

説明資料

－社会保障の給付と負担等の見直しについて②－ (詳細資料)

平成28年10月27日

財務省主計局

医療提供体制

我が国の医療・介護制度の特徴と改革の視点

わが国の医療・介護制度の特徴

国民皆保険

フリーアクセス

自由開業制

出来高払い

患者側

- 低い患者負担でコストが明確に認識できないまま、フリーアクセスゆえに医療機関にかかりやすい仕組み。

医療機関側

- できるだけ患者を受け入れて診療行為をすればするほど収入を確保することが可能。
- 患者と医療機関側との情報の非対称性も加わって、過剰なサービス供給が行われやすい。

医療・介護費の増大を招きやすい構造

国民皆保険を維持しつつ、制度を持続可能なものとしていくための医療・介護制度改革の視点

高齢化の進展を踏まえた医療・介護提供体制の確保

- 高齢化による疾病構造の変化等を踏まえた効率的な医療提供体制、地域包括ケアシステムの構築（緩やかなアクセス制限を含む）

大きなリスクは共助 小さなリスクは自助

- 個人で対応できない大きなリスクには共助でカバーする一方、小さなリスクは自助で対応することとし、給付を重点化

年齢ではなく負担能力に 応じた公平な負担

- 年齢により異なる負担とするのではなく、資産の保有状況等も含めた負担能力に応じた負担とし、全世代で支え合う仕組みを構築

公定価格の適正化・包括化等 を通じた効率的な医療・介護

- 診療報酬・介護報酬の適正化や包括的かつ簡素な仕組みへの見直し、薬価制度改革等を通じ、効率的な医療・介護サービスを提供

医療・介護制度改革の視点と具体的な検討項目

視点

高齢化の進展を踏まえた
医療・介護提供体制の確保

大きなリスクは共助
小さなリスクは自助

年齢ではなく負担能力
に応じた公平な負担

公定価格の適正化等を
通じた効率的な医療・介護

今後の検討事項※

- かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入
- 介護療養病床等の効率的なサービス提供体制への転換
- ◇ 地域医療構想に沿った医療提供体制の実現
- ◇ 医療費適正化計画の策定・実現（外来医療費に係る地域差の是正等）
- ◇ 医療費適正化計画の進捗状況等を踏まえた診療報酬の特例の活用のあるり方
- ◇ 病床再編や地域差是正に向けた都道府県の体制・権限の整備

- 入院時の光熱水費相当額に係る負担の見直し
- スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率のあり方
- 介護保険における利用者負担のあり方
- 介護の軽度者に対する生活援助サービス・福祉用具貸与等やその他の給付のあり方

- 高額療養費／高額介護サービス費の見直し
- ◇ 後期高齢者の保険料軽減特例の見直し
- 金融資産等を考慮に入れた負担を求める仕組みの医療保険への適用拡大
- ◇ 医療保険における後期高齢者の窓口負担のあり方
- 介護納付金の総報酬割導入
- ◇ 現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図るためのその他の課題

- ◇ 高額薬剤の薬価等のあり方（オプジーボ等）
- ◇ 費用対効果評価の導入
- ◇ 生活習慣病治療薬等の処方のあるり方
- ◇ 先発医薬品価格のうち後発医薬品に係る保険給付額を超える部分の負担のあり方
- ◇ 薬価改定のあり方（改定実績も踏まえ、その頻度を含め検討）

「工程表」
の整理

医療・介護提供体制改革

負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化

診療報酬、
医薬品等に係る改革

※□は「改革工程表」に沿って平成28年末までに結論を得る必要がある事項

社会保障制度改革国民会議報告書

～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～

(平成25年8月6日 社会保障制度改革国民会議)

II 医療・介護分野の改革

1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命

社会システムには慣性の力が働く。日本の医療システムも例外ではなく、四半世紀以上も改革が求められているにもかかわらず、20世紀半ば過ぎに完成した医療システムが、日本ではなお支配的なままである。

日本が直面している急速な高齢化の進展は、疾病構造の変化を通じて、必要とされる医療の内容に変化をもたらしてきた。平均寿命60歳代の社会で、主に青壮年期の患者を対象とした医療は、救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療であった。しかしながら、平均寿命が男性でも80歳近くとなり、女性では86歳を超えている社会では、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢期の患者が中心となる。そうした時代の医療は、病気と共存しながらQOL(Quality of Life)の維持・向上を目指す医療となる。すなわち、医療はかつての「病院完結型」から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療、実のところ医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療に変わらざるを得ない。ところが、日本は、今や世界一の高齢国家であるにもかかわらず、医療システムはそうした姿に変わっていない。(中略)

具体的には、日本の医療・介護サービス提供体制が抱えている問題は、2008(平成20)年6月に公表された「社会保障国民会議第二分科会(サービス保障(医療・介護・福祉))中間とりまとめ」で詳述されており、医療について言えば、人口当たりの病床数は諸外国と比べて多いものの、急性期・回復期・慢

性期といった病床の機能分担は不明確であり、さらに、医療現場の人員配置は手薄であり、病床当たりの医師・看護職員数が国際標準よりも少なく過剰労働が常態化していること、この現実が、医療事故のリスクを高め、一人一人の患者への十分な対応を阻んでいることが指摘されていた。

救急医、専門医、かかりつけ医(診療所の医師)等々それぞれの努力にもかかわらず、結果として提供されている医療の総体が不十分・非効率なものになっているという典型的な合成の誤謬ともいうべき問題が指摘されていたのであり、問題の根は個々のサービス提供者にあるのではない以上、ミクロの議論を積み上げるのでは対応できず、システムの変革そのもの、具体的には「選択と集中」による提供体制の「構造的な改革」が必要となる。要するに、今のシステムのままで当事者が皆で努力し続けても抱える問題を克服することは難しく、提供体制の構造的な改革を行うことによって初めて、努力しただけ皆が報われ幸福になれるシステムを構築することができるのである。

2008(平成20)年の「社会保障国民会議 最終報告」で示された「あるべき医療・介護サービス」提供体制の背景にある哲学は、医療の機能分化を進めるとともに急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、後を引き継ぐ回復期等の医療や介護サービスの充実によって総体としての入院期間をできるだけ短くして早期の家庭復帰・社会復帰を実現し、同時に在宅医療・在宅介護を大幅に充実させ、地域での包括的なケアシステムを構築して、医療から介護までの提供体制間のネットワークを構築することにより、利用者・患者のQOLの向上を目指すというものであった。

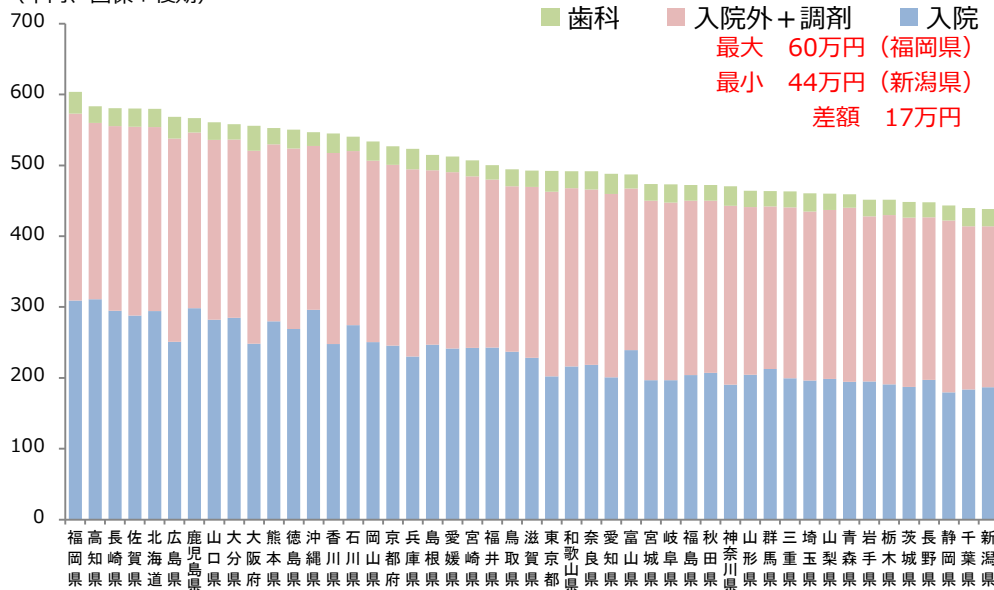
(参考)我が国の医療提供体制の問題点

国名	平均在院 日数 (急性期)	人口千人 当たり 総病床数	病床百床 当たり 臨床医師数	人口千人 当たり 臨床医師数	病床百床当たり 臨床看護職員数	人口千人当たり 臨床看護職員数	人口百万人あたり MRI台数
日本	30. 6 (17.2)	13. 3	17. 1※2	2. 3※2	78. 9※2	10. 5※2	46. 9
ドイツ	9. 1 (7.7)	8. 3	48. 9	4. 1	156. 5	13. 0	11. 6
フランス	10. 1※2 (5.7)※2	6. 3	52. 9※3	3. 3※3	149. 3※3	9. 4※3	9. 4
イギリス	7. 1 (5.9)	2. 8	100. 4	2. 8	292. 9	8. 2	6. 1
アメリカ	6. 1※1 (5.4)※1	2. 9※2	85. 3※2	2. 6	380. 5※2・3	11. 1※3	35. 5

出典：「OECD Health Data 2015」MRIはHealth Statistics 2015より 注1：「※1」は2011年、「※2」は2012年のデータ。 注2：「※3」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

◆ 一人あたり医療費（年齢調整後※）の地域差

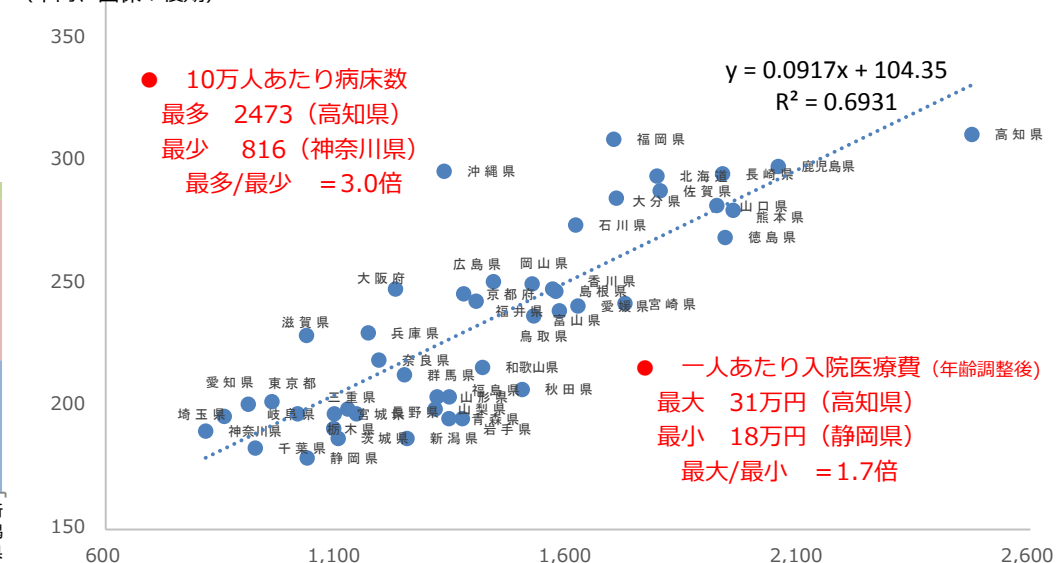
(千円、国保+後期)



(出典)厚生労働省資料

◆ 入院医療費（年齢調整後※）と病床数の関係

一人当たり入院医療費
(千円、国保+後期)

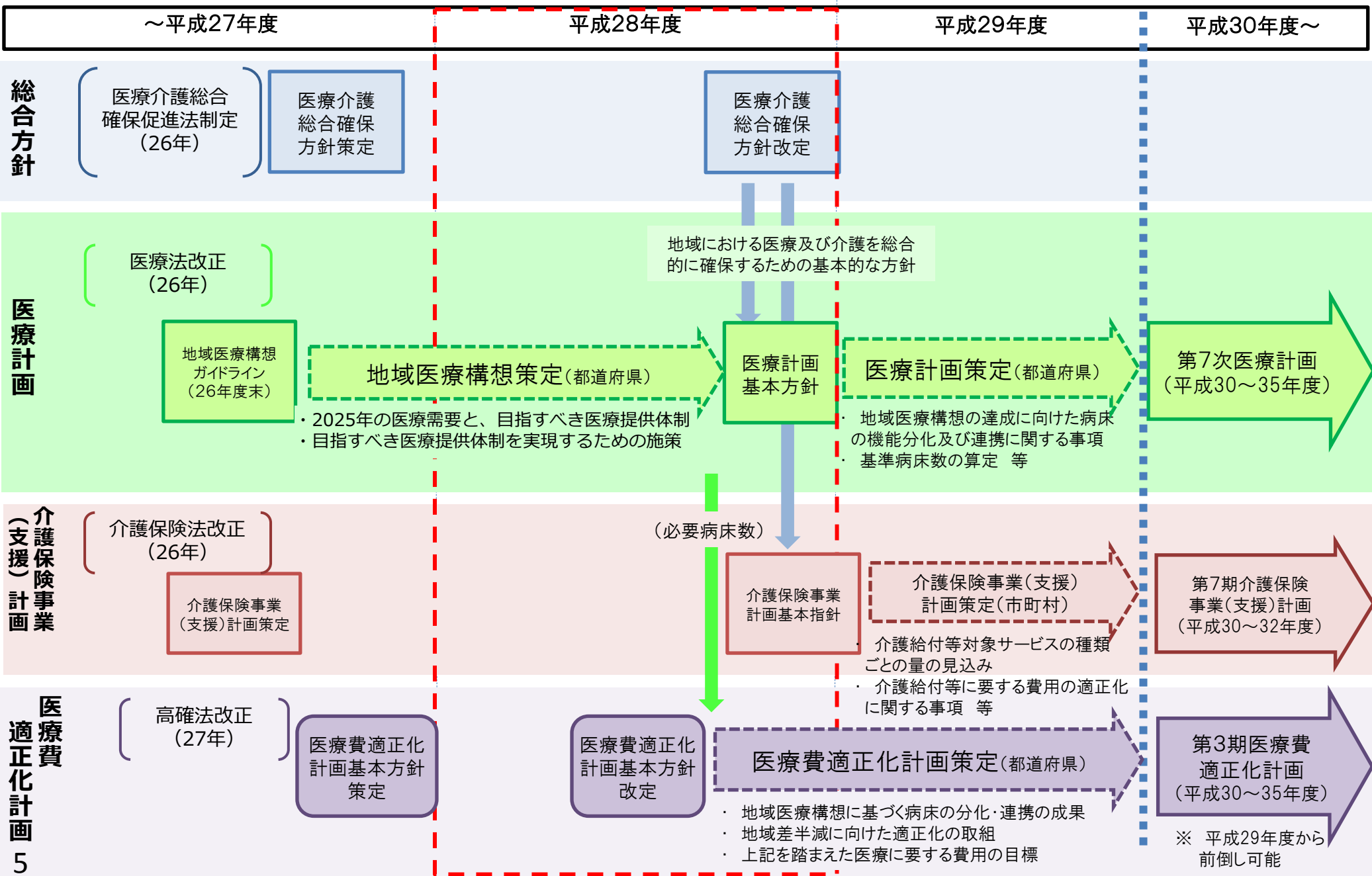


(出典): 病床数については平成25年度医療施設調査

一人当たり入院医療費についてはは厚生労働省資料

※ 各都道府県の年齢階級別1人当たり医療費をもとに、全国の年齢構成と同じと仮定して算出。高齢化率等の年齢構成の違いでは説明できない地域差である。

医療・介護提供体制の見直し／医療費適正化に向けたスケジュール



経済・財政再生計画及び改革工程表における改革項目(医療提供体制①)

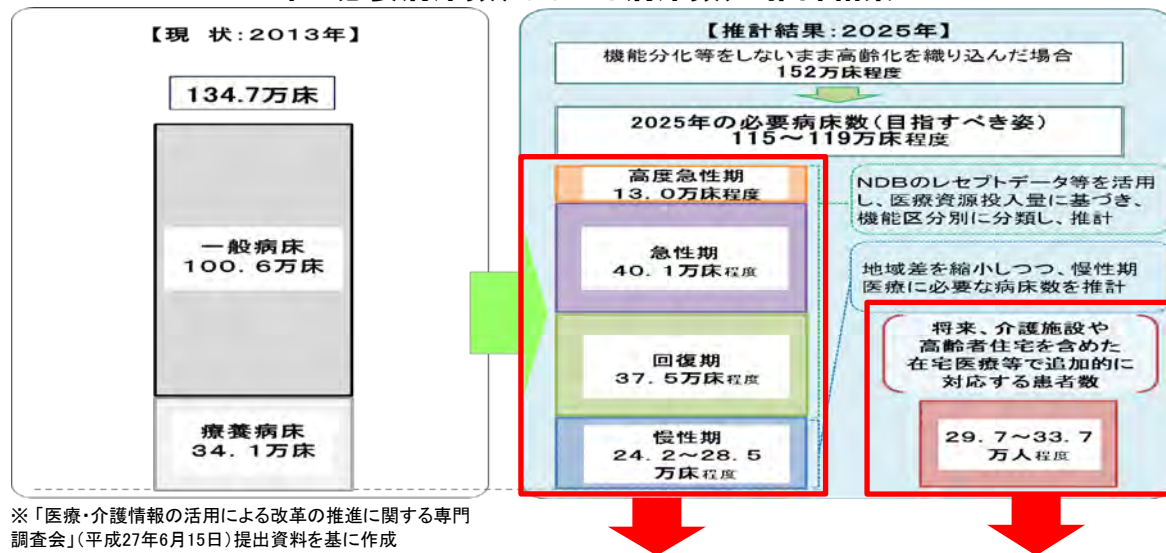
改革項目	経済・財政再生計画	改革工程表	番号
地域医療構想に沿った医療提供体制の実現	都道府県ごとの地域医療構想を策定し、データ分析による都道府県別の医療提供体制の差や将来必要となる医療の「見える化」を行い、それを踏まえた病床の機能分化・連携を進める。	必要なデータ分析及び推計を行った上で、2025年の高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとの医療需要と病床の必要量等を定める地域医療構想を、原則として全ての都道府県において、2016年度末までに前倒しで策定	①
医療介護総合確保基金の活用	改革に取り組む都道府県を重点的に支援する観点からの地域医療介護総合確保基金の平成27年度からのメリハリある配分	2015年度における病床の機能分化・連携に係る事業への重点的な配分の取組を、2016年度以降も継続	②
病床再編や地域差是正に向けた都道府県の体制・権限の整備	都道府県の体制・権限の整備の検討等を通じて、都道府県の行う病床再編や地域差是正の努力を支援する。これらの施策について可能なものから速やかに実施する。	都道府県の体制・権限の在り方について、2014年の法律改正で新たに設けた権限の行使状況等を勘案した上で、関係審議会等において検討し、結論。検討の結果に基づいて2020年央までに必要な措置を講ずる	③
介護療養病床等の効率的なサービス提供体制への転換	療養病床については、病床数や平均在院日数の地域差が大きいことから、入院受療率の地域差縮小を行い、地域差の是正を確実に行う。このため、慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービス提供体制について、医療の内容に応じた制度上の見直しを速やかに検討する。	介護療養病床等の効率的なサービス提供体制への転換について、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論 → 検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる (法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む)	④
地域医療構想を踏まえた医療従事者の需給のあり方	人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制の構築に資するよう、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の是正などの観点を踏まえた医師・看護職員等の需給について、検討する。	「地域医療構想」も踏まえつつ、医療従事者の需給について、検討会を設置して、検討し、結論	⑤

経済・財政再生計画及び改革工程表における改革項目(医療提供体制②)

改革項目	経済・財政再生計画	改革工程表	番号
医療費適正化計画の策定・実現	地域医療構想と整合的な形で、都道府県ごとに医療費の水準や医療の提供に関する目標を設定する医療費適正化計画を策定する。平成 27年度中に、国において目標設定のための標準的な算定方式を示す。これらの取組を通じて、都道府県別の一人当たり医療費の差を半減させることを目指す。	各都道府県においてデータ分析に基づく医療費の地域差の分析、「見える化」を行った上で、その是正のための取組を含む次期医療費適正化計画を、できる限り前倒しで策定（本来の策定期限は2017年度末） 国において、NDB等を活用した入院・外来医療費の地域差等の分析、「見える化」を引き続き推進し、指標を追加するとともに、国民に分かりやすい形で定期的に公表する	⑥
外来医療費に係る地域差の是正	外来医療費についても、データに基づき地域差を分析し、重複受診・重複投与・重複検査等の適正化を行いつつ、地域差の是正を行う。		
医療費適正化計画の進捗状況等を踏まえた診療報酬の特例の活用の方	医療費適正化計画の進捗状況等を踏まえた高齢者医療確保法第14条の診療報酬の特例の活用の在り方の検討	高齢者医療確保法第14条の診療報酬の特例の活用方策について、関係審議会等において検討し、結論。検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる	
保険者の取組を促すインセンティブのある仕組みを構築	保険者については、国民健康保険において、保険者努力支援制度の趣旨を現行補助制度に前倒しで反映する。その取組状況を踏まえ、2018年度（平成30年度）までに保険者努力支援制度のメリハリの効いた運用方法の確立・・・など、保険者における医療費適正化に向けた取組に対する一層のインセンティブ強化について制度設計を行う。	- 新たな指標の達成状況に応じ保険者のインセンティブを強化する観点から、2016年度から国民健康保険の特別調整交付金の一部において傾斜配分の仕組みを開始 - 保険者努力支援制度の具体的な仕組み（評価指標、支援額の算定方法等）を検討し、2018年度までに運用方法を確立 → 国民健康保険の保険者努力支援制度を2018年度より本格実施	⑦
	後期高齢者支援金の加算・減算制度の運用面での強化・・・など、保険者における医療費適正化に向けた取組に対する一層のインセンティブ強化について制度設計を行う。	制度の運用面での強化に向けた加算・減算幅等の制度設計（※） ※（１）保険者の特性を考慮すること、（２）複数の指標による総合的な評価をすること、（３）より多くの保険者に広く薄く加算するとともに、指標の達成状況に応じて段階的に減算する仕組みへと見直すこと等を検討 → 健康保険組合等の後期高齢者支援金における新たな指標の達成状況に応じた傾斜配分を、2018年度より実施	

◆地域医療構想（各都道府県で今年度中に策定）

2025年の必要病床数（あるべき病床数）の推計結果について



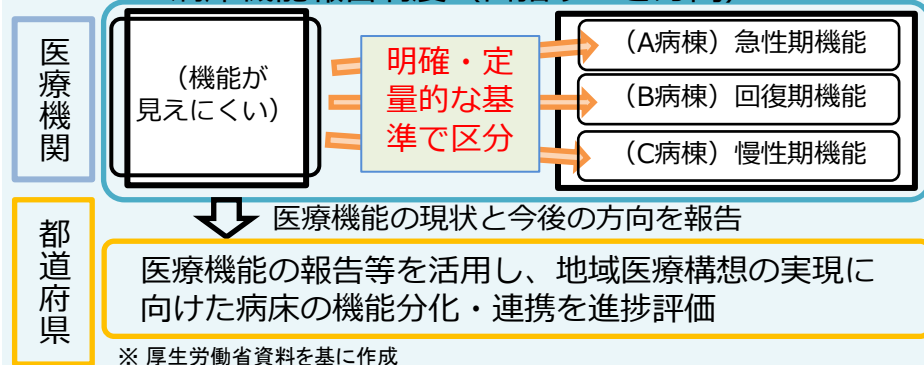
○ 地域医療構想を今年度中に策定した上で、その実現に向けた進捗のチェックが必要であるが、現在の病床機能報告制度では、病床機能を選択する際の判断基準が定性的。各医療機関による報告内容は客観性に乏しいため、進捗のチェックが困難。

○ 今年度から、レセプトに病棟コードが付記され、病床機能報告における病棟ごとの診療内容がひも付くことになる。このデータの分析により、地域医療構想における病床の4機能ごとの定量的な基準も設定可能。

○ また、在宅医療等により対応する患者（追加的に30万人程度）について、各地域において、在宅医療や介護施設、高齢者住宅など、受け皿の見通しを立てたうえで、必要な整備を進める必要。

◆進捗をチェックできる仕組み

病床機能報告制度（目指すべき方向）



◆在宅医療等の体制整備

在宅医療等の患者への対応のため、医療・介護を通じた受け皿（施設等）ごとの整備方針等について、「協議の場」等を活用しつつ、都道府県・市町村において調整・検討 → 医療介護総合確保方針（都道府県計画）に反映

第7次医療計画

・在宅医療の目標
・基準病床数

第7期介護保険 事業（支援）計画

介護サービス量の見込み

第3期医療費 適正化計画

医療費の目標に反映※

※医療費適正化計画の基本方針には、現時点では在宅医療等にかかる医療費の推計方法が示されていない。

【改革の方向性】（案）

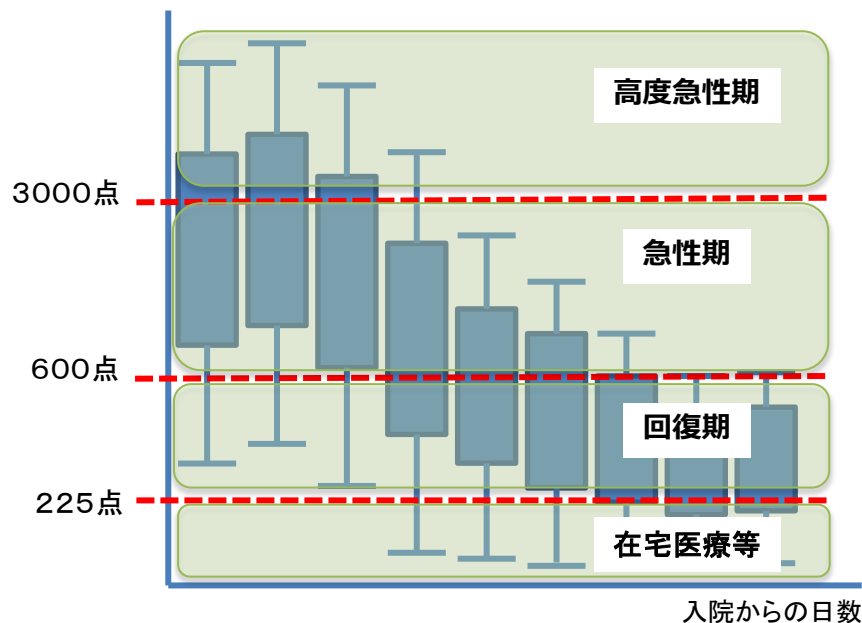
- 今年度末までに、全都道府県において地域医療構想を策定した上で、その実現に向けて、
 - ① 病棟ごとの診療行為について分析を行い、地域医療構想の病床機能ごとの定量的な基準を次期病床機能報告時までには明確化した上で、KPIに沿って進捗管理を行うべき。
 - ② 地域医療構想を踏まえた在宅医療の受け皿のあり方について、都道府県・市町村に於いて検討を進め、今後策定される医療・介護に係る諸計画について、これと整合的なものとすべき。

- 地域医療構想に盛り込まれる病床数については、病床機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）の別に、都道府県が二次医療圏等ごとに推計することとされている。
- 現在、「地域医療構想ガイドライン」を踏まえ、都道府県において、将来必要となる病床数の目標に係る地域医療構想の策定を進めており、本年9月末現在で、20都府県が策定済みであり、今年度中に全都道府県で策定がなされる見込み。

高度急性期、急性期、回復期の病床数の推計 (ガイドラインに基づき都道府県毎に推計)

- 実際の診療データに基づき、全患者の1日当たり医療資源投入量を入院経過日数順に並べ、基準に該当する患者数(人・日)を合算。これにより得られる医療需要を病床数に換算。

医療資源投入量

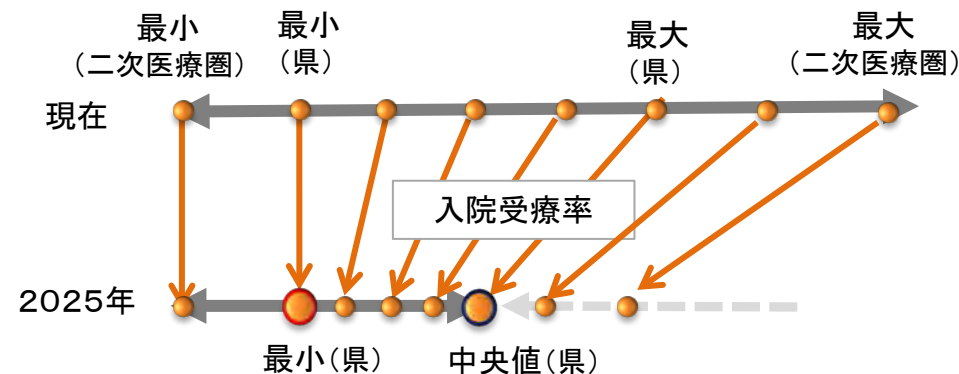


慢性期の病床数の推計 (ガイドラインに基づき都道府県毎に推計)

- 療養病床の入院受療率に現在、地域差があることから、例えば、全国最大レベルの入院受療率を全国中央値レベルにまで低下させる割合を用いて、地域差を解消。

【地域差解消手法の基本例】

全国最大レベル(県単位)の入院受療率を
全国中央値レベル(県単位)にまで低下させる割合を用
いて、二次医療圏ごとに全国最小との差を等比的に低
下する。



【論点】

- 地域医療介護総合確保基金（27年度予算：公費904億円（医療分））については、特に急務の課題である、地域医療構想の実現に向けた病床の機能分化を推進するため、「骨太の方針2015」等において、「病床の機能分化・連携」に重点的配分を行う方針が定められている。
- 「病床機能分化・連携」への交付額は徐々に増加しているが、この中には、I C Tに係る基盤整備など様々な事業が含まれ、地域医療構想の実現に向けた「病床の機能分化・連携」に直接資する施設整備に充てられたものは一部にとどまる。
- 具体的な事業の執行状況を明らかにした上で、当該事業が病床の機能分化・連携につながっているかどうかなど、基金の使途や効果を検証・評価していくべきではないか。

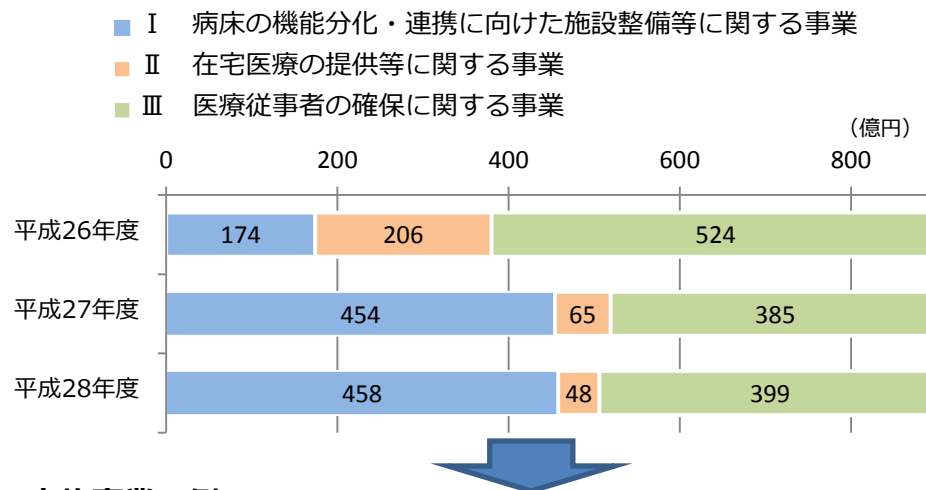
社会保障制度改革国民会議 報告書 抄
(平成25年8月6日社会保障制度改革国民会議)

2 医療・介護サービスの提供体制改革

(5) 医療・介護サービスの提供体制改革の推進のための財政支援

医療・介護サービスの提供体制改革の推進のために必要な財源については、消費税増収分の活用が検討されるべきである。・・・その活用が提供体制の改革に直接的に結びついてこそ、消費税増収分を国民に還元するという所期の目的は果たされることになる。・・・また、今般の国民会議で提案される地域ごとの様々な実情に応じた医療・介護サービスの提供体制を再構築するという改革の趣旨に即するためには、全国一律に設定される診療報酬・介護報酬とは別の財政支援の手法が不可欠であり、診療報酬・介護報酬と適切に組み合わせつつ改革の実現を期していくことが必要と考えられる・・・病院の機能転換や病床の統廃合など計画から実行まで一定の期間が必要なものも含まれることから、その場合の手法としては、基金方式も検討に値しよう。

◆地域医療介護総合確保基金の交付状況



◆ 実施事業の例

I 病床の機能分化・連携に向けた施設整備等に関する事業	・ I C Tを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備 ・ がん医療等連携体制構築設備整備（MRI整備補助等） ・ <u>病床の機能分化/連携を推進するための基盤整備※</u>
II 在宅医療の提供等に関する事業	・ 在宅医療の人材育成基盤を整備するための研修の実施 ・ かかりつけ医育成のための研修やかかりつけ医を持つことに対する普及・啓発
III 医療従事者の確保に関する事業	・ 地域医療支援センターの運営 ・ 寄付講座設置事業 ・ 看護師等養成所の施設・設備整備 ・ 分娩手当の補助 ・ 病院内保育所の整備 ・ 医師住宅の整備支援

※ 平成26／27年度交付額のうち、病床機能の転換等の施設・設備整備に充てられたものは49億円（交付額全体1,807億円の3%、Iの柱の交付額628億円の8%）。

【改革の方向性】（案）

- 地域医療構想が今年度中に全都道府県で策定されることを踏まえ、病床機能の転換等に直接資するものに重点化させるべき。
- 具体的にどのような事業に執行されているか明らかにした上で、各都道府県における基金の活用が、病床の機能分化・連携につながっているか検証・評価し、次年度以降の交付決定に反映するようにするなど、地方の創意工夫を生かしつつ、基金の趣旨・目的を十分踏まえた執行がなされる仕組みとすべき。

【論点】

- 地域医療構想の実現に当たり、都道府県は、公的医療機関等（公立病院、厚生連、日赤等）に対しては、不足している機能に係る医療を提供することの指示や、過剰な医療機能に転換しようとする病院に対する転換中止の命令等を実施できるが、民間医療機関に対しては、指示・命令はできない（要請等のみ）。

地域医療構想（ビジョン）を実現するための現行の仕組み

（１）「協議の場」の設置

- 都道府県は、地域医療構想の実現に向け、医療関係者、保険者等の関係者との協議を行う「協議の場」を設置。協議だけでは進まない場合、知事が以下の措置を講ずることが可能。

（２）都道府県知事が講ずることができる措置

① 病院の新規開設・増床への対応

- 知事は、開設許可の際、不足している医療機能を担うという条件を付けることができる。

② 既存医療機関による医療機能の転換への対応

【医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合】

- 知事は、医療機関に対して医療審議会での説明等を求めることができることとし、やむを得ない事情がないと認める時、医療審議会の意見を聞いて、転換の中止を要請（公的医療機関等には命令）することができる。

【協議の場が整わず、自主的な取組だけでは機能分化・連携が進まない場合】

- 知事は、医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請（公的医療機関等には指示）することができる。

③ 稼働していない病床の削減の要請

- 医療計画の達成の推進のために特に必要がある場合において、知事は公的医療機関等以外の医療機関に対して、医療審議会の意見を聴いて、稼働していない病床の削減を要請することができる。
 - ※ 現行法上、公的医療機関等に対しては、知事が稼働していない病床の削減を命令できる。

⇒【医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合】

- 知事は勧告を行う。勧告に従わない場合や、公的医療機関が命令・指示に従わない場合、以下の措置を講ずることができる。
 - イ 医療機関名の公表
 - 地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し

※ 厚生労働省資料を基に作成

- 医療費の地域差の半減に向けては、現在示されている適正化の取組みだけでは十分ではなく、疾病別・診療行為別等の地域差を「見える化」した上で、各都道府県において是正していくなどの取組が必要。高齢者医療確保法第14条において、厚生労働大臣は、医療費適正化のために必要な場合、都道府県との協議を経て、他の都道府県と異なる診療報酬を設定できるという特例が定められており、地域差の半減に向けた有力な手段の一つであるが、これまで実施例はなく、制度の詳細についての検討も進んでいない。

【改革の方向性】（案）

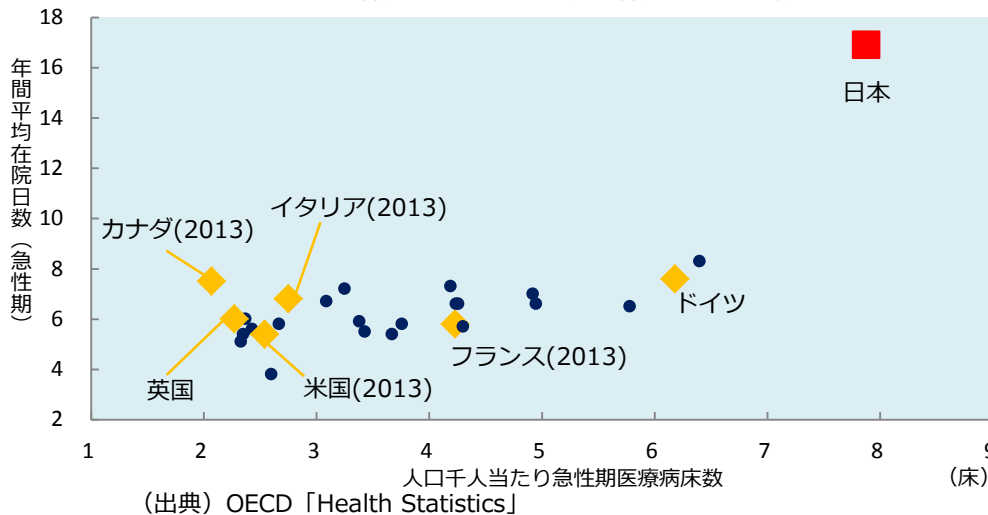
- 保険医療機関の指定等にあたり、民間医療機関に対する他施設への転換命令等を付与するなど、医療保険上の指定に係る都道府県の権限を一層強化すべき。
- ① 高齢者医療確保法第14条を活用できるよう、実施にあたっての課題を分析し、国において運用に係るガイドラインを策定すべき。

医療計画の策定

【論点】

- 平成30年度からの第7次医療計画においては、病床機能による4区分ごとの病床の必要量が示されるとともに、現行の基準病床制度※に基づく基準病床（一般病床・療養病諸）を算定。
※ 病床過剰地域（既存病床数が基準病床数を超える地域）においては、都道府県知事が病床の開設不許可等を行うことができる制度。
- 基準病床制度と地域医療構想は同じ医療計画において示されるものであるため、相互に整合的なものとする必要。その際、平成30年度以降、療養病床について効率的なサービス提供体制への転換を進めていくことも整合的なものとするべき。
- その際、病床数や平均在院日数は、国際的に見ればいまだ高い水準にあることも踏まえる必要。

◆ 急性期医療病床数と年間平均在院日数の国際比較(2014年)



基準病床制度に係る法令の規定

（１）医療法の規定

- 病院又は診療所の開設等を行う場合は、都道府県知事（・・・）に開設等の許可申請を行い、許可を受ける必要がある。この許可申請に係る病床について、営利を目的とする場合を除き、構造設備及び人員配置の要件に適合する場合は、許可を与えなければならない。（医療法第7条）

【病床過剰地域における開設等の許可】

①公的医療機関等

都道府県知事は、病院又は診療所の開設等を行う場所を含む二次医療圏が病床過剰地域である場合、医療法第7条第4項の規定にかかわらず、都道府県医療審議会の意見を聴いて、許可をしないことができる。（医療法第7条の2）

②その他の医療機関

都道府県知事は、医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合には、都道府県医療審議会の意見を聴いて、開設等について、勧告を行うことができる。（医療法第30条の11）

（２）健康保険法の規定

保険診療を行うにあたり、病院又は診療所は「保険医療機関」として、厚生労働大臣の指定を受けるため申請を行う必要がある。（健康保険法第63条及び65条）

基準病床数を勘案して厚生労働大臣が定めるところにより算定した数を超えることになることを認める場合であって、医療法第30条の11の規定による勧告を受けている場合等に該当するときは、当該申請に係る病床の全部又は一部を除いて指定を行うことができる。（健康保険法第65条第4項）

※ 厚生労働省資料を基に作成

◆ 現行の基準病床数の算定式（一般・療養病床）

$$\text{一般病床} = \frac{\text{性・年齢階級別人口} \times \text{退院率}}{\text{病床稼働率}} \times \frac{\text{平均在院日数} \pm \text{流出入院患者数}}{(\text{※})}$$

※ 地域ブロックごとの直近の値に0.9を乗じたもの

$$\text{療養病床} = \frac{\text{性・年齢階級別人口} \times \text{入院等需要率} - \text{介護施設対応可能数} \pm \text{流出入院患者数}}{\text{病床稼働率}}$$

流出超過加算 都道府県における流出超過分の1/3を限度に加算

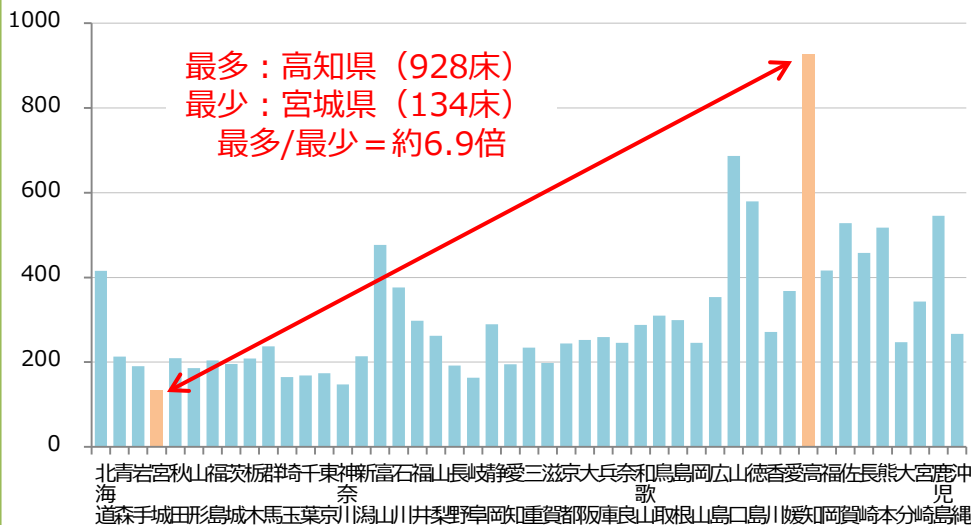
【改革の方向性】（案）

- 医療計画における基準病床数については、一般病床・療養病床ともに、平均在院日数の設定を含め、地域医療構想で示された病床の機能分化・連携の取組みと整合的な算定式を示すべき。

【論点】

- 慢性期病床については地域医療構想に基づき、入院受療率の地域差を縮小し、病床数を減少させていく必要。
- 療養病床については、平成18年に介護療養病床の廃止等の法改正が行われ、平成24年度に施行したものの、経過措置により延長され、法改正から現在まで10年間経過。
- その期限が、平成29年度末に予定されていることを踏まえ、社会保障審議会において、新たなサービス提供体制の具体化に向けた議論が進められている。

◆都道府県別 人口10万人対療養病床数



（出典）平成27年 医療施設（動態）調査（厚生労働省）

	医療療養病床 (20:1)	介護療養病床 (30:1)
概要	病床のうち、主として長期療養を必要とする患者を入院させるもの。 ※看護職員の実質配置（診療報酬上の基準）で20対1と25対1がある。	病床のうち、長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等を提供するもの。
病床数	約13.7万床	約6.1万床

● 平成18年医療保険制度改革

長期療養の適正化（いわゆる社会的入院の是正）が課題となり、療養病床には医療の必要度の高い患者と低い患者混在しているとの調査結果を踏まえ、医療・介護の必要性に応じた機能分担を推進。

- ① 介護療養病床の廃止（平成24年度施行）
- ② 医療療養病床の看護職員の雇用配置について、
6対1（実質配置25対1相当）を廃止し、
4対1（実質配置20対1相当）に引上げ（平成24年度施行）

● 平成23年度

転換が進んでいないこと等の理由により、

- ① 介護療養病床の廃止期限を平成29年度まで延長
- ② 医療療養病床の看護職員配置引上げも平成29年度まで延期。

● 平成28年度（改革工程表）

介護療養病床等の効率的なサービス提供体制への転換について、関係審議会等において検討し、28年末までに結論
→ 検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる（法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む）

【改革の方向性】（案）

- 介護療養病床については、法律どおり平成29年度末で廃止し、現在よりも人員配置の緩和された効率的な受け皿に転換していくべき。これに向けて、早急に詳細な人員基準、報酬等の検討を進めるべき。
- 医療療養病床（25:1）については、診療報酬のあり方を見直し、患者の状態像に応じ、新たなサービス提供類型などへの転換を進めるべき。

新たな類型の整理案について

※ 医療療養病床のうち、看護人員配置が診療報酬上の基準で25対1のもの

介護療養病床、医療療養病床（25対1）※の主な利用者のイメージ

- **要介護度や年齢が高い者が多い**
⇒ 80歳以上の高齢者、要介護度が4以上の者が大宗を占める
- **平均在院日数が長く、死亡退院が多い**
⇒ 医療療養病床が約半年、介護療養病床が約1年半の平均在院日数
⇒ 介護療養病床は約4割、医療療養病床(25対1)は約3割が死亡退院
- **一定程度の医療が必要**
⇒ 医療療養病床(20対1)よりも比較的医療の必要性が低い、病態は様々で容体急変のリスクのある者も存在

新たな選択肢を考えるに当たっての基本的条件

- 利用者の生活様式に配慮し、長期に療養生活を送るのにふさわしい、プライバシーの尊重、家族や地域住民との交流が可能となる環境整備（『**住まい**』の機能を満たす）
- 経管栄養や喀痰吸引等を中心とした**日常的・継続的な医学管理**や、**充実した看取りやターミナルケア**を実施する体制

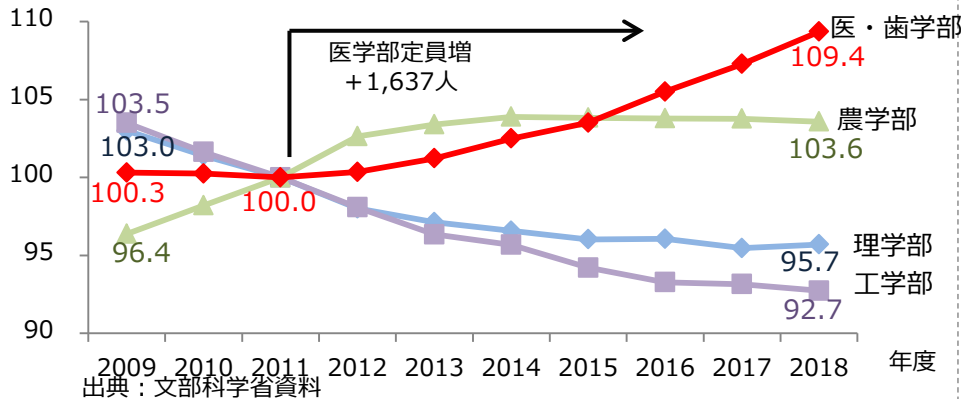
	現行の 医療療養病床(20対1)	案1 医療内包型		案2 医療外付型	現行の 特定施設入居者生活介護
		案1-1	案1-2	案2	
サービスの 特徴	長期療養を目的としたサービス (特に、「医療」の必要性が高い者を 念頭)	長期療養を目的としたサービス (特に、「介護」の必要性が高い者を 念頭)	長期療養を目的としたサービス	居住スペースに病院・診療所が 併設した場で提供されるサービス	特定施設入居者生活介護
	病院・診療所	長期療養に対応した施設(医療提供施設)		病院・診療所と居住スペース	有料老人ホーム 軽費老人ホーム 養護老人ホーム
利用者像	医療区分ⅡⅢを中心	・医療区分Ⅰを中心・長期の医療・介護が必要			
	医療の必要性が高い者	医療の必要性が比較的高く、 <u>容体 が急変するリスク</u> がある者	医療の必要性は多様だが、 <u>容体は比較的安定</u> した者		
医療機能	・人工呼吸器や中心静脈栄養など の医療	・喀痰吸引や経管栄養を中心とし た日常的・継続的な医学管理	多様なニーズに対応する日常的な医学管理		医療は外部の病院・診療所から 提供
	・24時間の看取り・ターミナルケア ・当直体制(夜間・休日の対応)	・24時間の看取り・ターミナルケア ・当直体制(夜間・休日の対応)又は オンコール体制	オンコール体制による看取り・ ターミナルケア	併設する病院・診療所からのオン コール体制による看取り・ターミ ナルケア	
介護機能	介護ニーズは問わない	高い介護ニーズに対応	多様な介護ニーズに対応		

※医療療養病床(20対1)と特定施設入居者生活介護については現行制度であり、「新たな類型」の機能がわかりやすいよう併記している。
※案2について、現行制度においても併設は可能だが、移行を促進する観点から、個別の類型としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

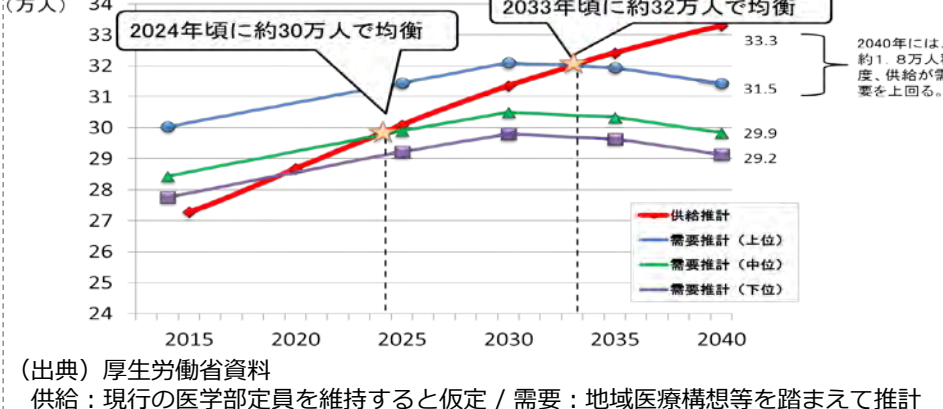
【論点】

- 特定地域・診療科における医師不足を背景に、平成20年度以降、① 医学部定員を1,637人増員(7,625人 → 9,262人)するとともに、② 勤務地・診療科を医師が自由に選べる自主性を前提とした偏在是正対策（地域医療支援センター、地域枠による奨学金）を実施。
- 他学部が学生数を減少する中、医学部学生数は増加。全国レベルでは、2020年～2030年過ぎに医師の需給は均衡し、その後医師過剰となると見込まれる。他方、産科医等の不足は一定程度改善したものの、地域における医師不足・診療科偏在はなお根強い。

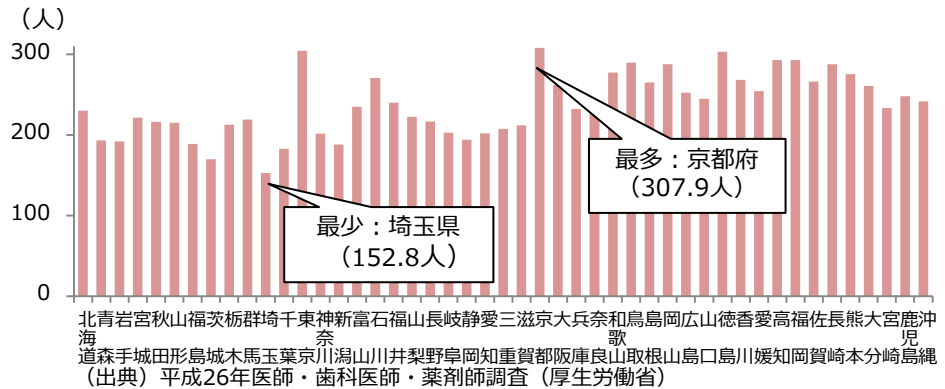
◆関係学科別学生数の推移（2007年度＝100）



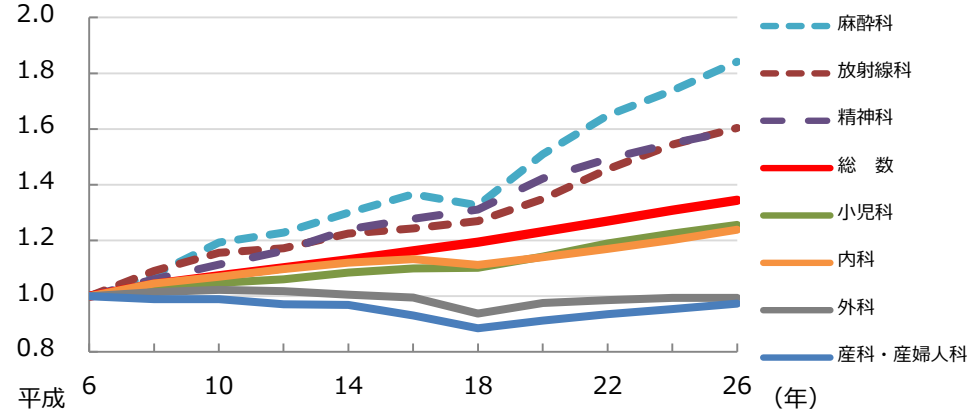
◆医師の需給推計の結果（暫定）



◆都道府県別 人口10万人対医師数



◆診療科別医師数の推移（平成9年＝1.0）



【改革の方向性】（案）

- 平成20年度以降増員してきた医学部定員について、医師需給の見通しを踏まえた精査・見直しを進めていくべき。
- あわせて、マクロでの医師数の増加が、医師が不足する地域・診療科における必要な医師数の増につながるよう、特定地域・診療科での診療従事を医療機関管理者の要件とすることや、保険医の配置・定数の設定など、医師配置等にかかる規制も含めた実効的な偏在是正策が講じられるよう、国及び都道府県の権限を強化すべき。

【論点】

- 第3期医療費適正化計画（平成30～35年度）に向けた国の基本方針では、外来医療費について、適正化の取組及び適正化額が示されたが、「基本方針2016」等で目指された「地域差半減」の実現に十分なものとはなっていない。このため、適正化の取組みについて更なる検討を進め、都道府県の計画策定等に反映することを可能とすべき。
- 疾病別・診療行為別に見ても、大きな地域差が存在することは明らか。したがって、すでに各自治体で実施されている予防等の取組みから全国統一の取組目標や推計式を設ける従来の方法のみでは、地域差を是正する十分な追加方策が見いだせるか不透明。新たな観点から、地域差是正の取組みを検討していく必要。

<これまでの「適正化策」の考え方>

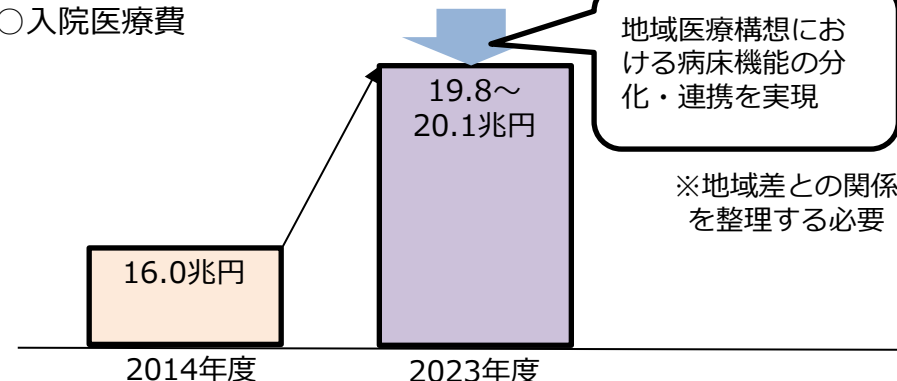
自治体に一定程度広まった予防等の取組みについて、実施した場合の効果をNDBで推計し、適正化計画に織り込み

適正化メニュー	推計効果額（兆円）
特定健診・保健指導	▲0.02
後発医薬品の使用促進	▲0.4
糖尿病の重症化予防	▲0.08
重複・多剤投薬の是正	▲0.06

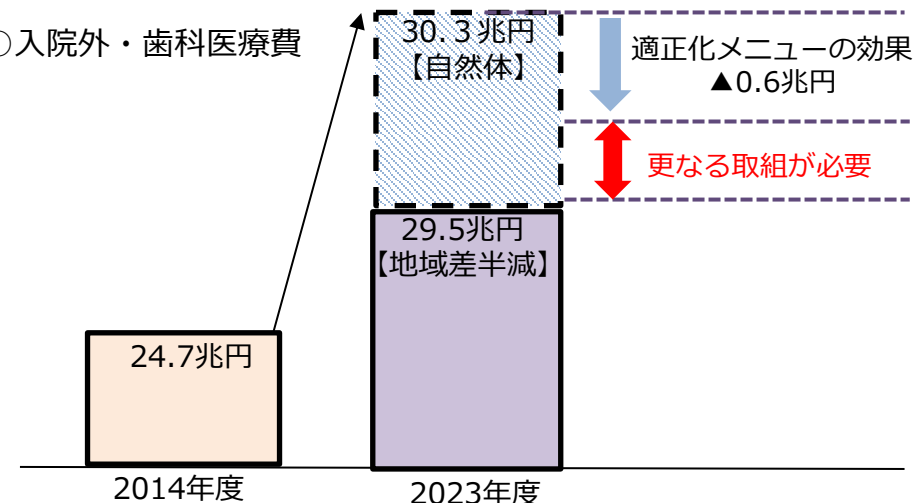
地域差の「見える化」が起点の新たなアプローチが必要

◆ 適正化計画による医療費の見通し(推計)

○入院医療費



○入院外・歯科医療費



【改革の方向性】（案）

- 医療費の地域差半減に向け、既に一定の広がりを持つ予防等の取組を横展開するこれまでのアプローチに加え、
 - ① NDB等で明らかになる医療費の地域差（疾病別・診療行為別等）の「見える化」を進め、医療関係者相互や都道府県における検証・検討につなげ、
 - ② 都道府県等がその是正を図る際に採りうる手段を整備し、
 - ③ 地域差是正に取り組んだ都道府県へのインセンティブ措置を導入することなどについて速やかに検討し、都道府県における医療費適正化計画に活用できるようにしていくべき。

	考えられる対応の方向性
①見える化	○ 医療関係者相互における診療行為の比較・検証や、都道府県の検討に資するよう、疾病別・診療行為別等、各都道府県間の医療費の地域差に関するデータを公開。 ○ 都道府県の求めによる更に詳細なデータ提供、効果的な分析手法の確立、助言
②地域差是正の手段	○ 都道府県ごとの実情や、地域差の性格に応じて使用可能な手段の検討、必要なガイドラインの策定等（手段の例） ・ 医療関係者、保険者など関係者を含む、問題意識の共有と対応策の協議のための場の設定 ・ 地域の医療関係者による診療行為のピアレビューの実施 ・ 標準的な診療ガイドラインの策定 ・ 高齢者医療確保法第14条における診療報酬の特例（※）の活用 ※ 厚生労働大臣は、医療費適正化のために必要な場合、都道府県との協議を経て、他の都道府県と異なる診療報酬を設定できるという特例が法律上定められているが、実施例はない。
③評価	○ 医療費適正化計画の進捗評価の際に、地域差是正のための都道府県の取組み状況と成果について評価を行い、その結果を、保険者努力支援制度（平成30年度以降）の配分に反映（インセンティブ措置）

◎経済財政運営と改革の基本方針2016（平成28年6月2日閣議決定）抄

（医療費適正化計画の策定、地域医療構想の策定等による取組推進）

「経済・財政再生計画」が目指す医療費の地域差の半減に向け、医療費適正化基本方針に係る追加検討を進め、地域医療構想に基づく病床機能の分化及び連携の推進の成果等を反映させる入院医療費の具体的な推計方法や、医療費適正化の取組とその効果に関する分析を踏まえた入院外医療費の具体的な推計方法及び医療費適正化に係る具体的な取組内容を、本年夏頃までに示す。

◎ 保健医療2035提言書（平成27年6月「保険医療2035」策定懇談会）抄

6. 2035年のビジョンを実現するためのアクション

ii) 地域主体の保健医療に再編する

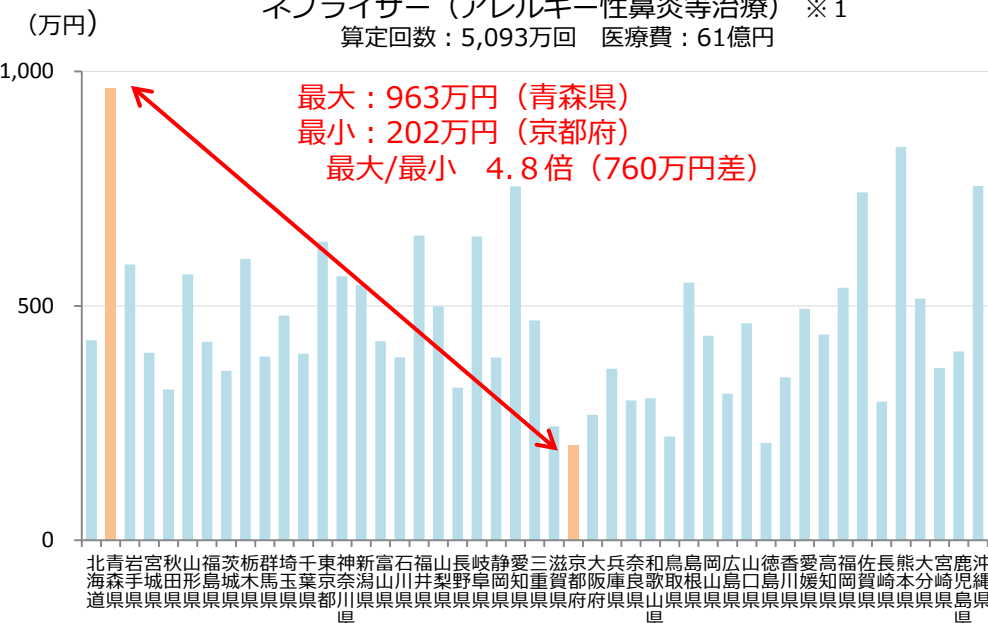
① 地域における保健医療のガバナンスを強化する

地域主体という名の国から地方への単なる「丸投げ」は厳につつしみ、国として必要な支援、助言や法規制などの責任を全うすべきである。国は、基礎的なサービスについては責任を持って支援・促進するとともに、地方が自律するための体制の整備（インセンティブや規制の在り方を含む構造改革）を進めていく。

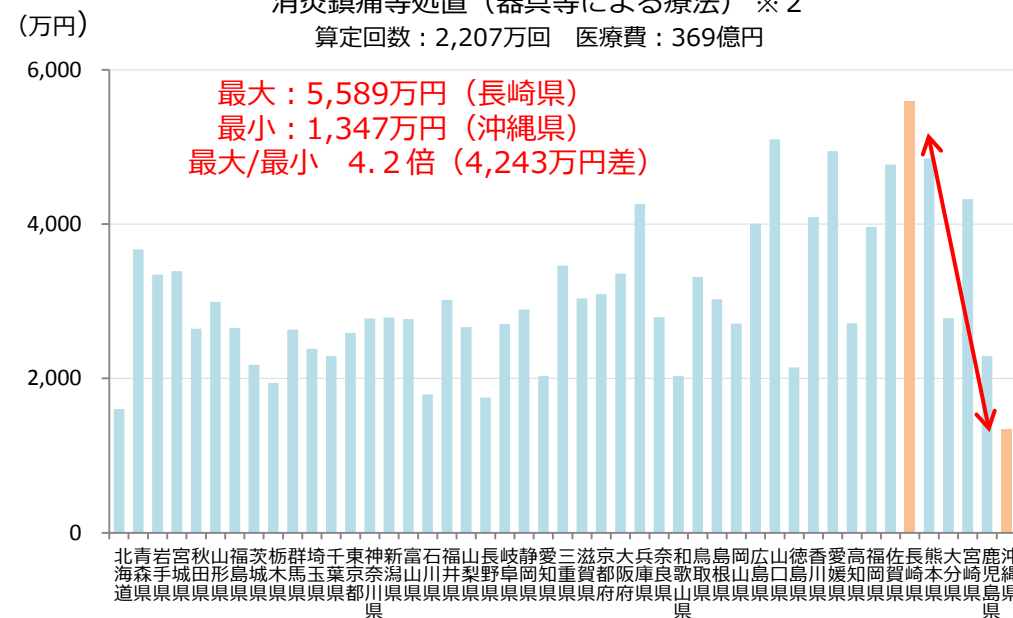
(参考2)外来診療行為別の地域差の例(人口10万人当たり医療費)

⑥

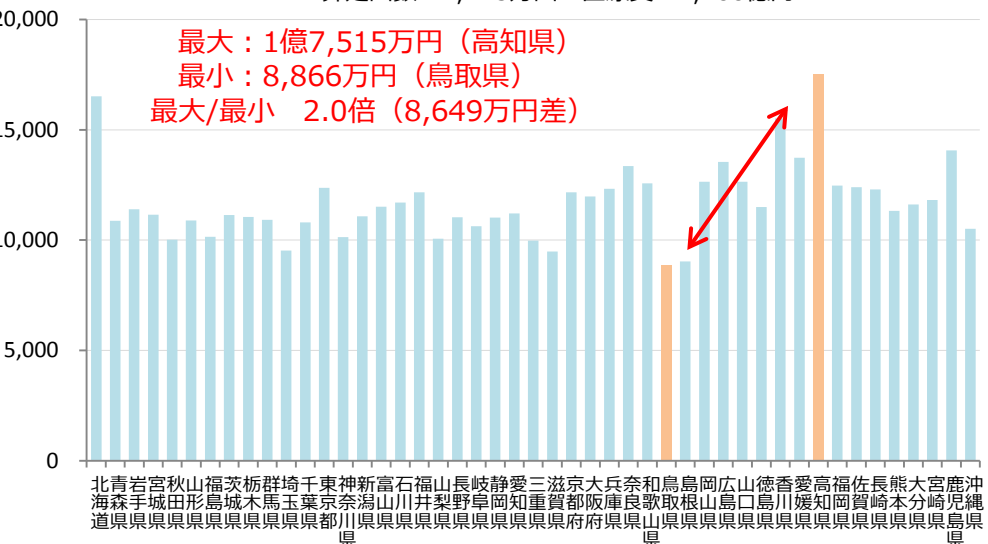
ネブライザー（アレルギー性鼻炎等治療） ※ 1
算定回数：5,093万回 医療費：61億円



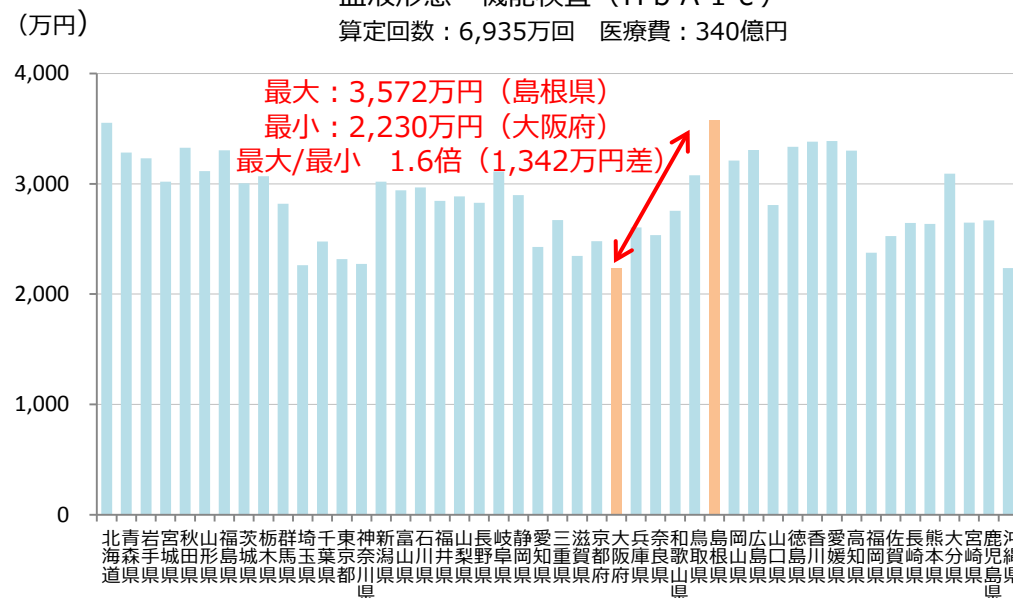
消炎鎮痛等処置（器具等による療法） ※ 2
算定回数：2,207万回 医療費：369億円



MRI撮影（合計）
算定回数：1,173万回 医療費：1,488億円



血液形態・機能検査（H b A 1 c）
算定回数：6,935万回 医療費：340億円



後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し

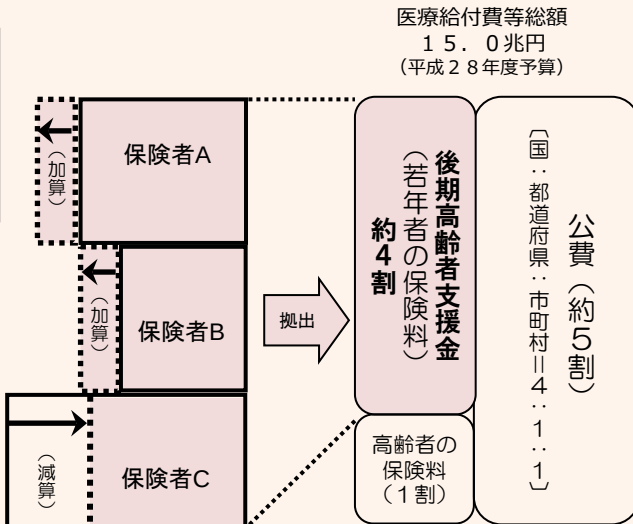
<現行制度>

- ・ 全保険者が対象
- ・ 指標は特定健診・保健指導の実施率のみ
- ・ 実施率0%の保険者に加算
- ・ 加算率0.23%
- ・ 事業規模7,600万円



<平成30年度～>

- ・ 健保組合・共済を対象
- ・ よりインセンティブを重視する仕組みに見直し。
- (目指すべき方向性)
- ・ 複数指標による総合評価
- ・ より広い加算対象
- ・ より効果的な加算率・事業規模



保険者努力支援制度の導入(国保)

<平成28～29年度> 特別調整交付金の一部を活用し、前倒し実施(市町村に交付)
(検討中の指標の例)

重症化予防の取組の実施状況(指標中最大得点を予定)

以下の基準を全て満たす糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施しているか。

- 対象者の抽出基準が明確であること
 - かかりつけ医と連携した取組であること
 - 事業の評価を実施すること
- 等



<平成30年度～> 保険者努力支援制度の導入(都道府県及び市町村に交付)

※ 評価指標は今後検討

※ 協会けんぽにおいても、各支部における適正化の取組を都道府県単位保険料率に反映させる仕組みを平成30年度以降導入予定。

<保険者共通で取り組むべき指標>

(厚生労働省 保険者による健診・保健指導等に関する検討会 とりまとめ(平成28年1月))

指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、
メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

- 特定健診受診率
- 特定保健指導受診率
- メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や
健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況

- がん検診受診率
- 歯科疾患(病)検診実施状況

指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

- 重症化予防の取組の実施状況

指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の
実施状況

- 個人へのインセンティブの提供の実施
- 個人への分かりやすい情報提供の実施

指標⑤

加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

- 重複服薬者に対する取組

指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

- 後発医薬品の促進の取組
- 後発医薬品の使用割合

指標
設定

【改革の方向性】(案)

- 後発医薬品の使用促進や、糖尿病性腎症重症化予防など医療費の適正化に取り組む保険者へのインセンティブ措置をいっそう強化できるよう、メリハリのある仕組みを構築すべき。その際、保険者努力支援制度については医療費適正化計画の進捗評価を適切に反映させる仕組みとすべき。

年金

社会保障・税一体改革における年金制度改革と残された課題

<一体改革で成立した法律>

年金機能強化法（平成24年8月10日成立）

- ・ 基礎年金国庫負担2分の1の恒久化 : 平成26年 4月～
- ・ 受給資格期間の短縮(25年→10年) : 平成29年 8月～ (注)
- ・ 第2号被保険者の産休期間中の社会保険料免除 : 平成26年 4月～
- ・ 遺族基礎年金の父子家庭への拡大 : 平成26年 4月～
- ・ 短時間労働者への厚生年金適用拡大 : 平成28年10月～

(注) 上記の施行期日に改正する年金機能強化法改正案（公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律の一部を改正する法律案）を第192回臨時国会に提出中

被用者年金一元化法（平成24年8月10日成立）

- ・ 厚生年金・共済年金の一元化 : 平成27年10月～

年金生活者給付金法（平成24年11月16日成立）

- ・ 低所得高齢者・障害者等への福祉的給付 : 消費税率10%引上げ時

国民年金法等改正法（平成24年11月16日成立）

- ・ 年金特例公債(つなぎ国債)による 24・25年度の基礎年金国庫負担2分の1の確保
- ・ 年金額の特例水準の解消

(解消のスケジュールは、平成25年10月～▲1.0%、平成26年4月～▲1.0%、平成27年4月～▲0.5%)

<年金制度改革法案>（平成28年3月11日国会提出、継続審議）

- ・ 短時間労働者への被用者保険の適用拡大の促進
- ・ 国民年金第1号被保険者の産前産後期間の保険料免除
- ・ 年金額の改正ルールの見直し
- ・ 年金積立金管理運用独立行政法人(GPIF)の組織等の見直し
- ・ 日本年金機構の国庫納付規定の整備

<残された課題>

- ・ 高齢期の就労と年金受給の在り方
- ・ 高所得者の年金給付の見直し

経済・財政再生計画及び改革工程表における改革項目等(年金制度)

改革項目	経済・財政再生計画	改革工程表	番号
マクロ経済スライドの在り方	社会保障改革プログラム法等に基づき、マクロ経済スライドの在り方、短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大の適用拡大 高齢期における職業生活の多様性に応じた一人ひとりの状況を踏まえた年金受給の在り方、高所得者の年金給付の在り方を含めた年金制度の所得再分配機能の在り方及び公的年金等控除を含めた年金課税の在り方の見直し等について、引き続き検討を行う。	・ 年金額の改定のルールの見直しについて、2015年1月に行われた社会保障審議会年金部会における議論の整理等を踏まえ、可及的速やかに法案提出も含めた必要な措置を講ずる。	①
短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大		・ 短時間労働者に対する適用拡大について、2015年1月に行われた社会保障審議会年金部会における議論の整理等を踏まえ、可及的速やかに法案提出も含めた必要な措置を講ずる。 ・ 年金機能強化法附則第2条の規定に基づき、短時間労働者に対する厚生年金保険及び健康保険の適用範囲について、2019年9月末までに関係審議会等において検討し、その結果に基づき、法案提出も含めた必要な措置を講ずる。	①
高齢期における職業生活の多様性に応じた一人ひとりの状況を踏まえた年金受給の在り方		・ 高齢期における職業生活の多様性に応じた一人ひとりの状況を踏まえた年金受給の在り方について、高齢者雇用の動向等を踏まえつつ、年金受給開始年齢や就労による保険料拠出期間の在り方、その弾力的な運用の在り方を含め、次期の財政検証（2019年）に向けて、速やかに関係審議会等において検討 → その結果に基づき、法案提出も含めた必要な措置を講ずる	②
高所得者の年金給付の在り方を含めた年金制度の所得再分配機能の在り方及び公的年金等控除を含めた年金課税の在り方の見直し		・ 高所得者の年金給付の在り方を含めた年金制度の所得再分配機能の在り方について、高所得者の老齢基礎年金の支給停止、被用者保険の適用拡大を進めていくことや、標準報酬の上下限の在り方の見直しなど年金制度内における再分配機能の強化に関し、年金税制や他の社会保険制度の議論を総合的に勘案し、速やかに関係審議会等において検討 → その結果が得られたものから法案提出も含めた必要な措置を講ずる	③

公的年金制度について、制度の持続可能性を高め、将来の世代の給付水準の確保等を図るため、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく社会経済情勢の変化に対応した保障機能の強化、より安全で効率的な年金積立金の管理及び運用のための年金積立金管理運用独立行政法人の組織等の見直し等の所要の措置を講ずる。

概要

1. 短時間労働者への被用者保険の適用拡大の促進(平成28年10月実施)

500人以下の企業も、労使の合意に基づき、企業単位で短時間労働者への適用拡大を可能とする。

(国・地方公共団体は、規模にかかわらず適用とする。)

※ 501人以上の企業等を対象に、平成28年10月から適用拡大を実施することは既に法定化。

2. 国民年金第1号被保険者の産前産後期間の保険料の免除(平成31年4月施行)

次世代育成支援のため、国民年金第1号被保険者の産前産後期間の保険料を免除し、免除期間は満額の基礎年金を保障。この財源として、国民年金保険料を月額100円程度引上げ。

3. 年金額の改定ルールの見直し((1)は平成30年4月、(2)は平成33年4月施行)

公的年金制度の持続可能性を高め、将来世代の給付水準を確保するため、年金額の改定に際して、以下の措置を講じる。

(1) マクロ経済スライドについて、年金の名目額が前年度を下回らない措置を維持しつつ、賃金・物価上昇の範囲内で前年度までの未調整分を含めて調整。

(2) 賃金変動が物価変動を下回る場合に賃金変動に合わせて年金額を改定する考え方を徹底。

4. 年金積立金管理運用独立行政法人(GPIF)の組織等の見直し(平成29年10月(一部公布日から3月以内)施行)

合議制の経営委員会を設け、基本ポートフォリオ等の重要な方針に係る意思決定を行うとともに、執行機関の業務執行に対する監督を行うほか、年金積立金の運用に関し、リスク管理の方法の多様化など運用方法を追加する措置を講ずる。

5. 日本年金機構の国庫納付規定の整備(公布日から3月以内施行)

日本年金機構に不要財産が生じた場合における国庫納付に係る規定を設ける。

公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律の一部を改正する法律案の概要（平成28年9月26日国会提出）

年金受給資格期間を25年から10年に短縮することについて、平成29年度中から実施できるよう、年金機能強化法（※）を改正し、施行期日等を改める。

※公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律（平成24年法律第62号）

概要

1. 年金受給資格期間短縮の施行期日の改正

老齢基礎年金等の受給資格期間短縮に係る施行期日を、**消費税10%引上げ時（※※）から、平成29年8月1日に改める。**
（同年9月分の年金から支給し、初回の支払いは同年10月となる）

2. その他所要の規定整備

施行期日 公布の日

※※社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法の一部を改正する等の法律附則第1条第2号に掲げる規定の施行の日

（参考）

「未来への投資を実現する経済対策」（平成28年8月2日）（抄）

I. 一億総活躍社会の実現の加速、（3）社会全体の所得と消費の底上げ

②年金受給資格期間の短縮

無年金の問題は喫緊の課題であり、年金受給資格期間を25年から10年に短縮することについて、平成29年度中に確実に実施できるよう、所要の法案を提出する。

対象者数（見込み）

約40万人（期間短縮により初めて老齢基礎年金の受給権を得る者）

上記の他、特別支給の老齢厚生年金対象者等を含めると、対象者は約64万人

所要額（見込み）

約650億円（満年度ベース・平成30年度）

初年度（平成29年度）は約260億円（29年9月～30年1月の計5ヶ月分の支給）

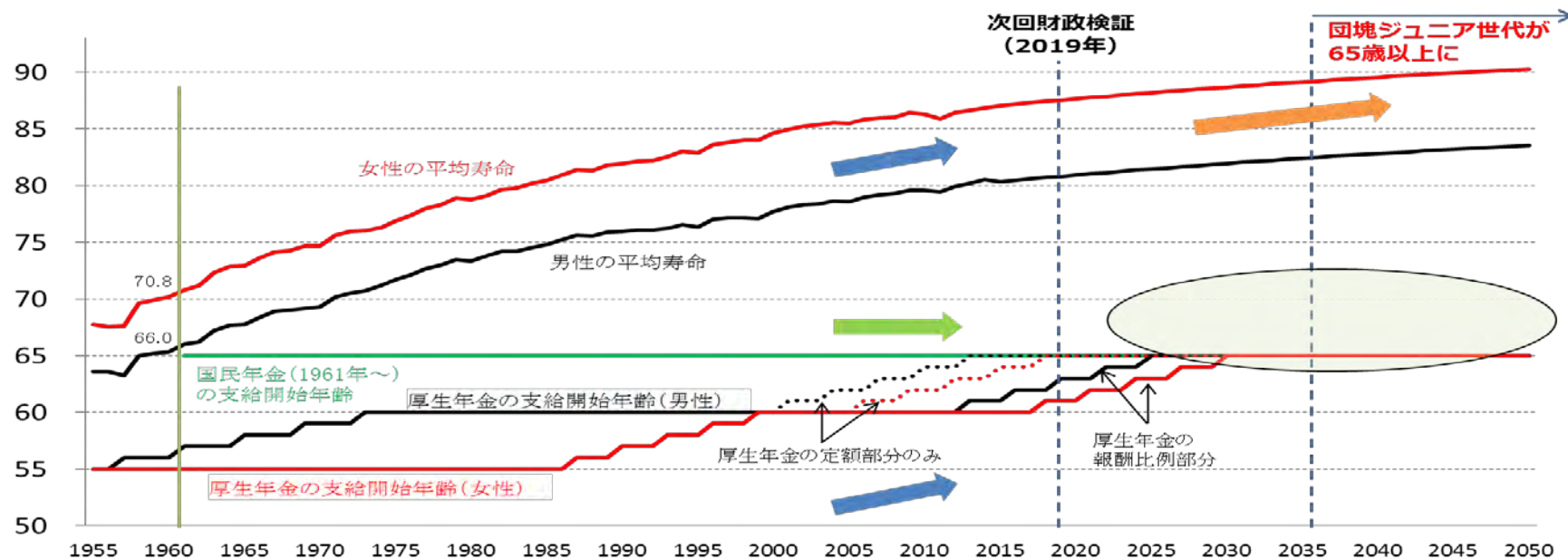
高齢期における職業生活の多様性に応じた一人ひとりの状況を踏まえた年金受給の在り方

②

- 平均寿命が伸びる中、厚生年金については支給開始年齢の引上げが順次行われてきているが、国民年金については、1961（S36）年の制度創設以降、支給開始年齢の引上げが行われたことはない。

※ 主要先進国（米・英・独・仏・伊）では支給開始年齢の67～68歳への引上げが実施されている。

※ 日本は、65歳への引上げの途中であり、また、引上げ後においても、平均寿命が長いことから、他国と比べて平均受給期間が長い。過去の例を見ると、支給開始年齢の引上げの決定から実施までに相当の期間を要している。



(注)2015年以降は推計。

(出所)「H26年簡易生命表の概況」(厚生労働省)、「日本の将来推計人口(H24年1月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)の死亡中位ケース

<検討規定>

- 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(平成25年12月13日法律第112号)

第六条

2 政府は、公的年金制度を長期的に持続可能な制度とする取組を更に進め、社会経済情勢の変化に対応した保障機能を強化し、並びに世代間及び世代内の公平性を確保する観点から、公的年金制度及びこれに関連する制度について、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

三 高齢期における職業生活の多様性に応じ、一人ひとりの状況を踏まえた年金受給の在り方

【改革の方向性】(案)

- 高齢期における年金受給の在り方については、高齢者雇用の動向等を踏まえつつ、年金受給開始年齢の在り方等を含め、次期の財政検証に向けて、速やかに検討を行い、その結果に基づき、必要な措置を講じるべきである。

高所得者の年金給付の在り方を含めた年金制度の所得再分配機能の在り方 及び公的年金等控除を含めた年金課税の在り方の見直し

- 老齢基礎年金は、老齢期における稼得能力の喪失に対応するためのものであり、その財源の1/2は国庫負担である。
- 高所得者に係る基礎年金給付については、世代間の公平性確保の観点等から見直しを図るべきではないか。

<社会保障・税一体改革の政府原案に当初盛り込まれた改正案> 【3党協議の過程で検討事項とされた】

- 低所得者等への加算の導入と合わせて、世代内及び世代間の公平を図る観点から、高所得の基礎年金受給者の老齢基礎年金額について、国庫負担相当額を対象とした支給停止を行う(税制抜本改革の施行時期にあわせて施行(2015(H27)年10月))。
- 老齢基礎年金受給者について、所得550万円(年収850万円相当)を超える場合に、老齢基礎年金額の一部の支給停止を開始し、所得950万円(年収1300万円相当)以上の者については、老齢基礎年金額の半額(最大3.2万円)を支給停止する。

(注) 所得550万円(年収850万円): 標準報酬の上位約10%に当たる収入(老齢年金受給権者のうち、上位約0.9%に当たる年収)

所得950万円(年収1300万円): 標準報酬の上位約2%に当たる収入(老齢年金受給権者のうち、上位約0.3%に当たる年収)

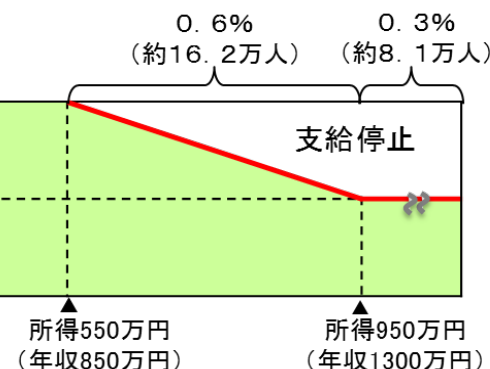
(支給停止のイメージ)

老齢基礎年金

6.4万円
(満額)

3.2万円
(満額の場合の
国庫負担相当額)

所得550万円未満の者(老齢年金受給者の約99%)については、
支給停止は行わない。



<検討規定>

- 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(平成25年12月13日法律第112号)

第六条

2 政府は、公的年金制度を長期的に持続可能な制度とする取組を更に進め、社会経済情勢の変化に対応した保障機能を強化し、並びに世代間及び世代内の公平性を確保する観点から、公的年金制度及びこれに関連する制度について、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

四 高所得者の年金給付の在り方及び公的年金等控除を含めた年金課税の在り方の見直し

【改革の方向性】(案)

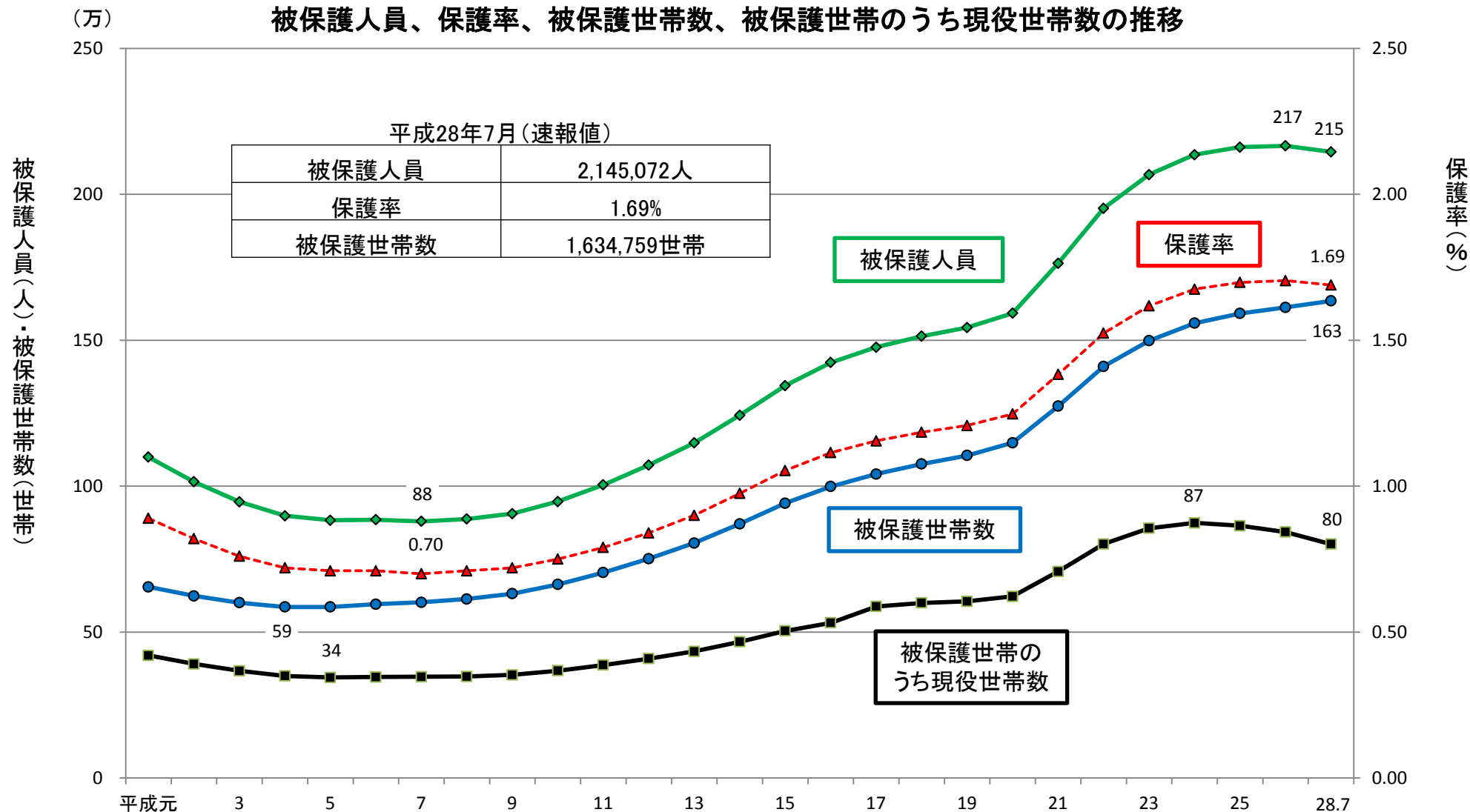
- 高所得者の年金給付の在り方等については、高所得者の老齢基礎年金の支給停止など、年金制度内における再分配機能の強化等に関し、速やかに検討を行い、その結果に基づき、必要な措置を講じるべきである。

生活保護

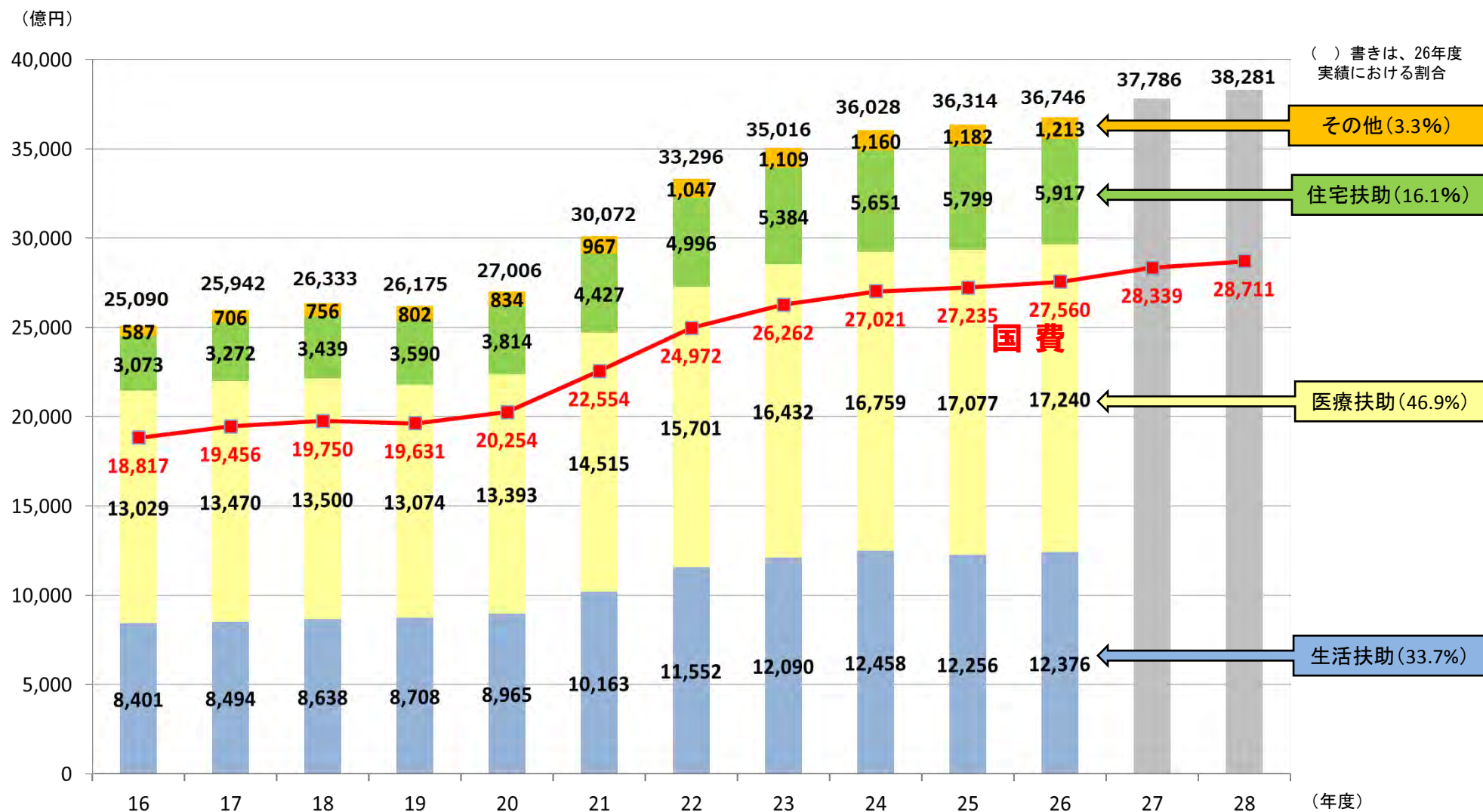
生活保護制度の概要

- 生活保護は、資産、能力等すべてを活用してもなお生活に困窮する者に対し、困窮の程度に応じた保護を実施するもの。
- 生活保護受給者は、約215万人であり、平成23年度に過去最高を更新したが、足下ではほぼ横ばい。
- 世帯数で見た場合、高齢者世帯を除く現役世帯は、足下では減少傾向にある。

被保護人員、保護率、被保護世帯数、被保護世帯のうち現役世帯数の推移



〔参考〕 生活保護費(事業費ベース)の推移



(出典) 生活保護費負担金事業実績報告

(注) 平成26年度までは実績額、27年度は補正後予算額、28年度は当初予算額

経済・財政再生計画及び改革工程表における改革項目等(生活保護)

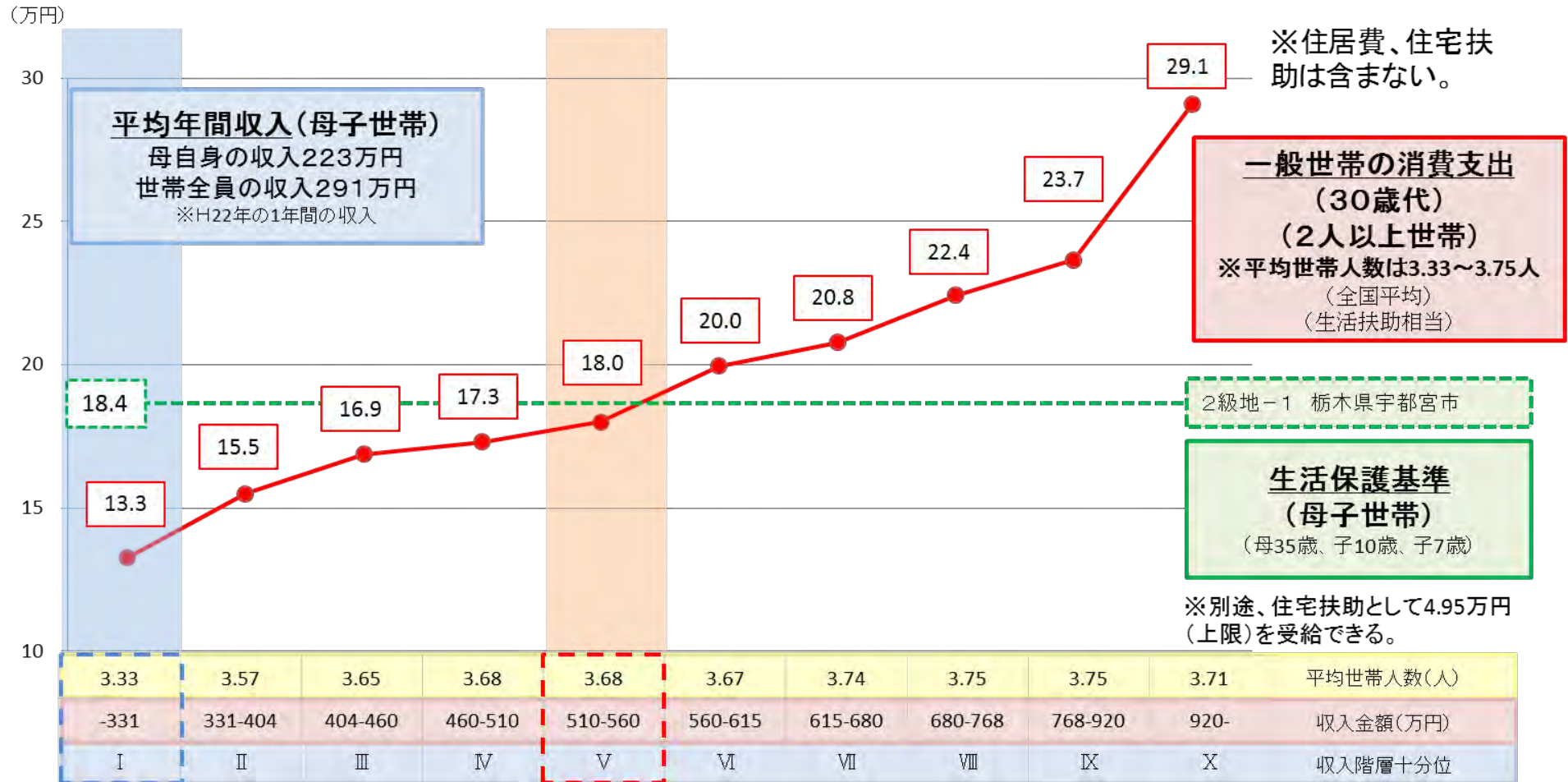
改革項目	経済・財政再生計画	改革工程表	番号
・ 就労支援を通じた保護脱却の推進のためのインセンティブ付けの検討など自立支援に十分取り組む ・ 生活保護の適用ルールの確実かつ適正な運用、医療扶助をはじめとする生活保護制度の更なる適正化 ・ 平成29年度の次期生活扶助基準の検証に合わせた年齢、世帯類型、地域実態等を踏まえた真に必要な保護の在り方や更なる自立促進のための施策等、制度全般について予断なく検討し、必要な見直し	足下の経済雇用情勢を踏まえ、就労支援を通じた保護脱却の推進のためのインセンティブ付けの検討など自立支援に十分取り組むとともに、生活保護の適用ルールの確実かつ適正な運用、医療扶助をはじめとする生活保護制度の更なる適正化を行う。さらに、平成29年度の次期生活扶助基準の検証に合わせ、年齢、世帯類型、地域実態等を踏まえた真に必要な保護の在り方や更なる自立促進のための施策等、その制度全般について予断なく検討し、必要な見直しを行う。	・ 生活保護からの就労・増収等を通じた脱却を促進するため、就労支援を着実に実施しつつ、各種制度について、効率的かつ効果的なものとなるよう、就労意欲の向上の観点等を踏まえて不断に見直し、生活保護制度の適正化を推進 → 2017年度の次期生活扶助基準の検証に合わせ、自立支援の推進等の観点から、生活保護制度全般について、関係審議会等において検討し、検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる（法改正を要するものに係る2018年通常国会への法案提出を含む）	①
		・ 頻回受診等に係る適正受診指導の徹底等による医療扶助の適正化を推進	②
		・ 生活保護受給者の後発医薬品の使用割合について、2017年央までに75%とするとともに、2017年央において、医療全体の目標の達成時期の決定状況等を踏まえ、80%以上とする時期について、2018年度とすることを基本として、具体的に決定する	③

改革項目	検討の視点等	番号
・ 不適正事案への対応	生活保護世帯数に占める不正受給件数の割合は、以前より高くなっている。また、最近では、一例として高額薬剤に絡む不適切な事案も発生している。生活保護制度が適正に運営され、国民から信頼される制度とすることが重要。	④

【論点】

- 生活保護制度によって保障される「生活扶助」水準は、母子世帯（母、子2人）においては月18.4万円（2級地－1）になっており、これを一般世帯の消費支出と比較すると、第5・所得十分位相当となっている。これは年収に換算すると、500万円を超える世帯の消費支出と同水準であることを意味している。

1月当たりの生活保護基準と消費支出（母子世帯(子2人)のケース）

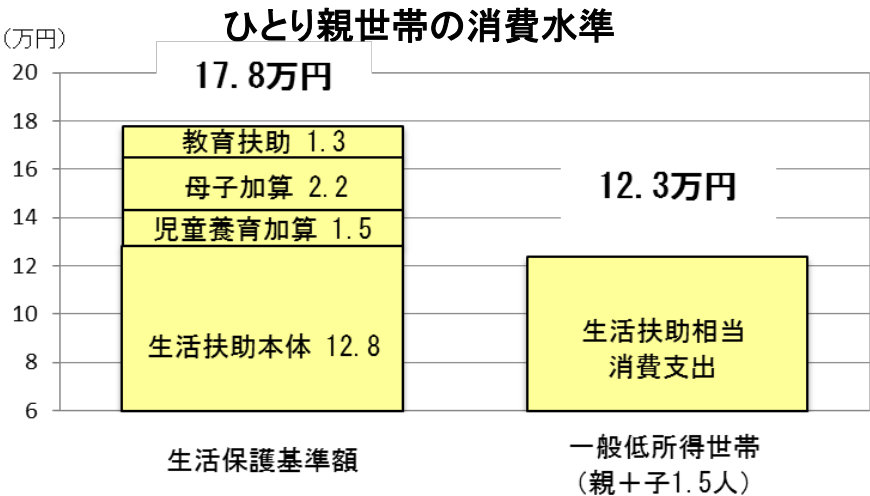


(出典) 総務省「全国消費実態調査」(H26年)

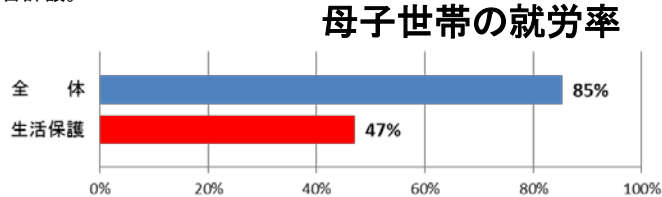
(注) 一般世帯の消費支出(生活扶助相当)については、消費支出全体から、住居(住宅扶助相当)、保健医療(医療扶助相当)、教育(教育扶助相当)、厚生労働省「全国母子世帯等調査」(H23年度) 自動車等関係費(生活保護受給世帯の自動車保有は原則不可)、NHK受信料(生活保護受給世帯は支払免除)等を控除して算出。

【論点】

- 就学児を抱えたひとり親世帯に対する加算・扶助を加味した生活保護水準は、一般低所得世帯（年収300万円未満）の世帯における消費実態と比べるとはるかに高い水準となっている。
- 母子加算がかつて廃止された同時期に、学習支援費（教育扶助）等が創設され、子どもの学習経費等に係る支援が行われているが、平成21年度に、母子加算は復活されている。
- これだけの水準の金額が毎月保障されていることで、就労に向かうインセンティブが削がれている可能性がある。



(注) 一般低所得世帯(世帯収入300万円未満)の生活扶助相当消費支出額は、全国消費実態調査(平成26年度)の世帯類型別データに基づき財務省で試算。生活保護基準額は、一般低所得世帯の級地別世帯数や子の構成が不明なため、級地区分は2級地-1、子の構成は中学生として算出。教育扶助は、基準額と学習支援費の合計額。



(出典) 総務省「労働力調査」(平成26年度)
厚生労働省「被保護者調査」(平成26年度)

有子世帯の各種加算・扶助

		子1人の場合・1か月分の支給額(円)			
		未就学児	小学生	中学生	高校生
児童養育加算	児童の教養文化的経費、健全育成に資するためのレクリエーション経費等の特別需要に対応するもの	15,000	10,000		—
母子加算	子どもの貧困解消を図るため、ひとり親世帯の生活保護受給世帯に対し支給するもの	19,620～22,790			
教育扶助(基準額)(注)	文房具などの学用品、校外活動費、通学日用品費等の購入に必要な経費	—	2,210	4,290	5,450
教育扶助(学習支援費)(注)	学習参考書購入費、課外クラブ活動費に必要な経費	—	2,630	4,450	5,150

(注) 高校生は高等学校等就学費(生業扶助)

母子加算廃止の際に創設

【改革の方向性】(案)

- 加算を含めた生活保護の「生活扶助」の保障水準については、次回、平成30年度の生活保護基準の見直しに向け、一般世帯の消費支出と比べ、不公平感を招く水準とならないように検討するべき。
- また、有子世帯の加算・扶助についても、同じく生活保護基準の見直しに向け、その在り方・水準について、検証を行うべき。

【論点】

- 生活保護は、各地の生活水準に合わせて、6つの区分で支給が行われてきている（1級地-1、1級地-2、2級地-1、2級地-2、3級地-1、3級地-2）。
- この区分（級地区分）については、昭和62年度以降見直しがされておらず、同じ級地区分の中の自治体で消費実態が大きく異なっている。
- また、市町村合併に際しては、新市町村における最高の級地がその市町村全域に適用されることとされており、いわゆる平成の大合併を経て、上位の級地に属する市町村割合が増加している。

級地区別の最低生活保障水準

(単位: 万円/月)

	1級地-1	1級地-2	2級地-1	2級地-2	3級地-1	3級地-2
3人世帯 (夫:20~40歳、妻:20~40歳、子:3~5歳)	16.0	15.4	14.7	14.3	13.7	13.2
高齢者単身世帯 (70歳~)	7.6	7.3	6.9	6.7	6.4	6.1

(注) 平成28年度の生活扶助額の例。

生活保護法による保護の基準の級地区分の取扱い等について

(S41.5.18厚生省社会局長通知抜粋)

1 市町村の合体、編入又は境界変更により異なる級地の地域が、同一の市町村の区域に属することとなる場合は、当該市町村の全部の区域について、(略)最も高い級地区分を適用すること。(略)

市町村合併による級地変更の例

平成17年4月 京北町(3級地-1) ⇒ 京都市(1級地-1)
平成22年3月 江迎町、鹿町町(3級地-2) ⇒ 佐世保市(2級地-2)

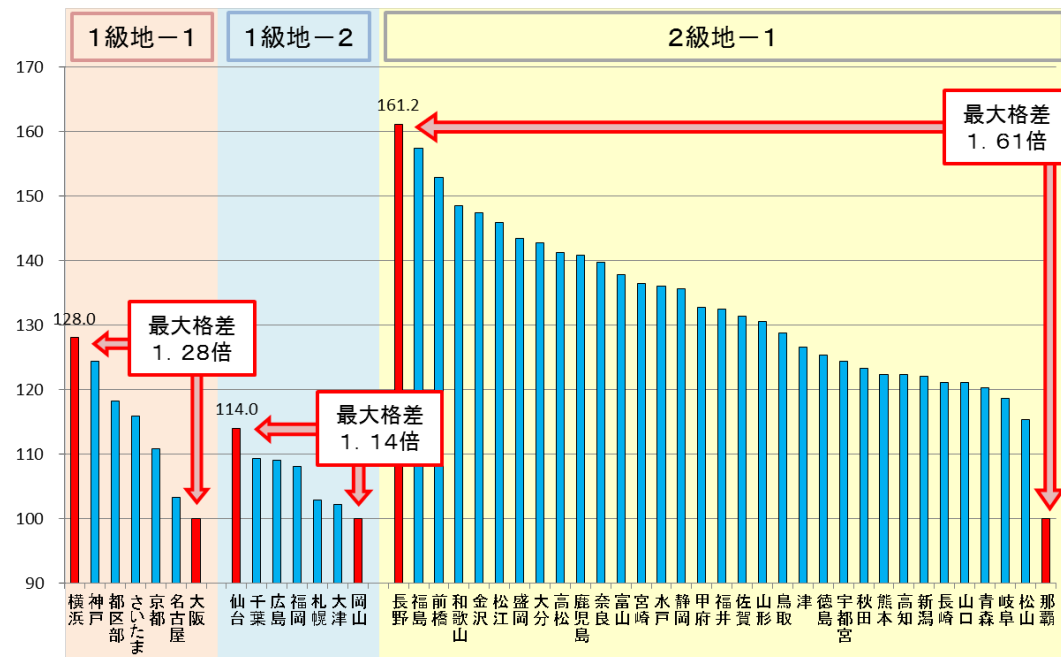
級地区別市町村数・被保護人員構成割合

(単位: %)

	自治体数		被保護人員	
	平成7年度	平成26年度	平成7年度	平成26年度
1級地	3	6	48	57
2級地	7	12	24	24
3級地	90	82	28	19

(出典) 厚生労働省「被保護者調査」

都道府県庁所在地の級地区分と消費実態



(出典) 総務省「全国消費実態調査」(平成21年)

(注) 収入300万円未満の2人以上世帯について、生活扶助相当の消費実態額を財務省で試算した上で、各級地の最小金額の都市を100として指数化

【改革の方向性】(案)

- 次回、平成30年度の生活保護基準の見直しに合わせて、級地区分についても検証・見直しを行うべき。平成の大合併に際して、消費実態の検証がないまま、上位の級地に区分されてきている。平成の大合併が一区切りした今こそ、見直しを行うべき。

【論点】

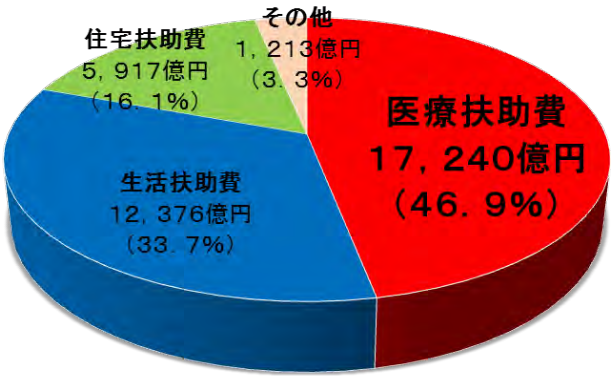
- 生活保護受給者は、自己負担なく、医療を受けられることもあり、患者（生活保護受給者）側にも、医療機関側にも、モラルハザードの問題が生じやすい。
 - 特に、医療扶助における頻回受診については、その適正受診指導が強く求められるところ。
 - しかしながら、主治医・自治体の嘱託医に確認の上、頻回受診者であることが確認されている「適正受診指導対象者」(注)に対する改善率は約4割台に留まっている。
- (注) 頻回が疑われる者のうち、主治医・自治体の嘱託医への協議を踏まえ、医学的にも過剰な受診を続けていたと認められる者

入院外の1月あたり受診回数

	1日	2日	3日	4日	5日	6～10日	11～15日	16～20日	21～25日	26日～	計
医療扶助	44.7%	23.8%	11.5%	6.2%	3.7%	6.7%	2.1%	0.8%	0.4%	0.1%	100.0%
国民健康保険等	49.5%	23.6%	11.1%	5.7%	3.2%	4.8%	1.4%	0.4%	0.2%	0.1%	100.0%

(注)「国民健康保険等」は、「国民健康保険」「後期高齢者医療」「協会(一般)」「組合健保」の合計。
(出典)医療扶助実態調査(平成27年6月審査分)、平成26年度医療給付実態調査

生活保護費の内訳



(出典)厚生労働省「生活保護費負担金実績報告」(平成26年度)

生活保護における頻回受診の適正化状況

	受診状況把握対象者数 (頻回受診者)	適正受診指導対象者数 ①	改善者数 ②	改善者数割合 ②/①
平成24年度	18,969人	4,146人	1,949人	47%
平成25年度	16,526人	4,012人	1,844人	46%
平成26年度	15,462人	3,809人	1,749人	46%

(注1)「頻回受診者」は、「同一傷病について、同一月内に同一診療科目を15日以上受診している月が3か月以上続いている者」である。
(注2)「適正受診指導対象者」は、頻回が疑われる者のうち、主治医・自治体の嘱託医への協議を踏まえ、医学的にも過剰な受診を続けていたと認められる者である。
(出典)厚生労働省資料

【改革の方向性】(案)

- 頻回受診の抑制に向けて、受診指導を受けてもなお改善につながらない頻回受診者については、例えばその費用について一定の自己負担を求める措置や受診回数の制限など実効性ある改善策を検討し、必要な措置を講ずべき。
- また、頻回受診者が著しく多い等の医療機関について、内容審査の上、個別指導の徹底を図るべき。

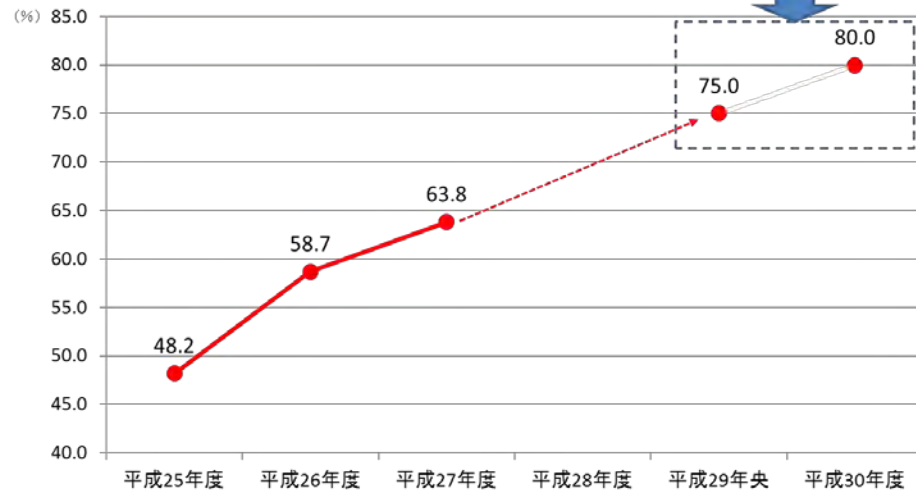
【論点】

- 生活保護においては、医師等が後発医薬品の使用が可能であると判断した場合には、後発医薬品の使用を原則としており、その使用割合を平成29年央までに75%とする政府目標を掲げている。
- 一般名処方が行われた医薬品で、後発医薬品を調剤しなかった理由は「患者の意向」が太宗を占めており、自治体から生活保護受給者（患者）に対する指導等により、使用を促進させる余地が大きいと考えられる。
- また、自治体における後発医薬品の使用促進の状況には大きな差が生じている。

後発医薬品使用割合(数量ベース)の推移

改革工程表

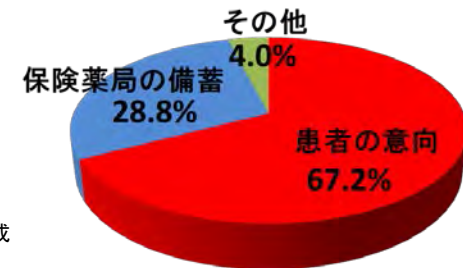
生活保護受給者の後発医薬品の使用割合について、2017年央までに75%とするとともに、2017年央において、医療全体の目標の達成時期の決定状況等を踏まえ、80%以上とする時期について、2018年度とすることを基本として、具体的に決定する。



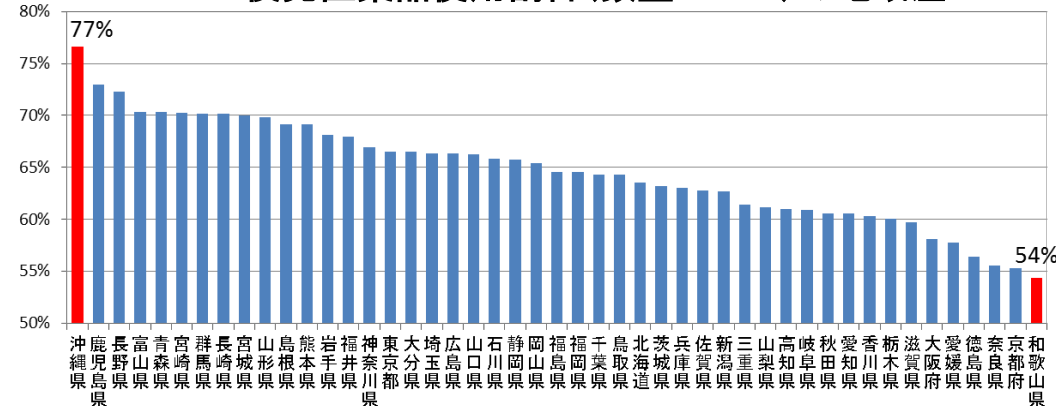
(出典)厚生労働省「医療扶助実態調査」

一般名処方が行われた医薬品で、後発医薬品を調剤しなかった理由

(注)後発医薬品が存在しない場合を除く。
(出典)政令指定都市(20)及び中核市(47)の平成27年度データを財務省において集計。



後発医薬品使用割合(数量ベース)の地域差



(出典)厚生労働省「医療扶助実態調査」(平成27年)

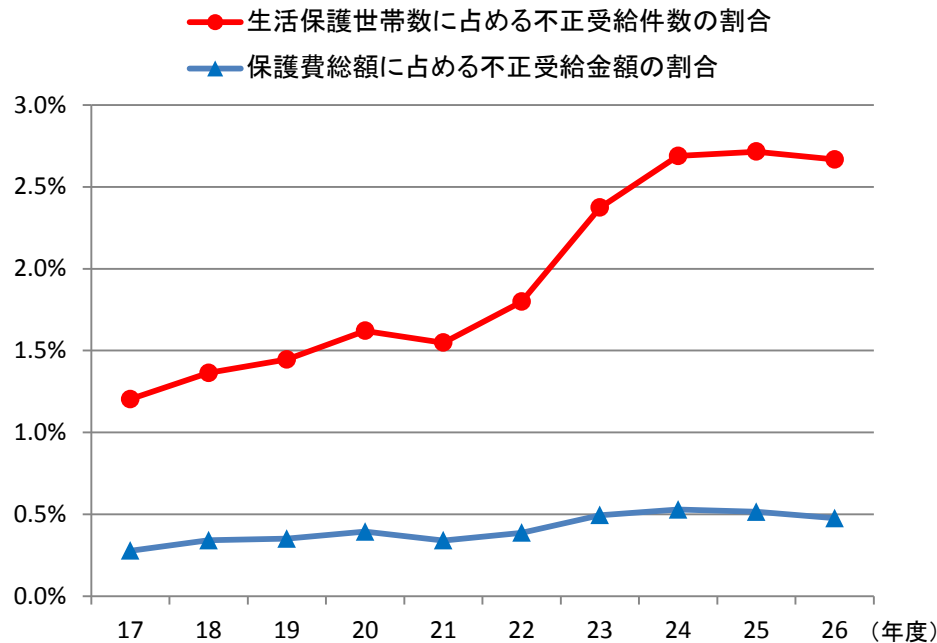
【改革の方向性】(案)

- 医師等が後発医薬品の使用が可能と判断し、自治体が指導を行っても、なお先発医薬品を使用する場合は、例えば後発医薬品との差額について一定の自己負担を求めるなど実効性ある改善策を検討し、必要な措置を講ずべき。
- 平成29年央の目標達成に向け、それぞれの自治体において、医師会・薬剤師会等の関係者と連携し、当該地域における状況や、全国での位置づけを把握の上、使用促進に向けた取組を加速化させるべき。

【論点】

- 生活保護世帯数に占める不正受給件数の割合は、以前より高くなっている。
- また、最近では、一例として、高額薬剤に絡む不適切な事案も発生している。
- 生活保護制度が適正に運営され、国民から信頼を得ていくことが、制度の持続性を確保する上で重要な問題。

生活保護における不正受給の状況(過去10年)



(出典)厚生労働省資料

「C型肝炎新薬を詐取—3容疑者逮捕 生活保護を悪用—」

(平成28年6月22日毎日新聞)

医療費が無料になる生活保護制度を悪用してC型肝炎の新薬「ソバルディ」をだまし取ったとして、警視庁組織犯罪対策特別捜査隊は21日…男女3名を詐欺容疑で逮捕した。

逮捕容疑は1～3月、生活保護制度を悪用し、相模原市内の病院から3回にわたり、ソバルディ計84錠(約520万円相当)を無料でだまし取ったとしている。いずれも容疑を認めているという。

…ソバルディは米製薬会社が開発し、国内では昨年5月に発売されたC型肝炎治療薬。日本人のC型肝炎患者の約3割を占めるタイプが対象で、臨床試験で95%と高い有効率が確認されている。重い副作用を伴うことがあるインターフェロン注射が不要になり、1日1錠の服用で治療期間が12週間と短い。

その画期性などから、当初は1錠約6万1800円と高額だった。今年4月からは年間売り上げが想定を超えたことなどから、特例によって約4万2000円に下がった。

【改革の方向性】(案)

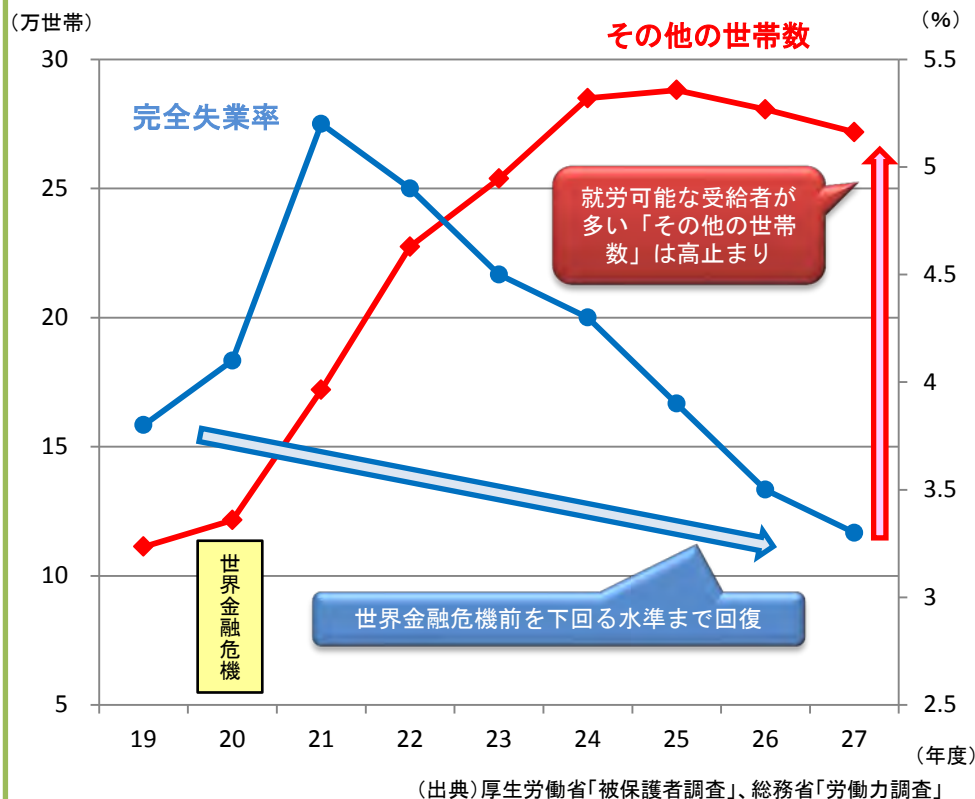
- 生活保護制度への信頼を確保するためにも、稼働収入の無申告等に係る不正受給については引き続き厳しい対応で臨むべき。
- 高額薬剤における不適正な事案発生を発見・防止するためにも、自治体においてレセプトデータの分析による、生活保護受給者への薬の二重支給の発見に引き続き努めることに加え、薬局を通じて生活保護受給者(患者)の服薬管理を徹底させるなど実効性ある改善策を図るべき。

就労促進に向けた取組

【論点】

- リーマンショック後、急増した「その他の世帯数」は、雇用情勢の好転もあり、足下は減少傾向にはあるが、依然として、その水準はリーマンショック前に比べて高止まりしている。

「その他の世帯数」と「完全失業率」

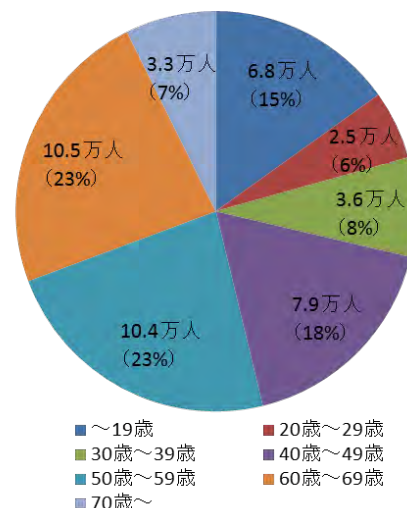


生活保護法

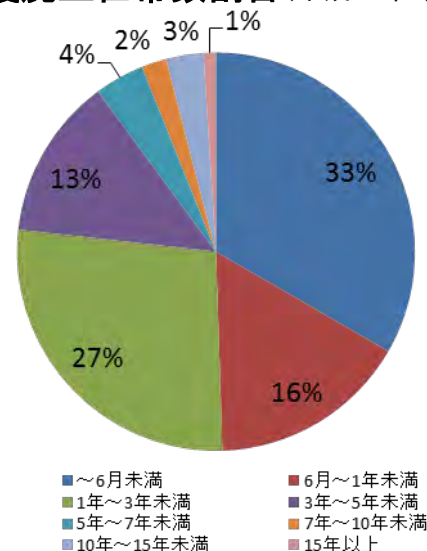
第4条第1項 保護は、生活に困窮する者が、その利用し得る資産、能力その他あらゆるものを、その最低限度の生活の維持のために活用することを要件として行われる。

「その他の世帯」の年齢構成

(平均年齢) 46.9歳



「その他の世帯」における受給期間別の保護廃止世帯数割合 (平成26年7月分)



【改革の方向性】 (案)

- 生活保護が、利用し得る資産、能力その他あらゆるものを、その最低限度の生活の維持のために活用することを要件としていることを踏まえ、引き続き、生活保護受給者に対する就労支援の取組を徹底すべき。その上で、正当な理由なく、就労に向けた取組を拒む受給者に対して、実効性ある方策を講ずることができるよう、平成30年度の制度見直しに37合わせて検討すべき。

雇用

経済・財政再生計画及び改革工程表における改革項目等(雇用)

改革項目	経済・財政再生計画	改革工程表	番号
雇用保険の国庫負担の当面の在り方の検討	雇用保険の国庫負担の当面の在り方について、国庫負担について規定した平成 23年改正による雇用保険法附則第15条の規定、経済雇用情勢の好転、雇用保険財政の状況、これまでの経緯、公労使での議論も踏まえ、検討する。	・ 積立金や雇用保険料の水準、経済雇用情勢の動向、雇用保険法附則第15条の規定、国庫が果たすべき役割等を勘案し、当面の国庫負担の在り方について、関係審議会等において検討 → 検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる	①

雇用保険制度の見直しについて

①

- 現在の雇用情勢は、着実に改善が進んでおり、有効求人倍率は1.37倍と24年ぶりの水準、完全失業率は3.1%と21年ぶりの水準となっている。また、都道府県別の有効求人倍率は、史上初めて、すべての都道府県で1倍を超えている。

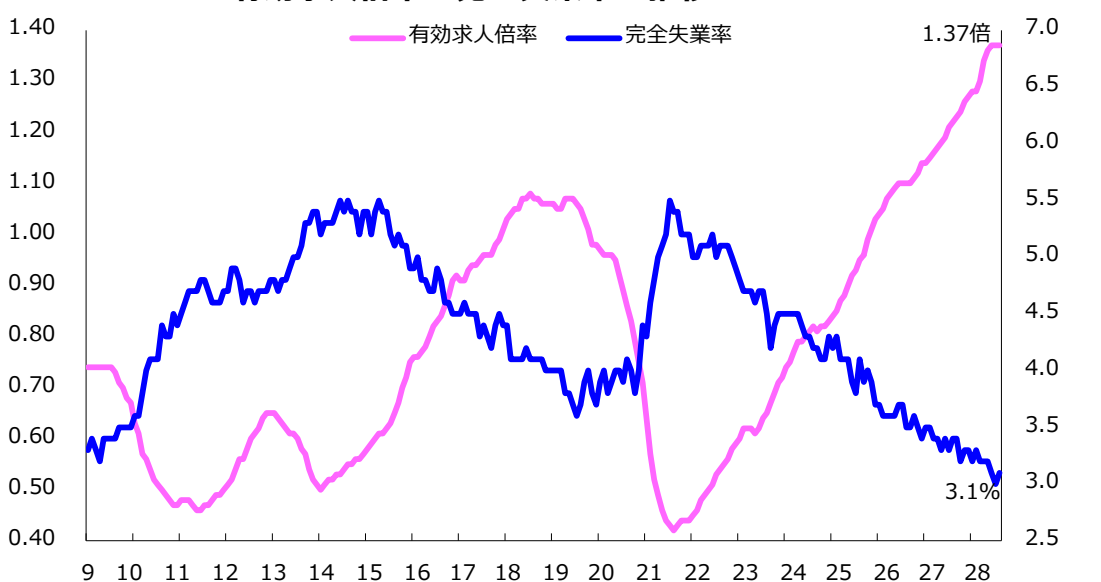
※平成28年8月時点

- 平成27年度の失業給付の支出額は0.8兆円と、平成21年度の1.6兆円と比較して、大きく減少している。

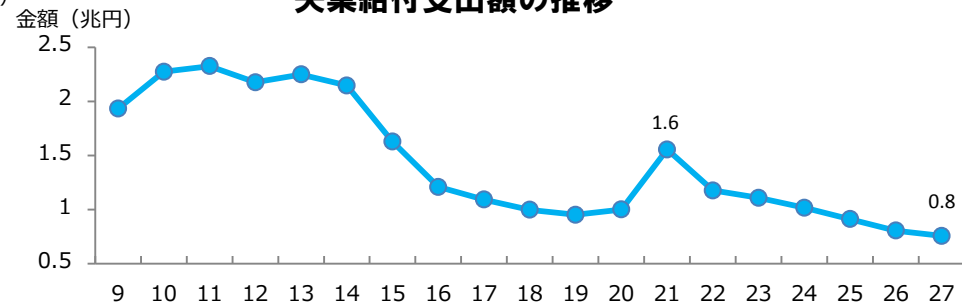
※失業等給付のうち、育児休業給付等を除いた求職者給付

- 雇用保険積立金は、近年、過去最高を更新し続けており、平成27年度末の残高は6.4兆円となっている。

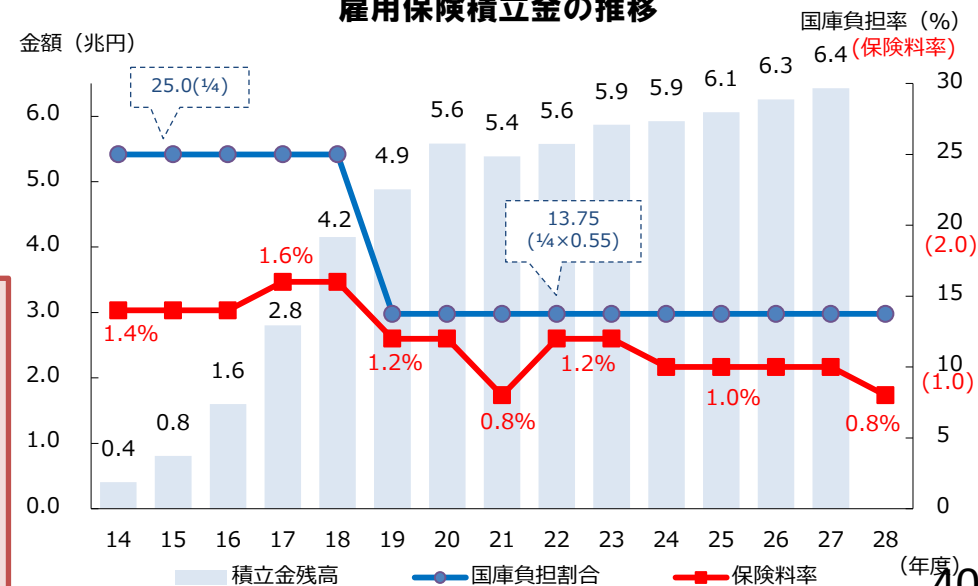
有効求人倍率（倍） 有効求人倍率・完全失業率の推移



失業給付支出額の推移



雇用保険積立金の推移



【改革の方向性】（案）

- 「未来への投資を実現する経済対策」で決定されたとおり、アベノミクスの成果等により、雇用情勢が安定的に推移していること等を踏まえ、雇用保険料や国庫負担の時限的な引下げ等について、必要な検討を経て、成案を得、平成29年度から実現すべき。

