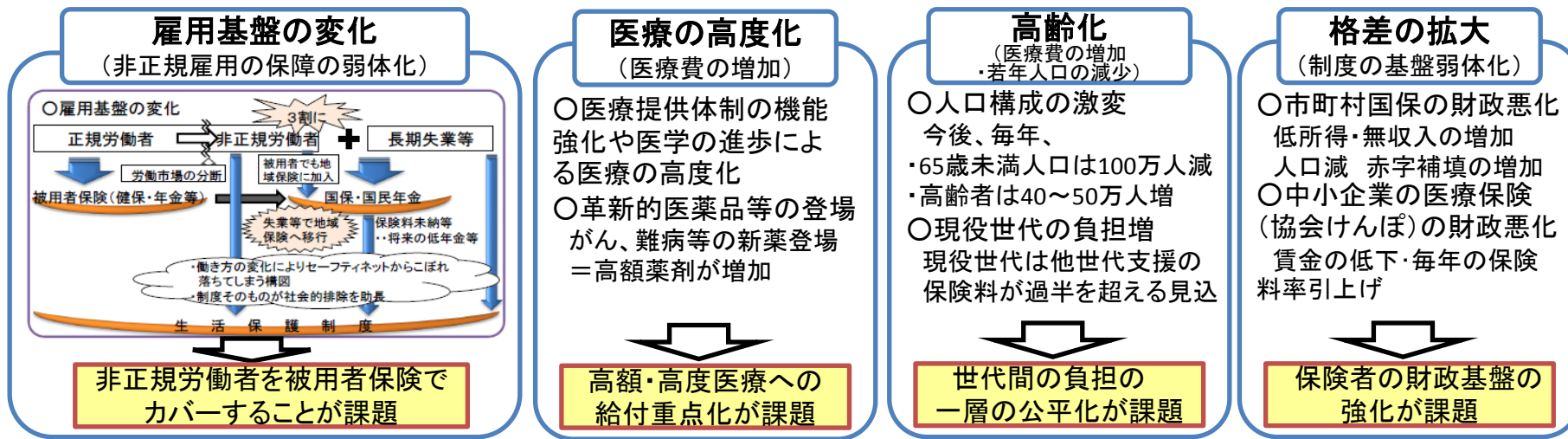


あるべき医療サービスを支えるための医療保険制度の機能強化

～ 社会的包摂を体現し、全世代に配慮した、長期的に維持可能な医療保険制度へ ～

- ①非正規雇用の増大による雇用基盤の変化、②医療の高度化による医療費の増加、③高齢化と若年人口の減少による人口構成の激変と現役世代の負担増、④格差の拡大による医療保険制度の財政基盤の弱体化、という近年の状況の変化に対応するための医療保険制度の機能強化が必要。

課題



この現状を放置すれば、医療費の増大により現行制度の矛盾が拡大。皆保険制度の維持は困難に。50周年を迎えた国民皆保険制度を堅持するため、新たな財政措置も含めた制度改革は不可欠。

対応の方向性

①働き方にかかわらず同じ保障を提供

➡ 非正規労働者についても健康保険に加入できるようにし、被用者保険の適用を拡大

②長期・高額な医療に対応するためのセーフティネット機能を強化

➡ 増大する長期・高額な医療に対応するための高額療養費の見直しとそのため定の額負担の導入など保険給付の重点化

③世代間の負担の公平化

➡ 高齢者医療について、高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み

④所得格差を踏まえた基盤の安定化・強化

➡ 市町村国保の広域化、市町村国保・協会けんぽの財政基盤の安定化・強化

・財源論と合わせ、
・国民的議論の下、
・パッケージとして

総合的な改革を目指す

医療保険制度をとりまく現状・課題

○ ①非正規労働者への被用者保険の適用拡大、②長期・高額医療への対応のための高額療養費の見直しによるセーフティネット機能の強化、③高齢者医療について、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組みの構築、④保険者の財政基盤の安定化・強化による皆保険制度の維持、が課題であり、保険制度の機能強化が必要。

①非正規労働者の増加

就労者の3割以上が非正規雇用である。雇用形態の変化に対応した制度改正が求められる。

【非正規労働者の割合】

雇用者	5,111万人	100%
うち非正規	1,755万人	34.4%

※ 2010年 労働力調査(詳細集計)年平均

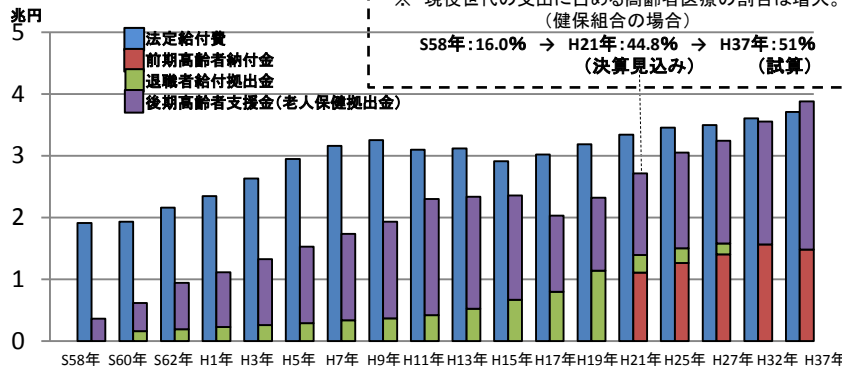
【非正規労働者の保険加入状況】

被用者保険の被扶養者	約330万人
国保加入者	約300万人

※ 公的年金等への加入状況等を調べた調査により積み上げた計数であり、労働力調査とは対象が異なる。

③高齢者医療の現状

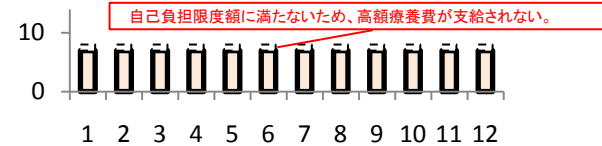
高齢者医療について、現役世代の医療費負担が年々増加している状況にあり、高齢世代・現役世代にとって公平で納得のいく支え合いの仕組みが必要。



②高額療養費の現状

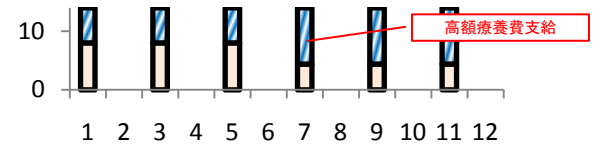
同じ医療費でも高額療養費が支給されるケースとされないケースがあり、セーフティネット機能の強化が必要。

○毎月医療費約23万円・自己負担額7万円の場合



高額療養費が支給されないため、年間トータル自己負担額は84万円。
※ 自己負担限度額を80,100円として試算。

○隔月で医療費約47万円・自己負担額14万円の場合



高額療養費が支給されるため、年間トータル自己負担額は約37万円。
※ 自己負担限度額を80,100円、多数該当44,400円として試算。

※ 併せて財政中立を前提に給付の重点化を図る。

④保険者の財政状況

各保険者の財政も厳しい状況が続いており、財政基盤の安定化・強化が必要。(単位:億円)

		平成19年度	20年度	21年度	22年度
国民健康保険	収入	127,797	124,589	125,993	
	支出	129,087	124,496	125,927	
	収支差	▲1,290	93	66	
	一般会計繰入を加味した収支差	▲1,620	▲2,383	▲2,628(注1)	
協会けんぽ (旧政管健保)	収入	71,052	71,357	69,735	78,064
	支出	72,442	73,647	74,628	76,001
	収支差	▲1,390	▲2,290	▲4,893	2,063
	準備金残高	3,690	1,539	▲3,179	▲1,116
組合健保	収入	62,003	63,658	61,717	61,729
	支出	61,403	66,847	66,952	68,350
	収支差	600	▲3,189	▲5,235	▲6,621
後期高齢者医療	収入		98,517	113,219	
	支出		95,510	112,502	
	収支差		3,007	717	

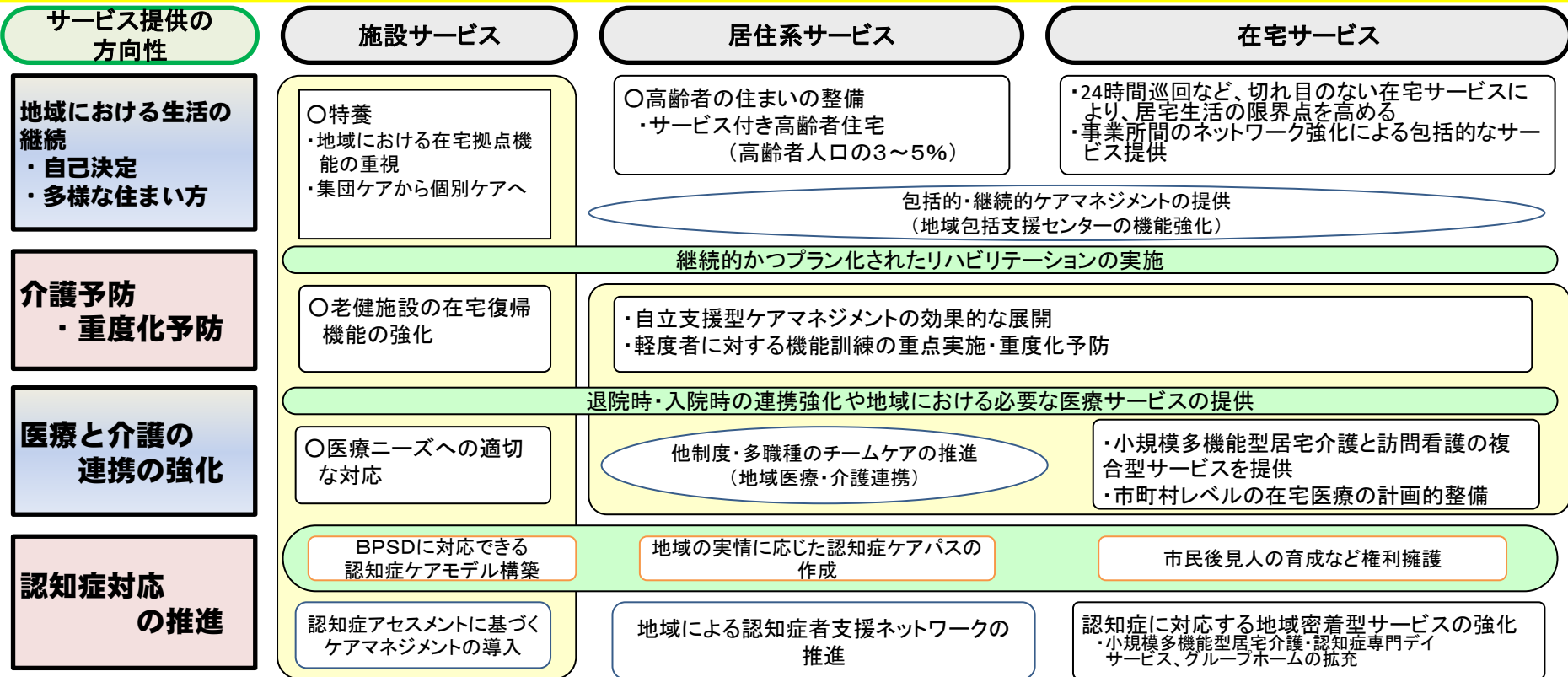
(注1) 決算補てんに用いられた東京都の財政調整交付金を含めた収支差は▲3,242億円

(注2) 協会けんぽの保険料率8.2%(21年度)→9.34%(22年度)→9.5%(23年度)

このため、次のような制度改正を検討する。○被用者保険の適用拡大、○高額療養費の見直しとそのための定額負担の導入など保険給付の重点化、○前期・後期高齢者を通じて高齢世代・現役世代にとって公平で納得のいく支え合いの仕組みの構築、○国保等の低所得者対策・財政基盤の安定化・強化、○地域の医療提供体制について、保険者がより積極的に関与する仕組みの構築、など。

高齢者の尊厳の保持と自立支援を支える介護

- 介護については、以下のような各サービス提供の方向性を踏まえ、それを支える保険制度の持続可能性・安定性の確保及び介護人材の確保と資質の向上を図る。
- 高齢化による介護ニーズの増大に対しては、居住系・在宅サービスの充実強化により重点的に対応を図る。また、認知症の増加については、小規模多機能型居宅介護、グループホーム等の拡充により対応を図る。
- ケアマネジメントの質の向上により、より適切なサービスの提供を行う。



あるべき介護サービス体系を支えるための機能強化

制度の持続可能性、安定性の確保

- ・社会保険方式の堅持
- ・能力に応じた負担と低所得者への配慮
- ・保険給付の重点化
- ・市町村の役割の重視 (ニーズ調査に基づく事業計画策定と推進)
- ・被保険者の範囲拡大の検討

介護人材の確保と資質の向上

- ・サービスの質の評価
- ・介護の仕事への多様な人材の参入促進
(学卒者、潜在有資格者、離職者の対策、マッチング機能の強化)
- ・キャリアパスや研修体系の整備や研修受講支援を通じた資質向上と定着促進
- ・処遇・雇用管理の改善を通じた職場の魅力アップ
- ・ケアマネジャーのケアプラン作成能力の向上

医療・介護制度の運営の効率化等の取組み

○ 医療・介護保険制度の健全性を維持し、持続可能で安定的な制度運営を確保する観点から、予防事業や、ICTの利活用、後発医薬品の更なる使用促進などのその他の取組みにより、制度運営の更なる効率化等を図る。

【予防事業】

国民の生活の質の向上等を図る観点から、生活習慣病の予防、介護予防・重度化予防に積極的に取り組む。

○生活習慣病の予防

特定健診・保健指導の導入から今年度で4年目を迎えた実績を踏まえ、エビデンスに基づく新たな健診等の在り方を早急に関係者と検討し、保険者による、より効果的な保健事業の実施によって生活習慣病の予防に取り組む。

○介護・重度化予防

リハビリや機能訓練等の介護予防・重度化予防の取組みにより、要介護者の数を減少させる等の取組みを推進する。

【その他の取組み】

○ICT利活用の推進

レセプト電子化による審査支払事務の効率化、国の保有するレセプト情報等のデータベースの医療の地域連携への活用などを着実に進める。

○後発医薬品の更なる使用促進等

現在、平成24年度までに後発医薬品のシェア(数量ベース)を30%とする目標を掲げているが、更なる使用促進を図る。また、先発医薬品を含む医薬品の価格設定等のあり方を費用対効果の観点から検討するなど、引き続き保険給付の適正化に取り組む。

○保険者による適正受診の勧奨等の保険者機能の発揮

現在、一部の保険者で実践されているレセプトを用いた被保険者への適正受診の啓発・勧奨の取組みについて、保険者全体における実施を推進する等、制度運営の効率化に向けた保険者機能の発揮を強化。

○療養費等の見直し

会計検査院から指摘を受けた柔道整復療養費等、従来から見直しの議論がなされていた療養費等の支給について、その効率化を図る。

○国保組合の国庫補助の見直し

所得の高い国民健康保険組合に対する定率国庫補助の見直しを行う。

医療・介護分野におけるICTの利活用について

- 「新たな情報通信技術戦略(平成22年5月)」やIT戦略本部における医療情報化に関するタスクフォースにおける検討等を踏まえ、医療・介護分野におけるICTの利活用を積極的に推進する。

1. 電子レセプトの利活用

- 医療機関や保険者において、自らが保有する電子レセプトデータ等の分析を行うことにより、医療の質の向上や効果的な保健事業の実施が可能となる。
- 有識者会議の審査に基づき、厚生労働省が保有するレセプト情報等を提供することにより、都道府県が作成する医療計画への活用や医療サービスの質の向上等を目指した研究が可能となる。
- レセプト電子化により、縦覧・突合点検が可能となるなど審査支払事務の効率化が図られる。

2. 医療・介護の連携等への活用

- ITを活用したネットワークを構築することにより、在宅医療と介護の関係者間で必要な情報の共有を図ることが可能となる。
- 電子カルテを用いることにより、医療機関間の情報共有の促進が可能となる。
- 病院—診療所間で検査データを共有することが可能となる。

3. 個人による電子化された医療・健康情報の活用

- 電子化された医療・健康情報を管理・活用することにより、自らの健康管理等を効率的に行うことが可能となる。(例) 電子版お薬手帳／カード、電子版糖尿病連携手帳

4. 番号制度の導入による利便性の向上

- 高額医療・高額介護合算制度について、医療・介護サービス提供者間の情報連携により立て替え払いが不要となる。
- 券面に「番号」を記載した1枚のICカードで年金手帳、医療保険証、介護保険証等を提示可。
- 医療・介護サービスの現場において、本人が自分の診療情報等を容易に入手・活用できる。

医療・介護制度改革の将来推計の考え方

○ 今般の改革にあたっては、医療・介護制度改革の考え方を踏まえ、平成18年に公表された社会保障国民会議での医療・介護費用のシミュレーションを基礎として、以下のように医療提供体制の機能分化の程度等について大胆な仮定を置いた上で2025年までの医療・介護サービスの需給の状況や必要な費用等を推計し、試算を行う。

○基本改革シナリオ

①急性期の医療ニーズについて

現在の一般病床で対応している医療ニーズのうち、約2割が高度急性期、約5割が一般急性期、約3割が亜急性期・回復期リハ等と仮定する。ただし、地方では急性期から長期療養までを一体的に対応する型の医療機関等の存在も織り込む。

②長期療養ニーズについて

現在の医療療養・介護療養病床で対応しているニーズのうち、医療区分1に該当する方は介護施設、医療区分2・3に該当する方は、医療療養病床で対応すると仮定する。

※ 介護療養病床については、廃止を6年間延長し平成29年度末まで存続と仮定。

③医療人材投入について

医療ニーズに応じて、治療・ケア体制の強化、リハビリ、チーム医療等の推進等を図るため、マンパワーの投入強化を仮定。

(高度急性期:2倍程度、一般急性期:1.6倍程度、亜急性期・回復期リハ等:コメディカルを中心に1.3倍程度、長期療養:コメディカルを中心に1.1倍程度 等)

④平均在院日数について

各病床において機能分化を行い医療資源の集中投入により、平均在院日数を短縮。

(高度急性期:2割程度 一般急性期:33%程度 亜急性期・回復期リハ:2割程度 医療療養病床:1割程度 精神病床:1割程度)

○機能分化の程度等に応じた別シナリオ

上記の基本改革シナリオを前提に、医療機関の機能分化の程度等に応じた別シナリオを検討。

【備考】従来、医療費の将来推計について、名目額に着目して推計のたびに下方修正となっているとの指摘があること(対経済規模比で見ると国民所得比概ね1割強で推移)等を踏まえ、社会保障国民会議での医療・介護費用のシミュレーションの表章の方法等も参考に、対経済規模比の表章を中心とするなど数値が適切に取り扱われるよう工夫する予定。

(参考)過去の2025年度における国民医療費の推計値(抜粋)

- ・ 1994年推計 141兆円(国民所得の推計値990～1330兆円に対して 11～14%程度)
- ・ 2000年推計 81兆円(国民所得の推計値660兆円に対して12%程度)
- ・ 2006年推計 56～65兆円(当時の改革の想定により幅がある。国民所得の推計値492～540兆円に対して10～13%程度)
- ・ 2010年推計 52～61兆円(対応する経済の見通しはなかった。診療報酬改定をどの程度見込むかで幅がある)

医療・介護制度改革の将来推計の考え方（イメージ）

【効率化・重点化要素】

- 平均在院日数の短縮／病床の効率化／役割分担の見直し等
- 介護予防・重度化予防等
- 生活習慣病予防や後発医薬品の利用促進等

など

【機能強化】

- 医療資源の集中投入（単価増）等
- 在宅医療・在宅介護の推進等
- 認知症等の対応のためのグループホームや小規模多機能型居宅介護の整備等（※これらに伴い従事者数も増加）

など

