



ひと、暮らし、みらいのために

厚生労働省

Ministry of Health Labour and Welfare

資料5

# 経済・財政再生計画に沿った 社会保障改革の推進

平成28年4月4日  
塩崎臨時議員提出資料

# I 基本的な考え方

## 基本理念

- 社会保障制度の充実・強化を図るとともに、重点化・効率化を進め、国民負担の伸びの抑制を図る。
- 経済・財政と調和のとれた社会保障制度としていく。
- 中長期的な視野に立った社会保障のあり方を見据え、その実現を図っていく。

⇒ 経済・財政一体改革の推進にあたって、こうした基本的な考え方に立ち、改革工程表に則って着実に改革を進めていく。

## 主な重点分野における改革について

- 平成28年度診療報酬改定などを通じて、医療提供体制の改革や薬価の適正化など、改革工程表に沿った取組を着実に推進。
- さらに、昨年の「保健医療2035」に引き続き、医療・介護の保険者機能の強化など、今後の重要施策の推進方策について、中長期的な視点で検討を進める。

### ①医療提供体制改革・薬局改革

病床の機能分化・連携、地域包括ケアシステム  
「かかりつけ薬剤師・薬局」の普及



・7対1入院基本料の見直し、「かかりつけ医」の評価  
・「患者のための薬局ビジョン」の実現

### ②薬価の適正化、医薬品の適正使用の推進

価格・算定ルールの見直し  
イノベーションの推進  
多剤・重複投薬、残薬の解消



・先発品・後発品の適正な価格設定  
・診療報酬でのイノベーション評価  
・薬局から医師への疑義照会、残薬管理の評価

### ③保険者機能の強化

データヘルス横展開の加速化による医療の質の  
向上、介護予防・重症化防止の横展開



・保険者のリーダーシップ確立(インセンティブも付与)  
・データ分析等を行う民間企業との連携強化

### ④医療のICT化の推進

標準化、共通化等ICTインフラの整備、診療報酬で  
の対応などによる次世代医療ICTの推進



・医療等IDの整備、データベース連結の推進  
・「保健医療分野のICT活用推進懇談会」の議論を  
踏まえ、今後改革を加速化

### ⑤医療費・介護費の分析

費用の伸び要因、地域差を分析・見える化し、質向上



・医療費、介護費の地域差縮小、全体の質も向上

経済成長

医療費等の  
伸びの抑制

国民の健康  
水準の向上

# II 保険者機能の強化～「データヘルス横展開の加速」による「医療の質と持続性の向上」～

## 保険者機能の強化

○保険者機能の強化・連携等によりデータヘルスを強力推進

○ICTとビッグデータを活用して保険者機能を支援

### 医療の質向上、持続性の強化

データヘルスの実現には、①一定規模のビッグデータ、②ノウハウ、③財政力・人的資源が必要。しかし、日本の健保組合は中・小規模が多いため、ビッグデータの確保、財政面等で課題がある。  
(参考)保険者規模(平成26年)(平均)

国保	協会けんぽ	共済	健保組合	ドイツ
約70万人 (各都道府県内の被保険者数の平均)	約76万人 (47都道府県の平均)	約10万人	約2万人	約40万人

### <当面の対応>

- ・保険者による**データ分析の集約化**や**保健指導の共同実施**等を支援
- ・韓国HIRA等をモデルに、**ICTとビッグデータを最大限活用**し、データヘルスや医療の質の評価・向上を目指す。その際、**保険者が「医療の質を創る」**べく、**保険者の新たな役割・責任を明確化**
- ・表彰制度等を通じ事業主にも**「健康経営」**を普及啓発

(参考)韓国・健康保険審査評価院(HIRA)



一体的に  
 改革を推進  
 「健康長寿」  
 「医療費適正化」  
 の実現

## データヘルス横展開

### 1. 全国展開に向けた方法論の確立と協力体制の基盤整備

- 厚労省と医療関係者(日本医師会、糖尿病対策推進会議)の間で**連携協定締結(3/24)**、**4月中を目途に国レベルでプログラム策定**。今後、保険者の取組状況などを踏まえ、**高血圧症等、他の生活習慣病にも展開を検討**
- 高齢者のフレイル(虚弱)予防**として、**栄養・口腔・服薬等の面から管理栄養士等による在宅訪問指導、運動指導等を実施**



協定締結式(3/24)

### 2. データ分析等を行う民間企業との連携強化

- データ分析に基づく**健康・予防サービス**を提供する事業者と、保険者等との**マッチング**を推進するため、全国で**「データヘルス見本市」**を開催
- 2020年の目標(**データ分析等を行う民間企業<保険者からの推薦等により質を確保>を少なくとも100社以上**)達成に向け、毎年度、進捗状況を把握

### 3. 保険者のインセンティブ改革

- 平成30年度からのインセンティブ改革を**今年度から前倒し実施**し、保険者の取組を加速

	28年度	29年度	30年度
国保	インセンティブの前倒し <b>4月中目途に「評価指標」を公表</b>	→	保険者努力支援制度の施行
被用者保険	新「加減算制度」の具体化、「 <b>評価指標</b> 」の決定(夏～秋目途)		新「加減算制度」の施行
後期高齢者	<b>「特別調整交付金」で保険者インセンティブを実施</b>		→

# (参考) ドイツと日本の保険者数と規模の比較

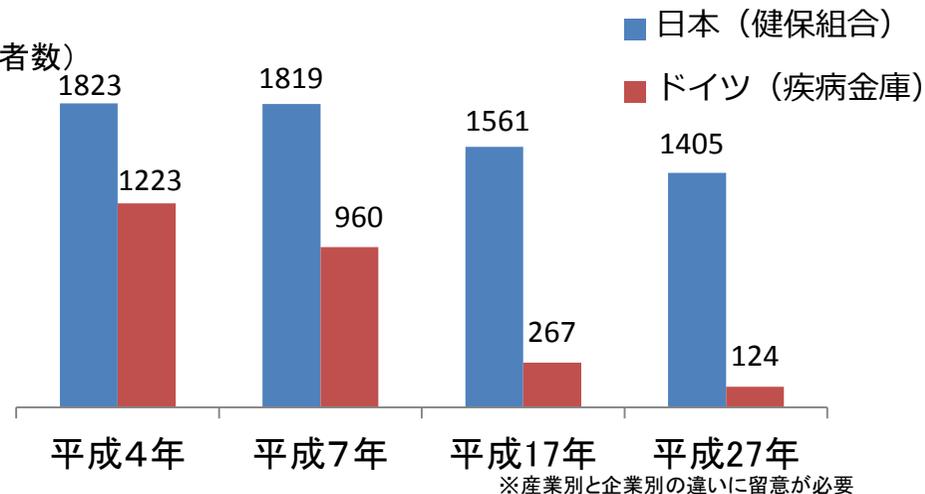
## 日本とドイツの保険者数の推移

○ドイツでは、1992年<平成4年>の医療保険構造法(GSG)により、(保険者数)

- ・「被保険者による疾病金庫の選択」(1996年 <平成8年>～)
- ・「リスク構造調整」(1994年 <平成6年>～)

の仕組みを導入。

➡ **疾病金庫の統合が加速。平均加入者数は約40万人となり、有意なビッグデータ分析が可能に。**

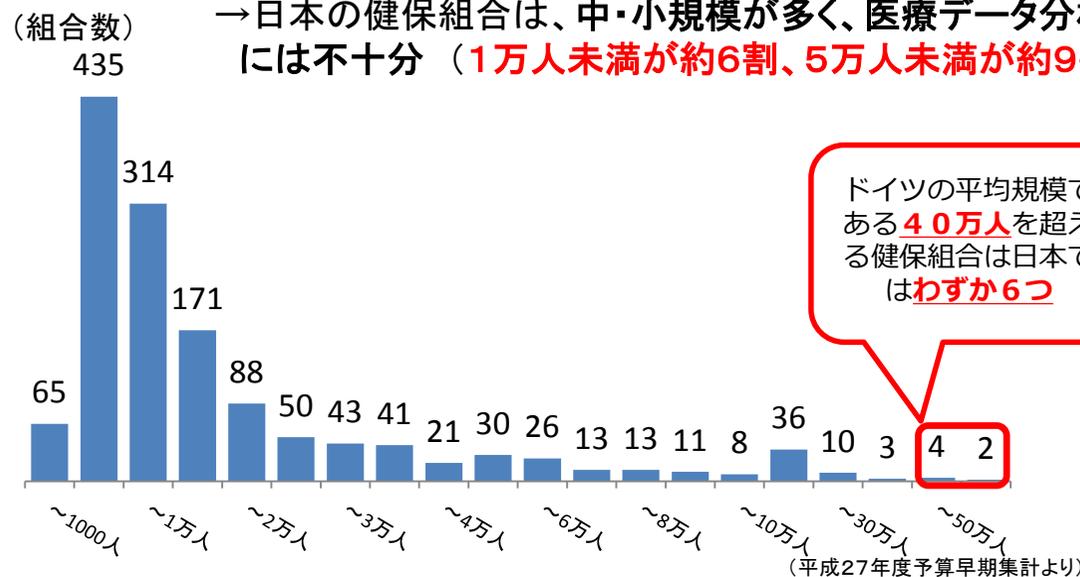


## <日本の保険者規模等> (平成26年)

	保険者数	加入者数
国保	<b>47</b> (平成30年度から都道府県単位化)	<b>平均 約70万人</b> (最大約360万人～ 最小約14万人)
協会けんぽ	<b>47</b>	<b>平均 約76万人</b> (最大約394万人～ 最小約20万人) (全体は約3564万人)
共済組合	<b>85</b>	<b>平均 約10万人</b>
<b>健保組合</b>	<b>1405</b>	<b>平均 約2万人</b> (最大約62万人～ 最小約30人)
(参考) ドイツ (疾病金庫)	<b>124</b>	<b>平均 約40万人</b>

## 健康保険組合の加入者数の分布

→日本の健保組合は、中・小規模が多く、医療データ分析には不十分 (1万人未満が約6割、5万人未満が約9割)



ドイツの平均規模である**40万人**を超える健保組合は日本では**わずか6つ**

# II 保険者機能の強化 ～介護予防の横展開～

## 高齢者の自立支援・介護予防に取り組む先進的な保険者の取組の全国展開

高齢化が進展する中で、高齢者の自立した日常生活の支援、介護予防、要介護状態等の軽減に向けた保険者の取組を一層加速化することが必要

市町村による取組の好事例

### 例) 和光市

介護予防への重点的な取組により、要支援者の状態が改善

保険者のリーダーシップ

地域のニーズ把握

保険者主導の多職種連携

ケアマネジャー、PT、OT、管理栄養士等の多職種が集まり、個別のケアプランを地域ケア会議で検討、等々



都道府県による普及展開の好事例

### 例) 大分県

県の主導により市町村の取組をリード

県のリーダーシップ

先進地からの講師派遣・研修

専門職能団体等との連携

全国展開に向けて必要となるポイント抽出

### 全国展開のポイント

保険者のリーダーシップ 

実態把握・分析・課題抽出

ノウハウの共有、人材育成

専門職能団体等との連携 

住民の意識向上

市町村・都道府県・国・民間の協働により全国展開を推進

### 全国展開に向けた取組

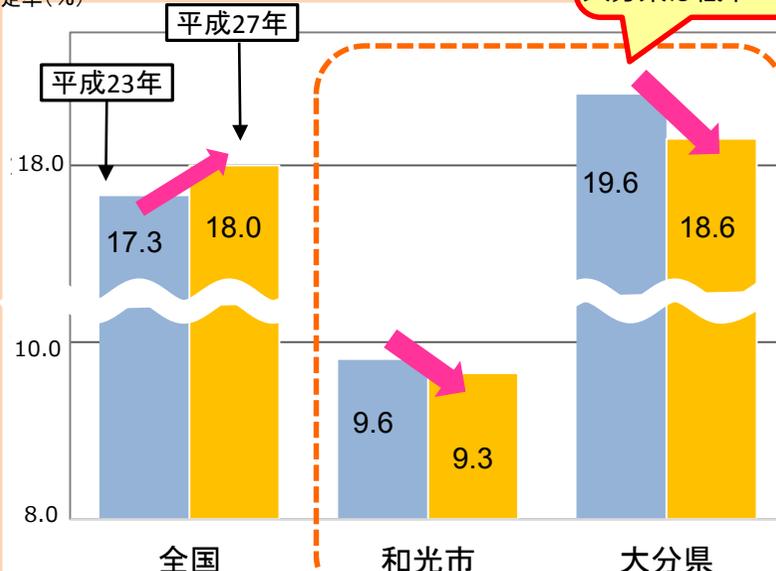
市町村の保険者機能の抜本強化策について、次期制度改正に向けて検討するとともに、可能な限り前倒し

【検討事項の例】

- 要介護度、介護費等の分析と課題抽出(※)
- 具体的な数値目標の設定・達成度の評価
- 市町村の取組へのインセンティブ付け 等

### (例)要介護認定率の比較分析

認定率(%)



全国平均の認定率は4年間で上昇しているものの、和光市・大分県は低下