ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health Labour and Welfare

社会保障改革について

平成26年10月21日（火）
塩崎臨時議員提出資料

（目次）

１．医療提供体制・医療保険制度改革 …… Ｐ．２
２．薬価の適切な改定と薬価制度の改善 …… Ｐ．６
３．介護報酬、認定要件と給付範囲の適正化と事業効率の改善 …… Ｐ．９
４．生活保護制度の改善等 …… Ｐ．13
５．主な論点と対応方針 …… Ｐ．18

1. 医療提供体制・医療保険制度改革

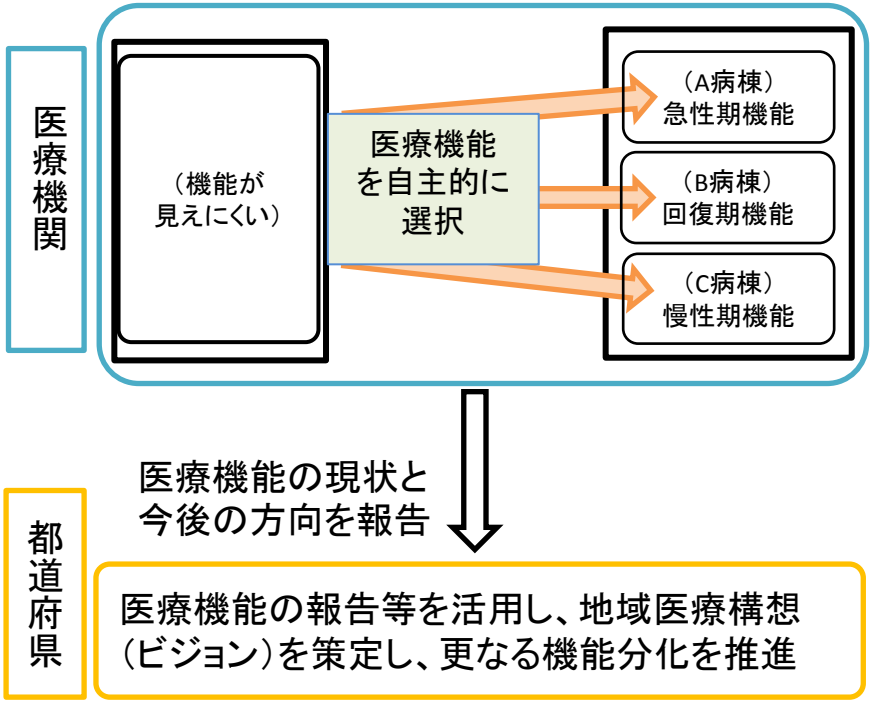
医療提供体制の見直し

○ 医療機関が病床の医療機能の現状と今後の方向を都道府県に報告する病床機能報告制度を創設（平成26年10月～）。

○ 都道府県は、病床機能報告制度により報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含む地域医療構想を策定し、病床の機能分化・連携を推進（平成27年度～）。

○ 国は、都道府県において実効性のある地域医療構想の策定等が円滑に行えるよう、ガイドラインを策定（平成26年度中）。

○ 将来の医療需要や各医療機能の必要量については、急性期入院医療の解析に適したDPCデータや、レセプトデータなども分析することにより推計することを検討。



（地域医療構想（ビジョン）の内容　案）

1. 2025年の医療需要
   入院・外来別・疾患別患者数　等

2. 2025年に目指すべき医療提供体制
   ・二次医療圏等（在宅医療に関する部分を含め）ごとの医療機能別の必要量

3. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策
   例）医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

1. 医療提供体制・医療保険制度改革

医療費の現状と考え方

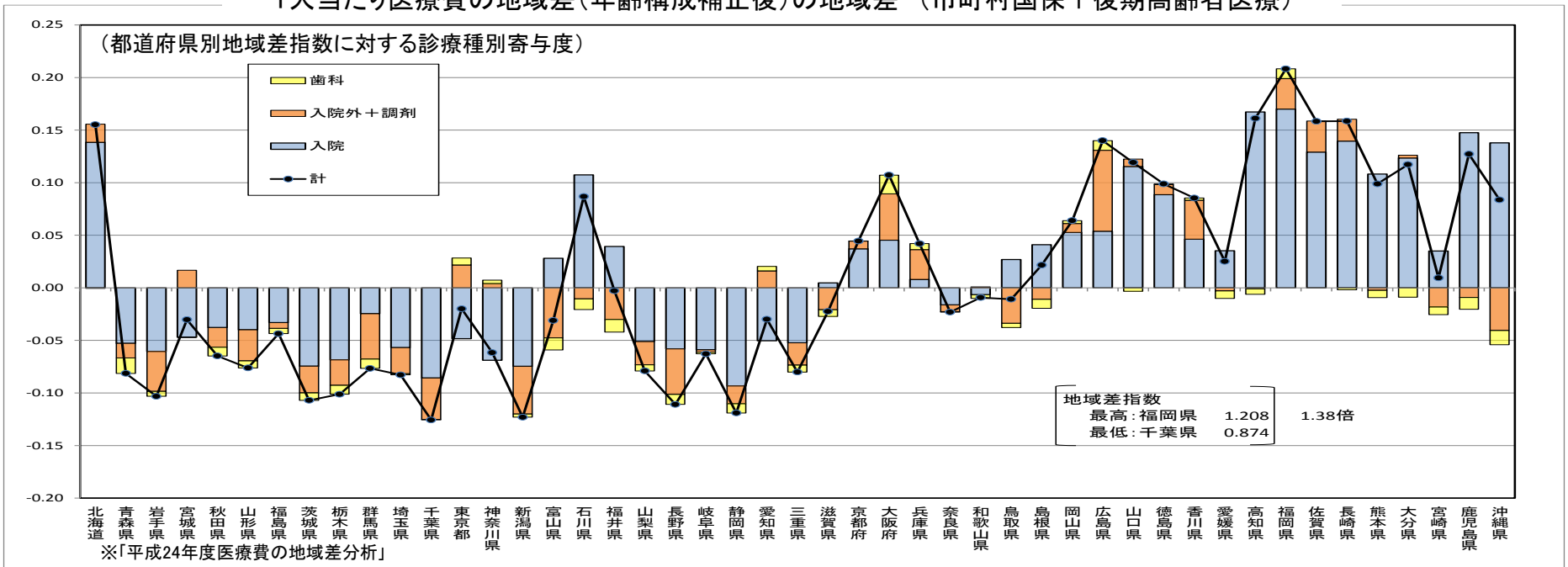
○我が国の医療費（40兆円）の対GDP比は、約8%でOECD加盟国で中位。
伸び率は、年3%前後であったが、最近は年2%前後とやや鈍化。

○今後も高齢化や医療の高度化等で、年2～3%の伸びの見込み。
→ 引き続き、医療の重点化・効率化を進める必要。

○医療費の伸びの主要因は、①入院医療費、②高齢化、③医療の高度化。
→ これらに対応した効果的な対策として、以下の取組を進める。
①入院医療の適正化と地域包括ケアの推進
②予防・健康づくりの推進
③後発医薬品の使用促進、費用対効果評価の試行的導入等

（伸びの要因）
平成24年度国民医療費は前年度から6300億円の増
①入院医療費の増・・・約6割(3800億円)
②65歳以上の医療費の増・・・約10割(6300億円)
③医療の高度化による医療費の増・・・がんの医療費の増(1700億円)は医科医療費の増(5100億円)の3分の1

1人当たり医療費の地域差（年齢構成補正後）の地域差 （市町村国保＋後期高齢者医療）



※「平成24年度医療費の地域差分析」

1. 医療提供体制・医療保険制度改革

入院医療の適正化と地域包括ケアの推進

医療費適正化計画の見直し

（平成27年通常国会に法案提出予定）

○次期医療保険制度改革において、医療費適正化計画の見直しを検討。

・地域医療構想と整合的な医療費の水準や医療の提供に関する目標の設定を都道府県に求めるとともに、計画をより実効あるものとするため、毎年度の進捗管理の導入等、PDCAサイクルの強化を併せて行う予定。

・また、都道府県における地域医療構想の策定状況も踏まえつつ、平成30年度から開始する第3期医療費適正化計画の前倒し実施についても検討。

国保の財政運営等の都道府県移行

（平成27年通常国会に法案提出予定）

○国保への財政支援を拡充するとともに、国保の財政運営等を都道府県に移行し、都道府県と市町村が適切に役割分担して国保を運営するよう見直しを検討。

・国･･･公費の拡充による国保の財政基盤強化
・都道府県･･･国保の財政責任の主体としての位置付けを明確化
・市町村･･･都道府県内の医療費を各市町村の医療費水準と所得水準等で按分し支え合う

外来医療の機能分化等

（平成27年通常国会に法案提出予定）

○紹介状なしで大病院を受診した場合等の患者の定額負担の導入、入院時食事療養費等の見直し等を検討。

1. 医療提供体制・医療保険制度改革

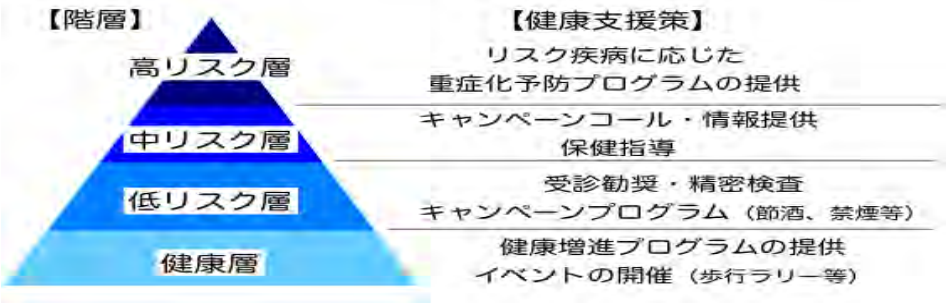
予防・健康づくりの推進

データヘルスの推進

○保険者による医療費適正化の取組について、ICTを活用し、レセプト・健診情報等のデータ分析に基づく保健事業を推進。

・糖尿病等の重症化予防、重複・頻回受診者や重複投薬者等への訪問指導、後発医薬品の使用促進等を実施。

（F健保組合の例）
被保険者の健康度に応じて健康リスクの階層化を実施し、それぞれの階層にアプローチすることで、1次予防から3次予防までを網羅した予防事業に取り組んでいる。



個人・保険者のインセンティブの強化

（平成27年通常国会に法案提出予定）

○保険者が、加入者個々人の健診受診状況、予防・健康づくり活動等に応じて、ヘルスケアポイントを付与するなど、個人の健康へのインセンティブを強化することを検討。

○加入者の予防・健康づくりに成果をあげた保険者をより評価するため、後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直しを検討。

後発医薬品の使用促進、費用対効果評価の試行的導入等

後発医薬品の使用促進

○診療報酬上の措置、保険者の後発医薬品差額通知等により、後発医薬品の使用を促進。

○新規収載の後発医薬品の薬価を先発品の60%に引き下げ(平成26年度改定前：先発品の70%)

費用対効果評価の試行的導入

○革新的な医薬品・医療機器等によって、より高い治療効果等が期待される一方、新しい医薬品・医療機器等の中には非常に高額なものがある。平成28年度を目途に、医薬品・医療機器等の保険適用の評価に際し、費用対効果の観点の試行的導入を検討。

2. 薬価の適切な改定と薬価制度の改善

薬剤費の状況

○医療費に占める割合の大きい薬剤費の適正化のため、これまで、市場実勢価格に基づき薬価改定を実施。

・薬剤費比率は、平成5年度28.5% → 平成23年度21.9% まで低下

・薬価差(推定乖離率)は、平成5年度19.6% → 平成23年度8.4%(平成25年度8.2%) まで低下

年度	国民医療費（A）	薬剤費（B）	薬剤費比率（B／A）	推定乖離率（C）
平成5年度	(兆円) 24.363	(兆円) 6.94	(%) 28.5	(%) 19.6
平成6年度	25.791	6.73	26.1	—
平成7年度	26.958	7.28	27.0	17.8
平成8年度	28.454	6.97	24.5	14.5
平成9年度	28.915	6.74	23.3	13.1
平成10年度	29.582	5.95	20.1	—
平成11年度	30.702	6.02	19.6	9.5
平成12年度	30.142	6.08	20.2	—
平成13年度	31.100	6.40	20.6	7.1
平成14年度	30.951	6.39	20.7	—

年度	国民医療費（A）	薬剤費（B）	薬剤費比率（B／A）	推定乖離率（C）
平成15年度	31.538	6.92	21.9	6.3
平成16年度	32.111	6.90	21.5	—
平成17年度	33.129	7.31	22.1	8.0
平成18年度	33.128	7.10	21.4	—
平成19年度	34.136	7.40	21.7	6.9
平成20年度	34.808	7.38	21.2	—
平成21年度	36.007	8.01	22.3	8.4
平成22年度	37.420	7.88	21.1	—
平成23年度	38.585	8.44	21.9	8.4

基本的な考え方

○今後とも、市場実勢価格に基づき、適正に薬価改定を行っていく。

○同時に、革新的な医薬品の開発や、有効で安全な医薬品の安定供給の確保に留意する必要がある。

○また、併せて、後発医薬品の使用促進により、薬剤費のさらなる適正化に努める。

※後発医薬品の数量シェア･･･平成23年９月39.9% → 平成25年９月46.9% → 目標：平成30年３月末60%以上

2. 薬価の適切な改定と薬価制度の改善

「経済財政運営と改革の基本方針2014」（平成26年6月24日閣議決定）

（薬価・医薬品に係る改革）

薬価調査、更には薬価改定が2年に1度となっている現状の下では、医薬品の取引価格が下落しているにもかかわらず、保険からの償還価格が一定期間据え置かれているため、患者負担、保険料負担、公費負担に影響を与えている。

このような現状を踏まえ、調査・改定に係るコストにも適切に配慮しつつ、他の統計に与えている影響や市場価格形成の状況を勘案して、市場実勢価格を適正に反映できるよう、薬価調査・薬価改定の在り方について、診療報酬本体への影響にも留意しつつ、その頻度を含めて検討する。

留意すべき事項

○薬価改定については、現状では2年に1回の頻度で実施されているが、薬価の毎年改定には以下のような課題がある。

1. 革新的な医薬品の創薬意欲を損なうおそれ

－薬価改定による引下げ（5～7%程度）は、医薬品企業の研究開発費の約半分に相当。改定の頻度を上げると企業の研究開発費の削減が不可避であり、改定が連続することにより、医薬品企業の新薬開発力を削ぐことになるのではないか。

2. 市場価格の適正な把握のための技術的な問題

－市場価格の適正把握ができなくなるのではないか。

－価格交渉など流通への影響が大きい等の理由で、卸が毎年改定を前提とした薬価調査に協力しないことになるのではないか。

3. 診療報酬への影響

－薬価と診療報酬は医療機関への支払いとしては密接に関連。診療報酬の改定は、前回改定の結果の検証等を行った上で検討する必要があり、診療報酬の毎年改定は現実的に困難であることと一体的に考える必要があるのではないか。

4. 毎年改定に関する歴史的な経緯

－頻回な薬価改定による不満により、昭和60年に「薬価調査非協力」問題が顕在化。これを踏まえ、昭和62年の中医協建議により、概ね2年に1回程度の全面改定となったが、再度問題が生じないか。

2. 薬価の適切な改定と薬価制度の改善

医薬品取引の実態とこれまでの対応

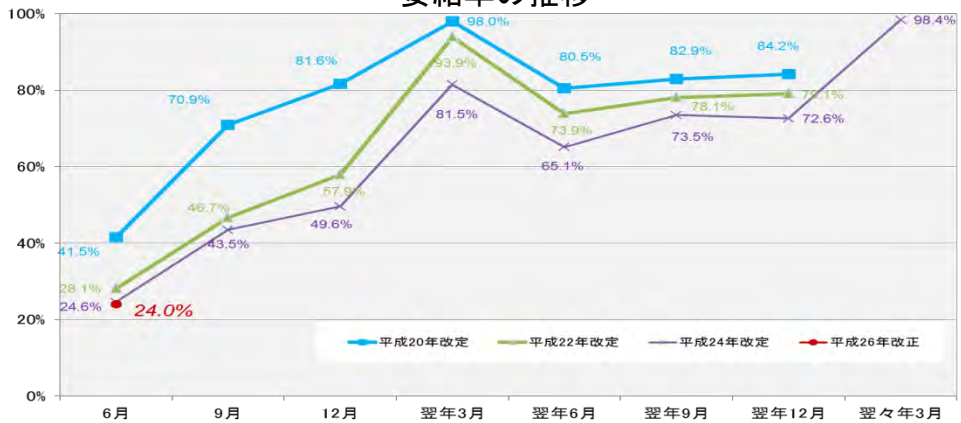
○近年、改定を経るごとに、医療機関･薬局と卸における価格の妥結率が低下し、妥結までに相当な長期を必要とする未妥結･仮納入という商慣行が常態化。

○より早期の妥結を促すため、平成26年度診療報酬改定において、いわゆる「未妥結減算」(※)を導入した。

※妥結率が50%以下の200床以上の病院及び薬局の初･再診料等や調剤基本料の評価を引き下げる仕組み

○現在、対象の病院及び薬局から、妥結状況の報告を受けているところ。(10月中に報告)

妥結率の推移



(注)平成18年改定時の調査は、18年7月、18年10月、翌年1月、翌年7月、翌年10月に実施。「翌々年3月」については、平成24年度改定分においてのみ実施

今後の対応方針

○薬価改定のためには、市場実勢価格をより正確に把握することが必要である。

○平成26年度に導入した「未妥結減算」については、早期妥結を促す仕組みであるが、市場取引に影響を与えうるもの。適切な市場価格の形成へ向けて、「未妥結減算」の効果･影響を検証しつつ、薬価と医薬品市場の実態を把握するための取組を進める。

3. 介護報酬、認定要件と給付範囲の適正化と事業効率の改善

（平成27年度介護報酬改定）

○　平成27年度の介護報酬改定に当たっては、介護サービスが安定的に供給されるため、介護職員の処遇改善も含めた人材確保を確実に進めていくとともに、サービスの効率化に向けた不断の努力をしていく必要がある。

○　具体的には、以下の３つの視点が重要。

①　在宅中重度者や認知症高齢者への対応の更なる強化を図り、在宅生活の限界点を高める。

②　介護人材は、地域包括ケアシステムの構築に不可欠な社会資源であり、その確保は重要な課題の一つ。
また、将来的なマンパワーの減少を見据え、質の高い介護人材を確保し、効率的かつ効果的に配置する。

③　保険料と公費で支えられている介護保険制度の持続可能性を高め、限りある資源を有効に活用するためには、効果的・効率的なサービス提供体制を構築していく。

○　また、本年６月に閣議決定した骨太の方針に沿って、今後検討を進める。

経済財政運営と改革の基本方針2014（骨太）【平成26年6月24日閣議決定】

第3章　経済再生と財政健全化の好循環

2．主な歳出分野における重点化・効率化の考え方

（1）社会保障改革

（介護報酬・診療報酬等）

平成27年度介護報酬改定においては、社会福祉法人の内部留保の状況を踏まえた適正化を行いつつ、介護保険サービス事業者の経営状況等を勘案して見直すとともに、安定財源を確保しつつ、介護職員の処遇改善、地域包括ケアシステムの構築の推進等に取り組む。障害福祉サービス等報酬改定についても同様に取り組む。

また、今後の診療報酬改定に向けて、医薬品や医療機器等の保険適用の評価に際して費用対効果の観点を導入することや、医療提供者に対して良質かつ効率的な事業運営を促す報酬の在り方について検討する。

3. 介護報酬、認定要件と給付範囲の適正化と事業効率の改善

（改正介護保険法の着実な施行）

○　本年６月に成立した医療介護総合確保推進法に基づく改革が着実に実施されるよう、施行準備を進める。

【改正の主な内容】

①　要支援者について全国一律の介護保険給付である予防給付（通所介護・訪問介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、サービスを多様化【平成27年４月施行。平成29年4月までにすべての市町村で実施】

②　特別養護老人ホームの新規入所者を原則要介護３以上に重点化【平成27年４月施行】

③　一定以上の所得のある利用者の自己負担の引上げ【平成27年８月施行】

④　低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加【平成27年８月施行】

（事業者間競争）

○　現行の制度においても、特定の者に対して不当な差別をしたり、利用者のニーズに応じたサービスの選択を不当にゆがめないこと等に留意しつつ、事業者等の判断により介護給付費の割引が可能。

○　また、介護保険サービスは人件費比率が高く、過度な価格競争が生じた場合、人件費の削減等が生じ、介護職員の処遇改善施策の後退、ひいては介護人材の不足を招きかねない。その結果、サービスの質が下し、被保険者の要介護状態が悪化する懸念。

○　なお、介護保険給付は、サービス利用の自己負担が１割であることから、価格の割引の影響が薄いため、価格競争の効果には限界があることにも留意が必要。

（事業の集約化）

○　これまでも、同一法人の施設間で密接な連携があることを条件に、人員配置基準を緩和するなどの簡素・合理化を行ってきたところであり、今後とも必要な見直しを推進。

○　また、団地の建て替えの際に、高齢者向け住宅に在宅医療、看護、介護サービスなどの高齢者向け機能の拠点を集約して整備する事業を自治体等が推進。

3. 介護報酬、認定要件と給付範囲の適正化と事業効率の改善

社会福祉法人の内部留保に関する指摘への対応方針

○ これまで諸方面から提起されてきた議論は、『社会福祉法人が事業運営の中で財政的な余裕（余裕財産）を生じさせているのではないか』という問題意識。

＊ これまで、社会福祉法人の内部留保について確立した定義はない。

（注）平成23年・平成25年の介護給付費分科会において、特別養護老人ホームについて２種類の内部留保に関する考え方が示されている。

- 「発生源内部留保」（資本の面から見た利益の蓄積）　：　特養１施設当たり平均約３．１億円
- 「実在内部留保」　（資産の面から見た現預金等）　：　特養１施設当たり平均約１．６億円

＊ 規制改革実施計画（平成26年６月24日閣議決定）抜粋

No.	事項名	規制改革の内容	実施時期	所管省庁
8	内部留保の明確化	厚生労働省は、内部留保の位置付けを明確化し、福祉サービスへの再投資や社会貢献での活用を促す。	平成26年度に結論を得て、所要の制度的な措置を講じる	厚生労働省
9		厚生労働省は、社会福祉法人に対して、明確な事業計画に基づく目的別の積立（退職給与引当金や修繕積立金等の別途積立金の活用）を行うことを指導する。	平成26年度措置	厚生労働省

◆ この問題意識に対応するため、社会福祉法人のいわゆる内部留保については、現在、社会保障審議会福祉部会において、

① 余裕財産の具体的な状況を「見える化」する仕組み

② 計画的に余裕財産を福祉サービスや地域の公益的な活動に活用する仕組み

を構築することを検討しており、年内を目途にとりまとめ、これを踏まえて所要の制度改正を行う予定。

3. 介護報酬、認定要件と給付範囲の適正化と事業効率の改善

社会福祉法人の財務規律のイメージ

公益性を担保する財務規律
- ①適正かつ公正な支出管理
- ②余裕財産の明確化
- ③福祉サービス・地域公益活動への再投下

①適正かつ公正な支出管理

- 役員報酬基準の設定
- 関係者への特別の利益供与の禁止
- 外部監査の活用

等

社会福祉法人の事業

社会福祉事業	公益事業
「地域公益活動」※	

利益

②余裕財産の明確化

いわゆる内部留保

控除対象財産

※ 事業の継続に必要な財産
＊ 負債との重複部分については調整

運転資金

計画的再投下対象財産

※ 具体的な計画に基づく支出は積立金として区分経理

計画的再投下対象財産が生じた場合

③福祉サービス・「地域公益活動」への再投下

再投下計画

○ 地域のニーズに対応した新しいサービスの展開、人材への投資
○ 「地域公益活動」の実施

※「地域公益活動」と社会福祉事業・公益事業との関係については更に検討。

4. 生活保護制度の改善等

経済財政運営と改革の基本方針2014（骨太の方針）（抜粋）及びこれを踏まえた対応

第３章 経済再生と財政健全化の好循環

（平成26年６月２４日 閣議決定）

２．主な歳出分野における重点化・効率化の考え方

（１） 社会保障改革

（生活保護・生活困窮者対策）

生活困窮者に対しては、「生活困窮者自立支援法」に基づく生活保護に至る前の段階の自立支援策の強化に取り組む。生活保護を受給する高齢者世帯が増加しているため、高齢者に至る前の40歳代・50歳代の被保護者等の就労へのインセンティブを強化するとともに、被保護者等を取り巻く社会環境を整える。

生活保護の扶助費の約５割を占める医療扶助の適正化のため、被保護者に対する後発医薬品の使用促進に努めるとともに、自治体が保健指導を実施すること等により、被保護者の健康管理を支援し、医療機関受診の適正化を図る。

また、住宅扶助や冬季加算等の各種扶助・加算措置の水準が当該地域の類似一般世帯との間で平衡を保つため、経済実勢を踏まえてきめ細かく検証し、その結果に基づき必要な適正化措置を平成27年度に講じる。

生活困窮者対策
・新法と改正生活保護法の一体的な運用による、地域社会全体での支援

被保護者の就労による自立の支援
・就労支援体制整備推進員（仮称）の配置

医療扶助の適正化
・電子レセプトシステムの活用による不適正受診への指導
・健康管理に関する研究会の成果の活用
・自治体の体制強化　など

生活保護基準の見直し
・生活保護基準部会において専門的かつ客観的な検証を行い必要な見直しを実施

4. 生活保護制度の改善等

切れ目のない就労・自立支援とインセンティブの強化について

保護開始直後から脱却後まで、稼働可能な者については、切れ目なく、また、どの段階でも、就労等を通じて積極的に社会に参加し、自立することができるよう支援を実施

① 保護開始段階での取組

○自立活動確認書に基づく集中的支援（25年5月から実施）

就労自立が見込まれる者について原則６か月以内の就職を目指し、自立活動確認書に基づく本人の納得を得た集中的な支援を実施

○就労活動促進費の創設（25年8月から実施）

自ら積極的に就労活動に取り組んでいる者に対して支給

- 支給金額：月５千円（支給対象期間：原則6か月以内、延長3か月、再延長3か月　最長1年）
- 支給要件：被保護者が、福祉事務所と事前確認した活動期間内に保護脱却できるよう、ハローワークにおける求職活動等を月6回以上行っているなど計画的な就労活動に積極的に取り組んでいること

② 保護開始後3～6月段階での取組

○職種・就労場所を広げて就職活動（25年5月から実施）

就職の目途が立たない場合等は「職種・就労場所を広げて就職活動」を基本とする。

○低額であっても一旦就労 （25年5月から実施）

保護脱却可能な就労が困難と見込まれる者について、生活リズムの安定や就労実績を積み重ねる観点から、「低額であっても一旦就労」を基本的考え方とする。

③ 就労開始段階の取組

○勤労控除の見直し （25年8月から実施）

就労の意欲が高まるよう、全額控除額の引き上げ及び控除率の定率化（最低控除額８千円→１万５千円、一律10%）

④ 保護脱却段階での取組

○ 就労自立給付金の創設（26年7月から実施）

保護脱却後に税、社会保険料等の負担が生じることを踏まえ、保護脱却のインセンティブを強化するとともに、脱却直後の不安定な生活を支え再度保護に至ることなく着実に自立できるよう支給

- 支給金額：上限額　単身世帯10万円、多人数世帯15万円
  保護脱却前最大6月間の各月の就労収入額に対し、算定率を乗じて算定した額と上限額のいずれか低い額を支給。
- 支給要件：安定な就労の機会を得たこと等により、保護を必要としなくなった者

⑤ 保護脱却後の取組

○ 生活困窮者自立支援法（２７年４月施行）の自立相談支援事業にその後の支援を繋ぐことで、連続的支援を検討

4. 生活保護制度の改善等

医療扶助の適正化に向けた取組みについて

（1）後発医薬品の使用促進

○　平成２５年度より、医師が後発医薬品の使用が可能であると判断した場合は、後発医薬品の使用を原則化。
○　生活保護法を改正し、後発医薬品の使用を促すことについて法律上明確化。

（2）指定医療機関の不正事案への対処

○　生活保護法を改正し、指定医療機関の指定要件の明確化、指定医療機関制度を見直し。
○　国による指導等を可能とするなど、指定医療機関への指導体制を強化。

（3）電子レセプトを活用したレセプト点検の強化

○　電子レセプトを活用することで、各自治体においてレセプト点検を強化。
○　平成２４年度には、重複処方など、具体的な対象となりうる者を抽出するための機能を強化。

（4）向精神薬等にかかる適正受診の徹底

○　同一月に複数の医療機関から向精神薬を処方されている者に対し、受診指導を実施。
○　診療日数が過度に多い者や長期間入院している者の全員を対象に、嘱託医協議や主治医訪問により個々の状況を把握した上で、適正受診の徹底や退院に向けた支援を実施。

（5）健康管理支援の推進

○　専門職の配置による適正受診指導、健康診査及び保健指導の活用推進等の補助事業等により自治体の取組を支援。
○　平成27年度概算要求では、健康管理支援の推進等のための所要額を要求。
○　研究会を設置し、健康保持増進上の課題及びそれらの課題を軽減・解消するための方策について検討。

地方自治体の取組による適正化　→　保護費（医療扶助費）｛・国庫負担分３／４　・地方負担分１／４｝の削減

4. 生活保護制度の改善等

平成25年8月から27年度までの生活扶助基準の見直しの考え方と影響額

生活扶助基準の見直しは、以下の合理的な考え方に基づき「適正化」を図るもの。

①生活保護基準部会の検証結果を踏まえた適正化

・　社会保障審議会生活保護基準部会において、生活扶助基準と一般低所得世帯の消費実態との均衡が適切に図られているか、年齢・世帯人員、居住地域の3要素別に検証した結果に基づき、制度内の不均衡を適正化

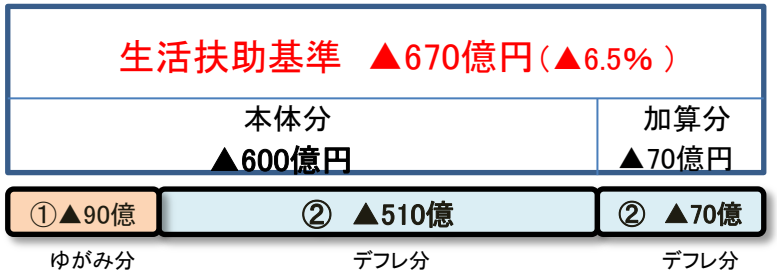
②デフレ傾向を踏まえた調整

・　デフレ傾向にもかかわらず、前回の基準見直し（平成20年）以降生活扶助基準が据え置かれてきたことを踏まえ、平成20年から平成23年までの物価の変動分（▲4.78%）を反映することにより適正化

※生活扶助基準の見直しにあたっては、以下の激変緩和措置を講じる。
- 見直しの影響を一定程度に抑える観点から、平成24年度基準からの減額幅は、マイナス10%を限度となるように調整する。
- 生活扶助基準額の見直しは、平成25年8月から27年度まで、3年程度をかけて段階的に実施する。

○ 生活扶助基準等の見直しの財政効果

【3か年合計】



【各年度】

平成25年度	約150億円
平成26年度	約260億円
平成27年度	**約260億円**

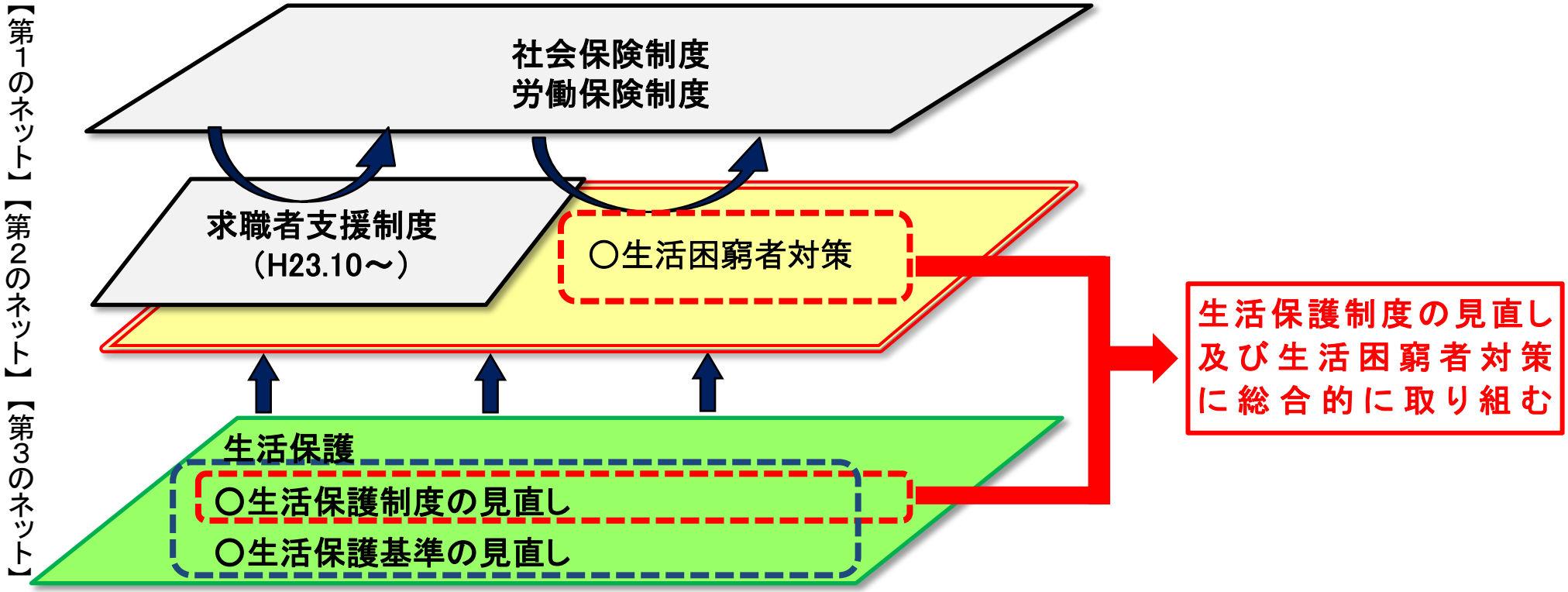
審査請求・訴訟の状況

生活扶助基準の見直しに基づく保護変更決定処分を不服とする審査請求が全国で25年度約1.3万件、26年度約7千件（H26.８月末現在）提起され、一部は厚生労働大臣への**再審査請求**（H26.９月末現在4,658件）や保護変更決定の取消しを求める**訴訟**（H26.９月末現在８件）に発展。

4. 生活保護制度の改善等

生活保護制度の見直しと新たな生活困窮者対策の全体像

生活保護制度の見直し及び生活困窮者対策に総合的に取り組むとともに、生活保護基準の見直しを行う。



【社会保障制度改革推進法】（平成24年法律第64号） 抜粋

（生活保護制度の見直し）
附則第二条　政府は、生活保護制度に関し、次に掲げる措置その他必要な見直しを行うものとする。
一　不正な手段により保護を受けた者等への厳格な対処、生活扶助、医療扶助等の給付水準の適正化、保護を受けている世帯に属する者の就労の促進その他の必要な見直しを早急に行うこと。
二　生活困窮者対策及び生活保護制度の見直しに総合的に取り組み、保護を受けている世帯に属する子どもが成人になった後に再び保護を受けることを余儀なくされることを防止するための支援の拡充を図るとともに、就労が困難でない者に関し、就労が困難な者とは別途の支援策の構築、正当な理由なく就労しない場合に厳格に対処する措置等を検討すること。

5-1　主な論点と対応方針（医療提供体制・医療保険制度改革）

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省

主な論点	厚生労働省の対応方針
○ 国は、医療費適正化に向けたベストプラクティスの標準化、横展開を促すべき。そのためにも、「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」における検討を加速し、2014年度内に策定される「地域医療構想策定のためのガイドライン」において、2040年度までの人口動態を勘案した病床機能別標準病床数等、具体的かつ定量的に提示すべき。また、地域医療構想と整合的な医療費水準（支出目標）や医療提供の目標（平均在院日数、後発医薬品使用率等）を設定し、取組みが加速されるよう医療費適正化計画の枠組みを見直すべき。	○ ベストプラクティスについては、医療費の側面だけでなく、医師等の医療資源の地域偏在やアクセス等も考慮する必要がある。 ○ 「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」において、地域横断的な医療・介護情報の活用方策等の調査・検討が進められており、厚生労働省としても、専門調査会の下に設けられたワーキンググループにおける議論に参加・協力しているところであり、引き続き、必要な協力を行ってまいりたい。 ※ 病床の過不足率（既存病床数／基準病床数－1（%））は、病床数の増減だけでなく、基準病床数の増減の影響も受ける。第6次医療計画の策定時（2013年）と第5次医療計画の策定時（2008年）の状況を比較すると、病床過剰の割合が高まった都道府県が35あるが、うち30は、病床数を減少させているものの、それ以上に都道府県自身が「基準病床数」を減少させたために病床過剰の割合が高まっているものであり、「病床過剰を改善できず、悪化させた」と一概には言えない。 ○ 厚生労働省は、平成26年度内に「地域医療構想策定のためのガイドライン」を策定し、都道府県に示すこととしており、その内容に関し、「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」において具体的な議論を行っている。 ガイドラインにおいて、将来の医療需要や各医療機能の必要量の推計方法等を示すこととしており、DPCデータやNDB（レセプト情報・特定健診情報等データベースシステム）のレセプトデータなどのデータも分析することにより検討を進めることを考えている。 ○ 次期医療保険制度改革において、医療費適正化計画の見直しを検討。（平成27年通常国会に法案提出予定） ・地域医療構想と整合的な医療費の水準や医療の提供に関する目標の設定を都道府県に求めるとともに、計画をより実効あるものとするため、毎年度の進捗管理の導入等、PDCAサイクルの強化を併せて行う予定。 ・また、都道府県における地域医療構想の策定状況も踏まえつつ、平成30年度から開始する第3期医療費適正化計画の前倒し実施についても検討。

5-1　主な論点と対応方針（医療提供体制・医療保険制度改革）

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省

主な論点	厚生労働省の対応方針
○　都道府県は、遅くとも2016年度までに2025年のあるべき病床数を定める地域医療ビジョンとそれと整合的な医療費適正化計画(支出目標等)を定め、提供体制の改革を始動すべき。また、病床改革の進捗管理を行い、進捗を踏まえた是正措置を講じるべき。 ○　国は、保険者に対するインセンティブを強化し、都道府県や被用者保険の保険者が、データ解析を基に、被保険者の受診・投薬行動の是正、後発医薬品の使用促進、医療機関の診療行為の適正化等、保険者機能を発揮し、保険料率の上昇抑制に努める仕組みを構築すべき。 ○　国は都道府県別目標と実績を集計し、2020年の財政健全化に向けた道筋と整合的かチェックし、必要な対応策(ポストー体改革の施策群)を検討すべき。	（地域医療構想） ○　都道府県は、平成27年度以降、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含む地域医療構想を策定し、病床の機能分化・連携を推進することとされている。 　厚生労働省としても、都道府県において実効性のある地域医療構想の策定等が円滑に行えるよう、「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」において具体的な議論を行っており、年度内のガイドラインの策定に向けて、引き続き、検討を進めてまいりたい。 （医療費適正化計画の見直し）〔再掲〕 ○　次期医療保険制度改革において、医療費適正化計画の見直しを検討。（平成27年通常国会に法案提出予定） ・地域医療構想と整合的な医療費の水準や医療の提供に関する目標の設定を都道府県に求めるとともに、計画をより実効あるものとするため、毎年度の進捗管理の導入等、PDCAサイクルの強化を併せて行う予定。 ・また、都道府県における地域医療構想の策定状況も踏まえつつ、平成30年度から開始する第3期医療費適正化計画の前倒し実施についても検討。 （データヘルスの推進） ○　保険者による医療費適正化の取組について、ICTを活用し、レセプト・健診情報等のデータ分析に基づく保健事業を推進。 ・糖尿病等の重症化予防、重複・頻回受診者や重複投薬者等への訪問指導、後発医薬品の使用促進等を実施。 （個人・保険者のインセンティブの強化）（平成27年通常国会に法案提出予定） ○　保険者が、加入者個々人の健診受診状況、予防・健康づくり活動等に応じて、ヘルスケアポイントを付与するなど、個人の健康へのインセンティブを強化することを検討。 ○　加入者の予防・健康づくりに成果をあげた保険者をより評価するため、後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直しを検討。

5-2　主な論点と対応方針（薬価の適切な改定と薬価制度の改善）

主な論点	厚生労働省の対応方針
○ 2015年年央までに薬価と取引の実態調査を実施し、適切な市場価格形成を阻む要因の特定化と除外を図るべき。その上で、市場実勢を反映した償還価格が毎年度予算に反映する仕組を実現すべき。 ○ なお、実態調査においては調査・改定に伴う事業者負担も明らかにし、頻度の検討において考慮し、国民利益を最大化するために必要な負担は国が負うべき。	（基本的な考え方） ○医療費に占める割合の大きい薬剤費の適正化のため、これまで、市場実勢価格に基づき薬価改定を実施。今後とも、市場実勢価格に基づき、適正に薬価改定を行っていく。 ○同時に、革新的な医薬品の開発や、有効で安全な医薬品の安定供給の確保に留意する必要がある。 ○また、併せて、後発医薬品の使用促進により、薬剤費のさらなる適正化に努める。 （医薬品取引の実態とこれまでの対応） ○近年、改定を経るごとに、医療機関・薬局と卸の価格の妥結率が低下し、妥結までに相当な長期を必要とする未妥結・仮納入という商慣行が常態化。 ○より早期の妥結を促すため、平成26年度診療報酬改定において、いわゆる「未妥結減算」(※)を導入した。 ※妥結率が50%以下の200床以上の病院及び薬局の初・再診料等や調剤基本料の評価を引き下げる仕組み ○現在、対象の病院・薬局から、妥結状況の報告を受けているところ。（10月中に報告） （今後の対応方針） ○薬価改定のためには、市場実勢価格をより正確に把握することが必要である。 ○平成26年度に導入した「未妥結減算」については、早期妥結を促す仕組みであるが、市場取引に影響を与えうるもの。適切な市場価格の形成へ向けて、「未妥結減算」の効果・影響を検証しつつ、薬価と医薬品市場の実態を把握するための取組を進める。 （留意すべき事項） ○薬価改定については、現状では2年に1回の頻度で実施されているが、薬価の毎年改定には以下のような課題がある。 ・革新的な医薬品の創薬意欲を損なうおそれ ・市場価格の適正な把握のための技術的な問題 ・診療報酬への影響 ・毎年改定に関する歴史的な経緯

5-3　主な論点と対応方針（介護報酬、認定要件と給付範囲の適正化と事業効率の改善）

主な論点	厚生労働省の対応方針
○　平成27年度改定においては、介護報酬を適正原価に応じて見直すべき。	○　平成27年度の介護報酬改定に当たっては、介護サービスが安定的に供給されるため、介護職員の処遇改善も含めた人材確保を確実に進めていくとともに、サービスの効率化に向けた不断の努力をしていく必要がある。 ○　具体的には、以下の３つの視点が重要。 ①　在宅中重度者や認知症高齢者への対応の更なる強化を図り、在宅生活の限界点を高めること。 ②　介護人材は、地域包括ケアシステムの構築に不可欠な社会資源であり、その確保は重要な課題の一つであること。また、将来的なマンパワーの減少を見据え、質の高い介護人材を確保し、効率的かつ効果的に配置すること。 ③　保険料と公費で支えられている介護保険制度の持続可能性を高め、限りある資源を有効に活用するためには、効果的・効率的なサービス提供体制を構築していくこと。 ○　また、本年６月に閣議決定した骨太の方針では、 ①　必要な適正化を行いつつ、介護保険サービス事業者の経営状況等を勘案して見直すとともに、 ②　安定財源を確保しつつ、介護職員の処遇改善等に取り組むこと としており、厚生労働省としても、この方針に沿って、今後検討を進める。 ○　なお、介護報酬は３年に１度改定を行っており、賃金や物価の動向等を踏まえつつ、年末の予算編成過程で介護サービス全体の改定率が決定されるが、第６期計画期間（平成27～平成29年度）において、物価上昇が見込まれることにも留意しつつ、今後検討を進めていく必要がある。

5-3　主な論点と対応方針（介護報酬、認定要件と給付範囲の適正化と事業効率の改善）

主な論点	厚生労働省の対応方針
○　認定要件や給付範囲について、社会保険対象とすべきか否か、利用実態に即して見直すべき。	○　本年６月に成立した医療介護総合確保推進法に基づき、 ①　要支援者について全国一律の介護保険給付である予防給付（通所介護・訪問介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、サービスを多様化【平成27年４月施行。平成29年4月までにすべての市町村で実施】 ②　特別養護老人ホームの新規入所者を原則要介護３以上に重点化【平成27年４月施行】 ③　一定以上の所得のある利用者の自己負担の引上げ【平成27年８月施行】 ④　低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加【平成27年８月施行】 などの介護保険制度の改革を行うこととしており、この改革が各市町村において着実に実施されるよう、施行準備を進める。
○　事業者間競争が、新たなサービス提供や価格低下（保険価格以下でのサービス提供）を通じて利用者利便を高めるよう、制度改善に取り組むべき。	○　介護保険制度においては、現行の制度においても、特定の者に対して不当な差別をしたり、利用者のニーズに応じたサービスの選択を不当にゆがめないこと等に留意しつつ、事業者等の判断により介護給付費の割引が可能。 ○　また、介護保険サービスは人件費比率が高く、過度な価格競争が生じた場合、人件費の削減等が生じ、介護職員の処遇改善施策の後退、ひいては介護人材の不足を招きかねない。その結果、サービスの質が低下し、被保険者の要介護状態が悪化する懸念がある。 ○　なお介護保険給付は、サービス利用の自己負担が１割であることから、価格の割引の影響が薄いため、価格競争の効果には限界があることにも留意が必要。

5-3　主な論点と対応方針（介護報酬、認定要件と給付範囲の適正化と事業効率の改善）

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省

主な論点	厚生労働省の対応方針
○　「規模の経済性」と「範囲の経済性」を十分発揮するよう、国と地方自治体は、金融機関や取引事業者等とも協業し、保健指導、医療・介護等に関わる事業の集約化（例えば、医療機関と介護事業者の合併や業務提携）を促すべき。	○　これまでも、同一法人の施設間で密接な連携があることを条件に、人員配置基準を緩和するなどの簡素・合理化を行ってきたところであり、今後とも必要な見直しを推進。 　また、団地の建て替えの際に、高齢者向け住宅に在宅医療、看護、介護サービスなどの高齢者向け機能の拠点を集約して整備する事業を自治体等が推進。
○　社福法人の内部留保に関する指摘事項（規制改革実施計画）を完全履行すべき。 　税や社会保険料が原資の内部留保は、その目的に適った事業に充て、国民に還元すべき。 　また、国・地方の福祉分野の補助金についても、有効性・妥当性を検証すべき。	（規制改革実施計画の履行） ○　社会福祉法人のいわゆる内部留保については、現在、社会保障審議会福祉部会において、 ①　余裕財産の具体的な状況を「見える化」する仕組み ②　計画的に余裕財産を福祉サービスや地域の公益的な活動に活用する仕組み を構築することを検討しており、年内を目途にとりまとめ、これを踏まえて所要の制度改正を行う予定。 （次頁へ続く）

5-3　主な論点と対応方針（介護報酬、認定要件と給付範囲の適正化と事業効率の改善）

主な論点	厚生労働省の対応方針
	（内部留保を活用する事業） ○　税や社会保険料を財源として生じた内部留保であっても、例えば株式会社であれば、利益の配当や他事業への充当などに活用可能であり、社会福祉法人であるからといってこれを税や社会保険料を財源とする事業に限定して活用しなければならないということにはならない。 ○　規制改革実施計画（平成26年６月24日閣議決定）においても、特にニーズがあると考えられる生計困難者に対する無料・低額の福祉サービスの提供等、税や社会保険料の充てられていない制度外事業を社会貢献活動として掲げ、その実施を社会福祉法人に義務付けることを決定している。 ○　社会福祉法人の余裕財産については、規制改革実施計画で示されたところにしたがって、上記の社会貢献活動を含む福祉サービスの充実に投下する方向で制度の見直しを検討する。 （国・地方の福祉分野の補助金） ○　福祉分野の補助金は、「地域包括ケアシステム」の推進など政策的に必要性の高い事業について交付しており、その対象は、概ね法令により定められた設置主体と同様となっており、社会福祉法人に限定されてはいない。 ○　なお、いわゆる社会福祉法人の「内部留保」は、確立した定義はなく、今後の修繕・建て替え等を目的とした積立金が含まれるなど、余裕財産を表すものではないことから、内部留保の有無や大小で補助金の必要性を判断することは適当ではない。

5-4　主な論点と対応方針（生活保護制度の改善等）

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省

主な論点	厚生労働省の対応方針
○　今後の高齢生活保護世帯の増加に備え、地域社会一体となった取組や財源確保の検討が不可欠。	○　高齢化による生活保護を受給する高齢者世帯の増加を見据え、生活保護の実施に必要な財源を確保していく。 ○　来年４月に施行される生活困窮者自立支援法と改正生活保護法を一体的に運用して、地域社会全体で生活困窮者に対する支援が的確に行われるよう、支援していきたい。
○　保護率を引き下げるために、保護に至る背景や要因を実証的に分析すべき。	○　保護の開始を理由別にみてみると、平成20年までは「傷病による」の割合が高かったが、いわゆるリーマンショック後は、「働きによる収入の減少・喪失」や「貯金等の減少・喪失」の割合が増加し、これらの割合がほぼ同水準になっている。

5-4　主な論点と対応方針（生活保護制度の改善等）

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省

主な論点	厚生労働省の対応方針
○　就労インセンティブが一層働くよう生活保護制度の充実・強化を図るべき。 　その際、新たな施策に取り組む前に、 ①自立活動確認書に基づく集中的な就労支援（25年度） ②就労活動促進費（25年度） ③就労自立給付金（26年度） について、年度レビュー、進捗確認を実施すべき。	○　生活保護受給者に対する就労支援として、①ハローワークと福祉事務所とのチーム支援、②福祉事務所における就労支援員を活用した支援等、就労支援プログラムによるきめ細かな支援を実施。 ○　骨太の方針で言及されている高齢者に至る前の４０～５０歳代の被保護者等に対する就労支援の強化については、平成２７年度予算要求において、福祉事務所等に「就労支援体制整備推進員（仮称）」を配置し、地域での就労支援の連携体制の構築や就労の場の開拓等を行う事業に要する予算を要求している。 ○　なお、平成25年度より、働ける方の早期脱却に向けて保護開始直後から脱却に至るまで、切れ目ない就労支援を行うこととし、 ①　自立活動確認書に基づく集中的な就労支援（就労自立が見込まれる方について原則6か月以内に就職することを目指し、自立活動確認書に基づく本人の納得を得た集中的な支援を実施） ②　就労活動促進費（自ら積極的に就労活動に取り組んでいる者に対して支給） ③　勤労控除の見直し（全額控除額の引き上げ・控除率の見直し） ④　就労自立給付金（生活保護脱却のインセンティブを強化するとともに、脱却直後の不安定な生活を支え、再度保護に至ることなく着実に自立できるよう支給） に取り組んできたところであり、これらの取組を的確に実施ししていく。また、これらの進捗状況については、年度ごとに把握し、必要に応じて効果的な実施につなげていくこととしている。

5-4　主な論点と対応方針（生活保護制度の改善等）

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省

主な論点	厚生労働省の対応方針
○　給付水準は低所得の就労世帯との実質的なバランスを適切に踏まえるべき。 　その際、住宅扶助や冬期加算等、各種扶助についても給付要件と水準の適正化を図るべき。	○　生活扶助基準の見直しについては、社会保障審議会生活保護基準部会における検証結果や過去の物価の下落分を勘案するという考えに基づき、平成25年８月から27年まで３年程度かけて段階的に必要な適正化を図っている。 ○　骨太の方針で言及されている住宅扶助及び冬季加算については、社会保障審議会生活保護基準部会において議論を進めているところであり、同部会での専門的かつ客観的な検証結果を踏まえ、年末までに平成27年度における必要な見直しについて検討する。
○　特に医療費扶助は、引き続き、受給者の受診行動の適正化、適切な健康指導を拡充することによって、健康の回復と扶助の適正化を図るべき。	○　全国の自治体・福祉事務所において、電子レセプトシステムを活用し、頻回受診や重複受診など、不適切な受診が疑われるケースを抽出することが可能であり、適正受診指導等に取り組んでいる。 ○　また、生活保護受給者の健康管理支援については、本年度、研究会を立ち上げ、生活保護受給者の健康管理に関する課題を明らかにするとともに、自治体等における先進的な取組を参考にしながら効果的な支援方策を取りまとめ、自治体の取組の強化に活用することとしている。 ○　医療扶助適正化の効果的な推進のためには、自治体の体制強化が不可欠であり、平成２７年度概算要求においては、レセプトチェックの強化や、健康管理支援等に取り組むための経費を要求している。