全世代型社会保障検討会議

全世代型社会保障改革に向けて

~日本で暮らして良かった、日本で暮らして幸福だったという 「全世代型社会保障制度」へ~

> 2019年11月8日 公益社団法人 日本医師会



日本医師会 キャラクター 「日医君(にちいくん)」

目次

- 1. 予防の推進
- 2. 地域に根ざした医療提供体制の確立
- 3. 全世代型社会保障に向けて
- 4. 参考資料

1. 予防の推進

健康寿命の延伸とそれによる支え手の増加

高齢化、高齢者の増加による社会保障費の増加



社会保障改革の主眼が「国による医療・介護に対する支出の抑制」によって、結果として質の低下を及ぼすようでは、国民の理解は得られない。また、急激な制度変更による医療・介護に対する支出の抑制政策をとれば、以前後期高齢者医療制度導入のときに見られたように国民の反発を招きかねない。

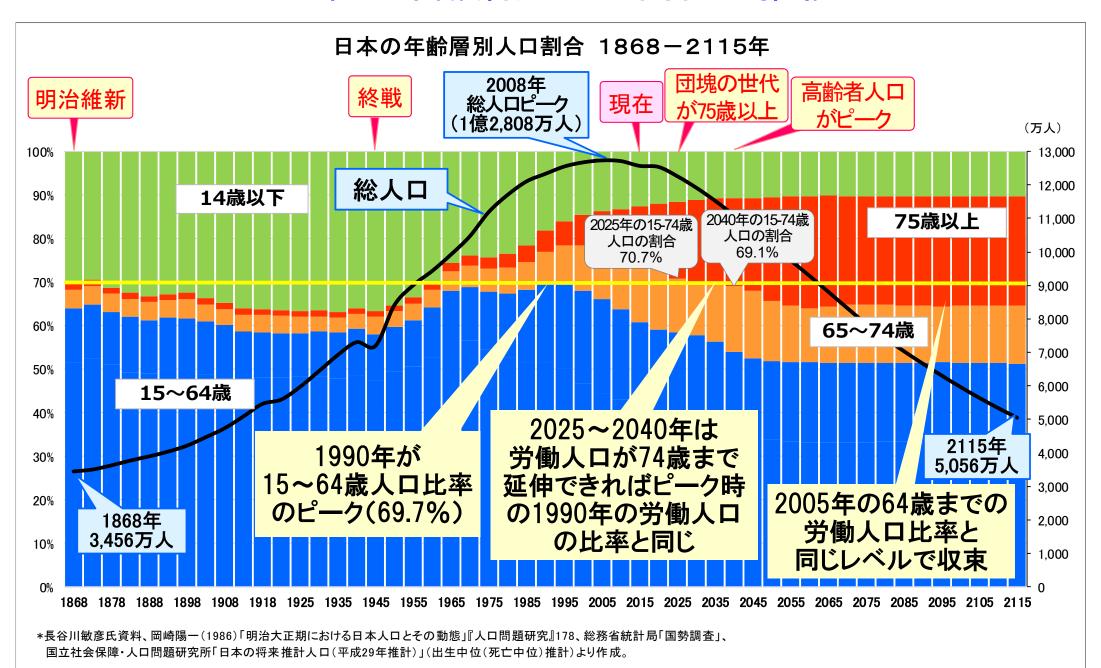


国民の「住み慣れた地域で、自分らしく生涯を全うしたい」との願いをすべての関係者が共有し、成熟社会である「令和」の時代は、社会の格差が拡大しないよう、社会保障を充実させ、経済成長を促すような取り組みを推進。

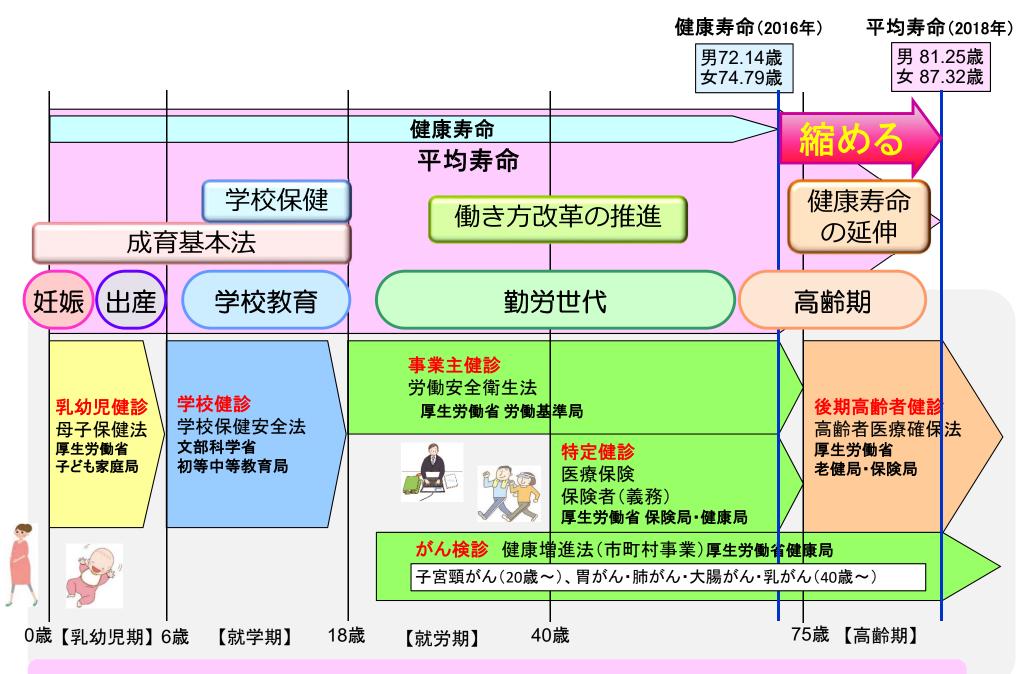


健康寿命を延伸することにより、結果として支え手も増加

日本の年齢層別人口割合の推移



人生100年時代に向けた健康寿命の延伸



妊娠・出産から高齢者まで切れ目のない全世代型社会保障

医療 = 予防・教育 + 診断・治療 + 再発重症化予防・見守り・看取り

「病を防ぐ」は医療の大きな役割

医師の役割は診断治療だけではない。 『人生100年時代』生涯を通じ健やかに過ごすためには予防が重要である。



かかりつけ医の役割

学校医としての役割

産業医としての役割

2. 地域に根ざした医療提供体制の確立

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

患者・国民からの健康にかかわる幅広い問題

行政

医師会

生涯教育

地域の情報提供

診療•相談

地域での 医療・介護資源 に応じた対応

かかりつけ医

日常の診療、予防・健康 疾病の早期発見 重症化予防 適切な初期対応 専門医への紹介 症状改善後の受入れ 適切な受療行動、 重複受診の是正、 薬の重複投与の防止等 により医療費を適正化

専門医療機関

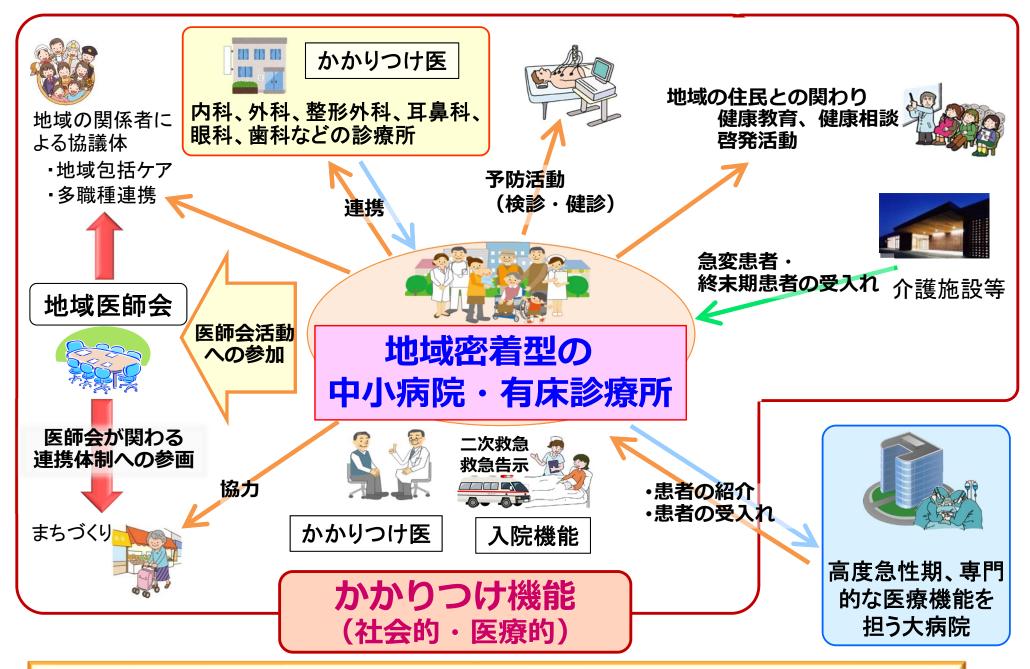


専門的な検査・治療合併症への対応

専門医への紹介 症状改善後の受入 訪問看護 訪問介護 服薬指導 等 歯科医師 薬剤師 看護師・准看護師 理学療法士 管理栄養士 ケアマネージャー等

多職種間の連携

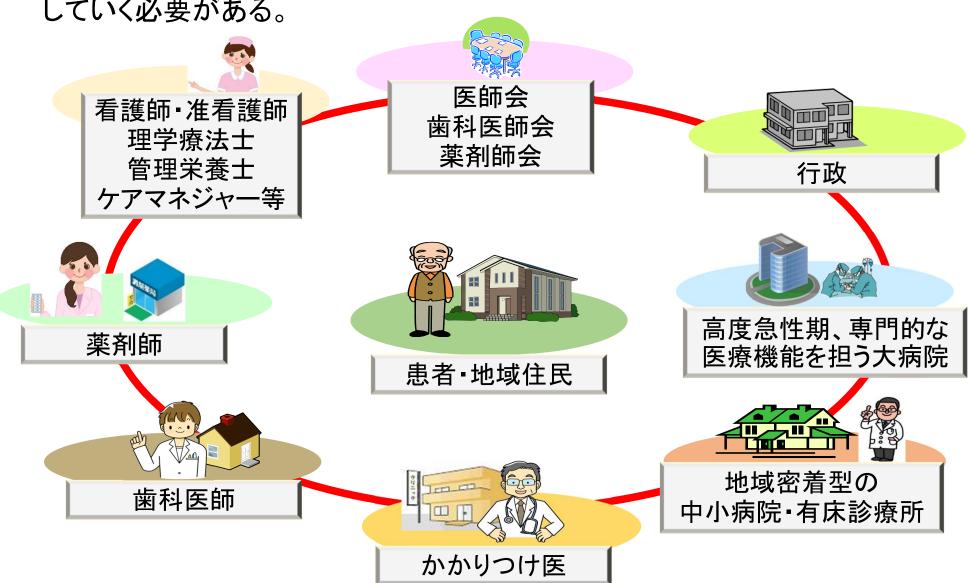
「地域密着型の中小病院・有床診療所」に期待されるもの



かかりつけ医機能と入院機能を持ち、地域包括ケアシステムの一翼を担う

医師・歯科医師・薬剤師による地域包括ケアの推進

地域の住民が住み慣れた地域で暮らし続けることを支えていくためには、 かかりつけ医が歯科医師・薬剤師をはじめとした「多職種」と連携して支援 していく必要がある。



かかりつけ医の定着に向けた国民への働きかけ



みにより、かかりつけ医の定着を目指していく。

In the proportion of the proportion of

国民に対し、社会保障や健康に関す

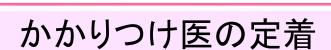
る教育・啓発などを行って意識改革を

促し、受療行動(医療のかかり方)を

変えていただく施策も必要である。こ

うした医師・国民の双方からの取り組

国民の受療行動(医療のかかり方)の変容





朝日新聞「ボンマルシェ」2019年3月号 http://dl.med.or.jp/dl-med/etc/iken/20190317_koukoku.pdf

3. 全世代型社会保障に向けて

社会保障が持つ経済効果

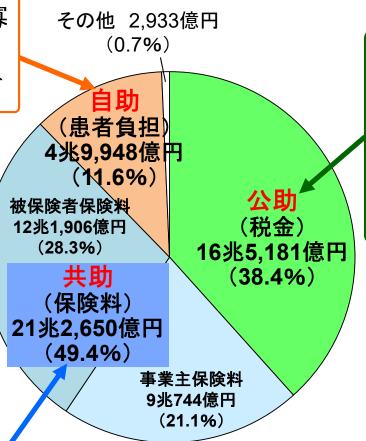
- •「医療は消費」と位置づける意見があるが、社会保障と経済は 相互作用の関係。
- 経済成長が社会保障の財政基盤を支え、他方で社会保障の 発展が生産誘発効果や雇用誘発効果などを通じて日本経済 を底支え。
- 医療の拡充による国民の健康水準の向上が経済成長と社会の安定に寄与。
- 国民が安心して老後を迎えられるようにするために、社会保障 を充実させる必要がある。
- ・老後が不安であるという思いを持つ多くの国民に、安心を示すことは、経済成長を取り戻すための出発点。

国民医療費の財源構成(2017年度)と改革の方向性

● 所得や金融資産の多寡 に応じた負担

※マイナンバーの活用

など



- 新たな税財源の確保による消費税一本足打法からの脱却
- ※死亡された場合の税のあり方
- ※内部留保を賃金や設備投資に回すようなインセンティブとしての課税

など

2017年度 国民医療費 43兆710億円

- 休業時の毎月給付である健康保険の傷病手当金を雇用保険の傷病手当へ
 - ※景気回復による雇用情勢の改善に伴い、安倍政権発足後の6年間で雇用保険料率は 1.35%から0.9%へと、0.45ポイント低下した
- 被用者保険の保険料率を協会けんぽ(10%)に合わせて引き上げ
 - ※保険料率 国家公務員共済:7.99%、組合健保:9.22%など

など

健康保険法等の一部を改正する法律案附帯決議 (2006年6月)

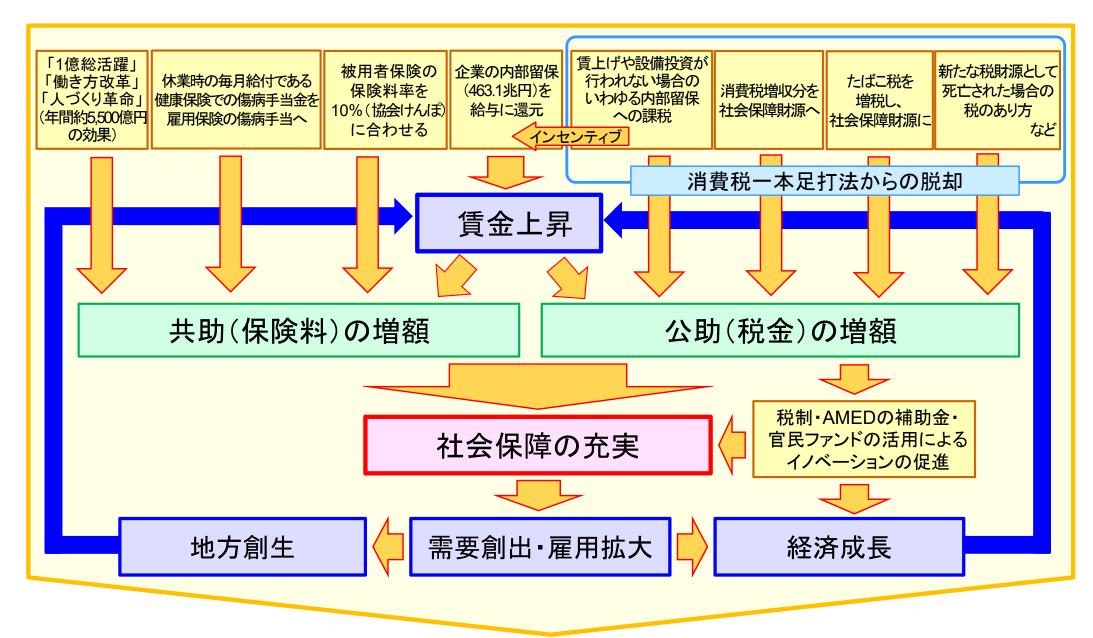
健康保険法等の一部を改正する法律案及び良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議 (2006年6月13日 参議院厚生労働委員会)

国民生活の安心を保障するため、将来にわたり国民皆保険制度を堅持し、平成十四年の健康保険法等の一部を改正する法律附則第二条第一項に明記された、「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。また、今後の医療制度改革に当たっては、個々の制度見直しのみならず、社会保障全体の在り方に深く留意し、国民の視点に立った給付と負担の関係を明らかにすること。



受診時定額負担は改正健保法附則で明記され、その後の国会での附帯決議でも確認されてきた、「給付率100分の70」を超えて患者から徴収するものであり、容認できない。

社会保障の充実による国民不安の解消



国民不安の解消

4. 参考資料

日本健康会議

- ◆ 経済界・医療関係団体・自治体等のリーダーが手を携え、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図ることを目的として、自治体や企業、保険者における先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げるために、民間主導の活動体である「日本健康会議(事務局長:渡辺俊介)」を2015年7月に発足。
- ◆ 自治体や企業・保険者における先進的な取組を横展開するため、2020年までの 数値目標(KPI)を入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を採択。
- ◆ この目標を着実に達成するため、
 - ① 取組ごとにワーキンググループを設置し、厚労省・経産省も協力して具体的な 推進方策を検討し、ボトルネックの解消や好事例の拡大を行う。
 - ② 「日本健康会議 ポータルサイト」を開設し、例えば、地域別や業界別などの形で取組状況を「見える化」し、競争を促す。

*日本健康会議(http://kenkokaigi.jp/index.html)











日本健康会議2019の様子 (2019年8月23日)

超高齢社会、人口減少社会に向けた医療のあり方

医師会の政策

1. 地域からのボトムアップ

地域の実情に応じた医療提供体制と、全国共通の医療保険制度とが、 バランスをもって運営

- 2. 地域医療の確立による 医療提供体制
- ・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
- ・全国一律的な視点ではなく、それ ぞれの地域で検討
- 3. 消費増税の効果と検証

消費増税による社会保障の充実の 影響を踏まえた政策

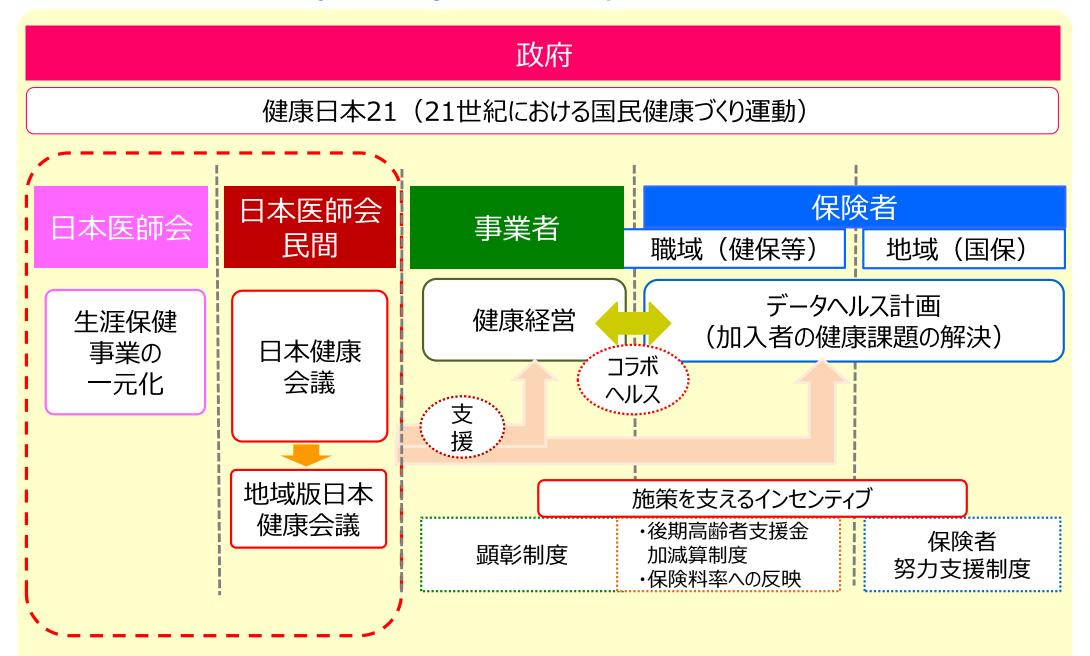
国の政策

1. 医療提供体制

- •地域医療構想の実現
- 公立・公的医療機関等における 合意形成
- 2. 医師の働き方改革の推進
- ・医師の健康への配慮
- ・上手な医療のかかり方の普及
- 3. 医師の偏在対策
- 医師の地域偏在、診療科偏在
- ・新たな専門医の仕組み

都道府県において、地域の医療提供体制の将来のあるべき姿を検討し、 地域の実情に応じて、医療資源を活用

予防・健康づくりの推進に向けて



関係者による様々な取り組みが進められている

日医かかりつけ医機能研修制度

今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施。

【かかりつけ医機能】

- 1. 患者中心の医療の実践
- 2. 継続性を重視した医療の実践
- 3. チーム医療、多職種連携の実践
- 4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
- 5. 地域の特性に応じた医療の実践
- 6. 在宅医療の実践



*日本医師会ホームページ「日医かかりつけ医機能研修制度」制度概要 (http://dl.med.or.jp/dl-med/doctor/kakari/system20160317 1.pdf)

日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修会

【2016年度】

9,391名受講

【2017年度】

9,712名受講

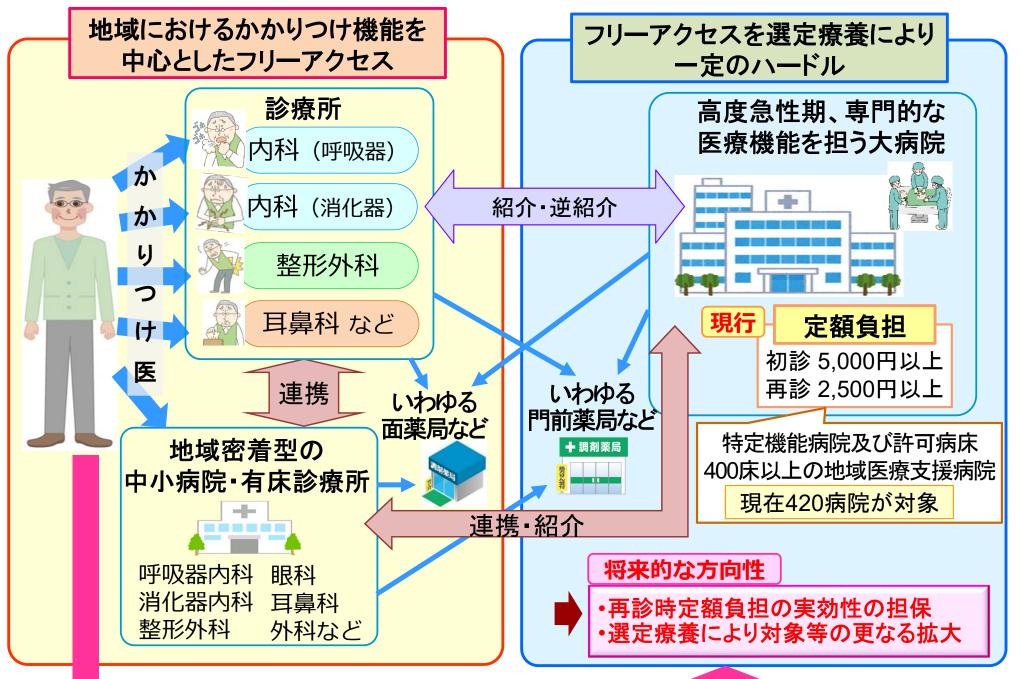
【2018年度】 10,609名受講

【2019年度】

6,325名受講(於:日本医師会館)

今後、応用研修の受講機会確保のため、都道府県医師会・郡市区医師会 においても同様の研修会の開催を依頼。

外来機能の分化と連携の推進



20

紹介状なしの大病院受診時の定額負担の見直しについて

病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、病床数が200床以上の病院であって、地方厚生局に届け出たものは、初・再診において特別の料金を徴収できる。

2018年度診療報酬改定

〇対象となる医療機関

特定機能病院、許可病床400床以上の地域医療支援病院

<u>〇定額負担</u>

最低料金:初診時 5,000円 ◀ 他の保険医療機関等からの紹介なしに病院を受診した患者

再診時 2,500円

他の医療機関(200床未満)に対し、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者

※緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。

「保険医療機関及び保険医療養担当規則」等を改正し、紹介状なしで大病院を受診した患者から 定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲について、特定機能病院及び許可病床 400床以上の地域医療支援病院へ拡大する。

	地域医療支援病院数 ^{※)} (2018年12月末時点)				
100~199床	20				
200~299床	93				
300~399床	160				
400~499床	160				
500床以上	174				
計	607				

(出所)「個別改定項目について」2018年2月7日、中医協総会資料

対象病院数は 262病院から420病院に拡大※)

2018年度改定で追加された病院

※)「患者・国民に身近な医療の在り方について」2019年5月15日 中医協総会資料

1人当たり受診回数と定義

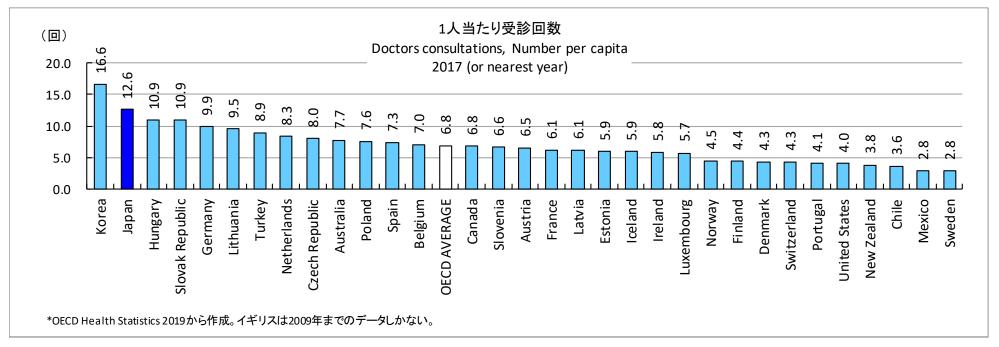
日本の外来受診回数は第2位であるが、各国で定義が異なるので単純に比較できない。 OECDの定義では在宅医療も対象であるが、在宅医療(home visit)を含むことが明記されているのは、日本以外ではイギリスだけである。

【対象範囲】

ドイツ:四半期ごとの最初の1回をカウントしている。1人当たり受診回数は2007年で17.7回という調査があり、日本の受診回数よりも多い。

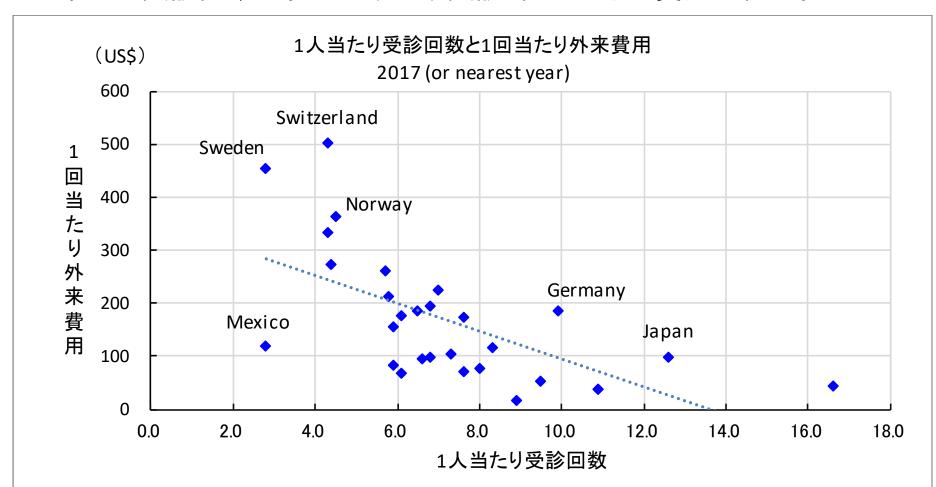
イギリス: 2009年までのデータしかなく、2009年はGP(General Practitioner)の診察回数で5.0回である(年によって参照範囲が異なる)。

アメリカ:代表的なサンプルによる推計である。



1人当たり受診回数と1回当たり外来費用

外来受診回数の多さが、医療費の高さに直結しているわけではない。 日本では受診回数は多いが、外来受診1回当たりの費用は低い。



*OECD Health Statistics 2019から作成。直近のデータがある年。直近データが2011年以前の国(アメリカ、イギリス、チリ、 ギリシャ、イスラエル、ニュージーランド、ポルトガル)は除外。日本は2016年。

新型インフルエンザ(H1N1)2009で日本が低い死亡率を達成できた背景

・医療アクセスの良さ

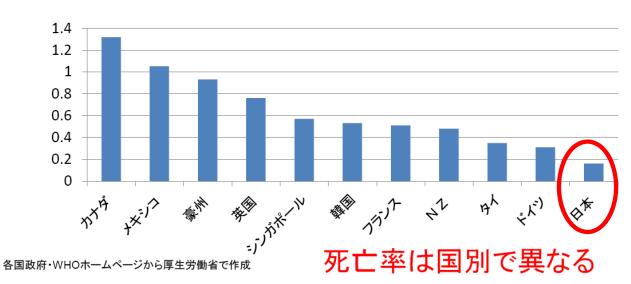
抗インフルエンザウイルス薬の迅速な処方

・医療水準の高さ

・国民の公衆衛生に対する意識の高さ(予防の徹底)

これらに加え、ワクチンの接種に関する事業における受託医療機関、診療にあたった診療所、 病院、薬局等、医療現場における医師や看護職員、薬剤師等、医療従事者の献身的な努力 があったことを忘れてはならない。

	米国	カナダ	メキシコ	豪州	英国	シンガ ポール	韓国	フランス	NZ	タイ	ドイツ	日本
集計日	2/13	4/10	3/12	3/12	3/14	4月末	5/14	-	3/21	-	5/18	5/26
死亡数	推計 12,000	428	1,111	191	457	25	257	312	20	225	255	199
死亡率 (人口10 万対)	(3.96)	1.32	1.05	0.93	0.76	0.57	0.53	0.51	0.48	0.35	0.31	0.16
PCR	_	全例	_	-	_	全例	全例	260名は PCRで確定	_	全例	_	184名は PCRで確定
			ー 義が異なるため	—) 単純比較	ー				-	全例	_	



受診抑制によって起きた悲劇

ダイアンはたった一つのとげのせいで人生をふいにした。

カリフォルニア州でチャーター・スクール[自主運営の公立学校]の教師をしていたダイアンは、2009年に州が81億ドルの教育費削減を決めたことで失業し、同時に職場の健康保険を失った。そこで個人保険に加入しようと、失業中の身でも払えそうなものを探し、そのなかからいちばん条件のいい保険を選んだ。しかし、それは免責金額〔その額までは全額個人負担になる〕が高いものだった。免責金額を低く設定すると保険料が高くなるため、ダイアンのように保険料を低く抑えたい場合、免責金額のほうを最高額の年間5000ドルという設定にせざるをえないことが多い。だがそうなると、よくよく考えてからでなければ医者にかかれない。

加入してから1年ほど経ったある日のこと、ダイアンは自宅で大きなとげを踏んだ。古いアパートで、床板がささくれていた。ダイアンは糖尿病を患っていて、小さな傷でも化膿しやすく、壊疽の恐れがあったので、この時点ですぐ医者に行くべきだった。

だがダイアンは診療費や処方薬の金額を思い浮かべ、思いとどまった。やがて傷口が赤く腫れ、それが次第に脚の上のほうへと広がったが、それでも医者に行かず、インターネットで見つけた治療法に従って、湯につけ、石鹸で洗い、市販の抗生物質クリームを塗るだけですませていた。

数週間すると全身がだるく、熱っぽくなった。そしてとうとうある日高熱を出し、気を失って倒れた。そのとき頭がコーヒーテーブルに当たり、 派手な音を立ててガラスが割れたので、隣人が気づいて911に通報した。警察が駆けつけてドアを破って入り、救急車を呼んだ。

こうしてダイアンは、わたし(サンジェイ)が働いていた病院の集中治療室に運ばれてきた。とげを踏んだほうの脚はすでに壊疽が進んでいて、切断するしかなかった。もっと早く治療を受けていれば避けられたはずである。その上、菌が繰り返し血流中に入ったせいで敗血症も重症化していて、血圧は上が80、下が40まで下がっていた。わたしは心肺停止を防ぐため、カテーテルを頸静脈から右心へ挿入して輸液を行い、昇圧薬〔血圧を上げる薬〕も投与した。また腎不全も起こしていたので、鼠蹊部に透析ポートを埋め込まなければならなかった。だがこの透析が新たな問題を生み、急激に血圧が低下して脳梗塞を引き起こした。

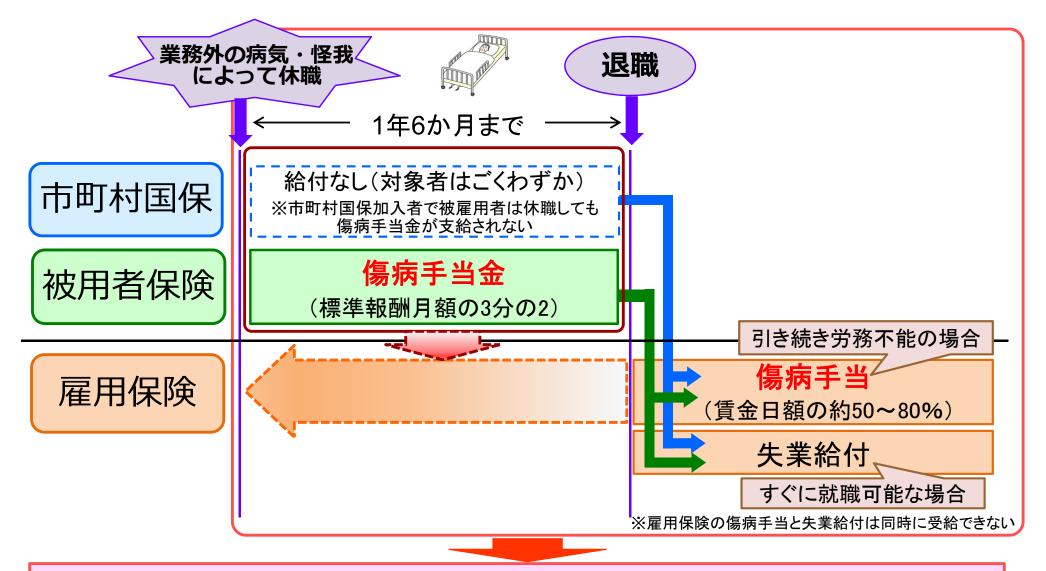
今、ダイアンは介護施設にいる。まだ47歳なのに、もう話すことも歩くこともできず、右半身はまったく動かない。ダイアンは5000ドルという免責金額を気にして医者に行かなかったのだが、皮肉なことに、結局このときの入院費用は30万ドルを超え、保険が適用された。しかも半身不随になったため、これから一生涯、年間数万ドルの費用がかかることになり、これはカリフォルニア州の負担になる。今のダイアンには、一定時間ごとに体の向きを変える、排せつ後に体をきれいにする、食事はのどに詰まらないように口の左側(麻痺していない側)からスプーンで食べさせるなど、24時間の介護が必要になっている。

これは極端な事例ではあるが、決して例外ではない。ダイアンほどの悲劇にはいたらなくても、類似の例はアメリカ中で日々起きている。

(出所)デヴィッド・スタックラー&サンジェイ・バス(橘明美・臼井美子訳)『経済政策で人は死ぬか?』(草思社)pp.172~174

さらに、不況と緊縮政策によって、ギリシャと同じようにアメリカでも診察や治療の待ち時間が長くなった。特に深刻なのは緊急治療室 (ER)で、これは予防医療を受けない人が増えたことと関係がある。ダイアンのように重体になるまで放っておく患者が増えたことで、一般外来ではなく、ERが混み合うことになったからである。アメリカのERはそれでなくても苦しい状況で、大不況以前からすでに定員いっぱい、あるいはそれ以上の患者を受け入れざるをえなくなっていた。そこへ大不況でさらに患者が増えたため、スタッフの過労は限界に達した。 患者にとっても、緊急なのに待たされるのだから、もはや"緊急"治療室とは言えなくなった。

傷病手当を全世代型社会保障へ



病気や怪我で就業できなくなった場合に、現在は休職・退職で保険が分かれているが、 健康保険の傷病手当金を雇用保険の傷病手当で賄う

> 国民にも分かりやすくなり、安心して就業できる 全世代型社会保障制度を構築し、多様な働き方に対応すべき

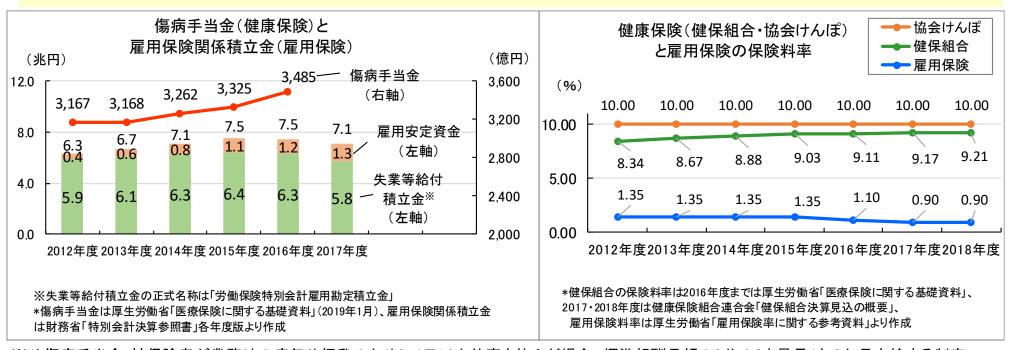
傷病手当金と雇用保険関係積立金、保険料率

業務外の病気等のために仕事を休んだ際の給付である健康保険の傷病手当金^{※1)}は、2016年度時点で3,485億円にのぼっている。

一方、雇用保険における積立金として、2017年度には失業等給付積立金^{※2)}が5.8兆円、雇用 安定資金^{※3)}が1.3兆円ある。

雇用情勢の改善に伴い、失業等給付積立金が5.8兆円、雇用安定資金が1.3兆円に達しており、 安倍政権発足後の6年間で雇用保険料率は1.35%から0.9%へと、0.45ポイント低下したにもか かわらず、積立金は0.8兆円増加した。

雇用保険料を引き下げずに、健康保険での休業時の標準報酬月額をベースとした給付である 傷病手当金を雇用保険で賄うことも必要ではないか。



- ※1)傷病手当金:被保険者が業務外の病気や怪我のために4日以上仕事を休んだ場合、標準報酬月額の3分の2を最長1年6か月支給する制度。 市町村国保にはない。
- ※2)失業等給付積立金(労働保険特別会計雇用勘定積立金):雇用保険事業の失業等給付費に充てるために必要な金額の積立金。この積立金は、 雇用・失業情勢が悪化した際にも安定的な給付を行うため、好況期に積み立て、不況期にこれを財源として使用する。
- ※3)雇用安定資金:不況期に雇用安定事業(事業主に対する助成金、再就職支援など)の経費として将来必要となる資金。

後期高齢者の窓口負担の引き上げについて

高齢になれば若い時よりも 医療を必要とする機会が増 えるため、病気の早期発見 につながることから、生活に 過度な負担がかからないで 済むようにするのが望ましい。

一方で、現役世代に負担がかかっていることも十分に理解できる。

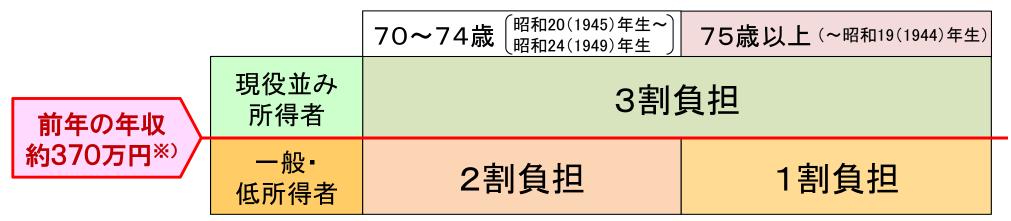
低所得者にも十分配慮しつつ、国民が納得できるよう、 十分な議論を尽くしていくべき。



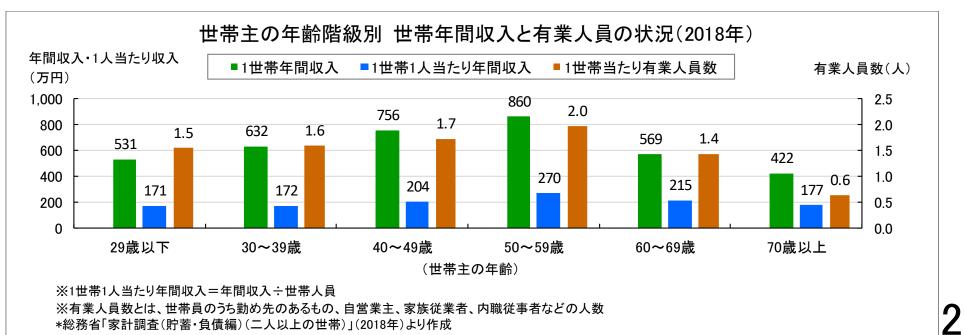
社会保障の持続可能性と財政健全化の両立

高齢者の自己負担割合と収入状況

社会保障の持続可能性と財政健全化の両立を図るため、低所得者にも十分配慮 しつつ、国民が納得できるよう、十分な議論を尽くしていくべきである。



※)年収約370万円が「現役並み所得者」と「一般・低所得者」を分ける課税所得145万円に相当する。 *厚生労働省ポスターより作成(https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000209856.pdf)



市販類似薬について保険給付範囲からの除外や 償還率の変更について

スイッチOTC化されたから医療用ではなくなるということではなく、医療上必要な医薬品は保険でも対象とされるべきです。

また、重篤な疾患だけを保険給付の対象とすれば、 社会保険の恩恵が薄れ、経済的弱者が軽微な症状で の受診を控えることにより、重症化するおそれがありま す。

早期に診断し早期に治療することが医療の鉄則です。

*2019年9月18日 日本医師会定例記者会見 (http://www.med.or.jp/nichiionline/article/008889.html)

健康寿命の延伸と実現すべき社会

