

# グランドデザイン2009

—国民の幸せを支える医療であるために—

定例記者会見

2009年2月18日  
社団法人 日本医師会

\* 2009年2月18日定例記者会見で配布した資料から一部変更したものを掲載しています。

# はじめに

日本医師会は、2007年3月「グランドデザイン2007－国民が安心できる最善の医療を目指して－総論」を公表いたしました。

その背景には、近年の財政一辺倒の医療政策により、国民が「いつでも」「どこでも」平等に医療を受けられる日本の優れた医療保険制度が失われてしまうという強い危機感がありました。その後の状況も、私たちの懸念をより強くしています。

米国のサブプライムローン問題に端を発した世界的規模の金融危機は、日本にも大きな打撃を与えています。深刻化する不況、拡大する雇用不安など、日本経済は極めて不安定な状態にあります。

一方、医療を取り巻く環境も厳しさを増しています。医師の不足と偏在によって、地域医療提供体制の崩壊が現実化しています。2009年度の医学部定員は、過去最大規模を超えて増員されましたが、その効果が現れるのには約10年かかると言われています。

また、2006年7月に閣議決定された「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2006」に示された、社会保障費の伸びを2007年度から2011年度までの5年間で1.1兆円(国庫負担ベース)削減するという方針が、医療崩壊という現実を前にしても撤回されていないのが実情です。

いま、国民は将来に大きな不安を抱いています。このようなときこそ、国民の生命と生活を守る社会保障に対して、国は明確な理念を示し、国民の安心を保障する責務があります。社会経済情勢の先行きが見えない今こそ、医療を中心とした社会保障への積極的な投資によって、国民が安心できる社会を再構築しなければなりません。

本書「グランドデザイン2009」は、2007年に「グランドデザイン2007」を公表した後、状況の変化等を踏まえて、必要と思われる部分を新たに書き加えたものです。「グランドデザイン2007」同様、多くの方々の目に触れ、幅広い議論に供することを期待します。

2009年2月

日本医師会 会長 唐澤祥人

# 目次

「グランドデザイン2009」は、2007年に「グランドデザイン2007」を公表した後、状況の変化等を踏まえて、必要と思われる部分を新たに書き加えたもの。

## 「グランドデザイン2007総論」

### 第1章 あるべき医療の実現に向けて

1. 国民が望む医療
2. 医療の質のマネジメント
3. 経済力と医療資源のバランス

### 第2章 国民のニーズにこたえる医療提供体制

1. 医療を取り巻く環境
2. 病床整備の必要性

### 第3章 医療保険制度のあり方

1. 医療・介護費の将来推計
2. 公的医療保険制度のあり方

### 第4章 社会保障財源の可能性について

1. 社会保障の意味合い
2. 国家財政の実態
3. 財源の創出へ

## 「グランドデザイン2009」

### 第1部 安心と幸せのための医療

1. 国民の求める医療  
— 第3回医療に関する意識調査より
2. 医師不足対策と医療従事者の確保
3. 地域を守る医療提供体制

### 第2部 国民を守る医療制度とその財源

1. 医療費の現状と将来推計
2. 医療制度のあり方について
3. 公的医療保険を支える財源

「グランドデザイン2007」は日本医師会ホームページで公開中 <http://www.med.or.jp/nichikara/gd2007/>

社団法人 日本医師会 「グランドデザイン2009」(2009年2月18日 定例記者会見)

# 第1部 安心と幸せのための医療

## 1. 国民の求める医療

### — 第3回日本の医療に関する意識調査より —

日本医師会では2002年から国民、患者、医師を対象に「医療に関する意識調査」を実施してきた。

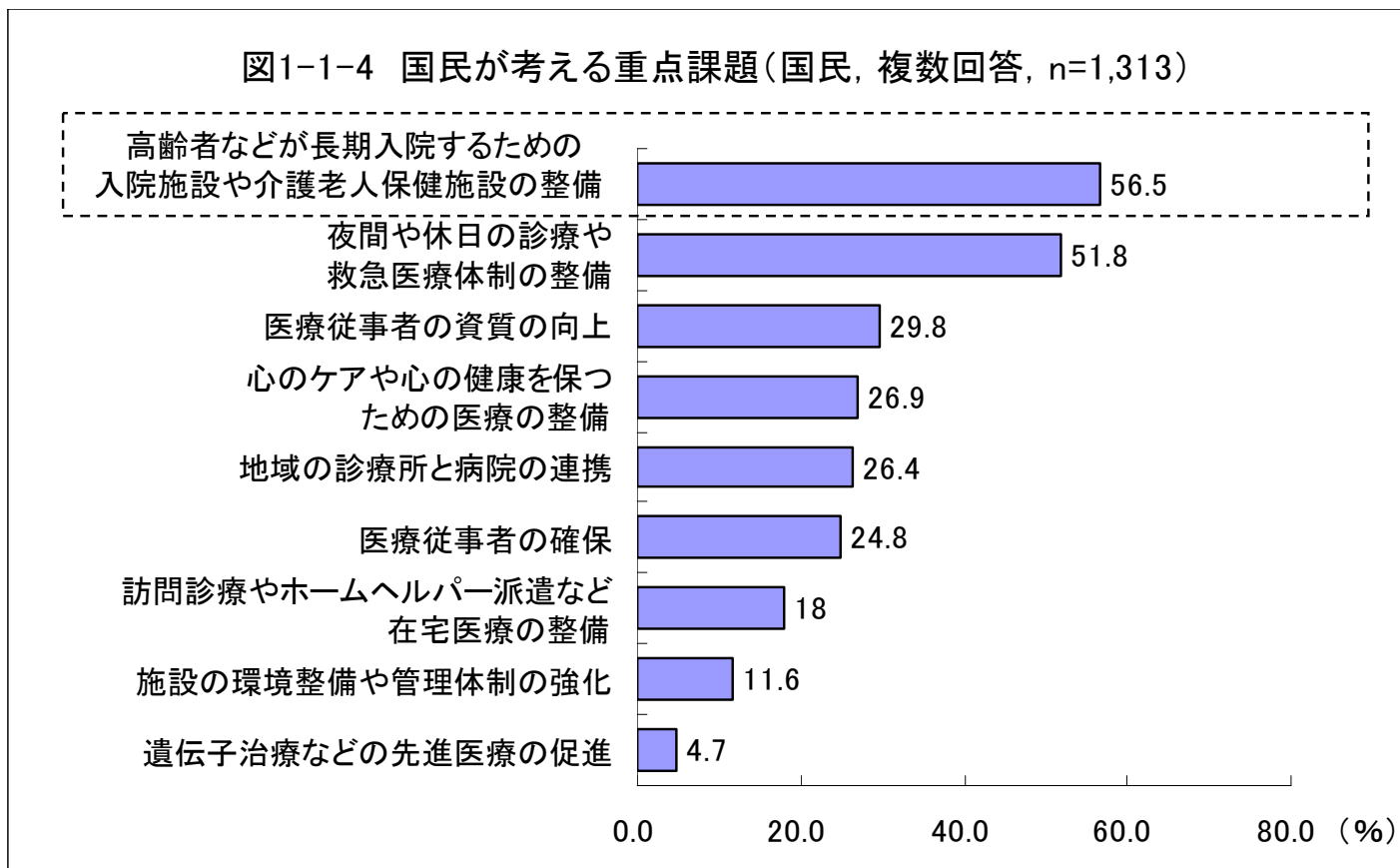
第1回 2002年9月

第2回 2006年3月

第3回 2008年7月

# 国民が考える重点課題

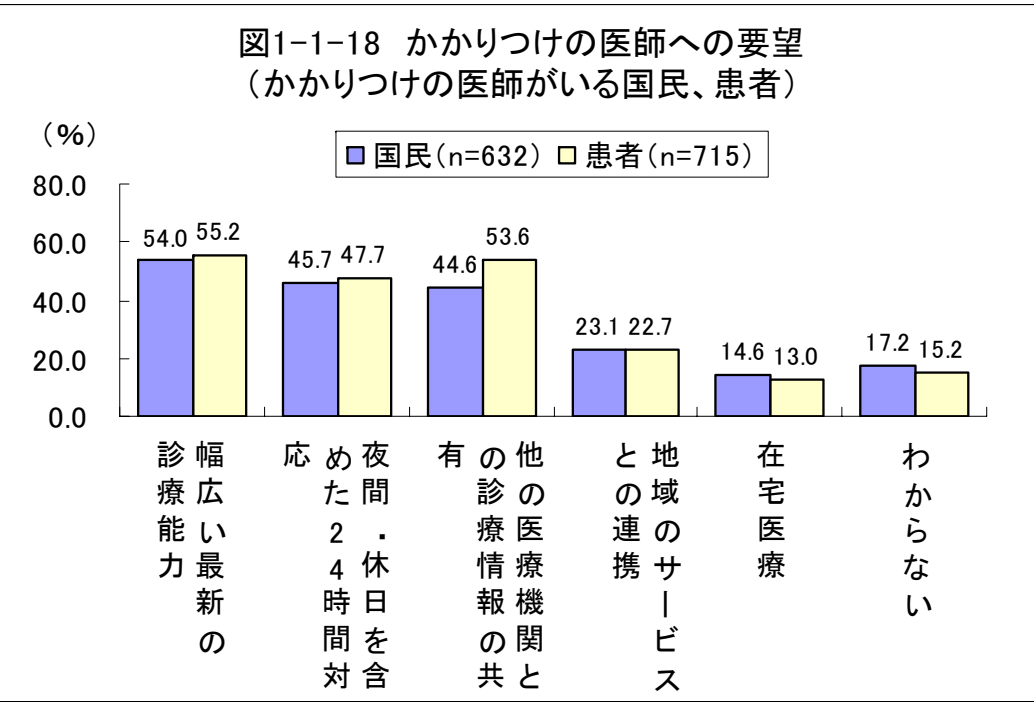
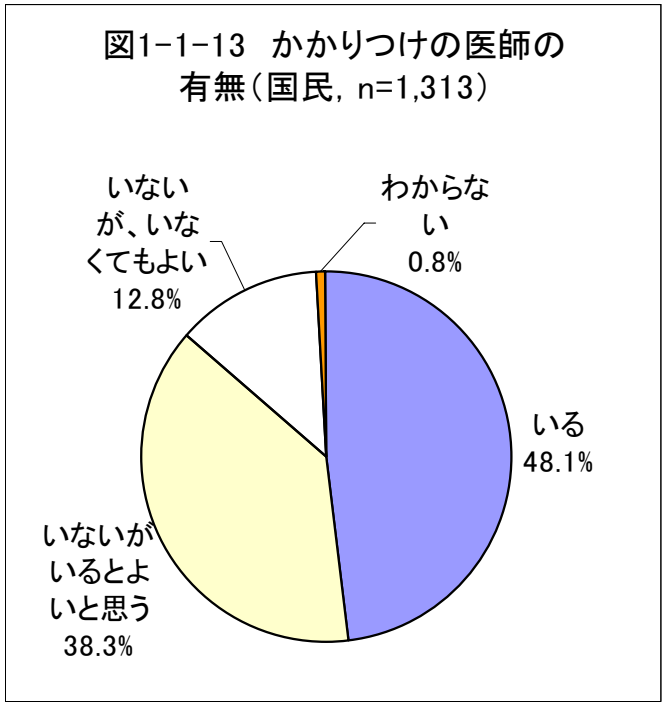
国民が考える重点課題で回答が最も多かった項目は、第1回、第2回調査では「夜間や休日の診療や救急医療体制の整備」であったが、今回の調査では「高齢者などが長期入院するための入院施設や介護老人保健施設の整備」で56.5%であった。療養病床削減計画や平均在院日数の短縮化により病院から早期退院を促されることが、入院施設等に対する国民や患者の問題意識を高めていると推察される。



# かかりつけの医師

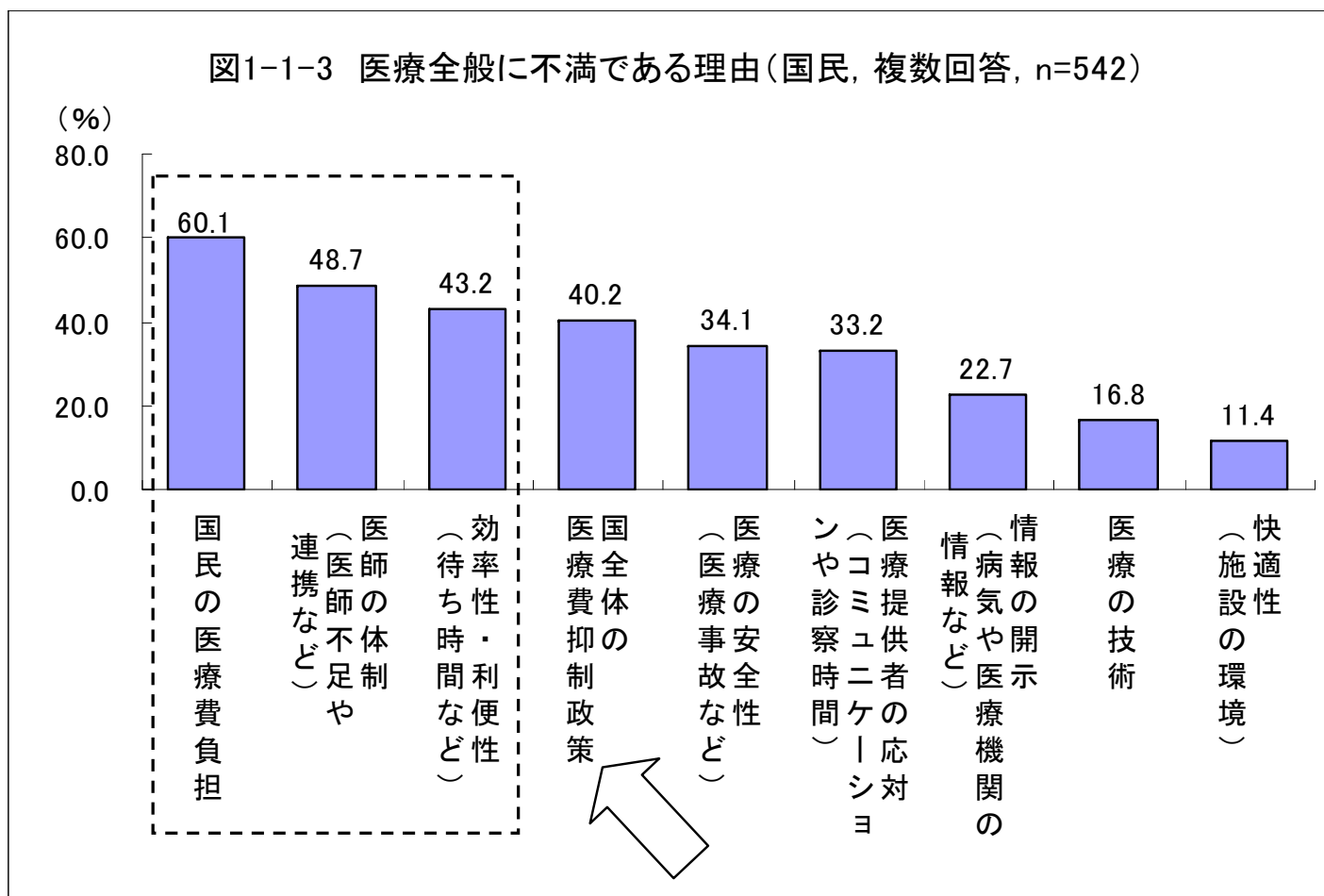
「病気や健康度を総合的に診療する身近なかかりつけの医師」(以下、かかりつけの医師)がいる国民は48.1%であった。

かかりつけの医師がいる国民が、医師に期待する項目(専門医への紹介以外)では、「総合的に診るための幅広い最新の診療能力」が54.0%でもっとも高く、つづいて、「夜間・休日を含めた24時間対応」が45.7%、「他の医療機関と検査結果などの診療情報を共有できること」が44.6%であった。患者は、「他の医療機関と検査結果などの診療情報を共有できること」が53.6%であり、「総合的に診るための幅広い最新の診療能力」(55.2%)に近い比率であった。



# 医療全般に不満である理由

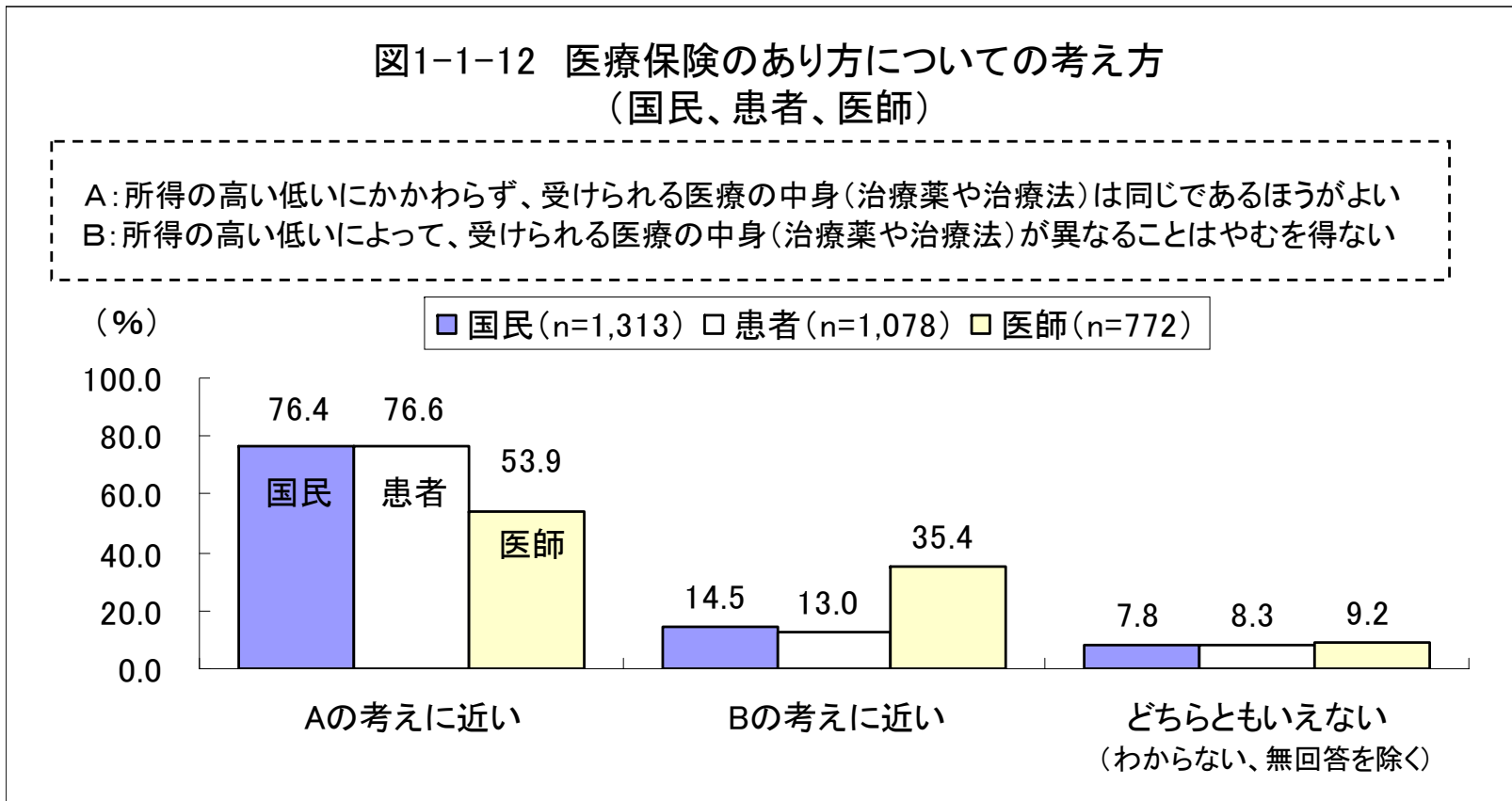
「日本の医療全般」に不満(不満である+やや不満である)と回答した人は全体の41.3%で、その理由の上位3項目は、国民の医療費負担、医師不足や連携などの医師の体制、効率性・利便性(待ち時間など)であった。4番目は国全体の医療費抑制政策への不満であり、国民の間でも、国の医療費抑制政策に対する意識が高まっていることが示された。



# 医療保険のあり方について

国民の76.4%、患者の76.6%とほぼ同数の割合の人が「所得の高い低いにかかわらず、受けられる医療の中身が同じであること」を望んでいた。第1回、第2回調査から大きな変化はみられず、大半の国民・患者が現在の制度を支持していることが示された。

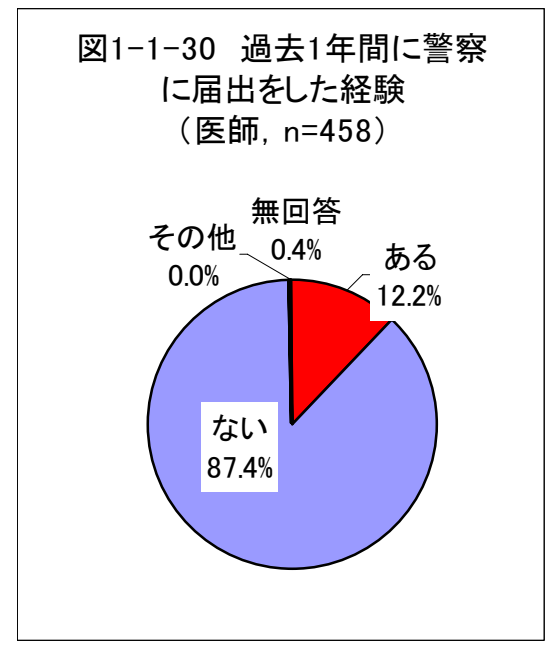
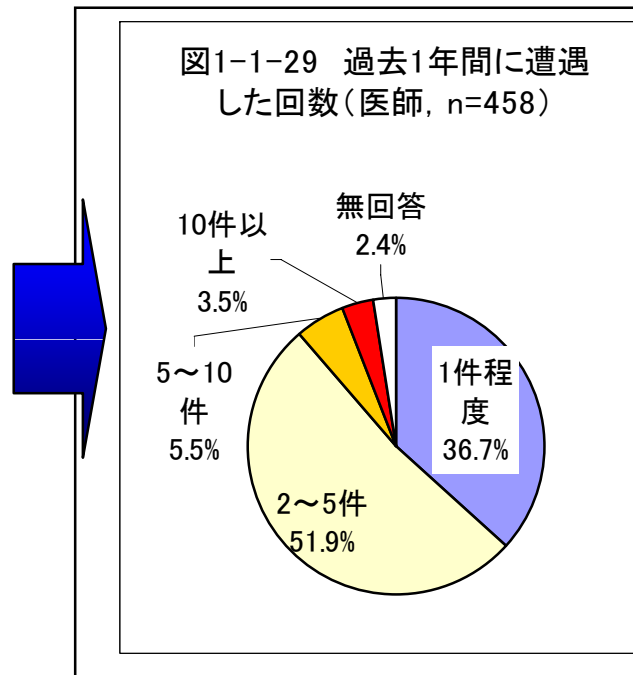
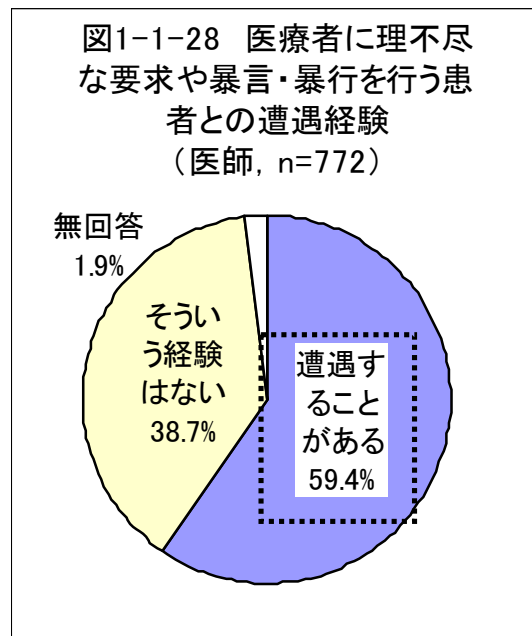
一方医師は、「受けられる医療が同じ」であることを望む割合が53.9%で、「所得の高い低いによって、受けられる医療の中身が異なることはやむを得ない」が35.4%、特に病院医師の間では43.6%であり、医療現場での苦悩もうかがえた。



# 患者の問題行動

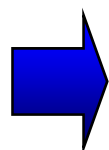
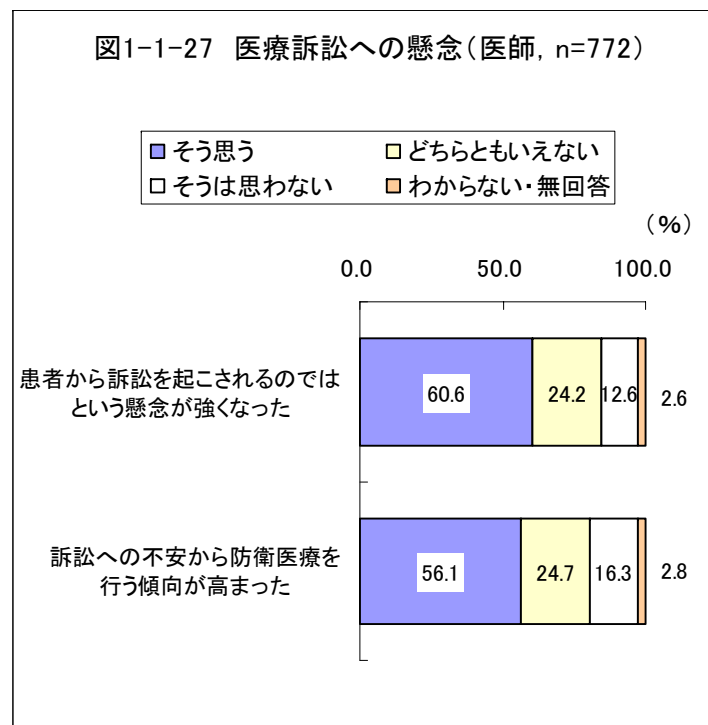
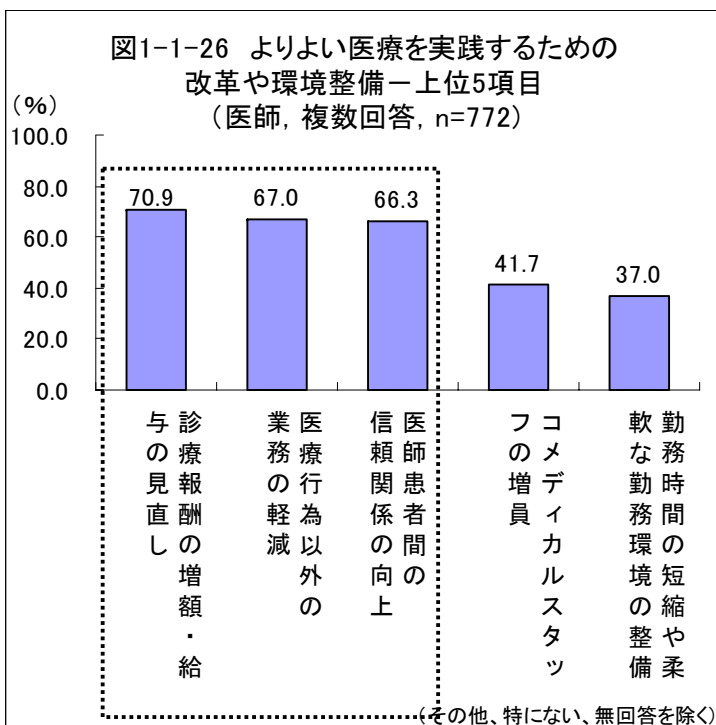
患者の問題行動: 患者の医療者に対する暴言、理不尽な要求、暴力行為や器物破損等

問題を起こす患者に遭遇することがあると回答した医師は59.4%に上っていた。そのうち、過去1年間に遭遇した回数が1件程度は36.7%であり、約6割の医師が複数回遭遇していた。遭遇した医師のなかで警察に届出をした人は12.2%であり、病院・診療所別では、病院医師の14.2%、診療所医師の8.8%が、過去1年間に警察への届出をした経験があった。



# 医師が考える改革や環境整備

医師が考えるよりよい医療のための改革や環境整備については、「診療報酬の増額・給与の見直し」が70.9%、「医療行為以外の業務の軽減」が67.0%であった。「医師患者間の信頼関係の向上」は今回66.3%であったが、この項目は前回調査(62.7%)よりも3.6ポイント上昇した。この背景として、医師の間で訴訟に対する懸念が強くなっていることがあげられる。



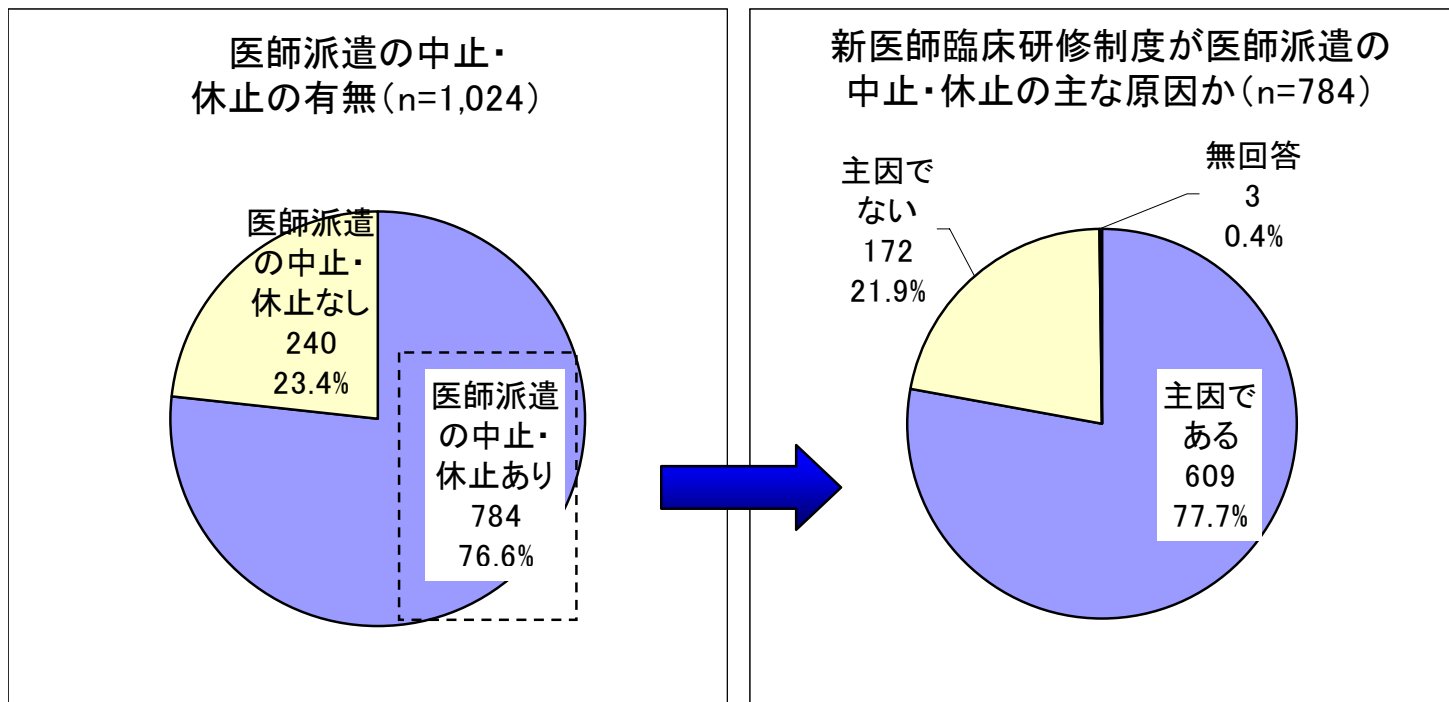
今後は、調査から明らかになった国民、患者のニーズに応えるとともに、医師のニーズにも応えていくことが必要である。

## 2. 医師不足対策と医療従事者の確保

# 医師派遣の中止・休止

日本医師会が2008年4月に行ったアンケート調査<sup>\*1)</sup>によると、新医師臨床研修制度の導入以降、関連医療機関への医師の派遣を中止・休止したことがある教室(医局)は76.6%に達していた。さらにこのうち、新制度の導入が主な原因であると回答した教室(医局)が77.7%あり、新制度の導入を主因として、約6割の教室(医局)が医師の派遣を中止・休止したことが明らかになった。

図1-2-2 医師派遣の中止・休止の有無と新医師臨床研修制度の関係



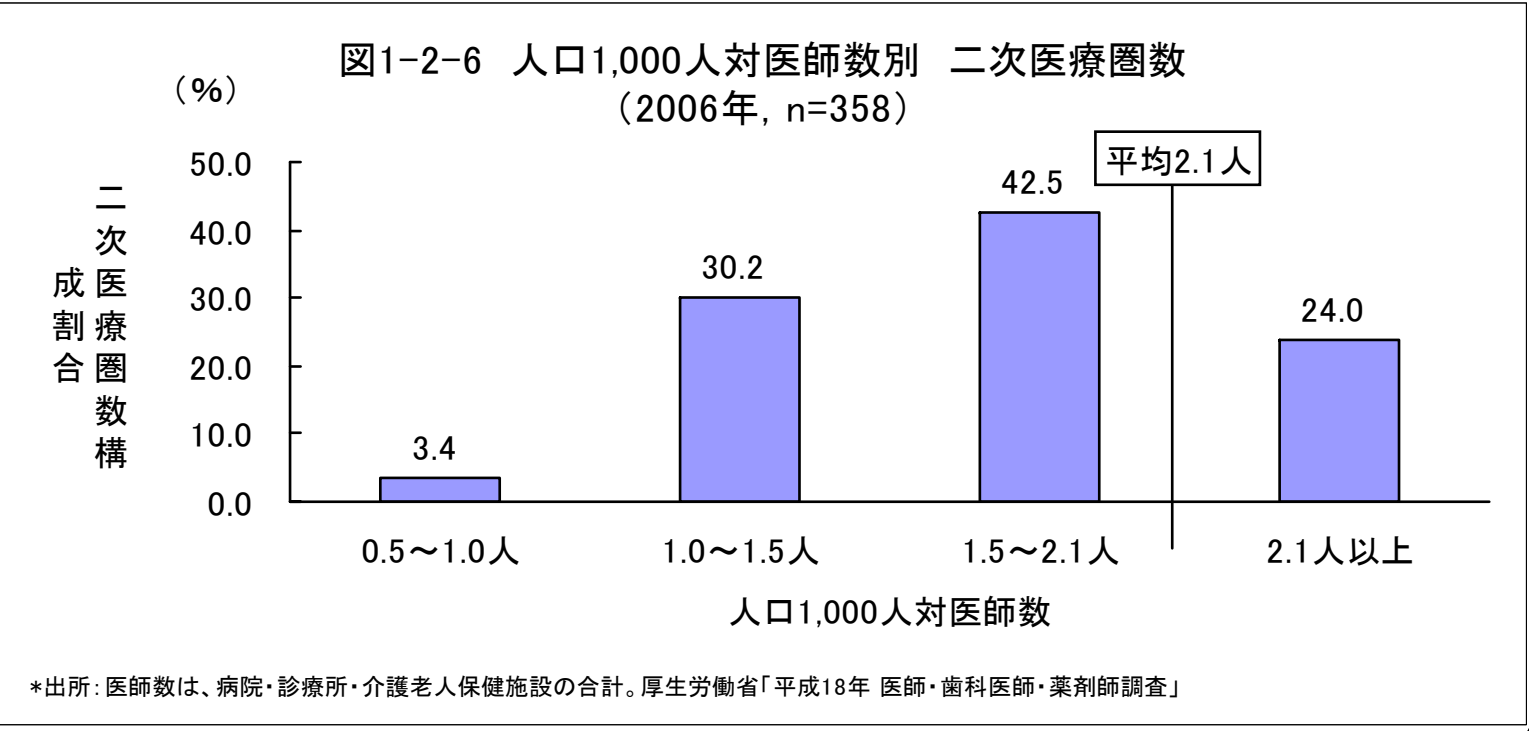
\*1) 新医師臨床研修制度導入に伴う医師の動向等を把握するために、大学医学部と大学の臨床系の各教室(医局)を対象に2008年4月に行った調査。有効回答数は、大学医学部65、大学の臨床系の各教室1,024。

# 日本の医師数の現状と増加にむけての考え方

人口1,000人当たり医師数は、OECD平均3.0人(2005年)、日本2.1人(2006年)である。仮にOECD平均を目標とする場合、日本の医師数を約1.5倍にしなければならない。

日本の人口1,000人当たり医師数は平均2.1人であるが、二次医療圏別に見ると2.1人未満の二次医療圏が76.0%ある。そこで、仮に、人口1,000人当たり医師数が2.1人以上の二次医療圏では医師数を据え置き、平均未満の二次医療圏では、一律2.1人に上げるとする。このとき必要な医師数は307.7千人で、現状(2008年)266.4千人の1.15倍である。

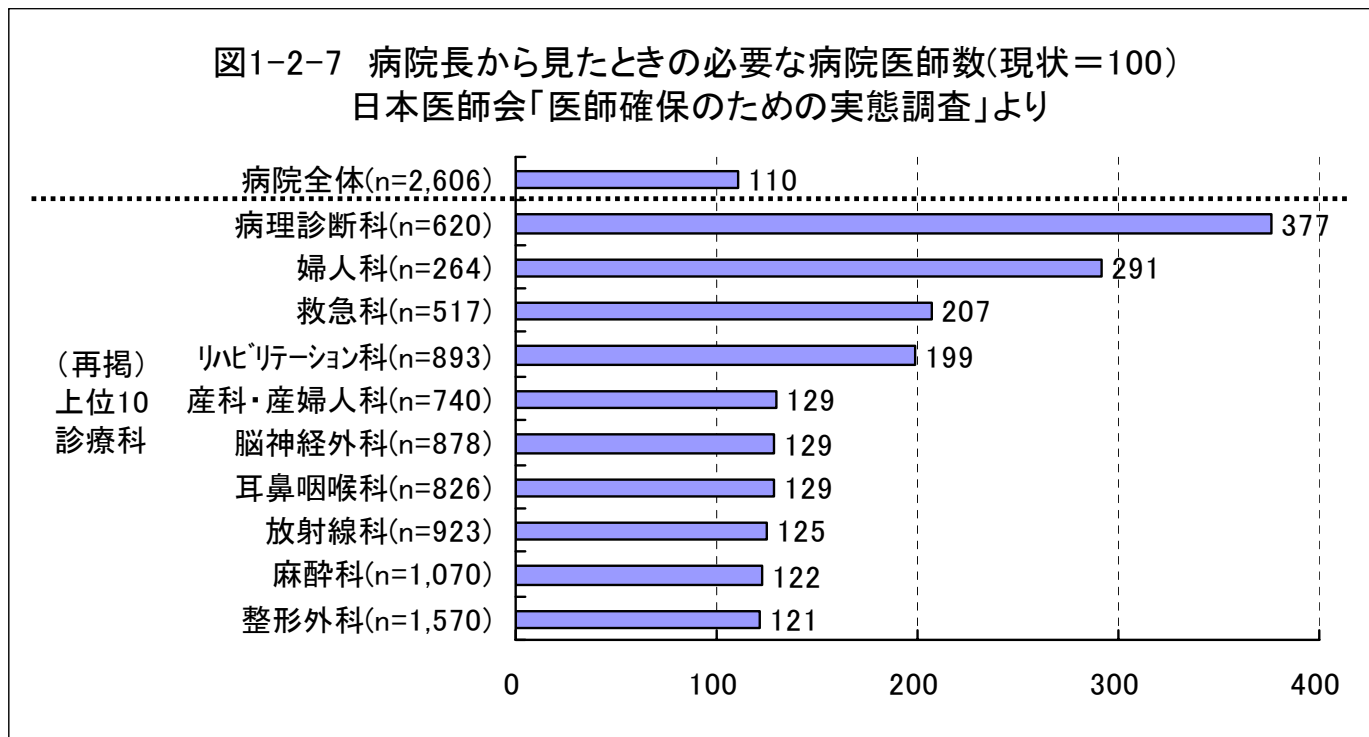
本来、必要な医師数は、地域住民の疾病構造や年齢構成、医療機関へのアクセス等によって異なる。ここでは、単純化して平均値2.1人を基準に概算したが、地域別の必要医師数について、より具体的な実態把握、検討が必要である。



## 病院長から見たときの必要な病院医師数

日本医師会は「医師確保のための実態調査」\*2)で、病院長に、病院の役割や機能から見て必要な医師数を質問した。調査では、現在標榜していない、または現在は医師がいない場合でも、地域医療のために必要だと判断できる場合には、必要医師数を回答してもらった。そして必要医師数と、別途記載してもらった現状の医師数(常勤医師数+非常勤医師の常勤換算数)とを比較した。

その結果、病院長の立場としては、現状の約1.1倍の医師数が必要とされていると試算された。ただし、必要な医師数の考え方は、病院によって到達目標が異なるなど、必ずしも定義を一定にできないため、結果の取り扱いには注意が必要である。また、単に医師数を増加させても、病院の現場の医師不足は解消されず、前提として偏在の解消、病院勤務医の負担軽減のための施策が必要である。



\*2) 日本医師会「医師確保のための実態調査」2008年10月実施。病院の有効回答は2,668。

日本医師会は現時点で、医師数を中長期的に現状の1.1倍～1.2倍にすることが妥当と考える。仮に医師養成数を現状の1.1倍にした場合、医師数が1.1倍になるのは約10年後、1.2倍になるのは約20年後である。

2009年度には、医学部養成定員が過去最大規模を超えて増員された(2009年度は8,486人で、2008年度7,625人の1.11倍。過去最大は1982年の8,280人)。日本医師会はこのことを支持するが、財源の確保が最優先であることは言うまでもない。同時に医学部教育および臨床研修制度までの一貫した改革が必要である。また、環境変化を踏まえて医師養成数を継続的に見直していく。

## 医師数増加に向けての前提条件

1. 財源の確保
2. 医学部教育から臨床研修制度までの一貫した制度の確立
3. 医師養成数の継続的な見直し(遅くとも医師数が現状の1.1倍になる以前に抜本的な見直し)

# 新医師臨床研修制度の改革の方向性

本文30～31頁

新医師臨床研修制度導入以前は、医学部卒業生の約7割が専門科を決めた上で大学病院に勤務していたが、新医師臨床研修制度によって、初期研修医が専門科を決めないまま大学病院以外の病院を選択するケースが増えた。このため、大学医学部の教室(医局)が十分な数の医師を確保できなくなり、医師供給機能が働きにくくなった。

その結果、大学からの医師供給に依存していた地域では、医師確保が困難になり、医師不足が深刻化した。この問題には緊急に対応しなければならない。そのため、新医師臨床研修制度の教育的意味や効果を、時間をかけて十分に評価・検討すべきであることは認識しつつ、緊急的な医師確保対策として臨床研修制度の改革案を提示する。

## 制度改革の3つの方向性

1. 医師偏在化・医師不足問題の緩和あるいは解消
2. 医学部教育から切れ目のない初期研修制度の確立
3. 十分な臨床対応能力のある医師の育成という視点に立った初期研修の位置づけ

# 新医師臨床研修制度改革案

本文31～32頁

改革案では、初期研修期間を1年間とし、初期研修前に専門科を決定する。研修内容は、侵襲性を伴う診療行為を中心とした部門の基本的診療能力を獲得できるものとする。具体的には、ALS研修会の受講などである。この要件を満たすことが求められるため、各診療科の研修期間は自由に設定できる。研修は都道府県単位で設置される地域医療研修ネットワークが指定した医療機関で行われる。

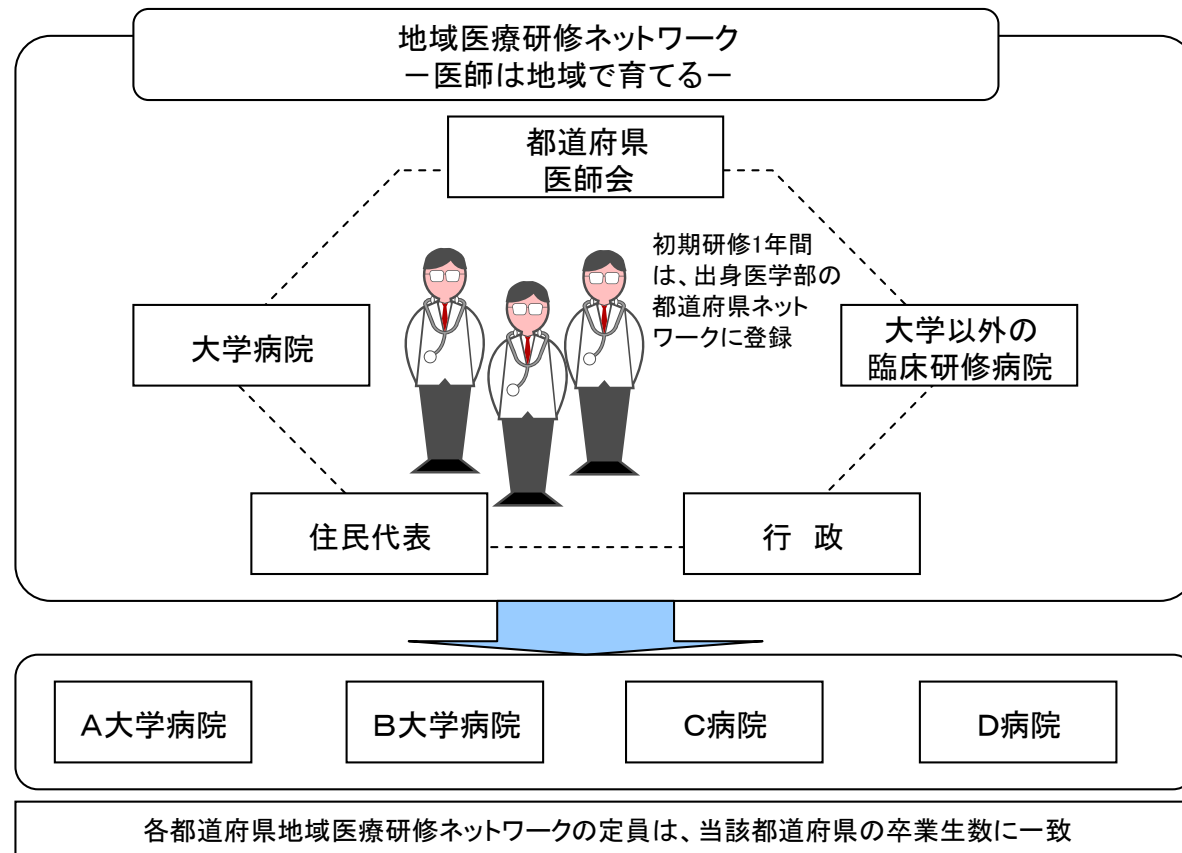
項目	改革案	現行制度
医学部教育と初期研修	医学部6年間＋初期研修1年間 医学部5年生、6年生は臨床実習を行う ・5年生は大学病院で内科を中心の実習 ・6年生は大学病院以外の病院でも実習	医学部6年間＋初期研修2年間 医学部5年生、6年生は事実上、見学実習
専門科の選択	初期研修前に決定。	初期研修後に決定。
研修内容	侵襲性を伴う診療行為を中心とした部門の基本的診療能力の獲得を目的としたプログラム。各診療科の研修期間は自由設定。	1年目に、内科6カ月、外科3カ月、救急・麻酔科3カ月。 2年目に、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療を各1カ月。残りは選択科目。
研修体制	大学病院と大学病院以外の研修病院が連携して、地域内でローテーション。	各病院単位。
研修医の配置	都道府県地域医療研修ネットワーク <sup>*注1</sup> が初期研修医の希望を踏まえて研修病院を決定。	臨床研修病院を単位として、マッチングを実施。

\*注1) 地域医療研修ネットワークは、都道府県単位で設置。都道府県医師会、大学、臨床研修病院、行政、住民代表で構成。

# 地域医療研修ネットワーク

改革案では、都道府県単位で設置される地域医療研修ネットワークを研修単位とする。研修医は初期研修の1年間、出身大学が所在する都道府県の地域医療研修ネットワークに所属して、都道府県内で施設間をローテーションし、地域医療の全体像を経験する。地域医療研修ネットワークは都道府県単位で設置し、都道府県医師会、大学、臨床研修病院、行政、住民代表で構成される。

図1-2-10 地域医療研修ネットワークのイメージ図



# 看護職員、コ・メディカル等について

本文39～40頁

## 1) 看護職員の養成数について

人口1,000人当たり看護職員数はOECD平均9.7人に対し、日本は9.3人(2006年)である。日本では准看護師の寄与もあり、看護職員数はほぼ先進国水準に近いが、今後も引き続き看護職員の養成数については、現状の確保に努める。

## 2) 潜在看護職員の活用について

看護職員への再就業支援対策として、①情報交換・収集の場(窓口)の設置、②多様な勤務形態とコーディネート部門の設置、③研修の実施、が必要である。

再就業のための環境さえ整えば、看護職員確保対策として、潜在看護職員の活用は十分に進むと思われる。

## 3) 医療従事者間の業務分担について

医療に係る事務業務と医療行為そのものを分けて考えるべきである。

近年、書類作成等の事務業務が増加、煩雑化し、勤務医の負担増の一因となるとともに、本来の診療業務への集中を阻害している。したがって、医師の事務作業そのものの見直しとともに、これを軽減するための業務分担は必要である。

しかし役割分担が先行すれば、責任の所在があいまいになりかねず、患者を危険にさらすおそれがある。診察、治療、処方等の医療行為は、高度な医学的判断及び技術を担保する資格の保有者(医師)に限定されるべきである。

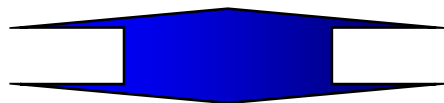
このような観点から、日本医師会は、医療従事者間の業務分担については、医療の安全や質の向上を最優先に検討していく。

### 3. 地域を守る医療提供体制

## 社会保障国民会議

2008年11月、「医療・介護費用のシミュレーション」を発表した。ここでは、高度急性期、一般急性期など機能分化を進め、在宅介護等を強化した場合には、2025年の医療・介護費用は92～94兆円程度(B3シナリオ)になるとの推計結果が示された。

また、社会保障国民会議の中間報告には「専門的医療提供を行う中核的病院(特に急性期病院)を中心とした人員配置の思い切った拡充・機器装備の充実」とある。



## 日本医師会の主張

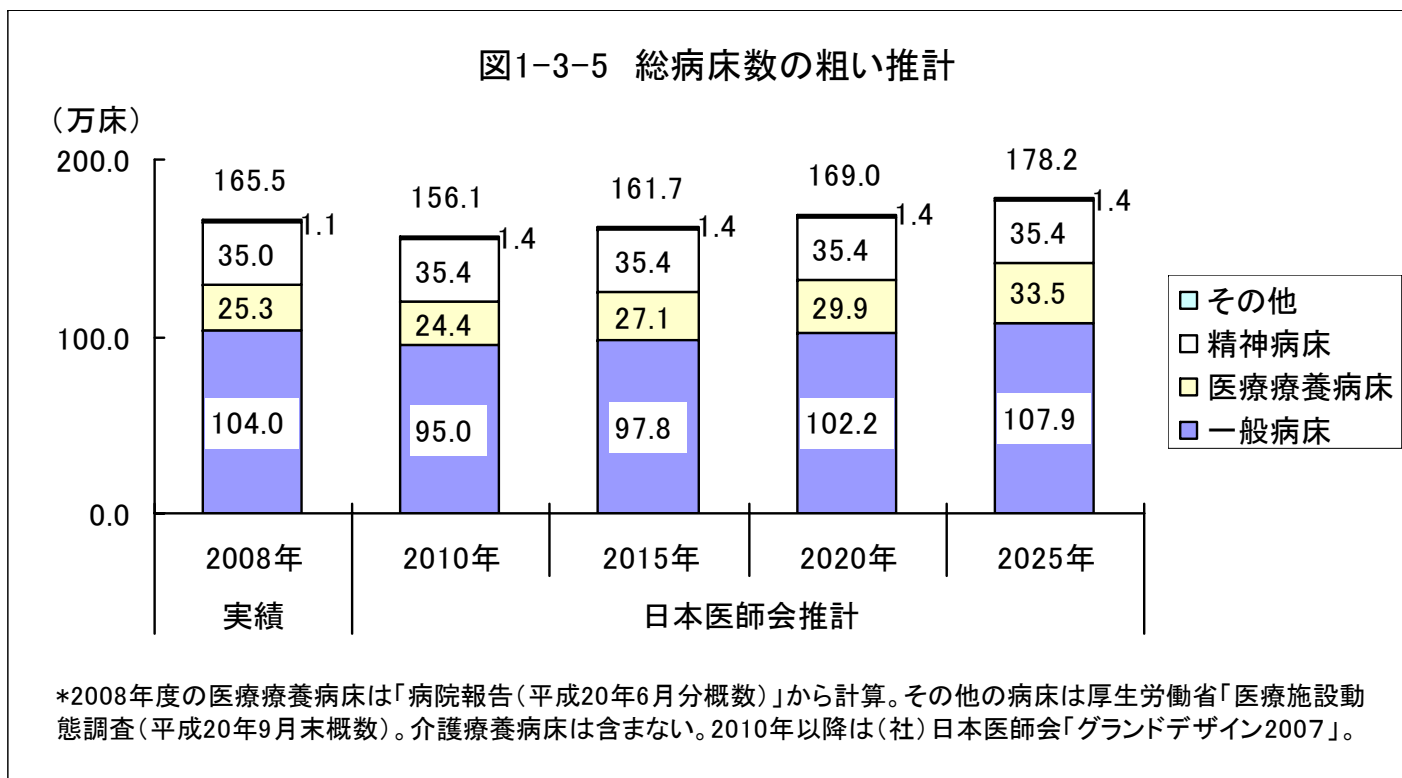
社会保障国民会議が、これまでの社会保障費抑制から「社会保障の機能強化」に転換したことは評価する。しかし、医療・介護費用のシミュレーションは、平均在院日数の大幅な短縮化、急性期医療への医療資源の集中投入、在宅医療の拡大を前提としており、地域や家族の事情によっては、「医療難民」や「介護難民」を生じさせるおそれがある点で問題である。

現在、厳しい医療費抑制の結果、身近に、通院先、入院先がなくなっている地域もある。あるべき医療機能の分化を果たしていくためには、急性期病院だけでなく、その連携先および受け皿も整備拡充させなければならない。

# 日本医師会が考えるあるべき病床数と現実

日本医師会は「グランドデザイン2007」において、病床数の将来推計を行った。

その結果、一般病床数は2020年過ぎには2008年と同水準の規模が必要になると推計された。したがって、一般病床については、無理な平均在院日数の短縮化、病床数削減を進めるのではなく、現状の病床数を最低限維持すべきである。また、医療療養病床の必要数は、2015年には現状の病床数を上回り27.1万床になる見通しであり、今後の拡充が求められる。

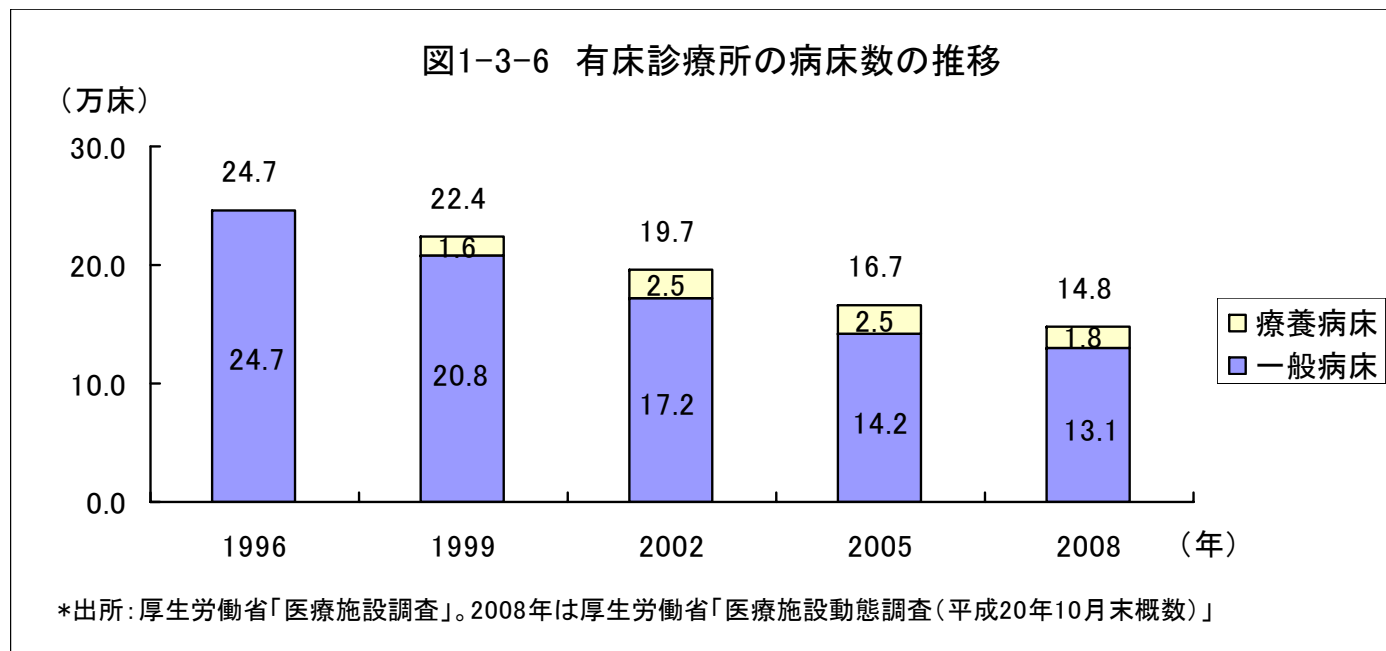


## 有床診療所のあり方

有床診療所の一般病床は、急性期病院からの退院患者の受け皿としての役割だけでなく、専門性の高い医療も担ってきた。今後、病院が集約化される方向にある中で、有床診療所の一般病床は、地域に密着した急性期病床として、よりそのニーズが高まると推察される。特に周産期医療においては、有床診療所の活用も喫緊の課題であり、その機能強化が求められる。

また有床診療所の34.1%は在宅療養支援診療所の届出をしており、さらなる高齢化、国の在宅医療推進政策の中にあつて、有床診療所には、これまで以上に在宅医療を支える機能が期待される。有床診療所は、病院が存在しない地域や病院が閉鎖に追い込まれた地域、特に過疎地やへき地において、病院に代わる役割も担っている。

すなわち有床診療所は、病院を補完するだけのものではなく、その固有の機能で地域医療を支えているとの認識に立つべきである。そして、有床診療所の機能を維持、向上させるため、病床の活用についての柔軟な施策と財源的手当てが必要である。



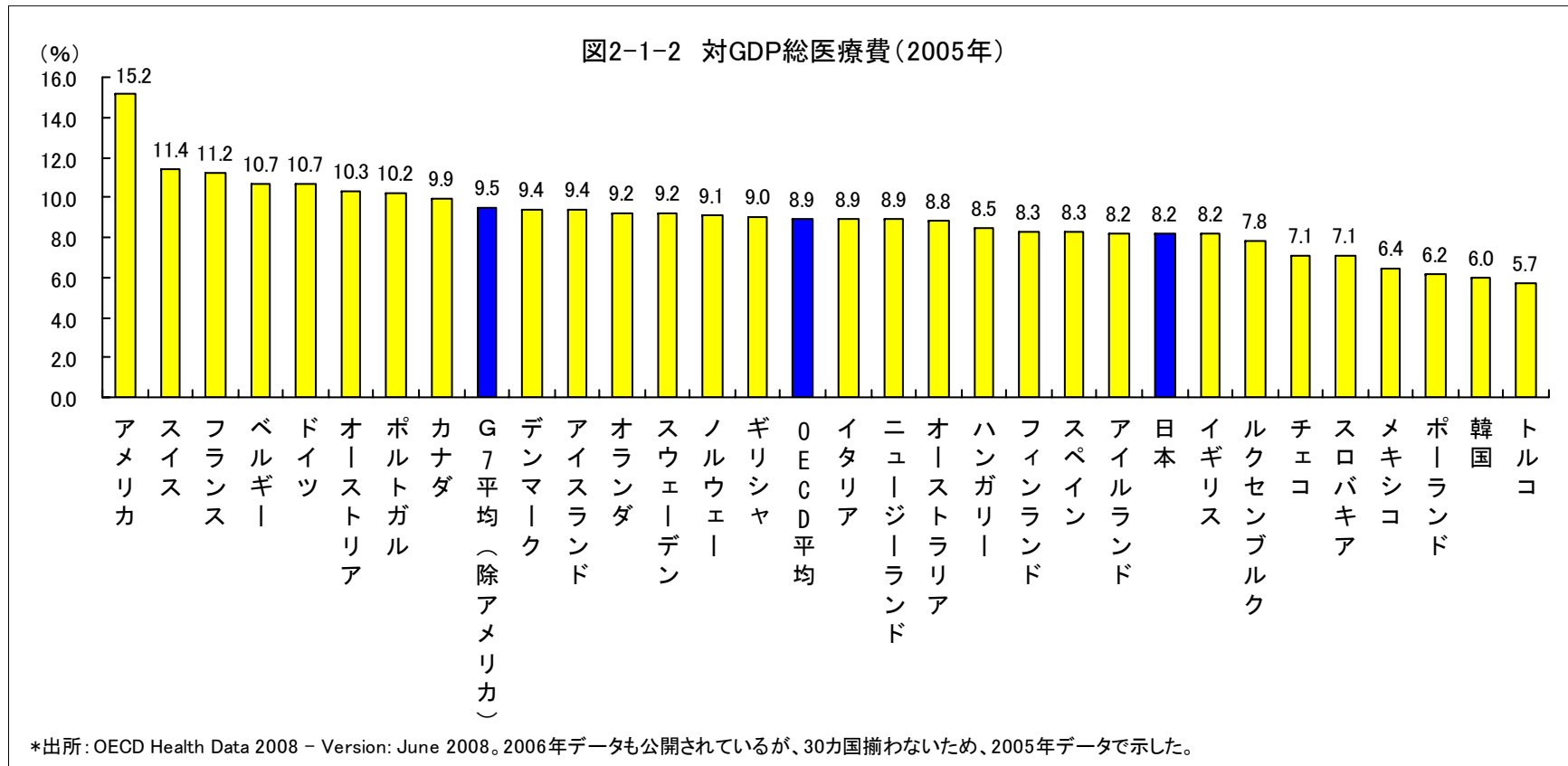
## 第2部 国民を守る医療制度とその財源

### 1. 医療費の現状と将来推計

# 医療費の国際比較

2005年の対GDP総医療費は、OECD平均8.9%で、日本8.2%であり、日本はOECD加盟30か国中21位である。

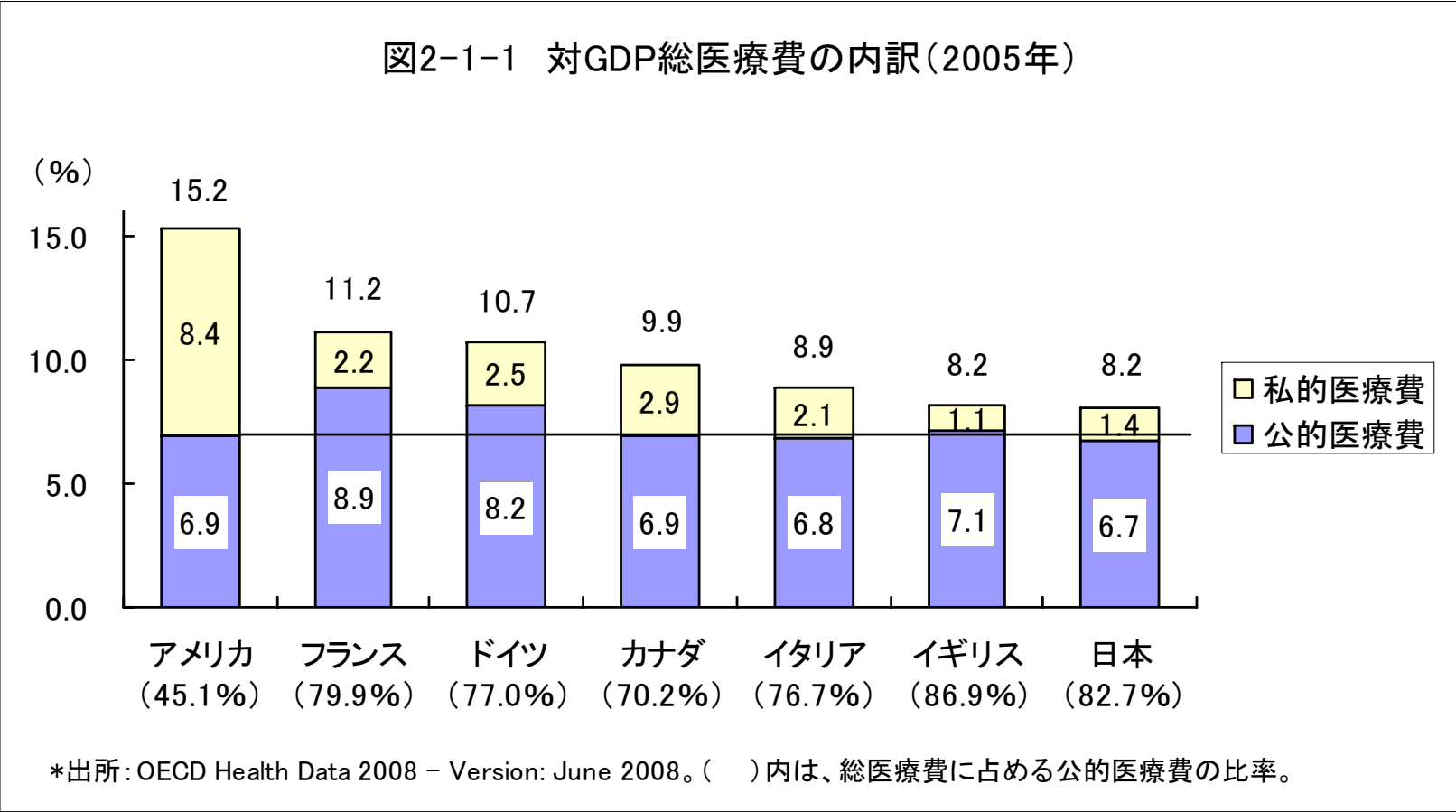
民間保険中心のアメリカでは対GDP総医療費が15.2%と高いが、G7からアメリカを除いた場合の対GDP総医療費も平均9.5%であり、日本より1.3ポイント高い。



総医療費: 日本の国民医療費に相当する費用のほか、介護サービス費、予防・公衆衛生サービス費、医療管理・医療保険のコスト等を含む。

# 対GDP公的医療費

日本の総医療費に占める公的医療費の割合は82.7%であり、イギリスの86.9%に次いで高い。しかし日本では総医療費の絶対額が小さいので、日本の対GDP公的医療費は6.7%とアメリカよりも低くなっている。



公的医療費: 社会保障制度のもとで、国や地方の公的資金が負担する医療費。

# 医療費の将来推計の手順

本文50～54頁

直近の1人当たり医療費の伸びで延伸 一般1.2%、高齢者1.6%  
(グランドデザイン2007推計時には一般0.9%、高齢者1.0%)



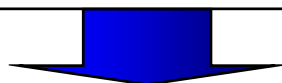
## 現状の医療費に追加すべきコスト

### ① 医療安全に係るコスト

中医協で報告された医療安全に関するコスト調査結果から、最低限年間4,995億円がかかっているとして加算。

### ② 医療機関の再生産のためのコスト

電気料金、ガス料金と同様に、再生産のため事業資産の約3%相当を加算。



## 将来にむけて加味するコスト

賃金上昇率・物価上昇率を加味。

当面、医師養成数を最大化すること、かつ十分な病床を確保することを加味。

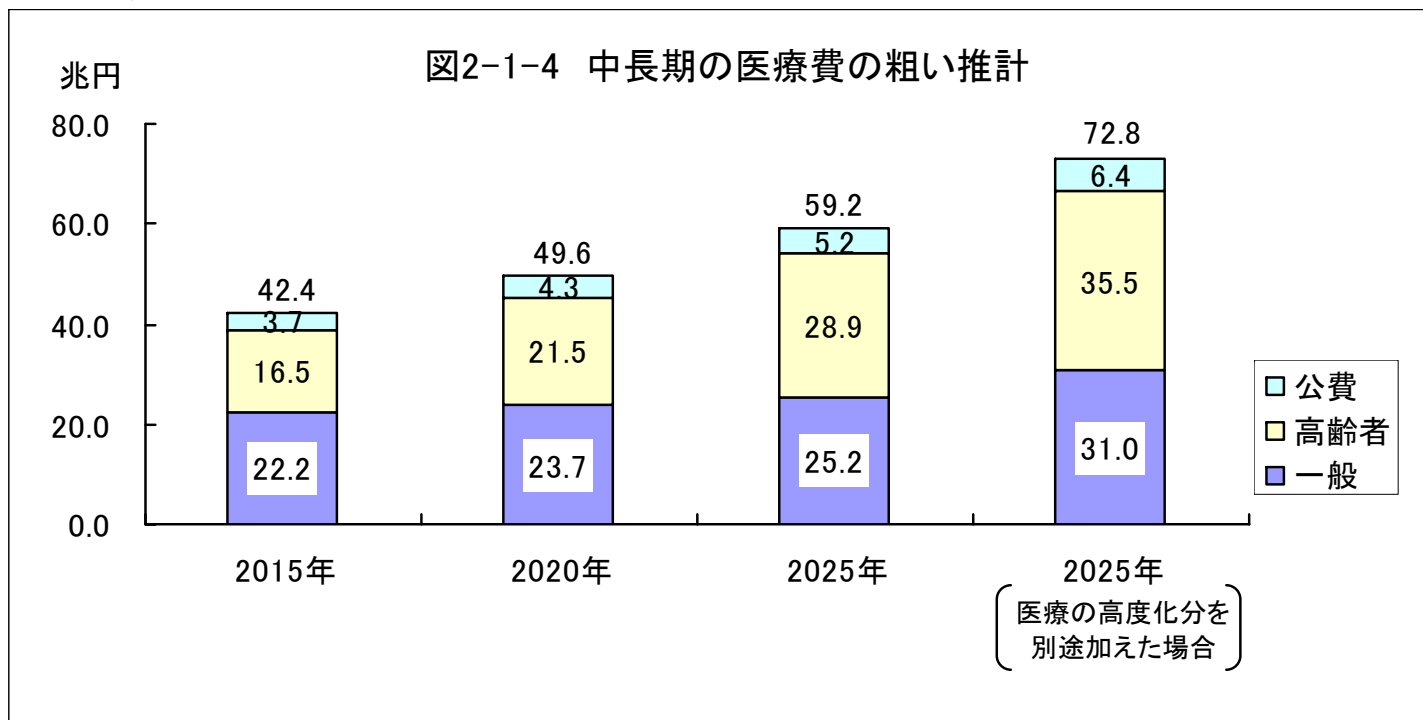
(グランドデザイン2007の推計には織り込んでいない項目)

## 中長期の医療費の推計結果(粗い試算)

本文56～57頁

2015年の医療費は42.4兆円、2025年の医療費は59.2兆円と推計された。これまで医療費が厳しく抑制された結果、医療費の伸びが頭打ちになっているので、最低限必要なコストを加味しても2025年には60兆円を下回る。

また、昨今では厳しい医療費抑制によって、医療の高度化分の診療報酬は手当てされていないのが実態である。そこで、2006年度の医療制度改革以前の医療の高度化による医療費の伸び率2.2%分を別途加算したところ、2025年の医療費は72.8兆円と推計された。



※医療の高度化:2006年度の医療制度改革以前の医療の高度化による医療費の伸び率2.2%(厚生労働省発表)を加算。

## 2. 医療制度のあり方について

## 日本医師会の「高齢者のための医療制度」

高齢者は疾病が発症するリスクが高く、保険原理が働きにくい上、保険料、患者一部負担は、高齢者にとって大きな負担になる。したがって、高齢者が所得格差の不安なく過ごせるよう、国は「保障」の理念の下で支えるべきである。

日本医師会は、「グランドデザイン2007」で後期高齢者医療制度(案)を示したが、2008年4月に施行された国の制度の問題点も踏まえて再検討し、あらためて次のとおり「高齢者のための医療制度」を提案する。対象は75歳以上であるが、後期高齢者とは呼ばず「高齢者」とする。

### 日本医師会「高齢者のための医療制度」 基本的スキーム

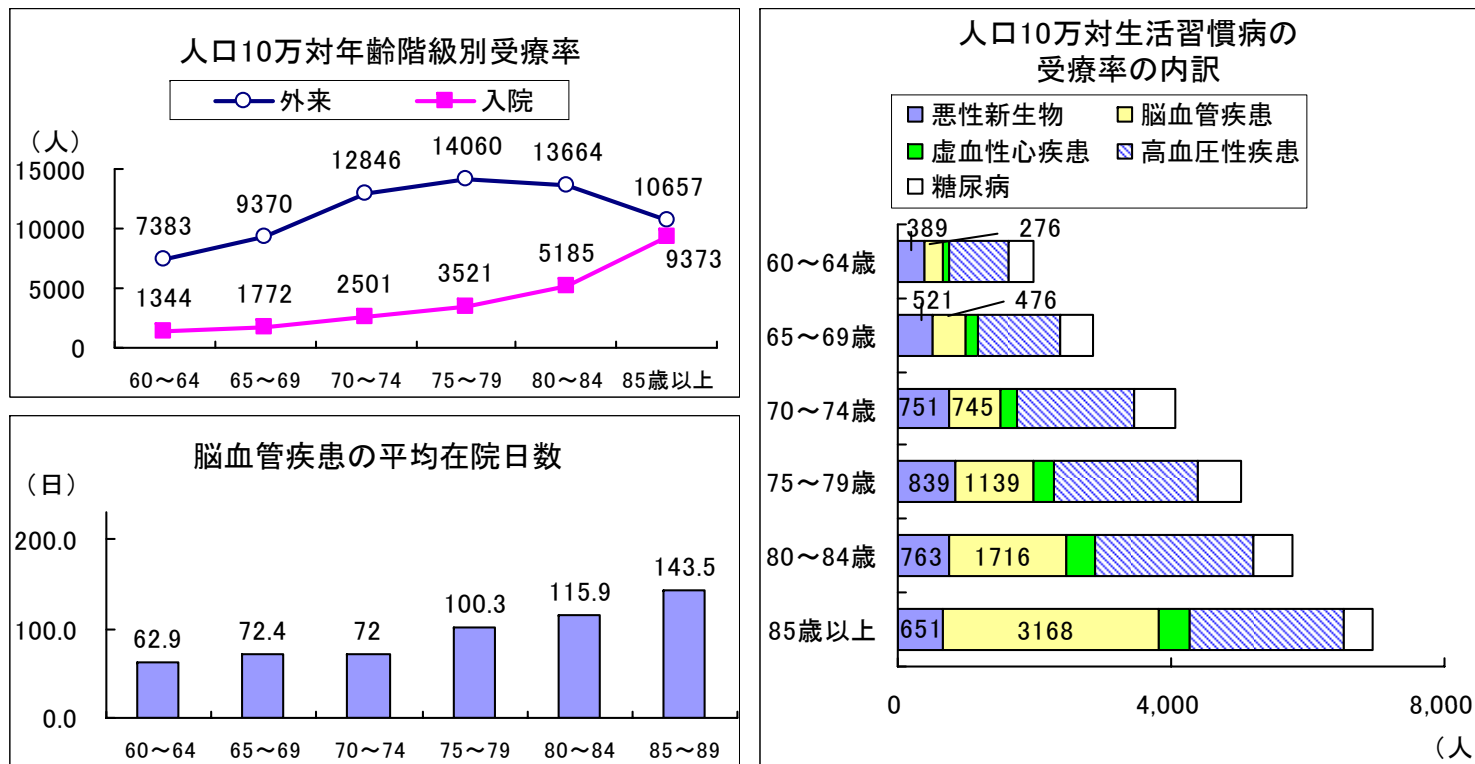
1. 保障の理念の下、75歳以上を手厚く支える。
2. 若者から高齢者まで、急性期から慢性期まで切れ目のない医療を提供する。
3. 医療費の9割は公費(主として国)負担とする。
4. 保険料と患者一部負担をあわせて医療費の1割とし、患者一部負担は所得によらず一律とする。
5. 運営主体は都道府県とする。

# なぜ高齢者を独立させるのか

入院受療率は75歳以上で年齢とともに急速に上昇する。外来受療率は75～79歳がピークである。また、生活習慣病の受療率は75歳未満では悪性新生物がもっとも高いが、75歳以上では脳血管疾患が悪性新生物を上回る。脳血管疾患の場合、75歳以上では平均在院日数が100日を超えている。

75歳以上の高齢者は疾病が発症するリスクが高まり、長期療養が必要になるので、そのためのより十分な医療が提供されなければならない。さらに受診抑制を生じさせないよう、患者の経済的負担にも配慮し、特に手厚く支える必要がある。

図2-2-1 高齢者の受療率および平均在院日数(2005年)



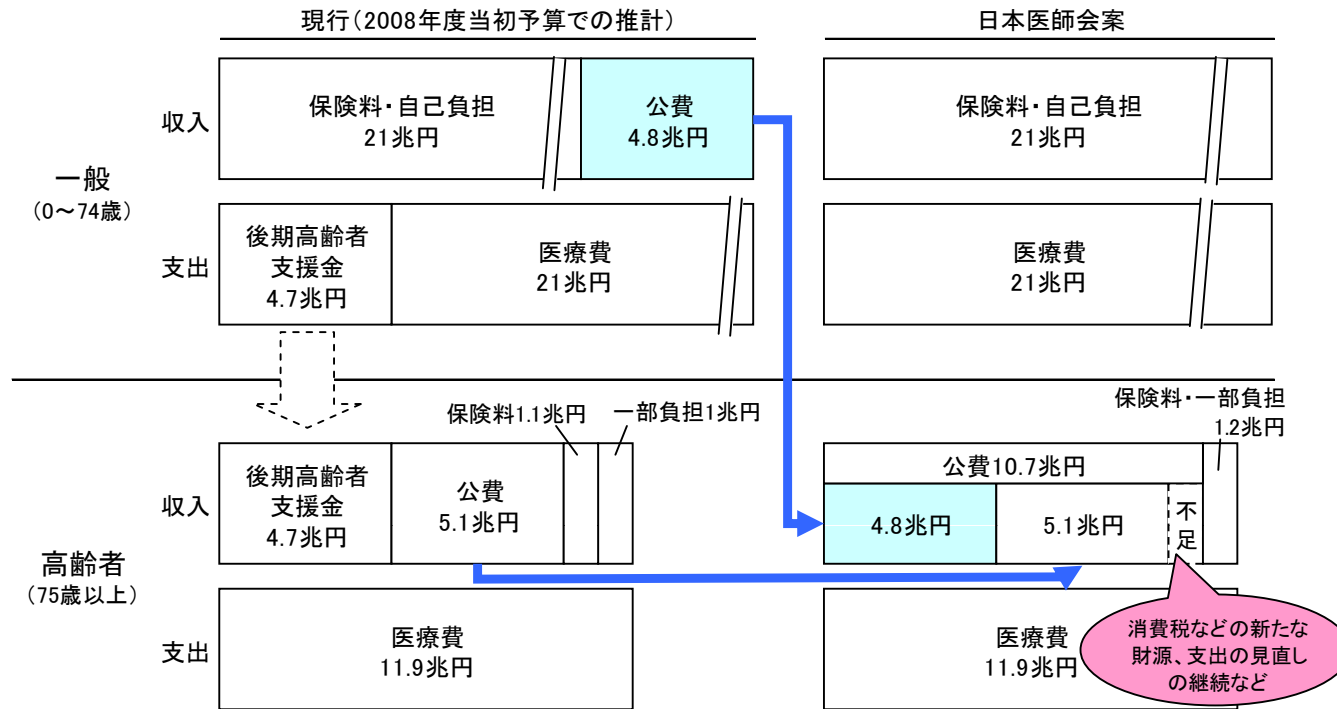
\*出所:厚生労働省「平成17年患者調査」,総務省「国勢調査」

# 公費9割の財源

2008年度の75歳以上の医療費は11.9兆円であり、日本医師会の公費(医療費に対して)9割案では、10.7兆円が必要になる。

一方、現在、一般医療保険にも公費が投入されており、公的医療保険に投入されている公費の総額は9.9兆円(一般4.8兆円、後期高齢者5.1兆円)である。これらの公費すべてを高齢者に投入する。日本医師会案で必要とする10.7兆円に対してはやや不足するが、不足分は、消費税などの新たな財源の検討等に対応する。

図2-2-2 医療費財源の概要



\*生活保護、精神保健福祉等の公費負担医療を除いて図示。一般の医療費は最近の医療費動向からの推計。それ以外は、当初予算ベース。四捨五入差があるため内訳と合計が合わないところがある。紙面の都合で縮尺は合っていない。

## 高齢者は保険料と患者一部負担あわせて1割

現行制度では、患者一部負担は医療費の1割、さらに給付費の1割が保険料負担である。法律には、後期高齢者の保険料の負担割合を、若人減少率の2分の1の割合で引き上げると明記されている。将来的に若人人口の減少が見込まれる中で、保険料の上昇に対する高齢者の不安が増大しており、保険料を賦課しない方式を求める声もある。一方で、保険料を徴収しない仕組みにすれば、高齢者が被保険者として制度運営に積極的に関与、発言できる機会が失われるとの指摘もある。

日本医師会は、保険料負担を限りなく小さくすることも視野に入れ、日本医師会の現時点でのスタンスを「保険料と患者一部負担はあわせて1割」とする。

保険料については状況に応じて、柔軟に減免の対応をとる。免除の場合には保険料未払いではなくなるので、現在の資格証明書による窓口全額負担のような問題も回避することができる。

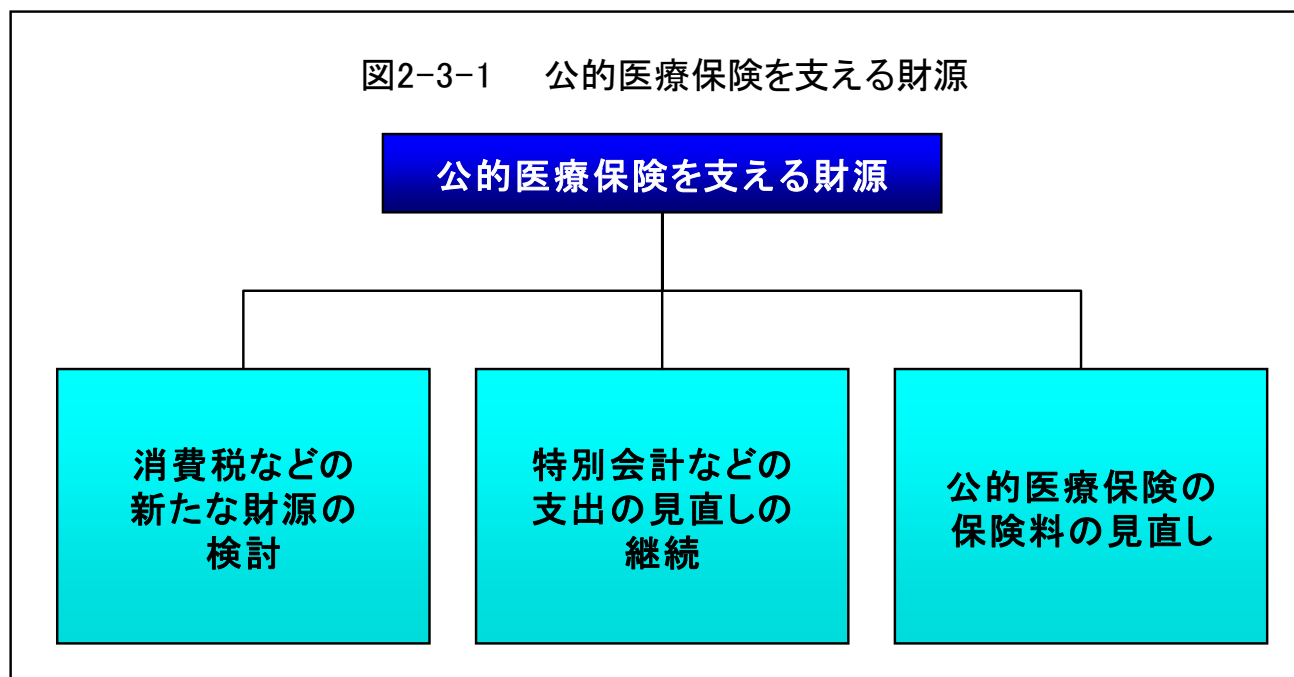
患者一部負担については、所得によらず一律にする。高齢者は疾病が長期化しやすい傾向にあり、高所得者であっても、高負担は先行きに対する不安を増大させるからである。

### 3. 公的医療保険を支える財源

# 公的医療保険を支える財源

日本医師会は、「高齢者のための医療制度」の創設に伴い、一般医療保険に公費を投入せず、保険原則で運営することを提案する。一般医療保険について2008年度を例に試算すると、公費投入がなくなる代わりに、後期高齢者支援金の支出もなくなるので収支はほぼ均衡する。しかし今後は一般医療保険の中でも高齢化が進むため、保険料収入が減少し、給付費支出が増加すると予測される。またさらなる高齢化に伴い、高齢者のための公費の確保も重要になる。

そこで、日本医師会は、①消費税などの新たな財源の検討、②特別会計などの支出の見直しの継続、③公的医療保険の保険料の見直し、の3つを同時並行で進め、財源を確保することを提案する。



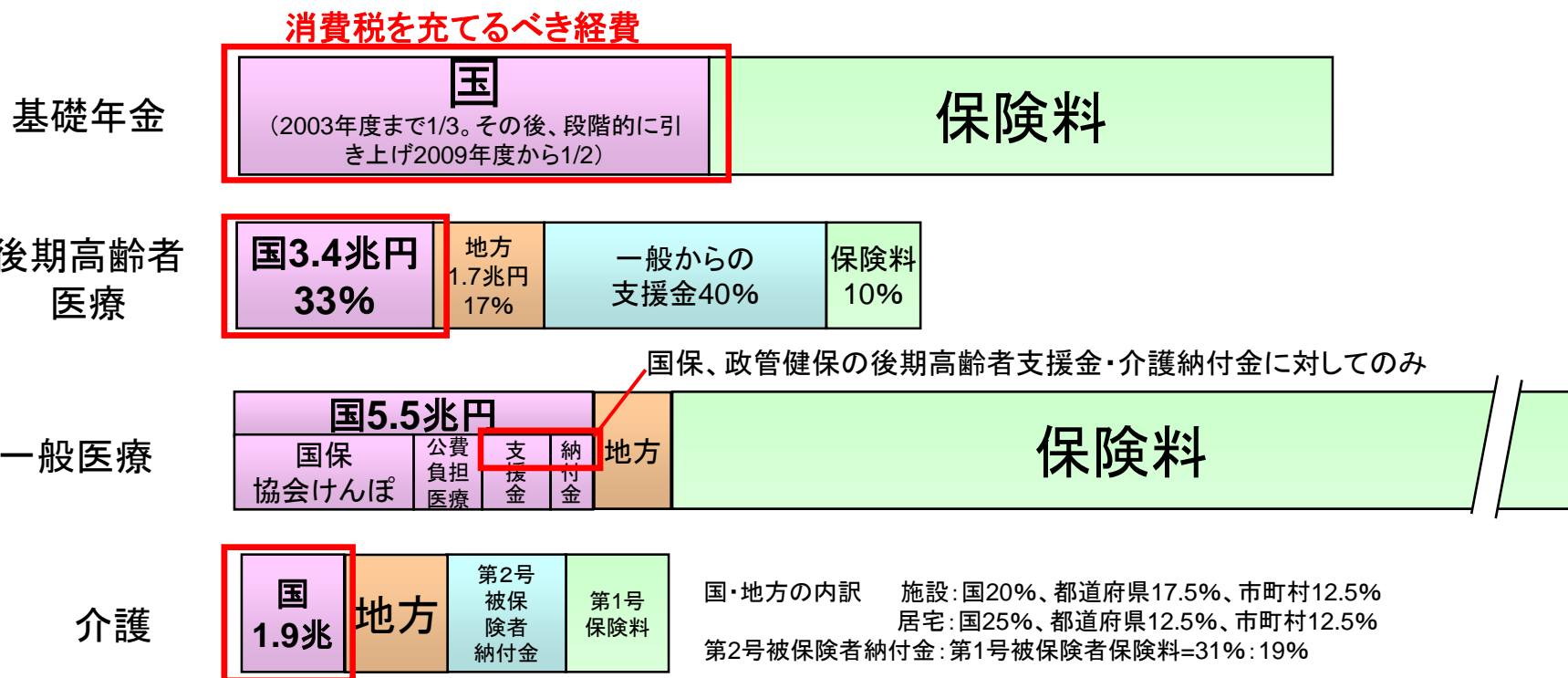
# 消費税などの新たな財源の検討

## 消費税を充てるべき費用

現在、消費税は一般会計の予算総則で、基礎年金、後期高齢者医療、介護の国庫負担に充てることが定められている。一般医療保険にも国庫負担はあるが、財源は消費税以外の一般財源である。基礎年金の国庫負担は2003年度まで給付費の1/3であったが、2009年度から、給付費の1/2である。

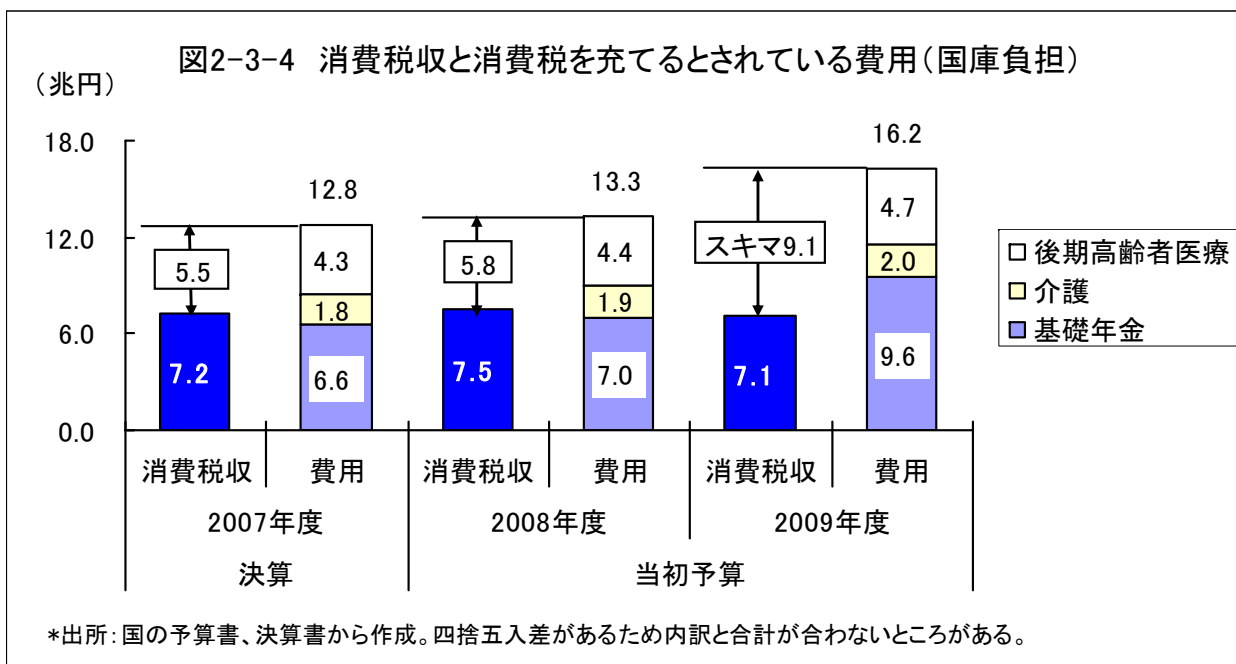
後期高齢者医療制度の給付費の構成は大まかに、公費50%（国庫33%）、一般医療保険からの支援金40%、保険料10%である。介護給付費は、公費50%（国庫は施設20%、居宅は25%）、保険料50%で構成されている。

社会保障給付費の構成と消費税を充てるべき国庫負担(2008年度)



# 消費税収と必要費用

消費税を充てる経費の合計額は、消費税収(国分)よりも多い。この差は「スキマ」と呼ばれ、消費税以外の財源でまかなわれる。基礎年金国庫負担割合が1/2に引き上げられる2009年度には、基礎年金国庫負担だけで消費税を上回る。基礎年金は、2009年度、2010年度には、財政投融资特別会計から一般会計への繰り入れによって財源を手当てするが、その後の財源確保は喫緊の課題である。



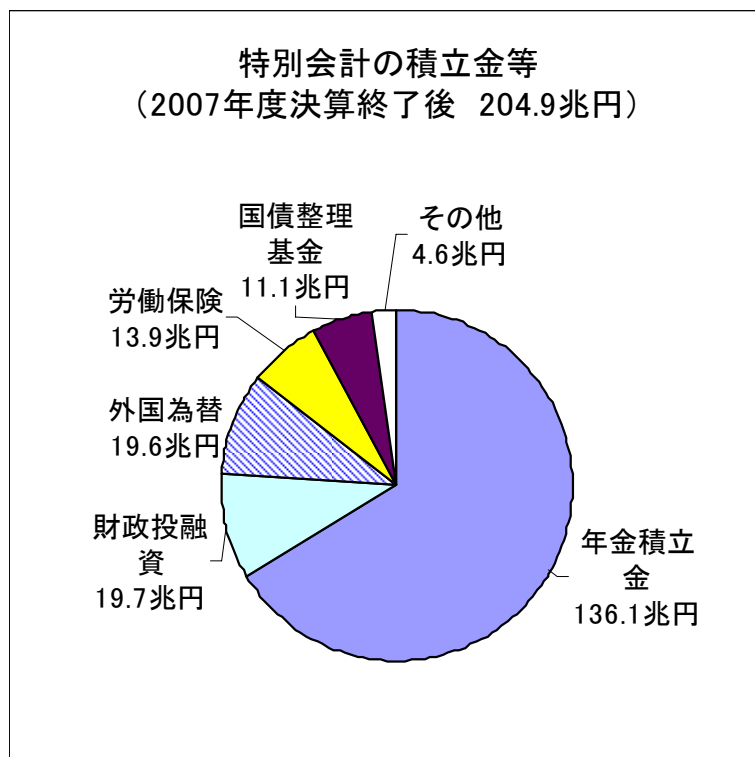
消費税の議論を行なう際には、同じ社会保障として年金、高齢者医療、介護に対する国庫負担のあり方を同じ土俵にあげなければならない。日本医師会は、そのためにも、高齢者医療については、公費9割にし、消費税の受け皿にすることを主張する。

# 特別会計などの支出の見直しの継続

## 特別会計の積立金と正味財産

特別会計には2007年度末で204.9兆円の積立金がある。このうち年金積立金136.1兆円は、将来の国民に対する債務であるが、年金積立金以外にも68.9兆円の積立金がある。

一方で、負債をかかえる特別会計もあるため、貸借対照表の資産から負債を除いた正味財産にも着目した。貸借対照表では、年金積立金は「公的年金預り金」として負債に計上されている。2007年度末には、特別会計全体で資産635.0兆円、負債534.3兆円、正味財産(資産－負債)は100.8兆円であった。積立金(年金を除く68.9兆円)以外の正味財産も少なくないことを示している。



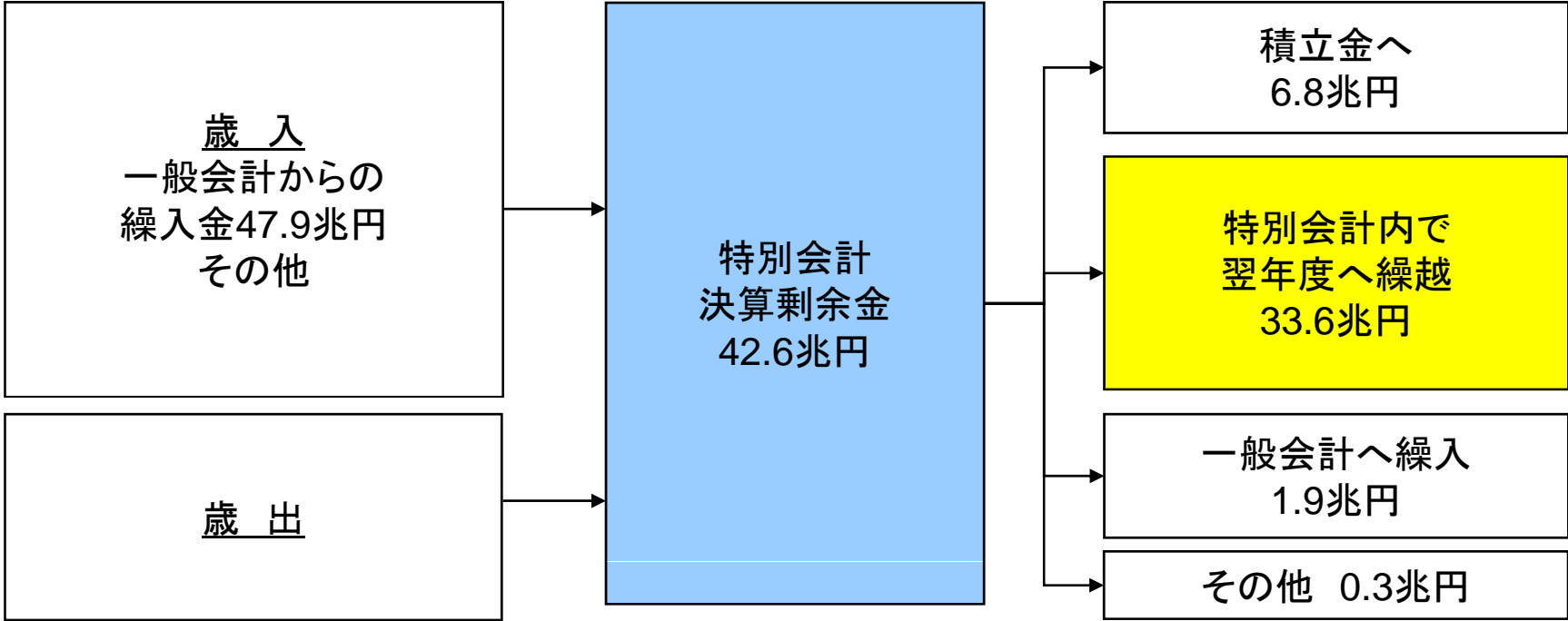
特別会計の貸借対照表

資産	負債
635.0兆円	534.3兆円
現金・預金 有価証券 貸付金 運用寄託金 有形固定資産 出資金など	政府短期証券 公債 借入金 責任準備金 公的年金預り金 など
	<b>正味財産</b> 100.8兆円

# 特別会計の剰余金

特別会計には一般会計からの繰り入れもあり、2007年度の繰入額は47.9兆円であった。また、2007年度決算では、42.6兆円の剰余金が発生した。剰余金のうち、6.8兆円が積立金に積み立てられ、33.6兆円が特別会計内で翌年度に繰り越され、1.9兆円が一般会計に繰り入れられる。剰余金が出ない仕組みにしなければ、積立金は今後も増加する。特別会計については、その透明性をより高めること、決算を重視して剰余金が発生しづらい仕組みにすること、そして、剰余金が出た場合には、原則一般会計等へ繰り戻すといった見直しが求められる。

特別会計のお金の流れ－2007年度決算(推計)－



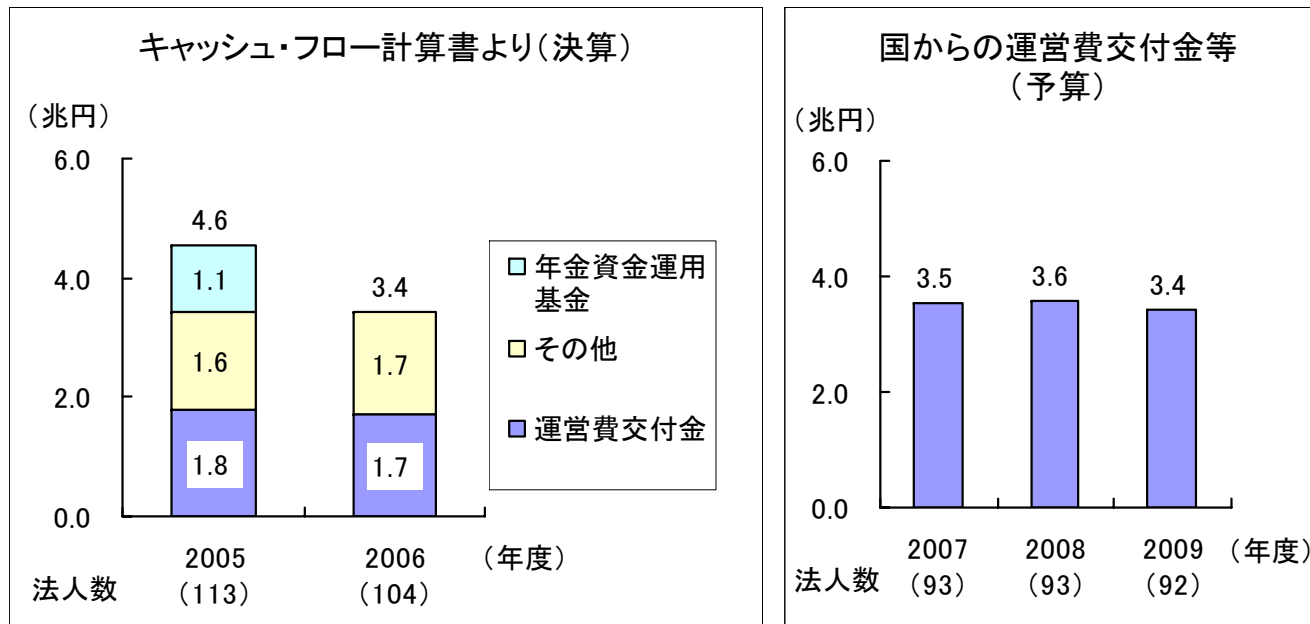
\*縮尺は合っていない。  
社団法人 日本医師会 「グランドデザイン2009」(2009年2月18日 定例記者会見)

# 独立行政法人

独立行政法人は2006年度には104法人あり、国から3.4兆円の財政支援が行なわれた。2005年度の4.6兆円に比べて、2006年度は減少しているように見えるが、2005年度には年金資金運用基金に1.1兆円が支援された。この要因を除けば、2005年度3.4兆円、2006年度3.4兆円と、法人数が減少しつつあるにもかかわらず、まったく減っていない。2007年度以降も、ほぼ横ばいである。

国からの支援は、一般会計、特別会計からの支出であり、社会保障費などにも大きな影響を与える。現在進められている「独立行政法人整理合理化計画」の徹底および強化を求めたい。

図2-3-9 独立行政法人に対する国の財政支援



\*出所：2005年度の年金資金運用基金は、2008年12月民間企業仮定損益計算書。  
2007年度以降は、財務省「独立行政法人向け財政支出等について(政府案)」から作成。国からの財政支出がある法人のみ。

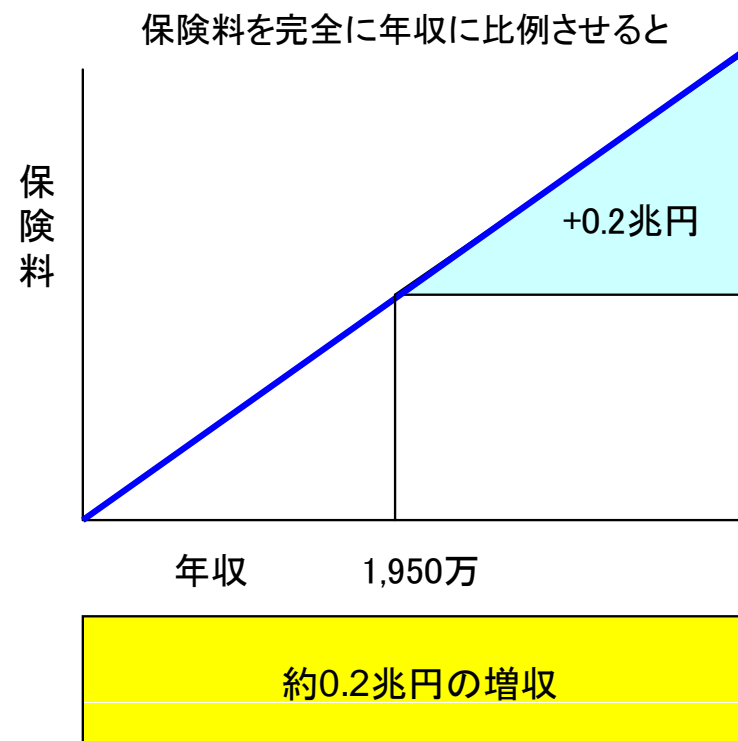
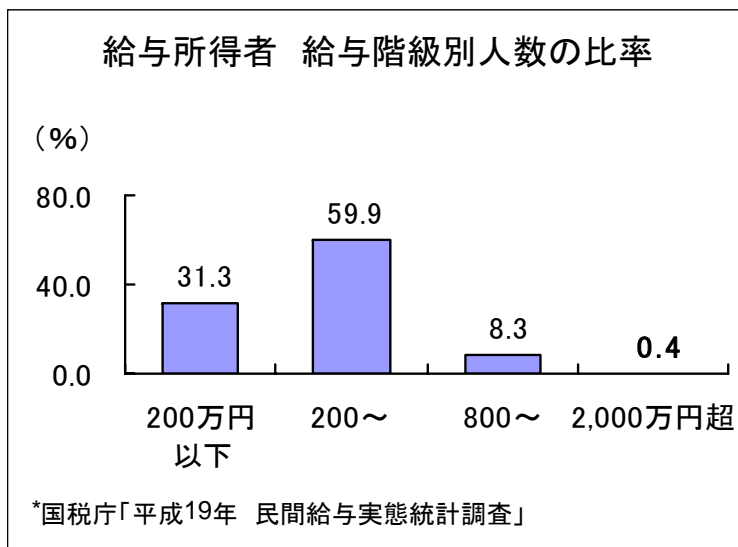
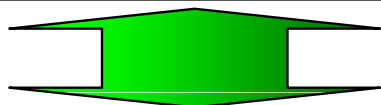
# 公的医療保険の保険料の見直し

## 保険料上限の見直しー被用者保険ー

### 被用者保険において保険料を年収に比例させた場合

被用者保険では報酬月額(給与)が117.5万円以上の場合、標準報酬月額は一律121.0万円、標準賞与の上限は540万円であり、保険料は年収1,950万円までしか比例しない。被用者保険で保険料を年収比例させた場合には、約0.2兆円の保険料増収効果が見込まれる。

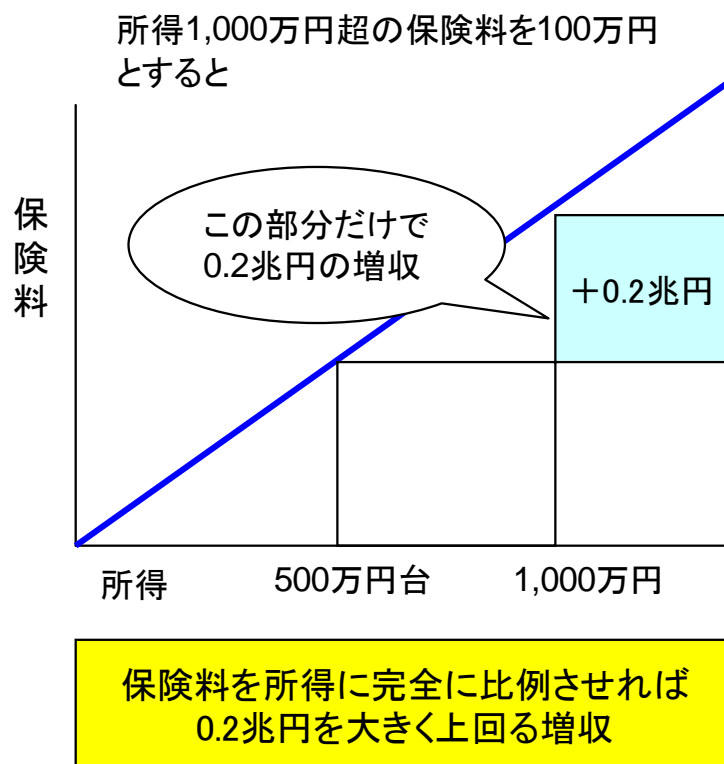
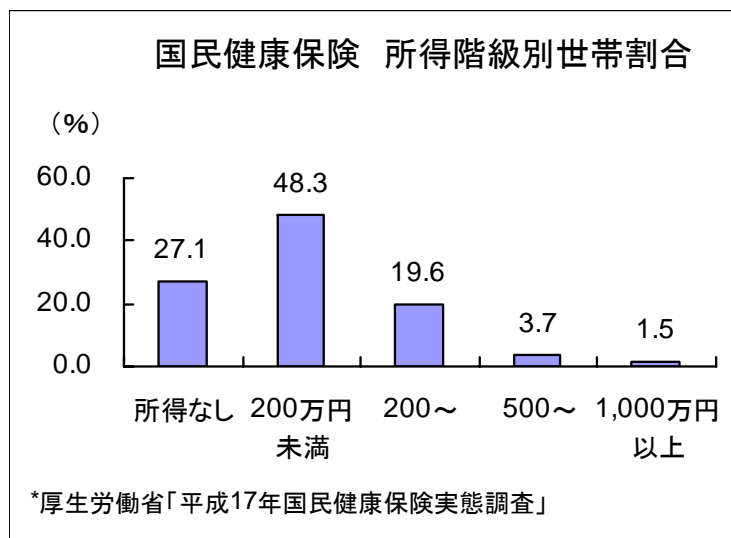
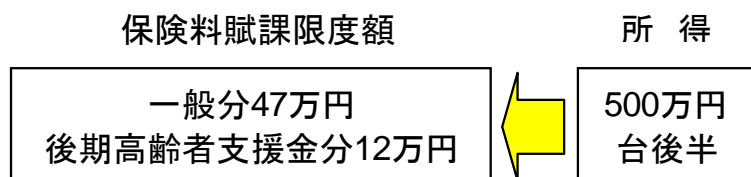
年収1,950万円以上は保険料は一定



# 保険料上限の見直し—国民健康保険—

## 国民健康保険において保険料を所得に比例させた場合

国民健康保険でも所得500万円台の後半で、おおむね保険料賦課限度額に達すると推計される。仮に、所得1,000万円超の世帯の保険料を一律100万円にする<sup>\*3)</sup>と仮定すると、保険料増収効果は0.2兆円と見込まれる。



\*3) 国民健康保険では所得階級別に所得総額を把握できるデータがないため。  
 ※国民健康保険については、現在の後期高齢者分を含んだ2006年度以前のデータしかない。したがって一定の条件を仮置きした粗い試算である。

# 保険料率の公平化

政管健保(現在は協会けんぽ)の平均標準報酬月額が284.9千円ともっとも低いが、保険料率は82.00(‰)ともっとも高い。組合健保の保険料率の平均は73.90(‰)、国家公務員共済組合では平均標準報酬額415.4千円、保険料率は64.34(‰)である。

日本医師会は、被用者保険の保険料率を82.00(‰)にすることを提案する。その場合の保険料増収効果は約1兆円と試算される。

被用者保険の平均標準報酬月額と保険料率

	協会けんぽ	組合健保	共済組合		
			国家公務員	地方公務員	私学教職員
平均標準報酬月額(千円)	284.9	370.1	415.4	361.8	378.7
保険料率(‰)	82.00	73.90	64.34	73.52	65.20

協会けんぽ、組合健保は2008年度(平均標準報酬月額は2007年度)、共済組合の私学は2007年度。それ以外は2006年度。

