

今後の社会保障制度改革の論議に望む(ポイント・資料編)(案)

<u>ポイント</u>			
1. 基本的考え方	2	3. 少子高齢化の進行	
2. 社会保障給付引き下げに向けた視点	4	(1) 65歳以上の対総人口比	19
3. 従来の制度の枠を超えた抜本的な見直し	5	(2) 少子化の進展(未定稿)	20
		(3) わが国人口の推移	21
		(4) 人口ピラミッドの変化	22
<u>資料</u>			
1. 効率化・民間活用などの具体的方策		4. 財政・社会保障の課題	
(1) ホテルコスト(居住費・食費)の自己負担化	6	(1) 国民負担率の国際比較	23
(2) 居宅介護支援費の自己負担導入	7	(2) 社会保障関係費の推移	24
(3) 院外処方にかかる診療報酬の適正化	8	(3) 医療費の推移	26
(4) 診療報酬制度・包括払い制度	10	(4) 介護保険給付の推移	34
(5) 混合診療の解禁	11	(5) 介護保険制度と支援費制度の比較	38
(6) 保健・予防事業の民間移譲など	12	(6) 社会保障制度改革の論議の予定	39
		(7) 企業活動と公的負担に関する緊急調査	40
2. 抜本的な見直しに向けた課題		5. 社会保障制度改革に関する 有識者見解の論点	42
(1) 介護保険：被保険者の拡大と企業への影響	13		
(2) 介護保険：個人保険・地域保険の徹底	15	6. 関経連シミュレーション分析の結果 (本年4月28日公表済)	46
(3) 医療保険：「新・医療保険制度」の提案	16		
(4) 中央社会保険医療協議会	18		

ポイント

1. 基本的考え方

景気回復が続く中で、今後ともわが国の中長期的な成長軌道を確保するには、社会保障制度の抜本改革が不可欠

現状

- (1) 進展する少子高齢化：
出生率は1.29まで低下(04年)
65歳以上人口は19.9%(05年)から
28.7%(25年)へ急増。
- (2) 急増する社会保障給付
社会保障給付総額は83兆円を超え
国の一般歳出の総額を上回る(04年)。
一般歳出の中で社会保障関連予算は
約20兆円、40%を占める(04年)。
- (3) 深刻化する財政赤字：
04年度末には国・地方合わせた
公債発行残高は719兆円に達する。

政府対応への評価

- (1) 社会保障制度全体の将来像が示されない
- (2) 毎年のように負担増が個別に求められる
年金改革法(04年6月施行)
保険料段階的引き上げ(04年10月から)
定率減税見直し 05年度から段階的实施?
介護保険料第2号被保険者 40歳以上から
20歳以上へ拡大(05年度から?)

- (1) 国民の将来不安・政府の施策に対する
不信の増大
- (2) 企業の国際競争力低下
所得・雇用を生み出す基盤の弱体化

改革の基本方針と必要な方策

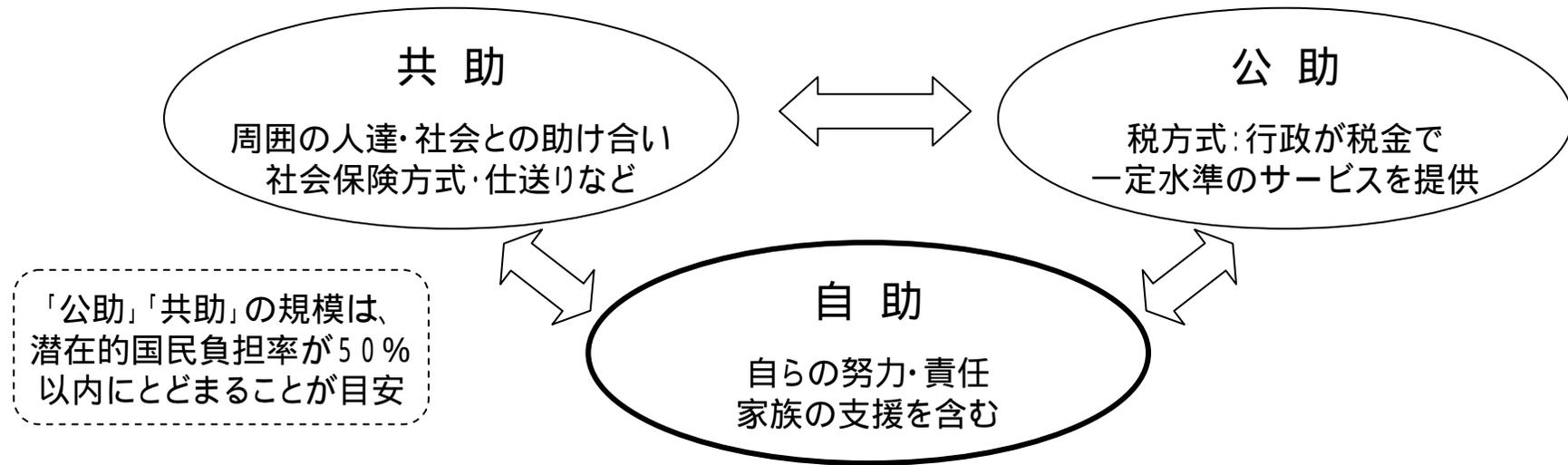
- (1) 「持続可能な制度構築」に向けた抜本の見直し
- (2) 「自助」「応益」を基本とした制度構築

- (1) 社会保障給付引き下げに向けた具体的方策
- (2) 従来の制度の枠を超えた抜本的な見直し

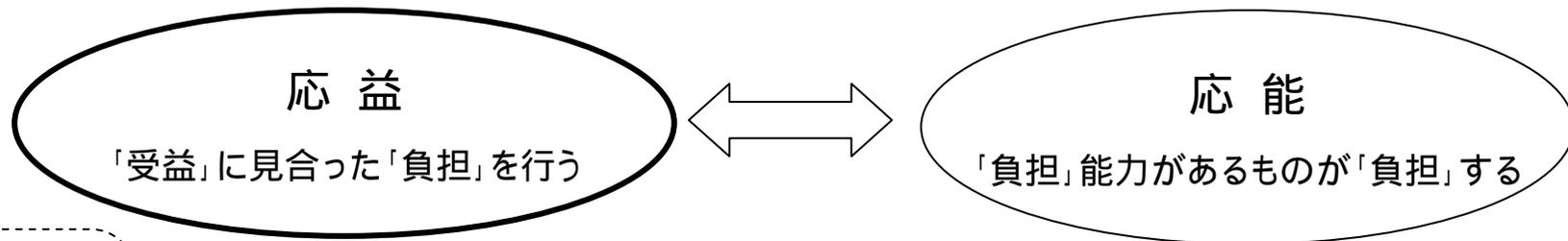
【ご参考】「自助・共助・公助」と「応益・応能」

自助・共助・公助：現在、「社会保障の在り方に関する懇談会」などの議論の焦点

できるだけ自分の努力・責任で生きていくのが原則(自助)。その上で、困った時は助け合うことが必要(共助・公助)。
)「共助」や「公助」も支える人が多数存在することが前提。「助けが欲しい人」が増え続けると制度の持続性は低下。



応益・応能：税・保険料などの負担を考える論点

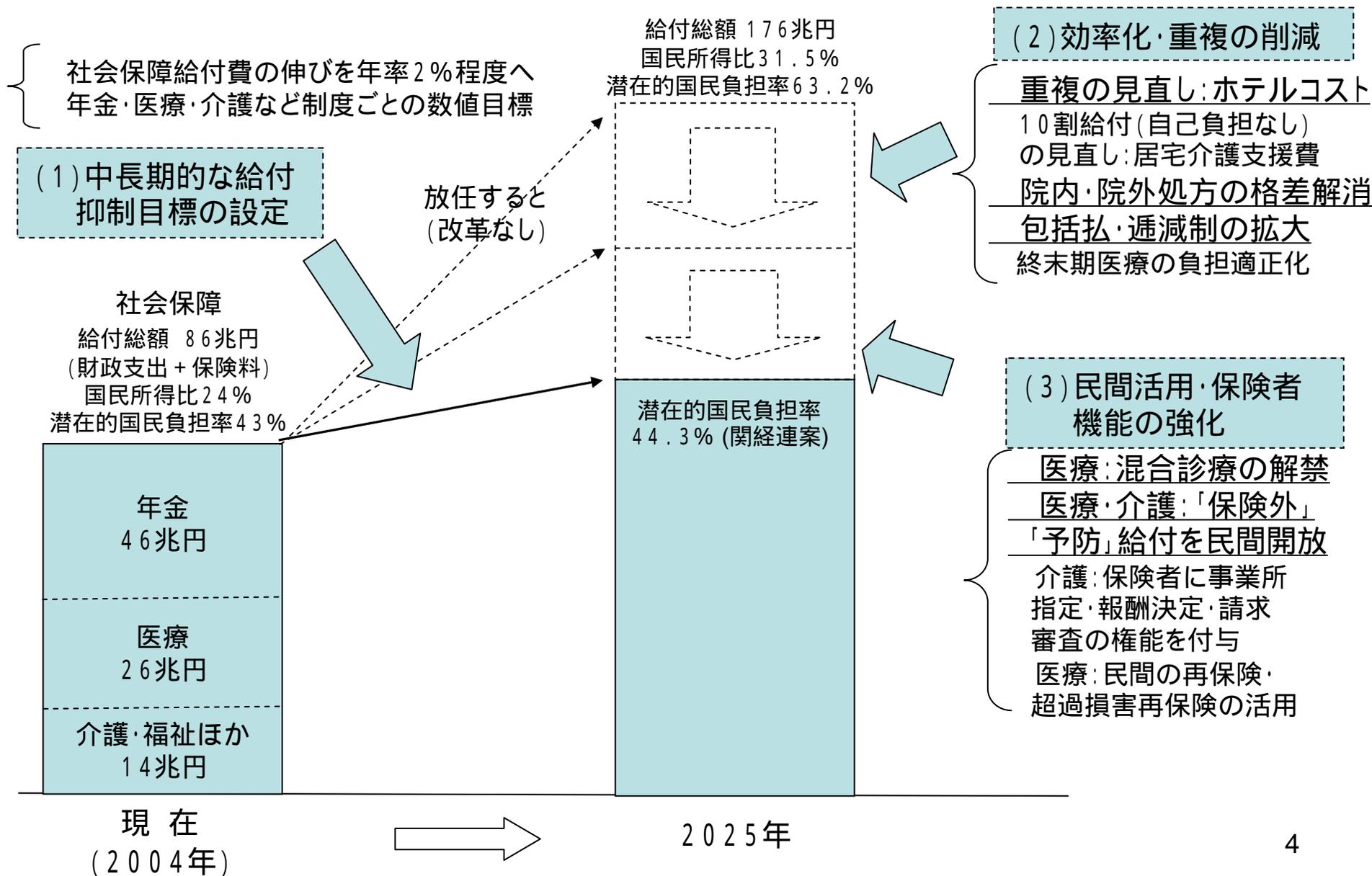


「給付(受益)」に
 対する「負担」が
 あることを、国民
 に十分“理解”さ
 れることが重要

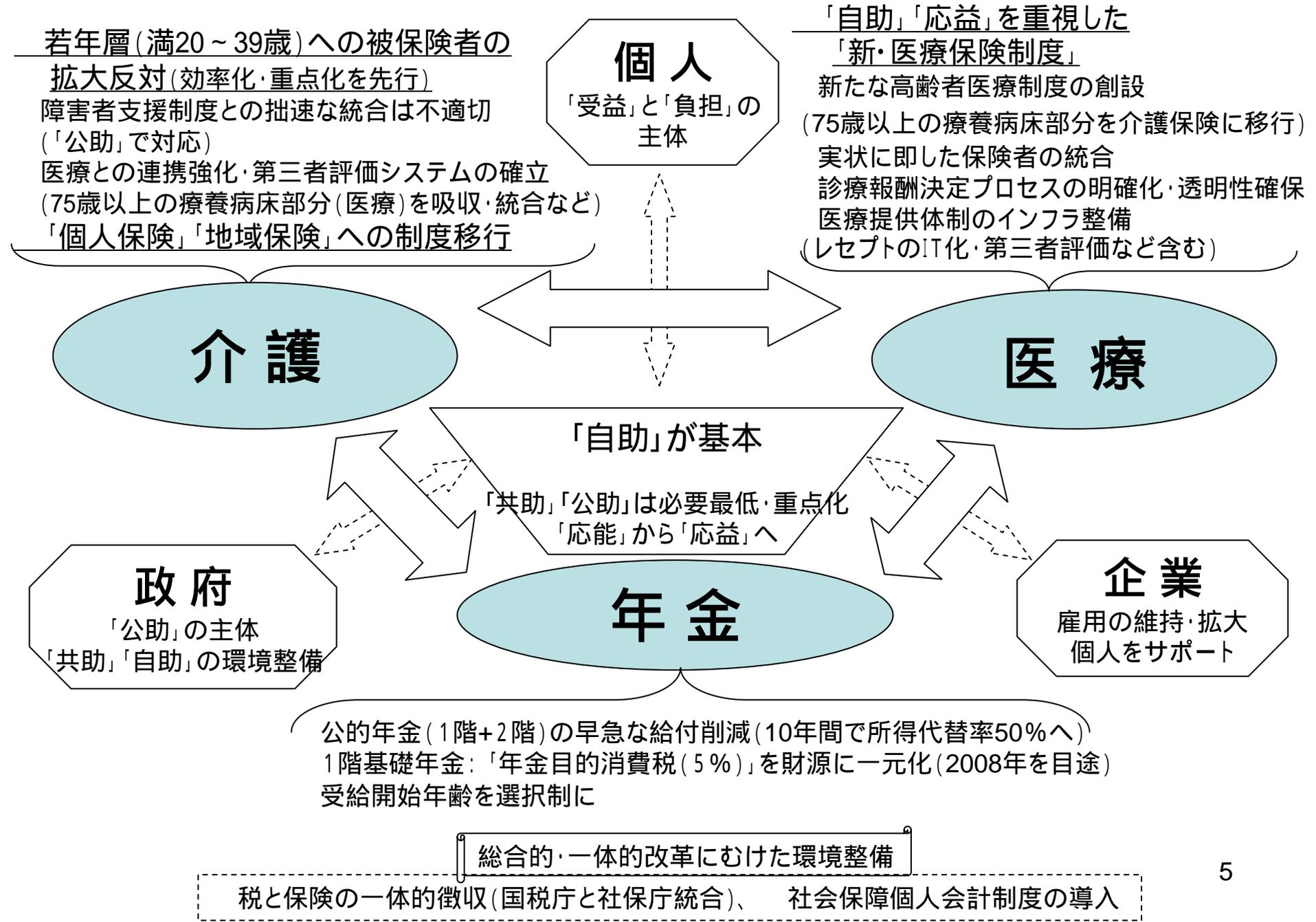
	応益	応能
利点	負担と給付が明確になる	所得再分配・垂直的公平が確保される
問題点	逆進性が働きやすい	負担能力のある個人・企業に偏重する傾向あり
事例	保険料を徴収して給付する社会保険方式	累進課税などの租税方式

2. 社会保障給付引き下げに向けた視点

下線部は重点施策



3. 従来の制度の枠を超えた抜本的な見直し



資料

1. 効率化・民間活用などの具体的方策

(1) ホテルコスト(居住費・食費)の自己負担化

仮に1人当たり月5万円程度(光熱費・病室の減価償却費など居住費および食費)を自己負担すれば、医療保険給付で約1,300億円、介護保険給付で約800億円、合計で2,100億円程度の給付を削減できる。

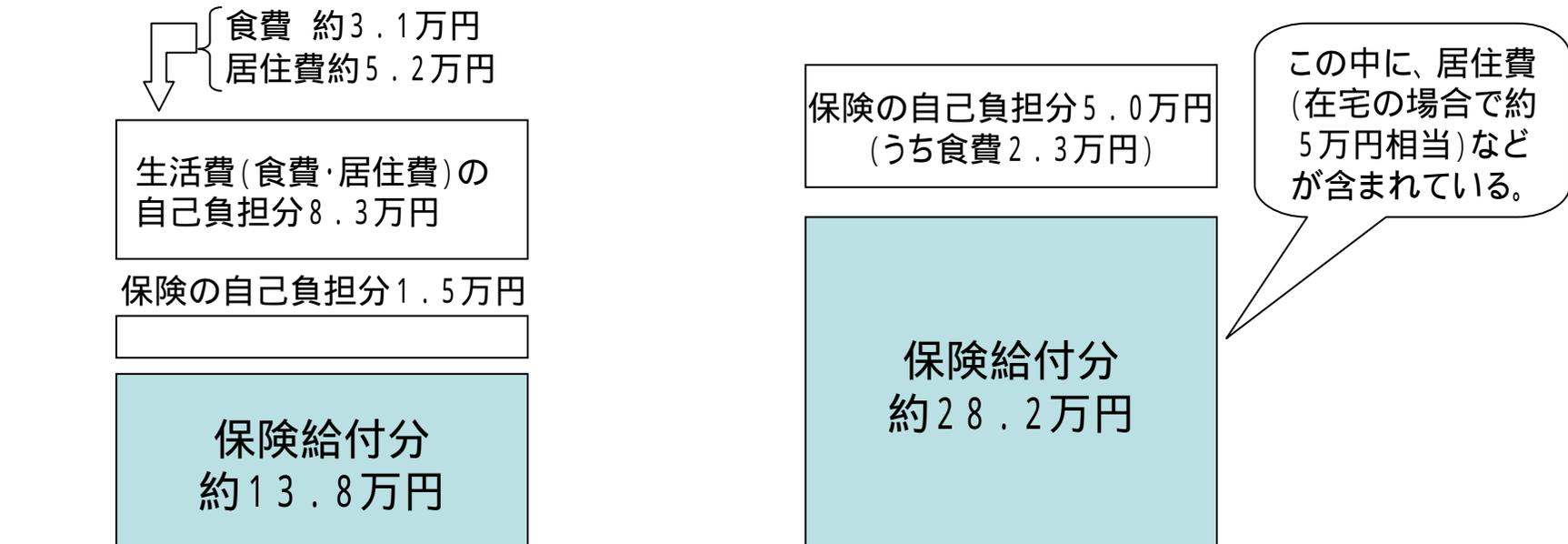
モデルケース：要介護4の単身高齢者1人あたりの費用負担

在宅サービスを受けた場合

合計23.7万円
うち自己負担9.9万円

特別養護老人ホーム入所の場合

合計33.3万円
うち自己負担5.0万円



全国で高齢の長期入院者などが入る療養病床(ベッド)は約36万床。うち22万床は医療保険、14万床は介護保険が適用されている。両保険とも入院中は本人負担は原則1割(食費から材料費除く。9割は保険給付)。家賃や食費を全額負担する自宅暮らしと比べ割安なため、病気が回復しても退院を避ける「社会的入院」が起こりやすいとの指摘がある。

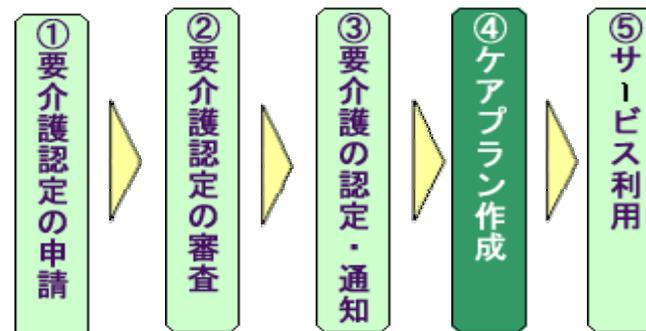
(2) 居宅介護支援費の自己負担導入

ケアプラン作成で1割の自己負担を実施することで、居宅介護支援費の1割部分(230億円)の財源圧縮ほか、在宅サービス給付費の効率化で約2,000億円、合計で2,200億円程度の圧縮が可能。

居宅介護支援(ケアプラン作成)とは

在宅で介護を受けたい人の依頼を受けて、本人の状況や環境などから利用する介護サービスの種類・内容などの計画を作成し、その実施に至るまでに、介護サービス事業者と要介護者の間に入って連絡・調整を行うこと。

介護保険サービスを受けるまで



「自己負担なし」から「1割負担」導入でコスト削減を

在宅サービス利用の前提たる位置付けとなっている居宅介護支援(ケアプラン作成)は、10割給付(自己負担なし)となっている。しかし、このことがサービス受給者に「ケアプランの作成は無料サービス」との認識を抱かせ、作成されたケアプランに対しコスト意識を持ってチェックできていないという実情にある。

そこで、ケアプラン作成で1割の自己負担を実施すれば、現在、年間2,300億円の給付規模となっている居宅介護支援費の1割部分(230億円)の財源圧縮ほか、受給者のコスト意識の向上によって競争・淘汰が進むことにより、在宅サービスの効率化・重点化(給付費ベースで1割圧縮)を実現することも期待される。

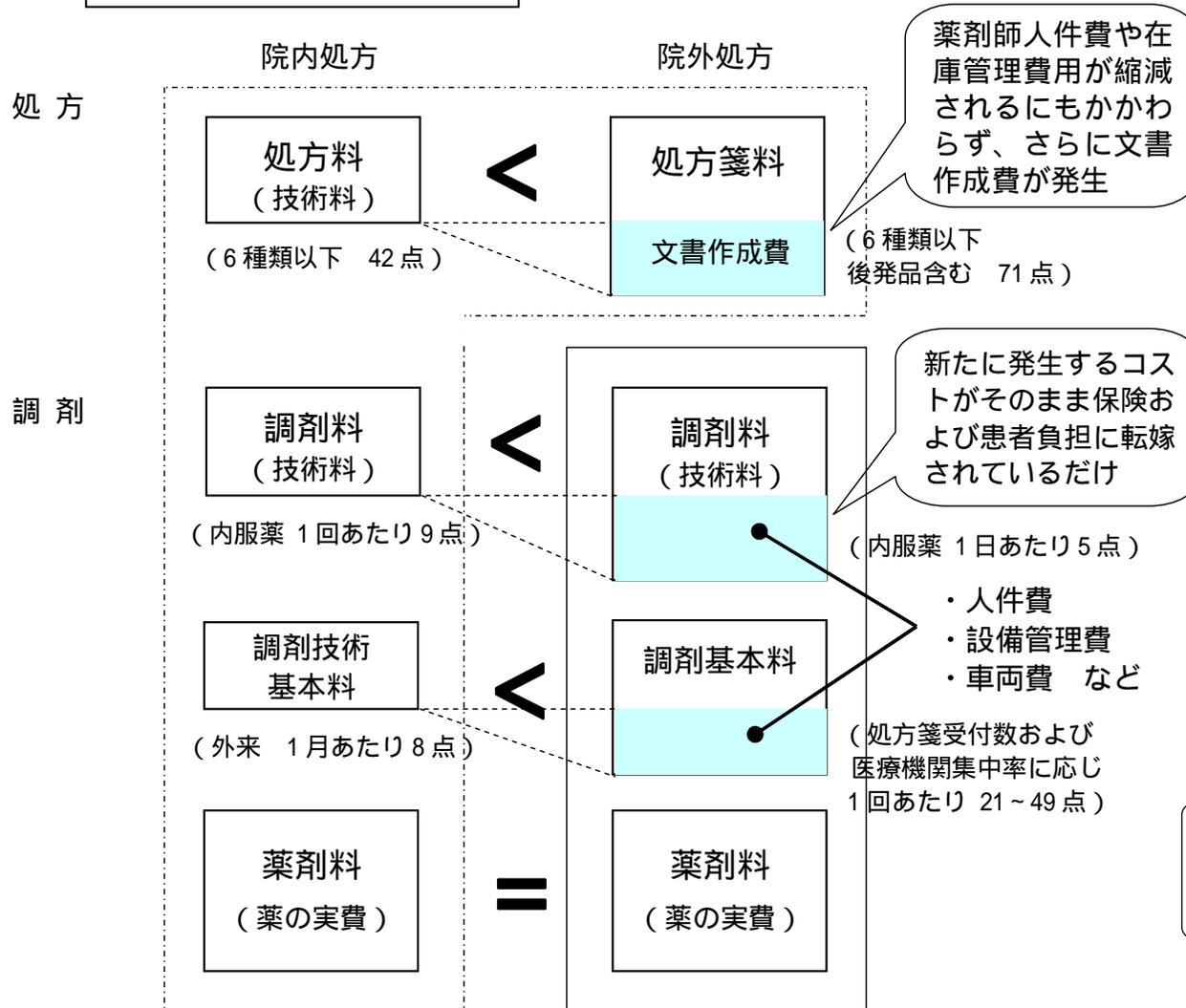
	給付費	圧縮額
居宅介護支援費 (平成15年7月～16年6月給付)	2,268.9億円	227億円
在宅サービス給付費(支給限度額管理対象 ^{*1}) (平成15年7月～16年6月給付)	20,371.8億円	2,037億円
合計		2,264億円

*1 給付管理を要する、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリ、通所介護、通所リハビリ、福祉用具貸与、短期入所生活介護、短期入所療養介護の9種類の在宅サービス

(3) 院外処方にかかる診療報酬の適正化

効率化や重複処方の回避を目指した医薬分業にもかかわらず、同一の診断・処方で院内と院外で費用格差が生じている。

医薬分業の構造と問題点



院内・院外処方の比較

モデルケース：内服薬 2 種（後発品含む）
14 日分を処方した場合

院内処方	算定 120 点 (医療機関のみ) = 360 円
院外処方	算定 142 点 (医療機関) + 412 点 (薬局) = 544 点 1,660 円

医療機関：薬剤師のいる診療所、
調剤薬局：処方箋受枚数 4,000 枚（規模）
医療機関集中度 70%以下
算定の点数は次頁を参照。

同一の薬を入手する場合でも、そのプロセスの違いによって、個人支払いで 1,300 円、保険負担も含めた医療費ベースで 4,340 円の差額が生じる

薬局調剤医療費は2001年に3兆2,703億円(国民医療費の10.4%を占める)にのぼり、対前年度増加率は16.5%にもなる(薬剤費を含むが、処方箋料は含まれていない)。医薬分業のあり方を含め、院外処方における拡大費用は早急に適正化されるべきである。

【参考】医科・調剤 点数比較表
(平成16年4月改定)

こうした診療報酬の点数を決定・改定しているのが「中央社会保険医療協議会(18頁参照)」である。

	院内処方		院外処方				
処方	処方料		処方箋料				
	7種類以上	6種類以下	7種類以上		6種類以下		
			後発品含む	含まない	後発品含む	含まない	
	29点	42点	43点	41点	71点	69点	
調剤	調剤料 (1回あたり)		調剤料 (1日あたり)				
	内服薬	外用薬	内服薬 (1剤)		屯服薬	浸煎薬	外用薬
	9点	6点	-7日	5点	21点 (1回)	120点 (1調剤)	10点 (1調剤)
			8-14日	4点			
			15-21日	70点			
			21-30日	80点			
			31日-	88点			
調剤技術基本料		調剤基本料					
8点		21、39、49点 (薬局の規模や集中度による)					
薬剤	院内処方・院外処方 共通 (厚生労働大臣が定める薬価)						
その他	薬剤情報提供料 10点 薬剤管理指導料 350点		薬剤服用歴管理指導 17点 (特別指導加算 28点) 薬剤情報提供料 17点 長期投薬情報提供料 18点 (2週間あたり) 医薬品品質情報提供料 10点 など				

(4) 診療報酬制度・包括払制度

米国では包括払制度の導入によって、10%強の医療費削減の実績がある(2004年 日本の医療費総額は26兆円)。

各国の診療報酬制度：わが国では現在、「出来高払制」

米 国	DRG - PPS (疾患別予定額払制)方式
英 国	NHS (国民保健サービス) トラスト (長期契約に基づく支払い)
ドイツ	包括払制が基本
フランス	総枠予算制 (公的病院)、定額払いなど (私的病院)

米国DRG - PPSについて

DRG (Diagnosis Related Group) :

疾病分類の1つ。国際疾病分類(ICD9)で約1万ある疾病分類を治療に費やした医療資源(マンパワー量・医薬品や医療材料の量、入院日数など)の必要度を基準に500~600の診断群に統合したもの。

PPS (Prospective Payment System) :

包括払い方式のこと。検査量・投薬量(入院の場合は入院コスト)などを合わせた医療費が一定水準に定められている。このうち、DRG分類に基づいて医療費が設定されているものを「DRG - PPS」と呼び医療コストを抑制する手段として注目されている。

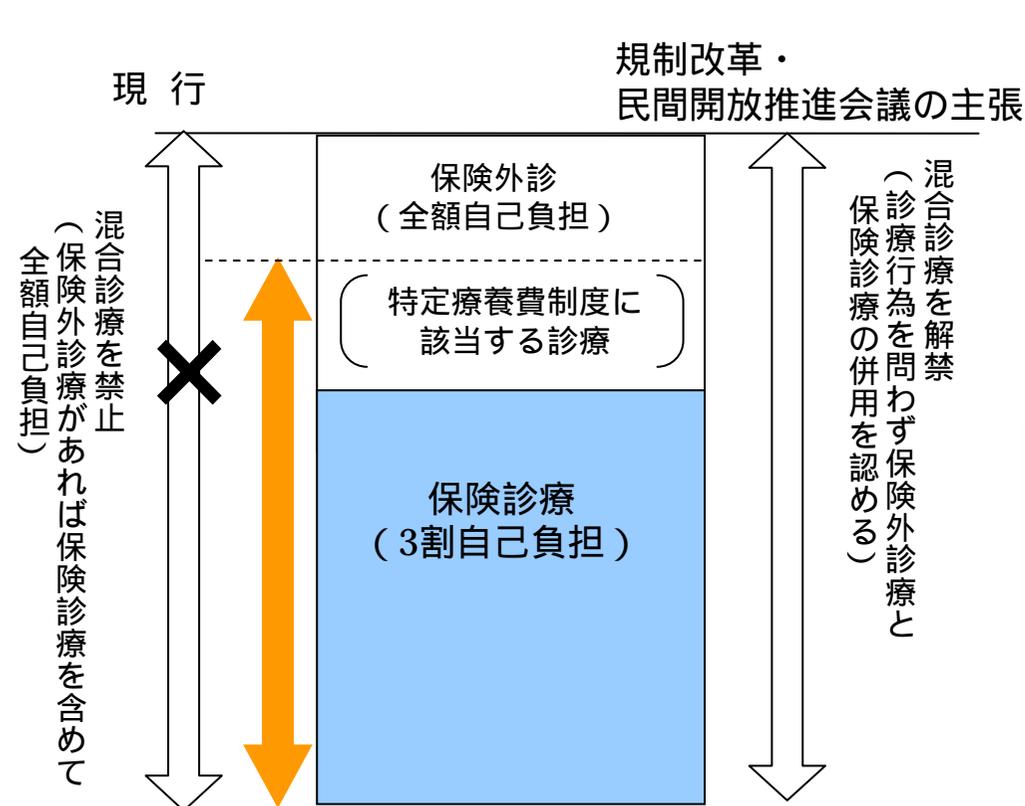
DRG - PPSの実例とその効果

1983年にアメリカの高齢者医療制度(メディケア)において、入院医療費に対してDRG - PPSが導入された。公的医療保険を管理するCMS (Centers for Medicare and Medicaid)によると、DRG - PPSの導入以降、平均入院日数が短縮(1990年9.0日 2000年6.0日)するとともに、一人当たり医療費の増加スピードが鈍化(73~82年年平均増加率15.1% - 83~92年同8.0%)しており、DRG-PPSが医療費の抑制に有効であることが分かる。

ちなみに、CMSのデータを基にDRG-PPS導入によるメディケア医療費の削減効果を推計すると、99年で約300億ドル、メディケア医療費全体の13%に達するとの結果が得られる。

(5) 混合診療の解禁

混合診療の解禁は過剰医療に適切に作用し、医療需給の適正化をもたらす。さらに「患者本位の医療」の実現、最新の診療手法を積極的に取り入れようとする医療機関の経営意欲を誘引することで、医療機関相互の競争を促し、医療の質の向上を目指すもの。



特定療養費制度

特定の診療*（高度先進医療等）を含む場合、
保険外部分（特定の診療部分）は「全額自己負担」
保険診療部分は「3割負担」（7割が償還される）

* 心臓移植、インプラント義歯など77種類、93医療機関

混合診療解禁のメリット・デメリット

メリット	デメリット
先進的な医療を選ぶ幅が 広がり、医療費の効率化・ 削減が期待される 保険診療分間で含めて全 額負担しなくてもよく、個 人の出費が減る	安全性が日本で未確認の 医療を受け、健康被害に遭 うリスクが高まる 金銭的な理由で受けられ る医療に格差が生じる

現在の保険給付制度で

請求書	
保険診療	保険給付 0
保険診療	自己負担 100
保険外診療	自己負担 100
合計	200

保険料は払っているのに、保険診療部分の
保険給付さえも受け取れない。全額負担と
なる。

混合診療を解禁すると...

請求書	
保険診療	保険給付 70
保険診療	自己負担 30
保険外診療	自己負担 100
合計	200

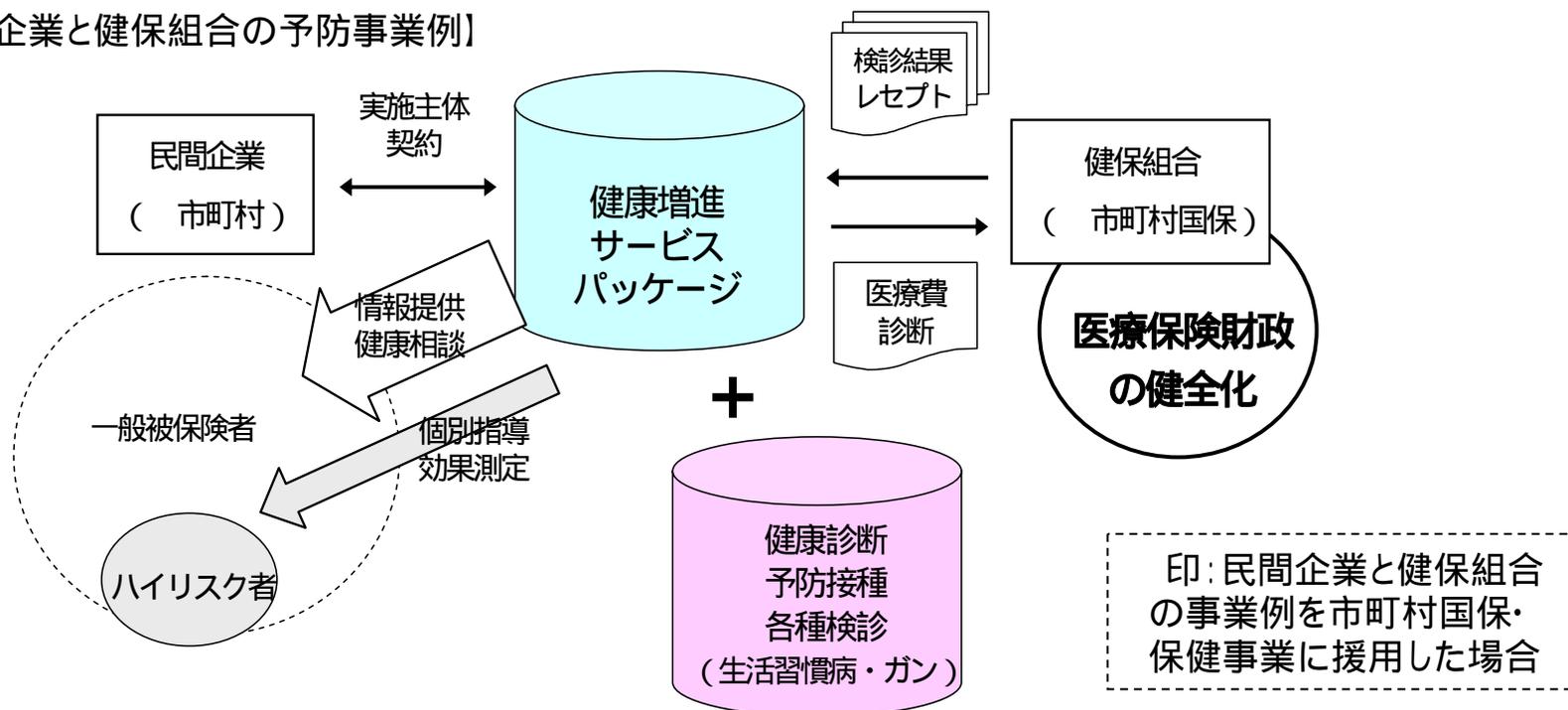
保険診療部分は保険給付され、自己負
担分が軽減される。

(6) 保健・予防事業の民間移譲など

医療・介護とも、「予防・健康増進」については、行政が主体的な役割を果たすことを見直し、特に市町村国保・保健事業については、市町村の負担軽減のために、民間企業を積極的に活用すべきである。

参考事例として、組合健保があげられる。組合健保では、健保財政の健全化に向け、単に検診や予防接種だけでなく、積極的な健康増進・予防サービス事業を民間企業を活用して取り組んでいる。

【民間企業と健保組合の予防事業例】



各保健法における実施主体要件を緩和

一般被保険者には広く「健康・介護情報サービス」を提供し、検診結果やレセプトからピックアップしたハイリスク者には、専門職による個別指導(受診アドバイス)等を提供する。もちろん、一定期間後に効果測定を個人ベースで行い、また、企業・健保ベースの医療費診断も行うパッケージ

2. 抜本的な見直しに向けた課題

(1) 介護保険：被保険者の拡大と企業への影響

若年層への被保険者の拡大(40歳以上から20歳以上へ)は、個人や国庫に比較して事業主への負担額を相対的に増加させる。

その理由は、若年層被保険者(満20～39歳)のうち、事業主が保険料の50%を負担する「組合健保」、および保険料の41.8%を負担する「政管健保」のに加入している割合が、「国保」や「共済」に比べて大きいためである(次頁の図表1・2)。

なお、障害者施策との統合が実現すると、保険料(介護給付費納付金)算定の基礎となる介護給付費に支援費(7,000億円 16年ベース)分が上乘せされる。

【事業主負担推計(平成16年ベース)】

	平成16年	被保険者拡大(想定)	差	
			構成比	実額
総額	17,445 億円	23,560 億円		6,115 億円
被保険者	8,286 (47.5%)	11,167 (47.4%)	▲0.1%	2,281 億円
事業主	4,374 (25.1%)	6,427 (27.3%)	2.2%増	2,053 億円
国庫等	4,785 (27.4%)	5,966 (25.3%)	▲2.1%	1,181 億円

【参考】図表1：被保険者の構成の変化

	平成 16 年
第 1 号被保険者 (満 65 歳以上)	2,472.2 万人
第 2 号被保険者 (満 40 歳～64 歳以下)	4,333.0 万人
国保 (36.4%) *1	1,578.3 万人
組合 (24.7%)	1,068.5 万人
政管 (30.5%)	1,320.7 万人
共済 (8.4%)	365.4 万人
若年層被保険者 (満 20 歳～39 歳以下)	3,502.2 万人
国保 (25.3%)	886.3 万人
組合 (32.2%)	1,128.8 万人
政管 (33.2%)	1,164.4 万人
共済 (9.2%)	322.7 万人

被保険者拡大 (想定 *2)	
2,472.2 万人	
7,835.3 万人	
2,464.7 万人	(31.5%)
2,197.4 万人	(28.0%)
2,485.1 万人	(31.7%)
688.1 万人	(8.8%)

若年層は組合・政管に加入している割合が高いため、被保険者を若年層に拡大すれば、組合・政管加入の割合が増大する。

この結果、被保険者の負担構成において、組合・政管の割合が増大し企業負担が増大する。一方、国保の負担は相対的に減少する。

図表2：第2号および若年層被保険者の負担構成の変化

	16 年ベース		被保険者拡大 (想定)	
給付費総額	55,000 億円		62,000 億円	
第 2 号保険料 (納付金)	17,445 億円		23,560 億円 *1	
国保	6,355	36.4%	7,411	31.5%
被保険者 (50%) *2	3,177		3,706	
国庫 (50%)	3,177		3,706	
組合	4,302	24.7%	6,607	28.0%
被保険者 (50%)	2,151		3,304	
事業主 (50%)	2,151		3,304	
政管	5,317	30.5%	7,473	31.7%
被保険者 (41.8%)	2,223		3,124	
事業主 (41.8%)	2,223		3,124	
国庫 (16.4%)	872		1,226	
共済	1,471	8.4%	2,069	8.8%
被保険者 (50%)	736		1,035	
国庫等 (50%)	736		1,035	14

*1 保険別の被保険者 (被扶養者含む) 割合は、「健康保険被保険者実態調査」「国民健康保険実態調査」(厚生労働省保険局、平成 13 年度調査) から算出。

*2 被保険者の拡大について、新たなカテゴリを設けることなく、第 2 号被保険者をそのまま拡大することを想定。

介護保険の意義および国・個人・企業(事業主)の負担のあり方といった本質的論議がないまま、“なくす的に”企業負担が増大する。

*1 被保険者拡大に伴い、第 1 号保険料と第 2 号保険料の負担割合を 12 : 38 (現在は 18 : 32) に調整。

*2 各保険料内の負担割合は現行制度に基づいている。

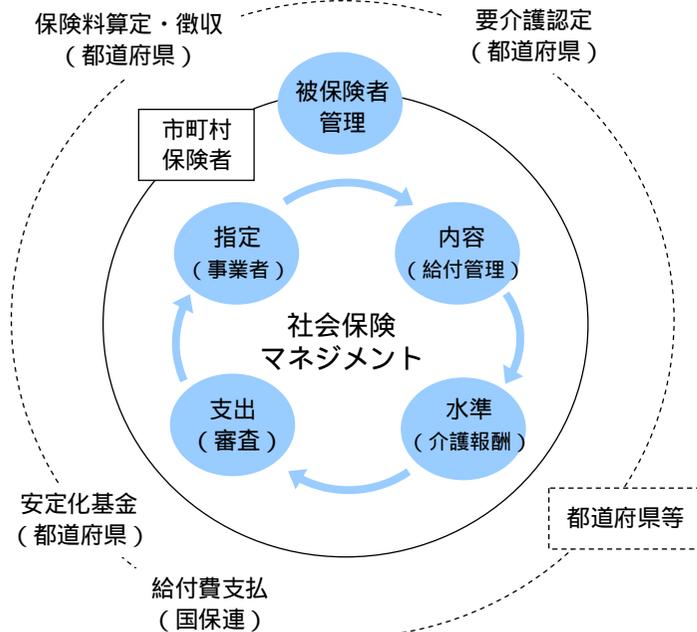
(2) 介護保険：個人保険・地域保険としての位置付けの徹底

地域保険としての位置付けの徹底

保険者(市町村)の機能について、各市町村の連携を図りつつ、「給付に関するマネジメント機能」に特化し強化する。そして、全国一律のルールで運営されている「事務的機能」は、都道府県や民間への機能移譲を含め、保険者機能から切り離す。

事業所・報酬・審査の給付に関する一連の機能を保険者に付与することで、一層の給付の適正化を多方面・場面から進めることができる。

主な保険者機能	都道府県	市町村
1. 被保険者管理		
2. 保険料算定	←	
3. 保険料徴収(普通徴収部分)	←	
4. 要介護認定	←	
5. 事業者・施設の指定		→
6. 事業者・施設の指導監査		→
7. 給付費(介護報酬)設定		→
8. 給付費審査・支払	支払	審査
9. 財政安定化事業		
10. 苦情処理		
11. 介護保険事業計画策定		



個人保険としての位置付けの徹底

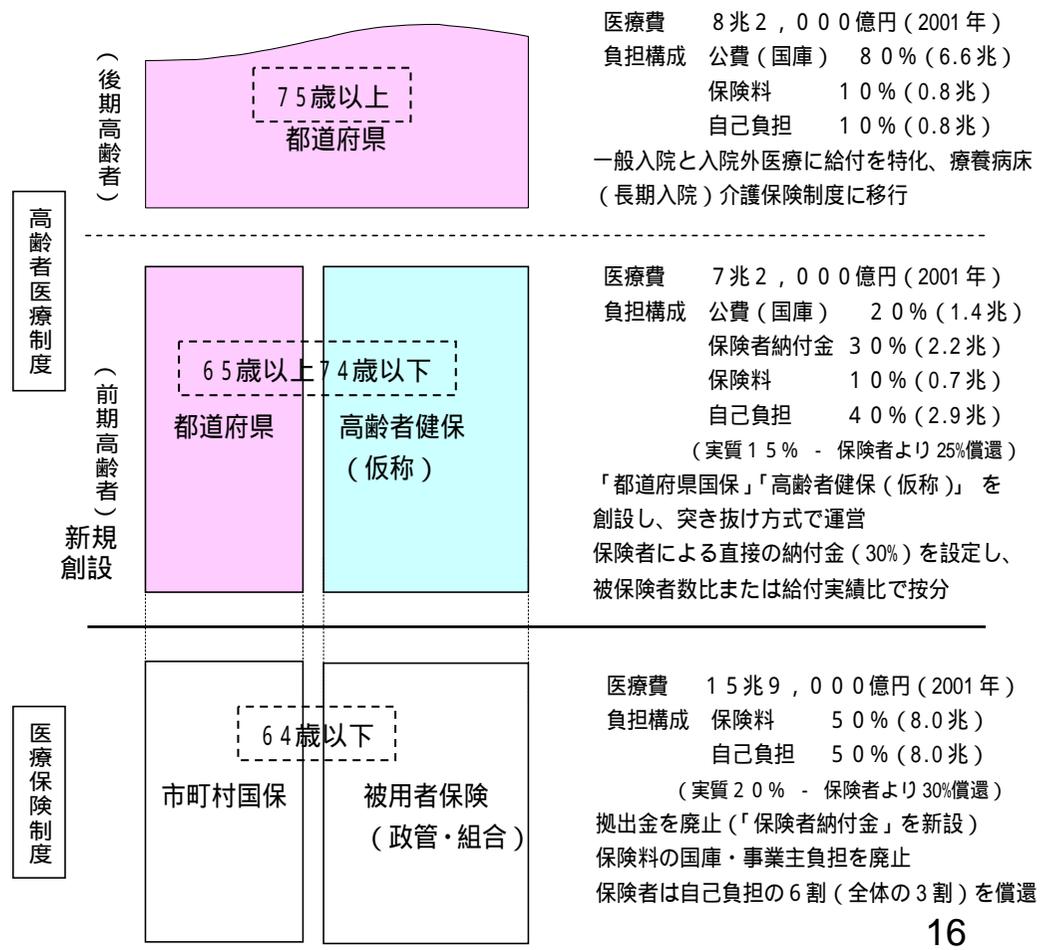
基礎年金における第3号被保険者と同様、介護保険および医療保険において、「被扶養者」とされる第2号被保険者は保険料を徴収されていない。介護保険の個人保険としての性格を徹底するために、被扶養者分は給与所得者との合算天引を行うなど、「すべての被保険者から保険料を徴収」する。

(3) 医療保険：「新・医療保険制度」の提案

ポイント

75歳以上では、「公費(税)」を重点投入(負担の80%)し、若年世代や企業から拠出しない。
 64歳以下の現役世代は、「保険料+自己負担」で100%運営する。
 企業は個人(従業員)に対し、負担総額の3割程度を支援する(「償還制度」の導入)。
 65歳～74歳では、「保険料+自己負担」50%+「企業負担」30%+「公費」20%

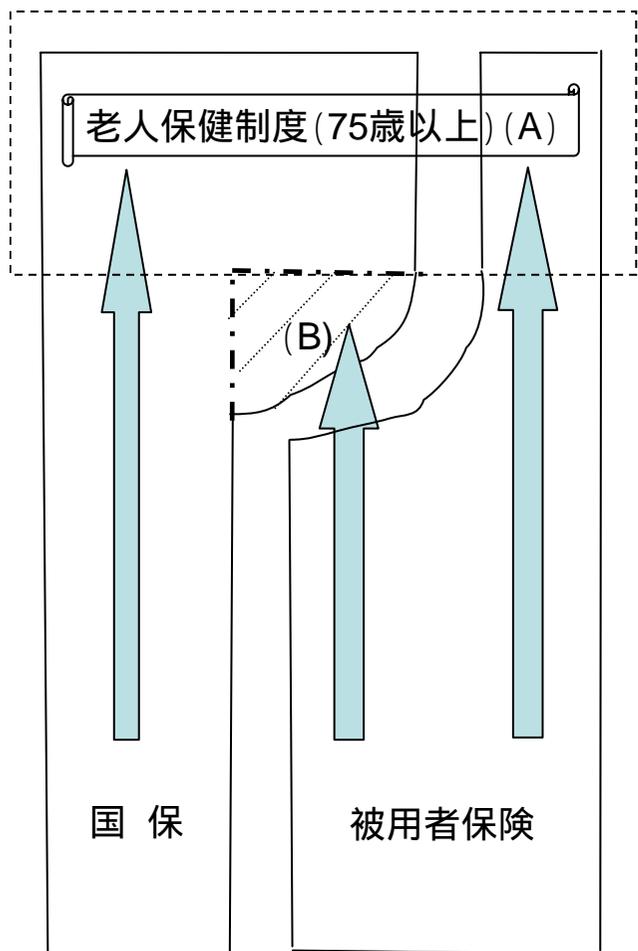
- (1) 「75歳以上」は、都道府県保険者が一括運営
 病床区分上の療養病床部分を介護保険制度(介護療養型医療施設)に移行
 自己負担は介護保険制度とのバランスを考慮し、1～2割に設定
 ハイリスク者を被保険者とするため、公費を重点投入(市町村国保・政管健保保険料の国庫負担分を充当)
- (2) 「前期高齢者層」の保険者間の調整を回避する観点から新保険者を創設
 被用者保険を一本化し「高齢者健保(仮称)」が74歳まで、突き抜けて引継ぐ
 保険者納付金部分は人口比ではなく、給付実績による比例按分で納付部分を分担(保健事業・予防事業実績とのリンク)
- (3) 「64歳以下」は「自助」の観点から自己負担部分を段階的に5割まで引き上げ
 保険者による一部負担の償還制度(25～30%)の導入(被用者保険保険料の事業主負担分を充当)。
 慢性疾患など負担が過大になる場合は、逡減制や限度額制の導入など検討。
 償還額の限度額制についても検討



企業(事業主)は保険料の負担をしないかわりに、個人(被保険者)の自己負担を支援する。公費負担は約1兆円増加するが、ホテルコストの自己負担化、院外処方にかかる診療報酬の適正化、および包括払制度の導入など医療費の大幅な削減で充当する。

【参考】費用負担構成シミュレーション

【現行制度】



	現行	再編後	増減比
総額	313,234 億円	313,234 億円	
公費	101,376 億円 (32.5%)	110,629 億円 (35.3%)	9.1%増
国庫	77,399 億円	80,031 億円	
地方	23,977 億円	30,598 億円	
事業主	69,708 億円 (22.3%)	56,772 億円 (18.1%)	18.5%減
納付金	—	14,017 億円	
保険料	69,708 億円	—	
自己負担支援	—	42,705 億円	
被保険者	142,166 億円 (45.2%)	145,883 億円 (46.6%)	2.8%増
保険料	95,062 億円	95,037 億円	
自己負担	47,104 億円	50,846 億円	

再編後は高額療養制度を捨象して推計しているため、自己負担額が若干増加している。

(出典) 厚生統計協会 「平成13年度 国民医療費」より作成

現行の医療保険制度の概要、および高齢者医療制度に関する厚生労働省の改革案は32～33頁

現行制度では、被用者保険(個人・企業が負担)は老人保健制度(A)と退職者医療制度(B)の双方を維持している。

(4) 中央社会保険医療協議会 (中医協)の組織改革

診療報酬(算定基準・単価)を決定する中医協には、今後、一層透明・公正な機関となるべく抜本的な改革が求められる。

中医協の概要

「社会保険医療協議会法」(昭和25年3月施行)に基づく厚生労働大臣の諮問機関。中医協は医師など診療側と保険者など医療費の支払い側、有識者など中立的な立場の公益委員の三者で構成。ほぼ二年に一度、診療報酬を見直している。診療報酬は治療や投薬など診療行為ごとの公定価格で、公的医療保険が医療機関に払う。

具体的には、被保険者(支払)の代表8名、医師・薬剤師(診療)など8名、公益代表4名の合計20名で構成。現在の会長は星野進保氏(総合研究開発機構客員研究員)。

中医協の現状と課題

医療費に関する直接の利害関係者である診療側と支払い側の委員がそれぞれ報酬改定の影響を調査した結果を示しながら議論している。ただ中医協が客観的に個々の改定結果を検証することはほとんどない。

現在、中医協委員、「診療」「支払」「公益」についての人数バランスや任期については、贈収賄事件後、関係団体を中心に改革案が提示されている。

しかし、委員構成の再編等に止まらず、中医協のあり方そのものを建て直すべく、設置法の改正を含めた抜本的な改革を行うことが望まれる。

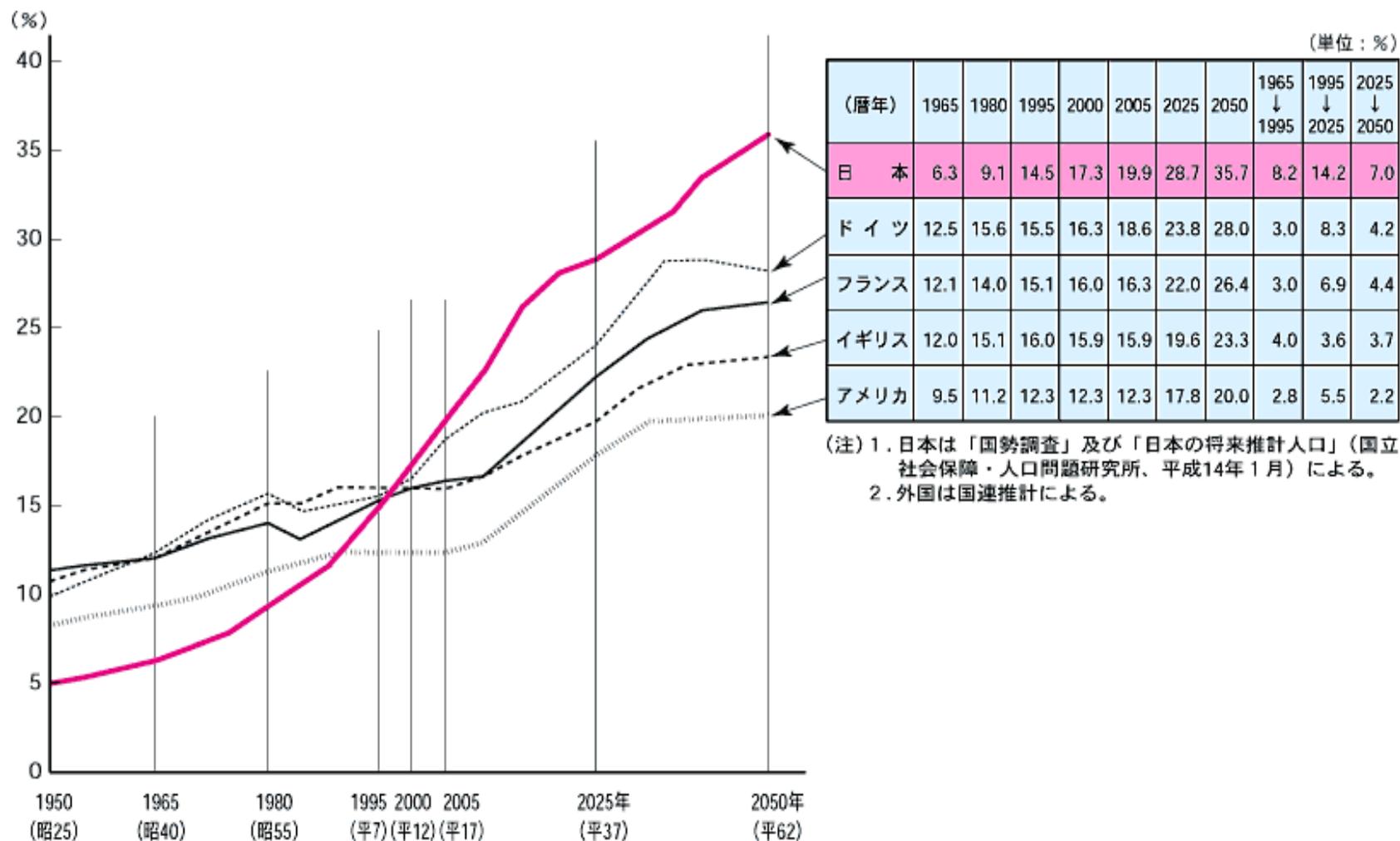
現在の中医協の機能は、医療体制、保険機能に関する総論的部分から、診療報酬設定や薬価収載等の技術的・専門的部分まで広範囲である。前者の機能は、厚生労働省等からの「独立性」をより強化し、後者については「専門性」をより強化する形で、中医協の位置付けを改めることが重要である。

具体的には、「行政委員会」(例:中央労働委員会、公正取引委員会等)として、または、独立行政法人化することで、「独立性」「専門性」を担保する組織改革を進めるべきである。

3. 少子高齢化の進行

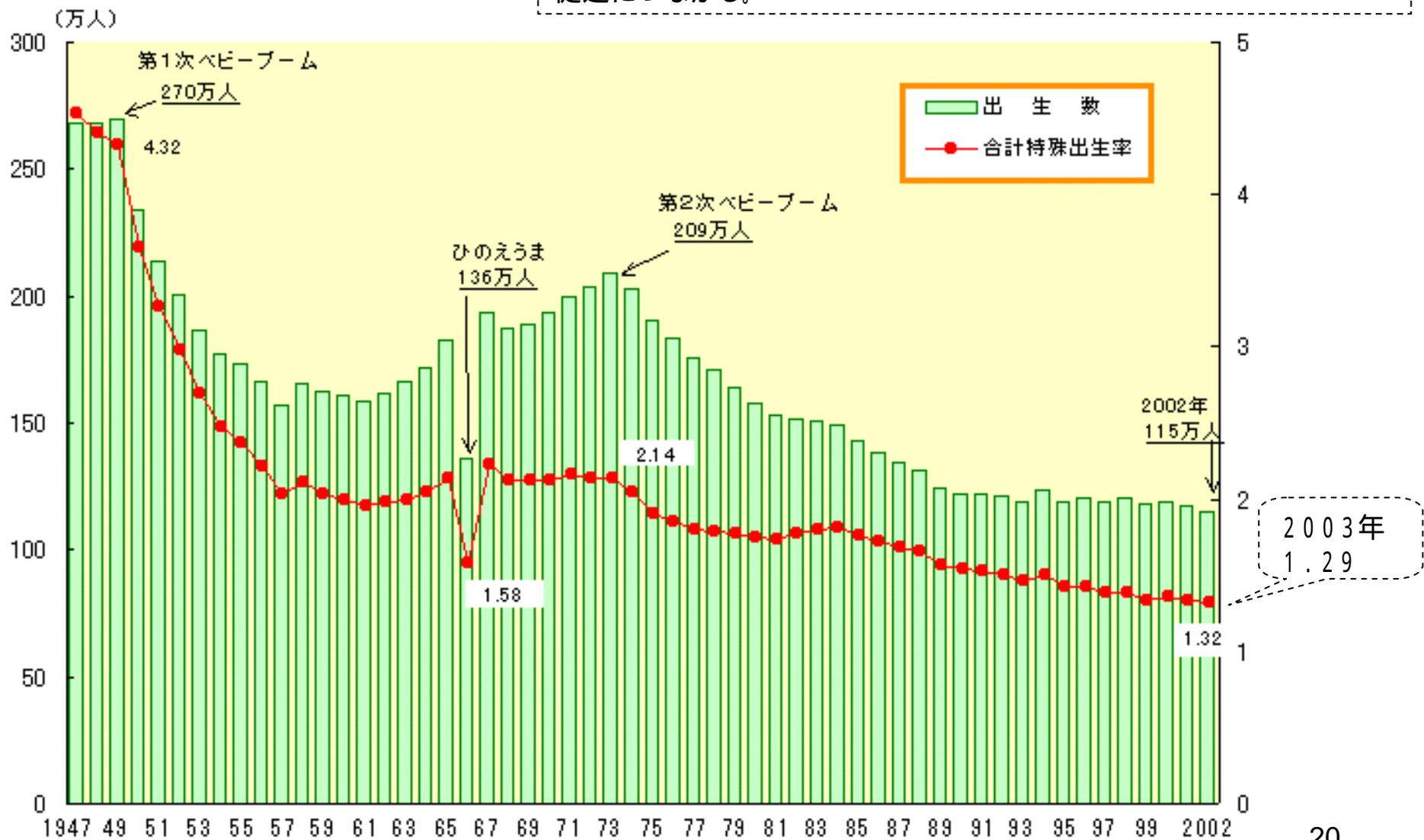
(1) 65歳以上の対総人口比

わが国の高齢化は、主要先進国の中で最も進展の度合いが大きい。



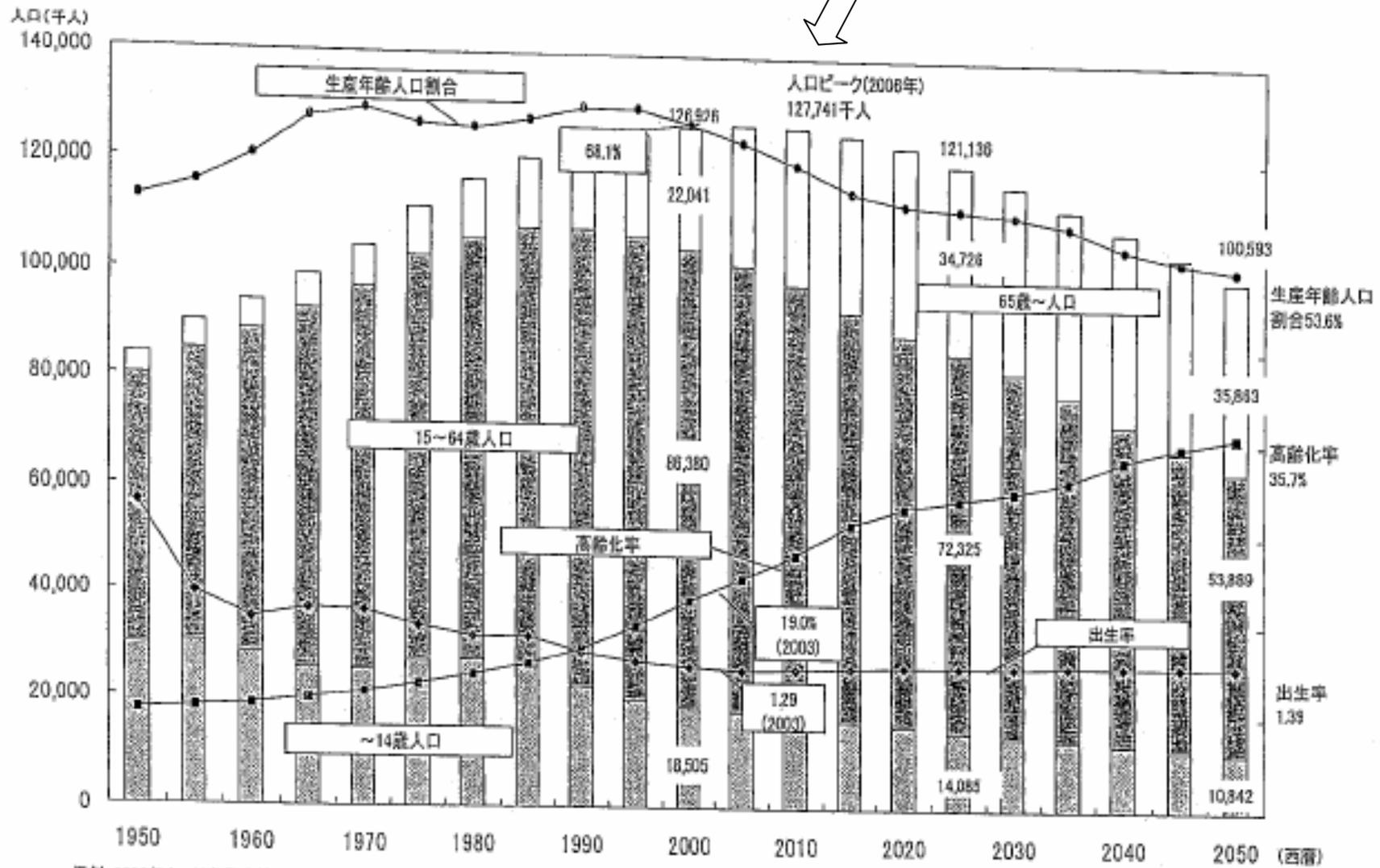
(2) 少子化の進展

出生率(合計特殊出生率)は、1971年の2.16から、2003年には4割減の1.29にまで低下した。この数値は長期的に人口を維持できる水準(人口置換水準)の2.07よりかなり低く、人口減少、人口高齢化の促進につながる。



(3) わが国人口の推移

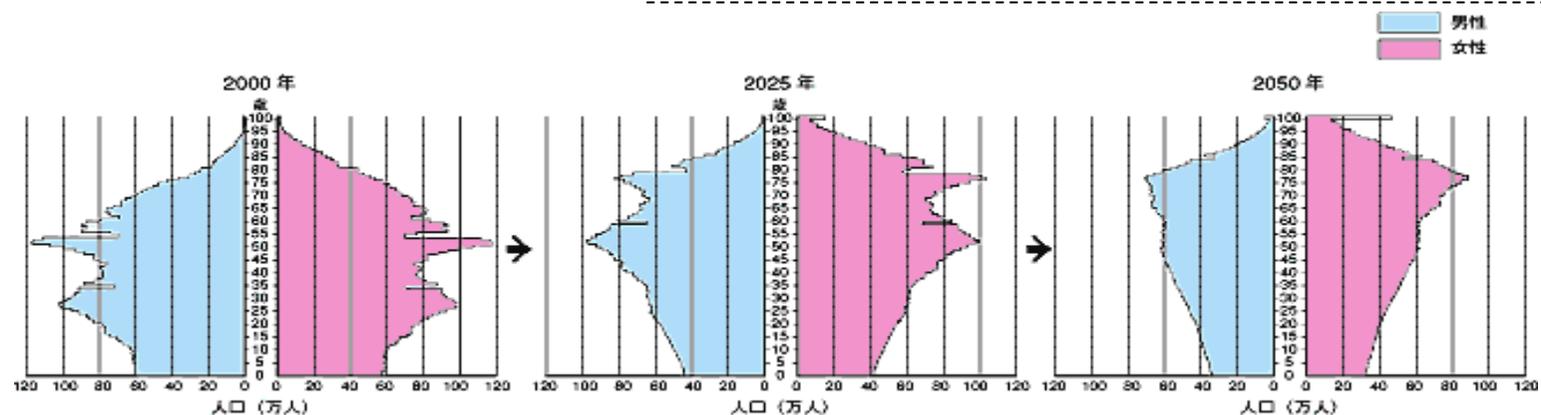
2006年をピークにわが国人口は減少に向かう



資料: 2000年までは財務省統計局「国勢調査」、2005年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成14年1月推計)中位推計」

(4) 人口ピラミッドの変化

少子高齢化の進展で現役世代が高齢世代を支えるという仕組みは非常に難しくなっている。



20～64歳人口の65歳
以上人口に対する比率

3.6

(総人口)

(1億2,693万人)



1.9

(1億2,114万人)

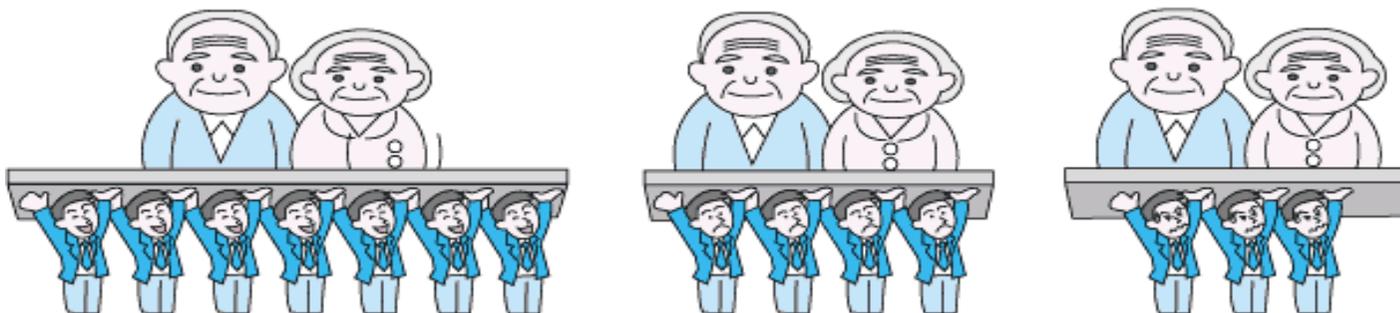


1.4

(1億59万人)

(注) 総人口のピークは、2006年の1億2,774万人。

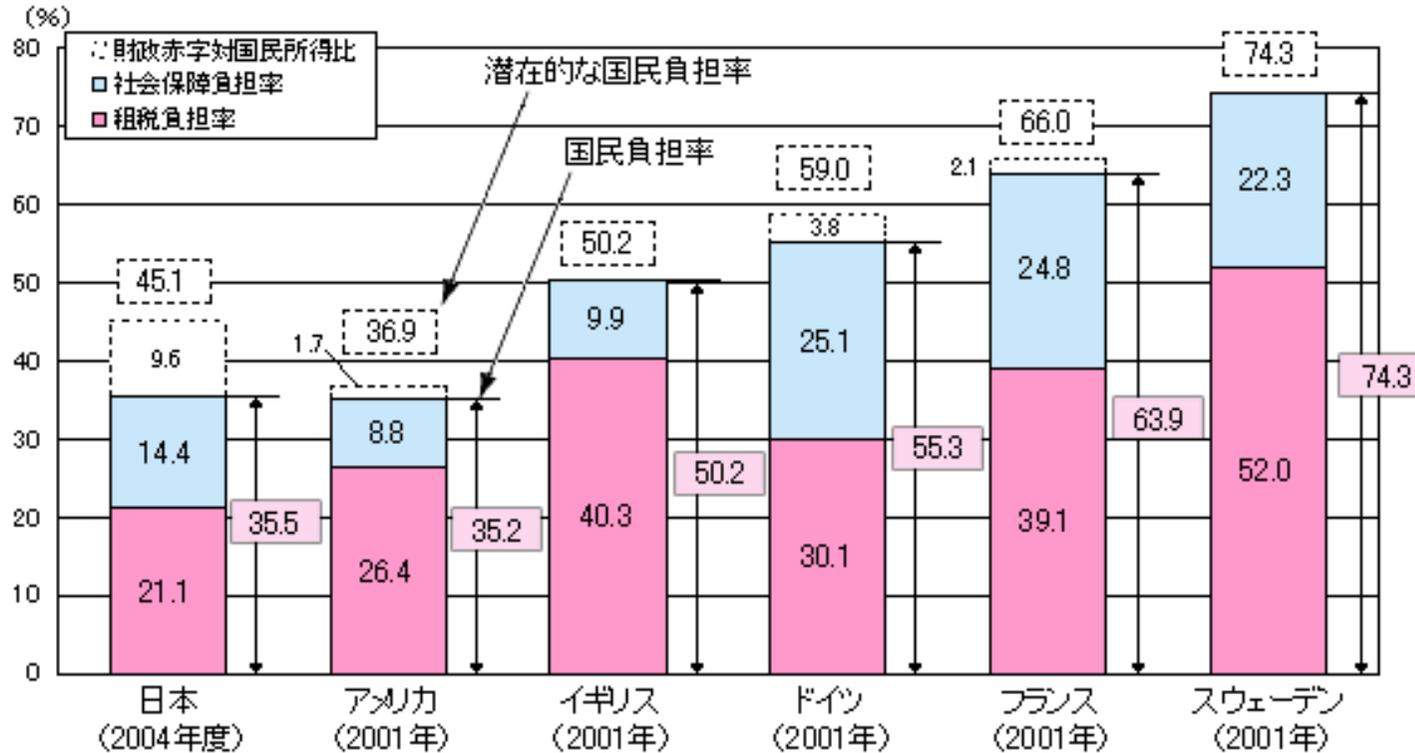
(出典) 「日本の将来推計人口」(国立社会保障・人口問題研究所、平成14年1月)による。



4. 財政・社会保障の課題

(1) 国民負担率の国際比較

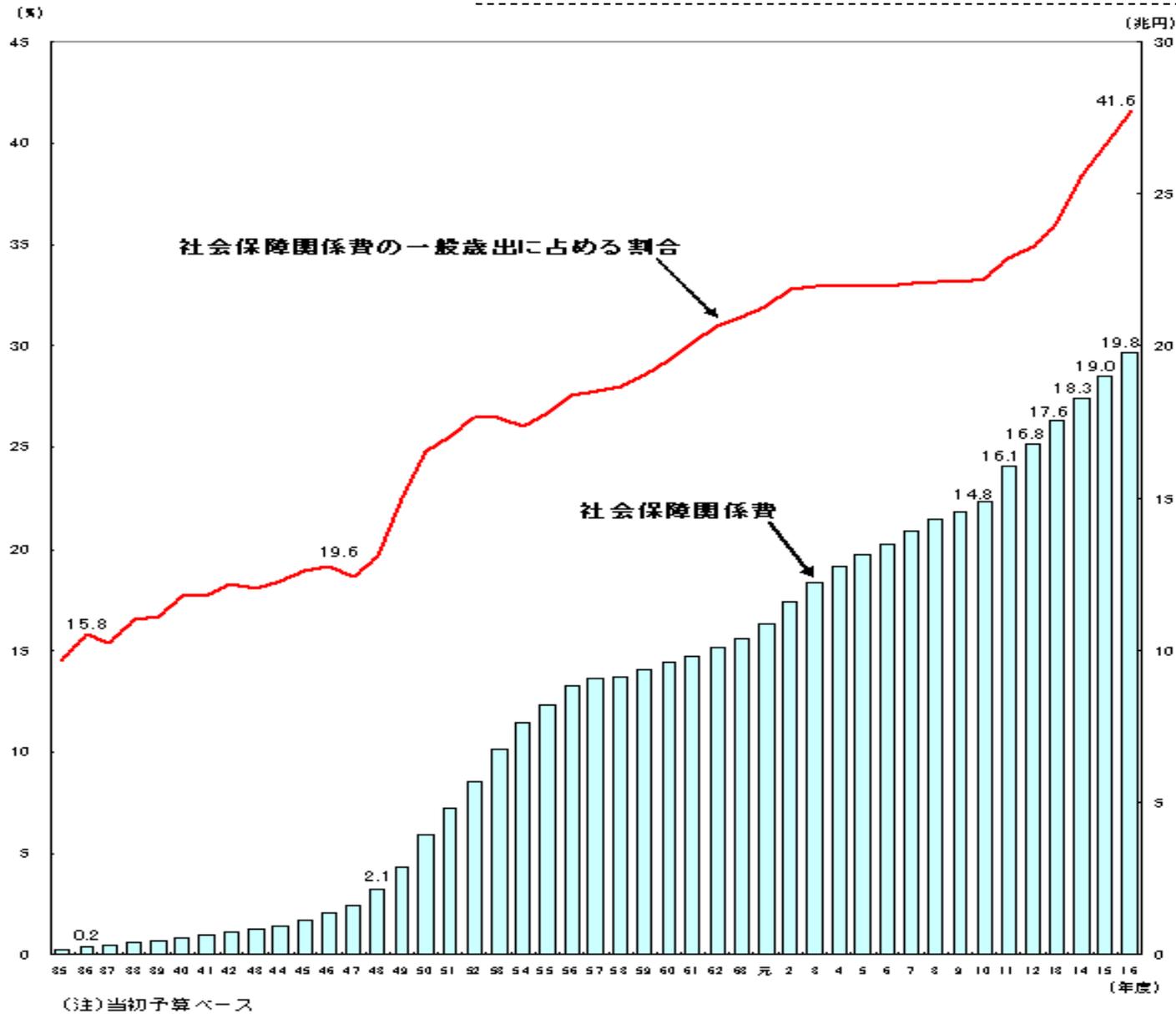
現在、我が国の国民負担率は、主要先進諸国と比べると低い水準にあるが、これは現在の世代が受益に応じた負担を行わず、財政赤字という形でその負担を将来世代へ先送りしているため。今後、高齢化が進展するにつれて、我が国の国民負担率は、さらに上昇することとなる。



1. 日本は2004年度(平成16年度)見通し。諸外国は2001年実績。
2. 財政赤字の国民所得比は、日本及びアメリカについては一般政府から社会保障基金を除いたベース、その他の国は一般政府ベースである

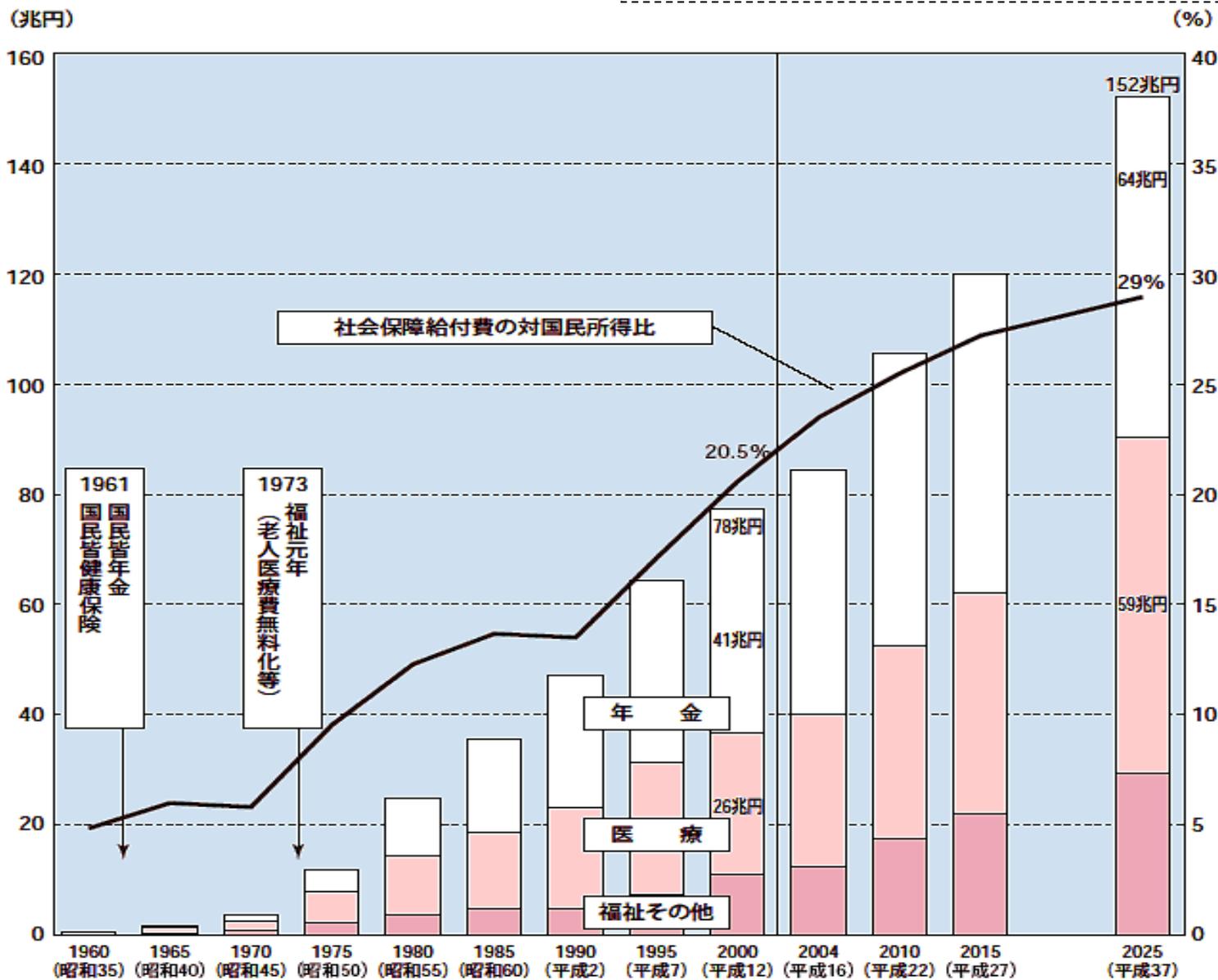
(2) 社会保障関係費の推移 増大する社会保障関係費

高齢化の進展に伴って社会保障関係費が年々増大し、今後も急速に増加することが見込まれ、財政事情はますます厳しくなることが予想される。



分野ごとの社会保障給付費の推移

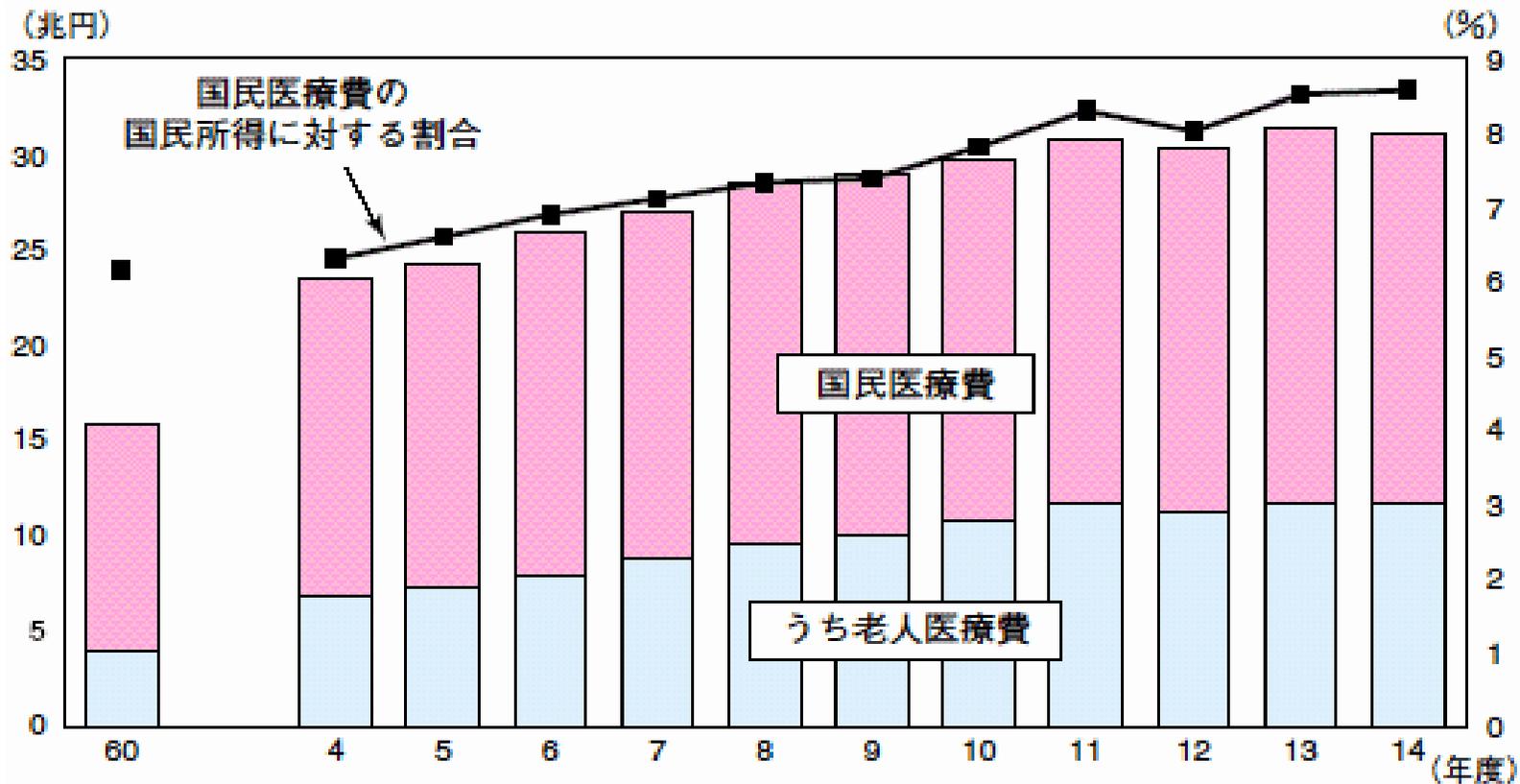
これまで増大してきた年金に加え、今後は医療が増大し、2025年には医療費が59兆円と年金給付費64兆円に並ぶ水準に達する。



(3) 医療費の推移 老人医療費の急増

医療費は年々増加。特に老人医療費は急増し、既に国民医療費の3分の1を超えている。

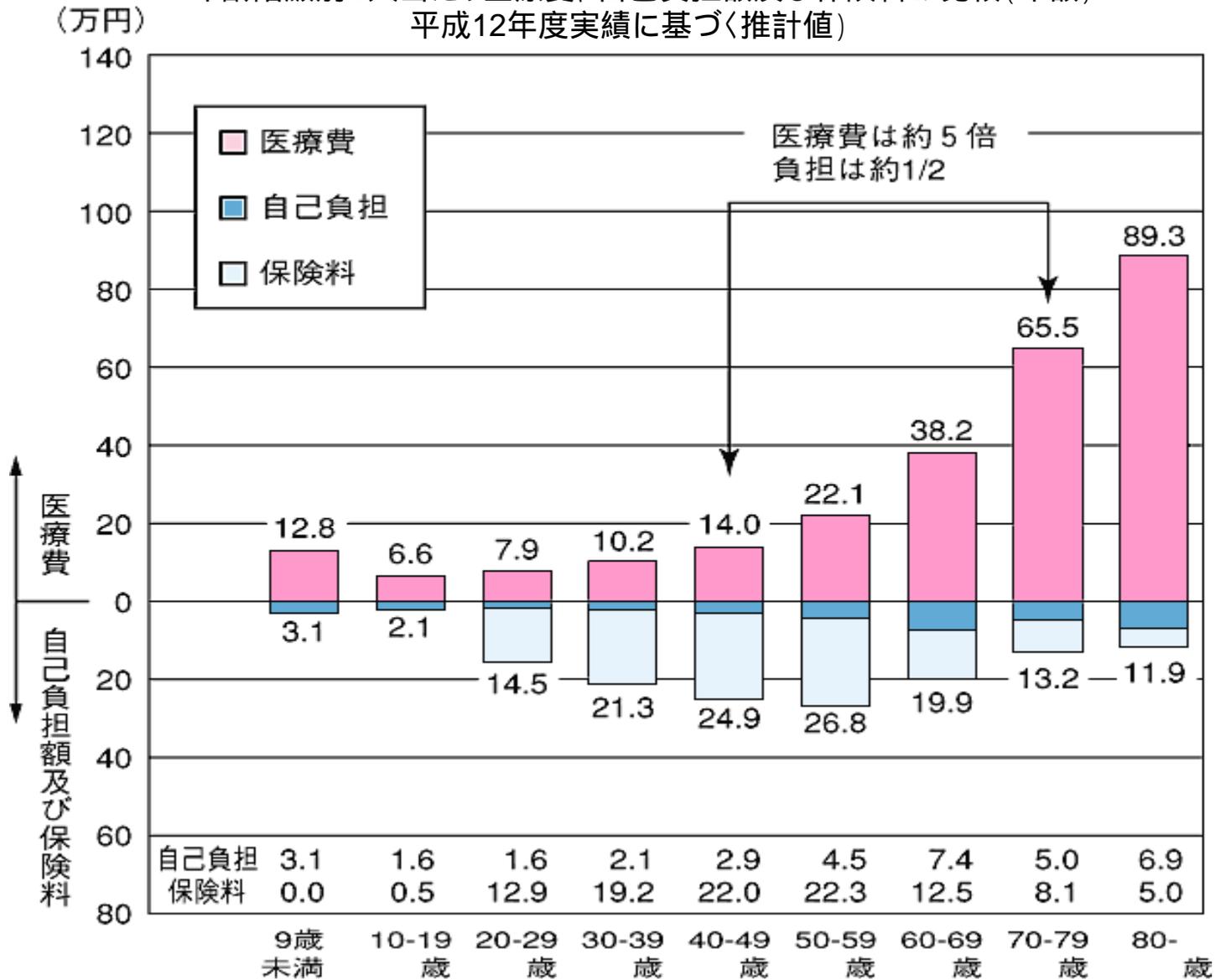
高齢化がさらに進んでいくなかで、国民皆保険制度を将来にわたって持続可能な制度として維持していくためには、公的医療費の伸びの抑制、公的保険の内容・範囲の見直し、保険者の再編・統合、世代間の給付と負担の公平化などを内容とする医療制度改革が不可欠。



世代別の給付と負担

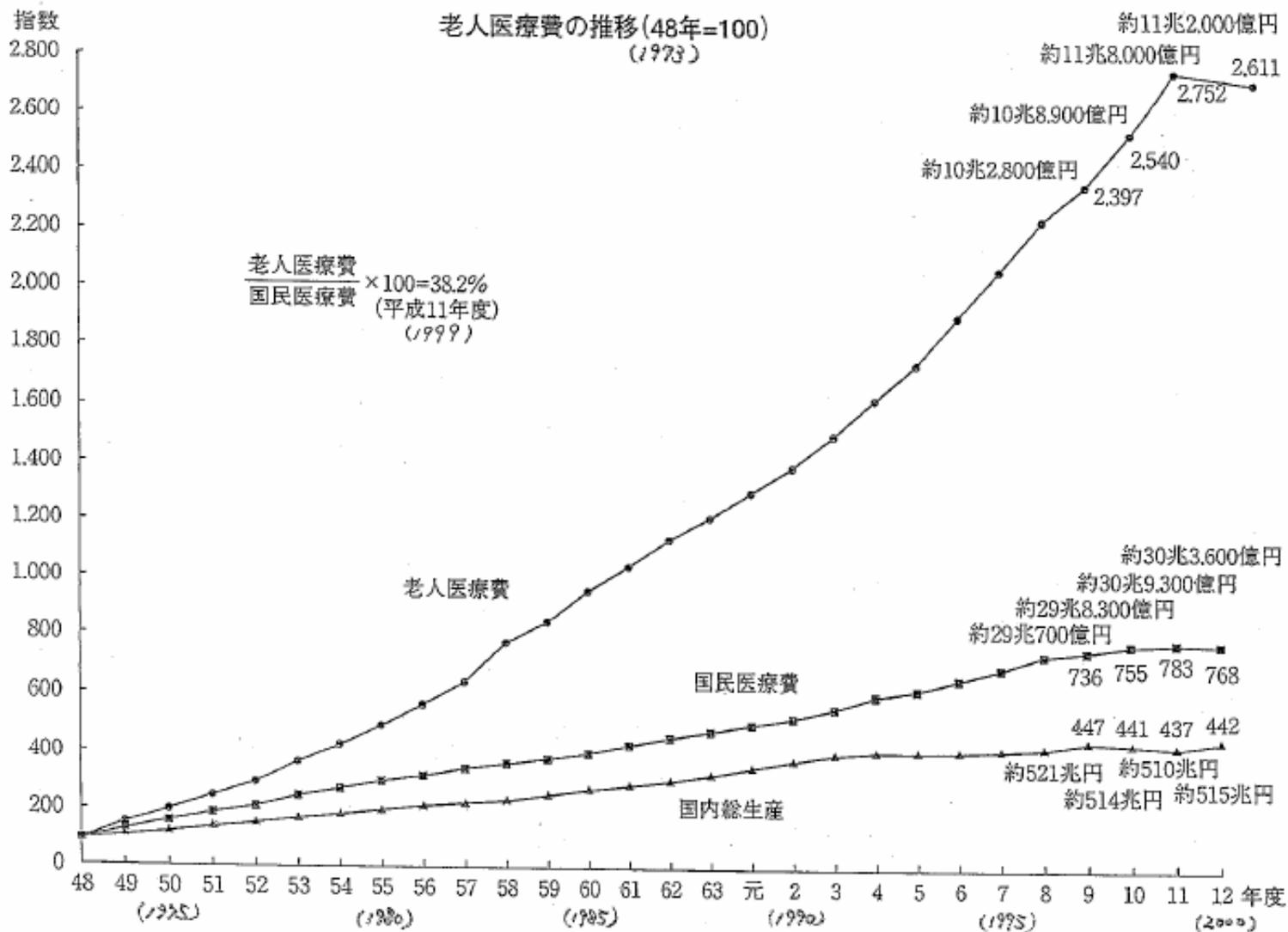
医療費の給付と負担には著しい世代間格差がある。

年齢階級別1人当たり医療費、自己負担額及び保険料の比較(年額)
平成12年度実績に基づく推計値



老人医療費の推移

国民医療費全体に比べて老人医療費の伸びは3倍以上となっている。

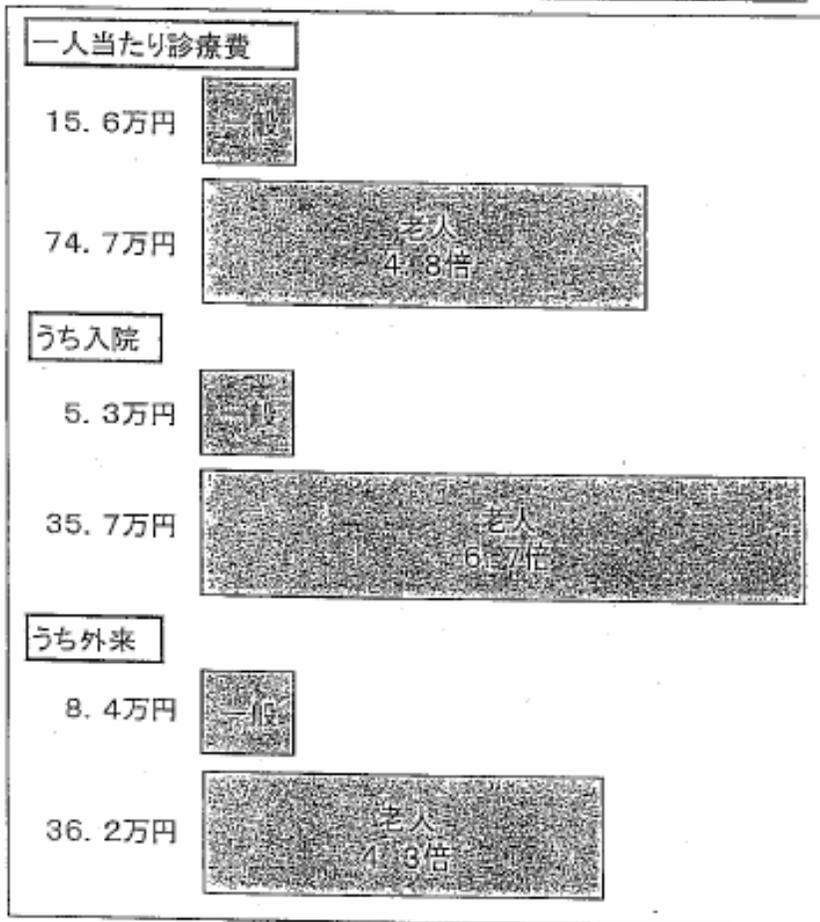


老人医療費の特性

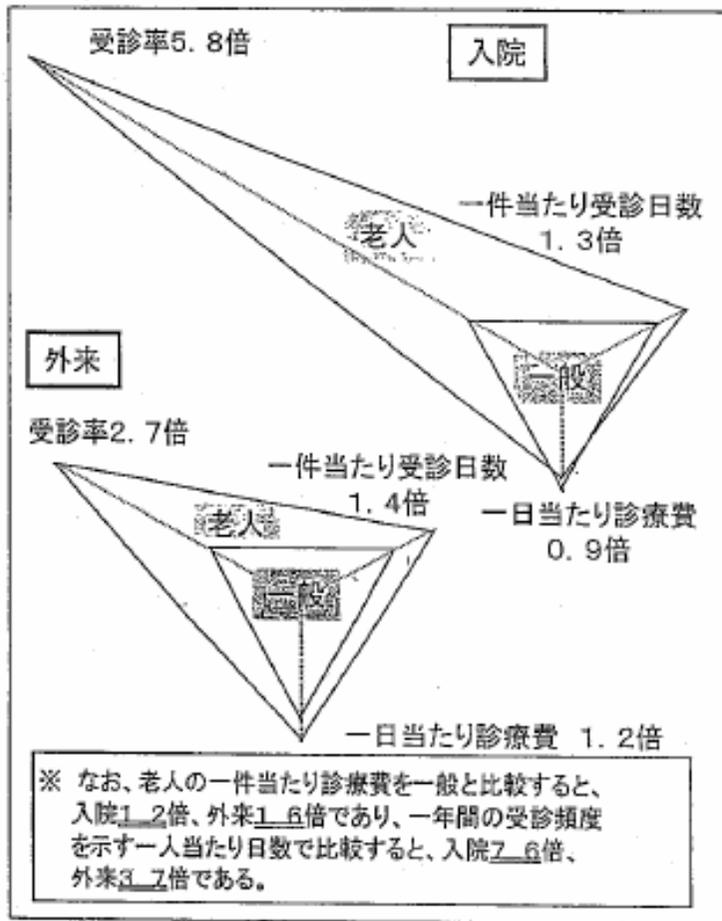
老人医療費は、1人当たり入院診療費および受診率が高いという特性がある。

老人医療費の特性

一人当たり診療費の一般との比較(平成13年度)(2001)



三要素の比較(平成13年度)(2001)



(注)1. 入院、外来はいずれも医科に関する数値である。
 2. 入院には、入院時食事療養費(医科)が含まれている。
 3. 外来には、薬剤の支給が含まれている。
 (資料)厚生労働省保険局調査課「老人医療事業年報」等

老人対若年世代の医療費の国際比較

わが国の老人一人当たり医療費は若年層の5倍近くに達しており、諸外国に比べて格差が大きい。

老人・若人別1人当たり医療費の国際比較

諸外国の老人一人当たり医療費は、若人の2~4倍程度

日 本 (1997)	4.90
アメリカ (1995)	4.60
イギリス (1997)	3.35
ド イ ツ (1994)	2.68
フランス (1991)	2.96

(出典) 「OECD HEALTH DATA (2002)」(OECD)

(注)

1. 医療費については、各国の制度、統計データの定義などの相違から単純に比較することは困難であるが、一定の前提を置いて(総医療費で比較)、あえて比較を試みたものである。
2. イギリスはイングランドのみのデータである。
3. ドイツは公的支出に限ったデータである。
4. フランスは60歳以上の1人当たり総医療費の0~59歳の1人当たり総医療費に対する割合である。

入院・外来の国際比較

平均在院日数および外来受診回数ともわが国は主要先進国の中で多い。

病床数と平均在院日数の国際比較(2000年)

	日本	米国	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン
病床数	164.7万床 [140.6万床]	98.4万床	24.3万床	74.9万床	48.6万床	3.2万床
(人口千人あたり)	13.0床 [11.1床]	3.6床	4.1床	9.1床	8.2床	3.6床
平均在院日数 (1999年)	30.8日 [27.2日]	7.0日	9.8日 (1996年)	12.0日	10.6日	6.7日

(資料)「OECD Health Data 2002」、「医療施設調査・病院報告(平成12年)」

(注1)日本の病床数及び平均在院日数の括弧内は、療養型病床群等を除いたもの。(2000)

(注2)諸外国の病床の定義は、基本的にOECDの統計に従った。

ドイツ : 急性期病床、精神・神経病床、リハビリ病床

フランス : 急性期病床、長期病床、精神病床、中毒病床(薬物、アルコール)、リハビリ病床

イギリス : NHS(National Health Service)の全病床

アメリカ : AHA(American Hospital Association)に登録されている全病院の病床

外来患者の年間受診回数(2000年)

日本 : 14.4回

アメリカ : 8.9回

イギリス : 4.9回

ドイツ : 6.5回(1996年)

フランス : 6.9回

スウェーデン : 2.9回

【参考】医療保険制度の概要

被用者保険は、企業(中小の場合は政管)の保険組合や国と保険者の規模が比較的大きいが、自営業や退職者のための国保は規模の格差が大きい3235市町村が保険者となっている。

医療保険制度の概要

(平成15年4月現在)

制度名	保険者 (市町村別)	加入者数 (千4位切上) 【主 人 家 人 平 人】	保 険 給 付				財 源			老人保健 給付額の 割合 (%) (平成14年度)
			医 療 給 付			現 金 給 付	国 庫	地方交付金	老人保健 給付額	
			一部負担	高額療養費	高額療養費 超過額					
被用者 保 険	一 般 被 用 者	国	89,299 [16,924 17,179]	3割 ただし、3歳未満 2割 70歳以上 1割 (一定以上所得者は2割)	自己負担限度額 [上世帯所得額] 136,800円+ (医療費-466,800円) × 1% [一般] 72,000円+ (医療費-241,800円) × 1% [所得割者] 26,400円	12割額 12割額 12割額	・ 遺失年金 ・ 遺失年金一 割金 等	1.5%	総額11,415 11,415	6.6
	組合	健康保険組合 1,722	31,018 [14,935 16,881]		健康保険標準額 同一月に21,800円以上の負担が複数ある場合はこれを自費 として支給	12割額 12割額 12割額	・ 遺失年金 ・ 遺失年金一 割金 等	—	2.8割額	2.7
	健康保険法 第3条第2項 被 用 者	国	41 [28 14]		健康保険標準額 同一月に21,800円以上の負担が複数ある場合はこれを自費 として支給	12割額 12割額 12割額	・ 遺失年金 ・ 遺失年金一 割金 等	12割額 12割額	11.8割額 11.4割額	7.9
	船員保険	国	212 [18 138]		健康保険標準額 12割額 12割額 12割額	12割額 12割額 12割額	・ 遺失年金 ・ 遺失年金一 割金 等	1.5%	2.8割額	7.8
国民 共 済	国家公務員	21共済組合	2,937 [4,474 5,453]	健康保険標準額 12割額 12割額 12割額	12割額 12割額 12割額	・ 遺失年金 ・ 遺失年金一 割金 等	—	2.8割額	4.3	
	地方公務員等	54共済組合	5,453	健康保険標準額 12割額 12割額 12割額	12割額 12割額 12割額	・ 遺失年金 ・ 遺失年金一 割金 等	—	2.8割額	4.3	
	私学教職員	1事業団	1事業団	健康保険標準額 12割額 12割額 12割額	12割額 12割額 12割額	・ 遺失年金 ・ 遺失年金一 割金 等	—	2.8割額	4.3	
国民 健康 保 険	農 漁 者	市町村 3,295	48,953	高額療養費超過額の負担軽減 血友病、人工透析を行う慢性腎不全の患者等の自己負担 限度額 50,000円	12割額 12割額 12割額	・ 遺失年金一 割金 等 ・ 遺失年金 等	1.5%	11.8割額 11.4割額	25.9	
	自営業者等	市町村 166	44,778	高額療養費超過額の負担軽減 血友病、人工透析を行う慢性腎不全の患者等の自己負担 限度額 50,000円	12割額 12割額 12割額	・ 遺失年金一 割金 等 ・ 遺失年金 等	1.5%	11.8割額 11.4割額		
	被用者保険 の退職者	市町村 1,295	4,183	70~74歳 老人保健と同じ	12割額 12割額 12割額	・ 遺失年金一 割金 等 ・ 遺失年金 等	1.5%	11.8割額 11.4割額		
老人保健	市町村	15,675 被用者保険 3,302 国民健康保険 11,373	1割(一定以上所得者は2割)	自己負担限度額 [一定以上所得者] 2割(健康保険組合) 40,000円 [一般] 40,000円 [所得割者] 24,000円 国民健康保険者 12,000円	外支額2割 48,000円 12.0割額 8.0割額 8.0割額	12割額 12割額 12割額	・ 遺失年金 ・ 遺失年金一 割金 等 ・ 遺失年金 等	1.5%	11.8割額 11.4割額	12.5

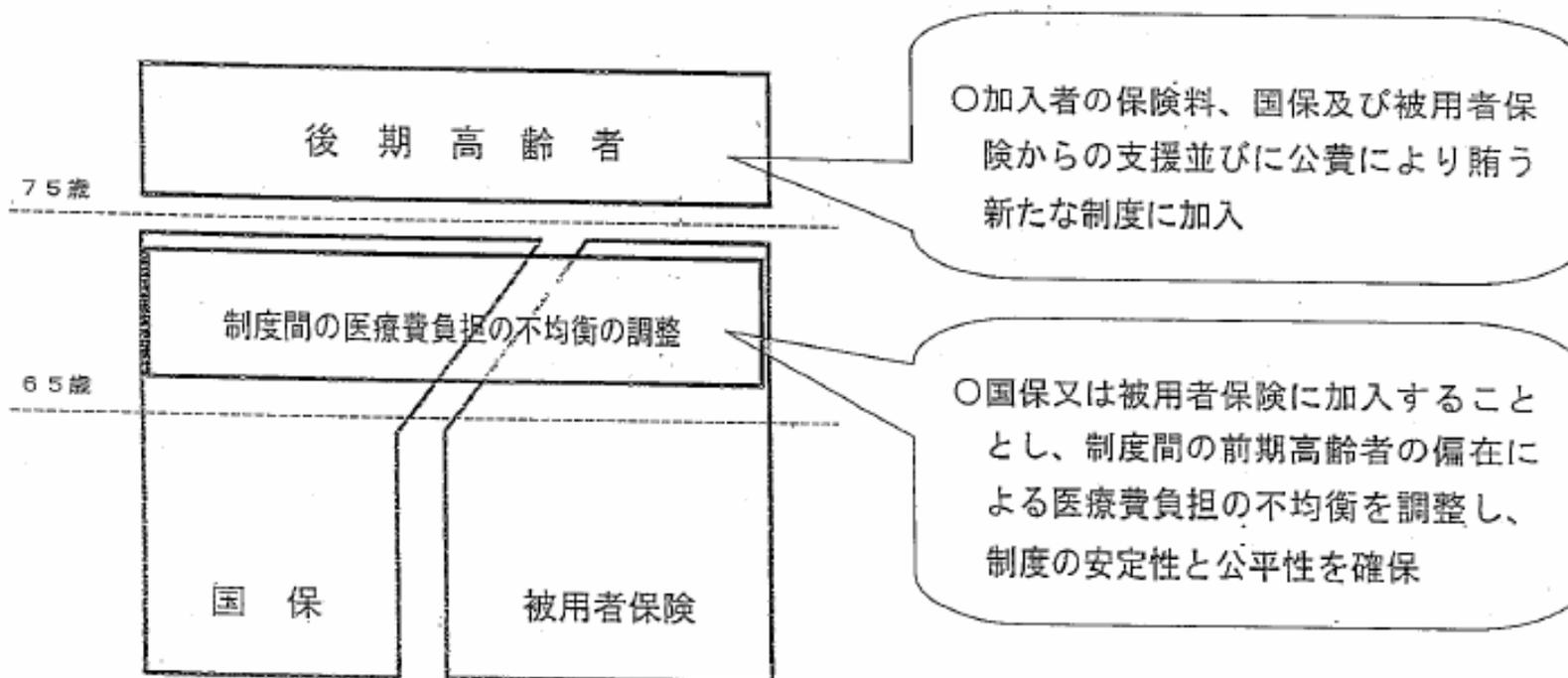
【注1】 老人保健給付の対象者は、各医療保険制度加入の75歳以上(ただし、平成14年3月31日までに79歳以上となる状態を要す。)の要否が65歳以上75歳未満の単独居住者の状態にある者。
 【注2】 国民健康法の適用範囲等については、健保の適用除外承認を受けて、平成9年9月1日以降新規に加入する者及びその被保険者については政管標準給付とする。
 【注3】 所得割者：市町村健康保険組合に加入する者。
 【注4】 各種保険の保険料は平成13年3月現在である。
 【注5】 組合と老人保健の加入者数は重複数である。

【参考】高齢者医療制度の改革
(厚生労働省案)

高齢者医療制度の考え方が曖昧で、結局、現役世代・企業負担をあてにしており、抜本的な解決方策になっていない。

高齢者医療制度の基本的考え方

- 個人の自立を基本とした社会連帯による相互扶助の仕組みである社会保険方式とする
- 65歳以上の者を対象に、後期高齢者と前期高齢者のそれぞれの特性に応じた制度とする
- 世代間、保険者間の保険料負担の公平化、制度運営の責任主体を明確化を図る
- 現役世代の負担が過重なものとならないよう、増大する高齢者の医療費の適正化を図る

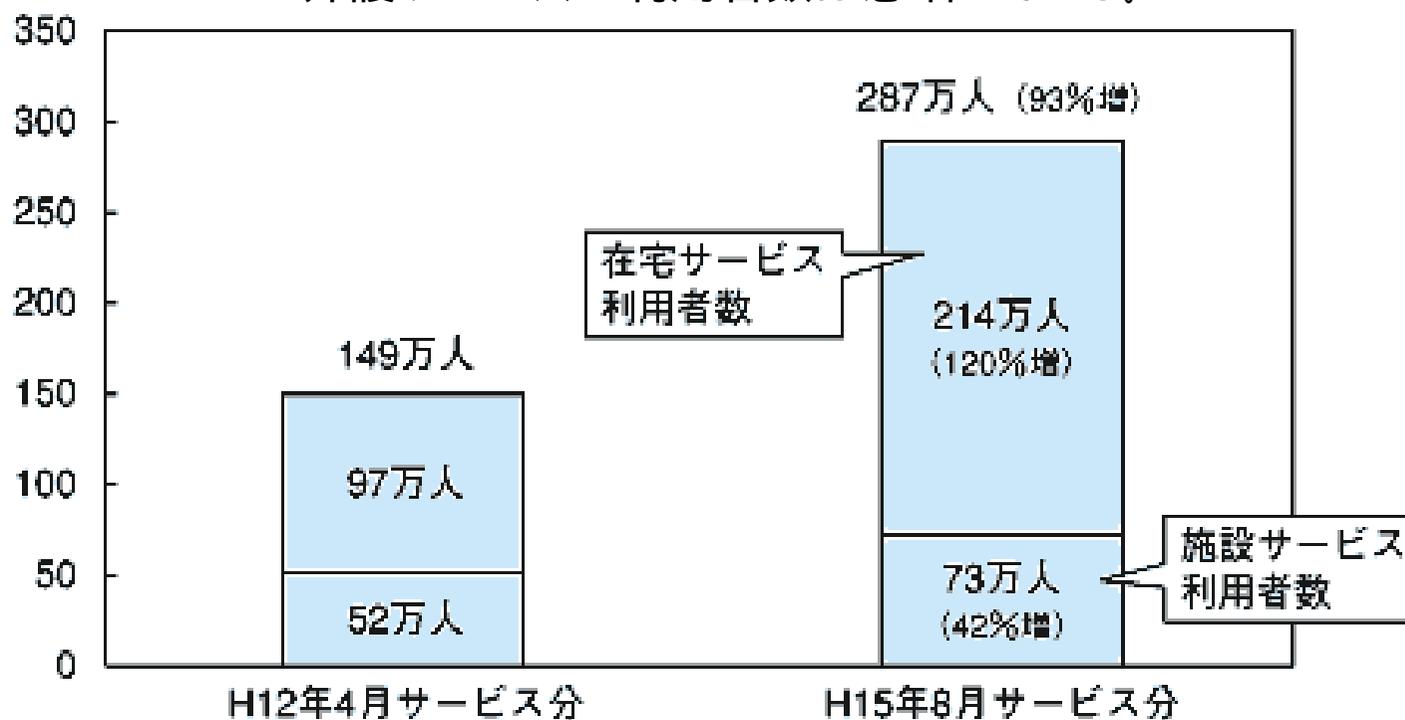


(6) 介護保険給付の推移 利用者数の推移

介護保険については、給付費が年10%を超えて伸びており、これを支える保険料・公費負担とも急増している。

適正かつ公正で利用者本位のサービスの提供、介護サービスの効率化、保険者機能の強化、公的保険給付の在り方の見直し（自己負担率の引上げ、ホテルコスト・食費等の給付除外、低所得者の範囲の限定等）等を図り、国民経済・財政と均衡のとれた将来にわたり負担可能な給付水準・体系に再設計することが必要。

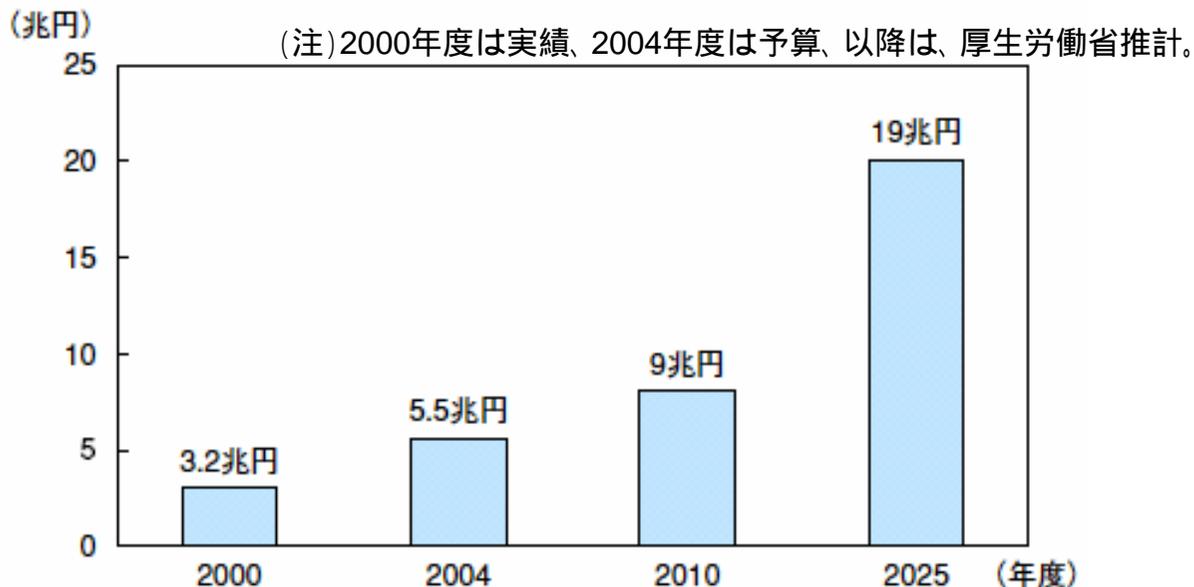
サービスの利用者数の推移 介護サービスの利用者数は急増している。



介護保険給付費・保険料の推移

介護保険給付費も年々大きく増加。給付費の増加を受けて、保険料負担は高齢者も若年者も急速に増大している。

) 給付費の推移



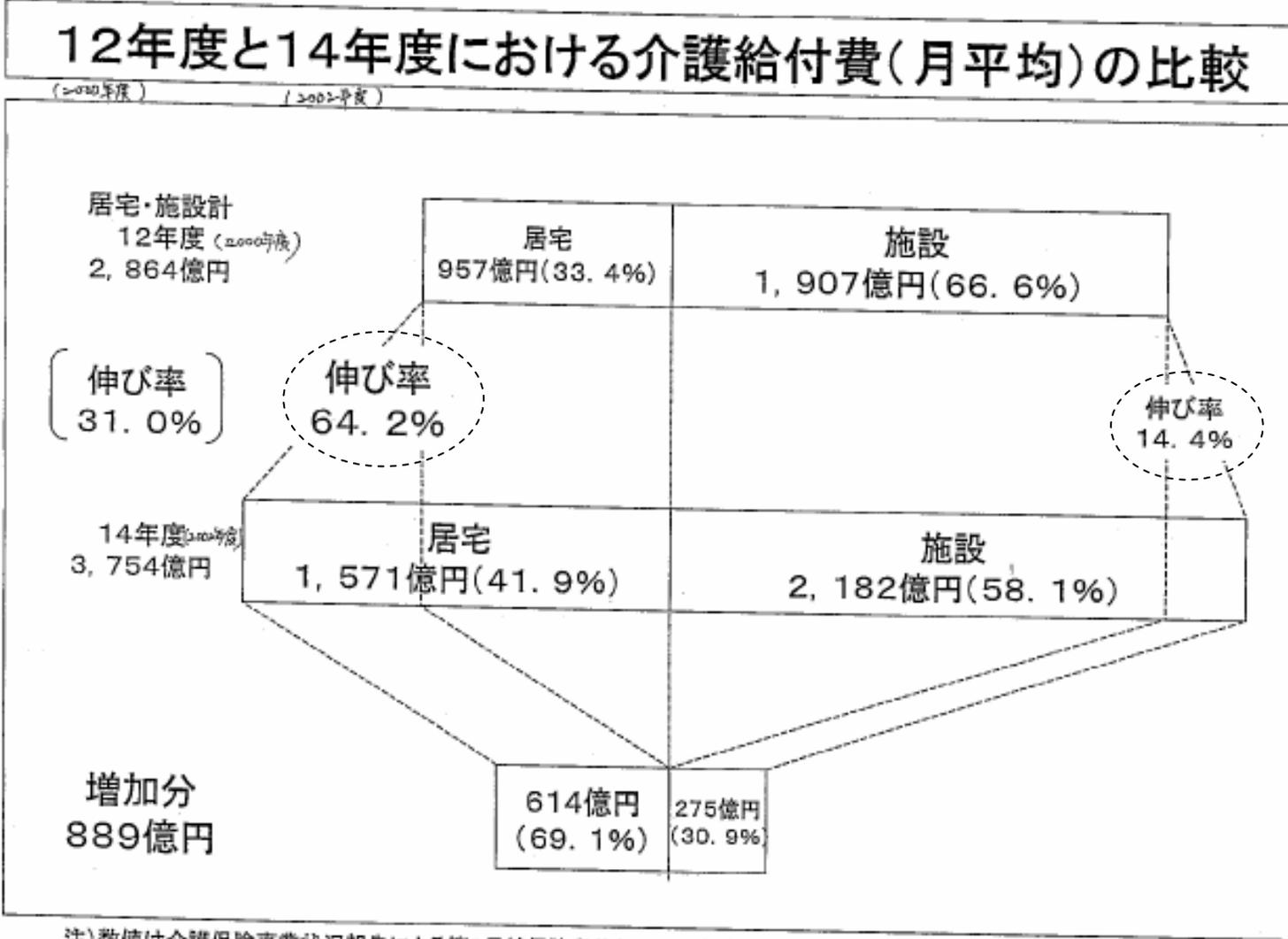
) 保険料の推移

1号保険料(65歳以上高齢者の標準的な負担額)	
全国平均(月額・加重平均)	
第1期(12~14年度)	2,911円 (+13%)
第2期(15~17年度)	3,293円

2号被保険者(40~64歳)1人当たり負担額(月額)	
(12年度は確定納付金額、16年度は概算納付金額を基に計算)	
12年度	2,264円
	(+53%)
16年度	3,472円

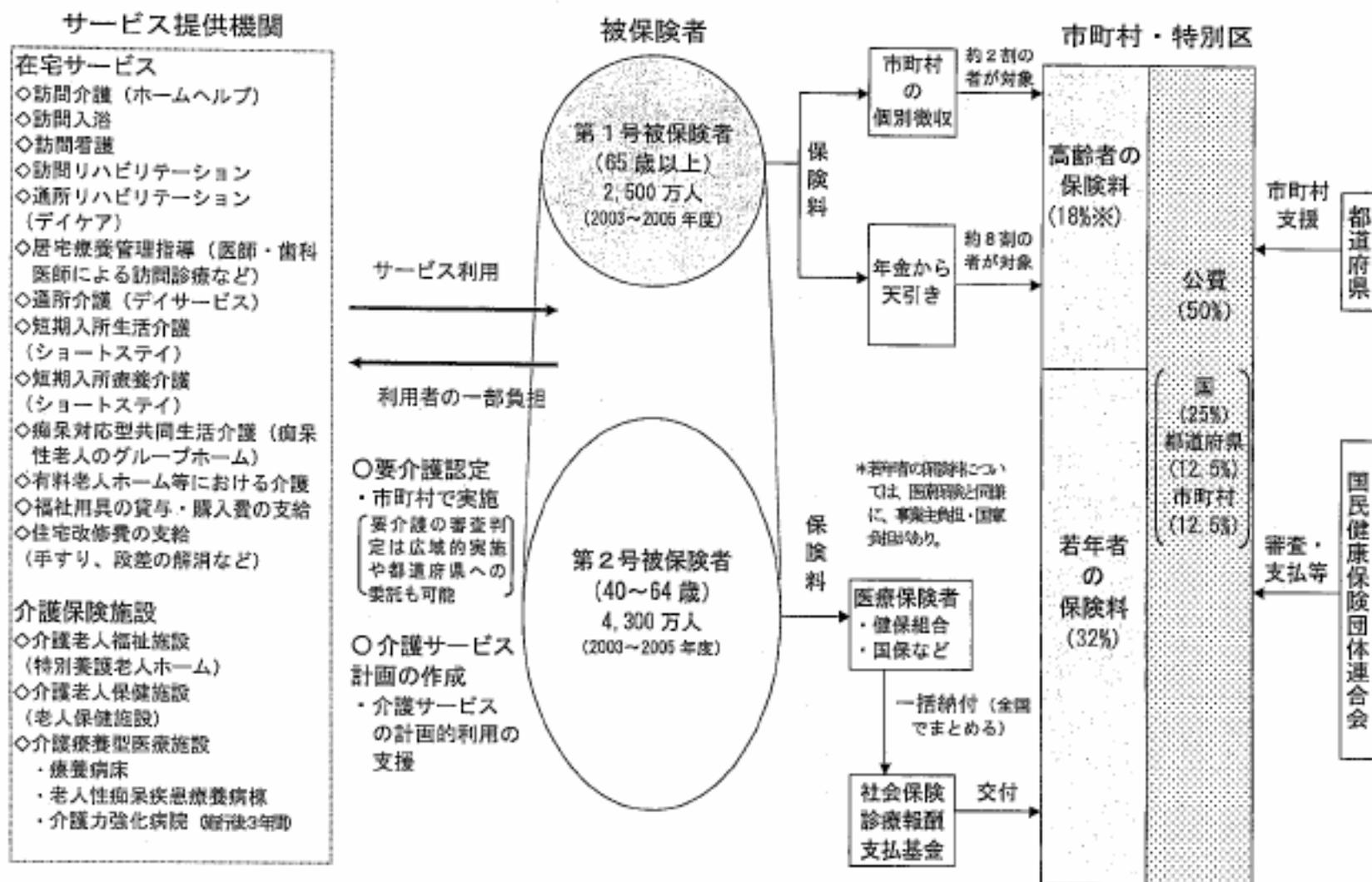
介護給付費の比較から見る費用増加

介護給付費の伸び率をみると、「施設介護」よりも、むしろ「居宅介護(在宅介護)」の費用増加が著しい。



注) 数値は介護保険事業状況報告による第1号被保険者分(12、14年度とも月平均、14年は10ヶ月分)である。
 (平成20、22年度) (平成20年)

【参考】介護保険制度の概要



(5) 介護保険制度と障害者などの支援費制度の比較

介護保険と支援費制度はサービスの利用
手続き、給付方法などで相違が多い

【介護保険制度と支援費制度の比較】

		介護保険制度	支援費制度
対象、 利用 手続き等	サービス対象者	要介護認定を受けた被保険者	支給決定を受けた身体障害者、知的障害者、障害児
	サービス対象者の 決定手続き	市町村の要介護認定により決定 認定に当たっては第三者からなる認定 審査会が審査・判定を実施	市町村の支給決定
	サービスの要否の 判断	介護ニーズに係る要介護認定基準に基 づく判断	定められた勘案事項に基づく総合的な 判断（統一的な判断基準は設けられて いない）
給 付	サービス量	要介護度（要支援、要介護1～5）に 応じ支給限度額を決定し、その範囲で 利用者が選択	支給決定の際に、利用者ごとのサービ ス種類・量を決定
	ケアマネジメント	居宅介護支援事業所、介護支援専門員 が制度化されており、関係費用を保険 給付	制度化されていない
負 担	費用負担	居宅・施設サービス共通 〔負担〕 国 1/4 都道府県 1/8 市町村 1/8 保険料 1/2	居宅サービス 〔補助〕 国 1/2以内 都道府県 1/4以内 市町村 1/4 施設サービス 〔負担〕 国 1/2 都道府県 1/4 市町村 1/4
	利用者負担	応益負担 1割負担 限度額あり ※低所得者に対する一定の配慮を設 けている	応能負担 負担能力に応じた費用徴収 限度額あり

(6) 社会保障制度改革の論議の予定

('04年) 平成16年	6月 (諮問会議「基本方針」)	・年金制度改革法成立 (6月11日法律第104号)	・介護制度改革の検討 論点 ・給付の効率化・重点化 (予防重視型システムへの転換、居住費用・食費に係る利用者負担の見直し) ・サービスの質の確保・向上 ・被保険者・受給者の範囲等	・医療制度改革の検討 論点 ・都道府県単位を軸とした保険運営についての検討 ・新たな高齢者医療制度に関する検討 ・高齢者医療費の伸びの適正化策 ・公的保険給付の内容及び範囲の見直し等	・生活保護制度改革見直しの検討 論点 ・保護基準の在り方 ・自立支援・適正化等制度・運用の在り方	・少子化社会対策基本法 ・次世代育成支援対策推進法 ・少子化社会対策大綱 (地方公共団体、企業において、行動計画の策定作業)
	7月 (30日「社会保障の在り方に関する懇談会」第1回開催) ※年内に論点整理。 8月 (概算要求) 9月 (10日「社会保障の在り方に関する懇談会」第2回開催)		・改革案のとりまとめ	・生活保護制度改革見直し	・新新エンゼルプランを策定(平成16年中) ・行動計画に基づく地方公共団体、企業の取組を支援し、施策を強力に推進	
('05年) 平成17年		社会保障制度全般についての一体的な見直しの中で、制度体系の在り方についても検討 (三党合意及び平成16年年金改正法附則)	介護制度改革の実施 法律施行後5年を目途に、その全般に関して検討し、必要な見直し等の措置を講ずる(介護保険法附則) →平成17年通常国会に法案提出予定	医療制度改革の実施 医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する「基本方針」に基づき、概ね2年後を目途に新しい高齢者医療制度の創設を含む制度改革に順次着手 →遅くとも平成18年通常国会に法案提出予定	生活保護制度改革見直し 生活保護の在り方について十分検討を行うこと(社会福祉事業法等改正法附帯決議(衆・参))	国・地方を通じた個人所得課税の根本的見直し(平成17年度・18年度、平成16年度与党税制改正大綱)
('06年) 平成18年					総合振興の実施(18年度)	消費税を含む根本的税制改革(平成19年度目途、平成16年度与党税制改正大綱)
('07年) 平成19年						

(7) 企業活動と公的負担

経済産業省の緊急調査について(平成16年10月22日公表)

多くの企業が社会保険料の高さ、度重なる保険料値上げに不満を持っている。

1. 社会保障制度に対する企業の不満

- ・「社会保険料が高い」・・・大手企業の54%、中堅・中小企業の68%
- ・「保険料がたびたび上がり、先止まり感がない」・・・大手企業の82%、中堅・中小企業の73%

2. 社会保険料負担の引き上げが企業行動に及ぼす影響

(1) 社会保険料負担引き上げの程度と企業行動

- ・「現状より負担が少しでも上がれば、雇用形態の変更や海外移転など企業行動に影響」
・・・大手企業の15%、中堅・中小企業の22%
- ・「現状より負担が20%程度上昇した場合(※)、雇用形態の変更や海外移転など企業行動に影響」
・・・大手企業、中堅・中小企業の9割以上

(※)一定の前提で計算した場合、潜在的国民負担率が50%を超える水準に相当。

(2) 企業行動の変化の内容

- ・「海外活動の比重を高める」・・・大手企業の4割以上(中堅・中小企業では3.3%)

(3) 「海外活動の比重を高める」場合の移転先(回答の多い順)

- ①中国(93%)、②アセアン諸国(80%)

3. 今後増大する社会保障負担の賄い方(回答の多い順)

- ①「間接税(例えば消費税)の引き上げ中心」
(年金については、大手企業の約8割、中堅・中小企業の約6割が回答。)
- ②「民間活力を活用し、民間保険や自助努力による」
- ③「利用者負担の引き上げ中心」(医療・介護について)

OECDの調査

OECDでは、「日本は、消費税率が5%とOECD加盟国の中で際立って低い反面、社会保険料や法人税が高めに設定されている」と分析している。

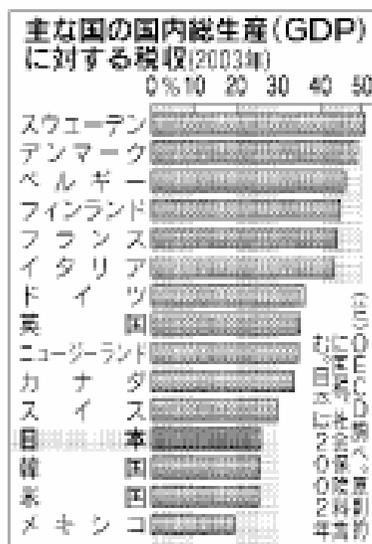
日本では、法人税は実効税率が高いのに税収全体のGDP比が低く、課税ベースが狭いことが示されている。

にPにDにG
収税対対対

日本、30カ国中の27位

OECD調査 減税・景気低迷映す

【パリ＝奥村茂三郎】



「最近の税制の傾向と改革」と題する報告書によると、国内総生産（GDP）に対する各国の税収（原則として国税、社会保険料含む）で日本は加盟三十カ国中二十七位と平均を大きく下回った。

税率は四〇・九％で三十カ国中最低だった。OECD加盟国に比べて、原則的に日本は二〇〇二年のOECD加盟国平均の税率に比べて、約二ポイント低いことが示されている。

政府がどれだけ税金を集めているかを示す。日本は一九九〇年に三〇・二％だったが、二〇〇二年は二五・八％と低下が続いている。減税や景気低迷による税収減少が背景とみられ、財政赤字拡大につながっている。

OECD加盟国ではスウェーデンの五〇・八％を筆頭に北歐諸国が上位に並んだ。OECDの平均は約三六％で、日本より一〇ポイント高い。OECD日本政府代表部は「法人税の実効税率が高いのに、税収全体のGDP比が低く、よかり果敢とベースが狭いことを改めて示唆する内容」を指摘している。報告書はまたOECDのシェフリー・オーウェン・テイクターは「日本の特徴として消費税率が五％と加盟国の中で際立って低いことが挙げられる。半面、社会保険料や法人税が高めに設定されている」と分析。先進国の税制に共通する傾向として「税率は低く、課税ベースは広くする流れにある。ニュージーランドの税制が一つのモデル」と指摘している。

4. 社会保障制度改革に関する有識者見解の論点整理

社会保障の給付引き下げでは意見が一致するが、「税か保険か」で見解が分かれる。

1. 社会保障総論

	堀・上智大教授	丹羽雄哉・衆院議員	広井・千葉大教授、駒村・東洋大助教授
給付と負担	わが国の年金・医療のニーズはほぼ充足。これらの給付は適正化を図り、福祉(介護・次世代育成など)を充実すべき。 少子高齢化・低経済成長下では給付を適正化していく必要あり。 過剰給付や重複給付を是正し給付を重点化すべき。 給付の範囲・水準について問題なのは、公私の役割分担。歴史的には、自己責任、家族責任が果たせなくなった場合に政府が生活保障をするようになった。 一般的にいえば、政府が膨大な債務を抱えている現状を考えると、自己責任等でまかなう部分が広がっていかざるを得ない。	年金給付の伸びに歯止めをかけたように、医療や介護の抑制が今後の課題。ただ、生命や身体に関する問題なため、簡単な削減が難しい。 徹底的にムダをなくす一方で、生活習慣予防や介護予防に重点化すべき。 わが国の事業主負担は他の先進諸国に比べ決して重いとはいえない。経済界が中国などアジア諸国のコストを念頭に国際競争力の低下を懸念するが、アジア諸国とはコスト競争ではなく、優れた技術開発によって付加価値の高いものを目指すべき。	自助・共助・公助のバランスが問題。 自助とはミニマムな水準(アメリカ型)。共助は職課方式の社会保険・仕送りの社会化(ヨーロッパ大陸型)。公助は税(国費)で一定水準のサービスを保証するもの(北欧型)。 日本はアメリカと並んで低い給付水準。これを底上げしながら医療・福祉重点型にするのも一案(広井)。 最低保障政策体系をきちんと位置づけるべき。 生活保護の見直しや基礎年金(最低保障年金1人で8万円・夫婦で13万円程度)のあり方、セーフティネットの再構築がポイント(駒村)。
税か保険か	ほとんどの先進諸国で社会保険が社会保障の中核。わが国も同様。社会保険なら保険料方式、社会扶助なら税方式。 税方式の問題点： 非対価性(納税が受給権の根拠になるか？保険料は納めなければ受給権が発生しない)、非等価性(保険料額が年金額に反映するが納税額はそうではない)、税に比べ保険料のほうが引き上げやすい、保険料を税に変えた場合、負担者と負担額が異なってくる。	中長期的には消費税の使途を年金の給付に限定する「年金目的税」を現行の消費税とは別に創設すべき。 高齢者の増加によって増え続ける医療や介護は、現行の消費税で対応することで一定の歯止めをかけ、新たに財源を求める年金は、医療や介護と財政面では一線を画すべき。 すべてのツケを消費税に回すことは社会保険方式の崩壊につながる。	

2. 消費税の評価

高山・一橋大教授(税方式・消費税導入派)	堀・上智大教授(社会保険方式派)
厚生年金保険料は、人を多く雇い多額の賃金を支払う企業に対するペナルティ。リストラ進展・失業率の増加が懸念される。 保険料引き上げは、厚生年金の空洞化を加速。 従業員に対する保険料は消費支出を下げ、景気回復の足を引っ張る。 保険料は逆境的。 社会保険料控除や企業の損金算入は課税ベースを縮小させ、国の歳入が落ち込む 欧米の主要国では年金保険料を引き上げる国は皆無に近い。	企業が負担する保険料は「雇用」に転嫁されることが前提だが、経済界や経済学者は「商品価格」や「賃金」に転嫁されると主張しており、こうした主張と矛盾する。企業の保険料負担は省力化・合理化を促して生産性の向上をもたらす可能性あり。 厚生年金は空洞化してないし、将来もそうなるとは考えられない。 代替財源である消費税も消費支出を引き下げる可能性がある。 標準報酬の上下減額の逆申請の問題は、給付がそれに見合っているため緩和されている。 課税ベースが縮小する分、税率が上げれば、国の歳入は減らない。 今回の保険料率引き上げは、欧米主要国の現在の保険料率と同程度にするだけである。

医療費抑制では意見一致するが、高齢者医療の財源論では見解が分かれる。将来的には、国保と被用者保険の一元化も指摘されている。

3. 医療保険

	石田・福岡大教授	藤田・一橋大教授	堀・上智大教授
総論・問題意識	経済・財政との均衡が大切 現行枠組み内の改革か抜本改革か？	医療費負担が過重で現行分担方式は限界 人口、技術(新薬・先端技術)、制度(診療報酬体系・薬価基準)3つが費用増加要因。主に制度改革に焦点が当たる。	負担と給付を一体的に考える必要がある。 かつてのように給付改善だけを要求したり、現在のよう に負担だけで制度改革を論じるべきではない。
高齢者医療	急伸する医療費の抑制、公的医療保険の保障範囲(高度先進医療・終末期医療など)が課題。 独立保険方式の「高齢者医療保険」の課題は、75歳以上のハイリスク集団に対する公費・保険料・自己負担の分担割合、医療給付と介護給付の適切かつ効率的な提供方策。将来は高齢者医療保険と介護保険を統合・一元化すべき	高齢者医療の特性を分析して医療コストの低減と適切な分担方式(現行、社会保険方式)を検討。現行制度の「拠出金制度」から若年層から「社会連帯保険料」を求める。 留意点: 要介護状態の予防のため医療と福祉の連携が不可欠、「終末期医療」など勘案し給付と負担のバランスを検討すべき。前期高齢者は「予防機能」に着目し「突き抜け」案が有力。	高齢者医療と保険者の再編・統合のあり方によって、医療の財源も異なってくる。 後期高齢者保険を別立てにし、保険料・公費・他の保険からの支援(社会連帯的な保険料)で賄うのは疑問。
医療費抑制	医療費 = 単価(診療報酬) × 数量(出来高払い) × 受診率(病床数など) 包括払い・定額払いの拡大、混合診療の解禁、終末期医療の適正化、保険者機能の強化、その他(後発医薬品の使用普及・管理コストの効率化・外来医療費の診療報酬の見直し) この他の検討課題: 保険者間に競争原理を導入(強制加入の国営社会保険に妥当か?) かかりつけ医によるゲートキーパー的機能の強化(介護保険における認定チェックが医療保険にはない)、診療報酬の改定・決定における基準・尺度の明確化	(1)医療制度改革の方向 保険診療の「範囲」制限: 定量制限 自己負担の引き上げ(3割か限界か?)、定性制限 「風邪」など軽医療の適用除外、「混合診療」解禁 皆保険制度の崩壊? 医療に適合的な競争原理を適用 保険者機能を強化し医療機関との契約に交渉権を認める。 保険者の業績実績で保険料を差別化。 医療過程における「予防機能」の強化 医療保険の仕組みにビルトイン。保険者機能 (2)診療報酬体系の改革 現行「出来高払い」DPC(診断群分類別包括評価 包括(定額)払い)は、平成15年度から導入され82の特定機能病院等で実施。今後の民間病院まで適用拡大するか? DPCは診療報酬体系を簡素化・医療の標準化 病院間の相互比較、医療の効率化を促進、「医療の質」向上は? (3)小児医療・精神医療ほか 小児医療・精神医療: ニーズに対応した評価引き上げ 薬価基準: ジェネリック医薬品単価を先発医薬品の80%から70%へ引き下げ。	医療の給付は、範囲、給付率の2つが問題。 範囲: 基本的には人間の生命の維持・健康の回復に不可欠な部分は保険給付とし、普通以上の保障は自己責任。ただし、その判断は困難。社会経済の変化への対応も必要。 給付率: 7割給付・3割負担で限界か。ただし、社会的入院、医師処方の大衆的な医薬品、入院時食費療養費などについては給付率を下げる余地あり。 給付率下げる場合は低所得者への配慮が必要。
保険者統合ほか	医療費増加の抑制、制度間格差の解消、負担の公平・給付の平等、安定的で持続可能な制度構築に一元化が適切。 市町村国保は広域化を図りつつ都道府県中心の運営へ、政管健保も都道府県に再編し地域保険化。 組合健保のうち健全・安定的な組合は当面自主運営。小規模財政窮乏組合の再編・統合のために都道府県単位の地域型健保組合を設立。 医療保険財政の安定のため保険者となる市町村や都道府県が民間の再保険・超過損害再保険を活用も有効。	現行「出来高払い」DPC(診断群分類別包括評価 包括(定額)払い)は、平成15年度から導入され82の特定機能病院等で実施。今後の民間病院まで適用拡大するか? DPCは診療報酬体系を簡素化・医療の標準化 病院間の相互比較、医療の効率化を促進、「医療の質」向上は? (3)小児医療・精神医療ほか 小児医療・精神医療: ニーズに対応した評価引き上げ 薬価基準: ジェネリック医薬品単価を先発医薬品の80%から70%へ引き下げ。	当面は、国保と被用者保険の2本立てとし、その間で年齢を基準とする財政調整を行うべき。その際は、老人医療・退職者医療制度を廃止。 また、被用者保険は、地域医療との連携の観点から地域単位に保険者を設け、その間で年齢・所得を基準とする財政調整を行うべき。公費負担は将来、所得把握の正確化を前提に低所得者へ重点化。 長期的には国保・被用者保険の一元化が課題。
医療提供体制	専門的な第3者機関による医療機関に関する臨床評価の提供。患者の選択余地拡大のための混合診療		

介護保険については、40歳未満への財源拡大では見解が分かれる。障害者支援制度との統合には慎重論が多い。

4. 介護保険

	北場・日本社会事業大学教授	丹羽雄哉・衆院議員	堀・上智大教授その他
現状 2000年と 2004年比較	<p>(1)介護の社会化 1号保険者 2165万人 2443万人(13%増) 要介護認定者 218万人 380万人(74%増) (2)給付費増と制度の維持可能性 3.6兆円 6.1兆円。1号被保険者の保険料は13%増。 維持可能性を高める観点から給付の効率化・重点化が重要。 介護予防重視から新予防給付の創設、 施設負担の強化(在宅と施設サービス負担の公平化) 被保険者の範囲の拡大(40歳以上から20歳以上へ) 何が必要な給付か? 介護保険給付の「効用構造」に不明点が多い。</p>	<p>(1)対象年齢の見直し 発足時(当時、厚生大臣)に40歳以上としたのは、40歳ともなると、自分の老後や親など身近なところに要介護者も出て理解しやすい。 5年を経過し制度設計時点とは大きく状況が変化してきた。しかし、経済界などは新たな負担増が生じるとの懸念から腰が引けている。 自民党内にも若年世代にこれまで以上に負担を求め、高齢者の負担を軽減することに反発が多い。</p> <p>(2)障害者支援制度との統合 要介護認定やケアマネジメントの仕組みがなく、給付の上限も設定されていない。現在の支援制度がそのまま移行するのでは、現場が混乱するとして自治体の中では消極姿勢も多い。財政的視点から若年障害者を安易に高齢者のための介護保険制度に加入させることは慎重であるべき。</p> <p>(3)介護予防・痴呆対策 介護保険制度において大切なことは「自立」と「連帯」。介護予防の視点を強化。150万人にも達する痴呆症への対策も重要。在宅とのバランスから施設入所時のホテルコストの徴収も必要。</p>	<p>(1)財源の拡大 40歳未満に負担(給付)を拡大。また、第1号被保険者の応能負担の程度を強めるべき。</p> <p>(2)給付の見直し 範囲 施設入所者に対する住居費・光熱費等を給付の範囲から除いたり、要支援者や軽度の要介護者に対する給付を見直したりすべき。 一方、家族介護者に対する金銭給付、配食サービス等を給付範囲に含めるべきとの意見もある。 給付率 訪問介護の生活援助、介護保険施設における基本食事サービス費、施設介護給付等については引き下げを検討すべき。</p> <p>(3)統合論 統合問題は財政論からスタートしている。サービス面から見ると、障害者支援制度と高齢者の介護制度のそれぞれのサービス体系が連結可能なものかどうか課題。(駒村)。</p>
課題	<p>(1)経営・労働：競争とサービスの質の関係 介護保険導入により、措置から契約への移行、多様な事業主体の参加と市場競争を通じたサービス供給量の増大・質の向上が意図された。</p> <p>(2)入所申請増加の意味：在宅サービスの盲点 在宅サービス利用が伸びる一方で、施設入所志向は依然強い。予約的に申請するケース多いこと、現行の在宅サービスでは要介護の高い者の在宅生活を支えきれない。</p> <p>(3)「在宅サービス間の連携」ケアマネジャーへの重圧 ケアマネジャーの標準受持件数や介護報酬の見直しなど支援体制の構築</p> <p>(4)介護支援と社会生活支援 ユニットケアなど介護機能と居住機能を備えた「地域密着型サービス」の必要性。</p>		

識者の意見には「潜在的国民負担率を50%以内に」という主張は明確な根拠がないとする考え方が多い。

5. 国民負担率

経済財政白書(平成15年版)	堀・上智大教授	広井・千葉大教授、駒村・東洋大助教授	週刊社会保障 論点解説
<p>国民負担率の過度の高まりは、公的部門の持続可能性を低下、経済活力の低下を通じて経済成長に影響を与える可能性。</p> <p>(1)国民負担の高まりにより現役世代を中心とする家計や企業の可処分所得が低下し、民間部門における貯蓄や資本蓄積が抑制されると考えられる。</p> <p>(2)現役世代における労働意欲の減退や企業の競争力の低下、海外移転などを通じて、経済活力が低下する可能性が挙げられる。</p> <p>(3)財政赤字を考慮した潜在的国民負担率は負担面からみた公的部門の大きさを示す指標となるが、一般的に民間部門に比べて非効率になりやすい公的部門のウェイトが過度に拡大すれば、経済全体の生産性が低下する可能性がある。</p>	<p>わが国の国民負担率は先進諸国に比べ相当低く、わが国政府の歳出を抑制するための指標としてはむしろ逆の機能を果たしている。</p> <p>(1)国民負担率が高いと経済活力や国際競争力を阻害すると言うのは実証されていない。</p> <p>(2)国民負担率という粗い基準ではその歳出費目を抑制すべきか判断できない。</p> <p>(3)国民負担率の上限設定によって実際に歳出抑制されてきたとは思えず、むしろ少ない税収と公債発行による政府債務の増大が歳出抑制機能を果たしている。</p> <p>(4)国民負担率の議論は、全体として歳出抑制のムードを醸し出せても、個々の社会保障改革の具体的指標にはなりえない。</p>	<p>(1)国民負担率は、いわば結果の数字であって「50%を超えたらいけない」という議論だけに終始する。むしろ公私の役割分担論がまず主であって、その結果として数字が出てくる(広井)。</p> <p>(2)50%というのは何ら合理的な基準もなく根拠もない。国民負担率が上がると経済成長が鈍化するというのは相関関係こそあれ因果関係は証明されていない。だからといって必要以上に給付を積み上げると経済成長を阻害する(駒村)。</p>	<p>(1)経済成長との関連性 長期的な経済成長を左右するのは、基本的には労働、資本蓄積、技術進歩などの量と質である。国民負担率がこれらの基本的な各要因に及ぼす影響は、税制や社会保障制度の設けいかんによるものであり、国民負担率が将来の経済成長を大きく左右する決定的な要因であるとはいえない。</p> <p>(2)国民負担率の分母の問題点 「要素費用表示の国民所得」が使用されているが、消費税引き上げにより間接税の比重が変化した際の時系列の比較や、すでに間接税の比重が高い欧州諸国と国際比較する上で問題あり。</p> <p>(3)国民負担率の分子の問題点 租税負担と社会保険料負担を合わせた総負担が使用されている。国民経済計算の枠組みに基本的に拠りながら、税負担だけは異質な租税統計を利用している。</p>

国民負担率 = (租税負担 + 社会保障負担) / 国民所得 (もしくは国民総生産)

国民所得 = 要素費用表示の国際純生産 (国内総生産 [固定資本減耗 + 純間接税]) + 海外からの純要素所得

国民負担率の指標を用いる際には、間接税の転嫁の程度や課税ベースなどに留意する必要がある(平成15年版経済財政白書)。

例えば、間接税の転嫁の程度による影響について考えてみると、間接税が価格に全く転嫁されない場合には、要素費用表示の国民所得で測った国民負担率は、分母に間接税が含まれない一方で、分子には間接税が含まれることから、同額の税負担であっても間接税の割合の高い国は相対的に負担率が高く表される傾向になる。他方、間接税が価格に100%転嫁される場合には、間接税分だけ国内総生産は大きくなるが、要素費用表示の国民所得は影響を受けないことになる。

したがって、この場合は、同額の税負担であっても間接税の割合が高い国ほど国内総生産で測った国民負担率は低く表される傾向になる。

なお、日本の場合、平成元年度の消費税導入時及び平成9年度の消費税率引上げ時の消費者物価指数(持家の帰属家賃及び生鮮食品除く総合)の動向をみると、平成元年度で2.9%、平成9年度で2.2%上昇しており、かなりの程度転嫁されていると考える方が適切であると思われる。

参考文献・資料 : 週刊社会保障(2282号~2301号) 経済財政白書(平成15年・16年版)、日本経済新聞ほか

6. シミュレーション分析の前提条件と改革案の結果

分析協力：(財)関西社会経済研究所

1. 経済前提：(%は年率)

ケース A：2003～08 年度「改革と展望」に準拠(実質成長率 1.8～2.1%) + 2009～2100 年度政府案(実質 GDP 成長率 0.24%) に準拠。

ケース B：2003～08 年度「改革と展望」に準拠(実質成長率 1.8～2.1%) + 2009～2100 年度で実質 GDP 成長率を 0.5% に上方修正

ケース B は規制改革の推進・貿易自由化 (FTA) 促進など財政出動を伴わない経済活性化によって成長率を 0.5% まで押し上げた場合。

将来人口推計は、ケース A、ケース B とも「日本の将来推計人口(H14.01 推計)」(厚生労働省)により中位推計(合計特殊出生率 1.39)を採用。

2. 改革施策：

	. 改革なし	. 政府公約のみ	. 関経連案
目標など	改革を全く行わない	政府公約の実現(2010 年代初頭にプライマリーバランス回復)	政府公約 + 2025 年までプライマリーバランス維持 + 潜在的国民負担率 50% 以内維持
歳出 社会 保障	年金	年金制度改革案(16 年 2 月閣議決定)の実施	(1)保険料率：2008 年度より国民年金保険料なし。厚生年金 5% 引き下げ。(2)給付額：2005～2013 年度：給付水準を所得代替率 50% まで引き下げ、(3)基礎年金国庫負担：2008 年度より全額負担(消費税を財源)
	医療	関経連案(右)を用いて試算	(1)医療費(伸び率)：一般医療費：2005～2013 年度 2.1%、2013～2025 年度以降 2.1%、老人医療費：2005～2013 年度 3.2%、2013 年度以降 2.1%、(2)保険料率：2001 年度より 8.55%、2013 年度以降 10% に固定 + 老人医療費原則 3 割負担、(3)改革案：レセプト審査強化、キックバック導入、診療報酬体系の見直し、医療費引き上げ
	介護	同上	(1)介護サービスの伸び率：2001～2003 年度：実績値。2004～2025 年度：2.0%。2026 年度：1.0%。(2)保険料率：2001 年度：0.98%。2022 年度以降 2.0% に固定。(3)改革案：制度効率化の見直し(施設サービスの給付抑制など)
その他 歳出		前年比 2.5% 削減	(1)2005～2013 年度：前年比 3% 削減(2013 年度までに 3 割程度削減) 公共投資は 2013 年までに半分程度に縮減、(2)2014～2025 年度：プライマリーバランス回復・維持 + 潜在的国民負担率 50% 以内維持(実質経済成長率以下に抑制)
歳入		2005～2009 年度定率減税の段階的廃止	2005～2009 年度定率減税の段階的廃止、2008 年度：消費税率を 10% へ引き上げ。減税：2008 年度に法人税率を 5% 引き下げ

「. 政府公約」における施策は、歳出側の「年金制度改革」と歳入側の「定率減税の段階的廃止」を所与として目標達成に必要な施策を推定した。

図1. 公債残高対 GDP 比の推移

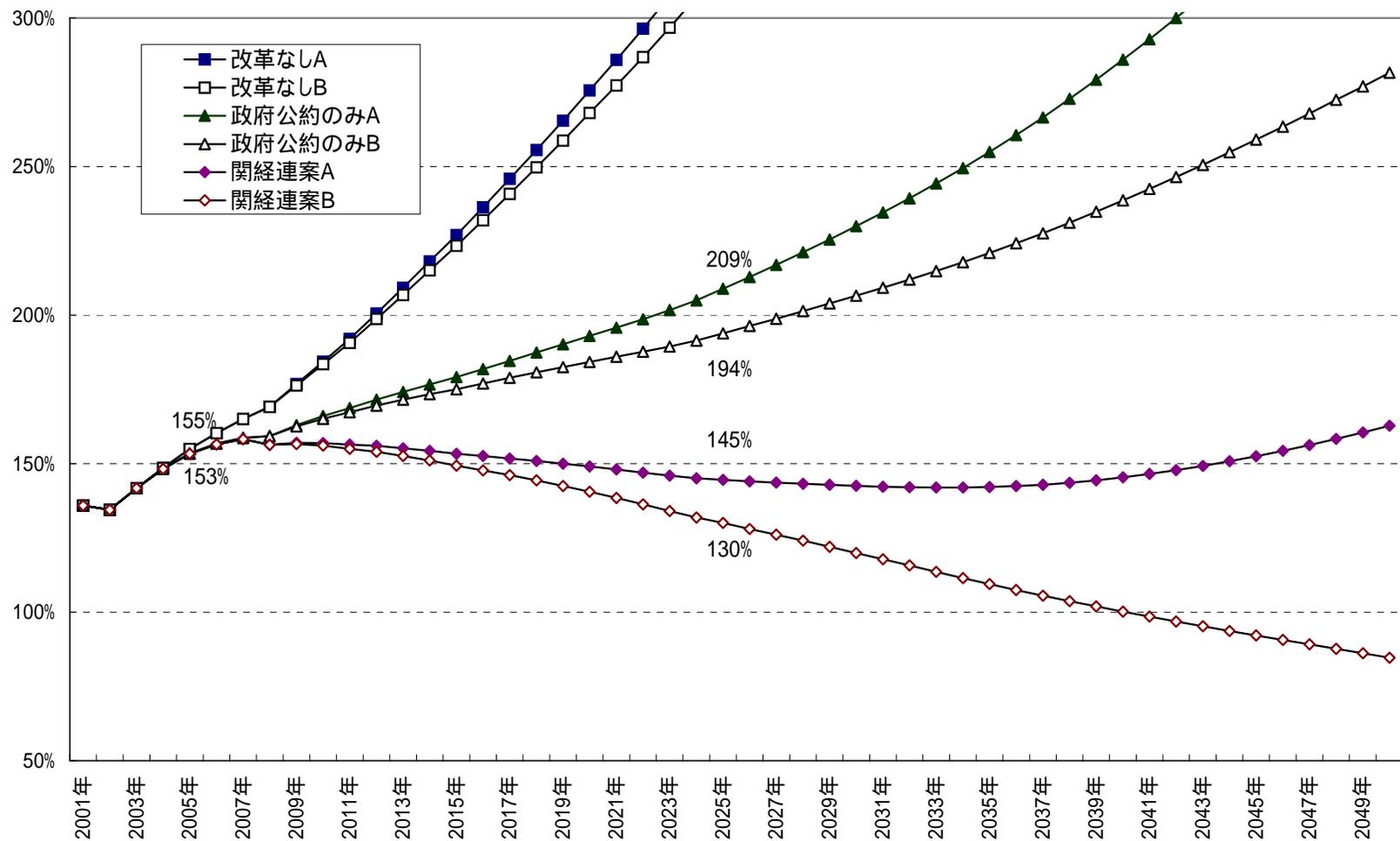
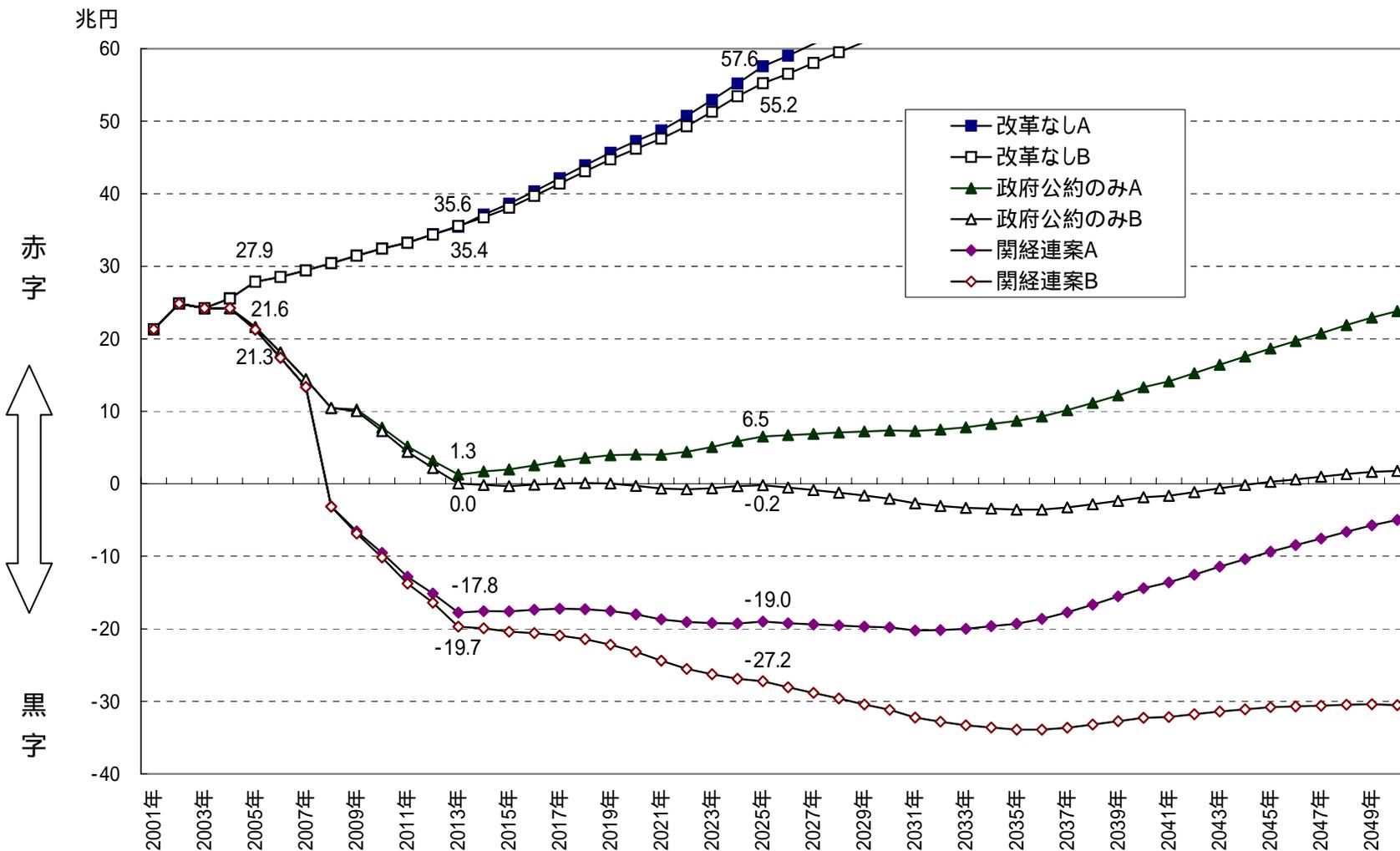


図2. プライマリー赤字の推移



関経連案で2008年にプライマリーバランスが黒字へと大幅に改善するのは、消費税率を5%から10%に引き上げているため。

図3. 社会保障関係費・公債費除く歳出の推移

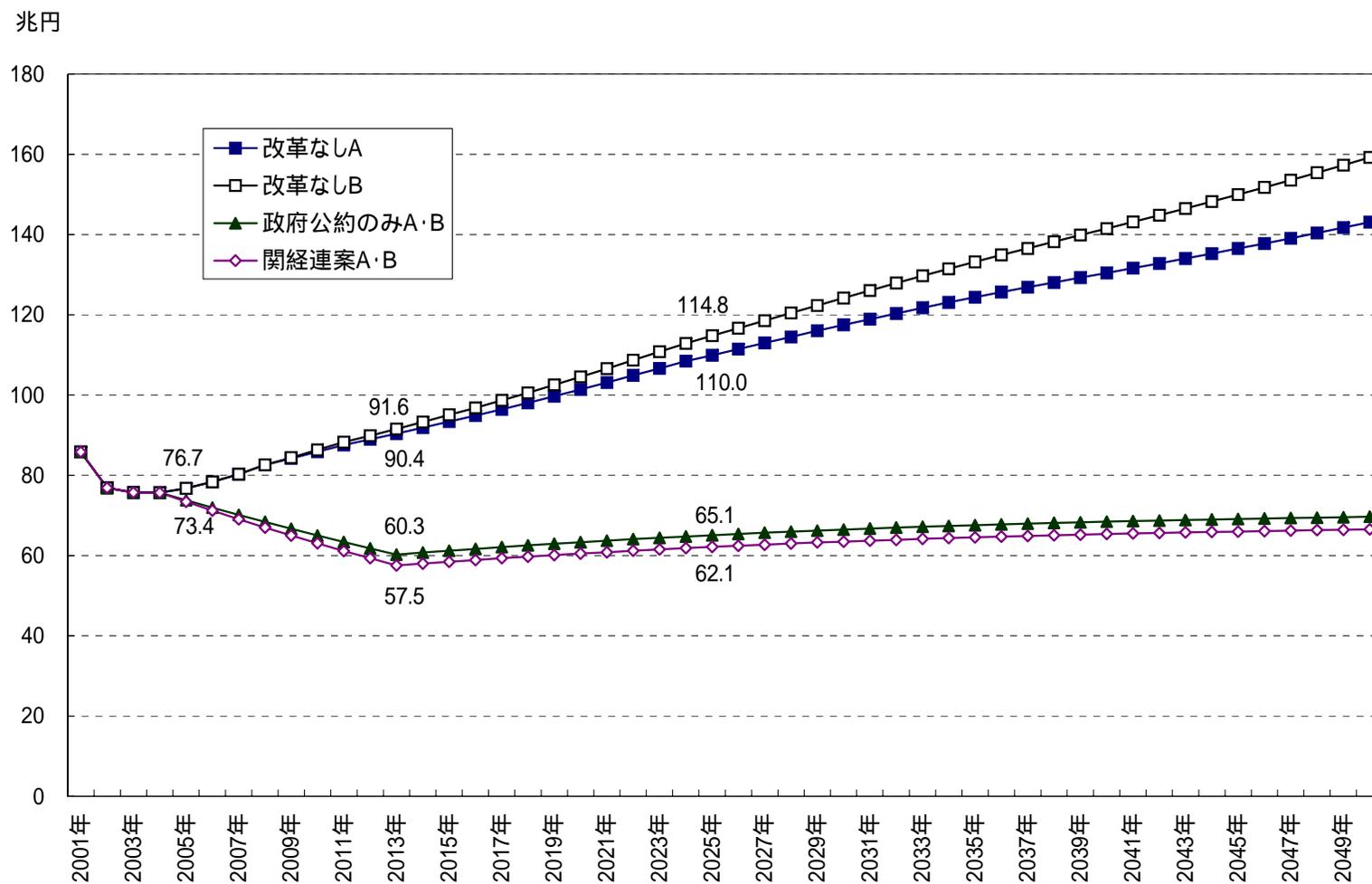


図4. 国民負担率・潜在的国民負担率の推移（A案）

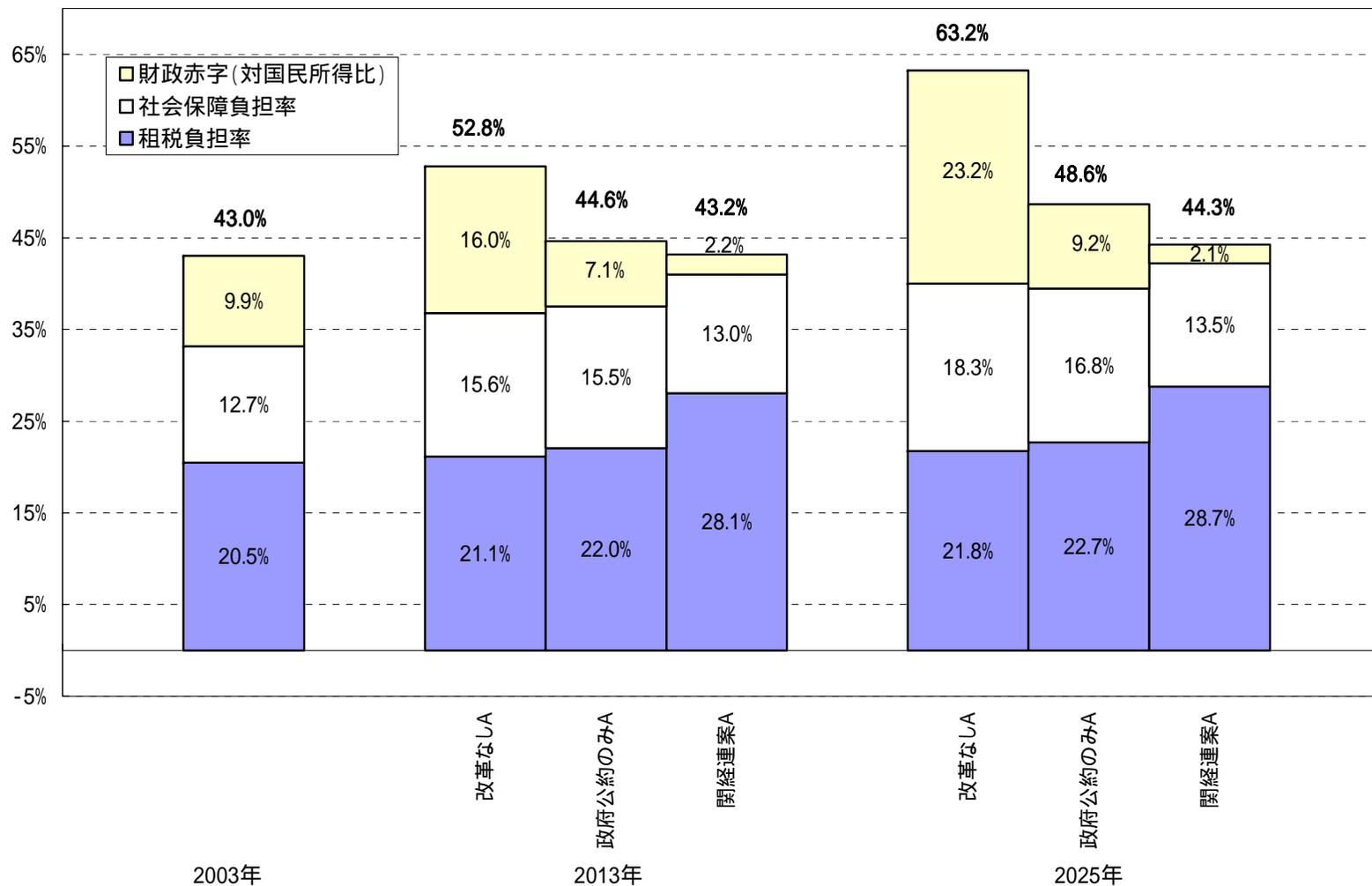


図5. 国民負担率・潜在的国民負担率の推移（B案）

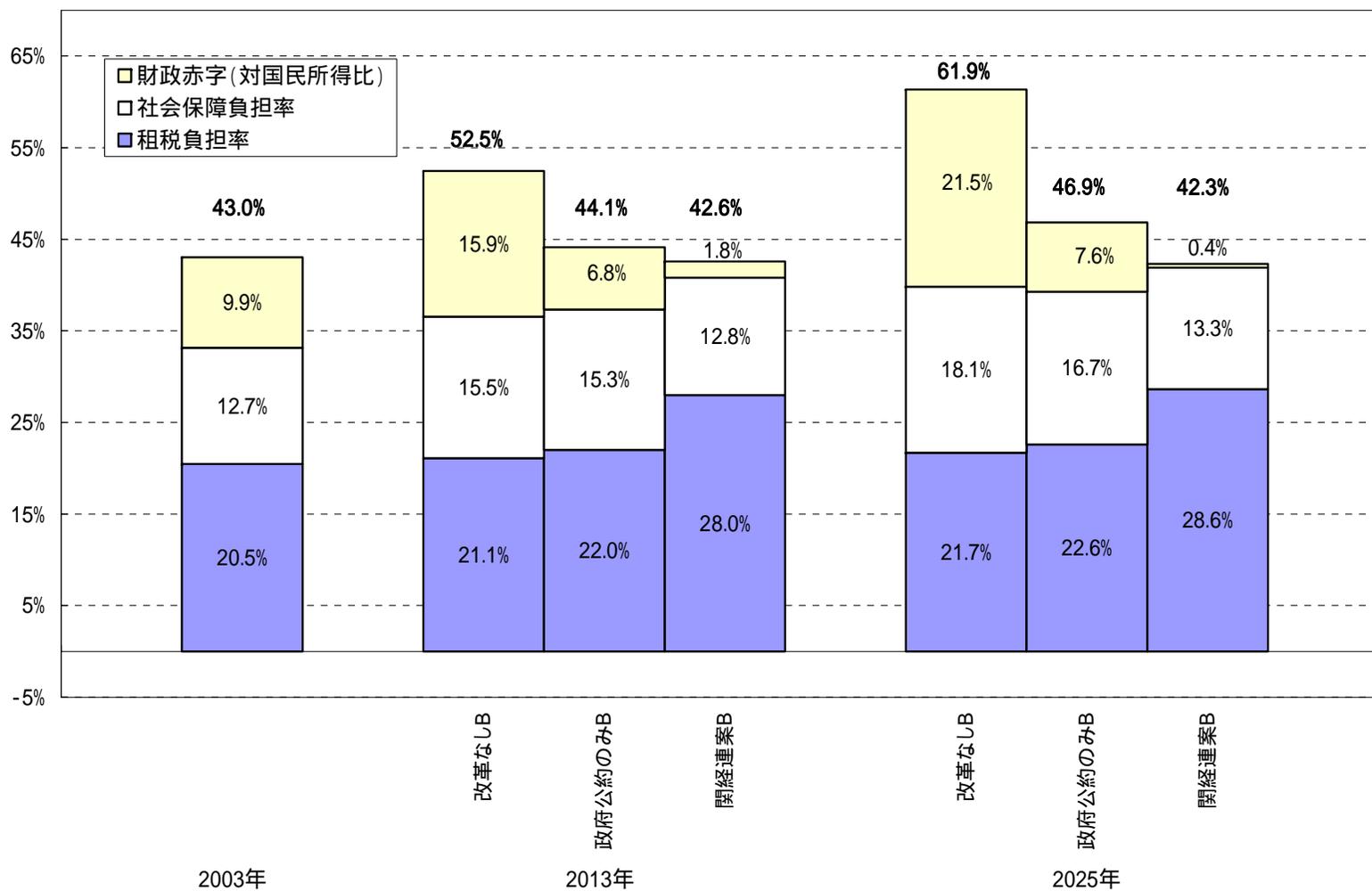
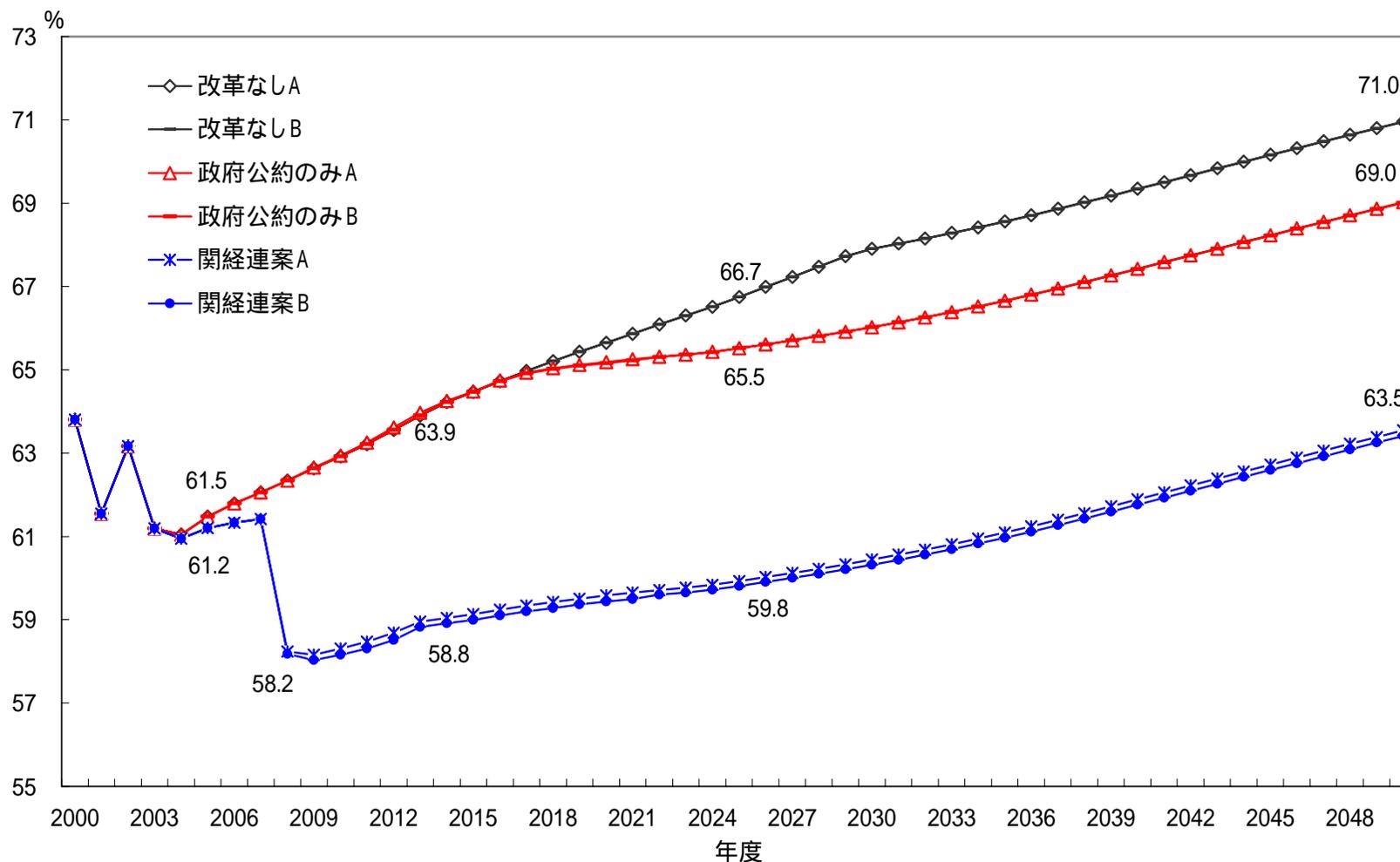
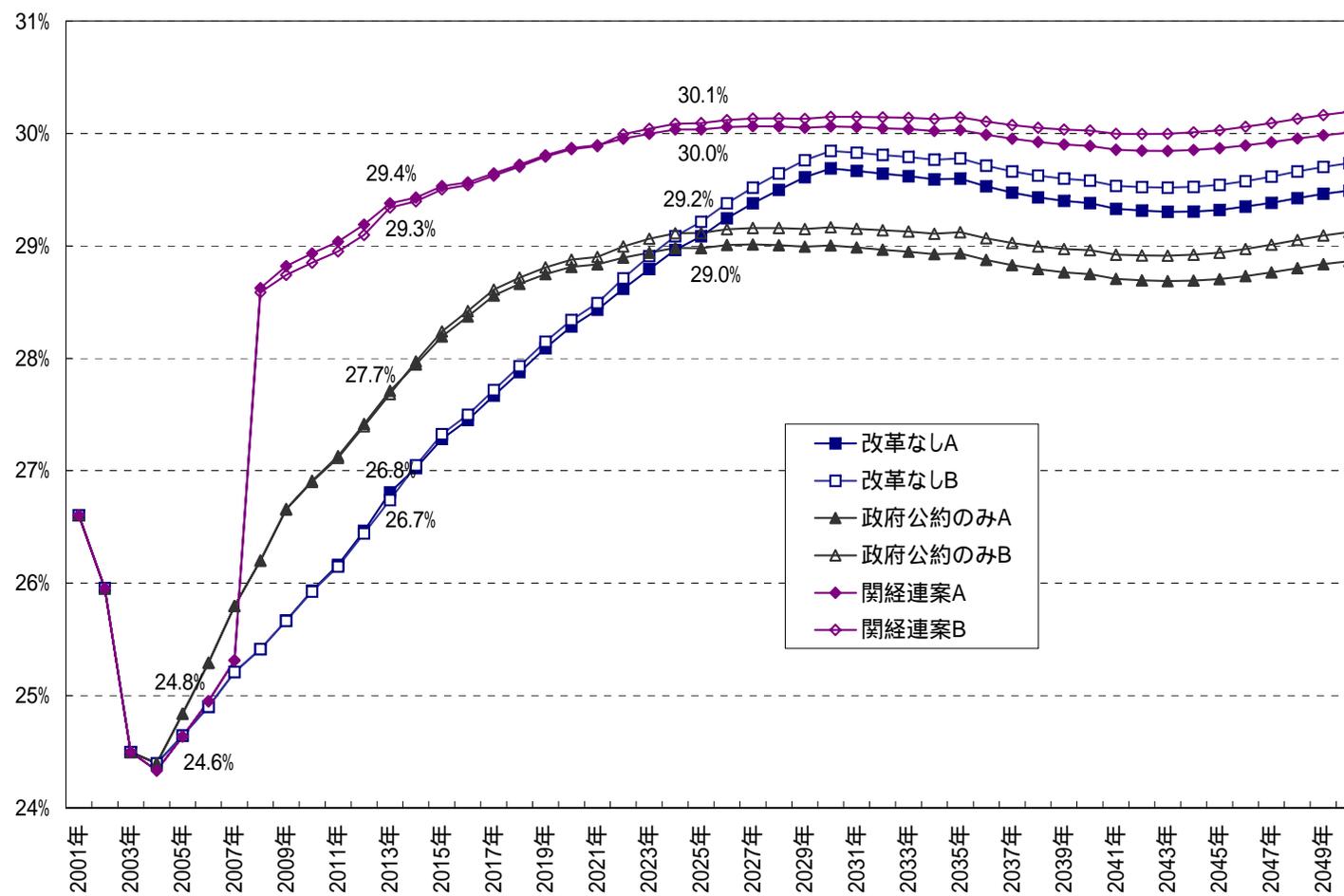


図 6. 企業の実効公的負担率



関経連案で 2008 年に実効公的負担率が低下しているのは、法人税減税(税率で 5 ポイント分)を実施しているため。
 政府公約のみで 2018 年以降実効公的負担率の上昇が抑えられるのは、年金保険料率固定(18.3%)のため。

図7. 家計負担率の推移



関経連案では2008年まで年金保険料は現行水準（13.58%）を維持し、2008年に消費税増税（5% 10%）を行っている。経済成長が高まったとき（ケースB）、家計負担率が上昇するのは累進的な所得税構造のため。

表 1. 世代別推計結果

経済前提：ケースA

< 社会保険総合 >

	1930 年生まれ	1940 年生まれ	1950 年生まれ	1960 年生まれ	1970 年生まれ	1980 年生まれ	1990 年生まれ
. 改革なし	3.74	2.49	1.73	1.28	1.07	0.85	0.74
. 政府公約のみ	3.73	2.39	1.58	1.19	1.01	0.83	0.74
. 関経連案	3.64	2.19	1.43	1.11	0.96	0.81	0.73

< 年金 >

	1930 年生まれ	1940 年生まれ	1950 年生まれ	1960 年生まれ	1970 年生まれ	1980 年生まれ	1990 年生まれ
. 改革なし	6.01	3.50	2.23	1.58	1.36	1.08	0.92
. 政府公約のみ	6.01	3.31	1.95	1.41	1.25	1.07	0.94
. 関経連案	5.77	2.93	1.69	1.27	1.15	1.01	0.88

経済前提：ケースB

< 社会保険総合 >

	1930 年生まれ	1940 年生まれ	1950 年生まれ	1960 年生まれ	1970 年生まれ	1980 年生まれ	1990 年生まれ
. 改革なし	3.74	2.49	1.74	1.29	1.10	0.88	0.78
. 政府公約のみ	3.73	2.39	1.59	1.19	1.01	0.83	0.74
. 関経連案	3.65	2.20	1.43	1.12	0.98	0.84	0.76

< 年金 >

	1930 年生まれ	1940 年生まれ	1950 年生まれ	1960 年生まれ	1970 年生まれ	1980 年生まれ	1990 年生まれ
. 改革なし	6.01	3.50	2.24	1.59	1.41	1.12	0.97
. 政府公約のみ	6.02	3.31	1.95	1.40	1.23	1.04	0.91
. 関経連案	5.77	2.93	1.68	1.28	1.18	1.04	0.92

関経連案では、消費税引き上げ等による老年世代の負担増が世代間格差の縮小に貢献。
 経済状況が改善するケースBでは将来世代の受給増も加わり、格差縮小の効果が大きくなる。