

社会保障制度改革について

平成25年2月28日

全国知事会
全国市長会
全国町村会

1 医療保険制度について

現状・課題

1. 国民健康保険制度について

- 国保は、自営業者だけでなく、失業・病気・高齢など様々な事情により被用者保険から脱退した方も加入する「医療保険における最後のセーフティネット」。そのため、他の保険よりも、加入者の年齢構成が高く所得水準も低く、一人当たり医療費や保険料負担が高い、また、財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者が存在し、市町村格差の拡大も発生。
- その結果、法に基づく公費負担の他、やむを得ず負担している市町村の一般会計からの法定外繰入金が約4,000億円、前年度繰上充用金が約2,000億円＜H22決算＞。
- 平成23年度に開催された「国保の基盤強化に関する国と地方の協議」において、国保の都道府県単位の共同事業（保険財政共同安定化事業）の事業対象の拡大（医療費：30万円超→すべて）により、平成27年度から実質的に財政運営の都道府県単位化が図られることとなったほか、都道府県の調整機能の強化と市町村国保財政の共同事業の拡大の円滑な推進等のため、都道府県調整交付金を給付費等の7%から9%に引き上げ、さらには税制抜本改革時に、2,200億円の公費投入により低所得者対策を主とした財政基盤強化策が実施されることとなっている。

2. 後期高齢者医療制度について

- 現行の後期高齢者医療制度は、高齢者の受益と負担の明確化を図ったもの。
- 窓口である市町村の説明努力等により、当初の批判や反発も沈静化し、制度の改善も図られ、施行から約5年を経過した現在では定着している。

検討の方向性

1. 国民健康保険制度について

- 国民皆保険の堅持のためには、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構造的な問題を抜本的に解決し、基盤強化を行うことは必要不可欠。
- 社会保障・税一体改革による国民健康保険への追加公費投入額は2,200億円となっており、当面一定の効果は見込まれるものの、構造的な問題の抜本的な解決には不十分であり、これをもって将来的に持続可能な制度が実現するとは考えられない。医療費適正化、保険料適正化、被用者保険との財政調整、公費投入等をどう組み合わせる持続可能な国民健康保険制度を実現するのか、国は方針を明確にすべき。
- 上記の問題を早急に解決した上で、国民健康保険の保険者のあり方についても検討すべき。

2. 後期高齢者医療制度について

- 後期高齢者医療制度は定着しており、現行の枠組みは維持し、必要な改善を加えながら、安定的な運営に努めるべき。
- 後期高齢者医療制度の改善を行う場合には、高齢世代間、高齢世代と現役世代間、国保や被用者保険と、どのように負担を分かち合うのが公平であるか等を勘案し、地方と十分協議を行った上で、地方の納得の下に行うべき。

3. 医療保険制度の一本化について

- さらに、国民皆保険体制を堅持し、制度間の不均衡を是正するとともに、給付の平等と負担の公平を図るため、国民健康保険を含めた医療保険制度について、全国レベルの一本化に向けて具体的な道筋を提示すべき。

(参考)市町村国保の被保険者の状況

	昭和60年度	平成22年度	差
被保険者のうち60歳以上の割合	27.0%	45.5%	+18.5
世帯主が農林水産業・自営業の割合 (※1)	43.6%	18.6%	-25.0
世帯主が無職者（年金生活者を含む）の割合 (※1)	23.7%	40.8%	+17.1

(※1) 世帯主が国保被保険者の資格を有しない擬制世帯及び職業不詳の世帯を除いて集計している。

(参考)各保険者の比較

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合
加入者数（平成23年3月末）	3,549万人	3,485万人	2,961万人	919万人
加入者平均年齢（平成22年度）	49.7歳	36.3歳	34.0歳	33.4歳
65～74歳の割合（平成22年度）	31.3%	4.8%	2.6%	1.6%
加入者一人当たり医療費（平成22年度） (※2)	29.9万円	15.6万円	13.8万円	14.0万円
加入者一人当たり平均所得（平成22年度） (※3)	84万円	137万円	197万円	229万円
保険料負担率 (※4)	9.7%	7.1%	4.8%	4.9%
公費負担（定率分のみ）	給付費等の 50%	給付費等の 16.4%	財政窮迫組合に対する 定額補助	なし
公費負担額（平成24年度予算ベース）	3兆4,459億円	1兆1,822億円	16億円	なし

(※2) 加入者一人当たり医療費について、協会けんぽ及び組合健保については速報値である。また共済組合は審査支払機関における審査分の医療費（療養費等を含まない）である。

(※3) 市町村国保においては、総所得金額等（収入総額から必要経費や給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの）を指す。協会けんぽ、組合健保、共済組合については「加入者一人あたり保険料の賦課対象となる額」（標準報酬総額を加入者数で割ったもの）から給与所得控除に相当する額を除いた参考値である。

(※4) 保険料負担率は、加入者一人当たり平均保険料を加入者一人当たり平均所得で除した額。

(参考)国保における市町村間の格差

	最大	最小
一人当たり医療費の都道府県内格差（平成22年度）	2.6倍（沖縄県）	1.2倍（富山県）
一人当たり所得の都道府県内格差（平成21年度）	6.5倍（秋田県）	1.3倍（富山県）
一人当たり保険料の都道府県内格差（平成22年度）	2.8倍（長野県）	1.3倍（富山県）

（厚生労働省資料より抜粋）

2 医療サービス提供体制について

現状・課題

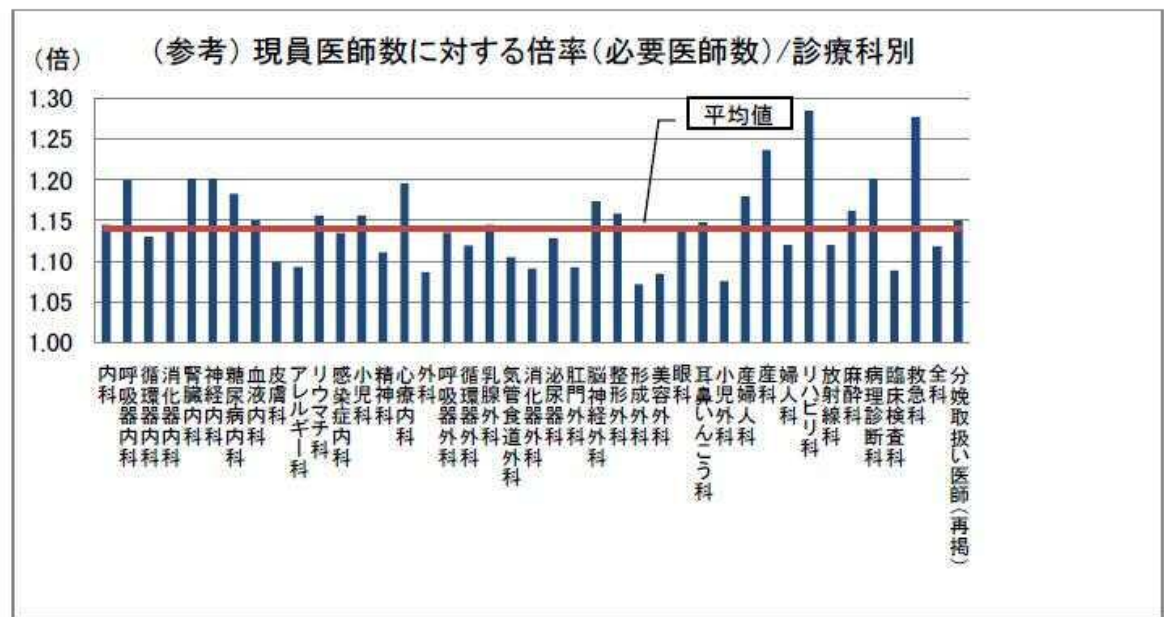
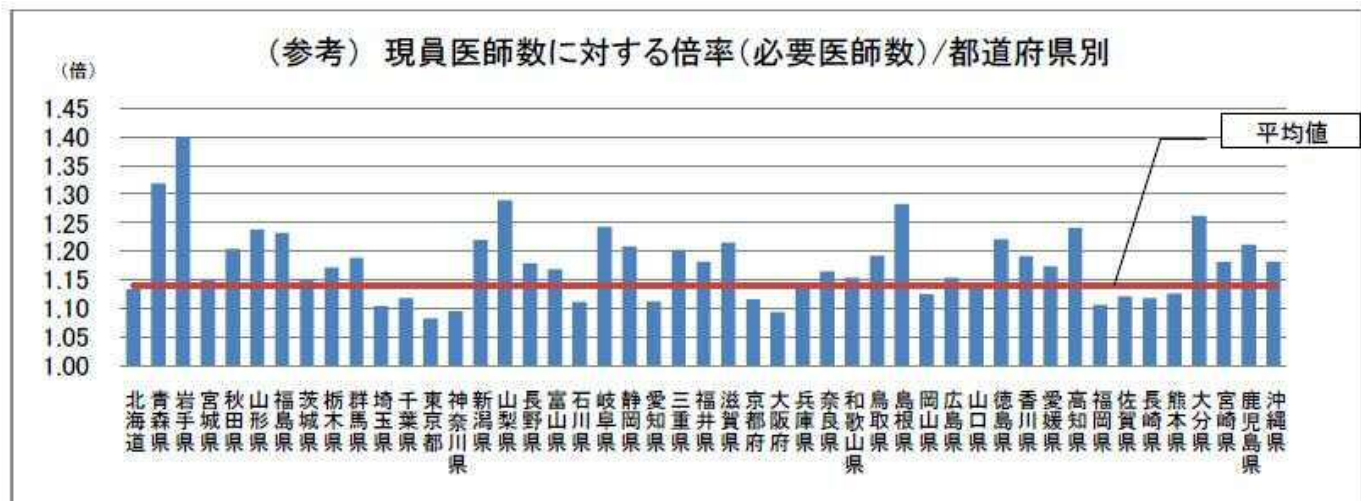
- 今後の高齢化に伴い需要の急増が見込まれる医療サービス及び増嵩する医療費に対応するため、限りある医療資源を効果的かつ効率的に活用していかなくてはならない。
- 平成22年6月の厚生労働省の調査によると、現医師数に対する必要医師数の倍率は、岩手県の1.40倍（追加必要医師数：640人）を筆頭に、最低の東京都でも1.08倍（追加必要医師数：1,656人）と全都道府県で地域医療の現場が慢性的な医師不足や地域偏在が生じている。また、同調査によると診療科間でも医師の偏在が生じており、救急科、リハビリ科、産科等の医師不足が顕著となっている。
- 各都道府県においては、地域医療再生基金等を活用し、地域の実情に応じた医師確保等を図ってきたが、当該基金事業終了後も、地域医療の確保のためには、中長期的な視点に立った事業の展開が必要である。

（現員医師数＋追加必要医師数）／現員医師数

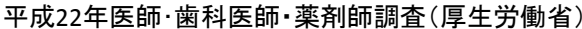
全国：1.14倍（追加必要医師数：24,033人）

検討の方向性

- 高齢化に伴う医療費の増嵩に対応するため、医療機関の機能分化、病院連携等の推進、在宅医療の推進等により平均在院日数の縮減を図ることやジェネリック医薬品の利用を促進すること等で、医療費の適正化を進めるべき。
- 医師・看護師を始めとする医療従事者数が限られる中、
 - ・ 医療機関等（急性期病床－亜急性期・回復期病床－慢性期病床－診療所・訪問看護ステーション等）の機能分担と連携強化
 - ・ 地域偏在と診療科間の偏在の解消等を図り、いずれの地域においても、地域住民への必要な医療提供体制の整備が必要。
- 地域及び診療科における医師偏在や全国的に深刻な状況に陥っている医師不足の抜本的改善を図るため、地域及び診療科における必要な医師数を明確にした上で、医師養成の在り方等について早急に見直すとともに、診療報酬の適切な見直し等による病院勤務医の処遇改善及び負担軽減策のより一層の充実を図るなど、医師確保対策を強力に推進すべき。
- より効率的かつ適切な医療提供のためには、介護との連携が重要であり、地方と十分協議の上、それぞれの主体が円滑に連携できるような制度構築に取り組むべき。
- 国民の健康づくりを積極的に推進するためには、県・市町村が担う健康増進の取組がより効果的に実施できるよう、これらを担う十分なマンパワーを確保・拡充すべき。



病院等における必要医師数実態調査(平成22年6月1日現在。厚生労働省調べ。)



3 介護保険制度について

現状・課題

- 制度発足（2000年）から12年間で、要介護（要支援）認定者数は218万人から533万人（約2.44倍）に、サービス利用者数は149万人から445万人（約3倍）に増加。この間、介護費用は3.6兆円から8.9兆円（約2.4倍）に、第1号保険料は2,911円から4,972円（約1.7倍）に増加。
- 今後の更なる高齢化の進展により、2025年度のサービス利用者数は657万人（2012年度の1.5倍）と推計され、介護費用は約20兆円まで膨らみ、第1号保険料は8,000円を超える見込み。併せて、サービス量の変化に伴い、介護職員は最大249万人（2012年度（149万人）の1.6倍）となる見込み。（厚生労働省資料）

検討の方向性

1. 安定的かつ持続可能な制度の構築

介護保険制度を安定的かつ持続可能なものとし、国民の保険料に係る負担の増大を抑制するためには、更なる国費負担の拡充、利用者負担等の適切な見直し、従事者の確保が不可欠。

- 
- 介護保険財政の健全な運営のため、保険者の個々の実態を考慮しつつ、将来にわたって保険者の財政負担や保険料負担が過重とならないよう、国による十分かつ適切な財政措置が必要。
 - 一体改革による「第1号保険料の低所得者保険料軽減強化1,300億円」を必ず確保することが必要。
 - 低所得者対策については、国の責任において、確実に財源を確保し、基準の策定も含めて総合的かつ統一的な対策を講じることが必要。世代間の公平性や制度運営の安定性の観点から、所得に加え、保険者事務負担に配慮した資産の適正な評価等の総合的な対策が必要。
 - 介護従事者を安定的に確保するため、労働環境の改善や介護報酬の一定割合が確実に給与に反映される仕組みの構築が必要。

検討の方向性

2. 地域包括ケアシステムの推進等

地域包括ケアシステム（医療・介護・予防・住まい・生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的支援）の推進は、方向性としては適切。

同システムをより有効的・効率的なものとするため、中心的役割を果たすと考えられる市町村をはじめ、関係機関等地域の実情を十分踏まえて推進することが不可欠。



- 地域包括ケアシステムという言葉やイメージが先行しており、具体的な仕組み等が明らかになっていないため、その内容について明確化することが必要。
- 超人口減少、超高齢社会への対処として、まちづくりの中心に福祉・介護・医療サービスを的確かつ効率的に提供する仕組みを位置づけるとともに、関係機関と連携することが必要。特に、医療との連携の更なる推進が必要。
- 具体的な連携体制については、市町村が判断して決められる仕組みとすることが必要。
- 地域包括ケアシステムの中核となるのは、地域包括支援センターであり、同センターの体制整備が必要。とりわけ、総合相談支援事業の強化を図るため、従事者や財源を確保することが必要。

3. その他

- 制度の見直しにあたっては、保険者との丁寧な協議の下で、しっかりと意見を反映させることが必要。また、見直しに伴う経費（システム改修経費等）については国において必要額を確実に確保するとともに、現場が混乱しないよう国民への十分な周知期間を設けることが必要。