

医政メモ



社会保障改革（総論）について

社会保障と税の一体改革については、平成22年10月に政府・与党が社会保障改革検討本部を設置し、同年11月から12月にかけて社会保障改革に関する有識者検討会が開催されました。本年2月から6月にかけては社会保障改革に関する集中検討会議を開催するなど議論が進められ、この間に東日本大震災がありました。平成23年7月1日の閣議で担当の与謝野馨経済財政相がこの「成案」を報告しています。

今回はこれからも論議が繰り返される社会保障改革案を、各論ではなく総論として取り上げたいと思います。「成案」は平成23年6月2日の「改革案」を踏襲しながら修正が加えられ決着しています。

**Q：「改革案」はどのようなものであったのでしょうか。**

**A：「改革案」**は当初の政府案から示された「社会保障制度改革の基本的方向性」(1. 全世代対応型・未来への投資、2. 参加保障・包括的支援、3. 普遍主義、分権的・多元的なサービス供給体制、4. 安心に基づく活力)を踏まえています。

具体的には(1)子ども・子育て支援、若者雇用対策 (2) 医療・介護等のサービス改革 (3) 年金改革 (4) 制度横断的課題としての「貧困・格差対策(重層的セーフティネット)」「低所得者対策」について、優先的に取り組むとしています。

これらの実現に向けて、子ども・子育て、医療・介護等及び年金の各分野では、充実、重点化・効率化にかかる費用(公費)を以下の通りと推計しています。改革全体を通じ2015年度において充実による3.8兆円程度の増額、重点化・効率化による1.2兆円程度の減額を一つの目途とし、追加所要額(公費)

は、約2.7兆円程度が見込まれるとなっています。

この「公費負担」の財源は消費税収を主な財源とするとし、2015年度までに段階的に消費税率を10%まで引き上げると明記しています。その用途は高齢者の医療・介護・年金と少子化対策(いわゆる社会保障四経費)に要する費用との方針も明文化されています。なお、将来的には社会保障給付の公費負担全体について、消費税収を主たる財源とする考えも示されています。

**Q：医療・介護分野における「改革案」の内容を教えてください。**

**A：医療・介護分野の改革案**の中では、「医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化」「保険者機能の強化」の2方面に分けられています。

医療提供体制の強化策として、(1)急性期医療への医療資源の集中投下、(2)重急性期・慢性期医療の機能強化による入院医療の機能強化、(3)医師の偏在の是正、(4)診療所等における総合的な診療や在宅療養支援機能の強化・評価があげられています。

2025年時点で①高度急性期の職員を現行の2倍、②一般急性期の職員を現行の1.6倍、③在宅医療の利用者数を2011年17万人/日から22万人/日に増加と数値目標が示されマンパワーの増強を図るとしています。

医療分野の効率化策としては、①平均在院日数の減少、②外来受診の適正化を課題としてあげています。①では、2011年時点で19~20日となっている平均在院日数を、2025年時点で高度急性期15~16日、一般急性期9日に短縮、精神医療では1割減とする方針となっています。②では、生活習慣病予防や医療・介護の連携、ICTの活用による重複受診・検

査、過剰投薬の削減を進める事で「医科外来の総患者数が5%程度減少する」と積算しています。

保険者機能の強化では、①長期高額医療の高額療養費の見直し、②総合合算制度の導入などの患者負担軽減策が提示されました。しかし、効率化策では、①の財源として「受診時定額負担」の導入が明記されています。

**Q：「改革案」から「成案」になる上で修正された点を教えて下さい。**

**A：**最大の焦点となったのはやはり消費税引き上げについてです。2015年度までに10%引き上げるとされていたものは、「2010年代半ばまでに段階的に10%まで引き上げる」との表現で決着しました。

社会保障改革の全体像については「給付と負担のバランスをOECD先進国の水準を踏まえた制度設計にし、中規模・高機能な社会保障体制を目指す」との文言が追加されました。

医療・介護の分野では、まず高齢者医療の見直しについて、当初70～74歳の自己負担を1割から2割に引き上げる方針でしたが、「自己負担割合の見直し」と表現が緩められました。また受診時定額負担の導入では、「低所得者に配慮」との文言が追加されました。さらに「病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討」との一文も新たに盛り込まれています。

**Q：「成案」において、社会保障改革のみではなく「社会保障と税の一体改革」として捉える場合の問題点は何でしょうか。**

**A：**医療・介護・年金などの社会保障給付と納税、さらに災害時の本人確認を目的として「社会保障・税番号」(名称はマイナンバー)を2015年に利用開始すべく、早期に関連法案を国会に提出する事が決まった点です。

この導入に対しては、個人情報流出の危険などの問題点はあるものの、与野党双方が前向きに導入を検討しています。

場合によっては一体改革自体よりも直接的

に医療現場へ影響を与える可能性がある制度だけに、今後の具体化に向けた議論の行方が注目されます。

**Q：「成案」が決着した経緯で注意しなければならない事がありますか？**

**A：**まず医療費の主財源があげられます。「成案」の通り消費税が増加したとしても、報道などから医療保障拡充の主財源が消費税であると思われている方が多いようです。「成案」では「負担と給付が明確な社会保険の枠組みの強化による機能強化を基本とする」と明記しています。また、「消費税収を主たる財源とする社会保障安定財源の確保」の項では、「社会保障給付に要する公費負担の費用は、消費税収を財源として確保する」と限定的に書かれています。この事は、公費負担以外の社会（医療）保障給付費は従来通り保険料となる事を示しています。

さらに「成案」が閣議決定されなかった事があげられます。閣議報告にとどまったため、法的には菅首相の退陣後に成立した新内閣に対しての拘束力はありません。新たな首相の政治判断で方向転換はあり得ます。ただし、改革のスケジュールに限定され、改革の方向性に大きな変わりは見られないであろうと言うのが、大方の予想です。

**Q：日本医師会の見解はどのようになっていますか？**

**A：**2011年6月15日の定例記者会見で、もともなった「改革案」について次のように見解を示しています。

「2011年6月2日、社会保障改革に関する集中検討会議に「社会保障改革案」が提出された。この改革案は、社会保障の強化にむけ、医療、介護に相当の資源（費用、マンパワー）を投入する方向性を打ち出しており、このことは評価できる。

しかし、財源を確保するため、受診時定額負担や高齢者（70～74歳）の患者一部負担割合の引き上げなど、患者の経済的負担を求めていることは問題である。財源は、患者（利

用者) 負担に求めるのではなく、保険料や税財源に求めるべきである。

また、政府案はさらなる急性期医療の強化を通じた平均在院日数の短縮化を打ち出している。しかし、患者負担および医療の安心・安全面から、平均在院日数の短縮化はもはや限界である。」

厚生労働省は「閣議報告」という扱いのまま、「成案」に基づいた法整備を目指し議論を進めていく方針です。日本医師会は新首相のもとでの更なる検討に対して、上記のスタンスを基本に今後も政府に意見していくと考えられます。

(政策部長 井上 善之)