

Medi

メディペーパー京都

P A P E R
K Y O T O

2013.8

第170号(通巻414号)

CONTENTS

情勢トピックス	3
医療・社会保障編	3
確かな社会保障を将来へ、国民会議が報告書／秋にプログラム法案 …ほか	
調査・データ編	23
「必要な受診ができない」14.2%／生活と支え合い調査 …ほか	
政策資料	
資料1：社会保障制度改革国民会議報告書	25
協会だより	
9月の催し物(予定)、その他	60



休業補償、医賠償等損害保険
自動車・火災保険も
(有) アミスへ (Tel075-212-0303)



京都中央法律事務所

弁護士	^{アザミ} 苜	立	明
弁護士	江	頭	節子
弁護士	松	尾	美幸
弁護士	福	山	勝紀
客員弁護士	塩	田	親文

京都市中京区二条通寺町東入ル
大興ビル2階

電話（075）222-0461代

ファクシミリ（075）222-0463

情勢 トピックス

医療・社会保障編

今月の主な動き

政府の社会保障制度改革国民会議は8月5日に報告書をまとめ、8月6日に安倍晋三首相に提出した。政府は報告書を踏まえ、改革時期を示した「プログラム法案」の大綱を閣議決定し、秋の臨時国会へ提出する。改革の個別法案は2014年の通常国会から順次、提出となる。

TPPについては、マレーシアで開かれた第18ラウンド交渉に7月23-25日にかけて日本が初参加。具体的内容については「秘密保持契約」を盾に明らかにされていない。

国民会議

確かな社会保障を将来へ、国民会議が報告書／秋にプログラム法案

政府の社会保障制度改革国民会議(会長=清家篤・慶應義塾長)は8月5日、報告書をまとめた。清家会長が8月6日に安倍晋三首相に提出した。政府は報告書を踏まえ、改革時期を示した「プログラム法案」の大綱を8月21日までに閣議決定し、秋の臨時国会へ提出。その後は社会保障審議会などで細部を検討し、改革の個別法案を策定して2014年の通常国会から順次、提出する見通しだ。25年を見据えた社会保障制度改革は新ステージへ入る。

報告書には「確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋」という副題がついた。「医療改革の方向性」の中にある人材確保の記載は「職能団体には、中心となって、計画的に養成・研修することを考え

行 事	開始時間	場 所
3日(火) 各部会	午後2時	
5日(木) 開業医向け経営対策セミナー	午後2時	ルームA・B・C
10日(火) 定例理事会	午後2時	ルームA
12日(木) 中級・従業員研修会	午後2時	ルームA・B・C
14日(土) 地区医師会長との懇談会	午後3時	ルームA・B・C
18日(水) 医療事務担当者勉強会	午後7時	ルームA
24日(火) 定例理事会	午後2時	ルームA
26日(木) 保険講習会B	午後2時	ルームA
28日(土) 保団連第31回病院・有床診療所セミナー in 熊本	午後6時30分	熊本全日空ホテル ニュースカイ
29日(日)	午前10時	

9月の保険医協会の行事予定

行 事	開始時間	場 所
10月5日(土) 政策時局講演会	午後2時30分	ルームA・B・C
10月12日(土) 第28回保団連医療研究集会 in 横浜	午後2時	横浜ベイシェラトンホテル&タワーズ
10月13日(日)	午前9時	
10月19日(土) 第650回社会保険研究会(記念研究会)	午後2時	京都大学医学部記念講堂 (会場が変更しています)

今後の予定

※「ルームA、B、C」、「応接室」及び「アミス」は京都府保険医協会事務所内の会議室の名称です。

※法律相談室は必要な時に随時開催いたします。お申込は協会・総務部会まで。

※太字は一般参加の行事、詳細は後掲63～65ページ

情勢トピックス

医療・社会保障運動トピックス

政策解説資料

協会だより

ていく責務がある」と変わった。医療・介護サービスの提供体制を改革する財源として検討される消費税増収分の用途を「病院・病床機能の分化・連携への支援、急性期医療を中心とする人的・物的資源の集中投入、在宅医療・在宅介護の推進、地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携、生活支援・介護予防の基盤整備、認知症施策、人材確保など」と具体的に記載し、より明確化した。

報告書の冒頭には清家会長の「国民へのメッセージ」を設けた。「長寿社会を実現したのは社会保障制度の充実のおかげ」で「その成功の結果が高齢化をもたらし、今度はその制度の持続可能性を問われることになった」と記述している。

●個別法案「常識的には14年の通常国会」

会見では内閣官房社会保障改革担当室の中村秀一室長が、8月21日までに閣議決定する法制上の措置について「大綱のようなものを想定している」と説明。秋の臨時国会に提出する法案では「報告書の改革項目を念頭に、できる限り実施時期を明確にし、内容を示したい。それを『プログラム法案』と呼ぶなら、改革の内容を具体的に規定する個別法案は、秋の臨時国会に出るものもあるかもしれないが、常識的には14年の通常国会から順次、提出される」と話した。プログラム法案では、報告書の総論にある「改革の進捗状況をフォローアップする政府の下での体制」にも言及する方針。

会合では遠藤久夫会長代理（学習院大経済学部長）が報告書について「医療提供体制が一つのポイント」とし「医療はそれぞれが均衡し、バランスが取れている。全体のバランスとタイムスケジュールを考えて進めることが重要だ」と指摘し、「例えば急性期病床を減らすのであれば、同時に患者の受け皿となる病床を用意するなどのバランスのこと」と説明した。清家会長は会合後の記者会見で「大前提である消費税引き上げを含める財源確保をし、報告書の改革を着実に進めることを期待している」と政府に求めた。（8/6MEDIFAXより）

報告書後の「実現への道筋」が重要／国民会議、「総論」を議論

7月29日は報告書の総論案と、各論の骨子案を基に議論。遠藤久夫会長代理（学習院大経済学部長）が中心になり作成した総論案では、高齢期の医療・介護の不安や雇用の不安定化など国民のリスクは多様化しており「社会保障の機能強化」が必要とする

一方、機能強化を図るには「国民の負担の増大は不可避」と指摘。負担増に対する国民の理解を得ながら、持続可能な社会保障を構築するため「徹底した給付の重点化・効率化が求められる」と記載した。

負担の在り方を年齢別から負担能力別に切り替えることも明示した。「地域づくりとしての医療」にも触れ、地域の事情を客観的データに基づき分析し、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築に取り組む重要性を提言した。医療の目的は「治す医療」からQOL重視の「治し・支える医療」への転換が求められるとした。

改革の道筋については、消費税率が10%になるまでに集中的に行う「短期」と、2025年を念頭に段階的に実施する「中長期」に分けるべきと指摘。改革は進捗状況をフォローアップすることが必要で「政府の下で必要な体制を確保すべき」と書き込んだ。

各論の骨子案では「医療・介護分野の改革」と題する章を立て、提供体制の改革として▽医療機能報告制度の導入と地域医療ビジョン策定▽医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築▽医療の在り方▽改革の推進体制整備一などを記載。医療保険制度の改革では「医療給付の重点化・効率化」などを挙げた。（7/30MEDIFAXより）

皆保険守るには「応能原則の徹底必要」／国民会議で権丈委員

政府の社会保障制度改革国民会議は8月2日、分野ごとの起草委員が提示した各論案を基に議論を深めた。医療・介護分野では、職能団体の責務をより明確に書き込むべきとの意見が出た。冒頭に挨拶した甘利明経済再生（一体改革）担当相は「今回の議論で取りまとめる段取り」と明言。

権丈善一委員（慶応大教授）が示した医療・介護分野の各論案は、過去の議事録を徹底的に読みこなす作業から起草を開始したという。権丈委員は「日本の医療費の対GDP比は高くない。しかし医療の問題を考えると財政の問題が入る」とし「与えられた資源の中で、最大の満足が得られる仕組みに医療を変えていく意味での効率化を意識した。これまで享受してきた皆保険やフリーアクセスを守るには、医療を変えることと同時に、負担面で応能原則が徹底されないといけない」と、各論案に込めた思いを語った。

●人材確保は「職能団体の責務」／大島委員

各論案の「医療改革の方向性」の中で示した「適

切な場で適切な医療を提供できる人材が確保できるよう、職能団体が中心となり計画的な養成・研修を考えることも重要」という記載について、大島伸一委員（国立長寿医療研究センター総長）が「職能団体には責務があると言い切してほしい」と要望。「できないなら、医師の適正な分野別の養成・配置を国の責任で、ある程度強制化せざるを得ない」とし、医療団体のリーダーシップに期待をかけた。

西沢和彦委員（日本総合研究所調査部上席主任研究員）は、医療の在り方を論じた部分に出てくる「総合診療医」について「かかりつけ医には総合診療医のスキルが求められると書いた方が、総合診療医とかかりつけ医の言葉の関連性が分かりやすい」と指摘。後期高齢者支援金への全面総報酬割で生じる財源を国保財政の構造問題解決に使うよう考慮するという記載に対しては「一致した結論を見なかったというのが客観的だ」と述べ、財源の使途は丹念に議論する必要があるとした。

●診療報酬は全国一律の制度で／清家会長と遠藤代理

各論案は今後の医療について、「病院完結型」から「地域完結型」に変わらざるを得ないとの趣旨で貫かれている。「地域完結型の医療に見合った診療報酬・介護報酬に向け体系的に見直す」との記載も盛り込まれている。

診療報酬を都道府県ごとに設定できる形に見直すようにも読めるが、清家会長は会合終了後の記者会見で「今回の提言では、全国ベースの診療報酬体系と、地域ごとのきめ細かい政策を可能にする基金などの税財源の両者の強みを組み合わせることが大切と考えている」と述べ、地域単位の診療報酬設定は否定した。遠藤久夫会長代理（学習院大経済学部長）も取材に「私見だが都道府県ごとという意味ではないだろう」と指摘。全国一律の現行制度の中で、地域完結医療を支えられる診療報酬の在り方を考える趣旨との見方を示した。（8/5MEDIFAXより）

医療システム、「病院完結型」から「地域完結型」へ／国民会議

8月2日の社会保障制度改革国民会議で、権丈善一委員（慶應大教授）が起草委員を務めた医療・介護分野の報告書各論案が提示された。各論案では始めに、今回の医療・介護制度改革が行われる背景について解説。急速な高齢化の進展により、必要とされる医療は従来の「病院完結型」から「地域完結型」に変わらざるを得ないと指摘し、国民皆保険制度を

守り通すためにも、「医療そのものが変わらなければならない」と強調した。

主に青壮年期の患者を対象にする医療は救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」だったが、高齢期の患者が中心となる医療は病気と共存しながらQOL（Quality of Life）の維持・向上を目指す医療になると指摘。今後、必要とされる医療は、従来の「病院完結型」から、患者の住み慣れた地域や自宅で生活する「地域完結型」に変わらざるを得ないと説明した。

医療・介護ニーズが増大する中で将来にわたって必要なサービスを確実に提供するためには、安定財源の確保と同時に、医療・介護資源を患者ニーズに適合させ、国民の負担を適正な範囲に抑える努力を継続しなければならないとの考えも示した。社会保障制度改革推進法には皆保険制度の維持が規定されており、皆保険を守り通すためにも、医療そのものが変わることを強く求めた。

保険料や税の「能力に応じた負担」についても言及した。医療・介護サービスの効率化を図っても、その給付費が増加していく中で国民皆保険を維持すれば、国民経済の中で公的サービスの規模が増すことになる」と指摘。保険料と税の負担については、徴収と給付の両側面で、これまで以上に能力に応じた負担の在り方や公平性が強く求められるとしている。

国民の「望ましい医療」に対する意識改革の必要性も指摘した。医療現場を守るためにも、医療のフリーアクセスは「いつでも、好きなところで」という解釈から「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という意味に変えるべきとし、そのためにもゆるやかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及が必須になるとした。

「ご当地医療」の必要性も指摘した。これまでの国民会議の議論を通じて、地域によって人口動態や医療・介護の需要のピークが大きく異なる実態が確認できたとし、医療・介護サービスの在り方を地域ごとに考えていく方向性を提示した。

（8/5MEDIFAXより）

要支援者の予防給付、市町村事業に移行を／国民会議の各論案

8月2日の社会保障制度改革国民会議に示された医療・介護分野の報告書各論案には、介護保険制度の要支援者に対する介護予防給付を市町村事業へ段階的に移行させる方針が示された。市町村が行う地

域支援事業を、地域包括ケアの推進を念頭に「地域包括推進事業（仮称）」に再構築する必要性も指摘された。

介護保険制度改革の中で最大の課題と位置付けられたのが「地域包括ケアシステムの構築」。そのためにも2015年度からの第6期以降の介護保険事業計画を「地域包括ケア計画」と位置付け、あらためて積極的に取り組むよう促した。

社会保障制度改革推進法は介護保険制度改革として、介護サービスの効率化・重点化と国民の保険料負担の増大抑制を求めている。各論案では介護サービスの効率化・重点化について、市町村が地域の実情に応じたサービスを効率的に提供するためにも、要支援者への介護予防給付を段階的に地域包括推進事業へ移行させる方針を示した。清家会長は移行時期について、国民会議終了後の記者会見で「少なくとも中長期の話ではない」と述べている。

効率化・重点化ではこのほか、▽所得水準に関係なく一律となっている利用者負担について、一定以上の所得がある利用者の負担引き上げ▽特別養護老人ホームの中重度者への重点化と軽度の要介護者を含んだ低所得高齢者の住まいの確保▽デイサービスについて、重度化予防に効果がある給付への重点化▽補足給付での資産の勘案一が盛り込まれた。

保険料負担の増大抑制については、低所得者への軽減措置の拡充が必要とされた。40-64歳が負担する介護納付金への総報酬割導入は、後期高齢者支援金の全面総報酬割の状況を踏まえながら検討する課題に挙げている。

●低所得の単身高齢者、対応策のアジェンダ提示を

国民会議では、宮本太郎委員（中央大教授）が低所得の単身高齢者世帯が増加することへの対応策について、報告書の中でアジェンダとして提示することを求めた。各論案では、中低所得の高齢者が地域で安心して生活できるように空き家の有効活用を求めており、年金分野の各論案にも低所得者対策への言及がある。宮本委員は各分野を揺るがしかねない問題になると懸念を示した。（8/5MEDIFAXより）

民主、実務者協議の拒否を決定／3党合意の趣旨逸脱が理由

民主党は8月5日、自民、公明両党との「社会保障制度改革に関する実務者協議」について、議論に応じないことを決めた。「自・公が社会保障制度改革に関する抜本的な制度改革議論を拒否し続けている」と

主張。すでに与党側にもこの方針を伝えたという。

社会保障制度改革国民会議が取りまとめた報告書についても、民主は「（2012年6月の社会保障・税一体改革の）3党合意を踏まえた内容にはなっていない。3党協議で何ら合意することができず、国民会議に具体的な提案をすることができなかったため、国民会議の取りまとめた内容は、当初の趣旨と大きく異なってしまった」と指摘。「これは国民会議の委員の責任ではなく、政府の方針が政権交代により変わってしまったため、民主党はこのような国民会議の取りまとめについて、責任を持つことはできない」と主張している。

3党合意では、今後の公的年金制度や高齢者医療制度に関する改革について「あらかじめその内容等について3党間で合意に向けて協議する」との内容が盛り込まれている。

3党実務者協議は、12年の3党合意に基づいて12年11月から議論を重ねてきた。参院選前の6月20日の会合を最後に開かれていないが、それまでの協議では、年金制度をめぐり、制度そのものの抜本的な改革も視野に入れる民主に対し、自民は現行制度をベースに改善を図る姿勢を崩さないなど、成果を挙げられないままだった。

8月5日、記者会見した櫻井充政調会長は「3党合意を順守してほしいと自・公に再三お願いしてきた。抜本改革などについて、先に実務者協議で決まったことを国民会議に上げる内容になっていたが、そういうことが議論されなかったため、国民会議の報告書を見ると、年金制度の抜本改革や高齢者医療制度改革について、私たちが求めてきた本質的な内容の方向性が明示されていない」と指摘した。

3党実務者協議に参加してきた長妻昭・党社会保障と税の一体改革調査会長は「私たちも野党になって、民主党の案が通らなければ一切駄目だという立場でもない。抜本のかどうかは別にして、制度改革を進めようと、自民党に何度も誘い水を出したが『制度は変えない』の一点張りだった」と批判した。

櫻井政調会長は「私たちも苦渋の選択だった。3党合意に基づかないから協議に応じないのであって、順守してくれるのであれば、あらためて考えたい」とも語り、今後、国会での論戦を通じて、党として社会保障制度改革案を示していく考えを強調した。

一方、菅義偉官房長官は8月5日の記者会見で「自分たちの主張が入っていないからといって離脱する

というのは、誰が考えてもいかなものかなと思う」と疑問を投げ掛けた。（8/6MEDIFAXより）

中医協

医療資源少ない地域の評価「活用されていない」 ／中医協・入院分科会

厚生労働省は7月17日、中医協の入院医療等の調査・評価分科会（分科会長＝武藤正樹・国際医療福祉大大学院教授）に、医療資源の少ない30医療圏（指定地域）を対象に2012年度診療報酬改定で導入した一般病棟入院基本料の「病棟単位」の届け出や「特定一般病棟入院料」が、ほとんど活用されていないとの実態を報告した。委員からは、補助金と診療報酬のすみ分けの検討や、現行体系の充実などを求める意見などが出た。

医療資源の少ない地域に配慮した評価は、診療側の要求を受け12年度改定で実現されたもので、自己完結した医療提供を進めながらも、医療従事者の確保が困難で医療機関が少ない2次医療圏や離島にある医療機関が対象となった（200床以上病院、7対1病院、10対1病院などは除く）。厚労省が提示した資料によると、12年夏のデータで指定地域での対象医療機関は100を切っており、そのうち一般病棟入院基本料（病棟ごとの看護配置）、特定一般病棟入院料1、同入院料2の届け出施設は、それぞれ1施設にとどまっていた。亜急性期入院医療管理料1（指定地域）と同管理料2（指定地域）の届け出は報告されていなかった。

●複数の機能を重点的に担う志向

医療資源の少ない地域に配慮した評価に対する影響調査の結果によると、栄養サポートチーム加算の専従要件の緩和に対し、評価しているとの回答が57.2%だった。亜急性期入院医療管理料を届け出た病棟での看護配置の緩和措置に対しては28.6%が評価していると回答した。11年度収支と12年度収支では「少し良くなった」と「少し悪くなった」が32.4%で同等の評価だったほか、「大変悪くなった」との回答が13.5%あり、評価が分かれた。

指定地域の病院が、今後重点的に担っていこうと考えている機能は「急性期から長期療養の中の複数の機能」が23%、「急性期医療機能・回復期リハビリ機能」20%、「急性期医療機能」20%だった。

こうした現状を踏まえ厚労省は、医療資源の少ない地域に配慮した評価について▽次期改定後も引き

続き利用状況の検証を前提に評価を継続していくことをどう考えるか▽亜急性期入院医療の今後の評価体系に準じた評価をどう考えるか▽対象とする医療機関は一定病床以下とするか—の3点を提示した。

これに対し健保連理事の高智英太郎委員は「地域に配慮した診療報酬の利用実態が見えてこない。指定地域の直近の経営実態を明らかにしてもらいたい。患者負担増を考慮すると、補助金と診療報酬のすみ分けを十分検討してもらいたい」と述べた。その上で、対象とする地域は現行基準を堅持し、拡大すべきではないとした。

日本医師会常任理事の石川広己委員（千葉県勤労者医療協会理事長）は「急性期からの受け入れ、在宅・生活復帰支援、緊急時の受け入れなど、多様な病態の患者に対し、亜急性期入院医療の今後の評価体系に準じた評価を進めることが大事だ。限られた医療資源の中で患者の状態に応じた一体的な医療を提供する必要があり、充実させていくことを考えてもらいたい」と述べた。（7/18MEDIFAXより）

亜急性期も「病棟単位」「入院データ提出」 ／中医協・入院分科会で論点

厚生労働省は7月17日、中医協「入院医療等の調査・評価分科会」（分科会長＝武藤正樹・国際医療福祉大大学院教授）の中間取りまとめに向け、亜急性期医療の3つの機能をより明確に示し、一般病床に限定せず療養病床など他の種別の病床でも、亜急性期病床に期待される機能を満たせば算定できるとの新たな論点を示した。5月30日の同分科会での議論の結果を踏まえたものとしている。

亜急性期病床が地域医療で果たす役割は▽急性期からの受け入れ（入院患者の重症度、看護必要度の設定など）▽在宅・生活復帰支援（在宅復帰率の設定など）▽緊急時の受け入れ（2次救急病院の指定、在宅療養支援病院の届け出など）—の3機能。新たな論点として▽亜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▽亜急性期病床に期待される機能に関する要件を設定した上で評価を充実させる▽病室単位から病棟単位の評価—の3点を挙げた。

●入院患者のデータ提出要件に賛否

これらの論点をめぐって日本慢性期医療協会長の武久洋三委員（医療法人平成博愛会理事長）は、亜急性期病床の3つの機能は理解できるとして賛同した。健保連理事の高智英太郎委員は「亜急性期病床

は病棟単位でいいだろう」とした上で、亜急性期病床の機能に基づく要件として「重症度・看護必要度、在宅復帰率、急性期からの患者受け入れに加えて、提供した医療に関するデータ提出を要件にすべきだ」と述べた。高智委員は提供されたデータを制度設計に有効に活用していく重要性も指摘した。武久委員も入院患者のデータ提出を進めるべきとの考えを示した。

一方、全日本病院協会副会長の神野正博委員（社会医療法人董仙会理事長）は「亜急性期については、医政局の病床機能情報の検討会との整合性を取ってほしい」と指摘した。日本医師会常任理事の石川広己委員（千葉県勤労者医療協会理事長）も「2つ目の論点（亜急性期病床に期待される機能に関する要件を設定した上で評価を充実させる）は整合性のない中で議論を進めるべきでない」と指摘した。

事務局の厚労省保険局医療課は、医政局の議論を承知しているとしたものの、「病床機能分化は待たなしの議論であり、われわれとしては議論を進めたい」と説明した。

分科会後、石川委員は取材に対し「整合性を取っていくことは大事だ。データの提出など、まだ決め打ちしたくない」と述べ、慎重に進めてほしいと強調した。（7/18MEDIFAXより）

7対1の要件強化、在院日数や手術件数も／中医協・入院分科会

中医協「入院医療等の調査・評価分科会」は7月17日、7対1入院基本料の在り方について議論を深めた。一体改革による2025年の病床数イメージを実現するため、7対1の要件を厳しくしていく方向性については特に異論はなかった。厚生労働省は論点として、特定除外制度の見直しや、短期滞在手術を平均在院日数の算出から外すこと、年間の手術実施件数を算定要件にすることなどを提示した。事務局は次回7月末の会合で中間まとめの素案を示す。

厚労省は7対1入院基本料を算定する医療機関の在り方として「長期療養の提供ではなく複雑な病態を持つ急性期患者に高度医療を提供すべき」との考え方を示し、反対意見はなかった。具体的な要件には、特定除外制度を13対1、15対1と同様に見直すことや、4泊5日以内の短期滞在手術を平均在院日数の算出から除くことを提案した。

短期滞在手術について健保連理事の高智英太郎委員は「除外の方向で検討することもやむを得ない」

と切り込み、日本慢性期医療協会長の武久洋三委員（医療法人平成博愛会理事長）も「眼科など短期間の入院患者がいる病院ほど有利な制度は不公平」と除外に賛同。筒井孝子委員（国立保健医療科学院統括研究官）は「リスクのある手術を病院の努力で短期入院させた場合は評価すべき」と注意を促したが、反対論ではなかった。

●要件案に早期リハやDPCデータ提出も

厚労省はこのほか、年間の手術件数や全身麻酔手術件数などの診療実績、DPCデータの提出、急性期病棟での早期からのリハビリテーションなどを要件に提案した。

リハビリについては、高智委員や日本医師会常任理事の石川広己委員（千葉県勤労者医療協会理事長）が賛成。武久委員は「急性期で長期のリハビリをしてから回復期リハ病棟に行くのはおかしい。2週間くらいに限定するなら賛成」と条件を付けた。

DPCデータの提出は、石川委員が「DPC病院が手上げである以上、議論の余地がある」と要件化に慎重な姿勢を示したのに対し、藤森研司委員（北海道大病院地域医療指導医支援センター長）は「急性期で最も手厚い点数をもらう医療機関をモニタリングする方法がないのは問題。要件にしてほしい」と反論。池田俊也委員（国際医療福祉大薬学部教授）や全日本病院協会副会長の神野正博委員（社会医療法人財団董仙会理事長）も要件化に賛成した。

議論を踏まえ、次回会合で中間まとめの素案が示される。厚労省は8月上旬にも中間まとめをしたい考えだ。（7/18MEDIFAXより）

消費税8%対応の財源規模5000億円、改定率で約1.2%

厚生労働省は8月2日、中医協「医療機関等における消費税負担に関する分科会」に、消費税8%時点の診療報酬による補填に必要な財源規模を示した。機械的に試算すると、財源は約5000億円、改定率で約1.2%になるとした。

厚労省は「あくまでも1997年の計算式を使った機械的試算で、固定した数字ではない」としている。97年に消費税が5%となった際の計算式に2011年の医療経済実態調査の数字を当てはめて算出した。約1.2%のうち診療報酬本体分は約0.5%としている。

会合で今村聡委員（日本医師会副会長）は「消費税8%引き上げ時の改定における消費税対応の計算方法について」と題する資料を提出。厚労省の計算

方法に対して疑問を示した。(8/5MEDIFAXより)

8%時の補填「基本診療料だけでは不十分」 ／中医協・消費税分科会

厚生労働省は8月2日、中医協「医療機関等における消費税負担に関する分科会」(分科会長＝田中滋・慶応大大学院教授)に、医療機関の消費税負担に対する消費税率8%時点での診療報酬による補填方法について▽診療所は初・再診料に上乗せ▽病院は①診療所と同一点数となるよう初・再診料を引き上げ②残りの財源を入院料に上乗せ—とする案を提示した。ただ、診療側・支払い側の双方の委員から、上乗せは初・再診料や入院料といった基本診療料だけでなく、個別の診療報酬項目も含めるべきとの意見が相次いだ。

前回の会合で厚労省は▽案1＝基本診療料に上乗せ▽案2＝個別項目に上乗せ▽案3＝1点単価に上乗せ—の3案を提示していたが、「案1」に絞って提案した。

厚労省の提案に対し支払い側の白川修二委員(健保連専務理事)は「前回の提案に対し、私は案1と案2を組み合わせるべきではないかと言ったが、案1に限定した提案はどういう経緯か」と厚労省案を疑問視。小林剛委員(全国健康保険協会理事長)も「案1と案2の組み合わせを求めたと認識している」と述べた。事務局の厚労省保険局医療課は「案1を基本に示したもので、個別項目への上乗せを排除する考えはない」と回答。白川委員は「(前回までの議論で)高額投資は別扱いしないことになったが、病院での高額な設備投資については若干の配慮は必要だろう。高額な検査機器やダ・ヴィンチのような医療機器などは分かりやすく、検査料に上乗せがあってもよいのではないかと述べた。

税率10%時点での課税化を求め、診療報酬による補填は8%時点のみとする診療側の今村聡委員(日本医師会副会長)は、消費税率引き上げ時期は流動的で8%引き上げの1年半後に10%となるかどうか分からないと指摘。「8%が少しでも長い期間になるようであれば、白川委員が示した配慮がないと病院が苦しむこともあり得る」とし、「基本診療料と個別項目の組み合わせがあってもよいのではないかと述べた。

西澤寛俊委員(全日本病院協会会長)は「病院は初・再診料に上乗せし、残りの財源を入院料に上乗せることで病院全体に対応するということが、同じ7対

1病院でも個々の病院で負担は異なる」と指摘。小森直之代理委員(日本医療法人協会副会長)も「病院は課税されている金額が分かっており、係数として計算した上で上乗せを求める方法を、われわれは案4として検討している。同じ7対1病院でも1日単価が大きく異なる。一律の同じ点数配分となると消費税の負担が変わってくる。初・再診料も日帰り手術が増えており、1日単価が大きく異なる」と述べ、基本診療料の上乗せは課題が多いと指摘した。(8/5MEDIFAXより)

医療保険

産科補償の剰余金「保険者に帰属」が前提／ 社保審・医療保険部会

社会保障審議会・医療保険部会(部会長＝遠藤久夫・学習院大学教授)は7月25日、産科医療補償制度の見直しについて議論した。委員からは「剰余金は保険者に帰属しているとの前提で運用を検討すべき」との意見が複数上がった。制度の見直しについては、出産育児一時金に掛け金分を上乗せしている関係上、同部会が最終的に決定する。

制度を運営する日本医療機能評価機構は、制度創設時に前提とした補償対象者数の推計値を実際の対象者数が下回り、剰余金が発生していることから、掛け金の引き下げが検討されるとの見方を示した。

白川修二委員(健保連専務理事)は、剰余金は出産育児一時金を拠出している保険者に帰属しているため保険者に返還すべきとした上で「法的な問題もあるかもしれないので、将来の保険料に充てるというふうな考え方もある」と述べた。掛け金については「厚生労働省には2014年1月から切り下げをお願いしたい」と求めた。小林剛委員(全国健康保険協会理事長)は、産科補償制度は社会保険料と税金に基づく公的制度であると指摘した上で、剰余金について「今後の掛け金に充てるのが選択肢として考えられる」と述べ、早急に見直す必要性を強調した。

岩本康志委員(東京大大学院教授)は「剰余金は保険者に帰属しており保険者に戻すのが筋で、それ以外の考え方はない」と述べた上で、「掛け金を下げて保険会社にロスが出た場合は剰余金で補填するなど、剰余金が民間保険会社と保険者間で循環する仕組みを検討すべき」と提案した。

鈴木邦彦委員(日本医師会常任理事)は「掛け金や剰余金の見直しに全面的に反対ではない」とした

上で、産科医療の危機的状況を打開するために民間保険会社の力を借りた経緯があるとし、「掛け金、剰余金を見直すなら、併せて補償対象範囲や補償金額も見直すべき」と述べた。（7/26MEDIFAXより）

次期改定の基本方針へ議論開始／医療保険部会、一体改革関連を先行

社会保障審議会・医療保険部会は7月25日、2014年度診療報酬改定の基本方針策定に向けた議論に入った。まずは社会保障制度改革国民会議が8月にまとめる社会保障・税一体改革関連のテーマを先行して議論し、それ以外の事項は秋以降に議論する。一体改革関連に限定した基本方針や「議論の整理」をまとめる可能性もある。最終的な基本方針は従来通り11-12月に策定する。

●消費税財源を次期改定に

厚生労働省保険局の宇都宮啓医療課長が、中医協で前倒して進めている議論の状況を説明し、自由討論した。鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は「次回改定は地域に密着した医療の大幅な充実を図るべき」と主張。消費増税の関連では「一体改革では医療サービスの充実で消費税財源を充てるとされている。引き上げ財源のメーンを次回改定に充ててほしい」としつつも「一体改革は25年に向けたもの。次回改定で一気に進める性急なやり方をすれば、現場は大混乱する」と注意も促した。

菊池令子委員（日本看護協会副会長）は訪問看護の強化などを主張。森昌平委員（日本薬剤師会常務理事）は、調剤報酬改定で残薬の管理など薬剤師機能の評価が必要だと訴えた。岡崎誠也委員（全国市長会国民健康保険対策特別委員長、高知市長）は「療養病床の診療報酬を低く押さえ込まれると医療難民が出る」と配慮を求めた。

●効率化「工程表に落とし込んで」

武久洋三委員（日本慢性期医療協会会長）は効率化の重要性を強調した。「われわれは医療費や介護費を少し上げてくれと当然要求するわけだが、医療提供側として、効率化できるところは自ら協力する姿勢も必要だ」と指摘。具体的には「急性期の病床が療養病床の何倍もあるのはおかしい。急性期病院にたくさんの慢性期患者が入っている非効率さは改善しないといけない」と強調した。消費増税については「拡大する社会保障費をカバーするために消費税を上げると言っていたのが、いつの間にか消費税の一部しか社会保障に使われないという風潮が出てき

ている」と懸念を示した。

白川修二委員（健保連専務理事）も「充実と同時に効率化を進めないといけない」とし、一体改革が構想している医療・介護分野の重点化・効率化で0.7兆円捻出という試算について「このままでは絵に描いた餅になる。厚労省には工程表に落とし込む形で具体的な政策作りをお願いしたい」と求めた。地域包括ケアを進めるに当たっては「診療報酬と介護報酬で全部やるのは財政的に不可能なので、補助金をうまく併用して計画的に進めるべき」とした。

（7/26MEDIFAXより）

「在宅の急変」は亜急性期？急性期？／改定基本方針で医療保険部会

厚生労働省の社会保障審議会・医療保険部会は8月1日、2014年度診療報酬改定の基本方針策定に向け議論した。厚労省がこれまでの議論の整理として示した資料の亜急性期の部分に「在宅患者の急変時の受け入れ」と記載されたことについて、鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）が「在宅患者をひとくくりにして亜急性期で受け入れるのは実態を反映しない」と削除を求めた。これに対し武久洋三委員（日本慢性期医療協会会長）は「高度急性期で診なくてもよい患者が多く、その一部を亜急性期が担当すべきという意味だ」と反論し、削除すべきでない主張した。

厚労省は、前回7月25日の議論や、12年度診療報酬改定の基本方針などを踏まえ「次期改定における一体改革関連の基本的な考え方（議論の整理）」を提示した。「基本認識」と「次期改定（一体改革関連）の基本的な考え方」の2部構成で、「基本認識」には病院・病床の機能分化と強化や、一般病棟の長期入院適正化、在宅医療の充実などを挙げた。病床機能の分化は段階的に進め、チーム医療の推進も必要と記載した。

「次期改定の基本的な考え方」は、入院・外来・在宅に分けて示した。入院では急性期病床の機能明確化や急性期病院の平均在院日数短縮、亜急性期・回復期を担う病床の機能明確化などを、外来ではかかりつけ医機能の評価や大病院の紹介外来推進などを、在宅では在宅療養支援診療所・病院の機能強化や訪問診療の適正化などを挙げた。

議論の中心になったのは病床機能の分化・強化だ。亜急性期病床の機能の例として資料に盛り込まれていた「在宅患者の急変時の受け入れ」について鈴木

委員は「在宅患者もいろいろ」「急性期には、重傷、中等症、軽傷がある」「分化を性急に行くと現場が混乱する」と指摘し削除を求めた。中医協・入院分科会の議論を引き合いに「7対1の急性期病床を無理やり減らして亜急性期にしようとしている」とも述べ「サブアキュートは急性期、ポストアキュートは亜急性期にするのが自然。具合の悪い人はいったん全て急性期で受け、落ち着いたら早期に亜急性期に移す方がスムーズ」と提案した。

武久委員は「亜急性期は、ポストアキュート、サブアキュート、リハビリの3つの機能を持った新しい概念」とし、25年を見据えた機能分化が必要だと主張した。

●療養病床の再編計画は

白川修二委員（健保連専務理事）が口火を切る形で、介護療養病床の再編も議論になった。介護療養病床は11年度末までに廃止し介護老人保健施設などへ転換することが決定していたが、現在の介護療養病床は18年3月31日まで廃止が延長されている。

白川委員は医療保険部会で介護療養病床の再編に関する議論をすべきと主張。遠藤部長は「非常に大きな議論になる。診療報酬とは直接関係ないが、関連はする。療養病床再編計画を医療保険部会で議論するのかどうか事務局と相談する」と引き取った。（8/2MEDIFAXより）

医療部会は「平均在院日数」に意見集中／改定基本方針の議論開始

社会保障審議会・医療部会（部会長＝永井良三・自治医科大学長）は8月2日、医療保険部会に続いて2014年度診療報酬改定の基本方針策定に向けた議論を開始した。委員からは、社会保障・税一体改革で「平均在院日数の減少等」によって国費を4400億円削減する試算が示されていることに関連し、平均在院日数の在り方に意見が集中した。急性期治療後の転院先に選択肢が少ないとの指摘や、早期退院・転院の受け皿整備が不十分なため、患者・国民の不安・不理解が解消されていないとの意見もあった。

白鳥敬子委員（東京女子医科大病院長）は、急性期後の受け皿整備が進まない理由は診療報酬が低いためではないかとの見方を示し「診療報酬で合併症の数や高齢者ということを評価項目として付け加えることで、亜急性期であっても十分な診療報酬が得られるようになれば、リハビリテーションなどを含めたトータルケアができる病院に移動してもらえる

のではないかと述べた。

●退院時に患者は不満抱えている

中川俊男委員（日本医師会副会長）は「中医協でもそうだが、平均在院日数の短縮が良いことのように進められている」とした上で「日医は限界にあると言っている。これ以上（単純に）進めると現場では冷たい医療といわれる」と慎重な検討を求めた。今村聡委員（日医副会長）も「財政的な動きがあるとしても、本当に国民がそのことを理解しているか。退院・転院のとき皆さん不満を持っている」と述べた。

相澤孝夫委員（日本病院会副会長）は、医療の進歩に伴い短縮できる部分は短くしていくべきとした上で「同じ手術でも高齢の方は、そうそう帰れない。こういう方のポスト急性期や地域のケアをどうするのか」と述べ、入院早期から医療機関の多職種と患者・家族が転院・退院について話し合う仕組みづくりや、行き先整備を可能とする財源を求めた。

●「短縮」は患者の安心が前提

高智英太郎委員（健保連理事）は「患者の重症度を評価するとともに、急性期病床の平均在院日数の短縮化に結び付けていくことが肝要」とし「その際、受け皿整備について別途考慮することや、ハレーションを最小限に食い止めるなどの工夫が求められる」と述べた。

藤本晴枝委員（NPO法人地域医療を育てる会理事長）や山口育子委員（NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長）らも、患者が安心してできる在宅医療や急性期後の受け皿整備が平均在院日数短縮の前提になると指摘した。

（8/5MEDIFAXより）

規制改革

最優先案件に「保険外併用療養」／規制改革会議が議論再開

政府の規制改革会議（議長＝岡素之・住友商事相談役）は7月26日に会合を開き、政権交代後2期目の議論を開始した。今後の議論の進め方などを確認。議長提案として、当面の最優先案件の候補に「保険診療と保険外診療の併用療養制度」や「介護・保育事業等における経営主体間のイコールフィッティング確立」などを上げた。最優先案件は8月の次回会合で正式決定する。

保険外併用療養制度については、▽国内で開発さ

れた先進的な医薬品・医療機器を用いた医療技術▽海外で使用されているものの国内では未承認の医薬品・医療機器を用いた医療技術—などと保険診療の併用を容易にするため、利用者の立場から規制改革を検討する。開発から実用化までの期間短縮や保険外併用療養費制度の範囲拡大が狙い。政府の成長戦略で医療分野を重視しているため、規制改革会議も優先的に検討する必要があると判断した。

介護・保育事業では、経営主体が株式会社か社会福祉法人かによって補助金などの扱いが異なるとして見直しを求める声が上がっている。規制改革会議は、株式会社やNPOなどが参画しやすくなるよう条件面を同等に整えたい考え。

規制改革会議は2013年7月から14年6月まで、毎月1-2回のペースで会合を開く。答申は14年6月をめぐりにまとめる。必要に応じて中間取りまとめも検討するほか、状況に合わせて「意見」の公表なども行う。

会合では、5つのワーキンググループ（WG）の設置と、各WGの座長と座長代理も決めた。WGは「健康・医療」「雇用」「創業・IT等」「農業」「貿易・投資等」の領域ごとに議論を進める。構成員は8月の次回会合で決める。その後、各WGは具体的な検討事項について協議し、9月の次々回会合で正式決定する。

●省令の実態分析と見直しも

規制改革会議はこのほか、省令など下位規範の実態分析と見直しにも取り組む。各種規制のうち4分の1程度は省令以下の規定によるもので、法律に基づくものではないにもかかわらず国民の権利を制限しているものがあることを問題視。あらためて許認可の内容を洗い出し、省令以下の規範を見直すかどうか検討する。

また、6月5日に提出した政権交代後1期目の答申内容についても、重要12項目について重点的にフォローアップする。この中には「すべての社会福祉法人の経営情報の公開」「再生医療の推進」「医療機器に係る規制改革の推進」「一般用医薬品のインターネット販売」などが含まれている。（7/29MEDIFAXより）

介護保険

「8%」対応、基本単位数と加算に上乗せ／介護給付費分科会・調査委

厚生労働省は8月19日の社会保障審議会・介護給付費分科会の介護事業経営調査委員会（委員長＝田中滋・慶応大大学院教授）に、「介護サービス施設・事業所の設備投資に関する調査」の結果を報告し、消費税率8%引き上げ時の介護保険サービスの対応について検討した。委員会では、消費税率8%引き上げに伴い、仕入れなどにかかる消費税負担が増大することから、影響分を介護報酬に上乗せして補填するべきとの意見で一致した。検討結果は後日、給付費分科会に報告する。同委員会では年内をめどに、8%引き上げ時の対応を取りまとめる。

厚労省は介護報酬で補填する場合の対応策として▽基本単位数や消費税負担が相当程度見込まれる加算単位数に消費税対応分を上乗せする▽1単位単価に消費税対応分を上乗せする—といった考え方がありと提示。実態に合った対応ができる方法として、基本単位数に加え、消費税負担が相当程度見込まれる加算に対しても上乗せするのが妥当との意見でまとまった。

同委員会の議論は、消費税率8%引き上げが2014年4月に行われる場合、対応する介護報酬改定も同時に実施されることが前提となっている。

●「高額投資対応」は必要なし

議論では、高額投資件数が少ないとの調査結果を受け、消費税率8%引き上げ時に介護報酬とは別建ての高額投資用の制度をつくる必要はないとの意見でもまとまった。

設備投資に関する調査は、原則12年3月までの5年間について、4423施設・事業所に対し実施し、873施設・事業所から回答を得た。回答率は19.7%だった。資産1件当たりの投資実績を見ると、どのサービス類型でも1件当たり500万円未満の資産に対する投資が全体の8割以上を占める結果が出た。

また、1件当たり1億円以上の資産に対する投資状況を見ると、介護老人福祉施設で16件（介護老人福祉施設の総投資件数の0.4%）、介護老人保健施設で8件（介護老人保健施設の総投資件数の0.4%）など、どのサービス類型をみても0-2%台だった。1件1億円以上の資産は、ほぼ全てが建物だった。

このほか消費税率8%引き上げに向けて▽基準費用額や特定入所者介護サービス費▽区分支給限度基

準額一についても議論する必要があるとした。
(7/22MEDIFAXより)

参院選

羽生田・石田氏ら初当選、石井氏も議席確保

安倍政権発足後、初めての全国的な国政選挙となる第23回参院選は7月21日、投開票が行われ、自民党新人で日本医師連盟の羽生田俊氏（日本医師会副会長）が初当選した。医療関係団体の組織内候補ではこのほか、日本歯科医師連盟の石井みどり氏（自民・現）と、日本看護連盟の石田昌宏氏（自民・新）が当選した。

比例代表ではこのほか、日本薬剤師連盟の重点候補、衛藤晟一氏（自民・現）らが議席を確保した。

都道府県選挙区では、東京選挙区で元厚生労働副大臣の武見敬三氏（自民・現）が、厚生労働政務官の丸川珠代氏（自民・現）と共に当選し、自民が東京で2議席を確保した。鹿児島選挙区では元厚生労働相の尾辻秀久氏が強さを見せた。一方、大阪選挙区では元厚労政務官の梅村聡氏（民主・現）が議席を逃した。(7/22MEDIFAXより)

強い経済で社会保障の財政強化／自民勝利で安倍総裁

参院選の勝利によって今後3年間、安定政権を築ける見通しが立った自民党の安倍晋三総裁は7月22日に党本部で会見し、これからの政権運営に対する考え方を語った。安倍総裁は、さまざまな政治課題に同時並行的に取り組む必要があると断った上で最重要課題に「デフレ経済からの脱却」を挙げ、「強い経済がなければ社会保障の財政的な基盤強化もできない。まずそのことに集中したい」と述べた。

また、秋に予定する臨時国会で、企業の設備投資を後押しするための「大胆な投資減税」を決定するとしたほか、産業競争力強化法の成立などに取り組む考えを示した。社会保障制度改革についても触れ、「社会保障制度改革国民会議の議論を取りまとめ、実行に移していかなければならない」と述べた。2014年度からの消費税率引き上げについては「13年4-6月の経済指標などを踏まえ、経済情勢を見極めながら秋に判断する。デフレ経済脱却、経済成長と財政再建の両方の観点から判断していく」と述べた。
(7/23MEDIFAXより)

諮問会議

民間議員が「予算の全体像」提示／諮問会議が再開

経済財政諮問会議は7月30日、会合を開き、民間議員が「予算の全体像について」と題する意見書を提出した。概算要求基準や中期財政計画を策定する前に考え方を示した。次回会合では「2014年度予算の全体像」を取りまとめるほか、甘利明経済再生（一体改革）担当相が「中期財政計画の骨子」を、麻生太郎財務相が「概算要求基準の考え方」を提示する。政府は8月上旬にも中期財政計画と概算要求基準を策定する。

民間議員は14年度予算について「デフレ脱却と財政健全化に向けた第一歩」と位置付け、その上で「社会保障も非社会保障も聖域とせず大胆に見直し、財政健全化目標と整合的な予算にすべき」と提言。各省庁の予算要求についても、原則的に定量的な成果目標と達成に向けた指標、関連政策を示して要求し、既存の施策を続ける場合にも5年以上経過したものは縮小・廃止を原則とすべきだと意見具申した。

社会保障分野の14年度予算を編成するに当たっては、社会保障制度改革国民会議の議論や時間軸を踏まえつつ、改革メニューと制度改正の流れを早急に整理すべきと指摘。具体的な取り組み事項として▽後発医薬品の薬価の見直しと使用促進▽重複・頻回受診の是正をはじめとする医療費適正化▽医療・介護情報の統合的な全国システム化▽70-74歳の医療費自己負担2割への引き上げは新たに70歳に到達した人から順次進める一などを挙げた。

また、秋の諮問会議で各分野の歳出の重点化・効率化を議論し、経済や税収動向を見極めた上で「予算編成の基本方針」を取りまとめるべきと指摘。社会保障制度改革の重点化・効率化を16年度以降に本格実施するため、13年度中に工程表を作るよう求めた。

民間議員は財政健全化目標についても言及。13年度の国・地方のプライマリーバランス（PB）の赤字を対GDP比7%程度と見込んだ。アベノミクス効果で12年度の国税収入は当初見込みより1.3兆円増加したものの、財政再建の国際公約を達成するためには今後2年間で対GDP比3.75%程度の収支改善が必要だと試算。成長による自然増収を考慮しても、消費税引き上げの実現や国・地方を通じた歳出抑制が必要だとした。

P B赤字を半減させる15年度までの取り組みとしては、骨太方針や日本再興戦略を踏まえ、総合科学技術会議の司令塔機能強化や日本版N I Hの創設といった民間誘発効果が高い施策に予算を集中すべきと指摘。その一方で歳出規模の抑制も提言し、各省庁の概算要求に対しては既定経費に厳しいシーリングを設定するよう求めた。

P B黒字化を目指す16-20年度は、5年間で対G D P比3.3%、年平均0.7%程度の収支改善が必要になる。社会保障費を含めた歳出の伸びを名目経済成長率以下に抑制することや、成長に伴う増収努力が不可欠だと指摘した。社会保障についても給付と負担の抜本的な見直しによる効率化を求めた。

中期財政計画に関する提言では今後、国の一般会計歳出を社会保障、公共投資、その他の経費に分け、3分野の効率化の進み具合を検証すべきとしている。(7/31MEDIFAXより)

病床機能

厚労省、病床機能4分類で再提案／「亜急性期」「地域多機能」を合体

厚生労働省は7月11日、「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」(座長＝遠藤久夫・学習院大教授)に、病院病床の機能分化推進に向け導入する報告制度で各医療機関が選択する医療機能について、4分類とする新たな案を示した。前回合合では5分類としていたが、構成員から意見が相次いだ「亜急性期」と「地域多機能」を1つの機能としてまとめた。合体後の医療機能の名称は「検討中」とした。報告制度の医療機能区分の「報告」と、診療報酬の入院基本料などの「届け出」は別問題とする考え方も案の中で示した。

厚労省が示したのは▽急性期機能▽「検討中」▽回復期リハビリテーション機能▽長期療養機能一の4分類。亜急性期と地域多機能が合体した「検討中」の医療機能の概念は「主として比較的軽度の急性期患者(サブアキュート)および急性期を経過した患者(ポストアキュート)に在宅復帰へ向けた医療を提供しつつ、幅広い患者に対応する機能」とした。サブアキュートの概念については、主に在宅・介護施設の患者の急性増悪時対応とし、このうち高密度な医療が必要となる重症者は「急性期機能」で対応するとの考えを示した。

●日医案は「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」

の4分類

一方、三上裕司構成員(日本医師会常任理事)は日医案として▽高度な先端医療の提供や、I C Uなどの集中治療室を備えて救命救急を担う「高度急性期病床」▽急性期医療(高度急性期病床と一部重複)の提供やサブアキュートにも対応する「急性期病床」▽現在の亜急性期入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病床など、急性期経過後(ポストアキュート)の患者に医療を提供する「回復期病床」▽長期の療養を必要とする患者に医療を提供する「慢性期病床」一の4区分を示した。厚労省案とは、サブアキュートを急性期医療に位置付けている点などが異なる。

厚労省の神田裕二審議官は、日医案と厚労省案に大きな違いはないとの認識を示した上で、厚労省がポストアキュートとサブアキュートを合わせて位置付けていることについて、現在の診療報酬の亜急性期入院医療管理料で明確に位置付けているとし「人員配置など医療資源投入量で言うと、ポストアキュートだけでなく軽度の急性期の方も受け止めることができる機能も果たすということ」と説明した。

日医案については花井圭子構成員(連合総合政策局長)と山口育子構成員(N P O法人ささえあい医療人権センターC O M L理事長)が分かりやすいと評価した。(7/12MEDIFAXより)

既存システムとの連携検討を／機能報告制度で厚労省・検討会

病院病床の機能分化推進に向け導入する報告制度について検討している「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」は7月11日、医療機関が都道府県へ報告する具体的な事項などについて議論した。構成員からは、すでに各都道府県で運用されている医療機能情報提供制度やナショナルデータベース(N D B)、政府が今後進める「データヘルス計画(仮称)」との連携など、さまざまなシステムとの連携について検討を求める意見が上がった。

相澤孝夫構成員(日本病院会副会長)は、現行の医療機能情報提供制度は各施設の専門医数や職員数、手術件数や医療機器など、都道府県によって扱う情報が異なっていると問題視。「全国統一で情報をきちんとすれば、地域の情報は把握できると思う」と述べ、医療機関への負担軽減策として検討するよう求めた。

松田晋哉構成員（産業医科大教授）は「例えばNDBを活用することで医療界のコンセンサスが得られれば、いろんなものに応用もできる。国としての経費も減らせるので素晴らしいと思う」と検討を求めた。

高智英太郎構成員（健保連理事）は、健保組合が加入者の健康増進に向けてレセプトデータを分析する事業として政府が成長戦略に盛り込んだ「データヘルス計画」に言及し「一番手っ取り早いのは、そちら（データヘルス計画）とどうコミットするかではないか」と述べた。

●有床診「急性期情報も必要」

有床診療所が報告する具体的な内容についても議論した。高智構成員は「介護保険との連携の有無などについては、山間へき地の住民・患者の視点からすると大事ではないか」と述べた。三上裕司構成員（日本医師会常任理事）も賛同し、住民に役立つと思われる情報として「医療関係だけでなく、レスパイトケアやショートステイ、介護療養病床を持っているか」を挙げた。

松田構成員は「近年の動向としてかなり急性期をやる有床診が増えている」との認識を示し、「諸外国でも短期入院で内視鏡手術や、白内障手術などがやられているので、急性期の報告も求めた方がいいのでは」と提案した。

厚労省は、報告制度で医療機関が報告する具体的な項目について、全医療機能共通の報告事項と、医療機能ごとに個別報告事項を設定する案を示している。有床診については▽有床診療所一般病床初期加算▽在宅患者訪問診療料（在宅ターミナルケア加算）▽在宅看取り件数・院内看取り件数▽往診患者数一の4項目を提案している。産科を有する有床診には分娩件数を加える案を示している。

（7/12MEDIFAXより）

特定行為

特定行為、研修機関を3領域別に指定／看護業務WGで厚労省案

厚生労働省は7月4日の「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」（座長＝有賀徹・昭和大病院院長）に、看護師が特定行為を行うための指定研修について、3つの領域（急性期的領域、亜急性期的領域、慢性期的領域）別に研修機関を指定する考え方を提示した。

具体的には▽領域Ⅰ＝ICU・HCUなどに入室中の重篤な状態で医療必要度の極めて高い、循環・呼吸動態不安定な患者に対して必要とされる8行為群（29行為）▽領域Ⅱ＝急性期治療を終了した患者や慢性疾患の急性増悪などで一時的に医療必要度が高まった患者に対して必要とされる7行為群（18行為）▽領域Ⅲ＝長期療養中や在宅療養中で、気管カニューレや留置カテーテルなどの器具装着中の患者や創傷管理、栄養管理、薬剤管理などを行っている患者に必要とされる6行為群（17行為）一の3つに分類。1つの研修機関が、複数の領域の指定研修機関になることも可能としている。

行為群とは、内容が類似した特定行為をまとめたもので、例えば領域Ⅰに該当する「脈管（静脈系）」という行為群は、「中心静脈カテーテルの抜去」「PICC（末梢静脈挿入式静脈カテーテル）挿入」の2行為で構成する。1つの行為群が領域間で重複しているケースもある。

●病床機能分化と整合性を

神野正博委員（社会医療法人財団董仙会理事長）は「領域については、Ⅰが急性期、Ⅱが亜急性期、Ⅲが慢性期で分類しているのだろうが、医政局、保険局でそれぞれ入院・病床機能分化の在り方について議論が進められている。病床区分については、最終的に決まった形に合わせてもらいたい」と指摘。「領域Ⅱの部分は、急性期が終わった患者に対する特定行為と、慢性期患者が急性増悪した場合の特定行為があやふやではないか。他の検討会での検討結果とリンクして進めた方がいいのではないかと提案した。

星北斗委員（星総合病院理事長）は、指定研修機関や受講者が参加しやすい研修制度にしていくことが必要と訴えた。小松浩子委員（慶應大看護医療学部教授）は「領域Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの考え方は理解できる」としたが、一定の自由度がないと普及できないとの懸念を示した。竹股喜代子委員（亀田総合病院看護部長）は厚労省案が分かりにくいとし、行為群をもっと分かりやすくまとめてほしいとした。厚労省は、意見を踏まえ引き続き議論を進める。

一方、これまでの議論で要検討行為としてきた27行為については、厚労省提案通り13行為を特定行為に認めることにした。会合では、大動脈バルーンポンピングチューブの抜去について認めるべきかどうか議論したが、星委員らから懸念する意見が出たため見送った。（7/5MEDIFAXより）

医療計画**医療計画P D C A支援ツール、14年春配布へ
／厚労省研究会**

厚生労働省は7月5日、「P D C Aサイクルを通じた医療計画の実効性の向上のための研究会」（座長＝尾形裕也・東京大特任教授）の初会合を開き、医療計画の評価を通じた継続的な改善（P D C Aサイクル）を支援するツールの開発に向けた検討を始めた。2014年度早々にも「医療計画作成支援データブック」として都道府県に配布し、13年度からの5年間の医療計画について、1年目の状況を踏まえたP D C Aサイクルを促す。14年春にも配布する支援ツールの形態は、冊子のほか電子ブックなどを想定する。

研究会の構成員は尾形座長のほか、奈良県立医科大の今村知明教授、国際医療福祉大大学院の高橋泰教授、産業医科大の松田晋哉教授の3人。

作成支援データブックは、都道府県が医療計画を策定するに当たって必要と考えられる統計情報を国が2次医療圏単位で集計・加工して提供することで、都道府県の作業負担を軽減し、現状分析に基づく実効性のある医療計画の策定と進捗状況の評価に結び付けるのが狙い。データブックに収載する内容として厚労省は、医療計画の基礎情報（人口、受療動向、医療機関の状況など）に関する▽都道府県、2次医療、市町村ごとの集計▽前回値との比較▽地理情報と突合した分析などを示した。

P D C Aサイクルの支援としては▽都道府県が将来の医療需要を見据えて医療計画を見直しできる将来推計データ▽個々の医療機関の医療機能を分析するためのデータも提供する。都道府県が独自にレセプトデータなどを分析できるような評価支援ソフトも開発する構想で、研究会では評価のための指標などを検討する。

●評価指標「可能な限り標準化」／梶尾課長

厚労省医政局指導課の梶尾雅宏課長は会合冒頭に挨拶し、社会保障制度改革国民会議でナショナルデータベースなどが有効活用されていないとの指摘があったと紹介し、「各種データベースから必要な情報を可視化して医療施策に使っていく」と説明した。医療計画に関する評価指標を可能な限り標準化し、都道府県が医療施策のP D C Aサイクルを推進できるよう支援する考えも示した。

（7/8MEDIFAXより）

**医療計画の可視化分析ツール活用で議論／厚
労省・研究会**

厚生労働省医政局は7月31日、「P D C Aサイクルを通じた医療計画の実効性の向上のための研究会」（座長＝尾形裕也・東京大特任教授）を開き、各都道府県が医療計画を見直す際に活用するツールについて意見を交わした。

松田晋哉構成員（産業医科大教授）は、どのような患者がどの地域の医療機関を受診したかや、2次医療圏内で医療が自己完結しているかどうか分かる「医療計画可視化分析ツール」を紹介した。このツールは、レセプトデータなどを集計してグラフ化したもので、患者の年齢や疾病、処置、入院・外来の区分などを表示できる。例えば、がん化学療法を入院と外来のどちらで行っているかなどを地域ごとに分析することで、医療計画を検証するための資料になる。地域ごとに医療機関まで自動車で行く際の運転時間を地図表記すれば、脳梗塞を発症した患者にt-P A治療を行えるかなど、医療計画を詳細に検討する際の材料にもなる。また、国勢調査のデータを活用して医療圏ごとの今後数十年間の人口推移や傷病別患者数の推計などと照らし合わせれば、必要なベッド数を見通す際の参考になる。

ただ、医療計画を担当する各都道府県職員にはデータの取り扱いに不慣れな人もいることも事実。会合では、こうしたツールをどうすれば有効活用してもらえるかが議論になった。「レセプトデータを都道府県の医療計画担当者に分かりやすく解説し、教育する必要がある」との意見も出されたが、松田構成員は「2年ごとに担当者が代わる実情では医療計画のプロが育ちにくい。むしろ各都道府県の大学社会学部系の研究室や都市計画の担当者、地域の医師会などを巻き込んで活用してもらおうべき」と述べた。

高橋泰構成員（国際医療福祉大大学院教授）は、2次医療圏ごとのデータを読み込み、自動的に文章化する「コメント作成システム」を導入する必要があると主張。松田構成員はこれを受けて「データの分析結果を提示するとともに、医療計画を策定する上で、各地の医療提供者自身が参画するプロセスを組み込まなければ理解を得られないだろう」と指摘し、「医師会や病院会と連携すべき」と意見を述べた。

●医療計画策定の運営体制、調査結果を公表

医政局指導課は、各都道府県が医療計画を策定した際の運営体制を調べ、速報値として公表した。医

療審議会を開催した回数は「3回」が最も多く、圏域連携会議は29府県が開いていた。圏域内の病院の圏域連携会議への参加状況は中央値が17.1%だった。医療審議会の作業部会は43都道府県が設置していた。医療計画全般に関わっていた作業部会は32、5疾病の作業部会が15、5事業の作業部会が11だった。また、作業部会の約9割に医療従事者が含まれていた。(8/1MEDIFAXより)

2次医療圏、設定見直しは2県／13年度開始の医療計画で

厚生労働省は7月5日、2013年度スタートの医療計画を策定する際に見直すべきとされていた▽2次医療圏の設定▽疾病・事業ごとのP D C Aサイクルの推進▽医療従事者の確保に関する事項—の3項目について、全都道府県の対応状況をまとめた資料を公表した。2次医療圏の設定については、人口20万人未満で患者の流入率が20%未満、流出率は20%以上の場合は見直すよう求めていたが、見直し対象の2次医療圏があった31道府県のうち新医療計画で設定範囲を変更したのは宮城と徳島の2県だけだった。群馬は3項目とも対応状況の記載がなかった。「P D C Aサイクルを通じた医療計画の実効性の向上のための研究会」で示した。

見直し対象の2次医療圏がありながら見直しなかった道府県の理由としては▽地域特性を考慮し受療に関する利便性を重視した▽既存の医療圏を前提に、医療機関や交通インフラの整備など都市計画が進んでいる—などが理由に挙げられた。

●毎年評価は25道府県

P D C Aサイクルの評価については、医療計画を毎年評価するとしたのは▽北海道▽山形▽福島▽栃木▽埼玉▽石川▽山梨▽長野▽三重▽京都▽兵庫▽和歌山▽鳥取▽岡山▽広島▽山口▽徳島▽高知▽福岡▽佐賀▽長崎▽熊本▽大分▽宮崎▽沖縄—の25道府県。

医療従事者の確保では、地域医療支援センターなどの拠点の有無について、12年度時点で同事業に対する厚労省予算が配分されていない▽大阪▽奈良▽和歌山▽岡山▽山口▽香川▽愛媛▽長崎▽鹿児島—の9府県を含む29道府県が「ある」と回答した。厚労省は13年度予算で地域医療支援センター30カ所分の事業費を確保している。(7/9MEDIFAXより)

概算要求

医療の勤務環境改善へ、全国に「支援センター」／厚労省概算要求

厚生労働省は、各医療機関による主体的な勤務環境改善を推進するため、全都道府県に「医療勤務環境改善支援センター（仮称）」を設置するための経費を2014年度予算概算要求に盛り込む方向で具体的な検討に入った。支援センターの専従スタッフなどが医療機関の相談に応じ、労働環境の改善に取り組む医療機関のニーズに応じてオーダーメイドで支援していく構想。医療スタッフの働きやすい環境づくりと医業経営の両立を図る医療機関をバックアップする拠点としたい考えだ。支援センターの設置主体は都道府県とし、医療関係団体などに委託することも想定している。

厚労省は医療分野の雇用の質向上に向けて▽院長など医療機関のトップが参加し、自主的に勤務環境改善を促進するマネジメントシステムを普及させる▽マネジメントシステムに基づいて勤務環境改善のための計画を策定し改善に取り組む医療機関を支援する体制づくり—を柱とする方針を打ち出している。マネジメントシステムは、経営トップが参加する委員会が勤務環境改善計画に基づき「P D C Aサイクル」を回すイメージで、厚労省は13年度の研究事業でガイドライン（G L）の策定に向けた検討を進めている。

14年度予算の概算要求では、厚労省の医政局と労働基準局が連携して予算要求し、都道府県が支援センターを立ち上げる際に最低限必要な人員整備を金銭面からバックアップする。医政局は「医業分野アドバイザー事業（仮称）」として、診療報酬制度や医療に関する法律面、医療経営、組織マネジメントなどの専門家を各医療機関に派遣する体制を整えるための経費を確保する。労基局は「労務管理支援事業（仮称）」として、支援センターに医療労働相談員を配置するための経費を確保し、社会保険労務士会や医業経営コンサルタント協会などと支援センターとの連携を後押しする。

●医療法への規定も検討

厚労省は、医療勤務環境改善支援センターを医療法上に位置付けることも検討中だ。支援センターの要件や必要な人身体制などを厳しく一律に規定するのではなく、地域の実情を勘案して都道府県が工夫できる仕組みとなるよう、支援センターの機能を医

療法に規定する方向で検討している。今秋の臨時国会に提出予定の「医療法等の一部を改正する法律案（仮称）」に盛り込むことを目指し、社会保障審議会・医療部会で具体的に議論する。

（8/2MEDIFAXより）

社会保障費、自然増9900億円を容認／概算要求基準を閣議了解

政府は8月8日、中期財政計画と2014年度予算概算要求基準（シーリング）を閣議了解した。閣議の前に経済財政諮問会議が開かれ、中期財政計画と概算要求基準を安倍晋三首相に答申した。14年度概算要求基準では予算総額に上限を設けるのではなく、税収と歳出の差を重視して財政収支を改善する。医療・介護・年金などの社会保障費は9900億円の自然増を認めた。ただし、社会保障費の合理化・効率化に最大限取り組み、14年度予算に反映させるという条件も付いた。

各省庁の裁量的経費は、前年度予算から10%以上削減して予算要求する（要望基礎額）。浮いた財源で「新しい日本のための優先課題推進枠」という要望枠を設け、各省庁が要望基礎額の30%以内で要望できる。要望枠は3.6兆円となる見通しだが「基礎的財政収支（プライマリーバランス＝PB）の改善目標を達成できる範囲内で措置する」という条件が付いた。逆に諸経費を圧縮できた場合は要望枠に上乗せできる。

各省庁には概算要求を行う段階で、施策・制度の抜本的な見直しや、各経費の優先順位付けが求められる。その際、民間需要やイノベーション誘発効果が高いもの、緊急性が高いもの、規制改革と一体で講じられるものを重視する。また、既存のあらゆる予算措置を従来の予算計上方法にとらわれず、ゼロベースで見直すことになる。概算要求の提出期限は8月31日。

●社会保障費、歳出・歳入両面で財源確保／中期財政計画

中期財政計画では、15年度に国・地方のPB赤字対GDP比半減という目標達成に向けて、14年度と15年度にそれぞれ前年度比で4兆円程度、PBを改善する目標を掲げた。国債の新規発行額も抑え、14-15年度にかけて前年度を上回らないように最大限努力する。

20年度までにPBの黒字化を達成し、その後は債務残高対GDP比の安定的な引き下げを目指す。そ

の際、社会保障費については、制度改革を含めた歳出・歳入両面の取り組みで財源確保を検討する。今後の予算編成では、歳出増や歳入減の影響が出る施策を行う場合、それに見合った財源を確保することを原則とする。今秋以降、持続可能な財政と社会保障の構築に向けた取り組みを諮問会議で検討していく。（8/8MEDIFAXより）

TPP

TPP交渉、各団体が意見提出／政府対策本部

TPP政府対策本部は7月17日、環太平洋連携協定（TPP）交渉をめぐる業界団体からの意見の提出を締め切った。同日までに日本医師会や四病院団体協議会などが提出を済ませた。日本看護協会は提出しなかった。

四病協は7月17日に提出し、▽公的医療保険制度は現状のまま維持すべき。混合診療の全面解禁は反対▽病院経営の営利企業参入は避けるべき▽各国の事情に適した医療制度は維持すべき▽外国人医療従事者の人材確保の観点から、外国人医師の臨床修練制度などを拡大することで医師、看護師ら医療従事者の相互交流を図るべき—の4項目を申し入れた。

日医は7月16日に意見を提出した。内容は明らかにされていないが、これまで日医は国民皆保険を守るためとして、▽公的な医療給付範囲を将来にわたって維持すること▽混合診療を全面解禁しないこと▽営利企業（株式会社）を医療機関経営に参入させないこと—の3点を順守するよう主張している。

同対策本部は各団体から提出された意見を公表する意向だが、「提出された意見が膨大であるため、公表までにはある程度の時間がかかる」としている。7月のTPP交渉会合は7月15日にマレーシアで始まり、初参加の日本は米議会の承認手続きを経て、7月23日に合流する見通し。

（7/18MEDIFAXより）

米、新薬の特許期間延長を要求か／甘利担当相「議論は承知」

甘利明経済再生（一体改革）担当相は7月26日の閣議後会見で、環太平洋連携協定（TPP）における医薬品の特許期間に関する議論について言及した。米国が新薬の特許期間を延ばすよう日本や諸外国に要求しているとの報道が出ていることについて記者団から確認を求められ、「知的財産分野と環境分野

でいろいろな議論をしていることはよく承知している。事実、議論はされているのだろう」と述べる一方、「ただ中身について、どの国がどのように言ったか、それにどう答えたかは秘密保持義務がある」とし、詳細は伏せた。その上で「諸問題について、日本の立場や国際的な望ましい姿を考えながら、適宜適切に主張し議論していきたい」と語った。

社会保障制度改革の今後の流れについても概略を説明した。8月21日の社会保障制度改革国民会議設置期限に向かって起草委員会で作業を進めているとし、「（自公民の）3党協議と起草委員会の取りまとめを並行しつつ、情報共有してもらうこともあると思う。報告書がまとまった後は、政府手続きと与党内手続きを並行していくことになる」と述べた。（7/29MEDIFAXより）

困難な交渉へ、業界団体との連携重視／TPP政府対策本部

内閣官房のTPP政府対策本部は8月5日、業界団体代表者を対象に環太平洋連携協定（TPP）に関する説明会を開き、7月23-25日に初参加したマレーシア・コタキナバルでの第18ラウンド交渉について説明した。メディアには非公開。各国の交渉担当者には守秘義務が課されており、個別分野に立ち入った話はなかったもよう。対策本部は「重要な論点はこれから。今後もさまざまなステークホルダーと上手にコミュニケーションしながら、交渉を進めていく」としている。

渋谷和久内閣審議官がマレーシア交渉での雰囲気などを丁寧に説明し、その後、質疑応答が行われた。説明会終了後、会議室から出てきた日本医師会の中川俊男副会長は「（医療の話は）何もない」と語った。

終了後に取材に応じた渋谷審議官は「ある程度、踏み込んだ話をさせていただく最初の機会にした。次回ブルネイから、より困難でセンシティブな分野の議論が始まる。ステークホルダーの意見を聞かないといけない段階に入ってくる。ブルネイでも現地まで来る方には、なるべくきちんとした説明の場を設ける。各国に対して交渉する上で、攻め玉をもっと下さいというお願いもした」と述べ、業界団体とのコミュニケーションを重要視する姿勢を見せた。

また、NGOや消費者団体から「広く国民の意見を聞く場を設けてほしい」との意見が出たとして、パブリックコメントの募集や説明会とは違う形で、

一般国民とのコミュニケーションを図る方法も模索しているとした。（8/6MEDIFAXより）

事務連絡

医療・介護の個人情報、厳正な取り扱いを／厚労省が事務連絡

厚生労働省は7月11日付で、医療・介護・福祉関係事業者へ患者・利用者の個人情報を厳正に取り扱うよう求める事務連絡を各都道府県の担当部局に発出した。一部の医療機関や介護施設がインターネット上で電子メールを共有できるサービスを利用する際、不適切な設定により患者らの個人情報が第三者に閲覧可能になっていたとの報道を受け、あらためて注意を呼び掛けた。

事務連絡は、今回指摘されたケースは個人情報保護法が定める安全管理の義務に反する重大な事案になると指摘。従業員間で患者らの個人情報を共有する際、厳正に取り扱うよう医療・介護・福祉事業者にも周知徹底することを求めた。（7/16MEDIFAXより）

終末期医療ガイドラインの周知を／厚労省が事務連絡

厚生労働省が2007年5月に策定した「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」が十分に普及していないとして、同省医政局指導課在宅医療推進室は同ガイドラインを医療・福祉関係機関に周知させることを求める事務連絡を各都道府県などに7月1日付で発出した。

厚労省が13年6月に公表した「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の速報によると、医療関係職種などで同ガイドラインを参考にしていないとする割合は、医師19.7%、看護師16.7%、施設介護職員22.7%にとどまった。一方で、参考にしていなかったのは各職種とも20%前後、また、同ガイドラインを知らなかったのは医師33.8%、看護師41.4%、施設介護職員50.2%にも上った。

こうした実態を受け、厚労省は同ガイドラインを十分に普及させるため、あらためてその周知に向けた指導を求めた。

●合意内容は文書に

同ガイドラインは、終末期医療の在り方やケアの方針を決定する際の手続きを示したもので、積極的安楽死は対象にしていない。医療従事者からの適切

な情報提供に基づき、患者本人が医療従事者と話し合いをした上で意思決定することを終末期医療の原則に位置付けている。また、患者の意思が確認できる場合は、医療従事者との話し合いを通じて得られた合意内容を文書にまとめることを求めている。（7/8MEDIFAXより）

高額療養費

認定手続きに郵便活用を／高額療養費で総務省

総務省は8月6日、入院や手術で医療費がかさんだ患者の自己負担を抑える高額療養費制度について、郵送による認定証の申請や交付を積極的に活用するべきだとの意見をまとめた。国民健康保険を担当する市町村に伝えるよう8月6日付で厚生労働省に要請した。

患者らが役場に出向かなくても認定証をもらえるなどの利点がある。手続きを改善するかどうかは各市町村が判断する。

高額療養費制度は、患者が医療機関で自己負担分全額を支払った後、一定限度を超えた分が戻る仕組み。通常は返還まで3-4カ月かかるが、診療時に認定証などを提示すれば限度額までの支払いで済む。

認定手続きは市町村によって異なり、総務省の調べた16市はすべて郵送による申請・交付を認めていたものの、6割超は「本人に身寄りがなく、病気で窓口にも行けない場合」に限定していた。

総務省は、住民税を課されない低所得世帯には、無条件で郵送を認めれば便利になると指摘。「一般世帯への適用も市町村で判断してほしい」としている。（8/8MEDIFAXより）

日医

「新自由主義の発想から脱却」／国民会議報告書で日医・横倉会長

日本医師会の横倉義武会長は8月7日の定例会見で、政府の社会保障制度改革国民会議が報告書をまとめたことに対する見解を述べた。混合診療の全面解禁など市場原理主義的な施策が報告書に盛り込まれなかったとして「新自由主義的な発想から脱却したことは特筆すべき」と評価するなど、いくつかの記載を肯定的に捉えた。一方で複数の改革案は引き続き留意が必要だとして警戒感も示した。

日医は報告書がまとまった5日にすでに見解を發

表しており、今回は発表内容に詳しい説明を追加する形の会見となった。

●日本の医療費「高い水準ではない」、記載を評価

横倉会長は発表内容を読み上げた後、報告書に混合診療の全面解禁、保険外併用療養のさらなる拡大、セルフメディケーションに関する記載が見当たらなかったことについて「特筆すべき」と分析。また、「日本の医療費の対GDP比はOECD諸国の中で中位で、世界一の高齢化水準を踏まえれば決して高い水準ではない」と明記されたことに対し、「このように評価した政府の認識は初めてではないか」と指摘した。

日医として留意すべき部分も言及した。国民の医療・介護へのニーズと提供体制の関係に関し、これまで地域の医療機関、医療従事者の献身的な努力で提供体制が保たれてきた経緯を挙げて「医療ニーズと提供体制の間に大きなミスマッチがあることが認識されるという記載には違和感がある」と報告書の表現に注文を付けた。

●ホールディング型、不採算病院の閉鎖懸念

ホールディングカンパニー型の仕組みなどに触れている医療法人制度・社会福祉法人制度の見直しは「医療資源・介護資源が一定以上整備されている地域で、その機能が充実している場合は必要だと思う」と前置きした上で、利益追求によって傘下の不採算病院が閉鎖され地域医療が崩壊する可能性も否定できない点などを説明し、「病院の合併による巨大化は懸念があるし、規制緩和は慎重であるべきだ」と訴えた。

医療・介護サービス提供体制の改革を推進するための財政支援策については「医療法による基盤整備とかかりつけ医の評価を含めた診療報酬上の手当ての双方を車の両輪として行うべき」と主張した。

医療給付の重点化・効率化としてフリーアクセスの基本は守りつつ、緩やかなゲートキーパー機能の導入が盛り込まれていることについて、横倉会長は「まずはかかりつけ医を受診することが望ましい。多数の外来を受けることは病院側、特に勤務医の負担になる」と言及。「私としては（国民に）かかりつけ医を持ってもらいたいと主張してきており、フリーアクセスの制限とは受け取っていない」と述べた。

また、後期高齢者医療制度に対する日医の立場を記者から問われ、「後期高齢者に限定した診療料が廃止されたことで、制度自体は定着していると理解している」と応じた。（8/8MEDIFAXより）

保団連**国民会議の報告書「認められない」／保団連が談話**

保団連は8月6日、政府の社会保障制度改革国民会議が取りまとめた報告書は社会保障の給付削減と国民の負担増、さらにフリーアクセス制限を狙ったものであり、認められないとする三浦清春政策部長の談話を発表した。

談話は、報告書に医師と診療科の偏在是正や医療法人制度の見直しが盛り込まれたことに言及し、全国一律に行われた場合、医療提供体制の削減や選別が強まり、地域医療の崩壊につながると懸念を表明。また、▽紹介状のない患者が一定病床数以上の病院を受診する際の定額自己負担の導入▽入院時の食事の自己負担引き上げ▽70～74歳の患者負担の2割引き上げ▽ゆるやかなゲートキーパー機能の導入—などが記載され、給付の重点化・効率化と一体でフリーアクセスを制限する方向も示されたとして、報告書が示した施策は給付削減と負担増の拡大強化そのものだと批判した。

さらに、給付削減・負担増と消費増税は医療・介護サービスを必要とする人を直撃して「自己責任化」を強要することになるとし、国民会議の根拠法である社会保障制度改革推進法の廃止を求めた。（8/7MEDIFAXより）

次期改定で要請、管理栄養士の配置義務撤回など／保団連

保団連は8月1日に開催したマスコミ懇談会で、2014年度診療報酬改定に向けた要請書を厚生労働省に提出したことを明らかにした。

医科の要請書は7月25日、同省保険局医療課に提出した。重点要求として▽入院料算定要件への管理栄養士の配置義務付けと栄養管理実施加算の入院料への包括化を撤回し、独立した点数評価にすること▽入院患者の他医療機関受診の規制を撤回すること▽初・再診料への包括評価の拡大を行わず、適正に点数を引き上げること▽リハビリテーションの算定日数上限を撤廃し、必要なりハビリは制限せずに医療保険の中で患者に提供できるようにすること—などを盛り込んだ。

●被災者の負担金免除復活を

宮城県保険医協会の杉目博厚理事が、東日本大震災で被災した宮城県の仮設住宅居住者を対象に実施

したアンケート結果を基に、被災者の医療費一部負担金免除措置の復活を訴えた。アンケートは仮設住宅の居住者7000人に調査用紙を配布し、672人の回答を得た。

医療費一部負担金免除が終了した4月以降の受診状況の変化を尋ねたところ、「これまで通り受診している」が56.7%、「受診回数を減らした」が26.7%、「受診する科を減らした」が6.7%、「受診するのをやめた」が10.0%となり、半数近くで受診状況が変化していた。負担金免除の復活を希望する人も93.3%に上った。杉目理事は、仮設住宅で不自由な生活を強いられている被災者にとって免除打ち切りは死活問題になると指摘し、「国の責任で免除の復活が求められる」と主張した。（8/2MEDIFAXより）

外保連**技術料と材料費の分離評価、要望を継続／外保連・山口会長**

外科学会社会保険委員会連合（外保連）は7月9日の記者懇談会で、2014年度診療報酬改定に向け加盟学会から提出された376項目（新設190項目、改正143項目、材料新設32項目、材料改正11項目）にわたる要望項目を6月末に厚生労働省に提出したことを明らかにした。外保連は、次期改定に対する重点要望項目として▽複数手術の評価▽技術料と材料費の分離評価—の2点を挙げた。

山口俊晴会長（がん研有明病院副院長）は「外保連手術試案」に基づき引き続き手術料の評価を求めるとともに、「麻酔試案についても手術試案と同様に（データに基づき）外保連ルールで策定したもの。麻酔料評価時の参考データとして厚労省に認めてもらいたい」と述べた。

山口会長は「手術料に占める保険請求できない材料費の割合は、10年度改定と12年度改定で比較しても減少傾向で推移している」と一定の評価はしたが、「手術料に占める保険請求できない材料費の割合が100%超えの手術数が全体の9.2%存在する」とも指摘し、今後も引き続き厚労省に要望していく考えを示した。

外保連は、これまでも「技術料と材料費を分離評価すべき」と主張してきた。具体的には▽腹腔鏡下虫垂切除術は、非償還材料合計額23万円に対し手術料が11万4700円と逆転している▽腹腔鏡下胆嚢摘出術は、非償還材料合計額13万7288円に対し手術料が

21万5000円で非償還材料費が6割を占める一などの実績となっている。山口会長は「厚労省を納得させることは簡単ではないが、今後も要望していく」と述べた。

●複数手術は通則の見直しが必要

もう一つの重点要望項目である複数手術の評価について外保連は、「通則」を変えることで複数手術が適切に評価されるよう求めていく計画だ。「主たる手術」は100%の報酬だが、「従たる手術」は1つに限り50%報酬となっている。外保連は、主たる手術は100%の報酬、従たる手術は1つに限らず従たる手術に要する手術料が算定できるようにすべきとし、複数手術の通則を変更することを求めている。今後、外保連は厚労省とのヒアリングの中で強く要望していくとした。(7/10MEDIFAXより)

健保連

フリーアクセス部分制限など提言／提供体制改革で健保連

健保連は7月4日、「医療提供体制に関する健保連の見解」を公表した。医療提供体制改革として地域医療への入り口機能を担う「総合診療医」を養成することや、一定規模以上の病院については紹介による受診を原則とし医療へのフリーアクセスを部分的に制限することなどを提言。医療の成果・過程に関する情報提供の仕組みの必要性を指摘しているほか、一部の医療機関で用いられている「患者満足度」の公表を義務化すべきと求めている。介護療養病床については、廃止期限とされている2018年3月末までに介護老人保健施設などへ確実に転換させるべきとした。中医協で診療報酬による改革誘導策を検討することも求めた。

健保連が提言する改革事項は主に▽医療機能の分化と連携▽在宅医療の充実▽総合診療医の養成の3項目。医療機能分化と連携については、患者の状態に見合った病床で良質かつ適切な医療が効率的に提供されるよう「それぞれの機能に応じた必要病床数をバランスよく整備する必要がある」とした。

総合診療医については「医療の機能分化、医療の質の向上という観点からも、地域医療の入り口としての総合診療医の養成は極めて重要」とし、全人的・診療科目横断的医療や家族を含めた継続的な医療を提供する役割のほか、「必要に応じた他の医療機関等への紹介・調整機能を担うなど、地域医療の要、

ゲートキーパーとしての役割が期待される」とした。

●医療計画に強制力を

医療計画については、13年度から5年間の最新版でも2次医療圏の設定が不適切な地域があると問題視。機能分化推進のため導入する報告制度と地域ビジョン策定を前提に、実態として実効性が乏しい場合は基準病床数制度を見直して「機能別基準病床数」を設定するなど、医療計画を強制力ある仕組みとすることも求めている。中期的には地域医療ビジョンの実効性を検証した上で、病床機能を明確にする区分を設け、医療法への位置付けを検討すべきとした。

●診療報酬で誘導を

中医協での検討課題としては、機能分化の推進に向けた入院基本料の算定要件見直しや患者を総合的に診る医師の評価の在り方など、診療報酬による誘導策を挙げた。(7/5MEDIFAXより)

患者団体

混合診療「なし崩しの解禁に反対」／患者団体

74の患者団体で構成する「日本難病・疾病団体協議会」（伊藤たてお代表理事）は7月18日、「混合診療のなし崩しの解禁に反対する」との見解を発表した。見解では、政府が6月に閣議決定した規制改革実施計画で先進医療の拡大が盛り込まれたことに触れ、保険外併用療養費制度の安易な拡大は、混合診療のなし崩しの解禁につながるものだと強い懸念を示した。

多くの国費を投じた研究成果でもある高度で先進的な医療が、一部の経済的余裕のある患者だけが受けられる医療となるのは、公平性を欠く施策だと指摘。自由診療を安易に認めると、十分な安全性やエビデンスが確立していない段階で治療が行われる道を公的に認めることになり、患者の生命や健康に危険をもたらしかねないと懸念を示した。

高度な先進医療については、効果と安全性を確認した上で速やかに医療保険の適用とすることで、患者が等しく必要な治療を受けられるようにすべきとした。(7/19MEDIFAXより)

調査・データ編

「必要な受診ができない」14.2%／生活と支え合い調査

国立社会保障・人口問題研究所が7月24日に発表した「生活と支え合いに関する調査」の結果から、2012年7月1日以前の過去1年間に医療機関の受診を必要としながら実際に受診できなかった人の割合は14.2%に達していることが分かった。受診できなかった理由は「病院・診療所に行く時間がなかった」が最も多く、20-64歳では67.1%、65歳以上では33.2%を占めた。

調査は「全世代対応型」の社会保障制度に向けた基礎的資料を得るため、医療機関の利用状況のほか、各世帯の家計などの状況、家族や地域とのつながりや支え合いの実態などを把握することが目的。厚生労働省が行った12年国民生活基礎調査の対象地区1102地区（福島県を除く）の中から無作為に300地区を抽出し、そこに居住する世帯主と20歳以上の個人について12年7月1日現在の状況を調べた。調査対象の世帯に1万6096票の調査票を配布し、1万1450票を回収した。有効回収率は68.3%だった。20歳以上の個人に配布した調査票は2万6260票で、有効回収票は2万1173票。有効回収率は80.6%だった。

個人を対象とした調査で、過去1年間に医療機関への必要な受診ができなかった人は、男性が13.8%、女性は14.6%だった。年齢階級別に見ると、20-59歳で未受診経験の割合が高く、60-64歳から低下し、65歳以上では10%を下回った。

医療機関を受診できなかった理由として「病院・診療所に行く時間がなかった」に次いで多いのは、20-64歳では「公的医療保険に加入していたが、医療費を支払うことができなかった」が15.3%。65歳以上の高齢者では「病院・診療所まで距離が遠く、通院が困難」が19.0%、さらに、「身体上の理由で、病院や診療所に行くことが困難」が16.4%と続いた。「公的医療保険に未加入で、医療費の支払いもできなかった」と回答した人も、20-64歳と65歳以上の双方で3%弱存在する。

過去1年間に健康診断を受診しなかった人は27.8%だった。男女別の内訳は、男性23.6%、女性31.7%だった。特に30-34歳の女性において41.9%と

非常に高くなっている。未受診の理由については、「必要があると思わない」が65歳以上で48.1%、20-64歳で43.4%と最も多かった。（7/25MEDIFAXより）

年間利用者数、過去最高の543万人／12年度介護給付費実態調査

厚生労働省が7月31日に公表した「2012年度介護給付費実態調査」の結果によると、12年度に介護予防サービスまたは、介護サービスを利用した人（年間実受給者数）は前年度から25万6800人増の543万600人で過去最高となった。13年4月審査分の利用者1人当たり費用額は15万7600円で、前年度から600円増加した。12年4月に介護報酬改定が行われ、その後1年間の実態調査となったが、厚労省大臣官房統計情報部は「改定の影響が出ているか、一概にはわからない」とコメントしている。

同調査は、12年5月審査分から13年4月審査分までが対象。年間実受給者数の内訳を見ると、介護予防サービスが前年度から6万9000人増の134万2000人、介護サービスが18万4200人増の438万5200人となっている。

13年4月審査分における介護サービスの利用者1人当たり費用額を都道府県別に見ると、高い順に沖縄21万1400円、石川20万5100円、高知20万4600円と続き、例年通りの都道府県名が並んだ。一方、最も低いのは福島の18万100円で、次いで岩手18万800円、千葉18万2700円と続いた。

サービス別利用者数を見ると、介護療養型医療施設の利用者数は11万9400人で前年度から7400人減少した。介護療養型医療施設の利用者数は04年をピークに減少を続けている。12年度介護報酬改定で新設された定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用者は2800人、小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせた複合型サービスは800人だった。

●要介護区分、要支援1から要介護4の7割で変化なし

12年4月から13年3月まで1年間継続してサービスを利用した人の要介護状態の変化を見ると、要支援1から要介護4で同じ状態を維持した人は全体の約70%という結果を得た。要介護5で同じ状態を維持していた人は90.0%だった。

12年4月の要介護度を基準に重度化した人の割合を見ると、要支援1は31.6%、要支援2は21.2%、要介護1は26.7%、要介護2は20.8%、要介護3は20.3%、要介護4は15.3%となっている。

(8/1MEDIFAXより)

現在の医療制度、満足が63%／医療政策機構が世論調査

日本医療政策機構がこのほど発表した「2013年日本の医療に関する世論調査」によると、現在の医療制度に対して「満足」（「大いに満足」と「やや満足」）との回答が63%だった。個別項目を見ると、診断技術や医療の安全性については「満足」が過半数を超えたものの、制度決定プロセスに対しては「不満」が70%以上を占めた。

調査は12年12月から13年1月に、無作為に抽出した20歳以上の男女1650人を対象に実施。1013人から回答を得た。

医療制度に関して満足の割合が最も高かったのは「診断・治療等の技術の質」で71%。「医療の安全性」も68%と高かった。一方で不満の割合が高かったのは「制度決定への市民参加の度合い」の78%や「医療制度のわかりやすさ」の76%、「制度決定プロセスの公平さ」の73%だった。

患者負担を増やすことについて賛否を尋ねたところ、「賛成」「どちらかといえば賛成」の割合が最も高かったのは「高額所得者の医療費」で70%。「本人の努力で予防可能な生活習慣病の医療費」の61%や「ジェネリック薬でない高価なブランド薬を選ぶ場合の差額」「救急性の低い症状で夜間救急を利用した場合の費用」の57%が続いた。一方、「医療財政に負担がかかる高額な先端医療の費用」に対する自己負担増は「反対」「どちらかといえば反対」を合わせて72%を占めた。

●看取り、現実的には病院

看取りについては、自宅での看取りを希望する回答（「当てはまる」と「やや当てはまる」）が60%に上った。一方、住んでいる場所で死を迎えることは病院で亡くなるより手間がかかると考えている人は81%、現実的に病院で死を迎える可能性が高いと回答した人が77%いた。（7/17MEDIFAXより）

世帯平均所得548万円、09年水準に回復／12年国民生活基礎調査

厚生労働省が7月4日に発表した「2012年国民生活基礎調査」によると、1世帯当たりの平均所得金額（11年1年間の所得）は548万2000円で、前年比1.9%増となった。高齢者世帯では303万6000円（同1.2%減）、児童のいる世帯が697万円（同5.9%増）と

なり、全世帯平均と児童のいる世帯の平均で09年水準に回復した。厚労省は、1世帯当たりの稼働所得が上がったことが要因と見ている。

また、生活状況が「苦しい」と感じている割合（「大変苦しい」と「やや苦しい」の合計）は全世帯で60.4%となり、11年の61.5%から微減した。生活状況が「苦しい」と回答したのは児童のいる世帯では65.3%だったのに対し、高齢者世帯では54.0%だった。この意識調査は、12年7月時点。

65歳以上だけか、もしくはこれに18歳未満の未婚者が加わった世帯を指す「高齢者世帯数」は、1024万1000世帯で全世帯の21.3%を占めており、11年の20.5%から増加した。高齢者世帯を世帯別に見ると「夫婦のみの世帯」が49.0%で最も高く、「女の単独世帯」34.2%、「男の単独世帯」13.4%と続く。

一方、「65歳以上で子と同居している」世帯は1280万8000人（65歳以上の42.3%）に上った。

世帯構造別に見ると、多い順に「夫婦と未婚の子のみの世帯」は1466万8000世帯（全世帯の30.5%）、「単独世帯」が1216万世帯（同25.2%）、「夫婦のみの世帯」1097万7000世帯（同22.8%）となっている。また、「三世帯世帯」は364万8000世帯（同7.6%）、「母子世帯」は70万3000世帯（同1.5%）だった。

国民生活基礎調査は3年ごとに大規模調査を実施し、12年は簡易調査の実施年。11年に東日本大震災の影響で調査ができなかった宮城県・岩手県があらためて加わったが、福島県は調査を実施しておらず、集計対象から除いている。（7/5MEDIFAXより）

記事文末に（MEDIFAXより）と記載しているものは、契約に基づき株式会社じほう発行の「MEDIFAX」より転載・一部改変を許諾されたものです。

資料1

社会保障制度改革国民会議報告書

■ 2013年8月6日 社会保障制度改革国民会議 ■

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>(概要) http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo_gaiyou.pdf

政府の社会保障制度改革国民会議は8月5日に報告書をまとめ、6日に安倍首相に提出した。報告書は、総論「社会保障制度改革の全体像」と、各論「社会保障4分野の改革」の2部構成。総論では、社会保障の機能充実と給付の重点化・効率化を訴え、国民負担の増大は不可欠とした。52ページからは概要版を掲載した。

社会保障制度改革国民会議 報告書

～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～

平成25年8月6日

社会保障制度改革国民会議

国民へのメッセージ

日本はいま、世界に類を見ない人口の少子高齢化を経験しています。65歳以上の高齢人口の比率は既に総人口の4分の1となりました。これに伴って年金、医療、介護などの社会保障給付は、既に年間100兆円を超える水準に達しています。

この給付を賄うため、現役世代の保険料や税負担は増大し、またそのかなりの部分は国債などによって賄われるため、将来世代の負担となっています。そのこともあり、日本の公的債務残高はGDPの2倍を超える水準に達しており、社会保障制度自体の持続可能性も問われているのです。

しかしこの日本の人口高齢化は、多くの国民が長生きをすするようになっている結果でもあります。言うまでもなく長寿は人類長年の願いでもありました。戦後の日本は、生活水準の目覚ましい向上によって、これを実現しました。

そしてこれに大きく寄与したのが、実は社会保障制度の充実でした。医療保険、介護保険が行き渡り、誰でも適切な医療や介護を受けることができるようになったことが人々の寿命を延ばし、年金保険による所得保障が高齢期の生活を支え長寿の生活を可能にしたのです。

日本が人類の夢であった長寿社会を実現したのは社会保障制度の充実のおかげでもあったことを忘れてはなりません。社会保障制度の成功の証が長寿社会です。

その成功の結果が高齢化をもたらし、今度はその制度の持続可能性を問われることになったのです。私たちはこの素晴らしい社会保障制度を必ず将来世代に伝えていかなければなりません。そのために社会保障制度改革が必要なのです。

社会保障制度の持続可能性を高め、その機能が更に高度に発揮されるようにする。そのためには、社会保障料と並ぶ主要な財源として国・地方の消費税率をしっかりと確保し、能力に応じた負担の仕組みを整備すると同時に、社会保障がそれを必要としている人たちにしっかりと給付されるような改革を行う必要があります。

また何よりも社会保障制度を支える現役世代、特に若い世代の活力を高めることが重要です。子育て支援などの取組は、社会保障制度の持続可能性を高めるためだけでなく、日本の社会全体の発展のためにも不可欠です。全世代型の社会保障が求められる所以であり、納得性の高い社会保障制度のもとで、国民がそれぞれの時点でのニーズに合った給付を受けられるようにしていくことが大切です。

福沢諭吉は「学者は国の奴隷なり」と書いています。奴隷とは雇の群れが一心に餌を啄ばんでいるとき一羽首を高く揚げて遠くを見渡し難にそなえる雁のことで、学者もまた「今世の有様に注意して（現状を冷静に分析し）、以って後日の得失を論ずる（将来にとつて何が良いかを考える）」役割を担う、という意味です。私たちもまた、社会保障の専門家として、社会保障制度の将来のために何が良いかを、論理的、実証的に論議してまいりました。この報告書は、日本を世界一の長寿国にした世界に冠たる社会保障制度を、将来の世代にしっかりと伝えるために、現在の世代はどのような努力をしたらよいか、ということを考えていた私たち国民会議の結論であります。

平成25年8月6日

社会保障制度改革国民会議会長 清 家 篤

第1部 社会保障制度改革の全体像

社会保障制度改革国民会議 報告書

目次

1 社会保障制度改革国民会議の使命

(1) これまでの社会保障制度改革の経緯

日本のこの20～30年の社会保障制度改革の経緯を概観すると、1990年代初頭にはバブル経済が崩壊し、日本経済が長期にわたり低迷する中で、1990(平成2)年には「1.57ショック」として少子化が社会問題として本格的に意識され、また、1994(平成6)年には、65歳以上の人口が14%を超え、「高齢社会」が到来した。

この中で、子育て支援の分野では「今後の子育て支援のための施策の基本的方向について(エンゼルプラン)」(1994(平成6)年)が策定され、また、第5番目の社会保険として介護保険制度(2000(平成12)年)が実施された。

また、2000年代以降には、社会保障構造改革として、年金制度改革(2004(平成16)年)、介護保険制度改革(2005(平成17)年)、高齢者医療制度改革(2006(平成18)年)が実施され、これにより、各制度の持続可能性は高まったが、少子化対策の遅れ、高齢化の一層の進行に伴う制度の持続可能性、医療・介護の現場の疲弊、非正規雇用の労働者等に対するセーフティネット機能の低下等の問題が顕在化した。

こうした状況を踏まえ、福田・麻生政権時の社会保障国民会議(2008(平成20)年)、安心社会実現会議(2009(平成21)年)において、新しい社会保障の在り方をめぐる議論が開始された。社会保障国民会議では、社会保障の機能強化について具体的な提言が行われ、安心社会実現会議では、社会保障、雇用、教育の連携を踏まえ安心社会への道筋が展望された。また、少子化対策としては、2007(平成19)年に「『子どもと家族を応援する日本』重点戦略」が策定された。こうした議論を踏まえ、平成21年税制改正法附則第104条には、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」に充てられることを含めた税制の抜本的な改革を行うための法制上の措置を2011(平成23)年度までに講ずることが明記された。

さらに、民主党政権下においても、先の安心社会実現会議等の議論が引き継がれ、2010(平成22)年10月には社会保障改革に関する有識者検討会が設置されるところにも、社会保障の具体的な制度改革と税制改正について一体的に検討が進められた。2011(平成23)年7月には、「社会保障・税一体改革案」が閣議報告されるとともに、昨年2月には「社会保障・税一体改革大綱」が閣議決定され、その内容を実現するための関連法案が、昨年の通常国会に提出された。衆・参両議院で合わせて200時間以上の集中的な審議が行われ、衆議院における修正等を経て、昨年の8月10日の参議院本会議で可決、成立した。

消費税を段階的に10%に引き上げる税制改革関連法案及び子ども・子育て支援関連法案、年金関連法案の成立により、消費税収(国・地方、現行分の地方消費税を除く。)については、社会保障財源化されるところにも、消費税増収分の具体

第1部 社会保障制度改革の全体像

1 社会保障制度改革国民会議の使命

2 社会保障制度改革推進法の基本的な考え方

3 社会保障制度改革の方向性

4 社会保障制度改革の道筋 ～時間軸で考える～

第2部 社会保障4分野の改革

I 少子化対策分野の改革

1 少子化対策の意義と推進の必要性

2 子ども・子育て支援新制度等に基づいた施策の着実な実施と更なる課題

3 次世代育成支援を核とした新たな全世代での支え合いを

II 医療・介護分野の改革

1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命

2 医療・介護サービスの提供体制改革

3 医療保険制度改革

4 介護保険制度改革

III 年金分野の改革

1 社会保障・税一体改革までの道のりと到達点、残された課題

2 年金制度体系に関する議論の整理

3 長期的な持続可能性を強固にし、セーフティネット機能(防貧機能)を強化する改革に向けて

4 世代間の連帯に向けて

づけとなる。なお、これは、日本の社会保障の出発点となった1950（昭和25）年の社会保障制度審議会の報告にも示されている。

社会保障制度改革においては、こうした自助・共助・公助の位置づけを前提とした上で、日本の社会経済の情勢の変化を踏まえて、その最適なバランスをどのように図るのかについて議論が求められている。

(2) 社会保障の機能の充実と給付の重点化・効率化、負担の増大の抑制
社会保障と経済や財政は密接不可分な関係にあり、十分に相互の状況を踏まえながら、一体的に検討することが必要である。

現行の社会保障制度の基本的な枠組みが作られた高度経済成長期以降、少子高齢化の進行、生産年齢人口の減少、経済の長期低迷とグローバル化の進行、家族や地域の扶養機能の低下、非正規雇用の労働者の増加による雇用環境の変化など、日本の社会経済情勢については、大きな変化が生じている。

その中で、子育ての不安、高齢期の医療や介護の不安、雇用の不安定化、格差の拡大、社会的なつながり・連帯感のほころびなど、国民のリスクが多様化するとともに拡大している。こうしたリスクやニーズに対応していくためには、社会保障の機能強化を図らなければならない。

また一方で、経済成長の鈍化と少子高齢化の更なる進行の中で、社会保障費は経済成長を上回って継続的に増大しており、国民の負担の増大は不可避となっている。

こうした中で、既存の社会保障の安定財源を確保するとともに、社会保障の機能強化を図るためには、税や社会保険料の負担増は避けられないが、こうした負担について国民の納得を得るとともに、持続可能な社会保障を構築していくためには、同様の政策目的を最小の費用で実施するという観点から、徹底した給付の重点化・効率化が求められる。

また、社会保障が、現在、巨額の後代負担を生みながら、財政運営を行っていることは、制度の持続可能性や世代間の公平という観点からも大きな問題であり、現在の世代の給付に必要な財源は、後代につけ回しすることなく、現在の世代で確保できるようにすることが不可欠である。

このため、「自助努力を支えることにより、公的制度への依存を減らす」ことや、「負担可能な者は応分の負担を行う」ことにより、社会保障の財源を積極的に生み出し、将来の社会を支える世代の負担が過大にならないようにすべきである。

また、ICTの活用や医療データの整備など社会保障の重点化・効率化につながるハード面の整備とそれを活用できる人材の育成などソフト面の整備が重要である。

的な活用先として、子ども・子育て支援の拡充を図ること、年金分野においては、基礎年金の国庫負担割合を3分の1から2分の1に引き上げることのほか、低所得者に対する福祉的給付などの措置が講じられることとなった。

(2) 社会保障制度改革国民会議の使命

社会保障・税一体改革関連法案の国会審議が開始される中で、昨年6月、自由民主党、公明党、民主党の三党（以下「三党」という。）で確認書が合意され、それに基づき、三党の提案で社会保障制度改革推進法案が国会に提出され、他の一体改革関連法案と同時に昨年8月10日に成立した。社会保障制度改革推進法（以下「改革推進法」という。）においては、政府は、改革推進法に規定された基本的な考え方や基本方針ののち、社会保障制度改革を行うものとして、このために必要な法制上の措置については、法律施行後1年以内に、国民会議における審議の結果等を踏まえて講ずるものとされた。また、国民会議の立ち上げに当たっては、三党の合意による国民会議における検討項目が示されている。

このように、2008（平成20）年の社会保障国民会議以来の社会保障制度改革の議論については、2回の政権交代を超えて共有できる一連の流れがある。

国民会議においては、こうした議論の流れを踏まえつつ、2012（平成24）年2月17日に閣議決定された社会保障・税一体改革大綱その他の既往の方針のみにかかわらず、幅広い観点に立って、改革推進法に規定された基本的な考え方や基本方針に基づき、社会保障制度改革を行うために必要な事項を審議することをその使命としている。

2 社会保障制度改革推進法の基本的な考え方

(1) 自助・共助・公助の最適な組合せ

日本の社会保障制度は、自助・共助・公助の最適な組合せに留意して形成すべきとされている。

これは、国民の生活は、自らが働いて自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持するという「自助」を基本としながら、高齢や疾病・介護を始めとする生活上のリスクに対しては、社会連帯の精神に基づき、共同してリスクに備える仕組みである「共助」が自助を支え、自助や共助では対応できない困難などの状況については、受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う公的扶助や社会福祉などの「公助」が補完する仕組みとするものである。

この「共助」の仕組みは、国民の参加意識や権利意識を確保し、負担の見返りとしての受給権を保障する仕組みである社会保険方式を基本とするが、これは、いわば自助を共同化した仕組みであるといえる。

したがって、日本の社会保障制度においては、国民皆保険・皆年金に代表される「自助の共同化」としての社会保障制度が基本であり、国の責務としての最低限度の生活保障を行う公的扶助等の「公助」は自助・共助を補完するという位置

が投入されている。さらに、後期高齢者医療制度や介護保険制度にも、国費と地方費が2分の1投入されている。税と社会保険料の役割分担については、どのように考えるべきであろうか。

日本の医療保険制度や年金制度は、被用者保険と自営業者等を対象とした保険に分かれており、医療保険制度は、それぞれのグループ内において、更に細かく保険者が分立していること、また、無職者や低所得者であっても、医療保険制度や年金制度に加入するという皆保険・皆年金の考え方をとっていることが特色となっている。なお、国際的にみても、低所得者や無職者まで含めて制度に加入させる仕組みは一般的なものではなく、1961(昭和36)年という日本がまだ貧しい段階でこれを実現したことは特筆に値する。

社会保険制度への公費投入の理由は、一つは、無職者や低所得者も保険に加入できるように、保険料の負担水準を引き下げることであり、もう一つは、保険制度が分立していることによる給付と負担の不均衡を是正することである。

まず、前者については、現行制度の下では、現在、高齢化の進行や非正規雇用の労働者の増加による所得格差が増大する中で、保険料負担の逆進性を強めることとなる。したがって、逆進性緩和の観点から低所得者の保険料軽減や標準報酬月額の高限度額の引上げを行うなど、社会保険料の在り方を再点検した上で、社会保障の維持と機能強化のために公費を投入することが必要となる場合がある。

一方、後者については、制度分立は保険者の仕組み方の問題であり、基本的には保険制度の中での調整が求められ、原則としては公費投入に頼るべきではなく、公費投入は保険者間で調整できないやむを得ない事情のある場合とすべきである。

また、給付の大宗を社会保険制度で賄っている年金・医療・介護については、既に財源の4割弱が公費(税財源)で占められており、これらの給付が増えれば、必要となる税財源が増えていくこととなるが、社会保障をめぐる財政は、社会保障関係費が増大する中で、それに見合った税負担がなされておらず、その不足分をいわゆる赤字公債で補っている状況であり、消費税が増税された後もこの構造が解消されるわけではない。こうした状況は、国・地方を通じた財政の健全化、社会保障の持続可能性、世代間の公平という観点から極めて問題である。

こうした日本の財政状況も踏まえれば、社会保険への税の投入については、上記の所得格差の調整を含め、社会保険料に係る国民の負担の適正化に充てることが基本とすべきである。

一方、社会保険は、透明性と納得性にその特徴があることから、制度が必要以上に複雑にならないようにできる限り努力しなければならない。

(3) 社会保険方式の意義、税と社会保険料の役割分担

① 国民皆保険・皆年金と社会保険方式の意義

「国民皆保険・皆年金」は、すべての国民が、公的医療保険や公的年金による保障を受けられるようにする制度であり、日本の社会保障の中核として、国民生活を支えてきた。この仕組みは、「社会保険方式」として運営され、保険証一枚で医療機関にフリーアクセスできる公的医療保険や、世界最長の長寿社会を支える公的年金は、世界に誇れる国民の共有財産となっている。

社会保険方式は、国民の参加意識や権利意識を確保し、保険料を支払った人にその見返りとして受給権を保障する仕組みであり、いわゆる自助を共同化し、国民の自立を社会的に支援する仕組みである。

社会保険方式は、保険料の見返りとして給付を受けられることから、権利性が強く、給付と負担の関係が税と比較して明確であることから、必要な給付水準に対する負担について理解を得られやすく、また、保険というリスク分散の考えに立つことで、社会保障の対象を一定の困窮者から国民全体に拡大した普遍的な制度となっている。

一方、社会保険方式のデメリットは、保険料を納付しない者、制度への加入手続きをとらない者は、保障を受けられないことであるが、皆保険・皆年金制度を実質的に確保する観点から、所得水準を勘案した負担しやすい保険料とすることや、免除制度を設けることにより、できる限りすべての者を保険の加入者とするための仕組みを組み込んでいる。

② 皆保険・皆年金のセーフティネット機能(防衛機能)の弱体化

近年、被用者保険に加入できず、さらに国民年金や国民健康保険の保険料が未納になることにより皆保険・皆年金の網の目から漏れてしまう非正規雇用の労働者が少なくないことが大きな問題となっている。

皆保険・皆年金制度の国民の生活保障として意義を貫徹していくためには、効果的な未納・未加入対策を講じていくことや、非正規雇用の労働者にも社会保障が十分機能するよう、被用者保険の適用拡大など就労形態の変化に対応した制度設計の見直しを図っていくことが課題となっている。また、経済・雇用政策等様々な政策を連携させて、すべての人々が安定して働ける社会を目指すことが求められる。

③ 税と社会保険料の役割分担

社会保険制度の財源は、原則、保険料であるが、日本の社会保険制度には、多くの公費(税財源)が投入されている。例えば、全国民に給付される基礎年金には国費が2分の1投入され、自営業者や年金受給者等の無職者等が加入し、医療サービスを受ける国民健康保険には、国費と地方費が2分の1投入され、中小企業のサラリーマンが加入する全国健康保険協会の給付費にも一部国費

するという私的扶養を社会化したものであることに十分留意が必要である。例えば、年金制度が十分に成熟する以前の世代は、親の私的扶養もしながら、自らの保険料を納めてきたのであり、公的年金の給付と負担だけをみて損得論を議論するのは不適切である。また、介護保険制度の創設により、家計における税・保険料の負担は増加したが、一方で介護サービスが大幅に増加し、その結果、主に女性が担っていた家族内での介護負担は軽減している。

このように年金制度を始めとする社会保障は、単に高齢世代のメリットとなっているだけでなく、高齢世代の生活保障を社会的な仕組みとして行うことによつて、その子や孫の負うべき負担を軽減し、現役世代のメリットにもなっていることを考慮する必要がある。

なお、公的年金制度が遺族年金や障害年金など若い世代にも起こり得る所得喪失のリスクに対応していること、事後的な社会経済変動にも対応できる仕組みであること、寿命の不確実性をカバーする終身保障であることなど、様々なリスクヘッジ機能を有していることも忘れてはならない。

このようにことに留意しつつ、他方、世代間の不公平論が広まる土壌があることにも目配りが必要である。負担の先送りの解消はもとより、教育現場等を含め、社会保障の意義や若い人々にとつてのメリットを正しく理解してもらえよう努力することや、若い人々の納得感が得られる全世代型の社会保障への転換を目に見えぬ形で推進することが重要である。なお、個々の制度の問題ではなく、こうした世代間の不公平論が広まる土壌として、若年層の雇用環境が極めて厳しい現状にあることにも留意が必要である。

また、高齢世代にも、社会保障が世代間の連帯・助け合いの制度であることと理解してもらい、社会保障を持続可能なものとしていく努力を求めめる必要がある。

3 社会保障制度改革の方向性

(1) 「1970年代モデル」から「21世紀（2025年）日本モデル」へ

日本の社会保障の枠組みは、1961（昭和36）年の国民皆保険・皆年金を経て、年金や医療の給付の大幅な改善が実施された1973（昭和48）年（「福祉元年」と呼ばれる。）に完成されたものである。右肩上がりの経済成長と低失業率、それにより形成された正規雇用・終身雇用の男性労働者の夫と専業主婦の妻と子どもという核家族がモデルの下で、「現役世代は雇用、高齢者世代は社会保障」という生活保障モデルが確立し、また、高齢化率も現在に比べるとかなり低いレベルであった。

これに対して、1990年代以降の国内外の社会経済状況の変化の中で、これまでの社会保障が前提としていた日本の社会経済構造は大きく変化してきている。まず、日本の人口構成は他国に類を見ないスピードで少子高齢化が進んでおり、2025（平成37）年には、いわゆる「団塊の世代」がすべて75歳以上となり、高

(4) 給付と負担の両面にわたる世代間の公平

① すべての世代を対象とした社会保障制度へ

少子高齢化の進行と現役世代の雇用環境が変化することで、これまでの日本の社会保障の特徴であった現役世代への給付が少なく、給付は高齢世代中心、負担は現役世代中心という構造を見直して、給付・負担の両面で世代間・世代内の公平が確保された制度とすることが求められる。

社会保障の持続可能性にとつてとりわけ重要なことは、子育て中の人々など若い人々が日々の暮らしに安心感を持ち、将来に対し、夢と希望が持てることであり、社会保障制度改革は、こうした視点から取り組む必要がある。将来に対し、夢と希望を抱くことができる社会保障を構築することによつて、若い人々も納得して制度に積極的に参加することができる。

こうした観点から、若い人々も含め、すべての世代に安心感と納得感の得られる全世代型の社会保障に転換することを目指し、子ども・子育て支援など、若い人々の希望につながる投資を積極的に行うことが必要である。こうした取組を通じて、若い人々の負担感ができる限り高まることのないようにすることが重要である。

② 将来の社会を支える世代への負担の先送りの解消

国の基礎的財政収支対象経費に占める社会保障関係費の割合が4割を超えており、税収は歳出の半分すら賅っていない状況に照らせば、社会保障関係費の相当部分を将来の社会を支える世代につけ回していることになる。

現在の世代が享受する社会保障給付について、給付に見合った負担を確保せず、その負担を将来の社会を支える世代に先送ることは、財政健全化の観点のみならず、社会保障の持続可能性や世代間の公平の観点からも大きな問題であり、速やかに解消し、将来の社会を支える世代の負担ができる限り少なくなるようにする必要がある。高齢化が急速に進む中でも、将来の社会を支える世代の痛みを少しでも緩和するために、現在の世代が、何ができるのかをしっかりと考えなければならない。

いずれにせよ、受益と負担が見合わない社会保障はいずれ機能しなくなり、その結果、社会の活力を失わせてしまうこととなる。このように社会保障制度改革と財政健全化は、同時達成が必須となっている。

③ 「世代間の損得論」と高齢者向け給付の持つ「現役世代のメリット」

年金制度や高齢者医療制度、介護保険制度を念頭に、「世代間の不公平」を指摘する意見がある。すなわち、「親の世代は、少ない負担で多額の給付がもらえたが、若い世代は負担に比べてもらえない給付が少ない」という世代間の損得論の主張である。

しかし、年金制度や高齢者医療制度、介護保険制度は、子どもが老親を扶養

である。

もとより、こうした社会保障制度の再編・再構築とは、日本の社会保障制度の持つ長所はそのまま生かし、時代に合わなくなった点を見直すことで、これまで以上に良い制度を後代に引き継ぐためのものであり、真に必要な改革を着実に実行することが必要である。

(2) すべての世代を対象とし、すべての世代が相互に支え合う仕組み

上述のように、「21世紀型(2025年)日本モデル」の社会保障では、主として高齢者世代を給付の対象とする社会保障から、切れ目なく全世代を対象とする社会保障への転換を目指すべきである。

その際、全世代型の社会保障への転換は、世代間の財源の取り合いをすることはなく、それぞれ必要な財源を確保することによって達成を図っていく必要がある。

また、世代間の公平だけでなく、世代内の公平も重要であり、特に他の年代と比較して格差の大きい高齢者については、一律横並びに対応するのではなく、負担能力に応じて社会保障財源に貢献してもらうことが必要である。

このような観点から、これまでの「年齢別」から「負担能力別」に負担の在り方を切り替え、社会保障・税番号制度も活用し、資産を含め負担能力に応じて負担する仕組みとしていくべきである。

(3) 女性、若者、高齢者、障害者などすべての人々が働き続けられる社会

これまでの男性中心の働き手という家族形態から、男性も女性もともに働き、ともに子育てするという家族形態へ変化してきた。この変化に対応し、子育て支援の充実など夫婦の働き方を問わず子育てができる環境を整備することが、社会保障に求められている。

女性の就業については、夫婦共働きが増加し、就業率が上昇傾向にあるもの、いまだ男性よりも低い水準となっている。また、女性の労働力率を年齢階級別にみると、30歳代を底としたいわゆるM字カーブがみられ、依然として、出産、子育てを機に就業を中断する女性が多い。少子化が進む中、働きながら子育てできる環境整備を進めることが重要であり、また、女性の就業率の上昇は経済成長にも資することからも、子ども、子ども・子育て支援新制度による保育の充実に加え、父母ともに育児にかかわられるワーク・ライフ・バランスを確実に実現していく必要がある。

また、今後、要介護者が急増する中、親などの介護を理由として離職する人々が大幅に増加する懸念がある。育児・介護休業法による介護休業・休暇を周知徹底するとともに、こうした制度を実際に利用できる職場環境の整備を積極的に支援していくことが必要である。

高齢者についても、健康寿命が延伸することを踏まえ、高齢者が培ってきた知

識者の中でより高齢の者が増える超高齢社会になっていく。

また、社会保障支出が増える中、支え手である生産年齢人口は少なくなっていく。一方、核家族化の進行や高齢世帯の増加、さらには夫婦共働きの増加により、家族や親族の支え合いの機能が希薄化し、また、都市化に伴う生活様式の全国的な浸透や人口の減少により、地域の支え合いの機能も低下していくことを免れない。

さらに、高度経済成長期に形成され、安定経済成長期まで維持されてきた日本型雇用システムに代表される企業による生活保障機能についても、経済のグローバル化や経済の低成長に対応するために増加した非正規雇用の労働者については適用されず、これらの人々は企業の保護の傘から外れるといった状況になっている。雇用については、賃金や処遇の在り方を見直すことで、企業内の人材を育て、長期にわたって雇用する仕組みを維持しやすくすることが求められている。こうした社会経済状況の変化を踏まえ、日本の社会保障制度を「1970年代モデル」から「21世紀(2025年)日本モデル」に再構築して、国民生活の安心を確保していくことが、喫緊の課題となっている。

男性労働者の正規雇用・終身雇用と専業主婦を前提とした「1970年代モデル」では、社会保障は専ら「年金」、「医療」、「介護」が中心となっていたが、「21世紀(2025年)日本モデル」では、年金、医療、介護の前提となる、現役世代の「雇用」や「子育て支援」、さらには、「低所得者・格差の問題」や「住まい」の問題なども社会保障として大きな課題となってくる。

なお、1990(平成2)年に「1.57ショック」として、少子化問題が社会的に認識されたにもかかわらず、必要な施策が必ずしも十分に進まなかったのは、こうした施策が年金・医療・介護のように財源調達力の高い社会保障方式を採っておらず、当時、急速に悪化した財政状況の下で、必要な財源が確保されなかつた点にも原因があったことに留意すべきである。

したがって、「21世紀(2025年)日本モデル」の社会保障については、必要な財源を確保した上で、子ども・子育て支援を図ることや、経済政策・雇用政策・地域政策などの施策と連携し、非正規雇用の労働者の雇用の安定・処遇の改善を図ること等を始めとしてすべての世代を支援の対象とし、また、すべての世代が、その能力に応じて支え合う全世代型の社会保障とすることが必要である。

また、限られた資源を有効に活用するとともに、QOL(Quality of Life)の向上という観点から、様々な生活上の困難があっても、地域の中で、その人らしい生活が続けられるよう、それぞれの地域の特性に応じて、医療・介護のみならず、福祉・子育て支援を含めた支え合いの仕組みをハード面、ソフト面におけるまちづくりとして推進することが必要である。

こうしたまちづくりを、21世紀(2025年)の新しいコミュニティの再生と位置づけ、こうした取組を通じて、超高齢化の中にあっても、誰もが安心し、かつ希望を持って生きることができ、「成熟社会の構築」に向けてチャレンジすべき

制や社会保障制度を通じて、負担できる者が負担する仕組みとするなど所得再分配機能をも強化しつつ、経済政策、雇用政策、教育政策、地域政策、税制など、様々な政策を連携させていく必要がある。

一方で、雇基盤の変化や家族や地域との結びつきを形成できずに高齢期を迎える者が増加し、低所得で社会的な結びつきが弱い単身高齢者の急増が予測されている。年金、医療、介護における低所得者対策の強化に加え、税制抜本改革法の規定に基づく「総合合算制度」（医療、介護、保育等に関する自己負担の合計額に一定の上限を設ける仕組みその他これに準ずるものをいう。）の創設の検討を進め、貧困リスクの高まりに対応するとともに、必要な社会サービスの利用から低所得者が排除されないようにすることが重要である。

こうした施策を実行していくためには、年金税制等により優遇されている高齢者の問題などを検討し、低所得者をより適切に把握できるような仕組みを目指すことが重要である。

(6) 地域づくりとしての医療・介護・福祉・子育て

今後、大都市では、75歳以上の高齢者が急増する一方、地方圏では、75歳以上の高齢者数の伸びは緩やかになり、減少に転じる地域も少なくない。一方、過疎化が進む地域では、人口が急速に減少し、基礎的な生活関連サービスの確保が困難になる自治体も増加する。このように地域ごとに高齢化の状況が異なり、また、地域の有する社会資源も異なることから、各地域において地域の事情を客観的なデータに基づいて分析し、それを踏まえて、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築など医療・介護の提供体制の再構築に取り組んでいくことが必要となる。

高齢化に伴い患者が急増することによって、医療需要が量的に増加するだけでなく、疾病構造も変化し、求められる医療もそれに合わせた形で変化する中で、医療資源を有効に活用し、より質の高い医療提供体制を実現するため、医療機能の分化・連携を強力に進めていくことが必須であるが、その改革の実現のためには、在宅等住み慣れた地域の中で患者等の生活を支える地域包括ケアシステムの構築が不可欠である。

過度な病院頼みから抜け出し、QOLの維持・向上を目標として、住み慣れた地域で人生の最後まで、自分らしい暮らしを続けることができる仕組みとするためには、病院・病床や施設を持っている機能を、地域の生活の中で確保することが必要となる。すなわち、医療サービスや介護サービスだけでなく、住まいや移動、食事、見守りなど生活全般にわたる支援を併せて考える必要がある。このためには、コンパクトシティ化を図るなど住まいや移動等のハード面の整備や、サービスの有機的な連携といったソフト面の整備を含めた、人口減少社会における新しいまちづくりの問題として、医療・介護のサービス提供体制を考えていくことが不可欠である。

識や経験を活かせるよう、意欲と能力がある限り、年齢にかかわらず、働くことができて社会の実現に向けた取組が必要である。

また、人口減少社会となった我が国では、明日の社会を支える若者が安定的な雇用に就き、適切な職業キャリアを積むことができるようになることが何より重要であり、新規学卒者を含む若者に対する効果的な就業支援等を検討すべきである。

こうした取組により、社会保障の支えられる側、支える側という従来の考え方を乗り越えて、女性や若者、高齢者、障害者を始め働く意欲のあるすべての人が働くことができる社会を目指し、支え手に回る側を増やすことに国を挙げて積極的にチャレンジすべきである。

(4) すべての世代の夢や希望につながる子ども・子育て支援の充実

少子化の問題は、社会保障全体にかかわる問題であり、また子育て支援は、親子、家族のためだけでなく、社会保障の持続可能性（担い手の確保）や経済成長にも資するものである。これをすべての世代に夢や希望を与え、日本社会の未来への投資であると認識し、取り組むべきである。

子育てを社会全体で支援して、子育てを楽しめる社会としていくことが必要であり、妊娠・出産から子育てまでのトータルな支援や、発達初期の教育・保育などすべての子どもへの良質な発達環境の支援を充実していくことが求められる。加えて、子ども達の発達初期の環境は、後の思春期や成人期の発達にも影響を及ぼすものであり、良質な環境の整備が格差・貧困対策としても効果的であることに留意すべきである。

(5) 低所得者・不安定雇用の労働者への対応

日本の社会保険制度は、低所得者や無職者でも加入できよう工夫した仕組みであるが、非正規雇用の労働者等が増大する中で、制度的に被用者保険制度の適用から除外されている者が増大し、他方で国民健康保険などでは低所得のために保険料を支払うことが難しくなる者が増加してきた。

グローバル化等による雇用の不安定が、格差・貧困問題の深刻化につながらないうよう、働き方の違いにかかわらず、安定した生活を営むことができる環境を整備することが重要である。このためには、まずは、非正規雇用の労働者の雇用の安定や処遇の改善を図ることが必要であり、また、非正規雇用の労働者に対して社会保障が十分機能するように、こうした労働者にも被用者保険本来の姿に直し、制度を適用されるようにしていくこと（被用者保険の適用拡大）が重要である。

格差・貧困問題の深刻化は、社会の統合を脅かし、社会の分裂を招くとともに、多くの人の能力が発揮されずに終わる。こうした格差・貧困問題を解決するために、政コストの肥大化を招くことになる。こうした格差・貧困問題を解決するためには、誰もが働き、安定した生活を営むことができる環境を整備するとともに、税

(8) 成熟社会の構築へのチャレンジ

2025（平成 37）年には、団塊の世代がすべて、75 歳以上の高齢者となり、高齢者の中でもより高齢の者が増加する。また、人口の減少により、2050（平成 62）年には現在の人の居住している地域の 2 割は無化するといわれる。

こうした中で要介護者が急増するとともに、認知症などが大きな問題となり、また、人口減少による限界集落の問題など、多くの解決すべき課題が想定されている。

しかし、その一方で、今後の高齢社会では、平均余命、とりわけ健康寿命が伸びることで、老後という自分が自分らしく生きられる豊かな自由な時間が増え、その中で新しい人生の意味を見つけていくことも可能となる。

また、従来の支えられる側、支える側という区分を取り払って、こうした高齢者が社会で活躍できるような、経済社会システムづくりを行っていくことが求められる。

例えば、医療の目的は、従来の「治す医療」からより QOL を重視した「治し・支える医療」への転換が求められる。また、医療・介護の提供体制についても、まちづくりとして考えることが求められ、終末期ケアや看取りの在り方についても、最後まで自分らしく生きるためにどうあるべきかという観点から、国民的な議論を行っていくことが求められる。

社会保障の制度設計に当たって、中期からの健康管理や介護予防など個人が、リスクの軽減に向けた自助努力を行うインセンティブを持てる仕組みや、サービスの選択肢を増やし、個人が選択していただける仕組みを組み込むことも必要となる。

また、健康で長寿を実現することは人類の理想であり、人生 90 年時代には、これまでの画一的な人生モデルではなく、多様な人生設計が可能となる。90 年の人生を健康で、持てる力を最大限に発揮して生きるために、個人が人生設計能力を高める必要がある。

このように、人口構成の変化や高齢化等をネガティブに考えるのではなく、様々な課題に正面から向き合い、一つ一つ解決を図っていくことを通じて、世界の先頭を歩む高齢化最先進国として、超高齢社会の中を充実して生きていく社会づくりを、「成熟社会の構築」ととらえて、チャレンジしていくことが必要である。

4 社会保障制度改革の道筋 ～時間軸で考える～

上記のような考え方に沿った制度の改革については、将来あるべき社会像を想定した上で、短期と中長期に分けて実現すべきである。

すなわち、まずは、消費増税という国民負担を社会保障制度改革の実施という形で速やかに国民に還元するため、今般の一体改革による消費税の増収が段階的に生じる期間内に集中的に実施すべき改革である。また、中長期とは、団塊の世代がす

また、地域内には、制度としての医療・介護保険サービスだけでなく、住民主体のサービスやボランティア活動など数多くの資源が存在する。こうした家族・親族、地域の人々等との間のインフォーマルな助け合いを「互助」と位置づけ、人と生活の質を豊かにする「互助」の重要性を確認し、これらの取組を積極的に進めるべきである。

さらに、(5) で述べたように、今後、比較的所得の単身高齢者の大幅な増加が予測されており、都市部を中心に、独居高齢者等に対する地域での支え合いが課題となっている。地域の「互助」や、社会福祉法人、NPO 等が連携し、支援ネットワークを構築して、こうした高齢者が安心して生活できる環境整備に取り組むことも重要である。

このような地域包括ケアシステム等の構築は、地域の持つ生活支援機能を高めるという意味において「21 世紀型のコミュニティの再生」といえる。

病床機能の分化・連携や、地域包括ケアシステムの構築は、団塊の世代のすべてが 75 歳以上となる 2025（平成 37）年に向けて速やかに取り組むべき課題であり、その実現に向けて早急に着手し、全国から先駆的実践事例等を収集するなど、地域の特性に応じて実現可能な体制を見出す努力を促すための取組を早急に開始すべきである。

医療・介護の地域包括ケアシステムの構築により、地域ごとに形成されるサービスのネットワークは、高齢者介護のみならず、子ども・子育て支援、障害者福祉、困窮者支援にも貴重な社会資源となり、個人が尊厳を持って生きていくための、将来の世代に引き継げる貴重な共通財産となる。

(7) 国と地方が協働して支える社会保障制度改革

子育て、医療、介護など社会保障の多くが、地方公共団体を通じて国民に提供されており、社会保障における地方公共団体の役割は極めて大きい。制度運営について、住民と直接向き合う地方公共団体は、各地域における社会保障の運営責任者というべき存在であるといえる。

したがって、今般の社会保障制度改革については、その成果を確実に国民に還元していくためにも、地方公共団体の理解が得られるような改革とし、自己改革や応分の負担など国と地方公共団体がそれぞれ責任を果たしながら、対等な立場で協力し合う関係を築くことが重要である。

また、社会保障制度改革の推進に当たっては、国が基本的なビジョンを示しつつも、地方公共団体が主体的かつ総合的に改革に取り組んでいけるよう、社会保障における国・都道府県・市町村の役割分担の見直し、地方公共団体の必要な役割・財源の強化、社会保障制度改革を進めるための基盤整備について、国と地方公共団体が連携して進めていくことが必要である。

第2部 社会保障4分野の改革

I 少子化対策分野の改革

1 少子化対策の意義と推進の必要性

少子化対策、子ども・子育て支援策は、すなわち次世代育成支援である。その目的は第一義的に、すべての子どもたちが健やかに成長するために、出生前から乳幼児期、就学後まで一貫して切れ目なく良質な成育環境を保障することにある。

子どもたちへの支援は、社会保障の持続可能性・経済成長を確かなものとし、日本社会の未来につながるものである。そのためすべての世代が連携して、すべての子どもの成長を温かく見守り、支えることができる社会の構築を目指すことが、社会保障制度改革の基本をなすものと考えられる。

少子化対策は、1990（平成2）年の「1.57ショック」を契機として始められたが、その後、2005（平成17）年度からの10年間を集中期間として取組が進められてきた。この間、2007（平成19）年の「『子どもと家族を応援する日本』重点戦略」を経て、昨年の子ども・子育て関連3法まで、長年の議論を基に着実に施策が積み重ねられてきた。しかしながら、少子化傾向は一向に歯止めがかかっていない。その背景に、今なお子どもと子育てをめぐる厳しい実態があることを直視しなくてはならない。危機感を持って集中的な施策を講じるべきである。

この度、社会保障と税の一体改革の中に、子育て支援が位置づけられ、子ども・子育て支援新制度を設けて、恒久財源の確保が決定されたことは、歴史的に大きな一歩である。これを機に過去の対策を改めて精査し、また少子化脱却に成功した国々の先行事例に学びつつ、少子化対策・子育て支援を更に着実に推進していくことが求められる。

少子化の原因の主たるものとして、若年失業者やフリーターが多いなど若者が社会的に自立することが難しい状況であることに加えて、出産・子育ての機会費用が大きいがあげられる。若い世代の希望を実現することが社会の責務であり、未来は変えられるとの強い意志を持って改革に望むべきである。妊娠・出産・子育ての切れ目ない支援が必要であり、具体的には、まず出産・子育てと就労継続の二者択一状況を解決することが必要である。とりわけ第1子出産を機に約6割の女性が就労継続を断念している事実は放置できない。内閣府の報告書によれば、日本の女性の就業希望者（342万人）が、仮に希望通りに就業することができれば、単純試算で約7兆円、GDP比で1.5%の付加価値が創造されるとされている。女性の活躍は成長戦略の中核であり、若い世代のニーズをかなえ、社会保障の持続性を守るためにも、M字カーブの解消、子育て期も含めて人生の各ステージで女性が活躍できる社会づくり・環境整備、ワーク・ライフ・バランスの確保が急務である。このことが、ひいては男女を問わず就労環境の改善につながる。子ども・子育て支援新制度とワーク・ライフ・バランスを車の両輪として進める必要がある。

べて75歳以上となる2025（平成37）年を念頭において段階的に実施すべき改革である。

こうした時間軸に沿って、国民の合意を得ながら、目標に向けて着実に改革を進め、実現していくことが必要である。そもそも、少子高齢化が急速に進む我が国の現状を踏まえれば、社会保障制度改革の実施は先送りできない待ったなしの課題である。このことを十分に認識しながら、この改革を進めていく必要がある。

このような改革の道筋については、定期的な改革の方向性やその進捗状況をフォローアップしていくことが必要であり、政府の下で必要な体制を確保すべきである。

こうした社会保障制度改革には、以上のような政府（政治や行政）の取組だけでなく、実際にサービスを担当するサービス提供者の自己改革が必要である。また、社会保障は、国民生活に密着し、一人一人にとって不可欠なものとなっている。こうした社会保障を今後も維持・発展させていくためには、社会保障を国民の共通財産として、守り、育てていくという意識を持つことが大切である。

このためには、政府は、社会保障の現状や動向等についての情報公開等を行うだけでなく、若いうちから、教育現場等において社会保障の意義や役割を学ぶことのできる機会を設けていくことが必要である。

両親のうちいずれか一方が働く家庭の子どもが利用し、後者は両親がともに働く家庭やひとり親家庭の子どもが利用する施設である。

しかしながら、子育て世代の生活環境は変化が激しく、働き方も多様化しつつある。一時仕事を中断したり、再開したりすることもあり、保護者の環境が変化するたびに子どもが保育所から幼稚園に移ったり、その逆の場合もある。保育所を探し回っても適切な保育所が見つからず、就労に多大な影響の出る親が少なくない実態もある。こうした現状を改善するため、認可保育所と幼稚園の2つの施設類型を超えて、所管を一元化し、認定こども園法に基づき、幼児期の子どもにいずれも保障されるべき学校教育と保育を単一の施設で受けることができる幼保連携型認定こども園など、認定こども園の普及推進が必要である。

また親は、どの親も慣れない子育てに苦勞し、知識や技術も必ずしも充分ではなく、育児の負担感も大きい。すべての子育て世代の親が、働いている親だけでなく、在宅で子育てをしている親も含め、幼児教育及び保育の専門職のサポートを受けられるようにするために、地域の子育て支援の機能に重要な役割を果たす認定こども園等の充実を始めて、地域の子育て支援施策の一層の推進が不可欠である。

子育て支援は、地域の実情に合わせた施策の立案、実行が必要である。都市部では待機児童問題が深刻化している一方で、地方では子ども人口減少が進み、従来の施設型の幼児教育や保育環境の維持が困難となる中、子ども同士が集団で過ごす健全な成長環境が阻害されている。認定こども園等との連携を図るなどして質を確保しつつ、小規模保育や家庭的保育の充実など、地域の実態に即して柔軟に対応できる制度への移行が必要である。

(2) 両立支援の観点からの待機児童対策と放課後児童対策の充実

大都市部を中心とした待機児童問題の解消は、子どもたちの成長環境の整備のために必要であることはもちろんのこと、親の就労継続の観点からも喫緊の課題である。2年後に予定されている新制度のスタートを待つことなく、「待機児童解消加速プラン」を用いて、できることから対策を打つ必要がある。その際には、保育の質の確保の重要性が非常に大きい。待機児童対策においては、認定こども園、幼稚園及び保育所等の事業主体の協力はもちろん、地域の子育て支援に対する二重を把握し、施策の企画調整及び実施を行う地方公共団体の理解と事業の裏付けとなる財源確保が必須であり、消費増収分などを活用すべきである。

「小1の壁」の指摘もあるように、学童期の放課後対策が弱く、まだ手薄である。学童期の子どもにとっても望ましい環境整備が進められることは、子どもたちの成長にとって重要なことではもちろんであるが、共働きやひとり親家庭の増加に加えて、地域の治安にも懸念が多くなっている今日の状況からして、その重要性は層層増している。放課後児童クラブは1997（平成9）年に児童福祉法に位置づけられたが、質量ともに課題を残す形で今日に至っている。子どもたちの健やかな育

施策の推進に当たっては、国・都道府県・市町村・企業が一体となって、それぞれの役割と機能を十全に発揮すべきである。とりわけ地域の実情に即した施策の展開の重要性からも、基礎自治体である市町村の主体的・積極的な取組が求められる。また人材の安定的確保と経済成長の意識を考慮すれば、少子化対策の重要性は企業にとっても大きく、拠出への協力が必要である。

以上、少子化対策分野の施策については、今後子ども・子育て会議等において関係者により鋭意議論を行い、速やかな実施とともに、長期的な視野に立って検討を積み重ねていく必要がある。

2 子ども・子育て支援新制度等に基づいた施策の着実な実施と更なる課題

新制度は、すべての子どもたちの健やかな成長を保障することを主眼とし、幼児教育・保育の量的拡大や質の向上、地域の子ども・子育て支援の充実などを進めるものである。すなわち共働き家庭の子ども、片働き家庭の子ども、ひとり親家庭の子ども、親のいない子ども、障害や難病・小児慢性疾患を抱えている子ども、都会で暮らす子ども、地方の人口減少地域で暮らす子どもなど、すべての子どもを保障することである。

また、近年、子どもたちの貧困からくる格差問題、特に母子家庭や父子家庭などのひとり親家庭の貧困は看過できない。子どもたちの時の貧困格差は、教育や学習等の機会の格差となって、大人になってからの貧困につながるという事実を直視しなければならぬ。加えて障害のある子どもや、虐待の増加も一因となっており、社会的養護の必要な子どもも増えており、一層の取組が求められている。

こうした子どもや子育てをめぐり厳しい実態を放置するとしたら、それは少子化を加速させるだけでなく、そもそも社会の成熟度が問われることである。困難に苦しむ子どもとすべての子育て世代を一人も残すことなく見守り、全世代参加で支援ができる社会を築くことが、社会保障の役割に他ならない。

(1) 子ども発達の環境整備と地域の子育て支援の推進

就学前の発達環境は、子どもの生涯にわたる人間形成の基礎となるものである。子どもの「今」は、社会の「未来」であり、OECD教育委員会は既に1998（平成10）年に「幼児教育・保育政策に関する調査プロジェクト」を発足し、「Starting Strong」を実施しており、日本においても、幼児教育・保育の質・量の充実が必須である。こうした子ども発達の環境整備への投資は、様々な効果をもたらすものであり、子どもたちの「今」を保障することにも、その後の発達に大きく影響し、子どもの貧困を解決し、将来の格差を予防する等、まさに未来への投資とすることを留意する必要がある。

日本では、従来、就学前の子どもの過ごす場として、幼児期の子どもに対して学校教育法に基づき教育を提供する幼稚園と児童福祉法に基づき保育を提供する保育所があった。それぞれに所管官庁や根拠法等が異なり、主として、前者は

て世での活躍を促進し、経済成長及び社会保障の持続可能性を担保する上で、必須の要件である。子ども・子育て支援新制度に即した、積極的かつ着実な推進が必要であるが、そのためには財源確保が欠かせない。とりわけ子ども・子育て支援は未来社会への投資であり、量的な拡充のみならず質の改善が不可欠である。そのため今般の消費税引上げによる財源（0.7兆円）では足りず、附帯決議された0.3兆円超の確保を今後図っていく必要がある。

財源とともに施策の推進にとって大切なことは、子ども・子育て支援の理念を理解し、適切な知識と技術を蓄えた人材である。質の高い幼児教育・保育を始める子ども・子育て支援を進めるに当たって基本となるのは、それを提供する人材であり、国、地方自治体、教育・保育を提供する事業者は、人材の確保、養成及び就労環境の整備を総合的に推進することが必要である。また、例えば子育てが一段落し、長年企業等で活躍してきた団塊世代などに対する子育て支援についての研修を充実させ、中高年世代が地域の子ども・子育て支援に活躍し、若い世代を支える機会を増やすことも必要である。

(2) 子育て支援を含む社会保障のすべてを支える未来の社会

今般の一体改革において、高齢世代中心の給付という構造を見直し、全世代型の社会保障への転換が図られ、子ども・子育て支援の充実が約束されたことは画期的であり、これを現実のものとし、若い世代に社会保障の充実の実感が感じられるようにしていくことは、社会保障システム全体に対する国民の理解を深めることにもつながる。このため、子ども・子育て支援新制度に向けた財源確保の重要性は言うまでもなく、少子化対策について、子ども・子育て支援新制度の施行状況を踏まえつつ、幅広い観点から更に財源確保と取組強化について検討するべきである。

また、子育てをめぐり厳しい実態を踏まえ、高齢者も含めたすべての世代が、多様な環境にあるすべての子どもたちや若い世代を支えていくことが大切である。こうした取組や努力を世代間対立の問題にすることがあってはならない。生まれてくる我が子や自分自身が、将来にわたる人としての暮らしが保障される社会でなければ、子どもを産み育てる希望があっても踏み切ることができない。出産や子育ての直接的な不安に限らず、病気、介護、収入など、高齢期に至るまでの人生の数々の不安を取り除くことも少子化対策にとって必要な視点である。例えば、介護分野の施策を進めることは、若い世代の介護負担を軽減し、現役世代が子育てや就労に励むことにつながる。また、医療・介護分野の人材育成により、若い世代がこのような分野で活躍する機会も増えると考えられる。

人は、幼少期、学童期、青年期、壮年期、老年期の人生の各段階において、様々なリスクに直面する。こうしたリスクをともに支え合い、子育てはもとよりすべての分野において、若い世代の将来への不安を安心と希望に変えることこそが、社会保障の役割であり、本質である。社会保障の充実、社会の活力の基盤であ

ちを保障するという観点からして、小学校と放課後児童クラブの連携により、教育と福祉の連続性が担保されるべきである。また指導員の研修の整備、さらには地域の人々が積極的にかかわって、支援していく体制の構築などが必要である。

(3) 妊娠・出産・子育てへの連続的支援

新生児退院後等を絶えず、妊娠健診等を受診しないまま飛び込み出産する事例も見られる。さらには親の育児不安や育児ストレスも深刻化しているなど対応すべき課題が多い。これまでも妊娠前から子育て期にかけての支援は行われてきているが、それらを有機的に束ねた上で対策を強化することが必要である。そのため、市町村（母子保健担当、児童福祉担当）を中心として、保健所、産科・小児科等の医療機関、認定こども園・保育所・幼稚園・小規模保育や家庭の保育、学校等、様々な機関の関係者がその機能の連携・情報の共有の強化を図り、妊娠からの総合的相談や支援をワンストップで行えるよう、拠点の設置・活用を含めた対応を検討する必要がある。こうした支援について、子ども・子育て支援新制度を踏まえ、今後、更なる拡充の観点から検討すべきである。

(4) ワーク・ライフ・バランス

ワーク・ライフ・バランスの促進は、すべての世での世での働き方と社会保障制度全体に大きく影響するものである。これまでに、次世代育成支援対策推進法や「仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）憲章」などを踏まえた取組を推進してきたが、企業の子育て支援に向けた行動変容を促すためにも、企業における仕事と子育ての両立支援について、より一層の取組の推進が必要である。

特に中小企業・非正規については、育児休業の取得が難しい状況にある。これら中小企業・非正規を含め、育児休業の取得促進など様々な取組を通じて、男女ともに仕事と子育ての両立支援を進めていくことが必要である。このため、2014（平成26）年度までの時限立法であり、企業における仕事と子育ての両立支援を推進するための強力なツールの1つである次世代育成支援対策推進法について、今後の10年間を更なる取組期間として位置づけ、その延長・見直しを積極的に検討すべきである。なお、育児休業取得に関しては、中小企業・非正規に加え、取得率の低い男性の取得促進に注力すべきであり、企業の社会的責任も大きい。育児休業を取得しやすくするために、育児休業期間中の経済的支援を強化することも含めた検討を進めるべきである。

こうした企業における両立支援の取組と子育て支援の充実、車の両輪であり、両者のバランスと運動を担保する観点から、引き続き検討を進めるべきである。

3 次世代育成支援を核とした新たな全世代での支え合いを

(1) 取組の着実な推進のための財源確保と人材確保

子ども・子育て支援の充実、すべての子どもの健やかな成長を保障し、子育て

る。社会保障はいずれの世代にとっても負担ではなく、今の困難を分かち合い、未来の社会に協力し合うためにあるという哲学を広く共有することが大切である。

II 医療・介護分野の改革

1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命

(1) 改革が求められる背景

社会システムには慣性の力が働く。日本の医療システムも例外ではなく、四半世紀以上も改革が求められているにもかかわらず、20世紀半ば過ぎに完成した医療システムが、日本ではなお支配的なままである。

日本が直面している急速な高齢化の進展は、疾病構造の変化を通じて、必要とされる医療の内容に変化をもたらしてきた。平均寿命 60 歳の社会で、主に青壮年期の患者を対象とした医療は、救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療であった。しかしながら、平均寿命が男性でも 80 歳近くとなり、女性では 86 歳を超えている社会では、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢期の患者が中心となる。そうした時代の医療は、病氣と共存しながら QOL (Quality of Life) の維持・向上を目指す医療となる。すなわち、医療はかつての「病院完結型」から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療、実のところ医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療に変わらざるを得ない。ところが、日本は、今や世界一の高齢国家であるにもかかわらず、医療システムはそうした姿に変わっていない。

1970 年代、1980 年代を迎えた欧州のいくつかの国では、主たる患者が高齢者になってもなお医療が「病院完結型」であったことから、医療ニーズと提供体制の間に大きなミスマッチのあることが認識されていた。そしてその後、病院病床数を削減する方向に向かい、医療と介護が QOL の維持改善という同じ目標を掲げた医療福祉システムの構築に進んでいった。

日本では、こうした流れの中で、1985（昭和 60）年に第 1 次医療法改正が行われ、病床数の上限を規制し、都道府県に 5 年ごとの医療計画の作成が義務づけられた。だが、第 1 次医療法改正で病床規制の前に駆け込み増床を誘発してしまい、他国に比した日本の病床数の多さは一層際立ったものとなる。医療計画も病床過剰地域での病床の増加を抑えることはできては適正数まで減らすことはできない状況が続いている。

第 2 次以降の医療法改正において、2001（平成 13）年に一般病床と療養病床を区分するなどの見直しが行われたが、医療提供体制の改革の次の大きな動きとして注目すべきは、2008（平成 20）年の福田・麻生政権時の社会保障国民会議である。「社会保障の機能強化」と「サービスの効率化」を同時に実現していくことをうたった社会保障国民会議では、迎えるべき超高齢社会である 2025（平成 37）年度におけるべき医療・介護サービスの提供体制を確立する青写真が描かれた。そしてその時に描かれた改革の目的と政策の方向性は、野田政権時の「社会保障・税一体改革大綱」、そして第 2 次安倍政権における「経済財政運営と改革

しかしながら、高齢化の進展により更に変化する医療ニーズと医療提供体制のミスマッチを解消することができれば、同じ負担の水準であっても、現在の医療とは異なる質の高いサービスを効率的に提供できることになる。2008（平成20）年の社会保障国民会議から5年経ったが、あの時の提言が実現されているように見えないという声は医療現場からも多く、ゆえに、当国民会議には多方面から大きな期待が寄せられてきた。さらには、医療政策に対して国の力がさほど強くない日本の状況を鑑み、データの可視化を通じた客観的データに基づく政策、つまりは、医療消費の格差を招来する市場の力でもなく、提供体制側の創意工夫を阻害するおそれがある政府の力でもないものとして、データによる制御機構をもつて医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムの確立を要請する声が上がっていることにも留意せねばならない。そして、そうしたシステムの下では、医療専門職集団の自己規律も、社会から一層強く求められることは言うまでもない。

一方、医療における質的需給のミスマッチが続いてきたとはいえず、日本の医療費の対GDP比は、現在、OECD諸国の中では中位にあり、世界一の高齢化水準を鑑みれば、決して高い水準にあるとは言えない。日本のような皆保険の下では、価格交渉の場が集権化され、支払側が供給側と比較的強い交渉力を持つことが、医療単価のコントロールに資してきた。こうした中、日本の医療機関は相対的な経営努力を重ねてきており、国民皆保険制度、フリーアクセスなどと相まって、日本の医療は世界に高く評価されるコストパフォーマンスを達成してきたと言える。

だが、GDPの2倍を超える公的債務残高ゆえに金利の上昇に脆弱な体質を持つ日本は、いたずらな金利の上昇を避けるために財政健全化の具体的進捗を国内外に示し続けなければならないという事情を負っている。今後、医療・介護の実態ニーズ（実需）の増大が、安定成長・低成長基調への移行の中で進むことになるという展望の中で、必要なサービスを将来にわたって確実に確保していくためには、必要な安定財源を確保していくための努力を行いつつ、医療・介護費の増大を抑制し、国民の負担を適正な範囲に抑えていく努力も継続していかねばならない。改革推進法第6条に規定されているとおり皆保険の維持、我々国民がこれまで享受してきた日本の皆保険制度の良さを変えずに守り通すためには、医療そのものが変わらなければならないのである。

ここで年金財政と比較をすれば、年金給付費の対GDP比は2012（平成24）年度で11.2%、2025（平成37）年度で9.9%とその比率が低下することが期待されているのに、医療給付費は2012（平成24）年度から2025（平成37）年度までの間に7.3%（自己負担を含む総医療費では8.5%）から8.8%（同10.1%）へと1.5%ポイントの増加が試算されており、同時期、介護給付費は1.8%（自己負担を含む総介護費では1.9%）から3.2%（同3.5%）へと1.5%ポイントの増

23

の方針」と、政権の変遷にかかわらず引き継がれ、医療・介護分野の改革の優先課題として位置づけられ続けてきたのである。

具体的には、日本の医療・介護サービス提供体制が抱えている問題は、2008（平成20）年6月に公表された「社会保障国民会議第二分科会（サービス保障（医療・介護・福祉）中間とりまとめ）」で詳述されており、医療については例えば、人口当たりの病床数は諸外国と比べて多いため、急性期・回復期・慢性期といった病床の機能分担は不明確であり、さらに、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も少なく過剰労働が常態化していること、この現実が、医療事故のリスクを高め、一人一人の患者への十分な対応を阻んでいることが指摘されていた。

救急医、専門医、かかりつけ医（診療所の医師）等々それぞれの努力にもかかわらず、結果として提供されている医療の総体が不十分・非効率なものになっていくという典型的な合成の誤謬ともいえるべき問題が指摘されていたのであり、問題の根は個々のサービス提供者にあるのではない以上、ミクロの議論を積み上げることでは対応できず、システムの変革そのもの、具体的には「選択と集中」による提供体制の「構造的な改革」が必要となる。要するに、今のシステムのままでは当事者が皆で努力し続けても抱える問題を克服することは難しく、提供体制の構造的な改革を行うことよって初めて、努力しただけが報われ幸福になれるシステムを構築することができるのである。

2008（平成20）年の「社会保障国民会議 最終報告」で示された「あるべき医療・介護サービス」提供体制の背景にある哲学は、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、後を引き継ぐ回復期等の医療や介護サービスの充実によって総体としての入院期間をできるだけ短くし、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して、医療から介護までの提供体制間のネットワークを構築することにより、利用者・患者のQOLの向上を目指すというものであった。

（2）医療問題の日本的特徴

日本の医療政策の難しさは、これが西欧や北欧のように国立や自治体立の病院等（公的所有）が中心であるのとは異なり、医師が医療法人を設立し、病院等を民間資本で経営するという形（私的所有）で整備されてきた歴史的背景から生まれている。公的セクターが相手であれば、政府が強制力をもって改革ができ、現に欧州のいくつかが国では医療ニーズの変化に伴う改革をそうして実現してきた。医療提供体制について、実のところ日本ほど規制緩和された市場依存型の先進国はなく、日本の場合、国や自治体などの公立の医療施設は全体のわずか14%、病床で22%しかない。ゆえに他国のように病院などが公的所有であれば体系的にできることが、日本ではなかなかできなかったのである。

22

加が見込まれ、財源調達ベースとなるGDPの伸び率を上回って医療・介護給付費が増加することになる。サービスの効率化を図るとはいえ、医療・介護給付費の増加圧力が高まる中で国民皆保険を維持するということは、国民すべての人々のニーズに応じて利用できるよう準備しておくことが望ましい公的サービスの国民経済の中で規模の厚みが増すということである。ゆえに負担面では、保険料・税の徴収と給付段階の両側面において、これまで以上に能力に応じた負担の在り方、負担の公平性が強く求められることになる。

(3) 改革の方向性

① 基本的な考え方

まず、日本のように民間が主体となって医療・介護サービスを担っている国では、提供体制の改革は、提供者と政策当局との信頼関係こそが基礎になるべきである。日本の提供体制への診療報酬・介護報酬による誘導は、確かにこれまで効き過ぎるとも言えるほどに効いてきた面があり、政策当局は、過去、そうした手段に頼って政策の方向を大きく転換することもあった。だが、そのような転換は、医療・介護サービスを経営する側からは梯子を外されるにも似た経験にも見え、経営上の不確実性として記憶に刻まれることになる。それは、政策変更リスクに備えて、いわゆる看護配置基準7対1を満たす急性期病院の位置を確保しておいた方が安全、内部留保を十二分に抱えておかなければ不安、など過度に危機回避的な行動につながり、現在の提供体制の形を歪めている一因ともなっている。政策当局は、提供者たちとの信頼関係を再構築させるためにも、病床区分を始めとする医療機関の体系を法的に定め直し、それぞれの区分の中で相応の努力をすれば円滑な運営ができるという見直しを明らかにすることが必要であろう。さらに、これまで長く求められてきた要望に応え、「地域完結型」の医療に見合った診療報酬・介護報酬に向け体系的に見直すことなどに、速やかに、そして真摯に取り組むべき時機が既にきていることを認識するべきである。

また、医療改革は、提供側と利用者側が一体となって実現されるものである。患者のニーズに見合った医療を提供するためには、医療機関に対する資源配分に濃淡をつけざるを得ず、しかし、そこで構築される新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない。さらにこれまでも、とすれば「いつでも、好きなところで」と極めて広く解釈されることもあったフリーアクセスを、今や疲弊おびただしい医療現場を守るためにも「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という意味に理解していく必要がある。そして、この意味でのフリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及は必須であり、そのためには、まず医療を利用するすべての国民の協力を、「望ましい医療」に対する国民の意識の変化が必要となる。

② 機能分化とネットワークの構築

その上で求められる医療と介護の一体的な改革は、次のようにまとめられよう。すなわち、日本は諸外国に比べても人口当たり病床数が多い一方で病床当たり職員数が少ないことが、密度の低い医療ひいては世界的に見ても長い入院期間をもたらし続けている。他面、急性期治療を経過した患者を受け入れる入院機能や住み慣れた地域や自宅で生活し続けたいというニーズに応える在宅医療や在宅介護には十分に提供されていない。

そこで、急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けられることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。この時、機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。

その際、適切な場で適切な医療を提供できる人材が確保できるよう、職能団体には、中心となって、計画的に養成・研修することを考えていく責務がある。

「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療への転換が成功すると、これまで1つの病院に居続けることのできた患者は、病状に見合った医療施設、介護施設、さらには在宅へと移動を求められることになる。居場所の移動を伴いながら利用者のQOLを維持し家族の不安を緩和していくためには、提供側が移動先への紹介を準備するシステムの確立が求められる。ゆえに、高度急性期から在宅介護までの一連の流れ、容態急変時に逆流することさえある流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時に進められるべきものであり、川上から川下までの提供者間のネットワーク化は新しい医療・介護制度の下では必要不可欠となる。そして、こうしたネットワークの中で、患者側にもインセンティブが働くシステムとなることが望ましい。

加えて、今般の国民会議の議論を通じて、地域により人口動態ひいては医療・介護需要のピークの時期や程度が大きく異なり、医療・介護資源の現状の地域差も大きい実態が浮かび上がり、医療・介護の在り方を地域ごとに考えていく「ご当地医療」の必要性が改めて確認された。

こうした改革の必要性や方向性は幅広く共有されながらも、実際の行政の取組としては、地域において診療所を含む医療機関の一般病床が担っている医療機能の情報を都道府県に報告する仕組みを医療法令上の制度として設けることなどが計画されてきたにとどまらず、改革が実現に至るにはなお長い道程が見込まれてきた。

確保する必要があるもの、次期医療計画の策定時期である2018（平成30）年度を待たず速やかに策定し、直ちに実行に移していくことが望ましい。その具体的な在り方については、国と策定主体である都道府県とが十分協議する必要がある。

(2) 都道府県の役割強化と国民健康保険の保険者の都道府県移行

今般の国民会議の議論を通じて、医療の在り方を地域ごとに考えていく必要性が改めて確認された。このため、本年6月の閣議決定「経済財政運営と改革の基本方針」にも示されたとおり、地域ごとの実情に応じた医療提供体制を再構築することが求められる。

このような状況の下、医療計画の策定者である都道府県が、これまで以上に地域の医療提供体制に係る責任を積極的かつ主体的に果たすことができるよう、マンパワーの確保を含む都道府県の権限・役割の拡大が具体的に検討されて然るべきである。また、医療提供体制の整備については、医療保険の各保険者等の関係者の意見も聞きながら、進めていくことが望ましい。

効率的な医療提供体制への改革を実効あらしめる観点からは、国民健康保険に係る財政運営の責任を担う主体（保険者）を都道府県とし、更に地域における医療提供体制に係る責任の主体と国民健康保険の給付責任の主体を都道府県が一体的に担うことを射程に入れて実務的検討を進め、都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担の在り方を総合的に検討することを可能とする体制を実現すべきである。ただし、国民健康保険の運営に関する業務について、財政運営を始めとして都道府県が担うことを基本としつつ、保険料の賦課徴収・保健事業など引き続き市町村が担うことが適切な業務が存在することから、都道府県と市町村が適切に役割分担を行い、市町村の保険料収納や医療費適正化へのインセンティブを損なうことのない分権的な仕組みを目指すべきである。

こうした国民健康保険の保険者の都道府県移行は積年の課題であったが、時あたかも、長年保険者となることについてはリスク等もあり問題があるという姿勢をとり続けてきた知事会が、国民健康保険について、「国保の構造的な問題を抜本的に解決し、将来にわたって持続可能な制度を構築することとした上で、国保の保険者の在り方について議論すべき」との見解を市長会・町村会と共同で表明、さらに、知事会単独で、「構造的な問題が解決され持続可能な制度が構築されるならば、市町村とともに積極的に責任を担う覚悟」との見解を表明している。この時機を逸することなくその道筋を付けることこそが当国民会議の責務である。その際に必要となる国民健康保険の財政的な構造問題への対応については後述するが、いずれにせよ、国民健康保険の保険者の都道府県移行の具体的な在り方については、国と地方団体との十分な協議が必要となる。また、当該移行については、次期医療計画の策定を待たず行う医療提供体制改革の一環として行われることを踏まえれば、移行に際し、様々な経過的な措置が必要となることは別として

しかしながら、国民の医療・介護ニーズと提供体制のミスマッチが続いたまま医療費や介護費の増大を招けば、国民負担増大の抑制の観点から、必要な医療・介護まで保険給付の対象から外すなどの対応が一律的に行われたり、緊急性の高い救急医療を緊急性の低い医療が押し付けたりといった事態を招きかねない。改革推進法による国民負担の増大の抑制と必要な医療・介護の確保という要請を両立させていくためには、ニーズと提供体制のマッチングを図る改革を待たず断行していかねばならないのである。

③ 健康の維持増進等

その際、国民のQOLを高めるとともに、高齢者の社会参加も含め、社会の支え手を少しでも増やしていく観点からも、国民の健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進する必要も生まれてくる。具体的には、医療関連情報の電子化・利活用のインセンティブを医療提供者に持たせるように取り組むとともに、医療保険者がICTを活用してレセプト等データを分析し、加入者の健康づくりを行うなど疾病予防の促進等を図ること、国民の健康寿命を延ばし、平均寿命との差の短縮を目指していかなければならない。医療保険者はその加入者の健康維持・疾病予防に積極的に取り組むようインセンティブが働く仕組みを構築するとともに、加入者の自発的な健康づくりへのサポートの在り方等も検討すべきである。

総括して言えば、この社会保障制度改革国民会議の最大の使命は、前回の社会保障国民会議で示された医療・介護提供体制改革に魂を入れ、改革の実現に向けて実効性と加速度を加えることにあるとも言っても過言ではない。

2 医療・介護サービスの提供体制改革

(1) 病床機能報告制度の導入と地域医療ビジョンの策定

医療提供体制改革の実現に向けた第1弾の取組として、これまで検討が進められてきた医療機能に係る情報の都道府県への報告制度（「病床機能報告制度」）を早急に導入する必要がある。

次いで、同制度により把握される地域ごとの医療機能の現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの客観的データに基づき見通しを踏まえた上で、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの医療の必要量を示す地域医療ビジョンを都道府県が策定することが求められる。さらには、地域医療ビジョンの実現に向けて医療機能の分化と連携が適切に推進されることが、中期的な医療計画と病床の適切な区分を始めとする実効的な手法によって裏付けられなければならない。その際には、医師・診療科の偏在是正や過剰投資が指摘される高額医療機器の適正配置も視野に入れて、都道府県において現状分析・検討を行う期間を

地域医療ビジョンについては、都道府県において現状分析・検討を行う期間を

て、次期医療計画の策定前に実現すべきである。

(3) 医療法人制度・社会福祉法人制度の見直し

医療法人等の間の競合を避け、地域における医療・介護サービスのネットワーク化を図るためには、当事者間の競争よりも協調が必要であり、その際、医療法人等が容易に再編・統合できるような制度の見直しを行うことが重要である。

このため、医療法人制度・社会福祉法人制度について、非営利性や公共性の堅持を前提としつつ、機能の分化・連携の推進に資するよう、例えばホールディングカンパニーの枠組みのような法人間の合併や権利の移転等を速やかに行うことができない道を開くための制度改正を検討する必要がある。

複数の医療法人がグループ化すれば、病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことができ、医療資源の適正な配置・効率的な活用を期待することができる。

あわせて、介護事業者も含めたネットワーク化や高齢化に伴いコンパクトシティ化が進められているまちづくりに貢献していくことも見据えて、医療法人や社会福祉法人が非営利性を担保しつつ都市再開発に参加できるようにする制度や、ヘルスケアをベースとしたコンパクトシティづくりに要する資金調達の手段を、今後慎重に設計されるべきヘルスケアアリート等を通じて促進する制度など、総合的な規制の見直しが幅広い観点から必要である。

特に、社会福祉法人については、経営の合理化、近代化が必要であり、大規模化や複数法人の連携を推進していく必要がある。また、非課税扱いとされているにふさわしい、国家や地域への貢献が求められており、低所得者の住まいや生活支援などに積極的に取り組んでいくことが求められている。

(4) 医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

「医療から介護へ」、「病院・施設から地域・在宅へ」という流れを本気で進めようとするれば、医療の見直しと介護の見直しは、文字どおり一体となって行わなければならない。高度急性期から在宅介護までの一連の流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時に進められるべきものであり、また、川下に位置する在宅ケアの普及という政策の展開は、急性増悪時に必須となる短期的な入院病床の確保という川上の政策と同時に進められるべきものである。

今後、認知症高齢者の数が増大するとともに、高齢の単身世帯や夫婦のみ世帯が増加していくことを踏まえれば、地域で暮らしていくために必要な様々な生活支援サービスや住まいが、家族介護者を支援しつつ、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に提供されることも必要であり、地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワーク、すなわち地域包括ケアシステムづくりに推進していくことも求められている。

この地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠である。自宅だけでなく、高齢者住宅に居ても、グループホームや介護施設その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提供されるようにしなければならず、かかりつけ医の役割が改めて重要となる。そして、医療・介護サービスが地域の中で一体的に提供されるようにするには、医療・介護のネットワーク化が必要であり、より具体的に言えば、医療・介護サービスの提供者間、提供者と行政間など様々な関係者間で生じる連携を誰がどのようにマネージしていくかということが重要となる。確かに、地域ケア会議や医療・介護連携協議会などのネットワークづくりの場は多くの市町村や広域圏でできているが、今のところ、医療・介護サービスの提供者が現場レベルで「顔の見える」関係を構築し、サービスの高度化につなげている地域は極めて少ない。成功しているところでは、地域の医師等民間の熱意ある者がとりまとめ役、市町村等の行政がその長き協力者となってマネージしている例が見られることを指摘しておきたい。

こうした地域包括ケアシステムの構築に向けて、まずは、2015（平成27）年度からの第6期以降の介護保険事業計画を「地域包括ケア計画」と位置づけ、各種の取組を進めていくべきである。

具体的には、高齢者の地域での生活を支えるために、介護サービスについて、24時間の定期巡回・随時対応サービスや小規模多機能型サービス等の普及を図るほか、各地域において、認知症高齢者に対する初期段階からの対応や生活支援サービスの充実を図ることが必要である。これと併せて、介護保険給付と地域支援事業の在り方を見直すべきである。地域支援事業については、地域包括ケアの一翼を担うにふさわしい質を備えた効率的な事業（地域包括推進事業（仮称））として再構築するとともに、要支援者に対する介護予防給付について、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組等を積極的に活用しながら柔軟かつ効率的にサービスを提供できるよう、受け皿を確保しながら新たな地域包括推進事業（仮称）に段階的に移行させていくべきである。

また、地域包括ケアの実現のためには地域包括支援センターの役割が大き。かかりつけ医機能を担う地域医師会等の協力を得つつ、在宅医療と介護の連携を推進することも重要である。これまで取り組んできた在宅医療連携拠点事業について、地域包括推進事業として制度化し、地域包括支援センターや委託を受けた地域医師会等が業務を実施することとすべきである。

さらに、中低所得層の高齢者が地域において安心して暮らせるようにするため、規制改革等を進めつつ、地域の実情に応じ、介護施設等ともより、空室等の有効活用により、新たな住まいの確保を図ることも重要である。

なお、地域医療ビジョン同様に、地域の介護需要のピーク時を視野に入れなが

この財政支援については、病院等の施設や設備の整備に限らず、地域における医療従事者の確保や病床の機能分化及び連携等に伴う介護サービスの充実なども対象とした柔軟なものとする必要がある。

いずれにせよ、消費税増収分の活用前提として、地域医療ビジョン、地域包括ケア計画等の策定を通じ、地域の住民にもそれぞれの地域の医療や介護サービスに対する還元がありより示されることが大切である。

(6) 医療の在り方

医療の在り方そのものも変化を求められている。高齢化等に伴い、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増加する中、これらの患者にとっては、複数の従来の領域別専門医による診療よりも総合的な診療能力を有する医師（総合診療医）による診療の方が適切な場合が多い。これらの医師が幅広い領域の疾病と検査等について、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を提供することで、地域によって異なる医療ニーズに的確に対応できると考えられ、さらに、他の領域別専門医や他職種と連携することで、全体として多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することができる。

このように「総合診療医」は地域医療の核となり得る存在であり、その専門性を評価する取組（「総合診療専門医」）を支援するとともに、その養成と国民への周知を図ることが重要である。

もちろん、そのような医師の養成と並行して、自らの健康状態をよく把握した身近な医師に日頃から相談・受診しやすい体制を構築していく必要がある。これに併せて、医療職種の職務の見直しを行うとともに、チーム医療の確立を図ることが重要である。医療従事者の確保と有効活用の観点からは、さらに、激務が指摘される医療機関の勤務環境を改善する支援体制を構築する等、医療従事者の定着・離職防止を図ることが必要である。特に、看護職員については、養成拡大や潜在看護職員の活用を図るために、看護大学の定員拡大及び大卒社会人経験者等を対象とした新たな養成制度の創設、看護師資格保持者の登録義務化等を推進していく必要がある。

なお、医療職種の職務の見直しは医師不足問題にも資するものがある。医師不足と言われる一方で、この問題は必ずしも医師数の問題だけではなく、医師でなければ担えない業務以外の仕事も医師が担っているために医師不足が深刻化している側面がある。その観点から、医師の業務と看護業務の見直しは、早急に行うべきである。

加えて、死生観・価値観の多様化も進む中、改革推進法（第6条第3号）にも規定されているとおり、「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」が求められている。

医療の在り方については、医療提供者の側だけでなく、医療を受ける国民の側

31

ら2025（平成37）年度までの中長期的な目標の設定を市町村に求める必要がある。また、計画策定のために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ていく仕組みを整える必要がある。また、上記（1）で述べた都道府県が策定する地域医療ビジョンや医療計画は、市町村が策定する地域包括ケア計画を踏まえた内容にするなど、医療提供体制の改革と介護サービスの提供体制の改革が一体的・整合的に進むようにすべきである。

いずれにせよ、地域包括ケアシステムの確立は医療・介護サービスの一体改革によって実現するという認識が基本となる。こうした観点に立てば、将来的には、介護保険事業計画と医療計画とが、市町村と都道府県が共同して策定する一体的な「地域医療・包括ケア計画」とも言い得るほどに連携の密度を高めていくべきである。

なお、地域包括ケアシステムを支えるサービスを確保していくためには、介護職員等の人材確保が必要であり、処遇の改善やキャリアパスの確立などを進めていく必要がある。また、地域医師会等の協力を得ながら、複数の疾患を抱える高齢者が自分の健康状態をよく把握している身近な医師を受診することを促す体制を構築していくことも必要である。

(5) 医療・介護サービスの提供体制改革の推進のための財政支援

医療・介護サービスの提供体制改革の推進のために必要な財源については、消費税増収分の活用が検討されるべきである。具体的には、病院・病床機能の分化・連携への支援、急性期医療を中心とする人的・物的資源の集中投入、在宅医療・在宅介護の推進、更には地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携、生活支援・介護予防の基盤整備、認知症施策、人材確保などに活用していくことになる。ただし、その活用が提供体制の改革に直接的に結びついてこそ、消費税増収分を国民に還元するという所期の目的は果たされることになる。

その活用手段として、診療報酬・介護報酬の役割も考えられるが、医療・介護サービスの提供体制改革に係る診療報酬や介護報酬の活用については、福田・麻生政権時の社会保障国民会議の際には、体系的な見直しが前提とされていたことに留意する必要がある。医療・介護サービスの在り方が「地域完結型」に変わるからには、それに資するよう、診療報酬・介護報酬の体系的見直しを進めていく必要がある。

また、今般の国民会議で提案される地域ごとの様々な実情に応じた医療・介護サービスの提供体制を再構築するという改革の趣旨に即するために、全国一律に設定される診療報酬・介護報酬とは別の財政支援の手法が不可欠であり、診療報酬・介護報酬と適切に組み合わせつつ改革の実現を期していくことが必要と考えられる。医療機能の分化・連携には医療法体系の手直しが必要であり、また、病院の機能転換や病床の統廃合など計画から実行まで一定の期間が必要なものも含まれることから、その場合の手法としては、基金方式も検討に値しよう。

30

がどう考え、何を求めるかが大きな要素となっている。超高齢社会に見合った「地域全体で、治し・支える医療」の射程には、そのときが来たらより納得し満足のできる最期を迎えることができるように支援すること一すなわち、死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れた「QOD(クオリティ・オブ・デス)」を高める医療」も入ってこよう。「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療へと転換する中で、人生の最終段階における医療の在り方について、国民的な合意を形成していくことが重要であり、そのためにも、高齢者が病院外で診療や介護を受けることができる体制を整備していく必要がある。

また、慢性疾患の増加は、低い確率でも相対的に良いとされればその医療が選択されるという確率的医療が増えることにつながる。より有効かつ効率的な医療が模索される必要があり、そのためには、医療行為による予後の改善や費用対効果を検証すべく、継続的なデータ収集を行うことが必要である。例えば、関係学会等が、日々の診療行為、治療結果及びアウトカムデータ(診療行為の効果)を、全国的に分野ごとに一元的に蓄積・分析・活用する取組を推進することが考えられ、これらの取組の成果に基づき、保険で承認された医療も、費用対効果などの観点から常に再評価される仕組みを構築することも検討すべきである。

さらには、国が保有するレセプト等データの利活用の促進も不可欠である。具体的には、個人情報保護にも配慮しつつ、現状は利用者の範囲や使用目的が限定されている使用条件を緩和し、幅広い主体による適時の利活用を促すため、データ提供の円滑化に資する対策を講ずべきである。

こうした努力は、データに基づく医療システムの制御という可能性を切り開くものであり、日本の医療の一番の問題であった、制御機構がないままの医療提供体制という問題の克服に必ずや資するものがある。

(7) 改革の推進体制の整備

都道府県ごとの「地域医療ビジョン」等の策定、これらを踏まえた医療機能の分化、医療・介護提供者間のネットワーク化等の医療・介護の一体改革、さらには国民健康保険の保険者の都道府県への移行は、いずれも国民皆保険制度発足以来の大事業になる。市町村ごとに中学校区単位の地域包括ケアシステムを構築することも介護保険創設時に匹敵する難作業となる。地域ぐるみの官民協力が不可欠な中、国も相応の責任を果たしていかなければならない。

今後の社会保障制度改革を実現するエンジンとして、政府の下に、主として医療・介護サービスの提供体制改革を推進するための体制を設け、厚生労働省、都道府県、市町村における改革の実行と運動させていかなければならない。

その際、まず取り組むべきは、各2次医療圏における将来の性別、年齢階級別の人口構成や有病率等のデータを基に各地域における医療ニーズを予測し、各地域の医療提供体制がそれに合致しているかを検証した上で、地域事情に応じた先行きの医療・介護サービスの提供体制のモデル像を描いていくことであり、こうし

たデータ解析のために国が率先して官民の人材を結集して、先駆的研究も活用し、都道府県・市町村との知見の共有を図っていくことであろう。また、このデータ解析により、実情に合っていないと評されることもある現在の2次医療圏の見直しそのものも可能となる。

3 医療保険制度改革

(1) 財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

知事会が「構造的な問題が解決され持続可能な制度が構築されるならば、市町村とともに積極的に責任を担う覚悟」を表明しており、時機を逸することなくその道筋をつけることこそが国民会議の責務であると先に述べた。この国民健康保険の都道府県化とかかわる課題として、国民会議の最優先課題である医療・介護サービスの提供体制改革に加え、改革推進法(第6条第2号)にも規定されているとおり、医療保険制度について、「財政基盤の安定化」と「保険料に係る国民の負担に関する公平の確保」を図ることも必要である。

改革推進法(第6条)はまず国民皆保険制度の維持の必要性を掲げていることから、「財政基盤の安定化」については、国民皆保険制度の最終的な支え手(ラストリゾート)である国民健康保険の財政基盤の安定化が優先課題となる。

具体的には、国民健康保険は、被用者保険と比べて、①無職者・失業者・非正規雇用の労働者などを含め低所得者の加入者が多い、②年齢構成が高く医療費水準が高い、③所得に占める保険料負担が重いといった課題を抱えており、こうしたこともあり、毎年度、市町村が多額の赤字補填目的の法定外繰入を行っている。さらに、保険財政運営が不安定となるリスクの高い小規模保険者の存在や、地域ごとの保険料格差が非常に大きいという課題もある。国民皆保険制度を守るためには、こうした現在の市町村国保の赤字の原因や運営上の課題を、現場の実態を踏まえつつ分析した上で、国民健康保険が抱える財政的な構造問題や保険者の在り方に関する課題を解決していかなければならない。

このためには、従来の保険財政共同安定化事業や高額医療費共同事業の実施による対応を超えて、財政運営の責任を都道府県にも持たせることが不可欠であり、医療提供体制改革の観点をも踏まえれば、上記2(2)で述べた国民健康保険の保険者の都道府県移行が必要となる。

ただし、国民健康保険の財政的な構造問題を放置したまま、国民健康保険の保険者を都道府県としたとしても、多額の赤字を都道府県に背負わせるだけである。したがって、抜本的な財政基盤の強化を通じて国民健康保険の財政的な構造問題の解決を図られることが、国民健康保険の保険者を都道府県に移行する前提条件となる。その財源については、後述する後期高齢者支援金に対する負担方法を全面総報酬割にすることにより生ずる財源をも考慮に入れるべきである。

その際には、財政基盤の強化のために必要な公費投入だけでなく、保険料の適正化など国民健康保険自身の努力によって、国民健康保険が将来にわたって持続

その際、協会けんぽの支援金負担への国庫補助が不要となるが、これによって生ずる税財源の取扱い、限られた財政資金をいかに効率的・効果的に用いるかという観点から、将来世代の負担の抑制に充てるのでなければ、他の重点化・効率化策と同様に今般の社会保障・税一体改革における社会保障の機能強化策全体の財源として有効に活用し、国民に広く還元すべきである。こうした財源面での貢献は、国民健康保険の財政上の構造的な問題を解決することとした上での保険者の都道府県への円滑な移行を実現するために不可欠である。

また、上記の健康保険法等の一部改正法の附則においては、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方についての検討の状況等を勘案し、協会けんぽの国庫補助率について検討する旨の規定が付けられており、これにのっとり、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方を含めた検討を行う必要がある。その際、日本の被用者保険の保険料率は、医療保障を社会保険方式で運営しているフランスやドイツ等よりも低いことや、前述のとおり健保組間で保険料率に大きな格差があること、その他被用者保険の状況等を踏まえ、被用者保険における共同事業の拡大に取り組みむことも検討が必要である。

加えて、所得の高い国民健康保険組合に対する定率補助もかねて廃止の方針が示されており、保険料負担の公平の観点から、廃止に向けた取組を進める必要がある。

なお、後期高齢者医療制度については、創設から既に5年が経過し、現在では十分定着していると考えられる。今後は、現行制度を基本としながら、実施状況等を踏まえ、後期高齢者支援金に対する全面総報酬割の導入を始め、必要な改善を行っていくことが適当である。

(2) 医療給付の重点化・効率化（療養の範囲の適正化等）併せて、改革推進法（第6条第2号）では、医療保険制度について、「保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等」を図ることも求められている。

まず、フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要となる。こうした改革は病院側、開業医側双方からも求められていることであり、大病院の外來は紹介患者を中心とし、一般的な外來受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須であろう。そのため、紹介状のない患者の一定病床数以上の病院の外來受診について、初再診料が選定療養費の対象となっているが、一定の定額自己負担を求めようとする仕組みを検討すべきである。このことは、大病院の勤務医の負担軽減にもつながる。もちろん、上記のような受診行動が普及するには、医師が今よりも相当に身近な存在となる地域包括ケアシステムへの取組も必要であり、医療の提供を受けられる患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるといふ安心感を与える医療体制の方が望ましいことを

35

可能となるような仕組みについても検討すべきである。さらに、国民健康保険の保険者を都道府県とした後であっても、保険料の賦課徴収等の保険者機能の一部については引き続き市町村が担うことや、前期高齢者に係る財政調整などを通じて被用者保険から国民健康保険に多額の資金が交付されている実態を踏まえ、国民健康保険の運営について、都道府県・市町村・被用者保険の関係者が協議する仕組みを構築しておくことも必要であろう。

なお、多くの非正規雇用の労働者が国民健康保険に加入しており、被用者保険の適用拡大を進めていくことも重要である。

次に、「保険料に係る国民の負担に関する公平の確保」についても、これまで保険料負担が困難となる国民健康保険の低所得者に対して負担軽減が図られてきたことが、国民皆保険制度の維持につながってきたことを踏まえるべきである。したがって、まず、国民健康保険の低所得者に対する保険料軽減措置の拡充を図るべきであり、具体的には、対象となる軽減判定所得の基準額を引き上げることが考えられる。

このような低所得者対策は、低所得者が多く加入する国民健康保険に対する財政支援の拡充措置と併せ、今般の社会保障・税一体改革に伴う消費税率引上げにより負担が増える低所得者への配慮としても適切なものである。もともと、税制面では、社会保障・税一体改革の一環として所得税、相繰税の見直しによる格差是正も図られている。医療保険制度における保険料の負担についても、負担能力に応じて応分の負担を求めるとして、被用者保険の格差是正に取り組みむべきである。

国民健康保険の保険者の都道府県への移行は財政運営の安定化のみならず、保険料負担の平準化に資する取組であるが、このほか、国民健康保険において、相当の高所得の者であっても保険料の賦課限度額しか負担しない仕組みとなっていることを改めるため、保険料の賦課限度額を引き上げるべきである。同様の問題が被用者保険においても生じており、被用者保険においても標準報酬月額上限の引上げを検討するべきである。

後期高齢者支援金に対する負担方法について、健康保険法等の一部改正により被用者保険者が負担する支援金の3分の1を各被用者保険者の総報酬に応じた負担とすること（総報酬割）を2013（平成25）年度から2年間延長する措置が講じられているが、支援金の3分の2については加入者数に応じたものとなっており、そのために負担能力が低い被用者保険者の負担が相対的に重くなっている。健保組合の中でも3倍程度の保険料率の格差がある。この支援金負担について、2015（平成27）年度からは被用者保険者間の負担の按分方法を全面的に総報酬割とし、被用者保険者間、すなわち協会けんぽと健保組合、さらには共済組合の保険料負担の平準化を目指すべきである。この負担に関する公平化措置により、総額約1400の健保組合の4割弱の健保組合の負担が軽減され、健保組合の中での保険料率格差も相対的に縮小することにもなる。

34

れているなど、様々な課題を抱えている。

難病で苦しんでいる人々が将来に「希望」を持って生きられるよう、難病対策の改革に総合的かつ一体的に取り組む必要があり、医療費助成については、消費税増収分を活用して、将来にわたって持続可能で公平かつ安定的な社会保障給付の制度として位置づけ、対象疾患の拡大や都道府県の超過負担の解消を図るべきである。

ただし、社会保障給付の制度として位置づける以上、公平性の観点を欠くことばでせず、対象患者の認定基準の見直しや、類似の制度との均衡を考慮した自己負担の見直し等についても併せて検討することが必要である。

慢性疾患を抱え、その治療が長期にわたる子どもについても同様の課題があり、児童の健全育成の観点から、身体面、精神面、経済面で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もその家族への支援として、難病対策と同様の措置を講じていく必要がある。

4 介護保険制度改革

介護保険制度については、地域包括ケアシステムの構築こそが最大の課題であるが、それとともに、今後の高齢化の中で、持続可能性を高めていくために、改革推進法(第7条)において、「範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図る」こと及び「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を抑制」することが求められている。

まず、「範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図る」ことについては、上記2(4)で述べた予防給付の見直しのほか、利用者負担等の見直しが必要である。介護保険制度では利用者負担割合が所得水準に関係なく一律であるが、制度の持続可能性や公平性の視点から、一定以上の所得のある利用者負担は、引き上げるべきである。その際、介護保険は医療保険と異なり、利用者自身が利用するサービスの量を決定しやすいことなど、医療保険との相違点に留意する必要がある。

さらに、施設入所の場合には、世帯の課税状況や課税対象の所得(フロー)を勘案して、利用者負担となる居住費や食費について補足給付により助成を受けることとなっている。その結果、保有する居住用資産や預貯金が保全されることとなる可能性があり、世代内の公平の確保の観点から、補足給付に当たっては資産(ストック)も勘案すべきである。また、低所得と認定する所得や世帯のとりえ方について、遺族年金等の非課税年金や世帯分離された配偶者の所得等を勘案するよう、見直すべきである。

加えて、介護を要する高齢者が増加していく中で、特別養護老人ホームは中重度者に重点化を図り、併せて軽度の要介護者を含めた低所得の高齢者の住まいの確保を推進していくことも求められている。また、デイサービスについては、重度化予防に効果のある給付への重点化を図る必要がある。

理解してもらわなければならない。患者の意識改革も重要となる。

さらに、今後、患者のニーズに応える形で入院医療から在宅医療へのシフトが見込まれる中、入院療養における給食給付等の自己負担の在り方について、入院医療と在宅医療との公平を図る観点から見直すことも検討すべきである。

また、現在、暫定的に1割負担となっている70~74歳の医療費の自己負担については、現役世代とのバランスを考慮し、高齢者にも応分の負担を求める観点から、法律上は2割負担となっている。この特例措置については、世代間の公平を図る観点から止めるべきであり、政府においては、その方向で、本年6月に閣議決定した「経済財政運営と改革の基本方針」のとおりに「早期に結論を得る」べきである。その際は、低所得者の負担に配慮しつつ、既に特例措置の対象となっている高齢者の自己負担割合は変わることがないよう、新たに70歳になった者から段階的に進めることが適当である。

高額療養費制度については、所得区分ごとに自己負担の上限が定められているが、現行の仕組みでは、一般所得者の所得区分の年収の幅が大きいため、中低所得者層の負担が重くなっている。低所得者に配慮し、負担能力に応じて応分の負担を求めるといった保険料負担における考え方と同様の制度改正が求められる。具体的には、高額療養費の所得区分について、よりきめ細やかな対応が可能となるよう細分化し、負担能力に応じた負担となるよう限度額を見直すことが必要である。上記のとおり、70~74歳の医療費の自己負担に係る特例措置が見直されるのであれば、自己負担の上限についても、それに合わせた見直しが必要になるが、そのタイミングについては検討が必要になる。

今後、後発医薬品の使用促進など既往の給付の重点化・効率化策についても効果的な手法を講じながら進めるとともに、上記を含め、患者の自己負担について「年齢別」から「負担能力別」へ負担の原則を転換するなど、中長期的に医療保険制度の持続可能性を高める観点から、引き続き給付の重点化・効率化に取り組み必要がある。

(3) 難病対策等の改革

希少・難治性疾患(いわゆる「難病」)への対策については、1972(昭和47)年に「難病対策要綱」が策定され、40年にわたり各種事業が推進されてきた。

特に、医療費助成は、難病が原因不明であって、治療方法が確立されていないため、長期にわたる療養が必要となり、その結果、比較的若い時期から長期にわたって高額な医療費の負担が必要となるなどといった難病特有の事情に着目して設けられてきた。

しかし、難病対策については、相対的には他の福祉制度等に隠れて光が当たってこなかった印象は否めず、対象となる疾患同様に原因不明で治療法未確立でも医療費助成の対象に選定されていないケースがあるなど疾患間の不公平が指摘され、予算面でも医療費助成における都道府県の超過負担の早急な解消が求めら

次に、「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を抑制」する観点からは、今後の高齢化の進展に伴う保険料水準の上昇に対応するため、低所得者の第1号保険料について基準額に乗ることにより負担を軽減している割合を更に引き下げ、軽減措置を拡充すべきである。

第2号被保険者の加入する医療保険者が負担する介護納付金については、現在、第2号被保険者の人数に応じたものになっており、負担の公平化の観点から、被用者保険について、被保険者の総報酬額に応じたものとしていくべきであるが、後期高齢者支援金の全面総報酬割の状況も踏まえつつ検討すべきである。

こうした取組も含め、負担の公平にも配慮しながら、介護保険料の負担をできるだけ適正な範囲に抑えつつ、介護保険制度の持続可能性を高めるため、引き続き、介護サービスの効率化・重点化に取り組み必要がある。

Ⅲ 年金分野の改革

- 1 社会保障・税一体改革までの道のりと到達点、残された課題
 - (1) 社会保障国民会議による定量的シミュレーションの実施とその含意

社会保障・税一体改革に連なる動きの起点ともいえる2008（平成20）年に開催された社会保障国民会議においては、年金制度に関して、社会保障方式で運営されてきた歴史を持つ年金を税方式に転換する際の「移行問題」を可視化する定量的シミュレーションが行われた。具体的には、当時提唱されていた4つの移行方法を対象にシミュレーションが行われ、政策のフィージビリティを考える材料が提供された。

この中で納付率の低下（未納の増加）の影響もシミュレーションされ、そこで得られたファクトを基に、社会保障国民会議においては、

- ① 納付率低下（未納の増加）が原因で現行制度が財政的に破綻することはないこと
- ② 未納問題はマクロの年金財政の問題というよりは、将来の低年金者、無年金者の増大によって、国民皆年金制度の本来機能である「すべての国民の老後の所得保障」が十分に機能しなくなるという問題であること
- ③ その観点から、非正規労働者への厚生年金適用拡大や免除制度の積極的活用などの未納対策の強化、基礎年金の最低保障機能の強化等が大きな課題となること

などの考え方を示した。

その後行われた閣議決定（「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた『中期プログラム』」）では、社会保障国民会議で別途行われた医療・介護費用のシミュレーション結果も踏まえ、社会保障方式による制度運営を前提とした基礎年金の最低保障機能の強化、医療・介護の体制の充実、子育て支援の給付・サービスの強化など機能強化と効率化を図る諸改革に取り組みこととされた。

その後、政権交代を経て、社会保障・税一体改革の検討が進められたが、これらの社会保障国民会議において行われた議論は、短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大や、最低保障機能の強化（最終的には、三党協議により、低所得・低年金高齢者等への福祉的な給付金として実現）等の改革メニューの下地となった。また、改革推進法の立法過程では、「社会保障方式を基本とする」ことが三党で合意された。

- (2) 2012年の社会保障・税一体改革による年金関連四法の成立による到達点

2012（平成24）年の社会保障・税一体改革により年金関連四法が成立した。これにより、基礎年金の国庫負担割合2分の1の恒久化や年金特例水準の解消が行われ、2004（平成16）年改革によって導入された長期的な給付と負担を均衡させるための年金財政フレームが完成をみた。

とは必要であるが、現時点での政策選択としては、現実的な制約下で実行可能な制度構築を図る観点から行わなければならない。

(2) 具体的な改革へのアプローチ

当国会議における議論を総括すると、負担も給付も現役時代の所得に応じた形の制度とすることは、1つの理想形としてとらえることができるものの、そのための条件が成就するフィージビリティや、定年による労働市場からの引退が稼働機会の喪失を意味する被用者と、引退年齢を自分で決めることができ、多くの場合事業資産を有したまま緩やかに引退していく自営業者との違いを踏まえた年金制度の一元化をどう考えるかに関しては、その距離感や妥当性について、委員の間で認識の違いが存在した。

同時に、このような認識の違いはあるものの、条件が満たされた際に初めて可能となる将来の議論で対立して改革が進まないことは、国民にとつて望ましいものではないという認識は、共有されたところである。

一方で、本来自営業者を対象者として発足した国民年金については、被保険者像は大きく変化し、農地や商店等の稼働手段を有する自営業者は減り、短時間労働者等稼働手段を持たず、被用者としての保障が必要となる者が増加している状況にある。このような状況に対応するためには、被用者にふさわしい保障を実現するために被用者保険の適用拡大を進める必要がある。

また、個人請負のような旧来とは異なるタイプの自営業者や、無職者などの負担リスクの高い被保険者が制度の保障の網からこぼれ落ちないようにし、負担能力に応じた負担を適切に求めていく観点から、国民年金保険料の多段階免除の積極活用や負担能力を有する滞納者に対する徴収強化を行う必要がある。

これらの対応は、所得比例年金に一元化していく立場からも通らなければいけないステップであることが、以前より、指摘されている。すなわち、年金制度については、どのような制度体系を目指すとも必要となる課題の解決を進め、将来の制度体系については引き続き議論するという二段階のアプローチを採ることが必要である。

これに併せて、当国会議における議論を通じて、低所得者に対するセーフティネットの強化に関しては、年金制度だけで対応するのではなく社会保障全体で対応すること、各種制度において重点的かつ公平に低所得者対策を強化していく際に必要となる所得捕捉強化について取り組んでいくべきことについても、認識が共有されたところである。

3 長期的な持続可能性を強固にし、セーフティネット機能（防貧機能）を強化する改革に向けて

(1) マクロ経済スライドの見直し
マクロ経済スライドによる年金水準の調整は、2009（平成21）年の財政検証で

また、短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大や低所得・低年金高齢者等への福祉的給付の創設が行われ、雇用基盤の変化など社会経済状況の変化に対応した社会保障のセーフティネット強化の取組にも着手することとなった。

(3) 今後の年金制度改革の検討の視点

日本の年金制度は、2004（平成16）年改革の年金財政フレームで、将来的な負担の水準を固定し、給付を自動調整して長期的な財政均衡を図る仕組みとしたことと、対GDP比での年金給付や保険料負担は一定の水準にとどまることとなった。その意味において、今後の社会経済情勢の変化に対応して適時適切な改革を行っていくことは必要であるものの、基本的に年金財政の長期的な持続可能性は確保されていく仕組みとなっている。改善すべき課題は残されているが、現行の制度が破綻していないという認識を、一体改革関連法案の審議の過程で、当時の総理大臣も答弁している。

2012（平成24）年の改革では、実施を見送るものの、改革に至る中でマクロ経済スライドや支給開始年齢の在り方についての検討が課題として挙げられ、また、年金機能強化法の附則においても短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大が検討事項として挙げられている。

これらの課題は、上記の年金関連四法による到達点を踏まえると、「長期的な持続可能性をより強固なものとす」、「社会経済状況の変化に対応したセーフティネット機能を強化する」という2つの要請から検討すべき課題と整理できる。

今後は、2004（平成16）年改革の年金財政フレームの中で、長期的な財政均衡を前提に、限られた資金をどのような形で年金給付として分配すれば、社会的厚生を高め、国民生活の安定に寄与するか、就労インセンティブを強化するなど、年金制度においては与件である経済や雇用の活性化にいかに関与するかといった観点で検討を行い、前述した2つの要請に応えていくことが求められている。

2 年金制度体系に関する議論の整理

(1) 年金制度の本来の性格と制度体系選択に当たった現実的な制約
年金制度の本質的な役割である「稼働所得の喪失の補填」という考えから敷衍するならば、負担も給付も現役時代の所得に応じた形の制度とすることは、1つの理想形である。この点については、定額負担・定額給付体系を選択した国民年金創設時の議論においても意識されていたところである。

しかしながら、当時においても、また、現時点においても、我が国において、自営業者を含めた所得比例型の年金制度を目指していくために必要となる、正確で公平な所得捕捉や事業所得と給付と所得を通じた保険料賦課ベースの統一（現在、給付と収入全額が被用者保険料の賦課対象となっている給付と所得者と課税所得ベースで保険料が賦課される事業所得者との間の公平な賦課ベースの設定）等の条件は整っていない状況にある。正確で公平な所得捕捉に向けた努力を続けるこ

は約30年間かけて行われることとなっているが、このような長い期間の間には当然に経済変動が存在する。このため、デフレ経済からの脱却を果たした後ににおいても、実際の物価や賃金の変動度合いによっては、スライド調整が十分に機能しないことが短期的に生じ得ることとなる。

他方で、将来の保険料負担水準を固定した以上、早期に年金水準の調整を進めた方が、将来の受給者の給付水準を相対的に高く維持することができる。

このため、マクロ経済スライドについては、仮に将来再びデフレの状況が生じたとしても、年金水準の調整を計画的に進める観点から、検討を行うことが必要である。

2009（平成21）年の財政検証においては、約10年間で水準調整が完了する報酬比例部分に比べて、基礎年金の調整期間が約30年と長期間にわたり、水準の調整の度合いも大きくなっている。当国民会議における議論の中では、基礎年金の調整期間が長期化し水準が低下することへの懸念が示されており、基礎年金と報酬比例部分のバランスに関する検討や、公的年金の給付水準の調整を補う私的年金での対応への支援も含めた検討も併せて行うことが求められる。

（2）短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大

年金制度体系をめぐる議論の整理のところに記述したように、国民年金被保険者の中に被用者性を有する被保険者が増加していることが、本来被用者として必要な給付が保障されない、保険料が納められないというゆがみを生じさせている。このような認識に立って、被用者保険の適用拡大を進めていくことは、制度体系の選択の如何にかかわらず必要なことである。

実際に、パートタイム労働者のうち、自らが主たる生計維持者となっている（主に自分の収入で暮らしている）者の割合は約3割に達しており、若年層の非正規雇用者の約4割が正社員への転換を希望しているなど、非正規雇用の労働者についても被用者としての保障の体系に組み入れていく必要性は高くなっていく。

一体改革関連法によって、一定の条件下の短時間労働者約25万人を対象に適用拡大が行われることとなったが、被用者保険の適用対象外となる週20時間以上30時間未満で働く短時間労働者は全体で400万人いると推計されている。さらに今後とも、適用拡大の努力を重ねることは三党の協議の中でも共有されており、法律の附則にも明記された適用拡大の検討を引き続き継続していくことが重要である。

（3）高齢期の就労と年金受給の在り方

高齢化が進展し、生涯現役社会に向けた取組が進められていく中で、高齢者の働き方と年金受給の在り方をどう組み合わせるかにあついても、今後の検討課題となってくる。

2009（平成21）年の財政検証では年金制度の持続可能性が確認されている。また、

現在2025（平成37）年までかけて厚生年金の支給開始年齢を引き上げている途上にあり、直ちに具体的な見直しを行う環境にはないことから、中長期的課題として考える必要がある。

この際には、雇用との接続や他の社会保障制度との整合性など、幅広い観点からの検討が必要となることから、検討作業については速やかに開始しておく必要がある。

一方、世界に目を向けると、高齢化の進行や平均寿命の伸長に伴って、就労期間を伸ばし、より長く保険料を拠出してもらうことを通じて年金水準の確保を図る改革が多くの先進諸国で取り組まれている。

日本の将来を展望しても、65歳時平均余命でみると、基礎年金創設時（1986（昭和61）年）には男性15.52年、女性18.94年だったが、現時点（2011（平成23）年）には男性18.69年、女性23.66年と3～5年程度伸びており、直近の人口推計（平成24年1月、中位推計）では、2060（平成72）年時点で男性22.33年、女性27.72年と、現在よりも更に4年程度伸びると推計されている。

労働力人口の推計（2012（平成24）年）をみると、現在の労働力率（15歳以上人口比約60%）を維持するためには、雇用継続が義務化された60歳代前半はもとより、60歳代後半の労働力率をかなりの程度（男性で2010（平成22）年48.7%→2030（平成42）年65.0%）引き上げることが必要となることが示されている。

また、これまで、年金の支給開始年齢については、将来の年金の給付規模の伸びを抑制する観点から、専ら年金財政上の問題として議論されてきた。しかし、2004（平成16）年の制度改革によって、将来の保険料率を固定し、固定された保険料率による資金投入額に年金の給付総額が規定される財政方式に変わったため、支給開始年齢を変えても、長期的な年金給付総額は変わらない。

以上のような状況を踏まえると、今後、支給開始年齢の問題は、年金財政上の観点というよりは、平均寿命が延び、個々人の人生が長期化する中で、ミクロ的には一人一人の人生における就労期間と引退期間のバランスをどう考えるか、マクロ的には社会全体が高齢化する中で就労人口と非就労人口のバランスをどう考えるかという問題として検討されるべきものである。その際には、生涯現役社会の実現を展望しつつ、これを前提とした高齢者の働き方と「年金受給」との組合せについて、他の先進諸国で取り組まれている改革のねらいや具体的な内容も考慮して議論を進めていくことが必要である。

なお、この検討に当たっては、職務の内容と高齢者の対応可能性等も考慮し、高齢者の就業機会の幅を広げることに取り組むとともに、多様な就業と引退への移行に対応できる弾力的な年金受給の在り方について、在職者年金も一体として検討を進めるべきである。

（4）高所得者の年金給付の見直し

マクロ経済スライドの発動による年金水準の調整は、中長期にわたって世代間の給付と負担のバランスを図ることを通じて、年金制度の持続可能性を高めるも

これらは、国際的な年金議論の到達点ともいえるものであり、日本における改革の議論も、このような考え方に立脚して進めるべきものである。

(2) 世代間の公平論に関して

個人が納付した、あるいはこれから納付することとなる保険料累計額の現在価値と、受け取った、あるいはこれから受け取ることとなる年金給付累計額の現在価値を比較して、世代によってこの関係が異なることをもって、世代間の不公平を指摘されることがしばしばある。

しかしながら、いわゆる中立命題の本質である私的な扶養と公的な扶養の代替を考えれば、年金制度の中で自分が払った保険料と自分が受け取る年金給付を比較する計算は、本来の意味での世代間の公平を表すものではない。仮に、公的年金が存在しなければ、その分同様に私的な扶養負担が増えることとなるだけであり、私的扶養の代替という年金制度が持つ本来機能を踏まえた議論が必要である。

さらに、公的年金制度は、寿命の不確実性のリスクや生涯を通じた所得喪失(障害年金、遺族年金)への対応といった保険としての機能を有しているが、例えば障害年金の周知度は50%程度にとどまって(2011(平成23)年国民年金被保険者実態調査)おり、このような機能の再認識が必要である。

残念ながら、世間に広まっている情報だけではなく、公的に行われている年金制度の説明や年金教育の現場においてさえも、給付と負担の倍率のみに着目して、これが何倍だから払い損だとか、払った以上にもらえらるとか、私的な扶養と公的な扶養の代替性や生涯を通じた保障の価値という年金制度の本質を考慮しない情報引用が散見され、世代間の連帯の構築の妨げとなっている。年金教育、年金相談、広報などの取組については、より注意深く、かつ、強力に進めるべきである。

一方で、世代間の不公平の主張の背景には、給付は高齢世代中心で負担は現役世代中心という日本の社会保障の構造や、必要な給付の見直しに対する抵抗感の強さ、制度に対する信頼感の低下や不安感の増加があることも忘れてはならない。諸外国では、家族政策や就労支援等現役世代を給付対象とした給付も一定の規模を占めるほか、年金制度において給付と負担の均衡度合いや平均寿命の伸長等にリンクして給付の調整を行うメカニズムの導入が進められている。日本においても、次世代支援など未来への投資の拡充による「全世代対応型」への転換を進めるとともに、持続可能性と将来の給付の確保に必要な措置を着実に進めるメカニズムを制度に組み込んでいくことも求められるところである。

(3) 将来の生産の拡大こそが重要

IMF会合における指摘を待つまでもなく、年金制度の持続可能性を高めるためには、年金制度によって与件である経済の成長や雇用の拡大、人口減少の緩和

のといえる。このことを考慮すると、今後は、年金制度における世代内の再分配機能を強化していくことが求められる。

この点に関して、当初一体改革関連法の内容の一部として提案された、高齢期の所得によって基礎年金の国庫負担相当分に係る給付を調整する規定については、三党協議を踏まえた修正に伴い、検討規定に移されることとなった。

世代内の再分配機能を強化する観点からの検討については、この検討規定に基づく検討のみならず、税制での対応、各種社会保障制度における保険料負担、自己負担や標準報酬上限の在り方など、様々な方法を検討すべきである。一体改革関連法には年金課税の在り方についての検討規定も設けられており、公的年金等控除を始めとした年金課税の在り方について見直しを行っていくべきである。

また、これに併せて、公的年金等控除や遺族年金等に対する非課税措置の存在により、世帯としての収入の多寡と低所得者対策の適用が逆転してしまうようなケースが生じていることが指摘されており、世代内の再分配機能を強化するとともに、給付と負担の公平を確保する観点から検討が求められる。

4 世代間の連帯に向けて

(1) 国際的な年金議論の動向

先進諸国の年金制度やその改革動向をレビューしているOECDのレポート(Pensions at a Glance 2011)では、

- ① 年金政策は常に「給付額の十分性」と「制度の持続可能性」という相矛盾する要請を抱え、そのディレンマの中での舵取りがより困難になっていること
- ② このディレンマから抜け出すルートとして、「就労期間の長期化」、「公的年金の支給努力の対象の中心を最も脆弱な人々とすること」、「進行中又は今後必要となる公的給付の削減を補完するために、退職後のための貯蓄を奨励すること」の3つが挙げられること

を指摘している。これらは先進諸国の年金改革に共通する事項であるが、日本が直面する課題とも一致する。

また、本年1月にIMFの主催で開催された「世界危機後のアジアにおける財政的に持続可能な公平な年金制度の設計」と題した会合において、

- ① 年金制度で鍵になる変数は将来の生産物であり、積立方式と賦課方式は、単に、将来の生産物に対する請求権を制度化するための財政的な仕組みが異なるにすぎず、積立方式は、人口構造の変化の問題を自動的に解決するわけではないこと
- ② 年金財政問題の解決策は、(i) 平均年金月額額の引下げ、(ii) 支給開始年齢の引上げ、(iii) 保険料の引上げ、(iv) 国民総生産の増大政策の4つしかないこと

が明快にプレゼンテーションされている。

社会保障制度改革国民会議 委員名簿

- 伊藤 元重 東京大学大学院経済学研究科教授
- 遠藤 久夫 学習院大学経済学部長
- 大島 伸一 国立長寿医療研究センター総長
- 大日向雅美 恵泉女学園大学大学院平和学研究科教授
- 権丈 善一 慶應義塾大学商学部教授
- 駒村 康平 慶應義塾大学経済学部教授
- 榊原 智子 読売新聞東京本社編集局社会保障部次長
- 神野 直彦 東京大学名誉教授
- ◎ 清家 篤 慶應義塾長
- 永井 良三 自治医科大学学長
- 西沢 和彦 日本総合研究所調査部上席主任研究員
- 増田 寛也 野村総合研究所顧問
- 宮武 剛 目白大学大学院生涯福祉研究科客員教授
- 宮本 太郎 中央大学法学部教授
- 山崎 泰彦 神奈川県立保健福祉大学名誉教授

◎は会長、○は会長代理

が重要である。

このため、高齢者や女性、若者の雇用を促進する対策や、仕事と子育ての両立支援の強化に取り組むとともに、年金制度においても、働き方に中立的な制度設計、働いて保険料を納付したことが給付に反映する形で透明感、納得感を高める改革が必要である。

例えば、第3号被保険者制度については、多くの女性の生涯設計に影響を持つ制度となっており、国民の間にある多様な意見に耳を傾けつつ、方向性としては、短時間労働者の被用者保険適用を拡大していくことなど、制度の支え手を増やす方向で検討を進めるべきである。また、一体改革関連法で、産休期間中の厚生年金保険料が免除されることとなったが、さらに、検討規定とされた第1号被保険者の出産前後の保険料免除に関しても、年金制度における次世代育成への配慮を一層強化する観点からの対応が求められる。

(4) 財政検証と制度改正の議論

少なくとも5年に1度実施することとされている年金制度の財政検証については、来年実施されることとなっているが、一体改革関連で行われた制度改正の影響を適切に反映することはもちろん、単に財政の現況と見通しを示すだけでなく、上記に示した課題の検討に資するような検証作業を行い、その結果を踏まえて遅滞なくその後の制度改正につなげていくべきである。

社会保障制度改革国民会議の開催実績

- 第1回（平成24年11月30日）
 - ・ 会長の選任、会長代理の指名、会議運営規則の決定
 - ・ 意見交換
- 第2回（平成24年12月7日）
 - ・ 社会保障4分野のこれまでの取組状況及び今後の課題について意見交換
- 第3回（平成25年1月21日）
 - ・ 第1回・第2回国民会議における主な議論の確認及び意見交換
- 第4回（平成25年2月19日）
 - ・ ヒアリング及び意見交換
日本経済団体連合会、経済同友会、日本商工会議所、日本労働組合総連合会
- 第5回（平成25年2月28日）
 - ・ ヒアリング及び意見交換
全国知事会、全国市長会、全国町村会、財政制度等審議会
- 第6回（平成25年3月13日）
 - ・ 国民会議におけるこれまでの議論の確認及び「基本的な考え方」の整理に向けた議論
 - ・ これまでの議論の積み重ね等の共有（医療・介護シミュレーション等）
- 第7回（平成25年3月27日）（医療・介護①）
 - ・ 関係者を交えての議論
日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会、
四病院団体協議会、全国老人福祉施設協議会、民間介護事業推進委員会
- 第8回（平成25年4月4日）（医療・介護②）
 - ・ 関係者を交えての議論
健康保険組合連合会、全国健康保険協会、国民健康保険中央会、
全国後期高齢者医療広域連合協議会
- 第9回（平成25年4月19日）（医療・介護中心③）
 - ・ 委員プレセッション（医療・介護）
 - ・ 関係者を交えての議論
日本医師会
※懇談会

- 第10回（平成25年4月22日）（医療・介護④）
 - ・ これまでの議論の整理（医療・介護）
- 第11回（平成25年5月9日）（少子化対策①）
 - ・ 委員プレセッション等（少子化対策）
- 第12回（平成25年5月17日）（少子化対策②、年金①）
 - ・ これまでの議論の整理（少子化対策）
 - ・ 委員プレセッション等（年金）
- 第13回（平成25年6月3日）（年金②）
 - ・ これまでの議論の整理（年金）
- 第14回（平成25年6月10日）
 - ・ 2巡目の議論①
- 第15回（平成25年6月13日）
 - ・ 2巡目の議論②
- 第16回（平成25年6月24日）
 - ・ 2巡目の議論③
- 第17回（平成25年7月12日）
 - ・ 報告書のとりまとめに向けた議論
- 第18回（平成25年7月29日）
 - ・ 報告書のとりまとめに向けた議論
- 第19回（平成25年8月2日）
 - ・ 報告書のとりまとめに向けた議論
- 第20回（平成25年8月5日）
 - ・ 報告書のとりまとめ

社会保障制度改革国民会議 報告書（概要）

～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～

平成25年8月6日
社会保障制度改革国民会議

第1部 社会保障制度改革の全体像

1 社会保障制度改革国民会議の使命

- 福田・麻生政権時の社会保障国民会議以来の社会保障制度改革の流れを踏まえつつ、改革推進法に規定する基本的な考え方のつとめて制度改革を検討。

2 社会保障制度改革推進法の基本的な考え方

- (1) 自助・共助・公助の最適な組合せ
 - 日本の社会保障は、「自助を基本としつつ、自助の共同化としての共助（＝社会保険制度）が自助を支え、自助・共助で対応できない場合に公的扶助等の公助が補完する仕組み」が基本。
- (2) 社会保障の機能の充実と給付の重点化・効率化、負担の増大の抑制
 - 社会保障の安定財源の確保と機能の充実の必要性や経済成長を上回る給付費の伸びを踏まえれば、国民負担の増加は不可避。国民負担について納得を得るためには、同様の政策効果を最小の費用で実施できるよう、同時に徹底した給付の重点化、効率化が必要。
 - 現在の世代に必要な給付は、現在の世代で賄うことが必要であり、「自助努力を支えることにより、公的制度への依存を減らす」、「負担可能な者は応分の負担を行う」ことにより、将来の社会を支える世代の負担が過大にならないようにすることが必要。

(3) 社会保障方式の意義、税と社会保険料の役割分担

- 日本の社会保障は、社会保険方式が基本。その上で、負担能力に応じた保険料や免除制度などにより、無職者等を含めたすべての者が加入できるように工夫した仕組み。しかし、非正規労働者などの増加により、保険料が未納の者が増し、社会保険のセーフティネット機能（防衛機能）が低下。被用者保険の適用拡大等や安定した雇用が課題。
- 日本の社会保険には多くの公費が投入されているが、公費の投入は低所得者の負担軽減等に充てるべき。一方、保険者の制度間の負担の調整は基本的に保険者間で行うべきであり、原則としては公費投入に頼るべきでなく、公費投入は保険者間で調整できないやむを得ない事情がある場合とすべき。

(4) 給付と負担の両面にわたる世代間の公平

- 子育て中の若い人々などが納得して制度に積極的に参加できるように、すべての世代に安心感と納得感の得られる全世代型の社会保障に転換することを目指す。
- 将来世代への負担の先送りを速やかに解消して、将来の世代の負担ができるだけ少なくなるようにすることが必要。
- 一方、いわゆる「世代間の損得論」については、払った保険料と受給額のみを見るのは不適切。社会保障が充実することは、本来負っている親の扶養や介護の負担が軽減されるという意味で、子どもや孫の世代にもメリットがあることに留意が必要。他方、世代間の不公平論が広まる土壌にも目配りが必要。

3 社会保障制度改革の方向性

- (1) 「1970年代モデル」から「21世紀（2025年）日本モデル」へ
 - 高度経済成長期に確立した「1970年代モデル」の社会保障から、超高齢化の進行、家族・地域の変容、非正規労働者の増加など雇用の環境の変化などに対応した全世代型の「21世紀（2025年）日本モデル」の制度へ改革することが喫緊の課題。
- (2) すべての世代を対象とし、すべての世代が相互に支え合う仕組み
 - 「21世紀日本モデル」の社会保障は、すべての世代を給付やサービスの対象とし、すべての世代が年齢ではなく、負担能力に応じて負担し、支え合う仕組み。
- (3) 女性、若者、高齢者、障害者などすべての人々が働き続けられる社会
 - 従来を支えられる側、支える側という考え方を乗り越えて、女性、若者、高齢者、障害者等働く意欲のあるすべての人が働ける社会を目指し、支える側を増やすことが必要。
- (4) すべての世代の夢や希望につながる子ども・子育て支援の充実
 - 少子化問題は社会保障全体にかかわる問題。子ども・子育て支援は、親子や家族のためだけでなく、社会保障の持続可能性（担い手の確保）や経済成長にも資するものであり、すべての世代に夢や希望を与える「未来への投資」として取り組むべき。

第2部 社会保障4分野の改革

1 少子化対策分野の改革

1 少子化対策の意義と推進の必要性

- 子どもたちへの支援は、社会保障の持続可能性・経済成長を確かなものとし、日本社会の未来につながるもの。社会保障制度改革の基本。
- 少子化傾向に歯止めがかかっていない背景として、子どもと子育てをめぐり厳しい実態があることを直視すべき。危機感をもって集中的な施策を講じるべき。
- 子育て支援が社会保障の1つと位置づけられ、子ども・子育て支援新制度により、恒久財源が確保されたことは、歴史的に大きな一歩。
- 若い世代の希望を実現することが社会の責務。妊娠・出産・子育ての切れ目ない支援、出産・子育てと就労継続の二者択一状況の解決が必要。
- 女性の活躍は成長戦略の中核。新制度とワーク・ライフ・バランスを車の両輪として進めることが必要。
- 国・都道府県・市町村・企業が一体となって施策を推進すべき。市町村の主体的・積極的な取組が求められる。人材の安定的確保と経済成長の意義を考慮すれば、少子化対策の重要性は企業にも大きく、拠出への協力が必要。

2 子ども・子育て支援新制度等に基づいた施策の着実な実施と更なる課題

- 新制度は、すべての子どもたちの健やかな成長を保障することを主眼とし、幼児教育・保育の量的拡大や質の向上、地域の子ども・子育て支援の充実に進めるもの。
 - 近年、子どもの貧困、特に母子家庭や父子家庭などのひとり親家庭の貧困は看過できない。子どもの貧困は、教育や学習等の機会の格差となり、大人になってからの貧困につながる。障害のある子どもや、虐待の増加も一因となって、社会的養護の必要な子どもも増えており、一層の取組が求められている。
- (1) **子どもの発達初期の環境整備と地域の子育て支援の推進**
- 就学前の発達環境は、子どもの生涯にわたる人間形成の基礎となるもの。OECD教育委員会は既に1998年にプロジェクトを発足し、“Starting Strong”を実施しており、日本においても、幼児教育・保育の質・量の充実が必要。発達初期の環境整備への投資は、その後の発達に大きく影響し、子どもの貧困を解決する等、未来への投資となることに留意する必要がある。

(5) 低所得者・不安定雇用の労働者への対応

- 雇用の不安定化が、格差・貧困問題の拡大につながるよう、非正規雇用の労働者の雇用の安定や処遇の改善、被用者保険の適用拡大が必要。また、格差・貧困問題の解決を図るには、所得再分配の強化を図りつつ、経済政策、雇用政策、地域政策、税制など様々な政策を連携させていくことが必要。また、年金税制等の問題を検討し、低所得者を把握する仕組みが必要。

(6) 地域づくりとしての医療・介護・福祉・子育て

- 住み慣れた地域で人生の最後まで自分らしく暮らせるよう、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築について、コンパクトシティ化などハード面の整備やサービスのネットワーク化などソフト面のまちづくりとして実施し、「21世紀型のコミュニティの再生」を図る。

(7) 国と地方が協働して支える社会保障制度改革

- 子育て・医療・介護など社会保障の多くが地方公共団体を通じて国民に提供されていることを踏まえ、制度改革は、地方公共団体に理解が得られるものとし、国と地方がそれぞれ責任を果たしていくことが必要。

(8) 成熟社会の構築へのチャレンジ

- 人口構成の変化や高齢化等をネガティブに考えるのではなく、様々な課題に正面から向き合い、一つ一つ解決を図っていくことを通じて、世界の先頭を歩む高齢化最先進国として、「成熟社会の構築」へチャレンジすべき。

4 社会保障制度改革の道筋 ～時間軸で考える～

- 上記のような考え方に沿った制度改革については、短期と中長期に分けて実現すべきである。
- ① 短期：消費税という国民負担を社会保障制度改革の実施という形で速やかに国民に還元するため、今般の一体改革による消費税の増収が段階的に生じる期間内に集中的に実施すべき改革。
- ② 中長期：いわゆる団塊の世代がすべて75歳以上となる2025(平成37)年を念頭において段階的に実施すべき改革。
- 改革については、定期的に改革の方向やその推進状況をフォローアップしていくことが必要であり、政府の下で必要な体制を確保すべき。

- 幼稚園、保育所に加え、子育て世代の生活環境の変化や働き方の多様化に十分に対応するため、認定こども園の普及推進が必要。また、地域の子ども支援施策の一層の推進が不可欠。
- 子育て支援は、地域の実情に合わせた施策の立案、実行が必要。質を確保しつつ、小規模保育や家庭的保育の充実など、地域の実態に即して柔軟に対応できる制度への移行が必要。

(2) 両立支援の観点からの待機児童対策と放課後児童クラブの充実

- 新制度のスタートを待たず、「待機児童解消加速化プラン」を推進。地方公共団体の理解と事業の裏付けとなる財源確保が必須であり、消費税増収分などを活用すべき。
- 学童期の放課後対策がまだ手薄。小学校と放課後児童クラブの連携による教育と福祉の連続性の担保とともに、指導員の研修の整備、地域の人々が積極的にかかわり、支援していく体制の構築などが必要。

(3) 妊産・出産・子育てへの継続的支援

- 妊娠期から子育て期にかけての支援を有機的に束ねた上での対策の強化が必要。市町村を中心として、様々な機関の関係者が連携し、妊娠期からの総合的相談や支援をワンストップで行えるよう、拠点の設置・活用を含めた対応を検討することが必要。

(4) ワーク・ライフ・バランス

- 企業の子育て支援に向けた行動変容を促すためにも、企業における仕事と子育ての両立支援について、より一層の取組の推進が必要。
- 育児休業の取得促進など様々な取組を通じて、男女ともに仕事と子育ての両立支援を進めていくことが必要。「次世代育成支援対策推進法」について、今後の10年間を更なる取組期間として位置づけ、その延長・見直しを積極的に検討すべき。
- なお、育児休業取得に関しては、中小企業・非正規に加え、取得率の低い男性の取得促進に注力すべき。また、育児休業を取得しやすくするために、育児休業期間中の経済的支援を強化することも含めた検討を進めるべき。
- 企業における両立支援の取組と子育て支援の充実は車の両輪であり、両者のバランスと連動を担保する視点から引き続き検討を進めるべき。

3 次世代育成支援を核とした新たな全世代での支え合いを

(1) 取組の着実な推進のための財源確保と人材確保

- 子ども・子育て支援は未来社会への投資であり、量的な拡充のみならず質の改善が不可欠。今般の消費税引上げによる財源（0.7兆円）では足りず、附帯決議された0.3兆円超の確保を今後図っていく必要。
- 子ども・子育て支援の理念を理解し、適切な知識と技術を蓄えた人材の確保、養成及び就業環境の整備が必要。また、例えば、中高年世代が地域の子ども・子育て支援に活躍し、若い世代を支える機会を増やすことも必要。

(2) 子育て支援を含む社会保障のすべてが支える未来の社会

- 子ども・子育て支援新制度に向けた財源確保の重要性は言うまでもなく、少子化対策について、子ども・子育て支援新制度の施行状況を踏まえつつ、幅広い観点から更に財源確保と取組強化について検討すべき。
- 子育てをめぐり厳しい実態を踏まえ、すべての世代が多様な環境にあるすべての子どもが若いや若い世代を支えていくことが大切。こうした取組や努力を世代間対立の問題にしてはならない。
- 人生の各段階のリスクをともに支え合い、子育てはもとより社会保障すべての分野において、若い世代の将来への不安を安心と希望に変えることが社会保障の役割・本質である。社会保障はいずれの世代にとっても負担ではなく、今の困難を分かち合い、未来の社会に協力しあうためにある、という哲学を広く共有することが大切。

II 医療・介護分野の改革

1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命

(1) 改革が求められる背景

- 高齢化の進展により、疾病構造の変化を通じ、必要とされる医療の内容は、「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」に変わらざるを得ない。
- 一方、医療システムについては、そうした姿に変わっておらず、福田・麻生政権時の社会保障国民会議で示された医療・介護サービスの提供体制改革の実現が課題。

(2) 医療問題の日本の特徴

- 日本の医療機関は、西欧等と異なり、私的所有が中心。政府が強制力をもって改革できない。市場の力でもなく、データによる制御機構をもつて医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムの確立を要請する声が上がっている点にも留意しなければならない。
- 日本の医療は世界に高く評価されるコストパフォーマンスを達成してきたが、多額の公的債務があることを踏まえれば、必要なサービスを将来にわたって確実に確保していくためには、医療・介護資源をより患者のニーズに適合した効率的な利用を図り、国民の負担を適正な範囲に抑えていく必要がある。
- 日本の皆保険制度の良さを変えずに守り通すためには、医療そのものが変わらなければならない。

(3) 改革の方向性

- 提供体制の改革は、提供者と政策当局との信頼関係こそが基礎になるべき。医療機関の体系を法的に定め直し、相応の努力をすれば円滑な運営ができる見通しを明らかにする必要がある。
- 医療改革は、提供者と利用者側が一体となって実現されるもの。「必要ときに必要な医療にアクセスできる」という意味でのフリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及は必須。
- 医療を利用するすべての国民の協力と国民の意識の変化が求められる。
- 急性期医療を中心とした人的・物的資源を集中投入し、早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護を充実。川上から川下までの提供者間のネットワーク化は必要不可欠。
- 医療・介護の在り方を地域毎に考えていく「ご当地医療」が必要。
- QOLを高め、社会の支え手を増やす観点から、健康の維持増進・疾病の予防に取り組みむべき。ICTを活用してレセプト等データを分析し、疾病予防を促進。
- 国民会議の最大の使命は、前回の社会保障国民会議で示された医療・介護提供体制改革に魂を入れ、改革の実現に向けて実効性と加速度を加えること。

2 医療・介護サービスの提供体制改革

- (1) **病床機能報告制度の導入と地域医療ビジョンの策定**
 - 医療機能に係る情報の都道府県への報告制度（病床機能報告制度）を早急に導入。
 - 次いで、報告制度により把握される地域ごとの医療機能の現状や地域の将来的な医療ニーズの客観的データに基づき見通しを踏まえ、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの医療の必要量を示す地域医療ビジョンを都道府県が策定。
 - 地域医療ビジョンの実現に向けては、病床の適切な区分を定めるとする実効的な手法が必要。
 - 地域医療ビジョンは、次期医療計画の策定期である2018（平成30）年度を待たずに速やかに策定し、直ちに実行することが望ましい。その具体的な在り方については、国と都道府県とが十分協議する必要がある。
- (2) **都道府県の役割強化と国民健康保険の保険者の都道府県移行**
 - 地域の医療提供体制に係る責任を積極的かつ主体的に果たすことができるよう、都道府県の役割の拡大を具体的に検討。
 - 医療提供体制の整備については、医療保険者の意見を聞きながら進めていくことが望ましい。
 - 国民健康保険に係る財政運営の責任を担う主体（保険者）を都道府県としつつ、国民健康保険の運営に関する業務について、都道府県と市町村が適切に役割分担を行い、保険料収納や医療費適正化のインセンティブを損なうことのない分権的な仕組みを目指すべき。具体的な在り方は地方団体と協議。
 - 知事会が、構造的な問題が解決されるならば、市町村とともに積極的に責任を担う覚悟がある旨を表明しており、時機を逸することなくその道筋をつけることが国民会議の責務であり、次期医療計画の策定前に実現すべき。
- (3) **医療法人制度・社会福祉法人制度の見直し**
 - 医療・介護サービスのネットワーク化を図るためには、競争よりも協調が必要であり、医療法人等が容易に再編・統合できるような制度の見直しを行うことが重要。
 - 機能の分化・連携の推進に資するよう、法人間の合併や権利の移転等を速やかに行うことができる道を開くよう制度改正を検討する必要がある。

- 死生観・価値観の多様化も進む中、医療の在り方は、医療提供者の側だけでなく、医療を受ける国民の側がどう考え、何を求めるかが大きな要素。死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れたQOLも射程に入られて、人生の最終段階における医療の在り方について、国民的な合意を形成していくことが重要。
- 医療行為による予後の改善や費用対効果を検証すべく、継続的にデータ収集し、常に再評価される仕組みを構築することを検討すべき。

(7) 改革の推進体制の整備

- 改革を実現するエンジンとして、主として医療・介護サービスの提供体制改革を推進するための体制を設け、厚生労働省、都道府県、市町村における改革の実行と運動させるべき。

3 医療保険制度改革

(1) 財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

- 現在の市町村国保の赤字の原因や運営上の課題を現場の実態を踏まえて分析した上で、国民健康保険が抱える財政的な構造問題や保険者の在り方に関する課題を解決していかなければならない。
- 国保の保険者の都道府県への移行は、国保の財政の構造問題の解決が図られることが前提条件。その財源には、後期高齢者支援金に対する負担方法を全面総報酬制にすることにより生ずる財源をも考慮に入れるべき。
- 国保の運営について、都道府県・市町村・被用者保険の関係者が協議する仕組みを構築しておくことも必要。
- 低所得者が多く加入する国保への財政支援の拡充措置と併せて、国保の低所得者に対する保険料軽減措置の拡充を図るべき。
- 国保の保険料の賦課限度額、被用者保険の標準報酬月額上限を引上げるべき。
- 後期高齢者支援金の負担について、平成27年度から全面的に総報酬割とすべき。これにより、被用者保険者間の保険料格差が相当縮小。これにより生じた財源は、将来世代の負担の抑制に充てるのでなければ、社会保障の機能強化策全体の財源として有効に活用。この財源面での貢献は、国保の保険者の都道府県移行の実現に不可欠。
- 協会けんぽの国庫補助率については、健保法改正法附則にのっとり、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方も含め検討。被用者保険における共同事業の拡大に取り組みすることも検討が必要。
- 所得の高い国保組合に対する定率補助金について、廃止に向けた取組を進める必要。

10

(4) 医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

- 「医療から介護へ」、「病院・施設から地域・在宅へ」の観点から、医療の見直しと介護の見直しは一体となって行う必要。
- 地域包括ケアシステムづくりを推進していく必要があり、平成27年度からの介護保険事業計画を「地域包括ケア計画」と位置づけ。
- 地域支援事業について、在宅医療・介護連携の推進、生活支援サービスの充実等を行うにつれ、新たな効率的な事業として再構築。要支援者に対する介護予防給付について、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組等を積極的に活用し、柔軟かつ効率的にサービスを提供できるよう、受け皿を確保しながら、段階的に新たな事業に移行。
- (5) 医療・介護サービスの提供体制改革の推進のための財政支援
 - 医療・介護サービスの提供体制改革の推進のために必要な財源については消費税増収分の活用が検討されるべき。
 - 消費税増収分は、具体的には、病院・病床機能の分化・連携への支援、急性期医療を中心とする人的・物的資源の集中投入、在宅医療・在宅介護の推進、更には地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携、生活支援・介護予防の基盤整備、認知症施策、人材確保などに活用。
 - 診療報酬・介護報酬の活用については、「地域完結型」の医療・介護サービスに資するよう、診療報酬・介護報酬の体系的見直しを進める必要。
 - 地域ごとの様々な実情に応じた医療・介護サービスの提供体制の再構築を図る観点から、全国一律に設定される診療報酬・介護報酬とは別の財政支援の手法（基金方式）が不可欠であり、診療報酬・介護報酬と適切に組み合わせる改革を実現。
 - この財政支援については、病院等の施設や設備の整備に限らず、地域における医療従事者の確保や病床の機能分化及び連携等に伴う介護サービスの充実なども対象とする柔軟なものとする必要。

(6) 医療の在り方

- 高齢化に伴い、多様な問題を抱える患者にとっては、総合診療医による診療の方が適切な場合が多く、その養成と国民への周知を図ることが重要。
- 医療職種の職務の見直し、チーム医療の確立を図ることが重要。
- 医療機関の勤務環境を改善する支援体制の構築等、医療従事者の定着・離職防止を図るとともに、特に看護職員については、養成拡大や登録義務化等の推進が必要。

9

III 年金分野の改革

- 1 社会保障・税一体改革までの道のりと到達点、残された課題
- (1) 社会保障国民会議による定量的シミュレーションの実施とその含意
- (2) 2012年社会保障・税一体改革による年金関連四法の成立による到達点
- 2008年の社会保障国民会議以来、政権交代をはさんだ検討を経て、2012年の社会保障・税一体改革により年金関連四法が成立。
 - ・ 基礎年金の国庫負担割合2分の1の恒久化や年金特例水準の解消等。
 - 長期的な給付と負担を均衡させるための2004年改革による年金財政フレームが完成。
 - ・ 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大や低所得・低年金高齢者等への福祉的給付の創設。
 - 社会経済状況の変化に対応したセーフティネット強化の取組にも着手。

(3) 今後の年金制度改革の検討の視点

- 2004年改革の年金財政フレームにより、対GDP比での年金給付や保険料負担は一定の水準にとどまる。適時適切な改革は必要だが、基本的に年金財政の長期的な持続可能性は確保されていく仕組みとなっている。改善すべき課題は残されているが、現行の制度が破綻していないという認識を、一体改革関連法案の審議の過程で、当時の総理大臣も答弁。
- 年金関連四法による到達点を踏まえると、残された課題は「長期的な持続可能性をより強固なものとする」、「社会経済状況の変化に対応したセーフティネット機能を強化する」という2つの要請からの課題と整理可能。

2 年金制度体系に関する議論の整理

- (1) 年金制度の本来の性格と制度体系選択に当たった現実的な制約
- 負担も給付も所得に応じた形の年金制度は、「一つの理想形」。しかしながら、正確で公平な所得捕捉や、事業所得と給与所得の保険料賦課ベースの統一等の前提条件は整っていない。現時点での政策選択としては、現実的な制約下で実行可能な制度構築を図る観点から行う必要。
- (2) 具体的な改革へのアプローチ
- 議論を総括すると、負担も給付も現役時代の所得に応じた形の制度は、一つの理想形としてとらえることはできないものの、そのための条件成就のフェーズビリティや被用者と自営業者との違いを踏まえた年金制度の一元化をどう考えるかについては委員間で認識の違いが存在。

- 後期高齢者医療制度については、現在では十分定着しており、現行制度を基本としながら、実施状況等を踏まえ、必要な改善を行うことが適当。

(2) 医療給付の重点化・効率化（療養の範囲の適正化等）

- 紹介状のない大病院の外来受診について、一定の定額自己負担を定めるような仕組みを検討すべき。
- 入院療養における給食給付等の自己負担の在り方について、在宅医療と公平の観点から見直しを検討。
- 70～74歳の医療費自己負担について、法律上は2割負担となっており、世代間の公平を図る観点から1割負担となっている特例措置を止めるべき。その際、既に特例措置の対象となっている高齢者の自己負担割合は変わることがないよう、段階的に進めることが適当。
- 高額療養費の所得区分について、よりきめ細やかな対応が可能となるよう細分化し、負担能力に応じた負担となるよう限度額を見直し。
- 後発医薬品の使用促進に加え、中長期的に医療保険制度の持続可能性を高める観点から、引き続き給付の重点化・効率化に取り組む必要。

(3) 難病対策等の改革

- 難病対策等の改革に総合的かつ一体的に取り組む必要。医療費助成を制度として位置づけ、対象疾患の拡大や都道府県の超過負担の解消を図るべき。

4 介護保険制度改革

- 一定以上の所得のある利用者の負担は引き上げるべき。
- 食費や居住費についての補足給付の支給には資産を勘案すべき。
- 特養は中重度者に重点化を図るとともに、デイサービスは重度化予防に効果がある給付への重点化を図るべき。
- 低所得者の1号保険料について、軽減措置を拡充すべき。
- 介護納付金について、負担の公平化の観点から、総報酬額に応じたものとすべきだが、後期高齢者支援金の状況も踏まえつつ検討。
- 引き続き、介護サービスの効率化・重点化に取り組む必要。

- 高齢化の進行や平均寿命の伸長に伴って、就労期間を伸ばし、より長く保険料を拠出してもらうことを通じて年金水準の確保を図る改革が、多くの先進諸国で実施。日本の将来を展望しても、65歳平均余命は更に4年程度伸長し、高齢者の労働力率の上昇も必要。
- 2004年改革によって、将来の保険料率を固定し、固定された保険料率による資金投入額に給付総額が規定されているため、支給開始年齢を変えても、長期的な年金給付総額は変わらない。
- したがって、今後、支給開始年齢の問題は、年金財政上の観点というよりは、一人一人の人生や社会全体の就労と非就労（引退）のバランスの問題として検討されるべき。生涯現役社会の実現を展望しつつ、高齢者の働き方と年金受給との組合せについて、他の先進諸国で取り組まれている改革のねらいや具体的な内容も考慮して議論を進めていくことが必要。

(4) 高所得者の年金給付の見直し

- 世代内の再分配機能を強化する検討については、年金制度だけではなく、税制での対応、各種社会保障制度における保険料負担、自己負担や標準報酬上限の在り方など、様々な方法を検討すべき。また、公的年金等控除を始めた年金課税の在り方について見直しを行っていくべき。

4 世代間の連帯に向けて

(1) 国際的な年金議論の動向

- 「就労期間の長期化」などの課題は、先進諸国の年金改革に共通。また、「積立方式と賦課方式は、単に、将来の生産物に対する請求権を制度化するための財政的な仕組みが異なるに過ぎず、積立方式は、人口構造の変化の問題を自動的に解決するわけではない」（本年1月のIMF会合におけるブレゼンテーション）などの国際的な年金議論の到達点に立脚した改革議論を進めるべき。

(2) 世代間の公平論に関して

- 公的年金の、私的扶養の代替という年金制度が持つ本来機能を踏まえた議論や、生涯を通じて所得喪失への対応といった「保険」としての機能の再認識が必要。
- 一方で、世代間の不公平の主張の背景には、給付は高齢世代中心で負担は現役世代中心という社会保障の構造や、必要な給付の見直しに対する抵抗感の強さなどがあるとの指摘もあり、「全世代対応型」への転換や、持続可能性と将来の給付の確保に必要な措置を着実に進めるメカニズムを制度に組み込んでいくことも求められる。

14

- 一方、条件が満たされた際に初めて可能となる将来の議論で対立して改革が進まないことは、国民にとっても望ましいものではないとの認識は共有。
- 国民年金の被保険者像の変化に対応し、被用者としての保障が必要な者に対する被用者保険の適用拡大や、低所得者層が制度保障の網からこぼれ落ちないようにする多段階免除の積極活用等の対応が必要。
- これは、所得比例年金に一元化していく立場からも通らなければいけないステップ。年金制度については、どのような制度体系を目指すことも必要となる課題の解決を進め、将来の制度体系については引き続き議論するということ二段階のアプローチを採ることが必要。

3 長期的な持続可能性を強固にし、セーフティネット機能（防貧機能）を強化する改革に向けて

(1) マクロ経済スライドの見直し

- デフレ経済からの脱却を果たした後においても、実際の物価や賃金の変動具合によっては、マクロ経済スライドによる調整が十分に機能しないことが短期的に生じ得る。他方で、早期に年金水準の調整を進めた方が、将来の受給者の給付水準は相対的に高く維持。
- 仮に、将来再びデフレの状況が生じたとしても、年金水準の調整を計画的に進める観点から、マクロ経済スライドの在り方について検討を行うことが必要。
- 基礎年金の調整期間が長期化し水準が低下する懸念に対し、基礎年金と報酬比例部分のバランスに関する検討や、公的年金の給付水準の調整を補う私的年金での対応への支援も含めた検討が求められる。

(2) 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大

- 被用者保険の適用拡大を進めていくことは、制度体系の選択の如何にかかわらず必要。適用拡大の努力を重ねることは三党の協議の中でも共有されており、適用拡大の検討を引き続き継続していくことが重要。

(3) 高齢期の就労と年金受給の在り方

- 2009年の財政検証で年金制度の持続可能性が確認。また、2025年までかけて厚生年金の支給開始年齢を引き上げている途上。直ちに具体的な見直しを行う環境にはなく、中長期的な課題。
- この際には、雇用との接続や他の社会保障制度との整合性など、幅広い観点からの検討が必要となることから、検討作業については速やかに開始しておく必要。

13

(3) 将来の生産の拡大こそが重要

- 年金制度の持続可能性を高めるためには、経済成長や雇用拡大、人口減少の緩和が重要。このため、高齢者や女性、若者の雇用を促進する対策や、仕事と子育ての両立支援の強化に取り組むとともに、年金制度においても、働き方に中立的な制度設計、働いて保険料を納付したことが給付に反映する形で透明感、納得感を高める改革が必要。

(4) 財政検証と制度改正の議論

- 来年実施される財政検証は、単に財政の現況と見通しを示すだけでなく、課題の検討に資するような検証作業を行い、その結果を踏まえ、遅滞なくその後の制度改正につなげていくべき。

協会だより（定例理事会要録から）

2013年度(平成25年度)第5回 2013年7月9日

I. 文書報告の確認

【総務部会】

1. 前回理事会（6月25日）要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認

【経営部会】

1. 税務相談（6月26日）状況
2. 保団連経税担当事務局小委員会（6月24日）状況
3. 保団連国税庁交渉（6月24日）状況

【医療安全対策部会】

1. 医療事故案件調査委員会（6月21日）状況
2. 医師賠償責任保険処理室会（6月24日）状況
3. 医療機関側との懇談（7月5日）状況

【政策部会】

1. 内部被曝から子どもを守る会との懇談（6月21日）状況

【保険部会】

1. 保険講習会A（6月20日）状況
2. 保団連と日本栄養士会との懇談（6月21日）状況

II. 確認・承認事項

【総務部会】

1. 総務部会（7月2日）状況確認の件
2. 6月度会員増減状況の件
3. 会員入退会及び異動（6月25日～7月9日）に関する承認の件

【経営部会】

1. 経営部会（7月2日）状況確認の件

【医療安全対策部会】

1. 医療安全対策部会（7月2日）状況確認の件

【政策部会】

1. TPP参加反対京都府民集会2013（6月30日）状況確認の件
2. 政策部会（7月2日）状況確認の件
3. 京都府保険医新聞（第2862号）合評の件

【保険部会】

1. 在活（在宅医療点数を活用するための活動）に関する打合せ（6月23日）状況確認の件
2. 保険部会（7月2日）状況確認の件

III. 開催・出席確認事項

【経営部会】

1. 保団連経税担当事務局小委員会への出席の件

【医療安全対策部会】

1. 医療安全院内研修会への講師派遣の件

2. 第286回関西医事法研究会への出席の件

【保険部会】

1. 保険講習会B開催の件
2. 2013年度保団連研究・学術活動交流集会への出席の件

IV. 医療政策関連情勢

1. 医療・社会保障をめぐるこの間の動き

①国をめぐる動き

各党のマニフェストについて

②地方自治体をめぐる動き

京都市社会福祉審議会における「京都市におけるリハビリテーション行政の今後の在り方について」〈答申〉のとりまとめについて

V. 診療報酬関連情報

1. 中医協概要報告

VI. 要討議事項

【経営部会】

1. 平成26年度厚生労働省税制改正に関する要望書提出の件

【保険部会】

1. 病名漏れにより査定されたレセプトに関する再審査請求等に関する件

VII. 特別討議

1. 顧問委嘱の件
2. 決議（案）検討の件

《上記20件を承認、1件を継続審議》

2013年度(平成25年度)第6回 2013年7月23日

I. 文書報告の確認

【総務部会】

1. 前回理事会（7月11日）要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認
3. 未入会開業医訪問（7月4日）状況
4. 保団連夏季セミナー（7月6日・7日）状況
5. 大阪府保険医協同組合との打ち合わせ（7月11日）状況
6. 正副議長との打ち合わせ（7月18日）状況

【経営部会】

1. 2013年度全国経営税務担当事務局会議（7月1日）状況
2. 保団連近畿ブロック共済担当事務局会議（7月10日）状況
3. 保団連経税担当事務局小委員会（7月11日）状況

【医療安全対策部会】

1. 亀岡市立病院「医療安全院内研修会」（7月10日）状況

【保険部会】

1. 第1回医事担当者連絡会議（6月27日）状況
2. 公立南丹病院「審査に係る院内学習会」（6月28日）状況
3. 在宅医療点数の学習会（7月4日）状況

Ⅱ. 確認・承認事項

【総務部会】

1. 12～13年度第3回保団連代議員会（6月30日）状況確認の件
2. 2013年度第2回正副理事長会議（7月18日）状況確認の件
3. 事務局退職金規定見直しについて
4. 事務局からの家族看護休暇取得申請について
5. 会員入退会及び異動（7月9日～7月23日）に関する承認の件

【政策部会】

1. 12～13年度第17回保団連理事会（6月29日）状況確認の件
2. 保団連12～13年度第18回理事会（7月6日）状況確認の件
3. 第14回I C T検討委員会（7月12日）状況確認の件
4. 京都保険医新聞（第2863号）合評の件
5. 2013年度『京都保険医新聞』発行計画・執筆分担案の確認の件

【保険部会】

1. 理学療法士会・作業療法士会・言語聴覚士会との懇談会（6月22日）状況確認の件
2. 開催・出席確認事項

【総務部会】

1. 8月1日～9月10日までの会合等諸行事及び出席者確認の件
2. 各部会開催の件

【経営部会】

1. 診療所向け経営対策セミナー開催の件

【政策部会】

1. 京都のリハビリを考える会 対案作成作業部会出席の件
2. 京都のリハビリを考える会出席の件
3. 「開業医が展望する地域ケア」発行に向けた相談会議（医療制度検討委員会）開催の件
4. 第33回平和のための京都の戦争展要員派遣の件

【保険部会】

1. 保団連診療報酬改善対策委員会による厚生労働省交渉参加の件

Ⅳ. 医療政策関連情勢

1. 医療・社会保障をめぐるこの間の動き

①国をめぐる動き

- ・代議員月例アンケート（リハビリ提供体制・協会に期待すること）の結果報告
- ・国会版社会保障制度改革国民会議の最終とりまとめについて

②地方自治体をめぐる動き

- ・医師臨床研修制度見直しについて

Ⅴ. 診療報酬関連情報

1. 2013年6月度国保合同審査委員会（6月19日）状況確認の件
2. 保険審査通信検討委員会（7月5日）状況確認の件

Ⅵ. 特別討議

1. 決議（案）確認の件

Ⅶ. その他

①理事就任挨拶

②定期総会の実務連絡

≪以上、29件の議事を承認≫

9月のレセプト受取・締切

基金	9日(月)	10日(火)	労災	10日(火)
国保	○	◎		◎

※○は受付窓口設置日、◎は締切日。

受付時間：基金 午前9時～午後5時30分

国保 午前8時30分～午後5時15分

労災 午前9時～午後5時

いつでも どこでも ご相談に応じます！

各種専門家との相談体制をリニューアル

税理士・社会保険労務士・建築士・ファイナンシャルプランナー・弁護士

◆会員の希望される専門家をご紹介します。

◆随時、必要な時に相談できます。

ご都合の良い日を各種専門家と日程調整します。

◆相談は無料（ただし、1事案1回限り）

1事案につき1回の無料相談を超えてのご相談は、個別相談に移行し有料になります。

＜税 理 士＞	
花山 和士 税理士	ひろせ税理士法人
外村 弘樹 税理士	外村会計事務所
山口 稔 税理士	山口稔税理士事務所
木谷 昇 税理士	木谷昇税理士事務所
乗岡 五月 税理士	税理士法人京都会計
牧野 伸彦 税理士	牧野伸彦税理士事務所
鴨井 勝也 税理士	鴨井税務会計事務所
廣井 増生 税理士	廣井増生税理士事務所
＜社 労 士＞	
河原 義徳 特定社労士	株式会社ひろせ総研
本宮 昭久 特定社労士	本宮社会保険労務管理事務所
＜建 築 士＞	
坂本 克也 建築士	坂本克也一級建築事務所
竹内 秀雄 建築士	園建築事務所
＜ファイナンシャルプランナー＞	
重松 朋聖 法人推進部長	三井生命保険株式会社
その他	関係生保会社、京都銀行のFP

＜弁 護 士＞	
飫 立明 弁護士	京都中央法律事務所
江頭 節子 弁護士	京都中央法律事務所
松尾 美幸 弁護士	京都中央法律事務所
赤井 勝治 弁護士	赤井・岡田法律事務所
石川 寛俊 弁護士	石川寛俊法律事務所
鵜飼万貴子 弁護士	米田泰邦法律事務所
小笠原伸児 弁護士	京都法律事務所
竹下 義樹 弁護士	つくし法律事務所
富永 愛 弁護士	富永愛法律事務所
新阜創太郎 弁護士	つくし法律事務所
西村 幸三 弁護士	西村法律事務所
本田 里美 弁護士	つくし法律事務所
三重 利典 弁護士	葵法律事務所
若松 豊 弁護士	赤井・岡田法律事務所

◇お問い合わせは TEL 075-212-8877
協会事務局まで FAX 075-212-0707

9月1日より
秋普及開始!

保険医年金

この機会に
ぜひご加入下さい!

加入申込期間 **9月1日(日) ~ 10月25日(金)** 2014年1月1日付加入です

2012年度実績 **1.390%** (2011年度実績 1.308%)

【予定利率 1.259% (2013年9月1日現在)、2012年度配当率 0.131%】

■月払 (満74歳以下の会員)

1 □ 1万円 30 □ 限度 (30万円)

■一時払 (満79歳以下の会員で月払に加入している方)

1 □ 50万円 毎回40 □ (2,000万円)

※手数料との関係で1.259%の利率が続くと仮定して、新たにご加入される月払については4年以上、一時払で2年以上の長期にわたって積立されることをお勧めします。詳しくは、8月末発送の年金パンフレットをご覧ください。

◎普及担当の生保営業員がご説明に伺った際には、ご面談下さいますようお願いいたします。電話・訪問等が重なる場合がございますが、ご容赦下さい。

受託会社 三井生命(幹事)・明治安田生命・富国生命・ソニー生命・日本生命・太陽生命・第一生命

ご注意ください!

現在ご加入の年金を一部あるいは全部解約し、新たにご加入申込みされる場合は**10月10日(木)**までに解約書類を協会事務局までご提出下さい。保険医年金に関するお問い合わせは、京都府保険医協会・経営部会まで。

新規開業医向け「保険講習会B」のご案内

日時 **9月26日(木) 午後2時~4時**

場所 京都府保険医協会ルームA

内容 ①新規個別指導対策 ②医療法立入検査対策

対象 新規開業前後の医師、従事者の方

(新規開業の先生でなくても、日常診療整備の目的でご参加下さい)

*資料準備の都合上、前日までにお電話にてお申し込み下さい
(保険部会 ☎ 075-212-8877)。

隔月で開催
しています

※次回 (保険講習会A)

- ① 保険基礎知識
- ② レセプト審査

経営対策セミナー

開業医
向け

「医師の相続対策はいつやるの？『今でしょ！』」

日 時 9月5日(木) 午後2時～ 場 所 京都府保険医協会・ルームA～C

講 師 税理士法人日本経営 資産税事業部部長 税理士 座間 昭男氏

協 賛 有限会社アミス

医院・診療所での接遇マナー研修会（中級）

※申込み後にキャンセルする場合はご連絡をお願いします。

日 時 9月12日(木) 午後2時～ 場 所 京都府保険医協会・ルームA～C

内 容 仕事の進め方・仕事の管理の基本・個人の目標と組織の目標との調和、患者さんとのコミュニケーションの取り方についてなど、ゲーム形式を取り入れて体験しながら楽しく学びます。

講 師 茂木 治子氏（元日本航空客室乗務員）

定 員 60人

協 賛 有限会社アミス

第28回 保団連医療研究集会 in 横浜

と き 10月12日(土)～13日(日)

と ころ 横浜ベイシェラトンホテル&タワーズ

・ メインテーマ ・

地域医療におけるこれからの市民と医療者の連携

主
な
内
容

<12日> 記念講演 (14:00～15:00)

「歌うこと、演じること、そして生きること」

俳優 倍賞 千恵子氏

市民公開シンポジウム「医療と倫理」(15:20～16:50)

<13日> 分科会 (9:00～12:00)

ポスターセッション (9:00～15:00)

循環器セミナー(13:00～15:10)

糖尿病ネットワーク研究会 (13:00～16:00)

医療とIT (13:00～16:00)

市民公開在宅医療セミナー(13:00～16:00)

参加費 医師 8,000円、コ・メディカル・家族・従業員 500円

主 催 全国保険医団体連合会 主務地 神奈川県保険医協会

申込締切
8月30日(金)
まで

保団連第31回 病院・有床診療所セミナー in 熊本

入院医療をめぐる現状と問題を明らかにし、具体的な対応策を学習・交流する「病院・有床診セミナー」が、下記の日程で開催されます。ぜひご参加ください。

主催 全国保険医団体連合会 協力 熊本県保険医協会

日時 9月28日(土) 18:30~20:25 9月29日(日) 10:00~15:30

※懇親会参加の場合、28日の終了は22:00となります。

会場 熊本全日空ホテル ニュースカイ (熊本市)

参加費 両日参加 (1人10,000円)、1日のみ参加 (1人6,000円)

※同一法人2人目以降は、参加費3,000円引。懇親会参加の場合は別途6,000円。

..... 主な内容

9月28日(土) 18:30~20:25 (全体会議)

○基調報告 「入院医療をめぐる情勢と対策」

報告 中島 幸裕 氏 保団連病院有床診対策部理事

○記念講演 「中小病院・有床診療所に求められる役割」

講師 前沢 政次 氏 地域医療教育研究所代表理事、元日本プライマリケア連合学会理事長

○懇親会 「がまだせ中小病院・有床診2 熊本に来てよかったモン」(20:30~22:00)

※懇親会は希望者のみ。

9月29日(日) 10:00~12:00 (全体会議)

○シンポジウム 「基幹病院・中小病院・有床診のWin-Win の連携のために」

9月29日(日) 13:00~15:00 (分科会)

○病院分科会 ○有床診分科会

申込・お問い合わせは保険医協会へ ☎075-212-8877 申込締切9月10日 定員150人

第650回記念

社会保険研究会

医療制度改革のゆくえ

— 2025年の医療制度の姿を展望する —

定員100人
先着順

講師 学習院大学経済学部長
社会保障制度審議会医療保険部会長
社会保障制度改革国民会議会長代理

遠藤 久夫 氏



日時 10月19日(土) 午後2時~4時

場所 京都大学医学部記念講堂(旧解剖講堂) 左京区吉田近衛町 ☎075-753-4300

※ JR・近鉄京都駅より市バス206系統「東山通北大路バスターミナル」行、「近衛通」バス停下車

※ 阪急河原町駅より市バス201系統「祇園・百万遍」行、「熊野神社前」バス停下車、または市バス31系統「熊野・岩倉」行、「近衛通」バス停下車

※ 地下鉄烏丸線丸太町駅より市バス202系統「熊野神社・祇園」行、または市バス204系統「東天王町・錦林車庫」行、どちらも「熊野神社前」下車

※ 京阪神宮丸太町駅5番出口より東へ徒歩約10分

対象 会員医師・会員医療機関職員 主催 京都府保険医協会

※日医生涯教育講座対象の研究会です。



〈遠藤先生からのメッセージ〉

昨年は「社会保障・税一体改革大綱」が閣議決定され、今年8月には「社会保障制度改革国民会議」の報告書が提出された。一方で、医療提供体制の見直しを視野に「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」「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」が設けられ、それぞれ答申された。足元では、来年度の診療報酬改定の議論が医療部会、医療保険部会、中医協で議論されている。これらの流れを複合的に眺めながら、今後の医療制度改革の方向を展望したい。

協会
だ
よ
り

京都府保険医協会では医学書を斡旋しています。
案内にない書籍もお気軽にお問い合わせください。



〈申込書〉 FAX 075-212-0707までお送りください。

☆京都府保険医協会の会員の先生は書店でご購入いただくより割安になります。
(表記価格は全て税込価格ですが、会員の先生には消費税抜きの価格で斡旋します)

※商品は神陵文庫より発送。申込価格5,000円以上は送料無料。

ご注文のタイトルに(し)して下さい

【医学書・新刊 2013年8月】

医薬品情報書籍の決定版! 全医家向け医薬品約18,000品目の
2013年6月までの最新情報を網羅! ご予約受付中!

日本医薬品集 DRUGS IN JAPAN 医療薬 2014

- 書籍版 13,650円 2013年8月刊行
 - DB版 15,750円 2013年7月刊行
 - セット版 24,150円 2013年8月刊行
- 日本医薬品集フォーラム編 ●
B5判 3,600頁 ●じほう

比類なき内科学のグローバルスタンダード

(原著最新18版) 待望の日本語版
初版以来定価据え置き、廉価を堅持。
今ならオリジナルバックをプレゼント

- ハリソン内科学 (第4版) 31,290円
 - 福井次矢・他監 ●A4変型判 3,500頁 ●MEDSI
- 伝統と信頼、6年ぶりの全面改訂。医師国試出題基準に完全対応。

- 朝倉書店 内科学 (第10版) 合本 30,450円
- 矢崎義雄・総編集 ●B5判 2,548頁 分冊版

- 臨床神経解剖学 原著第6版 10,080円
- 井出千東・監訳 ●A4判 444頁 ●医歯薬出版
- 器官病理学 (第14版) 21,000円
- 笠原正典・他編 ●B5判 1,018頁 ●南山堂
- 戸田新細菌学 (第34版) 16,800円
- 吉田真一・他編 ●四六判 1,104頁 ●南山堂
- 画像診断ガイドライン 2013年版 6,930円
- 日本医学放射線学会・他編 ●B5判 480頁 ●金原出版
- 高気圧酸素治療のための医学・生理学 21,000円
- 日本臨床高気圧酸素・潜水医学会・監訳 ●A4判 526頁 ●へるす出版
- 新 瘧疾についての質問に答える (2版) 6,300円
- 小川道雄・監 ●B5判 568頁 ●へるす出版
- 血液疾患治療に伴う合併症対策 5,040円
- 田村和夫・編 ●B5判 248頁 ●医業ジャーナル社
- みんなに役立つGVHD(移植片対宿主病)の基礎と臨床 7,980円
- 豊嶋崇徳・編 ●B5判 416頁 ●医業ジャーナル社
- 認知症の予防と生活指導 5,040円
- <インフォームド・コンセントのための図説シリーズ>
- 遠藤英後・著 ●A4変型判 80頁 ●医業ジャーナル社
- Acute on Chronicで切った呼吸器診療マニュアル 5,040円
- 事件は慢性期に起きている
- 滝澤 始・編 ●A5判 300頁 ●文光堂
- 呼吸器疾患診断フォトブック 7,140円
- 杉山幸比古・著 ●B5判 178頁 ●南江堂
- 特発性間質性肺炎の治療と管理 6,300円
- 杉山幸比古・編 ●B5判 228頁 ●克誠堂出版
- 慢性閉塞性肺疾患(COPD)のマネジメント (改訂3版) 5,040円
- 橋本 修・編 ●A4変型判 292頁 ●医業ジャーナル社

日常診療に必要な、信頼ある最新情報を網羅。
国内最大級のリファレンス 2013年6月発売

- 今日の診療プレミアム Vol.23 DVD-ROM for Windows 81,900円
- 永田 啓・監 ●DVD-ROM ●医学書院

- 今日の診療ベーシック Vol.23 DVD-ROM for Windows 61,950円
- 永田 啓・監 ●DVD-ROM ●医学書院

初版刊行以来60余年。整形外科専門医の座右の書

- 神中整形外科 (第23版) 上巻 ●1,108頁 31,500円
- 岩本幸英・編 ●四六判 ●南山堂 下巻 ●1,320頁 35,700円

構想8年! 日本の中で出会うであろう虫による皮膚炎のほぼすべてを網羅。
治療、予防対策を虫の生態・生息環境と並置させた「臨床図鑑」。
大好評発売中。

- Dr.夏秋の臨床図鑑 虫と皮膚炎 12,600円
- 夏秋 優・著 ●AB判 200頁 ●学研メディカル秀潤社

- 心電図と不整脈の手びき (第4版) 5,460円
- 村松 準・監 ●四六判 280頁 ●南山堂

- 高血圧診療のすべて 5,775円
- 日本医師会・編 ●B5判 372頁 ●診断と治療社

- 病理像+内視鏡・CT・MRIで一目でわかる!
臨床医が知っておきたい消化器病理の見かたのコツ 6,300円
- 福岡敬宣・編 ●B5判 183頁 ●羊土社

- OSAKA UNIVERCITY 肝炎診療マニュアル 5,670円
- 竹原徹也・編 ●B6変型判 398頁 ●中外医学社

- 創傷と痛み 痛みのある皮膚の傷をどう治す? どう対処する? 5,250円
- 伊 浩信・他編 ●B5判 168頁 ●金原出版

- 消化器外科専門医へのminimal requirements 9,975円
- 北野正剛・監 ●B5判 480頁 ●メジカルビュー社

- モーターコントロール 原著第4版 研究室から臨床実践へ 12,600円
- 理解が深まるDVDビデオ付
- 田中 繁・他監訳 ●A4変型判 696頁 ●医歯薬出版

- がん・生殖医療 妊孕性温存の診療 10,500円
- 日本がん・生殖医療研究会・監 ●B5判 312頁 ●医歯薬出版

- 眼底OCTのすべて 14,700円
- <専門医のための眼科診療クオリファイ 18>
- 飯田知弘・編 ●B5判 356頁 ●中山書店

- 口腔・咽頭疾患、歯牙関連疾患を診る <ENT臨床フロンティア> 13,650円
- 黒野祐一・編 ●B5判 320頁 ●中山書店

- 過活動膀胱と骨盤臓器下垂 5,040円
- <インフォームド・コンセントのための図説シリーズ>
- 西沢 理・編 ●A4変型判 80頁 ●医業ジャーナル社

- 泌尿器科超音波を使いこなす 9,450円
- 棚橋善克・他編 ●B5判 224頁 ●メジカルビュー社

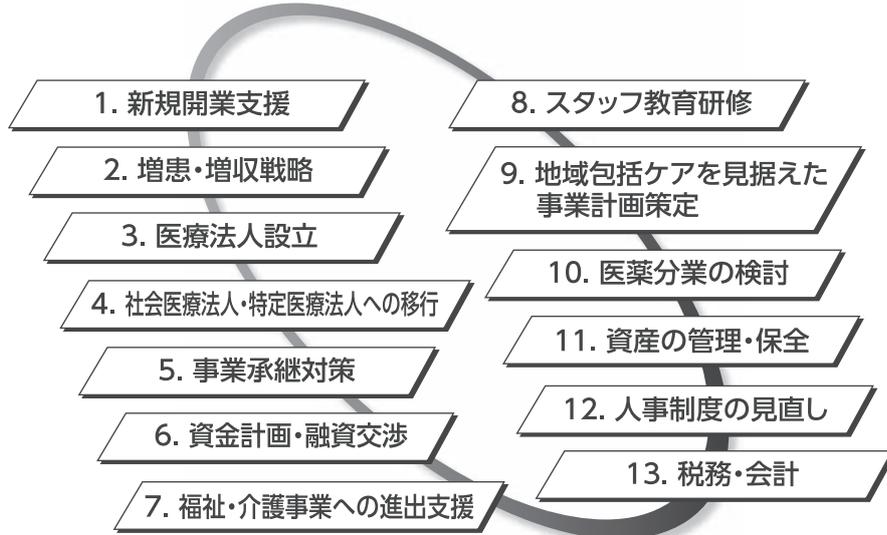
- 痛みの薬物治療 <痛みのScience & Practice 2> 13,650円
- 山本達郎・編 ●B5判 336頁 ●文光堂

お名前	医療機関名
送付先 〒	
TEL :	FAX :

お問い合わせ・申込 京都府保険医協会 TEL075-212-8877 FAX075-212-0707
 有限会社アミス TEL075-212-0303
 〒604-8162 京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七観音町637 第41長栄カーニープレイス四条烏丸6階



皆さまの、
頼りになる相談相手です。



なんでもご相談下さい。

ひろせ税理士法人

株式会社 ひろせ総研

株式会社 ひろせ財産コンサルタンツ

有限会社 ひろせM&Aブレン

有限会社 ヒロセ・ライフ・サポート

税理士 廣瀬 伸彦	社会保険労務士 河原 義徳
税理士 花山 和士	社会保険労務士 天野 啓吾
税理士 柴田陽一郎	C F P 稲田 久子
税理士 田村 寧	宅地建物取引主任者 中屋 拓実
税理士 嘉村 智通	
税理士 高井 英子	
税理士 森川忠利志	
税理士 伊島 悠	



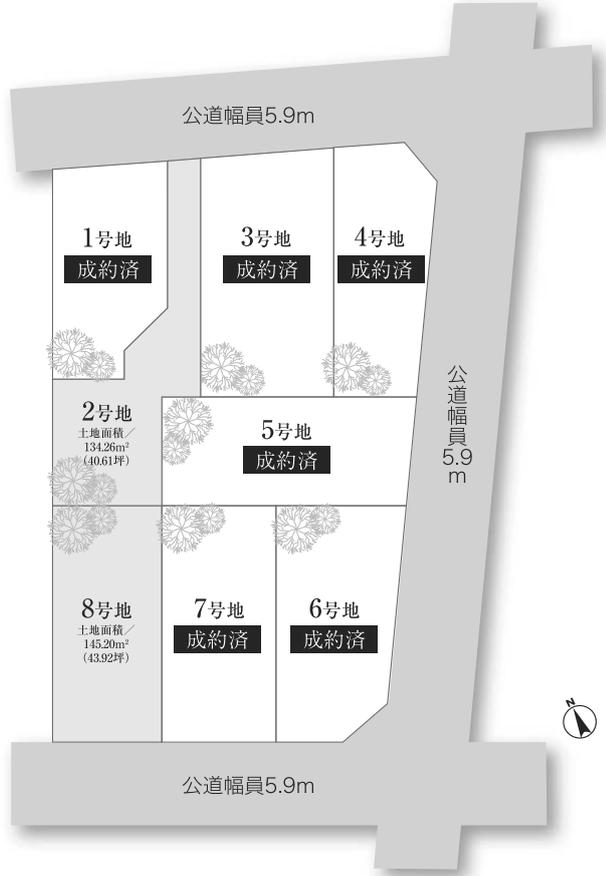
- JR・地下鉄「二条駅」より徒歩10分
- 市バス「千本旧二条」「丸太町智慧光院」より徒歩5分

〒602-8155
京都市上京区主税町827
TEL.075-801-6331 FAX.075-801-7372
URL <http://www.hiroses.co.jp/>
E-mail info@hiroses.co.jp

ひろせ税理士法人

憧れの下鴨・松ヶ崎に三井ホームの注文住宅を。

建築条件付宅地分譲



人気の下鴨疏水エリア、
いよいよ、残り2区画。
先着順申込受付中。

注文住宅用地 4,567万円(40.61坪)～

全8区画[今回販売区画2区画]

疏水のそば、静かな佇まいの街並の

三百五十坪を超える邸宅地に

誕生した「三井ホームタウン」。

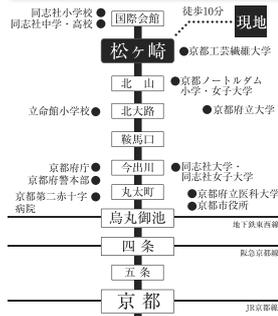
2×4トップランナーとして

羨望の地、下鴨疏水エリアに

ふさわしい住まいをご提案いたします。



現地から松ヶ崎駅まで徒歩10分



〈三井ホームタウン下鴨疎水〉【全体概要】●所在地／京都市左京区松ヶ崎西桜木町5番1●総面積／1162.11㎡●総区画数／8区画●今回販売区画数／2区画●土地面積／134.26㎡～145.20㎡●販売価格／4,567万円～5,841万円●地目／宅地●用途地域／第1種低層住居専用地域●建ぺい率／50%●容積率／80%●防火指定／法22条区域●高さ制限／10m高度地区●関係法令／敷地面積最低限度100㎡・山並背景型建造物修景地区・屋外広告物、遠景デザイン保全地区●施設・設備／公営水道・関西電力・都市ガス・公共下水●交通／京都市営地下鉄烏丸線「松ヶ崎」駅徒歩10分●事業主(売主)／三井ホーム株式会社京都支店 国土交通大臣許可(特-24)第8030号 国土交通大臣(10)第2531号 (一社)日本ツーバイフォー建築協会正会員 〒604-8854京都市中京区四條通御前東入ル壬生仙念町1-1ヤサカ四條ビル 電話:075-813-1131●その他条件／本分譲宅地は全て、土地売買契約締結後3ヶ月以内に土地売主である三井ホーム株式会社と建物の建築工事請負契約を締結する事を条件に販売いたします。この期間内に建築しないことが確定した時、または建築工事請負契約が成立しなかった場合には、土地売買契約は白紙となり、受領した金額は無利息にて全額お返しいたします。〈広告有効期限／平成25年8月末日まで〉

□宅地建物取引業免許番号:国土交通大臣(10)第2531号□建設業許可番号:国土交通大臣許可(特-24)第8030号 (一社)日本ツーバイフォー建築協会正会員／(社)住宅生産団体連合会会員／(一社)住宅生産振興財団会員／(社)プレハブ建築協会会員／(一社)不動産協会会員

暮らし継がれる家



〒604-8854 京都府京都市中京区四條通御前東入ル壬生仙念町1-1
□営業時間／10:00AM～6:00PM(定休日水曜日)

三井ホーム株式会社 京都支店

http://www.mitsuihome.co.jp

お問い合わせ・お申し込みは

0120-25-1531

Tel.075-813-1131 Fax.075-813-1431