自治退ニュース

No.280
2018．2．16
定価一部20円
（会員の購読料は会費の中に含む）

発行所
東京都千代田区六番町１　自治労会館２Ｆ
全日本自治体退職者会
全日本自治体退職者会共済会
03－3262－5546
ホームページアドレス　http://www.j-taishokusha.jp

2018（平成30）年度の年金額改定は据え置き

厚生労働省は、１月26日に2018（平成30）年度の年金額改定は据え置きとなると発表した。これは、総務省から、同日に「平成29年平均の全国消費者物価指数」が公表されたことを受けて行われたものである。

年金額の改定ルールは、物価と賃金の変動に基づいてスライドさせるのが基本となっているほかに、2004（平成16）年の制度改正で導入されたマクロ経済スライド（年金財政が健全化されるまでの調整ルール）の二つがある。2018年度はこの二つのルールとも適用されないため、改定は据え置かれた。

自治退は、将来世代を含む年金制度を安定させるため、引き続き良質な雇用確保と賃金引き上げを現退で取り組んでいく。

賃金・物価スライドによる改定

年金額の公表にあたって示されている物価変動率などの参考指標を**表１**に掲載した。改定ルールは物価・賃金の変動の仕方によっていくつかのパターンに分かれているが、今回のような物価変動率がプラスで賃金変動率がマイナスのケースでは、新規裁定者（67才以下の人）並びに既裁定者とも年金額の賃金・物価スライドによる改定は行わないこととなっている。

表１　平成30年度の参考指標

・物価変動率 ……	0.5%
・名目手取り賃金変動率 ……	▲0.4%
・マクロ経済スライドによるスライド調整率 ……	▲0.3%

ただし、2016（平成28）年に年金額の改定ルールの見直しが行われ、施行される2021年４月からは今回のような物価変動率がプラスで賃金変動率がマイナスのケースでは、既裁定者並びに新規裁定者とも賃金変動率（▲0.4%）で改定することとなる。

マクロ経済スライドによる調整

マクロ経済スライドは、将来世代を含めた年金制度の安定をはかるために、一定期間にわたって年金受給者の年金実質水準を少しづつ下げていくルールである。これは、賃金や物価がある程度上昇するときには発動されるが、デフレ下では実施されにくい仕組みとなっている。制度ができて14年経過するが、実際にマクロ経済スライドが発動されたのは2015年度の１回のみである。

2016年の年金改正において、マクロ経済スライドによって前年度よりも年金の名目額を下げないという措置は維持した上で、未調整分を翌年度以降に繰り越す仕組みを導入した。これは、マクロ経済スライドによる調整を将来世代に先送りせず、できる限り早期に調整することにより、将来世代の年金の給付水準の確保を目的としている。この年金額改定ルールの見直しは2018年４月から施行され、2018年度以降に発生したマクロ経済スライドの未調整分が繰り越しの対象となる。

したがって、今回のマクロ経済スライドによるスライド調整率▲0.3%（公的年金被保険者数変動率０、平均余命の伸び率0.3）は2018年度には実施されず、2019年度以降で賃金・物価がある程度上昇するときまで繰り越すこととなる。

良質な雇用確保による被保険者増と賃上げを

以上のように賃金・物価スライドによる改定並びにマクロ経済スライドによる調整を実施しないことから、2018年度の年金額の改定は据え置きとなった。今回、物価は0.5%上がっているので、年金額の実質的な価値は物価上昇分だけ目減りしたという見方もできるが、現役世代の名目賃金が▲0.4%であることを勘案すると、据え置きはやむをえないともいえる。年金財政の収支バランスからいえば、保険料を支払う現役世代の賃金が下がれば年金財政の収入が減るわけであるから、支給される年金額のみを引き上げるとひずみが拡大する。

自治退は、この間の年金改革の動きに対して、「現受給者の年金抑制を最小限にする」ことと、「労働者の退職後の生活保障に足る年金制度を孫やひ孫に引き継ぐ」ことの調和を期待する立場で臨んできた。

自分の年金であると同時に、将来世代を含む自分たちの年金でもある制度を安定させ、現受給者の抑制を最小限にし、将来受給者の年金水準を低下させないための最も重要な方策は、良質な雇用で被保険者を増加させ、労働分配率改善＝賃上げを実現することである。あわせて、短時間労働者の抜本的加入拡大が急がれる。このために現退が協力して取り組みを進めていく。

地域包括ケアシステムの構築、2025年にむけ動きが加速

団塊の世代が75歳以上となる2025年にむけ、医療・介護分野の改革が大きく動こうとしている。とりわけ在宅等住み慣れた地域の中で患者や高齢者の生活を支える地域包括ケアシステムの構築が最重要課題として取り組まれている。

この地域包括ケアシステムを構築するためには、今までの総合病院に大きく依存していた医療・介護提供体制から、地域の医療・介護のスタッフやボランティア等が連携した中で在宅医療・介護を一体として提供できる体制へと変えていく必要がある。その第一歩として、すべての都道府県が、医療機関からの病床機能報告を踏まえて、病院の病床の機能分化・連携をはかるための地域医療構想を策定することとなり、2017（平成29）年度までに策定作業を終了した。

今後、地域医療構想の実現にむけた病床の機能分化・連携の具体の論議については、各地域での「協議の場」に舞台を移すこととなるが、個別の医療機関の機能転換や再編等がその議論の対象となる。その際、大都市部など一部を除く地域では、医療費の抑制圧力が強まる中で医療機関の病床削減がやみくもに進められる可能性を否定できない。

各地域において、在宅生活を支える切れ目のない地域の医療・介護の連携体制の整備という本来の目標に向けて、監視と意見反映を行っていくことが求められている。

2030年「死に場所難民」47万人!?

少子高齢化の一層の進行を身の回りで感じることが多い昨今である。高齢者人口が大きく伸びている一方で、支え手である若者世代の人口減少が進んでいる。高齢化の進展にともなって、医療・介護

を必要とする高齢者が増えるとともに、多死社会といわれるように亡くなる高齢者が年々増加し、2040年頃をピークとして増え続けていくと見込まれている。

高齢者が亡くなる場所は、８割強が病院や診療所、１割程度が自宅といわれている。しかしながら、今後、医療機関のベッド数や介護施設を大幅に増やせるような状況にはなく、何も手を打たなければ2030年には47万人が「死に場所難民」になるとのマスコミ報道もなされている。

地域で支えあう在宅医療・介護

病院の病床数や介護施設を増やすことが期待できない以上、在宅医療・介護の体制を充実させて、在宅での看取りができるように地域での支えあう仕組み、すなわち医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）をつくりあげていくことが求められている。

2013（平成25）年に社会保障制度改革国民会議の最終報告書が取りまとめられ、「従来の『治す医療』からよりＱＯＬを重視した『治し・支える医療』への転換」を打ち出したことが、地域包括ケアシステムの構築へ国が大きく舵を切る契機となった。2014年に医療介護総合確保推進法が成立し、2025年にむけて急ピッチで取り組みが進められており、2018年度からは診療報酬・介護報酬の同時改定や各地方自治体において新しい医療計画・介護保険事業（支援）計画等が策定・スタートすることとなる。

避けて通れない医療提供体制の再編

地域包括ケアシステムの構築については、国が全国一律のシステムモデルをつくって、それを地方にトップダウンで当てはめるという手法では実現はむずかしいと判断された。なぜなら、高齢化の状況、医療・看護・介護などの施設・人材等の資源、地域を支えるコミュニティ力などはそれぞれの地域で大きく異なっている。地方自治体、とりわけ市町村が中心となって地域ごとに関係者のネットワークを作りながら、将来を考えて望ましいシステムを設計していかなければならない。

この地域包括ケアシステムの構築にあたっては、現状の医療提供体制を変えていくことが不可欠となっている。そのために、医療介護総合確保推進法では、厚生労働省のガイドラインに沿って、地域医療構想を策定することを都道府県に義務付けた。この地域医療構想とは、原則として二次医療圏を単位として設定された全国341の構想区域において、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の医療機能ごとに将来の医療需要と病床の必要量を推計し、その地域にふさわしいバランスのとれた病床機能の分化・連携を推進するビジョンとされ、医療計画の一部をなしている。

すべての都道府県で出そろった地域医療構想

すべての都道府県において策定された地域医療構想を集計したものが**表２**だが、2025年における全国の必要病床数は119万床と見込まれている。2015（平成27）年度の病床機能報告における集計対象施設の病床数は合計126万床であったことから、今後10年間で「入院ベッド◎◎万病床削減」といったマスコミ報道もなされたが、ことはそう単純ではない。また、病床機能別に見ると、高度急性期、急性期、慢性期が余剰、回復期が不足するという結果となった。ただし、この病床機能報告に基づく病床数は実態が正確に反映されているとは言えず、幅を持ってデータを見る必要があるが、今後の全国的な傾向として、急性期から回復期への機能転換が進むことが見てとれる。また、慢性期の入院患者については、極力在宅ケアに転換していくことがめざされると思われる。

表２　2025年における病床の必要量と平成27年度病床機能報告における病床数の比較（全国ベース）

病床機能別	2025年における病床の必要量（Ａ）	平成27年度病床機能報告における病床数（Ｂ）	（Ａ）－（Ｂ）
高度急性期	130,455	169,472	▲39,017
急性期	400,632	599,272	▲198,640
回復期	375,246	130,633	244,613
慢性期	284,488	357,977	▲73,489
計	1,190,821	1,257,354	▲66,533

出所：第４回地域医療構想に関するワーキンググループ（平成29年５月10日）における事務局配布資料より作成

必要病床数は削減目標ではない

ここで気を付けなければならないのは、必要病床数は削減目標ではないということである。各地域の人口減少や高齢化の状況にあわせて病床機能をどう転換していくかが問題となっており、いたずらに病床を削減することが必要なのではない。**表２**でいえば、不足する回復期病床を増やしていき、全体としての病床数の調整については、時間をかけて切れ目のない提供体制へ軟着陸させることが肝要といえる。まちがっても病床削減・医療費抑制に走るあまり、医療ケアを必要とする人たちがケアを受けられずに放置されたり、地域の貴重な医療資源を失うようなことがあってはならない。

経済財政諮問会議　入院医療費の地域差半減を求める

経済財政諮問会議は2017（平成29）年12月21日、「経済・財政再生計画　改革工程表2017改定版」を決定した。「改革工程表」は、「経済財政運営と改革の基本方針2015」（骨太の方針2015）に盛り込まれた「経済・財政再生計画」に則って改革を実施するために、毎年末に個別政策ごとに進捗状況、今後の取り組みの進め方等を取りまとめたものである。

医療分野では、「外来（入院外・歯科）医療費の地域差半減」に加え、新たに「入院医療費について、地域差半減に向けて、地域医療構想による縮減効果等の進捗管理を進めていくとともに、所要の検討を行う」を織り込んでいる。

はっきりしない入院医療費の縮減効果

医療費適正化基本方針に盛り込まれた適正化メニューを実施した場合、外来（入院外・歯科）医療費への効果（2023年度での削減額）について、厚労省は約６千億円と推計している。一方、入院医療費については、「改革工程表」の中で地域医療構想の縮減効果を2018年度初頭までに示すことになっているものの、現時点では公表されておらず、まったく明らかになっていない。

医療機関が都道府県へ病床数を報告する際の機能区分の定義があいまいだという点が明らかにできない大きい理由だと思われる。仮に入院患者が在宅ケアに計画どおり移行できたとしても、入院医療費は削減できるかもしれないが、ケアにかかる費用全体としてみればどれだけの縮減効果があるのか疑問である。

せかされる地域医療構想調整会議の議論

全国341の構想区域に地域医療構想調整会議（以下、調整会議と略す）が設置され、地元医師会、病院関係者、介護関係者、市町村等が参加して病床機能の転換等について議論が進められている。「改革工程表2017改定版」では、「個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、都道府県ごとに２年間で集中的な検討が行われるよう、地域医療構想の進捗状況を３か月ごとに管理し、公表」とし、調整会議での検討を促している。

調整会議では、地域で救急医療や小児、周産期医療等の政策医療を担う中心的な医療機関とそれ以外の医療機関の分担及び連携等を踏まえた役割の明確化を図りながら、個々の病院の再編等について協議が進められる。この調整会議の協議だけで達成がむずかしい場合の手段として都道府県知事の権限が強化されている。また、都道府県には、医療機関の機能分化・連携を支援する「地域医療介護総合確保基金」の活用というツールも付与されている。

切れ目のない提供体制の構築へ監視と意見反映を

経済財政諮問会議をはじめとする官邸サイドの医療費の抑制圧力が透けて見える中で、地域医療構想の実現にむけて病床機能の分化・連携の議論が調整会議で進められている。病床再編による病床の削減・転換の有無は病院経営に大きく影響するとともに、その動向によっては患者のケアにも悪影響を及ぼしかねない。

今後、調整会議において、時間をかけて充分な議論を行い、全体の合意の上で、本来の目標である切れ目のない提供体制がそれぞれに地域で構築されなければならない。そのために、各地域での監視と意見反映を強めていくことが求められている。