

講演3

社会保障改革の 動向とこれからの医療



内閣官房社会保障改革担当室長
中村 秀一

演者紹介

石川 続きまして中村秀一先生です。中村先生は東京大学法学部をご卒業後、旧厚生省に入省されました。厚生労働省では官房審議官、老健局長などの要職を務められ、社会援護局長を最後に、2008年に退官されました。2008年から2年間、社会保険診療報酬支払基金理事長、そして2010年から内閣官房の社会保障改革担当室長を務められました。2012年から社会保障制度改革国民会議の事務局長として活躍されました。また社会保障制度および医療介護福祉政策に関する研究を促進することを目的として、2012年に一般社団法人医療介護福祉政策研究フォーラムを設立され、理事長を務めておられます。本日の演題は「社会保障改革の動向とこれからの医療」です。中村先生、よろしくお願いいたします。

中村 中村でございます。医療政策シンポジウムにお招きいただき、お話をさせていただ

くことを大変光栄に思っております。最後の演者でございますので、皆さんお疲れではないかと思います。また、土居先生のほうからは社会保障・税一体改革について触れていただきましたので、なるべく重複を避けてお話をさせていただきたいと思います。

ご紹介にありましたように、2010年10月に民主党政権の下で、社会保障と税の一体改革の検討をする事務局として任命されました。3党合意に基づく一体改革ということで、第二次安倍内閣でもこれを引き継ぎ、3年数カ月その仕事をしてまいりました。

一体改革につきましては、来月から消費税が8%に上がるということ、また、厚生労働省保険局の説明では今回の診療報酬改定も一体改革で示された方向性で進められているということ、さらには社会保障関係のプログラム法が昨年12月の国会で通り、それに基づいて現在の国会にも医療法や介護保険法の改正法案などが厚生労働省から出ていることなど、いわば今は列車が走っているところでございます。

そういった意味では、ここにお集まりの皆

さんもいろいろな報道に接せられ、あるいは日本医師会の情報などでご存じのことも多いかと思いますが、私のほうからは、そうした今進んでいる改革についての考え方や認識、背景といったことを中心にご説明してまいりたいと思います。

老人福祉法制定から半世紀で 急速に高齢化が進展

東京でオリンピックが開催されることが決まりました。前の東京オリンピックが行われたのは今から50年前ですが、その前年の1963年に、わが国のいわば高齢者介護の法律である老人福祉法が制定されました（図表1）。皆保険、皆年金が達成されてから2年後のことです。

ここからわれわれは50年間進んできました。これから少子化が進み、2050年にはまた人口が9000万人台にまで戻るといっていますが、1963年の状況からスタートして、50年でどのような変化が起こったかを示したのが図表2です。非常に激しい変化の中で仕事をしてきたということが言えると思います。

当時は高齢化率が5.7%でありました。日本は皆年金ということで国民年金制度を作りましたが、ご案内の通り、支給開始年齢は65歳でした。1960年の平均寿命は65歳ですから、あまり長い年金受給期間を政府は想定していなかったわけです。老人福祉法が作られたとき、総理大臣から銀杯を100歳以上の方に差し上げるという事業を始めました。そのときに初めて政府は100歳以上の方の人口を調べて名簿を作りました。154人に銀杯を差し上げております。そして、65歳以上の方の子との同居率は8割近くありました。

この老人福祉法をなぜ作ったかという、要するに低所得者対策でした。戦前は養老院、戦後はそれを引き継いで生活保護法で養老施設がつくられ、老人福祉法によって養護老人ホームに衣替えしました。

しかし、所得要件に関係なく介護の問題は生じます。そこで介護施設をつくらなければいけないということで、この老人福祉法で特別養護老人ホームを制度化しました。当時、浜松の聖隷福祉事業団に1カ所ありました。1963年の厚生白書に書いてありますが、1施設80人から始めました。

図表■1

老人福祉法制定から半世紀

○1963年 老人福祉法制定

・総人口	9015万人
・高齢化率(1960年)	5.7%
・平均寿命(1960年)	男65.32歳 女70.19歳
・100歳以上	154人
・子との同居率	79.9%
・特別養護老人ホーム	1施設 80人

図表■2

この50年の変化(2012年)

・総人口	9015万人⇒12,751万人
・高齢化率(1960年)	5.7% ⇒24.1%
・平均寿命(1960年)	男65.32歳 女70.19歳⇒ 男79.94歳 女86.41歳
・100歳以上	154人⇒54,397人
・子との同居率	79.9%⇒43.2%(09年)
・特別養護老人ホーム	1施設 80人⇒ 7,552施設 498,700人

実はちょっと説明が逆転しているのですが、この特別養護老人ホームの定義をするために当時言葉がなかったので、「常時の介護を必要とする高齢者を収容する施設とする」ということで、「常時の介護」という言葉を初めてつくりました。それが「介護」の初出でありまして、当時は広辞苑にも載っていませんでした。辞書をつくった人の本が岩波新書で出ているのですが、その人の証言によると、広辞苑の第三版、1983年12月の版から初めて「介護」の言葉を書き入れたけれども、1983年当時でも「介護」の言葉は一般的に使われていなかった、日本の辞書では広辞苑が最初に「介護」の言葉を付け加えた、と出ています。ちょっと横道にそれました。

2012年までのこの50年間で、人口が1億2700万人になり、高齢化率が進み、また寿命が15歳も革命的に延びました。吉田兼好が「40歳で死にたい」と徒然草に書いていて、その当時の平均寿命は40歳だったのではないかと思います。織田信長は「人生50年」と言いました。それから数百年ずっと50歳前後で推移していたのが、1963年から2012年の50年間、わずか半世紀で15歳延びたわけですね。このような中で、当然、医療や介護のニーズも変わってきます。

私は1973年に旧厚生省に入省し、1年生のときに老人福祉課に配属になりました。そのとき特別養護老人ホームはまだ全国に200～300カ所しかなく、現地に行くと「うちの入所者は平均年齢が70歳を超えている」と言われるような時代でした。それが今では、皆さんもご承知の通り90歳が珍しくない時代になり、100歳以上が5万4397人です。子との同居率は、年金制度などが充実していることもあって減少し、特別養護老人ホーム

は約50万床、老健、介護療養型を入れると約90万床が介護施設として整備されているということでもあります。

今回の医療・介護の改革は、このような変化に対して医療・介護のニーズと現在の提供体制の間にミスマッチがあるのではないかと、先ほどから示されておりますいろいろな課題や、社会保障の財源とサービスとの間の不整合を解消していこうというのが、今回の国民会議や社会保障制度改革の基本的な発想になっております。

報告書にはこう書かれています。「しかしながら、国民の医療・介護ニーズと提供体制のミスマッチが続いたまま医療費や介護費の増大を招けば、国民負担増大の抑制の観点から、必要な医療・介護まで保険給付の対象から外すなどの対応が一律的に行われたり、緊急性の高い救急医療を緊急性の低い医療が押しのけたりといった事態を招きかねない。改革推進法——これは社会保障制度改革推進法という国会で3党が合意して作った法律ですが——による国民負担の増大の抑制と必要な医療・介護の確保という要請を両立させていくためには、ニーズと提供体制のマッチングを図る改革を待たないで断行していかなければならない」

これが結論なのですが、このような背景があることを前提に、お配りしているスライドを使って、時間を守ることを最大の命題としてこれからご説明してまいりたいと思います。

バブル経済の崩壊後も 年々増大する社会保障給付費

まず、社会保障の現状です（図表3）。

2013年度の社会保障の規模は110.6兆円という
ことで、GDPの2割を超えています。その
内訳は年金がほぼ半分、医療が3割、福祉
が2割です。社会保障が年々大きくなっ
ていくということは図表4の「社会保障給付費
の推移」にある通りで、先生方もご承知のこ

とと思います。

皆保険以来の医療費の動向を見ますと、国民医療費につきましては一番新しい統計が2011年までですが、ご覧のような推移をたどっております（図表5）。皆保険になった1961年から今日までに国民所得は21倍、国民医療費は75倍になりました。経済も非常に大きくなりましたが、その実質3倍の大きさで医療も発展してきたということでもあります。

しかし1990年以降、特にバブルが崩壊したことで経済環境は大きく変化しました（図表6）。1989年の末日の株価が3万8915円。そして、先ほど調べました今日の午後2時50分現在の株価が1万4904円と、1万5000円を割っていてまだ回復しておりません。このような長期低迷下で社会保障を続けてこなければならなかったことが背景でございます。

図表 3

社会保障の現在

○社会保障の規模(2013年度)

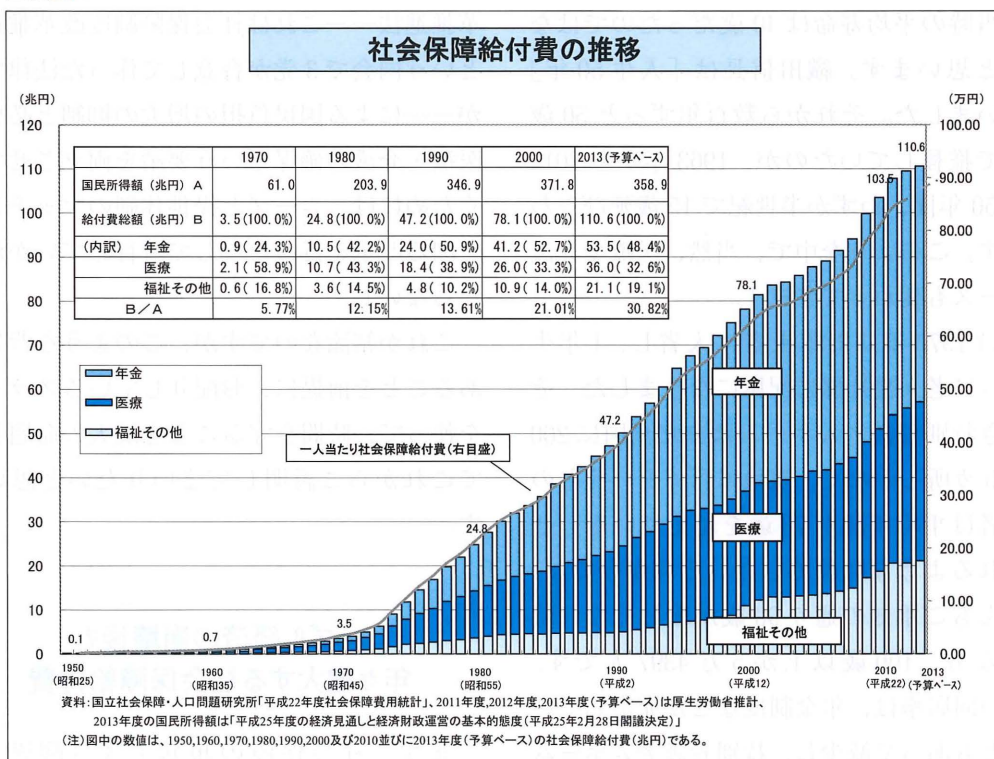
110.6兆円

- ・わが国の国内総生産(GDP)の2割を超える規模
- ・年金がほぼ半分、医療が3割、福祉が2割

○国家予算92.6兆円を上回る

⇒社会保障は年々大きくなっている。

図表 4



図表8にありますようにGDPは1990年以降フラットですが、先ほど見ていただいた図表4では社会保障給付費はそのままずっと伸びております。経済成長期は何とか社会保障と財源とが歩調を合わせてきていましたが、1990年以降、そこにギャップが出てき

ています。

また現在は、働いている人の3人に1人が非正規という状況であります。先ほど土居先生から、1997年に不況になったというお話がありましたが、図表9のグラフの青色部分が正規労働者の数になります。97年がピー

図表■5

国民皆保険：1961年～

国民医療費 対国民所得

1961年	5,130億円	3.19%
2011年	38兆5,850億円	11.13%

○国民所得	21.56倍
○国民医療費	75.21倍

図表■6

1990年 バブル経済の崩壊

1989年12月29日 東証平均株価、3万8915円
史上最高値

1990年10月 1日 東証株価2万円を割る。

経済の長期低迷下の社会保障

図表■7

少子高齢化

人口減少社会の到来、
急激な高齢化

高齢化率

7.1% (1970年) → 23.0% (2010年)

合計特殊出生率

2.13 (1970年) → 1.39 (2010年)

雇用環境の変化

非正規雇用の増加

非正規の職員・従業員数

604万人 (1984年) → 1756万人 (2010年)

(全雇用者*の15%) (全雇用者*の34%)

*役員を除く

経済成長の停滞

少子高齢化などによる構造的停滞

実質経済成長率

9.1% → 0.9%
(1956-73年度平均) (1991-2010年度平均)

家族のあり方の変容

三世同居の減少、
高齢独居世帯の増加

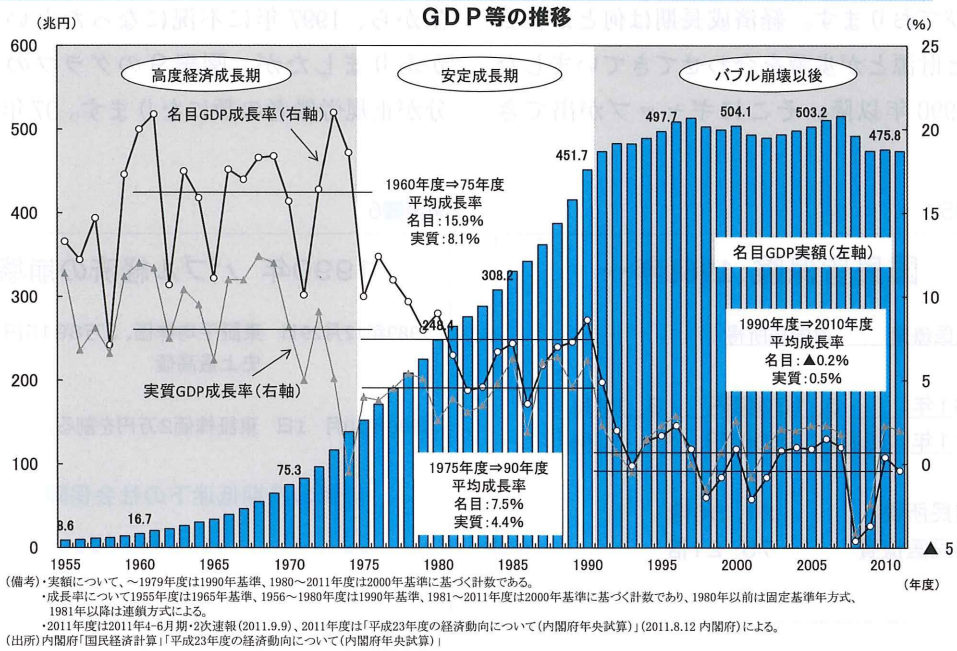
世帯主65歳以上の単身・夫婦のみ世帯数

96万世帯 (1970年) → 1081万世帯 (2010年)

(全世帯の3%) (全世帯の20%)

図表 8

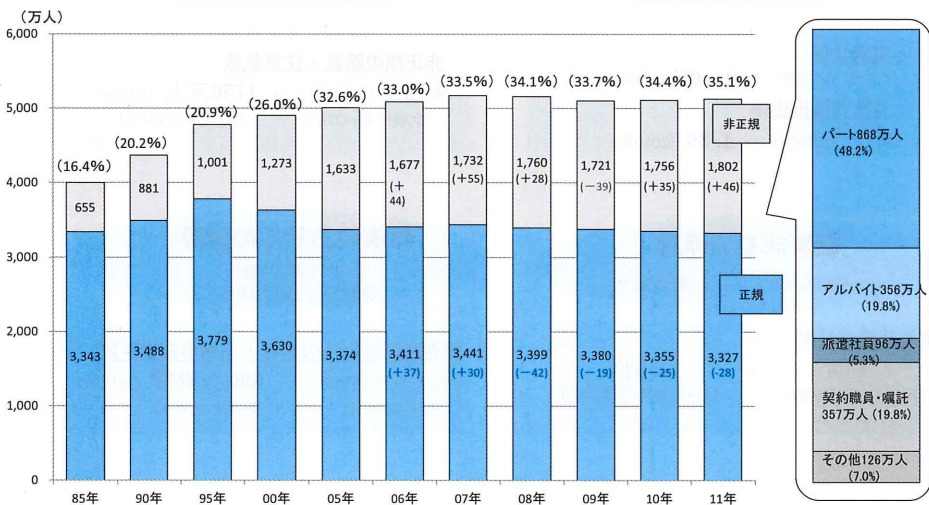
社会保障制度の骨格が整備された1960～1970年代は高度経済成長期でしたが、安定成長期を経て、バブル崩壊以降、経済は停滞しています。



図表 9

正規雇用と非正規雇用の労働者の推移

- 正規の職員・従業員は近年減少傾向。
- 2011年の非正規の職員・従業員は前年に比べ、46万人の増加。
- 2011年の非正規の職員・従業員割合は、35.1%。

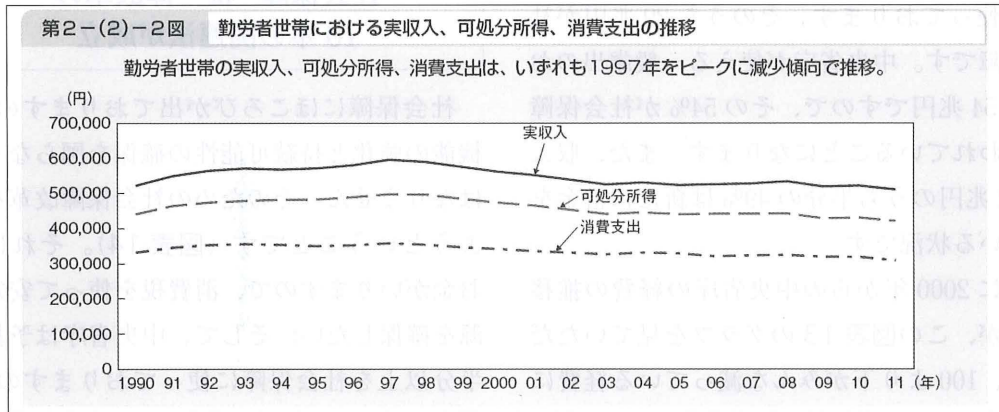


クで、その後、正規労働者の数は増えていない状況です。図表10は厚生労働省が毎年出している労働経済白書の図ですが、勤労者世帯の実収入、可処分所得、消費支出のいずれもが、やはり97年をピークに減少傾向にあるというところで、医療保険財政も大変厳し

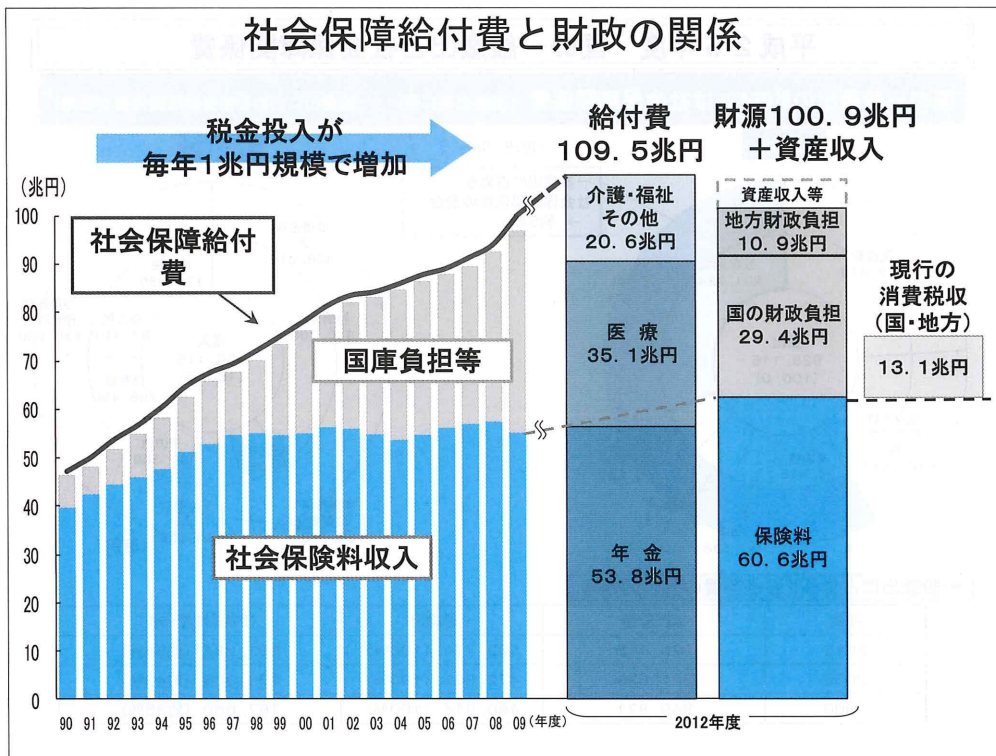
い状況になっています。

土居先生のお話とかぶりますけれども、社会保障は先ほど見ていただいたように110兆円のうち6割が保険料、4割が税財源であります。1997年ぐらいから保険料収入はあまり伸びていません（図表11）。逆に言い

図表10



図表11



ますと、税財源を給付の内容とする人たちが高齢者を中心に増えてきたために、1990年代には大部分が保険料財源だったのが、今日では6対4まで税財源が増えてきています。ですから社会保障を考える上で、税のこともゆるがせにはできません。

図表 12 にありますように、歳出は3月31日までの今年度予算で、92兆円を一般会計で使っております。そのうち29兆円が社会保障です。中央省庁が使える一般歳出のお金は54兆円ですので、その54%が社会保障で使われていることになります。また、収入の92兆円のうち半分の49%は新たに借金をしている状況です。

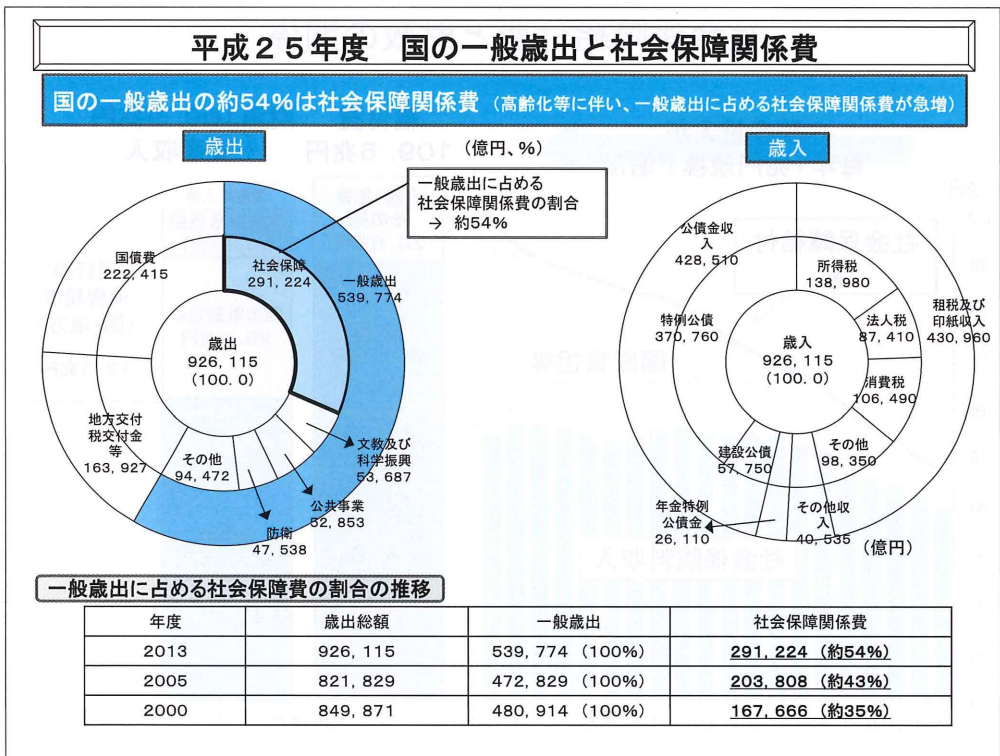
次に2000年からの中央省庁の経費の推移ですが、この図表13のグラフを見ていただくと、100より下がみんな減っている経費に

なりますので、あらゆる経費が減っている中で社会保障しか伸びていないという状況です。こうした状況の下で、2010年10月から社会保障と税を一体的に改革していこうということで検討がスタートし、ご承知の通り社会保障改革が進んでいるわけです。

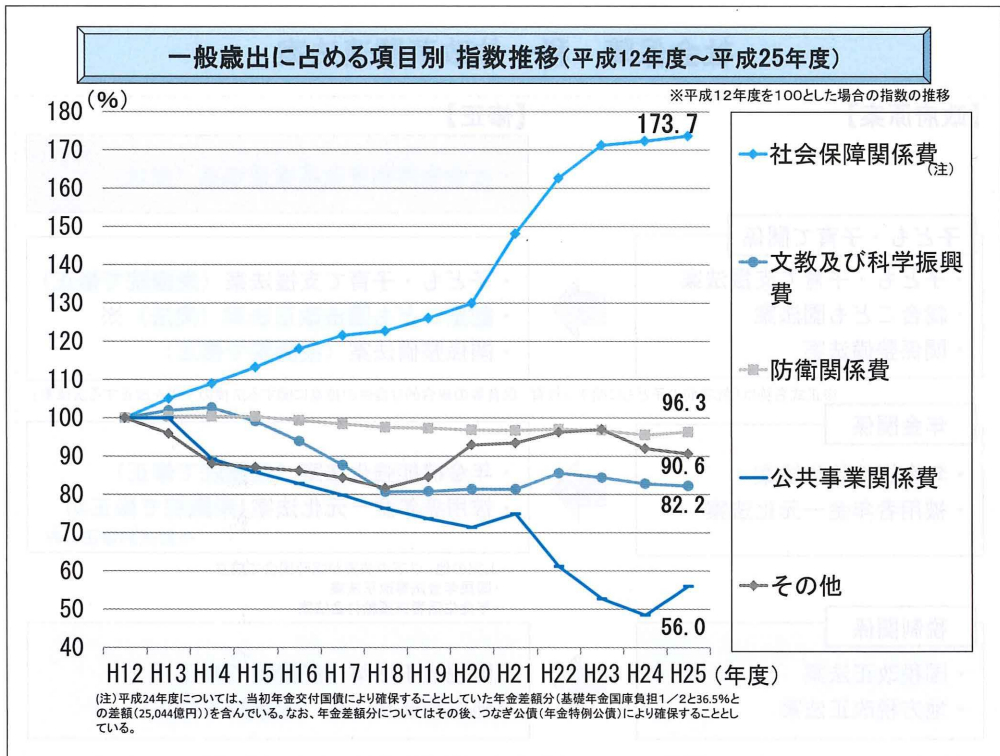
社会保障・税一体改革の 10本の関連法が成立

社会保障にほころびが出ておりますので、機能の強化と持続可能性の確保を図らなくてはなりません。そのための社会保障改革をしようということです（図表14）。それにはお金がいりますので、消費税を使って安定財源を確保したい。そして、中央省庁は予算の半分以上を社会保障に使っておりますので、

図表 12



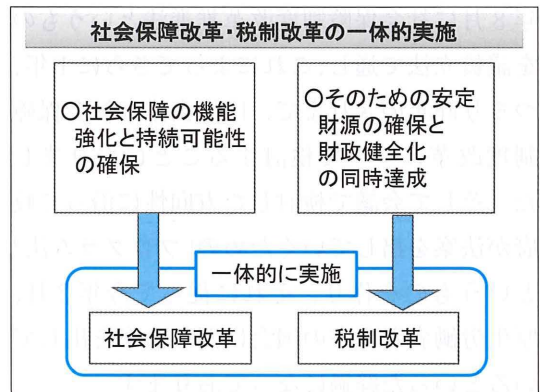
図表13



その部分の財政が健全化すれば、少なくとも全体の財政の健全化に半分は寄与することになります。そこで、これをテコに財政の健全化の同時達成も目指していこうというのが、社会保障改革と税制改革の一体的実施の趣旨です。

これを2010年10月から民主党政権の下でまとめ、党内が分裂するという犠牲を払いながら国会に法案を提出しました。ねじれ国会でしたので、当時の野党である自・公と合意を得なければ成立しなかったところですが、2012年6月に3党合意が成立し、2012年8月に合計8本の法律が修正されたりして成立いたしました(図表15)。その後、臨時国会で2本の法律が成立しましたので、一体改革関係では計10本の法律が成立しました。消費税引き上げ関係の法律が2本と、残り8

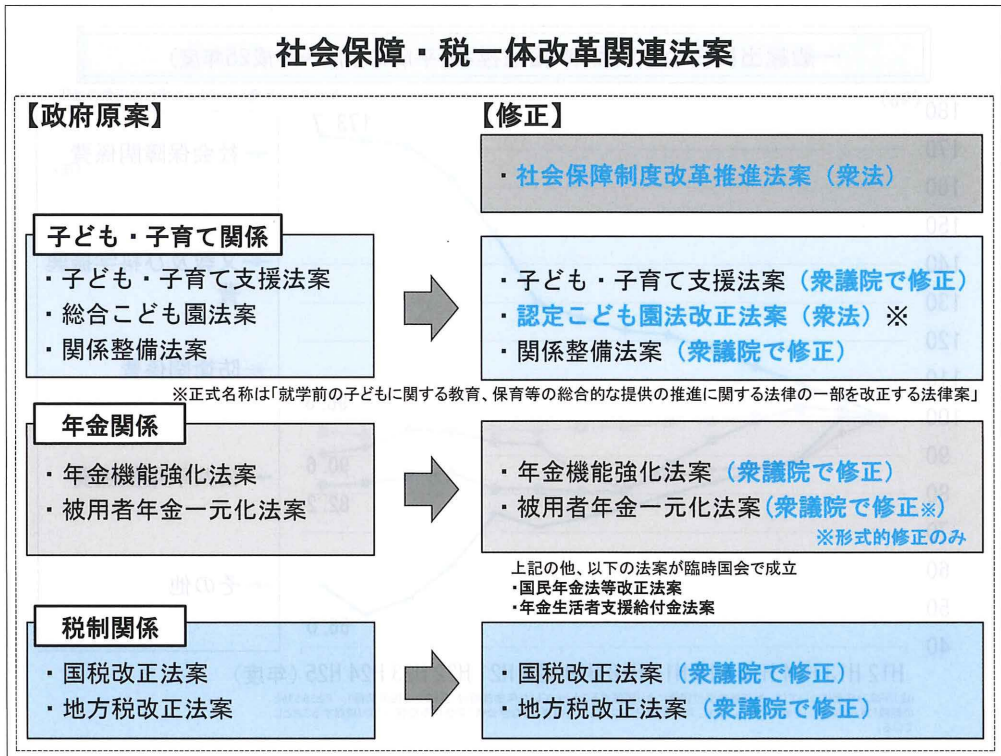
図表14



本が社会保障関係です。社会保障関係のうち、3本が子ども・子育て関係、4本が年金関係ということになります。

見ていただいております通り、医療・介護がありません。これらの法律については、今の状況下で合意はできないということで、

図表 15



当時野党だった自民党が中心になって2012年8月に社会保障制度改革推進法というものを議員立法で通し、これによってさらに1年、つまり昨年の8月まで、国民会議で社会保障制度改革について検討することになりました。そして会議で検討した方向性に沿って政府が法案を出していくための「プログラム法」というものを作り、それに従って今年2月、厚生労働省が現在の国会に関係法案を出しているといった経過になっております。

そういった中で、法律上は2015年10月に消費税が10%に引き上げられますので、5%の財源がプラスになります。その5%のうち、1%分は社会保障の上積みのために使い、4%分は今まで財源がなかった基礎年金の国庫負担の2分の1などの財源や、消費税の引き上げに伴う社会保障支出増加分にあてる財源、

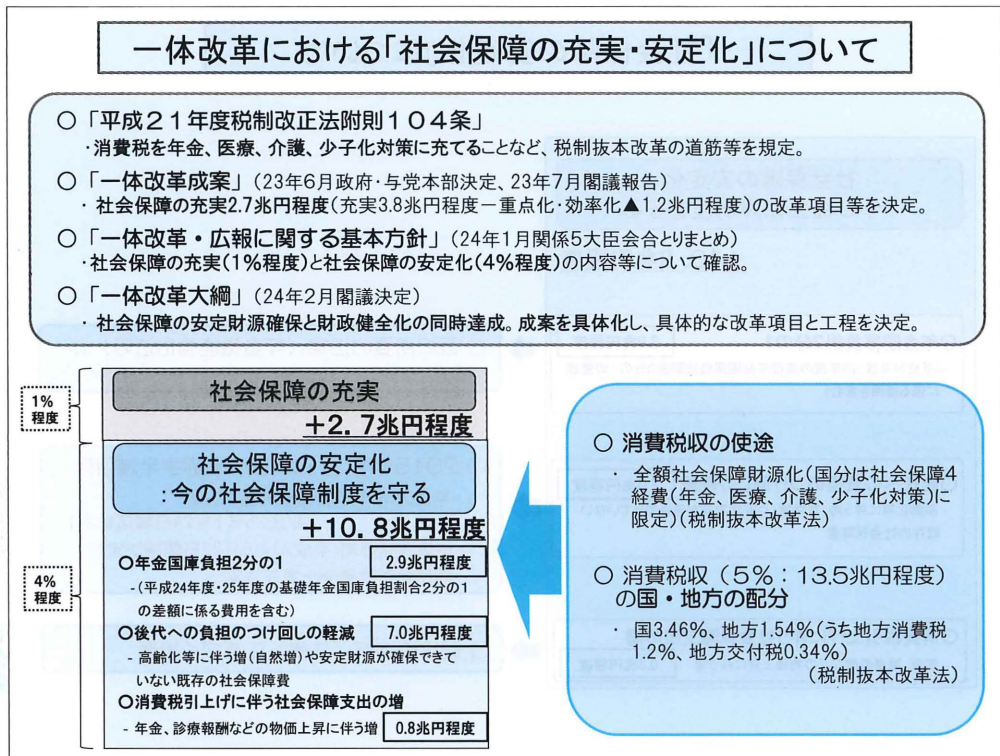
そして先ほど申し上げた国の借金、後世にツケを回している部分の穴埋め、財政の健全化のために使っていこうということです（図表16）。

順番が逆になりましたが、消費税財源はすべて、国、地方も含めて社会保障に使っていく、全額を社会保障財源化するというのが社会保障と税の一体改革で決められたわけでありました。

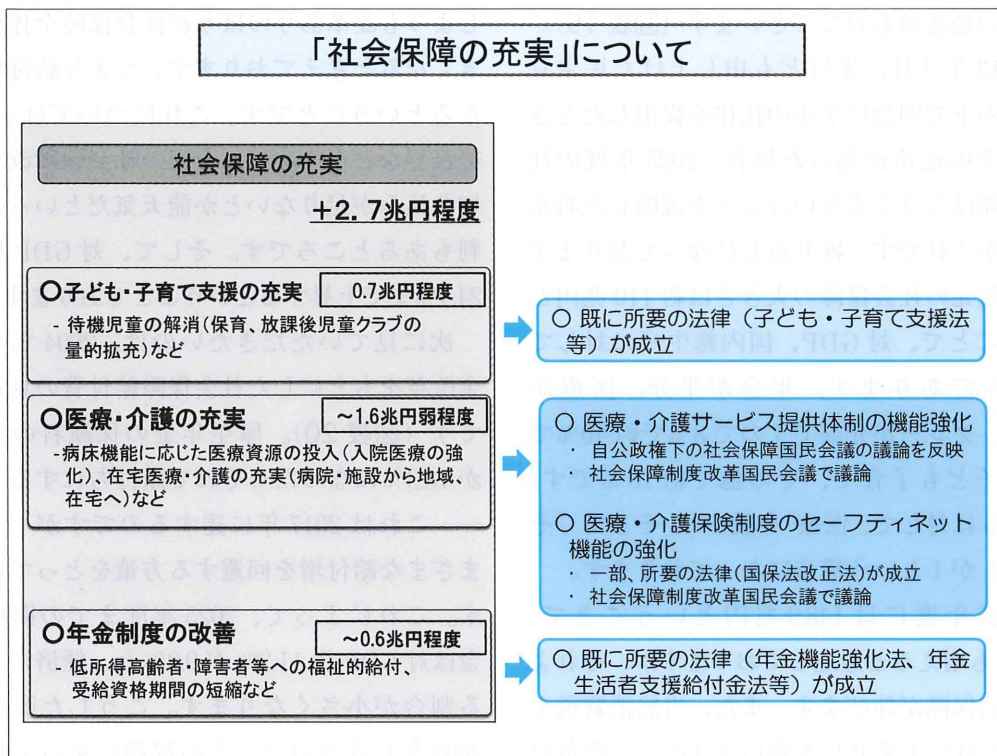
社会保障給付費の 推移と今後の見通し

そういう中で、先ほども土居先生が医療費はどれだけになるかという資料をお示しになりましたが、これが現在、政府が行っております「社会保障に係る費用の将来推計につい

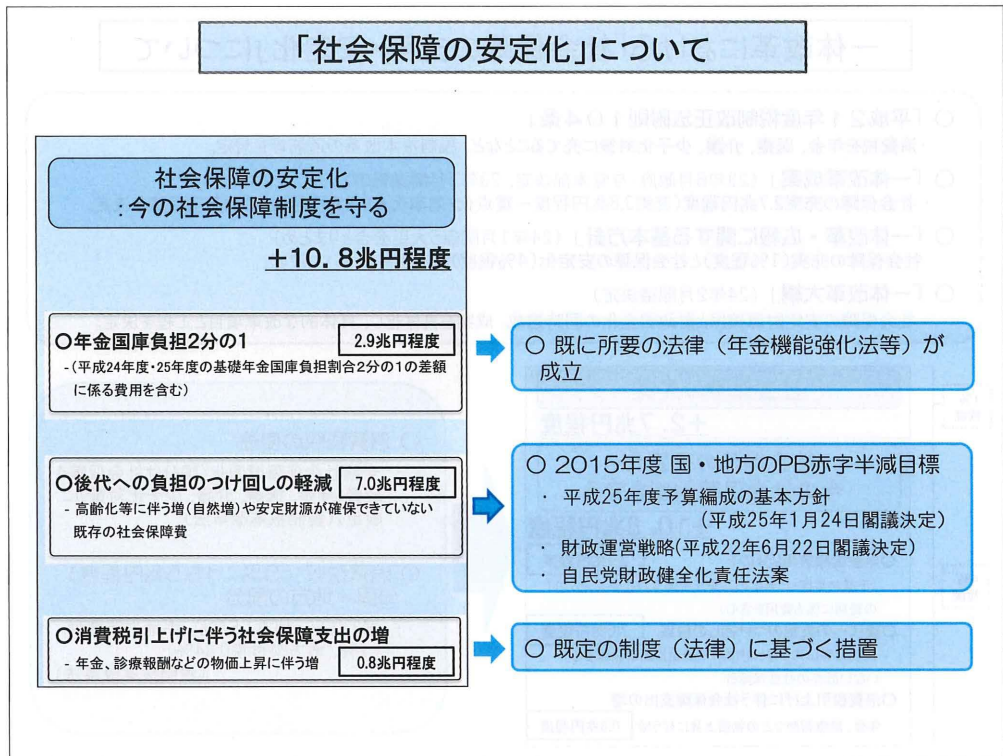
図表 16



図表 17



図表 18



て」の最新のものとございます(図表19)。

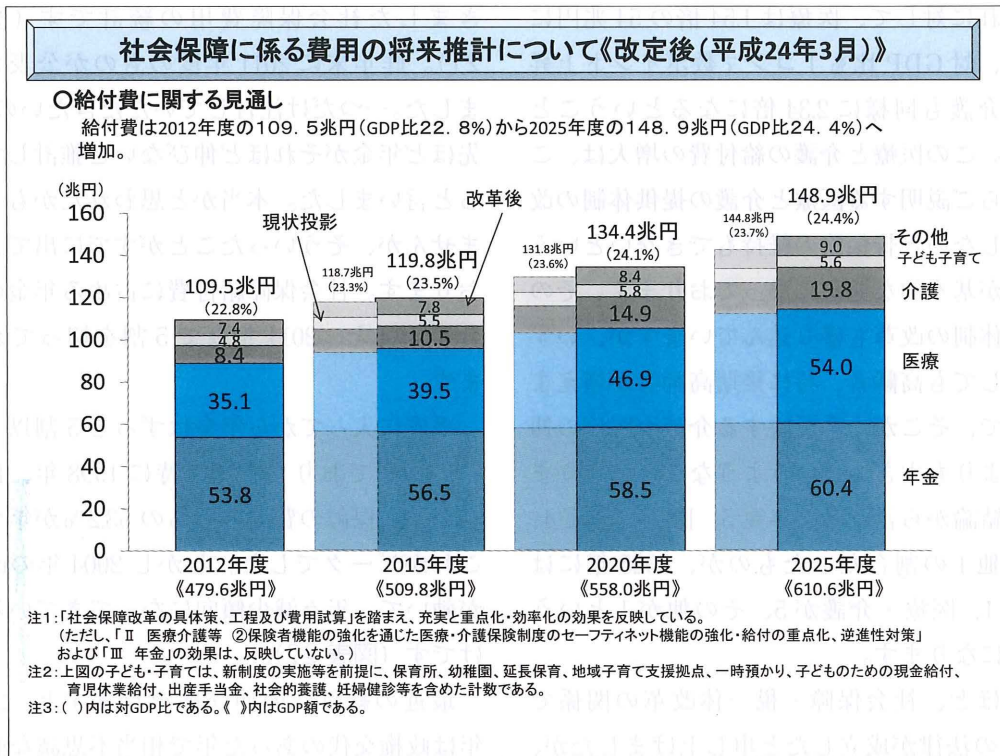
2012年3月、先ほども申し上げた民主党政権の下で国会に7本の法律を提出したときに、その法律が通った場合、2025年度の社会保障はこうなるということを説明した将来推計がこれです。繰り返しになっておりますが、足元の社会保障の大きさは約110兆円ということで、対GDP、国内総生産に対して22.8%であります。年金が半分、医療が35%、グレーが介護ですので8%で約40%です。子ども子育て、その他で約10%です。年金5に対して、医療・介護が4、そして「その他」が1という構造になっております。

2025年度には148.9兆円ということで、GDPも増えると想定しておりますが、それより社会保障が伸びます。また、当然消費税を引き上げて上乗せにも使いますので、改革な

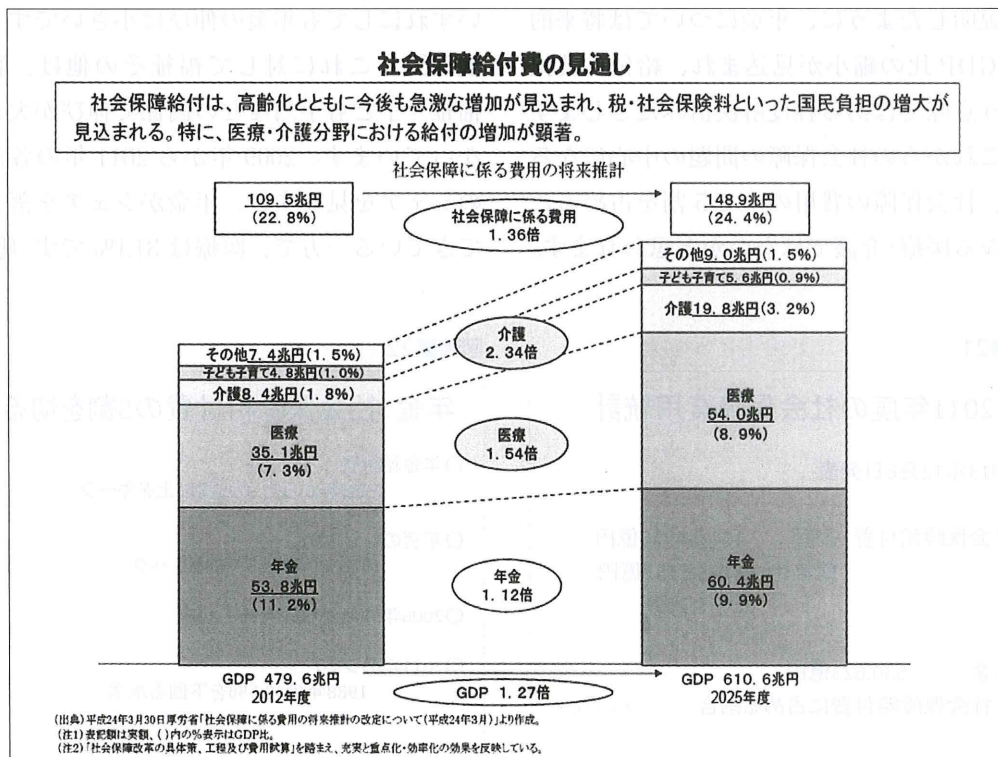
しよりも改革ありのほうが社会保障全体は大きくなると考えております。つまり給付増になるということです。これについては一部、経済界などを中心に、今回の社会保障改革は切り込みが足りないとか能天気だといった批判もあるところです。そして、対GDP比は24.4%まで上昇するということであります。

次に見ていただきたいのは、2004年の年金改革をもとにした社会保障給付費の見通しです(図表20)。厚生年金の保険料の上限が18.3%になったらそれで頭打ちにするとか——これは2017年に達するのですが——さまざまな給付増を回避する方策をとっています。これによって、2025年度までの間に年金は対GDP比11.2%が9.9%と、経済に占める割合が小さくなります。こうした改革が2004年になされて、その線路に乗って年金

図表19



図表20



制度が動いているということでもあります。

これに対して、医療は1.54 倍の 54 兆円になり、対 GDP 比も 1 コンマ数ポイント上昇し、介護も同様に 2.34 倍になるということです。この医療と介護の給付費の増大は、これからご説明する医療と介護の提供体制の改革をしないと皆保険の維持もできないということが基本的な発想になっております。その提供体制の改革も盛り込んでいますが、いずれにしても高齢者、特に後期高齢者が増えますので、そこが一番反映する介護が医療の伸び率よりも大きいというようなことになります。結論から言うと、年金 5、医療・介護 4、その他 1 の割合だったものが、2025 年には年金 4、医療・介護が 5、その他が 1 ということになります。

先ほど、社会保障・税一体改革の関係で 10 本の法律が成立したと申し上げましたが、医療と介護はありませんでした。また、先ほどご説明したように、年金については将来的に対 GDP 比の縮小が見込まれ、給付と負担という意味ではある程度解決済みだとしますと、これからの社会保障の問題の中心になるのは、社会保障の費用の中で 5 割を占めることとなる医療・介護ではないかと思われます。

次に、先ほど土居先生の表にも同じく出てきました社会保障費用の統計です（図表 21）。昨年末に 2011 年度のものが公表されました。一つだけ注目していただきたいのは、先ほど年金がそれほど伸びないと推計していると言いました。本当かと思われたかもしれませんが、そういったことがすでに出てきております。社会保障給付費に占める年金の割合が 49.4 と、2011 年度で 5 割を切っております。

平成に入ってから年金はずっと 5 割以上をキープしておりまして、特に 1998 年、1999 年と社会保障の費用のうちの 53.2% が年金でこれがピークでした。しかし 2004 年の改正が効いて、年々減少傾向になってきているわけです（図表 22）。

最近の給付費の伸び率を見ますと、2009 年は政権交代のあった年で相当不思議な動きをしていますが、2009、2010、2011 年と、いずれにしても年金の伸びは小さいです（図表 23）。これに対して福祉その他は、特に福祉・子ども手当などの関係で伸びが大きくなっています。2009 年から 2011 年の各部門のシェアを見ますと、年金がシェアを落としてきている一方で、医療は 31.1% です（図表

図表 21

2011年度の社会保障費用統計			
○2013年12月6日発表			
○社会保障給付費	総額	107兆4950億円	
	前年比	+2兆8,157億円	
		(+ 2.7%)	
○年金	530,623億円		
	社会保障給付費に占める割合	49.4%	

図表 22

年金：社会保障給付費の5割を切る。	
○年金給付費	1989年からずっと5割以上をキープ
○年金のシェアのピーク	1998・99年の53.2%がピーク
○2006年53%から毎年低下傾向	
○2011年のシェア：	1988年の49.6%を下回る水準

24)。皆保険以後、2009 年が医療費のシェアのボトムだったのですが、それから上がり出しています。福祉などは 1968 年以來の高さになっています。

そういうことで、年金の歯止めが利いてきている一方で、介護を含む医療・福祉の伸びがすでに 2009 年から 2011 年にかけて動き始めています。この趨勢が、先ほど見ていただいた 2025 年まで続いていくとご理解いただきたいと思います。

社会保障改革の動きと方向性

先ほど申し上げたように、3 党合意に基づいた社会保障制度改革推進法により、2013

年の 8 月 21 日まで社会保障制度改革について検討をしてまいりました（図表 25）。昨年 8 月 6 日には安倍総理に報告書が提出されております。そして 8 月 21 日までに法律を出せということだったのですが、国会も開いておりませんので閣議決定をして、10 月 15 日の臨時国会の冒頭にプログラム法案を提出し 12 月に可決、現在はこの法案に基づいて個別の法案が国会に提出されているということであります（図表 26）。

次に「国民会議」の報告書の位置づけですが、今までの有識者の提言は「政府はこういうことでやるべきだ。そのために財源の確保に努められたい」といったもので、結局、財源の確保がうまくいかずに宙に浮いてしまうようなケースが多かったわけです。しかし、

図表 23

2009年～2011年の伸び率			
	2009年	2010年	2011年
給付費全体	6.0%	3.5%	2.7%
年金	4.3%	1.2%	0.2%
医療	4.0%	4.8%	3.5%
福祉その他	15.7%	8.3%	8.4%

図表 25

社会保障制度改革推進法	
・ 3党合意に基づき、2012年8月10日成立	
* 3党合意:2012年6月15日	
* 自民党主導の議員立法	
・ 2012年8月22日公布・施行	
・ 「社会保障制度改革国民会議」の設置を決める。	
・ 「国民会議」の期限: <u>2013年8月21日まで</u>	

図表 24

部門別シェアの推移 (2009年→2011年)	
年金	51.8%→ <u>49.4%</u>
医療	<u>31.1%</u> →31.7%
	(31.1%は皆保険以後ボトム)
福祉その他	17.2%→ <u>18.9%</u>
	(1968年以來の高さ)

図表 26

社会保障改革の動き	
<u>2013年8月6日</u>	社会保障制度改革国民会議・報告書 (清家会長→安倍総理)
<u>2013年8月21日</u>	「法制上の措置」の骨子(閣議決定)
<u>2013年10月15日 臨時国会召集日</u>	「プログラム法案」国会提出(「法制上の措置」)
	12月5日 可決、成立
<u>2014年通常国会～</u>	「個別法案」の国会提出

この国民会議は、経過を見ていただいてもお分かりの通り、消費税が8%、10%へと引き上げられることを前提にして、どのように社会保障改革をするかを検討しろということ、具体性が非常に高いものでした（図表27）。

また、白紙で有識者に委任したわけではなく、3党合意に基づいて国会で決められた法律によって、すでに基本的な考え方や改革の基本方針は決められていました。例えば医療保険制度について言えば「皆保険を維持する」ということが明記されていたわけです。そういう中で、生みの親である3党の協議者が決めたアジェンダに従って、専門家が論理的、実証的に議論して決めたということです。

経過で見ていただきましたように、政府のほうにも法律を作らなければならないということが義務付けられた形で進んできているところが特色だと思います。

医療・介護の見直しについて

医療・介護の見直しについては、ここにお集まりの先生方は情報に接する機会が多いと

図表 27

「国民会議」報告書の位置づけ

～ これまでの有識者による諸提言との違い ～

- 1) 社会保障・税一体改革として「社会保障の機能強化のための安定財源としての消費税」が前提。
→ 重点化・効率化も行い、より具体的な充実を提案
- 2) 自公民3党合意に基づく「改革推進法」に規定する「基本的な考え方」、社会保障4分野に係る「改革の基本方針」、3党実務者協議で取りまとめた「検討項目」に基づいて審議。
→ 具体的なミッションを受けた、専門家による論理的・実証的議論
- 3) 報告書を踏まえて、政府が「法制上の措置」を講ずることが改革推進法に明記。
→ 改革の方向性・タイミング・枠組みの中で、今後、政府・与党が具体的な改革内容を詰める

思います。医療・介護機能の再編、特に病院・病床機能の分化と連携の強化が挙げられています（図表28）。

前回の2012年の診療報酬と介護報酬の同時改定を第一歩として実施すると説明されておりましたが、特に今回の診療報酬改定は、先ほど申し上げたように一体改革についての関係法案やプログラム法案も通り、国民会議の報告書も出たということで、2012年よりもさらに明確な方針が固まりました。

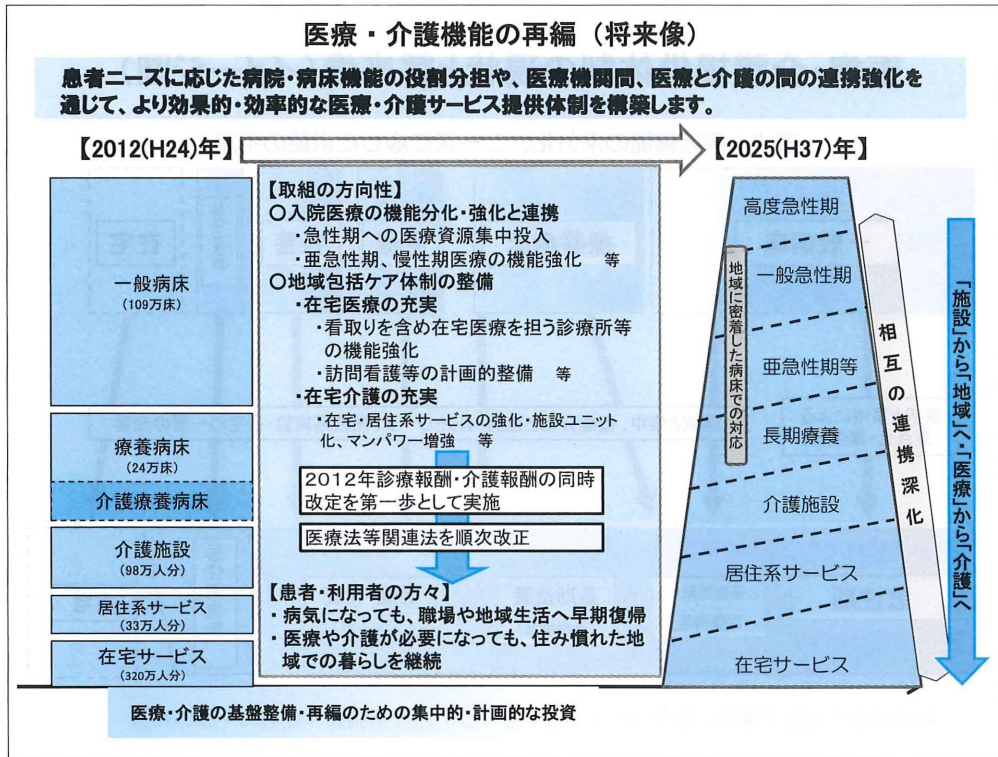
2025年まで医療・介護提供体制の改革を目指していく、そのために診療報酬、介護報酬についてはこれから何回か改定があるわけですが、その中で必ずそれをしていくという方向性が明らかになりました。

数年前に中医協から、現在の一般病棟の入院基本料の病床数がワイングラス型の図で示されました（図表29）。これを2025年までに右側にあるようなとっくり型に変えていかなければいけないということが示されてきております。このような図については、社会保障制度改革国民会議などでも繰り返し説明され、その構成について、どのようにしていけばこれが実現されるかということが議論のテーマとなりました。

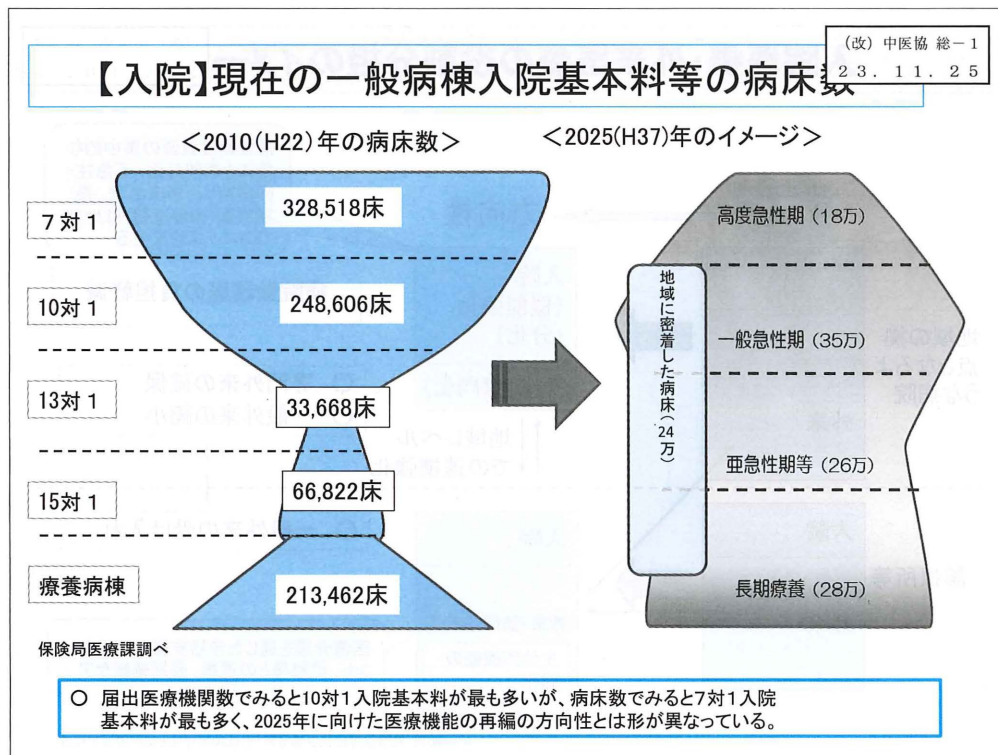
また、外来医療も、大病院の外来医療などについては一般外来を縮小していくという方向性が示され、医療改革と合わせて地域包括ケアシステムを生活圏域で作っていかねばならないということが示されました（図表31、32）。

2025年の医療・介護を想定したシミュレーションでは、高齢者が増えますので、入院、介護入所者も当然増えます。現状投影型、つまり現在の施設、病院の使い方のままでいけば約60万人増える計算なのですが、しかし、

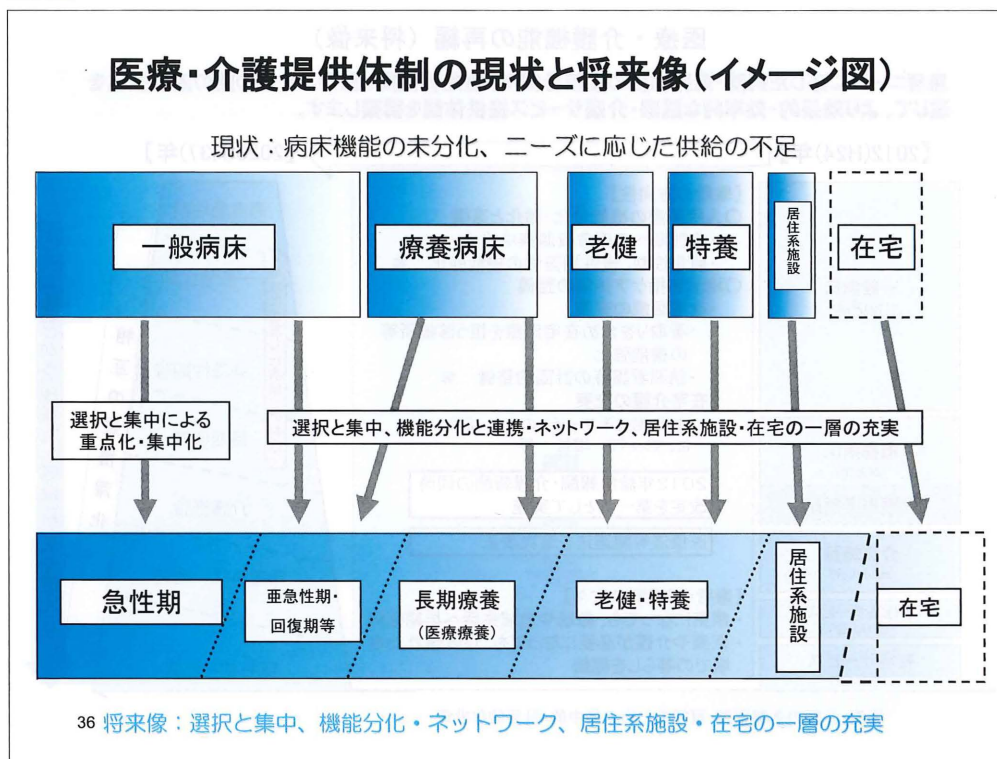
図表 28



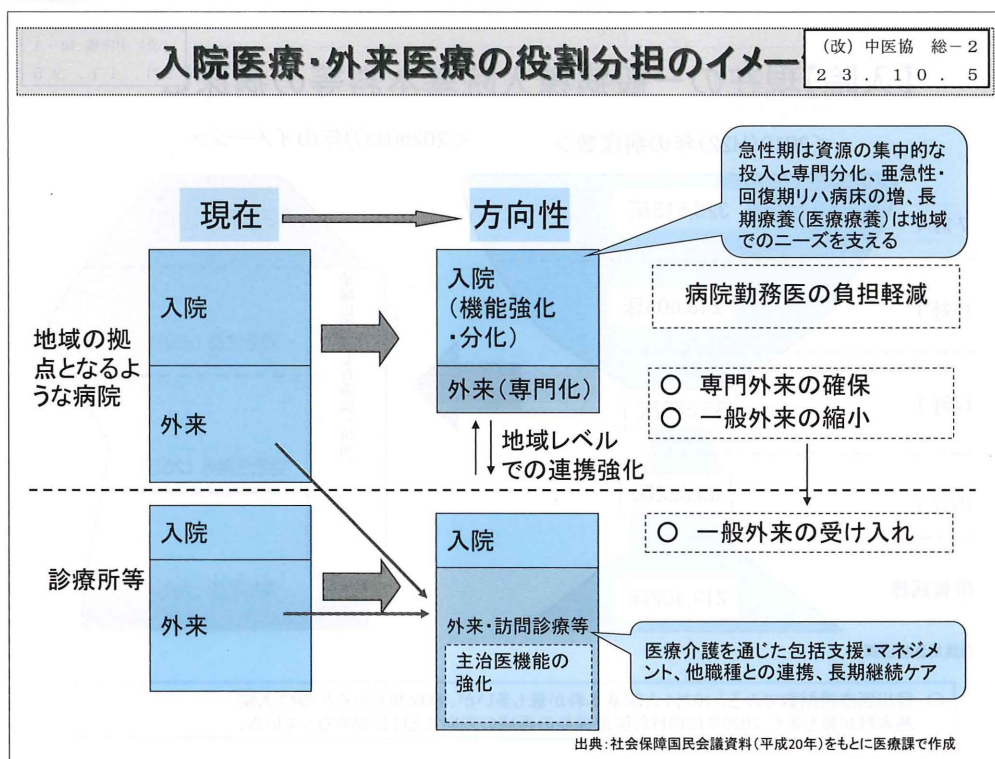
図表 29



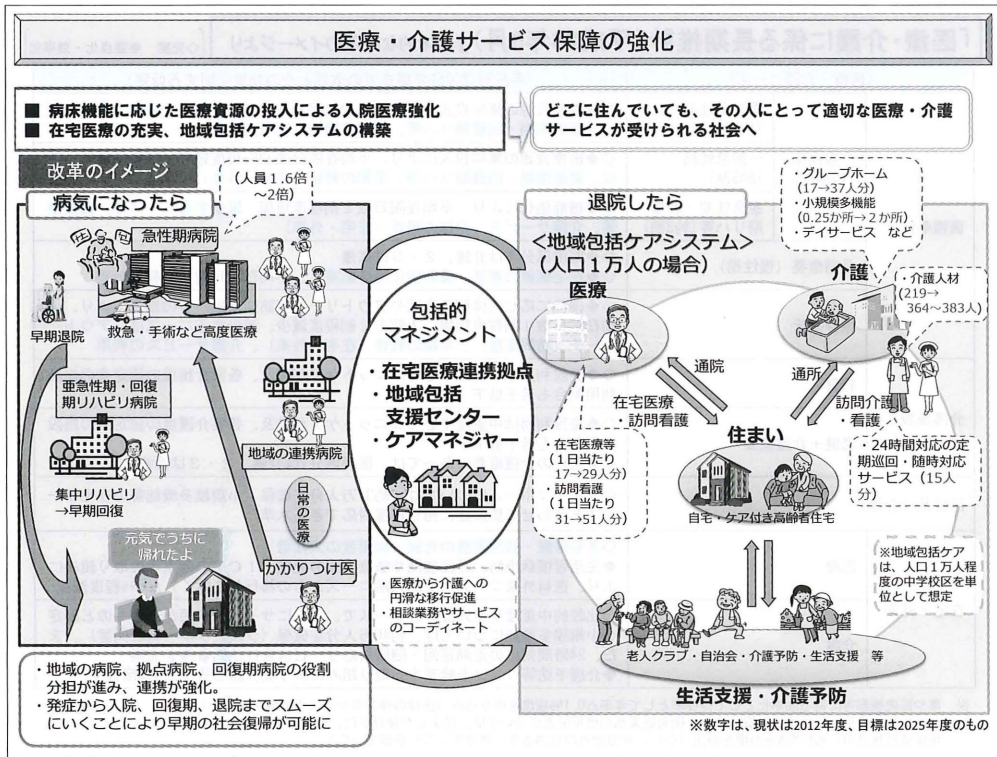
図表 30



図表 31



図表 32



改革によってこの60万人分は増やさないという方向性が出されました(図表34)。増加するであろう入院、介護ニーズについては、在宅医療・在宅介護の推進など、この青字の部分充実することによって引き受けていく。こういうことが厚生労働省側から示され、それらを踏まえてどう考えるかということが国民会議の議論のポイントになったわけであります。

国民会議の報告書が提言する 医療・介護分野の改革のポイント

国民会議では、消費税が使う分野として、年金、医療、介護、少子化の「社会保障4分野」ということが言われました。その4分野のうち、あえて医療と介護は一つのパッケージ

ジとして議論され、国民会議の報告書の各論の中でも「医療・介護分野の改革」として記述されています。

そのポイントについて申し上げますと、特に社会保障制度改革を検討するにあたって、われわれは2009年の政権交代と、安倍政権に戻った2012年と、2回の政権交代を経験しました。そういった中で、土居先生にも最初の有識者会議に出いただきましたが、そのときの座長の宮本太郎先生からは「社会保障というものは政争の具にすべきではなく、超党派の常設の会議機関を設けたらどうか」というご提言もいただきました。

また、2009年の政権交代前の福田・麻生政権時の社会保障国民会議では、医療・介護サービスの提供体制改革のシミュレーションなども示されました。今回の国民会議の報

図表 33

「医療・介護に係る長期推計(平成23年6月)」具体的な改革のイメージより

(◇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つては、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等)。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(◇)

図表 34

(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)	・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) ・一般急性期の職員等 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)	・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)	・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	・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	・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)	・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) (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。)
	※ 早期の退院・在宅復帰に伴い患者のQOLも向上	
	長期療養・精神医療の改革 (平均在院日数の短縮等)	・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)	・入院・介護施設入所者 約60万人/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	・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	・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	・病院医師の業務量△2割程度(高度急性期、一般急性期)

告書を書いているときはそれから5年たっているわけですが、その間、この医療・介護サービスの提供体制の改革については見るべき成果が上がっていないということが指摘され、その実現が課題になりました（図表35）。

それから社会保障制度改革推進法では、皆保険の維持が改革の基本方針として示されています。先ほど少し読み上げさせていただきましたが、それを実現するためには提供体制の改革を主眼に置かなければだめなんだということです。「医療・介護提供体制の改革に魂を入れなければいけない」と本文には書かれています。

さらに、今日の関岡先生のお話にも関係するわけですが、アメリカのようなマーケットメカニズムで医療を引っ張っていこうというものではだめなんだということが指摘されています。また、西ヨーロッパあるいは北欧の国のように、国公立の医療機関が提供体制の中で大きな役割、あるいはほとんどを占めている国とも違い、8割以上が民間の医療機関にサービスをお願いしているということであれば、その提供体制の改革を実現していくためには、データによる制御で医療

ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムを構築していかなければならないと強調しています。抽象的な言い方で恐縮ですが、詳しくは本文を見ていただきたいと思います。

それから、医療・介護提供体制の改革では、医療と介護を一体的に改革するために、医療計画と介護保険事業計画を合わせた「地域包括ケア計画」とも言えるものを構築・推進していくこと。また、その一方で、地域における医療提供体制については都道府県が責任を負っていますが、その体制をより強めていくために、国民健康保険の給付の責任主体も都道府県に持っていただけたらいいのではないかとという提案もしております（図表36）。

それから、これまで診療報酬・介護報酬が医療機関の皆さんの行動を変えるのに非常にあずかって力があることは認めつつも、全国一律の設定であるために大きな地域差が生じ、十分でない面もあるということで、医療・介護提供体制改革を進めていくために基金制度を検討しろということを報告書では言っております。現に今回の診療報酬改定や来年度予算編成の中で、約900億円の基金を積み立てることも認められたわけですが、そういっ

図表■35

医療・介護分野の改革（各論）のポイント

○前・国民会議の継承を強調

福田・麻生政権時の社会保障国民会議で示された医療・介護サービスの提供体制改革の実現が課題。

○提供体制の改革を主眼

国民会議の最大の使命は、前回の社会保障国民会議で示された医療・介護提供体制改革に魂を入れ、改革の実現に向けて実効性と加速度を加えること。

○データによる制御を提唱

市場の力でもなく、提供体制側の創意工夫を阻害するおそれがある政府の力でもないものとして、データによる制御機構をもって医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムの確立

図表■36

医療・介護分野の改革（各論）のポイント②

○都道府県の役割の強化

地域における医療提供体制に係る責任の主体と国民健康保険の給付責任の主体を都道府県が一体的に担うこと

○新たな財政支援方式

全国一律に設定される診療報酬・介護報酬とは別の財政支援の手法が不可欠であり、診療報酬・介護報酬と適切に組み合わせつつ改革の実現を期していくこと

○「かかりつけ医」の役割

「必要ときに必要な医療にアクセスできる」という意味でのフリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及は必須

たことについて報告しております。

また、「いつでも、好きなところに」と解されがちなフリーアクセスですが、皆保険の大事なフリーアクセス機能については「必要なときに必要な医療にアクセスできる」と位置付けていくべきであり、緩やかなゲートキーパー機能を備えたかかりつけ医の普及が大事だと提言しています。報告書を読んでもいただきますと、この医療・介護の各論に10カ所以上、「地域の医師」「地域医師会」「身近な医療機関」といったさまざまな言葉で、かかりつけ医の役割を強調した方向性を打ち出しております。

医療保険、介護保険につきましては、皆保険を守れということであれば、まず最後の砦である国保を優先して考えていこうということで、国民健康保険の財政基盤の安定化が優先課題であります（図表37）。それが都道府県が保険者になる条件とも言われておりますので、そのことを強調しています。

被用者保険については、被用者保険の皆さんは非常に保険財政が苦しいということがずっと課題になっているわけです。しかし、保険料率についてはフランス、ドイツ等より

も低いとか、健保組合間で3倍ぐらいの格差があるといったことを指摘した上で、被用者保険における共同事業の拡大にも取り組んでもらいたいということを言っています。

後期高齢者医療はご案内の通り民主党のマニフェストで廃止を打ち出しておりました。しかし5年が経過して定着しているので、必要な見直しは後期高齢者医療制度を踏まえて行うべきであると述べています。

繰り返し申し上げますが、このような流れの中で、医療・介護サービスの提供体制の改革も法律が国会に提出されております。難病関係の法律も出ています。それから子ども・子育て支援の充実についても出されており、「地域における医療・介護の総合的な確保の推進を図るための法律」という形でも出されておりますが、行政説明ではありませんので、このところは飛ばさせていただきたいと思えます。

2014年診療報酬改定のポイント

若干飛びますが、今回の診療報酬改定につきましてもいくつか特色があると思います（図表55）。医療界の皆さんも、消費税対応ということについてはずっと訴えられてこられました。1989年に消費税を導入したとき、また1997年に消費税が3%から5%に上がったとき、いずれも改定年とは別でしたので特別改定を行いました。今回、定例改定と消費税対応と同時であったことは史上初めてでありました。

一体改革の中では、社会保障の充実のために消費税財源をどう使うかが予算的にも非常に争点になりました。これからずっとついて

図表 37

医療・介護分野の改革（各論）のポイント③

○国保を優先

改革推進法（第6条）はまず国民皆保険制度の維持の必要性を掲げることから、「財政基盤の安定化」については、国民皆保険制度の最終的な支え手（ラストリゾート）である国民健康保険の財政基盤の安定化が優先課題となる。

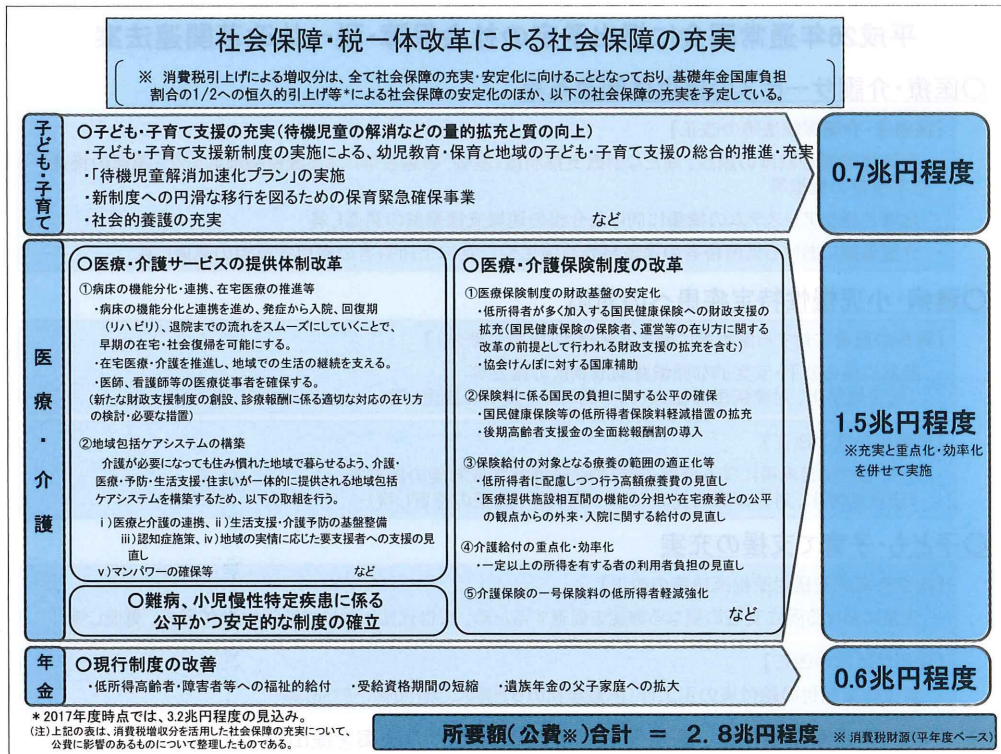
○被用者保険について

日本の被用者保険の保険料率は、医療保障を社会保険方式で運営しているフランスやドイツ等よりも低いことや、前述のとおり健保組合間で保険料率に大きな格差があること、その他被用者保険の状況等を踏まえ、被用者保険における共同事業の拡大に取り組むことも検討が必要

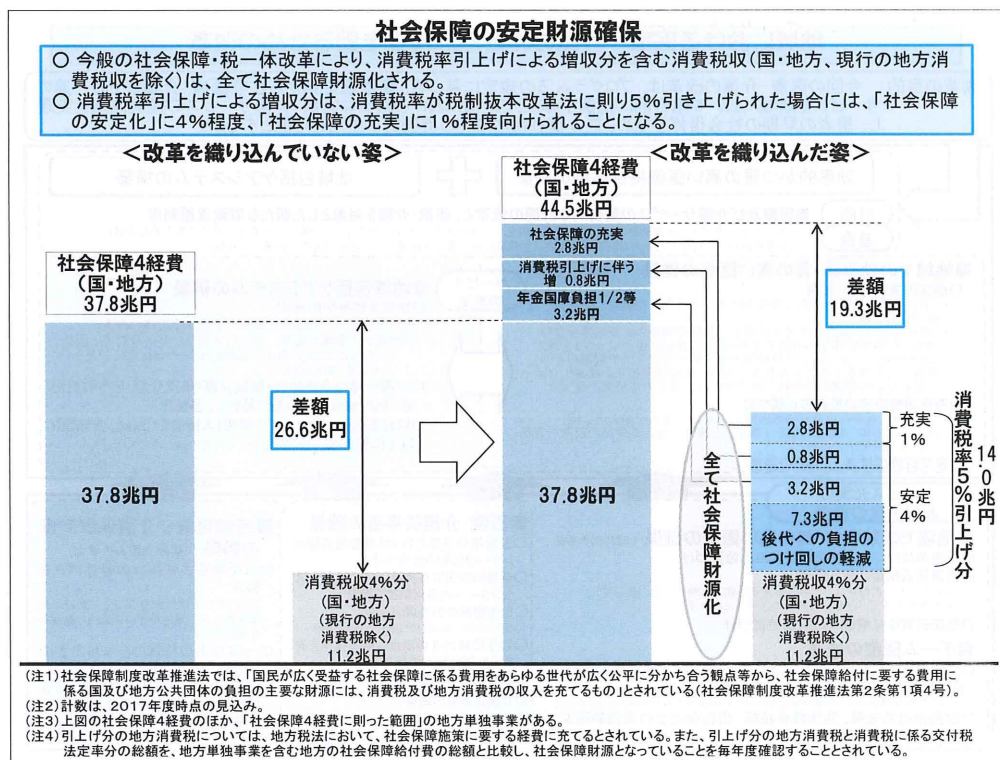
○後期高齢者医療制度は現行制度が定着

後期高齢者医療制度については、創設から既に5年が経過し、現在では十分定着していると考えられる。

図表 38



図表 39



図表 40

平成26年通常国会に提出予定の社会保障・税一体改革関連法案

○医療・介護サービスの提供体制改革等

【医療法・介護保険法等の改正】

- ・ 病床機能報告制度の創設、新たな財政支援制度（基金）の創設等による医療機能の分化・連携の推進、在宅医療の推進等
- ・ 地域包括ケアシステムの構築に向けた介護の地域支援事業の見直し等
- ・ 介護保険における低所得者の保険料軽減強化や一定以上所得者の利用者負担の見直し等

○難病・小児慢性特定疾患への対応

【難病の患者に対する医療等に関する法律案（仮称）（新法）】

- ・ 難病に係る公平・安定的な医療費助成制度の確立等（法定給付化、対象疾患の拡大（56→約300）、負担の見直し等）

【児童福祉法の改正】

- ・ 小児慢性特定疾患に係る公平・安定的な医療費助成制度の確立等（法定給付化、対象疾患の拡大（514→約600）、負担の見直し等）

○子ども・子育て支援の充実

【次世代育成支援対策推進法等の改正】

- ・ 企業における両立支援の更なる取組を促進するため、次世代法について期限の10年延長、見直し等

【雇用保険法の改正】

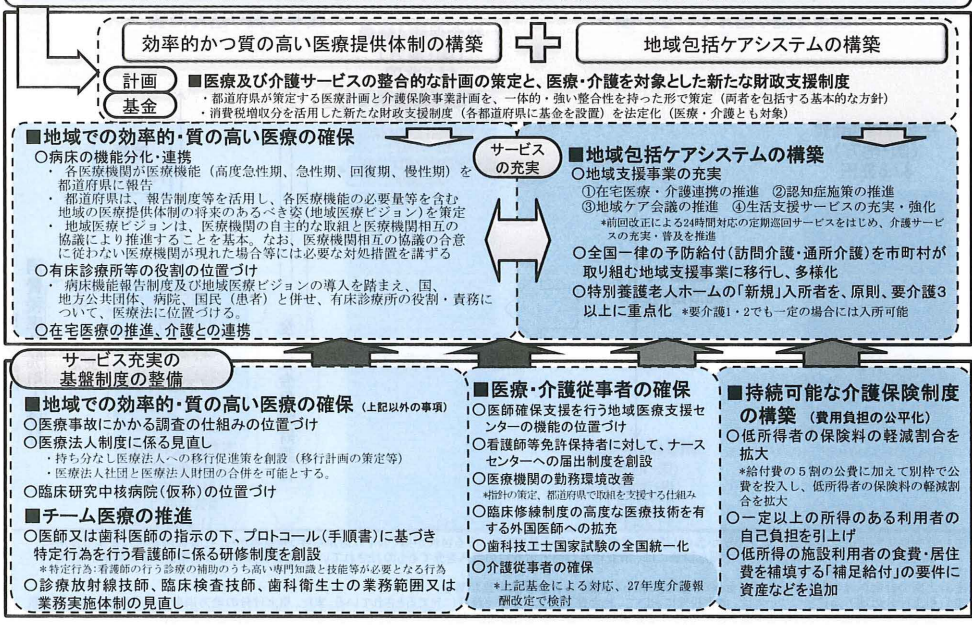
- ・ 育児休業給付の給付率の引上げ（休業最初の6月間につき50%→67%）等

※ 平成27年通常国会には、医療保険制度改革のための法案を提出予定。

図表 41

地域における医療・介護の総合的な確保を図るための改革

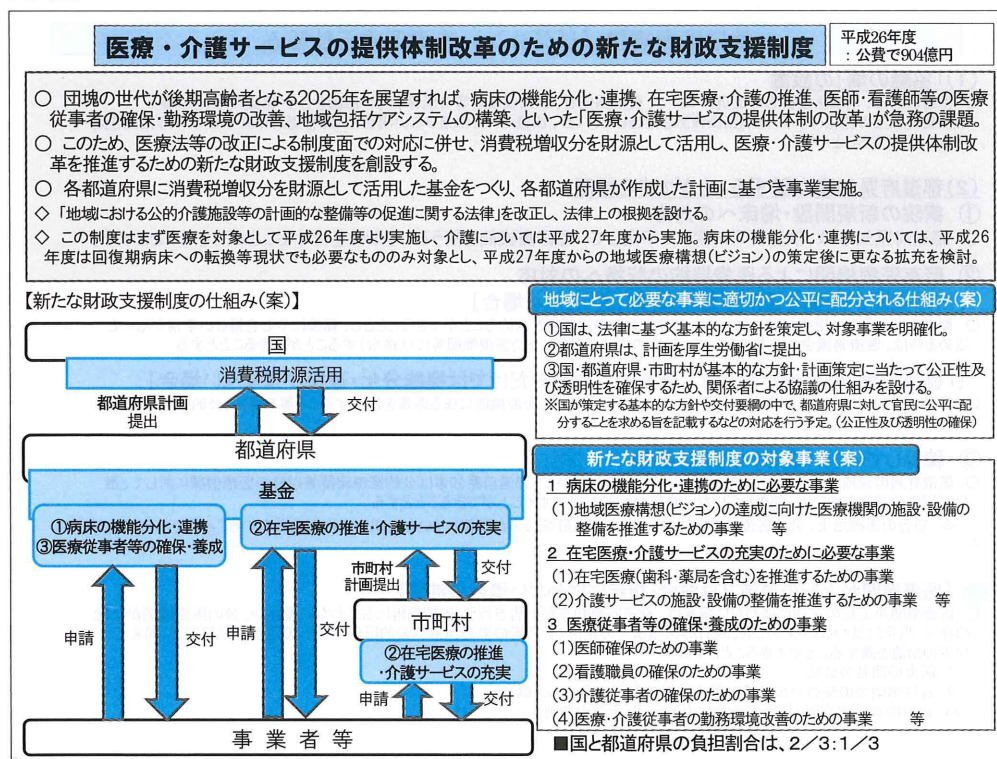
改革の目的： 今回の医療・介護の改革は、プログラム法の規定に基づき、**高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービスを地域において総合的に確保**することで地域における適切な医療・介護サービスの提供体制を実現し、患者の早期の社会復帰を進め、住み慣れた地域での継続的な生活を可能とすること



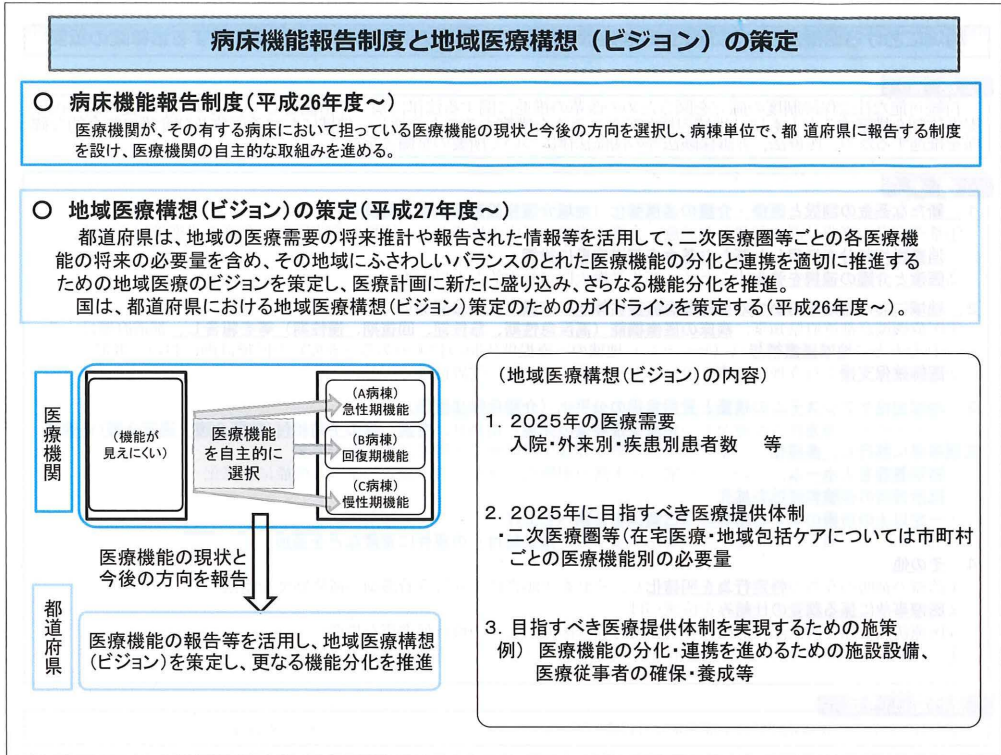
図表 42

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案の概要	
趣旨	持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。
概要	<p>1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）</p> <p>①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、消費増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置</p> <p>②医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定</p> <p>2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）</p> <p>①医療機関が都道府県知事に病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想（ビジョン）地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定</p> <p>②医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け</p> <p>3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）</p> <p>①在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化 ※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業</p> <p>②特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化</p> <p>③低所得者の保険料軽減を拡充</p> <p>④一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ（ただし、月額上限あり）</p> <p>⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加</p> <p>4. その他</p> <p>①診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設</p> <p>②医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ</p> <p>③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置</p> <p>④介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）</p>
施行期日（予定）	公布日。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

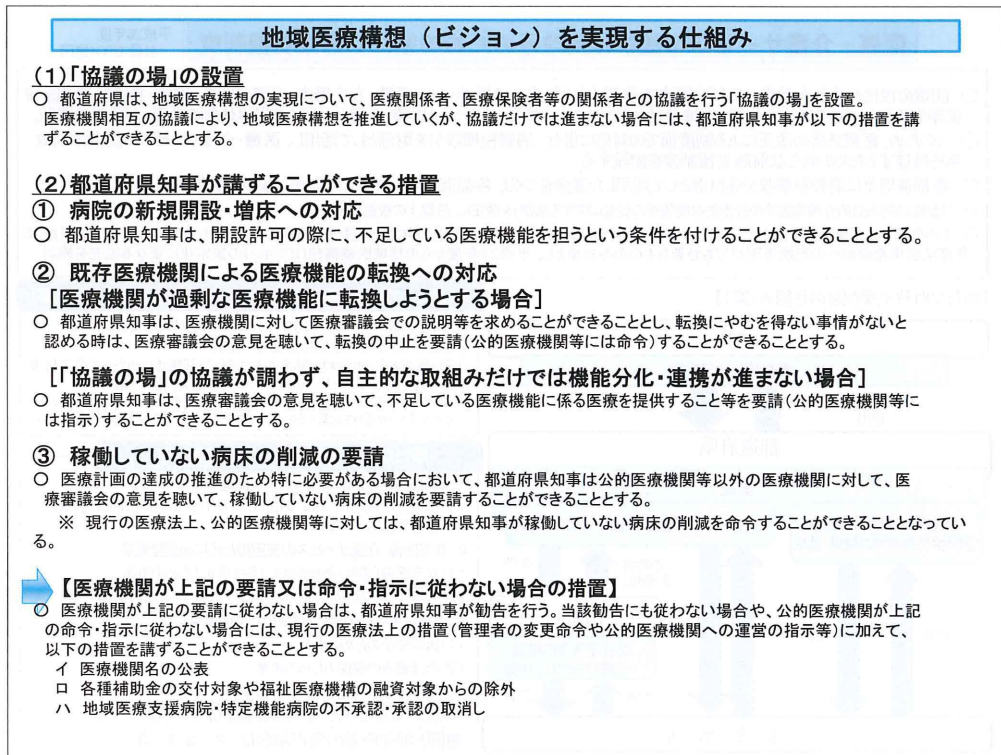
図表 43



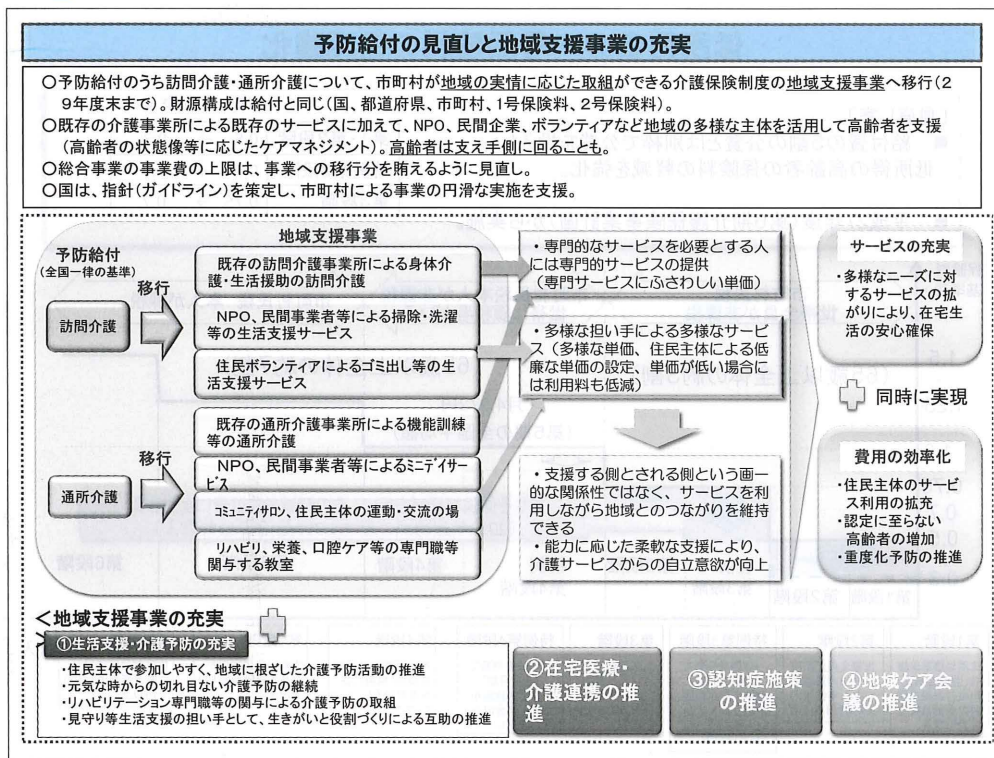
図表 44



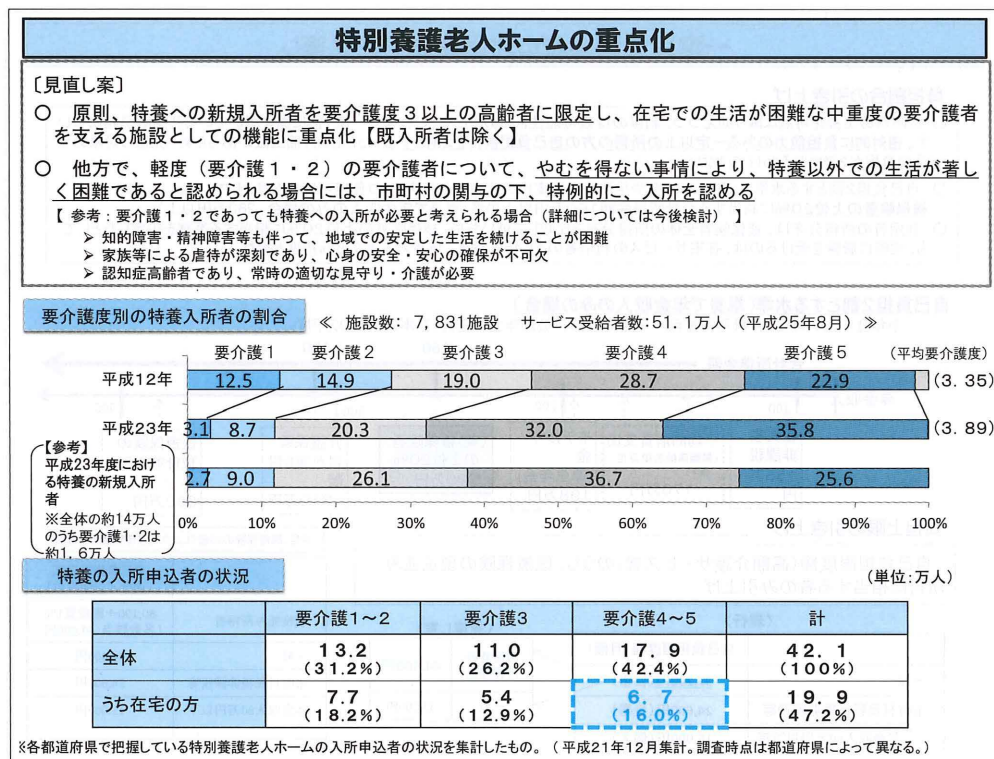
図表 45



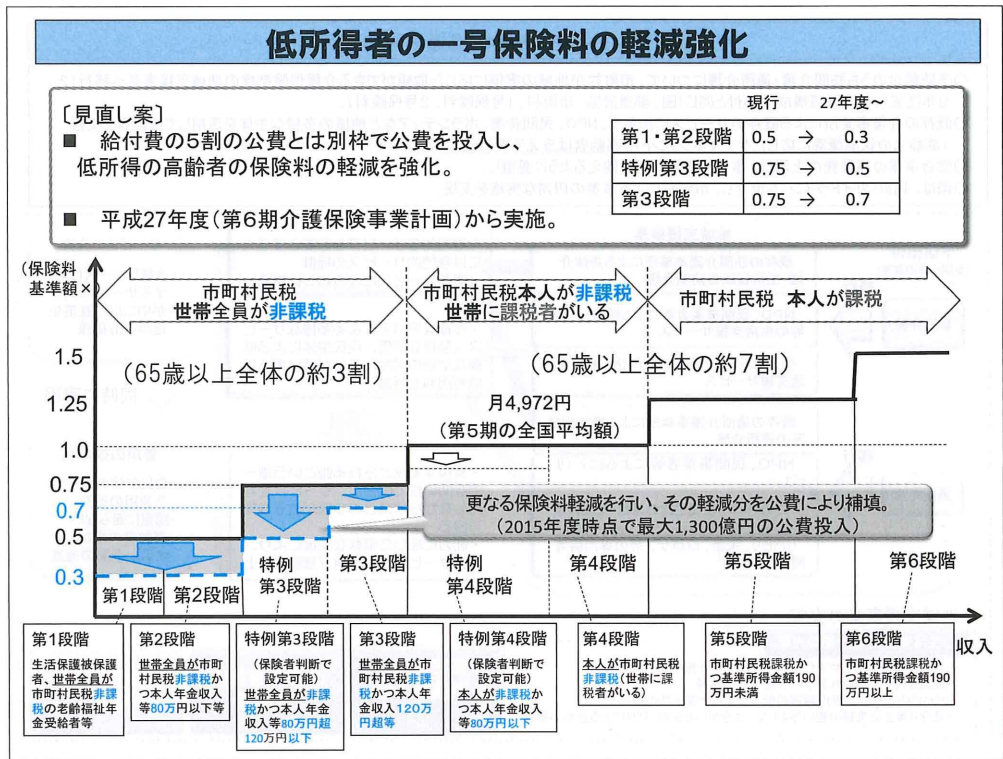
図表 46



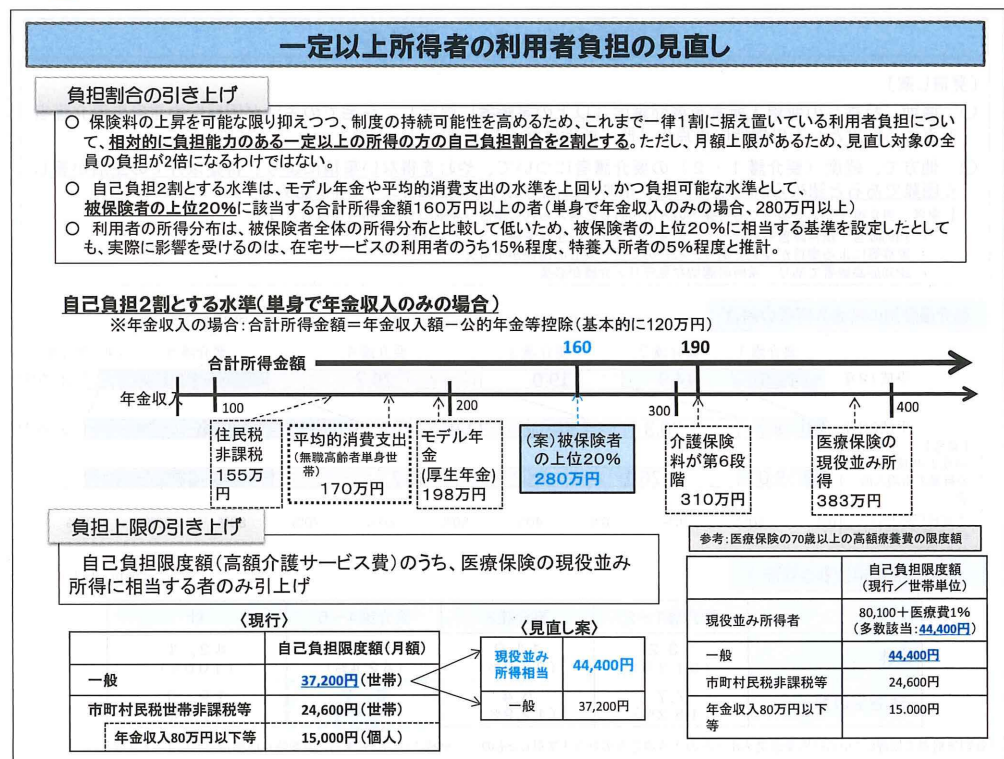
図表 47



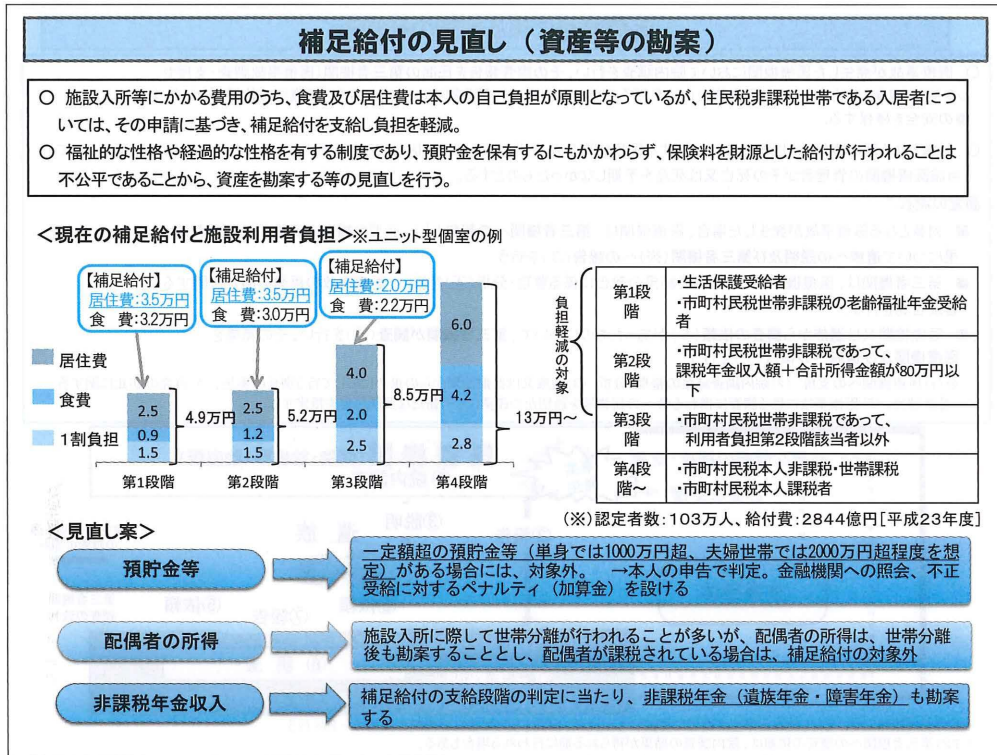
図表 48



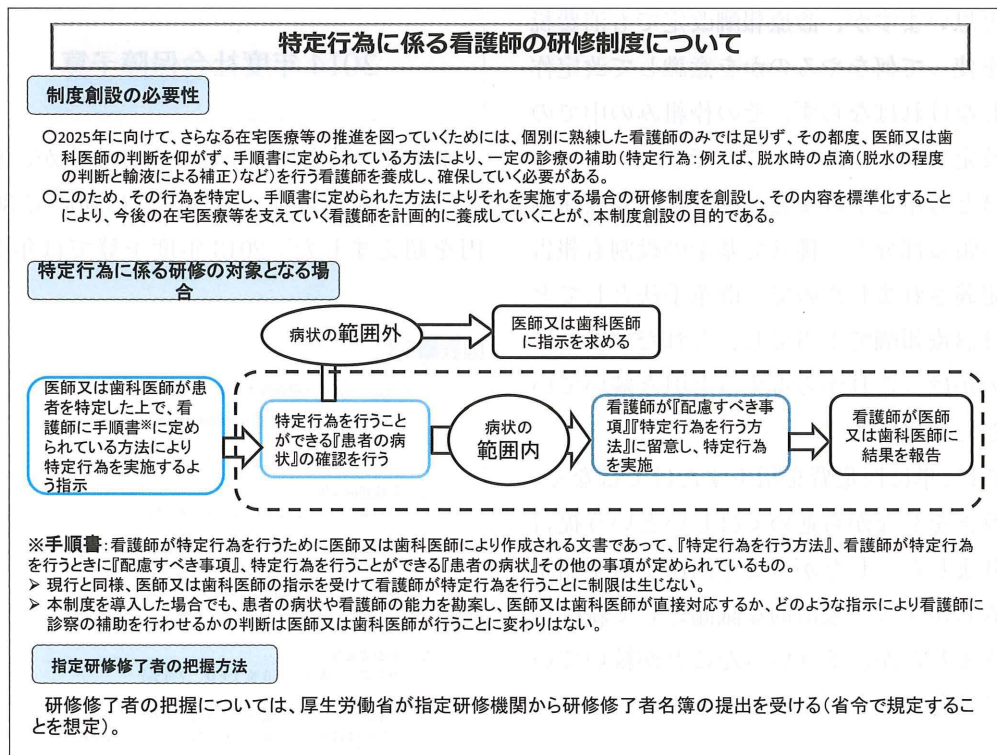
図表 49



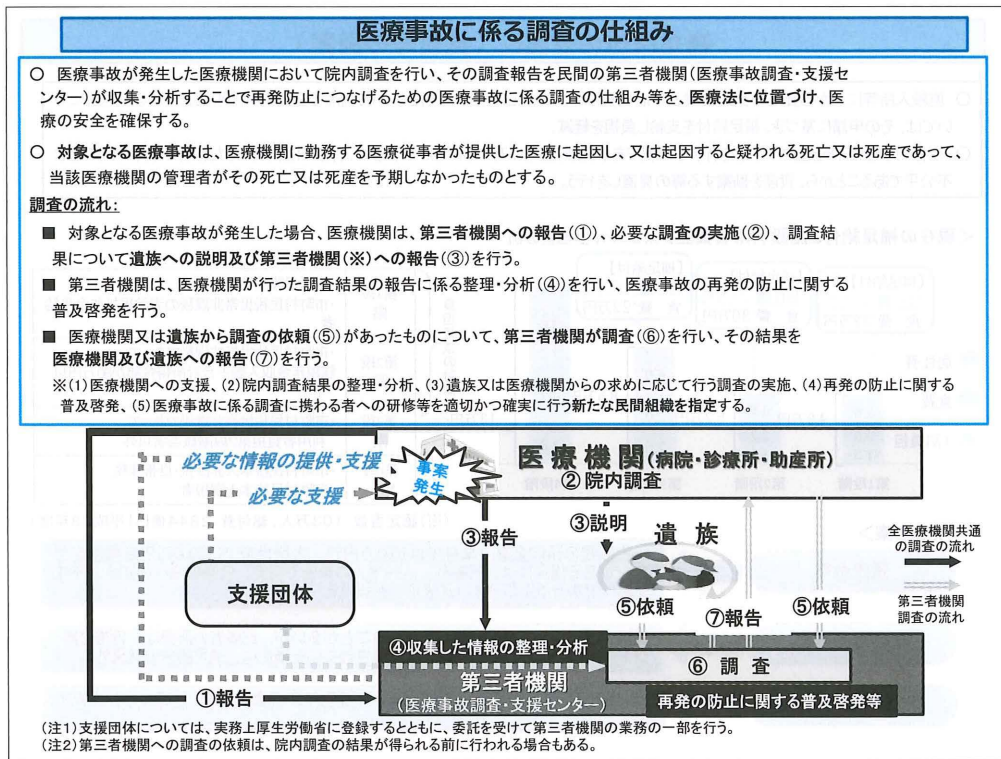
図表 50



図表 51



図表 52



回ると思いますが、診療報酬改定でも消費税財源を使って何をやるのかを意識して改定作業をしなければならず、その枠組みの中での初の改定であったということです。

先ほども申し上げましたように、診療報酬で引っ張る部分と、併せて基金の役割も報告書で定義されましたので、改革手法としてどれだけ診療報酬で手当てし、どれだけ基金に回すのかは、これからもずっと引き続いていく問題だと思います。

さらに、単に医療費を増やすだけではなく、体質改善をしながら進めてほしいという提言がありました。したがって今回は7対1病床の見直しがずっと象徴的な議論として続けられてきましたが、そういったことが続いていくのではないかと考えております。

2014 年度社会保障予算

来年度の社会保障予算であります。新聞などでも報道されているように初めて 30 兆円を超えました。2013 年度予算では年金と

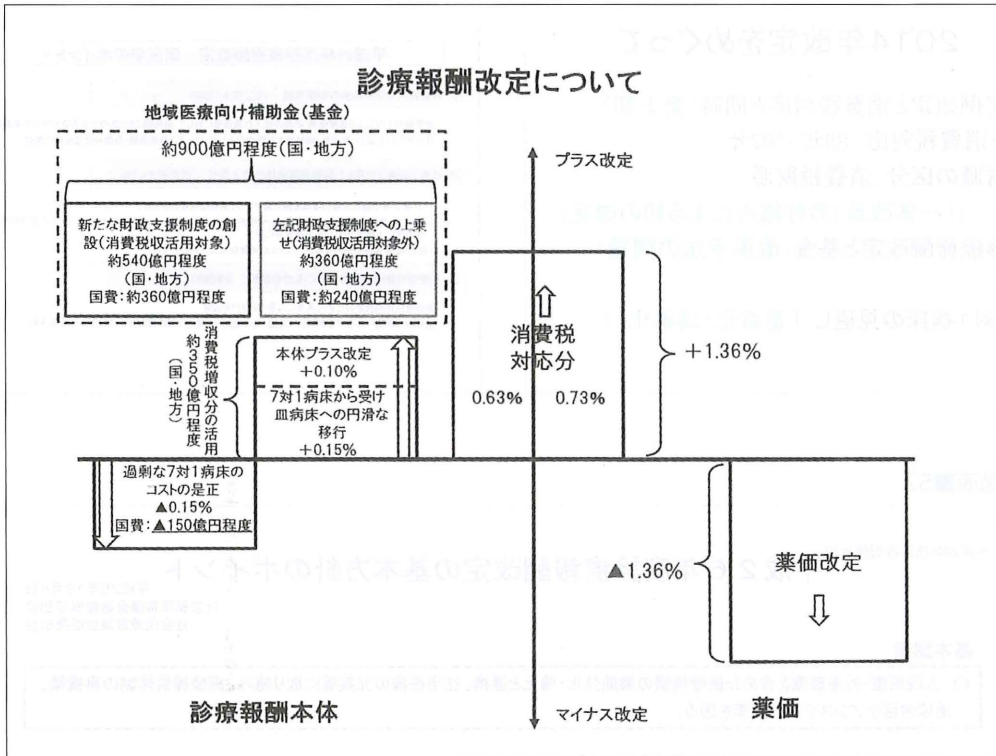
図表 53

平成 26 年度の診療報酬改定は、以下のとおりとする。

※ () 内は、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分

1. 診療報酬本体		
改定率	+	0.73% (+0.63%)
各科改定率	医科	+0.82% (+0.71%)
	歯科	+0.99% (+0.87%)
	調剤	+0.22% (+0.18%)
2. 薬価改定等		
改定率	▲	0.63% (+0.73%)
薬価改定	▲	0.58% (+0.64%)
材料価格改定	▲	0.05% (+0.09%)

図表 54



医療の国庫負担で同額でしたが、この4月からの2014年度予算の内訳を見ますと、先ほどの傾向を反映して、医療が年金の国庫負担を上回るということが起こっているのが特色の一つです(図表60)。

二つ目は、2014年度における「社会保障の充実」という表が厚生労働省で作られています(図表61)。この「社会保障の充実」は一つの言葉でして、先ほどの消費税で言えば、10%になったときに、引き上げられた5%のうち1%分を社会保障の充実に使うとされておりまして。その1%分は2014年度という5000億円に相当するお金です。その5000億円を何に配分しなければならないか

ということも、必ず問われるということになります(図表62)。

改革は続行するわけです。中医協に示された図に示されておりますように、2025年の医療・介護サービスのあるべき姿の実現に向けて、診療報酬、介護報酬、法律改正、医療計画の何度かの見直しを通じてこれを達成していくことであります(図表65)。今回は第一弾でございましたが、来年は医療保険の法律が出ることになっており、来年も、2年後も、ずっとそういったことが続いていくことになろうかと思えます。

時間がまいりました。私の説明は以上でございます。ご清聴、ありがとうございました。

図表■55

2014年改定をめぐって

- 定例改定と消費税対応と同時(史上初)
 - ・消費税対応 89年/97年
- 財源の区分:消費税財源
 - (「一体改革」の枠組みによる初の改定)
- 診療報酬改定と基金(改革手法の問題)
- 7対1病床の見直し(「重点化・効率化」)

図表■56

平成26年度診療報酬改定ー改定率のポイントー

① 消費税引上げ対応分の満額確保 改定率+1.38%

- ・消費税引上げによる医療機関・薬局の仕入れ負担増に対して、必要額(5600億円=改定率1.38%)を満額確保
- ・具体的には初診料・再診料・調剤基本料等の引上げにより、広く医療機関・薬局の経営安定に貢献

② 消費税財源を活用した診療報酬本体への上乗せ 改定率+0.1%

- ②-1 保険料等の国民負担の増加を極力避けつつ、消費税財源を活用して、0.1%のプラス改定
- ②-2 その際、急性期病床から受け皿病床へ円滑な移行を進めるため、経過期間(1年を予定)中の費用精算を診療報酬本体に上乗せ、+0.15%の改定率に相当
- ※ 医科・歯科・調剤の配分比率は、1:1.1:0.3 (消費税引上げ対応分を除く)

③ 医療提供体制改革のための基金の創設 900億円

- ・医療提供体制改革のための基金に公費900億円を確保
- ・全体的に民間への公平な取扱いに配慮。地域包括ケアを担う医療機関等への支援にも活用可能。

図表■57

平成26年度診療報酬改定

平成26年度診療報酬改定の基本方針のポイント

平成25年12月6日
 社会保障審議会医療保険部会
 社会保障審議会医療部会

基本認識

- 入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組み、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る。

重点課題

- 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等
 入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実 等

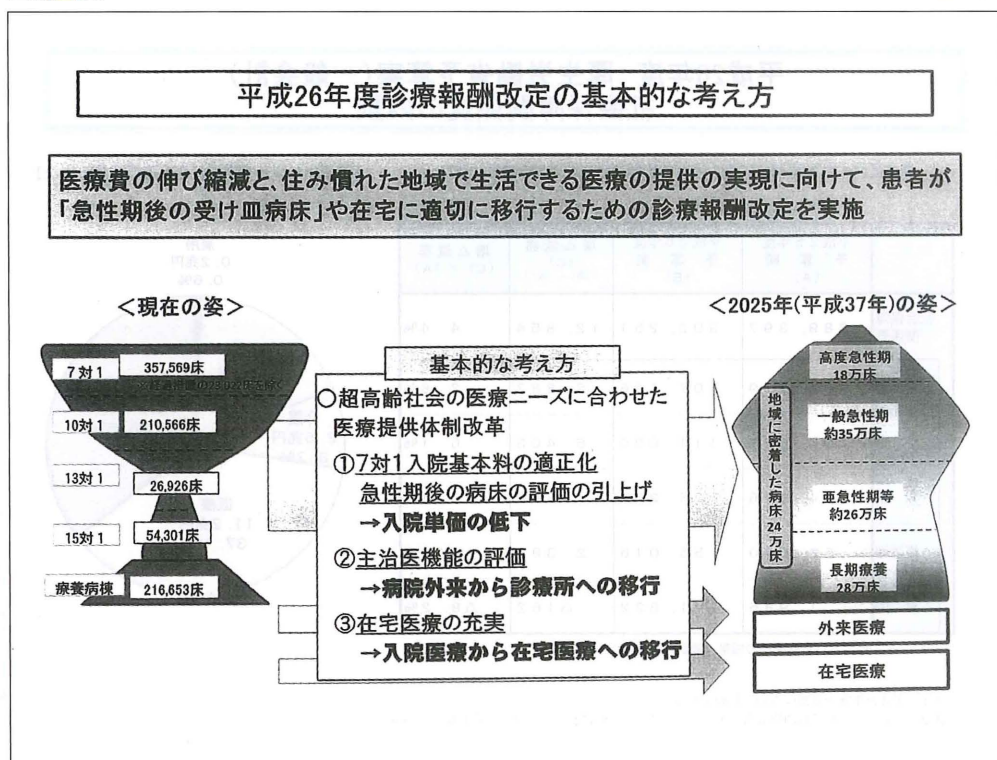
改定の視点

- 充実が求められる分野を適切に評価していく視点
 がん医療の推進、精神疾患に対する医療の推進 等
- 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点
 医療安全対策の推進等、患者データの提出 等
- 医療従事者の負担を軽減する視点
 医療従事者の負担軽減の取組、救急外来の機能分化の推進、 等
- 効率化余地がある分野を適正化する視点
 後発医薬品の使用促進 等

将来に向けた課題

超少子高齢社会の医療ニーズに合わせた医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築については、直ちに完成するものではなく、平成26年度診療報酬改定以降も、引き続き、2025(平成37)年に向けて、質の高い医療が提供される診療報酬体系の在り方の検討も含め、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組んでいく必要がある。

図表 58

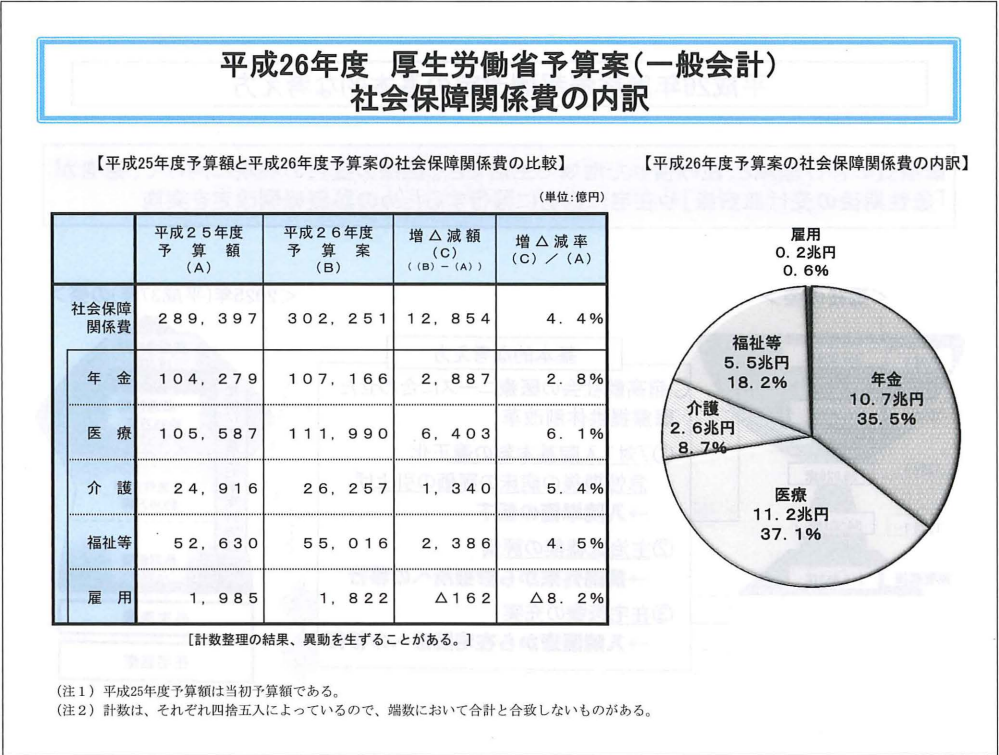


図表 59

14年度診療報酬改定のポイント

- 1 消費税率8%の引上げへの対応
- 2 入院の機能分化
- 3 外来の機能分化
- 4 在宅医療の充実
- 5 歯科医療の推進
- 6 的確な投薬管理・指導の推進
- 7 がん、精神疾患、認知症、救急医療、小児医療等

図表 60



図表■62

社会保障予算の充実

- 社会保障予算の充実として、5000億円を計上
- 子ども・子育て：3000億円
- 医療・介護：2000億円
→提供体制：900億円→診療報酬：350億円

図表■64

社会保障制度改革国民会議報告書 ～確かな社会保障を将来世代に 伝えるための道筋～

2013年8月6日

図表■63

平成26年度の社会保障の充実・安定化について

- 消費税率引上げによる増収分は、全て社会保障の充実・安定化に向ける。
- 社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成を目指す観点から、平成26年度の増収額5兆円^(※)については、
 - ①まず基礎年金国庫負担割合2分の1に2.95兆円を向け、
 - ②残額を満年度時の
 - ・「社会保障の充実」及び「消費税率引上げに伴う社会保障4経費の増」と
 - ・「後代への負担のつけ回しの軽減」
 の比率（概ね1：2）で按分した額をそれぞれに向ける。

※ 消費税については、国の会計年度と、消費税を納税する者の事業年度が必ずしも一致しないこと等により、段階的な増収となる。

〈26年度消費税増収分の内訳〉

《増収額計：5兆円》

- 基礎年金国庫負担割合2分の1
(平成24年度・25年度の基礎年金国庫負担割合2分の1の差額に係る費用を含む)

2.95兆円

- 社会保障の充実
 - ・子ども・子育て支援の充実
 - ・医療・介護の充実
 - ・年金制度の改善

0.5兆円

- 消費税率引上げに伴う社会保障4経費の増
 - ・診療報酬、介護報酬、子育て支援等についての物価上昇に伴う増

0.2兆円

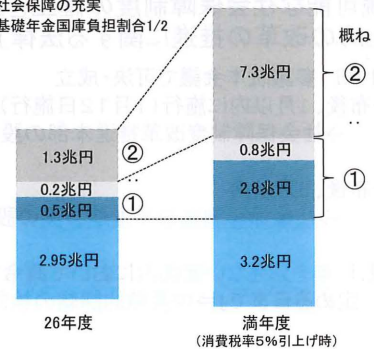
- 後代への負担のつけ回しの軽減
 - ・高齢化等に伴う自然増を含む安定財源が確保できていない既存の社会保障費

1.3兆円

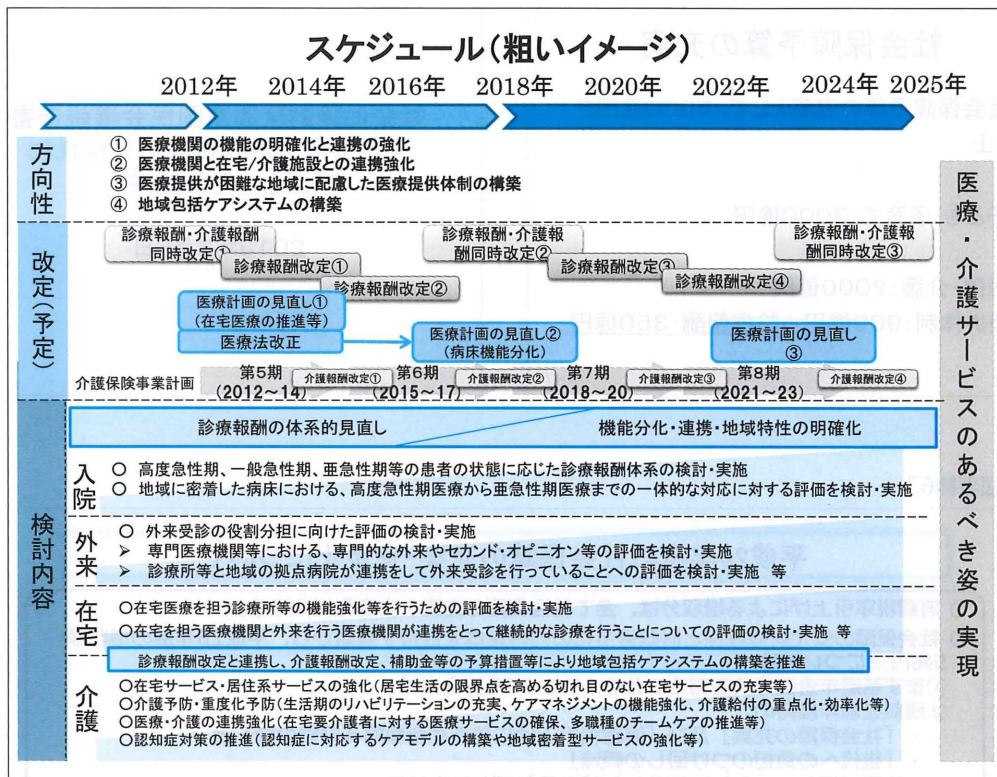
(注) 金額は公費(国及び地方の合計額)である。

(参考) 算定方法のイメージ

- 後代への負担のつけ回しの軽減
- 消費税率引上げに伴う社会保障4経費の増
- 社会保障の充実
- 基礎年金国庫負担割合1/2



図表 65



図表 66

「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」

○12月5日 参議院本会議で可決・成立

・公布後、1月以内に施行(1月12日施行)
→社会保障制度改革推進本部の設置

・公布後、6月以内
→**社会保障制度改革推進会議**の設置

○期限:「5年を超えない範囲内において政令で定める日まで」→**中長期的課題の検討**