

第5回 社会保障制度改革国民会議

議事次第

平成25年2月28日(木)
14:00～16:00
於：官邸2階大ホール

1. 開会
2. 政府側からの挨拶
3. ヒアリング・意見交換
 - (1) 地方団体
 - 全国知事会
 - 全国市長会
 - 全国町村会
 - (2) 財政制度等審議会
4. 閉会

【資料】

- 資料1 社会保障制度改革推進法関係資料
資料2 三党実務者協議関係資料

地方三団体 提出資料
全国市長会 提出資料
全国町村会 提出資料
財政制度等審議会 提出資料

○社会保障制度改革推進法（「基本的な考え方」部分抜粋）

（基本的な考え方）

第2条 社会保障制度改革は、次に掲げる事項を基本として行われるものとする。

- 一 自助、共助及び公助が最も適切に組み合わせられるよう留意しつつ、国民が自立した生活を営むことができるよう、家族相互及び国民相互の助け合いの仕組みを通じてその実現を支援していくこと。
- 二 社会保障の機能の充実と給付の重点化及び制度の運営の効率化とを同時に行い、税金や社会保険料を納付する者の立場に立って、負担の増大を抑制しつつ、持続可能な制度を実現すること。
- 三 年金、医療及び介護においては、社会保険制度を基本とし、国及び地方公共団体の負担は、社会保険料に係る国民の負担の適正化に充てることを基本とすること。
- 四 国民が広く受益する社会保障に係る費用をあらゆる世代が広く公平に分かち合う観点等から、社会保障給付に要する費用に係る国及び地方公共団体の負担の主要な財源には、消費税及び地方消費税の収入を充てるものとする。

○社会保障制度改革推進法（基本方針部分抜粋）

第2章 社会保障制度改革の基本方針

（公的年金制度）

第5条 政府は、公的年金制度については、次に掲げる措置その他必要な改革を行うものとする。

- 一 今後の公的年金制度については、財政の現況及び見通し等を踏まえ、第九条に規定する社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得ること。
- 二 年金記録の管理の不備に起因した様々な問題への対処及び社会保障番号制度の早期導入を行うこと。

（医療保険制度）

第6条 政府は、高齢化の進展、高度な医療の普及等による医療費の増大が見込まれる中で、健康保険法(大正十一年法律第七十号)、国民健康保険法(昭和三十三年法律第百九十二号)その他の法律に基づく医療保険制度(以下単に「医療保険制度」という。)に原則として全ての国民が加入する仕組みを維持するとともに、次に掲げる措置その他必要な改革を行うものとする。

- 一 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とともに、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図ることにより、国民負担の増大を抑制しつつ必要な医療を確保すること。
- 二 医療保険制度については、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、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。
- 三 医療の在り方については、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、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。
- 四 今後の高齢者医療制度については、状況等を踏まえ、必要に応じて、第九条に規定する社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得ること。

（介護保険制度）

第7条 政府は、介護保険の保険給付の対象となる保健医療サービス及び福祉サービス(以下「介護サービス」という。)の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とともに、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しつつ必要な介護サービスを確保するものとする。

（少子化対策）

第8条 政府は、急速な少子高齢化の進展の下で、社会保障制度を持続させていくためには、社会保障制度の基盤を維持するための少子化対策を総合的かつ着実に実施していく必要があることに鑑み、単に子ども及び子どもの保護者に対する支援にとどまらず、就労、結婚、出産、育児等の各段階に応じた支援を幅広く行い、子育てに伴う喜びを実感できる社会を実現するため、待機児童(保育所における保育を行うことの申込みを行った保護者の当該申込みに係る児童であつて保育所における保育が行われていないものをいう。)に関する問題を解消するための即効性のある施策等の推進に向けて、必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講ずるものとする。

検 討 項 目

○ 医療の改革

- ① 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とともに、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図ることにより、国民負担の増大を抑制しつつ必要な医療を確保
- ② 医療保険制度について、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、保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を実施
- ③ 医療の在り方について、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、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
- ④ 今後の高齢者医療制度にかかる改革

○ 介護の改革

介護保険の保険給付の対象となる介護サービスの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とともに、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しつつ必要な介護サービスを確保

○ 年金の改革

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

○ 少子化対策

社会保障制度の基盤を維持するための少子化対策を総合的かつ着実に実施

三党実務者協議関係資料

- 三党実務者協議（平成 25 年 2 月 22 日）議事要旨

- 三党実務者協議（平成 25 年 2 月 22 日）配布資料
 - 自民党提出資料
 - 公明党提出資料
 - 民主党提出資料

三党実務者協議（2月22日）の議事要旨

日 時：平成25年2月22日（金）13時30分～14時45分

場 所：院内常任委員長室

出席者：自民党 野田毅議員、鴨下一郎議員、宮沢洋一議員、福岡資麿議員

公明党 石井啓一議員、渡辺孝男議員、古屋範子議員

民主党 長妻昭議員、山井和則議員、梅村聡議員

- 民主党より社会保障制度改革国民会議（国民会議）に三党実務者協議の議事要旨及び各党提出資料を配布してほしい旨申入れがあった。協議の結果、議事要旨については、発言者の氏名や党名を記載しないこと、事務局が作成し、各党は自党の発言に関する部分を予めチェックすること、各党提出資料については数枚の範囲内にすることとし、国民会議に配布することとなった。
- 各党より、共有できる課題として、前回の自党の提出資料に各党の主張を盛り込んだ資料を配布し、それぞれ説明を行った。
- 協議においては、以下のような発言があった。
 - ・ 社会保障制度改革推進法第4条では、本年8月21日までに法制上の措置を講ずることとなっているが、公的年金制度の改革のための法案や高齢者医療制度の改革のための法案を提出することになるのか確認したい。
 - ・ 公的年金制度の改革については、既に昨年法案を提出しており、8月に法案を提出することは必ずしも前提とはなっていない。更に改革を行う必要があるかは今後議論する必要がある。
 - ・ 公的年金制度と高齢者医療制度については、更に改革が必要か、三党実務者協議で方向性について合意ができれば、国民会議において議論した上で、法制上の措置を講じることになる。
 - ・ 昨年6月の三党合意の際、公的年金制度の改革と高齢者医療制度の改革について、「現行制度を基本として」という文言を削除することになったのだから、現行制度の抜本改革を行うことが前提ではないか。
 - ・ 公的年金制度と高齢者医療制度について、現行制度の抜本改革を行うという前提ではなかったと理解している。
 - ・ 公的年金制度については、国民会議において「財政の現況及び見通し等を踏まえ」で検討することとなっているが、これは財政検証のことであり、少なくとも現行の年金制度の財政は持続可能というのが我々の考え方である。

- ・ 自民党や公明党の提出資料は抽象的である。共有できる課題には、歳入庁の検討など、ある程度、改革の方向性が入らなければ、合意する意味がない。具体的に書かなければ、昨年の法改正で課題が解決したと受け取られかねない。
 - ・ まずは課題を整理することになっているはずであり、解決策まで書くのは踏み込みすぎである。昨年の法改正後、残された課題を今後議論していくことになる。
 - ・ まず課題を合意すべきである。課題を共有した上で、どう解決するか議論すべきであり、議論しないうちから方向性までは書けない。歳入庁が良いとは限らないので、未納・未加入問題の解決策をこれから議論すべき。

 - ・ 例えば、国民年金の不安定年金化や最低保障機能も課題として書き込むべき。最低保障機能については年金制度内で改めて対応すべき。
 - ・ 国民年金の問題は低年金・無年金者の問題に含まれる。課題と処方箋は分けて考えるべき。
 - ・ 最低保障機能については、年金制度だけで対応するものではない。民主党資料の括弧書きと矢印の部分は解決策なので削除すべき。
- 協議の結果、自民党の提出資料の行間に、民主党、公明党が細目（課題）を書き加え、次回の三党実務者協議までに調整を行うこととなった。その上で、来週中に次回の三党実務者協議を開催する方向で調整することとなった。

(以 上)

共有できる課題

高齢者医療制度等の課題

1. 増大する高齢者等の医療費の世代間での分かち合い・負担の公平（高齢者保険料等）
2. 被用者保険者間の財政力格差と負担増（高齢者支援金の在り方等）・協会けんぽの運営の不安定性
3. 低所得者が多く、市町村格差が大きい国保の運営の不安定性
4. 高齢者等の医療費の伸び

※ 現行制度の評価以外は、ほぼ一致。

年金制度の課題

1. 雇用形態の多様化（働き方の変化）と未納・未加入問題
2. 低年金・無年金者の増加
3. マクロ経済変動と年金財政の整合など持続可能性に係る諸課題
4. 現行制度に対する国民の不安、不信

公 明 党

高齢者医療制度等の課題（共通事項）

- 医療費の世代間・世代内の負担の公平
- 国民健康保険制度の安定的運営（市町村格差等）
- 協会けんぽの安定的運営、被用者保険者間の財政力格差（高齢者支援金の問題等）
- 高齢者の医療費の伸びの適正化

年金制度の課題（共通事項）

- 低年金・無年金者の問題（未納、未加入の問題を含む）
- 増加する非正規労働者（雇用形態の多様化）への対応
- マクロ経済と年金財政の関係性

年金制度の課題

<ゴール>

すべての国民のライフスタイルに対応できる、不公平のない年金制度

- ・低所得でも無理なく払える保険料
- ・最低保障機能のある年金制度
- ・持続可能性

<共有課題>

○国民年金の不安定年金化＝働き方の変化に対応せず

(「国民年金＝定額保険料」と「被用者年金＝比例保険料」との分断。国民年金が自営業の年金でなくなり、国民年金が非正規雇用不安定年金に)

○税金と保険料の役割分担の明確化

(受給額の格差、高受給者への税投入削減し低受給者へ)

○無年金者・低年金者の減少を年金制度内で実現＝生活保護高齢化の流れを抑制

→最低保障機能(ゼロ保険料)の必要性

○未納・未加入

→徴収体制等(歳入庁の検討)

○持続可能への不安

○3号被保険者の公正性

<年金・医療 両制度の共通課題>

★税投入の哲学・ルールの確立と国民的合意

高齢者医療制度の課題

<ゴール>

すべての国民のライフスタイルに対応できる不公平のない医療制度

・保険者間の格差を是正 統一化 広域化

<共有課題>

○3つの保険料格差

①75歳以上の保険料上昇スピード格差

②国保の市区町村、保険料格差(最大5倍)

③保険者間の保険料格差・高齢者支援金格差

○医療保険の分断

75歳以上を別保険にせず国保、被用者保険と統合。75歳以上の保険者が広域連合となっており、責任の所在が不明確。

保険の広域化、統一化の流れを促進

○国保の広域化

国保保険者が市区町村で、医療計画立案責任を持つ都道府県と異なる

国保保険者の都道府県化が必要(保険料格差2倍以内)

<年金・医療 両制度の共通課題>

★税投入の哲学・ルールの確立と国民的合意

社会保障制度改革について

平成25年2月28日

全国知事会
全国市長会
全国町村会

1 医療保険制度について

現状・課題

1. 国民健康保険制度について

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

2. 後期高齢者医療制度について

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

検討の方向性

1. 国民健康保険制度について

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

2. 後期高齢者医療制度について

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

3. 医療保険制度の一本化について

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

(参考)市町村国保の被保険者の状況

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

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

(参考)各保険者の比較

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

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

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

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

(参考)国保における市町村間の格差

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

(厚生労働省資料より抜粋)

2 医療サービス提供体制について

現状・課題

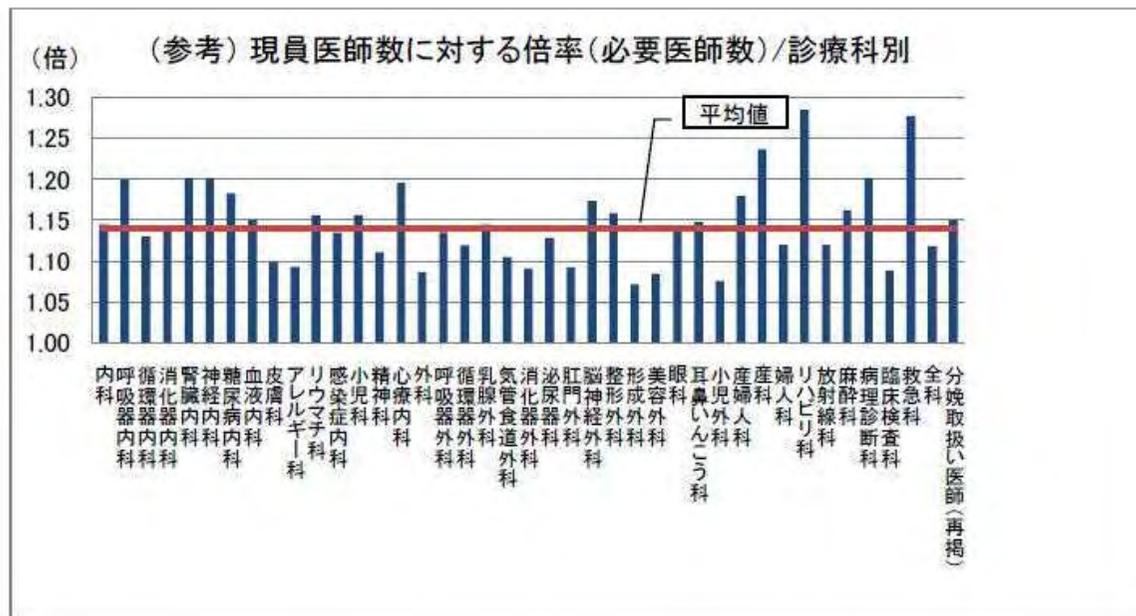
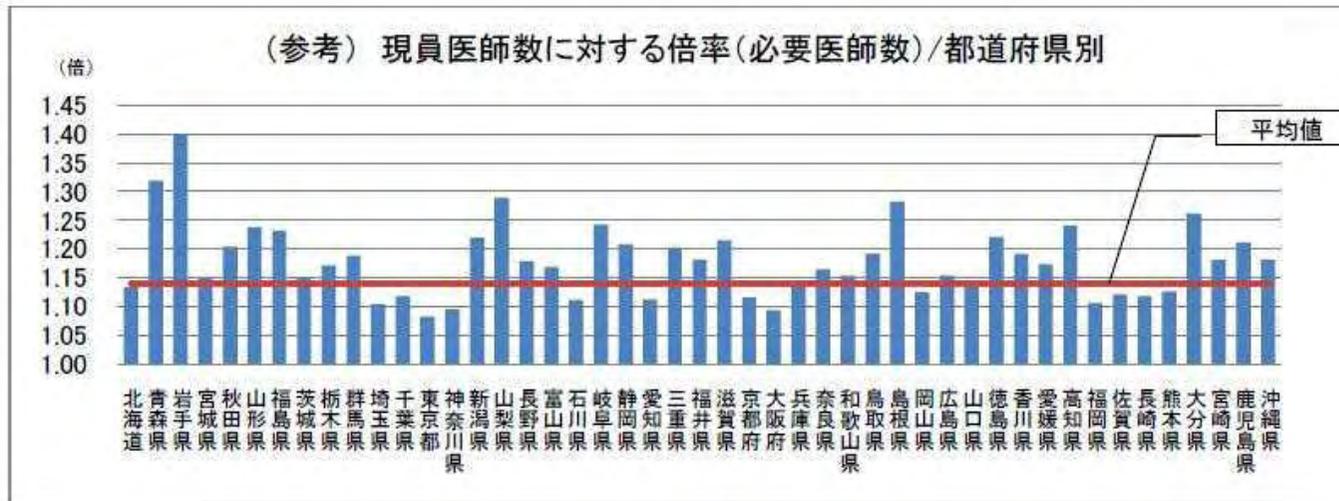
- 今後の高齢化に伴い需要の急増が見込まれる医療サービス及び増嵩する医療費に対応するため、限りある医療資源を効果的かつ効率的に活用していかなくてはならない。
- 平成22年6月の厚生労働省の調査によると、現医師数に対する必要医師数の倍率は、岩手県の1.40倍（追加必要医師数：640人）を筆頭に、最低の東京都でも1.08倍（追加必要医師数：1,656人）と全都道府県で地域医療の現場が慢性的な医師不足や地域偏在が生じている。また、同調査によると診療科間でも医師の偏在が生じており、救急科、リハビリ科、産科等の医師不足が顕著となっている。
- 各都道府県においては、地域医療再生基金等を活用し、地域の実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

(現員医師数+追加必要医師数)／現員医師数

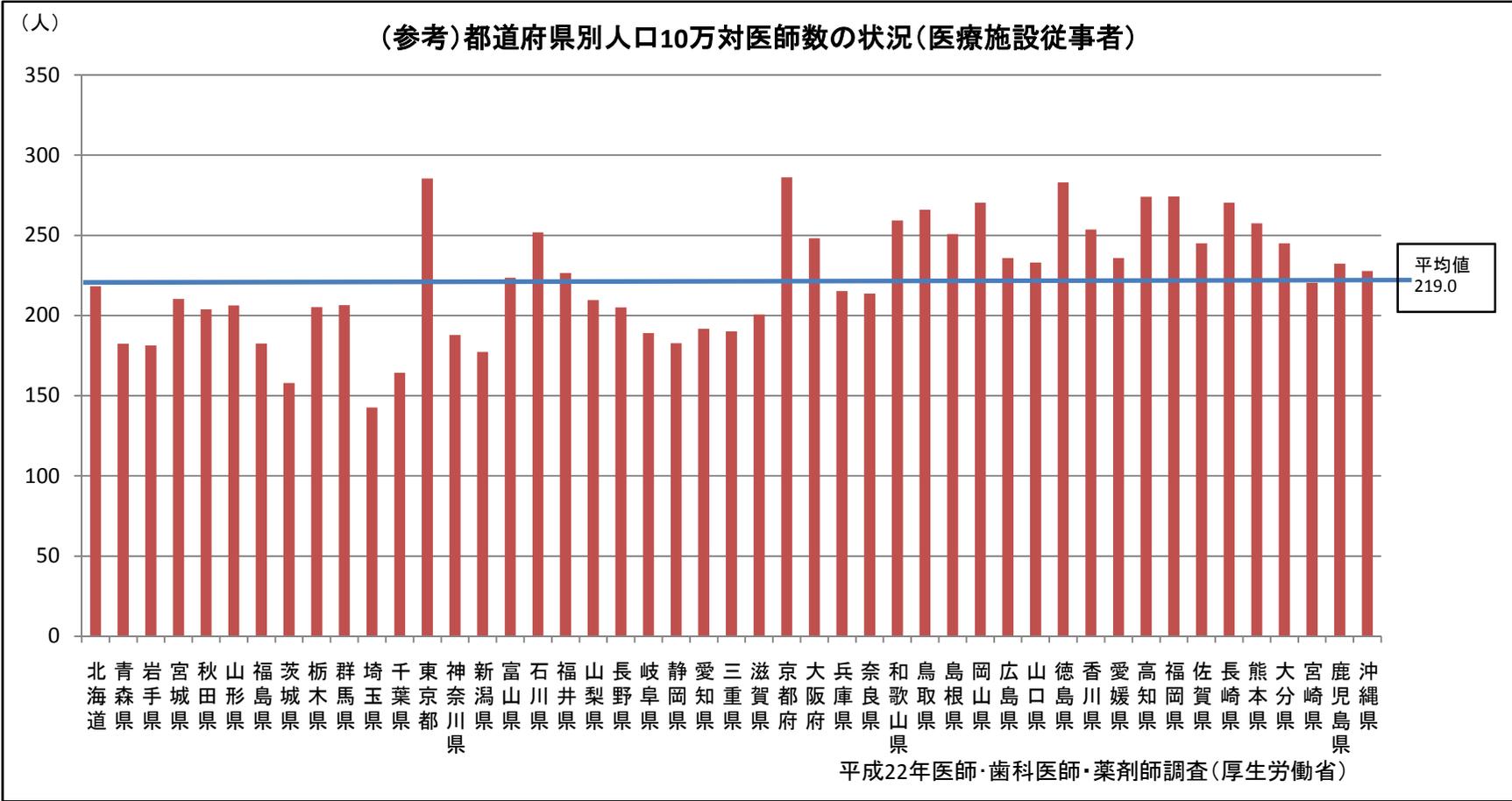
全国:1.14倍(追加必要医師数:24,033人)

検討の方向性

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



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



3 介護保険制度について

現状・課題

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

検討の方向性

1. 安定的かつ持続可能な制度の構築

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

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

検討の方向性

2. 地域包括ケアシステムの推進等

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

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



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

3. その他

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

社会保障制度改革国民会議 ヒアリング資料 I

	頁
○医療保険制度について	1
○介護保険制度について	5
○地域における医療提供体制について ...	9
○少子化対策について	10

平成25年2月28日

全 国 市 長 会

社会文教委員会委員長・介護保険対策特別委員会委員長 高松市長 大西 秀人
国民健康保険対策特別委員会委員長 高知市長 岡崎 誠也

○医療保険制度について

〔国民健康保険制度〕

現状

- 国民健康保険は、我が国の国民皆保険制度の中核を担い、地域医療の確保や地域住民の健康の保持増進に貢献。
- 年齢構成や財政基盤等に係る構造的問題を抱え、長引く景気低迷に伴う失業者や低所得者の急増により、保険料(税)の収納率が低下し、今や国保財政は破たん状態。
- 市町村は、やむを得ず巨額の一般会計繰入・繰上充用を実施。

※ 法定外繰入額:約3,900億円 うち決算補てん等の目的分:約3,500億円、繰上充用額:約1,530億円

平成23年度国民健康保険(市町村)の財政状況＝速報＝
(厚生労働省資料)

－国保の構造的問題－

➤ 年齢構成が高く、医療費水準が高い

- 65～74歳の割合:国保(31.3%)、健保組合(2.6%)
- 一人当たり医療費:国保(29.9万円)、健保組合(13.8万円)

➤ 所得水準が低い

- 加入者一人当たり平均所得:国保(84万円)、健保組合(195万円(推計))
- 無所得世帯割合:23.4%

➤ 保険料負担が重い

- 保険料負担率:市町村国保(9.7%)、健保組合(4.8%) ※加入者一人当たり保険料/加入者一人当たり所得

※ その他、①市町村間の格差(医療費、所得、保険料)

②財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在

(厚生労働省資料)

〔高齢者医療制度〕

現状

- 市町村による説明努力等により、現在、制度自体に対する住民の不満は減少。
- 現行の後期高齢者医療制度は、概ね定着しているものと理解。
- しかし、被保険者一人当たり医療給付費月額、制度創設時(平成20年度)から4年間で、66,067円から73,158円(10.7%増)に増加。
また、平均保険料月額は、制度創設時の5,332円から、平成24-25年度には5,561円に(4.3%増)に増加。 ※ 剰余金と財政安定化基金の活用により、保険料の伸びは一定程度抑制
- 今後、高齢化の進展により、平成37年度の後期高齢者医療費は28.0兆円(制度創設時(11.4兆円)の約2.5倍)、保険料は6,500円程度(制度創設時(5,332円)の約1.2倍)と推計。

(厚生労働省資料)

1. 持続可能な医療保険制度の構築

すべての国民が安心して医療を受けられる医療保険制度を構築するため、国保や後期高齢者医療制度等について、将来にわたっての財源確保も含め、国の責任において、持続可能な医療保険制度の構築が必要。

- ◆ 一体改革による「市町村国保の低所得者に対する財政支援の強化2,200億円」を必ず確保することが必要。
- ◆ 年齢構成が高く医療費水準が高い、低所得者が多く所得水準が低い、他の被用者保険に比べ保険料負担が重い等の国保の構造的問題について、国の責任において早急に解決することが必要。

- ◆ 市町村は、一般会計からの多額の法定外繰入れを余儀なくされ、保険財政は恒常的に厳しい状況にあり、早急に地方財政措置の拡大と国庫負担割合の引上げ等国保財政基盤を拡充・強化することが喫緊の課題。
- ◆ 国保の国庫負担金に係る次のような不合理な取扱について、早急に是正することが必要。
 - ・ 乳幼児医療費助成等を行っている地方団体に対する国庫負担金のカット
 - ・ 高額医養費共同事業の国庫負担額の一部への国の調整交付金の流用
- ◆ 国保の構造的問題の解決や基盤強化を図り、持続可能な制度として、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、まずは都道府県を保険者とすることが必要。
- ◆ 市町村は、保険料の徴収や保健事業の推進には積極的な役割を果たすことが必要。
- ◆ 国の責任において、早急に医療保険制度の一本化に向けた具体的な道筋を示すことが必要。

※ 「高齢者のための新たな医療制度等について(最終とりまとめ)」(平成22年12月20日高齢者医療制度改革会議)では、都道府県単位の運営主体のあり方について、「市町村による広域連合ではなく、都道府県が担うことが適当である」との意見が大勢。

- ◆ 後期高齢者医療制度の安定的かつ持続可能な運営のため、保険料の上昇を抑制する措置を行うとともに、国の責任における十分な財政措置が必要。

2. その他

- ◆ ジェネリック医薬品の安全性や有効性の周知・啓発を行うなど、医療費適正化対策を推進することが必要。
- ◆ 制度改革に伴って発生するシステム改修経費等については、これまで市町村に多大の超過負担を発生させたことにかんがみ、必要な経費を適切に見積り、超過負担を招かないよう必要額を確実に確保することが必要。併せて、速やかな情報提供と十分な準備期間を設けることが必要。

○介護保険制度について

現 状

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

1. 安定的かつ持続可能な制度の構築

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

- ◆ 介護保険財政の健全な運営のため、保険者の個々の実態を考慮しつつ、将来にわたって保険者の財政負担や保険料負担が過重とならないよう、国による十分かつ適切な財政措置が必要。

- ◆ 一体改革による「第1号保険料の低所得者保険料軽減強化1,300億円」を必ず確保することが必要。
- ◆ 低所得者対策については、国の責任において、確実に財源を確保し、基準の策定も含めて総合的かつ統一的な対策を講じることが必要。
世代間の公平性や制度運営の安定性の観点から、所得に加え、保険者事務負担に配慮した資産の適正な評価等の総合的な対策が必要。
- ◆ 介護従事者を安定的に確保するため、労働環境の改善や介護報酬の一定割合が確実に給与に反映される仕組みの構築が必要。
- ◆ 保険者の個々の実態を考慮しつつ、保険運営の広域化について検討することが必要。

2. 地域包括ケアシステムの推進等

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

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

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

- ◆ 介護従事者を安定的に確保するため、労働環境の改善や介護報酬の一定割合が確実に給与に反映される仕組みの構築が必要。(再掲)

3. その他

- ◆ 制度の見直しに当たっては、現場に混乱を招かないよう保険者と丁寧に協議し、その意見を反映するとともに、十分な準備期間を設け、国民への広報や周知を行うことが必要。
- ◆ 制度改革に伴って発生するシステム改修経費等については、これまで市町村に多大の超過負担を発生させたことにかんがみ、必要な経費を適切に見積り、超過負担を招かないよう必要額を確実に確保することが必要。併せて、速やかな情報提供と十分な準備期間を設けることが必要。

○地域における医療提供体制について

現状

- 産科医・小児科医・外科医・麻酔科医等をはじめとする医師、看護師等の不足、医師の地域間・診療科間の偏在等、医療資源の格差の存在。
- 少子高齢化による人口構成の変化により、地域の医療ニーズも変化、医療費も増大。

生活習慣病の発症や重症化の予防が重要であり、国民一人ひとりが適切な医療等を受けることができる環境整備が、国保運営の広域化を行ううえでもより一層必要。

- ◆ 安心して質の高い医療サービスを安定的に供給できるよう、医師・看護師等の絶対数の確保が必要。
特に、医師等の不足が深刻な特定診療科や救急医療について、医師・看護師等の計画的な育成、確保及び定着のため、労働環境の改善や女性医師等の医療従事者が継続して勤務できる環境整備が必要。
- ◆ 効率的かつ適切に医療サービスを提供できるよう、地域の病院と診療所等が協力し合う等医療機関間の連携の推進が必要。
- ◆ 地域住民の健康を守る観点から、特定健康診査・特定保健指導や各種健診事業について、地域の実態に応じ適切に実施できるよう、保健師等のマンパワー確保に係る財政措置や国保保険者の効果的な保健事業を推進するため、国保連合会が保有する「健診」「医療」「介護」等の各種データを効率的に利活用できるようにするための国保データベースシステム構築等の十分な支援策が必要。
- ◆ ジェネリック医薬品の安全性や有効性の周知・啓発を行うなど、医療費適正化対策を推進することが必要。(再掲)

○少子化対策について

現状

- 子育ての環境を巡っては、核家族化等に伴う妊娠・出産・子育てに対する不安感や待機児童の解消が進まない実情など、多くの課題が存在。そのような中、基礎自治体は、住民の切実な要請を受け、厳しい財政状況の下、国に先行して様々な子育て支援策を積極的に実施。
- 2012年8月10日、幼児期の学校教育・保育、地域の子ども・子育て支援を総合的に推進するため、認定こども園制度の改善や認定こども園、幼稚園、保育所を通じた共通の給付を創設すること等を内容とする子ども・子育て関連3法が成立。
- 関連3法に基づき実施される子ども・子育て新制度については、2015年度からの本格施行に向け、国の「子ども・子育て会議」(本年4月設置)等において制度の詳細について検討予定。

子ども・子育て新制度については、実施主体である基礎自治体が地域のニーズに基づき総合的な子育て支援施策を展開することが可能となるよう、確実に財源を確保することが不可欠。

- ◆ 消費税率の引上げにより確保する0.7兆円を含め、必要とされている1兆円超程度の財源を必ず確保したうえで、実施主体である基礎自治体が地域の実態に応じた施策が展開できる仕組みとすることが必要。

- ◆ 制度の詳細の検討に当たっては、地方が先行実施している事業を後退させること等のないよう十分配慮するとともに、基礎自治体等と丁寧に協議し、その意見を十分に反映することが必要。
- ◆ 利用者、事業者、自治体が新制度に円滑に移行できるよう、十分かつ適切な準備期間を確保するとともに、利用者等に対する十分な周知が必要。併せて、事務的経費等について十分な財源措置が必要。
- ◆ 総合的な子育て支援策の推進に当たっては、国の所管の一本化が必要。

社会保障制度改革国民会議 ヒアリング資料 Ⅱ

平成25年2月28日

全国市長会
国民健康保険対策特別委員会委員長
高知市長 岡崎 誠也

持続可能な国保制度にするために

①被保険者の保険料負担は限界（一方で大きな格差の存在）

■標準化指数※の都道府県内格差率

最大 北海道 2.7倍

最小 富山 1.2倍

2倍以上 9道県

1.5倍以上 32都府県

■標準化指数上位・下位(全国)

最大 県 徳島県 1.387

保険者 徳島県徳島市 1.744

最小 県 東京都 0.805

保険者 東京都青ヶ島村 0.411

県で1.7倍 保険者で4.2倍の格差

格差の是正は
不可欠

■所得に占める保険料の割合

国保平均 9.7%(平成22年度実績)

単純計算すれば、徳島市は、16.9%の負担割合となる。

標準化指数	保険者数	構成割合
1.5以上	3	0.2%
1.4~1.5未満	16	0.9%
1.3~1.4未満	47	2.7%
1.2~1.3未満	118	6.8%
1.1~1.2未満	278	16.1%
計	462	26.8%

※構成割合は、1723保険者に占める割合

※子どもなど、世帯人数が多い世帯は、さらに負担割合は高くなる構造

※1/4の保険者では、所得に対し10%以上の保険料負担となっている

・皆保険制度でありながら、被保険者の保険料負担に大きな格差が存在

・被用者保険等 비해、極めて重い負担率

制度維持のために、どこまで被保険者に負担を求めなくてはならないのか？

高知市の具体的事例 世帯主38歳、妻37歳、18歳未満の子2人

世帯の給与所得 102万円(給与収入232万円)

国保保険料 122,700円(12.0%)

国民年金保険料 年間支払額359,520円(35.2%) 月14,980円

※標準化指数:平均所得者の保険料の応益割と応能割の比率で応益割指数と応能割指数を加重平均し、保険料水準を示す指数、全国平均を1として指数化したもの(平成24年8月厚生労働省調査)

持続可能な国保制度にするために

②市町村保険者の負担も限界

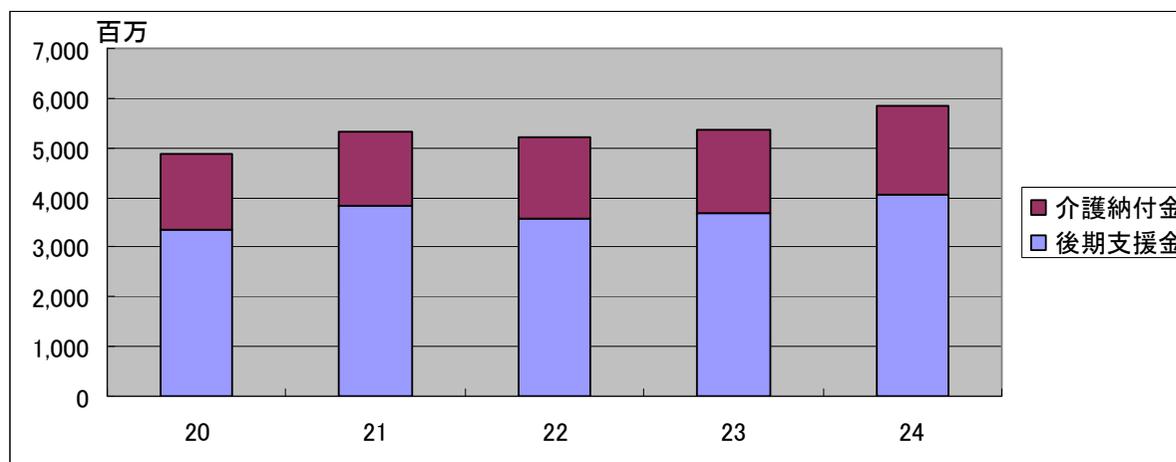
本市のように、被保険者の所得水準も低く、自治体の財政力も弱いといった保険者ほど、保険料負担が重く、安定的な制度運営が限界に達している。

ひとたび、赤字に転落すれば、繰上げ充用か多額の地方負担で穴埋めするしか方法はない。

※保険料を抑制するために法定外繰り入れを行っている保険者もあるが、医療費等の伸びにより財政力のない保険者は、それすらできない状態になってきている。

③伸びていく医療費と支援金・納付金で国保財政は危機的状況

保険料負担が限界にきているうえに、医療費は当然伸びていくが、介護納付金や後期支援金の伸びも大きく、国保財政を大きく圧迫している。



※本市の納付金・支援金の伸びであるが、23⇒24にかけては、+8.8%、4.7億円、1人当たり6千円余りとなっており、保険料でカバーするにも限界に達している。

持続可能な国保制度にするために

対応の方向性

①公費負担の確実な実行と不合理な措置の是正

i 現行制度の公費負担の確実な実行と是正

- ・普通調整交付金の高額医療共同事業国庫負担への流用をやめ、所得水準等の調整を行う調整交付金財源の確実な確保と交付
- ・国保保険者に対する不合理な地単事業カット(調整交付金)の是正

ii 2,200億円(基盤強化策)追加投入の早期実施

※被用者保険からの加入者が所得に関係なく一律に保険料が減免される制度にも問題あり

世帯主の後期高齢者医療制度への加入による、旧被扶養者の減免制度など、世帯の所得に関係なく減免する制度は、必要財源の確保のためにも見直しが必要と考える

持続可能な国保制度にするために

対応の方向性

②更なる公費の拡充が必要

* 保険制度の場合には、同じ医療費であっても、**被保険者の所得水準が低ければ低いほど、保険料負担率は高くなる構造。**

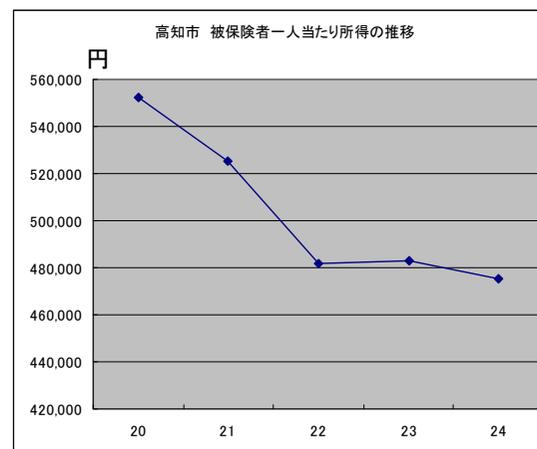
特に国保は、被保険者の所得水準が低く、
一人あたり所得の全国平均は、63.8万円(平成21年度)

※しかも全国平均を超えている都県は一部

東京・神奈川・愛知・千葉・埼玉・静岡・栃木・岐阜

* 保険料賦課限度額等の問題

(医療51万, 後期14万, 介護12万:合計77万)



負担能力のある世帯に負担を求めるにしても、保険料率をあげれば、所得の低い人が限度額に達することとなり、適正な賦課ができない課題もある。

※本市の場合、2人世帯給与所得498万円¹で77万(15.4%)の負担となる。

料率の引き上げのみでは制度維持に必要な保険料を確保できない実態！

持続可能な国保制度にするために

対応の方向性

前述のような実態の中で、今後の医療費や後期高齢者医療支援金・介護納付金の伸びを踏まえた場合、被保険者も保険者も負担が限界にきており、現状の公費50%、保険料50%(別途:基盤強化策あり)の枠組みで、国保制度を維持することは困難。

⇒50:50の枠組みを変更し、定率国庫負担割合の引き上げを

⇒被保険者の保険負担能力や過剰病床、年齢構成など保険者の格差を是正する措置や所得水準の低い保険者支援のさらなる拡充

被保険者の所得上昇が見込めない中(今後も年金収入のみの高齢世帯の構成割合は増加)では、新たな公費負担の拡充策が不可欠である。

被保険者の所得の格差が、保険料の格差に繋がるなどの実態を踏まえれば、公費の財源としては、所得の再配分機能を持つ財源が適切ではないかと考えられるが、いずれにしても、皆保険制度を維持し、国民健康保険制度を安定的・持続可能な制度とするためには、**保険者間の格差を是正する財政調整機能を強化する中で、さらなる公費の拡充が必要**である。

持続可能な国保制度にするために

対応の方向性

③市町村国保は、都道府県を保険者とする広域化を

皆保険制度でありながら、同じ都道府県内でも2倍以上、保険者間では4倍以上も保険料負担に格差がある現行制度は、早急に是正すべき

将来的には、医療保険制度の一本化が図られるべきであるが、当面、速やかに、条件を整備し、都道府県単位化を実施すべき

④医療保険制度の一本化にむけた具体的な道筋を

国民健康保険制度だけでなく、後期高齢者医療制度も含めて、持続可能な制度とするために、将来的な保険制度のあり方の方向性を具体的に示す必要がある。

医療提供のあり方や、世代間の公平、公費投入等、全般的に検討し、今後の医療保険制度の方向性について、具体的な道筋を検討し、国民に示していただきたい。

⑤誰もが安心して医療を受けられる環境の整備

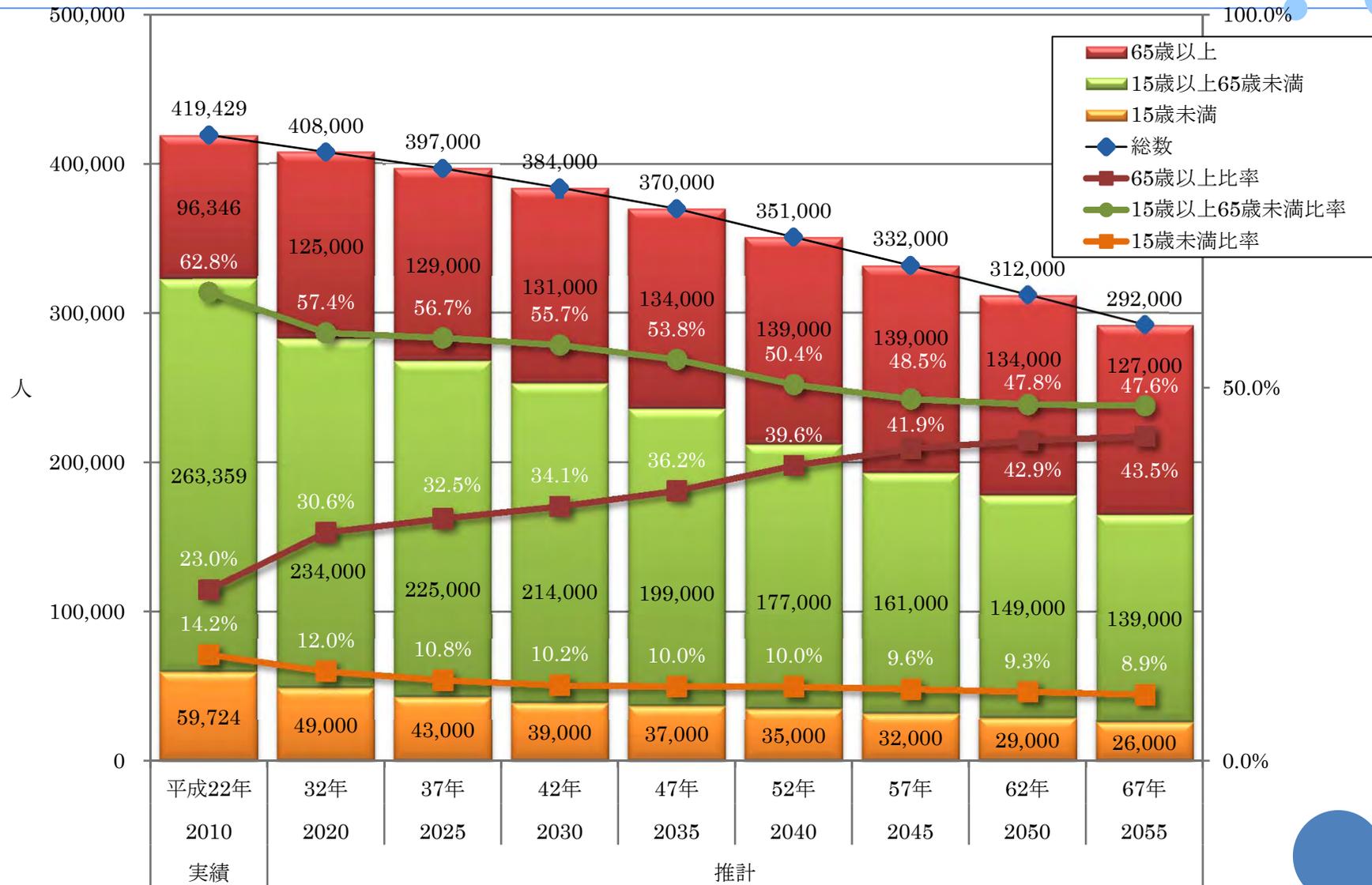
皆保険制度として、国保制度の格差を是正し広域化するためにも、どこの地域であっても、誰もが安心して医療を受けられる環境の整備は不可欠

社会保障制度改革国民会議 ヒアリング資料 Ⅲ

平成25年2月28日

全国市長会
社会文教委員会委員長
介護保険対策特別委員会委員長
高松市長 大西 秀人

高松市の将来推計人口



※ 平成22年国勢調査の人口等基本集計結果(平成23年10月26日総務省公表)を基準人口とし、第5次高松市総合計画策定時と同様の推計方法で推計しています。

高松市の高齢化の基本情報

H24.4.1現在 

総人口	426, 712人	国の状況 (H24. 3末暫定)
世帯数	185, 434世帯	
65歳以上人口	97, 082人(対65歳比率:22. 8%)	2, 977万人 (23. 3%)
要支援認定者数	4, 778人(対65歳比率: 4. 9%)	4. 7%
要介護認定者数	15, 979人(対65歳比率:16. 5%)	13. 1%
介護サービス 給付費 (24年度予算)	304億3. 351万8千円 地域支援事業費7億5. 774万3千円 (2. 49%)	
地域包括支援センター (直営)	センター 1か所	サブセンター 7か所 ・サテライト 3か所 ・ブランチ 28か所 (老人介護支援センター)

高松市における子育て支援の取り組み

1 子育て支援にかかる主な資源(平成25年2月1日現在)

- ☆保育所 77か所(公立37か所、私立40か所)
- ☆幼稚園 55か所(公立30か所、私立25か所)
- ☆地域子育て支援拠点
 - 地域子育て支援センター 21か所
 - つどいの広場 9か所



2 本市の特徴ある取組み

- 《1》 幼保一体化『高松型こども園』の開設
- 《2》 保育所・幼稚園への芸術士派遣事業
- 《3》 子育て支援総合情報発信事業
- 《4》 高松市子ども・子育て条例の制定
- 《5》 高松市こども未来館(仮称)の整備



社会保障制度改革国民会議
地方関係団体ヒアリング

平成25年2月28日

全国町村会

1. 医療保険

- 国民皆保険制度の基盤をなす市町村国保の加入者は、制度創設時に比べ農林水産業従事者及び自営業者の割合が減少する一方、高齢化の進展に伴い年金受給者を主とする無職者の割合が増加するとともに、社会経済情勢の変化により被用者保険に加入できない失業者・非正規雇用者・長期療養者等も増加している。
- 加入者の所得額に対する保険料負担の割合は被用者保険の加入者と比べて著しく高くなっており、これ以上の保険料の引き上げや一般会計からの繰り入れはもはや限界に達するなど、制度の維持運営が困難な状況となっている。
- 国民皆保険制度を堅持するためには、負担と給付の公平が不可欠であり、公的医療保険を全ての国民に共通する制度として一本化を実現すべきである。

① 国民皆保険を堅持するため、都道府県を軸とした保険者の再編・統合を推進し、医療保険制度の一本化をはかるべき。

- ・ 国民皆保険制度を堅持するためには、負担と給付の公平が不可欠であり、公的医療保険を全ての国民に共通する制度として一本化を実現すべきである。【再掲】
- ・ また、一本化を実現するまでの過程においては、まずは都道府県を軸として保険者の再編・統合を推進することが必要である。
- ・ なお、社会保障制度改革推進法においては、医療保険制度改革の基本方針として「保険料に係る国民の負担に関する公平の確保」が挙げられている。
- ・ これについて、被用者保険間における高齢者医療支援金の按分方法などに議論を矮小化してはならない。
- ・ 国保も含めて、医療保険制度全体における保険料負担に関する公平の確保について議論すべきである。

② 社会保障・税一体改革において、税制抜本改革時に行うとされた国保財政基盤の強化を確実に実施するとともに、国庫負担の拡充・強化により、将来に亘って持続可能な制度とするべき。

- ・ 社会保障・税一体改革においては、国保の財政基盤強化策として、税制抜本改革時に2,200億円の公費投入がされることとなっているが、国保の財政状況は非常に厳しいため、一刻も早い投入が必要である。
- ・ 平成22年度の国保の決算においては、一般会計からの法定外繰入れが約4,000億円にも上っており、2,200億円では構造的な問題は解決しない。
- ・ 従来のを超えた国庫負担割合の引き上げなど、現在の財政構造を大胆に見直し、構造問題の抜本解決を図る必要がある。

③ 市町村国保を都道府県単位に広域化し、制度運営の責任は都道府県が担うべき。
その際は、受診機会の相違等による保険料水準の格差に十分な配慮が必要。

- ・ 今後少子高齢化が進展すると、保険の原理上、小規模保険者の財政運営がさらに厳しいものになることは避けられない。都道府県単位に広域化を図り、制度を安定的に運営する必要がある。
- ・ 現行の後期高齢者医療制度の広域連合については、責任の所在が不明確、機動的な対応ができないなど問題点が指摘されている。保険料徴収や保健事業等市町村との適切な役割分担を行うことを前提に、医療提供体制の整備を担う都道府県が制度運営を担うべきである。
- ・ なお、広域化を行う際は、保険料の設定にあたって、受診機会の相違、健診・保健事業の取り組み状況、保険料収納などを考慮できるようにする仕組みが必要である。

④ 後期高齢者医療制度は定着しており、制度の見直しにあたっては、地方と十分協議するとともに、市町村国保の都道府県単位化に繋がるものとするべき。

- ・ 後期高齢者医療制度は現在では定着しており、制度の見直しを行う際は地方との十分な協議が必要である。
- ・ 制度の見直しを行うのであれば、市町村国保の広域化に繋がるものとするべきである。

2. 介護保険

- 介護保険制度は、利用者が増加の一途を辿り、これに伴い給付費もまた急速に増大している状況にある。
- 超高齢社会を迎えるなか、利用者が出来る限り住み慣れた地域で安心して地域の特性に応じた多様なサービスを受けられるよう地域包括ケアを構築するとともに、同制度の円滑かつ安定的な運営をはかることが喫緊の課題である。

① 制度運営の広域化

- ・ 高齢化の進展及び人口の減少等により、保険料やサービスの供給に地域格差が生じている。
- ・ 公平、公正かつ、効果的な制度運営のため、都道府県単位の広域連合組織等での運営を推進するなど広域化をはかる必要がある。

② 低所得者の保険料軽減

- ・ 低所得者に対する介護保険料や施住居費等の軽減策は、国の責任において、適切な財政措置を講じる必要がある。

③ 訪問介護員等の人材確保

- ・ 市町村介護保険事業計画に基づき介護サービスが適切に提供できるよう、訪問介護員、介護支援専門員等人材の育成・確保をはかる必要がある。

3. 地域医療

- 急速な高齢化の進展、慢性疾患の増加等による疾病構造の変化、保健サービスに対する地域住民のニーズの高度化や多様化等に対処するため、総合的な地域保健医療対策を推進することが必要である。

① 医師等の人材確保

- ・ 地方における医師不足は深刻化しているため、定員配置等規制的手法の導入や一定期間過疎地域等への勤務義務付けなど診療科偏在・地域偏在を抜本的に解消する仕組みを早急に確立するとともに、地域の実情に合った柔軟で実効ある需給調整の仕組みを構築することが必要である。
- ・ 医学部の新設や定員増により医師養成数を大幅に増員する等医師確保対策を強力に推進するとともに、地域医療を担う医師の養成と地域への定着をはかるための方策を講じることが必要である。

② 自治体病院等への支援

- ・ 不採算部門を抱える自治体病院に対し、地域医療を確保し、経営の安定化をはかるため一層の財政支援措置を講じることが必要である。

③ へき地医療の充実・確保

- ・ 中山間地域・離島等のへき地における医療を確保するため、いわゆる総合医の養成・確保をはかり、へき地診療所・へき地医療拠点病院の整備・運営等により地域の実情に応じたへき地保健医療対策を推進する必要がある。

④ 在宅医療等の推進

- ・ 地域包括ケアシステムを構築し、医療と介護の連携強化・機能分化をはかった上で、在宅医療・訪問看護を推進する必要がある。
- ・ 在宅医療・訪問看護を推進するための基盤整備を進めるとともに、人材の養成・確保を図る必要がある。

4. 少子化対策

- 我が国においては急速に少子化が進展しており、合計特殊出生率が低迷を続け、少子化傾向はきわめて深刻さを増している。
- 人口減少社会の到来は、社会的影響として少子化による世帯規模の縮小や地域社会の活力の低下衰退、経済的影響として生産年齢人口や労働力人口の減少、消費支出の減少を通じて、経済成長にマイナスの影響を与え、さらに社会保障負担に対する現役世代の負担の増大が懸念される。
- このため、ワーク・ライフ・バランス、男女共同参画社会づくり、若者の就労支援等の施策とともに、子育ての価値、魅力について、国民全体の認識を高める啓発活動を積極に行うなど、「子ども・子育てビジョン」等に沿って総合的に推進することが必要である。

① 子育て支援の充実

- ・ 子育て支援に関する施策については、国の関与を最小限とし、町村の自由度を高めるとともに児童人口減少地域の実情が反映できるものとする必要がある。
- ・ 市町村が地域の実情に応じサービスを安定的に実施できるよう、子育て支援に係る施設整備や人的体制の確保に向けて、万全な財政措置を講じることが必要である。

② 全国統一的な医療費助成の制度化

- ・ 乳幼児医療費助成事業、ひとり親家庭の医療費に対する助成について、全国統一的な制度化をはかるなど適切な措置を講じることが必要である。

川上村の 福祉・介護・医療連携について

平成25年2月28日 第5回社会保障制度改革国民会議
全国町村会長・長野県川上村長 藤原忠彦

川上村の概要



人口	4,974人
世帯数	1323世帯
面積	209km ²

佐久総合病院まで75分
 長野県庁まで120分
 陸の孤島=離島
 自己完結の村



ハヶ岳連峰の裾野に広がる野菜畑

地域産業力

◎レタスの出荷量	62,604t	(全国1位)
◎農業就業人口割合	38.2%	(全人口のうち農業に従事している人)
◎一戸当りの耕地面積	2.72ha	(H22農業センサス)

労働力

◎地域内就業率	93.7%	(村民で川上村で就業している人の割合)
◎自宅就業率	72.8%	(自宅が仕事場の人の割合)
◎女性就業率	63.3%	(15歳以上の女性で就業している人の割合)
◎完全失業率	1.5%	(県下最低) (H22国勢調査)

地域力・家庭力

◎独居高齢者率	10.0%	(H24 微増傾向)
◎年少人口比率	13.9%	(H22国勢調査 郡内1位)
◎消防団員平均年齢	30.7歳	
◎新規就農者数	11人	(H24)

老人力

◎健康老人率	85.1%	(川上村独自の数値)
(65~74歳は)	96.7%	(全国1位)
◎高齢者就業率	63.3%	(65歳以上で就業している人の割合)
◎完全失業率	1.5%	(県下最低) (H22国勢調査)

健康力

◎国保一人当り年間医療費	171,177円	(県内最低)
◎国保加入率	71.8%	(全国1位)
◎一人当たり国保税額	104,678円	(県内最高)

ヘルシーパーク構想の概要

基本理念 村は屋根のない病院(平成5年提唱) 一人の患者・住民をヘルシーパーク全体で支える。

一人の命を維持していく要素

高度医療

自然環境

人間関係

保健・福祉・医療・介護の一元化

当時の構想

診療所

保健センター

訪問看護ステーション

住民(利用者・患者)

デイサービスセンター

老人憩の家

農業者健康簡易センター

ヘルシーパーク
(総合健康基地)

独居夫婦高齢者住宅
(ケアハウス)

ヘルシーパーク構想

ヘルシーパーク構想は、保健・福祉・地域医療の一元化することによって、健康で生きがいのある福祉社会づくりを旨として、平成5年4月に策定された。

平成10年にヘルシーパーク中央棟が完成し、既設の診療所、デイサービスセンターとあわせ住民サービスの拠点となっている。今後は高齢者住宅、ショートステイ、高齢者総電子カルテシステム、地域要援護者支援システム等の整備をすすめ、より高度な住民福祉サービスの向上を旨としている。



診察室



鍼灸施術室



機能訓練室・運動指導室



高齢者いこいの湯



介護支援室



栄養指導室



談話室



交流室



ホール

ヘルシーパーク構想の特徴① 在宅療養のための医療・介護・福祉の連携システム

国保診療所	訪問看護ステーション
<ul style="list-style-type: none"> ・昭和63年4月診療開始 ・佐久総合病院からの派遣医師(医師2名) ・2診療制・午後訪問診療を実施 ・平成22年電子カルテ導入 ・佐久総合病院小海分院を核とした医療連携(IDリンク情報共有) ・平成24年5月 在宅支援診療所に認定 ・受診者数(1,065人/月・H22年度) ・訪問診療数(37.5人/月・H22年度) 	<ul style="list-style-type: none"> ・平成10年診療所で訪問看護を開始 ・平成11年訪問看護ステーションとして社会福祉協議会が開始 ・平成21年 診療所と一体化して体制を強化(村直営に) ・訪問回数(2,641回/年)緊急訪問(265回/年) ・看護師3名 24時間365日緊急対応 ・在宅患者からの電話は訪問看護ステーションで受け、必要に応じて医師に連絡。電話を受けるだけでなく、直接患者宅に出向くことを基本としている。 ・村民は在宅療養に不安がなくなり、がん患者も自宅で家族とともに終末期を送ることが可能に。 ・ターミナル患者10人を看取る。(H24)

多職種連携の推進(ヘルシーパーク連絡会議の開催)



包括支援センター・ケアマネージャー・保健師・診療所・訪問看護・デイサービス・宅老所・生きがいデイサービスの各担当者と外部識者で組織し、保健・福祉・医療等の各種サービスを総合的に調整する。

◎ヘルシーパーク連絡会議(利用者の情報交換と利用方針の検討を行う／毎日開催)

◎実務者会議(テーマを決めて外部識者を招へいた研究会)

◎在宅療養のための福祉・介護・医療連携システム実証実験実施中(平成25年度運用を目ざす。8頁参照)

ヘルシーパーク構想の特徴② 介護予防を中心とした地域包括支援

介護予防の推進

充実した介護予防で健康老人率（介護非認定率）を高める。（70歳代はまだまだ農業現役世代）

- ・お達者リハビリ教室（年40回） ……転倒予防教室。専門家の指導により運動機能訓練などを継続的に実施。
- ・腰痛予防教室 ……専門家を招いての講演会や腰痛に関する知識の普及と予防に関する教室の開催。
- ・公民館・集荷場健康相談 ……年50回程度
- ・認知症サポーター養成事業 ……認知症理解者、支える人材を確保。
- ・歯っぴー健康セミナー ……口腔機能の低下した方を対象に歯科衛生士が指導。

在宅福祉の充実

- ・配食サービス ……栄養のバランスのとれた食事（昼食）を自宅に配達し、同時に利用者の安否確認を行う。
- ・ふれあいランチサービス ……各集落が公民館で開催
- ・生きがいデイサービス（週3回） ……仕事の第一線から引退された方が対象。センターへ送迎し、食事・入浴・リハビリ運動やレクリエーションを行なって一日を過ごす。
- ・軽度生活支援・外出支援事業 ……軽度な日常生活上の援助（家屋内の整理整頓、買い物）を行う。自宅と村内の希望地を送迎する。

介護保険

唯一の福祉事業者（社会福祉協議会）による利用者本位の福祉サービス

- ・地域包括支援センターと直結した介護計画
- ・要介護者の約8割が在宅介護。
- ・第5期介護保険料 4,450円

	介護保険料の推移	
第1期	2,246円	
第2期	3,317円	
第3期	4,133円	
第4期	4,066円	
第5期	4,450円	4

様々な取り組みを行った結果として …数字で見る川上村の現在の姿

◎健康老人率（介護非認定率）の向上

◎平成22年度健康老人率 85.7% (1,043 / 1,217)

うち65歳～74歳 97.2% (459 / 472)

⇒ 地域振興上、高齢化率はマイナス要素。健康老人率はプラス思考。(20年前から提言)

◎在宅看取り率の向上

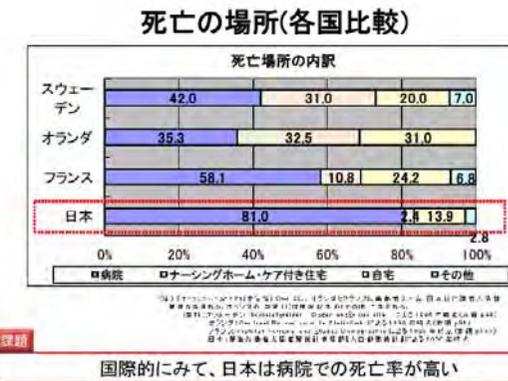
◎平成23年にお亡くなりになった方 20名 30名 (H24)

うちご家族と訪看で看取った方 8名 10名 (H24)

看取り率は40% (H24は33%)

◎亡くなった方の約6割は何らかの在宅サービスを受けている。

(自宅以外で亡くなった方の多くも在宅サービスを受けている。)



H25.2.13 中央社会保険医療協議会資料

◎医療費の削減

◎国保一人当り年間医療費 171,177円 (県内最低)

◎国保加入率 71.8%

◎一人当たり国保税額 104,678円 (県内最高)

◎国保税限度額超過世帯 16.4%

(H23年度速報値)

◎ヘルシーパークの果たしてきた役割

◎近隣5ヶ町村の拠点病院(佐久総合病院小梅分院)の川上村住民の利用率3%(人口比率は30%)

◎拠点病院ではなく、ヘルシーパークが実質機能している。(診療所、訪問看護ST、ケアマネージャー、ヘルパ⁵等)

ヘルシーパーク構想のこれからと川上村の将来

ヘルシーパーク構想の更なる進化	ICTの積極活用
<ul style="list-style-type: none">・地域の特性に見合った保健福祉施策を推進する。・健康寿命を更に伸ばし住民の生活満足度を高める。・住み慣れた自宅で家族とともに最期を過ごせるよう更に在宅サービスを充実させ、終末期の生活の質を向上させる。・福祉・介護・医療を担う専門職の養成・人材確保に努める。(地域のことは地域の人材で。)・三障害、登校拒否児童・生徒、育児うつ等の保護者、独居高齢男性等誰でも集える居場所づくりの推進。	<ul style="list-style-type: none">・ICTは都市部から離れた交通の便が良くない地域、集落が点在し移動が困難な地域でこそ活用されるべき。・「<u>福祉・介護・医療連携システム実証実験</u>」を推進中。 → 関係者間でより一層連携を密にして、コミュニケーションを円滑にするとともに、業務の効率化、各種データの蓄積・有効利用により福祉・介護・医療の質の向上を図る。
顔が見える福祉・介護・医療の維持	社会保障における自由度の拡大と基盤整備(川上村の提言)
<ul style="list-style-type: none">・川上村におけるこれまでの取り組みが一定の成功を収めているのは<u>小規模な自治体において、「目が届く」範囲でお互いに「顔が見える」福祉・介護・医療を実践</u>しているから。・「平成の合併」に村民意向調査を行ったが、規模を拡大することによってきめ細かなサービスが受けられなくなることを懸念する声が多かった。(村単独を選択)・今後も<u>現在の規模を維持し、必要に応じて近隣の医療機関や自治体との連携</u>を更に強固なものとする。	<ul style="list-style-type: none">・それぞれの地域の特性に応じた施策をそれぞれの地域で判断・実施していくことが最も効果的かつ効率的。・不要な規制はできる限り撤廃し、地域の判断に任せることが重要。(介護保険における介護予防事業の規模を規制する仕組みなど。)・全国一律であるべき部分は堅持しながら、地域の特性に応じて<u>社会保障の自由度を高めていくことが必要</u>ではないか。・<u>自治体の規模の大小を問わず、地域の特性に合った取り組みが推進できるよう国として基盤整備を進めていくべき</u>ではないか。

ヘルシーパーク構想の全体像

ヘルシーパーク（保健・福祉・地域医療の一元化）構想

基本理念：ひとりの利用者・患者様をヘルシーパーク全体で支えよう

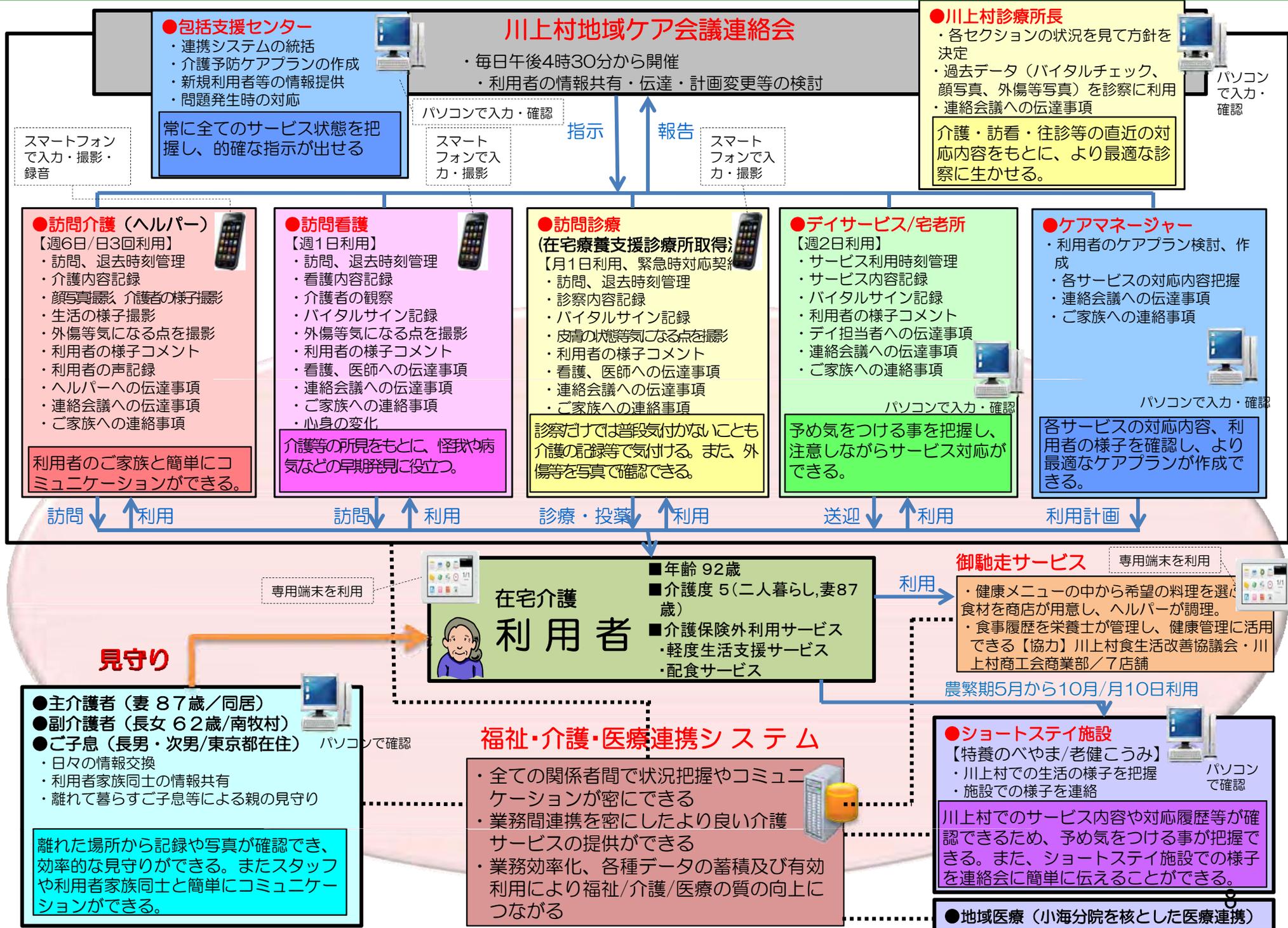
ヘルシーパーク構想は、保健・福祉・地域医療の一元化することによって、健康で生きがいのある福祉社会づくりを旨としてそうと、平成5年4月に策定された。平成10年にヘルシーパーク中央棟が完成し、既設の診療所、デイサービスセンターとあわせ住民サービスの拠点となっている。今後は高齢者住宅、ショートステイ、高齢者総電子カルテシステム、地域要援護者支援システム等の整備をすすめ、より高度な住民福祉サービスの向上を旨としている。

ヘルシーパーク 【同じ敷地内に中央棟（保健福祉課・社会福祉協議会・村民交流室・トレーニングジム・鍼灸施術所・ヘルシーの湯・ヘルシーレストラン・老人憩いの湯・調理室・診療室）・診療所・デイサービス・生きがいデイサービス・川上第一保育園・南部消防署川上分遣所・佐久警察署川上村警察官駐在所・果樹園・遊歩道・見晴らし台等が併設】

地域ケア会議 【包括支援センター・ケアマネジャー・保健師・診療所・訪問看護・デイサービス・宅老所・生きがいデイの各担当者と外部識者で組織し、保健・福祉・医療等の各種サービスを総合的に調整する】○ヘルシーパーク連絡会議（利用者の情報交換と利用方針の検討を行う/毎月開催）○実務者会議（テーマを決めて外部識者を招いた研究会）○在宅療養のための福祉・介護・医療連携システム実証実験実施中（平成25年度運用を旨す）

保健予防		地域医療		福祉・介護	
妊産婦	<ul style="list-style-type: none"> 不妊治療補助（窓口本人3割負担/7割補助） 母子手帳交付（1回/月） パパママ学級（3回/年） 妊婦健康診査補助（113,140円/1回） 	国保診療所	<ul style="list-style-type: none"> 昭和63年4月診療開始 平成22年電子カルテ導入 佐久総合病院からの派遣医師 2診療制・午後訪問診療を実施 佐久総合病院小海分院を核とした医療連携（IDリンク情報共有） 平成24年5月 在宅支援診療所に認定 胃カメラ検診（毎週火曜日） 受診者数（1,065人/月・H22年度） 訪問診療数（37.5人/月・H22年度） 村管理栄養士による栄養指導 医師2名、看護師3名、事務2名 	地域包括支援・介護予防	<ul style="list-style-type: none"> 高齢化率 27.1% 後期高齢化率 16.2% 健康老人率 85.1%（1,017/1,196）H22 うち65～74才 96.7% 75才以上77.3% 70代はまだまだ農業現役世代 独居老人（112名うち72名は村内に身寄りなし） お達者リハビリ（転倒予防）40回延べ484名 腰痛予防教室（医師・理学療法士20名による講習会） 公民館等健康相談（10か所のべ46回/542名）
	<ul style="list-style-type: none"> 新生児家庭訪問（生後1カ月以内に保健師がすみやかに訪問） 1カ月児健診補助（5,500円/1回） 乳児健診（4.7.10ヶ月児/無料/年8回） 赤ちゃん広場（～よちよち歩き、2～3回/月） 離乳食準備教室（管理栄養士、随時開催） 		訪問看護		<ul style="list-style-type: none"> 平成10年診療所で訪問看護を開始 平成11年訪問看護ステーションとして社会福祉協議会が開始 平成21年 診療所と一体化して体制を強化（村直営に） 訪問回数（2,641回/年）緊急訪問（265回/年） 看護師3名 24時間365日緊急対応 在宅看取り率の向上を目指す 平成22年度死者20名/看取った方8名・看取り率40.0%
乳児	<ul style="list-style-type: none"> 1才2カ月児相談（4回/年） 1才6カ月児健診（3回/年・無料） 2才児相談（5回/年・無料） 2才6カ月児健診（1～2回/年） ピカピカ広場1・2・3（～走れる子供、2～3回/月） 3才児健診（3回/年・無料） ひまわり広場（来入園児、1回/月） 	鍼灸施術所	<ul style="list-style-type: none"> 直営で平成10年から開業 月、水、金は委託施術師。火、木、土は一般施術師 受診者数（6.8名/日/H22） 	介護保険	<ul style="list-style-type: none"> 介護認定者164名（H23.10） デイサービス利用者 104名 宅老所利用者（認知症） 12名 特養利用者 31名、老健利用者 17名（村外の施設） 第5期介護保険料 4,450円（南佐久郡内最低）
	<ul style="list-style-type: none"> 保育園、小学校、中学校、保健師、栄養士で川上保健研究会（毎年テーマを決めて子供たちの健康を考える会・5回/年） 児童相談所巡回相談（心理士、保健師、療育コーディネーター/年4回） 保育相談（療育コーディネーターと保健師/毎月1回） 発達障害児相談 高校生まで医療費無料 		国保		<ul style="list-style-type: none"> 国保被保険者数（2,649名/4,239名加入率62.5%/H22 県下1位） 国保一人当たり年間医療費（171,177円/県下最低/H23） 国保医療給付費総額（418,873,126円/H22） 国保税一世帯当たり調定額318,237円（県下1位） 国保税限度額超過世帯 146/887世帯（H23）
幼児	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診受診率52.3%（全国136位/目標65%） ヘルススクリーニング（1,000円負担）基本健診18才以上、大腸がん、肝炎、胸部レントゲン40才以上、前立腺50才以上 村民ドック補助（千曲病院）その他ドック（県内外の病院）11,000円補助 婦人科検診（20才以上/500円負担）・乳房検診（マンモ40才以上/2,000円 エコー希望者/500円負担） らせんCT肺がん検診（40才～75才/5才毎・2,000円負担） 胃内視鏡検査（診療所で実施 40才以上/4,000円負担） 脳ドック（20,000円補助/2年1回） PET、CTがん検診補助（20,000円補助/5年に1回） 	後期高齢	<ul style="list-style-type: none"> 後期被保険者数（683人/H22） 後期一人当たり年間医療費（717,409円/県下46/77） 後期医療給付費総額（446,725,131円） 	デイサービス	<ul style="list-style-type: none"> 平成3年デイサービス開所 360日営業（年末年始のみ休業） 平均利用者数（16名/日）
	<ul style="list-style-type: none"> 保健師健康相談（4回/年 精神科医師対応） 自殺対策（相談・講演会・ゲートキーパー養成） カウンセラー相談（4回/年 心理士対応） こころの健康相談（6回/年 保健師対応） 		民生児童委員		<ul style="list-style-type: none"> 各地区の相談役、見守り役（13名/任期3年）
園児・学童	<ul style="list-style-type: none"> 法定予防接種（ポリオ、2種混、麻疹、風疹、BCG、日本脳炎等） インフルエンザ（中学生以下、65才以上/2,000円補助） ヒブ、肺炎球菌、子宮頸癌/無料（国の基準年齢対象者） 肺炎球菌ワクチン（75才以上/4,000円補助） 	食生活改善推進協議会	<ul style="list-style-type: none"> 農閑期（11～3月）に活動しているボランティア団体・独居高齢者への屋敷サービス（2回）・健康料理の普及・食育の講師 	障害者福祉	<ul style="list-style-type: none"> 精神福祉手帳（26名）・療育手帳（26名）・身障手帳（196人） 身体障害者補装具給付事業（9名/1,299,823円） 日常生活用具給付事業（利用者9名） タイムケアサービス（利用者2名） 障害者移動支援制度（利用者11名） 障害者福祉サービス（介護保険と同様なサービス/利用者33名） 地域活動支援センター（H24.4.開所） フリースペースめぐり（知的障害者育成会による活動）毎土曜
	<ul style="list-style-type: none"> 保健師健康相談（4回/年 精神科医師対応） 自殺対策（相談・講演会・ゲートキーパー養成） カウンセラー相談（4回/年 心理士対応） こころの健康相談（6回/年 保健師対応） 		健康管理委員会		<ul style="list-style-type: none"> 地域住民の保健予防、健康管理（14名）
成人	<ul style="list-style-type: none"> 法定予防接種（ポリオ、2種混、麻疹、風疹、BCG、日本脳炎等） インフルエンザ（中学生以下、65才以上/2,000円補助） ヒブ、肺炎球菌、子宮頸癌/無料（国の基準年齢対象者） 肺炎球菌ワクチン（75才以上/4,000円補助） 	地域包括支援センター運営委員会	<ul style="list-style-type: none"> 包括の運営に関して助言を行う 		

ヘルシーパーク構想のこれから ICTを活用して更なる地域連携をめざして 在宅療養のための福祉・介護・医療連携システム実証実験



財政と社会保障

平成25年2月28日

財政制度等審議会財政制度分科会

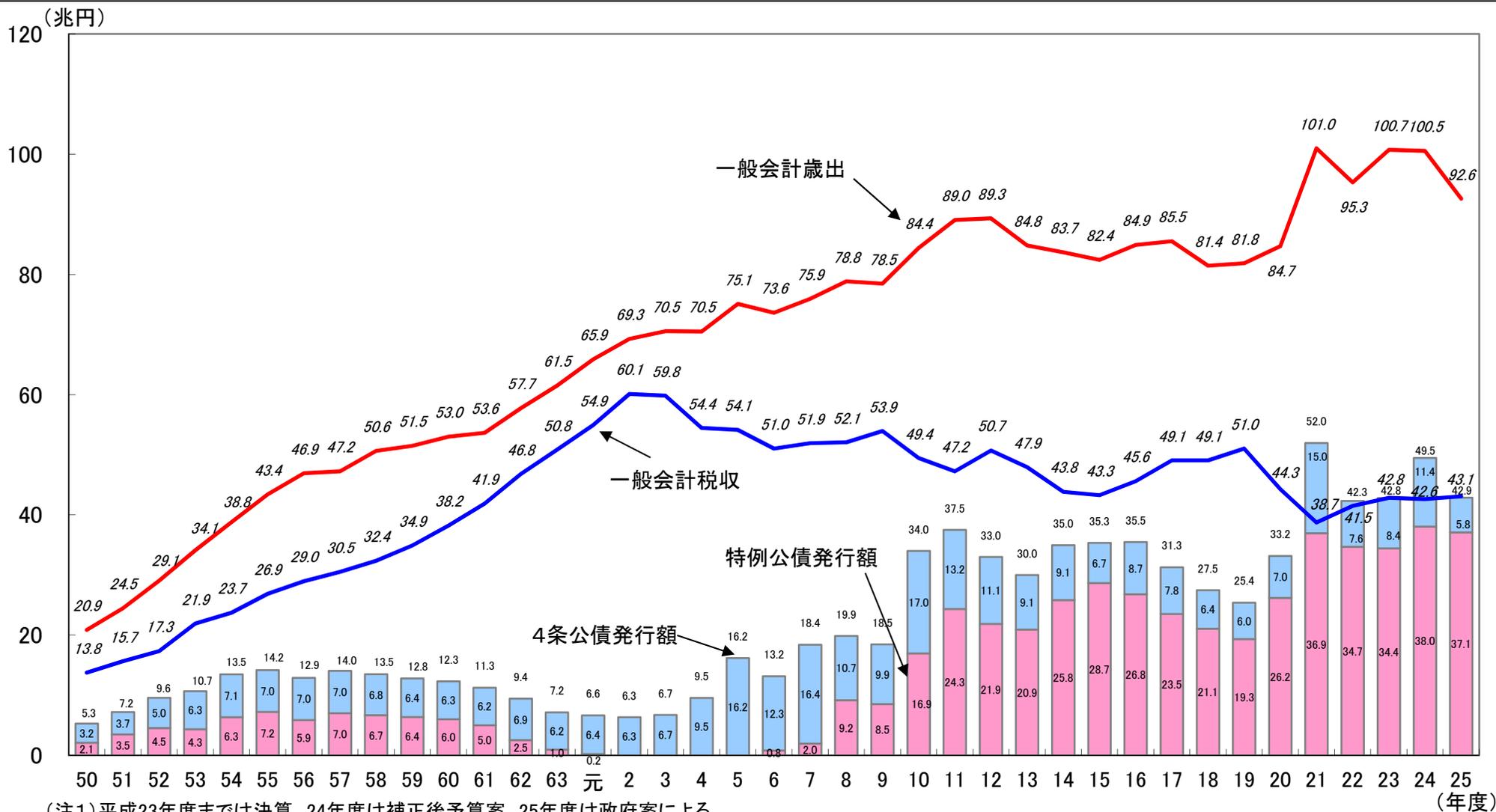
田近 栄治

土居 丈朗

財政事情

一般会計税収、歳出総額及び公債発行額の推移

バブル経済崩壊以降、我が国財政は歳出が税収を大きく上回る状態が続いている。リーマンショックが起きた平成20年度以降、景気悪化に伴う税収の減少等により、歳出と税収の差額は一層拡大。

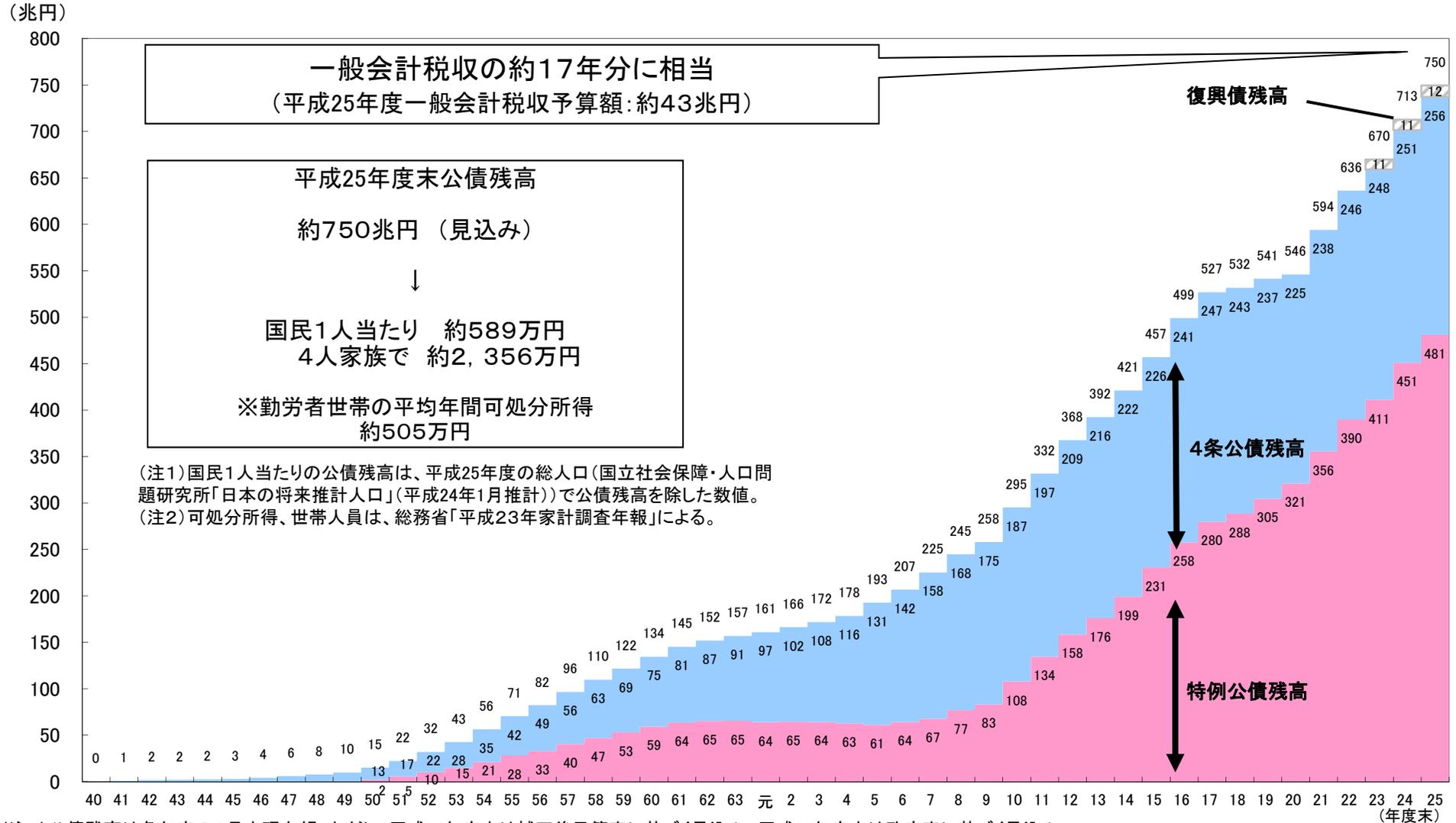


(注1) 平成23年度までは決算、24年度は補正後予算案、25年度は政府案による。

(注2) 公債発行額は、平成2年度は湾岸地域における平和回復活動を支援する財源を調達するための臨時特別公債、平成6～8年度は消費税率3%から5%への引上げに先行して行った減税による租税収入の減少を補うための減税特例公債、平成23年度は東日本大震災からの復興のために実施する施策の財源を調達するための復興債、平成24年度、25年度は基礎年金国庫負担2分の1を実現する財源を調達するための年金特例公債を除いている。

公債残高の累増

我が国の公債残高は、年々増加の一途をたどっている。平成25年度末の公債残高は750兆円に上ると見込まれているが、これは年収約17年分に相当し、将来世代に大きな負担を残している。



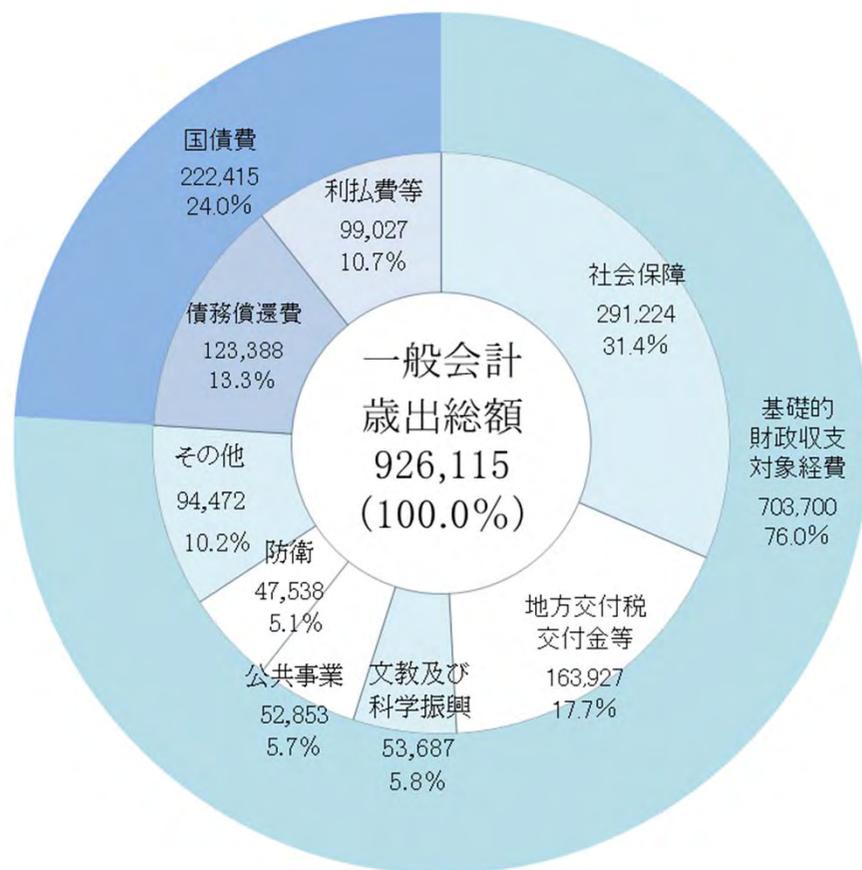
(注1) 公債残高は各年度の3月末現在額。ただし、平成24年度末は補正後予算案に基づく見込み、平成25年度末は政府案に基づく見込み。
 (注2) 特別公債残高は、国鉄長期債務、国有林野累積債務等の一般会計承継による借換国債、臨時特別公債、減税特別公債及び年金特別公債を含む。
 (注3) 東日本大震災からの復興のために実施する施策に必要な財源として発行される復興債(平成23年度は一般会計において、平成24年度以降は東日本大震災復興特別会計において負担)を公債残高に含めている(平成23年度末で10.7兆円、平成24年度末で11.2兆円、平成25年度末で12.2兆円)。
 (注4) 平成25年度末の翌年度借換のための前倒債限度額を除いた見込額は730兆円程度。

平成25年度一般会計予算から見る財政の現状

平成25年度一般会計予算概算は総額が約92.6兆円であり、予算の中身を見直して重点化し、公債発行額をできる限り抑制した結果、税収が公債金を上回る状態を4年ぶりに回復させるなど、引き締まった予算。

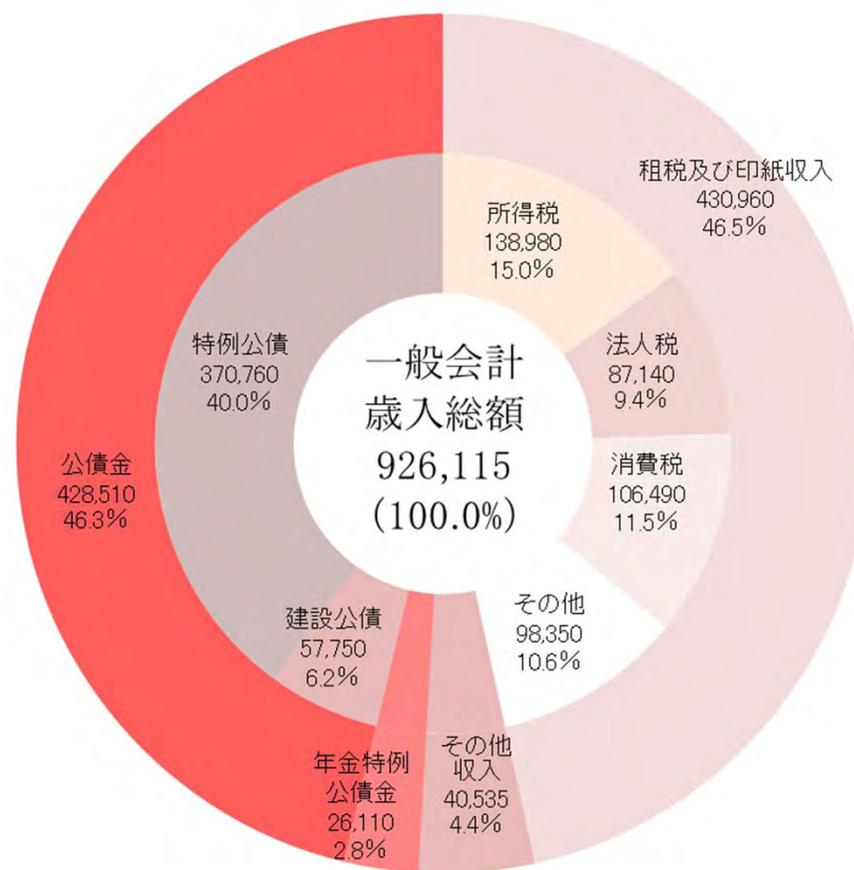
歳出については、社会保障関係費、地方交付税交付金、国債の元利払いに充てられる国債費が、歳出全体の約7割。歳入のうち、税収でまかなわれているのは5割に満たず、5割弱は将来世代の負担となる借金（公債金収入）に依存。

【歳出】



【歳入】

(単位:億円)



社会保障関係費の全体像(平成25年度当初予算)

平成25年度当初予算
社会保障関係費

29.1兆円

年金 : 10.6兆円

医療 : 10.6兆円

- ・ 国民健康保険 : 3.2兆円
- ・ 協会けんぽ : 1.2兆円
- ・ 後期高齢者医療制度 : 4.4兆円

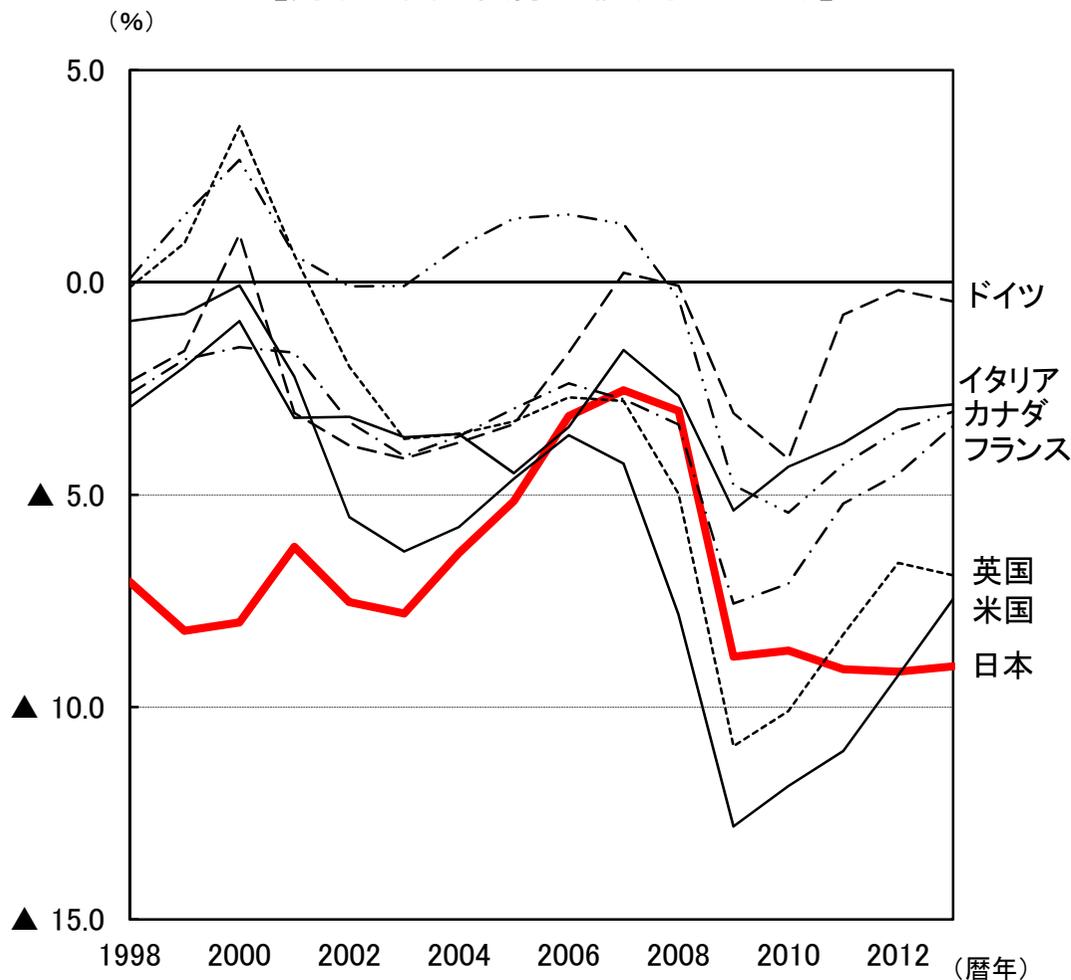
介護 : 2.5兆円

福祉等 : 5.5兆円

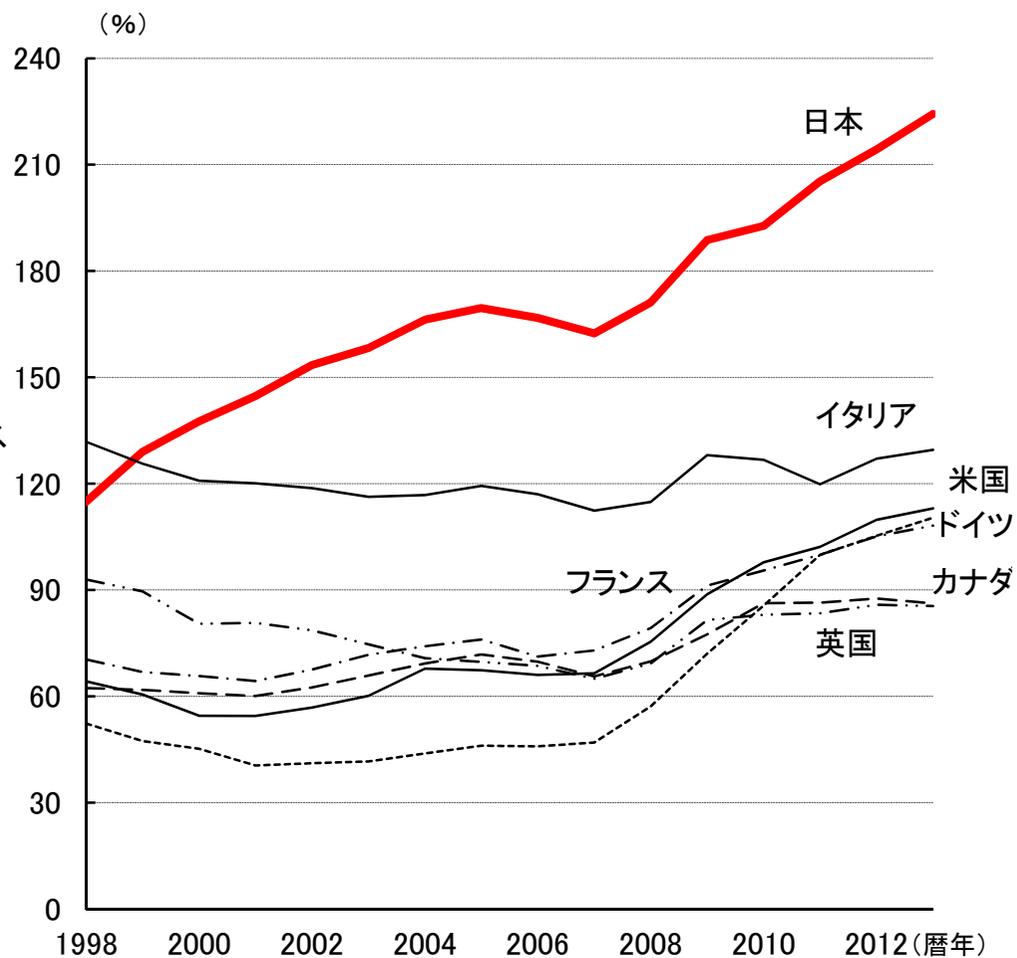
財政収支・債務残高の国際比較

2000年代に入り、我が国の財政収支は改善傾向にあったが、2008年秋以降の世界金融経済危機の影響により、足元で再び悪化。債務残高の対GDP比を見ると、90年代後半に財政の健全化を着実に進めた主要先進国と比較して、我が国は急速に悪化しており、最悪の水準となっている。

【財政収支の国際比較(対GDP比)】



【債務残高の国際比較(対GDP比)】



(出典) OECD Economic Outlook 92 (2012年12月)

※ 数値は一般政府ベース

(注) 日本の財政収支については、単年度限りの特殊要因を除いた数値

(出典) OECD Economic Outlook 92 (2012年12月)

※ 数値は一般政府ベース、

平成23年度国の財務書類(貸借対照表)の概要

(単位:兆円)

	前年度	23年度	前年度	23年度
<資産の部>			<負債の部>	
現金・預金	15.7	17.7	未払金等	11.3
有価証券	89.3	97.6	政府短期証券	90.7
未収金等	13.7	13.0	公債	758.7
前払費用	0.0	4.3	借入金	23.1
貸付金	148.0	142.9	預託金	6.1
運用寄託金	115.6	110.5	責任準備金	9.7
貸倒引当金	▲ 2.7	▲ 2.7	公的年金預り金	123.9
有形固定資産	182.7	180.9	退職給付引当金等	11.6
無形固定資産	0.2	0.2	その他の負債	7.9
出資金	57.4	59.3	負債合計	1,042.9
その他の資産	5.1	5.2	負債合計	1,088.2
資産合計	625.1	628.9	<資産・負債差額の部>	
			資産・負債差額	▲ 417.8
			資産・負債差額	▲ 459.3
			負債及び資産・負債差額合計	625.1
			負債及び資産・負債差額合計	628.9

翌年度にかけて入ってくる現金も含めて整理し計上。大宗は翌年度の支払い等に使われており、新たな財源とはならない。

米国債等の外貨証券(86兆円)など

地方公共団体や政策金融機関などへの長期・低利での貸付(財投)など

将来の年金給付のための積立金を運用寄託したもの

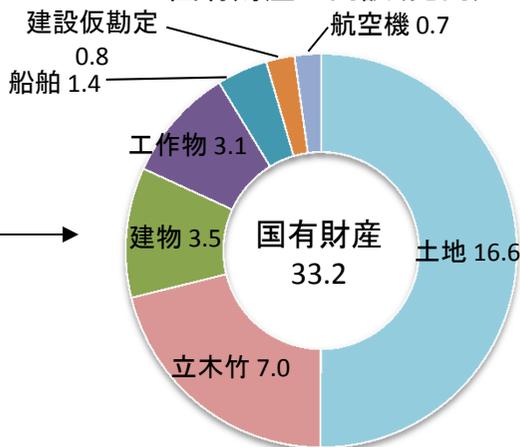
独法等への出資

国有財産	33.2
公共用財産	145.2
道路	64.7
治水	66.2
その他	14.3
物品	2.5

普通国債 672.3
財投債 110.9
その他 8.6

将来の年金給付のための預り金(運用寄託している年金の積立金や現金・預金など)

国有財産の内訳(兆円)

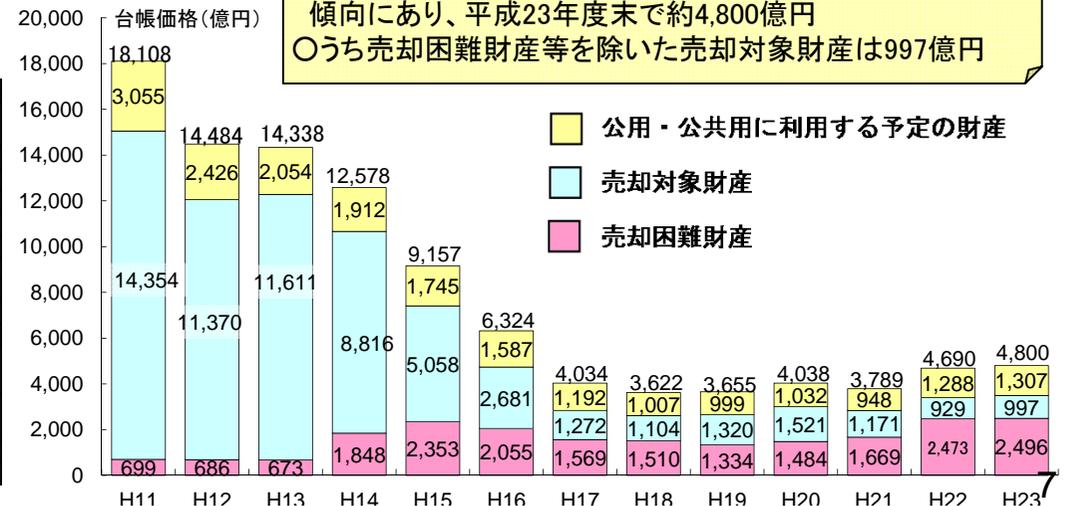


国有地の内訳

行政財産	
種類	内訳
公用	防衛施設
	空港施設(羽田空港等)
	矯正施設(刑務所等)
	裁判所施設
	その他施設(一般庁舎等)
公共用	国営昭和記念公園、新宿御苑等
皇室用	皇居等
企業用	国有林野事業
普通財産	
在日米軍施設としての提供財産等(横田飛行場、横須賀海軍施設、三沢基地等)	
地方公共団体等への貸付財産(代々木公園、大阪城等)	
未利用国有地	<4,800億円>
その他国有地(山林原野等)	

未利用国有地のストックの推移

○未利用国有地のストックは平成11年度をピークとして減少傾向にあり、平成23年度末で約4,800億円
○うち売却困難財産等を除いた売却対象財産は997億円



G20サミット宣言等における日本の財政健全化目標

日本の財政健全化目標

2015年度までに国・地方のプライマリーバランスの赤字の対GDP比を2010年度の水準から半減し、2020年度までに国・地方のプライマリーバランスを黒字化する。

○ 【G20トロント・サミット】宣言(仮訳) [2010年6月26日、27日]

...先進国は、2013年までに少なくとも赤字を半減させ、2016年までに政府債務の対GDP比を安定化又は低下させる財政計画にコミットした。日本の状況を認識し、我々は、成長戦略とともに最近発表された日本政府の財政健全化計画を歓迎する。深刻な財政課題がある国は、健全化のペースを加速する必要がある。

○ 【G20カンヌ・サミット】アクションプラン(仮訳) [2011年11月3日、4日]

先進国は、以下の各国ごとのコミットメントに規定されるものを含め、各国の異なる状況を考慮しつつ、信認を構築し、成長を支えるための政策を採用し、財政健全化を達成するための明確で、信頼に足る、具体的な取組みを実行する。

(中略)

・日本は、中期的な財政健全化のコミットメントを確保しつつ、震災復興のための少なくとも19兆円(GDPの約4%)と見込まれる本格的な財政措置の迅速な実施にコミットする。

(中略)

・日本は、トロント・コミットメントを達成するため、2010年代半ばまでに段階的に消費税率を10%まで引き上げることなどの方針を定めた社会保障・税一体改革成案を具体化し、これを実現するための所要の法律案を2011年度内に提出することにコミットする。

○ 【G20ロスカボス・サミット】アクションプラン(仮訳) [2012年6月18日、19日]

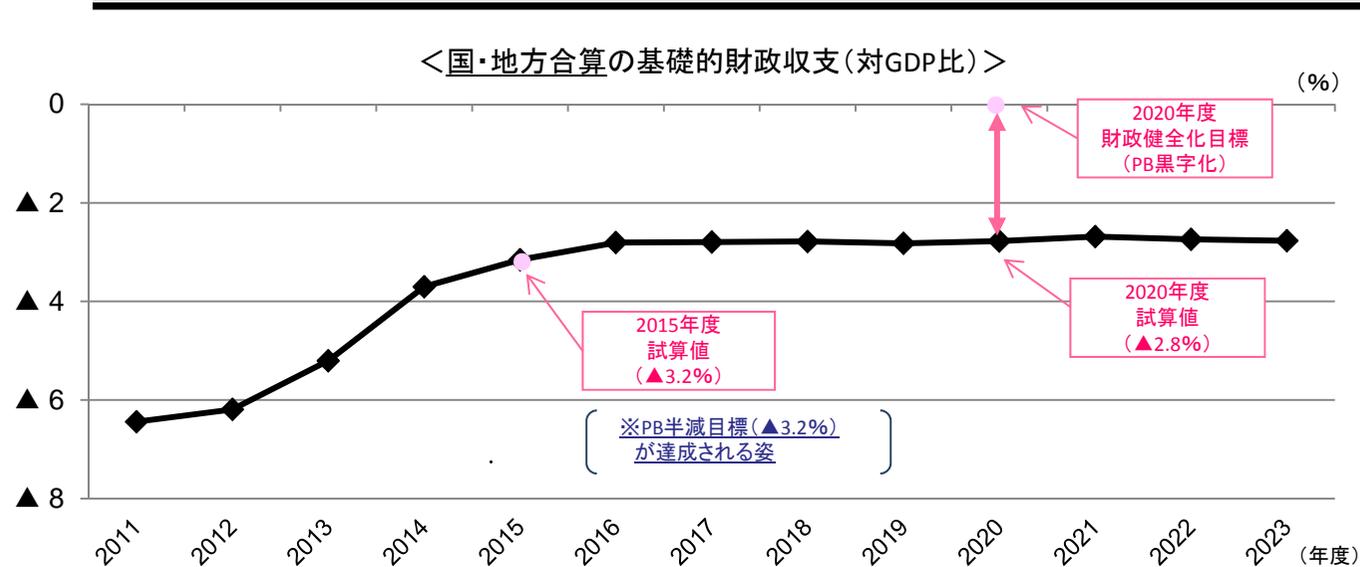
... 先進国は、自国の財政が持続可能な道筋にあることを確保する。

・ 米国及び日本は、自国の中期財政健全化計画の強化と実施の重要性を認識しつつ、政府債務対GDP比の着実な減少につながる行動にコミットする。

・ 日本は、2015年度及び2020年度のプライマリー・バランスの目標を達成し、債務の対GDP比を2021年度以降低下させるとのコミットメントを再確認する。

内閣府試算（平成24年8月）による財政健全化目標の達成状況

試算結果(慎重シナリオ)



(注1)「社会保障・税一体改革関連法」等を踏まえ、消費税率(国・地方)が2014年4月1日より8%へ、2015年10月1日より10%へ段階的に引き上げられること、及び社会保障制度改革の実施などにより一定の歳出増が生じることを想定。

(注2)2012年度、2013年度は特例公債法案の修正案を踏まえて、年金差額分(基礎年金国庫負担2分の1と36.5%の差分)について年金特例公債の発行により措置されることを想定。

(注3)上記の数値は、復旧・復興対策の経費及び財源の金額を除いたベース

財政健全化目標の達成状況(慎重シナリオ)

◇基礎的財政収支

([]は対GDP比)

	国+地方	
2015年度	▲16.1兆円	[▲3.2%]
2020年度	▲15.4兆円	[▲2.8%]

(参考)

◇国・地方の公債等残高

(対GDP比)

	2015年度	2020年度	2023年度
国・地方の公債等残高	194.5%	209.2%	220.8%

- **2015年度**については、国・地方のPBは対GDP比▲3.2%程度(2010年度の水準からの赤字半減目標:▲3.2%)となり、**PB赤字半減目標が達成される姿。**
- **2020年度**における**PB黒字化目標を達成するためには、さらなる収支改善が必要。**
- **2021年度以降の国・地方公債等残高(対GDP比)については、今回の試算では累増する姿。**(2015年度:194.5%、2020年度:209.2%、2023年度:220.8%)

財政健全化と社会保障・税一体改革

I. 財政運営のあり方

2. 財政健全化に向けた基本的考え方

(2) 社会保障・税一体改革関連法の成立とその後の取組み

昨年8月10日に、社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成を目指す観点から、消費税の社会保障目的税化及び消費税率の10%への引上げを定めた税制抜本改革法など、社会保障・税一体改革関連法が、民主・自民・公明の三党合意に基づき成立した。

同法成立後、内閣府が公表した「経済財政の中長期試算」においては、消費税率を段階的に10%へ引き上げることなどを前提とすれば、2015年度の国・地方の基礎的財政収支赤字対GDP比半減目標が達成される姿となっている。

これまでも当審議会は、我が国の社会保障の安定的な財源を確保するため、消費税を含む抜本的な税制改革の実現を繰り返し求めてきたところであり、今回の法案成立の意義を高く評価したい。

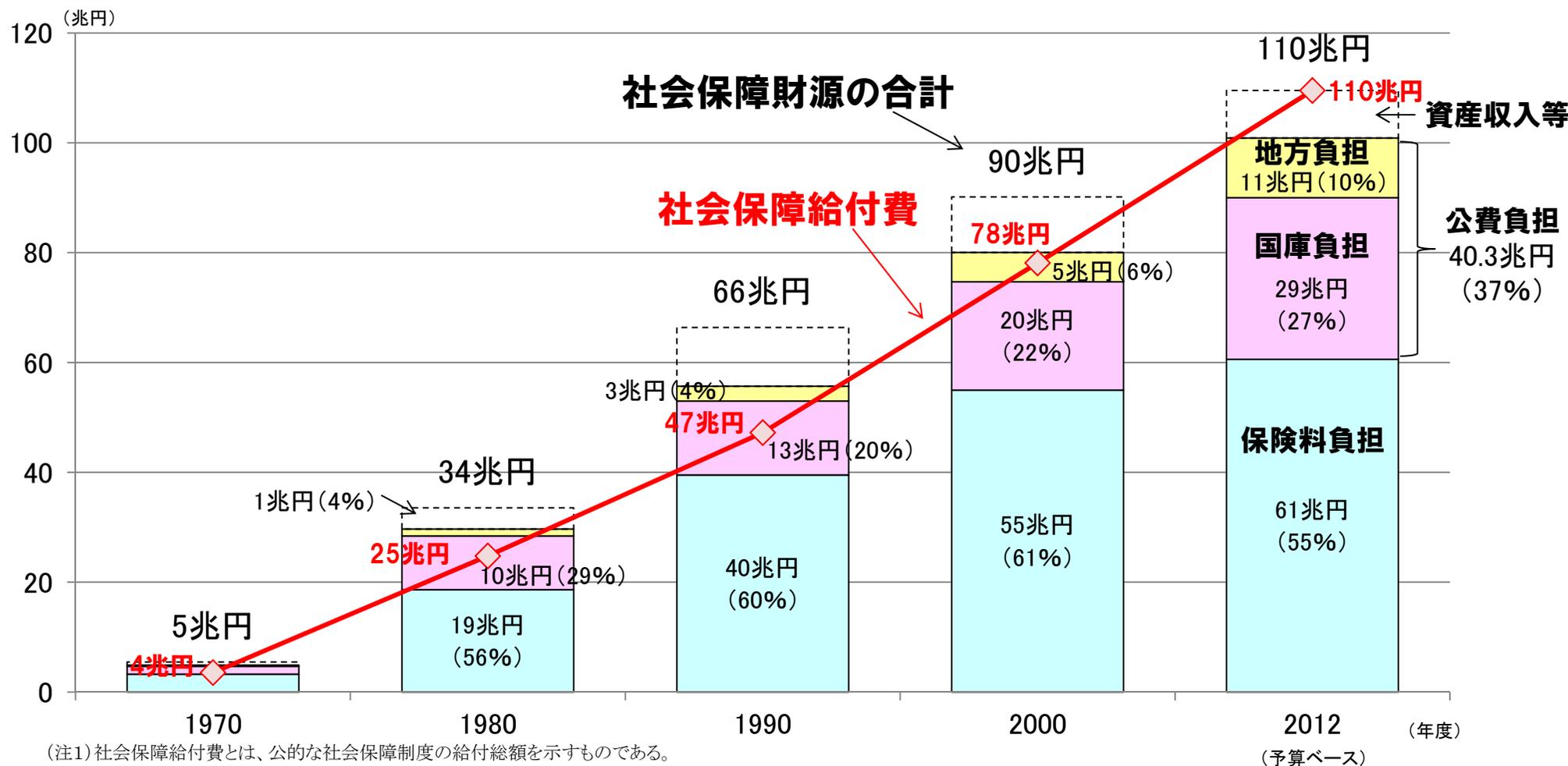
ただし、ここで気を緩めることは禁物である。関連法案が成立した後も、社会保障・税一体改革の実現に向けて、引き続き財政健全化への取組みや社会保障の安定財源確保の意義について国民に対し丁寧の説明を行うとともに、給付の重点化・効率化をはじめとする給付構造の見直しなど消費税率の引上げに対して納得を得続けるような取組みが、財政運営の姿勢として不可欠である。

更に、先述の内閣府の「経済財政の中長期試算」においては、2020年度の国・地方の基礎的財政収支について、黒字化目標達成のためには更なる収支改善が求められる結果となっている。まずは2015年度の財政健全化目標の達成に向けた社会保障・税一体改革の着実な実現が求められるが、その後の財政健全化に向けて、次の戦略を描いていくことも今後、必要となってくる。

社会保障

社会保障財源の項目別推移

- 財源内訳を見れば、1990年度から2012年度では、社会保険料負担の増加が約40兆円から約61兆円と約1.5倍にとどまり、社会保障給付費の伸びを下回っているのに対し、1990年度には約16兆円であった社会保障給付費の公費負担は2012年度には約40.3兆円と2.5倍に達している。
- 日本の社会保障制度の特徴は、社会保険方式を採りながらも、社会保険料負担の伸び以上に公費負担への依存が増している点にあり、しかも、本来税財源により賄われるべき公費負担の財源について、特例公債を通じた将来世代への負担の先送りが続けられてきたこと。



(注1) 社会保障給付費とは、公的な社会保障制度の給付総額を示すものである。

(注2) 2000年度以前は「平成21年度 社会保障給付費」(国立社会保障・人口問題研究所)

(注3) 各年度の社会保障財源の合計と社会保障給付費の差額は、年金の収支差(年金積立金の積み増し)等によるもの。

公費負担への依存の問題点

Ⅱ. 各歳出分野における取組み

1. 社会保障

(1) 社会保障総論

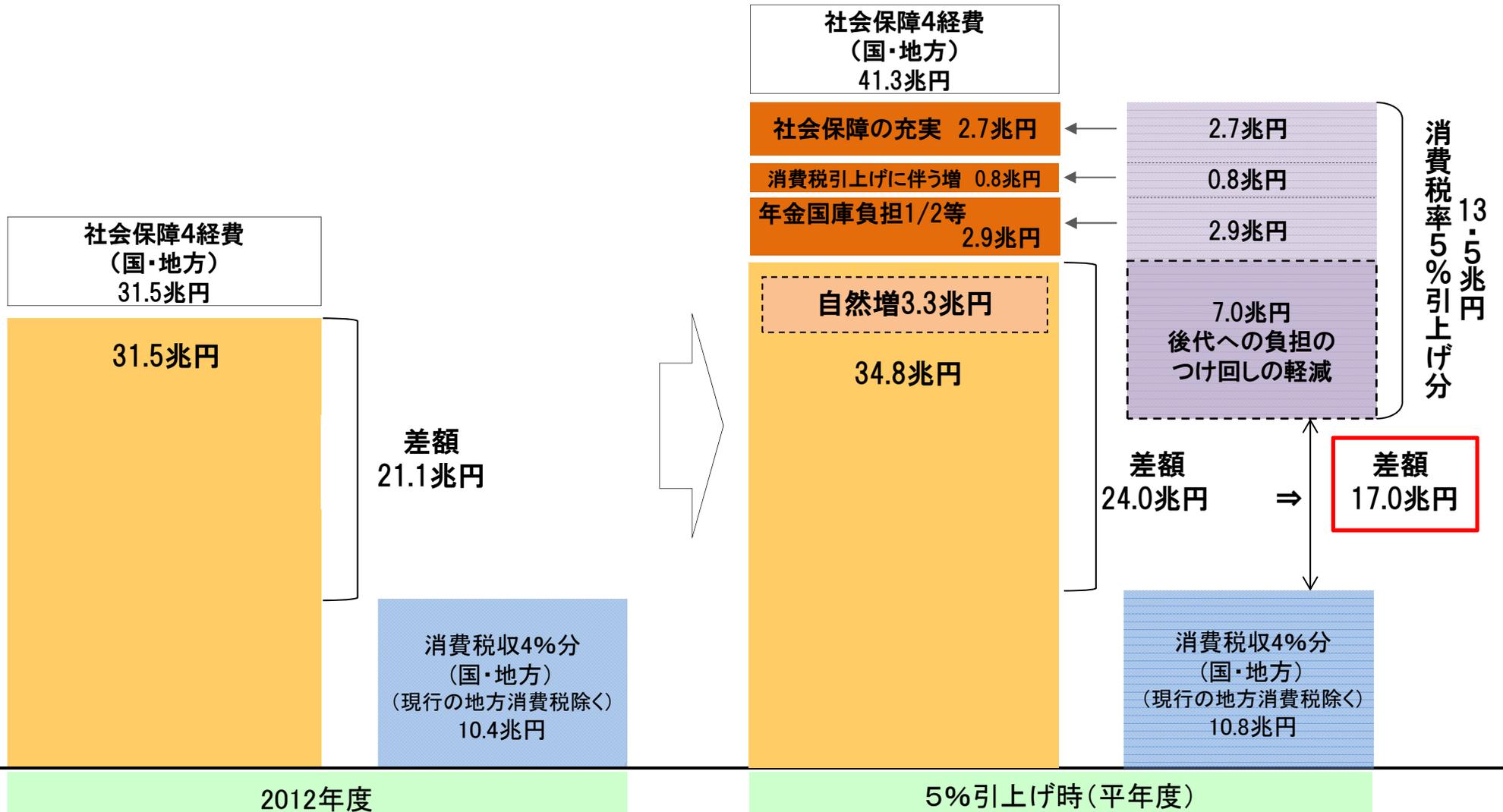
① 現状

我が国の社会保障制度の特徴は、社会保険方式を採りながらも、社会保険料負担の伸び以上に公費負担への依存が増している点にあり、しかも、本来税財源により賄われるべき公費負担の財源について、特例公債を通じた将来世代への負担の先送りが続けられてきたことで、社会保障が我が国財政に大きな負荷をもたらしているのが現状である。

そこには、公費負担が、最終的には国民の負担になるにもかかわらず、恰も負担がなくとも受益が得られる「共有地」であるかのように受け止められ、安易な依存を招きがちであるという我が国財政のフリーライダー問題(「共有地の悲劇」)が顕著に表れている。

社会保障の安定財源の確保について

- 消費税増収分(5%)のうち約1%程度(2.7兆円程度)を用いて、社会保障の充実を実施(その際、社会保障の重点化・効率化も同時に実施)。
- 消費税率引上げや社会保障・税一体改革が予定する重点化・効率化策が実現しても、社会保障4経費に対し、消費税収(現行の地方消費税を除く)はなお17兆円不足となると見込まれる。



(注) 社会保障4経費とは、「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」(平成21年度税制改正法附則第104条)を指す。

社会保障の公費負担と経済・財政との調和

Ⅱ. 各歳出分野における取組み

1. 社会保障

(1) 社会保障総論

② 課題

その上で、今後とも、公費負担の主たる財源は引き続きあらゆる世代で広く公平に負担を分かち合う消費
税収に求めていくことが合理的であり、更なる消費税率引上げは不可避である。しかし、規律なき公費負担
の増加によって国民の税負担が徒に増加するという「たちごっこ」に陥らぬよう、公費負担の抑制が不可欠
であることは明らかであり、消費税収(国・地方)のいわゆる自然増収の伸びは基本的には名目経済成長率
と同じであることを踏まえれば、最終的には、公費負担の総額の伸びが経済の伸びと大きく乖離しないような
経済・財政との調和が図られた制度設計が求められる。

社会保険制度における社会保険料負担と公費負担の関係

Ⅱ. 各歳出分野における取組み

1. 社会保障

(1) 社会保障総論

② 課題

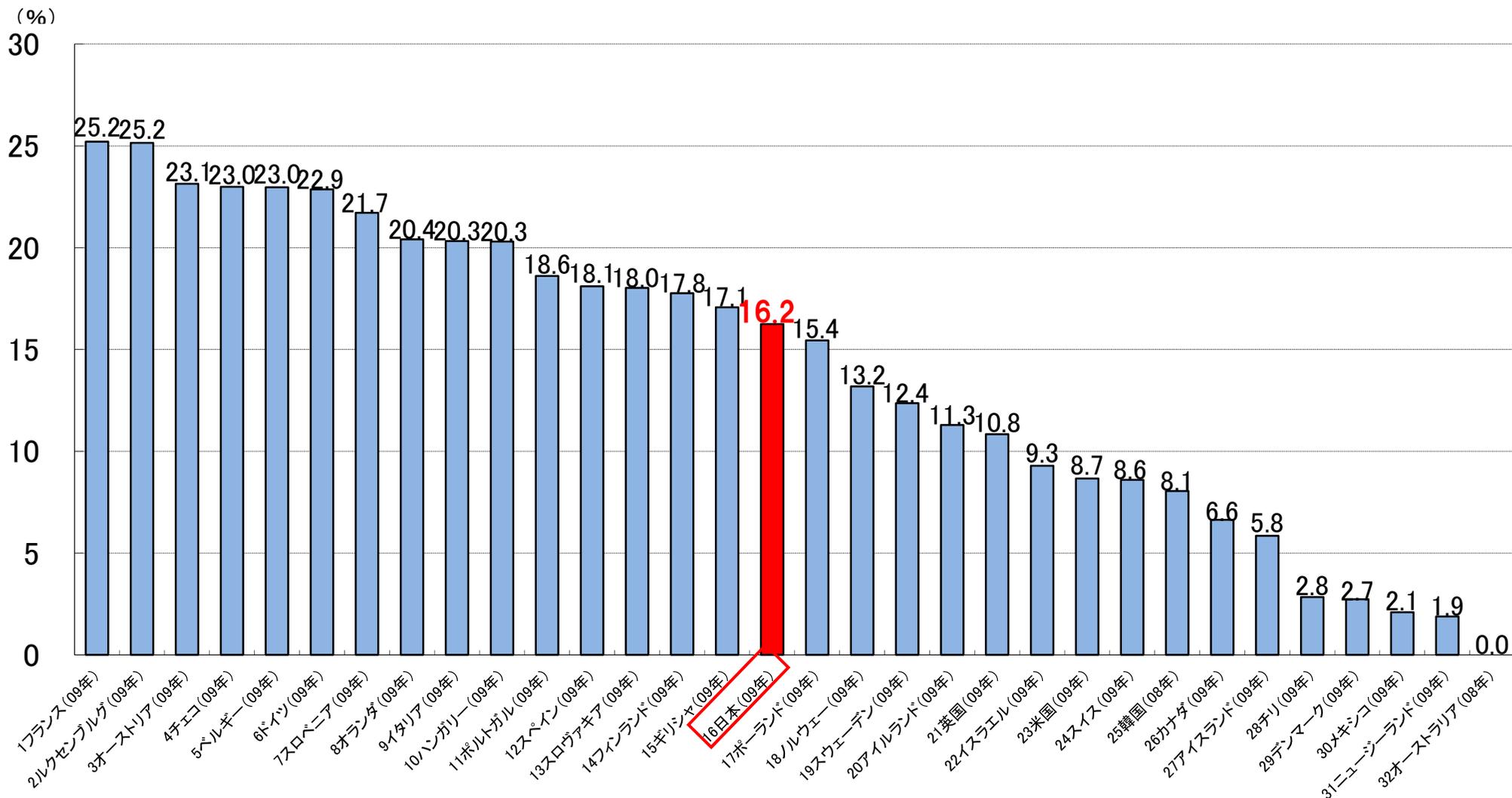
公費負担への安易な依存を厳に慎む観点からは、年金・医療・介護について、改めて保険給付の財源は社会保険料で賄うことを原則とすることを確認する必要がある。公費負担は、あくまで補完的・限定的な分野に対し、その目的を明確化しつつ、効率的・効果的に公費を投入するとの原則が確立されなければならない。

(中略)

公費負担には社会保険料負担の抑制をもたらす効果があるとしても、単に社会保険料負担を公費負担に付け替えることとなれば、その財源が税負担により現世代で完全に分かち合われぬ限り、負担を徒に将来世代に先送ることとなりかねない。現役世代の社会保険料負担の増嵩は、あくまで給付の重点化・効率化をはじめとする給付構造の改革によって対応すべき問題であり、公費負担割合の引上げの議論を惹起して保険給付が増えれば公費負担も自動的に増える構造を助長させることは避けなければならない。公費を投入せざるを得ない場合には、給付と負担の均衡に向けた保険者の自律的なインセンティブを損なわないためにも、保険者への財政支援ではなく、低所得の被保険者への直接的な保険料軽減措置に充てていくことが求められる。

社会保障負担率(対国民所得比)の国際比較(OECD加盟32カ国)

社会保障負担率がOECD諸国で中位であり、我が国の保険料負担が諸外国と比べて高い水準とは言えない。



○ アメリカの企業が負担する民間医療費は、自動車製造業15.4%、情報サービス業1.8%、エレクトロニクス製造業2.1%、金融業0.7%であると推計されている。(財務省の委託によりKPMG税理士法人が試算(平成18年3月))

(注)OECD加盟国34カ国中32カ国の実績値。残る2カ国(トルコ、エストニア)については、計数が足りず、社会保障負担率が算出不能であるため掲載していない。
 (出典)日本:内閣府「国民経済計算」 諸外国:National Accounts 2011(OECD)

社会保障・税一体改革と公費負担の関係

Ⅱ. 各歳出分野における取組み

1. 社会保障

(1) 社会保障総論

② 課題

このような状況の下、当面、今般の社会保障・税一体改革において公費負担の追加を行ってまで社会保障の充実を図っていることの国民的な意義は問われ続けられなければならない。

仮に、減税や歳出措置による影響を含め、今後財政事情が悪化し、財政健全化目標との両立が見通せない事態が生じれば、公費負担の追加規模を見直さざるを得ないことは当然であり、また、ペイアズユーゴー原則からは安定財源が確保されているとはいえ、部分的な均衡に過ぎないことを踏まえれば、公費投入の対象としての優先順位付けや政策効果の検証を怠ってはならない。所期の政策効果の実現が見込まれない場合には、公費投入を見直すことも躊躇すべきでなく、金額ありきで政策効果が曖昧なまま公費投入が行われることがあってはならない。

(2) 医療

② 当面の課題

二) 医療提供体制の重点化・効率化

社会保障・税一体改革において計画されていた公費負担の追加のうち、医療分野においては、介護分野も含め、保険料負担の軽減に充てられる以外に、医療・介護サービスの提供体制の重点化・効率化と機能強化のために公費が追加される予定となっている。

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

実効ある規制的手法を組み合わせることで病院・病床の機能分化等の医療・介護サービスの提供体制の改革を強力に進めることが不可欠であり、これが実現しなければ医療・介護分野における社会保障・税一体改革の意義は画餅に帰すことになる。具体的な改革の実現の見込みやそれによる平均在院日数の減少等の効果が不確実なまま診療報酬の増額改定をはじめとする公費の追加だけが行われることはあり得ない。

社会保障の重点化・効率化のための具体的方策

○医療

- －高齢者の自己負担の見直し
- －高齢者支援金の負担に対する総報酬割、標準報酬上限の引上げ
- －保険者への国庫補助の見直し（所得の高い国民健康保険組合に対する定率補助の廃止）
- －医療提供体制の重点化・効率化
- －医療給付に係る重点化・効率化
 - ・外来受診の適正化
 - ・後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し等、市販品類似薬の見直し

○介護

- －利用者負担割合の見直し
- －介護給付に係る重点化・効率化
 - ・軽度者介護の見直し
 - ・介護施設の重点化
 - ・処遇改善のための内部留保の活用
- －介護納付金の負担に対する総報酬割

○年金

- －マクロ経済スライドの見直し
- －高所得者への年金給付の見直し、公的年金等控除の見直し
- －支給開始年齢の引上げ

高齢者支援金の負担に対する総報酬割

Ⅱ. 各歳出分野における取組み

1. 社会保障

(2) 医療

② 当面の課題

ロ) 高齢者支援金の負担に対する総報酬割

後期高齢者医療制度への支援金について、平成22年度から平成24年度まで被用者保険間の負担の按分方法の3分の1を総報酬割とする負担方法が導入され、平成24年度末に期限到来を迎える。

そもそも、この支援金については、高齢者に係る医療費の適正化に向けて保険者機能を発揮する余地が乏しいにもかかわらず、保険者が多額の支援金負担を強いられていることへの厳しい批判がある。しかし、だからといって、社会保障負担率がOECD諸国で中位であるなど我が国の保険料負担が諸外国と比べて高い水準とは言えない中、支援金負担の按分方法が主として加入者数に応じたものであり、そのために所得が低い被用者保険の負担が相対的に重くなっており、その負担を軽減するために公費による補填が行われている状況が好ましいとは言えない。(続く)

社会保険制度内での保険料負担の調整が公費投入より優先されるべきであり、支援金負担について、所得が高い被用者保険に総報酬比例の水準までの負担を求め、その分所得が低い被用者保険の負担が軽減されることは積極的に検討されるべきである。すなわち、基礎年金の被用者保険の保険料負担と同様、被用者保険間の負担の按分方法を完全に総報酬割とすることとし、これにより所得が低い協会けんぽの支援金負担への国庫補助を節減していくべきであり、平成25年度予算編成でも、この方向性に沿った対応が求められる。

なお、完全総報酬割については、協会けんぽに対する国庫補助を所得の高い健保組合を中心に他の被用者保険全体の保険料負担で肩代わりする構図となるため、慎重な対応を求める意見があった。ただし、総報酬割は相当数の健保組合を含む所得の低い被用者保険に負担減をもたらすため、被用者保険全体で見れば、総報酬割導入により支援金負担率が軽減される加入者数が、支援金負担率が増大する加入者数を上回ることに留意する必要がある。

保険者への国庫補助の見直し

II. 各歳出分野における取組み

1. 社会保障

(2) 医療

② 当面の課題

ハ) 保険者への国庫補助の見直し

平成22年度予算編成においては、総報酬割の一部導入により支援金負担分への協会けんぽの国庫補助は節減された一方で、協会けんぽの給付等に対する国庫補助率が13.0%から16.4%(平成24年度まで)に引き上げられた。

しかし、既に述べたとおり、保険者への財政支援については、保険者機能の発揮の観点から慎重な対応が必要であり、低所得者や高齢者が集中している市町村国保への一定の財政支援は避けられないとしても、財政基盤の弱い保険者に限って重点的に講じることとし、とりわけ給付が増えれば財政支援も増えるというリンクは極力断ち切らなければならない。

単に協会けんぽへの国庫補助率を引き上げることは勿論のこと、ロ)の総報酬割により節減される協会けんぽの国庫補助分の財源を保険者に対する財政支援に再び充てることについては、保険者を公費負担による財政支援から脱却させていくというあるべき方向性とは相容れないものであることに留意する必要がある。

介護納付金の負担に対する総報酬割

Ⅱ. 各歳出分野における取組み

1. 社会保障

(3) 介護

② 当面の課題

ハ) 介護納付金の負担に対する総報酬割

介護納付金に係る被用者保険者間の負担について、その按分方法を総報酬割とすべきである。後期高齢者医療への支援金の被用者保険における負担方法について、平成22年度予算から既に総報酬割が一部導入されていることは先に述べたとおりであり、介護納付金についても、医療保険制度における動向と整合的に総報酬割の導入・拡大が図られるべきである。

参 考 資 料

平成25年2月28日

財政制度等審議会財政制度分科会

田近 栄治

土居 丈朗

社会保障の重点化・効率化のための 具体的方策

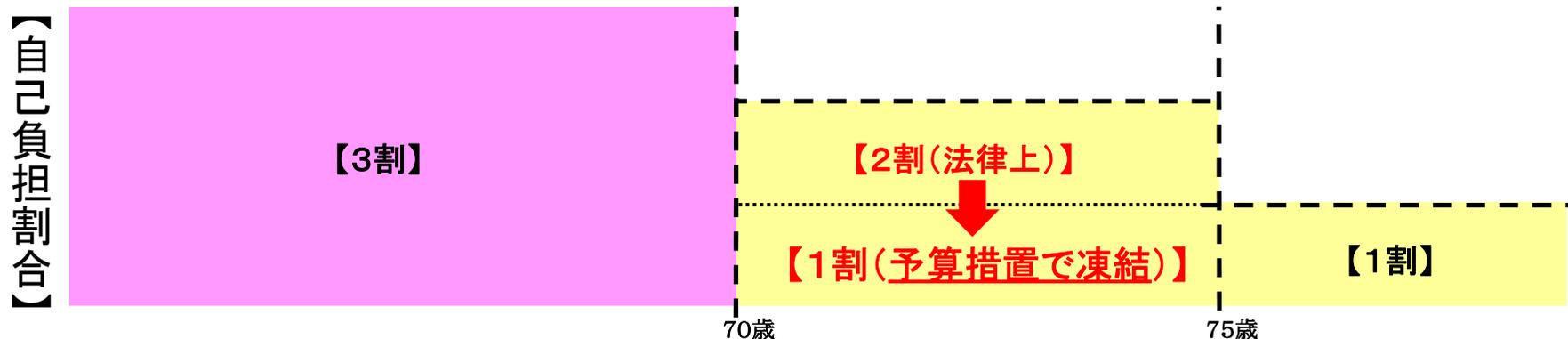
高齢者の窓口負担の軽減措置

70～74歳の患者負担については、現在、2割負担と法定されている中で、毎年度、約2千億円の予算措置により1割負担に凍結 **【24年度補正予算計上額 1,898億円】**

○日本経済再生に向けた緊急経済対策(平成25年1月11日閣議決定) 抜粋

70～74歳の医療費自己負担については、当面、1割負担を継続する措置を講じるが、本措置の在り方については、世代間の公平や高齢者に与える影響等について、低所得者対策等とあわせて引き続き検討し、早期に結論を得る。

【平成20年4月～】



注) 70歳以上の現役並み所得者(国保:課税所得145万円以上等)については3割負担となる

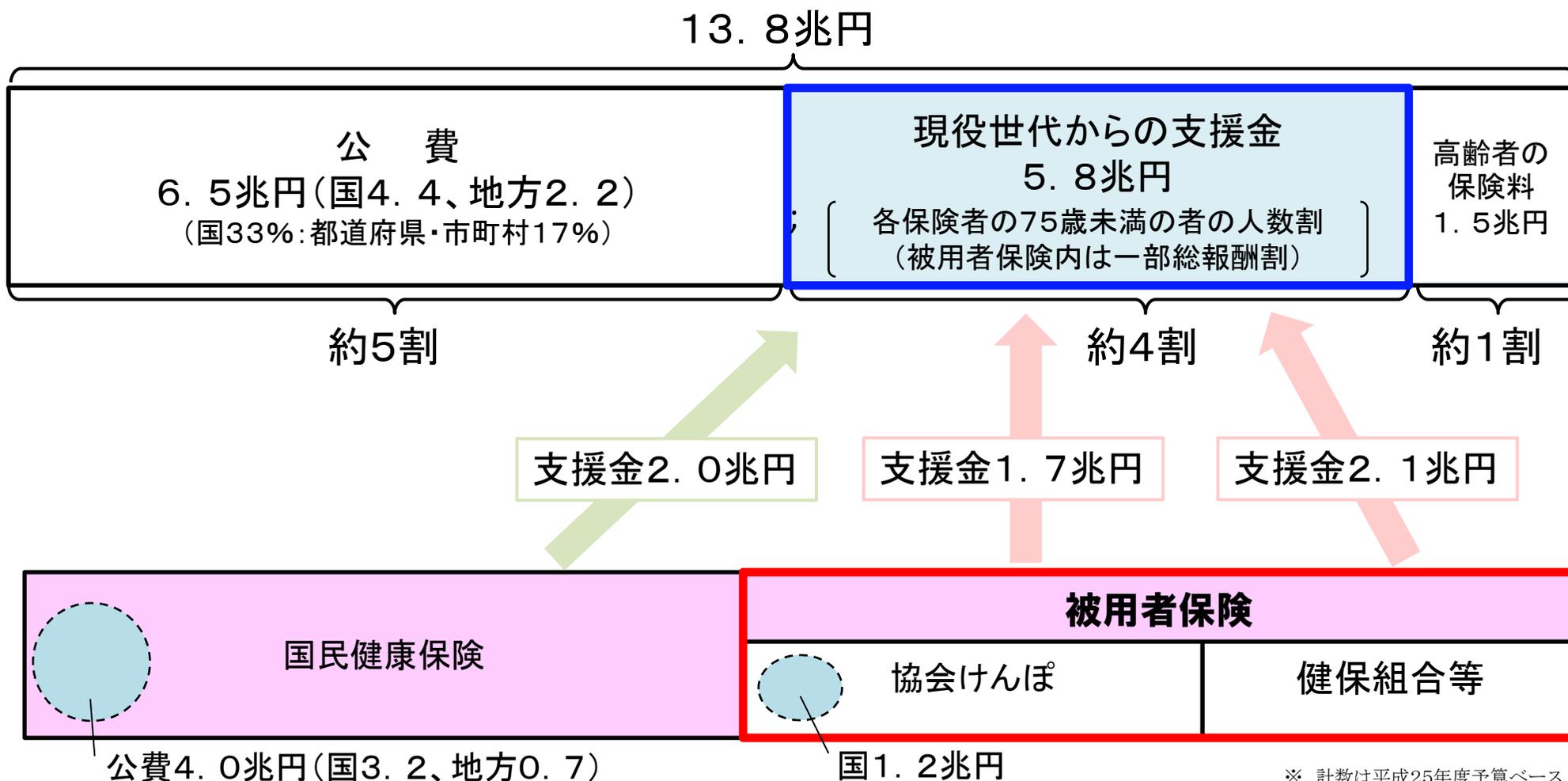
各年度の予算措置の状況

(単位:億円)

	19補正	20①補正	20②補正	21②補正	22補正	23④補正	24補正(案)	計
20年度分	1,224	163	464					1,850
21年度分		1,419	433	66				1,917
22年度分				2,009	0.3			2,010
23年度分					2,051			2,051
24年度分						1,865		1,865
25年度分							1,898	1,898
計	1,224	1,582	896	2,075	2,051	1,865	1,898	11,592

後期高齢者医療制度について

- 後期高齢者医療制度の財源は、加入者である75歳以上の方々が、それまでは被用者保険か国民健康保険に加入していたこと等を踏まえ、給付費の40%を被用者保険と国民健康保険からの支援金で賄っている。
- 各保険者が支払う支援金は、原則として、各保険者の加入者に応じたもの(人数割)となっているが、「健保組合」と「協会けんぽ」の間では、支援金の1/3について各保険者の加入者の報酬に応じたもの(総報酬割)となっている。



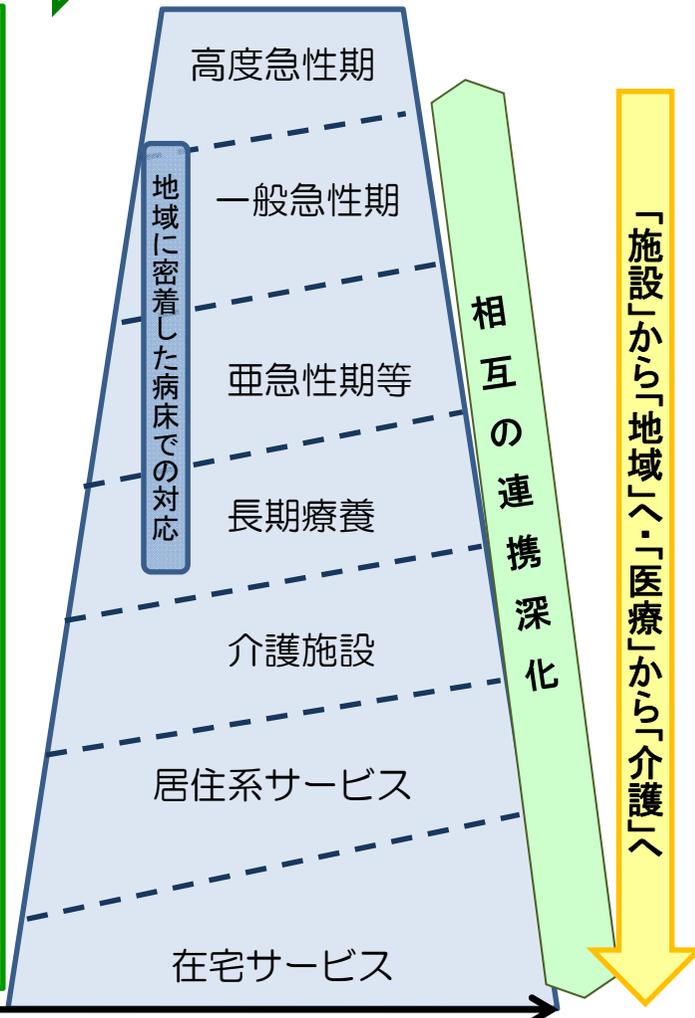
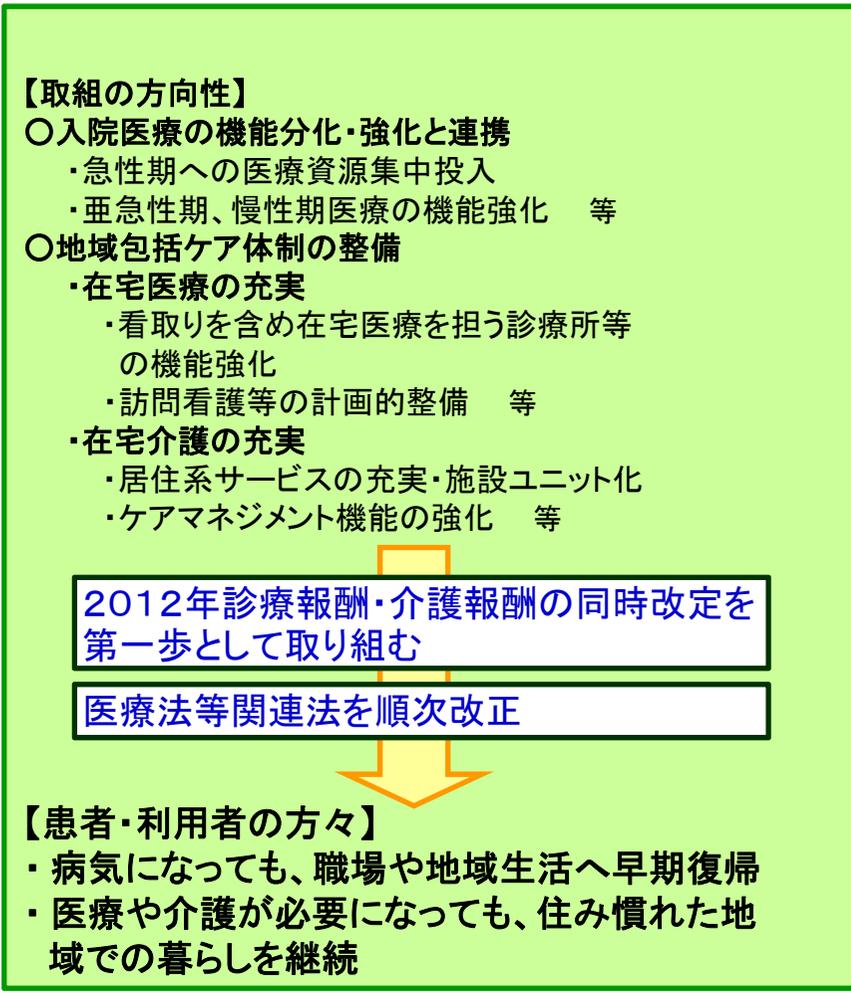
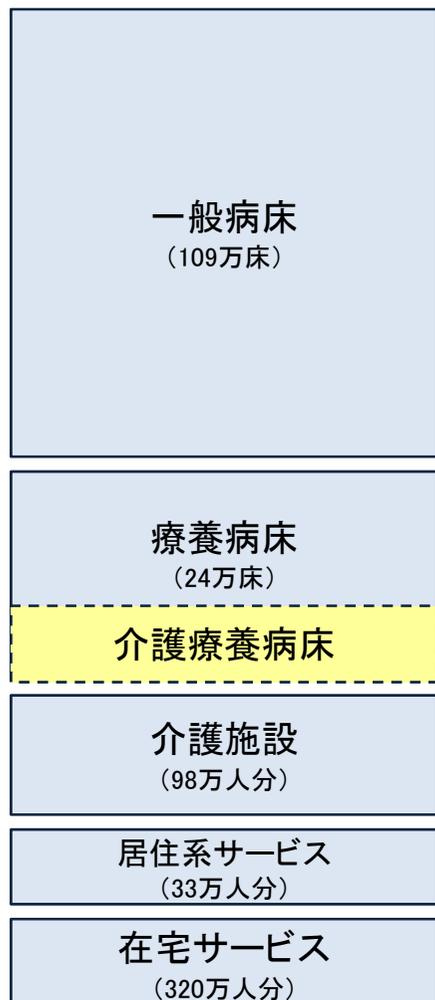
社会保障・税一体改革で計画されている医療・介護機能再編(将来像)

社会保障・税一体改革では、2025年に向けて患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築することが計画されている。

厚労省資料

【2012(H24)年】

【2025(H37)年】



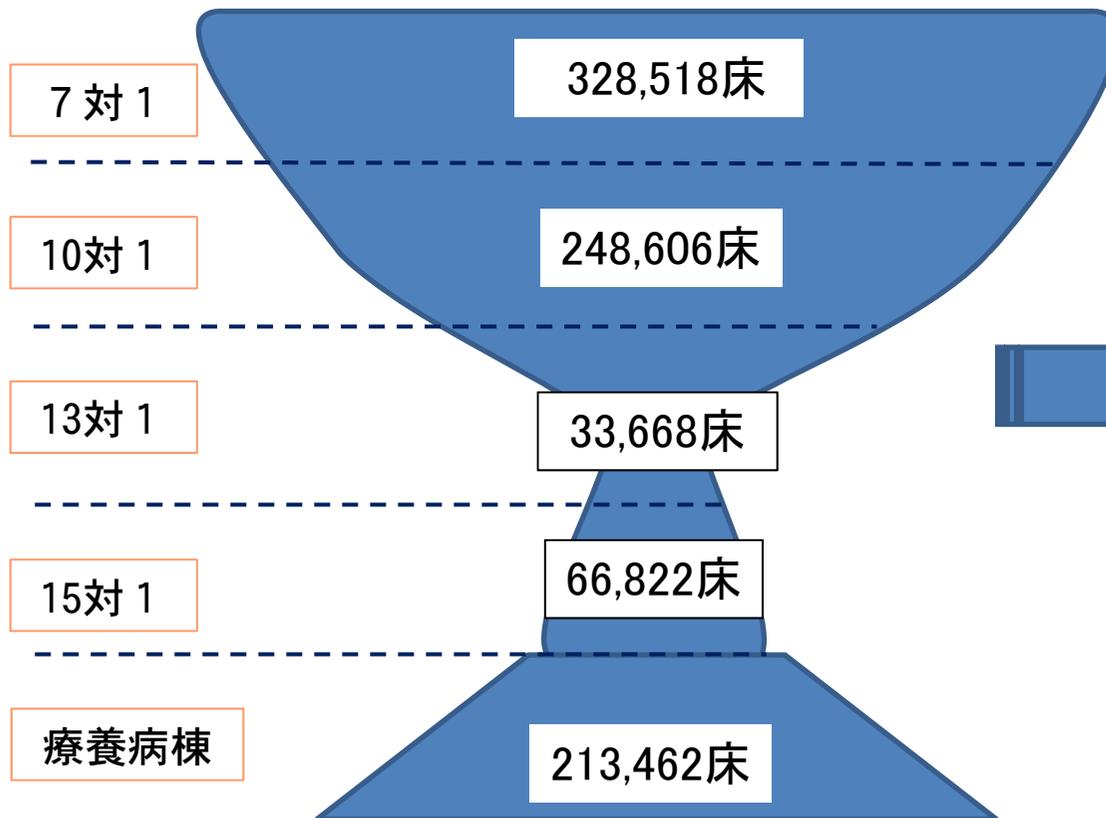
医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

現在の一般病棟入院基本料等の病床数

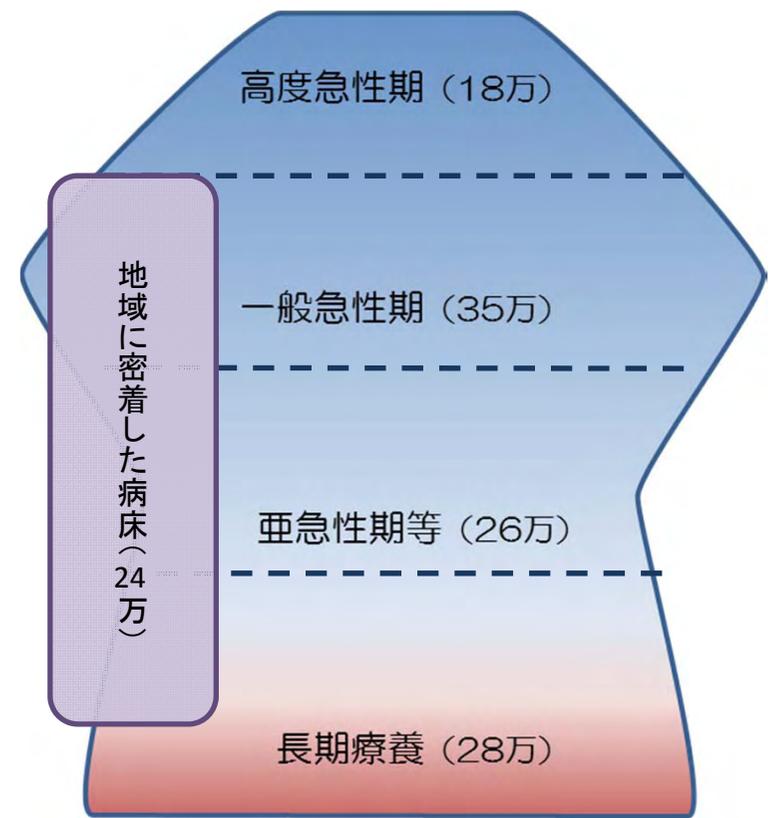
届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けて医療機能を再編する必要。

平成23年11月25日 中央社会保険医療協議会総会 厚労省提出資料

<2010(H22)年の病床数>



<2025(H37)年のイメージ>



(注)上記イメージは、医療の効率化のうち平均在院日数の減少等(▲4,400億円)の前提となるもの

外来受診回数の各国比較（2009年）

日本の一人当たり年間外来受診回数は主要国の1.5～3倍程度

日	本	:	13.1	回	(⇒OECD加盟国で最多)			
ド	イ	ツ	:	8.4	回			
フ	ラ	ン	ス	:	6.7	回		
イ	ギ	リ	ス	:	5.0	回		
ア	メ	リ	カ	:	3.9	回		
ス	ウ	ェ	ー	デ	ン	:	2.9	回

(出典) OECD「Health data 2012」
※アメリカは2008年の値。

後発医薬品の使用促進

- 先発品と後発品では成分が同じでも1.5～3.5倍の価格差がある。
- 我が国の後発医薬品の使用割合は、諸外国に比して極めて低い。
- 後発品の使用が促進されれば、医療の質を維持しつつ、患者負担や国民負担の軽減が可能となる。

<先発品と後発品で薬価の差が大きい例>

・・・高脂血症用剤(5mg 1錠)

先発品: 薬品 A 59.30円 (100)

後発品: 薬品 B 35.40円 (60)

薬品 C 27.30円 (46)

薬品 D 15.60円 (26)

<先発品と後発品で薬価の差が小さい例>

・・・X線造影剤(50ml 1瓶)

先発品: 薬品 E 5,335円 (100)

後発品: 薬品 F 3,985円 (75)

薬品 G 3,651円 (68)

薬品 H 3,239円 (61)

国名	ジェネリック医薬品シェア(単位:%) (2011年度)	
	数量	金額
日本	22.8	8.8
アメリカ	72	14
イギリス	65	26
ドイツ	63	24
フランス	23	12

(出典) 日本:厚生労働省 2011年9月 薬価調査

アメリカ、イギリス、ドイツ: IMS Health, MIDAS, Market Segmentation, RX only, Dec MAT 2009

フランス:フランス政府・医療用品経済委員会(CEPS)報告

(注) 諸外国の数値については、出典及び定義に差異があるため、単純に比較できないことに留意が必要。

後発品のある先発品が全て後発品に置き換わった場合の医療費への影響額

⇒ **医療費総額 ▲15,300億円 (国費 ▲4,000億円)**

※厚生労働省 2011年9月 薬価調査を基に、平成22年度国民医療費より推計

諸外国における薬剤費負担

【先発品・後発品の取扱い】

- フランスでは、**一部の医薬品(外来)の償還額は後発医薬品を基に設定され、それを上回る部分については患者負担**(2004年～)。
- ドイツでは、**外来薬剤費の1割を患者が負担**することとなっているが、これに加え、**薬剤費が参照価格を超過する分についても患者が負担**。

(参考)スペインでは、医薬品はその主成分又は一般名での処方とし、薬局では最も安い医薬品(後発品)を提供することを義務付けている他、ギリシャ、イタリア、ポルトガル、アイルランドにおいても、医療支出抑制策の一環として、ジェネリック医薬品の使用促進に取り組んでいる。

【薬剤費の負担割合】

- フランスでは、**薬剤(外来)の内容によって負担割合を変更**。
 - ・ 代替性のない重要薬 : 0%
 - ・ ほとんどの治療薬 : 35%
 - ・ 胃薬など、軽治療薬 : 70%
 - ・ 再評価で有効性が乏しいとされたもの : 85%
 - ・ ビタミン剤等 : 100%

市販品類似薬の具体例

- 価格だけを比較すれば、市販品の方が安くなっており、医療用医薬品の3割～6割の価格となっている。
- しかし、医療保険適用となった場合、7割は保険で賄われるため、市販品の価格より少ない負担で購入することが可能な医薬品もある。(下表①、③)
- 平成24年度からは、①ビタミン剤について、栄養補給目的での使用は保険上の算定から除外。

市販品と医療用医薬品の比較					
区分	市販品		医療用医薬品		
	名称	価格	名称	価格	3割負担
① ビタミン剤	A	1,575円	AA	2,840円	852円
② うがい薬	B	609円	BB	2,340円	702円
③ 湿布	C	924円	CC	2,240円	672円

※1 各区分における市販品と医療用医薬品は、いずれも同一の有効成分を含んでいる。

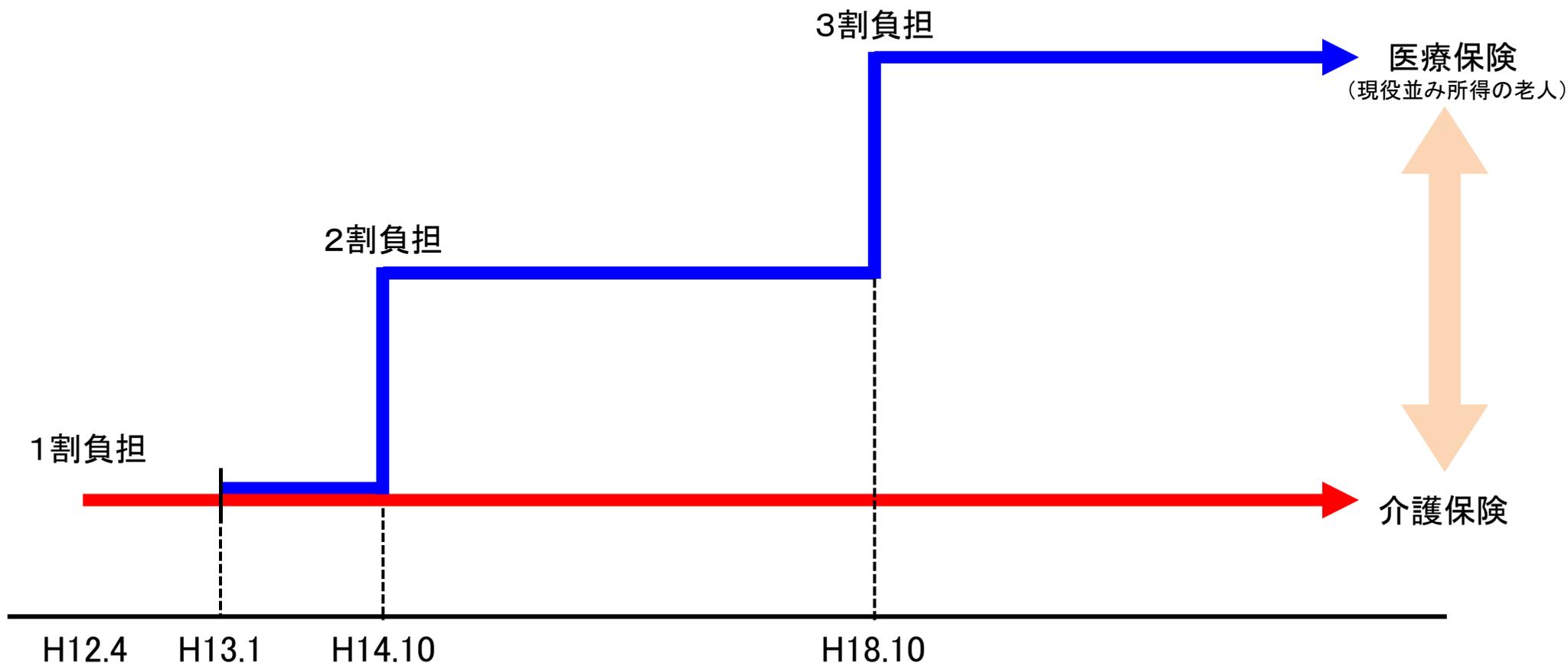
※2 市販品の価格は、メーカー希望小売価格。

※3 医療用医薬品の価格については市販品と同じ数量について、病院・診療所で処方箋を発行してもらい、一般的な調剤薬局で購入した場合の価格であり、再診料、処方料、調剤料等が含まれるため、調剤薬局の施設基準等により異なる場合がある。

※4 医師に処方された医療用医薬品については、医療保険の適用となり、7割が保険で賄われるため、患者負担は3割となる。ただし、患者負担割合は年齢によって一部負担割合が異なる。

医療と介護の自己負担割合の推移

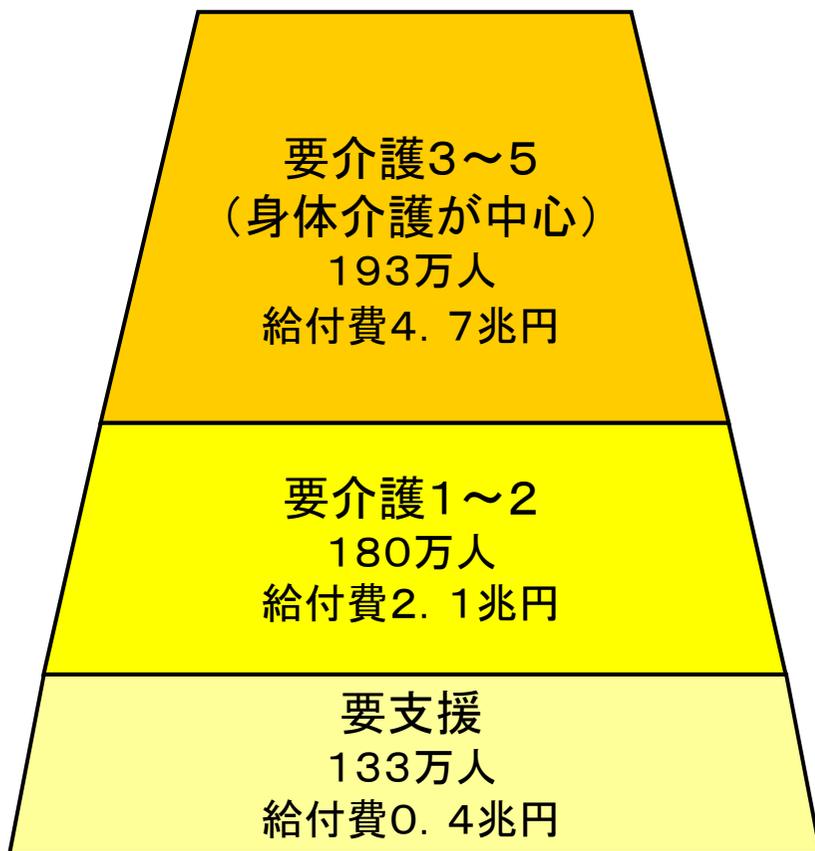
医療保険は、順次、自己負担割合を引き上げ。しかしながら、介護保険の自己負担割合は1割のまま推移（引上げなし）。



(参考1) 医療保険(老人)のH13.1以前は、定額制
(参考2) 医療保険の現役並み所得者: 年収383万円(単身)
(参考3) 介護保険の現役並み所得者: 年収310万円

軽度者介護について①

- 現在の介護保険制度では、日常生活上の基本動作をほぼ自分で行うことが可能な者であっても、何らかの支援が必要とされれば、概ね保険給付の対象(要支援)と認定される。
- 要支援者に対するサービス提供の実態を見ると、訪問介護については、生活援助サービスが大半を占め、中でも掃除がその半分以上を占めている。

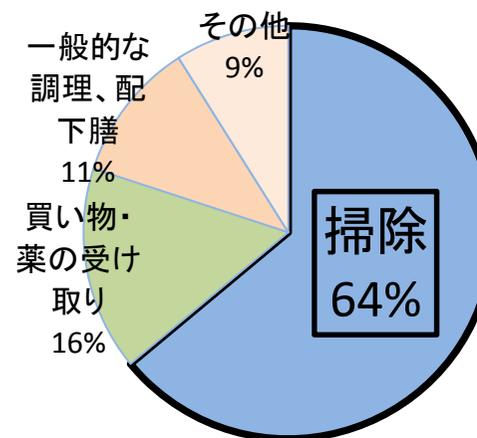


※ 自治体レベルでも、給付は重度者にシフトし、軽度者への給付は効率化すべきとの意見が見られる。
(財政制度等審議会ヒアリング・石川良一稲城市長、平成20年4月)

(注) 給付費は、高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費を含まない。(平成22年度 介護保険事業状況報告年報)

区分	状態(おおよその目安)
要支援1	日常生活上の基本的動作については、ほぼ自分で行うことが可能だが、何らかの支援を要する状態。(立ち上がり等)
要支援2	日常生活上の基本的動作について、ほぼ自分で行うことが可能だが、要支援1よりは支援を要する状態。(起き上がり等)
要介護1	要支援状態から、手段的日常生活動作を行う能力が低下し、部分的な介護が必要となる状態(起き上がり等)
要介護2	要介護1の状態に加え、日常生活動作についても部分的な介護が必要となる状態(簡単な調理等)

「掃除」がサービスの半分以上を占める



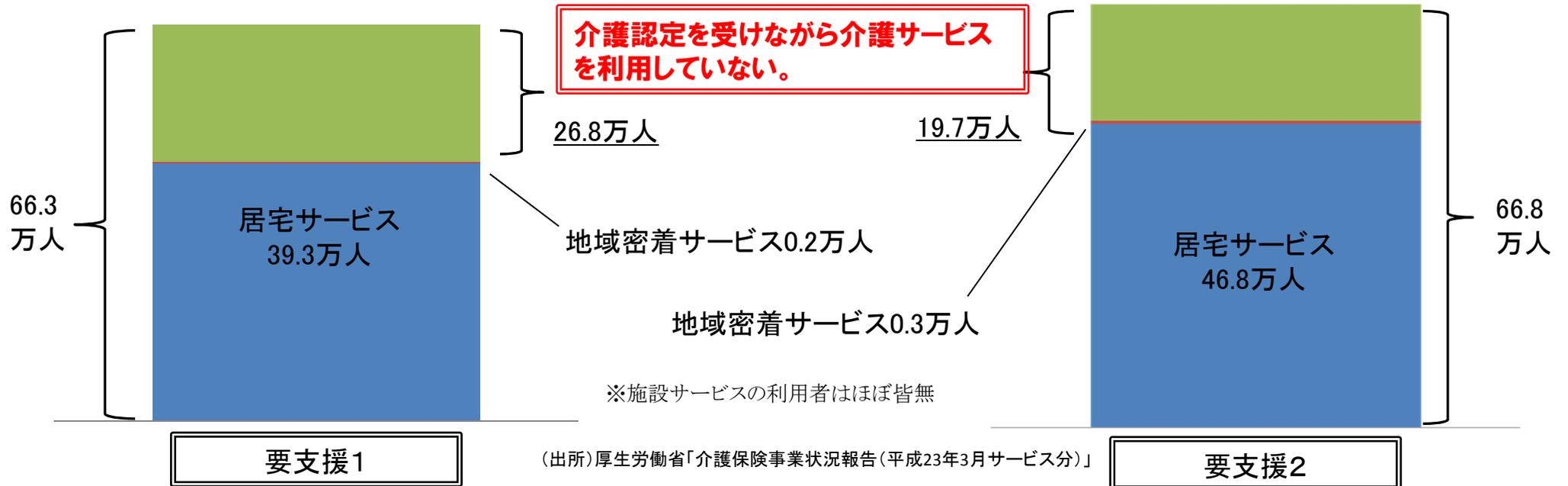
生活援助サービスの内容

(注) 平成22年度 予算執行調査のデータより作成。

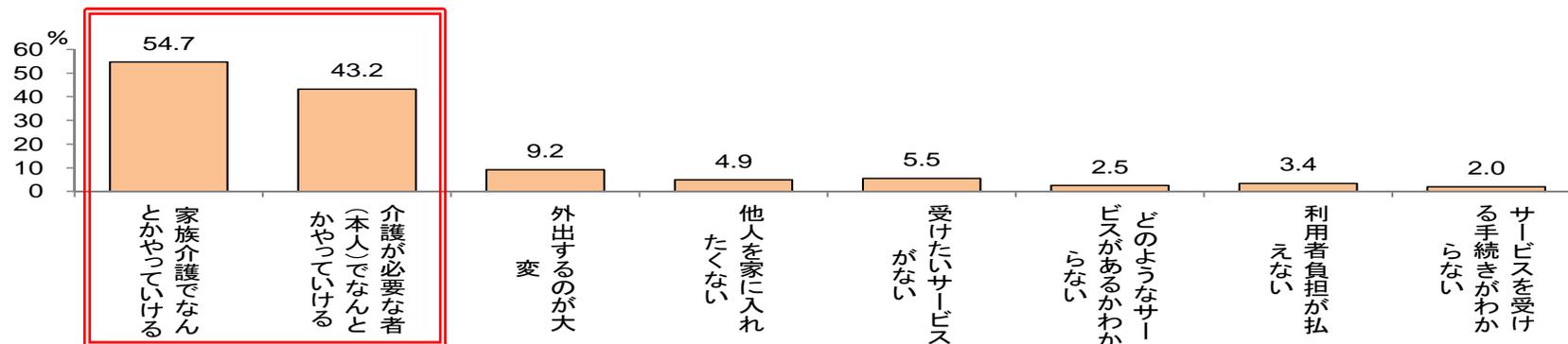
軽度者介護について②

要支援の認定を受けても、家族や本人でなんとかやっていると、介護サービスを利用しない者も相当割合存在

◎要支援1、2レベルの被保険者の介護サービス利用状況



◎訪問系・通所系・短期入所サービス等を利用していない者の利用しなかった理由の割合(複数回答)



保険給付額の比較（日、独、韓）

ドイツや韓国では、介護保険の対象を我が国でいう要介護3に相当する者以上に限定。

要介護度	日本		ドイツ(要介護Ⅰ～Ⅲ)		韓国(3等級～1等級)	
	在宅介護	施設介護	在宅介護	施設介護	在宅介護	施設介護
要支援1	49,700円	-	-	-	-	-
要支援2	104,000円	-	-	-	-	-
要介護1	165,800円	197,700円	-	-	-	-
要介護2	194,800円	218,700円	-	-	-	-
要介護3	267,500円	240,600円	450 (49,500円)	1,023 (112,530円)	878,900 (68,660円)	1,304,400 (101,900円)
要介護4	306,000円	261,600円	1,100 (121,000円)	1,279 (140,690円)	1,003,700 (78,409円)	1,417,800 (110,759円)
要介護5	358,300円	282,300円	1,550 (170,500円)	1,550 (170,500円)	1,140,600 (89,104円)	1,530,600 (119,571円)

※ドイツの数値の単位はユーロ、韓国の数値の単位はウォン。

※日本及び韓国では、表中の額の一定割合が利用者負担となる。なお、利用できるサービスの種類は各国で異なることに注意。

※在宅介護の数値は、月額給付上限額を示す。

※日本の施設介護の数値は、特別養護老人ホーム(ユニット型個室)の場合であり、1日当たりの基本報酬(1単位10円と設定)を30倍して月額を算出している。

※ドイツの数値は、要介護度Ⅰから要介護度Ⅲまでの数値を便宜的に日本の要介護3から要介護5の段階にあてはめている。なお、要介護度Ⅲについては、「特に過酷なケース」では、在宅介護、施設介護ともに給付額の上限が1,918ユーロ(210,980円)となる。また、重度の認知症患者や精神障害者等については、要介護認定の基準とは別の基準に基づき、最大425ユーロ(46,750円)の追加的な給付が支給される。更に、在宅介護の場合は現金給付を選択することができ、要介護度Ⅰで235ユーロ(25,850円)、要介護度Ⅱで440ユーロ(48,400円)、要介護度Ⅲで700ユーロ(77,000円)を受け取ることができる。数値は2013年1月1日時点、日本円換算は1ユーロ110円として計算。

※韓国の数値は、1等級から3等級までの数値を便宜的に日本の要介護3から要介護5の段階にあてはめている。施設介護の数値は、専門療養施設の場合であり、1日当たりの金額を30倍して月額を算出している。なお、山・漁村地域の居住者である場合や、要介護者が精神障害・伝染病などで家族が介護する場合は「家族介護費」として、等級に関わらず月150,000ウォン(11,718円)が支給される。数値は2013年1月1日時点、日本円換算は100ウォンを7.812円(0.093米ドル)として計算。

利用者一人当たりコスト(介護)

利用者1人あたりの介護サービスコストを見ると、特養ホーム等の施設サービスのコストは在宅サービスのコストに比べ、約2.4倍高くなっている。

※ 平成24年8月分審査分では、施設(特養等):29万7千円 ⇔ 在宅(居宅):12万4千円 (1カ月)

サービスごとの1人当たり給付費(1カ月)



要介護度別の施設サービス利用者数

施設サービスの利用者の中には要介護2以下の相対的に要介護度の低い者も相当数含まれている。

施設サービス受給者数(年度累計※)

(単位:千人)

区分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
総数	0.02	0.04	516	1,174	2,155	3,036	3,224	10,106
割合	(0.0%)	(0.0%)	(5.1%)	(11.6%)	(21.3%)	(30.0%)	(31.9%)	(100.0%)

いわゆる軽度者が施設利用者
のうち17%を占める。

※ 平成22年度の累計値。
(資料)厚生労働省「介護保険事業状況報告」

特別養護老人ホームの経営状況について

特別養護老人ホームなどの施設においては、収支状況が大幅に改善するとともに、内部留保も積み上がり。

①収支

- 特別養護老人ホームの収支は**大幅に改善**。平均的な特養(定員約70人)では、収支差 月+247万円(年間+約3,000万円)

	平成20年	平成23年	収支差の増
特養	3.4%	9.3%	+5.9%

(平成23年 介護事業経営実態調査結果(厚労省))

②内部留保

平成22年度末 特別養護老人ホームの貸借対照表(1施設当たり平均値)(厚労省公表)

[内部留保]	金額
次期繰越活動収支差額	2億4,202万円
その他の積立金	6,581万円
(内部留保額 合計)	(3億782万円)

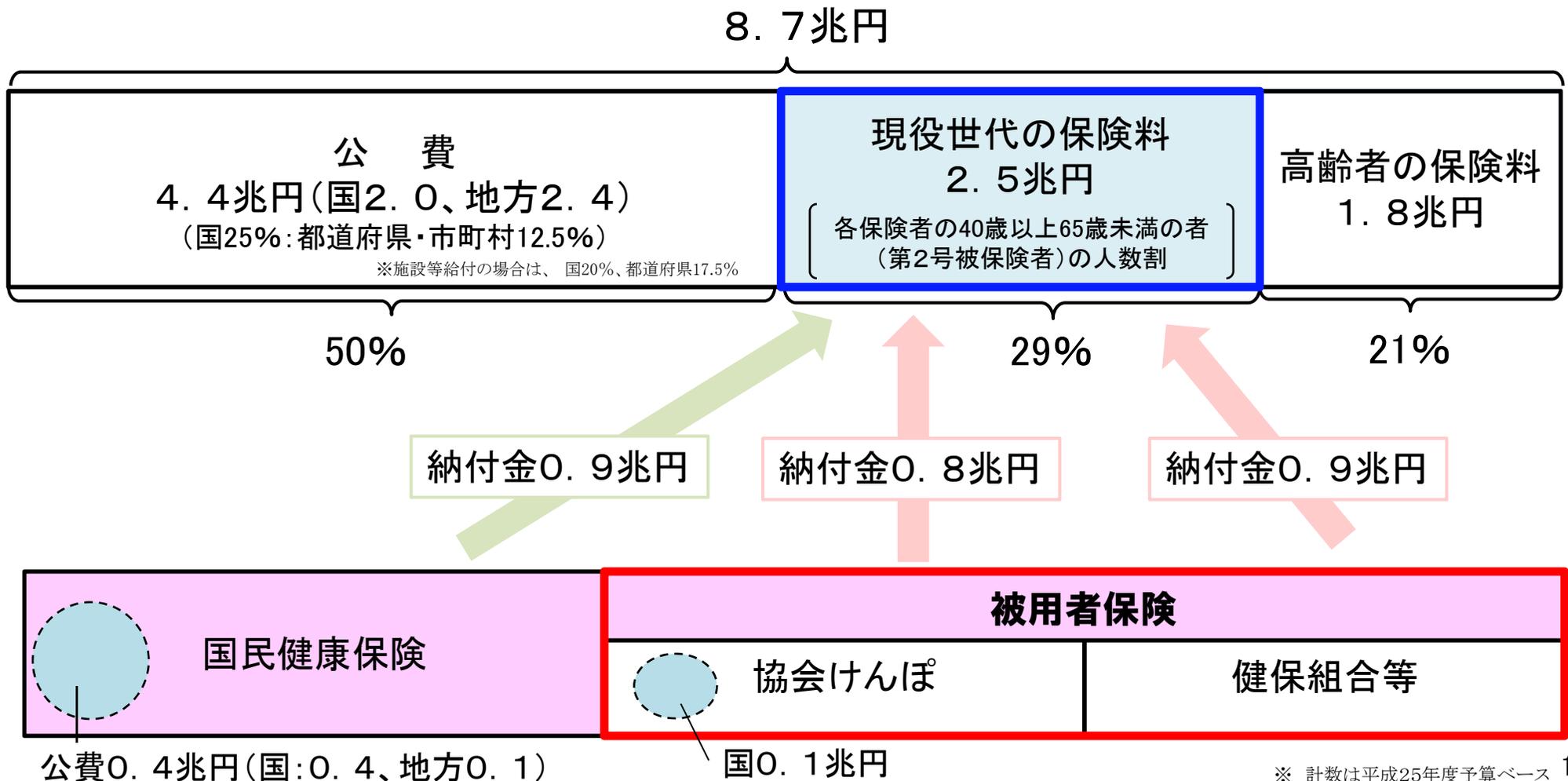
全国の特養ホーム施設数 6,126 (H21.10)



全体の内部留保額:約2兆円

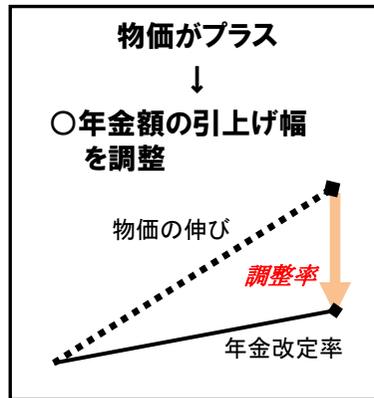
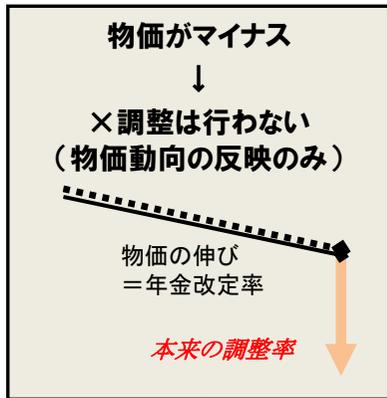
介護納付金の仕組み

- 第2号被保険者(40~64歳)の保険料は、各医療保険者が徴収。
- 第2号被保険者の一人当たり負担額は、介護給付費の第2号被保険者負担分を、第2号被保険者の総数で頭割りしたものであり、どの医療保険に属していても同じ額。



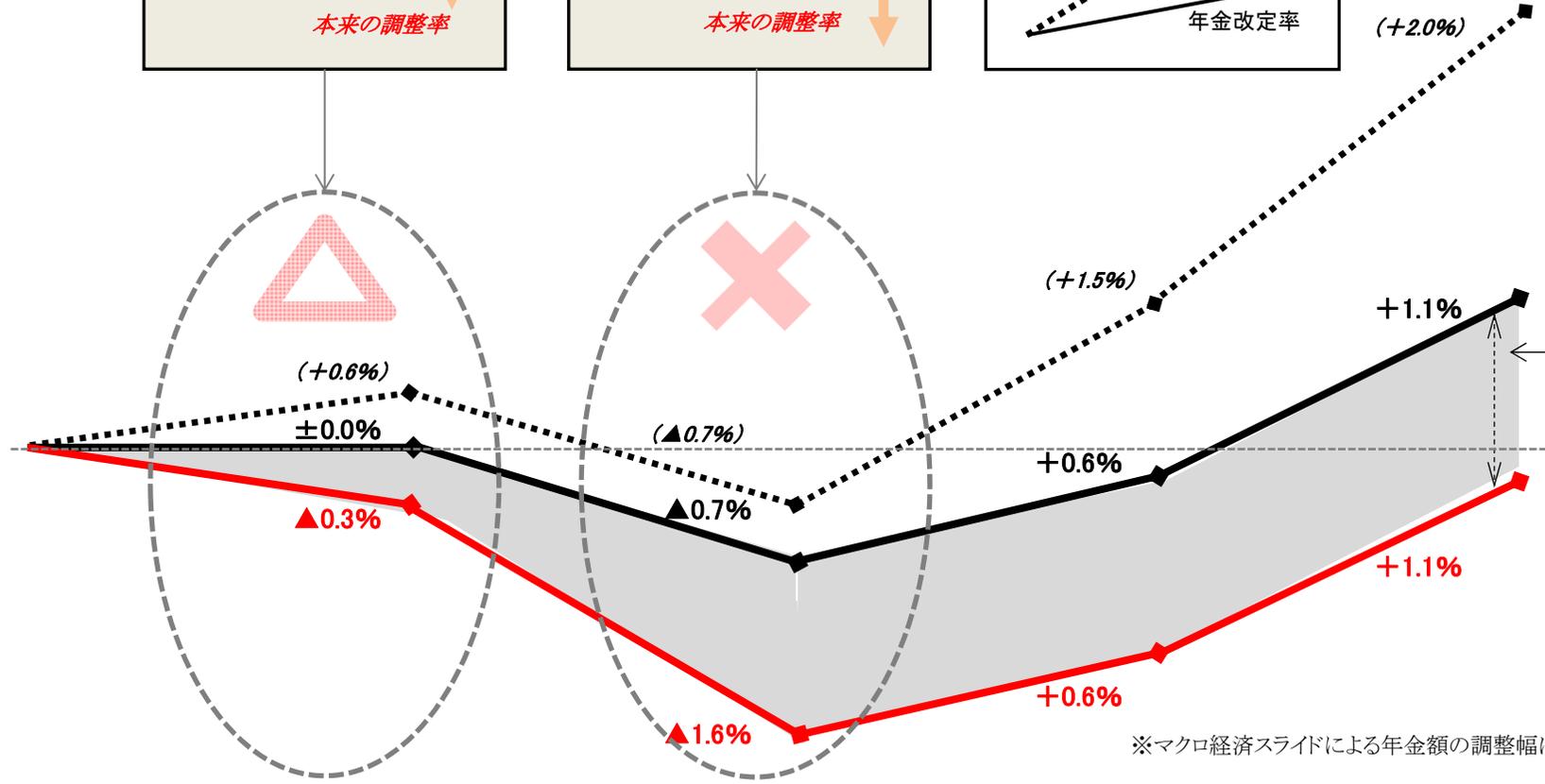
マクロ経済スライド(名目下限ルール)について

現行ルールでは、いわゆる「名目下限ルール」により、物価等が下落する場合や物価上昇幅が小さい場合にはマクロ経済スライドによる年金額の調整は十分に機能しない。



物価動向(イメージ)

年金額の水準



現行ルール

現行ルールでは、物価動向次第で年金額の調整が不十分となる

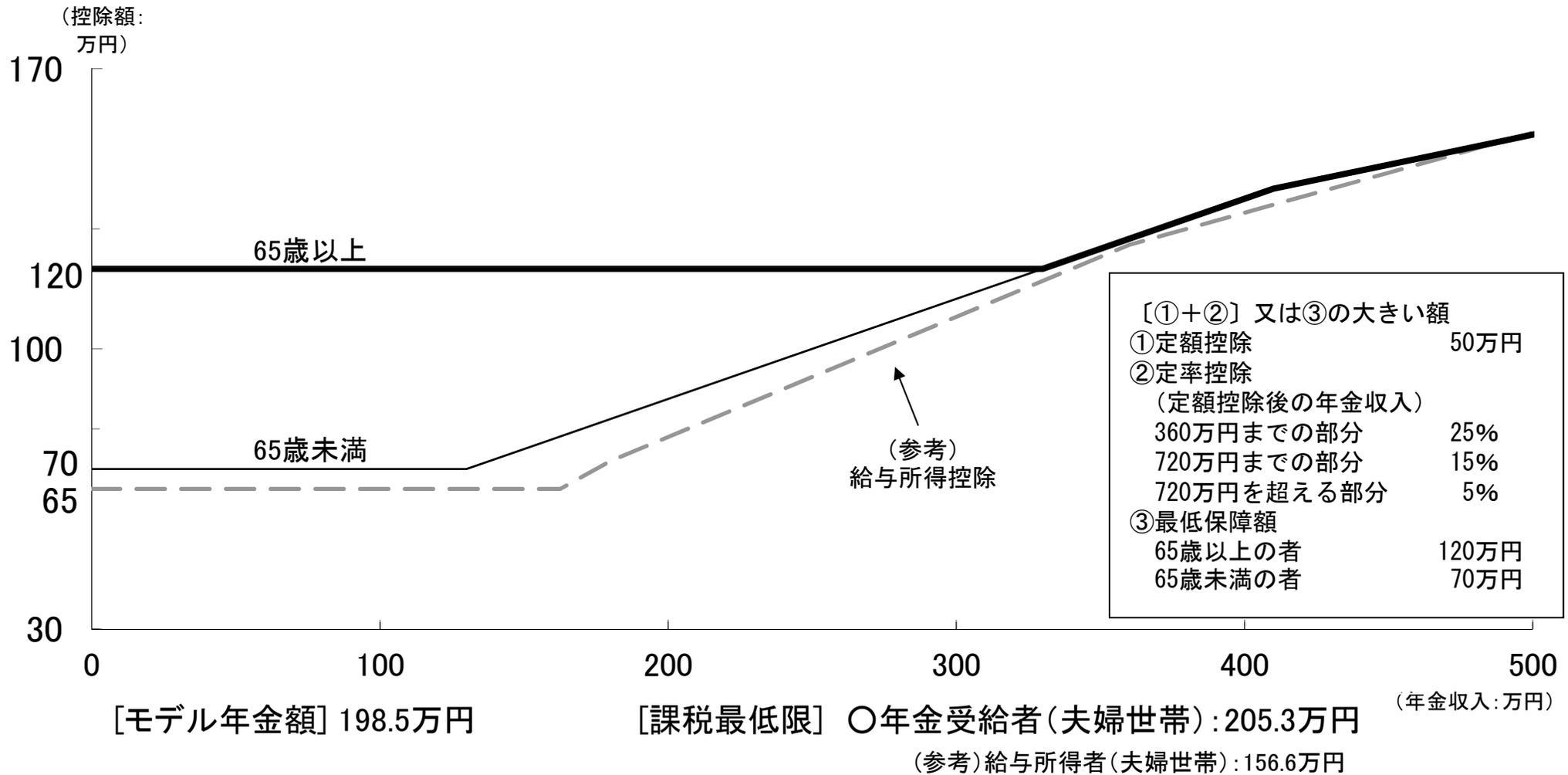
年金額を必ず調整
(長期的な給付と負担のバランスを確保するための前提)

※マクロ経済スライドによる年金額の調整幅は、0.9%程度と想定

公的年金等控除制度について

公的年金等に適用される公的年金等控除については、高所得者ほど恩恵が厚くなっている。

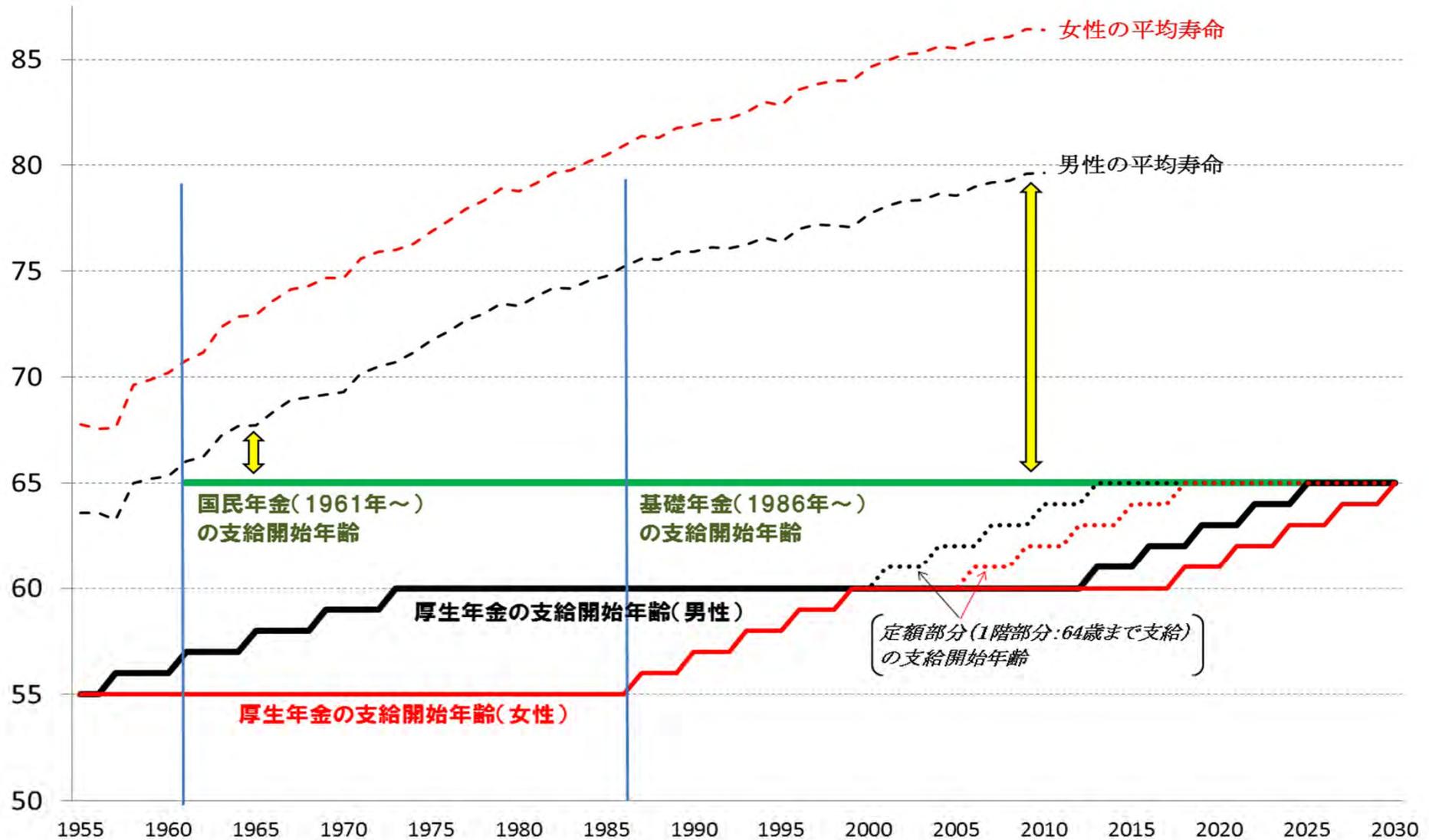
※ 給与所得控除については、平成24年度税制改正により、控除上限（245万円）を導入。上限の対象となるのは、50万人強。



(注) 1.モデル年金額は、平均的な賃金で40年加入の場合のサラリーマンの受け取る年金額(23年度物価スライド実施後)である。
 2.年金受給者の課税最低限は、本人は65歳以上の者、配偶者は70歳未満の者で構成する夫婦世帯のものである。
 3.課税最低限の算出においては、一定のモデル式による社会保険料が控除されるものとしている。

年金の支給開始年齢について

- 国民皆年金を実現した昭和36(1961)年当時は、国民年金の支給開始年齢(65歳)は、男性の平均寿命に近い水準。
- 平均寿命が伸長する中で、厚生年金については65歳までの支給開始年齢引上げスケジュールが決定している一方で、基礎年金の支給開始年齢は、65歳のまま。



平成25年度予算編成に向けた考え方 (概要)

平成25年1月21日
財政制度等審議会

はじめに

日本経済はバブル崩壊後、長い低迷期(失われた10年→20年)を迎え、デフレが継続。

社会保障給付費や国債費は増加の一途を辿るなど、財政状況は年々危機の度合いを強めている。

限られた財源の中で賢い歳出のあり方をより具体的に検討し、粘り強く多くの国民に説明する必要。

こうした認識のもと、「平成25年度予算編成に向けた考え方」をとりまとめ

財政再建に向けて経済成長は、必要条件ではあるが、十分条件ではない。

現実から目を逸らさずに、責任ある議論を行い具体的な結論を積み重ねていく必要。

過去の財政健全化の取組みが十分に成功していないのは、国民的議論が不足していたからではないか。

I. 財政運営のあり方

1. 財政健全化の必要性

(1) 我が国の財政の現状

・拡大する財政赤字

バブル経済崩壊以降、一般会計予算の姿は大きく変容

- 平成2年度 歳出:69.3兆円 歳入:60.1兆円
- 平成24年度 歳出:90.3兆円 歳入:42.3兆円

・累増する公債残高

債務残高は国際的にも歴史的にも最悪の水準

- 一般政府債務残高対GDP比・・・214%
- (出典) OECD “Economic Outlook 92”

・硬直化する歳出構造

社会保障支出、国債費の増加により、予算が硬直化し、政策の自由度がますます減少する懸念

- 平成24年度予算を平成2年度決算と比較すると
- ・社会保障関係費:2.3倍
- ・社会保障関係費以外の基礎的財政収支対象経費:0.97倍

(2) 市場からの信認

○ 財政運営に対する市場の信認が失われ、国債金利が上昇(国債価格が下落)すれば、

- ① 利払費の増加を通じた財政状況の更なる悪化 ⇒ 極端な政策対応が必要となる(GIIPS諸国の例)
- ② 国内のあらゆる主体の資金調達コスト押上げ ⇒ 企業、家計や、中長期的な経済成長に悪影響
- ③ 金融機関のバランスシートを毀損 ⇒ 自己資本比率を保つため、貸出を減少

デフレ脱却や強い経済を目指す観点から、財政健全化と車の両輪となる成長を実現するための必要な分野への予算の重点配分を行いつつ、近年の欧州経済をとりまく状況を対岸の火事とは決して思わずに、市場からの信認を維持するため、国債をめぐる状況が安定している今のうちに着実に財政健全化に取り組むべき。

I. 財政運営のあり方

2. 財政健全化に向けた基本的考え方

(1) 財政健全化目標と国際公約

○現行の**財政健全化目標**(注)は、我が国の財政運営に関する**国際公約**であり、**財政に対する国際的な信認の重要な礎**。

(注)2021年度以降において、国・地方の公債等残高の対GDP比を安定的に低下させるべく、**国・地方の基礎的財政収支**について、

- ①遅くとも2015年度までにその赤字の対GDP比を2010年度の水準から半減、
- ②遅くとも2020年度までに黒字化。

○**必要な分野への重点配分**はしっかりと行いつつ、**財政健全化目標の達成**に向けて、毎年度の予算編成を行っていく必要。

(2) 社会保障・税一体改革関連法の成立とその後の取組み

○昨年8月、社会保障・税一体改革関連法が民主・自民・公明の三党合意に基づき成立。当審議会としては、**法案成立の意義を高く評価**。

○消費税率の引上げに対して**納得を得続けるような取組み**が、**財政運営の姿勢として不可欠**。

○2020年度の国・地方の基礎的財政収支黒字化目標達成のためには**更なる収支改善が必要**。国民からの信頼を維持すべく、**歳出の効率化**に臨む必要。

(3) 特例公債法の成立経緯と今後の課題

○今年度、特例公債法の成立が大幅に遅れ、執行抑制に至ったが、今年度と同様の事態を繰り返し、国民生活や経済活動への無用の混乱を生じさせることがあってはならず、**特例公債の発行多年度化は、必要かつ適切な対応**。

○一方、今回特例公債法の取扱いが変更されたことで、財政規律が緩んではならず、財政健全化目標はもちろん、特例公債法に新たに定められた**特例公債発行額の抑制努力義務**も踏まえ、財政規律を堅持する必要。

(4) 緊急経済対策と中長期の財政運営

○今回の緊急経済対策は、**機動的な経済財政運営により景気の底割れの回避を目指すもの**。財政が厳しい中での**異例の大規模な財政出動**である以上、**その効果は厳しく問われるべき**。

○他方で、**財政の持続可能性の維持が必要**。当面は機動的な財政運営を行いつつも、中長期的に財政健全化の取組みを継続し、**財政再建への道筋を明確化しなければならない**。

○平成25年度予算については、いわゆる「15ヶ月予算」の考え方のもと、平成24年度補正予算と一体として、**最大限の無駄の縮減、大胆な重点化・効率化を進めるべき**。

Ⅱ. 各歳出分野における取組

1. 社会保障

[現状]

- 我が国の社会保障制度の特徴は、社会保険方式を採りながらも、公費負担への依存が増している点。しかも、本来税財源により賄われるべき公費負担の財源について、特例公債を通じた将来世代への負担の先送りが続けられてきたことで、社会保障が我が国財政に大きな負荷をもたらしている(公費負担への安易な依存というわが国財政の「共有地の悲劇」の顕著な表れ)。
- 社会保障・税一体改革が実現しても、社会保障給付費の公費負担に対し、消費税収はなお巨額の不足。

[公費負担のあり方を巡る課題]

- 社会保障・税一体改革における公費負担の追加については、仮に、減税や歳出措置による影響を含め、今後財政事情が悪化し、財政健全化目標との両立が見通せない事態が生じれば、規模を見直さざるを得ない。また、政策効果が曖昧なまま公費投入が行われることはあってはならない。
- 更なる消費税率引上げは不可避であるが、社会保障の公費負担の増加と国民の税負担の増加の「たちごっこ」に陥らぬよう、最終的には公費負担の伸びが経済の伸びと大きく乖離しないような経済・財政との調和が図られた制度設計を行うことを含め公費負担の抑制が不可欠。そのためには、給付の重点化・効率化への不断の取組みが必要。
- 公費負担への安易な依存を厳に慎む観点からは、年金・医療・介護について、保険給付の財源は社会保険料で賄うことを原則とし、公費負担はあくまで補完的・限定的な分野に対し、目的を明確化しつつ、効率的・効果的に投入すべき。

保険給付が増えれば公費負担も自動的に増える構造を助長させないためにも、①現役世代の社会保険料負担の増嵩は、あくまで給付の効率化・重点化をはじめとする給付構造の改革によって対応すべき問題であり、公費負担割合の引上げの議論は避けるべき。②公費を投入せざるを得ない場合には、保険者機能の発揮の観点から、保険者への財政支援ではなく、低所得の被保険者への直接的な保険料軽減措置に充てるべき。

[各分野別の課題]

- 医療については、高齢者の自己負担割合の見直し、高齢者支援金の負担に対する完全な総報酬割など負担の公平化、所得の高い国保組合に対する定率補助の廃止その他の保険者への国庫補助の見直しが必要。社会保障・税一体改革で予定する医療(介護を含む)サービス提供体制の改革には実効ある規制的手法が不可欠であり、改革の実現の見込みが不確実なまま診療報酬の増額改定をはじめとする公費の追加だけが行われることはあり得ない。外来受診の適正化、後発医薬品のこれまで以上の使用促進など給付の重点化・効率化に取り組む必要。
- 介護については、利用者負担割合の見直しや、軽度者に対する介護サービスの保険給付の対象からの除外・介護施設の重点化・処遇改善のための内部留保等の活用・地域支援事業の見直しなど給付の重点化・効率化、介護納付金に対する総報酬割の導入が必要。
- 年金については、物価動向にかかわらずマクロ経済スライドが機能する仕組み、高所得者に対する年金給付の見直し、支給開始年齢の更なる段階的引上げの検討等が必要。
- 生活保護については、給付水準のあり方や不正受給の問題について関心が高まっており、制度に対する国民の信頼を確保するという観点から、生活扶助基準の水準について一般低所得者の消費水準との均衡を確保するとともに、医療扶助について例えば後発医薬品の原則化・一時窓口負担の導入(翌月償還を含む)などの取組みを進めるなど、各種扶助の見直しを行うべき。

Ⅱ. 各歳出分野における取組

2. 地方財政

- 国の財政状況は著しい悪化傾向にある一方、地方の財政状況はむしろ改善傾向という状況にもかかわらず、地方交付税の総額は、平成20年度以降、増加の一途。
- 特に、①歳出特別枠の地方財政計画への計上、②全額国負担の別枠加算による、地方交付税のかさ上げは問題であり、早期の解消が必要。
- 地方財政計画の歳出の抑制を図るべき。特に、国民共通の負担である地方交付税により保障される歳出の水準・範囲を画する観点から、国家公務員人件費の削減と基調を合わせて地方財政計画の給与関係経費を見積る必要。

3. 文教・科学技術

- 教育予算については、明確な成果目標を定め、改善サイクルが働くようにすることが重要。
- 少人数学級等実現のための教職員定数改善要求については、こども当たりの教員数を維持するとの考え方に立って、こども当たりで見て増加する教員分に相当する予算について、むしろ、教育の質向上に資する施策等に充てるとともに、国・地方を通じた財政健全化につなげることを検討すべき。
- 科学技術関係予算については、政策的な重点分野の明確化等を通じて、研究分野の選択と集中を図る必要。

4. 公共事業

- 少子高齢化と人口減少が見込まれる中、厳しい財政事情の下、社会資本ストックの大幅な拡大を指向することは困難であり、新規投資を抑制しつつ、既存ストックの有効活用への転換を一段と進めるべき。
- 個別事業の評価については、将来の便益を十分慎重に見込むなど、費用便益分析の精度向上を図る必要。
- 社会資本の長寿命化計画の策定を急ぐとともに、技術的知見の活用等の取組み等を通じ、効率的な維持管理・更新に繋げるべき。
- 防災・減災対策については、ソフト・ハード対策を政策パッケージとして一体的に進めることが重要。

5. 府省・分野横断的な一括交付金

- 将来の検証に堪えられるかどうか甚だ疑問であるとの意見等を踏まえ、地域自主戦略交付金及び沖縄振興一括交付金については、予算額の縮減のみならず、廃止を含めてそのあり方を見直すべき。
- 東日本大震災復興交付金については、政府を挙げて全力を尽くす必要があるため、事業進捗を促進する措置を講じつつ、一定の時期において、他の復興事業と合わせ、効果促進事業を含めた検証をすべき。

Ⅱ. 各歳出分野における取組

6. 農林水産

- 農林水産業の成長産業化を目指すのであれば尚更、国費に過度に依存することのないよう留意すべき。
- 農業農村整備事業をはじめとした社会資本整備については、投資効果や緊急性などの観点から、優先順位をつけた上で整備を進めるべき。

7. エネルギー・環境

- 再生可能エネルギーを最大限活用しつつ、徹底した省エネルギーを図る取組みに当たっては、規制的手法と補助的手法が考えられるが、最善の組み合わせを選択することが重要。
- この点、市場のダイナミズムを壊すことのないよう、補助的手法は可能な限り控えるべき。また、エネルギー消費抑制への効果等を踏まえ、規制的手法を中心的な手法として位置づけるべき。
- 補助的手法を選択する際には、必要性・妥当性を厳しく精査する必要。

8. 中小企業対策

- 信用補完制度については、中長期的に持続可能な制度運営を確保するためにも、100%保証から脱却し、責任共有制度の下、金融機関と信用保証協会が連携して「目利き力」を発揮し、経営支援を適切に行うべき。
- 政策金融制度については、金利優遇措置を真に必要な政策課題に重点化すべき。

9. 政府開発援助予算等

- ODAによる我が国の国際貢献については、有償資金協力等を含めたODA事業量を強調すべき。
- 海外需要の取り込みや、中小企業の海外展開にも資するようにODAを戦略的に活用していく事が必要。

10. 防衛

- 緊張の度合いを強めている安全保障環境に対応するために、適切な規模の防衛力を着実に整備する必要があると同時に、平成25年度予算編成では、こうした情勢を踏まえた上で、昨今の厳しい財政事情を踏まえ、財政健全化目標と整合するよう取り組む必要。
- 今後の防衛力整備に当たっては、長期的安全保障環境を俯瞰・展望しつつ、自衛隊の中で「選択と集中」を進めることが重要。
- 防衛予算を増額するという議論の前に行うべき改革として自衛官の年齢構成等の適正化や調達改革が重要。

11. 復興

- 震災直後の切迫した状況を脱した現在、被災地以外で行われる事業などについての指摘・批判を踏まえ、平成25年度予算については、被災地の復旧・復興が最優先との考え方に立ち、被災地が真に必要なとする予算はしっかりと手当てしつつ、それ以外については、厳しく絞り込んでいくべき。
- こうした観点から、被災地の復旧・復興事業のみを復興特会に計上することを基本とし、全国防災等の全国向け予算については、学校の耐震化事業で特に緊要性の高いもの等を除き、原則として同特会には計上しないこととされた(平成24年11月27日復興推進会議決定)ことも踏まえ、厳に経費を精査すべき。
- 一方、一般会計を巡る厳しい財政事情を踏まえ、復興特会への計上が認められなくなった事業の一般会計への計上については、事業の内容や規模の抜本的な見直しや、厳しい優先順位付け等が行われるべきことは言うまでもない。
- 復興予算のフレームの見直しに当たっては、真に必要な経費を適切に見込みつつ、一般会計の厳しい財源事情を考慮しながら所要の財源を適切に確保することを期待。