

# 社会保障・税一体改革は地域医療に何をもたらすか

2012年1月13日

中村 暁

## 1. 社会保障・税一体改革の枠組みと意味

### (1) その直近の経過

12/20 社会保障部分の一体改革素案まとまる

12/30 政府が税制改革部分も含めた「社会保障・税一体改革素案」を確認

1/6 上記「素案」を政府・与党社会保障改革本部で決定し、閣議報告

今後、3月を目処に閣議決定し、法案大綱、通常国会への関連法の提出が目指される

### (今後の工程)

社会保障改革 工程表				
	2012(H24)年	2013(H25)年	2014(H26)年	2015(H27)年
<b>【子ども・子育て】</b> 子ども・子育て新システムの創設			国庫負担を得て早期に本格実施(子ども・子育て会議(仮称)や国の基本方針など可能なものから段階的に実施)	
<b>【医療・介護】</b>				
① 医療サービス提供体制	新法提出			
② 地域包括ケア創設	同時改定	新医療計画(25年度～29年度)	診療報酬改定	介護報酬改定
③ 医療・介護保険制度 ・市町村国庫負担者保険料軽減、財政基盤強化等 ・介護保険料負担者軽減等 ・高額療養費の見直し	新事業計画(27年度～29年度)			
④ 高齢者医療制度	法案提出		税制抜本改革と同時実施	
⑤ 難病対策	法案提出	改訂に必要な財源と方策を検討		
<b>【年金】</b>				
① 新しい年金制度の創設	法案提出			
② 基礎年金国庫負担1/2の恒久化	法案提出		消費税率を上げずに消費税率により国庫負担2分の1を恒久化 平成24年度は歳出予算と年金支払額(原簿)1/2の2分の1を国庫 平成25年度から消費税率を上げまでの間の取り違いは引き続き改訂	
③ 物価スライド特例法の解消	法案提出	平成24年度から26年度の2年間で解消し、平成24年度は10月実施		
④ 最低保障増額の強化等	法案提出		税制抜本改革と同時実施	
⑤ 短時間労働者適用拡大(医療保険も併せて実施)等	法案提出			
⑥ 抜用者年金一元化	法案提出			
⑦ その他現行制度の改善	法案提出			
<b>【就労促進、ディーセント・ワーク】</b>	必要の法案提出			
<b>【貧困・格差】</b>				
① 生活困窮者対策・生活保護制度の見直し	生活支援戦略(仮称)策定 (運用改善は速やかに実施)			
② 生活保護基準の検証				必要に応じ生活保護基準の見直し
<b>【医療イノベーション】</b>				
<b>【障害者施策】</b>				

○ 厚生労働省が通常国会へ法案提出を予定・検討しているもの

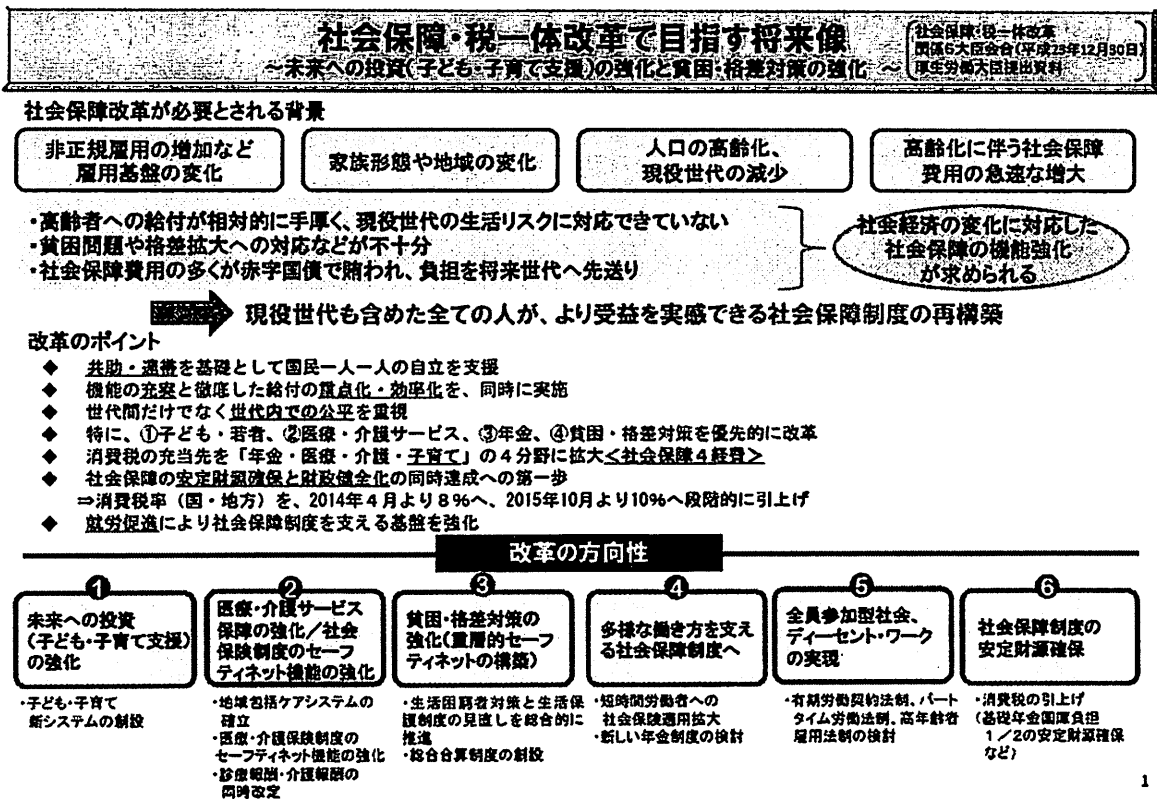
(1/11 民主党厚生労働部門会議)

- ・雇用保険法一部改正案
- ・児童手当法一部改正案
- ・国民年金法一部改正案(国庫負担2分の1への対応)

- ・国民健康保険法一部改正案
- ・医療保険制度の安定的運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（仮）
- ・高齢者雇用安定確保法改正案
- ・労働契約法
- ・厚生年金保険法
- ・障害者自立支援法

※検討中の法案として、医療法、介護保険法、薬事法、予防接種法、短期労働者雇用管理改善法があげられている。

## (2) その概要



## (3) その背景と歴史

現在進められようとしている「社会保障・税一体改革」は、菅政権時、3.11を前後して具体的設計が進められてきたもの。但し、源流をたどれば、福田内閣の「社会保障国民会議」（2008年）、麻生内閣の「安心社会実現会議」（2009年）に遡る。当時、小泉構造改革の生み出した「痛み」は、「格差と貧困」の広がり・深まりとして日本全体を覆っていた。福田・麻生が進めようとした一体改革は、こうした矛盾に一定の対応を行うこと（社会保障改革）、同時にそれでも構造改革を進める立場で財源を消費税増税に求める（税制改革）という性格であり、いわば「社会保障支出と消費税増税のワンセット改革」だった。この流れには、「構造改革の生み出した矛盾に対し、社会保

障を強化する必要性がある」と、ある程度の積極的判断が働いていた面がある。

消費税増税をしないことをマニフェストに掲げ、誕生した民主党政権下で一度は「没」になった一体改革を、菅政権は拾い上げる。但し、その当初は社会保障機能強化の側面は福田・麻生内閣のやきなおしであり、「財政再建」を視野に入れた消費税増税の「ためにする改革」の面が強かったと言える。

そこへ、3.11の震災、そして「復興財源」としての「消費税引き上げ」が議論の俎上にのぼったことが大きな契機となった。そこで、消費税増税と同時に行う社会保障改革は、機能強化どころか、「スクラップ&ビルド」により、一路、抑制のための改革へと変質していったと考えられる。

#### (4) 民主党の医療政策の3つの特徴

##### 1) 新成長戦略と医療の市場化

医薬品、医療・介護技術の研究開発促進  
アジア等海外市場への展開…医療ツーリズム、  
バリアフリー住宅

##### 2) 地域主権と医療の分権化

国保都道府県化、都道府県単位の医療費管理・抑制

##### 3) 医療保険における保険主義の純化

増加する給付は保険財政調整で賄うことを基本に据える

#### (5) 一体改革の目指す「社会保障理念」

(1) 国民の自立を支え、安心して生活できる基盤を整備するという社会保障制度の原点に立ち返り、その本源的機能の復元と強化をはかること  
(社会保障制度改革の方向性と具体策 2011年5月12日 厚生労働省)

(2) 「自助」を基本とすること。「共助」が補完すること。「一定の受給要件の下で」「公助」(同上)

(3) 国民の自立を支え、安心して生活ができる社会基盤を整備するという社会保障の原点  
(社会保障税一体改革成案 2011年6月30日、7月1日閣議報告)

(4) より受益感覚が得られ、納得感のある社会保障を実現  
(社会保障・税一体改革素案骨子 2011年12月20)

「自立」・「互助」を基本にし、「共助」(社会保険制度)がそれを補完するのが社会保障である、という考え方。「公助」の役割は、それでもだめなとき。

社会保障制度に対する公的な責任を徹底して薄め・後退させるのが、一体改革の打ち出した「社会保障改革」であることが、ここに示されていると言える。

## 2. 一体改革の構想する「医療改革」の内容

### (1) 医療・介護サービス提供体制の改革

#### 1) 急性期医療への資源集中と在宅医療推進

##### **病院・病床機能の分化・強化**

- ・ 急性期病床の位置づけを明確化※、医療資源の集中投入による機能強化、病院・病床の機能分化・強化
- ・ 病診連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病棟における長期入院の適正化を推進

##### **在宅医療の推進**

- ・ 在宅医療の拠点となる医療機関の趣旨、及び役割を明確化する
- ・ 同時に在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を医療計画に記載すべきことを明確化するなどにより、在宅医療を充実。

##### **医師確保対策**

- ・ 医師の地域間、診療科間の偏在の是正に向け、都道府県が担う役割を強化、医師キャリア形成支援を通じた医師確保の取り組みの推進

##### **チーム医療の推進**

- ・ 多職種協働による質の高い医療を提供するため、高度な知識・判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組みの導入などをはじめとして、チーム医療を推進。

「急性期病床」の位置付けの明確化の方策として、「急性期病床群」（仮称）を医療法に位置づけ、認定業務に都道府県が関与し、より実態に即した都道府県医療計画策定にも役立てることが検討されている。これにより、患者さんの「医療機関の選択」に役立ち、医療機関にとっては「地域において自院に求められる機能や方向性を見出すこと」ができる。地域にとっては「機能分化と患者の適切な医療アクセスの推進が、地域全体の医療資源の効率的な活用」につながるとされる※<sup>1</sup>。

「急性期医療への資源集中投入」と一体のものとして打ち出されているのが、「在宅医療の推進」。「在宅医療の拠点となる医療機関」の明確化は、「診療報酬上の位置付けだけでなく、法制上（医療法）その趣旨、役割を明確化すべき、とされています。その整備目標・役割分担、病状の変化に応じた病床の確保の在り方を医療計画に盛り込むことも進められる。※<sup>2</sup>

※ 1 急性期医療に関する作業グループ第1回会合資料（2011.12.22 厚生労働省）

※ 2 医療提供体制の改革に関する意見（2011.12.22 社会保障審議会医療部会）

## 2) 地域包括ケアシステムの構築

### **① 在宅サービス・居住系サービスの強化**

- ・切れ目のない在宅サービスにより、居宅生活の限界点を高めるための24時間対応の訪問サービス、小規模多機能型サービスなどの充実
- ・サービスつき高齢者住宅の充実

### **② 介護予防・重度化予防**

- ・要介護状態になる高齢者が減少し、自立した高齢者の社会参加が活発化する介護予防を推進
- ・生活期のリハビリテーションの充実
- ・ケアマネジメントの機能強化

### **③ 医療と介護の連携の強化**

- ・在宅要介護者に対する医療サービスの確保
- ・他制度、多職種チームケアの推進
- ・小規模多機能型サービスと訪問看護の複合型サービスの提供
- ・退院時・入院時の連携強化や地域における必要な医療サービスの提供

### **④ 認知症対応の推進**

- ・認知症に対応するケアモデルの構築や地域密着型サービスの強化
- ・市民後見人の育成など権利擁護の推進

「退院したら」地域で医療の必要な患者さんを受け入れる体制として、「地域包括ケアシステム」構築が進められている。

既に、2011年6月に国会成立した改正介護保険法や4月の同時改定により、24時間対応のサービスである「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」が新設されることになっている。

(2) 提供体制改革が意味するもの

社会保障・税一体改革成案 (2011/6/30)

(1) 平均在院日数短縮の財政効果として

医療提供体制の機能強化・効率化・重点化により、新たに必要となる財源が 8700 億円 (2015 年)。

うち、4300 億円は、平均在院日数短縮を達成して捻出する。

(2) 介護予防・在宅移行の財政効果として

地域包括ケアの確立をはじめとした、介護サービス改革により、新たに必要となる財源が 4900 億円 (2015 年)。

うち、介護予防推進・重度化予防で現行ベースよりも要介護認定者数を 3% (2025 年) 減少し、重度者を含む要介護者の在宅への移行で 1800 億円の財源を捻出する。

(3) 医療・介護の提供体制改革によるマンパワーの見込み (2025 年) として、

医師数は、29 万人 (2011 年) を、制度改革のない場合、33 万人～35 万人となる  
ところ、改革により ▲1 万人。

看護職員は、141 万人 (2011 年) を、制度改革のない場合、172 万人～181 万人とな  
るところ、改革で更に 23 万人～24 万人増。

介護職員は、140 万人 (2011 年) を、制度改革のない場合、213 万人～224 万人とな  
るところ、改革で更に 19 万人～20 万人増。

(4) 医療・介護サービスの 1 日あたり利用者数の見込みとして

在宅介護は、304 万人 (2011 年) を、制度改革のない場合、434 万人 (2025 年)  
となるところ、改革により更に 16 万人増。

外来・在宅医療は、794 万人 (2011 年) を、制度改革のない場合、828 万人 (2025  
年) となるところ、改革により ▲19 万人。

…以上から見てとれることは、次の 1)、2) のシステム化である。

1) 急性期病床群(仮称)はその「認定」基準で、平均在院日数要件を定め、一般病  
棟についても平均在院日数短縮を進め、より早期に在宅へ患者さんを帰す。

2) それを、医療と介護の連携(実際には介護を中心に)で支える  
つまり、ケアを必要とする人たちの療養の場は、「在宅」を中心に。  
その担い手は、医療職から介護職中心へ。

したがって、その給付は「医療保険」から「介護保険」へ。

そのような考え方が、「成案」に示された数字には表れている。

その上、受け皿である「介護保険制度」自体が、「持続可能性」の名の下に、給付抑制策が強化され続けている。

2012年4月から実施される改正介護保険法は、「地域包括ケアシステム」の推進をテーマにしている。地域で暮らし続けることができる体制は必要だが、国の方針は、あくまで医療保険や介護保険の「給付抑制策」に向けた、地域における医療・介護提供体制の作り変えとしての側面が強い。

そのため、地域包括ケアシステムの基本には「自己責任」と「地域の助け合い」が据えられ、「共助」である介護保険制度もある程度活用しながら、「何とかやっていきなさい」との発想で組み立てられている。

「一体改革」では、要介護認定において「軽度」と判定された人たちの利用料負担の引き上げをはじめとした抑制策が盛り込まれ、新たな法改正もねらわれている。

医療からの給付を提供体制の側面から抑制し、患者さんを出来る限り、医療保険給付の外側へ送る。

介護保険給付も抑制し、「地域の支えあい」や「ボランティア」といった「インフォーマルサービス」(=互助)にその代替をさせる。

これが、医療・介護サービス提供体制改革の意味するものではないか。

### (3) 医療保険制度改革…後期高齢者医療制度廃止も含めた「都道府県化」の達成

#### 1) 市町村国保の低所得者保険料軽減の拡充等、財政基盤の強化と財政運営の都道府県単位化

※「国民健康保険基盤強化に関する国と地方の協議」で議論が進んでいる

- 2) 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大
- 3) 長期高額医療の高額療養費の見直しと給付の重点化の検討

2012年からの外来現物給付化に続き、まずは年間での負担上限を設けることについて、所要の財源を確保した上で、導入することを目指す。

#### 4) 高齢者医療制度の見直し

- ① 高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢者医療制度の見直し
- ② 高齢者医療の支援金を各被用者被保険者の総報酬に応じた負担とする措置について検討

具体的内容について、関係者の意見を聞きながら引き続き検討し、12年通常国会への後期高齢者医療制度廃止に向けた見直しのための法案提出をめざす。

- ③ 70歳～74歳の患者負担について、世代間の公平を図る観点から見直しの検討⇒2割化へ

12年度は予算措置。13年度以降は、13年の予算編成過程で検討。

#### 5) 国保組合の国庫補助の見直し

医療保険制度改革の一環として、12年通常国会への法案提出に向けて、関係者の意見を聞きながら引き続き検討。

※ 難病対策について、「素案」は次のように記述している

長期高額医療の高額療養費の見直しのほか、難病患者の長期かつ重度の精神的・身体的・経済的負担を社会全体で支えるため、医療費助成について、法制化も視野に入れ、助成対象の希少・難治性疾患の範囲の拡大を含め、より公平・安定的な支援の仕組みの構築を目指す。また、治療研究、医療体制、福祉サービス、就労支援等の総合的な施策の実施や支援の仕組みの構築を目指す。☆ 引き続き検討する。

(4) 医療保険制度改革が意味するもの

一体改革にも盛り込まれた医療保険制度改革には、高額療養費の拡充方向や、短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大等、医療保障の観点から評価すべき内容も含まれている。

一方で、注目すべきは、後期高齢者制度廃止と「国保財政の都道府県単位化」推進。

後期高齢者医療制度は、「小泉医療構造改革」で、国保の都道府県単位化を目指し、まずは75歳以上高齢者の医療費を都道府県単位で管理し、抑制するために作られた。同時に、平均在院日数短縮等を通じた医療費抑制目標を都道府県に管理・推進させる「都道府県医療費適正化計画」、医療費抑制のための「都道府県医療計画」が制度化されてきた。

一体改革に書きこまれた医療保険制度改革は、そのさらなる推進方針と言える。

### 3. 消費税増税と「社会保障目的税化」

#### (1) 増税分の使い道と「目的税化」

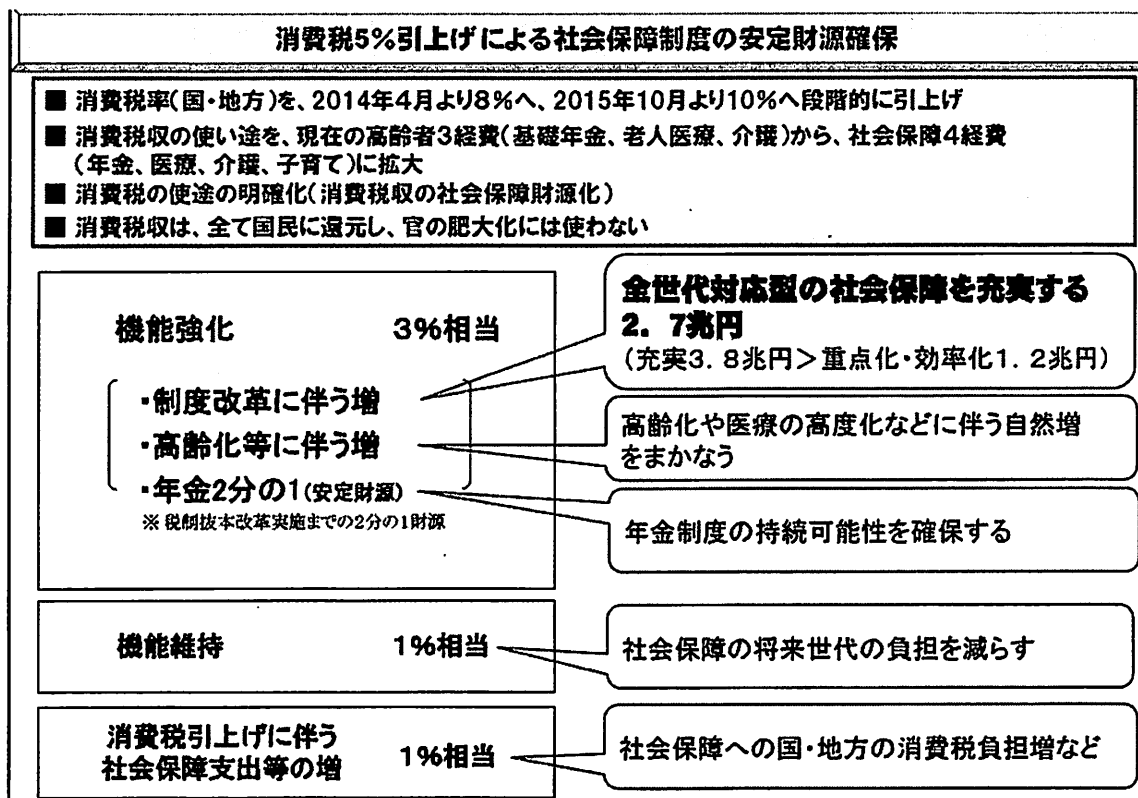
消費税を当面、10%にまで引き上げた上で、消費税(国分)を、法律上「社会保障4経費」(年金、医療及び介護の給付、少子化に対処するための施策)に充てることを明確にし、社会保障財源化する。

地方分の消費税も用途を明確化し、社会保障財源化する。

5%増税のうち、1%部分(差し引き2.7兆円)が、社会保障充実に充てられる予算となる。

残りの4%は、本来、他の税源から支出されるはずだった予算であり、これはPB赤字解消にあてられる。





(2) 目的税化の何が問題か

法的に、消費税を社会保障目的税化するという事は、消費税を社会保障目的以外に使用しないということであり、裏返せば、社会保障の財源に、消費税以外の税源は充てない、ということ。

これでは、医療や福祉を良くするためには、消費税の増税が必要となる。それを避けるための、医療や福祉の給付抑制策が未来永劫に続く。

4. 医療者・患者・市民から何を提起するか

(1) 社会保障の現物給付原則＝必要充足給付を守る

地方分の消費税の使い道を論議する「国と地方の協議の場」で、国は、地方において、保健師・保育士・児童福祉司等が提供する「現物給付」の社会保障サービスに関して、両論併記ながら、「人件費」は「社会保障給付費」に含まれないのではという見解が紹介されている。

国は、一体改革において「現物給付」サービスである保育制度を解体し、介護保険制度同様の「現金給付」に変えようとしている。

介護保険や障害者自立支援法の給付体系である「現金給付」は、サービス購入にかかる経費の一部を給付するものである。

「現物給付」は、国・自治体のサービス保障義務を体現するもの。

社会保障の本来の給付の姿は現物給付でなければならない。

現物給付原則を守りぬく取り組みが求められる。

**(2) 医療保障の原則**

公的責任の原則

最高水準医療の原則

負担困難による受診抑制禁止の原則

不断の原則

地域の平等原則

非営利原則

**(3) 社会保障財政原則の確立と実行を迫る**

必要に応じた財源を確保するのが、国の使命であり、財政の枠組みにニーズを閉じ込めることが国の政策であってはならない。社会保障財源は大衆課税である消費税ではなく、「公的財源」でなくてはならない。負担は、その所得に応じたものであり、かつ、最低生計費を脅かすものであってはならない…必要充足の原則・応能負担の原則

勤労所得軽課・不労所得重課の原則

企業の社会保障拠出・負担責任の強化原則

**(4) 提供体制は地域・患者さんの現実から構築する**

地域の医療・介護の提供体制が、国の財政事情によって抑制されることはあってはならない。地域の医療提供体制とは、まさに「必要」に応じて構築されるべきもの。

私たち現場の医療者と患者さんの実情から出発した、地域医療のあり方を、自治体と共に創っていく運動が重要になる。