

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

# 医療保険財政と保険者機能

2015年12月9日

 健康保険組合連合会

副会長・専務理事 白川 修二

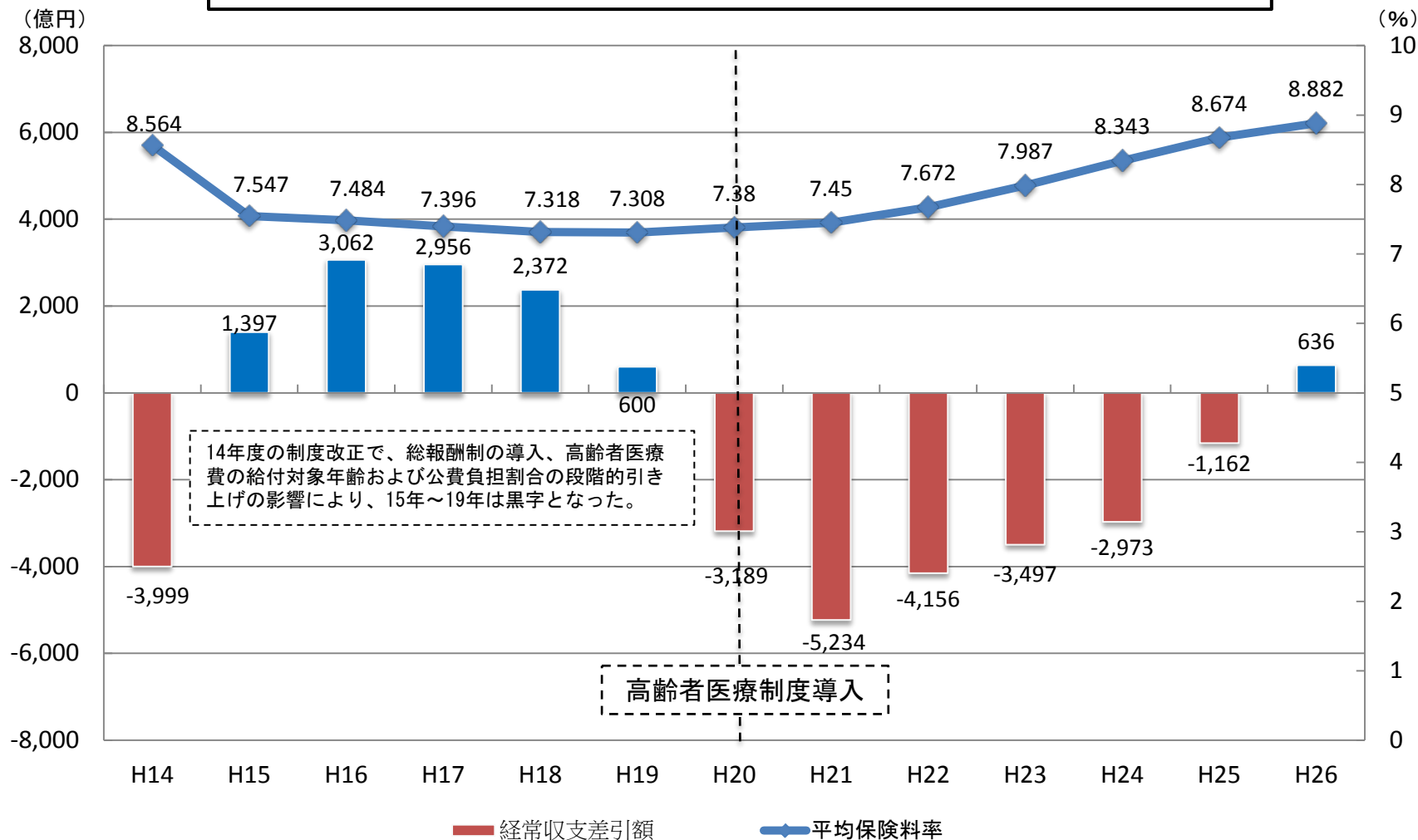
## < 目 次 >

I .医療保険財政の現状	1
II .医療保険財政の問題点	6
III .我が国の医療提供体制の特徴	14
IV .保険者機能	19

# I .医療保険財政の現状

# (1) 健保組合の財政状況

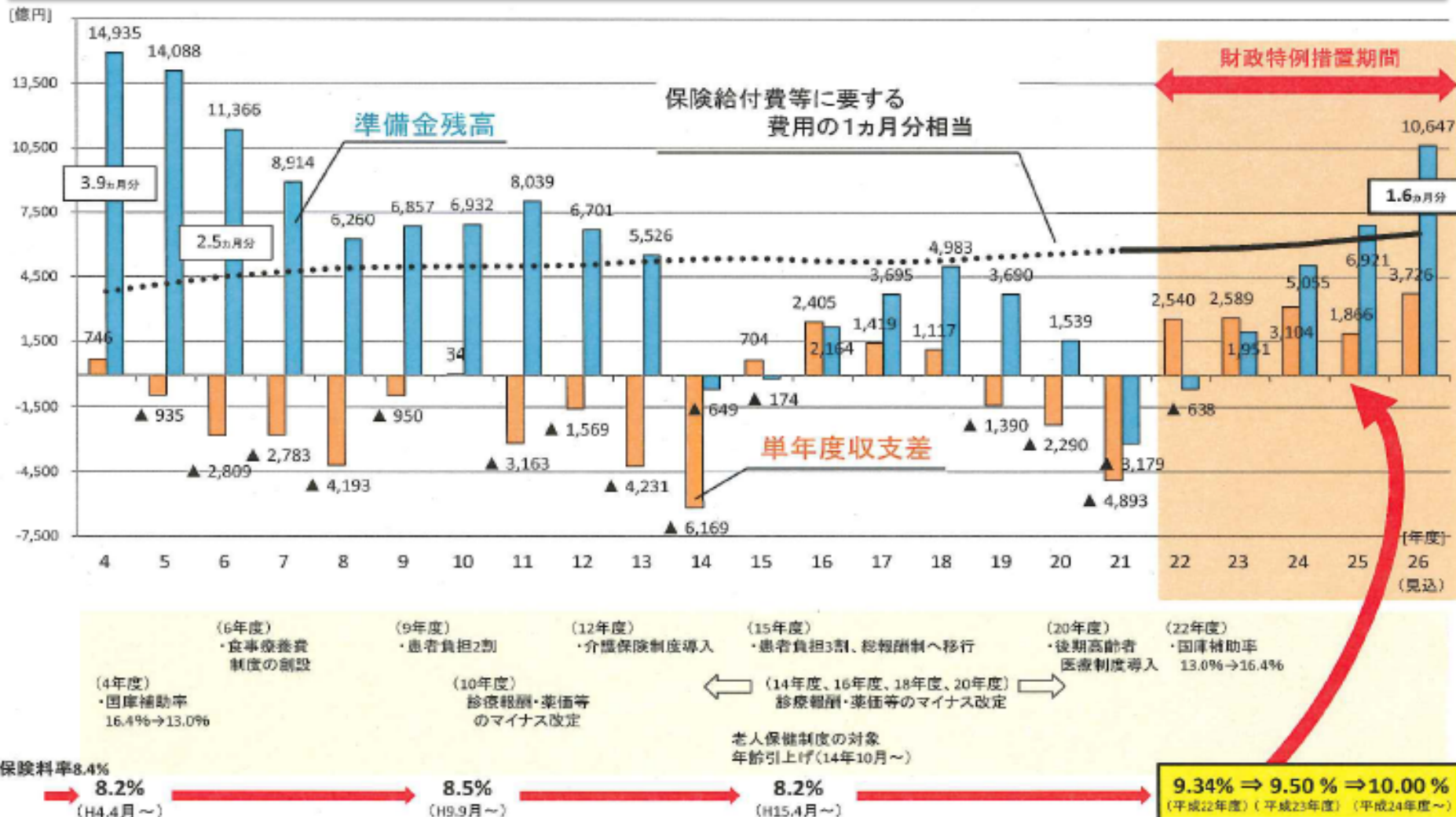
- ◆20年～26年の間に
  - ・保険料率は1.5%増(約1兆4,000億円)
  - ・赤字累計は約2兆円



(注) 平成14～25年度までは決算、26年度は決算見込の数値である。

## (2) 協会けんぽの単年度収支差と準備金の残高の推移

- 19年度から単年度赤字に陥り、18年度に5,000億円あった準備金(累積 黒字・赤字)は、21年度末で▲3,200億円に悪化。この▲3,200億円は、財政特例措置と保険料率の引上げにより、2カ年で解消。
- 平成26年度決算では、単年度収支差は3,726億円の黒字、準備金残高は10,647億円

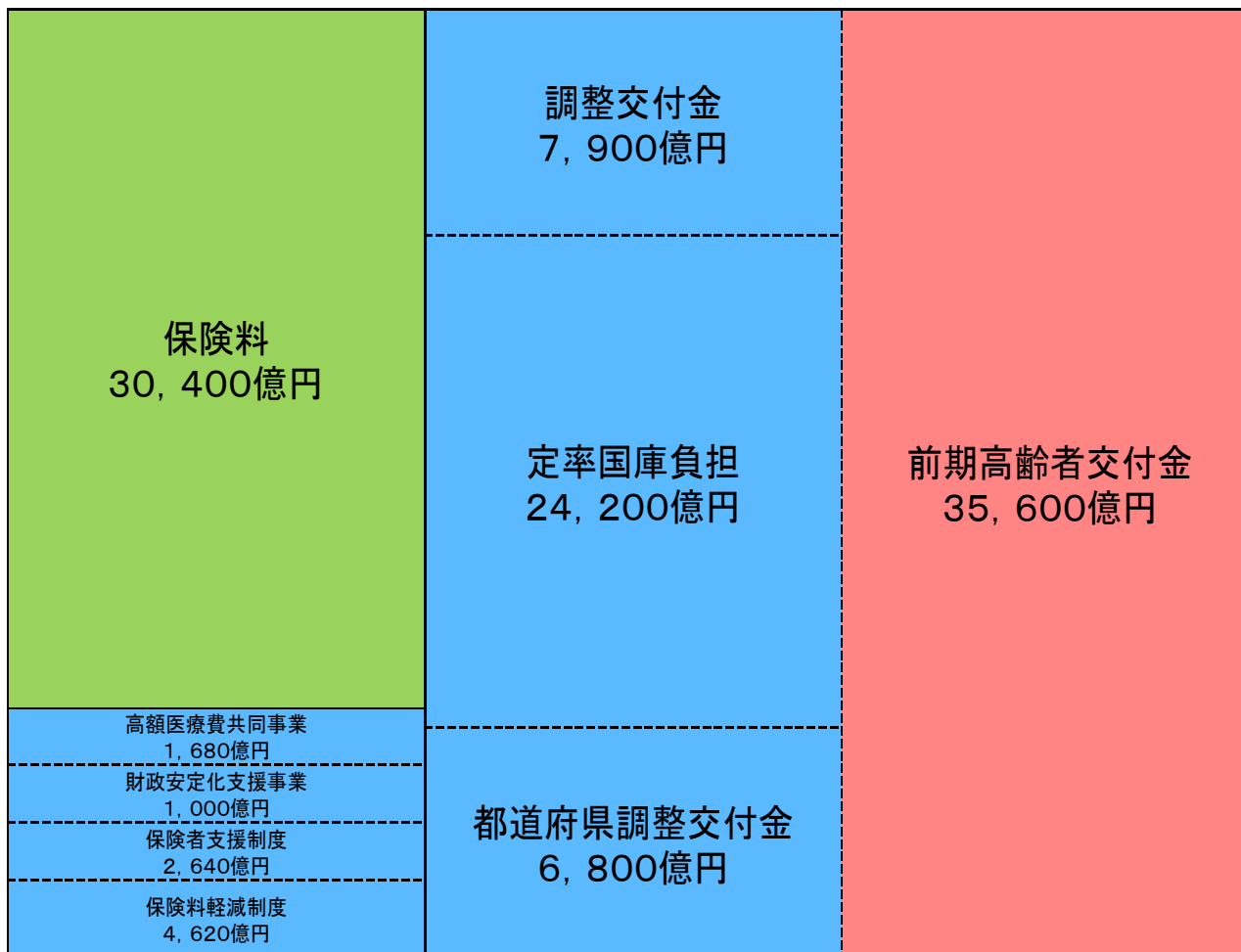


(注) 1.平成5年度、6年度、8年度、9年度、13年度は国の一般会計より過去の国庫補助繰延分の返済があり、これを単年度収支に計上せず準備金残高に計上している。  
2.平成21年度以前は国庫補助の清算金等があった場合には、これを単年度収支に計上せず準備金残高に計上している。

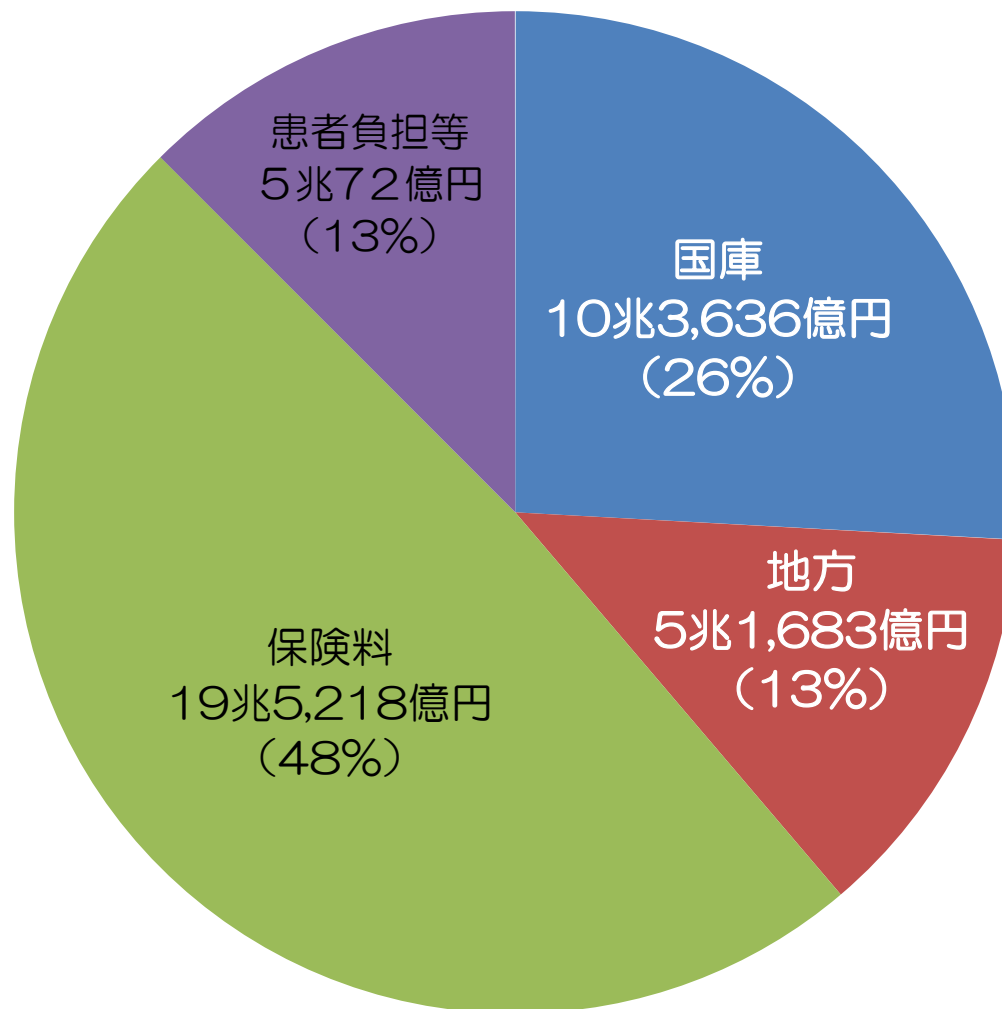
### (3) 国保の財政状況

(平成27年度予算案ベース)

医療給付費等総額: 約11兆5,000億円



## (4) 国民医療費に占める公費の割合



(注) 1. 軽減特例措置は、国庫に含む

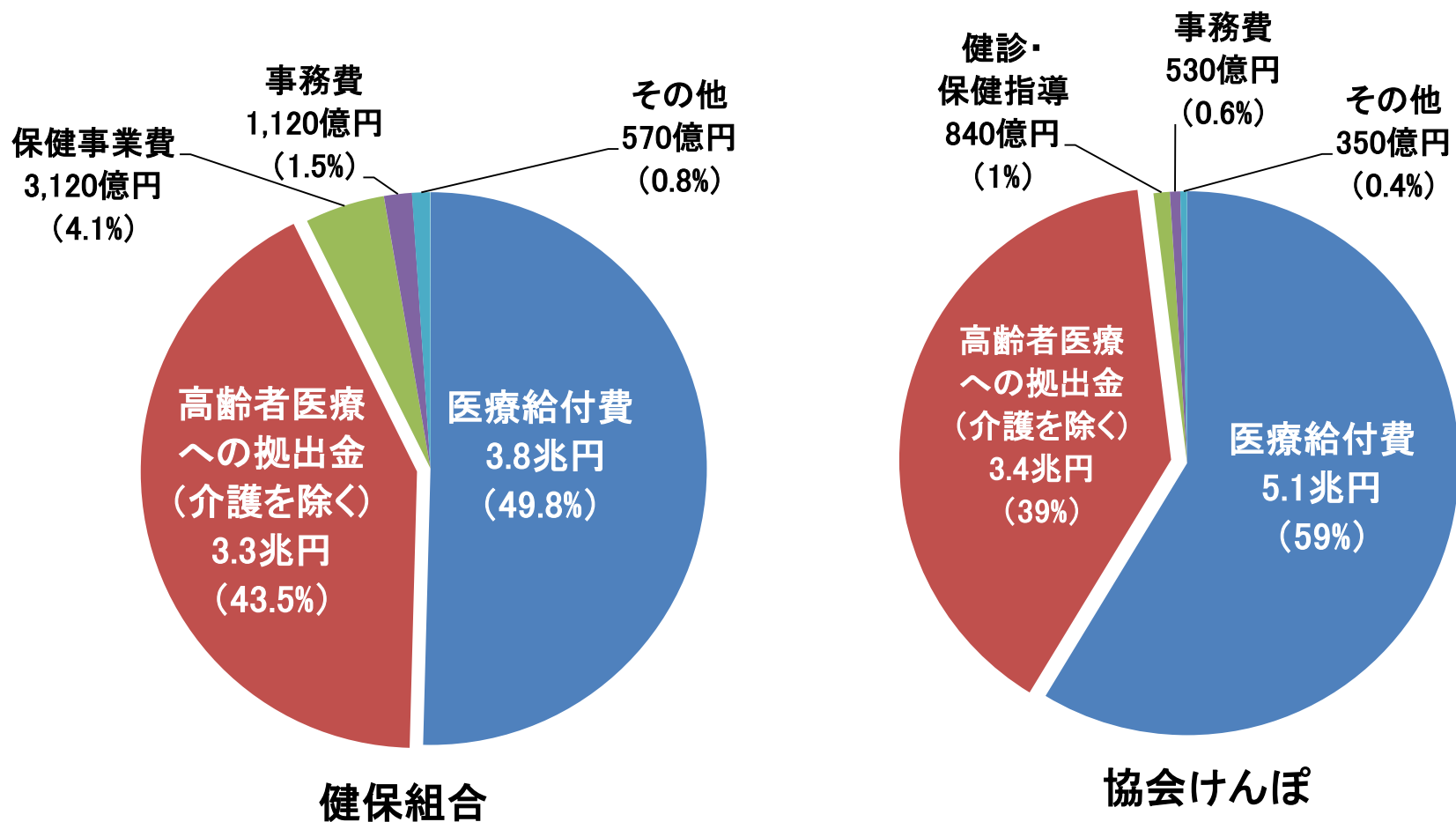
2. 患者負担等は、患者負担及び原因者負担(公害健康被害の補償等に関する法律及び健康被害救済制度による救済給付等)である

## Ⅱ.医療保険財政の問題点



# (1) 被用者保険の財政上の問題点

## ① 高齢者医療への拠出金が保険料収入の40%超

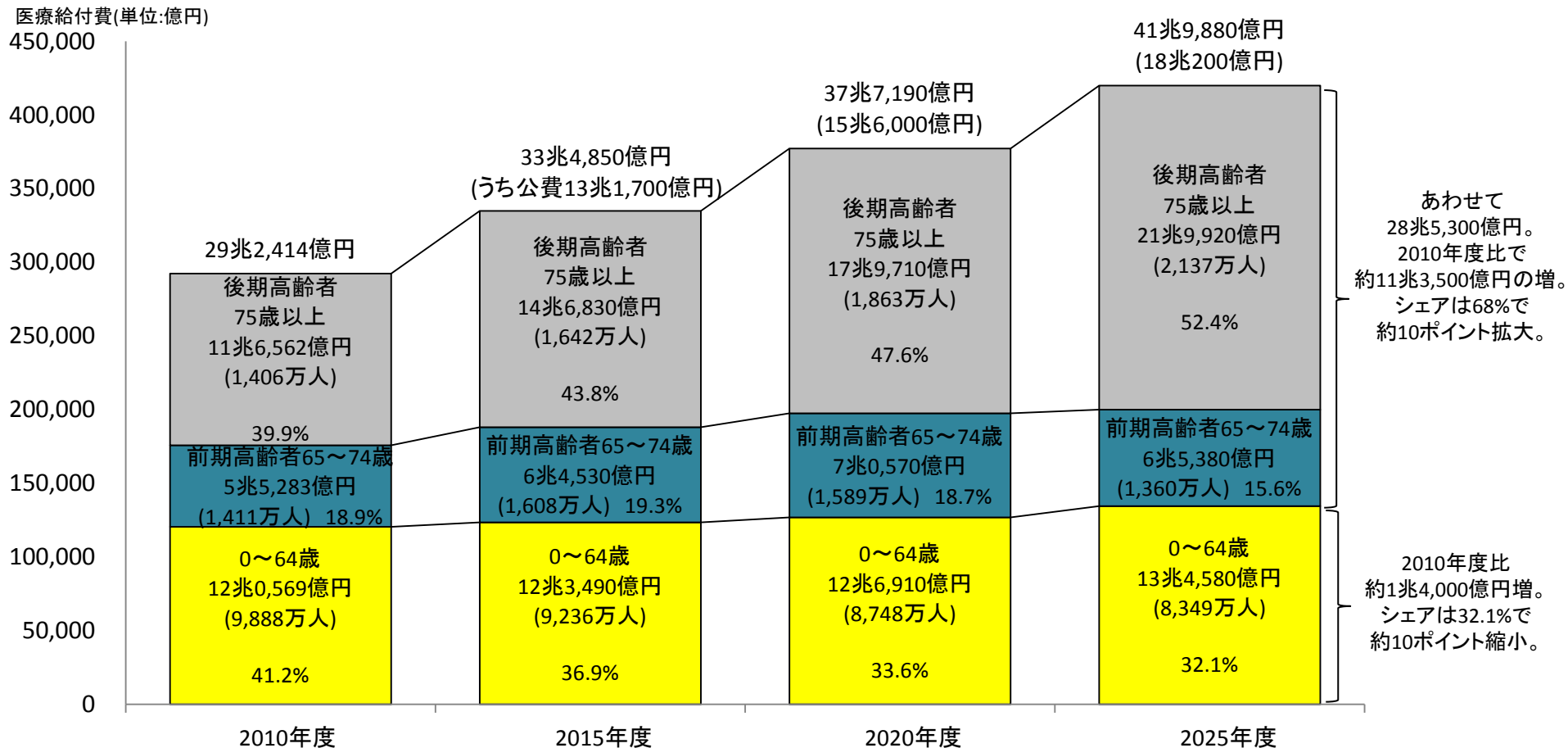


(注) 1. 健保組合は、26年度決算見込み、協会けんぽは、26年度決算  
2. 端数整理のため、係数が整合しない場合がある

# (1) 被用者保険の財政上の問題点

## ② 高齢者医療費の拠出金が急激に増加

### わが国の今後の医療給付費の見通し



※2010年10月の厚生労働省推計「医療費等の将来見通し及び財政影響試算」(人口の高齢化の影響を除いた1人当たり医療費の伸び率1.5%)より。

ただし、2010年度の医療給付費は「医療保険制度に関する基礎資料」による。

※2014年度までの医療給付費の状況等を踏まえると、2015年度以降の数値はさらに上昇する可能性が高い。

(2014年度予算ベース:後期高齢者14.4兆円、前期高齢者6.5兆円、0～64歳12.8兆円)

※グラフの数字は現行制度(支援金1/3総報酬割)を前提。公費は指定公費(70～74歳1割軽減)と高齢者の保険料の特例軽減は含まない。端数処理のため合計が一致しない場合がある。!

## (1) 被用者保険の財政上の問題点

### ③ 保険料率引上げによる対応が限界

	19年度	24年度	26年度	増収額 (26年度－19年度)
健保組合	7.3%	8.3%	8.9%	約1兆4千億円
協会けんぽ	8.2%	10%	10%	約1兆4千億円

(注)1. 増収額は、26年度保険料収入から19年度保険料収入を差し引いた額

○協会けんぽの国庫補助率は、22年度から16.4%(26年度1兆2,559億円)

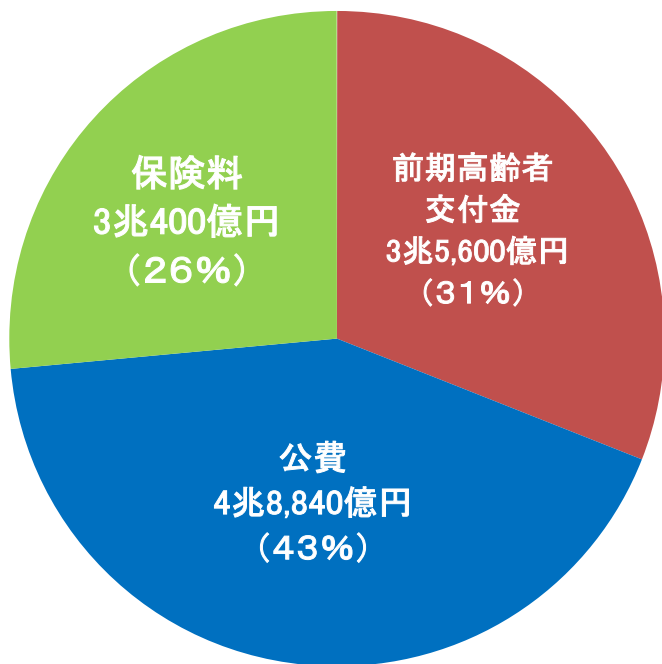
※21年度までは、保険給付費等に係る国庫補助率13.0%

## (2) 国保の財政上の問題点

### ① 公費投入と被用者保険からの支援に依存

#### 国保財政の現状

(平成27年度予算案ベース)



○前期高齢者と64歳以下での会計区分なし

→前期高齢者交付金のうち約2,000億円を64歳以下で使用

○平成30年度都道府県単位化で更に3,400億円を追加補助

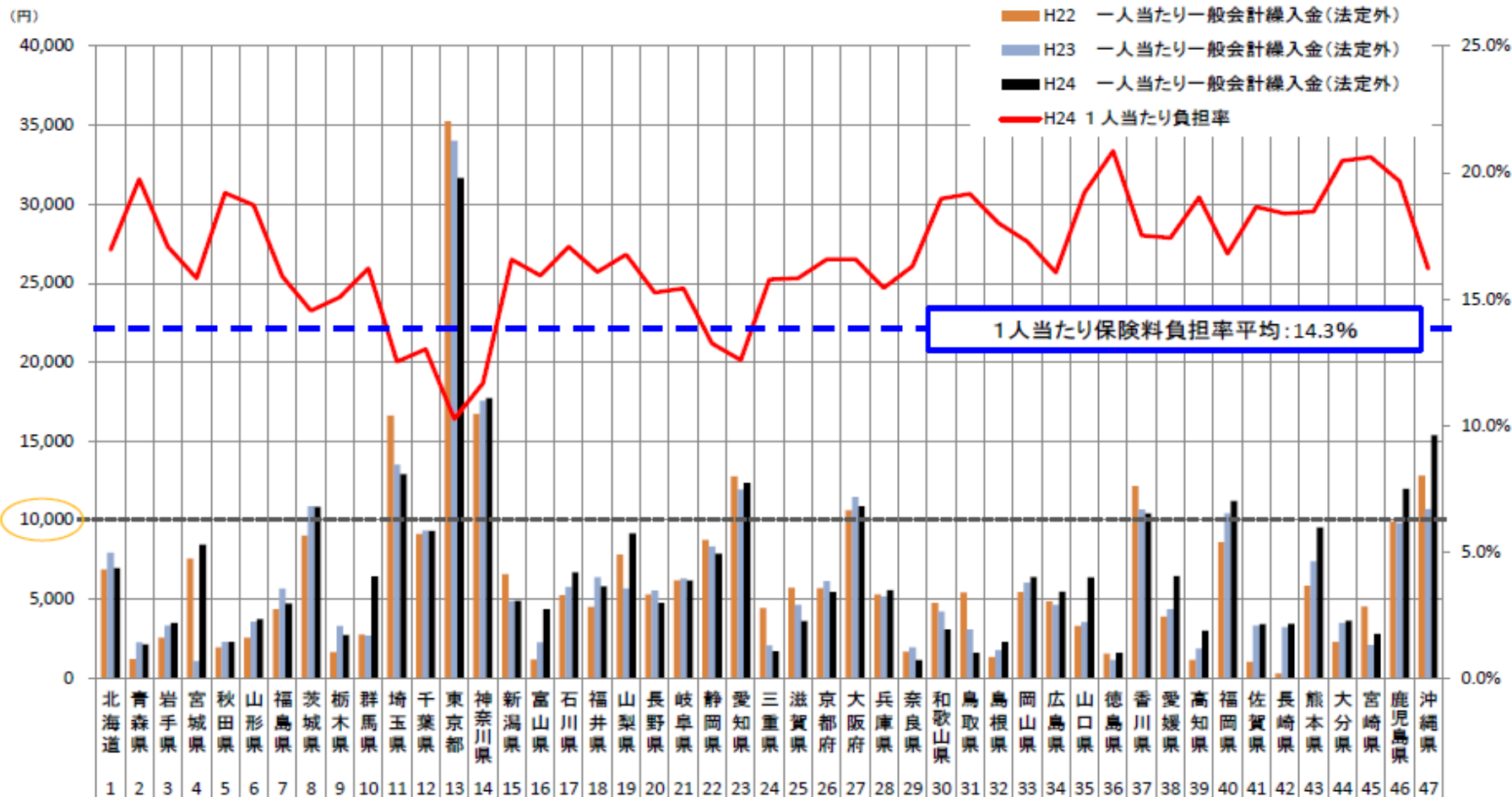
○このほか、①自営業者の所得把握率は低い、②保険料の賦課限度額が被用者保険に比べて低い、このため、中間所得層の負担が重い—などの問題がある

## (2) 国保の財政上の問題点

### ② 保険収納率約90%、一般会計からの繰入れ約3,500億円/年

#### 1人当たりの一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入（都道府県別状況）

○ 平成24年度の1人当たり繰入金が1万円を超えるのは、茨城、埼玉、東京、神奈川、愛知、大阪、香川、福岡、鹿児島、沖縄。  
 そのうち、埼玉、東京、神奈川、愛知の保険料負担率は平均(14.3%)よりも低く、茨城、大阪、香川、福岡、鹿児島、沖縄の保険料負担率は平均よりも高い。



(出所) 国民健康保険事業年報、国民健康保険事業の実施状況報告、国民健康保険実態調査報告

(注1) 一般会計繰入額(法定外)は、定率負担等の法定繰入分を除いたものである。

(注2) 一人当たり負担率は、一人当たり保険料(税)調定額を一人当たり旧ただし書き所得で除したものである。

# (2) 国保の財政上の問題点

## ③国保の都道府県単位化(平成30年度)の成否？

### 国民健康保険の改革による制度の安定化(運営の在り方の見直し)

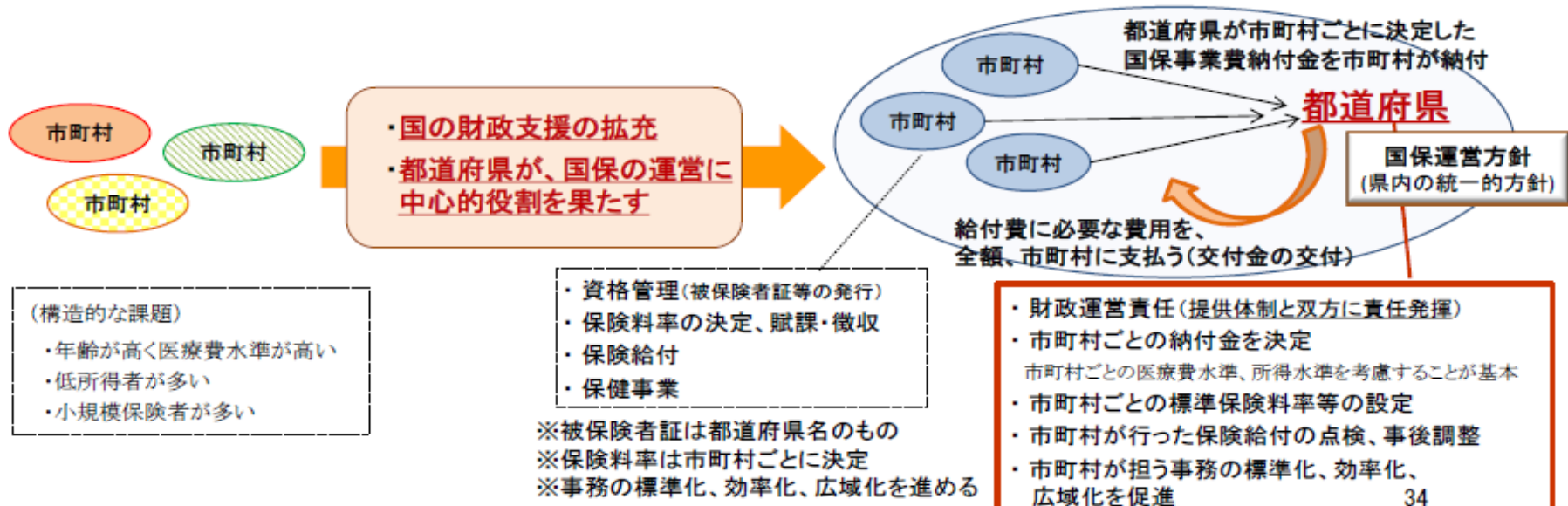
○平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化

- ・給付費に必要な費用は、全額、都道府県が市町村に交付
- ・将来的な保険料負担の平準化を進めるため、都道府県は、市町村ごとの標準保険料率を提示(標準的な住民負担の見える化)
- ・都道府県は、国保の運営方針を定め、市町村の事務の効率化・広域化等を推進

○市町村は、地域住民と身近な関係の中、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業等、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う

【現行】市町村が個別に運営

【改革後】都道府県が財政運営責任を担うなど中心的役割



○詳細については、引き続き、地方との協議を進める

なお、国の普通調整交付金については、都道府県間の所得水準を調整する役割を担うよう適切に見直す。

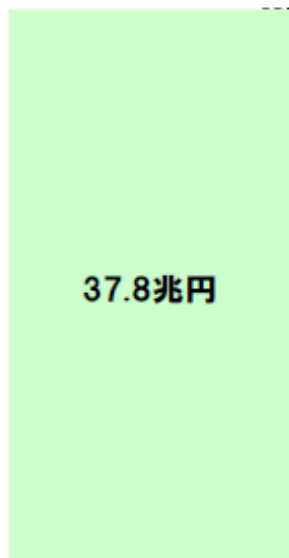
### (3) 国家財政－消費税引上げ財源の配分

#### ○消費税引上げ(5%→10%)の財源は、殆どが制度維持と医療提供体制に投入

- 今般の社会保障・税一体改革により、消費税率引上げによる増収分を含む消費税収(国・地方、従来の地方消費税1%分を除く)は、全て社会保障財源化される。
- 消費税率引上げによる増収分は、消費税率が税制抜本改革法に則り5%引き上げられた場合には、「社会保障の安定化」に4%程度、「社会保障の充実」に1%程度向けられることになる。

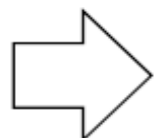
#### <改革を織り込んでいない姿>

社会保障4経費  
(国・地方)  
37.8兆円



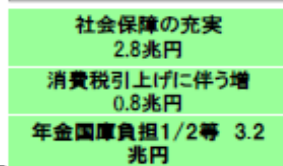
差額  
26.6兆円

消費税収4%分  
(国・地方)  
(従来の地方  
消費税1%分除く)  
11.2兆円



#### <改革を織り込んだ姿>

社会保障4経費  
(国・地方)  
44.5兆円



全て社会保障財源化

差額  
19.3兆円

充実  
1%  
安定  
4%

消費税率14.0%引上げ分  
14.0兆円

(注1) 社会保障制度改革推進法では、「国民が広く受益する社会保障に係る費用をあらゆる世代が広く公平に分ち合う観点等から、社会保障給付に要する費用に係る国及び地方公共団体の負担の主要な財源には、消費税及び地方消費税の収入を充てるもの」とされている(社会保障制度改革推進法第2条第1項4号)。  
 (注2) 計数は、2017年度時点の見込み。  
 (注3) 上図の社会保障4経費のほか、「社会保障4経費に則った範囲」の地方単独事業がある。  
 (注4) 引上げ分の地方消費税については、地方税法において、社会保障施策に要する経費に充てるとされている。また、引上げ分の地方消費税と消費税に係る交付税法定率分の総額を、地方単独事業を含む地方の社会保障給付費の総額と比較し、社会保障財源となっていることを毎年度確認することとされている。

## Ⅲ. 我が国の医療提供体制の特徴



## (1) 医療機関数

### 日本と欧米諸国の病院の国際比較

	病院数	人口10万 対病院数
アメリカ	5,756	1.9
フランス	2,890	4.8
ドイツ	2,166	2.6
日本	8,943	7.0

出典：OECD Health Data 2008 医療経済研究機構「アメリカ医療関連データ集【2007年版】」医療経済研究機構「フランス医療関連データ集【2007年版】」、医療経済研究機構「ドイツ医療関連データ集【2007年版】」、「平成18年医療施設調査」「平成18年病院報告」厚生労働省大臣官房統計情報部  
注：2005年の数字である。ただしドイツは2004年、日本は2006年の数字

### 日本の医療機関数

(平成26年)

病院	8,493
一般診療所	100,461
歯科診療所	68,592
薬局数	57,784

出典：平成26年(2014)医療施設(静態・動態)調査・病院報告及び平成26年度衛生行政報告例から作成

## (2) 入院期間・病床数等

### 医療提供体制の各国比較(2010年)

国名	平均在院日数 (急性期)	人口千人 当たり 総病床数	病床百床 当たり 臨床医師数	人口千人 当たり 臨床医師数	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	32.0 (17.9)	13.4	16.4※ <sub>1</sub>	2.2※ <sub>1</sub>	74.3※ <sub>1</sub>	10.0※ <sub>1</sub>
ドイツ	9.3 (7.9)	8.3	46.5	3.8	137.5	11.4
フランス	12.6 (5.1)	6.4	48.1※ <sub>2</sub>	3.3※ <sub>2</sub>	136.7※ <sub>2</sub>	8.7※ <sub>2</sub>
イギリス	7.3 (6.5)	3.0	95.2	2.8	290.6	8.6
アメリカ	6.1 (5.4)	3.1※ <sub>1</sub>	79.9※ <sub>1</sub>	2.5	366.6※ <sub>1・2</sub>	11.1※ <sub>1・2</sub>

(出典):「OECD Health Data 2013」

注1:「※<sub>1</sub>」は2010年のデータ。「※<sub>2</sub>」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: 平均在院日数の( )書は、急性期病床(日本は一般病床)における平均在院日数である。

## ( 3 ) 受 診 率

### 年間外来受診回数の各国比較(2009年)

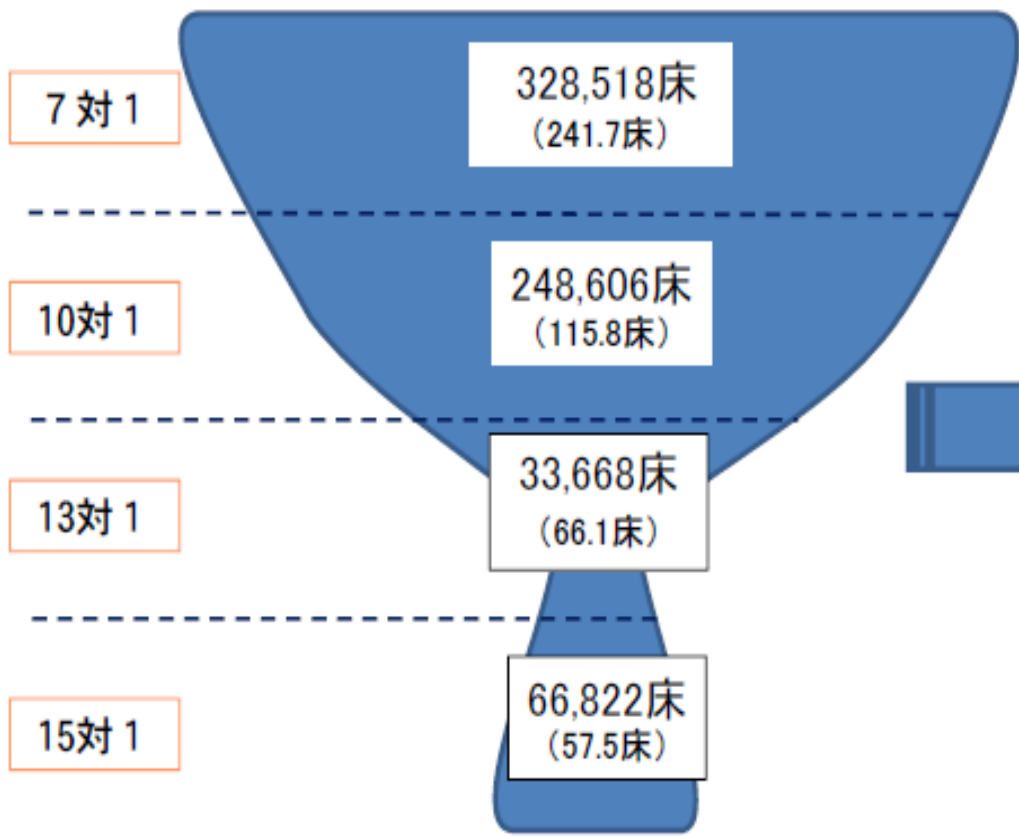
日	本	13.1回				
ド	イ	ツ	8.4回			
フ	ラ	ン	ス	6.7回		
イ	ギ	リ	ス	5.0回		
ア	メ	リ	カ	3.9回		
ス	ウ	エ	ー	デ	ン	2.9回

(出典)OECD「Health data 2012」  
※アメリカは2008年の値

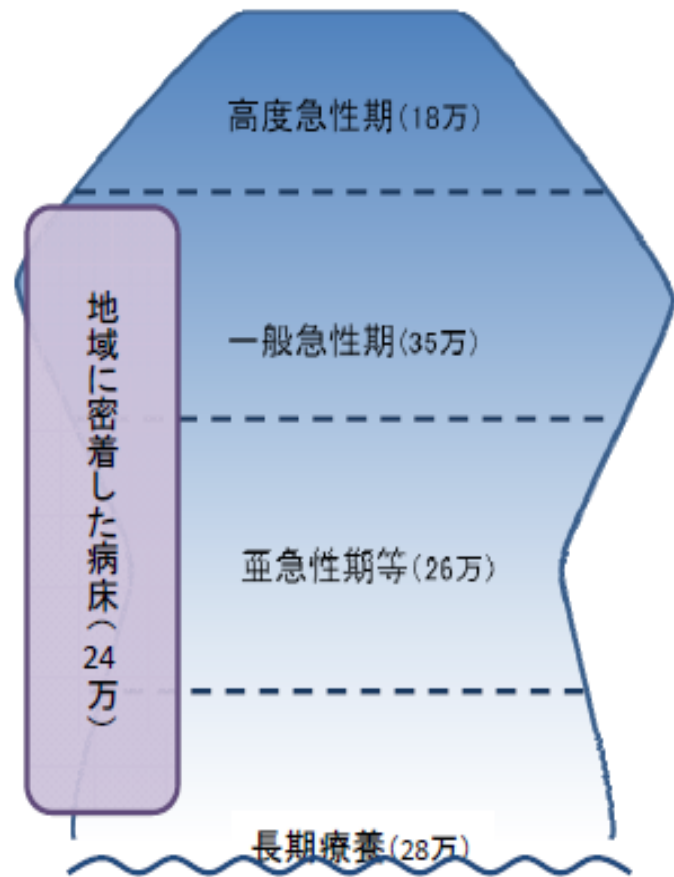
# (4) 一般病床の機能別病床数

一般病棟入院基本料の将来方向(社会保障と税の一体改革)

<2010(H22)年の病床数>



<2025(H37)年のイメージ>



保険局医療課調べ

(括弧内は1医療機関あたり平均病床数)

## IV. 保険者機能

## (1) 我が国の医療保険者の現状

	国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合
保険者数 (平成25年3月末)	1,717	1	1,431	85
加入者数 (平成25年3月末)	3,466万人 (2,025万世帯)	3,510万人 被保険者1,987万人 被扶養者1,523万人	2,935万人 被保険者1,554万人 被扶養者1,382万人	900万人 被保険者450万人 被扶養者450万人
加入者平均年齢 (平成24年度)	50.4歳	36.4歳	34.3歳	33.3歳
65～74歳の割合 (平成24年度)	32.5%	5.0%	2.6%	1.4%
加入者一人当たり医療費 (平成24年度)	31.6万円	16.1万円	14.4万円	14.8万円
加入者一人当たり 平均所得(※3) (平成24年度)	83万円 一世帯当たり 142万円	137万円 一世帯当たり(※4) 242万円	200万円 一世帯当たり(※4) 376万円	230万円 一世帯当たり(※4) 460万円
加入者一人当たり 平均保険料 (平成24年度)(※5) 〈事業主負担込〉	8.3万円 一世帯当たり 14.2万円	10.5万円<20.9万円> 被保険者一人当たり 18.4万円<36.8万円>	10.6万円<23.4万円> 被保険者一人当たり 19.9万円<43.9万円>	12.6万円<25.3万円> 被保険者一人当たり 25.3万円<50.6万円>
保険料負担率(※6)	9.9%	7.6%	5.3%	5.5%
公費負担	給付費等の50%	給付費等の16.4%	後期高齢者支援金等の 負担が重い保険者等への補助 (※8)	なし
公費負担額(※7) (平成26年度予算ベース)	3兆5,006億円	1兆2,405億円	274億円	

(※1) 組合健保の加入者一人当たり平均保険料及び保険料負担率については速報値である。

(※2) 一定の障害の状態にある旨の広域連合の認定を受けた者の割合である。

(※3) 市町村国保及び後期高齢者医療制度については、「総所得金額(収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離譲渡所得金額」を加えたものを年度平均加入者数で除したものである。(市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」のそれぞれの前年所得を使用している。)

協会けんぽ、組合健保、共済組合については、「標準報酬総額」から「給与所得控除に相当する額」を除いたものを、年度平均加入者数で除した参考値である。

(※4) 被保険者一人当たりの金額を表す。

(※5) 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。

(※6) 保険料負担率は、加入者一人当たり平均保険料を加入者一人当たり平均所得で除した額。

(※7) 介護納付金及び特定健診・特定保健指導、保険料軽減分等に対する負担金・補助金は含まれていない。

(※8) 共済組合も補助対象となるが、平成23年度以降実績なし。

## (2) 保険者機能とは

### 保険者の機能と役割

- ① 適用
- ② 保険料の設定・徴収
- ③ 保険給付
- ④ 審査・支払
- ⑤ 保健事業等を通じた加入者の健康管理
- ⑥ 医療の質や効率性向上のための医療提供側への働きかけ

出典：平成24年度厚生労働省委託事業「保険者機能のあり方と評価に関する調査研究報告書」

### (3) 医療保険制度、医療提供体制への政策提言の場

- **厚生労働省社会保障審議会**（厚生労働大臣の諮問機関）  
社会保障制度や人口問題等に関する基本的な事項を調査審議する
- **中央社会保険医療協議会**（  
診療報酬改定や薬価、保険材料価格などについて審議し、答申する。診療報酬点数や施設基準等により医療機関を政策誘導する
- **地方社会保険医療協議会**（  
保険医療機関・保険薬局の指定及び指定の取消し並びに保険医・保険薬剤師の登録の取消しについて審議し、文書をもって答申するほか、自ら厚生労働大臣に文書をもって建議する
- **都道府県医療審議会**（都道府県知事の諮問機関）  
当該都道府県における医療提供体制の確保に関する重要事項を調査審議する  
（地域医療支援病院の承認、病院の開設・増床等に係る勧告・不許可、医療法人の設立・解散・合併の認可、地域医療構想を含む医療計画の策定、変更など）
- **都道府県保険者協議会**  
特定健診等と高齢者医療制度に関する保険者や関係者間の連絡調整、保険者に対する助言と援助、医療費用等に関する情報についての調査及び分析、医療計画の策定及び変更に関する意見提出

— など



## (4) わが国の保険者機能の評価(被用者保険)

- 組織内のガバナンス能力は高い ー事業主との関係
- 政策提言、医療提供体制へ働きかけが弱い



### 【理由】

- ①保険者が細分化 保険者数は全体で約3500
- ②医療提供体制に関する情報不足
- ③協会けんぽは元々「政管けんぽ」
- ④国と地方の権限が不明瞭

## (5) 医療制度におけるガバナンス強化、今後の方向性

- ① 国民への情報提供・啓発(制度、財政、医療、健康)
- ② 政策決定過程、保険者運営への「当事者」の関与促進
- ③ 行政権限の適切な行使と強化

ご清聴ありがとうございました