



2017

高齢者負担増、介護保険の改悪



2018

改悪が本格的に進められる



2020

2020年まで集中改革期間

2025

病床機能の再編・病床数の削減へ

学習パンフのポイント

- ① いま国がすすめている「医療費適正化計画」(国の医療費削減)の本質を知る
- ② 進行中の医療・介護政策の全体像をつかむ
- ③ 供給体制と給付削減がどのように行われるか
- ④ 私たちはどのように行動(運動)するべきか

# 政府の医療・介護の 一体改革 全体像

国(行政)は医療費削減を政策の大目標にし、2008年から「医療費適正化」計画を作成。厚労省が具体的削減数値や手順を定め5年ごとに成果を見直していく計画です。2012年以降、実施のスピードを上げるため、社会保障制度の理念を変え、供給体制、給付削減を進める法案が次々と成立してきました。

## 医療費適正化計画の本質は・・・ A (P.15)

- 1 医師(数)をこれ以上増やさないこと
- 2 病院の病床(ベッド数)を減らすこと
- 3 医療機関へのアクセス(かかりやすさ)を抑制(制限)すること(かかりにくくする)
- 4 「保険制度」を変更して、医療は県へ、介護は市町村へその給付の管理を押し付けた

消費税8%に増税閣議決定  
社会保障の充実を名目に実施されたが、8%化で増税した8.2兆円のうち、社会保障充実に回されたのはわずか16%(1.35兆円)。

- 2012年
- 社会保障制度改革推進法(8月) B (P.16)
  - 社会保障・税一体改革大綱 閣議決定(2月) C (P.17)

## 社会保障制度の理念が変えられる

- 社会保障が「国の責任」から「家族や国民相互の助け合い」へ(自助・共助が前提)
- 産業化することで営利の対象に
- 「社会保障の充実・安定化」を看板に消費税を増税

2013年

## 社会保障改革プログラム法(12月) D (P.18)

## 社会保障制度改革国民会議 最終報告(8月)

## 社会保障解体への道が具体的に

- 「自助・自立」をうたい、国が公的責任を放棄
- 実施時期と関連法案の国会提出時期の目途がまとめられた

2014年

## 医療介護総合確保推進法(6月) E (P.19)

## 医療法改正 介護保険法改正(6月)

## 医療から介護、入院から在宅へ

- 病床機能の再編(川上の改革)  
「病床機能報告制度」「診療データ」による必要病床数の推計
- 地域包括ケアの構築(川下の改革)  
「自助」「互助」中心のシステム(自己責任(本人)、連帯責任(家族)、共同責任(地域))の構築
- 人員・職能の見直し=医療行為実施者の拡大  
介護職による医療行為の容認、看護師に対し「特定行為に係る研修制度」の導入

2015年

## 医療保険制度改革関連法(5月) F (P.19)

## 医療費削減の主体を都道府県へ

- 入院時食事代の段階的引き上げ
- 患者申出療養の創設など

2015年

## 医療保険制度改革

- 国民健康保険の都道府県単体化

2014年

## 介護保険制度改革

- 介護から市場・ボランティアへ
- 「4つの切り捨て」による給付削減と負担増
  - 介護は「社会化」から「自己責任」に

## 保険制度改革

## 医療提供体制の改革

「川上」から「川下」へ

## 行政用語の読み方

- 医療費の「適正化」 → 費用削減
- の「重点化」 → 対象限定
- の「効率化」 → 費用削減

この「キーワード」に  
要注意!

2025年

## 医療費削減の「恒常的執行体制」の確立

団塊世代の700万人が75歳以上の後期高齢者となる年度に合わせ、医療・介護ともに患者負担割合の引き上げと制度の大改悪へ。

2018年

## 改悪の本格化が進められる

- 診療報酬、介護報酬 改定【国】
- 第3期医療費適正化計画 策定【都道府県】
- 第7期保健医療計画 策定【都道府県】
- 第7期介護保険事業計画 策定【市町村】

2017年

## 「地域共生型サービス」の枠組みが変えられる G (P.20)

- 「共生型サービス事業所」の創設
- ## 介護保険法改正
- 地域包括ケアシステムの強化のための介護保険等の一部を改正する法律
- 31本の法律を一括改正  
現役並み所得者の利用料を3割へ引き上げ他、具体策は政省令で

2017年

## 「第7次医療計画」に反映

2015年

## 地域医療構想の策定

2014年

## 「病床機能報告制度」の策定

2020年までに  
財政の健全化を図る

集中改革期間

見える化

医療費の「適正化」

2015年 I (P.22)

財務省「改革工程表」  
(2013年のプログラム法を補強したもの)

骨太方針2015 閣議決定 H (P.21)

財務省は、社会保障費の増大を財政赤字の一因とし、3年間の集中改革期間で社会保障の「自然増」を1.5兆円に圧縮することを提言。

骨太方針2014

2014年度の社会保障給付費112.1兆円のうち、約32%の36.3兆円が医療給付費にあたる。政府は、2025年には54兆円に増加すると試算。これを「適正化」という名目で、都道府県に医療費の支出目標を設定、削減を促している。「地域医療構想」による病床機能の再編・削減と合わせ、医療費削減を競わせ、給付費を抑制するシステムの確立をめざす。

経済・財政の一体改革

財務省・経産省主導(民間市場開放による成長戦略)

社会保障と税の一体改革

厚労省主導

# 大がかりで抜本的な医療・介護の制度改革

集中改革期間

※赤文字は今後、検討される課題(2017年6月現在)

		2014	2015	2016	2017	2018	2019	
		4月消費税増税(5%→8%)					10月消費税増税(8%→10%)	
MEDICAL 医療制度	医療供給体制	総合確保方針 保健医療計画の見直し 病床機能制度の創設 地域医療構想の策定=必要な病床の適切な区分の設定、都道府県知事の役割強化 新たな財政支援制度(新基金)の創設 医療法人間の合併、権利移転に関する制度等の見直し 地域医療支援センターの機能の明確化、医師、看護職員等の確保支援等 看護師の特定医療行為に係る研修制度新設 医療事故に係わる調査機関の創設	総合確保方針 報告制度:10月施行	第6期保健医療計画(2013年度~2017年度) ※以降、毎年実施 4月施行:国のガイドライン提示	第6期保健医療計画(2013年度~2017年度) 全都道府県で構想作成(第6期保健医療計画に反映)	第7期保健医療計画(2018年度~2023年度)	第7期保健医療計画(2018年度~2023年度)	
	医療費適正化計画	医療費適正化計画 診療報酬の見直し・改定 国保の都道府県単位化 国保の財政支援の強化 国保の財政運営の都道府県化、市町村との役割分担 協会けんぽ財政支援措置	実質▲1.260%	第2期適正化計画(2013年度~2017年度) 市町村	第2期適正化計画(2013年度~2017年度) 市町村	第3期適正化計画(2018年度~2023年度) 約3,400億円支援	第3期適正化計画(2018年度~2023年度) 約3,400億円支援	
	医療保険制度	国保及び後期高齢者医療制度の低所得者の保険料負担の軽減(5割・2割軽減の拡充) 被用者保険者に係る後期高齢者支援金を全て総報酬割 所得水準の高い国保組合の国庫補助の見直し 国保保険料の賦課限度額及び被用者保険の標準報酬月額の上限額引き上げ 外来・入院に関する給付の見直し	5割軽減:33万円+24.5万円*人数 2割軽減:33万円+45万円*人数 1/3総報酬割 国庫補助率	5割軽減:33万円+26万円*人数 2割軽減:33万円+46万円*人数 1/2総報酬割 32%	5割軽減:33万円+26.5万円*人数 2割軽減:33万円+48万円*人数 2/3総報酬割	5割軽減:33万円+27万円*人数 2割軽減:33万円+49万円*人数	※以降、未定 3/3総報酬割(全面総報酬割) 5年間で段階的に減額・見直し	※以降、未定 3/3総報酬割(全面総報酬割) 5年間で段階的に減額・見直し
	医療保険制度	被用者保険標準月額の等級引き上げ 被用者一般保険料上限引き上げ 国保賦課限度額の引き上げ	全47等級 1000分の 上限年間81万円	(上限121万円) 120 上限年間85万円	全50等級へ(上限139万円に引き上げ)⇒賞与分合わせて年間540万円⇒573万円へ引き上げ 1000分の130 上限年間89万円	全50等級へ(上限139万円に引き上げ)⇒賞与分合わせて年間540万円⇒573万円へ引き上げ 1000分の130 上限年間89万円	※当面、上限年間89万円に据え置きし、要検討	※当面、上限年間89万円に据え置きし、要検討
	医療保険制度	外来:紹介状なしに大病院(500床以上)に受診時の定額負担金導入 外来:かかりつけ医以外に受診した場合の定額負担 入院:一般所得の入院時食事療養費の見直し(低所得、難病・小児特定疾患除く) 入院:65歳以上療養病床・医療区分Ⅰの入院時生活療養費の見直し 入院:65歳以上療養病床・医療区分ⅡⅢの入院時生活療養費の見直し 70歳~74歳の2割負担化(5年かけて完全実施) 75歳以上の2割負担化	一食260円 一日320円 70歳	一食260円 一日320円 0円 70歳~71歳	一食360円 10月~一日370円 10月~一日200円 70歳~72歳	一食360円 10月~一日370円 10月~一日200円 70歳~73歳	一食460円 一日370円 一日370円 70歳~74歳(全員)	一食460円 一日370円 一日370円 70歳~74歳(全員)
	医療保険制度	高額療養費の見直し(高所得者引き上げ) 70歳以上、(第1段階)限度額の引き上げ、一般区分の限度額(世帯)の多数回該当を設定。 (第2段階)現役並み所得区分の細分化と限度額の引き上げ、一般区分の外来上限の引き上げ	現役並み外来44,400円、 一般区分12,000円、 世帯限度額44,400円	現役並み外来44,400円、 一般区分12,000円、 世帯限度額44,400円	(8月)現役並み外来57,600円、 一般区分14,000円<年間上限14,400円)、 世帯限度額57,600円(多数回該当44,400円)	(8月)現役並み所得3区分に細分化と限度額の引き上げ(世帯合算のみ)80,100円+1%、 167,400円+1%、252,600円+1%。一般区分外来18,000円(年間上限14,400円)、 世帯合算57,600円(多数回該当44,400円)	(8月)現役並み所得3区分に細分化と限度額の引き上げ(世帯合算のみ)80,100円+1%、 167,400円+1%、252,600円+1%。一般区分外来18,000円(年間上限14,400円)、 世帯合算57,600円(多数回該当44,400円)	(8月)現役並み所得3区分に細分化と限度額の引き上げ(世帯合算のみ)80,100円+1%、 167,400円+1%、252,600円+1%。一般区分外来18,000円(年間上限14,400円)、 世帯合算57,600円(多数回該当44,400円)
	医療保険制度	後期高齢者医療保険料軽減特例の見直し⇒特例の原則廃止と激変緩和 ①低所得者特例の見直し(所得割:H29年2割軽減、H30年本則(軽減なし)、 均等割:当面存続(介護保険料軽減の拡充、年金生活者支援給付金の支給と合わせて見直す) ②元被扶養者特例の見直し(所得割:当面賦課せず、開始時期要検討、均等割:所得区分により特例を年次見直し。 9割軽減特例の継続、8.5割軽減特例、7割軽減特例、5割軽減、2割軽減、軽減特例なしの新設)	所得割:5割軽減特例、 均等割:9割軽減特例、8.5割軽減特例	所得割:5割軽減特例、 均等割:9割軽減特例、8.5割軽減特例	所得割:2割軽減特例 均等割:9割軽減特例、8.5割軽減特例	所得割:軽減なし、 均等割:9割軽減特例、8.5割軽減特例	所得割:軽減なし、 均等割:9割軽減特例、8.5割軽減特例	所得割:軽減なし、 均等割:9割軽減特例、8.5割軽減特例
	医療保険制度	患者申出療養の創設 難病及び小児特定疾患の医療費助成の確立 子ども医療費窓口無料国保減額措置の見直し スイッチOTC化された医薬品の保険外し 医療費適正化の進捗状況等を踏まえた診療報酬の特例の活用 金融資産等を考慮に入れた負担を定める仕組みの医療保険への導入(入院時療養費用の適用)	5月法律成立	1月施行⇒7月難病指定	4月施行⇒実施へ	4月施行⇒実施へ	4月施行:未就学児まで適応 2018年度末までに検討	2018年度末までに検討 2018年度末までに検討
	医療+介護	高額介護合算療養費制度の見直し=70歳以上:現役並み所得(年収370万円以上)の細分化と引き上げ	年間67万円	年間67万円	年間67万円	年間67万円	年間67万円	年間67万円

# 「切れ目のない医療・介護サービス」

## その狙いは…

これまでも政府は、社会保障費の削減を目的とし、医療機関・介護施設から在宅への流れを推進してきました。そのために2014年には「医療・介護総合確保法」を施行、報酬改定による在宅への誘導など行ってきました。そして2018年度は、診療報酬・介護報酬のダブル改定のみならず、「第3期医療費適正化計画(県)」「第7期保健医療計画(県)」「第7期介護保険事業計画(市町村)」がスタートする、今後の医療・介護施策において大きな節目の年です。

	国		都道府県		市町村
	診療報酬	介護報酬	医療費適正化計画	保健医療計画	介護保険事業計画
2012年度	改定	改定	第1期	第5期	第5期
2013年度			第2期	第6期	
2014年度	改定				
2015年度		改定			
2016年度	改定		第3期	第7期	第6期
2017年度					
2018年度	改定	改定	第3期	第7期	第7期
2019年度					
2020年度	改定				
2021年度		改定	第8期	第8期	
2022年度	改定				
2023年度					

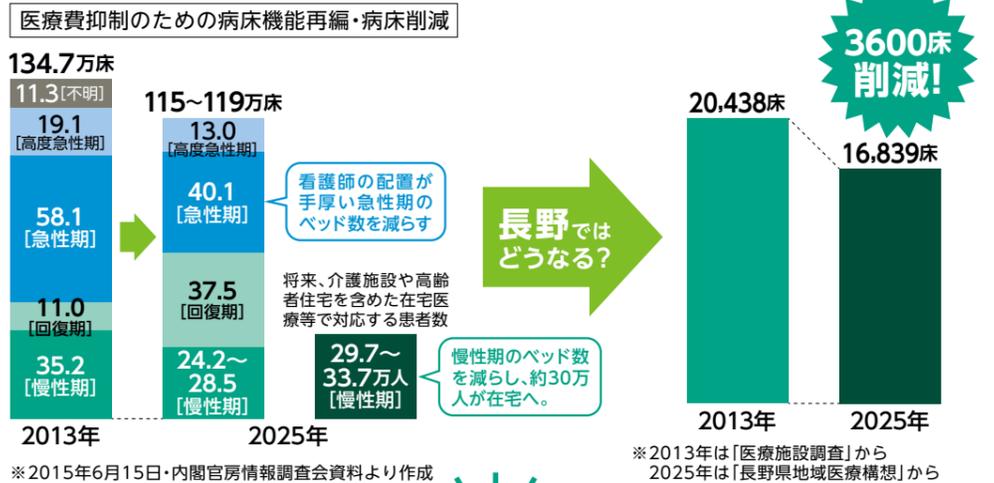
川上の改革

### 医療から介護へ

#### 入院できなくなる「地域医療構想」

2014年度から、有床医療機関は、その病床機能を都道府県に報告することを義務付けられました(病床機能報告制度)。都道府県は報告をもとに2025年に向け、病床機能の再編、機能ごとに必要な病床数を推計した「地域医療構想」をまとめます。

しかし、その実態は、医療費抑制のため病床数を削減し、安価な在宅医療・介護へと慢性期患者を誘導する仕組みづくりです。



報酬改定でも!

■在宅へ誘導を図る「報酬改定」  
2016年診療報酬改定では、前回改定で進められた急性期病棟の削減をさらに推し進め、退院支援にかかわる加算を重層化、急性期から慢性期に至るまで「在宅へ」の流れが強化されました。2018年の診療報酬・介護報酬改定でもその流れは変わらず、報酬を抑制し、サービス対象者の更なる選別を行うことが検討されています。

#### 地域医療の崩壊を招く「新専門医制度」

2018年4月から開始をめざす「新専門医制度」では、専門研修基幹施設の認定基準を引き上げ、大学や大規模病院などを推奨しています。その結果、研修施設のある都市部に医師が集中し、地域医療の崩壊につながりかねません。

「共生型サービス」の新設

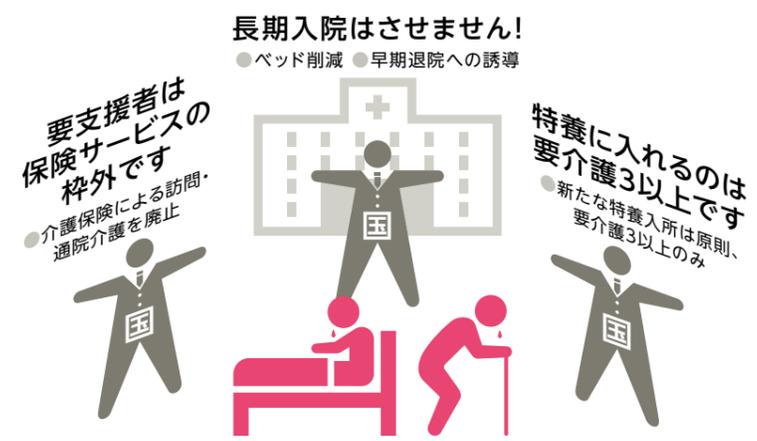
■「共生型サービス」で、めざすは公的福祉の縮小  
2018年4月から、高齢者と「共生型サービス」の創設が「事・丸ごと」地域共生社会住民の活動(互助)に移し替の包括化への第一歩を踏

川下の改革

### 介護から市場・ボランティアへ

#### 国の責任をまるなげ「地域包括ケアシステム」

要支援1、2の訪問介護・通所介護が介護保険から外され市町村事業に移行、2015年には特別養護老人ホームの入所者を要介護3以上に限定するなど軽度者に対する保険外しが進められています。



国は、地域で医療や介護が受けられる「地域包括ケア」を市町村が中心になってつくるといいますが、本当の狙いは、高齢化に伴い増大する医療費・介護給付費を徹底的に削減、足りない分は家族の力や地域の助け合い、自費で民間サービスを利用する仕組みづくりです。



在宅医療難民  
介護難民  
入院難民  
の深刻化



# 止まらない 社会保障費の 給付削減

社会保障費をめぐる政府の方針は、当初「社会保障の充実・安定化」を看板に、消費税を増税することで財源をまかなうとする厚労省主導の「社会保障と税の一体改革」として進められました。

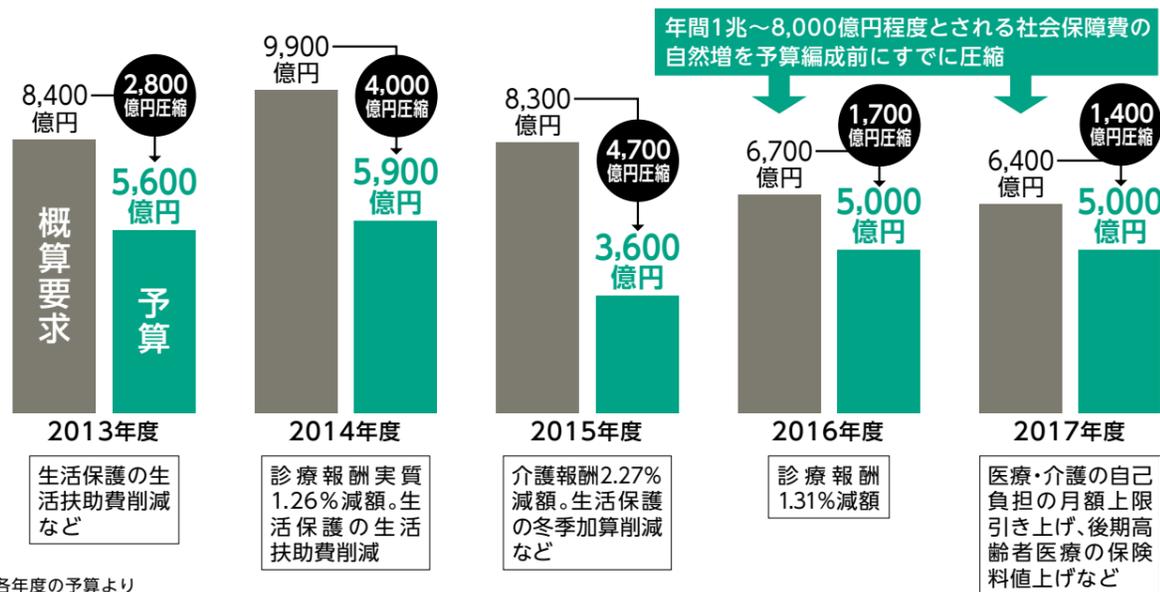
しかしその後、財政を圧迫する最大の要因は社会保障費の増加にあるとして、「経済・財政の一体改革」が財務省から打ち出されます。

2013年に成立した「社会保障改革プログラム法」で定められた改革工程表と骨太方針2015に基づいて、社会保障費の容赦ない削減が続けられています。

## 財政優先の「経済・財政の一体改革」

財務省は「骨太方針2015」の中で「経済・財政再生計画」を策定し、2016年度～2018年度の3年間で社会保障関係費の「自然増」を1.5兆円に抑える方針を打ち出しました。「自然増」とは、高齢者の増加や医療技術の進歩などに伴い、制度を変えなくても増えていく不可欠な費用です。それを抑制するということは、制度が後退へ向かうことに他なりません。

### 社会保障費「自然増」5年間で3.45兆円削減

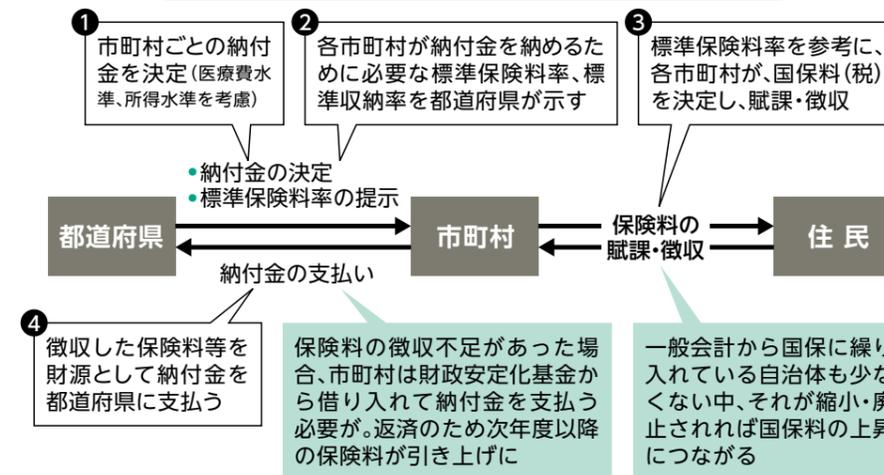


財務省 各年度の予算より

## 「国保の都道府県単位化」その目的は？

政府は2018年4月から、国民健康保険料の財政運営の主体を市区町村から都道府県へ移行することを決定しました。医療給付費の大部分を占める国保を都道府県単位化し、医療費と保険料をリンクさせ、医療費削減を強制することが最大の目的です。保険料の引き上げが各地で検討され、実施後の受診抑制が心配されています。

### 国民健康保険料(税)の賦課、徴収の仕組み(イメージ)



### 長野では どうなる？

現在でも、短期保険証のうち1カ月期限の超短期保険証の発行率が21.8%と高い長野県。市町村が都道府県から高い納付金額を設定されれば、保険料の引き上げや徴収が強化され、滞納者が増加。短期保険証の交付により医療難民がさらに増える危険性が…。

給付削減

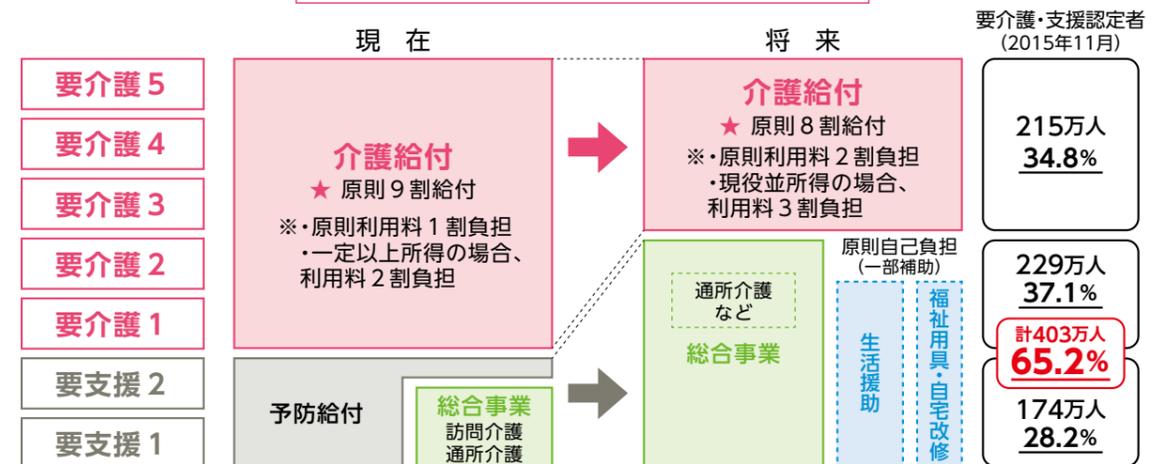
## 「保険あって介護なし」——次々に行われる給付削減

2014年の介護保険法改正によって、介護保険の「4つの切り捨て」など、介護保険制度の給付の枠を超えたこれまでにない一連の大改悪が行われました。今後さらに「被保険者の範囲の拡大(年齢の引き上げ)」「ケアマネジメントの利用者負担の導入」さらには「要介護1・2の保険外し」まで検討されています。

### 4つの切り捨て

- 1 一定所得以上の利用料引き上げ… 1割 → 2割
- 2 予防給付の見直し  
…要支援1・2の訪問介護と通所介護の保険外し
- 3 特養の機能の重点化…入所要件を原則要介護3以上
- 4 補足給付の要件厳格化  
…低所得の入居者の居住費・食費の制限

### 給付の抑制と重点化による介護保険の将来像



財務省(財政制度等審議会)「平成28年度予算の編成等に関する建議」より作成

# 負担増ラッシュ その①

「経済の再建」の名のもとに、大企業優遇・防衛費増を優先し、社会保障の改悪もいとわない政府の改革は、給付の削減にとどまりません。いずれも高齢者などの“弱者”を狙い打ちにするかのように負担増を強いる制度改革が次々と計画されています。さらに、負担に耐えられず受診・利用を控える事態につながれば、事業所にとっても経営困難に拍車がかかることは必至です。

## 75歳以上の保険料負担は最高10倍に!

75歳以上が加入する後期高齢者医療制度では、低所得者の保険料を最大9割軽減する特例措置が行われています。これが段階的に廃止され、2019年までに943万人の保険料が1.5倍～10倍になります。

長野県の場合

低所得者に対する後期高齢者保険料の軽減特例の廃止で、のべ20万人(約58%)の方の保険料が2020年までに1.5倍～10倍に。

元社会保険本人  
または  
国保加入者

44,520円

現行(年額)

1.5倍に

68,590円

2018年4月～

年金収入が年211万円以下の場合

元被扶養者

4,090円

現行(年額)

3倍に

12,270円

2017年

5倍に

20,450円

2018年

10倍に

40,900円

2019年

年金収入が年267万円以上の場合

さらに、政府は75歳以上の窓口負担を現在の1割から2割への引き上げを検討しており、2019年度での実施をめざしています。

## 70歳以上の医療費負担増

70～74歳の窓口負担の引き上げ(1割→2割)が進められています。2014年度から対象年齢を1歳ずつ拡大し、すでに70～73歳の方が2割負担に。2018年には70～74歳全員の窓口負担が2割に引き上げられます。

### 貧困化する高齢者

今、高齢者の“貧困化”は急速にすすんでおり、追い打ちをかけて負担増をすれば、受診抑制で命や健康がおびやかされたり、なんとか生活が安定している人が低所得に陥る危険があります。

平均的な高齢者の家計をみると、収入が約21万円なのに対し、支出は約26万円。不足分は貯蓄を取り崩して生活をしているのが実態です。

世帯主が70歳以上の世帯の家計

収入※  
20万9839円

支出※  
26万4182円

75歳以上の年金収入は基礎年金の満額水準(約80万円)以下が約4割を占めている。

約4割

不足分  
5万4343円

不足分は貯蓄を取り崩している!

※1ヶ月の平均

総務省「平成27年 家計調査報告」より作成

## 高額療養費限度額を引き上げ

70歳以上の高齢者の自己負担上限額(高額療養費)は現在、現役世代より低く設定されています。それを2017年8月より、現役世代との公平性を理由に引き上げようとしています。

区分	現行		2017年8月～2018年7月	
	外来(個人)	限度額(世帯※1)	外来(個人)	限度額(世帯※1)
現役並み所得 (年収370万円以上) ・健保 標報28万円以上 ・国保・後期 課税所得145万円以上	44,400円	80,100円+1% <44,400円>	現役並み <b>57,600円</b>	80,100円+1% <44,400円>

※1 同じ世帯で同じ保険者に属する者 ( )内の金額は、過去12カ月に3回以上高額療養費の支給を受けた場合の4回目の限度額(多数回該当)

## 療養病床の患者から入院時の居住費(水光熱費)を徴収

国は、療養病床の65歳以上の患者に対し負担増を決定しました。現行1日320円の入院時の居住費を370円に引き上げ、さらにこれまで負担のなかった医療の必要性の高い患者(医療区分Ⅱ、Ⅲ)からも徴収します。症状の重い患者に対しても、居住費だけで月1万円以上の負担を課すものです。(下表)

上がり続ける入院時の食費・居住費 65歳以上、療養病床の医療区分Ⅱ・Ⅲの入院患者

	2015年	2016年	2017年	2018年
食事代(1日3食)	780円	1,080円	1,080円	1,380円
居住費(1日)	0円	0円	200円	370円
1日合計	780円	1,080円	1,280円	1,750円
1カ月入院	23,400円	32,400円	38,400円	52,500円

2015年度比

1.4倍化

1.6倍化

2.2倍化

負担増①

# 負担増ラッシュ その②

## 介護保険のあいつぐ負担増

2015年8月以降、一定の所得者(年金収入280万円以上)を対象に利用料を2割負担に引き上げました。さらに2018年8月以降、現役並み所得者(年金収入340万円以上)の利用料を2割から3割へと引き上げようとしています。介護費抑制を目的とした際限のない利用料の引き上げは、「介護の社会化」とはほど遠く、今後、一般所得者の利用料2割負担化まで危惧されています。

## 介護保険も負担の限度額を引き上げ

負担増は医療だけにとどまりません。介護保険でも現在、月々の負担の上限制度(高額介護サービス費)が設定されています。しかし、2017年8月からは一定以上の所得者がいる世帯の負担上限が引き上げられます。

自己負担限度額 (月額)	現役並み所得相当	
	一般	見直し案 37,200円(世帯) ↓ 44,400円(世帯)
	市町村民税世帯非課税等	24,600円(世帯)
	年金収入80万円以下等	15,000円(個人)

社会保障審議会介護保険部会資料より

## 高額な負担への補助金制度も縮小へ

医療費と介護保険利用料の負担が基準額を超えた場合に支給される「高額介護合算療養費制度」。その上限額までが、細分化され実質的に引き上げられます。

現行	70歳以上※1	2018年8月～	70歳以上※1
現役並み所得 (年収370万円～) ・健保 標準報酬28万円以上 ・国保・後期 課税所得145万円 以上	67万円	年収1160万円～ 標準報酬83万円以上課税所得 690万円以上	212万円
		年収770～1160万円 標準報酬53～79万円課税所得 380万円以上	141万円
		年収370～770万円 標準報酬28～50万円課税所得 145万円以上	67万円

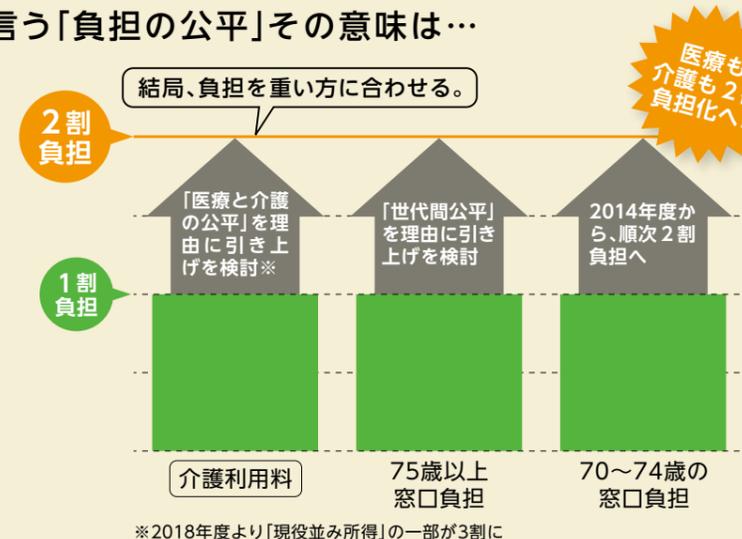
細分化+上限引き上げ

※1 対象世帯に70～74歳と70歳未満が混在する場合、まず70～74歳の自己負担合算額に限度額を適用した後、残る負担額と70歳未満の自己負担合算額を合わせた額に限度額を適用する。

## 政府の言う「負担の公平」その意味は…

この異常ともいえる連続的な負担増の根拠として、政府は「世代間の負担の公平」と「医療と介護の負担の公平」を掲げています。しかし、これまで見てきた通り、「負担の公平」の名のもとに実際に行われることは、負担を重い方に合わせて結局すべての負担を増加させています。

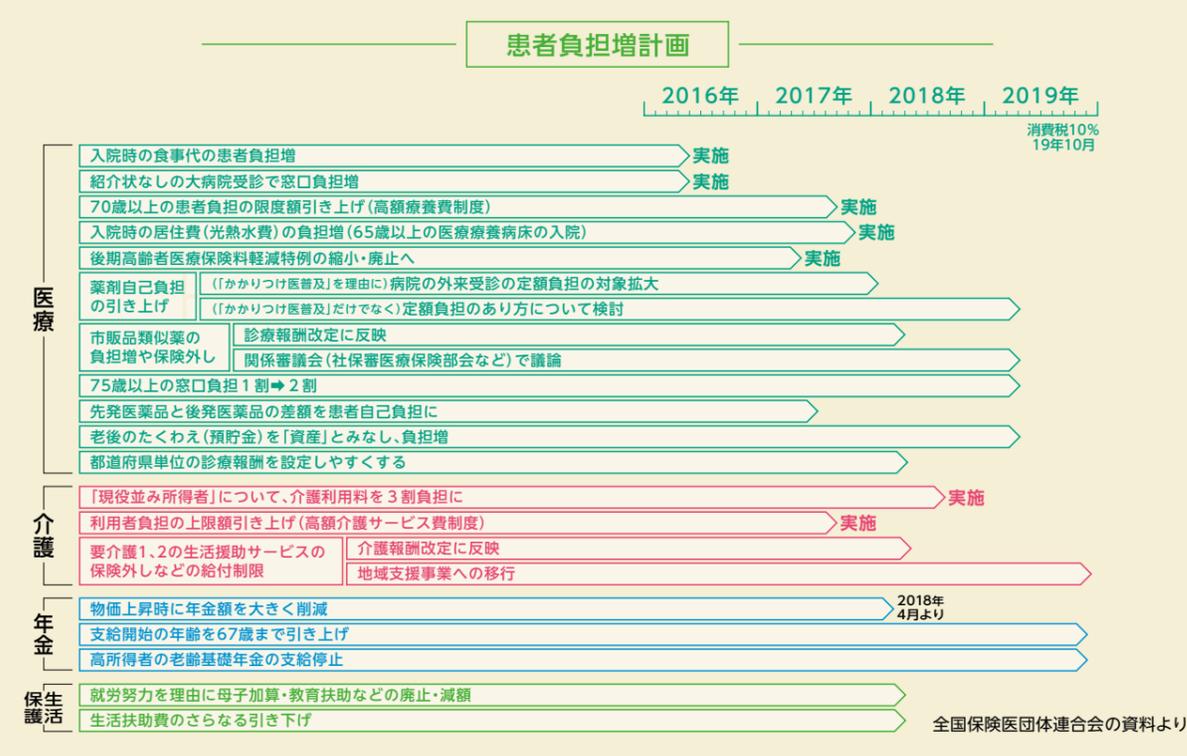
誰もが安心して利用できる医療や介護のために、すべての人の負担を軽減してこそ、真の「公平性」と言えるのではないのでしょうか。



## 今後はあらゆる世代に負担増計画が待っている？

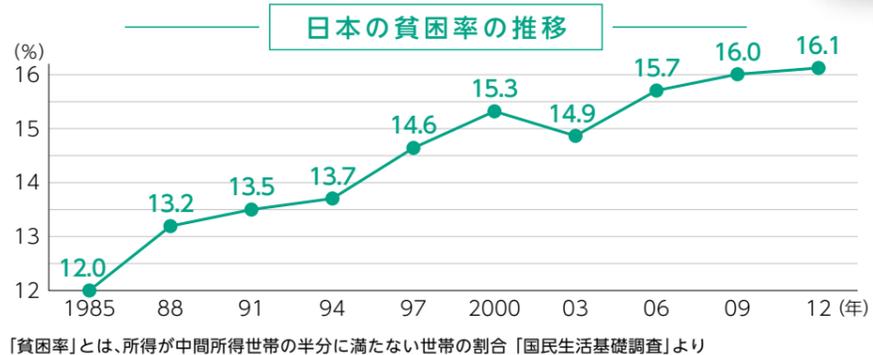
政府の「経済・財政再生計画」では、病院の外来受診の定額負担や市販品類似薬の保険外しなど、あらゆる世代にとって負担増となる計画が盛り込まれていましたが、関係者や利用者の反対の声に押され、具体化はいったん見送られました。

しかし、これらはあくまで2017年度の具体化が見送られたに過ぎず、2018年度末をめどにした具体化が、今後検討されます。



# 社会保障の充実が 財政再建の道

「持続可能な社会保障制度」を名目にした容赦ない負担増、法人税減税の一方で消費税増税と、格差と貧困の拡大に拍車をかける政策が目白押しです。しかし国の最大の仕事は、憲法が保障する基本的人権の実現であり、財政そのものが「所得再分配」機能を発揮し、それを支えるものでなければなりません。



## 経済的理由による手遅れ死亡事例

歩行困難になるまで足の痛みを我慢した60代後半の男性。受診したときには癌が転移し手遅れの状態だった。収入から家賃を引いた約10万円で家族3人の生活を賄っていた。障害をもつ長男のために国保料は支払っていたが、窓口負担のため本人は受診を控えていた。



## 介護困難事例

要介護1・認知症の夫と二人暮らしの70代女性(要介護2)。複数の病を患い、本来ならばヘルパーの家事支援が必要だが、介護保険サービスで負担できる金額が月500円未済のため、歩行器をレンタルするのが精いっぱい。福祉用具が自己負担になればレンタルの継続が難しく、生活全体に支障をきたすことになる。



## 無料低額診療事業の利用者事例

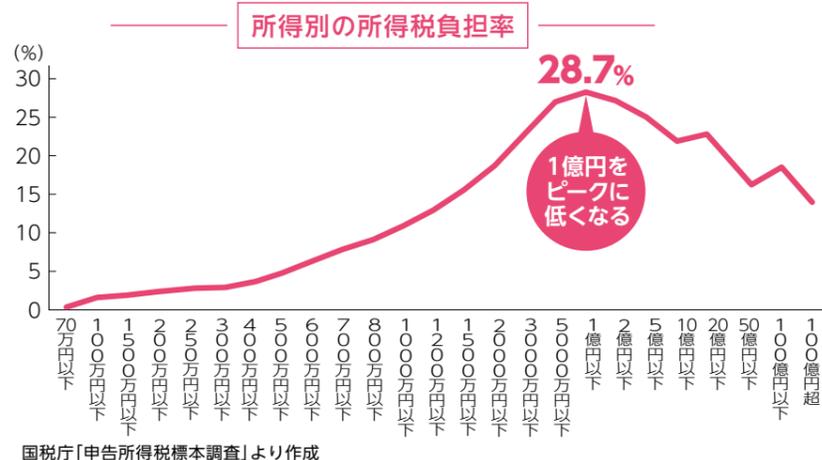
50代で腰痛のため失業した男性は生活保護を利用していたが、年金受給に伴い打ち切りになっていた。年金収入は生活保護基準ギリギリ、働くこともできずに生活を立て直すことができないなかで、高血圧の治療が必要になり、地域の相談会で紹介された無料低額診療事業を利用した。その後生活保護を申請し受給にいった。



## 所得再分配機能を 強める税制に

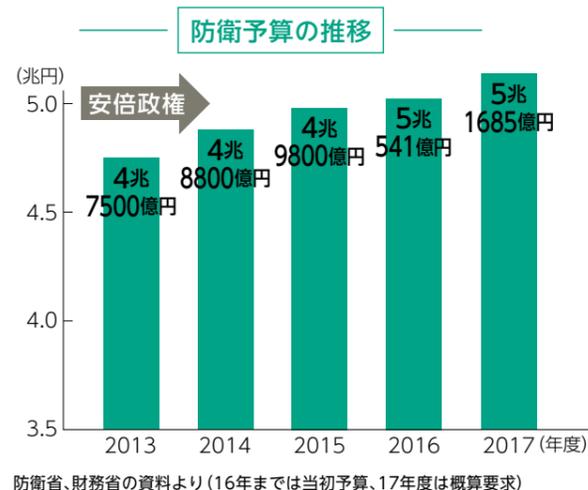
安倍政権は消費税増税の一方で、様々な優遇制度により法人税、所得税を低く抑え、大企業や富裕層に対し支払い能力に応じた税負担を求めています。その結果、所得の再分配、景気と経済の安定化機能という所得税や法人税が持っている役割が弱まり、格差と貧困が広がっています。

## 所得に応じた所得税の課税を



## 防衛予算より、社会保障充実予算へ

社会保障制度の改悪と消費税増税、軍拡は切っても切り離せない大きな流れです。防衛予算は安倍政権が発足して5年連続で増加の一途をたどり、2017年度予算では5兆1000億円を超え過去最大規模に。軍拡の道ではなく、国民生活優先の社会保障の充実の道へ切り替えるべきです。経済産業省の調査でも公的医療・介護など社会保障の拡充は多大な経済波及効果があります。(民医連の『提言』参照)



### 社会保障と他の産業の 雇用創出効果の比較

～需要1億円あたりの雇用創出人数～  
社会保障の拡充は、多大な経済波及効果がある!!

部門	雇用創出人数
介護	24,786人
社会保障	18,609人
医療	10,572人
公共事業	9,970人
運輸	9,901人
農林水産業	6,342人

社会保障部門 / 主要産業部門

出所:『朝日新聞』2009年4月19日付

### 実は

## 医療費を本当に大きくしないためには、次のような取り組みが大切

- 1 健診など予防医学(早期発見、早期治療)を重視する。
- 2 公民館や高齢者サロンなどに、保健師・看護師、栄養士、医療相談員(MSW)等を配置し、日ごろから暮らしや健康問題等が気軽に相談できる体制をつくる。
- 3 体調に異変を感じたら躊躇なく受診し、様々な専門家(医師、歯科医師、保健師・看護師、栄養士、医療相談員(MSW)等)と相談する。
- 4 検査で異常値が見られたら、医療費の自己負担のことを気にすることなく、直ちに治療を開始する。

# A 医療費適正化計画

【2016年3月23日】第7回 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会

医療費適正化基本方針案の概要について【厚生労働省保険局】

[http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/chousakai\\_dai7/siryou2.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/chousakai_dai7/siryou2.pdf)

### 医療費適正化計画について

**根拠法** : 高齢者の医療の確保に関する法律  
**作成主体** : 国、都道府県  
**計画期間** : 5年(第1期:平成20~24年度、第2期:平成25~29年度)  
**記載事項** : ①医療費の見込み(医療費目標)  
 ②医療費適正化のための取組(可能ものは数値目標を設定)  
 ※現在は、特定健診・保健指導実施率、平均在院日数の短縮目標を設定

○昨年の医療保険制度改革において以下の見直し  
 ①都道府県が設定する医療費の見込みについて **病床機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえた医療費目標**とする  
 ② **都道府県の取組内容の見直し(後発医薬品の使用促進等を追加)**  
 ③上記を反映させた第3期計画(平成30年度~35年度)を都道府県が策定。  
**早期に計画を策定した都道府県は平成29年度から前倒し実施**

○国は、都道府県が平成29年度から計画を前倒し実施することが可能となるよう、**基本方針(大臣告示)を策定**

<基本方針の主な内容>  
 ①都道府県が**医療費目標を推計するための算定式**(外来医療費・入院医療費)  
 ②都道府県が推進する**医療費適正化の取組**(可能なものは数値目標化)

### 地域医療構想と医療費適正化計画(スケジュール)

**地域医療構想の策定状況**

○地域医療構想については、平成27年度中の策定予定が15府県、平成28年度半ばまでに策定予定が39都道府県、平成28年度中に全都道府県が策定予定。(平成28年1月18日現在)

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度~
医療計画	15府県で策定	32都道府県で策定	基本方針策定 医療計画の策定	第7次医療計画 (H30~H35)
医療費適正化計画	医療費適正化基本方針策定	基本方針策定	地域医療構想を策定後、すみやかに策定	第3期期間 (H30~H35) ※平成29年度から前倒し可能
介護保険事業(支援)計画			基本方針策定	第7期介護保険事業(支援)計画 (H30~H32)

○このため、国においては、**本年度末までに、医療費適正化基本方針(大臣告示)を策定**するが、入院医療費の算定式については、今後策定されてくる地域医療構想の内容も踏まえ、本年夏頃を目途に基本方針の一部改正を行い、反映する。  
 ○また、外来医療費については4月以降もさらなるデータ分析を行い、本年夏頃の基本方針の一部改正時に医療費適正化の取組内容を充実させる。

### 今年度末に策定する医療費適正化基本方針のポイント

**医療費の適正化の取組**

**【外来医療費】**  
 ○都道府県の医療費目標(平成35年度)は、過去のトレンド等を踏まえた平成35年度の医療費から、医療費適正化の取組の効果を反映した医療費目標とする。効果の反映は2段階で行う。  
**<第1段階>**  
 ○都道府県に、平成35年度に向け、①**特定健診・保健指導実施率**の全国目標の達成、②**後発医薬品の使用割合**の全国目標の達成に向けた取組を推進してもらう。これらの全国目標が達成された場合の医療費の削減額を反映  
 ※特定健診実施率目標:70%以上、特定保健指導実施率目標:45%以上  
 ※後発医薬品の使用割合の目標:80%以上  
**<第2段階>**  
 ○その上で、なお残る一人当たり医療費の地域差について、都道府県において、保険者等とも連携しつつ、以下のような取組を推進し、**地域差の縮減を目指す**。  
 ※国は、日本健康会議の取組等を通じて、都道府県・保険者の取組を支援。  
 ・民間事業者も活用したデジタルヘルスの推進 : 予防接種の普及啓発  
 ・ヘルスケアポイントの実施等健康づくりへの : 重症疾患の是正等  
 ・インセンティブ政策の強化  
 ・糖尿病重症化予防の推進 ※このほか、都道府県の独自の取組  
 ※今後のデータ分析の結果も踏まえ、内容の充実が図れる。  
 ・栄養指導等のフレイル対策の推進

**【入院医療費】**  
 ○入院医療費については、病床機能の分化及び連携の推進の成果等を踏まえる。  
 ※今年度末には上記の内容を告示し、医療費目標の算定式は本年夏頃に告示。

**地域差の「見える化」(今年度末に都道府県に提供)**

○国において、NDB(ナショナル・データ・ベース)を用いた分析を行い、各都道府県の**疾病別医療費**の地域差(最大54疾病)  
 ・**後発医薬品の使用促進**の地域差  
 ・**重症・多剤投与**の地域差など、「**地域差の見える化**」を行う。  
 ○その結果について、都道府県の分析作業の参考としていただくため、**データセットとしてまとめ、都道府県に提供**していく。

**<外来医療費の目標>**

**<地域差の「見える化」>**  
 (糖尿病、75歳以上)一人当たり外来医療費

## MEMO

# B 社会保障制度改革推進法

【2013年8月6日】第2回 社会保障制度改革国民会議

事務局提出資料【内閣府】

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai2/siryou2.pdf>

事務局提出資料 資料2

### ○社会保障制度改革推進法(「基本的な考え方」部分抜粋)

(基本的な考え方)  
 第2条 社会保障制度改革は、次に掲げる事項を基本として行われるものとする。

- 自助、共助及び公助が最も適切に組み合わせられるよう留意しつつ、国民が自立した生活を営むことができるよう、**家族相互及び国民相互の助け合いの仕組み**を通じてその実現を支援していくこと。
- 社会保障の機能の充実と給付の重点化及び制度の運営の効率化**とを同時に行い、税金や社会保険料を納付する者の立場に立って、**負担の増大を抑制しつつ、持続可能な制度を実現**すること。
- 年金、医療及び介護においては、**社会保険制度を基本とし、国及び地方公共団体の負担は、社会保険料に係る国民の負担の適正化に充てること**を基本とすること。
- 国民が広く受益する社会保障に係る費用をあらゆる世代が広く公平に分かち合う観点等から、**社会保障給付に要する費用に係る国及び地方公共団体の負担の主要な財源には、消費税及び地方消費税の収入を充てるもの**とすること。

## MEMO

### ○社会保障制度改革推進法(基本方針部分抜粋)

第2章 社会保障制度改革の基本方針

(公的年金制度)  
 第5条 政府は、公的年金制度については、次に掲げる措置その他必要な改革を行うものとする。  
 一 **今後の公的年金制度**については、財政の現況及び見通し等を踏まえ、第九条に規定する社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得ること。  
 二 年金記録の管理の不備に起因した様々な問題への対処及び社会保険番号制度の早期導入を行うこと。

(医療保険制度)  
 第6条 政府は、高齢化の進展、高度な医療の普及等による医療費の増大が見込まれる中で、健康保険法(大正十一年法律第七十号)、国民健康保険法(昭和三十三年法律第九十二号)その他の法律に基づく医療保険制度(以下単に「医療保険制度」という。)に原則として全ての国民が加入する仕組みを維持するとともに、次に掲げる措置その他必要な改革を行うものとする。  
 一 **健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進するとともに、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等**を図ることにより、国民負担の増大を抑制しつつ必要な医療を確保すること。  
 二 医療保険制度については、**財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保、保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等**を図ること。  
 三 **医療の在り方**については、**個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直し**を行い、特に**人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備**すること。  
 四 **今後の高齢者医療制度**については、状況等を踏まえ、必要に応じて、第九条に規定する社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得ること。

(介護保険制度)  
 第7条 政府は、**介護保険の保険給付の対象となる保健医療サービス及び福祉サービス(以下「介護サービス」という。)**の範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図るとともに、**低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制**しつつ必要な介護サービスを確保するものとする。

(少子化対策)  
 第8条 政府は、急速な少子高齢化の進展の下で、社会保障制度を持続させていくためには、社会保障制度の基盤を維持するための少子化対策を総合的かつ着実に実施していく必要があることに鑑み、単に子ども及び子どもの保護者に対する支援にとどまらず、就労、結婚、出産、育児等の各段階に応じた支援を幅広く行い、子育てに伴う喜びを実感できる社会を実現するため、**特養児童(保育所における保育を行うことの申込みを行った保護者の当該申込みに係る児童であって保育所における保育が行われていないものをいう。)**に関する問題を解消するための**即効性のある施策等の推進**に向けて、必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講ずるものとする。

# C 社会保障・税一体改革大綱 閣議決定

【2012年11月30日】第1回 社会保障制度改革国民会議

社会保障・税一体改革関連 参考資料

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai1/sankousiryu3.pdf>

「一体改革大綱」のポイント  
(平成24年2月17日 閣議決定)

〔昨年6月に決定した「成案」で示された基本的考え方や具体的な改革内容に従って、さらに政府・与党において精力的議論を進めて、その内容を具体化〕

## ○ 社会保障改革

・ 少子高齢化、雇用基盤の変化、家族形態・地域の変化など制度を支える社会経済情勢の変化に対応した社会保障の充実

⇒ 今後は、「全世代対応型」の制度とするともに、制度を支える基盤を強化

・ 子育て・医療・介護・年金など、社会保障各分野について、「成案」を具体化した改革内容（改革項目と工程）を具体的に記載

### 【改革の方向性】

- ① 未来への投資（子ども・子育て支援）の強化
- ② 医療・介護サービス保障の強化、社会保険制度のセーフティネット機能の強化
- ③ 貧困・格差対策の強化（重層的セーフティネットの構築）
- ④ 多様な働き方を支える社会保障制度（年金・医療）へ
- ⑤ 全員参加型社会、ディーセント・ワークの実現
- ⑥ 社会保障制度の安定財源確保

・ 「社会保障の充実」と「効率化・重点化」の同時実施により、2.7兆円程度の機能強化を行う「成案」のフレームを堅持

5

## ○ 税制抜本改革

・ 社会保障改革に必要な安定財源確保と財政健全化の同時達成への第一歩となる税制改革（消費税引き上げ）の実施

⇒ 2014年4月に8%、2015年10月に10%へ段階的に引上げ

※ 法律成立後、引上げに当たっての経済状況の判断を行うとともに、経済財政状況の激変にも柔軟に対応できるように仕組みを設ける

※ 国・地方の配分は、社会保障4経費に則った範囲の社会保障給付における国と地方の役割分担に応じた配分を実現（地方分（消費税率換算）は2014年4月から0.92%、2015年10月から1.54%）

※ 社会保障制度の持続可能性を確保し、同時に2020年度以降の財政健全化目標を達成するためには、更なる取組が必要

・ 消費税の充当先を「年金・医療・介護・少子化」の4分野に拡大（社会保障4経費）

⇒ 消費税取（現行分の地方消費税を除く。）の使途を明確にし、社会保障財源化

・ 所得税の累進性を高めるとともに、資産課税の見直しを行い、税制全体としての所得再分配機能の回復を図る

## ○ 政治改革・行政改革への取組

・ 議員定数削減や公務員総人件費削減など自ら身を切る改革を実施した上で、税制抜本改革による消費税引上げを実施すべき

## ○ 大綱に基づく改革への取組等

・ 社会保障の充実・安定化の財源を確保するため、今年度中に税制改正法案を国会に提出することをはじめ、改革に取り組む

・ 本大綱をもって野党各党に社会保障・税一体改革のための協議を提案し、与野党協議を踏まえ、法案化を行う

6

## MEMO

# D 社会保障改革プログラム法

【2015年4月10日】第4回 社会保障制度改革推進会議

社会保障制度改革のスケジュール等について（事務局提出資料）【内閣府】

[http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyou\\_kaikaku/dai4/siryu1.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyou_kaikaku/dai4/siryu1.pdf)

〈参考資料〉

社会保障制度改革国民会議最終報告 概要（官邸HP）

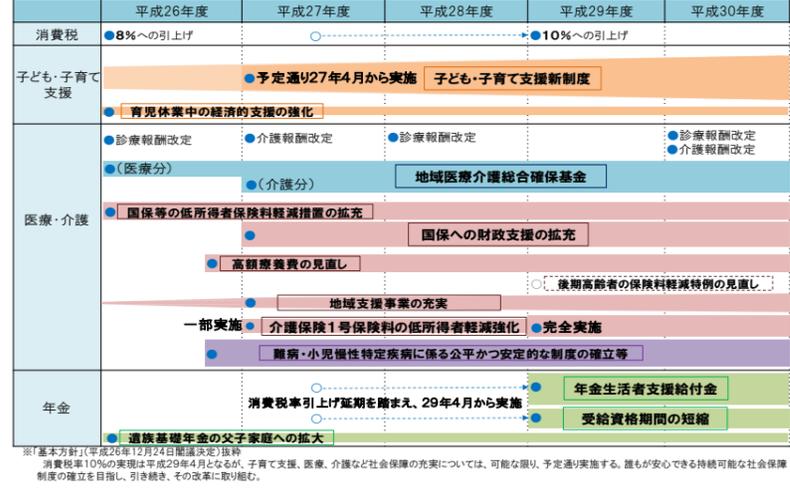
[http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo\\_gaiyou.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo_gaiyou.pdf)

社会保障改革プログラム法 概要（官邸HP）

[http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyou\\_kaikaku/dai1/siryu3.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyou_kaikaku/dai1/siryu3.pdf)

## 社会保障・税一体改革による社会保障の充実に係る実施スケジュールについて

○ 消費税率の10%への引上げを平成29年4月から実施することを踏まえ、社会保障の充実に「基本方針」（平成26年12月24日閣議決定※）に沿って着実に推進。



## MEMO

## 社会保障・税一体改革による社会保障制度改革の今後の進め方について

	主な実施事項
平成27年1月～3月	○ 医療保険制度改革関連法案の提出（平成27年の通常国会） ・ 法案成立後、同法に基づき各種改革を順次実施
平成27年度	○ 子ども・子育て支援新制度の施行（平成27年4月～） ・ 待機児童解消等の量的拡充や保育士の処遇改善等の質の改善を実施 ○ 医療介護総合確保推進法の一部施行 ・ 都道府県において、地域医療構想を策定し、医療機能の分化と連携を適切に推進（平成27年4月～） ・ 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実（平成27年4月～） ・ 低所得者への介護保険の1号保険料軽減を強化（平成27年4月より一部実施、平成29年4月より完全実施） ・ 一定以上の所得のある介護サービスの利用者について自己負担を1割から2割へ引上げ等（平成27年8月～）
平成29年度	○ 年金関連法の一部施行 ・ 年金を受給している低所得の高齢者・障害者に対して月額5000円の福祉的給付等を支給（平成29年4月～） ・ 老齢基礎年金の受給資格期間を25年から10年に短縮（平成29年4月～）
平成30年度	○ 国民健康保険の財政運営責任等を都道府県に移行し、制度を安定化（平成30年4月～、医療保険制度改革関連法案関係） ○ 医療計画・介護保険事業（支援）計画・医療費適正化計画の同時策定・実施（平成30年4月～）

※1 ①厚生年金と共済年金の一元化及び②短時間労働者に対する厚生年金・健康保険の適用拡大については、予定どおり実施（①平成27年10月～、②平成28年10月～）。  
※2 年金制度については、平成26年財政検証を踏まえた制度改正を検討中。

2

# E 医療介護総合確保推進法

【2014年7月28日】医療介護総合確保推進法等に関する全国会議

[医療介護総合確保推進法等について【厚生労働省】](#)

[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000052610\\_1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000052610_1.pdf)

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（概要）	
<b>趣旨</b>	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。
<b>概要</b>	<b>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）</b> 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 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 <b>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）</b> 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連携（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 ②医療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 <b>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）</b> 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、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 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 ③低所得者の保険料軽減を拡充 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、一般の世帯の月額上限は据え置き） 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 <b>4. その他</b> 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 ②医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ 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 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）
<b>施行期日</b>	公布日（平成26年6月25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。2

## MEMO

# G 地域包括ケア強化法

【2017年2月7日提出】地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案

[法律案の概要【厚生労働省】](#)

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/193-06.pdf>

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案のポイント	
<b>高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。</b>	
<b>I 地域包括ケアシステムの深化・推進</b>	<b>1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）</b> 全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化 ・ 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載 ・ 都道府県による市町村に対する支援事業の創設 ・ 財政的インセンティブの付与の規定の整備（その他） ・ 地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等） ・ 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入） ・ 認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化） <b>2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）</b> ①「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設 ※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き継ぎ使用できることとする。 ② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備 <b>3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）</b> ・ 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化 ・ 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくなるため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける（その他） ・ 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等） ・ 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。）
<b>II 介護保険制度の持続可能性の確保</b>	<b>4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法）</b> <b>5 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）</b> ・ 各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）について、被用者保険間では『総報酬割』（報酬額に比例した負担）とする。 ※ 平成30年4月1日施行。（Ⅱ5は平成29年8月分の介護納付金から適用、Ⅱ4は平成30年8月1日施行）

## MEMO

# F 医療保険制度改革関連法

[法改正の概要【厚生労働省】](#)

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000087813.pdf>

持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律の概要（平成27年5月27日成立）	
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、持続可能な医療保険制度を構築するため、国保をはじめとする医療保険制度の財政基盤の安定化、負担の公平化、医療費適正化の推進、患者申出療養の創設等の措置を講ずる。	
<b>1. 国民健康保険の安定化</b>	○国保への財政支援の拡充により、財政基盤を強化（27年度から約1700億円、29年度以降は毎年約3400億円） ○平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化
<b>2. 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入</b>	○被用者保険者の後期高齢者支援金について、段階的に全面総報酬割を実施（現行：1/3総報酬割→27年度：1/2総報酬割→28年度：2/3総報酬割→29年度：全面総報酬割）
<b>3. 負担の公平化等</b>	①入居時の食費代について、在宅療養との公平等の観点から、調理費が含まれるよう段階的に引上げ（現行：1食260円→28年度：1食360円→30年度：1食460円。低所得者、難病・小児慢性特定疾病患者の負担は引き上げない） ②特定機能病院等は、医療機関の機能分担のため、必要に応じて患者に病状に応じた適切な医療機関を紹介する等の措置を講ずることとする（紹介状なしの大規模受診時の定額負担の導入） ③健康保険の保険料の算定の基礎となる標準報酬月額の上限額を引き上げ（121万円から139万円に）
<b>4. その他</b>	①協会けんぽの国庫補助率を「当分の間16.4%」と定めるとともに、法定準備金を超える準備金に係る国庫補助額の特別的な減額措置を講ずる ②被保険者の所得水準の高い国民健康保険の国庫補助について、所得水準に応じた補助率に見直し（被保険者の所得水準の低い組合に影響が生じないよう、調整補助金を増額） ③医療費適正化計画の見直し、予防・健康づくりの促進 ・ 都道府県が地域医療連携と総合的な目標（医療費の水準、医療の効率的な提供の推進）を計画の中に設定 ・ 保険者が行う保健事業に、予防・健康づくりに関する被保険者の自助努力への支援を追加 ④患者申出療養を創設（患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組み）
<b>【施行期日】</b>	平成30年4月1日（④①は公布の日（平成27年5月29日）、②は公布の日及び平成29年4月1日、③及び④②～④④は平成28年4月1日）

## MEMO

# H 骨太方針2015

【2015年11月24日】平成28年度予算の編成等に関する建議

平成28年度予算の編成等に関する建議(概要)【財政制度等審議会】

[http://www.mof.go.jp/about\\_mof/councils/fiscal\\_system\\_council/sub-of\\_fiscal\\_system/report/zaiseia271124/02.pdf](http://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/report/zaiseia271124/02.pdf)

(参考資料) 骨太方針2015 概要(内閣府HP)

[http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2015/summary\\_ja.pdf](http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2015/summary_ja.pdf)

(参考)経済財政運営と改革の基本方針2015(平成27年6月30日閣議決定)(抄)

## 5. 主要分野ごとの改革の基本方針と重要課題

### [1]社会保障

#### (医療・介護提供体制の適正化)

都道府県ごとの地域医療構想を策定し、データ分析による都道府県別の医療提供体制の差や将来必要となる医療の「見える化」を行い、それを踏まえた病床の機能分化・連携を進める。その際、療養病床については、病床数や平均在院日数の地域差が大きいことから、入院受療率の地域差縮小を行い、地域差の是正を着実に進める。このため、慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービス提供体制について、医療の内容に応じた制度上の見直しを速やかに検討するとともに、医療・介護を通じて居住に係る費用負担の公平化について検討を行う。また、人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制の構築に資するよう、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の是正などの観点から踏まえた医師・看護職員等の需給について、検討する。

外来医療費についても、データに基づき地域差を分析し、重複受診・重複投与・重複検査等の適正化を行いつつ、地域差の是正を行う。

これらの取組を進めるため、地域医療構想と整合的な形で、都道府県ごとに医療費の水準や医療の提供に関する目標を設定する医療費適正化計画を策定する。平成27年度中に、国において目標設定のための標準的な算定方式を示す。これらの取組を通じて、都道府県別の一人当たり医療費の差を半減させることを目指す。

4

## 平成28年度予算の編成等に関する建議(概要)

平成27年11月24日  
財政制度等審議会

### I. 我が国財政の変遷と長期展望

#### 1. 我が国財政の変遷

- 戦後における我が国財政の変遷は、債務残高累増の歴史。
- 債務累増の主因は社会保障における給付と負担のアンバランス構造。これを放置することは、将来世代への負担の先送り。
- 過去には自然増収等を背景に必ずしも効果が明らかではない安易な財政出動。平時には着実な財政健全化の推進が重要。

#### 2. 経済・社会環境の変化と直面する課題

- 社会保障分野については、持続可能性を確保するための制度の見直しが必要。改革の際には、堅実な経済前提が不可欠。
- 社会保障以外の歳出分野については、人口減少を踏まえた「自然減」を前提とすべき。

#### 3. 我が国の財政に関する長期推計

- 長期的に財政の持続可能性を担保するためには、安倍内閣のこれまでの取組を基調とした歳出改革を着実に取り組むことが必要。

#### 4. 今後の財政運営に向けて

- 平時には、歳出全般にわたる大胆な見直しを行い、財政健全化を着実に進めることが、景気変動の増幅を抑制し、持続的な安定成長に資するとともに、危機時の対応力を確保することにも寄与する。

### II. 財政健全化に向けた取組と28年度予算編成

- 「経済・財政再生計画」で掲げられた改革検討項目について、その具体的内容及びその実施時期を明確にすることが不可欠。その際設定されるKPIについては、歳出改革の工程表と連動し、その実効性を担保するようものとするが肝要。
- 28年度予算編成は、「経済・財政再生計画」初年度予算であり、当該計画の成否は、28年度予算にかかっている。計画で示された「目安」から逸脱するようことがあってはならない。

### 社会保障

28年度の社会保障関係費の伸びについては、改革工程表の策定や診療報酬改定・薬価改定等を通じて、「経済・財政再生計画」初年度にふさわしいものとなるよう、確実に高齢化による増加分の範囲内(5,000億円弱)にしていける必要がある。

#### (1)改革工程表の策定

検討・実施時期を大きく3つに区分しつつ、改革の方向性等と併せて明確化。

##### 【I: 最優先で速やかに検討・実施すべき事項】

- 高額療養費制度/高額介護サービス費制度の見直し(高齢者と現役世代の上限額の同水準化等)
- 医療・介護を通じて光熱水費相当額に係る費用負担の公平化(患者負担の原則全ての療養病床への拡大)など

##### 【II: 速やかに検討・実施すべき事項で法改正を要するもの】

- 病床再編や地域差是正に向けた都道府県の権限の強化・介護納付金の総報酬割化
- かかりつけ医普及の観点からの外来時の定額負担の導入・スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率の引下げ
- 年金制度改革(高所得者の年金給付・支給開始年齢等)・次期生活扶助基準の見直しに合わせた生活保護制度改革など

##### 【III: できる限り早い時期に検討・具体化すべき事項】

- 後期高齢者の原則2割負担化・前期高齢者納付金の総報酬割化など

#### (2)28年度診療報酬改定

薬価改定に加え、診療報酬本体のマイナス改定や診療報酬関連の制度改革を通じ、28年度の社会保障関係費全体の実質的な伸びを高齢化による増加分の範囲内とすることを旨とする(本年中に実施を政府決定した項目はその影響額を勘案)。

##### (薬価・医薬品等に係る改革)

- 28年度薬価改定を適切に医療費の伸びに反映。3年連続薬価改定を踏まえ、順度について遅くとも30年を目途に結論。
- 後発医薬品価格の更なる引下げ、特許切れ先発医薬品価格の引下げ措置の見直し、特許切れ先発医薬品価格のうち後発医薬品に係る保険給付を超える部分の患者負担化。

##### (調剤報酬に係る改革)

- 抜本的かつ構造的な見直しを通じて、報酬水準全体の引下げを図りつつ、真に「かかりつけ薬局」の機能を果たしている薬局を重点評価(調剤基本料・調剤料の引下げ、薬学管理料の重点評価)。

# I 財政審「改革工程表」

【2015年6月1日】財政健全化計画等に関する建議

財政健全化計画等に関する建議(概要)【財政制度等審議会】

[http://www.mof.go.jp/about\\_mof/councils/fiscal\\_system\\_council/sub-of\\_fiscal\\_system/report/zaiseia270601/03.pdf](http://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/report/zaiseia270601/03.pdf)

(参考資料) 骨太方針2016 概要(内閣府HP)

[http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2016/summary\\_ja.pdf](http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2016/summary_ja.pdf)

## I. 「財政健全化計画」に向けた考え方

<経済再生と財政健全化の両立を目指した、「財政健全化計画」を策定し、財政健全化目標を堅持する>

### 「財政健全化計画」で示されるべき方向性

#### (1)基本的考え方

- デフレ脱却・経済再生に最大限取り組み、「経済再生ケース」を実現し、できる限りの税収増を図る。
- 29年4月の消費税率引上げは社会保障目的であり、歳出全体が安易に増加しては、国民の理解を得られない。
- 税収増だけに期待することなく、2020年度のPB赤字解消に向け、速急に収支改善するため、歳出改革を柱とする。
- 経済が好調な時にこそ歳出改革を加速し、デフレ脱却後の金利上昇を見据え、「財政収支」を注視していく。

#### (2)2016年度以降の予算編成に向けた歳出規律

- PB黒字化に向けた、国・地方の歳出規律を設けるべきであり、国については「一般歳出」の水準をメルクマールとする。  
※「一般歳出」＝一般会計歳出－国債費－地方交付税交付金等＝PB対象経費－地方交付税交付金等
- このため、歳出規律の水準については、これまでの歳出改革の取組を継続・強化するものとし、過去3年間の歳出の増加ペース以上に歳出が増加することのないよう歳出を抑制していく。

#### (3)歳出改革の方針－今後の人口動態を見据えて－

- 歳出改革が数字ありきの削減にならないよう、各歳出分野の具体的方策を積み上げ、「財政健全化計画」の実効性を確保する。
- 下記の歳出改革の方針の下、歳出分野ごとの具体的方策を工程表に沿って着実に進める。
  - 社会保障については、歳出の伸びを「高齢化による伸び」に相当する範囲内に抑制すべく、医療・介護を中心として歳出改革に取り組む。
  - 社会保障以外の経費については、人口減少を踏まえた「自然減」を考慮し、これまで同様、増加を前提としない。
  - 地方財政については、国と同様の歳出改革の取組が不可欠。リーマン・ショック後の危機対応措置(別枠加算・歳出特別枠)の継続等により高水準となっている地方一般財源総額について、その水準を見直す。

#### (4)経済財政の見直しと進捗状況の管理

- 「財政健全化計画」のモニタリングを適切に行い、中間時点に当たる2018年度当初予算編成後には、歳出規律と具体的方策の進捗状況を評価・検証し、歳出・歳入の追加措置を検討する。

3

## II. 各歳出分野における歳出改革の方針と具体的取組

### 社会保障

- 団塊の世代が後期高齢者になり始める2020年度に向けて、医療・介護を中心に制度改革に取り組み、経済雇用情勢の好転等や医療の効率化の効果と相まって、今後5年間の社会保障関係費の伸びを少なくとも「高齢化による伸び」(年0.5兆円弱)に相当する伸びの範囲内とする。  
※ 直近3年間の社会保障関係費の伸びは、消費税増収分を活用した充実分を除き「高齢化による伸び」に相当する範囲内に抑制。  
※ 今後5年間の社会保障関係費の伸びは、消費税増収分を活用した社会保障の充実等とあわせると、年平均2%以上となる。

### 【医療・介護】

- (国民皆保険を維持するための公的保険給付範囲の見直し)
- 後発医薬品使用割合目標の28年度内80%への引上げ、30年度から後発医薬品がある先発医薬品の保険給付額を後発医薬品価格までとする制度への移行
- 市販品類似品の公的保険からの除外、かかりつけ医の推進等も踏まえた受診時定額負担等の導入
- 生活援助サービス及び福祉用具貸与等の原則自己負担化、通所介護等の地域支援事業への移行等(サービス単価の抑制)
- 薬価調査に基づく薬価のマイナス改定は診療報酬本体の財源としない
- 診療報酬本体・介護報酬のマイナス改定、調剤報酬の適正化(年齢や就業先に関わらない負担能力に応じた公平な負担)
- 高額療養費制度の見直し、75歳以上の医療費定率負担の原則2割負担化、介護保険制度の2割負担対象者の対象拡大及び月額上限の見直し、金融ストックも勘案した負担能力判定の仕組みの導入
- 前期高齢者医療費納付金と介護納付金の総報酬割への移行等(医療の効率化等)
- 病床の機能分化・医療費の不合理な地域差解消に向けた枠組み強化
- データに基づく外来医療費の地域差解消の枠組み構築、ICT等を活用した医療の無駄排除、予防の推進に向けた枠組み強化

### 【生活保護】

- 保護脱却の推進、医療扶助費の適正化、最低限度の生活保障としてのきめ細かい扶助基準の在り方等を検討する。

### 【年金】

- マクロ経済スライドによる調整が極力先送りされないような見直しや支給開始年齢の更なる引上げ等

### 【子育て】

- 更なるサービス充実の要請に応えるための、事業主負担の拡大

2

## MEMO

# 社会保障の 総がかり運動を

～学び、つかみ、つながり、広げよう～



- ① 制度改定、県の動向、市町村の置かれた状況をしっかり学習し、地域に知らせよう。
- ② 事例(可視化と分析)を力に政策づくりに関与し、具体的な提言をしよう。  
他団体とも連携し、医療・介護の専門家としての英知を発揮しよう。  
医療・介護の諸団体との連携を作ろう。
- ③ 困難な人に寄り添い、制度から外された人を守る取り組みに共同組織とともに取り組もう。  
市町村、中学校区などの単位の身近なレベルでまちづくりを考えよう。
- ④ 住民主体の地域の諸団体との連携・共闘のかけ橋になろう。
- ⑤ 国が公的責任を丸なげして市町村も困っている。  
自治体とともに住民のいのちを守る取り組みを進めよう。



長野県の医療・介護のこれからを考える県民集会



介護保険をよくする信州の会主催  
県介護支援課出前講座



反貧困ネット信州の健康福祉課懇談



定例の県議団懇談



窓口無料を求める署名を長野県へ



生活保護・介護実態調査記者会見



飯伊地域の地域医療シンポジウム



上伊那 地域アピール



諏訪の全職種症例検討会



反貧困ネットあるがすのさずな村



東信医療生協支部で地域包括と学習会



長野外来署名に職員が大勢参加

長野県民主医療機関連合会

〒390-0803 長野県松本市元町2-9-11 民医連会館2F TEL.0263-36-1390 FAX.0263-33-1229

メール n-mr@n-mr.com ホームページ <http://www.mintyo.or.jp/min-iren>

発行：2017年7月31日