

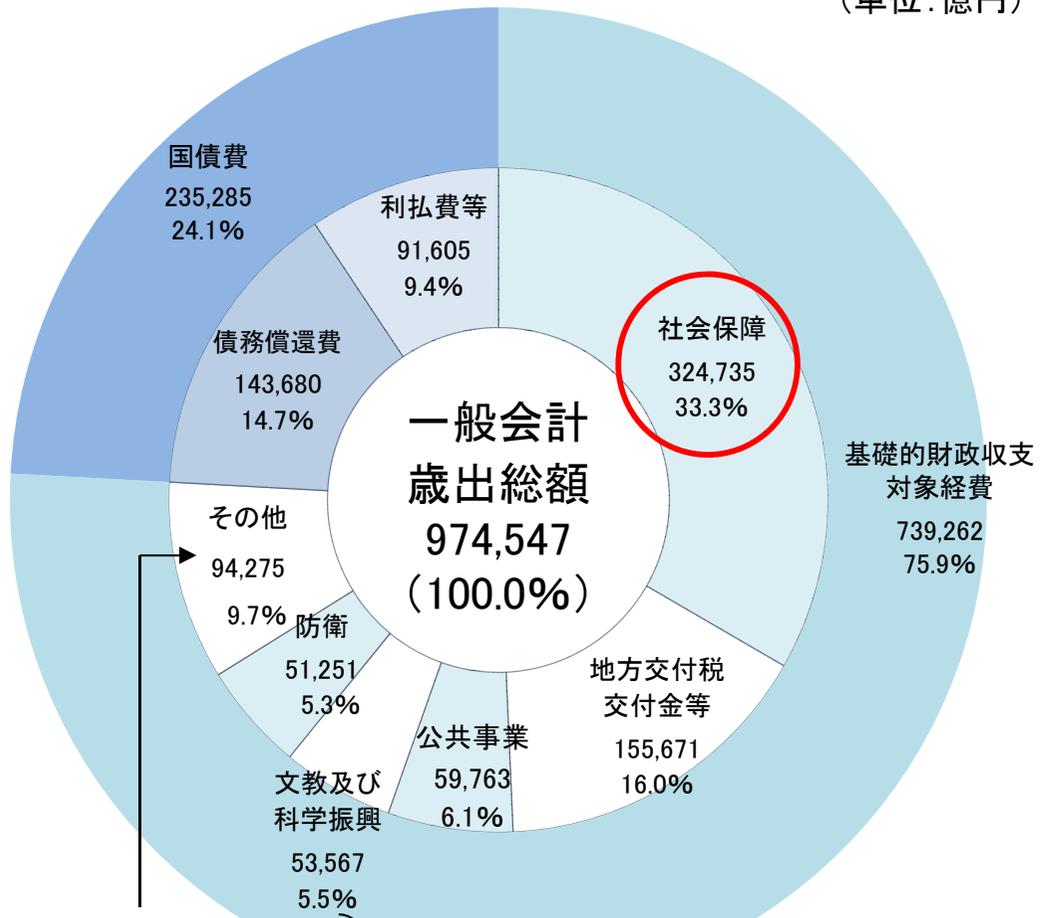
# 社会保障

平成29年4月25日  
財務省主計局

# 平成29年度社会保障関係予算について

# 平成29年度予算について

(単位:億円)



- 食料安定供給 10,174 (1.0)
- エネルギー対策 9,635 (1.0)
- 経済協力 5,110 (0.5)
- 恩給 2,947 (0.3)
- 中小企業対策 1,810 (0.2)
- その他の事項経費 61,098 (6.3)
- 予備費 3,500 (0.4)

※「一般歳出」(＝「基礎的財政収支対象経費」から「地方交付税交付金等」を除いたもの)は、583,591 (59.9%)

(単位:億円)

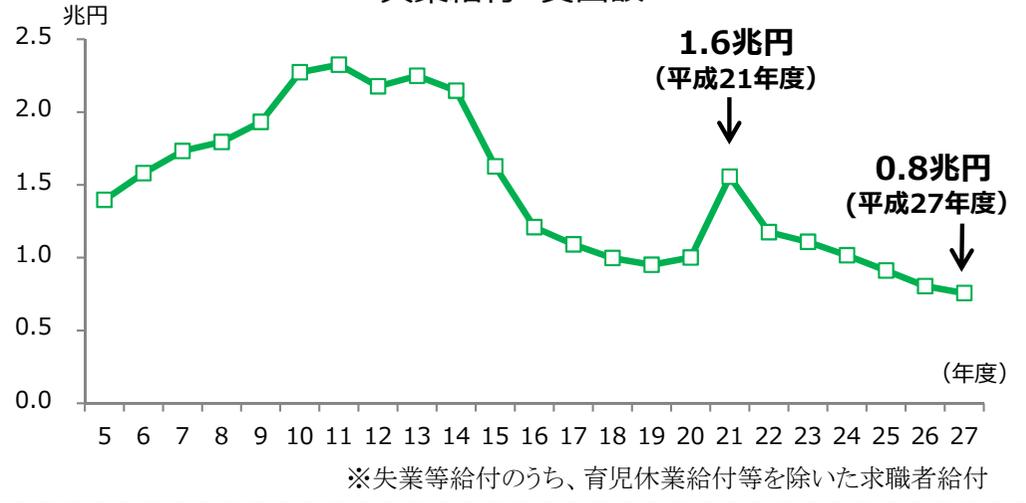
区分	平成29年度
1. 医療	117,685
(1) 国民健康保険	35,142
(2) 全国健康保険協会管掌健康保険	11,286
(3) 後期高齢者医療給付費負担金等	49,614
(4) 医療扶助費等負担金	13,965
(5) その他	7,677
2. 年金	116,024
(1) 厚生年金	94,825
(2) 国民年金	19,363
(3) 福祉年金	33
(4) その他	1,803
3. 介護	30,130
(1) 給付費負担金等	23,297
(2) 2号保険料国庫負担	4,075
(3) その他	2,758
4. 福祉・その他	60,896
(1) 生活扶助費等負担金	14,521
(2) 児童手当・児童扶養手当	13,978
(3) 障害福祉サービス	13,939
(4) 子どものための教育・保育給付	7,928
(5) 雇用保険	254
(6) その他	10,276
(生活保護費再掲)	(29,192)
合計	324,735

(注1) 計数については、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計とは合致しないものがある。  
 (注2) 一般歳出※における社会保障関係費の割合は55.6%。  
 (注3) 2.年金(3)福祉年金には福祉年金給付費及び特別障害給付金給付費に係る国庫負担額を記載している。

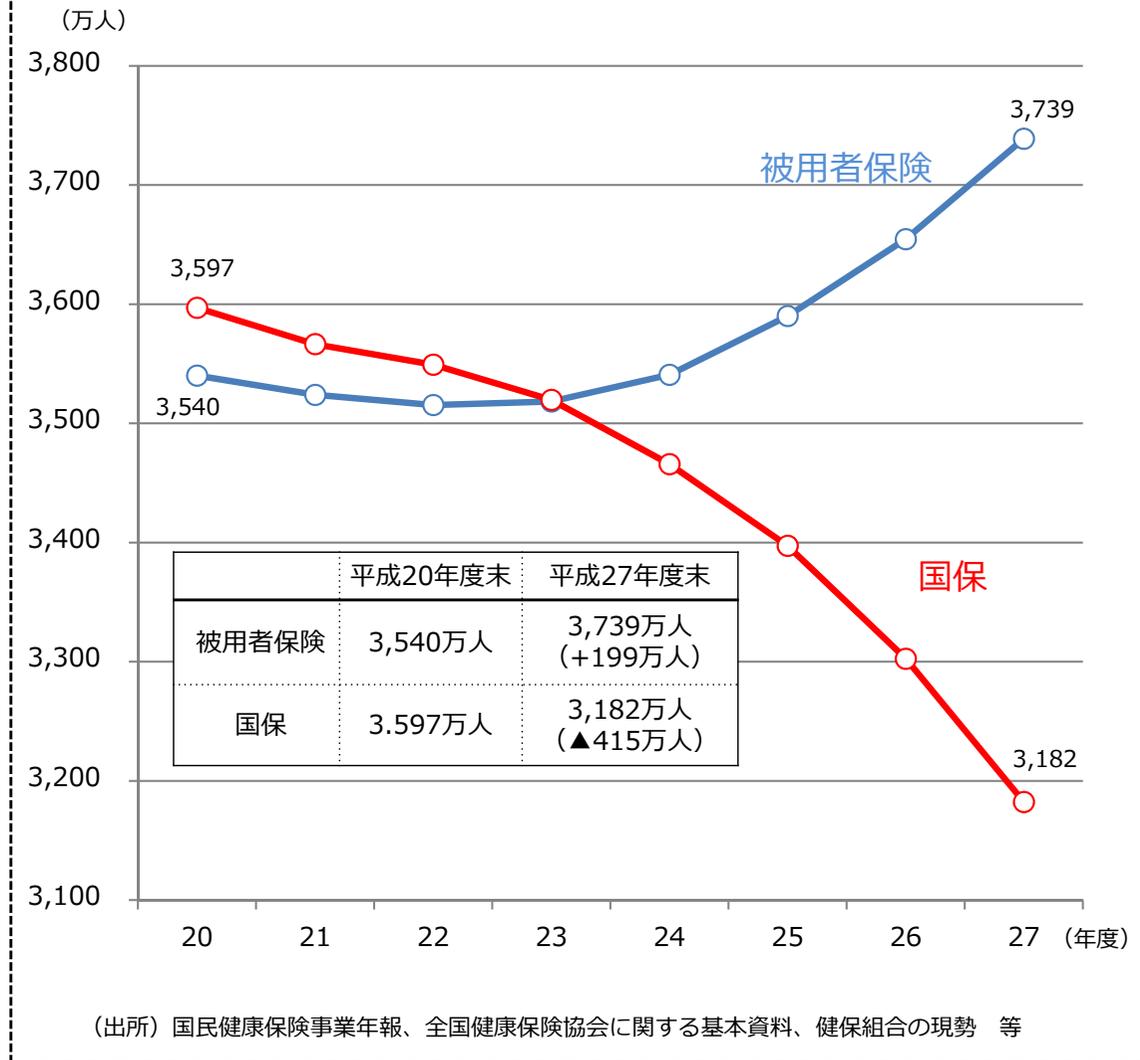
# 雇用情勢の改善と社会保障関係費について

- 雇用情勢の改善等に伴い、
  - ・ 失業給付の支出額の大幅な減少やこれに伴う雇用保険積立金残高の増加
  - ・ 被用者保険の被保険者数の増加／国保の被保険者数の減少による医療費等国庫負担の減少など、社会保障関係費の伸びの鈍化等に寄与してきた。

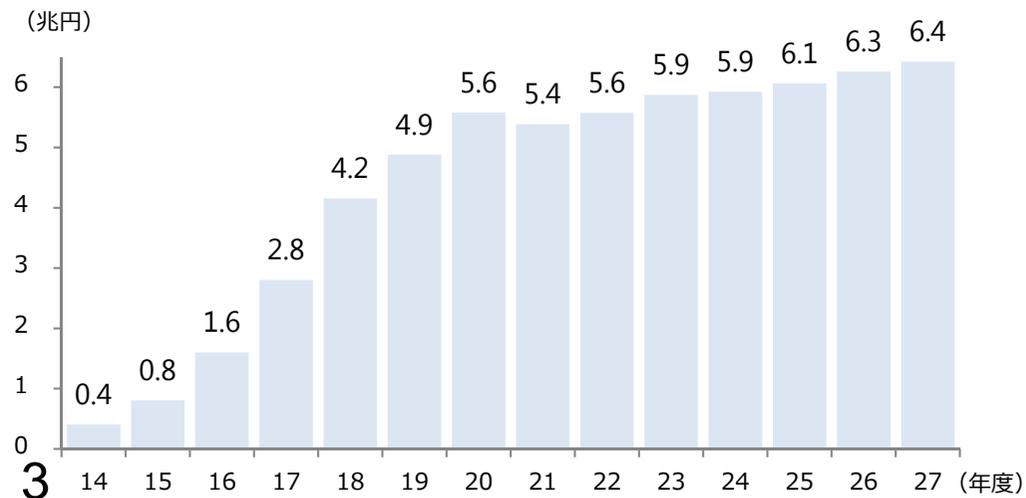
失業給付\*支出額



医療保険の被保険者数の推移



雇用保険積立金残高



# 平成29年度社会保障関係予算のポイント

- 平成29年度の社会保障関係費の伸びは、「経済・財政再生計画」の「目安」に沿って抑制し、対前年度比+4,997億円。（'28: 319,738億円→'29: 324,735億円（+1.6%））

## I. 「改革工程表」等に沿った医療・介護制度改革

- 急速な高齢化の中で、社会保障と財政を持続可能なものとしてくため、「改革工程表」において28年末までに結論を得ることとされていた改革項目を中心に、負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化などの観点から、医療・介護制度改革を着実に実行。（▲1,079億円）

《29年度から施行》	《30年度から施行》	《継続検討項目》
<ul style="list-style-type: none"><li>・高額療養費の見直し（▲224億円）</li><li>・後期高齢者の保険料軽減特例の見直し（▲187億円）</li><li>・入院時の光熱水費相当額の見直し（▲17億円）</li><li>・高額薬剤（オプジーボ）の見直し（▲196億円）</li><li>・高額介護サービス費の見直し（▲13億円）</li><li>・介護納付金の総報酬割の導入（▲443億円）</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・介護保険における利用者負担割合の見直し</li><li>・福祉用具貸与の見直し</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方</li><li>・かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担</li><li>・市販品類似薬に係る保険給付の見直し</li><li>・生活援助サービスその他の給付の見直し</li></ul>

- あわせて、30年度についても一定の歳出削減効果が生じることを勘案して、昨年度と同様、協会けんぽ超過準備金分の国庫補助の臨時削減（▲321億円）を歳出削減効果として計上。

## II. 一億総活躍社会の実現に向けた施策

- 「希望出生率1.8」「介護離職ゼロ」の目標達成に向け、保育士等、介護人材・障害福祉人材の処遇改善を実施。（国費+952億円）
- この他、保育・介護の受け皿整備等を着実に推進。

## III. 社会保障の充実

- 社会保障の重点化・効率化により財源を確保し、保育の受け皿拡大、年金受給資格期間の短縮、国保・被用者保険に対する財政支援の拡充等の社会保障の充実を実施。

# 医療・介護制度改革の概要①

【高額療養費・高額介護サービス費の見直し】 29年度：高額療養費▲224億円、高額介護サービス費▲13億円

- 70歳以上の高額療養費について、現役世代の水準を勘案して見直し(低所得者に配慮し、住民税非課税者は見直しの対象外)
- 高額介護サービス費について、高額療養費の多数回該当と同水準に見直し(現役並みは、負担割合3割への引上げを勘案して据置き)

①:29年8月施行 ②:30年8月施行	高額療養費 (70歳未満)		高額療養費(70歳以上)		高額介護 サービス費
			外来	入院	
年収1,160万円～	25.3+1% 《14.0》	現役 並み	4.4 ① 5.8 ②	8.0+1% ② 《4.4》	4.4
770万円～	16.7+1% 《9.3》		入院と 統合	25.3+1% 《14.0》 16.7+1% 《9.3》 8.0+1% 《4.4》	
370万円～	8.0+1% 《4.4》				
～370万円	5.8 《4.4》	一般	1.2 ① 1.4注1 ② 1.8注1	4.4 ① 5.8 《4.4》	3.7 ① 4.4注2
住民税非課税	3.5 《2.5》		0.8	2.5	2.5
一定所得以下				1.5	1.5

注1) 年間上限14.4万円を新設

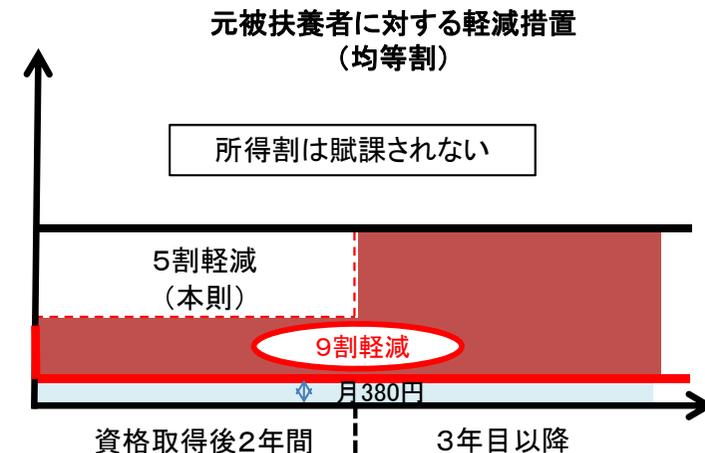
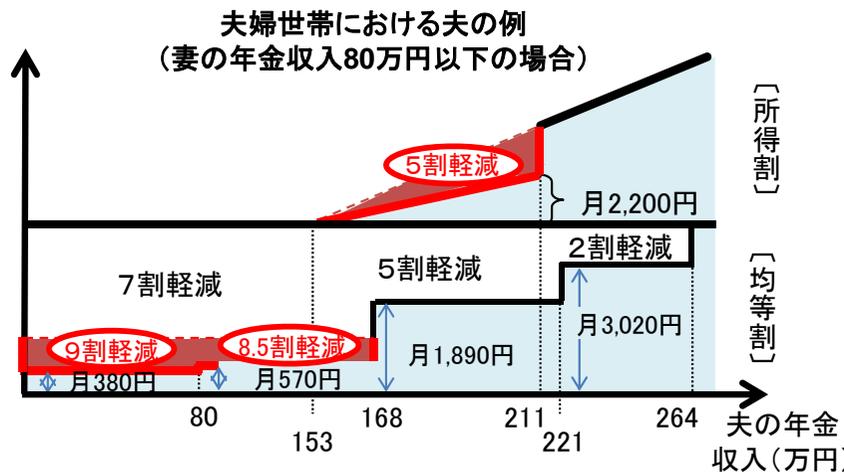
注2) 1割負担者のみの世帯については、年間上限44.6万円(3.7万円×12)を設定(3年間の時限措置)

\*1 高額医療・高額介護合算療養費制度の現役並みの上限も70歳未満と統合(30年8月施行)

\*2 《》は年4回以上利用する場合の4回目以降の上限(多数回該当)

【後期高齢者の保険料軽減特例の見直し】 29年度：▲187億円

- [所得割]29年度から5割→2割軽減、30年度から軽減なし(本則どおり)
- [元被扶養者]資格取得時期にかかわらず、29年度は7割軽減、30年度は5割軽減、31年度からは資格取得後2年間のみ5割軽減(本則どおり)
- [均等割]低所得者に対する介護保険料軽減措置の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて見直し



# 医療・介護制度改革の概要②

## 【入院時の光熱水費負担の見直し】 29年度：▲17億円

- 医療療養病床(65歳以上)の光熱水費負担について、介護保険施設\*と同水準の負担(370円/日)に見直し(難病患者は除く)

	現状	29年10月～	30年4月～
医療区分Ⅰ	320円/日	370円/日	370円/日
医療区分Ⅱ・Ⅲ	0円/日	200円/日	

\* 老人保健施設及び介護療養病床の多床室における光熱水費に係る補足給付の基準費用額は、370円/日

## 【高額薬剤の薬価引下げ】 29年度：▲196億円

- オプジーボについて、市場が大幅に拡大した状況を踏まえ、緊急薬価改定を行い、29年2月から薬価を▲50%引下げ

	現行薬価	29年2月～
20mg	約15万円	約7.5万円
100mg	約73万円	約36万円

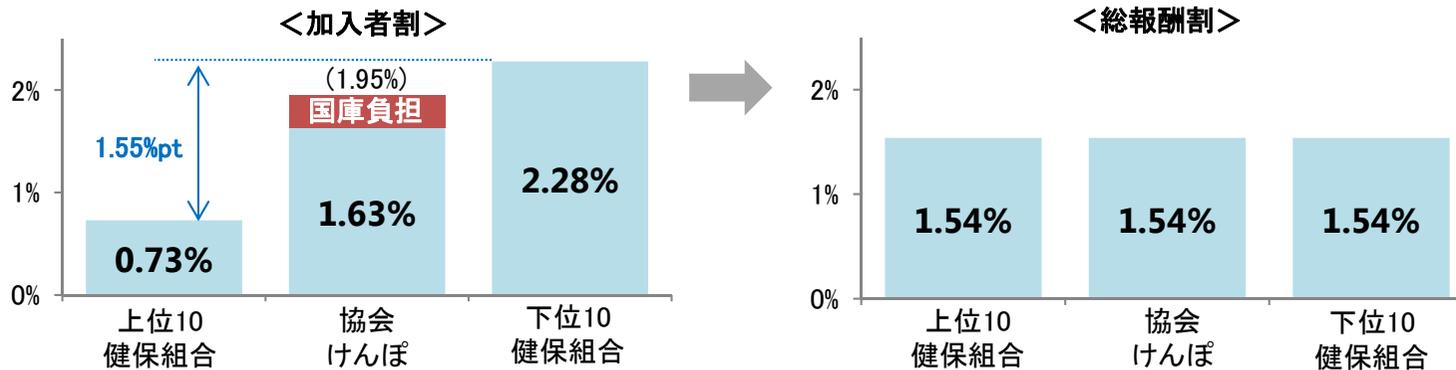
## 【介護納付金の総報酬割の導入】 29年度：▲443億円(保険者支援+94億円を勘案後)

- 29年度から段階的に総報酬割を導入\*(29年度・30年度1/2導入、31年度3/4導入、32年度全面導入)

\* 29年8月分の介護納付金から適用(29年度分については介護納付金のうちの8/12について導入)

- 負担増が特に大きい保険者には、31年度末までの時限的な支援を実施

総報酬割導入による所要保険料率の変化のイメージ ※26年度実績に基づく試算



総報酬割導入による被保険者の負担の増減 ※26年度実績に基づく試算

負担増	約1,300万人
負担減	約1,700万人
うち協会けんぽ	約1,400万人

## 【その他30年度から施行予定の主な見直し】

- 所得水準が現役世代並みと認められる個人について、介護保険の利用者負担割合を3割に引上げ(30年8月施行)
- 福祉用具貸与価格について、商品ごとに「全国平均貸与価格+1標準偏差(≒上位16%ライン)」を上限として設定(30年10月施行)

# 一億総活躍社会の実現（社会保障関連）

## 保育士・介護職員の処遇改善

- 保育士等の処遇改善
  - ・ 全ての職員を対象に2%の処遇改善（平成25年度以降、人勧分も含めて合計10%の改善）を行うとともに、①副主任保育士等については月+40,000円、②職務分野別リーダーについては月+5,000円、の処遇改善を実現（544億円）
- 介護人材・障害福祉人材の処遇改善
  - ・ 月額平均+10,000円相当（平成29年度に臨時の報酬改定を行い、「キャリアアップの仕組み」として、「経験」、「資格」又は「評価」に応じた昇給の仕組みを設ける事業者に対して、報酬を上乗せ）（408億円）
- 保育の受け皿拡大等
  - ・ 待機児童解消加速化プランに沿って受け皿拡大を着実に実施（公費+953億円）

## 雇用保険制度の見直し

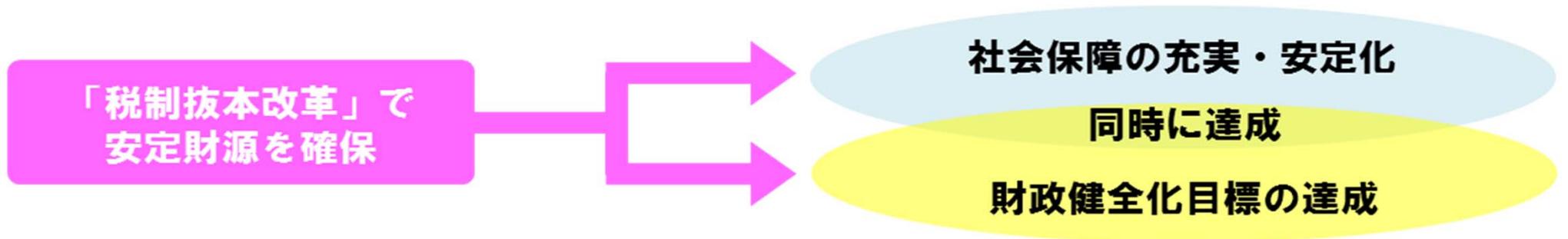
- 雇用保険料の軽減：時限的に3年間▲0.2%引下げ（労使折半）  
⇒平均的なサラリーマンの年収（420万円）の場合、年額4,200円の負担軽減（▲3,500億円）
- 育児休業制度
  - ・ 保育所に入れない等の場合の最大期間を1歳6か月から2歳までに延長。
- 雇用保険国庫負担の時限的引下げ
  - ・ 雇用保険国庫負担について、平成29年度から平成31年度までの3年間に限り、本則の55%から本則の10%に引下げ  
⇒財政効果額は▲1,080億円

## 年金受給資格期間の短縮

- 平成29年8月から年金の受給資格期間を25年から10年に短縮するための所要額（平成29年9月～30年1月の計5か月分256億円（公費ベース））を措置。

# 社会保障と税の一体改革の全体像

社会保障にかかる費用の相当部分を将来世代につけ回しているという現状を改善するために、「社会保障と税の一体改革」を進めている。



## 社会保障の充実の対象分野

すべての世代が安心感と納得感を得られる、全世代型の社会保障制度へ

改革前の消費税(国分)の用途  
高齢者3経費(基礎年金・老人医療・介護)



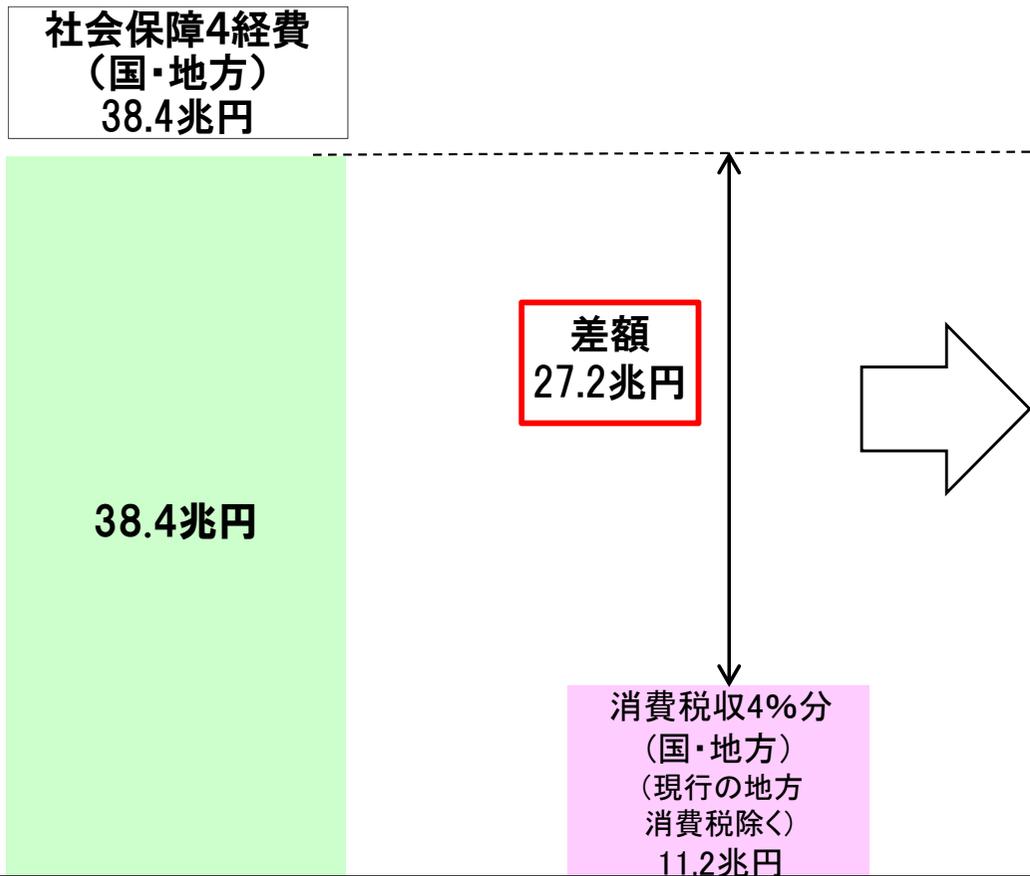
改革後の社会保障の充実

社会保障4経費(子ども・子育て、医療・介護、年金)

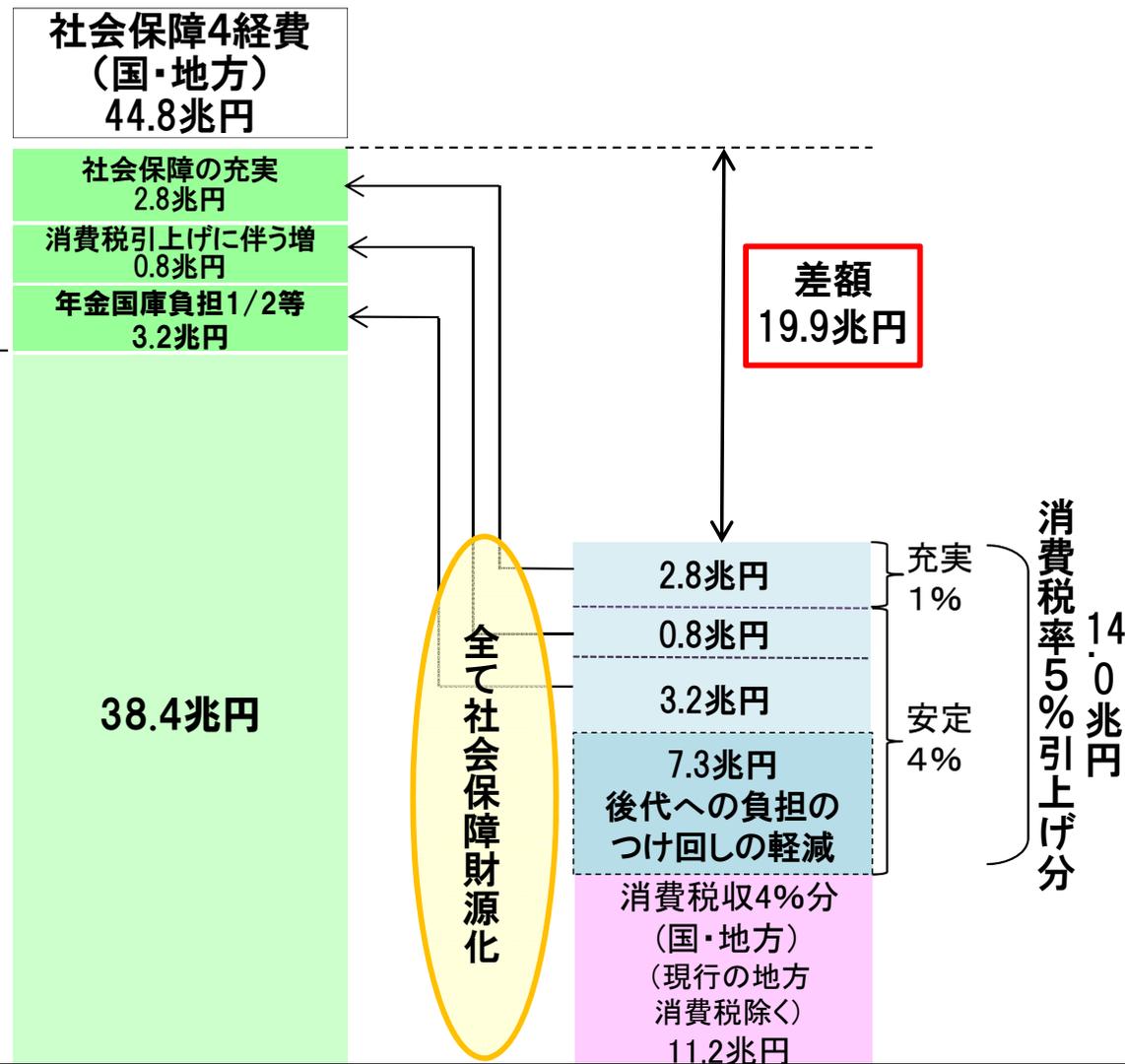
社会保障の充実 2.8兆円程度の内訳		
子ども・子育て	医療・介護	年金
0.7兆円程度	1.5兆円程度	0.6兆円程度

# 今般の社会保障・税一体改革の目的

## <改革を織り込んでいない姿>



## <改革を織り込んだ姿>



(注1) 社会保障制度改革推進法では、「国民が広く受益する社会保障に係る費用をあらゆる世代が広く公平に分ち合う観点等から、社会保障給付に要する費用に係る国及び地方公共団体の負担の主要な財源には、消費税及び地方消費税の収入を充てるもの」とされている(社会保障制度改革推進法第2条第1項4号)。

(注2) 計数は、2021年度時点の見込み。

(注3) 上図の社会保険4経費のほか、「社会保険4経費に則った範囲」の地方単独事業がある。

(注4) 引上げ分の地方消費税については、地方税法において、社会保障施策に要する経費に充てるとされている。また、引上げ分の地方消費税と消費税に係る交付税法定率分の総額を、地方単独事業を含む地方の社会保障給付費の総額と比較し、社会保障財源となっていることを毎年度確認することとされている。

(注5) 社会保障の充実については、消費税引上げ分2.4兆円と重点化・効率化による財政効果0.4兆円を合わせて、1%相当分2.8兆円の充実を行うこととしている。

# 社会保障・税一体改革による社会保障の充実

※ 消費税引き上げによる増収分は、全て社会保障の充実・安定化に向けることとなっており、基礎年金国庫負担割合の1/2への恒久的引き上げ等による社会保障の安定化のほか、以下の社会保障の充実を予定している。

子ども・子育て

## ○子ども・子育て支援の充実(待機児童の解消などの量的拡充と質の向上)

- ・子ども・子育て支援新制度の実施による、幼児教育・保育と地域の子ども・子育て支援の総合的推進・充実
  - ・「待機児童解消加速化プラン」の実施
  - ・社会的養護の充実
- など

0.7兆円程度

医療・介護

## ○医療・介護サービスの提供体制改革

### ①病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等

- ・病床の機能分化と連携を進め、発症から入院、回復期(リハビリ)、退院までの流れをスムーズにすることで、早期の在宅・社会復帰を可能にする。
  - ・在宅医療・介護を推進し、地域での生活の継続を支える。
  - ・医師、看護師等の医療従事者を確保する。
- (新たな基金の創設、診療報酬に係る適切な対応の在り方の検討・必要な措置)

### ②地域包括ケアシステムの構築

介護が必要になっても住み慣れた地域で暮らせるよう、介護・医療・予防・生活支援・住まいが一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築するため、以下の取組を行う。

- i) 医療と介護の連携、ii) 生活支援・介護予防の基盤整備
  - iii) 認知症施策、iv) 地域の実情に応じた要支援者への支援の見直し
  - v) マンパワーの確保等
- など

## ○難病、小児慢性特定疾病に係る公平かつ安定的な制度の確立

## ○医療・介護保険制度の改革

### ①医療保険制度の財政基盤の安定化

- ・低所得者が多く加入する国民健康保険への財政支援の拡充(国民健康保険の保険者、運営等の在り方に関する改革の前提として行われる財政支援の拡充を含む)
- ・協会けんぽに対する国庫補助

### ②保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

- ・国民健康保険等の低所得者保険料軽減措置の拡充
- ・後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

### ③保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等

- ・低所得者に配慮しつつ行う高額療養費の見直し
- ・医療提供施設相互間の機能の分担や在宅療養との公平の観点からの外来・入院に関する給付の見直し

### ④介護給付の重点化・効率化

- ・一定以上の所得を有する者の利用者負担の見直し

### ⑤介護保険の一号保険料の低所得者軽減強化

など

1.5兆円程度

※充実と重点化・効率化を併せて実施

年金

## ○現行制度の改善

- ・低所得高齢者・障害者等への福祉的給付
- ・受給資格期間の短縮
- ・遺族年金の父子家庭への拡大

0.6兆円程度

(注)上記の表は、消費税増収分を活用した社会保障の充実について、公費に影響のあるものについて整理したものである。

所要額(公費※)合計

=

2.8兆円程度

※ 消費税財源(満年度ベース)

10

# 平成29年度の社会保障の充実・安定化について

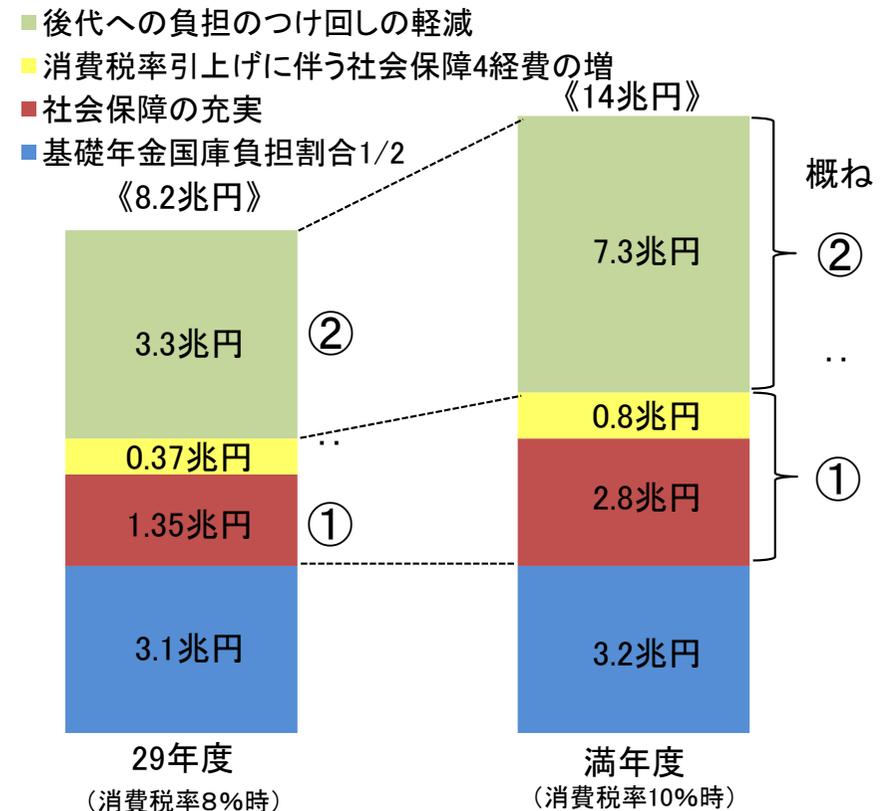
- 消費税率引上げによる増収分は、全て社会保障の充実・安定化に向ける。
- 社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成を目指す観点から、平成29年度の増収額8.2兆円については、
  - ① ①まず基礎年金国庫負担割合2分の1に3.1兆円を向け、
  - ② ②残額を満年度時の
    - ・「社会保障の充実」及び「消費税率引上げに伴う社会保障4経費の増」と
    - ・「後代への負担のつけ回しの軽減」
 の比率（概ね1：2）で按分した額をそれぞれに向ける。

## 〈29年度消費税増収分の内訳〉

《増収額計：8.2兆円》

<b>○基礎年金国庫負担割合2分の1</b> (平成24年度・25年度の基礎年金国庫負担割合2分の1の差額に係る費用を含む)	3.1兆円
<b>○社会保障の充実</b> ・子ども・子育て支援の充実 ・医療・介護の充実 ・年金制度の改善	1.35兆円
<b>○消費税率引上げに伴う社会保障4経費の増</b> ・診療報酬、介護報酬、年金、子育て支援等についての物価上昇に伴う増	0.37兆円
<b>○後代への負担のつけ回しの軽減</b> ・高齢化等に伴う自然増を含む安定財源が確保できていない既存の社会保障費	3.3兆円

## (参考) 算定方法のイメージ



(注1) 金額は公費(国及び地方の合計額)である。

(注2) 上記の社会保障の充実に係る消費税増収分(1.35兆円)と社会保障改革プログラム法等に基づく重点化・効率化による財政効果(▲0.49兆円)を活用し、社会保障の充実(1.84兆円)の財源を確保。

(注3) 満年度の計数は、軽減税率導入による減収分についての財源確保分を含む。

# 平成29年度における「社会保障の充実」(概要)

(単位:億円)

事 項	事 業 内 容	平成29年度 予算額 <sub>(注1)</sub>			(参考) 平成28年度 予算額	
			国分	地方分		
子ども・子育て支援	子ども・子育て支援新制度の実施	6,526 <sub>(注3)</sub>	2,985	3,541	5,593	
	社会的養護の充実	416	208	208	345	
	育児休業中の経済的支援の強化	17	<sub>(注4)</sub> 10	6	67	
医療・介護サービスの提供体制改革	病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等 ・ 地域医療介護総合確保基金(医療分) ・ 診療報酬改定における消費税財源等の活用分	904 442	602 313	301 129	904 422	
	地域包括ケアシステムの構築 ・ 地域医療介護総合確保基金(介護分) ・ 平成27年度介護報酬改定における消費税財源の活用分 (介護職員の処遇改善等) ・ 在宅医療・介護連携、認知症施策の推進など地域支援事業の充実	724 1,196 429	483 604 215	241 592 215	724 1,196 390	
	国民健康保険等の低所得者保険料軽減措置の拡充	612	0	612	612	
	国民健康保険への財政支援の拡充 ・ 財政安定化基金の造成 (基金の積立残高) ・ 上記以外の財政支援の拡充	1,100 (1,700) 2,464	1,100	0 832	580 (600) 1,664	
	被用者保険の拠出金に対する支援	700	700	0	210	
	70歳未満の高額療養費制度の改正	248	217	31	248	
	介護保険の1号保険料の低所得者軽減強化	221	111	111	218	
	難病・小児慢性特定疾病への対応	2,089	1,044	1,044	2,089	
	年 金	年金受給資格期間の25年から10年への短縮	256	245	10	—
		遺族基礎年金の父子家庭への対象拡大	44	41	3	32
合 計		18,388	10,511	7,877	15,295	

(注1) 金額は公費(国及び地方の合計額)。計数は、四捨五入の関係により、端数において合計と合致しないものがある。

(注2) 消費税増収分(1.35兆円)と社会保障改革プログラム法等に基づく重点化・効率化による財政効果(▲0.49兆円)を活用し、上記の社会保障の充実(1.84兆円)の財源を確保。

(注3) 「子ども・子育て支援新制度の実施」の国分については全額内閣府に計上。

(注4) 「育児休業中の経済的支援の強化」の国分のうち、雇用保険の適用分(10億円)は厚生労働省、国共済組合の適用分(0.1億円)は各省庁に計上。

# 社会保障を巡る状況

# 将来推計人口（平成29年推計）について

○ 近年の30～40歳代の出生動向の改善等を反映し、出生率の仮定が前回推計より上方に設定されたこと等により、人口減少の速度や高齢化の進行度合は緩和されているものの、少子高齢化という大きなトレンドに変化はない。

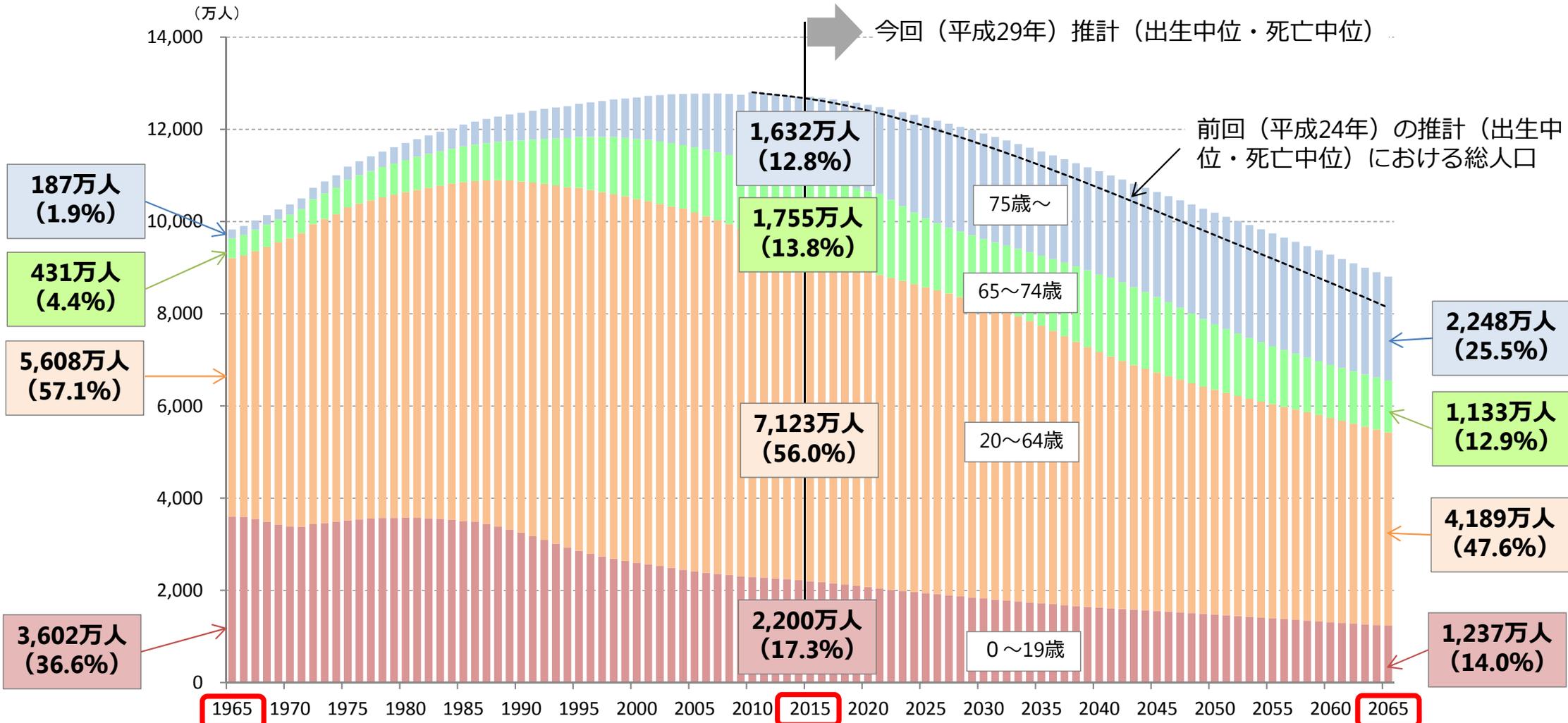
(参考1) 合計特殊出生率の仮定(中位)

2010年 1.39(実績)→2015年 1.45(実績) ➡ 1.44(2065年) < 1.35 >

(参考2) 平均寿命の仮定(中位)

2015年 男80.75年/女86.98年(実績) ➡ 男84.95年/女91.35年(2065年) < 男84.19年/女90.93年 >

< >内は前回推計の2060年の仮定値

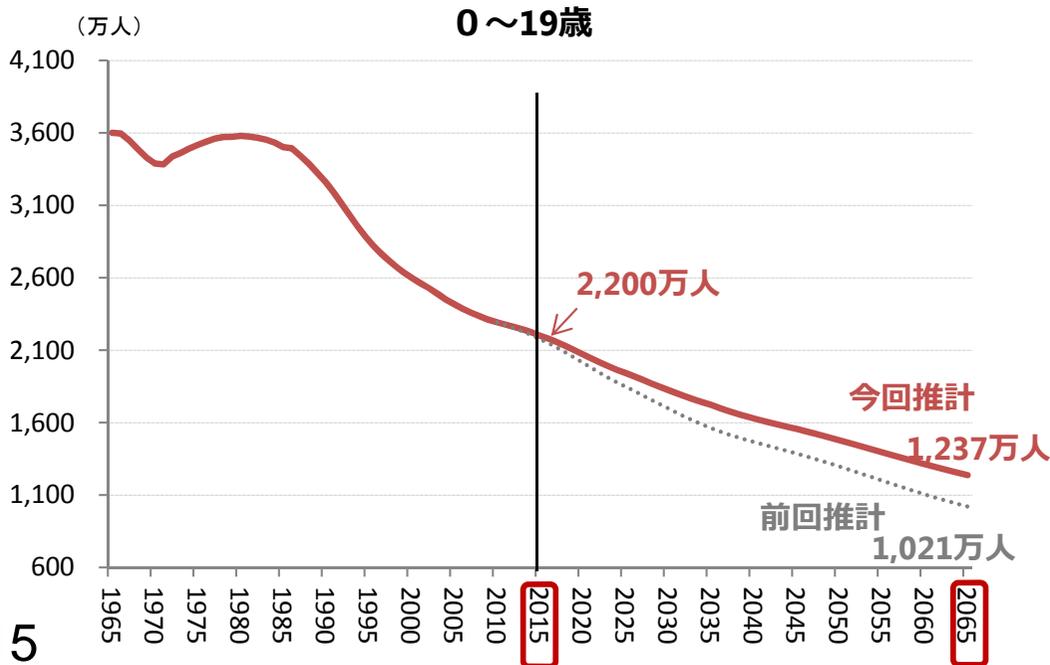
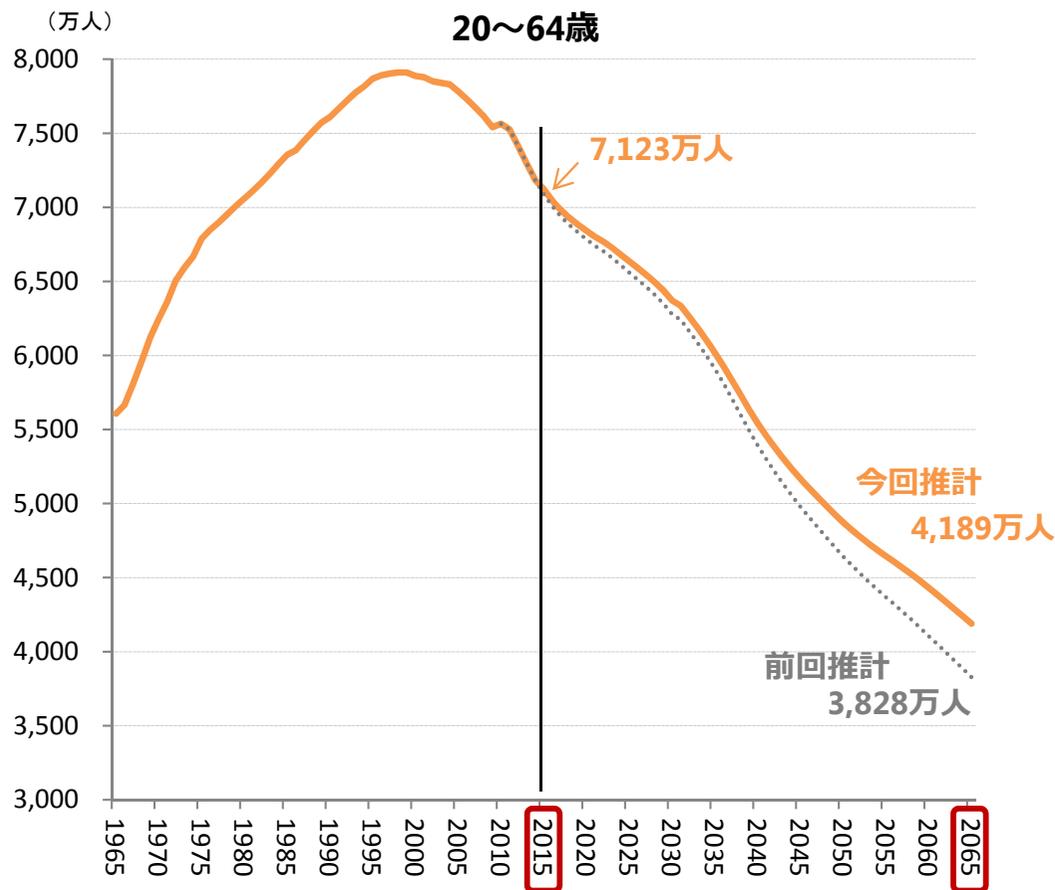
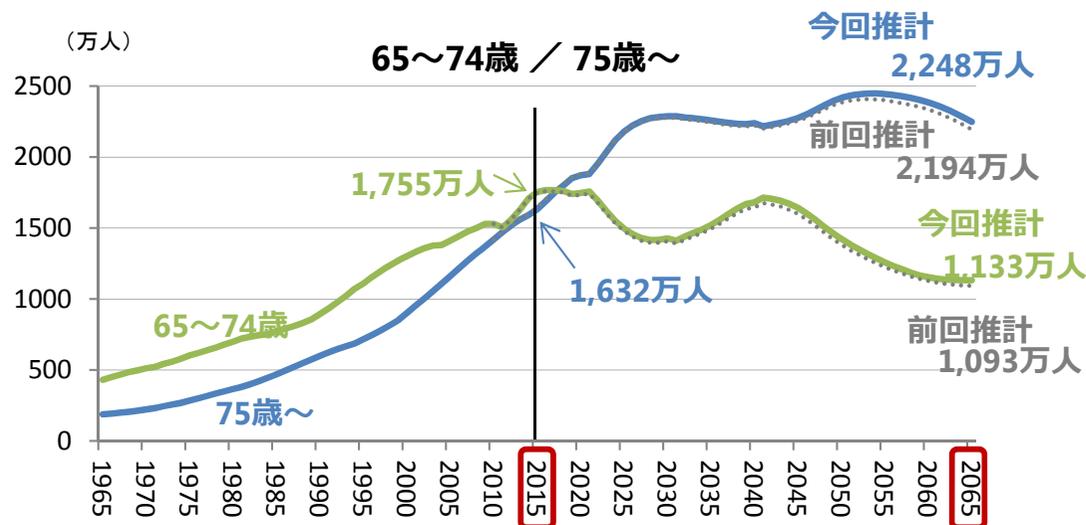


(注) カッコ書きの計数は構成比

(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」(出生中位・死亡中位仮定)

# 年齢4区分別の見通しについて

- 65歳以上の高齢者世代については、前回推計と比較して微増。このうち65～74歳については、2030年～2040年頃にかけて一旦上昇する局面を除いて減少傾向。また、75歳以上については、2025年にかけて急増した後、概ね横ばい。
- 一方、65歳未満の若年・現役世代については、前回推計と比較して減少トレンドが若干緩やかにはなっているが、今後一貫して減少。（2065年には0～19歳、20～64歳とも現在の概ね6割程度まで減少。）

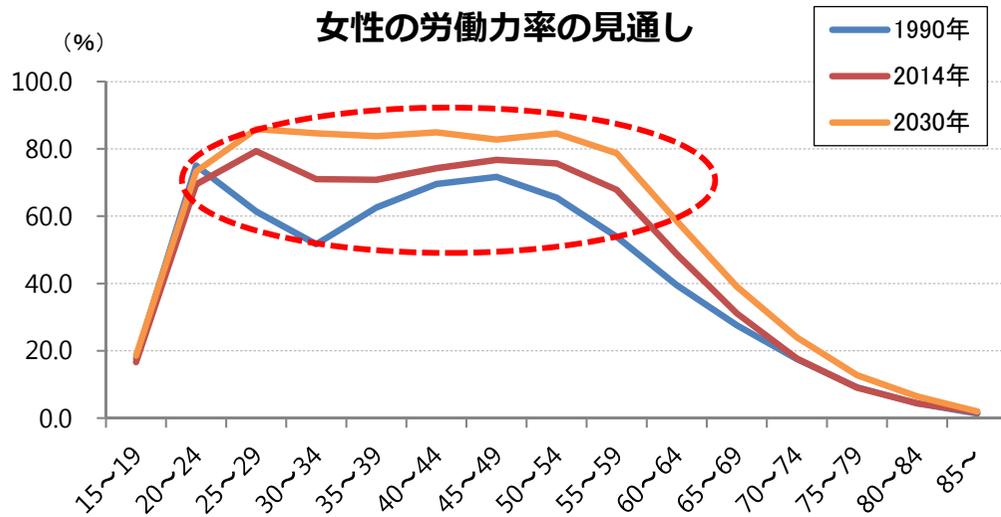
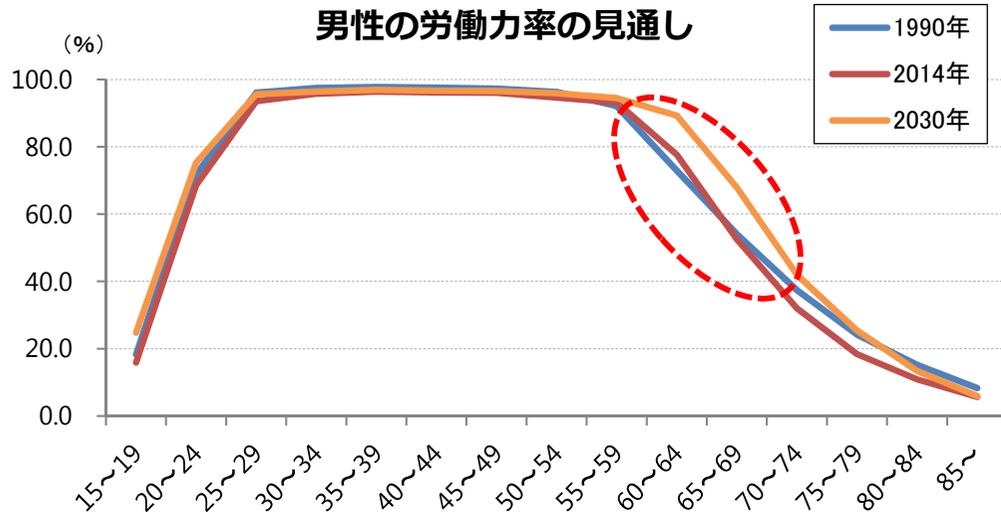


(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」  
(出生中位・死亡中位仮定)

# 労働力人口の見通し

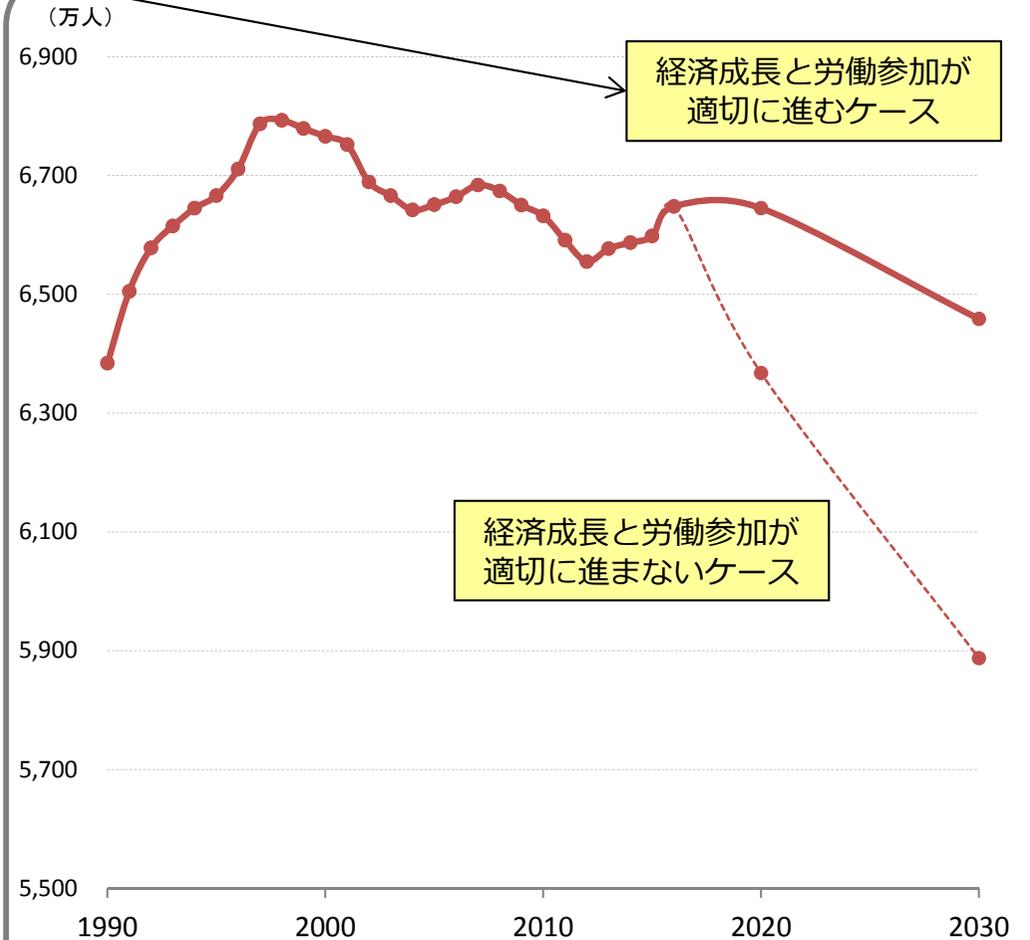
○ 今後、経済成長と労働参加が適切に進み、高齢者雇用と女性の就業促進を図ることができれば、人口が減少する中であっても、労働力人口は緩やかな減少に止まる見込み。

経済成長と労働参加が適切に進むケースにおける労働力率の見通し



(出所) 労働政策研究・研修機構「労働力需給推計」

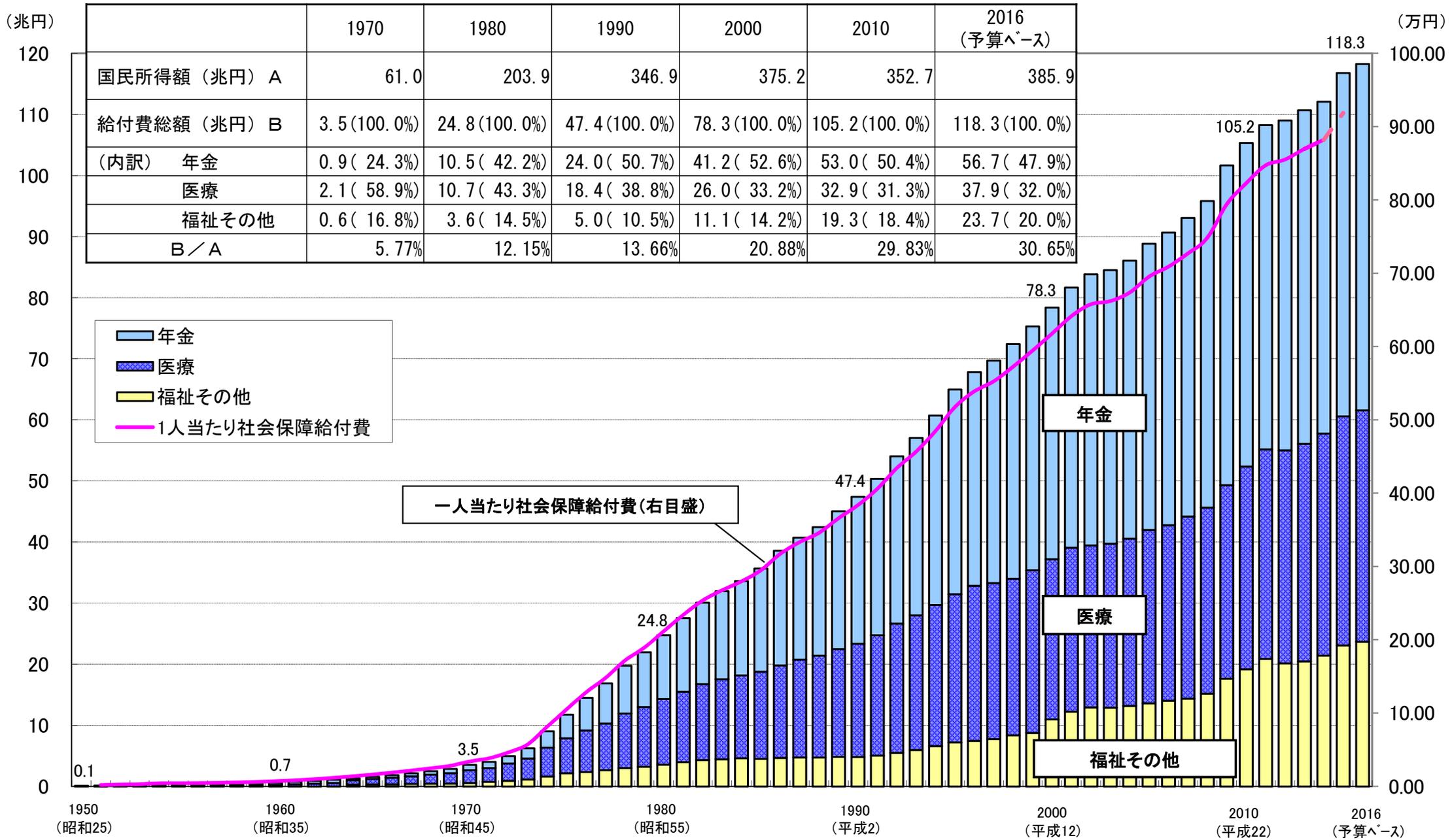
労働力人口の見通し



(注) 2020年、2030年の労働力人口については、労働政策研究・研修機構「労働力需給推計」及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年1月推計)」(出生中位・死亡中位)に基づき財務省にて機械的に推計

(※) 「経済成長と労働参加が適切に進むケース」「経済成長と労働参加が適切に進まないケース」とは、内閣府「経済財政の中長期試算」(27年7月)の経済再生シナリオ/ゼロ成長シナリオ、及び労働に係る若年対策、女性のM字カーブ対策、高齢対策等の政策効果の有無が労働力人口等にもたらす効果を労働政策研究・研修機構において試算したもの。

# 社会保障給付費の推移



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成26年度社会保障費用統計」、2015年度、2016年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

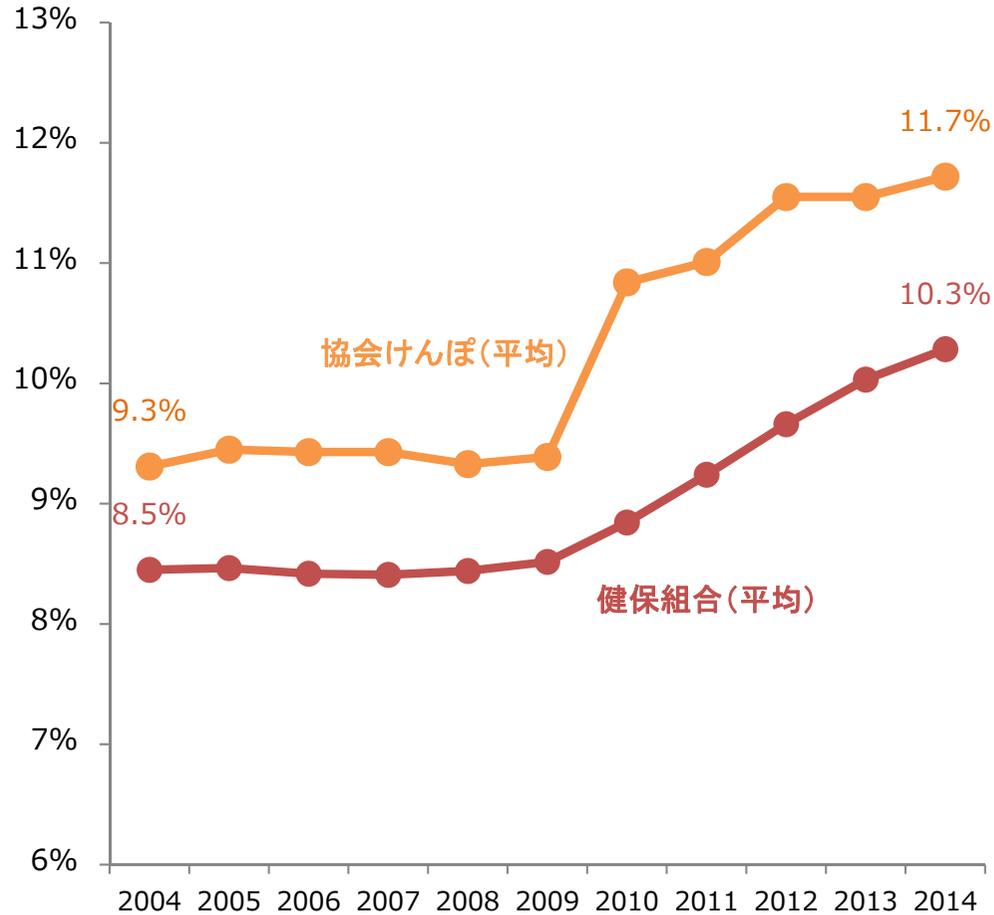
2016年度の国民所得額は「平成28年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成28年1月22日閣議決定)」

(注) 図中の数値は、1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2000及び2010並びに2016年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

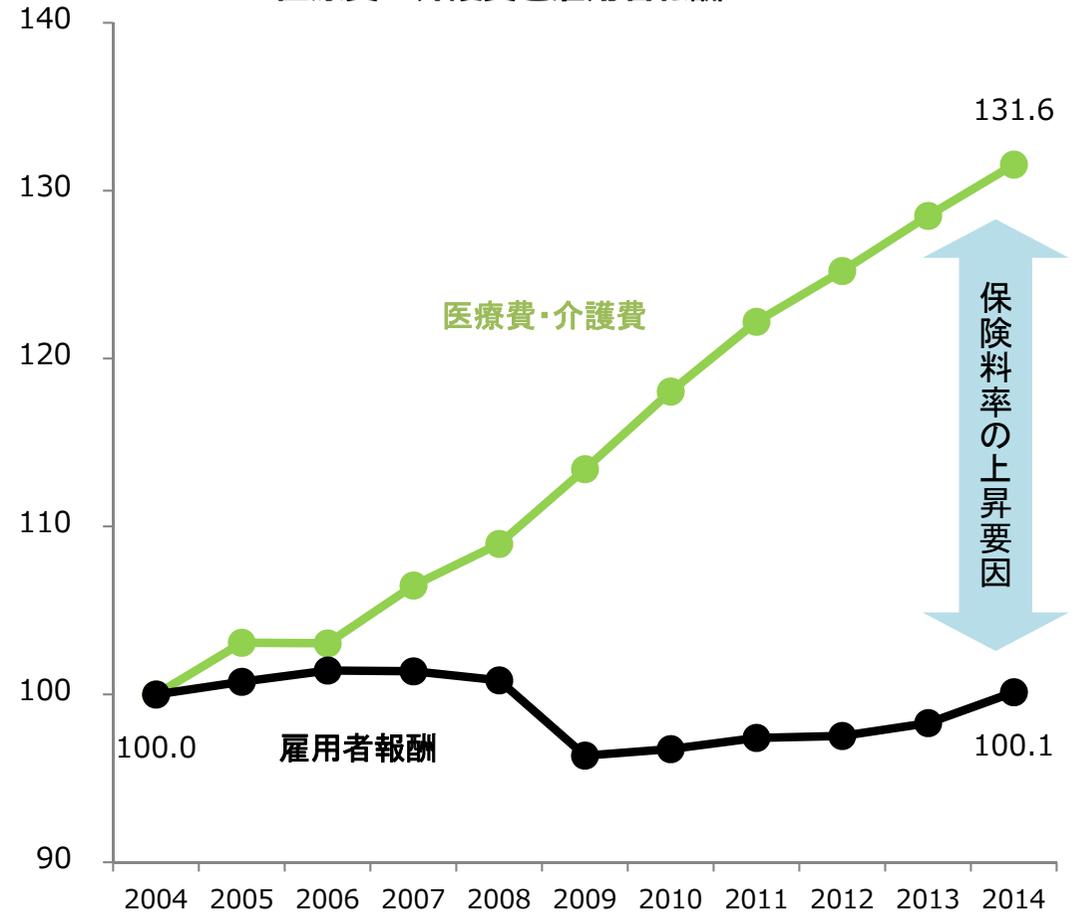
# 医療・介護に係る保険料負担について

○ 今後とも高齢化により医療費・介護費の伸びは増加が見込まれるのに対し、雇用者の総報酬は、生産年齢人口の減少に伴い大幅な増加は見込めない。したがって、仮に医療費・介護費の伸びを放置すれば、今後も保険料負担の増加は免れず、雇用者の実質賃金の伸びは抑制されることになる。

協会けんぽと健保組合の保険料率



医療費・介護費と雇用者報酬



(注1) 医療費は、国民医療費の実績見込み値。

(注2) 介護費は、介護サービス費用、介護予防サービス費用及び特定入所者介護サービス保険給付額それぞれの実績値の合計。

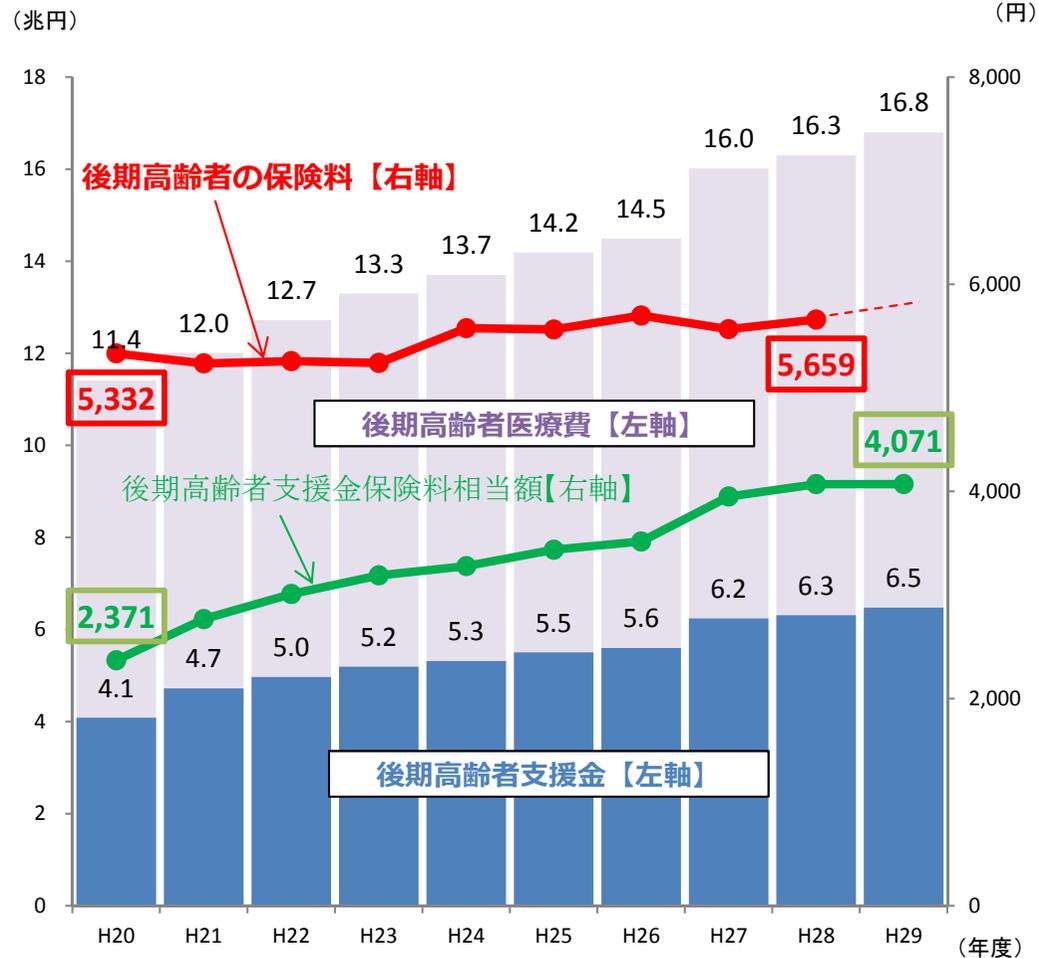
(注3) 雇用者報酬は、内閣府「国民経済計算」における雇用者報酬の計数。

(出所) 厚生労働省「国民医療費」「介護給付費実態調査」、内閣府「国民経済計算」ほか

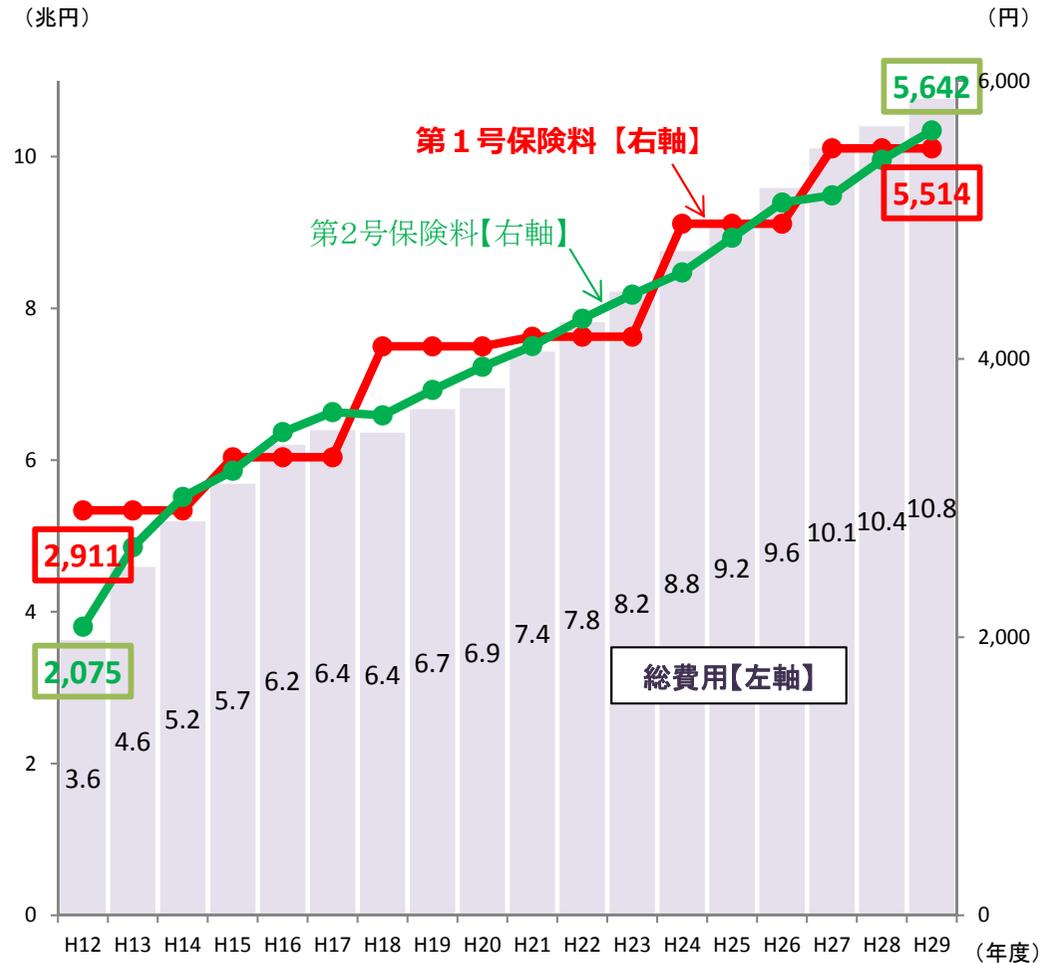
# 医療・介護費と保険料の推移

○ 高齢化による医療費・介護費の増加に伴い、現役世代の保険料のみならず、高齢者自身の保険料も上昇している。

## 後期高齢者医療費と保険料等（全国平均月額）の推移



## 介護保険の総費用と保険料（全国平均月額）の推移

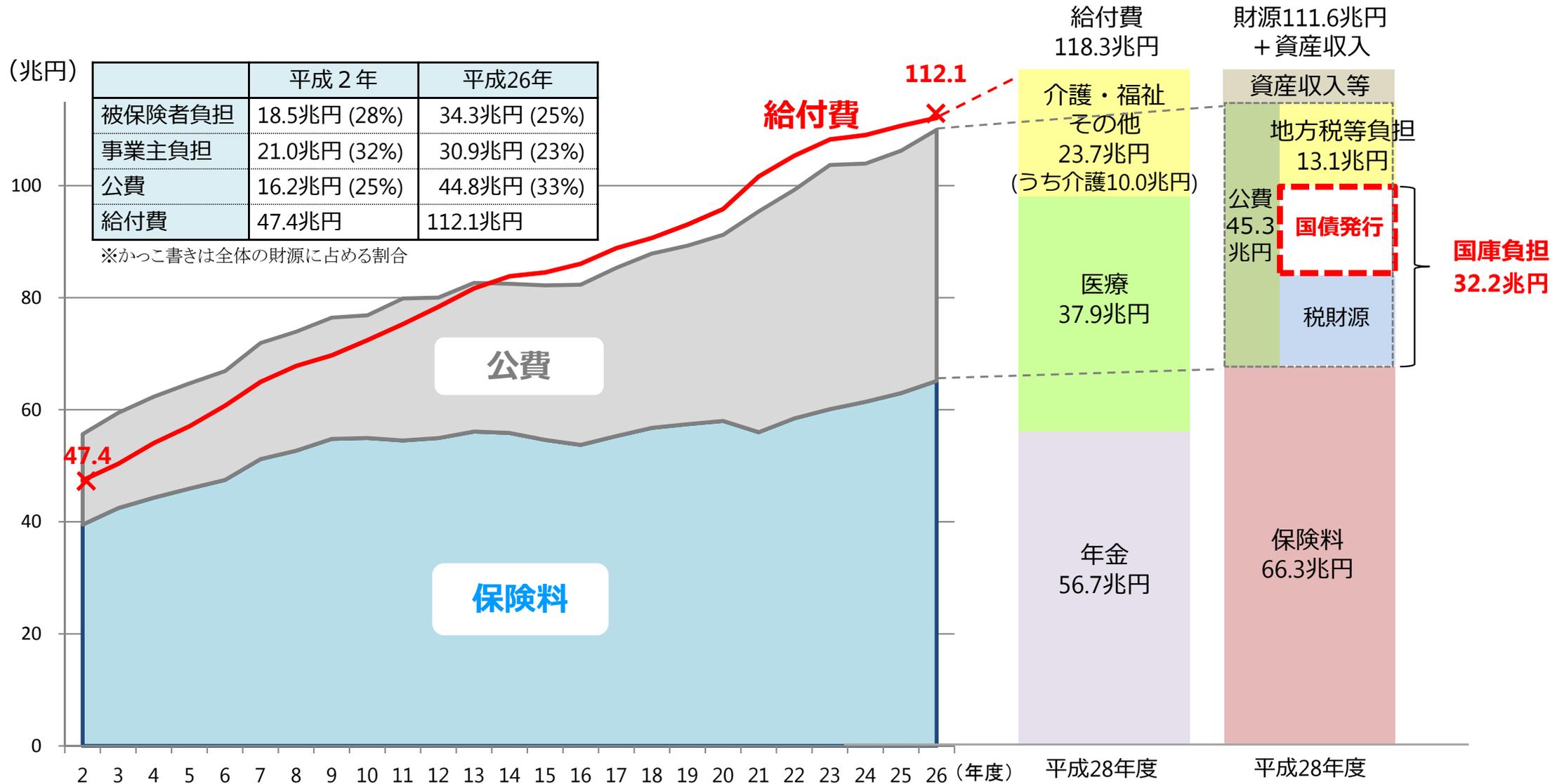


(注1) 後期高齢者医療費及び後期高齢者支援金は、H20～H26は実績値、H27はH26実績値に、H27の概算医療費の伸び率を乗じるにより推計、H28、H29は予算ベース。  
 (注2) 後期高齢者の保険料は、H20～H27は実績額、H28～H29は保険料改定時見込み。  
 (注3) 後期高齢者支援金保険料相当額は、H20～H26は確定賦課、H27、H28は予算ベース。H29は後期高齢者保険料軽減特例の見直しに伴い保険料は上昇する見込み。

(注1) H12～H26は実績値、H27～H29は予算ベース。  
 (注2) 第2号保険料については、事業主・公費負担分を含み、H28及びH29は被用者保険の額（H28は10月以降の額）。

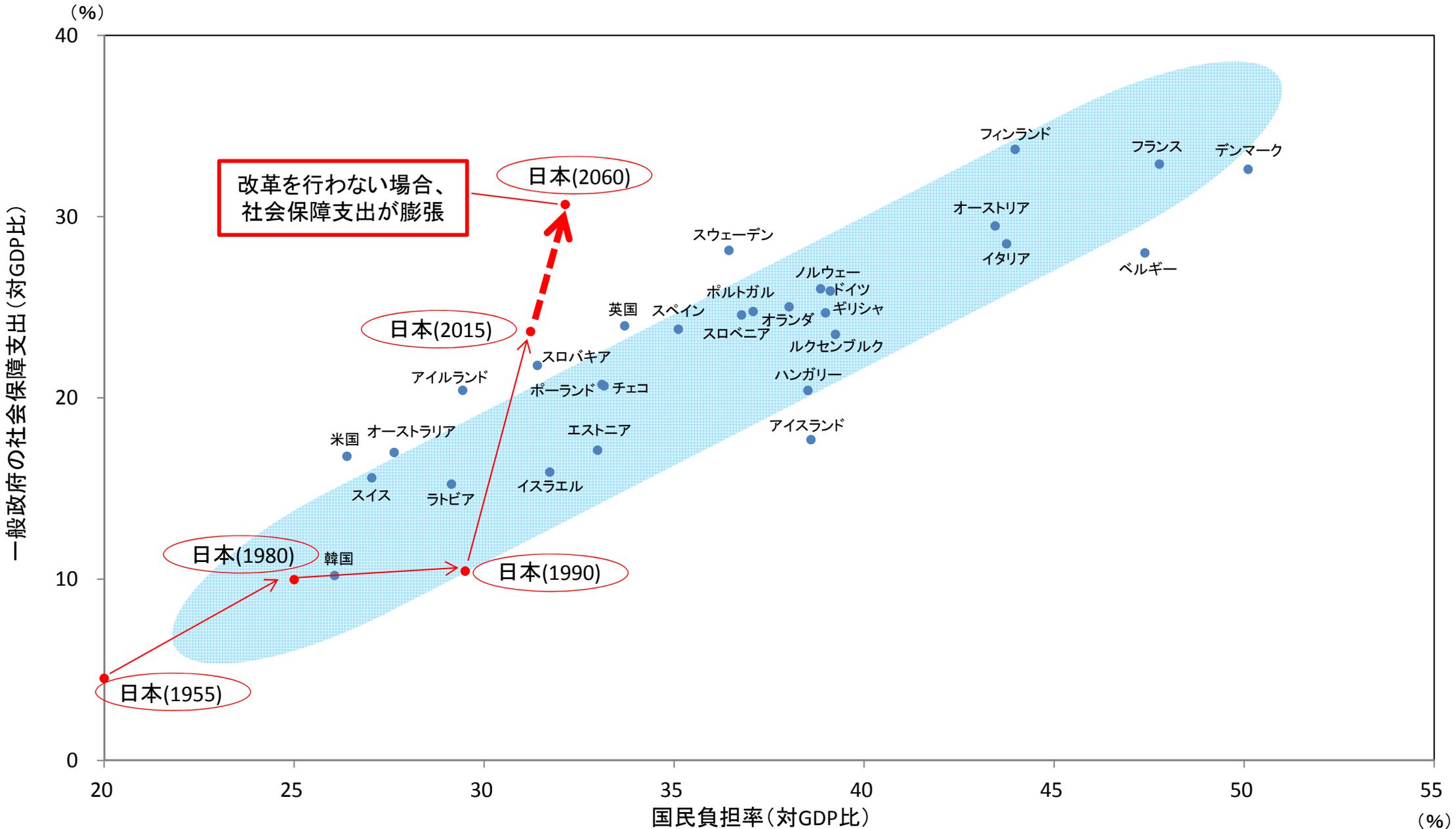
# 社会保障給付費の増に伴う公費負担の増

- わが国社会保障制度は、社会保険方式を採りながら、高齢者医療・介護給付費の5割を公費で賄うなど、公費負担（税財源で賄われる負担）に相当程度依存している。
- その結果、近年、高齢者医療・介護給付費の増に伴い、負担増は公費に集中している。これを賄う財源を確保出来ていないため、給付と負担のバランス（社会保障制度の持続可能性）が損なわれ、将来世代に負担を先送りしている（＝財政悪化の要因）。



(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」。2016(H28)年度は厚生労働省(当初予算ベース)による。

# OECD諸国における社会保障支出と国民負担率の関係



(出典) 国民負担率: OECD “National Accounts”、“Revenue Statistics”、内閣府「国民経済計算」等。  
 社会保障支出: OECD “National Accounts”、内閣府「国民経済計算」、国立社会保障・人口問題研究所「社会保障統計」。

(注1) 数値は、一般政府(中央政府、地方政府、社会保障基金を合わせたもの)ベース。

(注2) 日本を除く各国は2014年実績。

(注3) 日本の2060年度は、財政制度等審議会「我が国の財政に関する長期推計(改訂版)」(平成27年10月9日 起草検討委員提出資料)より作成。

# 主な論点と改革の方向性

# 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

- 低い患者負担であるため、コストを抑制するインセンティブが患者側に生じにくい構造。
- フリーアクセスゆえに誰もがどんな医療機関にも受診可能である。

### 医療機関側

- 患者の受入数や診療行為数が増加するほど収入が増える構造。
- 患者と医療機関側との間で大きな情報の非対称性が存在。

・ 少子化の進展による支え手の減少  
・ 高齢化の進展による受給者の増加や疾病構造の変化

医療・介護費の増大を招きやすい構造

・ イノベーションによる医療の高度化等の進展

## 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

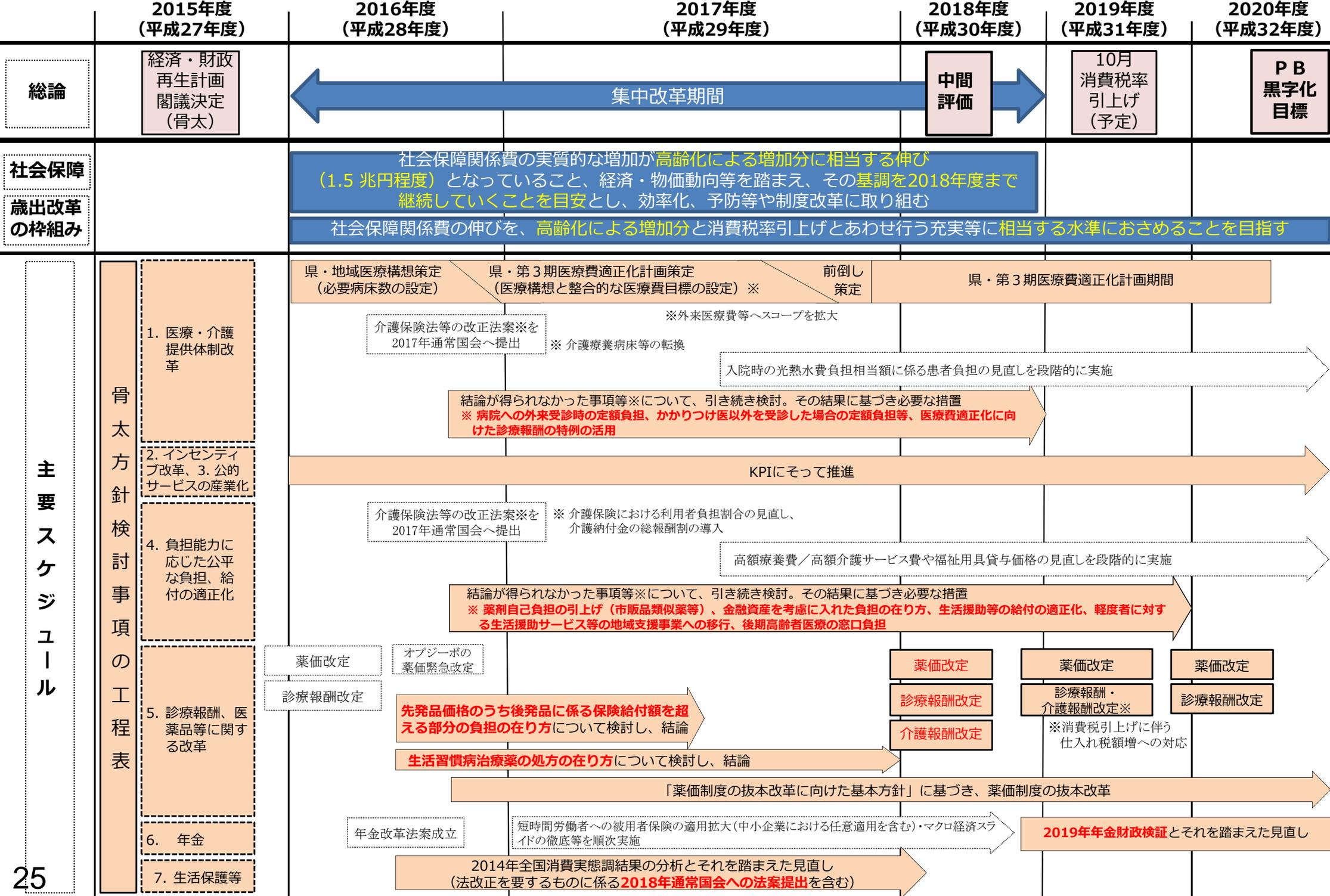
- 診療報酬・介護報酬の適正化や包括的かつ簡素な仕組みへの見直し、薬価制度改革等を通じ、効率的な医療・介護サービスを提供

# 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・包括化等を通じた効率的な医療・介護
今後の検討事項※	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域医療構想に沿った医療提供体制の実現</li> <li>○ 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）</li> <li>○ 医療費適正化に向けた診療報酬の特例の活用（～29年度末）</li> <li>○ 病床再編等に向けた都道府県の体制・権限の整備（～32年央）</li> <li>○ かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担（～29年末／～30年度末）</li> <li>○ 介護療養病床等の効率的なサービス提供体制への転換</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 入院時の光熱水費相当額に係る負担の見直し</li> <li>○ 市販品類似薬に係る保険給付の見直し（～30年度末）</li> <li>○ 軽度者に対する生活援助サービスその他の給付のあり方（30年度改定／～31年度末）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 高額療養費の見直し</li> <li>○ 後期高齢者の保険料軽減特例の見直し</li> <li>○ 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（～30年度末）</li> <li>○ 後期高齢者の窓口負担のあり方（～30年度末）</li> <li>○ 高額介護サービス費の見直し</li> <li>○ 介護保険における利用者負担</li> <li>○ 介護納付金の総報酬割導入</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 診療報酬・介護報酬の適正化</li> <li>○ オプジーボの薬価引下げ</li> <li>○ 薬価制度の抜本改革（毎年薬価調査・改定、費用対効果評価の本格導入等）（具体的内容等につき29年中に結論）</li> <li>○ 先発品価格のうち後発品に係る保険給付を超える部分の負担（～29年央）</li> <li>○ 生活習慣病治療薬等の処方のあり方（～29年度末）</li> <li>○ 介護の福祉用具貸与価格の見直し</li> </ul>
「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

※ 緑字は計画等を踏まえて現在改革を実施中の事項、青字は29年度編成に当たって一定の結論を得た事項、赤字は今後検討する事項。（括弧書きは検討期限）

# 経済財政再生計画と改革工程表のスケジュール（社会保障関係）



# 「経済・財政再生計画」における社会保障改革の基本的な考え方・時間軸

「経済財政運営と改革の基本方針2015(骨太2015)」「平成27年6月30日閣議決定」

## 基本的な考え方

- 社会保障・税一体改革を確実に進めつつ、経済再生と財政健全化及び制度の持続可能性の確保の実現に取り組み、世界に冠たる国民皆保険・皆年金の維持そして次世代へ引き渡すことを目指した改革を行う。
- インセンティブ改革による多様な主体の行動変化による効率化に取り組みとともに、社会保障関連分野の産業化に向けた取組を進める。
- ①自助を基本に公助・共助を適切に組み合わせた持続可能な国民皆保険、②経済成長と両立する社会保障制度、③人口減少社会に合った公平で効率的な医療等の提供、④健康で生きがいのある社会、⑤公平な負担で支え合う制度、の基本理念に基づいて取り組む。

- 増大していく公的社会保障の給付について、効率化・重点化のための改革を行い、経済再生の取組による社会保障財源の増収と併せ、少なくとも、社会保障における次世代への負担の先送りを拡大させないようにする。

- 安倍内閣のこれまで3年間の経済再生や改革の成果と合わせ、社会保障関係費の実質的な増加が高齢化による増加分に相当する伸び(1.5兆円程度)となっていること、経済・物価動向等を踏まえ、その基調を2018年度(平成30年度)まで継続していくことを目安とし、効率化、予防等や制度改革に取り組む。

- この点も含め、2020年度(平成32年度)に向けて、社会保障関係費の伸びを、高齢化による増加分と消費税率引上げとあわせ行う充実等に相当する水準におさめることを目指す。(※充実等の「等」は公経済負担)

2015年度予算	31.5兆円	} + 3兆円後半 ~ 4兆円程度     年平均2% 以上の伸び
+ 高齢化に伴う 伸び相当	+ 2兆円強~2.5 兆円	
+ 社会保障の 充実等	+ 1.5兆円 程度	
2020年度見込み	35兆円~ 35.5兆円程度	

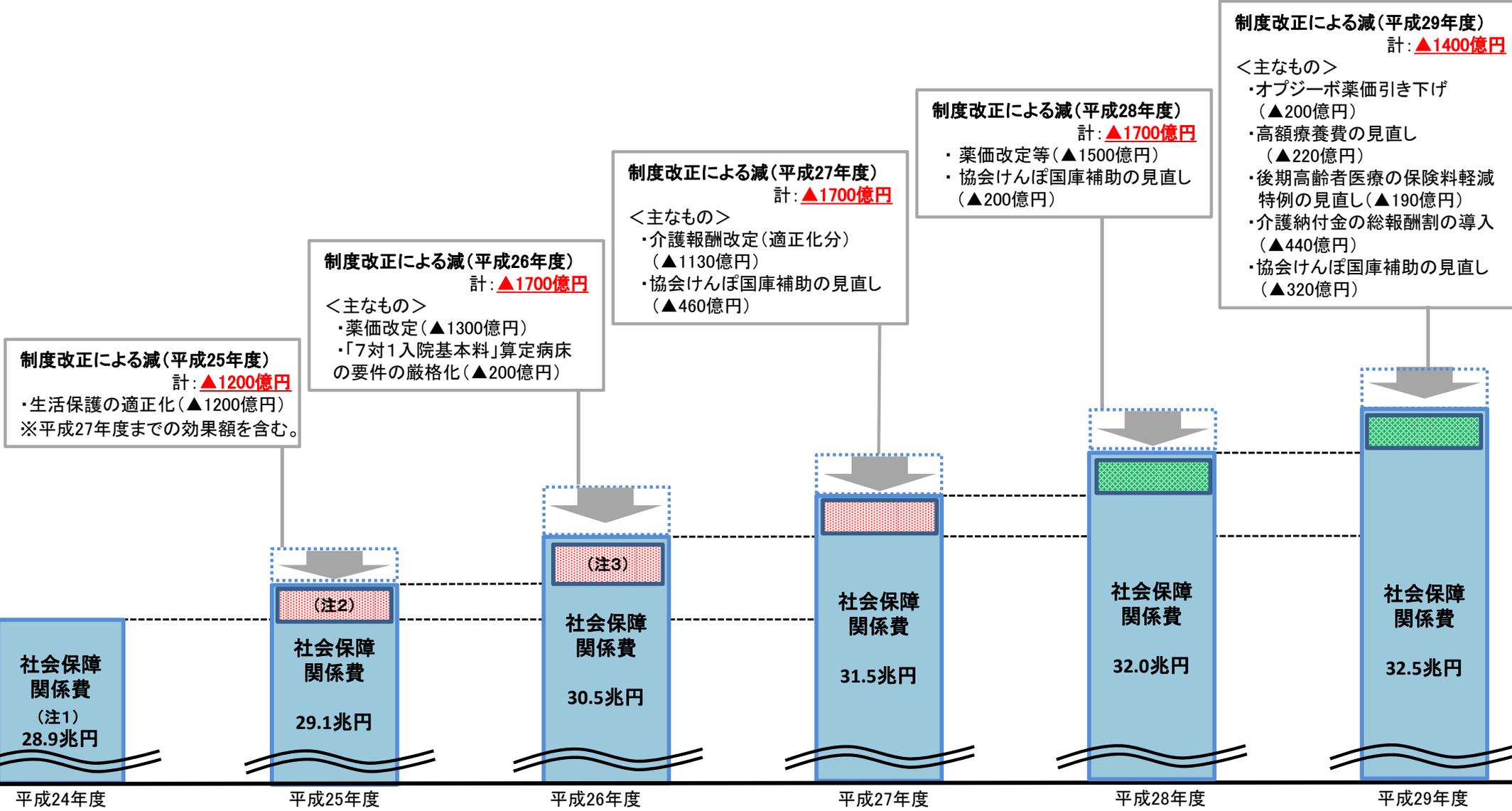
## 時間軸

- 社会保障・税一体改革を確実に進めるとともに、団塊の世代が後期高齢者になり始める2020年代初め以降の姿も見据えつつ、主要な改革については2018年度(平成30年度)までの集中改革期間中に集中的に取組を進める。2020年度(平成32年度)までの検討実施に係る改革工程を速やかに具体化していく中で、予断を持たずに検討する。平成27年度からできる限り速やかに取組を進める。

〔備考〕 予算編成の基本方針(平成27年11月27日閣議決定)

歳出改革については、経済財政諮問会議の下に設置された経済・財政一体改革推進委員会において、主要歳出分野ごとの成果指標(KPI)設定や改革工程表の策定、誰もが活用できる形での情報開示(見える化)の徹底など、計画の具体化を進め、今後、改革工程表に沿って、着実に実行する。また、同委員会において、改革の進捗管理、点検、評価を行う。

# 最近の社会保障関係費の伸びについて



部分が、社会保障の充実等を除く25～27年度の実質的な伸びであり、年平均+0.5兆円程度

部分が、28年度、29年度の実質的な伸びであり、年+0.5兆円程度

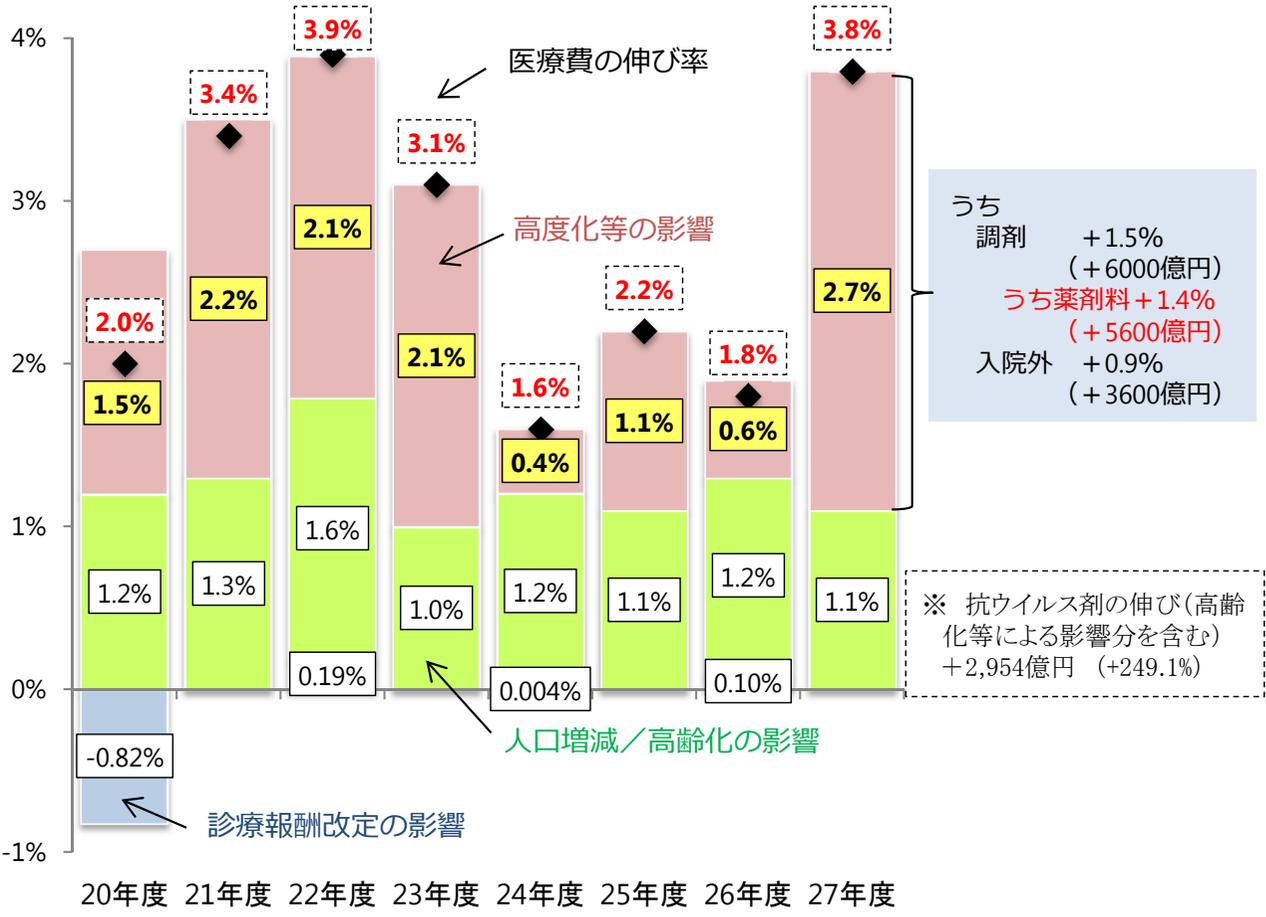
(注1) 年金国庫負担2分の1ベースの予算額。  
 (注2) 基礎年金国庫負担の受入超過による精算(▲0.3兆円)の影響を含めない。  
 (注3) 高齢者の医療費自己負担軽減措置等に係る経費の当初予算化(+0.4兆円)の影響を含めない。  
 (注4) 社会保障関係費の計数には、社会保障の充実等を含む。



# 薬価制度の抜本改革

- 医療技術の進歩により、昨今、一人あたり年間最大数千万円、売上げ全体で数千億円規模と見込まれる非常に高価な新薬が生まれており、今後もこうした新薬が生まれていくことが見込まれる。
- 国民医療費は、近年、高齢化以外の要因（高度化）による伸び率は比較的低かったが、27年度は、高額薬剤の影響もあり、高度化等要因の伸び率は高いものとなった。

## ◆ 医療費の伸び率の要因分解



## ◆ 高額薬剤の例

販売名 (掲載年月)	会社名	薬効 [適応]	費用
オブジーボ 点滴静注 (26年9月)	小野薬品工業 / プリストル・マイヤーズ	その他の腫瘍用薬 (注射薬)	約1,400万円/人 (体重50kg, 1年間の場合)
キイトルーダ 点滴静注 (28年9月)	MSD	(免疫チェックポイント阻害薬) [非小細胞肺癌等]	約1,400万円/人 (1年間の場合)
ソバルディ錠 (27年5月)	ギリアド・サイエンシズ	抗ウイルス剤 (内用薬) [C型肝炎]	約355万円/人 (12週間)
ハーボニー 配合錠 (27年8月)	ギリアド・サイエンシズ	抗ウイルス剤 (内用薬) [C型肝炎]	約460万円/人 (12週間)

※ 中医協資料に基づき作成

## ◆ 国内開発中の免疫チェックポイント阻害薬 (抗がん剤)

作用機序	一般名	会社名
抗CTLA-1抗体	トレメリルマブ	アストラゼネカ
抗PD-L1抗体	アテゾリズマブ	中外製薬
	デュルバルマブ	アストラゼネカ
	アベルマブ	メルクセローノ/ファイザー

(出所) AnswersNews 2017/3/13

## 【改革の方向性】 (案)

- 今後、高価な新薬が生まれる状況にあっても、公的医療保険制度が、重要な疾病リスクを適切にカバーしつつ、制度の持続可能性を維持していく必要。このため、薬価制度について、昨年末に決定した「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、改革を実行し、国民負担を軽減すべき。

# 世界売上上位15品目(2001年・2015年)

○ 2001年と2015年の世界売上げ上位品目を比較すると、近年は、1品目の売上高が大きく増加している。また、バイオ医薬品の占める割合が増加している。

## 2001年

## 2015年

製品名	一般名	主な薬効等	メーカー名	売上高 (百万ドル)	前年比 伸び率
1 ゴコール(リホパス)	シンバスタチン	高脂血症薬	メルク	6,670	26%
2 リピトール	アトルバスタチン	高脂血症薬	ファイザー	6,449	28%
3 オメプラール/ プリロセック	オメプラゾール	抗潰瘍剤PPI	アストラゼネカ	5,684	▲7%
4 ノルバスク	アムロジピン	降圧剤Ca拮抗剤	ファイザー	3,582	7%
5 メパロチン/ プラバコール	プラバスタチン	高脂血症薬	三共/BMS	3,509	5%
6 <u>プロクリット/ エプレクس</u>	<u>エポエチンアルファ</u>	<u>腎性貧血</u>	<u>J&amp;J</u>	<u>3,430</u>	<u>27%</u>
7 タケプロン	ランソプラゾール	抗潰瘍剤PPI	武田薬品/ TAP	3,212	25%
8 クラリチン/D	ロラタジン	抗ヒスタミン剤	シリング・プラウ	3,159	5%
9 セレブレックス	セレコキシブ	Cox2阻害剤	ファルマシア	3,114	19%
10 ジプレキサ	オランザピン	精神分裂病薬	イーライ・リリー	3,087	31%
11 グルコファージ	メトホルミン	糖尿病薬	独メルク/BMS	2,682	55%
12 セロクサット/ パキシル	パロキセチン	抗うつ剤SSRI	グラクソ・スミスクライン	2,674	16%
13 パイオックス	ロフェコキシブ	Cox2阻害剤	メルク	2,555	18%
14 ゴロフト	セルトラリン	抗うつ剤SSRI	ファイザー	2,366	11%
15 <u>エポジェン(エス ポー)</u>	<u>エポエチンアルファ</u>	<u>腎性貧血</u>	<u>アムジエン</u>	<u>2,150</u>	<u>10%</u>

製品名	一般名	主な薬効等	メーカー名	売上高 (百万ドル)	前年比 伸び率
1 ソバルディ /ハーボニー	ソフォスブビル/ デイパスビル	慢性C型肝炎	キリアド・サイエン シス	19,140	54%
2 <u>ヒュミラ</u>	<u>アダリムマブ</u>	<u>関節リウマチ /クローン病</u>	<u>アッヴィ/エーザイ</u>	<u>14,357</u>	<u>11%</u>
3 エンブレル	エタネルセプト	関節リウマチ /クローン病	アムジエン /ファイザー/武田	9,036	1%
4 <u>レミケード</u>	<u>インフリキシマブ</u>	<u>関節リウマチ /クローン病</u>	<u>J&amp;J/メルク /田辺三菱</u>	<u>8,931</u>	<u>▲10%</u>
5 <u>リツキサ</u>	<u>リツキシマブ</u>	<u>抗がん剤 /抗リウマチ</u>	<u>ロシュ/バイオジェン</u>	<u>8,675</u>	<u>▲1%</u>
6 ランタス	インスリングルキナ ナログ	糖尿/インスリン	サノフィ	7,090	▲11%
7 <u>アバスタ</u>	<u>ベバシズマブ</u>	<u>転移性結腸がん</u>	<u>ロシュ /中外製薬</u>	<u>6,959</u>	<u>9%</u>
8 <u>ハーセプチン</u>	<u>トラスツズマブ</u>	<u>HER2乳がん</u>	<u>ロシュ /中外製薬</u>	<u>6,807</u>	<u>10%</u>
9 ジャヌビア	シタグリブチン /配合剤	2型糖尿病 /DPP4	メルク/小野薬品 /アルミラル	6,324	0%
10 <u>プレバナー</u>	<u>肺炎球菌ワクチン</u>	<u>ワクチン</u>	<u>ファイザー</u>	<u>6,245</u>	<u>40%</u>
11 <u>レブリミッド /ルブラミッド</u>	<u>レナリドミド</u>	多発性骨髄腫	セルジーン	5,801	16%
12 クレストール	ロスバスタチン	高脂血症 /スタチン	塩野義 /アストラゼネカ	5,775	▲9%
13 <u>アドエア /セレタイド</u>	<u>サルメテロール /フルチカゾン</u>	抗喘息 /COPD	GSK/アルミラル	5,663	▲14%
14 リリカ	プレガバリン	神経疼痛 /てんかん	ファイザー /エーザイ	5,044	▲6%
15 <u>アイリーア</u>	<u>アフリベルセプト</u>	<u>加齢黄斑変性</u>	<u>リジエネロン /バイエル/参天</u>	<u>4,837</u>	<u>47%</u>

※ 網掛けはバイオ医薬品。下線は抗体医薬品。

出所: ユートブレーション(ファルマ・フューチャー2002 NO.136)、ゼジデム・ストラテジックデータ(株) ユート・ブレーション事業部刊「Pharma Future(2015年5月号)」をもとに厚生労働省が作成した資料から引用。

研ファーマ・ブレーション発行「NEW Pharma Future」(2016年6-7月号)(医薬経済社)をもとに医薬産業政策研究所にて作成。

# 薬価制度の抜本改革に向けた基本方針①

## （平成28年12月20日）

昨今、革新的かつ非常に高額な医薬品が登場しているが、こうした医薬品に対して、現在の薬価制度は柔軟に対応できておらず、国民負担や医療保険財政に与える影響が懸念されている。

「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、国民が恩恵を受ける「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現する観点から、薬価制度の抜本改革に向け、PDCAを重視しつつ、以下のとおり取り組むものとする。

### 1. 薬価制度の抜本改革

(1) 保険収載後の状況の変化に対応できるよう、効能追加等に伴う一定規模以上の市場拡大に速やかに対応するため、新薬収載の機会を最大限活用して、年4回薬価を見直す。

(2) 市場実勢価格を適時に薬価に反映して国民負担を抑制するため、全品を対象に、毎年薬価調査を行い、その結果に基づき薬価改定を行う。

そのため、現在2年に1回行われている薬価調査に加え、その間の年においても、大手事業者等を対象に調査を行い、価格乖離の大きな品目<sup>(注)</sup>について薬価改定を行う。

(注) 具体的内容について、来年中に結論を得る。

また、薬価調査に関し、調査結果の正確性や調査手法等について検証し、それらを踏まえて薬価調査自体の見直しを検討し、来年中に結論を得る。

(3) 革新的新薬創出を促進するため、新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度をゼロベースで抜本的に見直すこととし、これとあわせて、費用対効果の高い薬には薬価を引き上げることを含め費用対効果評価を本格的に導入すること等により、真に有効な医薬品を適切に見極めてイノベーションを評価し、研究開発投資の促進を図る。

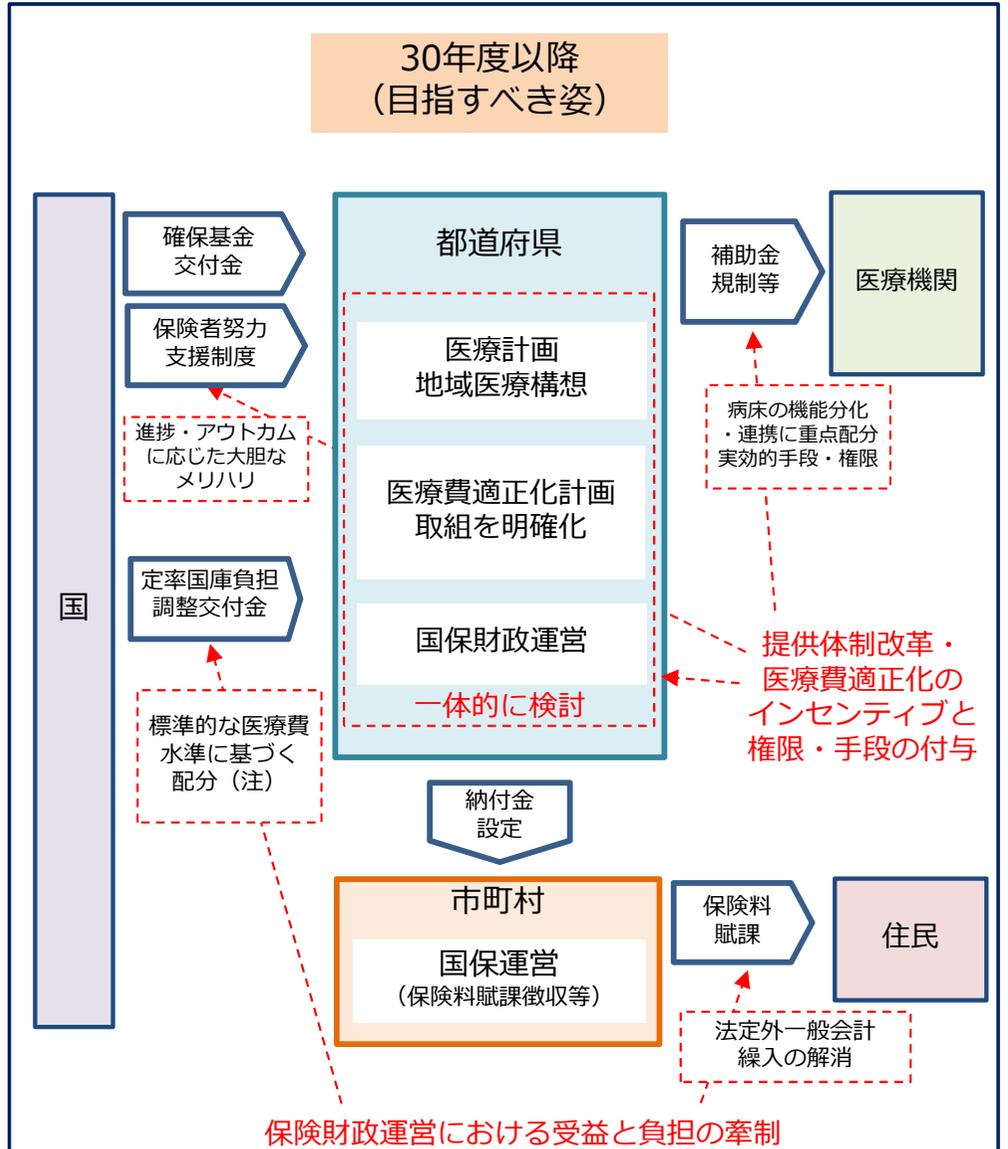
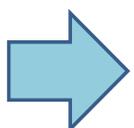
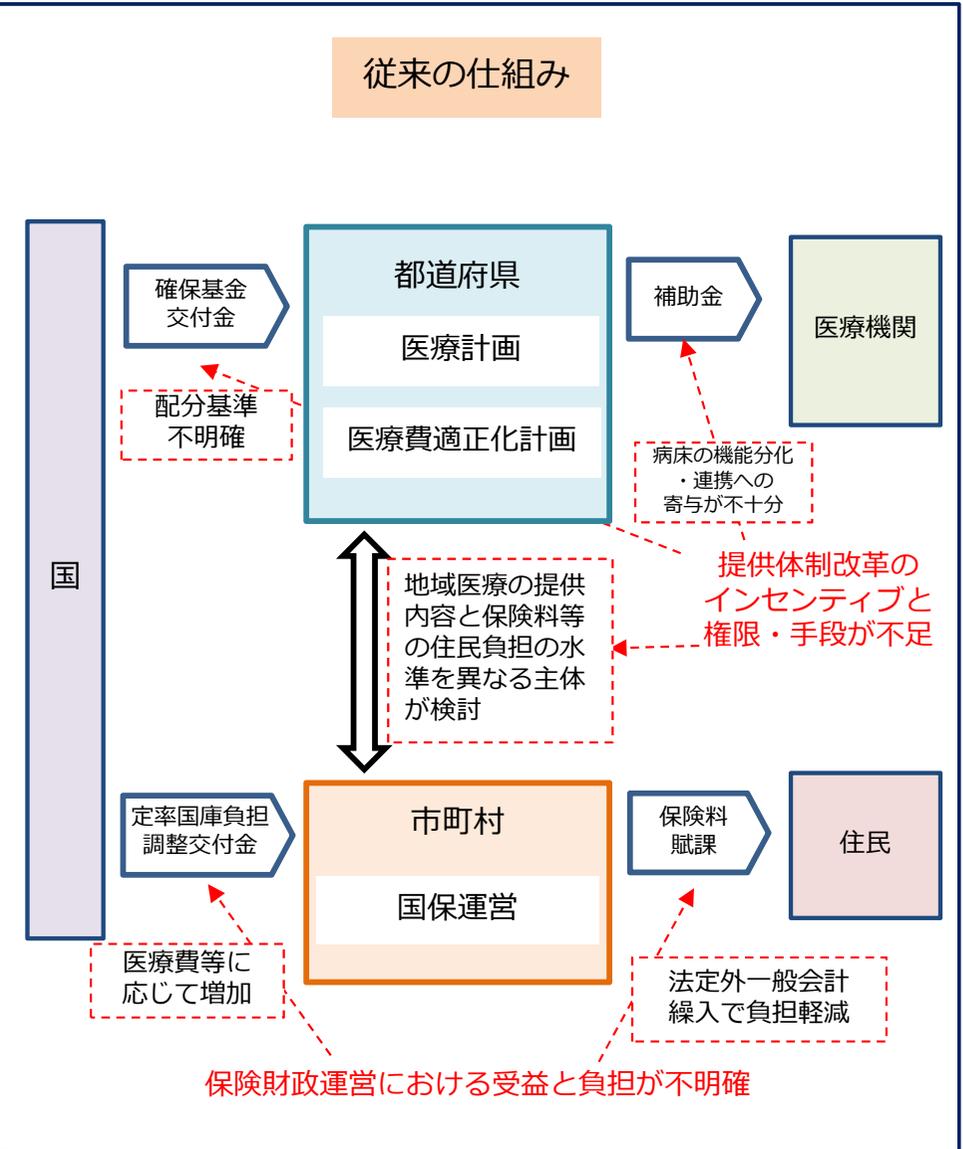
なお、費用対効果評価を本格的に導入するため、専門的知見を踏まえるとともに、第三者的視点に立った組織・体制をはじめとするその実施のあり方を検討し、来年中に結論を得る。

## 2. 改革とあわせた今後の取組み

- (1) 薬価算定方式の正確性・透明性を徹底する。具体的には、製薬企業にとって機密性の高い情報に配慮しつつ、薬価算定の根拠の明確化や薬価算定プロセスの透明性向上について検討し、結論を得る。また、特に高額医薬品等について、制度の差異を踏まえつつ外国価格をより正確に把握するなど、外国価格調整の方法の改善を検討し、結論を得る。
- (2) 薬価制度の改革により影響を受ける関係者の経営実態についても機動的に把握し、その結果を踏まえ、必要に応じて対応を検討し、結論を得る。
- (3) 我が国の製薬産業について、長期収載品に依存するモデルから、より高い創薬力を持つ産業構造に転換するため、革新的バイオ医薬品及びバイオシミラーの研究開発支援方策等の拡充を検討するとともに、ベンチャー企業への支援、後発医薬品企業の市場での競争促進を検討し、結論を得る。
- (4) 安定的な医薬品流通が確保されるよう、経営実態に配慮しつつ、流通の効率化を進めるとともに、流通改善の推進、市場環境に伴う収益構造への適切な対処を進める。特に、適切な価格形成を促進するため、単品単価契約の推進と早期妥結の促進について効果的な施策を検討し、結論を得る。
- (5) 評価の確立した新たな医療技術について、費用対効果を踏まえつつ国民に迅速に提供するための方策の在り方について検討し、結論を得る。

# 医療分野での都道府県のガバナンス強化(基本的考え方)

- 平成30年度から、都道府県において、地域医療構想の実現に向けた医療提供体制改革、医療費適正化計画の推進、国民健康保険の財政運営を一体的に担うようになる。
- 都道府県に実効的な手段・権限を付与するとともに、取組の結果に応じた強力なインセンティブを設けることで、医療保険・医療提供体制を通じたガバナンス体制を構築する必要。



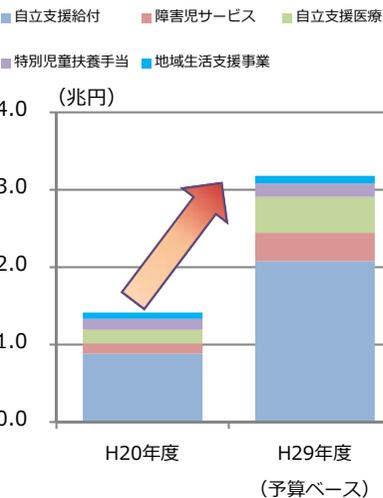
	手段・権限の付与	インセンティブの強化
地域医療構想の 着実な推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 客観的・定量的指標に基づく病床機能報告の実施とこれによる進捗把握</li> <li>➤ 慢性期病床の地域差是正・受け皿への移行に向けた地域における標準的な意思決定プロセスの整備</li> <li>➤ 病床再編に向けた都道府県の権限の整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 都道府県ごとの地域医療構想の進捗状況の公表</li> <li>➤ 進捗に応じた保険者努力支援制度等や地域医療介護総合確保基金の配分</li> </ul> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 受益と負担の牽制による保険財政運営                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 都道府県が国保の財政運営の責任主体となり、市町村ごとの納付金や標準保険料率を決定</li> <li>・ 標準的な医療費水準<sup>(注)</sup>に基づく国保普通調整交付金等の配分</li> <li>・ 法定外一般会計繰入の解消</li> </ul> </li> </ul> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 医療費等のアウトカム指標に応じた保険者努力支援制度等の配分</li> </ul>
医療費適正化	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 二次医療圏・市町村等の医療内容の可視化</li> <li>➤ 地域における医療関係者を含めた医療費適正化に向けた協議の枠組みの構築</li> <li>➤ 高確法14条（地域別診療報酬の特例）の活用</li> </ul>	<p>(注) 全国平均の性・年齢構成別一人当たり医療費をもとに、性・年齢構成を当該自治体と等しくした場合の医療費水準。</p>

# 障害保健福祉関係予算の状況・課題

- 平成18年以降、障害福祉サービスの利用者はいずれの障害でも大きく増加しており、事業規模は3兆円超に到達。
- 特に知的障害者や精神障害者の利用者が増加。知的障害者については、特別支援学校の卒業生がサービス利用者になる流れが強くなっていることなどにより、30歳未満の利用者が増加。また、精神障害者については、精神疾患のうちサービス利用に至る者の割合が増加したことなどにより、40代を中心に利用者数が増加。
- これは、比較的軽度な障害者や一般就労を経て利用に至った者など、利用者像が従来より変化していることを示唆。  
 (注) 精神障害者の利用者増については、「精神障害者の地域移行」を進めている影響もあると考えられるが、長期入院者の減は平成20年から平成26年で1.8万人の減に留まる。一方、精神障害者の自立支援給付の利用者数は平成20年から平成26年までに10万人以上増加しており、一人の地域移行者が複数のサービスを利用し得ることを鑑みても、①長期入院者の地域移行に加え、②これまで福祉利用がなかった者による利用の影響があると考えられる。なお、自立支援給付の利用において、①と②の者を区分して把握していない。

## 事業規模の増加

### <障害福祉サービス事業規模>



### <事業費の増加 (26→27年度)>

【自立支援給付】

サービス名	増加額	対前年比	(参考) 27年度事業費
共同生活援助等(※)	257億円	+18.2%	1,671億円
生活介護	228億円	+3.7%	6,419億円
就労継続支援(B型)	221億円	+8.3%	2,885億円
就労継続支援(A型)	157億円	+25.1%	781億円
居宅介護	94億円	+6.6%	1,513億円

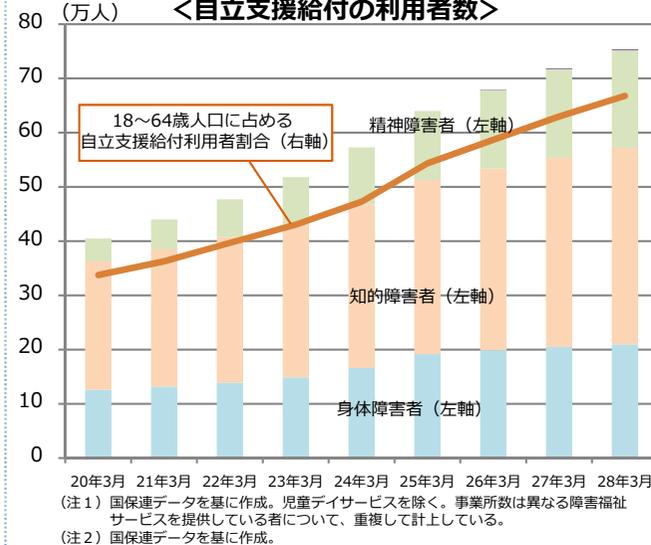
【障害児施設給付費等】

放課後等デイサービス	422億円	+41.2%	1,446億円
------------	-------	--------	---------

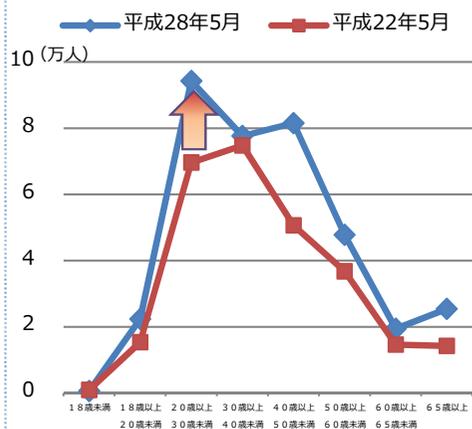
35 宿泊型自立訓練を合算。  
 35 「国保連データ」の26年度分と27年度分の比較。

## 利用者数の増加

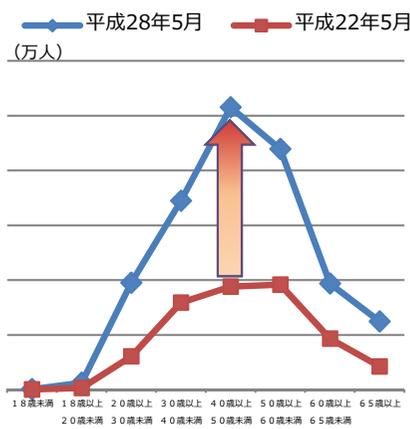
### <自立支援給付の利用者数>



### <知的障害者(年齢別)>

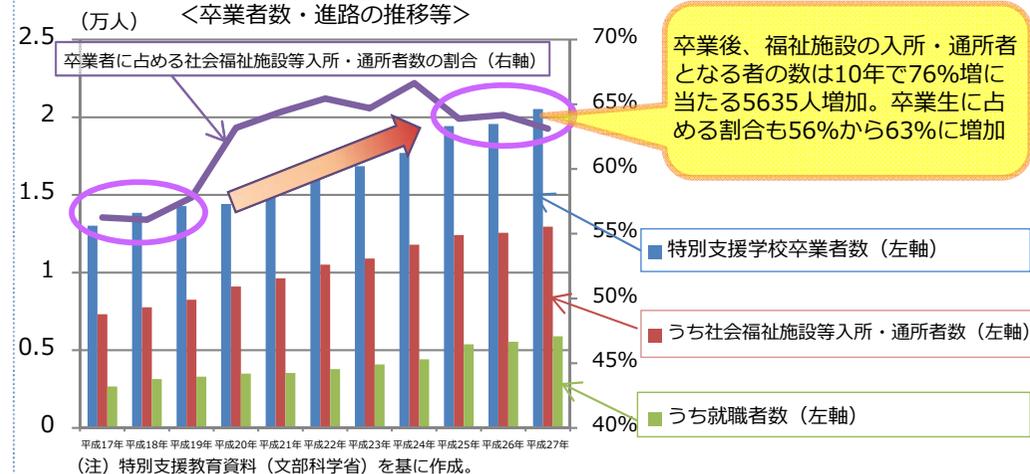


### <精神障害者(年齢別)>

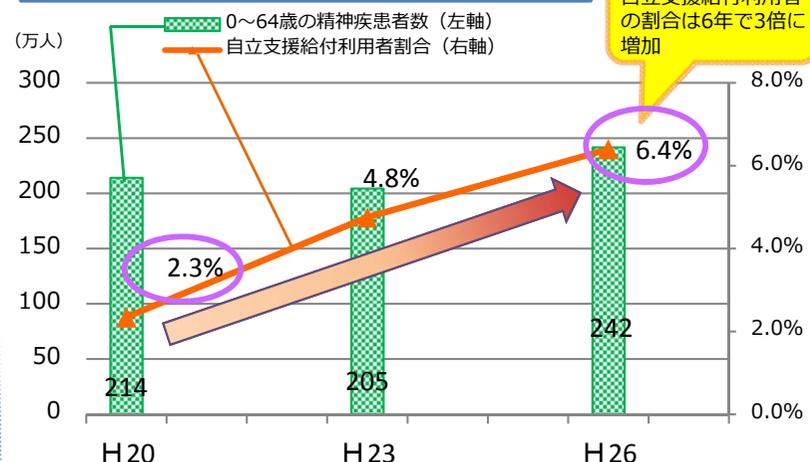


## 特別支援学校の卒業生数と進路等の推移

### <卒業生数・進路の推移等>



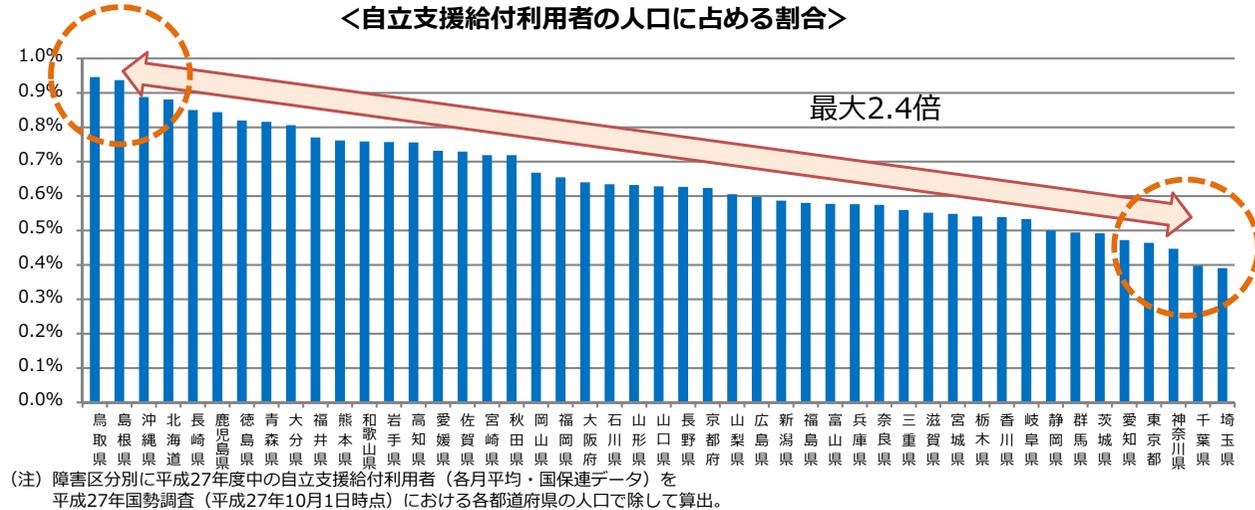
### 精神疾患を有する0~64歳の患者数に占める自立支援給付利用者の割合



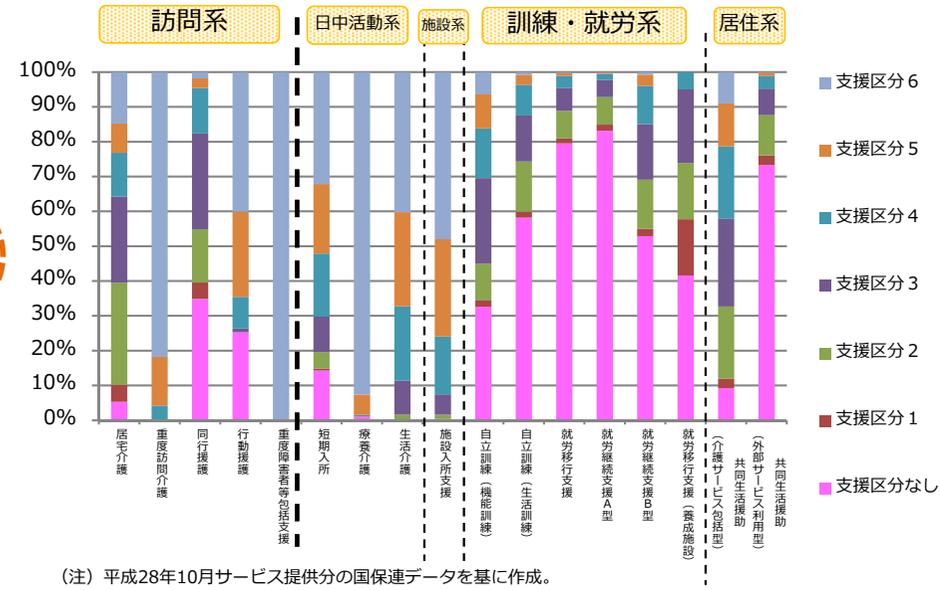
# 障害保健福祉関係予算の状況・課題

- サービス利用の要否判断は市町村に委ねられており、人口当たりの障害福祉サービスの利用率には大きな地域差。
- 当該地域差は、いずれのサービスにおいても人口当たりの事業所数の地域差と正の相関がある。「利用期限がなく」、かつ「支援区分の低い者（区分がない者を含む）の利用が多い」サービスにおいては、相関が特に強い。

利用率が2倍以上異なる大きな地域差

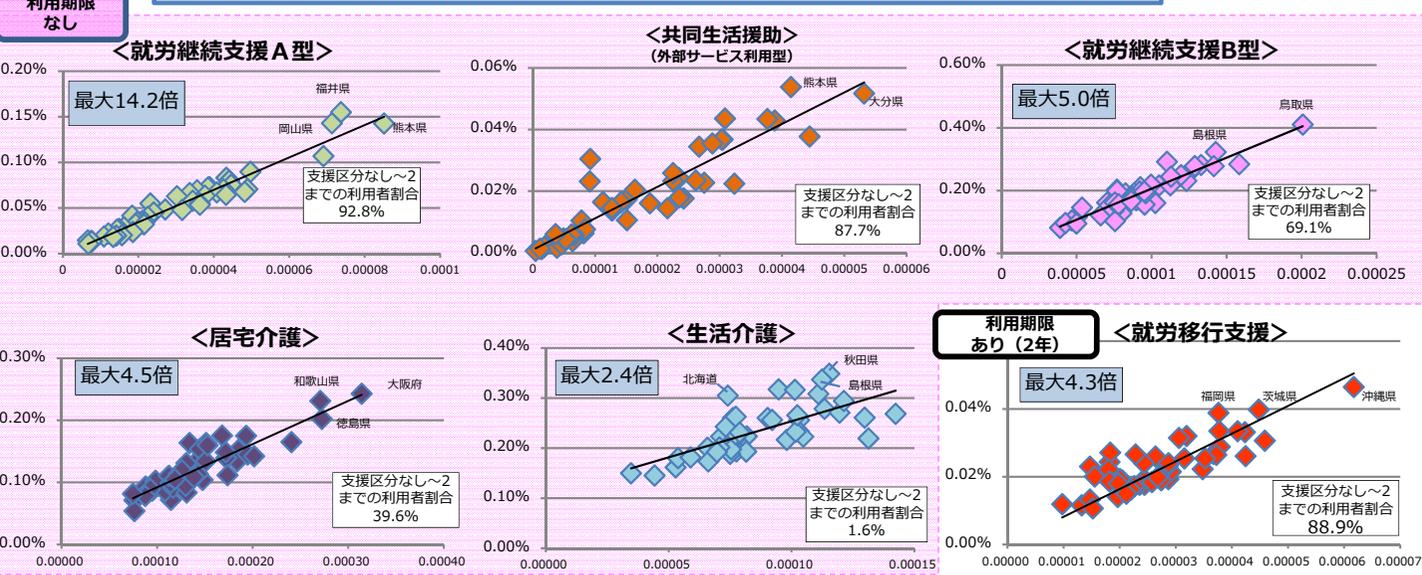


平成28年10月における各サービス毎の利用者別支援区分割合



各サービス毎の「利用者/人口（縦軸）」と「事業所数/人口（横軸）」

※ 内は、都道府県別の「利用者/人口」の最大値/同最小値



サービス利用額の伸びの要因

	総費用伸び率 (24.3→27.3)	利用期限	支援区分平均	収支差率
就労継続支援 A 型	165.7%	無し	0.4	9.4%
就労継続支援 B 型	56.0%	無し	1.3	10.1%
生活介護	38.9%	無し	4.8	13.4%
就労移行支援	35.4%	原則24ヶ月以内	0.6	16.8%
居宅介護	33.8%	無し	3.0	9.4%

(注1) 総費用伸び率は「国保連データ」の24年3月分と27年3月分の比較。  
 (注2) 支援区分平均は、各サービス利用者の支援区分（27年3月）を加重平均したもの（支援区分とは、障害者等の障害の多様な特性等に応じて必要とされる標準的な支援の度合いを総合的に示す）。  
 (注3) 収支差率は、「平成26年障害福祉サービス等経営実態調査」による。  
 (注4) 平成24年4月前は旧サービス体系（支援費制度等）であった関係上、共同生活援助については、総費用伸び率等の正確な算出が困難であるため、記載せず。

(注1) 平成27年10月サービス提供分の国保連データ、平成27年国勢調査（平成27年10月1日時点）を基に作成。  
 (注2) 紙面の都合により、共同生活援助のうち支援区分のない利用者の多い外部サービス利用型の結果のみ記載。  
 (注3) 共同生活援助・外部サービス利用型と同一介護包括型を合わせた場合、最大4.2倍の差がある。

# 障害保健福祉関係予算の状況・課題

- サービス供給が増加する中、就労移行支援による一般就労の増加等が見られる一方、利用者のニーズに基づかないサービスや質の低いサービスの供給が指摘されている。例えば、①「一般就労の可能性があり本人も希望しているにもかかわらず、一般就労に向けた支援を行わない」場合や、「就労継続支援事業A型を安易に選択してしまう」状況や、②就労継続支援A型や放課後等デイサービスの質の低下が指摘されている。なお、これらについては、厚生労働省において改善に向けた取組を開始。
- こうした状況は、「ニッポン一億総活躍プラン」が掲げる障害者の「希望や能力、障害や疾病の特性等に応じて最大限活躍できる」環境整備等を推進する上で大きな課題。

## 「障害福祉サービスから一般就労への移行をより一層促進するための意見書」（抄）

（障害福祉サービスの在り方等に関する論点整理のためのワーキンググループ（第5回、平成27年2月4日）において、全国就労移行支援事業所連絡協議会副会長 酒井氏提出資料）

### 1. 「福祉から一般就労へ」の促進

平成18（2006）年に障害福祉サービスが再編された際の骨子の一つは、本来、一般就労する力があるにも関わらず、福祉施設を利用し続けている方々に適切な就労移行支援を提供し、なるべく多くの方が一般企業で就職できるようにすることでした。これはノーマライゼーション理念に沿ったものであり、共生社会の一つの柱です。しかし、現行制度が運用されてきた中で、懸念される状況が明らかになってきました。

まず、本人のニーズに基づいたサービス提供がなされていない状況です。就労系事業で、短時間の利用を勧められる場合や、一般就労の可能性があり本人も希望しているにもかかわらず、一般就労に向けた支援を行わない場合、本人のアセスメントさえしていない場合があります。当初の目的を再確認し、「福祉から一般就労へ」を骨子に据え、当事者のニーズに基づいた就労移行支援を適切に行える制度設計をお願いいたします。

もう一つは、就労継続支援事業A型（以下、A型と呼ぶ。）を安易に選択してしまうという状況です。A型は急激に増加していますが、一般就労できるにもかかわらず、A型を利用し続ける利用者が増えることになりかねません。この点については、実際に障害者雇用を実現している企業からも懸念の声が聞かれています。（後略）

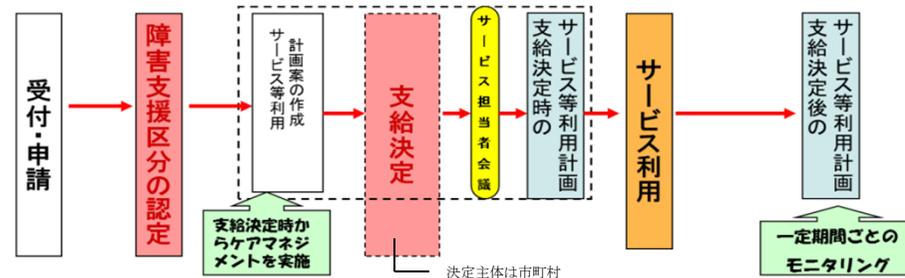
## 「ニッポン一億総活躍プラン」（平成28年6月2日閣議決定）（抄）

### 4. 「介護離職ゼロ」に向けた取組の方向

#### (3) 障害者、難病患者、がん患者等の活躍支援

一億総活躍社会を実現するためには、障害者、難病患者、がん患者等が、希望や能力、障害や疾病の特性等に応じて最大限活躍できる環境を整備することが必要である。このため、就職支援及び職場定着支援、治療と職業生活の両立支援、障害者の身体面・精神面にもプラスの効果がある農福連携の推進、ICTの活用、就労のための支援、慢性疼痛対策等に取り組むとともに、グループホームや就労支援事業等を推進する。

### 自立支援給付の支給決定プロセス



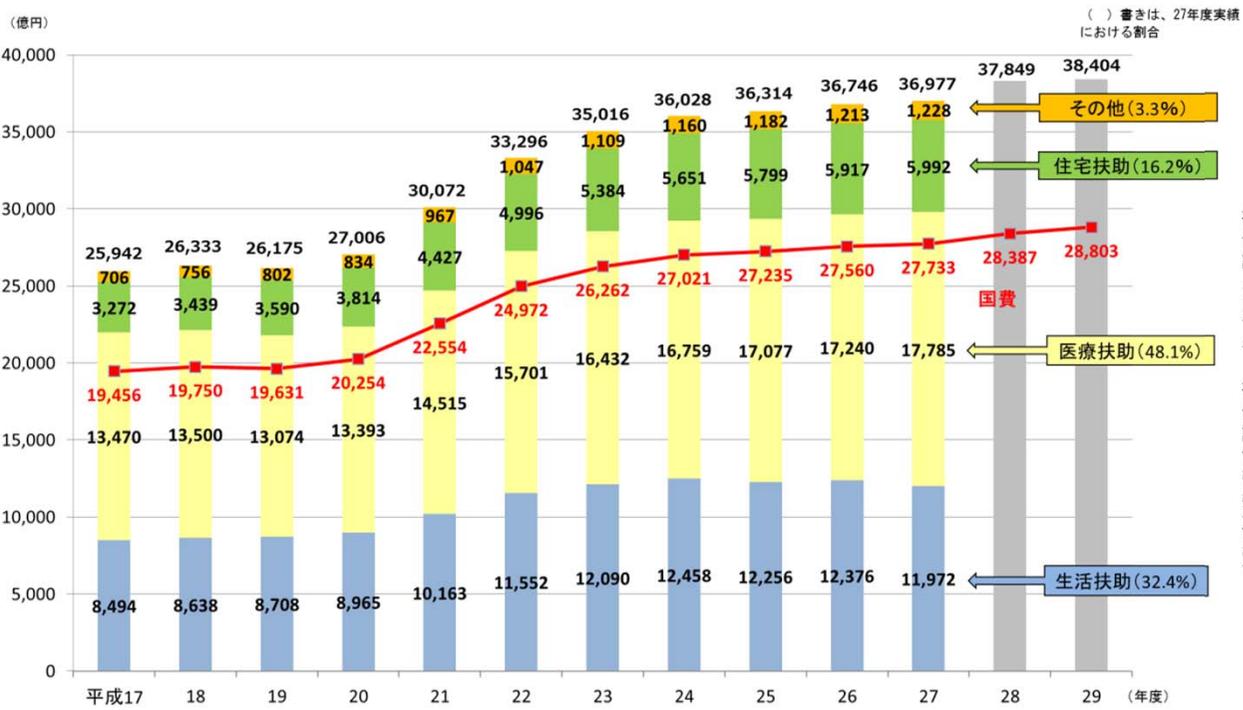
## 【改革の方向性】（案）

- 障害福祉サービスについては、一億総活躍プランの掲げる「希望や能力、障害や疾病の特性等に応じて最大限活躍できる」環境整備等の観点から、利用者像やニーズの変化を的確に捉え、具体的な活躍の在り方やその実現に向けた各サービスの位置づけ・成果を明らかにし、具体的な支援の在り方を改善していく必要がある。
- また、地域間格差の是正による公平なサービス供給の実現のため、市町村において、個々の障害者の状態像をよく踏まえた上でのサービス利用の必要性の判断や適正な利用量の見極めが、より主体的に行われるような取組を検討・導入すべきである。なお、そうした取り組みは、障害者のニーズに合ったサービス供給を促進することなどにより、サービスの質の向上にもつながることに留意し、着実に進めるべきである。

# 生活保護

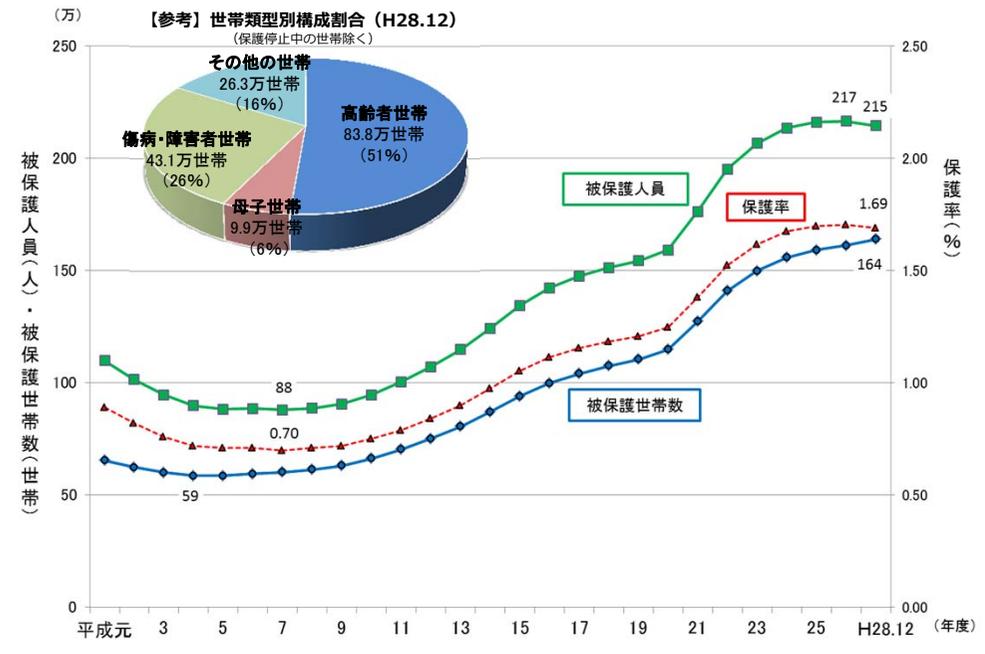
- 生活保護の生活扶助基準は、一般低所得世帯の消費実態との均衡が適切に図られているか否かについて、5年に一度、全国消費実態調査等を用いて、専門的かつ客観的に検証を行うこととされており、平成29年において平成24年以来的検証が行われる。
- また、経済財政計画改革工程表においては、「次期生活扶助基準の検証に合わせ、自立支援の推進等の観点から、生活保護制度全般について、関係審議会等において検討し、検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる」とされている。

生活保護費負担金（事業費ベース）の推移

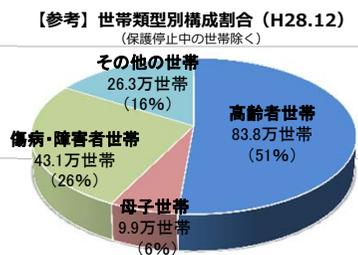


出所：生活保護費負担金事業実績報告 注：平成27年度までは実績額、28年度は補正後予算額、29年度は当初予算額

被保護人員、保護率、被保護世帯数の推移



出所：厚生労働省「被保護者調査」(平成27年度以降は概数)、平成24年3月以前の数値は「福祉行政報告例」



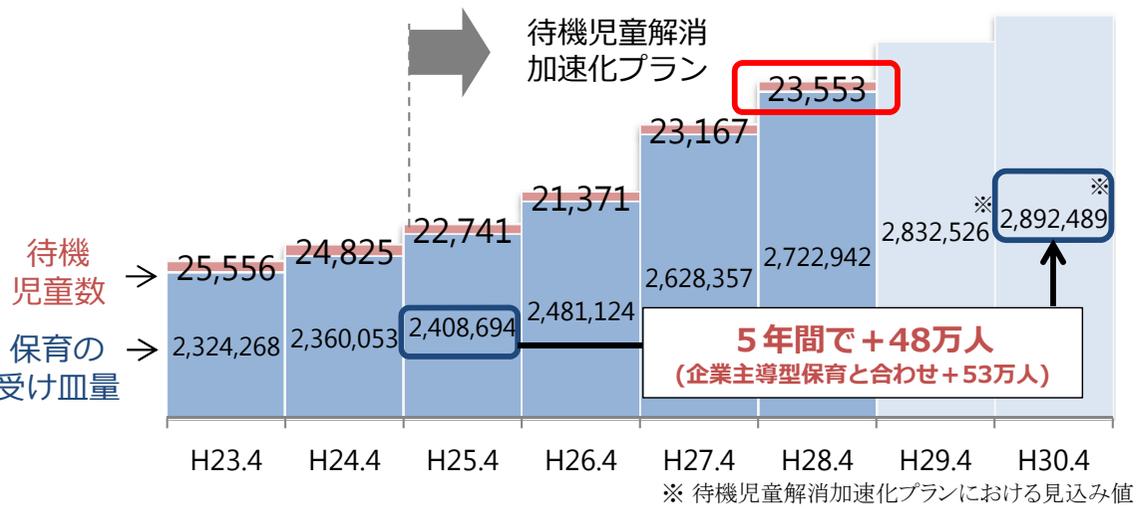
## 【改革の方向性】（案）

- 平成29年の検証にあたっては、年齢別、世帯人数別、級地別の基準額の体系に加え、給付水準についてもきめ細かく検証し、国民の理解が得られるような生活扶助基準となるよう、その結果を適切に基準に反映すべき。
- あわせて、後発医薬品の使用促進など医療扶助の適正化や、就労・増収等を通じた生活保護からの脱却の促進など、生活保護制度の適正化に取り組むべき。

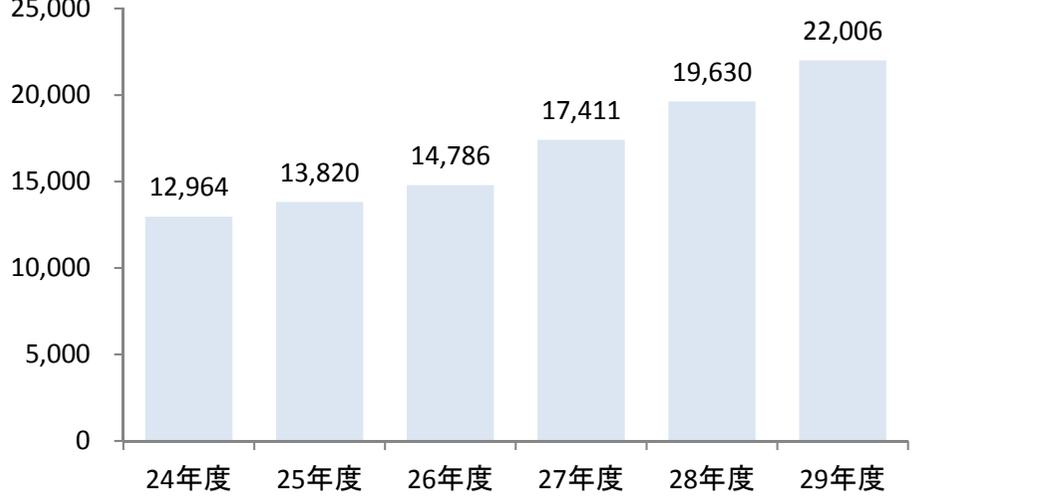
# 少子化対策（保育の受け皿確保について）

- 「待機児童解消加速化プラン（25～29年度末）」に沿って、消費税増収分を財源として保育の受け皿を拡大してきたが、女性の就業率の上昇に伴い、都市部を中心に待機児童の解消が非常に厳しい状況にあることから、各自治体における状況も踏まえ、本年6月までに、新たなプランを策定することとされている。
- 消費税増収分とは別途安定的な財源を確保しつつ、引き続き保育の受け皿を確保していく必要がある。

保育の受け皿量と待機児童数の推移



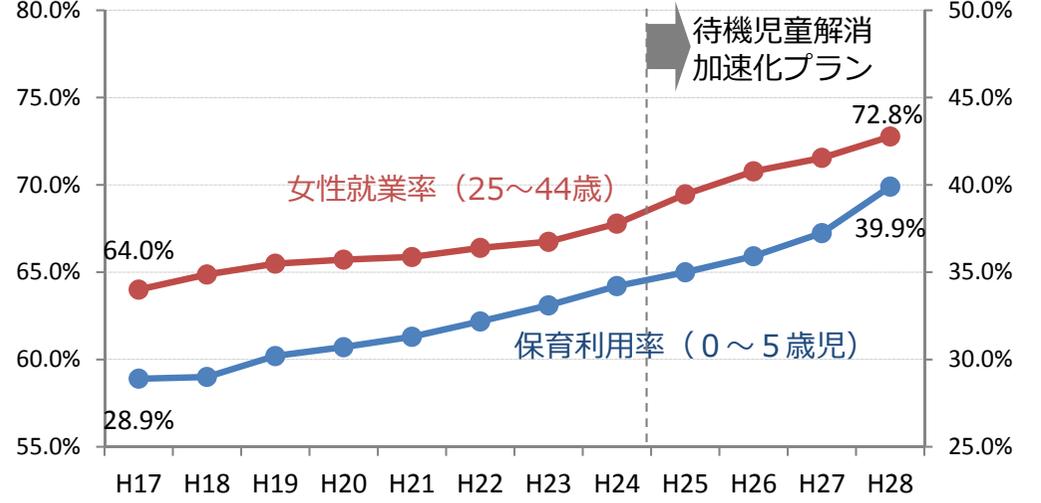
保育費用総額の推移（公費+利用者負担） ※各年度の当初予算ベース



都道府県別待機児童数（28年4月1日現在）

東京都	8466	茨城県	382	三重県	101	和歌山県	10
沖縄県	2536	大分県	370	北海道	94	群馬県	5
千葉県	1460	滋賀県	339	長崎県	70	青森県	0
大阪府	1434	香川県	324	山口県	65	山形県	0
兵庫県	1050	鹿児島県	295	京都府	64	新潟県	0
埼玉県	1026	奈良県	260	宮崎県	64	富山県	0
福岡県	948	熊本県	233	徳島県	60	石川県	0
岡山県	875	愛知県	202	高知県	42	福井県	0
宮城県	638	岩手県	194	島根県	38	山梨県	0
神奈川県	497	広島県	161	秋田県	33	長野県	0
福島県	462	栃木県	155	岐阜県	23	鳥取県	0
静岡県	449	愛媛県	110	佐賀県	18	計	23553

女性就業率（25～44歳）と保育利用率（全年齢）の推移



# 企業主導型保育事業について

- 保育の受け皿整備の拡充に向けて、事業主拠出金を引き上げ、企業主導型保育事業を創設（平成28年度～）。これにより、既に2万人程度の受け皿を確保（29年度末までに5万人の受け皿を確保予定）。
- 団塊の世代が順次引退し、労働需給が逼迫する中、女性の就業促進に大きく貢献。引き続き、企業主導型保育事業の積極的な活用を図り、待機児童の解消や女性の就業率の向上等を図るべき。

## 【企業主導型保育事業の財源】

- ・企業が負担する拠出金率※の上限を+0.1%引上げ（0.15%→0.25%（28年度:0.2%、29年度:0.23%））

※ 厚生年金保険の被保険者を使用する事業主が負担。既存の事業主拠出金は引き続き児童手当等の財源に充当。

（参考）雇用保険料率引下げ（28年度）

・失業等給付	被用者分	▲0.1% (0.5%→0.4%)
	使用者分	▲0.1% (0.5%→0.4%)
・雇用保険二事業	使用者分のみ	▲0.05% (0.35%→0.30%)

※ 29年度に別途失業等給付に係る保険料率を引下げ  
被用者分: ▲0.1% (0.4%→0.3%)、使用者分: ▲0.1% (0.4%→0.3%)

## 【企業主導型保育事業の特徴】

- ① 設置に市区町村の関与なし
- ② 利用は直接契約
- ③ 地域枠設定も可能（利用定員の50%以内）
- ④ 複数企業の共同利用も可能
- ⑤ 子ども・子育て支援新制度の小規模保育事業等に準じた支援を実施

## 企業主導型保育事業の活用例

### ○事例1：企業内に設置／東京23区内

- ・企業向けソフトウェアの開発等を行う企業が事業所内に設置
- ・全て従業員枠

### ○事例2：駅前設置／東京23区内外

- ・結婚相談所の運営会社が東京23区内外の地下鉄・私鉄等の駅前に3箇所設置
- ・提携企業枠に加えて地域枠も設定

### ○事例3：大学構内に設置／地方都市

- ・大学の教職員が出産後も仕事を継続できるよう、既存の建物を改装して設置
- ・全て従業員枠
- ・将来的には、学生の実習の場所としての利用も計画

### ○事例4：ショッピングセンター内に設置／全国

- ・大手小売りが自社のショッピングセンター内に設置
- ・店舗内出店企業の従業員枠に加えて地域枠も設定

# 企業主導型保育と事業所内保育の比較

		子ども・子育て支援新制度の事業所内保育事業（認可）		企業主導型保育事業
		定員20人以上	定員19人以下 (小規模保育事業と同様)	
従業員枠 地域枠	利用定員に応じて一定の地域枠を設定する必要			地域枠の設定は任意 (利用定員の50%以内)
市町村との関係	○設置・利用に市町村の関与あり（地域枠に対する市町村による利用調整等）			○設置・利用に市町村の関与なし（利用者は保育所と直接契約）
財政支援	○運営費：保育の実施に通常要する費用を公費で負担 ○施設整備費：施設整備、改修等に対して補助			○運営費、施設整備費ともに認可保育所並みの支援
職員	職員数	0歳児 3 : 1 1・2歳児 6 : 1 3歳児 20 : 1 4・5歳児 30 : 1 最低2人配置	保育所（定員20人以上）の 配置基準 + 1名以上 最低2人配置	保育所（定員20人以上）の 配置基準 + 1名以上 最低2人配置
	資格	保育士	保育従事者 (1/2以上は保育士)	保育従事者 (1/2以上は保育士)
設備基準等	○各年齢ごとに、1人当たり一定の面積を確保する必要 (例) 0・1歳児 乳児室 1.65㎡/人 又は ほふく室 3.3㎡/人 等		○各年齢ごとに、1人当たり一定の面積を確保する必要 (例) 0・1歳児 乳児室 3.3㎡/人 又は ほふく室 3.3㎡/人 等	原則、事業所内保育所と同様
41 施設数	323 (平成28年4月1日現在)			900程度 (平成29年3月31日現在)

# コストに見合った保育料の設定について

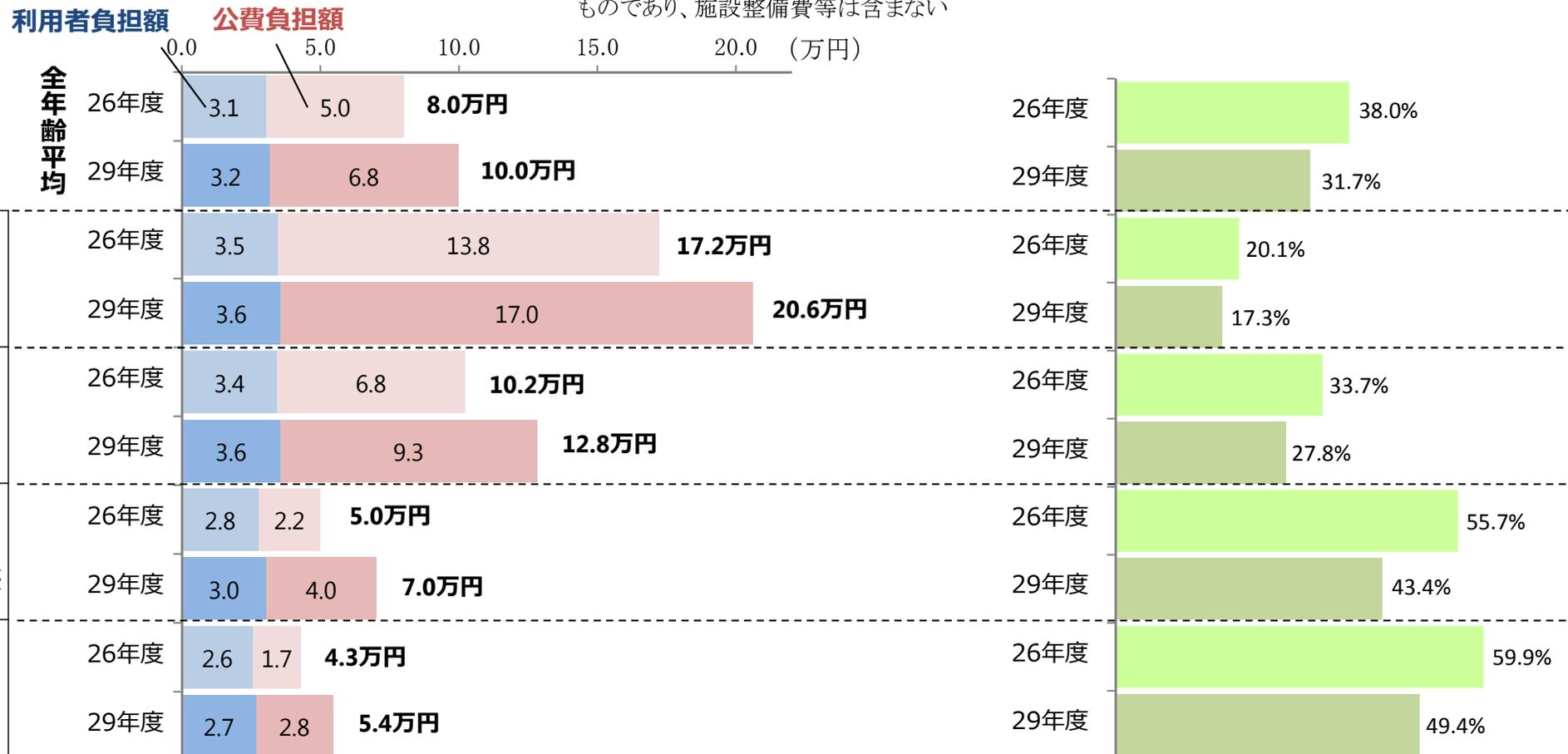
- 平成27年4月からの「子ども・子育て支援新制度」の実施以降、保育の受け皿量の拡充に加えて、職員配置の改善といった「質の向上」に取り組んでおり、これに伴い、児童1人当たりの保育コストは増加しているが、国が定める保育の利用者負担（保育料）の上限額は近年引き上げられていないため、利用者負担割合は減少している。
  - 保育士の配置基準（＝保育コスト）は、0歳児＞1・2歳児＞3歳児＞4歳児以上、の順に手厚くなっているが、保育料は、0～2歳／3歳～、の2区分しか設けられていない。
- 保育コストと、サービス利用の対価としての保育料の関係をどのように考えるべきか。

年齢別の保育コストに占める1人当たり利用者負担額と公費負担額※

(26→29年度) ※運営費(公定価格)の予算額に基づくものであり、施設整備費等は含まない

年齢別の保育コストに占める利用者負担割合

(26→29年度)



※ 15:1で実施の場合加算あり。

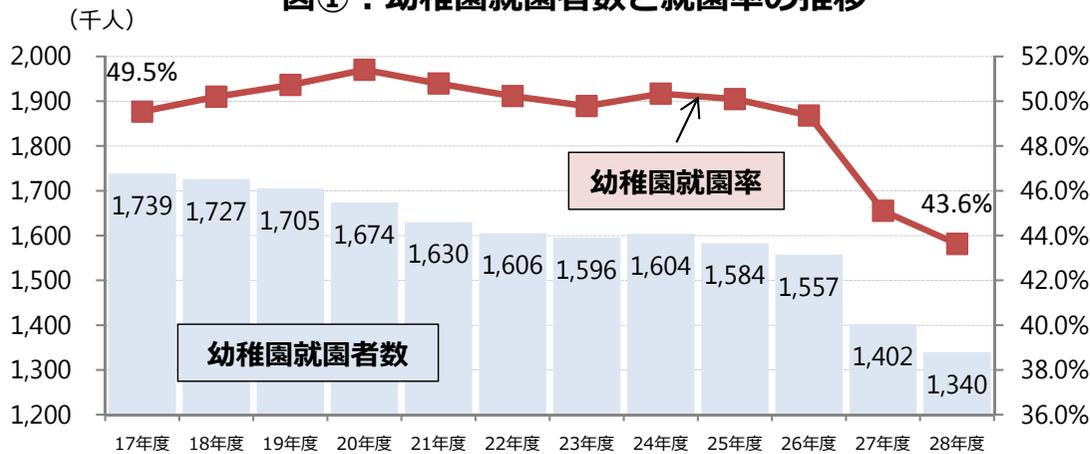
※ 利用者負担額は平均値。実際の利用者負担額は、0～2歳／3歳～の区分ごと、かつ、所得階層ごとに基準額が設定されている。なお、利用者負担額を独自に減免している自治体もある。

※ 金額や利用者負担割合はいずれも各年度の当初予算ベースのもの。

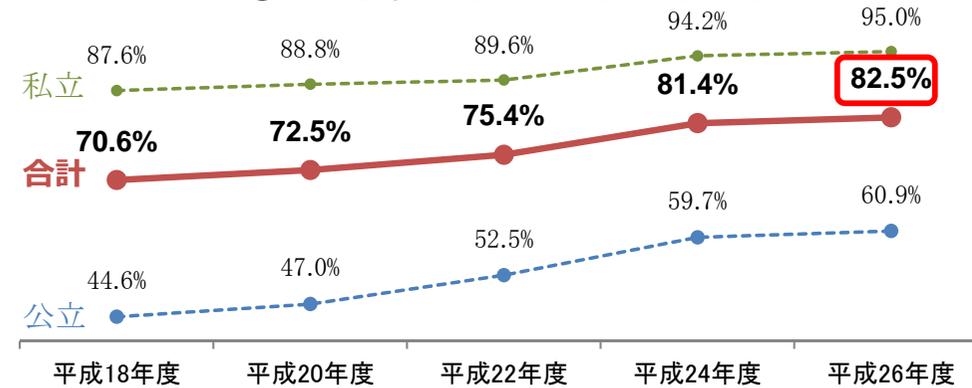
# 幼稚園における待機児童の受入れの推進について

- 子ども・子育て支援新制度の施行（27年度～）に伴い、幼稚園の一部は認定こども園等に移行しているため、幼稚園就園者数は減少しつつあるが、依然として3～5歳児の4割強を受け入れている。（図①）。
  - 教育時間の前後又は長期休業期間等において預かり保育を実施する幼稚園は8割強まで増加しているが（図②）、午後5時までに預かり保育を終了してしまう幼稚園が3割程度存在し（図③）、また、夏季、冬季及び春季休業日にも預かり保育を実施する幼稚園は6割程度に止まっているなど（図④）、幼稚園が育児と就業の両立支援に貢献する余地はなお存在すると考えられる。
- 幼稚園に係る施設型給付や私学助成等を全体として適正化しつつ、その財源を活用して、長期休業期間等に預かり保育を実施する幼稚園への支援を増加させるなどにより、預かり保育実施のインセンティブを強化してはどうか。

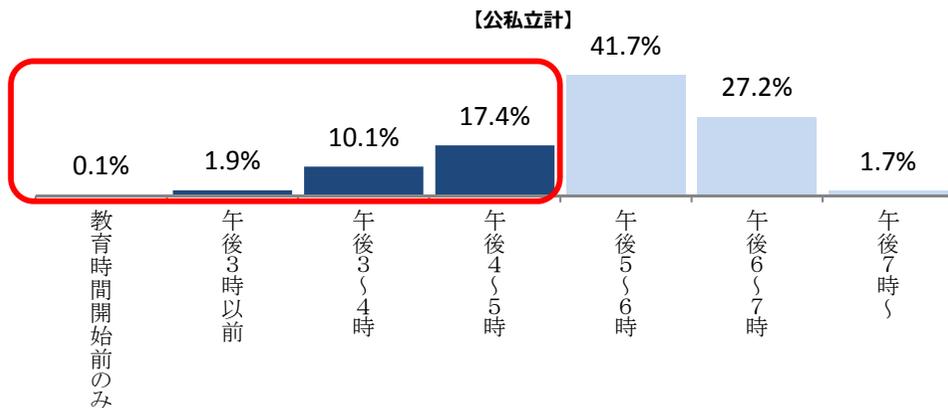
図①：幼稚園就園者数と就園率の推移



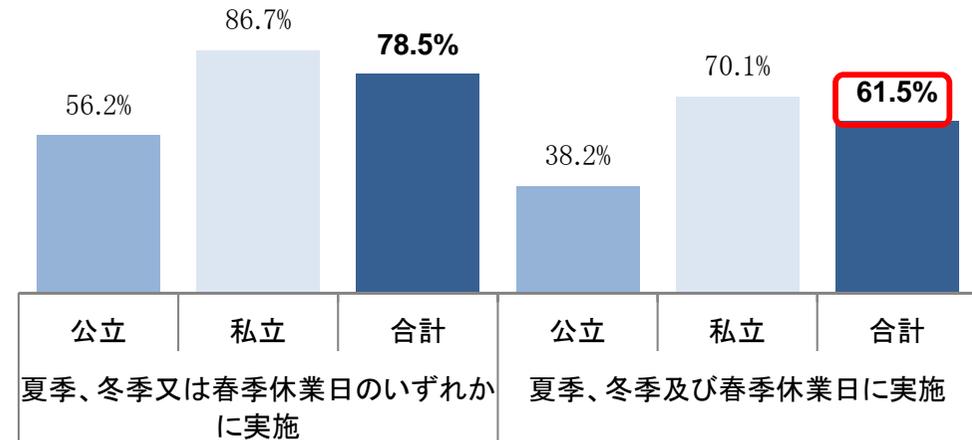
図②：預かり保育に関する実施状況



図③：預かり保育の終了時間（長期休業期間以外）



図④：長期休業期間における預かり保育実施状況



# 児童手当（特例給付）について

- 児童手当の所得制限（夫婦子2人の場合で年収960万円未満）については、制度の創設（昭和47年）時において、父親が家計を支えている世帯（片働き）が多かったこと等を踏まえ、世帯全体の所得ではなく、世帯の中で所得が最も多い者（主たる生計者）の所得のみで判定することとされている。  
このため、世帯全体として所得が同一であっても、「主たる生計者」の所得水準により、児童手当の支給対象となるかどうか異なるという不公平が生じているとの指摘がある。（参考：保育料は世帯合算の所得で判断。）
- また、所得制限を超える者に対しては、「当分の間」の措置として、月額5千円の「特例給付」が支給されている（支給総額 国費490億円、公費734億円（29年度予算ベース））。  
  
→ 児童手当の所得制限について、「主たる生計者」のみの所得で判断するのではなく、保育料と同様、世帯合算で判断する仕組みに改めてはどうか。あわせて、「当分の間の措置」として支給されている特例給付について、法律上の規定を踏まえつつ、廃止を含めた検討を行ってはどうか。  
  
→ これらの見直しにより確保された財源は、子ども・子育て支援に直結する「量的拡充」に充ててはどうか。

## 児童手当及び特例給付の概要

概要	対象児童数 (28年2月現在)
○0～3歳未満 一律15,000円	1,587万人 <sup>※</sup> ※ 給付対象児童の92%をカバー
○3歳～小学校修了まで ・第1子、第2子:10,000円（第3子以降:15,000円）	
○中学生 一律10000円	
○所得制限以上 一律5,000円（当分の間の特例給付）	137万人

## 児童手当の支給例（子2人（小学生1人、3歳未満1人）の例）

収入の例	児童手当支給額
世帯収入1,200万円 〔夫 収入1,000万円〕 〔妻 収入 200万円〕	<b>特例給付10,000円</b> 〔小学生 5,000円〕 〔3歳未満 5,000円〕
世帯収入1,200万円 〔夫 収入 800万円〕 〔妻 収入 400万円〕	<b>児童手当25,000円</b> 〔小学生 10,000円〕 〔3歳未満15,000円〕

○児童手当法の一部を改正する法律（平成24年法律第24号）附則  
第二条 政府は、速やかに、子育て支援に係る財政上又は税制上の措置等について、この法律による改正後の児童手当法に規定する児童手当の支給並びに所得税並びに道府県民税及び市町村民税に係る扶養控除の廃止による影響を踏まえつつ、その在り方を含め検討を行い、その結果に基づき、必要な措置を講ずるものとする。  
2 この法律による改正後の児童手当法附則第二条第一項の給付（注：特例給付）の在り方について、前項の結果に基づき、必要な措置を講ずるものとする。

# 児童手当制度の概要

制度の目的	○家庭等の生活の安定に寄与する ○次代の社会を担う児童の健やかな成長に資する				
支給対象	○中学校修了までの国内に住所を有する児童 (15歳に到達後の最初の年度末まで)	所得制限 (夫婦と児童2人)	○所得限度額(年収ベース) ・960万円未満		
手当月額	○0～3歳未満 一律15,000円 ○3歳～小学校修了まで ・第1子、第2子:10,000円(第3子以降:15,000円)	受給資格者	○監護生計要件を満たす父母等 ○児童が施設に入所している場合は施設の設置者等		
	○中学生 一律10000円 ○所得制限以上 一律5,000円(当分の間の特例給付)	実施主体	○市区町村(法定受託事務) ※公務員は所属庁で実施		
		支払期月	○毎年2月、6月及び10月(各前月までの分を支払)		
費用負担	○児童手当等の財源については、国、地方(都道府県、市区町村)、事業主拠出金で構成されている。 事業主拠出金の額は、標準報酬月額及び標準賞与額を基準として、拠出金率(2.3/1000)を乗じて得た額。				
		被用者	非被用者	公務員	
	0歳～3歳未満	特例給付 (所得制限以上)	国 2/3 地方 1/3	国 2/3 地方 1/3	所属庁 10/10
		児童手当	事業主 7/15 国 16/45 地方 8/45	国 2/3 地方 1/3	
3歳～ 中学校修了前	特例給付 (所得制限以上)	国 2/3 地方 1/3	国 2/3 地方 1/3	所属庁 10/10	
	児童手当	国 2/3 地方 1/3	国 2/3 地方 1/3		
財源内訳 (29年度予算)	[給付総額] 2兆1,985億円 (2兆2,216億円)	(内訳) 国負担分 : 1兆2,175億円(1兆2,320億円) 地方負担分 : 6,087億円(6,160億円) 事業主負担分 : 1,832億円(1,835億円) 公務員分 : 1,891億円(1,902億円)	うち特例給付 490億円 うち特例給付 245億円 うち特例給付 26億円		
※( )内は28年度予算額					
その他	○保育料は手当から直接徴収が可能、学校給食費等は本人の同意により手当から納付することが可能 (いずれも市町村が実施するかを判断)				

●児童手当法の一部を改正する法律(平成24年法律第24号)附則  
(検討)

第2条 政府は、速やかに、子育て支援に係る財政上又は税制上の措置等について、この法律による改正後の児童手当法に規定する児童手当の支給並びに所得税並びに道府県民税及び市町村民税に係る扶養控除の廃止による影響を踏まえつつ、その在り方を含め検討を行い、その結果に基づき、必要な措置を講ずるものとする。

2 この法律による改正後の児童手当法附則第二条第一項の給付の在り方について、前項の結果に基づき、必要な措置を講ずるものとする。

# 改革項目と改革の方向性（概要：医療①）

改革項目	改革の方向性	番号
薬価制度の抜本改革 （基本的考え方）	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 今後、高価な新薬が生まれる状況にあっても、公的医療保険制度が、重要な疾病リスクを適切にカバーしつつ、制度の持続可能性を維持していく必要。このため、薬価について、昨年末に決定した「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、改革を実行し、国民負担を軽減。</li> </ul>	①
新規収載と効能追加の 考え方	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 年度途中で新薬を保険収載する場合には、保険財政や国民負担の観点から、収載による財政影響を検証するとともに、これに対して必要な措置を講ずることができるよう検討すべき。</li> <li>○ 新薬の収載後も、その使用動向を随時把握し、効能追加等により保険適用時の見込みよりも販売額が増加する場合には、市場拡大再算定も参考に、速やかに薬価を引き下げる仕組みを設けるべき。</li> </ul>	②
毎年調査と毎年改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 毎年の予算編成にあたっては、市場実勢価格の動向を適切に反映し、速やかに国民負担の軽減を図るべき。</li> <li>○ このため、「価格乖離の大きな品目」については、通常の薬価改定と比べた国民負担軽減の効果を踏まえて具体的な内容を検討していくべき。</li> </ul>	③
新薬創出等加算のゼロ ベースでの抜本的見直 し	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 新薬創出等加算は廃止し、加算分は国民に還元すべき。イノベーションの評価に関しては、有効性・安全性、費用対効果等の観点から客観的に他の医薬品よりも優れていると認められる医薬品を見極めたうえで、必要な加算等を行う仕組みを検討すべき。</li> <li>○ 後発の新薬の薬価算定の際に、既存の類似薬に係る加算の効果が当然に及ぶ仕組みを改めるべき。</li> </ul>	④
費用対効果評価の導入	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 新規収載時において、原価計算方式で薬価算定が行われる場合や、類似薬効比較方式であっても一定の加算が行われる場合には、費用対効果評価を義務づけ、費用対効果が悪い場合には価格を下げる仕組みとすべき。</li> <li>○ 新薬創出加算の廃止と併せて、イノベーションの評価の観点から、薬価改定時において改定後の薬価に有効性等による加算を行う仕組みを設ける場合には、費用対効果評価分析により客観的に費用対効果が優れていることを示すことを要件とすべき。</li> </ul>	⑤

# 改革項目と改革の方向性（概要：医療②）

改革項目	改革の方向性	番号
病床機能報告	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 現在、病床機能報告において「急性期」等の回答があった病棟が、具体的にどのような医療を提供しているのか明らかにした上で、地域医療構想における機能区分の考え方を踏まえつつ、これとの整合性のある報告内容となるよう、報告における定量的基準について、遅くとも第7期医療計画の初年度である平成30年度病床機能報告に間に合うよう、速やかに検討を進めるべき。</li> </ul>	⑥
慢性期機能の再編	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域医療構想に沿った改革を進める際には、「急性期から回復期へ」といった病床機能の転換を着実に進めていくことに加えて、慢性期機能（療養病床等）について、地域差縮減等の観点から、介護施設や在宅医療等への受け皿への移行を進めていくことが重要。</li> <li>○ 医療・介護を通じた受け皿整備について、療養病床等の地域差是正等と併せて整合的に進められるよう、地域医療構想会議等における標準的な意思決定プロセスを整備するとともに、必要なデータの提供等を行い、医療機関ごとの対応方針について、速やかな策定を目指すべき。</li> </ul>	⑦
病床再編に向けた都道府県の権限の整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 民間医療機関の場合であっても、要請・勧告に従わない場合には、病床過剰地域における対応の例に倣い、病床単位で保険医療機関の指定を取り消すことを可能とするなど、都道府県知事の権限をより実効的なものとしていくべき。</li> <li>○ 介護保険施設や在宅医療への移行といった慢性期機能の再編を想定した権限の在り方について早急に検討を進めるべき。</li> </ul>	⑧
地域医療介護総合確保基金	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 具体的にどのような事業に執行されているか把握・公表する仕組みを設けた上で、基金創設の趣旨や都道府県へのインセンティブ強化の観点を踏まえ、配分額全体の決定に際して、各都道府県における①病床機能の分化・連携等の進捗状況や、②これまでの基金の活用が病床の機能分化・連携につながっているか、を評価し、全体の配分について医療機関ごとの対応方針を定めた都道府県に重点化するなど大胆にメリハリづけを行う仕組みとすべき。</li> </ul>	⑨
地域医療構想を踏まえた医療従事者の需給のあり方	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> <li>○ 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、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を導入し、国及び都道府県の権限を強化すべき。</li> </ul>	⑩
医療費適正化計画の策定・実現	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療費の地域差半減に向けた追加的施策に関して、NDB等で明らかになる医療費の地域差（二次医療圏、市町村等ごと）の「見える化」を進め、自治体や医療関係者による検証・対応策の検討につなげていくアプローチが必要であり、地域ごとのこうした協議の枠組み（地域医療適正化調整会議（仮称））の構築に向け、協議の目的、進め方と期限、前提となるデータの提供方法などについて早急に検討すべき。</li> <li>○ あわせて、入院医療費の地域差の実態や、是正に向けた具体的な取組方針についても早急に検討を進めるべき。</li> </ul>	⑪
医療費適正化に向けた都道府県の権限の整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 第2期医療費適正化計画（平成25～29年度）の実績評価が行われる30年度から、医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の特例が設定できるよう、高齢者医療確保法第14条の活用方策等の検討を進めるべき。</li> </ul>	⑫

## 改革項目と改革の方向性（概要：医療③）

改革項目	改革の方向性	番号
国保改革（都道府県のインセンティブ強化）	○ 保険者努力支援制度等、1,700億円の追加公費を活用した制度の具体的な設計に当たっては、都道府県が今後、①保険財政健全化、②医療提供体制の改革、③医療費適正化、を一体として推進していく上での強いインセンティブとなるよう、都道府県の取組によるアウトカム（医療費や医療提供体制の状況、保険財政の健全性）などを客観的に評価し、これに基づき大胆に配分のメリハリづけを行う仕組みとすべき。	⑬
普通調整交付金の配分方法の見直し	○ 国保の普通調整交付金の配分にあたっては、実際の医療費ではなく、各自治体の年齢構成のみを勘案した標準的な医療費水準を前提として交付額を決定する仕組みに改めるべき。	⑭
法定外一般会計繰入の速やかな解消	○ 国保財政の運営の都道府県単位化を機に、速やかに法定外一般会計繰入を解消し、保険給付に応じた保険料負担を求める本来の仕組みとすることで、保険財政運営の健全性を確保すべき。	⑮
医療費適正化に向けた保険者へのインセンティブの強化	○ 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、都道府県に対する保険者努力支援制度については、医療費などアウトカムを中心に評価する仕組みとすべき。	⑯

# 改革項目と改革の方向性（概要：医療④）

改革項目	改革の方向性	番号
かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ かかりつけ医の普及に向けて、まずは病院・診療所の機能分化の観点から、現行の選定療養による定額負担について、診療報酬への上乗せ収入ではなく保険財政の負担軽減につながるよう仕組みを見直したうえで、その対象範囲を拡大すべき。</li> <li>○ かかりつけ医機能のあり方について、速やかに検討を進めるとともに、かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入に向けて検討を進めるべき。</li> </ul> <p>(参考) 改革工程表</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ かかりつけ医の普及に向けて、まずは病院・診療所間の機能分化の観点から、医療保険財政の持続可能性の観点等を踏まえつつ、病院への外来受診時の定額負担に関し、現行の選定療養による定額負担の対象の見直しを含め、関係審議会等において具体的な検討を進め、2017年末までに結論 <ul style="list-style-type: none"> <li>→ 関係審議会等における検討の結果に基づいて速やかに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）</li> </ul> </li> <li>・ かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入を含め、かかりつけ医の普及を進める方策や外来時の定額負担の在り方について、関係審議会等においてさらに検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる</li> </ul>	⑰
薬剤自己負担の引き上げ	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 薬剤自己負担の引上げについて、薬剤の種類に応じた保険償還率の設定や一定額までの全額自己負担といった諸外国の例も参考としつつ、市販品と医療用医薬品とのバランス、リスクに応じた自己負担の観点等を踏まえ、速やかに具体的内容を検討し、実施すべき。</li> </ul> <p>(参考) 改革工程表</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる</li> </ul>	⑱
医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 後期高齢者数や医療費が毎年増加していく中、世代間の公平性や制度の持続可能性を確保していく観点から、75歳以上の後期高齢者の自己負担について見直しを行う必要。</li> <li>○ 現在70歳～74歳について段階的に実施している自己負担割合の2割への引き上げを、引き続き75歳以上についても延伸して実施し、2019（H31）年度以降に新たに75歳以上となる者について2割負担を維持すべき。また、2019（H31）年度時点で既に75歳以上となっている者については、数年かけて段階的に2割負担に引き上げるべき。</li> <li>○ これらの実施は31年4月からとなるため、早急に議論を開始すべき。</li> </ul>	⑲
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ まずは、現行制度の下での取組として、入院時生活療養費等の負担能力の判定に際しても、補足給付と同様の仕組みを適用すべき。</li> <li>○ さらに、医療保険・介護保険における負担の在り方全般について、マイナンバーを活用して、所得のみならず、金融資産の保有状況も勘案して負担能力を判定するための具体的な制度設計について検討を進めていくべき。</li> </ul> <p>(参考) 改革工程表</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ マイナンバーの導入等の正確な金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、引き続き、医療保険制度における負担への反映方法について関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる</li> <li>・ マイナンバーの活用については、改正マイナンバー法（公布日（平成27年9月9日）から3年以内に施行予定）による預金口座への付番開始後3年を目途とする見直しの検討に併せて、実施上の課題を検討</li> </ul>	⑳

# 改革項目と改革の方向性（概要：医療⑤）

改革項目	改革の方向性	番号
後発医薬品の使用促進 （80%目標の達成時期）	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 後発医薬品の使用割合について、70%までの目標を設定していた際に想定していた伸び率も踏まえつつ、80%とする目標の達成時期を2020年度までのできるだけ早期に設定するとともに、目標達成に向けて、これまでの取組に加えて、更なる使用促進へのボトルネックを明らかにし、患者へのインセンティブを含め効果的な促進策を講じるべき。 （参考）改革工程表</li> <li>・ 2017年央において、その時点の進捗評価を踏まえて、後発医薬品数量シェア80%以上の目標達成時期を決定し、診療報酬における更なる使用促進など取組を推進</li> </ul>	⑳
後発医薬品の使用促進 （後発医薬品の価格を超える部分への対応）	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 選定療養の仕組みも参考に、後発品の平均価格を超える部分については、原則、自己負担で賄う仕組みを導入すべき。 （参考）改革工程表</li> <li>・ 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在り方について、関係審議会等において検討し、2017年央における後発医薬品の数量シェア目標の進捗評価の時期を目途に結論</li> </ul>	㉑
生活習慣病治療薬等の処方 のあり方	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 薬剤の適正使用の推進の観点から、生活習慣病治療薬等について処方ルールを設定すべき。 （参考）改革工程表</li> <li>・ 生活習慣病治療薬等の処方の在り方等について、費用対効果評価の導入と並行して、専門家の知見を集約した上で検討し、結論</li> </ul>	㉒

# 改革項目と改革の方向性（概要：医療⑥）

改革項目	改革の方向性	番号
診療報酬（入院基本料）	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域医療構想において、将来の少子高齢化を踏まえて急性期から回復期への転換が求められていることも踏まえ、7：1入院基本料について、重症度・看護必要度など算定要件の一層の厳格化を行うべき。</li> <li>○ 入院基本料ごとに具体的にどのような医療を提供しているか検証したうえで、看護職員配置ではなく、提供している医療の機能（高度急性期、急性期、回復期等）により評価される仕組みを目指していくべき。</li> </ul>	②④
診療報酬（療養病床）	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 介護医療院等の受け皿に係る報酬等の検討とあわせて、療養病床の報酬水準や算定要件の適正化・厳格化をはかり、医療の必要性が低い患者を対象としている病床について、生活機能を兼ね備えたより効率的な受け皿への移行を促していくべき。</li> </ul>	②⑤
調剤報酬の見直し	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 28年度改定に引き続き、30年度改定において、対物業務から対人業務へ評価を重点化し、更なる抜本的な適正化を行うべき。</li> <li>○ いわゆる門内薬局や門前薬局などの業務実態等、様々な形態の保険薬局が実際に果たしている機能を精査した上で、院内調剤と比べてどの程度の機能を果たしているかという観点も含め、報酬のあり方を検討すべき。</li> </ul>	②⑥

# 改革項目と改革の方向性（概要：介護）

改革項目	改革の方向性	番号
介護報酬改定に向けた論点（介護サービス事業者の経営状況）	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 前回改定の影響や介護サービス事業者の経営状況を検証するに当たっては、前回改定の趣旨を踏まえつつ、きめ細かな分析を行うとともに、平成30年度介護報酬改定に向けて、引き続き、適正化・効率化すべきことは実施しつつ、質の高いサービス提供を促す改定を検討すべき。</li> </ul>	⑳
介護報酬改定に向けた論点（在宅サービス）	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 機能訓練などの自立支援・重度化防止に向けた質の高いサービス提供がほとんど行われていないような場合には、事業所の規模にかかわらず、基本報酬の減算措置も含めた介護報酬の適正化を図るべき。</li> <li>○ 大阪府の調査を参考にしつつ、「サービス付き高齢者向け住宅」や「住宅型有料老人ホーム」といった高齢者向けの住まいを中心に、必要以上に在宅サービスの提供がなされていないか、平成30年度介護報酬改定に向けて実態調査を行った上で、給付の適正化に向けた介護報酬上の対応を検討すべき。</li> </ul> <p>(参考) 改革工程表</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 通所介護などその他の給付の適正化について、介護報酬改定の議論の過程で関係審議会等において具体的内容を検討し、平成30年度介護報酬改定で対応</li> </ul>	㉑
介護報酬改定に向けた論点（インセンティブ付与と生産性向上）	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「自立支援・重度化防止に向けた介護」を促す介護報酬上のインセンティブについては、例えば、利用者の要介護度の改善度合い等のアウトカムに応じて、事業所ごとに、介護報酬のメリハリ付けを行う方向で検討を進めるべき。その際、クリームスキミング（改善見込みのある利用者の選別）を回避する必要性にも留意し、アウトカム評価のみならず、例えば、専門職による機能訓練の実施といったプロセス評価等を組み合わせることを検討すべき。</li> <li>○ 介護ロボットの活用については、予算事業を有効活用しつつ、導入効果を分析・検証し、人員・設備基準の緩和につなげることで、生産性の向上を図り、介護人材不足にも対応していく観点から検討を進めるべき。</li> </ul>	㉒
保険者機能の強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 都道府県・市町村におけるデータ分析力を高め、需要を適切に見込みながら計画的な制度運営に努めるとともに、供給が需要を生む構造を排除する観点から、ケアプランの検証等を通じて、真に必要なサービスの利用を徹底すべき。</li> <li>○ 市町村（保険者）による介護費の適正化に向けたインセンティブを強化するため、具体的かつ客観的な成果指標（例：年齢調整後一人当たり介護費の水準や低下率等）に応じて、調整交付金（介護給付費の5%）の一部を傾斜配分する枠組を導入すべき。</li> </ul>	㉓

# 改革項目と改革の方向性（概要：年金）

改革項目	改革の方向性	番号
マクロ経済スライドの在り方	<p>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る等の観点から、引き続き検討を行い、その結果に基づいて必要な措置を講じるべきである。</p> <p>(参考) 改革工程表</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>マクロ経済スライドがその機能を発揮できるよう、その未調整分を翌年度以降の好況時に、合わせて調整する仕組みの導入や、賃金に合わせた年金額の改定により、現役世代の負担能力に応じた給付への見直しを行う法案を提出し、第192回臨時国会において成立</li> </ul>	③①
短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大	<p>短時間労働者への被用者保険の適用拡大の円滑な実施を図るとともに、2019年9月までに更なる適用拡大について必要な検討を行い、その結果に基づいて必要な措置を講じるべきである。</p> <p>(参考) 改革工程表</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>中小企業の短時間労働者について、労使の合意に基づき、企業単位で被用者保険の適用拡大の途を開くことを可能とする法案を提出し、第192回臨時国会において成立</li> <li>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 → 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</li> </ul>	③②
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	<p>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。</p> <p>(参考) 改革工程表</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者雇用の動向や年金財政に与える影響等を踏まえつつ、年金受給開始年齢、就労による保険料拠出期間や在職老齢年金の在り方、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</li> </ul>	③③
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	<p>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。</p> <p>(参考) 改革工程表</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	③④

# 改革項目と改革の方向性（概要：生活保護）

改革項目	改革の方向性	番号
生活扶助基準の検証	<p>平成29年の検証にあたっては、年齢別、世帯人数別、級地別の基準額の体系に加え、給付水準についてもきめ細かく検証し、国民の理解が得られるような生活扶助基準となるよう、その結果を適切に基準に反映すべき。あわせて、昭和62年度以降見直しが行われていない級地区分の指定についても、今回の検証に合わせて、実態と乖離がないか検証すべき。</p> <p>各種の扶助・加算についても、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・それぞれの扶助・加算について具体的な需要が特定できているか</li> <li>・その需要に対して見合った額となっているか、また、同類型の一般低所得世帯との均衡は図られているか</li> <li>・各種の扶助・加算で賄う需要と、他法他施策による支援との重複はないか、扶助・加算で賄う需要の間で重複がないかなどについて、検証を行うべき。その結果、必要に応じて見直しを行うべき。あわせて、扶助・加算の目的を、より効果的・効率的に達成する観点から、給付方法の見直しや現金給付以外の方策がないか等についても、検討を行うべき。</li> </ul>	③⑤
医療扶助の適正化（頻回受診）	<p>頻回受診が疑われる受給者であって、医学的にも過剰な受診を続けていたと認められる者に対しては、例えば、一定の自己負担を導入するなど、実効性ある改善策を講じるべき。また、頻回受診が疑われる受給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。</p> <p>なお、平成29年度において、受診状況把握対象者の範囲を広げることとなっているが、例えば「月15日以上」受診という定義が適切かなど、引き続き検討を行うべき。</p> <p>（参考）改革工程表</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> </ul>	③⑥
医療扶助の適正化（後発医薬品の使用促進）	<p>後発医薬品の使用が徹底されるよう、医師がその使用を認めているにも関わらず、自己都合で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講じるべき。</p> <p>（参考）改革工程表</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> </ul>	③⑦
就労を通じた保護脱却の促進	<p>生活保護法においても、その利用し得る能力を活用することが要件とされていることから、各自治体において、積極的に就労支援に取り組むべき。あわせて、正当な理由なく就労に向けた取組を拒む者に対して、例えば、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保護の停廃止処分のほか、保護費の減額など柔軟な対応を可能とすることや、</li> <li>・ 保護の停廃止処分の基準をより明確化すること</li> </ul> <p>などにより、自治体による指導の実効性を高めるべき。</p> <p>（参考）改革工程表</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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、効果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</li> </ul>	③⑧

