

健康保険。みらいのために、今、変えよう。

あしたの健保プロジェクト

# 2025年度に向けた 医療・医療保険制度改革について

2017年9月  
健康保険組合連合会

# 2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について

## — 目 次 —

■はじめに

■総覧表 . . . P1

■基本的な考え方 . . . P4

■個別項目に関する主張 . . . P14

■2025年度に向けた国民医療費等の推計 . . . P62



## はじめに

今般、健保連では、団塊の世代が 75 歳以上の後期高齢者となる一方、支え手である若年者が減少していくという人口構造の変動がより顕著となる 2025 年度に向けて、皆保険制度を維持し、またこれを支えるための医療・医療保険制度のあり方を探ることを目的に、常任理事会・要求実現対策本部の下にワーキンググループ(WG)を設置し、健保組合の代表者に参画願ひ、精力的に議論を行った。

検討の過程では、○皆保険制度を維持するために、国、国民、保険者、医療提供者それぞれが果たすべき責務や求められる役割等を示すこと、○制度改革に対する健保連の基本的な考え方を明らかにすること、○近年の健保組合を取り巻く状況や課題を踏まえた具体的な主張とすること、○現行制度からの円滑な移行や実現可能性も意識した主張とすること、○個別の主張を分かりやすく伝えるための広報展開・戦略も同時並行で検討すること一など、効果的な要求実現活動につなげる視点から検討を深める方針で一致した。また、広範かつ活発な議論を通じて、健保組合を存亡の淵に追い込んでいる高齢者医療への多額の拠出金負担の問題点等を共有するとともに、優れた保険者機能を発揮し皆保険制度を支えてきた健保組合の存在意義を改めて認識し、改善と強化という多面的な取り組みが不可欠であることを確認した。

「2025 年度に向けた医療・医療保険制度改革について」は、こうしたWGの検討の結果としてとりまとめ、9 月 8 日の常任理事会において了承、決定した。今後の改革議論の一助となり、かつ、我々の主張が広く理解を得られることを強く期待する。

2017 年 9 月  
健康保険組合連合会

「2025 年度に向けた医療・医療保険制度改革について」(総覧表)

安心の国民皆保険制度を守りたい、守れるか・・・		
Ⅰ. 国民皆保険制度を守るために必要なこと・・・(国、国民、医療保険者、医療提供者) + (「支える側」を増やす) + 【参考】推計のポイント		
Ⅱ. 健保組合・健保連の制度改革に向けた基本的な考え方・・・(6 項目)		
Ⅲ. 課題と具体的な主張の骨格		
1. 高齢者医療費の負担構造の改革	① 現役世代の負担に一定の歯止めを設ける (1) 拠出金負担割合に 50% の上限を設定し、上限を超える部分は全額国庫負担とすべき ・報酬水準が低い保険者の拠出金負担割合は 48% を上限とすべき ・現行の「負担調整」と「特別負担調整」のしくみを拡充	P15～19
	(2) 後期高齢者医療費の公費負担は 50% を確保すべき ・公費負担のない現役並み所得者の給付費も公費負担の対象にする	P20～21
	(3) 前期高齢者納付金は前期高齢者の費用だけに充てることとするなど、必要最小限の調整にとどめるべき ・国保の前期高齢者の会計を区分すべき。前期高齢者の保険料と公費を先に充当するしくみとすべき	P22～23
	② 高齢者にも応分の負担 (1) 後期高齢者の患者負担を段階的に 2 割とすべき ・2018 年度までに 70～74 歳がすべて 2 割負担。75 歳以降も 2 割負担を継続すべき (2) 公的年金等控除等の年金課税のあり方を見直すべき	P24～25
	③ 必要な税財源の確保 (1) 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 (2) 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 (3) 社会保障・税一体改革で決められている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すべき	P26～31
2. 医療費の伸びを抑制する	(1) 医療機能の分化・連携を推進すべき ・過剰な急性期病床の削減等、地域包括ケアシステムの早期構築 ・総合診療専門医の育成 ・保険者が加入者に対して適切な受診行動を啓発 ・効率的・効果的な医療提供のための意識改革	P32～35

	<p>(2) 医療の地域間格差を是正すべき</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療費の地域間格差の半減</li> <li>・情報公開、データ分析による見える化</li> </ul>	P36～37
	<p>(3) 終末期医療のあり方を見直すべき</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・厚生労働省ガイドラインの周知</li> <li>・「生前の意思表示(リビング・ウィル)」のしくみの推進</li> <li>・事前に十分に合意形成できる体制の構築</li> <li>・在宅や介護施設で看取りができる体制の構築</li> </ul>	P38～40
	<p>(4) 薬剤費の伸びを抑制すべき</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・薬価制度の見直し</li> <li>・薬局・薬剤師が本来の機能を発揮できる体制の構築(高齢者の多剤処方、重複投薬、残薬等の適正化)</li> <li>・後発医薬品の更なる使用促進</li> </ul>	P41～44
	<p>(5) 保険給付範囲を見直すべき</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保険給付範囲の見直しの検討</li> <li>・軽症用医薬品について給付から除外や償還率の変更</li> </ul>	P45～46
	<p>(6) 診療報酬体系を見直すべき</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・薬価切り下げによる財源は国民に還元すべき</li> <li>・診療報酬の簡素・合理化。包括払い方式の拡大</li> </ul>	P47～48
	<p>(7) その他適正化の推進について(療養費等)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 療養費の適正化</li> <li>(2) ICTを活用した医療の効率化</li> </ol>	P49～50
	<p>(8) 保健事業の推進について</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 健保組合の保健事業費の維持・拡大。生涯現役社会の実現の後押し</li> <li>(2) 各種健診結果フォーマットの統一化</li> <li>(3) 事業主との健診情報の共有</li> </ol>	P51～55
3. 健康な高齢者 ＝「支える側」を増やす	<ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 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</li> <li>(2) 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</li> <li>・医療保険者は前期高齢者を含む加入者への保健事業等や医療費適正化に積極的に取り組むべき</li> </ol>	P56～59
4. その他	<p>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</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 任意継続被保険者の見直し</li> <li>(2) 資格喪失後給付の見直し(傷病手当金、出産育児一時金、埋葬料)</li> </ol>	P60～61



健康保険。みらいのために、今、変えよう。

あしたの健保プロジェクト

# 2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について (基本的な考え方)

## 安心の国民皆保険制度を守りたい、守れるか…

1961 年以來、半世紀を超えて受け継がれてきたわが国の国民皆保険制度は、世界でもっとも優れた制度である。誰もがいつでもどこでも安心して医療を受けることができ、それが現在の長寿社会の実現、健康寿命の延伸に大きく寄与している。この制度が私たちの生活に深く浸透したがために、そのありがたみを実感しにくくなっているが、これは決して当たり前のことではない。国民皆保険制度を実現し、それを支え、守っていくために、これまでの国や医療提供者など関係者の努力もさることながら、貴重な保険料や税など多額の国民負担が投じられていることを忘れてはならない。

また、この間、人口の高齢化に加え、医療の高度化などにより、医療費全体が増加してきた。とくに、高齢者の医療費の増加が顕著であり、これを支える現役世代の負担があまりにも重く、今後さらに増加していくことが確実である。このままでは、国民皆保険制度を持続させていくことができなくなってしまう。

私たち健保組合は、自らの加入者のためだけでなく、国民皆保険制度をも支え、守ってきた。これから先、将来世代のためにも、そうありたいと願っている。しかし、本当に支えられるか、守ることができるか…。今般、健保連では、団塊の世代がすべて後期高齢者になる 2025 年度までの国民医療費および健保組合の財政等に関する将来推計を行い、その課題を明らかにするとともに、将来に向けての主張をまとめることにした。

## I. 国民皆保険制度を守るために必要なこと

世界が経験したことのない少子・超高齢社会を迎えるなかで、安心の土台となる国民皆保険制度を将来世代につなげるためには、医療保険財政の安定化が最重要課題である。2025 年度に向けて、残された時間は少ない。医療費増嵩の抑制と高齢者医療費の負担構造改革を中心とした医療保険制度の抜本的改革を、これ以上先送りすることなく、断行すべきである。また、国をはじめ、皆保険制度に関係するすべての者には意識改革と従来にない努力が求められる。

《国の責務》 ●人口構造変化に対応した医療提供体制の整備、●各種の医療費適正化対策の取り組み、●将来にわたって国民が安心でき、公平性、納得性の高い医療保険制度のビジョンの提示と改革の実行等

《国民の心構え》 ●国民1人ひとりが自分自身の問題として、国民皆保険制度の大切さを理解するとともに、これを持続させるための課題を正しく認識する、●医療費に関するコスト意識、貴重な保険料を大切に使う意識をもつ、●自らの健康維持とセルフメディケーションの努力、●適切な医療機関選択と適切な受診の努力等

《保険者の務め》 ●疾病予防、健康寿命延伸に向けた保健事業や医療費適正化への積極的な取り組み、●加入者に対する適切な受診等の働きかけ、●特定健診、特定保健指導、レセプト等のデータを活用したデータヘルスの推進、●がん検診など各種健診等の推進、●地域医療構想など効率的な医療提供体制の構築に向けた取り組みへの積極的な参画等

《医療提供者の役割》 ●患者本位の良質な医療の提供、●人口構造変化に対応した医療提供体制への変革、●医療保険制度の財政状況や持続可能性、増加する国民負担を意識した効率的な医療の提供・医療の地域間格差の是正等

上記の努力を通じて、無駄のない、より効率化された医療提供体制、医療保険制度を実現していかなければならない。加えて、2025年、あるいは、それ以降、将来にわたって国民皆保険制度を守っていくためには、「高齢者＝支えられる側」ということではなく、健康で働く意欲のある高齢者には、積極的に「支える側」に加わっていただくことが重要となる。高齢になっても、社会との関係性を維持しつつ、生きがいをもって暮らしていただくことが「生涯現役社会」につながる。そのために、まずは、国民1人ひとりの意識改革や努力が必要となるが、健保組合をはじめとする医療保険者は、加入者とともに、その健康の維持・増進、健康寿命延伸を図り、健康で働くことができる高齢者が増えていこう、保険者機能を発揮して「生涯現役社会」の実現を後押しすることができる。私たちの国民皆保険制度をみんなで守っていく。いま、その覚悟が求められている。

【参 考】「2025 年度に向けた国民医療費等の推計」のポイント(健保連まとめ。別添資料参照)

1. 国民医療費は 2015 年度の 42 兆円から 2025 年度には 1.4 倍の 58 兆円に増加。このうち 6 割が 65 歳以上の医療費。とくに後期高齢者医療費は 15 兆円から 25 兆円に 1.7 倍に急増。医療費の伸びの抑制と高齢者医療費を国民全体でどのように支えるか(負担するか)が最大の課題となる。
2. 健保組合では、2015 年度から 2025 年度までの間に、法定給付費の伸びが 16%程度であるのに対して、高齢者医療のための拠出金が 38%程度も増加。2025 年度には拠出金が加入者に対する法定給付費を上回る(拠出金割合は平均 50.7%に到達)という保険制度としては異常な状況。拠出金割合が 50%以上の健保組合は、2025 年度に 870 組合(全体の 62%)にのぼる。
3. 健保組合の被保険者 1 人当たりの保険料額は、2015 年度 47.6 万円から、2025 年度には 65.7 万円に約 18 万円(38%)も増加する。
4. 被用者保険全体の保険料率は 12%程度に上昇。可処分所得の減少にともなう個人消費への影響や法定福利費増にともなう企業活動への影響等が懸念される。

## Ⅱ. 健保組合・健保連の制度改革に向けた基本的な考え方

1. 将来にわたり、社会保険方式を維持すべきである。ただし、高齢者、現役世代ともに、税・保険料・自己負担のバランスおよび給付と負担のバランスのとれた、公平性、納得性が高い適切な組み合わせにしていくことが重要である。
2. 現役世代の制度については、職域は健保組合、協会けんぽ等が、地域は国民健康保険が担い、それぞれの加入者の特性やニーズに応じた保険者機能を発揮する現行の制度体系を維持すべきである。そのなかでも、自らの保険料収入をもとに、きめ細かな保健事業を展開し、加入者の健康寿命延伸に貢献できる健保組合の役割はとくに重要である。
3. 後期高齢者医療制度(\*1)については、引き続き、後期高齢者の保険料、公費、現役世代の負担で支える制度を維持すべきである。ただし、後期高齢者の給付と負担のアンバランスを是正していくことが重要である。  
\*1)75歳以上を対象とする独立した制度。患者負担原則1割のほか、後期高齢者の保険料11%、現役世代の支援金42%、公費47%で賄う。
4. 前期高齢者の財政調整(\*2)については、保険集団のなかで給付と負担の均衡が図られるべき保険制度の基本的な考え方に反するものであるが、高齢者の偏在を勘案すれば、一定程度はやむを得ないものとする。ただし、負担する側の納得性を十分に担保することが必須である。現行の前期高齢者納付金のしくみはあまりに過剰な調整と言わざるを得ず、不合理な調整方法の見直し等により、必要最小限の調整にとどめるよう改めるべきである。そのうえで、2025年度に向けて、高齢化の進展や高齢者の就労状況、医療保険制度の加入状況等を踏まえ、そのあり方を改めて検討すべきである。  
\*2)国民健康保険に偏在する前期高齢者(65~74歳)の費用の一定部分を前期高齢者の加入者が少ない被用者保険が実質的に負担する。
5. 制度の持続可能性を高めるためには、医療費全体の適正化対策が不可欠である。なかでも、高齢者の医療費の適正化は、それを支える国民全体の負担軽減にもつながり、きわめて重要であり、超高齢社会に対応した適正化対策、制度改革を実施すべきである。
6. 国民健康保険には、多額の公費や被用者保険の負担による交付金が投入されている。国保の財政運営の都道府県単位への移行を機に、これまで以上に保険者機能を発揮するとともに、財政運営の適正化と被用者保険側の納得性を高めるよう制度改革を推進すべきである。

### Ⅲ. 課題と具体的な主張の骨格

#### 1. 高齢者医療費の負担構造の改革

##### ① 現役世代の負担に一定の歯止めを設ける

一定の負担増はやむを得ないとしても、現役世代に過度に依存する制度では、持続可能性を確保できず、個人消費や企業投資など経済にも悪影響を及ぼす。公平性、現役世代の納得性を高める努力も必要。

- (1) 拠出金負担割合に 50% の上限を設定し、上限を超える部分は全額国庫負担とすべき  
(各保険者の拠出金が加入者の医療給付費を超えないようにする)
- (2) 後期高齢者医療費の公費負担は 50% を確保すべき(現行は 47%)
- (3) 前期高齢者納付金は前期高齢者の費用だけに充てることとするなど、必要最小限の調整にとどめるべき  
(現行は一部が国保の現役世代に使われている)

##### ② 高齢者にも応分の負担

高齢者に対する給付と高齢者の負担のアンバランスを是正すべき。高齢者に応分の負担をしていただくことが必要。

- (1) 後期高齢者の患者負担を段階的に 2 割とすべき
- (2) 公的年金等控除等の年金課税のあり方を見直すべき

### ③ 必要な税財源の確保

- (1) 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
- (2) 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
- (3) 社会保障・税一体改革で決められている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すべき

### 2. 医療費の伸びを抑制する

あらゆる方策を通じて、医療費全体の伸びを抑制することが不可欠。

- (1) 医療機能の分化・連携を推進すべき
- (2) 医療の地域間格差を是正すべき
- (3) 終末期医療のあり方を見直すべき
- (4) 薬剤費の伸びを抑制すべき
- (5) 保険給付範囲を見直すべき
- (6) 診療報酬体系を見直すべき
- (7) その他適正化の推進について(療養費等)
- (8) 保健事業の推進について

### 3. 健康な高齢者＝「支える側」を増やす

政府が提唱する「働き方改革」等を通じて、働く意欲のある高齢者には、年齢にかかわらず元気に働き、「支えられる側」ではなく、「支える側」に加わっていただくことが重要。そのために、医療保険者は、加入者の健康を維持・増進し、健康寿命延伸に努め、健康で働くことができる高齢者が増えていくよう後押しすることが求められる。

- (1) 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
- (2) 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

### 4. その他

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。

- (1) 任意継続被保険者の見直し
- (2) 資格喪失後給付の見直し



健康保険。みらいのために、今、変えよう。

あしたの健保プロジェクト

# 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)

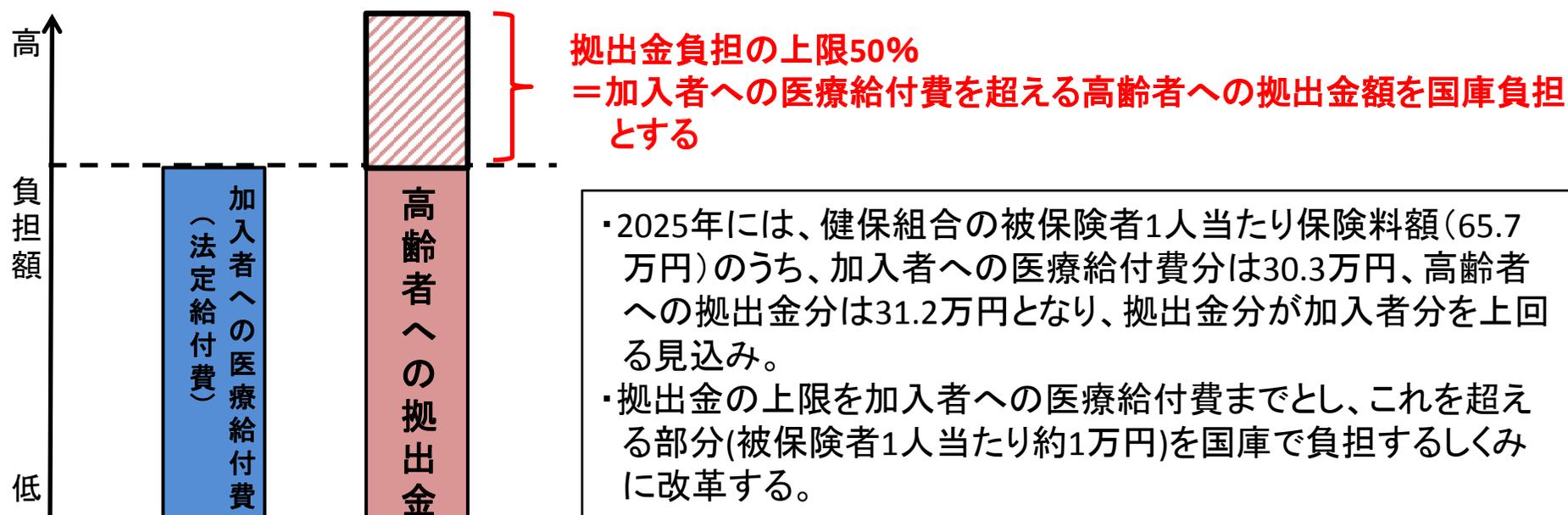
## 主張1—①—(1)

拠出金負担割合に50%の上限を設定し、  
上限を超える部分は全額国庫負担とすべき

- 加入者に使う医療給付費よりも高齢者医療への拠出金が上回る状況は、保険原理からみて納得が得られない。加入者、事業主の納得、理解を得るためにも、各保険者の拠出金負担に50%の上限を設定し、上限を超える部分は全国民で公平に負担することが必要。（拠出金が加入者への医療給付費を超えないようにする）
- 特に報酬水準が平均以下の保険者に関しては拠出金負担割合の上限を48%とし、上限超過部分は全額国庫負担とすべき。
- 現行の「負担調整」と「特別負担調整」のしくみを拡充することで、拠出金の上限設定をスムーズに実現すべき。

# 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

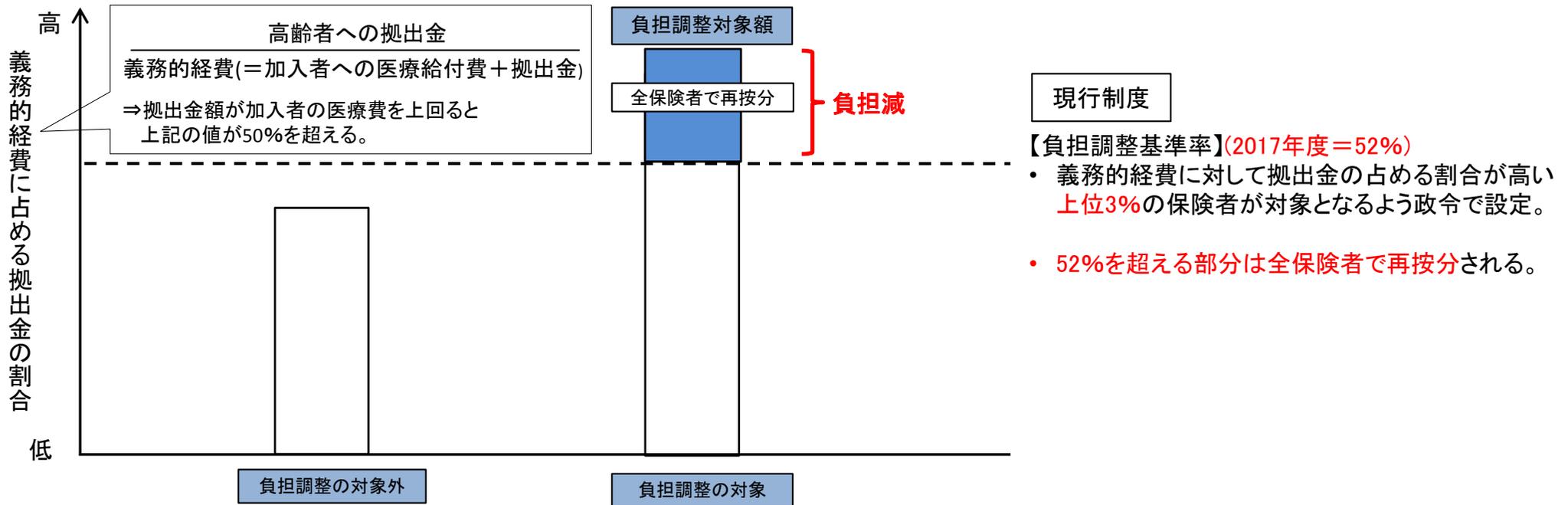
2025年度には、健保組合の高齢者医療への拠出金割合は平均50.7%に達し、加入者への医療給付費を上回る。拠出金割合が50%以上の健保組合も870組合にのぼり、全組合の62%を占める。



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。

# 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

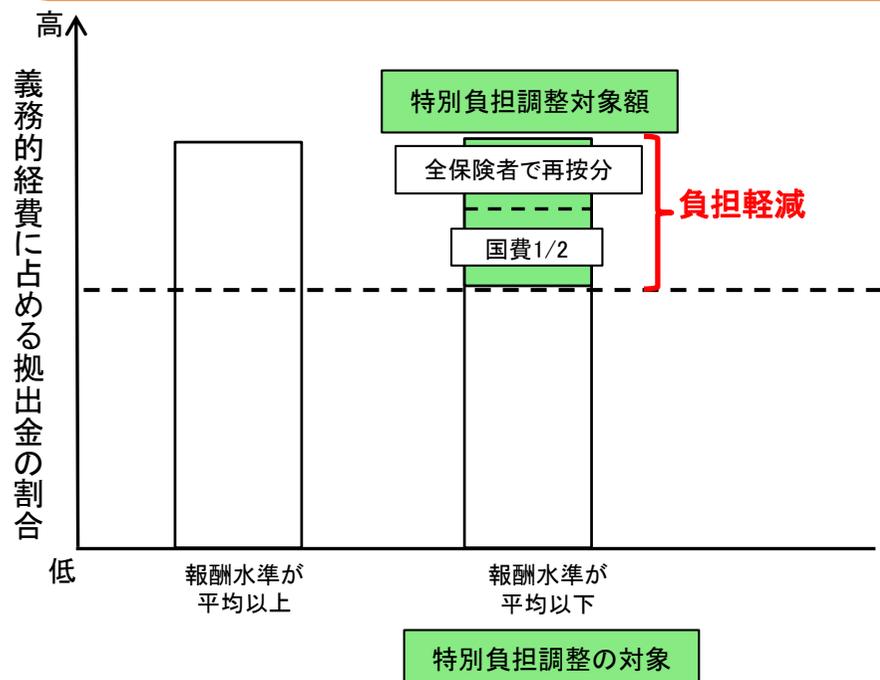
現行の「負担調整」は、拠出金負担の著しく重い保険者について、一定の上限を設けて負担を軽減するしくみ。軽減分は、全保険者で再按分され、国庫負担は入らない。また、対象は負担割合上位3%に限定されている。このしくみを拡充し、拠出金負担の上限を50%とし、これを超える保険者は全て対象にして、50%を超える部分は全額国庫負担とすべき。



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

# 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

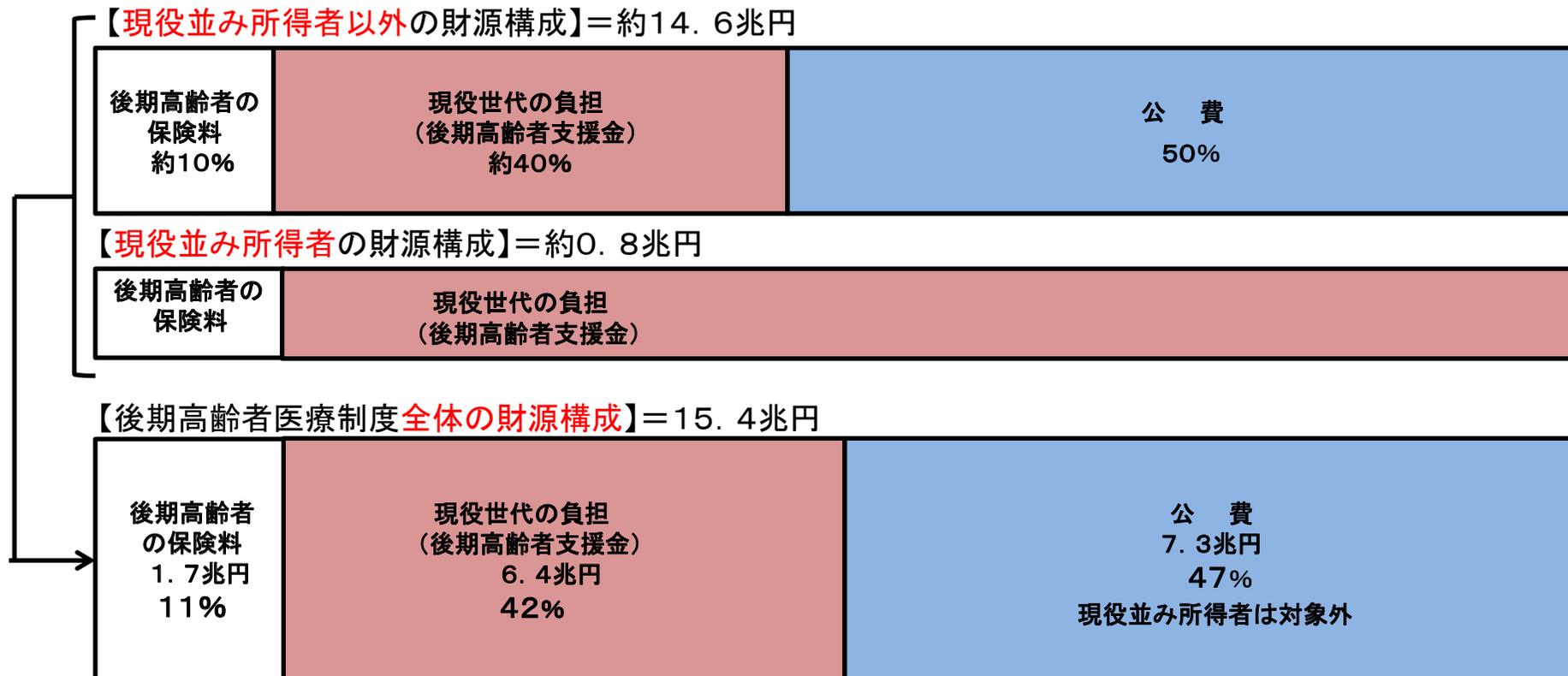
- 現行制度では、後期高齢者のうち、現役並み所得者(世帯収入520万円以上等)は公費負担対象外となっている。そのため公費負担は47%にとどまり、その分は現役世代の負担で賄われている。
- 現役並み所得者も公費負担の対象とすることが必要。

# 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)



## 主張1－①－(3)

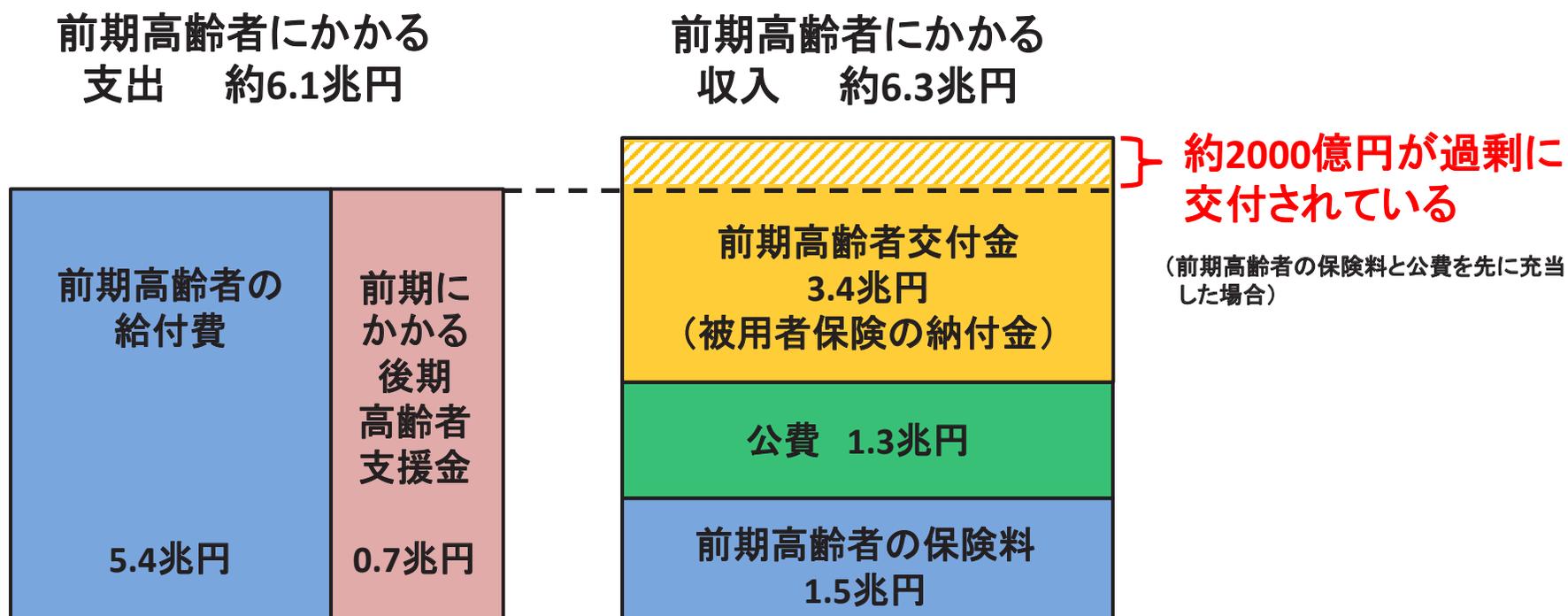
### 前期高齢者納付金は 前期高齢者の費用だけに充てることとするなど、 必要最小限の調整にとどめるべき

- 被用者保険の前期高齢者納付金のうち、約2000億円が国保の64歳以下にも使われている。
- 2018年4月の国保の都道府県化のタイミングに合わせて、国保の前期高齢者の会計を区分する等の方策により、前期高齢者納付金を国保の前期高齢者のみに使用することを明らかにしていくべき。
- 国保の前期高齢者の会計は、前期高齢者の保険料と公費負担を先に充当し、必要額の残額を前期高齢者納付金として請求する方式とすべき。

# 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



(H26.5.28医療保険部会資料をもとに健保連で作成)

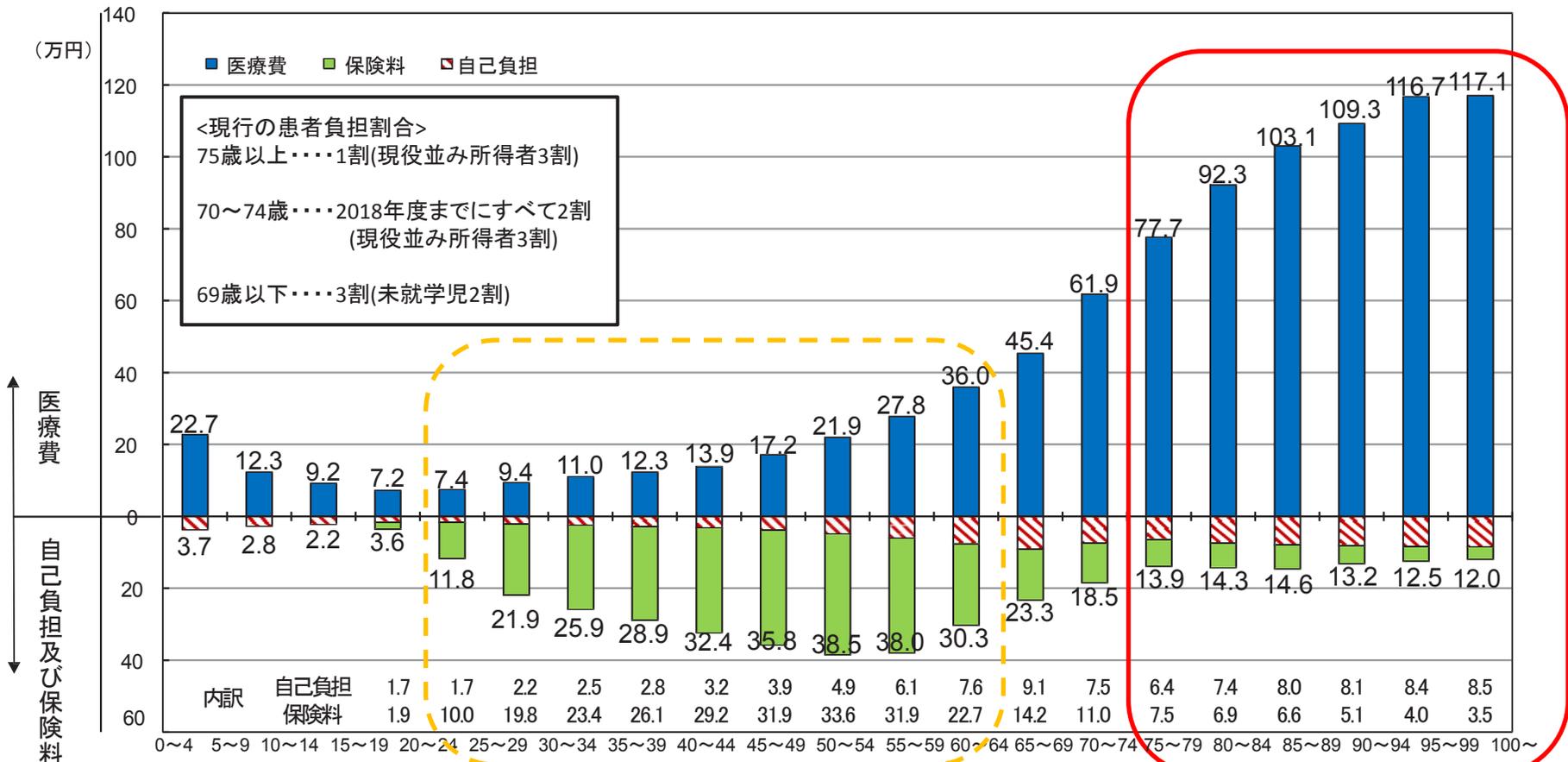
## 主張1－②－(1)

### 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。

# 後期高齢者の患者負担を段階的に2割とすべき

現役世代(20~64歳)の1人当たり医療費は17.8万円、負担(保険料+自己負担)は29.8万円。一方、75歳以上は、1人当たり医療費90.6万円に対し、負担は14.1万円で、負担が極端に軽い。



「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26年度実績に基づく推計値)」をもとに健保連で作成

- (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、その年齢階級別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。

## 主張1－③－(1)、(2)、(3)

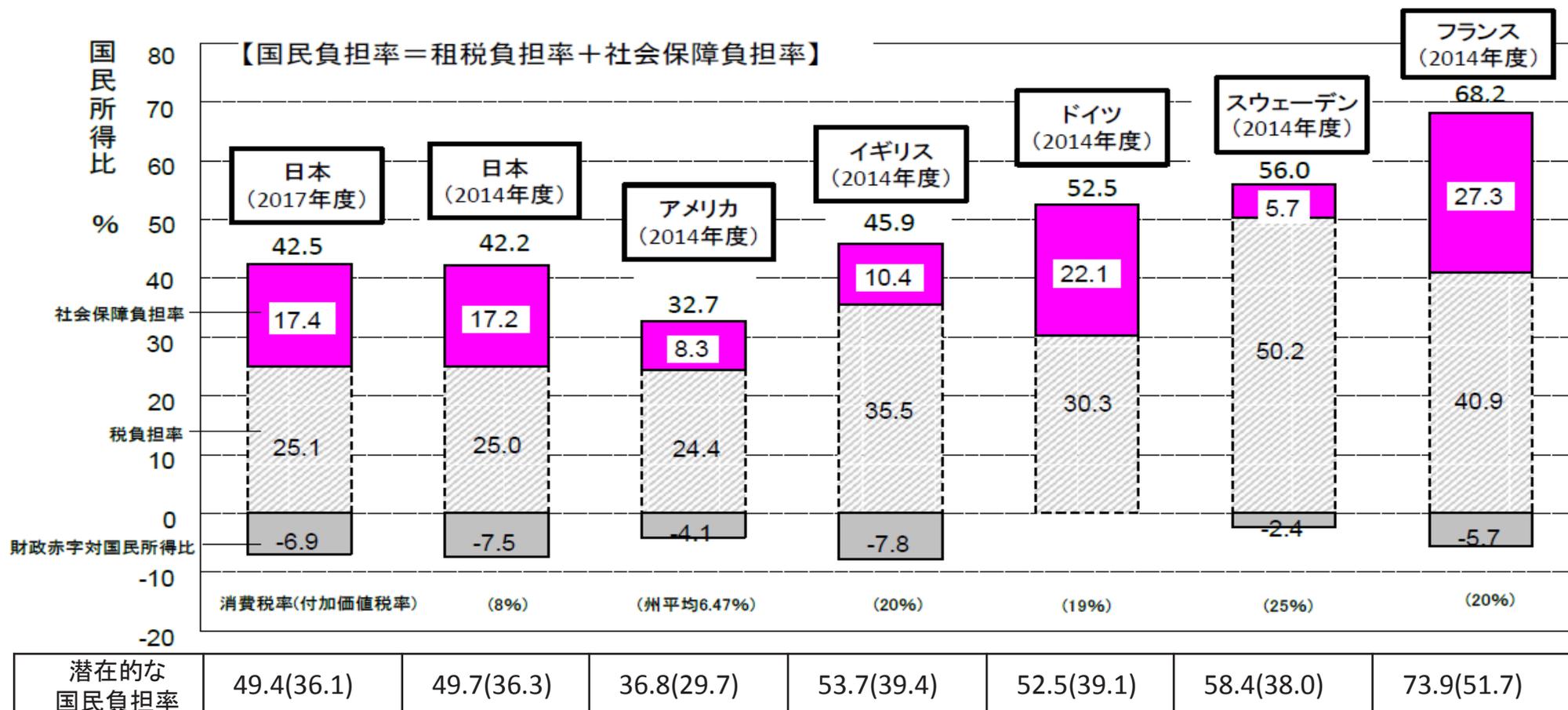
国民が安心できる持続可能な医療保険制度  
に向けたビジョンを示すべき

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直しを示すべき

- 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。

# 持続可能な医療保険制度に向けたビジョンを示すべき

2017年度の日本の国民負担率は42.5%で、先進国の中で米国に次いで低い。  
このうち社会保障負担率は中位だが、租税負担率は低い水準にあり、税負担を高める余地がある。



【潜在的な国民負担率＝国民負担率＋財政赤字対国民所得比】

(対国民所得比: % (括弧内は対GDP比))

(注1) 日本は2017年度(平成29年度)見通し及び2014年度(平成26年度)実績。諸外国は2014年実績。

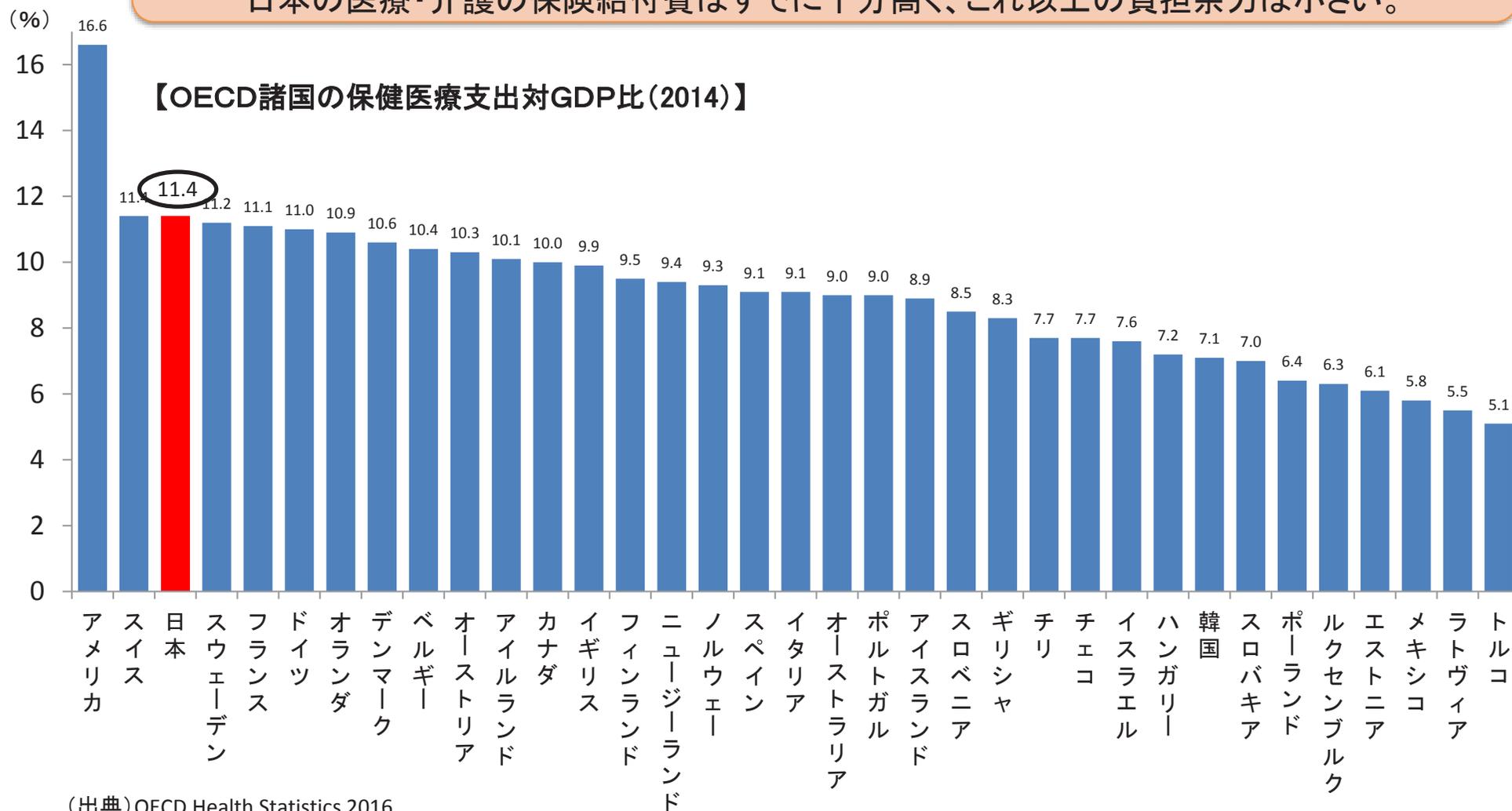
(注2) 財政赤字の国民所得比は、日本及びアメリカについては一般政府から社会保障基金を除いたベース、その他の国は一般政府ベース。

(出典) 日本: 内閣府「国民経済計算」等 諸外国: National Accounts (OECD) Revenue Statistics(OECD)

(注3) 消費税率(付加価値税率)については、健保連調べ。

# 持続可能な医療保険制度に向けたビジョンを示すべき

2014年の日本の医療・介護を含む保健医療支出対GDP比は11.4%。  
 OECD諸国中、米国、スイスに次ぐ第3位で、欧州諸国と比べても高いグループに位置している。  
 日本の医療・介護の保険給付費はすでに十分高く、これ以上の負担余力は小さい。



(出典) OECD Health Statistics 2016

(注) 保健医療支出には、医療給付費のほか、予防・公衆衛生サービス、一般用医薬品の購入、一定の介護サービスなどが含まれる。

# 消費税率引き上げや税制の見直し等により財源を確保すべき

1990年度に比べ、国の税収は同水準にもかかわらず、社会保障費支出は21兆円も増加。  
 社会保障費の増加分は主に赤字国債で賄われており、消費税率引き上げ等による税収確保が必要。

【1990年度】 ← 赤字(特例)国債発行から脱却した年度

(単位:兆円)

歳入  
66.2



歳出  
66.2



+31.3

+0.8

+0.3

+20.9

+9.2

歳出  
97.5



歳入  
97.5



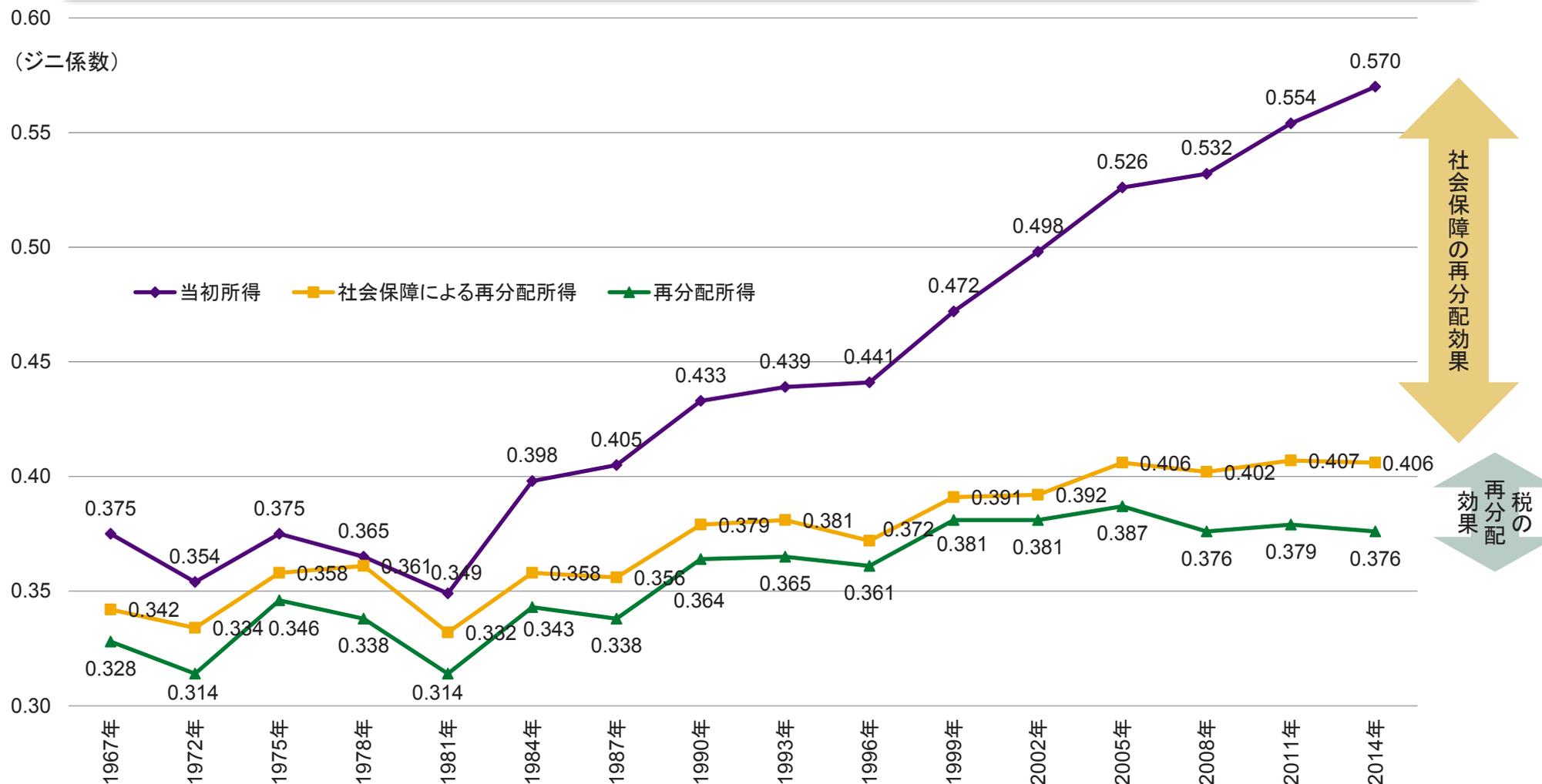
【2017年度】

(注) いずれも当初予算ベース。

(財務省資料より)

# 消費税率引き上げや税制の見直し等により財源を確保すべき

当初所得による格差が拡大する中で、社会保障(保険料)による所得再分配は年々強化されてきた。一方、税による再分配効果はほぼ横ばいで推移しており、より拡大していくことが必要。



(出所) 各年版所得再分配調査より作成

健保連「医療保険制度における「負担の公平」に関する調査研究事業 第3回検討委員会(2017.1.25)資料より

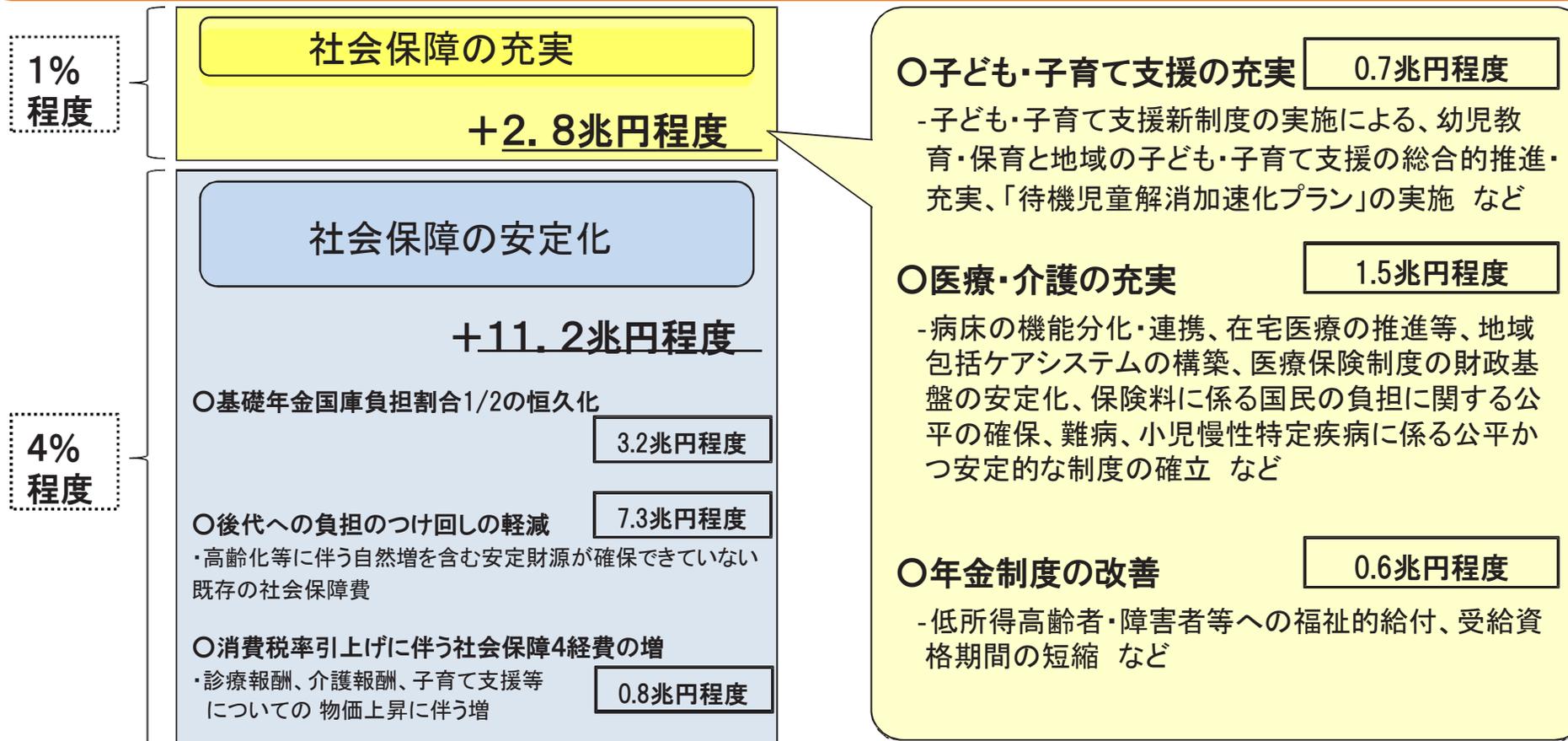
# 消費税5%引上げによる当初の配分方法を見直すべき(2014年当時の配分)

消費税率を、2014年4月より8%へ、2015年10月より10%へ段階的に引上げ。

( \* 税制抜本改革法の規定に基づき、経済状況等を総合的に勘案して、最終的に判断)

消費税収の使い途は、それまで高齢者3経費(基礎年金、老人医療、介護)となっていたが、引き上げに伴い、社会保障4経費(年金、医療、介護、子育て)に拡大。

但し、高齢者への医療給付費の公費投入は自然増を除き、拡充は予定されていない。



(注) 税制抜本改革法に沿って消費税率が2015年(平成27年)10月に10%に引き上げられ、増収分が2017年度(29年度)に満年度化した場合、5%引き上げ分の14.0兆円程度のうち、1%程度の2.8兆円程度が充実に充てられる。

## 主張2－(1)

### 医療機能の分化・連携を推進すべき

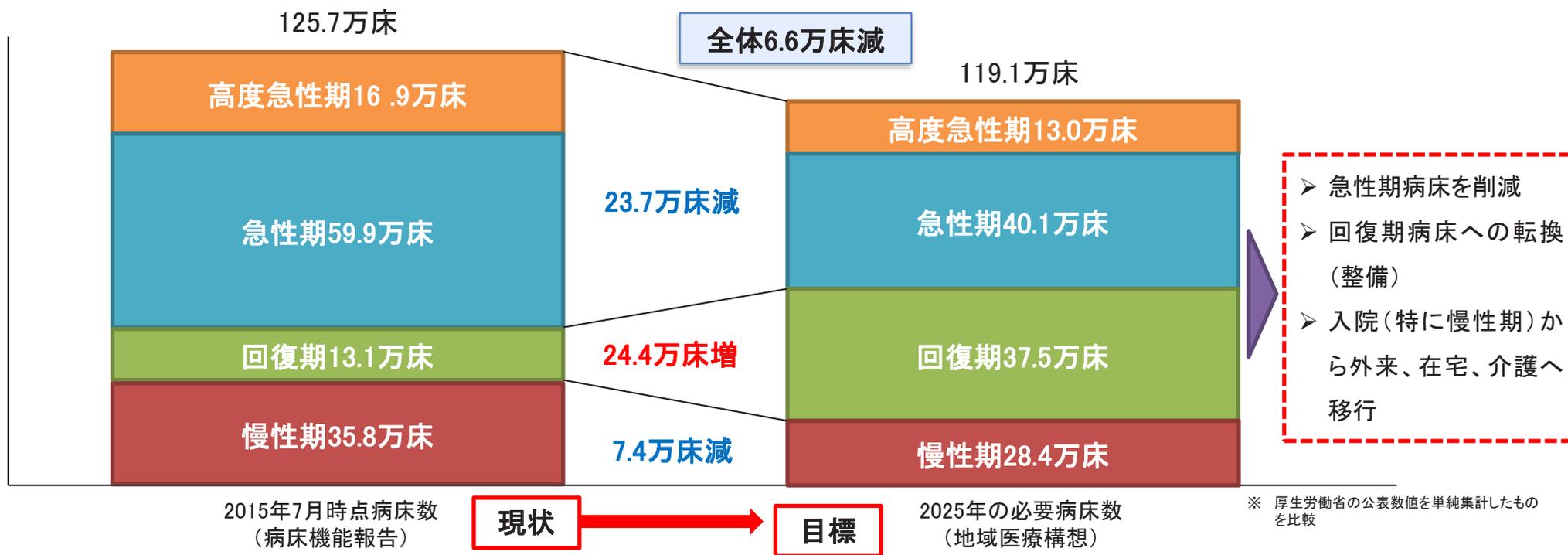
- 人口構造の変化を踏まえ、過剰な急性期病床の削減等を促進し、在宅医療・介護体制を拡充すべき。その上で、住み慣れた地域で医療・介護・生活支援サービスが包括的に提供される地域包括ケアシステムを早期に構築すべき。
- また、病院と診療所の役割を整理し、機能分化・連携することで、効率化を図ることが患者にとっても重要となる。初期に診療科横断的な診断をし、ゲートキーパー機能を担う総合診療専門医の育成を積極的に進めるべき。
- 保険者としては、加入者に適切な受診行動を啓発し、重複受診、軽症ですぐに大病院・救急病院を受診する等は是正を求めていくことが必要。
- 医療側は、限られた医療資源を活用し、最も効率的・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

# 人口構造の変化に対応した病床機能を整備すべき

地域医療構想に基づき、過剰な急性期病床の削減や在宅医療、介護体制の拡充が必要。

## 地域医療構想

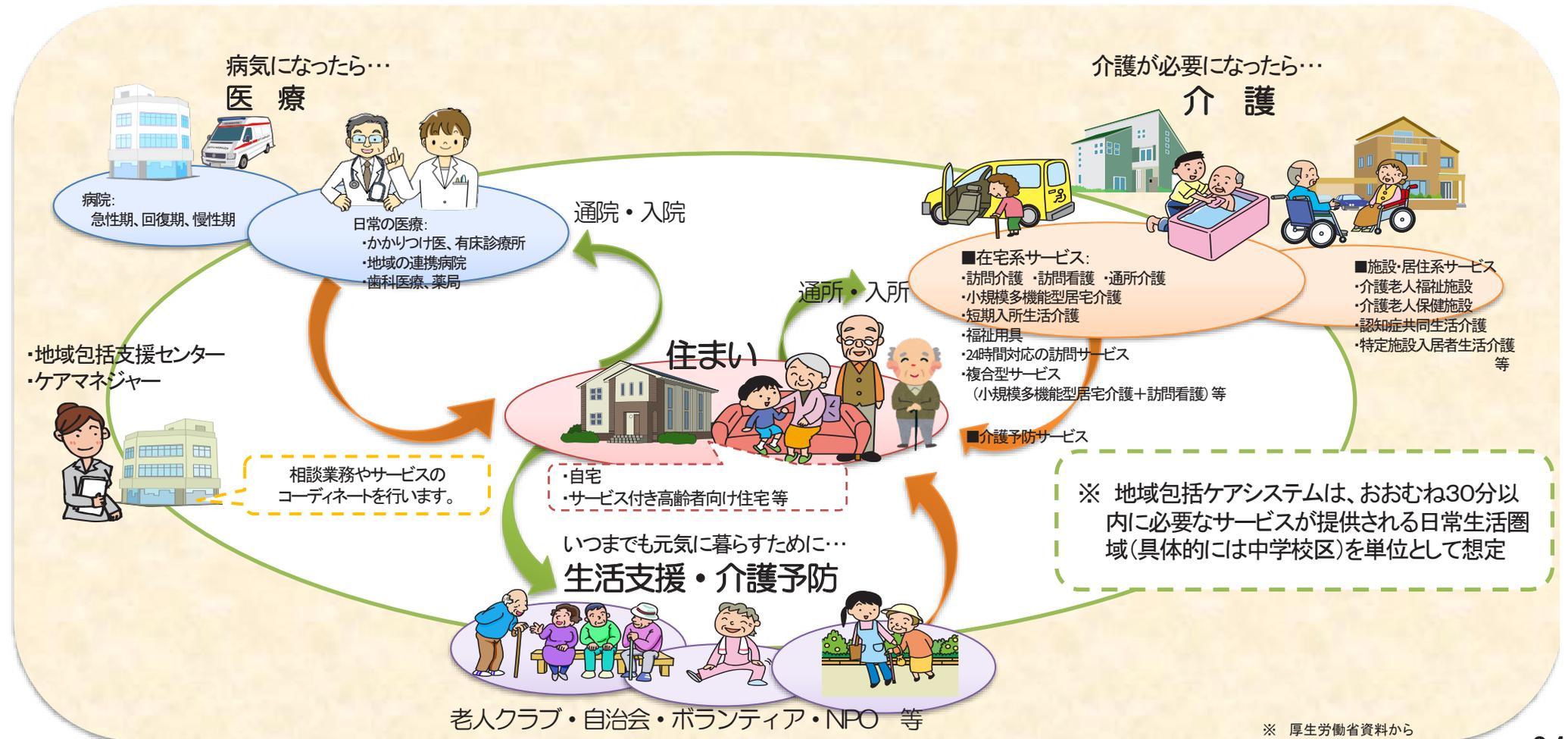
高齢化等を踏まえ、都道府県が2025年の必要病床数を目標として定めたもの



# 早期に「地域包括ケアシステム」を実現すべき

「地域包括ケアシステム」では、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の姿



※ 厚生労働省資料から

# 病院と診療所の役割を整理し、機能分化・連携することで医療の効率化を図るべき

初期に診療科横断的な診断をする総合診療専門医の育成が必要。

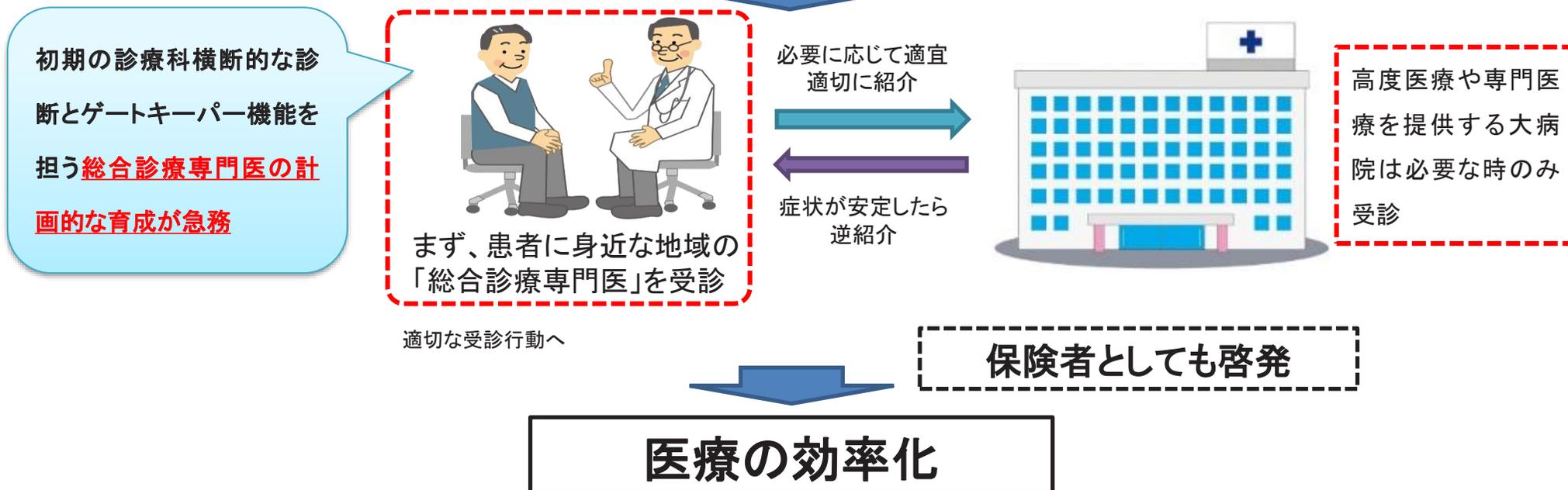
## 紹介状なし大病院受診時の定額負担の導入(28年度~)

- 大病院においては、紹介状なしで外来受診した患者の割合は約7割と高い水準
- 大病院を紹介状なしで受診した場合の定額負担(選定療養)が義務化(最低初診時5,000円、再診時2,500円)
- 紹介状なし初診患者の減少は僅か2.9%

## 診療報酬による主治医機能(26年度~)

- 主治医機能として継続的管理を評価する地域包括診療料、地域包括診療加算(診療所のみ)が創設
- 地域包括診療料は病院の4%、診療所で15%、地域包括診療加算は診療所の13%しか届出を行っていない(28年度時点)

※ データは中央社会保険医療協議会資料より



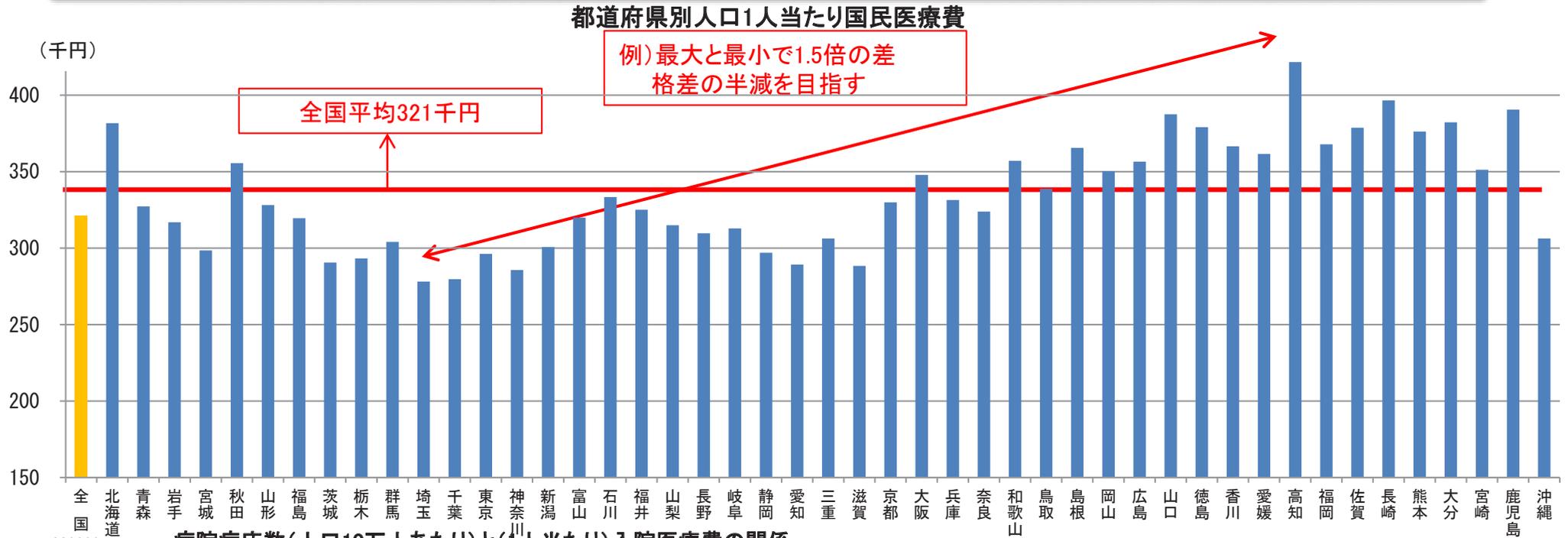
## 主張2ー(2)

### 医療の地域間格差を是正すべき

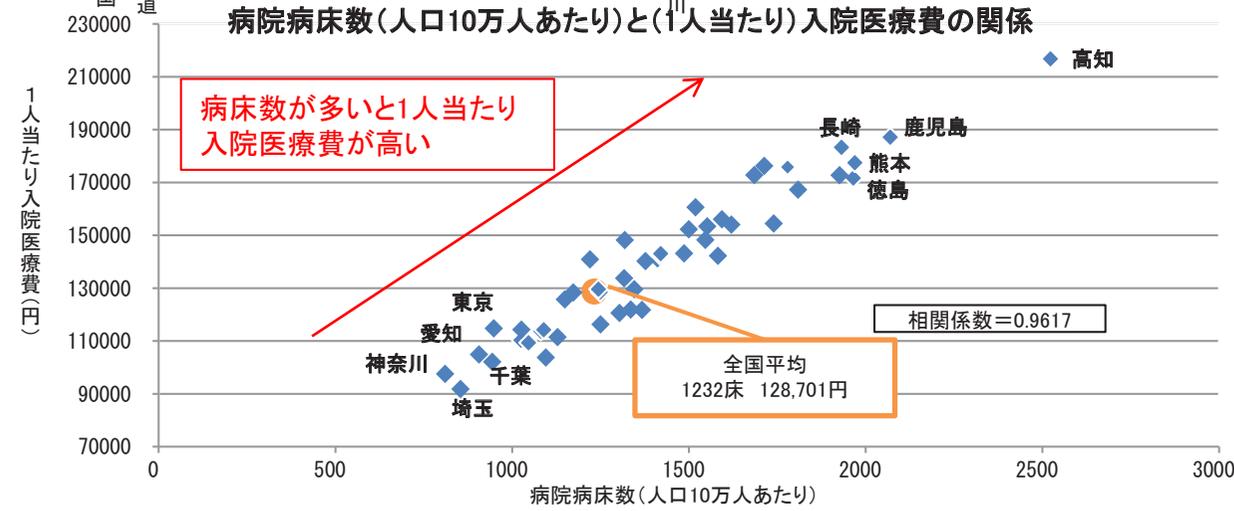
- 入院や外来医療費における地域間格差が存在している。(1人当たり)医療費の高い地域は是正すべきで、少なくとも地域間格差を半減する施策が必要。
- 地域ごとの病床数、入院日数、医療費等の適正化に向けて、情報公開やデータ分析による見える化を進め、患者にとって最適な医療を受けられるためにも、都道府県の地域医療構想(医療計画)等において格差是正の施策を設定、実行すべき。

# 地域医療構想等で地域間格差を半減させる施策を実行すべき

医療費の地域間格差が最大で1.5倍ある。病床数が多いほど入院医療費が高い傾向がある。



※平成26年度国民医療費の概況から作成



病床数、入院日数、医療費等の地域間格差の分析・見える化をさらに進める

※ 厚生労働省、総務省資料を基に作成

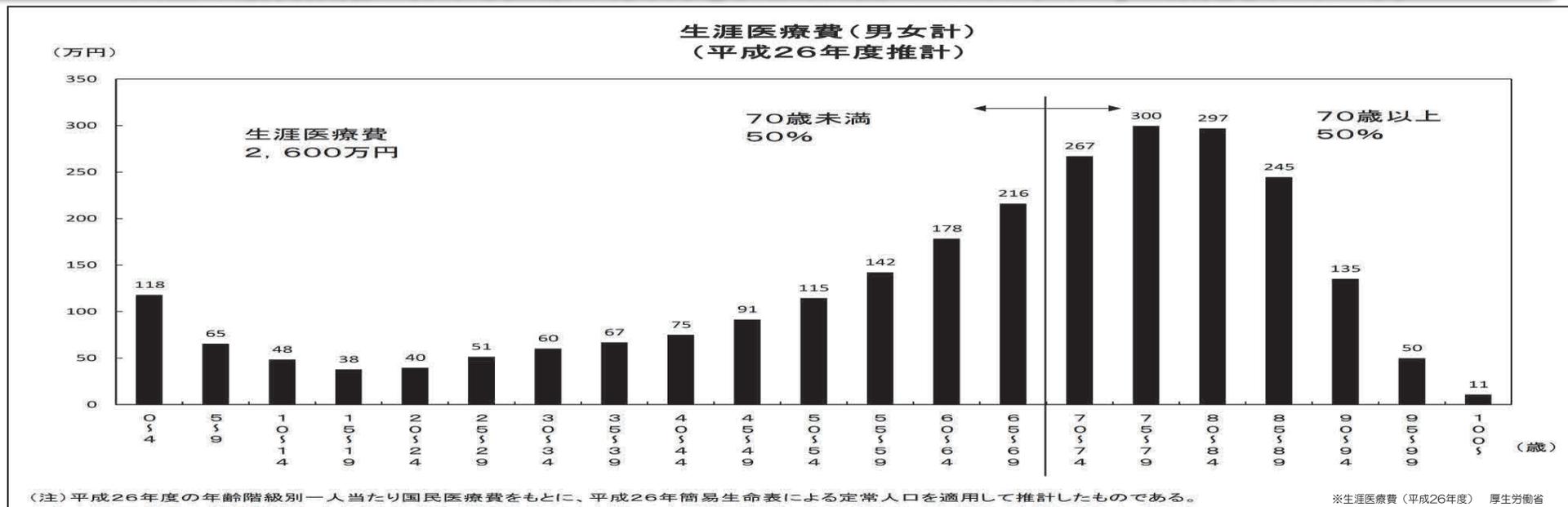
## 主張2－(3)

### 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。

# 患者の意思決定を基本とし、事前に十分に合意形成できる体制を構築すべき

生涯で必要となる平均医療費の半分を70歳以上で使用している。  
 人生の最終段階における医療のあり方をまとめた国の「ガイドライン」が策定されている。



(参考)1年間にかかる終末期医療費 (1)×(2)＝約9,000億円(推計)

【平成14年度ベース:国民医療費約31兆円。うち70歳以上の医療費は約12兆円】

※1年間の死亡者数について死亡前1ヶ月間にかかった医療費を年間の終末期医療費とした場合、  
 1年間の死亡者数(平成14年):98万人  
 うち、医療機関での死亡者数:80万人…(1)  
 死亡前1ヶ月の平均医療費:112万円…(2)

※医療保険部会資料より(医療経済研究機構「終末期におけるケアに係わる制度及び政策に関する研究」等を基に厚生労働省保険局調査課において推計)

## 「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」(厚生労働省 平成27年3月改訂)抜粋

- 人生の最終段階における医療及びケアの在り方  
 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療を進めることが最も重要な原則である。
- 人生の最終段階における医療及びケアの方針の決定手続  
 (患者の意思が確認できる場合)治療方針の決定に際し、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その合意内容を文書にまとめておくものとする。

# 患者の事前の意思表示や在宅、介護施設で看取りができる体制を構築すべき

人生の最終段階における医療に対する事前の意思表示がほとんど行われていない。  
在宅で看取りを行う体制が整備されていない。

国民の約70%が意思表示の書面作成に賛成しているのに対し、実際に作成したのは約3%。

【人生の最終段階における医療に関する意識調査(平成25年) 厚生労働省】

図1-1-2 意思表示の書面を作成しておくことについて



図1-1-3 意思表示の書面の作成状況



リビング・ウィルを推進すべき

【リビング・ウィル: 生前の意思表示】

生命維持装置の使用拒否等、自分の終末期医療に関して、判断力のあるうちに書面で意思表示しておく指示書

在宅での「看取り」を行う病院・診療所は全体の約5%。また、自宅での死亡割合は13%。

【第1回中医協・医療と介護の連携に関する意見交換 資料】

在宅での看取りを行う病院・診療所は、増加傾向にはあるものの、依然として全体の約5%にとどまっている。(平成26年時点)

病院	診療所
476	4,312

【死亡の場所別にみた死亡構成割合(%)】

医療機関	介護施設	自宅	その他
76.6	8.6	12.7	2.1

※人口動態統計(平成27年) 厚生労働省

## 主張2－(4)

### 薬剤費の伸びを抑制すべき

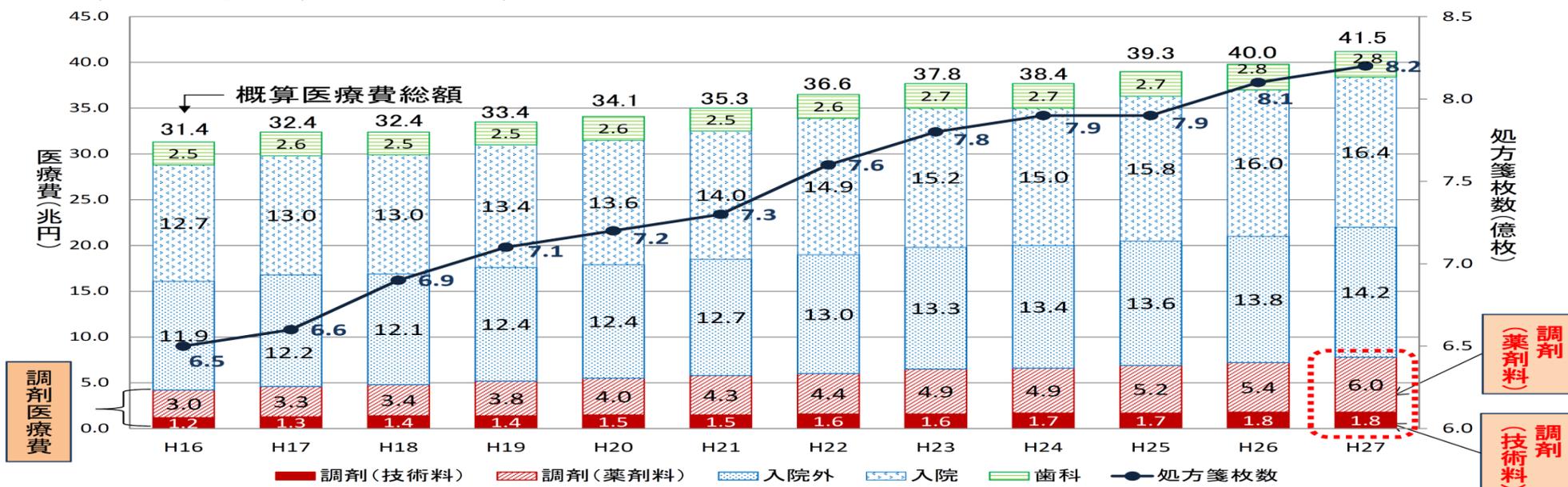
- 薬価制度については、政府が基本方針に示した検討項目に沿って適正化の方向で見直すべき。
- 薬局・薬剤師が本来果たすべき機能を十分果たしているとは言い難い。服薬指導管理、処方変更、分割調剤(リフィル処方)など、機能を発揮する体制づくりを構築すべき。特に、高齢者における多剤処方、重複投薬、残薬等の適正化に向けた体制を強化すべき。
- 後発医薬品については、患者、医療機関、薬局、保険者が理解を深め、それぞれの役割を果たしながら、更なる使用促進を図るべき。

# 薬価制度について、政府が示した検討項目に沿って適正化すべき

薬剤費が増加し、医療費全体を押し上げている。

## <医療費に占める薬剤費の割合と薬剤費の伸び>

※中央社会保険医療協議会(平成29年3月29日)資料より抜粋



## <薬価制度見直しに向けた主な内容>

※政府の基本方針を踏まえ、中央社会保険医療協議会で挙げられた具体的な見直し検討項目

### ○効能追加等に伴う市場拡大への対応

⇒高額医薬品の市場が当初予測(薬価収載時)から大きく拡大した際の速やかな価格引き下げへの対応

### ○新薬収載時の薬価算定方式の見直し

⇒新薬の薬価算定方法の正確性・透明性の確保

### ○毎年の薬価改定の実施 (※通常は2年に1度)

⇒実勢価格と乖離した(公定)薬価の迅速な価格の見直し

### ○長期収載品(特許切れ先発医薬品)・後発医薬品の薬価の見直し

⇒新薬の特許期間終了後の、市場での速やかな後発医薬品への置き換えに資する対応

一等

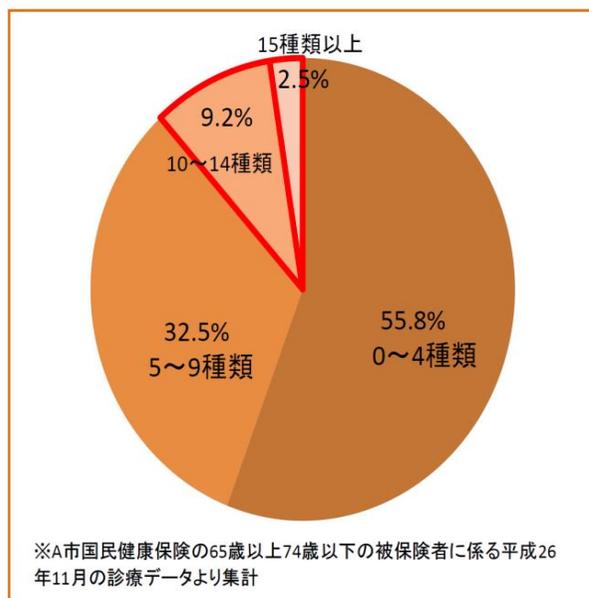
# 薬局・薬剤師が本来果たすべき機能を発揮する体制作りを推進すべき

医薬品の処方について、前期高齢者は10剤以上が約12%、後期高齢者は約27%となっている。患者の50%以上に残薬の経験がある。また、処方剤数の多さで残薬は増加する傾向にある。

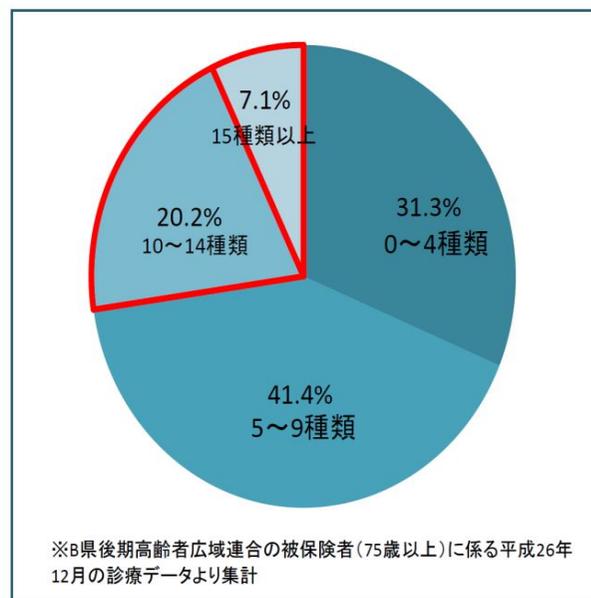
## <高齢者における医薬品の処方・服用に係る諸課題>

### 高齢者の多剤処方の状況

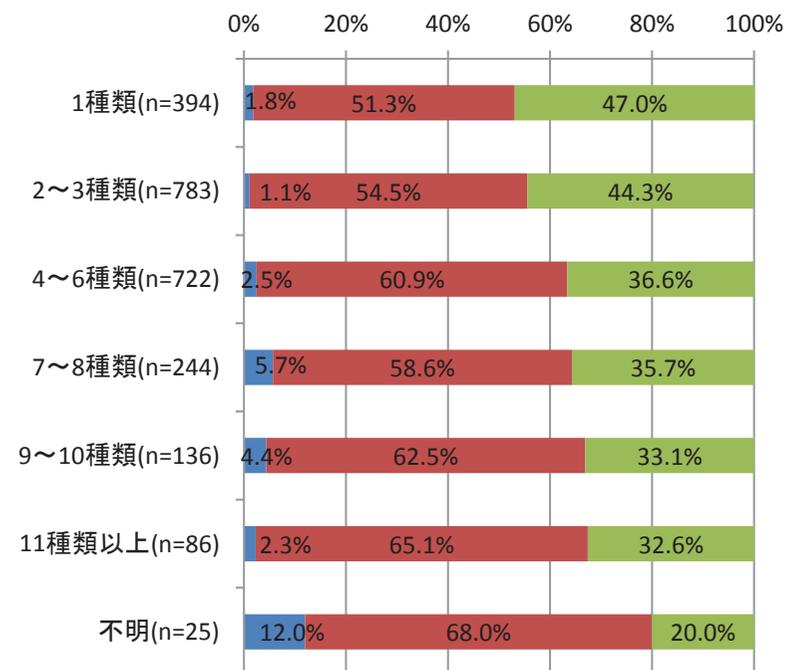
【前期高齢者の場合】



【後期高齢者の場合】



### 患者の残薬の状況

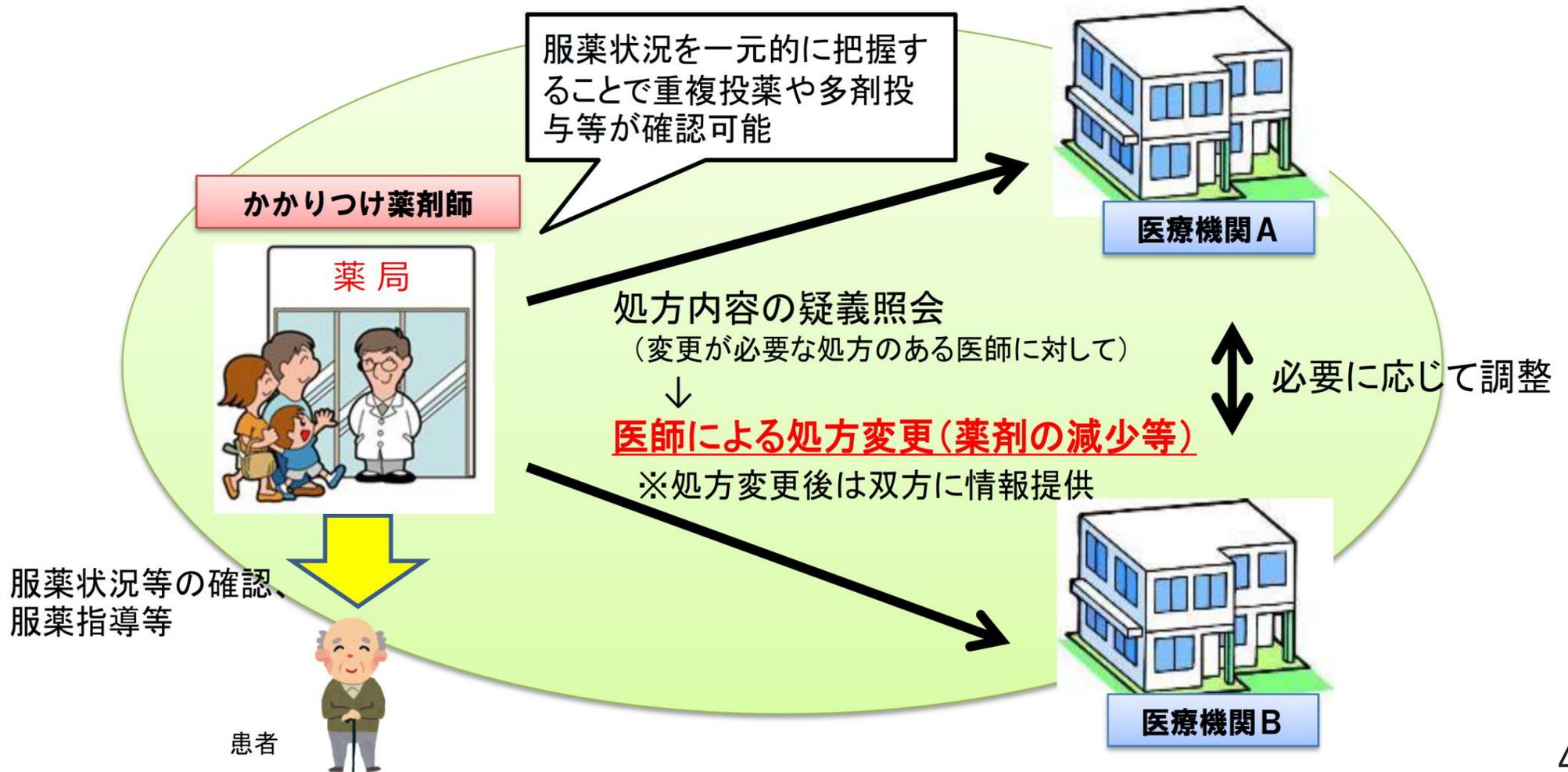


※いずれも中央社会保険医療協議会(平成27年11月6日)資料より抜粋(一部編集)

■ 大量に余ったことがある ■ 余ったことがある ■ 余ったことはない

# ＜薬剤師に求められる主な役割＞

服用歴や現在服用中の全ての薬剤に関する情報等を一元的・継続的に把握し、複数診療科を受診した場合でも多剤・重複投薬等や相互作用が防止される。かかりつけ薬剤師からの丁寧な説明により薬への理解が深まり、飲み忘れ、飲み残しが防止され、これにより、残薬が解消される。 ※厚生労働省「患者のための薬局ビジョン」より一部抜粋



## 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。

## 軽症疾患用の医薬品について、保険給付範囲からの除外や償還率を変更すべき

政府が改革工程表の中で市販品類似薬に係る保険給付を検討項目に挙げている。  
海外では医薬品の保険償還率に段階を設定している例がある。

### 【経済・財政再生計画 改革工程表 2016改定版】

- 市販品類似薬に係る保険給付について見直しを検討(2018年度(平成30年度)までに検討・措置)
- セルフメディケーションの推進(～2020年度(平成32年度)まで)

### 【フランスにおける医薬品の保険償還の状況(例)】

SMR評価	保険償還率	対象医薬品の主な例
Important(重要)	100%	抗腫瘍薬、免疫抑制剤、HIV用抗ウイルス薬等
	65%	精神神経用剤、抗てんかん剤、高脂血症治療薬、不整脈治療薬、血圧降下剤等
Modéré(中程度)	30%	抗ヒスタミン剤、その他アレルギー用薬等
Faible(軽度)	15%	胃潰瘍治療薬、催眠鎮静剤、耳鼻科用薬等
Insuffisant(不十分)	0%(保険償還対象外)	去たん剤、外皮用消炎鎮痛剤等

※[1] Haute Autorité de Santé (2014) Pricing & Reimbursement of drugs and HTA policies in France, March 2014.[2] フランス公的医薬品データベース参照。



海外の制度も参考に、まず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。

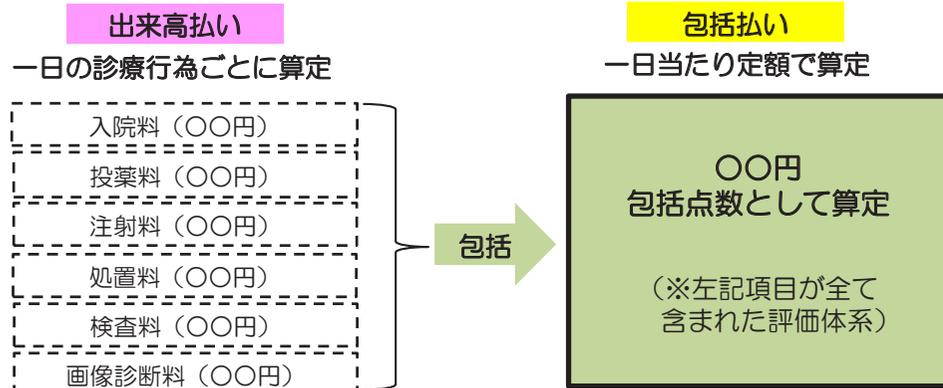
# 診療報酬は、患者にわかりやすく簡素化・合理化する方向で見直すべき

現行の出来高払い方式中心の診療報酬体系から、包括払い方式の拡大が進められている。

## <現行の診療報酬の包括化>

### 【入院の場合】

入院では、現行でも一般病院の2割程度が包括払い制度を導入



### 【外来の場合】

現行、包括化されているのは一部の内容のみ

例1. 200床以上の病院で再診を行ったケース

包括払い点数	
外来診療料 730円	一部の検査料 一部の処置料 などを含む

例2. 高血圧症、糖尿病などの患者でかかりつけ医からの継続的な医学管理が行われた場合

包括払い点数	
地域包括診療料 15,030円	再診料 検査料 画像診断料 処置料 などを含む
※ただし高額な診療内容は別途算定	

### 【DPC対象病院数の推移】(DPC: 入院医療における診療報酬包括支払制度)

年度	全一般病院数 ①	DPC対象病院数 ②	DPC算定病床数	全一般病院数に占める DPC対象病院数の割合 (②/①)
平成15年度	8,047	82	66,497	1.0%
平成20年度	7,714	713	286,088	9.2%
平成26年度	7,426	1,585	492,206	21.3%
平成28年度	7,408 (※H28年1月時点)	1,667 (※H28年4月時点)	495,227 (※H28年4月時点)	22.5%

増加傾向

## 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。

# 療養費について、保険給付の範囲や制度の見直しについて検討すべき

療養費の中ではり・きゆう、マッサージの伸び率が大きい。  
不正請求等が横行している実態がある。

## 柔道整復、はり・きゆう、マッサージに係る療養費の推移(推計)

(金額：億円)

区分	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
国民医療費	348,084	360,067	374,202	385,850	392,117	400,610	408,071
対前年度伸び率	2.0%	3.4%	3.9%	3.1%	1.6%	2.2%	1.9%
柔道整復	3,933	4,023	4,068	4,085	3,985	3,855	3,825
対前年度伸び率	2.7%	2.3%	1.1%	0.4%	-2.5%	-3.2%	-0.8%
はり・きゆう	267	293	315	352	358	365	380
対前年度伸び率	8.1%	9.7%	7.5%	11.8%	1.8%	1.8%	4.3%
マッサージ	374	459	516	560	610	637	670
対前年度伸び率	10.3%	22.7%	12.4%	8.5%	9.0%	4.5%	5.2%

※第9回社保審医療保険部会 柔整療養費検討専門委員会資料

## ○後期高齢者に係るあはき療養費の不正請求等の状況

- 後期高齢者医療制度の発足時(平成20年4月)からこれまで(平成28年11月)の不正請求等の件数は、全体で約5万5千件であり、不正請求等の金額は約9億5千万円となっている。

### 制度発足時からの不正請求等の状況(全体)

(平成28年11月8日現在)

不正請求等を行った(延べ)事業者数	不正請求等による返還請求の対象とした支給申請書の(延べ)件数	不正請求等による返還請求金額
271事業者	54,561件 (約5万5千件)	948,732,492円 (約9億5千万円)

※第10回社保審医療保険部会 あはき療養費検討専門委員会資料

## ○柔道整復療養費に関し、平成27年11月に反社会勢力が関与した、約1億2千万円に及ぶ詐取事件が発生

※第4回社保審医療保険部会 柔整療養費検討専門委員会資料

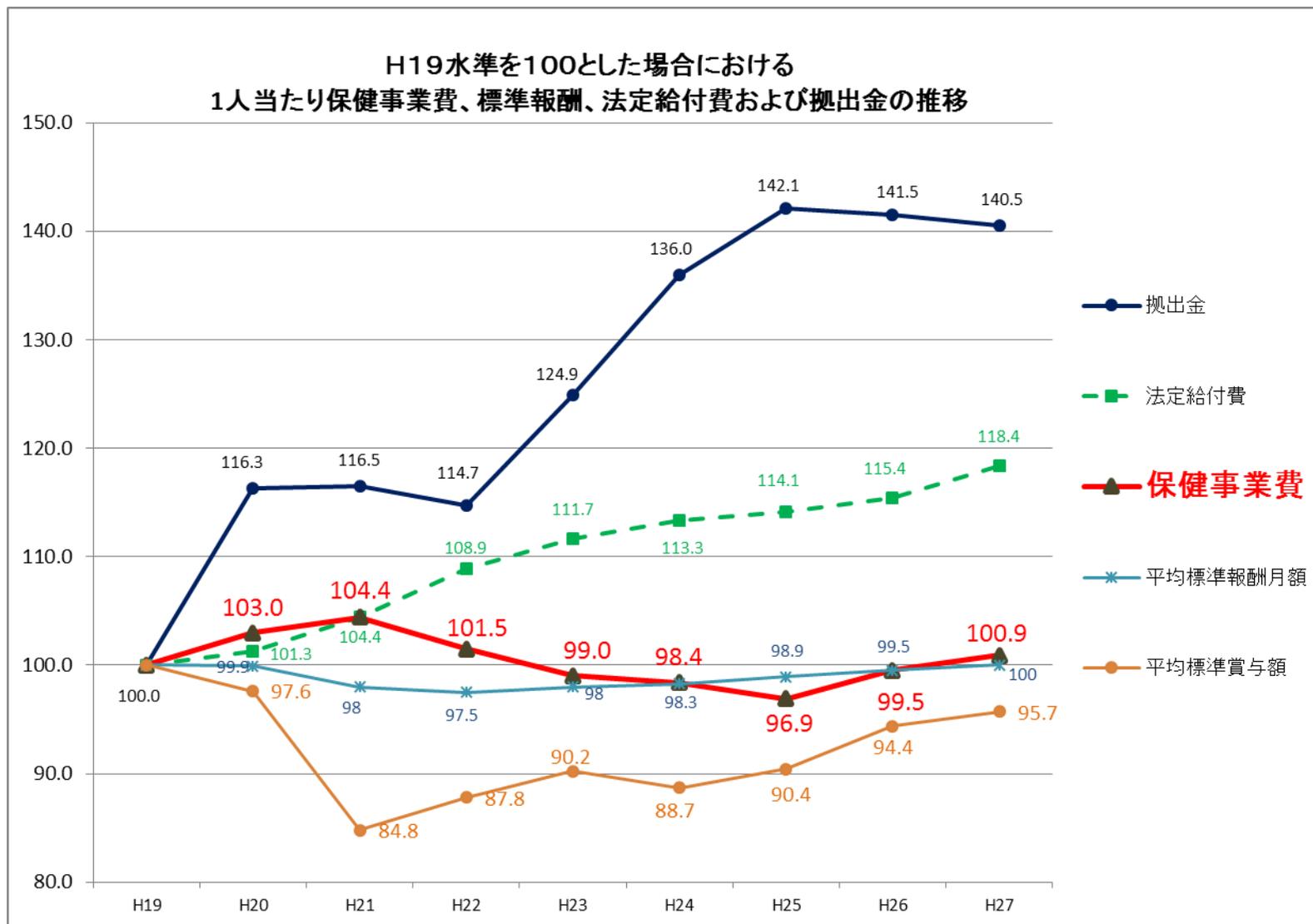
## 主張2－(8)

### 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。

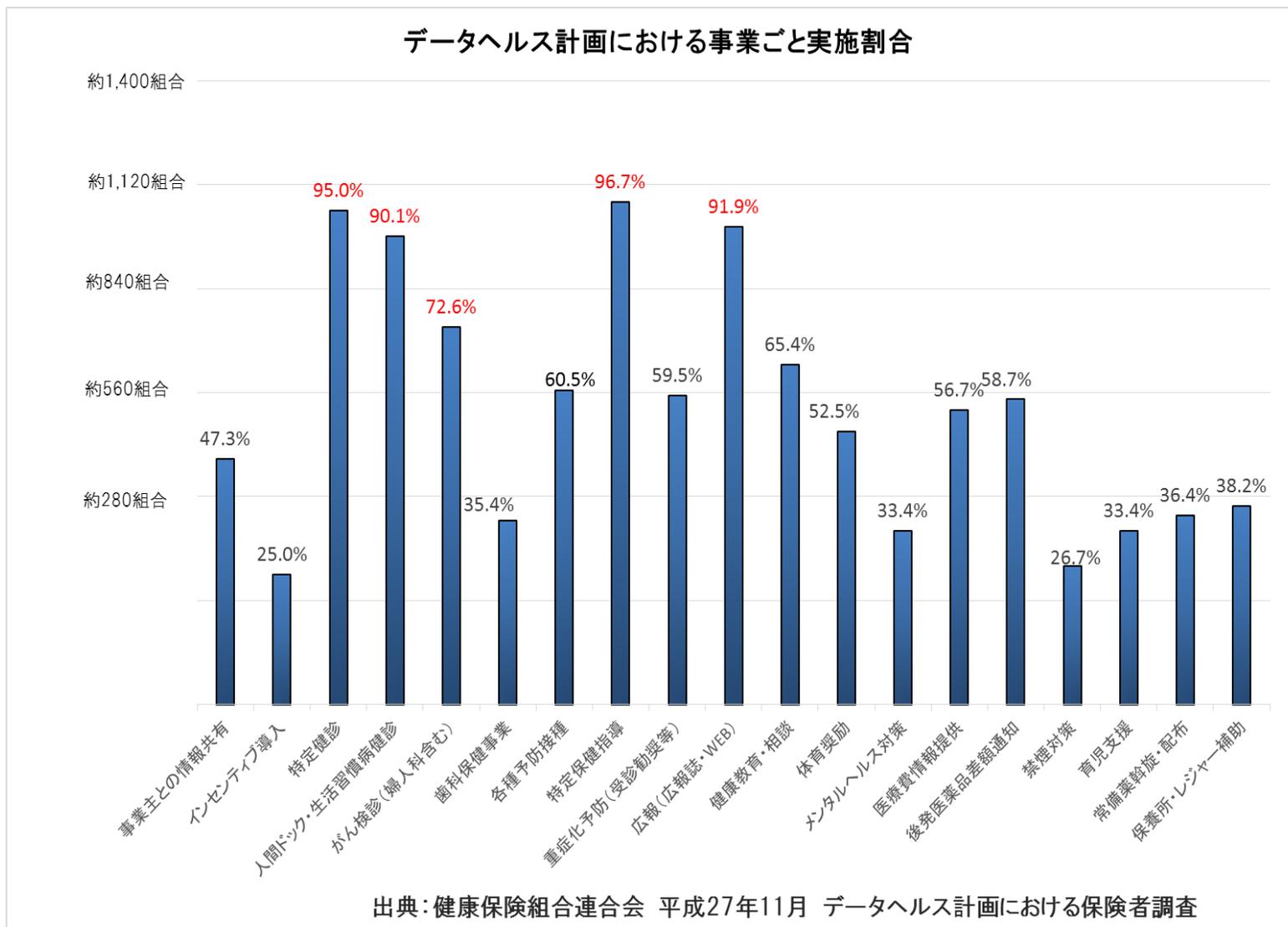
# 保健事業費の水準を維持拡大し、生涯現役社会実現の後押しを継続すべき

リーマンショック以降、継続的な財政難の状況下においても、健保組合は自助努力（保険料率引上げなどの資金繰り）により保健事業費の水準を維持してきたが今後も維持、拡大すべき。



# 健保組合はデータヘルス計画を着実に策定、実施している。

多くの健保組合が、生活習慣病抑制を見据えた事業（健診・保健指導・ヘルスリテラシー向上）をデータヘルス計画のもと実施している。今後は健康経営も背景に事業主との連携のもと、より推進すべき。



## \* 参考

健康経営優良法人認定制度  
における認定状況

○健康経営銘柄2017  
⇒24社選定

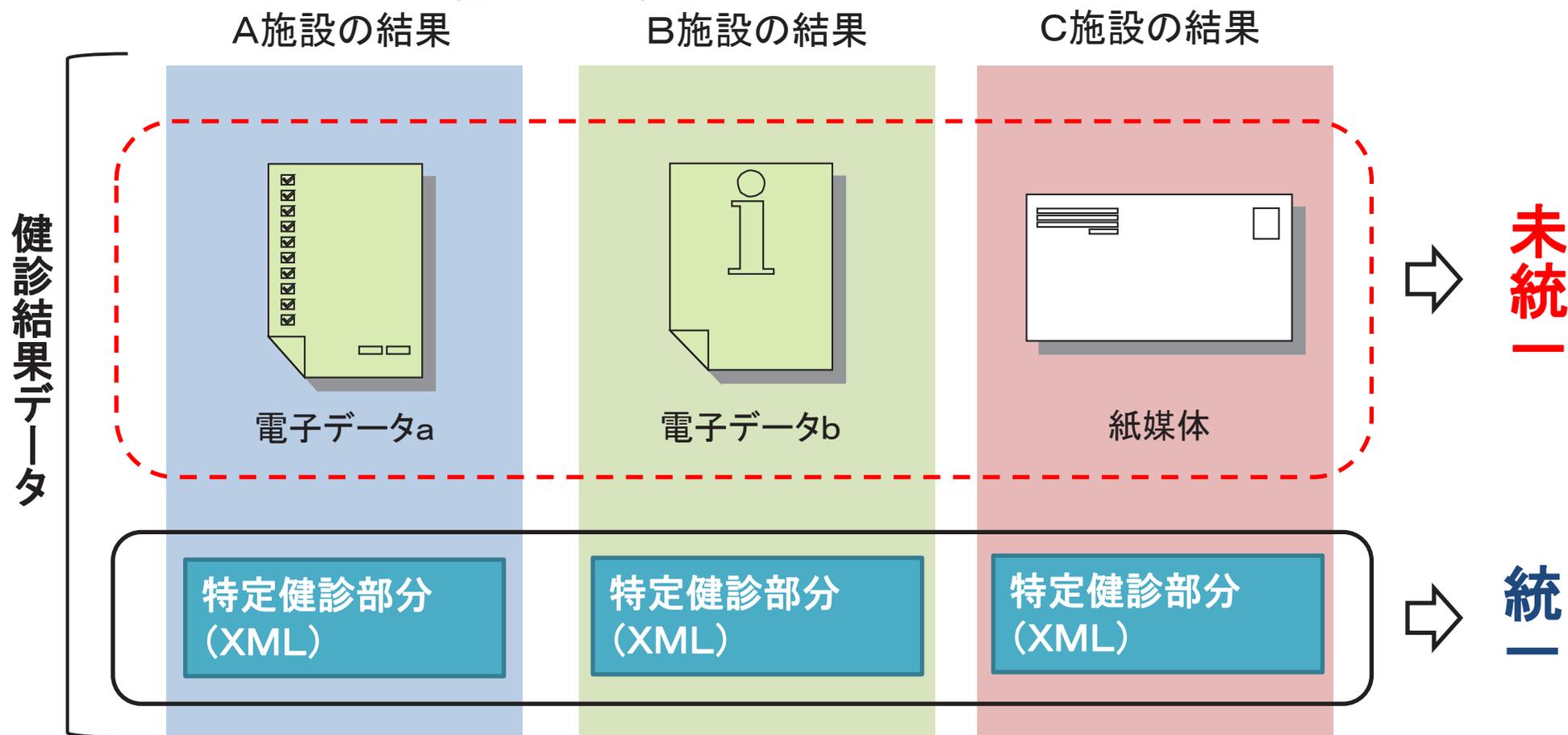
○健康経営優良法人2017  
●大規模法人部門  
(ホワイト500)  
⇒235法人認定  
(保険者が健保組合223法人)

●中小規模法人部門  
⇒95法人認定  
(同1法人)

# 各種健診結果フォーマットの統一化を推進すべき

特定健診以外の健診(労働安全衛生法の健診、人間ドック、がん検診など)はデータフォーマットが統一化されていない。  
データヘルス・健康経営を推進していく上での障壁となっている。

## 各種健診結果フォーマットの現状



# 事業主との健診情報の共有を検討すべき

約9割の健保組合が人間ドック健診を実施するなど、特定健診のみならず各種がん検診等を積極的に展開し、生涯現役社会の後押しを行っている。  
一方、事業主との健診情報等の共有化が図れず、要精密検者に対するアプローチは低迷している。

## がん検診実施状況

	受診率		精検検査受診勧奨
	被保険者	被扶養者	
胃がん	56.6%	27.5%	31.3%
肺がん	71.9%	30.3%	27.8%
大腸がん	60.8%	30.5%	33.6%
乳がん	34.7%	27.1%	23.4%
子宮がん	32.2%	24.0%	24.8%

平成26年がん検診に関する実施状況等調査  
(厚生労働省 健康局がん・疾病対策課 保険局保険課)

## 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。

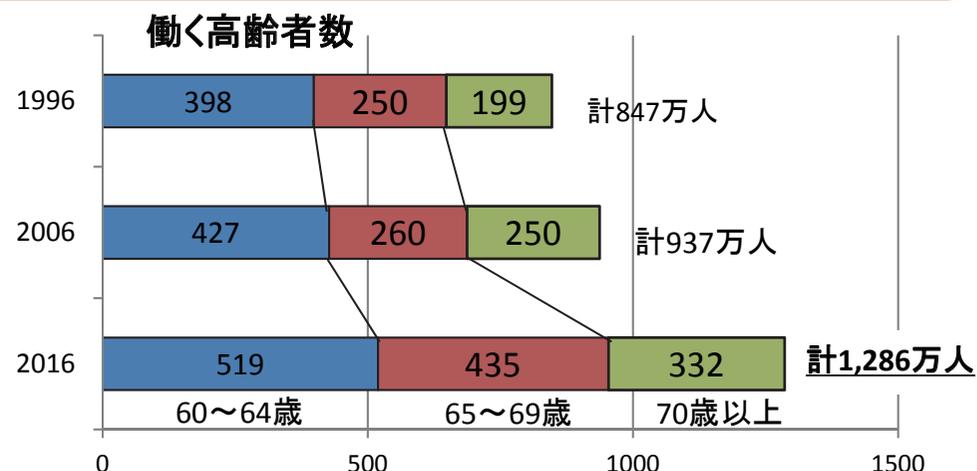
# 健康で働く意欲のある高齢者は「支えられる側」から「支える側」へ

1970年には、9.8人で65歳以上の高齢世代1人を支えていたが、2035年に1.7人で1人を支える社会に。  
 支え手の年齢を引き上げれば将来も現役世代2~3人で高齢世代1人を支える構造が維持できる。  
 近年、働く高齢者数は増加傾向にあり、働いていない高齢者の2~3割が働く意向を持っている。働く意欲のある高齢者には、年齢にかかわらず元気に働き、「支えられる側」から「支える側」に加わっていただくことが必要。

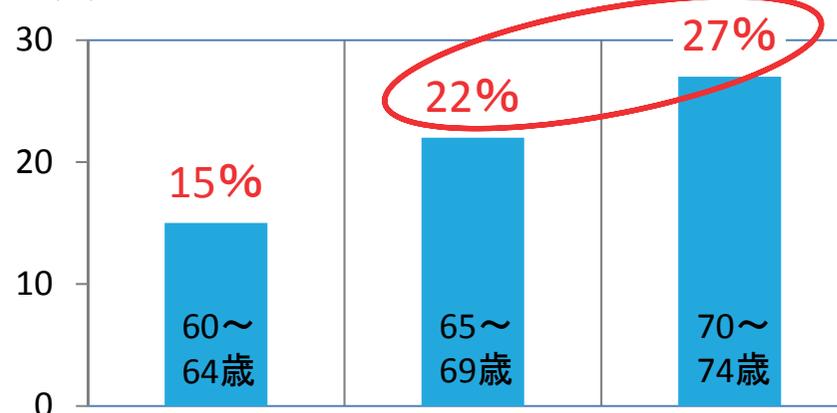
高齢世代を支える現役世代の人数

	1970	2015	2035
65歳以上 / 15~64歳	9.8人	現状 2.7人	現状で推移 1.7人
70歳以上 / 15~69歳	—	3.6人	支え手拡大 2.4人
75歳以上 / 15~74歳	—	5.7人	3.5人

(経済産業省「次官・若手未来戦略プロジェクト」ディスカッションペーパー(2016年5月)をもとに健保連作成)



(%) 働きたいが働いていない高齢者の割合



# 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

日本の健康寿命は約75歳で世界一で、定年後10年間も健康に生活している。  
働きたい高齢者が年齢に関わらず働けるように、政府も高齢者の就業支援に取り組む方針。  
医療保険者は健康で働ける高齢者が増えていくよう保険者機能を発揮して  
「生涯現役社会」の実現を後押しすることが求められる。

## 先進国の定年と健康寿命

国	定年	健康寿命	元気に過ごせる 老後の期間	平均寿命
日本	65歳 → 74.9歳	74.9歳	9.9年間	83.7歳
米国	66歳 → 69.1歳	69.1歳	3.1年間	79.3歳
英国	65歳 → 71.4歳	71.4歳	6.4年間	81.2歳
ドイツ	65歳 → 71.3歳	71.3歳	6.3年間	81.0歳

(経済産業省 次官・若手プロジェクト「不安な個人、立ちすくむ国家」(2017年5月)をもとに健保連作成)

## 「エイジレス社会実現プログラム」(仮称) (一部抜粋)

### 継続雇用等の促進

#### 【企業への期待】

○65歳を超える継続雇用等に対する**企業トップの理解促進**

#### 【厚生労働省】

○65歳を超える継続雇用等に取り組む企業への支援の強化  
 ー継続雇用、定年引き上げ等を支援するための助成の強化  
 ー定年引き上げや継続雇用の手法を紹介するマニュアルを新たに作成し、企業を訪問して相談・援助を実施。

### 「雇用」ではない多様な働き方の促進

#### 【厚生労働省】

○「起業」による就業機会の創出支援  
 ー高齢者の起業に伴う雇用に対する助成の強化  
 ー地域の高齢者の雇用創出就業機会を創る  
 ネットワーク(生涯現役地域連携事業)による企業の取組を促進  
**ネットワーク数15カ所→100箇所(2020年)**  
 (例:農家レストラン、限界集落における交通弱者の送迎等)

○製薬企業専門家OB等と医療系ベンチャーのマッチングを支援  
 ○地域に貢献したい者と人手不足間のある業界とのマッチング支援を強化(シルバー人材センターの活用)

(出典:第7回 働き方改革実現会議配布資料)

# 医療保険者は医療費適正化に積極的に取り組むべき

保険制度別にみても前期高齢者医療費の適正化の余地は大きい。  
健康で働ける前期高齢者が増えていけば、医療費を適正化でき、  
前期高齢者納付金の負担軽減にも繋がる可能性があることから積極的に取り組むべき。

2014年度 加入者1人当たり医療費	全加入者	前期高齢者
健保組合	148,583円	442,395円
協会けんぽ	166,940円	456,854円
市町村国保	334,698円	504,153円

※全加入者の1人当たり医療費は年齢補正していない

※厚生労働省「医療保険に関する基礎資料(2014年度)」より

※2018年度の国保の都道府県化に合わせて、医療費適正化努力を評価し、財政インセンティブをつける保険者努力支援制度(財源規模・国費700～800億円)が開始される。

## 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。

# 退職者に対する不合理な給付を見直すべき

任意継続被保険者、資格喪失後の給付はともに被用者保険の資格喪失後＝退職後のための制度。  
被用者保険と国保で窓口負担が統一されている現在、その役割は失われている。

## 任意継続被保険者制度

加入要件 (勤務期間)	・資格喪失の日の前日まで継続して2ヶ月以上被保険者であったこと
資格喪失 事由	・任意継続被保険者となった日から起算して2年を経過したとき ・死亡したとき ・保険料を納付期日までに納付しなかったとき ・被用者保険、船員保険又は後期高齢者医療の被保険者等となったとき
保険料	・全額被保険者負担(事業主負担なし) ・①従前の標準報酬月額又は②当該保険者の全被保険者の標準報酬月額のうち、いずれか低い額に保険料率を乗じた額を負担

**廃止または要件を厳格化すべき**

## 資格喪失後の給付

給付の種類	支給要件	支給額及び期間
傷病手当金	・資格喪失日前日までに継続して1年以上被保険者 ・退職日当日に傷病手当金を受け取る状態にあること →両要件を満たすことで支給可	支給開始日から 最長1年6か月
出産育児 一時金	・資格喪失日前日までに継続して1年以上被保険者 ・資格喪失後6か月以内の出産 →両要件を満たすことで支給可	1児につき42万円
埋葬料	・資格喪失後3か月以内に死亡等で支給可	5万円

**雇用保険で給付すべき**

**発生時の保険者で給付すべき**

健康保険。みらいのために、今、変えよう。

あしたの健保プロジェクト

## 2025年度に向けた国民医療費等の推計

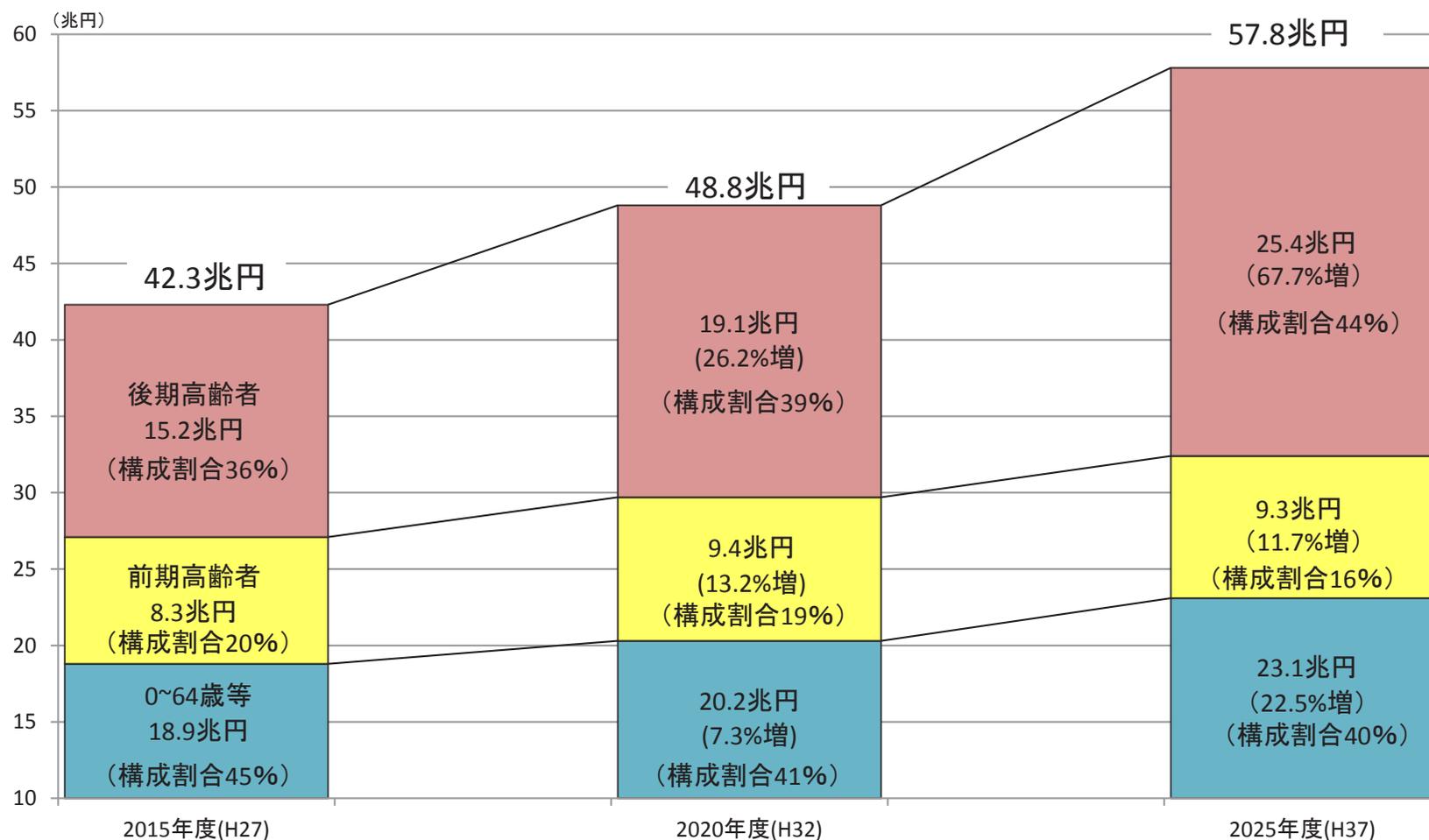
# ＜健保連推計の前提条件＞

○2016年3月末現在の1,405組合（以下、推計対象健保組合という。）について、「平成27年度（2015年度）決算見込」を足元に、個別健保組合の2020年度、2025年度の財政状況（経常支出）を推計し、それを合計した。詳細は下記のとおり。

1. 推計対象健保組合全体を1保険者とみなして、人口の動向や医療費の伸びを織り込んだ2020、2025年度の加入者数、標準報酬額、前期加入者数、医療給付額等を推計した。  
どの組合も健保組合全体と同じ人口の動向・医療費の伸び等の影響を受けるとして、組合毎の加入者数等を推計し、組合毎に医療給付費と、拠出金等を算定して合計した。推計対象健保組合全体と同様の方法で協会けんぽ等も推計し、国民医療費は、推計した各制度の医療費の合計とした。
2. 後期高齢者支援金の全面総報酬割、負担調整・特別負担調整（国費約100億円）を織り込む。なお、「平成27年度（2015年度）決算見込」を足元とするため、2016年10月からの適用拡大の影響は見込まず、給付内容は2015年度のままとする。
3. ・人口の高齢化を除く被保険者1人当たり賃金は2017年度までは実績値（予算値を含む）、2018年度以降は伸び率ゼロとする。  
・人口の高齢化を除く1人当たり医療費の伸び率は、2017年度までは予算編成を踏まえ、2018年度以降は3.0%とした。  
国は、社会保障と税の一体改革のための「社会保障に係る費用の将来推計」において「人口の高齢化を除いた1人当たり医療費の伸び率を2.4%（改革前医療の高度化等1.5%＋診療報酬改定影響等0.9%）」と設定しているため、「改革前医療の高度化等1.5%」を、過去5年（2011～2015年度）の国民医療費の伸び率要因のうち「診療報酬改定や人口の高齢化を除く1人当たり医療費の伸び率」の最高値2.1%に置き換えたものとする。  
・ただし、人口の高齢化が進むことから、集計値では1人当たり国民医療費の10年平均の伸び率は、3.7%の結果となっている。
4. ・年齢階級別加入状況は、医療保険各制度の実態調査（2015年10月）、国勢調査（2015年）、日本の将来推計人口（2012年1月推計、国立社会保障・人口問題研究所）を利用し、医療保険制度別の本人、家族の日本全体の年齢階級別人口に占める割合は、将来も2015年度と同じとする。  
・医療保険各制度の年齢階級別医療費・標準報酬額等の実績は、厚生労働省調査（2014、2015年度）を利用。

# 1. 国民医療費の推計

国民医療費は2015年度の42.3兆円から2025年度には1.4倍の57.8兆円に増加。  
このうち、65歳以上の高齢者の医療費は、23.5兆円から34.7兆円に1.5倍に増加。  
医療費全体に占める割合も55%から60%に高まる。  
特に後期高齢者医療費は15.2兆円から25.4兆円に1.7倍に急増。

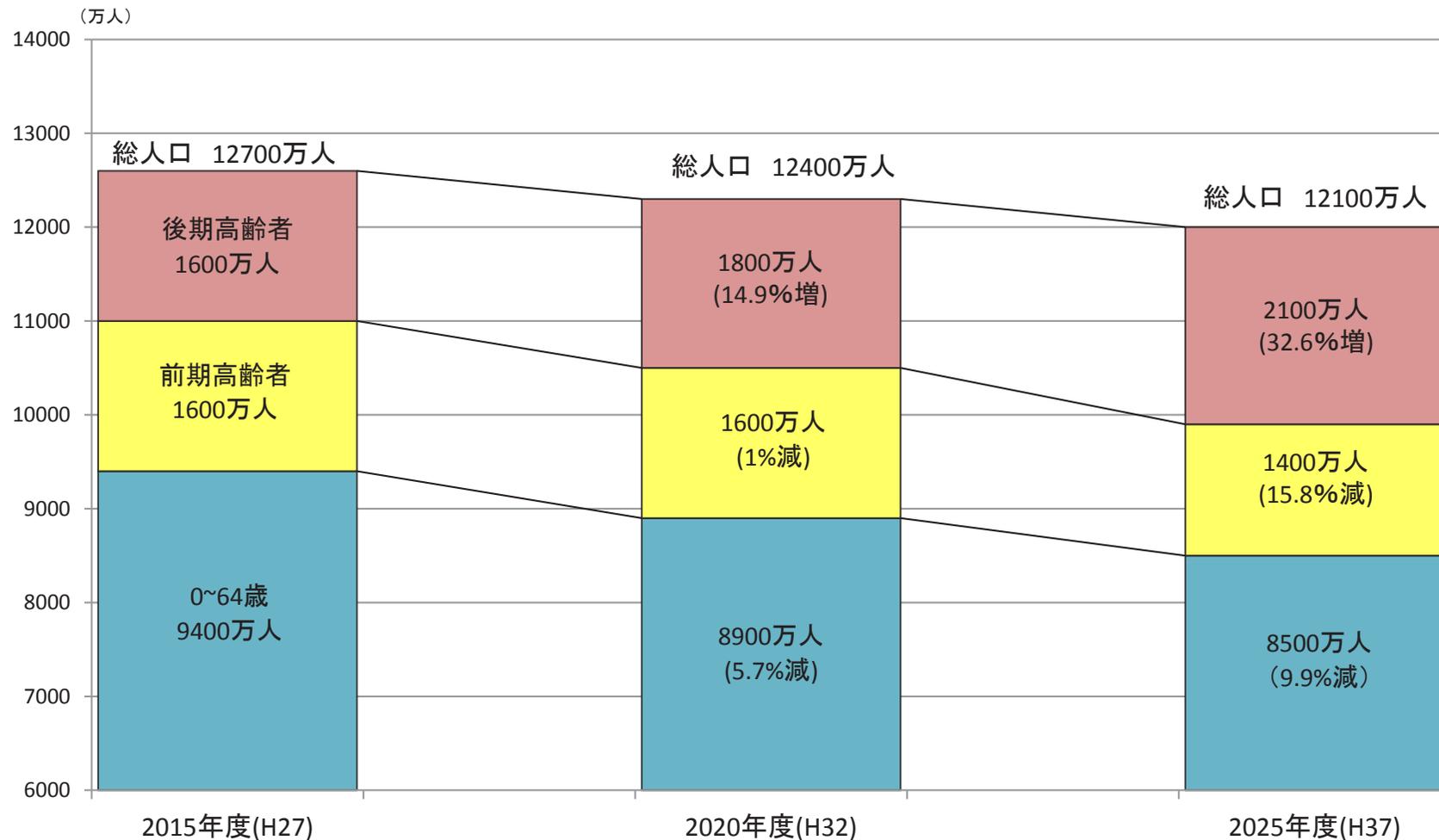


( )内は2015年度からの伸び率(端数調整により合わないことがある)

(健保連推計による)

## 2. 医療保険加入者数の推計

総人口は2015年度の1億2700万人から2025年度には1億2100万人に減少。  
0歳～64歳の現役層、65歳～74歳の前期高齢者は10～15%程度減少する一方、  
後期高齢者は1600万人から2100万人に30%以上も増加する。

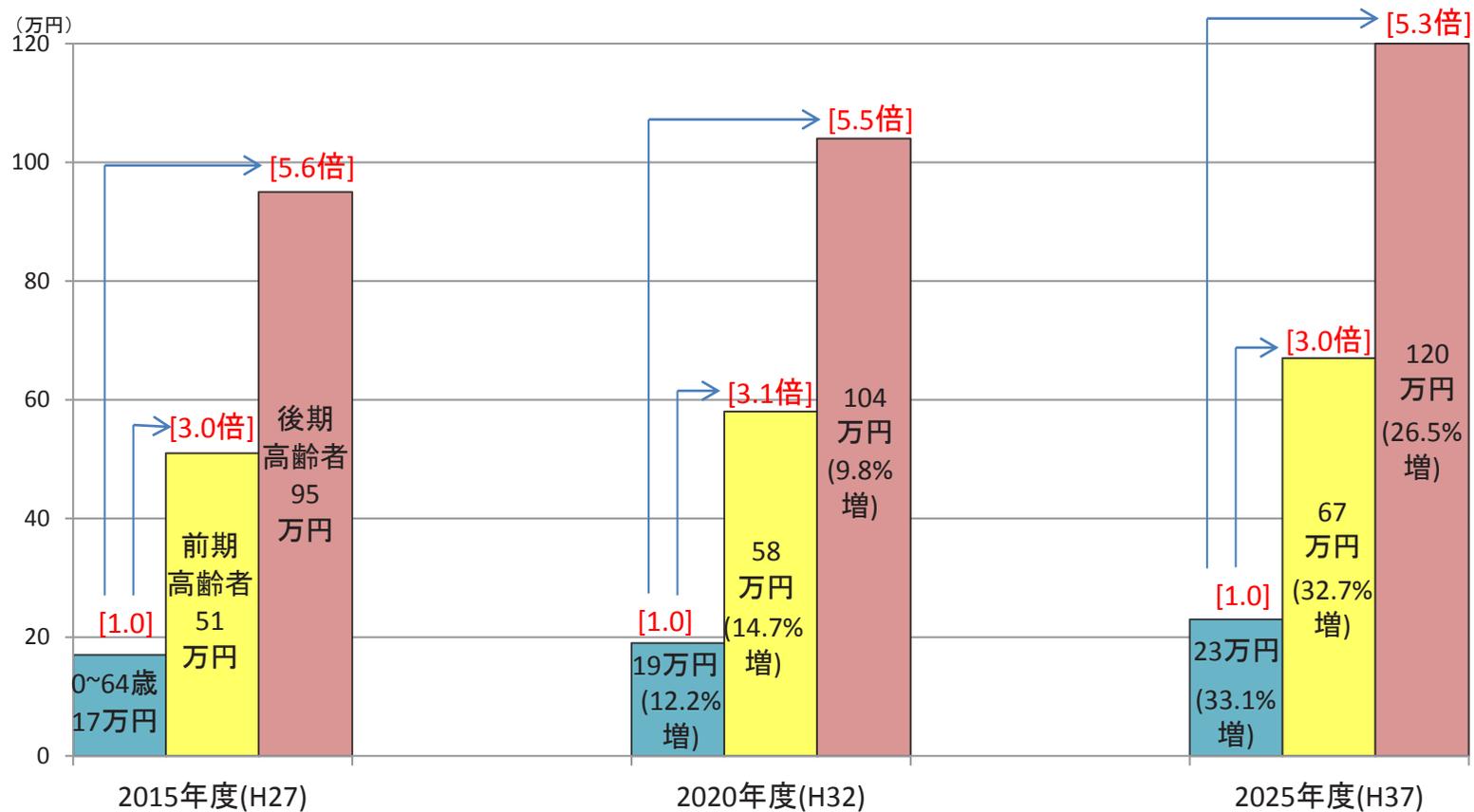


( )内は2015年度からの伸び率(端数調整により合わないことがある)

(健保連推計による)

### 3. 1人当たり医療費の推計

1人当たり医療費は、前期高齢者は2015年度の51万円から2025年度には32.7%増の67万円、後期高齢者は、95万円から2025年度には26.5%増の120万円に増える見通し。前期高齢者の1人当たり医療費は0～64歳の3倍程度、後期高齢者は5倍超となっている。



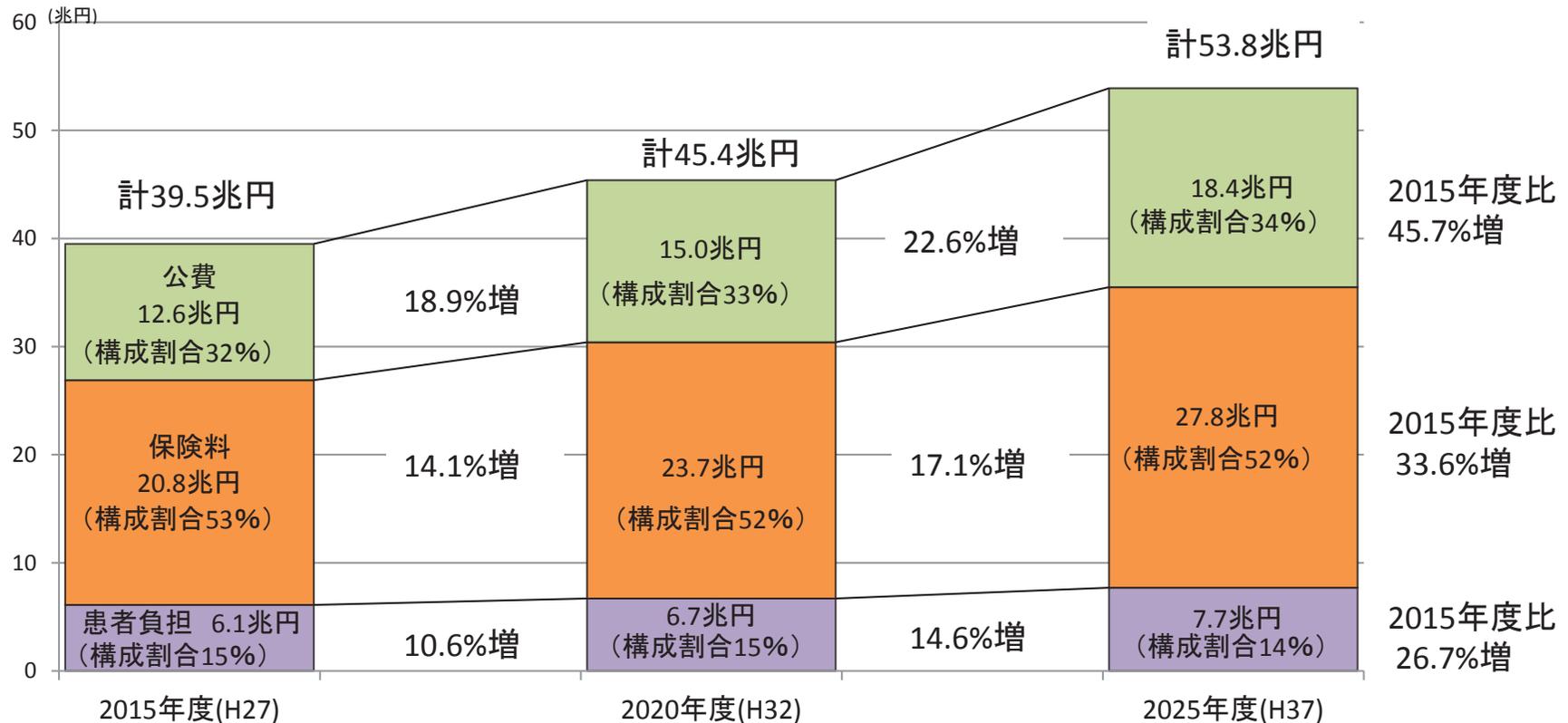
[]内は0～64歳を1.0とした時の倍率。  
()内は2015年度からの伸び率(端数調整により合わないことがある)

(健保連推計による)

## 4. 医療保険医療費の財源別内訳

2015年度から2025年度にかけて、国民医療費のうち、医療保険医療費は39.5兆円から53.8兆円に増加。公費負担は約6兆円(46%)の増加。後期高齢者医療費の増加による影響が大きく、必要な財源を確保する必要がある。

一方、保険料負担は、7兆円(33.6%)増となり、個人消費や企業活動など経済への影響が懸念される。



(注1) 国民医療費のうち、医療保険医療費分についてまとめたものである。したがって、国民医療費のうち、公費負担医療、労災保険、全額自費等は含まれない。

(注2) 保険料は、実質保険料(収支均衡保険料)である。

(注3) 公費は、国の負担と地方負担(都道府県、市町村)の合計である。

医療給付費の定率公費のほか、保険料軽減公費等を含むが、都道府県・市町村国保の法定外一般会計繰り入れは含まない。

(注4) 患者負担には、70歳代前半の一部負担の軽減特例、保険優先による公費負担、地方単独事業による公費負担を含む。

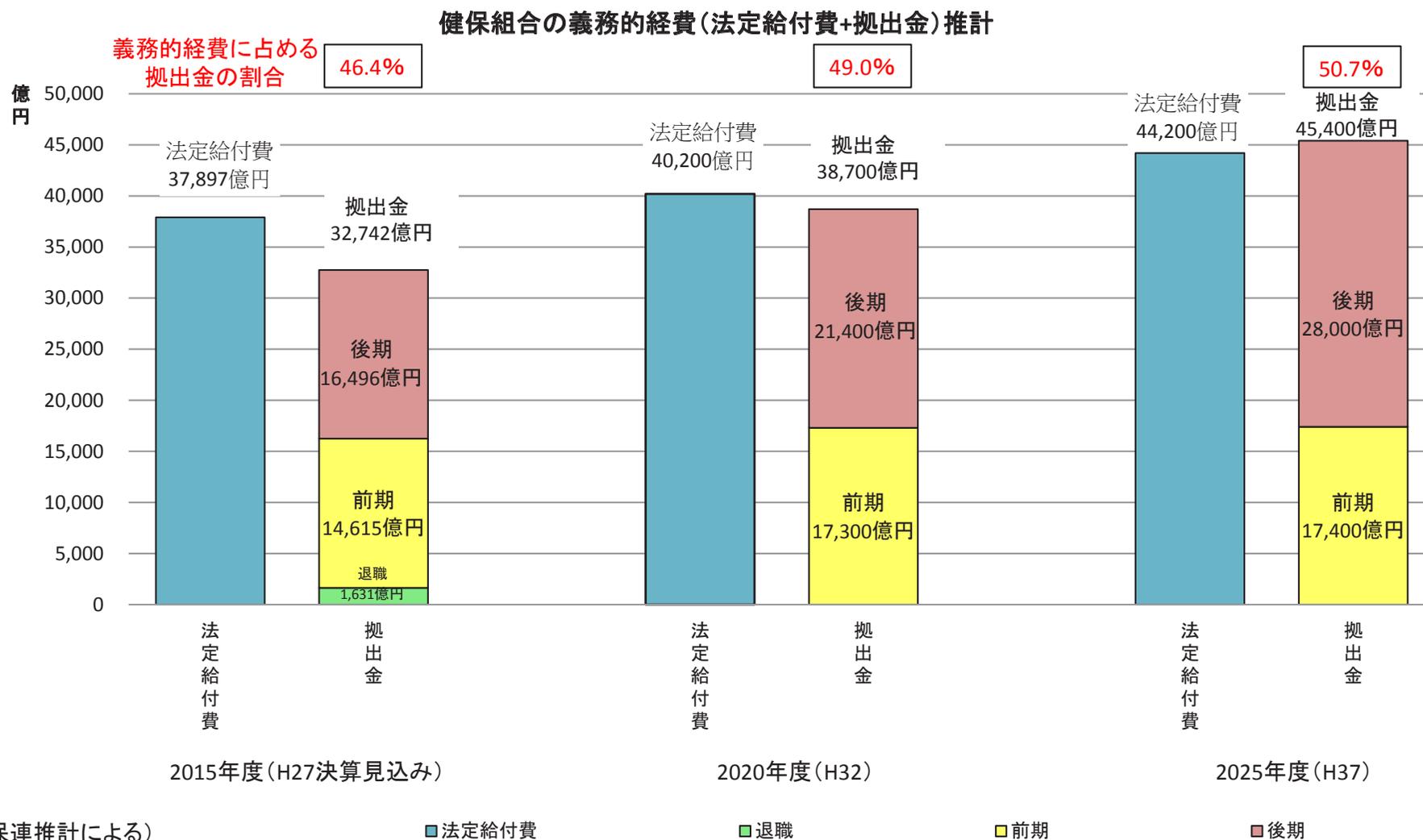
このため、これらの公費分は患者負担に計上しない国民医療費の統計とは異なることに留意が必要である。

※グラフ中の伸び率は端数調整により、合わないことがある。

(健保連推計による)

# 5. 健保組合の法定給付費と拠出金の推計

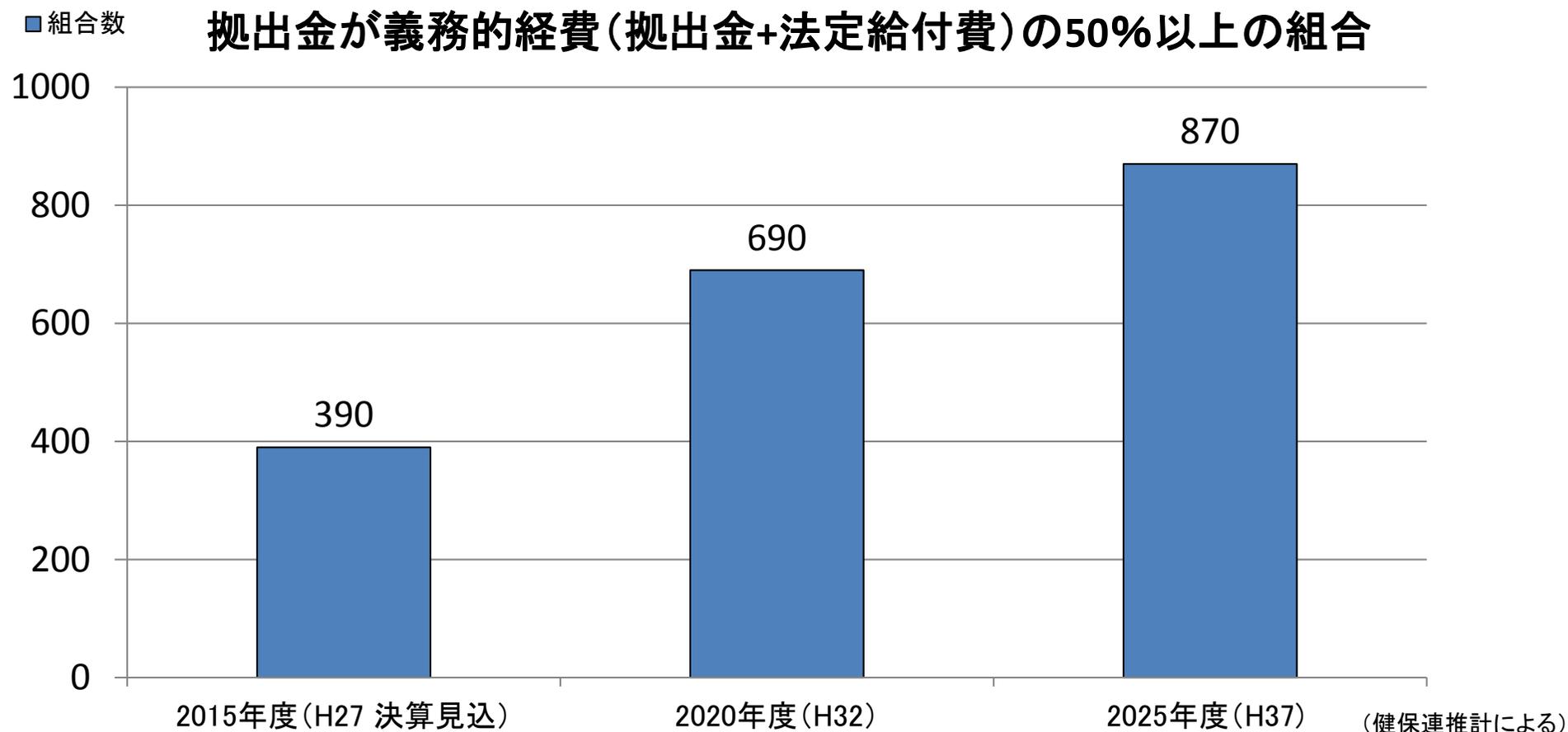
2025年度(平成37年度)には、高齢者医療のための拠出金の額が法定給付費を上回る。  
2015年度から2025年度にかけて、法定給付費は16.5%増、拠出金は38.6%増。



(健保連推計による)

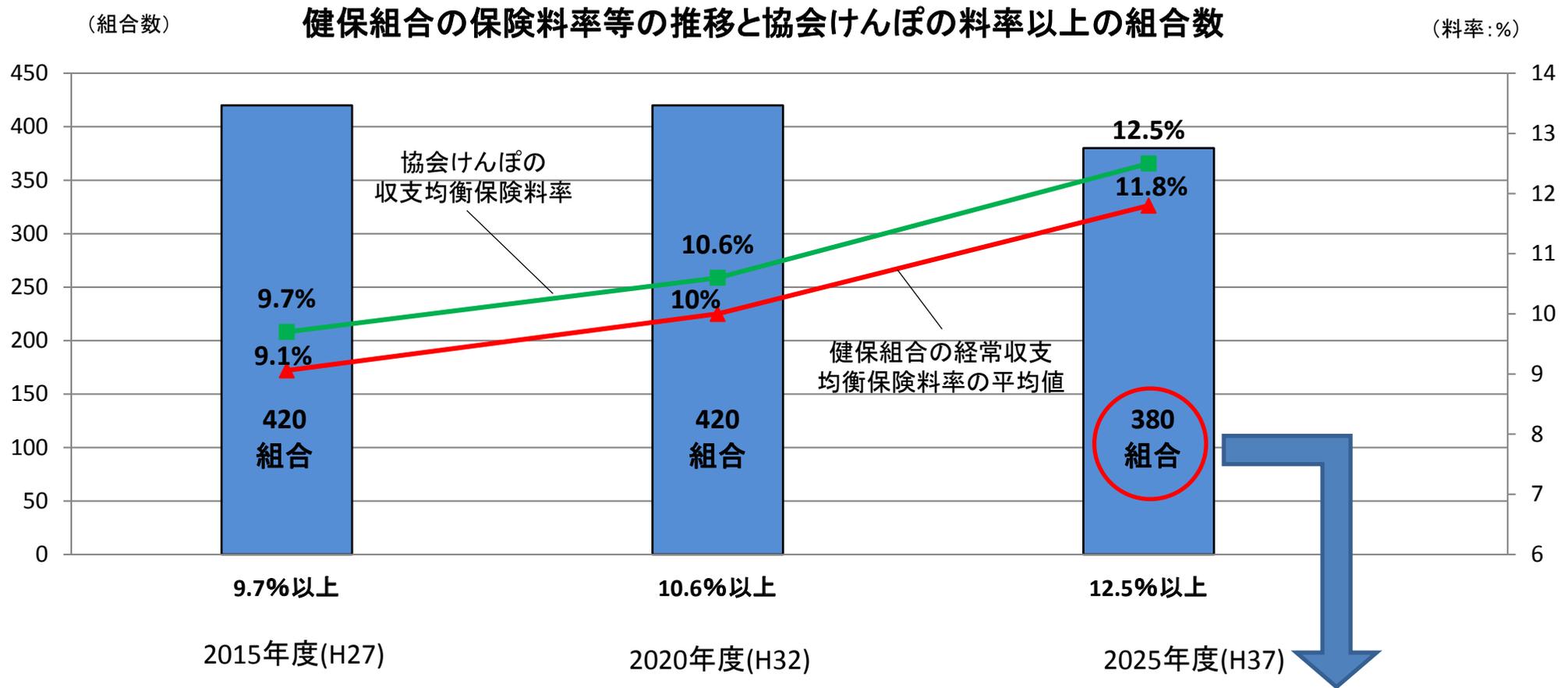
## 6. 拠出金が法定給付費を上回る健保組合数

2025年度(平成37年度)には、拠出金が法定給付費を上回る組合は870組合にも上り、全組合の62%を占める。



## 7. 健保組合の保険料率等の推計①

2025年度(平成37年度)には、健保組合の経常収支均衡保険料率(平均)は11.8%にまで上昇。協会けんぽの収支均衡保険料率以上の健保組合は380組合。これらがすべて解散した場合の国の財政負担は1800億円と見込まれる。



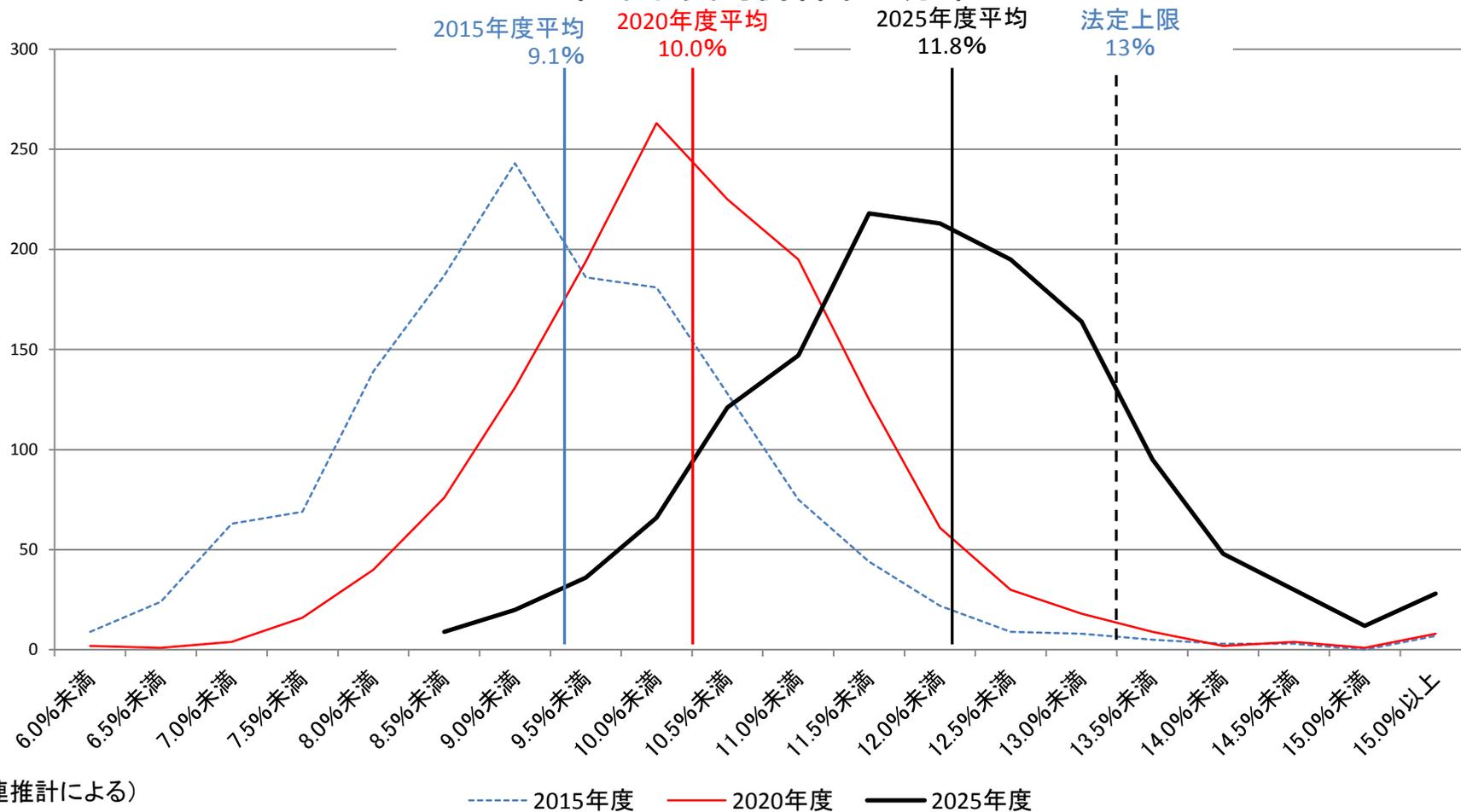
(健保連推計による)

すべて解散し、協会けんぽに移行した場合の国の財政負担(国庫補助16.4%)は1800億円

## 8. 健保組合の保険料率等の推計②

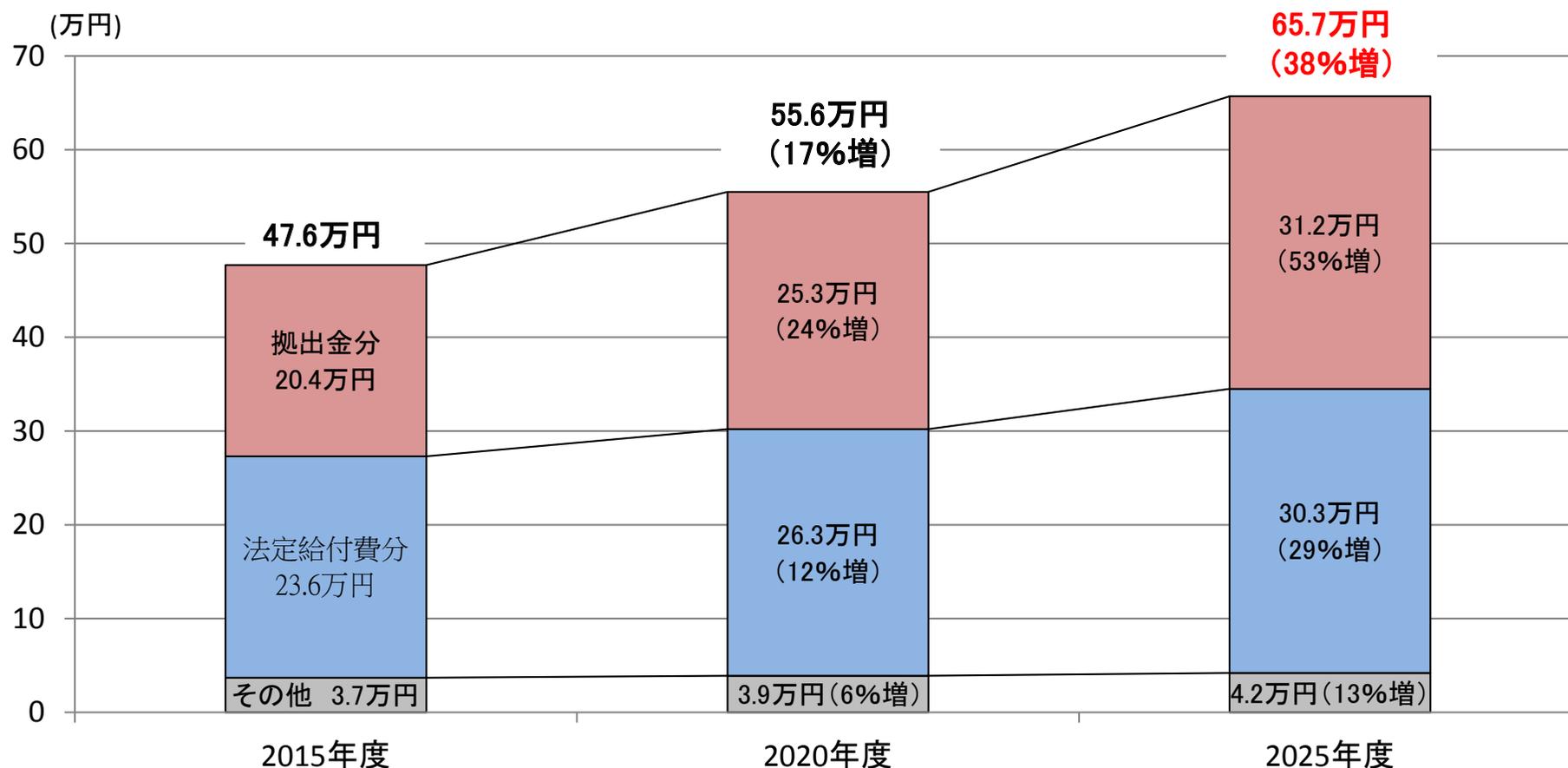
健保組合の経常収支均衡料率の分布は、2025年度にかけてより高負担にシフト。  
2025年度には210の健保組合が現行の法定上限13%を超える。  
保険料率の法定上限の引き上げがどこまで許容されうるか、根本的な検討が必要。

### 経常収支均衡料率の分布



## 9. 健保組合の被保険者1人当たり保険料

健保組合の被保険者1人当たり年間保険料は、2005年度から2015年度までの10年間で10.7万円(29%)増加した。さらに、2015年度から2025年度までの10年間では、47.6万円から65.7万円に約18万円(38%)も増加する。このうち、法定給付費分は6.7万円の増加、拠出金分は10.8万円の増加。



( )内は2015年度からの伸び率(端数調整により合わないことがある)

(健保連推計による)

