

社会保障制度改革(医療・介護)に対する
健保連の考え方

2013年4月4日
健康保険組合連合会

医療・介護保険制度の課題

1. 被用者保険財政基盤の安定化
 - 高齢世代と現役世代の負担の公平性確保
 - 高齢者医療制度の負担構造の改革
 - 高齢者医療制度への公費拡充とその財源
 - 保険料と税の役割の明確化
 - 負担と給付の見直し
2. 医療費の適正化
 - 診療報酬改定
 - 後発医薬品の使用促進
 - ICT化の推進
3. 医療提供体制の効率化と重点化
 - 病院・病床及び外来の機能分化と連携強化
 - 平均在院日数の短縮と病床数の削減
 - 社会的入院の是正と在宅医療の推進、医療と介護の連携促進
4. 保健事業と保険者機能の発揮
 - 総合的な健診体制の確立
 - 保険者機能の発揮
5. 介護保険制度の見直し
 - 負担と給付の見直し
 - 介護納付金の総報酬割導入には反対

1. 被用者保険財政基盤の安定化①

《現状と課題》

- 高齢世代と現役世代の負担の公平性確保
 - 高齢者医療のための現役世代の負担はすでに過重であり、今後さらに重くなる。(参考資料P.5、P.6)
 - 現在、高齢者の患者負担は、70～74歳が軽減措置による1割負担(法律上は2割負担)、75歳以上は1割負担(現役並み所得者は3割負担)。(参考資料P.8)
- 高齢者医療制度の負担構造の改革
 - 被用者保険の保険料収入の4割以上が高齢者医療のための拠出金(健保組合46%、協会けんぽ45%)。
 - 前期高齢者にかかる財政調整は、被用者保険の費用負担があまりにも重く、前期高齢者納付金の計算方法にも問題がある。

《今後の方向性》

- 高齢世代と現役世代の負担の公平性確保
 - 現行の高齢者医療制度の基本的な枠組みは今後も維持すべきだが、制度の持続可能性を高めるためには現役世代の負担軽減が不可欠。
 - 高齢者の患者負担をさらに見直し、70歳以上はすべて、原則2割負担(現役並み所得者は3割負担)に改めるべき。(参考資料P.8)
- 高齢者医療制度の負担構造の改革
 - 高齢者医療全体に公費5割投入をめざすべき。
 - 国保の財政を65歳以上と64歳以下に区分すべき。そのためにも、国保の都道府県単位化を推進すべき。
 - 前期高齢者納付金の計算方法を見直すべき。あわせて、国保の改革も必要。(参考資料P.7、P.8、P.9)

1. 被用者保険財政基盤の安定化②

《現状と課題》

- 高齢者医療制度への公費拡充とその財源
 - 現在、後期高齢者医療制度の公費負担割合は47%。前期高齢者の給付費には、国保と協会けんぽを合わせて23%にとどまっている。
(参考資料P.7)
- 保険料と税の役割の明確化
 - 保険料による財政調整、あるいは税の役割を肩代わりをさせようとする議論がある。

《今後の方向性》

- 高齢者医療制度への公費拡充とその財源
 - 後期高齢者医療制度の公費負担割合を47%から50%に拡充 = 追加公費約4000億円(2014年度)
 - 前期高齢者の給付費への公費負担5割に拡充 = 追加公費約1兆8000億円
 - 公費拡充(合わせて2兆2000億円)の財源は、消費税(社会保障目的税)に加えて、高齢者の患者負担の見直し、医療費適正化など、医療の財源の再配分によって確保すべき。(参考資料P.7、P.8)
- 保険料と税の役割の明確化
 - 現役世代内での保険料による財政調整、所得再分配には基本的に反対。
 - 後期高齢者支援金の総報酬割は、国庫補助削減分の「肩代わり」の手法ならば反対。高齢者医療制度への公費拡充とセットで考えるべき。
 - 総報酬割の導入には、自助努力を促す観点から、保険料収納率の差を考慮した負担方法とすべき。
(参考資料P.10)

1. 被用者保険財政基盤の安定化③

《現状と課題》

- 負担と給付の見直し
 - 医療保険制度の持続可能性を高めるためにも、負担と給付の両面からの見直しが不可欠。
 - 保険財政がさらに厳しくなっていく状況をふまえ、保険給付の範囲を絞っていくことも必要。

- その他の見直し

《今後の方向性》

- 負担と給付の見直し
 - 70歳以上のすべての高齢者について原則2割負担(現役並み所得者は3割負担)とすべき。(参考資料P.8)
 - 埋葬料制度を廃止すべき。
 - 一般用医薬品に代替可能な医療用医薬品を保険給付から除外すべき。

- 任意継続被保険者制度を廃止すべき。

2. 医療費の適正化①

《現状と課題》

- 低経済成長と医療費増
 - 医療費は、高齢化等によって毎年3%程度増加。一方で、賃金・物価は横ばいか低下傾向、医療保険財政は急速に悪化。(参考資料P11・P12)
- 診療報酬改定
 - 本体の改定率は、2回連続でプラス(H22年度1.55%、H24年度1.379%)。
 - 薬価改定(引き下げ)分を本体改定に充当。
H24年度改定率:
医療費全体+0.004%
本体+1.379%、薬価等▲1.375%
 - 限られた医療財源のなかで、効率的・効果的な医療を提供することが必要。

《今後の方向性》

- 医療費の適正化
 - 医療保険制度の持続可能性を高めるために、医療費の適正化が不可欠。
- 診療報酬改定
 - 診療報酬本体の改定率は、賃金・物価の動向や医療保険財政の状況を踏まえたものとするべき。
 - 薬価改定分は、診療報酬本体の引上げ財源とすることなく、確実に国民に還元すべき。
 - 改定内容は、医療の効率化、重点化を目指したものとするべき。
 - 費用対効果評価を導入し、保険収載の判断や報酬・価格に反映させるべき。

2. 医療費の適正化②

《現状と課題》

- 後発医薬品の使用促進
 - 政府が定めた目標数値(2012年度までに使用割合を30%)が未達成。
- 医療用医薬品のOTC化の推進
 - 健康の自己管理や患者の利便性向上の観点からの医療費適正化方策が必要。
- 重複検査及び重複投与の是正
 - 複数医療機関を受診した場合、受診ごとに同様の検査を実施。
 - また、複数の疾患を抱える患者や精神疾患を中心に薬剤の重複投与が発生。
- 柔道整復等療養費の適正化
 - 柔道整復、はりきゅう、あん摩マッサージ指圧療養費が医療費の伸びを上回る高い伸び。(参考資料P13)
 - 不正請求が後を絶たない(H21年度会計検査院報告)。

《今後の方向性》

- 後発医薬品の使用促進
 - 2013年度からの新たな目標数値を早期に達成するため、国の積極的関与、医師・薬剤師の協力、国民の理解促進等、国を挙げて使用促進を図るべき。
- 医療用医薬品のOTC化の推進
 - 安全性、有効性を担保したうえで、医療用医薬品のスイッチOTC化を進めるべき。
- 重複検査及び重複投与の是正
 - 医療におけるICT化を進め、検査結果等患者の情報を共有すべき。
 - お薬手帳の活用等により、重複投与の是正を図るべき。
- 柔道整復等療養費の適正化
 - 柔道整復等療養費の運用の厳格化を図るべき。
 - 給付の範囲の見直し等、療養費のあり方の検討を進めるべき。
 - 不正請求に対する行政の指導・監査体制を強化すべき。

2. 医療費の適正化③

《現状と課題》

○ ICT化の推進

→ 医療保険運営コストの一層の縮減、医療費適正化等の観点からICT化を推進すべきであり、右記の基盤整備は必須。

→ 現状の電子化比率92%
(医科96% 歯科54% 調剤99.9%)
(参考資料P.14)

* 電子化比率92%=オンラインによる請求69.6%+電子媒体による請求22.4%

《今後の方向性》

○ ICT化の推進

→ ナショナル・データベース(NDB)を医療費適正化に資するよう、有効に活用すべき。

→ 番号制度を医療分野でも利用できるように見直し、医療機関間等のネットワークを構築するなど、全体の効率化を図るべき。

→ レセプトの電子化及びオンライン請求を完全実施すべき。

→ 電子化に対応したレセプト記載要領等を見直すべき。

①レセプトの主傷病名の確定と傷病名と診療行為のリンク付け、②未コード化傷病名の解消、③電子化に対応した診療報酬コード体系への改善を視野に、診療報酬体系を簡素合理化

→ 柔道整復施術療養費支給申請書の電子化を早期に実現すべき。

3. 医療提供体制の効率化と重点化①

《現状と課題》

- 病院・病床及び外来の機能分化と連携強化
 - 一般病床に急性期から回復期までさまざまな患者が混在。一部に長期療養患者も混在。
 - 特定機能病院やそれに準ずる高度な医療を提供する大病院に風邪など軽症な患者が受診（フリーアクセスの問題）。
 - 今後、高齢者が急増。高齢者は複数の疾患を抱えている場合が多い。
- 平均在院日数の短縮と病床数の削減
 - 日本は、平均在院日数が長く、病床数が多い。（参考資料P17・P18）
 - 病床数が多い都道府県ほど入院医療費が高い。（参考資料P19）

《今後の方向性》

- 病院・病床及び外来の機能分化と連携強化
 - 一般病床を高度急性期、一般急性期、亜急性期等に機能分化し、連携を強化すべき。（参考資料P15・P16）
 - 高度な医療を提供する病院については、紹介を原則とするなど、外来機能の分化を図るべき。
 - 身近な医療機関で総合的な視点に立って診療する「総合診療医」を早期に養成すべき。
- 平均在院日数の短縮と病床数の削減
 - 平均在院日数は、機能分化された各病床に適切な医療資源を投入することや、診療報酬における評価の見直しにより短縮を図るべき。
 - 病床数は、医療計画の基準病床数の算定方法を見直すことなどにより、削減を図るべき。

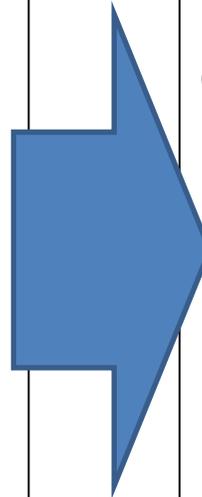
3. 医療提供体制の効率化と重点化②

《現状と課題》

- 高額医療機器
 - 日本は高額医療機器の保有台数が多い。(参考資料P20)
- 社会的入院の是正と在宅医療の推進、医療と介護の連携促進
 - 介護療養病床の廃止期限が6年延長(2018年3月末)。
 - 長期の療養や介護が必要になった場合、高齢者は出来る限り住み慣れた自宅や地域で暮らしたいと希望。
 - 高齢者は医療と介護双方のニーズを併せ持つ。

《今後の方向性》

- 高額医療機器の適正配置
 - 高額医療機器の計画的な配置や共同利用を進めるべき。
- 社会的入院の是正と在宅医療の推進、医療と介護の連携促進
 - 介護療養病床については、介護老人保健施設等への転換を計画的に進めるべき。
 - 高齢者が自宅や地域で暮らせるよう、在宅医療を支える体制の整備や地域包括ケアシステムの構築を進めるべき。(参考資料P21)



3. 医療提供体制の効率化と重点化③

《現状と課題》

○患者中心の医療

【終末期医療】

- 終末期に治る見込みがない場合に延命治療を望む人は約1割(H22年12月「終末期医療のあり方に関する懇談会」調査結果)。

【医療情報提供】

- 患者の医療機関選択に資する医療情報の提供が必要。

【医療のあり方】

- 患者が求める医療、医療者が提供する医療、あるべき医療の間にギャップがあるのではないか。

《今後の方向性》

○患者中心の医療

【終末期医療】

- 患者の尊厳、選択(リビングウィル)、医の倫理等を総合的に検討し、終末期医療に対する国民のコンセンサスの形成を図るべき。
- 終末期医療が患者・家族の理解のもとに行われるよう、治療方針等に関する医療従事者と患者・家族の話し合いに係る診療報酬上の評価を検討すべき。

【医療情報提供】

- 医療の成果(アウトカム)や過程(プロセス)に関する情報が提供できるよう、それぞれの指標について、客観性の確保や共通化・標準化を進めるべき。

【医療のあり方】

- 医療にできること、できないこと、国民が医療に求めること等について、知識や情報を共有することで、情報の非対称性をなくしていくべき。
- 医療の標準化、EBMを推進すべき。

4. 保健事業と保険者機能の発揮

《現状と課題》

- 総合的な健診体制の確立
 - 特定健診が保険者に義務付けられ、市町村住民健診(がん検診等)と切り離されたことから、特に被扶養者の健診環境の利便性が損われ、受診率が低迷している。
- 保険者機能の発揮
 - 健保組合は、自主自立の財政運営(定率の国庫補助なし)。自ら保険料率を設定し、保険料を徴収(収納率99.9%)している。
 - 事業主と連携した保健事業、医療費適正化対策等への積極的な取り組み(特定健診実施率69.7%、加入者の健康増進と医療費適正化に一定の効果あり)。(参考資料P.22)

《今後の方向性》

- 総合的な健診体制の確立
 - 特定健診と市町村がん検診との連携体制(健診同時実施)を含め総合的な健診体制を早急に構築すべき。
 - 国のがん対策推進基本計画の受診率目標(50%)に向けて、保険者及び母体企業が行うがん検診を更に推進するための環境を整備すべき(インセンティブ付与等)。
- 保険者機能の発揮
 - 国民皆保険の維持、安定化のためにも、加入者にとってより身近な存在であり、「自助」を実現する健康保険組合方式を今後も推進すべき。

5. 介護保険制度の見直し

《現状と課題》

- 負担と給付の見直し
 - 年々増加する介護給付費等によって、第1号被保険者(65歳以上)、第2号被保険者(40~64歳)ともに、保険料負担が重くなっている。
 - 制度の持続可能性を高めるためにも、負担と給付の両面からの見直しが不可欠。
(参考資料P.23)
- 介護納付金の総報酬割導入の議論
 - 制度創設以来、介護納付金の負担方法は加入者割だが、これを総報酬割に改め、その分、国庫補助を削減しようとする議論がある。

《今後の方向性》

- 負担と給付の見直し
 - 給付の面では、軽度者への給付の見直しが必要(要支援を給付対象から除外することも含めて検討)。
 - 負担の面では、高齢者医療の患者負担とのバランスも考慮し、一定以上所得者の利用者負担を見直すべき。要介護度に応じた負担割合の設定も取り入れるべき。
(参考資料P.23)
- 介護納付金の総報酬割導入の議論
 - 第2号被保険者の負担方法には、直接的な受益がなく、親の世代が介護を受けるという間接的な受益に対する公平な負担方法として、加入者割が選択された。
 - 総報酬割は、国庫補助削減分を肩代わりさせる手法であり、第2号被保険者の介護保険料負担に大きな変動を生じさせる。財政力の違いは、従来どおり国庫補助によって埋めるべき。
 - 制度そのものの理念にかかわる重要な問題であり、介護納付金の総報酬割には反対。

参考資料

2013年4月4日
健康保険組合連合会

健保組合の概況〔適用状況〕

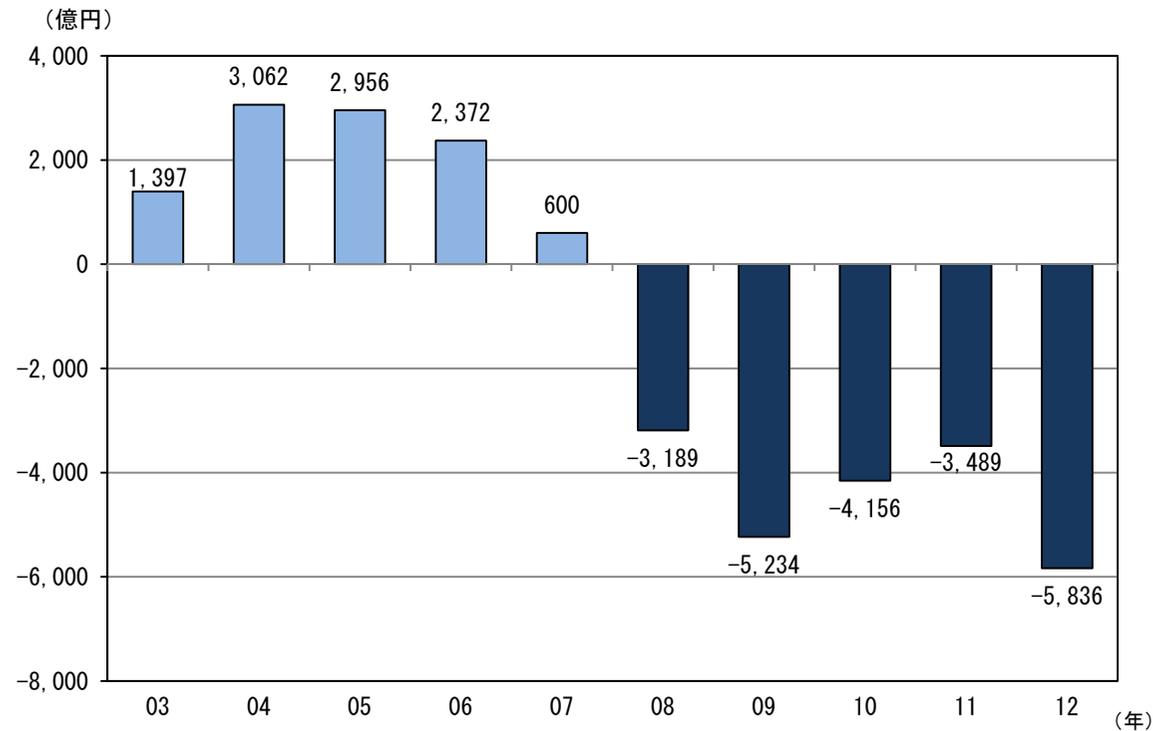
適用状況（2012年度予算）

組合数	単 一	1,170組合
	総 合	265組合
	計	1,435組合
加入者数	被 保 険 者 数	15,621,006人
	被 扶 養 者 数	13,875,379人
	計	29,496,385人
平均標準報酬月額		361,579円
平均標準賞与額		1,016,397円
平均保険料率		8.307%

健保組合の概況〔経常収支差の推移〕

- 高齢者医療制度創設(2008年度)以降、経常赤字が拡大。累積赤字額は5年間で2兆円を超える。

経常収支差引額の推移



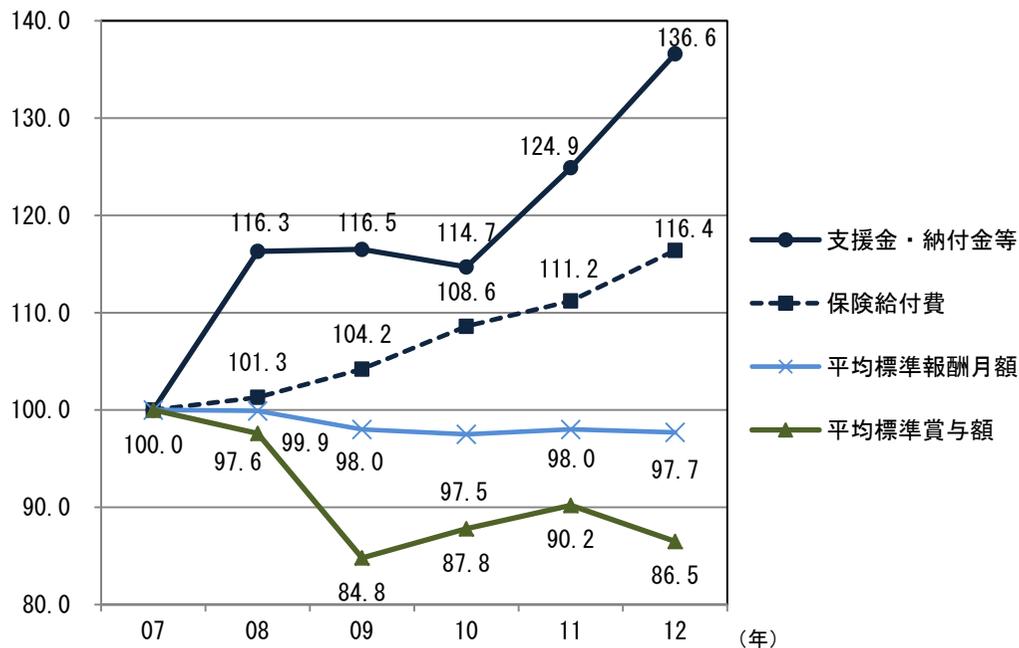
(注1) 03~10年度までは決算、11年度は決算見込、12年度は予算の数値である。

(注2) 02年度の制度改革で、総報酬制の導入などにより、03~07年度は黒字となった。

健保組合の概況〔支援金・納付金の大幅な増加〕

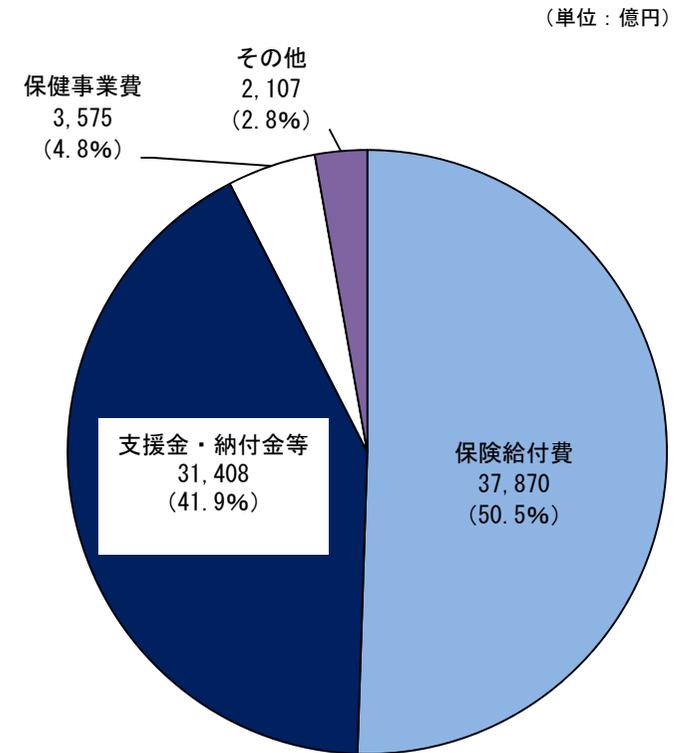
- 被保険者の収入は伸び悩み。支援金・納付金、保険給付費の負担がここ数年大幅に増加。
- 支援金・納付金は、支出の4割を超える。

1人あたり月額、賞与額、保険給付費
および支援金・納付金等の推移



(注1) 07～10年度までは決算、11年度は決算見込、12年度は予算の数値である。
 (注2) 07年度を「100」とした伸び率の推移である。

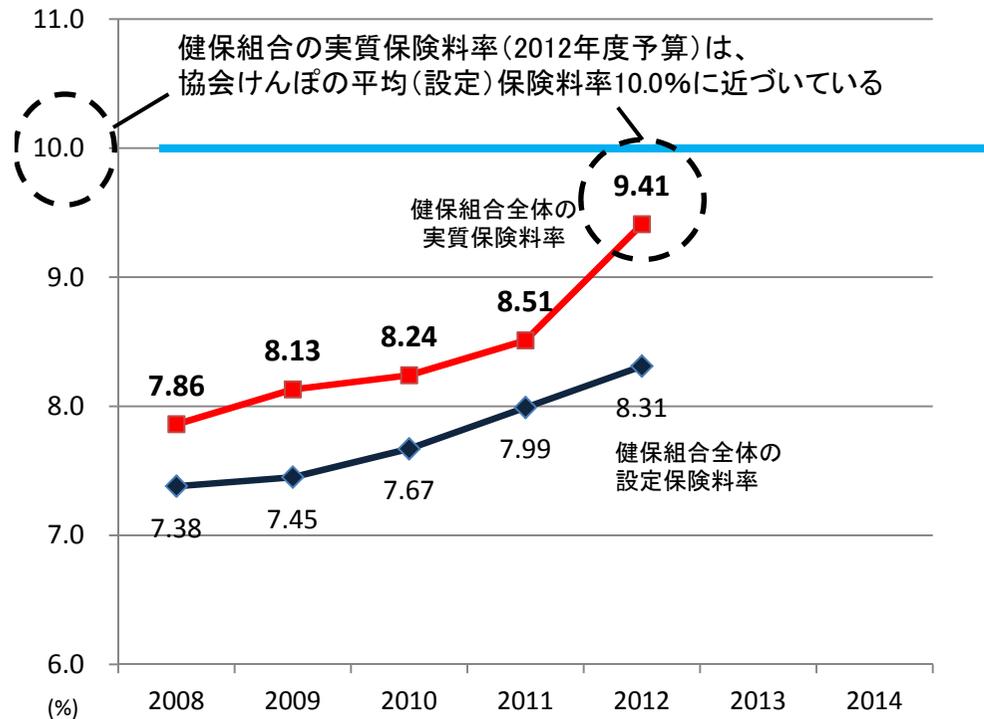
経常支出の構成割合（2012年度予算）



健保組合の保険料率等について

- 健保組合の保険料率は、「設定保険料率」だけでなく、現実の負担を表す「実質保険料率」でも評価する必要がある。また、特に財政の厳しい健保組合の状況を考えれば、平均値だけで評価するのは適切でない。
- 2012年度(予算)の健保組合の実質保険料率の単純平均は、9.41%に達しており、個別にみれば、10.0%以上が448組合、12.0%以上(=設定保険料率の法定上限)が73組合にのぼっている。今後、さらに多くの健保組合の実質保険料率が10%を上回ることが予測される。
- 2011年度末の健保組合全体の別途積立金残高は1兆6086億円。法定準備金が法令で定める3か月分(給付費+拠出金)未満の組合は168組合に上る。

設定保険料率と実質保険料率等



※実質保険料率、設定保険料率とも健保組合全体の単純平均値。

健保組合全体の積立金等

	2007	2008	2009	2010	2011
別途積立金 残高	27956億円	25894億円	22342億円	18896億円	16086億円
別途積立金 非保有	100組合	104組合	127組合	162組合	214組合
法定準備金 3か月未満	73組合	108組合	162組合	188組合	168組合

現役世代の拠出金負担等について

■高齢者医療のための現役世代の拠出金負担はすでに過重なものとなっている。今後、人口のさらなる高齢化と現役世代の人口減少によって、拠出金負担はよりいっそう重くなっていく。

後期高齢者支援金

	単位：億円			
	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度
健保組合	13,100	14,100	15,100	15,800
協会けんぽ	14,200	14,700	16,000	17,100
共済組合	4,000	4,400	4,800	5,000
市町村国保	14,500	15,900	17,400	18,200
国保組合	1,400	1,500	1,500	1,600
合計	47,200	50,600	54,800	57,700



後期高齢者医療
広域連合へ

前期高齢者納付金

	単位：億円			
	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度
健保組合	11,300	11,800	13,000	13,700
協会けんぽ	12,100	12,400	13,600	14,400
共済組合	4,200	4,900	5,000	4,900
国保組合	500	500	600	600
合計	28,100	29,600	32,200	33,600

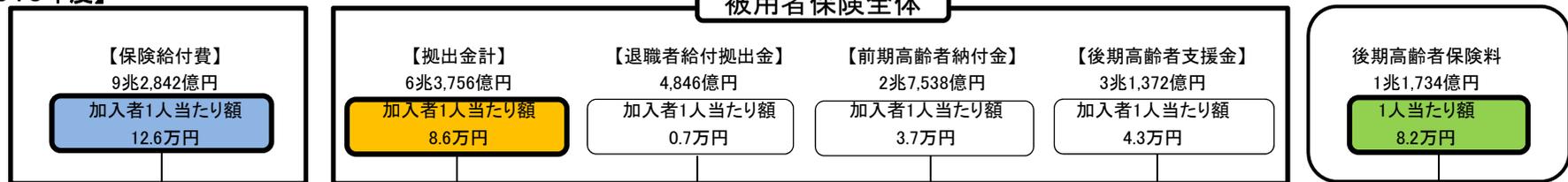


前期高齢者交付金として
市町村国保へ

※2010年度から2012年度までは賦課ベース、2013年度は予算ベース。

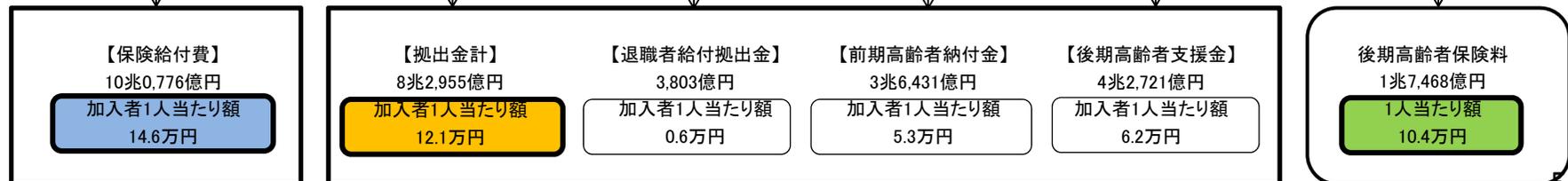
※上記に含まれない数値等もあり、後期高齢者医療広域連合、市町村国保に交付される額とは必ずしも一致しない。

【2010年度】



【2016年度】

(伸び率) +15.9%

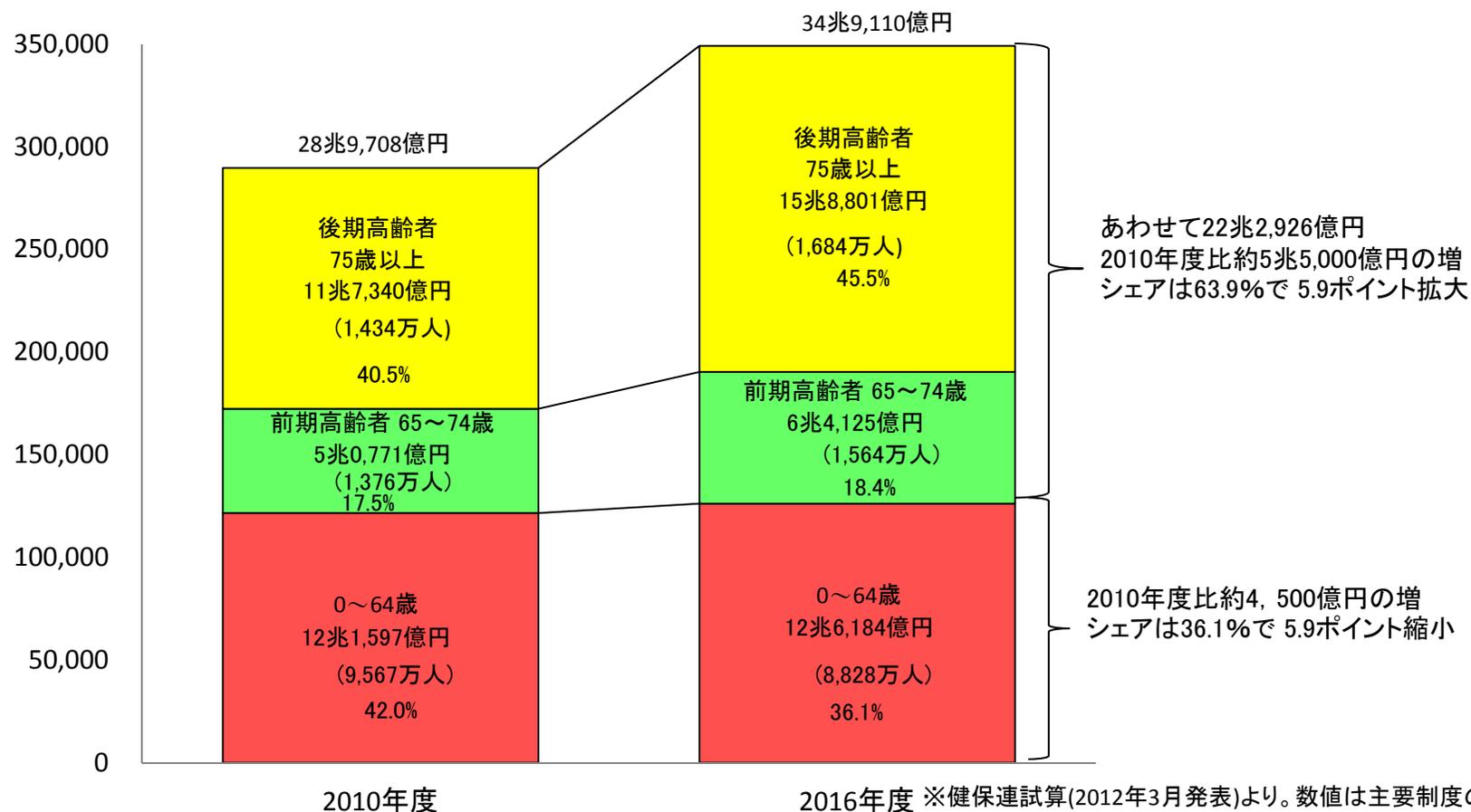


* 健保連試算(2012年3月発表)より。後期高齢者の保険料については、低所得者の保険料軽減分を公費で負担している。上記の金額よりも負担が軽減される。

今後の医療給付費の見通し

- 65歳以上(前期高齢者+後期高齢者)の医療給付費は、2010年度の16兆8,100億円(シェア58%)から、2016年度には22兆2,900億円(シェア63.9%、33%増)の見通し。65歳未満の現役世代の給付費は、2010年度の12兆1,600億円(シェア42%)から、2016年度には12兆6,200億円(シェアは36.1%、3.8%増)に増加する見通し。
- 今後、さらなる人口の高齢化と少子化、団塊世代の65歳到達により、高齢者の医療給付費の伸びが加速していく。この部分の適正化を強力に推し進めていかなければ、制度の持続可能性を保つことができない。

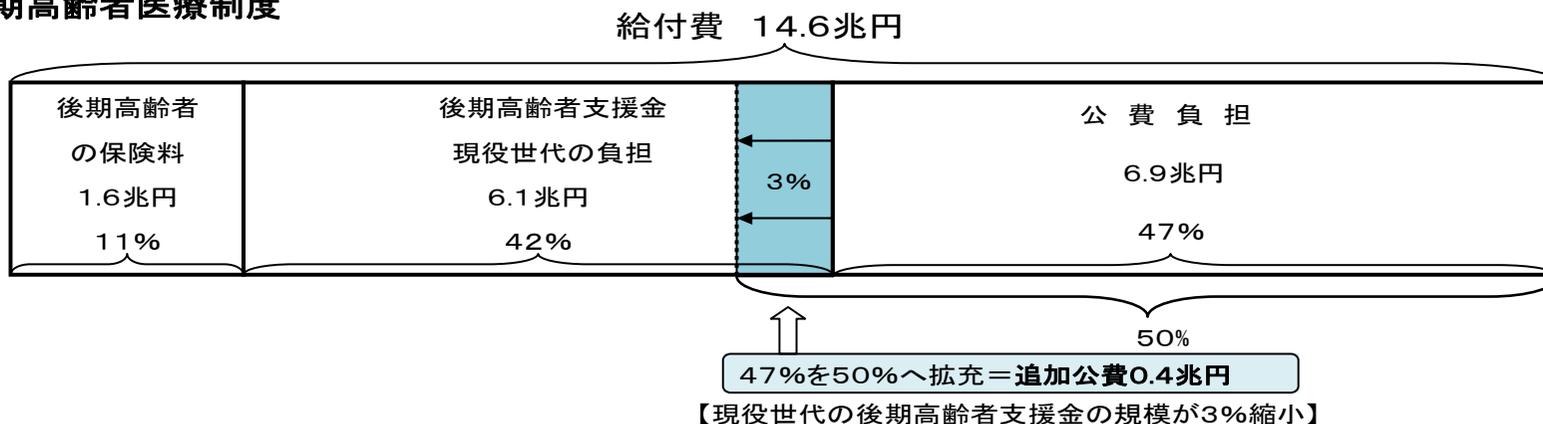
医療給付費(単位:億円)



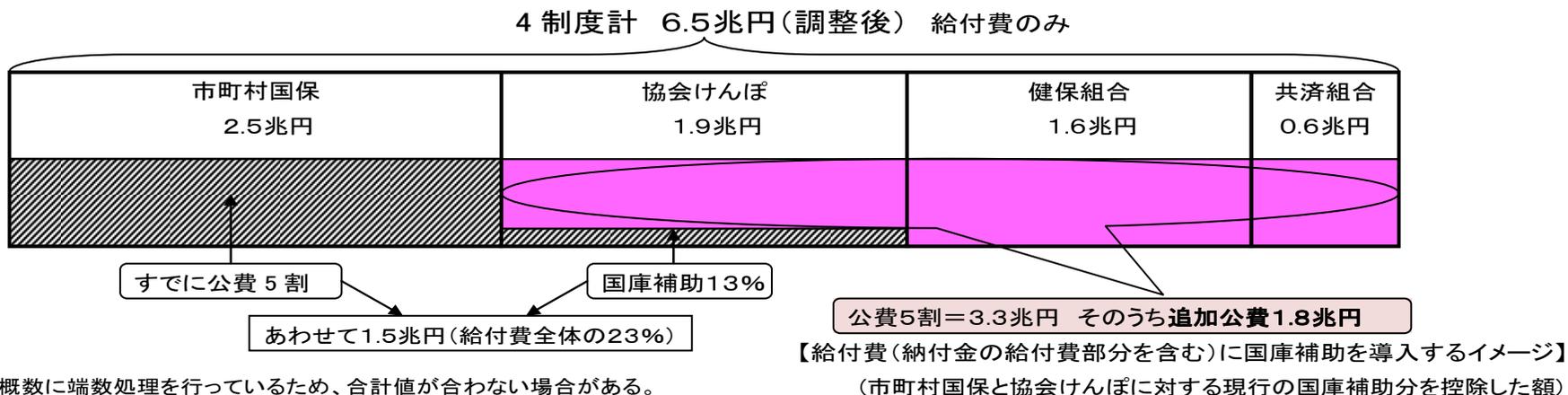
健保連が求める高齢者医療制度への公費拡充(考え方と所要額)

- 後期高齢者支援金・・・2014年度、給付費への公費47%を50%に拡充 = 追加公費 約4,000億円
- 前期高齢者納付金・・・2014年度、給付費(納付金の給付費部分を含む)に公費5割 = 追加公費 約1兆8,000億円
- 公費拡充(合わせて2兆2000億円)の財源は、消費税(社会保障目的税)に加えて、高齢者の患者負担の見直し、医療費適正化等、医療の財源の再配分によって確保すべき。

○後期高齢者医療制度



○前期高齢者に係る財政調整(調整後の費用負担)



※概数に端数処理を行っているため、合計値が合わない場合がある。

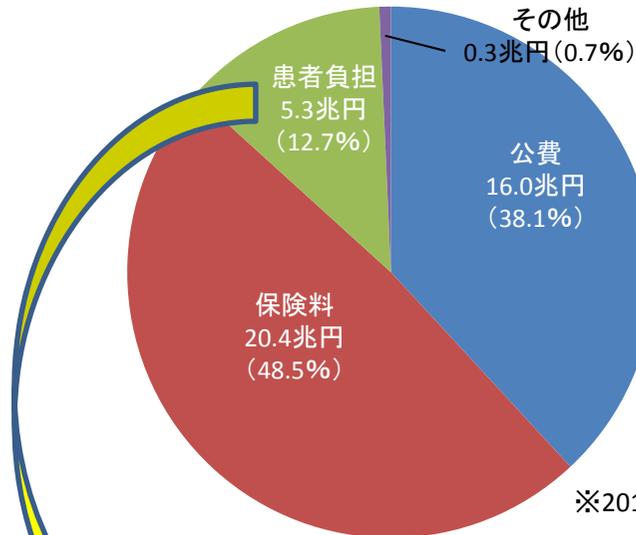
健保連が求める高齢者医療制度への公費拡充(財源割合への影響)

○2014年度の国民医療費が約42.1兆円(健保連概算)とすると、そのうち公費負担が16.0兆円(38.1%)、保険料が20.4兆円(48.5%)となる。これに健保連が求める公費拡充額2.2兆円を反映させると、公費負担が18.2兆円(43.2%)、保険料18.2兆円(43.2%)となる。

○70歳以上の高齢者の患者負担割合(現在1割)は、現役世代(3割)と比べて低い。これを2割負担に見直すことによって、

公費負担、保険料との負担のバランスが安定したものとなる。

◇2014年度の国民医療費42.1兆円(健保連概算)



**健保連が求める、公費拡充
2.2兆円(2014年度)**

- 公費
16.0兆円 + 2.2兆円 = 18.2兆円 (43.2%)
- 保険料
20.4兆円 - 2.2兆円 = 18.2兆円 (43.2%)

※2010年度の国民医療費をもとに年3%の伸び、財源割合は2010年度と同じと想定。

◇現在の医療費に対する患者負担割合(厚生労働省資料より)

年齢(負担割合)		医療費に対する患者負担割合
75歳以上(1割、現役並み所得3割)		8.7%
70~74歳	法定2割(現役並み所得3割)	13.8%
	1割凍結(現役並み所得3割)	8.5%
65歳~69歳(3割)		22.2%
20歳~64歳(3割)		23.2%

前期高齢者にかかる財政調整の問題点の見直し

○前期高齢者納付金の過重な負担

- ・加入者調整率により、前期高齢者にかかる費用負担を増幅(健保組合平均5.2倍)。
- ・その際、前期高齢者にかかる後期高齢者支援金の負担まで増幅させるしくみ。



- ・被用者保険側から市町村国保側への財政移転
2012年度＝約3.4兆円(予算ベース)

⇒公費拡充により負担を軽減すべき。

- ・このうち、前期高齢者にかかる後期高齢者支援金分
2012年度＝約3,600億円(健保連試算)

⇒この仕組みを廃止すべき。

○前期高齢者について、国保側に財政上の区分が設けられていない。

- ・市町村国保の財政上、前期高齢者交付金は収入全体の一部であり、用途が特定されていない。
結果として若年者の給付費にも充てられている。



- ・前期高齢者について、**国保側に財政区分を設けるべき**。そのうえで、前期高齢者交付金よりも公費負担と前期高齢者の保険料を優先充当すべき。

- ・国保における前期高齢者交付金の用途を前期高齢者にかかる費用負担に特定すべき。

- 前期高齢者納付金の当年度の「概算」と2年後の「確定」の乖離が大きく、健保組合の財政運営に支障が生じる。
- 高額医療の負担まで増幅され、納付金の額に影響する。



国保の改革も必要

- 財政区分とあわせて、都道府県単位化等による財政基盤の安定化
- 保険者機能の強化(保険料収納率改善・医療費適正化等)
- 国保組合の見直し(補助金、市町村国保との共助)

後期高齢者支援金への総報酬割導入の議論について

- 単純な総報酬割の導入は、協会けんぽに対する国庫補助の削減分を健保組合等の負担増で「肩代わり」することとなる。この「肩代わり」方式は容認できない。
- 総報酬割を導入するならば、現役世代の負担軽減につながるよう、高齢者医療制度への公費拡充とセットで議論されるべき。
- また、その場合には、自助努力を促す観点から、保険料収納率の差を考慮した負担方法とすべき。

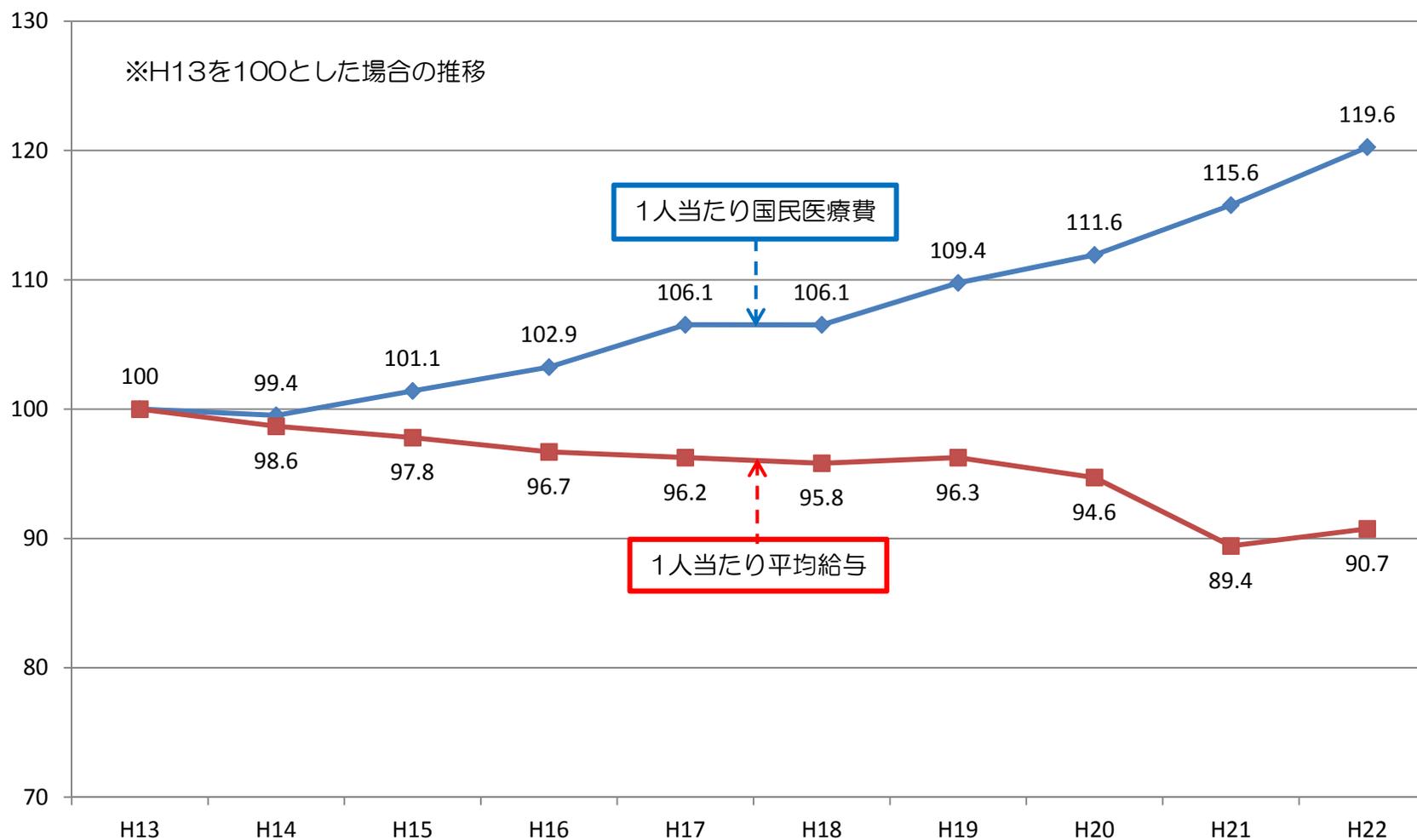
後期高齢者支援金の負担額の変化(2013年度)

	健保組合	共済組合	協会けんぽ	国庫補助(16.4%)	実質負担
加入者割	16700億円	5300億円	19200億円	3100億円	16000億円
1/3総報酬割	17300億円	5700億円	18100億円	2100億円	16000億円
全面総報酬割	18500億円	6500億円	16000億円	0	16000億円



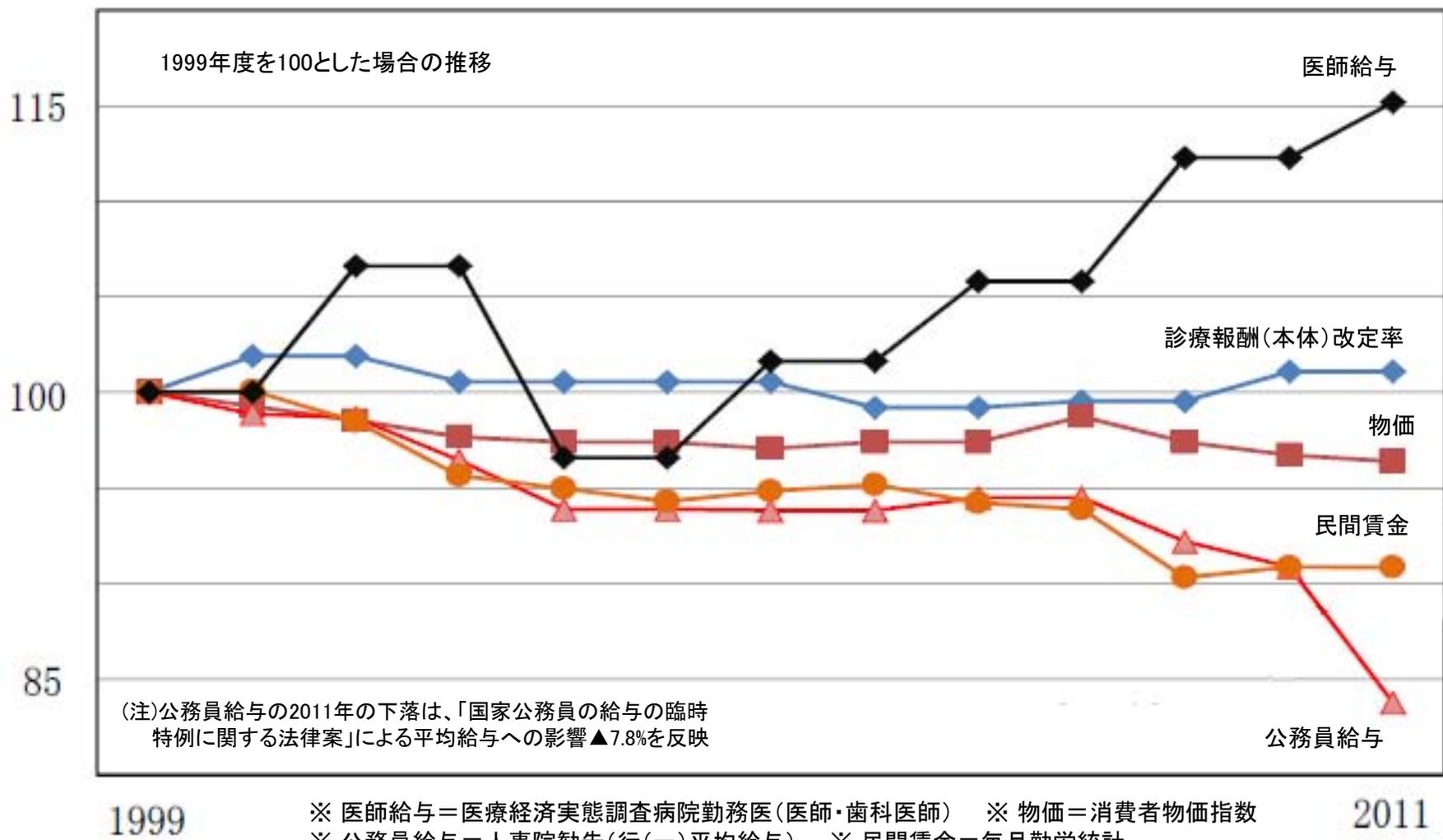
* 厚生労働省資料をもとに健保連作成。

国民医療費と平均給与の推移



【健保連作成】 1人当たり国民医療費：厚生労働省『平成22年度 国民医療費の概況』より
1人当たり平均給与：国税庁『平成23年分 民間給与実態統計調査結果』より

賃金・物価、診療報酬(本体)改定率の動向



2011.11.28財制審・財政制度分科会より

柔道整復、はり・きゆう、あん摩・マッサージ・指圧に係る療養費の推移(推計)

(金額：億円)

区 分	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度
国民医療費	321,111	331,289	331,276	341,360	348,084	360,067	374,000
対前年度伸び率	1.8%	3.2%	-0.0%	3.0%	2.0%	3.4%	3.9%
柔道整復	3,370	3,493	3,630	3,830	3,933	4,023	4,075
対前年度伸び率		3.6%	3.9%	5.5%	2.7%	2.3%	1.3%
はり・きゆう	162	191	221	247	267	293	317
対前年度伸び率		17.9%	15.7%	11.8%	8.1%	9.7%	8.2%
マッサージ	215	250	294	339	374	459	517
対前年度伸び率		16.3%	17.6%	15.3%	10.3%	22.7%	12.6%

(注1) 厚生労働省保険局医療課とりまとめの推計

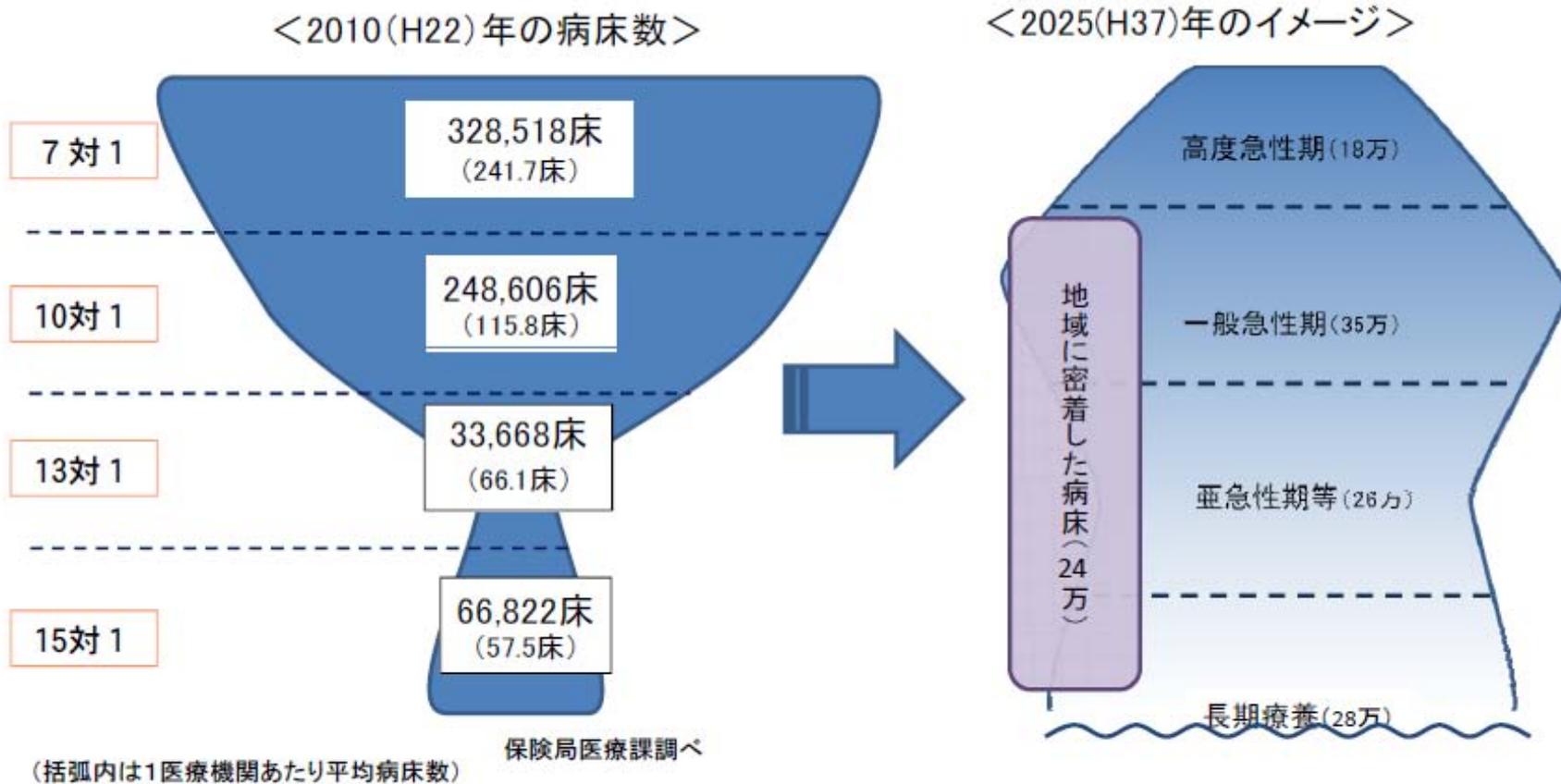
(注2) 平成22年度の国民医療費については、平成21年度の国民医療費に平成22年度のMEDIASの医療費(概算医療費)の対前年度伸び率を乗じて推計。

(注3) 柔道整復、はり・きゆう、マッサージ別の療養費の算出について

- ・平成22年度の柔道整復、はり・きゆう、マッサージについては、全国健康保険協会管掌健康保険、健康保険組合、船員保険、日雇特例被保険者、共済組合、については給付費の速報値等を基に推計し、国民健康保険、後期高齢者医療制度については実績値を使用。
 - ・平成21年度以前の全国健康保険協会管掌健康保険(平成20年9月以前は政府管掌健康保険)、健康保険組合、船員保険、日雇特例被保険者、共済組合、については推計値を、国民健康保険、後期高齢者医療制度については実績値を使用。
- なお、平成19年度以前の健康保険組合及び国民健康保険については、柔道整復、はり・きゆう、マッサージ別の統計が無いため、健康保険組合については、療養費総額の実績値に政府管掌健康保険の柔道整復等の各々の割合を乗じ推計、国民健康保険については、療養費総額の実績値に標本調査に得られた国民健康保険の柔道整復等の各々の割合を乗じて推計。
- ・また、平成21年度以前の船員保険、共済組合については、柔道整復、はり・きゆう、マッサージ別の統計が無いため、それぞれの療養費総額の実績値に全国健康保険協会管掌健康保険の柔道整復等の各々の割合を乗じ推計。

【入院】現在の一般病棟入院基本料等の病床数

【一般病棟入院基本料】

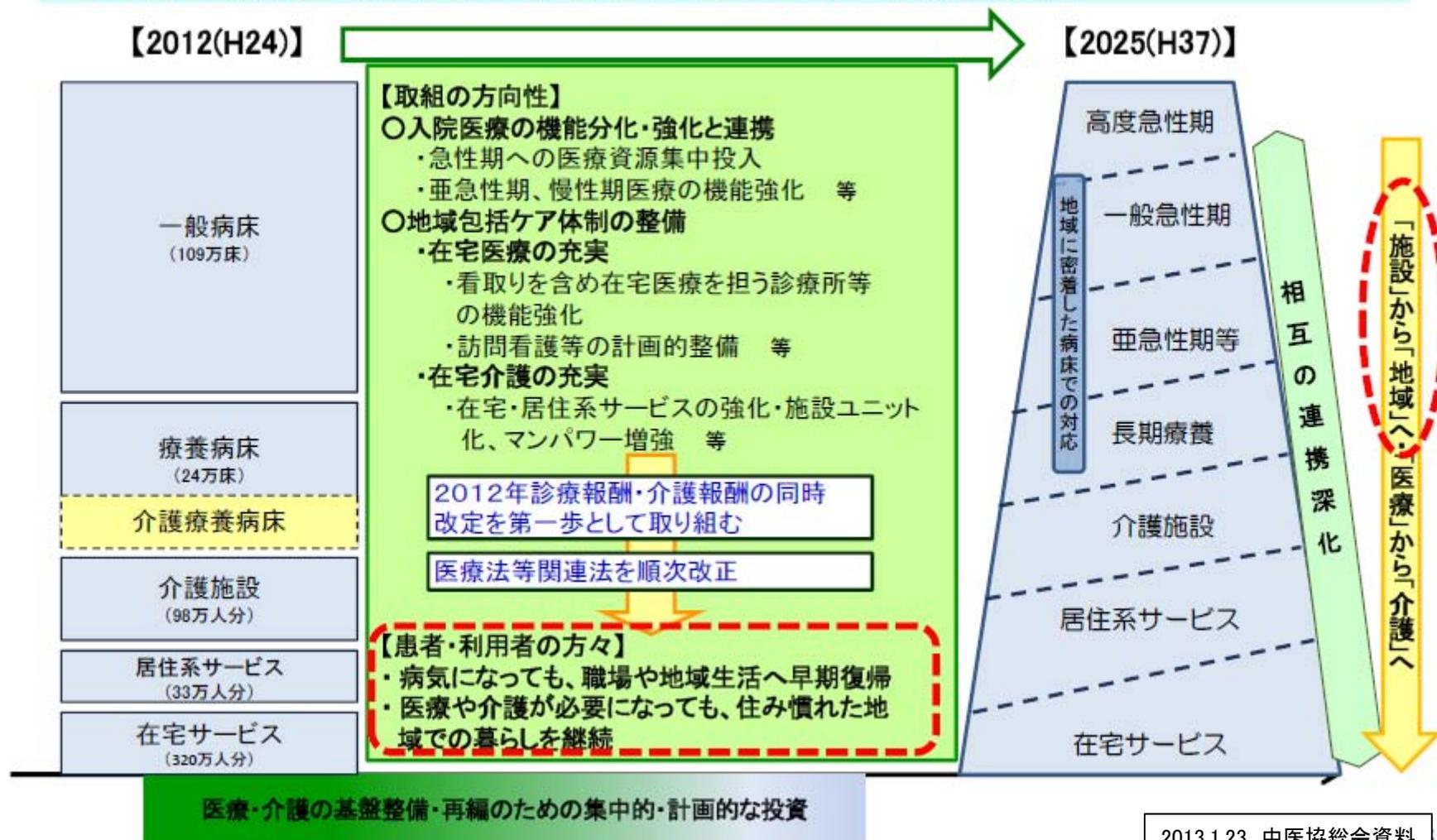


○ 届出医療機関数でみると10対1入院基本料が最も多いが、病床数でみると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

2011.11.25 中医協総会資料

医療・介護機能の再編(将来像)

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築します。



急性期医療提供体制の各国比較(2009年)

国名	急性期病棟 平均在院日数	人口千人 当たり 急性期 病床数	急性期病床百 床当たり 臨床医師数	人口千人 当たり 臨床医師数	急性期病床百 床当たり 臨床看護 職員数	人口千人 当たり 臨床看護 職員数
日本	18.5	8.11	26.6	2.15 (2008年)	117.9	9.54 (2008年)
ドイツ	7.5	5.66	64.3	3.64	194.1	10.98
フランス	5.2	3.47	94.3#	3.27#	236.5#	8.21#
イギリス	6.8	2.68	101.0	2.71	361.3	9.68 (予測値)
アメリカ	5.4	2.66 (2006年)	93.6	2.44	413.8#	10.8#

➡ 日本は、人口当たりの病床数が多く、人口当たりの医療従事者数が少ないため、病床当たりの医療従事者数が低い水準となっており、また平均在院日数が長い

(出典):「OECD Health Data 2011」

注1 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注2 病床百床あたり臨床医師数ならびに臨床看護職員数は、総臨床医師数等および総臨床看護職員数を急性期病床数で単純に割って百をかけた数値である。

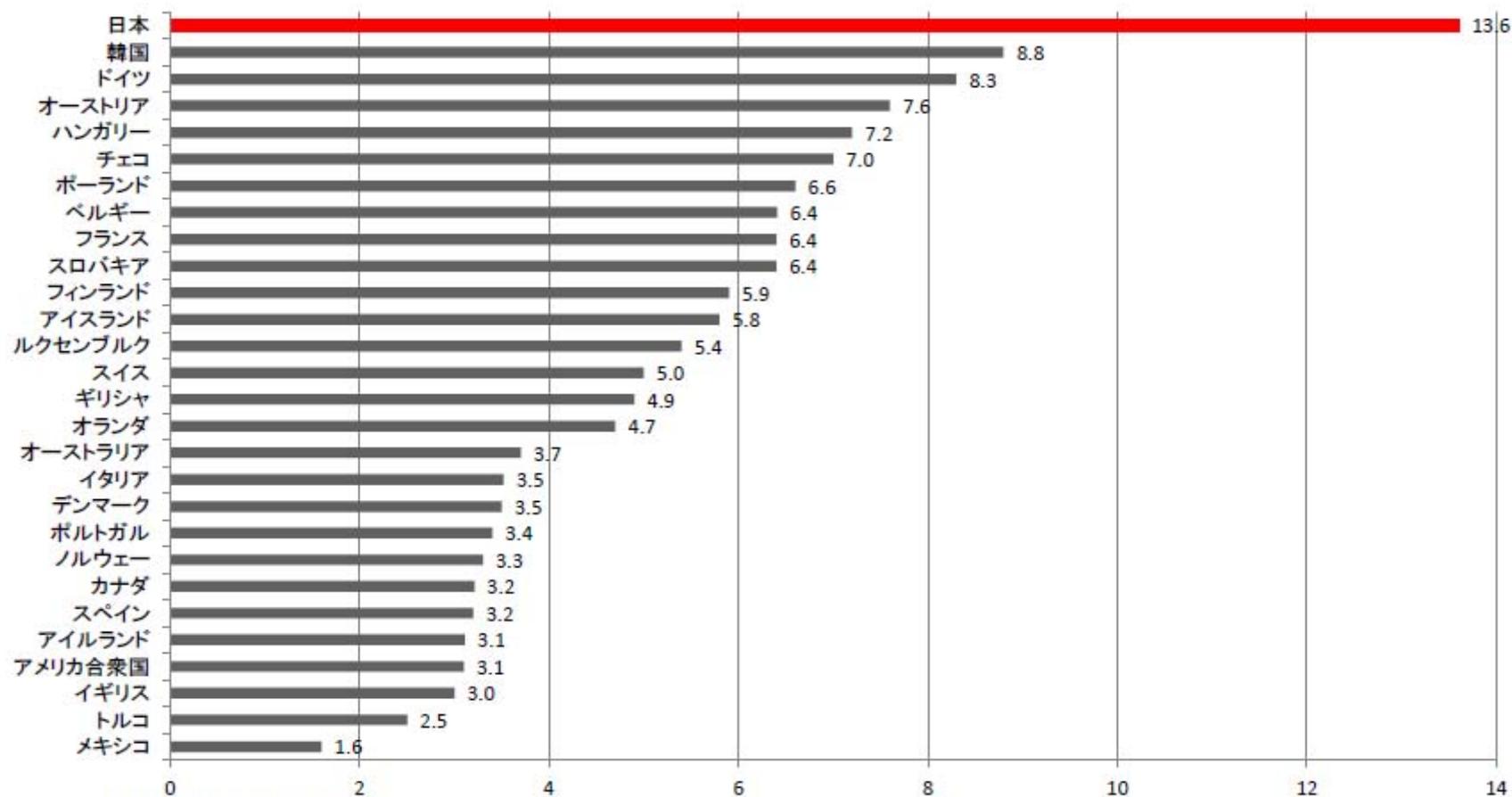
注3 平均在院日数の算定の対象病床はOECDの統計上、以下の範囲となっている。

日本:病院・診療所の一般病床、感染症病床 ドイツ:急性期病床のみ フランス:外科病床、産科病床、その他の急性期病床

イギリス:NHSの全病床(北部アイルランド以外は長期病床を含む) アメリカ:AHA(American Hospital Association)に登録されている短期一般病床

OECD諸国の病床数について(2010年)

人口1000人当たりの病床数は13.6と、他のOECD諸国に比べて大幅に多くの病床を有している。

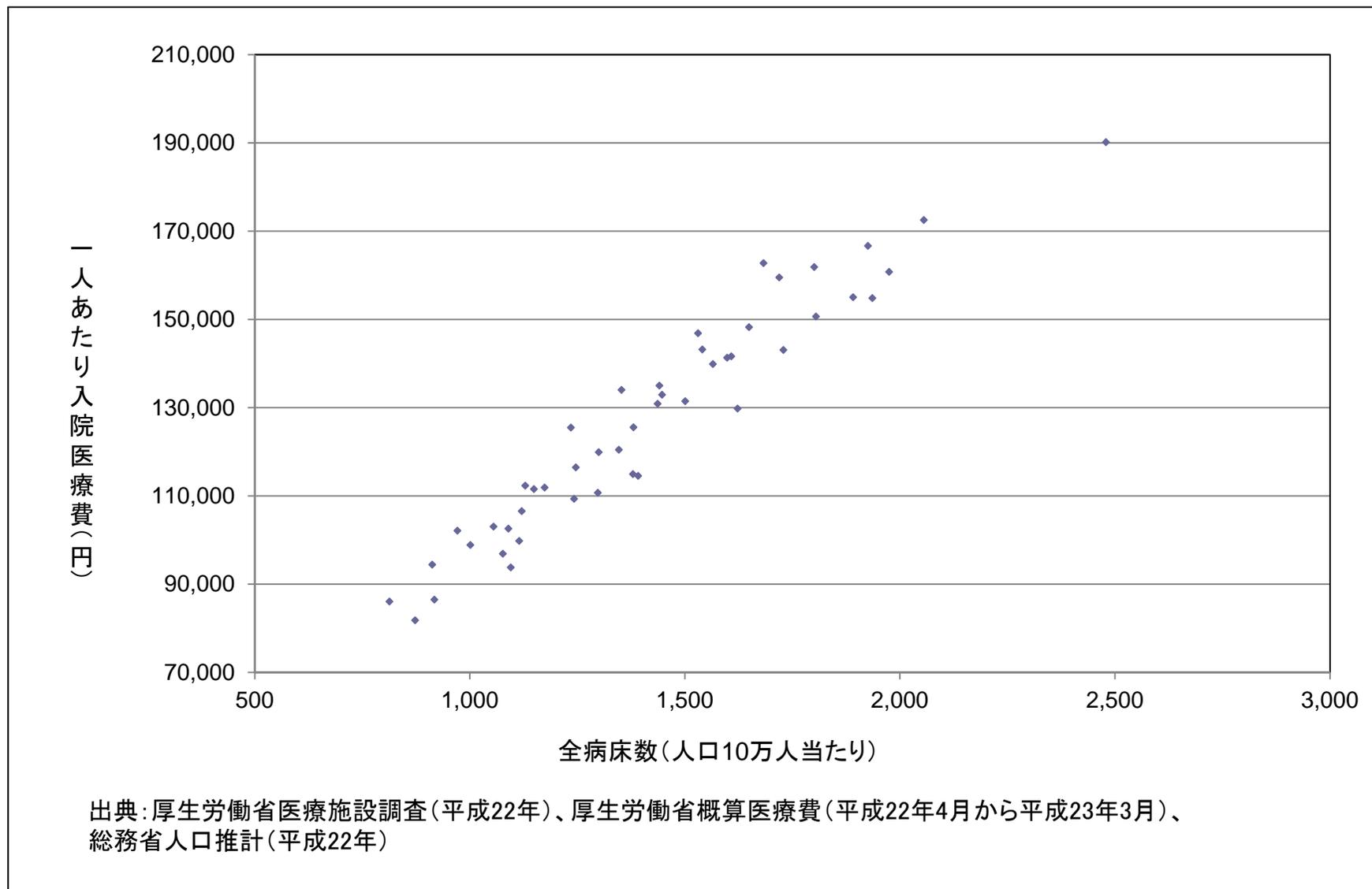


出典:「OECD HEALTH DATA 2012」

(注1)アイスランドは2007年の推計値、ポルトガルは2010年の推計値

(注2)ギリシャ・オランダ・オーストラリア・カナダ・アメリカ合衆国は2009年の値

都道府県別全病床数(人口10万人当たり)と一人あたり入院医療費の関係

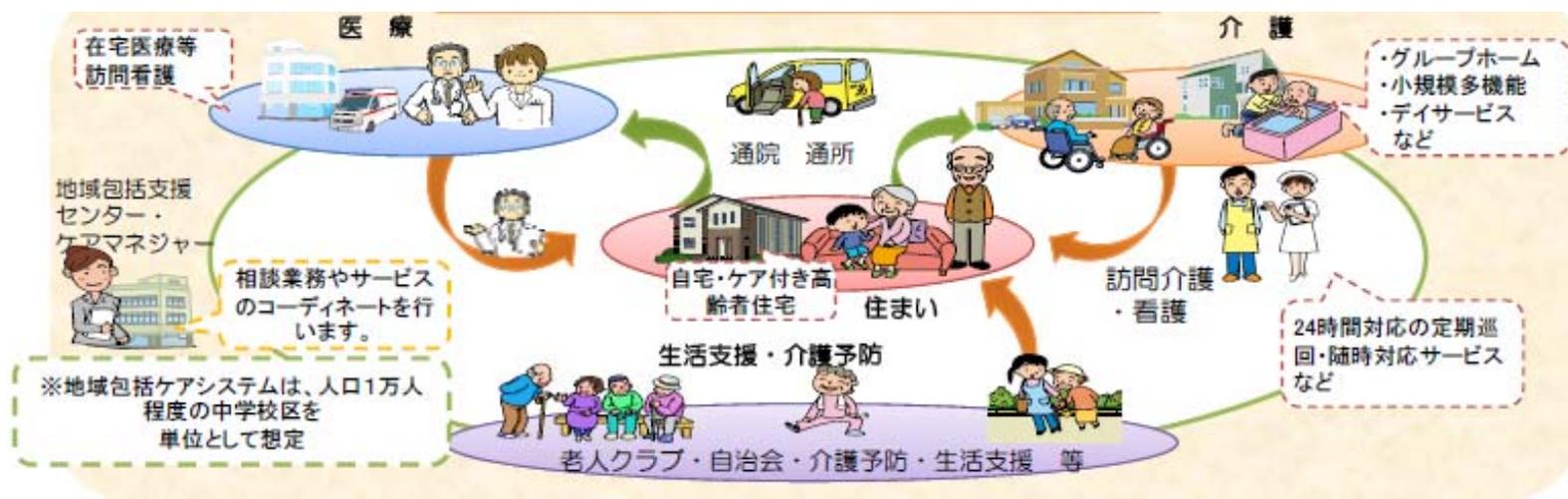


主要な医療資本投入状況の国際比較(2009年)

国名	人口千人当り 急性期病床数	人口百万人当り CT台数	人口百万人当り MRI台数
日本	8. 1	97. 3*	43. 1*
カナダ	1. 8*	13. 9	8. 0
フランス	3. 5	11. 1	6. 4
ドイツ	5. 7	15. 4***	7. 1***
イタリア	3. 0	31. 7	21. 6
イギリス	2. 7	7. 4*	8. 9
アメリカ	2. 7**	34. 3**	25. 9**

出典: OECD Health Data 2011 *2008年データ **2007年データ ***2005年データ

地域包括ケアシステムのイメージ



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、**次の5つの視点での取組みが包括的**(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、**継続的**(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)**に行われることが必須。**

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

2013.2.13 中医協総会資料

健保組合の保健事業

・健保組合は特定健診・特定保健指導を中心に各種健診や健康増進事業(体力づくり・栄養指導・たばこアルコール対策・歯科口腔保健・メンタルヘルス等)、健康づくり広報活動など事業主(母体企業)と連携して、それぞれの業態に即した様々な保健事業に取り組んでいる。

<健保組合の保健事業費の推移>

	2007	2008	2009	2010	2011見込	2012予算
保健事業費(百万円)	314,436	329,549	329,886	316,637	308,477	357,511
1人あたり保健事業費(円)	19,937	20,540	20,813	20,238	19,743	22,887
保険料収入に占める保健事業費の割合(%)	5.20	5.32	5.53	5.16	4.73	5.26

<特定健診・特定保健指導の実施>

厚労省速報値(2011)	全体	健保組合	市町村国保	全国健康保険協会	共済組合
特定健診実施率	45.0%	69.7%	32.7%	37.4%	73.0%
特定保健指導実施率	15.9%	17.1%	21.7%	11.3%	12.6%

※ 国民病ともいわれる糖尿病。予備群を含めると2,200万人を優に超え、深刻な状況に陥ることが危惧されている。
 特定健診・特定保健指導は、糖尿病等生活習慣病予防に焦点を当てた、全保険者が取り組む国を挙げた医療費適正化施策であり、健保組合は積極的に取り組んでいる。但し、特定健診の被扶養者実施率は低迷しており[本人74%、被扶養者34%(健保連調査H23・793組合)]、受診環境の利便性向上を図るため、総合的な健診体制の確立が急務である。

<1人あたり医療費の制度比較>

(円)

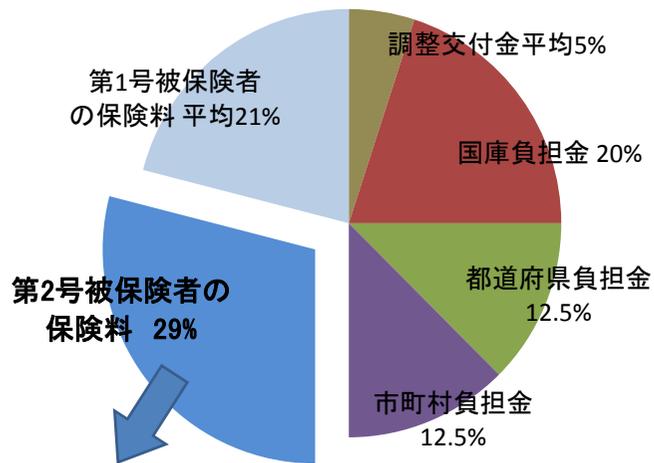
健保組合	国保計			全国健康保険協会	共済組合
		市町村国保	国保組合		
134,006	285,294	297,260	156,535	155,388	150,140

(厚労省調査・2010)

介護保険制度について

- 現行の介護保険制度では各種サービスの利用者負担は1割。その1割負担を除いた介護給付費等に対して公費負担が5割、現役世代(第2号被保険者)の負担は29%(第5期)とされている。
- 年々増加する介護給付費等によって、第1号被保険者、第2号被保険者ともに保険料負担が重くなっている。制度の持続可能性を高めるためには給付と負担の見直しが不可欠。
 - ・軽度者への給付の見直し
 - ・一定以上所得者の負担の見直し
 - ・要介護度に応じた負担割合の設定
- 介護納付金の総報酬割には反対

2013年度予算ベース
介護給付費等(8.8兆円)



要介護度別の認定者数と給付費 (2010年度、介護保険事業状況報告)

区分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
認定者数(単位:千人)	664	668	907	897	698	638	591	5,062
構成比	13.1%	13.2%	17.9%	17.7%	13.8%	12.6%	11.7%	100.0%
給付費(単位:百万円)								
居宅サービス	128,806	255,579	607,403	769,264	712,934	589,727	481,848	3,545,554
地域密着型サービス	1,034	4,366	99,957	146,852	176,214	120,647	74,943	624,012
施設サービス	0	△1	112,780	273,422	534,531	812,505	936,761	2,669,997
合計	129,841	259,945	820,139	1,189,537	1,423,679	1,522,878	1,493,552	6,839,564
構成比	1.9%	3.8%	12.0%	17.4%	20.8%	22.3%	21.8%	100.0%

2.6兆円(第2号被保険者の加入者割で医療保険者が介護納付金を負担)

介護保険の総費用と保険料負担 (財務省、厚生労働省資料より健保連作成)

	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
介護保険の総費用 (単位:兆円)	3.6	4.6	5.2	5.7	6.2	6.4	6.4	6.7	6.9	7.4	7.8	8.3	8.9
第1号保険料 加重平均月額 ¹ の年額換算	第1期 34,932			第2期 39,516			第3期 49,080			第4期 49,920			第5期 59,664
第2号被保険者 1人当たり負担額(年額)	24,901	31,764	36,093	38,356	41,688	43,417	43,145	45,323	47,330	49,119	51,469	53,555	56,366