

2011年12月15日

税制調査会・社会保障と税の一体改革調査会 合同総会 次第

於 衆議院第2議員会館 民主党A会議室

17:30～

1. 挨拶

2. 社会保障と税の一体改革について地方団体と意見交換

御出席者

全国知事会地方税財政特別委員会委員長	石井隆一様 (富山県知事)
全国市長会副会長	大西秀人様 (香川県高松市長)
全国町村会副会長	齋藤正寧様 (秋田県井川町長)

3. 社会保障と税の一体改革について関係団体よりヒアリング

御出席者

日本医師会 副会長	横倉義武様
常任理事	今村聡様
日本歯科医師会 会長	大久保満男様
副会長	宮村一弘様
常務理事	柳川忠廣様
日本歯科医師連盟会長	高木幹正様
日本歯科医師連盟理事長	島村大様
日本薬剤師会 会長	児玉孝様
副会長	生出泉太郎様
副会長	山本信夫様
常務理事	森昌平様
日本薬剤師連盟幹事長	小田利郎様

4. その他

合同会議における税制関係議論の日程感(案)

		時間	会議体	内容	
12	月	15:30～16:00	税調・社保調査会	今後の進め方	
		16:00～18:15		団体ヒアリング(連合、経団連、日商、日税連、商工会、中小企業団体中央会、商店街連合会、全国不動産政治連盟、全日本不動産政治連盟、全国宅地建物取引業協会連合会)	
13	火	14:00～	税調・社保調査会	総論	
14	水	14:00～16:00	税調・社保調査会	作業部会ヒアリング(所得・法人・資産・経済・低所得者対策)	
				討議	
15	木	17:30～19:00	税調・社保調査会	団体ヒアリング(地方3団体、医師会、歯科医師会、薬剤師会)	
				討議	
16	金	14:00～	税調・社保調査会	作業部会ヒアリング(課税適正化・個別間接税)	
				討議	
17	土				
18	日				
19	月	13:00～14:15	税調・社保調査会	作業部会ヒアリング(所得、地方)	
		14:15～15:00		討議	
				団体ヒアリング(経済同友会、JA全中、農業会議所)	
20	火	14:00～16:00	税調・社保調査会	討議	
21	水	15:00～17:00	税調・社保調査会	とりまとめに向けた議論	
22	木	13:00～15:00	税調・社保調査会		
23	金				
24	土				
25	日				
26	月				
27	火				
28	水	年内を目途に「素案」をとりまとめ			
29	木				
30	金				
31	土				

説 明 資 料

平成 23 年 12 月
全 国 知 事 会

社会保障・税一体改革成案

原案

(6月3日社会保障改革に関する集中検討会議)

・現行分を含めた、消費税の全税収(国・地方)を、高齢者三経費を基本としつつ、「社会保障四経費」における国と地方の役割分担に応じて配分を行う。

・地方単独事業で提供されているサービスについては、独自に財源が確保できるよう、地方自治体の課税自主権の拡大・発揮について検討。

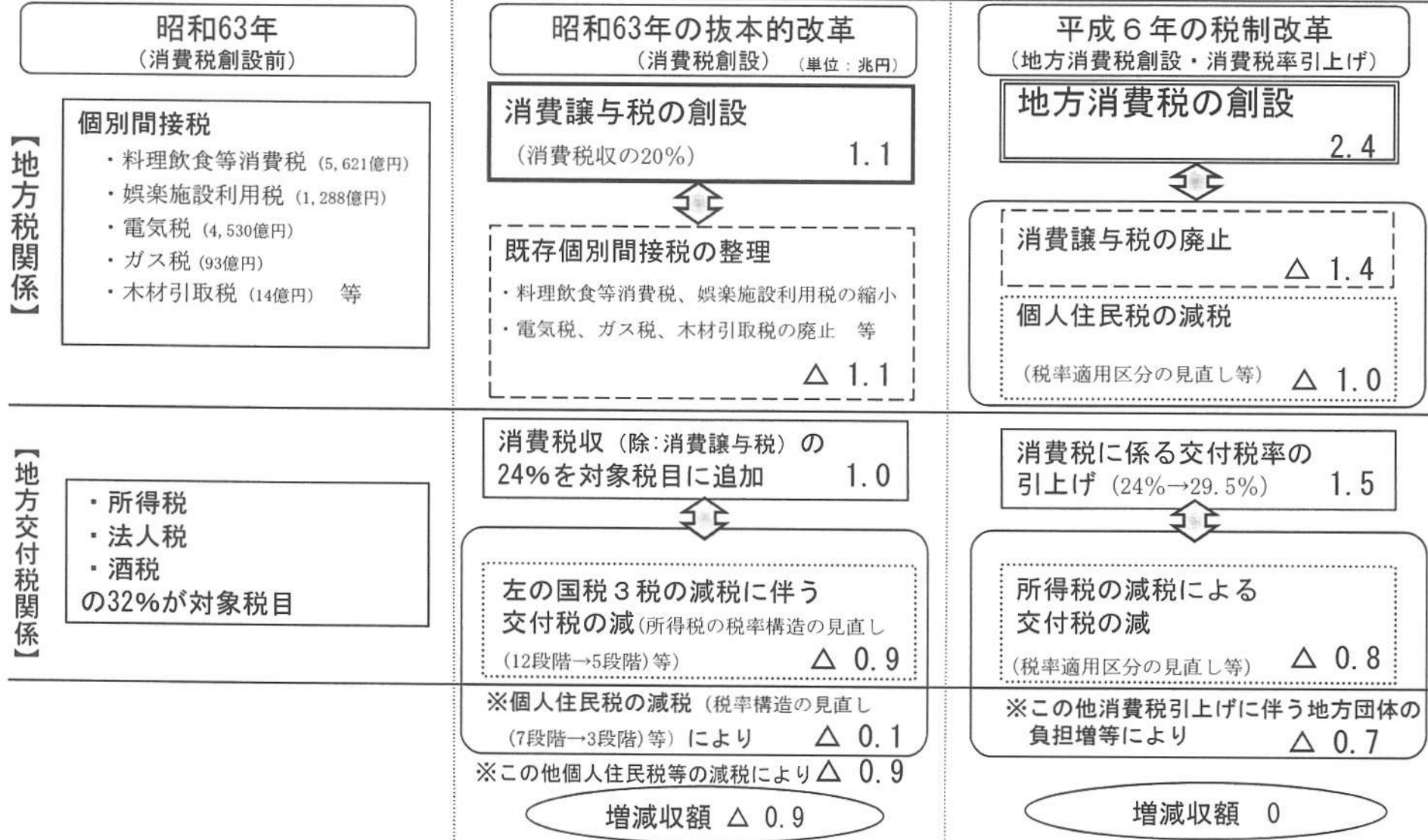
成案(6月30日閣議報告)

- ① 現行分の消費税(国・地方)については、国・地方の配分と地方分の基本的枠組みを維持。
- ② 引き上げ分の消費税収については、社会保障四経費に則った範囲における国と地方の役割分担に応じて配分を行う。

地方単独事業を含めた社会保障給付の全体像及び費用推計を総合的に整理した上で、地方単独事業に関して、必要な安定財源が確保できるよう、地方消費税の充実等の地方税制の改革などを行う。

この修正を前提として、今後、分科会も含めた「国と地方の協議の場」において継続的かつ実質的な協議を行う必要がある。

現行の地方消費税の税率及び国の消費税に係る地方交付税の法定率については、昭和63年の抜本的改革の際に実施された料理飲食等消費税や電気税をはじめとする地方の個別間接税の整理、平成6年の税制改革の際に実施された個人住民税や所得税の減税等によって生じた地方税や地方交付税の減収の身替わりとして、地方税財源を確保する観点から、その水準が決定された経緯がある。



社会保障関係費の現状(平成22年度)

(単位:兆円)

	国費を伴う事業		地方単独 事業 c	地 方 負担計 b+c	国:地方 比率 (a : b+c)
	国費 a	地方費 b			
基礎年金	9.9	0.7	—	0.7	「高齢者3経費」
後期高齢者医療	4.5	2.2	0.0	2.2	
介護	2.2	2.1	0.7	2.8	
小計①(高齢者3経費)	16.6	5.0	0.7	5.7	国:地方 = 3 : 1 (74.4% : 25.6%)
その他年金 (恩給等)	1.4	0.0	0.0	0.0	「社会保障4分野」
医療	5.1	1.5	2.7	4.2	
子ども・子育て	2.4	1.9	1.7	3.6	
小計②(社会保障4分野)	25.5	8.4	5.1	13.5	国:地方 = 2 : 1 (65.4% : 34.6%)
障害者福祉等	2.4	1.1	1.1	2.2	「関係経費全体」
合計(関係経費全体)	27.8	9.5	6.2	15.7	国:地方 = 3 : 2 (63.9% : 36.1%)

(注) 国費及び地方負担額は総務省の資料による。また、国費を伴う事業はH22当初予算ベース、地方単独事業はH22決算ベースの数値。

国と地方が一体として提供する社会保障サービス

項目	補助事業	地方単独事業
予防接種	予防接種による健康被害(国1/2)	予防接種自体(インフルエンザ等)【1,110億円】
がん検診	子宮頸がん、乳がん(国1/2)	胃がん、肺がん、大腸がん等【970億円】
保健所経費	肝炎検査、HIV検査等特定業務(国1/2)	一般的保健所経費【2,630億円】
母子・乳幼児	母子手帳・乳幼児家庭全戸訪問、妊婦健診(9回分)(国1/2)	妊婦健診(5回分)・乳幼児健診【850億円】
児童福祉	子ども手当(国定率負担)、児童扶養手当(国1/3)	児童相談所【350億円】、乳幼児医療費【2,400億円】
保育所経費	私立認可保育所(1/2)	公立認可保育所、認可外保育所、保育料軽減【9,700億円】
老人福祉施設	特養、老人保健施設の入居費用(介護保険施設) (保険料50%、国20%)	養護老人ホーム、軽費老人ホーム等【800億円】
障害者医療	自立支援医療費(特定の医療費を自己負担 1割水準まで軽減)(国1/2)	その他障害者医療費【2,150億円】
生活保護	生活保護扶助(国3/4)	福祉事務所(ケースワーカー等)【750億円】
国民健康保険	国・地方の定率負担(保険料50%と国43%)	保険料軽減【3,670億円】

注：地方単独事業の金額は、総務省調査による。

「社会保障・税一体改革」の今後の議論

1 「社会保障給付の全体像」の提示

- 高齢者三経費や社会保障四経費に限定せず、社会保障の総合化を見据え、障害者施策や就労支援等を含めた社会保障の全体像をまずは提示すべき。

<平成23年9月13日第178回国会における野田総理所信表明演説>

- ・ 社会保障制度については、「全世代対応型」へと転換し、世代間の公平性を実感できるものにしなければなりません。
- ・ 若者、女性、高齢者、障害者の就業率の向上を図り、意欲ある全ての人ができる「全員参加型社会」の実現を進めるとともに、貧困の連鎖に陥る者が生まれぬよう確かな安全網を張らなければなりません。

2 地方単独事業についての財源措置

- 法令等により義務づけられた事業はもとより、乳幼児医療費助成や障害者医療費助成のように住民の声を踏まえて全国的に展開されている事業も対象とすべき。

乳幼児医療助成…全都道府県において実施

<少子化対策基本法>

第16条 国及び地方公共団体は、子どもを生子、育てる者の経済的負担の軽減を図るため、児童手当、奨学事業及び子どもの医療に係る措置、税制上の措置その他の必要な措置を講ずるものとする。

障害者医療助成…全都道府県において実施

<障害者基本法>

第12条第3項 国及び地方公共団体は、障害者がある年齢及び障害の状態に応じ、医療、介護、生活支援その他自立のための適切な支援を受けられるよう必要な施策を講じなければならない。

- 現金給付のみならず、サービス給付も社会保障給付であることを前提に、マンパワーに係る人件費等についても対象とすべき。

(例) 保育所保育士：約88,700人、保健師・助産師：約35,500人、ケースワーカー：約21,700人、児童福祉司：約2,600人

地方単独事業（平成22年度決算）調査結果

（単位：億円）

項目	地方負担	都道府県	
		都道府県	市区町村
1 総合福祉	2,142	499	1,643
2 医療	26,978	7,513	19,465
3 介護・高齢者福祉	7,088	956	6,132
4 子ども・子育て	17,200	3,383	13,817
5 障害者福祉	5,833	2,556	3,277
6 就労促進	588	341	247
7 貧困・格差対策	2,381	237	2,144
合計	62,210	15,485	46,725

注1 金額は一般財源ベースである。

注2 調査対象団体は、全都道府県及び被災三県の特定被災地方公共団体（95市町村）を除く全市町村・特別区である。

注3 調査対象外団体分（95市町村分）は、人口比（3.81%）に応じて機械的に算出し、計上している。

注4 乳幼児医療費助成（義務教育就学後分）、敬老祝金等敬老事業、職員分の子ども手当、本庁人件費、投資的経費、貸付金・積立金、公害関係、環境衛生関係、災害救助関係、厚生労働省が集計・公表している「社会保障給付費」（平成22年度予算）に計上されている事業は除外。

注5 本調査結果は、平成22年度決算統計の民生費（災害救助費を除く。）、衛生費（清掃費を除く。）、労働費、教育費のうち、地方公共団体から、上記の項目に該当するものとして報告があった金額を、総務省において集計したものである。

総務省調査による「社会保障関係の地方単独事業」の分析

未定稿

地方単独事業全体

(うち「社会保障」分野に属さないもの)

出産祝い金、準要保護児童生徒援助・給食援助、通学バス運行事業費、勤労者住宅資金貸付預託金 等

「社会保障」分野に属するもの

(うち「給付」に該当しないもの)

国民健康保険・後期高齢者医療・介護保険に係る事務費、
 公立病院・診療所等の保険収入外の繰入、保健所、保健センター、各種団体補助 等

「給付」に該当するもの

		社会保障4分野以外		社会保障4分野 (年金、医療、介護、子ども・子育て)	
強 ↑ 法令上の規定 ↓ 弱	あり	義務規定	民生委員活動費 等	妊産婦健康診査	等
		努力義務規定	老人クラブ活動費 等	後期高齢者保健(健康診査等)、医療安全支援	等
		その他の規定	ホームレス自立支援 等	老人日常生活用具・介護用品等支給、 公立幼稚園の運営費	等
	なし	障害者施設利用者負担軽減 等	保育所(公立・私立)の職員加配・人件費の上乗せ・ 保育料軽減、 乳幼児医療費助成、介護サービス利用者負担助成、 国民健康保険の一般会計繰入れ、 子どもに対する現金給付	等	

※これらの事業には、交付税措置等がなされているものが含まれている。(例：妊産婦健康診査)

厚生労働省社会保障改革推進本部の検討状況について(中間報告)【抜粋】

・社会保障給付費としては、今後、ILO基準に則り、「法令に基づき事業の実施が義務づけられる個人に帰属する給付」を対象とし、その際には財源構成に関わりなく把握する。

地方単独事業の整理にあたって

平成23年11月17日
国と地方の協議の場
社会保障・税一体改革分科会
地方六団体提出資料

- 社会保障・税一体改革は、社会保障の機能強化とともに、国・地方を通じた安定的な社会保障財源を確保するものであり、国と地方が協力して推進すべき改革である。
- この改革を、国と地方が一体となって着実に推進していくためには、社会保障における地方が果たしている役割について、国と地方の真摯な協議により、認識を共有しておく必要がある。
- 今後、地方単独事業を含めた社会保障の全体像及び費用推計の総合的な整理を行うにあたり、以下の点を十分考慮することを求める。

1 現物サービスの提供を担う地方自治体の役割を踏まえ、住民の視点に立って、現実に合理的なニーズがあるか否かに基づいて協議を行うこと。

その際、国制度との関連度合いや、統計上の形式的な整理ではなく、社会保障サービスを総合的に判断すること。

2 具体的には、次のような住民ニーズの強い社会保障サービスとなっている地方単独事業については、税収配分の基礎に含めること。

○地方が担う住民に対する現物サービスそのものである保健師、保育士、児童福祉司等のマンパワーに係る人件費

○予防接種、各種健診・検診などの予防医療や、高齢者の措置費、日常生活支援などの介護予防、幼児教育・保育など、医療や介護、少子化施策の一環として一体的に評価すべきもの

○地域の住民ニーズに対応するため実施せざるを得ない乳幼児・障害児(者)医療費助成や保育料の負担軽減、高齢者や低所得者が多いなど構造的な問題を抱えている国民健康保険の保険料軽減、地方公営企業法が想定している地域医療維持のための公立病院に対する負担など、法令等により義務付けられているものや住民生活に必要なものとして全国的に実施しているもの

3 これら地方が社会保障において果たしている大きな役割を踏まえ、地方単独事業を含めて社会保障サービスを持続的に提供できるよう、偏在性の小さい地方消費税の充実など安定的な財源確保を図ること。

地方単独事業の総合的な整理についての論点

平成23年12月12日 社会保障・税一体改革分科会
内閣官房、総務省、財務省、厚生労働省提出資料から抜粋

<p>厚生労働省の分析によると、「医療」、「介護」、「子ども・子育て」に該当する事業は、総額で<u>3.8兆円程度</u></p>	<p>総務省が11月10日に公表した「地方単独事業に関する調査結果」において「医療」、「介護・高齢者福祉」、「子ども・子育て」に該当するものとして報告があった事業は<u>5.1兆円程度</u></p>
<p>①「社会保障四分野」（「年金、医療、介護、少子化に対処するための施策」）に該当するかどうか</p>	
<ul style="list-style-type: none"> 国・地方ともにあくまでも「成案」における「年金、医療、介護、少子化に対処するための施策」は限定的に解すべき （この場合、例えば医療では、医療保険制度などによる医療の給付に要する費用、介護では、介護保険制度による介護給付に要する費用が対象となり、介護以外の高齢者福祉などは対象外） 	<ul style="list-style-type: none"> 医療や介護、少子化施策の一環として一体的に評価すべきものは、「四分野」の範囲内と整理すべき （この場合、例えば、医療では、予防接種・がん検診など、介護では、養護老人ホーム・介護予防など、少子化では、幼児教育などが対象）
<p>②「給付」に該当するかどうか</p>	
<ul style="list-style-type: none"> 国が制度として行っている社会保障については、人件費などの事務費や管理費は「社会保障給付費」に含んでおらず、「成案」にある「全て国民に還元し、官の肥大化には使わない」との観点から事務費や人件費などが含まれていないか、受益が直接個人に帰属しているか精査が必要 	<ul style="list-style-type: none"> 保健師、保育士、児童福祉司等が提供する社会保障サービスは住民に対する現物サービスそのものであることから、これらのサービス提供に直接従事する職員等の人件費は「官の肥大化」には該当するものではなく、また、受益が国民に帰属するものは「社会保障給付」と整理すべき
<p>③「制度として確立された」ものであるかどうか</p>	
<ul style="list-style-type: none"> 極力客観的な基準を用いて整理すべきであり、法令上の義務規定の有無もそうした基準の候補の一つ 全国的に実施されているかどうか、地域偏在があるかどうかも重要な基準 	<ul style="list-style-type: none"> 法令上の規定があるかどうかだけではなく、納税者の立場に立って、必要なサービスとして広く実施されているものは「制度として確立された」と整理すべき

参 考 资 料

平成 23 年 12 月
全 国 知 事 会

地方公共団体は国を上回る不断の行革努力を実施

〔国〕

○定員削減(H12～H22) △4万人(△3.7%)

→ 定員削減による効果額

△41,940人×8,500千円/人=△3,600億円/年

合計 △3,600億円/年

※国家公務員給与の臨時特例法(平均△7.8%)が成立した場合、

△2,900億円/年 → 合計 △6,500億円/年

〔地方〕

○定員削減(H12～H22) △39万人(△12.2%)

→ 定員削減による効果額

△390,422人×8,500千円/人=△3兆3,000億円/年

○給与構造改革による人件費削減効果額 △6,000億円/年

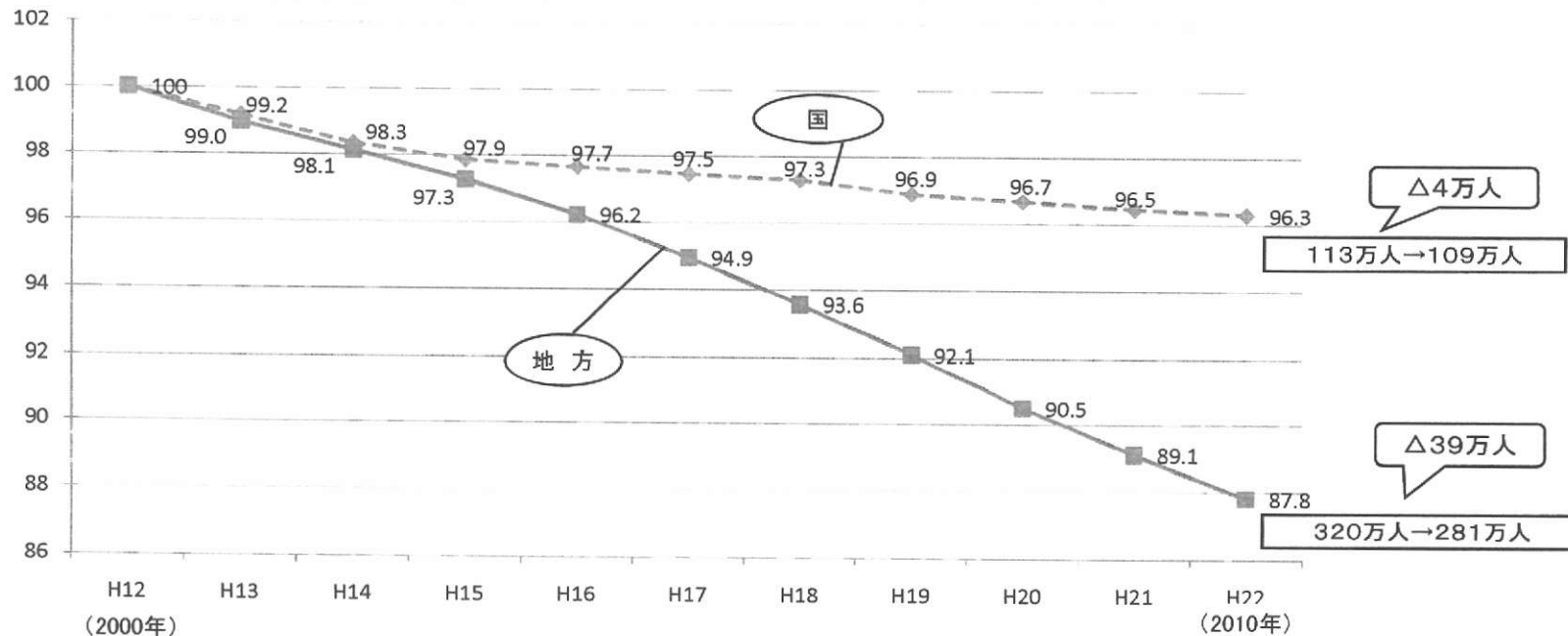
○独自給与カットによる給与削減額 △2,200億円/年

○市町村合併に伴う特別職、議員数の減による効果額 △1,200億円/年

合計 △4兆2,000億円/年

地方と同様の人件費削減を実施したとすれば、

△4兆2,000億円×113万人/320万人=△1兆4,800億円/年



※人件費単価は「国家公務員給与について」(2009.5財務省主計局資料)による。地方公務員単価について、便宜上国家公務員単価を使用。

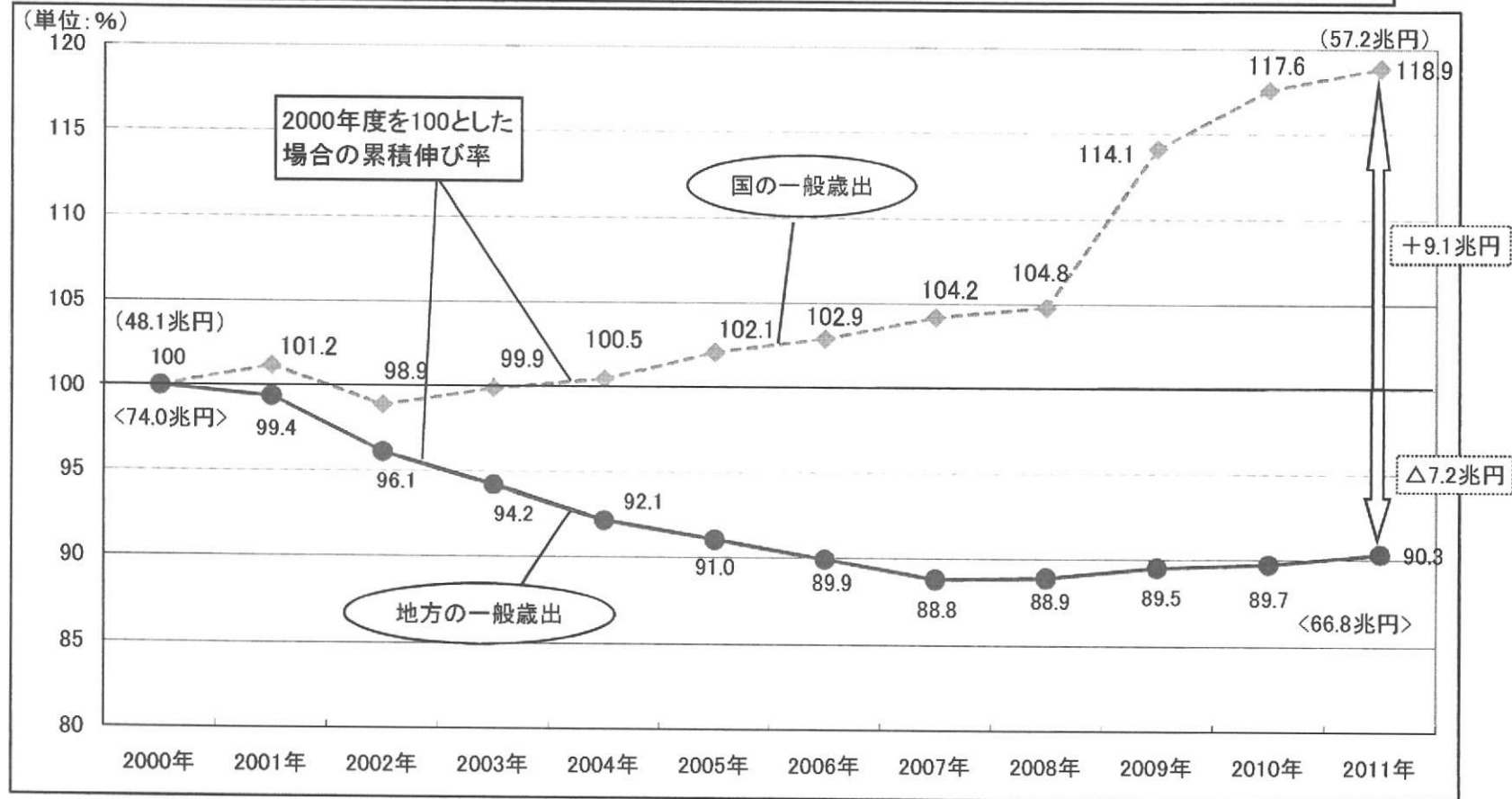
※国家公務員数は、「国家公務員の定員について」(H20年度までは「定員管理法制別定員」)で年度末定員。H13年度以降の独立行政法人等への振替分を考慮。

地方公務員数は、「地方公務員定員管理調査」で4月1日現在の職員数。

国と地方の一般歳出額の推移

●2000年からの11年間に、国の一般歳出は9.1兆円増加(+18.9%)しているが、地方の一般歳出は7.2兆円減少(△9.7%)している。

国の一般歳出	2000年(平成12年)48.1兆円	→	2011年(平成23年)57.2兆円	+9.1兆円(+18.9%)
地方一般歳出	" 74.0兆円	→	" 66.8兆円	△7.2兆円(△9.7%)



国の一般歳出は「三位一体の改革」の国庫補助負担金改革3.1兆円(※)が実施されなかった場合を想定したもの。

※「三位一体の改革」の国庫補助負担金改革4.9兆円から、スリム化1兆円分と交付金化0.8兆円分を除いたもの。

地方単独事業の役割

平成23年12月8日
国と地方の協議の場
社会保障・税一体改革分科会
地方六団体提出資料

- 国庫補助事業と一体として提供され、また、その不完全性を補完して、国民に社会保障サービスを提供する地方単独事業は、社会保障給付の全体像に含まれる。
- メルクマール(基準)としては、①法令等に基づき地方が実施すべき事業、②全国的に普及・実施されており、事実上制度化している事業については、「制度として確立された」地方単独事業として整理されるべき。

国基準では高止まりする負担を軽減

- ・ 国民健康保険料の負担軽減は、被保険者に占める無職者、高齢者の増加等の構造的な問題により、他の保険と比べて高止まりする保険料を適正水準とするために実施。
- ・ 保育料軽減や乳幼児医療費助成は、子育て世代の経済的負担を軽減。乳幼児医療費助成は、高齢者医療費の負担割合(1割)とのバランスも考慮。就学前の助成は全国的に実施されている。
- ・ 障害児(者)医療費助成は、通常に比べて高水準の医療費につき、障害児(者)の世帯の負担軽減のため実施。ひとり親家庭への医療費助成も、経済状況にかんがみ、実施。

など

ニーズに応じたきめ細かな社会保障サービスを提供(上乘せ・横出しを含む)

- ・ 通常の保育所運営(公立、私立)に加え、待機児童解消のため、認可外保育所に対する助成を実施。また、共稼ぎ世帯等のライフスタイルの変化に対応し、補助基準を超える病児保育、延長保育、休日保育などを実施。
- ・ 産前産後で一貫した母子健康管理のため、妊婦検診について国庫補助事業(9回分)と一体として単独事業(5回分)を行うとともに、産後についても、母子全戸訪問(国庫補助事業)とあわせて乳幼児健診、子どものための歯科保健指導などを実施。
- ・ 救急医療、周産期医療、小児医療やへき地医療、地域医療の確保等、採算に見合わない医療の確保のための地方単独事業を実施。

など

平成23年12月8日
国と地方の協議の場
社会保障・税一体改革分科会
地方六団体提出資料

分野を超えた総合的な社会保障サービスを実施

- インフルエンザ等、予防接種を定期的に行い、また、特定検診等の健康診査など予防医療を徹底して行うことによって、結果として医療費を抑制。
- ジョブカフェや職業訓練などの就労支援を生活支援と一体で提供し、結果として生活保護世帯から安定就労に結びつけることによって結果として生活保護費を抑制。
- 厚生労働白書においても、予防と医療、就労と医療という社会保障の総合化による医療費の抑制効果について明記(平成19年度)。

※ 先駆け的な地方単独事業が国の制度につながった例

- 難病医療費助成(特定疾患治療研究事業)は、地方単独事業としての実施が国の予算事業につながった例。しかしながら、都道府県の交付率は22年度で49.7%にとどまり、全国の超過負担は300億円程度まで拡大。

以上のように、国制度の不完全性を補完し、社会保障サービスを国民に提供している地方単独事業については、「制度として確立された」社会保障給付の対象とすべき。

地方が提供する社会保障サービス

平成23年12月8日
国と地方の協議の場
社会保障・税一体改革分科会
地方六団体提出資料

- 社会保障は、国・地方が負担する現金給付だけで成り立っているわけではなく、地方が提供する社会保障サービスとしての地方単独事業が、社会保障の総合化を実現。
- 地方が提供する社会保障サービスを支えるのは、現場のマンパワー。
- 保育士、保健師、児童福祉司、ケースワーカー等の人件費を「官の肥大化」にあたるとして社会保障の費用推計から除こうとするのは、実態から外れた一面的で不適切な考え。

保健師等の勤務実態は、「国民に還元される」まさに社会保障サービスそのもの。

（保健師）

- 予防接種や乳幼児健診・集団検診、乳幼児家庭への訪問、高齢者への健康教室開催や運動指導等、直接的な社会保障サービスを提供。（直接的なサービスが勤務時間の概ね7割に上る。）
- 児童虐待の担当保健師は、担当家庭訪問、相談、関係機関との連携支援等の社会保障サービスが勤務時間の概ね9割に上る。精神障害者福祉に関連する対応は24時間体制、児童虐待については48時間以内の対応等、緊急的な対応にも従事。
- これらの事務は、母子保健法、健康増進法、児童福祉法、予防接種法、精神障害者福祉に関する法律、児童虐待防止法等、幅広く法令によって要請されている。

平成23年12月8日
国と地方の協議の場
社会保障・税一体改革分科会
地方六団体提出資料

(ケースワーカー)

- ケースワーカー業務のほとんどは、担当世帯への訪問(生活実態の確認、医療機関への病状確認、定期及び随時の家庭訪問等)及び各種相談対応の社会保障サービス。
- 福祉事務所における事務も、担当世帯の保護費に係る関連業務(保護費算定、年金等の受給資格調査など、各種調査)。
- ハローワークへの同行や求人情報の提供、児童相談所等と連携した虐待被害者支援、学校と連携した進学支援や不登校対応等、障害者、児童、高齢者に対する支援業務を第一線で担当。
- 勤務時間の概ね9割は、訪問や各種調査などの社会保障サービスに従事。

(児童福祉司)

- 児童虐待が増加、複雑化する中、児童虐待防止対策、要保護児童の保護措置、児童相談所、一時保護所の運営等を実施。担当世帯訪問、通告、相談等の直接支援業務、情報収集や他の関係機関との連携調整をあわせれば、勤務時間の9割超が直接的な社会保障サービス。
- 国基準等(300件)を大きく上回る児童福祉司一人あたり500件程度の相談、訪問件数を抱える事例あり。

平成23年12月8日 国と地方の協議の場
 社会保障・税一体改革分科会 地方六団体提出資料

各保険者の比較

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者 医療制度
保険者数 (平成22年3月末)	1,723	1	1,473	83	47
加入者数 (平成22年3月末)	3,566万人 (2,033万世帯)	3,483万人 被保険者1,952万人 被扶養者1,531万人	2,995万人 被保険者1,572万人 被扶養者1,423万人	912万人 被保険者447万人 被扶養者465万人	1,389万人
加入者平均年齢 (平成21年度)	49.5歳	36.2歳	33.9歳	33.4歳	81.9歳
65~74歳の割合	31.4% (平成21年度)	4.8% (平成21年度速報値)	2.6% (平成21年度速報値)	2.6% (医療費の動向)	3.2% (H21年報)
加入者一人当たり医療費 (平成21年度)(※1)	29.0万円	15.2万円	13.3万円	13.5万円	88.2万円
加入者一人当たり 平均所得(※2) (平成21年度)	91万円 一世帯あたり 158万円	139万円 一世帯あたり(※3) 245万円	195万円 一世帯あたり(※3) 370万円	236万円 一世帯あたり(※3) 479万円	80万円 (平成22年度)
加入者一人当たり 平均保険料 (平成21年度)(※4) <事業主負担>	8.3万円 一世帯あたり 14.7万円	8.6万円<17.1万円> 被保険者一人あたり 15.2万円<30.3万円>	9.0万円<20.0万円> 被保険者一人あたり 16.9万円<37.6万円>	11.0万円<22.0万円> 被保険者一人あたり 22.4万円<44.8万円>	6.3万円
保険料負担率(※5)	9.1%	6.2%	4.6%	4.7%	7.9%
公費負担 (定率分のみ)	給付費等の50%	給付費等の16.4% (※6)	財政窮迫組合に対する 定額補助	なし	給付費等の約50%
公費負担額(※7) (平成23年度予算ペ-ス)	3兆4,411億円	1兆1,108億円	18億円		5兆8,006億円

- (※1) 加入者一人当たり医療費について、協会けんぽ及び組合健保については速報値である。また共済組合は審査支払機関における審査分の医療費(療養費等を含まない)である。
- (※2) 総所得金額等(収入総額から必要経費や給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)を指す。
 市町村国保及び後期高齢者医療制度においては、「総所得金額及び山林所得金額」に「雑所得の繰越控除額」と「分離譲渡所得金額」をくわえたもの。市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」による。
- (※3) 協会けんぽ、組合健保、共済組合については「加入者一人あたり保険料の賦課対象となる額」(標準報酬総額を加入者数で割ったもの)から給与所得控除に相当する額を除いた参考値である。
- (※4) 被保険者一人あたりの金額を表す。
- (※5) 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。
- (※6) 保険料負担率は、加入者一人当たり平均保険料を加入者一人当たり平均所得で除した額。
- (※7) 平成22年度予算における22年6月までの協会けんぽの国庫補助率は、後期高齢者支援金に係る分を除き、13.0%。
- (※8) 介護納付金、特定健診・特定保健指導等に対する負担金・補助金は含まれていない。

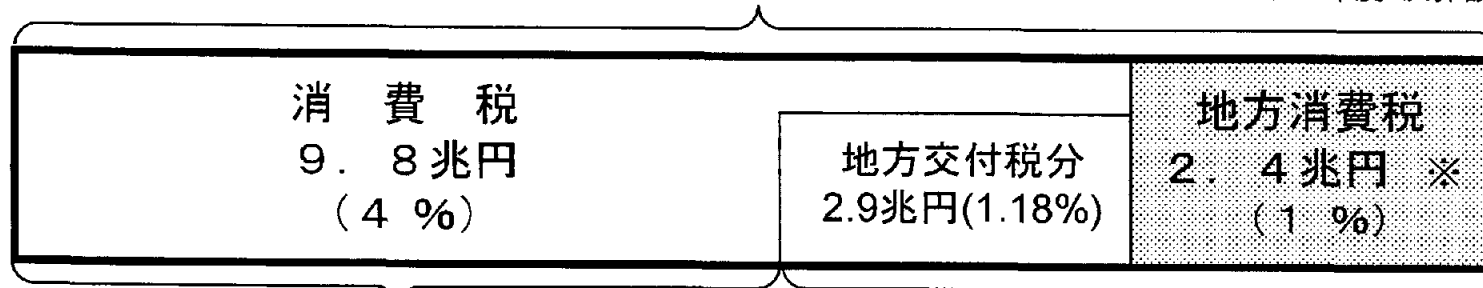
平成23年12月5日 社会保障審議会医療保険部会
 厚生労働省提出資料

消費税・地方消費税の国・地方配分関係

- 地方消費税は消費税の25%（税率にして1%相当）。
- 消費税の29.5%は、地方交付税の原資とされている。

12.2兆円（5%）

※平成21年度 決算額



国

6.9兆円
(2.82%相当)
【56.4%】

地方

5.3兆円
(2.18%相当)
【43.6%】

※ 地方消費税の1/2は
人口と従業者数に応じて
市町村に交付

社会保障制度改革と地方の役割

全国知事会

(注) この資料は、平成 23 年 4 月 7 日に開催された「集中検討会議への準備作業会合」に提出した資料に、それ以降全国知事会が公表した見解を加筆（□で表記）したものです。

目 次

	ページ
社会保障制度改革と地方の役割に関する基本的な考え方	1
1. 年金制度の課題と今後の方向性	2
2. 医療保険制度の課題と今後の方向性	3
3. 介護保険制度の課題と今後の方向性	5
4. 子ども・子育て支援制度の課題と今後の方向性	7
5. 障害者福祉の課題と今後の方向性	9
6. 生活保護制度等の課題と今後の方向性	10
7. 雇用の課題と今後の方向性	12

社会保障制度改革と地方の役割に関する基本的な考え方

少子高齢化が急速に進行し社会保障関係費が増加の一途をたどる中、年金未納問題に象徴されるように社会保障制度に対する国民の信頼は大きく揺らいでいる。

このため、次の5原則に基づく改革を進めることにより、持続可能で国民から信頼される社会保障制度を確立しなければならない。

全国知事会としても、この改革に積極的に参画していく考えである。

1 国民参加による相互扶助の基本に立ち返る

国民一人ひとりの自助・自立を前提としつつ、社会保障制度はあくまでこれを補完する相互扶助の仕組みという基本に立ち返るべきである。そのためにも受益と負担の関係を明らかにし、国民にわかりやすく透明性の高い仕組みに改めるべきである。

2 新しい公共を活かし共助社会をつくる

増大・多様化する社会保障の需要はもはや行政だけでは担いきれない。NPOやボランティアなど「新しい公共」を担う様々な主体が活躍する共助社会づくりを進めるべきである。

3 元気に活躍できる高齢社会をつくる

65歳以上を高齢者と定義した昭和31年当時に比べ平均寿命は男性で約16年、女性で約19年も延びており、多くの高齢者は働きたい、社会貢献したいと望んでいる。経験豊かな高齢者が社会の重要な構成員として、いきいきと働き活躍できる社会を実現しなければならない。

このため、雇用や年金を含め制度を見直すことにより元気な高齢者の就労を促進し、支える側の層を厚くすることも必要である。

4 多様な働き方が可能な社会をつくる

正規・非正規雇用の如何を問わず、同一労働・同一賃金の考え方に立って、高齢者や女性を含め個人のライフステージに応じた多様な働き方を可能にするような制度改革と支援の仕組みづくりを急ぐべきである。

5 国と地方は役割分担しつつ協力する

全国一律の現金給付は国が行い、保育や介護予防のようなサービス給付は地域の実情に応じ地方が創意工夫により実施すべきである。

少子高齢化が進む中、対人サービス給付を担う地方の役割は益々大きくなる。特に住民に身近な市町村の役割は重要である。都道府県もこの広域調整と支援に当たらなければならない。

国と地方はこのような役割分担の下で、互いに協力し持続可能な社会保障制度の確立を目指さなければならない。

1. 年金制度の課題と今後の方向性

① 現行の保険料と税財源による財源制度は維持すべき

- 現行の年金制度は、今後、高齢化の進展で給付額の増大が予想される中でも、保険料と税財源の組み合わせにより、安定的な運営が図りやすいとともに、個人の自助・自律を基本とする我が国の社会のあり方に馴染むものと考えられる。
- 基礎年金について、税方式への移行を図る場合、長い移行期間と巨額の税財源が必要となるとともに、過去の保険料納付実績の取扱いなどで、公平性の確保が困難と考えられる。
- このため、現行方式を前提としつつ、現行制度の課題への実効性ある対応を図ることが肝要。
(※ 将来的には、税方式への移行を検討すべきとの一部意見あり)

② 未納問題について、実効性ある対策を講ずるべき

- 保険料の未納問題は、国民皆年金の理念を脅かす大きな問題。(国民年金の納付率は60.0%、未納者約320万人(H21))
- 今後、「社会保障・税に関わる番号制度」も活用し、未納者の属性に応じ、低所得者には免除制度の積極的な利用促進、高所得者等への強制徴収の徹底などの対策の強化が重要。
- また、雇用形態が多様化する中で、国民年金の加入者の約3割は非正規労働者であり、保険料負担が困難な場合がある。こうした課題に対応するため、非正規労働者の厚生年金への適用拡大を図ることが重要。

③ 無年金・低年金の防止のため、基礎年金の最低保障機能を強化すべき

- 現役時代の保険料納付が困難な場合には、老後の低年金・無年金を招き、現状では、生活保護受給世帯の約半数が高齢世帯であるなど、社会保障制度全体に及ぼす影響が大きい。
- 将来の無年金等の発生予防の観点から、基礎年金の最低保障機能の強化が必要であり、最低保障額の設定、受給資格期間(現行25年間)の短縮、保険料納付期間(現行2年間)の弾力化等の措置を検討すべきである。

2. 医療保険制度の課題と今後の方向性

① 現行の後期高齢者医療制度は維持し、安定的な運営に努めるべき

- 昨年末、厚生労働省の高齢者医療制度改革会議において、後期高齢者医療制度を廃止し、地域保険を国民健康保険制度に一本化した上で、75歳以上を国保と被用者保険に戻す改革案の提言がなされた。
- 現行制度は、高齢者の受益と負担の明確化や保険料負担の公平化を図ったものであるとともに、施行から3年半を経過し定着していることから、必要な改善を加えながら、安定的な運営に努めるべきである。

② 国民健康保険制度は、国費の拡充等により、安定的な運営を確保すべき

- 国民健康保険制度は、主に自営業者等の加入を想定して創設されたものの、産業構造の変化や雇用の流動化により、現在は、非正規労働者などの低所得者層や、無職者等が多く加入する制度となっており、構造的な問題を抱え、一般会計からの多額の法定外繰入を要するなど、保険財政は恒常的に逼迫している。
- 国民健康保険制度の安定的な運営が確保されなければ、国の国民皆保険制度の維持は困難であり、国は、国費の拡充等により、財政責任を果たすべきである。

【市町村国保の状況】
・被保険者の状況

	昭和60年度	平成20年度	差
被保険者のうち60歳以上の割合	27.0%	43.5%	+16.5
世帯主が農林水産業・自営業の割合	43.6%	20.7%	-22.9
世帯主が無職者(年金生活者含む)の割合	23.7%	39.6%	+15.9

・財政の状況(平成21年度)

保険料収納率	88.01%
法定外一般会計繰入れ	約3,600億円
前年度繰上げ充用額	約1,800億円

③ 持続可能な制度が構築されるならば、都道府県も積極的に責任を担う覚悟

- 国民健康保険制度の構造的な問題に対する抜本的な解決が図られ、持続可能な制度が構築されるならば、都道府県としても積極的に責任を担う覚悟はある。
- しかしながら、厚生労働省と全国知事会など地方3団体との協議では、市町村国保が5,400億円の法定外繰入と繰上充用を行うなど厳しい財政運営を余儀なくされている状況に対し、国保の基盤強化策を「低所得者対策2,200億円」に限定し、その効果も検証されておらず、持続可能な制度の構築に向けた具体的なイメージが全く見えない。
- 真に持続可能な制度とするためには、将来推計を明らかにした上で、公費投入を含め、あらゆる方策について検討を行うべきである。
(※ 将来的には、医療保険制度の全国レベルでの一元化を目指すべきとの意見あり)

④ 医療提供体制の整備拡充を図るべき

- 医師・看護師をはじめとする医療従事者数が限られる中、
 - ① 医療機関等（急性期病床－亜急性期・回復期病床－慢性期病床－診療所・訪問看護ステーション等）の機能分担と連携強化、
 - ② 地域偏在と診療科間の偏在の解消、等を図り、いずれの地域においても、地域住民への必要な医療提供体制の整備が必要である。
- 医療ニーズを考慮し、計画的な医師・看護師等の養成・確保を図る必要がある。
- また、保健所や市町村保健センター等が実施する健康増進の取組を拡充する必要がある。

⑤ 公費医療費助成制度の在り方を公平性の観点から見直すべき

- 医療費の負担軽減措置としては、健康保険法に基づく高額療養費制度の他、対象者や給付内容、根拠規定等を異にする様々な公費負担医療制度が存在し、複雑な体系となっており、結果として不公平な仕組みとなっている。これまで各制度が果たしてきた役割を十分踏まえ、公平性の観点などから、見直しの検討が必要である。

医療保険における自己負担は、原則3割負担であるが、例えば、特定疾患治療研究事業対象の56疾患の場合は、入院患者では最大でも月額23,100円、外来患者では最大でも11,550円にまで自己負担額が軽減される（重度認定者は自己負担なし）。

一方、公費負担医療制度の対象外の患者については、医療費が高額になった場合、高額療養費制度を受けても月額8～9万程度（一般所得者の場合）の自己負担となる。

3. 介護保険制度の課題と今後の方向性

① 介護予防や自立した生活のためのサービスを大幅に拡充すべき

- 今後、高齢者が増加する中で、一人でも多くの高齢者が介護を要する状態にならないよう、介護予防の一層の取り組みが必要である。
- 単身・高齢者のみの世帯など地域で孤立するおそれのある高齢者にとっては、介護保険サービス(予防給付)のみならず、配食や見守りといった日々の生活を支えるサービス(地域支援事業)が必要である。こうしたサービスを充実することによって、自宅での生活の継続が可能となる。
- 介護給付費の適正化を図るためにも、介護予防や自立した生活のためのサービスを大幅に拡充する必要がある。

要介護認定者数

区分	H12	H22
高齢者数	21,654,769	28,945,267
要介護認定者	2,181,621	4,870,217
認定率	10.1%	16.8%

介護費用 (単位:兆円)

H12	H22
3.6	7.9

介護予防事業

(単位:百万円)

区分	H18	H20
介護保険総支出額	5,986,067	6,581,177
介護予防事業費	21,982	50,802
割合	0.4%	0.8%

② 中・長期的に安定した介護分野における人材確保策を拡充すべき

- 高齢化の進展に伴う介護を必要とする高齢者の増加が見込まれることから、介護サービスを担う人材を確保し、その定着促進を図ることが急務となっている。
- 介護分野における質・量両面にわたる人材確保を図るため、他業種との賃金格差の是正や資格取得を進め、介護分野を専門性に基づく産業に成長させていくことが重要。
- 平成21年度介護報酬改定及び介護職員処遇改善交付金の効果と課題を十分検証した上で、平成24年度介護報酬改定に当たっては、報酬改定による恒久的な処遇改善策を講じるべきである。

[介護職員処遇改善交付金の影響] (単位:円)

区分	H21年6月	H22年6月	増加額
平均給与額	241,520	256,680	15,160

(出典:厚生労働省「介護従事者処遇状況等調査」)

[有効求人倍率の動向]

区分	H16年度	H17年度	H18年度	H19年度	H20年度	H21年度
介護分野	1.14倍	1.47倍	1.74倍	2.10倍	2.20倍	1.33倍
全産業	0.86倍	0.98倍	1.06倍	1.02倍	0.77倍	0.45倍

(出典:厚生労働省「職業安定業務統計」)

③ 保険料と公費の負担の在り方の見直しについて検討すべき

- 高齢化の進展に伴う要介護認定者及び介護サービス利用者の増加への対応や、特養待機者(約42万人)の解消のためには、更なる施設整備や在宅サービスの拡充などの基盤整備が必要であるが、一方で、これに伴う保険料の上昇傾向が顕著となっている。
- 将来にわたり安定した制度となるよう、真に必要なサービスの確保、充実を図るとともに、給付費の増加に伴う保険料の上昇が国民に理解が得られる範囲内に抑制することも重要である。このため、保険料と公費(国・地方)の在り方の見直しを検討することが必要である。併せて、要介護の度合いに応じた給付の重点化など、サービス給付のあり方についても検討すべきである。

[第1号保険料の推移] (月額、単位:円)

区分	H12~H14	H15~H17	H18~H20	H21~H23
全国	2,911	3,293	4,090	4,160

※ H24~26には、5,000円を超える見込みである

[75歳以上の高齢者(基礎年金収入のみ)の負担のイメージ] (月額、単位:円)

基礎年金①	保険料②		本人負担③		負担率 (②+③)/①
	介護保険	後期高齢者医療	介護保険	後期高齢者医療	
66,000	2,430		12,960		23.3%
	2,080	350	9,670	3,290	

※ 保険料は全国平均(介護5割軽減、医療9割軽減後)

※ 本人負担は、1人当たり居宅サービス費用額(要介護度2のケース)、後期高齢者入院外医療費を基に推計

4. 子ども・子育て支援制度の課題と今後の方向性

①「社会全体で子ども・子育てを支える」という考え方をベースに議論すべき

- 子ども関係経費は「コスト」ではなく「未来への投資」
- 保護者のみならず子育てを社会全体で支える持続可能な制度設計とするため、国と地方の十分な議論が必要

② 児童・家族関係社会支出は増額すべき

- わが国における児童・家族関係社会支出は、欧州に比べ3分の1程度と貧弱（H17年：GDP比0.81%、H19年度：約4.3兆円）
- 「子ども・子育てビジョン」の最終年度（H26年度）には約6.8兆円が見込まれるものの、それでもGDP比1.5%前後に過ぎない
- 子どもが将来に希望を持ち、若い人が喜んで子どもを産み育てることを支援するには不十分である

【各国の家族関係社会支出の対GDP比のH17年比較】

日本	ドイツ	フランス	スウェーデン	(参考) 日本
0.81%	2.22%	3.00%	3.21%	1.13%(注)

(注) H17年度の児童手当を
H22年度の子ども手当に
単純換算したもの

【児童・家族関係社会支出の推移】

平成19年度	平成22年度(推計値)	平成26年度(推計値)
約4.3兆円	約6.1兆円	約6.8兆円

出典：厚生労働省資料

【「子ども・子育てビジョン」数値目標例】

放課後児童クラブ	81万人(H21.5)	111万人(H26年度)
----------	-------------	--------------

③ 国と地方の役割分担を明確にした制度を構築すべき

- 全国一律の現金給付は国が行い、サービス給付は基本的に地域の実情に応じ地方が創意工夫により実施できる制度とすべき
- 厚生労働省より来年度以降の「子どもに対する手当」について、過年度の税制改正による住民税などの増収分を充て、実質的に地方の負担を大幅に増額する考えが示されているが、住民税の増収分等は地方の裁量により地域の実情に応じたきめ細かな施策に充当し、住民に還元するべきである。
- サービス給付の実施主体は市町村が中心となって担い、都道府県は、市町村間の広域調整や専門性・先進性が必要な取組等に今後も役割を果たしていく

【都道府県の取組例】

広域調整	・保育所の広域入所調整・病児病後児保育の調整 ・児童養護施設等の整備及び社会的養護が必要な子どもへの自立支援 ・小児救急医療体制の整備 など
専門性	・周産期医療情報システムの整備・不妊専門相談センターの運営 ・市町村の児童相談の専門的、技術的支援 など
人材育成	・保育士等サービス給付を担う人材の養成 ・地域の子育て支援団体リーダーの養成 など
先導的事業	・子育て応援に取り組む企業支援、顕彰 ・企業と連携した子育て家庭への優待 など

④ 「子ども・子育て新システム」は地方の自由度を高める観点から制度を設計すべき

- 子どものための現金給付(現:子ども手当)のように全国一律で支給され、地方の裁量の余地がないものについては、地方が自由度を持って地域の実情に応じた給付等を設計するという「子ども・子育て新システム」の考え方にふさわしくないことから、「子ども・子育て包括交付金(仮称)」から除外すること
- 地方が裁量を持って行うサービス給付等については、その用途を最大限広く取り、国による制約は最小限とした上で、必要な財源を確保すること
- 国の定めた全国一律の基準が妨げとなり、地域の実情に応じて活用できない制度もあることから、新たなものも含め基準の廃止や「参酌すべき基準」とするなど、地方の裁量を拡大すること

5. 障害者福祉の課題と今後の方向性

① 障害者の総合福祉のためにも「制度の谷間」問題の解消を図るべき

- 現在、国において、障害者の範囲や利用者負担の見直し等を論点とし、障害者自立支援法に代わる「障害者総合福祉法(仮称)」の制定に向けた検討が行われている。
- 現行では身体障害、知的障害、精神障害のいわゆる3障害以外の高次脳機能障害、難病患者などについては、いわゆる「制度の谷間」に置かれ、現行制度では十分に支援されていない。
3障害以外の支援が必要な者が、必要な障害福祉サービスを十分受けることができるよう、障害者の範囲を見直す必要がある。

② 利用者の負担能力を考慮した適正な負担とすべき

- 障害者自立支援法における利用者負担は、昨年12月の同法改正により、一割負担の原則から、負担能力に応じた負担へと変更されることとなったが、障害者の所得状況等に鑑み、適正かつわかりやすい利用者負担体系とすべきである。

③ 障害者が自立した生活を営めるよう、総合的なサービス体系の構築を図るべき

- 障害者が地域社会で自立した生活を営むことができるよう、福祉サービスのみならず、教育、就労支援、医療などの各領域において、障害者のニーズに応じたきめ細かな総合的なサービス体系を構築することが重要である。

④ 十分な障害福祉サービスが確保できるよう、安定財源を確保すべき

- 障害者自立支援給付をはじめとする障害福祉サービスについては、今後も利用者の増加等に伴う、国及び地方の財政負担の増大が見込まれる。
障害者が、必要なサービスを十分受けることができるようにするためにも、所要の財源確保を図ることが必要。

6. 生活保護制度等の課題と今後の方向性

①就労・自立支援対策を強化・充実すべき

□生活保護受給者は、過去最多の205万人を突破し、なかでも失業による生活保護受給者の急激な増加が続く現状にある。働く能力のある生活保護受給者については、「生活保護に関する国と地方の協議」の中間とりまとめを踏まえ、求職者支援制度の有効活用を図るなど、生活保護受給直後からの就労・自立支援等の充実を図るべき。

[参考]埼玉県試算によると、就労支援によって500人の生活保護受給者が就職すれば、生活保護費は年間7億円以上減少する(1人の若者が生活保護を受けると年間170万円のコストが必要となるが、就労支援のコストは3万円で済む。)

○福祉事務所、ハローワーク、職業訓練施設等のより一層の連携強化を図るべき。

○生活保護基準の適正化と勤労控除の見直しなど、就労意欲を促進する具体的方策を検討すべき。

○被保護者を体験就労やトライアル雇用などで受け入れる企業に対する支援策を制度化すること等により、雇用の受け皿を積極的に掘り起こすとともに、就労意欲に応じて、ボランティア活動等から段階的に一般就労に結びつけていく仕組みを整備すべき。

○生活保護世帯の子どもやボーダーラインにいる人たちが、将来、被保護者にならないよう、高等教育への就学費の充実や生活支援対策の強化、産業構造の変化に対応した職業訓練・再教育等の実施など、教育部門と連携した就労・自立支援の仕組み等を充実させるべき。

□就労による経済的自立が容易でない高齢者等については、主体的に社会との繋がりをもつことで社会的自立の促進につながる施策を講じるべき。

□求職者支援制度以外の施策も活用するなど、生活保護に至る前の第2のセーフティネット施策の充実・強化を検討すべき。

②医療扶助や住宅扶助等の適正化を図るべき

○長期入院患者の退院促進、頻回受診者への適正受診指導、レセプト点検等を引き続き実施するとともに、病気の悪化による入院を防ぐための健康診断や受診の促進等保健指導の充実などにより、医療扶助の適正化を図るべき。

○被保護者本人への医療費通知の導入など、モラルハザード防止の取組を検討する必要がある。

○自動車を保有している者への生活保護適用のあり方について、特に交通不便地の場合、処分を条件とすると、求職活動や通院等に支障が生じる恐れがあるため、一定の要件の下で保有条件を緩和するなど、将来の自立に配慮した仕組みを検討する必要がある。

○住宅を確保できれば生活保護を受給しなくても生活できる者もいることから、住宅扶助については低所得者の居住安定確保の観点から、地域の実情に応じて民間賃貸・公営住宅等の現物給付が可能となるよう検討する必要がある。

③不正受給防止対策を徹底すべき

- 暴力団等による生活保護の不正受給事案が発生しているが、こうした事案を放置することは生活保護行政の信頼を揺るがしかねないことから、警察との連携による暴力団員対策の強化等不正受給防止等の徹底を図るべき。
- アパートや無料定額宿泊所等に入居させ生活保護費を搾取する等のいわゆる「貧困ビジネス」が発生していることから、実効性のある貧困ビジネス対策について、地方の意見を十分に踏まえながら法的措置を講じるべき。
- 生活保護法第29条に基づく資産等の調査については、より効果的・効率的な実施を確保するため、関係機関との連携を強化するとともに、資産等以外の事項についても、必要な調査が円滑に実施できるように、法的根拠を付与するよう検討すべき。
- 不正受給に係る返還金の生活保護費との調整や不正受給を行った者に対する厳罰化など、不正受給を防止するための具体的な対策について検討する必要がある。

④最後のセーフティネットとしての機能発揮に努めるべき

- 餓死による孤独死等が社会問題化しているが、こうした事態を防止するためにも、福祉事務所と民生委員、地域住民、電気・ガス・水道等ライフラインの関係者等との連携強化による保護すべき者の早期発見を含め、相談者へのきめ細やかな対応による漏給防止対策を徹底し、真に必要な人が生活保護を受けられるよう最後のセーフティネットとしての機能発揮に努めるべき。

7. 雇用の課題と今後の方向性

①成長戦略の推進と雇用維持・創出に取り組むべき

- 雇用維持・創出のためには、経済成長が不可欠である。昨年6月に閣議決定した「新成長戦略」の目標達成に向けて施策の一層の充実を図るべき。
- 欧州での経済危機などを原因に、円高が歴史的な水準で進行しており、このままでは、国内産業の空洞化や雇用の喪失による地域の経済・雇用情勢の一層の悪化を発端とした「地方大不況」が懸念される。為替政策、産業空洞化対策及び雇用対策、金融緩和政策の強化、「非常事態」に対応する新たなマクロ経済政策運営の検討など、地域経済・雇用の活性化につながる対策を迅速に実施すべき。

②雇用施策は福祉・産業振興・教育施策などと連携して総合的に実施すべき

- 離職した非正規労働者など求職者の雇用・就業機会の創出、きめ細かな相談支援体制の構築など、現状でも地方は関係団体等と連携しながら雇用対策に取り組んでいる。多様化する雇用ニーズに対応するため、権限・財源の移譲や法令による義務付け・枠付けの見直しを通じて、地方が総合力をこれまで以上に発揮できるようにすべき。

【地方が取り組んでいる具体例】

- ・「ふるさと雇用再生特別基金事業」や「緊急雇用創出事業」による雇用創出
- ・求職者総合支援センターや特別相談窓口の設置、合同企業面接会の実施
- ・若年者就職支援(ジョブカフェ等)、母子家庭の母を含む女性の就業・自立支援(母子自立支援プログラム等)の実施
- ・障害福祉サービスと連携した障害者の就労支援等の実施
- ・企業訪問による新規求人開拓
- ・地元企業のニーズを踏まえた人材を育成するための職業訓練 など

③多様な働き方を支援すべき

- 人口減少と少子高齢化が急速に進むことから、高齢者や女性等の就業参加・社会進出の推進がますます重要となる。雇用機会の創出に社会全体で取り組むとともに、個々人のライフステージに応じた多様な働き方を尊重し、必要な支援をすべきである。
- 正規・非正規雇用の如何を問わず、同一労働・同一賃金の考え方に立って社会保険や雇用保険の更なる拡大など、非正規労働者への処遇改善を行うべき。

④ハローワークの地方移管を早急を実現すべき

地方が行う福祉・産業振興・教育など様々な施策と一元化し、地域の実情を踏まえた雇用政策をより効果的に行うため、ハローワークの地方移管を早急を実現すべき。

ハローワーク地方移管により実現できること

- 就職相談、職業訓練、職業紹介まで雇用に関するサービスの一体化
求職者の能力・適性に応じ、就職に関するサービスを一体的に提供することが可能に
- 市町村など福祉サービスを提供する関係機関との連携
生活資金、多重債務、住宅、介護・育児などに関する支援を必要とする求職者に対し、福祉施策と連携して一貫した総合支援サービスの提供が可能に
- 産業・雇用政策の一元化
職業訓練などによる人材育成、企業の人材確保支援、新産業育成政策、職業紹介を一元的・総合的に行うことにより、より効率的・効果的な政策が可能に
- 教育と雇用政策との連携強化
地域の成長に必要な人材育成やキャリア教育を行うことができ、かつ地元企業の人材確保につながる

社会保障制度に関する重点提言等

- I 基礎自治体の果たしている役割を踏まえた
社会保障と税の一体改革に関する決議…………… 1
(第 81 回全国市長会議決定 -H23. 6. 8-)

- II 社会保障制度に関する重点提言等
 - (1) 国民健康保険制度等に関する重点提言…………… 3
(理事・評議員合同会議決定 -H23. 11. 17-)

 - (2) 介護保険制度に関する重点提言…………… 5
(理事・評議員合同会議決定 -H23. 11. 17-)

 - (3) 総合的な子育て支援策に関する決議…………… 6
(理事・評議員合同会議決定 -H23. 11. 17-)

 - (4) 地域医療・福祉施策に関する重点提言(抜粋)…………… 8
(理事・評議員合同会議決定 -H23. 11. 17-)

 - (5) 生活保護制度に関する重点提言…………… 10
(理事・評議員合同会議決定 -H23. 11. 17-)

平成 23 年 12 月
全 国 市 長 会

基礎自治体の果たしている役割を踏まえた 社会保障と税の一体改革に関する決議

政府においては、昨年12月に「社会保障改革の推進について」を閣議決定し、改革に係る基本方針を明らかにした後、社会保障改革に関する集中検討会議において議論を進めてきた。本年5月には同会議において厚生労働省案として「社会保障制度改革の方向性と具体策」が提示され、6月末までに社会保障と税の一体改革の成案を得ることとしている。

ところで、基礎自治体は、年金以外の医療、介護、子ども・子育て、生活保護、障がい者福祉等の社会保障サービス全般を担い、ケースワーカー等の人材を配置して、それぞれの住民のライフステージと状況に応じて、継続的・包括的な対人サービスを提供している。

また、地域と住民を熟知する人材を通じて国の補助事業としての社会保障施策を実施するとともに、地方単独事業として地域と住民のニーズに応じたきめ細かな福祉・医療施策を展開することによって、我が国の社会保障制度において大きな役割を果たしている。

特に、保育サービスをはじめとする子ども・子育て支援、乳幼児医療、妊婦健診、インフルエンザなどの予防接種等、基礎自治体が様々な分野で展開している地方単独事業は、制度化された国の補助事業と有機的に連携して、個々の住民のライフステージに応じた対人サービスを適時適切に提供することを目指しており、全体としての社会保障サービスの充実に寄与するものである。

したがって、今回予定している社会保障制度改革においては、こうした実態を踏まえ、年金、医療及び介護の「高齢者三事業」のみならず、すべてのライフステージを対象として継続的かつ包括的に社会保障サービスを充実することを目標とすべきである。

本会は、本年4月、基礎自治体の立場から「社会保障の課題と改革の方向」を取りまとめ、集中検討会議に提出した。

その中で、①危機的状況に瀕している国保制度については、制度の構造的問題に対処し、安定的かつ持続的運営が可能な制度とするべく、すべての国民を対象とする医療保険制度の一本化を実現するまでの間、国の責任

を明確にしたうえで、都道府県を運営主体とし、市町村との適切な役割分担のもと、国保制度の再編・統合を行うこと、②子ども・子育て支援策については、全国一律の現金給付である子ども手当と保育サービスをはじめとする子育て関係経費（現物給付）とのバランスに十分配慮する必要があること、③生活保護制度については、雇用、住宅、医療・福祉等の施策と密接な連携を図るとともに、自立就労支援策を充実する必要があること、④住民の様々な状況を把握し、積極的に手を差し伸べて相談に乗り、必要なケアを手配する総合案内所的な「社会保障の総合プラットフォーム・ワンストップサービス」を、地域と住民を熟知している基礎自治体が担うべきであること等を提言している。

以上の観点から、社会保障制度改革を断行するにあたっては、基礎自治体が地方単独事業も含めて社会保障サービスを持続的に提供できるようにするため、安定的な財源の確保は不可欠である。そのため、地方消費税の拡充など税源の偏在性が少なく税収が安定的な地方税体系を構築するとともに、当該財政需要を的確に地方財政計画に積み上げ、必要な一般財源総額を確保することにより、都市税財源の充実強化を図るよう、強く要請する。

併せて、社会保障と税の一体改革に当たっては、基礎自治体が社会保障の最前線において果たしている中心的な役割を踏まえたうえで、「国と地方の協議の場」等において真摯な協議を行い、地方の意見を最大限尊重するよう、強く要請する。

以上決議する。

平成 23 年 6 月 8 日

全 国 市 長 会

国民健康保険制度等に関する重点提言

国民健康保険制度及び後期高齢者医療制度の健全な運営を図るため、国は、特に次の事項について積極的な措置を講じられたい。

1. 医療制度改革について

- (1) 医療制度改革を実施するに当たっては、すべての国民を対象とする医療保険制度の一本化に向けて、国の責任において安定財源を確保することにより、財政基盤の強化を図ったうえで、都道府県を保険者とし、市町村との適切な役割分担のもと、国保制度の再編・統合等を行うこと。

また、その再編・統合の時期については、早期かつ確実に実現するため、当該施行時期を明確に示すこと。

なお、新たな制度への移行に際しては、被保険者や現場に混乱を招くことのないよう、都市自治体の意見を尊重するとともに、十分な準備・広報期間を設けること。

- (2) 医療制度改革に伴い、市町村の負担増は決して招かないよう、国の責任において万全の対策を講じること。

特に、新制度発足に伴って発生・波及するシステム経費等については、超過負担を招かないよう必要な額を確実に確保すること。

また、新たなシステム設計については、新制度が円滑に運用できるよう、都市自治体の意見を十分に踏まえ、国の責任において構築するとともに、十分な準備・検証期間を確保すること。

2. 国民健康保険制度について

- (1) 新制度に移行するまでの間、国保の安定的かつ持続的運営ができるよう、都道府県と市町村の適切な役割分担のもと国保の広域化を推進するとともに、国庫負担割合の引上げなど国保財政基盤の拡充・強化を図り、国の責任と負担において、実効ある措置を講じること。

特に、低所得者層に対する負担軽減策を拡充・強化するとともに、低所得者を多く抱える保険者への支援を強化すること。

- (2) 各種医療費助成制度等市町村単独事業の実施に伴う療養給付費負担金及び普通調整交付金の減額措置を廃止すること。

- (3) 特定健康診査・特定保健指導の実施率等による後期高齢者医療支援金の加算・減算措置を撤廃すること。
- (4) 度重なる制度改正等により、市町村の事務負担が増加していることから、事務の効率化を図ること。特に、資格を喪失した被保険者の受診に伴う過誤調整について、被保険者を介さず保険者間において直接処理できるよう措置を講じること。

3. 後期高齢者医療制度について

後期高齢者医療制度の円滑な運営を図るため、保険料の上昇を抑制する措置を引き続き継続するとともに、国の責任において十分な財政措置を講じること。

特に、平成 24 年度保険料改定において保険料増が見込まれる場合、国の責任において十分な財源措置を講じること。

介護保険制度に関する重点提言

介護保険制度の円滑な運営を図るため、国は、特に次の事項について積極的な措置を講じられたい。

1. 介護保険財政の健全な運営のため、都市自治体の個々の実態を考慮しつつ、将来にわたって都市自治体の財政負担が過重とならないよう、十分かつ適切な財政措置を講じること。
2. 介護給付費負担金については、各保険者に対し給付費の25%を確実に配分し、現行の調整交付金は別枠化すること。
3. 低所得者に対する介護保険料や利用料の軽減策については、国の責任において、財政措置を含め総合的かつ統一的な対策を講じるよう、抜本的な見直しを行うこと。
4. 前回の改定によって措置された「介護従事者の処遇改善のための緊急特別対策（介護報酬3%増）」及び平成21年度補正予算における「介護職員処遇改善交付金」に伴う保険料の上昇分については、利用者及び保険者の負担増とならないよう、継続的な措置を講じること。

また、介護職員処遇改善交付金事業については、恒久的な措置とすること。

総合的な子育て支援策に関する決議

我々都市自治体は、少子化施策は国と地方の信頼・協力関係の下で着実に推進されるべきものと強く認識し、地域の実情に即した様々な子育て支援策を実施し、懸命の努力を傾注している。

そうした中、国は、本年7月、少子化社会対策会議において「子ども・子育て新システム」の中間とりまとめを決定するとともに、10月には「平成23年度における子ども手当の支給等に関する特別措置法」を施行したところである。

しかし、我々が再三主張してきた、全国一律の現金給付と保育サービスをはじめとする子育て関係経費（現物給付）とのバランスへの配慮がなされず、地方に必要な裁量及び財源の確保や国と地方の役割分担等については、未だ建設的な議論がなされていないことは誠に遺憾である。

また、先般、厚生労働省が示した「子どもに対する手当制度における費用負担案について」は、これまでの経緯を無視し、国と地方の役割分担等のあり方について何ら示すことなく、地方に裁量の余地がない現金給付に関する地方負担を一方向的に拡大しようとするものであり、かつ、地方固有の財源である住民税の増収分等を子どもに対する手当に用途を限定するもので、到底受け入れられるものではない。

よって、国は、今後、子どもに対する手当制度のあり方を含め、総合的な子育て支援策について、「国と地方の協議の場」等において、真に実効ある協議を重ね、国民の理解が得られる形で成案を得るよう、改めて強く要請する。

記

1. 子どもに対する手当制度について

(1) 子どもに対する手当の費用負担については、全国一律の現金給付であり、支給に伴う事務費及び人件費を含め、全額国庫負担とすべきであること。

また、年少扶養控除等の見直しに伴う地方増収分については、都市自治体が独自の施策展開を図るための貴重な一般財源であり、その用途については、地方の裁量に委ねること。

(2) 平成 24 年度からの所得制限導入に伴う所得制限世帯に対する税財政上の措置については、国の負担により実施すること。

(3) 平成 24 年度以降の恒久的な制度のあり方については、今後、「国と地方の協議の場」等において十分に協議を行った上で、都市自治体の意見を尊重し、制度設計を行うこと。

また、新制度へ円滑に移行できるよう、住民への周知やシステム改修等について、国の責任において万全の措置を講じること。

2. 子ども・子育て新システムについて

(1) 子ども・子育て新システムについては、本年 7 月の少子化社会対策会議決定のとおり、①国、地方等の負担のあり方、既存の財政措置との関係など費用負担のあり方、②子ども・子育て包括交付金（仮称）のあり方、③国における所管のあり方、④地域の実情に応じた地方の裁量の仕組みのあり方等の検討課題について、都市自治体等と丁寧に協議を行い、理解を得た上で、成案を取りまとめること。

(2) 子どもに対する手当は、全国一律の現金給付であり、都市自治体の裁量の余地がないことから、子ども・子育て包括交付金（仮称）の対象から除外すること。

また、保育サービスをはじめとする子育て関係経費（現物給付）については、都市自治体が地域の実情に応じて責任を果たせるよう、最大限使途を弾力化した交付金とすること。

(3) 国が定める基準については、既に法令で担保されているものを除き、新たなものは「助言」ととどめ、具体的な適用は都市自治体に任せること。

(4) 子ども・子育て支援給付（仮称）に係る指定については、給付を行う都市自治体はその主体となり、また、こども園（仮称）の認可については、都市自治体の判断によりその主体となり、必要な調整が可能となるよう制度設計を行うこと。

(5) すべての保育所や幼稚園が総合施設（仮称）に移行するに当たっては、国における所管は一本化すること。

以上決議する。

平成 23 年 11 月 17 日

全 国 市 長 会

地域医療・福祉施策に関する重点提言

地域医療・福祉施策の充実強化を図るため、国は、特に次の事項について積極的な措置を講じられたい。

2. 少子化対策について

(1) 子どもに対する手当制度について

- ① 子どもに対する手当の費用負担については、全国一律の現金給付であり、支給に伴う事務費及び人件費を含め、全額国庫負担とすべきであること。

また、年少扶養控除等の見直しに伴う地方増収分については、都市自治体が独自の施策展開を図るための貴重な一般財源であり、その用途については、地方の裁量に委ねること。

- ② 平成 24 年度からの所得制限導入に伴う所得制限世帯に対する税財政上の措置については、国の負担により実施すること。

- ③ 平成 24 年度以降の恒久的な制度のあり方については、今後、「国と地方の協議の場」等において十分に協議を行ったうえで、都市自治体の意見を尊重し、制度設計を行うこと。

また、新制度へ円滑に移行できるよう、住民への周知やシステム改修等について、国の責任において万全の措置を講じること。

- ④ すでに都市自治体は地域の実情に応じた様々な子育て施策を推進していることを踏まえ、全国一律の現金給付と保育サービスをはじめとする子育て関係経費（現物給付）とのバランスにも十分配慮すること。

(2) 子ども・子育て新システムについて

- ① 子ども・子育て新システムについては、本年 7 月の少子化社会対策会議決定のとおり、①国、地方等の負担のあり方、既存の財政措置との関係など費用負担のあり方、②子ども・子育て包括交付金（仮称）のあり方、③国における所管のあり方、④地域の実情に応じた地方の裁量の仕組みのあり方等の検討課題について、都市自治体等と丁寧に協議を行い、理解を得たうえで、成案を取りまとめること。

- ② 子どもに対する手当は、全国一律の現金給付であり、都市自治体の裁量の余地がないことから、子ども・子育て包括交付金（仮称）の対象から除外すること。

また、保育サービスをはじめとする子育て関係経費（現物給付）については、都市自治体が地域の実情に応じて責任を果たせるよう、最大限使途を弾力化した交付金とすること。

- ③ 国が定める基準については、既に法令で担保されているものを除き、新たなものは「助言」ととどめ、具体的な適用は都市自治体に任せること。
- ④ 子ども・子育て支援給付（仮称）に係る指定については、給付を行う都市自治体はその主体となり、また、こども園（仮称）の認可については、都市自治体の判断によりその主体となり、必要な調整が可能となるよう制度設計を行うこと。
- ⑤ すべての保育所や幼稚園が総合施設（仮称）に移行するに当たっては、国における所管は一本化すること。

生活保護制度に関する重点提言

生活保護制度は、昭和 25 年の制度創設以来、抜本的な法改正がなされないまま、今日に至っており、また、少子高齢化や家族形態の変化など現在の社会経済構造に十分対応できず、制度疲労を起こしている。

そのような中、全国市長会は、平成 18 年度に全国知事会と共に、将来を見据えた生活保護制度等について検討を重ね、「新たなセーフティネットの提案」として、①稼働世代のための自立支援集中プラン、②高齢者対象制度、③ボーダーライン層への就労支援制度を提案したところである。

一方、世界的な金融危機に端を発した雇用情勢の悪化や高齢化の進展等により、生活保護受給者は 205 万人を超え、過去最多を更新したことが明らかとなっており、生活保護に要する財政負担が都市自治体の財政を圧迫している状況にある。

また、東日本大震災からの復旧・復興を目指す被災者の方々は、仮設住宅への入居等により生活基盤が整いつつあるものの、未だ生活再建の目途が立たず、生活困窮に陥る事態が懸念されるなど、今後、生活保護の相談・申請件数のさらなる増加が見込まれており、生活保護経費の全額を国庫負担とする等の財政措置を講じる必要がある。

よって、国は、特に次の事項について積極的な措置を講じられたい。

1. 社会保障の観点も含めた生活保護制度の抜本的な改革に早急に取り組むこと。その際、国と地方の協議の場等において十分協議し、都市自治体の意見を尊重すること。
2. 国の責任において、生活保護の適正化に向けて必要な法改正等を行うとともに、稼働可能層に対する就労自立支援策を講じること。
3. 生活保護に係る財源負担については、生活保護が憲法に基づき、国が保障するナショナルミニマムに関わる事項であることから、本来全額国庫負担とすべきであること。

日本医師会

国民の安心を約束する医療保険制度

2011年12月15日
民主党 社会保障と税の一体改革調査会・税制調査会合同総会

2010年11月
社団法人 日本医師会

基本理念

日本医師会は、すべての国民が、公平な負担の下で、同じ医療を受けられることが公的医療保険制度の根幹であると考えます。それは、年齢や、地域や、所得の違いによる格差のない制度である。

これまで財政面からの一元化については各方面で検討が行なわれてきたが、財政調整で抜本的な解決を見出すことは困難であり、いずれかの制度に皺寄せされ、「皆保険」としての納得感を得られない。

そこで、日本医師会は、公的医療保険制度の全国一本化を提案する。

日本医師会が考える公的医療保険制度の基本理念

- すべての国民が、同じ医療を受けられる制度
- すべての国民が、支払能力に応じて公平な負担をする制度
- 将来にわたって持続可能性のある制度

定義

一本化：制度としてひとつに統合すること。なお一本化しても、現行制度と同様に高齢者や低所得者に配慮し、保険料や一部負担割合の軽減措置を講じる方向とする。

一元化：財政調整により財源面で一体的運用を図ること。日本医師会が提案する全国一本化が実現するまでの間は、保険者間の財政調整が必須である。

公的医療保険の全国一本化に向けての道筋

公的医療保険制度の全国一本化までの道筋を、以下のとおり提案する。なお、それぞれの段階ごとに問題点を洗い出し、その対策を講じた上で、次の段階に進むものとする。

第1段階 高齢者医療制度も含めた医療保険制度全体の方向性の検討

現行の後期高齢者医療制度は、2012年度末に廃止され、2013年度から新たな制度に移行する予定であるが、一般および高齢者の医療保険制度を一体的に検討し、その方向性がかたまった時点で、新たな制度の実施時期を設定すべきと考える。それまでの間は、現行の後期高齢者医療制度を弾力的に運用して対応する。

第2段階 地域保険の創設と職域保険の段階的統合

高齢者医療制度と市町村国保を都道府県単位で統合し、地域保険を創設する。また職域保険として、共済組合を協会けんぽに統合し、組合健保を段階的に協会けんぽに統合する。なお、高齢者の現役サラリーマンは、希望があれば職域保険等に加入しなおすことができるようにする。

第3段階 職域保険の完全統合

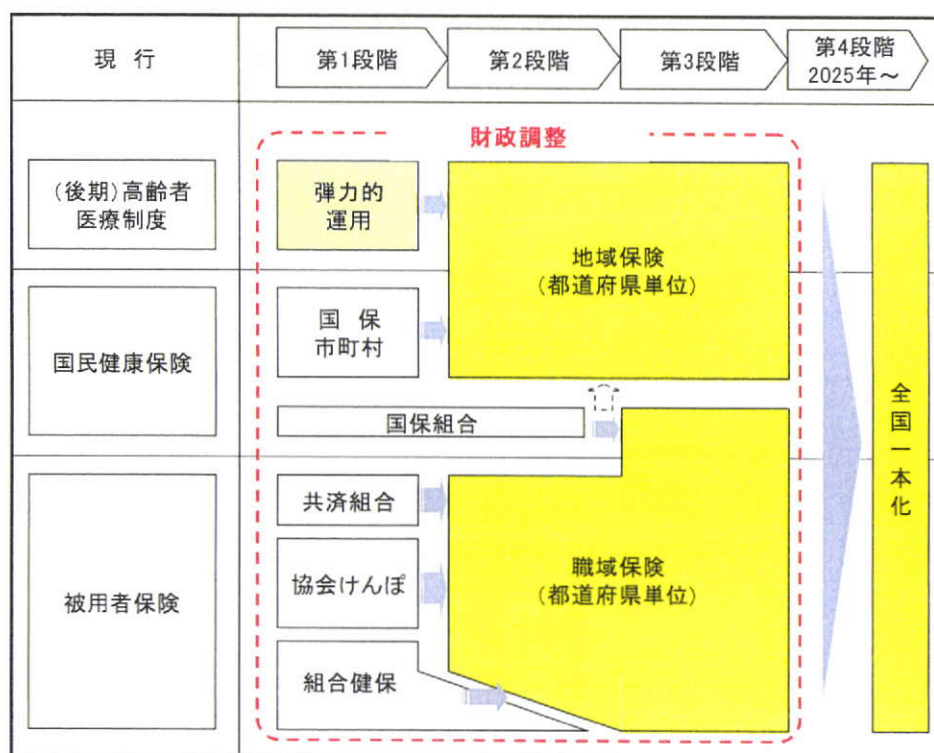
職域保険(協会けんぽ)に、国保組合を統合していく。ただし地域保険的な国保組合については、地域保険への移行も可能にする。

第3段階から全国一本化までの間は、特に財政調整が重要である。保険料の見直しなどにより、財源面での一体的運用(すなわち「一元化」)を図る。

第4段階 全国一本化

2025年以降を目標に、都道府県ごとの地域保険および職域保険(協会けんぽ)を全国一本化する。

公的医療保険の全国一本化に向けての道筋(概念図)



統合一本化にむけた課題および一本化後の課題(1/2)

統合一本化にむけた課題および一本化後の課題には、主として次のようなものがある。いずれも、日本医師会の基本理念を実現するために避けて通れない課題であり、日本医師会は課題解決にむけて全力を尽くす。

① 国民健康保険と被用者保険の所得捕捉

国民健康保険に加入する自営業者等の所得と、被用者(サラリーマン)の給与をいかに公平に捕捉できるかという課題である。これについては、現在、給与所得者であっても、国民健康保険に加入しているケースがあること、所得税は自営業者と給与所得者とは計算方法が異なるものの、ひとつの税体系になっていることなどから、これらを参考に関係者と協議していく。

② 国民健康保険における保険料賦課方式の統一

現在、市町村国保の徴収形態には保険税と保険料があり、徴収方式には均一賦課、不均一賦課がある。また、均一賦課の中にも、所得割、資産割、均等割、平等割を組み合わせた、4方式、3方式、2方式がある。日本医師会は、比較的早い段階で、市町村国保を都道府県単位の地域保険に再編することを提案しており、保険料賦課方式のあり方が当面の課題になる。資産はあっても所得の少ない高齢者等に配慮するなど、公平な賦課方式を検討していく。

統合一本化にむけた課題および一本化後の課題(2/2)

③ 保険者による予防・健康増進機能の維持

保険者には保険料の算定、徴収、診療報酬請求の審査・支払いなどの制度運営上の機能や、被保険者の疾病予防、健康増進を図る機能がある。これまで、それぞれが保険者機能を果たしてきた健保組合や、共済組合等では、個々の組合を解体し、公的医療保険を全国一本化することには、反対も少なくないと推察される。しかし、公的医療保険におけるさまざまな格差をなくし、国民に安心をもたらすという観点から、日本医師会は、健保組合等に対して理解を求めていく。

さらに、公的医療保険制度の全国一本化にあたって、日本医師会は、第三者機関の保険者を設置すべきと考えるが、保険者が全国ひとつになるため、地域固有の実情に即応した保険者機能を発揮できないおそれがある。そこで、日本医師会は、都道府県医師会、郡市区医師会とともに、より地域に根ざした活動を行ない、従来の保険者が果たしてきた役割以上に、地域住民の健康を守る役割を強めていく。

④ 医療費抑制、管理医療の阻止

保険者が全国一本化されることにより、管理医療が進み、医療費抑制が強化されることが懸念される。そこで、日本医師会自身が第三者機関である保険者の構成員となり、医療費抑制について徹底的に阻止していく。

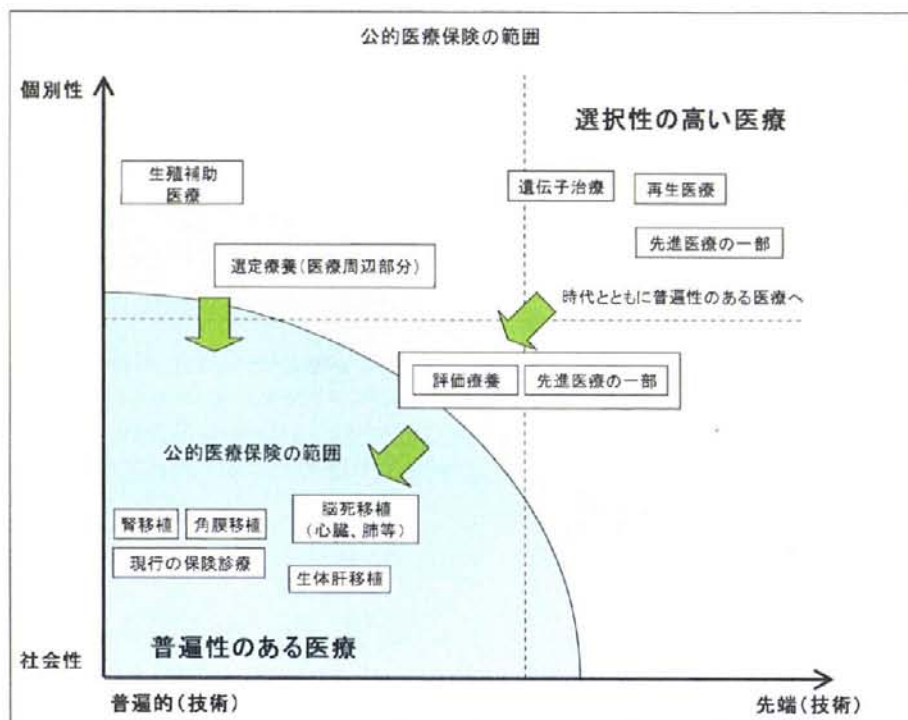
また、医療保険制度が全国一本化されても、地域医療が一律に抑制されないよう、現在の審査支払機関の機能を維持、活用し、地域の実情に応じた医療を守っていく。

⑤ 事業主負担のあり方

全国一本化後、現行の法律の延長では、事業主負担がなくなるが、新たな法律において、引き続き事業主に健康保険料相当の負担を求める等の対応を検討する。

公的医療保険の給付範囲(1/2)

日本医師会は、有効性、安全性が確認され、国民にとって普遍的であると認められた医療は、すみやかに公的医療保険から給付されるべきであると考えている。



社団法人 日本医師会

6

公的医療保険の給付範囲(2/2)

普遍性のある医療を、公的医療保険から給付するためには、じゅうぶんな資源、体制が求められる。具体的には、高度医療評価会議、先進医療専門家会議、医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議、医薬品医療機器総合機構(PMDA)、薬事・食品衛生審議会(薬食審)等の体制をより強化し、機動性を高めていかなければならない。そのため、日本医師会としても、国に対して、これらの関係機関の強化を働きかける。

2010年8月25日、中医協総会で「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」が有効性・安全性のエビデンスが十分あり、医療上の必要性が高いと判断した適応外薬は、薬食審の事前評価が終了した時点で、中医協の了承を経て、保険適用することが了承された。これまでも、日本において有効性や安全性が公知である適応外薬については、日本で臨床試験(治験)を行なうことなく、薬事承認の申請をすることが認められていたが(公知申請)、新たなスキームにより、薬食審の事前評価が終了した時点で保険適用されるので、公知申請から薬事承認までの約6か月間が短縮される。

現在、混合診療を全面解禁し、公的医療保険から給付されていない先進医療を受けやすくすべきだとの声がある。しかしすでに、厚生労働大臣の定める「評価療養」と「選定療養」では保険診療との併用が認められており、たとえば評価療養として認められた先進医療を受ける場合、「先進医療の全額自己負担+保険診療の一部負担」で良い。

評価療養: 保険給付の対象とすべきものであるか否かについて適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行うもの

例: 先進医療、薬事法承認後で保険収載前の医薬品の使用など

選定療養: 特別の病室の提供など被保険者の選定に係るもの

例: 差額ベッド、歯科の金合金等、制限回数を超える医療行為など

社団法人 日本医師会

7

診療報酬体系および支払方式(1/4)

日本医師会は、診療報酬体系および支払方式について、あらためて以下の提案を行なう。

① 特定機能病院のあり方の見直し

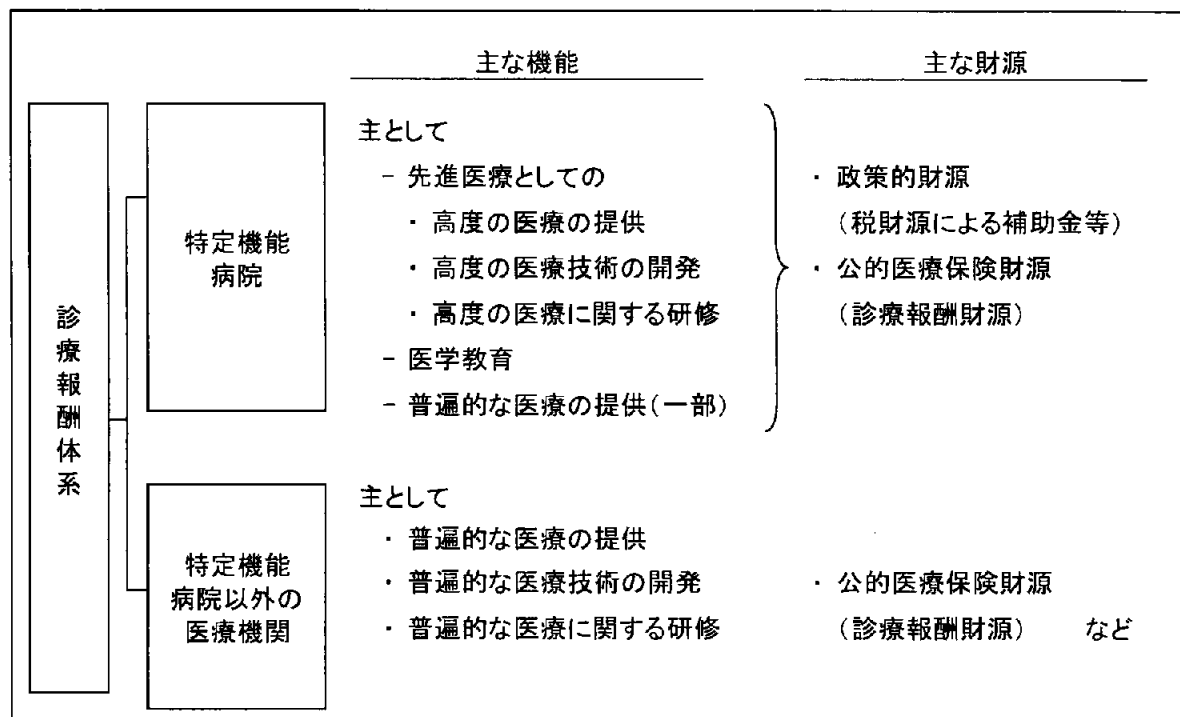
特定機能病院には、高度の医療を提供する能力を有すること、高度の医療技術の開発及び評価を行なう能力を有すること、高度の医療に関する研修を行なわせる能力を有することなどが求められており、それ以外の病院とは機能が異なる。

日本医師会は、特定機能病院のあり方を見直し、特定機能病院とそれ以外の医療機関との機能分化を行なう必要があると考える。具体的には、特定機能病院は、主として高度の医療の提供と医学教育を担い、それ以外の医療機関は、主として普遍性のある医療を担当する方向とする。

その上で、新しい機能に応じた診療報酬体系を検討する。たとえば、特定機能病院のあり方を見直した後、その診療報酬体系を別建てにすることを提案する。財源は、高度の医療の提供および医学教育に対しては政策的財源(税財源による補助金等)を、普遍性のある医療に対しては公的医療保険財源(診療報酬財源)を充当する。

なお、高度の医療を担う医療機関が、それ以外の医療機関が主として担う普遍性のある医療のうち、紹介のない外来などを行なった場合には、診療報酬の給付割合を変更するなどの仕組みを検討する。

診療報酬体系および支払方式(2/4)



診療報酬体系および支払方式(3/4)

② 診療報酬における「モノ」の切り分け

現在は、手術、処置等に、医薬品、診療材料、医療消耗器具備品などのいわゆる「モノ」が包括されているが、診療報酬本体を適切に評価するためには、診療報酬本体から「モノ」を切り分けることが不可欠である。

また、公共料金は、再投資のための適正利潤を含んで設定されているが、診療報酬には、それらのコストは広く浅く吸収されていると言われているものの、具体的な検証は行なわれていない。診療報酬において「モノ」を切り分け、再投資の費用(地域医療の維持確保のための費用)を別途評価すべきである。

ところで、医師の技術料を評価する手段として、医師個人に直接報酬を支払う「ドクターフィー」を導入すべきとの意見がある。しかし、日本では、チーム医療の下で高水準の医療が提供されており、今後もそれは変わらない。「ドクターフィー」の導入は、医師同士および関係職種間の財源配分の問題を複雑化、深刻化させ、チームを分断させかねないものであり、現時点での導入は拙速である。日本医師会は医師の技術をいかに評価していくべきか、研究、議論を重ねていきたい。

同時に、医師および関係職種の技術については、それぞれの医療機関がきちんと処遇できるよう、日本医師会は診療報酬の全体的な引き上げを求めていく。

診療報酬体系および支払方式(4/4)

③ 診療報酬は原則出来高払いとする

診療報酬は原則出来高払いにより、提供された医療を適切に評価すべきである。急性期入院医療については、DPCの導入が進んでいるが、日本医師会は、2008年、中医協診療側委員として、急性期病院に対する診療報酬は、DPCと出来高払いの二本の柱であるべきと主張した。今後とも、DPCは限定した範囲に止め、出来高払いを適切に評価していくべきである。

2008年10月22日 中医協診療報酬基本問題小委員会 二号側提出資料

「DPCに関する方向性について」(抜粋)

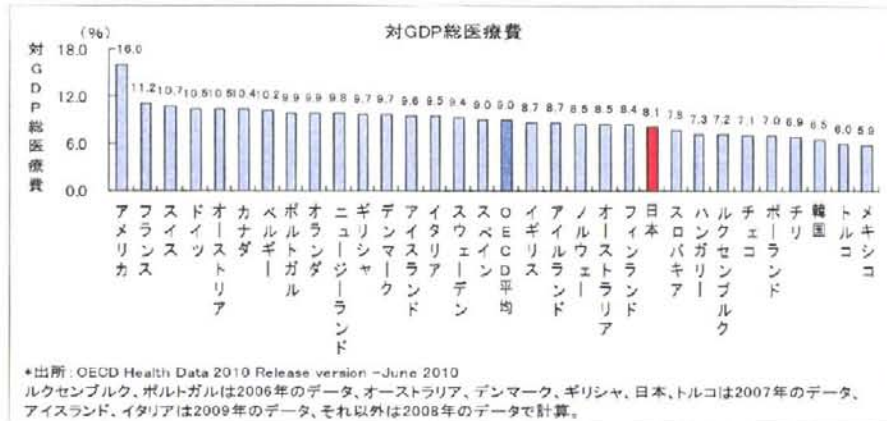
1. 急性期病院に対する診療報酬上の評価は、DPC、出来高払いの二本の柱である。
2. 急性期病院に対するコストを適切に反映した診療報酬のあり方について、検討する。
3. DPC、出来高払いを採用する急性期病院それぞれについて、適切に評価していく。
4. DPC準備病院、DPC対象病院ともに、個々の医療機関が、一定のルールの下に、自主的にDPCを辞退することができるようにする。

なお、診療側委員の提案を受けてDPC病院のいわゆる「退出ルール」が承認され、2009年に1病院が退出している。

医療費(1/2)

日本の対GDP総医療費は8.1%であり、OECD加盟31か国中22位である。OECDの示す総医療費には、日本の国民医療費に相当する費用のほか、介護保険サービス、予防・健康管理サービス、医療制度の管理業務、保健医療における研究開発等の費用が含まれる。そこで、医療の新自由主義的改革を進めようとする一部の人々の中には、日本において混合診療を全面解禁するなどして、公的医療保険から給付されない私的支出の医療費を増加させ、これによって、OECD加盟国平均並みの対GDP総医療費を達成する時期に来ているのではないかとの意見がある。しかし、医療費の増加は、私的支出(患者負担)の増加ではなく、公的医療給付費の増加によって達成されるべきである。

ただし、GDPマイナス成長の時期に、医療費増加政策がとられたり、高齢化が進展したりすると、対GDP総医療費が急激に上昇することがある。経済の先行きが不透明である現在、対GDP総医療費のような指標が、中長期的な目標になりにくいことに注意しておく必要がある。



社団法人 日本医師会

12

医療費(2/2)

医療費の確保に向けての日本医師会の主張

- 国民皆保険を堅持する日本としては、国際社会において誇りの持てる医療費水準を確保していくべきである。
- 日本の対GDP総医療費については、短期的目標として、現状の比較においてOECD加盟国平均並みを目標とする。ただし、経済環境の変化もあるため、今後の社会情勢も踏まえて柔軟に目標を見直すこととし、その場合、対GDP総医療費については、OECD加盟国平均を上回る目標を設定することもある。
- 医療費の増加は、混合診療の全面解禁や医療周辺産業の拡大などを通じた私的支出(患者負担)の増加によるものではなく、国民皆保険の下で、公的医療給付費の増加によって達成されるべきである。

社団法人 日本医師会

13

患者一部負担割合

日本医師会は、これまでほぼ一貫して、患者一部負担割合について、一般は2割、高齢者は1割以下にすべきであると主張してきた。先進諸国では、公的医療保険における患者一部負担がないところもある。日本医師会は、当面は一定の患者一部負担割合を維持することとするが、小児や低所得者にじゅうぶん配慮し、財政影響も勘案しつつ、できるだけ引き下げる方向で検討する。当面の提案は次のとおりである。

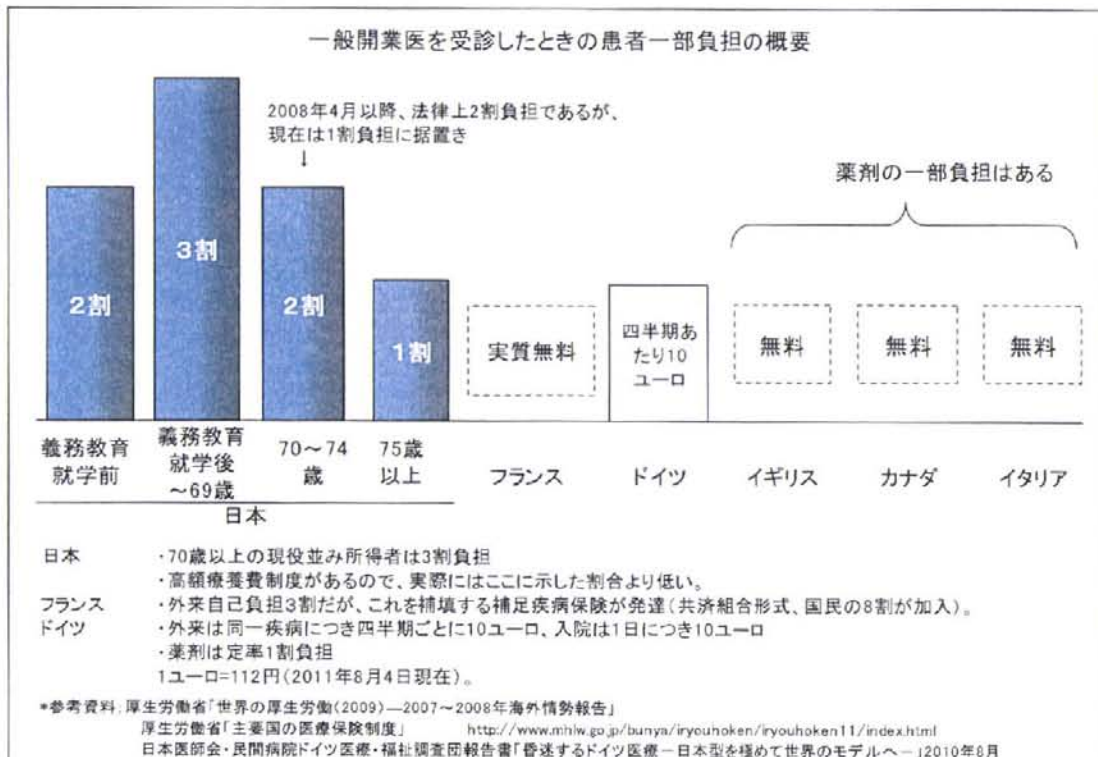
患者一部負担割合についての日本医師会の提案

- 原則として、一般2割、高齢者1割とする。
現在、一般は3割であるが、所得格差による受診抑制が生じないように、財政影響を勘案しつつ、できる限り引き下げる。高齢者を何歳以上と定義するかについては、今後の議論を踏まえて判断する。
- 低所得者の一部負担割合は軽減する。
- 小児(中学校卒業まで)は無料とする。
- 高額療養費の上限についても、財政影響を勘案しつつ、できる限り引き下げる。

未収金の問題

現在、医療機関においては、未収金が大きな負担になっている。窓口負担をなくし、医療機関が全額を保険者に請求できるようにすべきである。この場合、保険者は被保険者が医療機関を受診した際には、被保険者に対して、毎月の保険料に加えて患者一部負担金相当分を請求することとする。

先進国の患者一部負担割合



財源 — 公的医療保険における公費負担割合 —

日本医師会はこれまで、高齢者の医療保険制度において医療費の9割を公費で負担することを主張してきた。今回は、公的医療保険制度の全国一本化を提案しており、一般と高齢者はひとつの保険に加入することになる。その場合にも、制度全体に対してより手厚く公費を投入し、高齢者、さらには低所得者の負担をできるだけ少なくしていくべきと考える。

公費負担割合の引き上げは、管理医療につながり、医療費の抑制が強化されるのではないかとの指摘がある。

しかし、国家財源により、原則無料で医療を受けることができるイギリスの公的医療サービスであるNHS(National Health Service)に対しては、1997年に誕生したブレア政権(1997～2007年)が、医療費削減政策と訣別し、医療支出をそれまでの2倍以上に引き上げた。

また日本では、医療費に対する国庫支出割合は現在4分の1に過ぎないが、それでも医療費は、国庫支出を少なくするため、厳しく抑制されてきた。今後も、医療給付費に対する公費負担割合の大きさに関わりなく、財務省は医療費を抑制しつづけるであろう。

したがって、公費負担割合を引き上げなければ医療費の抑制が緩和されると考えることはできない。日本医師会は、医療費抑制を懸念するあまり、公費負担割合を引き上げないという考え方はとらず、医療費抑制については、これからも徹底的に阻止していく。

財源 — 公的医療保険を支える財源—(1/2)

日本医師会は、公的医療保険を支える財源として、保険料改革、消費税改革、国の歳出改革を、同時並行で行なうことをあらためて提案する。日本医師会は公的医療保険制度の全国一本化を提案しており、保険料改革や国の歳出改革によってもたらされる財源は一本化までの間の財政調整財源、消費税改革等による財源は長期的な安定的財源として期待される。

1. 保険料改革

保険者間の財政調整財源とするため、保険料率等を見直し、保険料収入の増収を図る。

- ① 被用者保険の保険料率を、もっとも保険料率の高い協会けんぽの水準に引き上げる。
- ② 国民健康保険の賦課限度額、被用者保険の標準報酬月額の上限を引き上げ、高額所得者に応分の負担を求める。一方、低所得者や高齢者の負担軽減に配慮する。

2. 消費税などの改革

公的医療保険の持続性を高めるためには、安定的な税財源が不可欠である。日本医師会は、安定的財源の重要な選択肢のひとつである消費税についても、検討を行なっていく。

3. 国の歳出改革

特別会計の見直し、独立行政法人の見直し、公務員制度改革の徹底など、歳出改革を継続していく必要がある。

消費税を検討するにあたっての課題(1/3)

第一に、控除対象外消費税の問題である。

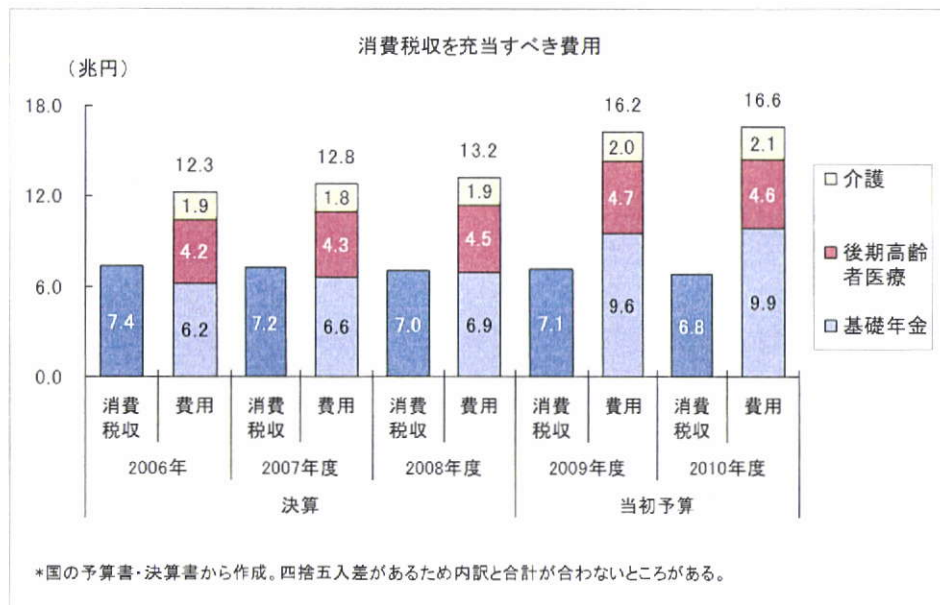
医療機関の収入である社会保険診療は非課税であり、患者から消費税を徴収しない。一方で、医療機関は社会保険診療のための医薬品などの仕入れや、医療機器などの設備投資に対して消費税を支払っている。自由診療のように課税されていれば、患者から預かった消費税から、仕入れにかかった消費税を差し引いた額を納付または還付する仕組みとなるため、医療機関に消費税負担は生じない。しかし、社会保険診療は非課税のため、仕入れにかかった消費税は、医療機関の負担(控除対象外消費税)となる。

日本医師会の調査によれば、医療機関が負担している控除対象外消費税は、社会保険診療収入の2.22%であった。厚生労働省は、過去に診療報酬1.53%(1989年度改定0.76%、1997年度改定0.77%)を上乗せし、これで解決済みとの姿勢を示しているが、当時の診療報酬項目は、その後の廃止、見直しを経て、既に多くの項目で検証不可能な状況になっている。患者負担が発生しないような形で、早急に控除対象外消費税の解消を図るべきである。

消費税を検討するにあたっての課題(2/3)

第二に、現在も、消費税収(国分)は、国の一般会計の予算総則で、基礎年金、後期高齢者医療、介護の国庫負担に充てられることになっている。2010年度の必要費用は16.6兆円、消費税収(国分)は6.8兆円であり、不足分は、消費税以外の税財源や国債を発行してまかなわれている。

今後、消費税率をかなり引き上げない限り、不足分は埋まらないが、不足分にはどのような財源を充てるのか、また年金、医療、介護に対して、それぞれどのように消費税収を配分していくのかについて、しっかりと国民的合意を得る必要がある。



社団法人 日本医師会

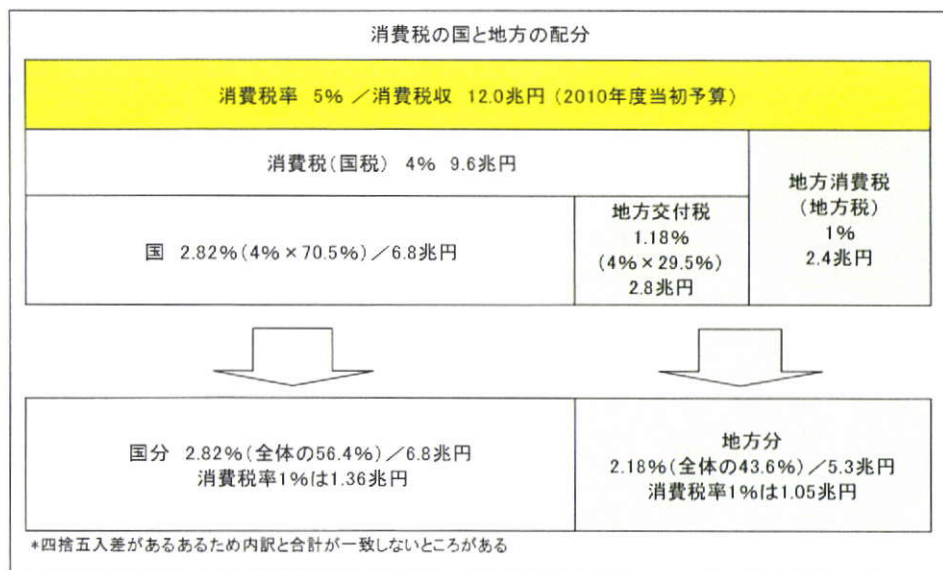
20

消費税を検討するにあたっての課題(3/3)

第三に、消費税収のうち国分は56.4%で、地方分が43.6%である。

日本医師会は、公的医療保険制度の全国一本化を提案しており、消費税率引き上げ分の増収額のうち、医療に充当する部分は、国分の収入とすることを想定している。

しかし、地方分権化の流れの中で、地域主体で行なわれる福祉政策などもある。仮に消費税率を引き上げる場合、社会保障において国と地方がどのような役割を担うのかもあわせて検討する必要がある。



社団法人 日本医師会

21

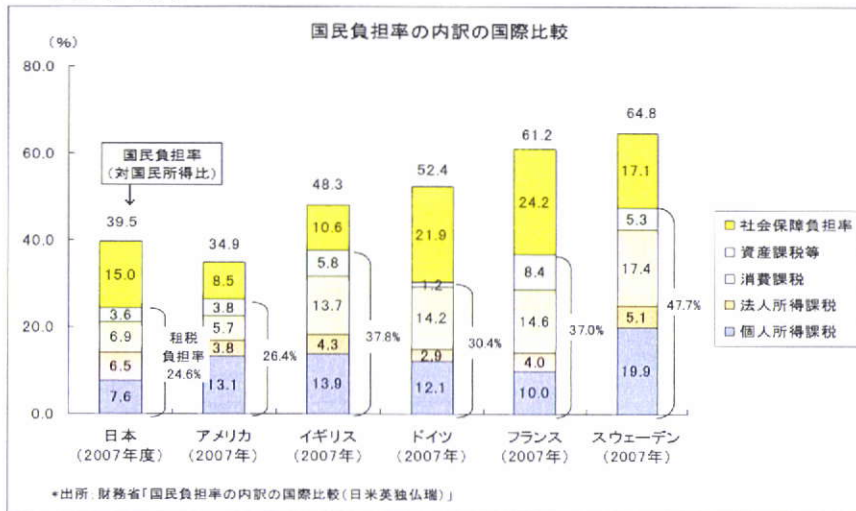
(参考)国民負担率の内訳の国際比較

安定的財源としての消費税込

日本医師会が提案する公的医療保険制度の全国一本化までの間は、保険料改革による財政調整を強化するが、その間も、また一本化後の持続性を高めるためにも、安定的財源は不可欠である。

日本は主要国(除アメリカ)に比べると、国民負担率が低い。国民に対し、あるべき社会保障の姿を示すとともに、負担の現状の理解を得て、負担のあり方を緊急的に議論していかなければならない。特に日本は、主要国に比べて、租税負担率が低い。

日本医師会は、国の歳出改革を継続しつつ、安定的財源として、消費税その他の税収について検討を具体化すべきと考える。



社団法人 日本医師会

公的医療保険を支える財源について

民主党社会保障と税の一体改革調査会・税制調査会合同総会

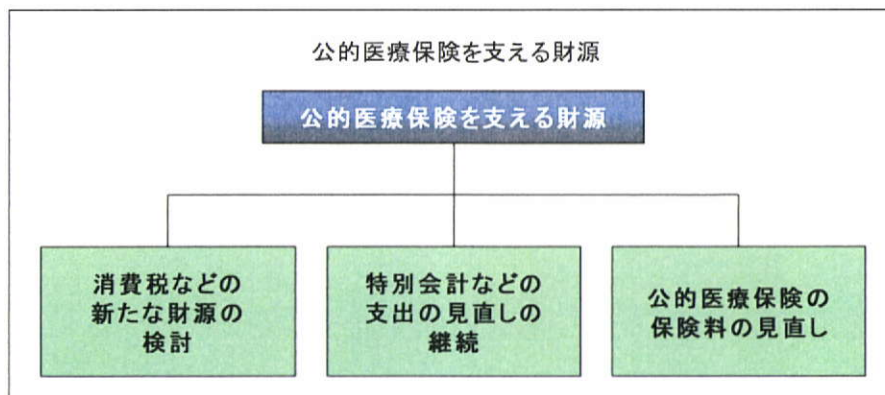
2011年12月15日

社団法人 日本医師会

「グランドデザイン2009」 2009年2月

2009年2月に日本医師会が発表した「グランドデザイン2009」では、公的医療保険を支える財源として、

- ① 消費税などの新たな財源の検討
 - ② 特別会計などの支出の見直しの継続
 - ③ 公的医療保険の保険料の見直し(保険料上限の見直し、保険料率の公平化、保険者間の財政調整)
- の3本柱を提案した。



日本医師会 国民の安心を約束する医療保険制度

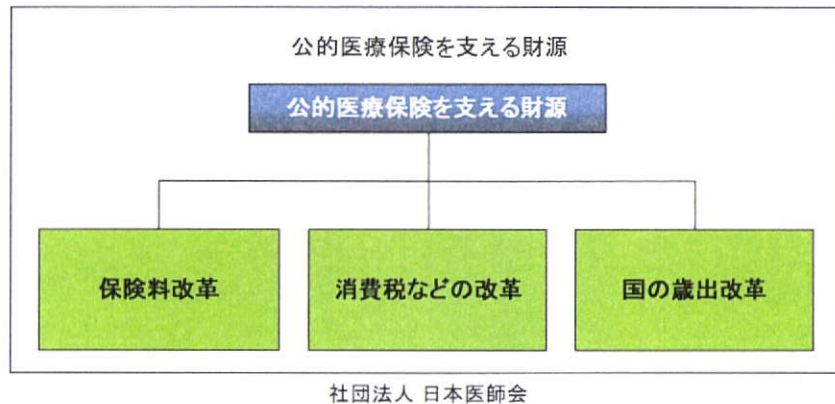
2010年11月2日

2010年11月に公表した「国民の安心を約束する医療保険制度」において、日本医師会は、公的医療保険を支える財源として、保険料改革、消費税改革、国の歳出改革を、同時並行で行なうことをあらためて提案した。

日本医師会は公的医療保険制度の全国一本化を提案しており、保険料改革や国の歳出改革によってもたらされる財源は一本化までの間の財政調整財源、消費税改革等による財源は長期的な安定的財源として期待される。

消費税などの改革

公的医療保険の持続性を高めるためには、安定的な税財源が不可欠である。日本医師会は、安定的財源の重要な選択肢のひとつである消費税についても、検討を行なっていく。



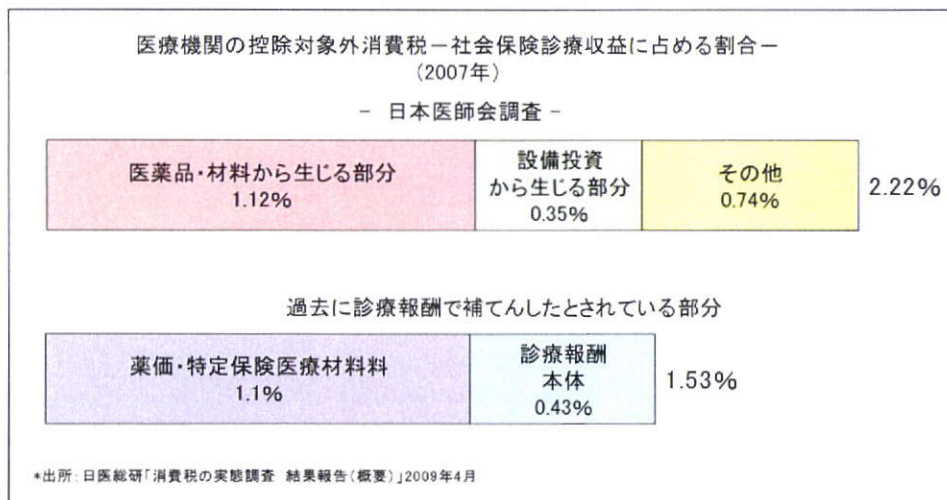
2

控除対象外消費税

日本医師会は、安定的財源を確保するため、消費税率の見直しも必要であると考えている。ただし、その場合には、控除対象外消費税の見直しが最優先である。

社会保険診療は非課税であるが、医薬品の仕入れや医療機器などの購入には消費税がかかり、医療機関が負担（控除対象外消費税）している。

厚生労働省は、過去に診療報酬に1.53%を上乗せし、解決済みとしてきたが、日本医師会の調査によれば控除対象外消費税は収入の2.22%を占めている。



社団法人 日本医師会

3

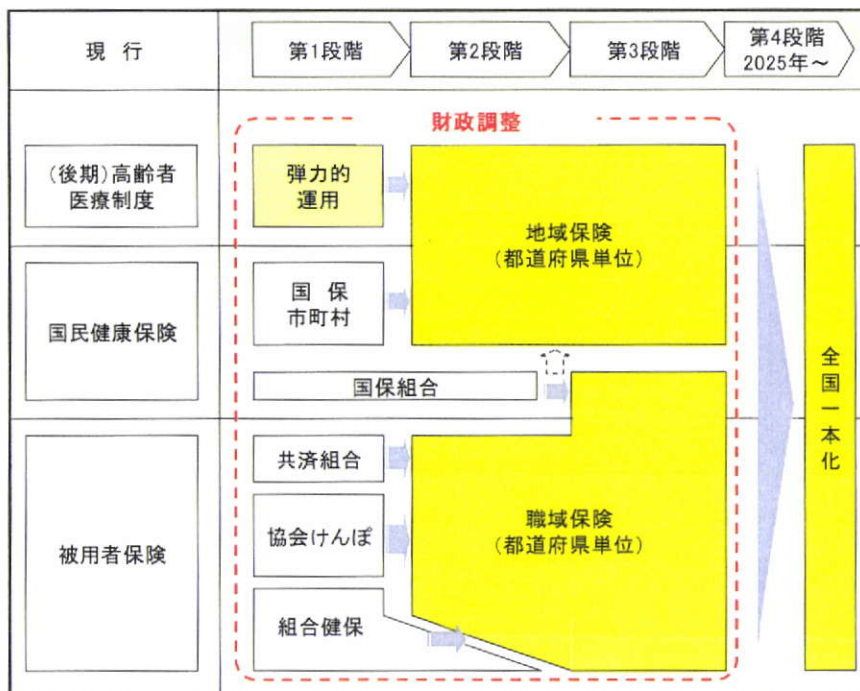
保険料の見直しについて — 日本医師会の提言 —

公的医療保険の財源は、公費と保険料に求めるべきです。
保険料の見直しについて、日本医師会は次のように提言します。

1. 被用者保険の保険料率を、もともと保険料率の高い協会けんぽの水準に引き上げ、公平化すること。
2. 国民健康保険の賦課限度額、被用者保険の標準報酬月額の上限を引き上げ、高額所得者に応分の負担を求めること。
3. 低所得者や高齢者の負担軽減に配慮すること。
4. 日本医師会は公的医療保険の全国一本化を提案しているところであるが、それまでの間、保険料の見直しを通じて確保した財源によって、保険者の財政調整、特に財政基盤の弱い保険者を支援すること。

公的医療保険の全国一本化に向けての道筋

これまで財源面からの一元化については各方面で検討が行なわれてきたが、財政調整面で抜本的な解決を見出すことは困難であり、いずれかの制度に皺寄せされ、「皆保険」としての納得感が得られなかった。そこで、日本医師会は、公的医療保険制度の全国一本化を提案する。

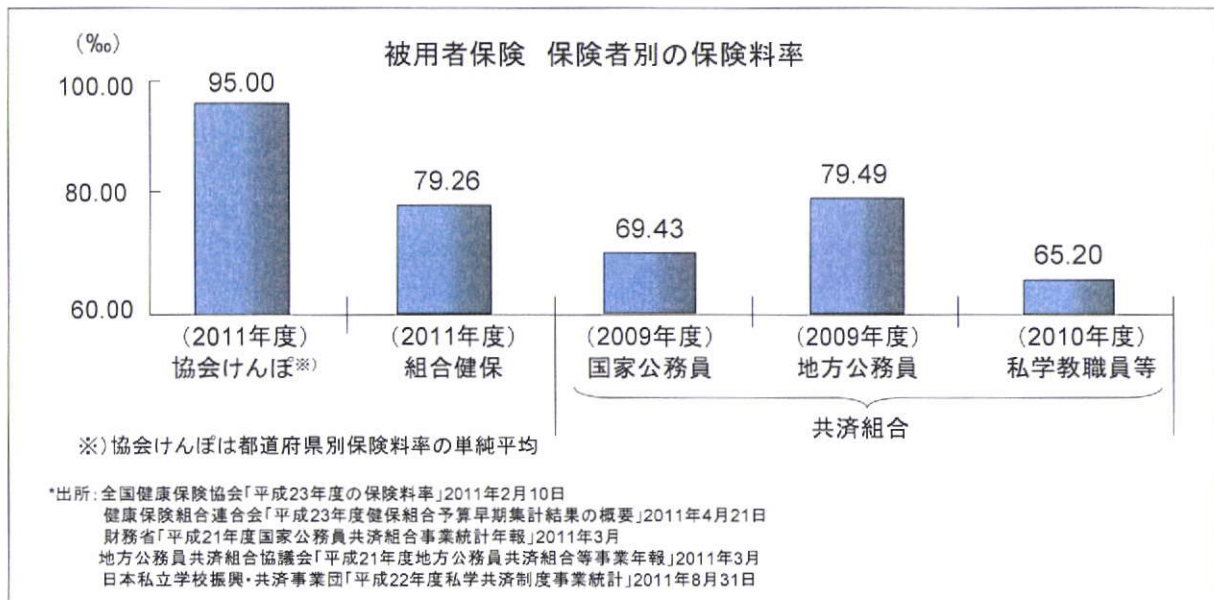


保険料改革による増収額

改革の内容		増収額
被用者保険	被用者保険の保険料率を、もっとも保険料率の高い協会けんぽの水準(95.00‰)に引き上げた場合	約1兆8,000億円
	被用者保険の標準報酬月額の上限をなくし、年収比例にした場合	約35億円
国民健康保険	国民健康保険の賦課限度額を100万円に引き上げた場合(現行は63万円)	約1,400億円
	国民健康保険の保険料を所得に比例させた場合	約2,300億円
合計		約2兆1,000億円

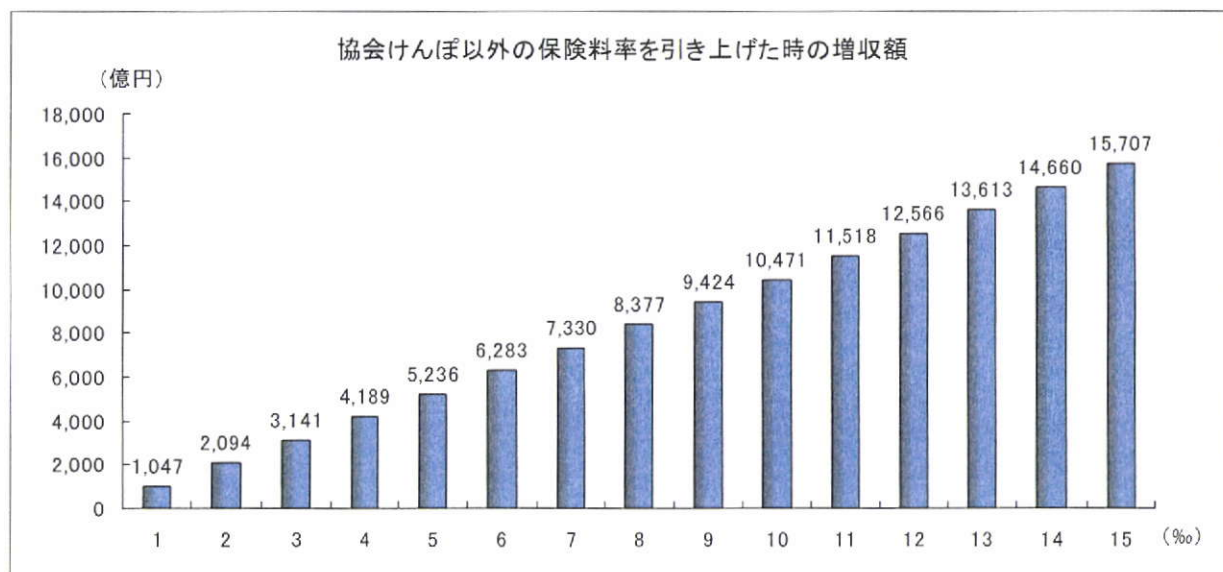
被用者保険 保険者別の保険料率

被用者保険の保険料率には大きな格差がある。大企業が組織し平均給与の高い組合健保や、事業主負担にかわって公費負担のある公務員などの保険料率を、中小企業の社員が加入する協会けんぽの保険料率にあわせ公平化すべきである。



保険料率の引き上げ幅と増収額

協会けんぽ以外の保険料率を1%引き上げた時の保険料収入の増収額は1,047億円である。5%引き上げた時は5,236億円、10%引き上げた時は1兆471億円と試算される。



(参考) 保険料改革 - 被用者保険(1/2) -

- 被用者保険の保険料率を、もっとも保険料率の高い協会けんぽの水準(95.00%)に引き上げた場合

➡

約1兆8,000億円の増収

	保険料 (億円)	現状	見直し	見直し後保険料 (億円)
協会健保	72,549	95.00	95.00	72,549
組合健保	62,124	79.26	95.00	74,461
国家公務員	4,741	69.43	95.00	6,487
地方公務員	13,135	79.49	95.00	15,698
私学教職員	1,944	65.20	95.00	2,832
共済組合計	19,819	—	—	25,017
合計	154,492	—	—	172,027
			増収	17,535

*出所

協会けんぽ: 全国健康保険協会「平成23年度の保険料率」2011年2月10日

健保組合: 健康保険組合連合会「平成23年度健保組合予算早期集計結果の概要」2011年4月21日

国家公務員共済組合: 財務省「平成21年度国家公務員共済組合事業統計年報」2011年3月

地方公務員共済組合: 地方公務員共済組合協議会「平成21年度地方公務員共済組合等事業年報」2011年3月

私学教職員等共済組合: 日本私立学校振興・共済事業団「平成22年度私学共済制度事業統計」2011年8月31日

(参考) 保険料改革 —被用者保険(2/2)—

2. 被用者保険の標準報酬月額の上限をなくし、年収比例にした場合

→ 約35億円の増収

被用者保険の保険料上限をなくした場合

	総報酬2,000万円 以上の被保険者 (人)	保険料上限 (万円)	保険料総額 ① (億円)
現行(上限あり)	2,882	189	54.5

	総報酬2,000万円 以上の被保険者 (人)	年収2,000万円超 の所得者の1人当 たり給与所得 (万円)	保険料率 (%)	保険料総額 (億円)	増収額 ②-① (億円)
年収比例にした場合	2,882	3,261	95.00	89.3	34.8

*出所:厚生労働省「健康保険被保険者実態調査 平成22年10月」
国税庁「平成22年 民間給与実態統計調査結果」2年を通じて勤務した給与所得者

(参考) 保険料改革 —国民健康保険(1/2)—

3. 国民健康保険の賦課限度額を100万円に引き上げた場合(現行は63万円)

→ 約1,400億円の増収

1. 賦課限度額を100万円に引き上げた場合

	世帯数 (万世帯)	賦課 限度額 (万円)	保険料 総額 (億円)	増収額 (億円)
現行(計算上)	38.8	63.0	2,444	—
賦課限度額引き上げ	38.8	100.0	3,879	1,435

(参考) 保険料改革 — 国民健康保険(2/2) —

4. 国民健康保険の保険料を所得に比例させた場合

→ 約2,300億円の増収

	世帯数 (万世帯)	1世帯当たり 保険料 (万円)※3)	保険料 総額 (億円)	増収額 (億円)
現行(計算上)	38.8	63.0	2,444	—
所得完全比例	38.8	121.3	4,707	2,263

※3) 現行は賦課限度額

*出所: 厚生労働省「平成21年度 国民健康保険事業年報」「平成21年度 国民健康保険実態調査」