

# 社会保障について

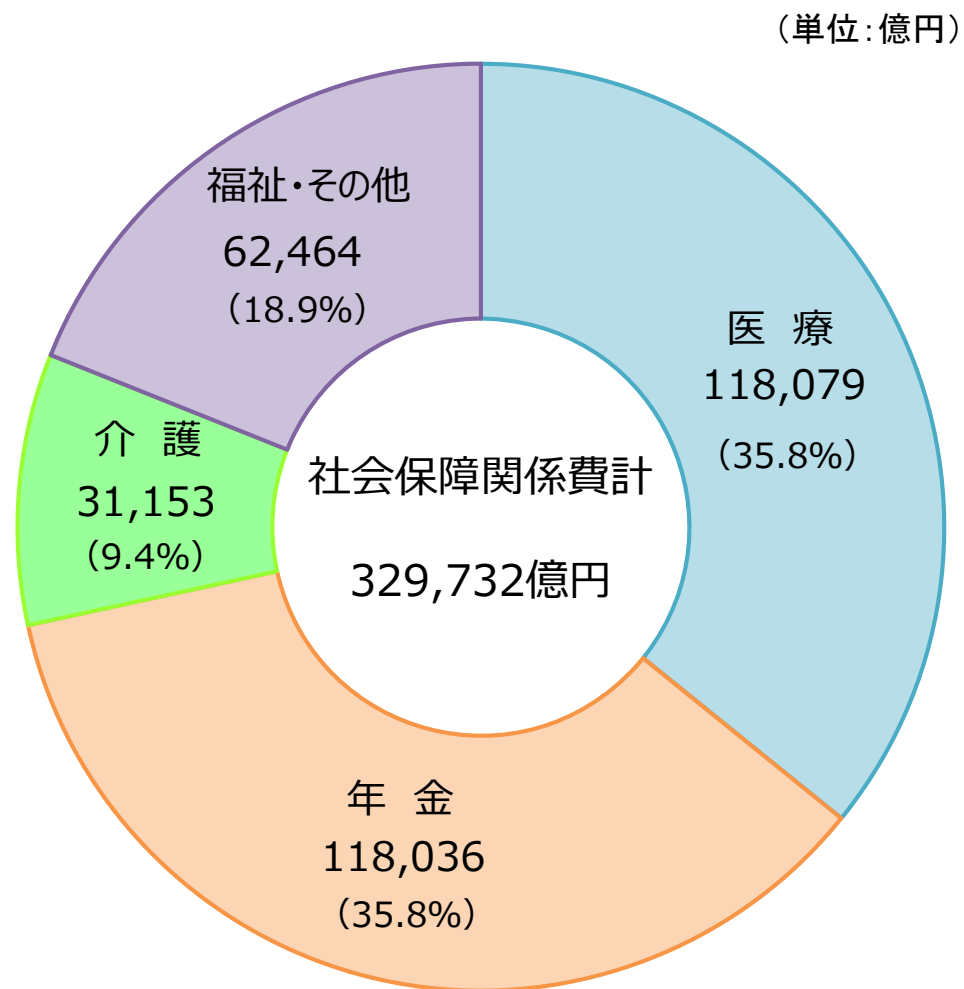
財務省主計局  
平成30年4月19日

# 目次

|                            |    |
|----------------------------|----|
| 1. 平成30年度予算について . . . . .  | 3  |
| 2. 社会保障をめぐる状況 . . . . .    | 18 |
| 3. 今後の社会保障改革の考え方 . . . . . | 27 |
| 4. 各論 . . . . .            | 33 |
| I. 医療・介護 . . . . .         | 34 |
| II. 年金 . . . . .           | 97 |

# 1. 平成30年度予算について

# 社会保障関係費について(平成30年度予算)



(単位:億円)

| 区 分                | 平成30年度   |
|--------------------|----------|
| 1. 医療              | 118,079  |
| (1) 国民健康保険         | 33,834   |
| (2) 全国健康保険協会管掌健康保険 | 11,803   |
| (3) 後期高齢者医療給付費負担金等 | 50,833   |
| (4) 医療扶助費等負担金      | 14,112   |
| (5) その他            | 7,497    |
| 2. 年金              | 118,036  |
| (1) 厚生年金           | 97,991   |
| (2) 国民年金           | 18,207   |
| (3) 福祉年金           | 32       |
| (4) その他            | 1,807    |
| 3. 介護              | 31,153   |
| (1) 給付費負担金等        | 24,079   |
| (2) 2号保険料国庫負担      | 3,665    |
| (3) その他            | 3,408    |
| 4. 福祉・その他          | 62,464   |
| (1) 生活扶助費等負担金      | 14,177   |
| (2) 児童手当・児童扶養手当    | 13,690   |
| (3) 障害福祉サービス       | 15,105   |
| (4) 子どものための教育・保育給付 | 8,323    |
| (5) 雇用保険           | 251      |
| (6) その他            | 10,919   |
| (生活保護費再掲)          | (29,027) |
| 合 計                | 329,732  |

(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) 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。

## 平成30年度社会保障関係予算のポイント(概要)

- 社会保障制度の持続可能性を確保する観点等から、様々な改革努力を積み重ねた結果、平成30年度の社会保障関係費の伸びは、対前年度で+4,997億円。
- ー 診療報酬改定は、本体改定で+0.55%(国費+588億円)、薬価等改定で▲1.45%(国費▲1,555億円)。このほか、制度改革として、新薬創出等加算の抜本的見直し、長期収載品の価格の段階的引下げ等の薬価制度の抜本改革を実施(国費▲310億円)。また、いわゆる大型駅前薬局に係る調剤報酬の適正化を実施(国費▲56億円)。
  - ー 介護報酬改定は、全体で+0.54%(国費+137億円)とし、通所介護等の給付を適正化しつつ、自立支援・重度化防止に資する質の高いサービス等を評価。また、障害福祉サービス等報酬改定は、全体で+0.47%(国費+57億円)。
  - ー 生活保護制度では、生活扶助基準の見直しや医療扶助の適正化を実施するとともに、大学等への進学に対する支援を実施。
- 「人づくり革命」の実現に向け、「新しい経済政策パッケージ」に基づき、「子育て安心プラン」を前倒しし、保育の受け皿拡大等を推進するなど、メリハリの効いた社会保障関係予算を編成。
- ※ 29年度の医療・介護制度改革の30年度実施分等についても着実に実施。

(単位:億円)

| 項 目     | 29年度    | 30年度    | 29' →30' 増減  |
|---------|---------|---------|--------------|
| 社会保障関係費 | 324,735 | 329,732 | 4,997(+1.5%) |
| 恩給関係費   | 2,947   | 2,504   | ▲443(▲15.0%) |

# 平成30年度 診療報酬・薬価等改定及び薬価制度の抜本改革

## (1) 診療報酬本体

+0.55% (国費+588億円)

|       |    |        |
|-------|----|--------|
| 各科改定率 | 医科 | +0.63% |
|       | 歯科 | +0.69% |
|       | 調剤 | +0.19% |

※ 併せて、7対1入院基本料を含めた急性期に係る入院基本料の評価体系の見直し、長期療養に係る入院基本料の評価体系の見直し等、機能に応じた適切な評価を行う。

## (2) 薬価等の改定

① 薬価 ▲1.36% (国費▲1,456億円)

※ 薬価制度改革(後述(3))の効果を含めた影響は▲1.65%

② 材料 ▲0.09% (国費▲99億円)

## (3) 薬価制度の抜本改革

(国費▲310億円)

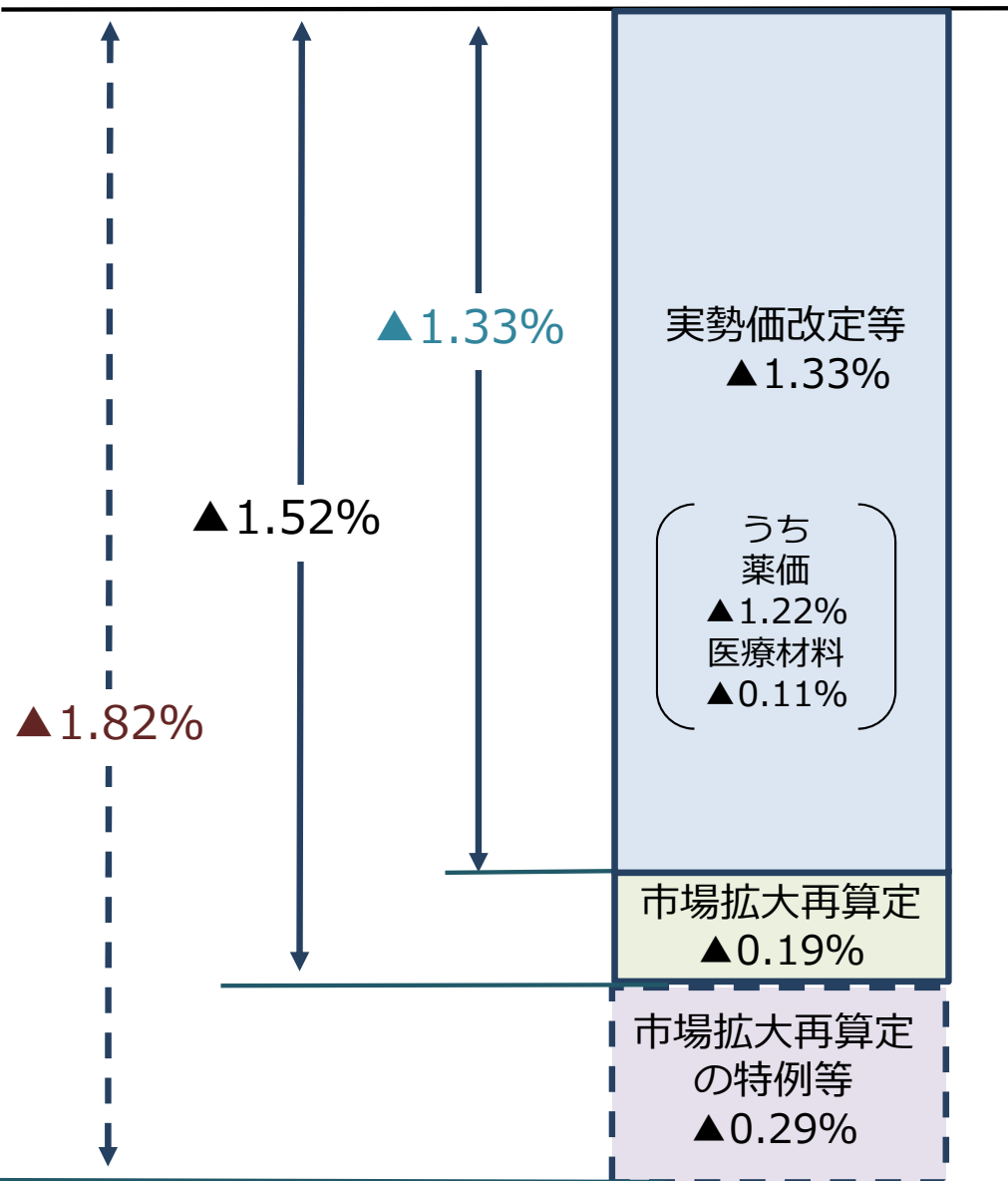
- ① 新薬創出・適応外薬解消等促進加算について、平均乖離率要件を撤廃し、対象品目を医薬品そのものの革新性・有用性に着目して判断する仕組みとするなど、抜本的な見直しを行う。
- ② 後発品上市後10年を経過した長期収載品の薬価について、平成30年度以降、後発品の薬価を基準に段階的に引き下げる。
- ③ その他、費用対効果評価の試行的実施の対象となっている品目の価格調整などを行う。

## (4) いわゆる大型門前薬局に対する評価の適正化

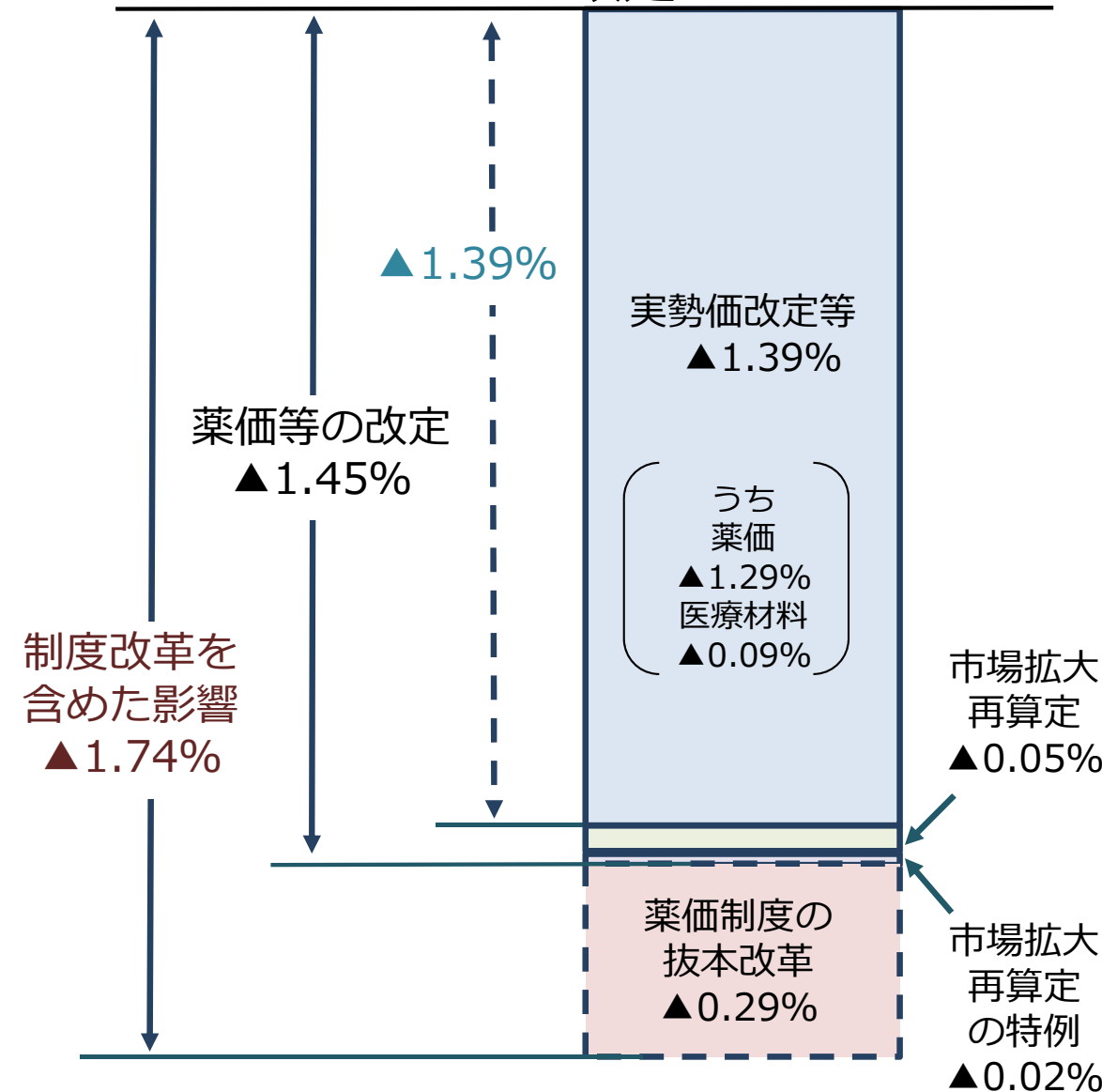
(国費▲56億円)

# 薬価等による医療費の抑制

28改定



30改定



# 診療報酬（本体）改定率・薬価改定率

（年度）

|                                | 1988<br>(S63) | 1989<br>(H元) | 1990<br>(H2) | 1992<br>(H4) | 1994<br>(H6) | 1996<br>(H8) | 1997<br>(H9)         | 1998<br>(H10) | 2000<br>(H12) |
|--------------------------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------------|---------------|---------------|
| 薬価等改定率(A)<br>〔予算単価の<br>時点修正等〕  | ▲2. 9%        | (+0. 65%)    | ▲2. 7%       | ▲2. 5%       | ▲2. 12%      | ▲2. 6%       | ▲0. 87%<br>(+0. 45%) | ▲2. 8%        | ▲1. 7%        |
| 診療報酬<br>本体改定率(B)<br>(自然増への上積み) | +3. 4%        | (+0. 11%)    | +3. 7%       | +5. 0%       | +4. 8%       | +3. 4%       | +1. 25%<br>(+0. 32%) | +1. 5%        | +1. 9%        |
| (A)+(B)                        | +0. 5%        | (+0. 76%)    | +1. 0%       | +2. 5%       | +2. 7%       | +0. 8%       | +0. 38%<br>(+0. 77%) | ▲1. 3%        | +0. 2%        |

（年度）

|                                | 2002<br>(H14) | 2004<br>(H16) | 2006<br>(H18) | 2008<br>(H20) | 2010<br>(H22) | 2012<br>(H24) | 2014<br>(H26)        | 2016<br>(H28)                     | 2018<br>(H30)        |
|--------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------------|-----------------------------------|----------------------|
| 薬価等改定率(A)<br>〔予算単価の<br>時点修正等〕  | ▲1. 4%        | ▲1. 0%        | ▲1. 80%       | ▲1. 2%        | ▲1. 36%       | ▲1. 375%      | ▲0. 63%<br>(+0. 73%) | ▲1. 33%<br>〔▲1. 52%〕<br>〔▲1. 82%〕 | ▲1. 45%<br>〔▲1. 74%〕 |
| 診療報酬<br>本体改定率(B)<br>(自然増への上積み) | ▲1. 3%        | ±0%           | ▲1. 36%       | +0. 38%       | +1. 55%       | +1. 379%      | +0. 73%<br>(+0. 63%) | +0. 49%                           | +0. 55%              |
| (A)+(B)                        | ▲2. 7%        | ▲1. 0%        | ▲3. 16%       | ▲0. 82%       | +0. 19%       | +0. 004%      | +0. 1%<br>(+1. 36%)  | ▲0. 84%                           | ▲0. 90%              |

※（ ）内は、消費税対応分。

（注1）2016年度の〔 〕書き（中段）には、市場拡大再算定（通常分）を含む。

（注2）2016年度及び2018年度の〔 〕書き（下段）には、市場拡大再算定（通常分）及び新たに行われた制度改革の影響を含む。



# 薬価制度の抜本改革

平成29年12月21日  
経済財政諮問会議  
加藤臨時議員提出資料一部修正

- 「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」（H28.12）に基づき、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現。

## 新 薬

### 新薬創出等加算の抜本の見直し

- ・対象品目：**革新性・有用性**に着目して絞り込み（約920品目\*→約540品目）
- ・企業指標：**企業指標**（革新的新薬の開発等）の**達成度に応じた加算**

\* 現行制度が継続した場合

### 効能追加等による市場拡大への速やかな対応

- ・対象：**350億円以上\***
- ・頻度：**年4回**（新薬収載の機会）

\* 市場拡大再算定ルールに従い薬価引下げ

### 外国平均価格調整の見直し

- ・米国参照価格リスト  
：メーカー希望小売価格 → **公的制度の価格リスト**

### 新薬のイノベーション評価の見直し

- ・加算対象範囲（類似薬のない新薬）  
：営業利益への加算 → **薬価全体への加算**  
（製造原価の内訳の開示度に応じた加算率の設定）

### 費用対効果評価の導入

- ・試行的実施  
：対象13品目の価格調整を**平成30年4月実施**
- ・本格実施  
：技術的課題を整理し**平成30年度中に結論**

## 毎年薬価調査・毎年薬価改定

・対象範囲…全品目改定の状況も踏まえ、国主導で流通改善に取り組み、**H32年中に設定**

## 長期収載品・後発品

### 長期収載品の薬価の見直し

- ・対象：後発品の上市後、**10年を経過**した**長期収載品**
- ・見直し方法：**後発品の薬価を基準**に段階的に引下げ

### 後発品価格の集約化

- ・対 象：上市から**12年を経過**した**後発品**
- ・価格体数：**1 価格帯**を原則

# 平成30年度介護報酬改定・障害福祉サービス等報酬改定について

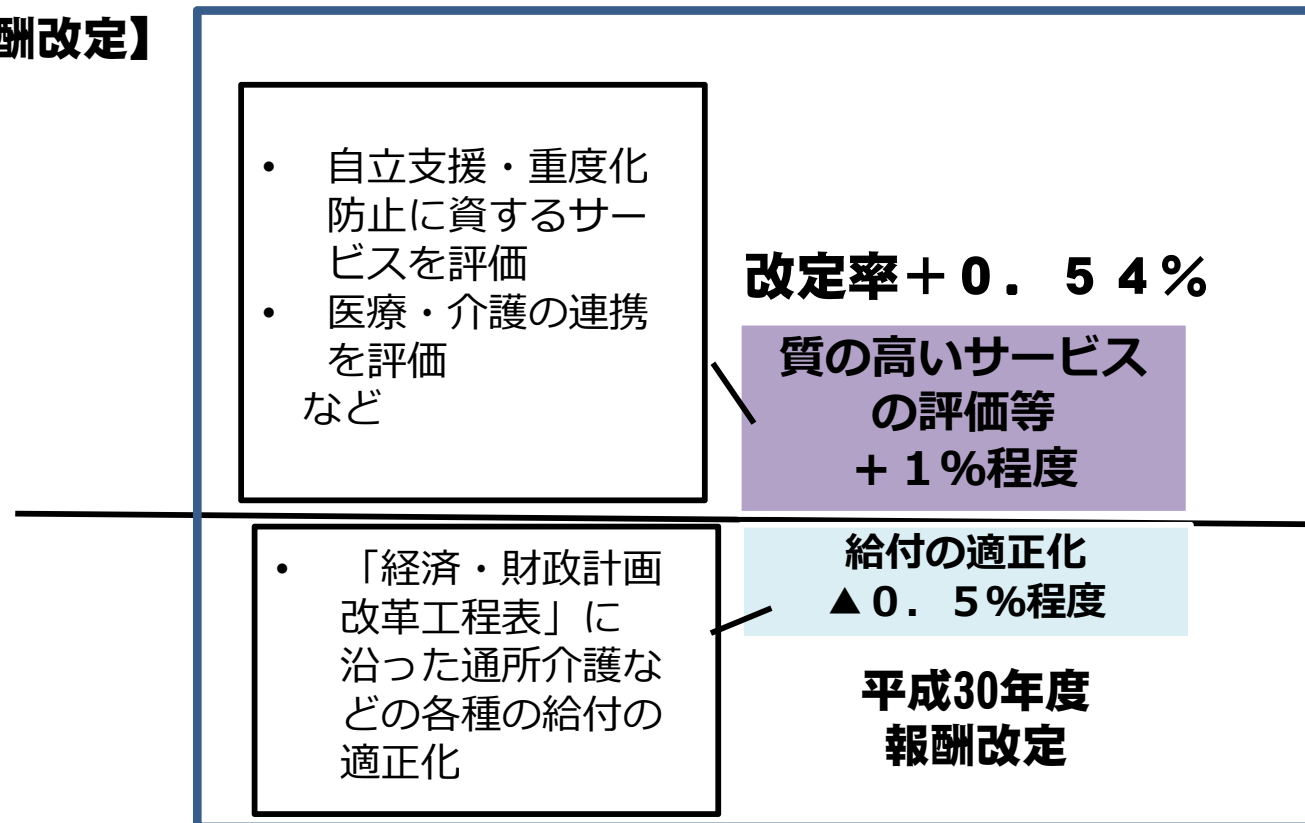
## 【介護報酬改定】

- 平成30年度介護報酬改定は、地域包括ケアシステムの推進、質の高い介護サービスの実現、多様な人材の確保と生産性の向上、介護保険料の上昇の抑制、介護サービスの利用者負担の軽減及び介護事業者の安定的経営の確保等の視点を踏まえて行うこととし、改定率は全体で+0.54%とした。
- その中で、質の高いサービスの評価等に+1%程度振り向けるとともに、「経済・財政計画 改革工程表」に沿って、▲0.5%程度の各種の給付の適正化も実施。

## 【障害福祉サービス等報酬改定】

- 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定は、障害者にとって望ましいサービスの質に着目した評価を強化するとともに、施設での看護職員配置による医療的ケア児等への対応や、「自立生活援助」といった新サービスの開始等を踏まえて行うこととし、改定率は全体で+0.47%とした。

## 【介護報酬改定】



※平成29年度臨時改定において、+1.14%の処遇改善を実施。

※「新しい経済政策パッケージ」(平成29年12月8日閣議決定)において、平成31年10月から公費1,000億円程度を投じて更なる処遇改善を実施。

# 生活保護制度・生活困窮者自立支援制度の見直し

- 生活保護制度においては、**生活扶助基準の見直し**や**医療扶助の適正化**を行うとともに、**大学等への進学に対する支援等**を実施。
- 生活困窮者自立支援制度においては、自立相談支援事業、家計相談支援事業及び就労準備支援事業を併せて実施する**自治体への支援の強化**や生活困窮世帯の**子供に対する学習支援の強化**等を実施。

## 生活扶助基準の見直し

### ◆ 生活扶助本体（食費、光熱費等）

社会保障審議会における検証結果を踏まえ、**一般低所得世帯の消費実態を反映**

### ◆ 有子世帯における加算措置

これまで不明確であった、有子世帯における「**かかり増し費用**」の根拠を明確化

⇒ 生活保護世帯への影響の観点から、見直しによって生じる**減額幅を抑制（現行から▲5%以内）**し、**3回にわけて段階的に施行することを基本**としつつ、**平成30年10月から実施**

|        | 施行時期                           | 財政影響<br>(国費・4年間) |
|--------|--------------------------------|------------------|
| 生活扶助本体 | 平成30年～32年の10月                  | ▲180億円           |
| 有子世帯加算 | 平成30年～32年の10月<br>(一部は平成30年10月) | +20億円            |

## 医療扶助の適正化

### ◆ 後発医薬品の使用の原則化

医師等が使用を認めており、薬局等において在庫の問題がない場合には、**後発医薬品を使用**

### ◆ 福祉事務所の指導員による同行受診の導入

福祉事務所の保健師等が医療機関に同行することを通じ、頻回受診対策も含めた**適正受診指導を強化**

## 大学等への進学支援・生活困窮者自立支援制度の見直し

### ◆ 大学等への進学支援

生活保護世帯の子供が大学等に進学する際の**一時金の支給**（自宅生10万円、自宅外生30万円）等を実施

### ◆ 生活困窮者への一体的な取組を行う自治体に対する支援

自立相談支援事業、家計相談支援事業及び就労準備支援事業を併せて行う自治体について、**補助率の引上げ**等を実施

### ◆ 生活困窮世帯の子供に対する学習支援の強化

小学生・高校生世代における**取組の充実**を含め、生活困窮世帯の子供に対する学習支援を強化

# 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。

「税制抜本改革」で  
安定財源を確保

社会保障の充実・安定化

同時に達成

財政健全化目標の達成

## 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

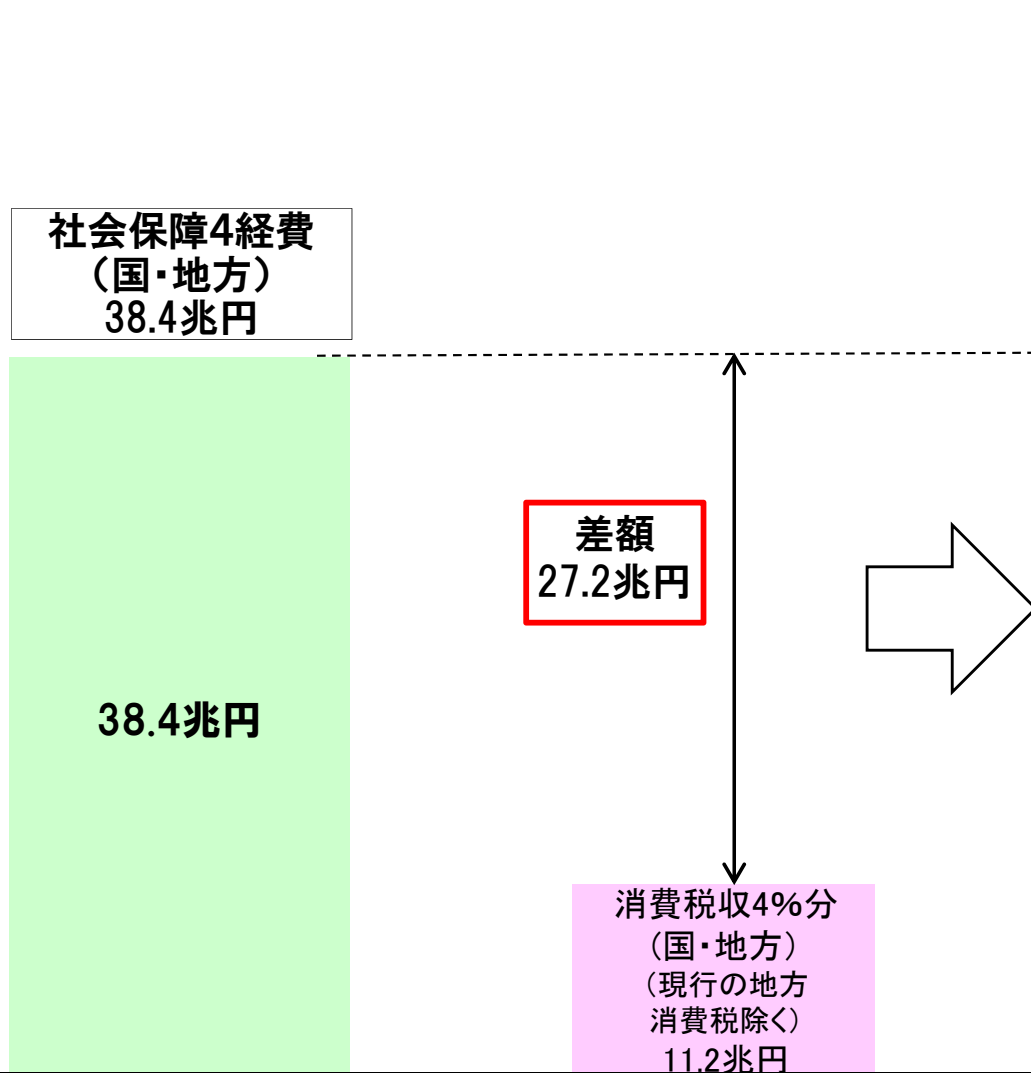
子ども・子育て  
0.7兆円程度

医療・介護  
1.5兆円程度

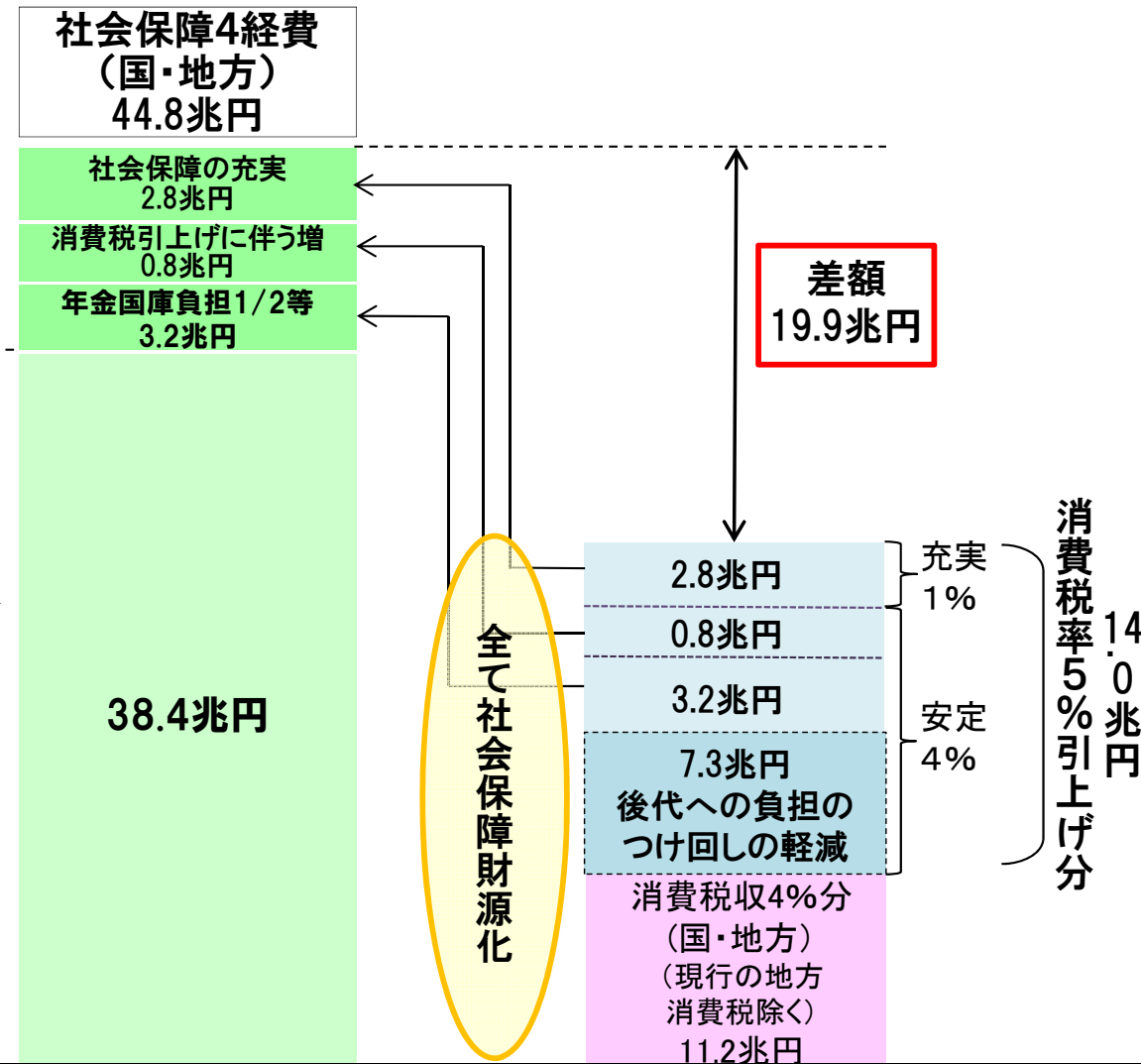
年金  
0.6兆円程度

# 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) 上図の社会保障4経費のほか、「社会保障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
  - ・新制度への円滑な移行を図るための保育緊急確保事業
  - ・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していくことで、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。
- (新たな財政支援制度の創設、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

\* 2017年度時点では、3.2兆円程度の見込み。

(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(平年度ベース)

# 平成30年度の社会保障の充実・安定化について

## 〈30年度消費税増収分の内訳〉

《増収額計：8.4兆円》

### ○基礎年金国庫負担割合 2 分の 1

(平成24・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)

3.2兆円

### ○社会保障の充実

- ・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

### ○消費税率引上げに伴う社会保障 4 経費の増

- ・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

0.39兆円

### ○後代への負担のつけ回しの軽減

- ・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

3.4兆円

○ 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30年度の増収額8.4兆円については、

①まず基礎年金国庫負担割合 2 分の 1 に3.2兆円を向け、

②残額を

- ・「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」

に概ね 1 : 2 で按分した額をそれぞれに向ける。

(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(▲0.51兆円)を活用し、社会保障の充実(1.87兆円)の財源を確保。

# 新しい経済政策パッケージについて（平成29年12月8日閣議決定）（抜粋）

## 第2章人づくり革命

### 6. これらの施策を実現するための安定財源

社会保障の充実と財政健全化のバランスを取りつつ、安定財源として、2019年10月に予定される消費税率10%への引上げによる財源を活用する。消費税率の2%の引上げにより5兆円強の税収となるが、この増収分を①教育負担の軽減・子育て層支援・介護人材の確保等と、②財政再建とに、それぞれ概ね半分ずつ充当する。前者について、新たに生まれる1.7兆円程度を、本経済政策パッケージの幼児教育の無償化、「子育て安心プラン」の前倒しによる待機児童の解消、保育士の処遇改善、高等教育の無償化、介護人材の処遇改善に充てる。これらの政策は、2019年10月に予定されている消費税率10%への引上げを前提として、実行することとする。  
※①の「等」は、従前より消費税率10%引上げ時に実施することとされていた年金生活者支援給付金などの社会保障の充実策（1.1兆円程度）。

（略）

子ども・子育て拠出金を0.3兆円増額する。法律に定められた拠出金率の上限を0.25%から0.45%に変更し、0.3兆円の増額分は、2018年度から実施する「子育て安心プラン」の実現に必要な企業主導型保育事業（幼児教育の無償化の実施後は、3歳～5歳児及び住民税非課税世帯の0歳～2歳児の企業主導型保育事業の利用者負担助成を含む。）と保育の運営費（0歳～2歳児相当分）に充てる。



## 人づくり革命

### 1. 幼児教育の無償化

- 3歳から5歳までの全ての子供たちの幼稚園、保育所、認定こども園の費用を無償化。
- 0歳～2歳児についても、当面、住民税非課税世帯を対象として無償化。
- 幼稚園、保育所、認定こども園以外の無償化措置の対象範囲等については、専門家の声も反映する検討の場を設け、保育の必要性及び公平性の観点から、来年夏までに結論を出す。

### 2. 待機児童の解消

- 「子育て安心プラン」を前倒しし、2020年度末までに32万人分の受け皿を整備。
- 保育士の確保や他産業との賃金格差を踏まえた処遇改善に更に取り組む(今年度の人勧に伴う引上げに加え、2019年4月から更に1%(月3000円相当)の賃金引上げ)。

### 3. 高等教育の無償化

- 所得が低い家庭の子供たち、真に必要な子供たちに限って高等教育の無償化を実現。このため、授業料の減免措置の拡充と併せ、給付型奨学金の支給額を大幅に増やす。
  - ー 住民税非課税世帯の子供たちに対しては、国立大学の場合はその授業料を免除。また、私立大学の場合は、国立大学の授業料に加え、私立大学の平均授業料の水準を勘案した一定額を加算。1年生に対しては、入学金についても、免除。

- ー 給付型奨学金については、支援を受けた学生が学業に専念できるようにするため、学生生活を送るのに必要な生活費を賄えるような措置を講じる。
- ー 全体として支援の崖・谷間が生じないように、住民税非課税世帯に準ずる世帯の子供たちについても、住民税非課税世帯の子供たちに対する支援措置に準じた支援を段階的に行う。
- 支援対象者の要件や支援措置の対象となる大学等の要件を設ける。

### 4. 私立高等学校の授業料の実質無償化

- 年収590万円未満世帯を対象とした私立高等学校授業料の実質無償化については、
  - ー 消費税使途変更による、現行制度・予算の見直しにより活用が可能となる財源をまず確保。
  - ー その上で、消費税使途変更後の2020年度までに、現行制度の平年度化等に伴い確保される財源など、引き続き、政府全体として安定的な財源を確保しつつ、実質無償化を実現。

### 5. 介護人材の処遇改善

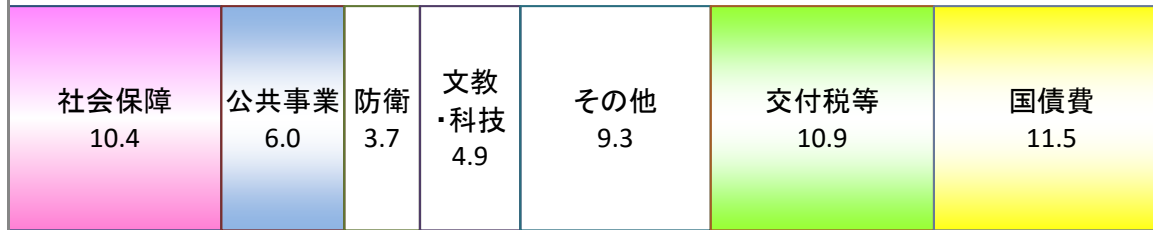
- 勤続年数10年以上の介護福祉士について月額平均8万円相当の処遇改善を行うことを算定根拠に、公費1000億円程度を投じ、処遇改善を行う(障害福祉人材についても、同様の処遇改善を行う)。

## 2. 社会保障をめぐる状況

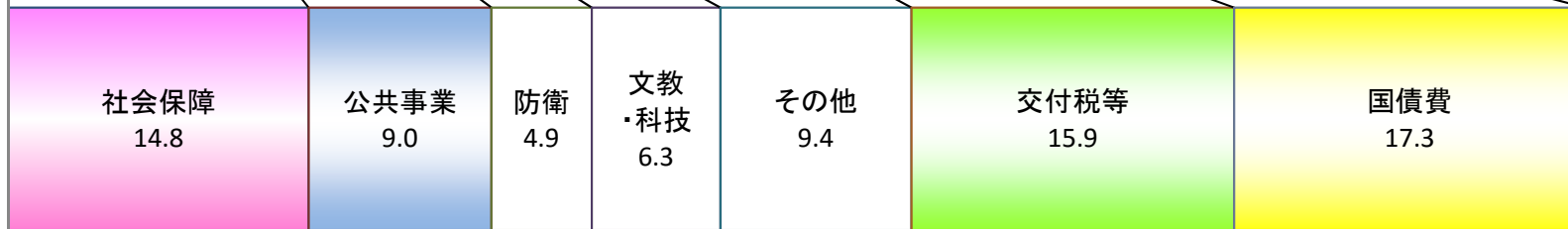
# 国の一般会計歳出における社会保障関係費をはじめとする主要経費の推移

(単位:兆円)

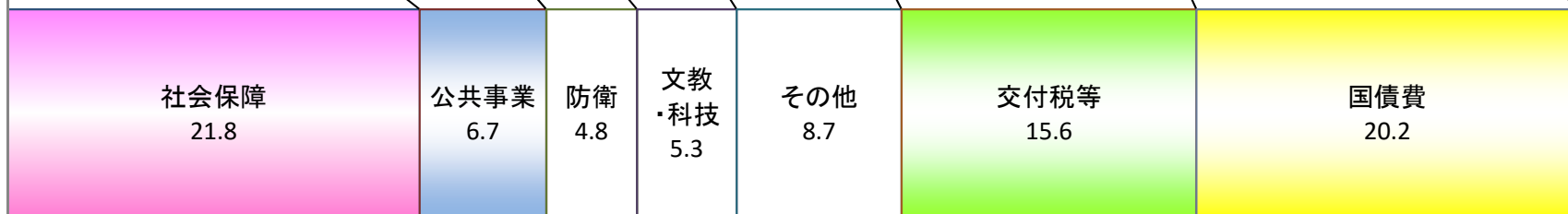
1988(S63)  
年度



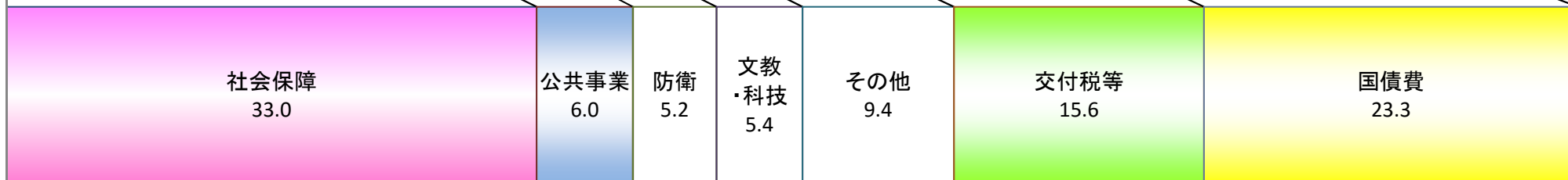
1998(H10)  
年度



2008(H20)  
年度



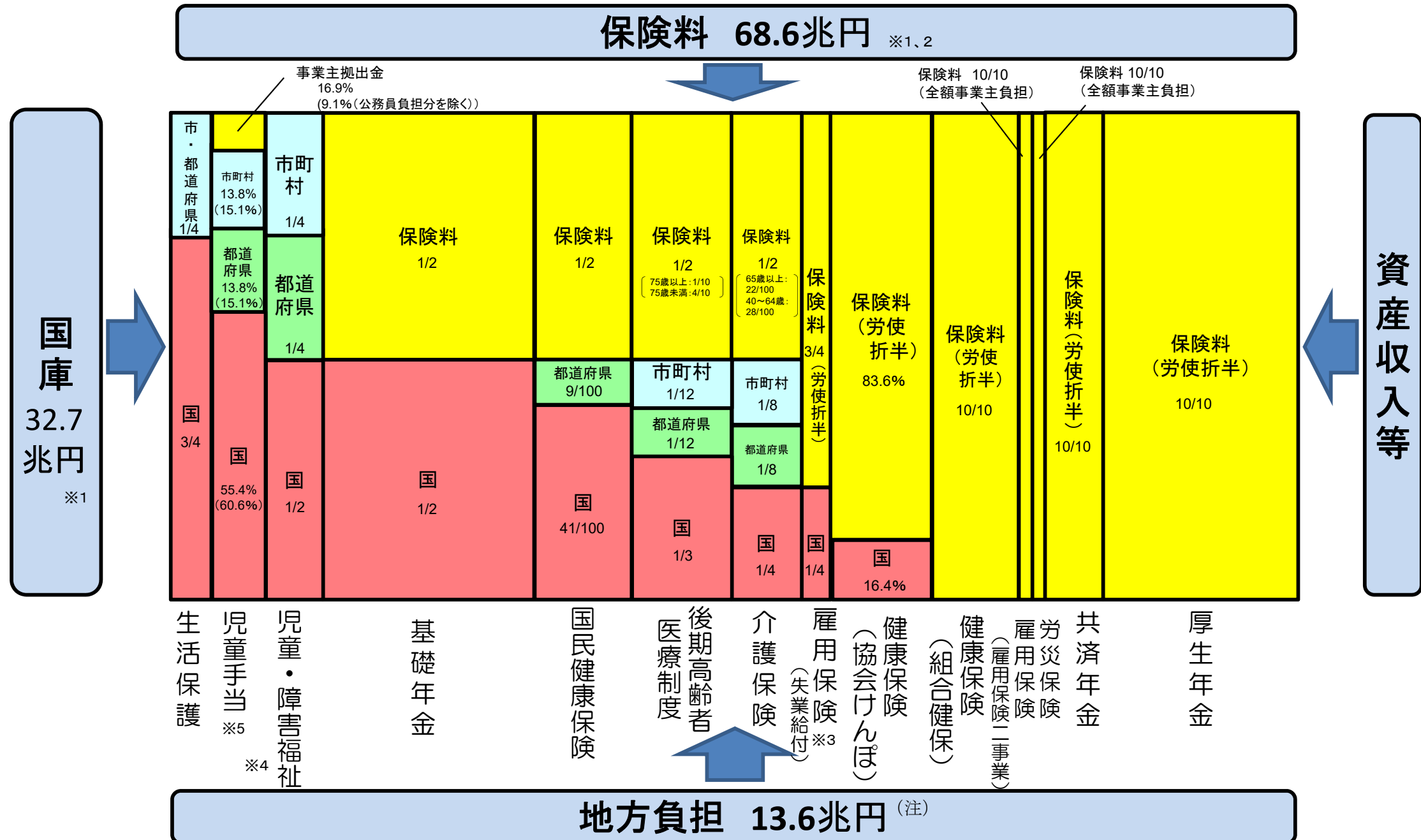
2018(H30)  
年度



P B 対象経費74.4兆円

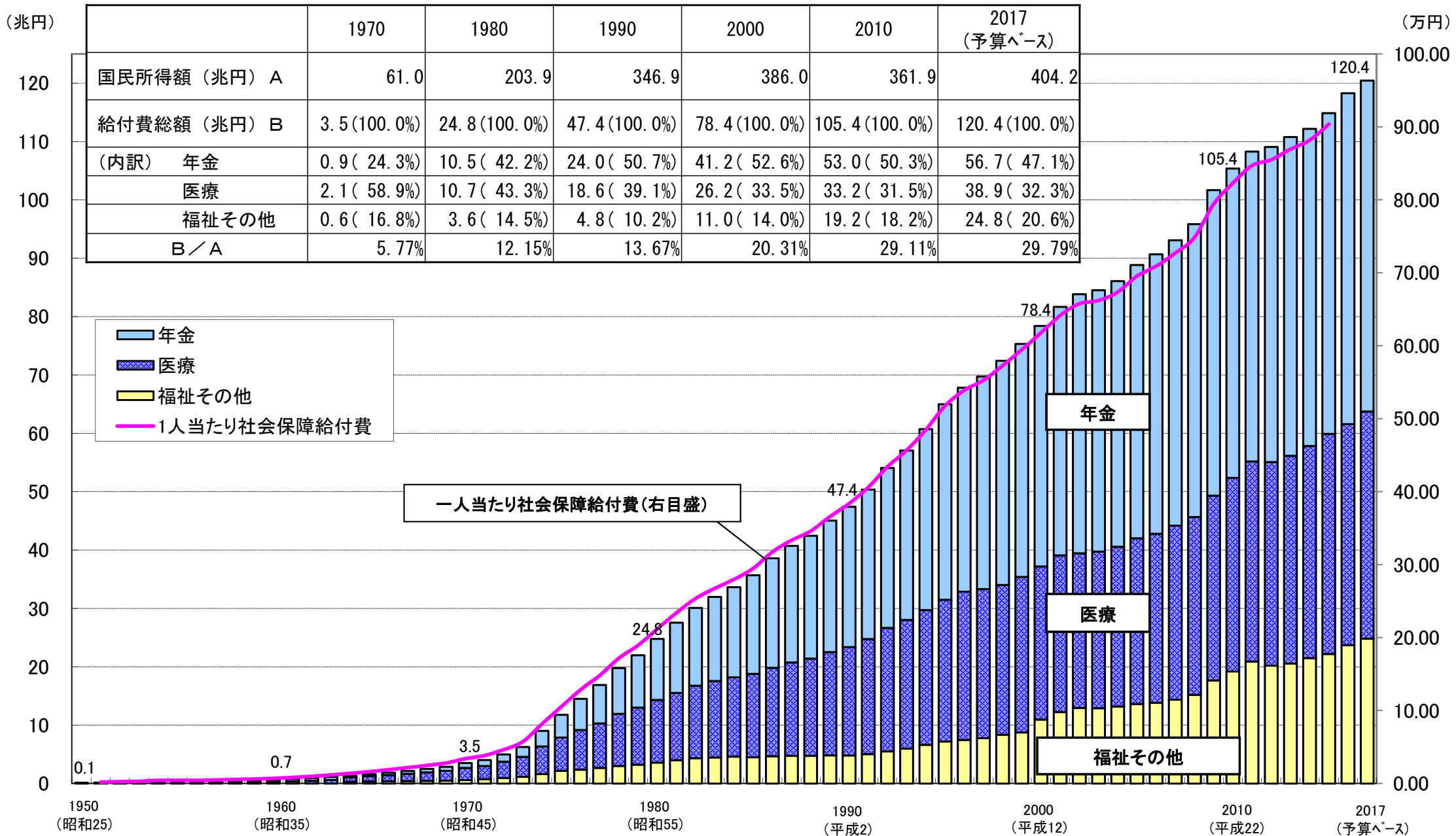
(注) 計数は各年度の当初予算ベース。

# 社会保障財源の全体像(イメージ)



※1 保険料、国庫、地方負担の額は平成29年当初予算ベース。※2 保険料は事業主拠出金を含む。※3 雇用保険(失業給付)については、当分の間、国庫負担額(1/4)の10%に相当する額を負担。※4 児童・障害福祉のうち、児童入所施設等の措置費の負担割合は、原則として、国1/2、都道府県・指定都市・中核市・児童相談所設置市1/2等となっている。※5 児童手当については、平成29年度当初予算ベースの割合を示したものであり、括弧書きは公務員負担分を除いた割合である。

# 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27年度社会保障費用統計」、2016年度、2017年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

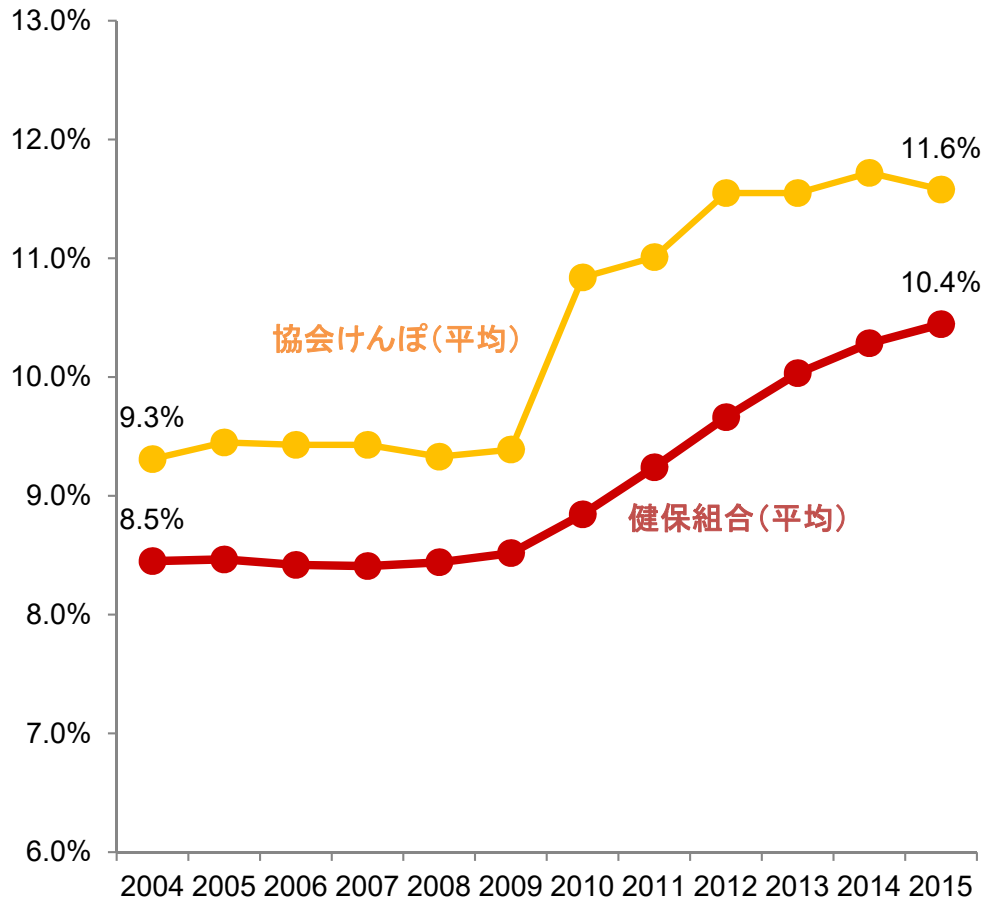
2017年度の国民所得額は「平成29年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成29年1月20日閣議決定)」

(注) 図中の数値は、1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2000及び2010並びに2017年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

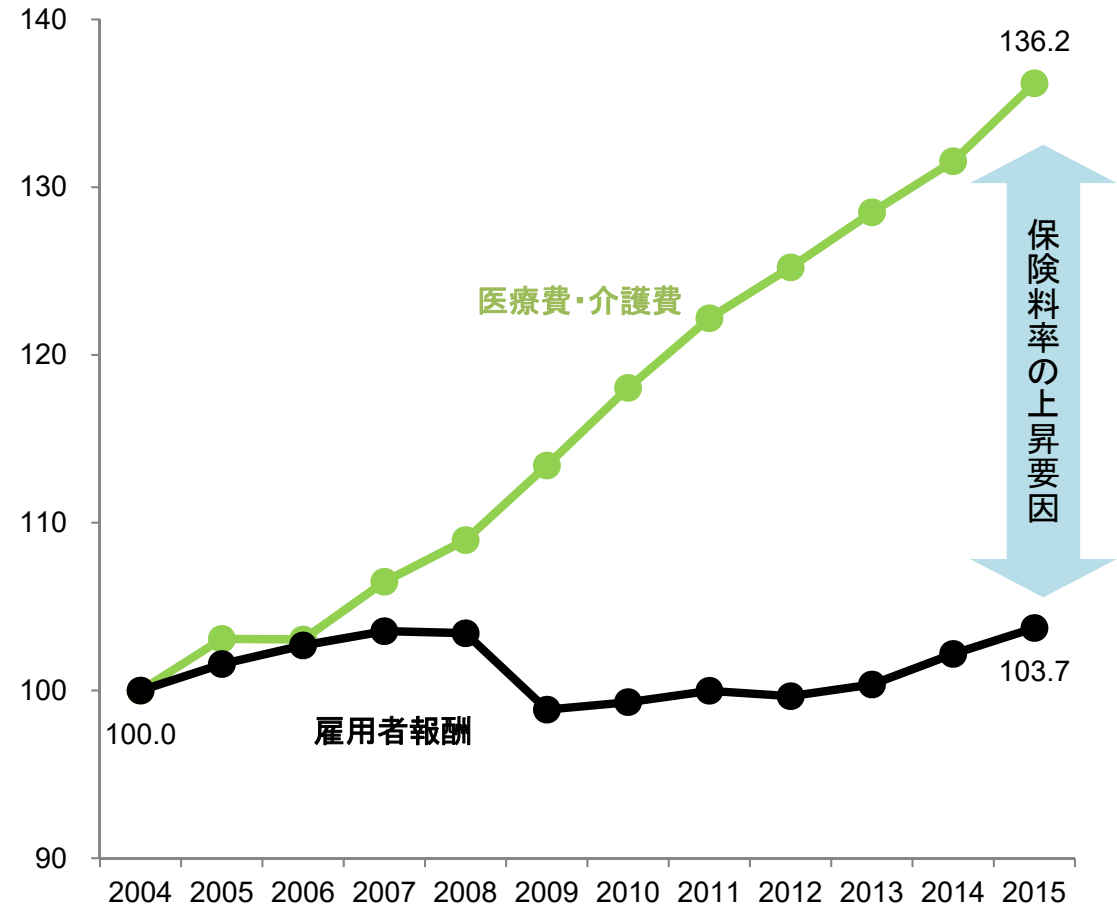
# 医療・介護に係る保険料負担について

- 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。

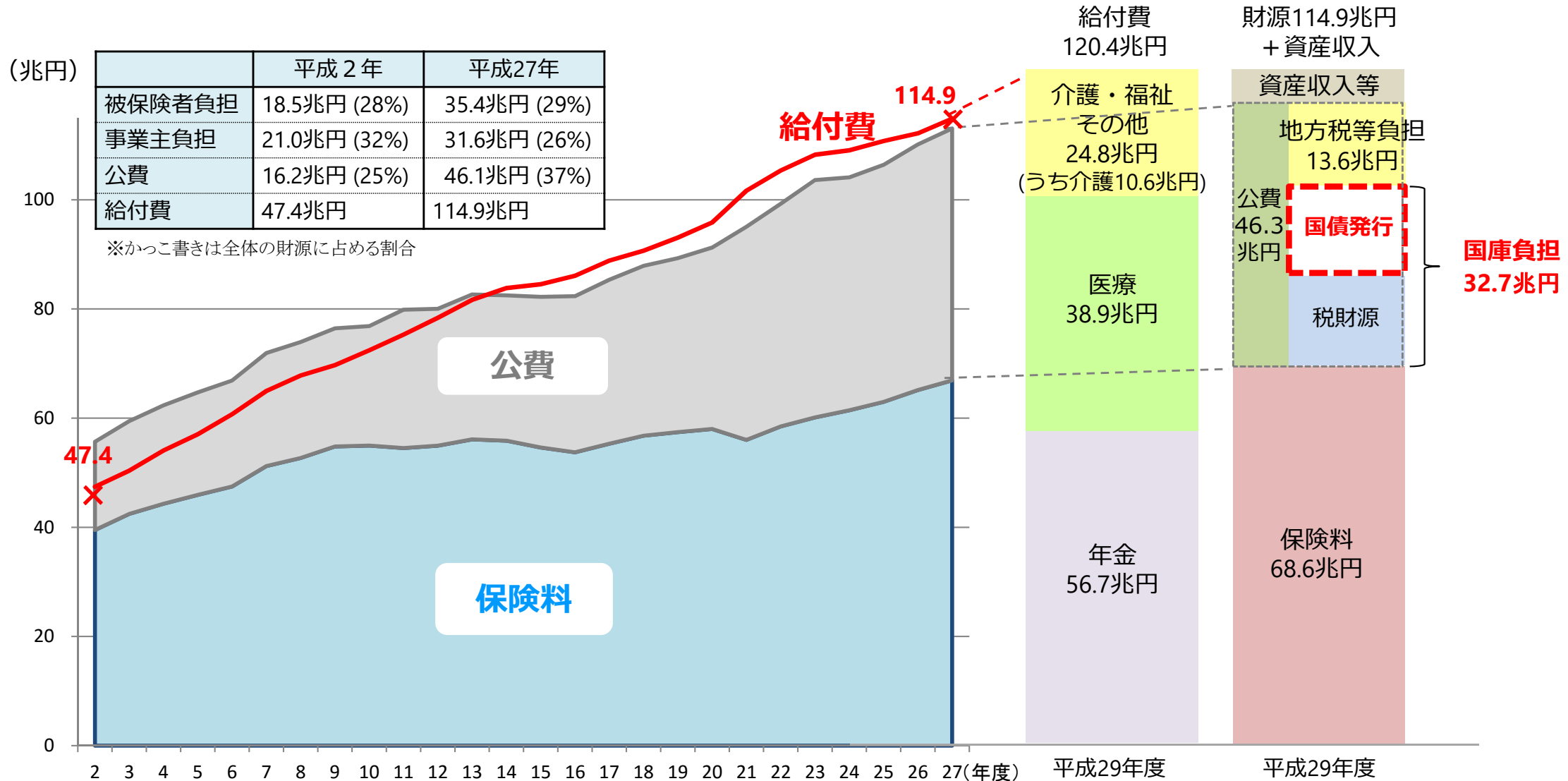
(注3) 雇用者報酬は、内閣府「国民経済計算」における雇用者報酬の計数。

(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



# 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」。2017 (H29) 年度は厚生労働省(当初予算ベース)による。

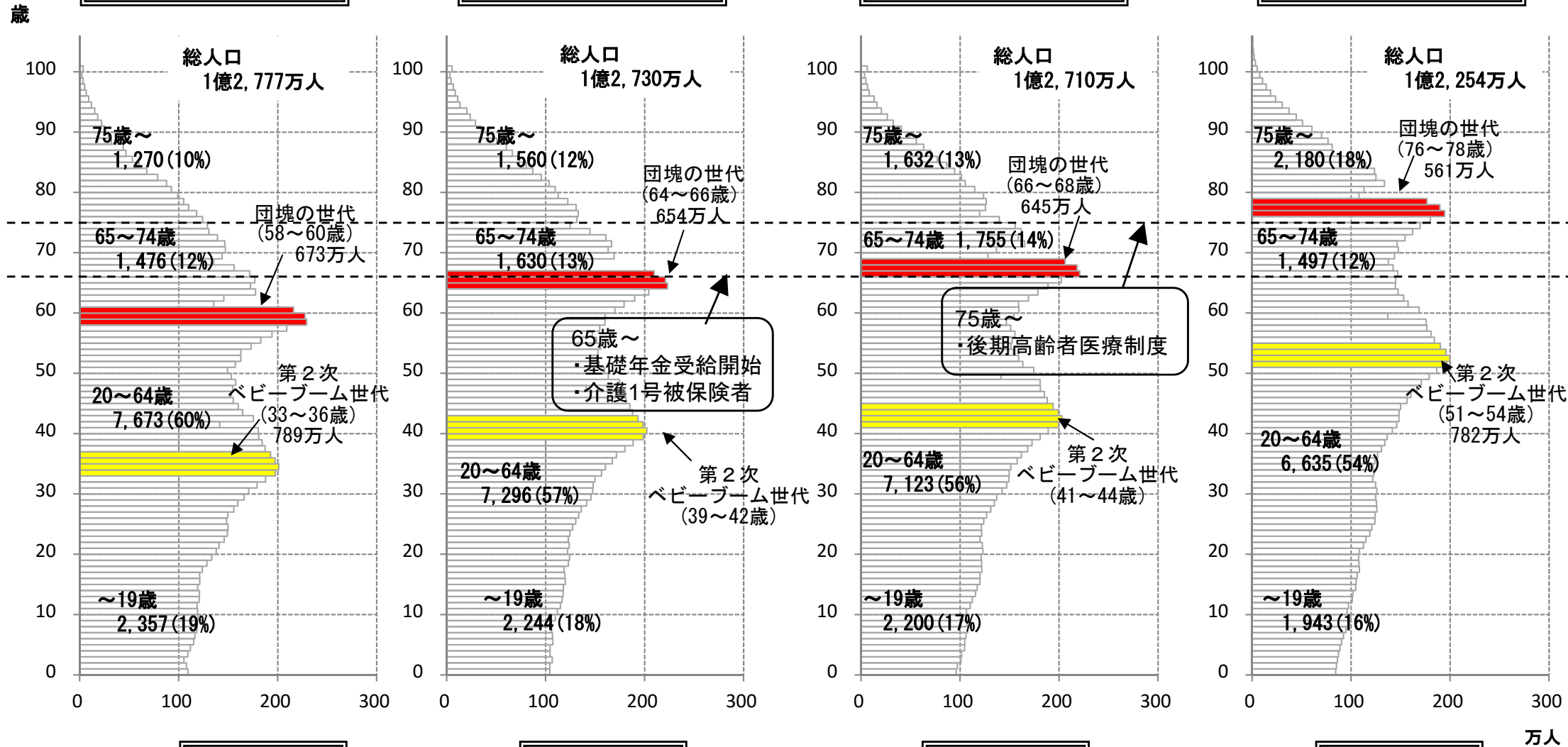
# 人口ピラミッドの変化

平成19年  
(2007年)

平成25年  
(2013年)

平成27年  
(2015年)

平成37年  
(2025年)



65歳以上人口割合 21.5%  
(75歳以上人口割合) (9.9%)

25.1%  
(12.3%)

26.6%  
(12.8%)

30.0%  
(17.8%)

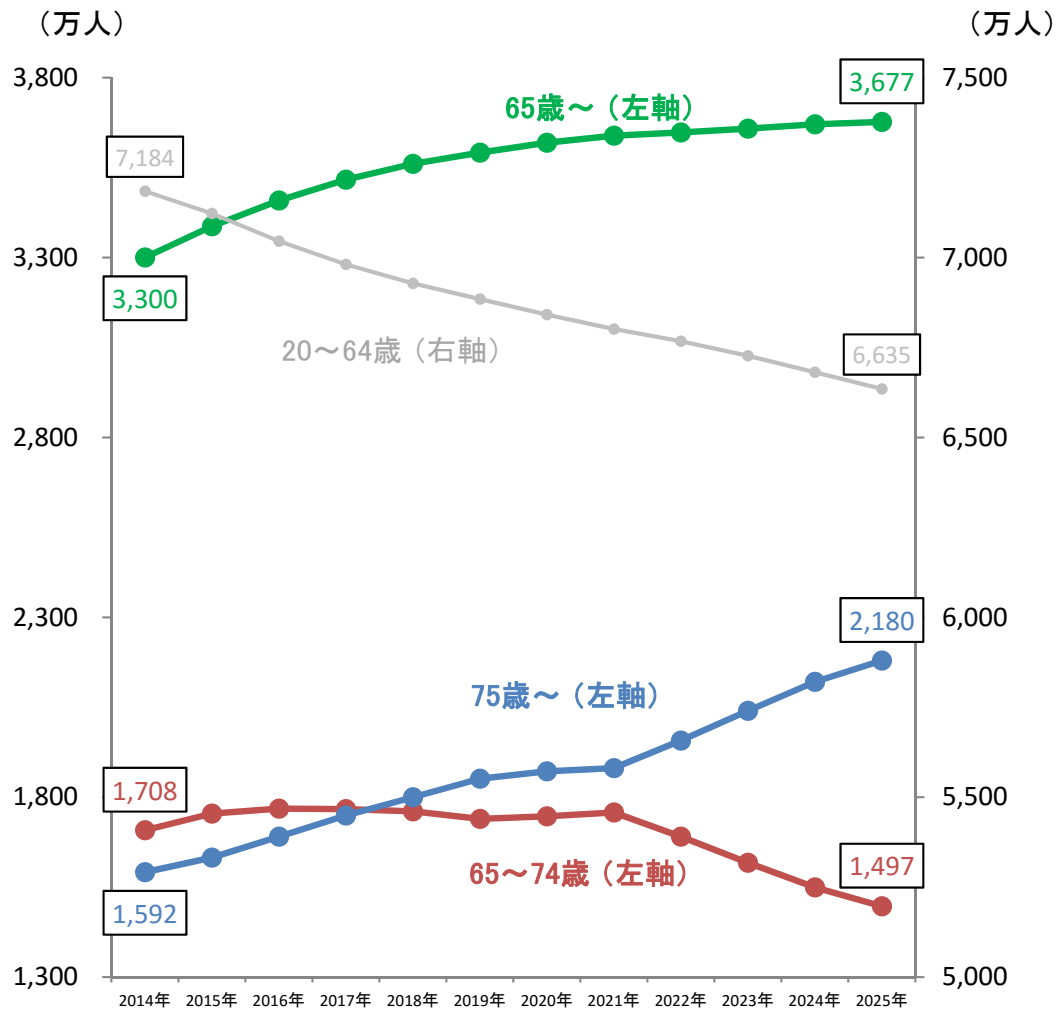
(注) 団塊の世代は1947～49年、第2次ベビーブーム世代は1971～1974年生まれ。

(出典) 2007年、2013年、2015年は総務省「人口推計」、2025年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口ー平成29年中位推計ー」

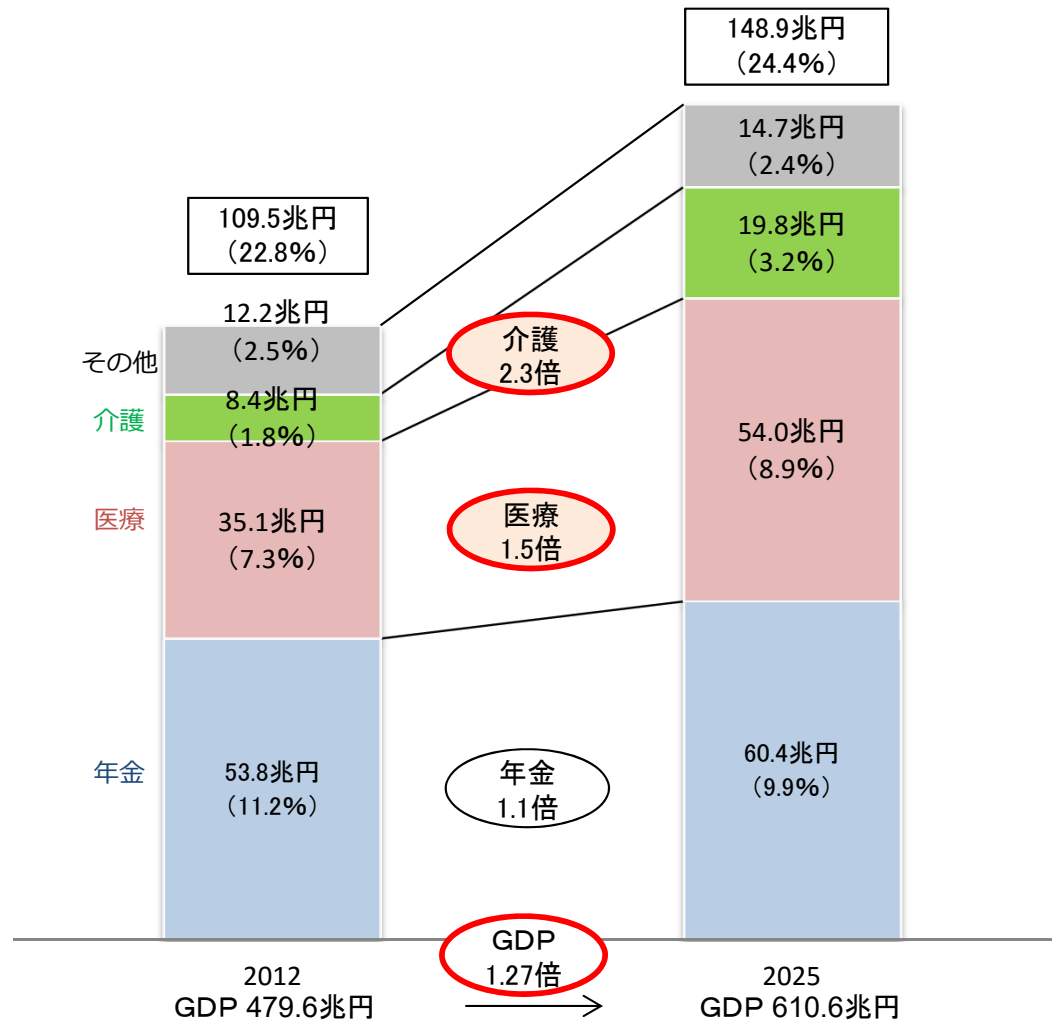
# 将来人口の見通しと医療・介護費について

- 団塊の世代が全て後期高齢者となる2025年に向けて、65～74歳人口は微減となる一方、75歳以上の後期高齢者人口は大きく増加する。後期高齢者になると1人当たり医療・介護費は急増するため、2025年にかけて、医療・介護費用は大きく増加していくことになる。
- なお、この間、20～64歳の現役世代は一貫して減少する。

人口の見通し

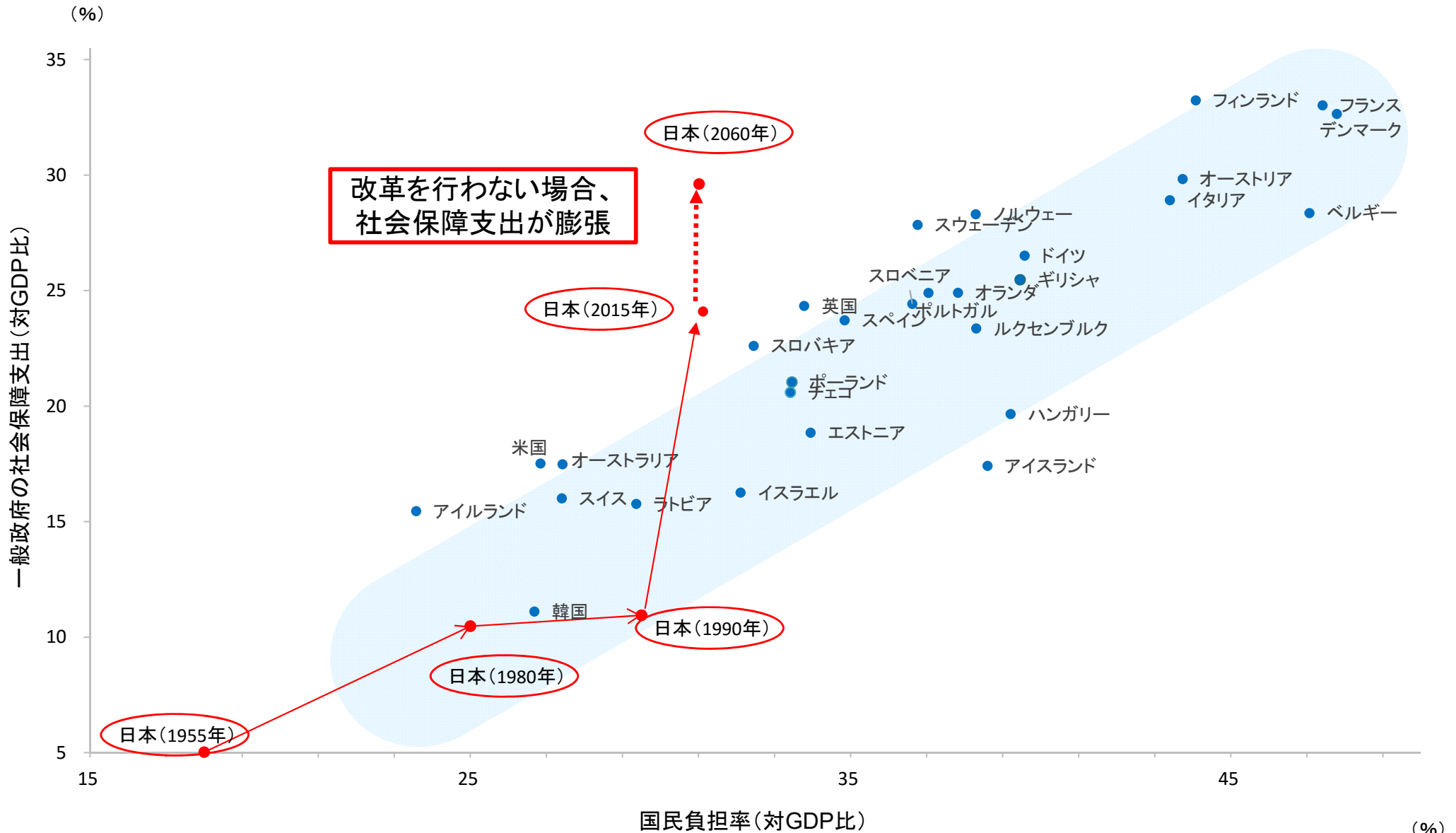


社会保障給付費の見通し



(出所) 内閣府「国民経済計算」、総務省「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(出生中位・死亡中位)」、厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計の改定について(24年3月)」

# 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」。

(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。

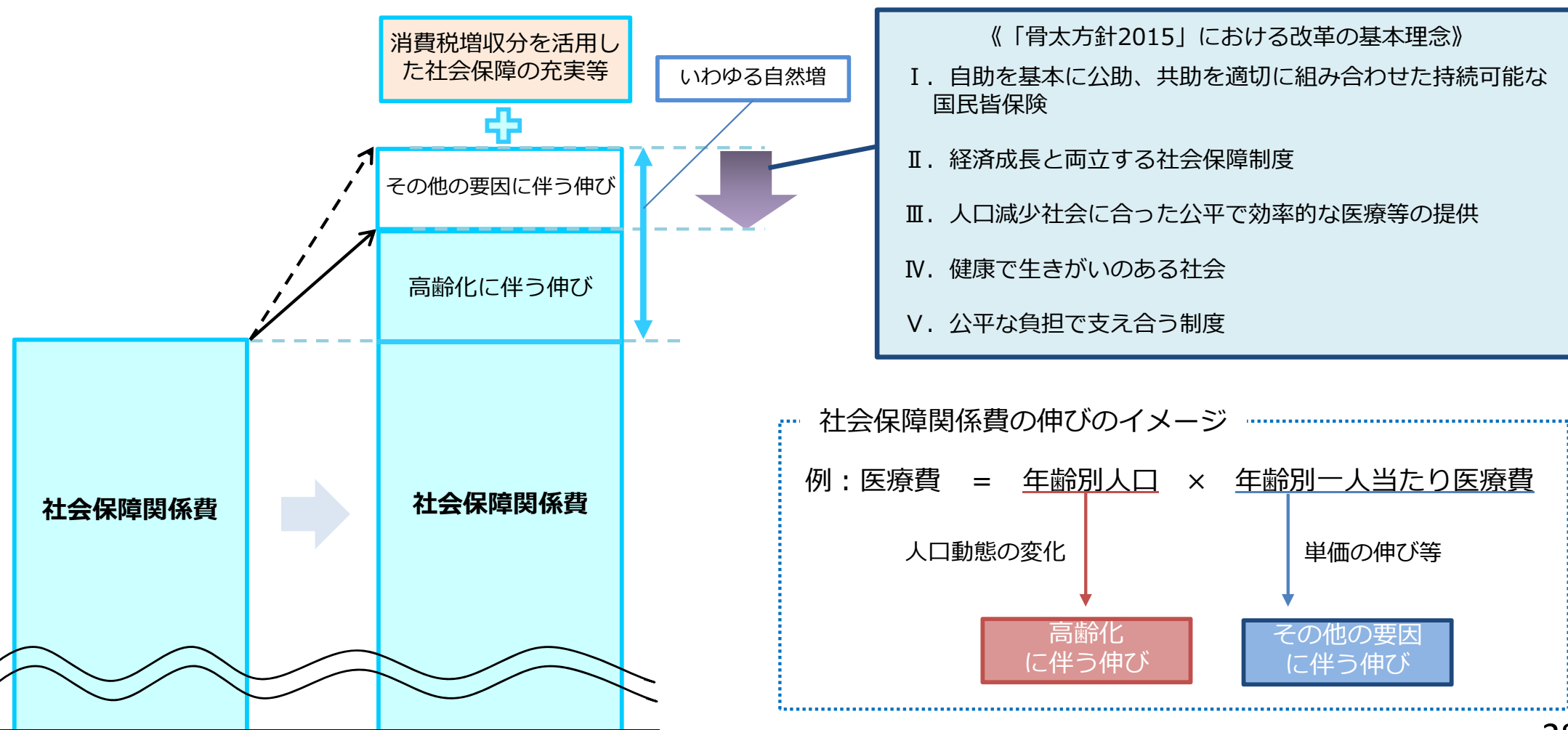
(注2) 日本は、2015年度まで実績、諸外国は2015年実績(アイスランド、ニュージーランド、オーストラリアについては2014年実績)。

(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30年4月6日 起草検討委員提出資料)より作成。

### 3. 今後の社会保障改革の考え方

# 社会保障の自然増の要因と考え方

- 社会保障関係費の伸びは、「高齢化に伴う伸び」と「其他要因に伴う伸び（医療の高度化による伸び等）」の2つに分かれる。
- 「高齢化に伴う伸び」は、社会保障関係費に特有のものであり、一定程度やむを得ない増だが、「其他要因に伴う伸び」は、他分野と同様、制度改革や効率化等に取り組むことで抑制していかなければならない。
- こうした考え方にに基づき、「骨太方針2015」において「目安」が設定され、2016～2018年度は「目安」に沿った予算編成を行ってきたところ。なお、同方針においては、「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」とされている。



### 第3章 「経済・財政一体改革」の取組－「経済・財政再生計画」

#### 5. 主要分野ごとの改革の基本方針と重要課題

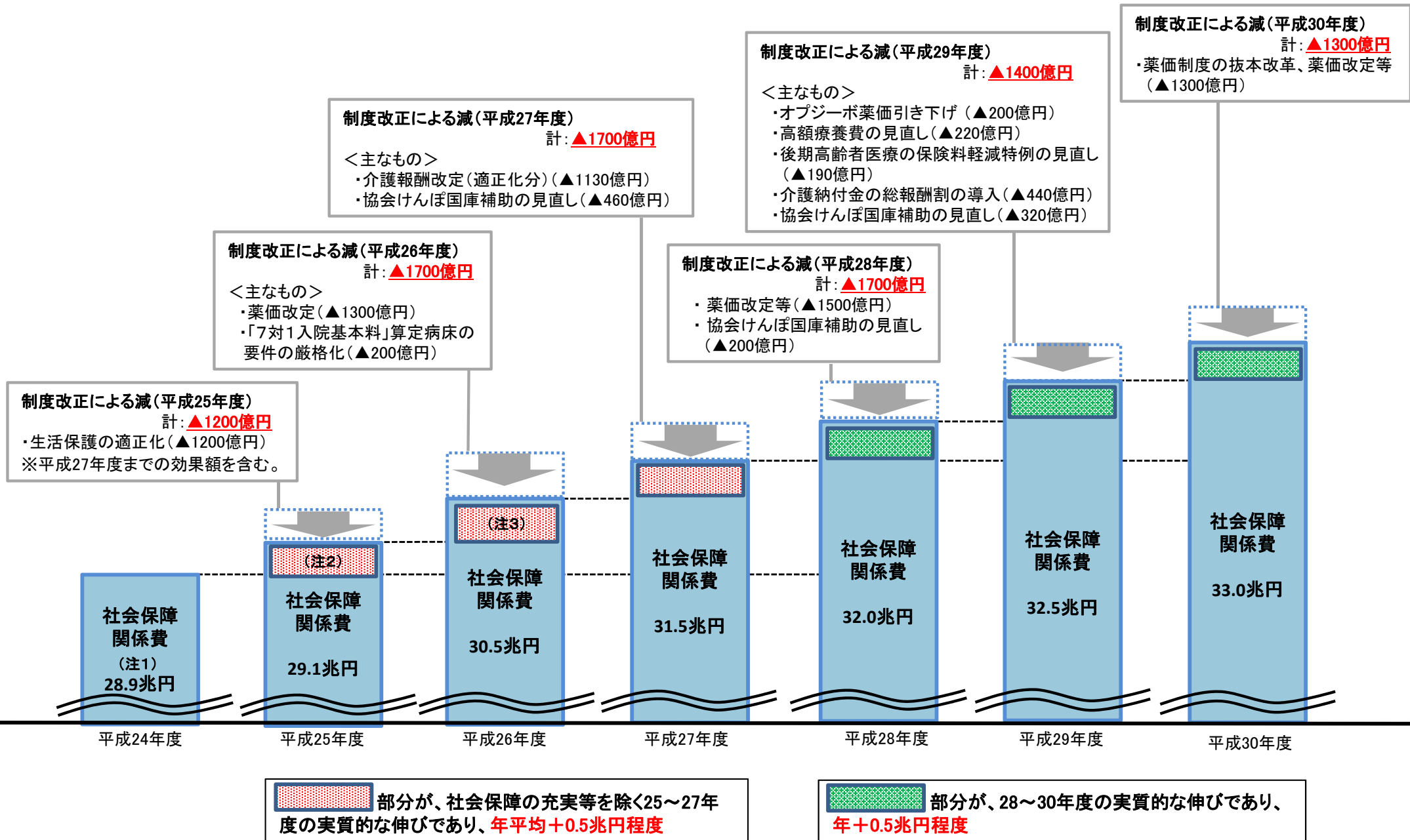
##### 〔1〕社会保障

(基本的な考え方)

- 社会保障分野については、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。(中略)
- また、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という基本理念に基づいて取り組む。(中略)
- 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。



# 最近の社会保障関係費の伸びについて



(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。

| 取組状況                 | 主な項目                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 既に対応済みのもの            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時の光熱水費負担の見直し</li> <li>・保険者努力支援制度の具体的な仕組み</li> <li>・高額療養費（月額負担上限）等の見直し</li> <li>・介護保険の利用者負担の在り方</li> <li>・介護納付金の総報酬割導入</li> <li>・軽度者に対する福祉用具貸与・住宅改修に係る給付の適正化</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 等</li> </ul>                            |
| 一部対応したが、引き続き対応が必要なもの | <ul style="list-style-type: none"> <li>・高確法第14条の診療報酬の特例の活用方策</li> <li>・地域差分析を活用した介護保険事業計画のPDCAサイクルの強化・給付費の適正化に向けた保険者へのインセンティブ付けなどの制度的枠組みの検討</li> <li>・生活援助サービス等その他の給付の在り方、負担の在り方</li> <li>・「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づく取組み</li> <li>・服薬管理や在宅医療等への貢献度による評価、適正化や患者本位の医薬分業の実現に向けた調剤報酬の見直し</li> </ul> |

| 取組状況       | 主な項目                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 今後対応していくもの | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 後期高齢者の窓口負担の在り方</li> <li>・ 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課題（介護総報酬割以外）</li> <li>・ 金融資産等の医療保険制度における負担への反映方法</li> <li>・ 薬剤自己負担の引上げについて幅広い観点からの検討</li> <li>・ かかりつけ医の普及の観点からの診療報酬上の対応や外来時の定額負担についての検討</li> <li>・ 軽度者に対する生活援助サービスやその他の給付の地域支援事業への移行</li> <li>・ 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の拡大</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 介護の調整交付金の活用方策についての検討</li> <li>・ 国民健康保険の普通調整交付金の活用方策についての検討</li> </ul> <p>等</p> |

## 4. 各論

# I. 医療・介護

## 1. 医療・介護と公費負担の現状

- ・ 医療費・介護費と負担の現状
- ・ 医療費増加の要因

## 2. 今後直面する課題

- ・ 後期高齢者の増加
- ・ 「支え手」の大幅な減少
- ・ 急速な医療技術の高度化・高額化

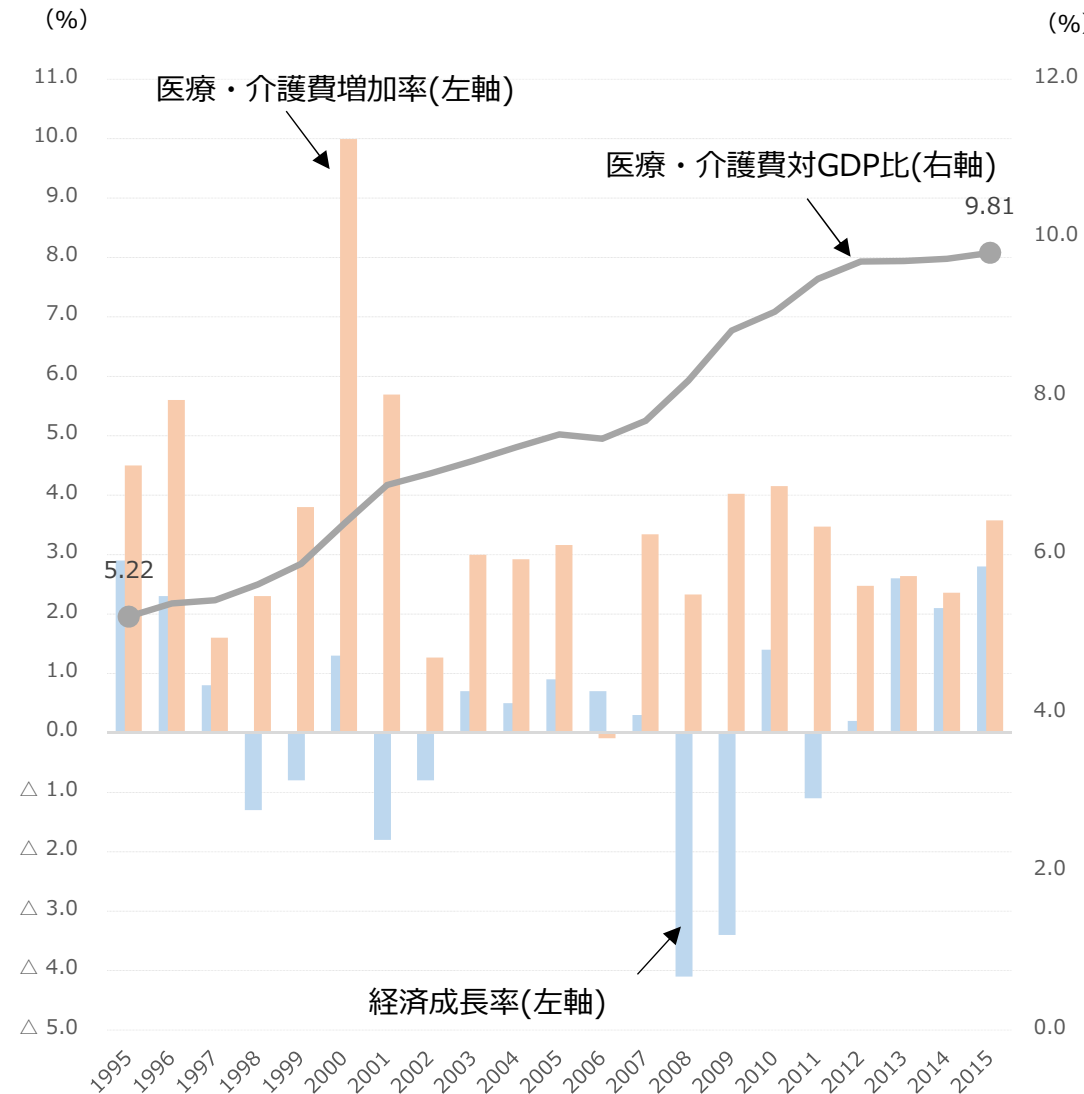
## 3. 対応の方向性

- ・ 制度の持続可能性を踏まえた保険給付範囲としていく
- ・ 必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する
- ・ 高齢化や人口減少の中でも持続可能な制度としていく

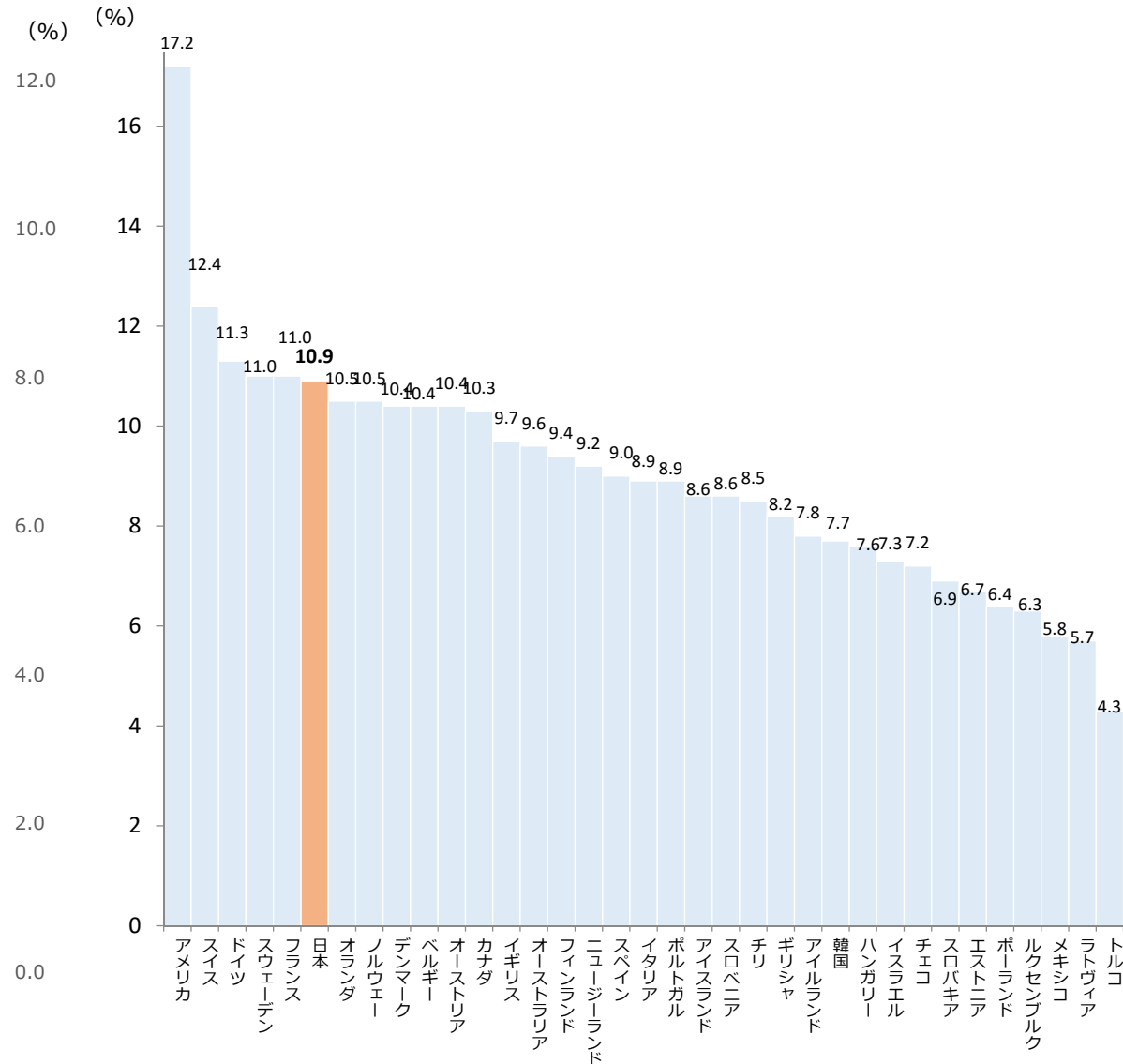
# 我が国における医療費・介護費の状況

- 医療費（+介護費）は、これまで、国全体としての負担能力（経済成長）を上回るペースで増加してきた。
- 国際的に見ても、我が国の総医療費の規模は諸外国の中でも大きい。

## ◆医療費（+介護費）対GDP比の推移



## ◆OECD加盟国の総医療費対GDP比（2016年）

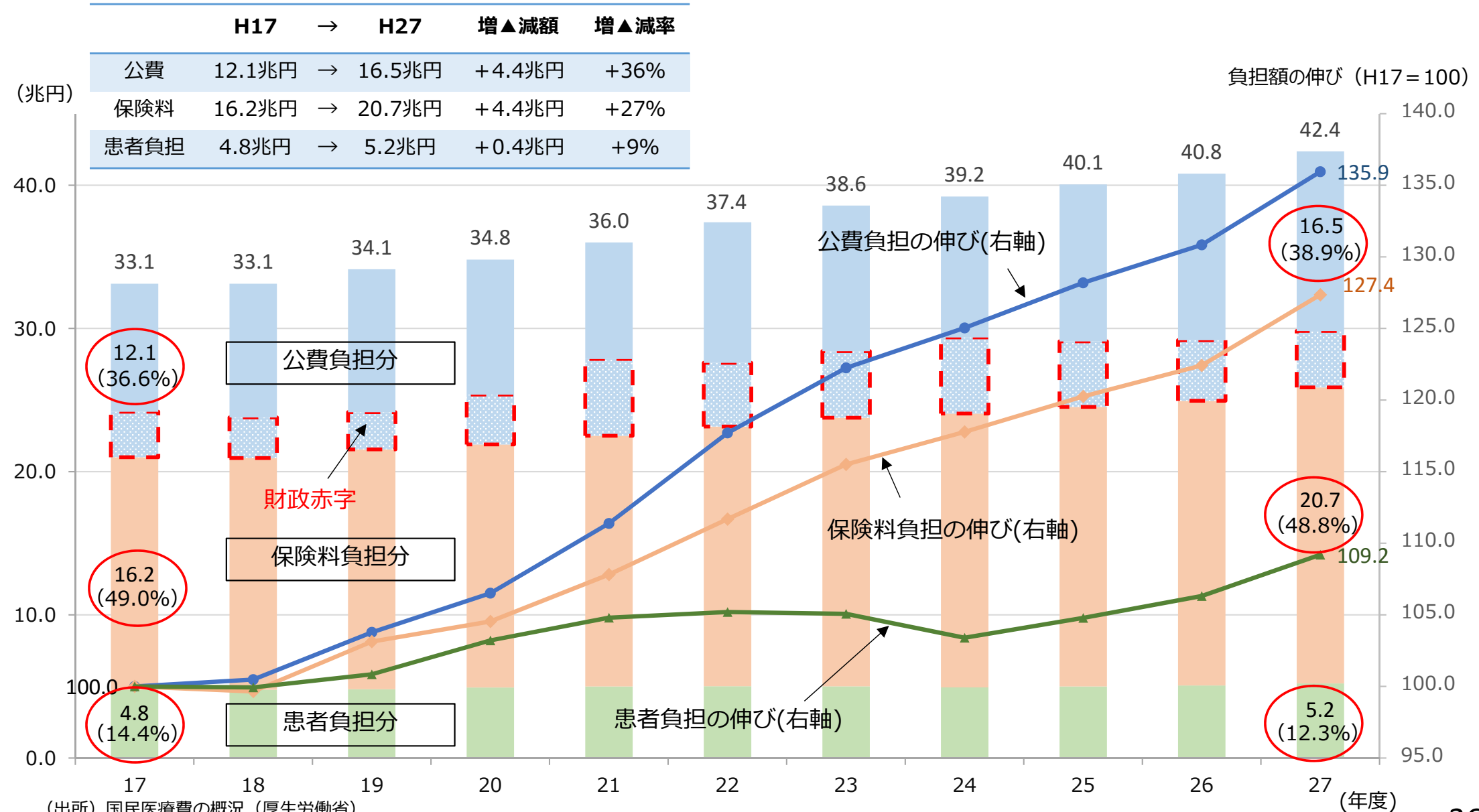


(出典) OECD Health Statistics 2017

(注) OECDの「総医療費」には、国民医療費に加え、介護費用の一部（介護保険適用分）、民間の医療保険からの給付、妊娠分娩費用、予防に係る費用等が含まれている。

# 財源別国民医療費の推移

- 経済の伸びを超えた医療費の増加の大宗は、公費負担及び保険料負担の増加によって賄ってきた。医療費における公費への依存は今後さらに高まっていくものと見込まれる。
- 一方、公費については、財政赤字により次世代に負担を付け回しながら確保している状況



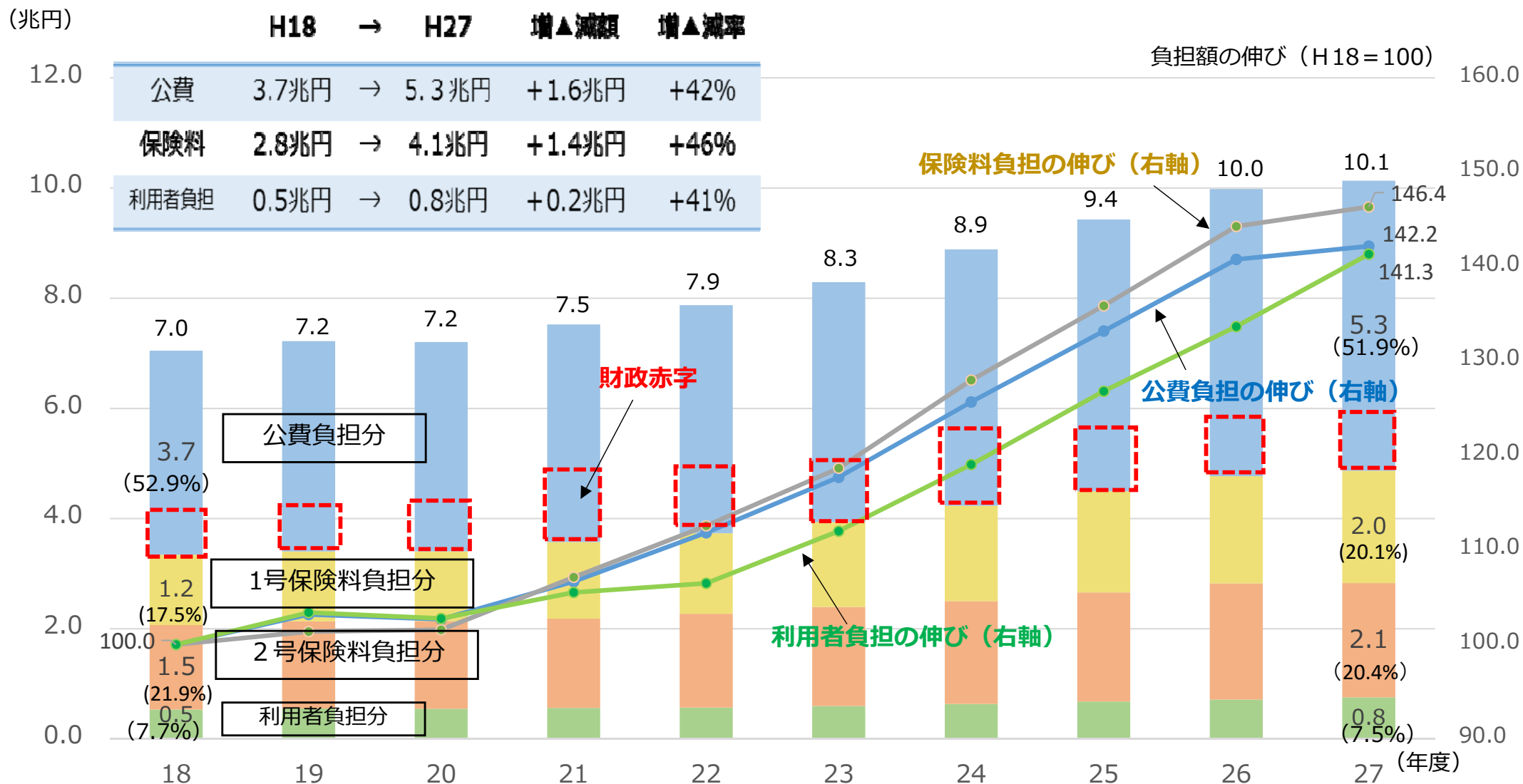
(出所) 国民医療費の概況 (厚生労働省)

(注) 患者負担には原因者負担 (公害健康被害の補償等に関する法律及び健康被害救済制度による救済給付等) を含む。



# 財源別介護費の推移

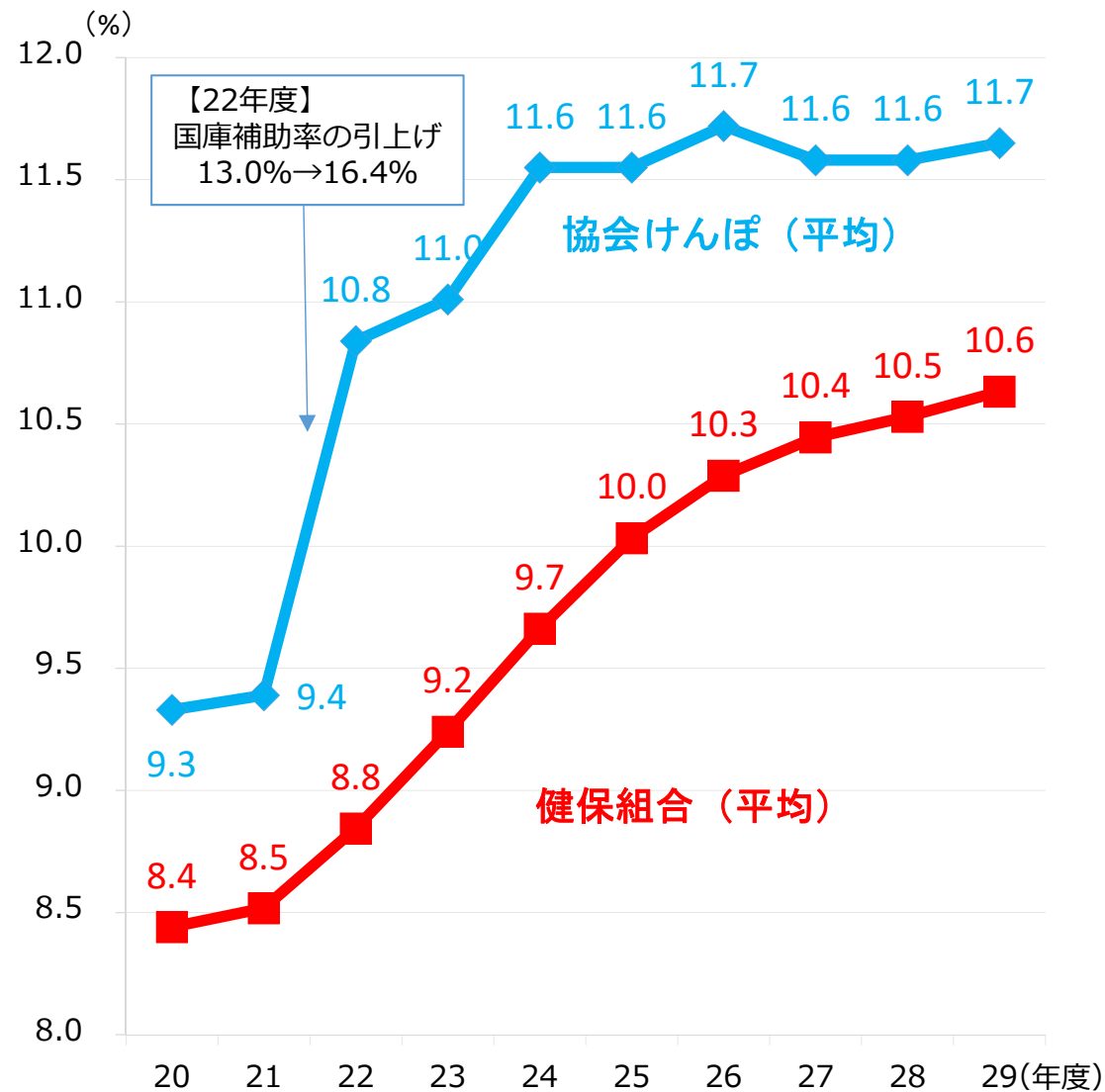
- 介護費についても経済の伸びを超えて、公費・保険料・利用者負担が伸びている状況であり、公費については、財政赤字により次世代に負担を付け回しながら確保している状況。



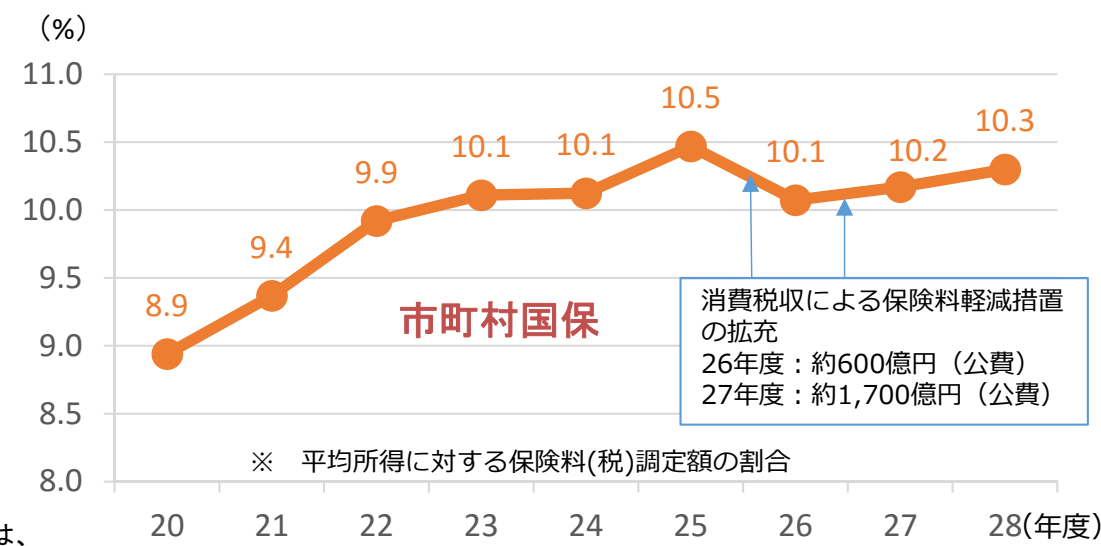
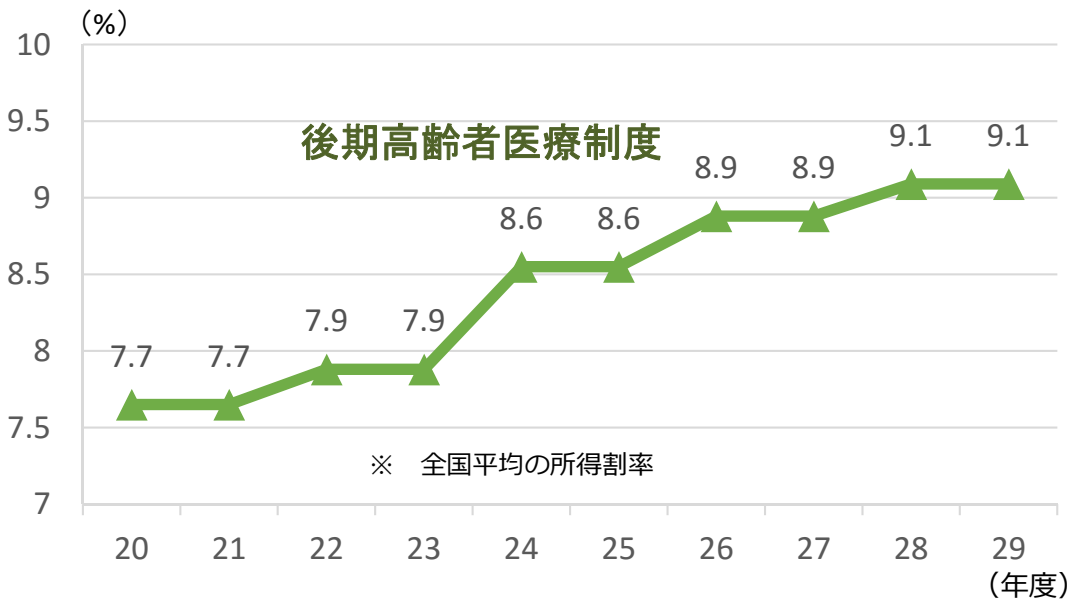
※利用者負担は介護保険事業状況報告（厚生労働省）をもとに推計値を算出  
 ※給付費については予算ベースで算出

# 医療費・介護費の保険料負担

- 近年、医療費の増加等に伴い、協会けんぽ、健保組合ともに保険料率を引き上げている。協会けんぽに対しては、平成22年度から国庫補助率の引き上げ（13.0%→16.4%）も行われている。
- 国保においても、一人当たり保険料負担は増加してきており、平成26、27年度においては消費税収による公費の拡充による保険料負担の軽減が行われてきた。



※ 協会けんぽ及び健保組合の保険料率は医療分と介護分の合計。また、健保組合の保険料率は、12年度～27年度は決算、28年度は決算見込、29年度は予算早期集計による。

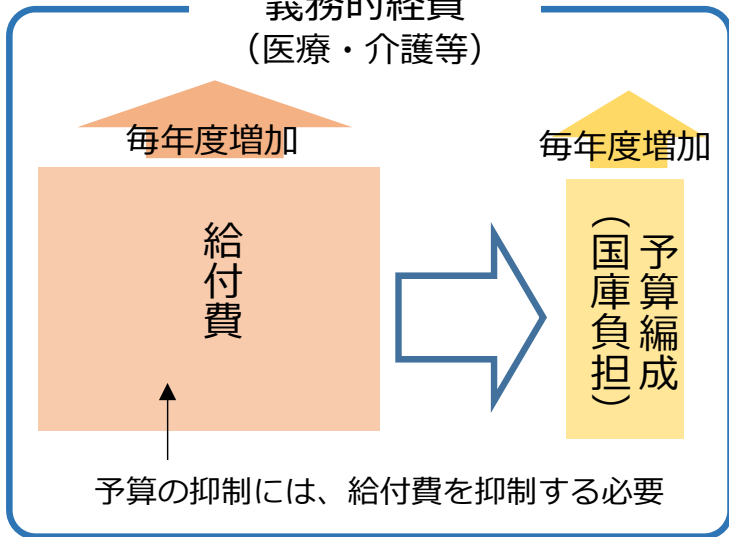


（出典）厚生労働省「国民健康保険実態調査報告」

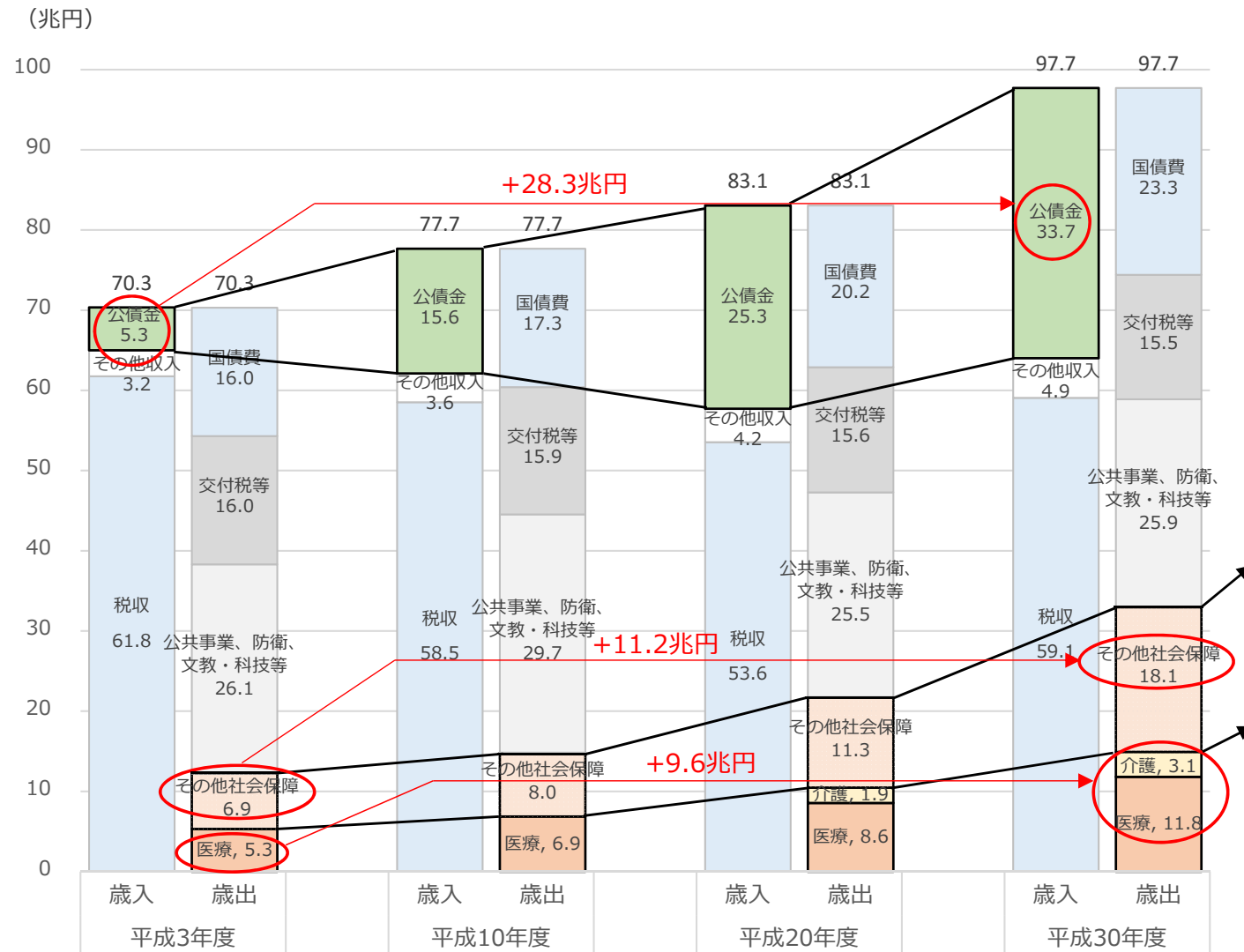
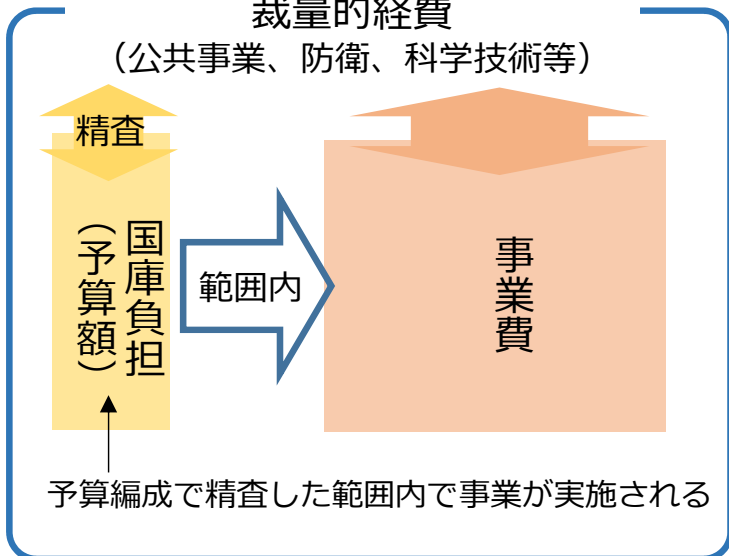
# 医療費・介護費の国庫負担

- 通常の国の政策は、必要性、妥当性、費用対効果等の観点から予算編成を行い、これに沿って執行がなされる。
- 医療・介護など義務的経費は、実際にサービスが提供されて生じる「給付費」に応じて国庫負担額が決まる。  
いかなる理由であれ給付費が増加すれば、それに応じて財政負担も自動的に増加する仕組みとなっている。
- また、給付費に占める国庫負担の割合は、高齢化等により公費負担割合の高い後期高齢者医療制度や介護保険制度の給付が増えること等により、年々高まってきている。

## 義務的経費 (医療・介護等)



## 裁量的経費 (公共事業、防衛、科学技術等)



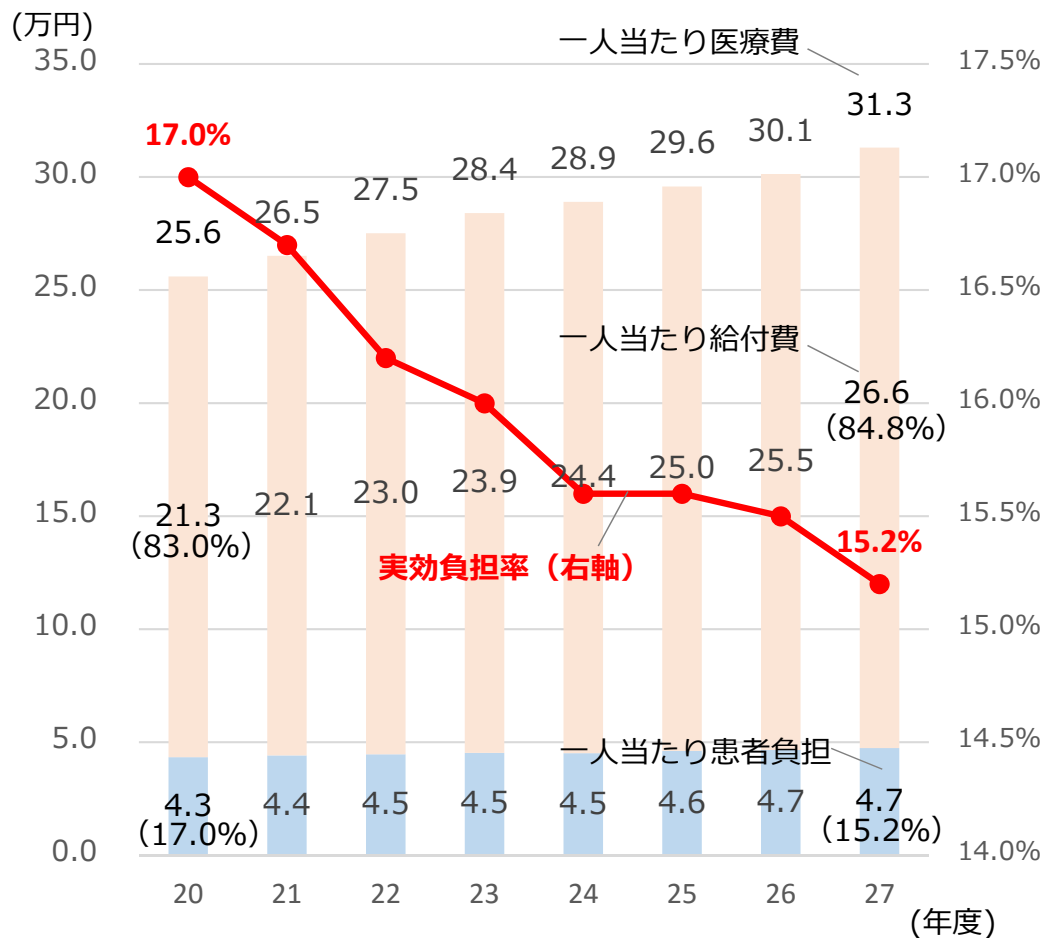
(注) 予算額は全て当初予算ベース。

# 医療費の患者負担

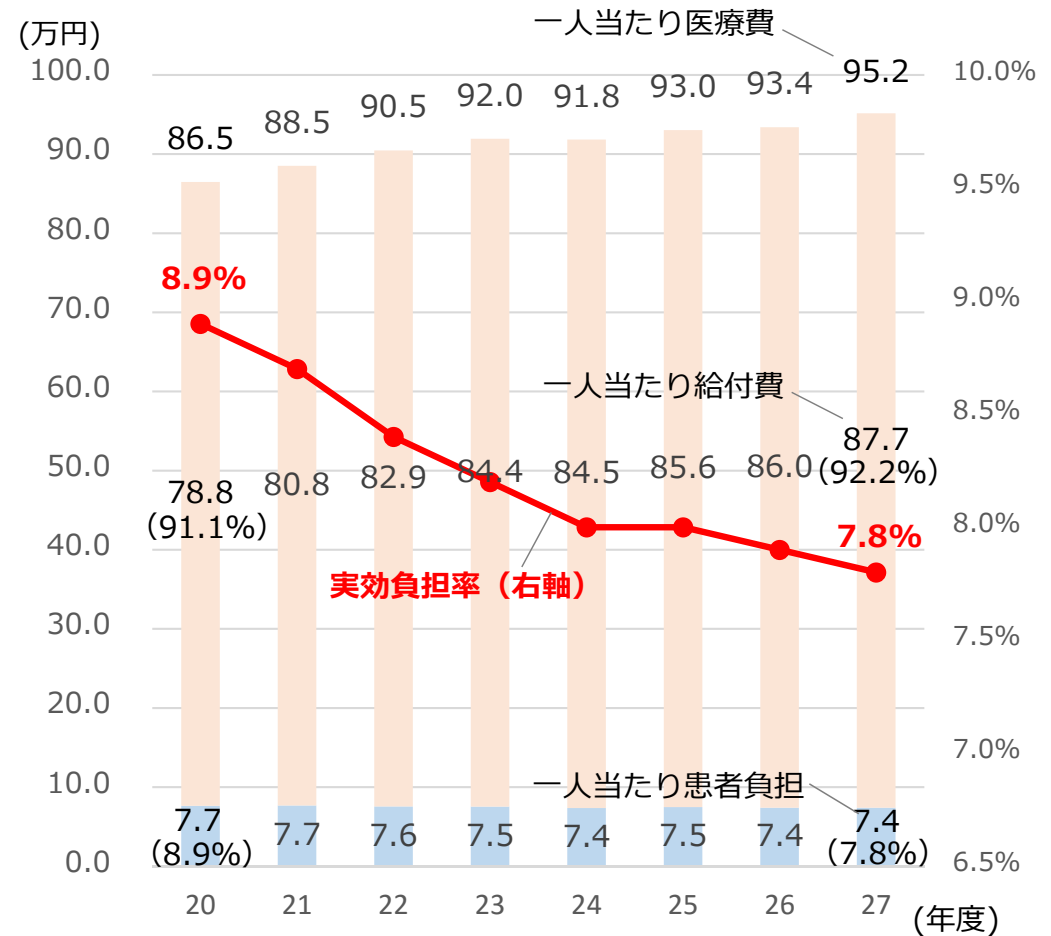
- 医療費に占める患者負担の割合（実効負担率）は、自己負担割合が低い高齢者数の増加や、高額療養費（負担上限）が変わらない中での医療の高額化の影響により、毎年低下（現在は全体で15%程度）
- 近年の一人当たり医療費の増加は大宗が給付費（保険料・公費負担）の増加で賄われており、患者負担はほとんど変わっていない。特に、後期高齢者医療制度においては、一人当たり医療費が増加している中で、患者負担は逆に減少。

## ◆ 実効負担率と一人当たり医療費、患者負担の推移

全体



後期高齢者



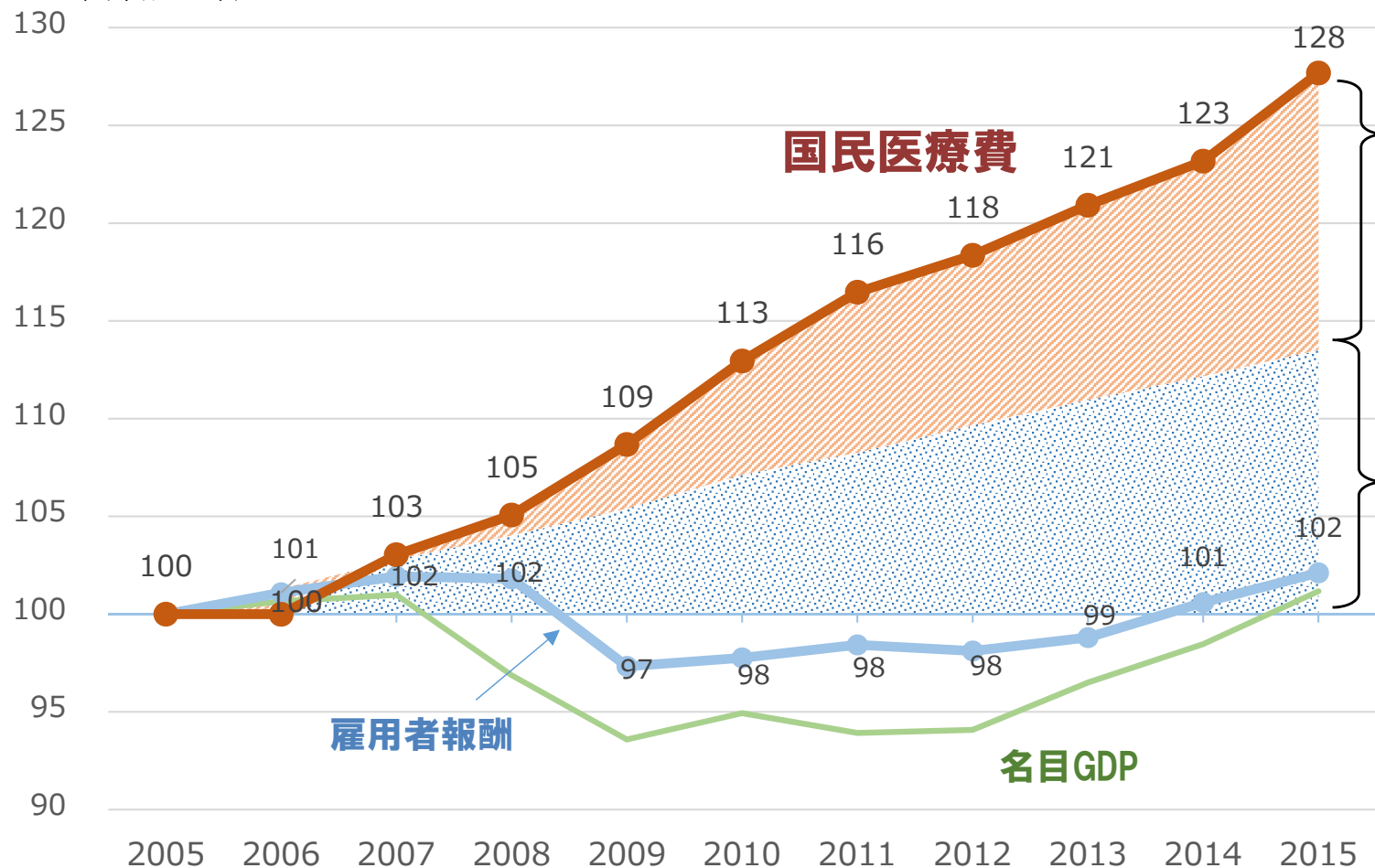
(出所) 医療保険に関する基礎資料（厚生労働省）

(注) グラフ内の ( ) 書きは一人当たり医療費に占める割合。

# 医療の伸びと政策的対応可能性

- これまで公費負担の増加をもたらしてきた医療費の増加のうち、高齢化など人口動態の変化によると説明されるものは半分程度であり、残り半分は、「その他の伸び」とされる。
- 「その他の伸び」の内訳は必ずしも明らかでないが、受診・診療行動の変化に加えて、
  - ① 診療報酬改定のほか、新規の医薬品や医療技術の保険収載といった施策・行為に起因するものや、
  - ② 医師や医療機関の増加（提供体制へのコントロールの不存在）などによる影響も含まれると考えられ、これらについて政策的にどのように対応していくか検討が必要。

2005年(平成17年)=100



## 「その他」の影響

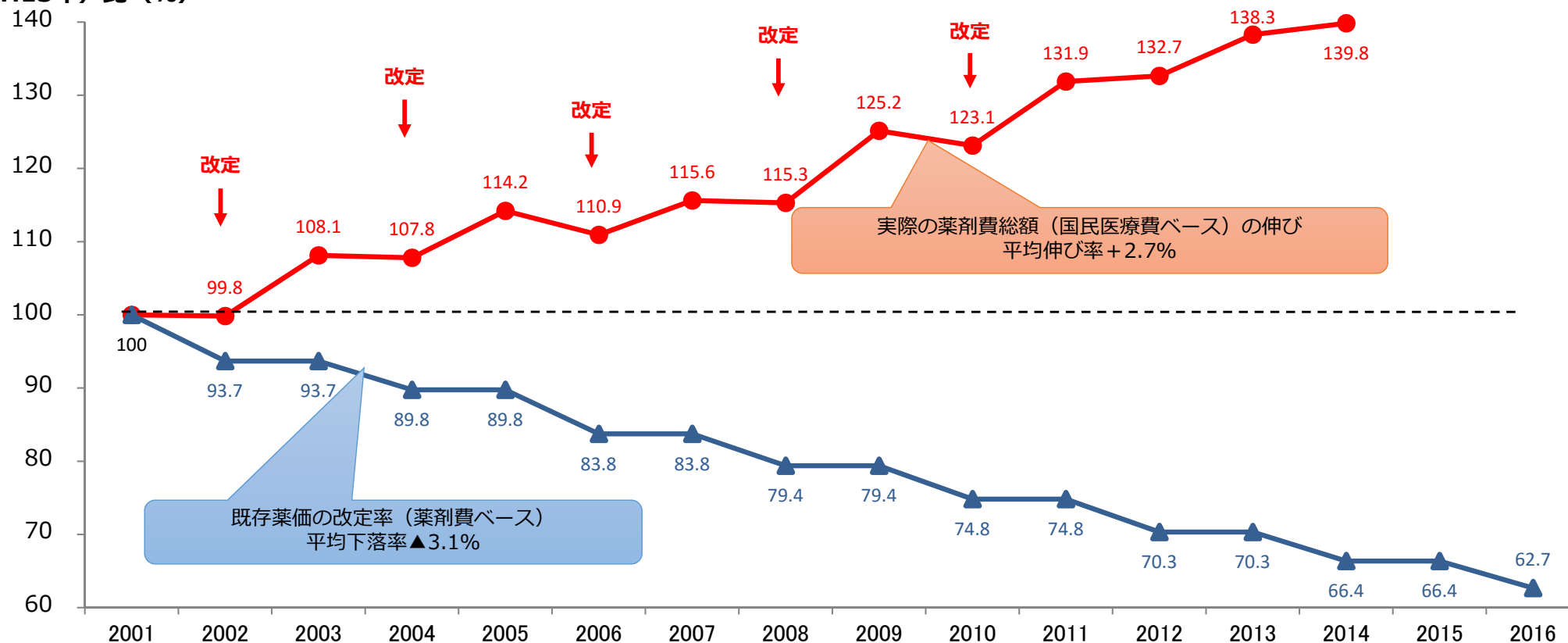
- ・ 新規医薬品等の保険収載
  - ・ 医師数、医療機関数の増加
  - ・ 診療報酬改定
  - ・ 過去の改定で収載された高額な医療へのシフト
- ※ 政策的に対応できる余地があると考えられる部分が多い。

人口増減／高齢化の影響とされる部分。

# 「その他の増」の要因①－医薬品・特定保険医療材料の保険収載

- 新規に開発されて薬事承認を得た医薬品は、基本的にすべて3か月以内に中医協において薬価が算定されて保険収載がなされる（年4回）（近年の平均は約90品目／年度のペース）
- 薬価については、これまでは2年に1回、すでに収載されている医薬品等について、実勢価格を反映した価格の引き下げを行い、その影響については予算に反映させている。一方で高齢化による使用量の増に加えて、こうした年度中の新規保険収載等が生じるため、薬剤費自体は増加を続けている。
- これにより、国庫負担も増加しているが、現行制度では、年度中の保険収載に対して財政上の観点から検証がなされることにはなっていない。

2001年（H13年）比（%）



|          |    |      |    |      |    |      |    |      |    |       |    |       |    |       |    |       |
|----------|----|------|----|------|----|------|----|------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|
| 新規収載（品目） | 68 | 45   | 39 | 38   | 24 | 78   | 60 | 90   | 55 | 112   | 61 | 88    | 69 | 124   | 70 | 83    |
| 改定率（%）   |    | ▲6.3 |    | ▲4.2 |    | ▲6.7 |    | ▲5.2 |    | ▲5.75 |    | ▲6.00 |    | ▲5.64 |    | ▲5.57 |

※1 平成29年8月9日 中央社会保険医療協議会薬価専門部会参考資料を基に作成。

※2 2001年を100とした指数で、当該年度の変動率及び改定率を前年度の指数に乗じたもの。



# 「その他の増」の要因②－提供体制へのコントロール

- 「患者と医療提供者との情報の非対称性」という医療サービスの性格に加えて、「国民皆保険」「フリーアクセス」「出来高払い」といった我が国の公的医療保険制度の特性もあり、医療費は医師数や医療機関数といった提供体制に強い影響を受ける。
- しかしながら、我が国では必要な需要に応じて提供体制を適切にコントロールする仕組みが不十分。
- 提供体制の影響を受け医療費が増加すれば、国民負担も増加。

## 医療機関側

自由開業・自由標榜  
どこでどの診療科で開業するのかは自由

出来高払い  
患者数や診療行為数が増加するほど収入増

情報の非対称性  
どんな医療が必要か供給者の判断が大きい

+

## 患者側

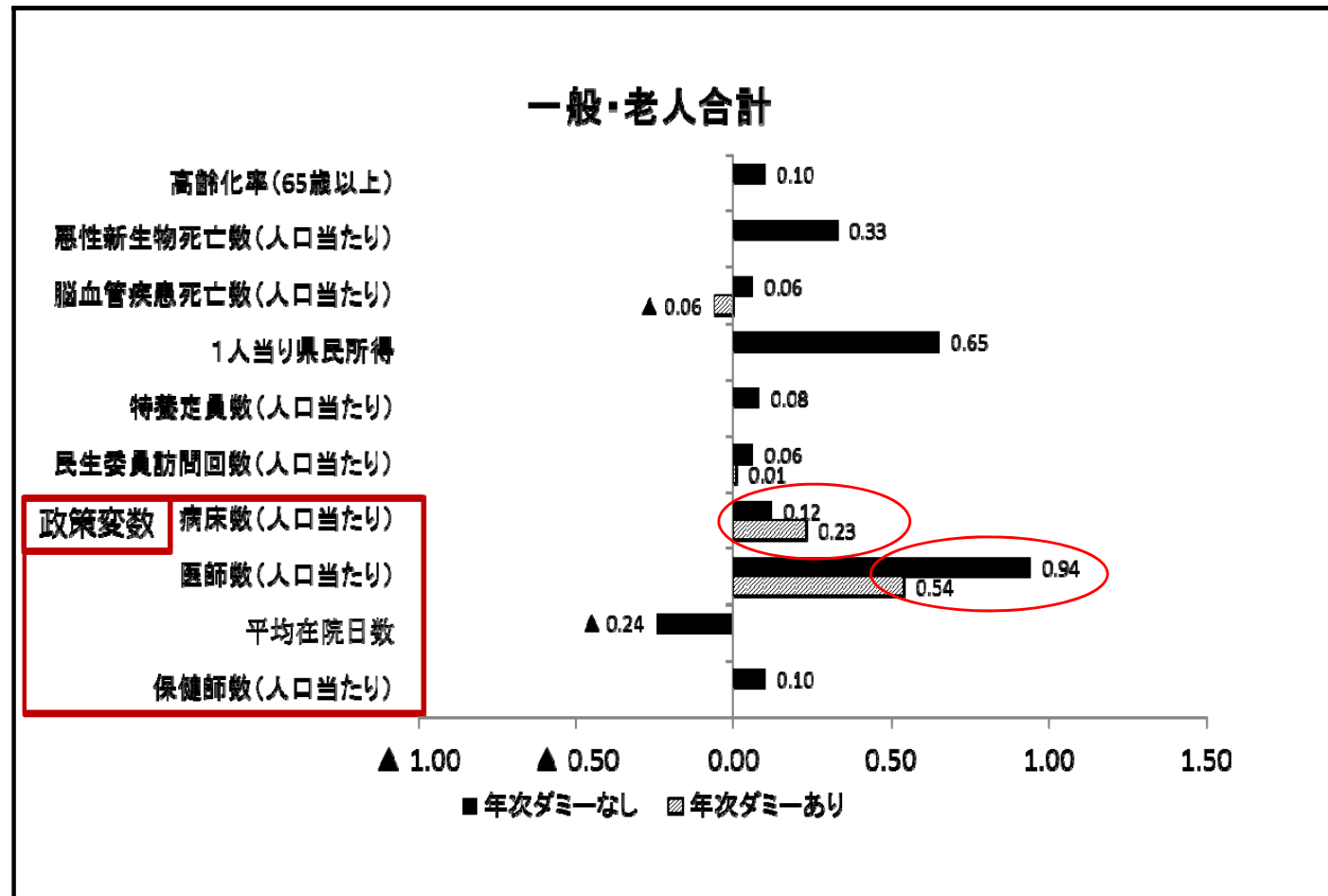
国民皆保険  
誰もが低い負担でサービスを受けられる

フリーアクセス  
いつでもどの医療機関でも受診可能

供給サイドの増加に応じて  
医療費が増加しやすい構造

国民負担

## ◆一人当たり医療費増加要因の分析結果（30年間の都道府県別医療費の増減の要因）



- (注) 1. 線形パネルデータモデル（水準対数モデル）で固定効果モデルが選択された。  
 2. 数字は1人当たり国保医療費総額（1983～2012年）に対する各要因の水準弾力性（1%増減した場合に何%増減するか）を示す。各要因はいずれも5%水準で有意。  
 3. 調整済み決定係数（overall）は、年次ダミーなし0.87、年次ダミーあり0.95。  
 (出典) 印南一路著「再考・医療費適正化」（2016年8月）



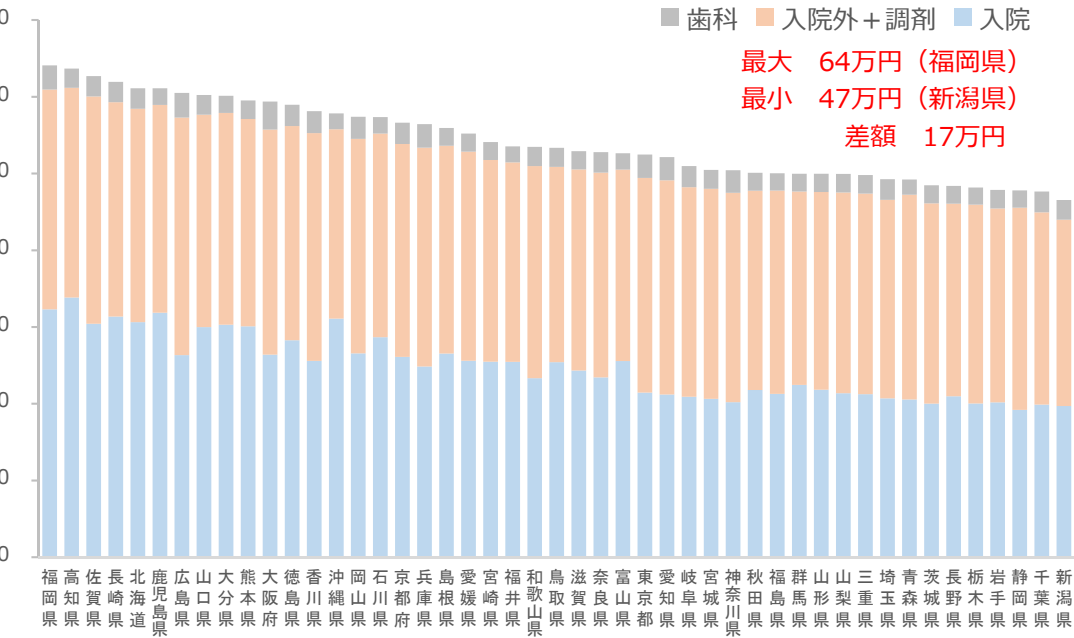
# 我が国の医療提供体制の問題点

| 国名   | 平均在院<br>日数<br>(急性期) | 人口千人<br>当たり<br>総病床数 | 病床百床<br>当たり<br>臨床医師数 | 人口千人<br>当たり<br>臨床医師数 | 病床百床当たり<br>臨床看護職員数 | 人口千人当たり<br>臨床看護職員数 | 人口百万人あたり<br>MRI台数 |
|------|---------------------|---------------------|----------------------|----------------------|--------------------|--------------------|-------------------|
| 日本   | 29. 1<br>(16.5)     | 13. 2               | 17. 9※1              | 2. 4※1               | 83. 0※1            | 11. 0※1            | 51. 7※1           |
| ドイツ  | 9. 0<br>(10.2)      | 8. 1                | 50. 9                | 4. 1                 | 164. 1             | 13. 3              | 33. 6             |
| フランス | 10. 1※1<br>(5.9)    | 6. 1                | 50. 9                | 3. 3※2               | 161. 8※2           | 9. 9※2             | 12. 6             |
| イギリス | 7. 0<br>(6.8)       | 2. 6                | 106. 9               | 2. 8                 | 302. 7             | 7. 9               | 7. 2※1            |
| アメリカ | 6. 1※1<br>(5.5)※1   | 2. 8※1              | 90. 9※1              | 2. 6※1               | 394. 5※1・2         | 11. 3※2            | 39. 0             |

出典:「OECD Health Data 2017」 注1:「※1」は2014年のデータ。 注2:「※2」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

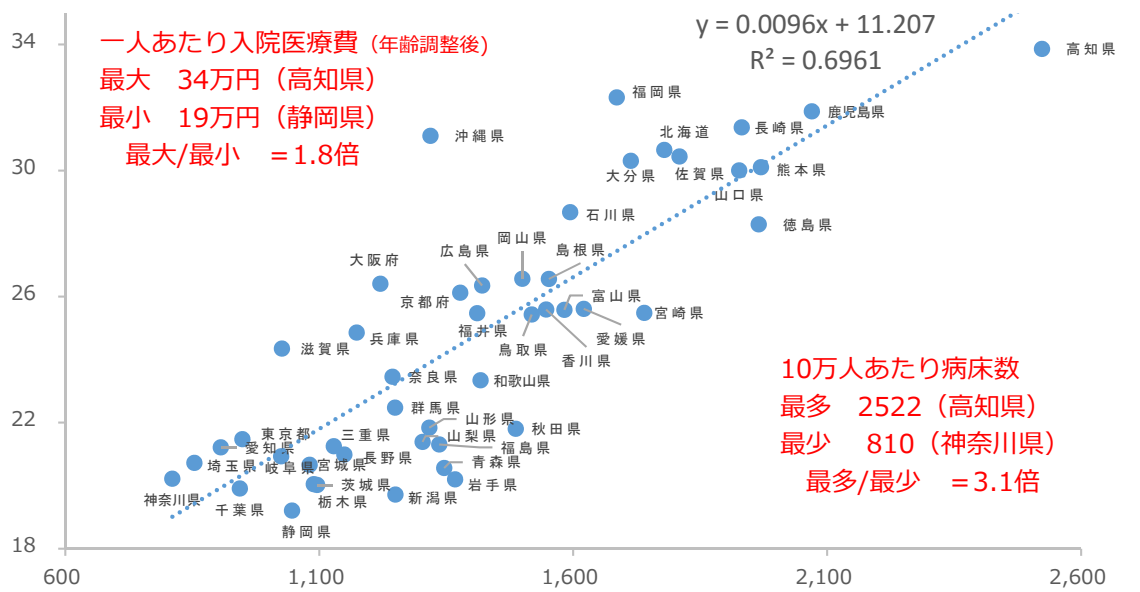
(万円、国保+後期)



(出典)厚生労働省「平成27年度医療費の地域差分析」

## ◆ 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  
(万円、国保+後期)



(出典): 病床数については厚生労働省「平成27年度医療施設調査」、  
一人当たり入院医療費については厚生労働省「平成27年度医療費の地域差分析」

※ 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。

## 医療制度と公費負担の現状について（まとめ）

- 医療費は我が国経済の伸びを上回って増加してきており、その増加を大宗は公費・保険料負担の増加によって賄われてきた。今後も、公費の増加に大きく依存した形で医療費の増加が続くと見込まれる。一方で、一人当たり患者負担はほとんど増加せず、後期高齢者医療制度ではむしろ減少している。
- 医療に係る公費負担は、予算編成によって実際の支出額をコントロールすることができず、理由はなんであれ、結果として医療費が増加すると自動的に国民負担も増加する仕組みとなっている。
- このため、医療費そのものの抑制に努めていく必要がある。高齢化など人口要因による理由以外での医療費の増加（その他の増加）については、保険収載の在り方の検討や、提供体制へのコントロールなど政策的な対応の余地がある。
- 予算編成において支出の必要性が厳しく精査される他の政策経費とのバランスや、限りある財政資源の適切な配分という観点を踏まえれば、このような「その他の増加」をあたかもやむを得ないものとして公費等の国民負担を増加させるとの考え方はとりえず、他の政策経費同様、増加を前提とせずに対応すべきである。
- 医療給付費が今後も財政に依存しながら増加していく中で、財政と医療保険制度の持続可能性を確保していくためには、特に医療技術の高度化等による増加額への対応は、医療中の支出のメリハリ付けや制度改革によって対応していくべきである。

# I . 医療・介護

## 1 . 医療・介護と公費負担の現状

- ・ 医療費・介護費と負担の現状
- ・ 医療費増加の要因

## 2 . 今後直面する課題

- ・ 後期高齢者の増加
- ・ 「支え手」の大幅な減少
- ・ 急速な医療技術の高度化・高額化

## 3 . 対応の方向性

- ・ 制度の持続可能性を踏まえた保険給付範囲としていく
- ・ 必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する
- ・ 高齢化や人口減少の中でも持続可能な制度としていく

# 今後の人口動態の変化(高齢化と支え手の減少)

- 医療費・介護費に大きな影響を与える後期高齢者数は2030年まで大幅増加、その後ほぼ横ばいが続き、2040年ごろから再び増加。
- 一方で保険制度の主たる「支え手」となる20~74歳の人口は、今後中長期的に大幅な減少が続く。
- 「支え手」に関しては、高齢者や女性の労働参加を促していくことが重要。しかし、仮に労働参加率の上昇を想定したとしても、2030年以降、労働力人口は大幅に減少。

## ◆ 中長期的な人口の変化（1年間あたり）

団塊の世代が  
後期高齢者に  
なり始める

団塊の世代が  
すべて後期高  
齢者になる

団塊ジュニアが  
後期高齢者に  
なり始める

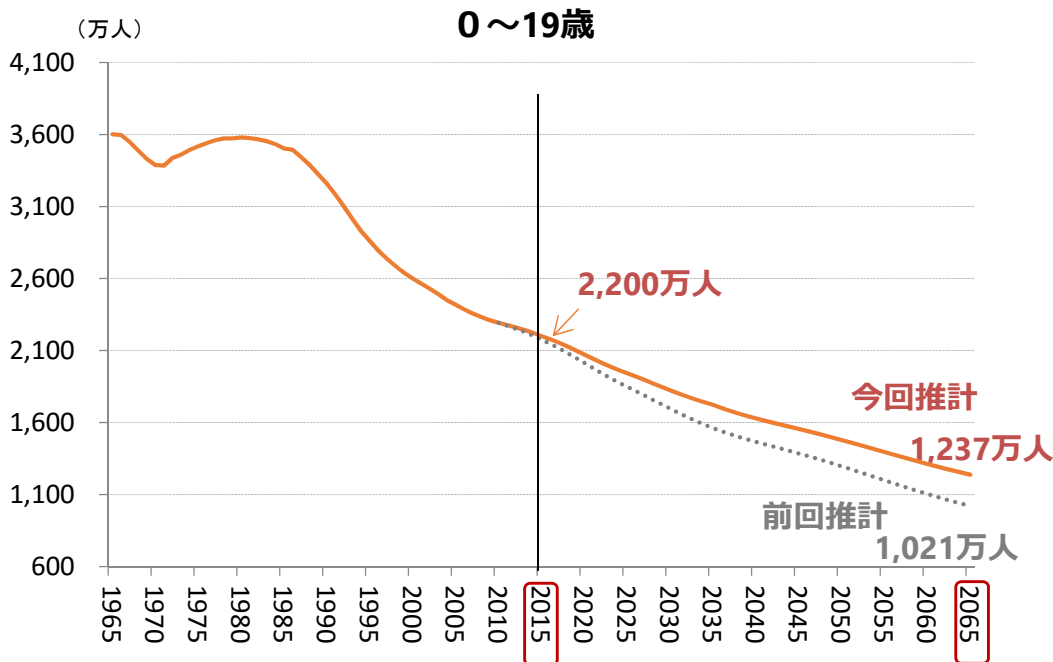
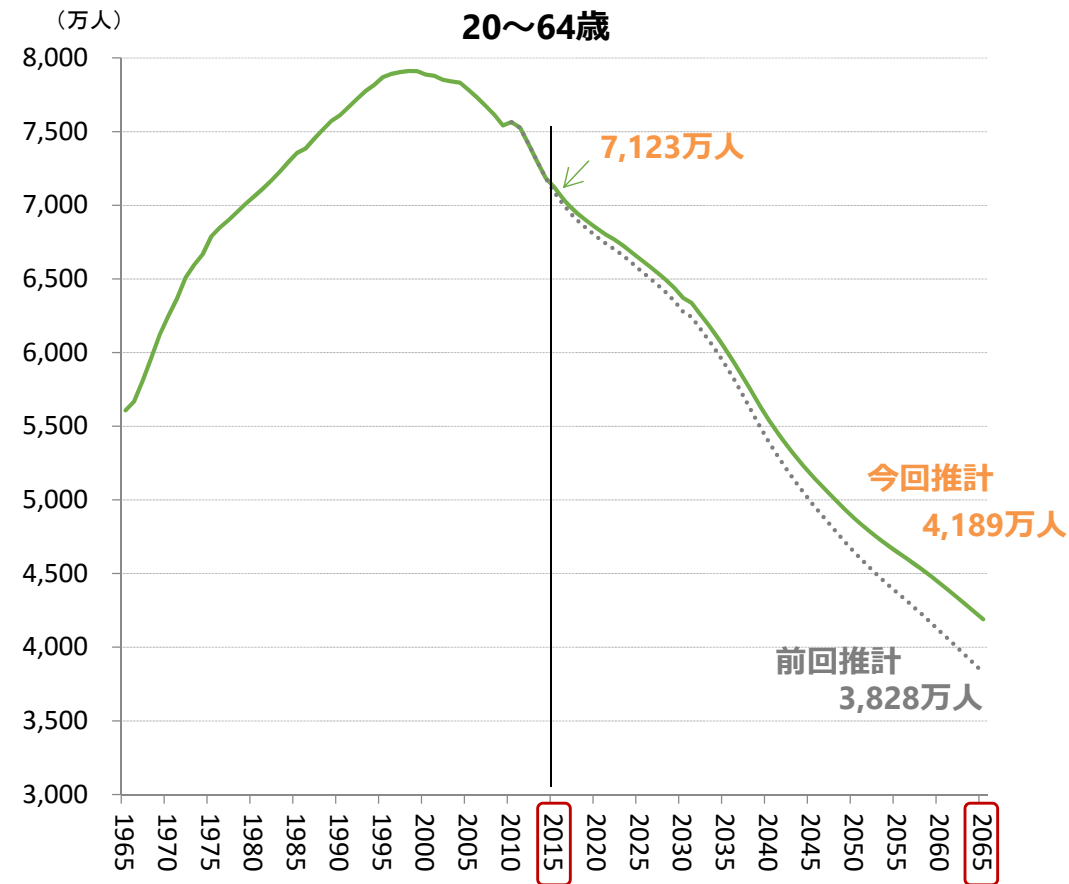
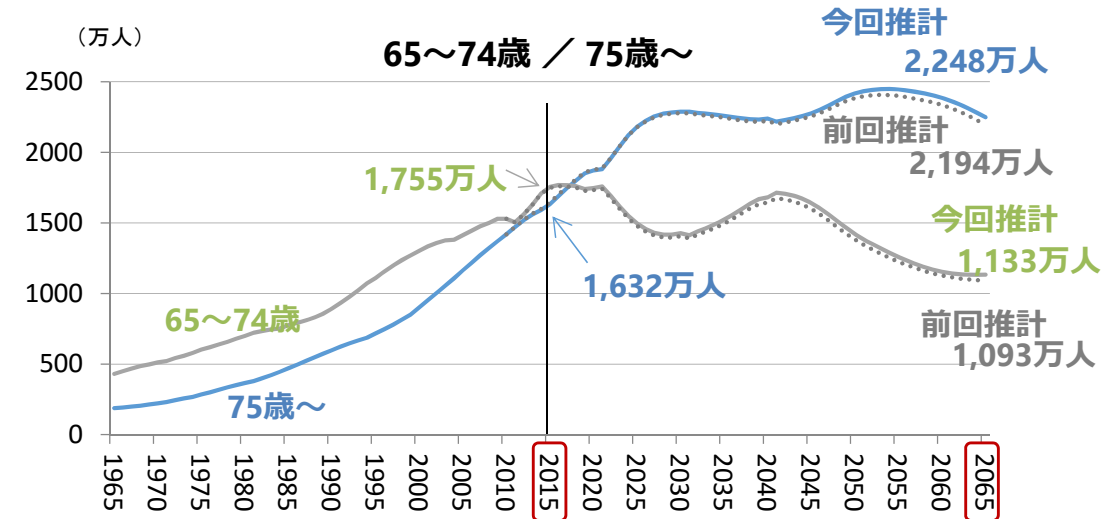
|                  | 2022-<br>2025 | 2026-<br>2030 | 2031-<br>2040 | 2041-<br>2050 | 2051-<br>2060 |
|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 全人口              | ▲57万人         | ▲68万人         | ▲82万人         | ▲90万人         | ▲91万人         |
| 75歳以上<br>(後期高齢者) | +75万人         | +22万人         | ▲5万人          | +18万人         | ▲30万人         |
| 20-74歳           | ▲107万人        | ▲67万人         | ▲58万人         | ▲93万人         | ▲71万人         |

後期高齢者急増

支え手の急減

# 年齢4区分別の見通しについて

- 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。）



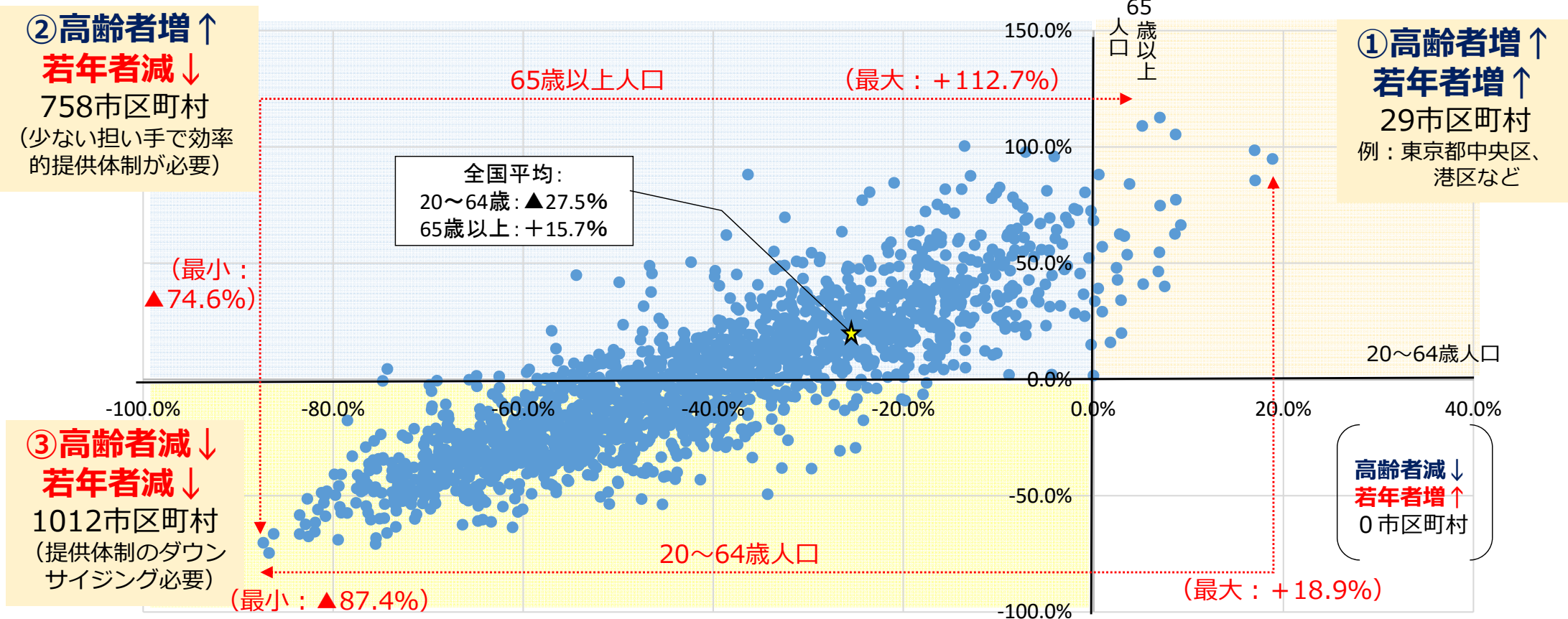
（出所）国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」  
（出生中位・死亡中位仮定）



# (参考) 市区町村別の若年・高齢者人口の見通し

- 日本の人口は全国平均で、2015年から2045年までで、65歳以上の高齢者人口が+15.7%（+532万人）増加する一方で、20～64歳の若年人口が▲27.5%（▲1,956万人）減少。
- こうした人口増減を市区町村別で見ると、65歳以上人口が最大2倍増から最小7割減、20～64歳人口は、最大2割増から最小9割減と、地域によって大きな開きがある。また、その人口増減の傾向については、①高齢者・若年者がともに増加、②高齢者は増加するが若年者は減少、③高齢者・若年者ともに減少、という地域が存在。
- ①の地域は都心部など、ごく一部の地域であり、他は全て②と③の地域。②の地域については、今後、サービスの担い手でもある若年者が減少する中で、増加する高齢者に対応するための効率的な提供体制の構築が課題となる。また、③の地域については、高齢者数自体も減少していくことから、医療・介護サービスの提供体制の適切なダウンサイジングも課題となる。

2015年から2045年の市区町村別65歳以上人口と20～64歳人口の増減率

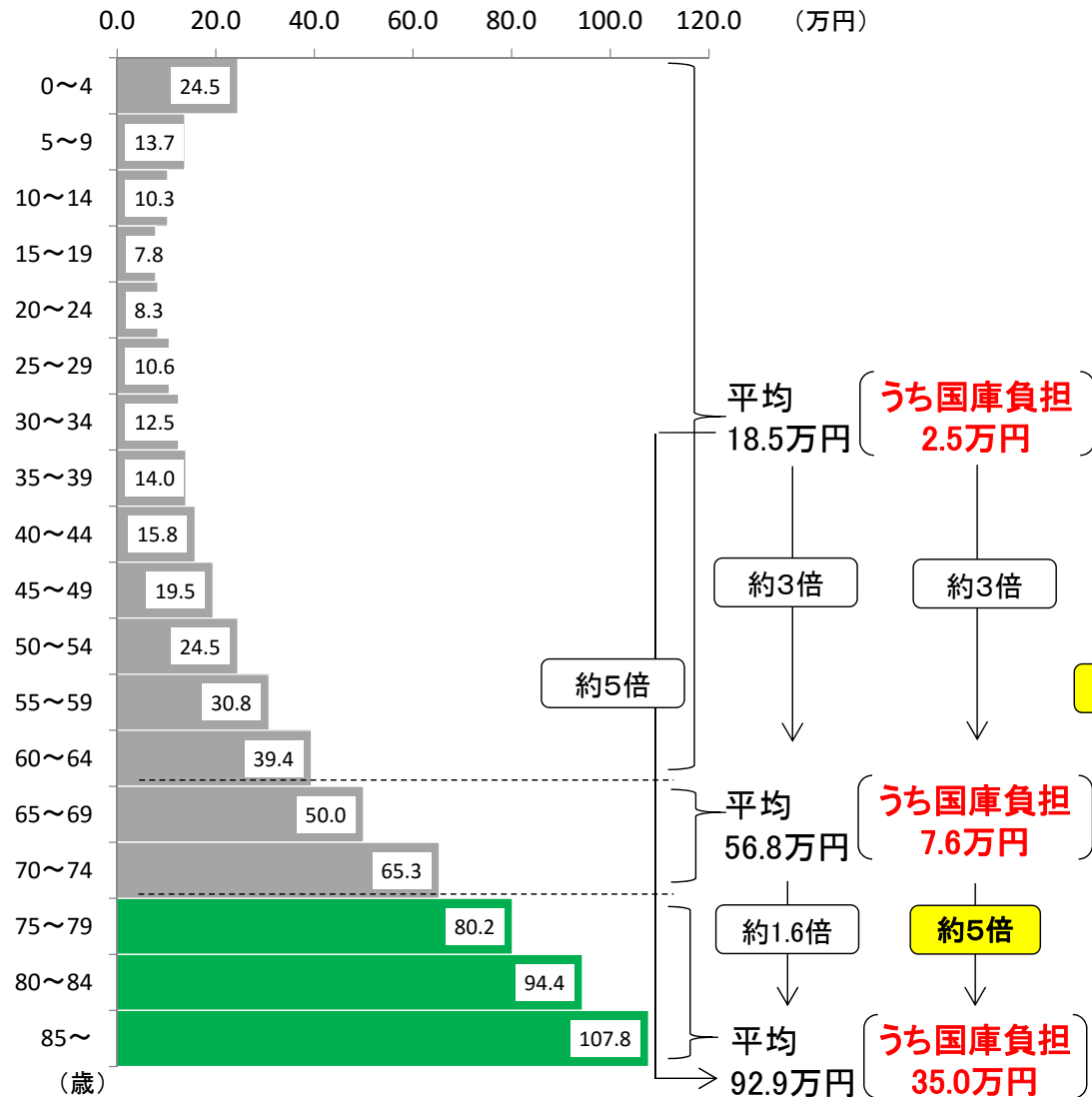


(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(全国)」 「日本の地域別将来推計人口(都道府県別・市区町村別)」

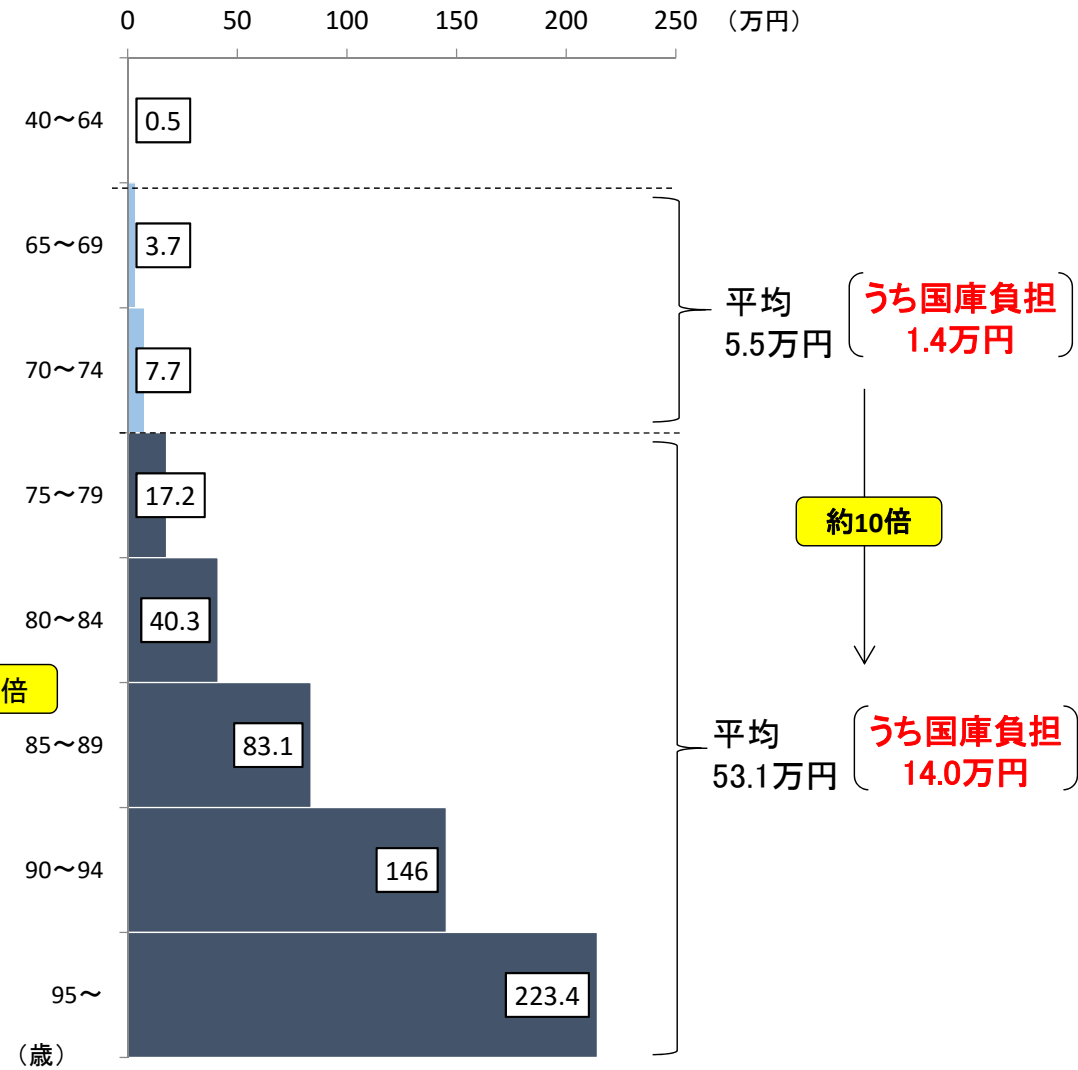
(注) 対象は、福島県(1県)と1,798市区町村(東京23区及び12政令指定都市の128区、その他の766市、713町、168村)である。2015から2045年の人口が同数の場合(3自治体)は減少にカウント。

# 年齢階級別1人当たり医療・介護費について

年齢階級別1人当たり国民医療費  
(2015年)



年齢階級別1人当たり介護費  
(2015年)

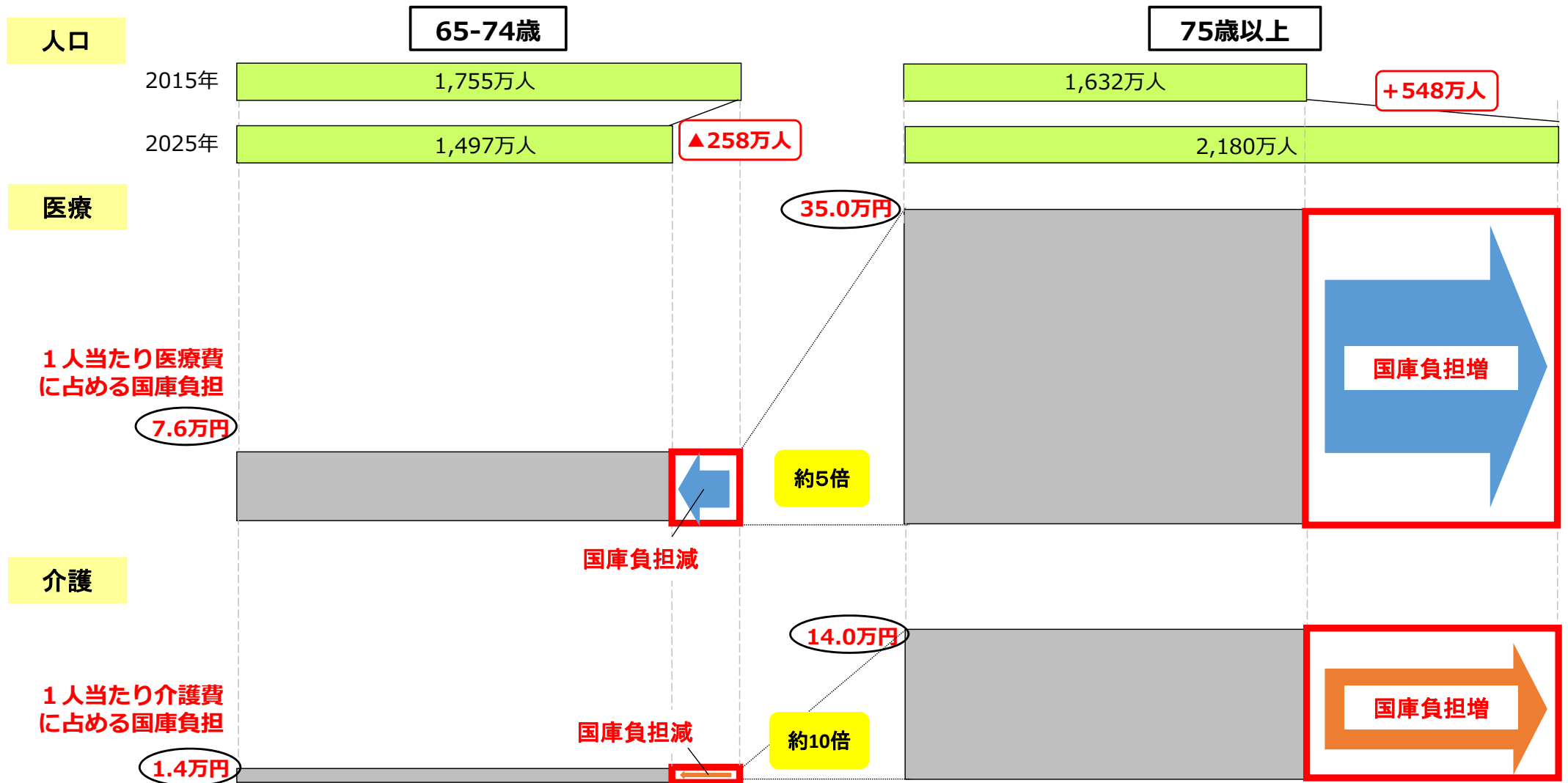




# 高齢化の進展が財政に与える影響

- 75歳以上になると、医療・介護に係る 1人当たり国庫負担額が急増する。このため、高齢化の進展に伴い、仮に今後、年齢階級別の1人当たり医療・介護費が全く増加しないと仮定※しても、2025年にかけて、医療・介護に係る国庫負担は急増する見込み。国庫負担への依存を強めながら、医療費・介護費が大幅に増加していくことになる。

※ 実際の医療・介護費の伸びを要因分解すると、高齢化のほか、高度化等による影響がある。

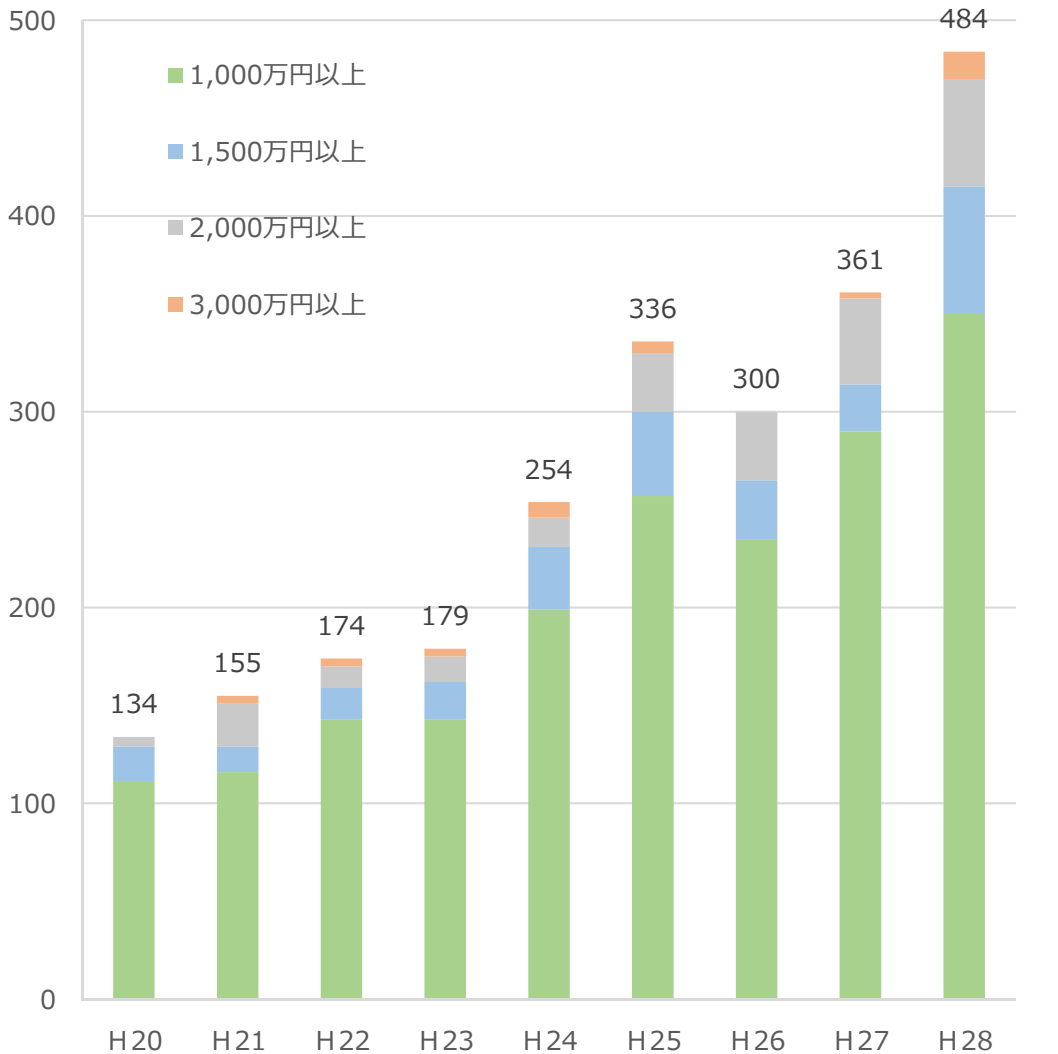


# 高額な医療費の状況

○ 近年の高額な医療技術・医薬品の登場などを背景に、1件（1か月・医療機関）あたりの医療費が高額なレセプトが大幅に増加してきている。

◆ 健保組合における1,000万円以上高額レセプトの件数の推移

(件数)



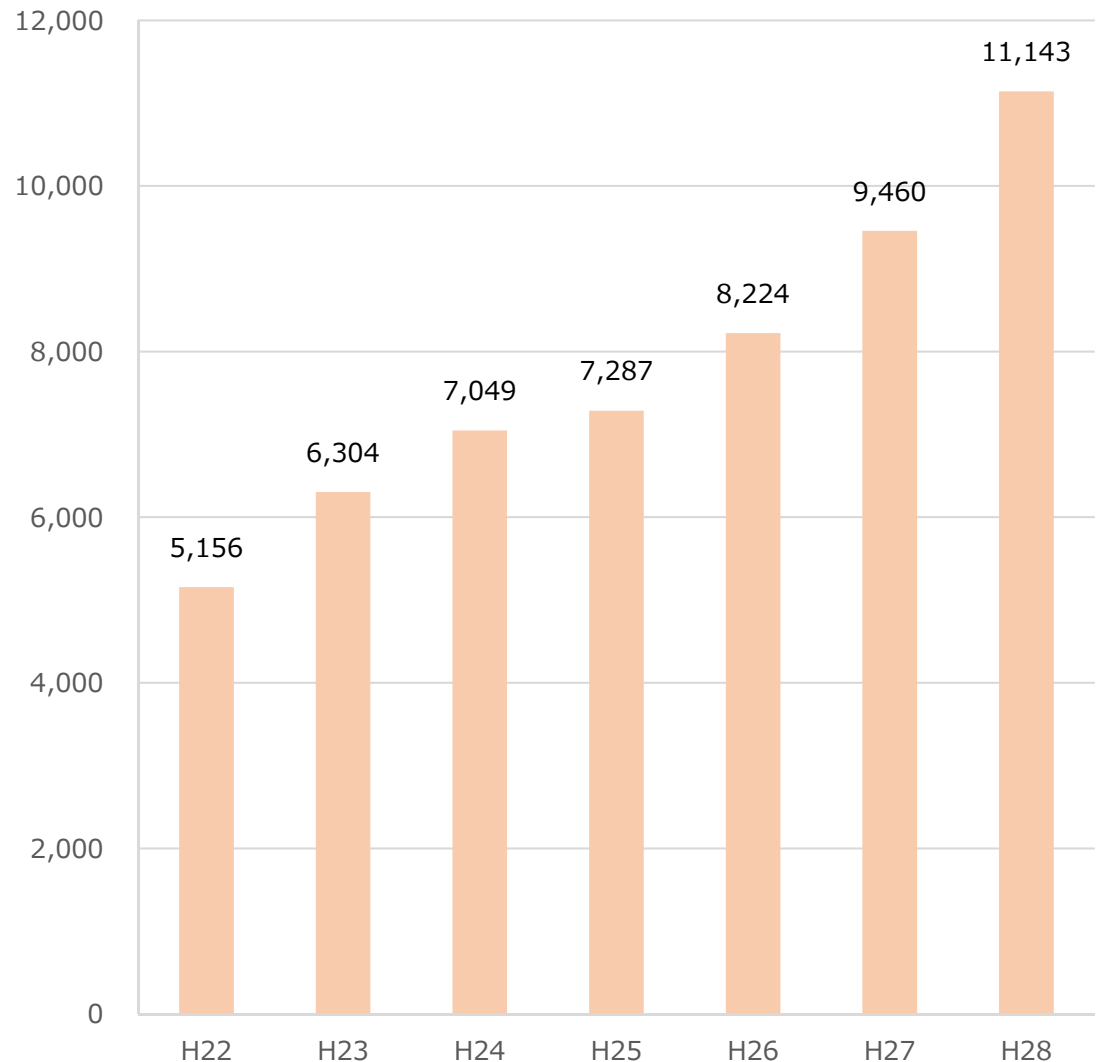
(出典) 健康保険組合連合会「高額レセプト上位の概要」

(年度)

◆ 後期高齢者医療制度における特別高額医療費共同事業の対象レセプト件数の推移

(件数)

※ 1件400万円超のレセプト



(出典) 国保中央会「特別高額医療費共同事業実績の報告について」

(年度)

# (参考)高度・高額な医療技術の登場

## 再生医療等製品

(すでに保険収載されたもの)

| 名称                        | 収載    | 対象疾患           | 価格            |
|---------------------------|-------|----------------|---------------|
| ヒト（自己）表皮由来細胞シート「ジェイス」     | 21/1  | 重症熱傷           | 15.1万円（1枚）    |
| ヒト自家移植組織「ジャック」            | 25/4  | 膝関節軟骨損傷        | 213万円         |
| ヒト自己骨格筋由来細胞シート「ハートシート」    | 27/11 | 虚血性心疾患による重症心不全 | 1,476万円（5枚分）  |
| ヒト（同種）骨髄由来間葉系幹細胞「テムセルHS注」 | 27/11 | 急性GVHD         | 約1,400万円（一か月） |

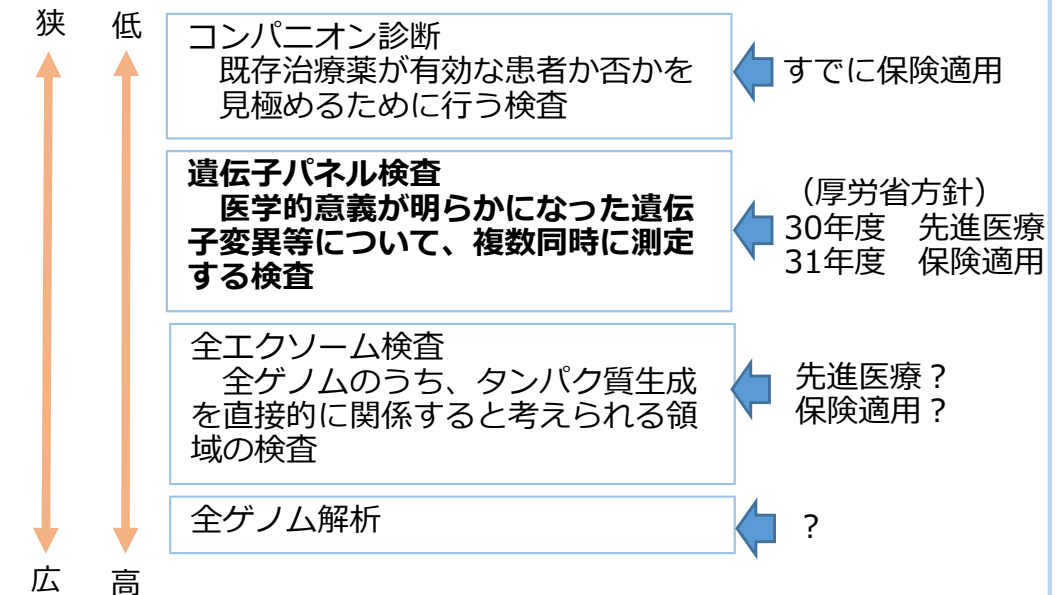
(先駆け審査指定品目)

画期的な治療方法の一刻も早い実用化が求められている疾患等を対象とした医薬品等について、①世界に先駆けて開発され、日本に最初に申請が計画される、②開発初期の臨床試験データ等から、既存の治療法に比した大幅な改善等、対象疾患に係る著明な有効性が見込まれるものを、申請により指定。承認取得までの期間短縮など開発促進を支援。

| 名称                        | 指定   |
|---------------------------|------|
| STR01（自家骨髄間葉系幹細胞）         | 28/2 |
| G47Δ                      | 28/2 |
| 自家心臓内幹細胞                  | 28/2 |
| CLS2702C/D（口腔粘膜由来食道細胞シート） | 29/2 |
| 非自己iPS細胞由来ドパミン神経前駆細胞      | 29/2 |
| ヒト（同種）成人骨髄由来多能性前駆細胞       | 29/2 |
| TBI-1301                  | 30/3 |
| CLBS12                    | 30/3 |
| AVXS-101                  | 30/3 |

検査  
対象 費用

## 遺伝子パネル検査



パネル検査は、100以上の遺伝子の異常を一括で調べることができる。現在は、患者が全額自己負担する自由診療で、費用は約60万～100万円と高額。実施する医療機関も少なく、全てのがん患者がその恩恵を受けることは困難だった。

患者にとって、一括検査の保険適用は一見、福音だ。パネル検査に携わるある医師は、「進行がんの患者には時間がない。一刻も早く自分に合う分子標的薬を知りたいはず」と、患者や家族の思いを代弁する。しかし、いいことばかりではない。一括検査をしても遺伝子異常を発見できないケースがあり、仮に遺伝子異常を発見できても、その先の治療薬に公的保険が適用されず、高額な治療費を自己負担する場合も多いのだ。

「その先の治療薬も保険適用すればよい」と思うかもしれないが、治療薬を保険適用するまでには、その有効性を調べるために膨大な時間と費用がかかる。画期的な薬として登場した「オプジーボ」は高額な上に保険適用になるがん種が広がり、医療費抑制のため緊急措置で薬価引き下げとなった。

自由診療でも、すでにパネル検査を行う施設には全国から患者が殺到している。厚労省は、指定の中核拠点病院での実施に限るとしているが、保険で安価に受けられるとなれば、患者たちは必死でアクセスしようとするだろう。

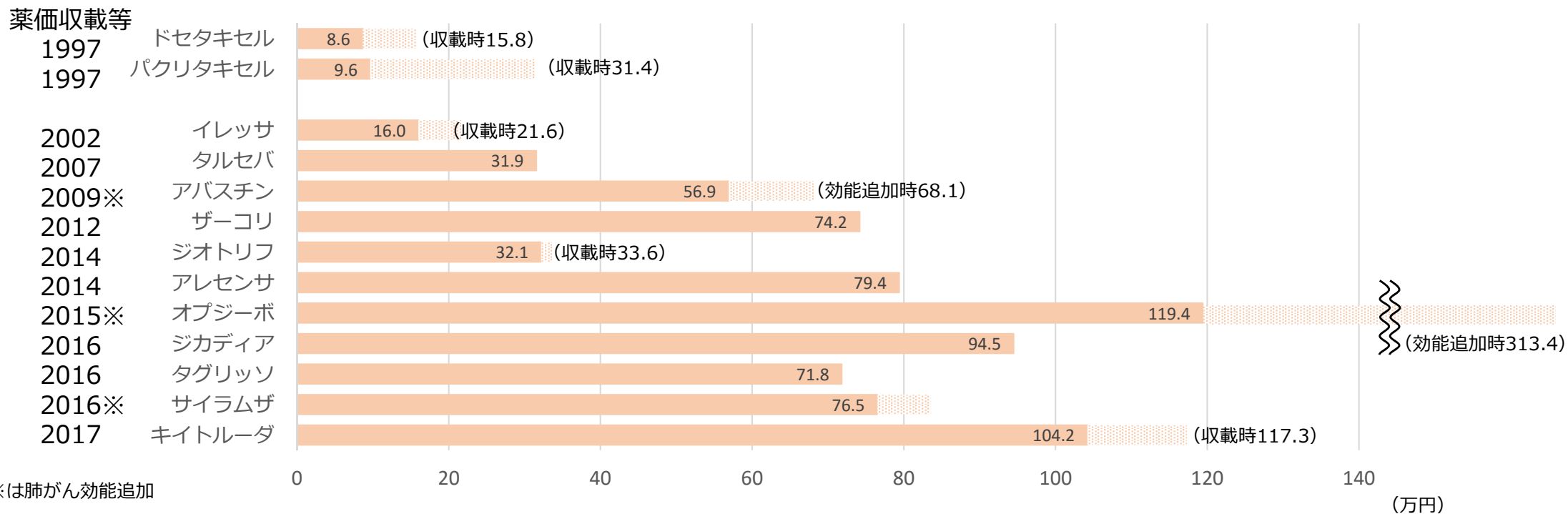
検査で合う薬が見つければ、そうした薬をより早くより広く保険適用すべきという圧力が働く。ある大学病院の医師は「この検査が保険適用されれば、医療財政は間違いなく破綻する」と懸念する。（「週刊ダイヤモンド」委嘱記者 野村聖子）

ダイヤモンド・オンライン 2017.7.12

「がん治療での遺伝子検査を保険適用か、医療財政破綻の懸念も」

# (参考)医薬品の高額化(抗がん剤の例)

## ◆主な抗がん剤の1か月あたり薬価



(注) 肺がん治療に使用される主な抗がん剤について、1か月あたり薬価を、厚生労働省「国民健康・栄養調査」による成人男性の平均身長・体重をもとに算出。用法・用量に特定の抗がん剤との併用が明示されている場合を除き、併用薬の薬価は含まない。ドセタキセル、パクリタキセルは後発品が上市されているため、一般名で記載。価格は先発品価格。薬価は30改定後であるが、収載時乃至効能追加時の薬価のほうが高い場合には、その時点での1か月薬価を併せて記載。

## 遺伝子操作で免疫細胞強化…米承認の新療法、「薬価5300万円」など課題

自分の体内の免疫細胞を取り出し、遺伝子操作して攻撃力を高めてから体内に戻す「CAR-T細胞治療」と呼ばれる新しい免疫治療が、一部の白血病を対象に米国で承認された。開発企業は来年中にも、国内で承認申請する見通しだ。(森井雄一)

(中略)

CAR-T治療は、同じ目印をもつ他の白血病への効果も期待されている。国内ではバイオ関連企業のタカラバイオ(滋賀県草津市)が開発を進めている。

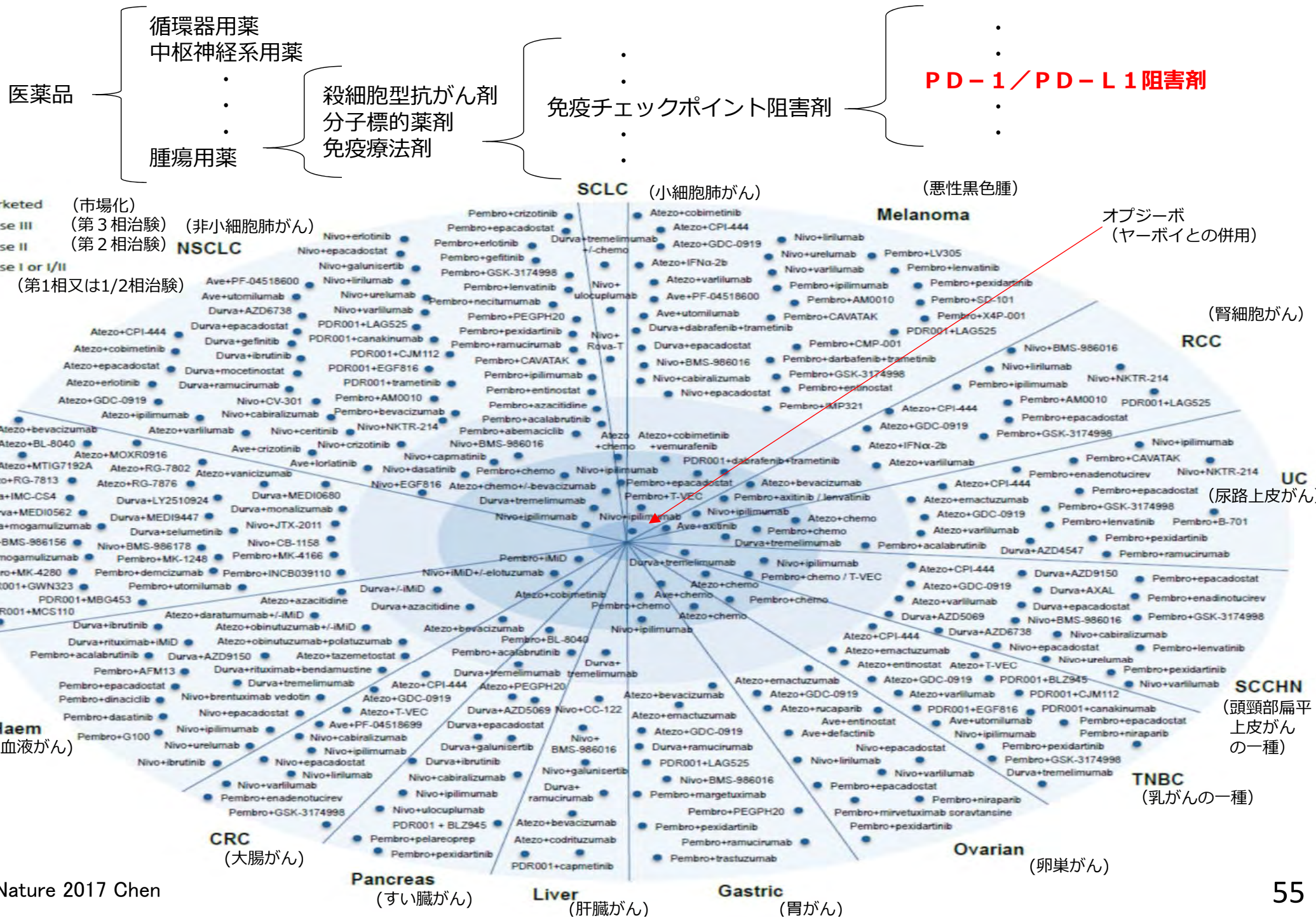
一方で、がん細胞だけに特有の目印を見つけるのは難しく、様々ながんに対して研究は進むものの、白血病の次のターゲットはまだ明確ではない。

遺伝子操作や細胞の培養にコストがかかるため、高額な治療費も課題だ。ノバルティスのCAR-T治療用製品「キムリア」の米国での薬価は47万5000ドル(約5300万円)。治療から1か月後に効果が認められた場合だけ患者に支払いを求める方式を導入しているが、日本国内ではそうした例がなく、治療法が承認されたとしても高額な薬価が議論になりそう。

Yomiuri Online 2017年12月13日



# (参考)PD-1/PD-L1阻害剤の開発状況



# (参考) 国民皆保険の持続可能性についての医師の見方

## 国民皆保険による医療 医師の半数「持続不能」

すべての国民が公的な医療保険に加入している現在の国民皆保険について、医師の半数が「維持できない」と考えていることが、日本経済新聞社などが実施したアンケート調査で分かった。高齢化や医療技術の進歩で治療費が高額になっていることに医療現場で働く医師の多くが強い危機感を抱えている。医療の効率化の必要性を挙げる医師も目立った。

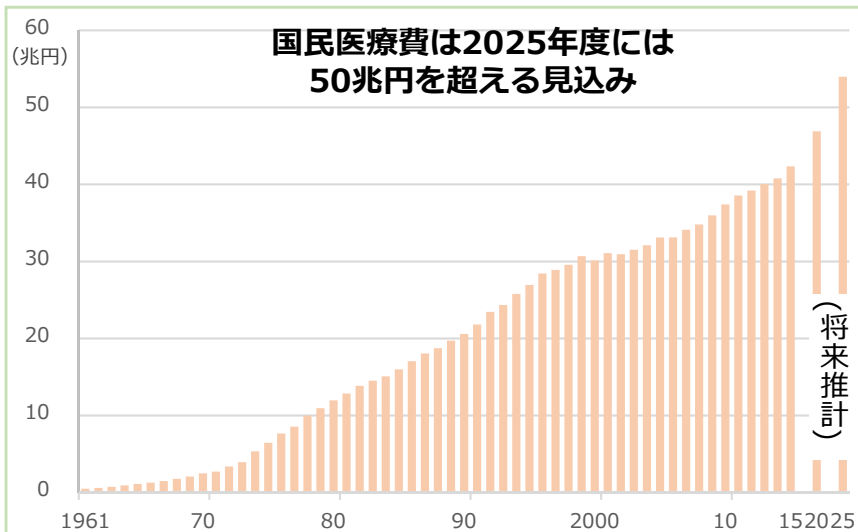
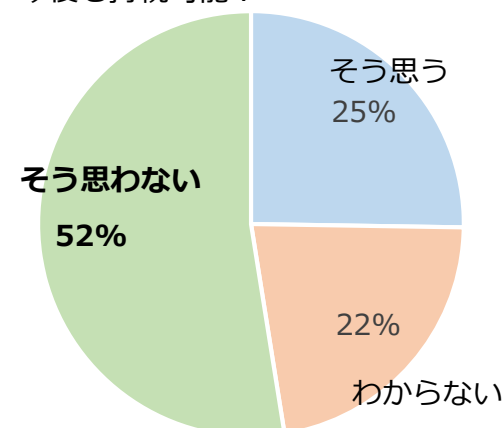
国民医療費は1990年度に20兆円を超え、2015年度は概算で41.5兆円。政府の推計では25年度には54兆円に達する見込みだ。

こうした状況について「現状の皆保険制度に基づく医療は今後も持続可能と思うか」と尋ねたところ、「そうは思わない」との回答が539人（52%）に達した。理由を聞いたところ、「高齢者の医療費が増大しすぎている」「医療が高度化して薬剤が高額になっている」などのコメントが目立った。

持続可能と答えた医師は261人（25%）。だが「患者負担の増加が必要」「消費増税があれば」など持続するための条件を付けており、現状のままでは維持が難しいとの認識が大半を占めた。

「持続不能」と答えた東京都の勤務医男性（63）は「支払い能力のある人にもっと払ってもらわないと維持できない」と回答。日本医師会も「皆保険を維持するため、国は増える医療費に対応できる財源を確保すべきだ」とするが、長野県の勤務医男性（59）は「過剰診療も大きな問題」と医療界の対応を促す声もあった。

**医師の5割が皆保険維持に懐疑的**  
Q.現状の皆保険制度に基づく医療は  
今後も持続可能？



海外では大病院の受診はかかりつけ医の紹介状が不可欠など受診制限があるが、日本では患者は自由に医療機関を受診できるフリーアクセスが認められている。日本の通院回数は海外の1.5倍～3倍程度と多く医療費増加の一因になっている。

高齢者や患者の負担増については改革案が検討されてきたが、「これ以上の負担は厳しい」などの反対意見で見送られてきた。フリーアクセスの見直しも日医などの反対で進んでいない。負担増や増税がなければ薬価だけでなく、医師の診療費も削減対象になる。調査では負担増のほか、医療の効率化を認める声もあった。医療保険財政に詳しい小黒一正・法政大教授は「医療費抑制のために診療費が削られることを心配しているのだろう」と指摘している。



# I . 医療・介護

## 1 . 医療・介護と公費負担の現状

- ・ 医療費・介護費と負担の現状
- ・ 医療費増加の要因

## 2 . 今後直面する課題

- ・ 後期高齢者の増加
- ・ 「支え手」の大幅な減少
- ・ 急速な医療技術の高度化・高額化

## 3 . 対応の方向性

- ・ 制度の持続可能性を踏まえた保険給付範囲としていく
- ・ 必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する
- ・ 高齢化や人口減少の中でも持続可能な制度としていく



# 我が国の医療・介護制度の課題と特徴

## 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

- 患者負担が低く、患者側にコストを抑制するインセンティブが生じにくい構造
- 誰もがどんな医療機関・医療技術にもアクセス可能

### 医療機関側

- 患者数や診療行為数が増加するほど収入が増加
- 患者と医療機関側との情報の非対称性が存在

供給サイドの増加に応じて  
医療・介護費の増大を招きやすい構造

### 社会構造の変化

- **高齢化**の進展による受給者の増加や疾病構造の変化
- 少子化の進展による「**支え手（現役世代）**」の減少
- イノベーション等による**医療の高度化・高額化**の進展

## 国民皆保険を維持しつつ、制度の持続可能性を確保していくための医療・介護制度改革の視点

### 保険給付範囲の在り方の見直し （「共助」の対象は何か）

- 高度・高額な医療技術や医薬品への対応
- 大きなリスクは共助、小さなリスクは自助で対応

### 必要となる保険給付の 効率的な提供

- 公定価格の適正化・包括化
- 医療提供体制の改革

### 高齢化や人口減少下での 給付と負担の適切なバランス

- 年齢ではなく能力に応じた負担
- 支え手の負担能力に応じた医療費の増加に伴う負担の在り方の見直し

# 医療・介護制度改革の視点

「高齢化」「支え手の減少」「高度化」の中で、財政と医療・介護保険制度の持続可能性を確保していくため、下記の視点で、制度の改革に取り組んでいく必要があり、早急に議論を前に進めるべき。

## 視点1 制度の持続可能性を踏まえた保険給付範囲としていく（共助の対象は何か）

### ① 「高度・高額な医療技術や医薬品への対応」

新たな医薬品・医療技術について、安全性・有効性に加えて経済性・費用対効果を踏まえて公的保険で対応する仕組みとしていくべき。

### ② 「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」

少額の外来医療、OTC類似薬の処方など、「小さなリスク」については、従前のように手厚い保険給付の対象とするのではなく、より自助で対応することとすべき。

## 視点2 必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する（公定価格と提供体制）

### ① 「公定価格の適正化・包括化」

診療報酬本体、薬価など、保険償還の対象となるサービスの価格については、国民負担を考慮して、できる限り効率的に提供するよう、診療報酬・薬価の適正化等を進めるべき。

### ② 「医療提供体制の改革」

これまで以上に限られた財源とマンパワーの中で、必要なサービスを過不足なく効率的に提供していくため、医療提供体制についての都道府県を中心とするコントロールの仕組みを整備・充実していくべき。

## 視点3 高齢化や人口減少の中でも持続可能な制度としていく（給付と負担のバランス）

### ① 「年齢ではなく能力に応じた負担」

団塊の世代が後期高齢者となり始める2022年度までに、世代間の公平の観点も踏まえ、「後期高齢者の窓口負担の引上げ」などの改革を実施すべき。

### ② 「支え手減少下での医療費増加に対しても制度の持続可能性を確保」

負担の先送りを解消していくとともに、支え手の負担能力を踏まえつつ、給付を見直していくことで、医療保険制度の持続可能性を確保していくべき。

# 視点を踏まえた具体的対応

改革の視点に沿って、現在の改革工程表においてすでに掲げられている改革項目を確実に実施していくとともに、さらなる改革項目を追加し、検討を進めていくべき。

## 視点1 制度の持続可能性を踏まえた保険給付範囲としていく（共助の対象は何か）

| 高度・高額な医療技術や医薬品への対応 |            |   | 大きなリスクは共助、小さなリスクは自助 |                        |   |
|--------------------|------------|---|---------------------|------------------------|---|
| ◆                  | 保険収載の在り方   | ① |                     | 薬剤自己負担の引き上げ            | ③ |
|                    | 費用対効果評価の活用 | ② |                     | 受診時定額負担の導入             | ④ |
|                    |            |   | ◆                   | ケアマネジメントの質の向上と利用者負担    | ⑤ |
|                    |            |   |                     | 要支援者へのサービスの介護予防等事業への移行 | ⑥ |

## 視点2 必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する（公定価格と提供体制）

| 公定価格の適正化・包括化 |                   |   | 医療提供体制の改革 |                          |   |
|--------------|-------------------|---|-----------|--------------------------|---|
| ◇            | 急性期病床の適正化（診療報酬改定） | ⑦ |           | 地域医療構想の推進                | ⑫ |
|              | 薬価制度の抜本改革         | ⑧ | ◆         | 外来医療・高額医療機器の配置等へのコントロール  | ⑬ |
|              | 調剤報酬の改革           | ⑨ | ◇         | 地域別診療報酬の活用               | ⑭ |
| ◇            | 慢性期病床等の転換         | ⑩ |           | 保険者機能強化のためのインセンティブの活用    | ⑮ |
|              | 在宅と施設の公平性の確保      | ⑪ |           | 頻回のサービス利用へのチェックとサービスの標準化 | ⑯ |
|              |                   |   |           | 在宅サービスについての保険者等の関与の在り方   | ⑰ |
|              |                   |   | ◆         | 介護事業所・施設の経営の効率化          | ⑱ |

## 視点3 高齢化や人口減少の中でも持続可能な制度としていく（給付と負担のバランス）

| 年齢ではなく能力に応じた負担 |                |   | 人口減少下の医療費増加に対しても制度の持続可能性を確保 |                     |   |
|----------------|----------------|---|-----------------------------|---------------------|---|
|                | 後期高齢者の窓口負担     | ⑲ | ◇                           | 支え手の減少と医療保険制度の持続可能性 | ⑳ |
| ◆              | 介護保険の利用者負担について | ㉑ |                             |                     |   |
|                | 金融資産等を考慮に入れた負担 | ㉒ |                             |                     |   |
| ◆              | 現役並み所得の判定方法    | ㉓ |                             |                     |   |

◇は「経済・財政再生計画 改革工程表2017改定版」に掲げられた改革項目についてさらに検討を前に進めるもの、◆は新たな検討項目。  
それ以外は「改革工程表」にすでに記載されているもの。

# 視点1

**制度の持続可能性を踏まえた保険給付範囲としていく**

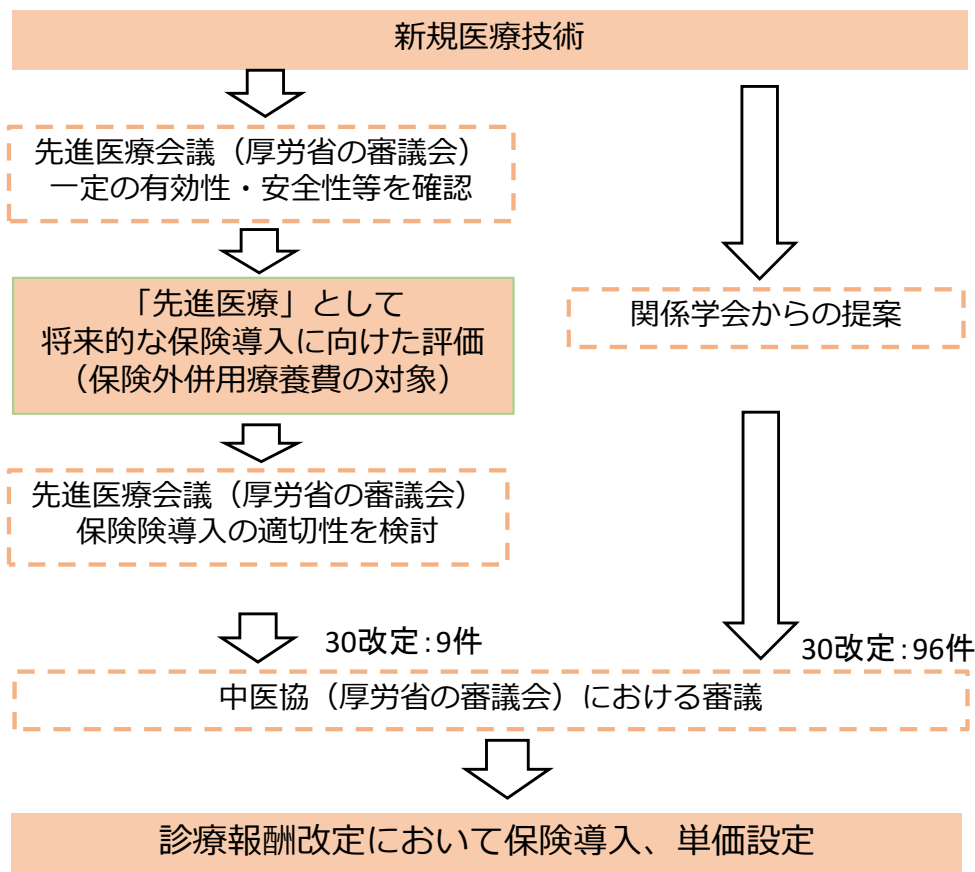
**～共助の対象は何か～**

- **高度・高額な医療技術や医薬品への対応**
- **大きなリスクは共助、小さなリスクは自助**

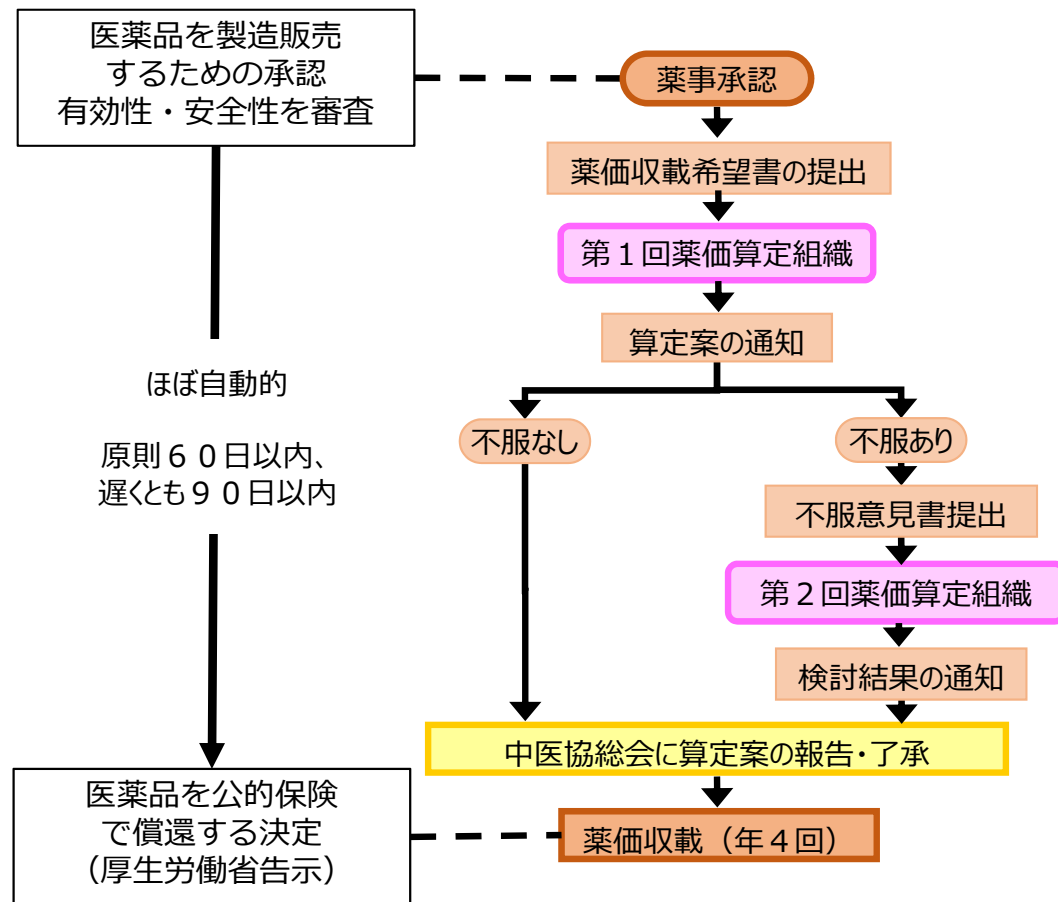
## 【論点】

- 現在、新たな医療技術は、診療報酬改定の際に収載されているが、収載にあたって経済性は考慮されていない。
- 医薬品については、そもそも年4回、薬事承認が行われたものは事実上すべて収載される仕組みとなっており、これによりどの程度財政影響が生じるかも十分検証されていない。
- これら保険収載の影響は、医療費の「高度化による増加」の要因になっていると考えられる。

### ◆医療技術の保険収載プロセス



### ◆医薬品の保険収載プロセス



## 【改革の方向性】（案）

- 新たな医薬品・医療技術について、安全性・有効性に加えて経済性・費用対効果を踏まえて公的保険での対応の在り方を決める仕組みとしていくべき。



## 【論点】

- 新規の医薬品等について、既存の医薬品等との関係で、「効果に比べてどの程度費用が高くなるか」「公的保険として受け入れ可能な水準か」等を評価する「費用対効果評価」の本格導入について平成30年度中に結論を得ることとされている。
- 新たな医薬品の保険償還価格は、市場価格がないため、一定の算定式に基づいて計算されるが、例えば、「原価計算方式」について、企業の提出した「原価」に営業利益分などを積み上げて価格設定されるものであり、輸入医薬品の場合には企業間の輸出入価格がそのまま「原価」とされるなど、価格水準の妥当性は明らかではない。

## ◆ 新薬の価格算定方法(原価計算方式の場合)

(論点)

製品製造(輸入)原価

【国内製造の場合】

【輸入品の場合】

原材料費

労務費

製造経費

輸入価格

+

販売費・研究費等

一般管理販売比率(※)45.2%が上限

営業利益

営業利益率(※)14.7%に、革新性等に応じて  
-50%~0%の補正  
(加算の場合は薬価全体に加算)

+

流通経費・消費税

||

薬価(※※)

- ・原価の算定根拠・内訳は非開示
- ・輸入価格は企業間取引価格を使用

- ・算定根拠・内訳は非開示

- ・高い営業利益率(製造業平均6.6%)

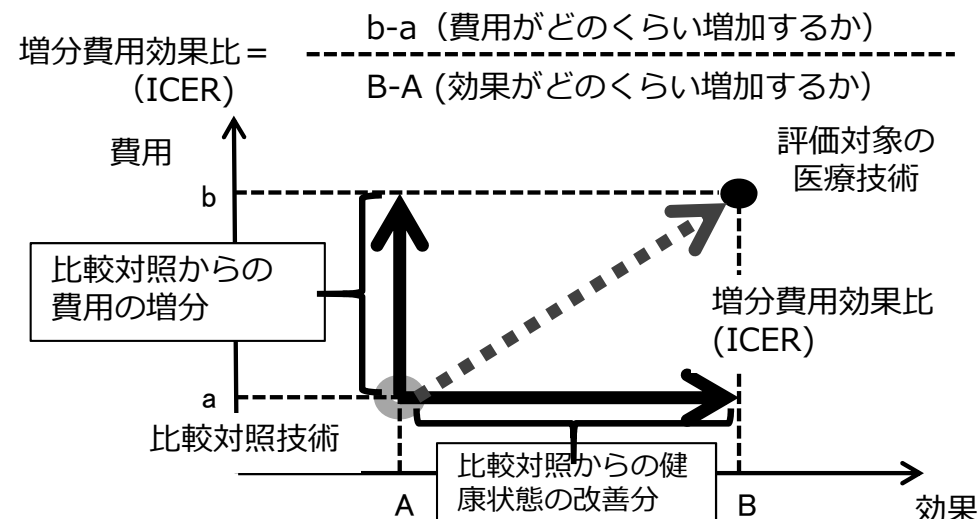
費用対効果が「悪い」場合、引き下げ

※ 製造業者出荷価格(原価+販売費・研究費+営業利益)に占める割合。製薬企業の平均値。

※※ 要件を満たす場合に外国平均価格調整がなされる。

## 費用対効果評価

- ① 比較対照からの「効果の増分」と「費用の増分」から、これまでの治療と比べた効果を1単位上げるのにかかる費用(ICER)を計算



- ② ICERが公的保険として受入れ可能な水準か、社会的・倫理的側面等も踏まえて総合評価(「アプレイザル」)

評価結果(費用対効果が「良い」か「悪い」か)

## 【改革の方向性】(案)

- 原価計算方式で算定された医薬品は費用対効果評価を義務付け、費用対効果が「悪い」ものについては、保険収載を見送るか、公的保険として対応するのであれば、薬価全体について償還可能な価格まで引き下げる仕組みとすべき。
- 類似薬効比較方式で算定された医薬品についても、補正加算が付される場合には費用対効果評価を義務付け、その結果に応じて薬価を引き下げるべき。
- 保険収載が見送られた医薬品等について、安全性・有効性があれば、保険外併用療養により柔軟に対応するか否かの検討も行うべき。



## 【論点】

- 高額・有効な医薬品を一定程度公的保険に取り込みつつ、持続可能性を確保していくうえでは、「小さなリスク」への保険給付の在り方を考えていく必要。
- また、市販品と同一の有効成分の医薬品でも、医療機関で処方されれば、自ら市販品を求めるよりも大幅に低い負担で入手が可能。セルフメディケーションの推進に逆行し、公平性も損ねている。
- なお、諸外国では、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など、薬剤の負担については技術料とは異なる仕組みが設けられている。

## ◆ 薬剤自己負担の国際比較

|        |                                                                                                                                                                               |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 日本     | 原則 3 割 + 高額療養費制度（技術料も含む実効負担率：15%）（義務教育就学前：2 割、70～74歳：2 割、75歳以上：1 割）                                                                                                           |
| ドイツ    | 10%定率負担（各薬剤につき上限10ユーロ、下限5ユーロ）<br>（注）参照価格（償還限度額）が設定された医薬品の場合は、限度額を超えた額は自己負担                                                                                                    |
| フランス   | 薬剤の種類時応じて自己負担割合を設定（加重平均した自己負担率34%）<br>抗がん剤等の代替薬のない高額な医薬品：0%      一般薬剤：35%      胃薬等：70%<br>有用度の低いと判断された薬剤：85%      ビタミン剤や強壮剤：100%<br>（注）参照価格（償還限度額）が設定された医薬品の場合は、限度額を超えた額は自己負担 |
| スウェーデン | 900クローナまでは全額自己負担、より高額の薬剤についても一定の自己負担割合を設定      （注）上限は年間2,200クローナ                                                                                                              |

## ◆ 市販品（OTC医薬品）と医療用医薬品の比較

| 種類    | 医療用医薬品 |        |               |                | OTC医薬品 |        |
|-------|--------|--------|---------------|----------------|--------|--------|
|       | 銘柄     | 薬価     | 3 割負担<br>(現役) | 1 割負担<br>(高齢者) | 銘柄     | 価格     |
| 湿布    | AA     | 120円   | 36円           | 12円            | A      | 1,008円 |
| ビタミン剤 | BB     | 300円   | 90円           | 30円            | B      | 1,620円 |
| 漢方薬   | CC     | 170円   | 51円           | 17円            | C      | 1,296円 |
| 皮ふ保湿剤 | DD     | 1,180円 | 354円          | 118円           | D      | 2,634円 |

- ※1 各区分における市販品と医療用医薬品は、いずれも同一の有効成分を含んでいる。ただし、同一の有効成分を含んでいる市販薬であっても、医療用医薬品の効能・効果や用法・用量が異なる場合があることに留意が必要。
- ※2 市販品の価格は、メーカー希望小売価格。
- ※3 医療用医薬品の価格については市販品と同じ数量について、病院・診療所で処方箋を発行してもらい、薬局で購入した場合の価格であり、別途再診料、処方料、調剤料等がかかる。

## 【改革の方向性】（案）

- 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。

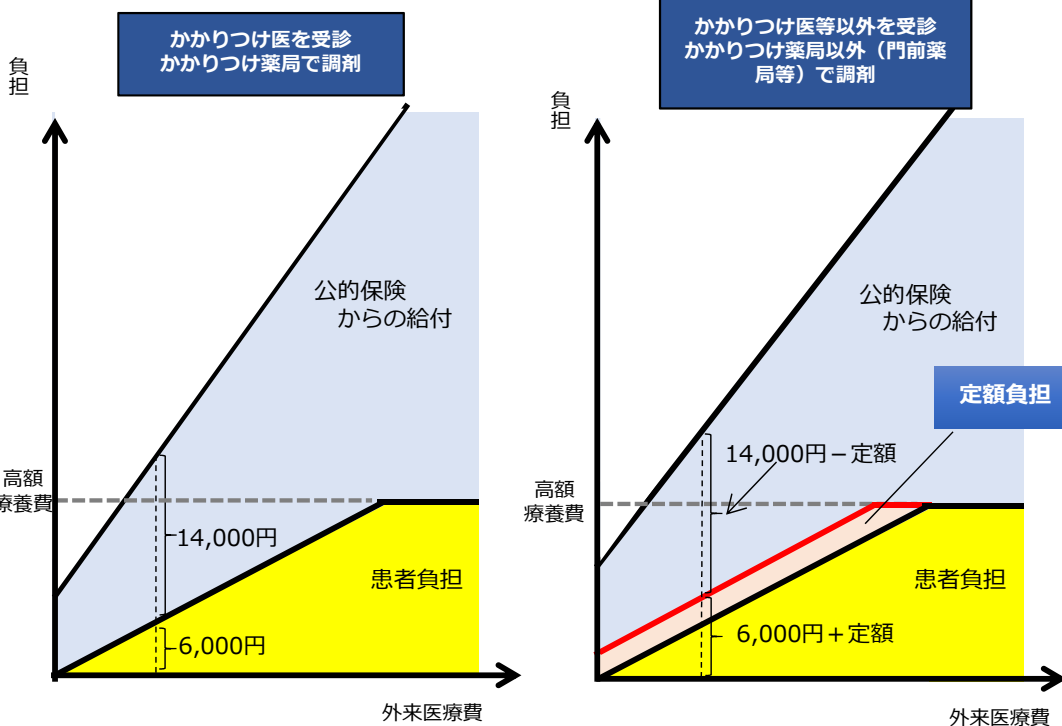
## 【論点】

- 諸外国と比較して、我が国の外来受診頻度は高く、多くは少額受診。限られた医療資源の中で医療保険制度を維持していく観点からも、比較的軽微な受診について、一定の追加負担は必要なのではないか。
- また、効率的で質の高い医療を提供する上で、かかりつけ医やかかりつけ薬局へ患者の受診行動を一定程度誘導する必要があるが、患者と医療機関等とで逆方向のインセンティブとなる「診療報酬での評価」などと比べて、定額負担は有効な手段。

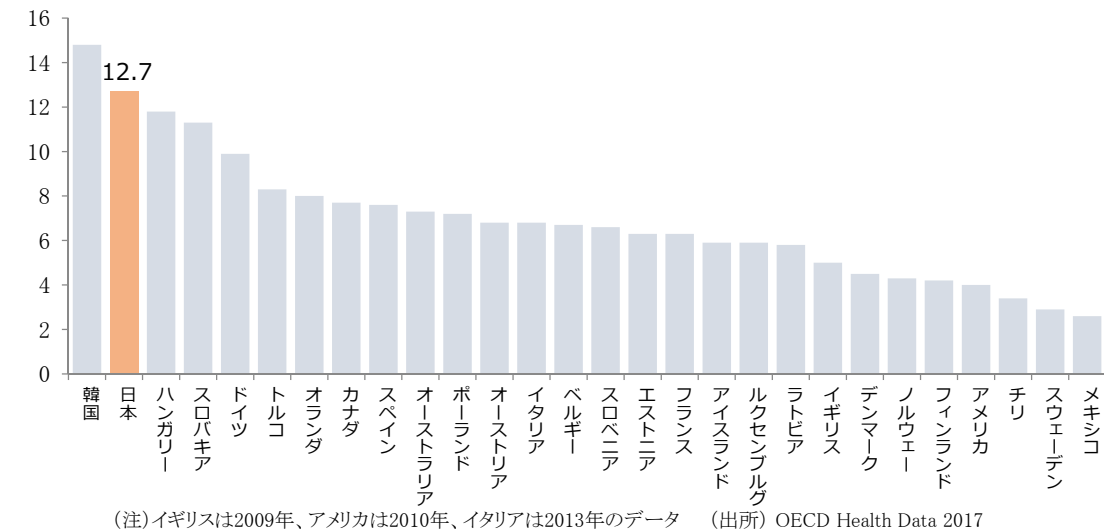
## ◆ 受診時定額負担のイメージ

外来医療費 = 初診料 (2,820円) + 検査 + 画像診断 + 処置 + 薬剤 (処方費、医薬品費)

外来医療費20,000円の場合



## ◆ 一人あたり年間外来受診回数(医科)の国際比較(2014年)



## ◆ かかりつけ薬局に患者を誘導する政策

|                       | 薬局の収入        | 患者負担    |           | 保険財政       |
|-----------------------|--------------|---------|-----------|------------|
|                       |              | かかりつけ薬局 | かかりつけ薬局以外 |            |
| かかりつけ薬局の報酬引上げ         | かかりつけ薬局の収入増加 | 高       | 低         | 給付増<br>負担増 |
| かかりつけ薬局以外を受診した場合に定額負担 | 不変           | 低       | 高         | 給付減<br>負担減 |

## 【改革の方向性】 (案)

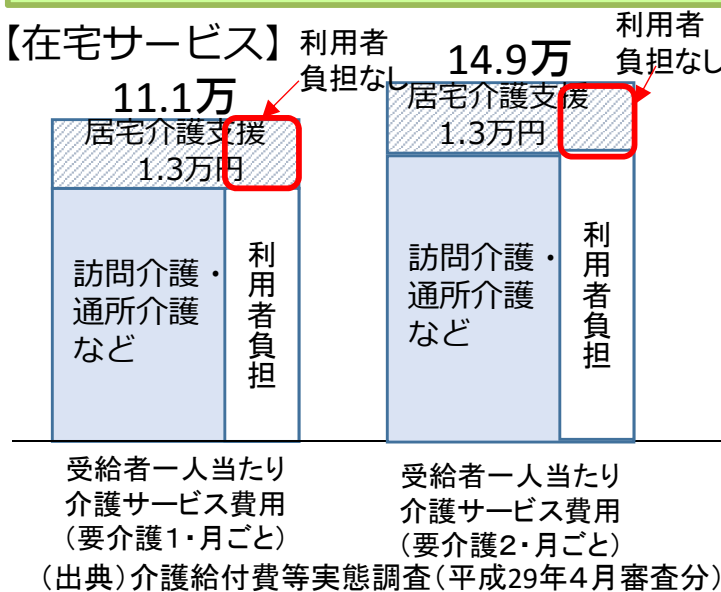
- 制度の持続可能性の観点から、少額の受診に一定程度の追加負担を求めていくべき。
- その際、かかりつけ医やかかりつけ薬局への患者の誘導策として定額負担に差を設定することについても、検討を進めるべき。

# ケアマネジメントの質の向上と利用者負担について

⑤

## 【論点】

- 介護保険サービスの利用にあたっては一定の利用者負担を求めているが、居宅介護支援については、ケアマネジメントの利用機会を確保する観点などから利用者負担が設定されていない。
- ケアマネジメントの主な業務は、初回のケアプラン作成の後、毎月のモニタリング（要支援は3か月ごと）と数か月ごとの評価やケアプランの変更等となる。こうした業務については利用者負担がないことで利用者側からケアマネジャーの業務の質についてのチェックが働きにくい構造になっていると考えられる。
- また特養などの施設サービス計画の策定等に係る費用は基本サービス費の一部として利用者負担が存在。既に一定の利用者負担の下に介護サービスが利用されていることを踏まえれば、居宅介護支援への利用者負担は、サービスの利用の大きな障害にはならないと考えられる一方、利用者が、より一層ケアマネジャーの質のチェックを行っていくことに資すると考えられる。

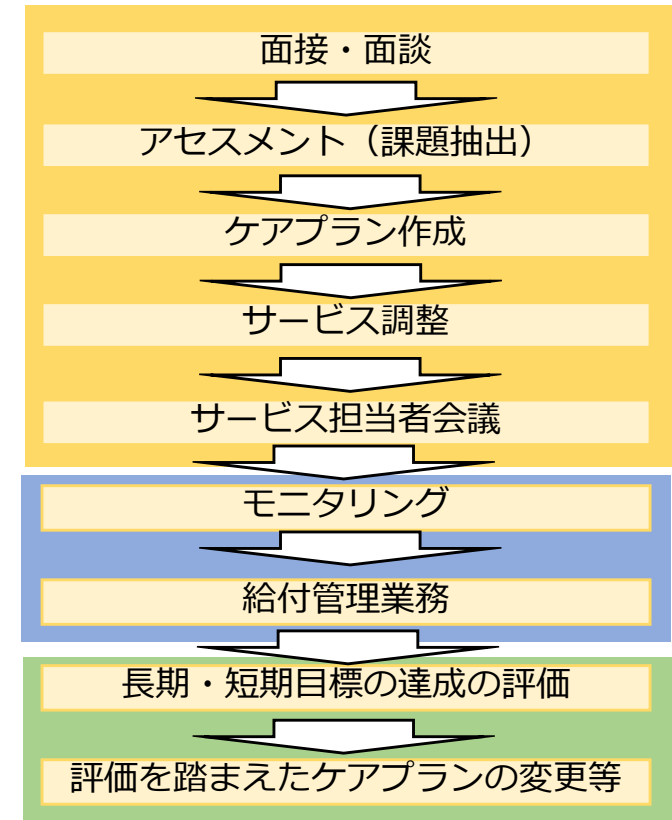


## 【ケアプランを変更した割合】 （平成28年9月中）

| 全体    | 新規作成        | 変更           | 新規作成・変更なし      | 無回答         |
|-------|-------------|--------------|----------------|-------------|
| 3,473 | 191<br>5.5% | 600<br>17.3% | 2,605<br>75.0% | 106<br>3.1% |

（出典）平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成28年度調査）

## 【ケアマネジャーの主な業務の流れ】

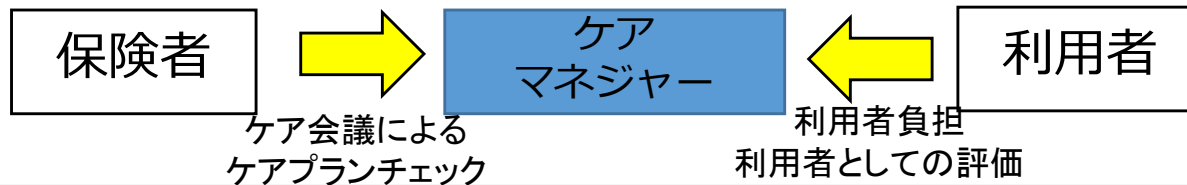


最初の月の業務（数日程度）

毎月の業務

数か月ごとの業務

## 【イメージ】



## 【改革の方向性】（案）

- 保険者におけるケアプランチェックと相まってケアマネジメントの質の向上を図る観点から、居宅介護支援に利用者負担を設ける必要。

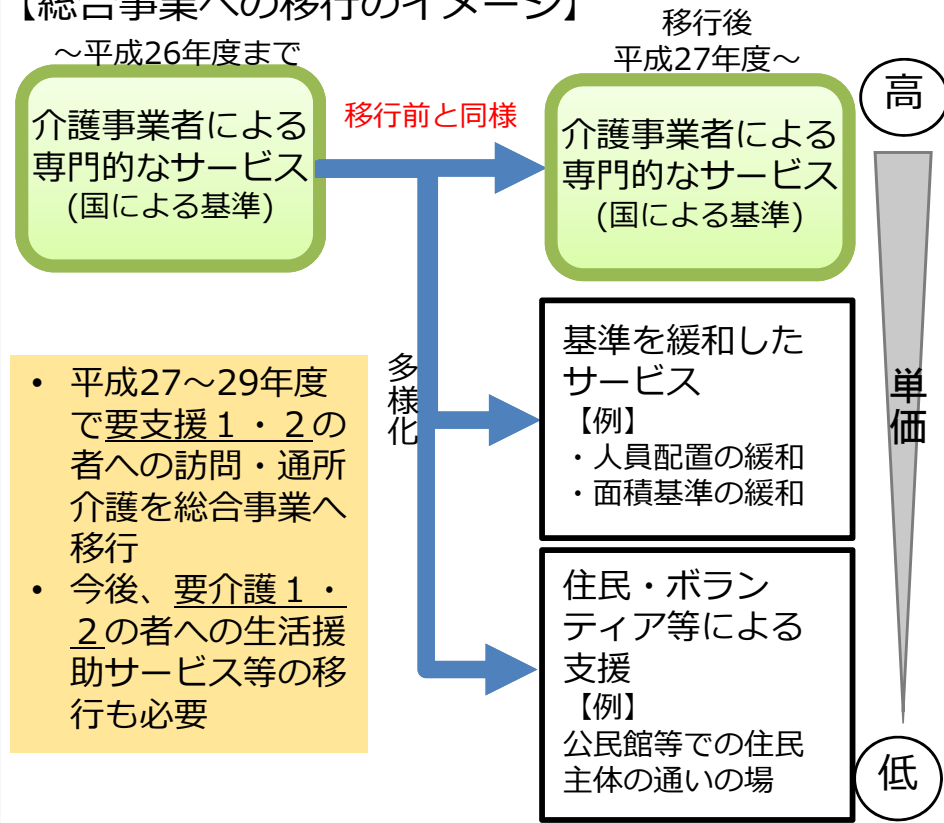
# 軽度者へのサービスの地域支援事業への移行について

⑥

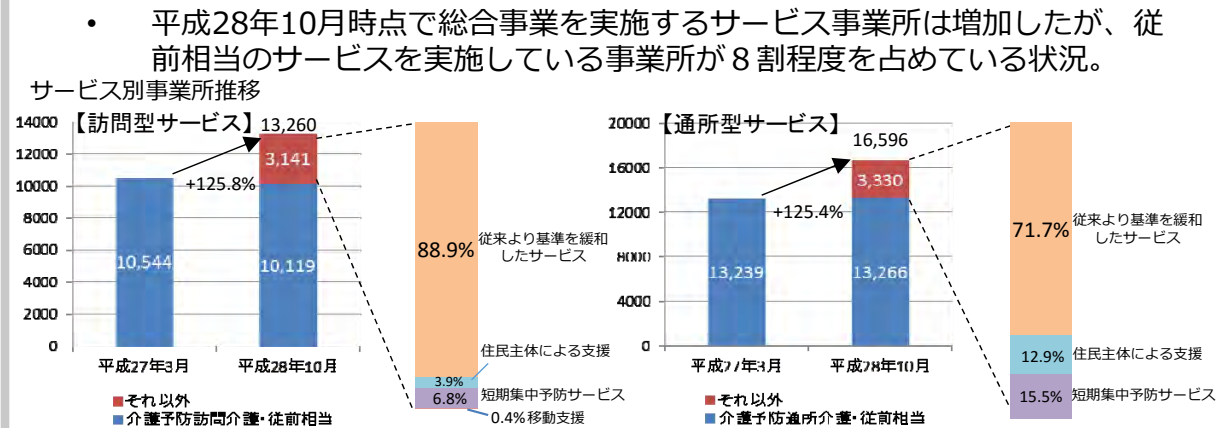
## 【論点】

- 軽度者（要支援、要介護1・2）は生活援助サービスの利用割合が大きい、こうした生活支援に関わるサービス等は、国による一律の基準によるサービス提供よりも、地域の実情に応じた多様な主体によるサービス提供が望ましい。
- 平成27年度から要支援者に対する訪問・通所介護は、介護予防・日常生活支援総合事業に移行し、利用者の状態像や地域の実情に応じて、国による基準に基づく専門的なサービスだけでなく、基準を緩和したサービスや住民主体のサービスを実施する方向。
- 平成29年度に全市町村が総合事業へ移行しているが、総合事業を実施している事業所で見ると、まだ多くが移行前と同様の国による基準に基づくサービスの実施にとどまっている。

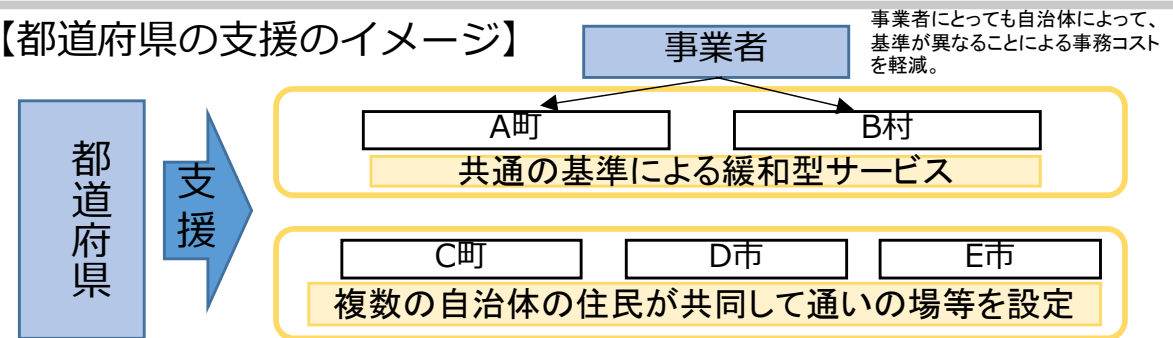
## 【総合事業への移行のイメージ】



## 【総合事業への移行状況】



## 【都道府県の支援のイメージ】



## 【改革の方向性】（案）

- 今後、先行した自治体の例も踏まえ、一定の時期までに利用者の実情によって専門的なサービスが必要な特段の場合を除き、基本的に緩和型や住民主体のサービスに移行するなどの方針を国において定めることで、一層の総合事業の推進を図るべき。
- その際、単独では緩和型サービスの基準や住民主体の取組の企画・策定が難しい自治体にあっては、都道府県が積極的に支援することにより、複数自治体にまたがる事業の実施も検討する必要がある。
- また、残された要介護1・2の者の生活援助サービス等の更なる地域支援事業への移行も進めていく必要。



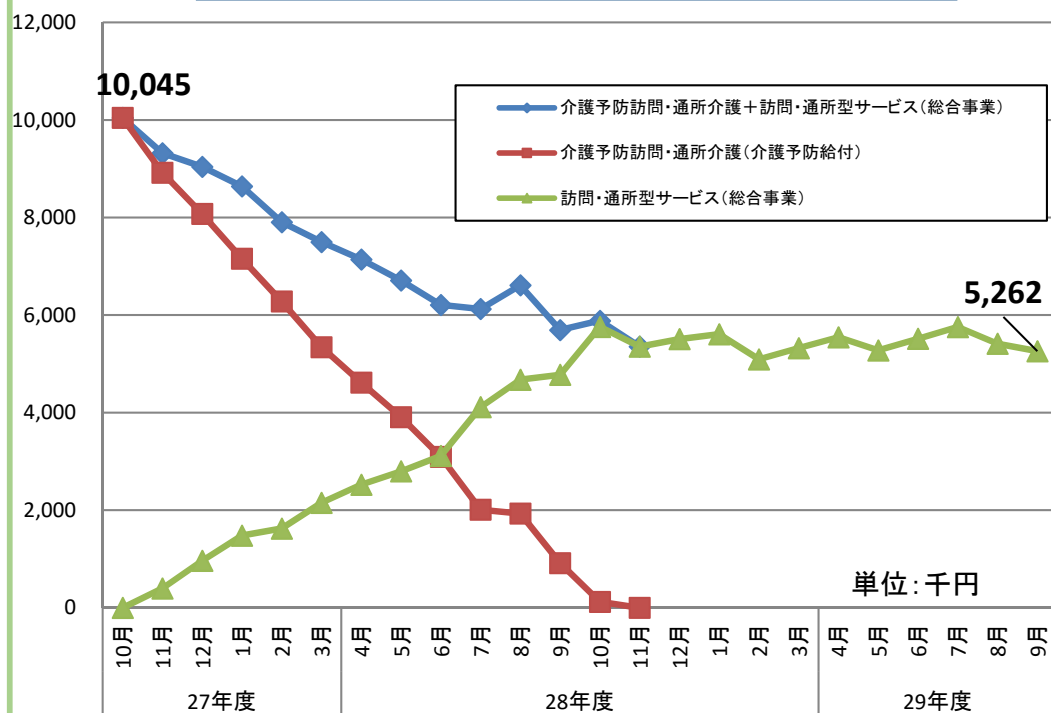
# (参考)武蔵野市における取組み

- 武蔵野市においては、総合事業（訪問・通所サービス）の実施について、新規の利用者については要介護認定を行った上で、従来の介護予防給付利用者は更新時に、市独自の緩和した基準によるサービスへの移行を進めており、要支援者に対する訪問・通所サービスの支給額は平成27年10月以降、4割程度減少。
  - ※ 利用者の状況に応じ必要な場合は、専門的なサービス（予防給付相当）の利用あり。
  - ※ 武蔵野市では市独自の研修を実施して、修了者を「武蔵野市認定ヘルパー」として認定。
  - ※ 武蔵野市独自の緩和した基準によるサービスでは、従来の介護予防給付の1か月毎の包括報酬から1回毎の実績払いの単価に設定（「いきいきサロン」の利用等により、包括報酬の前提だった利用回数を下回ることによって結果として、給付費が減少するものと推測（今後、詳細な分析が必要））。
- 一方で、市の一般財源を用いて「テンミリオンハウス」や「いきいきサロン」といった住民参加型の多様なサービスを提供。

## 武蔵野市の取組みイメージ

| 要介護の高齢者                | 要支援の高齢者                     | 要支援・それ以外の高齢者                         |
|------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| ・介護保険給付                | ・介護予防給付<br>・訪問・通所については総合事業へ | ・テンミリオンハウス<br>・いきいきサロン<br>・移送サービス など |
| 認知症相談事業・認知症サポーター養成講座など |                             |                                      |

## 総合事業（介護保険財源）



## テンミリオンハウス（市の一般財源）

実施主体： 地域住民団体、NPO法人等  
 参加者： 概ね65歳以上の高齢者  
 利用時間： 概ね月～土曜日の10時～16時  
 活動場所： 遺贈された物件、空き家、市有施設等（8か所）

活動内容： 手芸、書道、体操  
 健康麻雀、世代間交流、  
 緊急ショートステイ、  
 昼食あり

補助内容： 年間1,000万円を上限



## いきいきサロン（市の一般財源）

実施主体： 地域住民団体、NPO法人・民間事業者等  
 参加者： 概ね65歳以上の高齢者  
 開催頻度： 週1回以上2時間程度  
 活動場所： 5名以上集まる場所（市内17か所）  
 活動内容： 介護予防・認知症予防のプログラム（脳トレや軽体操等）を実施

補助内容：  
 消耗品費・講師謝礼など： 年間上限20万円  
 開設時の備品購入など： 上限10万円  
 開設時の建物修繕工事等： 1/2補助上限30万円

※ この他、有償ボランティアを活用した移送サービスや健康づくりの事業など様々な取組みが行われている。

## 視点 2

**必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する**

**～公定価格と提供体制～**

- **公定価格の適正化・包括化**
- **医療提供体制の改革**





- 平成30年度薬価制度改革において、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、薬価制度について一定の改革を実施したが、「毎年調査・毎年改定」など、具体的な内容について今後検討することとされたものもある。
- イノベーションを適切に評価していくためには、新薬であれば何でも評価するのではなく、患者にとっての個々の医薬品の画期性や有用性を見極めて評価をしていくことが重要。また、財政措置のみに頼るのではなく、研究開発環境の改善、創薬コスト低減や産業構造転換といった対応が重要。

## 主な改革事項

### 新薬創出等加算の抜本の見直し

- ・ 対象品目：**革新性・有用性**に着目して絞り込み  
(約920品目\*→約540品目)\* 現行制度が継続した場合
- ・ 企業指標：**企業指標**(革新的新薬の開発等)の**達成度に応じた加算**

### 効能追加等による市場拡大への速やかな対応

- ・ 対象：**350億円以上\*** ・ 頻度：**年4回**(新薬収載の機会)  
\* 市場拡大再算定ルールに従い薬価引下げ

### 新薬のイノベーション評価の見直し

- ・ 加算対象範囲(類似薬のない新薬)  
：営業利益への加算 → **薬価全体への加算**  
(製造原価の内訳の開示度に応じた加算率の設定)

### 外国平均価格調整の見直し

- ・ 米国参照価格リスト：メーカー希望小売価格  
→ **公的制度の価格リスト**

### 日本創薬力強化プラン(緊急対応パッケージ)

厚労省計上分529.4億円(30当初・29補正)

- **がんゲノム医療の実現など日本初のシーズが生まれる研究開発環境の改善**
- **薬事規制改革等を通じたコスト削減と効率性向上**
- **日本初医薬品の国際展開の推進**
- **医療分野の研究開発** **等**

## 今後の検討事項

**費用対効果評価の導入**：技術的課題を整理し**平成30年度中に結論**

### 毎年薬価調査・薬価改定

- ・ 対象範囲：全品目改定の状況も踏まえ、国主導で流通改善に取り組み、**H32年中に設定**

**新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の取扱いの見直し**  
**長期収載品の段階的な価格引き下げまでの期間の在り方等**  
⇒ **次期薬価改定**に向けて検討

### 【改革の方向性】(案)

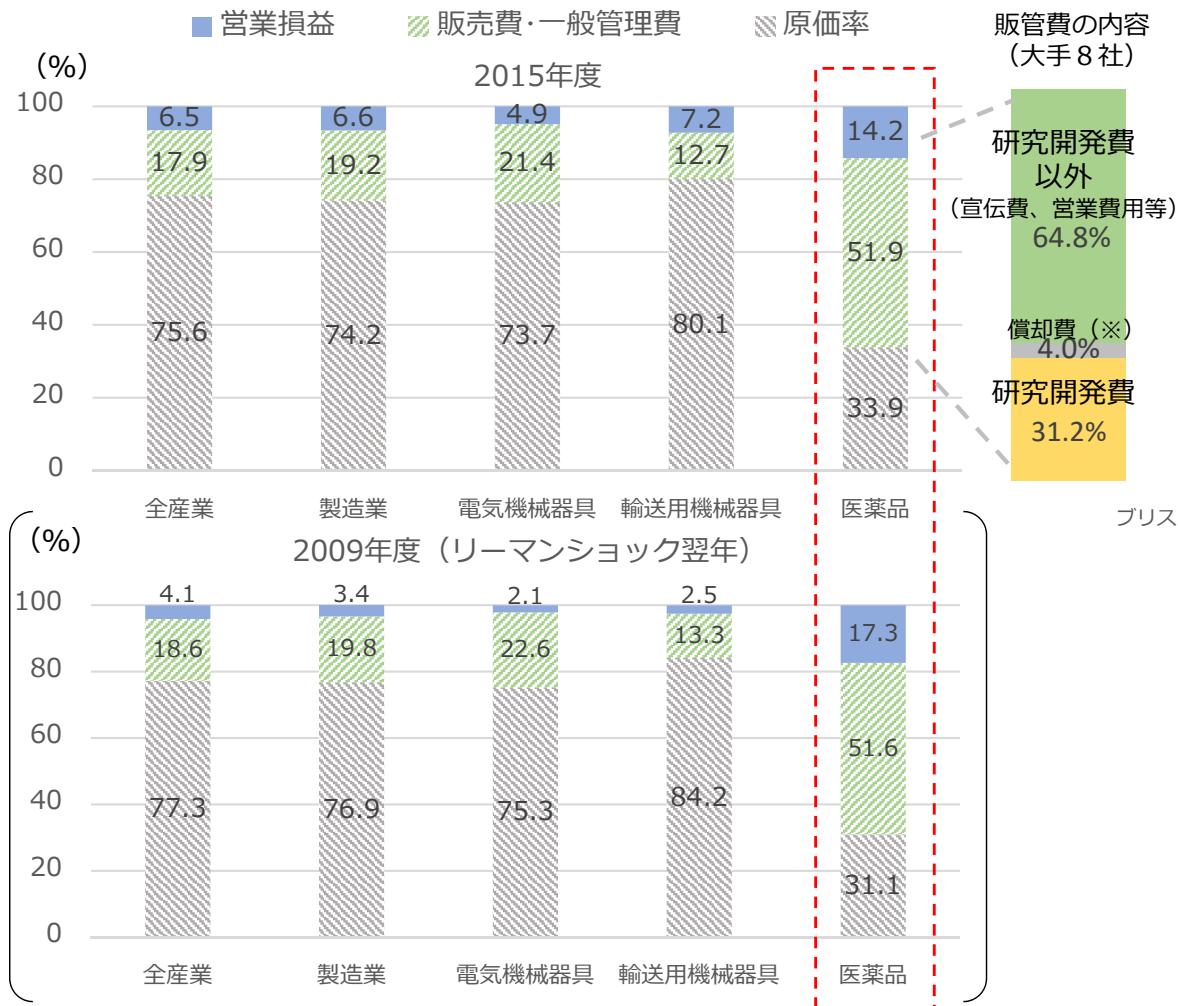
- 薬価制度の抜本改革のうち、残された検討課題については、スケジュールに沿って着実に検討を進めていくべき。
- あわせて、イノベーションの推進に向けて、創薬コストの低減、製薬企業の費用構造の見直しや業界再編に取り組むべき。

# (参考)製薬企業の費用構造

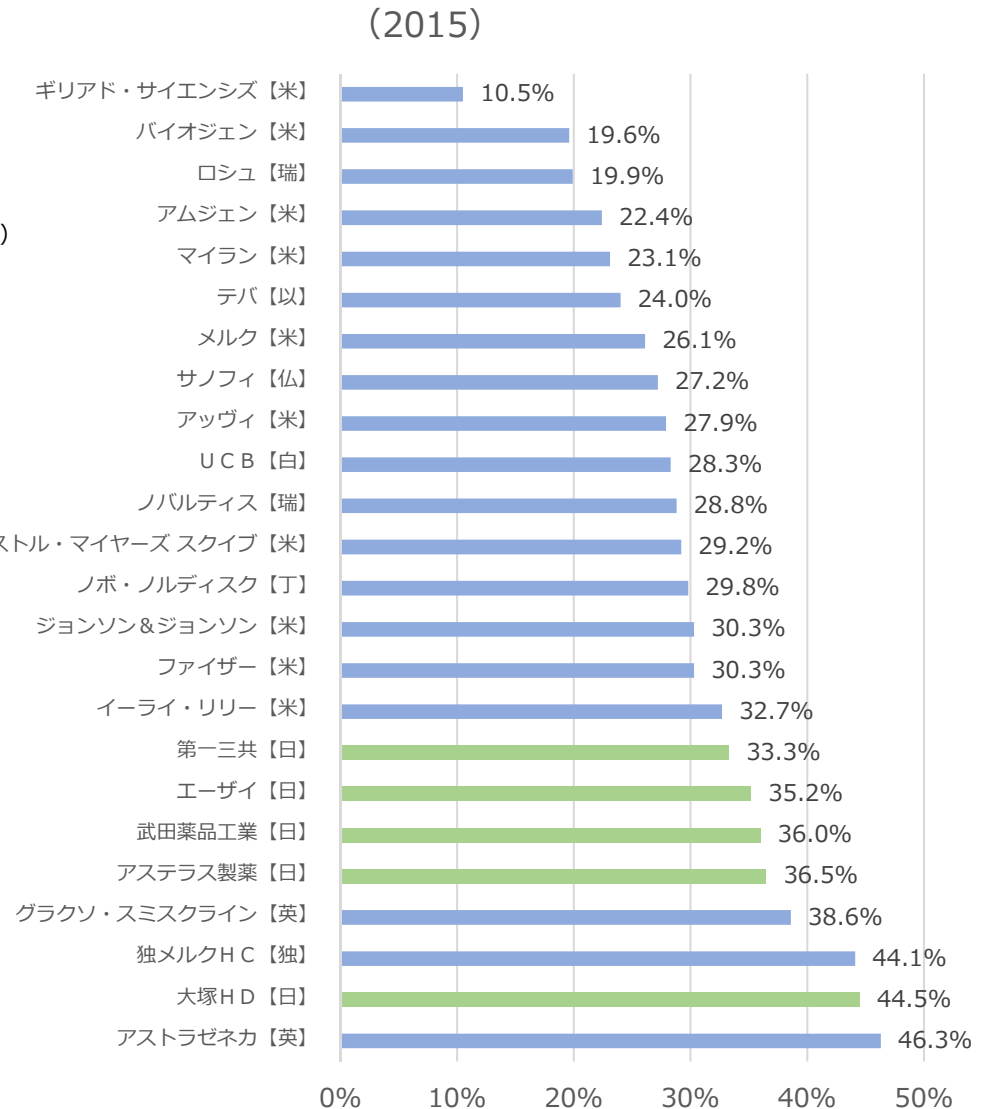
8

- 医薬品産業の営業利益率は他業種と比較して高く、リーマンショックなどによる景気後退の影響も受けにくい。
- 他業種と比較して、研究開発費率は高いが、それ以上に営業費用など研究開発費以外の販管費の比率が高い。国際的に見ても、我が国製薬企業の研究開発費以外の販管費率は高い。

## ◆ 医薬品産業の営業コスト構造（他業種との比較）



## ◆ 販売費・一般管理費（研究開発費以外）の比率



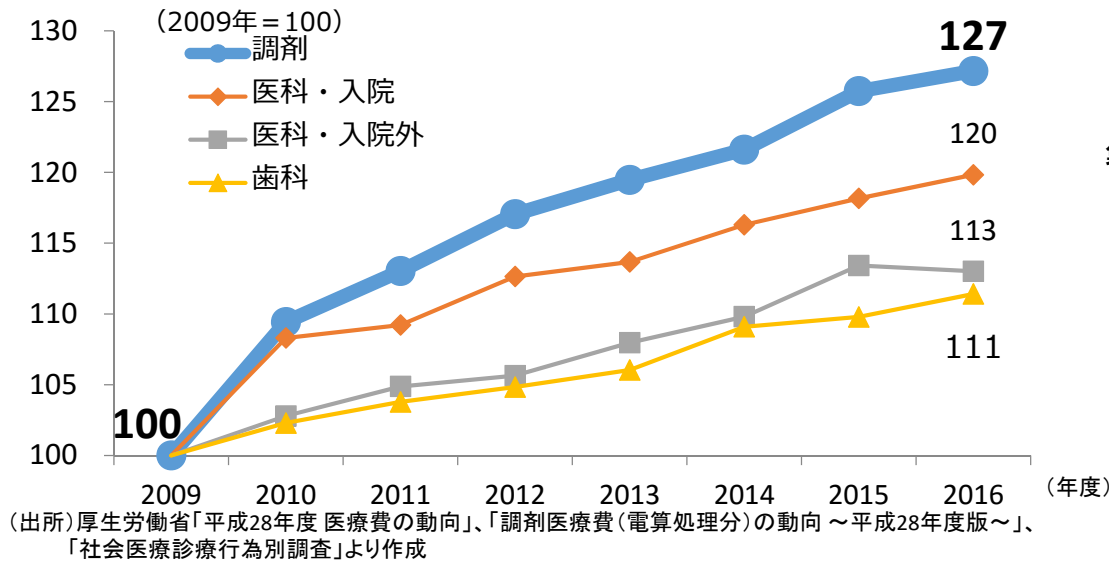
(出典) 日本政策投資銀行「産業別財務データハンドブック2016」、報道発表資料等

(※) 企業により、仕掛研究開発の償却費が含まれている場合がある。これを加算した場合の研究開発費の割合は、34.2%となる。

(出典) 研ファーマ・ブレーション発行「NEW Pharma Future」(2016年10-11月号)

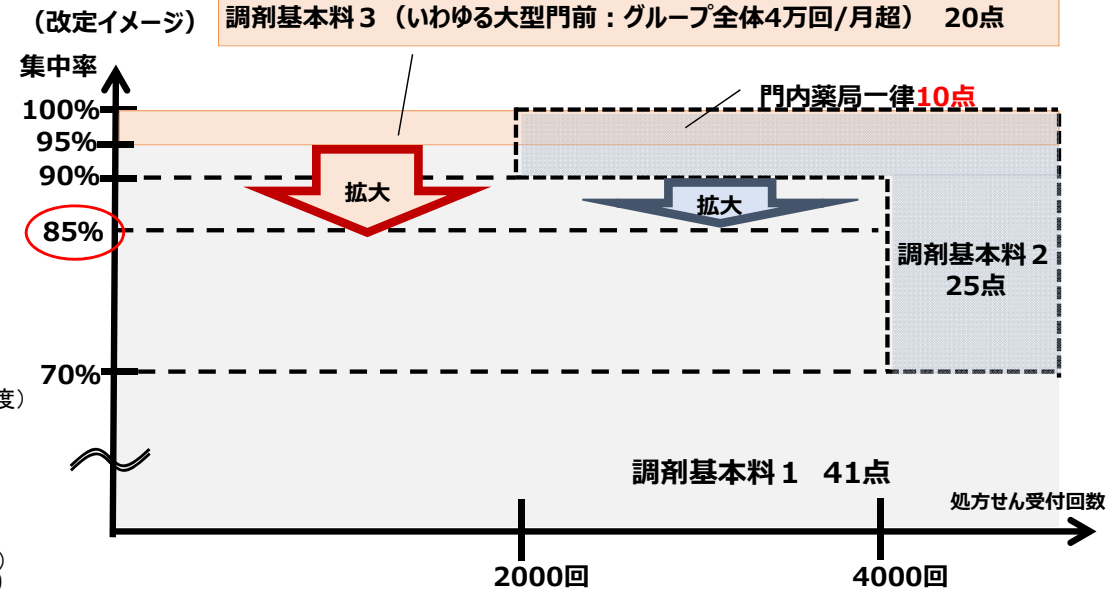
- 医薬分業の進展による処方せん枚数の増加のみならず、処方せん1枚当たりの単価の増加により、調剤医療費のうち、薬剤料等を除いた技術料部分の伸びは、入院医療費や外来医療費と比較して大きいものとなっている。
- 平成30年度診療報酬改定において、大型門前薬局に係る調剤報酬の引き下げを実施。

診療種類別の技術料の伸び（医科・歯科は推計値）

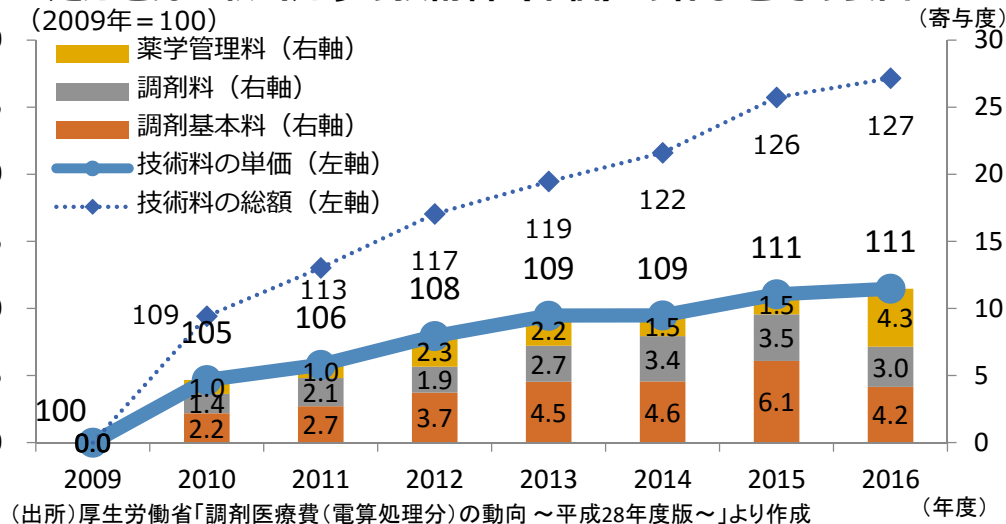


平成30年度改定における調剤基本料の見直し

【新規追加】特に大型の門前：グループ全体40万回/月超※ 15点  
※200店舗超に相当。上位15程度の薬局グループが該当。



処方せん1枚当たりの技術料（単価）の伸びとその要因



## 【改革の方向性】（案）

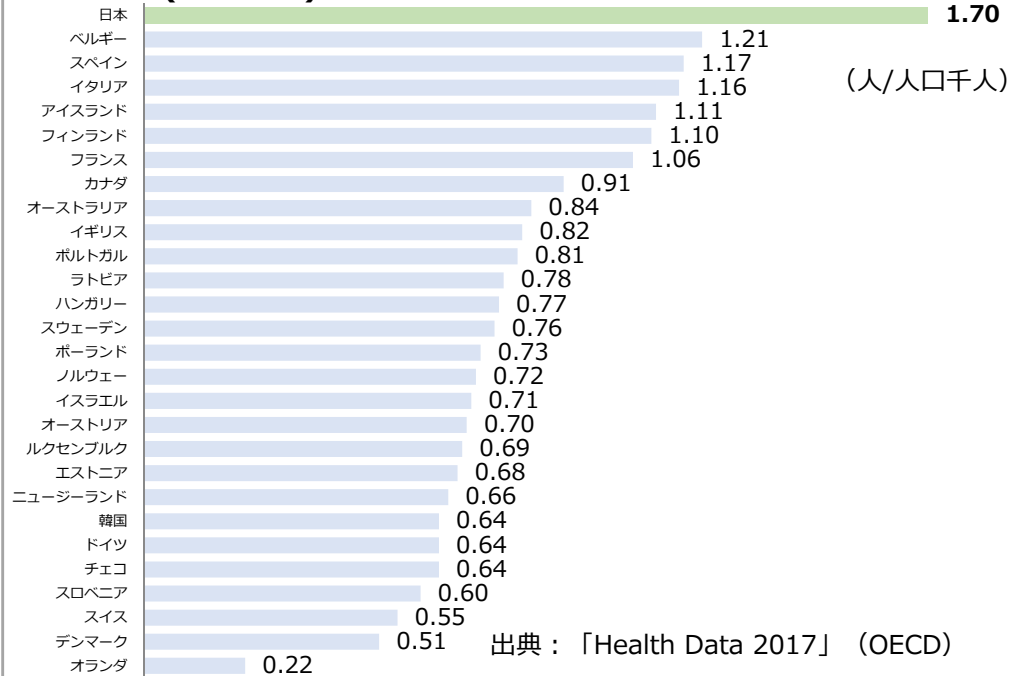
- 今後とも、薬局の多様なあり方や経営環境を踏まえつつ、それに即した調剤報酬の評価を行っていく観点から、地域においてかかりつけ機能を担っている薬局は適切に評価しつつ、こうした機能を果たしていない薬局の報酬水準は、適正化していくことが必要。
- 今般の報酬改定の効果を検証しつつ、かかりつけ薬局を評価すると患者負担も増加する点への対応も含め、調剤報酬の在り方については、引き続き検討を行っていくべき。

# 薬局・薬剤師数と調剤報酬(技術料)の増加

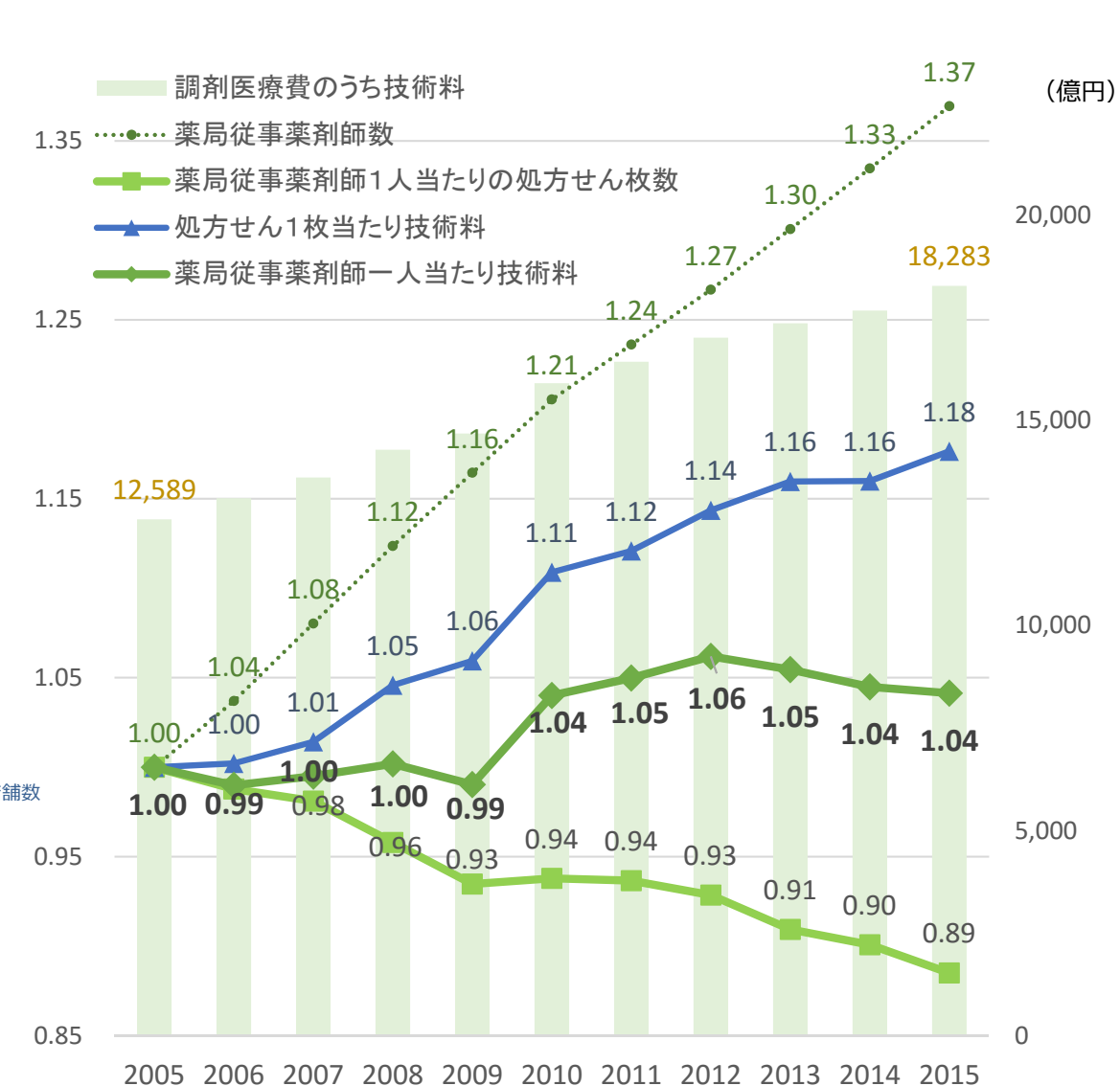
9

- 薬剤師数は近年増加しており、国際的に見てもOECD諸国の中で最も多い。また、薬局の開設許可には需給面からの規制がなく、薬局数も増加。コンビニエンスストアの店舗数や郵便局、ガソリンスタンド（給油所数）よりも多い。
- 通常の市場競争であれば、必要以上の供給増は収益の低下を招き調整が行われる。しかしながら、薬剤師数の増加により薬剤師一人当たりの処方せん枚数は減少している中で、調剤報酬の引き上げにより、薬剤師一人当たりの技術料が維持されている状況。

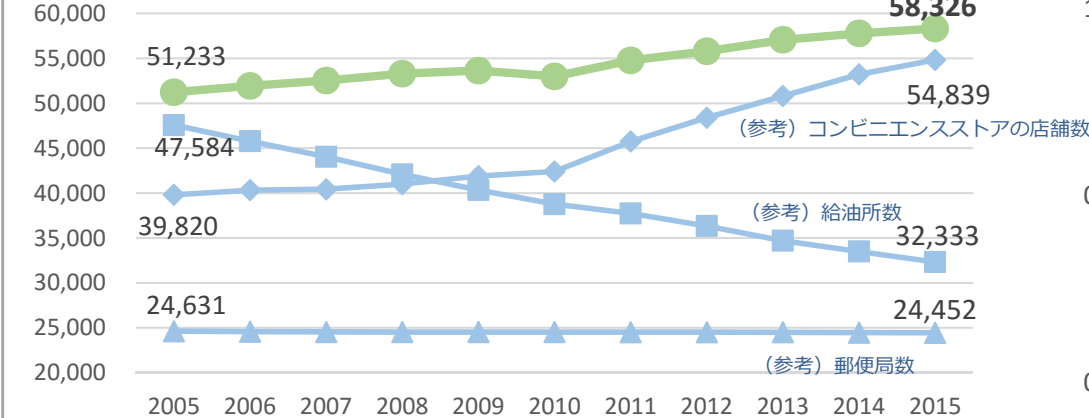
◆薬剤師数(対人口比)の国際比較(2014年)



◆薬局従事薬剤師一人当たりの技術料等の推移(2005年度=1)



◆薬局数の推移



出典:厚生労働省「衛生行政報告例」、経済産業省「商業動態統計」、日本郵便「郵便局局数表」、総務省「日本の長期統計系列」、資源エネルギー庁HP等

出典:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」「平成28年版厚生労働白書」「調剤医療費の動向」



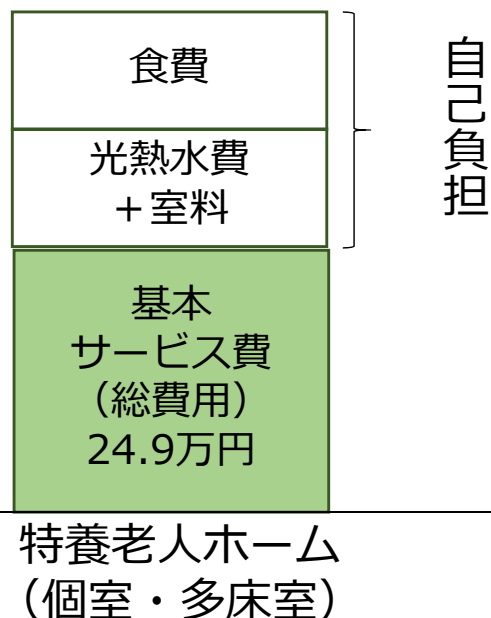
# 在宅と施設の公平性の確保（多床室の室料負担について）

⑪

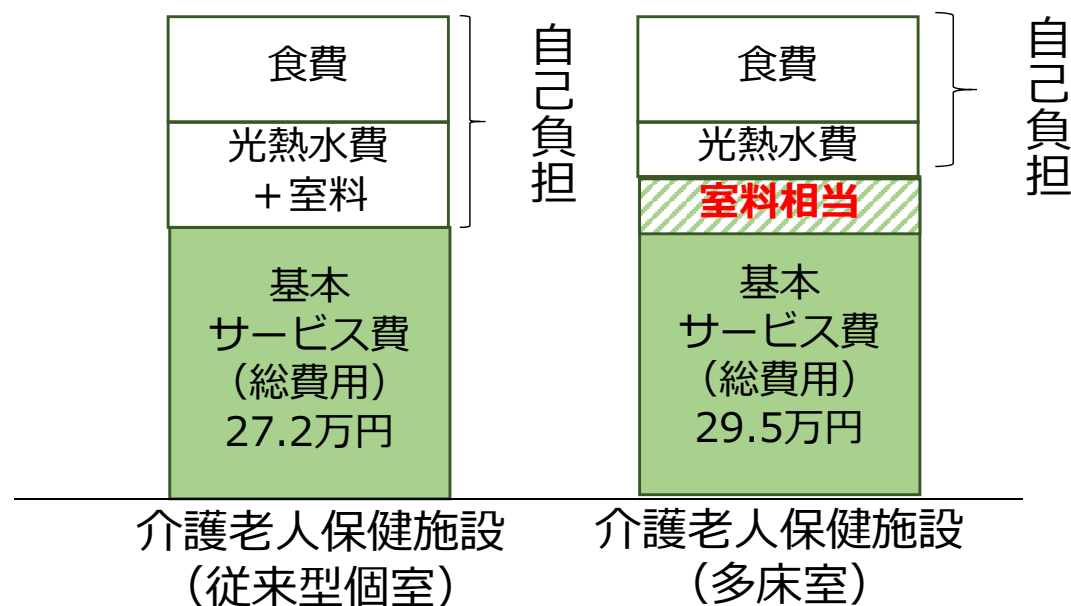
## 【論点】

- 平成17年制度改正において、施設サービスにおける食費や個室の居住費（室料＋光熱水費）を介護保険給付の対象外とする制度見直しを実施（多床室については光熱水費のみ給付対象外とし、また低所得者には補足給付を創設）。
- 平成27年度介護報酬改定において、特養老人ホームの多床室の室料負担を基本サービス費から除く見直しを行ったが、介護老人保健施設、介護療養病床、新設される介護医療院については、室料相当分が介護保険給付の基本サービス費に含まれたままとなっている。

特養は27改定で多床室の室料をサービス費から除外し、従来型個室と多床室の報酬水準は同額となっている。



老健施設、介護医療院、介護療養型医療施設の多床室については、室料相当額は基本サービス費に包含されたままであり、多床室の方が従来型個室よりも基本サービス費が高くなっている。



※ 上記のサービス費はいずれも要介護5の者が30日入所した場合の費用（利用者負担含む）。

(参考)「経済再生計画 改革工程表(2017改定版)」(抜粋)

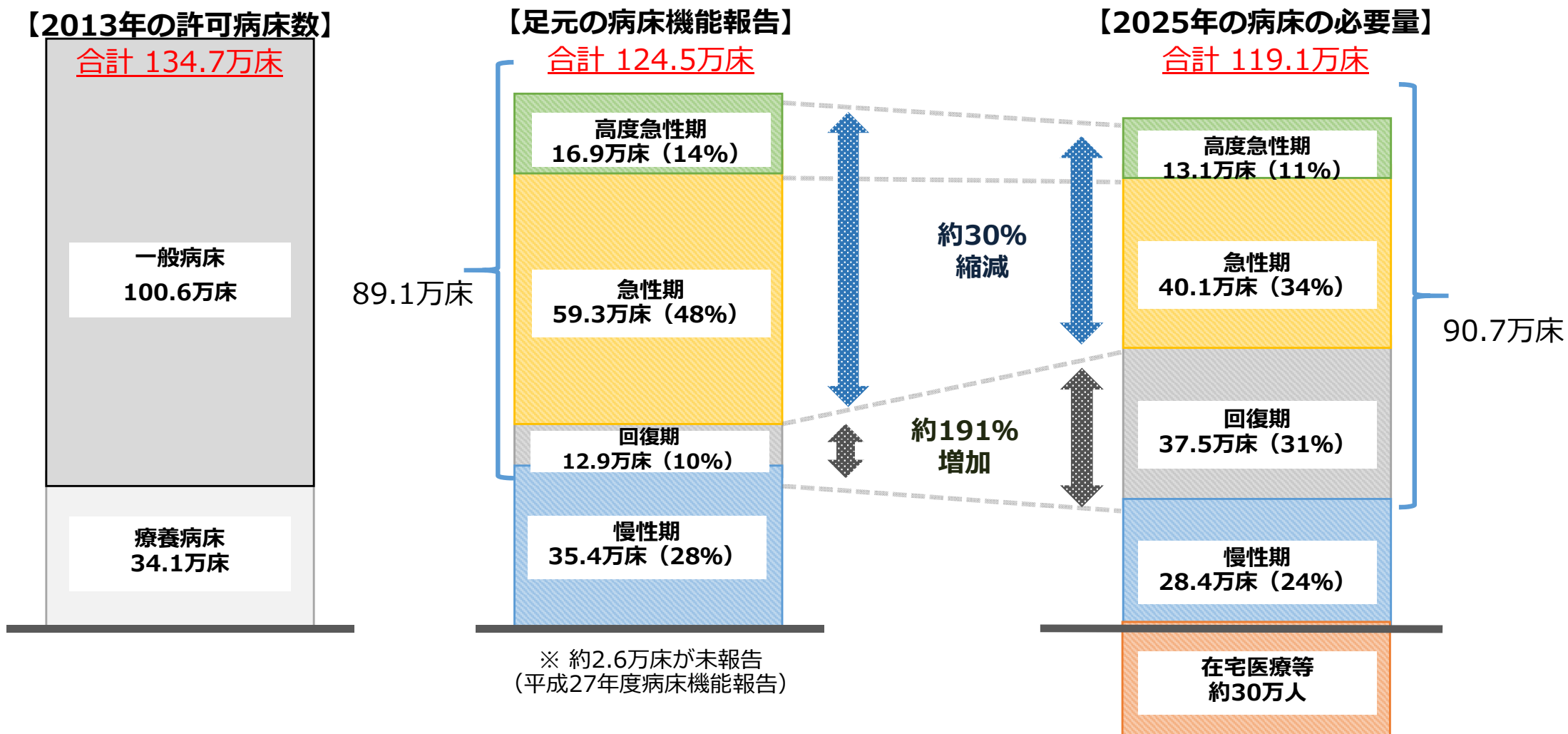
在宅と施設の公平性の確保や医療・介護を通じた効率的な提供体制の構築の観点等から、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院等の**多床室の室料負担**等、施設サービスの報酬等の在り方について、**第8期計画期間に向けて検討し、結論**

## 【改革の方向性】（案）

- 在宅と施設の公平性を確保する等の観点から、これらの施設の多床室の室料相当額についても基本サービス費から除外する見直しを行う必要。



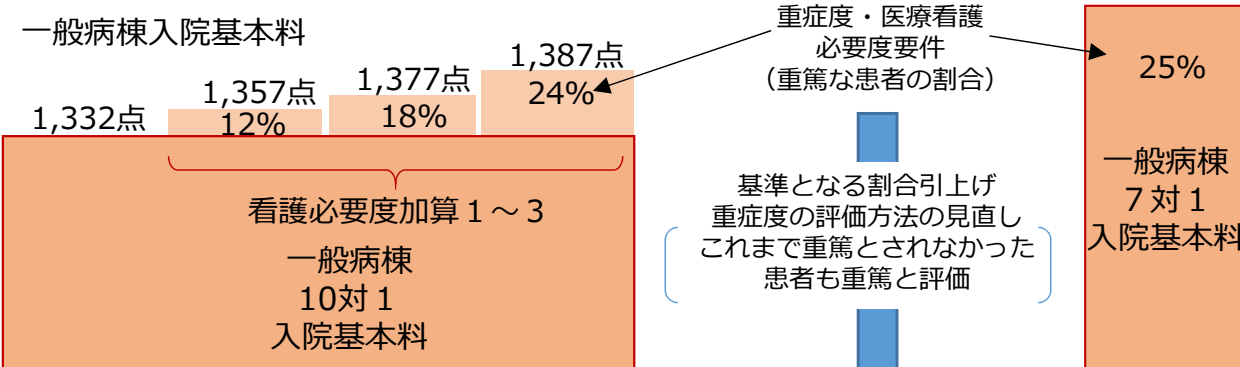
- 団塊の世代が後期高齢者になり始める2022年、すべて後期高齢者となる2025年に向けて、地域医療構想に沿って、高度急性期・急性期から回復期や在宅医療等に大幅な医療機能の転換を進めていく必要。今後、個別の病院名や転換する病床数等の具体的転換方針の速やかな策定に向けて、各地域において2年間程度で（来年半ばまで）集中的な検討を促進することとされている。



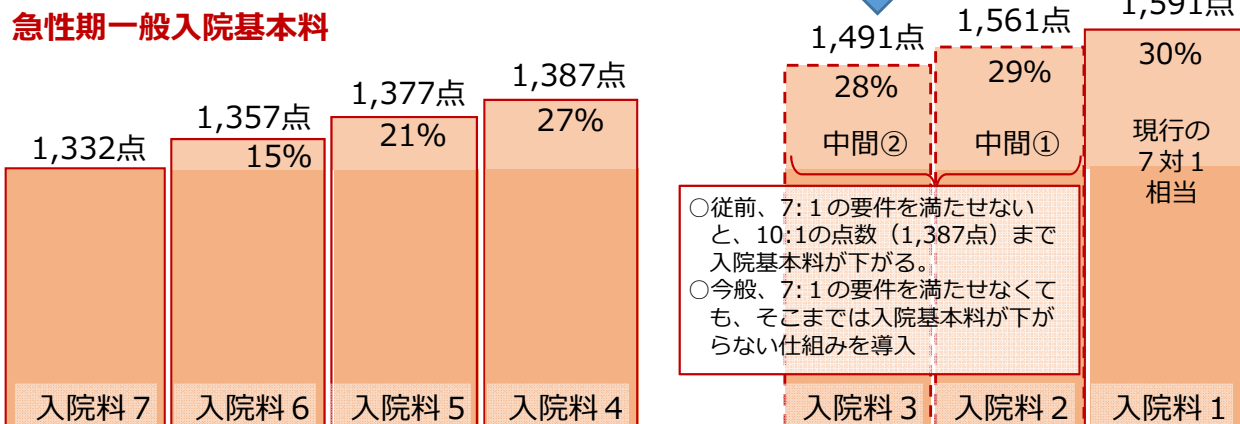
|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 診療報酬・介護報酬               | <ul style="list-style-type: none"> <li>平成30年度診療報酬・介護報酬改定の効果検証・フォローアップと必要に応じた更なる対応。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 都道府県への手段の付与             | <ul style="list-style-type: none"> <li>慢性期病床の適正化に向けた構想会議における議論の進め方、データ提供の在り方                             <ul style="list-style-type: none"> <li>慢性期病床を地域において重点化し、介護施設等へ転換していく上での判断材料となるデータの提供を行ったうえで、具体的な議論を進めていく枠組みを示す必要。</li> </ul> </li> <li>病床再編に向けた都道府県の権限の整備</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                   |
| 都道府県へのインセンティブ           | <ul style="list-style-type: none"> <li>進捗に応じた財政支援（保険者努力支援制度、地域医療介護総合確保基金）                             <ul style="list-style-type: none"> <li>保険者努力支援制度（平成30年度～）及び地域医療介護総合確保基金の配分において、地域医療構想の進捗に応じた配分を行う仕組みを導入すべき</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 適切な進捗管理                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>病床機能報告における定量的基準の策定                             <ul style="list-style-type: none"> <li>地域医療構想の進捗を毎年評価する「病床機能報告制度」は、医療機関による医療機能の判断基準が定性的で、客観性に乏しい。看護人員配置等ではなく、地域医療構想と同様に実際に提供された医療の中身に応じて医療機能を判断し、病床機能を報告できる定量的な基準を来年の調査までに設定すべき。</li> </ul> </li> <li>地域医療構想が医療費適正化につながっているかどうかの検証                             <ul style="list-style-type: none"> <li>地域医療構想の進捗評価に際して、病床の転換等によって実際に医療適正化につながったかどうかを検証し、これにより評価することとすべき（K P I の設定等）</li> </ul> </li> </ul> |
| 医療・介護を通じた在宅医療・介護施設等への転換 | <ul style="list-style-type: none"> <li>慢性期病床の地域差縮減等と受け皿整備の整合性確保                             <ul style="list-style-type: none"> <li>慢性期病床を受け皿（在宅医療や介護施設等）に転換していくにあたり、都道府県や市町村が連携し、医療・介護を通じて慢性期病床の地域差縮減と受け皿の整備が整合的に進む枠組みとしていくべき。</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                           |

- 診療報酬上、急性期を念頭に高い報酬設定がなされている「7:1入院基本料」を算定する病床が、導入（平成18年度）以降、急増し、最多となっており、これまでの累次の見直しでも、十分に減少してこなかった。  
（注）26改定においては、要件見直しにより「9万床」の7:1病床を転換するものとされていた。
- 今回の診療報酬改定により、入院基本料の名称を変更し、（旧）7:1入院基本料を算定する際の基準の変更などが実施されたが、急性期に係る入院医療費がどの程度効率化されるのかは明らかではない。

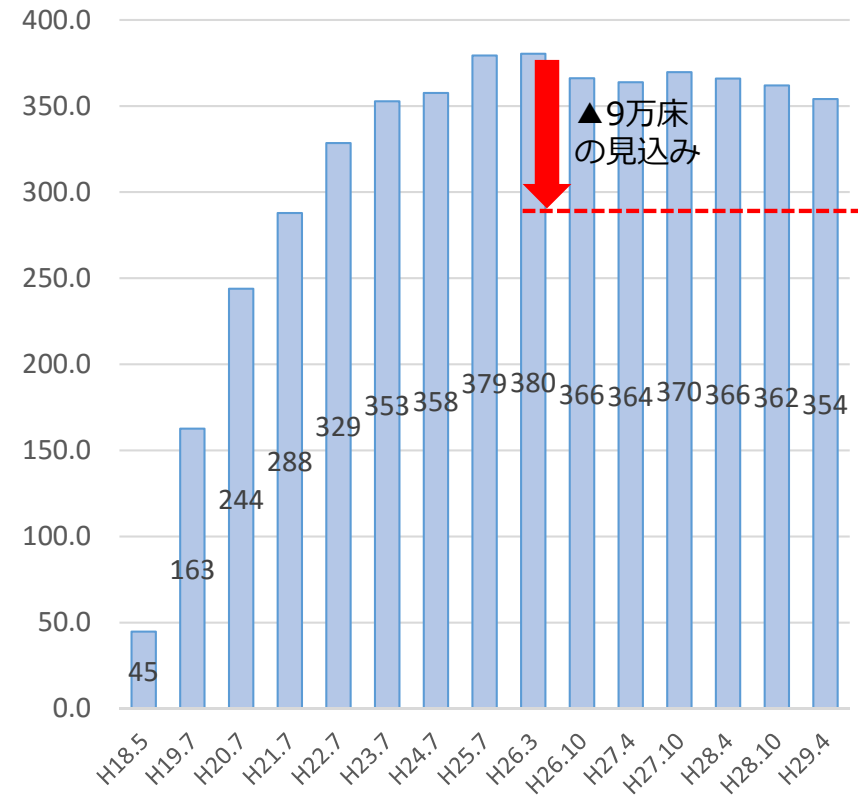
## 【現行】



## 【平成30年度改定後】



## ◆一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移



## 【改革の方向性】（案）

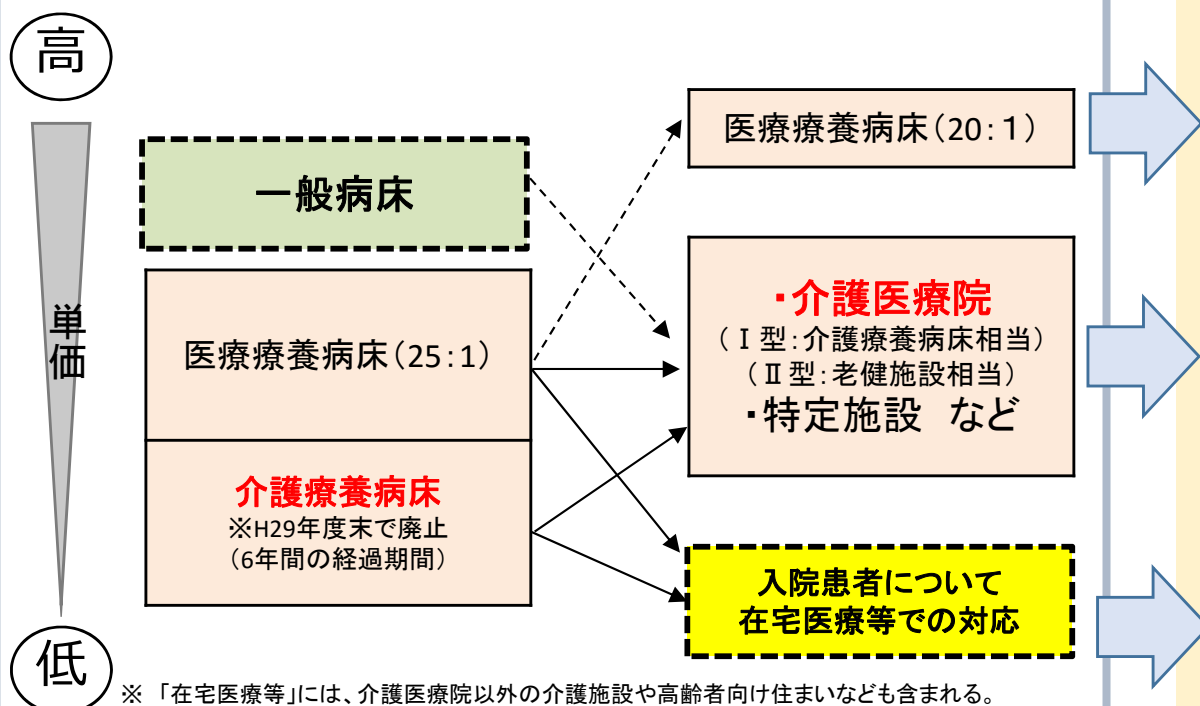
- 今回の診療報酬改定が、全体としてどの程度地域医療構想に沿った病床の再編・急性期入院医療費の削減につながっていくかについて、適切なK P Iを設定したうえで、進捗を評価し、必要に応じて更なる要件厳格化等を次期改定において実施すべき。

# 地域医療構想を踏まえた介護療養病床等の転換

## 【論点】

- 平成30年度から新設されることとなった介護医療院への25対1 医療療養病床や介護療養病床からの転換に際しては、地域医療構想の趣旨を踏まえ、提供体制全体として医療費・介護費が効率化されることが重要。

## 【介護療養病床の転換等のイメージ】



## 【介護療養病床の転換に必要な視点】

- 医療の病床への転換
  - ・ 患者の状態像によらない病床転換の防止
- 介護医療院等の報酬水準の適正化
  - ・ 多床室の室料負担や転換が進まない場合の介護療養病床等の報酬上の対応などを検討
- 療養病床自体の削減など
  - ・ サービス付き高齢者住宅などへの転換を含めた介護療養病床のダウンサイジングに向けた取組方針を作成

## 【改革の方向性】（案）

- 転換状況を逐次把握し分析するとともに、今後の転換促進にあたっては、①患者の状態像にそぐわずに単価の高い医療療養病床へ転換することの防止、②工程表に基づき、多床室の室料負担の見直しを確実に実施するとともに、転換が進まない場合の介護療養病床等の報酬水準を検討すること、③サービス付き高齢者住宅など、高齢者住まいへの転換も含めた幅広いダウンサイジングの方針を策定すること、などの政策を着実に進めていく必要。



## 【論点】

- 地域医療構想や基準病床制度により、病床については一定の規制を行う仕組みが整備されつつある。一方、診療所や医師の配置、高額医療機器への設備投資、介護の在宅サービスについては、提供体制をコントロールする仕組みがない。
- このうち外来医療に関しては、高齢化に伴い複数疾患をもつ患者等を総合的・継続的に診療する専門的知見・能力が重要となるが、こうした観点からの医師養成は進んでいない。

|                                       | 病床                                                                |                                                                 | 外来医療<br>・診療所<br>・医師配置  | 高額<br>医療機器 | 介護サービス<br>事業者<br>介護施設                                          |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------|------------|----------------------------------------------------------------|
|                                       | 基準病床制度<br>年齢階級別人口等を基に<br>算定した基準病床を<br>地域の病床の上限とする                 | 地域医療構想<br>高度急性期～慢性期までの<br>医療機能ごとに需要を推<br>計、これに沿って<br>病床の機能分化・連携 |                        |            |                                                                |
| 医療法<br>医療機関の<br>開設・管理<br>(都道府県知事)     | (公的医療機関等)<br><br>病床過剰地域での<br>病院開設・増床の不許可                          | (公的医療機関等)<br><br>過剰な病床機能への<br>転換等に関して、命令<br>など                  | なし<br><br>自由開業<br>自由標榜 | なし         | (介護施設)<br>総量規制<br>※ 計画に定める定員数<br>を超える場合、指定<br>等をしないことができ<br>る。 |
|                                       | (民間医療機関)<br><br>病床過剰地域での<br>病院開設・増床に関して<br>要請／勧告                  | (民間医療機関)<br><br>過剰な病床機能への転換等<br>に関して、要請／勧告<br>など                |                        |            | (地域密着型<br>サービス)<br>公募制                                         |
| 健康保険法等<br>医療保険の<br>給付対象範囲<br>(厚生労働大臣) | (民間医療機関)<br><br>上記勧告を受けた場合、<br>厚生労働大臣は<br>保険医療機関の指定を<br>しないことができる | なし                                                              |                        |            | (在宅サービス)<br>なし<br>※平成30年4月から<br>条件付与の仕組み                       |

## 【改革の方向性】（案）

- 診療所や医師数、高額医療機器など病床以外の医療資源に関しても、医療費の増加を抑制しつつ、診療科や地域ごとの偏在を是正し、限られた医療資源の中で適切かつ効率的な医療提供体制を構築していく観点から、その配置に係る実効的なコントロールが必要であり、その在り方について早期に議論を進めるべき。
- 来年度以降養成が開始される「総合診療専門医」について、必要な養成数を確保し、速やかな養成を進めるべき。

# (参考) 外来医療に係る諸外国の制度的対応

13

- 外来医療に関し、諸外国においては、医師の診療所開業や診療科標榜についてのコントロールや、医療機能を踏まえた適切な外来受診のための仕組みが導入されているが、我が国においてはこうした仕組みはほとんど設けられていない。

|      | 開業や標榜へのコントロール                                                                                                                                                                                                                           | 外来受診の機能分化                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| フランス | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 専門医養成課程を修了して、国によって認定を受けた専門診療科ごとに、実施できる医療行為が限定されている（他の診療科の診療はできない）</li> <li>※ 専門医養成課程等の選択にあたっては、医学部卒業時点の医学生に対し、全国選抜試験を実施。診療科・地域ごとに定員が定められ、成績順に卒後研修の地域や診療科を選択。</li> </ul>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ フリーアクセス</li> <li>○ 予め登録した「かかりつけ医」の受診とそれ以外で自己負担に差異 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ かかりつけ医受診時等：3割負担－1ユーロ</li> <li>・ 紹介状なしでのかかりつけ医以外受診時：7割負担＋1ユーロ</li> <li>※ 婦人科医、眼科医、精神科医は対象外。また、5歳未満児童の受診等も対象外。</li> </ul> </li> </ul> |
| ドイツ  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 開業には、医師免許に加え、卒後研修を修了し、<b>保険医として許可される必要。医師過剰地域では許可がなされない。</b></li> <li>※ 連邦共同委員会が、診療科ごとの外来医師配置の区割りや、人口当たりの医師数を定め、それを参考に州の委員会が州独自の定数役割を決定。</li> <li>○ 卒後研修を修了して承認がされない限り、診療科の標榜はできない。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ フリーアクセス</li> </ul>                                                                                                                                                                                                             |
| イギリス | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 一般医として専門研修を終了し、登録を受けることで一般医（GP）として診療が可能。</li> <li>※ 研修等における一般医の定員は医療需要を予測して保健省が決定。</li> </ul>                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 救急の場合以外はあらかじめ登録した診療所の一般医（GP）による診療が必要。<b>直接専門医の診療を受けることは原則認められない。</b></li> </ul>                                                                                                                                                |
| 日本   | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医師免許取得と臨床研修修了で医療に従事することが可能。その後の開業や診療科標榜は自由。</li> </ul>                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ フリーアクセス</li> <li>○ 大病院受診時のみ、選定療養として、大病院の追加収入になる形での定額負担</li> </ul>                                                                                                                                                              |

（出所）厚生労働省資料、健康保険組合連合会「健保連海外医療保障」、「先進諸国におけるかかりつけ制度の比較及び我が国におけるかかりつけ医制度のあり方に関する研究」（平成27年度厚生労働省科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）報告書）を基に作成。



## 【論点】

- 高齢者医療確保法第14条においては、医療費適正化の観点から地域ごとの診療報酬の定めを行いうることが規定されているが、平成18年の法律改正で規定されて以来、これまで実施例はない。どのような内容の診療報酬の定めが可能かについて都道府県に具体的に示されてもいない。
- 平成30年度からの国保改革により、都道府県が、県内の医療費の水準や見通しを踏まえた保険料設定と住民への説明責任を負うこととなり、県内の医療提供体制の在り方と一体的な検討を行うこととなる。
- 国保の都道府県単位化を機に、地域別診療報酬の活用を検討するなど医療費適正化に向けて積極的に取り組もうという都道府県も現れている。

全国一律（注）

診療報酬点数（厚生労働大臣告示）

（例） 初診料 282点  
入院基本料（7：1） 1,591点  
調剤基本料 1 41点

×

全国一律

1点あたり  
単価  
10円

（参考）  
①介護報酬では地域によって1点単価で最大14%の差異が設けられている。  
②かつて診療報酬も地域別に単価が設定されていた。

= 医療費

（注）入院基本料への地域加算（都市部に加算）など、例外的に地域ごとに異なる取扱いもある。

## ◆ 医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の活用（考えられる例）

- 医療費の伸びが高く住民の保険料負担が過重となる場合における診療報酬1点単価の調整
- 入院医療費の地域差是正等の観点からの、特定の病床が過剰な地域における当該入院基本料単価の引下げ
- 調剤業務の需要に見合わない供給増（薬剤師や薬局数の増加）が生じた場合の調剤技術料の引下げ

## 【改革の方向性】（案）

- 都道府県における医療費適正化の取組みに資する実効的な手段を付与し、都道府県のガバナンスを強化する観点も踏まえ、医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の具体的に活用可能なメニューを国として示すとともに、今年度から開始する第三期医療費適正化計画の達成に向けても柔軟に活用していくための枠組みを整備すべき

## 【論点】

- 昨年成立した改正介護保険法に基づき、平成30年度予算においては、都道府県・市町村の保険者機能強化のための新たな交付金を創設している（保険者機能強化推進交付金 30年度予算額：200億円）。
- 今後、こうしたインセンティブを活用することで、各市町村が保険者機能を発揮し、介護費の地域差縮減に努めていくことが求められる。

## 【保険者機能強化推進交付金の仕組み】

【市町村向けの評価指標：合計61指標】

- (1) PDCAサイクルの活用：8指標  
地域の特徴・課題の把握など
- (2) 自立・支援、重度化防止等に資する施策：46指標  
要介護認定・認定等基準時間の変化など
- (3) 介護保険運営の安定化に資する施策の推進：7指標  
ケアプラン点検の実施割合など

【都道府県向けの評価指標：合計20指標】

- (1) 管内の市町村の状況把握など：6指標
- (2) 自立・支援、重度化防止等の保険者支援：11指標
- (3) 管内市町村の評価指標の達成状況：3指標

## 評価指標の達成状況の「見える化」

| 総合順位 |    | 指標1 | 指標2 | 指標3 |
|------|----|-----|-----|-----|
| 1位   | A市 | 10  | 10  | 10  |
| 2位   | B町 | 10  | 5   | 10  |
| 3位   | C市 | 10  | 5   | 10  |
| 4位   | D町 | 10  | 10  | 0   |

⋮

|       |    |    |   |   |
|-------|----|----|---|---|
|       | Z市 | 10 | 0 | 0 |
| 1300位 | W町 | 5  | 5 | 0 |
| 1400位 | K町 | 0  | 5 | 0 |
| 1500位 | I市 | 0  | 0 | 0 |

多

交付額

少

## 【改革の方向性】（案）

- この交付金については、市町村・都道府県の保険者機能強化に向けた体制整備や自立支援・重度化防止の取組などの複数の指標の成績に応じて交付することとなっていることから、この指標の達成状況について「見える化」を実施するとともに、達成状況がよい自治体の取組を分析し、全国展開するとともに、達成状況がよい自治体については、その原因を分析し、都道府県・市町村の取組を支援すべき。
- 合わせて、こうした取組をさらに進めるため、第8期介護保険事業計画期間の始期である平成33年度から調整交付金のインセンティブとしての活用を進めるべき。

## 【論点】

- 訪問介護の生活援助サービスについては、月100回以上の利用など平均を大きく上回る利用が存在。
- こうしたことを踏まえ、平成30年度から、「全国平均利用回数+2標準偏差」の生活援助サービスについては、ケアプランの保険者への届け出を義務づけ、保険者によるケアプランの点検や地域ケア会議における検証を行うこととし、不適切な事例については是正を促すこととしたところ（施行は平成30年10月から）。

## 【頻回の生活援助サービスについての点検の仕組み】

生活援助サービスの訪問回数の回数が  
「全国平均利用回数+2標準偏差（2SD）（月30～40回程度）」  
のケアプランの保険者への届け出

保険者によるケアプラン点検

地域ケア会議によるケアプランの検証

不適切な場合にはケアプランの是正を促す

## ＜標準的な介護サービスの方法（イメージ）＞

利用者の状態像：要介護度、認知症の状況  
独居か否か など

標準的なサービス例：

週〇回 訪問介護  
（身体介護+生活援助）  
週〇回 通所リハ  
月〇回 訪問看護

標準的な内容と異なる部分についてはケアマネージャー  
が保険者に対し説明責任を持つ。

## 【頻回の生活援助サービスの利用状況】

|          | 全体      | 要介護1    | 要介護2    | 要介護3   | 要介護4   | 要介護5   |
|----------|---------|---------|---------|--------|--------|--------|
| 利用者数     | 485,174 | 204,392 | 162,482 | 68,313 | 34,591 | 15,396 |
| 平均回数     | 10.6    | 9.2     | 11.1    | 13.2   | 11.3   | 9.3    |
| +2SDライン  | 32      | 26      | 33      | 42     | 37     | 31     |
| +2SD利用者数 | 23,502  | 11,165  | 8,406   | 4,169  | 1,995  | 664    |
| 割合       | 4.8%    | 5.5%    | 5.2%    | 6.1%   | 5.8%   | 4.3%   |

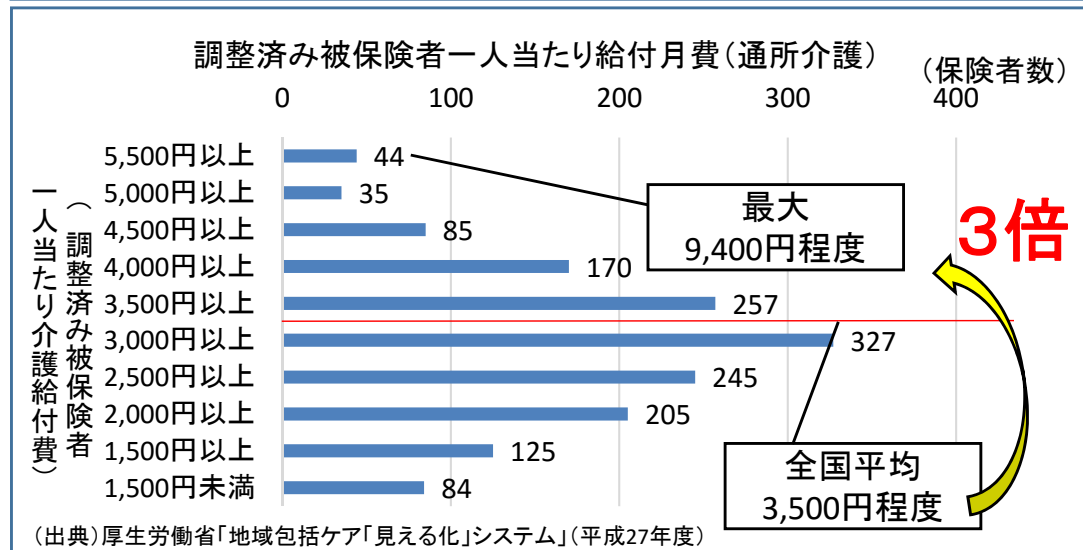
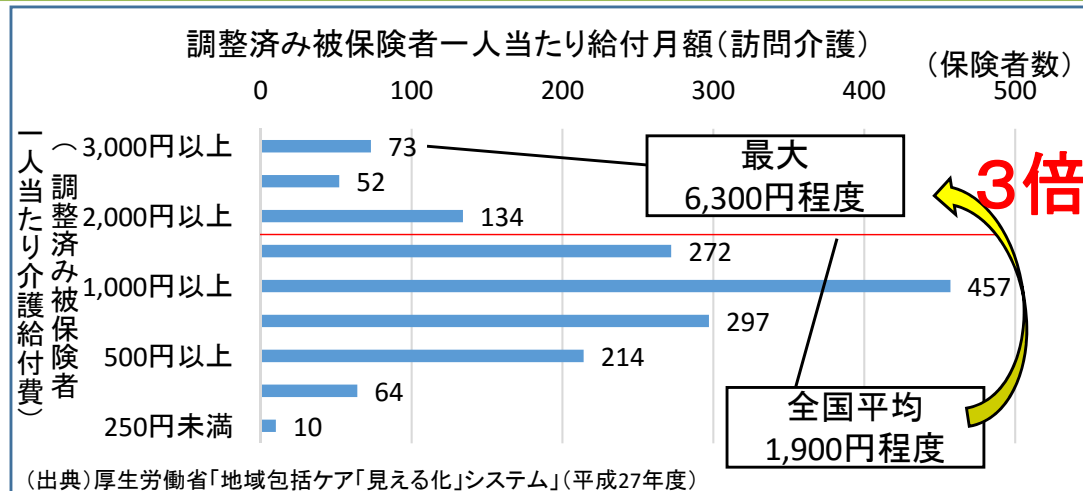
（出典）厚生労働省「介護保険総合データベース」（H28.9月サービス実施、10月審査分）

## 【改革の方向性】（案）

- 国において制度施行までに、保険者によるケアプランチェックのための指針等を早急に策定・周知するとともに、今後、ケアプラン点検の実績も踏まえ、利用者の状態像に応じたサービスの利用回数や内容等についての標準化を進める必要。

## 【論点】

- 訪問介護・通所介護の被保険者一人当たり給付費については、性・年齢階級（5歳刻み）・地域区分を調整してもなお、全国平均と最大値との間で3倍程度の差が存在。
- 一方で、訪問介護・通所介護をはじめとした居宅サービスについては、総量規制や公募制などの自治体がサービス供給量をコントロールする仕組みが十分でない（平成30年度から条件付与の仕組みを創設）。



|        | 居宅サービス                                                         | 地域密着型サービス                                                 | 施設サービス                                                                 |
|--------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 指定等    | 都道府県<br>（指定都市・中核都市）                                            | 市町村                                                       | 都道府県<br>（指定都市・中核都市）                                                    |
| 総量規制   | ・特定施設入居者生活介護                                                   | ・認知症対応型共同生活介護<br>・地域密着型特定施設入居者生活介護<br>・地域密着型老人福祉施設入所者生活介護 | ・介護老人福祉施設（特養）<br>・介護老人保健施設<br>・介護医療院（※）<br>※H29年介護保険法等改正法の改正後（新設の場合のみ） |
| 公募制    |                                                                | ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護<br>・小規模多機能型居宅介護<br>・複合型サービス             |                                                                        |
| ・公募制なし | ・訪問介護<br>・訪問入浴介護<br>・訪問リハ<br>・通所介護<br>・通所リハ<br>・短期入所生活介護<br>など |                                                           |                                                                        |

- （注1）総量規制：都道府県知事又は市町村長は介護保険事業計画等の達成に支障が生じる場合などにおいては、事業者の指定等をしていないことができる。
- （注2）公募制：市町村長は公募により、特定の地域での開設を特定の事業者のみに認めることができる。
- （注3）介護療養型医療施設については、介護保険法の改正により平成24年以降、新設は認められていない。
- （注4）定期巡回などの地域密着型サービスの普及のために必要があるときは、市町村長は訪問介護・通所介護の都道府県知事による指定について協議を求めることができる。
- （注5）居宅サービスについては、平成29年法改正により条件付加の仕組みが設けられた。

## 【改革の方向性】（案）

- 今後、介護費の地域差を縮減に向けて保険者機能を強化していくことが必要であり、在宅サービスについても総量規制や公募制などのサービスの供給量を自治体がコントロールできる仕組みを導入すべき。

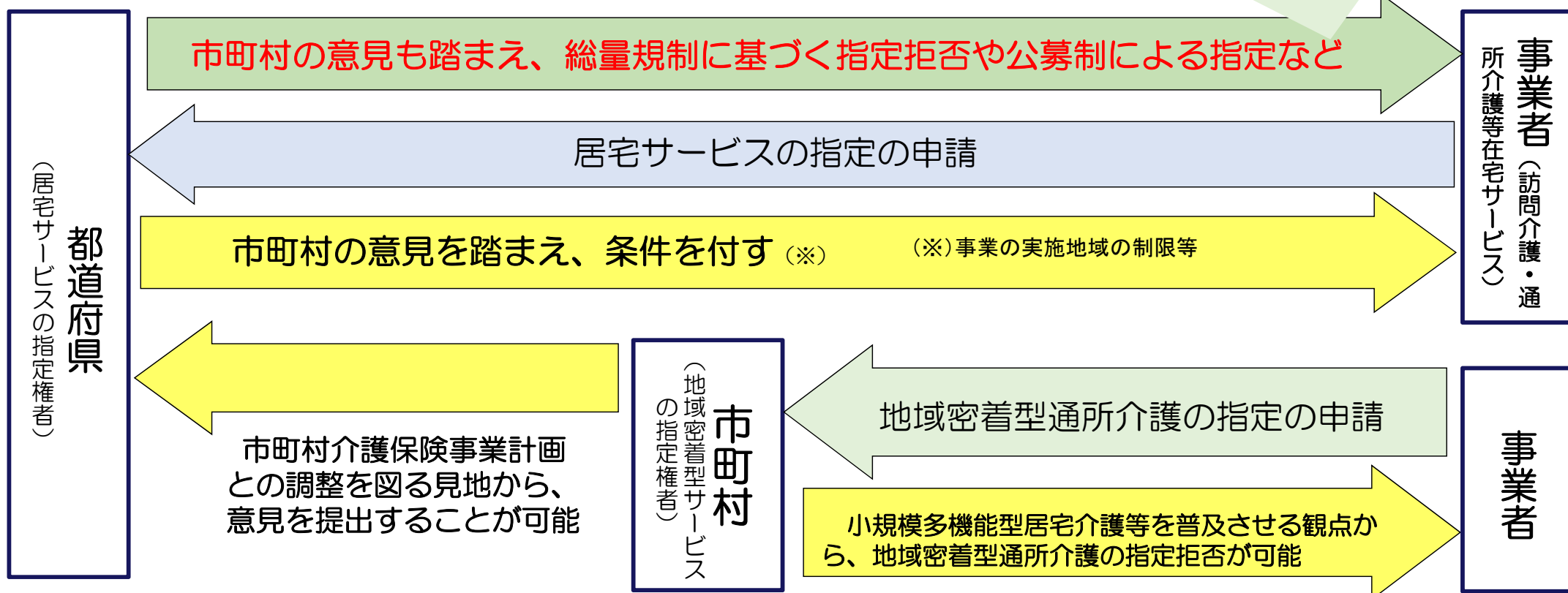


- 平成29年度制度改正において、在宅サービス事業者の指定にあたって、都道府県は市町村の意見を踏まえ、条件付与を行うなどの仕組みが創設しており、今後、この仕組みが円滑に施行されていく必要がある。
- その上で、訪問介護や通所介護の一人当たり給付費が、既に全国平均と比べて極めて高い水準となっている地域もあるが、こうした地域において、自治体により積極的に地域のサービス供給量をコントロールするための方策はとして、都道府県が市町村の意見も踏まえ、在宅サービス事業者の指定にあたって、域内の市町村の計画上のサービス見込み量を超えるなどの場合に指定拒否を行える仕組み（「総量規制」）や、特定の地域において特定の事業者に限定して指定を行う仕組み（「公募制」）を導入するなど、自治体の在宅サービス事業者への関与の在り方を検討する必要。

## 【事業者の指定に当たっての都道府県・市町村の役割】

- ・ 都道府県の関与を強めるための仕組みを検討すべき。

→ : 平成29年度改正で追加した事項

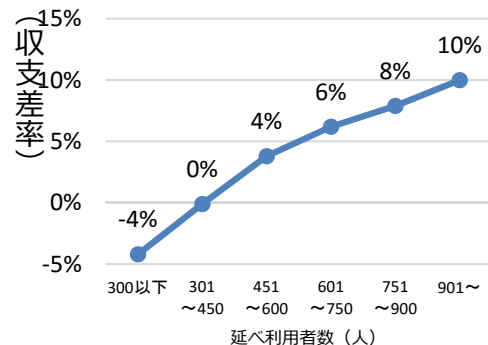


## 【論点】

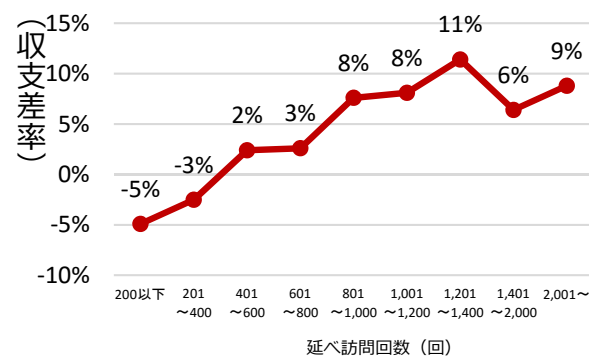
- 介護サービス事業者の事業所別の規模と経営状況との関係を見ると、規模が大きいほど経費の効率化余地などが高いことから経営状況も良好なことが伺える。一部の営利企業においては経営主体の合併等により規模拡大は図られている。営利企業とその他の経営主体では同列ではない部分もあるが、介護サービス事業全体で見た場合、介護サービスの経営主体は小規模な法人が多いことが伺える。

## 【介護サービス事業者の利用状況別の収支差率（事業所別）】

### ＜通所介護＞



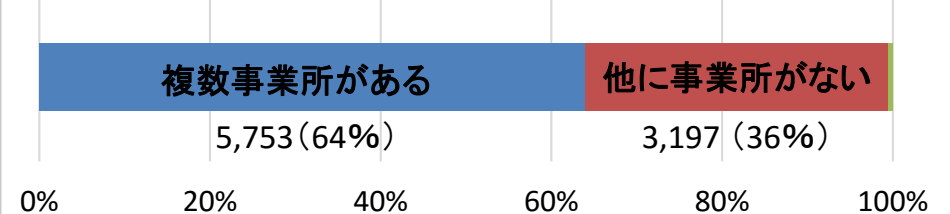
### ＜訪問介護＞



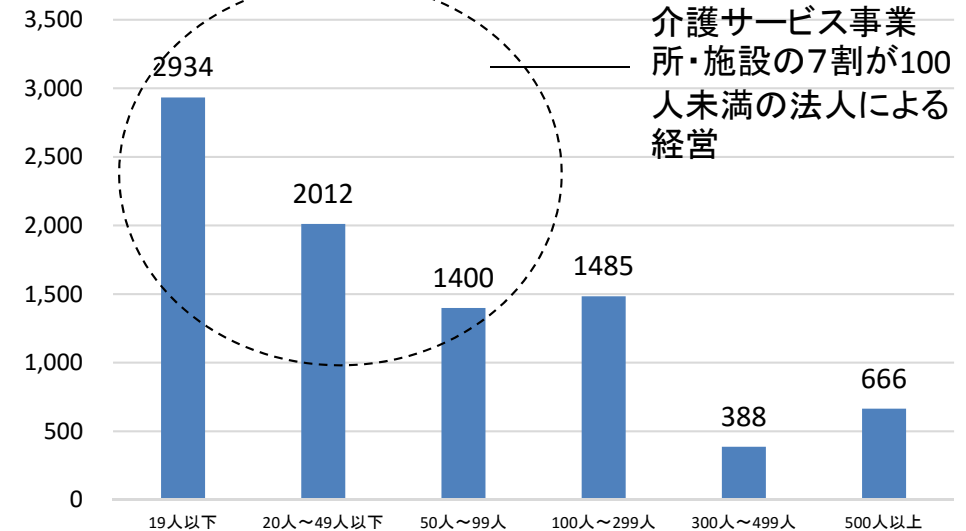
（出典）平成29年度介護事業経営実態調査

## 【介護事業者の経営主体の規模】

介護サービス事業所・施設の4割弱が1法人1施設・事業所

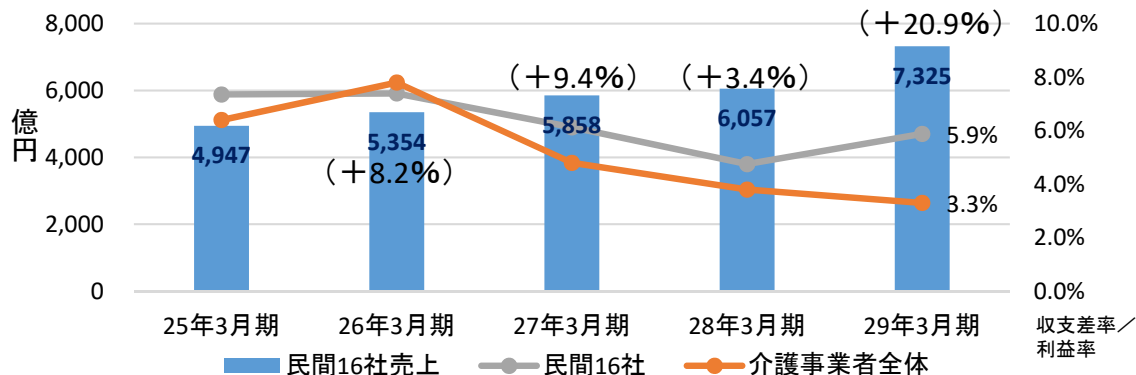


### 法人数



（出典）「平成28年度介護労働実態調査」介護労働安定センター

## 【介護関係の民間16社の経営規模・状況】



（注）平成29年3月期の民間16社の利益率には、合併に伴う損失等を計上したSOMPOを除く。

## 【改革の方向性】（案）

- 介護サービス事業者の経営の効率化・安定化と、今後も担い手が減少していく中、人材の確保・有効活用やキャリアパスの形成によるサービスの質の向上などの観点から、介護サービスの経営主体の統合・再編等を促すための施策を講じていくべき。



# (参考)介護サービスの経営主体の大規模化等の施策について

- 介護サービス等の事業を行う複数の法人が、人材育成・採用などの本部機能を統合・法人化することで、ケアの品質の底上げや研修・採用活動のコスト減を図るなどの取組も存在。
- 介護サービスの経営主体の大規模化については、①こうした介護サービス事業の人事や経営管理の統合・連携事業を自治体が目標を定めるなどして進めることのほか、②一定の経営規模を有する経営主体の経営状況を介護報酬などの施策の決定にあたって勘案することで経営主体自体の合併・再編を促す、といった施策が考えられる。また、③経営主体について一定の経営規模を有することや、小規模法人については人事や経営管理等の統合・連携事業への参加を指定・更新の要件とする、といったことも考えられる。

## (参考) 法人間の機能の統合・連携の例

<社会福祉法人 リガーレ>

○ 7つの社会福祉法人（※）が、本部機能を独立・法人化。

※ 所在地は、京都府が5法人、滋賀県が1法人、青森県が1法人

○ 統合した本部機能

① 介護サービスの質の標準化

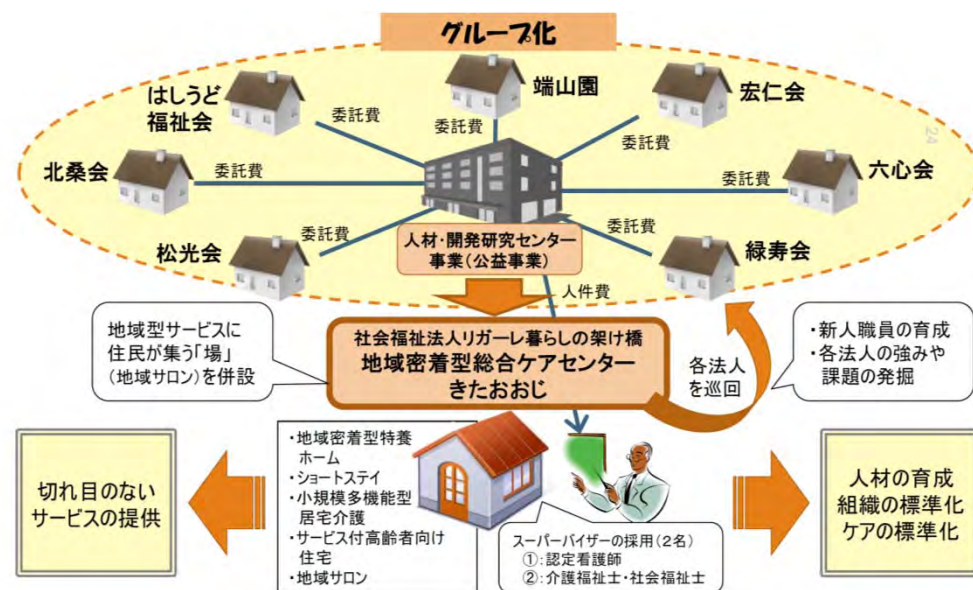
各法人への定期的な巡回訪問によるサービスの質の標準化

② 介護等人材の確保・育成

研修や採用活動の共同実施。将来的に法人間人事異動も検討

③ 経営管理機能の強化

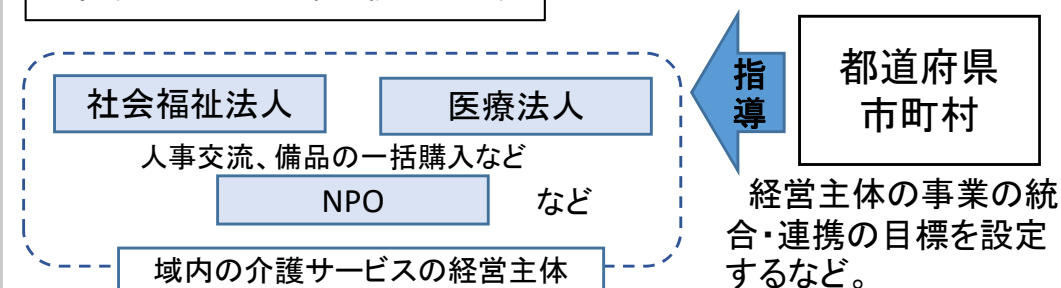
老朽化施設の改修や地域展開への経営戦略等の支援



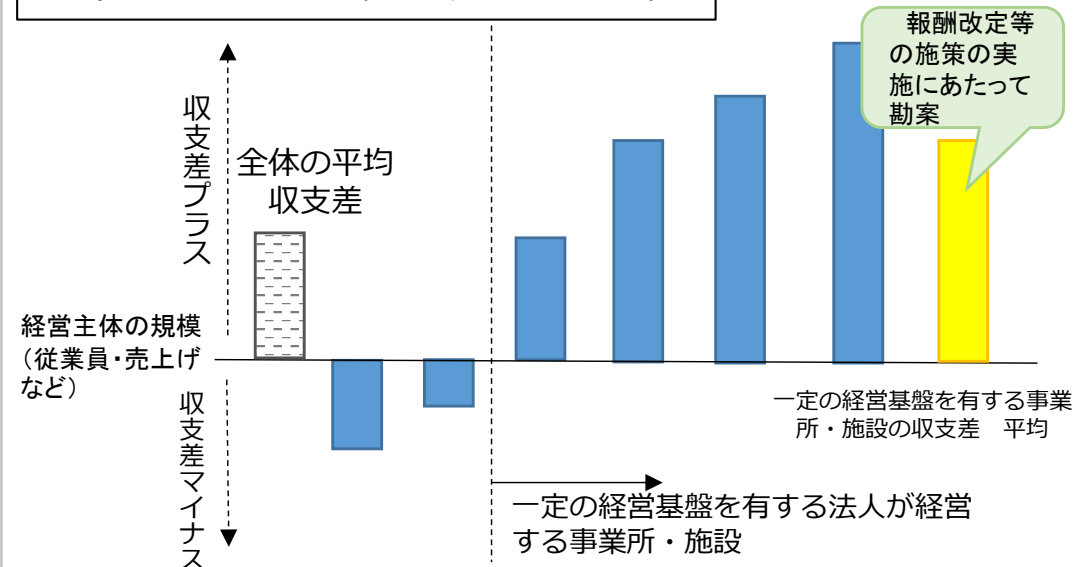
(出典) 平成28年度老健事業「地域包括ケアシステム構築に向けた効果的・効率的なサービス提供のあり方に関する調査研究事業」

## 【経営主体の大規模化に向けた施策イメージ】

例) 経営主体の事業の統合・連携



例) 介護サービス事業者の経営状況の勘案



## 視点3

**高齢化や人口減少の中でも持続可能な制度としていく**

**～給付と負担のバランス～**

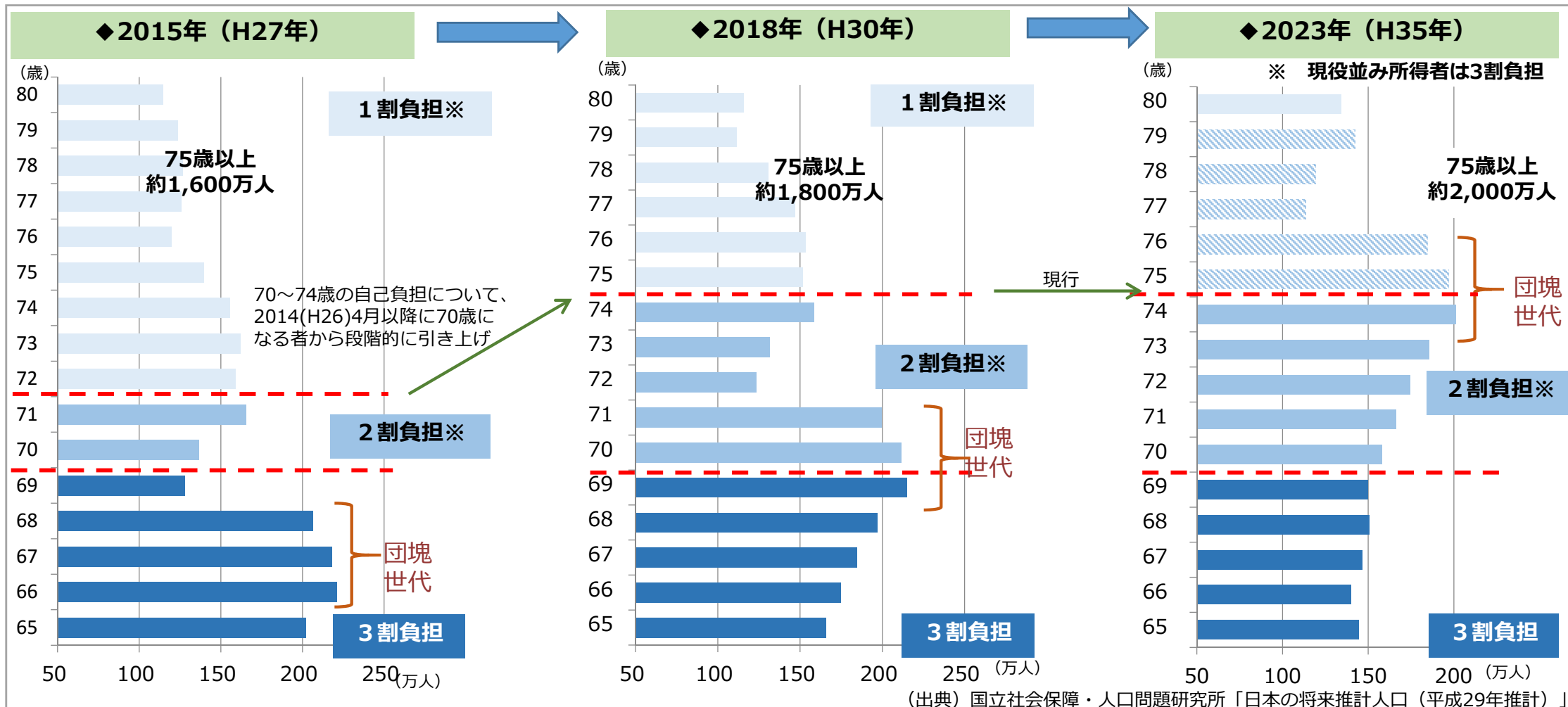
- **年齢ではなく能力に応じた負担**
- **人口減少下の医療費増加に対しても  
制度の持続可能性を担保**

# 医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方

19

## 【論点】

- 後期高齢者の定率の窓口負担は、現役世代よりも低い1割に軽減されている。他方、後期高齢者の人口は毎年増加。
- 2022年から団塊の世代が後期高齢者になり始めるが、現行制度の下では2割負担から1割負担に引き下がることになる。



## 【改革の方向性】 (案)

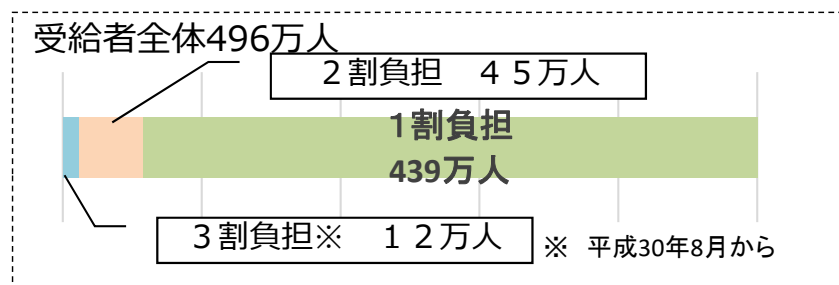
- 後期高齢者数や医療費が毎年増加し、これを支える現役世代の保険料や税の負担が重くなっていく中、世代間の公平性や制度の持続可能性を確保していく観点から、まずは75歳以上の後期高齢者の自己負担について2割負担とすべき。
- その際、現在70歳～74歳について段階的に実施している自己負担割合の2割への引き上げと同様に、75歳到達後も自己負担割合を2割のままとすることに加えて、すでに後期高齢者となっている者についても、数年かけて段階的に2割負担に引き上げるべき。

# 介護保険の利用者負担について

## 【論点】

- 介護保険の財源構造は、所得の高い者を除き基本的に1割の利用者負担を求めた上で、残りの給付費を公費と保険料で半分ずつ負担する構造であり、保険料は65歳以上の者（1号被保険者）と40～64歳の者（2号被保険者）により負担されている。
- また、65歳以上の者の要介護認定率は2割弱であり、介護サービスを実際に利用している者と保険料のみを負担している者が存在。
- 今後、介護費用は経済の伸びを超えて大幅に増加することが見込まれる中で、若年者の保険料負担の伸びの抑制や、高齢者間でのサービス利用者と保険料負担との均衡を図ることが必要。

## 【介護保険の費用の内訳】



利用者負担 0.8兆円 (7.5%)

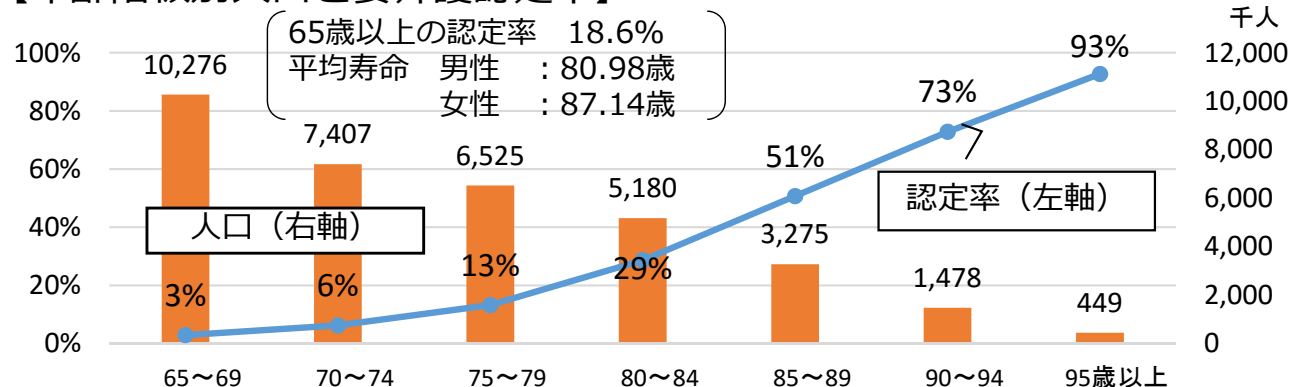
1号保険料  
2.3兆円  
(21.1%)

2号保険料  
2.3兆円  
(20.9%)

公費  
5.6兆円  
(50.5%)

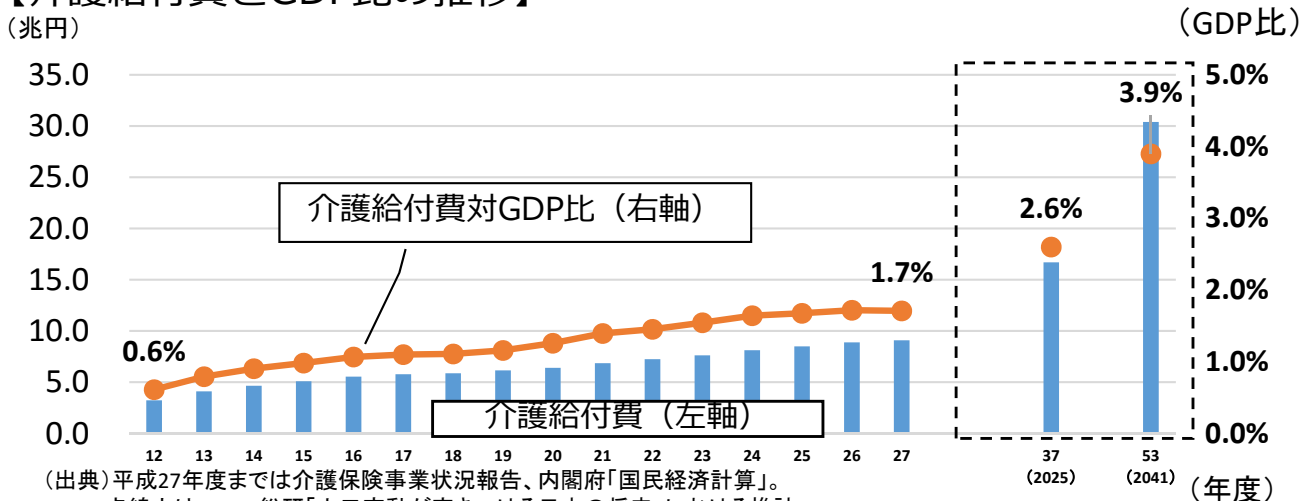
介護費用 (11.1兆円)

## 【年齢階級別人口と要介護認定率】



(出典) 厚生労働省「介護給付費等実態調査(平成28年11月審査分)」、総務省「人口推計」(平成28年10月)

## 【介護給付費とGDP比の推移】



(出典) 平成27年度までは介護保険事業状況報告、内閣府「国民経済計算」。  
点線内は、NIRA総研「人口変動が突きつける日本の将来」における推計

## 【改革の方向性】 (案)

- 制度の持続可能性や給付と負担のバランスを確保する観点から、介護保険サービスの利用者負担を原則2割とするなど、段階的に引き上げていく必要。

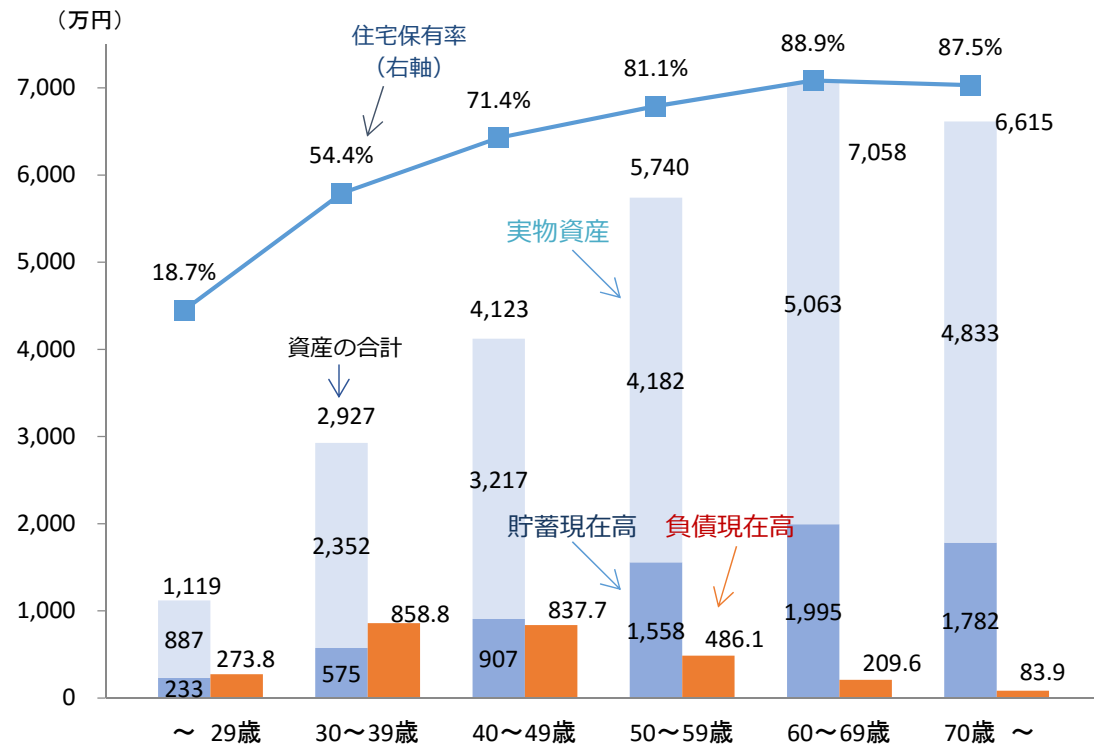
# 金融資産等を考慮に入れた負担を求める仕組みの医療保険への適用拡大

21

## 【論点】

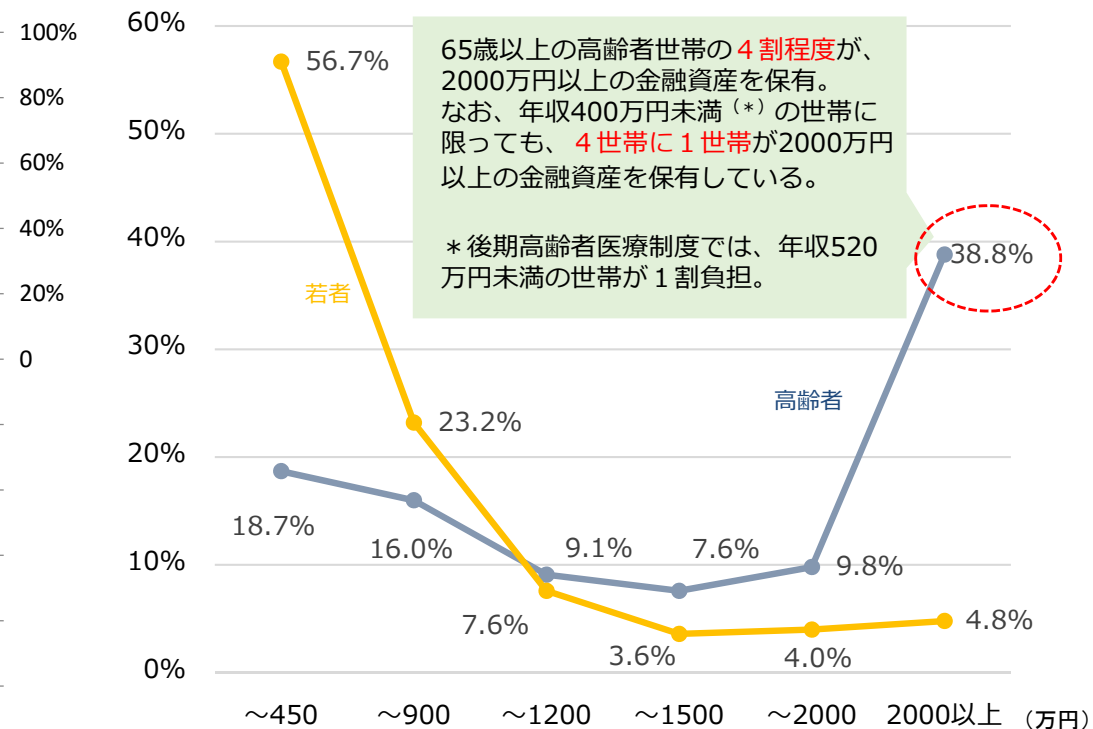
- 高齢者は、現役と比べて、平均的に所得水準は低い一方で、貯蓄現在高は高い。また、所得が低い高齢者の中にも相当の金融資産を保有するケースもある。しかし、（介護保険における補足給付を除き）高齢者の負担能力の判断に際し、預貯金等の金融資産は勘案されていない。
- 預金口座への任意付番・預金情報の照会を可能とする改正マイナンバー法が施行。

＜世帯主の年齢階級別資産残高＞



(出所) 総務省 平成26年全国消費実態調査。  
(注) 総世帯。資産の合計は、実物資産と貯蓄現在高の合計。

＜高齢者世帯・若者世帯の貯蓄現在高＞



(出所) 総務省 平成26年全国消費実態調査。  
(注) 高齢者は65歳以上の夫婦のみの世帯、若年は世帯主40歳未満の世帯。

## 【改革の方向性】（案）

- 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。
- 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。



## 【論点】

- 後期高齢者の自己負担は、「現役並み」（現役の平均）の所得水準を基準に、それ以上の所得があれば現役と同様3割負担、それ以下であれば1割負担とされ、高額療養費の負担限度額にも差が設けられている。
- しかしながら、実際の判定基準は、「現役並み」以上の所得があっても「現役並み」とは評価されない仕組みとなっており、相当の収入があっても後期高齢者であれば1割負担となる。
- 後期高齢者に占める「現役並み所得者」の割合は減少傾向であり、実効給付率の上昇の一因となっている。

## ◆ 3割負担等の対象（現役並み所得以上）の判定方法

- 要件① 世帯内に課税所得の額が145万円以上の被保険者がいる  
かつ  
要件② 世帯の被保険者全員の収入の合計額が520万円以上である。  
(世帯の被保険者が一人の場合は、383万円以上である。)

### 現役夫婦2人世帯

収入386万円以上  
(平均的収入以上)

夫の給与収入386万円

基礎控除 33万円  
給与所得控除 131万円  
配偶者控除 33万円  
社会保険料控除 44万円  
(控除額計 241万円)

課税所得 145万円以上

同水準

### 高齢夫婦2人世帯

収入520万円以上  
【要件②】

夫の給与収入240万円  
年金収入201万円  
妻の年金収入79万円

基礎控除 33万円  
給与所得控除 90万円  
配偶者控除 38万円  
社会保険料控除 14万円  
公的年金等控除 199万円  
(控除額計 374万円)  
※控除額が多額となるケース

課税所得 145万円以上  
【要件①】

### (具体例)

収入  
500万円

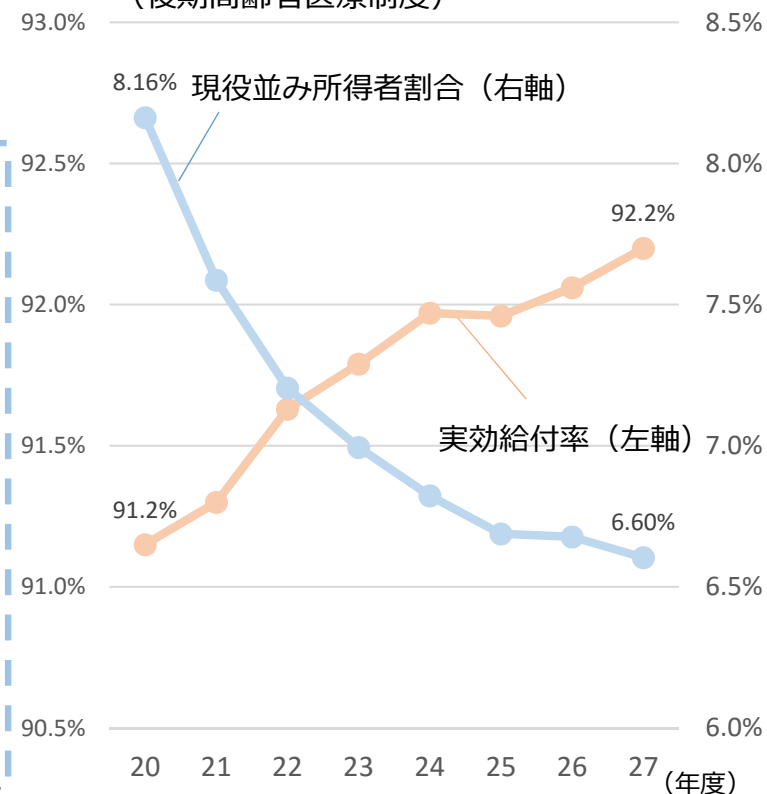
所得  
300万円

所得  
200万円

所得  
145万円

すべて「現役並み以下」= 1割負担

## ◆ 「現役並み所得者」割合と実効給付(後期高齢者医療制度)



(出典) 後期高齢者医療制度事業年報

## 【改革の方向性】(案)

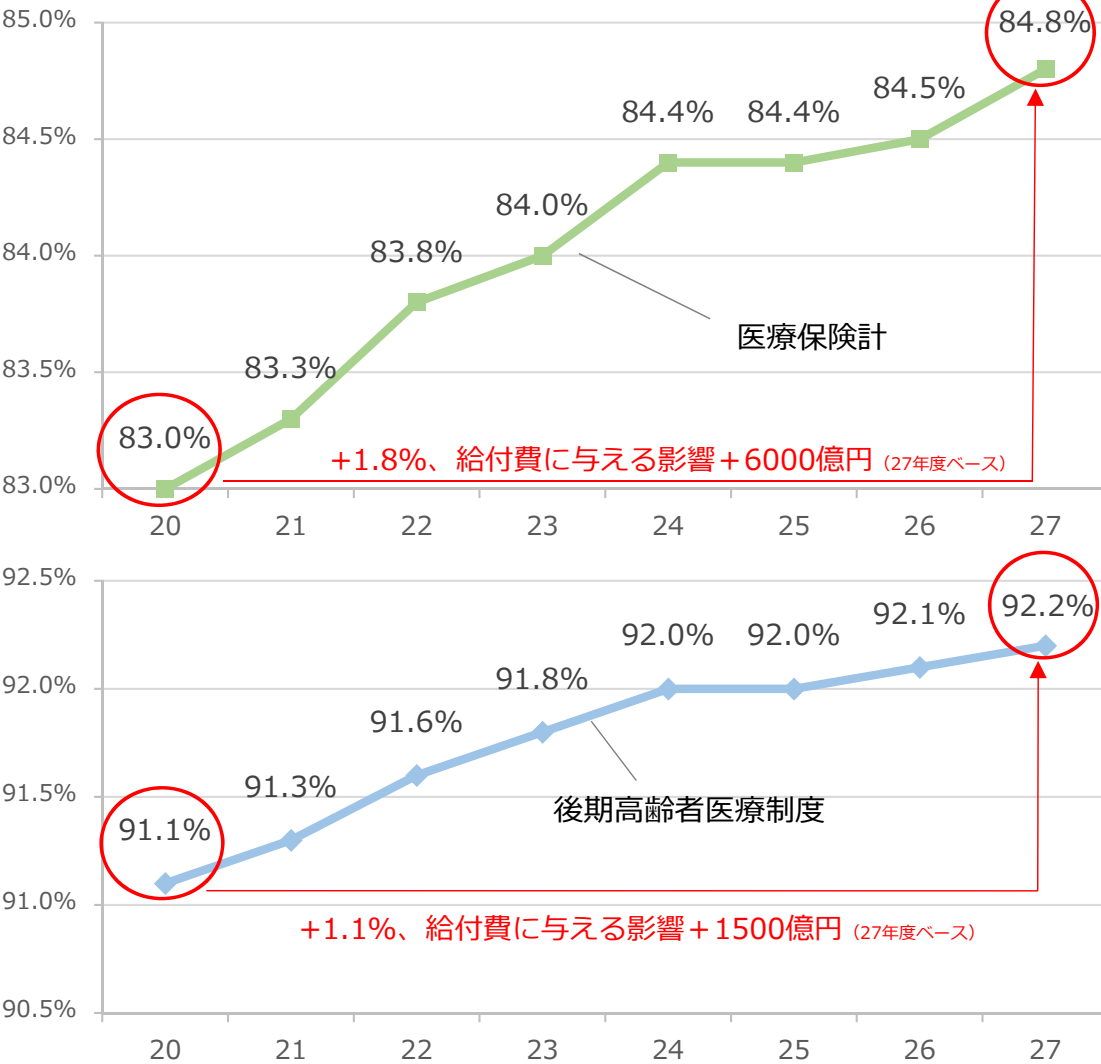
- 「現役並み所得者」の判定基準について、現役世代との公平性の観点から、見直しを行うべき。



## 【論点】

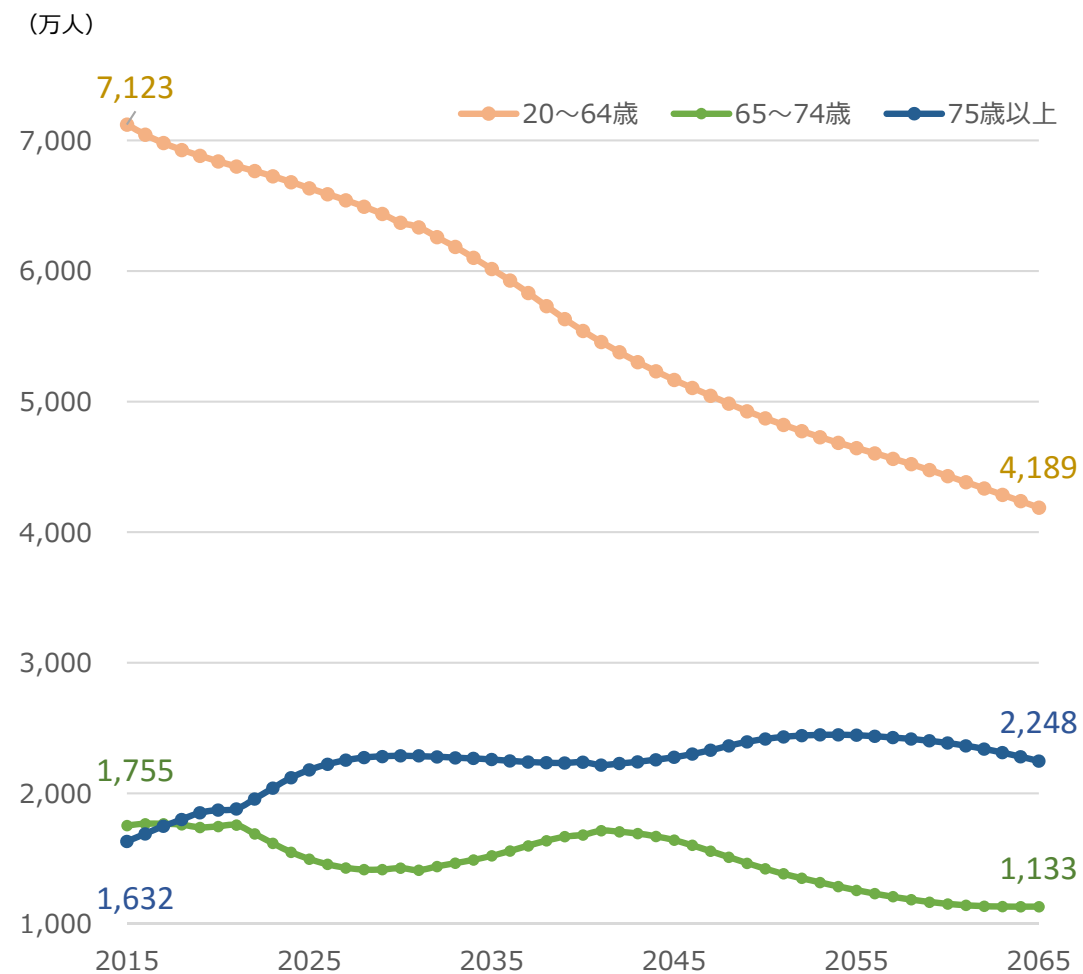
- 今後、現役世代の人口が急速に減少する一方で、医療費は増加し、実効給付率も上昇。医療費が支え手の負担能力を超えて増加した場合に給付率を見直すことで、制度の可能性を担保していく必要。

### ◆ 実効給付率の推移



(出所) 国民医療費の概況 (厚生労働省)

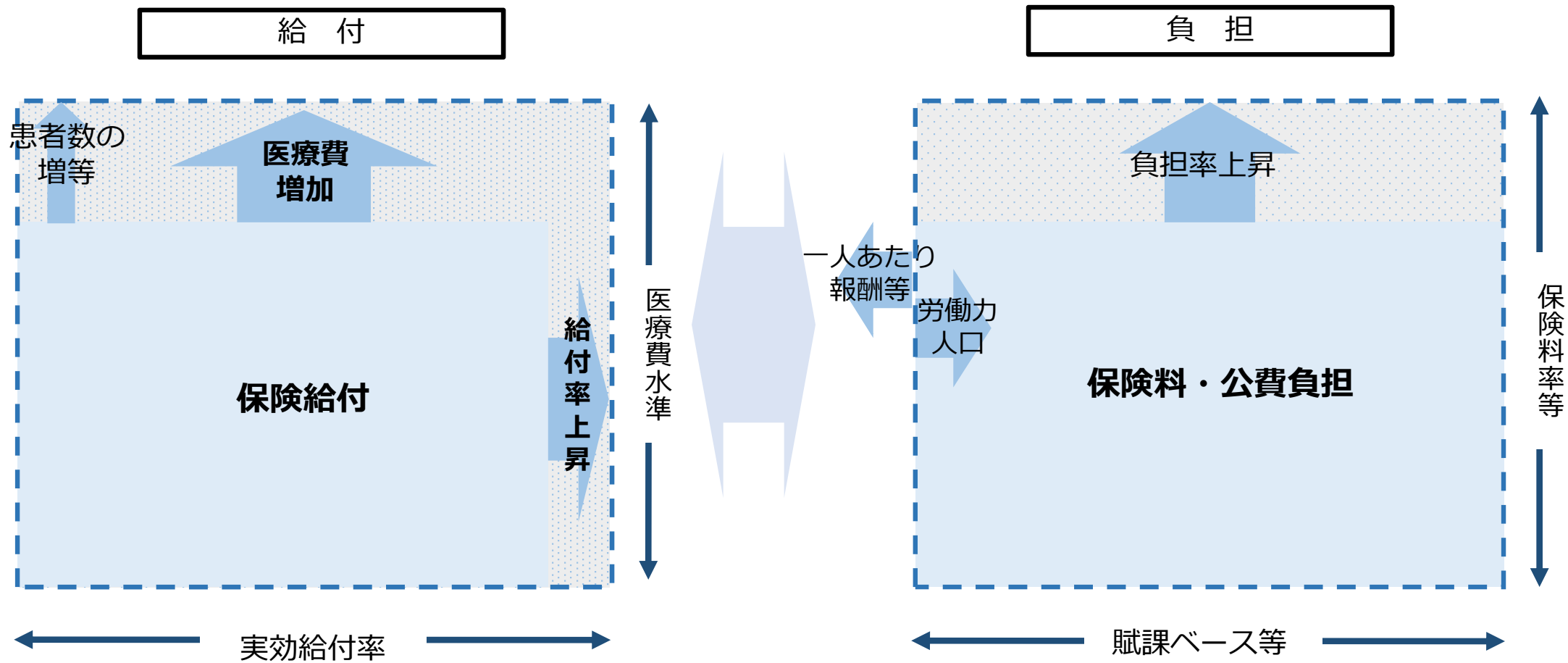
### ◆ 2065年までの人口の推移



(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)」

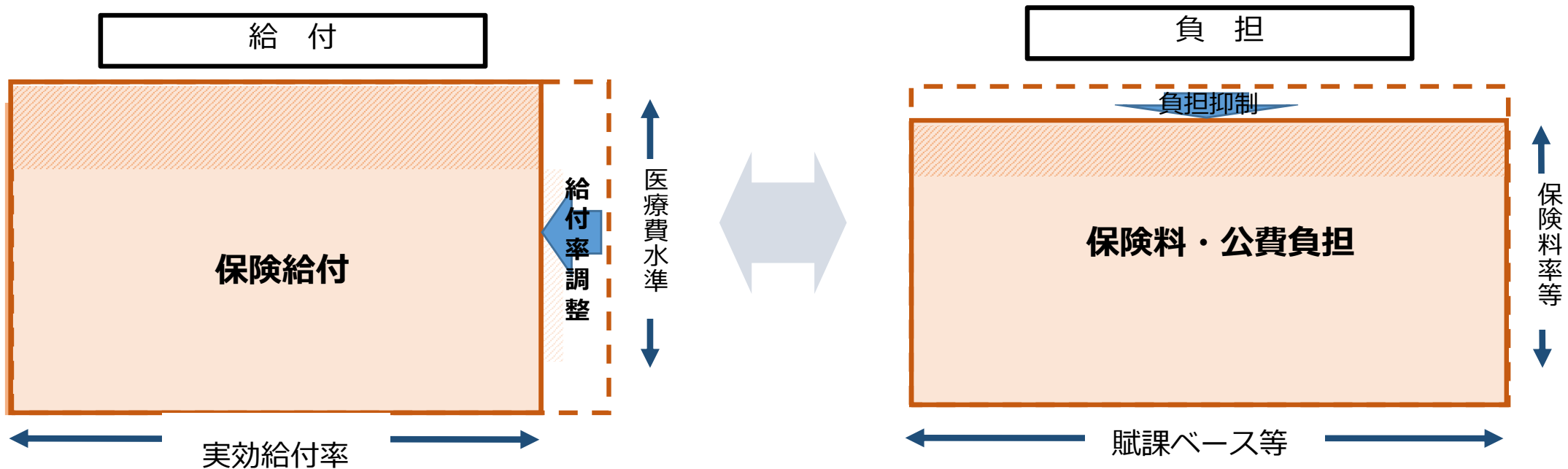
# 医療費の増加と支え手に対する影響

- ①高齡化・高度化による医療費増、②後期高齡者の増などによる実効給付率上昇により、医療給付費は増加。
- この負担を、今後大幅な減少が見込まれる支え手の負担率上昇で賄う必要。経済成長が進まない場合や、医療費が高騰する場合のリスクをすべて保険料・公費の負担者が負う仕組みとなっている。



自民党 財政再建に関する特命委員会  
財政構造のあり方検討小委員会 中間報告書  
(平成30年3月29日)

経済成長や人口動態を踏まえた被保険者の負担能力に応じて、患者への給付率の調整(定率・定額負担、負担上限、免責等)をルールに基づき定期的に行う仕組みを導入する。



## II. 年金

# 年金制度の現状と課題

## 16年改正後の年金制度の仕組み

- 平成16年改正においては、将来の現役世代の過重な負担を回避するとともに、公的年金としてふさわしい給付水準を確保するとの考え方の下、持続可能な年金制度の構築と信頼の確保に向けた改革を実施。
- 具体的には、
  - ① 基礎年金国庫負担を1/2に引上げ
  - ② 保険料について上限を固定した上で引上げ（厚生年金：18.3%、国民年金：16,900円）
  - ③ これらにより固定された財源の範囲内に収まるように給付水準を自動調整する仕組み（マクロ経済スライド）を導入を行い、5年ごとに年金財政の健全性を検証することとされた。

- ・ マクロ経済スライドは、「名目下限ルール」により、デフレ下では機能を発揮せず。
- ・ 給付水準の調整が遅れた結果、マクロ経済スライドによる調整期間が長期化。

社会・経済の変化や実態等を踏まえて、制度のファインチューニングを行う必要

- ・ 現行制度は、原則として20歳から60歳の40年間の保険料納付と65歳からの受給を予定。
- ・ 一方、この間、平均寿命は伸び、働く意欲のある高齢者も増加。老化は5～10年遅延との指摘も。

## より望ましい年金制度への改革に向けた視点（31年財政検証に向けて）

### 「世代間の公平性」の確保

～マクロ経済スライドの在り方～

- マクロ経済スライドについては、「名目下限」を維持しつつ、未調整分を翌年度以降の好況時に調整する仕組みを導入。
- 一方、低成長が続く場合、未調整分は解消せず、工夫の余地があるのではないか。

### 「多様な働き方」の受容

～短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大～

- 一定規模以上や労使の合意のある企業等において適用拡大を実施。
- 短時間労働者について、年金等の保障を厚くする観点から、更に適用拡大を進めるべきではないか。

### 「人生100年時代」への対応

～高齢期の職業生活の多様性に  
応じた年金受給の在り方～

- 働く意欲と能力のある高齢者の就労を促進し、将来の給付水準を確保するため、中長期的な国庫負担の水準に留意しつつ、支給開始年齢や保険料納付期間などについて見直すべきではないか。

### 「年齢」ではなく「能力」 に応じた給付と負担

～高所得者の年金給付・  
年金課税の在り方の見直し～

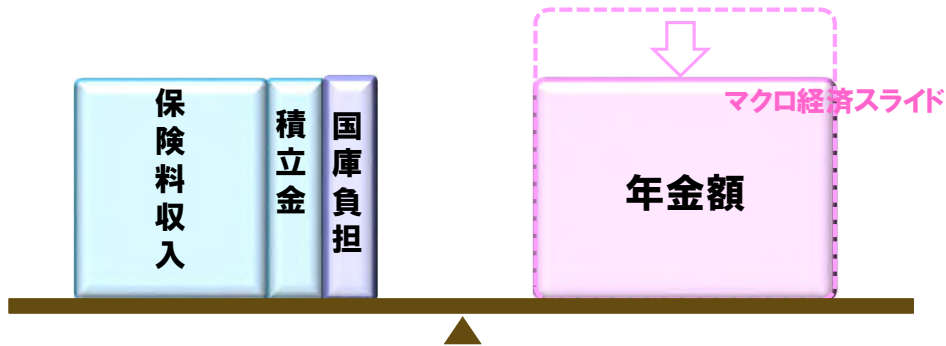
- 老齢基礎年金は、老齢期の稼働能力喪失に対応する給付。
- 高所得者への基礎年金給付（現役世代からの仕送り）や、税負担の在り方を見直し、現役世代や将来世代の負担軽減に充てるべきではないか。



# 平成16年改正後の年金制度における支給開始年齢引上げの効果

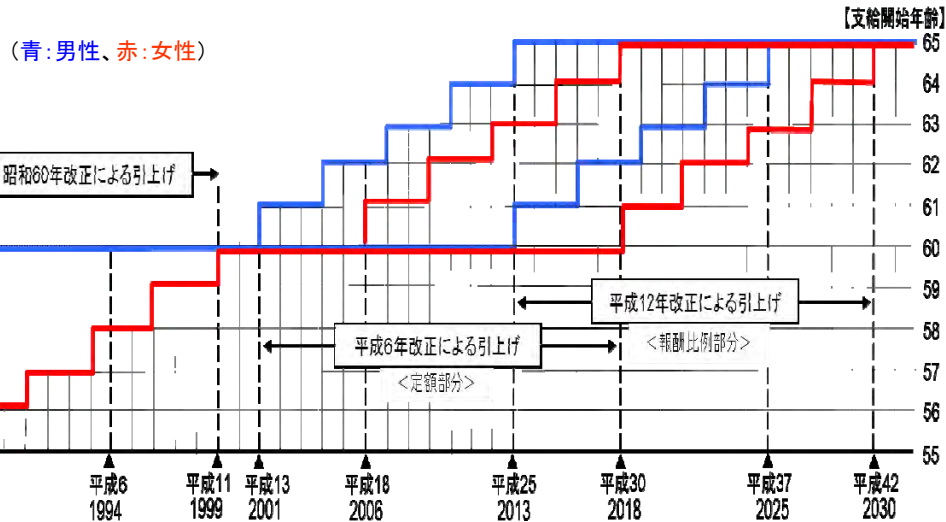
- 現在、厚生年金の支給開始年齢は、2025年にかけて、60歳から65歳へと段階的に引き上げられているところ。
- 給付と負担が長期的にバランスするよう、マクロ経済スライドにより自動的に給付額が調整されていく平成16年改正以降の年金制度の下では、ある世代における給付財源の節約は後世代（将来世代）の支給水準の向上につながる。

## ◆平成16年改正後の年金財政フレーム



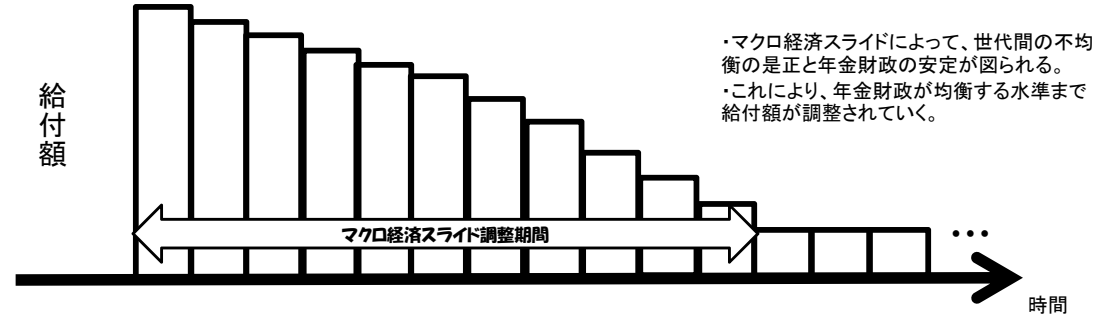
保険料率の上限を固定することにより、まず収入側を固定し、その財源の範囲内に収まるように給付水準を調整する仕組み（マクロ経済スライド）を導入

## ◆現行の支給開始年齢引上げスケジュール（厚生年金）

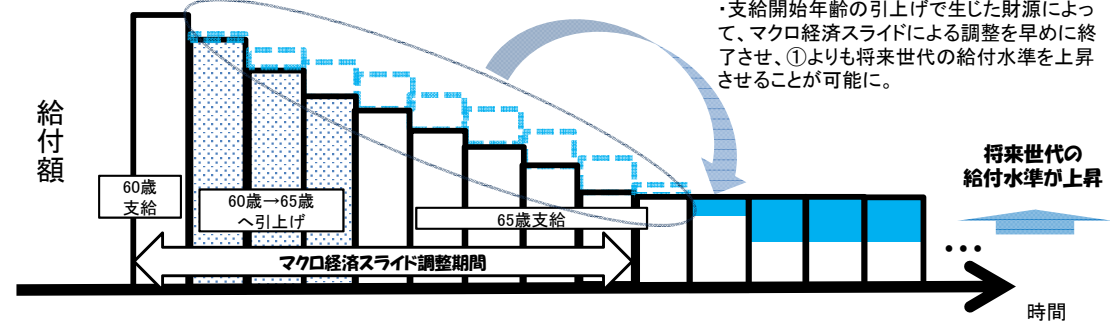


## ◆支給開始年齢を上げた場合の世代ごとの受給総額の変化（イメージ）

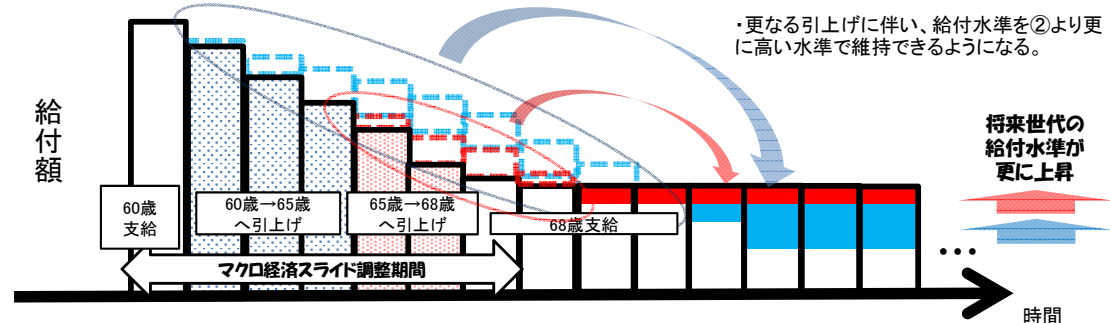
### ① 仮に支給開始年齢の引上げを行わなかった場合



### ② 現行の支給開始年齢の引上げ（60歳→65歳）



### ③ 支給開始年齢を更に引き上げた場合（例：65歳→68歳）



（注）マクロ経済スライド調整が早期に終了することによる給付水準上昇の恩恵は、実際には、将来世代だけでなく、その時点で受給している世代全てに及ぶが、その後の受給期間（平均余命）の差から、将来世代への裨益が大きい。

# 「人生100年時代」の年金受給の在り方と支給開始年齢の引上げ

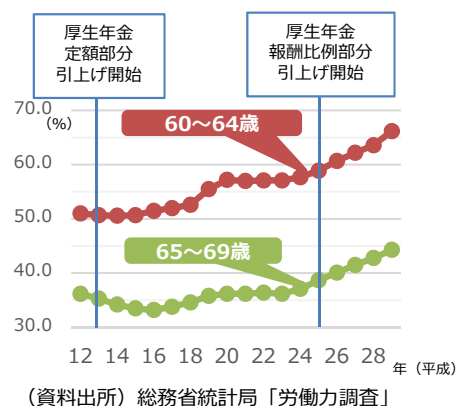
- 今後、いわゆる「人生100年時代」を迎えていく中、
    - ・ マクロ経済スライドが、これまではデフレ下で十分に機能を発揮してこなかった結果、年金財政を維持するための給付調整の影響が後世代（将来世代）に偏ってきていること
    - ・ 平均寿命は伸び、働く意欲のある高齢者が増加するとともに、実際にその就業率も上昇していること
    - ・ 支給開始年齢の引上げは高齢就労を促進する側面があること
    - ・ 高齢就労が促進され、保険料収入が増えれば、将来の年金給付水準の維持・向上にもつながること
- を踏まえれば、後世代の給付水準の確保や高齢就労の促進、年金制度の維持・充実といった観点から、支給開始年齢の引上げを検討していくべきではないか。

## ◆平均寿命と支給開始年齢

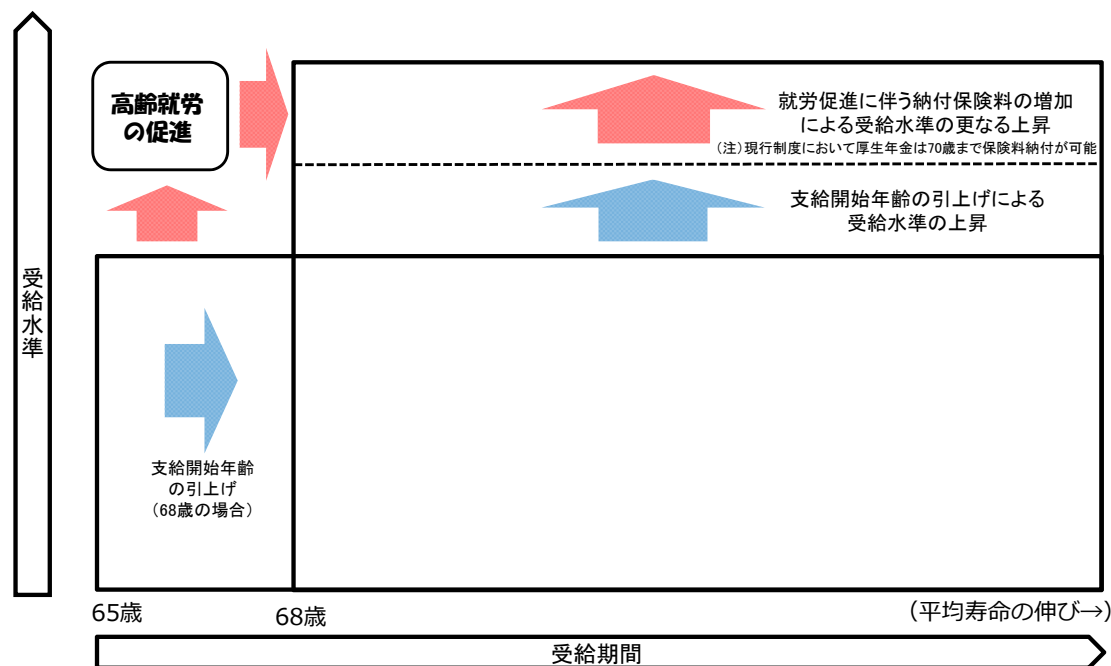
|                 | 男性の場合       |                    |                |
|-----------------|-------------|--------------------|----------------|
|                 | 平均寿命<br>(A) | 支給開始年齢<br>(B)      | 差<br>(A)-(B)   |
| 1961年<br>国民年金創設 | 66.0年       | 国年: 65歳<br>厚年: 57歳 | +1.0年<br>+9.0年 |
| 2030年           | 82.4年       | 国年: 65歳<br>厚年: 65歳 | +17.4年         |
| 2050年           | 84.0年       | 国年: 65歳<br>厚年: 65歳 | +19.0年         |

(出典)「日本の将来推計人口(平成29年推計)」  
(国立社会保障・人口問題研究所)の死亡中位ケース

## ◆就業率の推移

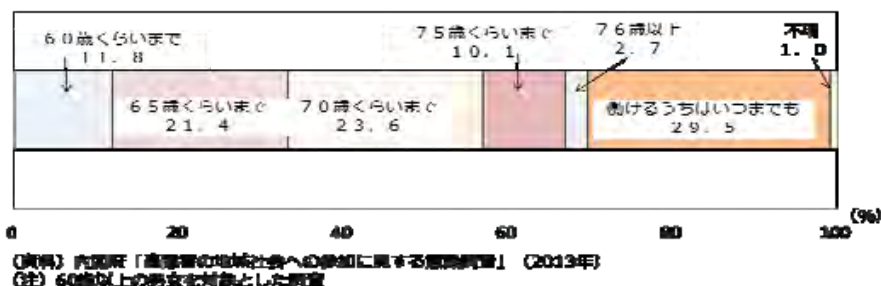


## ◆支給開始年齢の引上げによる受給水準の充実（イメージ）



(注) 年金給付総額への影響を模式的に示したものであり、個々の受給者の受給額への影響を示したものではない。

## ◆就労希望年齢（いつまで働きたいか）



## 【改革の具体的な方向性】（案）

- 支給開始年齢の引上げは、個人の人生設計や企業における雇用の在り方など大きな影響を与えるものであることから、十分に準備期間を設けて実施していく必要。
- 具体的には、現在、男性は2025年まで、女性は2030年までをかけて、65歳までの引上げを行っているところだが、2035年以降、団塊ジュニア世代が65歳になることなどを踏まえ、それまでに支給開始年齢を更に引き上げていくべきではないか。

# 高所得者への年金給付等の在り方の見直し

- 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、社会保障・税の一体改革において、世代間の公平性の観点等から、その国庫負担相当分の支給を停止する制度が提案され、今後検討の上で、必要な措置を講ずるものとされている。

## ＜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)

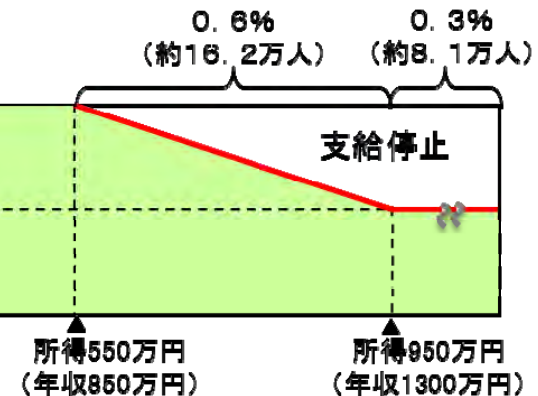
### (支給停止のイメージ)

#### 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)

- 国庫や年金財政の支え手が減少していく中、「年齢」ではなく「能力」に応じた給付と負担にしていく観点等から、
  - ・ 現役世代と比べて遜色のない所得のある一定の高齢者に係る基礎年金の国庫負担相当分の給付停止や、年金課税の見直しについて検討し、
  - ・ 今後高齢化に伴い増加していく国庫への負担を軽減する措置の実施につなげるべきではないか。