



経営情報レポート

再編が急務 社会保障 制度改革の 方向性

- 1 議論進む持続可能な社会保障制度のあり方
- 2 国保財政基盤強化と病院機能の再編
- 3 国民会議における議論の経過と今後の予測

1 | 議論進む持続可能な社会保障制度のあり方

1 | 社会保障制度改革が必要とされる背景

高齢化が進展する日本の社会では、0～64歳人口が一貫して減り続ける一方で、65～74歳人口は2040年までに約100万人増加し、75歳以上は約800万人も増加すると推計されています。その結果、国全体では若年層が3,000万人減、高齢者が900万人増加し、総人口は約2,100万人減少すると試算されます。

しかし、現在の社会保障制度の骨格は、1960年から70年代にかけての高度経済成長期に形成されたものであり、社会保障制度を取り巻く状況も大きく変化しました。そのため、世代間の公平性と共助を柱とする持続可能性の高い社会保障制度への再編を目指して、その制度改革の必要性と基本的な方向性・具体策を示す取り組みが進められています。

◆ 社会保障制度改革の基本的方向性

【3つの理念】

- ①参加保障 ②普遍主義 ③安心に基づく活力

【5つの原則】

- ①全世代対応型 ②未来への投資 ③分権的・多元的供給体制
④包括的支援 ⑤負担の先送りをしない安定財源



必要な社会保障の機能強化を着実に進める

(出典：平成23年5月12日厚生労働省「社会保障制度改革の方向性と具体策」より抜粋)

2 | 進む社会保障制度改革国民会議の議論

社会保障・税一体改革の推進にあたり、高齢化の進展とともに近年の日本が抱えてきた命題として、持続可能な社会保障制度のあり方を議論するため、社会保障制度改革推進法に基づき「社会保障制度改革国民会議（以下、「国民会議」）」が設置され、下記の4つの項目について検討が続けられています。

◆社会保障制度改革推進法(第5～8条)に定める改革の基本方針

【医療の改革】

- ①健康の維持増進・疾病の予防・早期発見等の積極的促進、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用 等
- ②医療保険制度の財政基盤安定化、保険料負担に関する公平の確保、療養の範囲の適正化等
- ③医療のあり方（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、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）
- ④今後の高齢者医療制度に係る改革

【介護の改革】

介護サービスの範囲の適正化等による効率化・重点化、低所得者等の保険料負担の増大の抑制

【年金の改革】

- ①今後の公的年金制度に係る改革
- ②現行年金制度の改善
（低年金・無年金者対策、厚生年金の適用拡大、被用者年金一元化等）

【少子化対策】

社会保障制度の基盤を維持するための少子化対策を総合的かつ着実に実施

特に、医療・介護分野における改革は最も重視されており、これまでの議論を整理すると、今後の政策の方向性をみることができます。

(1) 社会保障・税一体改革にかかる法整備

社会保障・税一体改革をめぐることは、社会保障制度改革推進法だけでなく、さまざまな関連法が成立し、今後の政策的な推進が強力に実施されます。

医療・介護提供体制の再整備とともに、社会の高齢化に伴い必要とされる少子化対策や年金制度改革もこれらに含まれます。

◆ 成立した社会保障・税一体改革関連法

● 社会保障制度改革推進法

社会保障制度改革の基本的事項を定める

社会保障制度改革国民会議の設置 等

● 子ども・子育て関連3法（子ども・子育て支援法、認定こども園法改正法、関係整備法）

幼児期の学校教育・保育、地域の子ども・子育て支援を推進

● 国税改正法

● 地方税改正法

● 年金機能強化法

基礎年金国庫負担割合を2分の1に恒久化

パート労働者への社会保険の適用拡大 等

● 被用者年金一元化法

共済年金と厚生年金の一元化

● 国民年金法等改正法

平成24年度及び25年度の基礎年金国庫負担割合2分の1の維持 等

● 年金生活者支援給付金法

新たな低所得高齢者・障害者等への福祉的給付措置（年金機能強化法の不足に基づく）

(2) 総合的な政策推進の基盤整備

国民会議では、増税で得られる新たな財源をもとに、医療機関と介護関連施設を地域ニーズの将来像に合った形に再編成することを目指しています。その中には、既存の医療施設の有効利用や、平均在院日数の減少と在宅医療へのシフトを図る等の個別の目標がありますが、これまではこれらを具体化する政策が整わず、実現までに長期間を要する事態となっていました。

しかし、法的根拠を有する今回の国民会議において、同様に法に定められた検討すべき項目に関する議論が進むに従い、最重要課題である医療・介護提供体制の再構築について、総合的な政策の大枠が判明しつつあります。

3 | 国民会議が示す改革の2本柱

具体的な改革内容は大きく分けると、①国民健康保険の財政基盤強化、および②病院機能の抜本的再編、の2点に整理できます。

そして、上記の①・②を実現するための具体的手段として、次のような案が挙げられています。

◆医療・介護制度改革の方向性 ～国民会議における議論のポイント

- 国民健康保険の運営を市町村から都道府県に広域化
- 高齢者医療の支援金に収入連動の「総報酬割」を全面導入し、これにより確保できる国庫負担金は国保の赤字を補てんする
- 補助金的手法により医療・介護提供体制の再構築を加速する
- 保険医療機関の指定・取消権限を付与するなど、都道府県の役割拡大
 - ⇒ 医療法改正
- 医療法人の統合や高齢者住宅の整備を促す規制緩和の推進

国民会議は、社会保障制度改革推進法において、設置期限（政令で規定）が平成25年8月21日と定められ、同月までに最終報告がまとめられるとともに、政府にも法律上、同日までに「必要な法制上の措置」を講ずる旨が義務付けられています。

実際には、最終報告に具体的な政策が盛り込まれることとなりますが、現在は、4つの検討項目それぞれについて整理された国民会議の議論に対し、各立場からの意見が表明されているところであり、今後これらを踏まえた検討が行われて、総合的な政策として精緻化されていくこととなります。

次章からは、国民会議が示した改革の2つの柱である「国民健康保険の財政基盤強化」と「病院機能の抜本的再編」の内容をみていきます。

2 | 国保財政基盤強化と病院機能再編が改革の柱

1 | 国民健康保険の財政基盤強化策は改革の大前提

国民皆保険を掲げる日本にとっては、地域医療を守るためにも、地域医療提供体制の整備と、また国民皆保険を最終的に支える「医療保険における最後のセーフティネット」として、国民健康保険のあり方を一体的に検討することが重要です。

(1) 保険者の都道府県移管と総報酬割の全面導入

医療保険制度の財政基盤の安定化は、今後の公的保険制度維持に向けて重視され、また期待されている政策です。そのうち、国民健康保険における保険者のあり方は、これまでも議論の対象とされてきました。

国民会議では国保の運営について、現在の市町村から都道府県単位に拡大する案に加えて、75歳以上が加入する後期高齢者医療制度への現役世代の支援金について、給与が高いほど保険料が上昇する「総報酬割」を全面的に導入する案を挙げています。これによって浮いた国庫負担 2,000 億円を、国保の赤字補てんに用いるというものです。

◆総報酬割を拡大した場合の各保険者の支援金負担額の変化：平成 27 年度推計

		協会けんぽ	健保組合	共済	被用者保険計
現 行	2/3 加入者割	1 兆 4300 億円	1 兆 2300 億円	3900 億円	3 兆 600 億円
	加入者数	3400 万人 (47%)	2800 万人 (40%)	900 万人 (12%)	7100 万人
	1/3 総報酬割	6000 億円	6800 億円	2400 億円	1 兆 5300 億円
	総報酬額	72.0 兆円 (40%)	81.5 兆円 (45%)	28.3 兆円 (16%)	182.2 兆円
	計 (①)	2 兆 400 億円	1 兆 9200 億円	6200 億円	4 兆 5800 億円
1/2 総報酬割 (③)		1 兆 9800 億円	1 兆 9500 億円	6500 億円	4 兆 5800 億円
負担額変化 (③-①)		▲600 億円	300 億円	200 億円	0
2/3 総報酬割 (④)		1 兆 9200 億円	1 兆 9900 億円	6700 億円	4 兆 5800 億円
負担額変化 (④-①)		▲1100 億円	700 億円	400 億円	0
全面総報酬割 (⑤)		1 兆 8100 億円	2 兆 600 億円	7100 億円	4 兆 5800 億円
負担額変化 (⑤-①)		▲2300 億円	1400 億円	900 億円	0

うち 公費 2300 億円

◆総報酬割を拡大した場合に負担増・負担減となる保険者数：平成 27 年度推計

	健保組合	共 済
負担増	909	81
負担減	502	4

高齢者支援金は、加入者の人数に応じた「加入者割」が基本になっていますが、これを総報酬割に転換することで、加入者の所得が高い健保組合の負担は増加する一方、中小企業を主体とする協会けんぽに対する国の補助金（平成 27 年度における試算 2,300 億円）が不要となり、国保の補てん財源を生むことができるという考えを示しています。

（＊）「総報酬割」とは

医療費負担割合を健康保険組合加入者の支払能力に即したものにすため、その平均収入に応じて設定する方法であり、加入者数に応じた頭割りで算定される「加入者割」よりも、各健康保険組合間の保険料率格差が是正される。その反面、加入者の所得が高い健康保険組合ほど負担が重くなることになる。

政府は高齢者医療費の 4 割を支える現役世代による支援金について、当初は 2013 年度より総報酬割の全面導入を目指していたものの、負担増に直結する大企業中心の健康保険組合連合会の理解が得られず、断念するに至った経緯がある。

（2）保険料負担に関する公平の確保

国民健康保険は公的な健康保険制度の一つであって、未就業者や非正規労働者（パートタイマー等）、自営業者などが加入していますが、高齢化により負担する医療費がかさむようになる一方で、非正規雇用による「ワーキングプア」の増加によって、収入基盤の弱体化と赤字の慢性化傾向がみられています。

そのため、財政基盤の弱い自治体では国保保険料が高騰しており、自治体間格差が問題となっているほか、低所得者の中には保険料が支払えずに無保険状態になっている人もいることから、最後のセーフティネットとして国民健康保険を維持するための財政基盤強化は、社会保障制度改革の前提条件であるといえます。

2 | 病院機能の抜本的再編に向けた政策

(1) 日本における医療・介護の需給と供給の問題

日本の医療は、国際的にみると人口一人当たりの病院・病床数が突出して多い一方で、病床あたり医師・看護師数が少ないことから、近年では特に急性期医療の担い手にとって、加重労働が常態化していることが指摘されてきました。

加えて、地域において医療機関の役割分担が曖昧であるため、診療科目や医療職（医師・看護師）の配置にも地域的偏在が発生しているほか、救急患者の受け入れ体制の不備がたびたび報道される問題の一つとなっています。

さらに、リハビリや在宅療養支援・介護提供体制の整備が、厚生労働省の期待通りの水準には達せず、社会的受け皿を確保できないことにより入院期間が長期化し、医療費の増大につながってしまうという悪循環を生んでいます。

しかし、こうした問題は今後も続く高齢化によって、さらに深刻化することが予測されています。医療・介護の供給資源レベル（人口当たりの総病床数と看護師数、介護関連施設・高齢者住宅の収容可能人数等）と高齢化率は、地域によって大きな差が生じており、特に下記のような大都市圏では社会的受け皿が不足して、将来医療提供が間に合わなくなると指摘されています（平成25年4月19日第9回国民会議における国際医療福祉大学大学院 高橋泰教授のプレゼンテーションより）。

◆医療・介護の供給が間に合わなくなると予測される地域(二次医療圏)

- 千葉県西部（船橋市・柏市周辺）
- 埼玉県東部（春日部市周辺）
- 埼玉県中央部（さいたま市、川口市、和光市周辺）
- 神奈川県北部（横浜市北部、川崎市北部、海老名市、相模原市周辺）
- 愛知県西部（岡崎市周辺）

（出典：同上 高橋泰教授作成資料）



**首都圏・愛知は
医療・介護提供双方の将来の余力がひっ迫している**

(2)財源投入による地域医療・病院機能の再編推進

将来予測される医療・介護の提供不足を確保し、前述のような問題を解決するために、平成 20 年の国民会議において検討されたのが公費の追加投入であり、それに必要な財源は消費税率換算で試算されました。「税と社会保障の一体改革」は、これと呼応する形で実施されるものです。

消費税率の引き上げが決定したことにより、社会保障制度改革に関する具体的な改革案が示されることとなり、今回の国民会議最終報告では、具体的政策案が盛り込まれる見通しです。詳細は、先に国民会議が示した「議論の整理」に挙げられる方針に従い、政策パッケージとして各種の規制改革案と抱き合わせで提示されます。

◆公費財源投入による改革案の必要性を指摘した意見

～ 財務省「税と社会保障の一体改革」審議会報告書(平成 25 年1月)

急性期病床への医療資源の集中投入等により「高密度医療」を実現し、平均在院日数の減少等を通じて医療費の適正化につなげるという政策パッケージのためにあえて行う公費負担であり、その政策効果の発現には、診療報酬の重点配分を図るといったソフトな動機づけだけでは不十分なことは明らかである。

国民会議では、消費税増税による財源をどう使うかという具体的政策を示すことが求められており、近年続けられてきた議論を踏まえると、その選択肢は限られているとしています(委員・権丈善一慶応大学教授の意見)。

現時点では、補助金を用いて自治体や病院等に医療・介護の自発的な再編を促すスキームが案として提示されています。

その中身は、増減財源の一部で基金を創設し、医療・介護資源の再配分に向けてシンクタンク機能を担う専門チームを国に組織し、改革に取り組む自治体を支援するというものです。具体的な支援策は、資金と政策の両面となると予測されています。

その他、医療法の改正等を含め、次のような改革案を示しています。

◆地域医療・病院機能再編を目指す各種規制改革案

- 医療法改正 ⇒ 保険医療機関の指定・取消権限の都道府県委譲
- 持ち株会社制の導入 ⇒ 医療法人の統合を促進
- ヘルスケアREITの創設 ⇒ 高齢者住宅整備に向けた資金調達手段

3 | 医療機関に影響を与える今後の論点

1 | 国民会議「議論の整理」と意見の概要

(1) 国民会議における「議論の整理」の概要

国民会議はこれまでの議論経過を取りまとめ、平成 25 年 5 月 10 日に「議論の整理」を公表しました。

その内容は、次のような個別項目で挙げられています。これらが、今後の具体的政策の基盤となる方向性として捉えることができます。

◆ 国民会議「議論の整理」の各項目

- 基本的考え方
- 健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見
- 医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等
 - 医療・介護の提供体制のあり方
 - 外来の役割分担の在り方
 - 在宅医療と在宅介護の連携の在り方等
 - 医療法人制度等の在り方
 - 人材の確保
 - 医療関連データの収集・分析等
- 医療保険制度の財政基盤の安定化・保険料に係る国民の負担に関わる公平の確保
- 医療保険における療養の範囲の適正化等
- 個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるために必要な見直し、人生の最終段階を穏やかに過ごすための環境整備
- 高齢者医療制度の在り方
- 介護サービスの効率化及び重点化
- 低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大の抑制

(2)「議論の整理」への意見

国民会議が公表した「議論の整理」に対しては、それぞれの個別項目に対して意見が出されています。

厚生労働省が5月29日に公表した「社会保障審議会医療保険部会における主な議論」には、同部会における意見として、後期高齢者支援金への総報酬割拡大で生じる財源について、これを国保に投入する考え方への反対意見等が示されたほか、それぞれの個別項目に対して意見が表明されています。

①基本的な考え方

- 「いつでも、好きなところで、お金の心配をせずに、求める医療を受けることができる」医療から、「必要なときに適切な医療を適切な場所で最小の費用で受ける」医療に転換すべき。その際、適切な医療の提供とは、疾病や障害に合った適切な場で医療を提供することを基本に考えるべき。
- 社会保障の改革は、社会保障の持続可能性のみならず、地域経済の持続可能性の観点から重要。
- 社会保障と人口動態、経済、産業、雇用の関係性と今後の方向は、地域ごとに異なっており、そのあり方は地域毎に考えていく必要がある。
- 地域医療を守るためには、地域医療提供体制の整備と国民皆保険を最終的に支える「医療保険における最後のセーフティネット」である国民健康保険のあり方を一体的に検討すべき。



意見

- 医療保険全体の持続可能性を将来にわたって確保するための「全体のビジョン」が必要
- 全体的に保険料負担を抑制するために公費拡充を要求すべき

②医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等

- 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すべき。その際、地域医療ビジョンは、平成30年度よりも前倒しで作成。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べき。それに沿った医療機能の分化・連携を促すための基金を創設（財源として消費税増収を活用）し、診療報酬や介護報酬による利益誘導ではなく、まずは補助金的手法で誘導

すべき。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べき。

- 基金による財政支援は、地域医療・包括ケアビジョンの実現に向けて、具体的な地域医療計画・地域包括ケア計画が策定され、計画の実効性確保の手段も整備されることを前提とすべき。
- 各都道府県が2次医療圏ごとに基準病床数を高度急性期・一般急性期・亜急性期といった新たな医療機能別に算定し（国が標準を示しつつ、地域の実情に応じて都道府県が補正を行う）、地域医療計画に盛り込むべき。
- 地域包括ケア計画は、市町村が主体となって、地域の高齢化ピーク時までの計画を策定し、介護だけでなく、在宅医療、住まい、生活支援、予防を位置づけるべき。特に「住まい」の確保は、長期療養患者や介護施設からの軽度要介護者の受け皿としても重要。
- 医療計画の策定者である都道府県を国保の保険者とする、さらには医療計画の策定者である都道府県に保険医療機関の指定・取消権限を与えるほか、その実効性を高めるための諸施策を講じることとし、これらの方向性を医療法改正で明示すべき。
- 都道府県が、これまで以上に地域医療提供体制の整備を積極的かつ主体的に行うことができるよう、例えば、保険医療機関の指定・取消権限を都道府県に付与するなど、都道府県の役割を拡大すべき。



意見

- 診療報酬を中心に他の手段を組み合わせるべき
- 保険医療機関の指定等権限を都道府県に与えることは基準に公平さが保たれない恐れがある
- 公的な医療保険の適正な運営とは直接関係しない事項を理由に指定・取消等を行うと、法制上の問題や憲法が保障する営業の自由との整合性の問題がある

③外来の役割分担

- フリーアクセスを守るためにも初診時一定病床数（例：200床）以上の一般病床での紹介のない外来受診について、初診時特定療養費に代えて、一定額（例：1万円）の定額自己負担を導入すべき。同様の仕組みを再診時にも検討。この場合、救急車の適正利用についても別途検討する必要。
- 患者に対して一貫した病歴、受診行動の管理を行うとともに、専門医や病院、介護関係者との間の連携の主役を担当するなど、継続的な保健指導や疾病予防活動を行う日

本型総合医のあり方を検討するべき。

- 医療機関が役割分担を行うこと、一人の医者が総合的に高齢者を診ることなど、フリーアクセスの問題やかかりつけ医への受診体制の変革について結論を出すべき。



意見

- 緩やかなフリーアクセスの制限については、概ね方向性に賛成
- 国民に意識を変えることが重要

(2)総報酬割捻出財源の国保投入の議論

この点については、医療保険部会で議論の中心となったテーマであり、国保の保険者の在り方や後期高齢者医療支援金の総報酬割をめぐる議論において、各委員の立場により、様々な意見が提示されました。

被用者保険側は、高齢者医療への拠出金の増加で財政が厳しくなっている現状を踏まえて、公費の拡充を求めており、特に協会けんぽは、国庫補助率 20%への引き上げを要請しました。

総報酬割の全面導入に関する考え方に対しては否定する意見はなかったものの、それによって捻出される財源（約 2,300 億円）をめぐることは、それぞれの立場を代表する委員によって、未だ様々な意見が挙げられているのが現状です。

そのほか、医療保険における療養の範囲の適正化等の項目については、70～74 歳の窓口負担を速やかに現状の 1 割から 2 割に戻すべきという意見が大勢を占めました。新たに 70 歳に達した人から順に 2 割に引き上げるべきとする緩和も必要としています。

社会保障制度改革は、消費税増税により財源の確保のめどが立ったことで、一気に具体的改革案の提示の流れが加速しています。

会議自体の設置期限を迎える 8 月の国民会議最終報告の内容には、規制改革も含めた社会からの反発もある政策が盛り込まれることも予想されており、今後も動向に留意が必要です。

医業経営情報レポート 7月号
再編が急務 社会保障制度改革の方向性

【著 者】日新税理士事務所
【発 行 者】桐元 久佳
【発 行】日新税理士事務所
大阪府中央区船越町 2-1-11 2F
TEL : 06-4790-9707 FAX : 06-4790-9710

落丁・乱丁本はお取り替え致します。本書に掲載されている内容の一部あるいは全部を無断で複写することは、法律で認められた場合を除き、著者および発行者の権利の侵害となります。その場合は、あらかじめ小社あて許諾を求めて下さい。

