

《税・社会保障改革シリーズ No.20》

2014年7月2日

No. 2014-018

医療介護総合推進法の評価と課題

調査部 副主任研究員 飛田 英子

《要 点》

◆本年6月に「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」（「医療介護総合推進法」）が成立。

◆同法の内容は、大きく以下の3つ。

(1) 医療提供体制の再編に向けた政策手段の拡充

- ・ 病床機能の再編 … 都道府県は「地域医療ビジョン」を策定し、医療機関に病床の機能転換や削減等を要請。従わない場合は補助金不交付等のペナルティ。
- ・ 医療改革新基金の創設 … 消費税増収分を財源として各都道府県に基金を設置し、それを財源にスタッフの確保や医療提供体制の整備を推進。

(2) 介護サービスの給付抑制

一定以上所得者の自己負担を2割に引き上げ、特別養護老人ホームの入所対象の厳格化、低所得者に対する食費・居住費の補助である補足給付に資産要件を設定、の3点。

(3) 地域支援事業の充実

要支援者に対する予防給付を介護保険制度から地域支援事業に移行（地域支援事業とは、市町村が主体で行う介護予防や生活支援等の事業のこと）。

◆医療介護総合推進法は、都道府県の医療機関に対する権限の強化や介護給付の抑制等、これまでになく踏み込んだ内容。しかしその一方で、さらに検討すべき課題も。

(1) 医療提供体制の再編に向けた政策手段の拡充

- ・ 地域医療ビジョンの効力は、現行の「医療計画」に比べて格段に強化。病床機能の再編は、医療機関の機能分化等を通じて医療提供体制の効率化・スリム化につながることを期待。一方、ビジョンにおける都道府県の裁量の程度、病床再編を円滑に担う能力を備えたスタッフの確保等が課題に。
- ・ 医療改革新基金は、今後安定的に医療提供体制が整備されることを保障。しかし、

2009年の「地域医療再生基金」に対してバラマキとの指摘があることを踏まえると、財源の妥当性や予算配分の方法等、基金の在り方自体を再検討する必要。

(2) 介護サービスの給付抑制

- ① 要介護度や経済状況の面で真に救済すべき者に給付対象を限定する姿勢に転換。利用者からの強い反発が予想されるなか、敢えて負担増を実行した姿勢は評価。
- ② 一方、特養への入所要件のさらなる厳格化、補足給付自体の廃止、自己負担引き上げの再検討（現行の「高額医療・高額介護合算療養費」で対応するのが筋）等、残された課題も。

(3) 地域支援事業の充実

- ・ 今改正により、予防給付の利用者である要支援者は、全国一律のサービス内容から、地域特性が反映されたサービスを享受できるように。
- ・ しかし、要支援者の求めるサービスは、予防よりむしろ生活援助であることを考えると、その財源は全て税で賄われるべき。

(4) 医療介護総合推進法で取り上げられなかった今後の課題

- ・ 第1は、持続可能性の回復に向けた具体的な道筋の提示。具体的には、医療では真の「保険者機能」が発揮される環境整備、介護では給付の在り方を再検討、等。
- ・ 第2は、年金や住宅、マイナンバー等他制度との整合性の確保。特に、マイナンバーは、費用負担の公平性を担保するためにも実効性ある制度の早期実現が重要。
- ・ 第3は、国民への説明責任の徹底。今回の医療介護総合推進法の策定・成立に際しては、国民への配慮が十分でなかった感は否めず。

本件に関するご照会は、調査部・飛田英子宛にお願いいたします。

Mail: tobita.eiko@jri.co.jp

電話:03-6833-1620

1. はじめに

少子高齢化が進むもと、医療・介護の給付抑制が喫緊の課題となっている。若年に比べてサービス需要の大きい高齢者が増える一方で、負担の主な担い手である現役世代人口が減少するためである。これまでも政府は医療費効率化という名のもとに現役世代の患者自己負担の引き上げや保健事業の強化等を行ってきたが、今後は、世代間格差を含めた費用負担のあるべき姿、無駄なサービスはないかという給付内容の在り方、さらには真に社会的にサポートされるべき者は誰かという給付対象の見直し等、根幹部分に踏み込んだ制度の「抜本改革」が求められるといえよう。

こうしたなか、本年6月に「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」（「医療介護総合推進法」）が成立した。これは、政府が消費税率引き上げと引き換えに国民に約束した、持続可能な社会保障制度の再構築の一環である。医療・介護について、給付の重点化・効率化を進める一方で、給付の抑制を図ることにより、制度の持続可能性を高めることが意図されている。では、同法が実施されれば、医療・介護制度の持続可能性は回復するのであろうか。こうした問題意識のもと、本稿では同法の評価と課題を考察する。

2. 医療介護総合推進法の概要

(図表1)医療介護総合推進法の概要

概要	関係法
1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化 ① 都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業のため、 消費税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	地域介護施設整備促進法等
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 ① 医療機関が都道府県知事に 病床の医療機能等を報告し 、都道府県は、それをもとに 地域医療構想(ビジョン) を医療計画において策定 ② 医師確保支援 を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け	医療法
3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化 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、 全国一律の予防給付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 ⑤ 補足給付の要件に資産などを追加 ※補足給付：低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する給付	介護保険法
4. その他 ① 診療の補助のうちの 特定行為を明確化 し、それを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 医療法人の社団と財団の合併、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	

(資料)厚生労働省

(注1)太字下線は厚生労働省資料による。

(注2)施行期日(予定)は公布日。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5月以降など、順次施行。

医療介護総合推進法は、①医療提供体制の再編に向けた政策手段の充実、②介護サービスの給付抑制、③地域支援事業の充実の大きく3つに整理される（図表1）。具体的には、以下の通りである。

(1) 医療提供体制の再編に向けた政策手段の拡充

第1は、医療提供体制の再編に向けた政策手段の充実であり、背景にはわが国の医療介護提供体制が抱える諸問題に対し、既存の政策手段が必ずしも有効に機能してこなかったことがある。例えば、わが国はMRIやCTスキャン等の高額医療機器の人口当たり設置台数が先進諸外国のなかでも突出して高く、限られた資源を効率的に使用できていない。あるいは、医療サービスの地域間の偏在や診療科間の偏在も指摘されている。こうした現状は、既存の政策手段、すなわち医療サービスの公定価格である診療報酬の改定、都道府県による医療資源整備計画である「医療計画」、地域の医師確保や救急医療体制の整備のために設置された「地域医療再生基金」等の補助金が必ずしも十分に機能してこなかった証左といえる。

そのため、より踏み込んだ政策手段が求められてきており、そうした要請に応えようとしているのが、医療介護総合推進法である。医療提供体制の再編に関し、柱は大きく2本ある。

ひとつは、「地域医療構想」（「地域医療ビジョン」）に基づく病床機能の再編である。まず、医療機関は都道府県に病床の機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、都道府県はそれに基づいて地域医療ビジョンを策定する。ここには各地域で必要な病床数が機能別に明示される等、地域の医療提供体制の将来のあるべき姿が描かれる。次に、各都道府県はこれに沿って医療機関に病床の機能転換や削減、増床の中止等を要請・勧告する。計画に従わない医療機関には、補助金の不交付等のペナルティが与えられることになっている。

もうひとつは、「医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度」（「医療改革新基金」）の創設である。消費税増収分を財源として各都道府県に設置される。ちなみに、基金の総額は、公費の上乗せ措置（360億円）を合わせた904億円である（2014年度予算）。同基金は、在宅医療を促進するための「かかりつけ医」の育成研修、医療従事者の確保・養成、ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備、病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備等、スタッフの確保や医療提供体制の整備に使われる予定である。

(2) 介護サービスの給付抑制

第2は、介護サービスの給付抑制である。具体的には、利用者自己負担の引き上げ、特別養護老人ホーム（特養）の入所要件の厳格化、補足給付に資産要件を追加、の3点が挙げられる。

まず、自己負担は、一定以上所得のある利用者の自己負担が2015年8月から1割から2割に引き上げられる。夫婦の場合は年収359万円、単身の場合は280万円以上の者が対象になる¹。

¹ ちなみに、後期高齢者医療制度でも一定以上所得のある患者について、1割ではなく3割の自己負担が適用されている。その基準は、夫婦の場合は収入520万円以上、単身の場合は383万円以上である。

次に、特養の入所は、現在は要介護度や認知症の有無、家族の状況等を基に入所判定が行われ、軽度の場合でも入所が可能になっている。ちなみに、入所者の割合を要介護度別に見ると、要介護1が3%、2が9%と、約1割が軽度者である²。2015年4月以降は要介護3以上の重度者に限定されることになる（但し、障害や認知症の場合を除く）。

最後に、補足給付への資産要件の設定である。補足給付とは、特養等の介護施設入所者の食費・居住費（いわゆるホテル・コスト）の低所得者に対する補助である。ホテル・コストは、2006年4月から原則利用者の負担になったが、低所得者に対しては負担限度を低く設定し、基準額との差額が補足給付として支給されている。勘案されるのは所得のみで、資産は勘案されていない。

現在の食費・居住費（個室）の基準額は1日当たり1,380円・1,970円であるが、補足給付対象者の自己負担は所得水準により300～650円・820～1,310円に抑えられている。2015年8月以降、資産要件が加わり、預貯金や金融資産が夫婦で2千万円以上、単身で1千万円以上ある利用者については補足給付の対象外になることとなった。

(3)地域支援事業の充実

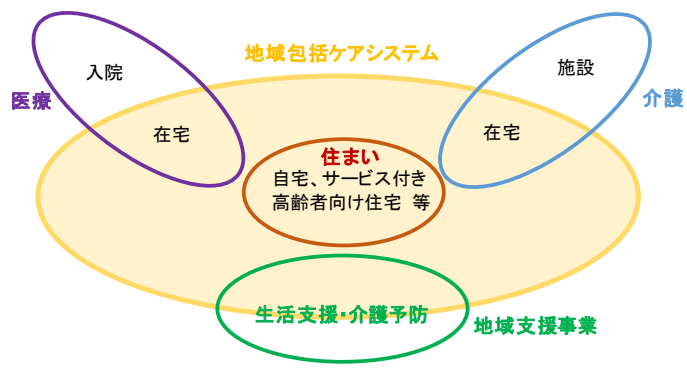
第3は、**地域支援事業**の充実である。地域支援事業とは、介護保険制度の支給対象に認定されなかった高齢者を対象に**地域包括ケアシステム**の一環として市町村により実施される事業で、①「介護予防事業」、②生活全般における相談受付や権利擁護等の「包括的支援事業」、③地域の実情に応じて市町村が独自に行う「任意事業」、の大きく3つで構成される³。

ここで、地域包括ケアシステムとは、高齢者が重度の要介護状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供する体制のことである。医療・介護と

は別の制度ではなく、医療・介護のみならず福祉をも包括した概念といえよう（図表2）。

今改正により、これまで介護保険制度の枠内で提供されてきた要支援者に対する**予防給付**が2015～17年度にかけて段階的に地域支援事業に移行される。地域支援事業の最大の特徴は、市町村の裁量の大きさである。例えば、事業所の人員基準や運営基準を柔軟に見直すことができる他、空き家を活用した地域交流サロンの設営等、市町村独自のサービスが提供されている。予防

（図表2）地域包括ケアシステムの概念図



（資料）厚生労働省資料を基に日本総合研究所作成。

² 厚生労働省「介護給付費実態調査」（2012年度）。ちなみに、要介護3は20%、4は33%、5は35%。

³ 介護予防事業の財源は介護保険と同じである（国25%、都道府県・市町村各々12.5%、1号保険料21%、2号保険料29%）。一方、包括的支援事業と任意事業の財源は、国39.5%、都道府県・市町村各19.75%、1号保険料21%である。

給付を地域支援事業に移すことにより、全国一律のサービス内容から地域の特性を踏まえたサービス内容に変わることになるわけである。

3. 評価と課題

では、こうした医療介護総合推進法はどのように評価されるのであろうか。あるいは、課題は何か。本章では、まず、第1～3節で前章の内容に沿って同法の評価と課題を整理した後、第4節では取り上げられなかった課題や今後検討すべき課題を考察する。

(1) 医療提供体制の再編に向けた政策手段の拡充

評価すべき点は主に2つある。ひとつは、都道府県の権限強化によって、医療提供体制の効率化の進展が期待されることである。病床機能報告により、都道府県は病床数のみならず、病床の機能についても権限を有することになる。「地域医療ビジョン」に基づいて医療機関の機能分化が進めば、地域特性に応じた医療提供体制が整備されることに加えて、不必要な高額医療機器の購入や過剰な設備投資が抑制される結果、医療提供体制のスリム化が進むことが期待される。

もうひとつは、新基金によって在宅の医療体制が充実することにより、患者満足度が向上するとともに、将来的に医療費抑制が期待されることである。相対的に高コストの病院医療から低コストの在宅医療へのシフトが進めば、住み慣れた地域での生活を望む患者のニーズが満たされるとともに、国全体の医療費抑制が期待される。

他方、課題もある。まず、都道府県の裁量範囲や病床の機能別再編の基準が不明確な点だ。「地域医療ビジョン」については、国がガイドラインを定めるとされているものの、都道府県の裁量をどの程度認めるかによって計画の内容が大きく左右される。また、病床の機能別再編に際し、病床の閉鎖や機能転換を求める医療機関をどのように選別するかも今後課題になるであろう。再編と一口に言っても、医療機関や地域住民の理解を得るのは容易ではないはずだ。そのためには客観的な根拠が必要になるが、それを作成できるスタッフの確保も重要である。

加えて、新基金の財源として消費税率引き上げによる増収分を充てることは安易な印象をぬぐえないうえ、その効果の検証機能が不十分な点だ。医療提供体制再編という用途を鑑みれば、税ではなく、まずは医療サービスの対価である診療報酬が優先的に充当されるべきである。あるいは、例えば、紹介状なしの大病院の初診に係る「特定療養費」を1～2万円程度に引き上げ、それを国が一括徴収して財源に充てる等、代替案もあるはずである。

何れにしても原資は国民負担であり、中立的な第三者機関が一括管理し、全国からの整備事業計画を重要度や地域医療の実情等に鑑みて優先順位をつけ、それに従って配分する等、客観性・透明性が確保された運営方法の提示が本来不可欠である。

(2) 介護サービスの給付抑制

そもそも介護保険制度は、導入を円滑に進めるという背景もあり、所得の多寡にかかわらず一律自己負担1割である等、健康保険制度と比べても高齢者に寛容な仕組みと言える。今回、要介

護度や経済状況に応じ真に救済すべき者に給付の対象を限定する姿勢への転換が図られていることは評価されよう。高齢者人口増大に伴い今後介護給付費の増加が不可避なものと、給付に優先順位をつける等の対策を採らなければ保険財政の破綻は免れないためだ。もっとも、高齢者人口増の大きなインパクトに照らし、踏み込み不足の感は否めない。

まず、特養の入所要件については、重度者に限定するのはもちろんのこと、家族に介護力があるかどうかといった要件や住居及び経済状況についてもよりきめ細かな基準を設けるべきである。現在、待機者は52万人に上る。そこで、例えば、①家族のサポートが期待できる者、②自宅の改修やサービス付き高齢者向け住宅（サ高住）への入居等によって自宅での生活が継続できる者、あるいは③有料老人ホームへの入所が可能な資力を有する者、等については、できる限り自助での対応を求める議論を進める必要がある。

こうした諸要件によって給付対象を絞るという考えについては、2000年度の介護保険制度創設以前の「措置制度」への回帰との指摘も予想される。しかし、真に必要な者が必ずしも特養に入所できていない現状に加え、介護保険財政の半分が税で賄われており、純粋な保険制度とはなっていないことを踏まえると、「措置」の要素を強めることは不合理とはいえない。

次に、補足給付への資産要件の適用については、補足給付という仕組みが存置されたことに加え、資産要件の内容自体に検討の余地が極めて大きい。そもそも食事や居住は介護サービスではなく生活サービスであることを考えると、介護保険制度よりも必要に応じ生活保護制度の枠内で対応すべき性格のものである。補足給付そのものについて、制度横断的に議論が進められるべきであった。

資産要件の内容にも大きな問題がある。第1に、金融資産の把握は本人の自己申告がベースになる模様であるが、どの程度効力を持つか甚だ疑問である。正直に申告した者が不利益を被ることになっては、制度の根幹が揺らぐのみならず、制度自体に対する国民の信頼が失墜することになりかねない。単身1千万円以上、夫婦2千万円という金額の根拠も曖昧だ。第2に、対象が金融資産に限定され、固定資産が外されている点も公平性を欠く。本来、同じ資力を持つ者は、同じ負担であるべきであろう。

さらに、そもそも自己負担に関しては、「高額医療・高額介護合算療養費制度」（高額療養費制度）のもとで、既に所得により差が設けられている。新たに資産要件を設けるのではなく、高額療養費制度を柔軟に見直すことで対応する方が、制度の簡素化という点からも好ましいと考えられる。

(3) 地域支援事業の充実

今回の改正で予防給付が地域支援事業に吸収されることにより、要支援者は地域の实情や自らのニーズに応じたサービスを受けることができるようになると期待される。地域によってサービス提供体制の整備状況や住民交流の程度、NPOやボランティアの活動内容等が異なることを考えると、サービス内容の多様化が進むと同時に、利用者にとっては選択肢の拡大が期待されるわけである。

また、これまでは、要支援者のニーズの大きい洗濯物の取り込みやゴミ出し等といった日常生活におけるサポートは、介護保険制度のもとでは単独で受けることができなかったが、地域支援事業のもとではそれが可能になる。

要支援者がどのようなサービスを求めているかをみると（図表3）、福祉用具貸与が最も多く、通所介護や訪問介護（すなわち生活援助）がこれに続く。一方、訪問リハや通所リハ等、要介護予防効果が期待されるサービスの利用は低調である。

問題は、地域支援事業となる予防給付の財源が、引き続き介護保険制度のままである点である。新しい介護予防サービスの財源は、国25%、都道府県・市町村各12.5%、第1号保険料と第2号保険料50%であり、介護保険と同じである。しかし、地域支援事業は、

まさしく地方自治体の事業であり、要支援者のニーズは、リハビリテーション等よりむしろ生活援助に多いことが、予防給付が地域支援事業に移行される背景のひとつでもある。よって、財源は、介護保険財政ではなく、税、とりわけ地方税で賄われるのが当然であろう。

このようにみると、地域支援事業の在り方を根本に立ち返って検討する必要がある。自助・共助・公助の役割分担を明確化し、地方税では地域格差が生じるといのであれば、消費税増収のうち医療改革新基金に充てられる分を投入すべきであろう。

(4) 積み残された課題

医療介護総合推進法では積み残された重要課題も多い。とりわけ以下の3点が指摘できる。

第1は、持続可能性の回復に向けた具体的な道筋の提示である。医療介護総合推進法は、医療提供体制の再編に向けた政策手段の充実や介護給付の抑制等、これまでより踏み込んだ取り組みが盛り込まれた点で評価されるが、これによる財政改善効果は極めて限界的である。医療・介護制度の持続可能性を回復するためには、制度の抜本改革が不可欠といえよう。

まず、医療については、供給体制の再編は喫緊の課題ではあるが、医療財政建て直しのために必要なのは、それと同時に患者の過剰な受診行動の抑制や医師誘発需要⁴の防止をはじめとする需要サイドの改革である。そのためには、診療報酬の改定や医療サービス内容の妥当性の審査、加

（図表3）介護予防サービスの1人当たり平均利用回数
（2012年度）

	要支援1	要支援2
訪問介護 [※]	0.46	0.45
訪問入浴介護	0.0005	0.0031
訪問看護	0.11	0.29
訪問リハビリテーション	0.05	0.13
通所介護 [※]	0.41	0.43
通所リハビリテーション [※]	0.11	0.14
福祉用具貸与 ^{※※}	7.91	16.44
短期入所生活介護 ^{※※}	0.02	0.07
短期入所療養介護 ^{※※}	0.002	0.008
介護予防居宅療養管理指導	0.07	0.08
特定施設入居者生活介護 [※]	0.03	0.02

（資料）厚生労働省「介護給付費実態調査」を基に日本総合研究所作成。

（注1）居宅サービス利用者の平均利用回数。

（注2）※は件数、※※は日数。

⁴ 医師誘発需要とは、医師が患者との間の情報の非対称性を利用して、不必要あるいは必要以上の医療行為や投薬を施すことである。理由のひとつに、医師の収入確保が挙げられる。

入者の受診行動等に関して、保険者が積極的に関与していくことが必要である。診療報酬改定プロセスの見直し、病院・保険者の直接契約、一定期間内に一度も受診しなかった加入者に対する保険料の割引（「選択的料率」）等、真の保険者機能が発揮される環境の整備が求められる。

政府は、来年以降も国民健康保険法や健康保険法、医療法等の改正法案を順次国会に提出する予定で、引き続き医療制度の見直しを進める方針である。しかし、その内容は、国民健康保険制度（以下、市町村国保）の財政基盤の強化、後期高齢者支援金の全面報酬割の導入等、従来路線の延長線との印象は拭えない。一般会計からの繰り入れの禁止をはじめとする市町村国保の財政責任の強化、「国庫補助」から「リスク構造調整」への転換を柱とする保険者間の財政力格差是正システムの見直し⁵、高齢者の患者自己負担の在り方等、抜本的・構造的に医療制度を変革する視点が不可欠といえよう。

一方、介護については、給付の在り方自体の見直しが求められる。具体的には、まず、要介護認定である。居宅サービスの利用状況を要介護度別にみると、要介護1～2では介護とは関係ない生活援助が主で、本来の目的である身体介護はあまり利用されていない（図表4）。つまり、身体介護がなくても自宅で生活できる者が多いとみるべきであろう。生活援助は「介護」ではなく「生活支援サービス」であることを考えると、生活援助を給付内容から除外すると同時に、身体介護に対する必要度が低い軽度者を介護保険制度の給付対象から外すことが検討されるべきである（地域支援事業に移行）。

また、施設サービスの在り方も見直しが求められる。要介護者に施設志向が根強い要因の一つに、24時間体制のサービスを相対的に安く利用できることがある（仮に、居宅サービス利用者が施設と同様のサービスを受けようとする場合、給付の上乗せ・横出し分を合わせて2倍以上の費用が必要になる）。政府が進めている「施設から在宅へ」

（図表4）居宅介護サービスの利用状況
（2012年度）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
身体介護のみ					
20分未満	0.02	0.05	0.18	0.34	0.49
20～30分未満	0.52	1.05	2.86	5.67	9.04
30～1時間未満	0.38	0.53	0.71	1.14	2.58
1時間以上	0.07	0.11	0.12	0.16	0.50
身体介護＋生活援助					
20～45分未満	0.46	0.64	1.07	1.43	1.78
45～70分未満	0.34	0.49	0.59	0.64	0.70
70分以上	0.12	0.18	0.20	0.19	0.20
生活援助のみ					
20～45分未満	0.48	0.52	0.45	0.27	0.12
45分以上	1.81	1.79	1.38	0.79	0.35

（資料）厚生労働省「介護給付費実態調査」を基に日本総合研究所作成。
（注）居宅サービス利用者の平均利用回数。

⁵ 市町村国保の加入者は、「協会けんぽ」や「健保組合」等の被用者制度の加入者に比べて所得水準が低く、年齢構成が高い。このような財政力の格差を是正するために、例えば市町村国保には給付費の半分に公費が投入されている。これが「国庫補助」である。一方、欧米諸国では、「リスク構造調整」により財政力が是正されている。リスク構造調整とは、加入者の所得が全国平均より低いことによる保険料収入の目減り分、年齢構成が高いことによる給付費の水膨れ分を、保険者間で事前に調整する仕組みのことである。国庫補助に比べて客観性、透明性に優れているうえ、保険者に対する財政規律へのインセンティブが強いとされている。

を推進するためには、施設利用者の自己負担を引き上げる一方で、それにより浮いた給付費を居宅サービスの充実に回す等、施設サービスのあるべき姿を見直す必要があるといえよう。

第2は、他制度との整合性の確保である。まず、年金制度との関係では、高齢者の定義の再検討である。現行では年金と介護は65歳以上、医療は75歳以上を後期高齢者としているが、年金の支給開始年齢引き上げの必要性が指摘されるなかで、何歳以上を高齢者とみなすか、あるいは高齢者の定義をなくしてエイジレス社会の実現を目指していくか、ゼロベースで見直す時期にあると考える。

次に、住宅制度との関係では、在宅医療・在宅介護をできるだけ長く利用できる環境の整備、具体的には住宅改修の充実やサ高住の整備等が求められよう。持ち家等の固定資産を流動化して医療・介護費用に適用できるよう、リバース・モーゲージの普及促進も重要な課題である。

さらに、マイナンバー制度との関係である。費用負担の公平性を担保するためには、国民の所得・資産把握が大前提となる。低所得でも高額の資産を保有する高齢者には適切な負担を求めていくためにも、マイナンバー制度の充実が不可欠といえよう。市町村国保への財政支援の必要性・妥当性を検証する客観的根拠のためにも、また将来的に保険者間の財政力の格差是正手段を国庫補助からリスク構造調整に替えるためにも、実効性あるマイナンバー制度の早期実現が求められる。

第3は、国民への説明責任の徹底である。今回の医療介護総合推進法の成立経緯を振り返ると、与党の賛成多数で採決される等、十分な審議が行われていたとは判断しがたい。また内容に関しても、医療と介護に及んでいて整理しにくい、自己負担引き上げ等家計に即に影響するものと、医療提供体制再編をはじめ徐々に国民生活に影響が及ぶものが同列に扱われている等、複雑で分かりにくいとの感は否めない。総合的・制度横断的な観点で法律の見直しが行われたのかもしれないが、国民の理解を得るためにも、今後社会保障制度改革を進めるに際しては、国民への周知徹底を期待したい。

4. おわりに

最後に、医療介護総合推進法は、消費税率の引き上げ後、社会保障制度の持続可能性回復に向けて政府が最初に取り組んだ政策である。今後は、医療・介護制度の改革を引き続き進めると同時に、年金や子育てについても抜本的な見直しが求められることになる。政府に対しては、国民との約束を全うすべく、勇猛果敢な政策遂行を期待したい。

以上

◆『日本総研 Research Focus』は、政策 이슈、経済動向に研究員独自の視点で切り込むレポートです。