

日本慢性期医療協会 定例記者会見

日時：平成30年5月17日 16:30～

場所：日本慢性期医療協会

4月11日,25日 財政制度分科会で財務省が提案した
社会保障についての今後の方針に対する
日慢協としての考え

【参考】改革工程表上の主な制度改革等検討項目(2017改定後)

社会保障

取組状況	主な項目
既に対応済みのもの	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時の光熱水費負担の見直し ・ 保険者努力支援制度の具体的な仕組み ・ 高額療養費（月額負担上限）等の見直し ・ 介護保険の利用者負担の在り方 ・ 介護納付金の総報酬割導入 ・ 軽度者に対する福祉用具貸与・住宅改修に係る給付の適正化 ・ 先発医薬品価格のうち後発医薬品に係る保険給付額を超える部分の負担の在り方 等
一部対応したが、引き続き対応が必要なもの	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高確法第14条の診療報酬の特例の活用方策 ・ 地域差分析を活用した介護保険事業計画のPDCAサイクルの強化・給付費の適正化に向けた保険者へのインセンティブ付けなどの制度的枠組みの検討 ・ 生活援助サービス等その他の給付の在り方、負担の在り方 ・ 「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づく取組み ・ 服薬管理や在宅医療等への貢献度による評価、適正化や患者本位の医薬分業の実現に向けた調剤報酬の見直し

等
31

【参考】改革工程表上の主な制度改革等検討項目(2017改定後)

社会保障

取組状況	主な項目
今後対応していくもの	<ul style="list-style-type: none"> ・ 後期高齢者の窓口負担の在り方 ・ 現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図るための課題（介護総報酬割以外） ・ 金融資産等の医療保険制度における負担への反映方法 ・ 薬剤自己負担の引上げについて幅広い観点からの検討 ・ かかりつけ医の普及の観点からの診療報酬上の対応や外来時の定額負担についての検討 ・ 軽度者に対する生活援助サービスやその他の給付の地域支援事業への移行 ・ 短時間労働者に対する厚生年金保険及び健康保険の適用範囲の拡大 ・ 高齢期における職業生活の多様性に応じた一人ひとりの状況を踏まえた年金受給の在り方 ・ 高所得者の年金給付の在り方を含めた年金制度の所得再分配機能の在り方 ・ 介護の調整交付金の活用方策についての検討 ・ 国民健康保険の普通調整交付金の活用方策についての検討 <p style="text-align: right;">等</p>

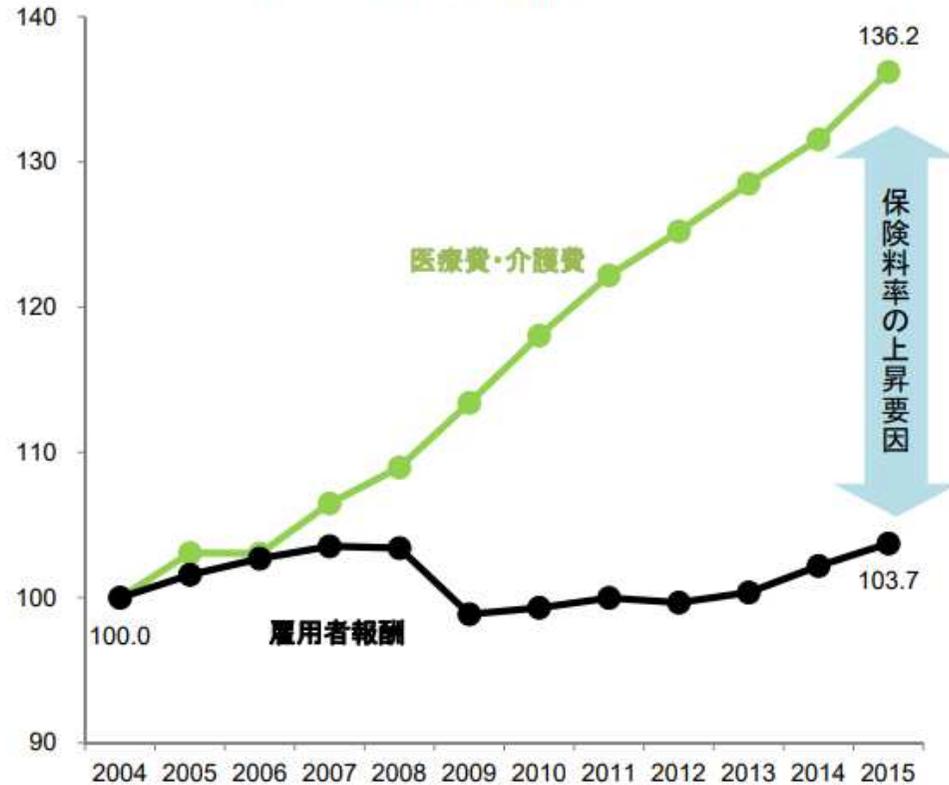
医療・介護に係る保険料負担について

○ 今後とも高齢化により医療費・介護費の伸びは増加が見込まれるのに対し、雇用者の総報酬は、生産年齢人口の減少に伴い大幅な増加は見込めない。したがって、仮に医療費・介護費の伸びを放置すれば、今後も保険料負担の増加は免れず、雇用者の実質賃金の伸びは抑制されることになる。

協会けんぽと健保組合の保険料率



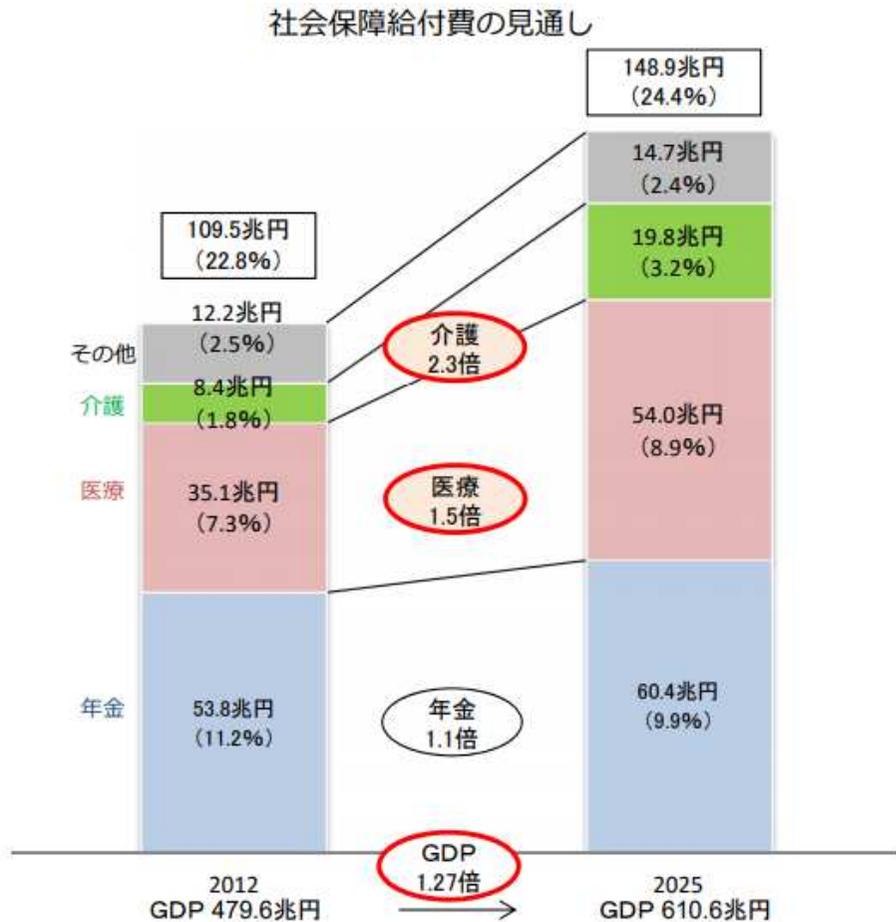
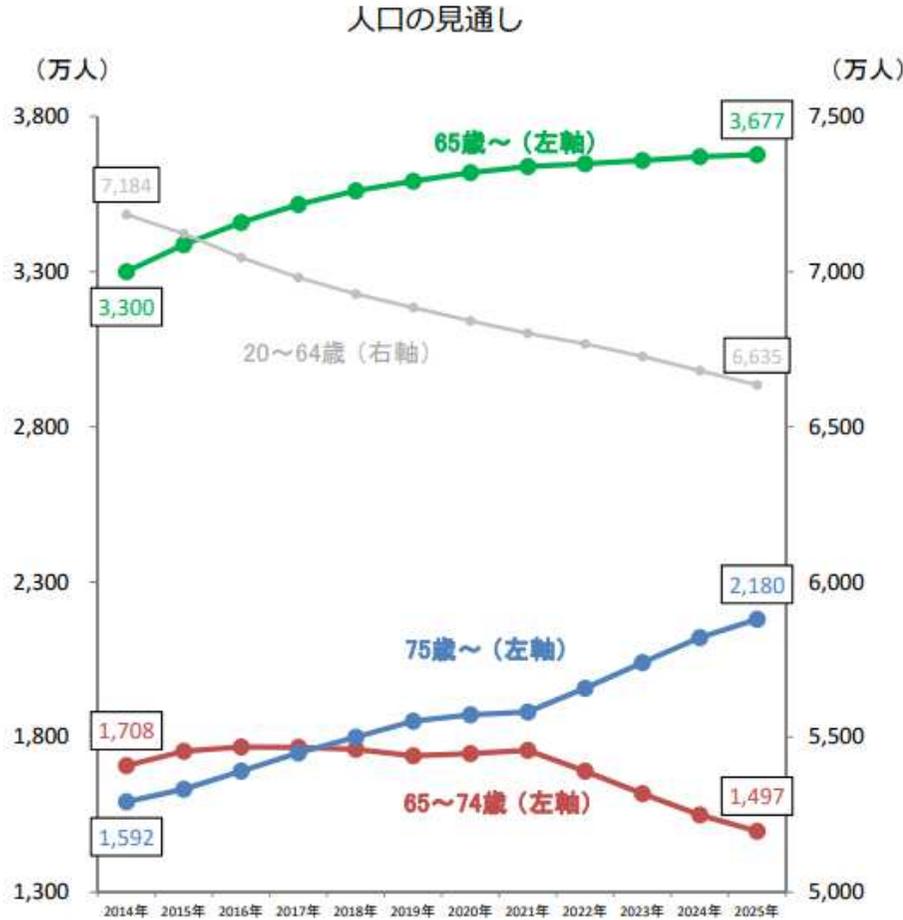
医療費・介護費と雇用者報酬



(注1) 医療費は、国民医療費の実績見込み値。
 (注2) 介護費は、介護サービス費用、介護予防サービス費用及び特定入所者介護サービス保険給付額それぞれの実績値の合計。
 (注3) 雇用者報酬は、内閣府「国民経済計算」における雇用者報酬の計数。
 (出所) 厚生労働省「国民医療費」「介護給付費実態調査」、内閣府「国民経済計算」ほか

将来人口の見通しと医療・介護費について

- 団塊の世代が全て後期高齢者となる2025年に向けて、65～74歳人口は微減となる一方、75歳以上の後期高齢者人口は大きく増加する。後期高齢者になると1人当たり医療・介護費は急増するため、2025年にかけて、医療・介護費用は大きく増加していくことになる。
- なお、この間、20～64歳の現役世代は一貫して減少する。

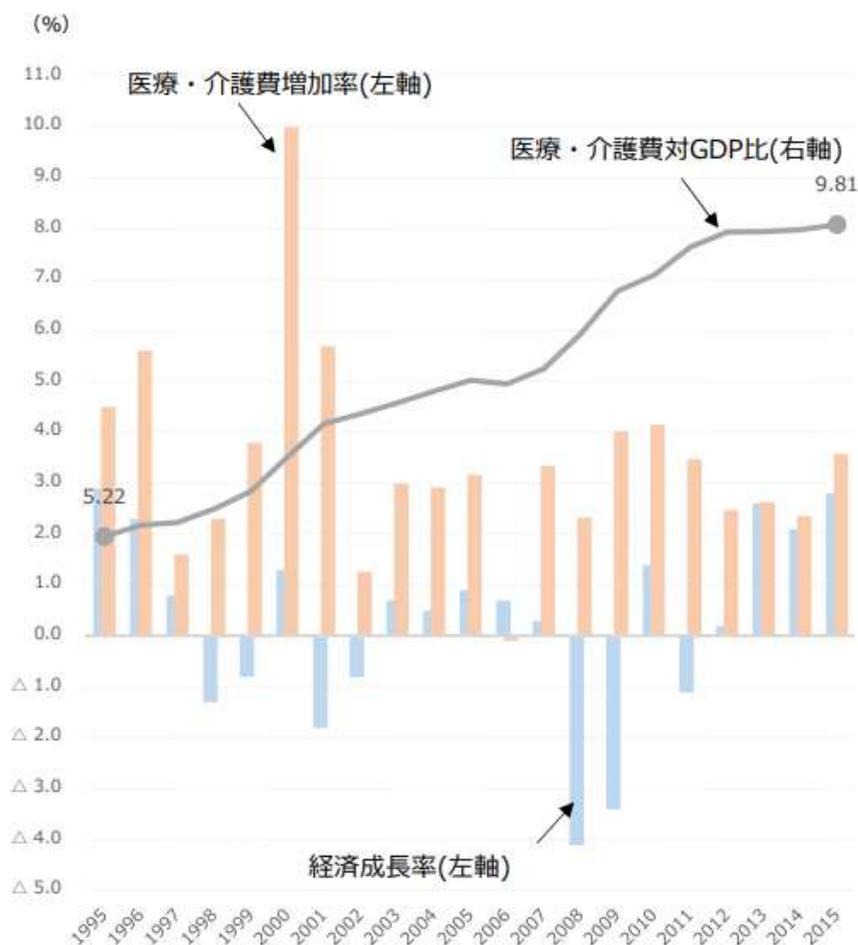


(出所) 内閣府「国民経済計算」、総務省「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(出生中位・死亡中位)」、厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計の改定について(24年3月)」

我が国における医療費・介護費の状況

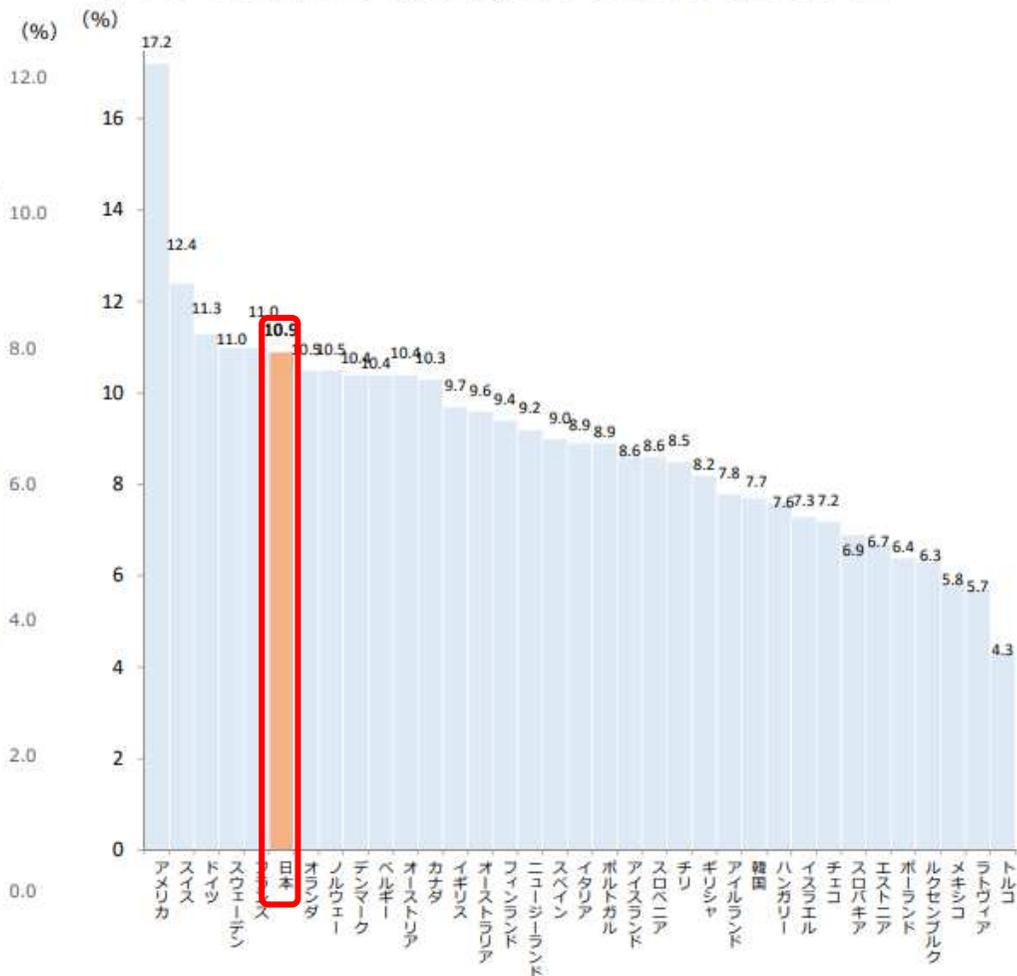
- 医療費（+介護費）は、これまで、国全体としての負担能力（経済成長）を上回るペースで増加してきた。
- 国際的に見ても、我が国の総医療費の規模は諸外国の中でも大きい。

◆医療費（+介護費）対GDP比の推移



(出所) 内閣府「国民経済計算」、国民医療費の概況、介護保険事業状況報告（厚生労働省）

◆OECD加盟国の総医療費対GDP比（2016年）

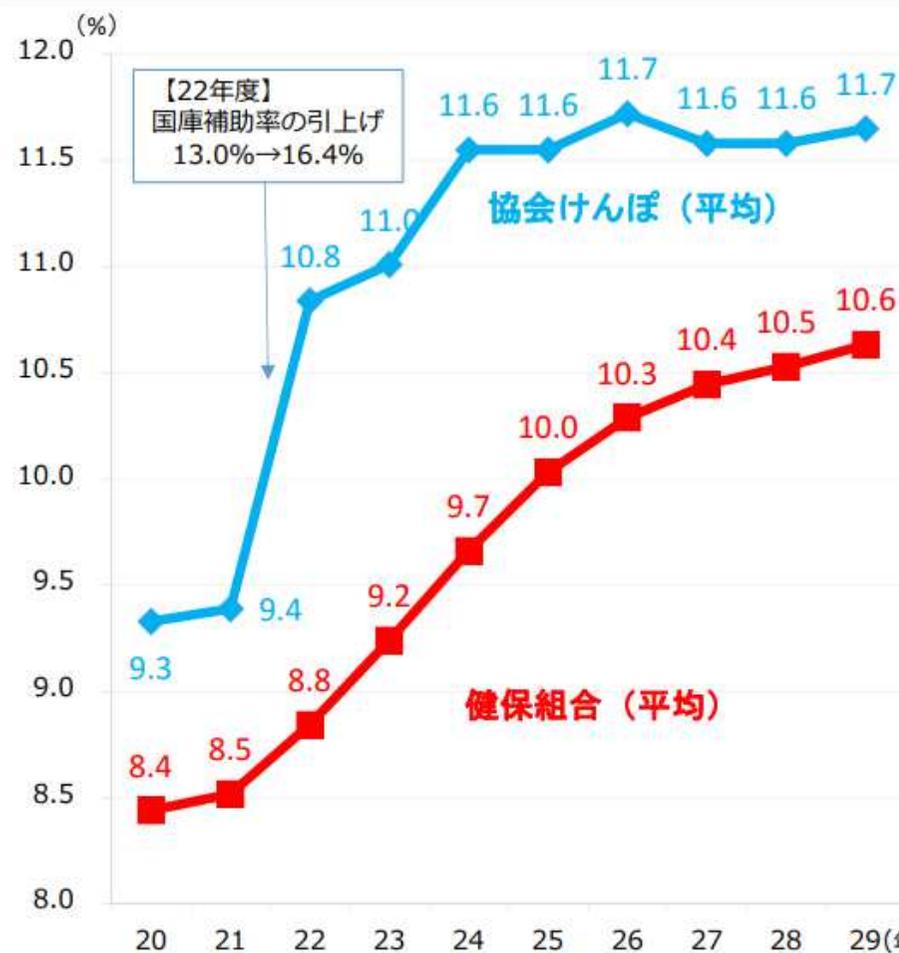


(出典) OECD Health Statistics 2017

(注) OECDの「総医療費」には、国民医療費に加え、介護費用の一部（介護保険適用分）、民間の医療保険からの給付、妊娠分娩費用、予防に係る費用等が含まれている。

医療費・介護費の保険料負担

- 近年、医療費の増加等に伴い、協会けんぽ、健保組合ともに保険料率を引き上げている。協会けんぽに対しては、平成22年度から国庫補助率の引き上げ（13.0%→16.4%）も行われている。
- 国保においても、一人当たり保険料負担は増加してきており、平成26、27年度においては消費税収による公費の拡充による保険料負担の軽減が行われてきた。



※ 協会けんぽ及び健保組合の保険料率は医療分と介護分の合計。また、健保組合の保険料率は、12年度～27年度は決算、28年度は決算見込、29年度は予算早期集計による。



※ 全国平均の所得割率



※ 平均所得に対する保険料(税)調定額の割合

消費税収による保険料軽減措置の拡充
26年度：約600億円（公費）
27年度：約1,700億円（公費）

（出典）厚生労働省「国民健康保険実態調査報告」

我が国の医療提供体制の問題点

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	人口百万人あたり MRI台数
日本	29.1 (16.5)	13.2	17.9※1	2.4※1	83.0※1	11.0※1	51.7※1
ドイツ	9.0 (10.2)	8.1	50.9	4.1	164.1	13.3	33.6
フランス	10.1※1 (5.9)	6.1	50.9	3.3※2	161.8※2	9.9※2	12.6
イギリス	7.0 (6.8)	2.6	106.9	2.8	302.7	7.9	7.2※1
アメリカ	6.1※1 (5.5)※1	2.8※1	90.9※1	2.6※1	394.5※1・2	11.3※2	39.0

出典:「OECD Health Data 2017」 注1:「※1」は2014年のデータ。 注2:「※2」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。

日本の人口当たりの病床数が多く、入院日数が長い

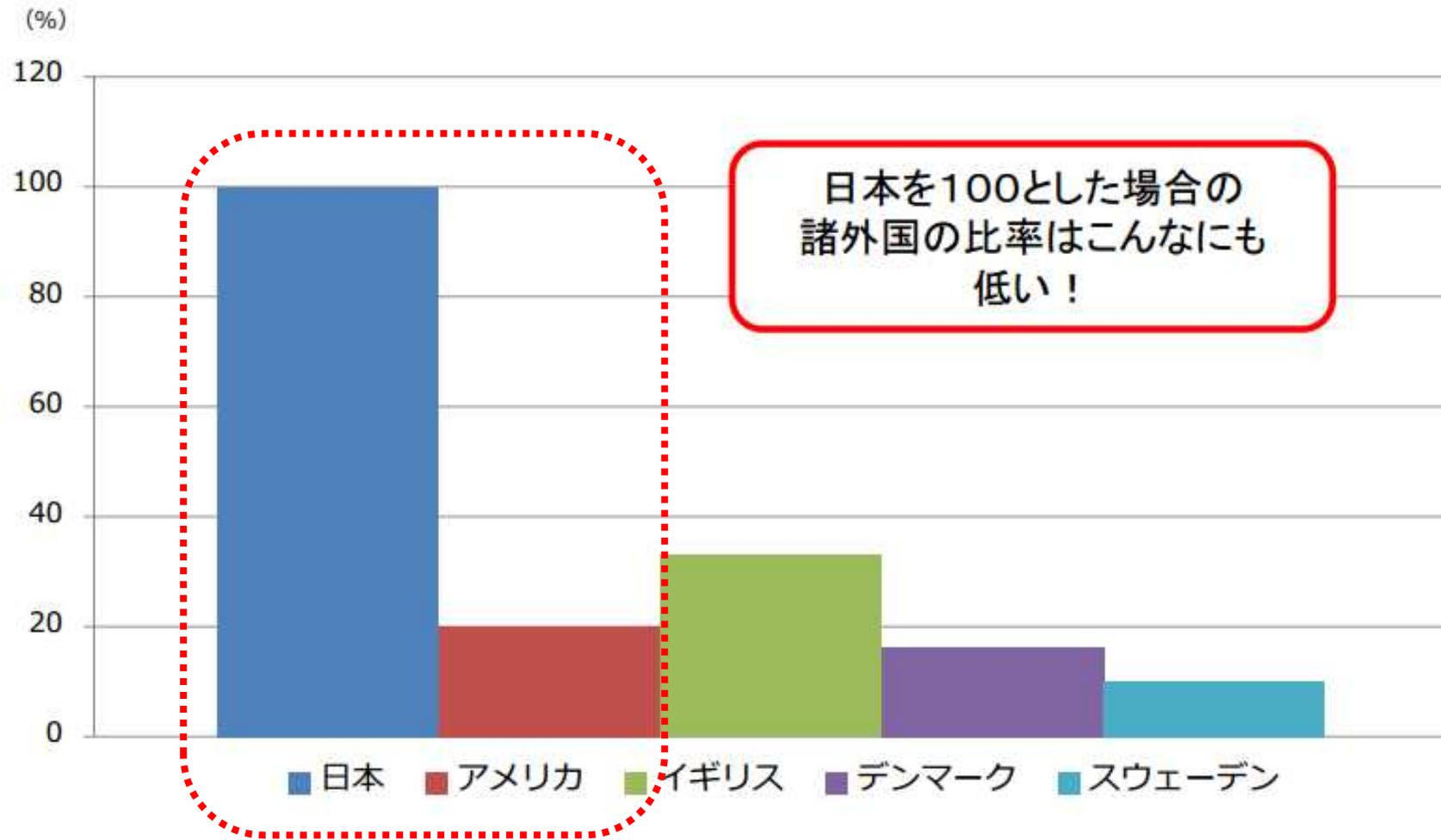
2015年	日本	ドイツ	フランス	アメリカ	イギリス
人口 1000人当たり 病床数	13.17	8.13	6.13	2.61※1	2.83
2015年	日本	ドイツ	フランス	アメリカ	イギリス
平均入院日数	29.1	9.0	10.1※1	6.1※1	7.0
平均入院日数 (急性期)	16.5	7.6	5.7※1	5.5※1	6.0

資料：GLOBAL NOTE 出典：OECD 「※1」は2014年のデータ

**病床数が多すぎれば、どうしてもダラダラと
必要以上に平均在院日数が延びるでしょうね。**

2018年1月 武久 洋三 作成

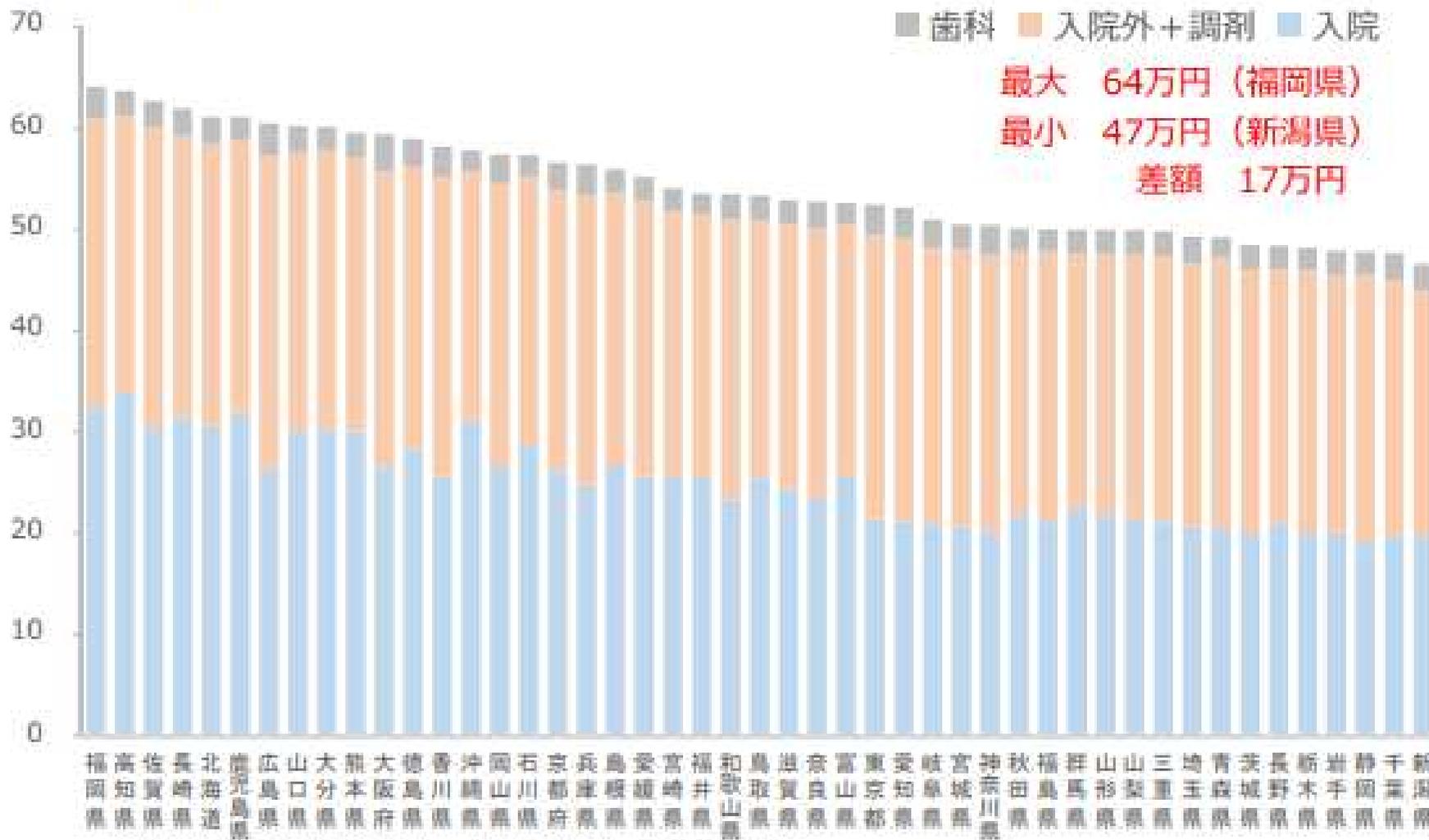
高齢者寝たきり率国際比較



出典：寝たきりゼロをめざして—寝たきり老人の現状分析並びに諸外国との比較に関する研究 第2版
Core Ethics Vol. 6 (2010)

◆ 一人あたり医療費（年齢調整後※）の地域差

（万円、国保＋後期）

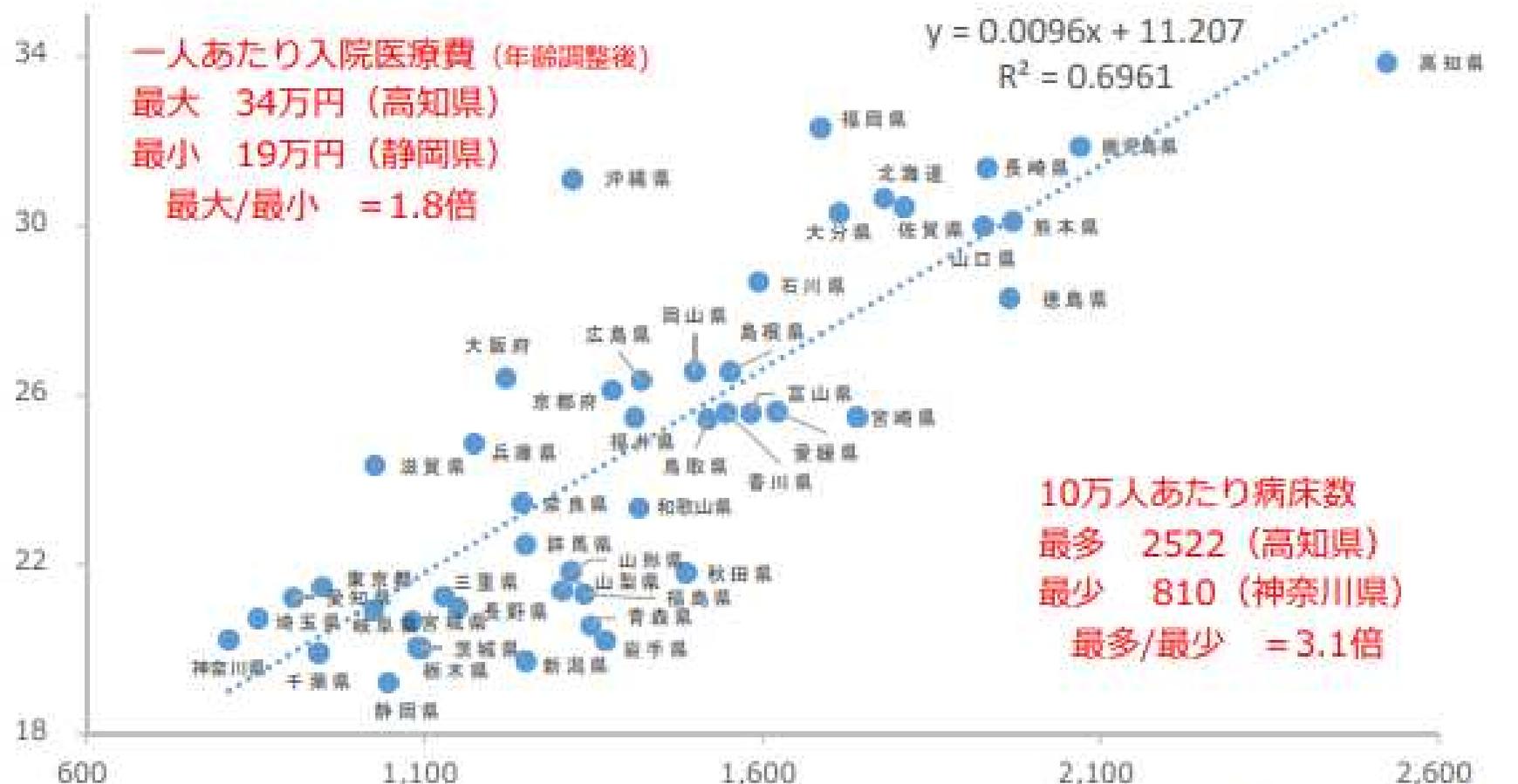


（出典）厚生労働省「平成27年度医療費の地域差分析」

※ 各都道府県の年齢階級別1人あたり医療費をもとに、全国の年齢構成と同じと仮定して算出。高齢化率等の年齢構成の違いでは説明できない地域差である。

◆ 入院医療費（年齢調整後※）と病床数の関係

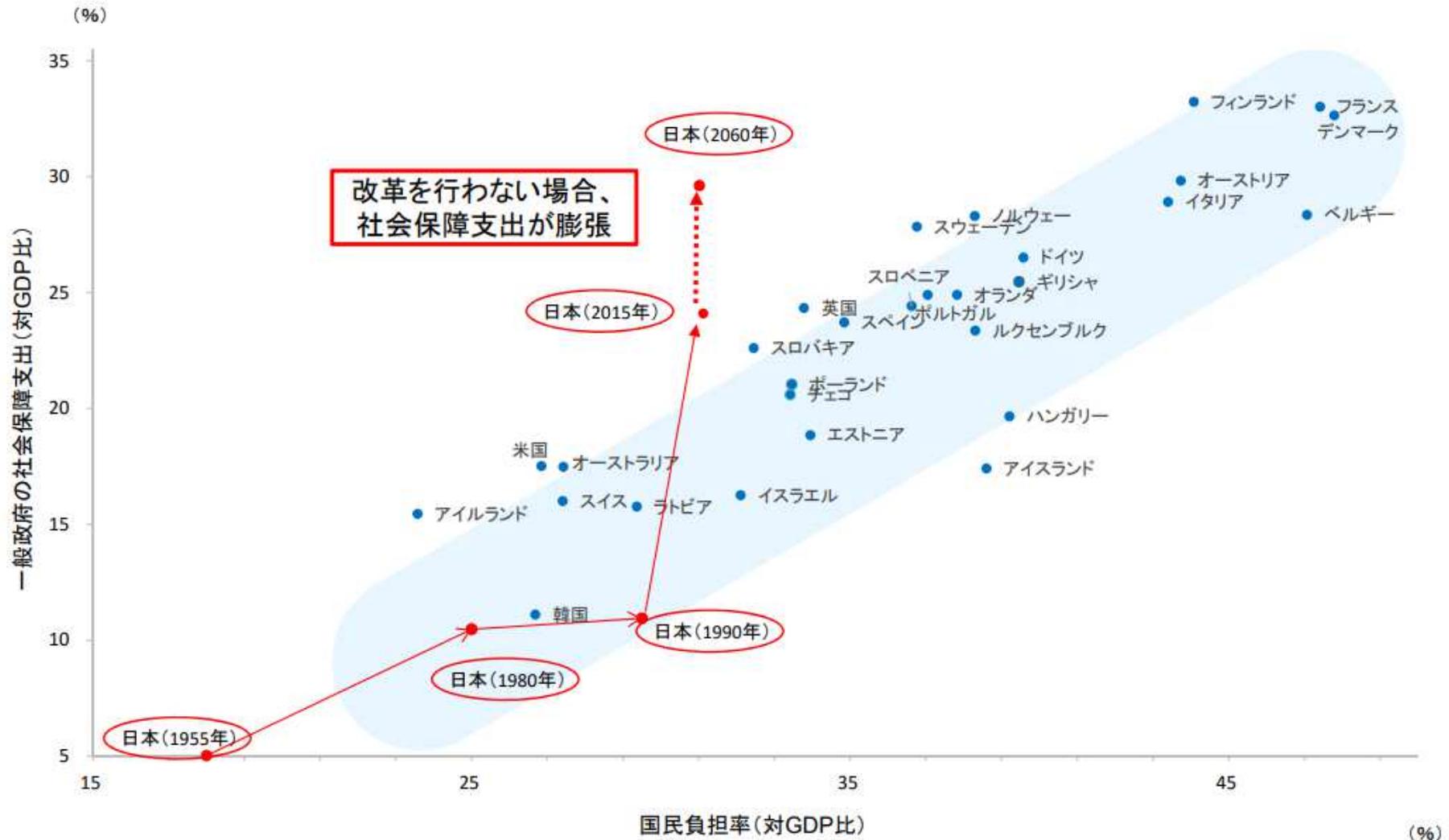
一人当たり入院医療費
(万円、国保+後期)



(出典): 病床数については厚生労働省「平成27年度医療施設調査」、
一人当たり入院医療費については厚生労働省「平成27年度医療費の地域差分析」

※ 各都道府県の年齢階級別1人当たり医療費をもとに、全国の年齢構成と同じと仮定して算出。高齢化率等の年齢構成の違いでは説明できない地域差である。

OECD諸国における社会保障支出と国民負担率の関係



(出典) 国民負担率: OECD “National Accounts”、“Revenue Statistics”、内閣府「国民経済計算」等。

社会保障支出: OECD “National Accounts”、内閣府「国民経済計算」。

(注1) 数値は、一般政府(中央政府、地方政府、社会保障基金を合わせたもの)ベース。

(注2) 日本は、2015年度まで実績、諸外国は2015年実績(アイスランド、ニュージーランド、オーストラリアについては2014年実績)。

(注3) 日本の2060年度は、財政制度等審議会「我が国の財政に関する長期推計(改訂版)」(平成30年4月6日 起草検討委員提出資料)より作成。

日本の医療費の無駄遣い

- ① 日本の病院の平均在院日数・人口当たりの病床数はアメリカの5倍以上

⇒病床数が多すぎれば、必要以上に入院する人が増える

- ② 入院期間が短いはずの一般病床が慢性期病床の3倍もある

⇒自称急性期病院において慢性期の患者を長期間入院させていることで、より高い医療費がかかる

- ③ 特定除外制度

(一般病床に90日以上入院している患者への優遇策)

2018年4月 武久 洋三 作成

日本の医療費の無駄遣い

- ④ 諸外国と比べて、日本の一般病床における入院日数は5倍
- ⑤ 諸外国と比べて、日本の寝たきり患者が5倍いるので医療介護費用が5倍かかる

2018年4月 武久 洋三 作成

1. 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

	施設数		増減数		病床数		増減数
	平成30年1月	平成29年12月			平成30年1月	平成29年12月	
総数	179 029	179 171	△ 142	総数	1 653 561	1 653 544	17
病院	8 401	8 404	△ 3	病院	1 555 386	1 555 092	294
精神科病院	1 057	1 057	-	精神病床	331 603	331 528	75
一般病院	7 344	7 347	△ 3	感染症病床	1 848	1 848	-
療養病床を有する病院（再掲）	3 785	3 787	△ 2	結核病床	5 165	5 199	△ 34
地域医療支援病院（再掲）	560	557	3	療養病床	325 222	325 373	△ 151
				一般病床	891 548	891 144	404
一般診療所	101 837	101 903	△ 66	一般診療所	98 111	98 388	△ 277
有床	7 194	7 218	△ 24				
療養病床を有する 一般診療所（再掲）	893	895	△ 2	療養病床（再掲）	9 015	9 020	△ 5

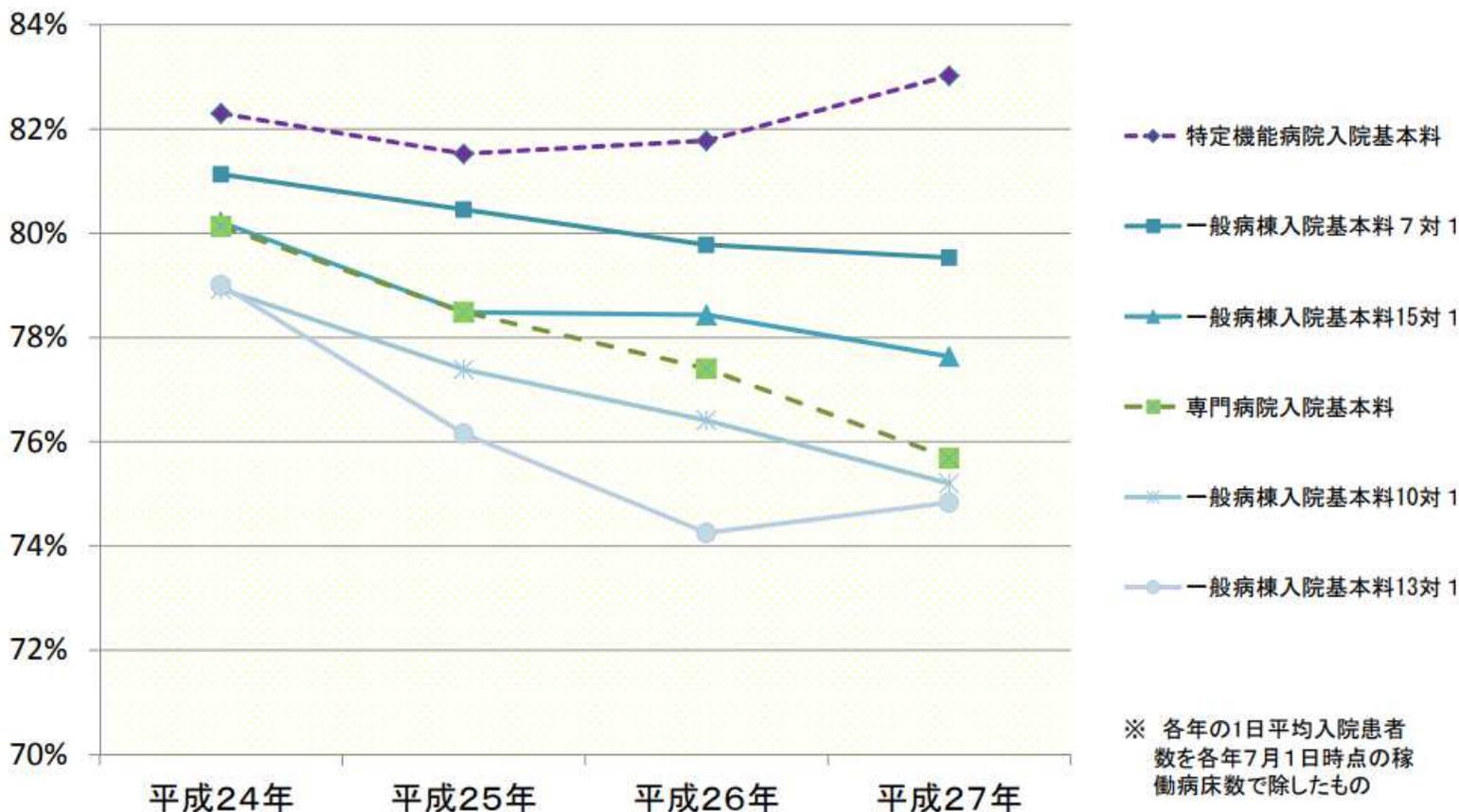
厚生労働省 医療施設動態調査（平成30年1月末概数）より

入院患者数（厚生労働省 平成26年患者調査より）

入院患者数	総数	一般病床	療養病床	精神病床	感染症 病床	結核 病床
総数	1,318,800	699,200	282,700	288,600	100	2,400
うち75歳以上	669,400	353,100	229,800	85,100	0	1,400

急性期病床が慢性期病床の3倍もある不思議
急性期とは入院期間2週間程度
これが不思議と思われないう不思議

○ 一般病棟入院基本料の稼働率※は概ね低下傾向である。



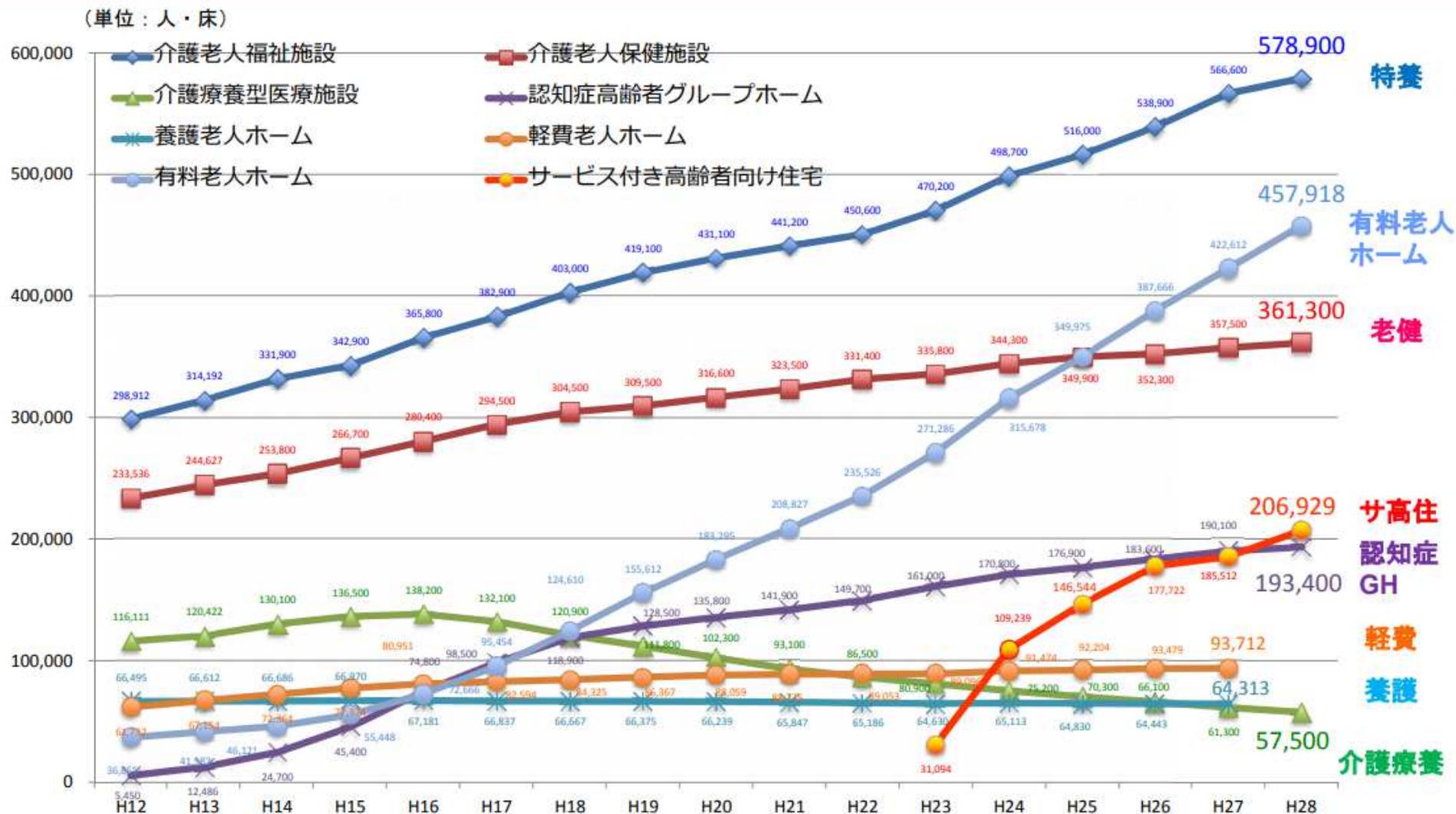
71

出典:保険局医療課調べ

余っている病床を介護医療院に

日本人は世界一の長寿国である。
日本人が外国人より多く病気に罹っている
わけではない。どうして病床数が多いのか。
病院病床のうち25～28万床が空いている。
また、ここ15年で約120万床の居住系施設が
できている。そうなると病院病床は
もっと少なくてもよいのではないか。

高齢者向け住まい・施設の定員数



※1：介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査(10/1時点)【H12・H13】」及び「介護給付費実態調査(10月審査分)【H14～】(定員数ではなく利用者数)」による。
 ※2：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したもの。
 ※3：認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。
 ※4：養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「H25社会福祉施設等調査(10/1時点)」による。ただし、H21～H23は調査票の回収率から算出した推定値であり、H24～27は基本票の数値。
 ※5：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果(7/1時点)による。
 ※6：サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(9/30時点)」による。

財務省の見解まとめ

- 人口減少や経済成長に連動して窓口負担を自動的に上げる
- 年金は人口減少などに応じ、給付を抑制する
「マクロ経済スライド」方式
- 地域別診療報酬 都道府県ごとに設定
- 75歳以上窓口負担 1割⇒2割へ
介護サービス利用者も 1割⇒2割へ
- 軽度患者の少額受診で追加負担



国民に負担を押し付けようとしている!!

何かといえは国民に負担を押し付けるのは良くない。まずは制度や政策など、根本的なところを見直してはどうか。

- ・ 特定除外制度

- ・ 急性期医療の定義の甘さ

(発症後2週間程度でしょう。)

患者負担増でどうにかなるものではない。

大胆な考え方の変革が必要!!



◆ **寝たきりをせめて現在の半分にできれば、
医療介護費用は大幅に削減できる**

- ◆ そのためには、リハビリができない急性期病院での入院期間を大幅に短縮させる。
- ◆ 急性期病院は、初期治療が終われば直ちにリハビリの充実した地域多機能型病院に転院させる。

◆ **慢性期病院での社会的入院の削減**

◆ **特定除外制度の経過措置の撤廃**