

日医工MPS行政情報

http://www.nichiiko.co.jp/mps/mps_m.html

30分ではちょっと難しい 「社会保障と税の一体改革」

資料作成：日医工株式会社営業情報部（MPS事務局）
（認定登録 医業経営コンサルタント登録番号第4217 菊地祐男）



資料No.230701-228



日医工株式会社

<http://www.nichiiko.co.jp>

自民党政権時からの
懸案、内容的にも類似

社会保障と税の一体改革 —社会保障改革に関する集中検討会議—

6月2日に社会保障改革に関する集中検討会議がまとめた「社会保障改革案」は、2月5日から行われた10回の会議の中で、各委員からの意見、関係団体・マスコミ、関係各省・有識者からのヒアリング、5月12日提出の厚生労働省改革案、前回及び前々回会議において総理が示した事項、与党(民主党・国民新党)報告等を総合的に勘案し、社会保障改革の具体的方向について取りまとめたもの。

6月2日にまとめられた検討
会議の案は、政府決定され法
制化されることになっている。

第1回社会保障改革に関する集中検討会議は平成23年2月5日に開催

<会議の趣旨と役割>

社会保障・税一体改革の検討を集中的に行うとともに、国民的な議論をオープンに進めていくため、内閣総理大臣を議長とし、少数の関係閣僚及び与党幹部と民間有識者からなる会議を政府・与党社会保障改革検討本部の下に設置する。

役割①: 社会保障・税一体改革に関する重要提案のヒアリング、論点の明確化

役割②: 政府における一体改革検討に関する助言

役割③: 国民的な議論を進めるための環境作り

<会議構成者(政府、与党と各界有識者)>

内閣総理大臣(議長)、社会保障・税一体改革担当大臣(議長補佐)、内閣官房長官、内閣官房副長官、総務大臣、財務大臣、厚生労働大臣、国家戦略担当大臣、民主党社会保障と税の抜本改革調査会長(仙谷由人)、国民新党政務調査会長(亀井亜紀子)、など

社会保障改革に関する集中検討会議（6月2日） （社会保障改革案）

I 社会保障改革の全体像

- 1 社会保障改革の基本的考え方
- 2 改革の優先順位と個別分野における具体的改革の方向
 - (1) 改革の優先順位
 - (2) 個別分野における具体的改革
 - <個別分野における主な改革項目(充実／重点化・効率化)>
 - I 子ども・子育て
 - II 医療・介護等
 - III 年金
 - IV 就労促進
 - V I～IV以外の充実、重点化・効率化
 - (3) 社会保障・税に関わる共通番号制度の早期導入

6月2日にまとめられた案は6月20日に政府決定される予定だったが、与党内(調査会)で意見調整できず、6月30日に成案となった。

6月20日：政府案決定見送り
6月24日：6月27日に再協議
6月27日：6月29日に再協議
6月29日：与党執行部一任
6月30日：政府・与党の成案化

II 改革後の社会保障費用の推計

- 1 機能強化(充実と重点化・効率化の同時実施)にかかる費用
- 2 改革後の社会保障給付にかかる公費(国・地方)全体の推計

III 社会保障・税一体改革の基本的姿

- 1 社会保障の安定財源確保の基本的枠組み
 - (1) 消費税収を主たる財源とする社会保障安定財源の確保
 - (2) 消費税収の用途の明確化
「…消費税を社会保障の目的税とすることを法律上、
会計上も明確にすること…」
 - (3) 国・地方を通じた社会保障給付の安定財源の確保
 - (4) 消費税率の段階的引上げ

「…まずは、2015年度までに段階的に消費税率(国・地方)を10%まで引き上げ…」

- 2 社会保障改革の安定財源確保と財政健全化の同時達成

IV 税制全体の抜本改革

V 社会保障・税一体改革のスケジュール

VI 経済成長との好循環の実現

<主な修正経緯>

- 6月24日：「2010年代半ばごろまでに段階的に10%」
6月27日：(29日の調査会の一任案)
「2010年代半ばごろまでに段階的におおむね10%」
「増税は、被災地・被災者に十分に配慮する」
「経済状況の好転を(前提→条件)」
6月30日(成案決定会合)：
「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」
「経済状況を好転させることを条件とする」

成案化の後は、閣議報告→与野党協議→(閣議決定?)→国会審議と続く予定

社会保障・税の一体改革案（政府案）要旨（6月30日）

I 社会保障改革の全体像

- 1 改革の基本的考え方
- 2 改革の優先順位と個別分野における具体的改革の方向

- (1) 改革の優先順位
- (2) 個別分野における具体的改革
 - ①子ども・子育て
 - ②医療・介護等
 - ③年金
 - ④就労促進
 - ⑤それ以外の充実、重点化・効率化
 - ⑥地方単独事業

- (3) 社会保障・税に関わる共通番号制度の早期導入
「大綱」を策定し今秋以降可能な限り早期に国会へ法案提出を目指す。

II 社会保障費用の推計

III 社会保障・税一体改革の基本的な姿

- 1 社会保障の安定財源確保の基本的枠組み
 - (1) 消費税込を主たる財源とする社会保障安定財源の確保
 - (2) 消費税込の用途の明確化
 - (3) 国・地方を通じた社会保障給付の安定財源の確保
 - (4) 消費税率の段階的引き上げ

社会保障給付の規模に見合った安定財源の確保に向け、まずは、10年代半ばまでに段階的に消費税率(国・地方)を10%まで引き上げ、当面の社会保障改革にかかる安定財源を確保する。

- 2 社会保障改革の安定財源確保と財政健全化の同時達成

IV 税制全体の抜本改革

- (1) 個人所得課税、(2) 法人課税、(3) 消費課税
- (4) 資産課税、(5) 地方税制、(6) その他

6月2日の集中検討会議案から
具体策に大きな変更はない

6月30日に大綱が決定され、
国会審議を経て2015年1月の
利用開始を目指す。共通番号
の名称は「マイナンバー」
年金手帳・医療保険証・介護
保険証の一元化も

V 社会保障・税一体改革のスケジュール

国・地方を通じた改革の円滑かつ着実な推進を図る。税制抜本改革は、政府は日銀と一体となってデフレ脱却と経済活性化に向けた取り組みを行い、これを通じて経済状況を好転させることを条件として遅滞なく消費税を含む税制抜本改革を実施するため、09年度税制改正法付則104条に示された道筋に従って11年度中に必要な法制上の措置を講じる。

「経済状況の好転」は、名目・実質成長率など種々の経済指標の数値の改善状況を確認しつつ、東日本大震災の影響などからの景気回復過程の状況、国際経済の動向などを見極め、総合的に判断するものとする。政府・与党において参照すべき経済指標、その数値について考え方を含め十分検討し、法制化の際に必要な措置を具体化する。

14,15,16年度を含む表現

社会保障・税の一体改革案（医療・介護等）①

病院、病床機能の分化、強化と連携

一般病床の機能分化(高度急性期:一般急性期:回復期・リハ)、介護療養の方向、在宅医療の拡大 [図参照]
 高度急性期2割:一般急性期5割:回復期・リハ3割(にごーさん)、医療区分1は介護 [図参照]

在宅医療の充実等

2012年度診療報酬改定で評価か

地域包括ケアシステムの構築、ケアマネジメントの機能強化、居住系サービスの充実

介護保険法改正(6月15日参院本会議で可決・成立)、介護報酬改定

施設のユニット化

重点化に伴うマンパワーの増強(2025年までに)

高度急性期職員2倍:一般急性期職員1.6倍:回復期・リハ職員1.3倍:長期療養職員1.1倍 [図参照]

平均在院日数の減少

外来受診の適正化

ICT活用による重複受診、重複検査、過剰薬剤投与等の削減

ICT(通信情報技術)、レセプト情報の活用(電子レセプト)

介護予防、重度化予防

レセプト情報の活用(電子レセプト)

短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大

非正規雇用者の医療保険加入促進

市町村国保の財政運営の都道府県単位化と併せ財政基盤を強化

社会保障・税の一体改革案（医療・介護等）②

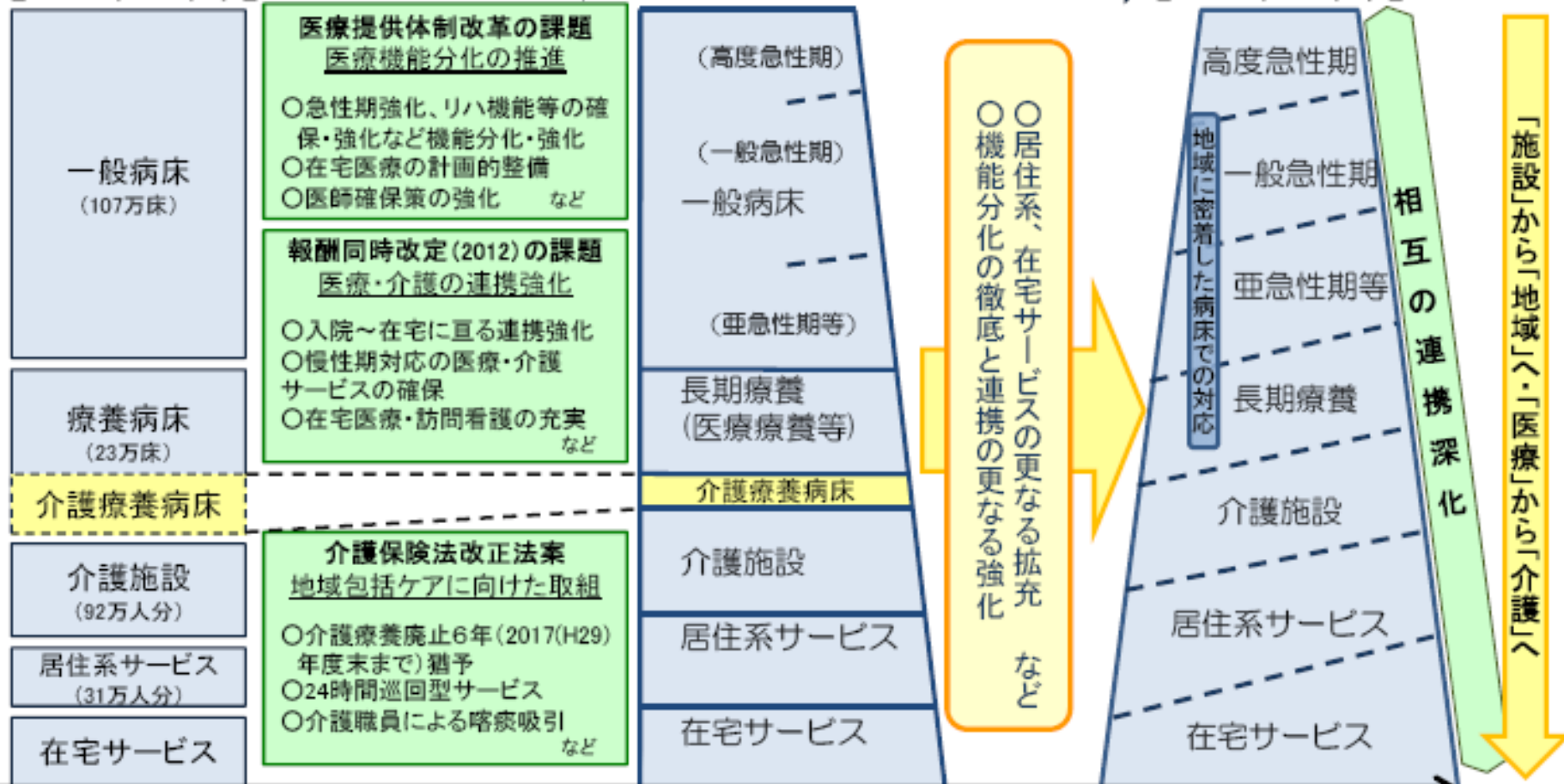
1号保険料の低所得者保険料軽減強化	
介護納付金の総報酬割導入、重度化予防に効果のある給付への重点化	
高額療養費の見直しによる負担軽減、その規模に応じた受診時定額負担等の検討	
財源約1300億円、受診時定額負担（3割負担の被保険者の医療費が1000円の場合、300円+100円=400円を患者が負担し、保険給付が600円になる形を想定）	
総合合算制度（必要財源4000億円）	
医療保険+後期高齢者医療保険+介護保険+障害者自立支援+保育	共通番号制度の運用が必須
高齢者医療制度の見直し	
低所得者の上限見直し、年間上限の設定、償還払いの見直し	
低所得者対策・逆進性対策等の検討	
後発医薬品の更なる使用促進	
医薬品の患者負担の見直し	
国保組合の国庫補助の見直し	
所得水準に合わせて5段階に（定率32%→0%、8%、16%、24%、32%）	
高齢者医療費支援金の総報酬割導入	
現行（総報酬割1/3+加入者割2/3）を総報酬割10割に	
70～74歳2割負担	
自民政権時から1割負担で据え置き	

将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

○ 病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の実情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。

○ 医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する。

【2011(H23)年】 → 【2015(H27)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

具体的な改革のイメージ(パターン1)

◇充実 ◆重点化・効率化

(医療・介護ニーズ)		(平成37(2025)年頃までの改革とその効果に関する仮定)	
医療病床	一般病床 (10割)	高度急性期 (約2割)	◇◆医療資源の集中投入により、平均在院日数2割程度短縮。減少するニーズは、亜急性期・回復期リハ等、早期の軽快(在宅・外来)
		一般急性期 (約5割)	◇◆医療資源の集中投入により、平均在院日数33%程度短縮。減少するニーズは、亜急性期・回復期リハ等、早期の軽快(在宅・外来)
		亜急性期・回復期リハ等(約3割)	◇◆機能強化により、平均在院日数2割程度短縮。減少するニーズは、医療療養、介護サービス、早期の軽快(在宅・外来)
	長期療養(慢性期)	◇◆医療区分1は介護、2・3は医療 ◇◆在宅医療の推進、機能強化等を勘案し、平均在院日数1割程度短縮	
	精神病床	◇◆機能に応じた体制の充実やアウトリーチ(訪問支援)等の推進により、平均在院日数1割程度短縮、入院も2割程度減少。減少するニーズは、アウトリーチ(訪問支援)、早期の軽快(在宅・外来)、介護サービスの利用	
介護施設	特養	◇◆施設利用は中重度中心でユニットケアが普及、各要介護度の認定者の施設利用割合も若干低下	
	老健+介護療養	◇◆施設利用は中重度中心でユニットケアが普及、各要介護度の認定者の施設利用割合も若干低下 ◇◆現行の介護療養にあっては、医療区分1は介護、2・3は医療	
居住系(介護)		◇グループホームについては、約37万人分を確保(小規模多機能等の在宅サービスと合わせて認知症に相当程度対応できる水準)	
在宅・外来	医療	◇在宅医療・訪問看護の充実(利用者の大幅増) ◆生活習慣病予防、医療機関や医療介護の連携、ICTの活用等の取り組みにより、医科外来ニーズ(上記入院ニーズからの移行分を除く)が5%程度減少	
	介護	◇比較的中重度や認知症等のケースで、さらにサービス利用が進むものと仮定 ◇小規模多機能については、約40万人分を確保(グループホームと同旨)。また、24時間対応の定期巡回・随時対応サービス及び訪問看護を充実 ◆介護予防等リスクを軽減する取り組みにより要介護者等が3%程度減少	

※ 薬や医療機器等に係る効率化として伸び率として年率△0.1%程度を織り込み(医療の伸び率ケース①の場合)(◆)
(現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。)
地域連携推進のためにMSW等の増を仮定(◇)、介護職員の処遇改善(賃金アップ)を仮定(◇)

(参考)改革シナリオにおける主な充実、重点化・効率化要素(2025年)

		2025年
充 実	急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等)	<ul style="list-style-type: none"> 高度急性期の職員等 2倍程度増 (単価 約1.9倍) (現行一般病床平均対比でみた場合) 一般急性の職員等 6割程度増 (単価 約1.5倍) (〃) 亜急性期・回復期リハ等の職員 コメディカルを中心に 3割程度の増 (単価15%程度増)
	長期療養・精神医療の改革 (医療資源の集中投入等)	<ul style="list-style-type: none"> 長期療養の職員 コメディカルを中心に 1割程度の増 (単価5%程度増) 精神病床の職員 コメディカルを中心に 3割程度の増 (単価15%程度増)
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ、認知症への対応)	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療利用者数の増 1.4倍程度 居住系・在宅介護利用者 約25万人/日程度増加(現状投影シナリオに対する増)・グループホーム 約10万人/日、小規模多機能 約32万人/日分程度増加(現状投影シナリオに対する増) 定期巡回、随時対応 約15万人/日分程度整備
	医療・介護従事者数の増加	<ul style="list-style-type: none"> 全体で2011年の1.5~1.6倍程度まで増
	その他各サービスにおける充実、 サービス間の連携強化など	<ul style="list-style-type: none"> 介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大等各種サービスの充実 介護職員の処遇改善(単価の上昇) 地域連携推進のためMSW等の増(上記医療機関の職員増に加えて1~2中学校区に1名程度増)など
重 点 化 ・ 効 率 化	急性期医療の改革 (平均在院日数の短縮等)	<ul style="list-style-type: none"> 高度急性期 : 平均在院日数 15~16日程度 一般急性期 : 平均在院日数 9 日程度 亜急性期・回復期等 : 平均在院日数 60 日程度 (パターン1の場合)
	※ 早期の退院・在宅復帰に伴い 患者のQOLも向上	(現行一般病床についてみると、平均在院日数19~20日程度[急性期15日程度(高度急性19~20日程度、一般急性13~14日程度)、亜急性期等75日程度]とみられる。)
	長期療養・精神医療の改革 (平均在院日数の短縮等)	<ul style="list-style-type: none"> 長期療養 在院日数1割程度減少 精神病床 在院日数1割程度減少、入院2割程度減少
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	<ul style="list-style-type: none"> 入院・介護施設入所者 約80万人/日程度減少(現状投影シナリオに対する減)
	予防(生活習慣病・介護)・地域連携 ・ICTの活用等	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病予防や介護予防・地域連携・ICTの活用等により、医療については外来患者数5%程度減少(入院ニーズの減少に伴い増加する分を除く)、介護については要介護者等3%程度減少
	医薬品・医療機器に関する効率化等	<ul style="list-style-type: none"> 伸び率として、△0.1%程度 (医療の伸び率ケース①の場合) (現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。)
医師・看護師等の役割分担の見直し	<ul style="list-style-type: none"> 病院医師の業務量△2割程度(高度急性期、一般急性期) 	