

「社会保障国民会議報告」と 医療・介護の改革方向

平成25年9月5日(木) 15:00～17:00

日比谷コンベンションホール

主催：一般財団法人医療関連サービス振興会



講師

宮島 俊彦

(みやじま としひこ)

三井住友海上火災保険株式会社 顧問
前 厚生労働省 老健局長

講師経歴

■ 略歴

- 1977年 東京大学教養学部 卒業
- 1977年 厚生省 入省
生活衛生局指導課長、
大臣官房組織再編準備室長等を経る。
- 2001年 厚生労働省保険局国民健康保険課長
- 2002年 大臣官房参事官(人事担当)
- 2003年 大臣官房人事課長
- 2004年 大臣官房会計課長
- 2005年 大臣官房審議官(医療保険担当)
- 2006年 大臣官房審議官(医療保険、医政担当)
大臣官房統括審議官
- 2008年 老健局長
- 2012年 退官
同年 三井住友海上火災保険株式会社 顧問 就任

はじめに

ご紹介いただきました、宮島です。(一財)医療関連サービス振興会の野崎理事長が同じ厚生労働省のご出身だということと、三井住友海上火災保険(株)の植村常任顧問が現在、(一財)医療関連サービス振興会の会長をしているご縁で、お話しする機会を与えていただきました。

今日のテーマは『「社会保障国民会議報告」と医療・介護の改革方向』です。社会保障と税の一体改革で消費税が、来年4月に5→8%、その1年半後に8→10%に引き上がります。それに併せて、社会保障をどうしていくかということが、民主政権時代から自公政権に代わっても同じメンバーの国民会議で去年から議論されています。その報告が、8月6日に安倍総理に提出されました。社会保障全体ですから、年金もあれば子育てもあるのですが、その中で医療・介護について今後の改革方向が示されました。そこを中心にお話しさせていただきます。社会保障国民会議報告自体の医療・介護の部分は、どういうスタンスで書いてあるのか分かりづらいと思いますので、今日は私の解釈も入れてお話しさせていただきます。「国民会議にここはこのように書いてあります。私はこんなふうに思っています」という調子で話を進めさせていただきます。

医療・介護について国民会議で書いてあるのは、「①医療の改革」病院はどうするのか、外来はどうするのか、在宅医療はどうするのか、という医療改革の話です。「②介護の改革」地域包括ケアの話です。「③医療保険制度の改革」後期高齢者医療保険はどうするのか、国民健康保険はどうするのかという、ファイナンスのお金の制度の話です。「④介護保険制度の改革」これもファイナンスのお金の制度の話です。大きく分けるとこの四つが、本日の社会保障国民会議報告でも書いてあるテーマです。

今日は事業者の方、金融関係の方が多いですから、どちらかというと①と②を中心に話させていただきます。制度論というのは、聴いていても複雑でなかなか分からないことが多いので、むしろ医療の実態・介護の実態を中心に話させていただき、③④は付随して話すというスタンスで進めさせていただきます。



①医療改革—主として病院改革

超高齢化の諸相

超高齢化の諸相				
①人口構成—2025年問題と2050年問題				
	総数	0~14歳	15~64歳	65歳~
2010 人口(千人)	128057	16839	81735	29484
%	100.0	13.1	63.8	23.0
2025 人口(千人)	120659	13240	70845	36573
%	100.0	11.0	58.7	30.3
2050 人口(千人)	97076	9387	50013	37676
%	100.0	9.7	51.5	38.8

資料1

超高齢化とはどういうことか。2025年には、0～64歳の生産年齢人口のうち15～64歳が58.7%で6割、65歳以上が3割です。ですから、この段階では2:1です。2010年は15～64歳が63.8%で、65歳以上が23%でしたから、大体3分の1です。

2010年は、「騎馬戦型」と言って、3人で1人を支えています。2025年は、2人で1人を支えています。ところが2050年になると、1.2人で1人を支えるということで5:4です。果たして65歳以上を高齢者と呼ぶかという問題になってきます。2050年は「肩車型」と言って、1人で1人を背負うような人口構成になってしまいます。65歳以上の絶対数はそれほど増えていませんが、15～64歳が減るので肩車型になります。実際、肩車は不可能です。やってみれば分かりますが、お年寄りを肩車したら自分も倒れてしまい、両方ががをします。2050年に向かってどうやっていくのか。社会保障の給付は増えますが、その中で、効率化や、コストは低く生産性が高い社会保障の医療・介護の仕組みをどう作っていくのか。これは当然考えざるを得ないことになります。(資料1)

家族形態は、「単身」や「夫婦のみ」が増えます。高齢者世帯の66.6%です。2025年には認知症が470万人になります。都市部が急に高齢化します。東京周辺、大阪周辺、名古屋周辺では、高度成長期に田舎から出てきて、郊外に家を建てています。今65歳の団塊の世代が、10年後には75歳以上の後期高齢者になります。この10年間で首都圏の65歳以上がプラス50%になりました。団塊の世代が一気に高齢化したからです。これが2025年には75歳になるということです。

②家族形態

・2025年には、単独・夫婦のみ高齢者世帯は1267万(高齢者世帯の66.6%)

③認知症の増加

・2025年には、470万人

④都市部の高齢化

・首都圏は、2005→2015で+50%

⑤厚生年金の一般化

資料2

これからは都市部の高齢化問題が中心的なテーマになります。今までは田舎の高齢化が大変だと騒いでいました。東北や日本海側など、今まで「高齢化日本一」と言っていたところは、今後、65歳以上は10%ぐらいしか伸びません。むしろ首都圏の超高齢化が進んでくるということです。ただ、今までと様相が違うのは、厚生年金の人が多ということです。月々20万円以上の厚生年金をもらえます。基礎年金だけだと6万円を上回るくらいという水準で、夫婦で12～13万円ですが、25万円というような水準の年金受給者が当たり前にいる。そういう人達が後期高齢者になって、首都圏に沢山いるという絵姿になるわけです。そこが高齢化問題の焦点になります。田舎の問題を無視するわけではありませんが、そうなるということです。(資料2)

ですから、老老介護はある程度当たり前になります。平均年齢は男性が79歳で女性は86歳ですから、女性の方が7年ぐらい長生きします。団塊の世代は普通、夫の年齢が高いので、女性だけが一人暮らしで10年以上暮らすということが出てきます。老老介護でもやれているうちはまだましなのです。そこを何とかしていかないとはいけません。



2013年度一般会計—92.6兆円

今後の話のために、一度、基礎的な知識を復習したいと思います。

資料3は、2013年度一般会計です。国の財政です。国の予算は92.6兆円です。2014年度は99兆円で、民主党時代よりも増えています。「消費税が上がるから、青天井になって99兆円になってしまった」などと言っていますが、2013年度は92兆円でした。GDPは約500兆円で、この20年間増えてこなかったのですが、一般会計はGDPの2割ぐらいになってきたわけです。

一般会計の歳出の中で、「国債費(借金返し)」が22兆円です。「社会保障」は29.1兆円です。来年度要求では30兆円を超えました。「地方交付税交付金」は、県や市町村への財政調整です。大方の自治体がもらっているのですが、市町村や自治体間の調整をするための交付税交付金が国から16.4兆円出ています。「その他(各省経費)」が24.9兆円。その他の中には、防衛費、教育費、科学技術費、公共事業が全部入って24兆円です。社会保障費の方が多くなってしまいました。厚生労働省の予算だけで、その他全省庁の予算よりも多くなっています。次に多いのは借金返しです。それから地方への配分となります。

歳入は、「新規国債発行」で42.9兆円です。借金返しは22兆円ですが、新しくまた借りているので、約20兆円は借り越しです。その20兆円を何とかしなければ、プライマリーバランスが回復できないと言って騒いでいるわけです。「税収」はそんなに多くはなく、43兆円です。新たな借金よりも税収の方がようやく上回っているというのが、国の財政です。「その他」手数料や利子収入があります。この92兆6000円が、2013年度の一般会計です。(資料3)

2013年度一般会計—92.6兆円

歳出		歳入	
国債費(借金返し)	22.2兆円	新規国債(新たな借金)	42.9兆円
社会保障	29.1兆円	税収	43.1兆円
地方交付税交付金	16.4兆円	その他	6.6兆円
その他(各省経費)	24.9兆円		

国の借金 1000兆円突破

消費税収 13年度 10.3兆円

資料3

社会保障給付費と国庫負担

社会保障の29兆円というのは、国庫負担、つまり国の一般会計で賄っている分です。社会保障費というのは実はもっと大きくて、2012年度の実績では109兆円ですから、国の予算よりも社会保障費の方が多いのです。「年金」が53.8兆円、「医療」が35.1兆円、「介護」が8.4兆円、「その他(生活保護や子育て)」が12.2兆円です。

13年度の29.1兆円の社会保障負担は、「年金」は国が10.5兆円を出しています。基礎年金の国庫負担の2分の1などです。「医療保険」も、国保は事業主がいなので国庫が出します。高齢者についても国庫が出します。「介護」も出しています。「その他」も出しています。では、社会保障費と国庫の差は何か。このうち約10兆は県や市町村などの地方自治体が負担する分があります。それを除いた、約60兆～70兆円は保険料で払っています。国税より社会保険料の方が多くなっているのです。先程国の税収は43兆円とありました。地方税収入を入れればもっとずっと多くなりますが、社会保険料は六十数兆円ですから、今や国の税収よりも多くなっています。これがマクロの基礎的な社会保障の数字です。今日、お話しするのは、この35兆円の医療給付費と8.4兆円の介護給付費の話です。(資料4)

社会保障給付費と国庫負担

	社会保障給付費 (2012年度－109.5兆円)	社会保障国庫負担 (2013年度－29.1兆円)
年金	53.8兆円	10.5兆円
医療	35.1兆円	8.9兆円
介護	8.4兆円	2.5兆円
その他	12.2兆円	7.2兆円

資料4



一体改革①医療改革

一体改革①医療改革

○充実

病院・病床機能の分化・強化と連携
医療資源の集中投入(マンパワーの増強)
在宅医療の充実

例えば、高度急性期22万床、平均在院日数15~16日程度、職員数は現行一般病院の2倍

○重点化・効率化

- ・平均在院日数の減少等
- ・外来受診の適正化

資料5

当時から、社会保障と税の一体改革と言っていたのは資料5のようなことです。医療の充実ということでは、「病院・病床機能の分化・強化と連携」「医療資源の集中投入(マンパワーの増強)」「在宅医療の充実」。例えば、高度急性期は22万床、平均在院日数は15~16日程度、職員数は現行一般病床の2倍」ということです。重点化・効率化では「平均在院日数の減少等」「外来受診の適正化」などです。これは繰り返し出てきますから、後でまとめてお話しします。(資料5)

一体改革②介護改革

一体改革②介護改革

○充実

在宅介護の充実
マンパワーの増強

例えば、施設は2025年には、164万人分(現行ベース)→133万人分

小規模多機能、定期巡回・・・55万人分

○重点化・効率化

介護予防、重度化予防
軽度者の施設から在宅への復帰

資料6

介護は、まず充実ということでは、「在宅介護の充実」と「マンパワーの増強」ということです。医療の方でも「在宅医療の充実」というものもあります。2050年には75歳以上が人口の25%になります。先程2050年には65歳以上が人口の40%と言いましたが、75歳以上は25%以上、4人に1人になります。今、特養が40万床、老健施設が30万床で、70万床ぐらいいありますが、そんなところで施設を沢山作っても追いつくようなものではありません。施設に収容してマ

ンパワーを投入するやり方が、効率性も含めて果たしていいのかどうか。施設は今のペースよりも落として、その代わり地域の中に小規模の多機能施設などを置く。都会では、施設を作るのではなく、訪問で定期巡回するような仕組みで何とかやれるだろうということです。

重点化・効率化では、介護予防や重度化予防を徹底していきましょうということです。特別養護老人ホームには要介護1、2の軽い人も入っています。そういう人は在宅に帰るような仕組みを考える。これが介護の改革の話です。(資料6)

一体改革③医療保険制度改革

一体改革③医療保険改革

- ・市町村国保の低所得者保険料の軽減の拡充
- ・国保の財政運営の都道府県単位化
- ・短時間労働者への被用者保険の適用拡大
- ・長期高額医療の高額療養費の見直しと給付の重点化
- ・高齢者医療制度の見直し

資料7

医療保険制度改革です。低所得者の軽減というのがあります。国民健康保険は、市町村単位では格差がひどくなくてもちません。保険の単位としても小さすぎます。医療費の格差が何倍もあるのではもたないから、財政運営を都道府県単位にして広域化しましょうという話です。

今、パートや非正規の若い社員が多くなり、みんな国保に来てしまう。被用者保険の適用を拡大したらどうかという話です。

それから高額医療の高額療

養費の見直しです。これは、例えばがんで外来に通っている人、あるいは難病やパーキンソン病などの病気の人、毎月6、7万円の医療費が掛かります。高額療養費は自己負担が8万円を超えると戻ってきますが、そういう人は薬の長期投与をするため毎月6、7万円も払い続けます。これは辛いんです。例えば、ある一定所得以下、4、5万円で、もう一つ高額療養費で償還する刻みを作ってはどうかという話です。これは公明党が言っています。

それから、高齢者医療制度の見直しです。後期高齢者医療制度を作った時に、後期高齢者とは何事だという話がありました。65～74歳は前期高齢者、75歳以上は後期高齢者です。統計学の用語で、英語では「young old」「old old」と言っていますが、この「後期高齢者」というのが差別ではないか、75歳以上だけ別枠の、独立の制度を作っておいて、高齢者を差別するのだろうというのです。これは平成18年の自公時代にできた制度で、民主党はマニフェストで「見直す」と言ったのですが、かなりドラスチックな改革でしたから、元に戻すにしても、若い人が高齢者医療について「拠出金を老人保健制度に戻って増やすのか」とか、色々な議論があって、民主党は手が付けられなかったのです。自民党は、自民党の時に入れましたので、「後期高齢者医療制度はもう定着したじゃないか。別に直すことないだろう。あんなものは名前を変えればいいぐらいだ」ということで、「いじらない」と言っています。今回の社会保障国民会議でも、高齢者医療制度は手付かずということになったのです。

民主党は、政府の方で国民会議の議論をやり、政治の方では自公民の3党で協議の場があったのですが、「基礎年金の話と高齢者医療制度に手を付けないのはけしからん」という二つの理由で、協議の場から去ってしまいました。結局、当面見直しはないということになりました。ですので、国保の財政面の都道府県単位化だけが、かなり大きな既定路線になってきています。(資料7)

一体改革④介護保険改革

- ・65歳以上の加入者の低所得者保険料の軽減強化
- ・介護納付金の総報酬割導入
- ・一定以上所得者の利用者負担の見直し等
- ・予防給付の内容・方法の見直し
- ・ケアマネジメントの見直し

資料8

介護保険の場合です。まず、低所得者の保険料の軽減です。今、介護保険は全部1割負担ですが、300万、400万と現役並みの所得を持っている人は、2割負担にしてもいいのではないかという話です。むしろ今、介護保険の方で大きな話題になっているのは、予防給付です。軽い人の予防が本当にできているのか。これをケアマネジメントと併せて見直したらどうかということだと思います。「軽度切り」と言う人もいます。軽度切りを考えているのではないようですが、軽度

のところをもう少し工夫できないのかというのが、介護医療制度改革の中身です。これは介護の実態そのものの話と密接に絡んできます。テーマとしては、この辺に今、焦点に当たってきています。(資料8)

一体改革の構図(医療と介護)

この一体改革の医療と介護は、資料9の図で理解していただければと思います。病気になり入院するのは仕方ありません。救急・手術など高度医療は急性期病院で、亜急性期や回復期リハも病院で集中リハビリをやって家に帰ってもらいます。

この病院サイクルが回るためには何が必要か。一つは、なるべく早く退院できるシステムを作らなくてはなりません。何しろ高齢者は病気になりがちですから、どうしても救急で担ぎ込まれることが多いのです。しかし、中にはそうでない人もいて困っているのです。大した病気ではないのに、子供と高齢者で救急はいっぱいです。救急倒れになってしまう。これをどうするかが大問題です。

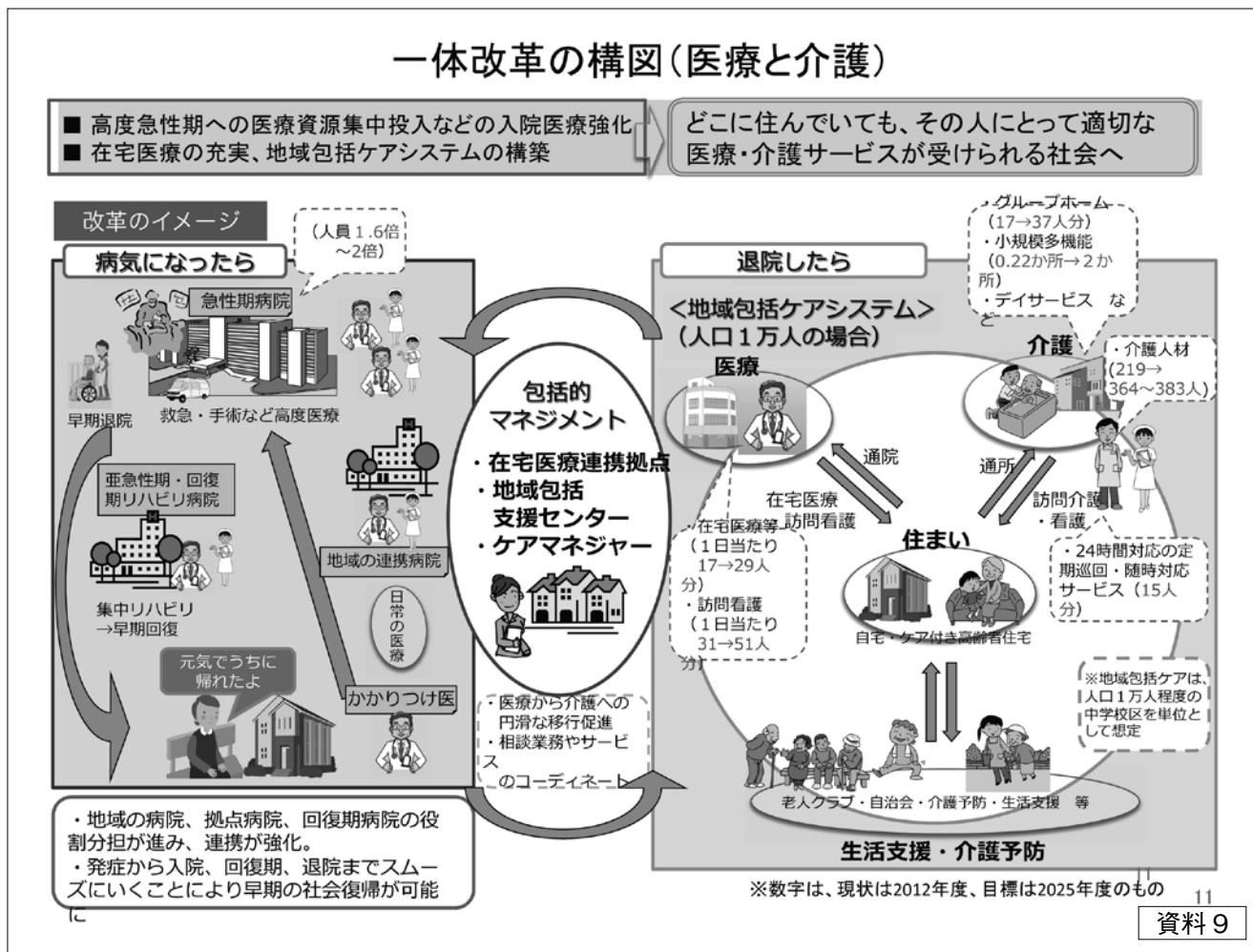
東京都はついに搬送時間が一番長くなってしまいました。全国平均は約38分なのに、東京都に住んでいると50分以上かかります。放っておくと東京の救急はまずいです。重篤でないお年寄りがどんどん来ていっぱいになってしまい、本当に重篤の人が入れないのです。そこをどうするかという入り口の話もありますが、早く退院出来るようにする。リハビリが必要な人や、もう少し様子を見なければいけない人は、亜急性期や回復期の病院に移ってもらって、早期回復を目指して家に帰りましょうということです。

しかし、家に帰るといっても、病気の予後をどうするのか、放り出すのか、ということになります。放り出すわけにはいきませんから、地域で受け止めるのだと。包括的マネジメントです。医療の連携拠点や地域包括支援センターとか、ケアマネジャーという調整役が出てきて、在宅でお医者さんの医療にかかれるようになります。看護師さんが来られるようになります。もちろん今までの介護のヘルパーなども来られるようになります。そういうことをやって、住まいに戻れるようにしようということです。

色々な課題がありますが、やはり医療は、来てくれるお医者さんがいるかということです。特に退院間際が大事です。退院してすぐ、まだおぼつかないのに退院させられたが、自宅で療養生活が出来ない。そうすると、医者と看護師が来てくれないといけないわけです。1週間とか2週間でいいのですが、来てくれば在宅生活が安定してきます。後はホームヘルパーなど、医療的知識があまりない人でも生活の支えは出来ます。これをどうやっていくかというのが、在宅医療や訪問看護の問題なのです。

一方で、急性期病院では、今、年間で亡くなる方が100万人で、2025年には160万人ぐらいになります。今後、増える60万人のために病院を建設するかというと、それは「しない」ということになります。では、在宅で看取りも出来なければいけない。そういう色々な話が、資料9の図のコンテンツの中には入っているわけです。

いずれにしても、病院のように医師や看護師が沢山いて治療するところに、終末期までずっと入っているのは無理です。治して帰してもらおうシステムをどう作っていくのかということになります。これが「一体改革の構図(医療・介護)」の全体像です。(資料9)



医療の拡充

医療の拡充		2012年度	2025年度	
			現状投影シナリオ	改革シナリオ
医療	病床数、平均在院日数	109万床、19～20日程度	129万床、19～20日程度	高度急性期 22万床 15～16日程度 一般急性期 46万床 9日程度 亜急性期等 35万床 60日程度
	長期療養（慢性期）	23万床	34万床	28万床
	精神病床	35万床	37万床	27万床
	医師数	29万人	33～35万人	32～33万人
	看護職員数	145万人	172～181万人	196～206万人
	在宅医療等（1日あたり）	17万人	21万人	29万人分

2012年3月30日 厚生労働省資料「社会保障・税一体改革で目指す将来像」より抜粋し、一部加筆

資料 10

この全体像の中で改革を進めていくと、色々な問題が出てきます。この改革の推計は、資料10のようなパーツになって出ます。「病床数、平均在院日数」は109万床。19日～20日程度が一般病院の平均在院日数です。今のままでは病床数を増やさなくてはなりません。そんなことは出来ないのです。急性期、一般急性期、亜急性の病院によく機能してもらい、機能分化を進めて、高度急性期、一般急性期それぞれ平均在院日数を今よりずっと短くする。高度急性期の平均在院日数が比較的長くなるのは、複雑で特殊な病気の方が来られるからです。一般急性期は、脳血管疾患など、よく入院するタイプの方が来られるので、それは短くて済むのではないかということです。

長期療養も増えないようにしていきます。統合失調症の患者さんも最近是在宅に帰るということになっていますから、精神病床も減らしていいのではないかと。医師数は、医学部の定員を増やしたので増えてきます。圧倒的に必要なのは看護師です。看護師の人手をどう確保するか。こういうことをやって在宅医療を増やしましょう、人数・受け皿を作っていきますというので、医療の推計をしています。平均在院日数を短くするためにはどのぐらいの病床数が必要か、全部推計して出しています。（資料10）

介護の拡充

介護の拡充		2012年度	2025年度	
			現状投影シナリオ	改革シナリオ
介護	利用者数	452万人		657万人(1.5倍)
	在宅介護	320万人分	361万人	463万人分(1.4倍)
	うち小規模多機能	5万人	8万人分	40万人分
	うち定期巡回・随時対応	—	—	15万人
	居住系サービス	33万人分	52万人分	62万人分(1.9倍)
	特定施設	16万人分	25万人分	24万人分
	グループホーム	17万人分	27万人分	37万人分
	介護施設	98万人分	164万人分	133万人分(1.4倍)
	特養	52万人分	87万人分	73万人分
	老健(+介護療養)	47万人分	76万人分	60万人分
	介護職員	149万人	213~224万人	237万人から249万人
	訪問看護(1日当たり)	31万人分		51万人分

2012年3月30日 厚生労働省資料「社会保障・税一体改革で目指す将来像」より抜粋し、一部加筆

資料 11

介護の方は、利用者が1.5倍になります。在宅介護は1.4倍です。そのうち「小規模多機能」は認知症対応、「定期巡回・随時対応」は重い人です。朝昼晩と10時と3時と準夜、夜1回ぐらい、一日5~7回巡回する。そうすると重度の方でも在宅生活が可能になってくるでしょうということです。

また、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームは増えてきます。認知症のグループホームも増えてきます。介護施設は今より

りいくらか減っています。介護職員は今より更に100万人ぐらい必要になってきます。訪問介護の件数も増えてきます。そういう全体像で介護の拡充を行うということです。(資料11)

改革シナリオにおける主な充実

改革シナリオにおける主な充実		2025年
充実	急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等)	<ul style="list-style-type: none"> ・高度急性期の職員等 2倍程度(単価 約1.9倍)(現行一般病床平均対比でみた場合) ・一般急性期の職員等 6割程度増(単価 約1.5倍)(") ・亜急性期・回復期リハ等の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度の増)
	長期療養・精神医療の改革	<ul style="list-style-type: none"> ・長期療養の職員 コメディカルを中心に1割程度の増(単価5%程度増) ・精神病床の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)
	在宅医療・在宅介護の推進等	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療利用者数の増 1.4倍 ・在宅介護利用者数の増 1.4倍
	医療介護従事者数の増加	・全体で2011年の1.5~1.6倍程度まで増

2011年5月 厚生労働省「医療・介護に関する資料」より一部抜粋

資料 12

何を充実するか。単に平均在院日数を短くするといってもどうやるのか。当然、ベッド当たりの職員数を増やします。一般急性期の職員も6割増です。高度急性期は倍ぐらいにする。亜急性・回復期も増やします。長期療養も今より増やしましょう。在宅医療は利用者数を増やします。こういうことをやっていきます。

医療介護関係者の増加が、2011年の約1.5~1.6倍になります。今、医療・介護分野で働いている人は約600万人です。失業率で

変わりますが、労働者全体が6400~6500万を上下しています。このままだと、1000万人には届かなくても、恐らく約800~900万人の医療介護従事者が必要になります。日本の労働力人口はいずれ6000万人を切るかどうかということになりますから、7~8人に1人は医療・介護や福祉の従事者になるという社会です。それは可能なのか。労働力問題は常にこの分野の問題になります。(資料12)

改革シナリオにおける主な重点化・効率化

改革シナリオにおける主な重点化・効率化		2025年
重点化・効率化	急性期医療の改革 (平均在院日数の短縮等)	・高度急性期 : 平均在院日数 15～16日程度 ・一般急性期 : 平均在院日数 9日程度 ・亜急性期・回復期等: 平均在院日数 60日程度 (現行一般病床についてみると、平均在院日数19～20日程度)
	長期療養・精神医療の改革	・長期療養 在院日数1割程度減少 ・精神病床 在院日数1割程度減少、入院2割程度減少
	在宅医療・在宅介護の推進等	・入院・介護施設入所者 約60万人/日程度減少(現状投影シナリオに対する減)
	予防・地域連携・ITCの活用等	医療については外来患者数5%程度減少、介護については要介護者等3%程度の減少

2011年5月 厚生労働省「医療・介護に関する資料」より一部抜粋

資料 13

改革シナリオにおける主な重点化とは、先程言った、平均在院日数を短くすることです。そして入院を減らす。在宅医療・在宅介護を推進するという話です。(資料13)

医療・介護の費用の将来推計

医療・介護の費用の将来推計		2012		2025	
負担額		兆円	GDP比	兆円	GDP比
	医療	35.1	7.3	54.0 (53.3)	8.9 (8.7)
	介護	8.4	1.8	19.8 (16.4)	3.2 (2.7)
保険料負担					
	医療	20.1	4.2	28.5	4.7
	介護	3.7	0.8	8.7	1.4
公費負担					
	医療	15.0	3.1	25.5	4.2
	介護	4.8	1.0	11.1	1.8
保険料水準					
	医療				
	国保	月額7600円		月額9,300円 (月額9,200円)	
	協会健保	保険料率10.0%		保険料率11.1%程度 (保険料率10.9%程度)	
	組合健保	保険料率8.5%		保険料率9.4%程度 (保険料率9.3%程度)	
	後期高齢者医療	月額5,400円		月額6,500円程度 (月額6,400円程度)	
	介護				
	第1号被保険者	月額5,000円		月額8,200円程度 (月額6,800円程度)	

(注)カッコ内は現状投影シナリオの場合の数値である。

2012年3月 厚生労働省資料 社会保障に係る費用の将来推計の改定について
(医療・介護部分の一部抜粋)

資料 14

これを費用で推計すると、2012年の医療費の35兆円、介護の8.4兆円は、2025年には、それぞれ54兆円と19.8兆円です。GDP比が8.9と3.2、両方で12ぐらいです。保険料負担がこういう形で出てきます。保険料はどうなるか。国保が、今の7600円から9300円になります。健保の保険料率は10%が11%ぐらいになります。後期高齢者の医療は5400円が6500円ぐらいになります。介護はやはり多くなり、5000円が8200円ぐ

らいになります。そういう推計になります。これは消費税を入れる時のお約束で、「マンパワーを充実していきます。消費税を入れるから、医療・介護にも財源を投入しましょう。今よりも充実します」というシナリオになっているのです。(資料14)

医療・介護の充実と重点化・効率化

医療・介護の充実と重点化・効率化		
	充実	重点化・効率化
提供体制 ～1.4兆円程度	病院・病床機能の分化・強化と連携・在宅医療の充実(8800億円程度) 在宅介護の充実等(2800億円程度) マンパワーの増強(2500億円程度)	～▲0.7兆円程度 平均在院日数の減少等(▲1800億円程度) 外来受診の適正化(▲1300億円程度) 介護予防・重度化予防・介護施設の重点化(在宅への移行) (▲1800億円程度)
保険制度 ～1兆円程度	市町村国保の低所得者保険料軽減の拡充等(～2200億円程度) 介護1号保険料の低所得者保険料軽減強化(～1300億円程度) 総合算制度(0.4兆円程度) その他	▼～0.5兆円程度 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大(完全実施で▲1600億円) 介護納付金の総報酬割導入(完全実施で▲1500億円) その他

2012年3月30日厚生労働省資料「社会保障・税一体改革で目指す将来像」から一部抜粋

資料 15

今年の冬に診療報酬改定があります。来年の4月から本当に消費税5%を8%に上げるかというのは、今、官邸の方でも60人ぐらいヒアリングしています。上がっても上がらなくても、今年の冬の診療報酬改定はそれほど波が高くありません。大幅なマイナスという環境には全然ありません。「消費税を上げて医療・介護を充実します、マンパワーを充実していく、機能を高めていく、在宅シフトをやります」と約束しているわけですから。今年の冬の診療報酬改定で吹いている風はフォローです。消費税を上げなくてもフォローの風でしょうし、上げても、消費税の分は入院基本料とか初・再診料とか、基本的なところで診療報酬に積もうという話になっています。

一方、充実と効率化です。金額にすると、提供体制の充実が1.4兆円、効率化で0.7兆円です。保険制度は、充実で1兆円、効率化で0.5兆円です。この「1.4と0.7」「1と0.5」の差分。ここが医療・介護に消費税の財源を充てていくという約束をしている部分です。こういう充実をやります。それに伴い平均在院日数が短くなり、効率化もするという事です。

外来受診も適正化します。「用もない人が大学病院に行かないようにしましょう」という話が出ています。かかりつけ医や総合診療医を作ります。後期高齢者は四つも五つも病気を持っています。腰が痛いから整形外科へ行き、胃腸が良くないから胃腸科へ行き、喉が痛いから耳鼻咽喉科へ行き、風邪をひいているみたいだからと内科へ行き、心臓の調子が悪いからと循環器科へ行く。その度に大学病院に行って、三つずつ薬をもらってくる。5科かかるから15種類の薬を飲む。最近、後期高齢者の人達も困っています。そこはちゃんとかかりつけ医や総合医の仕組みを作って調整しましょうというのが、外来受診の適正化です。

日本人はどういうわけか自分で診療科を選んで行っています。皆さんも自分で選んでいるでしょう。例えば、帯状疱疹です。肩のあたりをボンと叩かれたような気がするからと、間違えて整形外科に行きました。整形外科では分からないから、レントゲンを撮って異常がないというだけでしたが、後で帯状疱疹だったということがあります。日本人は自分の勝手な判断で診療科に行くわけです。外来も診療科ごとです。日本の診療科は細かい診療科が沢山あります。それを日本人は自分で選んで行っているのだから妙に優れた民族です。ヨーロッパだと家庭医が普段から診てくれるから、「こういうところが悪い」ということで調整してもらえます。ただ、日本はフリーアクセスで好きなように行けるのがいいところでもあります。ヨーロッパは予約制で、なかなか外来も思うように行けません。「いっばいだからちょっと待て」と言われてしまう。日本はそういうことはないですが、外来ももう少し考えてもいいのではないかという部分があるわけです。後は予防ができるかということです。

保険制度の効率化としては、「短時間労働者の被用者保険を拡大して、国保の国庫補助を減らす」「介護納付金の総報酬割」ということです。一方で低所得を中心に充実するので、ここも差し引きで5000億ぐらいは消費税をつぎ込むことになっています。これが全体像です。実際どうなっていくかはこれからです。財務省は「消費税は全然足りない」と、ズバリ言い出しています。(資料15)

最初に、「国家財政のうち、税収が43兆円」と言いました。消費税は5%で12~13兆円です。ですが12~13兆円のうち、まず20%は地方に取られてしまいます。地方消費税で、5分の1は地方にいきます。残りの8割のうち3割は地方交付税交付金で、地方に回して交付税の財源になります。国に残るのは12.5兆円のうち6割弱です。ですから、消費税5%の税収効果は7兆円、8兆円というオーダーです。社会保障費は毎年1兆円増えます。消費税が全部国のものだとしても、消費税10%全部で上がってくる税収は25兆円ですから、そもそも社会保障の30兆円に足りていないという構図です。それで、こんな大盤振る舞いできるのかということです。財務省も「消費税を上げるのだからこのぐらい仕方がない」というので、このようになっているということです。

社会保障と税の一体改革で消費税を導入するならば、こういう改善をすると、民主党政権の時に医療・介護について約束しました。実は、今の社会保障の医療・介護の改革方針は、2008年、自公時代の福田内閣の時にあった社会保障会議から変わっていません。政権交代する前に自公政権が言っていたことが、民主党政権になって社会保障と税の一体改革をやる時にまた出てきました。自公政権に戻り、8月に出した社会保障国民会議のベースは全く同じです。社会保障全体については全世代型というようなことを言っていますが、医療・介護についてはずっと同じです。ですから、10年とは言わなくても、6~7年はずっと同じ話をしているような感じです。

社会保障国民会議報告①総論

今回、社会保障国民会議報告は全世代型ということで、保育など子供のことも面倒を見ましようということが強く出ています。それから、若い人達の就職問題にも社会保障を使う。しかし、全世代型にすると老人の方を何とかしないとうどうしようもないというのが、本当は裏にあります。

それから「社会保障改革と財政健全化の同時達成」をしないといけないということです。消費税を入れて社会保障を充実すると言いましたが、同時達成はどうやっていくのでしょうか。そこは、やはり成長に期待しないと無理ではないのかという議論は確かにあります。

それから、「負担は年齢別から能力別に」ということです。これは考え方として新しく出てきました。70～75歳は本来法律上2割負担ですが、今、予算措置で1割負担になっています。そこを本来の2割負担に戻そうということです。しかし、よくよく考えてみると、75歳以上が1割負担、70～75歳は2割負担、それ以外は3割負担です。保険料を沢山払っている人が3割負担で、後期高齢者医療制度では老人本人の保険料負担は1割です。4割は若い人の支援金で半分は公費です。9割は他からもらっていて、1割しか払っていない75歳以上が本当に患者負担が1割負担でいいのかということです。今回はそんなことは言っていません。そんなことを言うとなすぐに政治問題化してしまうので。しかし、2050年には75歳以上が人口の4分の1、65歳以上が人口の4割になります。その時に、そのような政策が本当に成り立つのかということです。

また、「公費投入は無職者や低所得者が保険加入できるようにするためのもの」「公費投入で保険制度が分立していることによる不均衡是正は行わない」ということです。保険制度が分立しているとは、医療保険は健保組合、公務員の共済、中小企業の協会けんぽ、市町村の国保と分かれているということです。「保険制度が分立していることによる不均衡是正は行わない」とは、国保は無職者や低所得者が多いから公費を入れましょう。事業主もいないから国保に入れるのはいいけれど、協会けんぽは公費なんか要らないのではないかと、言っているのと同じです。協会けんぽは被用者保険です。健保組合の方が、お金持ちが多いのだから、健保組合から協会けんぽに財政調整をすればいいと。協会けんぽに16.4%の国庫補助が入っているのは、協会けんぽの方が、所得が低く、年齢層が高い。協会けんぽの中小企業の方が健保組合より年齢層が高いのです。健保組合は組合員の平均年齢が一番若いのです。そこは被用者保険全体の財政調整をして、公費投入をやめたらどうかということです。財務省色が強いところです。今の国庫補助はどうなのか。被用者保険は被用者の制度なのだから、お互いに財政調整でやったらどうなのか、と言いつけているのが総論部分です。これは私の解釈です。「75歳以上を2割負担にした方がいいのではないかと」か「協会けんぽの補助をやめて健保組合からの財政調整でやったらどうか」というのは、国民会議報告には書いていません。しかし、その論理を詰めていくと、そういうことを書いているなという感じがします。(資料16)

社会保障国民会議報告(8月6日)

①総論

- ・全世代型の社会保障
- ・社会保障改革と財政健全化の同時達成
- ・負担は「年齢別」から「負担能力別」に
- ・公費投入は、無職者や低所得者が保険加入できるようにするためのもの
- ・公費投入で、保険制度が分立していることによる不均衡是正は行わない

資料16

社会保障国民会議報告②医療改革

医療改革については、まず、病床機能報告制度を早期に導入しようということです。病床機能報告制度というのは、高度急性期、急性期、亜急性期、回復期、長期療養期で、どういう病床をやっているのかを県に報告し、それを医療計画に反映します。「そんなに長期療養は要らないのではないか」とか「急性期が多くなりすぎているのではないか」ということを調整しようというものです。その時に、国保を県の保険者にして、国保の金を県が握り、保険者としての発言権を強くして供給

体制改革を進めようというのがこの議論です。これは本当に出来るのかどうか、よく分かりません。国保を保険者にして、県は医師会に対して本当に発言権が強くなるかどうかということです。

知事は医師会長の支援がなければ選挙が戦えません。市町村長も国保の保険料を上げるのは嫌ですから、赤字が出ると市町村の一般会計からお金を入れてしまいます。もう保険料は上げたくない、市町村議会を通したくない、市町村議会で保険料を上げて通らない。次に選挙もあるし、やめよう。しょうがないから一般会計から入れようということです。それが今、約3000億円あるのです。

しかし、県になったところで、知事が医師会長を説得できるでしょうかもちろん、内閣総理大臣のように議院内閣制より、大統領的などところがあるので、知事は強いのですが、全部が全部そうかということです。

それから、「医療法人制度の見直し—法人間の合併、権利承継(ホールディングカンパニー)」です。社会医療法人を作って公益化していこうとしましたが、社会医療法人は全然増えてきません。最近の企業の動きを見ていると、持ち株会社を作る、また多様な法人間の合併などを進めています。病院機能報告制度を作り、急性期病院、亜急性、慢性期に「あなたのところはこうなりなさい」と言う。それなら、持ち株会社でホールディングカンパニーを作り、その傘下に収めた方が、病院再編のためには、合理性があるのではないかという考え方が出てきています。物品の共同購入や卸から薬を買う時も、日本では民間病院が小さくて「一医療法人一病院」です。100床未満や200床未満の小さな病院がいっぱいあるのは日本独特です。日本は民間病院が多いです。ヨーロッパでは公立の方が多です。アメリカも株式会社の病院は十何パーセントで、あとは公的系統、いわゆるキリスト教に基づいた慈善団体が病院をやっています。この医療法人の見直しという、「一病院一法人」をどうやっていくか。

日本は感染症時代に出来高払いで診療所がどんどん利益を上げました。感染症の時代は、患者さんがどんどん来たから、それで利益が上がるので病院にした。「一医療法人一病院」で、しかも小さいが多い。小さいところはなかなか難しいです。総合病院ではないところは、どうやっていくのか。

それから、病院再編には補助金も要るのではないかということです。総合診療医で、緩やかなゲートキーパー機能を担います。専門医が開業するという今の体制の中で、後期高齢者が毎日病院ばかり通っては大変です。少しでも地域のお医者さんが総合診療医として診て、本当に専門的な医療が必要な時に大学病院を紹介する。そういうことが、この医療改革の中身です。(資料17)

社会保障制度改革国民会議報告 ②医療改革

- ・病床機能報告制度の早期導入(医療法改正)
- ・都道府県を国保の保険者として、医療提供体制の改革を促進
- ・医療法人制度の見直し—法人間の合併、権利移転(ホールディングカンパニー)
- ・基金方式の活用—病院再編など
- ・総合診療医—ゆるやかなゲートキーパー機能

資料17

社会保障国民会議報告 ③介護改革

- ・地域包括ケアの展開
- ・川上－病床の機能強化
川下－退院患者の受け入れ整備
- ・病院完結型から地域完結型へ
- ・介護予防給付は地域包括推進事業(仮称)に移行

資料 18

川上が病院機能を強化して平均在院日数が短くなっていく、充実していくと、退院患者をどう受け入れるのか。病院完結型から地域完結型へということです。地域包括ケアとして医療と介護を統括し、地域展開をしていきます。また、介護予防は本当に役に立っているのか。実際にそんなことは出来ているのか。市町村に任せて、ある程度自由度を高めてやった方がいいのではないかという話が出てきています。(資料18)



社会保障国民会議報告 ④医療保険改革

- ・国保の財政運営は都道府県化
- ・後期高齢者支援金の全面総報酬割
- ・浮いた財源を国保に投入し、都道府県への円滑移行
- ・被用者保険の共同事業の拡大
- ・国保組合は、廃止に向けた取組※
- ・後期高齢者医療制度は定着
- ・病院外来への一定の定額負担
- ・70～74歳の2割への本則戻し
- ・高額療養費の所得区分の設定を細かく

※訂正：国保組合→国保組合に対する補助金

資料 19

医療保険改革は、先程と同じような話です。後期高齢者支援金は全面総報酬割です。今、後期高齢者の、若い人からの4割の拠出金は原則頭割りです。各健保組合に何人いるか、協会けんぽに何人いるか。「一人頭定額いくら」で、頭割りをお願いしています。これを、健保組合の方が財政豊かで給料の高い人が多いから、給料が高い人には給料が高いように払ってもらおうというのが「報酬割」です。そうすると財源が浮きます。総報酬割にすることによって、協会けんぽに国庫補助で出し

ている二千何百億が要らなくなるから、それを国保の赤字に回したらどうかと言っているのです。しかし、健保組合や協会けんぽの被用者サイドは、「これは被用者保険でもらっていたものだろう。何で国保にあげるのか」ということです。「社会保障国民会議報告は評価出来ない」と健保組合サイドが言っている一番の理由はここです。

また、「被用者保険の国庫補助はもう要らないと言っているのか。国保だけに公費をやるのか」と。総報酬割はこの原則に沿っています。「総報酬割にして、後期高齢者支援金は健保組合と中小企業の協会けんぽの間で財政調整するから国庫補助は要らない。それを国保に回す」と言っています。ここが一番納得できないわけです。これは平成27年までに法律で出さなければなりません。今から約1年6カ月の間、ここはかなり綱引きが激しいでしょう。いさかいを作ってしまったのがこの点です。

あとは、「被用者保険の共同事業」という言い方をしています。高額医療費は財政調整したらどうかと言っています。「国保組合に対する補助金は廃止に向けた取り組みをしたらどうか」とも言っています。お医者さんの組合とか、豊かな組合もあるのではないかということです。「後期高齢者医療は定着」でいいということです。「病院外来は一定の定額負担」をしていただく。大学病院に紹介なしで勝手に行くと「1万円」などという数字が踊っていました。「病院外来」というのは、診療報酬の世界では200床以上を意味しています。200床未満は大きな病院ではないという整理があります。「70～74歳を2割へ戻せ」というのは、ずっと同じことを繰り返してきています。一番目立ったのは、「国保の財政運営の都道府県化に併せて、全面総報酬割で浮いた財源を国保に投入する」というところです。この辺が一番、関係者の間では波風が立っているところです。(資料19)

社会保障国民会議報告⑤介護保険制度改革

社会保障国民会議報告 ⑤介護保険改革

- ・一定以上所得者の利用者負担の引上げ
- ・補足給付への資産要件の導入
- ・重度化予防に効果のある給付への重点化
- ・低所得者の保険料軽減
- ・介護納付金を総報酬額に応じたものにする

資料 20

介護は、先程言ったようにそんなにありません。「重度化予防に効果のある給付」をやっていきますということです。これは後でもう少し説明します。(資料20)

病院改革の歴史

病院改革の歴史

- ・老人医療費無料化(1973年)と老人病院問題
- ・医療法のベッド規制(1985年)
- ・老人保健施設(1988年)
- ・療養型病床群、特定機能病院の導入(1990年)
- ・地域医療支援病院(1977年)
- ・介護保険(2000年)ー介護療養、医療療養
- ・DPC導入(2003年)
- ・介護療養の廃止2011年度末までに介護療養の廃止、7対1看護の導入(2006年)
- ・2017年度末まで介護療養の廃止延長(2011年)

資料 21

ここから少し病院の話をしていただきます。老人医療費を無料化して、老人病院問題になったというのは皆さんご存じの通りです。昭和50年代に、沢山病院ができました。出来高払いで、点滴漬けや薬漬けの問題が老人病院で起こりました。だからベッド規制をしました。手術室、検査室、処置室のある病院に、どうしてあまり治療の必要のない老人が長くいるのか。これは無料だったからです。施設でいいでしょうということで、老人保健施設を作りました。いきなり老人病院廃止も

できないので、療養型病床群を作りました。そして介護保険を作り、介護療養と医療療養に区分、DPC導入など、急性期を充実する一方で、介護療養はいずれ廃止する。一気に廃止はできないので、この前の介護保険法改正では6年延ばすということです。この老人病院という、一度作った制度の中に三十数万人です。今少し減ってきていますが、この問題をどう決着するのかということで、ずっと老人病院問題が尾を引いています。

一方で、急性期の方を特定機能で大学病院や研究機能とし、さらに地域の医療を支援する病院を位置付ける。そしてDPCのような支払いを入れる。病院改革には、こういう二つの流れがあります。(資料21)

10年の変化 — ①医療費等

10年の変化—①医療費等

	2000年度	2010年度	増加率
国民医療費	30.1兆円	37.4兆円	+24%
病院	16.2兆円	18.8兆円	+16%
一般診療所	7.6兆円	8.4兆円	+10%
歯科診療所	2.56兆円	2.6兆円	+2%
薬局調剤	2.8兆円	6.1兆円	+117%
病院入院患者1日 当たり医療費	24278円	31412円	+29%
病院外来患者1日 当たり医療費	8276円	11689円	+41%

資料22

小泉総理時代に「史上最大のマイナス改定」ということでマイナス2.7%、マイナス3.16%など、平成14年と平成18年にマイナス改定を行いました。しかし実際、医療費は伸びています。マイナス改定を行っても、高齢化の影響と医療の高度化の影響で伸びてしまうのです。病院も伸びています。診療所も伸びています。歯科は高齢化の影響はあまりありません。予防を勧めれば勧める程、歯科医療費は減ってしまいます。その間に医薬分業が進んで、調剤

費が倍以上に増えています。これが今の医療費の変遷です。入院患者一日当たりの医療費を見ると、29%も増えています。病院外来患者も41%増えています。医療費はこういうベースで増えています。(資料22)

10年の変化 — ②病院全体

10年の変化—②病院全体

	2000年	2010年	増減
病院数	9266か所	8670か所	△6.4%
病床数	165万床	159万床	△3.3%
1日平均在院患者数	140万人	131万人	△6.3%
1日平均新入院患者数	35826人	40437人	+12.8%
1日平均退院患者数	35812人	40445人	+12.9%
1日平均外来患者数	181万人	141万人	△22.0%
病床利用率	85.2%	82.3%	△3.8%
平均在院日数	39.1日	32.5日	△16.9%
病院従事者 100床当たり	164万人 99.7人	187万人 117.2人	+14.0% +17.5%

資料23

資料23の中身を見ると、病院数は減っています。病床数も減っています。一日平均在院患者数が減り、一日平均新入院患者と退院患者が増えています。外来患者も減っています。病床利用率は減っています。平均在院日数も大きく減ってきました。しかし、病院の従事者は100床当たりで増えています。

ある意味、診療報酬改定の中で急性期を評価していくことが効いてきて、平均在院日数が短くなり、病院従事者が増え、在院患者が減って、

入院患者と退院患者が増えています。新しい入院患者、新しい退院患者が増えなければ、今病院は厳しいです。過当競争になっています。患者さんをどう確保するか。病院戦略においては、そういう局面になっているということです。(資料23)

10年の変化 — ③一般病床

10年の変化 — ③一般病床

	2000年	2010年	増減
病床数	102万床	90万床	△11.7%
1日平均在院患者数	84万人	69万人	△17.7%
病床利用率	82.3%	76.6%	△6.9%
平均在院日数	24.8日	18.2日	△26.6%

資料 24

特に、一般病床は減っています。平均在院患者も病床利用率も減っています。平均在院日数はガタンと下がっています。集中的に治療を行って早く帰す。そして新しい患者さんをきちんと確保できるかというところが、今の病院の生き残りをかけた競争になっています。

医師数が足りないと言っているところが、医者数が多い地域である不思議なことがあります。医師が多くなり過ぎて、それぞれで過当競争になっています。こういう

状況でどんどん新しい患者さんを確保して、インテンシブな医療をやっけていかないと回っていかないので、お医者さんを確保しなくてはと競争になっています。だから医師が足りないと言っている状況があります。(資料24)

急性期医療体制の各国比較(2009年)

急性期医療体制の各国比較(2009年)

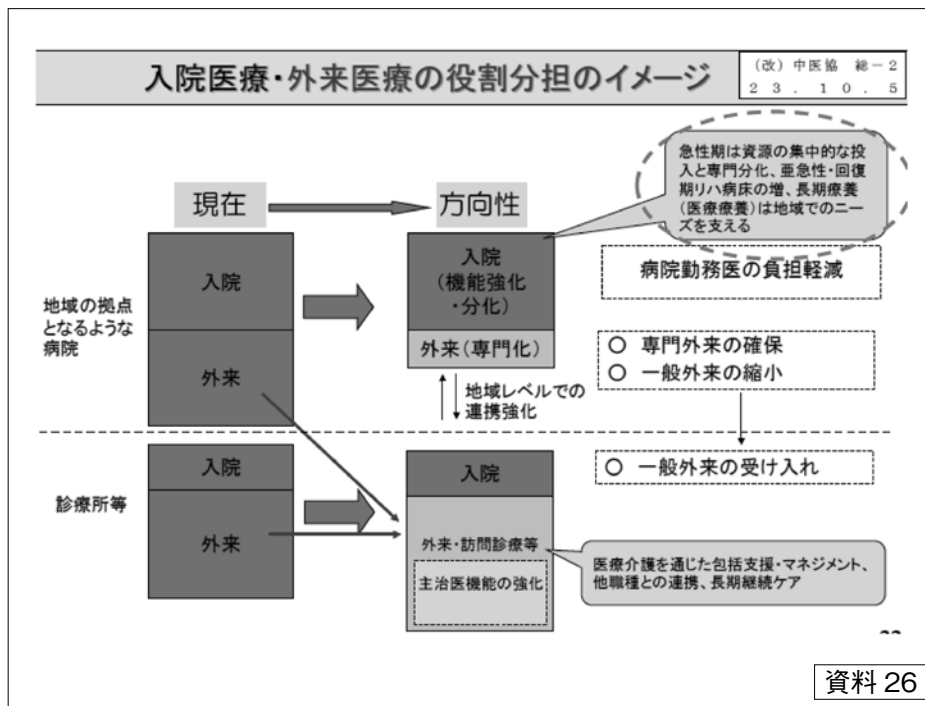
国名	平均在院日数	人口千人当たり病床数	百床当たり臨床医指数	百床当たり臨床看護職員数
日本	18.5	8.11	26.6	117.9
ドイツ	7.5	5.66	64.3	194.1
フランス	5.2	3.47	94.3	236.5
イギリス	6.8	2.68	101.1	361.3
アメリカ	5.4	2.66	93.6	413.8

中医協資料より抜粋
(出典)「OECD Health Data 2011」
対象病床はOECDの統計上、以下の範囲となっている。
日本: 病院診療所の一般病床、感染症病床
ドイツ: 急性期病床のみ
フランス: 外科病床、参加病床、その他の急性期病床
イギリス: NHSの全病床
アメリカ: AHAに登録されている短期一般病床

資料 25

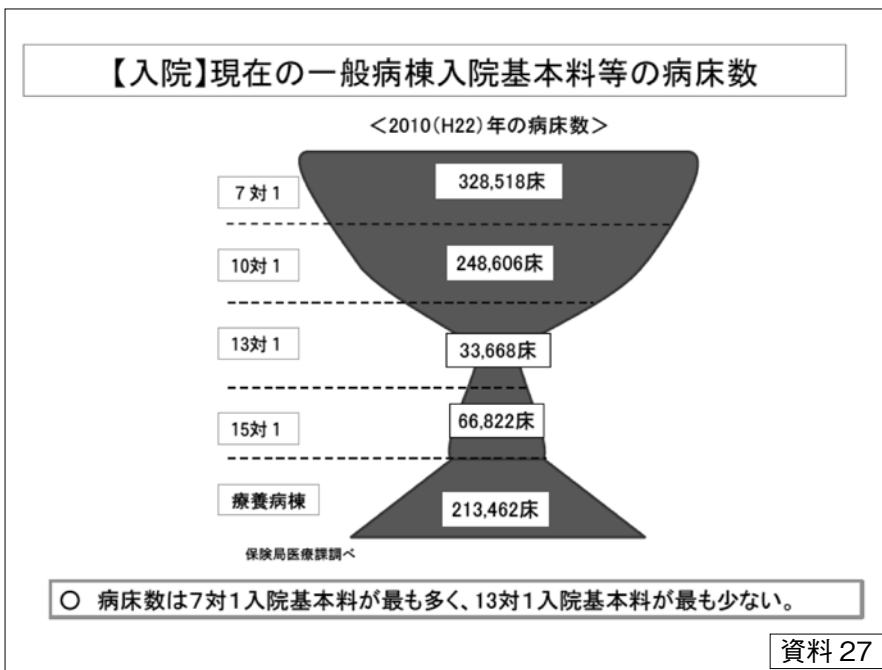
資料25は中医協が出した資料です。急性期医療の各国比較を見ると、まだ日本は平均在院日数が長いです。病床数も多いです。100床当たりの医師の数が少ない、看護師も少ないです。医師・看護師数をどんどん増やして、平均在院日数をもっと短くしてもいいというのが、今の状況です。実際、徐々にそのようになっていきます。(資料25)

入院医療・外来医療の役割分担のイメージ



入院と外来のイメージで言うと、方向性としては、入院を機能強化して外来を専門にしていくのが「病院」です。「診療所」は、外来や、特に訪問診療を増やして、主治医機能を強化して紹介をする。そのように入院と外来医療、在宅医療の役割分担をしていきたいと思いますという方向性を出しています。(資料26)

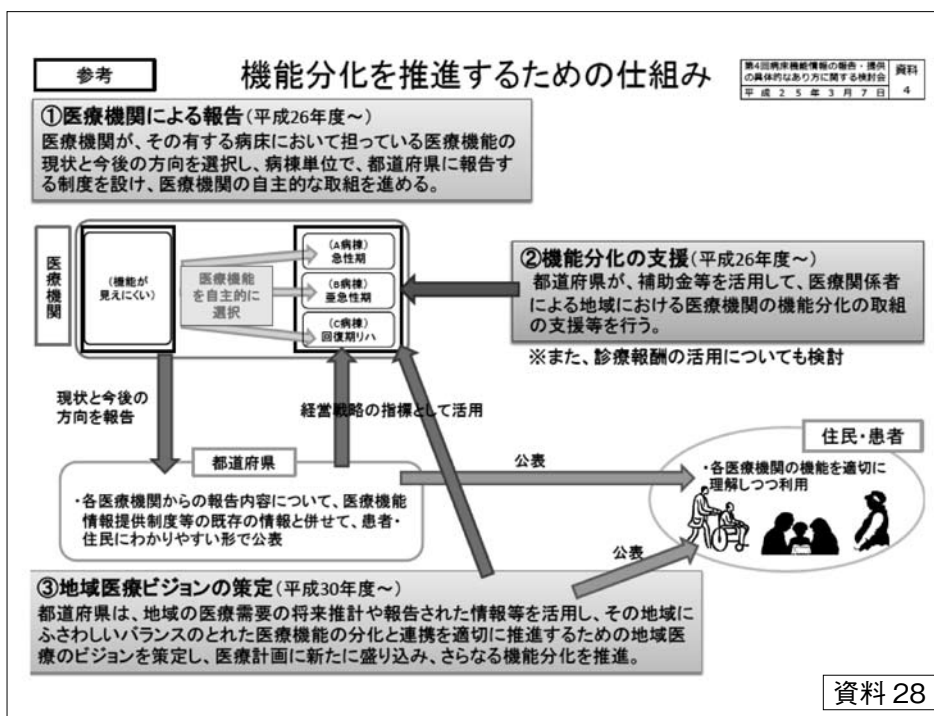
【入院】現在の一般病棟入院基本料等の病床数



少し分かりづらいのは、「7対1看護」という、急性期の厚い看護のところに集まってしまったことです。看護師を確保して平均在院日数を短くするというので、7対1、10対1で、看護師ばかり集める。急性期を受ける亜急性や回復リハのところ、回復リハはそれなりにありますが、どうも人員配置がいびつになってしまったのです。7対1看護ができた時に、「7対1を採らないとこれからは生き残れない」と言われました。平成18年にそういうことが

起こりました。実は今、7対1看護の見直しが起こっています。そこが少しよじれているところです。平均在院日数を短くしていくのだからいいでしょうと。しかし、平均在院日数を短くするような中身があるのかという議論にもなっているわけです。(資料27)

機能分化を推進するための仕組み



医療の方では、病床機能の類型別を作って各地域でバランスのいい病床機能体系にしていくという議論があります。一方で、中医協の7対1看護の見直し議論などは、今年12月までにセットして、来年4月の改定に結び付けていかなければなりません。まだ病院団体の考えている案と、厚生労働省の考えている案が齟齬しています。私は、厚生労働省の中でも医政局と保険局の言っていることは何となく違うのではないかと思います。あちこちで今、この議論をしています。(資料28)

中医協の議論 — ①急性期

中医協の議論 — ①急性期

- ・7対1看護の要件の厳格化(平均在院日数、看護必要度、DPCデータの提出など)
- ・特定除外制度の見直し(90日超長期入院の対象制限)
- ・短期滞在手術の平均在院日数の算出からの除外
- ・年間手術件数、全身麻酔手術件数の算定要件化
- ・在宅復帰率の要件化
- ・早期リハの要件化

資料 29

中医協の議論で言えば、あまり要件も厳しくなく、平均在院日数が長く、看護必要度も高くない、DPCデータも提出していないようなところが7対1を採っているのはおかしいのではないかとということです。90日超入院対象を、例外を作って延ばしていますが、急性期はこんな特定除外のようなことはやめてはどうか。眼科は、白内障などは2～3日で手術が終わるのは当たり前なのに、平均在院日数に算入していることがおかしいのではないかとというようなこと

です。年間手術件数や全身麻酔件数を7対1の要件にしたらどうかなど、今、7対1の要件を厳しくして、本当に急性期で必要なところだけに7対1看護を確保しようとしています。(資料29)

中医協の議論 — ②亜急性期

・3つの機能

- ①急性期からの受入
- ②在宅・生活復帰支援
- ③緊急時の受入

新たな論点

- ①急性期病床の役割として入院患者に提供されている医療内容のデータの提出
- ②期待される機能に関する要件を設定し評価—人員配置、重症度、看護必要度、在宅復帰率、2次救急病院の指定、在宅療養支援病院の届出など
- ③病室単位から病棟単位の評価へ

資料 30

さらに、亜急性の議論の整理が進んでいます。「急性期から受け入れる」「在宅や生活復帰支援をする」「緊急時の受け入れをする」ということです。例えば肺炎などで急に来る場合は受け入れます。資料30にある三つの機能で、地域医療を担うものとして位置付けてはどうかという議論をしています。

中医協の議論は、「平均在院日数を短くする」「看護師を確保する」というのもありましたが、それにしても7対1看護で看護師がいなくなってしまうのは、どうしようもありません。もう少し高齢化に対応した地域医療に備えられる病院を作った方がいいのではないかという議論が、始まっています。(資料30)

中医協の議論 — ③慢性期

・24年改定

特定除外制度の見直し
救急搬送患者地域連携紹介加算

・療養病床でも

特定除外に該当する患者を受け入れている病棟がある

7対1入院基本料の病棟と同程度の在宅復帰率の病棟がある

緊急入院の患者の割合が7対1と同程度の病棟がある

資料 31

慢性期を一生懸命頑張るところは評価してもいいのではないのか。亜急性みたいにやれるところは、そういう評価をしてもいいのではないかということです。(資料31)

中医協の議論 — ④医療資源の少ない地域の評価

中医協の議論

④医療資源の少ない地域の評価

- ・平均在院日数の要件を満たせない
- ・専従要件を満たせない
- ・15対1看護でも平均在院日数は他地域に比べ短くなる
- ・24日以内に退院する割合が高い
- ・様々な状態の患者を診療している

資料 32

へき地や離島などでは、急性期、亜急性とか慢性期といっても、全部やらなければいけません。色々な患者さんに応じた体制の病院にしていってはどうかという議論になっています。(資料32)

②介護改革 — 地域包括ケア

地域包括ケアシステムの5つの構成要素

地域包括ケアシステムの5つの
構成要素

- 保健・予防
- 介護・リハビリテーション
- 医療・看護
- 福祉・生活支援
- 住まいと住まい方

資料 33

それを受け入れるのが地域包括ケアシステムです。地域包括ケアシステムとは、「保健・予防」「介護・リハビリ」「医療・看護」「福祉・生活支援」「住まい」などが地域で備わっていることです。在宅系あるいは小規模なものを作り、地域の中に埋め込んでいく。千床2千床と大きいものを作って、そこにマンパワーを投入していくより、中学・高校ぐらいの単位で地域の中に備えていく。そうでないと、お互い支え合ったり助け合ったりするのは無理でしょうということです。(資料33)

高齢者ケアの歴史

高齢者ケアの歴史を見ると、「老人福祉」と「老人医療」の二つの流れがあります。それが介護保険で一緒になった。これが高齢者ケアの歴史です。2系統あります。特養とか家庭奉仕員（ヘルパー）の福祉グループ。それから老人医療をやっていた病院のグループです。これは老健施設などに流れていきました。これが1990年代に、在宅のデイケア、デイサービス・訪問ケア・訪問ヘルプサービス・訪問看護をやって、介護保険につながっているのです。地域包括ケアを医療と介護の世界で見ると、福祉系の流れと医療系の流れはなかなか一体になりません。もう一つは、先程から言っている、病院から退院した後の受け皿が、上手くいってないのではないか。この二つの流れがあります。（資料34）

もう少し社会的な問題として見ると、介護保険を導入して何が起こったか。お嫁さんが介護をしなくなりました。お嫁さんの介護はぐっと減っています。お嫁さんの代わりに、介護の中心は息子さんと娘さんになってきたというのが実態です。そういう意味では、介護保険は女性運動だったのです。ジェンダー的な要素があるのです。

高齢者ケアの歴史

1963年 老人福祉法（特養ホーム、軽費老人ホーム、老人健康診査、老人家庭奉仕員制度）

1973年 福祉元年 老人医療無料化（老人病院問題、はしご受診）

1980年代 老人保健法（患者負担）、医療計画（ベッド規制）、老人保健施設

1990年 高齢者保健福祉推進10か年戦略（在宅3本柱）

2000年 介護保険導入

2012年 地域包括ケアへの取り組み開始

資料 34



高齢者ケアの諸問題

では、介護で全部解決したかという、そうではないことが出てきました。「たらい回し、介護難民」「介護離職」「老老介護、認認介護」などです。老老介護は仕方ないと思いますが。虐待をするのは、一番多いのは息子です。この辺に介護の問題があります。あとは「引きこもり老人、孤独死」の問題です。「医者にかかるな」という本を書いている人は、孤独死はいいことではないかと言っています。「殺されたくなければ医者にかかるな」とか、あの手の本が最近増えています。それから「貧困ビジネス、ホームレス老人」など、色々出てきています。

こういう問題は、介護サービスを提供するだけではなかなか片付きませんが、本当に分化しているのかということがあります。急性期病院に行って、回復期病院に行って、これで家に帰ればいいのですが、その後医療療養に行って、介護療養に行って、老健施設に行って、特養に行って、何回引っ越せばいいのかと。機能別に供給体制を作ってしまうと、利用者はあちこちへ引っ越さなければなりません。先程言ったように、外来で診療科がいっぱいあると、病気を五つも六つも持っている人は五つも六つも外来に行かなければいけないのと同じです。病院の中を機能分化して、特養を作る、終の棲家、老健施設、家庭復帰、最近サ高住というのも出ています。そうすると、自分の病状と介護状態に合わせて、それにふさわしいものを提供しているのはどこだということで、何回も引っ越さなければいけません。しかし、85歳以上になって何回も引っ越したら、それだけでまいてしまいます。そうやってあちこち行けば、認知症の人がおかしくなるのは当たり前です。環境が変わってしまうわけですから。

では、どうすればいいか。これが高齢者ケアの根元にある問題です。介護離職の問題も、介護だけで支えられないからです。また、貧困ビジネスという問題が出てきています。(資料35)

高齢者ケアの諸問題

- ・たらい回し、介護難民
- ・介護離職
- ・老老介護、認認介護
- ・介護虐待
- ・引きこもり老人、孤独死
- ・貧困ビジネス、ホームレス老人

資料 35

超高齢化社会の基本理念

1 PRODUCTIVE AGING

- ACTIVE AGING
- AGING IN PLACE

2 高齢者ケアの3原則

- これまで暮らしてきた生活と断絶せず、継続性を
持つて暮らす(継続性)
- 高齢者自身の自己決定を尊重し、周りはこれを支え
る(自己決定)
- 今ある能力に着目して自立を支援する(自己資源の
活用)

資料 36

超高齢化社会の基本理念は、「AGING IN PLACE」「ACTIVE AGING」です。自立出来る時は自立する。働けるうちは働く。自分で出来る時は自分でやる。アクティブにいこうということです。本当に体が弱っても、自分のいる場所で生活ができる。「継続性」というのは、ヨーロッパでは一番の原則です。日本では、「介護保険の自己決定」や「自己資源の活用」、今の能力を使おうということが入っているのですが、これがなかなか出来ません。自分の家においても、外から医療サービスや介

護サービスや生活支援サービスが地域として備わり、外から入ってきてくれば、自分は移らなくてもいいわけです。自分の病状や介護状態が変わったら、それに応じて介護サービスや医療サービスが来てくれば、自分は移らなくてもいいのです。継続性とはそういうことです。引っ越ししないようにしましょう。これはヨーロッパのケアの3原則で、ヨーロッパの方が在宅は進んでいます。日本人のケア関係者がよくヨーロッパを見に行くのはそういうことです。(資料36)

自助・互助・共助・公助

自助・互助みたいなのをどうするか。75歳以上が4分の1になり、65歳以上が4割になる。その時に、社会保険、医療保険、介護保険、それから公助、生活保護とか、お金を使っているシステムばかりでは無理です。どうやって支え合うか。自分で頑張るところと、地域社会の中で助け合うところを、どう再生するかということです。日本はこれを壊してきました。高度成長とともに家族の機能が下がってきて、地域の血縁・地縁も薄くなっています。家族機能もどんどん分解して、ある意味では家族が支えないから介護保険でやる。最近は女性も働くから、保育も外に出す。しかし、それだけでは無理です。だから、どうこれを作っていくのかというテーマです。(資料37)

自助・互助・共助・公助

- ・自助
自ら働いて、又は自らの年金収入等により、自らの生活を
支え、健康を維持すること
- ・互助
インフォーマルな相互扶助。家族による支援、ボランティア、
近隣の助け合いなど
- ・共助
社会保険のような制度化された相互扶助
- ・公助
生活保護、福祉施策(所得や生活水準などの要件)

○高齢者ケアにおいて、自助、互助をどう設計するか。

資料 37

課題①保健・予防は普及していくか

課題①保健・予防は普及していくか

- ・生活習慣病予防—特定健診、保健指導
- ・介護予防事業—一次予防、二次予防事業

健診率が上がらない、保健指導への参加者が少ない

- 地域レベルでの再編成を考えてはどうか
- 高齢者が働く場所の確保を進めてはどうか

資料 38

保健はなかなか普及しません。特に、高齢男性が働く場所をもう少し地域で工夫しようということです。最低賃金は、7万円も8万円も必要ありません。月3万4万でも月給をもらってくることであればいいのです。給料もらってくるということは、どうも男性は習性として抜けないのです。

私は今、川崎市の多摩地区に住んでいます。最近どんどん家庭菜園ができています。退職した男の人が一生懸命家庭菜園をやっているのです。黒いビニールを敷いて、柱を立てたり、肥料をやっ

たり、台風で倒れてまたやり直したりすると、トマト1個200円ぐらいになってしまう。奥さんに「トマトなんて1個30円とか50円ぐらいよ」と怒られるそうです。それでも一生懸命やっています。何かそういうことを考えた方がいいのです。保健師さんの保健指導を受けたり、健診に行ったりするのは、健康の自覚が高い人です。その辺をどう考えるかということです。(資料38)

課題②介護が自立支援に資するサービスになっているか

自立支援のサービスになっているかとは、どういうことでしょうか。洗濯・掃除・料理をヘルパーさんにやってもらおうと、男性はありがたいです。しかし、洗濯・料理・掃除など、身の周りの世話を全部やってもらおうと、要介護度がどんどん進みます。自分で動けなくなるから当たり前です。でも、ヘルパーはこういうことをやってしまいます。やってもらおうと助かるからありがたい。これが今の介護です。これは介護予防ではありません。

介護予防というのは、生活不活発をどう防止するか、動くようにどうしていくか。あるいは75歳以上になると、メタボよりもむしろ栄養状態が偏って低栄養をどう予防するかということになります。栄養が低下し虚弱になっているという状態が、75歳以上になると出てきます。「やせろ、やせろ」と言われていたのが、75歳ぐらいになると「きちんと栄養のバランスが取れた食事をしたほうがいいですよ」となるのです。メタボは50代60代です。あとは歯を磨かなくなります。こういうことをやらないと、自立に結び付いていきません。洗濯・掃除・料理など身の周りの世話をしてもらおうと、どんどん弱ってしまいます。だからリハビリをどう普及するかということです。(資料39)

課題②介護が自立支援に資するサービスになっているか

- 自立支援に資するサービスとは
 - ・生活不活発の防止
 - ・低栄養の防止
 - ・口腔ケアなど
- 軽度者に対する家事援助(洗濯、掃除、料理など)についてどうするか
- リハビリテーションをどう普及するか

資料 39

寝たきりゼロへの10か条

「寝たきりゼロへの10か条」というものがありますが、なかなか定着しません。これをやらなければ介護の費用はどんどん膨れます。ヘルパーに生活の世話を全部やってもらうとなったら、どんどん膨れてしまいます。そこはやり方を考えなければなりません。

用具の活用も大事です。洗濯は全自動で乾かすところまでいきます。掃除もルンバが出てきて、少し床の機能を直せば勝手にやってくれます。料理も配食で大体出来てしまうでしょう。

また、デイサービスに預ければなしなら、コンビニの2階をお年寄りがいつ来てもいいようにして、1階で買い物をして、飲み物と昼食ぐらいは2階で食べていけるようにする。デイサービスは1人預かるのに一日1万円かかります。本当にそんなにかけるのかということです。この辺をどう整理するかというのが介護の問題です。(資料40)

寝たきりゼロへの10か条

- 第1条 脳卒中と骨折予防、寝たきりゼロへの第一歩
- 第2条 寝たきりは寝かせきりから作られる、過度の安静逆効果
- 第3条 リハビリは早期開始が効果的、始めようベッドの上から訓練を
- 第4条 暮らしの中でのリハビリは、食事と排泄、着替えから
- 第5条 朝起きて先ずは着替えて身だしなみ、寝・食分けて生活にメリとハリ
- 第6条 「手は出しすぎず、目は離さず」が介護の基本、自立の気持ちを大切に
- 第7条 ベッドから移ろう移そう車椅子、行動広げる機器の活用
- 第8条 手すりつけ、段差をなくし住みやすく、アイデア生かした住まいの改善
- 第9条 家庭でも社会でも喜び見つけ、みんなで防ごう閉じこもり
- 第10条 進んで利用、機能訓練、デイサービス、寝たきりなくす人の和、地域の輪

資料40

課題③在宅の重度者支援、看取りができるようになるか デンマークと日本(在宅ケア)

デンマークと日本(在宅ケア)

	デンマーク	日本
在宅ケアの供給	公的主体 統合ケア 24時間	民間多主体 医療と福祉の壁 24時間?
医師	家庭医	専門医の開業
ケア	看護師—ケアリーダー ヘルパー—看護とチーム 社会福祉・保健ヘルパー	看護師—訪問看護ステーション ヘルパー—訪問事業所 福祉職
供給調整	公的に一元化	ケアマネージャー

資料41

重度や看取り、あるいは退院間近のところでは、医療と介護の統合レベルを高めてやっていかなければなりません。

デンマークは、看護師とヘルパーとリハビリ職員が同じ所にいます。訪問ステーションです。日本は、訪問看護ステーションを作ったり、ヘルパーステーションがあったり、今度はリハステーションを作りたいと言っています。それぞれが開業してバラバラにやっているのです。デンマークは一体で統合ケアをやっています。そして家庭医が来ます。日本は専門医の開業です。このシステムをどう直していくかというのは、大きな問題です。(資料41)

医療と介護の統合の課題

医療と介護の統合の課題

- 在宅医療の普及
- 訪問看護の充実
- 複合型の推進(事業所の一体化)
 - 看護+リハ職+介護=包括サービス事業所
- 24時間型の推進
- 介護職の医療行為
- 情報システムの普及
- 地域包括支援センター、在宅医療拠点

資料 42

医療と介護の統合問題です。この辺はそろそろ始めてもいいのではないのでしょうか。看護とリハ職と介護は、訪問系の包括事業所を作り、24時間対応出来るシステムにする。医師も入れて退院患者を受け入れられるシステムを作る。多職種連携と言いますが、どうも私は多職種連携というのはまやかしではないかと思います。そんなことより、事業所を一体にした方がいいのではないかという感じを持っています。(資料42)

課題④地域の福祉・生活支援をどう構築していくか

課題④ 地域の福祉・生活支援をどう構築していくか

○生活支援—インフォーマルサービス

・安否確認、見守り、買い物、移動、配食、ゴミ出しなど

- 介護保険の家事援助との分担をどうするか
- 自治体の取り組み

○地域福祉—制度的対応が必要

・生活保護、低所得者対策としての生活支援
 ・虐待防止、市民後見など

資料 43

インフォーマルサービスといっても、安否確認、見守り、買い物、移動、配食、ゴミ出し的なものは、もう少し地域でシステムを作れないのか。あるいは、民間事業者がある程度利用者からお金をもらってもやれるようにならないのか。市場の中で供給出来ないかということです。これは専門的ではないわけです。本当は誰でも出来るのです。地域福祉で対応が必要なのは、低所得者の問題、虐待、認知症の後見などというところなんです。こういう本質的なところにもっと公費をつぎ込まないと、多分もたないでしょう。(資料43)

課題⑤住まいとケアの分離をどう進めるか

最近、サービス高齢者向け住宅が10万戸を超えて、色々なものが出来ています。サービス高齢者向け住宅も、個室で悪くはありません。厚生年金の人達も利用出来るように、地方では20万円弱で食費とケア付きでやっています。介護保険の適用もあるということですから、もう少し豊かなものが出てきてもいいと思います。軽井沢にあるような高齢者ペンションとか、若い人達の間ではやっているシェアハウスは、どうして出来ないのでしょうか。

日本は、住まいについて、病院モデルから脱却出来ないのです。病院は、看護師さん

が廊下をずっと移動していけば、4人部屋でも6人部屋でもパッと見て、何か病状に異常がないかという監視システムです。特養も何となく似たような建物の造りです。なぜ、生活の場なのにああいう建物ばかり作っているのでしょうか。もう少し生活の場らしくしてもいいのではないのでしょうか。なかなか固定観念から脱却出来ないものです。(資料44)

課題⑤住まいとケアの分離をどう進めるか

- 建物
 - 住まいについての病院モデルからの脱却
 - サービス付き高齢者向け住宅
 - 高齢者ペンション、高齢者ホーム
- 住まい方ーホームシェア
- ケアの外付け

資料 44

「今後の認知症施策の方向性について」(報告書)の概要

50

「今後の認知症施策の方向性について」(報告書)の概要

今後目指すべき基本目標

- 「認知症の人は精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意志が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指す。
- この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「自宅→グループホーム→施設あるいは一般病院・精神科病院」というような「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な「認知症ケアパス」(状態に応じた適切なサービスの提供の流れ)を構築することを、基本目標とする。

今後の取組

- 上記の基本目標(「ケアの流れ」を変える)の実現のために、現在行われている施策について、多くの意見や批判を踏まえて、見直しやバージョンアップを図ることにした。新規施策と合わせて、地域で医療、介護サービス、見守り等の日常生活の支援サービスが包括的に提供される体制を目指し、具体的には、以下の7つの視点に立って、今後の施策を進めていくことにする。

<ul style="list-style-type: none">1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及2. 早期診断・早期対応3. 地域での生活を支える医療サービスの構築4. 地域での生活を支える介護サービスの構築	<ul style="list-style-type: none">5. 地域での日常生活・家族の支援の強化6. 若年性認知症施策の強化7. 医療・介護サービスを担う人材の育成
---	--

資料 45

認知症も、本当は豊かな環境があれば、あのようにならずに済むのかもしれませんが。ただ、認知症の問題は少し難しいので、あえて言いませんが、認知症は家族が悪くしてしまうこともあるのです。家族といさかっているうちに、だんだん興奮してきて精神病院に行かざるを得なくなるという難しさがあります。薬が原因だということもあります。認知症が精神病院に行く原因としてよく言われるのは、薬の間違った使い方と、家族との関係の悪化です。それで周辺症状が激しくなり、BPSD(行動・心理症状)ということで精神病院に行ってしまいます。(資料45)

市町村の役割

市町村の役割

- ニーズの把握
- サービス整備からサービス調整へ
- 自立支援に資するサービスの実現
- 福祉・生活支援サービスの設計
- 医療と介護の統合サービスの実現
- 市町村在宅医療計画
- 低所得者住宅対策

資料 46

市町村が色々なことをやらなければいけません。ニーズ調査をしてきちんとやりましょうということです。(資料46)

介護ビジネスの現状

介護ビジネスの現状

- 批判的な意見
 - 零細・小規模事業所が多い
 - サービスが断片的
 - プロのサービスになっていない
 - 付加価値が低い
- 肯定的な意見
 - 参入が自由
 - 需要増が見込める
 - 制度ビジネスで安定的

資料 47

介護ビジネスの現状です。まだ「零細・小規模が多い」「サービスが断片的」「プロのサービスになっていない」「付加価値が低い」と言われています。プロのサービスになっていないというのは、今の介護のサービスは、誰でも出来る中身ではないかと言われてしまうということです。肯定的には、「参入が自由」で株式会社でも出来ます。「需要増に対応出来る」「安定的なところもある」ということです。この否定的な意見の方をどう克服していくかということです。

私は、介護ビジネスの規模は大きくなっていくと思います。5人10人でヘルパーを集めてやるものは、いずれ廃れていくでしょう。先程言ったように、看護師、リハの職員、ヘルパーも集めた事業所になり、エリア単位で獲得してやっていく。「このエリアは、私達が責任をもってやりますから任せてください。この中学校区一帯を引き受けさせてください」というものです。そうすると、市町村は入札制度を作るかもしれません。このエリアは企画コンペをやって、どの業者にやらせようかと。エリア単位にそういうことになっていくと、サービス体系としていよいよ完結してくるわけです。そうしてやはり事業者は大きくなっていくでしょう。(資料47)

介護マンパワーの課題

介護報酬はそんなに上げなくてもいいのです。いいサービスをしていい料金を取ればいいのです。介護は1割負担以上取ってもいいのです。混合診療は規制されていますが、混合介護は自由です。サービスが良ければ自分で稼ぐから、介護報酬は上げなくてもいいということです。薬価のように実勢価格で下がってもいいのです。ただ、「マンパワーが確保できない」と弱小企業が騒ぎ立てるとのことです。

マンパワーの課題は確かにあります。そうはいっても、まだ約300万人が失業しています。製造・運輸業など

はどんどん減っています。今、製造・運輸業は約1300万人で、毎年20万人ぐらいつつ減っています。製造業でやっている人達が介護や医療に来れば、ほぼ足りるのです。しかし、ミスマッチが起こります。工場で機械を扱っていた人がどうして介護をやれるのか、介護福祉士にはなれない、そういう話です。けれど、変わるものは変わっていかなければいけないのです。養成課程も、基礎的なものと専門的なものを組み合わせてやっていかななくてはなりません。(資料48)

介護マンパワーの課題

- 雇用のミスマッチの解消
- 総合的なケア職へ
- キャリア評価のシステム構築
- 労働環境の整備

資料 48

③医療保険改革

国会版社会保障国民会議の提言(7月3日 超党派)

国会版社会保障国民会議の提言 (7月3日 超党派)

- ・医療保険の70～74歳の2割負担、介護の高所得者、施設入所者の2割負担
- ・報酬体系については、現在の出来高制を主とする仕組みを抜本的に見直し、「診療・介護行為を全国一律に誘導するのではなく、各地域で工夫して質の向上と費用の節約を両立できるよう、報酬体系の決定プロセスを地域にゆだねる方向を目指すべき
- ・保険者機能の再編については、地域単位と職域単位に分けた連帯のあり方を見直し、高齢者医療制度も含め保険者の再編を地域単位化、その上で広域化をベースに進めていくべき

資料 49

資料49は、国会議員の若い人が面白いことを言っているのを持ってきました。「2割負担ではないか」とやはり言い出しました。それから「報酬体系は各地域でやったらどうか」と言っています。要するに、国が一本で決めるのかという疑問です。保険者再編も、かなり大胆なことを言っています。「健保組合をなくしてしまえ」と言い始めている人達がいるということです。医療保険なんか地域で一本化しろと。健保組合はなくさなくても出来るのですが、「組合健保も、協会けんぽも、国

保も、県単位にして保険者連合みたいなのを作り、医師会と話し合いながら報酬を決めて、地域でやっていけ」という意見が出てきています。乱暴なようで、意外に、ある未来を見ている意見ではあります。(資料49)

超改革シナリオ

超改革シナリオ

(武藤敏郎 大和総研理事長 8月11日 読売新聞)

○考え方

- ・社会保障給付はナショナルミニマムとし、皆保険・皆年金を維持
- ・民間の知恵と活力を総動員し、国民自らリスク管理
- ・国民負担率60%、消費税率25%となることを前提に、プライマリバランスの黒字化

○必要な社会保障改革

- ・年金支給開始年齢の69歳への引上げ
- ・公的年金の所得代替率を現在の62%から40%に引き下げ
- ・医療費自己負担全国一律3割
- ・介護自己負担一律2割
- ・確定拠出年金の拡充をはじめ企業年金等の整備
- ・一定額以下の医療費の保険免責、ジェネリックの拡大

○民間市場の拡大

- ・私的保険
- ・新しい年金商品
- ・先端医療、健康産業、ICTの活用
- ・保険外の介護産業の拡大

資料50

自己負担は全国一律3割。介護自己負担は一律2割。そして、確定拠出年金をやる。一定以下の医療費の保険免責、ジェネリックの拡大。民間市場を拡大して私的保険、新しい年金商品を入れる。先端医療をやっていく。保険外の介護産業の拡大をする。介護の保険外は今でも出来るのですが、こんなことをやらなければ、帳尻が合わないと言っています。

1000兆の借金は減らないけれども、借金をストップして、2025年以降もやっていくにはこの「超改革シナリオ」だと。今の国民会議のものは生ぬるいということです。(資料50)

医療保険改革のポスト国民会議の課題

医療保険改革のポスト国民会議の課題

・利用者負担

後期高齢者1割、現役3割は公平か？

* 現在の患者負担は、後期高齢者1割、70歳～74歳まで2割(予算補助で1割)、70歳未満3割

* 後期高齢者の費用負担は、本人1割、現役の支援金4割、公費5割

・制度体系

超高齢化にふさわしい制度体系はどのような形か？

①地域保険に一元化

②被用者保険と地域保険の2本立て(制度間調整)

③現在の被用者保険、地域保険(国保)、高齢者医療制度の3本建て

資料51

もう一つ、大和総研理事長の武藤氏(元大蔵次官、日銀の副総裁)が、読売新聞で「超改革シナリオ」というのを出しています。これも激しいです。国民負担率60%、消費税25%になるだろうと言っています。年金は支給開始年齢を引き上げる。所得代替率というのは、若い時にもらっていた給料の何パーセントの年金を払うかということです。今、現役時代の給料(ボーナスを除く)の60%を払っているものを、40%台に下げられないだろうと。医療費自己負担は全国一律3割。介護自己負担は一律2割。そして、確定拠出年金をやる。一定以下の医療費の保険免責、ジェネリックの拡大。民間市場を拡大して私的保険、新しい年金商品を入れる。先端医療をやっていく。保険外の介護産業の拡大をする。介護の保険外は今でも出来るのですが、こんなことをやらなければ、帳尻が合わないと言っています。

この武藤さんの提案は、激し過ぎますが、それでも考えなければいけないのは、後期高齢者が1割負担で現役が3割負担では、超高齢化社会で本当に公平なのかということです。「地域保険に一元化していったらどうか」「2本立てにして制度間で財政調整する」あるいは「現行の被用者保険、国保、高齢者医療の3本立てでいく」のか。この辺、何が本当にふさわしいのかきちんと議論しなければ、医療保険は多分もたないでしょう。ただ、今度の国民会議ではここまでいっていません。ポスト国民会議の課題だろうということです。(資料51)

④介護保険改革

介護保険改革のポスト国民会議の課題

介護保険改革のポスト国民会議の課題

・利用者負担

1割のままで維持できるか？

医療保険との高額医療介護費の合算

・費用負担

40歳未満への保険適用の拡大

障害者への対応

* 費用負担は現在、公費5割、65歳以上21%、
40歳～64歳29%

* 公費の割合を増やせという意見もあるが。

資料52

介護保険の方も「1割のままで維持出来るのか」「医療保険と高額介護費を合算すればいいのだから、2割でもいいのではないか」ということです。低所得者は高額療養費で調整すればいいのではないかということです。また、40歳未満へ保険適用を拡大しなければいけません。障害者は介護保険に入るのは嫌だ、「1割負担なんかとんでもない。私達は応能負担がいい」と言っています。しかし、保険料の対象を40歳未満に拡大するのなら、障害者をどうするかという話は避けて通れません。

現在は公費5割、65歳以上の保険料は21%です。公費割合を増やせといいますが、公費割合は国家財政の先程言ったような事情で増やせないのではないかということです。(資料52)

おわりに

今回の社会保障国民会議報告は、今までの規定路線の中で医療提供・介護提供に関しては、2025年に向けてかなり踏み込んだシナリオを、間違いなく描いています。ただ、それを支える財政面に関しては、何しろまず、消費税を上げなくてはならないのです。ですから、後期高齢者に「1割負担なんてもたないのではないか」とは言えません。消費税を上げて、医療保険の患者負担も増やすと言ったら、それこそまた政権が飛んでしまいます。ですから踏み込めないのです。

国保の話ばかり出たので、健保組合が怒っています。医療保険制度改革・介護保険制度改革の財政論・財源論は、こういう超シナリオのようなものも出てきているのです。やはりもう一度、議論になります。それは恐らく3年後でしょう。

今日の私の話は、以上で終わらせていただきます。ご静聴ありがとうございました。