

2013/4/19

医療・介護保険制度改革の方向性

山崎 泰彦

医療保険

〔これからの医療のあり方〕

○医療における高齢者医療、特に後期高齢者医療の比重が飛躍的に高まる。これは人口構造の変化から不可避。

○高齢者医療の内容が変わる（変えなければならない）。急性期医療から回復期・慢性期医療へ、入院医療から外来・在宅医療へ、そして介護と連携した医療へ。その際、地域包括ケアを推進する観点が特に重要。介護と同様に高齢者医療も地域密着型サービスに重点をシフト。

〔後期高齢者医療の問題点〕

○都道府県単位の後期高齢者医療と市町村単位の介護保険の不整合性

・市町村が介護や在宅医療で引き受けるインセンティブを阻害、市町村は医療に委ねたほうが保険料・市町村負担が軽減される。

・市町村負担の割合は、後期高齢者医療 12 分の 1、介護保険 8 分の 1。

・後期高齢者医療と介護保険の給付と負担の関係を一体化させるべき。

〔国保の広域化論を巡って〕

○広域化の狙いは何か

・小規模保険者対策としてのリスク分散機能の強化：再保険としての現行の高額医療費共同事業等が相当な効果をあげている。この事業の改善によって対応可能ではないか（医療費の平準化の期間を拡大する、超高額医療費については公費の配分を高めるなど。）

・保険料負担の平準化：受益としての実質医療費水準（年齢構造調整後の医療費水準）の差を考慮しない平準化は、市町村レベルでの保健施設活動、医療費適正化対策、地域包括ケア等の取り組みを阻害。

○小規模市町村よりも大都市国保の方により大きな問題あり

・小規模市町村のリスク分散機能の低下には再保険事業で対応。所得水準の格差には国・県の財政調整交付金で対応。年齢構成の違いには制度間調整で対応。残る問題への対応を探るのが現実的な検討の方向。

・単に小さいということであれば、国保だけでなく、介護、子ども・子育て支援、その他福祉などにも及ぶ脆弱な行財政力の問題で、基礎自治体のあり方として論ずるべき問題。

・大都市国保には、低い保険料（税）収納率、高い一般会計法定外繰入金割合、少なくない総務費割合（スケールメリットが発揮できていない）などの問題がある。赤字保険者は大都市国保に多く、黒字保険者は町村国保に多い。共同事業においても大都市国保は交付金超過（拠出金<交付金）になりがち。

・都道府県による広域化等支援方針による取り組み（平成 22 年国保制度改正による市町村国保の事業運営の都道府県単位化にむけた環境整備）が必ずしも順調に進まないのはなぜか検討すべき。

国民健康保険の市町村規模別比較(平成 22 年度)

	保険料・税 収納率 (%)	一般会計法定 外繰入金割合 (%)	総務費 割合 (%)	1人当たり 共同事業拠出 金(円)	1人当たり 共同事業交付 金(円)*
19 大都市・特別区	86.30	5.2	1.7	36,684	37,275
10 万人以上の市	87.62	3.0	1.4	40,856	40,731
5~10 万人未満の市	87.39	2.7	1.4	39,235	39,464
5 万人未満の市	90.13	2.1	1.5	41,304	41,284
市 計	88.19	3.2	1.6	39,532	39,722
町 村	92.39	1.6	1.7	44,554	43,695
合 計	88.61	3.0	1.6	40,042	40,125

* 高額医療費共同事業と保険財政共同安定化事業の合計額。

(資料)国民健康保険中央会等「国民健康保険の実態」

○広域化には都道府県単位の共同事業の改善により対応すべき

・リスク分散機能の強化や事務の共同化・効率化といった広域化のメリットを追求しつつ、地域の実態に即応した保険事業（保険料徴収、保健施設活動、医療費適正化対策等）を推進するには、市町村保険者を維持しつつ、都道府県単位の共同事業の改善により対応。

〔医療提供体制の見直しと地域医療の充実に向けて〕

- ・都道府県からの診療報酬に関する意見の提出とそれを踏まえた診療報酬の決定や、地域の実情を踏まえた診療報酬の決定ができる仕組みの積極的な活用による地方分権の推進。
- ・都道府県医療計画の策定や医療機関の開設における医療保険者・市町村の積極的な関与。

介護保険

〔介護保険制度見直しの基本的考え方〕

- ・地域の実情に応じた地域包括ケアを構築する上で、その中核となる介護保険制度の持続可能性確保が課題。特に、積み残しになっている給付と負担の見直しが重要。

〔介護保険給付の重点化・効率化〕

○軽度者に対する給付の見直し

- ・要支援者に対する予防給付について、市町村が地域の実情に応じて、ボランティア、NPOなどの互助や民間企業などを積極的に活用し、柔軟・効率的にサービス提供できる地域支援事業へシフト。
- ・互助の基盤整備は、給付見直しの前提としても重要。
- ・デイサービスは、重度化予防に効果のある給付への重点化などが課題。

○介護保険施設の重点化

- ・特別養護老人ホームは中重度者に重点化。軽度者を含めた低所得高齢者の住まいの確保が新たな課題。

〔世代間・世代内の負担の公平性の確保〕

○介護保険料の低所得者軽減強化

- ・介護保険料の引上げが避けられないなかで、公費を財源として低所得者の保険料軽減を強化

○利用者負担のあり方

- ・一定所得以上の所得がある者や預貯金などの資産を有する者には、応分の負担を求めるべき。
- ・遺族年金などの非課税年金や配偶者との世帯分離の扱いも検討が必要。

○介護納付金の総報酬割導入

- ・負担の公平化の観点から応能負担の強化が課題になるが、後期高齢者医療支援金の見直しとの関連も整理の上で導入。

〔地域包括ケアシステムの構築〕

○地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築

- ・地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを構築する上で、地域の特徴や課題が客観的に把握できるようにデータを整理し「見える化」。

○在宅医療と介護の連携

- ・市町村が中心となって在宅医療と介護の連携・調整を行う体制を整備。その連携・調整の機能は介護保険法に位置づける。

○介護人材の確保

- ・処遇改善とキャリアパスの確立。

○介護予防と生活支援の推進

- ・高齢者の社会参加を通じた介護予防を推進。
- ・配食・見守りなどの生活支援サービスは、互助の考え方に基づき、多様な主体で実施。

○認知症施策の推進

- ・認知症の方をすべて入院・入所で対応することには限界があり、また、必ずしも適切ではない。
- ・認知症の地域ケアを可能とするため、症状が重くなる前の早期の段階で、適切に相談・支援が受けられ、専門的な医療・介護につなげる体制を整備。

〔社会福祉法人改革〕

- ・社会福祉法人こそ、経営の合理化、近代化が必要。大規模化や複数法人の連携を推進。

- ・加えて、社会福祉法人非課税扱いとされているに相応しい、国家や地域への貢献が求められるべき。
- ・低所得者への利用料軽減は当然のこととして、今後都市部等での大きな問題である低所得高齢者の住まいの確保や生活支援などに積極的に取り組むべき。



地域保険の保険料「格差」をどう見るか

共済組合連盟会長 山崎 泰彦

国民健康保険の保険料格差がしばしば問題になる。第五回社会保険制度改革国民会議(二月二十八日)のヒアリングにおいても、全国市長会・国保対策特別委員会の岡崎委員長の説明のなかで、制度間格差と国保制度内格差が問題点として挙げられていた。

だが、これが解消されるべき不当な格差なのかどうか、考えさせられることが少なくない。今回はこの問題について考えてみたい。

介護保険の保険料格差の考え方

国保に隣接する介護保険ではどうだろうか。現在の介護保険料の基準額は全国平均で月額四、九七二円で、最高と最低の格差は約二・四倍。私が運営協議会会長として関わっている横浜市は五、〇〇〇円で、全国平均よりもわずかではあるが高い。

の水準が手掛かりになることは確かであろう。

だが、保険料格差を考えるには、さらに詳細な検討が必要ではないかと思う。介護保険では、高齢化の影響の調整のほか、国の調整交付金の配分によつて第一号被保険者の負担能力(所得水準)や第一号被保険者に占める後期高齢者比率の差が調整される。また、都市部の介護報酬には地域の賃金水準を反映させた地域加算があるから、これによつても保険料水準に影響を受ける。

横浜市の保険料は全国平均を上回るが、これらの要素を考慮するとどうなるだろうか。横浜市介護保険課に試算してもらった。まず、横浜市内で事業展開をする事業者に対する介護報酬の単価には加算がつき、全体として七％程度高い報酬が支払われる。これは地域の賃金水準を反映するもので、サービス水準が高いわけではない。さらに、第一号被保険者の負担能力の高さや後期高齢者が少ないことによる要介護者の発生率の低さを考慮し、全国平均では五％の調整交付金が横浜市ではその二分の一程度しか交付されない。いずれも横浜市の保険料を引き上げる要因になる。これらの要因を割り引くと、横浜市の現在のサービス水準に見合う介護保険料は四、〇六八円になる。

市町村間の公平な比較をするには、同様の作業が他の市区町村についても必要になる。前述の全国平均の四九七二円には地域加算のある都市部の保険料分が含まれているか

ら、サービス水準に対してはかなり高めになっている。同様に、最高・最低の町村についても調整交付金が相当に影響している可能性がある。

国保の保険料格差の解消が制度改革のテーマとして掲げられ、都道府県単位への広域化を求める声が高まっているのに対して、介護保険料についてはそのような議論はほとんど聞かれない。それは保険料水準について、それなりに納得できる説明が可能だからではないか。

介護保険では、第二号被保険者の保険料は全国レベルでプールされて市区町村の高齢化の程度に応じて交付されるから、高齢化の影響は完全に調整される。これは、年金制度において基礎年金部分の年金賦課率にかかる制度間格差が完全に調整されるのと同様の効果である。それゆえに、一般的には第一号被保険者の保険料は当該市町村のサービス水準をおおむね反映していると説明されている。

保険料が高いのは、在宅サービスが遅れサービスが施設に偏っているのか、一方、保険料が低いのは、サービスが絶対的に不足しているのか。いろいろなケースが考えられるが、当該地域のサービス水準を考える上で、介護保険料

国保の保険料格差の現状

国民会議に提出された国保の保険料格差に関する岡崎高知市長の説明資料は別紙の通りである。保険料標準化指数でみて、都道府県間では、最大の徳島県(一・三三七)と最小の東京都(〇・八〇五)の間に一・七倍の格差、市町村間では、最大の徳島市と最低の東京都青ヶ島村の間に四・二倍もの格差がある。また、国民会議のヒアリングでは、福祉・介護・医療の連携に積極的に取り組み、成果をあげておられる全国町村会会長である長野県川上村の藤原村長からも説明を受けた。

そこで、これらの二市と二村について、保険料の格差要因を考える上で、保険料(税)取崩率、一人当たりの法定外繰入・給付費についてもデータを調べてみた(別紙参照)。なお、保険料標準化指数では、調整交付金の配分により所得水準の格差はおおむね調整済みと考えられる。

それによると、保険料標準化指数が〇・四一一で全国最低の青ヶ島村は、一人当たり給付費が低い上に、一般会計からの多額の法定外繰入を行っている。川上村は、一人当

1

2

