

社会保障制度改革国民会議提出資料

2013年4月19日

増田 寛也

本日のプレゼンテーション項目

- I 医療・介護が地域経済・雇用・産業にどう影響を
与えるか.....P1
- II 新たな地域医療政策について.....P9
- III 医療・介護の提供体制の改革とまちづくり・
都市再生について.....P18

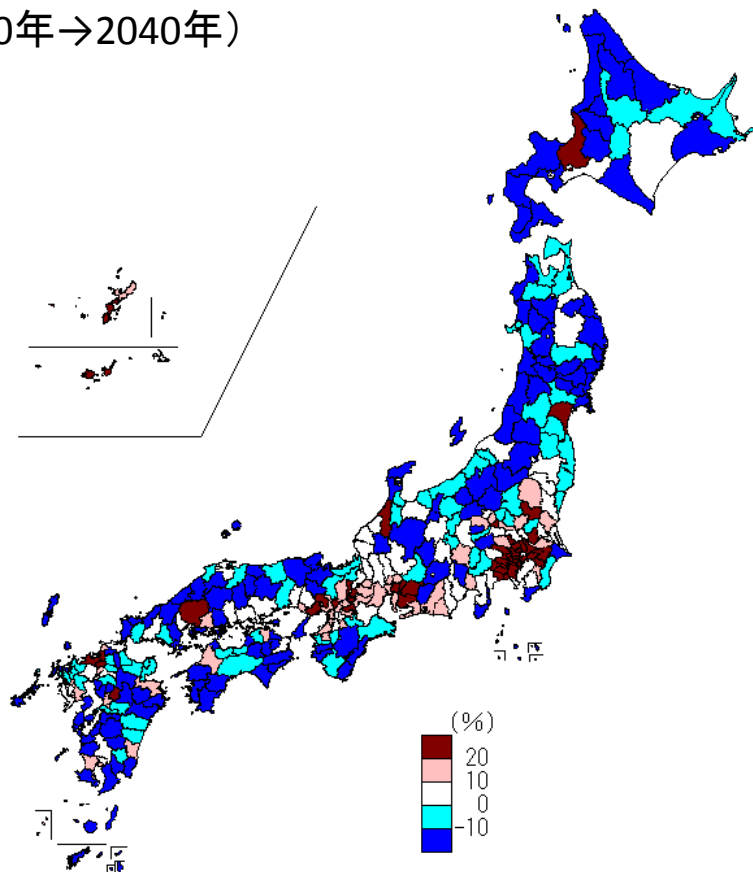
I 医療・介護が地域経済・雇用・産業にどう影響を与えるか (基本的な認識)

- ・ 医療・介護の状況は、費用ベースで見ても地域によって極めて多様である。
- ・ 医療・介護は、地域の雇用に対して大きな役割を果たしている。
- ・ 一方、今後地域の消費や経済規模は縮小していくため、その費用負担や雇用を地域経済で支えていくのは困難になる。
- ・ 以上を考えると、社会保障の改革は、社会保障の持続可能性のみならず、地域経済の持続可能性の観点から重要。また社会保障と人口動態、経済、産業、雇用の関係性と今後の方向は、地域ごとに異なっており、そのあり方は地域毎に考えていく必要がある。

2040年までの医療費・介護費の変化(医療費・介護費別)

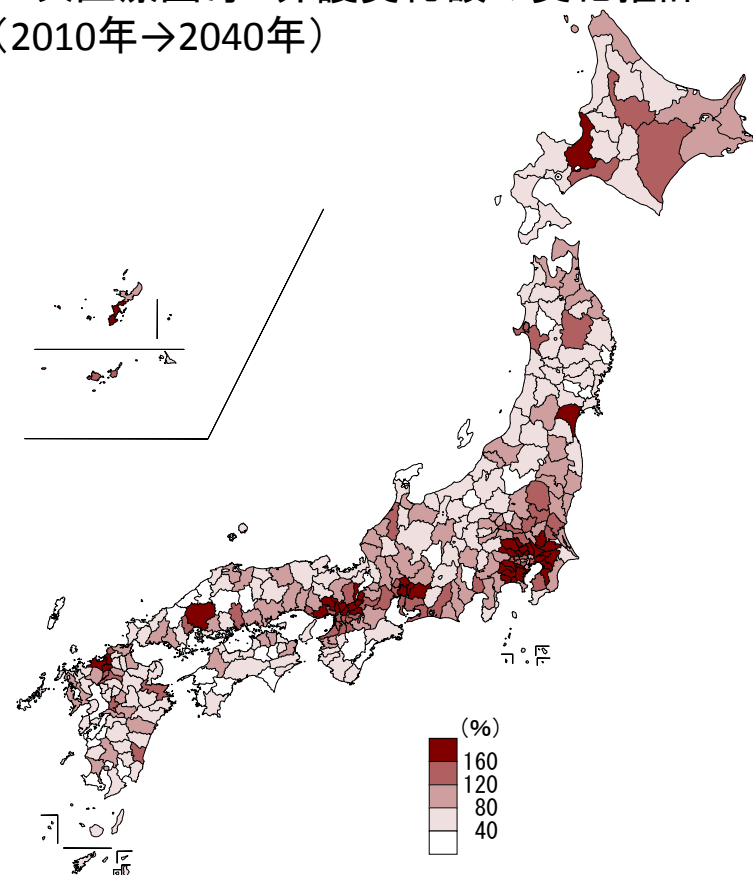
- ・年齢階層別の一人あたり医療費・介護費を一定と仮定し、将来の人口動態にあわせて費用変化を推計すると、医療費は人口減少の影響で地方は減少、都市部は高齢化の影響で増加。他方、介護費はほとんどの地域で増加、特に都市部で増加額が大きい。

二次医療圏毎 医療費総額の変化推計
(2010年→2040年)



厚生労働省『平成22年度国民医療費』及び国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来人口推計』より推計。
年齢階層別医療費を一定とし、人口動態変化にあわせ将来推計を行ったもの。

二次医療圏毎 介護費総額の変化推計
(2010年→2040年)

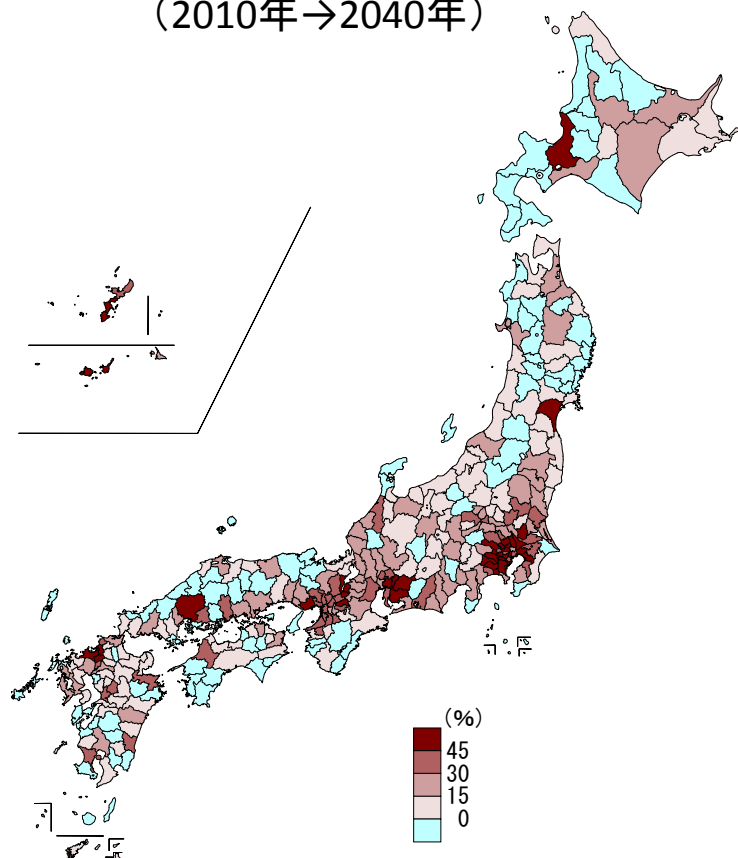


厚生労働省『介護給付費実態調査』及び国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来人口推計』より推計。
年齢階層別介護費を一定とし、人口動態変化にあわせ将来推計を行ったもの。

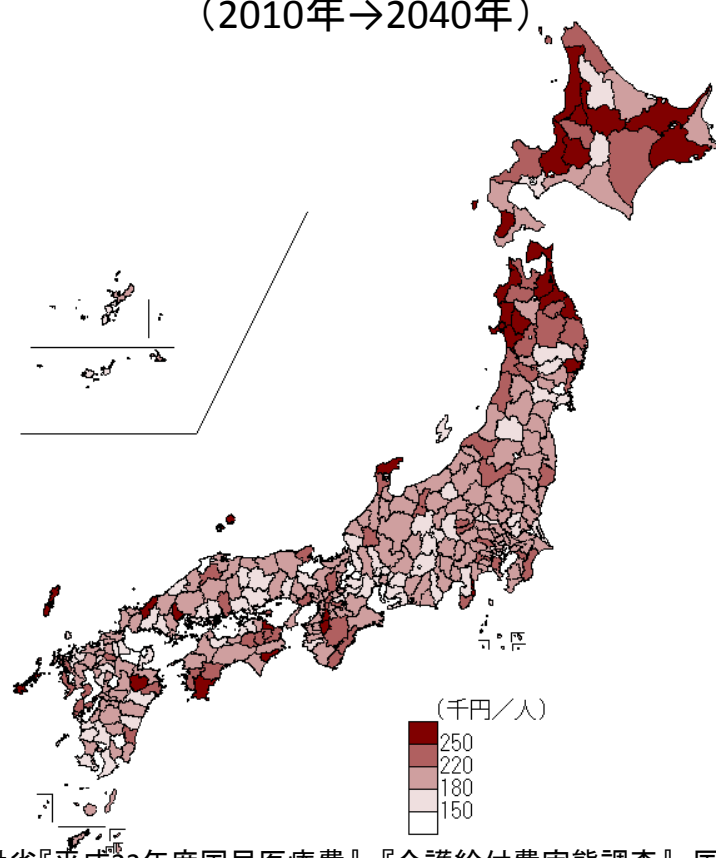
2040年までの医療費・介護費の変化

- ・医療費・介護費合算の変化率を見ると、都市部を中心に増加する地域が多い。
- ・また、人口一人あたり医療費・介護費の変化額でみると、20万円以上の増加になる地域もあるなど、費用の負担は重くなる。

二次医療圏毎 医療費＋介護費の変化率
(2010年→2040年)



二次医療圏毎 人口一人あたり医療費＋介護費の変化額
(2010年→2040年)



厚生労働省『平成22年度国民医療費』、『介護給付費実態調査』、国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来人口推計』より推計。年齢階層別医療費・介護費を一定とし、人口動態変化にあわせ将来推計を行ったもの。

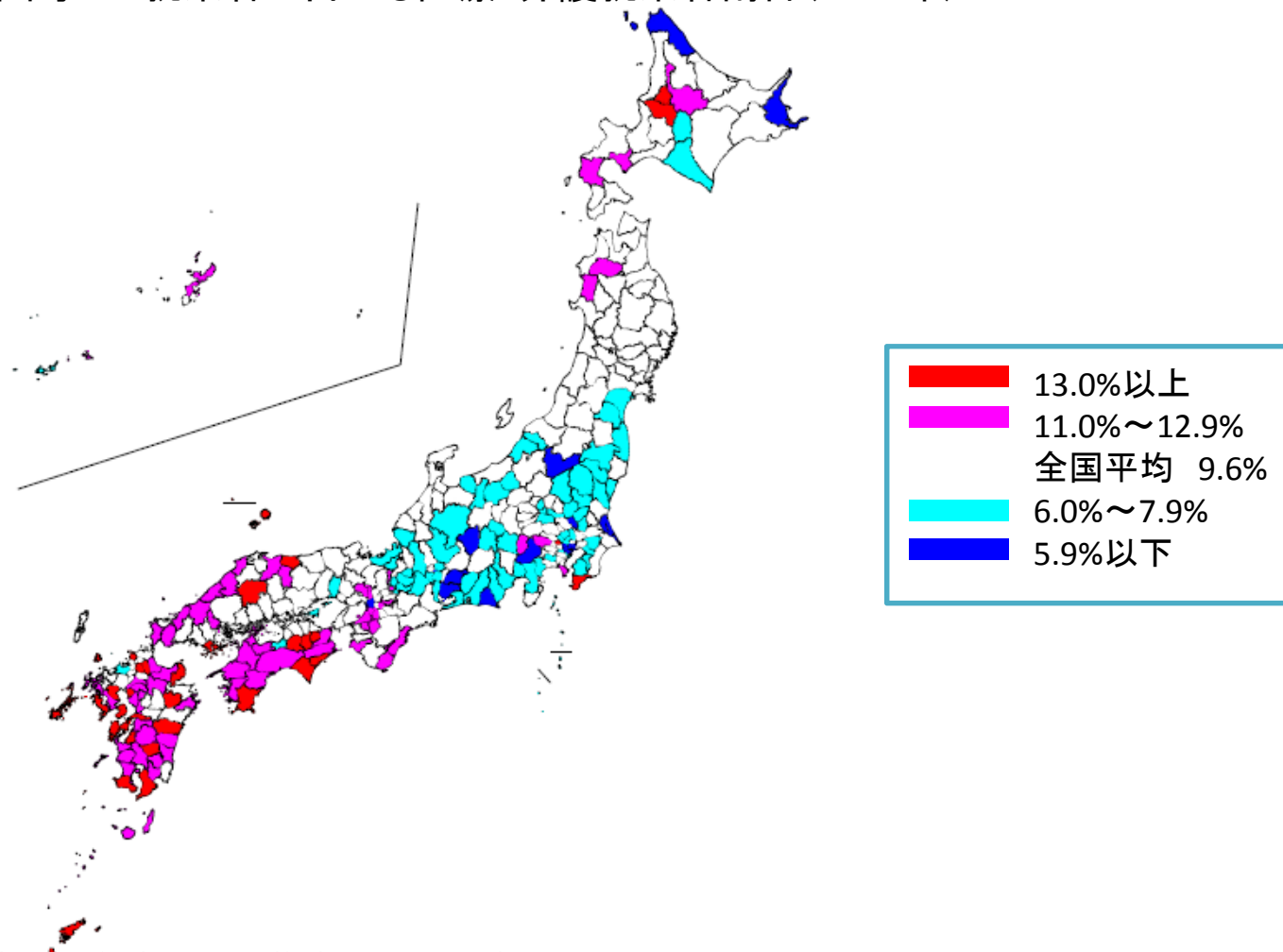
厚生労働省『平成22年度国民医療費』、『介護給付費実態調査』、国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来人口推計』より推計。年齢階層別医療費・介護費を一定とし、人口動態変化にあわせ将来推計を行ったもの。

※あくまで医療費・介護費の費用増加のイメージであり、一人あたりの保険料負担の増加額を示すものではない。

医療・介護と地域の雇用

- ・二次医療圏毎に、全就業者に占める医療・介護就業者の割合をみれば、特に地方部においては10%を超えている地域もある。医療・介護は地域の雇用を支えている面がある。

二次医療圏毎 全就業者に占める医療・介護就業者割合(2009年)



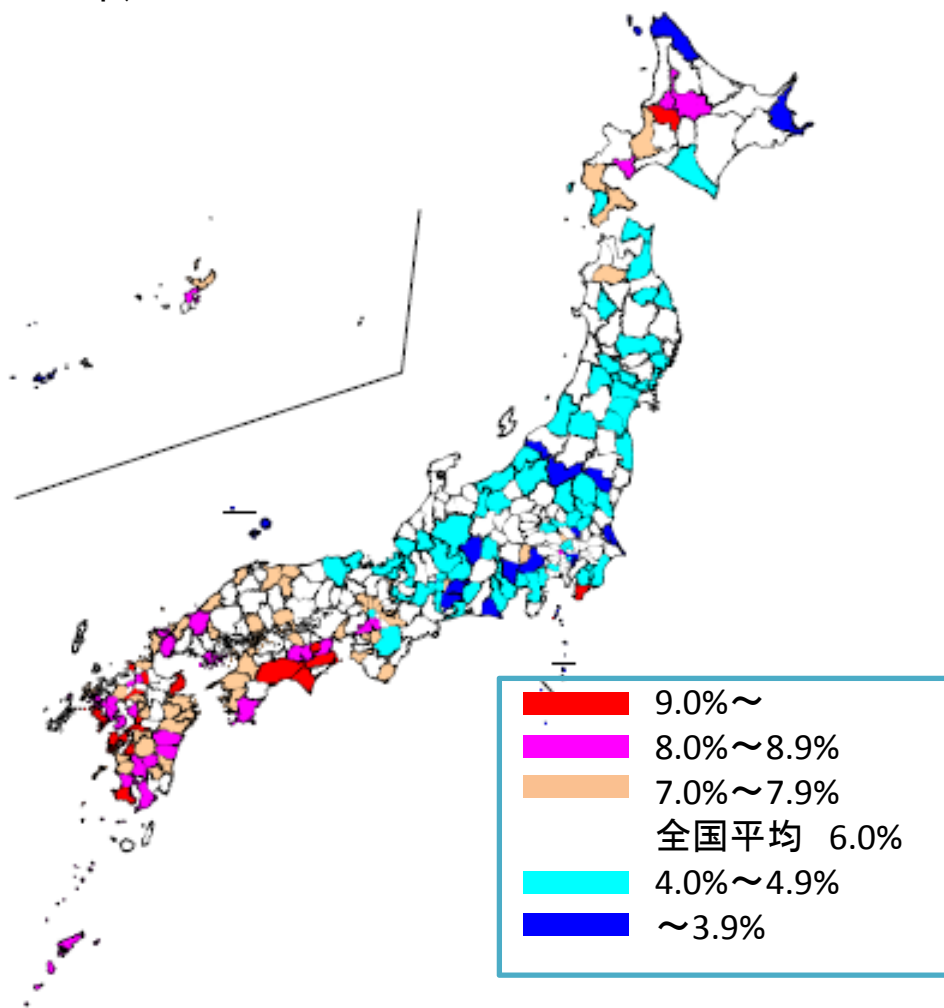
総務省『平成21年 経済センサス基礎調査』より作成

※ここで医療・介護従事者とは、病院等医療・介護業の事業所に勤める人員を指す。医師・看護師・介護士等の医療・介護従事者に加え、事務員等も含まれる。

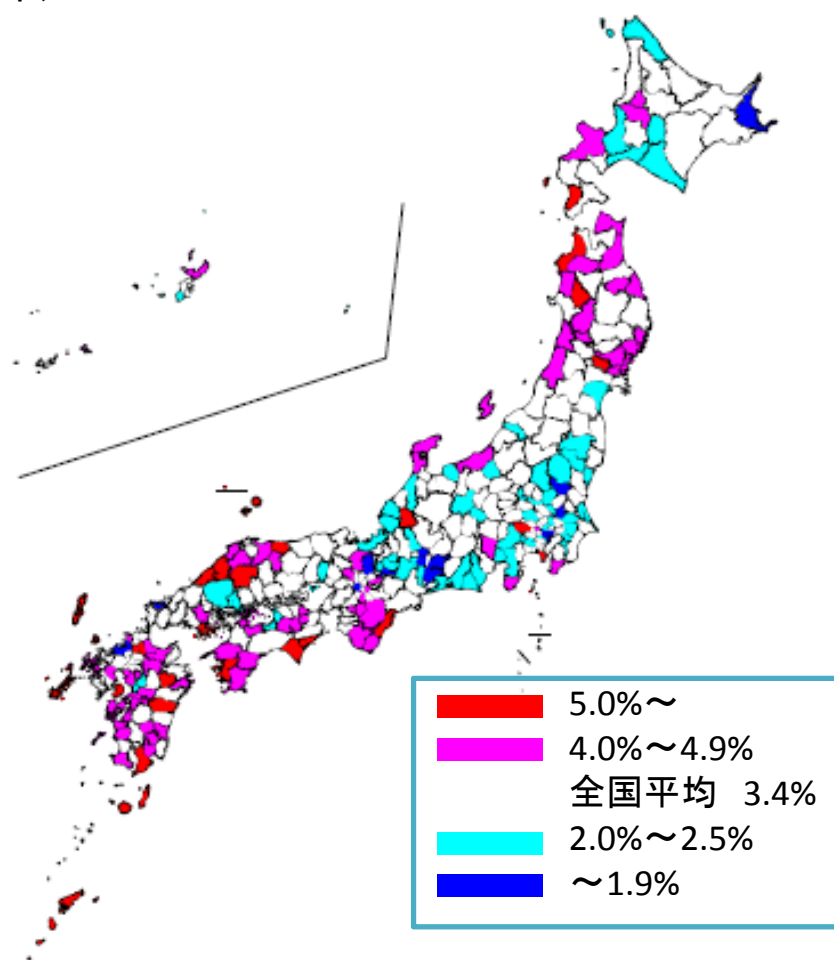
(参考) 医療就業者、介護就業者別の割合

・就業者の割合を医療と介護と比較すると、西日本は医療・介護ともに全国平均対比高くなっているのに対し、東北地方では医療の割合が低く、介護の割合が高くなっている。

二次医療圏毎 全就業者に占める医療就業者割合
(2009年)



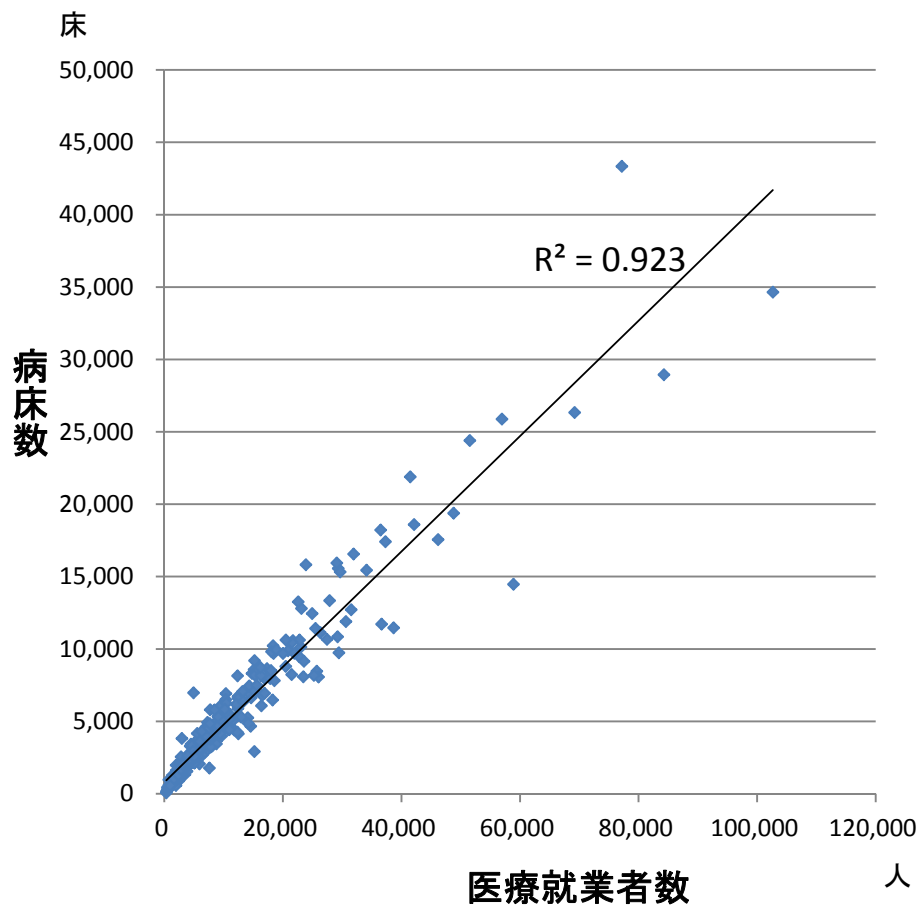
二次医療圏毎 全就業者に占める介護就業者割合
(2009年)



医療就業者、介護就業者別の割合

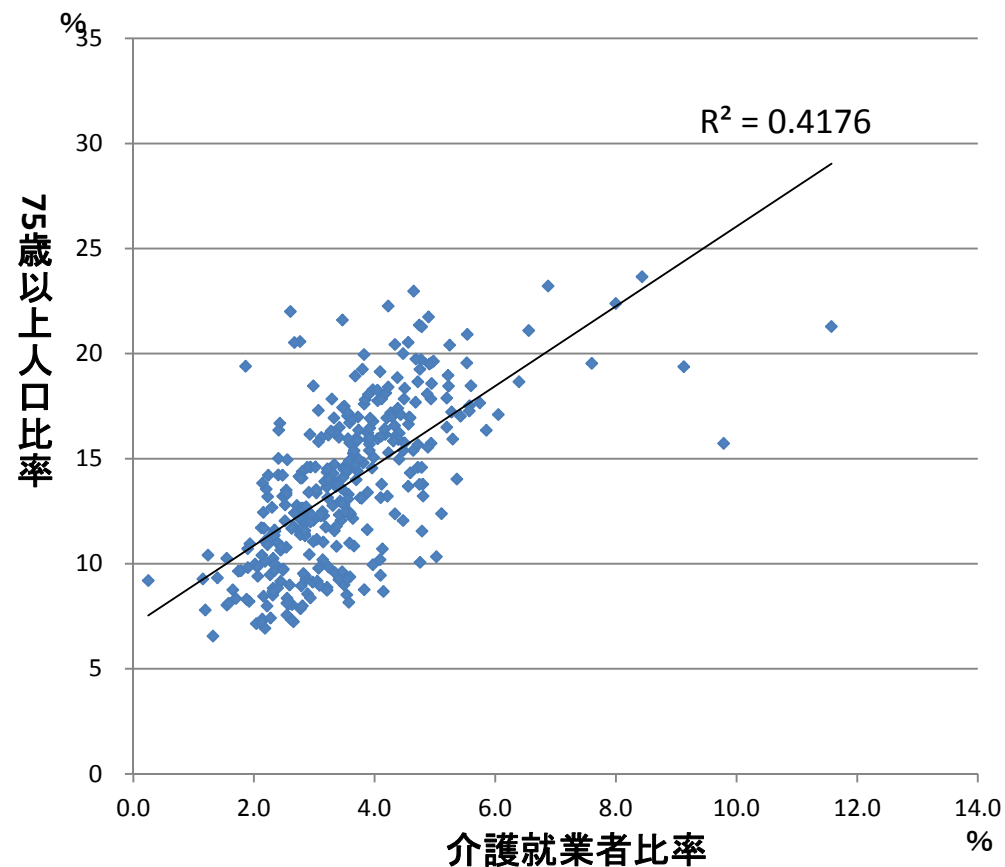
- ・二次医療圏毎にプロットすると、医療就業者数は病床数との相関が高く、介護は75歳以上人口比率との相関が高いことがわかる。

二次医療圏毎 病床数と医療就業者数の相関



総務省『平成21年 経済センサス基礎調査』及び
ウェルネス『二次医療圏データベース』より推計

二次医療圏毎 75歳以上人口比率×介護就業者割合の相関図

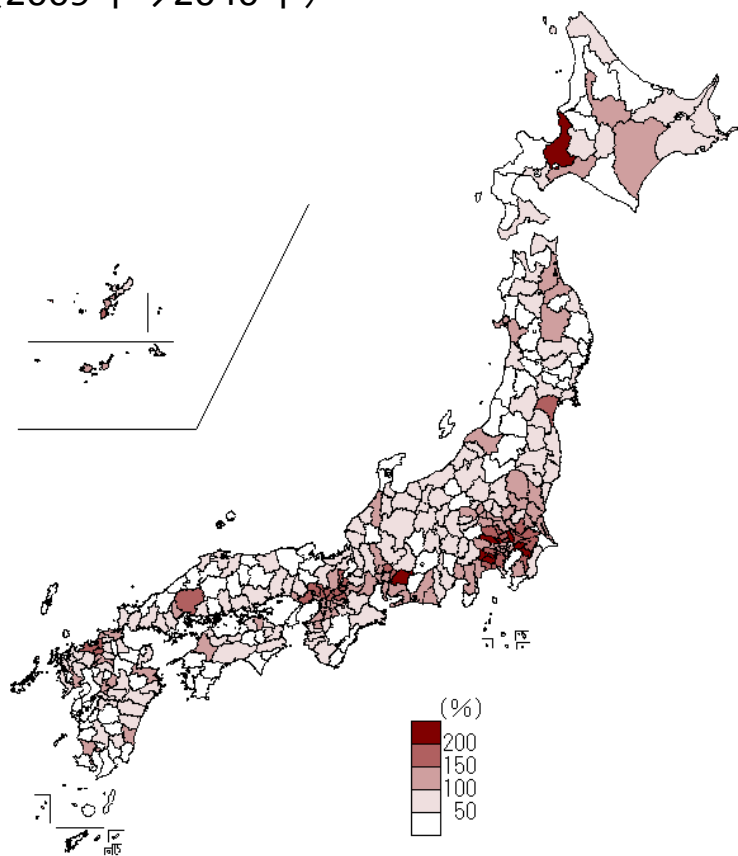


総務省『平成21年 経済センサス基礎調査』及び
総務省『国勢調査』より推計

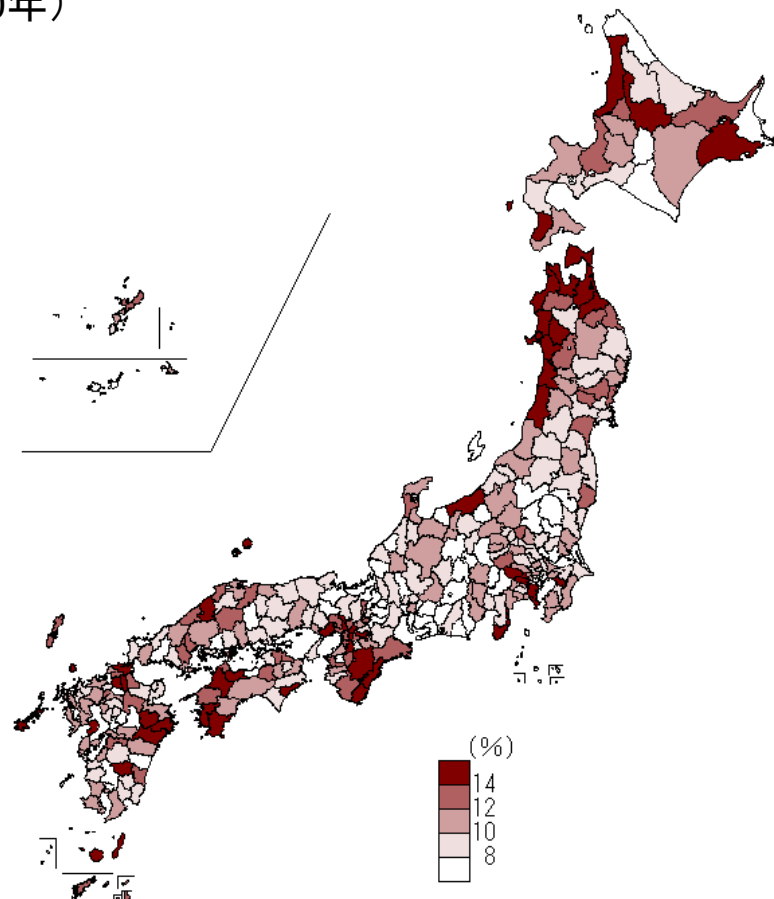
2040年までの介護就業者の変化

- ・2040年までの高齢人口変化を踏まえて介護就業者数の見通しを推計すると、都市部で介護就業者が大幅に増加。介護就業者の割合は、北海道・東北・西日本に加え、都市近郊等でも10%を超える地域がある。

二次医療圏毎 介護従事者の変化割合
(2009年→2040年)



二次医療圏毎 全就業者に占める介護従事者の割合
(2040年)



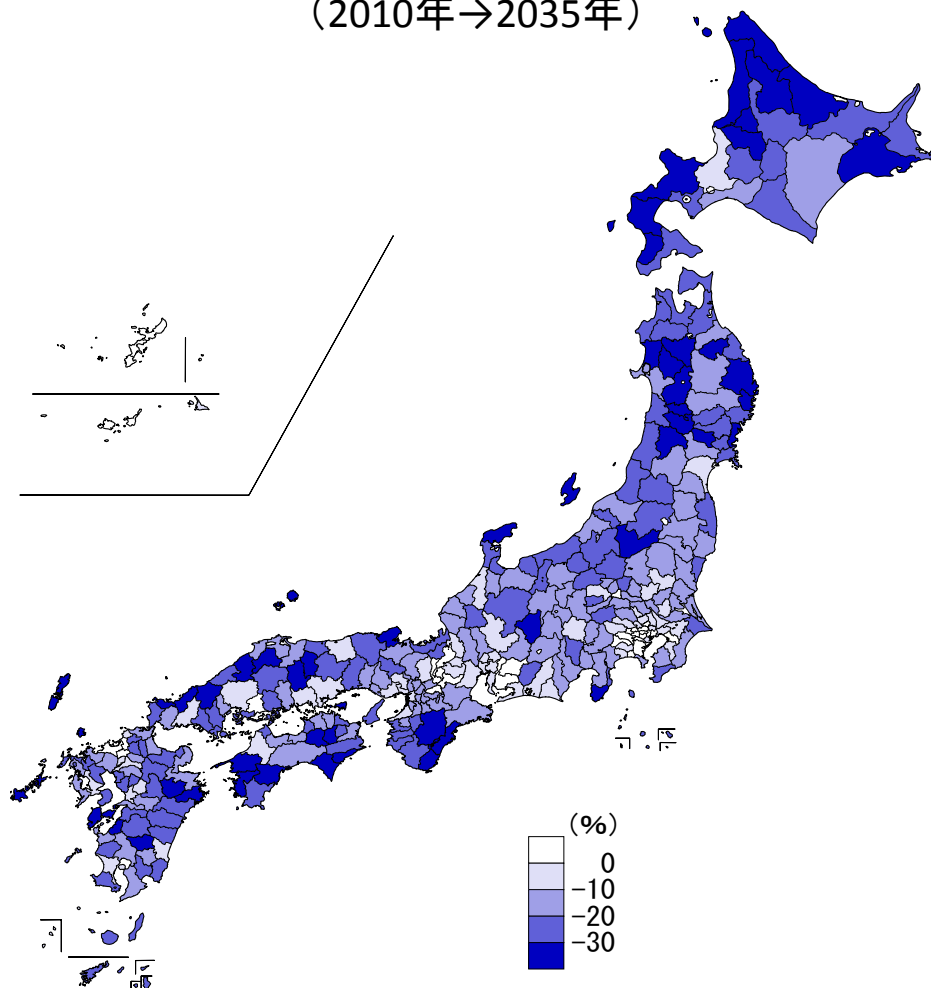
総務省『平成21年 経済センサス基礎調査』、『国勢調査』、国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来人口推計』、厚生労働省『介護職員をめぐる現状と人材の確保等の対策について』より推計

総務省『平成21年 経済センサス基礎調査』、『国勢調査』、国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来人口推計』、厚生労働省『介護職員をめぐる現状と人材の確保等の対策について』より推計

2035年までの地域の消費額の変化

- ・他方、一世帯あたりの消費支出を一定と仮定し、将来の世帯数変化にあわせて消費支出の総額変化を推計すると、地方部では30%以上の減少を見込む地域もある。

二次医療圏毎 消費支出総額の変化率
(2010年→2035年)



総務省『全国消費実態調査』及び国立社会保障・人口問題研究所『日本の世帯数の将来推計』より推計。
世帯あたり消費額を一定とし、人口動態変化にあわせ将来推計を行ったもの。経済成長率等は織り込んでいない。

II 新たな地域医療政策について(提言のポイント①)

- ・ 地域医療を守るためには、地域医療提供体制の整備と国民皆保険を最終的に支える「医療保険における最後のセーフティネット」である国民健康保険のあり方を一体的に検討することが必要。

【地域医療提供体制の整備について】

- ・ 増大する医療ニーズに対応するためには、病床を急性期・回復期など機能別に区分し、有効活用していくことや、病院間の役割分担・連携が必要不可欠(病院・病床機能の役割分担・連携)。 そのためには、都道府県知事が、地域毎の医療提供体制に関するビジョンを示すことが必要。

※ このビジョンは、将来にわたって持続可能な地域医療提供体制を実現するため、地域における病院・病床機能の役割分担・連携の望ましい姿を、住民や医療提供者等に広く示すもの。

※ また、地域毎の医療資源の実態をベースに積み上げて、全体のあるべき姿を作成することにより、実行可能なビジョンとすることが必要。

※ 具体的な仕組みについては地方と協議し、地方の理解を得て構築

- ・ このようなビジョンを策定し、実現していくためには、都道府県が、これまで以上に地域医療提供体制の整備を積極的かつ主体的に行うことができるよう、都道府県の役割を拡大。

(例) 現在、国が行っている保険医療機関の指定・取消権限の都道府県への付与 等

Ⅱ 新たな地域医療政策について(提言のポイント②)

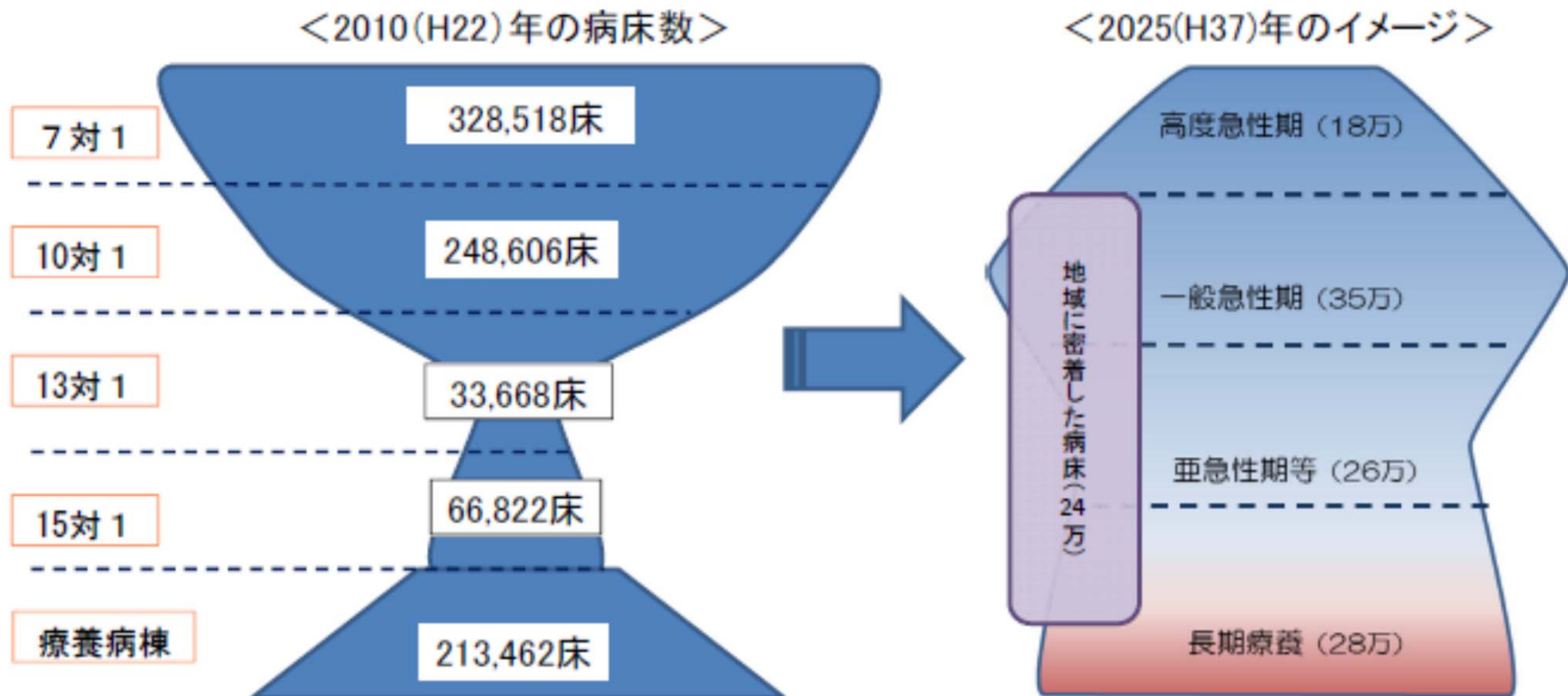
【国民皆保険を最終的に支えている国民健康保険の抜本的見直しについて】

- ・ 国民健康保険は、「医療保険における最後のセーフティネット」であり、国民皆保険を維持するため、その持続可能性の確保は極めて重要な課題。しかしながら、国民健康保険は、毎年度、多額の赤字補填目的の法定外繰入が行われており、持続可能とは言い難い現状。
- ・ また、財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在や、地域毎の保険料格差が大きいことも国民健康保険の大きな課題。
- ・ 以上の問題を解決するためには、国民健康保険の赤字構造を抜本的に解決した上で、国民健康保険の保険者を都道府県とすることが適切。
- ・ また、都道府県が国民健康保険の保険者となることにより、地域医療提供体制整備の責任主体と、国民健康保険の保険者が都道府県に一本化。これにより、地域医療の提供水準と保険料等の住民負担のあり方を総合的に検討することが可能な望ましい体制が実現。

※ なお、都道府県が国民健康保険の保険者となった場合でも、保険料徴収・保健事業など引き続き市町村が担うことが適切な業務は存在。したがって、都道府県と市町村が適切に役割分担する仕組みとすることが必要。

現在の一般病棟入院基本料等の病床数

- 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。



厚生労働省保険局医療課調べ

(注) 上記イメージは、医療の効率化のうち平均在院日数の減少等(▲4,400億円)の前提となるもの

地域医療体制を整備するための主な仕組みには、都道府県が自主的に判断することができないもの、都道府県には権限のないものがある。

■ 地域医療提供体制を整備するための主な仕組み(現状)

【医療法に基づく医療提供体制の確保に関する厚労大臣の基本方針】



【医療法に基づく医療計画(都道府県の計画)】
都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画)

〈計画事項〉

- ・ 一般病床、療養病床等種類別の基準病床数の設定
- ・ 救急医療等政策医療の確保に関する事項
- ・ 生活習慣病の予防等に関する事項 等

基準病床数の算定式は、原則として
全国一律

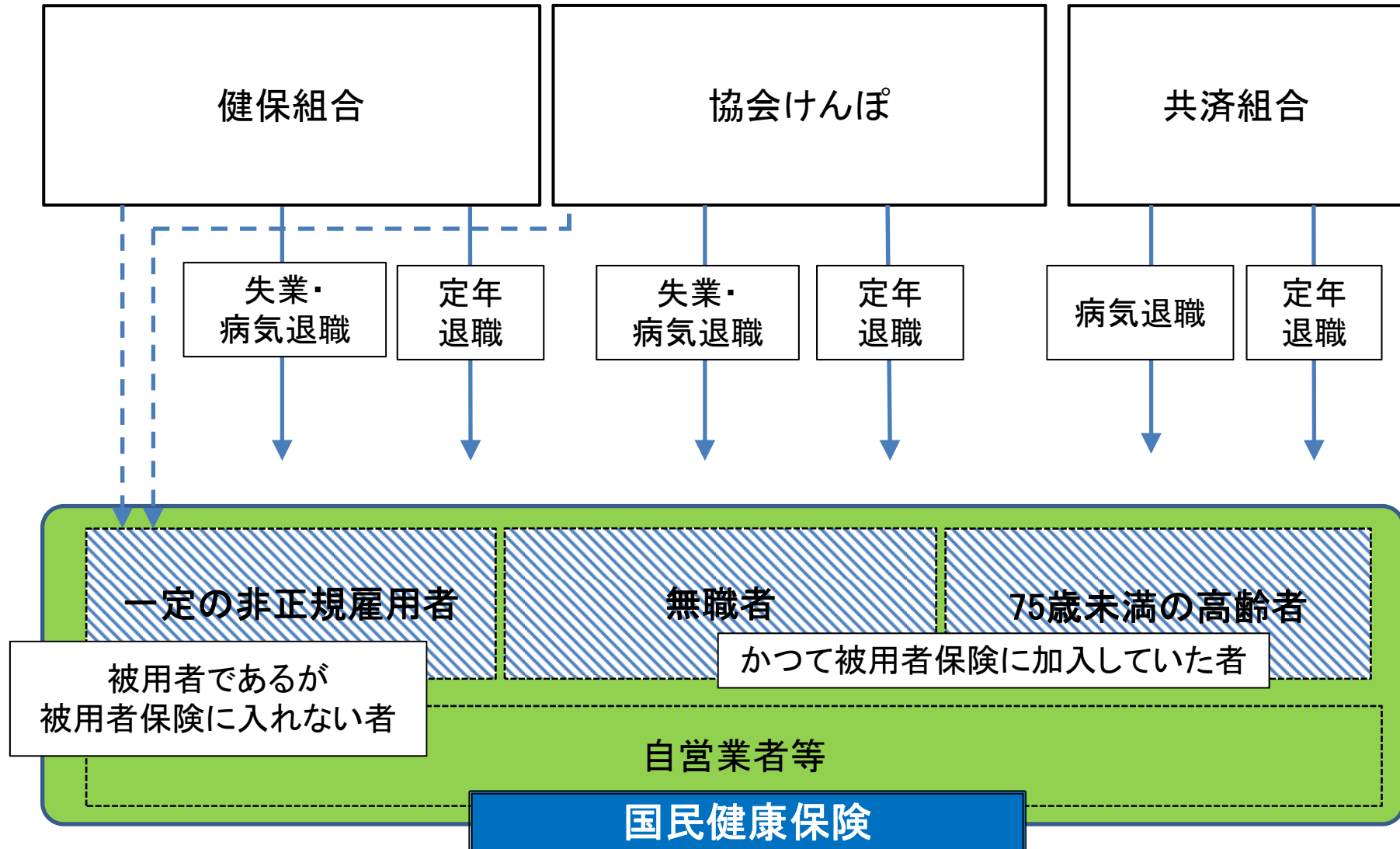
【医療法に基づく医療機関の人員・施設規制】
(人員・施設基準を厚労省令で規定。一部、県条例に委任。)

都道府県による立入検査、業務停止・施設
使用禁止命令

【医療保険関係法に基づく保険医療機関指定制度】

国が保険医療機関の指定・取消を実施

国民健康保険が国民皆保険を最終的に支えており、国民健康保険が「医療保険における最後のセーフティネット」としての役割を果たしている。



国民健康保険は以下のような構造的な問題を抱えており、抜本的な見直しが必要不可欠な状況。

<国民健康保険制度の運営に関する問題>

①年齢構成が高く、医療費水準が高い

- ・65～74歳の割合：国保(31.3%)、健保組合(2.6%)
- ・一人あたり医療費：国保(29.9万円)、健保組合(13.8万円)

②所得水準が低い

- ・加入者一人あたり平均所得：国保(145万円)、健保組合(369万円)
 - ・無所得世帯割合：22.8%
- ※無所得世帯とは、収入－経費(又は税法上の給与所得控除等)が0以下の世帯。

③保険料負担が重い

- ・加入者一人あたり保険料／加入者一人あたり所得
市町村国保(9.7%)、健保組合(4.8%) ※健保は本人負担分のみの推計値

<保険者のあり方に関する問題>

⑤財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在

- ・1723保険者中3000人未満の小規模保険者 417 (全体の1/4)

⑥市町村単位で運営しているため格差が大きい

- ・一人あたり医療費の市町村間格差 4.3倍(都道府県間格差 1.5倍)
- ・一人あたり保険料の市町村間格差 4.3倍(都道府県間格差 1.7倍)

**多額の一般会計繰入・
繰上充用の発生**

市町村による法定外繰入額
→ 約3,500億円

繰上充用額 → 約1,500億円

※H23決算

赤字構造の解消が必要不可欠

赤字構造の解消を行った上で

**国保の都道府県保険者化等
国保広域化による対応**

(参考)医療費の地域間格差

①一人あたり医療費の格差(H21年度)

	最高・最低の市町村	最高・最低の都道府県	全国平均
最高(A)	馬路村 (高知) 549,175円	広島県 351,815円	289,885円
最低(B)	御蔵島村 (東京) 127,349円	沖縄県 240,938円	
(A)/(B)	4.3倍	1.5倍	
標準偏差	市町村別 45,634円	都道府県別 31,230円	

③市町村別一人あたり医療費の上位・下位(H21年度)

順位	上位10保険者	順位	下位10保険者
1	馬路村 (高知) 549,175円	1	御蔵島村 (東京) 127,349円
2	上北山村 (奈良) 470,384円	2	座間味村 (沖縄) 146,837円
3	津奈木町 (熊本) 458,523円	3	渡嘉敷村 (沖縄) 155,904円
4	赤平市 (北海道) 458,063円	4	竹富町 (沖縄) 162,072円
5	早川町 (山梨) 453,222円	5	小笠原村 (東京) 164,597円
6	中頓別町 (北海道) 449,495円	6	川上村 (長野) 175,235円
7	大崎上島町 (広島) 447,225円	7	多良間村 (沖縄) 179,304円
8	水俣市 (熊本) 445,270円	8	石垣市 (沖縄) 190,382円
9	大川村 (高知) 441,575円	9	南牧村 (長野) 197,185円
10	初山別村 (北海道) 437,140円	10	与那国町 (沖縄) 205,804円

②都道府県別一人あたり医療費の上位・下位(H21年度)

順位	上位10都道府県	順位	下位10都道府県
1	広島県 351,815円	1	沖縄県 240,938円
2	山口県 349,171円	2	茨城県 247,156円
3	香川県 346,873円	3	栃木県 255,748円
4	島根県 346,810円	4	千葉県 257,331円
5	大分県 346,638円	5	埼玉県 261,535円
6	長崎県 343,895円	6	群馬県 262,721円
7	徳島県 343,657円	7	東京都 264,810円
8	佐賀県 340,137円	8	山梨県 268,288円
9	鹿児島県 335,603円	9	愛知県 269,119円
10	高知県 334,888円	10	静岡県 269,724円

(参考) 保険料の地域間格差

① 一人あたり保険料の格差(H21年度)

	最高・最低の市町村	最高・最低の都道府県	全国平均
最高(A)	猿 仏 村 (北 海 道) 133,682円	栃 木 県 93,965円	83,204円
最低(B)	伊 平 屋 村 (沖 縄) 30,907円	沖 縄 県 54,034円	
(A)/(B)	4.3倍	1.7倍	
標準偏差	市 町 村 別 14,338円	都 道 府 県 別 7,328円	

② 都道府県別一人あたり保険料の上位・下位(H21年度)

順位	上位10都道府県	順位	下位10都道府県
	円		円
1	栃 木 県 93,965	1	沖 縄 県 54,034
2	群 馬 県 92,109	2	鹿 児 島 県 69,714
3	愛 知 県 91,211	3	宮 崎 県 71,033
4	静 岡 県 90,442	4	長 崎 県 71,631
5	埼 玉 県 89,939	5	鳥 取 県 72,107
6	石 川 県 89,484	6	高 知 県 72,714
7	三 重 県 88,860	7	岩 手 県 73,023
8	千 葉 県 88,281	8	愛 媛 県 73,764
9	神 奈 川 県 87,550	9	島 根 県 74,081
10	滋 賀 県 87,347	10	秋 田 県 76,233

③ 市町村別一人あたり保険料の上位・下位(H21年度)

順位	上位10保険者	順位	下位10保険者
	円		円
1	猿 仏 村 (北 海 道) 133,682	1	伊 平 屋 村 (沖 縄) 30,907
2	大 湯 村 (秋 田) 123,405	2	栗 国 村 (沖 縄) 32,018
3	利 尻 町 (北 海 道) 122,420	3	伊 仙 町 (鹿 児 島) 36,076
4	標 津 町 (北 海 道) 120,243	4	三 島 村 (鹿 児 島) 37,077
5	羅 臼 町 (北 海 道) 119,881	5	大 鹿 村 (長 野) 39,113
6	え り も 町 (北 海 道) 115,638	6	東 村 (沖 縄) 39,267
7	南 幌 町 (北 海 道) 114,006	7	三 宅 村 (東 京) 40,506
8	千 代 田 区 (東 京) 113,554	8	伊 是 名 村 (沖 縄) 40,531
9	西 方 町 (栃 木) 112,838	9	三 原 村 (高 知) 42,018
10	栗 山 町 (北 海 道) 111,734	10	渡 嘉 敷 村 (沖 縄) 42,181

知事会・市長会・町村会は、国民健康保険の構造的問題を早急に解決することが、国民健康保険の保険者のあり方を検討する際の前提条件と主張している。

■第5回社会保障制度改革国民会議・地方三団体提出資料(抜粋)

1. 国民健康保険制度について

- 国民皆保険の堅持のためには、医療保険における最後のセーフティネットである国民健康保険の構造的な問題を抜本的に解決し、基盤強化を行うことは必要不可欠。
- 社会保障・税一体改革による国民健康保険への追加公費投入額は2,200億円となっており、当面一定の効果は見込まれるものの、構造的な問題の抜本的な解決には不十分であり、これをもって将来的に持続可能な制度が実現するとは考えられない。医療費適正化、保険料適正化、被用者保険との財政調整、公費投入等をどう組み合わせる持続可能な国民健康保険制度を実現するのか、国は方針を明確にすべき。
- 上記の問題を早急に解決した上で、国民健康保険の保険者のあり方についても検討すべき。

Ⅲ 医療・介護の提供体制の改革とまちづくり・都市再生に ついて(提言のポイント)

- ・ 地域を起点とした公的安心サービス提供基盤の整備を進めていくためには、病院の統合・再現による機能の集約化・分化と、医療・介護と高齢者向け住宅の結合が必要。
- ・ また、高齢化が進む環境下で効率的に都市サービスを供給する体制が必要であり、都市のコンパクトシティ化、それに応じて医療・介護施設を含めた必要な都市機能の再配置を行うことが不可避。
- ・ 以上のような問題に対応するためには、新しいまちづくりを促進する仕組みの構築が必要であり、具体的には以下のような総合的な規制の見直しが必要ではないか。

(1)医療法人制度(及び社会福祉法人制度)の経営統合を促進する制度

→ (例) ホールディングカンパニー型の法人類型の創設

(2)医療法人(及び社会福祉法人)の「非営利性」を担保しつつ都市再開発に参加できるようにする制度

→ (例) 都市再生会社(SPC)への出資等を認める規制改革

(3)ヘルスケアも含むコンパクトシティに対する資金調達手段を促進する制度

→ (例)ヘルスケアリートの普及手法の検討

医療・介護サービスの改革の方向性

- 医療・介護サービスの改革の方向性については、概ねコンセンサスが存在。「安心社会実現会議」においても、社会保障国民会議の議論を継承しつつ、優先課題として以下の方向性を提示。

【安心社会実現会議報告別紙(優先課題)】

○地域を起点とした公的安心サービス提供基盤の整備

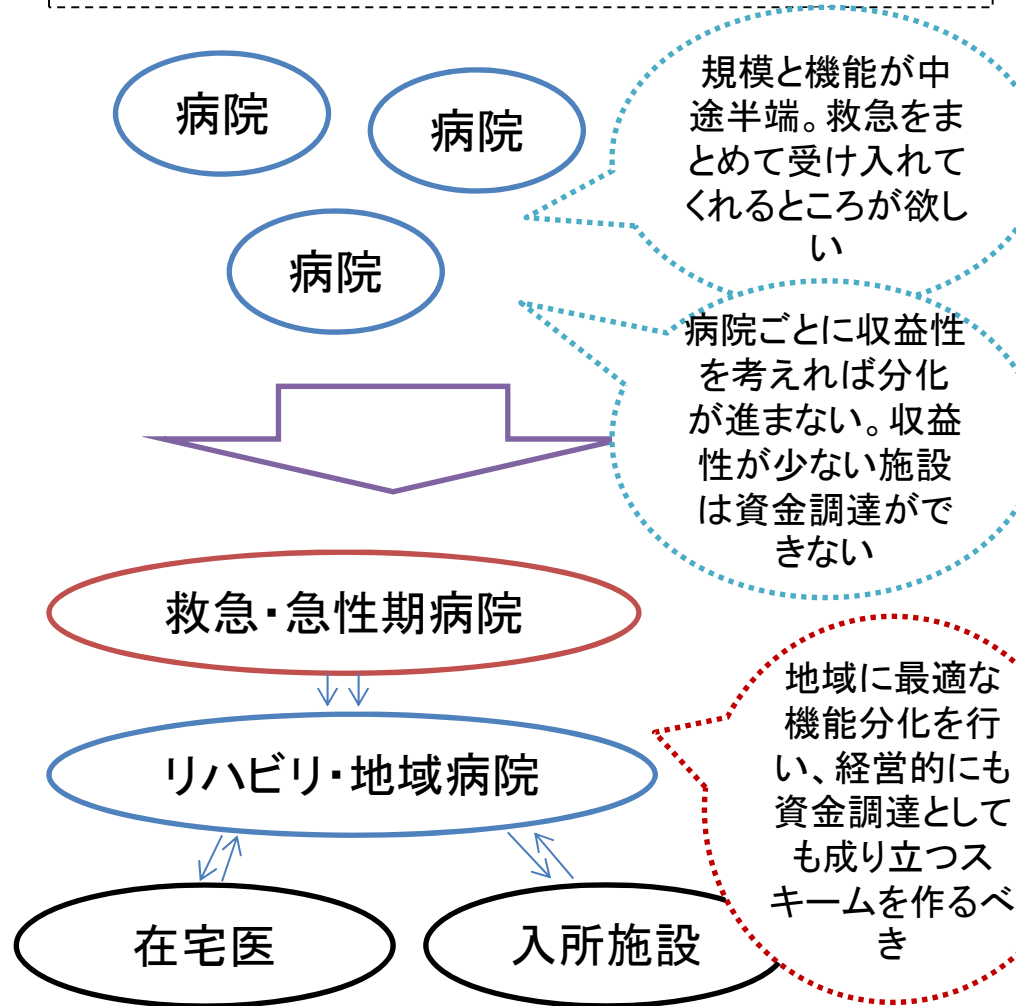
- ①地域医療の再生、特に二次医療圏における救急体制の整備と当該救急部門のファイナンスの確立
- ②コミュニティにおける医療介護連携の推進とそれに連動した独居高齢者に対する住宅保障

〔 ※①は、病院のコンソーシアム(共同運営体制)を組織しつつ医療機関の機能分担と集約を進めることを提言。 〕

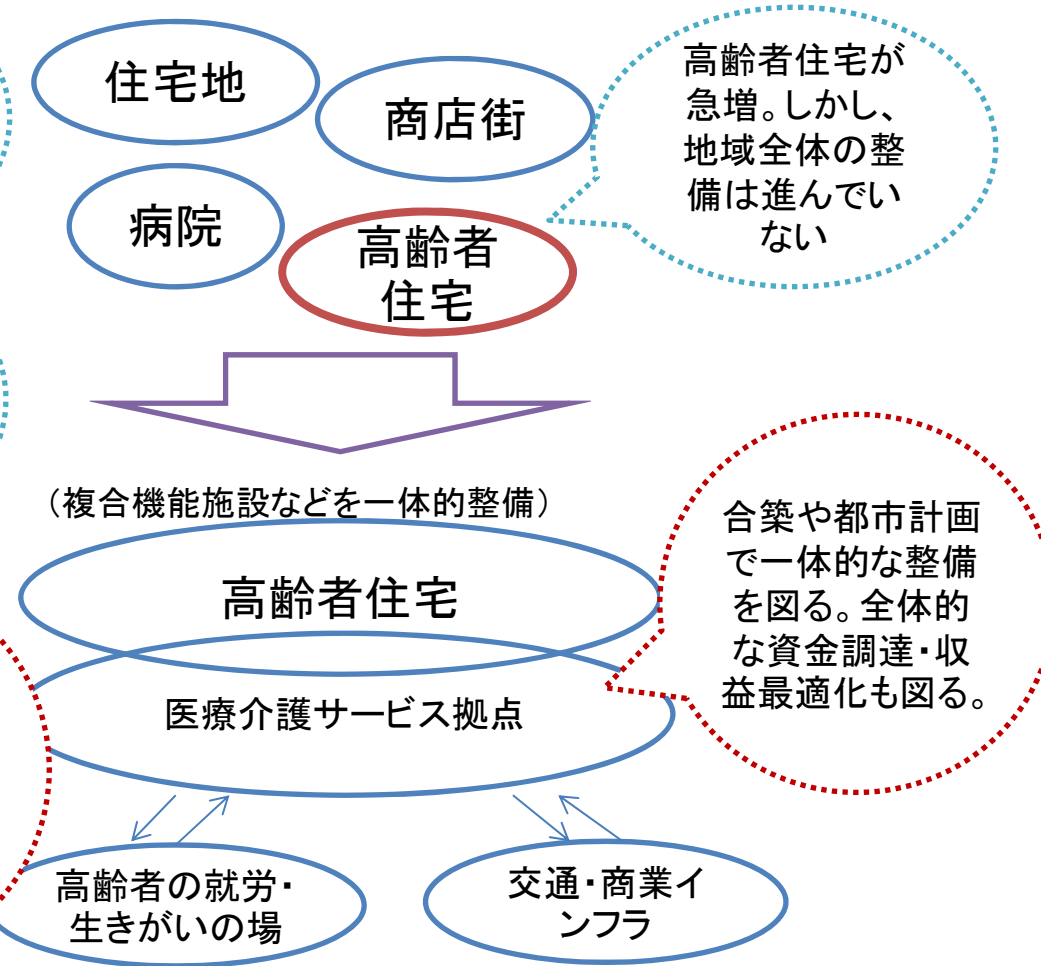
- 病院団体もこうした課題認識は共有。問題は、これをどう実現するか。未だ具体的提案がない状況。

医療介護の改革は病院再編と住宅との結合が鍵

病院病床は増やす必要はないが、
統合・再編で機能の集約化と分化が必要



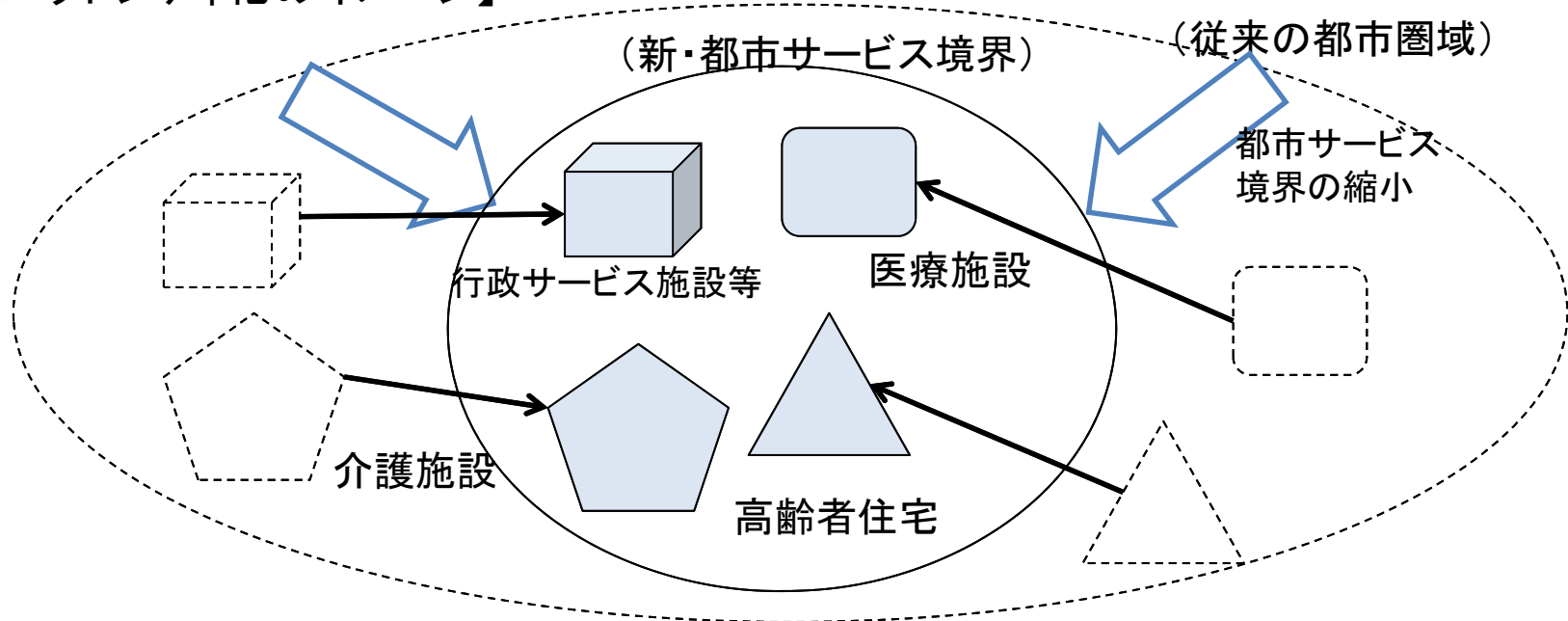
高齢者向け住宅は急増。今後とも質量ともに整備が必要。医療等との整合性が課題。



高齢化の中でのまちづくりの課題＝コンパクト化

- 我が国はこれから急速な人口の減少と高齢化に見舞われる。高齢化が進む環境下で効率的に都市サービスを提供する体制が必要。
- 大きな方向性としては都市をコンパクトなものに作り替えること(コンパクトシティ化)、それに応じて必要な機能の再配置を行うことが不可避。

【コンパクトシティ化のイメージ】

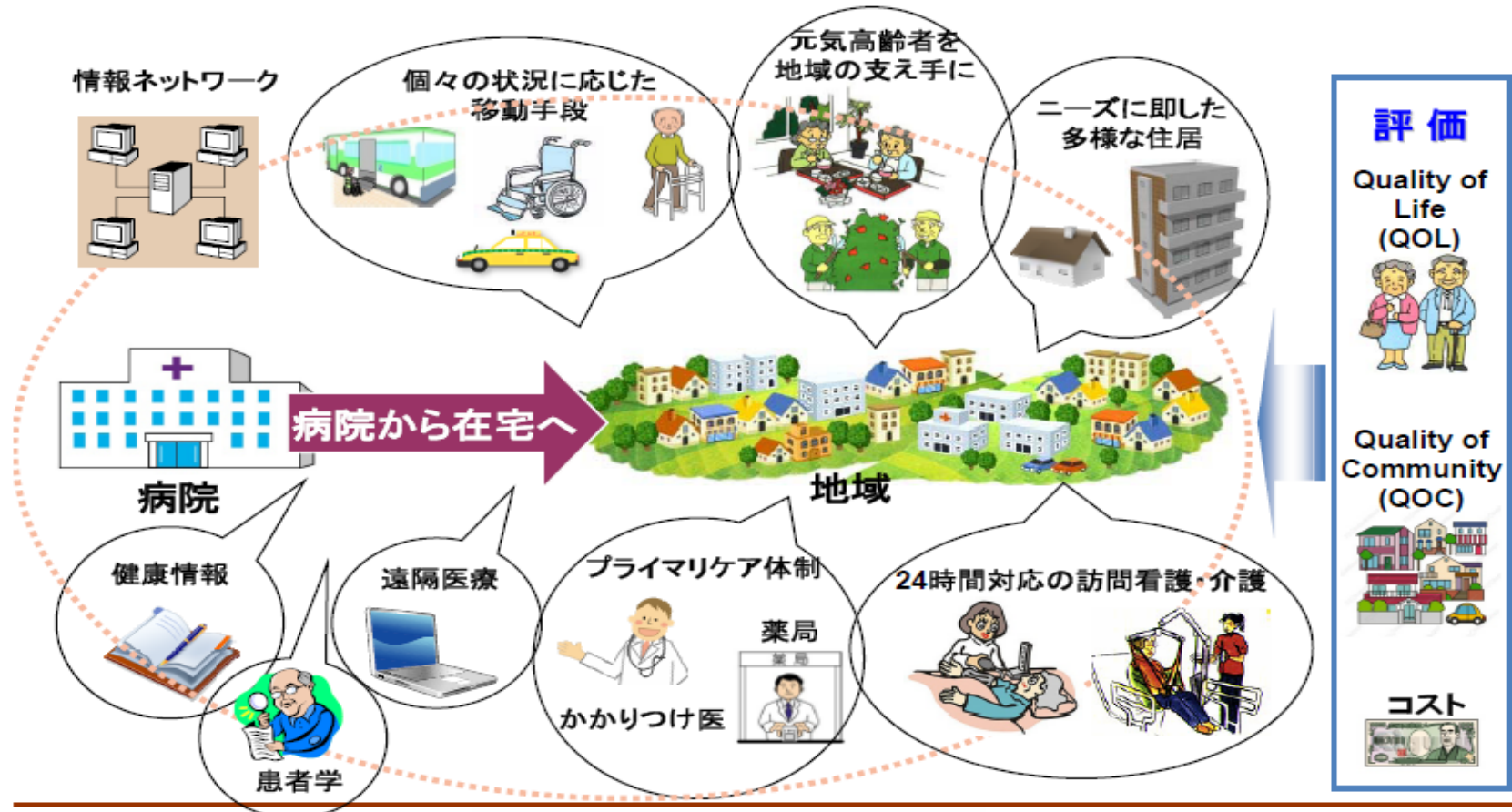


- 医療介護の再配置も必須。全体として整合性のとれた開発・機能再配置のための新たな仕組みが必要ではないか。

医療介護を含めたまちづくりは始まっている(1)

(参考) 東大高齢社会総合研究機構によるAging in Place の理念

Aging in Place: コミュニティーでの社会実験



IOG 東京大学 高齢社会総合研究機構
INSTITUTE OF GERONTOLOGY, The University of Tokyo

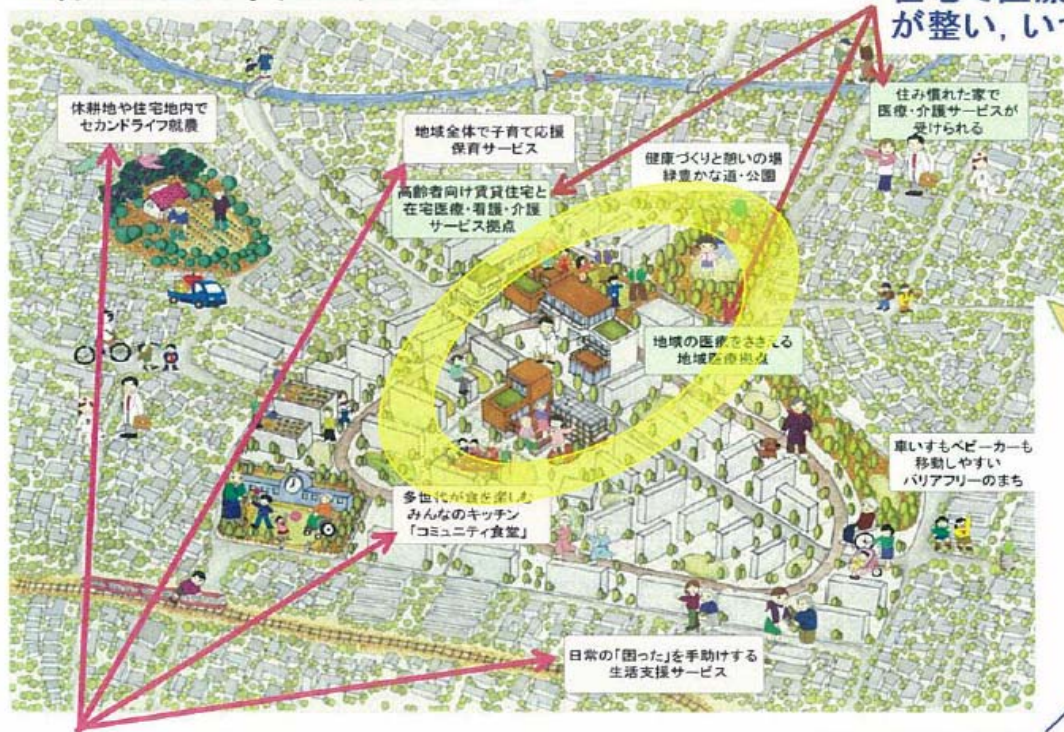
出典: 東京大学高齢社会総合研究機構ホームページ

医療介護を含めたまちづくりは始まっている(2)

(参考) 柏プロジェクトのコンセプト

3-4. 生まれ変わる柏市・豊四季台地域の暮らし

■ 将来の豊四季台地域のイメージ



地域の中に多様な活躍の場があり、いつまでも元気で活躍できる

在宅で医療、看護、介護サービスが受けられる体制が整い、いつまでも在宅で安心して生活できる

■ 建替を進めての土地利用計画



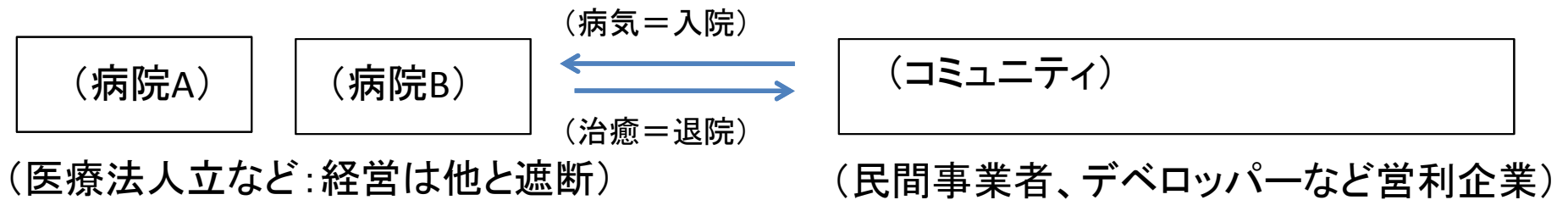
在宅医療・看護・介護サービスの導入、生きがい就労の創造を進めるとともに、これらの地域展開を受け止める住まいの構造、公共スペース(公園や広場)等の空間計画を検討

注: 社会保障審議会介護給付費分科会資料(平成23年7月28日)より

新しいまちづくりを促進する仕組みの構築を

- 従来の医療施設・コミュニティ分断型から統合型の都市整備へ移行するためには、医療法人制度、社会福祉法人制度、資金調達手段等の見直しが必要。

【従来の医療・医療施設整備の形態】



【今後必要とされる形態】

(関係者が資本提携をするまちづくり会社=自治体の参加、医療の非営利性担保などを法制化)

