

医療福祉ジャーナリズム特論

前例を超える・前例を創る
～ソーシャルアクションの意外な担い手たち～

第7回（2020年6月25日）

行政官の特技を駆使して 前例を超えた流儀

国際医療福祉大学大学院教授
中村秀一

本日の内容

はじめに～自己紹介

I 行政について

II 「認知症」について

III 基礎年金国庫負担2分の1

IV 世紀末の社会保障見直し論

終わりに

はじめに～自己紹介

行政官 (昭和)

1973年	厚生省入省：老人福祉課	係員
1974年	環境庁水質保全局水質規制課	係員・主査 (3年目)
1976年	厚生省大臣官房総務課	主査・係長
1979年	公衆衛生局企画課課長補佐	課長補佐 (6年目)
1981年	在スウェーデン日本国大使館	(8年目)
1984年	厚生省保険局医療課補佐	
1986年	保健医療局企画課補佐	
1987年	北海道庁 (水産部国際漁業課長、漁政課長)	(14年目)

行政官 (平成)

1989年	厚生省老人保健福祉部企画官	企画官
1990年	老人福祉課長	課長
1992年	年金課長	(17年目)
1995年	水道環境部計画課長	
1996年	保険局企画課長	
1998年	大臣官房政策課長	
2001年	厚生労働省大臣官房審議官	審議官 (28年目)
2002年	老健局長	局長 (29年目)
2005年	社会・援護局長	

5

行政官 (退官後)

2008年 社会保険診療報酬支払基金理事長 (35年目)

＊

2010年 内閣官房社会保障改革担当室長
(2014年2月まで)

(この間、社会保障制度改革国民会議事務局長を兼務)

6

関連年表

1973年	「福祉元年」、老人医療費無料化	
1983年	老人保健法施行	老人医療が問題化
1984年	健康保険法改正(1割負担)	
1987年	老人保健施設創設	
	厚生省「痴呆性老人対策本部」	認知症対策の 立ち遅れの自覚
1989年	ゴールドプラン制定	介護基盤の整備
1990年	「福祉8法」改正	
1994年	年金改正(支給開始年齢の引き上げ開始)	

7

1997年	健康保険法改正(2割負担)	
2000年	介護保険法施行	措置から契約へ
2002年	健康保険法改正(3割負担)	
2005年	介護保険法改正	施行5年後の見直し
2006年	障害者自立支援法の制定	
2010年	「一体改革」検討開始	
2012年	「一体改革」関連8法成立	消費税率8%への引上げ
2013年	社会制度改革国民会議報告書	
2014年	医療介護関連19法改正	
2017年	介護保険法等改正	地域包括ケアの深化・推進

8

I 行政について

社会保障の歩み

1961年 国民皆保険・皆年金達成

1973年 「福祉元年」(給付の大幅改善)

1980年代前半 福祉見直し

1990年～ 経済の長期低迷下の社会保障

平成の社会保障

○少子高齢化と人口減少社会

○経済の長期的低迷、雇用の変化

○消費税の導入（3%）と引上げ（10%）

○「55年体制」の終焉（政権交代、連立政権）

○連合の発足と経団連の日経連の吸収

○内閣機能の強化（政高党低）

○政治優位と官僚の萎縮

○経済財政諮問会議と骨太方針

大きくなった社会保障 (1990年→2018年)

○社会保障給付費 47.4兆円→121.3兆円
(対GDP比) 10.5% →21.5%

○社会保障予算 11.5兆円→32.9兆円
(歳出総額比) 17.5% →33.7%

政策決定過程の変化

○与党の事前審査→連立政権の政策決定

○「族議員」と部会中心主義→小選挙区制

○政治主導と審議会の弱体化

○「最強官庁」の没落→「霞が関」の失速

政策実現に必要なこと

＊政策（input →検討→output）

- 予算（省内→財務省→与党→国会）
- 法律（省内→財務省→与党→国会）
- 組織・機構（総定員法、行政改革）

- ステークホルダー（審議会）
- 世論（マスコミ、オピニオンリーダー）

行政

- 行政権は、内閣に属する。（憲法65条）
- 内閣の職権を行うのは、閣議による。
（内閣法）
- 閣議決定**：閣僚の全員一致の賛成が必要
 - ・各省には「拒否権」がある。
 - ・各省協議＝各省折衝⇒権限争い
 - ・国家行政組織法＝所掌事務の範囲：法律で定める

Ⅱ 「認知症」について

①出発点

『恍惚の人』

- 有吉佐和子著 1972年出版の小説
- ベストセラーになり、タイトルは流行語に成った。
- 認知症の舅（茂造）を抱える主人公（昭子）が直面する介護問題を描く。

出版時の状況

- 日本：高齢化の初期の段階（高齢化率 7 %）
- 老人福祉法制定から10年、「福祉元年」の前年
- 認知症を正面から取り上げる。
（「老人性痴呆ですね。」「ああ、そういう言葉があるんですか。」 257頁）

内容

- 認知症の症状の描写、介護の困難性。
- 家族の対応（介護する嫁、無力な夫、息子）
- 舅の介護と「明日は我が身」、若い世代の反応
- 限られている介護資源、医療の限界
- 施設か、在宅か。仕事との両立。親族問題。

森幹郎氏の解説（1982年5月）

*** 本書出版時、厚生省の老人福祉専門官**

- 老人問題の「教科書」の役割
- 家族介護の「良き時代の最後の一章」
- 老人福祉行政の推進に貢献
 - ・「介護の社会システム化への途は非常にけわしかった」
 - ・本書で世論が高まり、老人福祉推進の援軍

- 老人福祉行政は「ねたきり老人福祉対策」に優先順位
- 認知症対策の立ち遅れ
- 現職老人福祉課長の発言
- 認知症は特養で対処すべき
- 本書の問題提起に未回答

②1980年代後半の状況

厚生省痴呆性老人対策本部

○1986年 厚生省痴呆性老人対策本部設置

- ・「痴呆性老人対策が立ち遅れ」との認識
- ・公衆衛生局が事務局
- ・1986年 映画「痴呆性老人の世界」
(羽田澄子監督)

25

厚生省痴呆性老人対策本部

○痴呆性老人対策専門家会議を設置

- ・老人性痴呆の原因
- ・発生率の推計
- ・対策の検討

⇒老人性痴呆疾患専門治療病棟の創設
老人性痴呆疾患デイ・ケア施設の創設
痴呆性老人処遇技術研修事業（84年～）
の充実

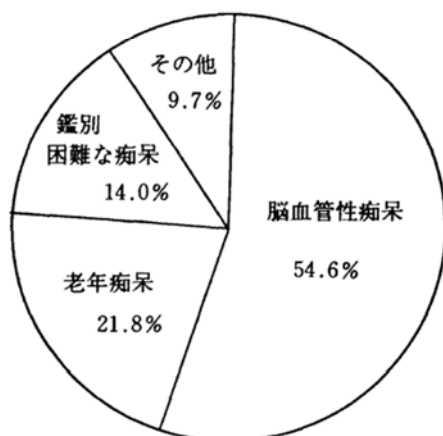
26

イ．痴呆をその原因で区分すると脳梗塞・脳出血などの脳卒中による脳血管性痴呆と，原因不明の脳の変性疾患によるアルツハイマー型痴呆とが代表的であるが，我が国においては前者が後者よりも多く，欧米諸国とは対照的である。また，アルツハイマー型痴呆は，初老期に好発するアルツハイマー病と老年期に好発するアルツハイマー型老年痴呆とに分けられる。

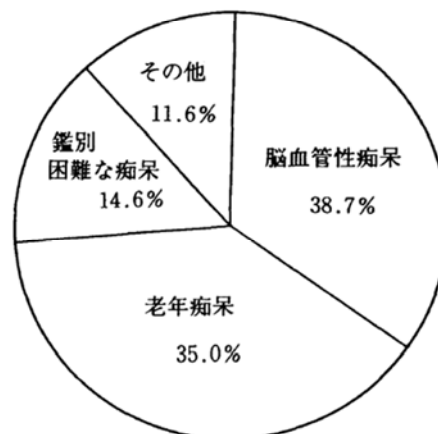
27

痴呆の原因による分類（在宅）

原因による分類（10自治体の平均一男）



原因による分類（10自治体の平均一女）



28

ア．昭和61年8月までに40の都道府県及び6政令市において、在宅の痴呆性老人について実態調査が実施されている。

これらの調査のうち、精神科医が携わり、その方法も類似している12都道府県市の調査結果に基づき、年齢階層別に在宅の痴呆性老人の出現率を推計すると、65－69歳1.2%、70～74歳2.7%、75～79歳4.9%、80～84歳11.7%、85歳以上19.9%であり、高齢になるにしたがって出現率は高まる。これをもとに、昭和60年の我が国の65才以上の老人人口全体に対する在宅の痴呆性老人の出現率を求めると、4.8%となる。

29

イ．上記の年齢階層別の出現率を基礎に、我が国の人口の将来推計を用いて在宅における痴呆性老人数の将来推計を行うと、昭和60年に59万人であったものが、昭和75年には112万人、昭和90年には185万人となり、15年間でほぼ2倍、30年間で3倍以上と、急激に増大することが予想される。

30

老人福祉課長時代

- 老人訪問看護制度創設（1991年）
老人性痴呆疾患療養病棟の創設
老人保健施設痴呆専門棟の創設
- デイサービスE型の創設（1992年）**
- 痴呆性対応型グループホームの創設
（1997年）

31

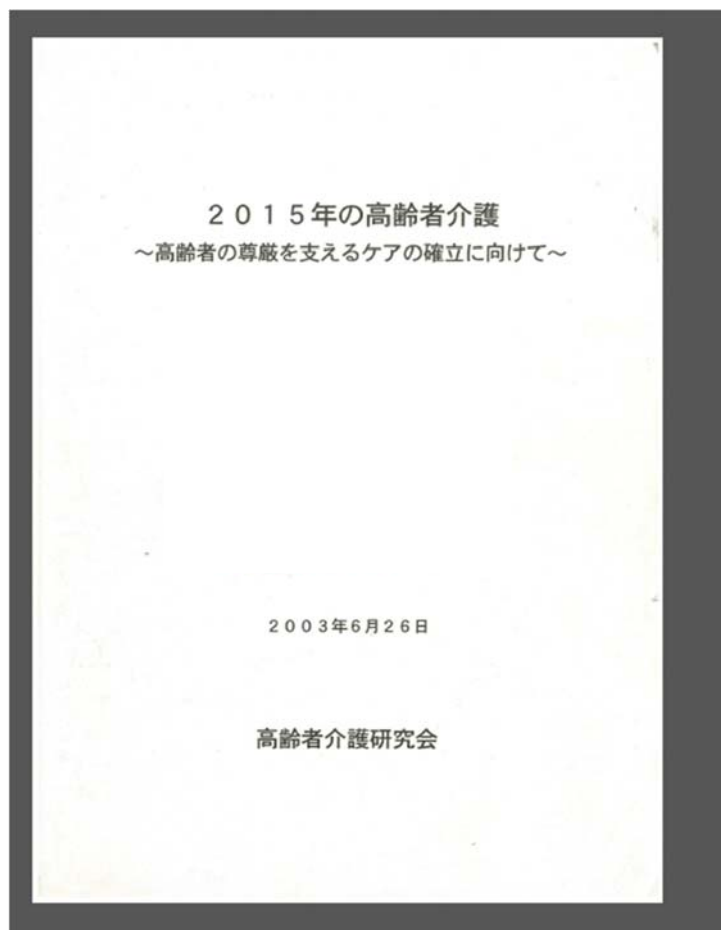
③2005年の介護保険法改正

2005年の介護保険法改正

○介護保険法の制定に当たっては、賛否両論

○「施行後5年で見直すこと」を条件に制度化した経緯あり。

○2005年の介護保険法の改正が課題となった。



2005年の介護保険法改正
に向けての準備のための
老健局長の私的研究会

2003年3月～6月に
開催

高齢者介護研究会委員

片山	壽	尾道市医師会長
川越	博美	聖路加看護大学教授
駒村	康平	東洋大学助教授
高橋	紘士	立教大学教授
高村	浩	弁護士
○田中	滋	慶應義塾大学教授
樋口	恵子	高齢社会をよくする女性の会代表 (3月19日付で委員退任)
◎堀田	力	さわやか福祉財団理事長
本間	昭	東京都老人総合研究所精神医学研究部長
森田	朗	東京大学教授

2015年の高齢者介護 ～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～

課 題

○ 介護保険施行後見えてきた課題

要介護認定者の増、在宅サービスの脆弱性、
痴呆性高齢者の顕在化、新たなサービスの動き等

○ 制度の持続可能性の確保(課題解決の前提)

目 標

高齢者の尊厳を支えるケアの確立

実施期間

早急に着手し、2015年までに着実に実施

(戦後のベビーブーム世代が高齢期に達する2015年までに実現)

介護保険施行後見えてきた課題

要介護認定者の増加・軽度の者の増加

- ・ 軽度の要介護者の出現率に大きな都道府県格差が存在。その要因について詳細な検証が必要。
- ・ 要支援者への予防給付が、要介護状態の改善につながっていない。

在宅サービスの脆弱性

- ・ 特別養護老人ホームの入所申込者の急増
- ・ 重度の要介護認定者の半数は施設サービスを利用。在宅生活を希望する高齢者が在宅生活を続けられない状況にある。

居住型サービスの伸び

- ・ 特定施設の利用が増加。居住型サービスへの関心が高まっている。

施設サービスでの個別ケアへの取組

- ・ ユニットケアの取組が進展。個人の生活、暮らし方を尊重した介護が広がりを見せている。

ケアマネジメントの現状

- ・ ケアマネジメントについては、アセスメントなど、当然行われるべき業務が必ずしも行われていない。

求められる痴呆性高齢者ケア

- ・ 要介護高齢者のほぼ半数は痴呆の影響が認められる者であるにもかかわらず、痴呆性高齢者ケアは未だ発展途上、ケアの標準化、方法論の確立にはさらに時間が必要。

痴呆性高齢者への対応

要介護（要支援）認定者における痴呆性高齢者の推計

○ 所在と痴呆性老人自立度

単位 万人

		要介護 (要支援) 認定者	認定申請時の所在(再掲)				
			居宅	特別介護 老人ホーム	老人保健 施設	介護施設型 医療施設	その他の 施設
総数		314	210	32	25	12	34
再掲	自立度 Ⅱ以上	149	73	27	20	10	19
	自立度 Ⅲ以上	79 (25)	28 (15)	20 (4)	13 (4)	8 (1)	11 (2)

(注) 2002年9月末についての推計。

2015年 250万人と推計

単位 万人

西 暦	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
痴呆性老人自立度 Ⅱ以上	149 (6.3)	169 (6.7)	208 (7.2)	250 (7.6)	289 (8.4)	323 (9.3)	353 (10.2)	376 (10.7)	385 (10.6)	378 (10.4)
参考： 痴呆性老人自立度 Ⅲ以上	79 (3.4)	90 (3.6)	111 (3.9)	135 (4.1)	157 (4.5)	176 (5.1)	192 (5.5)	205 (5.8)	212 (5.8)	208 (5.7)

【参考】 認知症の人の将来推計について

○ 長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている久山町研究のデータから、新たに推計した認知症の有病率(2025年)。

✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降一定と仮定した場合:19%。

✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合:20.6%。

※ 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病(糖尿病)の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。
本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。

○ 本推計の結果を、平成25年筑波大学発表の研究報告による2012年における認知症の有病者数462万人にあてはめた場合、2025年の認知症の有病者数は約700万人となる。

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)	平成42年 (2030)	平成52年 (2040)	平成62年 (2050)	平成72年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/(率)	462万人 15.0%	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 人数/(率)		525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

地域包括ケアシステム

個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核とした様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組み

継続的な支援の提供

高齢者の状態の変化に対応した
継続的なサービス提供
(退院→地域
地域→入院)

ターミナルまで 在宅生活を支える

- ・ 医療を含めた多職種連携、365日・24時間の安心の提供
- ・ 医療保険・介護保険によるサービスの組み合わせ

介護保険

ケアマネジメント

高齢者 — ケアマネジャー

- (プロセス)
- ①アセスメント
 - ②プランニング
 - ③ケアカンファレンス(多職種協働)
 - ④モニタリング

(現状のケアマネジメントの立て直し)
ケアマネジャーの資質向上
プロセスの確実な実施
:業務の標準化
困難事例等への支援:環境整備
中立・公正の確保

包括的な支援の提供

困難事例等への支援
(介護保険外の様々な社会支援を必要とするケース)

多職種協働・住民参加

- ・ 保健、福祉、医療の専門職相互の連携
- ・ ボランティア等の住民活動も含めた連携

連携と連絡調整

コーディネートを行う機関

- ・ 在宅介護支援センターの役割の再検討と機能強化

※ケアマネジメント:高齢者の状態を踏まえた総合的な援助方針の下に必要なサービスを計画的に提供していく仕組み

サービス基盤の整備

(2003年報告書『2015年の高齢者介護』)

- ①在宅サービスの複合化・多機能化
⇒小規模多機能居宅介護
- ②新たな「住まい」の形を用意する
⇒サービス付き高齢者住宅
- ③施設サービスの機能を地域に展開して在宅サービスと施設サービスの隙間を埋めること
⇒地域密着サービス、サテライト
- ④施設において個別ケアを実現していくこと
⇒個室ユニットケア

2005年の介護保険法の改正

- 目的規定の整備：尊厳の保持
- 施設入所の食費、居住費の自己負担化
- 要支援に対する介護予防給付の創設
- 地域密着型サービス、小規模多機能居宅介護看護サービスの創設
- 地域支援事業の制度化
- 地域包括支援センターの設置
- 「認知症」への名称変更

「痴呆」という用語の変更

○「痴呆」という用語は侮蔑的

○予防活動等にも支障という指摘

○2004年12月 「認知症」に変更

- 2005年の介護保険法改正で条文にも。

＊厚生省老健局に「認知症対策室」

45

認知症施策の推進

2005年 認知症サポーター養成研修 開始

認知症サポート医養成研修 開始

2006年 かかりつけ医認知症対応力向上
研修

46

Ⅲ 基礎年金国庫負担 2 分の 1

当時の年金局の課題

- 支給開始年齢：94年改正の最大のテーマ
(89年改正：支給開始年齢で挫折)
- 沖縄の厚生年金格差是正問題
 - ・92年の通常国会で、炎上
 - ・宮沢総理、山下徳夫厚生大臣が立ち往生。
- 被用者年金の一元化
(制度間調整法の期限延長)

支給開始年齢の引上げ

年金制度基本構想懇談会報告書

○「我が国年金制度の改革の方向」(1979年4月18日)

- ①支給開始年齢の引上げ(60歳)
- ②保険料の段階的引き上げ(30年後に2倍程度)
- ③制度間の財政調整

橋本厚生大臣

○1985年までに60歳定年制の実現
(労働大臣と会談)

○支給開始年齢の65歳への引上げを1980年
度に着手(閣議報告)

→1980年の厚生年金法改正

1980年の厚生年金法改正

○支給開始年齢の引上げ

- ・反対論が強く、改正見送り

→次期財政再計算期の課題とする旨の訓示規定

- ・法案に盛り込んだが国会で削除

1989年の年金改正

○年金審議会の提言

厚生年金の支給開始年齢の引き上げ

1998年度から61歳とし、
その後3年に1歳ずつ引き上げ、
2010年度に65歳とする。

○国民年金法等改正案(1989年3月29日提出)

厚生年金の支給開始年齢の引き上げの施行日を「別の法律で定める日」として提出。

→国会修正で、支給開始年齢引き上げ規定の削除

連立政権下での政策決定

○1993年8月 細川政権発足

○89年改正で支給開始年齢を反対した野党が与党に。

・社会党、民社党、公明党

○8会派連立政権下での政策決定方式が課題

支給開始年齢の引上げ

○厚生年金の支給開始年齢
60歳→65歳

○1994年改正 厚生年金の定額部分の
引上げ

○2000年改正 厚生年金の報酬比例部分
の引上げ

1994年年金法改正の経緯

- 宮沢政権・丹羽厚生大臣の下で、年金審で審議
- 93年8月以降、連立8党での法案決定が課題
- 与党年金改革プロジェクトチームを設置
(連立政権下での政策決定方式の先駆け)
- 94年の通常国会へ法案提出

55

与党年金改革プロジェクトチーム

- 与党年金改革プロジェクトチームを設置
→連立政権下での政策決定方式の先駆け
- 座長は、塚田延充(民社)←大内厚生大臣
 - 社会党:森井忠良、池端清一
 - 民社党:塚田延充、勝木健司
 - 新生党:井上喜一、岡田克也
 - 日本新党:鴨下一郎、さきがけ:渡海紀三朗、
 - 公明:遠藤和良、梶屋敬吾

非自民連立→自社さ連立

○野党自民党は、基礎年金の国庫負担2分の1を打ち出す。

→基礎年金国庫負担2分の1の発端

○政権交代で、攻守逆転。

自民：衛藤部会長、戸井田筆頭

新進党：野田部会長、野呂筆頭

○委員長室で修正協議。

○新進党は、国庫負担2分の1の明記を迫る。

○野党自民党は、基礎年金国庫負担2分の1への引上げを主張（丹羽前大臣）

○通常国会では継続審議

（医療保険の食費自己負担法案を優先）

○1994年6月に自社さ政権成立（攻守が逆転）

○新進党は、国庫負担2分の1の明記を迫る。

→附則に検討規定を入れることで決着。

○政権交代で、フルコースを体験。

附則に検討規定

「政府は、長期的に安定した年金制度を維持していくため、1995年以降において初めて行われる財政再計算の時期を目途として、年金事業の財政の将来見通し、国民負担の推移、基礎年金の給付水準、費用負担の在り方等を勘案し、財源を確保しつつ、**基礎年金の国庫負担の割合を引き上げることについて総合的に検討を加え、その結果に基づいて、必要な措置を講ずるものとする。**」

○政権交代で、異例の展開(フルコース)

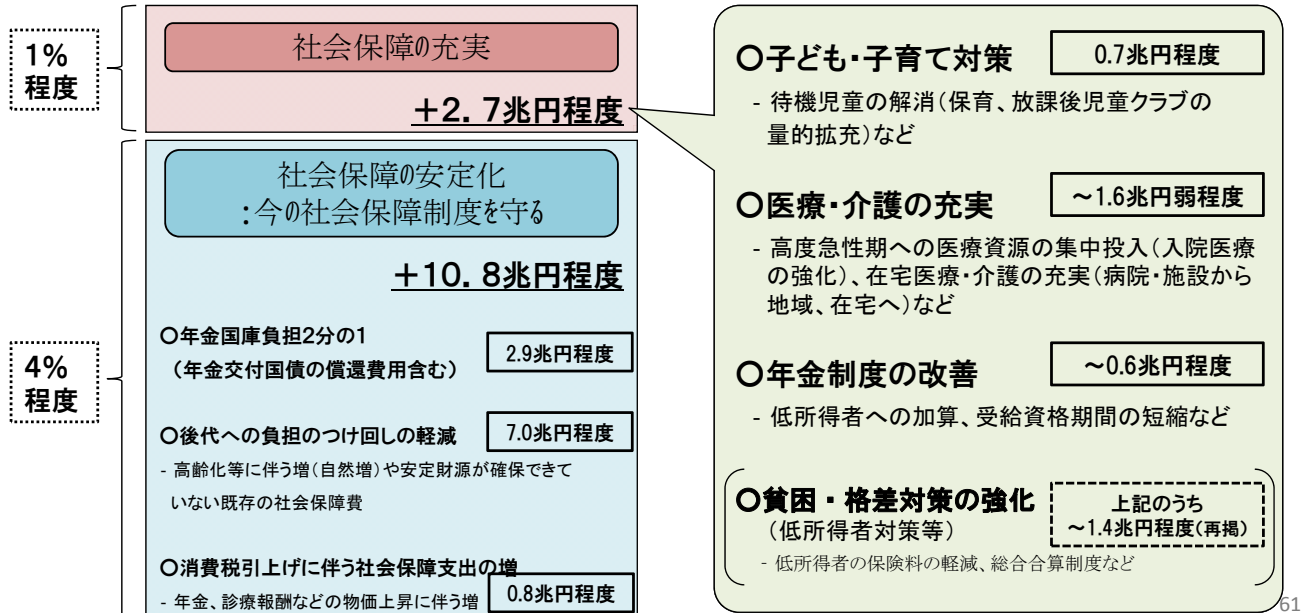
○基礎年金の国庫負担2分の1

2014年の消費税率8%の引き上げでようやく決着

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、2015年10月より10%へ段階的に引上げ
- 消費税収の使い途は、国分については現在高齢者3経費(基礎年金、老人医療、介護)となっているが、今後は、社会保障4経費(年金、医療、介護、子育て)に拡大
- 消費税の使途の明確化(消費税収の社会保障財源化)
- 消費税収は、全て国民に還元し、官の肥大化には使わない

(注) 現行分の地方消費税を除く。また、現行の基本的枠組みを変更しないことを前提とする。



IV 世紀末の社会保障見直し論

大臣官房政策課長

総理官邸での有識者会議

経済戦略会議への反論

厚生白書（99年版、2000年版）

介護保険の広報支援

63

社会保障議論の動向

○90年代後半から医療保険財政の悪化

- ・医療保険改革
- ・診療報酬のマイナス改定
- ・財政対策ではない「抜本改革」を求める声

○社会保障の持続可能性への疑問

- ・年金を中心に「大胆な見直し」論議
- ・税方式への転換
- ・民営化（厚生年金、健康保険）
- ・規制緩和（混合診療、株式会社病院）

64

1990年代末：
社会保障見直し論の盛り上がり

- 社会保障の持続可能性への懸念
- 企業の保険料負担増への反発
- 年金(企業年金)の企業経営への影響
- 税方式への傾斜

65

- 小渕内閣、「経済再生」最優先
 - ・総理の諮問機関：経済戦略会議
- ステークホルダーの税方式への傾斜
- 税方式を主張する自由党との連立

66

官邸主導の社会保障改革論議

○経済戦略会議(小渕内閣)

○社会保障構造の在り方に関する有識者会議

(2000年1月～10月:小渕内閣・森内閣)

- ・官邸で総理が設置した初めての有識者会議
- ・「負担」のあり方:保険料と税

○中央省庁再編→経済財政諮問会議

67

経済戦略会議

○1998年8月、小渕内閣の成立とともに、設けられた首相直属の諮問機関

○日本経済の再生と21世紀の社会経済構造のありかたについて検討し、意見具申

○議長 アサヒビール会長、樋口廣太郎

68

- 井手 正敬 西日本旅客鉄道(株)会長
- 伊藤 元重 東京大学教授
- 奥田 碩 トヨタ自動車(株)社長
- 鈴木 敏文 (株)イトーヨーカ堂社長
- 竹内 佐和子 東京大学助教授
- 竹中 平蔵 慶応義塾大学教授
- 寺田 千代乃 アートコーポレーション(株)社長
- 中谷 巖 一橋大学教授
- 樋口 廣太郎 アサヒビール(株)名誉会長
- 森 稔 森ビル(株)社長

69

○「日本経済再生への戦略」（平成 11 年 2 月 26 日）

経済戦略会議

- 《基礎年金》・基礎年金部分の財源は、21世紀の早い時点で税による負担割合を高める。
・将来的には税方式に移行。
- 《年金》・2階部分については、段階的に公的関与を縮小、30年後に完全民営化を目指す。
・厚生年金基金による代行制度を早急に廃止。
- 《介護保険》・介護保険制度の全般的見直しの前倒しによる税財源でのサービスの確保。
- 《医療》・老人保健制度の廃止による税財源でのサービスの確保。
・保険者の機能強化など競争原理の導入。
・日本版マネージドケアの導入。
・薬価の自由価格制への移行。
- 《児童手当》・児童手当の拡充を図る。

70

○経団連（平成10年10月「日本経済の再生と21世紀における豊かで活力ある経済社会の構築のために ―経済戦略会議への提言―」他）

《基礎年金》・税方式へ移行

《年金》・報酬比例部分は給付水準を引き下げつつ積立方式に移行。

・将来的に民営化を検討。

《介護》・国民全体で支える公費方式で賄うべき。

《医療》・保険者による医療機関の選択制度。

・被保険者への保険医療機関に関する情報提供

・保険者によるレセプト審査を強化。

・混合診療の拡大。

《老人医療》・国民全体で支える公費方式で賄うべき（老人保健拠出金の撤廃）。

・高齢者の自己負担率の見直し。

71

○経済同友会（平成9年4月「安心して生活できる社会を求めて」）

《年金》・報酬比例部分は私的年金。

・公的年金は消費税。支給レベルは、生活保護の水準と同じレベル。

《介護》・介護は、税方式。

《医療》・地域ごとの保険制度に再編成。

《老人医療》・老人医療は継続加入方式。

72

○日経連（平成10年9月「年金改革の方向」、平成9年8月「高齢者医療を中心とした医療制度改革についての提言」）

《基礎年金》・定額給付、全額税方式（財源は目的間接税）、賦課方式。

《年金》・2階部分は、報酬比例給付、社会保険方式、
積立方式。

・厚生年金基金等代行制度は、廃止の方向で抜本的見直し。

《老人医療》・老人医療は継続加入方式。（拠出金制度の廃止）

73

○連合（平成11年6月「1999～2000年度の政策課題」）

《基礎年金》・国庫負担割合を2分の1に引上げ。

・その後、2004年の財政再計算を待たずにできるだけ早く税方式へ転換（労使折半原則は実質的に確保。）。

《年金》・基礎年金と報酬比例年金からなる現行制度の枠組みを維持。

・賦課方式。

・公的年金一元化に向けて検討。

《老人医療》・老人医療は継続加入方式。（拠出金制度の廃止）

・高齢者の患者負担は1割定率。

74

自由連立合意

* 自由党の主張

- 社会保障は「必要最小限」に。＝自己責任
- その「社会保障」は、国の責任で。
- 基礎年金、老人医療費、高齢者介護は全額税方式で。
- その財源は消費税を充てる。

⇒「国の消費税は高齢者3経費に充てる」ことで決着

75

21世紀の社会保障構造の在り方を考える有識者会議

- 内閣総理大臣の主宰により平成12年1月から開催
- 少子高齢化が進行する中で、社会保障制度が将来にわたり安定した効率的なものとなるよう、年金、医療、介護など総合的に、かつ、給付と負担を一体的に捉えて検討
- 関係大臣6名と有識者19名の25名で構成

76

有識者会議のメンバー

赤崎 義則 (鹿児島市長)	高木 剛 (ゼンセン同盟会長)
阿藤 誠 (国立社会保障・人口問題研究所長)	坪井 栄孝 (日本医師会会長)
石 弘光 (一橋大学学長)	中村 博彦 (全国老人福祉施設協議会会長)
今井 敬 (新日本製鐵会長)	堀田 力 (弁護士)
岩男 壽美子 (武蔵工業大学教授)	宮島 洋 (東京大学教授)
貝塚 啓明 (中央大学教授)	矢崎 義雄 (国立国際医療センター総長)
木村 陽子 (奈良女子大学教授)	渡辺 恒雄 (読売新聞社社長・主筆)
京極 高宣 (日本社会事業大学学長)	政府側：内閣総理大臣
行天 良雄 (医事評論家)	内閣官房長官
木幡 美子 (フジテレビアナウンサー)	厚生大臣
清家 篤 (慶応義塾大学教授)	大蔵大臣
袖井 孝子 (お茶の水女子大学教授)	自治大臣
	経済企画庁長官

77

社会保障の果たすべき機能の維持

- 我が国社会の急激な構造変化
 - 少子高齢化
 - 家族形態の変化
 - 経済成長の鈍化
 - 雇用をめぐる状況の不安定化

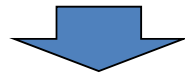


現行制度の維持ではなく、不断の見直し、必要な改革を通じて、社会保障の果たすべき機能を維持

78

持続可能な社会保障

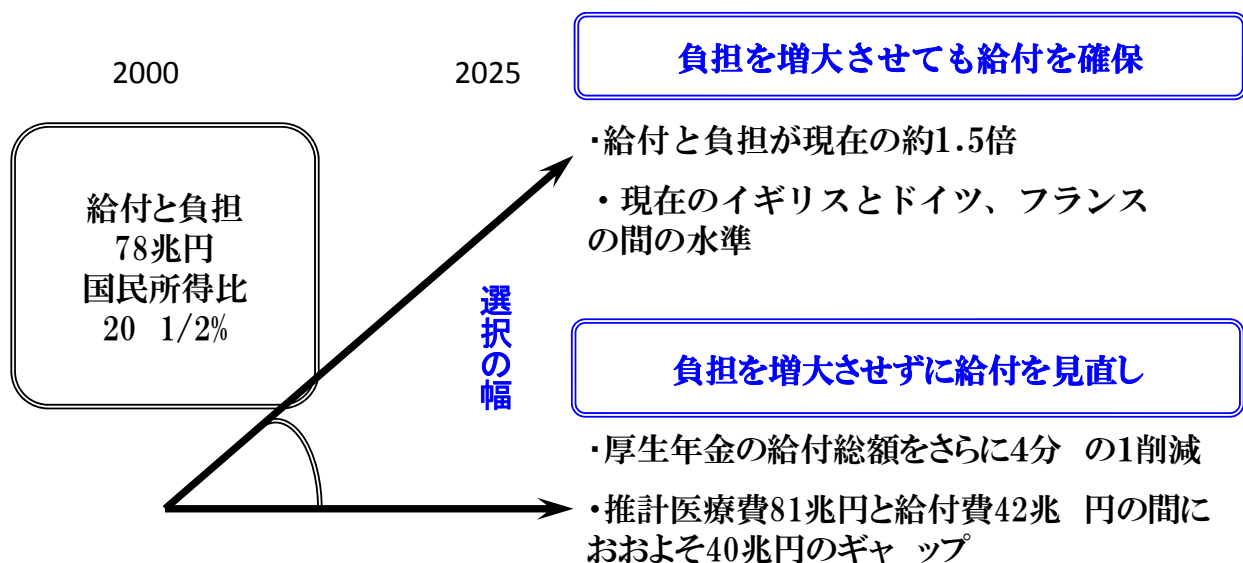
- 若い世代は、制度の持続可能性を懸念、世代間の不公平を強く意識
- 世代間で全く負担の違いのないシステムを考えることは難しいが、より公平なものとしていく努力は欠かせない
- 給付と負担のバランスが重要



- 1 支え手を増やす
- 2 高齢者も能力に応じ負担を分かち合う
- 3 給付の見直しと効率化

79

21世紀の社会保障の国民の選択



80

社会保障の進むべき途

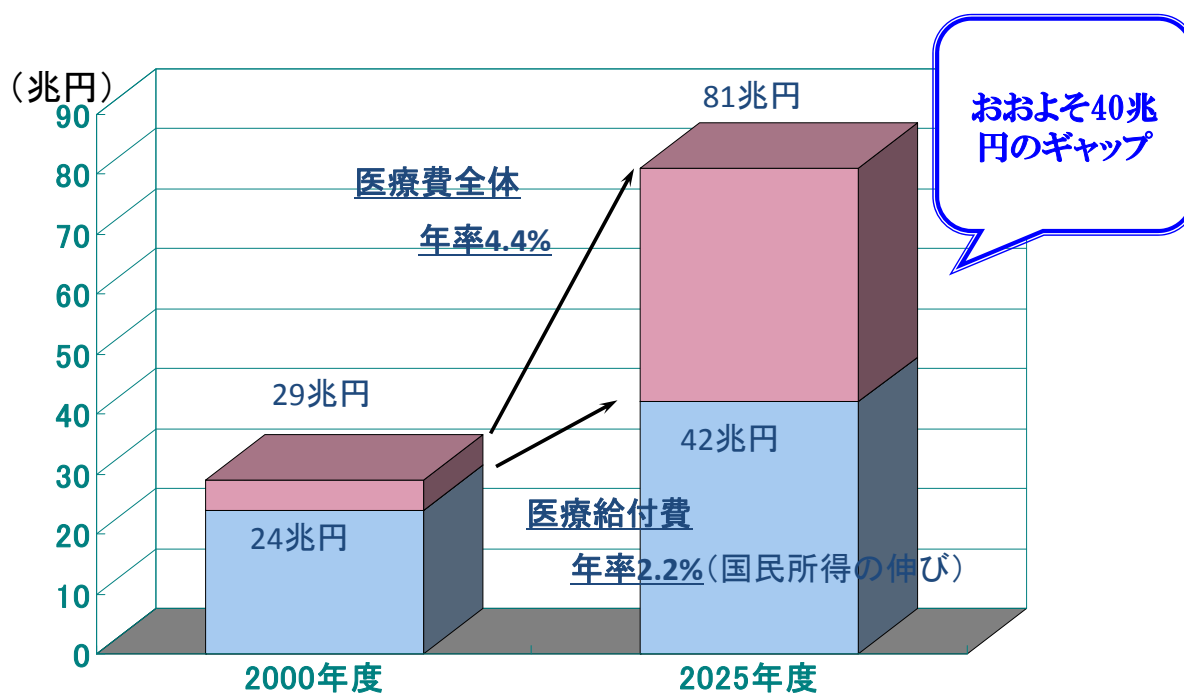
- 将来に向けてある程度の負担の増加は避けられないものの、できる限り負担増、特に現役の負担増を抑える。
- なお増加する負担については保険料と公費負担で賄う必要。公費負担を賄う税制の在り方についても検討。



規模の増大は抑制されるものの、持続可能で、必要な給付が確実に行われる強固な社会保障

81

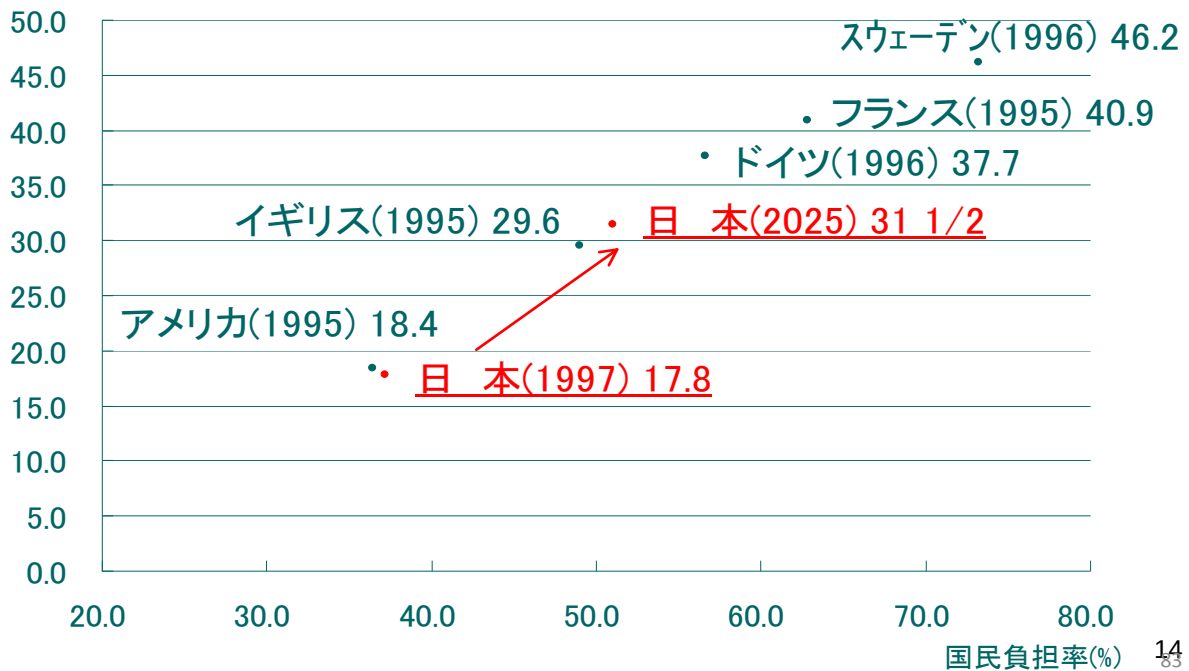
負担を増大させない場合（医療）



82

社会保障給付と 国民負担率の国際比較

社会保障給付費の
国民所得比(%)



「21世紀に向けての社会保障」

社会保障構造の在り方に関する有識者会議報告書

2000年10月

(高齢者医療の見直し)

- どのような負担の仕組みをとるとしても、医療費、特に伸びが著しい老人医療費については、**経済の動向と大きく乖離しないよう、何らかの形でその伸びを抑制する枠組みをつくらなければならないのではないか。**

⇒「**医療費の総枠管理論の初出**」

「総枠管理」の背景

- ・ 老人医療費の増加 (90年代の伸び率、年率)
国民医療費 4.6%
老人医療費 7.8%
国民所得 1.6%
- ・ 診療報酬改定の問題
診療報酬改定による影響 : 年率0.7%増
- ・ 「老人医療費の大出血を止める」
(坪井・日医会長)

85

小泉内閣の社会保障改革

○小泉政権の構造改革の一環として位置付け

2002年 健保法改正 (3割負担)

2004年 年金法改正

(マクロ経済スライド、保険料上限)

2005年 介護保険法改正、障害者自立支援法制定

2006年 医療制度改革

(後期高齢者医療制度 2008.4 施行)

86

2002年健保法改正の論点

- 被用者本人 3割負担の導入 ①
総報酬制の導入と保険料の
引き上げ
- 高齢者医療
 - ・患者自己負担 1割
 - ・年齢引き上げ 70歳⇒75歳
 - ・公費負担の引上げ 3割⇒5割
 - ・「医療費総額管理」の導入 ②
- 診療報酬改定 マイナス改定 ③

終わりに

振り返ってみて

○経歴の特徴

- ・現課の育ち
- ・技官の上司が多かった
- ・他分野：道庁水産部、小規模大使館
- ・医療・介護分野に繰り返し従事

○政権交代の経験

- ・スウェーデン
- ・社会党知事(55年体制下)
- ・細川連立の年金改正
- ・民主党政権下の社会保障改革

89

○仕事に恵まれた

- ・医療課／水道環境部計画課
- ・福祉8法改正／94・年金改革／97・健保改正・
／官邸有識者会議／02・健保法改正／05・介
護保険改正／05・自立支援法制定／07・生
協法改正
- ・レセプトの電子化
- ・内閣官房社会保障改革担当室

90

○組織は逆境のことが多かった

- ・薬害エイズ
- ・次官の逮捕
- ・日歯連事件
- ・社会保険庁の不祥事
- ・元次官夫妻の殺害事件

91

目指してきたこと

○使命：改革すること

○「顧客」は国民であること

○「であること」より「すること」を大事にする。

○プロとして能力を磨くこと

92

仕事上の方針

- 「断らない」
- 既存の方針を疑う。
- 方向を明示する。
- 筋を通す。
- 公私の峻別、依怙最肩をしない。

93

幹部の要件

- 必須能力
 - 国会業務、各省折衝、マスコミ対応
- 必要技能
 - ・説明能力
- 情報が必須
 - ・現場からの情報／知人・友人からの情報
- 霞が関村の住人
 - ・長期の付き合い、信用力

94