

○利用者負担のあり方

- ・一定所得以上の所得がある者や預貯金などの資産を有する者には、応分の負担を求めるべき。
- ・遺族年金などの非課税年金や配偶者との世帯分離の扱いも検討が必要。

○介護納付金の総報酬割導入

- ・負担の公平化の観点から応能負担の強化が課題になるが、後期高齢者医療支援金の見直しとの関連も整理の上で導入。

〔地域包括ケアシステムの構築〕

○地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築

- ・地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを構築する上で、地域の特徴や課題が客観的に把握できるようにデータを整理し「見える化」。

○在宅医療と介護の連携

- ・市町村が中心となって在宅医療と介護の連携・調整を行う体制を整備。その連携・調整の機能は介護保険法に位置づける。

○介護人材の確保

- ・処遇改善とキャリアパスの確立。

○介護予防と生活支援の推進

- ・高齢者の社会参加を通じた介護予防を推進。
- ・配食・見守りなどの生活支援サービスは、互助の考え方に基づき、多様な主体で実施。

○認知症施策の推進

- ・認知症の方をすべて入院・入所で対応することには限界があり、また、必ずしも適切ではない。
- ・認知症の地域ケアを可能とするため、症状が重くなる前の早期の段階で、適切に相談・支援が受けられ、専門的な医療・介護につなげる体制を整備。

〔社会福祉法人改革〕

- ・社会福祉法人こそ、経営の合理化、近代化が必要。大規模化や複数法人の連携を推進。

- ・加えて、社会福祉法人非課税扱いとされているに相応しい、国家や地域への貢献が求められるべき。
- ・低所得者への利用料軽減は当然のこととして、今後都市部等での大きな問題である低所得高齢者の住まいの確保や生活支援などに積極的に取り組むべき。



地域保険の保険料「格差」をどう見るか

共済組合連盟会長 山崎 泰彦

国民健康保険の保険料格差がしばしば問題になる。第五回社会保険制度改革国民会議(二月二十八日)のヒアリングにおいても、全国市長会・国保対策特別委員会の岡崎委員長の説明のなかで、制度間格差と国保制度内格差が問題点として挙げられていた。

だが、これが解消されるべき不当な格差なのかどうか、考えさせられることが少なくない。今回はこの問題について考えてみたい。

介護保険の保険料格差の考え方

国保に隣接する介護保険ではどうだろうか。現在の介護保険料の基準額は全国平均で月額四、九七二円で、最高と最低の格差は約二・四倍。私が運営協議会会長として関わっている横浜市は五、〇〇〇円で、全国平均よりもわずかではあるが高い。

の水準が手掛かりになることは確かであろう。

だが、保険料格差を考えるには、さらに詳細な検討が必要ではないかと思う。介護保険では、高齢化の影響の調整のほか、国の調整交付金の配分によつて第一号被保険者の負担能力(所得水準)や第一号被保険者に占める後期高齢者比率の差が調整される。また、都市部の介護報酬には地域の賃金水準を反映させた地域加算があるから、これによつても保険料水準に影響を受ける。

横浜市の保険料は全国平均を上回るが、これらの要素を考慮するとどうなるだろうか。横浜市介護保険課に試算してもらった。まず、横浜市内で事業展開をする事業者に対する介護報酬の単価には加算がつき、全体として七％程度高い報酬が支払われる。これは地域の賃金水準を反映するもので、サービス水準が高いわけではない。さらに、第一号被保険者の負担能力の高さや後期高齢者が少ないことによる要介護者の発生率の低さを考慮し、全国平均では五％の調整交付金が横浜市ではその二分の一程度しか交付されない。いずれも横浜市の保険料を引き上げる要因になる。これらの要因を割り引くと、横浜市の現在のサービス水準に見合う介護保険料は四、〇六八円になる。

市町村間の公平な比較をするには、同様の作業が他の市区町村についても必要になる。前述の全国平均の四九七二円には地域加算のある都市部の保険料分が含まれているか

国保の保険料格差の解消が制度改革のテーマとして掲げられ、都道府県単位への広域化を求める声が高まっているのに対して、介護保険料についてはそのような議論はほとんど聞かれない。それは保険料水準について、それなりに納得できる説明が可能だからではないか。

介護保険では、第二号被保険者の保険料は全国レベルでプールされて市区町村の高齢化の程度に依りて交付されるから、高齢化の影響は完全に調整される。これは、年金制度において基礎年金部分の年金賦課率にかかる制度間格差が完全に調整されるのと同様の効果である。それゆえに、一般的には第一号被保険者の保険料は当該市町村のサービス水準をおおむね反映していると説明されている。

保険料が高いのは、在宅サービスが遅れサービスが施設に偏っているのか、一方、保険料が低いのは、サービスが絶対的に不足しているのか。いろいろなケースが考えられるが、当該地域のサービス水準を考える上で、介護保険料

ら、サービス水準に対してはかなり高めになっている。同様に、最高・最低の町村についても調整交付金が相当に影響している可能性がある。

国保の保険料格差の現状

国民会議に提出された国保の保険料格差に関する岡崎高知市長の説明資料は別紙の通りである。保険料標準化指数でみて、都道府県間では、最大の徳島県(一・三三七)と最小の東京都(〇・八〇五)の間に一・七倍の格差、市町村間では、最大の徳島市と最低の東京都青ヶ島村の間に四・二倍もの格差がある。また、国民会議のヒアリングでは、福祉・介護・医療の連携に積極的に取り組み、成果をあげておられる全国町村会会長である長野県川上村の産原村長からも説明を受けた。

そこで、これらの二市二村について、保険料の格差要因を考える上で、保険料(税)取納率、一人当たりの法定外繰入・給付費についてもデータを調べてみた(別紙参照)。なお、保険料標準化指数では、調整交付金の配分により所得水準の格差はおおむね調整済みと考えられる。

それによると、保険料標準化指数が〇・四一一で全国最低の青ヶ島村は、一人当たり給付費が低い上に、一般会計からの多額の法定外繰入を行っている。川上村は、一人当

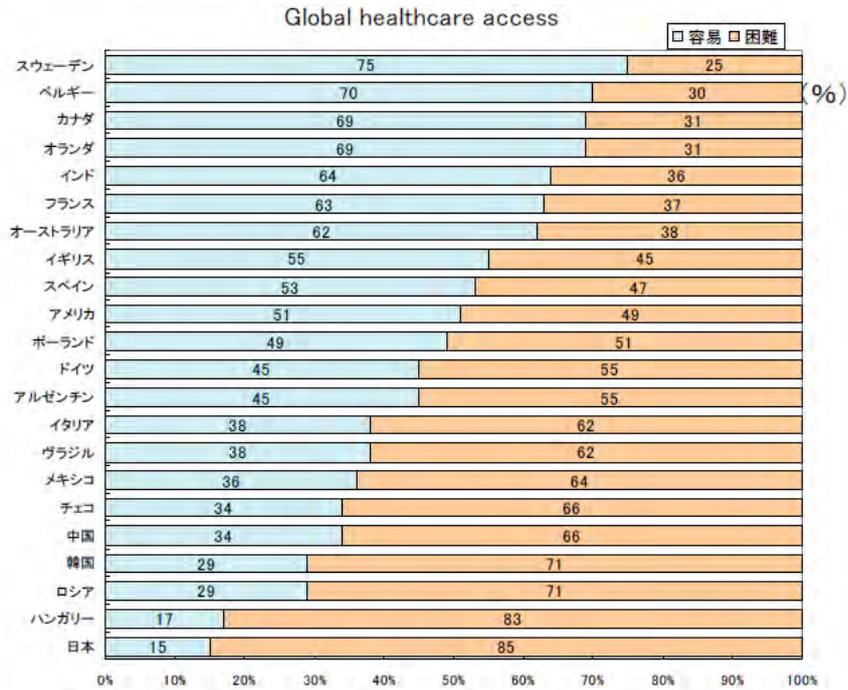
医療制度改革への「国民世論」把握のために DP(討論型世論調査)の実施を

中央大学法学部教授
宮本太郎

医療制度改革に向けたDPの実施を

- 日本の医療が直面する困難に対処するためには
 - ①医療のアクセシビリティ
 - ②負担
 - ③サービスの質
 - ④制度の持続可能性以上の優先順位についての世論形成が不可欠
- しかし、医療制度の客観評価はむずかしく、国際比較で見ると一般に日本人の制度評価は低い 評価についての因子分析はすすんでいない
- 他方で国民が地域医療の実態と課題について問題意識をもった地域は事態が大きく改善(兵庫県丹波市など)
- 医療制度改革をめぐる世論の把握＝形成を促進するには、無作為抽出で選ばれた市民に医療パフォーマンス、財政、医師の勤務条件などについての十分な情報を提供し討論をおこなうDP(討論型世論調査)の実施が望ましい ただしその実施方法には十分な工夫が必要

「自分の家族が重篤な病気になった場合、良質で手ごろな医療を受けることは難しいか？」に対し「困難」との回答は日本で最多 医師会の反論



出所: Reuters "For Immediate Release" Wednesday, April 15, 2010 より作成
 参照: http://graphics.thomsonreuters.com/1-04/GLB_HEALTH0410.gif
 社団法人 日本医師会 (2010年5月26日 定例記者会見)

2

カナダの非営利調査機関「コンファレンス・ボード・オブ・カナダ」が2009年に発表した医療制度ランキング

REPORT CARD											
Health Indicators											
	Life expectancy	Self-reported health status	Premature mortality	Mortality due to cancer	Mortality due to circulatory diseases	Mortality due to respiratory diseases	Mortality due to diabetes	Mortality due to musculo-skeletal system diseases	Mortality due to mental disorders	Infant mortality	Mortality due to medical mis-adventures
Australia	B	A	A	A	A	A	B	C	B	B	D
Austria	C	A	B	B	D	A	D	A	A	B	D
Belgium	C	A	B	B	C	D	A	B	C	A	n.a.
Canada	B	A	A	C	A	B	C	C	B	C	B
Denmark	D	A	B	D	C	C	B	D	D	A	A
Finland	C	B	B	A	D	A	A	B	C	A	A
France	B	B	B	B	A	A	A	C	B	B	C
Germany	C	B	A	B	D	A	B	A	B	B	C
Ireland	C	A	B	C	D	D	B	D	B	A	C
Italy	A	B	A	B	B	A	C	B	A	B	A
Japan	A	D	A	A	A	C	A	A	A	A	A
Netherlands	B	A	A	D	B	C	B	C	D	B	A
Norway	B	A	A	B	B	C	A	B	C	A	A
Sweden	B	A	A	A	C	A	B	B	C	A	C
Switzerland	A	A	A	A	B	A	A	C	C	B	n.a.
U.K.	C	A	B	C	C	D	A	D	C	C	B
U.S.	D	A	D	B	C	C	C	C	C	D	C

Note: Data for the most recent year available were used. For details on data sources, see the Methodology section of this website.
 Source: The Conference Board of Canada.

3

「第二回日本の医療に関する意識調査」(日医総研、2006年)、「OECD諸国における地域医療の満足度および医療制度の信頼度調査」(Gallup社、2009年)など相対的に高い評価がつけられた例もあるが、全般的にはやはり低い傾向

表5-2 日本の医療満足度の国際的位置

調査者(発表年)	医療満足度の指標	調査対象国数	医療満足度(%)		日本の順位
			平均	日本	
Blendon等(1990)	医療制度(狭)	10	28.8	29	7位
Rowland(1992)	受けている医療(狭)	5	39.4	19	5位
江口等(2004)	受けている医療(広)	4	77.8	65.8	3位
	医療制度(広)	4	48.7	27.1	4位
塚原等(2006)	受けている医療(広)	5	65.6	50.0	5位
(参)Kurata等(1994)	受けている医療(広)	2(日米)	米88.9	72.4	

出典：文献 [4,10,1,2,13].

注：1)各調査の調査対象国は以下の通り。

Blendon等：カナダ，オランダ，西ドイツ，フランス，オーストラリア，スウェーデン，日本，イギリス，イタリア，アメリカ。

Rowland：アメリカ，カナダ，西ドイツ，イギリス，日本。

江口等：日本，韓国，フランス，アメリカ。

塚原等：日本，アメリカ，イギリス，ドイツ，フランス。

2)医療満足度の平均は調査国の単純平均，筆者試算。

出所：二木立『医療改革』勁草書房、2007年