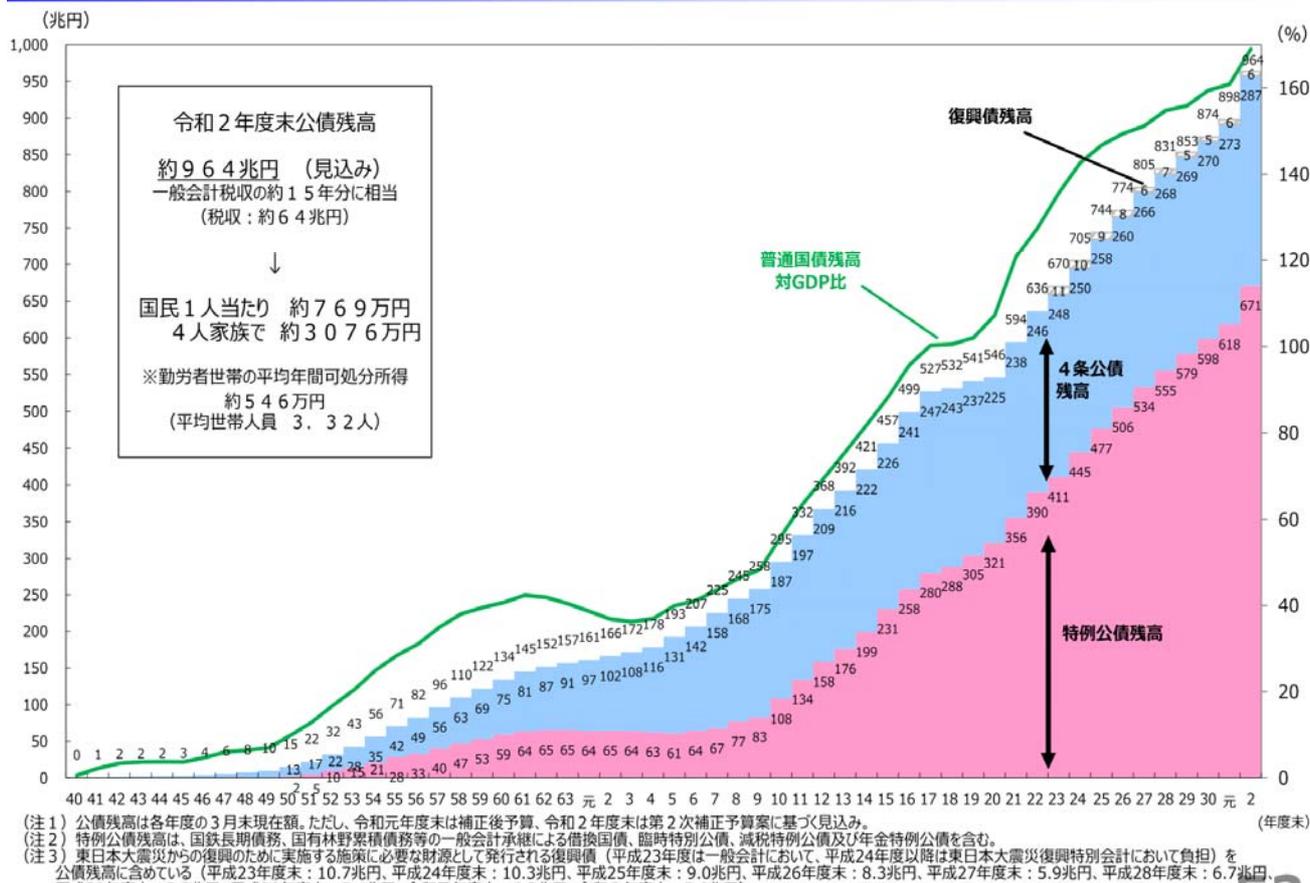
(算出方法) 年齢階級別1人当たり医療費及び介護費の実績と将来の年齢階級別人口を元に、年齢階級別1人当たり医療費・介護費を固定した場合の、将来の年齢階級別人口をベースとした医療費及び介護費を算出し、その伸び率を「人口要因」による伸び率としている。その上で、総人口の減少率を「人口減少要因」とし、「人口要因」から「人口減少要因」を除いたものを「高齢化要因」としている。
(使用データ) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」「介護給付費等実態調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」

財政の現状と社会変化に対する対応

一般会計における歳出・歳入の状況



公債残高の累増



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%)	

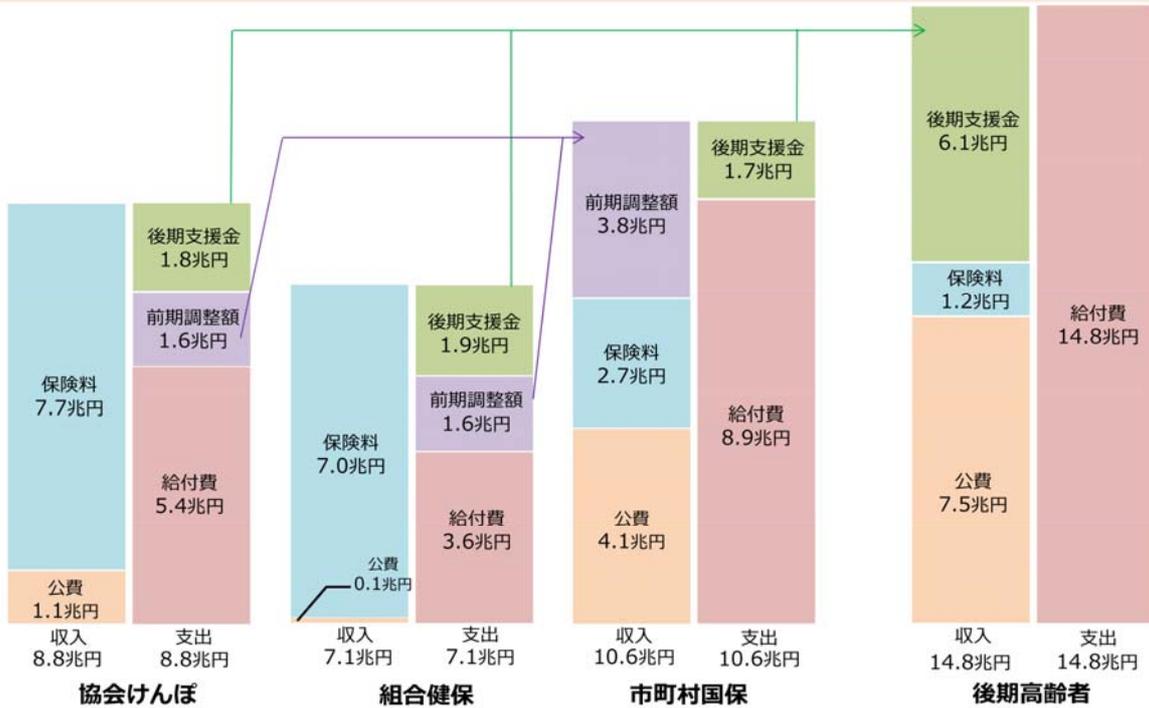
後期高齢者 以外 24.2兆円	医療給付費 19.4兆円 (実効給付率 80.3%)		自己負担額 4.8兆円 (19.7%)
	公費 4.7兆円 (19.6%)	保険料 14.7兆円 (60.7%)	

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)

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。

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）	・短期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。

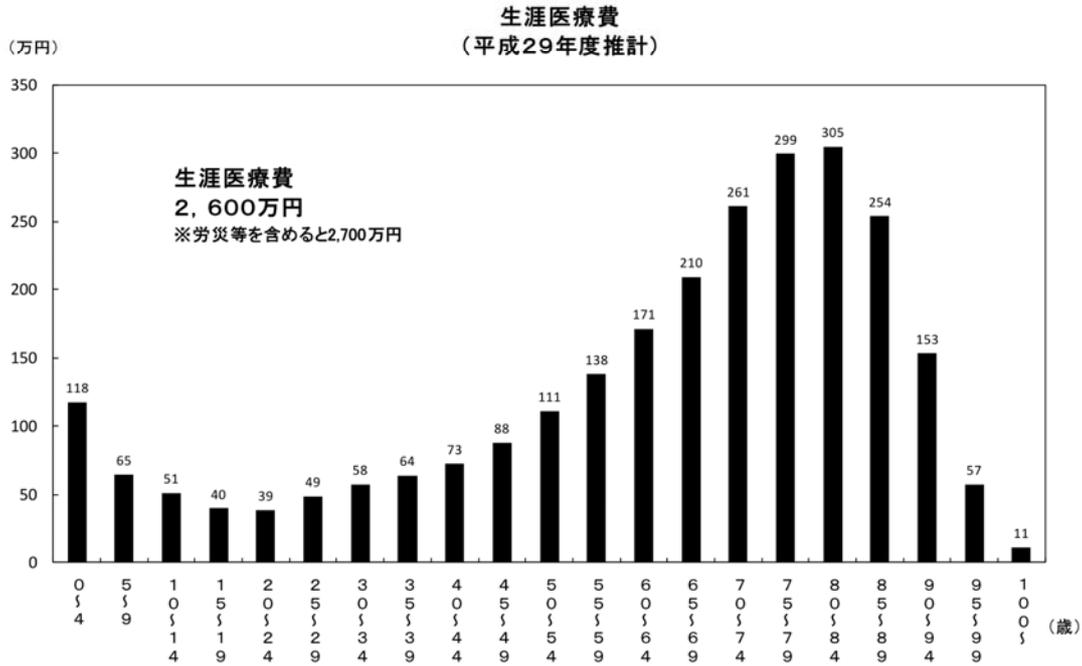
（参考）制度別加入者数割合

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。

生涯医療費

生涯医療費（＝生涯でかかると考えられる医療費の平均。死亡率を考慮したもの）は、約2,600万円となる。

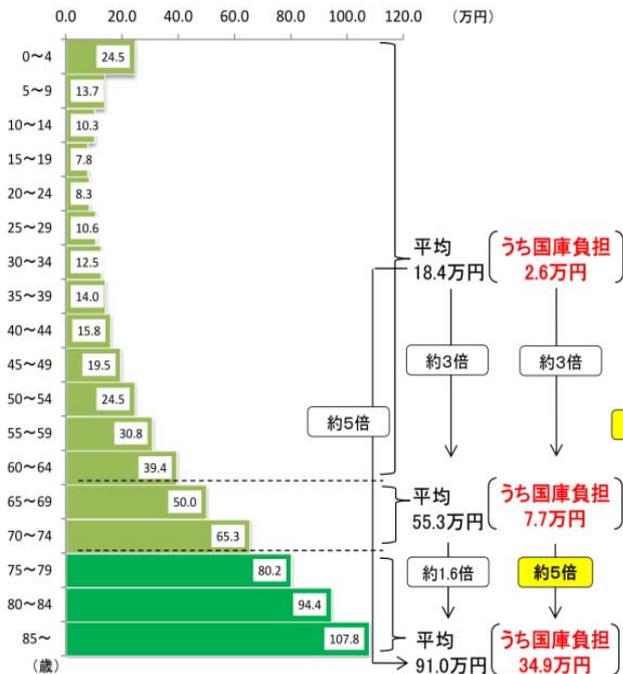


(注) 平成29年度の年齢階級別一人当たり医療費をもとに、平成29年簡易生命表による定常人口を適用して推計したものである。

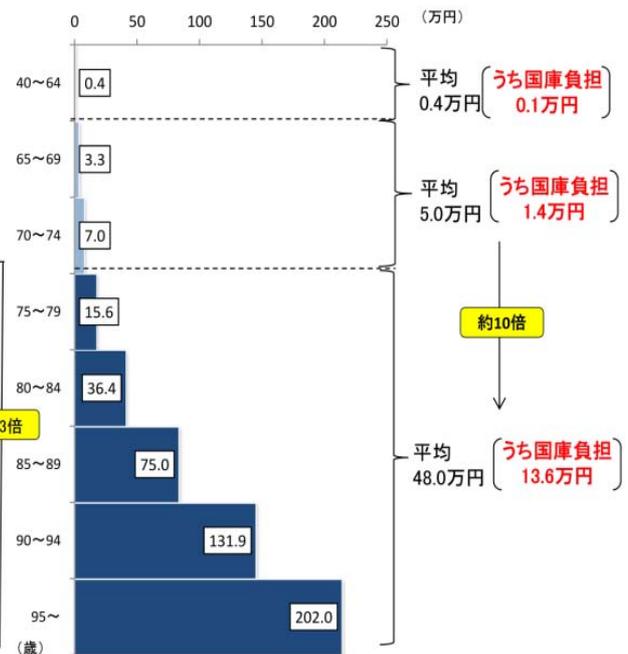
令和2年10月28日 | 第132回社会保障審議会医療保険部会 | 資料1-6

年齢階級別1人当たり医療・介護費について

年齢階級別1人当たり国民医療費 (2016年)

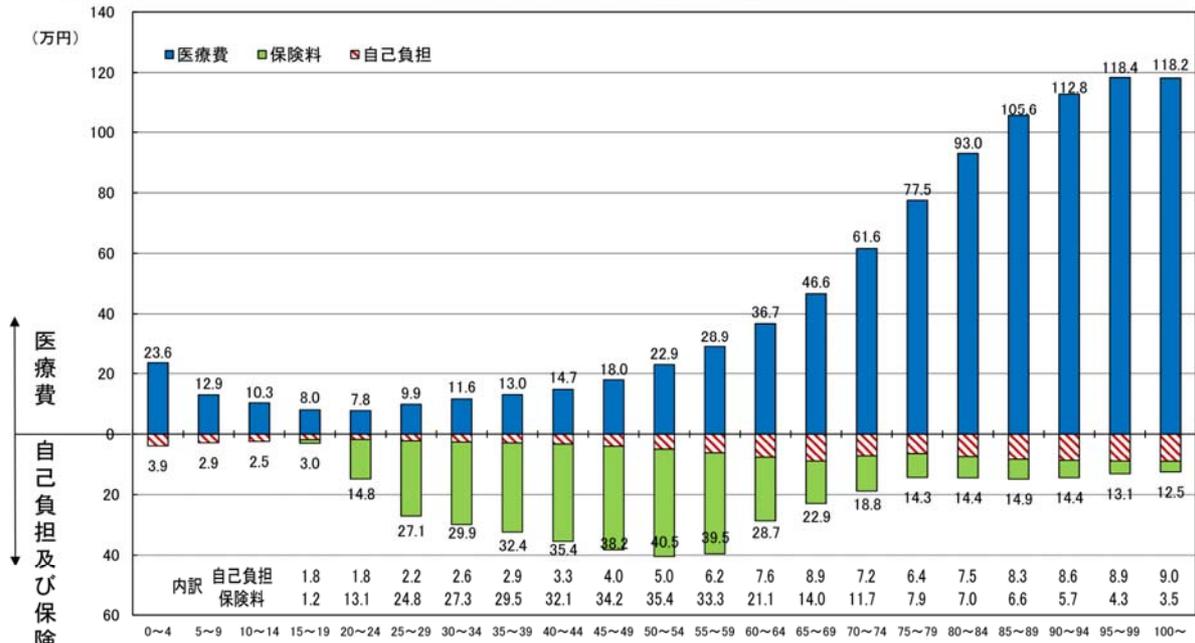


年齢階級別1人当たり介護費 (2016年)



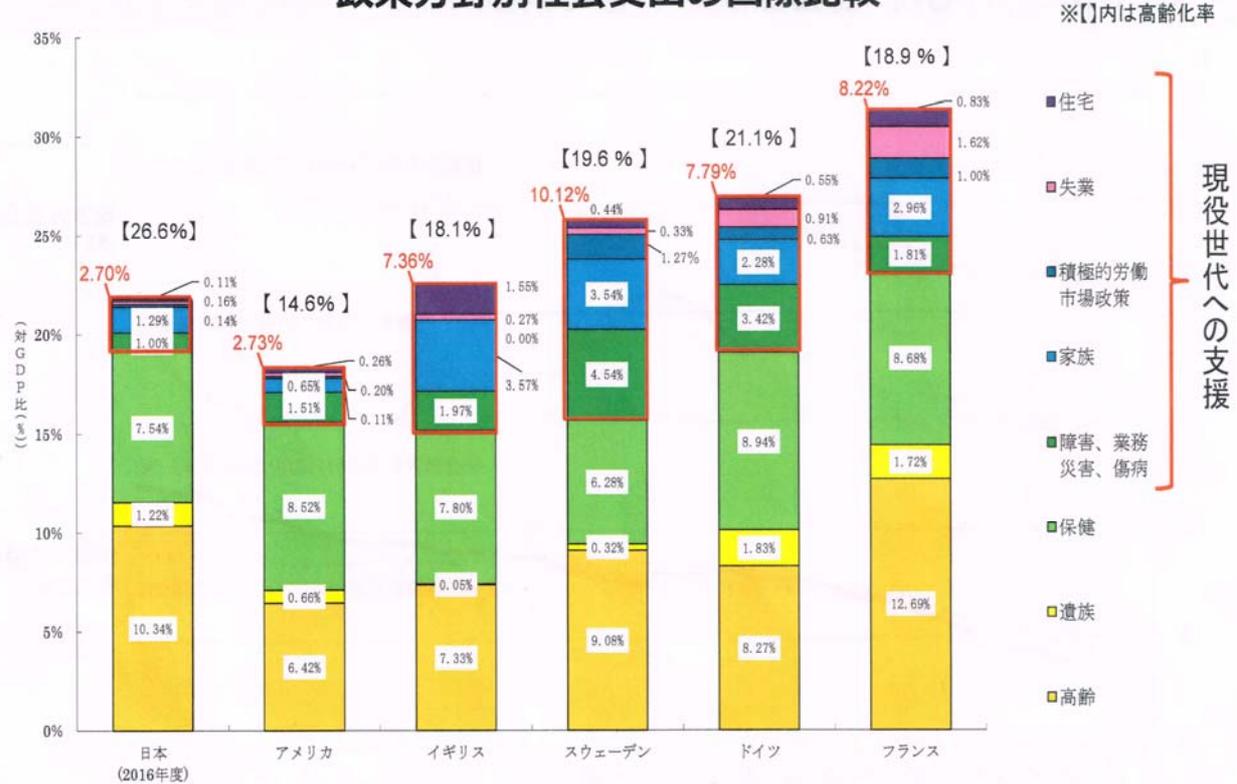
(出所) 厚生労働省「国民医療費の概況」、「介護給付費等実態調査」等

年齢階級別1人当たり医療費、自己負担額及び保険料の比較(年額) (平成29年度実績に基づく推計値)



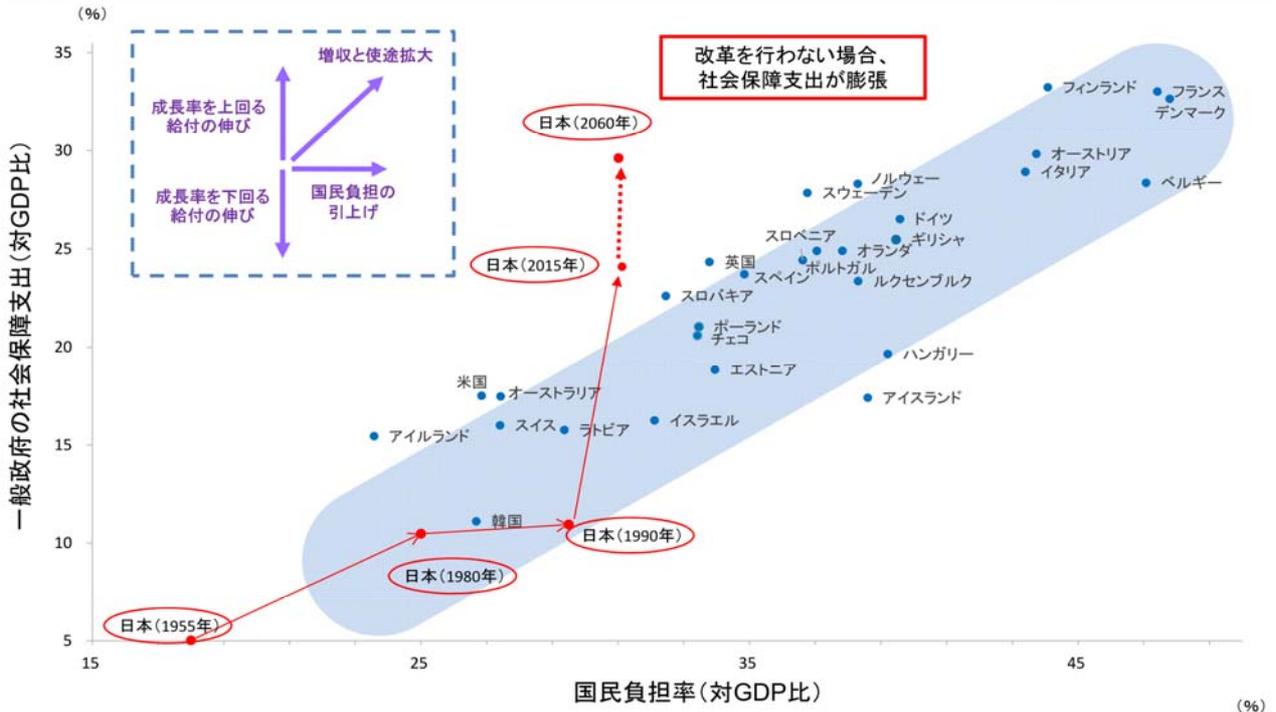
(注) 1. 1人当たりの医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったものである。
 2. 自己負担は、医療保険制度における自己負担である。
 3. 予算措置による70~74歳の患者負担補填分は自己負担に含まれている。
 4. 1人当たり保険料は、被保険者(市町村国保は世帯主)の年齢階級別の保険料(事業主負担分を含む)を、その年齢階級の加入者数で割ったものである。
 また、年齢階級別の保険料は健康保険被保険者実態調査、国民健康保険実態調査、後期高齢者医療制度被保険者実態調査等を基に推計した。
 5. 端数処理の関係で、数字が合わないことがある。

政策分野別社会支出の国際比較



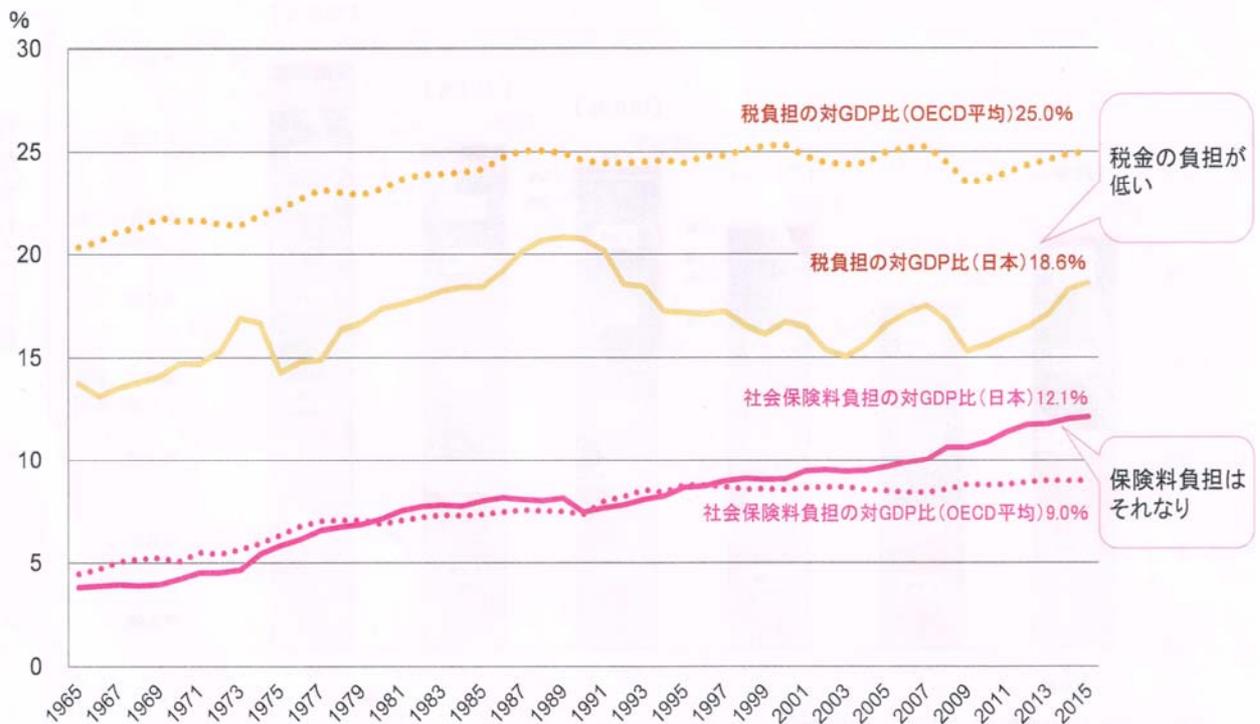
(資料) 諸外国の社会支出は2015年度。OECD Social Expenditure Databaseによる。
 (http://www.oecd.org/els/social/expenditure)
 国内総生産・国民所得については、日本は内閣府「平成28年度国民経済計算年報」、諸外国はOECD National Accounts 2017による。
 (出所) 上記資料より国立社会保障・人口問題研究所が作成した資料をもとに厚生労働省において作成。

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。

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

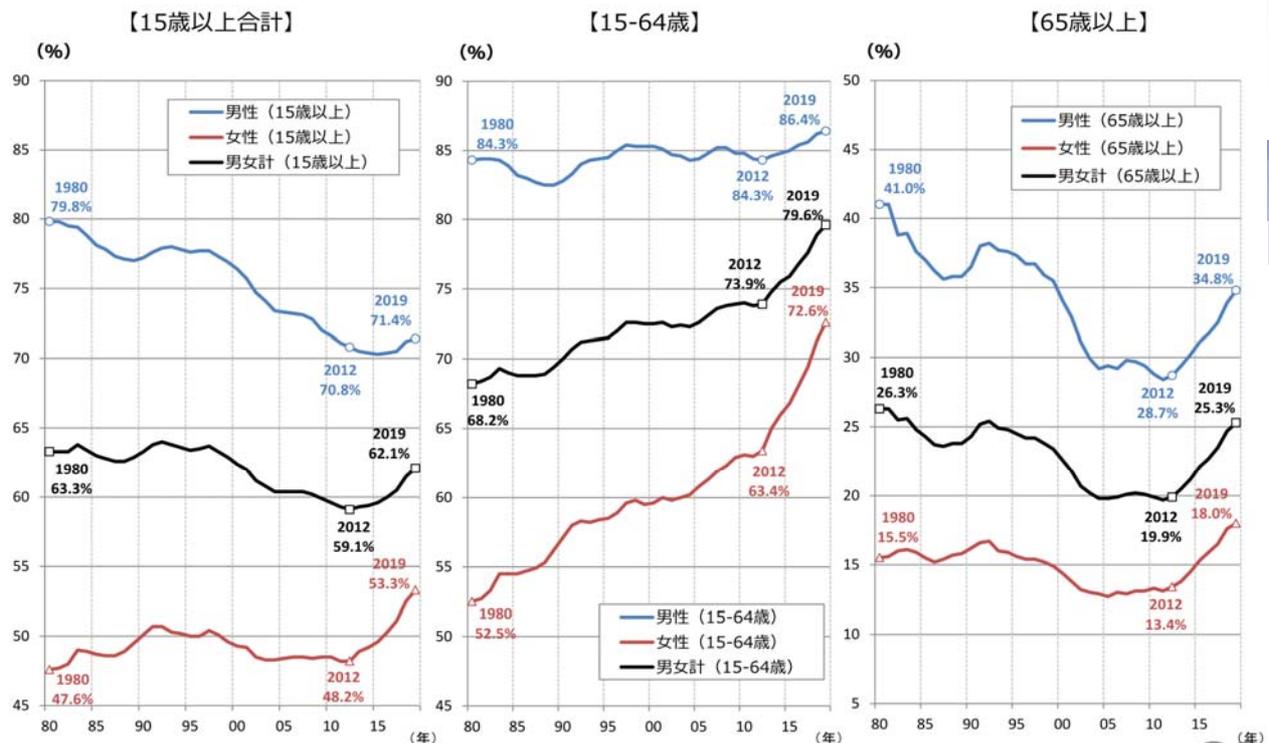
人口構造の変化（平成24年から30年までの期間）

- 生産年齢人口（15～64歳）：503万人減
- 就業者数：384万人増
 - ・女性：288万人増
（うち 65歳以上：119万人増、15～64歳：170万人増）
 - ・男性：95万人増
（うち 65歳以上：147万人増、15～64歳：52万人減）
- 就業形態別
正規職員：131万人増、非正規職員：304万人増
- 非正規職員増加の内訳
 - ・女性：202万人増
（うち 65歳以上：89万人増、15～64歳：113万人増）
 - ・男性：103万人増
（うち 65歳以上：90万人増、15～64歳：13万人増）

266万人増

（資料出所）総務省「労働力調査（基本集計）」

労働参加率の推移



（出典）総務省「労働力調査（基本集計）」

働き方改革実行計画

(働き方改革実現会議決定 2017年3月28日)

1. 働く人の視点に立った働き方改革の意義

2. 同一労働同一賃金など
非正規雇用の処遇改善

7. 病気の治療と仕事の両立

3. 賃金引き上げと労働生産性向上

8. 子育て・介護等と仕事の両立、障害者の就労

4. 罰則付き時間外労働の上限規制の導入など
長時間労働の是正

9. 雇用吸収力、付加価値の高い産業への
転職・再就職支援

5. 柔軟な働き方がしやすい環境整備

10. 誰にでもチャンスのある教育環境の整備

6. 女性・若者の人材育成など活躍しやすい
環境整備

11. 高齢者の就業促進

12. 外国人材の受入れ

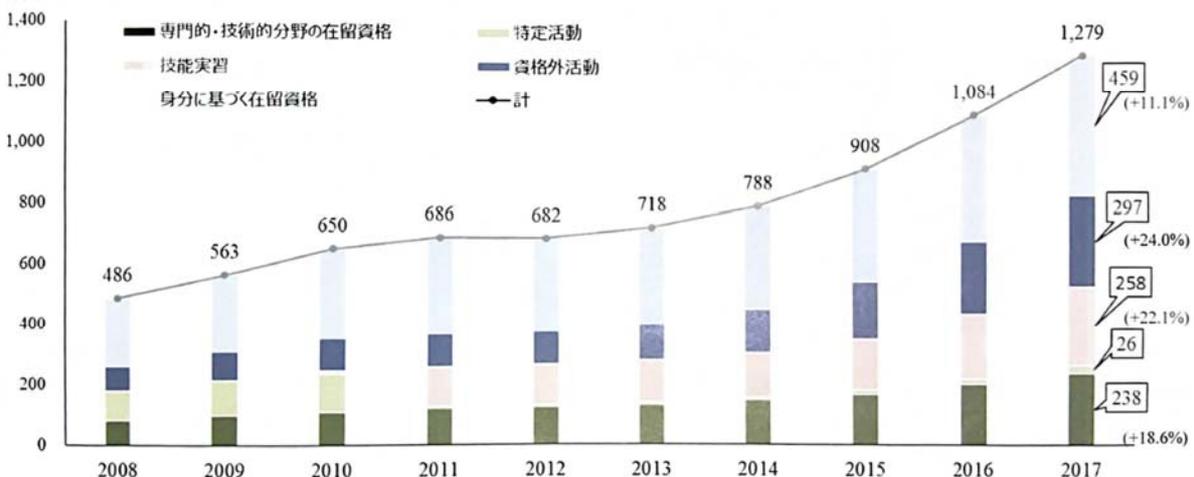
13. 10年先の未来を見据えたロードマップ^o

7

外国人材の活用

在留資格別にみた外国人労働者の推移

(単位：千人)



(資料出所) 厚生労働省「外国人雇用状況の届出状況(2017年10月末現在)」

(備考)

1. () は、前年同期比を示している。

2. 「専門的・技術的分野の在留資格」とは、就労目的で在留が認められるものであり、経営者、技術者、研究者、外国料理の調理師等が該当する。

3. 「身分に基づく在留資格」とは、我が国において有する身分又は地位に基づくものであり、永住者、日系人等が該当する。

4. 「特定活動」とは、法務大臣が個々の外国人について特に指定する活動を行うもの。

5. 「資格外活動」とは、本来の在留目的である活動以外に就労活動を行うもの(原則、週28時間以内)であり、留学生のアルバイト等が該当する。

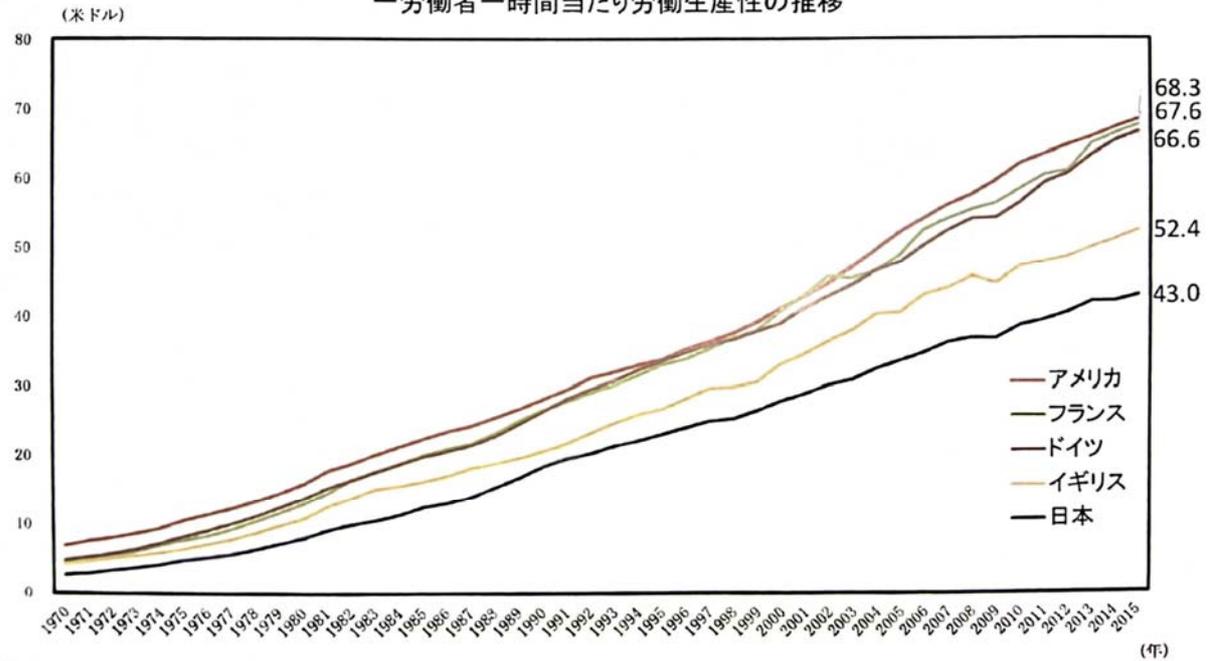
中小企業等の人手不足の深刻化を踏まえ、一定の専門性・技能を有し即戦力となる外国人材に関し、就労を目的とする新たな在留資格を創設。

9

我が国の労働生産性

○他の先進国と比べ、我が国の時間当たり労働生産性は低く、米仏独との差は拡大傾向。

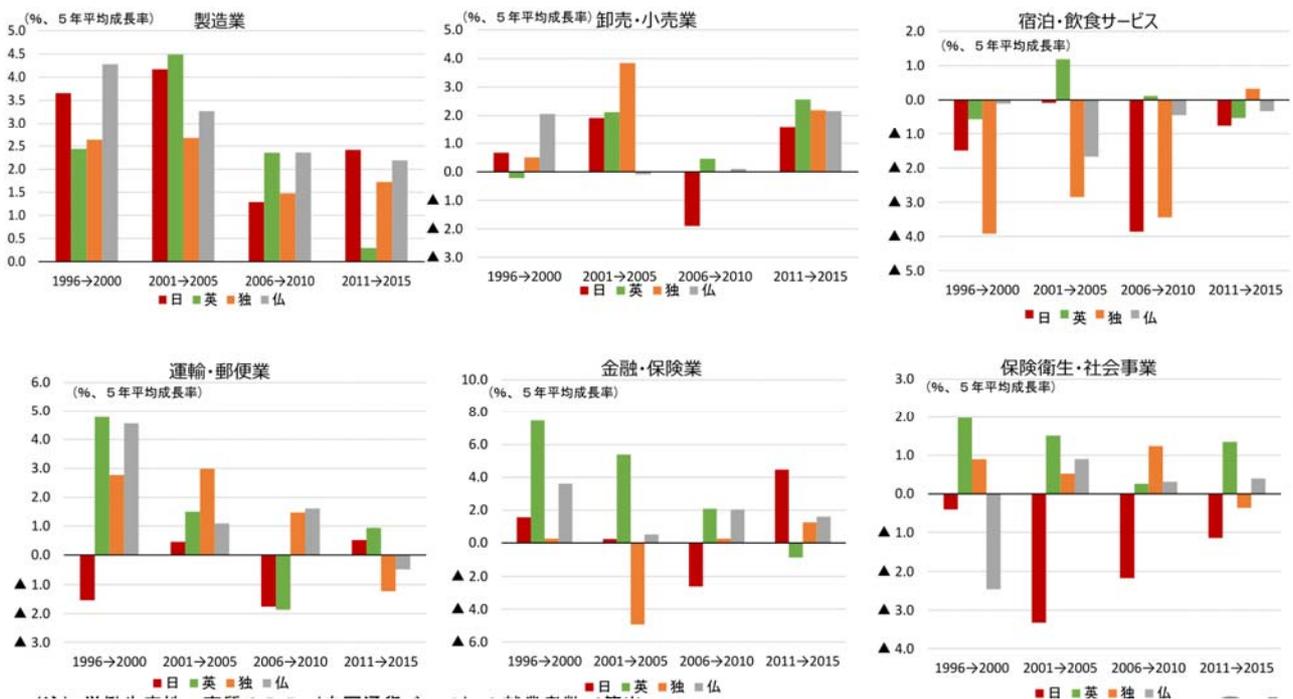
一労働者一時間当たり労働生産性の推移



(備考) 1. OECD.Statにより作成。
2. 労働生産性は一労働者一時間当たりの名目GDPで、購買力平価 [Current PPP] でドル換算したもの。

労働生産性の伸び率の国際比較（産業別、実質）

○日本の産業別の労働生産性の伸びは、製造業等では諸外国よりも高い伸びとなっているが、第三次産業は伸び率が低く、特に「保健衛生・社会事業」等ではマイナスの伸びとなっている。

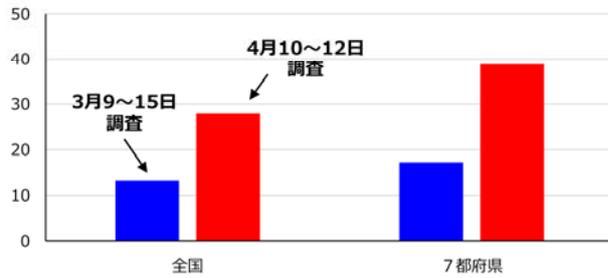


(注) 労働生産性=実質GDP (自国通貨ベース) ÷ 就業者数で算出
(出所) OECD

テレワークの導入促進

- 正社員のテレワーク実施率は、大幅に上昇。過半数が、新型コロナウイルス感染症の収束後も、テレワークの継続を希望。
- テレワークが急速に普及した当初は、テレワークへのスイッチング・コスト等が、生産性向上の制約になっている可能性も指摘。他方、在宅勤務者の作業練度の改善や遠隔会議の導入・活用によるコミュニケーションの改善に伴い、在宅勤務における主観的生産性は向上。

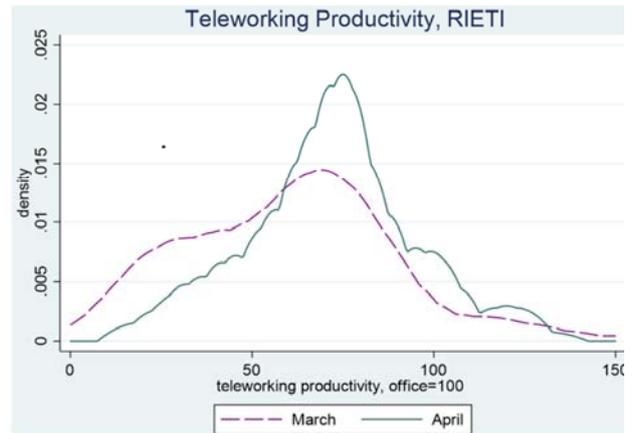
テレワーク実施率の推移（20～59歳の正社員）



生産性を制約する要因

1. ハードウェア・ソフトウェアの操作性、スイッチング・コスト
2. オフィスでしかできない業務の存在（しばしばセキュリティ上の理由）
3. フェイス・トゥ・フェイスの効率的なコミュニケーションが失われること
4. 自宅の仕事環境の制約（書斎がない、子供がいる等）

在宅勤務の主観的生産性（注）の分布

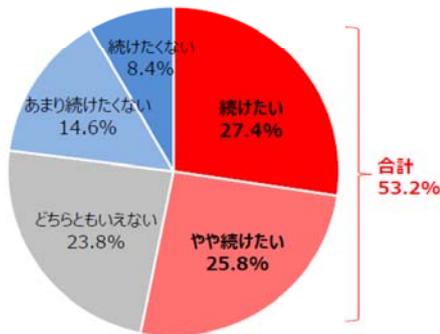


（注）オフィスワークでの仕事の生産性を100としたときの在宅勤務の主観的な生産性。

（出典）REITII「新型コロナウイルスと在宅勤務の生産性」「緊急事態宣言と在宅勤務の生産性」

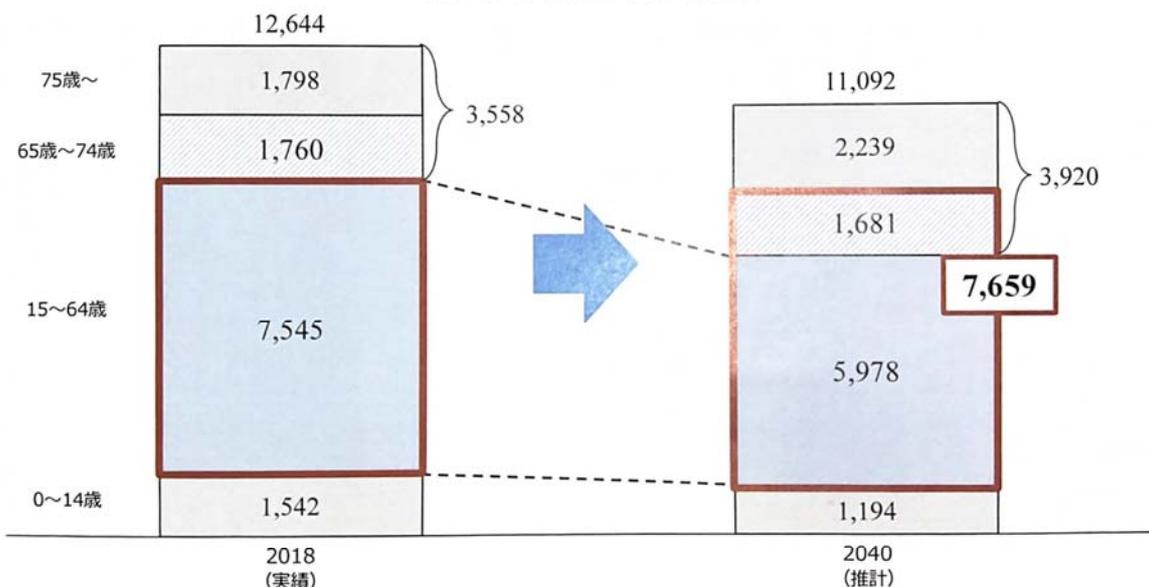
（出典）経済産業省 産業構造審議会成長戦略部会資料（パソル総合研究所の調査を基に作成）

収束後のテレワーク継続意向（4月10～12日調査）



2018年と2040年の人口構成

日本の人口構造の変化（万人）



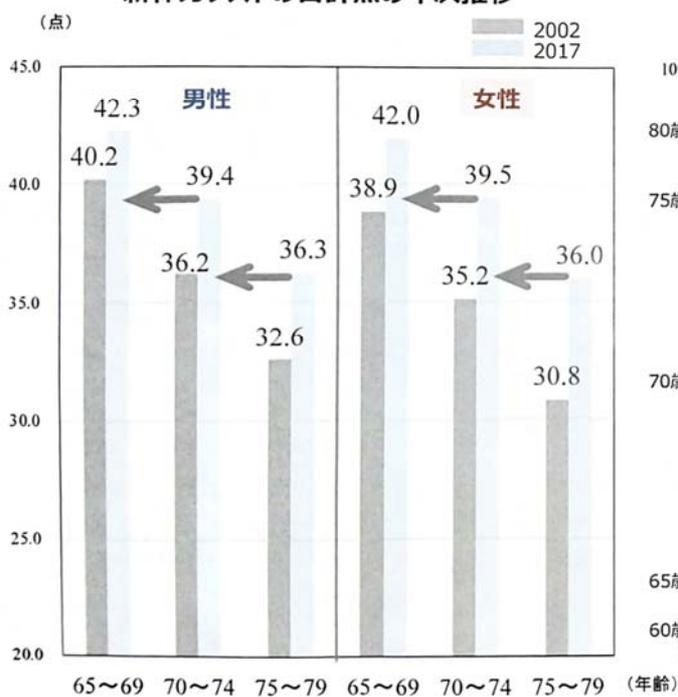
〈何人で一人の高齢者を支えるのか〉

1990年：5.77人 → 2000年：3.92人 → 2018年：2.12人 → 2040年：1.52人
 ↻ 3.42人

（資料出所）総務省「人口推計（平成30年10月）」、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」

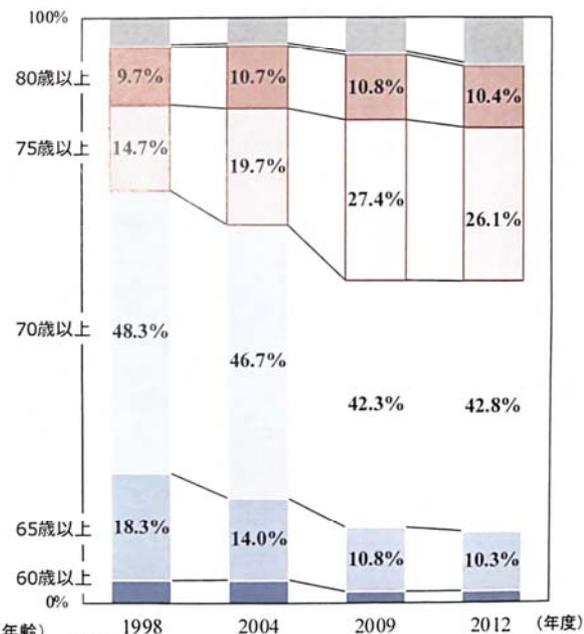
高齢者の身体面の変化

新体カテストの合計点の年次推移



(資料出所) 文部科学省「平成29年度体力・運動能力調査」

「高齢者とは何歳以上か」との質問への回答



(資料出所)

- ~2009年度：全国60歳以上の男女へのアンケート調査（「高齢者の日常生活に関する意識調査結果」より）
- 2012年度：昭和22年~24年生まれの全国の男女へのアンケート調査（「団塊の世代の意識に関する調査結果」より）

15

人口構造の転換と2040年に向けた社会的対応

1. 女性、高齢者の就労を促進し社会の「支え手」に転換
2. 生産年齢人口減を補うため、一人あたりの生産性を向上
3. ICT、AI、ロボティクスの活用、外国人労働者への門戸拡大
4. 「世代間扶養」から「世代内連帯」へ負担の重心をうつす
5. 増税のハードルは高いが、世代間の負担公平性の高い税源の活用が望ましいのでは(消費税、相続税)

給付と負担のあり方 財政との調和 現在進行中の医療保険改革のトピック

給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保④

～新経済・財政再生計画 改革工程表（平成30年12月20日）【社会保障分野】～

【基本的考え方】 ※経済財政運営と改革の基本方針2018抜粋

全世代型社会保障制度を着実に構築していくため、総合的な議論を進め、基盤強化期間内から順次実行に移せるよう、2020年度に、それまでの社会保障改革を中心とした進捗状況をレビューし、「経済財政運営と改革の基本方針」において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめ、早期に改革の具体化を進める。

改革工程表（61項目）

【予防・健康づくりの推進】[18項目]

（主な取組）

- 予防・健康づくりに頑張った者が報われる制度の整備
- 糖尿病等の生活習慣病の予防・重症化予防や認知症の予防の推進（先進事例の横展開やインセンティブの積極活用）
- 介護予防・フレイル対策や生活習慣病等の疾病予防等を市町村が一体的に実施する仕組みの検討
- 無関心層や健診の機会が少ない層への啓発
- 予防・健康づくりの取組やデータヘルス、保健事業について、多様・包括的な民間委託を推進

【医療・福祉サービス改革】[31項目]

（主な取組）

- 医療技術評価の在り方について調査・研究・検討を推進するとともに、そのための人材育成・データ集積・分析を推進
- 高額医療機器の効率的な配置等を促進
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及
- 高齢者の医療の確保に関する法律第14条に基づく地域独自の診療報酬について在り方を検討
- 国保財政の健全化に向け、受益と負担の見える化の推進（法定外繰入の解消等）
- 介護の経営の大規模化・協働化
- 地域医療構想に示された病床の機能分化・連携の推進
- AIの実装、ロボット・IoT・センサーの活用、データヘルス改革の推進など、テクノロジーの徹底活用
- 元気で働く意欲のある高齢者を介護・保育等の専門職の周辺業務において育成・雇用する取組を全国展開

【多様な就労・社会参加】[2項目]

（主な取組）

- 働き方の多様化に応じた年金受給開始時期の選択肢の拡大
- 勤労者皆保険制度（被用者保険の更なる適用拡大）の実現を目指した検討

【給付と負担の見直し】[10項目]

（主な取組）

- 高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担の検討
- 医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しを検討
- 医療費について保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討
- 団塊世代が後期高齢者入りするまでに、後期高齢者の窓口負担について検討
- 介護のケアプラン作成、介護の多床室室料、介護の軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方について検討
- 新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討
- 薬剤自己負担の引上げについて幅広い観点から関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる
- 外来受診時等の定額負担の導入を検討

【旧改革工程表の全44項目の着実な推進】

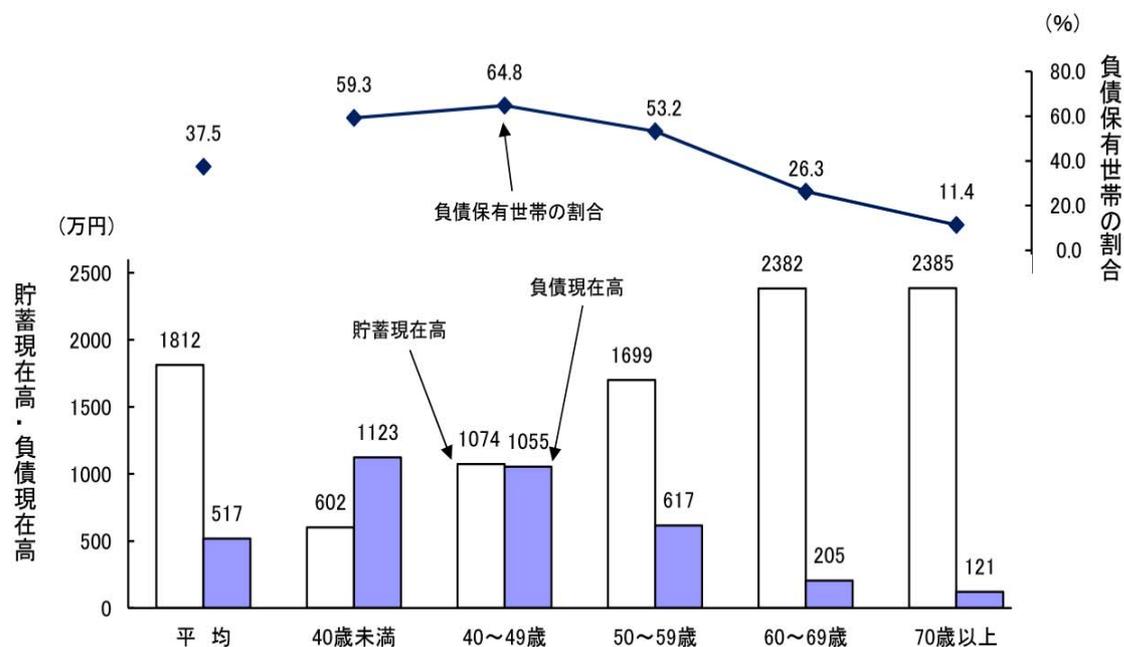
所得のみならず資産の保有状況を勘案した 負担の検討

- * 高齢者の所得(フロー)の絶対水準は、現役世代に比べ低い
- * ただし、世帯規模に比べ、教養娯楽費、食費の水準が高く、一定の負担余力がないわけではない
- * バラツキが大きいものの、預貯金の水準は現役世代を大きくしのぐ(4000万以上が2割弱)
- * 負債の水準も現役世代に比べると低い

⇒ 負担に資産状況を勘案することには一定の合理性

「資産捕捉」の問題と「個人の貯蓄性向の差異」の考え方が課題

世帯主の年齢階級別貯蓄・負債現在高 負債保有世帯の割合 (二人以上世帯 2017年)



出典) 家計調査報告:貯蓄・負債編 2017年

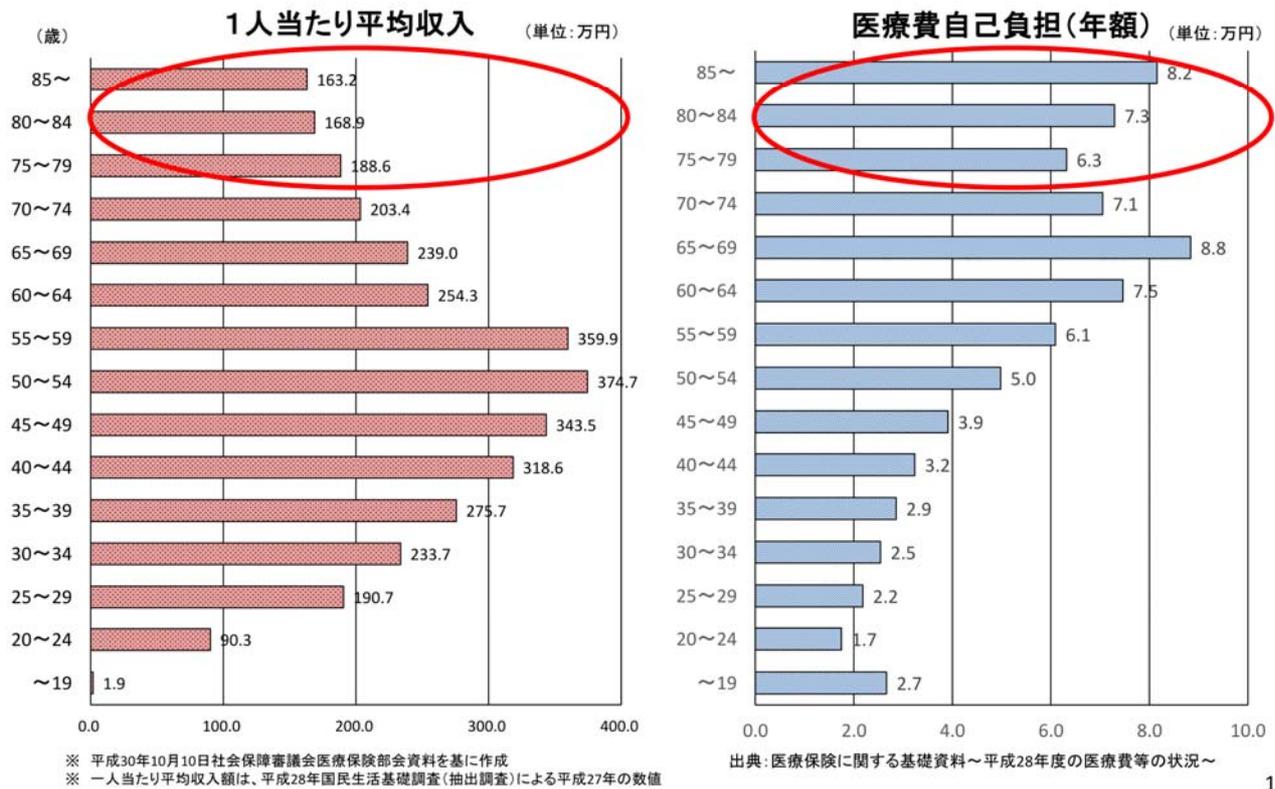
高齢者の「現役並み所得」の判断

- * 公的年金等控除は給与所得控除と併用可
年金収入と併せて給与所得がある高齢者は、年金のみ高齢者に比べ相対的に所得が多く、控除も大きい
 - * 高所得者の公的年金等控除については見直しが必要
 - * 高齢者の勤労意欲を削がない一定の配慮は必要
- ⇒ **制度の問題点を明確にし、正確な所得実態の把握を**

団塊世代が後期高齢者入りするまでに、 後期高齢者の窓口負担を検討

- * 現在の自己負担率2割をそのまま維持するのであれば、受診抑制がかかることは考えにくい
 - * 前期高齢者と後期高齢者の間に、家計収支上の大きな差は見出されず、特に後期高齢者の方が消費支出が下がることで、黒字化率が高くなっている
 - * 後期高齢者の「実効給付率」は経年的に上昇
 - * 所得格差は大きいので、低所得者対策が不可欠
- ⇒ **後期高齢者になっても原則2割負担を維持で良いのではないか**

年齢階級別の1人当たり平均収入・医療費自己負担



出典)「全世代型社会保障検討会議」提出資料(令和元年11月26日)

二人以上世帯のうち高齢無職世帯の年齢階級別家計収支

(円)

項目	平均	年齢階級別			
		60~64歳	65~69歳	70~74歳	75歳以上
世帯数分布(1万分比)	10,000	677	2,174	2,418	4,731
世帯人員(人)	2.40	2.58	2.55	2.38	2.33
世帯主の年齢(歳)	74.1	62.5	67.2	72.1	80.0
持家率(%)	94.0	90.5	93.7	94.2	94.5
実収入	204,587	166,303	221,438	206,652	201,024
社会保障給付	175,799	98,866	180,872	182,596	180,734
非消費支出	27,952	32,550	32,016	29,292	24,747
可処分所得	176,636	133,752	189,422	177,360	176,277
消費支出	237,682	290,034	264,661	243,416	215,151
黒字	-61,046	-156,282	-75,239	-66,056	-38,874
平均消費性向(%)	134.6	216.8	139.7	137.2	122.1
黒字率(%)	-34.6	-116.8	-39.7	-37.2	-22.1

(注) 高齢無職世帯とは、世帯主が60歳以上の無職世帯である。

出典)総務省統計局「平成29年 家計調査報告」家計収支編

「全世代型社会保障検討会議」中間報告 (令和元年12月19日)

このような考え方の下、外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会及び中央社会保険医療協議会においても検討を開始する。遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会等の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- ・ 他の医療機関からの文書による紹介がない患者が大病院を外来受診した場合に初診時5,000円・再診時2,500円以上（医科の場合）の定額負担を求める制度について、これらの負担額を踏まえてより機能分化の実効性が上がるよう、患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるとともに、大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する。
- ・ 具体的な負担額や詳細設計を検討する際、患者のアクセスを過度に制限しないよう配慮しつつ、病院・診療所の機能分化・連携が適切に図られるよう、現行の定額負担の徴収状況等を検証し、定額負担を徴収しない場合（緊急その他やむをえない事情がある場合、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など）の要件の見直しを行う。

(一般)外来受診時等の定額負担の導入

- * 何を目的とした定額負担導入か、目的と理念が明確でない
- * 自己負担率との相乗効果の見極めが必要
- * 軽症受診者の抑制が目的なら、特に低所得者に受診抑制がかからないよう配慮が必要
- * かかりつけ医以外の受診時に保険外併用療養費の枠内で徴収は可能か
- * 医師会の強い反発が予想される

⇒ **目的と理念を明確にしてから、政策手段の議論を**

薬剤自己負担の引き上げ

- * 湿布、皮膚保湿剤と抗がん剤、免疫抑制剤はいずれも同じ負担率
- * 疾患の重篤性、薬剤の治療における必須性などに応じて負担率を変更する？(線引きが難しい)
- * OTC類似薬を保険から外す？(OTCの有無で保険範囲を変える？)
- * 一般家計のOTC薬などへの支出額を保険免責とする？

⇒ 他の負担引き上げ案との総合的な議論、判断が必用

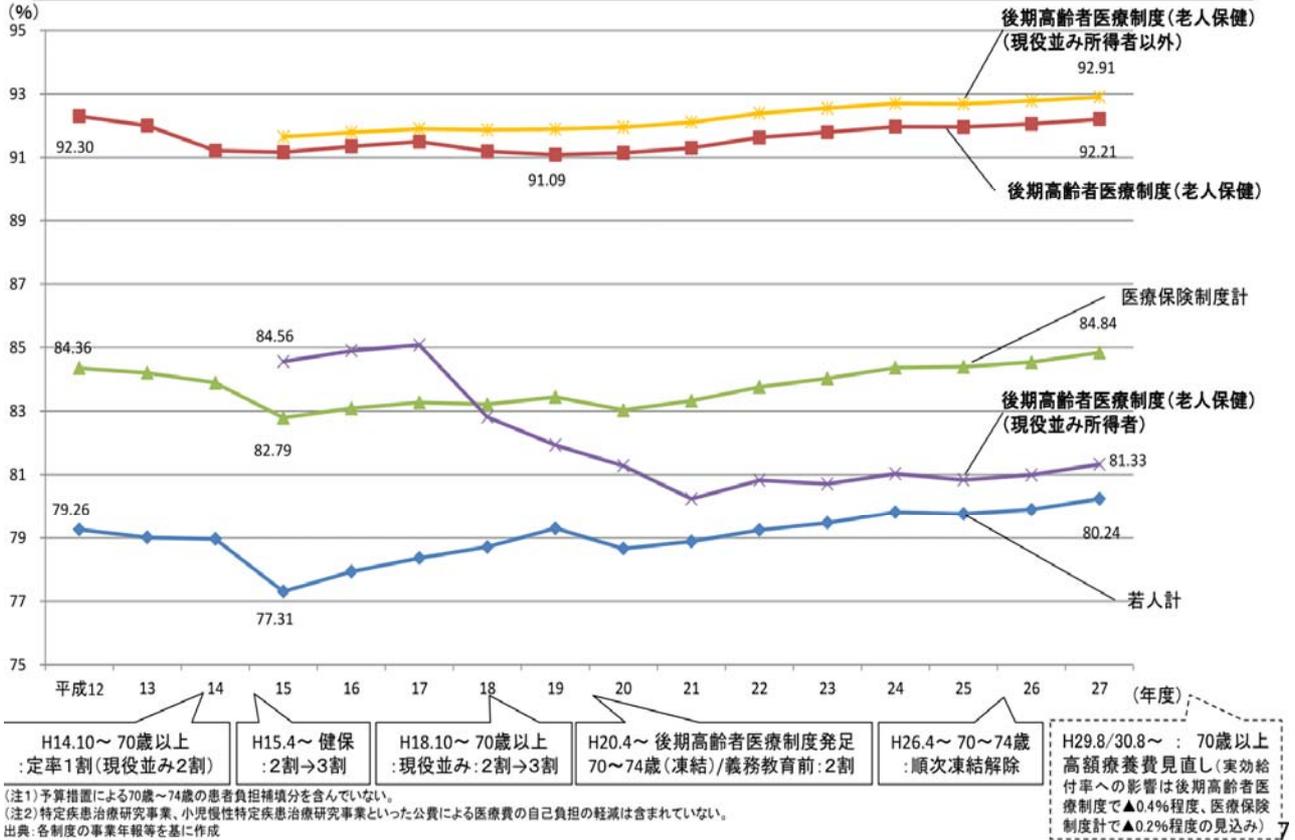
保険料・公費負担・患者負担のバランス

- * 国際比較からすれば、税源の割合を増やす方向性が
- * 保険料上げより増税はハードルが高いという難点
- * 3割給付を維持する付帯決議の関門
- * ミニマムを保険内でカバー、それ以上は保険外併用という考え方

⇒ 逆進性に配慮しながら世代間の公平感に強い消費税、世代間の格差是正にもつなげる相続税の活用を

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は92.91%。



患者の実効自己負担率に連動した高額療養費制度

* 2006年改正健康保険法の附帯決議

「医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、**将来にわたり百分の七十を維持するものとする。**」ことを始めとして、安易に公的医療保険の範囲の縮小を行わず、現行の公的医療保険の範囲の堅持に努めること。」

「高額療養費」制度の枠内で、今後、医療の高度化、高額化が進展すれば、医療費全体に占める「実効負担率」は継続的に低下する可能性

「患者の実効負担率」と「高額療養費制度」の連動が必要

変化に対応した医療提供体制の改革

なぜ地域医療構想が必要なのか？ 医療における2025年問題

- 2025年とは団塊の世代が75才になる年
 - 医療・介護需要の最大化
- 高齢者人口の増加には大きな地域差
 - 地域によっては高齢者人口の減少が既に開始
- 医療の機能に見合った資源の効果的かつ効率的な配置を促し、急性期から回復期、慢性期まで患者が状態に見合った病床で、状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制を作ることが必要。

医療法の改正の主な経緯について

改正年	改正の趣旨等	主な改正内容等
昭和23年 医療法制定	終戦後、医療機関の量的整備が急務とされる中で、医療水準の確保を図るため、病院の施設基準等を整備	○病院の施設基準を創設
昭和60年 第一次改正	医療施設の量的整備が全国的にほぼ達成されたことに伴い、医療資源の地域偏在の是正と医療施設の連携の推進を目指したものの。	○医療計画制度の導入 ・二次医療圏ごとに必要病床数を設定
平成4年 第二次改正	人口の高齢化等に対応し、患者の症状に応じた適切な医療を効率的に提供するための医療施設機能の体系化、患者サービスの向上を図るための患者に対する必要な情報の提供等を行ったもの。	○特定機能病院の制度化 ○療養型病床群の制度化
平成9年 第三次改正	要介護者の増大等に対し、介護体制の整備、日常生活圏における医療需要に対する医療提供、患者の立場に立った情報提供体制、医療機関の役割分担の明確化及び連携の促進等を行ったもの。	○診療所への療養型病床群の設置 ○地域医療支援病院制度の創設 ○医療計画制度の充実 ・二次医療圏ごとに以下の内容を記載 地域医療支援病院、療養型病床群の整備目標 医療関係施設間の機能分担、業務連携
平成12年 第四次改正	高齢化の進展等に伴う疾病構造の変化等を踏まえ、良質な医療を効率的に提供する体制を確立するため、入院医療を提供する体制の整備等を行ったもの。	○療養病床、一般病床の創設 ○医療計画制度の見直し ・基準病床数へ名称を変更
平成18年 第五次改正	質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築するため、医療に関する情報提供の推進、医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進、地域や診療科による医師不足問題への対応等を行ったもの。	○都道府県の医療対策協議会制度化 ○医療計画制度の見直し ・4疾病5事業の具体的な医療連携体制を位置付け

11

医療計画制度について

趣旨

- 各都道府県が、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定。
- 医療提供の量(病床数)を管理するとともに、質(医療連携・医療安全)を評価。
- 医療機能の分化・連携(「医療連携」)を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。

平成25年度からの医療計画における記載事項

- 新たに精神疾患を加えた五疾病五事業(※)及び在宅医療に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策
 - ※ 五疾病五事業…五つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)と五つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む))をいう。災害時における医療は、東日本大震災の経緯を踏まえて見直し。
 - 地域医療支援センターにおいて実施する事業等による医師、看護師等の医療従事者の確保
 - 医療の安全の確保 ○ 二次医療圏(※)、三次医療圏の設定 ○ 基準病床数の算定 等
- ※ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

【医療連携体制の構築・明示】

- ◇ 五疾病五事業ごとに、必要な医療機能(目標、医療機関に求められる事項等)と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築。
- ◇ 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解。
- ◇ 指標により、医療資源・医療連携等に関する現状を把握した上で課題の抽出、数値目標を設定、施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進)。

14

1. 医療計画の実効性を強化(医療法改正)

- ・5つのアプローチ(①病床機能報告制度、②地域医療構想、③協議の場(調整会議)、④新たな基金、⑤知事の権限強化)
- ・医療計画を6年(現行5年)とし 中間年で見直し(介護と連動)

2. 医療サービス(提供体制)の充実強化

- ・特定行為の明確化(関係身分法の対応)、医療事故調の制度化、医師看護師の確保支援、医療法人制度の見直し

3. 介護保険の持続可能性確保

- ・地域支援事業の充実と予防給付の地域支援事業への移行
- ・特養の入所要件見直し
- ・低所得者保険料軽減、一定所得者負担見直し、補足給付要件での資産勘案

12

地域医療構想の趣旨①

地域ごとの選択(需要の変化に対応するために)

【視点の例】

■施設・設備投資の判断

新規整備が必要？

(10年後のピークを踏まえて「新規に」整備することが本当に正しいのか)

→ 各施設・整備の耐用年数の関係など

■法人最適と地域最適

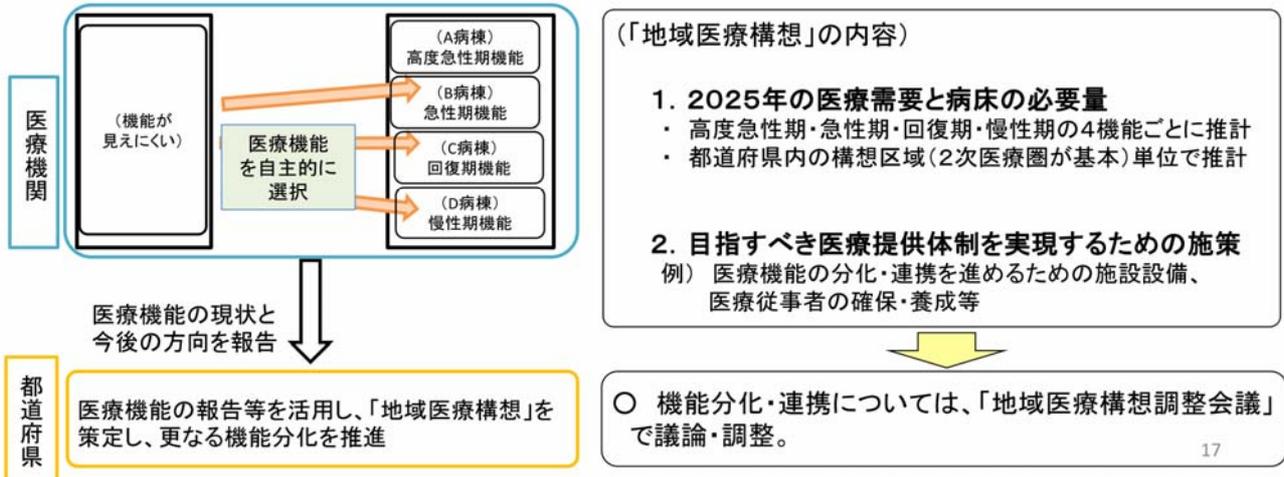
競争なのか？・協調なのか？

(法人運営の最適化と地域住民視点の最適化が両立できるか？)

→ 地域アクセスなど総合的な視点が不可欠

地域医療構想について

- 昨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」を作成し、平成27年3月に発出。



病床機能報告制度；平成27年の変更点

- 各医療機関(有床診療所を含む。)は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。

病床機能報告 報告マニュアル
平成27年8月31日

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

○ 回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、**リハビリテーションを提供していても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できることにご留意ください。**

○ **地域包括ケア病棟**については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。

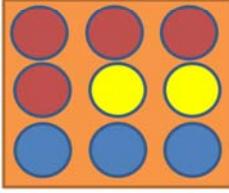
○ **特定機能病院**においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。

病床機能報告制度と地域医療構想の将来推計の違い

病床機能報告制度

・報告制度だと様々な病期の患者が混在しているのに一つの機能しか選べない

例) A病院の外科病棟



実際の病棟内には様々な病期の患者が混在している

- 高度急性期相当の患者(病床)
- 急性期相当の患者(病床)
- 回復期相当の患者(病床)

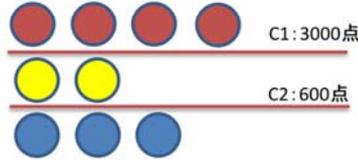


病床機能報告制度では混在している中で一番数の多い、高度急性期病棟として報告している

↑この状態で報告される

地域医療構想の将来推計

・将来推計は患者数をベースに病床数を出している



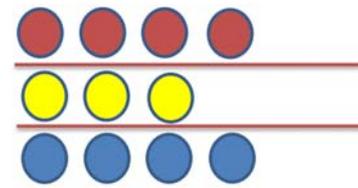
2013年度の入院受療率
(患者数/人口)
(性・年齢階級別・4機能別)



2025年度の推計人口
(性・年齢階級別)



2025年度の必要病床数



2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
(→「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇨ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現状:2013年】

134.7万床(医療施設調査)



病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】

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

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1



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

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

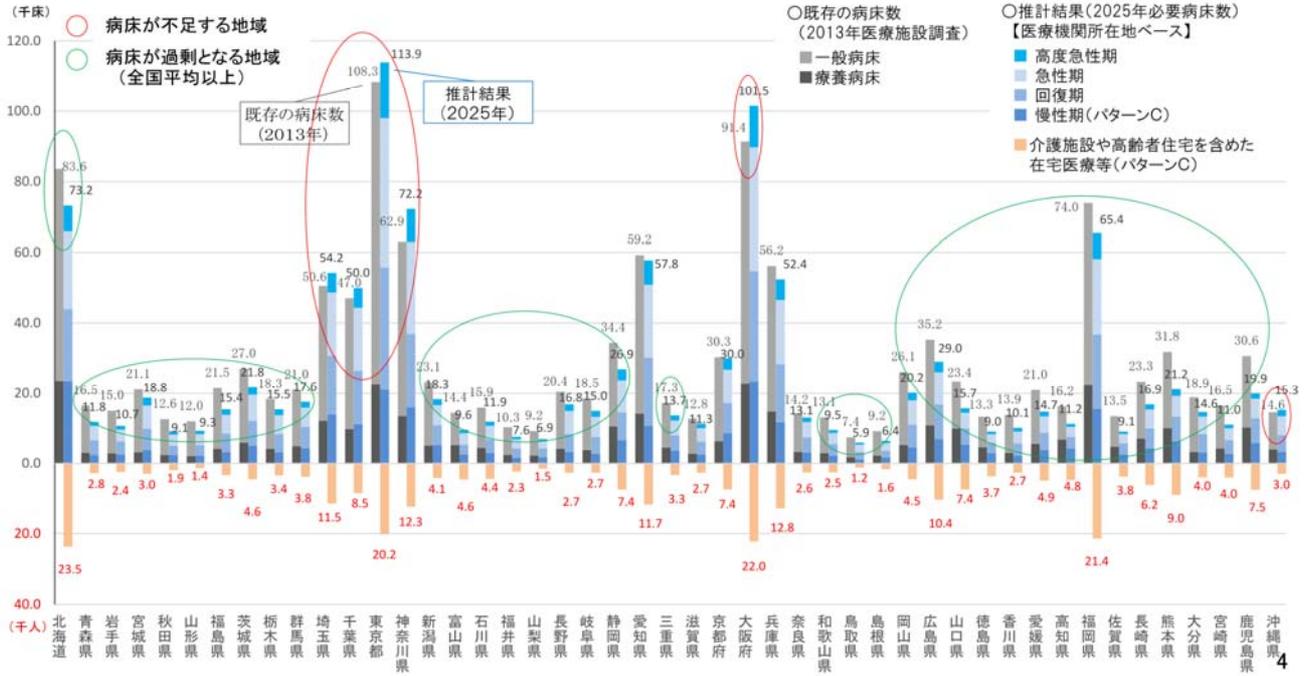
医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

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

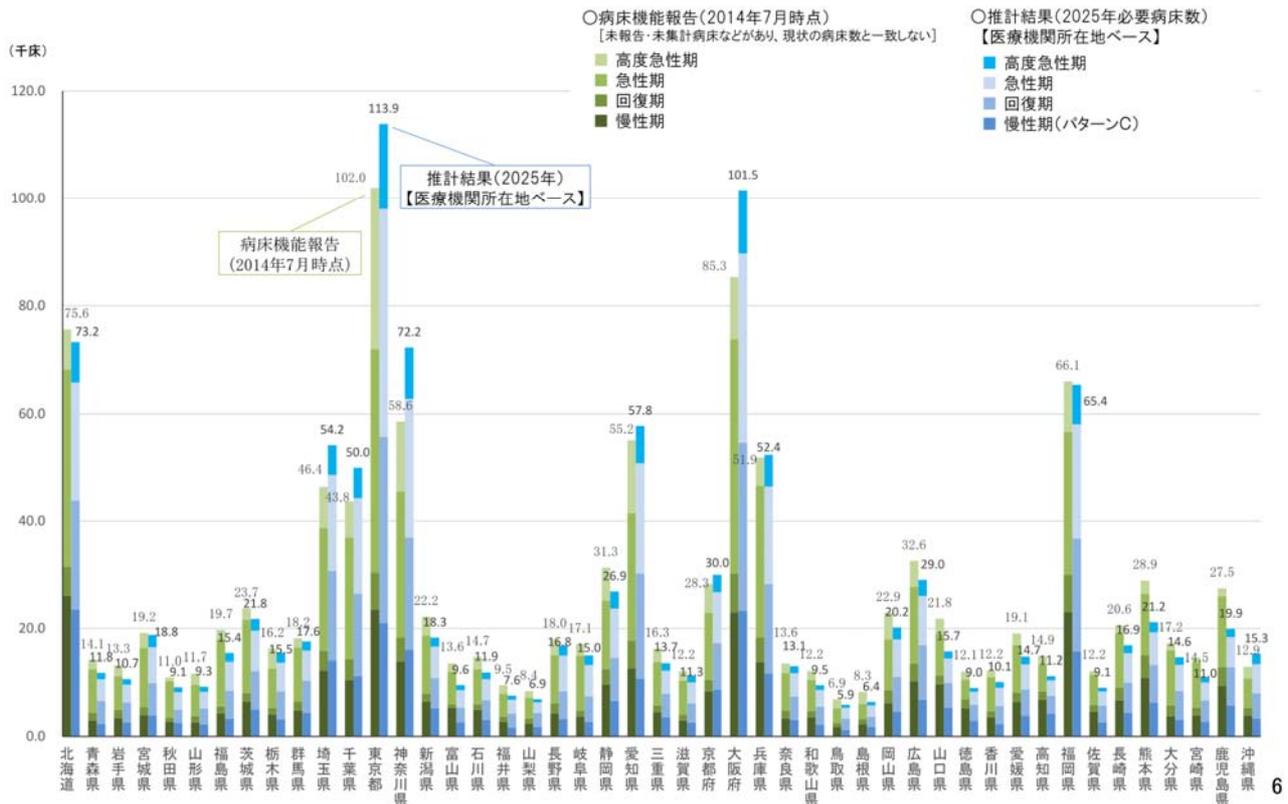
※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)

- 一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、現在の稼働の状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、**不足する地域と過剰となる地域**がある。
- 概ね、**大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い**。
- 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数も、大都市部を中心に多くなっている。



(参考) 病床機能報告による報告結果と必要病床数の推計結果(医療機関所在地ベース)



2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)

	2013年の病床数(千床)			2025年の必要病床数(千床)									【医療機関所在地ベース】			(参考) 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数(2025)(千人)		
	一般・療養病床(2013) ※1			4医療機能 合計(2025) ②			一般・療養病床(2013) との差(②-①)			うち 高度 急性期	うち 急性期	うち 回復期	うち慢性期			パターン A	パターン B	パターン C
	合計 ①	うち 一般 病床	うち 療養 病床	パターン A	パターン B	パターン C	パターン A	パターン B	パターン C				パターン A	パターン B	パターン C			
全国計	1346.9	1006.2	340.7	1148.5	1181.6	1191.2	▲198.4	▲165.3	▲155.7	130.3	400.6	375.2	242.3	275.5	285.1	336.6	306.1	297.3
北海道	83.6	60.1	23.5	68.7	72.1	73.2	▲14.9	▲11.5	▲10.3	7.3	21.9	20.4	19.0	22.4	23.5	27.7	24.6	23.5
青森県	16.5	13.5	3.0	11.7	11.8	11.8	▲4.8	▲4.7	▲4.7	1.2	4.1	4.2	2.2	2.3	2.4	2.9	2.8	2.8
岩手県	15.0	12.2	2.8	10.5	10.7	—	▲4.5	▲4.4	—	1.0	3.3	3.7	2.5	2.6	—	2.6	2.4	—
宮城県	21.1	17.9	3.2	18.7	18.8	—	▲2.4	▲2.4	—	2.3	6.6	6.0	3.8	3.9	—	3.0	3.0	—
秋田県	12.6	10.2	2.4	9.0	9.1	9.1	▲3.6	▲3.5	▲3.5	0.9	3.3	2.5	2.3	2.4	2.4	2.1	2.0	1.9
山形県	12.0	9.9	2.1	9.2	9.3	—	▲2.8	▲2.7	—	0.9	3.1	2.9	2.3	2.3	—	1.4	1.4	—
福島県	21.5	17.3	4.2	15.1	15.3	15.4	▲6.4	▲6.2	▲6.1	1.5	5.4	5.2	3.0	3.2	3.3	3.6	3.4	3.3
茨城県	27.0	21.0	6.0	21.4	21.7	—	▲5.5	▲5.2	—	2.2	7.4	7.1	4.7	5.0	—	4.8	4.6	—
栃木県	18.3	14.1	4.2	15.2	15.5	—	▲3.2	▲2.9	—	1.7	5.4	5.2	2.9	3.2	—	3.7	3.4	—
群馬県	21.0	16.1	4.9	17.2	17.5	17.6	▲3.8	▲3.5	▲3.4	1.7	5.5	6.1	4.0	4.3	4.3	4.1	3.8	3.8
埼玉県	50.6	38.4	12.1	53.1	54.2	—	+2.5	+3.6	—	5.5	18.0	16.7	12.9	14.0	—	12.5	11.5	—
千葉県	47.0	37.2	9.8	49.3	50.0	50.0	+2.3	+2.9	+3.0	5.6	17.9	15.3	10.6	11.2	11.2	9.1	8.5	8.5
東京都	108.3	85.7	22.6	111.8	113.9	—	+3.5	+5.5	—	15.9	42.3	34.7	19.0	21.1	—	22.1	20.2	—
神奈川県	62.9	49.3	13.5	71.0	72.2	—	+8.1	+9.4	—	9.4	25.9	20.9	14.8	16.0	—	13.4	12.3	—
新潟県	23.1	18.1	5.1	18.1	18.3	—	▲5.1	▲4.9	—	1.7	5.7	5.7	5.0	5.2	—	4.3	4.1	—
富山県	14.4	9.2	5.2	8.9	9.5	9.6	▲5.5	▲4.9	▲4.8	0.9	3.3	2.7	2.0	2.6	2.6	5.2	4.7	4.6
石川県	15.9	11.4	4.5	11.3	11.9	11.9	▲4.6	▲4.0	▲4.0	1.2	3.9	3.7	2.4	3.0	3.1	5.0	4.4	4.4
福井県	10.3	7.8	2.5	7.4	7.6	—	▲2.9	▲2.7	—	0.7	2.6	2.6	1.4	1.6	—	2.5	2.3	—
山梨県	9.2	6.9	2.3	6.8	6.9	6.9	▲2.5	▲2.3	▲2.3	0.5	2.0	2.6	1.6	1.8	1.8	1.7	1.6	1.5
長野県	20.4	16.2	4.2	16.7	16.8	—	▲3.7	▲3.6	—	1.9	6.5	5.1	3.2	3.3	—	2.7	2.7	—
岐阜県	18.5	14.7	3.8	14.9	15.0	—	▲3.6	▲3.5	—	1.7	5.8	4.8	2.6	2.7	—	2.8	2.7	—
静岡県	34.4	23.8	10.6	26.0	26.9	—	▲8.3	▲7.5	—	3.2	9.1	8.0	5.8	6.6	—	8.2	7.4	—
愛知県	59.2	45.0	14.2	56.6	57.8	57.8	▲2.6	▲1.4	▲1.4	6.9	20.6	19.5	9.6	10.8	10.8	12.8	11.7	11.7

8

	2013年の病床数(千床)			2025年の必要病床数(千床)									【医療機関所在地ベース】			(参考) 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数(2025)(千人)		
	一般・療養病床(2013) ※1			4医療機能 合計(2025) ②			一般・療養病床(2013) との差(②-①)			うち 高度 急性期	うち 急性期	うち 回復期	うち慢性期			パターン A	パターン B	パターン C
	合計 ①	うち 一般 病床	うち 療養 病床	パターン A	パターン B	パターン C	パターン A	パターン B	パターン C				パターン A	パターン B	パターン C			
全国計	1346.9	1006.2	340.7	1148.5	1181.6	1191.2	▲198.4	▲165.3	▲155.7	130.3	400.6	375.2	242.3	275.5	285.1	336.6	306.1	297.3
三重県	17.3	12.8	4.5	13.3	13.6	13.7	▲3.9	▲3.7	▲3.6	1.4	4.3	4.4	3.3	3.5	3.6	3.6	3.3	3.3
滋賀県	12.8	10.0	2.8	11.1	11.3	—	▲1.7	▲1.5	—	1.3	3.9	3.6	2.3	2.6	—	2.9	2.7	—
京都府	30.3	23.9	6.4	29.4	29.9	—	▲0.9	▲0.3	—	3.2	9.5	8.5	8.1	8.7	—	7.9	7.4	—
大阪府	91.4	68.5	22.9	97.7	101.1	101.5	+6.3	+9.7	+10.1	11.8	35.0	31.4	19.5	22.9	23.3	25.5	22.4	22.0
兵庫県	56.2	41.4	14.8	50.5	52.2	52.4	▲5.7	▲4.0	▲3.8	5.9	18.2	16.5	9.9	11.5	11.8	14.6	13.0	12.8
奈良県	14.2	10.9	3.3	12.8	13.0	13.1	▲1.4	▲1.2	▲1.2	1.3	4.4	4.3	2.9	3.1	3.1	2.8	2.6	2.6
和歌山県	13.1	10.2	3.0	9.3	9.5	9.5	▲3.9	▲3.7	▲3.6	0.9	3.1	3.3	1.9	2.1	2.2	2.8	2.6	2.5
鳥取県	7.4	5.6	1.8	5.8	5.9	—	▲1.6	▲1.6	—	0.6	2.0	2.1	1.1	1.2	—	1.3	1.2	—
島根県	9.2	6.9	2.3	6.2	6.3	6.4	▲3.0	▲2.8	▲2.8	0.6	2.2	1.9	1.5	1.7	1.7	1.8	1.7	1.6
岡山県	26.1	20.8	5.3	19.6	20.0	20.2	▲6.5	▲6.0	▲5.9	2.2	6.8	6.5	4.0	4.5	4.6	5.1	4.7	4.5
広島県	35.2	24.4	10.8	27.5	28.7	29.0	▲7.8	▲6.5	▲6.2	3.0	9.2	9.9	5.3	6.6	6.9	11.8	10.6	10.4
山口県	23.4	13.4	9.9	13.2	14.4	15.7	▲10.2	▲9.0	▲7.6	1.3	4.4	4.6	2.8	4.1	5.4	9.7	8.6	7.4
徳島県	13.3	8.7	4.6	8.2	8.7	9.0	▲5.1	▲4.6	▲4.2	0.7	2.4	3.0	2.0	2.5	2.9	4.5	4.1	3.7
香川県	13.9	10.8	3.0	9.9	10.1	10.1	▲4.0	▲3.8	▲3.7	1.1	3.4	3.4	2.0	2.2	2.3	2.9	2.7	2.7
愛媛県	21.0	15.4	5.6	14.1	14.6	14.7	▲6.8	▲6.4	▲6.2	1.3	4.7	4.8	3.3	3.7	3.9	5.5	5.0	4.9
高知県	16.2	9.5	6.8	9.3	10.2	11.2	▲6.9	▲6.1	▲5.0	0.8	2.8	3.3	2.4	3.2	4.3	6.5	5.7	4.8
福岡県	74.0	51.5	22.5	61.6	64.7	65.4	▲12.3	▲9.3	▲8.5	7.3	21.3	21.1	11.9	14.9	15.7	24.9	22.1	21.4
佐賀県	13.5	8.7	4.8	8.3	8.8	9.1	▲5.2	▲4.7	▲4.4	0.7	2.6	3.1	1.8	2.3	2.7	4.6	4.1	3.8
長崎県	23.3	16.3	7.1	15.4	16.3	16.9	▲7.9	▲7.1	▲6.5	1.5	5.4	5.7	2.9	3.7	4.3	7.5	6.7	6.2
熊本県	31.8	21.8	10.1	19.3	20.4	21.2	▲12.5	▲11.4	▲10.6	1.9	6.0	7.0	4.4	5.4	6.2	10.7	9.7	9.0
大分県	18.9	15.6	3.3	14.4	14.6	14.6	▲4.4	▲4.3	▲4.2	1.3	4.9	5.4	2.8	3.0	3.1	4.2	4.1	4.0
宮崎県	16.5	12.2	4.3	10.5	10.9	11.0	▲5.9	▲5.6	▲5.4	1.0	3.4	4.0	2.2	2.5	2.7	4.5	4.1	4.0
鹿児島県	30.6	20.4	10.3	17.8	18.8	19.9	▲12.9	▲11.8	▲10.7	1.5	5.5	7.0	3.7	4.7	5.8	9.5	8.6	7.5
沖縄県	14.6	10.6	4.0	14.8	15.2	15.3	+0.2	+0.6	+0.7	1.8	5.4	4.7	2.8	3.3	3.4	3.4	3.0	3.0

※1:平成25年医療施設調査における病院及び一般診療所の一般病床及び療養病床の合計(2013年10月1日現在)。

9

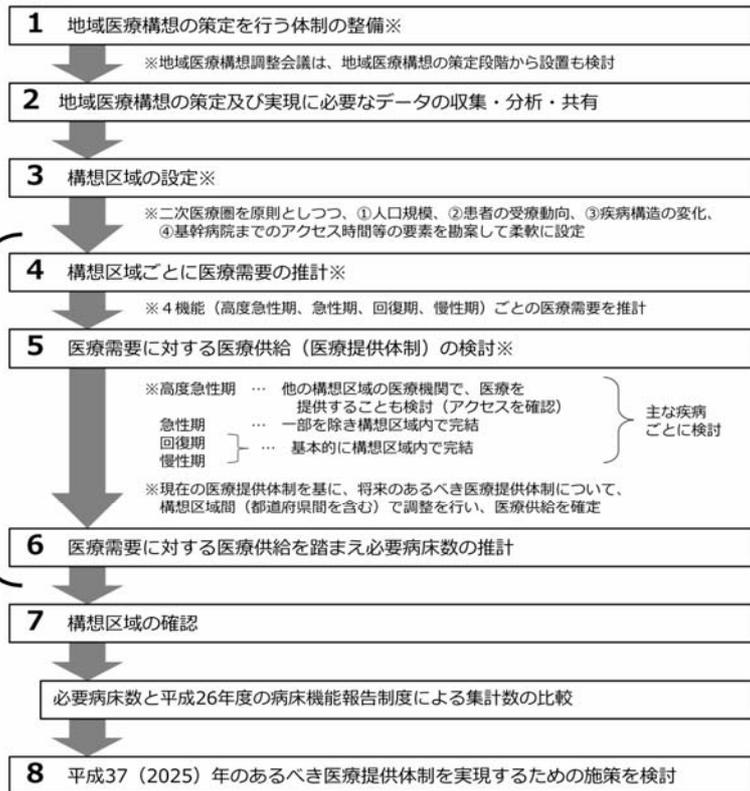
- 地域医療構想の策定プロセス -

(地域医療構想策定ガイドライン P.6より抜粋)

【策定プロセス】

➤ 4～6のプロセスを技術的に支援するため、都道府県に対し、今般の第一次報告における推計を基にした「医療構想策定支援ツール」を厚労省より配布。

➤ 都道府県は、支援ツールの推計により、将来における構想区域毎の医療需要や必要病床数を確認できるようになる。

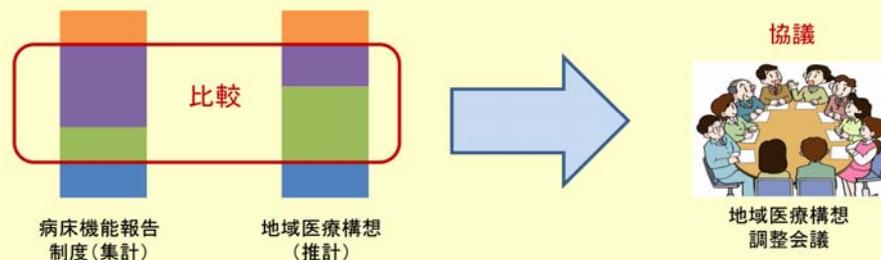


地域医療構想の策定とその実現に向けたプロセス

地域医療構想の実現に向けて、都道府県は構想区域ごとに、「地域医療構想調整会議」を開催。

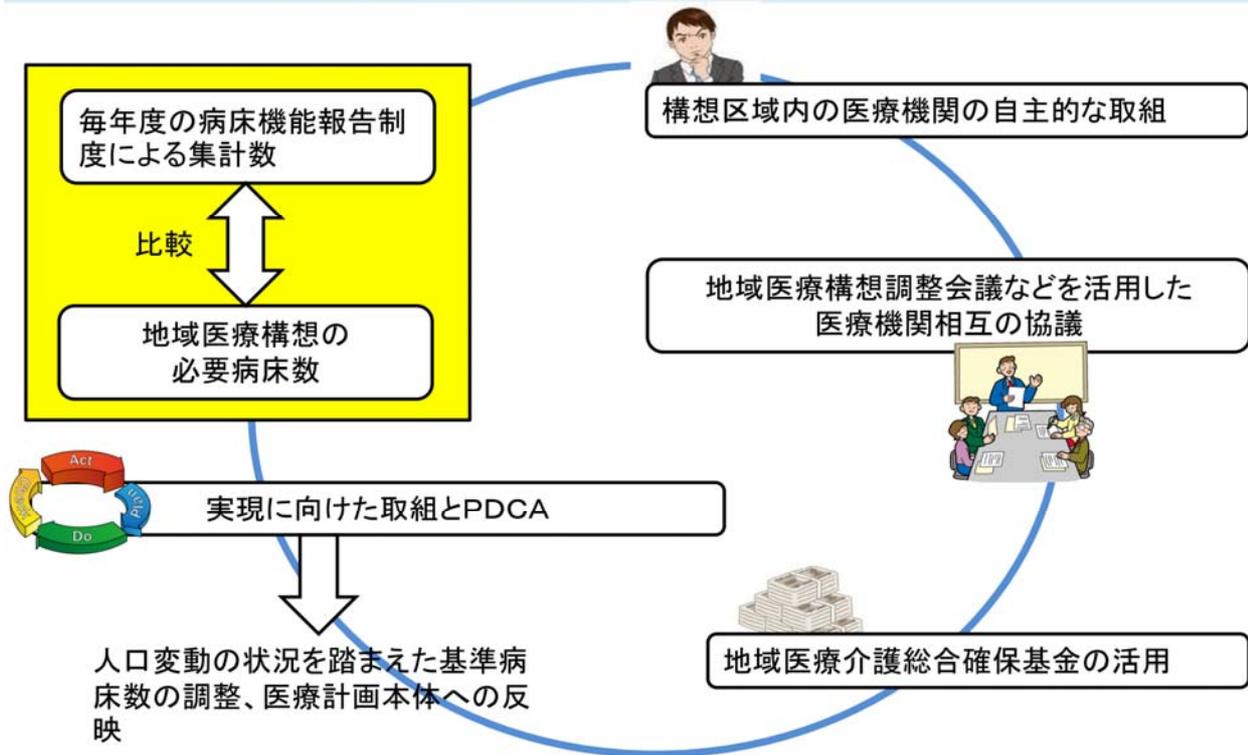
※ 「地域医療構想調整会議」には、医師会、歯科医師会、病院団体、医療保険者等が参加。

- ・ 病床機能報告制度の報告結果等を基に、現在の医療提供体制と将来の病床の必要量を比較して、どの機能の病床が不足しているか等を検討。
- ・ 医療機関相互の協議により、機能分化・連携について議論・調整。



都道府県は、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関による自主的な機能分化・連携を推進。

地域医療構想「実施」のプロセス



平成30年より第7次医療計画を実施

「地域医療構想」の実現に向けた今後の対応について

- 今後、都道府県が策定する「地域医療構想」の実現に向けて、以下の対応を図っていくことが必要。
 1. 回復期の充実(急性期からの病床転換)
 2. 医療従事者の需給見通し、養成数の検討
 3. 慢性期の医療ニーズに対応する医療・介護サービスの確保について

1. 回復期の充実(急性期からの病床転換)等について

- 急性期中心の病棟から回復期(リハビリや在宅復帰に向けた医療)の病棟への転換など自主的な取組を進める必要。 ※ 回復期をはじめとして不足している医療機能を充足していくことが必要。
- その際に必要な施設・設備の整備は、「地域医療介護総合確保基金」により、補助を行い、病床転換を誘導。
 - ※ 「地域医療介護総合確保基金」(H27年度は、1628億円(医療分904億円、介護分724億円)は、

1 病床の機能分化・連携に関する事業	2 在宅医療の推進
3 介護施設等の整備に関する事業	4 医療従事者の確保に関する事業
5 介護従事者の確保に関する事業	が対象。

 医療分は、特に、1の「病床の機能分化・連携に関する事業」に重点的に配分。
- また、各機能の必要な看護師等の人数も異なることなどを踏まえ、転換に当たって妨げとならないような適切な診療報酬の設定が必要。

2. 医療従事者の需給見通し、養成数の検討について

- 「地域医療構想」による病床推計等を踏まえ、医療従事者の需給について、見直していく。
 - ※ 回復期の病床の充実のためには、リハビリ関係職種の確保を進めていく必要があるなど、病床の機能分化・連携に対応して、医療従事者の需給の見直しを検討。
- こうした見直しの中で、医師の養成数についても、医学部入学定員等について検討していく。この夏以降にも、検討会を設置して、検討を開始する予定。
 - ※ 2025年頃には人口10万人あたりの医師数はOECD加重平均を超える見込み。一方、18歳人口の減少により医学部に進学する者の割合は132人に1人(2014年)から92人に1人(2050年)になる見込み。

3. 慢性期の医療ニーズに対応する医療・介護サービスの確保について

基本的考え方

○ 今後10年間の慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、**全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な慢性期の病床の確保とともに、在宅医療や介護施設、高齢者住宅を含めた医療・介護サービスの確保が必要。病床の機能分化・連携の推進と同時に、こうした医療・介護サービスの確保を着実に進める。**

(1) 基金を活用した在宅医療、介護施設等の計画的な整備

・ 「**地域医療介護総合確保基金**」を有効的に活用して、**在宅医療・介護施設等を着実に整備。**

※ 「地域医療介護総合確保基金」
「在宅医療の推進に関する事業」「介護施設等の整備に関する事業」に活用して、整備を推進。

・ 特に、平成30年度から始まる第7次医療計画及び第7期介護保険事業計画には、**必要なサービス見込み量を記載し、計画的・総合的に確保。**

(2) 慢性期の医療・介護ニーズに対応できるサービス提供体制の見直し

・ (1)に加えて、厚生労働省に有識者による検討会を直ちに設置し、**慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービス提供体制のあり方について、検討を開始。年内をメドに見直しの選択肢を整理。**

※【検討内容】 ① 介護療養病床を含む療養病床の今後のあり方
② ①以外の慢性期の医療・介護サービス提供体制のあり方

※【スケジュール】 ・ 7月10日（金）に第1回会議を開催。年内をメドに制度改革に向けた選択肢を整理。
・ 来年以降、厚生労働省社会保障審議会において、制度改革に向けて議論。
(介護療養病床は、現行法では、平成29年度末をもって廃止されることとなっている。)

これからの材料価格制度 財政的持続可能性とイノベーション評価

これからの特定保険医療材料及び その材料価格(材料価格基準)の評価の考え方

- * 新型コロナ禍で痛感された、画期的「医療技術 (ex.ワクチン・エクモ)」の必要性、重要性
- * 医療サービスは、医療従事者の技術と医薬品（・医療機器）の結合生産
良い医薬品・医療材料の供給がなければ、医療サービスの向上は見込めない
- * 医療機器の価値、特にイノベーションの評価をどのようにおこない（評価（手法）論）、財源を確保し（財源論）、報いるか（還元論）
- * 保険（財政）政策と産業（振興）政策の相克、その紐帯としての薬価・材料価格制度
パイが大きくなる中での両政策の両立
⇒ 優先順位による財源確保とイノベーションへの再配分
- * 優先順位をつけるための2軸：財政（保険財政視点）、財政的リスク保護（個人負担）
両軸のクロス（P×Q×T）による現状の可視化
- * 優先順位付けによる財源確保の考え方とイノベーションへ再配分するための仕組みの検討
- * 保険（財政）政策は基本的に国内問題、産業政策は国際的視点も必要（他国に比して魅力的か）

現在の薬価制度・材料価格制度改革の限界

- * 個々の課題に対してきわめて綿密な対応細目が並んでいるものの、それらを積み上げた結果がこれからの医療保険財政と整合性をもつのか明確な関連が見えにくい
- * 積み上げ後、全体状況と整合しない場合、結果として「場当たりの」に飴（アメ）の引下げや鞭（ムチ）の強化を打ち出さざるを得ず、事業者にとっては不確実性が高く、市場について前向きな将来展望を描きにくい
- * 飴の政策と鞭の政策が政策の中に同時併存する中で、鞭の政策により生じる原資がイノベーションを評価する飴の側に再配分されるという「フレーム」が不明確なため、医療費全体の枠組みのなかでの医療技術に対する資源配分の濃淡が見えにくい

イノベティブな医療材料・機器の開発・上市について わが国を魅力ある市場とするために

イノベーションの誘発要因と政策対応

* **ダイヤモンド・プル**

アンメットメディカルニーズへの適切な開発の動機付け

* **テクノロジー・プッシュ**

国による研究開発基盤の整備、基礎研究への支援

* **技術の占有可能性**

膨大な研究開発投資（資金、リスク、時間）に見合うリターンが期待できる環境整備

（材料価格基準制度、特許制度…）

ご清聴ありがとうございました。