

社会保障審議会介護給付費分科会(第78回)議事次第

日時：平成23年 8月10日(水)
13時30分から16時30分まで
於：グランドアーク半蔵門(華の間(3階))

議 題

1. 地域区分について
2. これまでの議論の整理について
3. 社会保障・税一体改革について
4. その他

介護報酬の地域区分の見直しについて ～基本方針について～

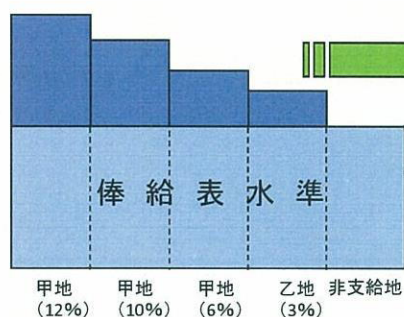
地域区分の見直しの考え方(案)

- 介護報酬については、各地域ごとの人件費の差を調整するため、介護保険制度創設時より、国家公務員の地域手当の地域区分を基本とした地域区分を設定しているところ。
- 平成18年に国家公務員の地域手当の地域区分が見直され、平成22年4月から本格的に導入された。(資料1参照)
しかし、平成21年度の介護報酬改定においては、国家公務員の地域手当の地域区分は、「それまでの方法と比較して、一律4.8%引き下げてその上で地域調整を行っており、「その他地域」に所在する事業所が多い介護保険の事業所に対する給付に適用することが適切であるか否かについては議論があること」などから、「今回は、地域の区分方法については見直しを行わないものとするが、今後、地域区分の在り方について検討することとする」とされたところ。
- 検討に当たっては、介護保険制度創設時の考え方に則って、介護報酬における地域区分については、国家公務員の地域手当の見直しの考え方を基本とすべきではないか。
- 従って、平成24年度の介護報酬改定においては、全体の水準を引き下げた上で、国家公務員の地域手当を基本とした上乗せ割合を検討すべきではないか。
- なお、地域区分は、地域間における人件費の差を調整するものであるため、その見直しは、財政中立が原則である。

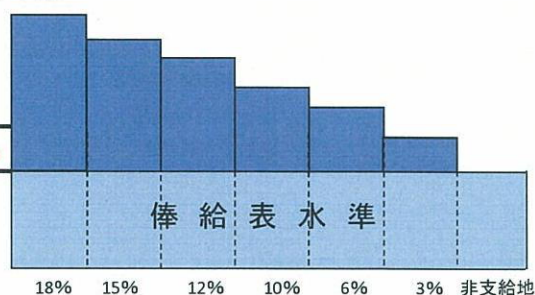
(資料1) 国家公務員給与の見直しについて

- 平成17年の人事院勧告において、民間賃金の地域差を公務員給与により反映させるため、以下の措置を講ずることとされた。
- ① 民間賃金の低い地域を考慮して、俸給表水準を全体として平均4.8%程度引下げる。
 - ② 民間賃金が高い地域には、3%から18%の地域手当を支給する。

【平成12年】



【平成22年4月】



※経過措置: 人事院規則9-49(地域手当)附則第4条の規定により、適用は平成22年4月から

※第73回介護給付費分科会資料(H23.4.27)

2

地域区分の見直しにかかる論点について

1 地域割りについて

→ 現行の地域割りを踏襲するか、国家公務員地域手当の地域割りに準拠するかについて、どう考えるのか。

2 仮に国家公務員地域手当の地域割りに準拠した場合に、国の官署が所在しないことにより適用地域の設定のない地域等の取扱いについて

→ 現在の介護保険制度の適用地域に合わせて設定するか、見直すかについて、どう考えるのか。

3 上乗せ割合について

→ 現行の上乗せ割合を基本とすべきか、国家公務員の地域手当と同様に水準を一旦引下げた上で上乗せ割合を設定すべきかについて、どう考えるのか。

4 人件費割合について

→ 現行の人件費割合を踏襲するか、再検討するかについて、どう考えるのか。

(第73回社会保障審議会介護給付費分科会資料(H23.4.27)より)

地域区分の見直しにかかる論点の整理について

1. 地域割りについて(資料2、3参照)

(1) 国家公務員の地域手当の地域割り(7区分)に準拠することにしてはどうか。

(理由)

- 介護報酬の地域区分にかかる実態把握調査研究事業によれば、現行の介護保険制度の地域割り(5区分)よりは、国家公務員の地域手当の地域割り(7区分)の方がなだらかに地域差が反映されており、より実態に近い地域割りとなっている。

(2) その上で特甲地を特甲地1(仮称)及び特甲地2(仮称)並びに特甲地3(仮称)へ3分割することにしてはどうか。

(理由)

- 介護保険制度の地域区分は、国家公務員の地域手当の地域割りを基本としているため、見直しに当たっては、国家公務員の地域手当の甲地(10%)の区分が2級地から4級地の3区分に分割された経緯に従って、特甲地を3区分に分割して、国家公務員の地域手当の地域割りに合わせることが適切と思われる。
- さらに、介護報酬の地域区分にかかる実態把握調査研究事業によれば、介護職員給与において、国家公務員の地域手当の地域区分別で分布を確認しその中央値をみると、級地が高くなるにしたがって、概ね給与も高くなる傾向にあるが、特甲地(国家公務員の地域手当では2級地から4級地の地域)のその他に対する比率は、他の地域の比率に比べ均衡を失っているため、見直しが必要。

4

(資料2) 介護保険制度の地域区分と国家公務員の地域手当の比較

(介護保険制度創設時)

介護保険制度 地域区分	特別区	特甲地	甲地	乙地	その他
	12%	10%	6%	3%	0%
国家公務員 調整手当	甲地	甲地	甲地	乙地	その他
	12%	10%	6%	3%	0%

(平成18年度から)

介護保険制度 地域区分	特別区	特甲地				甲地	乙地	その他
	12%	10%				6%	3%	0%
国家公務員 地域手当	1級地	2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	その他	
	18% (13.2%)	15% (10.2%)	12% (7.2%)	10% (5.2%)	6% (1.2%)	3% (▲1.8%)	0% (▲4.8%)	

(平成21年度から)

介護保険制度 地域区分	特別区	特甲地				甲地	乙地	その他
	15%	10%				6%	5%	0%
国家公務員 地域手当	1級地	2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	その他	
	18% (13.2%)	15% (10.2%)	12% (7.2%)	10% (5.2%)	6% (1.2%)	3% (▲1.8%)	0% (▲4.8%)	

(地域割り見直しのイメージ図)

介護保険制度 地域区分	特別区	特甲地1 (仮称)	特甲地2 (仮称)	特甲地3 (仮称)	甲地	乙地	その他
国家公務員 地域手当	1級地	2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	その他
	18% (13.2%)	15% (10.2%)	12% (7.2%)	10% (5.2%)	6% (1.2%)	3% (▲1.8%)	0% (▲4.8%)

※国家公務員地域手当の()内の割合は、俸給表水準を平均4.8%引下げた影響を加味し、見直し前の俸給表水準と比べた場合の本業の上乗せ割合を表したものである。

※介護保険制度地域区分の上乗せ割合は、サービス毎の人員費割合を乗じる前の値である。 ※第73回介護給付費分科会資料(H23.4.27)一部修正

5

(資料3) 各制度における地域区分の比較について

(単位:自治体数)

国家公務員	1級地(18%)	2級地(15%)	3級地(12%)	4級地(10%)	5級地(6%)	6級地(3%)	その他
人事院規則上	23	20	27	36	55	107	1,576
介護保険	特別区(15%) 23	特甲地(10%) 50		甲地(6%) 19	乙地(5%) 67	その他 1,641	
診療報酬	1級地(18点)	2級地(15点)	3級地(12点)	4級地(10点)	5級地(6点)	6級地(3点)	その他
人事院規則上	23	20	27	36	55	107	1,348
準じる地域				13	37	150	
措置費	1級地(18%)	2級地(15%)	3級地(12%)	4級地(10%)	5級地(6%)	6級地(3%)	その他
人事院規則上	23	20	27	36	55	107	1,457
準ずる相当地域			1	9	12	1	
上記以外の相当地域				8%相当地域 2			

○診療報酬の取扱い

一般職の職員の給与に関する法律(昭和25年法律第95号)第11条の3第1項に規定する人事院規則で定める地域その他の厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関に入院している患者について、同令で定める級地区分に準じて、所定点数に加算する。

※平成20年改定により、従前の対象地域に隣接する地域についても加算対象となった(隣接する対象地域が複数ある場合は、そのうちの低い級地と同様とする)。

地域加算は、医業経費における地域差に配慮したものであり、人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域に所在する保険医療機関において、入院基本料、特定入院料又は短期滞手術基本料2若しくは3の加算として算定できる。

※第73回介護給付費分科会資料(H23.4.27)

6

2. 適用地域について(資料4参照)

国家公務員の地域手当に準拠した見直しを行ってはどうか。

なお、国の官署が所在しないことにより地域区分の適用地域の設定のない地域については、診療報酬の地域加算の対象となる地域の考え方を踏襲してはどうか。
(資料5参照)

(理由)

- 同時改定に当たり、診療報酬との整合性を図ることが適切ではないか。

3. 上乘せ割合について

国家公務員の地域手当に準拠した見直しを行ってはどうか。

その際、国家公務員給与と同様に介護報酬の水準を引き下げた上で、見直すことにしてはどうか。

4. 人件費割合(地域差を勘案する費用の範囲)について

地域差を勘案する費用の範囲については、介護事業経営実態調査を踏まえ、見直しの必要性を検討してはどうか。

(参考:平成21年度介護報酬改定における整理)

① 地域差を勘案する費用の範囲について

「人員配置基準で1名以上又は常勤換算での配置を規定している職員(医師を除く。)」の人件費に相当する部分と整理した。

- 地域差を勘案する費用の範囲については、
 - ・減価償却費・物件費は、費用の多寡に地域ごとの有意性はみられないこと
 - ・土地代等が反映すると考えられる居住費は、平成17年10月に原則的に給付対象外となっていることから、地域差を勘案する必要はないとし、従来どおり人件費のみと整理した。
- 地域差を勘案する職員の範囲については、
 - ・医師の人件費は必ずしも都市部が高いとは限らないこと
 - ・基準が「実情に応じた適当数」とされている職員(例:事務員)や、基準上配置が求められていない職員については、配置する職員数や業務委託の活用等経営者の判断により、要する費用が変動することから、上記の職員については、含めないことと整理した。

② 人件費相当部分に係る割合の設定について

- 人件費割合については、介護事業経営実態調査に基づき、介護サービスの類型を従来の「人件費割合60%」及び「人件費割合40%」の2類型から「人件費割合70%」、「人件費割合55%」及び「人件費割合45%」の3類型に整理した。

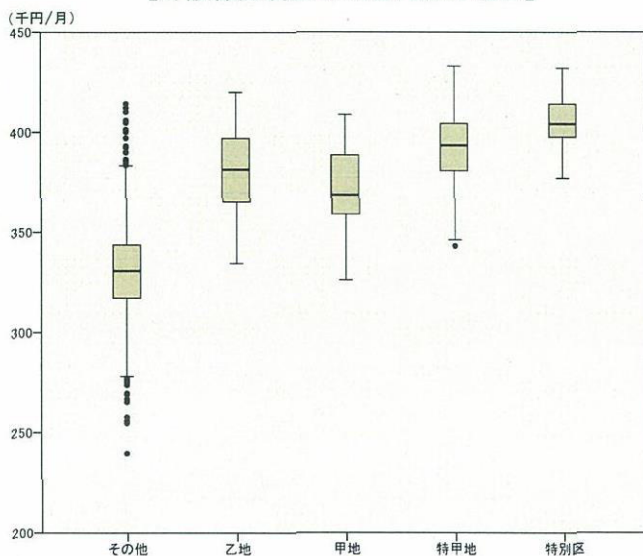
参考資料

地域区分別の分布状況

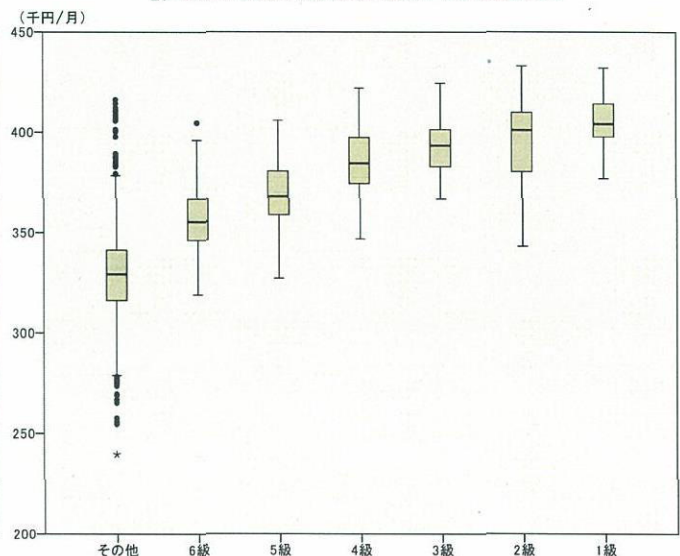
○ 現行の介護保険制度の地域割り(5区分)よりは、国家公務員制度の地域割り(7区分)の方が、なだらかに地域差が反映されており、より実態に近い地域区分となっている。

地方公務員の給与を介護保険制度の地域区分と国家公務員制度の地域区分で比較した場合

【介護保険制度の地域区分の場合】



【国家公務員制度の地域区分の場合】



(出典) 介護報酬の地域区分にかかる実態把握調査研究事業

※第73回介護給付費分科会資料(H23.4.27)

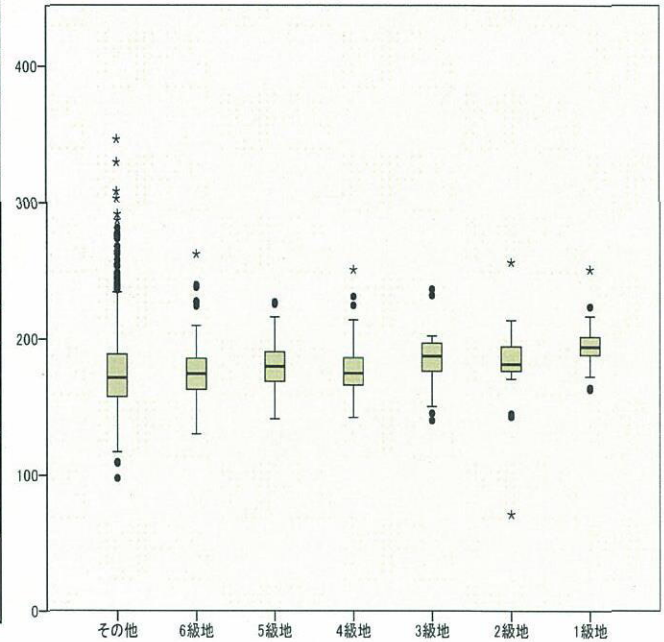
※ 箱ひげ図に示された●は、箱の上端(第3四分位点)又は下端(第1四分位点)から箱の長さ(第3四分位点-第1四分位点)の1.5~3倍までのはずれ値を示し、★は3倍を超えるはずれ値(極地)を示している。(以下の図において同様)

○ 中央値をみると級地が高くなるにしたがって、概ね、給与も高くなる傾向にあるが、2級地から4級地(介護保険制度では特甲地の地域)のその他に対する比率は、他の地域の比率に比べ均衡を失っている。

国家公務員の地域区分別の介護職員の基本給(年俸・月給対象者のみ)

(千円/月) (千円/月)

	国家公務員の地域手当の級地区分						
	その他	6級地	5級地	4級地	3級地	2級地	1級地
標本自治体数	918	87	50	34	26	20	23
最大値	346	238	227	231	237	256	251
第3四分位点	189	185	189	185	197	193	202
中央値 (その他に対する比率)	171 (100%)	174 (102%)	178 (104%)	176 (102%)	191 (111%)	181 (105%)	194 (113%)
第1四分位点	157	164	169	169	177	176	188
最小値	98	130	149	142	140	71	163
箱の長さ(第1四分位点~第3四分位点)	32	21	20	16	20	17	14
平均値 (その他に対する比率)	175 (100%)	174 (100%)	181 (103%)	180 (103%)	187 (107%)	180 (103%)	195 (112%)
国家公務員給与地域区分の上乗せ割合	-	3%	6%	10%	12%	15%	18%

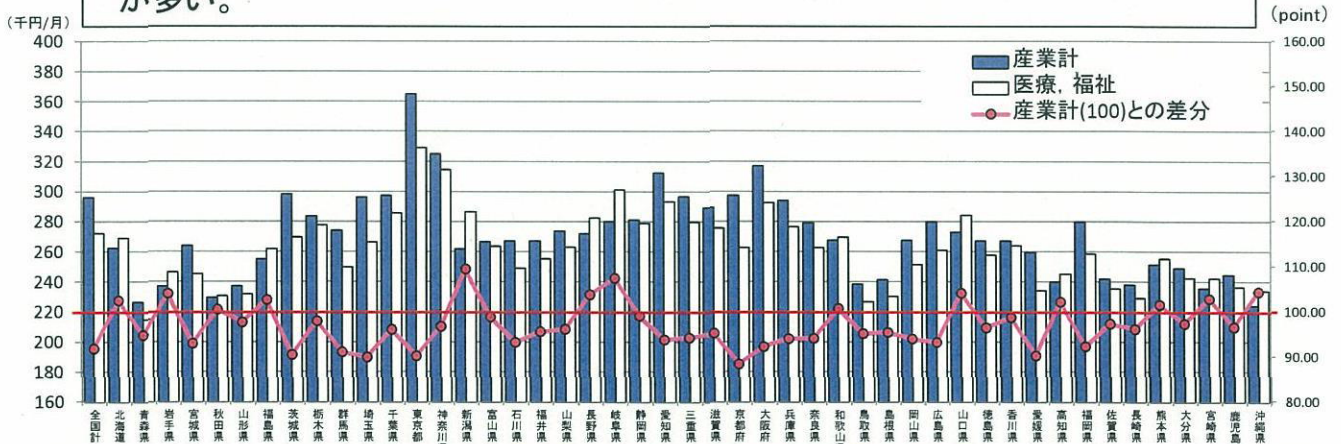


(出典) 介護報酬の地域区分にかかる実態把握調査研究事業

※第73回介護給付費分科会資料(H23.4.27) 14

労働者の賃金における地域格差(所定内給与)

○ 都市部の方が地方より、産業計との比較で医療・福祉の賃金割合が低い地域が多い。



産業計と医療、福祉の賃金における比較

単位: 千円/月

単位: 千円/月

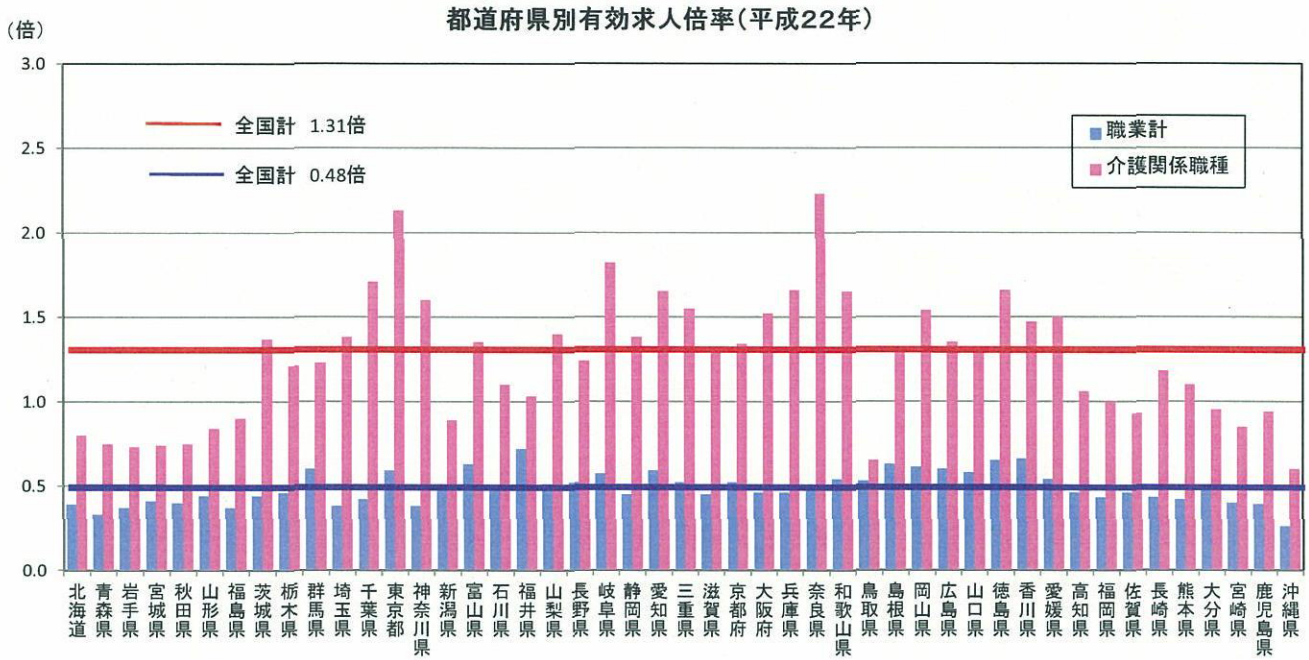
	産業計の方が医療、福祉分野よりも賃金割合が大きい(上位10県)					医療、福祉分野の方が、産業計よりも賃金割合が大きい(上位10県)			
	産業計	医療、福祉	産業計の賃金を100とした場合の医療、福祉の割合	産業計の賃金を100とした場合の医療、福祉の割合との差分		産業計	医療、福祉	産業計の賃金を100とした場合の医療、福祉の割合	産業計の賃金を100とした場合の医療、福祉の割合との差分
1 東京都府	297.2	262.7	88.39	▲ 11.6	1 新潟県	261.7	286.6	109.51	9.5
2 埼玉県	296.2	266.4	89.94	▲ 10.1	2 岐阜県	280.0	301.0	107.50	7.5
3 東京都	364.8	329.1	90.21	▲ 9.8	3 沖縄県	223.9	233.9	104.47	4.5
4 愛媛県	259.4	234.2	90.29	▲ 9.7	4 山口県	272.8	284.1	104.14	4.1
5 茨城県	298.0	269.6	90.47	▲ 9.5	5 岩手県	236.8	246.4	104.05	4.1
6 群馬県	273.9	249.5	91.09	▲ 8.9	6 長野県	271.9	282.3	103.82	3.8
7 大阪府	316.9	292.4	92.27	▲ 7.7	7 宮崎県	235.5	242.3	102.89	2.9
8 福岡県	279.8	258.4	92.35	▲ 7.6	8 福島県	255.1	261.9	102.67	2.7
9 宮城県	263.8	245.2	92.95	▲ 7.1	9 北海道	262.3	268.9	102.52	2.5
10 広島県	279.7	260.8	93.24	▲ 6.8	10 高知県	239.9	245.2	102.21	2.2

(資料出所) 厚生労働省「平成22年賃金構造基本統計調査」

注) 所定内給与とは、労働協約又は就業規則等によりあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって6月分として支給された現在給与(含まれて支給する現金給与)のうち、超過労働給与(①時間外勤務手当、②深夜勤務手当、③休日出勤手当、④宿直手当、⑤交代手当として支給される給与をいう。)を差し引いた額で、所得税等を控除する前の額をいう。

介護分野の都道府県別有効求人倍率(平成22年)

- 介護分野の有効求人倍率は、地域ごとに、大きな差異がある。
- 基本的には、職業計の場合と同様、介護関係職種の有効求人倍率も、地方よりも都市部の方が高くなっている。東北・北海道、九州・沖縄では、介護関係職種の有効求人倍率が1.0を下回る場合が多い。



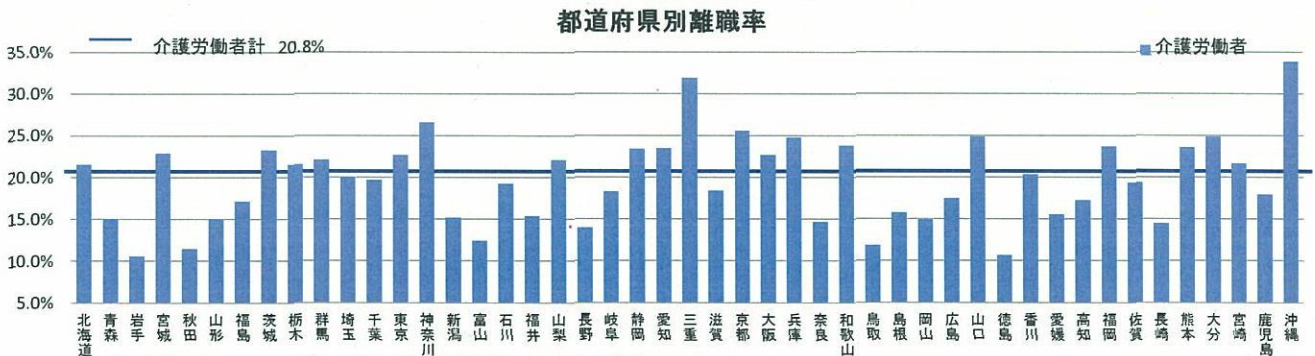
(資料出所)厚生労働省「職業安定業務統計」

(注) 介護分野とは、ホームヘルパー、介護支援専門員、介護福祉士等のこと。

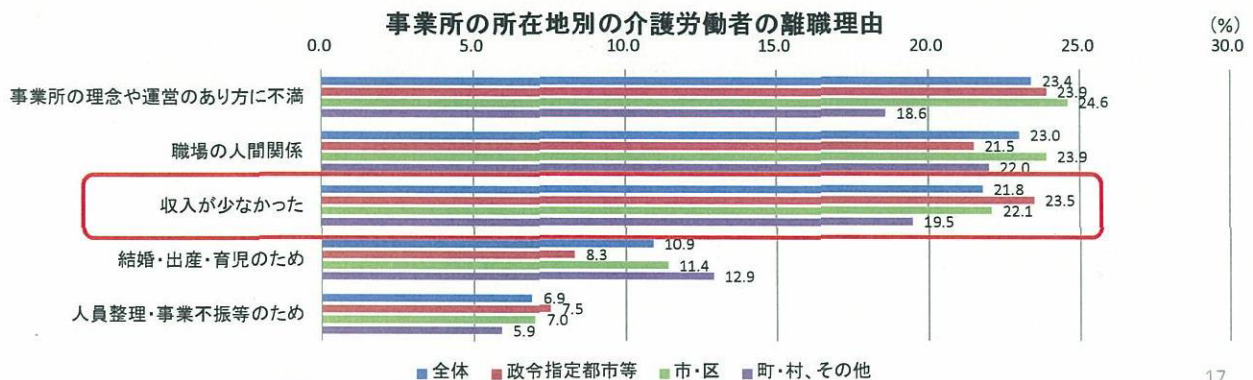
※第74回介護給付費分科会資料(H23.5.13) 16

介護労働者の事業所の所在地別の離職率及び離職理由について

- 都道府県別離職率をみると、都市部の方が地方より離職率が高い。
- 介護労働者の離職理由をみると、収入が少ないことを理由にあげる割合が高く、さらに事業所の所在地別にみると都市部の方が地方より理由にあげる割合が高くなっている。



(資料出所)平成21年度介護労働実態調査(介護労働安定センター)



(資料出所)介護労働者の就業実態と就業意識調査結果報告書(介護労働安定センター)

今後、高齢者人口が増加する都市部

○ 高齢者人口をみると、都市部の方が地方より増減率で大きい伸びを示すと推計されている。

◎ 65歳以上人口 単位:万人

都道府県	2008年	2025年	増減	増減率	増減率順位
(全国)	2,822	3,635	+814	+28.8%	—
沖縄県	24	35	+12	+49.4%	1
埼玉県	136	200	+64	+47.3%	2
千葉県	123	178	+55	+44.5%	3
神奈川県	172	243	+71	+41.4%	4
滋賀県	28	38	+10	+37.0%	5
(東京都)	(260)	(343)	(+83)	(+31.8%)	(10)
和歌山県	26	30	+4	+13.4%	43
山形県	32	36	+4	+12.2%	44
高知県	22	24	+3	+11.8%	45
秋田県	32	35	+4	+11.8%	46
島根県	21	23	+2	+8.8%	47

◎ 75歳以上人口 単位:万人

都道府県	2008年	2025年	増減	増減率	増減率順位
(全国)	1,322	2,167	+845	+63.9%	—
埼玉県	53	120	+68	+129.1%	1
千葉県	51	107	+57	+112.2%	2
神奈川県	72	147	+75	+104.8%	3
大阪府	77	150	+74	+96.2%	4
愛知県	60	115	+55	+91.5%	5
(東京都)	(116)	(206)	(+90)	(+77.8%)	(6)
鳥取県	8	10	+2	+26.9%	43
秋田県	16	20	+4	+25.2%	44
鹿児島県	24	29	+5	+19.5%	45
山形県	17	20	+3	+19.2%	46
島根県	12	14	+2	+18.7%	47

(出典):「平成20年10月1日現在推定人口」(総務省統計局)

「日本の都道府県別将来推計人口—平成19年5月推計—」(国立社会保障・人口問題研究所)

(資料出所:平成21年度 老人保健健康増進等事業「地域包括ケア研究会 報告書」平成22年3月)

介護給付費分科会における議論について（主な論点）

平成 24 年 8 月 10 日

1. 新サービスについて

(1) 定期巡回・随時対応サービスについて

定期巡回・随時対応サービスの基準・報酬については、以下のような基本的な考え方を実現するという観点に立って検討すべきではないか。

- ・ 利用者の心身の状況に応じて、必要なサービスを必要なタイミングで柔軟に提供（短時間の定期巡回型訪問＋随時対応）
- ・ 24 時間の対応体制の確保
- ・ 介護・看護サービスの一体的提供
- ・ 人材確保、経営の安定化

(2) 複合型サービスについて

小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスの基準・報酬については、以下のような基本的な考え方を実現するという観点に立って検討すべきではないか。

- ・ 利用者のニーズに応じて、通い、訪問介護、訪問看護及び宿泊のサービスを柔軟に提供
- ・ 看護・介護サービスの一体的提供
- ・ 人材確保、経営の安定化

2. 介護保険施設等について

(1) 介護老人福祉施設

介護老人福祉施設の基準・報酬については、以下の点に留意して検討すべきではないか。

- ・ 特別養護老人ホームにおける医療提供及びケアマネジャーのあり方
- ・ 個室ユニットの推進方策

(2) 介護老人保健施設

介護老人保健施設の基準・報酬については、以下の点に留意して検討すべきではないか。

- ・介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能を高める方策
- ・介護老人保健施設における医療提供のあり方

(3) 介護療養型医療施設

療養病床再編成をより一層進めるために、介護療養病床や介護療養型老人保健施設の基準・報酬等について、どのような対応が考えられるか検討すべきではないか。

(4) 特定施設

特定施設入居者生活介護の基準・報酬については、以下の点に留意して検討すべきではないか。

- ・特定施設入居者生活介護における医療提供のあり方
- ・特定施設短期入居者生活介護の空室の短期利用

(5) 高齢者の住まいについて

高齢者の住まいの普及促進を図り、施設への入所ではなく、「サービス付き高齢者向け住宅」において、入居者が重度化しても安心して暮らすことができるようにするため、基準・介護報酬については以下の視点に立って検討すべきではないか。

- ・24時間対応の「定期巡回・随時対応サービス」などを始めとした居宅サービスとの組み合わせについて、入居者が重度化しても対応できるよう、どのように評価していくべきか。また、こうした「サービス付き高齢者向け住宅」を拠点として、地域に展開していくことによる、地域包括ケアの実現について、どう考えるか。
- ・「サービス付き高齢者向け住宅」により提供される安否確認・生活相談等の「サービス」と介護保険により提供されるサービスとの連携についてどう考えるか。

3. リハビリ・軽度者（予防給付）について

(1) リハビリについて

- ・ リハビリテーションを包括的に提供できる地域のリハビリ拠点をどのように整備・推進していくのか。
- ・ 通所リハビリテーションにおいて提供サービスが通所介護と類似しているという指摘があるが、サービス提供のありかたについてどう考えるのか。
- ・ 訪問リハビリテーションの果たすべき役割についてどう考えるのか。また、リハビリテーション専門職の果たすべき役割や他職種との関わり方などについてどう考えるのか。
- ・ 上記の三点についてリハビリテーションの量とともに質をどのように担保すべきか。

(2) 軽度者（予防給付）について

- ・ 通所型介護予防サービスにおいて、重度化を防ぎ、生活機能向上の達成を実現している事業所を重点的に評価するべきではないか。
- ・ 訪問型介護予防サービスにおいて、利用者の能力を最大限に引き出す支援を行うため、リハビリ専門職と連携してアセスメントを行うなど、サービスの提供の在り方を検討すべきではないか。
- ・ 自立支援に資するようサービス提供がなされているか、モニタリングを行いながら、改善につながっているケアプランを重点的に評価するなど、介護予防ケアマネジメントの在り方を検討すべきではないか。

4. 認知症への対応について

- ・ 認知症への対応にあたり、医療と介護と地域それぞれの役割とその間の連携についてどう考えるか。
- ・ 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）における医療提供の在り方についてどう考えるか。

5. 医療と介護の連携について

(1) 総論

今後、医療の必要性の高い要介護者が増加する中で、医療と介護の役割分担と連携の強化を図るために、以下の視点で検討してはどうか。

- ・ 医療機関からの退院時における介護保険サービスとの連携強化及び円滑な移行
- ・ 医療の必要性が高い者への対応強化
- ・ 介護療養型医療施設から介護療養型老人保健施設等への転換支援

(2) 各論

①訪問看護における医療と介護の連携について

訪問看護の報酬については、以下のような基本的な考え方に則って検討すべきではないか。

- ・ 入院から在宅生活への円滑な移行
- ・ 医療が必要な重度の要介護者の在宅生活を支えるための適切な訪問看護の提供

②リハビリテーションにおける医療と介護の連携について

医療保険から介護保険への円滑な移行のために、これまで必要な対応を行ってきたが、今後、更なる移行に向けてどのような対応が必要か検討すべきではないか。

6. 介護人材の確保と処遇の改善策について

(1) 介護職員処遇改善交付金

- ・ 介護職員の賃金水準は、平成 21 年度介護報酬改定や、介護職員処遇改善交付金などにより、着実に改善している。
- ・ 介護職員の賃金については、本来労使間の自律的な取組みによって決定されるべきであることに鑑みて、平成 23 年度末を期限として実施している介護職員処遇改善交付金の対応について、どのように考えるか。
- ・ 仮に、介護報酬で評価することとした場合、現在の賃金水準が引き下がらないようにするためには、どういった方策が考えられるか。
- ・ また、有効求人倍率は低下傾向、入職率も上昇傾向で推移する一方で、離職率は事業所ごとに二極化し、特に就業形態やサービス類型によって差がある状況である。
- ・ 今後、介護職員の円滑な入職、定着に資するよう、介護職員の処遇改善に向けて、キャリアアップの仕組みの導入など、どのように対応するべきか。

(2) 地域区分

○地域割りにについて

- ・ 現行の地域割りを踏襲するか、国家公務員地域手当の地域割りに準拠するかについて、どう考えるか。

○仮に国家公務員地域手当の地域割りに準拠した場合に、国の官署が所在しないことにより適用地域の設定のない地域等の取扱いについて

- ・ 現在の介護保険制度の適用地域に合わせて設定するか、見直すかについて、どう考えるのか。

○上乗せ割合について

- ・ 現行の上乗せ割合を基本とすべきか、国家公務員の地域手当と同様に水準をいったん引き下げた上で上乗せ割合を設定すべきかについて、どう考えるか。

○人件費割合について

- ・ 現行の人件費割合を踏襲するか、再検討するかについて、どう考えるのか。

7. 区分支給限度基準額について

区分支給限度基準額については、まず、ケアマネジメントの実態を踏まえた上で、議論をするべきではないか。

8. ケアマネジメントについて

- ・ 自立支援型のケアマネジメントへの転換を図るため、ケアマネジメントの実態を踏まえ、介護支援専門員の質の向上やあり方について検討すべきではないか。

9. 介護サービスの質の評価

- ・ すでに導入された加算の検証や、施設（特養・老健）における実態調査結果を踏まえた対応について検討すべきではないか。
- ・ また、将来的には要介護認定データとレセプトデータを突合させたデータベースを構築し、事業所毎のアウトカムを検証できる仕組みを検討してはどうか。

10. その他

(1) 福祉用具について

- ・ 「外れ値」への対応について
- ・ 比較的安価な福祉用具の取り扱いについて
- ・ 専門職の関与と適切なケアマネジメントの推進について

社会保障・税一体改革成案

平成23年6月30日
政府・与党社会保障改革検討本部決定

はじめに

社会保障と税の一体改革については、平成22年10月に政府・与党社会保障改革検討本部を設置し、以来、同年11月から12月にかけて社会保障改革に関する有識者検討会を開催、本年2月から6月にかけては社会保障改革に関する集中検討会議を開催するなど、精力的に議論を進めてきた。また、この間、与党(民主党・国民新党)においても、民主党社会保障と税の抜本改革調査会等において議論を深め、報告の取りまとめ等を行ってきた。

本成案は、「社会保障改革の推進について」(平成22年12月14日閣議決定)(別紙1)に基づき、政府・与党におけるこれらの集中的な検討の成果をもとに、社会保障と税の一体改革の具体的方向について取りまとめたものである。政府・与党においては、本成案に基づき更に検討を進め、その具体化を図ることとする。

この改革の実現のためには、立場を超えた幅広い議論の上に立った国民の理解と協力が必要であり、本成案をもって野党各党に社会保障改革のための協議を提案し、参加を呼び掛ける。

本年3月11日に発生した東日本大震災は、我が国に未曾有の被害をもたらした。この国難を克服していくためには、単なる災害復旧にとどまらず、活力ある日本の再生を視野に入れた復興のための施策を推進していく必要がある。このため、被災地・被災者に十分に配慮し、社会保障・税一体改革については、復興対策との両立を図りつつ取り組むものとする。この中で、未来志向の見地から、被災地を少子高齢化が進む日本の先進的モデルとしていく。

I 社会保障改革の全体像

1 社会保障改革の基本的考え方 ～「中規模・高機能な社会保障」の実現を目指して

現行の社会保障制度の基本的枠組みが作られた1960年代以降今日まで、①非正規雇用の増加等の雇用基盤の変化、②地域・家族のセーフティネット機能の減退、③人口、とりわけ現役世代の顕著な減少、④高齢化に伴う社会保障に関わる費用の急速な増大、⑤経済の低迷、デフレの長期化等厳しい経済・財政状況、⑥企業のセーフティネット機能の減退、といった社会経済諸情勢の大きな変化が生じている。

これらを踏まえ、国民の自立を支え、安心して生活ができる社会基盤を整備するという社会保障の原点に立ち返り、その本源的機能の復元と強化を図っていくことが求められている。

社会保障改革を行うに当たっては、社会保障国民会議、安心社会実現会議以来の様々な議論の積み重ねを尊重し、昨年12月の社会保障改革に関する有識者検討会報告で示された「3つの理念」(①参加保障、②普遍主義、③安心に基づく活力)や「5つの原則」(①全世代対応、②未来への投資、③分権的・多元的供給体制、④包括的支援、⑤負担の先送りをしない安定財源)を踏まえたものとしていくことが重要である。

まず、セーフティネットに生じたほころびや格差の拡大などに対応し、所得の再分配機能の強化や家族関係の支出の拡大を通じて、全世代を通じた安心の確保を図り、かつ、国民一人ひとりの安心感を高めていく。このため、セーフティネットから抜け落ちていた人を含め、すべての人が社会保障の受益者であることを実感できるようにしていく。制度が出産・子育てを含めた生き方や働き方に中立的で選択できる社会、雇用などを通じて参加が保障される社会、子どもが家族や社会と関わり良質な環境の中でしっかりと育つ社会を目指す。

社会保障は国民が支え合いの仕組みに積極的に参加することで強固なものになっていくが、そのためには、サービスの不足、就職難、ワーキングプア、社会的疎外、虐待などの国民が直面する現実の課題に立ち向かい、情報開示や必要な効率化などの質の向上を図りつつ、より公平・公正で自助・共助・公助の最適なバランスによって支えられる社会保障制度に改革をしていく。支援を必要とする人の立場に立った、包括的な支援体制を構築し、また、地域で尊厳を持って生きられる

よう支える医療・介護が実現した社会を目指す。

そして、より受益感覚が得られ、納得感のある社会保障の実現を目指し、国民皆保険・皆年金を堅持した上で、給付と負担のバランスを前提として、それぞれ OECD 先進諸国の水準を踏まえた制度設計を行い、中規模・高機能な社会保障体制を目指す。

以上のような改革の基本的考え方にたち、必要な社会保障の機能強化を確実に実施し、同時に社会保障全体の持続可能性の確保を図るため、以下の諸点に留意しつつ、制度全般にわたる改革を行う。

- ① 自助・共助・公助の最適バランスに留意し、個人の尊厳の保持、自立・自助を国民相互の共助・連帯の仕組みを通じて支援していくことを基本に、格差・貧困の拡大や社会的排除を回避し、国民一人一人がその能力を最大限発揮し、積極的に社会に参加して「居場所と出番」を持ち、社会経済を支えていくことのできる制度を構築する。
- ② 必要な機能の充実と徹底した給付の重点化・制度運営の効率化を同時に行い、真に必要な給付を確実に確保しつつ負担の最適化を図り、国民の信頼に応え得る高機能で中長期的に持続可能な制度を実現する。
- ③ 給付・負担両面で、世代間のみならず世代内での公平を重視した改革を行う。
- ④ 社会保障・財政・経済の相互関係に留意し、社会保障改革と財政健全化の同時達成、社会保障改革と経済成長との好循環を実現する。
- ⑤ 国民の視点で、地方単独事業を含む社会保障給付の全体像を整理するとともに、地域や個人の多様なニーズに的確に対応できるよう、地方の現場における経験や創意を取り入れ、各種サービスのワンストップ化をはじめ制度の簡素化や質の向上を推進する。

2 改革の優先順位と個別分野における具体的改革の方向

(1) 改革の優先順位

厚生労働省案に示す「社会保障制度改革の基本的方向性」(1. 全世代対応型・未来への投資、 2. 参加保障・包括的支援(全ての人に参加できる社会)、 3. 普遍主義、分権的・多元的なサービス供給体制、 4. 安心に基づく活力)を

踏まえ、

- ① 子ども・子育て支援、若者雇用対策
- ② 医療・介護等のサービス改革
- ③ 年金改革
- ④ 制度横断的課題としての「貧困・格差対策(重層的セーフティネット)」「低所得者対策」

についてまず優先的に取り組む。

(2) 個別分野における具体的改革

個別分野における具体的改革項目については、

- ① 5月23日及び30日に総理から示された「安心」3本柱、「支え合い」3本柱、「成長」3本柱について、着実な実行を図る。
- ② 負担と給付の関係が明確な社会保険(=共助・連帯)の枠組みの強化による機能強化を基本とする。
- ③ ①及び②を前提に、社会の分断・二極化、貧困・格差の再生産の防止の観点から、社会保険制度において適用拡大や低所得者対策を実施するなどにより、セーフティネット機能の強化を図る。
- ④ 世代間のみならず、世代内(特に高齢世代内)での公平の確保、所得再分配機能の強化を図る観点から、給付・負担両面での見直しを行う。
- ⑤ 医療・介護・保育等のサービス分野における多様な主体の参加、「新しい公共」の創出など、成長に貢献し、地域に根ざすサービス提供体制の実現を図る。

といった点を基本に、必要な機能の充実と徹底した給付の重点化・制度運営の効率化を同時に実施する。

個別分野ごとの充実項目、重点化・効率化項目の内容及び改革の工程は、別紙2「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」の欄A～Cに示すとおりであり、各改革項目の記述に当たっては、可能な限り具体的な数値目標を示すとともに、成長戦略に関係の深い項目についてはその旨付記した。

<個別分野における主な改革項目(充実／重点化・効率化)>

I 子ども・子育て

- 子ども・子育て新システムの制度実施等に伴い、地域の実情に応じた保育等の量的拡充や幼保一体化などの機能強化を図る。
 - ・ 待機児童の解消、質の高い学校教育・保育の実現、放課後児童クラブの拡充、社会的養護の充実
 - ・ 保育等への多様な事業主体の参入促進、既存施設の有効活用、実施体制の一元化

II 医療・介護等

- 地域の実情に応じたサービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図る。そのため、診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備を行う。
 - ・ 病院・病床機能の分化・強化と連携、地域間・診療科間の偏在の是正、予防対策の強化、在宅医療の充実等、地域包括ケアシステムの構築・ケアマネジメントの機能強化・居住系サービスの充実、施設のユニット化、重点化に伴うマンパワーの増強
 - ・ 平均在院日数の減少、外来受診の適正化、ICT活用による重複受診・重複検査・過剰薬剤投与等の削減、介護予防・重度化予防
- 保険者機能の強化を通じて、医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化などを図る。
 - a) 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化
 - ・ 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大、市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化
 - b) 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化
 - ・ 1号保険料の低所得者保険料軽減強化
 - ・ 介護納付金の総報酬割導入、重度化予防に効果のある給付への重点化
 - c) 高度・長期医療への対応(セーフティネット機能の強化)と給付の重点化
 - ・ 高額療養費の見直しによる負担軽減と、その規模に応じた受診時定額負担等の併せた検討(病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討)。ただし、受診時定額負担については低所得者に配慮。
 - d) その他
 - ・ 総合合算制度、低所得者対策・逆進性対策等の検討

- ・ 後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し、国保組合の国庫補助の見直し
- ・ 高齢者医療制度の見直し(高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど)

Ⅲ 年金

- 国民的な合意に向けた議論や環境整備を進め、「新しい年金制度の創設」実現に取り組む。
 - ・ 所得比例年金(社会保険方式)、最低保障年金(税財源)
- 年金改革の目指すべき方向性に沿って、現行制度の改善を図る。
 - ・ 最低保障機能の強化+高所得者の年金給付の見直し
 - ・ 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大、第3号被保険者制度の見直し、在職老齢年金の見直し、産休期間中の保険料負担免除、被用者年金の一元化
 - ・ マクロ経済スライド、支給開始年齢の引上げ、標準報酬上限の引上げなどの検討
- 業務運営の効率化を図る(業務運営及びシステムの改善)。

Ⅳ 就労促進

- 全員参加型社会の実現のために、若者の安定的雇用の確保、女性の就業率の M 字カーブの解消、年齢にかかわらず働き続けることができる社会づくり、障害者の雇用促進に取り組む。その際、地域の実情に応じ、関係機関が連携し、就労促進施策を福祉、産業振興、教育施策などと総合的に実施する。
- ディーセント・ワーク(働きがいのある人間らしい仕事)の実現を図る。
- 雇用保険・求職者支援制度の財源について、関係法の規定を踏まえ検討する。

Ⅴ I～IV以外の充実、重点化・効率化

- ・ サービス基盤の整備、医療イノベーションの推進、第2のセーフティネットの構築、生活保護の見直し(就労・自立支援の充実、医療扶助等の適正化、不正受給防止対策の徹底、関係機関の連携強化などの重点化・効率化)、総合的

な障害者施策の充実(制度の谷間のない支援、地域移行・地域生活の支援)、
難病対策の検討、震災復興における新たな安心地域モデルの提示

- ・ また、社会保障制度の持続可能性向上のためには、次世代を担う子ども・若者の育成が肝要であり、上記の社会保障制度改革と併せて、雇用流動化に対応して、手に職をつけ就業につなげるための教育環境整備や、教育の質と機会均等を確保するための方策、特に生計困難でありながら好成績を修めた学生等への支援の強化に取り組む。

VI 地方単独事業

- 以上の改革の方向も勘案し、地方自治体は、国費に関連する制度と相まって、地域の実情に応じて、社会保障関係の地方単独事業を実施する。

[再掲] 貧困・格差対策 ～ 重層的なセーフティネットの構築

- 就労・生活支援が一体となったワンストップサービス
- 短時間労働者に対する社会保険の適用拡大
- 社会保険制度における低所得者対策の強化
 - ・ 市町村国保・介護保険における低所得者への配慮、高度・長期医療への対応(セーフティネット機能の強化)、総合合算制度、年金制度における最低保障機能の強化
- 第2のセーフティネットの構築
 - ・ 求職者支援制度の創設、複合的困難を抱える者への伴走型支援(パーソナルサポート、ワンストップサービス等による社会的包摂の推進)
- 生活保護の見直し

(3) 社会保障・税に関わる共通番号制度の早期導入

社会保障・税に関わる番号制度は、主として、真に手を差し伸べるべき人に対する社会保障を充実させ、効率的かつ適切に提供することを目的に導入を目指すものである。その導入により、国民の給付と負担の公正性、明確性を確保するとともに、国民の利便性の更なる向上を図ることが可能となるほか、行政の効率化・スリム化も可能となる。

その導入に当たっては、制度面とシステム面の両面で十分な個人情報保護策を講じるとともに、費用と便益を示し、国民の納得と理解を得ていく必要がある。

6 月には「社会保障・税番号大綱」を策定し、今秋以降可能な限り早期に国会への法案提出を目指す。

II 社会保障費用の推計

1 機能強化(充実と重点化・効率化の同時実施)にかかる費用

子ども・子育て、医療・介護等及び年金の各分野ごとの充実項目、重点化・効率化項目にかかる費用(公費)の推計は別紙2の欄 D 及び E に示すとおりである。

改革全体を通じて、2015 年度において

充実による額 3.8 兆円程度

重点化・効率化による額 ~▲1.2 兆円程度

を一つの目途として、機能強化(充実と重点化・効率化の同時実施)による追加所要額(公費)は、約 2.7 兆円程度と見込まれる。

2015 年段階における各分野ごとの追加所要額(公費)は、

I 子ども・子育て 0.7 兆円程度

(税制抜本改革以外の財源も含めて 1 兆円超程度の措置を今後検討)

II 医療・介護等 ~1.6 兆円弱程度

(総合合算制度~0.4 兆円程度を含む)

III 年金 ~0.6 兆円程度

〔再掲: 貧困・格差対策 ~1.4 兆円程度

(総合合算制度~0.4 兆円程度を含む)〕

と見込まれる。

2 社会保障給付にかかる公費(国・地方)全体の推計

社会保障給付にかかる現行の費用推計については、そのベースとなる統計が基本的に地方単独事業を含んでおらず、今後、その全体状況の把握を進め、

地方単独事業を含めた社会保障給付の全体像及び費用推計を総合的に整理する。¹

Ⅲ 社会保障・税一体改革の基本的姿

1 社会保障の安定財源確保の基本的枠組み

(1) 消費税収を主たる財源とする社会保障安定財源の確保

民主党「税と社会保障の抜本改革調査会」中間整理等、社会保障財源のあり方に関する累次の報告や関係法律の規定を踏まえ、国民が広く受益する社会保障の費用をあらゆる世代が広く公平に分かち合う観点などから、社会保障給付に要する公費負担の費用は、消費税収(国・地方)を主要な財源として確保する。

消費税収(国・地方)については、このうち国分が現在予算総則上高齢者三経費に充当されているが、今後は、高齢者三経費を基本としつつ、「制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用」(「社会保障四経費」、平成 21 年度税制改正法附則 104 条)に充当する分野を拡充する。社会保障の安定財源確保に向けて、消費税収の規模とこれらの費用の関係を踏まえ、国・地方合わせた消費税収の充実を図る。

(2) 消費税収の使途の明確化

消費税収(国・地方、現行分の地方消費税を除く)については、全て国民に還元し、官の肥大化には使わない²こととし、消費税を原則として社会保障の目的税とすることを法律上、会計上も明確にすることを含め、区分経理を徹底する等、その使途を明確化する(消費税収の社会保障財源化)。

さらに、将来的には、社会保障給付にかかる公費全体について、消費税収(国・地方)を主たる財源として安定財源を確保することによって、社会保障制度

¹ 2011 年度予算ベースでは、社会保障給付に係る国・地方公費は 39.4 兆円である。

他方、総務省推計によれば、2011 年度で、地方単独事業として社会保障に関連する支出は 7.7 兆円と見込まれる。

² 有識者検討会報告において引用されている「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた中期プログラム」(平成 20 年 12 月 24 日閣議決定)参照

の一層の安定・強化につなげていく。

(3) 国・地方を通じた社会保障給付の安定財源の確保

上記(1)及び(2)の改革を進めるに当たり、国民一人一人に包括的な支援を行うという社会保障の考え方からすれば、地域住民に身近なところでサービスを設計し、実行する地方自治体の役割は極めて重要であり、地方による分権的な社会保障は、社会保障の信頼を大きく高める。現行分の消費税収(国・地方)についてはこれまでの経緯を踏まえ国・地方の配分(地方分については現行分の地方消費税及び消費税の現行の交付税法定率分)と地方分の基本的枠組みを変更しないことを前提として、引上げ分の消費税収(国・地方)については(1)の分野に則った範囲の社会保障給付における国と地方の役割分担に応じた配分を実現することとし、国とともに社会保障制度を支える地方自治体の社会保障給付に対する安定財源の確保を図る。

今般の社会保障改革における安定財源確保の考え方を踏まえつつ、Ⅱ-2における総合的な整理を行った上で、地方単独事業に関して、必要な安定財源が確保できるよう、Ⅳ(5)に掲げる地方税制の改革などを行う。

(4) 消費税率の段階的引上げ

上記(1)～(3)を踏まえ、社会保障給付の規模に見合った安定財源の確保に向け、まずは、2010年代半ばまでに段階的に消費税率(国・地方)を10%まで引き上げ、当面の社会保障改革にかかる安定財源を確保する(別紙3)。

2 社会保障改革の安定財源確保と財政健全化の同時達成

未来への投資である社会保障のコストを、将来世代に先送りすることは許されない。現在の社会保障給付の財源の多くが赤字公債、すなわち将来世代の負担で賄われている。このような状況は、社会保障のあり方としても、危機的とも言える国・地方の財政状況からもこれ以上放置することはできず、「現在の世代が受ける社会保障は現在の世代で負担する」³との原則に一刻も早く立ち戻る

³ 民主党「税と社会保障の抜本改革調査会」中間整理

必要がある。

今回の社会保障改革の目指すところは、「社会保障の機能強化」と「機能維持—制度の持続可能性の確保」である。社会保障改革の財源確保と財政健全化は相反する課題ではなく、両者を同時達成するしか、それぞれの目標を実現する道はない。⁴

このような考え方に立って、社会保障・税一体改革においては、社会保障給付にかかる安定財源を確保していくことを通じて、財政健全化を同時に実現する。

具体的には、まずは、2010年代半ばまでに段階的に消費税率(国・地方)を10%まで引き上げ、国・地方合わせて、上記Ⅱ-1で示す「機能強化」にかかる費用、高齢化の進行等により増大する費用及び基礎年金国庫負担2分の1を実現するために必要な費用(社会保障国民会議では、この3つの経費を合計して「機能強化」として試算している)、後代に付け回しをしている「機能維持」にかかる費用及び消費税率引上げに伴う社会保障支出等の増加に要する費用を賄うことにより、社会保障の安定財源確保を図る⁵。

これらの取組みなどにより、2015年度段階での財政健全化目標⁶の達成に向かうことで⁷、「社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成」への一里塚が築かれる。

IV 税制全体の抜本改革

税制抜本改革については、社会保障改革の進め方との整合性にも配慮しつつ、平成21年度税制改正法附則104条第3項及び平成22年度・23年度税制改正大

⁴ 「社会保障強化だけが追求され財政健全化が後回しにされるならば、社会保障制度もまた遠からず機能停止する。しかし、財政健全化のみを目的とする改革で社会保障の質が犠牲になれば、社会の活力を引き出すことはできず、財政健全化が目指す持続可能な日本そのものが実現しない。」(有識者検討会報告)

⁵ Ⅱ-2における総合的な整理を踏まえた対応に留意する。

⁶ 「財政運営戦略」(平成22年6月22日閣議決定)において、国及び国・地方の基礎的財政収支赤字の対GDP比を、2015年度までに2010年度の水準から半減し、2020年度までに黒字化させた上で、2021年度以降において、国・地方の公債等残高の対GDP比を安定的に低下させることとされている。

⁷ 財政健全化目標の達成所要額は、内閣府「経済財政の中長期試算」(平成23年1月)を前提としている(年央に改訂)。

綱(閣議決定)で示された改革の方向性に沿って、以下の考え方により検討を加え、個人所得課税、法人課税、消費課税、資産課税にわたる改革を進める。また、地方に関わる事項については、地方団体の意見に十分配慮して、検討を進めることとする。

(1) 個人所得課税

雇用形態や就業構造の変化も踏まえながら、格差の是正や所得再分配機能等の回復のため、各種の所得控除の見直しや税率構造の改革を行う。給付付き税額控除については、所得把握のための番号制度等を前提に、関連する社会保障制度の見直しと併せて検討を進める。金融証券税制について、金融所得課税の一体化に取り組む。

(2) 法人課税

企業の国際的な競争力の維持・向上、国内への立地の確保・促進、雇用と国内投資の拡大を図る観点から、国際的な協調や主要国との競争条件等にも留意しつつ、課税ベースの拡大等と併せ、法人実効税率の引下げを行う。地域経済の柱となり、雇用の大半を担っている中小法人に対する軽減税率についても、中小企業関連の租税特別措置の見直しと併せ、引下げを行う。

(3) 消費課税

消費税(国・地方)については、本成案に則って所要の改正を行う。いわゆる逆進性の問題については、消費税率(国・地方)が一定の水準に達し、税・社会保障全体の再分配を見てもなお対策が必要となった場合には、制度の簡素化や効率性などの観点から、複数税率よりも給付などによる対応を優先することを基本に総合的に検討する。

併せて、消費税制度の信頼性を確保するための一層の課税の適正化を行うほか、消費税と個別間接税の関係等の論点について検討する。

エネルギー課税については、地球温暖化対策の観点から、エネルギー起源CO2排出抑制等を図るための税を導入する。また、地球温暖化対策に係る諸施策を地域において総合的に進めるため、地方公共団体の財源を確保する仕組みについて検討する。車体課税については、地球温暖化対策の観点や国及び地方の財政の状況も踏まえつつ、簡素化、グリーン化、負担の軽減等を行う方

向で見直しを検討する。

(4) 資産課税

資産再分配機能を回復し、格差の固定化を防止する観点から、相続税の課税ベース、税率構造を見直し、負担の適正化を行う。これと併せ、高齢者が保有する資産の現役世代への早期移転を促し、その有効活用を通じた経済社会の活性化を図るとの観点から、世代を超えた資産格差の固定化にも配慮しつつ、贈与税を軽減する。また、事業承継税制について、運用状況等を踏まえ見直しを検討する。

(5) 地方税制

地域主権改革の推進及び国と地方を通じた社会保障制度の安定財源の確保の観点から、地方消費税を充実するとともに、地方法人課税のあり方を見直すことなどにより、税源の偏在性が小さく、税収が安定的な地方税体系を構築する。また、税制を通じて住民自治を確立するため、現行の地方税制度を「自主的な判断」と「執行の責任」を拡大する方向で改革する。

(6) その他

上記の改革のほか、社会保障・税に関わる共通番号制度の導入を含む納税環境の整備を進めるとともに、国際的租税回避の防止を通じて適切な課税権を確保しつつ投資交流の促進等を図る等の国際課税に関する取組みや国際連帯税等について、検討を行う。

なお、平成22年度・23年度税制改正においては、このような方向性を踏まえ、税制抜本改革の一環をなす緊要性の高い改革に取り組んできたところであり、現在、国会において審議が行われている平成23年度税制改正については、引き続き、その早期実現を目指す。

V 社会保障・税一体改革のスケジュール

社会保障・税一体改革にあたっては、「国と地方の協議の場」で真摯に協議を行い、国・地方を通じた改革の円滑かつ着実な推進を図る。

社会保障改革については、税制抜本改革の実施と併せ、別紙2に示された工程表に従い、各分野において遅滞なく順次その実施を図る。

税制抜本改革については、政府は日本銀行と一体となってデフレ脱却と経済活性化に向けた取組みを行い、これを通じて経済状況を好転させることを条件として遅滞なく消費税を含む税制抜本改革を実施するため、平成 21 年度税制改正法附則 104 条に示された道筋に従って平成 23 年度中に必要な法制上の措置を講じる⁸。

上記の「経済状況の好転」は、名目・実質成長率など種々の経済指標の数値の改善状況を確認しつつ、東日本大震災の影響等からの景気回復過程の状況、国際経済の動向等を見極め、総合的に判断するものとする。また、税制抜本改革の実施にあたっては、予期せざる経済変動にも柔軟に対応できる仕組みとする。これらの事項については、政府・与党において参照すべき経済指標、その数値についての考え方を含め十分検討し、上記の法制化の際に必要な措置を具体化する。

以上のスケジュールに基づき、国会議員定数の削減や、公務員人件費の削減、特別会計改革や公共調達改革等の不断の行政改革及び予算の組替えの活用等による徹底的な歳出の無駄の排除に向けた取組みを強めて、国民の理解と協力を得ながら社会保障と税制の改革を一体的に進める。

VI デフレ脱却への取組み、経済成長との好循環の実現

デフレからの脱却を実現するため、政府として強力かつ総合的な政策努力を最

⁸ 平成 21 年度税制改正法附則 104 条第 1 項：政府は、基礎年金の国庫負担割合の二分の一への引上げのための財源措置並びに年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用の見通しを踏まえつつ、平成二十年度を含む三年以内の景気回復に向けた集中的な取組により経済状況を好転させることを前提として、遅滞なく、かつ、段階的に消費税を含む税制の抜本的な改革を行うため、平成二十三年度までに必要な法制上の措置を講ずるものとする。この場合において、当該改革は、二千十年代(平成二十二年から平成三十一年までの期間をいう。)の半ばまでに持続可能な財政構造を確立することを旨とするものとする。

大限行うとともに、日本銀行に対しては、引き続き、政府と緊密な情報交換・連携を保ちつつ、適切かつ機動的な金融政策運営により経済を下支えするよう期待する。これにより、我が国経済を本格的な成長軌道に乗せていく。また、社会保障・税一体改革により、社会保障分野における潜在需要を顕在化し、安心できる社会保障制度を確立することが、雇用を生み、消費を拡大するという経済成長との好循環を通じて、成長と物価の安定的上昇に寄与する。

社会保障は需要・供給両面で経済成長に寄与する機能を有しており、医療や介護分野での雇用創出や新たな民間サービス創出のための環境整備、ICTなどのテクノロジーを活用した社会保障費用の最適化、サービスの質の向上、医療イノベーション、ライフイノベーションの推進、ドラッグラグ・デバイスラグの早期解消、先進医療制度の運用改善、民間企業を含めた多様な事業主体の新規参入促進、「新しい公共」の創造など、利用者・国民の利便の向上と新たな産業分野育成の観点からの諸改革を進める。

社会保障改革の推進について

〔平成22年12月14日〕
閣議決定

社会保障改革については、以下に掲げる基本方針に沿って行うものとする。

1. 社会保障改革に係る基本方針

- 少子高齢化が進む中、国民の安心を実現するためには、「社会保障の機能強化」とそれを支える「財政の健全化」を同時に達成することが不可欠であり、それが国民生活の安定や雇用・消費の拡大を通じて、経済成長につながっていく。
- このための改革の基本的方向については、民主党「税と社会保障の抜本改革調査会中間整理」や、「社会保障改革に関する有識者検討会報告～安心と活力への社会保障ビジョン～」において示されている。
- 政府・与党においては、それらの内容を尊重し、社会保障の安定・強化のための具体的な制度改革案とその必要財源を明らかにするとともに、必要財源の安定的確保と財政健全化を同時に達成するための税制改革について一体的に検討を進め、その実現に向けた工程表とあわせ、23年半ばまでに成案を得、国民的な合意を得た上でその実現を図る。
また、優先的に取り組むべき子ども子育て対策・若者支援対策として、子ども手当法案、子ども・子育て新システム法案（仮称）及び求職者支援法案（仮称）の早期提出に向け、検討を急ぐ。
- 上記改革の実現のためには、立場を超えた幅広い議論の上に立った国民の理解と協力が必要であり、そのための場として、超党派による常設の会議を設置することも含め、素直に、かつ胸襟を開いて野党各党に社会保障改革のための協議を提案し、参加を呼び掛ける。

2. 社会保障・税に関わる番号制度について

- 社会保障・税に関わる番号制度については、幅広く国民運動を展開し、国民にとって利便性の高い社会が実現できるように、国民の理解を得ながら推進することが重要である。
- このための基本的方向については、社会保障・税に関わる番号制度に関する実務検討会「中間整理」において示されており、今後、来年1月を目途に基本方針をとりまとめ、さらに国民的な議論を経て、来秋以降、可能な限り早期に関連法案を国会に提出できるよう取り組むものとする。

社会保障改革の具体策、工程及び費用試算

別紙2

	A 充実 (金額は公費 (2015年))	B 重点化・効率化 (金額は公費 (2015年))	C 工程	D 所要額 (公費) 2015年	E 所要額 (公費) 2025年	
I 子ども・子育て	<p>○ 子ども・子育て新システムの制度実施等に伴う地域の実情に応じた保育等の量的拡充、幼保一体化などの機能強化</p> <ul style="list-style-type: none"> 0～2歳児保育の量的拡充・体制強化等 (待機児童の解消) 質の高い学校教育・保育の実現 (幼保一体化の実現) <p>→ 3歳未満児の保育の利用率 2010年 23% → 2014年 35% (2017年 44%)</p> <ul style="list-style-type: none"> 総合的な子育て支援 (家庭や地域における養育の支援) の充実 放課後児童クラブの拡充 <p>→ 放課後児童クラブの利用児童数 2010年 81万人 → 2014年 111万人</p> <ul style="list-style-type: none"> 社会的養護の充実 <p>⇒ ○ 女性の就業率の向上 ☆ ○ 保育等の従業者の増加 ☆</p> <p>→ 女性 (25～44歳) の就業率 2009年 66% → 2020年 73%</p> <ul style="list-style-type: none"> 制度・財源・給付について包括的・一元的な制度を構築 			<p>新システム具体案を早期にとりまとめ</p> <p>↓</p> <p>税制抜本改革とともに、早急に法案提出</p>	<p>0.7兆円程度</p> <p>※ 税制抜本改革以外の財源も含めて1兆円超程度の措置を今後検討</p>	<p>1兆円超程度</p> <p>※ 左記の措置に係る所要額については、新システムの検討において今後検討</p>
	子ども子育て計	<p>充実計 (2015年)</p> <p>0.7兆円程度</p> <p>※ 税制抜本改革以外の財源も含めて1兆円超程度の措置を今後検討</p>	<p>重点化・効率化計 (2015年)</p> <p>-</p>		<p>0.7兆円程度</p> <p>※ 税制抜本改革以外の財源も含めて1兆円超程度の措置を今後検討</p>	<p>1兆円超程度</p> <p>※ 左記の措置に係る所要額については、新システムの検討において今後検討</p>

「☆」成長戦略に特に関係が深い項目

		A 充実 (金額は公費(2015年))	B 重点化・効率化 (金額は公費(2015年))	C 工程	D 所要額(公費) 2015年	E 所要額(公費) 2025年	
II 医療・介護等	○ 地域の实情に応じた医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化						
	<p>～診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備～</p> <ul style="list-style-type: none"> 病院・病床機能の分化・強化と連携(急性期医療への医療資源の集中投入、亜急性期・慢性期医療の機能強化等による入院医療の機能強化、精神保健医療の改革、医師の偏在是正、地域間・診療科間の偏在の是正、予防対策の強化等) 在宅医療の充実等(診療所等における総合的な診療や在宅療養支援機能の強化・評価、訪問看護等の計画的整備等)(8,700億円程度) <p>→ 高度急性期の職員等：2025年に現行ベースより2倍増 一般急性期の職員等：2025年に現行ベースより6割程度増 在宅医療等：2011年 17万人/日 → 2025年 29万人/日</p>	<ul style="list-style-type: none"> 平均在院日数の減少等(▲4,300億円程度) <p>○平均在院日数：2011年 19～20日程度 → 2025年 高度急性期：15～16日程度 一般急性期：9日程度</p> <p>○病床数：概ね現状水準</p> <p>○精神医療：2025年に在院日数1割程度減少</p>			0.4兆円程度	1.3兆円程度	
	<p>→ 地域包括ケアシステムの構築等在宅介護の充実、ケアマネジメントの機能強化、居住系サービスの充実等</p> <p>・施設のユニット化(2,500億円程度)</p> <p>GH、小規模多機能：2011年 21万人/日 → 2025年 77万人/日 居住系・在宅介護：2011年 335万人/日 → 2025年 510万人/日</p>	<ul style="list-style-type: none"> 外来受診の適正化等(生活習慣病予防、医療連携、ICT、番号、保険者機能の強化等)(▲1,200億円程度) ICTの活用による重複受診・重複検査、過剰な薬剤投与等の削減 <p>→ 外来患者数：2025年に現行ベースより5%程度減少</p>	<ul style="list-style-type: none"> 2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し 基盤整備のための一括的な法整備：2012年目途に法案提出 2025年頃までに医療・介護サービスのあるべき姿を実現 			△0.1兆円程度	△0.6兆円程度
	<p>・上記の重点化に伴うマンパワー増強☆(2,400億円程度)</p> <p>→ 医療介護従事者：2011年 462万人 → 2025年 704～739万人(1.6倍程度)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 介護予防・重度化予防 介護施設の重点化(在宅への移行)(▲1,800億円程度) <p>→ 要介護認定者数：2025年に現行ベースより3%程度減少</p>				0.1兆円程度	1.2兆円程度
①							
医療・介護①小計	充実計(2015年)	～1.4兆円程度	重点化・効率化計(2015年)	～0.7兆円程度	(上記の機能分化等が全て実現する場合の試算) ～0.6兆円程度		
						～2.3兆円程度	

		A 充実 (金額は公費(2015年))	B 重点化・効率化 (金額は公費(2015年))	C 工程	D 所要額(公費) 2015年	E 所要額(公費) 2025年	
II 医療・ 介護等	○ 保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策						
	a 被用者保険の適用拡大と 国保の財政基盤の安定化・強化・広域化						
	<ul style="list-style-type: none"> 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大 → 例えば雇用保険並びにまで拡大すると、約400万人 (=完全実施の場合▲1,600億円) 市町村国保の財政運営の都道府県単位化 財政基盤の強化 (低所得者保険料軽減の拡充等(～2,200億円程度)) ※ 財政影響は、適用拡大の範囲、国保対策の規模によって変動				税制抜本改革とともに、2012年以降速やかに法案提出	～0.3兆円程度 …被用者保険の適用拡大、総報酬割と併せて検討	—
	b 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化				順次実施		
	c 高度・長期医療への対応(セーフティネット機能の強化)と給付の重点化						
	<ul style="list-style-type: none"> 1号保険料の低所得者保険料軽減強化(～1,300億円) ※ 財政影響は、機能強化と重点化の規模により変動						
	d その他						
	<ul style="list-style-type: none"> 高度・長期医療の高額療養費の見直し(長期高額医療への対応、所得区分の見直しによる負担軽減等)による負担軽減(～1,300億円程度) ※ 見直しの内容は、機能強化と重点化の規模により変動						
	<ul style="list-style-type: none"> 総合合算制度(番号制度等の情報連携基盤の導入が前提) 低所得者対策・逆進性対策等の検討 				総合合算制度：2015年の番号制度以降導入	総合合算制度 ～0.4兆円程度	
	<ul style="list-style-type: none"> 後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し(医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す) 国保組合の国庫補助の見直し 高齢者医療制度の見直し(高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど) 						
医療・介護②小計	充実計 (2015年)	1兆円程度 (改革の内容により変動)	重点化・効率化計 (2015年)	～0.5兆円程度 (改革の内容により変動)	～1兆円弱程度	—	
医療・介護計	充実計 (2015年)	～2.4兆円程度 (改革の内容により変動)	重点化・効率化計 (2015年)	～1.2兆円程度 (改革の内容により変動)	～1.6兆円弱程度	～2.3兆円程度	

	A 充実 (金額は公費(2015年))	B 重点化・効率化 (金額は公費(2015年))	C 工程	D 所要額(公費) 2015年	E 所要額(公費) 2025年
Ⅲ 年金	<p>【新しい年金制度の創設】 「所得比例年金」と「最低保障年金」の組み合わせからなる一つの公的年金制度にすべての人が加入する</p> <p>○ 所得比例年金(社会保険方式)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 職種を問わず全ての人が同じ制度に加入し、所得が同じなら同じ保険料、同じ給付 ・ 保険料は15%程度(老齢年金に係る部分) ・ 納付した保険料を記録上積み上げ、仮想の利回りを付し、その合計額を年金支給開始時の平均余命などで割って、毎年の年金額を算出 <p>○ 最低保障年金(税財源)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 最低保障年金の満額は7万円(現在価額) ・ 生涯平均年収ベース(=保険料納付額)で一定の収入レベルまで全額を給付し、それを超えた点より徐々に減額を行い、ある収入レベルで給付額をゼロとする ・ 全ての受給者が、所得比例年金と最低保障年金の合算で、概ね7万円以上の年金を受給できる制度とする 				
	<p>【現行制度の改善】</p> <p>○ 最低保障機能の強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 低所得者への加算 ・ 障害基礎年金への加算 ・ 受給資格期間の短縮 <p>〔0.6兆円程度〕</p> <p>※ 低所得者・障害基礎年金への加算については、加算対象者・加算水準・資産調査の有無等によって財政規模が変動</p> <p>※ 上記金額は、年収65万円未満(単身の場合)の者等に対して、月額1.6万円(7万円と老齢基礎年金の平均額5.4万円の差)を加算する等の前提</p>	<p>○ 高所得者の年金給付の見直し</p> <p>低所得者への加算と併せて検討 なお、公的年金等控除を縮減することによって対応することについても併せて検討</p> <p>※ 高所得者の年金給付の見直しについては、減額対象者によって財政規模が変動</p> <p>※ 仮に、年収1,000万円以上から減額開始(1,500万円以上は公費負担分を全額減額)とすると▲450億円程度公費縮小</p>	<p>国民的な合意に向けた議論や環境整備を進め、実現に取り組む</p> <p>税制抜本改革とともに、2012年以降速やかに法案提出</p> <p>↓ 順次実施</p>	<p>~0.6兆円程度</p>	<p>~0.7兆円程度</p>

		A 充実 (金額は公費(2015年))	B 重点化・効率化 (金額は公費(2015年))	C 工程	D 所要額(公費) 2015年	E 所要額(公費) 2025年
Ⅲ 年金 (注2)	<ul style="list-style-type: none"> ● 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大 → 例えば雇用保険並びにまで拡大すると、約400万人 ● 第3号被保険者制度の見直し ・ 新しい年金制度の方向性(二分二乗)を踏まえつつ、不公平感を解消するための方策について検討 ● 在職老齢年金の見直し ・ 60歳代前半の者に係る調整限度額を、60歳代後半の者と同じとすることを検討 ● 産休期間中の保険料負担免除 ● 被用者年金の一元化 (●は公費への影響なし) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ マクロ経済スライド ・ 世代間の公平等の観点から見直しを検討 ・ 仮に、特例水準を3年間で解消すると、年金額が▲2.5%削減され、毎年0.1兆円程度公費縮小 ・ その後、単に毎年▲0.9%のマクロ経済スライドをすると、毎年0.1兆円程度の公費縮小 ※ 物価・賃金が上昇した年のマクロ経済スライドの発動による給付抑制は、現行制度で織り込み済み ○ 支給開始年齢引上げ ・ 先進諸国(欧米)の平均寿命・受給開始年齢を十分参考にし、高齢者雇用の確保を図りつつ、68~70歳へのさらなる引上げを視野に検討 ・ 厚生年金の支給開始年齢引上げスケジュールの前倒しを検討 ・ 基礎年金の支給開始年齢を引き上げる場合、1歳引き上げる毎に、引上げ年において0.5兆円程度公費縮小 ● 標準報酬上限の引上げ ・ 健康保険制度を参考に見直しを検討 	<p>2012年以降速やかに 法案提出</p> <p>↓ 順次実施</p> <p>※ 今後、「現行制度の改善」全体について、検討の場とスケジュールを明確化した上で、法案提出に向けて検討</p>			
	年金計	充実計 (2015年) 0.6兆円程度 (改革の内容により変動)	重点化・効率化計 (2015年) 影響額は改革の内容により変動		~0.6兆円程度	~0.7兆円程度

2015年度の上記の所要額(公費)合計 = 約2.7兆円程度
(充実3.8兆円程度、重点化・効率化~▲1.2兆円程度を一つの目途)

充実、重点化・効率化

工程

IV 就 労 促 進	<p>○全員参加型社会の実現 ☆</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ジョブ・カードの活用等による若者の安定的雇用の確保 ・女性の就業率のM字カーブの解消 ・超高齢社会に適合した雇用法制の検討など年齢にかかわらず働き続けることができる社会づくり ・福祉から就労への移行等による障害者の雇用促進 ・地域の実情に応じた関係機関の連携と就労促進施策の総合的実施 	<p>○就労促進策の継続的推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・就業率 2009年 75% → 2020年 80% (若者: 74% → 77%) (女性 (25~44歳): 66% → 73%) (高齢者: 57% → 63%) ・ジョブ・カード取得者 300万人 (2020年) ・障害者の実雇用率 1.8% (2020年)
	<p>○ディーセント・ワーク (働きがいのある人間らしい仕事) の実現</p> <ul style="list-style-type: none"> ・非正規労働者の公正な待遇確保に横断的に取り組むための総合的ビジョンの策定 ・有期契約労働者の雇用の安定や処遇の改善に向けた法制度の整備の検討 ・長時間労働抑制やメンタルヘルス対策による労働者の健康・安全の確保 <p>○雇用保険・求職者支援制度の財源の検討</p>	<p>○総合的ビジョン: 2011年に策定</p> <p>○法制度整備: 2011年度 労働政策審議会で結論、所要の見直し措置</p> <p>○労働安全衛生法改正法案について、早期国会提出に向け検討</p> <p>○雇用保険法、求職者支援法の規定 (注3) を踏まえ検討</p>
I S IV 以 外 の 充 実 、 重 点 化 ・ 効 率 化 項 目	<p>○サービス基盤の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・あるべき医療・介護サービス提供体制の実現、こども園・保育サービス・放課後児童クラブ等のサービス目標達成に必要な基盤整備 <p>○医療イノベーションの推進 ☆</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国際水準の臨床研究中核病院等の創設 ・日本発のシーズを実用化につなげるための実務的な相談支援 ・独) 医薬品医療機器総合機構 (PMDA) の体制強化 ・保険償還価格の設定における医療経済的な観点を踏まえたイノベーションの評価等のさらなる検討 	<p>○計画的・集中的基盤整備</p> <p>○臨床研究中核病院等: 2011年度から3年間で15か所程度創設</p> <p>○臨床研究中核病院等に対し、継続的に研究費を重点配分</p> <p>○PMDAの審査体制等の強化: 2013年度末までに常勤数を751名に増員 (2011年4月1日現在648名)。引き続き、合理化・効率化を図りつつ、さらなる強化策を検討</p> <p>○先進医療制度の申請・審査手続きの効率化: 2011年度からの実施に向け検討</p>
	<p>○第2のセーフティネットの構築</p> <ul style="list-style-type: none"> ・求職者支援制度の創設 ・求職者支援制度をはじめとした第2のセーフティネット施策の切れ目ない連携 ・生活保護受給者等に対する就労支援 → プログラム参加者数及び就労・増収者の増加 ・複合的困難を抱える者への伴走型支援 (パーソナルサポート、ワンストップサービス等による社会的包摂の推進) ・住宅支援の仕組みの検討 	<p>○求職者支援制度: 2011年度創設</p> <p>○引き続き総合的に推進</p> <p>○事業の継続実施</p> <p>○ワンストップ・伴走型の市町村主導の専任機関の設置 (順次設置)</p>
	<p>○生活保護の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> ・稼働能力を有する生活保護受給者向け自立・就労支援メニューの充実と支援強化 ・子どもの貧困連鎖の防止 ・医療扶助等の適正化、不正受給防止対策の徹底 ・客観的データに基づく生活保護基準の検討 	<p>○関連制度の改革と併せ検討</p> <p>○生活保護基準: 基準部会 (2011年4月開始) において、2012年末までに検証を実施</p> <p>○生保基準以外: 国と地方の協議の開催 (2011年5月開始) →必要に応じて法案提出</p>
	<p>○障害者施策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・障がい者制度改革推進本部において、制度の谷間のない支援の提供、障害者の地域移行や地域生活の支援について検討 	<p>○障がい者制度改革推進本部の検討を踏まえ、障害者総合福祉法 (仮称) の2012年法案提出</p>
	<p>○難病対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・長期高額医療の高額療養費の見直し (再掲) など難病医療費の支援のあり方の検討 	<p>○引き続き制度横断的に検討</p>
	<p>○震災復興</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新たな安心地域モデルの提示 	<p>○震災復興の検討の中で対応</p>
	<p>○次世代を担う子ども・若者の育成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・雇用流動化に対応して、手に職をつけ就業につなげるための教育環境整備 ・教育の質と機会均等の確保 (特に生計困難でありながら好成绩を修めた学生等への支援の強化) 	<p>○引き続き総合的に検討</p>

(注1)費用試算は、厚生労働省の「社会保障制度改革の方向性と具体策」(平成23年5月12日)及びその関連の医療・介護に係る推計等の他、社会保障改革に関する集中検討会議での提案も盛り込んで機械的に試算したものの。
 (注2)基礎年金国庫負担2分の1財源については、税制抜本改革により措置する。税制抜本改革実施までの各年度分の繰入れも適切に行われるよう、必要な措置を講じる。
 (注3)雇用保険法: 雇用保険の国庫負担については、引き続き検討を行い、できるだけ速やかに、安定した財源を確保した上で、国庫負担に関する暫定措置を廃止する。
 求職者支援法: 法施行後3年を目途とした特定求職者の就職に関する支援施策の在り方についての検討を行うに当たっては、その支援施策に関する費用負担の在り方について速やかに検討する。

A 充実
(金額は公費(2015年))

D 所要額(公費)
2015年

1. 就労・生活支援が一体となったワンストップサービス
2. 社会保険の適用拡大
 - a 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大
 - b 被用者保険の適用拡大と 国保の財政基盤の安定化・強化・広域化
 - ・短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大(完全実施の場合△1,600億円)
3. 社会保険制度における低所得者対策の強化
 - a 市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化
(低所得者保険料軽減の拡充等(～2,200億円程度))
 - ※ 財政影響は、適用拡大の範囲、国保対策の規模によって変動
 - b 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化
 - ・1号保険料の低所得者保険料軽減強化(～1,300億円)
 - ※ 財政影響は、機能強化と重点化の規模により変動
 - c 高度・長期医療への対応(セーフティネット機能の強化)と給付の重点化
 - ・長期高額医療の高額療養費の見直し(長期高額医療への対応、所得区分の見直しによる負担軽減等)による負担軽減(～1,300億円程度)
 - ※ 見直しの内容は、機能強化と重点化の規模により変動
 - d 総合合算制度(番号制度等の情報連携基盤の導入が前提)
 - e 年金制度の最低保障機能の強化

<ul style="list-style-type: none"> ・低所得者への加算 ・障害基礎年金への加算 ・受給資格期間の短縮 	}	(0.6兆円程度)
--	---	-----------

 - ※ 低所得者・障害基礎年金への加算については、加算対象者・加算水準・資産調査の有無等によって財政規模が変動
 - ※ 上記金額は、年収65万円未満(単身の場合)の者等に対して、月額1.6万円(7万円と老齢基礎年金の平均額5.4万円の差)を加算する等の前提
4. 第2のセーフティネットの構築
 - a 求職者支援制度の創設(費用負担の在り方の検討を含む)
 - b 複合的困難を抱える者への伴走型支援
 - c 生活保護受給者等に対する就労支援
 - d 住宅支援の仕組みの検討
5. 最後のセーフティネットである生活保護の見直し(充実、重点化・効率化)
 - ・稼得能力を有する生活保護受給者向け自立・就労支援メニューの充実と支援強化
 - ・子どもの貧困連鎖の防止
 - ・医療扶助等の適正化、不正受給防止対策の徹底
 - ・客観的データに基づく生活保護基準の検討

～0.3兆円程度
…被用者保険の適用拡大、総報酬割と併せて検討

～0.1兆円程度
…受診時定額負担等と併せて検討

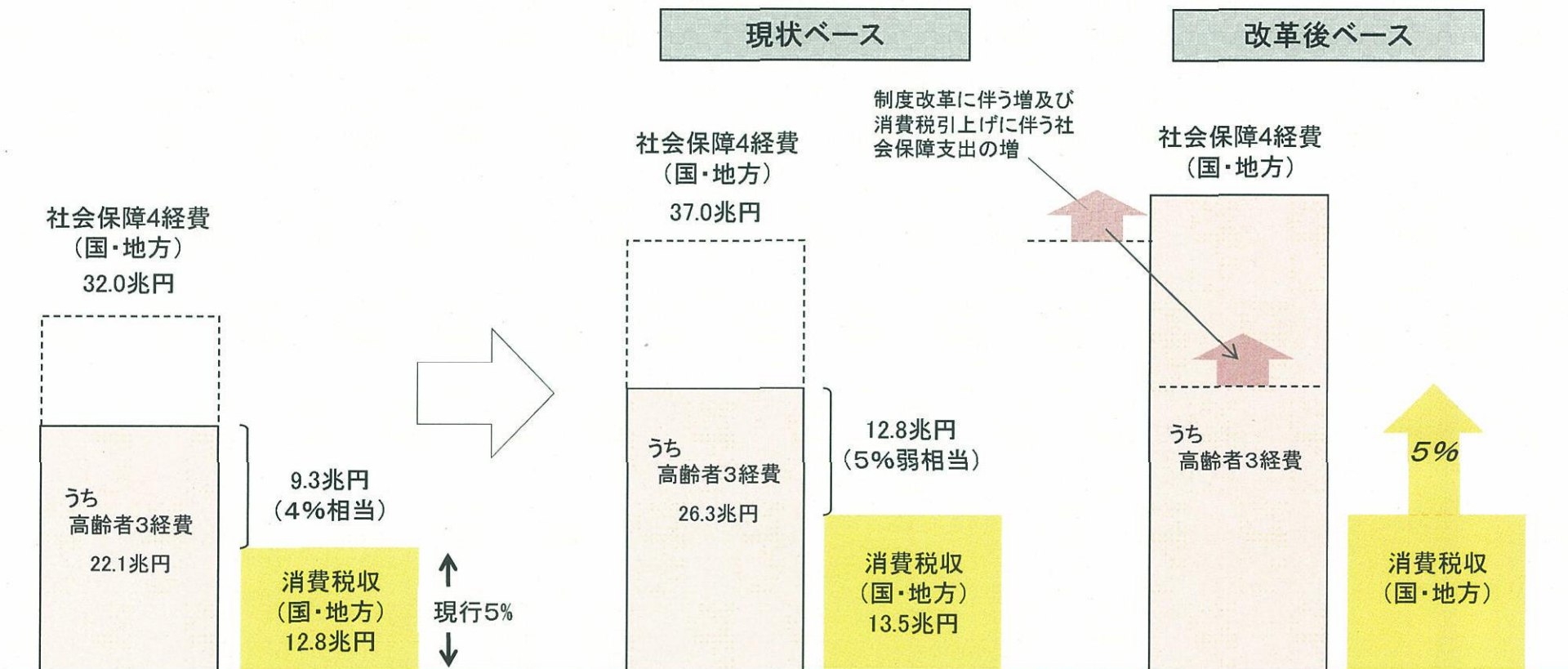
総合合算制度
～0.4兆円程度

～0.6兆円程度
…高所得者の年金給付の見直しと併せて検討

～1.4兆円程度

(2011年度)

(2015年度)(※)



(※) 成案においては、「2010年代半ばまでに段階的に消費税率(国・地方)を10%まで引き上げ、当面の社会保障改革にかかる安定財源を確保する」とされている。

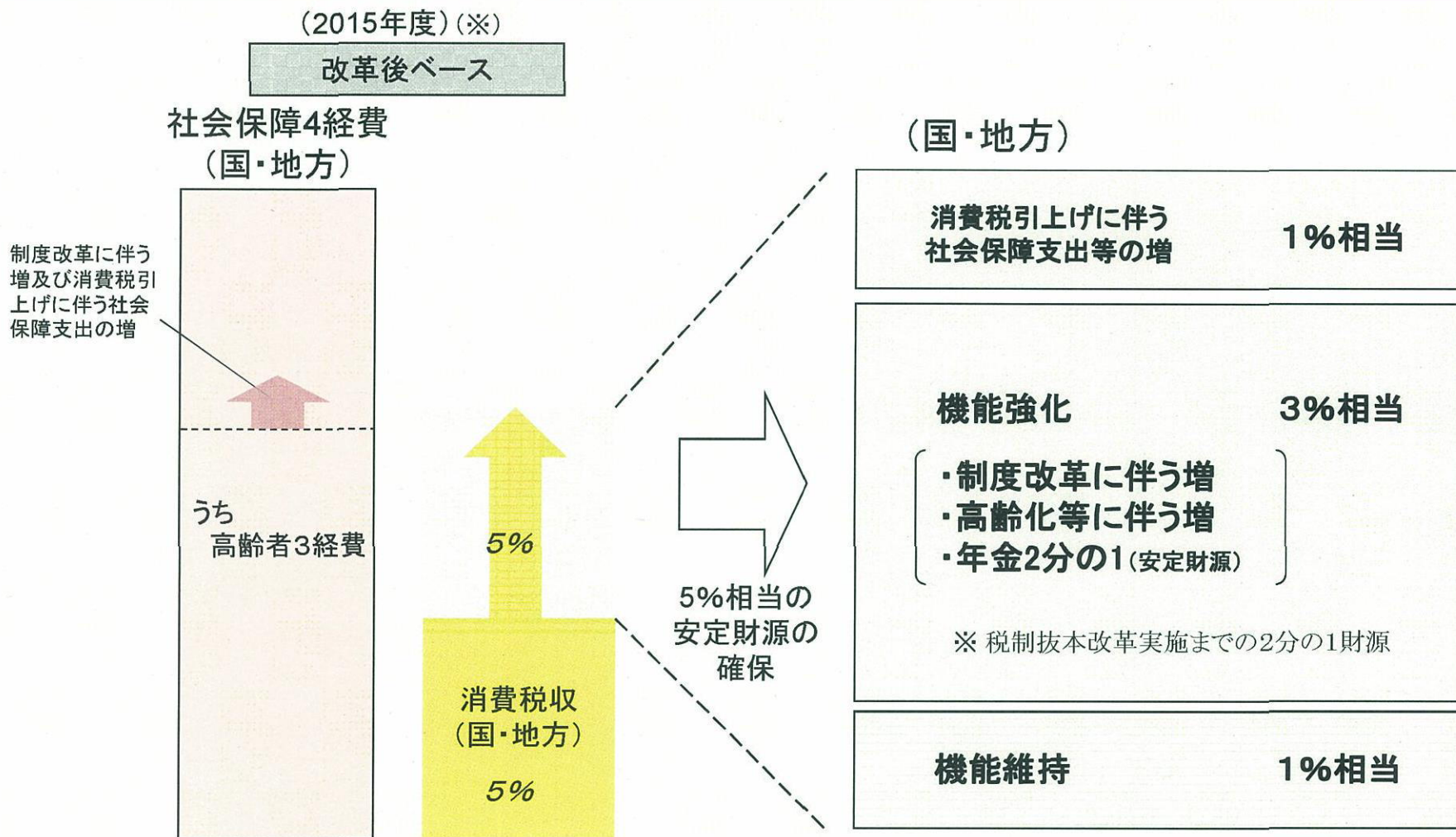
(注1) 消費税込収は、現在は、国分は予算総則により高齢者3経費に充てられ、地方分は一般財源である。

(注2) 消費税込収(国分)を充当する社会保障給付の具体的分野(2015年度時点)は、高齢者3経費を基本としつつ、今後検討。

(注3) 社会保障4経費とは、社会保障給付公費負担のうち「制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用」(平成21年度税制改正法附則104条)をいう。所要額は厚生労働省による推計(2011年5月時点)。また、基本的に地方単独事業を含んでおらず、今後、その全体状況の把握を進め、地方単独事業を含めた社会保障給付の全体像及び費用推計を総合的に整理する。

(注4) 2015年度の消費税込収は、内閣府「経済財政の中長期試算」(平成23年1月)に基づく推計(年央に改訂)。

社会保障改革の安定財源の確保



(※) 成案においては、「2010年代半ばまでに段階的に消費税率(国・地方)を10%まで引き上げ、当面の社会保障改革にかかる安定財源を確保する」とされている。

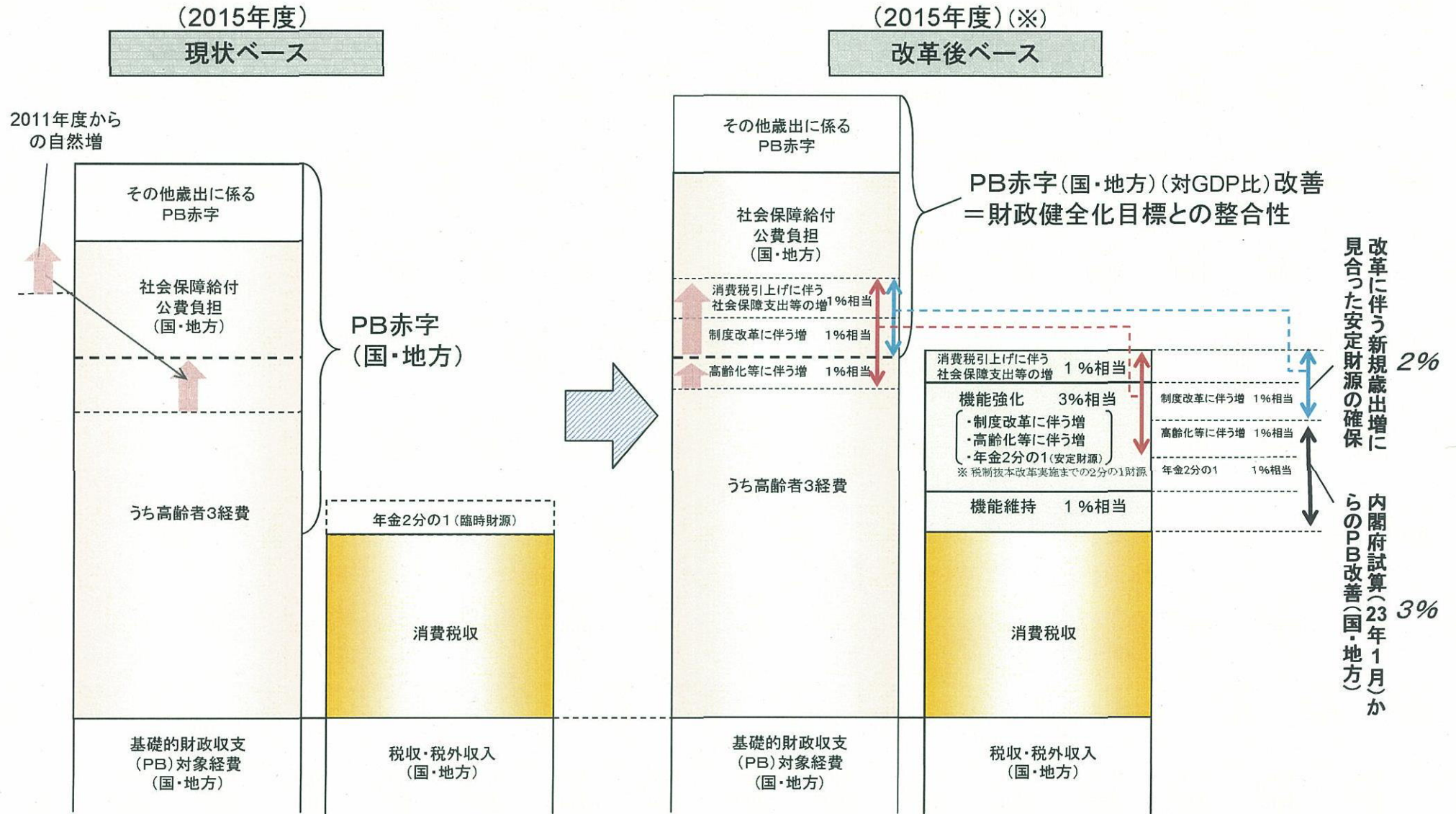
(注1) 消費税引上げに伴う社会保障支出等の増には、消費税を引き上げた場合に増加する国・地方の物資調達にかかる支出も含まれる。所要額は、財務省推計(2011年5月時点)であり、今後各年度の予算編成過程において精査が必要。

(注2) 高齢化等に伴う増は、いわゆる自然増のうち経済成長による伸びを超える増加のことである。

(注3) 機能強化の額は、厚生省による推計(2011年5月時点)。機能強化の具体的な内容は、別紙2のとおり。

(注4) 社会保障4経費とは、社会保障給付公費負担のうち「制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用」(平成21年度税制改正法附則104条)をいう。所要額は厚生労働省による推計(2011年5月時点)。また、基本的に地方単独事業を含んでおらず、今後、その全体状況の把握を進め、地方単独事業を含めた社会保障給付の全体像及び費用推計を総合的に整理する。

社会保障改革の安定財源確保と財政健全化の同時達成



(※) 成案においては、「2010年代半ばまでに段階的に消費税率(国・地方)を10%まで引き上げ、当面の社会保障改革にかかる安定財源を確保する」とされている。

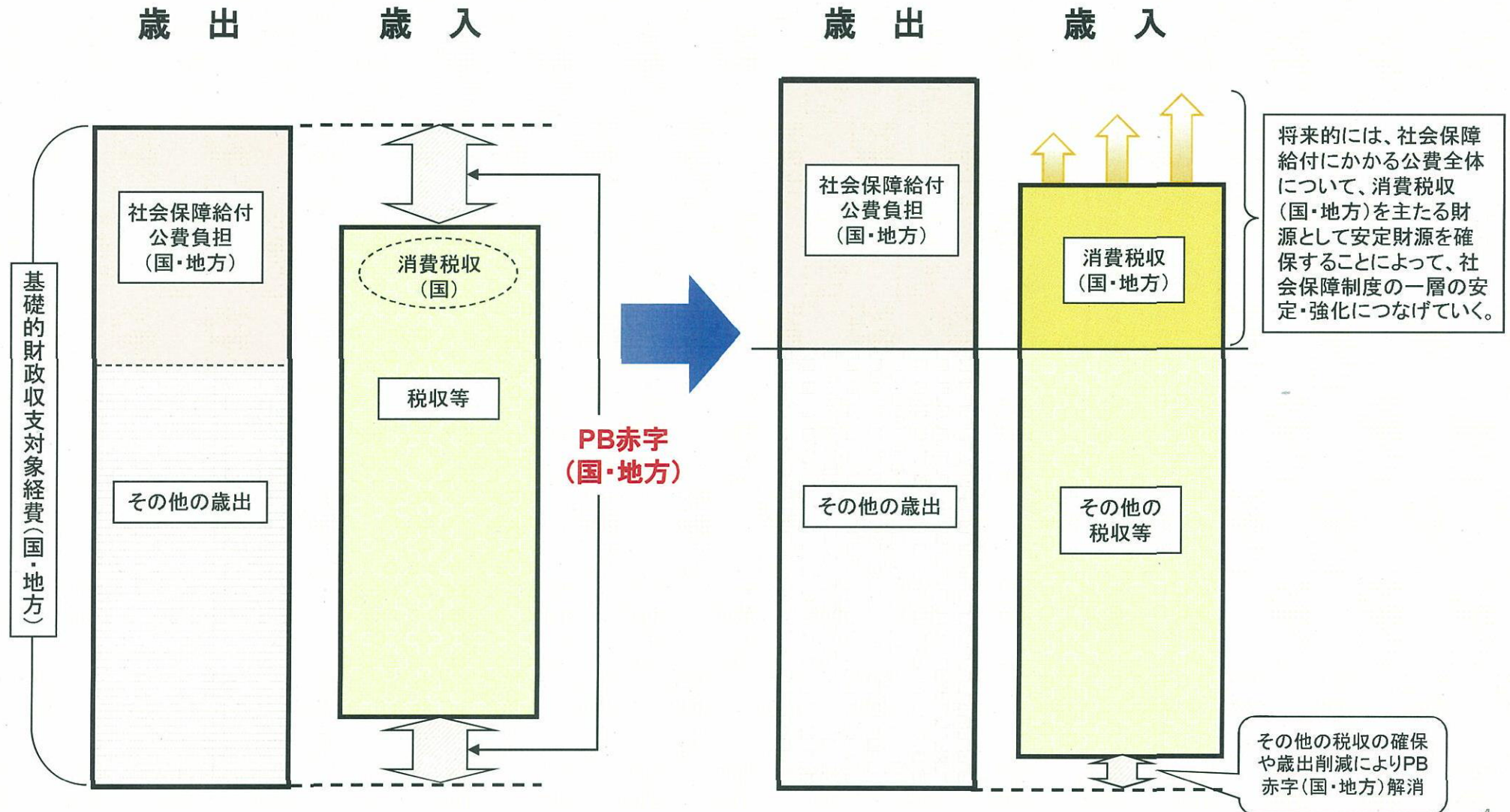
(注1) 「財政運営戦略」(平成22年6月22日閣議決定)における財政健全化目標において、国・地方及び国の基礎的財政収支赤字の対GDP比を、2015年度までに2010年度の水準から半減し、2020年度までに黒字化することとされている。内閣府試算(平成23年1月)の2015年度の試算結果からは、消費税率換算で約3%のPB(国・地方)の改善が必要。

(注2) 改革後ベースにおける「高齢化等に伴う増」は、いわゆる自然増のうち経済成長による伸び(「機能維持」に含まれる)を超える増加のことである。

(注3) 社会保障給付には、基本的に地方単独事業を含んでおらず、今後、その全体状況の把握を進め、地方単独事業を含めた社会保障給付の全体像及び費用推計を総合的に整理する。

< 現状のイメージ >

< 将来のイメージ >



社会保障・税一体改革成案における改革項目

参 考 資 料 (抄)

内 閣 官 房
社会保障改革担当室

医療・介護等

医療提供体制の効率化・重点化と機能強化 ～良質な医療を効率的に～

- 高齢化等に伴う医療ニーズの増大や医療技術の高度化等に対応するため、患者ニーズに応じて入院機能の分化を図り、メリハリを付けて医療資源を投入する。
- 看取り対応も含めた在宅医療の充実・強化、医療と介護の連携強化等を進める。
- これらにより、患者の職場、地域生活等への早期復帰を支援し、平均在院日数の短縮を図る。

所要額（公費）
2015年
0.4兆円程度

<現状>

- 国際的にみて人口当たり医師数が少なく、医師不足・偏在等への対応が急務。
- 国際的にみて人口当たり病床数の多さに対し、病床当たり従事者が少ない。一方で、医療技術の高度化等に伴い医療スタッフの業務は増大。
- 一般病床の役割分担が不明確で、病院の人員配置も手薄。
- 疾病構造が変化の中で、急性期治療を経た患者を受け止める亜急性期、リハビリ等の入院機能や、在宅医療機能などが不足。

充 実

<改革の具体策>

- 医師の確保・偏在対策（地域医療支援センター等）、看護職員確保対策の強化、多職種の連携・協働によるチーム医療の推進。
- 急性期医療への資源集中投入、亜急性期・回復期・慢性期医療への資源投入強化を始めとして手厚い体制へと入院医療の機能強化。
（例）高度急性期対応の従事者：現状の約2倍程度（2025年に）
亜急性期等対応の従事者：コメディカルを中心に現状の約3割程度増（同上）
- 診療所等による総合的な診療や在宅療養支援の強化・評価、訪問看護の計画的整備など、地域における外来・在宅医療の充実。
- 精神病床の機能に応じた体制強化やアウトリーチ（訪問支援）体制整備など、精神保健医療の改革。
- 在宅連携拠点機能の整備や連携パスの普及など、入院から在宅への移行時や医療と介護の間での連携強化。

（合わせて8,700億円程度）

重点化・効率化

<改革の具体策>

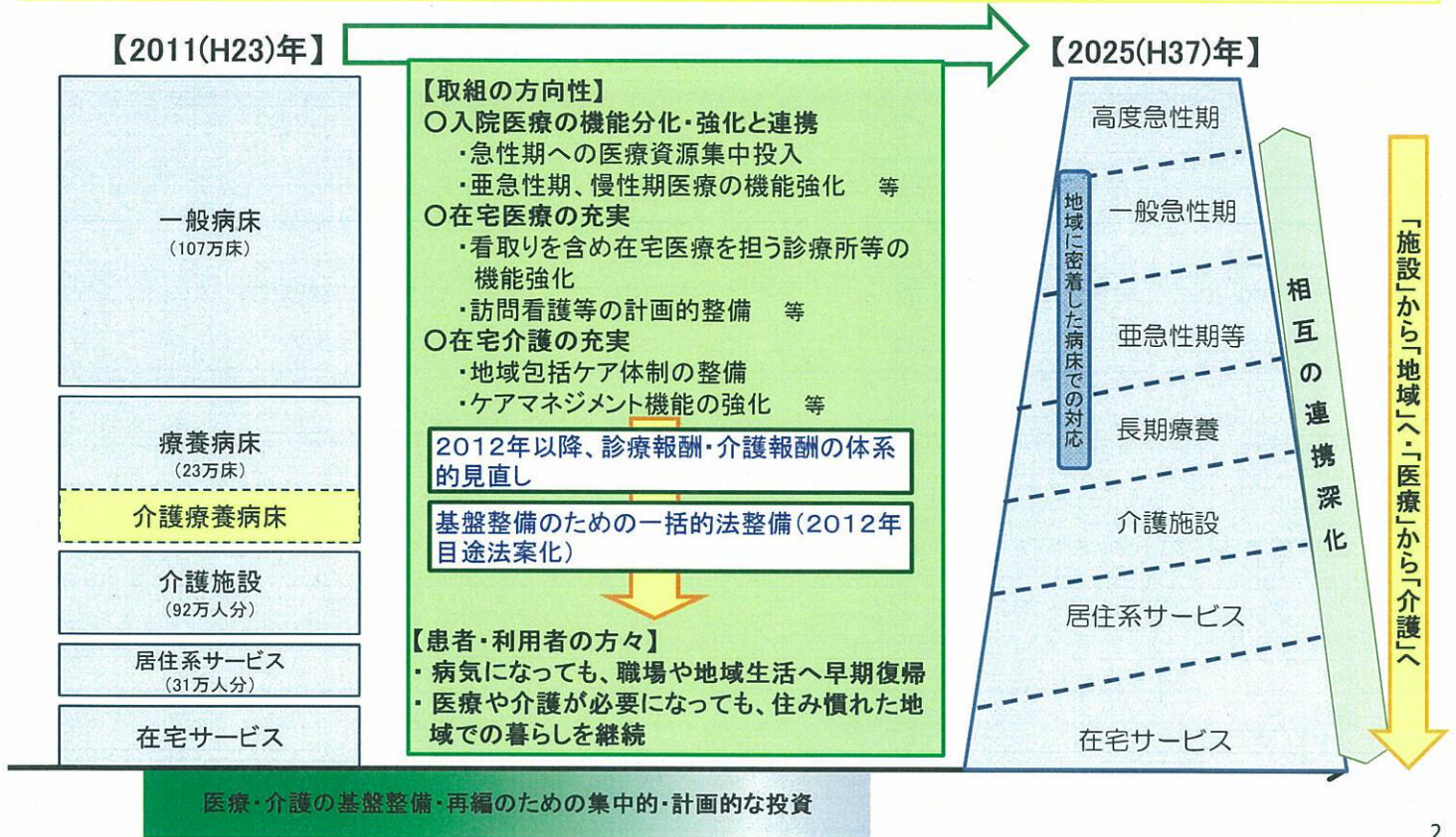
- 医療資源の投入強化等による機能強化、医療機関間や医療と介護の連携の強化等により、平均在院日数の短縮。 （▲4,300億円程度）

所要額（公費）2015年
P10～14までの小計

～0.6兆円程度
（機能分化等が全て実現する場合の試算）

将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

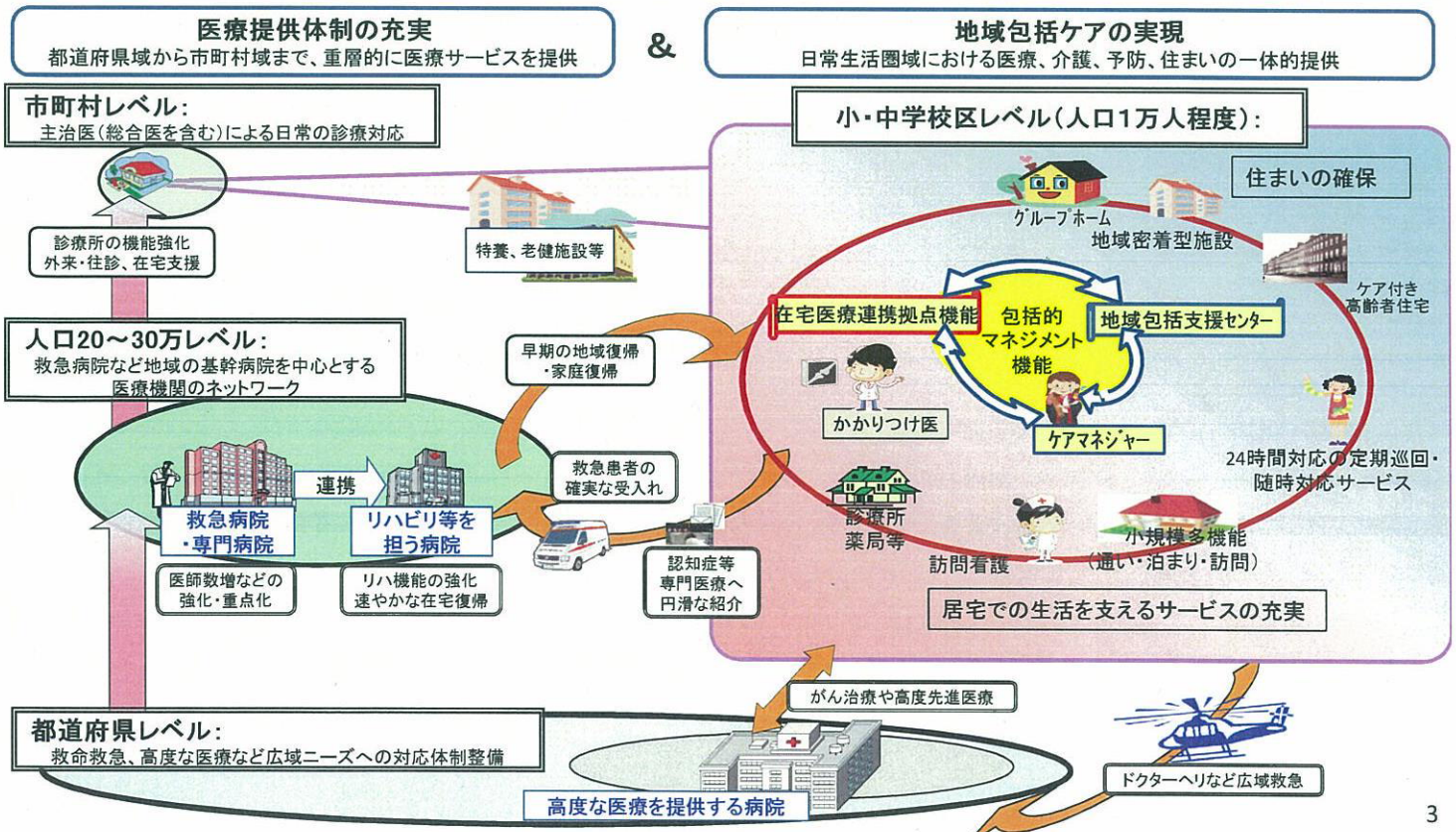
○ 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。



医療・介護の提供体制の将来像の例

～機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築～

○ 小・中学校区レベル(人口1万人程度の圏域)において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20～30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備。



○ 生活習慣病予防の積極的な推進、医療連携の推進、ICTの利活用、番号制度の導入、保険者による適正な受診の指導や電子化したデータを用いた保健事業の推進などにより、国民の生活の質を向上。

所要額（公費）
2015年
▲0.1兆円程度

<現状>

- 日本人の死亡原因の約6割が生活習慣病。
- 在宅医療で、医療関係者と介護の関係者間で必要な情報を十分に共有できていない。
- 一度に多くの医療機関で診察を受けたり、短い期間で何度も医療機関にかかったりするなど、日本の一人当たり外来診察回数は、諸外国と比べて多い。

(参考)1人あたり外来診察回数の国際比較(年単位)

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
人口一人当たり 外来診察回数	4.0 (※1)	5.9	7.8	6.9	2.8 (※2)	13.4 (※1)

(出典):「OECD Health Data 2010」

注「※1」は2007年のデータ「※2」は2006年のデータ

重点化・効率化

<改革の具体策>

- 特定健診を推進して、生活習慣病を予防
- 医療機関などの連携を強化し、必要な時に迅速にサービスを受けられるように。
- 電子化の推進で利便性の向上
医療・健康情報を電子化し、自分の健康管理がより簡単に。診療報酬の請求を電子化し、事務を簡素・効率化。
- 電子化したデータを用いて市町村などの保険者が、適正な受診の指導などを実施
- 番号制度の導入で医療・介護サービスの手続きがより簡単に。



氏名:○○
番号:××-××



保険証は一枚だけで可、医療・介護で重複した手続きが1回に、など。

介護サービスの改革 ～地域包括ケアの確立～

今後の急速な高齢化の進展や、単身・高齢者夫婦のみの世帯増加のなかで、高齢者の尊厳を保持し、自立支援を一層進めて行く介護サービス提供体制の実現に取り組むため、
①「地域包括ケアシステム」(※)の確立のための在宅サービス等の充実
※日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される体制
②介護予防の推進、重度化予防等の高齢者の自立に資する給付への重点化等に取り組む。

所要額（公費）
2015年
0.1兆円程度
重点化に伴う
マンパワー増強
0.2兆円程度

<現状>

- 高齢化の進展に伴い、介護保険制度の給付費は急増
12年度3.6兆円 → 22年度7.9兆円
- 一方、サービス間や医療・住宅等の他の施策との連携が不十分。
- 都市部での高齢化等により単身・夫婦のみの高齢者世帯は一層増加。
- 今後、更なる増加が見込まれる認知症高齢者に対するサービスの質・量が不十分。
- ケアマネジメントも含め、サービスが必ずしも利用者の自立につながっていないとの指摘。

充 実

<改革の具体策>

- 地域包括ケアシステムの確立を図るため、24時間対応の定期巡回・随時対応サービス等の在宅サービスの充実、ケアマネジメントの機能強化、医療との連携強化を推進。
- 小規模多機能型居宅介護やグループホームの拡充により、認知症への対応を強化。
- 施設について、ユニット化等の個別ケアを推進。
(合わせて2,500億円程度)
- サービスの充実を支える介護職員の処遇の改善。
(2,400億円程度)

重点化・効率化

<改革の具体策>

- 介護予防の推進、機能訓練等の重度化予防に資する給付への重点化等により、要介護者数の減少を図る。
- 地域包括ケアシステムの実現により、重度者を含む要介護高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることを可能とし、在宅への移行を図る。
(合わせて▲1,800億円程度)

(参考) 医療・介護分野における主な充実、重点化・効率化要素 (2025年)

		2025年
充 実	急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等)	<ul style="list-style-type: none"> 高度急性期の職員等 2倍程度増 (単価 約1.9倍)(現行一般病床平均対比でみた場合) 一般急性期の職員等 6割程度増 (単価 約1.5倍)(") 亜急性期・回復期リハ等の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)
	長期療養・精神医療の改革 (医療資源の集中投入等)	<ul style="list-style-type: none"> 長期療養の職員 コメディカルを中心に1割程度の増(単価5%程度増) 精神病床の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ、認知症への対応)	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療利用者数の増 1.4倍程度 居住系・在宅介護利用者 約25万人/日程度増加(現状投影シナリオに対する増)・グループホーム約10万人/日、小規模多機能 約32万人/日分程度増加(現状投影シナリオに対する増) 定期巡回、随時対応 約15万人/日分程度整備
	医療・介護従事者数の増加	<ul style="list-style-type: none"> 全体で2011年の1.5～1.6倍程度まで増
	その他各サービスにおける充実、サービス間の連携強化など	<ul style="list-style-type: none"> 介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大等各種サービスの充実 介護職員の処遇改善(単価の上昇) 地域連携推進のためMSW等の増(上記医療機関の職員増に加えて1～2中学校区に1名程度増)など
重 点 化 ・ 効 率 化	急性期医療の改革 (平均在院日数の短縮等) ※ 早期の退院・在宅復帰に伴い患者のQOLも向上	<ul style="list-style-type: none"> 高度急性期 : 平均在院日数 15～16日程度 一般急性期 : 平均在院日数 9 日程度 亜急性期・回復期等 : 平均在院日数 60 日程度 (パターン1の場合) <p>(現行一般病床についてみると、平均在院日数19～20日程度[急性期15日程度(高度急性19～20日程度、一般急性13～14日程度)、亜急性期等75日程度]とみられる。)</p>
	長期療養・精神医療の改革 (平均在院日数の短縮等)	<ul style="list-style-type: none"> 長期療養 在院日数1割程度減少 精神病床 在院日数1割程度減少、入院2割程度減少
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	<ul style="list-style-type: none"> 入院・介護施設入所者 約60万人/日程度減少(現状投影シナリオに対する減)
	予防(生活習慣病・介護)・地域連携・ICTの活用等	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病予防や介護予防・地域連携・ICTの活用等により、医療については外来患者数5%程度減少(入院ニーズの減少に伴い増加する分を除く)、介護については要介護者等3%程度減少
	医薬品・医療機器に関する効率化等	<ul style="list-style-type: none"> 伸び率として、△0.1%程度 (医療の伸び率ケース①の場合) (現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。)
	医師・看護師等の役割分担の見直し	<ul style="list-style-type: none"> 病院医師の業務量△2割程度(高度急性期、一般急性期)

被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化

～医療保険における非正規労働者対策と国保財政の強化～

非正規労働者や低所得者・無収入者の増大に対応し、医療保険制度のセーフティネット機能の強化を図るため、

- ①短時間労働者に対する被用者保険の適用を拡大する。
- ②市町村国保の財政運営の都道府県単位化と併せ、財政基盤の強化を行う。

所要額 (公費)
2015年
～0.3兆円程度
…被用者保険の適用拡大、
総報酬割と併せて検討

<現状>

【非正規労働者の増大と保障の弱体化】

- 同じ仕事でも労働時間等により被用者保険が適用されない非正規労働者が増加。

雇用者に占める非正規労働者の割合

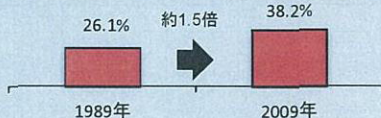


【市町村国保の財政悪化】

- 財政規模の小さな市町村の国保は運営が不安定。

- 低所得者や無収入者の増大により財政基盤が弱体化。

保険料軽減措置を受けている低所得者世帯の割合



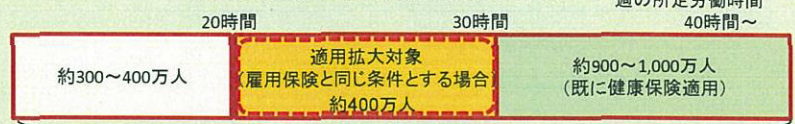
充 実

<改革の具体策>

【短時間労働者への被用者保険の適用拡大】

- 被用者保険の適用範囲を拡大し、短時間労働者のセーフティネット機能を強化。(完全実施の場合、公費で▲1,600億円の財政影響)

非正規労働者への健康保険適用拡大のイメージ



非正規労働者(※)(約1,700～1,800万人)

※ 労働力調査(2010年)によると、非正規労働者(勤め先の呼称が「パート」、「アルバイト」、「派遣社員」、「契約社員・嘱託」、「その他」の者)は合計で1,755万人。

【市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化】

- 各都道府県が策定する「広域化等支援方針」に基づき広域化の環境整備。市町村国保の財政運営の都道府県単位化を目指す。

- 低所得者の保険料軽減措置の拡充等により、市町村国保の財政基盤を強化。(公費で最大2,200億円の財政影響)

- 今後も保険料負担の増加が見込まれる介護保険制度を支えるため、
 - ①負担については、応能負担の要素を強化しつつ、低所得者への配慮を行うとともに、
 - ②給付について、被保険者の自立に資するものに重点化する。

【再掲】所要額（公費）
2015年
～0.3兆円程度
…被用者保険の適用拡大、総報酬割と併せて検討

<現状>

- 介護サービスの利用増加に伴い、第1号被保険者（65歳以上）の保険料は大きく上昇。
- 第2号被保険者の保険料（40～65歳）については、現在、各医療保険者が被保険者の数に応じて負担しており、相対的に財政力の弱い保険者の負担が重くなっている。
- また、給付については、必ずしも利用者の自立につながっていないという指摘もある。

充 実

<改革の具体策>

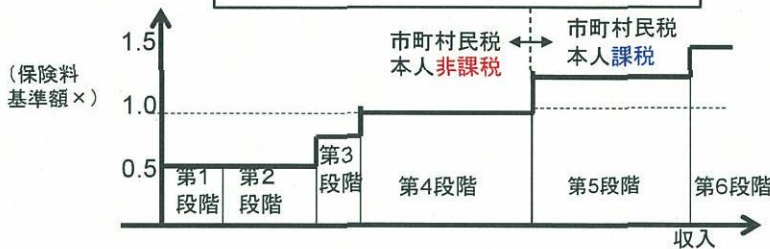
- 第1号被保険者の保険料について、公費を導入し、低所得者の負担軽減を図る。（～1,300億円程度）

重点化・効率化

<改革の具体策>

- 第2号被保険者の保険料について、被用者保険の各保険者の財政力（加入者の総報酬）に応じて負担する仕組みとし、応能負担の要素を強化する。
(完全実施で▲1,600億円程度)
- 軽度者について、機能訓練等の重度化予防に効果のあるものに給付の重点化を図る。

参考① 現行の第1号保険料の仕組み



参考② 第2号保険料率

	平均標準報酬月額	介護保険料率
健康保険組合	約36万円	1.16%
協会けんぽ	約28万円	1.50%

※ 平均標準報酬月額は平成21年10月時点、介護保険料率は平成22年

高度・長期医療への対応（セーフティネット機能の強化）と給付の重点化

- 医療保険のセーフティネット機能を強化するため、長期に高額な医療費がかかる患者の負担を軽減し、高額療養費の自己負担限度額の見直しを行う。
併せて、受診時における定額の一部負担等の導入を検討（病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討）する。ただし、低所得者に配慮する。

所要額（公費）
2015年
～0.1兆円程度
…受診時定額負担等と併せて検討

<現状>

- 医療の進歩により、長期に高額な治療薬を服用するなどにより、医療費負担の重い患者が生じている。
- 高額療養費の所得区分（70歳未満）の一般所得者の年収の幅が大きくなっている。

	年収の目安 (夫婦1人の給与所得者世帯の場合)	自己負担限度額（1月当たり）
上位所得者	約790万円以上	約150,000円 (多数該当 83,400円)
一般	約210万円～約790万円	約80,100円 (多数該当 44,400円)
低所得者	約210万円以下	35,400円 (多数該当 24,600円)

- 自己負担限度額が月単位のため、年間医療費が同じでも高額療養費が支給されない場合がある。

○ 毎月医療費約23万円・自己負担額7万円の場合 ※ 自己負担限度額を80,100円、多数該当44,400円として試算。



○ 隔月で医療費約47万円・自己負担額14万円の場合



- 高額療養費の見直しには相当規模の財源の確保が必要。

充 実

<改革の具体策>

高額療養費について、以下のような見直しによる負担軽減を検討。
(公費で～1,300億円程度)

- ① 非課税世帯ではない中低所得者の自己負担の軽減
(例えば、年収に応じた自己負担の上限について、現在の区分を細分化して、きめ細かく対応する。)
- ② 自己負担額に年間上限額を設ける

重点化・効率化

<改革の具体策>

- 高額療養費の見直しに必要な財源をまかなうため、定額の自己負担を受診時に求めることなどを検討（病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討）。ただし、受診時低額負担については低所得者に配慮。

(初診・再診時に100円の負担をお願いした場合に、公費で▲1,300億円)

総合合算制度の導入 ～番号制度を活用した低所得者の自己負担軽減～

- 税・社会保障の負担が増加する中で、低所得者の負担軽減により所得再分配機能を強化
- 社会保険制度の持続性・安定性の確保
- 制度横断的な自己負担軽減策の導入

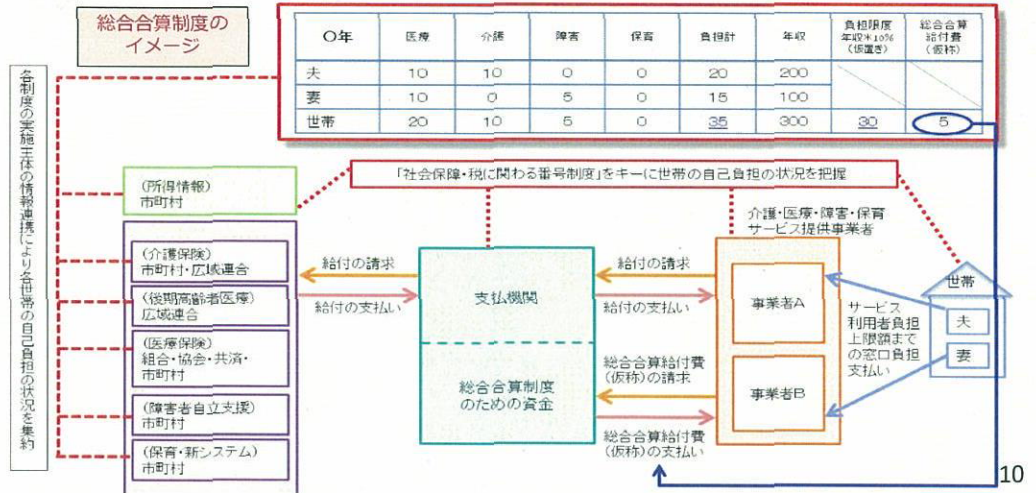
所要額（公費）
2015年以降
～0.4兆円程度

<現状>

- 今後の高齢化や社会保障の機能強化に伴い負担の増加が見込まれる中で、低所得層の負担能力へのきめ細かな配慮が必要
- 貯蓄も少ない低所得者が失業したり病気にかかると、生活保護に至る手前で受け止められるセーフティネットが不十分
- 各社会保障制度で個別に低所得者対策が講じられているが、累次の改正により複雑化し、国民には全体像が分かりにくい

充 実

- 「低所得者の家計に過重な負担をかけない」観点から、制度単位ではなく家計全体をトータルに捉えて、医療・介護・保育・障害に関する自己負担の合計額に上限を設定
- 基礎的な消費支出等を踏まえ、負担上限を年収の一定割合とするなど、低所得者に対してきめ細かく設定
- 2015年以降の「社会保障・税に関わる番号制度」等の情報連携基盤の整備が前提



高齢者医療制度の見直し

- 高齢者医療制度については、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組みを構築する。

<現状>

高齢者医療制度については、新たな制度のあり方について厚生労働大臣主宰の「高齢者医療制度改革会議」において検討を進め、平成22年12月に最終とりまとめを行った。

<改革の具体策>

高齢者医療制度の見直し(高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど)

〔参考〕 高齢者医療制度改革会議「最終とりまとめ」(平成22年12月20日)の概要

<制度の基本的枠組み>

- ① 後期高齢者医療制度を廃止し、75歳以上の方も現役世代と同様に国保か被用者保険に加入することとする。

<国保の運営のあり方>

- ② 国保については、第一段階(平成25年度)で75歳以上について都道府県単位の財政運営とし、第二段階(平成30年度)で全年齢について都道府県単位化する。

<公費>

- ③ 75歳以上の医療給付費に対する公費負担割合について、実質47%から50%に引き上げる。(現在は、現役並み所得を有する高齢者の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっている。)

※ 前期高齢者の医療給付費への公費投入も検討課題。

<高齢者の保険料>

- ④ 国保に加入する75歳以上の保険料は、同じ都道府県であれば原則として同じ保険料とし、その水準は、医療給付費の1割程度とする。
- ⑤ 高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回る構造を改める。

<現役世代の保険料による支援金>

- ⑥ 75歳以上の高齢者への支援金については、被用者保険者間での按分方法を各保険者の総報酬に応じた負担とする。

<患者負担>

- ⑦ 70歳から74歳までの高齢者の患者負担は、個々人の負担が増加しないよう、70歳に到達する方から段階的に1割負担から本来の2割負担とする。

○ 現在、後発医薬品(ジェネリック医薬品)のシェア(数量ベース)を30%とする目標を掲げているが、更なる使用促進を図る。医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す。

<現状>

- 先発品と比べて低価格の後発医薬品は患者負担の軽減や医療保険財政の改善のために重要。現在、数量シェアを30%に引き上げることを目標。
- 後発医薬品のシェアは近年、上昇しているが、更なる使用促進を図る必要。また、併せて医薬品の患者負担の見直しを行う。



(参考)日本の後発医薬品の数量シェアの推移

	H17年9月	H19年9月	H21年9月	22年12月※
後発医薬品割合	16.8	18.7	20.2	22.8

厚生労働省調べ(薬価調査に基づく)。
但し、22年12月のみ、レセプト電算処理システムで処理された薬局における調剤レセプトのデータをもとに分析したもので、調査方法が異なるので、単純に比較はできない。

(参考)諸外国の後発医薬品の数量シェア

	アメリカ	イギリス	ドイツ
後発医薬品の数量シェア(%)	69	61	64

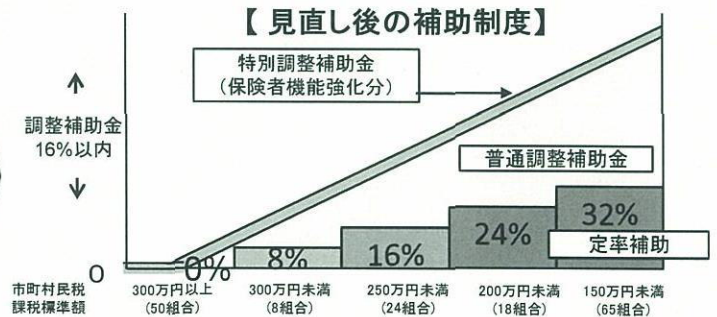
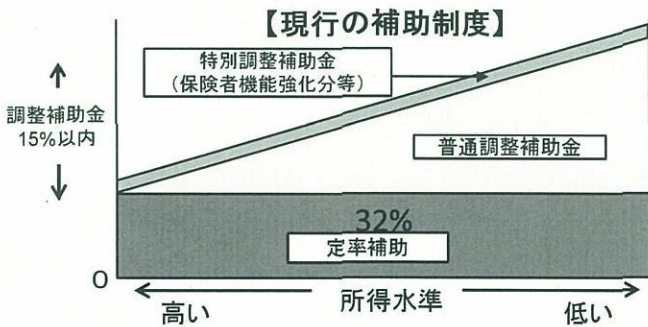
(出典)IMS Health, MIDAS, Market Segmentation, RX only, メーカー出荷ベース, MAT Dec 2008
諸外国の数値については、出典及び定義に差異があるため、単純に比較はできない。

<改革の具体策>

- 診療報酬の見直し等により後発医薬品の使用促進を図っており、こうした取組を更に進める。
- 都道府県に協議会を設置し、国民や医療関係者が安心して後発医薬品を使用できるような環境整備を図る。また、モデル保険者による差額通知サービスの実施により、保険者における使用促進の取組みを推進。
- 医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す。

国民健康保険組合の国庫補助の見直し

○ 国保組合に対する国庫補助を、所得水準に応じた5段階の補助とする。



現状

1. 国保組合の所得水準にかかわらず、医療給付費等の32%を定率補助。
2. 本来、健康保険の適用を受けるべき者が、年金事務所から適用除外承認を受けて国保組合に加入している場合の定率補助は、協会けんぽ(16.4%)の水準。ただし、平成9年8月以前に適用除外承認を受けて加入した者については、32%。
3. 調整補助金の総枠は医療給付費等の「15%以内」。

重点化・効率化

1. 国保組合の所得水準に応じた5段階の補助。
2. 平成9年8月以前に適用除外承認を受けて加入した者も含め、協会けんぽの水準(16.4%)に統一。
3. 調整補助金の総枠を「16%以内」に拡大。

(注1)行政刷新会議の再仕分け(平成22年11月16日)の結論に沿った見直し。政省令改正等により実施できる見直しについては、平成23年度から既に実施済。

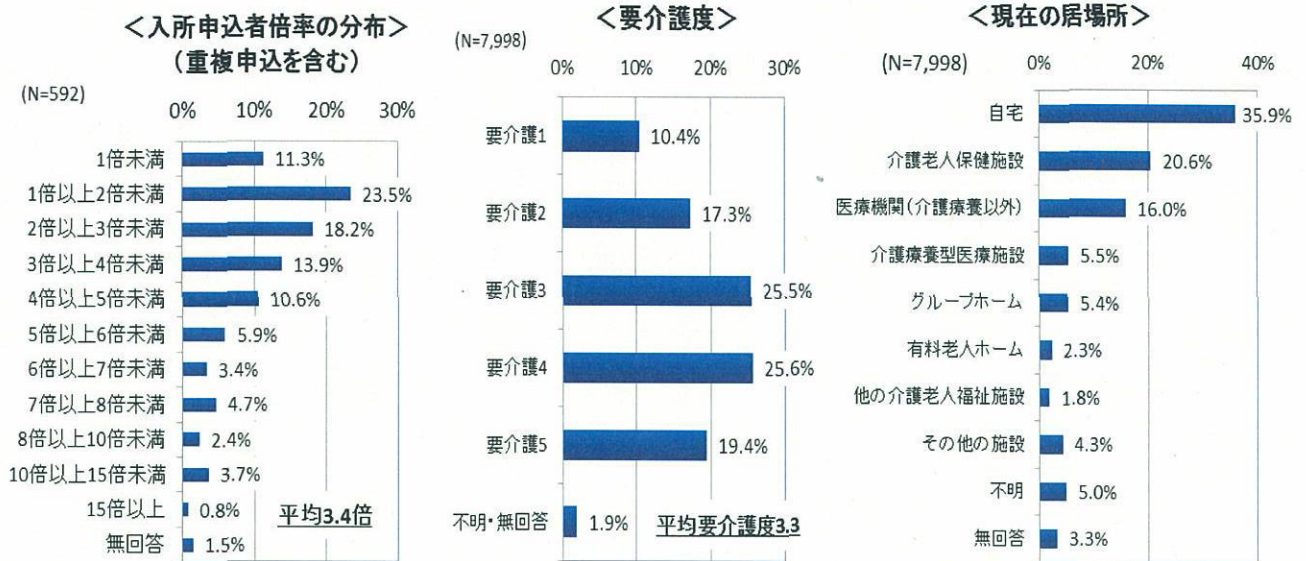
(注2)国庫補助削減額の粗い試算(5年後)
▲420億円程度(平成22年度予算ベース)

特別養護老人ホームにおける入所申込の実態に関する調査研究

(平成22年度老人保健健康増進等事業 医療経済研究機構)

全国の特養から1,500施設を無作為抽出し調査を実施
 ・施設調査：592施設回答（回収率39.5%）
 ・入所申込者調査：570施設回答（回収率38.0%）

1. 入所申込者の状況



2. 入所申込者の現状確認の状況

入所申込者に対し、現状を確認して情報を更新している施設 76.9%

<確認の結果>

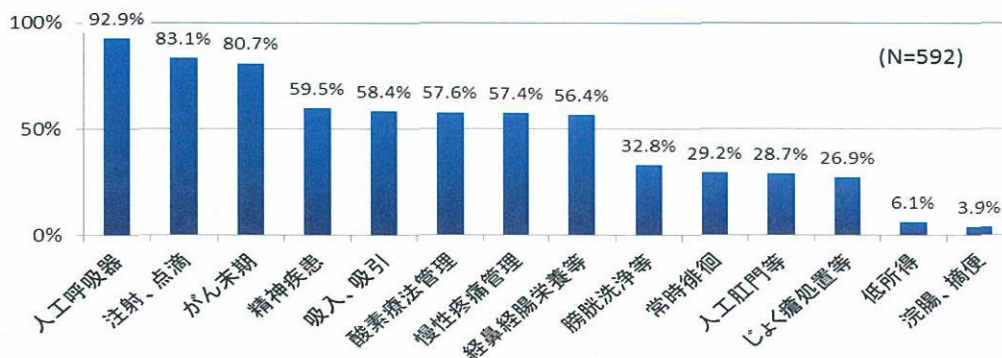
- ・入所申込を取り下げた者の割合 16.7%
- ・連絡が取れない等により現状確認ができない者の割合 16.2%

3. 医療処置等が必要な入所申込者への対応

「吸入、吸引」「経鼻経腸栄養等」が必要な入所申込者について「お断りすることがある」「原則としてお断りする」と回答した施設の割合は、「吸入、吸引」が58.4%、「経鼻経腸栄養等」が56.4%

【医療処置等が必要な入所申込者を断る割合※】

※「お断りすることがある」「原則としてお断りする」の回答割合の合計



4. 施設からみて「真に入所が必要」と考えられる入所申込者は1割強

①「優先して入所させるべき」と考える人^{*}の入所申込者に占める割合 10.8%

^{*}「優先して入所させるべき」と考える人

入所申込者の中で、ベッドの空き状況や待機状況に関係なく、施設が優先して入所させるべきと考える人。現時点ですぐに入所する必要がないと思われる人は含めない。

<参考> 優先して入所させるべきと考える人の条件(複数回答)

・介護放棄、虐待等の疑いがある	<u>71.3%</u>
・介護者が不在、一人暮らし	<u>62.2%</u>
・施設、病院から退所、退院を迫られている	<u>36.1%</u>
・要介護度が一定水準以上(平均3.3以上)	<u>34.3%</u>
・家族が入所の必要性を強く訴えている	<u>24.3%</u>
・認知症による常時徘徊等の周辺症状がある	<u>17.4%</u>

②「現在の生活は困難であり、すぐにでも入所が必要」と考える人の入所申込者に占める割合(入所を待てる期間から判断) 11.3%

<参考> 入所の必要性別の割合(入所を待てる期間から判断)

・現在の生活は困難であり、すぐにでも入所が必要	<u>11.3%</u>
・入所の必要はあるが、最大1年程度現在の生活継続可能	<u>28.2%</u>
・1年以上、現在の生活継続可能	<u>34.5%</u>
・特別養護老人ホームでの生活は難しい	<u>4.3%</u>
・現状不明のため、判断できない	<u>18.7%</u>
・無回答	<u>3.1%</u>

- 平成21年度の厚生労働省の全国調査の入所申込者数42.1万人にあわせて示せば4万人となる。
→ ただちに入所が必要だが入所できない人が4万人いるということ。
- それ以外の人(在宅介護に困難を感じる人)に対して、多様なケアニーズに対応する特養入所に限定しない選択肢が用意されるべき。

5. 特別養護老人ホーム入所待ちの構造

(1) 入所必要性や入所の意向が高くない者の存在

- 42.1 万人には、「入所の意向が低く、順番が来ても入所しない人」や「既に入所が不要になっているが名簿に掲載されたままの人」等が含まれている。
- 介護保険制度の下、自由な申込が可能なので、入所申込者数は膨れ上がる一方。
→不安にかられて申し込むという事態を改善することが急務。
- 制度運営上の改善点に目を向け、地域性を踏まえた丁寧な議論が行われるべきで、重要なのは数字ではない。
- 在宅生活に困難が生じた結果、すぐに特別養護老人ホームに入所申込をするのではなく、真に入所が必要になった時点で初めて申し込み、そこで入所することが可能な環境であれば、入所申込者は現状よりも絞られる。

(2) 受入が制限される申込者の増加

- 経管栄養等の医療処置が必要な人、常時徘徊、精神症状が強い場合等は、その時の施設の対応能力によって受入を制限せざるを得ない。
→現在の施設数を増やしても解決しない
- 胃ろう等への対応を含め、地域の中での医療機関・介護施設間での認識共有、連携が必要。
- 特養への入所が適切な人の状態像、特養の機能の整理が必要。

(3) 管理方法の改善余地

- 入所申込者情報を更新しない施設の倍率（定員に対する入所申込者数）が高い傾向。
- 情報更新に関する自治体の関与等の工夫で、管理事務の効率化を図る余地はないか。
- 入所必要性の点数化による客観的、公平な指標と、本人・家族の切迫性とのバランスに配慮する必要がある。

特別養護老人ホームにおける入所申込の実態に関する調査研究【研究要旨】
 (平成 22 年度老人保健健康増進等事業 医療経済研究機構)

I. 目的

特別養護老人ホームの入所申込者に占める真に入所が必要な人の割合やその実態、施設における入所決定の判断根拠等を明らかにすることを目的とする。さらに、入所待ちの状況や実際の入所決定に影響を与える要因を把握・分析する。

II. 対象・方法

1. 調査対象

全国の特別養護老人ホームから無作為抽出した 1,500 施設を対象とした。

2. 調査基準日

平成 23 年 2 月 1 日

3. 調査の構成等

図表1 調査票の種類

調査名	調査内容	施設の提出部数
1. 施設調査	施設の概況、在所者の状況、入所申込者数、申込者管理方法等	1 部
2. 入所申込者調査	入所申込者の居場所、要介護度、家族の状況等	入所申込者の 1/10 (最大 20 部)
3. 待機状況調査	仮想の入所申込者の優先順位	1 部 (提出任意)

III. 調査結果の概要

1. 回収状況

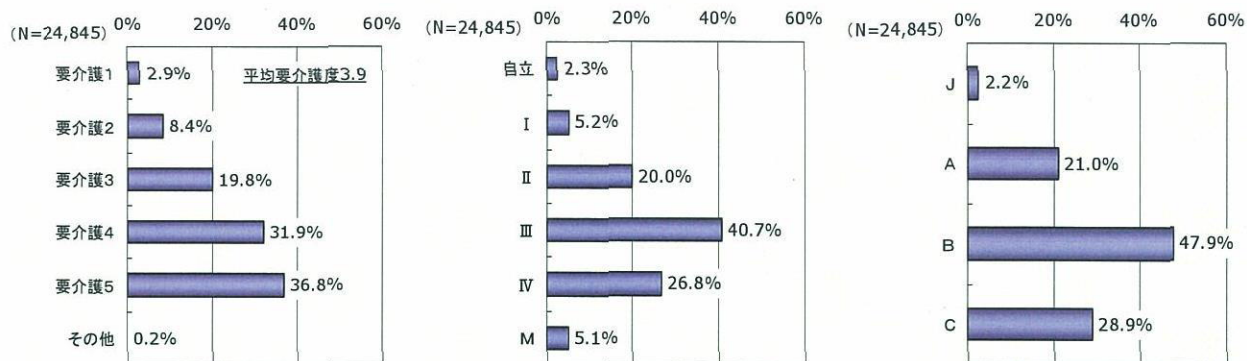
図表2 回収状況

調査種類	回収数	回収率
1. 施設調査	592 件	39.5%
2. 入所申込者調査	570 件	38.0%
申込者票枚数	7,998 枚	
1 施設当たり平均申込者票枚数	14.0 枚	
3. 待機状況調査 (提出任意)	254 件	16.9%

2. 在所者の状況《施設調査》

調査基準日現在の在所者の要介護度は平均 3.9 であり、認知症高齢者・障害高齢者の日常生活自立度とあわせて、それらの分布は図表 3 のとおりであった。医療処置等を必要とする在所者の割合は、経鼻経腸栄養等：12.5%、浣腸・摘便：9.2%、吸入・吸引：6.8%等であった。また、調査基準日現在の定員に対する平成 21 年度 1 年間の新規入所者数、退所者数の割合は、図表 4 のとおり、それぞれ 24.4%、22.4%であった。

図表3 在所者の要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度、障害高齢者の日常生活自立度



図表4 1年間の新規入所者数・退所者数

	人数	割合
定員 (平成23年2月1日現在)	38,405人	100.0%
平成21年度中の新規入所者数	9,353人	24.4%
平成21年度中の退所者数 (死亡退所を含む)	8,617人	22.4%

3. 入所申込者の受入・管理状況《施設調査》

入所申込者に対して現状を確認して情報を更新している施設は76.9%、積極的には何もしない施設は21.6%であった。入所申込者の情報を確認・更新している76.9%の施設のうち、「入所申込者全員」に対して現状確認を実施した施設の直近の確認結果をみると、図表5のとおり、入所申込を取り下げた人が16.7%、連絡がとれない等により現状確認ができなかった人が16.2%存在した。

図表5 現状確認の結果

	人数	割合
現状確認を行った人数	34,990人	100.0%
（うち）入所申込を取り下げ	5,844人	16.7%
（うち）連絡がとれない等により現状確認できず	5,654人	16.2%

※有効回答211施設の集計。なお、現状確認の頻度は平均1.9回/年。

また、医療処置等を必要とする申込者の受入方針についてみると、「吸入・吸引」「経鼻経腸栄養等」が必要な入所申込者について、「お断りすることがある」「原則としてお断りする」と回答した施設の割合の合計は、「吸入・吸引」が58.4%、「経鼻経腸栄養等」が56.4%であった。

4. 入所申込者数《施設調査》

調査基準日現在の入所申込者数について有効回答のあった583施設についてみると、図表6のとおり、1施設当たり定員数は66.7人、1施設当たり入所申込者数は227.1人であり、定員数に対して3.4倍の入所申込者が存在していた。これについては、居室種類が従来型の施設、65歳以上人口千人当たり特養・介護保険施設の定員数が少ない都道府県に存在する施設において、倍率（定員数に対する入所申込者数）が高いという傾向がみられた。また、入所申込者の管理状況別にみると、申込者情報の管理・更新が行われている施設で3.2倍、行われていない施設で4.0倍であり、情報の管理・更新をしていない施設において倍率が高いという傾向がみられた。

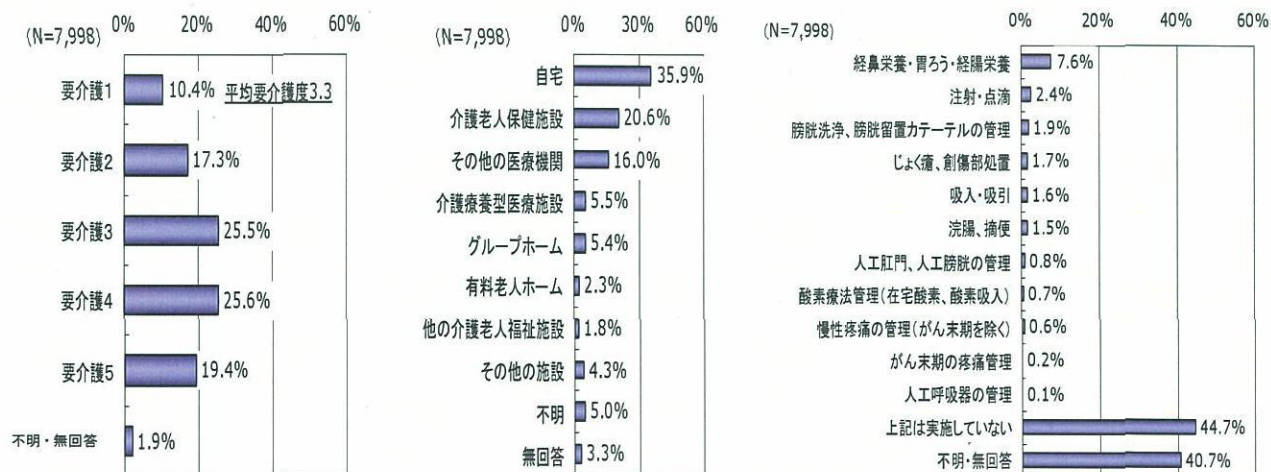
図表6 定員に対する入所申込者数（1施設当たり）

		施設数	1施設当たり定員 (①)	1施設当たり入所申込者 (②)	倍率 (②/①)
合計		583件	66.7人	227.1人	3.4倍
居室種類別	従来型のみ	369件	69.8人	250.6人	3.6倍
	ユニット型のみ	171件	58.4人	181.1人	3.1倍
	従来型+ユニット型	42件	73.9人	206.5人	2.8倍
	無回答	1件	72.0人	274.0人	3.8倍
65歳以上人口千人当たり特養定員数	①下位25%未満の都道府県	215件	72.7人	283.7人	3.9倍
	②25%以上50%未満の都道府県	147件	62.5人	211.8人	3.4倍
	③50%以上75%未満の都道府県	112件	60.4人	169.1人	2.8倍
	④75%以上の都道府県	109件	67.2人	195.6人	2.9倍
65歳以上人口千人当たり介護保険三施設定員数	①下位25%未満の都道府県	204件	74.8人	322.8人	4.3倍
	②25%以上50%未満の都道府県	155件	61.9人	181.7人	2.9倍
	③50%以上75%未満の都道府県	116件	59.8人	158.2人	2.6倍
	④75%以上の都道府県	108件	65.9人	185.5人	2.8倍
管理状況別	申込者情報の管理・更新が行われている 該当する	432件	65.8人	209.0人	3.2倍
	該当しない	151件	69.4人	278.8人	4.0倍

5. 入所申込者の状況《入所申込者調査》

入所申込者調査（施設毎に入所申込者の1/10抽出、最大20名）で回収された7,998人の要介護度と現在の居場所は、図表7のとおり、平均要介護度が3.3、現在の居場所は「自宅」が35.9%、「介護老人保健施設」が20.6%、「（介護療養型医療施設以外の）その他の医療機関」が16.0%であった。入所申込者が必要とする医療処置については、図表7のとおり「不明・無回答」が40%以上を占めたが、「経鼻経腸栄養等」が必要な人の割合は7.6%、「注射・点滴」が必要な人の割合は2.4%であった。

図表7 入所申込者の要介護度、現在の居場所、医療処置の状況【複数回答】



入所申込の理由としては、図表8のとおり「同居家族等による介護が困難となったため」が55.6%、次いで「介護する家族等がないため」が19.9%、「施設・医療機関から退所・退院する必要があるため」が16.5%となっていた。

図表 8 入所申込理由【複数回答】

	人 数	割 合
同居家族等による介護が困難となったため ^{※1}	4,446 人	55.6%
介護する家族等がないため ^{※1}	1,588 人	19.9%
施設・医療機関から退所・退院する必要があるため	1,321 人	16.5%
最期まで見てくれるため	810 人	10.1%
現在の居所での認知症への対応が困難なため	584 人	7.3%
入所費用が安い	506 人	6.3%
不明	441 人	5.5%
その他 ^{※2}	395 人	4.9%
無回答	329 人	4.1%
総 数	7,998 人	100.0%

※1 これらの中には、現在施設入所中の申込者分も含まれている

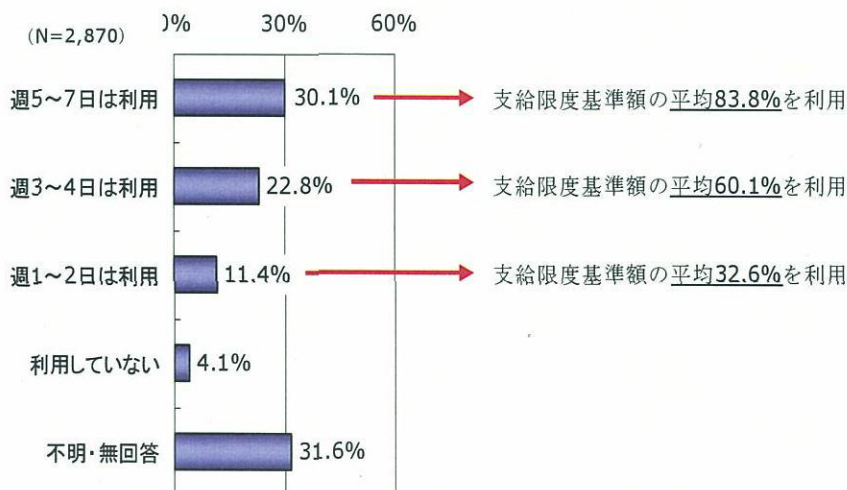
※2 その他：「今後の不安、将来に備えて」1.9%等

また、現在の居場所が自宅である入所申込者 2,870 人の家族・介護者等の状況をみると、図表 9 のとおり「家族・介護者はいるが、病気、高齢、就労、育児等により、介護が困難である」64.9%が最も多く、次いで「家族・介護者がおり、現時点では介護可能である」17.6%、「介護する人がいない」13.8%などとなっていた。同様に、居宅サービスの利用頻度をみると、図表 10 のとおり「週 5～7日は居宅サービスを利用」30.1%、「週 3～4日は居宅サービスを利用」22.8%などとなっていた。

図表 9 家族・介護者等の状況（居所が自宅の入所申込者）

	人 数	割 合
家族・介護者はいるが、病気、高齢、就労、育児等により、介護が困難である	1,864 人	64.9%
家族・介護者がおり、現時点では介護可能である	504 人	17.6%
介護する人がいない	396 人	13.8%
不明	84 人	2.9%
無回答	22 人	0.8%
合 計	2,870 人	100.0%

図表 10 居宅サービスの利用状況（居所が自宅の入所申込者）



6. 真に入所が必要な人《施設調査・入所申込者調査》

施設の判断による二つの観点（①「優先して入所させるべき」と考える人、②特別養護老人ホームへの入所を待てる期間）から、「真に入所が必要な人」の割合等を調査した。

（1）「優先して入所させるべき」と考える人《施設調査》

施設が「優先して入所させるべき」と考える人^{*}の人数について有効回答があった480施設についてみると、図表11のとおり、1施設当たり入所申込者数は220.0人、1施設当たり「優先して入所させるべき」と考える人は23.9人、入所申込者全体に占める「優先して入所させるべき」と考える人の割合は10.8%であった。この割合は、ユニット型が従来型に比べて高かったが、地域別、入所申込者の管理状況別（申込者情報の更新実施の有無別、入所指針の公表・説明の有無別等）にみて一定の傾向はなかった。

^{*}「優先して入所させるべき」と考える人

入所申込者の中で、ベッドの空き状況や待機状況に関係なく、施設が優先して入所させるべきと考える人。現時点ですぐに入所する必要がないと思われる人は含まない。

図表11 「優先して入所させるべき」と考える人の割合（1施設当たり）

1施設当たり 入所申込者 (②)	1施設当たり 優先して入所させ るべき人(③)	入所申込者に占める 割合 (③/②)
220.0人	23.9人	10.8%

^{*}なお、表中の人数、割合は、それぞれ小数第二位を四捨五入して表示している。

また、「優先して入所させるべき」と考える人の条件（複数回答）は、図表12のとおり「介護放棄、虐待の疑いがあること」71.3%、「介護者が不在、一人暮らしであること」62.2%などとなっていた。

図表12 「優先して入所させるべき」と考える人の条件【複数回答】

	施設数	割合
介護放棄、虐待等の疑いがあること	422件	71.3%
介護者が不在、一人暮らしであること	368件	62.2%
施設・病院から退所・退院を迫られている状況であること	214件	36.1%
要介護度が一定水準以上であること	203件	34.3%
一次判定の点数が一定水準以上であること	155件	26.2%
家族が入所の必要性を強く訴えていること	144件	24.3%
認知症による常時徘徊等の周辺症状があること	103件	17.4%
一次判定と二次判定 [*] の合計が一定水準以上であること	38件	6.4%
その他	104件	17.6%
無回答	47件	7.9%
総数	592件	

^{*} 入所判定の際、「一次判定」「二次判定」の二段階で採点、評価を実施している施設がある

（2）施設が判断する入所の必要性《入所申込者調査》

入所申込者調査において、入所を待てる期間から判断される入所の必要性を調査したところ、「現在の生活は困難であり、すぐにでも入所が必要」が11.3%、「入所の必要はあるが、最大1年程度現在の生活の継続が可能」が28.2%であった。

図表13 入所の必要性

	人数	割合
現在の生活は困難であり、すぐにでも入所が必要	907人	11.3%
入所の必要はあるが、最大1年程度現在の生活継続可能	2,252人	28.2%
1年以上、現在の生活継続可能	2,760人	34.5%
特別養護老人ホームでの生活は難しい	342人	4.3%
現状不明のため、判断できない	1,493人	18.7%
無回答	244人	3.1%
合 計	7,998人	100.0%

7. 「入所申込者」「受入者（施設）」の意識や行動面の課題《施設調査》

『「入所申込者」「受入者（施設）」の意識や行動面の課題（自由記入）』の回答のうち主なものについて(1)入所申込者、(2)受入者、(3)それ以外に分けると、以下のとおりとなった（回答数が20件以上のものを抜粋）。

(1)入所申込者に関する課題	<ul style="list-style-type: none"> ・将来への不安からとりあえず申し込む人、入所の順番が来ても入所しない人が多い（37件） ・本人や家族に介護に関する知識不足、特養に対する理解不足がある（27件） ・本人・家族の状況が変わっても変更の連絡をしない人が多い（24件）等
(2)受入者（施設）に関する課題	<ul style="list-style-type: none"> ・医療ニーズ（吸引、経管栄養等）の増加に対応しきれない（41件） ・申込者が非協力的、人数が多い等の理由により、現状確認業務の負担が大きい（39件） ・入所に関する現行制度（入所判定、点数評価基準）に課題がある（34件） ・入所者の重度化により、受入に影響がある（20件）等
(3)それ以外の課題	<ul style="list-style-type: none"> ・他のサービス事業者（ケアマネ、病院等）の認識が不十分である、連携の必要がある（28件）等

IV. まとめ

1. 入所申込者の受入・管理状況と入所申込者数

入所申込者全員に対して現状確認を実施した施設の直近の確認結果をみると、入所を取り下げた人が16.7%、連絡がとれない等により現状確認ができなかった人が16.2%存在しており、入所申込者の中には既に入所の必要がない人、入所意向の確認ができない人等が一定割合を占めていることが示された。また、医療処置等を必要とする申込者の受入方針について「お断りすることがある」「原則としてお断りする」と回答した施設の割合の合計は、「吸入、吸引」58.4%、「経鼻経腸栄養等」56.4%であった。医療処置については今後の現行介護保険施設の役割分担のあり方に関連するが、一定の医療処置が昼夜を問わず安全におこなわれるためには施設職員の確保が必須の条件となる。

入所申込者数について有効回答のあった施設における1施設当たり定員数は66.7人^{※1}、1施設当たり入所申込者数は227.1人^{※2}、定員数に対して3.4倍の入所申込者がおり、この倍率は居室種類が従来型の施設、65歳以上人口当たり特養・介護保険施設の定員数が少ない都道府県に存在する施設、入所申込者情報の更新等をしていない施設等において高い傾向がみられた。

※1 定員数ではなく実際に空くと想定されるベッド数と申込者とを比較すると、倍率ははるかに高くなる。

※2 1施設当たり入所申込者数（227.1人）の中には、重複申込者、入所が不要となったが申込の取り下げをしていない者等が含まれるため、実質的な待機者数は入所申込者数を下回る可能性が高い。

2. 入所申込者の状況

入所申込者の平均要介護度は 3.3、現在の居場所は「自宅」35.9%、「介護老人保健施設」20.6%、「(介護療養型医療施設以外の)その他の医療機関」16.0%であった。入所申込の理由(複数回答)としては、「同居家族等による介護が困難となったため」55.6%、「介護する家族がいないため」19.9%、「施設・医療機関から退所・退院する必要があるため」16.5%となっていた。

要介護度が比較的軽度(要介護1~2)の人について要介護3~5の人と比べると、入所申込理由は「同居家族等による介護が困難となったため」の割合が低く、「介護する家族等がいないため」の割合が高く、また要介護1~2の申込者の居場所は「自宅」の割合が高かった。同居家族がいない状況で在宅生活に困難を感じて申し込む人、今後の重度化を心配して申し込む人等が存在する可能性が示されたが、これらの中には在宅生活を支援する適切なサービス等が提供されれば、入所申込をせずに済むケースもあると思われる。

3. 真に入所が必要な人

施設の判断による二つの観点(①「優先して入所させるべき」と考える人、②特別養護老人ホームへの入所を待てる期間)から、真に入所が必要な人の割合等を調査した。該当設問に対し有効回答があった施設における1施設当たり入所申込者数は220.0人、「優先して入所させるべき」と考える人は23.9人、入所申込者全体に占める「優先して入所させるべき」と考える人の割合は10.8%であった。また、入所を待てる期間から判断される入所の必要性をたずねたところ、「現在の生活は困難であり、すぐにでも入所が必要」が11.3%であり、ここにおいても「真に入所が必要」と考えられる申込者は1割強となった。

また、そのほか「入所の必要はあるが、最大1年程度は現在の生活を継続することが可能」は28.2%であった。

4. 「入所申込者」「受入者(施設)」の意識や行動面の課題

「入所申込者、受入者(施設)の意識や行動面の課題」について回答(自由記入)から、現在の入所申込者の中には、①入所の意向があり在宅介護が困難で、特養への入所が適切な人のほかに、②現時点で入所の意向が低い人(とりあえず申し込む人等)、③入所の意向はあるが特養での対応が難しい人(医療処置が必要な人等)、④現状確認ができない人、が存在している様子がうかがえた。

このような入所申込者の構成に加え、複数施設への重複申込者も多いため、施設は「順番が来れば入所するはず」の申込者を上回る申込者を抱えており、その管理業務が負担となっている。また、吸引、経管栄養、常時徘徊等の受入を制限せざるを得ない施設も多く、該当する入所申込者は必要性が高くてもすぐには入所できないというケースが存在する。入所判定等については、多くの施設で自治体等の定める入所指針に基づき統一的に行っているものの、医療処置等の必要なケース、点数の高さと入所の必要性・切迫性が必ずしも一致しないケース等について、一律に点数評価による順位づけでは対応できない面があるものと考えられる。