

第9回社会保障制度改革国民会議資料 (平成25年4月19日(金))

- | | | |
|-------|-----------------|------|
| 1 P | 駒村委員 | 提出資料 |
| 6 P | 西沢委員 | 提出資料 |
| 11 P | 榊原委員 | 提出資料 |
| 15 P | 宮武委員 | 提出資料 |
| 22 P | 権丈委員 | 提出資料 |
| 60 P | 高橋国際医療福祉大学大学院教授 | 提出資料 |
| 82 P | 増田委員 | 提出資料 |
| 95 P | 大島委員 | 提出資料 |
| 101 P | 永井委員 | 提出資料 |
| 114 P | 遠藤委員 | 提出資料 |
| 123 P | 山崎委員 | 提出資料 |
| 130 P | 宮本委員 | 提出資料 |

社会保障改革国民会議意見：医療・介護問題を中心に

2012 年 4 月 19 日 慶応大学 駒村康平

1. 制度横断的、短期・中期・長期の視点から改革の議論を行うべき

1) 制度横断的な視点からの高齢者向け給付（年金、医療、介護）改革

・マクロ経済スライドで低下する年金（特に基礎年金）を考慮し、今後、平均額では上昇が不可避な後期医療、介護の保険料、本人負担への配慮をする必要がある。（イメージ 図 1）

・生活保護への流入を避けるためには、低所得高齢者に公費財源を重点化し、最低生活保障を行う。図 2 国立社会保障・人口問題研究所資料「生活保護に公的統計データ」より作成

2) 長期の課題として：社会保障給付の重点化、高齢者定義の見直し（年金のみならず、医療・介護も）

参考資料 1

2. 医療・介護分野における公費（税財源）の効果的な使い方：低所得者世帯、困難を抱える世帯に対する公費財源の重点化

1) 低所得高齢者の後期高齢者医療、介護保険料の軽減より最低生活保障を行う

→後期高齢者医療、介護保険料の低所得者軽減の強化（基礎年金水準の低下や平均保険料上昇に対する対応として）

図 1

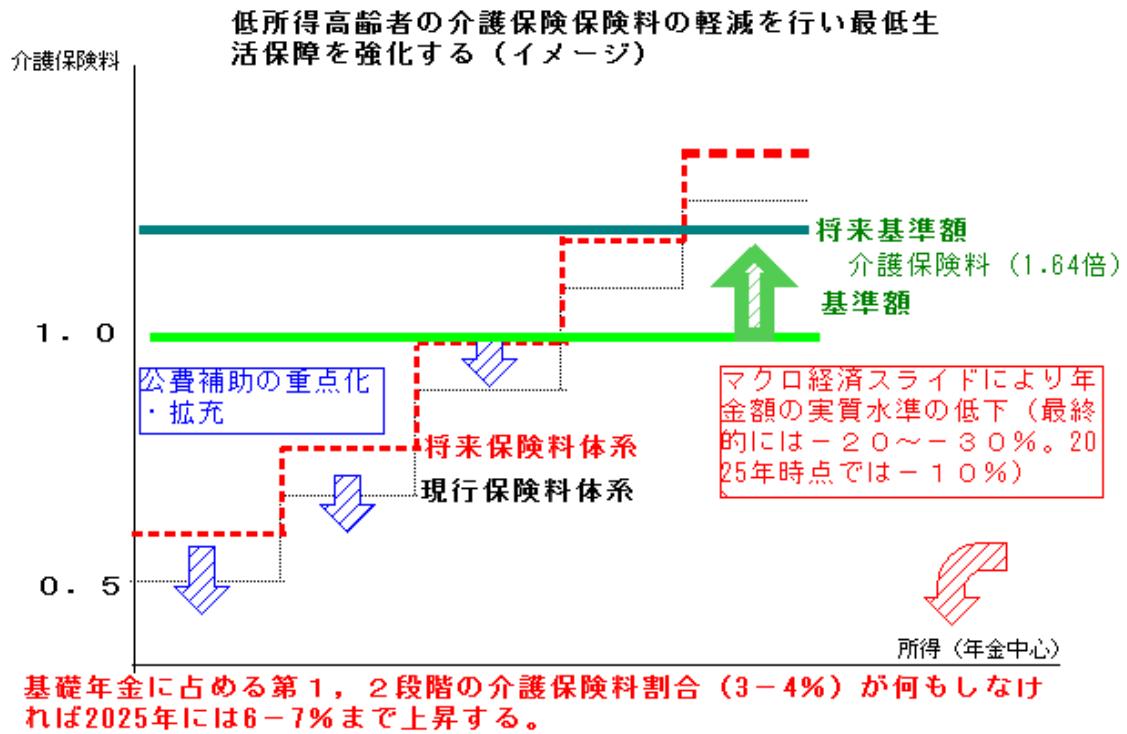
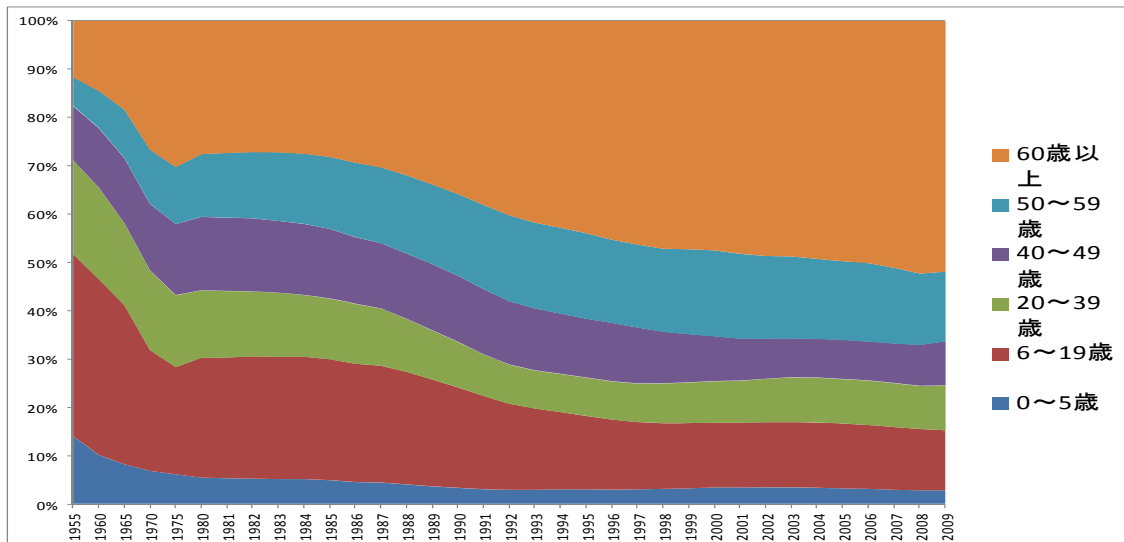


図2 生活保護受給者の年齢別構成比



- ・介護補足給付の見直し（保険給付ではなく、福祉給付としての対象の厳格化）

- ・高齢者の賦課対象額の拡大（公的年金等控除などの見直し）

2004 年時点で全国消費実態調査，国民生活基礎調査から推計すると 70 歳以上世帯の住民税非課税世帯率は 45%程度（相対的に高い住民非課税世帯ライン）

表 1

住民税非課税世帯と生保基準の比較

（単位：
万円／年
額）

	均等割		生活扶助基準	
	1級地	3級地	1級地-1	3級地-2
単身	100	93	103	80
夫婦のみ	156	137.8	159	123
夫婦＋子ひとり	205.7	168	211	166
夫婦＋子ふたり	255.7	209.7	250	200
高齢者単身	155	148	98	76
高齢者夫婦	211	192.8	149	116

- ・中高所得層高齢者の本人負担の引き上げ、給付範囲の見直し・効率化

2）困難を抱える世帯への医療面での支援

- ・難病の医療費助成・小児慢性特定疾患治療研究事業を財政的に持続可能で、公平・安定した公費負担医療制度にする。

- ・難病対策は、遅くスタートし拡充の波に乗り遅れ、40 年近く制度に見直しが行われず、また障害者福祉の陰に隠れて注目されてこなかった分野であり、財政、対象疾患などに多くの不条理な仕組みが残されている。安定財源を確保し、最優先で取り組む分野である。

- ・難病対策・難病の医療費助成の改革

- ・不条理を放置すべきではない：きわめて困難な状況を抱えて、生活における大きな制約、将来への希望を持てない人々を放置することは不条理であり、社会の成熟度が試される課題。

- ・個人のリスクの問題ではなく、人類にとって共有すべき課題：「希少・難治性疾患は遺伝子レベルの変異が一因であるものが少なくなく、人類の多様性の中で、一定の割合発生す

ることが必然」であり、「希少・難治性疾患の患者・家族を我が国の社会が包含し、支援していくことが、これからの成熟した我が国の社会にとってふさわしい」とされ、難病問題は個人のリスクではなく、必然的に人類社会全体で取り組むべき課題である。

・改革のポイント（厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会「難病対策の改革について（提言）」2013年1月25日）より

- ① 効果的な治療方法の開発と医療の質の向上
- ② 公平・安定的な医療費助成の仕組みの構築
- ③ 国民の理解の促進と社会参加のための施策の充実

・小児慢性特定疾患医療助成改革

先天性の疾患など、本人の責によらない病気により、身体面、精神面、経済面で大変困難な状況に置かれ、将来の展望に不安を抱えている子どもやその家族への支援により、児童の健全育成に貢献できる。現行制度は、難病対策と同じ課題を抱えており、難病対策の改革と同様の対応で、財政的な安定性、持続可能性が高める必要がある。

参考「平成 21 年度税制改正法附則 104 条」

「消費課税については、その負担が確実に国民に還元されることを明らかにする観点から、消費税の全額が制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用に充てられる」

論点

社会保障・税一体改革関連法が昨年成立し、消費税率の10%への引き上げが決まった。予定通り実施されれば、当面の社会保障財源の確保には見通しが立つ。だが、さらに中長期的な将来を展望して、年金、医療、介護などの社会保障制度をどう構想するのか。政府が昨年11月に設置した有識者による「社会保障制度改革国民会議」で、早急に議論する必要がある。

総人口に占める65歳以上の割合（高齢化率）は、2020年代に30%を超えると予想されている。75歳以上の割合も、団塊世代が加わることで、いずれは

社会保障国民会議

20%を超える。地方が急速に過疎化し、都市部で単身の高齢者が急増する。75歳以上の増加は医療・介護費を急増させ、地域によっては医療と介護のサービスの不足が大きな問題になる。

厚生労働省は、社会保障制度からの給付費の総額が現在の年約110兆円から、25年には約150兆円

療・介護費の抑制策が、当面の重要なテーマとなる。第2は、25年までに完成させる中期の改革だ。地域医療と介護の供給体制をどう再構築するかが大きな課題といえる。

第3が、25年以降の長期的な展望に立った社会保障の将来構想である。

この第3の時期をめぐる議論こそが、これまで最も

点的に使わざるを得ない。中高所得層に対しては、企業年金への加入などによって、自助努力で老後に備えることを促すべきだ。高齢者の定義も、見直しが必要になる。現在のように65歳以上を一律に高齢者と定義し、社会保障制度の受け手と扱うことはできなくなる。

特に、65〜74歳で意欲と

能力のある人には、社会の支え手に回ってもらいたくない。年金の支給開始年齢を67歳、あるいは68歳に引き上げることが不可避といえる。雇用や賃金の制度を変えるのに時間がかかるので、早めに議論を始めたほうが良い。

子育て世代が、仕事と家庭を両立できるよう、支援を強化することも欠かせない。短期的な効果は小さくても、長期的には人口高齢化の進行を遅らせ、経済成長率を高める効果が期待できる。

短期・中期・長期という視点で、社会保障の各制度を横断的に考えることによって、長期的に社会保障制度の持続可能性を高めることが可能になる。その場しのぎの改革ではなく、いまこそ踏み込んだ議論をすべきである。

中長期の視点不可欠



に勝らむと推計している。それ以降の見通しは示しておらず、若い世代の将来への不安をかき立てている。国民会議では今後、次のような三つの時期を考えた議論をすべきだ。

第1に、消費税が10%となる15年10月まで、短期的

にどんな改革を行うか。医療・介護費の抑制策が、当面の重要なテーマとなる。第2は、25年までに完成させる中期の改革だ。地域医療と介護の供給体制をどう再構築するかが大きな課題といえる。

第3が、25年以降の長期的な展望に立った社会保障の将来構想である。

この第3の時期をめぐる議論こそが、これまで最も

能力のある人には、社会の支え手に回ってもらいたくない。年金の支給開始年齢を67歳、あるいは68歳に引き上げることが不可避といえる。雇用や賃金の制度を変えるのに時間がかかるので、早めに議論を始めたほうが良い。

子育て世代が、仕事と家庭を両立できるよう、支援を強化することも欠かせない。短期的な効果は小さくても、長期的には人口高齢化の進行を遅らせ、経済成長率を高める効果が期待できる。

短期・中期・長期という視点で、社会保障の各制度を横断的に考えることによって、長期的に社会保障制度の持続可能性を高めることが可能になる。その場しのぎの改革ではなく、いまこそ踏み込んだ議論をすべきである。

2013 年 4 月 19 日

医療を中心とした特に財政面についての意見

株式会社日本総合研究所 西沢和彦

1、今日的な重要政策課題を踏まえ医療費統計の一段の整備を

多くの重要な政策課題は、限られた予算のもとでの、(1) 労働を主とした付加価値、(2) 中間投入（薬剤や医療資材など）、および、(3) 固定資本形成（病院建物や医療機器など）間の最適な資源配分と言い換えられる。もっとも、そもそも (1) ～ (3) がマクロで上手く把握されていない。現在、まず、「国民医療費」に薬剤費の統計なし。別途、審議会に対し事務局より提出されている資料はあるものの、別途民間から推計がなされている状況（後掲 図表 1、2）。

次いで、「国民医療費」に固定資本形成の統計なし。他方、OECD の System of Health Account (SHA) には、総保健医療支出の内訳として、保健医療サービスと並んで保健医療提供者の固定資本形成の項目あり。もっとも、記載されている数値は 8,117 億円 (2009 年)、対 GDP 比 0.17% に過ぎず（後掲 図表 3）。総務省「産業連関表」では医療・保健は 4.8 兆円の固定資本形成を計上。

2、現世代の負担増・給付抑制による将来世代の負担増幅・給付減幅の抑制を

社会保障制度改革において、現世代内の再分配構造見直しだけではなく、現世代の負担増・給付抑制によって、将来世代の負担増・給付減を緩和する視点が不可欠。世代間の公平性、制度の持続可能性から要請。例えば、70－74 歳の窓口負担本則適用、年金におけるマクロ経済スライド見直し、あるいは、仮に総報酬割を導入した際、浮くとされる国庫負担分の国債残高圧縮への充当（＝将来世代のツケ送り抑制）など。

そうした世代を明示した議論を進めるためには、当面、少なくとも次が必要。

(1) 財政健全化に向けた中長期の財政シナリオ。そこでは、プライマリーバランスあるいは財政収支黒字化に必要な追加的税負担も明記、(2) 年金における第 2 回財政検証の早期実施、(3) 後期高齢者支援金および前期高齢者納付金などを明示した健康保険財政の将来推計（年金のような長期でなくとも）。さらには、今後、米国の事例などを参照しつつ社会保険会計の確立（後掲 図表 4）。

3、健康保険制度とりわけ健康保険財政を可能な限り簡潔で分かりやすいものとすべく根本的な取組みを

現在の健康保険財政は、保険者が多種・多数存在するうえ、保険者間の財政調整、および、国・地方自治体からの公費投入などによって複雑化し、行政や一部の専門家を除き、制度の全体像を容易には把握困難になっていると考える（後掲 図表5）。負担に納得感が伴いにくく、効率化インセンティブも働きにくい。

そこで、社会保険料と税に関し、次のような原則に合意を得たうえで、健康保険財政を根本的に再構築。

社会保険料・・・負担と受益のリンクの追求（現在これが希薄）。但し一定の垂直的再分配は保持。社会保険料には医療サービスの価格機能を極力持たせる。保険者は国でなく医療提供者にモノを言い、医療提供者は、国ではなく保険者にモノを言う。

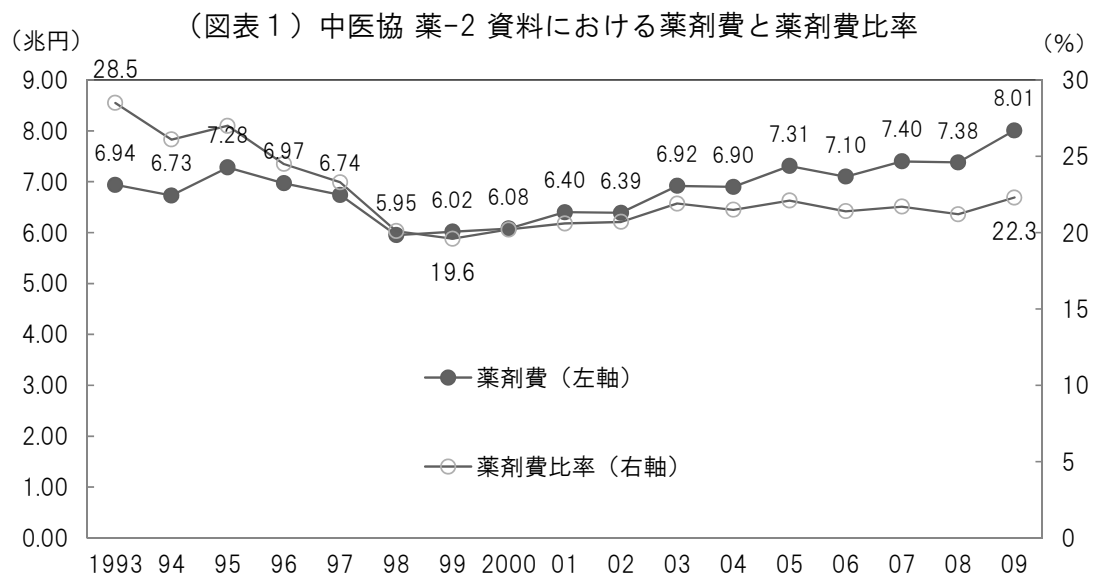
税・・・再分配。税は、保険者への定率の投入（現在、各社会保険法で規定）ではなく、所得や世帯人員など個々の家計の状況に着目し投入（そのためにも下記4が重要）。

このように、社会保険料、税それぞれに求められる役割を改めて明確にした上で、社会保障財政全体を再構築していくことが、「社会保障と税の一体改革」の重要な構成要素と考える。

4、保険料負担者・納税者の公平感への一段の配慮

改革が、総じて垂直的再分配を強める方向性のなか、「低」所得者が真に「低」所得者なのか否か所得捕捉の精度に関し、改めて点検がなされ強化が図られるべき。再分配を強めるからには公平感への一段の配慮が必要。捕捉の精度が上がることで、より効率的な再分配も可能に。

例えば、国民健康保険料（税）徴収のため市町村によって行われている「簡易申告」のあり方をはじめとする既存の税務行政のほか（市町村ごとの簡易な申告でいいのか）、社会保障・税番号制度を活用した金融資産所得捕捉の進め方など。



(資料) 中医協 薬-2(2012年6月6日)より日本総合研究所作成
 (注) 薬剤費比率は、薬剤費／国民医療費とされている。

(図表2) 薬剤費の試算—長澤(2012)試算
 (医療用医薬品のみ)

										(兆円)			
			2001年度	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009		
薬剤費				6.90	6.86	7.29	7.35	7.90	7.65	8.00	8.12	8.86	
			医科	入院	1.46	1.48	1.50	1.44	1.58	1.44	1.49	1.53	1.53
				入院外	3.25	2.96	3.04	2.90	3.02	2.83	2.75	2.63	2.99
			歯科		0.03	0.02	0.03	0.03	0.03	0.03	0.02	0.03	0.03
			薬局調剤		2.17	2.39	2.72	2.97	3.27	3.36	3.74	3.93	4.31
薬剤費/国民医療費(%)			22.2	22.2	23.1	22.9	23.9	23.1	23.4	23.3	24.6		

(資料) 長澤優「国民医療費に占める薬剤費の推計—2001年～2009年度—」政策研ニュースNo.36 2012年7月の数値を集計

(図表3) OECD SHAにおける固定資本形成

	対GDP比	(%) 総保健医療支出に占める割合
Netherlands	0.76	6.4
United States	0.73	4.1
Slovenia	0.64	6.9
Austria	0.62	5.6
Portugal	0.57	5.3
Canada	0.57	5.0
Slovak Republic	0.54	5.9
United Kingdom	0.50	5.1
Poland	0.49	6.8
Finland	0.49	5.3
Sweden	0.46	4.6
France	0.45	3.8
Denmark	0.43	3.7
Norway	0.43	4.4
Germany	0.42	3.6
Australia	0.39	4.3
Ireland	0.38	3.8
Italy	0.37	4.0
Korea	0.35	5.1
Estonia	0.28	4.1
Chile	0.28	3.3
Spain	0.28	2.9
Czech Republic	0.25	3.2
Israel	0.22	2.8
Japan	0.17	1.8
Hungary	0.17	2.1

(資料) OECD 'Health Data: Health expenditure and financing' より日本総合研究所作成

(注) 2009年の数値。統計のない8か国は除いた。

(図表4)米国の社会保険報告書(Statement of Social Insurance:SOSI)

公的年金		2012	2011	2010	2009	2008
収入(社会保障税)	現在の加入者(受給資格年齢到達)	847	726	672	575	542
	現在の加入者(" 未到達)	22,703	20,734	19,914	18,559	18,249
	将来の加入者	21,649	20,144	19,532	18,082	17,566
	合計	45,198	41,603	40,118	37,217	36,357
給付	現在の加入者(受給資格年齢到達)	9,834	8,618	8,096	7,465	6,958
	現在の加入者(" 未到達)	37,753	34,042	32,225	30,207	29,021
	将来の加入者	8,890	8,100	7,744	7,223	6,933
	合計	56,477	50,760	48,065	44,894	42,911
収入－給付(=open group measure)		-11,278	-9,157	-7,947	-7,677	-6,555

(資料) '2012 Financial Report of the United States Government' より抜粋

(注1)現在の加入者(closed group)+将来の加入者=open group。

(注2) 'closed group measure' は次のように計算可能。現在の加入者の収入－給付＝**-24,037**(10億ドル)。

(図表5)健康保険のキャッシュ・フロー(2010年度)

(兆円、%)

制度	収入	保険料	公費	国		交付金 後期高齢者	退職者 拠出金	その他	支出	給付	支 援金等	後 期 支 援 金	前 期 納 付 金	出 金 退 職 者	その他
				地方	国										
組合健保 (ウイット)	6.3 (100)	6.1 (98)	0.0 (0)	-	0.0 (0)	0.0 (0)	-	0.1 (2)	6.7 (100)	3.5 (53)	2.6 (39)	1.3 (19)	1.1 (17)	0.2 (3)	0.5 (8)
協会けんぽ	7.8	6.7	1.1	-	1.1	-	-	0.0	7.6	4.6	2.8	1.4	1.2	0.2	0.1
共済組合	2.2	2.1	-	-	-	-	-	0.1	2.2	1.2	0.9	0.4	0.4	0.1	0.1
国民健康保険	12.9	3.2	4.9	3.3	1.6	2.7	0.6	1.5	12.9	9.3	1.7	1.6	0.1	0.0	1.9
計	29.1	18.2	6.0	4.3	1.6	2.7	0.6	1.8	29.4	18.6	8.0	4.7	2.8	0.5	2.7

制度	収入	保険料	公費	国		交付金 後期高齢者	支出	給付
				地方	国			
後期高齢者医療制度	11.8 (100)	0.9 (8)	5.9 (50)	2.1 (18)	3.8 (32)	5.0 (42)	11.8 (100)	11.7 (100)

(資料)厚生労働省保険局調査課「医療保険に関する基礎資料」より日本総合研究所作成

「持続可能な社会保障制度」へ——現役・将来世代の目線からの改革

〈1〉若年世代が「納得」と「見通し」を持てる社会保障に

- 際限ない高齢者向け給付の増大は現役世代の生活設計を破綻させる
- 給付費を財政赤字（将来世代負担）で補うモラルハザードは許容外
 - 「現役世代の負担の限界」について早急に国民合意を形成
 - 「年齢別」から「経済力別」へ負担の原則を転換
（高齢世代とその他世代の負担を「公平」の観点から見直し）
 - 若年・現役世代の生活保障機能の強化

〈2〉「高齢期集中型」から「全世代対応型」へ転換を加速

- 皆保険・皆年金を維持するには「皆労働・皆参加」が必須
 - 若者に就労支援、現役世代に再挑戦支援、退職世代に地域参加支援
（地域包括支援センターの対象を要支援の若者・現役にも拡大）
 - 「世帯モデル」を 1970 年代型〈男性稼ぎ主＋専業主婦〉から 21 世紀型〈共働き夫婦＋複数キッズ〉へ
（就労抑制する税・社会保険制度は就労・育児を応援する形へ修正）
 - 被雇用者には原則として社会保険を適用。雇用者の責任を拡大

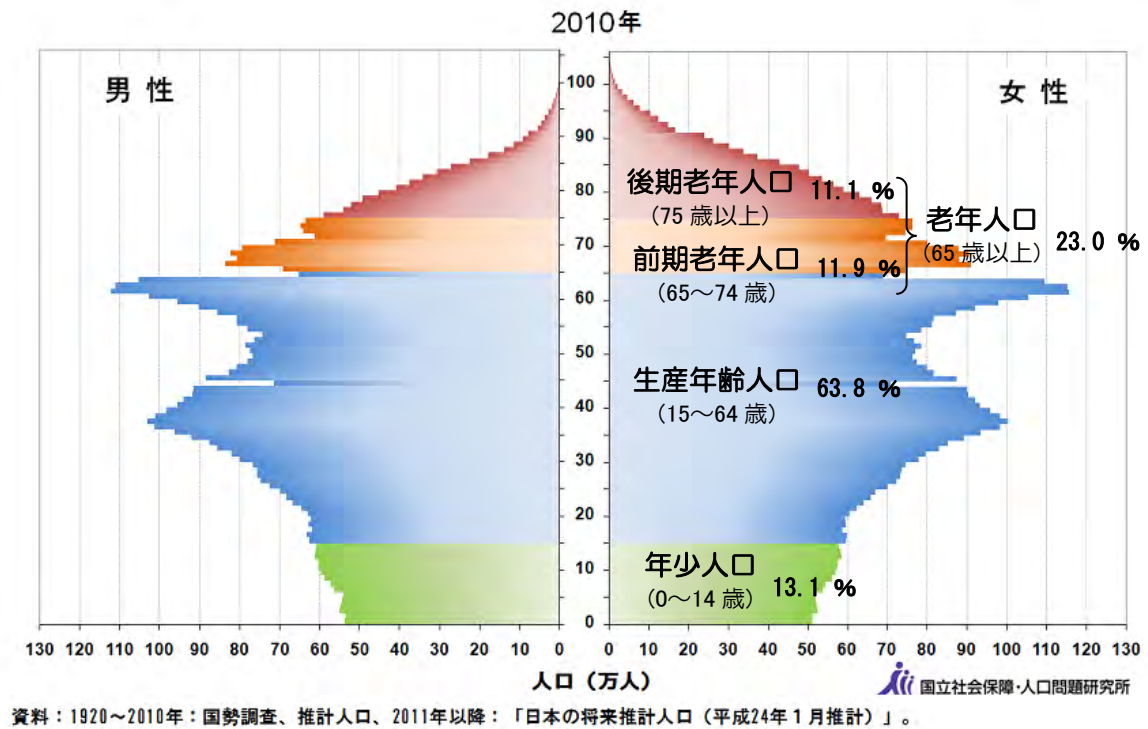
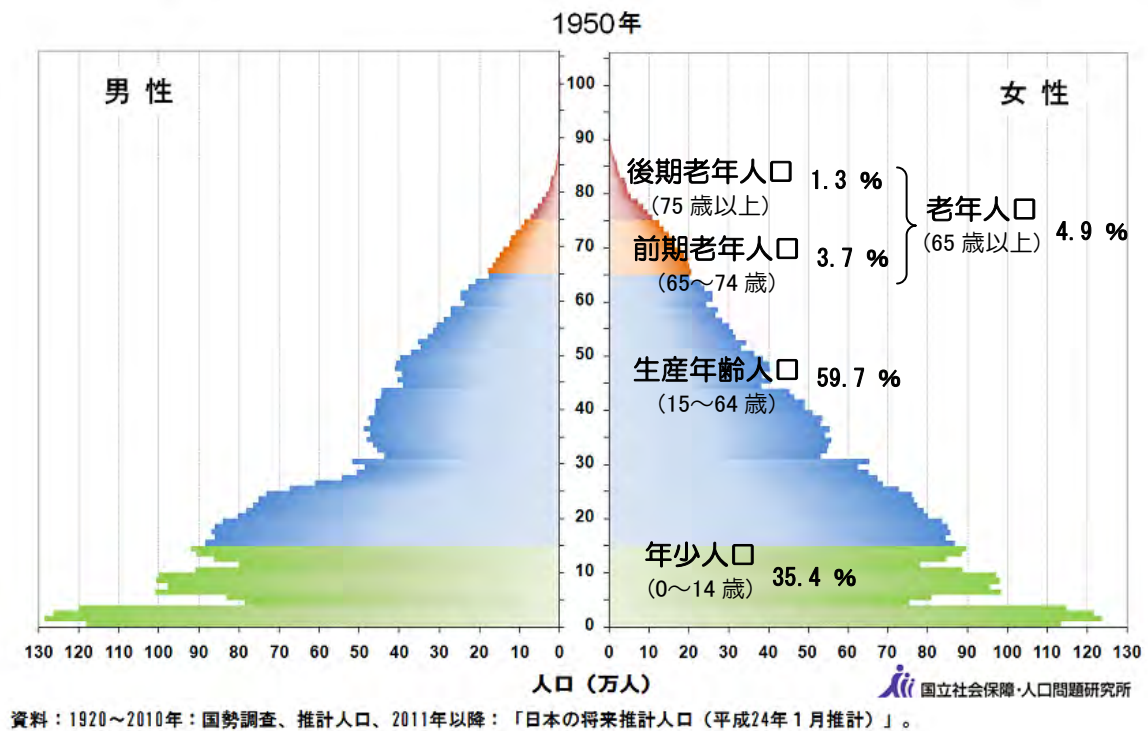
〈3〉高齢期の生き方を応援しつつ地域・社会貢献を引き出す工夫

- 引退後の引きこもりを予防し、地域の人的資源として活躍を促進
 - 年金受給開始時に自治体の「シニア学級」を原則受講（地域デビューの応援、生活自立技能の養成、世代間連帯を育む社会保障理解教育）
 - 自治体が各種サポーター養成講座の提供、地域貢献活動の紹介
（地域の助け合い活動を拡大し、保険のカバー範囲の見直し）

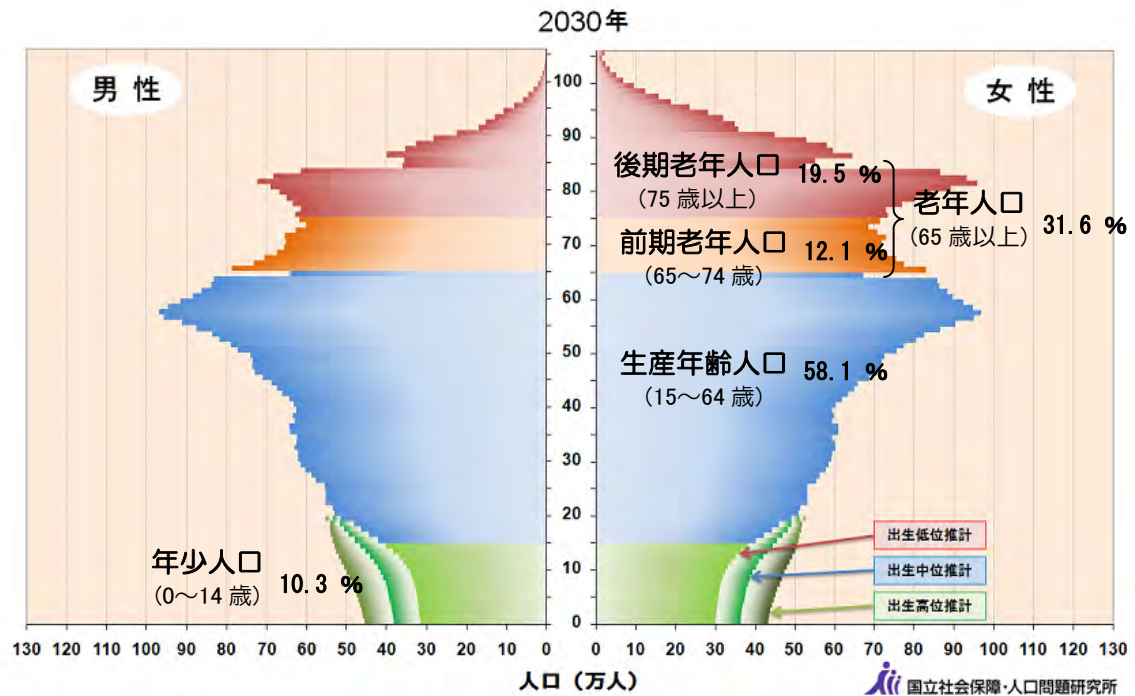
※ 緊急の課題として、保育所待機児童への対応強化（子ども子育て新制度の先行実施自治体などの支援）、生活困窮者への支援強化が必要。

榊原智子

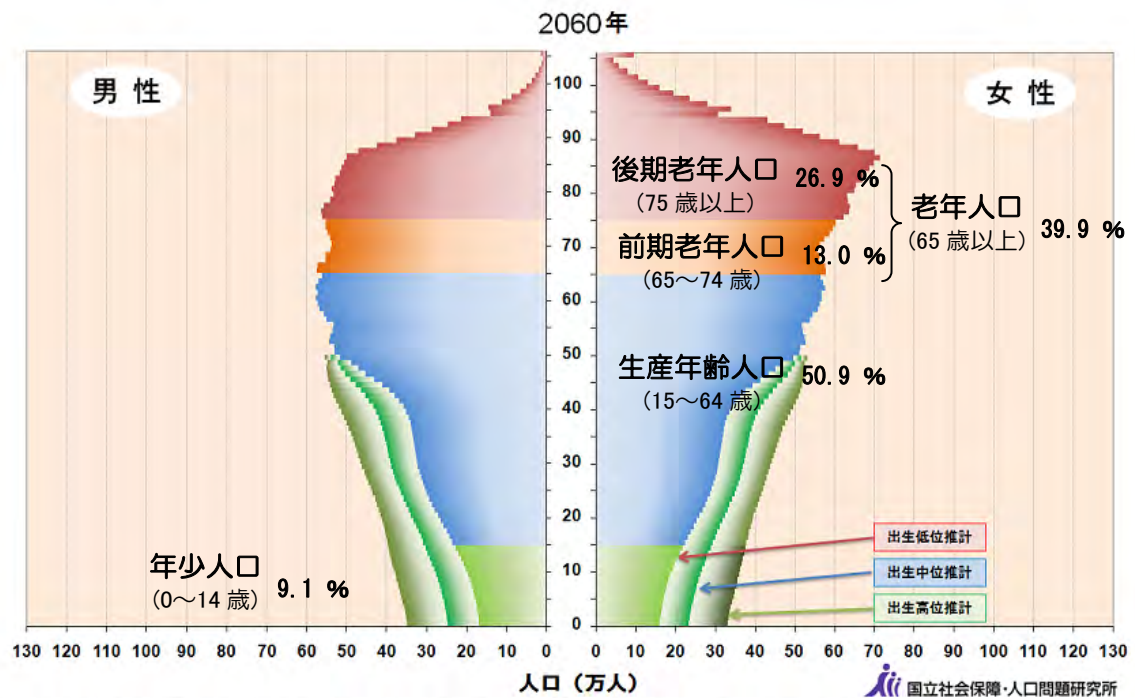
参考図表 人口ピラミッドの変遷



人口ピラミッドの変遷



資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。



資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

東京・秋葉原の無差別殺傷事件に続き、22日にも東京・八王子で女性店員が殺害され、若者による通り魔事件が繰り返される社会への疑問を投げかけている。9年前に通り魔事件を起こした若者の軌跡をたどり、暴発を止められなかった理由を探る。

生活 ドキュメント 上

排除される若者

1999年9月8日、東京・池袋の繁華街。包丁と金づちを持った23歳の男が通行人を襲い、女性2人を殺害、6人を負傷させた。逮捕された住所不定、無職の造田博光(現年37歳、2007年に死刑確定、以下呼称略)は「仕事がなくてむしゃくしゃしていた。誰でもいいから殺そうと思った」と述べた。この事件で、29歳の長女を殺された宮岡誠也さん(74)はすべての公判を傍聴し、複雑な思いが残った。娘の命を絶った犯行は絶対に許せない。だが、そこに至るまでに、周囲の誰かが彼を救うことはできなかったのか。

造田は、岡山県瀬戸町(現在は岡山市に合併)の出身。両親がギャンブルで多額の借金をして失脚したため、生活できなくなった。高校を2年で中退し、大学生の兄がいた広島県福山市に移った。

しかし、親も学歴も住居もない18歳に「適した仕事」を手引きしてくる人はなく、勤め先を何度も替え、どこにも定着できなかった。

94年1月に兄の紹介で就いた最初の仕事はパチンコ店のホール係だった。ここをわずか1か月あまりで辞める。5月には岡山公共職業安定所で紹介されたビル管理会社の清掃員となったが、また2か月で辞めた。造船

居場所 見つけられない

業の下請け工場で塗装工として働いたものの、無断欠勤をして退社。以前のビル管理会社に勤めたが4か月で無断退社。この職場でもトラブルを起こしたわけではなく、「一度刻もせすまじめだった」と関係者は話す。仕事をやった後はたばこの3か月目と退職を繰り返すというパターンには、職場にとけ込まずに嫌気がさして辞めるといふ「人間関係の力の未熟さ」がのぞく。しかし、それだけが頻発する転

通り魔事件に共通項 親に頼れず職を転々

職の原因ではないと、専門家は見ると。パブル経済が崩壊し、広島県の求人倍率も91年の1・79倍から、94年には0・81倍に急激に下がっていた。

「一時的な転職者でも職を探すのは難しく、高校中退、親なし、住居なしでは条件のいい仕事を探すのは難しかったはず。せめて卒業まで高校に残ることができれば正規雇用の職も見つかったのでは」と岡山公共職業安定所の野島博明さんは言う。地元で製造業には、未成年の若者を採用し、一人前の職人として育て上げる「親分肌」の社長もいたが、そうした門戸も急速に狭まっていた。

- 〈造田死囚の職歴〉
- 1994・1～4 パチンコ店(広島)
 - 94・5～7 ビル管理会社(広島)
 - 94・8～95・6 造船業下請け工場(広島)
 - 95・7～11 ビル管理会社(広島)
 - 96・2～6 家電工場(兵庫)
 - 96・9～11 自動車下請け工場(岡山)
 - 97・1～2 建設会社(愛知)
 - 97・3～5 機械工場(愛知)
 - 97・6～7 染め物工場(京都)
 - 97・7～9 新聞販売所(東京)
 - 97・11～98・6 自動車部品工場(愛知)
 - 98・9～12 建設会社(愛知)
 - 99・2～3 建設会社(愛知)
 - 99・3～4 家電工場(愛知)
 - 99・4～9 新聞販売所(東京)
- (裁判資料による)

- 〈加藤容疑者の職歴〉
- 2003・7～05・2 警備会社(宮城)
 - 05・4～06・4 自動車工場(埼玉)
 - 06・5～8 メーカー工場(茨城)
 - 07・1～9 運送会社(青森)
 - 07・11～ 自動車工場(静岡)

くらし 家庭



8人が死傷した「池袋通り魔事件」の発生直後の現場(1999年9月8日、本社ヘリから)

若者の社会的排除 若者が、家庭崩壊、失業、職業技術の低さなど様々な理由から、貧困から抜け出せず、社会の中にならな居場所も見いだせない状態。社会的排除は英語でsocial exclusion。家族の崩壊が日本よりも早く広がったヨーロッパでは、1980年代から、若者の社会的排除が大きな問題になった。親の支えがなく生活基盤を失った若者に対し、自立や就業を社会的に支援する政策がとられている。

社会的制度が必要になっていく」と放送大学教授の宮本みち子さんは指摘する。6年羽で15の職場を渡り歩いた造田は、職のない時には駅や公園で寝泊まりしていた。「一生懸命努力しても、高校中退で日雇い(労働者)のような仕事しかしてない者は評価されない」と思っていた。調書の中で供述している。

「ホームレスになるのを避けて必死に仕事についたのだらう。でも、単純労働は30歳を過ぎたら働き口がぐっと減る。同じ悲劇を繰り返さないために、若者の自立を支える制度を作らないといけない」と宮本さんは話す。

新たな「国民皆保険」体制の構築へ

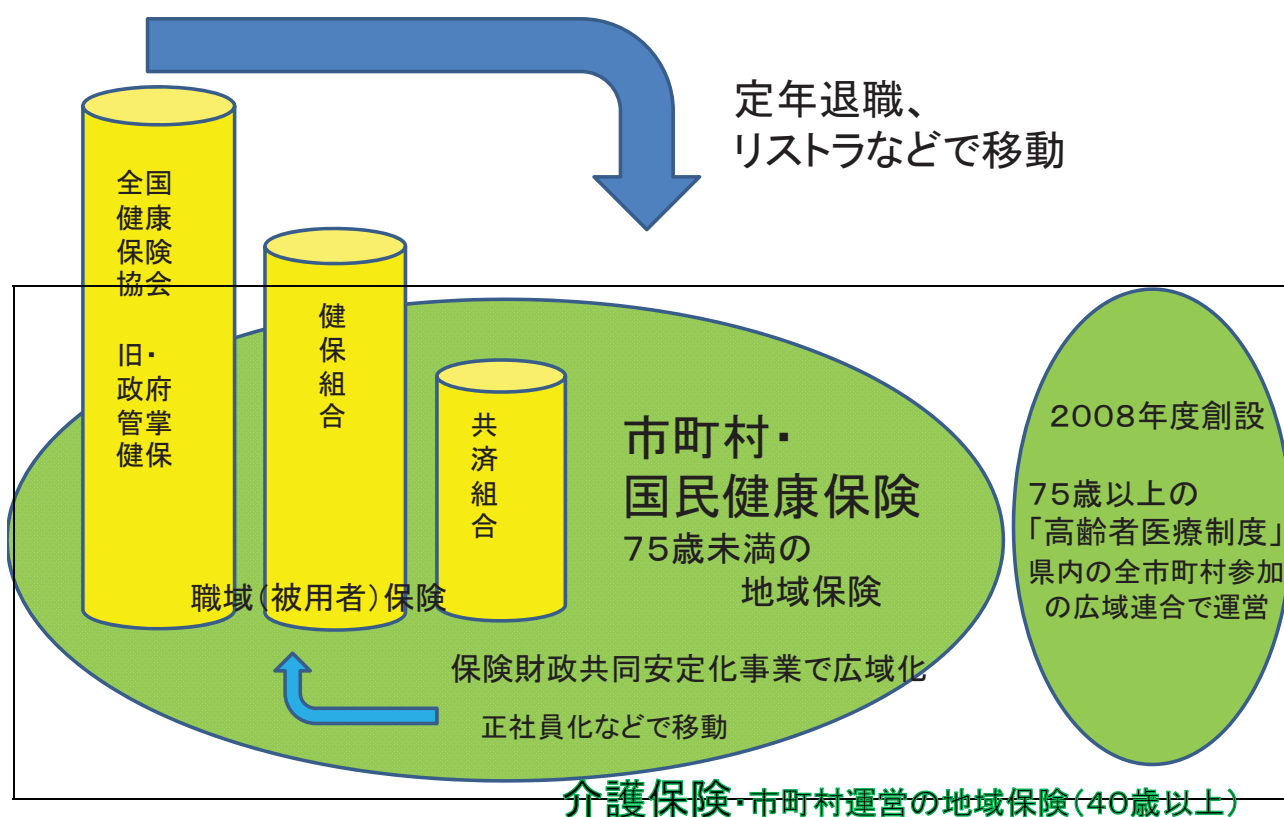
地域で創る
地域に適した
地域ぐるみの支え合い

(地域保険P2～7、地域医療・介護P8～14)

宮武 剛

1

国民皆保険体制の現状 (概念図)



市町村国保の保険者

全国1723保険者(2010年9月時点)

加入者数	一〇〇〇未満	三〇〇〇未満	五〇〇〇未満	一万人未満	一万人以上
保険者数	109	308	217	351	738
割合	6.3%	17.9%	12.6%	20.4%	42.8%
	24.2%				

東日本大震災の被災地では市町村国保は零細化が加速し、原発被災の福島県では多くの市町村国保が再建のメドさえ見いだせない。

3

市町村の将来推計人口 (2013年3月推計)

2010年
人口5千人未満 226 (総数の13.4%)
高齢化率40%以上 87 (5.2%)

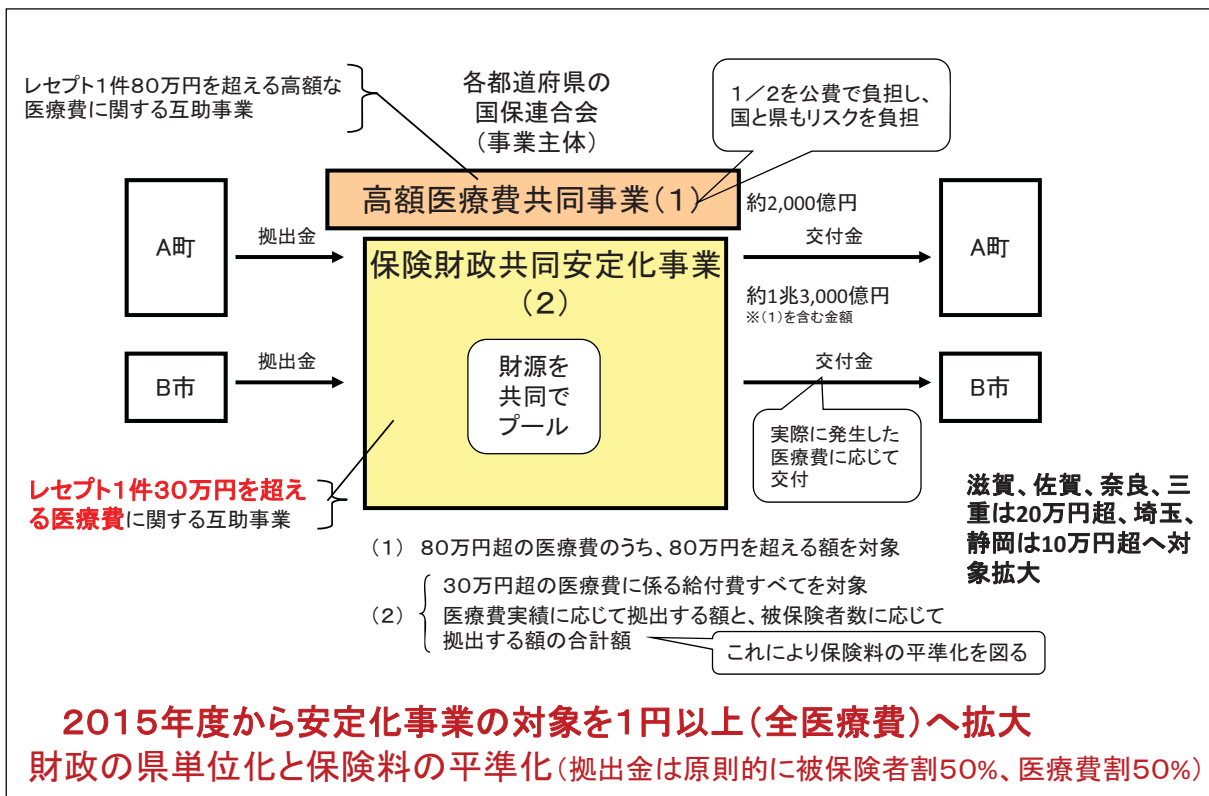


2025~2030年にかけて
1628市町村 (総数の96.7%) で人口減少
2040年
人口5千人未満 370 (総数の22.0%)
高齢化率40%以上 836 (総数の49.7%)

市町村「国保」の住民加入率は地方で平均4割、大都市部で3割程度
加入者1000~2000人程度の零細な国保が続出していく

4

市町村「国保」の保険財政共同安定化事業（イメージ）



同じ構造の地域保険の併存

都道府県の地域保険への参画は時代の要請

74歳までの市町村国保

保険財政安定化事業で「**広域連合化**」
1000~2000人程度の**零細な国保**の続出

75歳以上の
高齢者医療制度

県内の全市町村による「**広域連合**」
当初1300万人から**2300万人**へ

- ①市町村国保の財政は県単位化されるが、老人保健制度と同様に財政の“責任者不在”
- ②市町村は両方へ職員を配し、報酬改定、法改正のたびに両方で膨大なシステム改修費
- ③新たな地域医療計画（病院の抜本的再編成）、医療費適正計画などは都道府県で策定

都道府県には医療供給への統制力と地域特性に応じた診療報酬設定の一部権限が必要

医療は県(州)単位・介護は市町村単位

- デンマーク(人口552万人)
アトム(県)を廃止・**5カ所のレジョン**
(この広域行政区で医療を担当)
人口2万人以下の市(コミューン)は認めない
約1300市から78市へ
- スウェーデン(人口942万人)
ランスティング(21県)の予算の9割は医療・保健
市(コミューン)は約2500市から290市
- ドイツ(人口8250万人)・疾病金庫(健保組合に類似)
各種疾病金庫は1221から170
地区疾病金庫は269から15(原則・州単位)

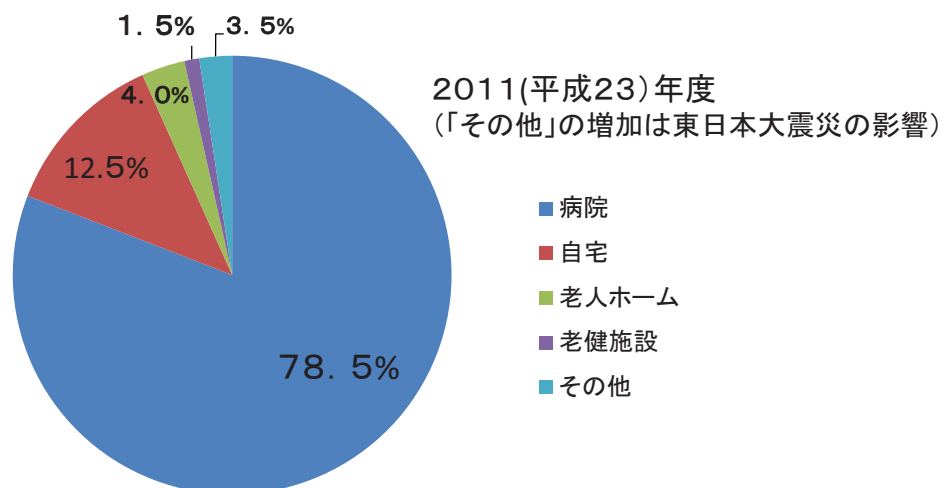
7

病院で生まれ、病院で死ぬのは幸せか

病院で99%強が生まれる

病院で78.5%が亡くなる(うち有床診療所2・3%)

看取りの場所(全国平均・総死亡数に占める割合)



少子・長命化＝高齢化の先行き

65～74歳人口は2016年の1761万人でピーク
その後は逡減していく(患者数も逡減)

75歳以上人口は2030年に2278万人で最初のピーク、
2040年代から再び逡増し、第2のピークは2055年の2401万人
(患者数も死亡者数も高止まり)

慢性期の疾患を抱え晩年を暮らす膨大な高齢者群

75歳以上の要支援・要介護者の認定率29・9%(2010年度)

総死亡者数 2011年で126.4万人 →2040年で166.9万人(推定)



過度の病院頼み・施設頼みからの脱却

「キュア」より「ケア」重視の生活支援と看取りの体制づくり

自宅死の多い地域・少ない地域

死亡総数に占める「自宅死」の割合(2011年度)

カッコ内は一人当たり医療費(国保+高齢者医療制度)の地域差指数(年齢補正後の全国順位)

- 1位 奈良県 17.2%(26位)
2位 東京都 16.1%(28位) ←2000年度 39位 12.2%
3位 兵庫県 15.7%(18位)
4位 大阪府 15.0%(10位)
5位 滋賀県 14.9%(25位)
(全国平均 12.5%) ←2000年度 13.9%

- 45位 北海道 8.7%(2位)
46位 大分県 8.2%(8位)
47位 佐賀県 8.0%(5位)

「長野モデル」の変貌

長野県2000年度・1位19.8% ~2011年度・11位13.6%(44位)

「在宅医療推進会議」の目標

自宅、非医療機関で看取り率25%

10

日本の医療 多い病床・長い入院・少ない医療職

	日本	オランダ	スウェーデン
総人口	1.27億人	1670万人	942万人
高齢化率	23.3%	15.6%	17.5%
医療体制	社会保険	社会保険	公費
いずれも国民に家庭医(GP)への登録を義務付け			

年間の外来

平均受診回数 13.07回 5.9回 2.9回

(75歳以上、32.95回)

(同、受診者では44.4回)

平均入院日数 18.5日

5.6日

3.8日

病院死亡率 78.5%

35.3%

42.0%

ケア付き住宅等 2.4%

32.5%

31.0%

自宅死亡率 12.5%

31.0%

20.0%

注・統計時点はそれぞれ異なる(オランダ、スウェーデンの病院死亡率等は中医協資料)¹¹

北欧の先行例

デンマーク

1988年 特養ホーム全廃宣言・「ケア付き集合住宅」へ

標準・50～65㎡の個室 自由な日常生活

入居者1人対職員1人弱の個別ケア

退院可能から2ヶ月超で受け入れ先のない場合は、

市(コミュン)が病院(「レジオン」広域行政圏)へ1日約3万円の罰金を払う

スウェーデン

1992年 エーデル改革・施設から「特別な住居」へ

法的な住居基準を満たし、一般住宅扱いで住宅補助の対象、

市が看護・介護サービスを提供する。

(サービスハウス、老人ホーム、高齢者住宅、ナーシングホーム、

グループホームなど)

退院可能で受け入れ先のない場合は市が入院費を病院(県)へ払う。

医療のスリム化と介護の拡充を基本戦略とする

12

新たな国民皆保険体制の再構築

「だれでも、いつでも、どこでも」
医療サービスを受けられる



だれもが信頼できる「家庭医」(総合診療医)
を持ち、その紹介で、いつでも、どこでも
専門医や病院を受診・入院ができる



医療は都道府県ごとに病院の再編成
介護は市町村で地域包括ケアの構築

医療機関の役割分担の促進

主に2次医療圏の地域特性に応じた

病院の再編成 入院へ特化・入院で成り立つ報酬・外来の縮小、
入院期間の短縮・受け入れ先の確保



地域ごとに「地域包括ケア」体制の構築

医療と介護の一体化

原則・全診療所の在宅療養支援診療所化(特に連携強化型、強化型の普及)
「家庭医」と介護保険上の「主治医」との一体化

この診療所群へ高齢者向け「家庭医・療養指導料」(仮称)の創設
(地域包括ケアへの参画を条件に高い定額報酬)

その契約を結ぶ患者に対する優遇策

70～74歳の自己負担1割 (直接、200床以上の病院受診は2割負担)

75歳以上の自己負担1割 (同 2割負担)

(就学後～70歳未満は紹介状なしの200床以上の病院初診は選定療養)

国民の医療介護ニーズに適合した 提供体制改革への道筋 医療は競争よりも協調を

社会保障制度改革国民会議

2013年4月19日

慶應義塾大学商学部 権丈善一

1

配付資料の内容

- スライド
 - 医療提供体制改革の必要性
 - 医療保険制度改革の必要性
 - 介護保険改革の必要性
 - その他重要な課題
 - 課税所得で測る「低所得者」と「負担能力の低い者」の間に現存するギャップを埋める努力を行うべき
 - 他、理由なき不整合な問題
 - 医療・介護の自己負担・利用者負担の整合性確保
 - 最後に
 - なぜ、日本の医療問題の解決は難しいのか
 - なぜ、競争よりも協調なのか
- 添付資料
 - 「日本的医療問題の解決に道筋を」『週刊東洋経済』2013年3月16日号
 - 「あるべき医療と二つの国民会議」『週刊東洋経済』2012年12月29日－2013年1月5日号
 - 『キャリアブレイン』2013年1月6日配信記事
 - 「医療保障政策と医療団体の政治経済学的位置(医師国保問題該当箇所)」日本医師会『平成23・24年度医療政策会議報告書』2012年1月

2

医療提供体制改革の必要性

- 『社会保障制度改革推進法』
 - － 医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図ることにより、国民負担の増大を抑制しつつ必要な医療を確保すること(4頁参照)。
 - － 医療の在り方については、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること(33頁参照)。

3

- 「医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等」のために、前自公政権下の『社会保障国民会議最終報告』(2008年11月4日)で示された哲学(民主党政権でも共有)
 - － 「背景にある哲学は、医療の機能分化を進めるとともに急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、できるだけ入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現し、同時に在宅医療・在宅介護を大幅に充実させ、地域での包括的なケアシステムを構築することにより利用者・患者のQOL(生活の質)の向上を目指すというものである」
 - － 「この哲学に基づいたサービス提供体制の姿が実現されれば、現在の医療・介護とは格段に異なる質の高いサービスが効率的に提供できることになる」

4

日本の医療介護の現状と あるべき医療・介護への第一歩

- 「日本的医療問題の解決に道筋を」『週刊東洋経済』2013年3月16日号
 - 「あるべき医療・介護」という言葉が使われるようになるのは、自公政権のもと2008年に開かれた「社会保障国民会議」の時である。当時の問題意識は次のようなものであった(08年6月「サービス分科会中間とりまとめ」より)。

人口あたりの病床数は諸外国と比べて多いものの、急性期・回復期・慢性期といった病床の機能分担は不明確。医療現場の人員配置は手薄であり、病床当たりの医師・看護職員数が国際標準より少なく過剰労働が常態化している。この現実が、医療事故のリスクを高め、一人ひとりの患者への十分な対応を阻んでいる。

さらに、診療科目や地域間で医師が偏在しているため、地域ごとに医療機関の果たすべき機能を明確にした上での連携が必要。介護分野では志を持って就職した人材がやりがいと誇りを持って働き続けられる待遇や職場環境の整備が不可欠である。

そこで、08年の前国民会議では、2025年度までに「あるべき医療・介護」提供体制を確立する構造改革の青写真が描かれた。

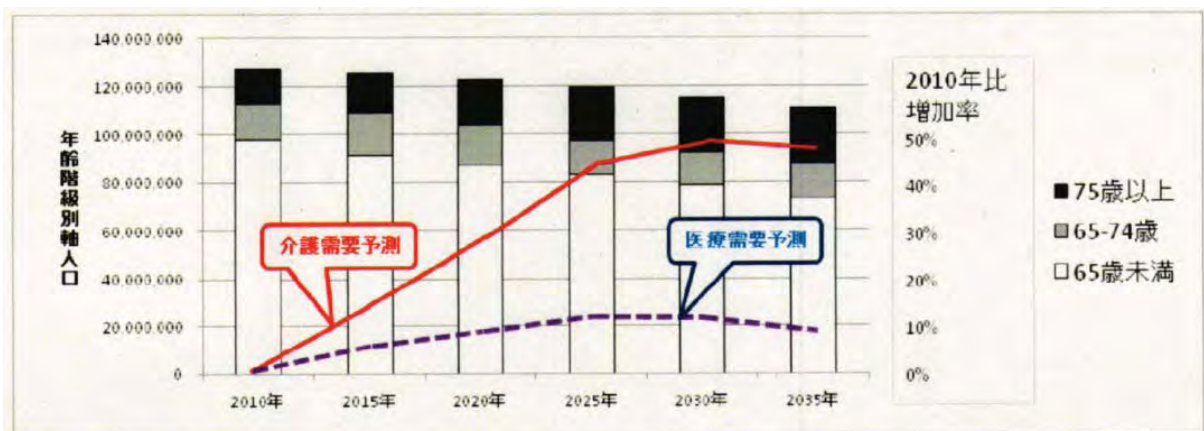
5

2次医療圏単位のあるべき医療・介護 を考えるための基礎資料

- 先駆的な民間ベース(高橋泰国際医療福祉大学教授の研究)で行われている分析によれば
 - i) 高齢化の率は今後長い期間上昇し続けるが、高齢者の数は今後20年程度で頭打ちとなる。
 - ii) 医療需要は2025年頃に、介護需要は2030年頃にピークを迎える。
- 地域ごとに見ると、地域差が大きく、
 - i) 首都圏、大阪圏、名古屋圏で高齢者が大幅に増加する一方、過疎地では増えない。
 - ii) 医療資源や医療人材が偏在し、大くくりで言えば、東北・関東・甲信越・東海で少なく、北海道・北陸・関西・中国・四国・九州が多い。

6

高橋泰『ウェッジ』2012年4月号



(図 14 : 我が国の今後の介護と医療の需要予測)

7

2次医療圏の医療・介護需要ピーク時までの 地域医療・包括ケアビジョン作成を

- ・「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」(厚労省医政局)における「報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ」の前倒し。
- ・医療、介護、看取りまで継ぎ目のない地域医療・包括ケアを目標として各地域の医療・介護需要ピーク時までの地域医療・包括ケアビジョンを作成。
- ・そのビジョンの実現に向けて、都道府県は地域医療計画を、市町村は地域包括ケア計画を、一定年間隔で策定する。
- ・それに沿った医療機能の分化・連携を促すための「地域医療・包括ケア創生基金」を創設(財源として消費税増収を活用)。診療報酬や介護報酬による利益誘導ではなく、まずは、医療機能の分化・連携を補助金的手法で誘導。
- ・医療機能の分化・連携が進んだ後、補助金的手法にあてていた消費税増収分を、順次医療機能ごとの診療報酬重点配分に移行していく。

8