

全世代型社会保障改革に向けて

～日本で暮らして良かった、日本で暮らして幸福だったという
「全世代型社会保障制度」へ～

2019年10月9日

公益社団法人 日本医師会



日本医師会 キャラクター
「日医君 (にちいくん)」

目 次

1. 予防の推進

～健康寿命の延伸とそれによる支え手の増加～

2. 地域に根ざした医療提供体制の確立

～かかりつけ医の定着とあるべき姿の方向性～

3. 全世代型社会保障に向けて

～社会保障の充実による国民不安の解消～

4. 参考資料

1. 予防の推進

～健康寿命の延伸とそれによる支え手の増加～



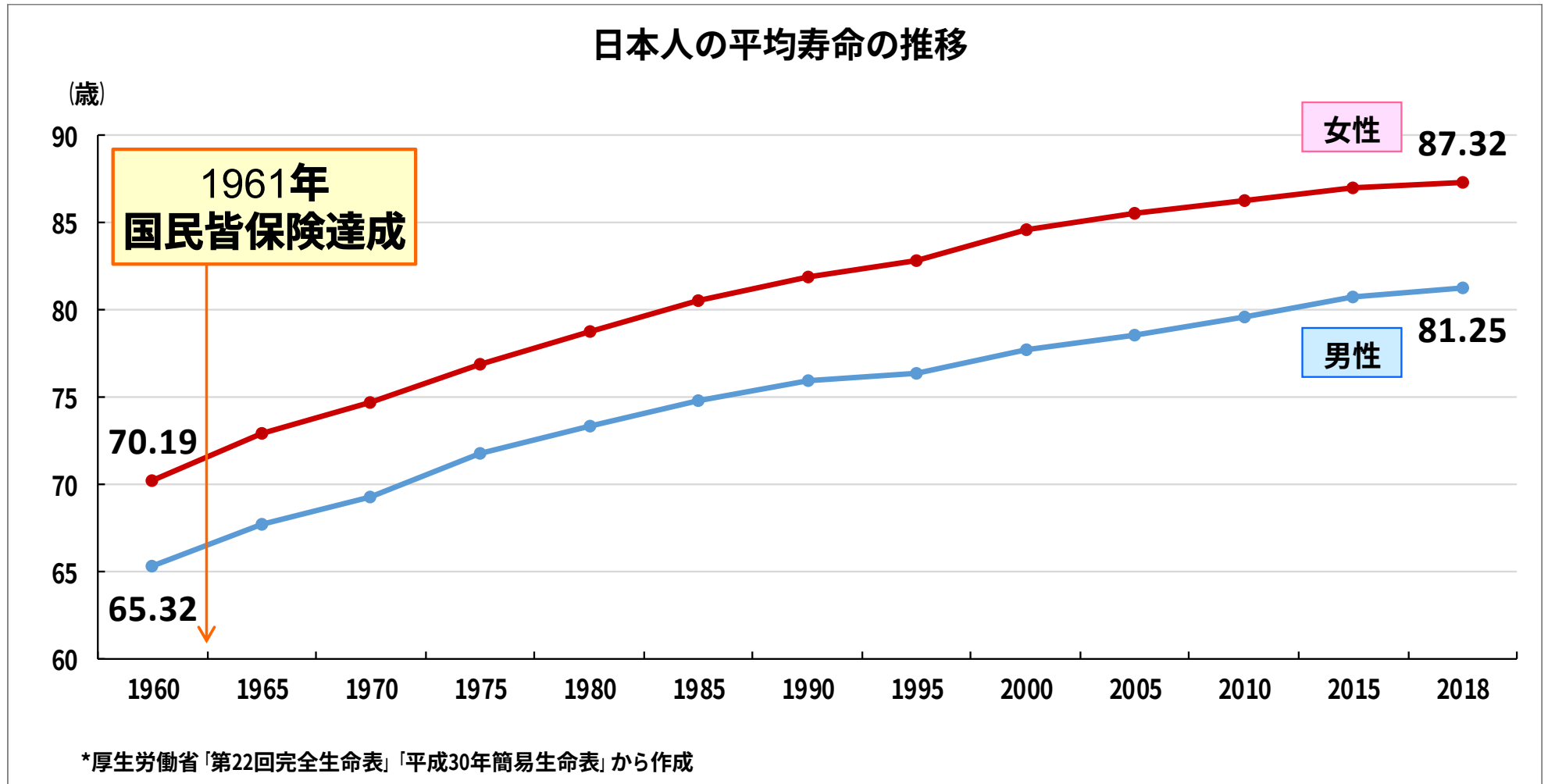
厚生労働大臣賞
「古里の味」
増田 俊次 (福岡県)



入選
「これから舞台へ出発だ」
中西 敬一 (静岡県)

第2回 生命を見つめるフォト&エッセー (2019年)

国民皆保険と平均寿命



1960年

男性65.32歳、女性70.19歳

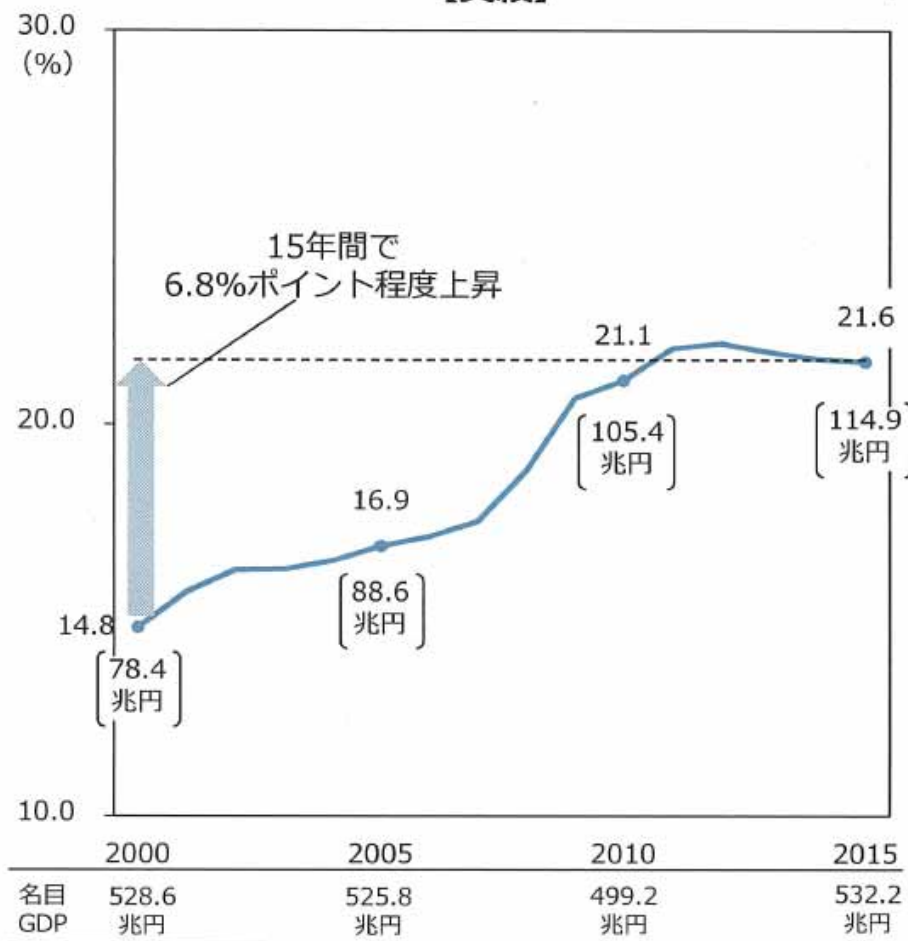
2018年

男性81.25歳、女性87.32歳

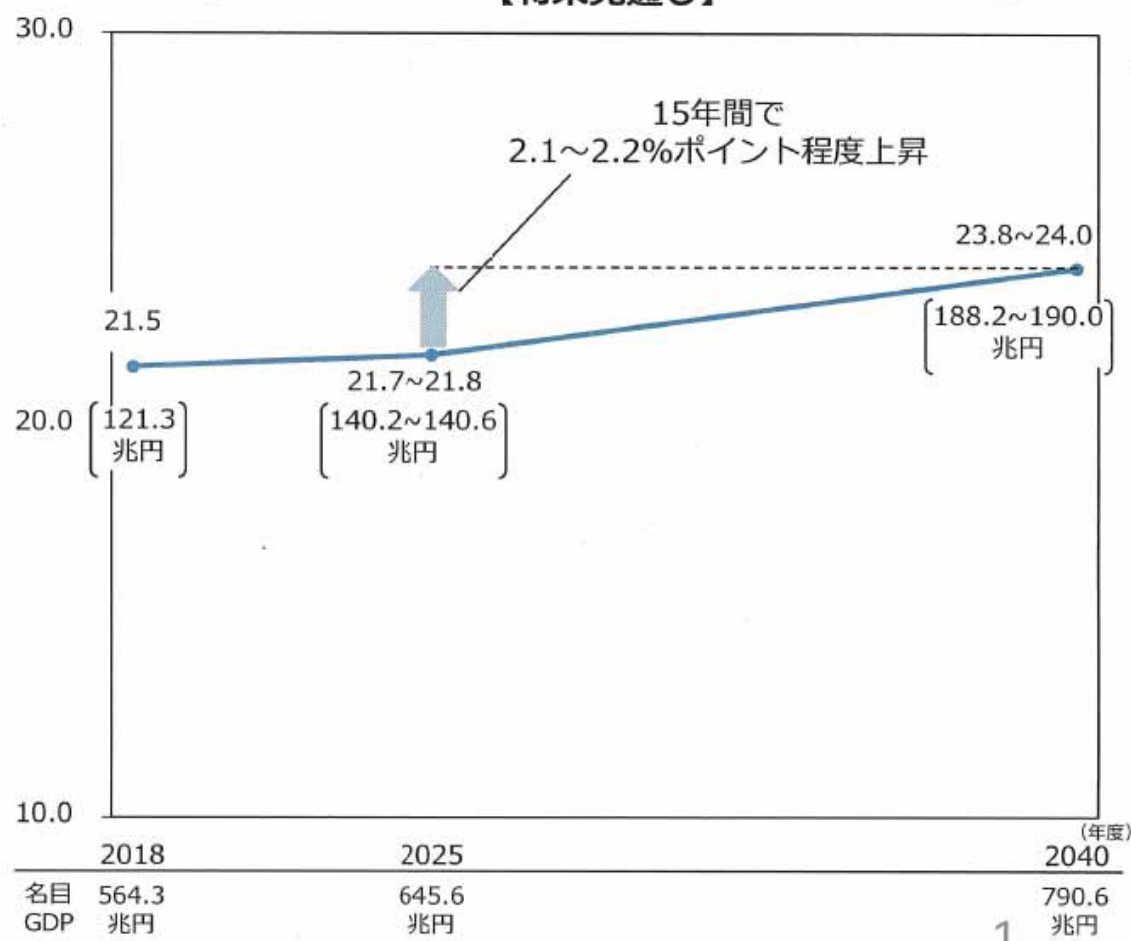
社会保障給付費対GDP比の推移（実績と将来見通し）

- 社会保障給付費の対GDP比は、2018年度の21.5%から、2025年度は21.7～21.8%、2040年度は23.8～24.0%へと上昇（経済ベースラインケース・計画ベース）。
- 2000年度から2015年度の15年間では6.8%ポイント程度上昇。2025年度から2040年度の15年間では2.1～2.2%ポイント程度の上昇。

< 2000～2015年度の社会保障給付費対GDP比 >
【実績】



< 2018～2040年度の社会保障給付費対GDP比 >
【将来見通し】



（出典）2000～2015年度は、国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」による実績値。2018年度以降は内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年度を見据えた社会保障のシミュレーション（議論の素材）」による推計値。

健康寿命の延伸とそれによる支え手の増加

高齢化、高齢者の増加による社会保障費の増加



社会保障改革の主眼が「国による医療・介護に対する支出の抑制」によって、結果として質の低下を及ぼすようでは、国民の理解は得られない。
また、急激な制度変更による医療・介護に対する支出の抑制政策をとれば、以前後期高齢者医療制度導入のときに見られたように国民の反発を招きかねない。

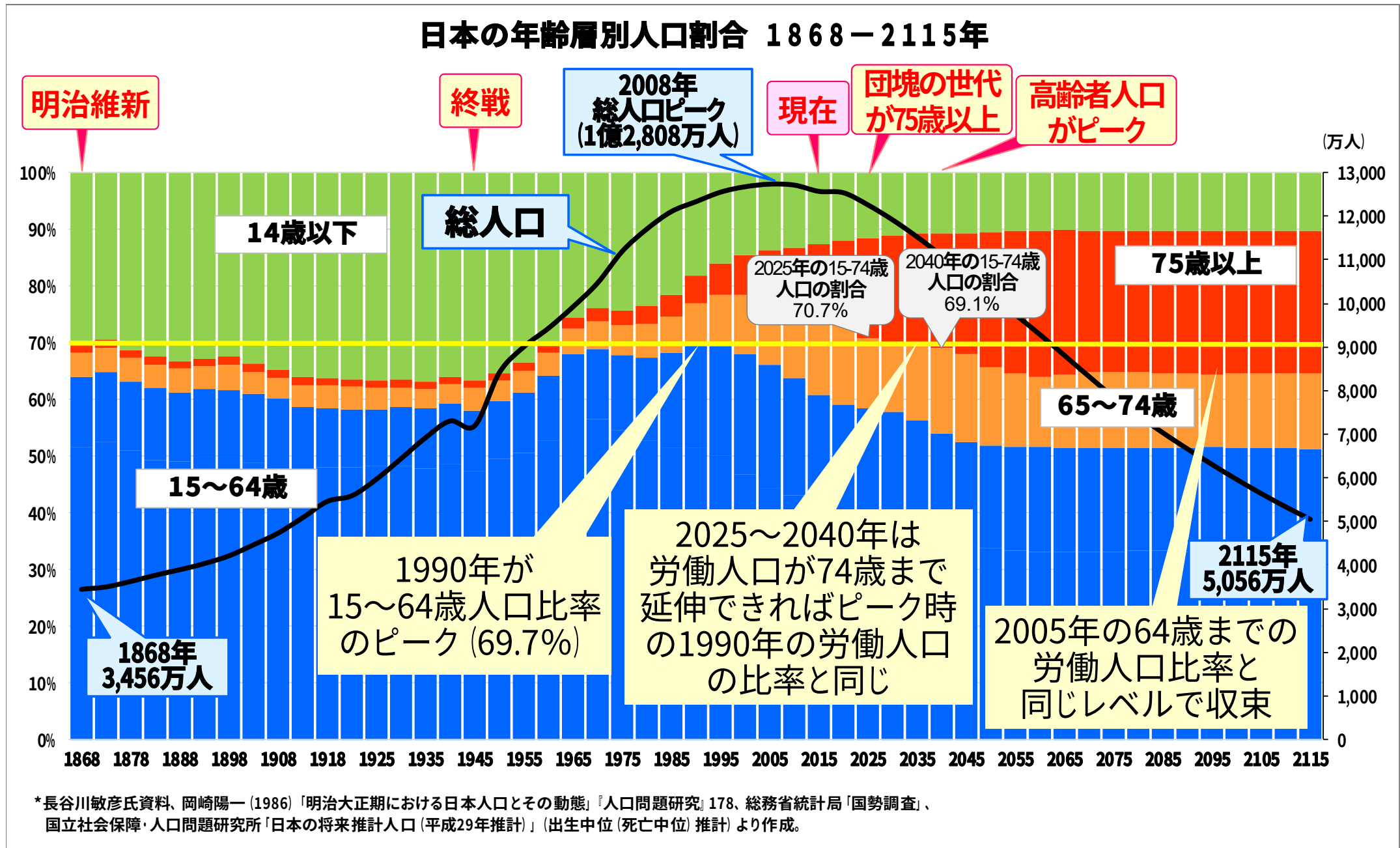


国民の「住み慣れた地域で、自分らしく生涯を全うしたい」との願いをすべての関係者が共有し、成熟社会である「令和」の時代は、社会の格差が拡大しないよう、社会保障を充実させ、経済成長を促すような取り組みを推進。



健康寿命を延伸することにより、結果として支え手も増加

日本の年齢層別人口割合の推移



日本健康会議

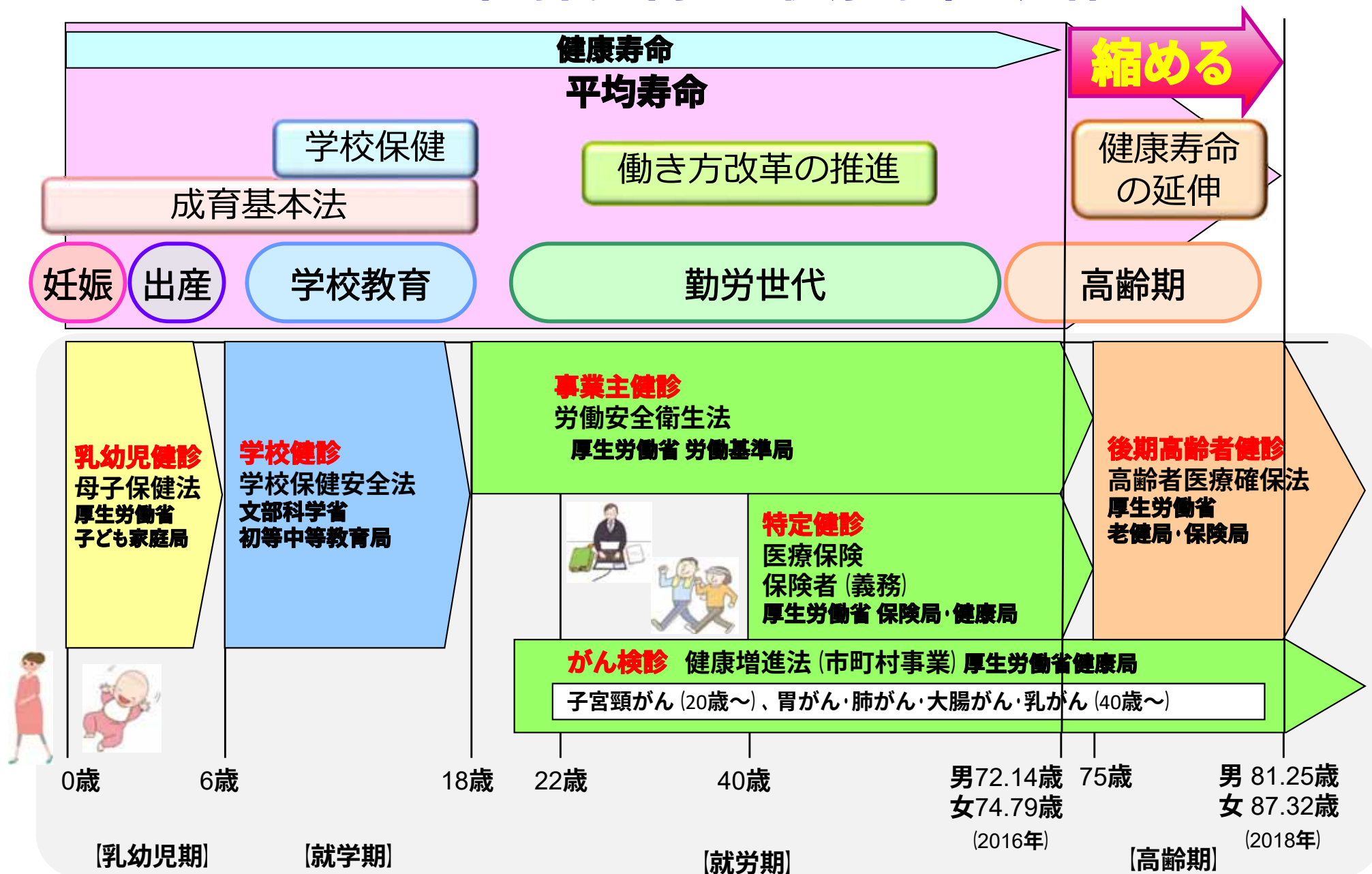
- ◆ 経済界・医療関係団体・自治体等のリーダーが手を携え、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図ることを目的として、自治体や企業、保険者における先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げるために、民間主導の活動体である「日本健康会議（事務局長：渡辺俊介）」を2015年7月に発足。
- ◆ 自治体や企業・保険者における先進的な取組を横展開するため、2020年までの数値目標(KPI)を入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を採択。
- ◆ この目標を着実に達成するため、
 - ① 取組ごとにワーキンググループを設置し、厚労省・経産省も協力して具体的な推進方策を検討し、ボトルネックの解消や好事例の拡大を行う。
 - ② 「日本健康会議 ポータルサイト」を開設し、例えば、地域別や業界別などの形で取組状況を「見える化」し、競争を促す。

*日本健康会議 (<http://kenkokaigi.jp/index.html>)



日本健康会議2019の様子
(2019年8月23日)

人生100年時代に向けた健康寿命の延伸



妊娠・出産から高齢者まで切れ目のない全世代型社会保障

医療 = 予防・教育 + 診断・治療 + 再発重症化予防・見守り・看取り

「病を防ぐ」は医療の大きな役割

医師の役割は診断治療だけではない。
『人生100年時代』生涯を通じ健やかに過ごすためには予防が重要である。



かかりつけ医の役割

学校医としての役割

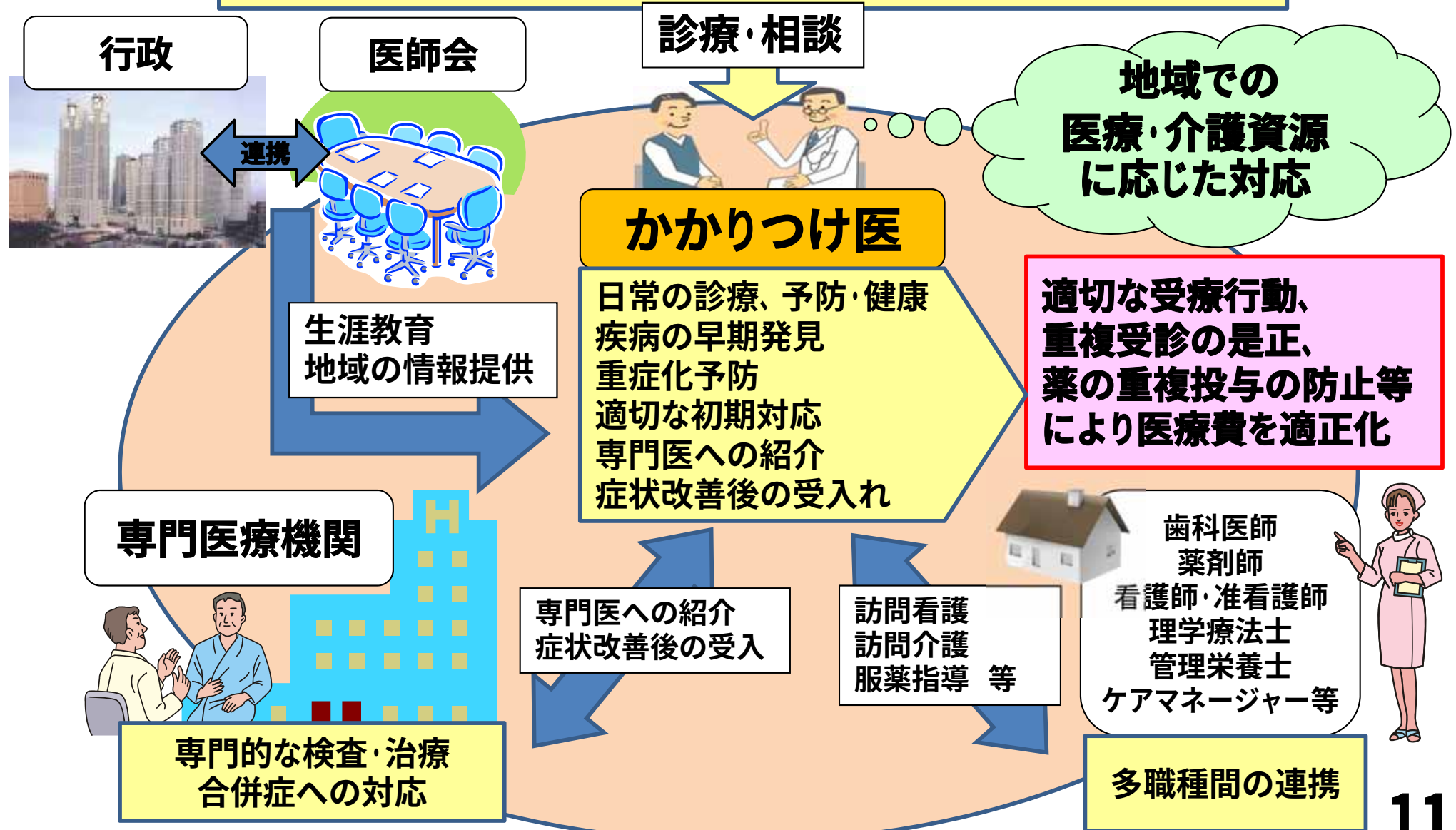
産業医としての役割

2. 地域に根ざした医療提供体制の確立 ～かかりつけ医の定着とあるべき姿の方向性～

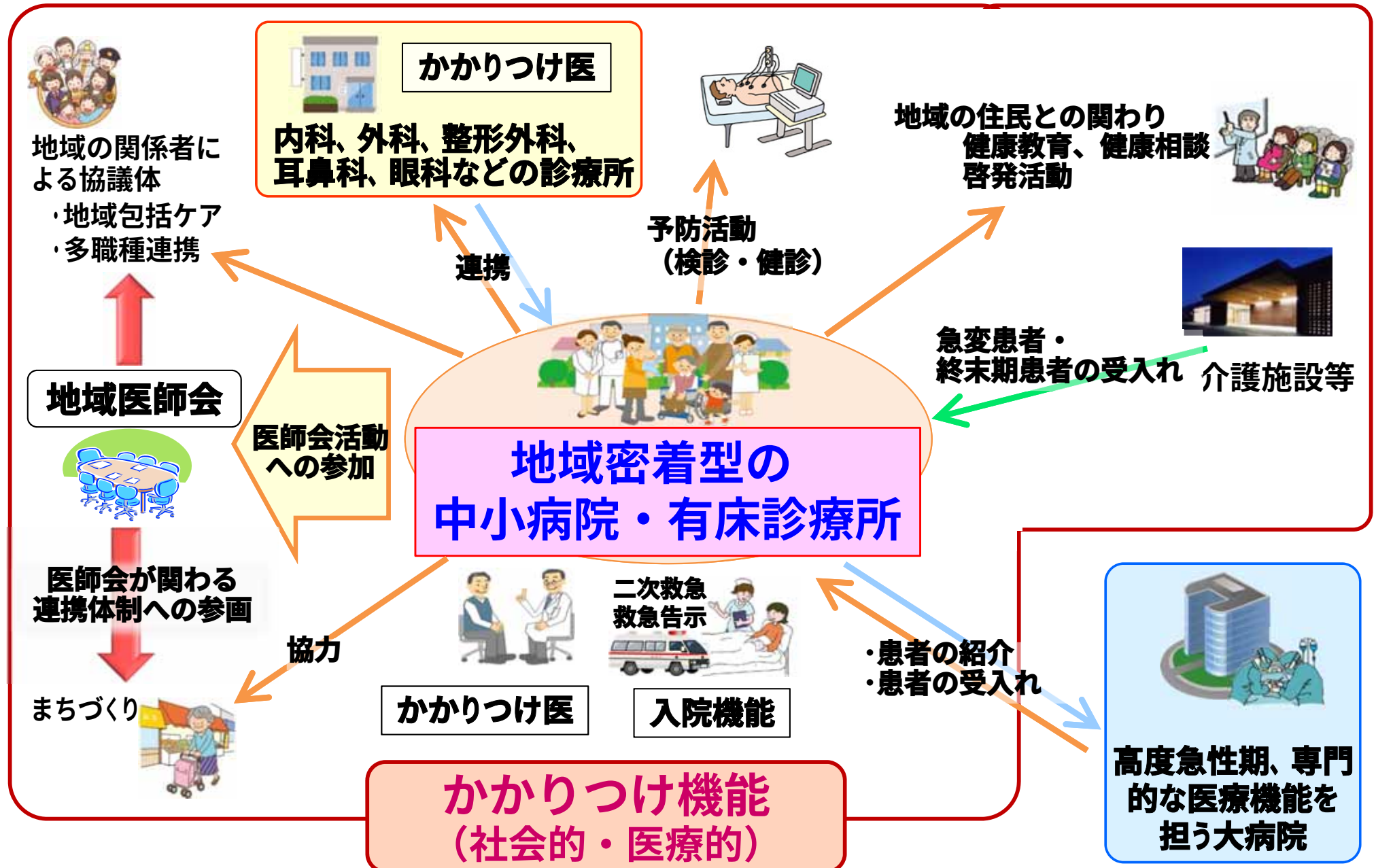


かかりつけ医を中心とした 「切れ目のない医療・介護」の提供

患者・国民からの健康にかかわる幅広い問題

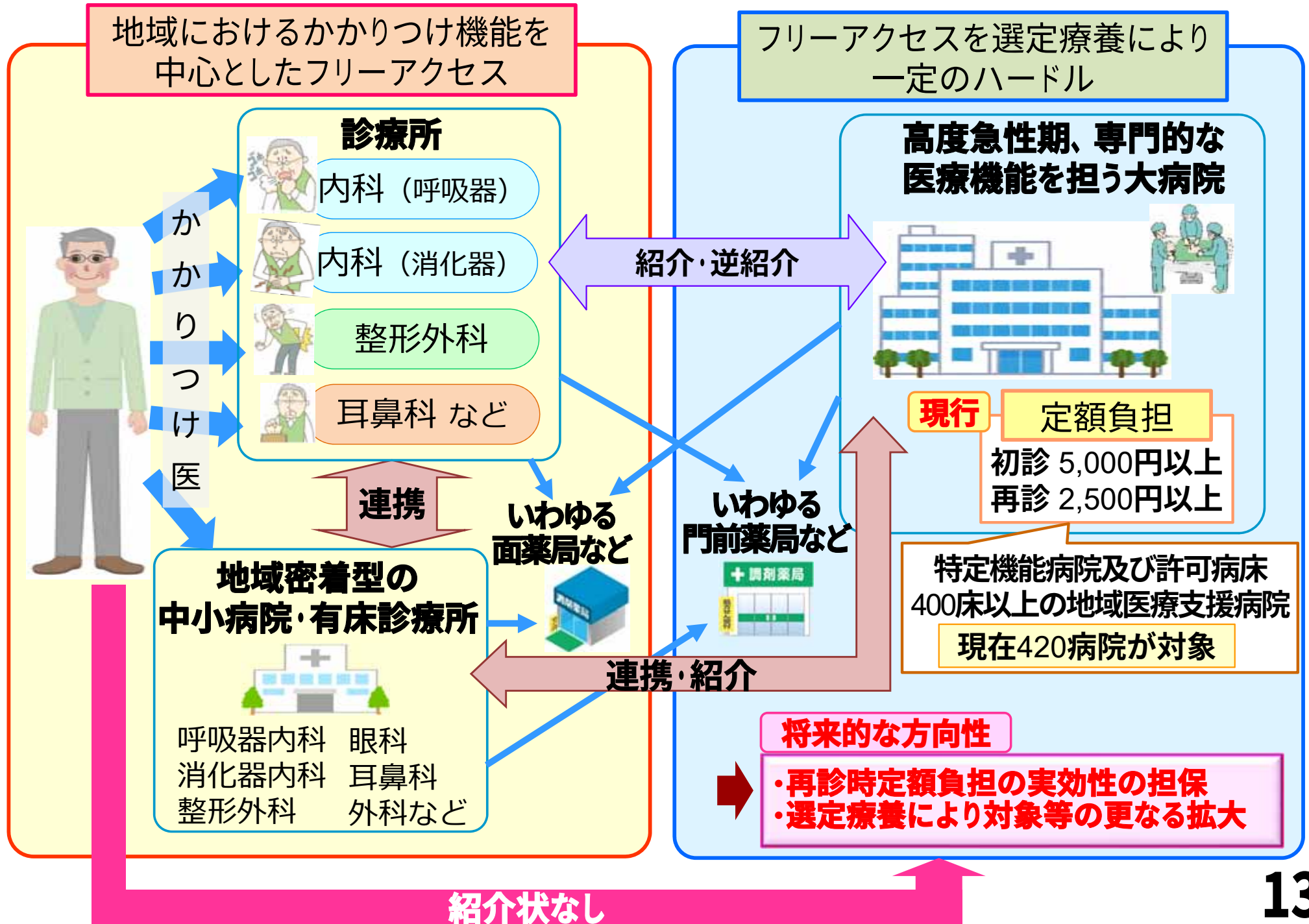


「地域密着型の中小病院・有床診療所」に期待されるもの



かかりつけ医機能と入院機能を持ち、地域包括ケアシステムの一翼を担う

外来機能の分化と連携の推進



医療提供に重大な影響を及ぼす受診時定額負担

現在、日本医師会は「かかりつけ医機能研修制度」を通じて地域住民から信頼されるかかりつけ医を養成し、その普及に努めている。

また、かかりつけ医の評価として2014年度の診療報酬改定で地域包括診療料及び地域包括診療加算が新設され、2016年の改定では要件が緩和された。

かかりつけ医普及の制度的裏付けは始まったばかりであり、受診時定額負担が導入されれば、かかりつけ医の普及に水を差すことになり、今後の医療提供に重大な影響を及ぼす。我が国の特徴であるフリーアクセスはしっかりと守っていかなくてはならない。

一方、大病院と中小病院・診療所の外来の機能分化の観点から、大病院の直接受診については是正も必要である。そこで、2016年の診療報酬改定で、紹介状なしで大病院を受診した場合の選定療養による定額負担が導入された。現在は特定機能病院と許可病床400床以上の地域医療支援病院が対象だが、例えば対象の大病院の要件や負担額について、現状を分析した上でさらに検討を進めていくことも必要である。

(2017年3月26日第139回日本医師会臨時代議員会答弁、
2017年6月25日第140回日本医師会定例代議員会答弁等より)

健康保険法等の一部を改正する法律案附帯決議 (2006年6月)

健康保険法等の一部を改正する法律案及び良質な医療を提供する体制の
確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議
(2006年6月13日 参議院厚生労働委員会)

国民生活の安心を保障するため、将来にわたり国民皆保険制度を堅持し、**平成十四年の健康保険法等の一部を改正する法律附則第二条第一項に明記された、「医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする」ことを始めとして安易に公的医療保険の範囲の縮小を行わず、現行の公的医療保険の範囲の堅持に努めること。**また、今後の医療制度改革に当たっては、個々の制度見直しのみならず、社会保障全体の在り方に深く留意し、国民の視点に立った給付と負担の関係を明らかにすること。



受診時定額負担は改正健保法附則で明記され、その後の国会での附帯決議でも確認されてきた、「給付率100分の70」を超えて患者から徴収するものであり、容認できない。

日医かかりつけ医機能研修制度

今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施。

【かかりつけ医機能】

1. 患者中心の医療の実践
2. 継続性を重視した医療の実践
3. チーム医療、多職種連携の実践
4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
5. 地域の特性に応じた医療の実践
6. 在宅医療の実践



＊日本医師会ホームページ「日医かかりつけ医機能研修制度」制度概要
(http://dl.med.or.jp/dl-med/doctor/kakari/system20160317_1.pdf)

日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修会

【2016年度】
9,391名受講

【2017年度】
9,712名受講

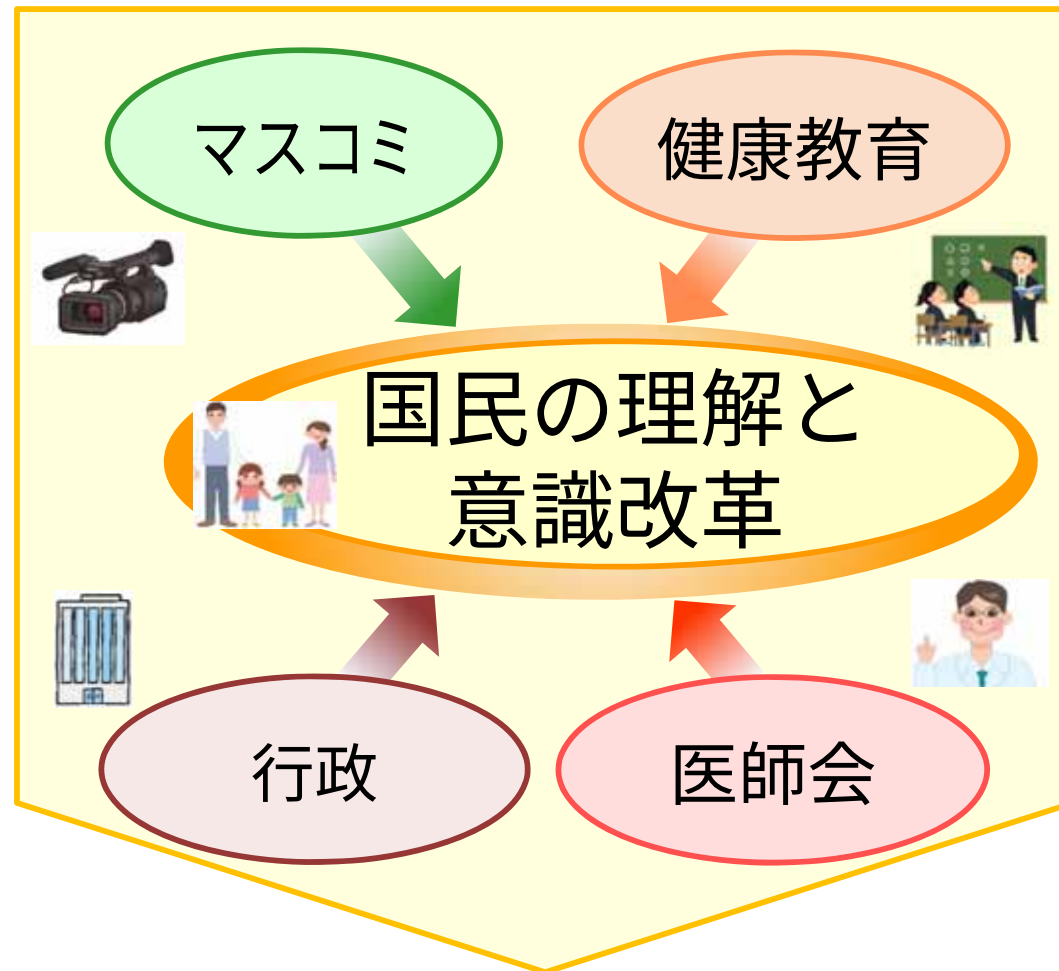
【2018年度】
10,609名受講

【2019年度】
6,325名受講（於：日本医師会館）



今後、応用研修の受講機会確保のため、都道府県医師会・郡市区医師会においても同様の研修会の開催を依頼。

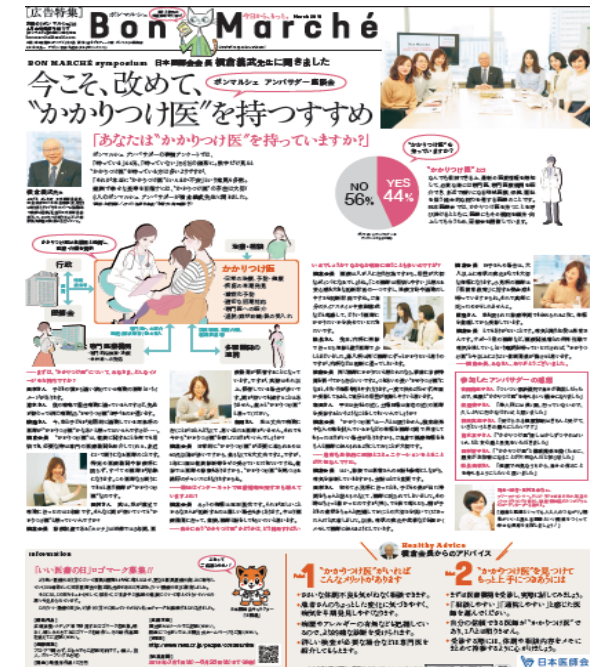
かかりつけ医の定着に向けた国民への働きかけ



国民に対し、社会保障や健康に関する教育・啓発などを行って意識改革を促し、受療行動(医療のかかり方)を変えていただく施策も必要である。こうした医師・国民の双方からの取り組みにより、かかりつけ医の定着を目指していく。

国民の受療行動(医療のかかり方)の変容

かかりつけ医の定着



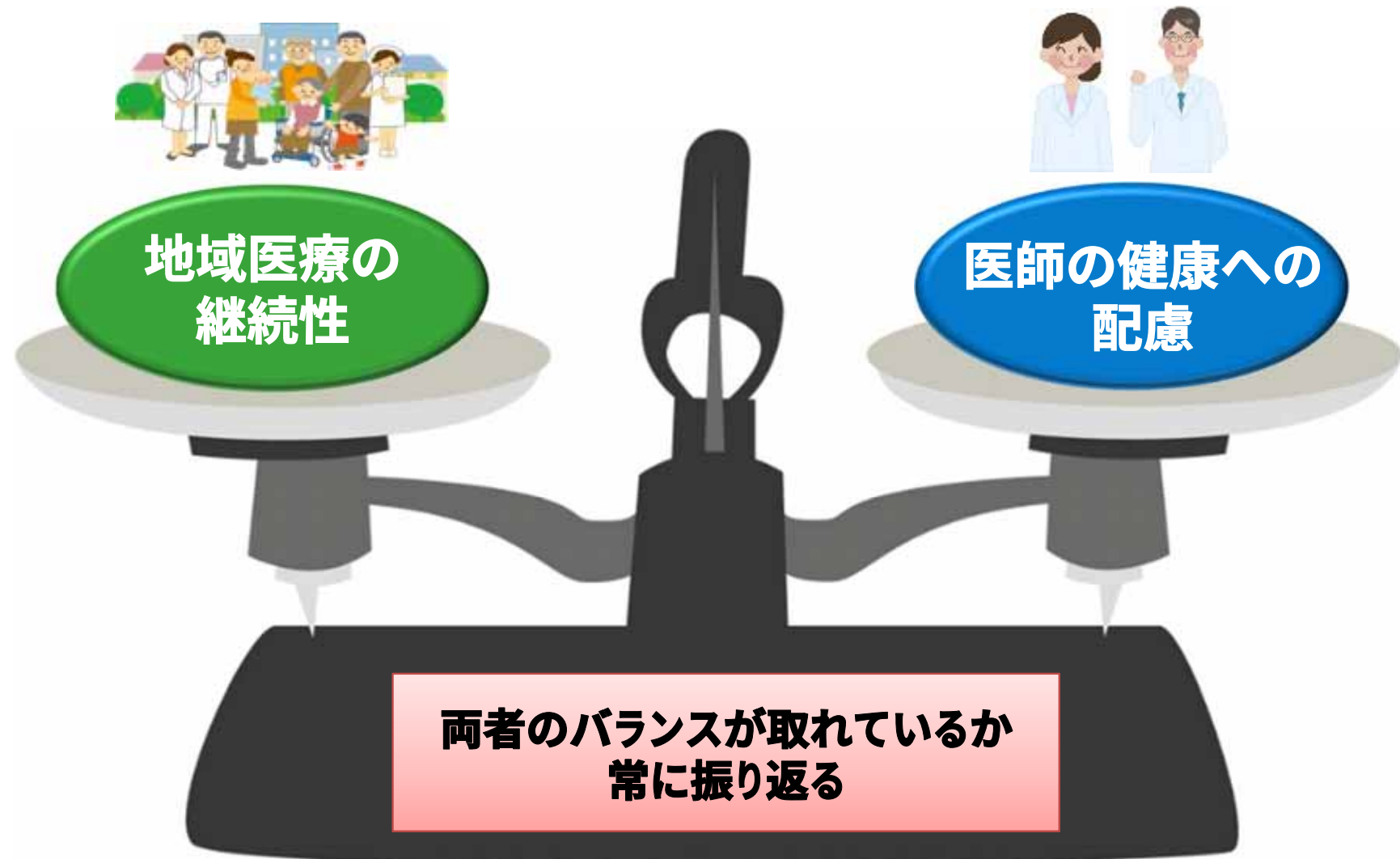
朝日新聞「ボンマルシェ」2019年3月号

http://dl.med.or.jp/dl-med/etc/iken/20190317_koukoku.pdf

医師の働き方改革の基本理念

「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の両立

医師の働き方改革では「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の2つを両立することが重要である。



超高齢社会、人口減少社会に向けた医療のあり方

医師会の政策

1. 地域からのボトムアップ

地域の実情に応じた医療提供体制と、全国共通の医療保険制度とが、バランスをもって運営

2. 地域医療の確立による医療提供体制

- ・かかりつけ医を中心とした「切れ目のない医療・介護」の提供
- ・全国一律的な視点ではなく、それぞれの地域で検討

3. 消費増税の効果と検証

消費増税による社会保障の充実の影響を踏まえた政策

国の政策

1. 医療提供体制

- ・地域医療構想の実現
- ・公立・公的医療機関等における合意形成

2. 医師の働き方改革の推進

- ・医師の健康への配慮
- ・上手な医療のかかり方の普及

3. 医師の偏在対策

- ・医師の地域偏在、診療科偏在
- ・新たな専門医の仕組み

都道府県において、地域の医療提供体制の将来のあるべき姿を検討し、
地域の実情に応じて、医療資源を活用

3. 全世代型社会保障に向けて ～社会保障の充実による国民不安の解消～



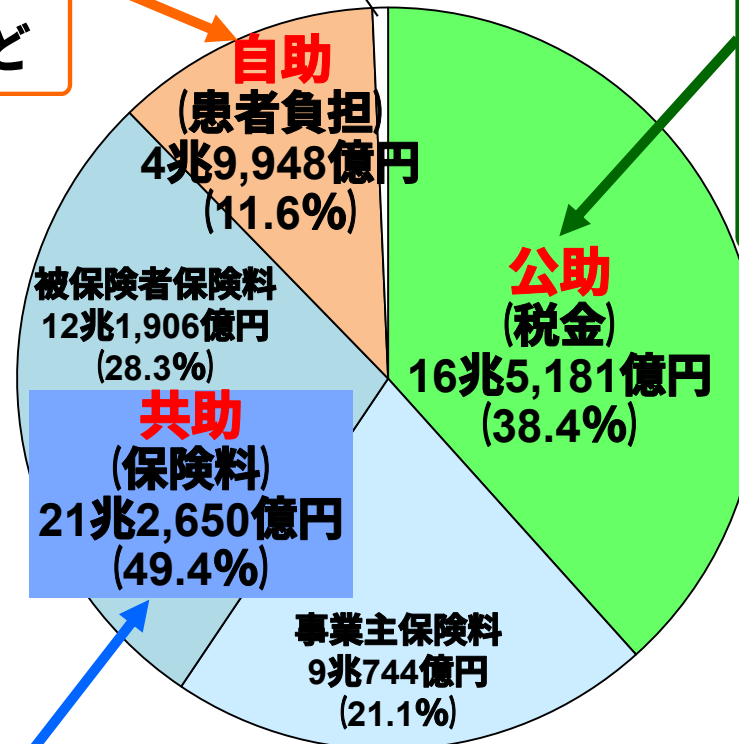
元気なまちは医療から

国民医療費の財源構成 (2017年度) と改革の方向性

- 所得や金融資産の多寡に応じた負担

※マイナンバーの活用 など

その他 2,933億円
(0.7%)



- 新たな税財源の確保による消費税一本足打法からの脱却

※死亡した場合の税のあり方
※賃上げや設備投資が行われない場合のいわゆる内部留保への課税 など

- 健康保険での休業時の毎月給付である傷病手当金を雇用保険へ

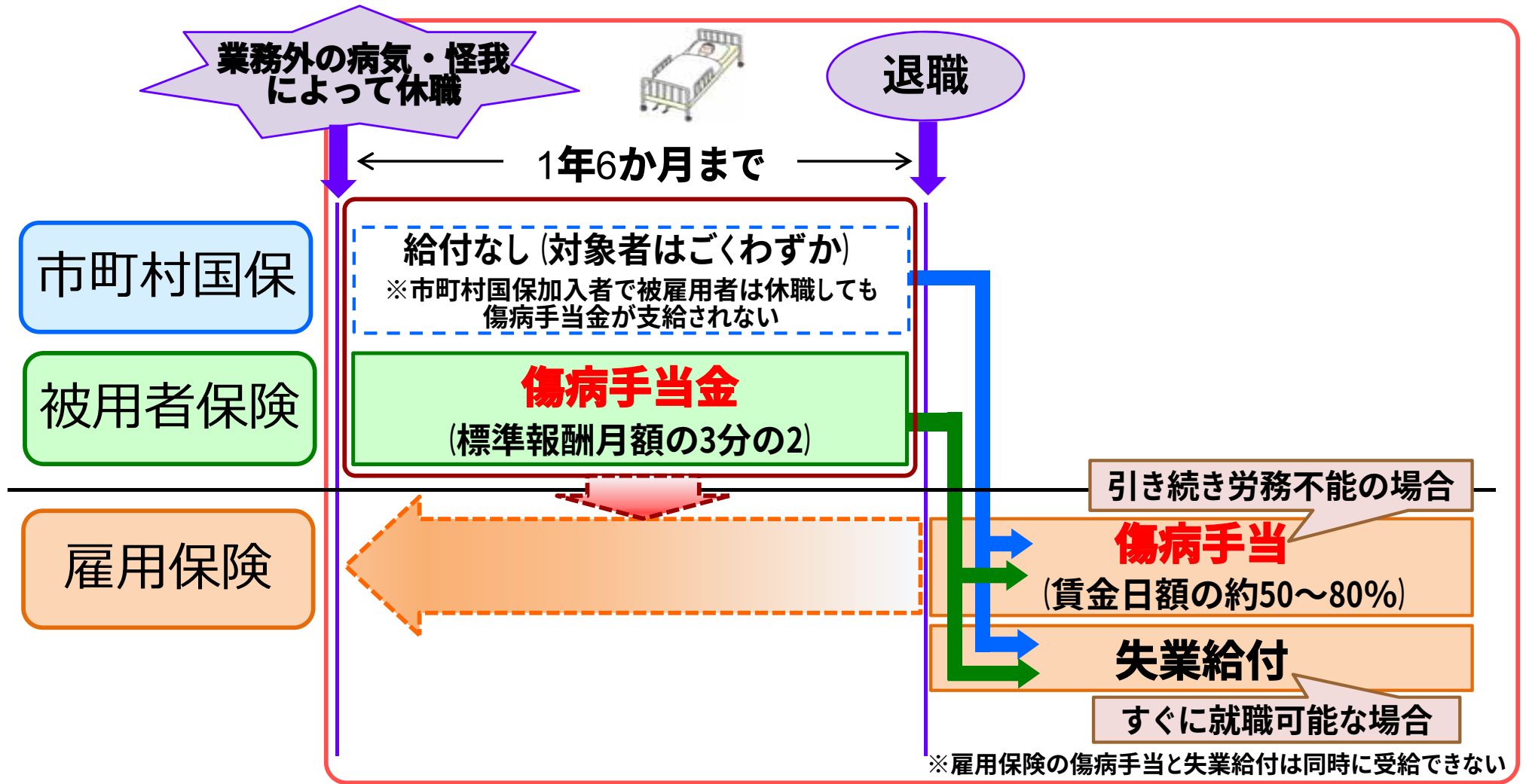
※景気回復による雇用情勢の改善に伴い、安倍政権発足後の6年間で雇用保険料率は1.35%から0.9%へと、0.45ポイント低下した

- 被用者保険の保険料率を協会けんぽ (10%) に合わせて引き上げ

※保険料率 国家公務員共済:7.99%、組合健保:9.22%など

など

傷病手当を全世代型社会保障へ



病気や怪我で就業できなくなった場合に、現在は休職・退職で保険が分かれているが、健康保険の傷病手当金を雇用保険の傷病手当で賄う

国民にも分かりやすくなり、安心して就業できる
全世代型社会保障制度を構築し、多様な働き方に対応すべき

傷病手当金と雇用保険関係積立金

健康保険

業務外の病気等のために仕事を休んだ際の給付である傷病手当金※1)は、健康保険で支払われているが、2016年度時点で3,485億円にのぼっている。

雇用保険

雇用保険における積立金として、2017年度には失業等給付積立金※2)が5.8兆円、雇用安定資金※3)が1.3兆円ある。

雇用情勢の改善に伴い、失業等給付積立金が5.8兆円、雇用安定資金が1.3兆円に達しており、安倍政権発足後の6年間で雇用保険料率は1.35%から0.9%へと、0.45ポイント低下したにもかかわらず、積立金は0.8兆円増加した。

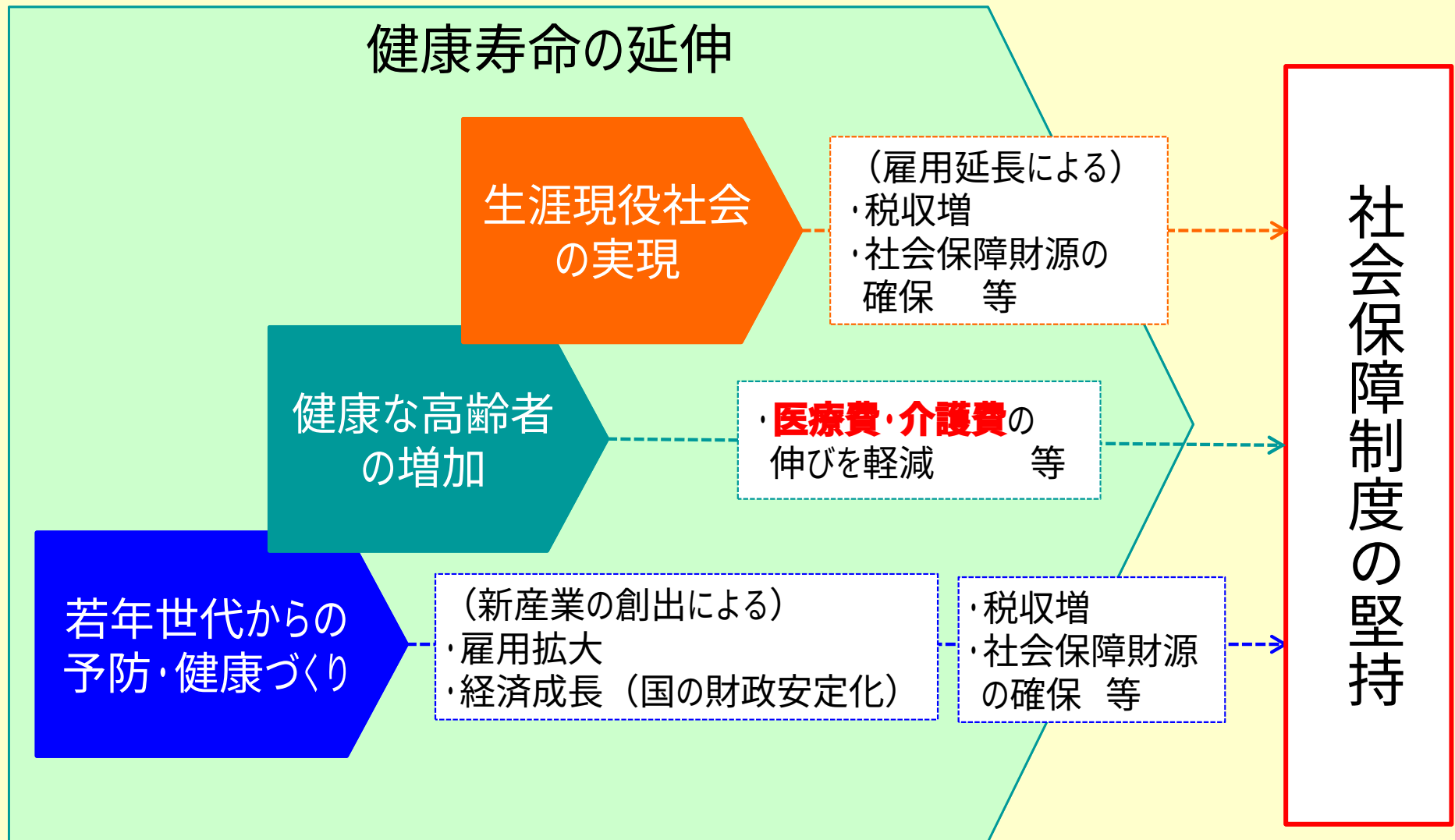
雇用保険料を引き下げずに、健康保険での休業時の標準報酬月額をベースとした給付である傷病手当金を雇用保険で賄うことも必要ではないか。

※1) 傷病手当金：被保険者が業務外の病気や怪我のために4日以上仕事を休んだ場合、標準報酬月額の3分の2を最長1年6か月支給する制度。市町村国保にはない。

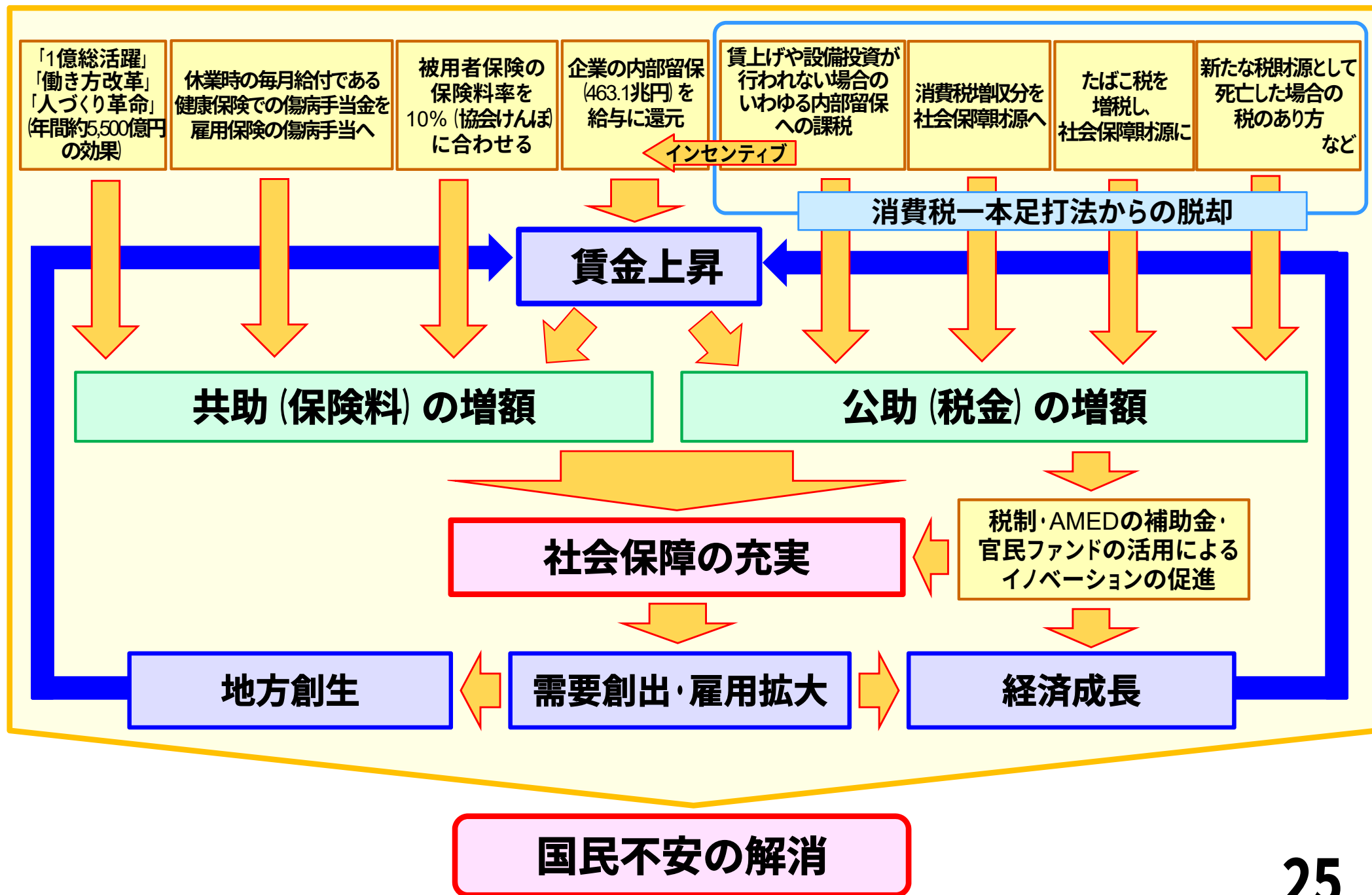
※2) 失業等給付積立金（労働保険特別会計雇用勘定積立金）：雇用保険事業の失業等給付費に充てるために必要な金額の積立金。この積立金は、雇用・失業情勢が悪化した際にも安定的な給付を行うため、好況期に積み立て、不況期にこれを財源として使用する。

※3) 雇用安定資金：不況期に雇用安定事業（事業主に対する助成金、再就職支援など）の経費として将来必要となる資金。

健康寿命の延伸と実現すべき社会

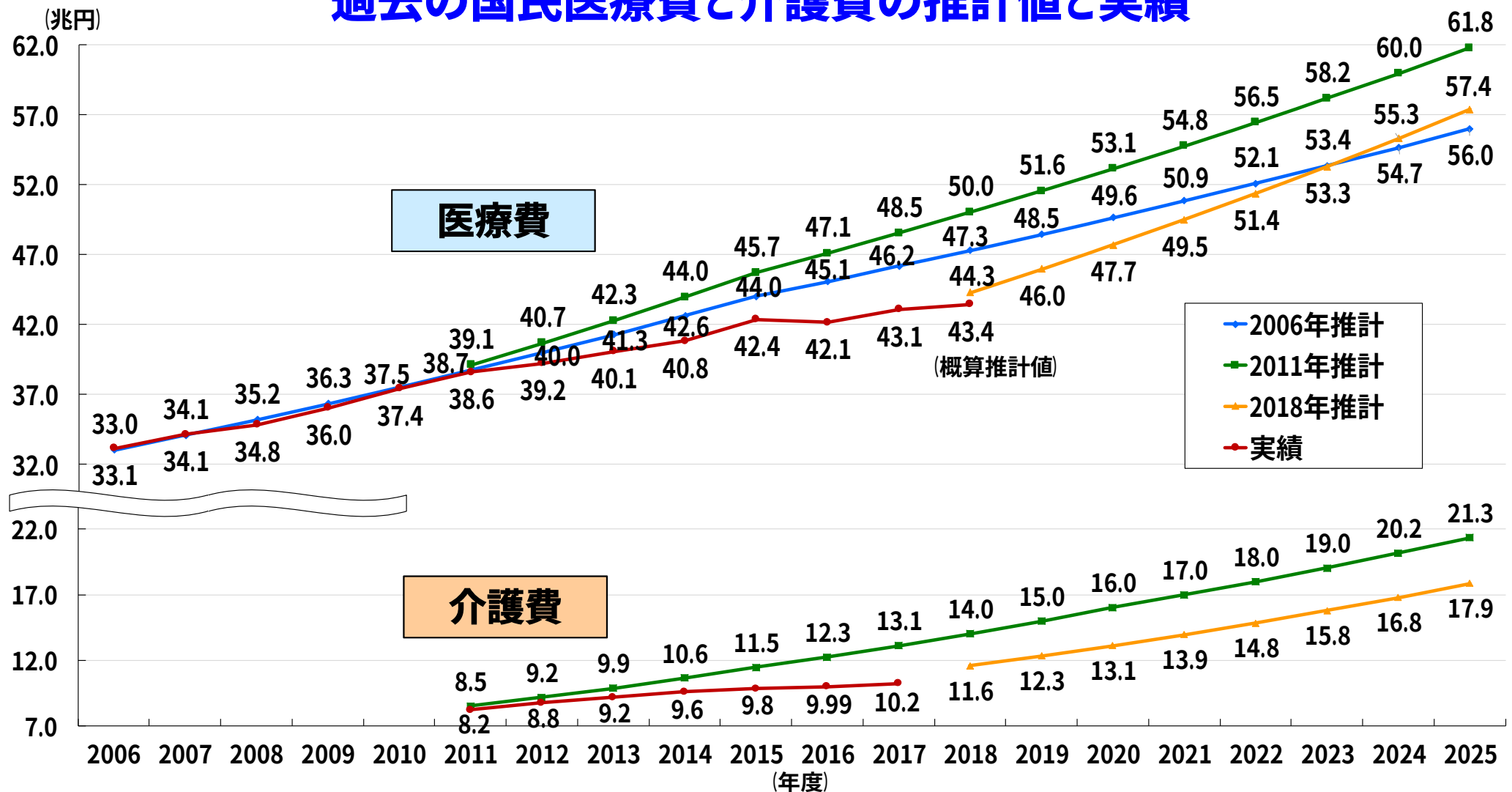


社会保障の充実による国民不安の解消



4. 參考資料

過去の国民医療費と介護費の推計値と実績



(推計パターンについて) 2006年推計は「改革実施前」と「改革後」の2種類の推計のうち、「改革後」の推計値を掲載。

2011年推計は「現状投影シナリオ」と「改革シナリオ」の2種類の推計のうち、「改革シナリオ」の推計値を掲載。

2018年推計は「現状投影」と「計画ベース」の2種類の推計のうち、「計画ベース」(賃金・物価上昇率の平均+0.7%)の推計値を掲載。

<医療費>

※2017年度までは厚生労働省「国民医療費」、2018年度は「平成30年度 医療費の動向」から推計(概算医療費が国民医療費の約98%であることをもとに推計)。

※2018年推計は給付費が公表されているため、2016年度の国民医療費に占める給付費の割合が88.5%であることを利用して推計(介護費も同じ)。

※2006年推計、2011年推計、2018年推計で公表されていない年度については、公表値から年平均伸び率を計算して推計。

*厚生労働省「第1回医療費の将来見通しに関する検討会」資料(2006年12月27日)、内閣官房「医療・介護に係る長期推計」(2011年6月2日、2012年3月に改定)、内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」(2018年5月21日)より作成

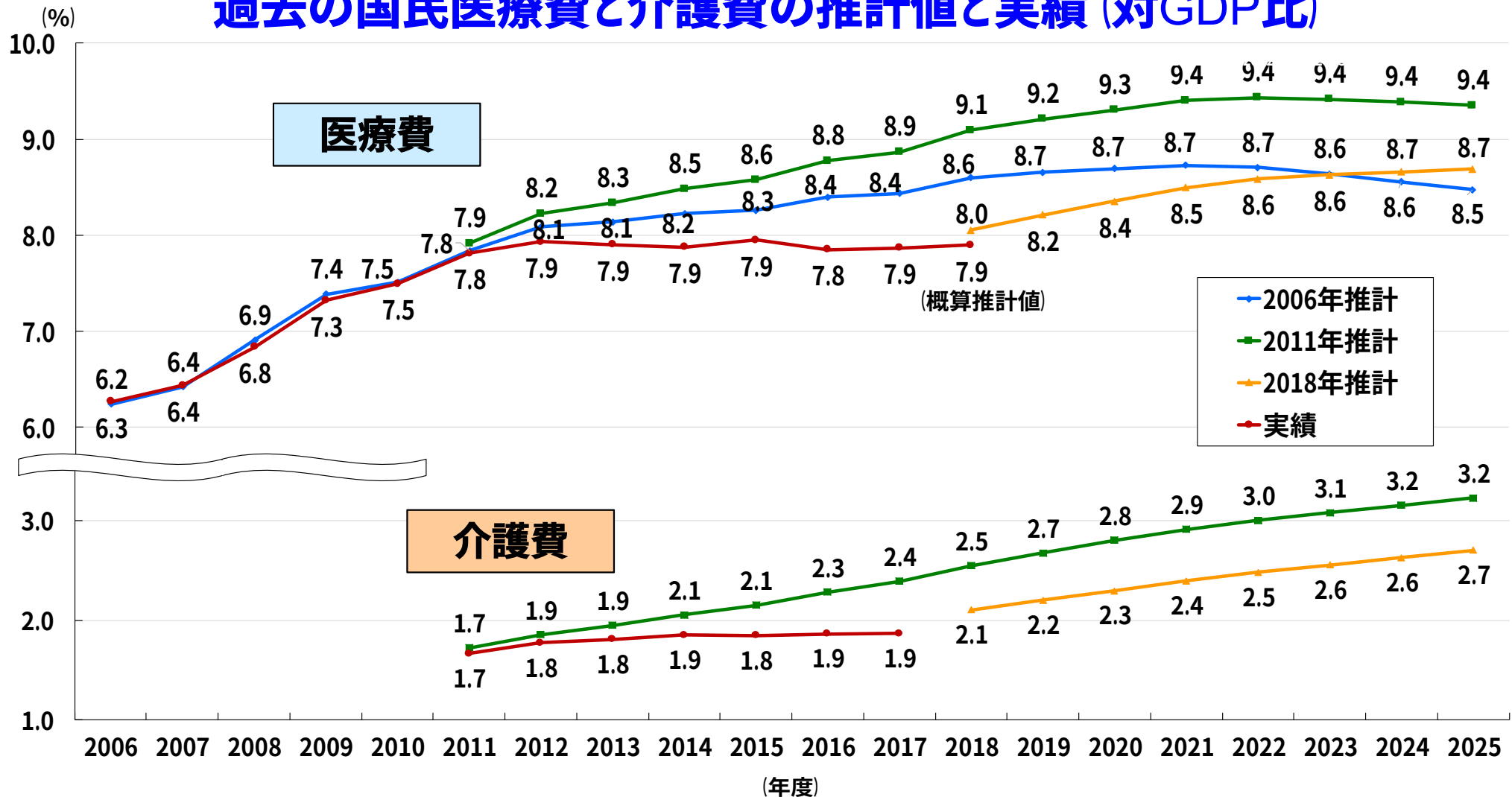
<介護費>

※2011年推計は内閣官房「医療・介護に係る長期推計」(2011年6月2日)による。公表されていない年度については、公表値から年平均伸び率を計算して推計。

※2018年推計は内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」(2018年5月21日)による。給付費のみの公表のため、2016年度の介護給付費が介護費の92.38%であることから推計。

*実績値は厚生労働省「介護保険事業状況報告」による。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、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む。

過去の国民医療費と介護費の推計値と実績 (対GDP比)



(推計パターンについて) 2006年推計は「改革実施前」と「改革後」の2種類の推計のうち、「改革後」の推計値を掲載。

2011年推計は「現状投影シナリオ」と「改革シナリオ」の2種類の推計のうち、「改革シナリオ」の推計値を掲載。

2018年推計は「現状投影」と「計画ベース」の2種類の推計のうち、「計画ベース」(賃金・物価上昇率の平均+0.7%)の推計値を掲載。

<GDP>

※名目GDP。2018年度までは内閣府「国民経済計算年報」(2011年基準)、2018年度以降は内閣府「中長期の経済財政に関する試算」(2019年7月31日)の成長実現ケースによる。

<医療費>

※2017年度までは厚生労働省「国民医療費」、2018年度は「平成30年度 医療費の動向」から推計(概算医療費が国民医療費の約98%であることをもとに推計)。

※2018年推計は給付費が公表されているため、2016年度の国民医療費に占める給付費の割合が88.5%であることを利用して推計(介護費も同じ)。

※2006年推計、2011年推計、2018年推計で公表されていない年度については、公表値から年平均伸び率を計算して推計。

*厚生労働省「第1回医療費の将来見通しに関する検討会」資料(2006年12月27日)、内閣官房「医療・介護に係る長期推計」(2011年6月2日、2012年3月に改定)、内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」(2018年5月21日)より作成

<介護費>

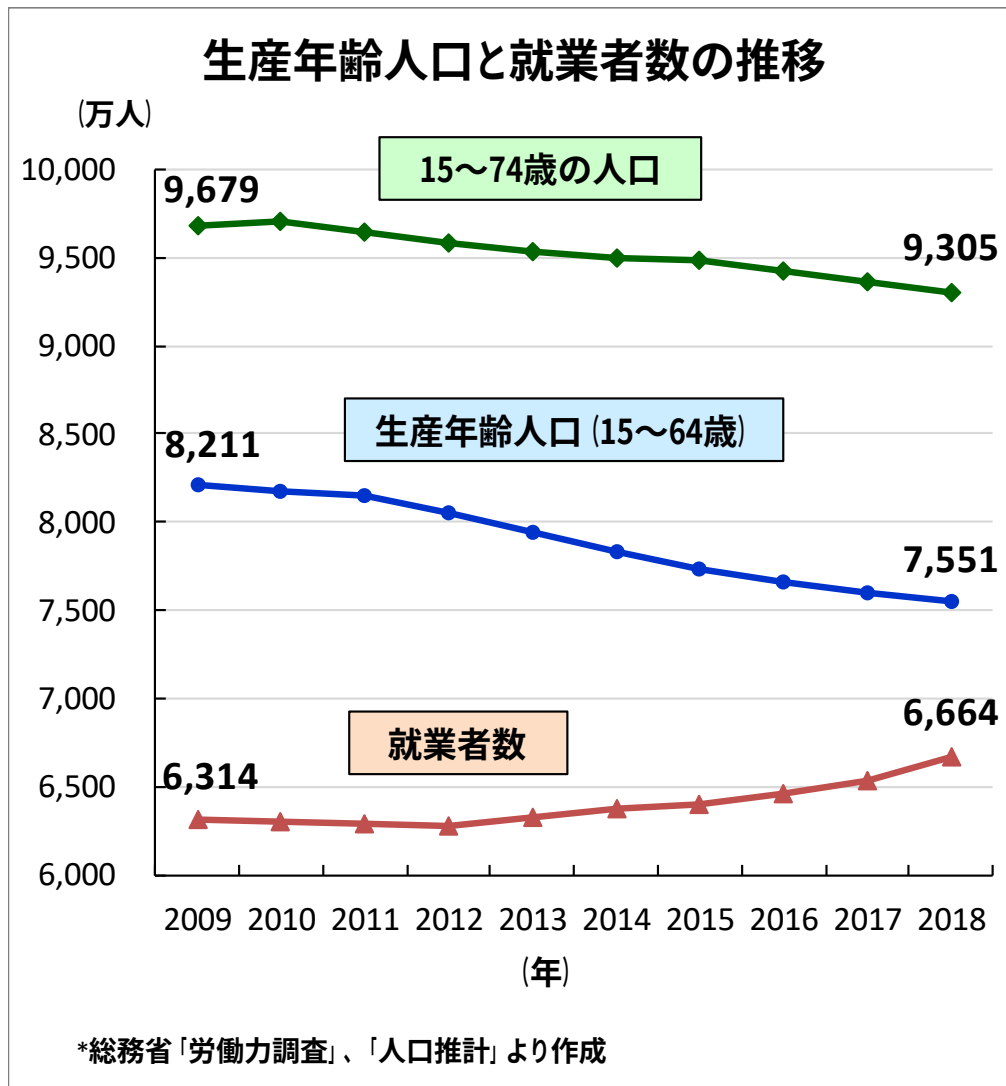
※2011年推計は内閣官房「医療・介護に係る長期推計」(2011年6月2日)による。公表されていない年度については、公表値から年平均伸び率を計算して推計。

※2018年推計は内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」(2018年5月21日)による。給付費のみの公表のため、2016年度の介護給付費が介護費の92.38%であることから推計。

*実績値は厚生労働省「介護保険事業状況報告」による。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、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む。

生産年齢人口と就業者数

2009年から2018年の10年間で、生産年齢人口は660万人減少したが、就業者数は350万人増加した。



生産年齢人口

15～74歳の場合

健康寿命を延伸して
74歳まで働く場合

(2009年) 9,679万人 → (2018年) 9,305万人
374万人減

15～64歳の場合

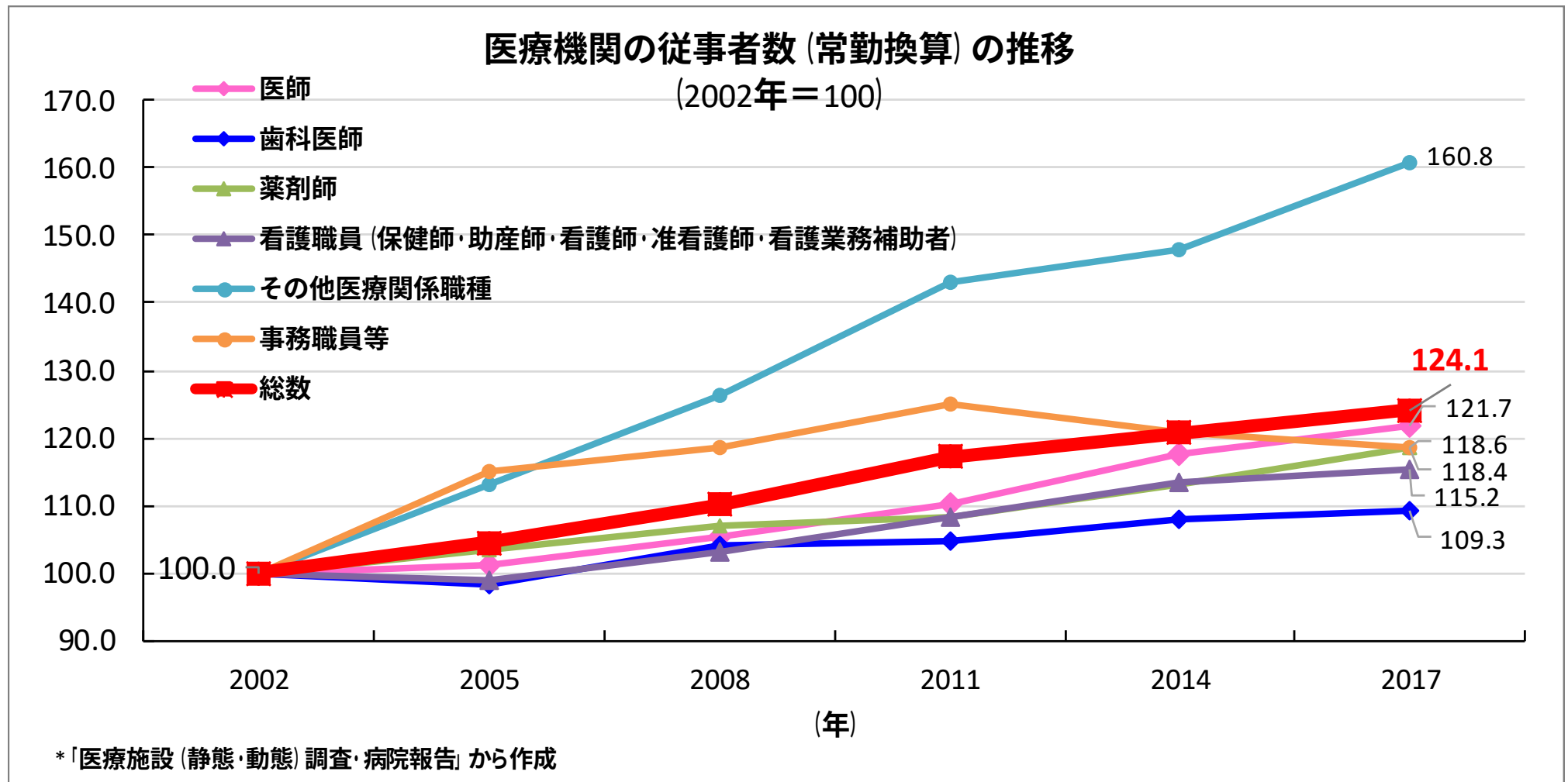
現在の定義

(2009年) 8,211万人 → (2018年) 7,551万人
660万人減

就業者数

(2009年) 6,314万人 → (2018年) 6,664万人
350万人増

医療機関の従事者数 (常勤換算) の推移

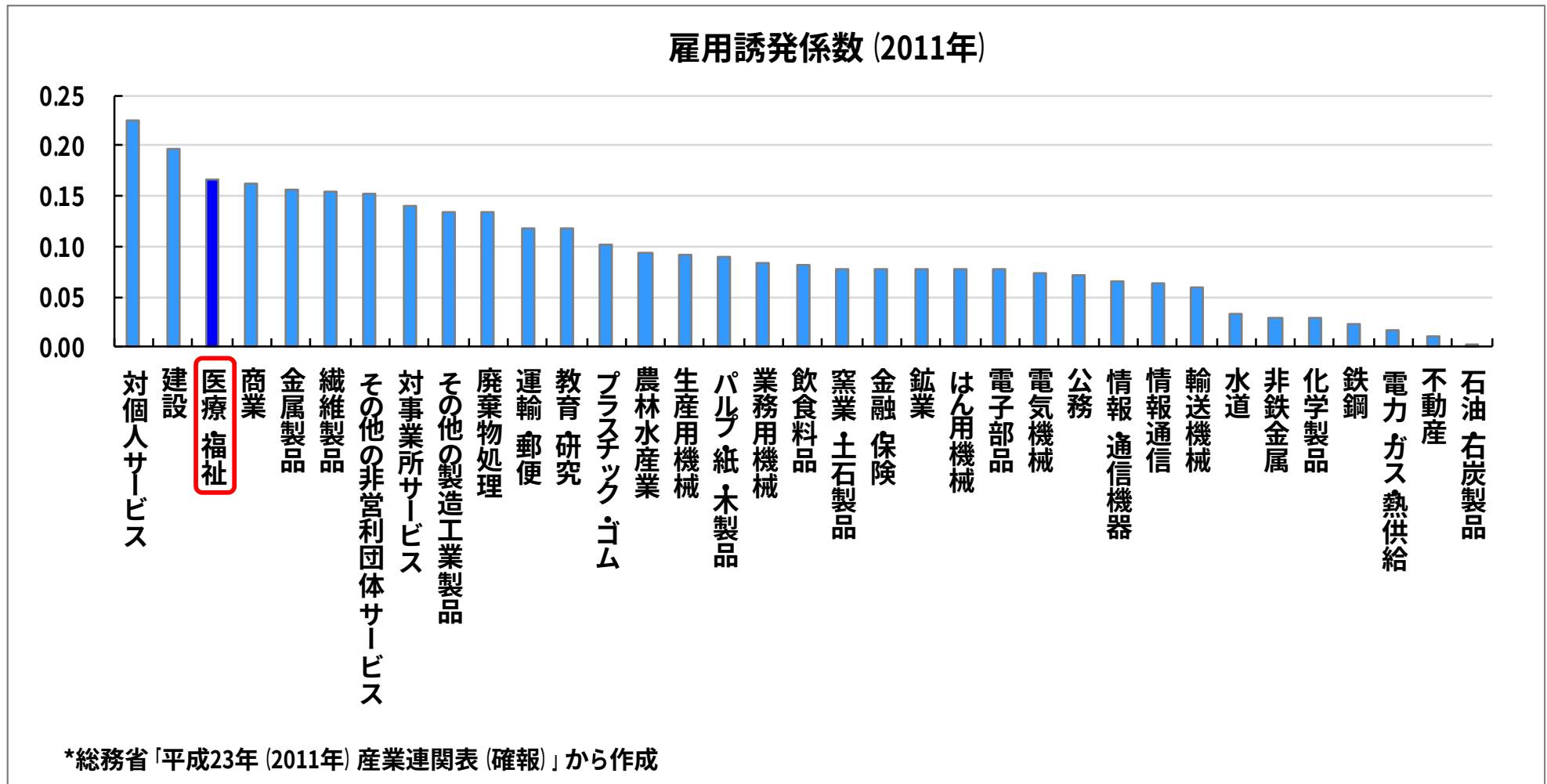


【医療機関の医療従事者数 (常勤換算)】

2002年	2005年	2008年	2011年	2014年	2017年
252万人	263万人	277万人	295万人	304万人	312万人

医療・福祉分野の雇用誘発係数

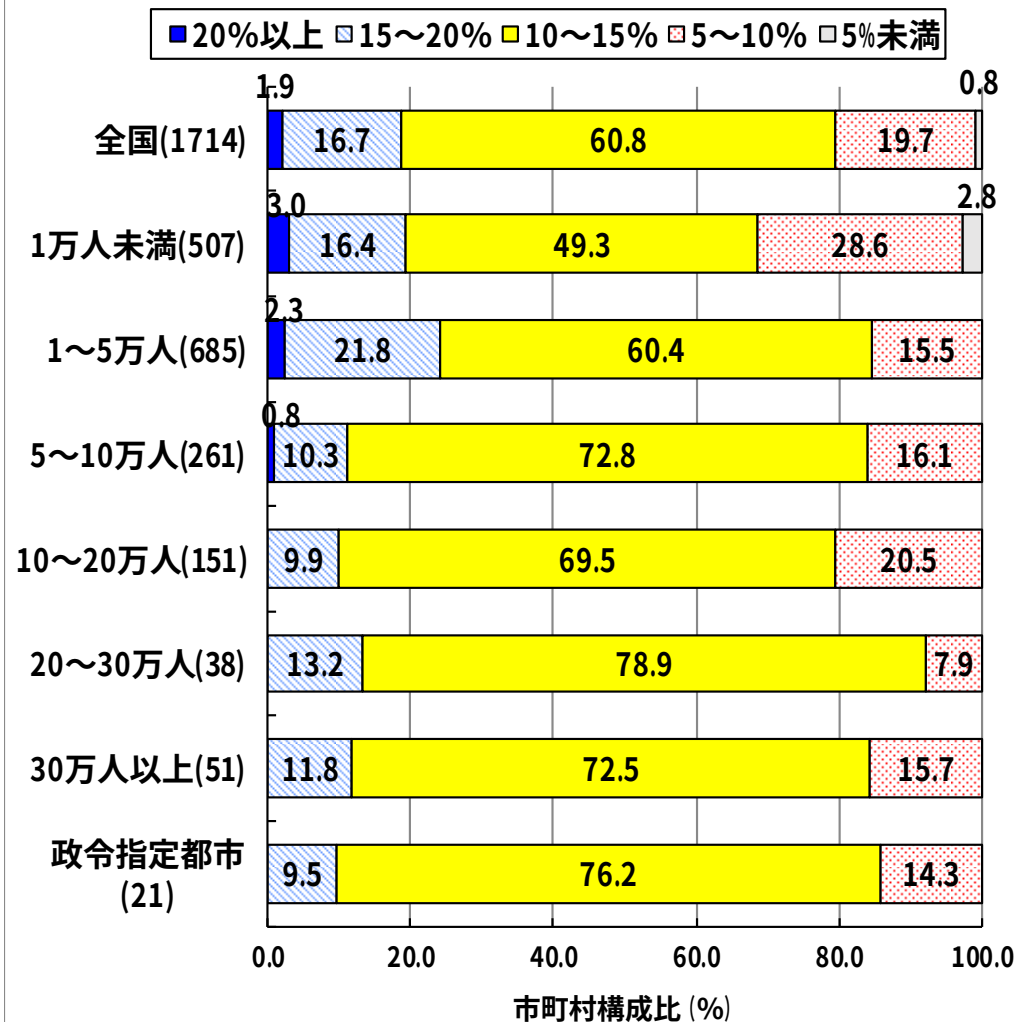
医療・福祉分野は雇用を生み出す効果大きい。



医療に財源を投入すれば、特に医療従事者の比率が高い地方では経済の活性化により、経済成長を促し、地方創生への多大な貢献につながる。

就業者に占める医療・福祉就業者の割合

人口規模別 医療・福祉就業者割合 市町村構成比
(2015年)



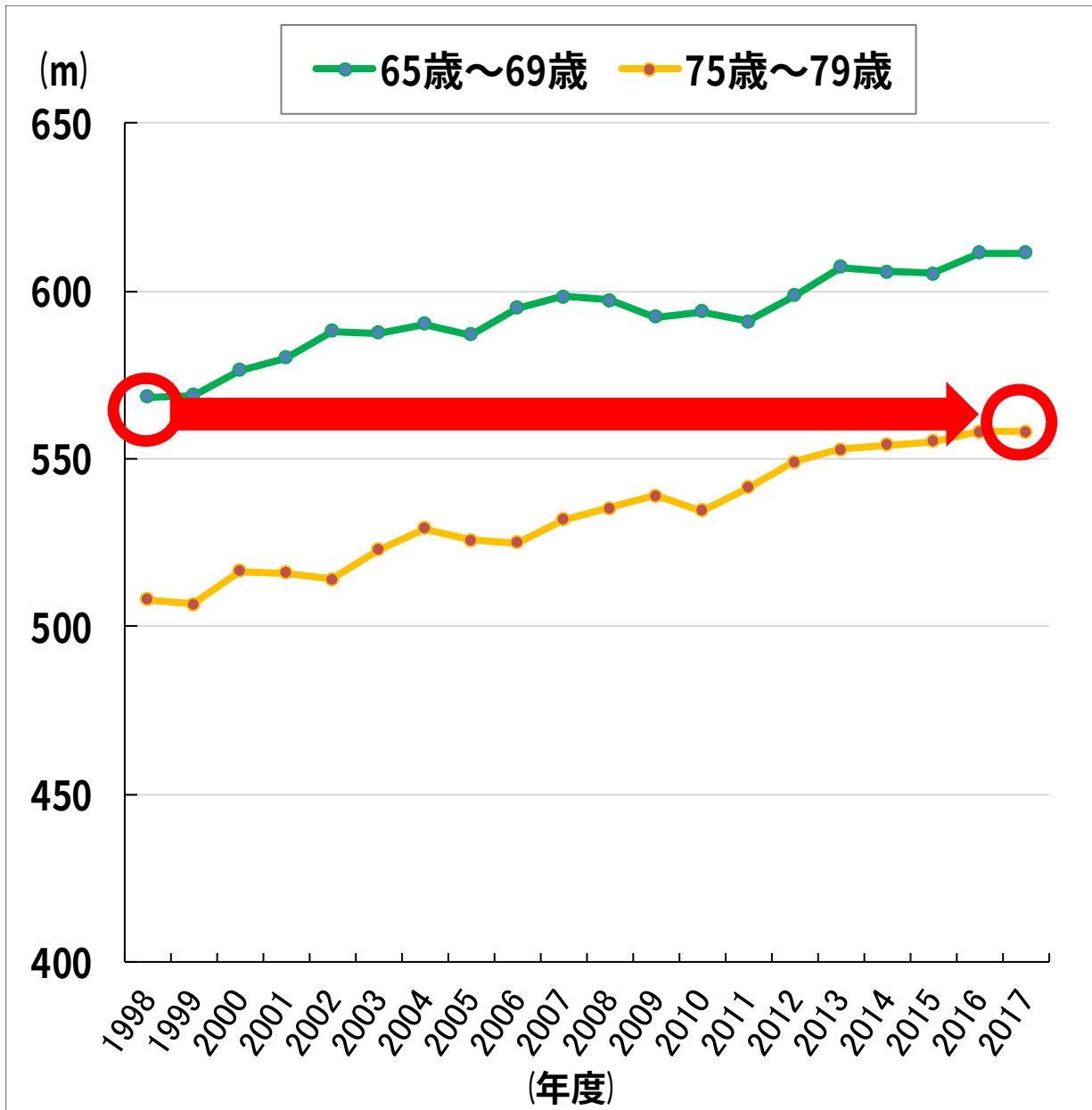
*総務省「平成27年 国勢調査」から作成。()内は市町村数。政令指定都市は人口区分にかかわらず政令指定都市に区分。

全国平均 11.9%

各都道府県で最も割合の高い市町村

都道府県	市町村	割合 (%)
北海道	黒松内町	30.5
福岡県	大任町	24.9
熊本県	水俣市	23.4
鹿児島県	龍郷町	22.7
島根県	邑南町	22.2
千葉県	鴨川市	22.2
秋田県	上小阿仁村	21.5
和歌山県	美浜町	21.5
高知県	佐川町	20.8
愛媛県	鬼北町	20.5

高齢者の体力・運動能力の推移(6分間歩行テスト)



6分間歩行テストの結果では、
「65歳～69歳」と「75歳～79歳」
の歩行距離が年々伸びている。

1998年の65歳～69歳と
2017年の75歳～79歳が
ほぼ同じ距離を歩いている。

現在の75歳～79歳の体力・
運動能力は約20年間で10歳
も若返っている。

*スポーツ庁「平成29年度体力・運動調査結果の概要及び報告書」

(http://www.mext.go.jp/prev_sports/comp/b_menu/other/_icsFiles/afieldfile/2018/10/09/1409875_4.pdf)

超高齢社会におけるかかりつけ医のための適正処方の手引き

【作成】 日本医師会

【協力】 日本老年医学会

総論「1. 安全な薬物療法」

各論「2. 認知症」

各論「3. 糖尿病」

完成



日医かかりつけ医機能研修制度の応用
研修会の資料として活用。

各論「4. 脂質異常症」

2019年度

各論「5. 高血圧症」

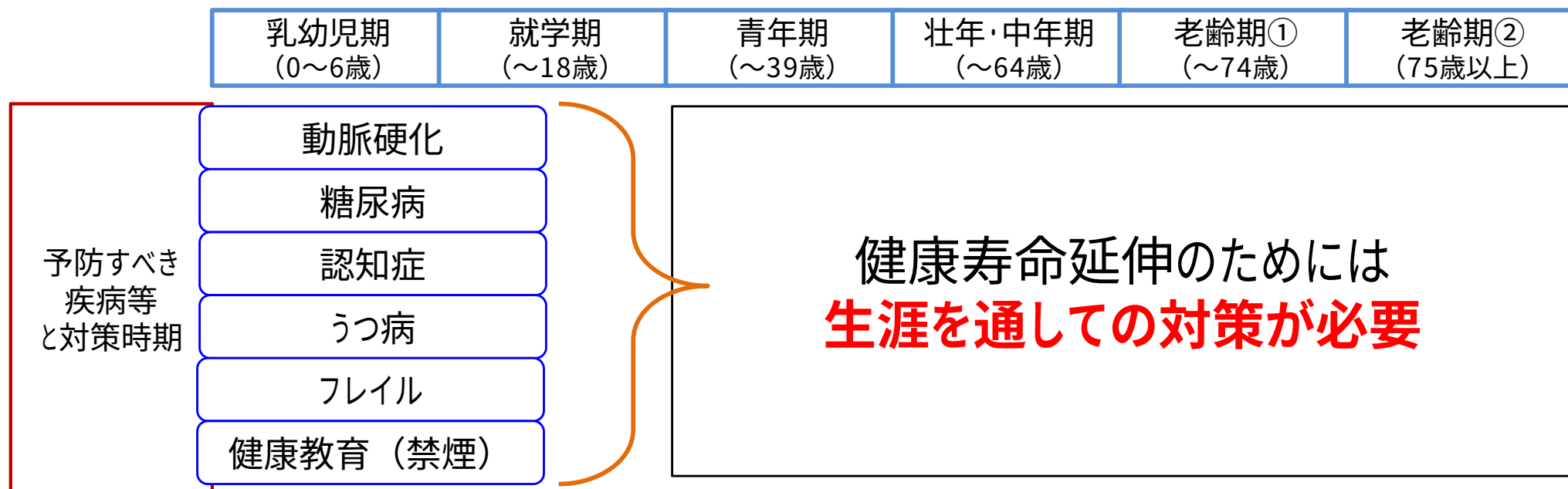
2020年度

完成予定

かかりつけ医に患者の服薬管理を行う
際の参考資料として、活用して頂くことを
期待。

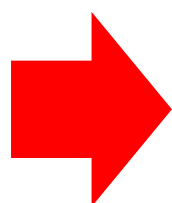
*日本医師会ホームページに掲載
(http://www.med.or.jp/doctor/sien/s_sien/008610.html)

予防・健康づくりのあり方と医師会等の関わり



ライフステージを通じて関わる必要がある。

- ・集団に対しては全分野
- ・個人に対しては全人的

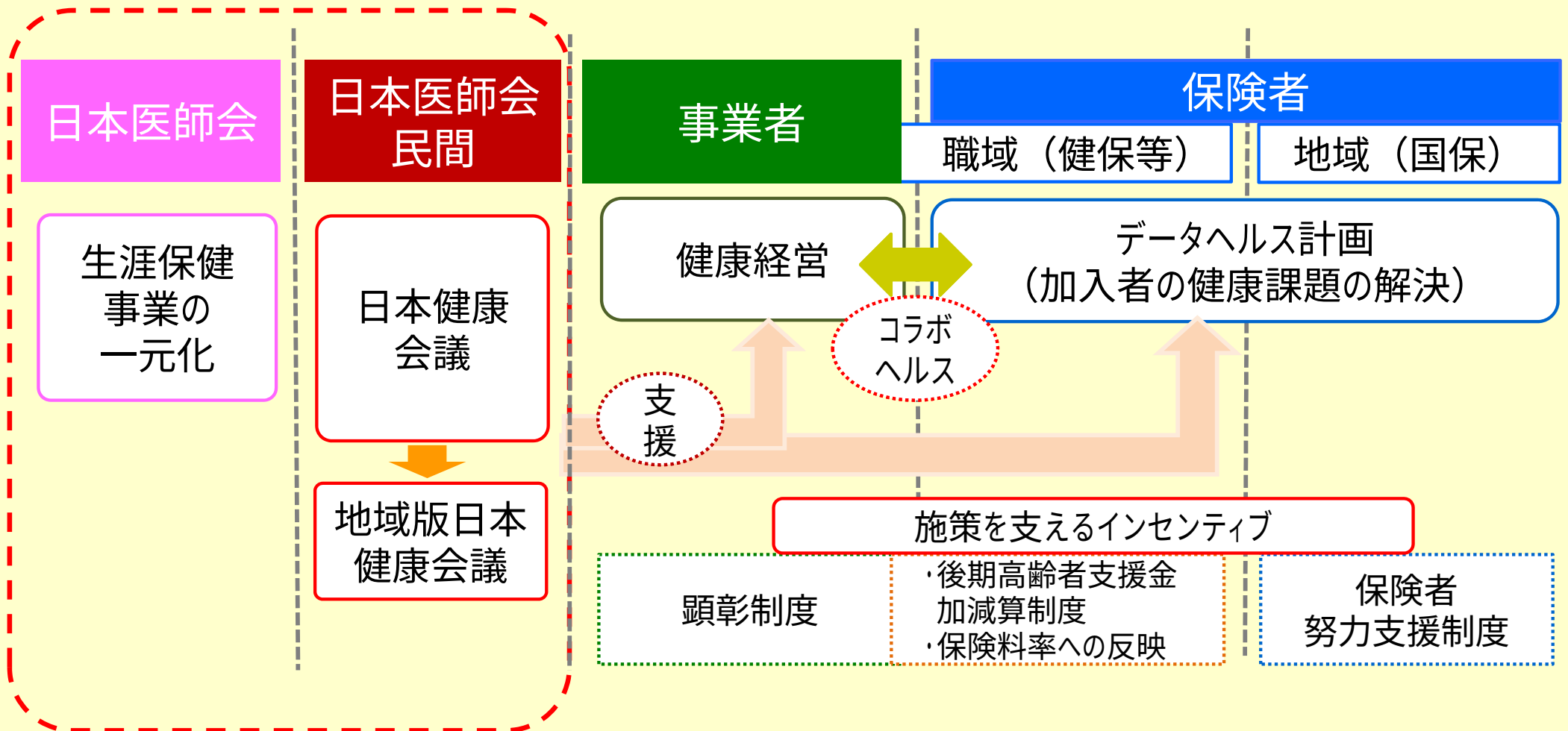


かかりつけ医、学校医、産業医の役割が重要
地域の医師会側から行政、関係機関へ働きかけることにより、
効果的な施策につながる

予防・健康づくりの推進に向けて

政府

健康日本21（21世紀における国民健康づくり運動）



関係者による様々な取り組みが進められている

「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「医療提供体制のあり方」 2013年8月8日
日本医師会・四病院団体協議会



紹介状なしの大病院受診時の定額負担の見直しについて

病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、病床数が200床以上の病院であって、地方厚生局に届け出たものは、初・再診において特別の料金を徴収できる。

2018年度診療報酬改定

○対象となる医療機関

特定機能病院、許可病床400床以上の地域医療支援病院

○定額負担

最低料金:初診時5,000円、再診時2,500円

※緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。

「保険医療機関及び保険医療養担当規則」等を改正し、紹介状なしで大病院を受診した患者から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲について、**特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院へ拡大する。**

(出所)「個別改定項目について」2018年2月7日、中医協総会資料

	地域医療支援病院数※) (2018年12月末時点)
100～199床	20
200～299床	93
300～399床	160
400～499床	160
500床以上	174
計	607

**対象病院数は
262病院から420病院に拡大※)**

2018年度改定で追加された病院

※)「患者・国民に身近な医療の在り方について」2019年5月15日、中医協総会資料

地域医療構想の実現に向けて

2019年9月26日に開催された厚生労働省の「第24回地域医療構想に関するワーキンググループ」において、具体的対応方針の再検証を要請する公立・公的医療機関等424病院がリスト化され、公表。

公表の結果、大きな混乱が生じている地域もあり、大変な危惧を抱いております。今後人口の減少に伴い、現在の機能の病床数が不要になり、機能を変更したり縮小していく地域がありますが、一部マスコミの報道では、「ダウンサイジング」の趣旨が省略されて「再編・統合」という言葉のみが先走った結果、地域の住民が「近くの病院がなくなるのではないか」という懸念を抱いたことも混乱の一因であると思います。

高齢者人口の増加には地域差があり、地域のニーズや人口減少に応じて、病床の機能は変化します。急激に病床を再編すると地域医療に混乱をもたらす可能性があり、地域においてしっかりと議論した上で、患者さんや地域住民を不安にさせることがないよう、ソフトランディングをしていく必要があります。

地域医療構想調整会議において、今回の分析方法だけでは判断しえない地域の実情を加えながら議論を尽くしていただくことが重要です。

地域における病床の収れん

地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構

【統合再編の経過】



【現在の医療提供体制】



酒田市人口推移



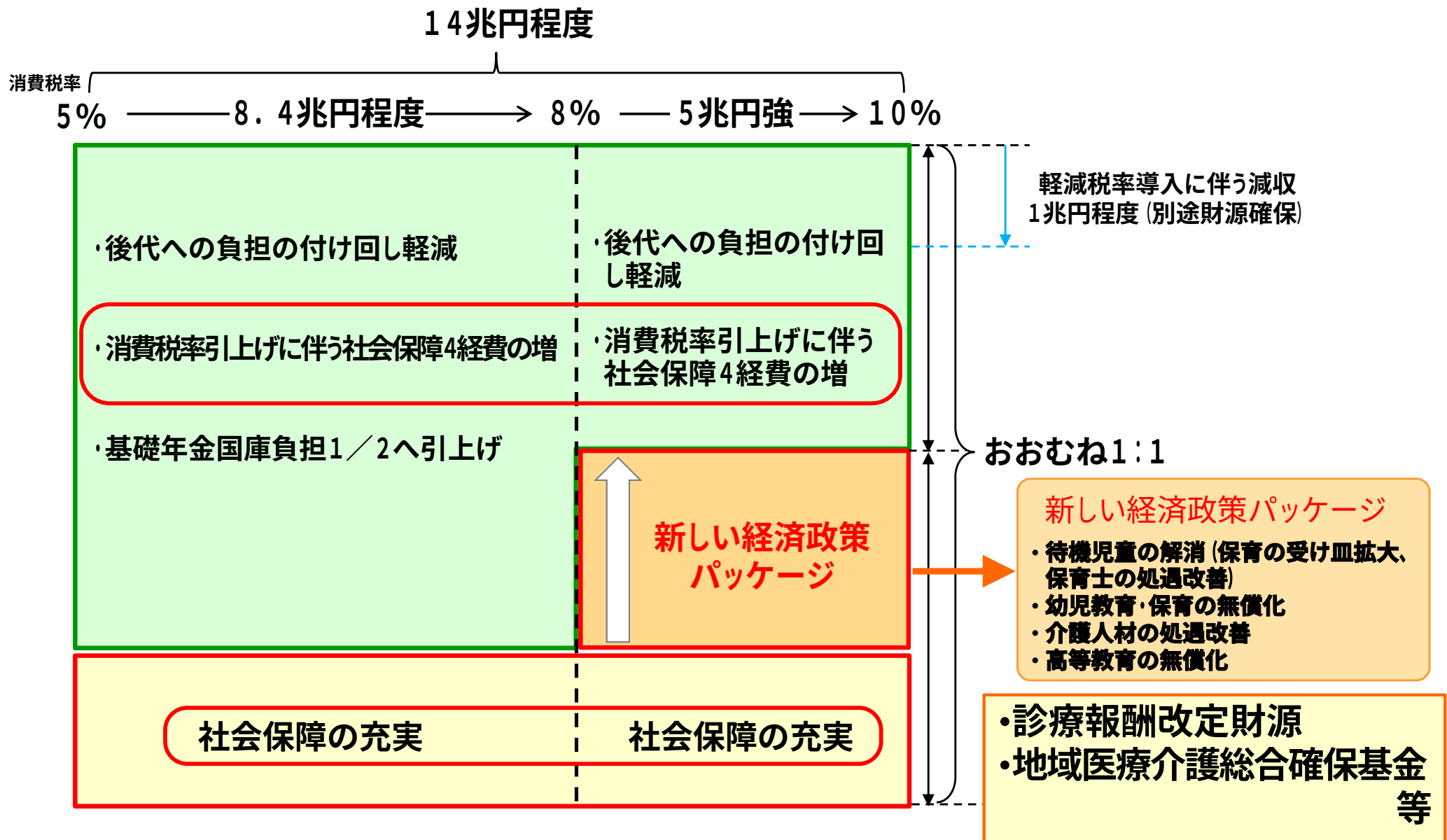
(出所) 内閣官房 未来投資会議 産官協議会「次世代ヘルスケア」会合 (第3回) (2019年3月1日)

(<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/miraitoshikaigi/sankankyougikai/healthcare/dai3/siryou2.pdf>)

都道府県が地域医療構想 (地域の医療提供体制の将来のあるべき姿) を医療計画に策定している。高齢者人口の増加には地域差があり、地域のニーズや人口減少に応じて、病床は減少していく。

病床を急激に減少させると、地域医療に混乱をもたらす可能性があり、ソフトランディングをしていく必要がある。

消費税増収分の使途変更



*厚生労働省「平成31年度予算案の概要」より作成
(<https://www.mhlw.go.jp/wp/yosan/yosan/19syokanyosan/dl/01-01.pdf>)

消費税率引き上げによる社会保障の充実

平成27年度における「社会保障の充実」(概要)

(単位: 億円)

事 項	事 業 内 容	平成27年度 予算案	国 分	地方分	(参考) 平成26年度 予算額
		(注1)	(注2)	(注3)	(注4)
子ども・子育て支援	子ども・子育て支援新制度の実施	4,844	2,195	2,649	2,915
	社会的養護の充実	283	142	142	80
	育児休業中の経済的支援の強化	62	56	6	64
医療・介護	病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等 ・ 地域医療介護総合確保基金(医療分)	904	602	301	(注5) 544
	・ 平成26年度診療報酬改定における消費税財源の活用分	392	277	115	353
	地域包括ケアシステムの構築 ・ 地域医療介護総合確保基金(介護分)	724	483	241	—
	・ 消費税財源の活用による平成27年度介護報酬改定における介護職員の処遇改善等	1,051	531	520	—
	・ 在宅医療・介護連携、認知症施策の推進など地域支援事業の充実	236	118	118	43
	国民健康保険等の低所得者保険料軽減措置の拡充	612	0	612	612
	国民健康保険への財政支援の拡充	1,864	1,032	832	—
	被用者保険の拠出金に対する支援	109	109	0	—
	高額療養費制度の見直し	248	217	31	42
	介護保険の1号保険料の低所得者軽減強化	221	110	110	—
年金	難病・小児慢性特定疾病への対応	2,048	894	1,154	298
	遺族基礎年金の父子家庭への対象拡大	20	20	0	10
合 計		13,620	6,786	6,833	4,962

(注1) 金額は公費(国及び地方の合計額)。計数は、四捨五入の関係により、端数において合計と合致しないものがある。

(注2) 上記の社会保障の充実と税制抜本改革法に基づく低所得者に対する逆進性対策である「簡素な給付措置(臨時福祉給付金)」(1,320億円)をあわせて一体的に、消費税増収分と社会保障改革プログラム法等に基づく重点化・効率化による財政効果を活用して財源を確保。

(注3) 「子ども・子育て支援新制度の実施」の国分について、平成27年度は全額内閣府に計上、平成26年度は1,043億円は内閣府、304億円は厚生労働省に計上。

(注4) 「育児休業中の経済的支援の強化」の国分のうち、雇用保険の適用分(55億円)は厚生労働省、国共済組合の適用分(1億円)は各省庁に計上。

(注5) 平成26年度における「地域医療介護総合確保基金(医療分)」については、上記に加え、公費380億円の上乗せ措置を別途実施し、基金規模は合計904億円。

3

(出所) <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/dai3/siryou4.pdf>

消費税財源は消費税率5→8%時に国費277億円が診療報酬改定で活用された。国民との約束であることから、消費税率8→10%の満年時の際には、国費約185億円※)は社会保障の充実分から診療報酬の財源として活用されるべきものと考えている。

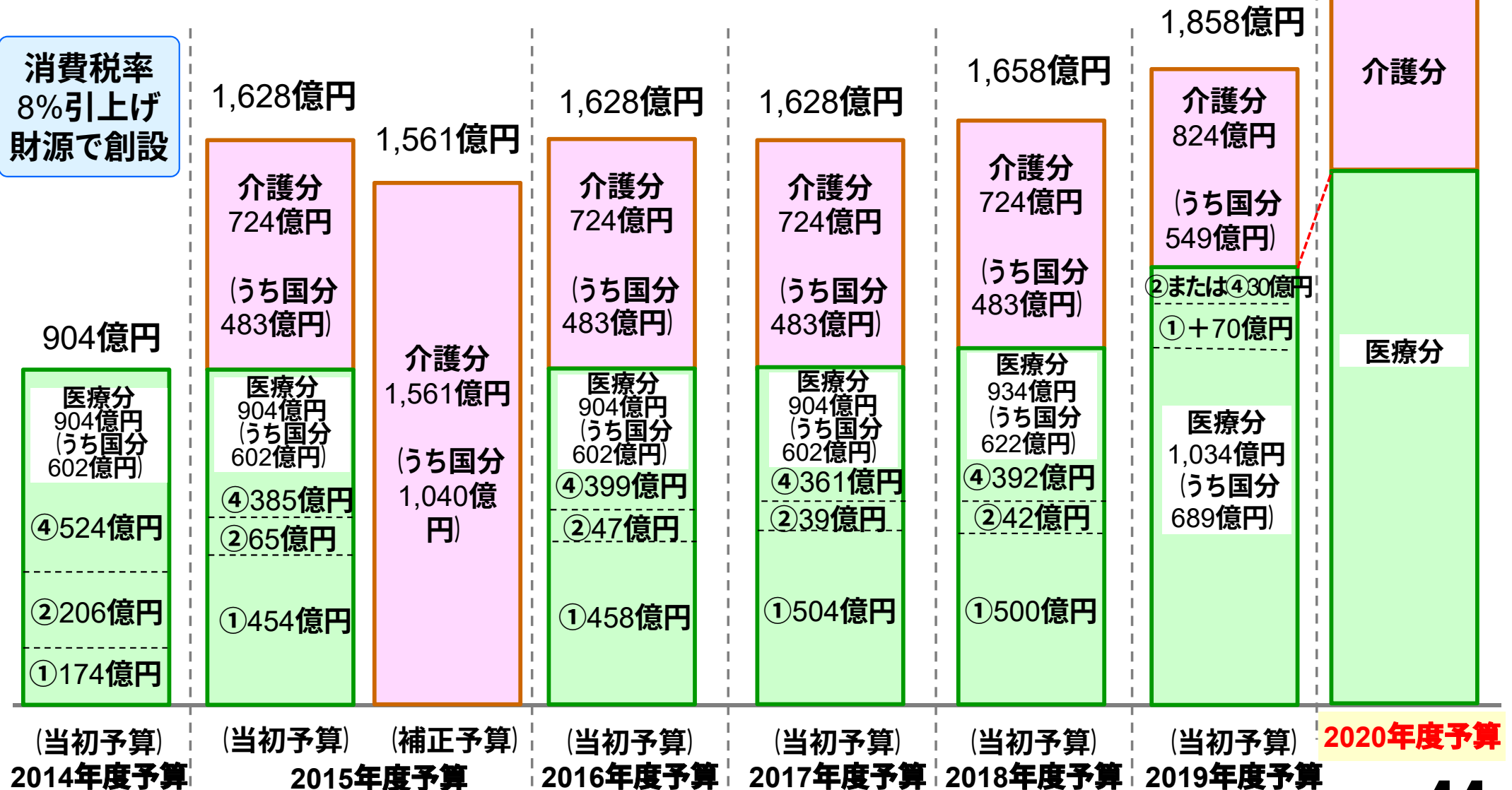
※) $277 \text{ 億円} \times \frac{(10\% - 8\%)}{(8\% - 5\%)} = \text{約} 185 \text{ 億円}$

地域医療介護総合確保基金の増額について

- ① 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- ② 居宅等における医療の提供に関する事業
- ④ 医療従事者の確保に関する事業

消費税率
10%引上げ
に伴う増額
(事項要求)

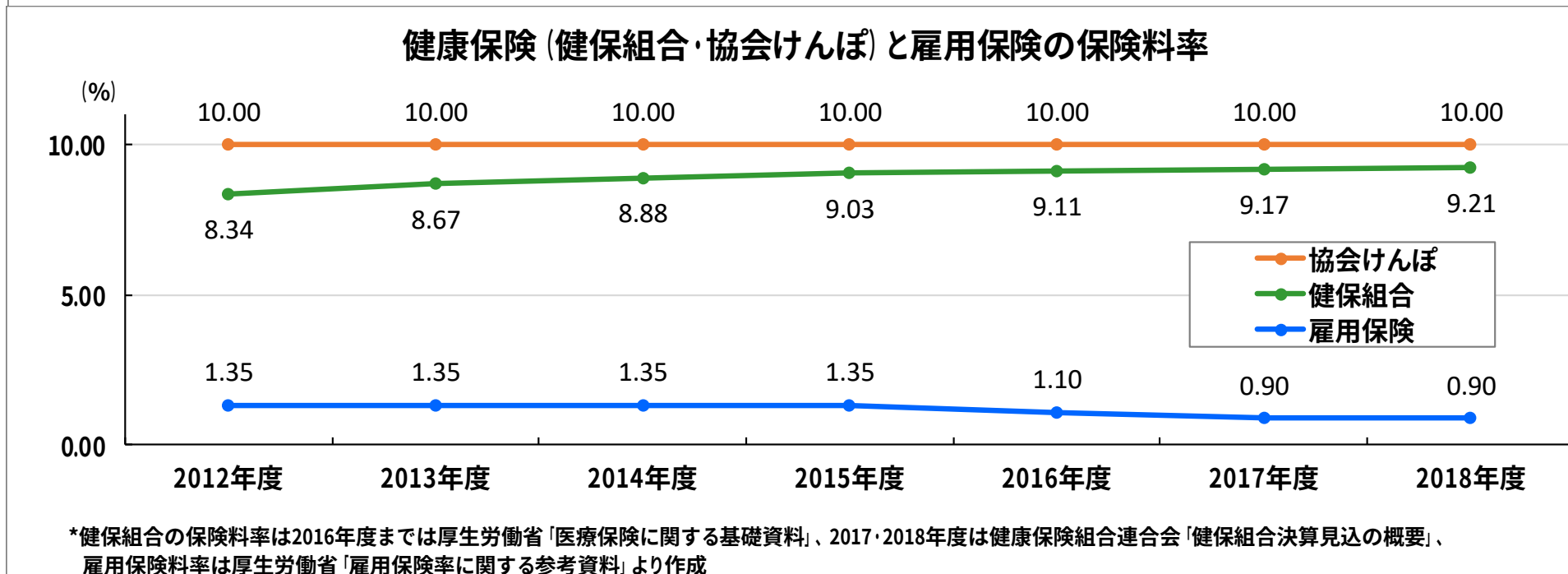
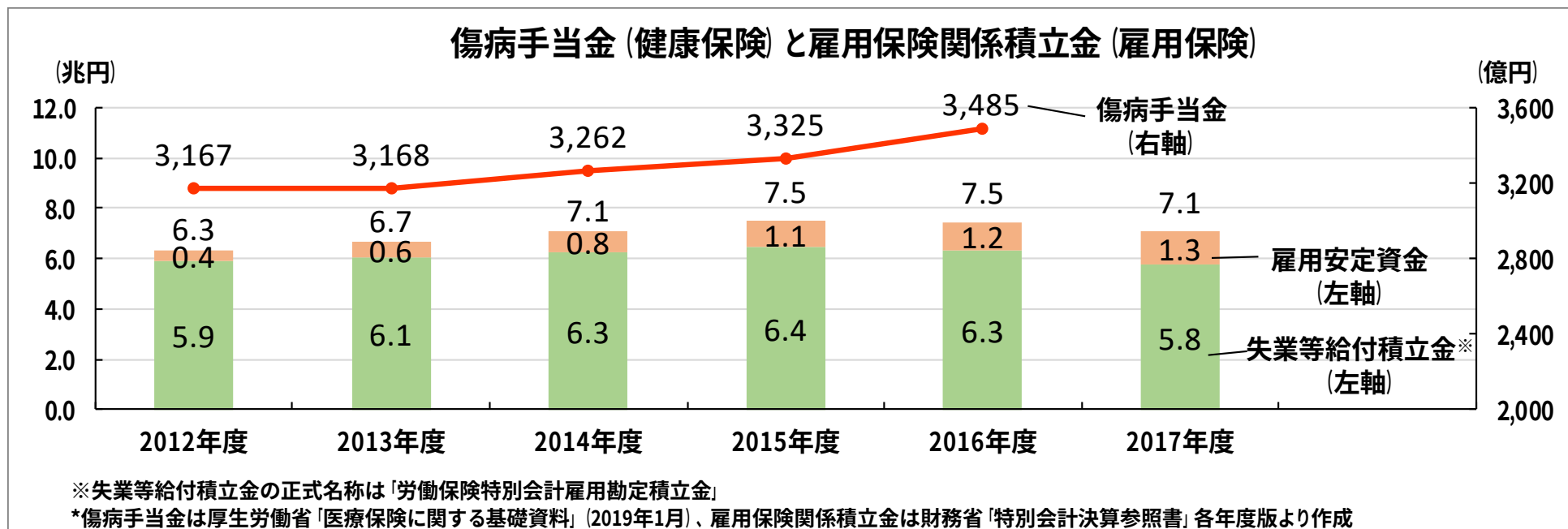
消費税率
8%引上げ
財源で創設



最近行われた患者負担増の政策

	項 目
2014年度	70～74歳の自己負担を2割（2014年4月以降新たに70歳になる者から段階的に2割負担）
2017年度	70歳以上の高額療養費の上限額の引上げ ・年収約370万円以上で外来上限額が月額44,400円→57,600円に引上げ ・年収156～370万円で外来上限額が月額12,000円→14,000円に引上げ（年間上限14.4万円） ・入院＋外来の限度額が月額44,400円→57,600円に引上げ - 入院時の光熱水費の見直し 医療療養病床に入院している65歳以上の光熱水費を ・医療区分Ⅰ（医療区分Ⅱ・Ⅲ以外）：1日320円→370円に引上げ ・医療区分Ⅱ・Ⅲ（スモン、筋ジス等）：1日0円→200円に引上げ - 高額介護サービス費の見直し 世帯の誰かが市区町村民税を課税されている世帯の者が介護サービスを利用した場合の世帯の1か月の負担上限額が月額37,200円から44,400円に引上げられた
2018年度	70歳以上の高額療養費の上限額の引上げ ・年収約1,160万円以上 252,600円+(医療費－842,000)×1% <多数回 140,100円※> ・年収約770万～約1160万円 167,400円+(医療費－558,000)×1% <多数回 93,000円※> ・年収約370万～約770万円 80,100円+(医療費－267,000)×1% <多数回 44,400円※> ・年収156万～約370万円 月額14,000円→18,000円に引上げ（年間上限14.4万円） （※過去12か月以内に3回以上、上限額に達した場合は、4回目から「多数回」該当） - 入院時の光熱水費の見直し 医療区分Ⅱ・Ⅲ（スモン、筋ジス等）：1日200円→370円に引上げ

傷病手当金と雇用保険関係積立金、保険料率



雇用保険料について

「こども保険に関するFAQ」より
(自民党「2020年以降の経済財政構想小委員会」(2017年4月))

問. 保険と言いつつ、結局は増税と同じではないか。国民に負担を求める前に、国会議員の定数削減など、国が「身を切る改革」を行うべき。

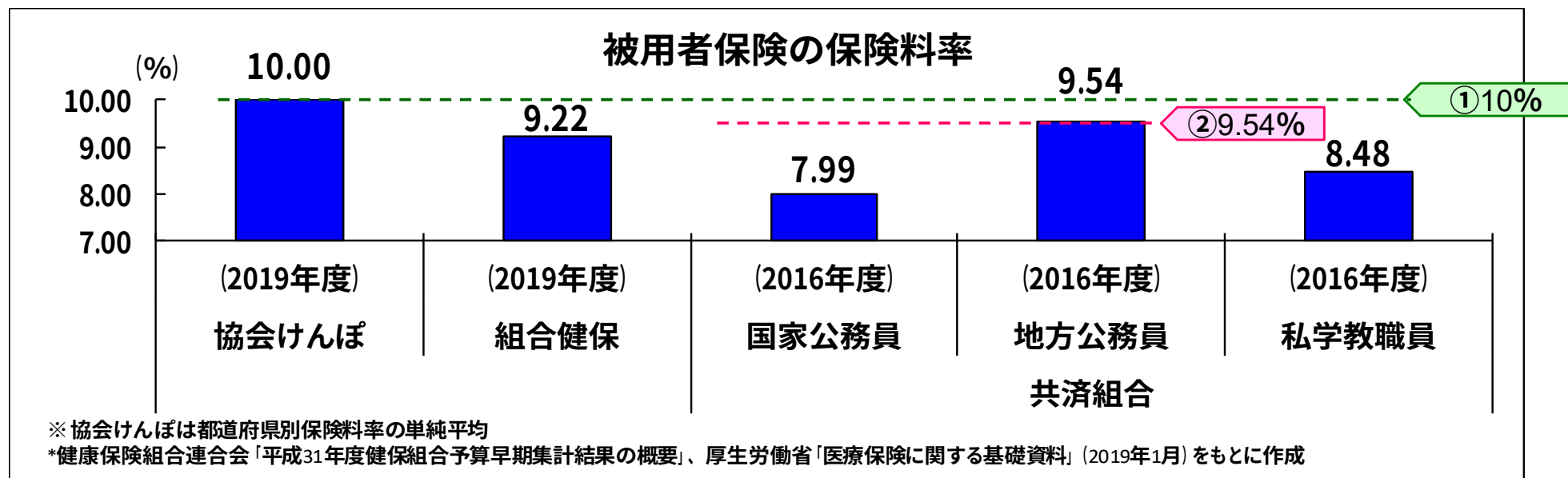
答. 安倍政権では、雇用環境の改善を受け、2016年度と2017年度に、それぞれ0.1%ずつ、雇用保険料の引き下げを行っている。こうした環境の下、まずは0.1%程度の負担であれば、ご理解いただける範囲と考えている。

被用者保険 保険者別の保険料率と増収効果

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

被用者保険の保険料率を協会けんぽに合わせて、すべて10%にすると、現状の保険料収入と比べて、約1.0兆円の増収効果がある。

また、国家公務員共済組合の保険料率を地方公務員 (9.54%) に合わせると、約1,100億円の増収効果がある。



① 被用者保険の保険料率をすべて
協会けんぽ (10%) に合わせた場合

約1兆円の増収効果

② 国家公務員共済組合の保険料率 (7.99%) を
地方公務員 (9.54%) に合わせた場合

約1,100億円の増収効果

国家公務員共済組合 組合別保険料率

(2016年度)

	保険料率 (%)	組合員短期掛金率 (%)
衆議院	7.280	3.640
参議院	7.300	3.650
内閣	7.668	3.834
総務省	7.984	3.992
法務省	7.960	3.980
外務省 (内地)	8.300	4.150
財務省	7.938	3.969
文部科学省	8.094	4.047
厚生労働省	8.906	4.453
農林水産省	8.804	4.402
経済産業省	7.004	3.502
国土交通省	7.206	3.603
防衛省 (自衛官)	6.668	3.334
(一般)	7.924	3.962
裁判所	7.712	3.856
会計検査院	8.094	4.047
刑務	9.084	4.542
厚生労働省第二 ^{※)}	8.000	4.000
林野庁	7.812	3.906
日本郵政公社	9.580	4.790
連合会職員	7.248	3.624

※) 厚生労働省第二共済組合は、国立ハンセン病療養所、独立行政法人国立病院機構および国立高度専門医療研究センターに勤務する職員をもって組織される。

(出所) 財務省主計局「平成28年度 国家公務員共済組合事業統計年報」

死亡した場合の税のあり方について

2018年10月10日 日本医師会定例記者会見

「経済財政諮問会議および財政制度等審議会などの議論について」

所得が少なくても金融資産を多く保有する人には応分の負担を求めることも必要であると考えます。引き続き低所得者に十分配慮した上で、金融資産の保有状況を考慮に入れた負担のあり方についてきめ細やかな対応が必要であると考えます。

例えば、多額の公費による支出があったにも関わらず、死亡時にさらに多額の遺産を残された場合などについて、その検討をしていくことも1つの方法です。

2019年9月18日 日本医師会定例記者会見

「全世代型社会保障改革に向けて」

さらに、高齢者人口は今後も増加することから、公助である税負担についても検討が必要であると考えています。安倍総理大臣は「安倍政権でこれ以上税率を引き上げることは全く考えていない」と述べられていますが、消費増税だけではなく、例えば死亡した場合の税のあり方**や、賃上げや設備投資が行われない場合のいわゆる内部留保への課税など、消費税一本足打法ではなく、新たな税財源について併せて検討することも必要ではないかと思います。**

死亡した場合の税に関する意見

参 考

2015年6月3日 第13回社会保障制度改革国民会議
伊藤元重委員提出資料

新たな財源の検討。消費税の再引き上げ、高齢者医療費をカバーする目的での死亡消費税の導入など。

【議事録より伊藤委員発言部分抜粋】

これは私の個人的なアイデアなのですが、死亡消費税という考え方があるだろうと思います。これは相続税ではありませんので、誤解していただきたくないのですが、亡くなられた段階で消費税をいただく。60歳で定年されて85歳で亡くなった間に一生懸命消費して日本の景気に貢献してくださった方は消費税を払ってお亡くなりになる。60～85歳の間消費を抑え、お金をお使いにならないでため込んだ方は消費税を払わないでお亡くなりになる。しかもそれが相当な金額にならない限りは、遺産相続税の対象にはならない。ですから、**生前にお払いにならなかった消費税を少しいただくという意味も込めて、死亡時の遺産に消費税的な税金をかけるという考え方があります。**それを例えば後期高齢者の**方の医療に使わせていただく。**これは世代間の公平性を実現する上で非常に意味があるかもしれません。しかし、それをやろうとすると当然大変な議論になるだろうと思います。

市販類似薬について保険給付範囲からの除外や 償還率の変更について

スイッチOTC化されたから医療用ではなくなるということではなく、医療上必要な医薬品は保険でも対象とされるべきです。

また、重篤な疾患だけを保険給付の対象とすれば、社会保険の恩恵が薄れ、経済的弱者が軽微な症状での受診を控えることにより、重症化するおそれがあります。

早期に診断し早期に治療することが医療の鉄則です。

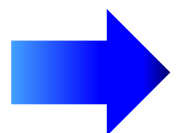
*2019年9月18日 日本医師会定例記者会見
(<http://www.med.or.jp/nichiionline/article/008889.html>)

後期高齢者の窓口負担の引き上げについて

高齢になれば若い時よりも医療を必要とする機会が増えるため、病気の早期発見につながることから、生活に過度な負担がかからないで済むようにするのが望ましい。

一方で、現役世代に負担がかかっていることも十分に理解できる。

低所得者にも十分配慮しつつ、国民が納得できるよう、十分な議論を尽くしていくべき。



社会保障の持続可能性と財政健全化の両立

*2019年9月18日 日本医師会定例記者会見

後期高齢者医療制度をめぐる経緯

- 2005年12月 「医療制度改革大綱」を政府・与党で決定**
→ 後期高齢者については独立した医療制度を創設
- 2008年4月 後期高齢者医療制度が施行**
→ 後期高齢者診療料などが創設
- 2008年4月 「後期高齢者」という名称に対して多くの批判が集まったため制度施行初日の閣議の席上で福田康夫首相(当時)は「長寿医療制度」という通称を使うように指示**
- 2008年5月 民主党・共産党・社民党・国民新党の野党4党が参議院に後期高齢者医療制度廃止法案を提出、6月に野党の賛成多数で可決**
- 2009年8月 第45回衆議院議員総選挙で、後期高齢者医療制度廃止をマニフェストに掲げた民主党に政権交代**

老人慢性疾患外来総合診療料「外総診」(平成8年度改定)

平成8年度改定で、外来に包括を導入しないと支払側が点数改定そのものを拒否するとされたので新設されたが、色々な問題点(老人手帳に從來から診ている主治医以外でも先に押印したところが算定できる)が指摘され、結果的に、平成14年度改定で平成14年9月30日限りで廃止された。

後期高齢者診療料関連(平成22年度改定)

重複疾患を有しやすい等の後期高齢者の特性に配慮し、心身全体の管理を行う担当医の評価を行ったものであったが、こうした取組は75歳以上の後期高齢者に限って行われるべきでないことから、廃止した。

その上で、本点数と機能が重複している生活習慣病管理料について、年齢要件を廃止し、全年齢を対象とした。

後期高齢者終末期相談支援料関連(平成22年度改定)

終末期に関する医療従事者との話し合いについては国民からも望まれているものの、それを診療報酬上評価することについては国民的合意が得られていなかった。こうした検証結果を踏まえ、凍結されていた後期高齢者終末期相談支援料は廃止された。