

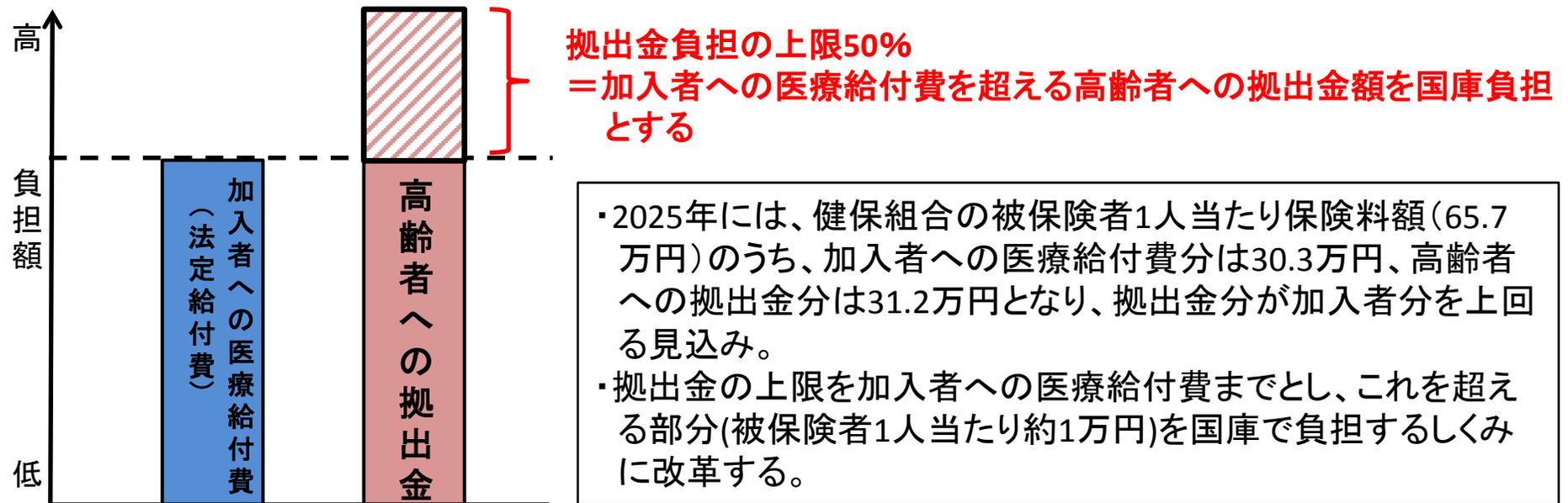
2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について (個別項目に関する主張)

2017年9月

主張1-①-(1)

拠出金負担の上限を50%に設定し、上限を超える分は国庫負担とすべき

2025年度には、健保組合の高齢者医療への拠出金割合は平均50.7%に達し、加入者への医療給付費を上回る。拠出金割合が50%以上の健保組合も870組合にのぼり、全組合の62%を占める。

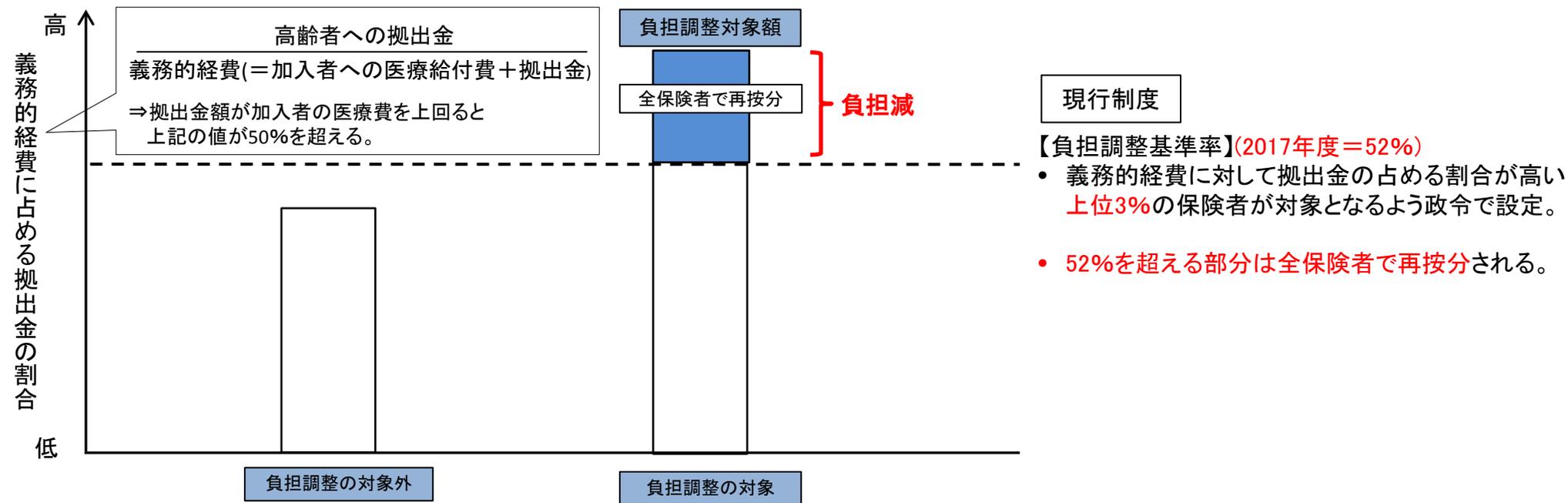


現行制度には、拠出金の負担割合に着目した「負担調整」のしくみがあるが、2017年度は拠出金割合52%が上限(上限を超えた分は全保険者で再按分)となっている。このしくみを拡大し、拠出金の上限を50%に引き下げ、上限を超えた分は国庫負担とすべき。

主張1-①-(1)

現行の「負担調整」を拡充することで拠出金の上限設定を実現

現行の「負担調整」は、拠出金負担の著しく重い保険者について、一定の上限を設けて負担を軽減するしくみ。軽減分は、全保険者で再按分され、国庫負担は入らない。また、対象は負担割合上位3%に限定されている。このしくみを拡充し、拠出金負担の上限を50%とし、これを超える保険者は全て対象にして、50%を超える部分は全額国庫負担とすべき。

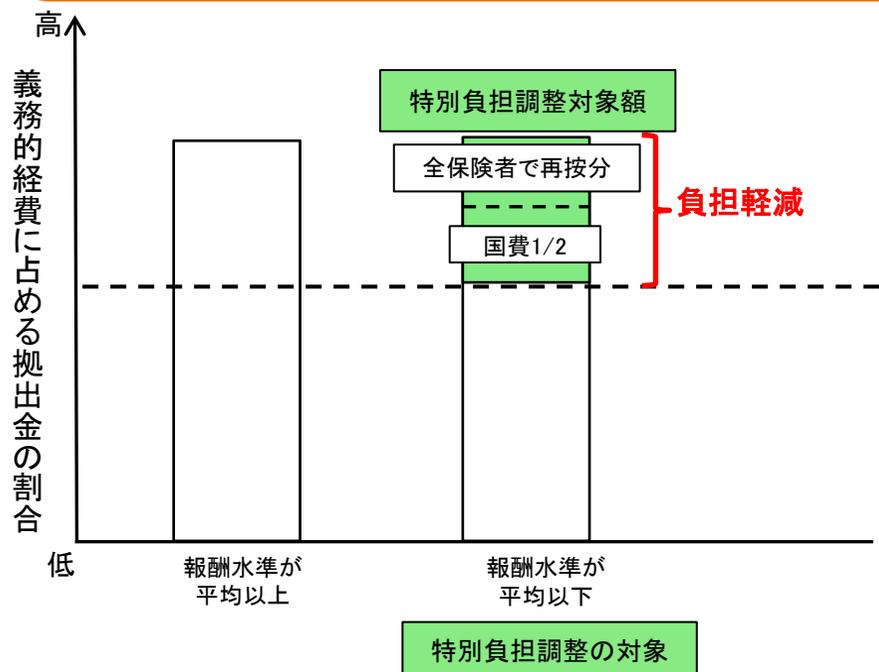


2017年度 (概算)	義務的経費に占める 拠出金割合の上限	負担軽減	再按分 (加入者割)
負担調整	52%	101保険者(97億円) うち85健保組合(41億円) 16共済組合(56億円)	97億円を 全保険者で再按分 ↓ 1人当たり約90円程度

主張1-①-(1)

現行の「特別負担調整」を拡充し、上限を超える分は全て国庫負担とすべき

現行の「特別負担調整」は、報酬水準が低く、拠出金負担割合の高い保険者に対し、一定割合を超える部分につき、国費と全保険者の再按分により軽減するしくみ。このしくみを拡充し、報酬水準が平均以下の保険者の拠出金負担は48%を上限とし、これを超える部分はすべて国庫負担とすべき。



現行制度

【特別負担調整基準率】(2017年度=48.3%)

- 2017年度は48.3%を超える部分の1/2は国費100億円、残りは全保険者で再按分。
- このため、軽減対象額は約200億円(国費100億円+再按分約100億円)に限定される。
- 軽減対象は、報酬水準が平均以下の保険者のみ。
(2017年度は被保険者1人当たり総報酬額563.5万円未満)

2017年度 (概算)	義務的経費に占める 拠出金割合の上限	負担軽減	再按分 (加入者割)
特別負担調整	48.3%	153健保組合(218億円) 国費100億円を投入	118億円を全保険者で再按分 ↓ 1人当たり約105円程度

[参考] 「負担調整」、「特別負担調整」見直し案(健保連案)の財政影響

現行の「負担調整」と「特別負担調整」の制度を次のとおり見直す。

【負担調整】

	現行	健保連案
対象保険者	拠出金割合上位3% 報酬水準要件なし	<u>上位3%要件なし</u> 報酬水準要件なし
上限率	52%	<u>50%</u>
上限超過部分	全保険者で再按分	<u>国庫負担</u>

【特別負担調整】

	現行	健保連案
対象保険者	拠出金割合上位10% 報酬水準平均以下	<u>上位10%要件なし</u> 報酬水準平均以下
上限率	48.3%	<u>48%</u>
上限超過部分	国庫負担100億円 残りを全保険者で再按分	<u>すべて国庫負担</u>

【健保連案による国庫負担額】(健保連推計/健保組合分のみ)

	2020年度(平成32年度)	2025年度(平成37年度)	現行(2017年度)
「負担調整」	1070億円(該当680組合)	1920億円(該当870組合)	上限率52%超過部分97億円を再按分 (国庫負担なし)
「特別負担調整」	600億円(該当520組合)	850億円(該当650組合)	上限率48.3%超過部分に対して 国庫負担100億円+再按分118億円
計	約1700億円	約2800億円	

主張1-①-(2)

後期高齢者医療費の公費負担は50%を確保すべき

後期高齢者医療制度の財源構成は、本来、公費50%、現役世代の負担40%、後期高齢者の保険料10%。
しかし、現役並み所得者には公費が入らないため、公費は全体で47%にとどまり、
その分(約4000億円)が現役世代の負担になっている。

(医療保険に関する基礎資料(2014年度)をもとに健保連で推計)

〈対象者数〉
75歳以上の高齢者 約1,690万人

〈後期高齢者医療費〉(2017年度ベース)
16.8兆円(給付費15.4兆円、患者負担1.3兆円)

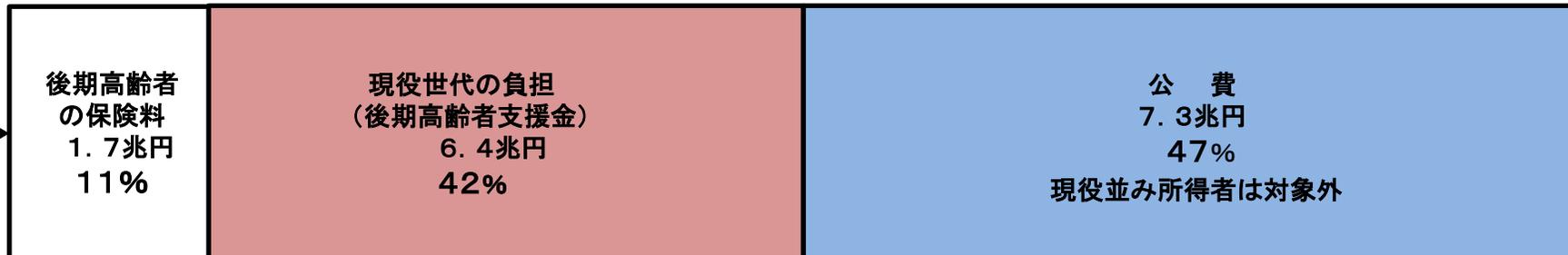
【現役並み所得者以外の財源構成】=約14.6兆円



【現役並み所得者の財源構成】=約0.8兆円



【後期高齢者医療制度全体の財源構成】=15.4兆円



主張1-①-(3)

前期高齢者納付金は必要最小限の調整にとどめるべき

国保の65～74歳に係る費用(給付費と後期高齢者支援金)は6.1兆円。
収入は、国保の前期高齢者が納める保険料は1.5兆円、公費は1.3兆円、前期高齢者交付金は3.4兆円。
総計は6.3兆円となり、必要額を約2000億円上回っている。

※2014年度予算ベース

前期高齢者にかかる
支出 約6.1兆円



前期高齢者にかかる
収入 約6.3兆円



約2000億円が過剰に
交付されている
(前期高齢者の保険料と公費を先に充当した場合)

(H26.5.28医療保険部会資料をもとに健保連で作成)

主張1－②－(1)

後期高齢者の患者負担を 段階的に2割とすべき

- 高齢者は給付に比べて負担が極端に軽い。高齢者への医療給付費が増加の一途を辿るなか、高齢者にも応分の負担を求める改革が必要。
- 2018年度には70～74歳の患者負担がすべて2割になる。75歳到達以降も引き続き2割負担を継続すべき。

主張1－③－(1)、(2)、(3)

国民が安心できる持続可能な医療保険制度
に向けたビジョンを示すべき

消費税率の引き上げや税制の見直しにより
必要な財源確保の長期見通しを示すべき

- 国は持続可能な医療保険制度に向けたビジョンを策定し、中長期的な税と保険料の役割や高齢者医療費の負担のあり方などを示すべき。
- 2014年に社会保障と税の一体改革で決められた消費税率引き上げによる増収分の配分方法を改めて見直し、高齢者医療への追加財源を確保すべき。

主張2－(1)

医療機能の分化・連携を推進すべき

- 人口構造の変化を踏まえ、過剰な急性期病床の削減等を促進し、在宅医療・介護体制を拡充すべき。その上で、住み慣れた地域で医療・介護・生活支援サービスが包括的に提供される地域包括ケアシステムを早期に構築すべき。
- また、病院と診療所の役割を整理し、機能分化・連携することで、効率化を図ることが患者にとっても重要となる。初期に診療科横断的な診断をし、ゲートキーパー機能を担う総合診療専門医の育成を積極的に進めるべき。
- 保険者としては、加入者に適切な受診行動を啓発し、重複受診、軽症ですぐに大病院・救急病院を受診する等は是正を求めていくことが必要。
- 医療側は、限られた医療資源を活用し、最も効率的・効果的な医療を実施するとの意識に変革すべき。そのため、例えば医学部教育に保険制度(財政)の状況を組み入れるべき。

主張2－(2)

医療の地域間格差を是正すべき

- 入院や外来医療費における地域間格差が存在している。(1人当たり)医療費の高い地域は是正すべきで、少なくとも地域間格差を半減する施策が必要。
- 地域ごとの病床数、入院日数、医療費等の適正化に向けて、情報公開やデータ分析による見える化を進め、患者にとって最適な医療を受けられるためにも、都道府県の地域医療構想(医療計画)等において格差是正の施策を設定、実行すべき。

主張2ー(3)

終末期医療のあり方を見直すべき

- 厚生労働省が公表した「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」について、国民や医療機関に浸透していないことから、積極的に周知すべき。
- 人生の最終段階における医療のあり方については、患者の意思決定を基本とし、家族、医療側と事前に十分に合意形成できる体制を構築すべき。
- 受ける医療について、患者が「生前の意思表示(リビング・ウィル)」を明確に書面に示す仕組みを推進すべき。
- 患者の多くが自宅での看取りを希望しており、在宅や介護施設で看取りができる体制を構築すべき。

主張2-(4)

薬剤費の伸びを抑制すべき

- 薬価制度については、政府が基本方針に示した検討項目に沿って適正化の方向で見直すべき。
- 薬局・薬剤師が本来果たすべき機能を十分果たしているとは言い難い。服薬指導管理、処方変更、分割調剤(リフィル処方)など、機能を発揮する体制づくりを構築すべき。特に、高齢者における多剤処方、重複投薬、残薬等の適正化に向けた体制を強化すべき。
- 後発医薬品については、患者、医療機関、薬局、保険者が理解を深め、それぞれの役割を果たしながら、更なる使用促進を図るべき。

主張2－(5)

保険給付範囲を見直すべき

- 皆保険制度の維持のため、保険の給付範囲について、除外することも含めて、改めて見直しを検討することが必要。
- 軽症疾患用の医薬品について、保険の給付範囲から除外や償還率を変更すべきで、まずは市販品類似薬から除外を進めていくべき。

主張2－(6)

診療報酬体系を見直すべき

- 診療報酬改定にあたっては、薬価の切り下げによる財源は国民に還元すべき。
- 診療報酬は、患者にわかりやすく、簡素・合理化する方向で見直し、特に現行の出来高払い方式中心の体系から、包括払い方式を拡大すべき。

主張2-(7)

その他適正化の推進について(療養費等)

(1)療養費を適正化すべき

- 療養費の保険給付範囲について、ゼロベースで検討すべき。
- 療養費は不正請求が横行しており、徹底した不正防止策、指導管理体制の構築、審査体制の強化等、制度の見直しや、電子化を含めた事務の効率化を図るべき。

(2)ICTを活用し医療の効率化を進めるべき

- ICTを活用した診療情報の共有により、医療機関の連携を図り、患者に対してもオンラインによる診療を取り入れる等、医療の効率化を推進すべき。

主張2－(8)

保健事業の推進について

- 今後、健康寿命の延伸ひいては医療費の適正化を図るためには、特定健診・保健指導の拡大、データヘルス計画の推進、日本健康会議における宣言2020の達成といった目標を見据え、これまで以上にきめ細やかな保健事業を展開していかなければならない。
 - (1) 健保組合は保健事業費の水準を維持または拡大し、生涯現役社会実現の後押しを継続すべき。また、事業主との連携を強めながらデータヘルス計画を着実に推進すべき。
 - (2) 国及び医療・健診機関は各種健診結果フォーマットの統一化を推進すべき。
 - (3) 国は保険者と事業主との健診関連情報の共有化を検討すべき。

主張3－(1)、(2)

健康で働く意欲のある高齢者は
「支えられる側」から「支える側」へ

医療保険者は保険者機能を発揮して
「生涯現役社会」の後押しを

- 医療保険者は、加入者の健康を維持・増進し、健康寿命の延伸に努め、高齢になっても健康で働き続けることができるよう、前期高齢者を含む加入者への保健事業等に積極的に取り組むべき。

主張4－(1)、(2)

退職者(被用者保険資格喪失者)に対する 不合理な給付を見直すべき

- 皆保険が確立し、給付率も統一(7割給付)された現行制度のもとでは、退職後の医療給付を保障するという任意継続被保険者制度の役割は失われており、抜本的に見直すべき。
- 保険の給付は、現に加入している医療保険者で賄うことが基本。したがって、退職後の給付(出産育児一時金、埋葬料)は廃止すべき。退職後の傷病手当金は廃止し、雇用保険で対応すべき。