社会保障と税の一体改革
－消費税５％引上げによる社会保障制度の安定財源確保－

○　消費税率（国・地方）を、2014年4月より8％へ、2019年10月より10％へ段階的に引上げ
○　消費税収の使い途は、国分については、これまで高齢者3経費（基礎年金、老人医療、介護）となっていたが、今回、社会保障4経費（年金、医療、介護、子育て）に拡大
○　消費税収は、全て国民に還元し、官の肥大化には使わない。

1％程度

社会保障の充実

＋2．8兆円程度

4％程度

社会保障の安定化

＋11．2兆円程度

○基礎年金国庫負担割合1/2の恒久化　3.2兆円程度

○後代への負担のつけ回しの軽減　7.3兆円程度
・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

○消費税率引上げに伴う社会保障4経費の増　0.8兆円程度
・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

○子ども・子育て支援の充実　0.7兆円程度
-子ども・子育て支援新制度の実施による、幼児教育・保育と地域の子ども・子育て支援の総合的推進・充実、「待機児童解消加速化プラン」の実施　など

○医療・介護の充実　1.5兆円程度
-病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等、地域包括ケアシステムの構築、医療保険制度の財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保、難病、小児慢性特定疾病に係る公平かつ安定的な制度の確立　など

○年金制度の改善　0.6兆円程度
-低所得高齢者・障害者等への福祉的給付、受給資格期間の短縮　など

（注）税制抜本改革法に沿って消費税率が平成29年4月に10％に引き上げられ、増収分が平成30年度に満年度化した場合、5％引き上げ分の14.0兆円程度のうち、1％程度の2．8兆円程度が充実に充てられる。

社会保障改革プログラム法（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）

【法律の趣旨等】

○　社会保障制度改革国民会議の審議の結果等を踏まえ、「**社会保障制度改革推進法**第４条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について」を閣議決定（平成２５年８月２１日）

○　この骨子に基づき、「法制上の措置」として、社会保障制度改革の全体像・進め方を明示するものとして**社会保障改革プログラム法**を提出（平成２５年１２月５日成立、同１３日公布・施行）

【法律の主な概要】

■　講ずべき社会保障制度改革の措置等

受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため、医療制度、介護保険制度等の改革について、①改革の検討項目、②改革の実施時期と関連法案の国会提出時期の目途を明らかにするもの

○　**少子化対策**（既に成立した子ども・子育て関連法、待機児童解消加速化プランの着実な実施　等）

○　**医療制度**（病床機能報告制度の創設・地域の医療提供体制の構想の策定等による病床機能の分化及び連携、国保の保険者・運営等の在り方の改革、後期高齢者支援金の全面総報酬割、70～74歳の患者負担・高額療養費の見直し、難病対策　等）

○　**介護保険制度**（地域包括ケアの推進、予防給付の見直し、低所得者の介護保険料の軽減　等）

○　**公的年金制度**（既に成立した年金関連法の着実な実施、マクロ経済スライドの在り方　等）

※　医療サービスの提供体制、介護保険制度及び難病対策等については平成２６年通常国会に、医療保険制度については平成２７年通常国会に、必要な法律案を提出することを目指すものと規定。

■　改革推進体制

上記の措置の円滑な実施を推進するとともに、引き続き、中長期的に受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度を確立するための検討等を行うため、関係閣僚からなる社会保障制度改革推進本部、有識者からなる**社会保障制度改革推進会議**を設置

■　施行期日

公布の日（平成２５年１２月１３日）（一部を除く。）

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

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

効率的かつ質の高い医療提供体制の構築　＋　**地域包括ケアシステムの構築**

計画
基金

■医療及び介護サービスの整合的な計画の策定と、医療・介護を対象とした新たな財政支援制度

・都道府県が策定する医療計画と介護保険事業計画を、一体的・強い整合性を持った形で策定（両者を包括する基本的な方針）
・消費税増収分を活用した新たな財政支援制度（各都道府県に基金を設置）を法定化（医療・介護とも対象）

■地域での効率的・質の高い医療の確保

○病床の機能分化・連携

・　各医療機関が医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）を都道府県に報告
・　都道府県は、報告制度等を活用し、各医療機能の必要量等を含む地域の医療提供体制の将来のあるべき姿(地域医療構想（ビジョン））を策定
・　地域医療構想（ビジョン）は、医療機関の自主的な取組と医療機関相互の協議により推進することを基本。なお、医療機関相互の協議の合意に従わない医療機関が現れた場合等には必要な対処措置を講ずる

○有床診療所等の役割の位置づけ

・　病床機能報告制度及び地域医療構想（ビジョン）の導入を踏まえ、国、地方公共団体、病院、国民（患者）と併せ、有床診療所の役割・責務について、医療法に位置づける。

○在宅医療の推進、介護との連携

サービスの充実

■地域包括ケアシステムの構築

○地域支援事業の充実

①在宅医療・介護連携の推進　②認知症施策の推進
③地域ケア会議の推進　④生活支援サービスの充実・強化

*前回改正による24時間対応の定期巡回サービスをはじめ、介護サービスの充実・普及を推進

○全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化

○特別養護老人ホームの「新規」入所者を、原則、要介護3以上に重点化　*要介護1・2でも一定の場合には入所可能

サービス充実の基盤制度の整備

■地域での効率的・質の高い医療の確保

○医療事故にかかる調査の仕組みの位置づけ

○医療法人制度に係る見直し

・持ち分なし医療法人への移行促進策を創設（移行計画の策定等）
・医療法人社団と医療法人財団の合併を可能とする。

○臨床研究中核病院の位置づけ

■チーム医療の推進

○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

○診療放射線技師、臨床検査技師、歯科衛生士の業務範囲又は業務実施体制の見直し

■医療・介護従事者の確保

○医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能の位置づけ

○看護師等免許保持者に対して、ナースセンターへの届出制度を創設

○医療機関の勤務環境改善

*指針の策定、都道府県で取組を支援する仕組み

○臨床修練制度の高度な医療技術を有する外国医師への拡充

○歯科技工士国家試験の全国統一化

○介護従事者の確保

*上記基金による対応、27年度介護報酬改定で検討

■持続可能な介護保険制度の構築　（費用負担の公平化）

○低所得者の保険料の軽減割合を拡大

*給付費の５割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大

○一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ

○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

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

○ 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、**患者の視点**に立って、**どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられる**ことを目指すもの。このためには、医療機関の**病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化**しながら、**切れ目のない医療・介護を提供**することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。

（→「病院完結型」の医療から、**地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環**）

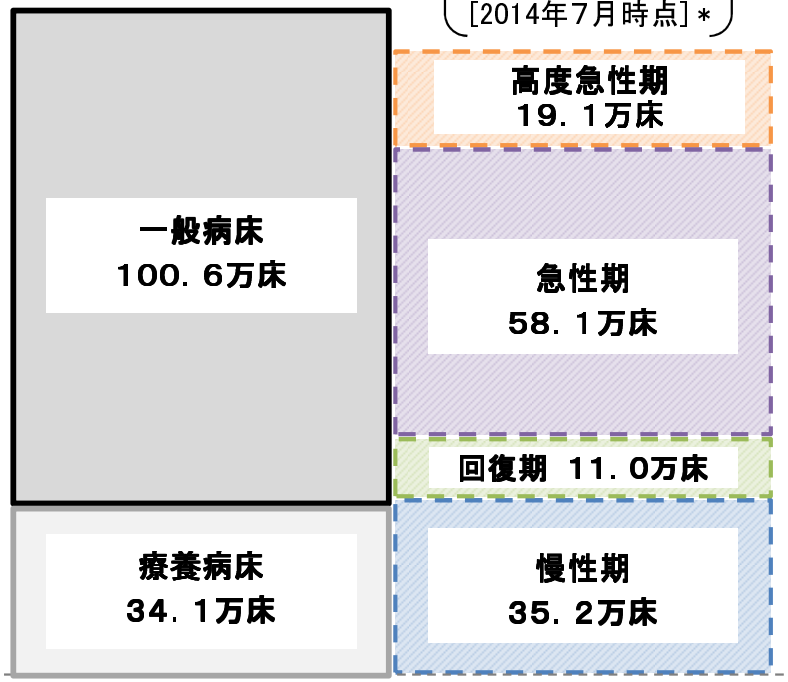
○ **地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点**から、今後、**10年程度かけて**、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の**医療・介護のネットワークの構築と併行して推進**。

⇨ • 地域医療介護総合確保**基金を活用した取組等を着実に進め**、**回復期の充実**や**医療・介護のネットワークの構築**を行うとともに、
• 慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、**全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討**を行うなど、**国・地方が一体となって取り組む**ことが重要。

【現　状：2013年】

134.7万床（医療施設調査）

病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]＊

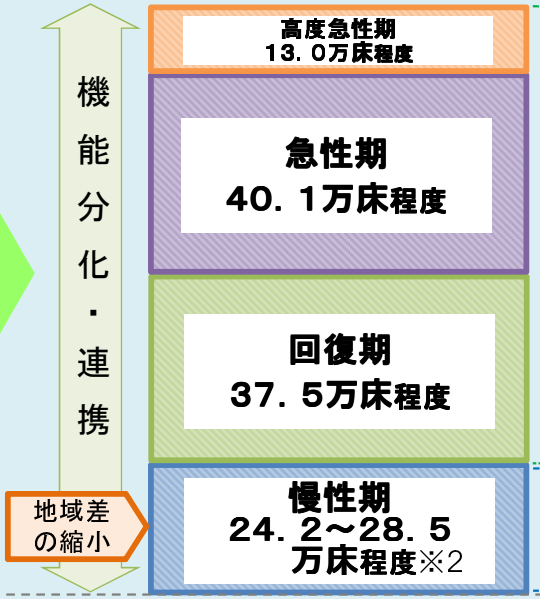


【推計結果：2025年】

※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合：**152万床程度**

2025年の必要病床数（目指すべき姿）
115～119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29．7～33．7
万人程度※3

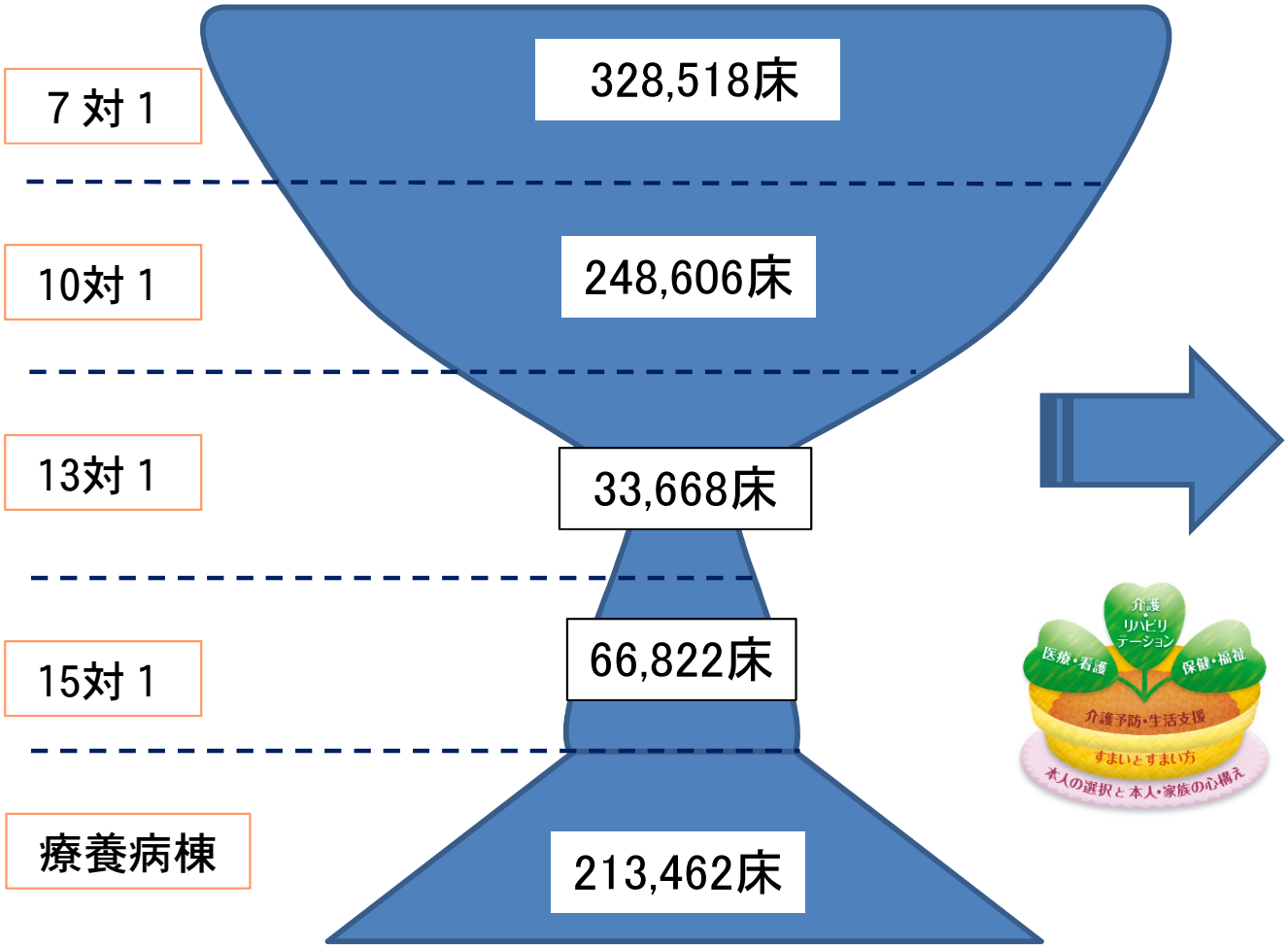
医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

＊ 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数（134.7万床）とは一致しない。
なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1　パターンA：115万床程度、パターンB：118万床程度、パターンC：119万床程度
※2　パターンA：24.2万床程度、パターンB：27.5万床程度、パターンC：28.5万床程度
※3　パターンA：33.7万人程度、パターンB：30.6万人程度、パターンC：29.7万人程度

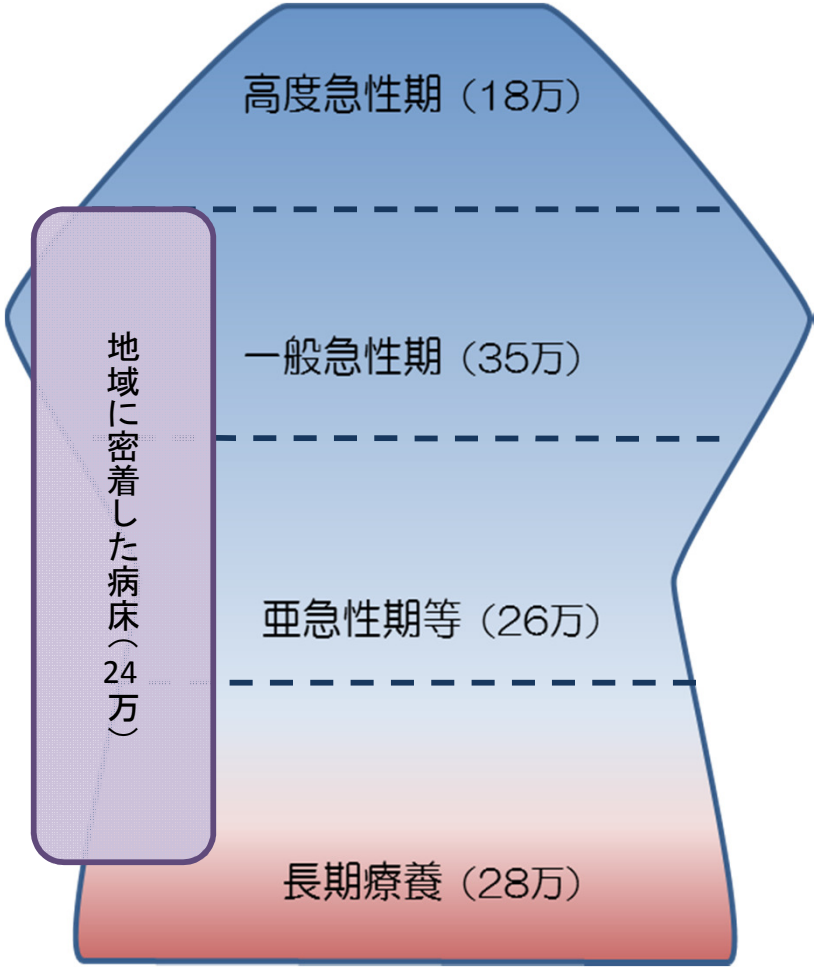
（参考） 病床の機能分化と連携

＜2010（H22）年の病床数＞
ワイングラス型



保険局医療課調べ

＜2025(H37)年のイメージ＞
〇〇〇〇〇型？



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）

1．都道府県が国民健康保険の財政運営の責任主体（2015国民健康保険改革の意義）

①国民健康保険の財政基盤の飛躍的な強化（年3400億円年の追加公費支援）
②保険者の集約（財政単位の拡大：都道府県化）
③リスク構造調整（年齢補正後医療費と所得に応じた公平な保険料）

2．後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

3．負担の公平化
入院時食事代(260円→460円　低所得者据置）　　紹介状なし大病院の外来定額負担

4．医療費適正化対策など

①医療費適正化計画の見直し、予防･健康づくり促進
②所得水準の高い国保組合の国庫補助率見直し
③協会けんぽの国庫補助率を当分の間16.4%
④患者申出療養の創設（新しい保険外併用療法）

国民健康保険の改革による制度の安定化（公費拡充）

国民健康保険に対し、平成26年度に実施した低所得者向けの保険料軽減措置の拡充（約500億円）に加え、**毎年約3,400億円の財政支援**の拡充等を以下の通り実施することにより、国保の抜本的な財政基盤の強化を図る。

※ 公費約3,400億円は、現在の国保の保険料総額（約3兆円）の1割を超える規模

※ 被保険者一人当たり、約1万円の財政改善効果

＜平成27年度から実施＞

○ **低所得者対策の強化**のため、保険料の軽減対象となる低所得者数に応じた自治体への財政支援を拡充**（約1,700億円）**

＜平成30年度から実施＞（毎年約1,700億円）

○**財政調整機能の強化**（財政調整交付金の実質的増額）
○**自治体の責めによらない要因**による医療費増・負担への対応
（精神疾患、子どもの被保険者数、非自発的失業者 等）
} 700～800億円

○**保険者努力支援制度**･･･**医療費の適正化に向けた取組等に対する支援**　700～800億円

○**財政リスクの分散・軽減方策**（財政安定化基金の創設・高額医療費への対応 等）　等

・平成27年度から、財政安定化基金を段階的に造成等（平成27年度200億円⇒平成29年度約1,700億円）

・**平成30年度以降は、上記の項目に約1,700億円を配分**

○　あわせて、医療費の適正化に向けた取組や保険料の収納率向上などの事業運営の改善等を一層推進し、財政基盤の強化を図る。

２つの大きな目標

1

・国民皆保険の堅持

（医療保険制度の持続可能性の確保）
（給付と負担の均衡）

2

・地域包括ケアの構築

（地域における総合的なチーム医療介護）
（多職種によるヘルスケアネットワーク）

２０１５年団塊の世代の影響が年金財政と労働需給に及んだ。２０１５年には医療介護に影響が及ぶ。

地域包括ケアシステム

地域の実情に応じて高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域で、その有する能力に応じ、自立した生活を送ることができるよう、医療介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制

地域包括ケアのキーワード

○地域（人のつながり）＋物語の尊重（寄り添う）＋包括ケア（医療介護連携）
○生活の場である住まいを拠点＝住み慣れた地域で人生の最後まで（＝Aging in Place）
○地域包括ケアの縦軸は医療と介護の連携＝地域における総合的なチーム医療介護
○地域包括ケアの横軸は生活支援とまちづくり＝地方創生
○縦軸は地域における総合的なチーム医療介護＝利用者の視点から切れ目ない医療介護サービスの提供
　縦軸連携はサービス提供者間の顔の見える関係づくり＝多職種協働のヘルスケアネットワーク構築
○病院／在宅、施設／在宅の二元論から循環型システムへの意識改革
○地域包括ケアはご当地システムを尊重（←「ゴールドプランモデル」との違い）

地域包括ケアの縦軸と横軸

□医療と介護は自動的にはつながらない。
□急性期医療の原理は「救命、治癒」。
□急性期後の医療介護の原理は「治し生活を支える」。
□医療計画は2次医療圏、介護計画は市町村圏。

高度急性期
急性期医療
回復期医療

医療と介護の連携一体化

地域包括ケアの**縦軸**

・見まもり
・買い物
・通院の付き添い
・ごみの分別
・預金の管理
・役所の手続きなど

自助互助
予防保健
健康づくり

在宅
高齢者住宅
有料ホーム

まちづくり
公共交通
生活支援

生活支援とまちづくり
地方創生

地域包括ケアの**横軸**

慢性期医療
介護施設
介護サービス

□実情に合った地域医療介護ビジョンをつくる。
□各地域の個性的な方法で作っていく。
□地域の数だけスタイルがあってよい。
□住宅とサービスが近いコンパクトシティをつくる。
□21世紀は「近いこと・近接」が再び価値を持つ。

循環する医療介護サービス提供体制

急性期医療は地域包括ケアの重要な一部である。在宅～在宅の循環的な仕組みをつくる。

□医療と介護は自動的にはつながらない
□急性期医療の原理は「救命、治癒」
□急性期以降の原理は「治し生活を支える」
□医療計画は2次医療圏、介護計画は市町村圏

□医療介護の連携は先進国共通の課題
□しかしどの国も確立した方法論がない
□我が国は高齢化のトップランナー
□世界にモデルを示していく
□そのモデルが地域包括ケアシステム

- Community-based
- Narrative-based
- Integrated Care

在宅

介護

急性期

地域に根ざし、それぞれの人の物語を尊重しながら、医療と介護を一体的に提供する。

□急性期病院とそれ以降の医療介護サービスの連携が重要
□急性期病院のスタッフの考え方が重要
□退院調整が重要
□我が国は入院がフリーアクセスなので地域包括ケアが不可欠

□機関は地域ﾈｯﾄﾜｰｸの中に存在する
□病院完結型から地域完結型（連携型）
□機能分化は必然・連携が不可欠

慢性期

回復期

KARASAWA

地域に根ざし、それぞれの人の物語を尊重しながら、医療と介護を一体的に提供する。

地域
Community-based

・人のつながりがあること
・顔の見える関係

顔の見える関係づくり（三方よし研究会・小串輝男先生・東近江市）
地域から生えてきた（かあさんの家・市原美穂さん・宮崎市）
たくさんの仲間と地域を耕し続ける（暮らしの保健室・秋山正子さん・新宿区）

物語
Narrative-based

・一人一人に寄り添う
・その人らしい物語を尊重する

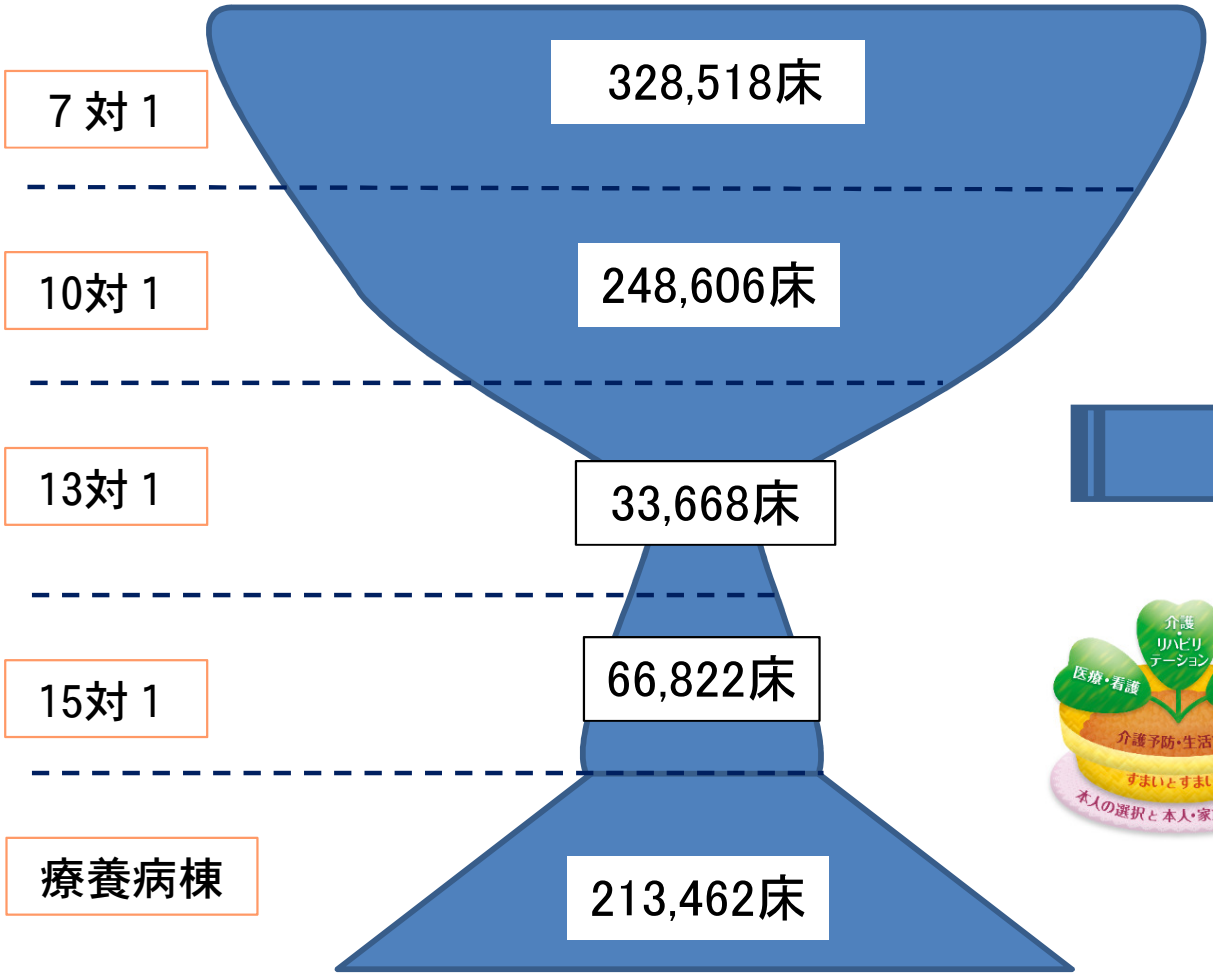
ものがたり診療所（佐藤伸彦先生・砺波市）
聞き書きのすすめ（天野良平先生・金沢市）

包括
Integrated Care

・生活者の視点で一体的に提供する
・医療介護の連携は先進国共通課題
・我が国は、高齢化のフロントランナーとして、世界にモデルを発信していく

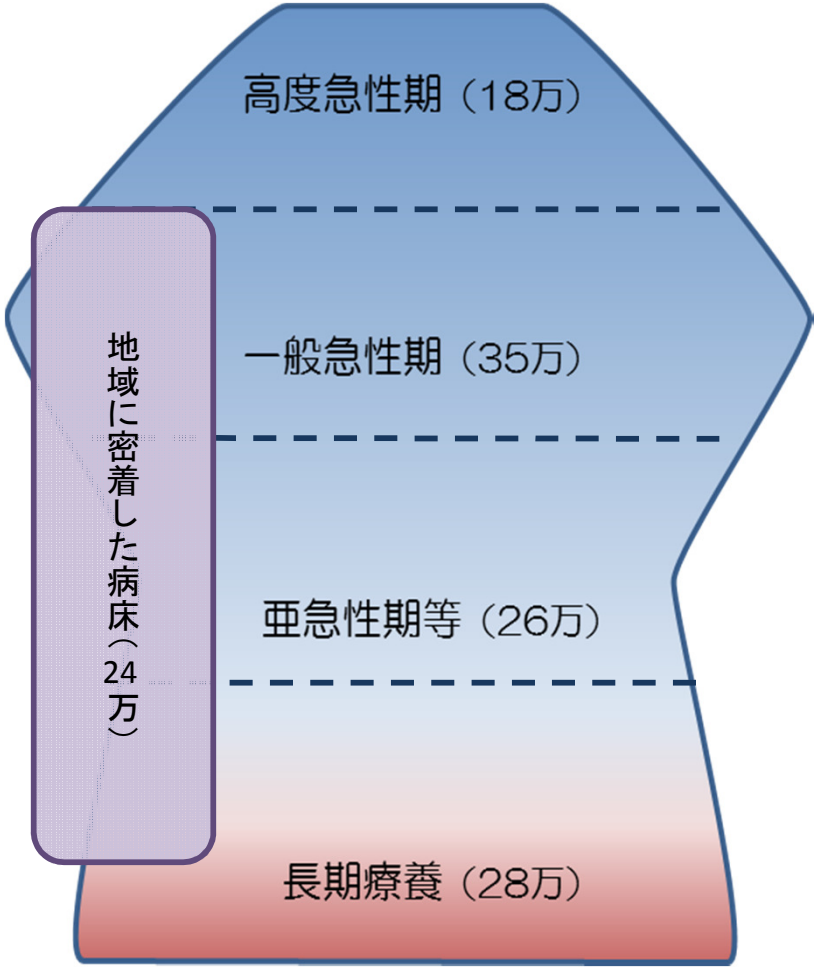
（参考） 病床の機能分化と連携

＜2010（H22）年の病床数＞
ワイングラス型



保険局医療課調べ

＜2025(H37)年のイメージ＞
〇〇〇〇〇型？



縦軸の地域包括ケアシステムとは

□地域包括ケアは視点の根本的な転換
□住まいを拠点とする生活者の視点

□地域包括ケアは各地域の個性的な方法で作る
□地域の数だけスタイルがあってよい

□「歴史的な必然としてのケア文化の転換」
（猪飼周平一橋大学教授）

1 地域における

2 総合的な

3 チーム医療介護

〔秋山正子さん〕
白十字訪問看護ステーション・新宿区戸山団地暮らしの保健室・マギーズ東京共同代表

「～どちらにしても、地域の活動から必要があって『生えてきた』ものであることには変わりなく、やっていったことが結果として、それは地域包括ケアに繋がることになっていく。結局『地域を耕す』仕事を沢山の仲間とやり続けることなのだという事です。」

2014三方よし研究会MLから

KARASAWA

地域における総合的なチーム医療介護＝多職種による地域ヘルスケアネットワーク

顔の見える関係とは

地域まるごとけあ

□地域の総合的なチーム　医療介護には、顔の見える関係が重要。
□そのためには、継続的なケア会議が重要。
□会議の場でケアマネジャーなどは医師に意見はいいにくい。

□医師は公平な参加と意見表明の機会を保障するリーダーシップを発揮する必要がある。
□懐深く全体をウォッチし、参加を勧める。
□目標を共有し、ビジョンを示し、対等な関係を保障する。

顔の見える関係づくり

定期的な楽しい研修会

時々飲み会

皆参加できる円形テーブル議論

継続的なケア会議

地域市民との交流イベント

自由な意見の発表と交換

リーダーシップと懐深さ

いばらないお医者さん

東近江市
三方よし研究会

人手不足時代の医療介護サービス

サービス業の付加価値と生産性を向上させ、賃金を上げる。
医療介護の生産性向上は、地域経済の振興と地方創生に不可欠。

1

医療介護スタッフの総合力の評価

多様な職種の活用

2

ロボット・機器・ICTなど装備充実

移乗支援機器の導入、ICTの活用推進

3

複数資格所有者の評価

複数資格取得の推進と所有者の評価

今後重要性を増す医療関係職種（例）

医師、薬剤師、看護師、リハ関係職種などに加え、次のような職種の重要性が増す。歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士などの摂食、咀嚼、嚥下など**食事と栄養、口腔ケア、フレイル予防**等に関する職種も一層重要となる。

医師事務作業補助

1　医師事務作業の軽減
2　チーム医療の推進（病院内）
3　地域包括ケアチームの一員
（病院外も含む）

・業務の重要性の確認
（病院業務全体の効率化と生産性向上）
・職種の名称の変更
・自律的な業務規定と業務範囲の拡大
・基本的なカリキュラムの策定

医療ソーシャルワーク

1　医療と介護の連携・一体化
2　地域における生活者の支
3　医療介護サービス機関のネットワーク構築への貢献

・2025以降の超少子高齢社会に向けて、地域の２次救急病院や慢性期病院は退院後も患者をフォローすべき。
・高齢患者は入退院を繰り返す。在宅にはMSWがいない。
・M県S病院Mさんのように、病院のMSWが退院患者のフォローを行う。在宅機関もMSWを置く。

ご清聴ありがとうございました