

# 社会保障について

平成31年4月26日(金)

財務省

# 目次

I . 総論

II . 医療

III . 介護

IV . 子ども・子育て

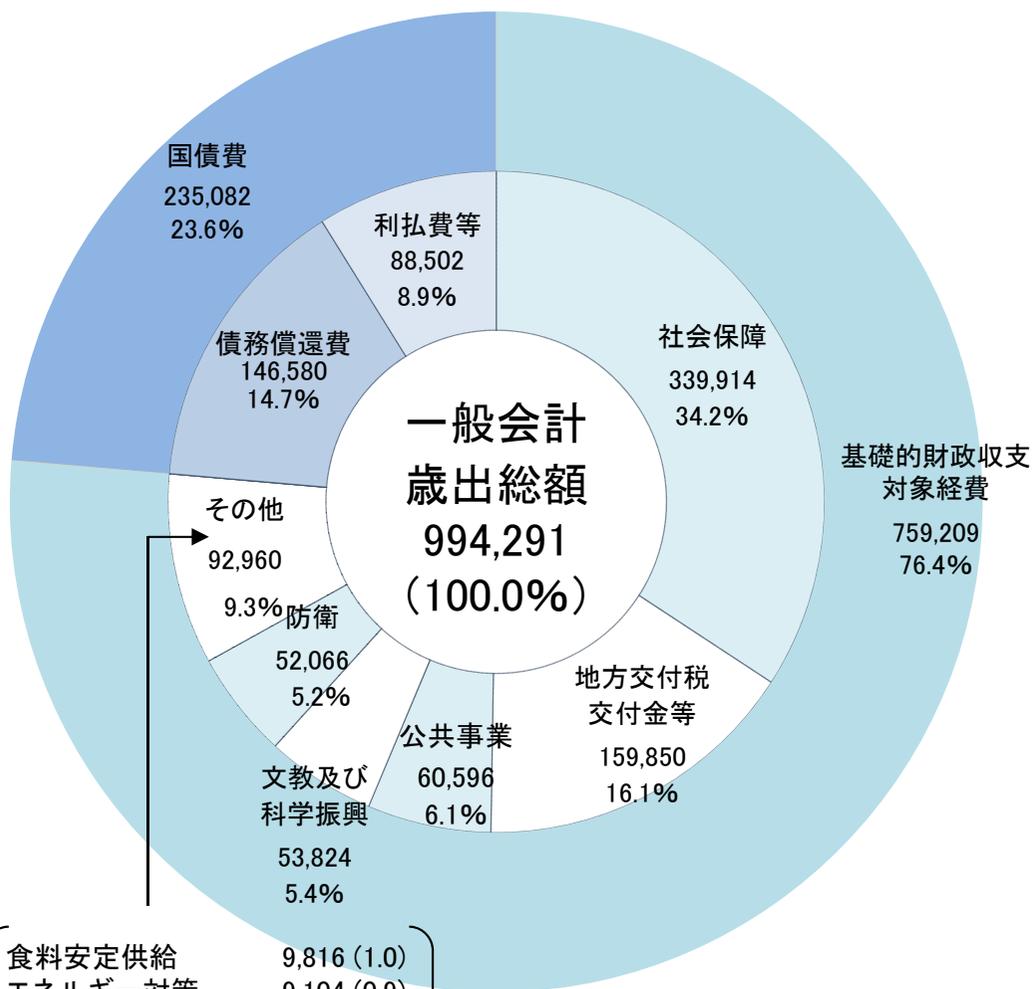
V . 年金

# I . 総論

- ① 社会保障を巡る状況
- ② 2019年度予算
- ③ 今後の社会保障改革の考え方

# 2019年度一般会計歳出・歳入の構成(臨時・特別の措置を除く)

## 一般会計歳出

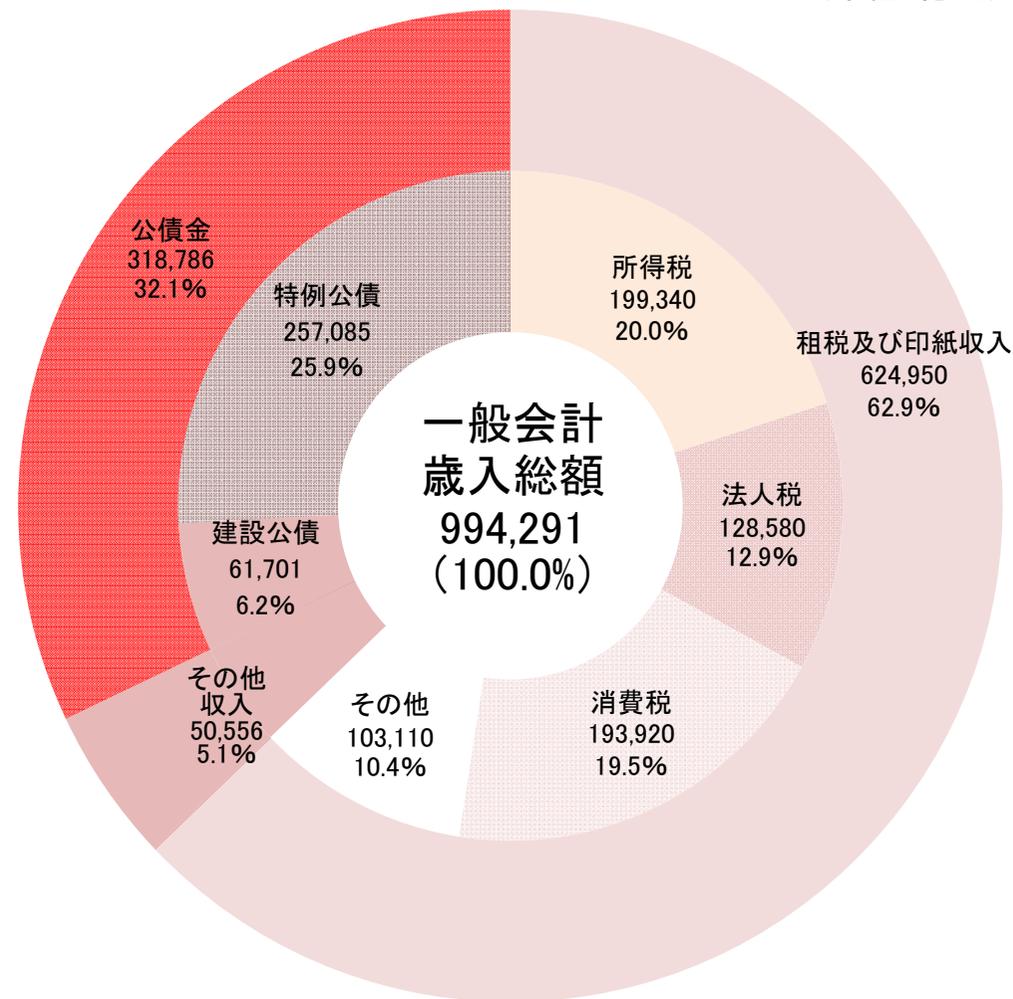


食料安定供給	9,816 (1.0)
エネルギー対策	9,104 (0.9)
経済協力	5,021 (0.5)
恩給	2,097 (0.2)
中小企業対策	1,740 (0.2)
その他の事項経費	60,181 (6.1)
予備費	5,000 (0.5)

※「基礎的財政収支対象経費」とは、歳出のうち国債費を除いた経費のこと。当年度の政策的経費を表す指標。  
 ※「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、599,359(60.3%)

## 一般会計歳入

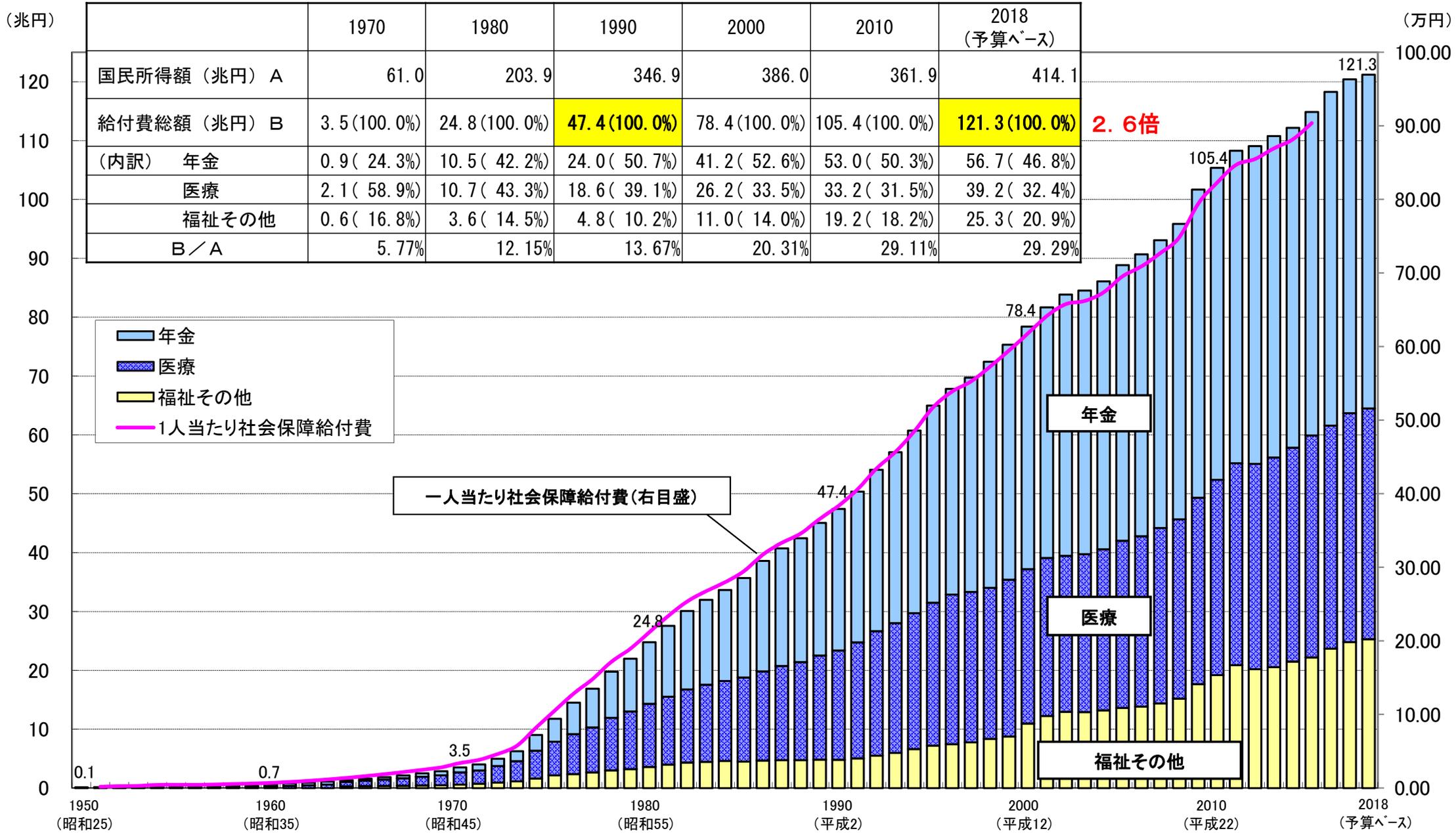
(単位:億円)



(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56.7%。

# 社会保障給付費の推移



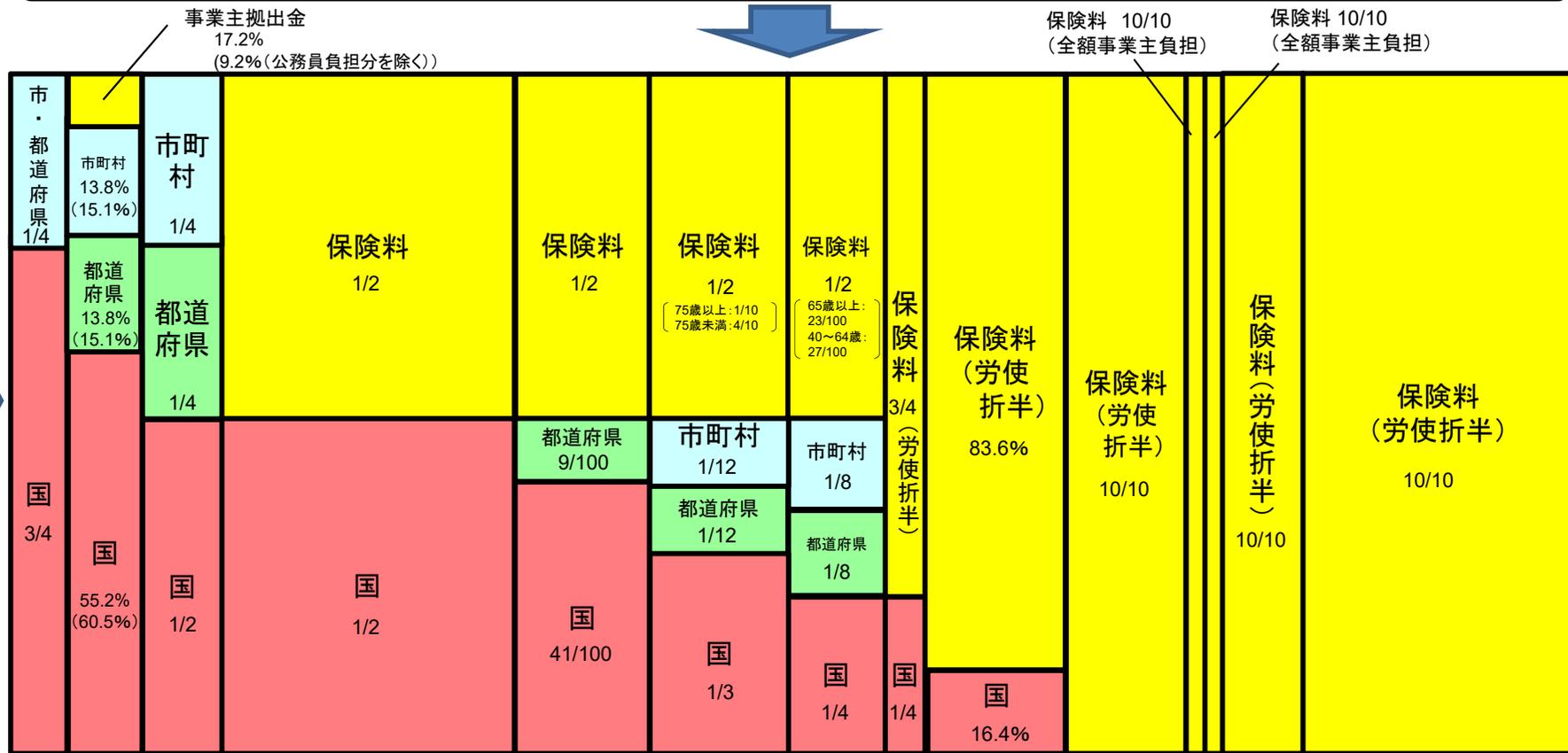
資料：国立社会保障・人口問題研究所「平成27年度社会保障費用統計」、2016年度、2017年度、2018年度(予算ベース)は厚生労働省推計、  
2018年度の国民所得額は「平成30年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(2018年1月22日閣議決定)」

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2010並びに2018年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

# 社会保障財源の全体像(イメージ)

厚労省作成資料

保険料 70.2兆円 ※1、2



国庫 33.1兆円 ※1

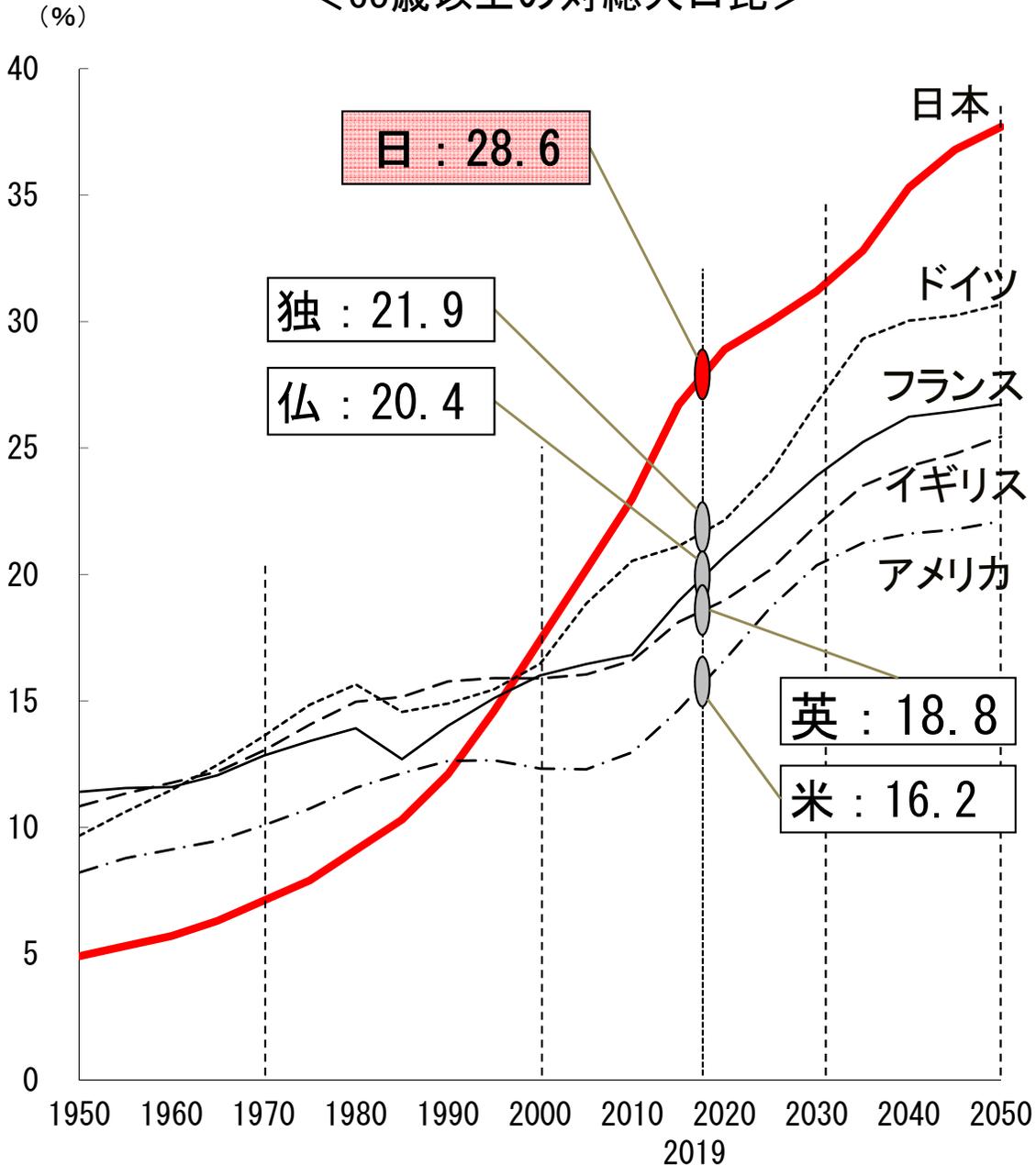
資産収入等

地方負担 13.8兆円 (注)

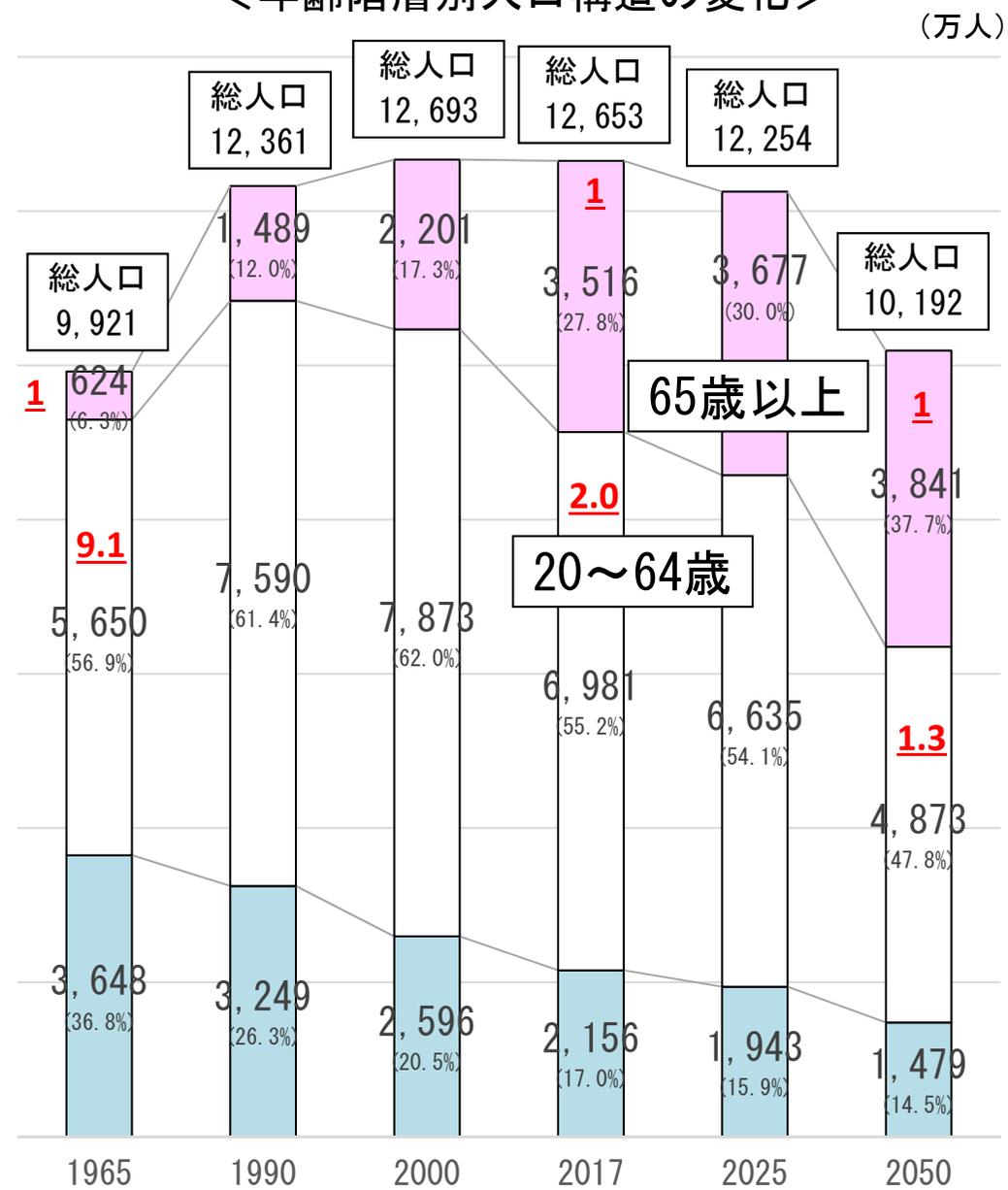
(注) ※1 保険料、国庫、地方負担の額は2018年度当初予算ベース。※2 保険料は事業主拠出金を含む。※3 雇用保険(失業給付)については、2017~2019年度の3年間、国庫負担額(1/4)の10%に相当する額を負担。※4 児童・障害福祉のうち、児童入所施設等の措置費の負担割合は、原則として、国1/2、都道府県・指定都市・中核市・児童相談所設置市1/2等となっている。※5 児童手当については、2018年度当初予算ベースの割合を示したものであり、括弧書きは公務員負担分を除いた割合である。

# 人口構造の変化

## <65歳以上の対総人口比>



## <年齢階層別人口構造の変化>



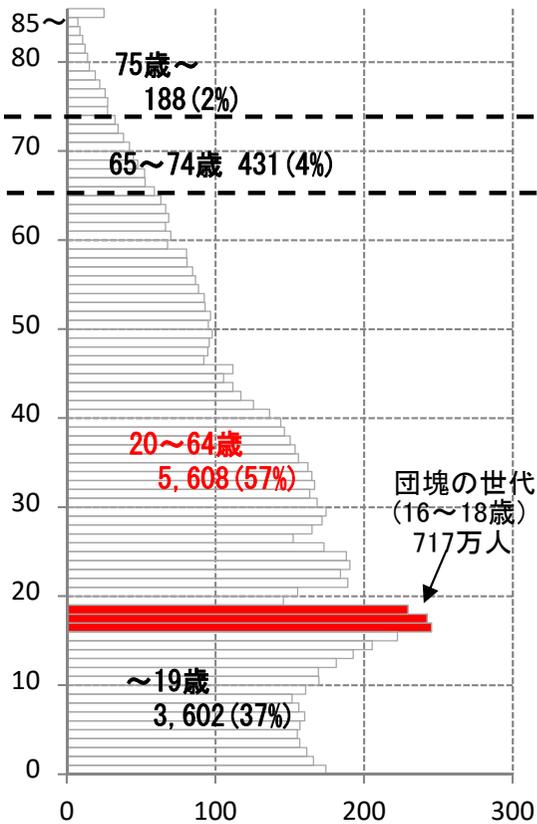
(出典) 日本 ~2010: 国勢調査報告(総務省)、2011~2050: 日本の将来推計人口(2012年1月、国立社会保障・人口問題研究所)  
諸外国WORLD POPULATION PROSPECTS: THE 2015 REVISION(中位推計)(国連)

(出典) 1965年、1990年、2000年は総務省「国勢調査」、2025年、2050年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年4月推計)」(出生中位、死亡中位推計)

# 人口ピラミッドの変化

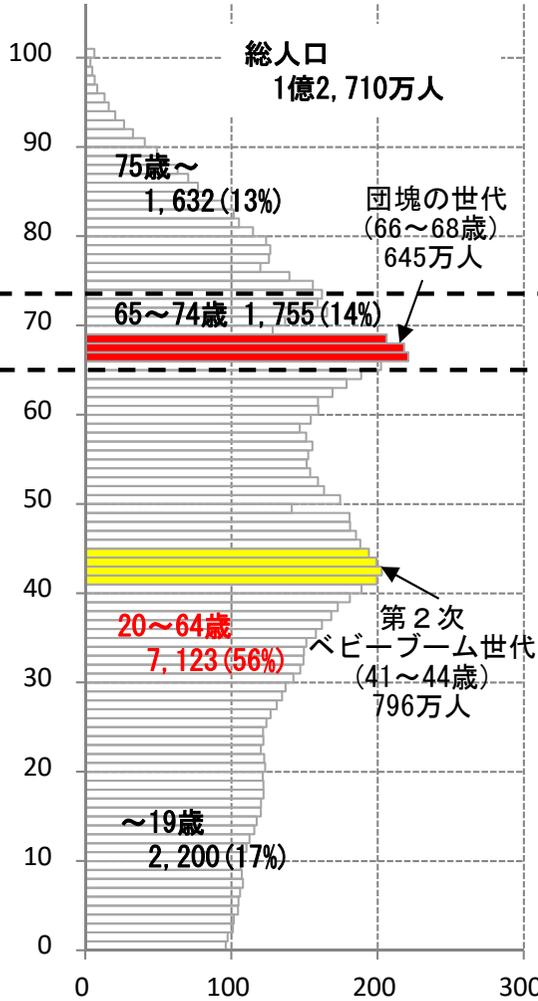
1965年  
(昭和40年)

総人口  
9,828万人



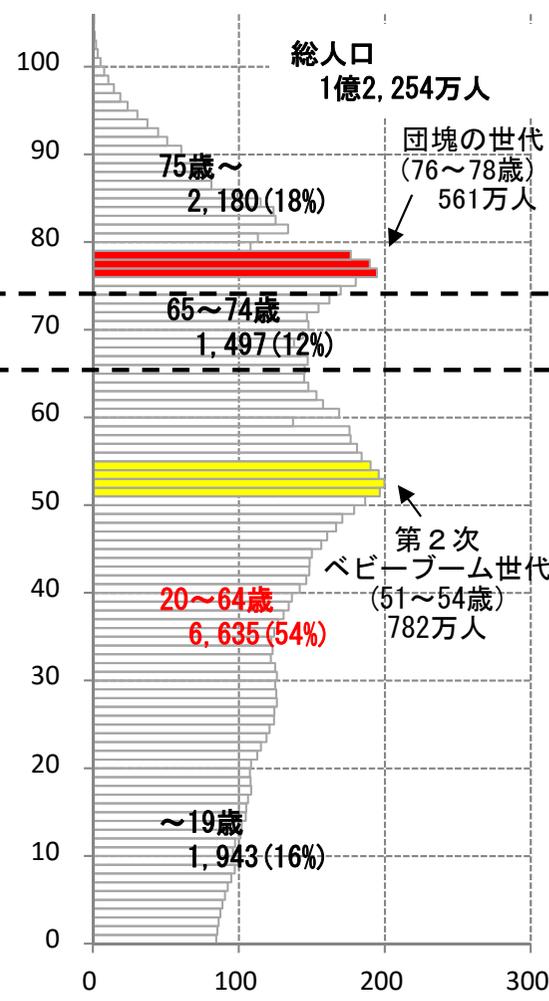
2015年  
(平成27年)

総人口  
1億2,710万人



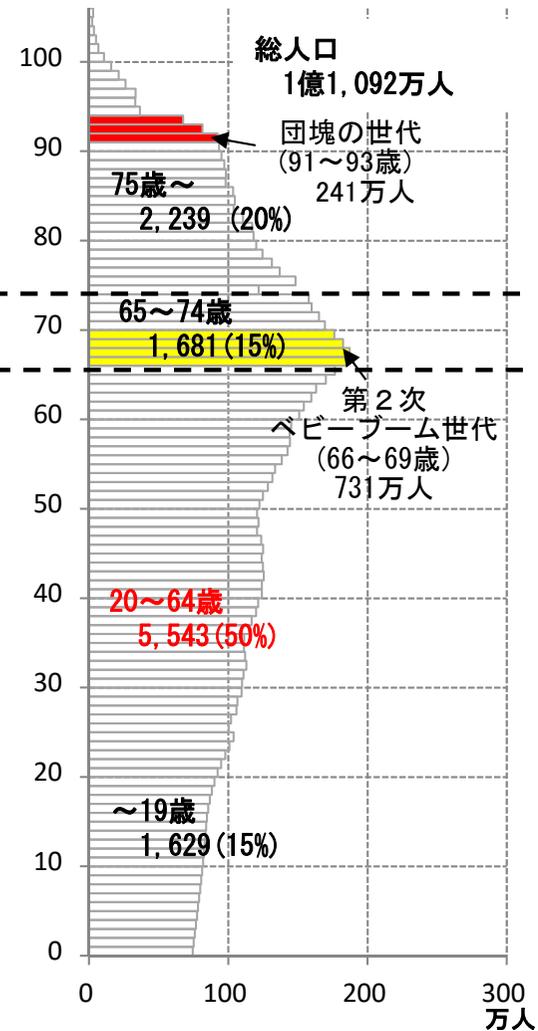
2025年  
(令和7年)

総人口  
1億2,254万人



2040年  
(令和22年)

総人口  
1億1,092万人

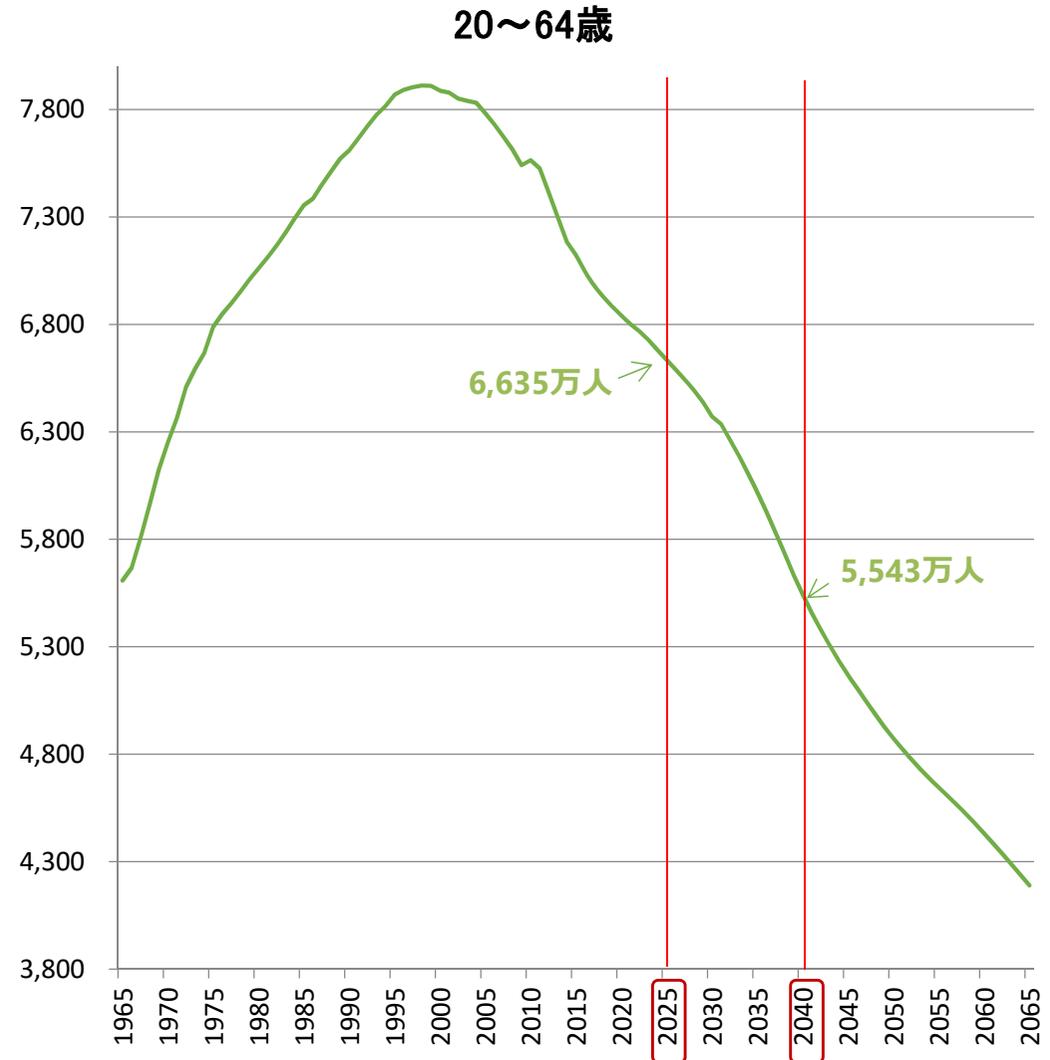
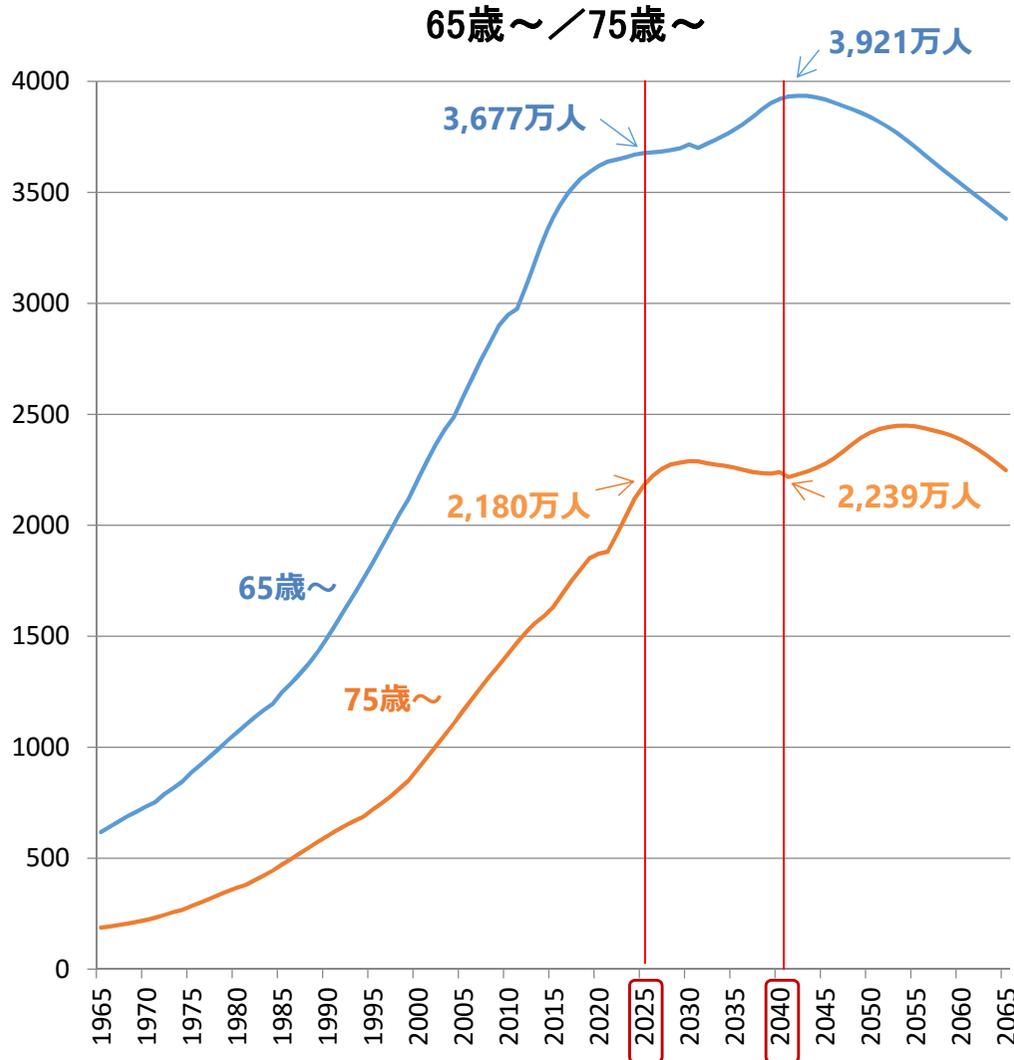


(注) 団塊の世代は1947~49年、第2次ベビーブーム世代は1971~1974年生まれ。

(出典) 1965年、2015年は総務省「人口推計」、2025年、2040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」

# 年齢区分別の人口見通しについて

- 65歳以上については、2040年頃にかけてピークを迎え、その後減少傾向。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、今後一貫して減少。（2065年には現在の概ね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)

# 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

	2022-2025	2026-2030	2031-2040	2041-2050	2051-2060
全人口	▲57万人	▲68万人	▲82万人	▲90万人	▲91万人
75歳以上 (後期高齢者)	+75万人	+22万人	▲5万人	+18万人	▲3万人
20-74歳	▲107万人	▲67万人	▲58万人	▲93万人	▲71万人

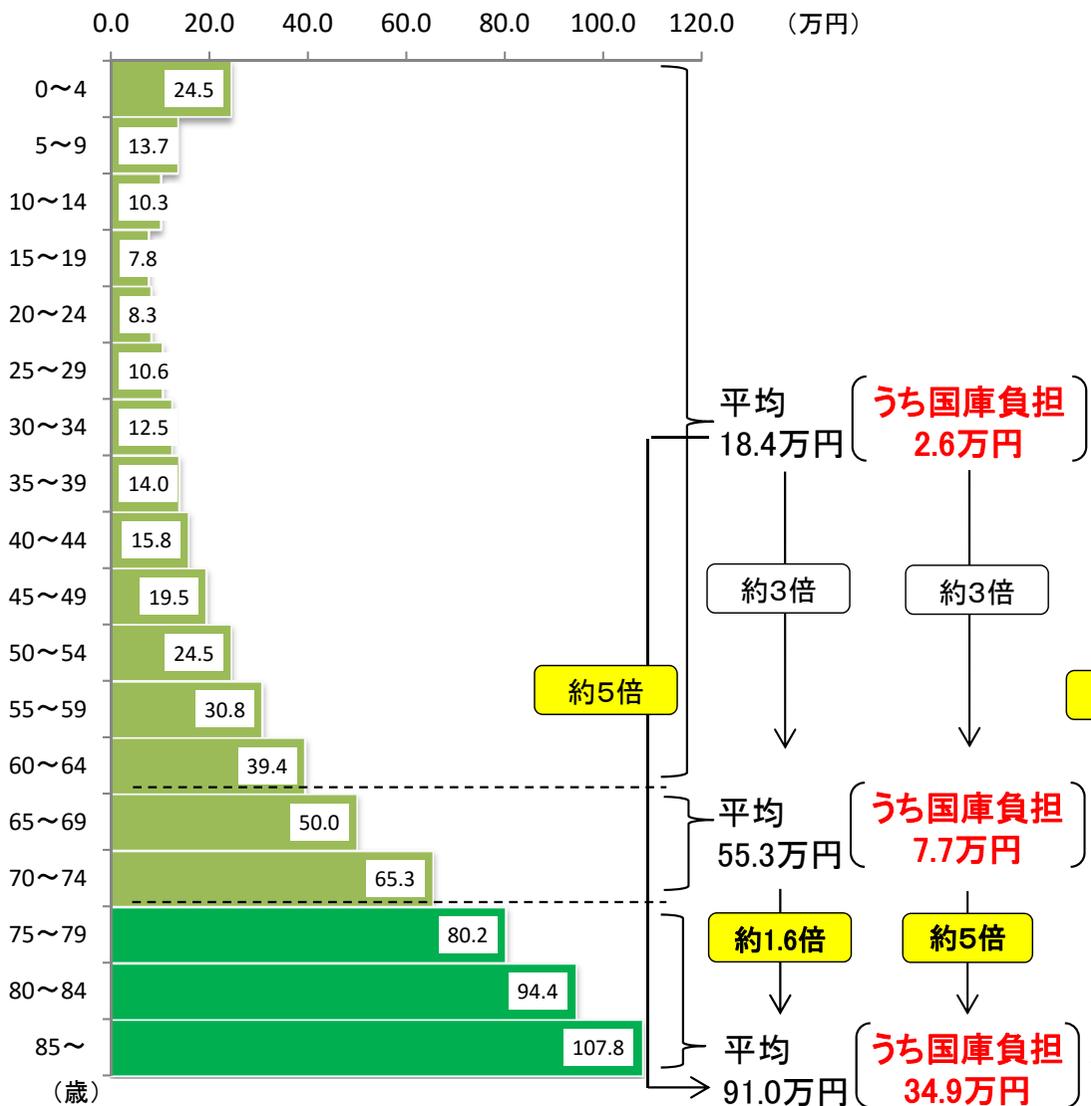
後期高齢者急増

支え手の急減

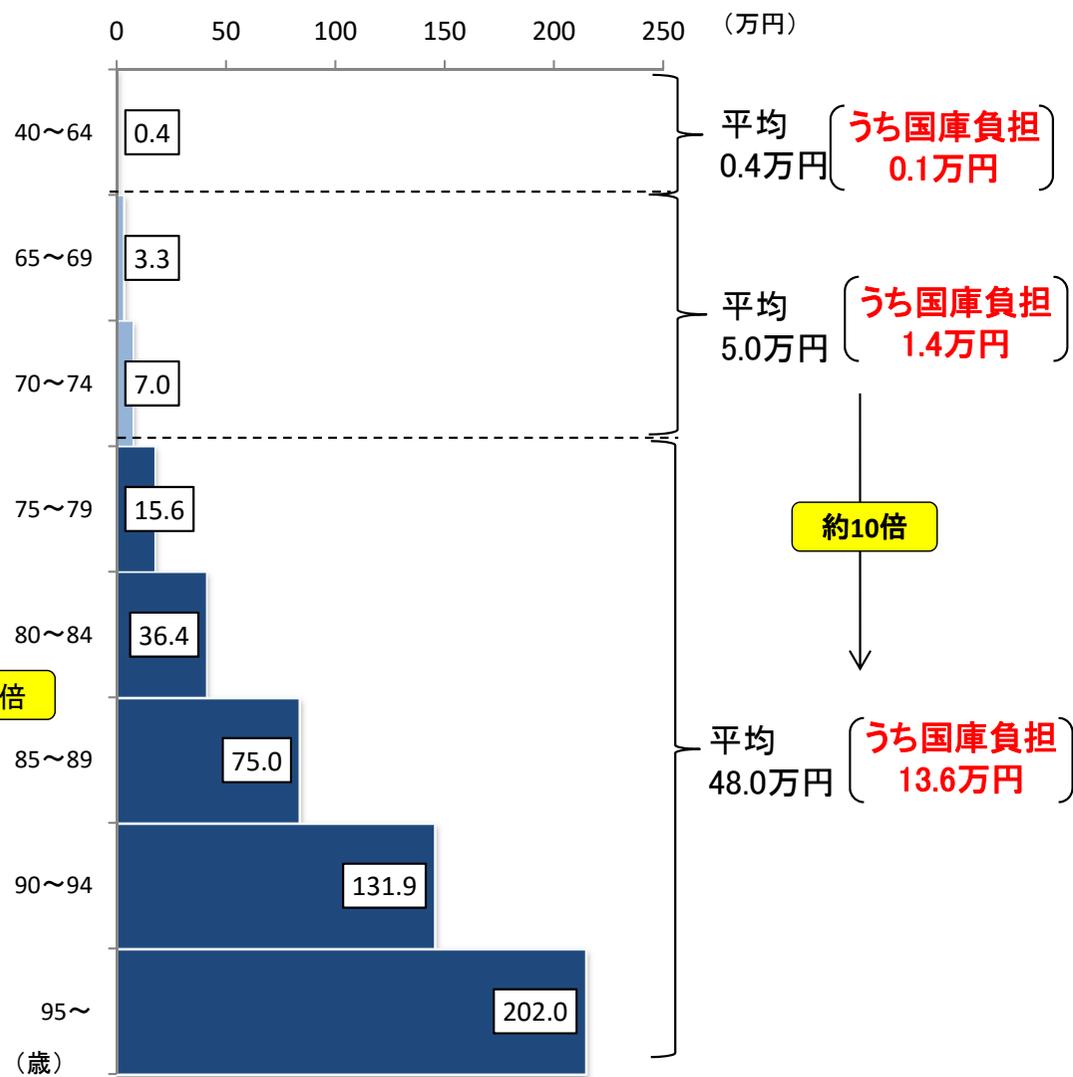
(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」(出生中位・死亡中位) 総務省「人口推計」

# 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 (2016年)



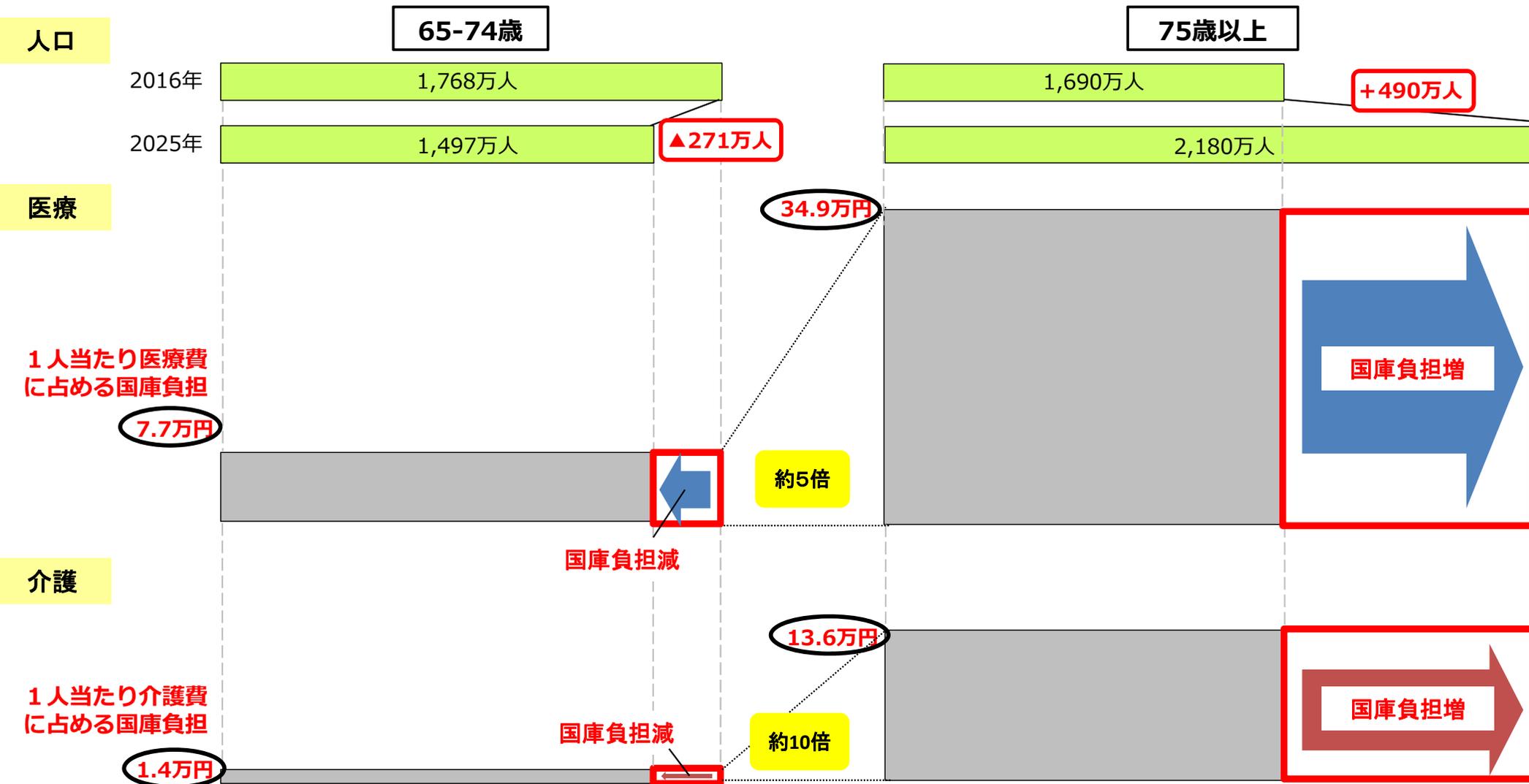
## 年齢階級別1人当たり介護費 (2016年)



(出所) 厚生労働省「国民医療費の概況」、「介護給付費等実態調査」等

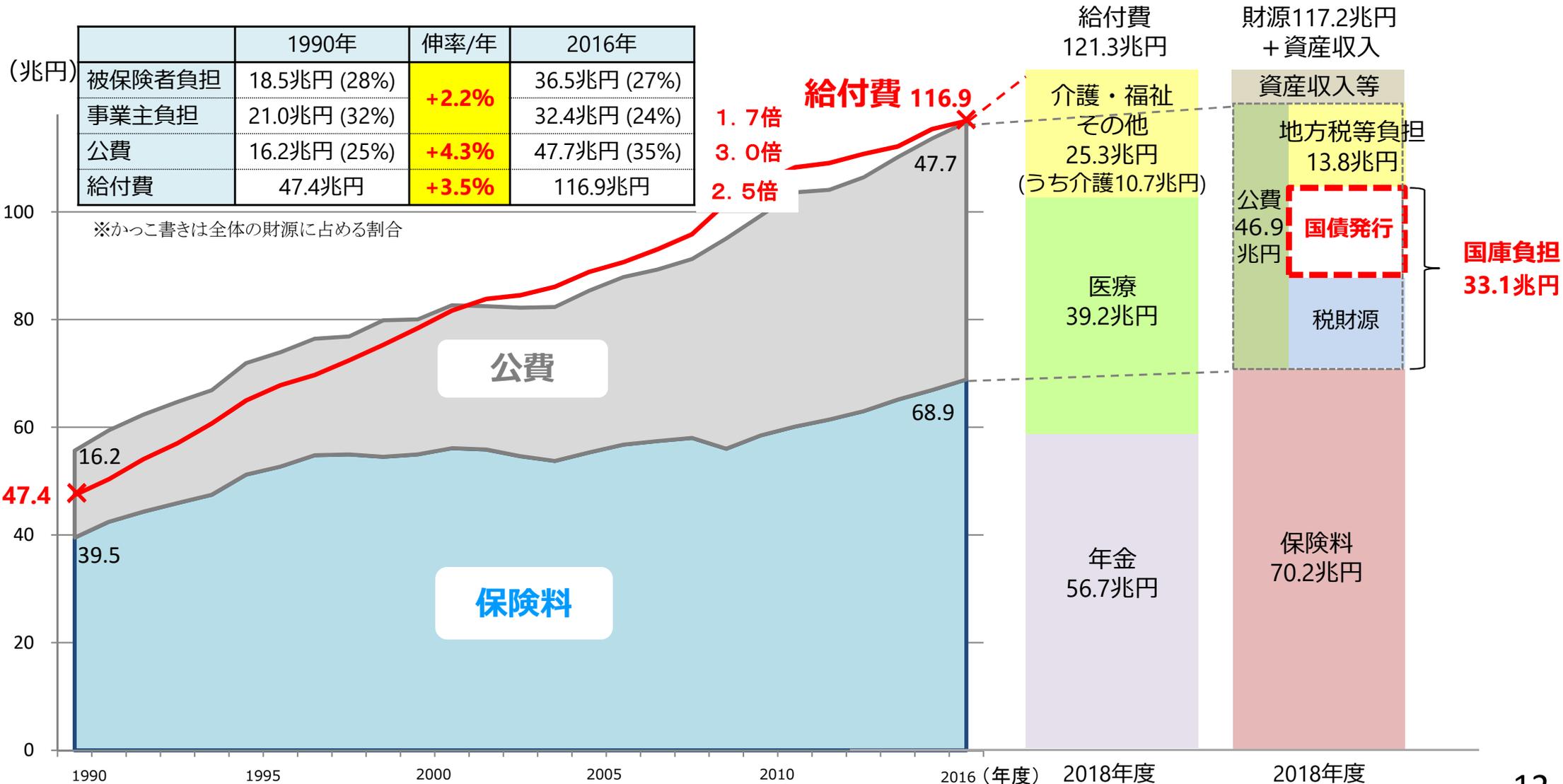
# 高齢化の進展が財政に与える影響

- 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。



# 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、公費の比重の大きい高齢者医療・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）。

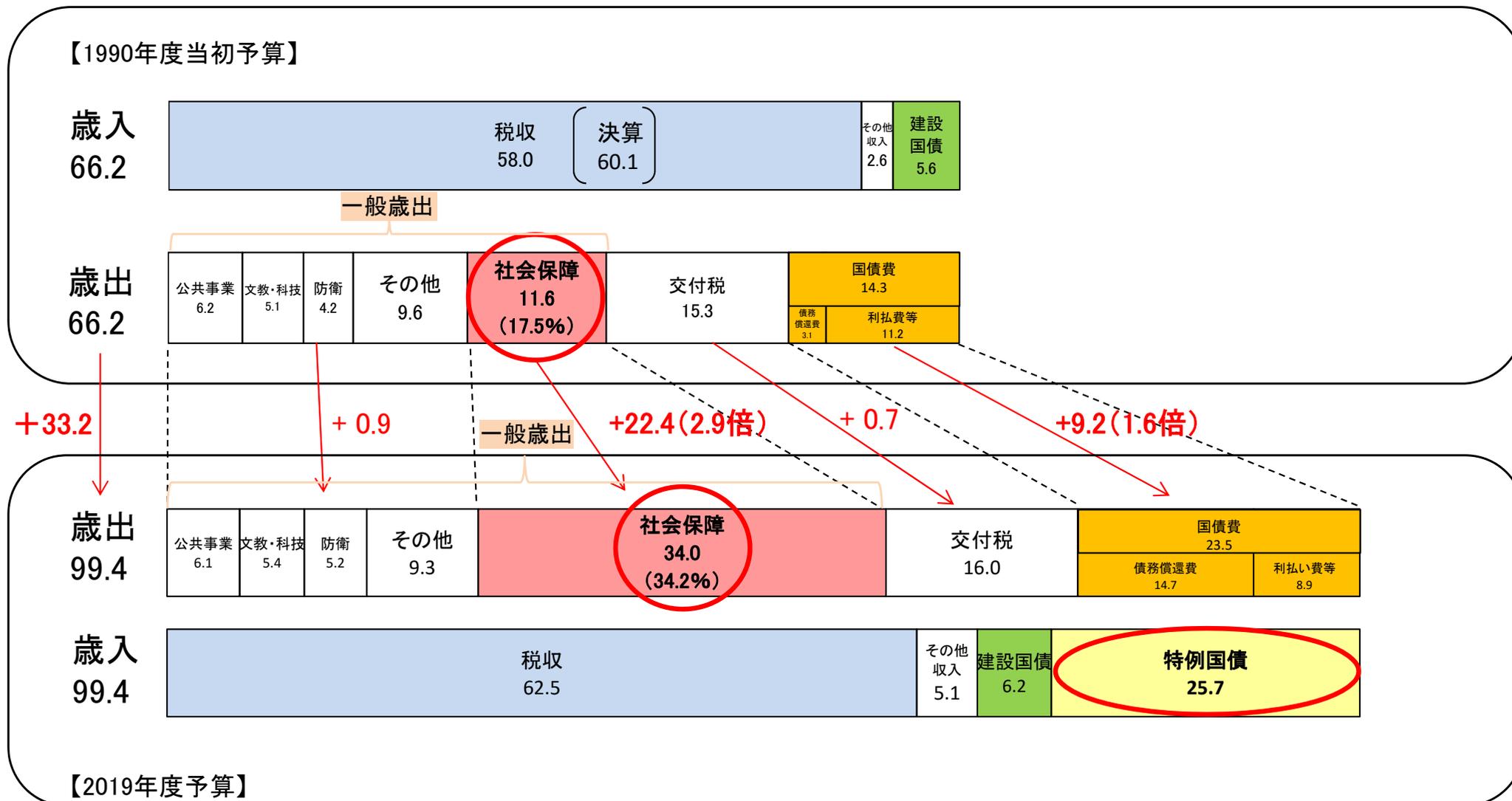


(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」。2018年度は厚生労働省(当初予算ベース)による。

# 1990年度と2019年度における国の一般会計歳出・歳入の比較

○ 特例公債の発行から脱却することのできた1990年度予算と比較すると、社会保障関係費が大幅に増え、税収とのギャップを特例公債(赤字公債)でまかなっている。

(単位：兆円)

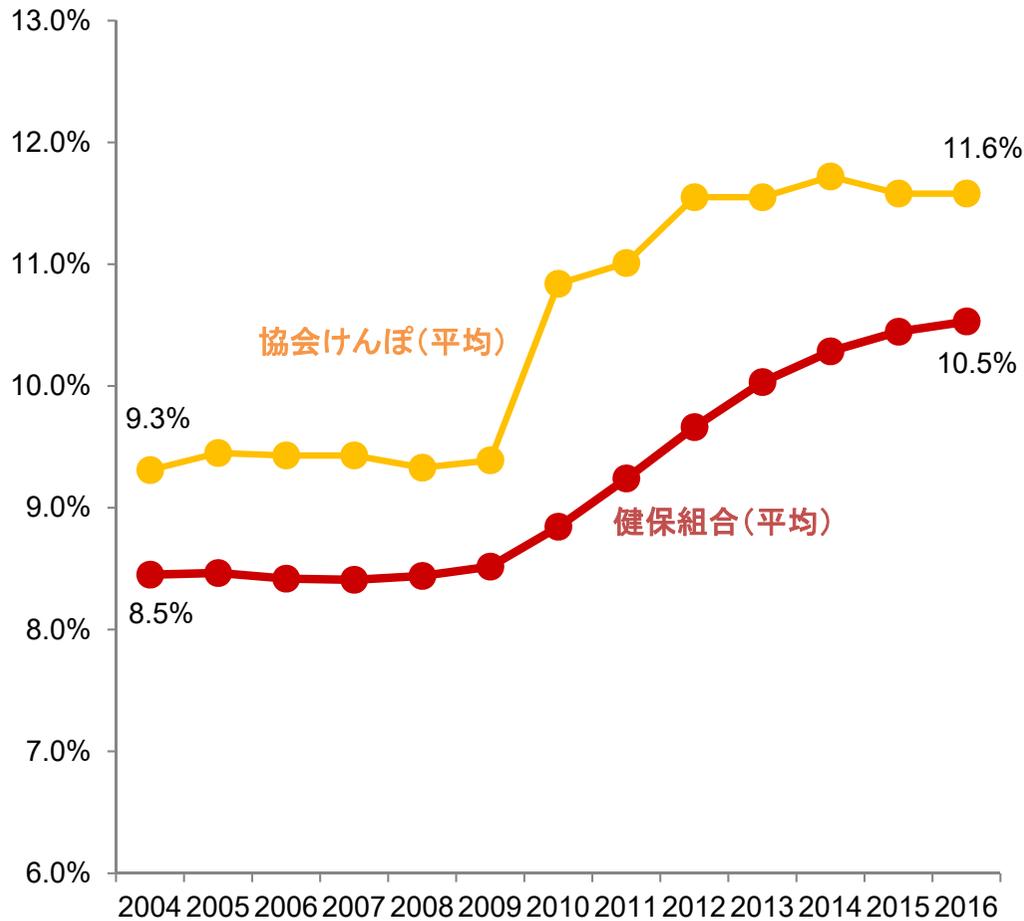


(注1) 括弧内は一般会計歳出に占める社会保障関係費の割合。  
 (注2) 1990年度の一般歳出には、産業投資特別会計への繰入等を含む。  
 (注3) 2019年度の計数は、臨時・特別の措置に係る計数を除いたもの。

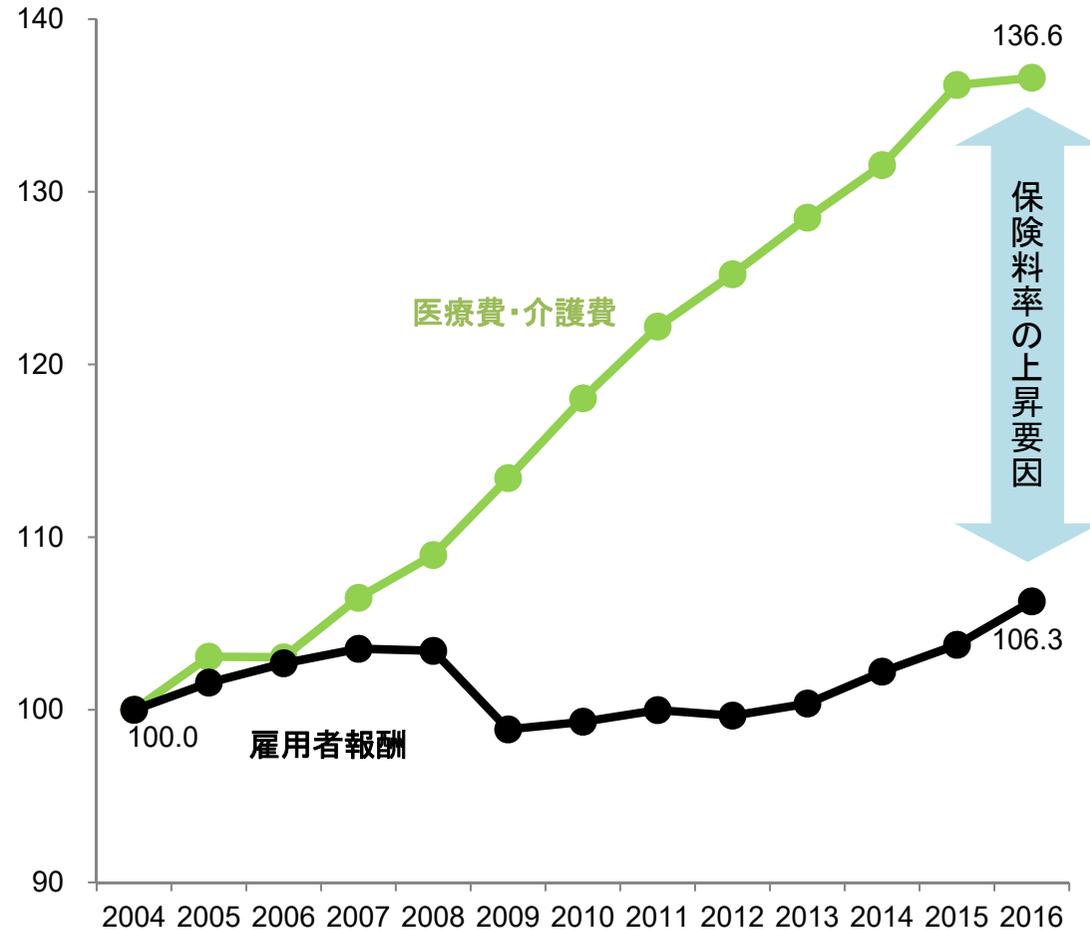
# 医療・介護に係る保険料負担について

○ 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。

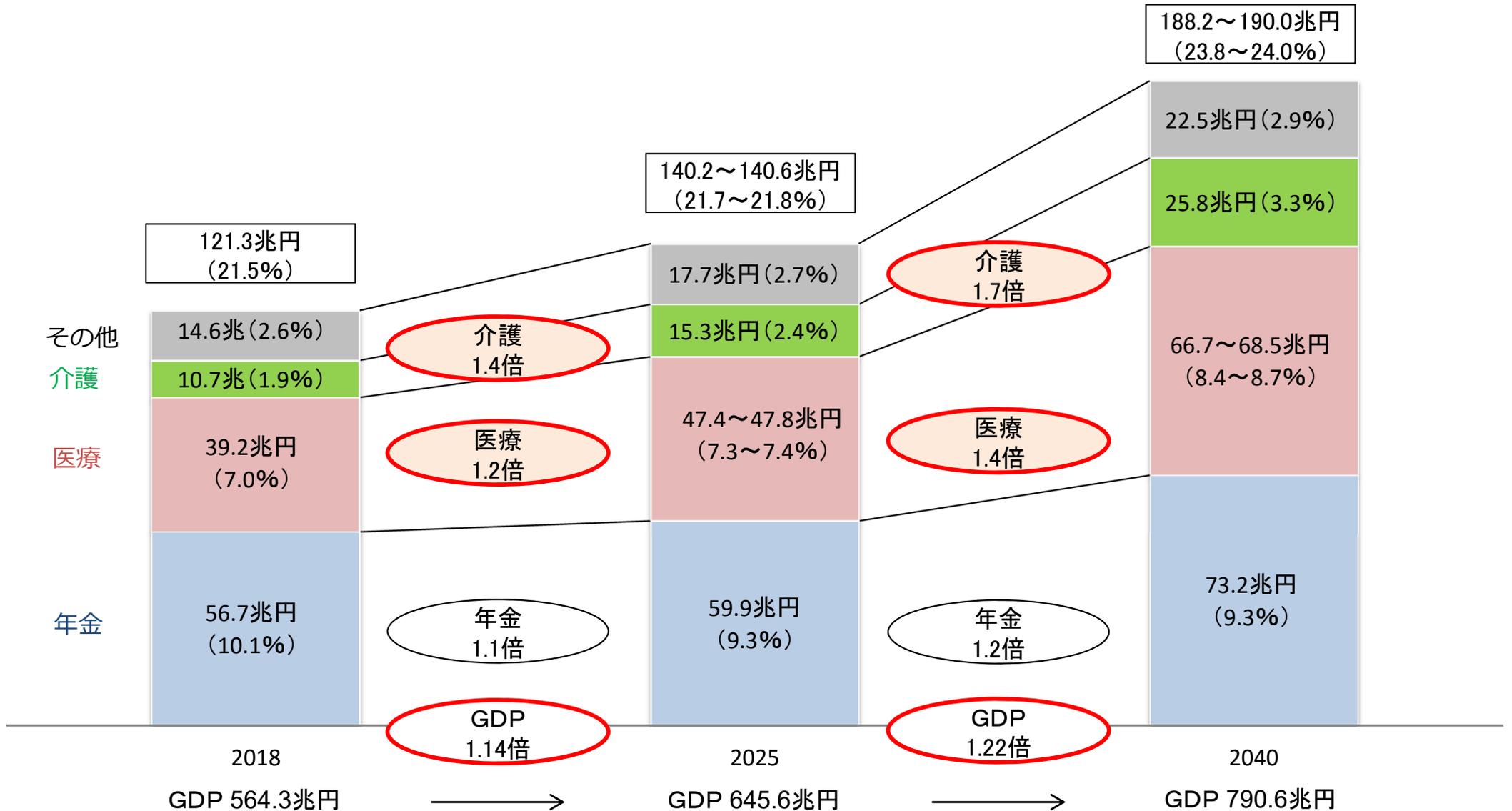
(注2) 介護費は、介護サービス費用、介護予防サービス費用及び特定入所者介護サービス保険給付額それぞれの実績値の合計。

(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。

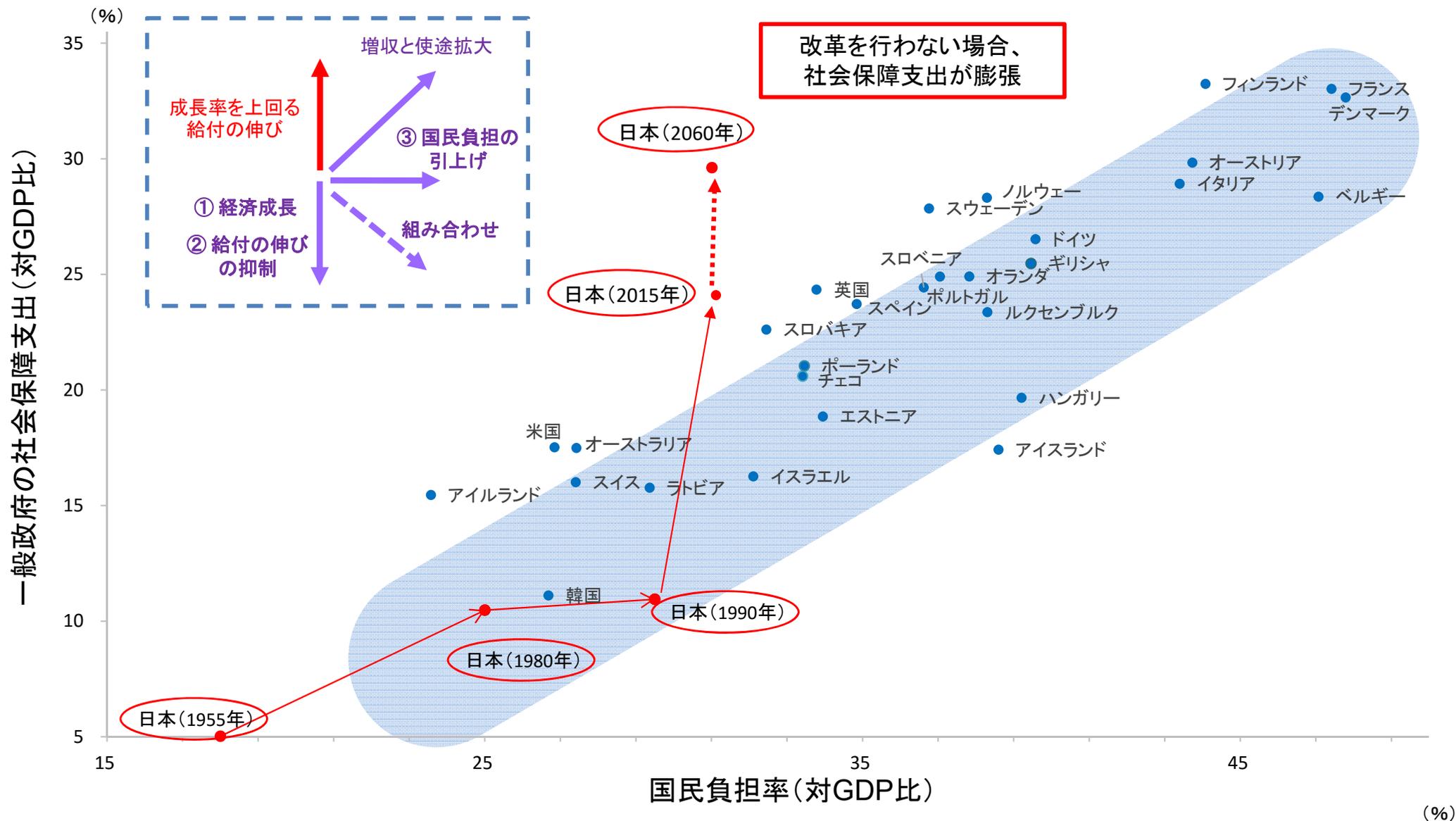
(出所) 厚生労働省「国民医療費」「介護給付費実態調査」、内閣府「国民経済計算」ほか

# 将来の社会保障給付の見通し

○ 75歳以上になると他の世代に比べ、1人当たり医療費や要支援・要介護認定率は大幅に上昇。2025年、2040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。この期間、20～64歳の現役世代が大幅に減少することにも留意が必要。



# OECD諸国における社会保障支出と国民負担率の関係



**我が国は諸外国と比べ、給付と負担のバランスが不均衡の状態に陥っており、制度の持続可能性を確保するための改革が急務**

(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)」(2018年4月6日 起草検討委員提出資料)より作成。

# 社会保障制度の持続可能性の確保

- 我が国の財政赤字は、高齢化に伴う社会保障費の増加を主因とする歳出増に対して、それを賄う税収の不足が拡大することにより、生じている。
- OECD諸国で比較しても、我が国では、特に1990年代以降、受益が実際の負担（社会保険料+税）を大きく上回り、社会保障における「給付と負担のバランス」から大きく外れている。この乖離は、改革を行わない場合、さらに拡大することが見込まれており、このままでは制度は持続可能でない。
- このように、財政健全化の課題は、社会保障制度の持続可能性の問題と表裏一体である。
- 「給付と負担のバランス」を回復し、社会保障制度を持続可能なものとするための方策は、以下の3つを組み合わせて改革を実施していく以外に途がない。
  - 1) 潜在成長力を高める構造改革・支え手減少への対応等
  - 2) 社会保障のための税財源の確保（社会保障・税一体改革）
  - 3) 社会保障の伸びの抑制

# I . 総論

- ① 社会保障を巡る状況
- ② 2019年度予算**
- ③ 今後の社会保障改革の考え方

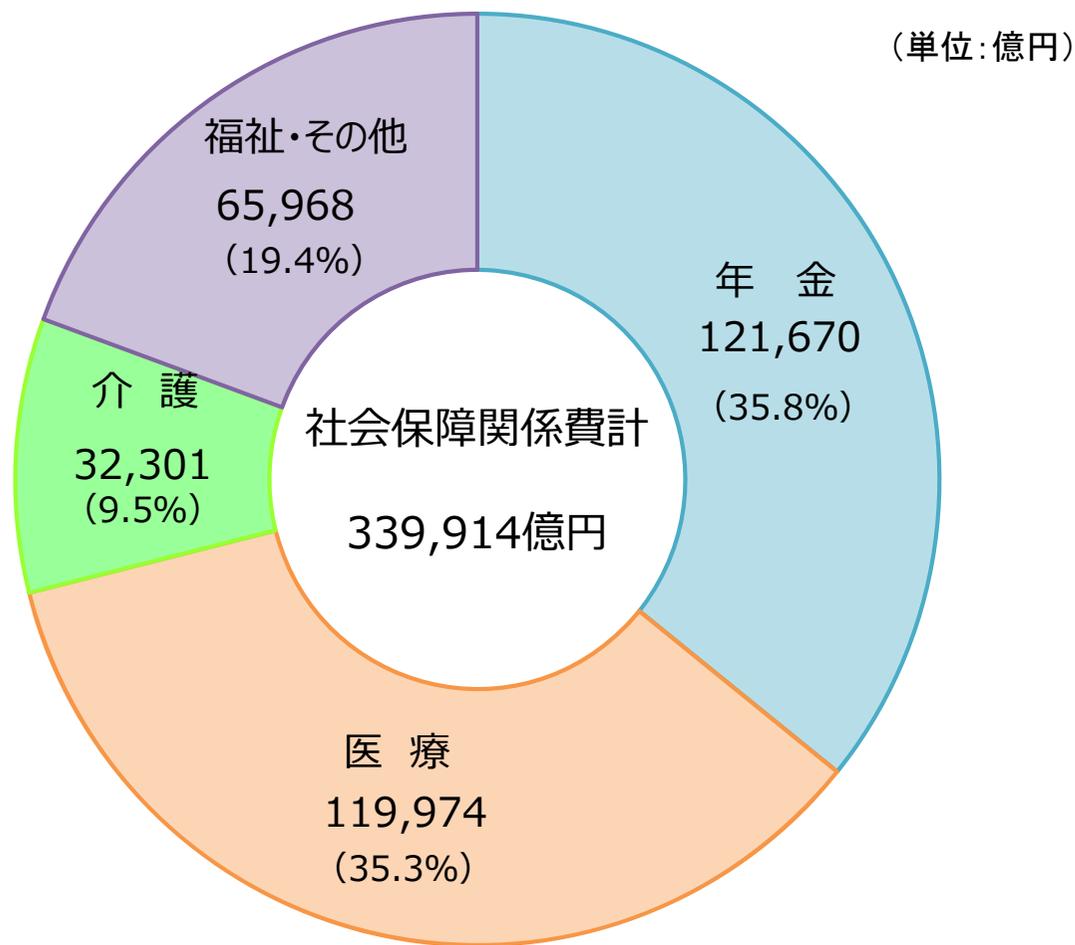
## 2019年度社会保障関係予算のポイント(概要)

- 「骨太2018」に定められた「新経済・財政再生計画」における基盤強化期間の初年度。実勢価格の動向を反映した薬価改定や、これまでに決定した社会保障制度改革の実施等の様々な歳出抑制努力を積み重ねた結果、社会保障関係費の実質的な伸びは対前年度比+4,774億円。  
⇒同計画における社会保障関係費の伸びを「高齢化による増加分(2019年度+4,800億円程度)におさめる」という方針を着実に達成
- 消費税率の引上げに伴う主な対応として、
  - ー 各種報酬を改定。医療機関等が負担する仕入税額相当額について、診療報酬で全体として適切に補填を行う一方、薬価等について、消費税率引上げ相当分の改定を行うとともに、過剰な国民負担が生じることのないよう、市場実勢価格を適切に反映  
 [ 診療報酬本体+0.41% (国費+200億円) 、  
 薬価▲0.51% (国費▲290億円) (実勢価格改定等分▲490億円)、材料価格+0.03% (国費+20億円) (実勢価格改定分▲10億円) ]
  - ー 消費税増収分等を活用し、低所得高齢者の介護保険料の更なる軽減強化や年金生活者支援給付金の支給といった「社会保障の充実」を行うとともに、「新しい経済政策パッケージ」に基づき幼児教育・保育の無償化や介護人材・保育士の処遇改善等を実施
- 「骨太2018」に掲げられた改革検討項目について、「新経済・財政再生計画 改革工程表」(61項目)に沿って、着実に実行。

(単位:億円)

項目	2018年度	2019年度	2018'→2019'増減			
			通常分	臨時・特別 の 措 置	うち、通常分	
社会保障関係費	329,882	340,593	339,914	679	10,710(+3.2%)	10,031(+3.0%)
恩給関係費	2,504	2,097	2,097	-	▲407(▲16.2%)	▲407(▲16.2%)

# 2019年度社会保障関係費について(臨時・特別の措置を除く)



(単位:億円)

区 分	2019年度
1. 医療	119,974
(1) 国民健康保険	33,598
(2) 全国健康保険協会管掌健康保険	12,070
(3) 後期高齢者医療給付費負担金等	52,307
(4) 医療扶助費等負担金	14,377
(5) その他	7,622
2. 年金	121,670
(1) 厚生年金	100,264
(2) 国民年金	17,684
(3) その他	3,723
3. 介護	32,301
(1) 給付費負担金等	25,775
(2) 2号保険料国庫負担	3,067
(3) その他	3,460
4. 福祉・その他	65,968
(1) 生活扶助費等負担金	13,752
(2) 児童手当・児童扶養手当	13,797
(3) 障害福祉サービス	16,376
(4) 子どものための教育・保育給付等	10,455
(5) 雇用保険	260
(6) その他	11,329
(生活保護費再掲)	(28,897)
<b>合 計</b>	<b>339,914</b>

(注) 計数については、それぞれ四捨五入によっているため、端数において合計とは合致しないものがある。

# 消費税率引上げに伴う社会保障の充実等

公費+8,110億円（国費+7,157億円\*1）

〔主なもの〕	公費	国費
○ <b>幼児教育・保育の無償化</b> ・2019年10月から、全ての3～5歳児、住民税非課税世帯の0～2歳児を対象に、幼稚園・保育所・認定こども園等の費用を無償化	+3,882億円	+3,882億円*2
○ <b>介護人材の処遇改善</b> ・2019年10月から、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対応	+421億円	+213億円
○ <b>待機児童の解消</b>		
・保育の受け皿拡大 「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（保育運営費の拡充） ※この他、事業主拠出金+1,000億円	+330億円	+163億円
・保育士の処遇改善 2019年4月から、保育士の処遇について、+1%（月3000円相当）引上げ	+206億円	+103億円
○低年金の高齢者等に対し、 <b>年金生活者支援給付金【基準額 年6万円（月5千円）】</b> を支給（2019年10月分～）	+1,859億円	+1,859億円
○低所得高齢者の <b>介護保険料の負担軽減</b> の更なる強化（原則2019年10月～）	+654億円	+327億円
○地域医療構想の実現に向けた <b>地域医療介護総合確保基金の拡充</b>	(医療分) +100億円 (介護分) +100億円	+67億円 +67億円
○電子カルテの標準化・オンライン資格確認の導入等による効率的な医療提供体制構築のための <b>医療情報化支援基金</b> の創設	+300億円	+300億円
○児童養護施設等の小規模・地域分散化、高機能化等の <b>社会的養育の推進</b>	+58億円	+29億円

\*1, 2 幼児教育・保育の無償化に係る初年度の経費を全額国負担とすることに伴う子ども・子育て支援臨時交付金**2,349億円**が含まれており、これを除いた社会保障の充実等に係る社会保障関係費の増はそれぞれ**+4,808億円**、**+1,532億円**となる。

(注) この他、消費税率引上げに関連して、2019年度において、後期高齢者医療制度の保険料(均等割)の軽減特例の見直し及び幼児教育・保育無償化に係る自治体の事務費・システム改修費の補助を実施する。

# 介護保険の1号保険料の低所得者軽減強化

2019年度予算  
900億円（公費）、うち国費450億円  
※一部実施済みの分を含む。

介護保険の1号保険料について、給付費の5割の公費とは別枠で公費を投入し低所得の高齢者の保険料の軽減を強化

## ①一部実施（2015年4月）

市町村民税非課税世帯のうち 特に所得の低い者を対象  
(65歳以上の約2割)

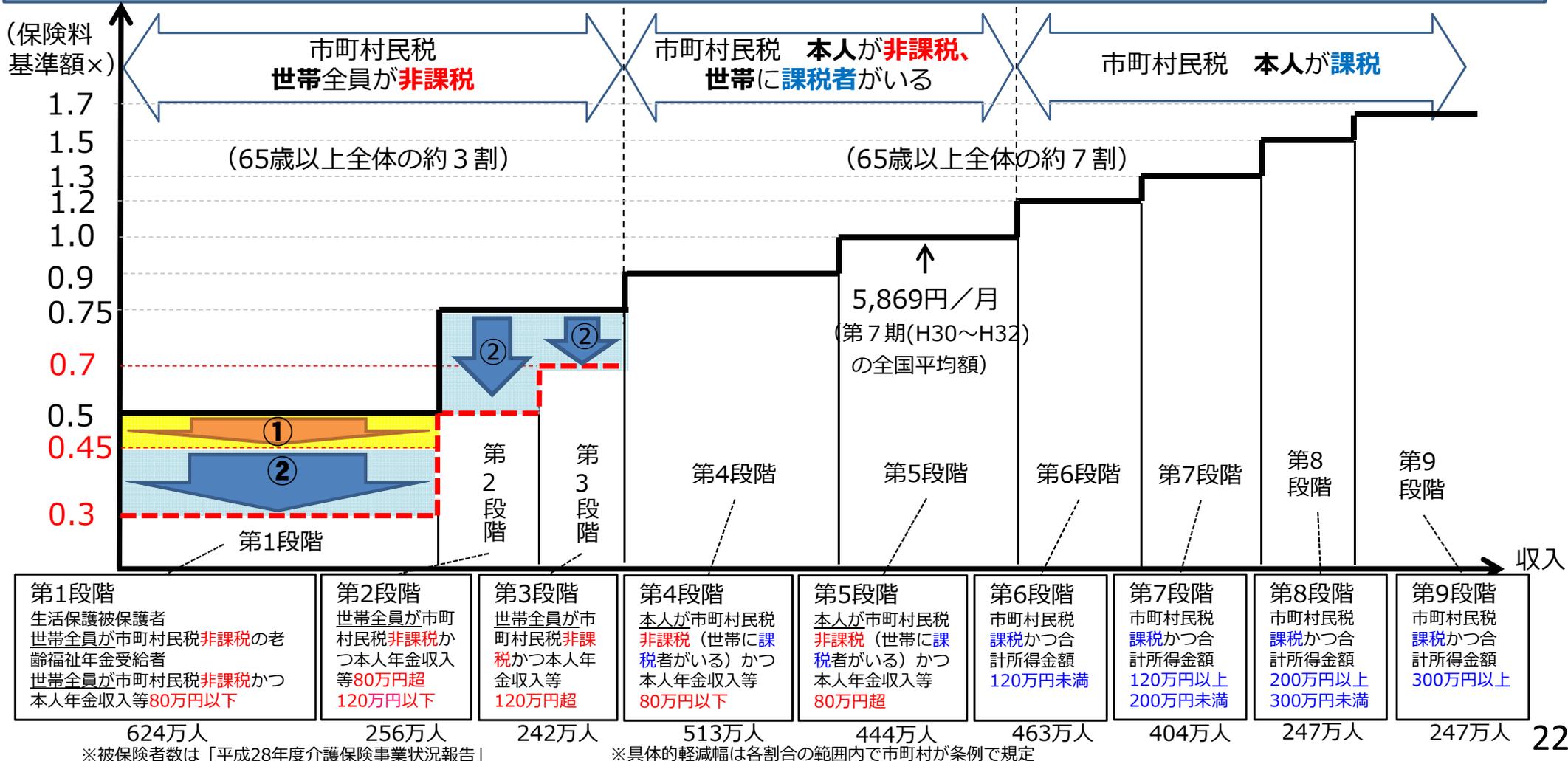
	保険料基準額に対する割合
第1段階	0.5 → 0.45

## ②完全実施（2019年10月）

市町村民税非課税世帯全体を対象として完全実施（65歳以上の約3割）  
【実施時所要見込額（満年度）約1,600億円（公費ベース※）】2019年度予算ベース

	保険料基準額に対する割合
第1段階	0.45 → 0.3
第2段階	0.75 → 0.5
第3段階	0.75 → 0.7

※公費負担割合  
国1/2、都道府県1/4  
市町村1/4



# 年金生活者支援給付金の概要

## 1. 概要

- 所得の額が一定の基準（※1）を下回る65歳以上の老齢基礎年金の受給者に、老齢年金生活者支援給付金を支給する。→ 対象者：約610万人

＜支給額＞①と②の合計額

①基準額（月額5千円）に納付済期間（月数）/480を乗じて得た額

②老齢基礎年金満額の1/6（約10,800円）（※2）に免除期間（月数）/480を乗じて得た額

（※1）同一世帯の全員が市町村民税非課税で、前年の公的年金等の収入金額+その他所得の合計額が老齢基礎年金満額（約78万円）以下であること

（※2）保険料1/4免除期間は、老齢基礎年金満額の1/12（約5,400円）

- 上記の所得基準を上回る一定範囲の者（※3）に、補足的な老齢年金生活者支援給付金を支給する。

→ 対象者：約160万人

（※3）前年の公的年金等の収入金額+その他所得の合計額が約88万円までであること

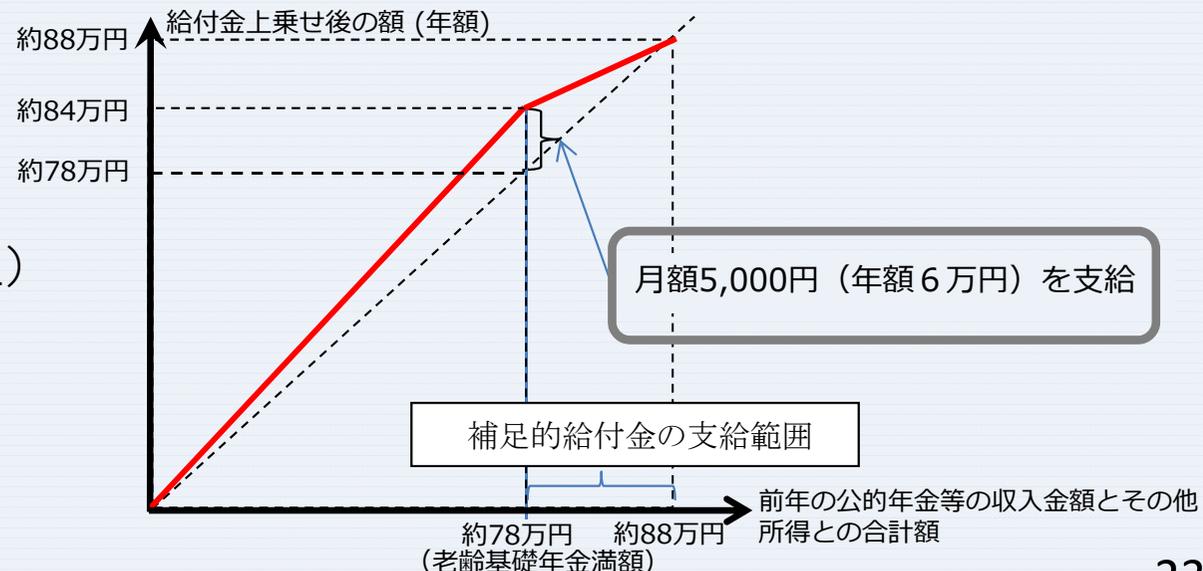
- 所得の額が一定の基準（※4）を下回る障害基礎年金又は遺族基礎年金の受給者に、障害年金生活者支援給付金又は遺族年金生活者支援給付金を支給する。→ 対象者：約200万人

＜支給額＞月額5千円（1級の障害基礎年金受給者は、月額6.25千円）

（※4）前年の所得が、462万1,000円以下であること（扶養親族等が0人の場合）

## 2. 施行日等

- ・ 施行日…2019年10月1日  
（消費税率の10%への引上げの日）
- ・ 所要額…2019年度 1,859億円（全額国庫負担）
- ・ その他…各給付金は非課税



※ 保険料納付済期間に基づく公的年金だけで生活している者の例

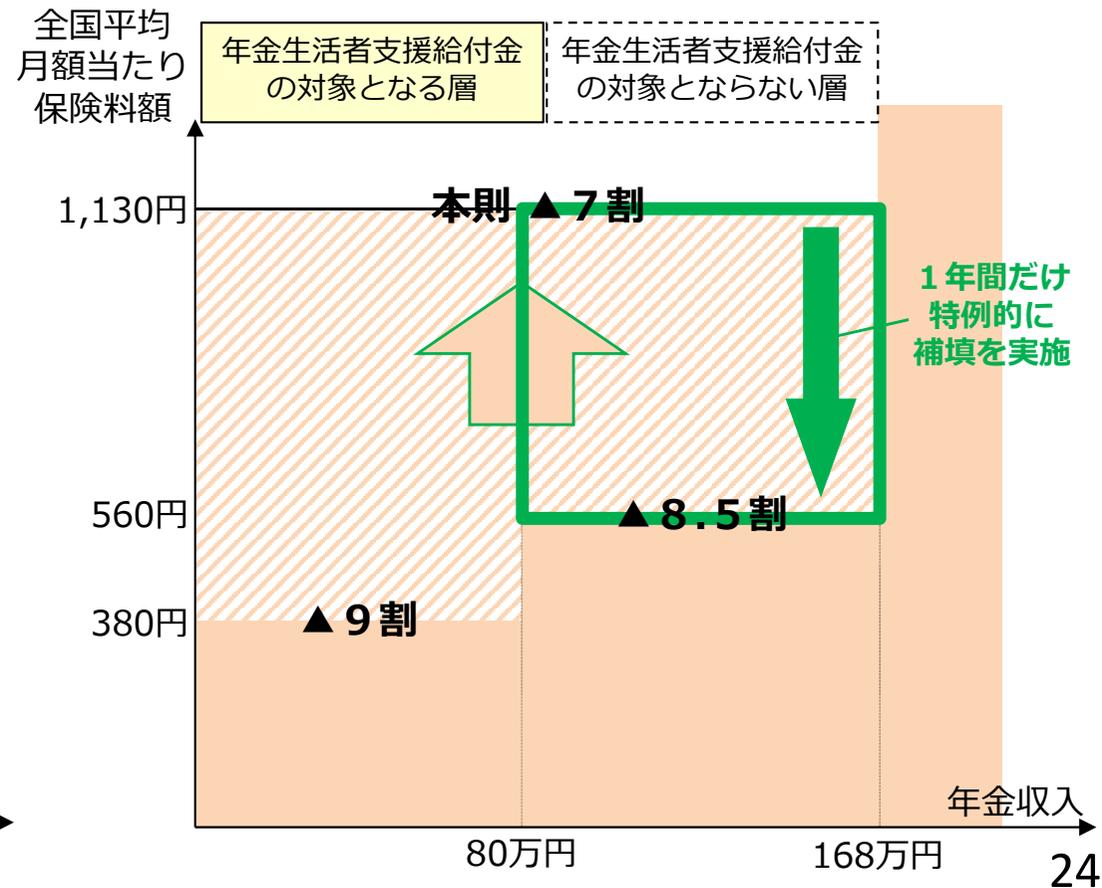
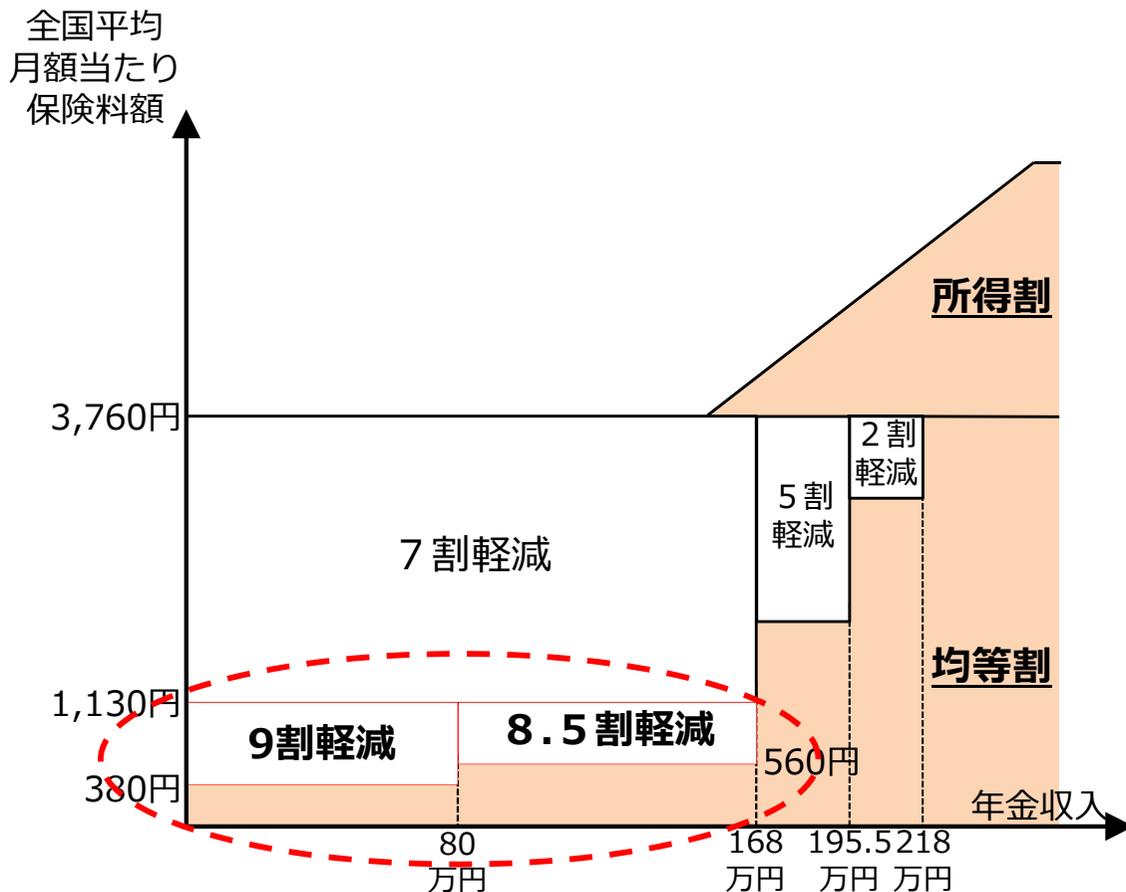
# 後期高齢者医療制度の保険料（均等割）に係る軽減特例の見直し

2018年12月17日 大臣折衝事項（抜粋）

## 5. 後期高齢者医療制度の保険料（均等割）に係る軽減特例の見直し

「今後の社会保障改革の実施について」（2016年12月22日社会保障制度改革推進本部決定）を踏まえ、後期高齢者の保険料（均等割）に係る軽減特例（9割軽減及び8.5割軽減）について、介護保険料軽減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を実施することとし、2019年10月から当該軽減特例に係る国庫補助を廃止し、当該後期高齢者の保険料を本則の7割軽減とする。

なお、現行の9割軽減が適用される低所得者に対しては基本的に消費税率の引上げに当たって年金生活者支援給付金が支給されることなどを踏まえ、現行の8.5割軽減が適用される者に対し、2019年10月から1年間に限り、軽減特例に係る国庫補助の廃止により負担増となる所要額について特例的に補填を行う。

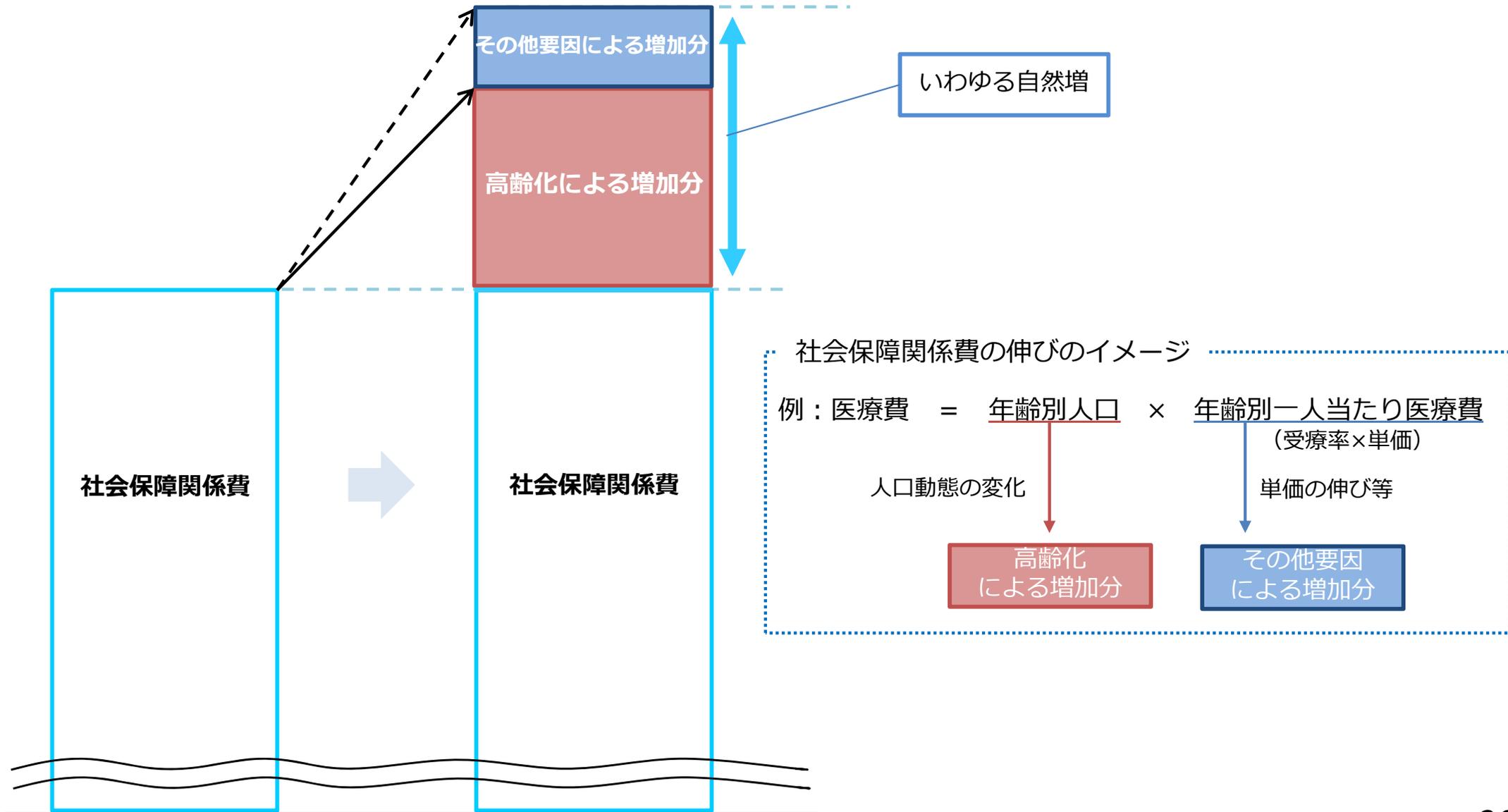


# I . 総論

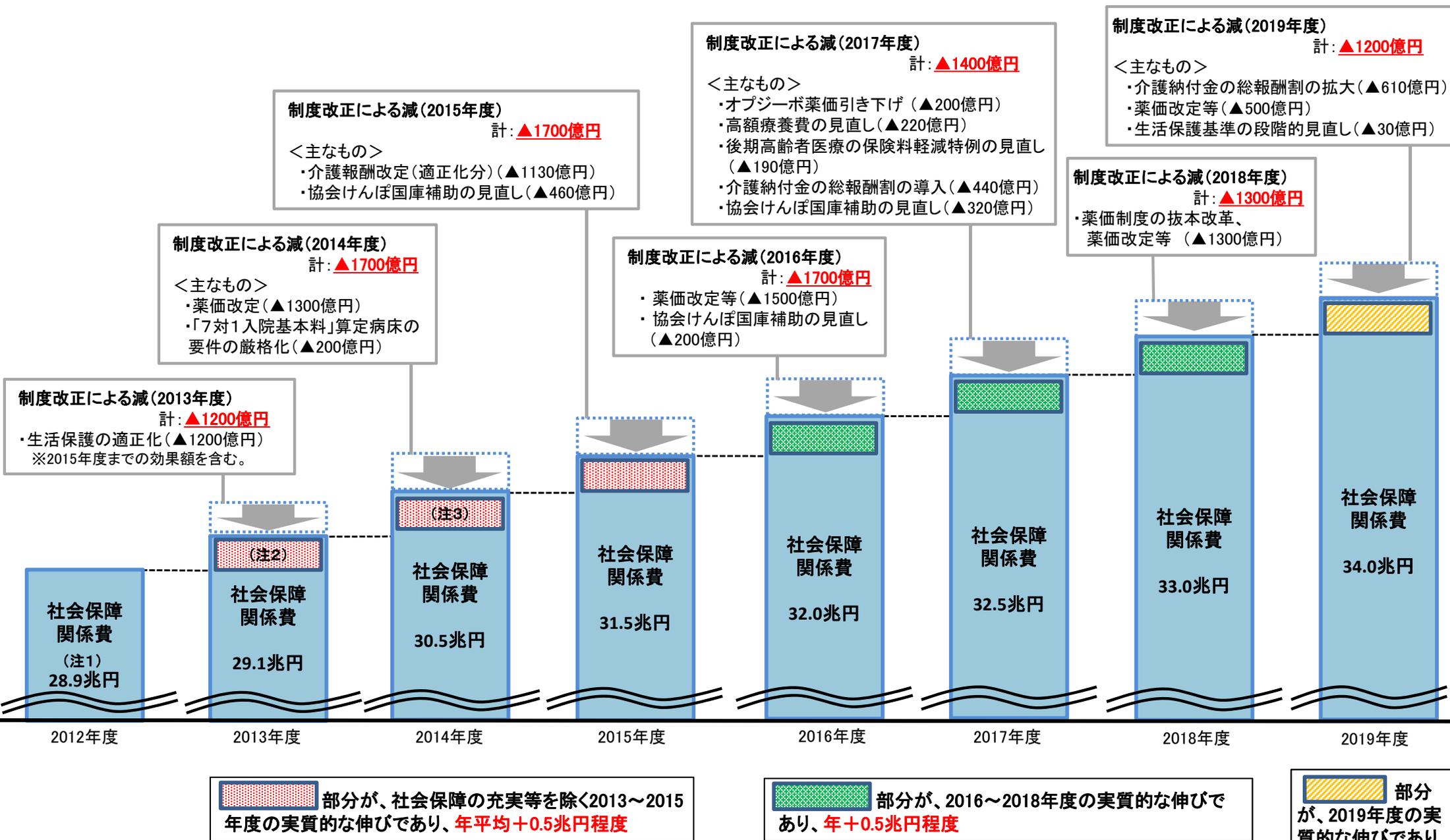
- ① 社会保障を巡る状況
- ② 2019年度予算
- ③ 今後の社会保障改革の考え方

# 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、「高齢化による増加分」と「その他要因による増加分（医療の高度化による増加分等）」の2つに分かれる。



# 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。  
 (注5)2019年度の社会保障関係費の計数は、臨時・特別の措置を除く。

# 今後の社会保障関係費の歳出水準の考え方

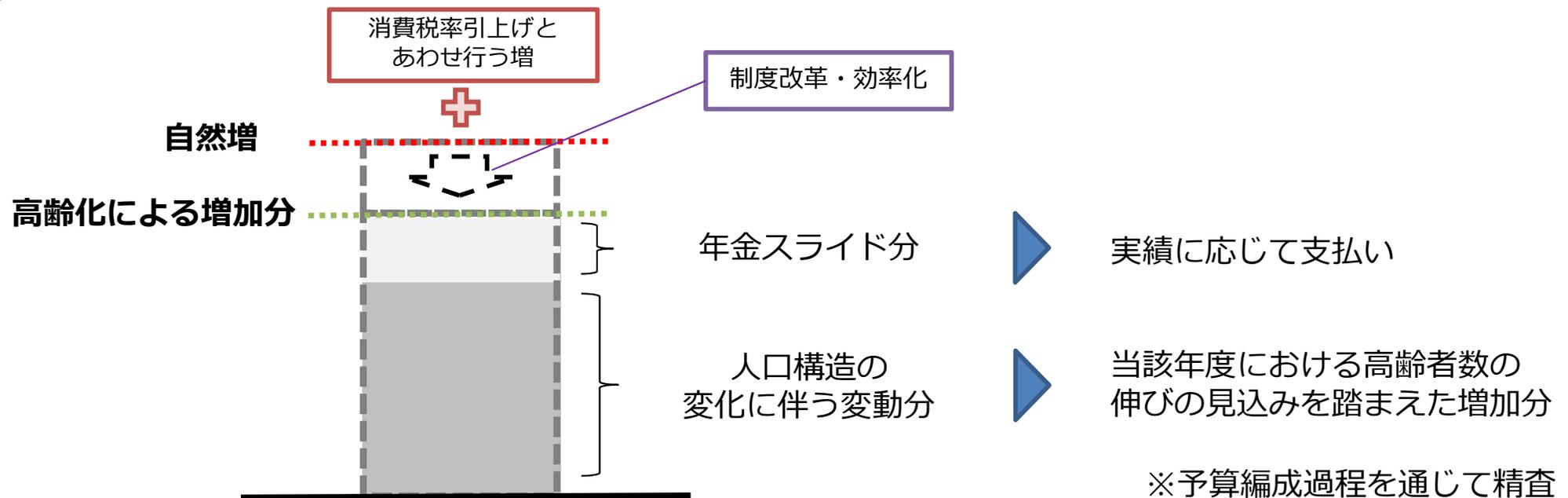
「経済財政運営と改革の基本方針2018（骨太2018）」（抄）（2018年6月15日閣議決定）

社会保障関係費については、再生計画において、2020年度に向けてその実質的な増加を高齢化による増加分に相当する伸びにおさめることを目指す方針とされていること、経済・物価動向等を踏まえ、2019年度以降、その方針を2021年度まで継続する（注）。

消費税率引上げとあわせ行う増（これまで定められていた社会保障の充実、「新しい経済政策パッケージ」で示された「教育負担の軽減・子育て層支援・介護人材の確保」及び社会保障4経費に係る公経済負担）については、別途考慮する。

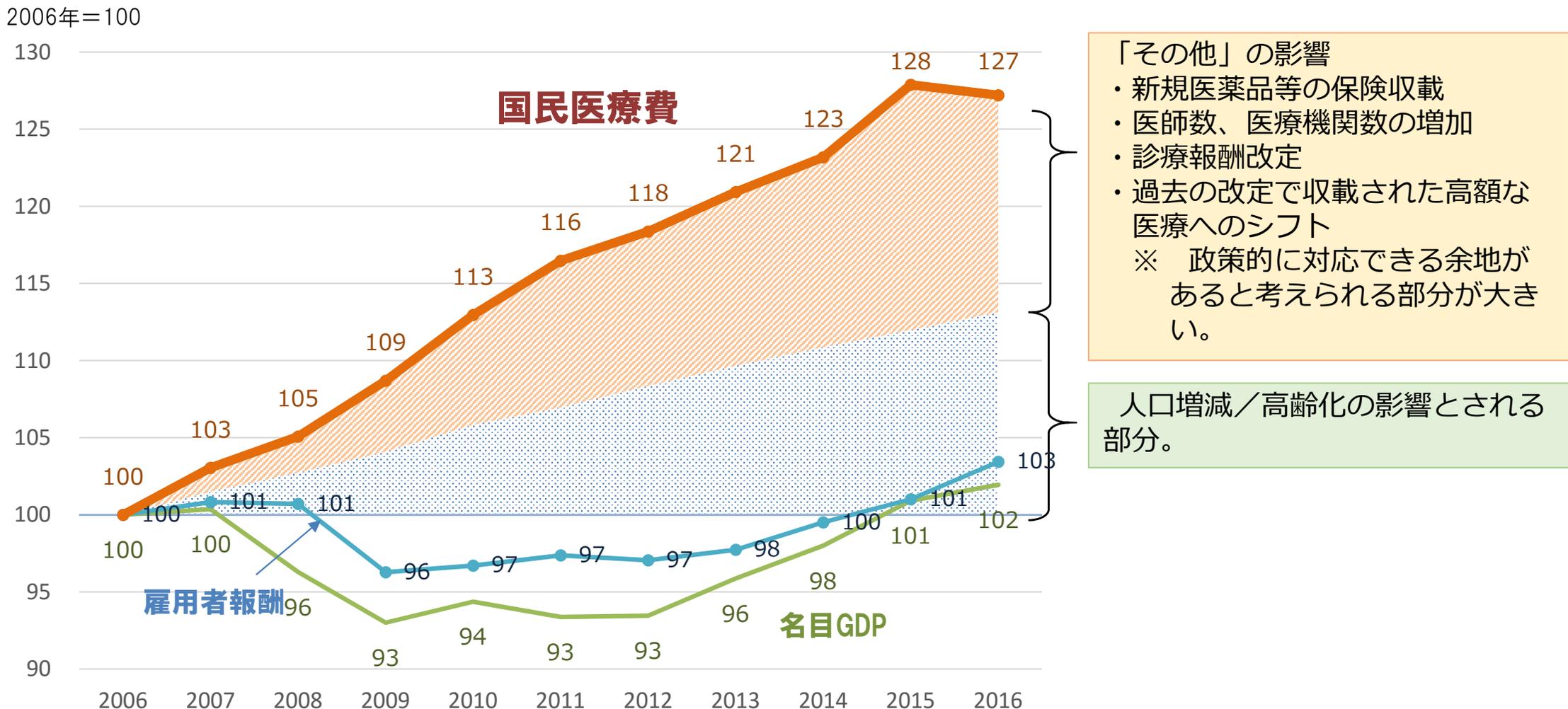
なお、2022年度以降については、団塊世代が75歳に入り始め、社会保障関係費が急増することを踏まえ、こうした高齢化要因を反映するとともに、人口減少要因、経済・物価動向、社会保障を取り巻く状況等を総合的に勘案して検討する。

（注）高齢化による増加分は人口構造の変化に伴う変動分及び年金スライド分からなることとされており、人口構造の変化に伴う変動分については当該年度における高齢者数の伸びの見込みを踏まえた増加分、年金スライド分については実績をそれぞれ反映することとする。これにより、これまで3年間と同様の歳出改革努力を継続する。



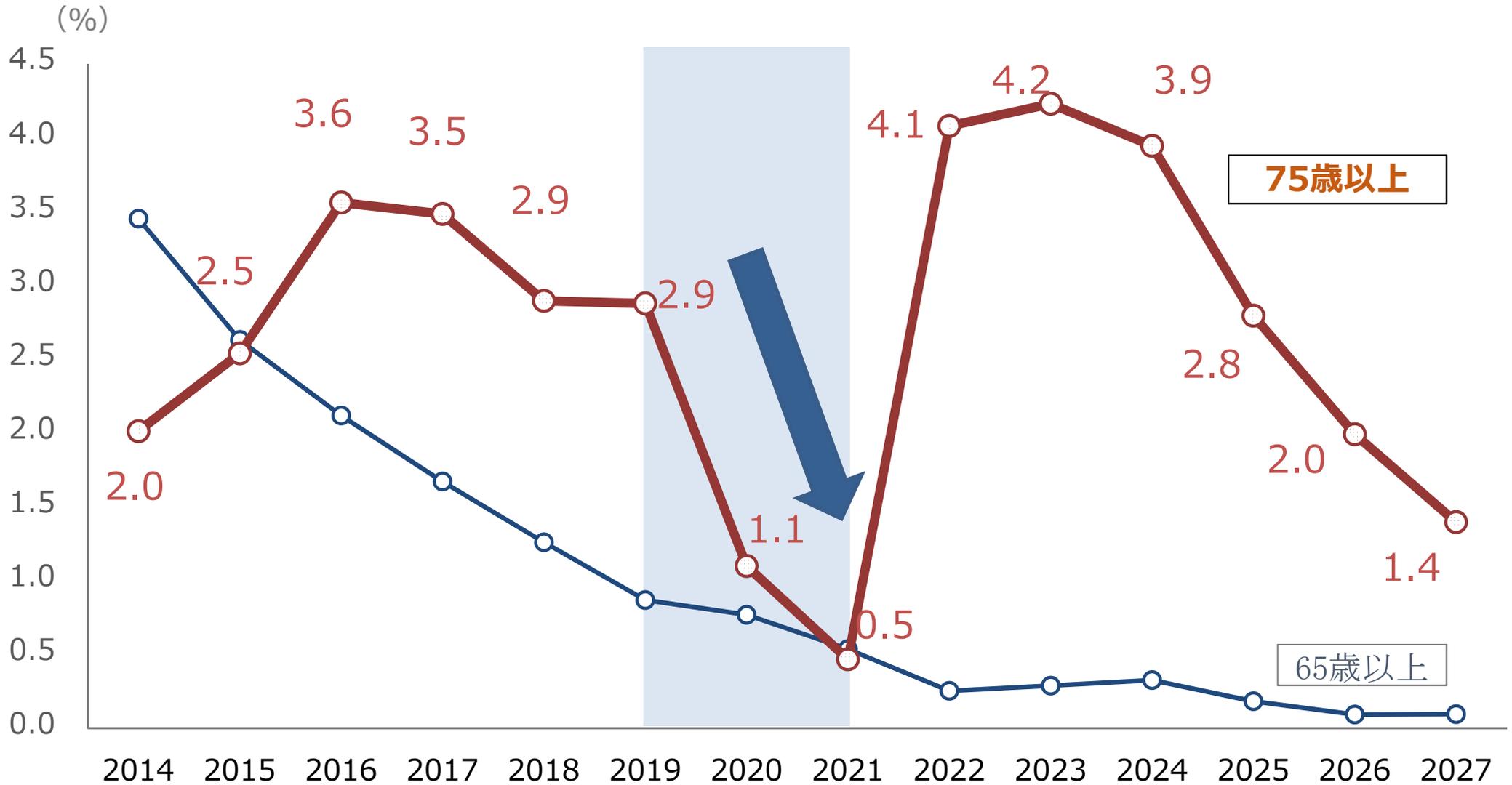
# 医療の伸びと政策的対応可能性

- 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。



(出典)内閣府「国民経済計算」、厚生労働省「国民医療費」

# 高齢者人口の伸び率



(出所) 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）」

# 我が国の医療・介護制度の特徴と課題

## 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

- 「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」の原則の徹底
- 高度・高額な医療技術や医薬品への対応

### 保険給付の効率的な提供

- 医療・介護提供体制の改革（過剰な病床の削減等）
- 公定価格の適正化

### 高齢化・人口減少下での負担の公平化

- 年齢ではなく能力に応じた負担
- 支え手減少下での医療費増加に対する総合的な対応

# 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、団塊の世代が後期高齢者となり始める2022年度までに制度改革に取り組んでいく必要があり、下記の視点で、早急に議論を前に進めるべき。

## 視点1 保険給付範囲の在り方の見直し

### ① 「『大きなリスクは共助、小さなリスクは自助』の原則の徹底」

「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。

〔主な改革項目（案）〕 OTC類似薬や有用性の低い医薬品の処方に係る自己負担率の引上げ、少額の外来受診に係る定額負担の導入  
介護の軽度者向け生活援助サービスに係る給付の在り方の見直し 等

### ② 「高度・高額な医療技術や医薬品への対応」

医薬品・医療技術について、安全性・有効性に加え、費用対効果や財政影響などの経済性の面からの評価も踏まえて、保険収載の可否も含め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。

## 視点2 保険給付の効率的な提供

### ① 「医療・介護提供体制の改革」

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・介護提供体制の在り方の見直しを図るべき。

〔主な改革項目（案）〕

- ・ 地域医療構想の実現（急性期病床の削減等）に向けた、都道府県によるコントロール機能の強化やインセンティブ策の強化
- ・ かかりつけ医等への適切な誘導に向けた、外来受診時等における定額負担の活用
- ・ 介護の地域差縮減に向けた、インセンティブ交付金等の活用による保険者機能の一層の強化 等

### ② 「公定価格の適正化」

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、国民負担を軽減する観点から、できる限り効率的に提供するよう、診療報酬・薬価の合理化・適正化等を進めるべき。

今後の介護報酬改定に向け、加算の効果等に係るエビデンスの整理・検証を通じた報酬改定のPDCAサイクルを確立していくべき。

## 視点3 高齢化・人口減少下での負担の公平化

### ① 「年齢ではなく能力に応じた負担」

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や介護の利用者負担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する総合的な対応」

保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討していくべき。

# 新経済・財政再生計画と改革工程表2018のスケジュール（社会保障関係）

	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	～	2025年度
総論	新経済・財政再生計画（骨太）	10月消費税率引上げ（予定）	骨太2020			PB黒字化目標
社会保障	<p>社会保障関係費については、再生計画において、2020年度に向けてその実質的な増加を高齢化による増加分に相当する伸びにおさめることを目指す方針とされていること、経済・物価動向等を踏まえ、2019年度以降、その方針を2021年度まで継続する。</p>					
歳出改革の枠組み	<p>2022年度以降については、団塊世代が75歳に入り始め、社会保障関係費が急増することを踏まえ、こうした高齢化要因を反映するとともに、人口減少要因、経済・物価動向、社会保障を取り巻く状況等を総合的に勘案して検討する。</p>					
主要スケジュール	給付と負担の見直し	医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担</li> <li>● 後期高齢者の窓口負担</li> <li>● 薬剤自己負担の引上げ</li> <li>● 外来受診時等の定額負担の導入</li> <li>● 医療費について保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応</li> <li>● 医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直し</li> <li>● 新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用など</li> </ul>	● 診療報酬改定、薬価改定		
		介護	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担</li> <li>● 介護のケアプラン作成に関する給付の在り方</li> <li>● 介護の多床室室料に関する給付の在り方</li> <li>● 介護の軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方</li> </ul>	● 制度改革	● 毎年薬価改定	● 診療報酬改定、薬価改定（2022年度）
		年金	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 年金財政検証</li> <li>● 勤労者皆保険制度（被用者保険の更なる適用拡大）の実現</li> <li>● 高齢者の勤労に中立的な公的年金制度を整備</li> </ul>	● 制度改革	● 介護報酬改定	● 第8期計画開始
	多様な就労・社会参加	<ul style="list-style-type: none"> <li>● マクロ経済スライドの在り方</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</li> </ul>				
	旧44項目の推進					
<p>＜骨太方針2018（抄）＞          全世代型社会保障制度を着実に構築していくため、総合的な議論を進め、基盤強化期間内（2019～2021年度）から順次実行に移せるよう、2020年度に、それまでの社会保障改革を中心とした進捗状況をレビューし、「経済財政運営と改革の基本方針」において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめ、早期に改革の具体化を進める。</p>						

# 新経済・財政再生計画 改革工程表2018の概要(社会保障)

全世代型社会保障制度を着実に構築していくため、総合的な議論を進め、基盤強化期間内(2019~2021年度)から順次実行に移せるよう、2020年度に、それまでの社会保障改革を中心とした進捗状況をレビューし、「経済財政運営と改革の基本方針」において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめ、早期に改革の具体化を進める。

## 改革の視点

## 改革工程表2018における主な改革項目(全61項目)

保険給付範囲の在り方の見直し



- **生活習慣病治療薬の費用面も含めた適正な処方**の在り方について検討。
- **薬剤自己負担の引上げ**について、諸外国の薬剤自己負担の仕組み(薬剤の種類に応じた保険償還率や一定額までの全額自己負担など)も参考としつつ、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス等の観点から検討。
- **外来受診時等の定額負担**の導入・活用について、早期に改革が具体化されるよう検討。
- **医薬品や医療技術の保険収載**の判断等に当たり費用対効果や財政影響などの経済性評価を活用し、保険対象外の医薬品等に係る保険外併用療養を柔軟に活用・拡大することについて、早期に改革が具体化されるよう検討。
- **軽度者に対する生活援助サービス等**について、地域支援事業への移行を含め、第8期介護保険事業計画期間に向けて検討。

保険給付の効率的な提供



- 医療・介護提供体制の改革
- 公定価格の適正化

- 地域医療構想の実現に向け、**病床転換や介護医療院への移行等**が進むよう、必要な対応(地域医療介護総合確保基金の指標水準引上げ、メリハリ強化等)を検討(①具体的対応方針合意:公立・公的病院は2018年度末までに100%、全体は2019年度末までに50%、②増減病床数の達成:2025年度に100%)。
  - 累次の法改正で設けた都道府県知事の権限の行使状況を勘案した上で、実効性のある新たな**都道府県知事の権限の在り方**を検討。
    - ・ **国保の普通調整交付金の配分**について、加入者の性・年齢で調整した標準的な医療費を基準とするなどの観点から議論。
    - ・ **介護の調整交付金**についても、保険者機能の更なる強化に向けて検討。
    - ・ **高確法第14条に基づく地域独自の診療報酬**について、その判断に資する具体的な活用策を検討・提示。
- 2019年度中に、都道府県の医療計画に、高額医療機器の新規設置や更新の際に都道府県や医療関係者の協議を経る規制の導入を含む、**医療機器等の効率的な活用の促進**に関する事項を盛り込む。
- 国保財政の健全化に向け、**法定外繰入等の解消期限や解消に向けた実効的・具体的な手段**を盛り込んだ計画を策定・公表(見える化)。2020年度以降の**保険者努力支援制度**について、加減算双方向での財政的インセンティブの一層の活用。
- **薬価制度抜本改革**の更なる推進(費用対効果評価の本格実施に向けた検討(~2018年度末)、毎年薬価改定の対象範囲(~2020年中))
- **調剤報酬の在り方**について、対物業務から対人業務への構造的な転換の推進やこれに伴う所要の適正化を行う観点から検討。
- 医療・介護分野における**ITの活用**、**労働生産性の向上**(ロボット・IoT・AI・センサーの活用等)。

高齢化・人口減少下での負担の公平化



- **医療保険・介護保険制度における負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方**について、早期に改革が具体化されるよう検討。
- **介護の補足給付の在り方**について、その対象者の資産の実態調査等を行い、第8期介護保険事業計画期間に向けて検討。
- **後期高齢者の窓口負担の在り方**について、団塊世代が後期高齢者入りするまでに、早期に改革が具体化されるよう検討。
- **保険給付率(保険料・公費負担)と患者負担率のバランス等**を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について、早期に改革が具体化されるよう、総合的な対応を検討。
- **介護のケアプラン作成に関する給付と負担の在り方**について、第8期介護保険事業計画期間に向けて検討。
- **介護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期介護保険事業計画期間に向けて検討。
- **医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直し**について、現役との均衡の観点から早期に改革が具体化されるよう検討。

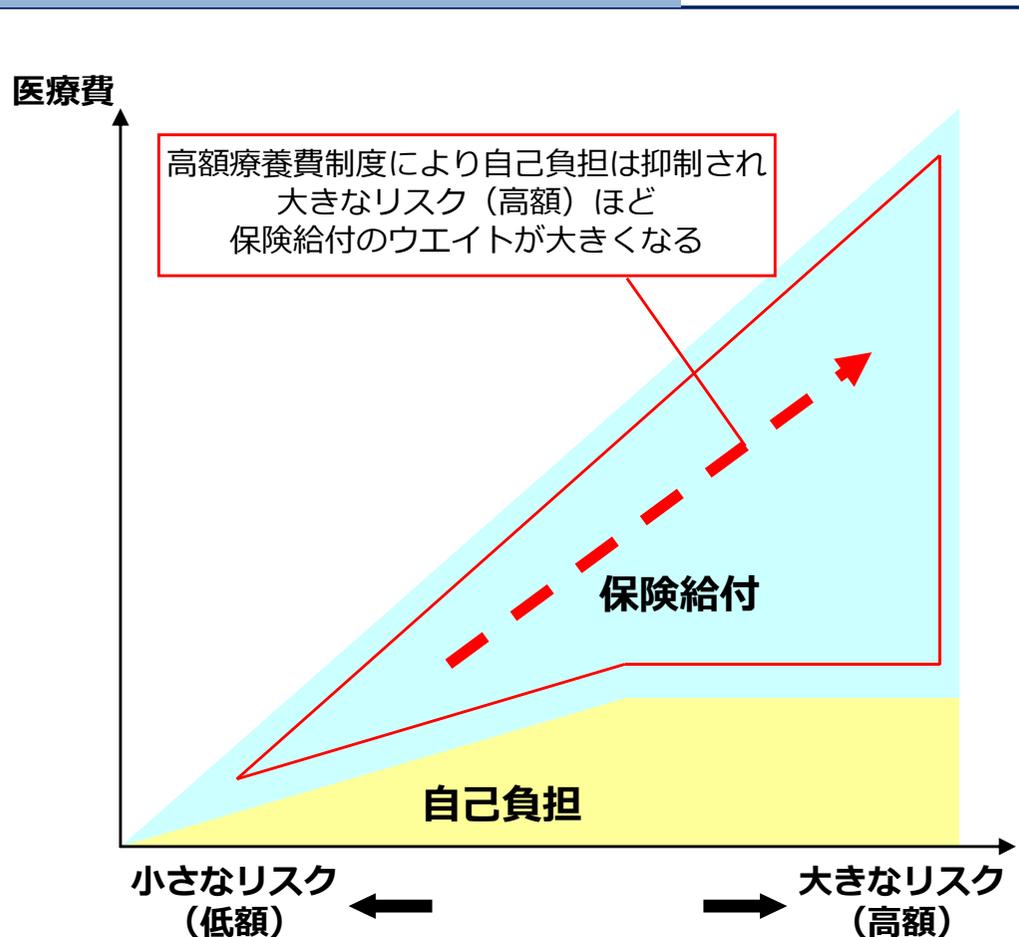
## II. 医療

## 視点1：保険給付範囲の在り方の見直し

- ① 「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」の原則の徹底
- ② 高度・高額な医療技術や医薬品への対応

- 高齢化・医療の高度化により医療費が年々増大する中、国民皆保険制度を維持していく観点から共助の対象として適切な保険給付の範囲の在り方を検討していく必要。
- その際「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」との考え方の下、現在の保険給付の範囲の在り方を見直し、より小さなリスクにおける保険給付のウエイトを引き下げていくべき。
- 保険収載を見合わせた際の受け皿として保険外併用療養費制度や民間保険の積極的な活用も含めて検討していく必要。

### 現状の保険給付のイメージ



少額受診やOTC医薬品と同一の有効成分を含む  
医薬品の投与であっても一律定率の保険給付

### これまでに取り組んできた主な事項

- **医薬品の適正給付（下記を保険算定の対象外）**
  - ・ 単なる栄養補給目的のビタミン製剤の投与（2012年度）
  - ・ 治療目的以外のうがい薬単体の投与（2014年度）
  - ・ 必要性のない70枚超の湿布薬の投与（2016年度）

### 今後の主な改革の方向性

高額医薬品や医療技術が登場し更なる医療費の増加が見込まれる中、高額医薬品や医療技術を引き続き収載していく場合には、「小さなリスク」について、

- **薬剤の自己負担の引上げ** p. 39
  - ・ 医薬品の有用性に応じた保険給付率の設定
  - ・ OTC医薬品と同一の有効成分を含む医療用医薬品の保険給付の在り方の見直し（保険外併用療養費制度を活用する手法も検討）
- **少額を受診等に一定程度の追加負担** p. 40

かかりつけ医・かかりつけ薬局等への誘導策として負担に差を設けることも検討 など

また、費用対効果の低い医薬品等については、保険外併用療養費制度の対象としつつ、民間保険の積極的な活用を促進していくことも併せて検討 p. 38

### 【論点】

- 現在、薬事承認が行われた新規医薬品は事実上全てが90日以内に保険収載される仕組みとなっており、保険収載に当たって財政影響がどの程度生じるか十分検証されていない。新たな医療技術についても、保険収載に当たって経済性は考慮されていない。
- こうした保険収載の影響は、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が、医薬品等の価格が高額になっている状況も踏まえ、国民皆保険制度を維持していく観点から、保険収載の可否も含めて公的保険での対応の在り方を検討する必要。

### 新経済・財政再生計画 改革工程表2018（2018.12.20 経済財政諮問会議）における記載

医薬品や医療技術の保険収載の判断等に当たり費用対効果や財政影響などの経済性評価を活用し、保険対象外の医薬品等に係る保険外併用療養費制度を柔軟に活用・拡大することについて、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において検討。

### ◆ 近年国内外で登場した高額医薬品等の例

販売名	収載年月	効能・効果	費用
オプジーボ点滴静注	2014年9月	非小細胞肺癌等	約3,500万円 (体重60kg,1年間の場合)
ハーボニー配合錠	2015年8月	C型慢性肝炎等	約670万円 (12週間)
ステミラック注	2019年2月	脊髄損傷に伴う機能障害等の改善	約1,500万円 (1回投与)
キムリア点滴静注	薬事承認 2019年3月	急性リンパ芽球性白血病等	今後決定 【米国の例】 約5,300万円 (1回投与)

※ 中央社会保険医療協議会資料等に基づき作成。費用は新規収載時または上記効能・効果追加時。

米国での製品名	米国での承認年月	米国での費用
イエスカルタ (リンパ腫治療薬)	2017年10月	約4,200万円 (1回投与)
ラクスターナ (遺伝性網膜疾患治療薬)	2017年12月	約9,500万円 (両眼1回投与)

※ 各社報道発表資料等に基づき作成。

### ◆ 保険外併用療養費制度の柔軟な活用・拡大

- ・ 現在、保険診療と保険外診療を併用して治療を行う場合、原則として保険診療部分も含めて全額が自己負担となるが、一定の場合には併用可能。

		保険外併用療養費制度の分類	
保険診療部分	保険外診療部分	評価療養	保険導入のための評価を行うもの (例: 先進医療)
保険外併用療養費	全額自己負担 ※	患者申出療養	患者からの申出に基づき 保険導入のための評価を行うもの
3割自己負担		選定療養	保険導入を前提としないもの (例: 差額ベッド、歯科の金合金)

※ 自己負担分について、研究機関や製薬会社等の資金を充てる場合もある。

+

- ・ 保険外併用療養費制度の新たな分類として、経済性の面からの評価に見合う価格を超える医薬品等の場合、①当該価格までを保険適用と同等の負担とし、②当該価格を超える部分については自己負担とする制度を追加。

保険診療部分	当該医薬品等	
保険外併用療養費	差額自己負担	…②
3割自己負担	保険外併用療養費	
	3割自己負担	①

(参考) 現行の選定療養においても、一定の制限回数を超えたりハビリテーション、制限日数を超えた入院については自己負担として保険診療と併用可。

### 【改革の方向性】（案）

- 医薬品・医療技術については、安全性・有効性に加え費用対効果や財政影響などの経済性の面からの評価も踏まえて、保険収載の可否も含め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。
- 保険収載とならなかった医薬品等については、安全性・有効性があれば保険外併用療養費制度により柔軟に対応するか否かの検討も行うべき。その際、経済性の面からの評価に見合う価格までは保険適用と同等の給付を行う新たな受け皿の類型（保険外併用療養費制度の柔軟化）を設定すべき。

# 保険給付範囲の在り方の見直し（薬剤自己負担の引上げ）

給付の範囲

## 【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、制度の持続可能性を確保していくためには「小さなリスク」への保険給付の在り方を検討する必要。
- また、OTC医薬品と同一の有効成分を含む医療用医薬品は、医療機関で処方されることにより自らOTC医薬品を求めるよりも大幅に低い負担で入手が可能である点で、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技術料とは異なる仕組みが設けられている。

## ◆ 医療用医薬品と市販品（OTC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（現役）	1割負担（高齢者）	銘柄	価格
湿布	AA	320円	96円	32円	A	2,551円
ビタミン剤	BB	520円	156円	52円	B	3,974円
漢方薬(感冒)	CC	1,010円	303円	101円	C	4,644円
皮ふ保湿剤	DD	1,100円	330円	110円	D	2,448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は留意が必要。
- ※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。

## ◆ 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） （注）参照価格（償還限度額）が設定されている場合は、限度額を超えた額は自己負担
フランス	薬剤の種類に応じて自己負担割合を設定（右図参照） （注）参照価格（償還限度額）が設定されている場合は、限度額を超えた額は自己負担
スウェーデン	1,150クローナまで全額自己負担、より高額の場合一定の自己負担割合 （注）上限は年間2,300クローナ

## ◆ 保険外併用療養費制度の柔軟な活用・拡大

OTC化済医薬品	技術料等	
保険給付	保険給付	現状では、技術料も薬剤も内容にかかわらず一定割合の負担
3割自己負担	3割自己負担	
OTC化済医薬品	技術料等	OTC化された医薬品を単に保険給付から外すと、技術料や他の薬剤も含めて全額が自己負担。
全額自己負担	全額自己負担	
OTC化済医薬品	技術料等	保険外併用療養費制度を活用し、OTC化された医薬品についてのみ全額自己負担。
全額自己負担	保険外併用療養費 3割自己負担	

## ◆ フランスにおける薬剤自己負担割合

抗がん剤等の代替性のない高額医薬品		0%
国民連帯の観点から負担を行うべき医療上の利益を評価（医薬品の有効性等）	重要	35%
	中程度	70%
	軽度	85%
	不十分	100%

※ 仏 Haute Autorité de Santé 発行資料等により作成。新規収載、効能追加、収載期間の期限切れ（原則として5年間）ごとに評価を実施。

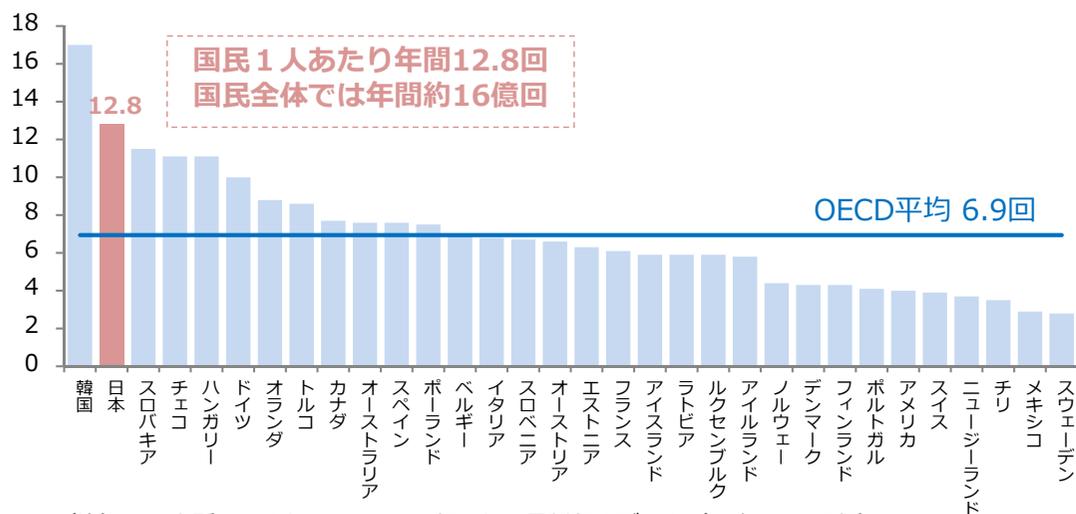
## 【改革の方向性】（案）

- 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、薬剤の自己負担引上げについて具体的な案を作成・実施すべき。
- その際、保険外併用療養費制度の柔軟な活用・拡大についても併せて検討を行うべき。

### 【論点】

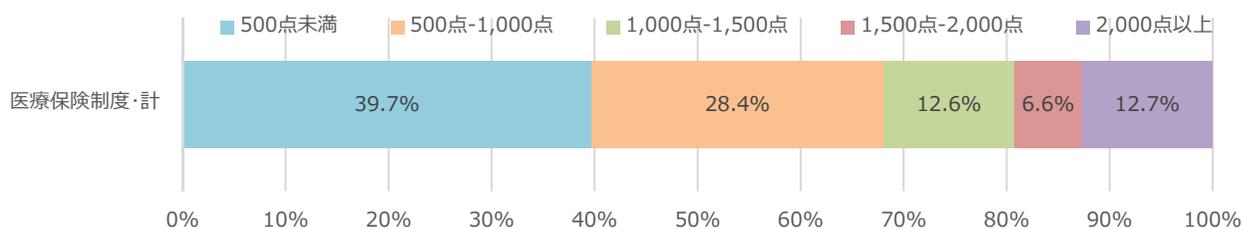
- 諸外国と比較して、我が国の外来受診頻度は高く、多くは少額受診。限られた医療資源の中で医療保険制度を維持していく観点からも、比較的軽微な受診について、一定の追加負担は必要なのではないか。
- また、効率的で質の高い医療を提供する上で、かかりつけ医やかかりつけ薬局へ患者の受診行動を一定程度誘導する必要があるが、医療機関等にはインセンティブとなる一方で負担増となる患者にはディスインセンティブとなり得る「診療報酬での評価」と比べて、定額負担は有効な手段。

### ◆ 1人あたり年間外来受診回数（医科）の国際比較



(注) 下記出所で示されている2016年または最新年のデータ（日本は2015年）  
(出所) OECD Health Statistics 2018

### ◆ 受診1回あたりの保険点数

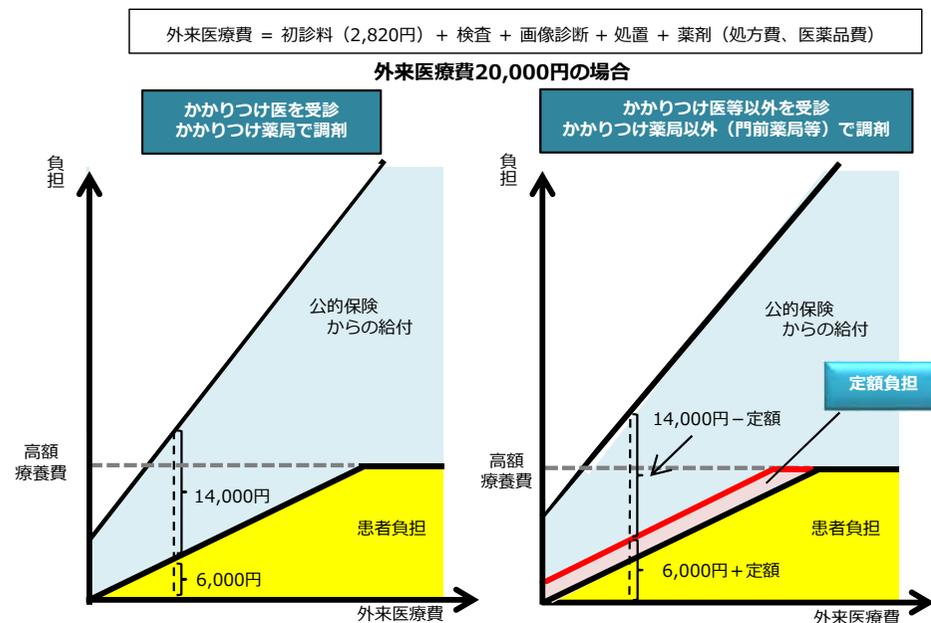


(出所) 厚生労働省「医療給付費実態調査」

### ◆ フランスにおける受診時定額負担制度（2005年～）の概要

金額	1回1ユーロ（年間50ユーロが上限）
対象者	以下の者は除外 ・18歳未満の者 ・妊娠6か月以降の妊婦 ・一定の低所得者向け医療制度の対象者

### ◆ 受診時定額負担のイメージ



### 【改革の方向性】（案）

- 制度の持続可能性の観点から、少額の受診等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。

## 視点2：保険給付の効率的な提供

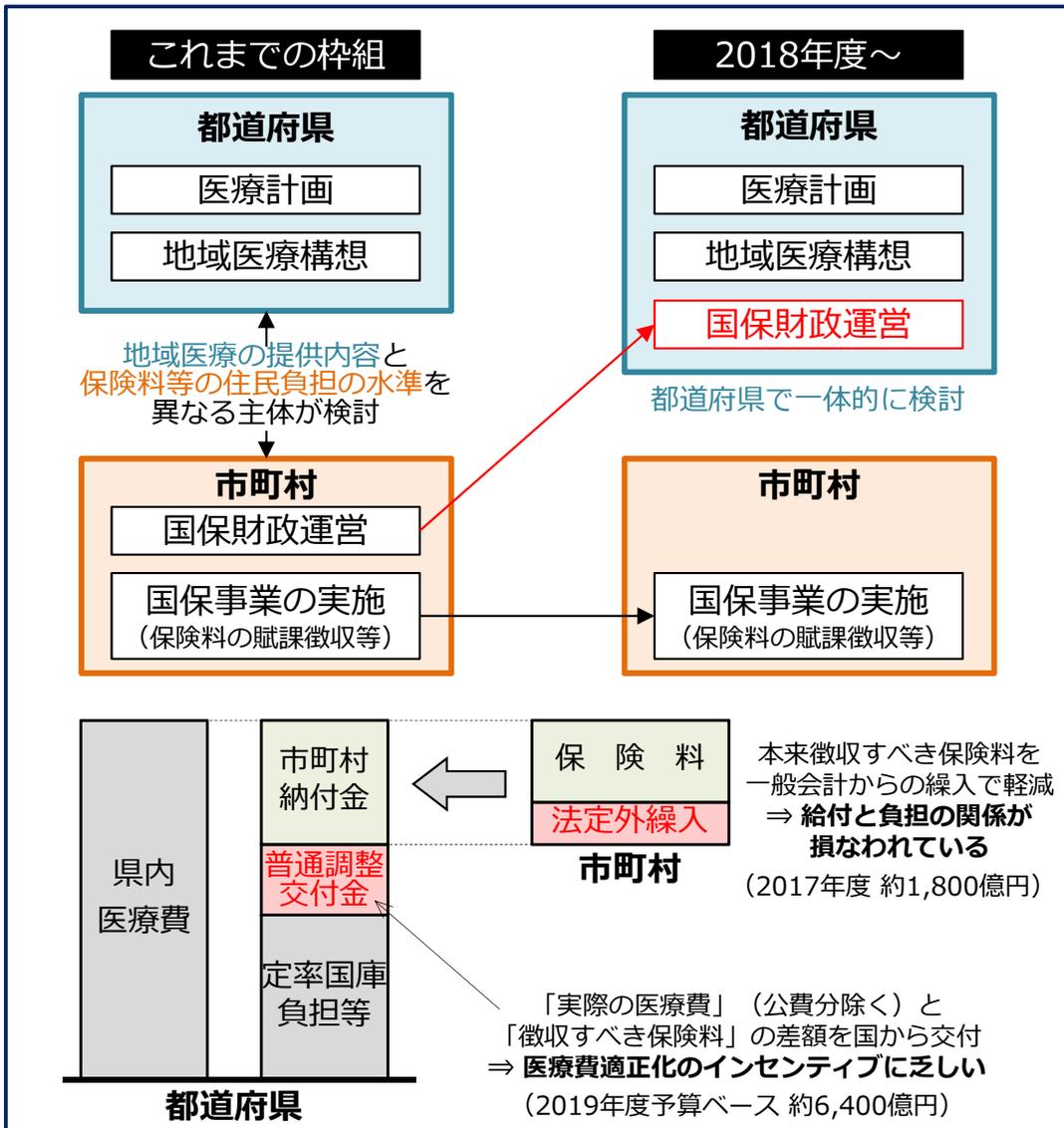
### ① 医療・介護提供体制の改革

- 国民健康保険の更なる改革
- 病床に係る医療提供体制の改革

### ② 公定価格の適正化

- 2018年度より国民健康保険の財政運営は都道府県単位化。管内の医療提供体制の確保に責任を有する都道府県が、医療提供体制と地域保険運営の双方で一体的に改革を進めていくことが可能となった。
- 今後、更に、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とともに、地域差の是正など医療費の適正化に向けたインセンティブを強化する観点から、更なる改革を続けていく必要。

## 国民健康保険の状況



## これまでに取り組んできた主な事項

- **財政運営の都道府県単位化**
- **財政基盤強化のための公費投入**
  - ・ 都道府県単位化を機に、2015年度から1,700億円（低所得者対策）、2018年度から更に1,700億円（保険者努力支援制度等）の公費を投入

## 今後の主な改革の方向性

- **法定外繰入等の速やかな解消**
  - ・ 国保改革に伴う財政支援の拡充等を活用した先進事例も参考にしつつ、法定外一般会計繰入等を解消
  - ⇒ **県レベル・地域レベルで給付に応じた負担を求める仕組み** p. 45
- **普通調整交付金の見直し**
  - ・ 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転換
  - ⇒ **県レベル・地域レベルで医療費適正化のインセンティブ付け** p. 46
- **保険者努力支援制度におけるインセンティブ強化**
  - ・ アウトカムベースの指標の活用
  - ⇒ **県レベル・地域レベルで医療費適正化のインセンティブ付け** p. 47

# 病床に係る医療提供体制の改革（総括）

- 日本は、他の先進諸国と比較して人口当たりの病床数が非常に多く、都道府県ごとの地域差も大きい。こうした状況は、1人あたり医療費の地域差とも強い相関があり、また、病院勤務医の働き方改革も妨げている。
- 今後、地域医療構想の実現に向けて、診療報酬の適正化に加え、都道府県に実効的な手段・権限を付与しつつ取組の結果に応じた強力なインセンティブを設ける必要。

## 日本における病床の状況

### ◆ 人口1,000人当たりの病床数の国際比較（OECD）

日本	ドイツ	フランス	イギリス	アメリカ
13.1	8.1	6.1	2.6	2.8

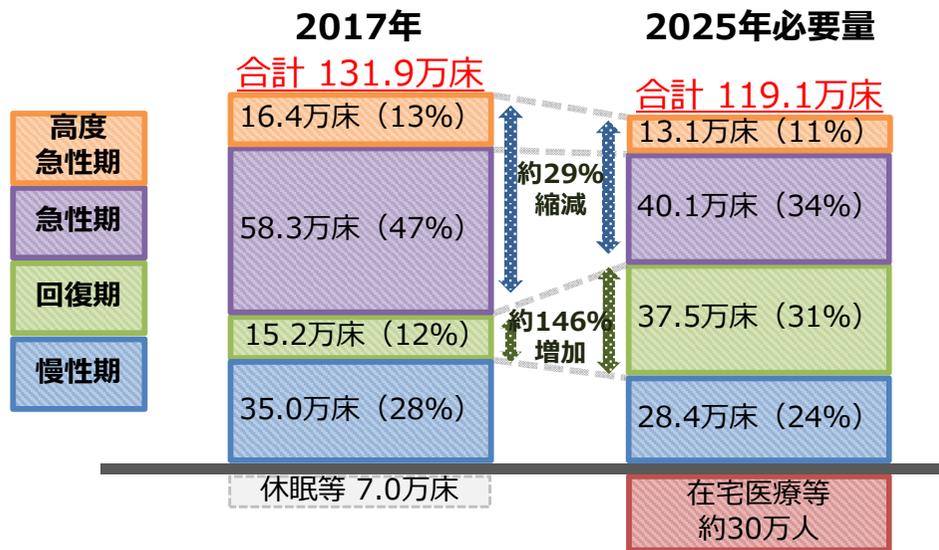
### ◆ 都道府県ごとの人口1,000人当たり病床数

高知県 (最大)	神奈川県 (最小)
25.45	8.06

3.2倍

⇒ 1人あたり医療費の地域差と正の相関

### ◆ 地域医療構想に基づく病床の必要量



## これまでに取り組んできた主な事項

### ○ 地域医療構想の推進

- ・ 各構想区域において2025年に向けた医療機関ごとの具体的対応方針を順次合意  
K P I 公立・公的病院等：2018年度末までに100%（2018.12: 55%）  
病院全体：2019年度末までに50%（2018.12: 25%）
- ・ 病床機能の分化・連携に活用するための地域医療介護総合確保基金の創設・活用

### ○ 急性期病床の適正化

- ・ 累次の診療報酬改定において、旧「7対1入院基本料」の適正化を実施

## 今後の主な改革の方向性

### ○ 地域医療構想の推進

p. 48-p. 50

- ・ 具体的な対応方針について2025年における病床の必要量と整合的となるよう再検討を要請
- ・ 自主的な取組が進まない場合の都道府県知事に対する更なる権限の付与（保険医療機関の指定等に当たっての転換命令など）
- ・ 地域医療構想に係る取組の進捗に応じた地域医療介護総合確保基金等の強力なメリハリ付け など

### ○ 急性期病床の適正化

p. 51

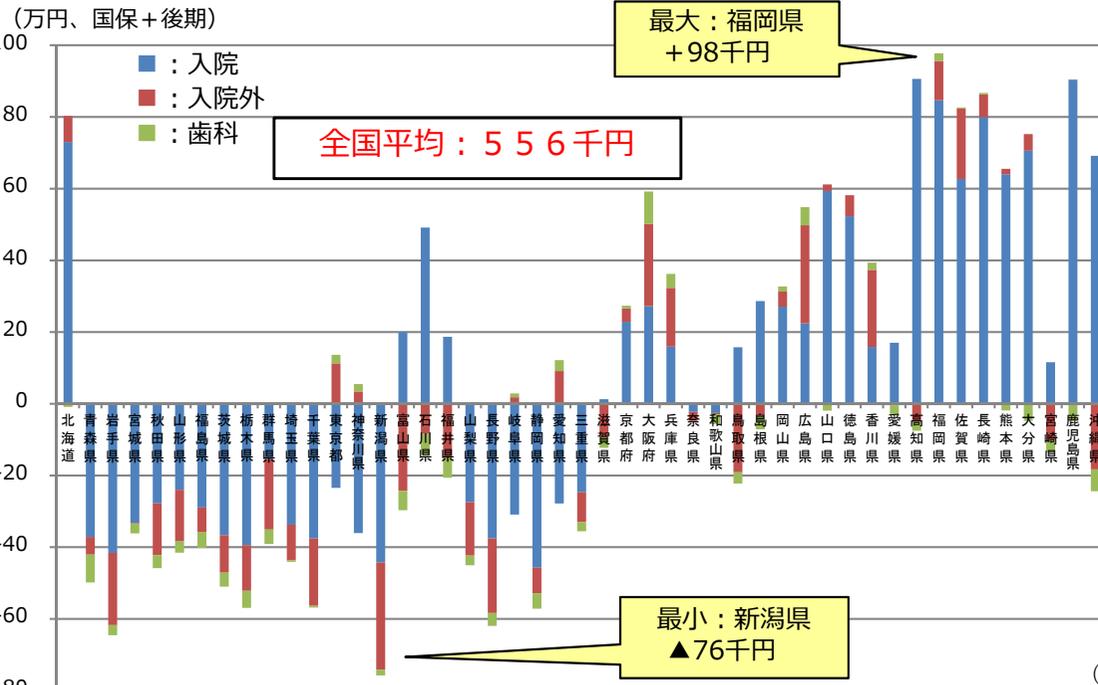
- ・ 次期診療報酬改定における更なる適正化 など

# 我が国の医療提供体制の問題点

国名	平均在院日数 (急性期)	人口千人 当たり 総病床数	病床百床 当たり 臨床医師数	人口千人 当たり 臨床医師数	病床百床当たり 臨床看護職員数	人口千人当たり 臨床看護職員数	人口百万人あたり MRI台数
日本	28.5 (16.3)	13.1	18.5	2.4	86.5	11.3	51.7 ※2
ドイツ	8.9 (7.5)	8.1	51.9	4.2	159.4	12.9	34.5
フランス	10.1 ※1 (5.7) ※1	6.1	51.8	3.1	168.6 ※3	10.2 ※3	13.5
イギリス	7.1 (6.0)	2.6	108.1	2.8	306.0	7.9	7.2 ※2
アメリカ	6.1 ※1 (5.5) ※1	2.8 ※1	92.1 ※1	2.6	403.8 ※1・3	11.6 ※3	36.7

出典:「OECD HealthData2018」(2016年データ) 注1:「※1」は2015年のデータ。 注2:「※2」は2014年のデータ。 注3:「※3」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。  
注4:平均在院日数の( )書きは、急性期病床(日本は一般病床)における平均在院日数である。

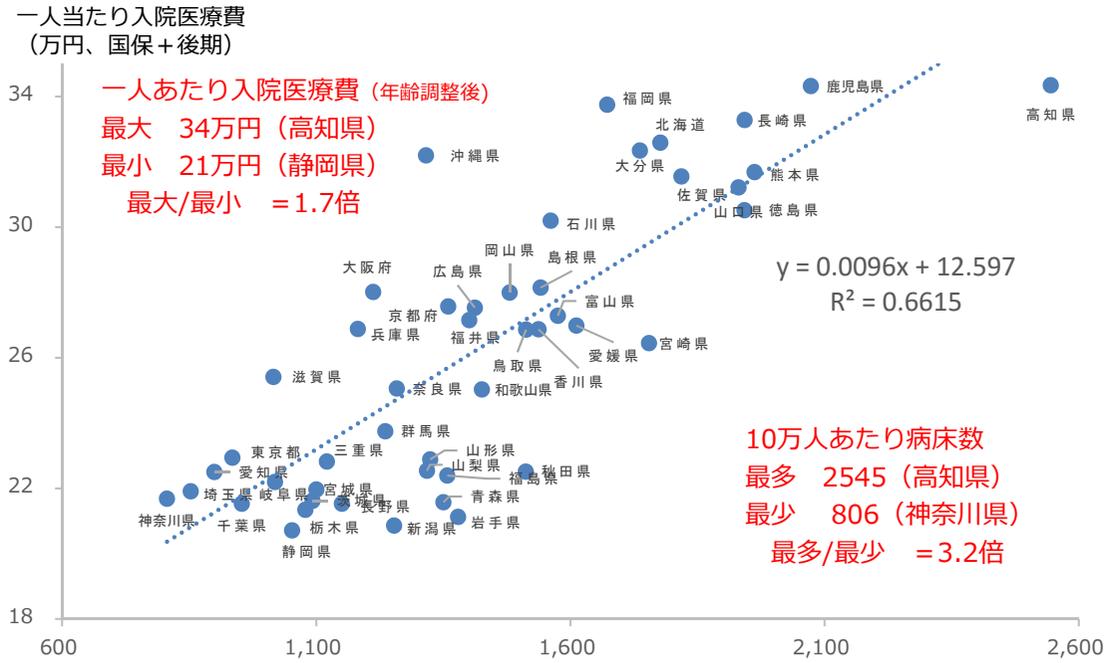
## ◆ 一人あたり医療費 (年齢調整後※) の地域差



(出典)厚生労働省「平成29年度医療費の地域差分析」

※ 各都道府県の年齢階級別1人あ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。

## ◆ 入院医療費 (年齢調整後※) と病床数の関係

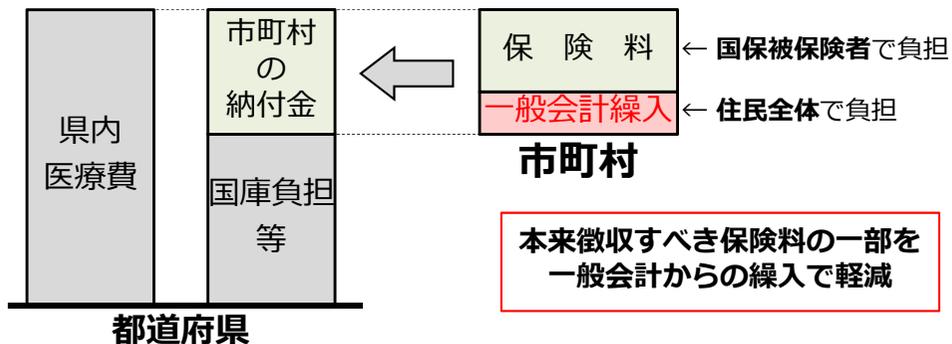


(出典):病床数については厚生労働省「平成29年度医療施設調査」、  
一人当たり入院医療費については厚生労働省「平成29年度医療費の地域差分析」

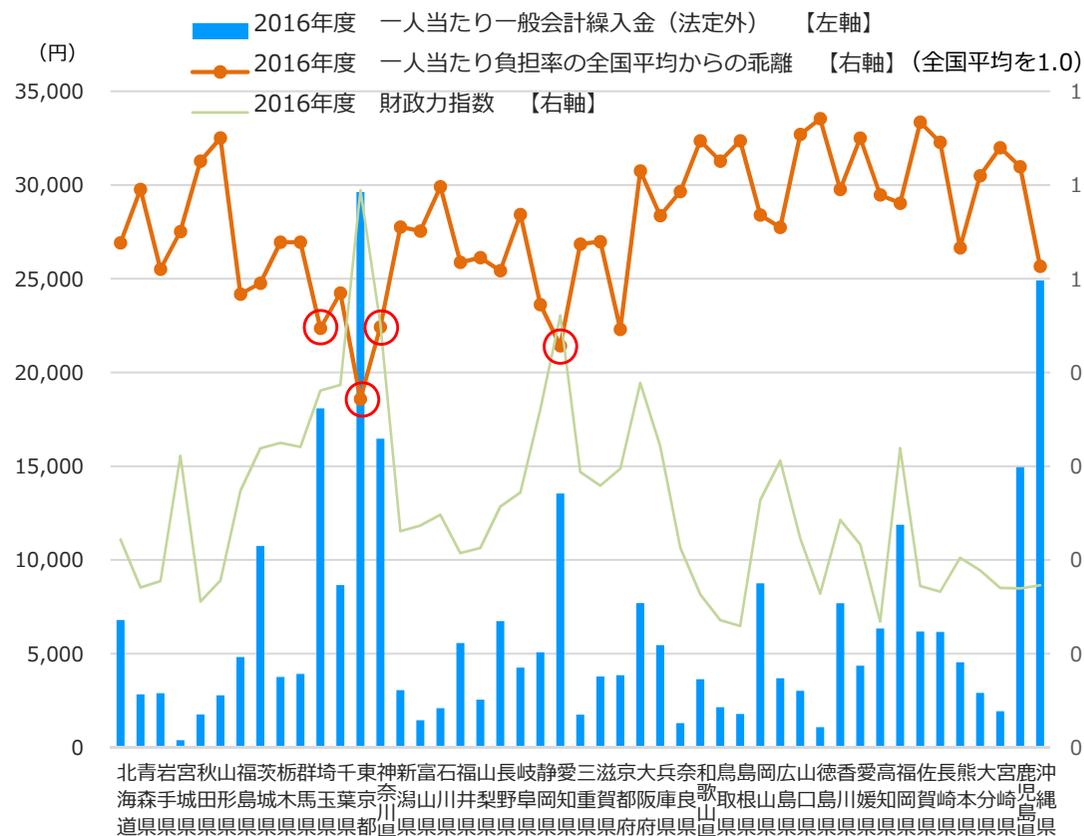
## 【論点】

- 国民健康保険は、社会保険方式を採りながらも、制度上の公費に加え、保険料の負担軽減等の目的で一般会計から総額約1,800億円（2017年度決算）の法定外繰入を実施。各市町村の保険料負担はこうした繰入の有無や額によって左右され、保険給付に応じた保険料負担を求めることで規律ある保険財政の運営を行う本来の姿からかけ離れた状況。
- 財政運営を都道府県単位化する国保改革と併せ、2015年度から1,700億円、2018年度からは更に1,700億円の公費を制度上追加。

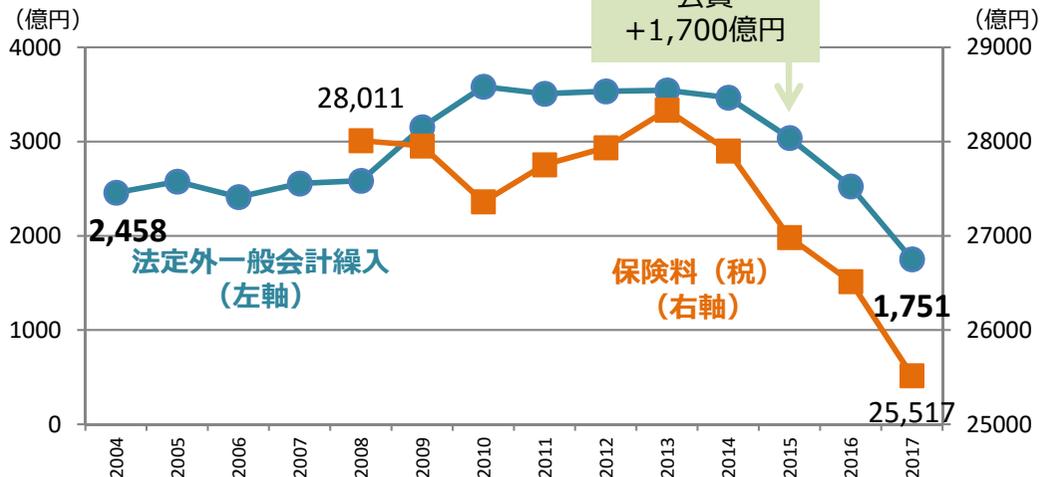
## ◆ 法定外一般会計繰入の構造（イメージ）



## ◆ 都道府県別の法定外一般会計繰入と保険料負担・財政力指数



## ◆ 法定外一般会計繰入額等の推移



（出所）厚生労働省「国民健康保険の実施状況報告」、「国民健康保険事業年報」、総務省「平成28年度都道府県財政指数表」  
 ※ 財政力指数は便宜のため各都道府県のものを示している（法定外一般会計繰入金は市町村から支出）。

## 【改革の方向性】（案）

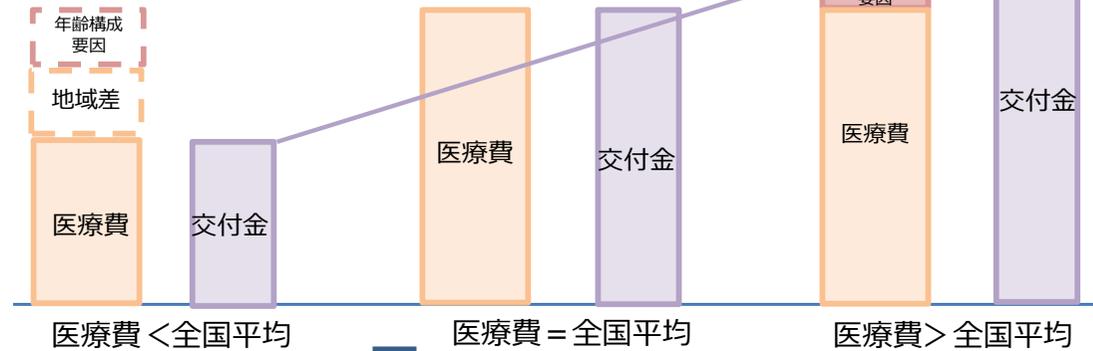
- 保険給付に応じた保険料負担を求める本来の仕組みとする観点から、国保改革に伴う財政支援の拡充等を活用した先進事例も参考にしつつ、速やかに法定外一般会計繰入等を解消し保険財政運営の健全性を確保すべき。
- 国民健康保険の保険者努力支援制度の公費配分に当たっては、法定外一般会計繰入等の解消と連動するような仕組みを設けるべき。

# 普通調整交付金の配分方法の見直し

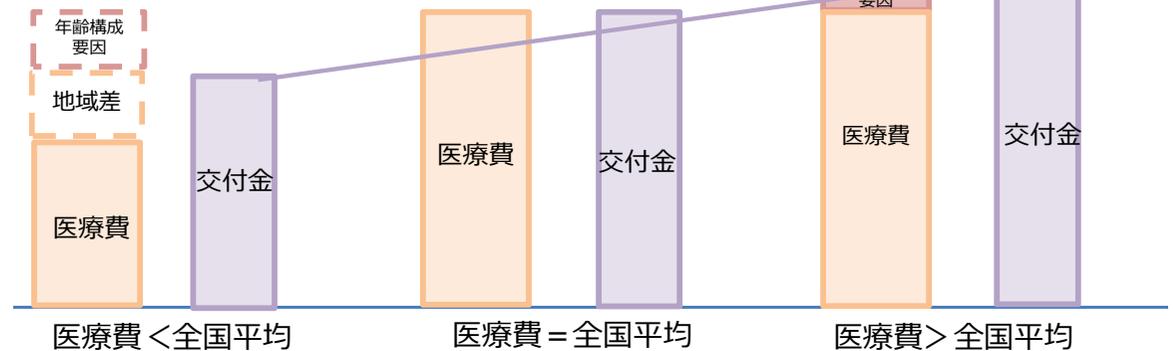
## 【論点】

- 国民健康保険の給付のうち前期高齢者調整分を除く5割超は公費で賄われており、このうち6,400億円は、自治体間の財政力の格差（医療費、所得等）を調整するため、普通調整交付金として国から自治体に配分されている。
- 地域間の医療費の差は、高齢化など年齢構成により生じるものと、いわゆる「地域差」（年齢構成では説明できないもの）があるが、現行制度では、理由にかかわらず、医療費に応じて普通調整交付金が増減額される仕組み。

現行では、年齢構成では説明できない地域差の部分にも、国庫負担が充てられている。



年齢構成では説明できない地域差には、普通調整交付金を充てない仕組みとすることで、地域差是正に向けたインセンティブを強化。



## ◆国民健康保険の財政（2019予算）

<b>保険料</b> (26,700億円)  法定外一般会計繰入 約1,800億円※2	<b>調整交付金(国)</b> (9%※1) 8,200億円
	<b>定率国庫負担</b> (32%※1) 22,900億円
	<b>都道府県調整交付金</b> (9%) 6,400億円

普通調整交付金  
6,400億円  
特別調整交付金  
1,500億円  
特例調整交付金  
300億円

※1 定率国庫負担のうち一定額について、財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振りかえる等の法律上の措置がある  
 ※2 2017年度決算(速報値)における決算補填等の目的の一般会計繰入の額

## 【改革の方向性】（案）

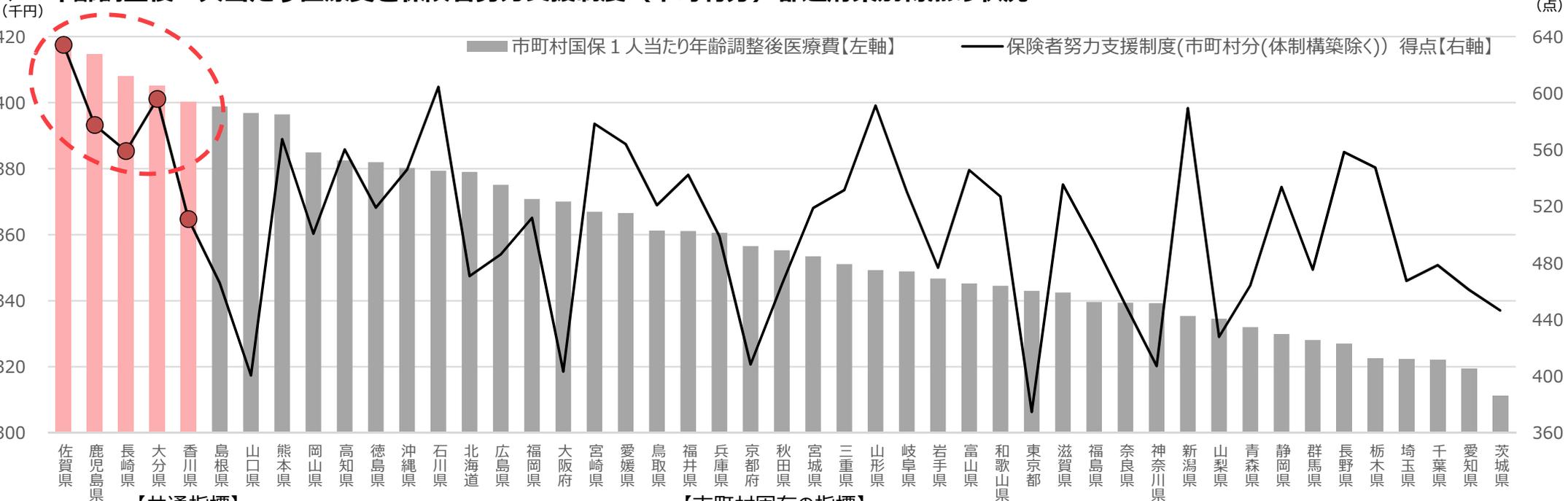
- 国保の普通調整交付金の配分にあたっては、実際の医療費ではなく、各自治体の年齢構成のみを勘案した標準的な医療費水準を前提として交付額を決定する仕組みに改めるべき。（年齢構成では説明できない地域差は、その地域の保険料水準に反映されるべき。）

# 保険者努力支援制度のインセンティブの見直し

## 【論点】

- 都道府県ごとに年齢調整後の1人当たり医療費と保険者努力支援制度における管内市町村分の得点を比較すると、医療費の高い上位5県は得点が相対的に高い（=交付金の配分が手厚い）。
- 医療費の高い県においてより強く保険者機能を発揮することが必要であるが、その後の効果検証が行われていない。

## ◆ 年齢調整後一人当たり医療費と保険者努力支援制度（市町村分）都道府県別得点の状況



### 【共通指標】

- 特定健診・保健指導受診率、メタボ減少率(150点)
- がん検診受診率(30点)
- 歯科健診の実施(25点)
- 糖尿病性腎症重症化予防の実施(100点)
- 予防・健康づくりに関する取組の実施
- 個人へのインセンティブの提供(70点)
- 個人へのわかりやすい情報提供の実施(20点)
- 重複・多剤投与者に対する取組の実施(50点)
- ジェネリック使用促進に関する取組の実施(35点)
- ジェネリック使用割合(100点)

### 【市町村固有の指標】

- 保険料(税)収納率(100点)
- データヘルス計画の策定・実施(50点)
- 医療費通知の取組を実施(25点)
- 地域包括ケア推進の取組を実施(25点)
- 第三者求償の取組を実施(40点)
- 適用や給付の適正化、保険料(税)収納対策の取組を実施(60点)

(出典) 厚生労働省「平成29年度医療費の地域差分析」等

(注) 下線の項目は配点の過半が取組の実施や体制の構築を指標の達成基準としているもの。

## 【改革の方向性】(案)

- 保険者努力支援制度において、例えば、自治体内の被保険者の有病率や特定健診における結果の値など適切なアウトカムベースの指標を設定・活用することなどを通じ、医療費の適正化に向けたインセンティブに資するような制度とすべき。

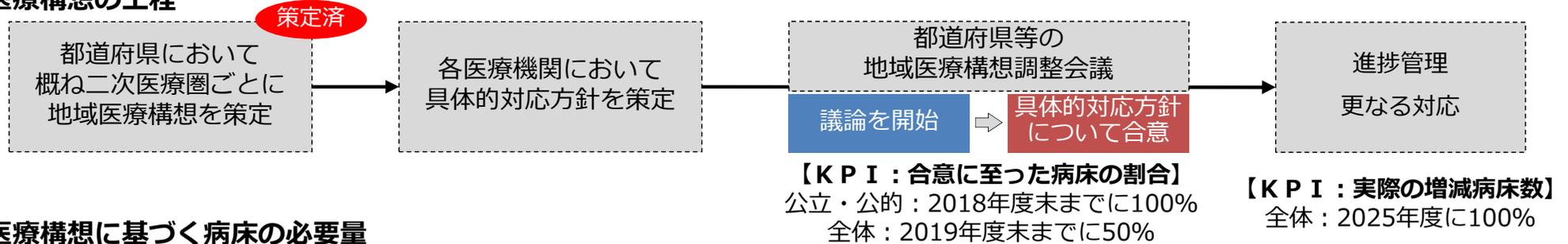
## 【論点】

- 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。

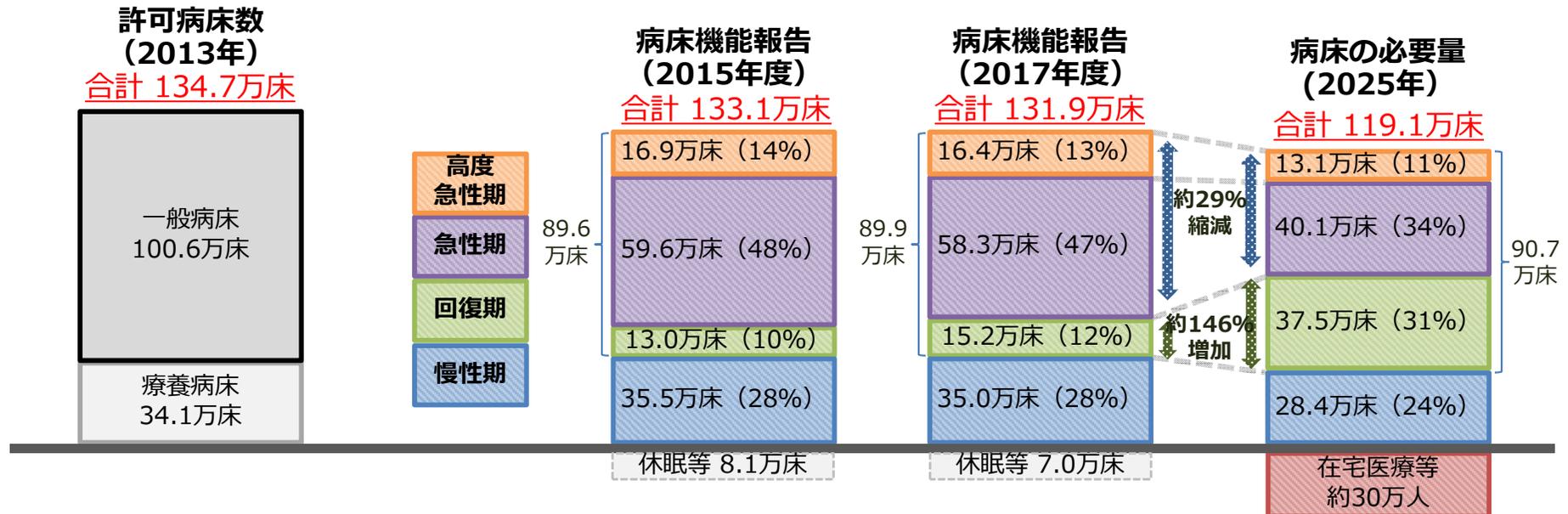
## 新経済・財政再生計画 改革工程表2018（2018.12.20 経済財政諮問会議）におけるK P I

- ・ 公立病院改革プランまたは公的医療機関等2025プラン対象病院のうち、地域医療構想調整会議において具体的方針について合意に至った医療施設の病床の割合【2018年度末までに100%】
- ・ 地域医療構想調整会議において公立・公的病院等の非稼働病棟の対応方針について合意に至った割合【2018年度末までに100%】
- ・ 地域医療構想調整会議において具体的対応方針について合意に至った医療施設の病床の割合【2019年度末までに50%】
- ・ 地域医療構想の2025年における医療機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の必要病床数を達成するために増減すべき病床数に対する実際に増減された病床数の割合【2025年度に100%】

## ◆ 地域医療構想の工程



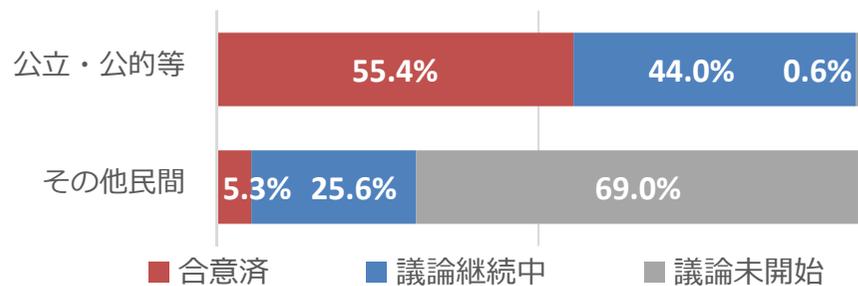
## ◆ 地域医療構想に基づく病床の必要量



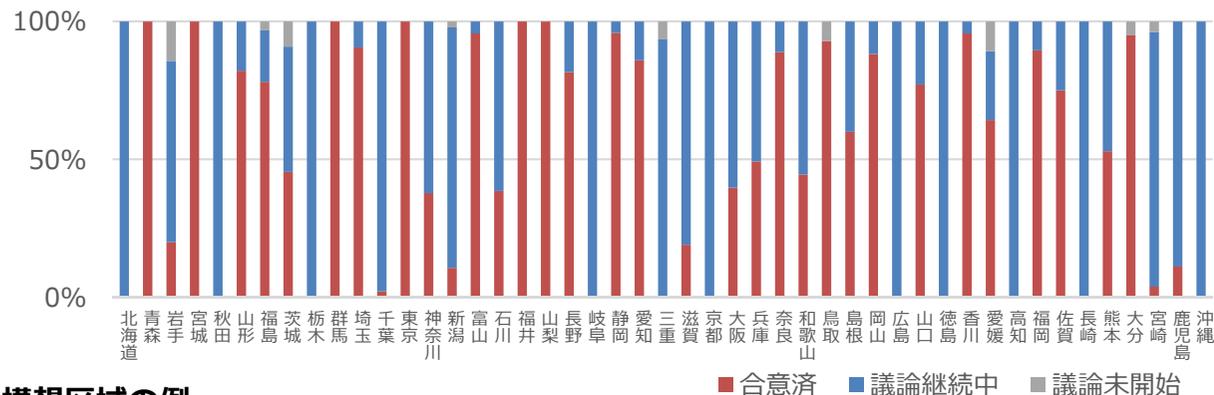
### 【論点】

- 地域医療構想の実現に向けては、個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針について、2017年度に続いて集中的な検討を促し2018年度中の策定を促進。公立・公的病院等は、2018年度末までに具体的対応方針を策定することとされているが策定状況には地域差があり、民間医療機関については更に進捗が遅い状況。
- 構想区域内の全ての公立・公的病院等に係る具体的対応方針が合意されていても、単にほぼ現状維持の方針が示されているだけに過ぎないケースも存在。推進に当たって都道府県が行使できる権限は限定的であり、特に民間医療機関の病床に対する権限は事実上存在せず。

### ◆ 具体的対応方針の議論の進捗 (2018年12月末・病床数ベース)



### ◆ 公立・公的病院等 (約1,650病院) における進捗状況 (2018年12月末)



### ◆ 域内全ての公立・公的病院等について対応方針が「合意」された構想区域の例

(全ての非稼働病床を、減少させるべき急性期病床に振替)

A 構想区域	2017年度報告 (うち公立公的等)	2025年 必要量	対応方針の 増減数 計
高度急性期	96 (96)	323	+4
急性期	1,945 (1,353)	1,122	+161
回復期	440 (94)	1,082	+46
慢性期	757 (240)	704	±0
非稼働	314 (214)	-	▲214
合計	3,552 (1,997)	3,231 (要 ▲321)	▲3

(▲1,243床に対して、ほぼ現状維持で合意)

B 構想区域	2017年度報告 (うち公立公的等)	2025年度 必要量	対応方針の 増減数 計
高度急性期	1,578 (1,578)	773	▲7
急性期	2,132 (1,748)	1,760	▲4
回復期	783 (364)	1,370	▲11
慢性期	1,730 (210)	1,299	±0
休棟中等	222 (0)	-	±0
合計	6,445 (3,900)	5,202 (要 ▲1,243)	▲22

※ 地域医療構想に関するワーキンググループ (2018.10.26) 提出資料より作成

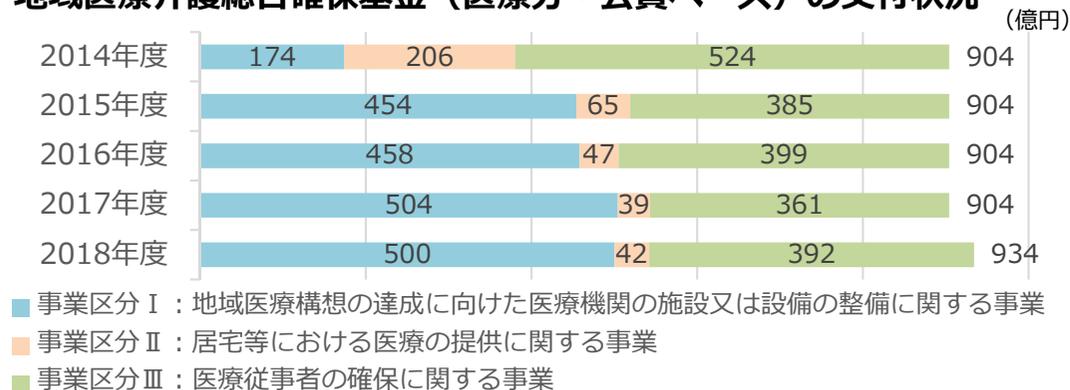
### 【改革の方向性】 (案)

- 2025年までの中間的なKPIの達成状況を評価するとともに、合意された具体的対応方針の内容が2025年における病床の必要量と整合的であるか厳しく精査を行い、不十分な場合には期限を設定した上で再度の合意を求めるべき。
- 自主的な取組が進まない場合には、保険医療機関の指定等に当たり、民間医療機関に対する他の病床機能への転換命令に係る権限等を付与するなど都道府県の権限を一層強化すべき。

### 【論点】

- 地域医療介護総合確保基金や国民健康保険の保険者努力支援制度は、その配分に当たって地域医療構想の進捗状況も反映する仕組みとはなっているが、インセンティブ付けが非常に乏しい状況。

### ◆ 地域医療介護総合確保基金（医療分・公費ベース）の交付状況



### ◆ 地域医療介護総合確保基金におけるインセンティブ付け

配分に当たって以下の項目が考慮されているが、**具体的な水準・メリハリ付けの詳細は公表されておらず、インセンティブの効果は非常に乏しい。**

(2018年度の交付額の決定に当たって考慮された項目)

- 「新公立病院改革プラン及び公的医療機関等2025プランの策定状況」
- 「地域医療構想調整会議における医療機関の具体的対応方針に対する合意状況」

事業区分Ⅱ・Ⅲの配分方針として、**基金創設前まで国庫補助で実施してきた事業相当額を優先して配分調整**する方針が掲げられており（事実上の「聖域化」）。病床の機能分化・連携を達成する観点が十分に反映される仕組みになっていない。

### ◆ 保険者努力支援制度におけるインセンティブ付け

- ・ 国民健康保険の保険者努力支援制度の評価指標（2019年度）において、全指標での最大加点240点のうち、地域医療構想の進捗状況に係る項目で最大25点分を評価。
- ・ 他方、多くの項目において**40以上の都道府県において達成**されるような指標が設定され、地域医療構想の達成に向けた**先進的な都道府県の努力が適切に評価される仕組み**になっていない。

医療提供体制適正化の推進	加点	獲得都道府県数
① 地域医療構想調整会議における具体的対応方針について、複数の構想区域で合意が得られているか。	13点	42/47
② ①の基準は満たさないが、地域医療構想調整会議における具体的対応方針について、1つの構想区域で合意が得られているか。	8点	
③ 2017年度病床機能報告の報告率が2018年6月末報告時点で100%を達成しているか。	2点	6/47
④ 地域医療構想調整会議において、非稼働病棟を有する医療機関に関する議論を行っているか。	5点	41/47
⑤ 地域医療構想調整会議において、新公立病院改革プラン又は公的医療機関等2025プランの議論を行っているか。	5点	46/47

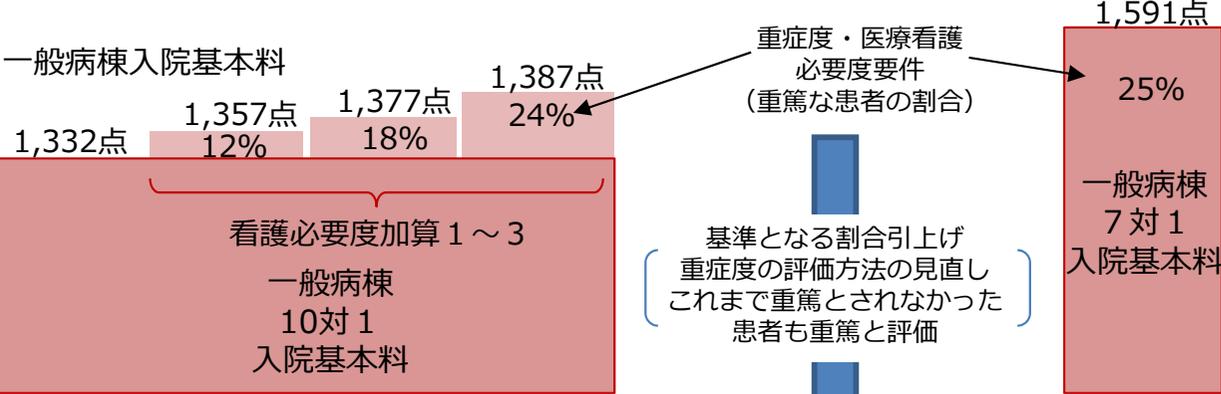
### 【改革の方向性】（案）

- 地域医療介護総合確保基金や国民健康保険の保険者努力支援制度において地域医療構想の進捗状況を評価するに当たっては、議論や形式的な合意の有無を指標に用いるのではなく、合意された具体的対応方針の内容と2025年における病床の必要量の整合性や、病床機能の分化・連携の進捗状況、医療費の適正化状況などを指標に用いるべき。また、指標の水準は年度ごとに着実に引き上げて行くべき。
- 地域医療介護総合確保基金については、地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設整備等に引き続き重点化しつつ、基金創設前から存在している事業か否かにかかわらずメリハリのある配分調整を行うべき。また、各事業が病床の機能分化・連携にどのように繋がっているか検証するとともに、併せて病床のダウンサイジングに係る追加的な支援策を検討すべき。

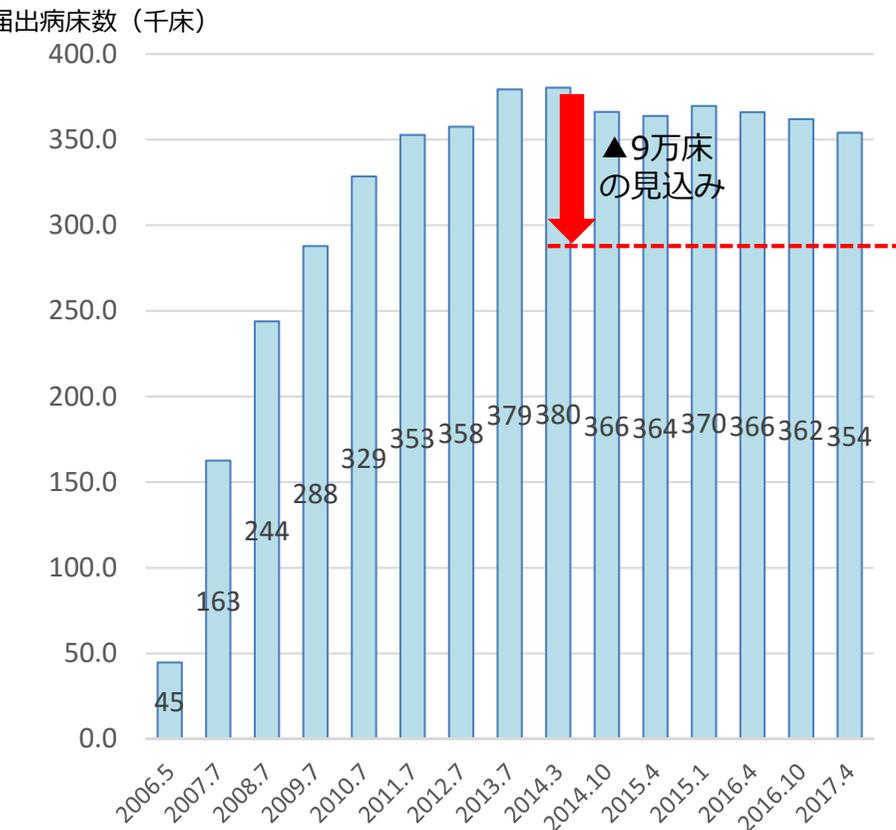
### 【論点】

- 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対1入院基本料」を算定する病床が、導入（2006年度）以降、急増し、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）2014年度改定においては、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。
- 2018年度の診療報酬改定により、入院基本料の名称を変更し、旧7対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。

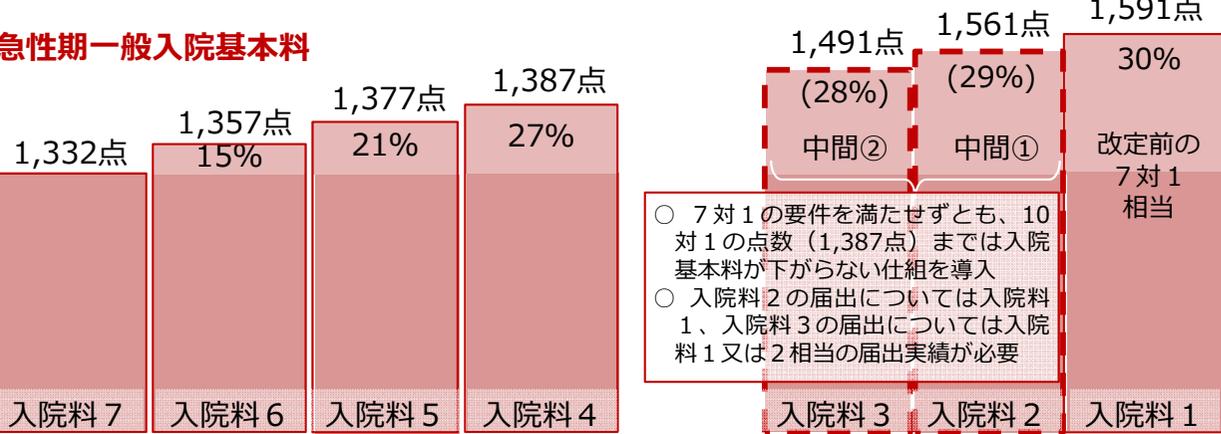
### 【2018年度改定前】



### ◆一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移



### 【2018年度改定後】

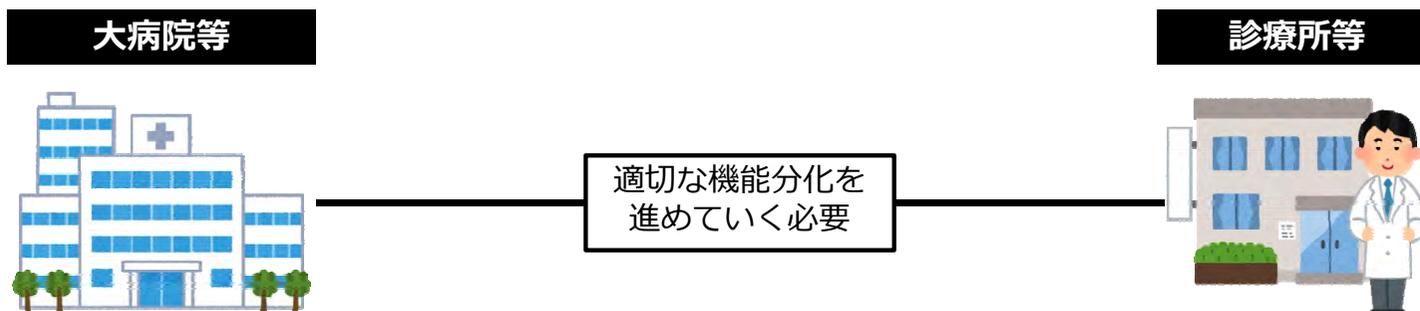


### 【改革の方向性】（案）

- 2018年度診療報酬改定が、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るかについて進捗を評価し、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。

### 【論点】

- 地域医療構想は病床の機能分化・連携に着目したものであるが、病院と診療所の機能分化・連携やかかりつけ医機能の在り方についても取組を進めていく必要。病院勤務医の働き方改革の推進の観点からも早急に取り組むべき課題。
- こうした観点から、紹介状なく大病院に受診する場合の定額負担の導入を進めてきたが、患者を適切に誘導するための施策として必ずしも効果が十分とは言えず、また、定額負担分は全額病院独自の収入となるため外来患者の増加が収入の増加に繋がる構造。
- また、かかりつけ機能の評価に係る診療報酬上のインセンティブの付与（加算）は、その財源を保険給付と患者の自己負担で賄うことを意味する。その結果、医療費の増加に繋がるとともに、患者の自己負担の増加により患者にとってディスインセンティブとなる可能性。



### ◆ 紹介状なしの患者の割合（対 初診患者数比）

- ・ 保険医療機関相互の機能の分担等の推進のため、紹介状なしの受診に定額を徴収（例：内科初診について5,000円等）。

	定額徴収	2017年 10月	2018年 10月
特定機能病院	2016年4月 から義務付け	37.7%	34.7%
地域医療支援病院 (一般病床500床以上)			
地域医療支援病院 (上記以外の許可病床400床以上)	2018年4月 から義務付け	47.1%	42.7%
地域医療支援病院 (許可病床200～399床)	病院の判断で 徴収可能	45.7%	43.9%
その他の病院 (許可病床200床以上)	病院の判断で 徴収可能	67.8%	65.5%

（出典）中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会（2019.3.27）をもとに作成

### ◆ 機能強化加算（2018年度改定・診療所または許可病床200床未満の病院）

- 地域包括診療加算（かかりつけ医機能の評価するため、一定の施設基準を満たし、脂質異常症、高血圧症、糖尿病または認知症のうち2以上の疾病を有する患者に対し療養上の指導等を行っている場合に算定）等の届出を行っている医療機関
- 地域におけるかかりつけ医機能として、健康管理に係る相談や夜間・休日の問い合わせへの対応等を行っていることを院内に掲示



受診内容や受けるサービスにかかわらず、  
初診患者全員について初診料282点に80点を加算  
(患者負担：846円 → 1,086円) ※3割負担の場合

機能強化加算の届出割合	病院	有床診療所	無床診療所
地域包括診療加算届出施設等に占める比率	77.8%	49.3%	48.1%

（出典）中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会（2019.3.27）等をもとに作成

# 外来診療等に係る提供体制のあり方②

○ 諸外国では、機能分化の例として、登録した医師による診療を原則としている例のほか、フリーアクセスを維持したまま自己負担の差を設けることでかかりつけ医での受診に誘導している例も見られる。

## ◆ 外来診療提供体制の比較

※ 英NHS、仏CNAMウェブサイト等に基づき作成。救急の場合を除く医科の原則的な取扱いを示したもの。

イギリス (NHS)	フランス	日本
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 予め登録した診療所の一般家庭医 (GP) による診療が必要</li> <li>○ 直接専門科の診療を受けることは原則不可</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ フリーアクセス</li> <li>○ あらかじめ登録した「かかりつけ医」への受診とそれ以外の医師への直接受診で自己負担(注)に差 【かかりつけ医】3割負担 【かかりつけ医以外】7割負担</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、選定療養として定額負担(特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院を対象) ※ 医科初診：5,000円</li> </ul>

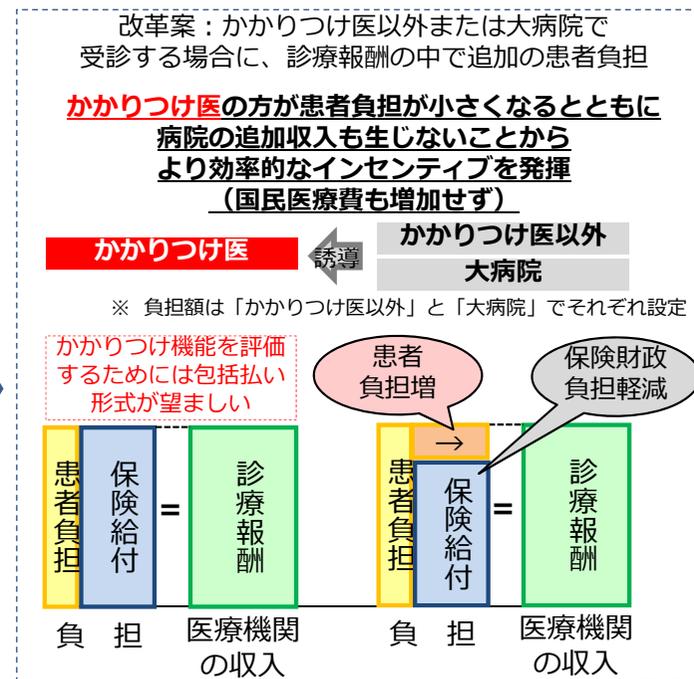
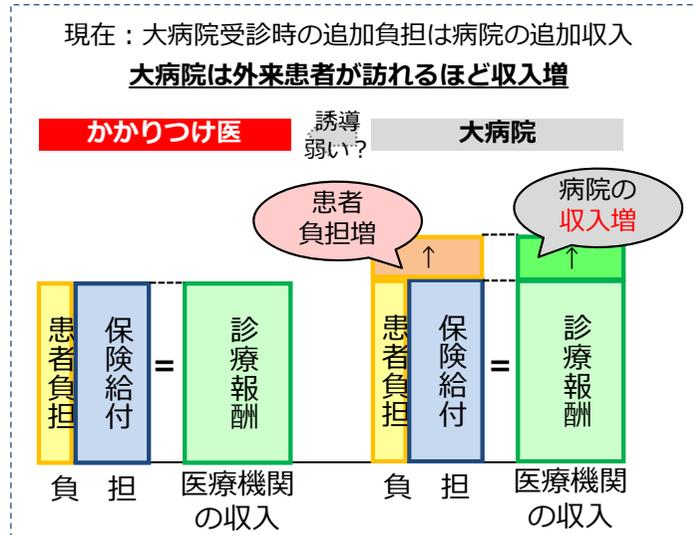
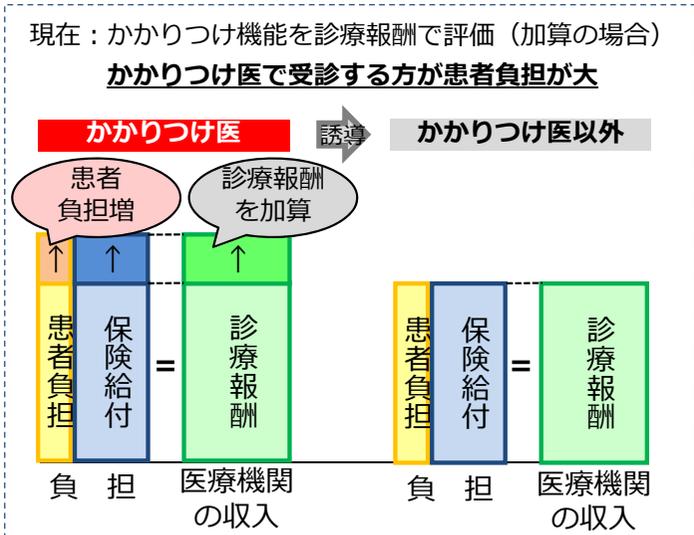
(注) ほかに原則として定額1ユーロを別途負担。16歳未満の者、一定の条件下で婦人科医・眼科医・精神科医に受診した者は自己負担3割。

## 【改革の方向性】(案)

○ 適切かつ効率的な外来診療体制の提供を進める観点から、かかりつけ機能の評価の整理を行いつつ、かかりつけ医やかかりつけ薬局以外に外来受診等をした際の定額負担を導入すべき。また、大病院受診時の選定療養による定額負担について、対象範囲・金額を更に拡大しつつ、診療報酬への上乗せ収入とするのではなく保険財政の負担軽減につながるよう診療報酬の中で定額負担を求めるなど、仕組みの見直しを行うべき。

## ◆ 紹介状なく受診する際の自己負担の在り方のイメージ

⇒ : 患者が誘導される動き



### 【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うことが規定されているが、2006年の法律改正で規定されて以来、これまで実施例はない。発動の要件や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。
- 2018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
	急性期一般入院料 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

= 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。

(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、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。

## 視点2：保険給付の効率的な提供

### ① 医療・介護提供体制の改革

- 国民健康保険の更なる改革
- 病床に係る医療提供体制の改革

### ② 公定価格の適正化



- 診療報酬とは、診療行為等の対価として、病院や薬局が、患者・保険者から受け取る報酬（公定価格）。
- 診療報酬のうち、
  - ① 医師の人件費等の「技術・サービスの評価」（診療報酬本体）については、2年に1度、個別の診療行為の公定価格が見直されている（診療報酬改定）。
  - ② 薬の値段等の「物の価格評価」（薬価）については、従来は2年に1度の見直しであったが、今後、市場実勢価格をより適時に反映する観点から、毎年価格を見直し（薬価制度の抜本改革）。
- 診療報酬本体は、予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、中央社会保険医療協議会において、初再診料、各種入院基本料、各種検査・手術など5千以上の診療報酬項目の点数設定や算定条件について審議を行い、改定がなされる。

診療報酬本体  
検査・手術・入院等の  
医療行為の公定価格  
(技術・サービスの評価)



2年に1度、診療報酬改定  
(公定価格の見直し)

薬価  
処方や投薬などで使用される  
医薬品の価格  
(物の評価)



市場実勢価格を予算編成に反映  
(毎年、価格を見直し)

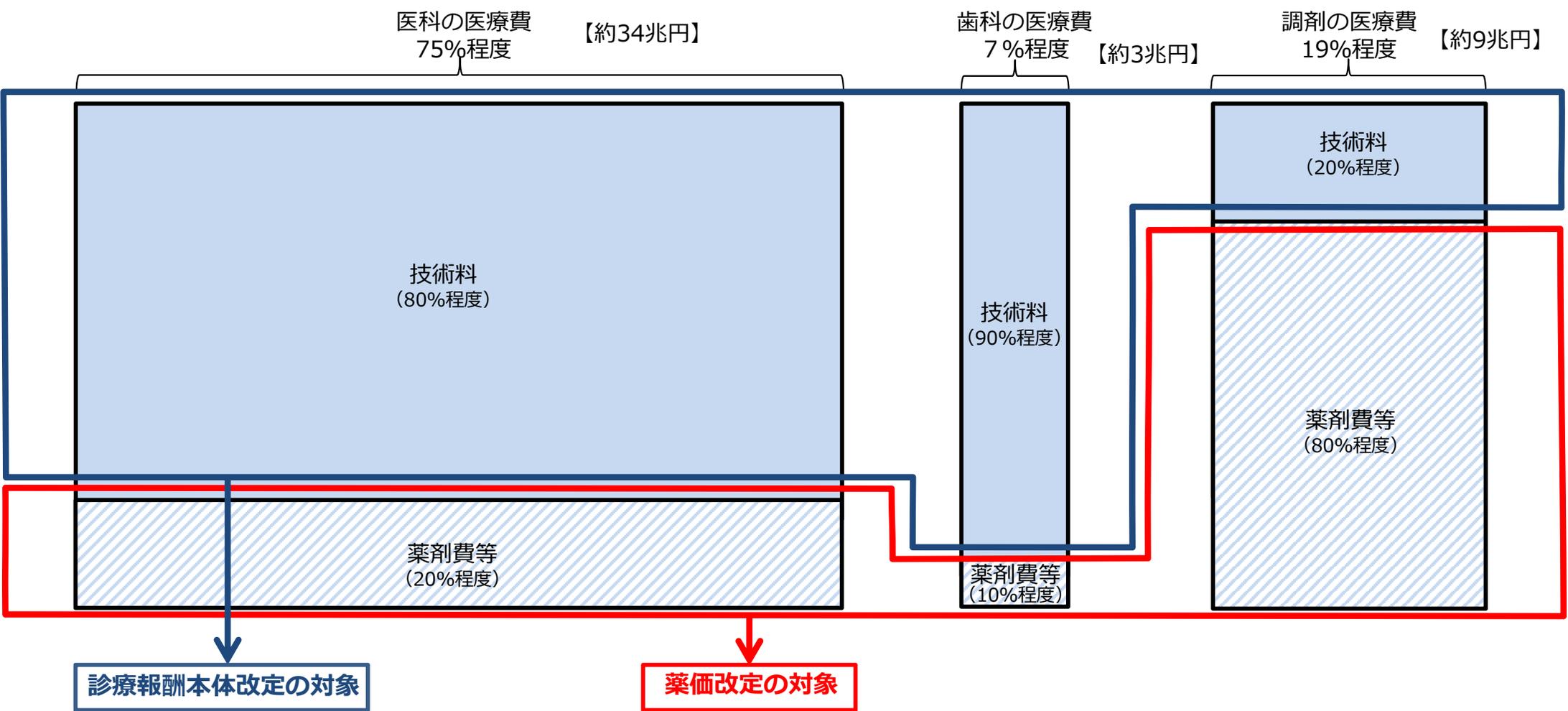
※ 製薬企業→卸→医療機関の取引により、客観的な市場実勢価格が存在

# 医療費の構造と診療報酬改定の対象

公定価格

- 診療報酬とは、診療行為等の対価として、病院や薬局が患者・保険者から受け取る報酬（公定価格）。
  - 診療報酬は、①医師の人件費等の「技術・サービスの評価」（診療報酬本体）と、②薬の値段等の「物の価格評価」（薬価等）からなっており、個々の技術・サービスを点数化して表示（1点は10円）。
- （例）初診料：282点（2,820円） 急性期一般入院料1：1,591点/日（15,910円/日）

## 薬価改定・診療報酬本体改定の対象範囲（イメージ）



※ 2016年6月の社会医療診療行為別統計を踏まえ、財務省作成。  
【 】の数字は、2019年度予算ベースの国民医療費（約46兆円）を上記の構成比で機械的に分割した値。

# 診療報酬(本体)改定率・薬価等改定率

公定価格

(年度)

	1989 (H元)	1990 (H2)	1992 (H4)	1994 (H6)	1996 (H8)	1997 (H9)	1998 (H10)	2000 (H12)	2002 (H14)
薬価等改定率(A) 〔予算単価の 時点修正等〕	(+0.65%)	▲2.7%	▲2.5%	▲2.12%	▲2.6%	▲0.87% (+0.45%)	▲2.8%	▲1.7%	▲1.4%
診療報酬 本体改定率(B) (自然増への積み)	(+0.11%)	+3.7%	+5.0%	+4.8%	+3.4%	+1.25% (+0.32%)	+1.5%	+1.9%	▲1.3%
(A)+(B)	(+0.76%)	+1.0%	+2.5%	+2.7%	+0.8%	+0.38% (+0.77%)	▲1.3%	+0.2%	▲2.7%

	2004 (H16)	2006 (H18)	2008 (H20)	2010 (H22)	2012 (H24)	2014 (H26)	2016 (H28)	2018 (H30)	2019 (H31)
薬価等改定率(A) 〔予算単価の 時点修正等〕	▲1.0%	▲1.80%	▲1.2%	▲1.36%	▲1.375%	▲0.63% (+0.73%)	▲1.33% [▲1.52%] [▲1.82%]	▲1.45% [▲1.74%]	▲0.48% (+0.47%)
診療報酬 本体改定率(B) (自然増への積み)	±0%	▲1.36%	+0.38%	+1.55%	+1.379%	+0.73% (+0.63%)	+0.49%	+0.55%	+0.41% (+0.41%)
(A)+(B)	▲1.0%	▲3.16%	▲0.82%	+0.19%	+0.004%	+0.1% (+1.36%)	▲0.84%	▲0.90%	▲0.07% (+0.88%)

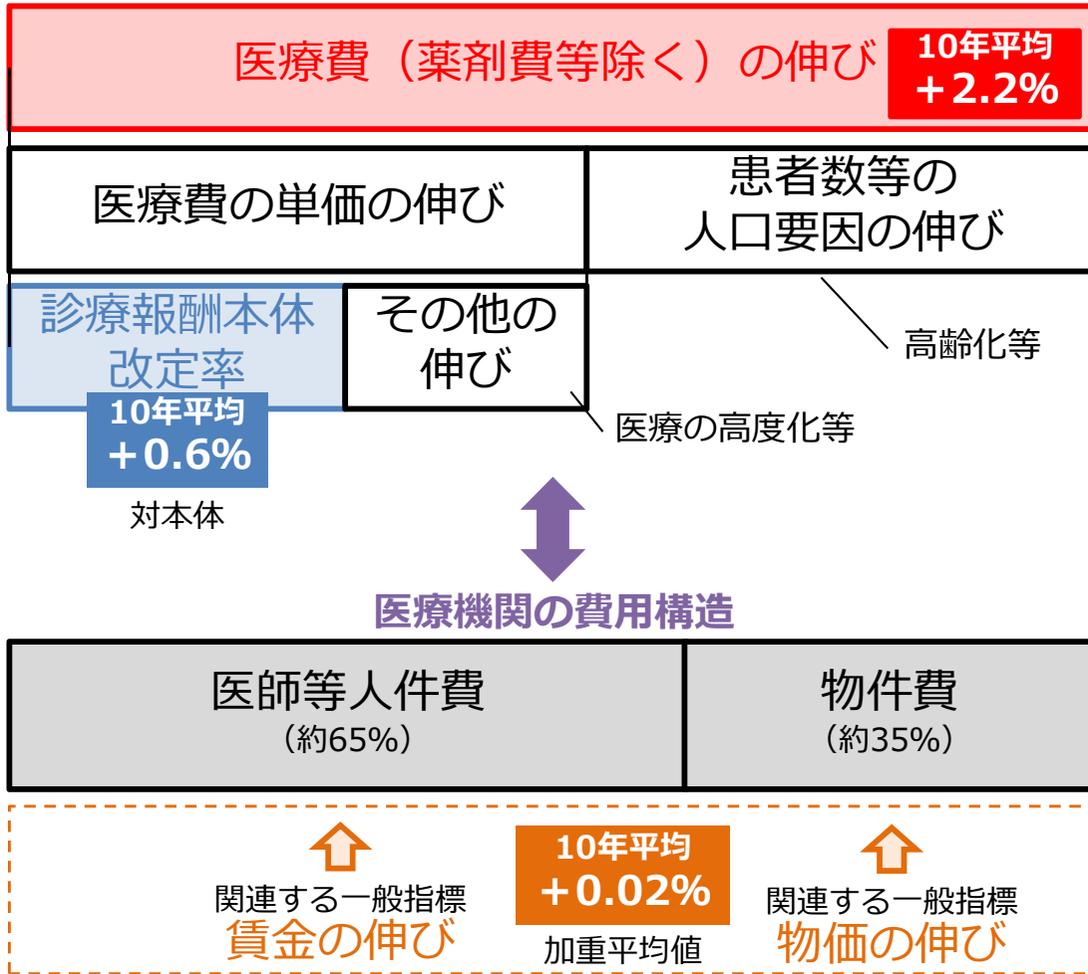
※ ( )内は、消費税対応分。(注1)2016年度の〔〕書き(中段)には、市場拡大再算定(通常分)を含む。

(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。

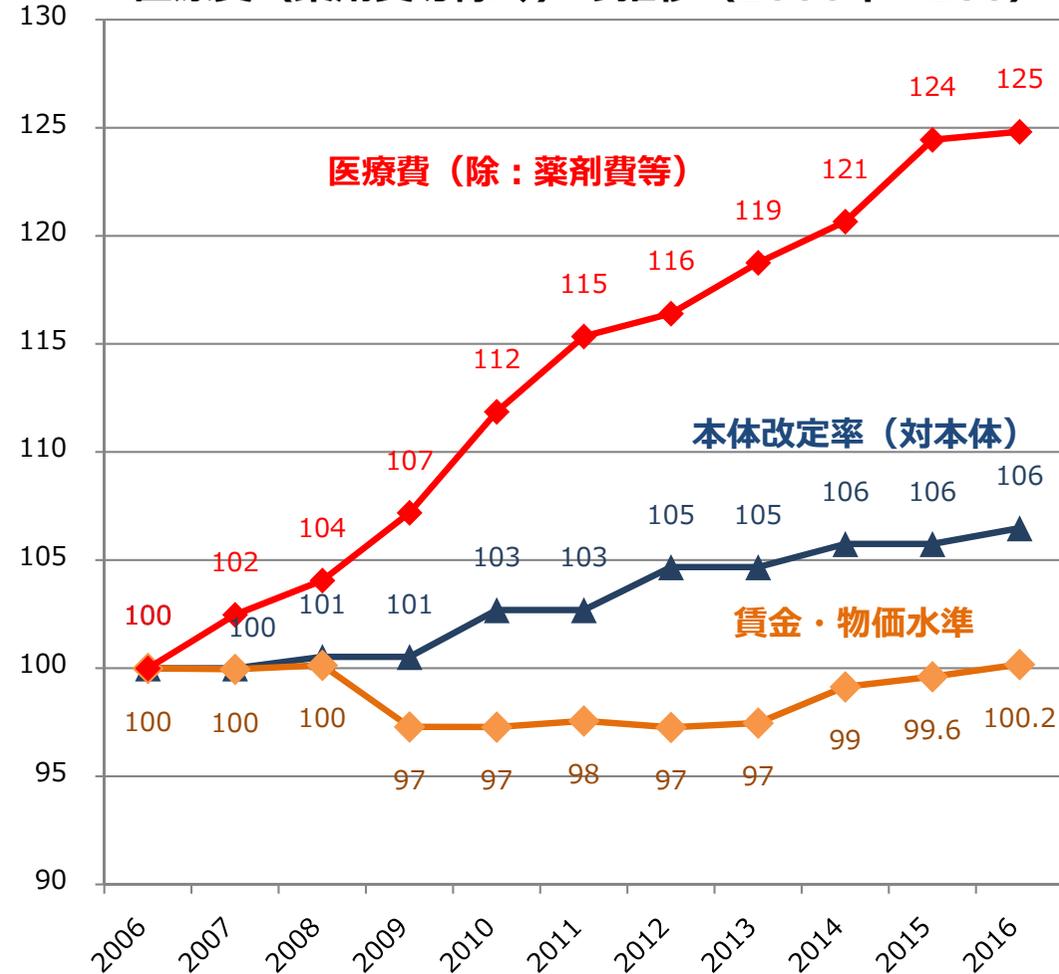
# 医療費の伸びの構造

- **医療費（薬剤費等除く）の伸び**は、「医療費の単価の伸び」と「患者数等の人口要因の伸び」で構成され、全体として医療機関の収入増となって、人件費や物件費（薬剤費等除く）を賄っている。
- 「医療費の単価の伸び」の一部を構成する「診療報酬本体改定率」は、一般的な人件費や物件費の伸びを示す「賃金・物価の伸び」の加重平均値（医療機関と同じ費用構造にある場合の一般企業のコスト）の近年の増加率よりも大きい。
- 「その他の伸び」と「患者数等の人口要因の伸び」を加えた「医療機関の収入の伸び」はさらに大きく上回る水準となっている。

## 医療機関の収入の伸び



## 医療費（薬剤費等除く）の推移（2006年=100）



(出所) 厚生労働省「平成28年度国民医療費の概況」、「医療経済実態調査」、内閣府「国民経済計算（GDP統計）」、総務省統計局「消費者物価指数年報」、「労働力調査」、厚生労働省発表の診療報酬改定率による。

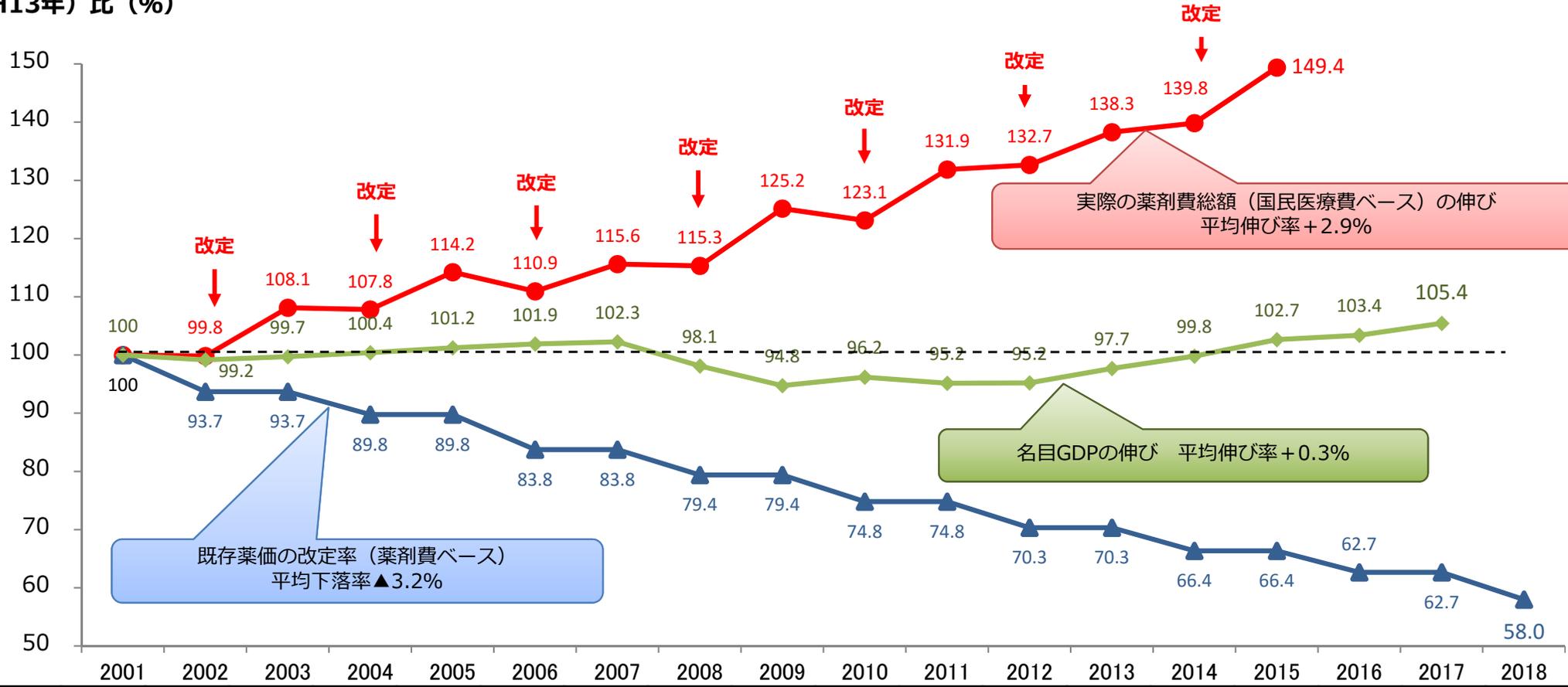
# 既存薬価の改定率と実際の薬剤費総額の推移

公定価格

○ 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や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おり、その伸びは名目GDP成長率を大きく上回っている。

※ 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ている（年4回・近年の平均は約90品目/年度のペース）。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 (品目ベース)	68	45	39	38	24	78	60	90	55	112	61	88	69	124	70	108	55	96
改定率 (%)		▲6.3		▲4.2		▲6.7		▲5.2		▲5.75		▲6.00		▲5.64		▲5.57		▲7.48

※1 2018年10月31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。

## 【論点】

- 国民負担の軽減に引き続き取り組むとともに、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イノベーションを適切に評価していくことが重要。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も併せて重要。

## 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**

### 費用対効果評価の導入

- ・ **財政影響が大きい**一定の新規収載品・既収載品を対象に導入  
(市場規模：新規収載品50億円以上、既収載品1,000億円以上)

### (参考) 日本創薬力強化プラン2019

- 566億円** (2019年度当初・厚生労働省計上分)
- ・ 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

### 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、**2020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、スケジュールに沿って着実に検討を進めていくべき。
- イノベーションの推進に向けて、様々な施策も活用しつつ、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。

# 薬価制度の抜本改革(毎年薬価調査・毎年薬価改定)

公定価格

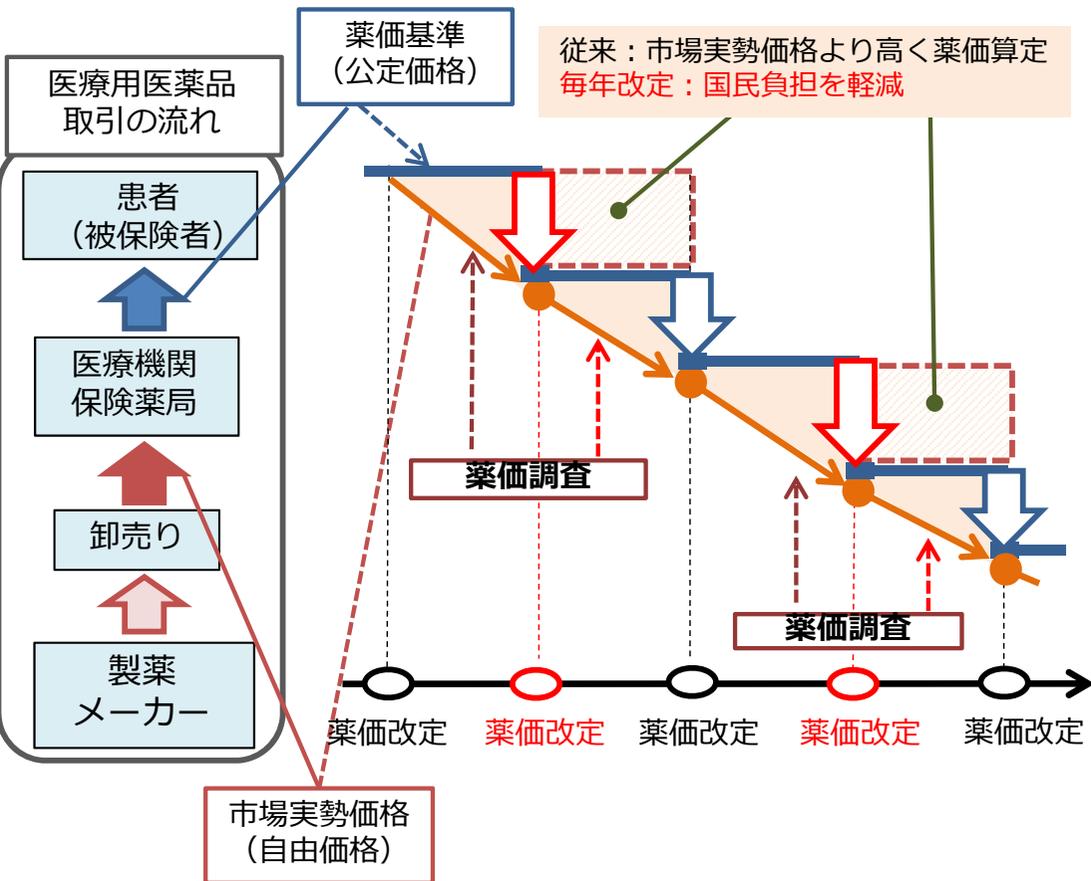
## 【論点】

- 医療用医薬品は、数量ベースと金額ベースでは内訳が大きく異なる。品目数や数量ベースでは後発医薬品が最大であるが、金額ベースでは半分程度を「後発品のない先発品」が占める。
- また、先発品は薬価水準が高いため、薬価と市場価格の乖離額が大きくても、乖離率は相対的に小さくなる。

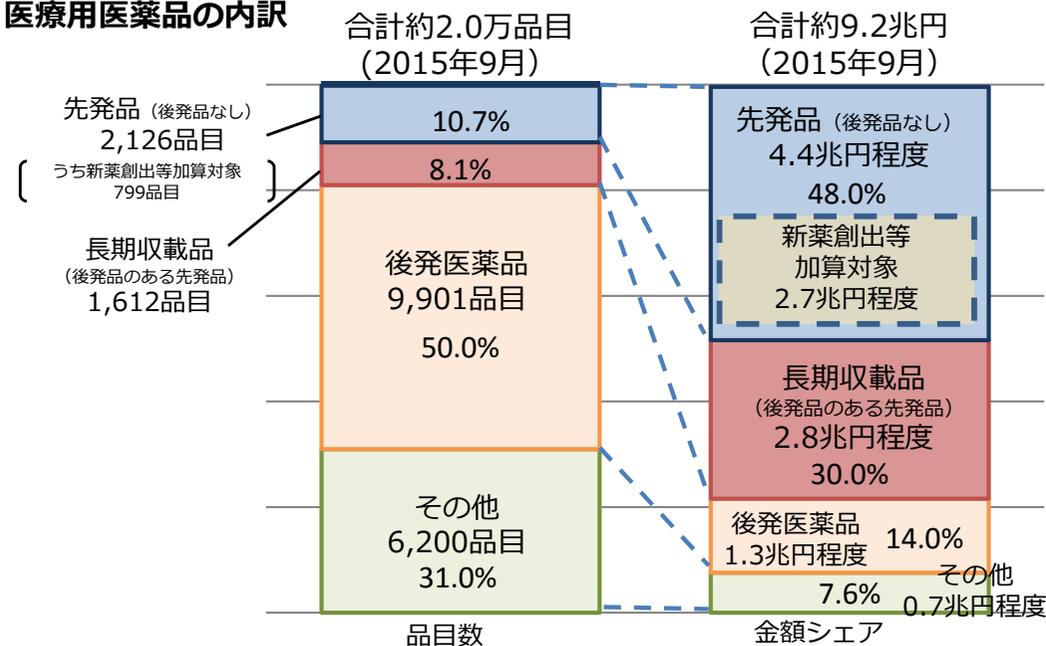
## 「経済財政運営と改革の基本方針2018」における記載

毎年薬価調査・毎年薬価改定に関しては、2019年度、2020年度においては、全品目の薬価改定を行うとともに、2021年度における薬価改定の対象範囲について、この間の市場実勢価格の推移、薬価差の状況、医薬品卸・医療機関・薬局等の経営への影響等を把握した上で、2020年中にこれらを総合的に勘案して、決定する。

## ◆毎年改定のイメージ(赤字:今般新たに追加)



## ◆医療用医薬品の内訳



(出所) 2016年12月7日 経済財政諮問会議 厚生労働省提出資料を基に作成

## ◆新薬と後発品薬価の価格変化と乖離率

	価格例	▲1円	▲5円	▲10円	▲15円
新薬	885円	▲0.11%	▲0.56%	▲1.13%	▲1.69%
後発品	100円	▲1%	▲5%	▲10%	▲15%

(出所) 2017年9月 薬価調査結果における薬価基準収載品目の分類別の品目数及び市場シェアを基に作成

## 【改革の方向性】(案)

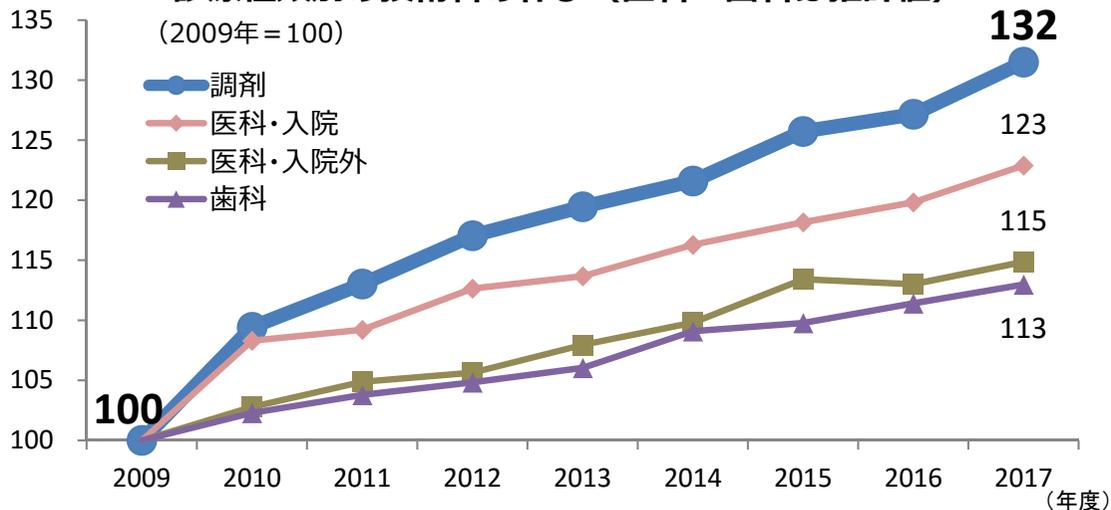
- 2021年度における薬価改定の対象範囲については、金額ベースで見て国民負担の軽減に十分につながるようなものとするべき。

## 【論点】

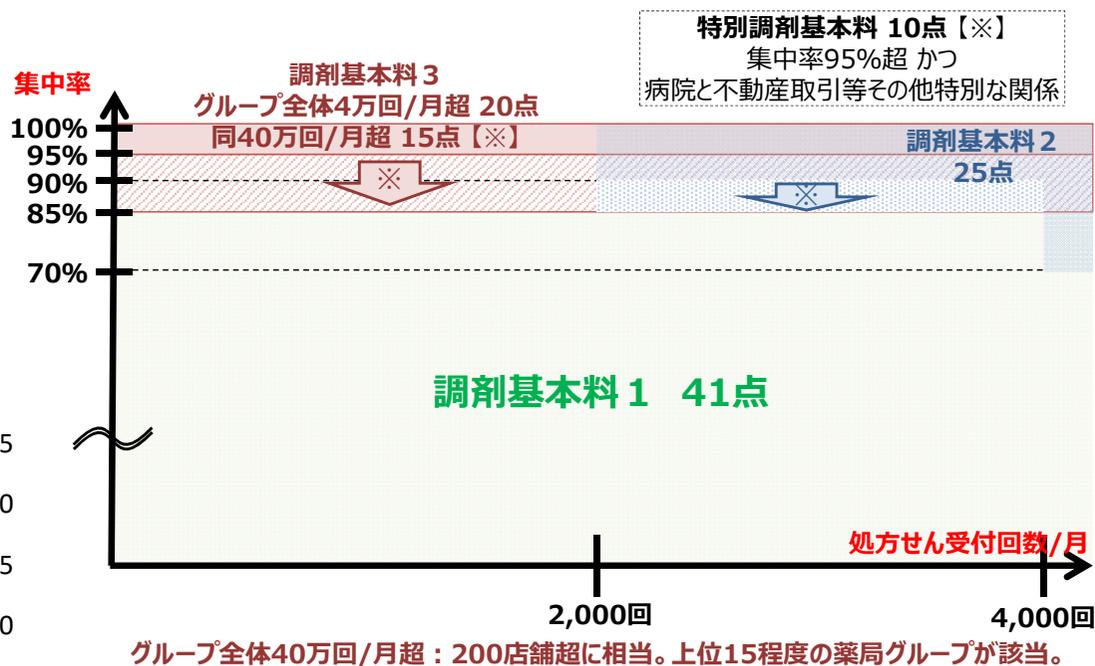
- 調剤医療費のうち薬剤料等を除いた技術料部分の伸びは、医薬分業の進展による処方せん枚数の増加のみならず、処方せん1枚当たりの単価の増加により、入院医療費や外来医療費と比較して大きいものとなっている。
- 調剤基本料は、基本的に集中率と処方せん受付回数に応じて設定されているが、2018年度診療報酬改定においてはいわゆる大型門前薬局に係る調剤報酬の引下げを実施。

### 診療種類別の技術料の伸び（医科・歯科は推計値）

(2009年 = 100)



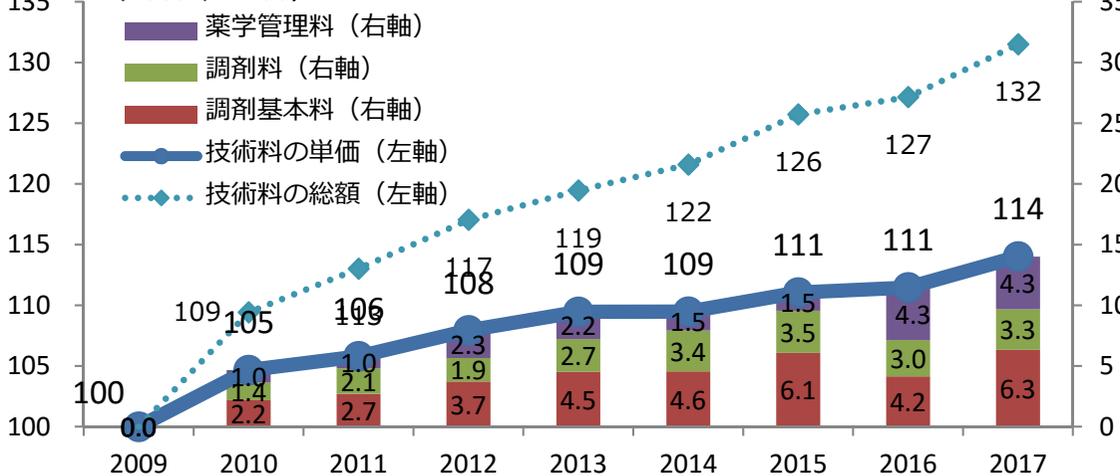
### 調剤基本料の構造（※は2018年度改定による創設・拡大）



### 処方せん1枚当たりの技術料（単価）の伸びとその要因

(2009年 = 100)

(寄与度)



(出所)厚生労働省「平成29年度 医療費の動向」、「調剤医療費(電算処理分)の動向」等 (年度)

## 【論点】

- 調剤料（内服薬）については、院内処方では投与日数や剤数にかかわらず1回の処方につき定額（9点：90円）とされている一方で、院外処方では投与日数や剤数に応じて点数が高くなるように設定されている。
- 今日の業務の実態や技術進歩（PTP包装の一般化、全自動錠剤分包機の普及などの調剤業務の機械化等）を踏まえれば、調剤料の水準を全体として引き下げるとともに、投与日数や剤数に応じて業務コストが比例増することを前提にした調剤料の仕組みを見直すべき。累次の改定においても、こうした観点からの見直しはごく一部にとどまっており、更なる引下げを行うべき。
- 薬剤師の業務を対物業務から対人業務中心へシフトさせていく中で、かかりつけ機能が必要となる患者の範囲やかかりつけ機能の評価方法なども含め、調剤基本料、調剤料及び薬学管理料といった調剤報酬全体の体系のあり方についても見直しを行っていくべき。

## ◆ 投与日数や剤数に応じた調剤料の設定のあり方

### ◎ 調剤料（内服薬）〔0.8兆円〕

#### 1剤につき

（赤字は、2018改定後←2018改定前←2016改定前）

#### イ. 14日分以下

（1）7日目以下の部分（1日分につき） 50円

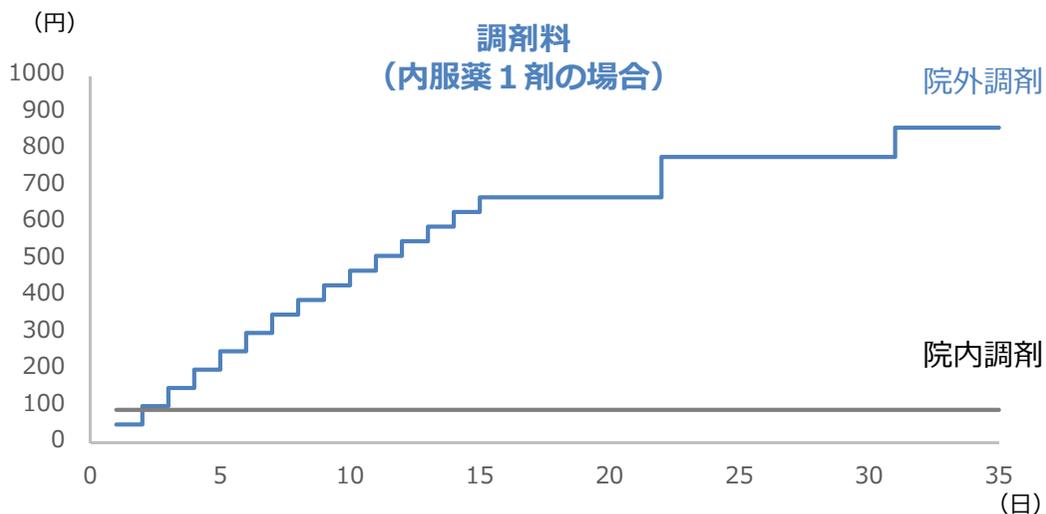
（2）8日目以上の部分（1日分につき） 40円

ロ. 15日分以上21日分以下 **670円←700円←710円**

ハ. 22日分以上30日分以下 **780円←800円←810円**

ニ. 31日分以上 **860円←870円←890円**

※服用時点が同一であるものについては、投与日数にかかわらず1剤として算定する。なお、4剤分以上の部分については、算定しない。



## ◆ 調剤業務のあり方について（抜粋）

（2019年4月2日付 厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長通知）

- 1 調剤に最終的な責任を有する薬剤師の指示に基づき、以下のいずれも満たす業務を**薬剤師以外の者が実施することは、差し支えないこと**。なお、この場合であっても、調剤した薬剤の最終的な確認は、当該薬剤師が自ら行う必要があること。
  - ・ 当該薬剤師の目が現実に届く限度の場所で実施されること
  - ・ 薬剤師の薬学的知見も踏まえ、処方箋に基づいて調剤した薬剤の品質等に影響がなく、結果として調剤した薬剤を服用する患者に危害の及ぶことがないこと
  - ・ 当該業務を行う者が、判断を加える余地に乏しい機械的な作業であること
- 2 具体的には、調剤に最終的な責任を有する薬剤師の指示に基づき、当該薬剤師の目が届く場所で薬剤師以外の者が行う**処方箋に記載された医薬品（PTPシート又はこれに準ずるものにより包装されたままの医薬品）の必要量を取り揃える行為、及び当該薬剤師以外の者が薬剤師による監査の前に行う一包化した薬剤の数量の確認行為**については、**上記1に該当するもの**であること。

### 【改革の方向性】（案）

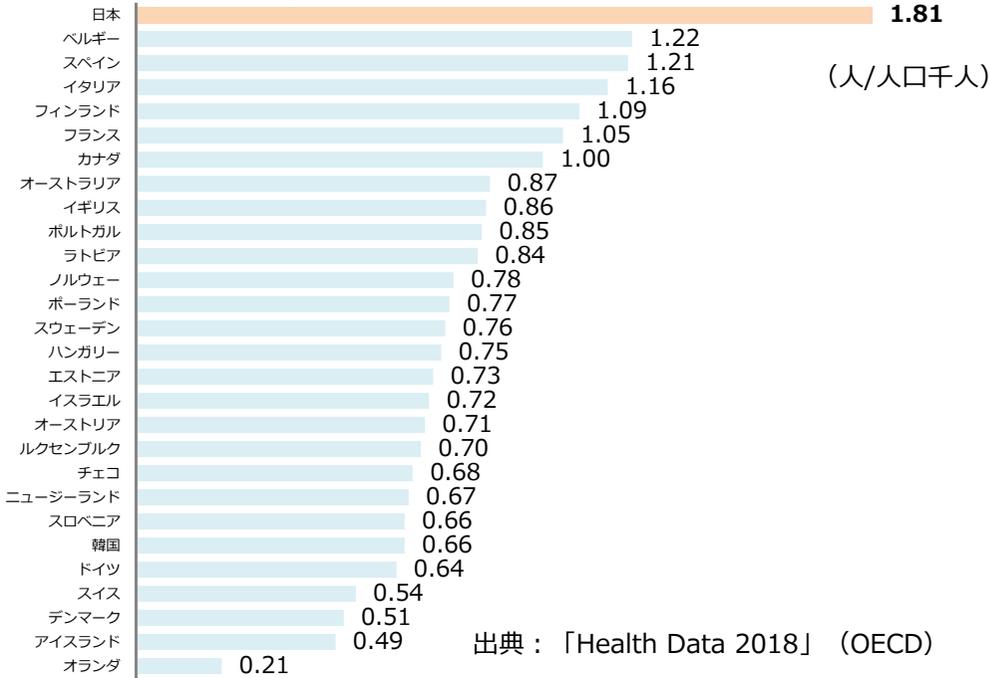
- 薬局の多様なあり方や経営環境を踏まえた調剤報酬の評価を行う観点から、かかりつけ機能のあり方を改めて検討した上で、地域においてかかりつけ機能を担っている薬局を適切に評価する一方、こうした機能を果たしていない薬局の報酬水準は適正化が必要。その際、かかりつけ機能の評価次第では受けるサービス以上に患者負担が増加することにも留意する必要。
- 対物業務に関し、近年の技術進歩等を踏まえた投与日数や剤数に比例する調剤料設定の妥当性や、調剤業務のあり方の見直しによる業務効率化といった状況への対応も含め、引き続き調剤報酬の見直しを行っていくべき。

# (参考)薬局・薬剤師数と調剤報酬(技術料)の増加

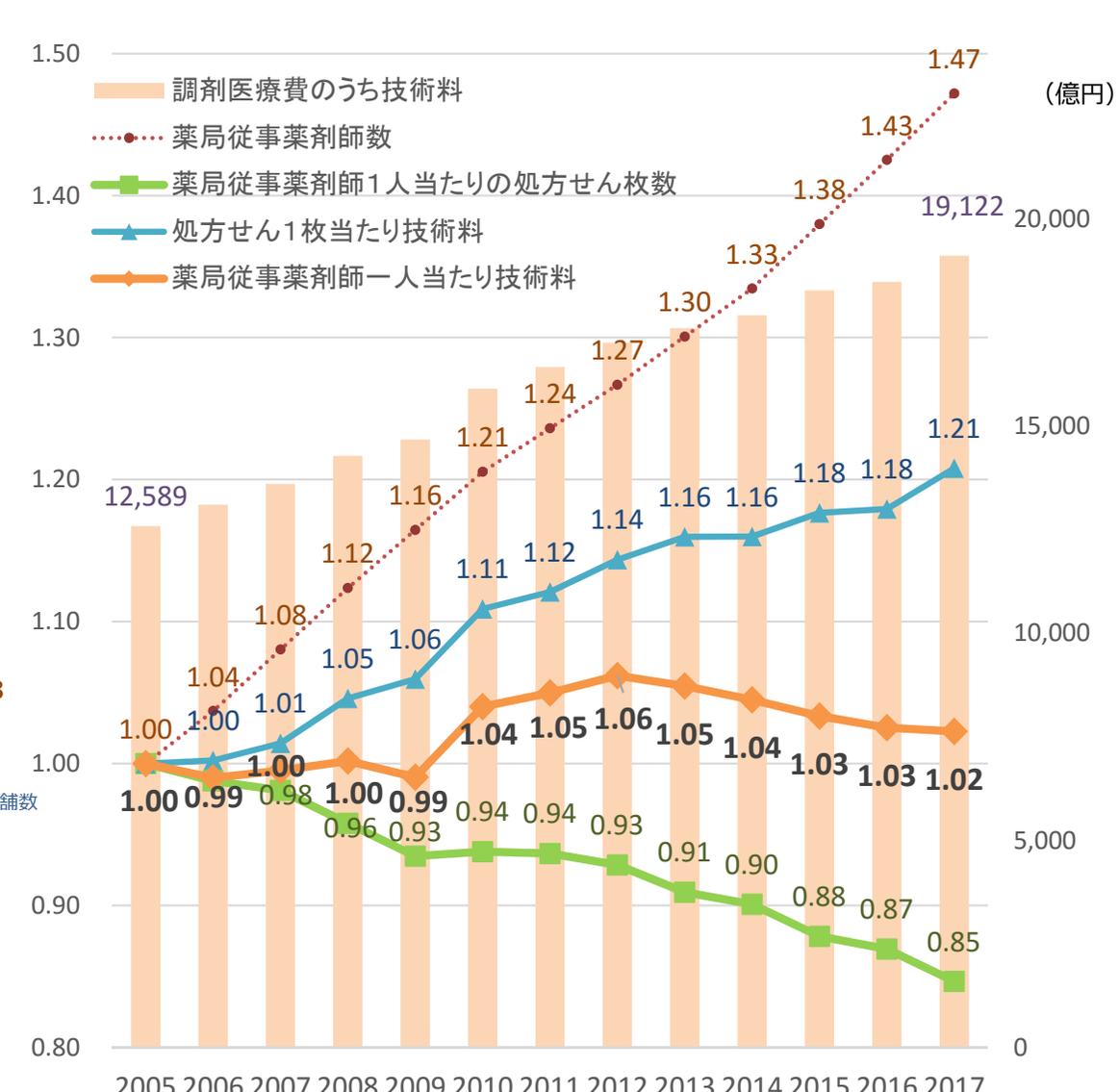
公定価格

- 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。

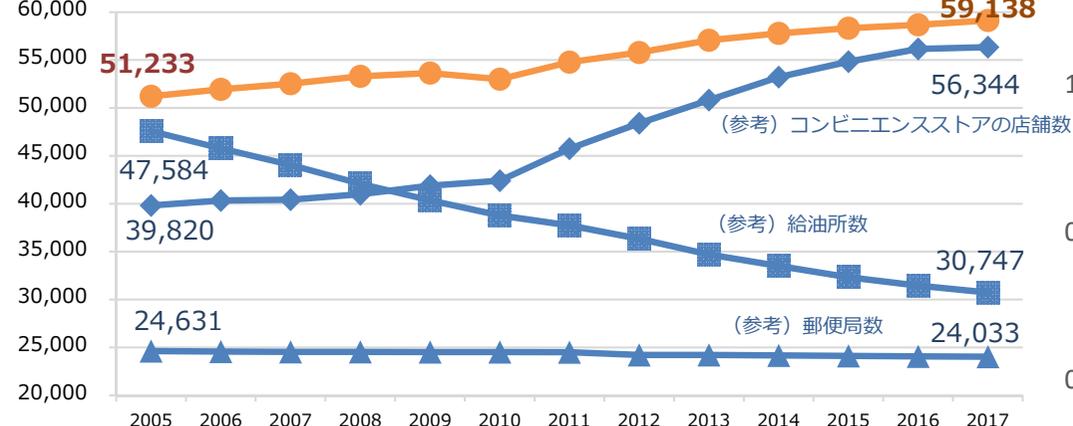
## ◆薬剤師数(対人口比)の国際比較(2016年)



## ◆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「医師・歯科医師・薬剤師調査」、「調剤医療費の動向」、日本薬剤師会HP (薬剤師数の奇数年度は推計値)

## 視点3：高齢化・人口減少下での負担の公平化

- ① 年齢ではなく能力に応じた負担
- ② 支え手減少下での医療費増加に対する総合的な対応

- 75歳以上の者の1人当たり医療費は現役世代の約4倍であり、そのうち8割強は公費と現役世代の支援金で賄う構造。他方で現役世代は医療費のうち8割を患者負担と保険料で賄いつつ、加えて後期高齢者支援金も負担。
- 年齢ではなく能力に応じた負担とし、世代間の公平性を確保する観点から、75歳以上の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。

### 給付と負担のバランス

#### ◆ 1人当たり医療費・後期高齢者支援金とその財源の内訳

(2016年)

**75歳～**

医療費 約91万円



**0～74歳**

医療費 約24万円 + 後期高齢者支援金 約5万円



#### ◆ 年齢別人口の推移

	75歳以上	0～74歳
2015年	1,632万人 <b>1 : 7</b>	11,077万人
2025年	2,180万人 <b>1 : 5</b>	10,074万人

◆ 65歳以上の高齢者世帯の4割程度が2,000万円以上の金融資産を保有

### これまでに取り組んできた主な事項

- **70～74歳の者の窓口負担の引上げ (1割→2割)**
  - ・ 2014年4月以降に70歳に達した者から2割負担 (2018年度末で完了)
- **70歳以上の者に係る高額療養費制度の見直し**
  - ・ 2017年8月以降、低所得者を除き、段階的に自己負担の限度額を引上げ
- **療養病床の65歳以上の者の光熱水費の負担見直し**
  - ・ 2017年10月以降、指定難病の者等を除き、段階的に光熱水費の負担を引上げ

### 今後の主な改革の方向性

- **年齢ではなく能力に応じた負担**
  - ・ 75歳以上の後期高齢者の自己負担の引上げ (1割→2割) p. 69
  - ・ 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の検討 p. 70
  - ・ 後期高齢者医療制度における「現役並み所得」の判定基準の見直し p. 71
- **支え手減少下での医療費増加に対する総合的な対応** p. 72

# 医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方

## 【論点】

- 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る状況。
- 70～74歳の窓口負担については2018年度までに段階的に2割に引き上げられてきたが、2022年から団塊の世代が後期高齢者になり始める中、75歳以上の窓口負担については引き続き1割のまま維持されている。

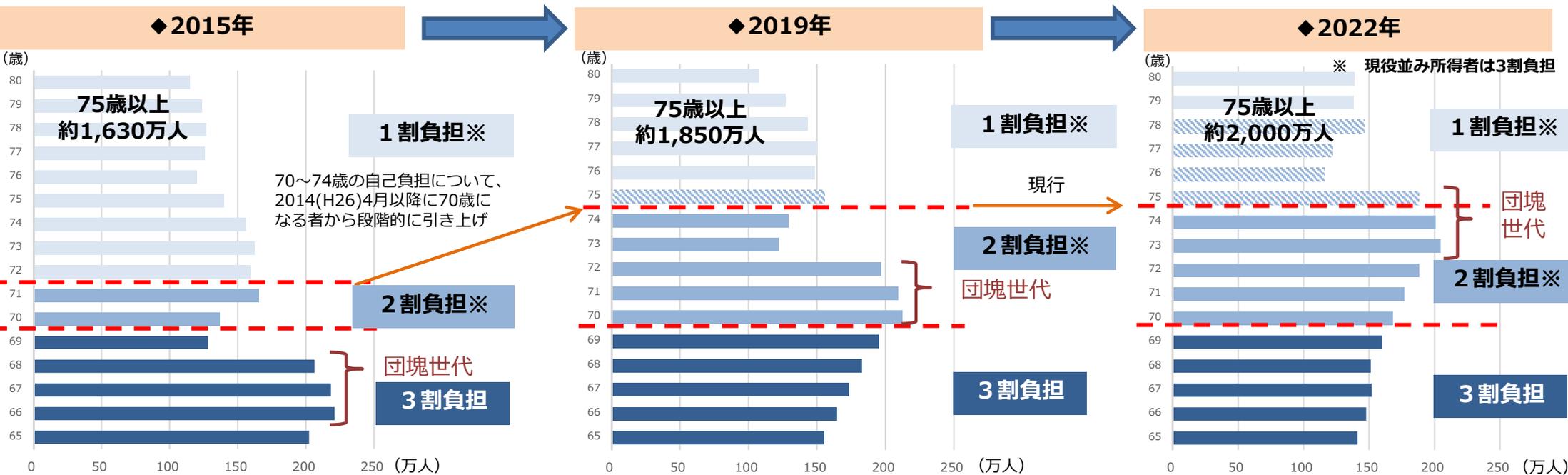
## ◆ 後期高齢者医療制度の財政（2016年度）



## ◆ 1人あたり医療費（年間）

75歳以上	約91.0万円
65歳未満	約18.4万円
65歳～74歳	約55.3万円

(出所) 厚生労働省「平成28年度国民医療費の概況」



(出典) 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）」

## 【改革の方向性】（案）

- 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、まずはできる限り速やかに75歳以上の後期高齢者の自己負担について原則2割負担とすべき。
- その際、70歳～74歳について段階的に実施してきた自己負担割合の2割への引上げと同様に、75歳に到達した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。

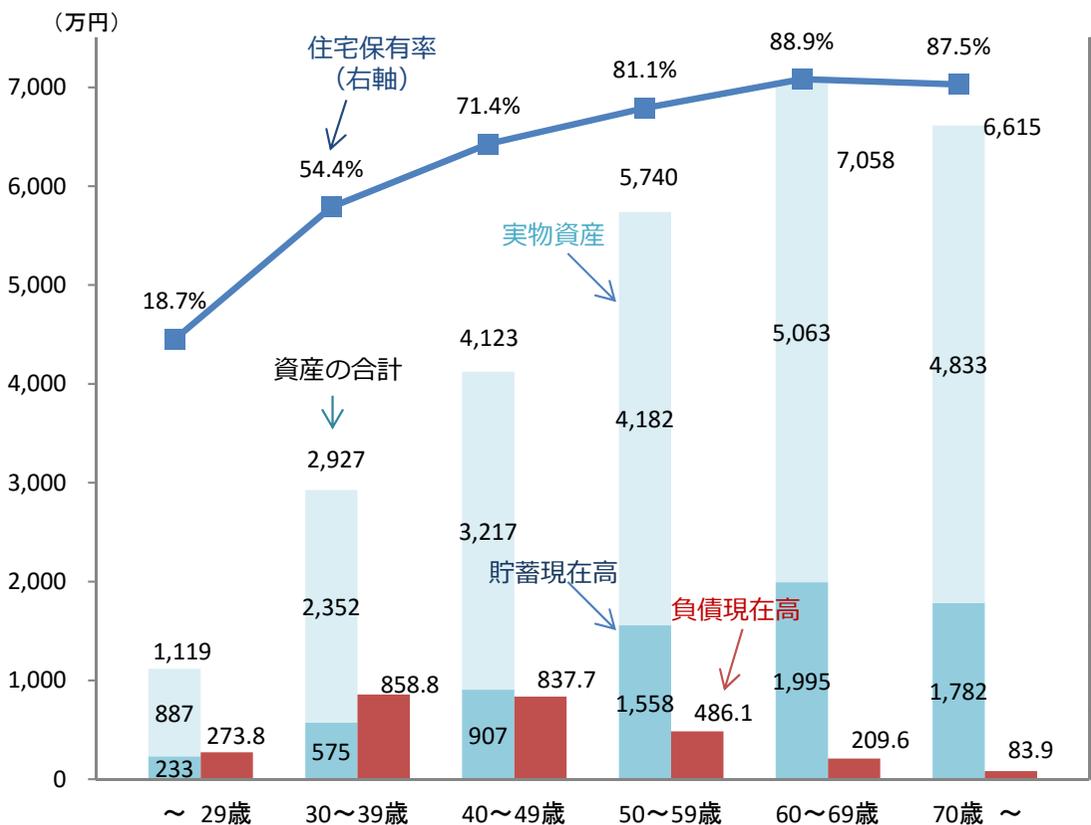
# 金融資産等を考慮に入れた負担を求める仕組みの医療保険への適用拡大

負担の在り方

## 【論点】

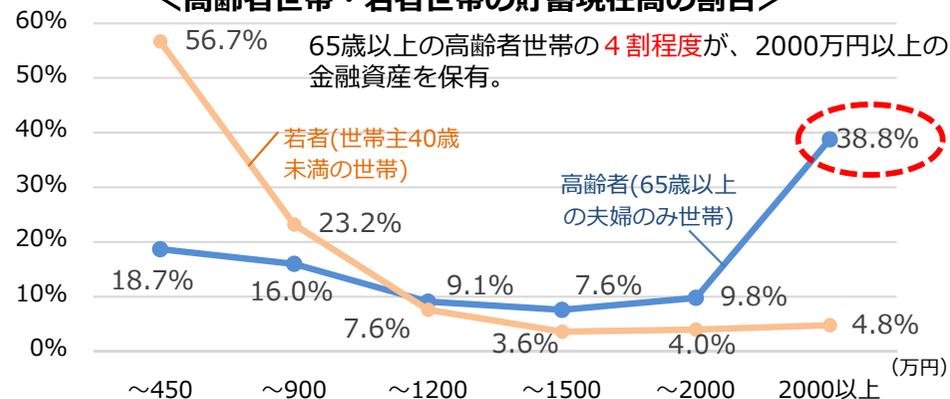
- 高齢者は、現役と比べて平均的に所得水準は低い一方で、貯蓄現在高は高い。また、所得が低い高齢者の中にも相当の金融資産を保有するケースもある。しかし、（介護保険における補足給付を除き）高齢者の負担能力の判断に際し、預貯金等の金融資産は勘案されていない。
- 預金口座への任意付番・預金情報の照会を可能とする改正マイナンバー法が施行。

### <世帯主の年齢階級別資産残高>

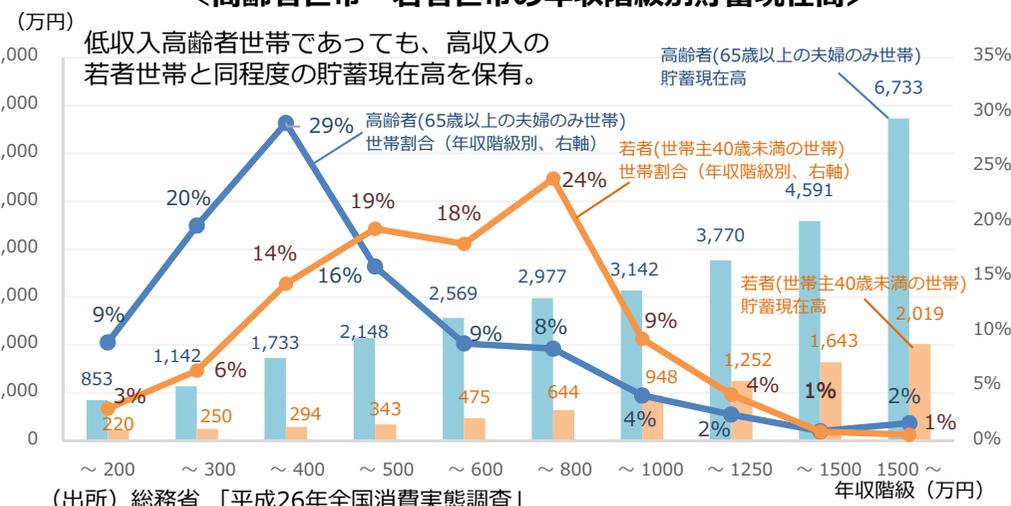


(出所) 総務省「平成26年全国消費実態調査」  
(注) 総世帯。資産の合計は、実物資産と貯蓄現在高の合計。

### <高齢者世帯・若者世帯の貯蓄現在高の割合>



### <高齢者世帯・若者世帯の年収階級別貯蓄現在高>



(出所) 総務省「平成26年全国消費実態調査」

## 【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

2004年度当時の  
平均的収入：386万円

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)

課税所得に換算：145万円

#### 高齢夫婦2人世帯

要件②  
世帯収入 520万円以上

一定のモデル世帯をもとに換算

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

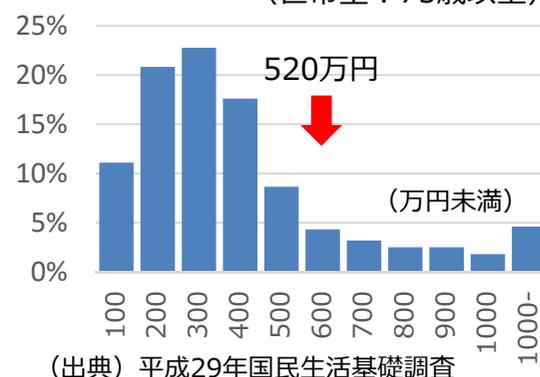
基礎控除 33万円  
給与所得控除 90万円  
配偶者控除 38万円  
社会保険料控除 14万円  
公的年金等控除 199万円  
(控除額計 374万円)

要件①  
課税所得 145万円以上

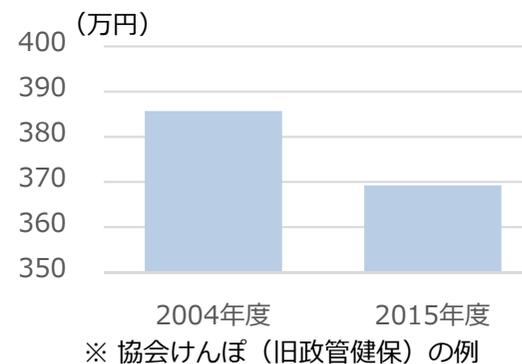
同水準

### ◆ 所得金額階級別の世帯数割合

(世帯主：75歳以上)

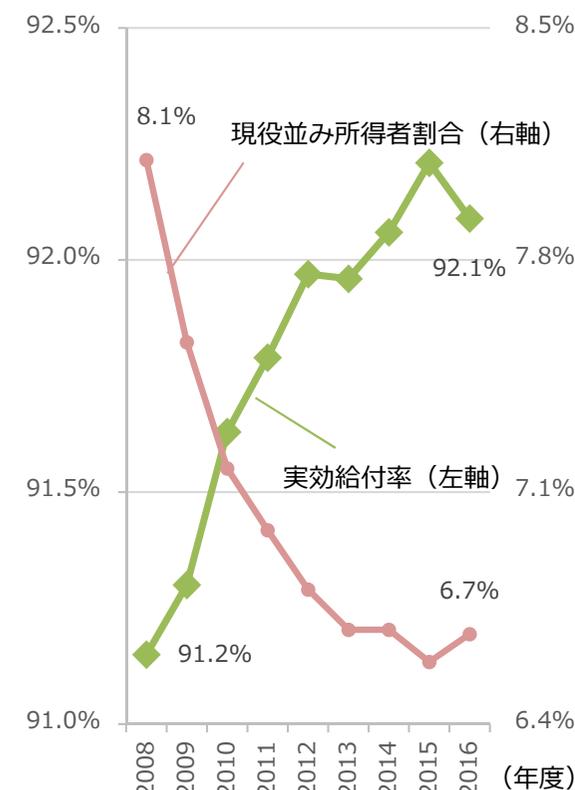


### ◆ 年間総報酬額の変化



### ◆ 「現役並み所得者」割合と実効給付率

(後期高齢者医療制度)



### 【改革の方向性】(案)

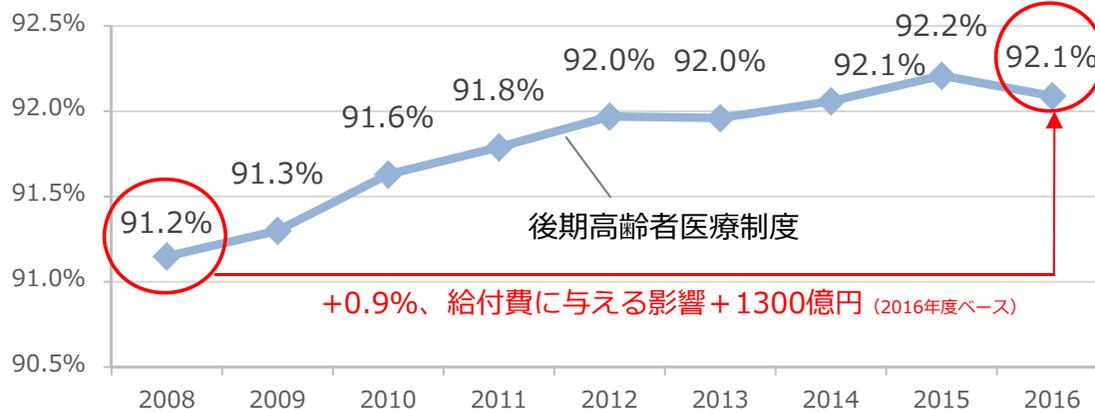
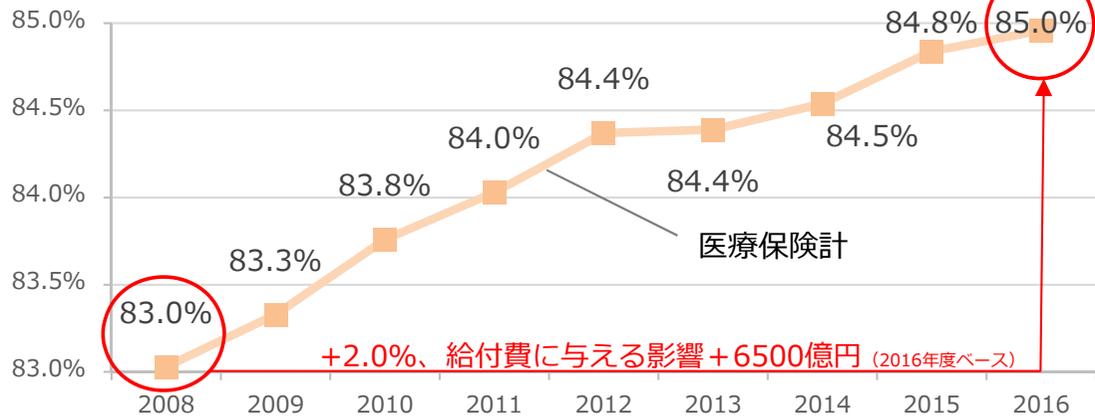
- 「現役並み所得」の判定基準について、能力に応じた負担としつつ現役世代との公平性を図る観点から、世帯収入要件について見直しを行うとともに、現役世代の所得水準の変化も反映すべき。

### 【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、制度の持続可能性が確保できなくなることを防ぐため、保険料・公費負担と患者負担の在り方を考えていく必要。  
 ※ 後期高齢者医療制度において、人口減少による現役世代の負担増の一部を後期高齢者の保険料引上げで自動的に調整する仕組みがあるが、後期高齢者の保険料負担も近年増加してきており、若年・後期高齢者を含めた負担全体の水準についても検討する視点が不可欠。

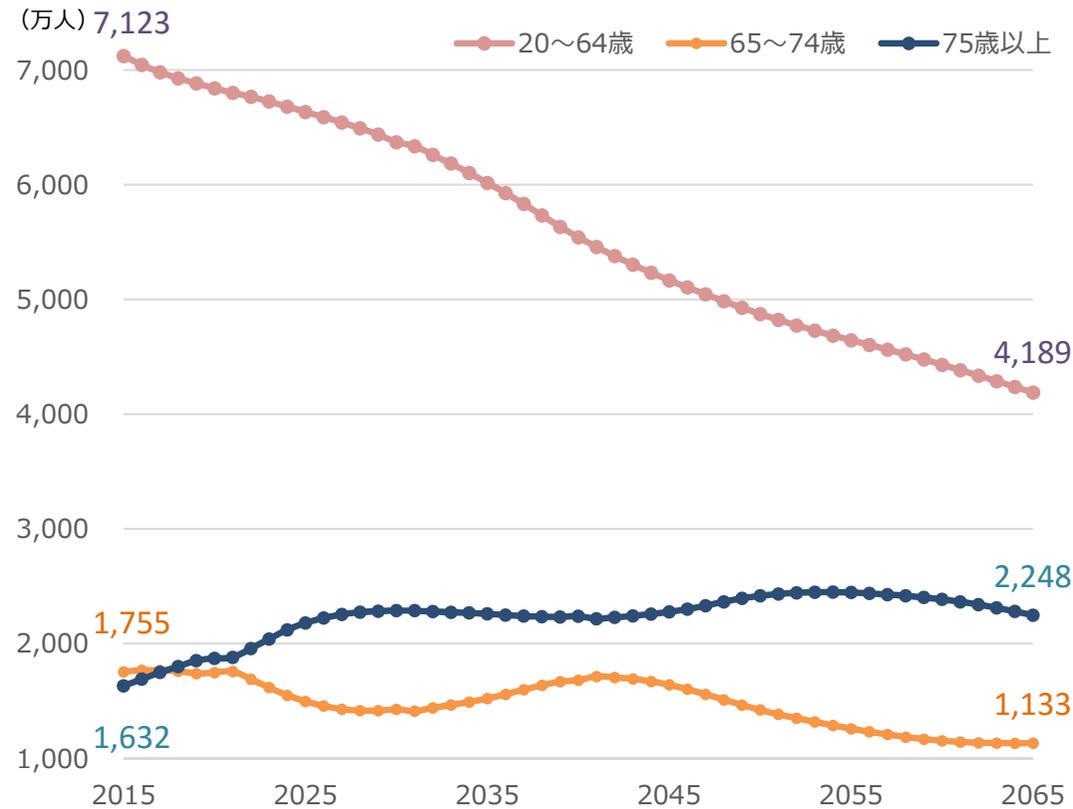
### ◆ 実効給付率（医療費に占める給付費の割合）の推移

患者負担は定率であるが、高額療養費制度により負担限度額が定められているため、医療の高度化等によって医療費が増加するにつれて、実効負担率は下がっていく。（実効給付率は上がっていく）



（出所）厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

### ◆ 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）」

### 【改革の方向性】（案）

- 支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討していくべき。

# Ⅲ. 介護

# 介護保険費用・介護報酬改定・保険料・利用者負担の推移

○ 介護保険制度については、これまで保険給付の範囲の見直し、介護給付の適正化・効率化、利用者負担の引上げ等といった改革に取り組んできたものの、高齢化の進展等により総費用は3倍余りに、保険料負担も2倍程度に増加するなど必ずしも歯止めがかかっておらず、今後の高齢者の増加、現役世代（支え手）の減少を見据えて、制度の持続可能性の観点から、更なる検証・改革が必要。

第1期

第2期

第3期

第4期

第5期

第6期

第7期

## 総費用及び1号保険料（全国平均）の推移

（単位：兆円）

### 〈過去10年間の伸び〉

	2010'	→	2019'	増▲減額	増▲減率
公費	4.1兆円	→	5.9兆円	1.8兆円	+43%
保険料	3.2兆円	→	4.9兆円	1.8兆円	+55%
利用者負担	0.6兆円	→	0.9兆円	0.3兆円	+56%

2015年度より、要支援1・2の介護予防給付の一部が新しい総合事業に移行（数字は、地域支援事業の事業費）

2006年4月、介護予防を行う地域支援事業を創設。



（注）2000～2016年度は実績、2017～2019年度は予算ベース。地域支援事業の事業費は、予算ベース。

2025年度については、「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」（内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 2018年5月21日）の推計値。

## 利用者負担の推移

1割

1割

2割

2割

3割

※ 3割負担は2018年8月より

## 介護報酬改定

▲2.3%

2003年度

▲0.5%  
【▲2.4%】

2006年度

※【 】は05年度改定を含めた率

+3.0%

2009年度

処遇改善交付金（1.5万円分）  
（09補正：基金（～2011末））

+1.2%

2012年度

報酬へ移行

+0.63%

2014年度

・消費税率引上げに伴う負担増への対応

▲2.27%

2015年度

+1.14%

2017年度

・処遇改善加算を拡充（1万円相当）

+0.54%

2018年度

+2.13%

2019年度

・消費税率引上げに伴う負担増への対応  
・処遇改善加算を拡充

## 視点 1 : 保険給付範囲の在り方の見直し

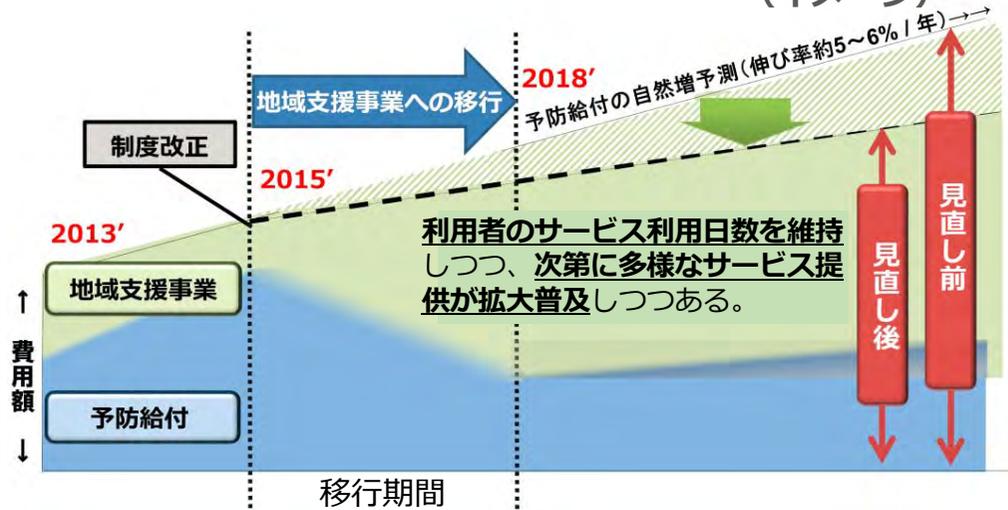
- ・ 「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」の原則の徹底

- 長期にわたり介護保険給付の増加が見込まれることを踏まえれば、要介護度・要支援度の軽重にかかわらず同じ保険給付率となっている制度を改め、「小さなリスク」については、より自助で対応することとすべき。軽度者のうち要介護1・2の生活援助サービス等について、地域支援事業への移行や利用者負担の見直しを具体的に検討していく必要。

## 軽度者へのサービスの見直し

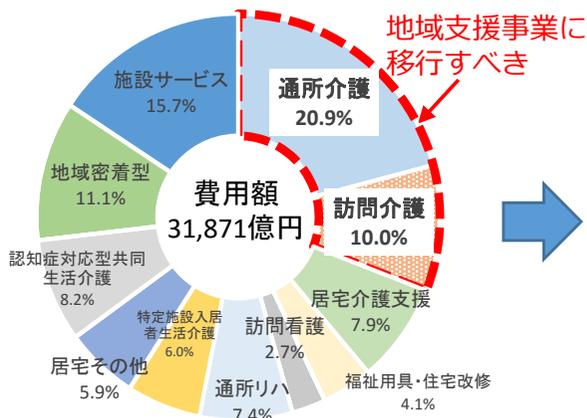
### 【要支援者の訪問・通所介護の地域支援事業への移行】

(イメージ)



(出所)厚労省作成資料を一部加工

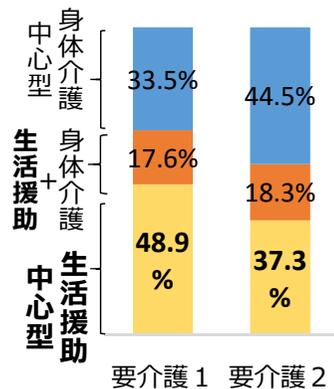
### 【要介護1・2への介護給付】



(出所)厚生労働省「2016年度 介護保険事業状況報告年報」

### 【訪問介護サービス内訳】

※訪問回数



## これまでに取り組んできた主な事項

### ○ 要支援者の訪問・通所介護の地域支援事業への移行

- ・ 要支援1・2向けの訪問・通所介護について、2015年度から、地域の実情に応じた多様な主体によるサービス提供を可能にする地域支援事業の総合事業へ移行（2018年3月末に移行完了）

### ○ 特別養護老人ホームの重点化

- ・ 特養への入所者を、2015年4月より、要介護度3以上の高齢者に限定

### ○ 福祉用具貸与・住宅改修に係る給付の適正化

- ・ 2018年10月より、福祉用具貸与等の貸与価格の上限を設定 など

## 今後の主な改革の方向性

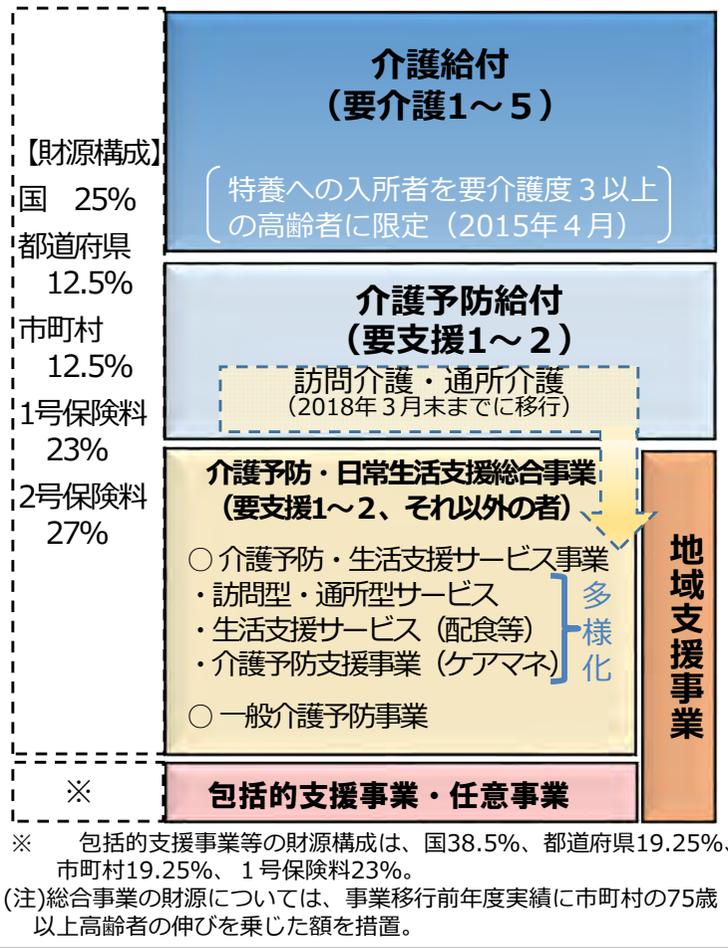
### ○ 要介護1・2の生活援助サービス等の地域支援事業への移行・利用者負担の見直し p. 77

- ・ 第8期介護保険事業計画期間中の更なる地域支援事業への移行や、生活援助サービスを対象とした支給限度額の設定又は利用者負担割合の引上げなど

### 【論点】

- 介護保険給付の増加が見込まれる中、引き続き、軽度者（要支援、要介護1・2）への介護サービスに係る保険給付の範囲を見直す必要。
- 特に、要介護1・2への訪問介護サービスの約1/2を占める生活援助型サービスは、要支援向けサービスと同様、地域の実情に応じた多様な主体によるサービス提供を行うことにより、給付の重点化・効率化を進めつつ、質の高いサービスを提供することが可能。

### 【介護保険制度】



### 【地域支援事業への移行状況】

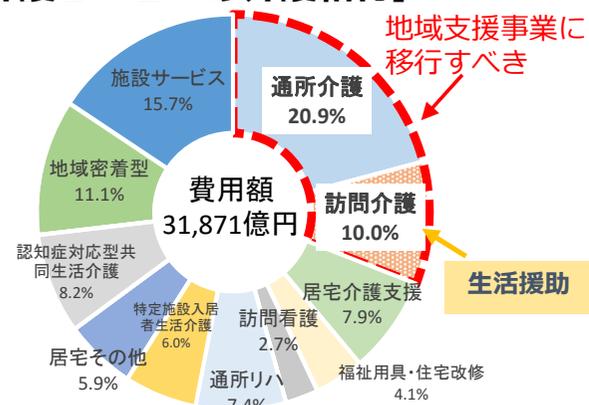
実施状況の調査によれば、**利用者のサービス利用日数を維持**しつつ、**次第に多様なサービス提供が拡大普及**しつつある。

#### ○利用者の利用日数の変化

6.3日/月 (2017年3月)  
 → 6.5日/月 (2018年3月)

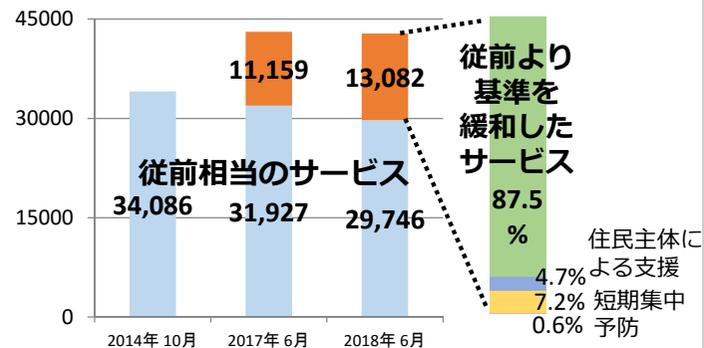
(出所) 「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」(厚生労働省(2019年4月))

### 【要介護1・2への介護給付】

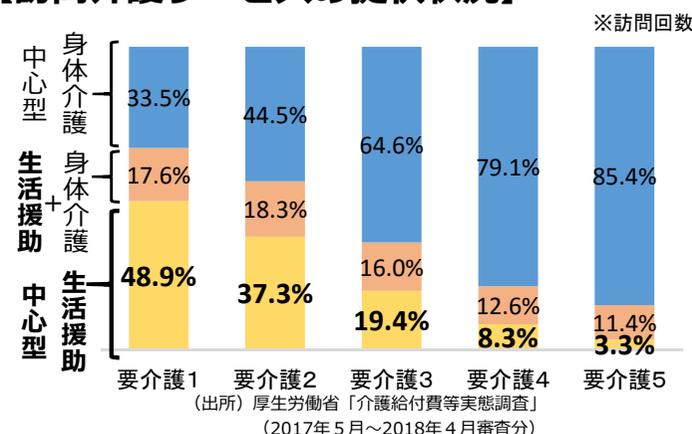


(出所) 厚生労働省「2016年度 介護保険事業状況報告年報」

### ○訪問型サービスの事業所数の推移



### 【訪問介護サービスの提供状況】



### 【改革の方向性】(案)

- 要支援者向けサービスの地域支援事業への定着・多様化にも引き続き取り組むとともに、軽度者のうち残された要介護1・2の者の生活援助サービス等についても、第8期介護保険事業計画期間中の更なる地域支援事業への移行や、生活援助サービスを対象とした支給限度額の設定又は利用者負担割合の引上げなどについて、具体的に検討していく必要。

## 視点2：保険給付の効率的な提供

- ① 医療・介護提供体制の改革
- ② 公定価格の適正化

- 要介護認定率や一人当たり介護給付費については、性・年齢階級（5歳刻み）・地域区分を調整してもなお大きな地域差が存在。介護費適正化の観点から、この地域差を縮減するため、保険者機能強化推進交付金への適切なアウトカム指標の設定・活用や、調整交付金等の活用を通じて、保険者機能のより一層の強化を進めるなど取組みを強化すべき。

### 介護費の地域差の状況等

#### 【要介護認定率の状況（性・年齢調整後）】

低位20保険者	...	全国平均	...	高位20保険者
10.9%		18.1%		26.1%

2.4倍

#### 【被保険者1人あたり給付月額（性・年齢、地域区分単価調整後）】

低位20保険者	...	全国平均	...	高位20保険者
11,748円		18,940円		25,293円

2.2倍

(注) 保険者である市町村ごとに認定率・給付月額を比較したもの。ただし、福島県原子力被災12市町村(田村市、南相馬市、川俣町、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、飯館村)を除く。  
(出所)介護保険事業状況報告、厚労省「地域包括ケア「見える化」システム」(2016年時点データ)

#### 【インセンティブ交付金の現状】

- 2018年評価結果実績の例  
(都道府県別市町村得点)

	1人当たり 給付月額	得点
高位5団体	22,621円	435点
平均	20,137円	411点
低位5団体	18,472円	392点

介護給付費の地域差縮減に向けたPDCAサイクルの確立が不可欠

(注) 高位・低位の5団体の給付月額は、該当する都道府県の単純平均の値。平均についても、47都道府県の単純平均であり、市町村単位での全国平均(18,940円)とは一致しない。

### これまでに取り組んできた主な事項

- インセンティブ交付金（保険者機能強化推進交付金）の創設
  - ・ 2018年度から200億円の国費を投じ、保険者による自立支援、重度化防止等に向けた取組の推進のための財政的インセンティブを付与

### 今後の主な改革の方向性

- インセンティブ交付金のメリハリ付けの強化
  - ・ 適切なアウトカム指標の設定・活用や配点のメリハリ付けが必要 p. 80-p. 81
- 調整交付金や第2号保険料の活用
  - ・ 調整交付金や第2号保険料について、保険者機能の発揮を促す仕組みへの転換を検討 p. 82
- 介護療養病床等の転換 p. 84
  - ・ 転換期限に向けた計画的移行を推進するとともに、報酬のメリハリ付けなど転換促進のための対応が必要
- その他、在宅サービスへの保険者等の関与の見直し、介護事業所の経営効率化の推進、介護報酬改定に係るPDCAサイクルの確立 など

# 介護費の地域差縮減に向けた取組の一層の強化①

提供体制

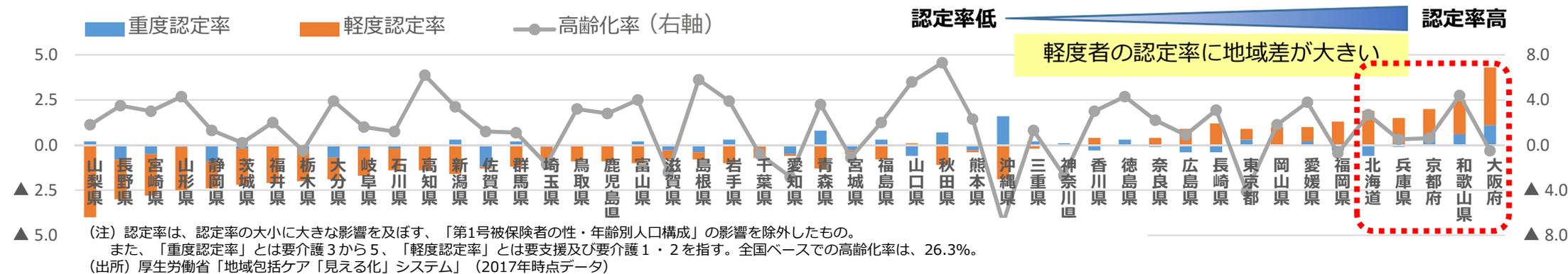
## 【論点】

- 要介護認定率や一人当たり介護給付費については、性・年齢階級（5歳刻み）・地域区分を調整してもなお大きな地域差が存在。その背景には高齢化の進展状況や介護供給体制など様々な要因が考えられるが、例えば、軽度者の認定率に地域差が大きいことも一因。

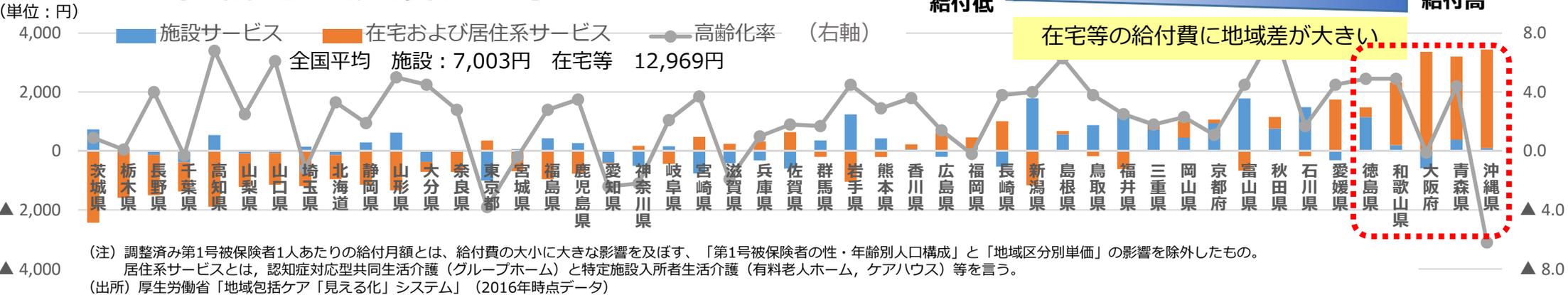
### （参考）経済財政運営と改革の基本方針2018

「一人当たり医療費の地域差半減、一人当たり介護費の地域差縮減に向けて、国とともに都道府県が積極的な役割を果たしつつ、地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、更なる対応を検討する。」

## 【要介護認定率の状況（都道府県別認定率－全国平均（軽度11.7%、重度6.3%））】



## 【調整済み第1号被保険者1人あたり給付月額】



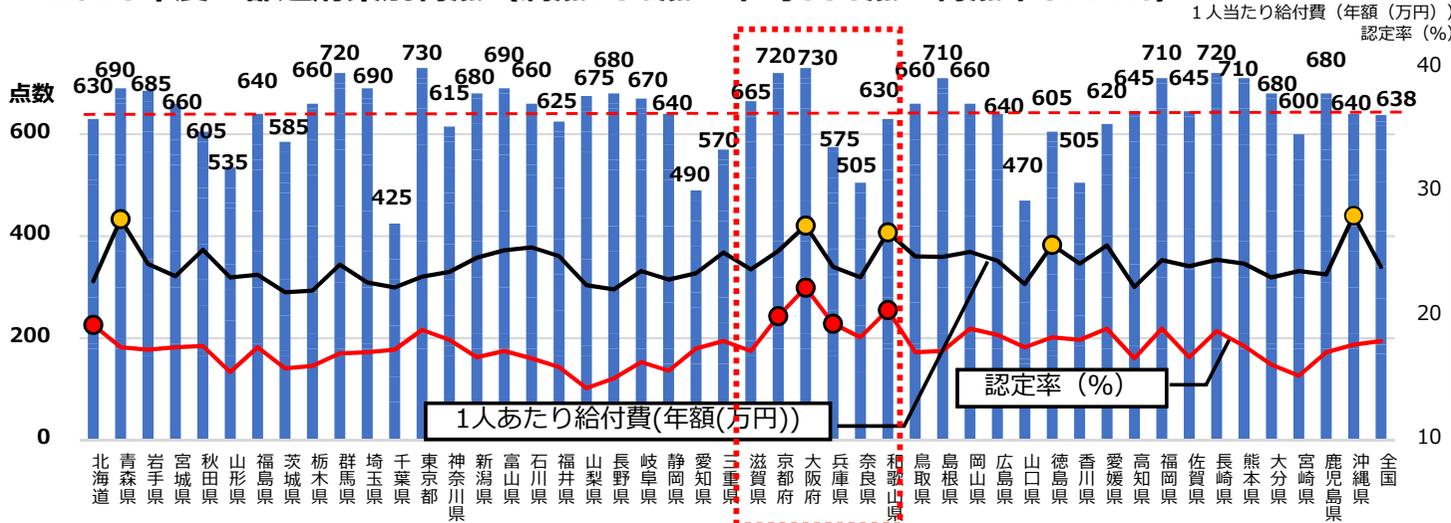
## 【改革の方向性】（案）

- 介護の地域差に係る要因を検証の上、問題と考えられる介護費の地域差の縮減に向け、保険者機能強化推進交付金（インセンティブ交付金）への適切なアウトカム指標の設定・活用（例：軽度・重度に分けて要介護度を評価）やそのPDCAサイクルの確立、調整交付金等の活用を通じて保険者機能の一層の強化を進めるべき。その際、成果検証のためにも、医療費の地域差縮減の取組等も参考に、国として地域差半減を目指して保険者の支援等を行うなど目標を設けて取り組むべき。

### 【論点】

○ インセンティブ交付金は、高齢者の自立支援・重度化防止等を通じて、介護費の抑制や地域差縮減に向けた保険者の取組を推進できる重要な政策手段であるが、実際には取組の成果に応じて交付されているとは言えず、適切な配点やアウトカム指標の設定がなお不十分である。

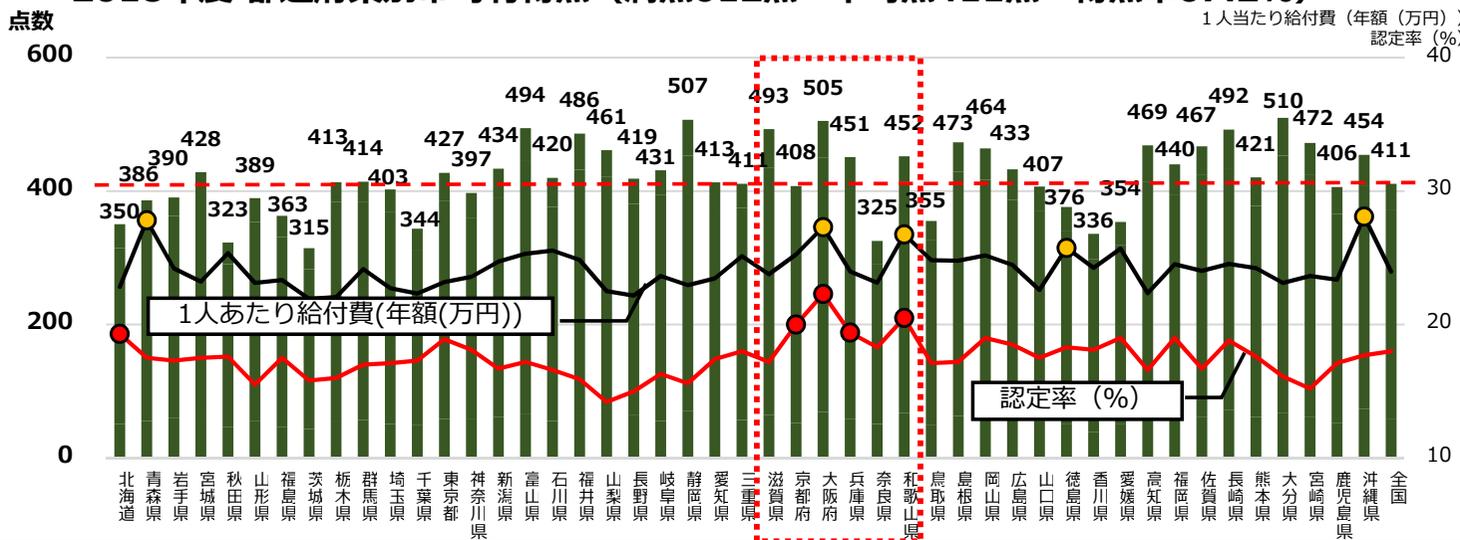
### 2018年度 都道府県別得点 (満点730点 平均638点 得点率87.4%)



### 【2018年度評価指標の問題点】

- ① 得点の高い方に1人当たり給付費や認定率が高い先(=交付金の配分が手厚い)や、得点の低い方に1人当たり給付費や認定率が低い先があり、必ずしも取組の成果に応じたものになっていない(左図)。
- ② アウトカム指標に係る得点が全得点に占める割合は、都道府県分の評価指標で約3%、市町村分では約5%と僅少。
- ③ 得点率は、都道府県分が87.4%(東京・大阪は満点)、市町村分の得点率は67.2%と達成基準が低い。

### 2018年度 都道府県別市町村得点 (満点612点 平均点411点 得点率67.2%)



### (参考) アウトカム指標

- ① 要介護認定基準時間の変化
  - ② 要介護認定の変化
  - ③ 通いの場参加率
- ①及び②は都道府県、市町村双方、③は市町村のみの評価指標。2019年度評価からは、要支援者の維持・改善の度合い(介護予防)を評価する指標を追加。

### 【改革の方向性】 (案)

○ インセンティブ交付金について、より適切なアウトカム指標の設定・活用や配点のメリハリ付けを行うことで給付費適正化等に向けた財政的インセンティブを強化すべき。また、保険者(市町村)ごとの取組状況も公表し、PDCAサイクルを一層推進すべき。

### 【論点】

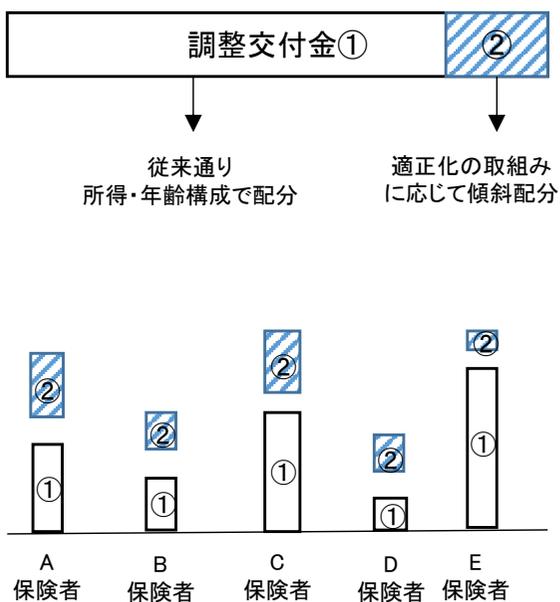
- 介護の地域差を縮減する観点から、調整交付金の活用も含めた保険者へのインセンティブの付与の在り方を検討し、保険者による介護費の適正化に向けた取組をより一層促進する必要。
- 介護費用が経済の伸びを超えて大幅に増加すると見込まれる中、若年者の保険料負担の伸びの抑制は重要な課題。2号被保険者の保険料負担分について、保険者機能の発揮を促す仕組みとし、給付と負担の牽制効果を高めるべき。

### 【参考】経済財政運営と改革の基本方針2018

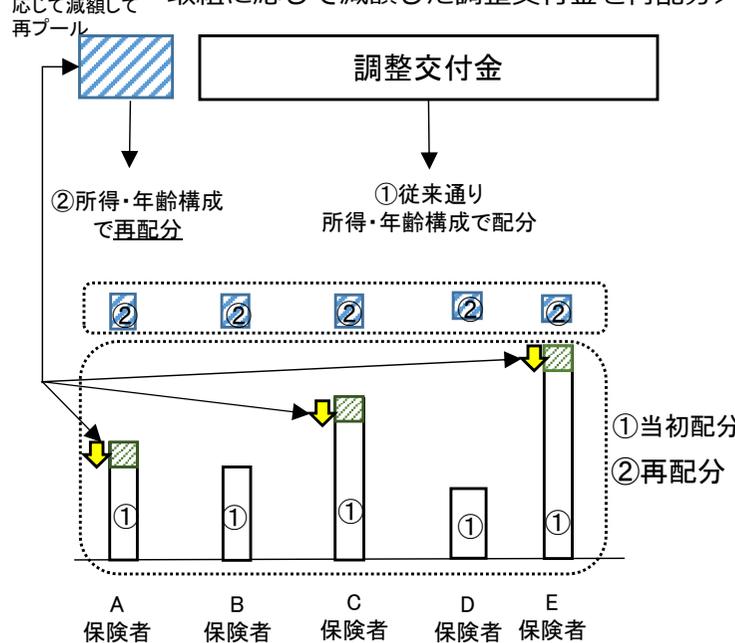
「第8期介護保険事業計画期間における調整交付金の活用方策について、（中略）、第7期期間中に地方公共団体関係者の意見も踏まえつつ、具体的な方法等について検討し、結論を得る。」

### 【調整交付金の活用イメージ】

＜案①（別枠方式）：  
調整交付金の一部を別枠にして配分＞

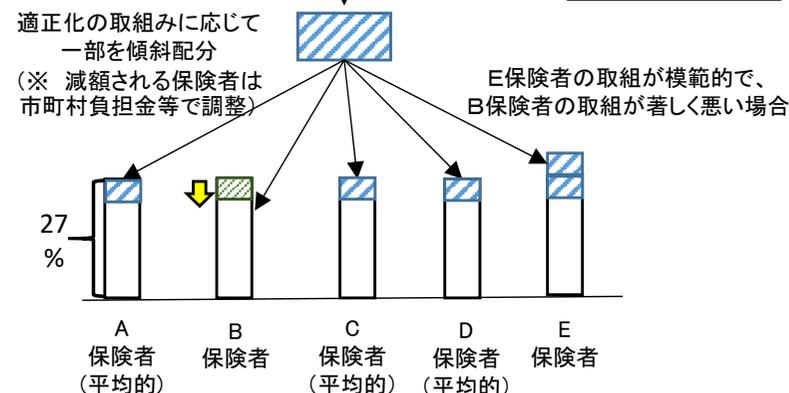
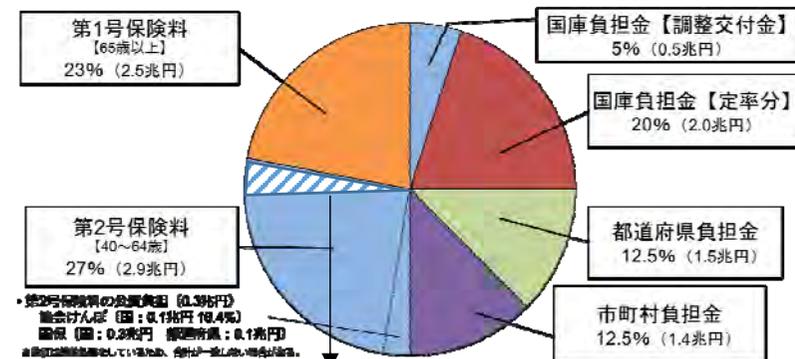


＜案②（再配分方式）：  
取組に応じて減額した調整交付金を再配分＞



### 【2号保険料の活用イメージ】

2019年度予算 介護給付費:10.8兆円  
総費用ベース:11.7兆円



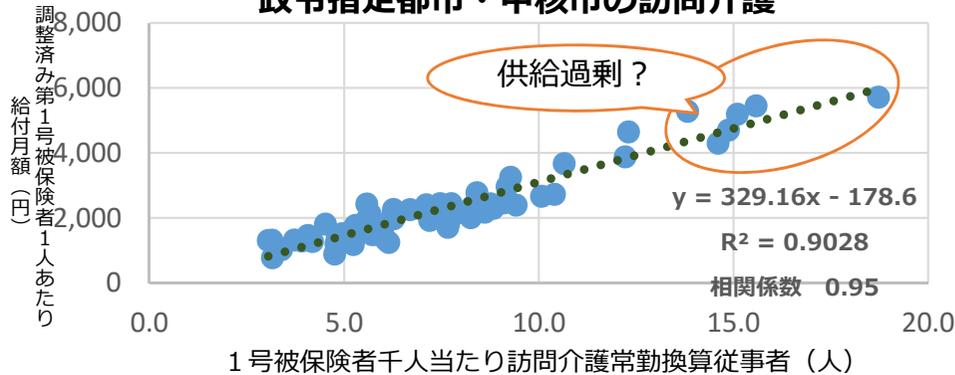
### 【改革の方向性】（案）

- 介護費の適正化などに向けた財政的なインセンティブとして、全自治体の取組みのより一層の底上げを図るため、今年度中に結論を得て、第8期から調整交付金のインセンティブとしての活用を図るべき。
- 2号被保険者の保険料負担についても、インセンティブ交付金の評価の仕組みを参考にしつつ、介護予防・重症化防止の取組によって認定率や給付の抑制等に成果をあげた保険者（市町村）に傾斜配分する仕組みを検討すべき。

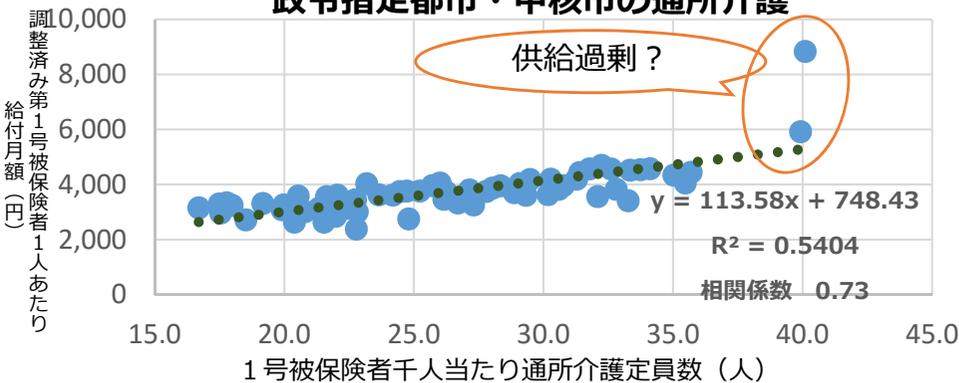
### 【論点】

- 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（2018年4月財審資料参照）。その背景として、認定された介護度に応じた利用限度額の範囲内での利用ではあるものの、供給が需要を生んでいる面があるのではないかと伺われる。

### 政令指定都市・中核市の訪問介護



### 政令指定都市・中核市の通所介護



	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 (指定都市・中核都市)	市町村	都道府県 (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 ・地域密着型特定施設入居者生活介護 ・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) ・介護老人保健施設 ・介護医療院(※) ※2017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 ・小規模多機能型居宅介護 ・複合型サービス	
・公募制なし	・訪問介護 ・訪問入浴介護 ・訪問リハ ・通所介護 ・通所リハ ・短期入所生活介護 等	(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2012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られることができる。	

2018年度に条件付与の仕組みを創設

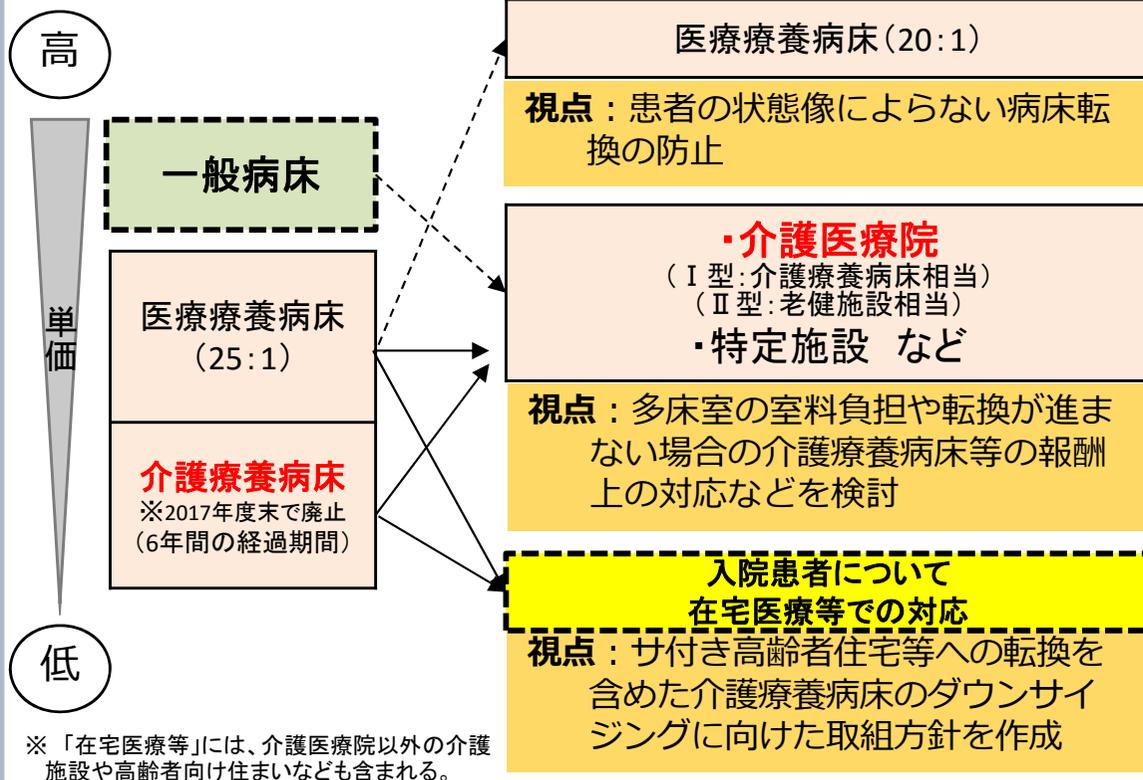
### 【改革の方向性】(案)

- 要介護認定率等の地域差縮減、介護保険給付と地域支援事業との連携の推進とあわせて、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検討すべき。

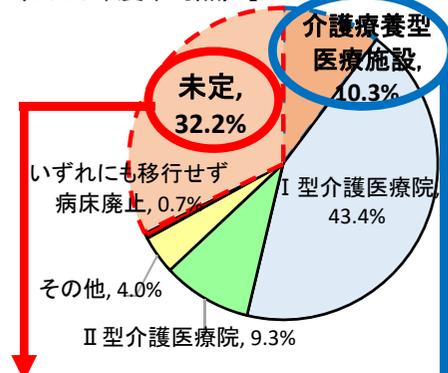
### 【論点】

- 25対1 医療療養病床や介護療養病床から介護医療院への転換に際しては、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。
- 厚生労働省の調査では、介護療養病床の転換に向けた検討が十分に進んでいない実態が浮かび上がっており、昨年末に策定された新改革工程表のK P Iに従い、移行期限の2023年度に向けて、「第8期計画期初に見込まれる期末時点でのサービス減量」が100%となるよう、国は、各保険者を通じて第7期中も計画的に介護療養病床等の移行推進に取り組むよう促していく必要がある。

### 【介護療養病床の転換等のイメージと必要な視点】

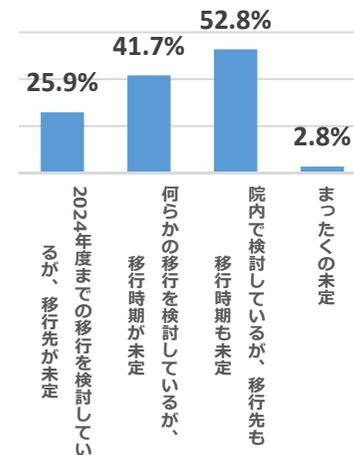


### 【介護療養型医療施設の移行予定 (2023年度末時点)】

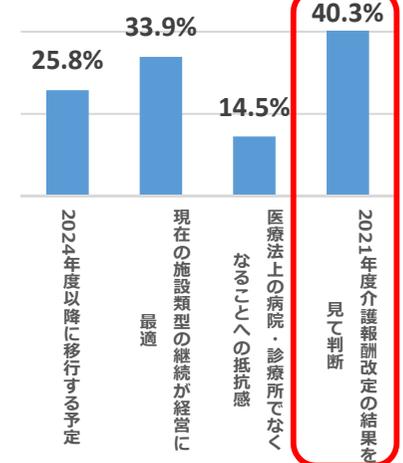


- 介護療養型医療施設のうち、移行期限である2023年度末までの対応が未定等である病床は約4割 (2018年11月調査時点)。
- 2023年度末時点でも、介護療養型医療施設のままと回答したもののうち、次期介護報酬改定の結果を見て判断するとしたものが約4割。

### 【「未定」の施設の検討状況 (複数回答)】



### 【現在の施設から移行を予定していない理由 (複数回答)】



(出典)介護報酬改定検証・研究委員会公表資料 (2019年3月)

### 【改革の方向性】 (案)

- 介護療養病床等の着実な転換を図り、国民負担を抑制するため、国は、各保険者の第7期中の病床転換に向けた取組状況を定期的に把握し、計画的移行を推進するとともに、第8期における報酬のメリハリづけなどを通じて、転換促進を図るために十分な対応を行うべき。
- また、インセンティブ交付金を活用し、都道府県・市町村の取組状況を指標に加えて点数を加減算し、取組を推進すべき。

# 介護事業所・施設の経営の効率化について

提供体制

## 【論点】

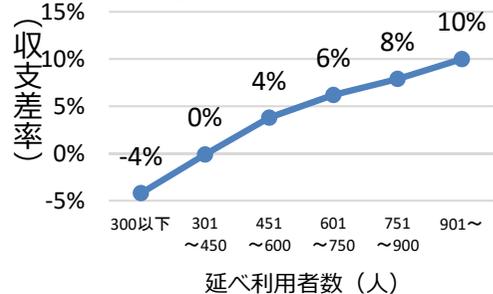
- 介護サービス事業者の事業所別の規模と経営状況との関係を見ると、規模が大きいほど経費の効率化余地などが高いことから経営状況も良好なことが伺える。
- 介護施設の設備・運営基準については、長らく変更されておらず、近年の介護ロボットやICT等の普及効果が反映されていない。

### （参考）経済財政運営と改革の基本方針2018

「介護の経営の大規模化・協働化により人材や資源を有効に活用する。」

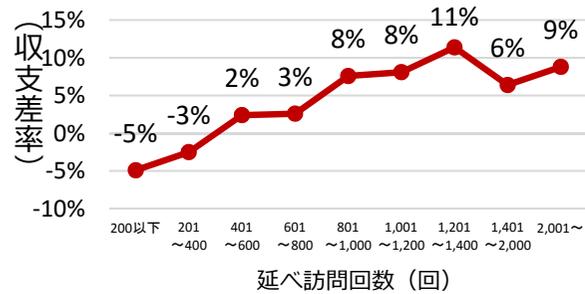
## ＜介護サービス事業者の利用状況別の収支差率（事業所別）＞

### ＜通所介護＞



(出所) 2017年度介護事業経営実態調査

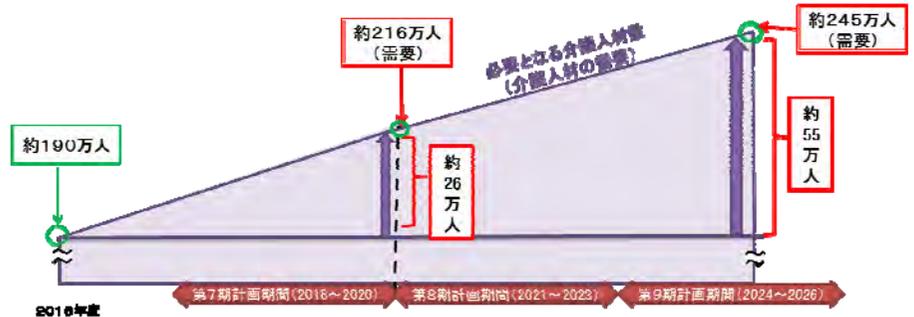
### ＜訪問介護＞



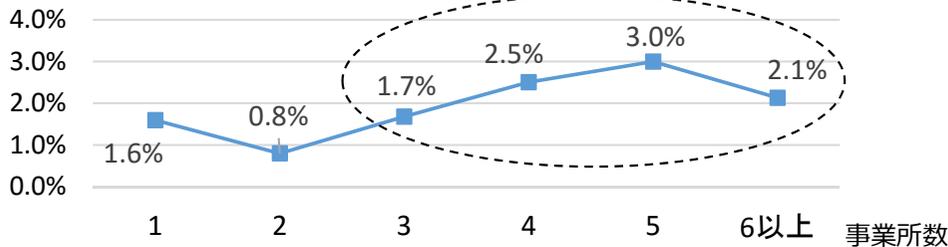
## ＜第7期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数の推計＞

（厚生労働省（2018年5月21日公表））

就業者数の減少下で、2025年度末までに約55万人、年間6万人程度の介護人材の確保が必要。



## ＜社会福祉法人1法人当たりの事業所数と平均収支差率の関係＞



本部機能の統合、給食事業の共同化、物品等の共同購入等によりコストを削減し、経営を効率化。この他、法人の垣根を超え、近隣の他法人との共同購入を行うといった先進的な例も（財務局調べ）。

(注) 介護事業経営実態調査等における事業所別の経営状況に関するデータについて、介護事業所2,922事業所分を集計した結果。

(出所) 2018年度財務省予算執行調査による調べ

## ＜介護老人福祉施設（特養）の介護・看護職員配置比率の推移＞

（入所者／常勤換算職員数）



特養の設備・運営基準での上限値：3.0

人員を基準より多く配置する状況が常態化

※ICT等の活用により、2.7人に1人程度の配置を実現している施設もある。

(出所) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

## 【改革の方向性】（案）

- 介護サービス事業者の経営の効率化・安定化の観点に加え、今後も担い手が減少していく中、介護人材の確保や有効活用、更にはキャリアパスの形成によるサービスの質の向上といった観点から、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。
- 介護ロボット等の設備に応じて設備・運営基準や報酬に差を設けるなど、生産性向上に向けたインセンティブを強化し、底上げを図るべき。

## 視点2：保険給付の効率的な提供

- ① 医療・介護提供体制の改革
- ② 公定価格の適正化

## 【論点】

- 介護報酬については、これまで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等といった様々な観点から改定が行われているが、報酬改定の効果に関する検証については十分ではない。

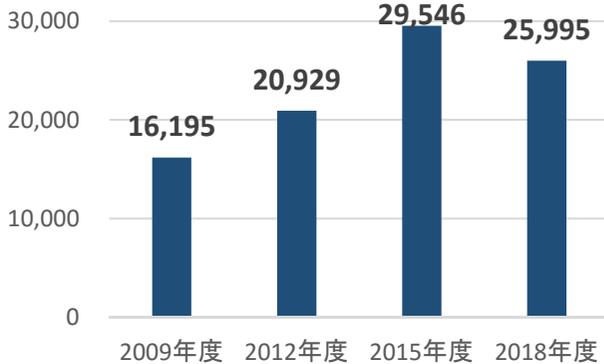
## 【介護報酬改定の動向等】

近年では、サービスの質に着目した加算の設定や要介護の改善度合い等のアウトカムに応じたメリハリ付けなどによる報酬上のインセンティブ付与を実施。

※ クリームスキミング（改善見込みのある利用者を選別して改善度を上げる）を回避するため、アウトカム評価のみならず、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が必要。

## 【サービスコード項目数の推移】

※ サービスコードとは、介護サービス毎の基本報酬・加算をコード化したもので、介護給付費の請求に使用するもの。



(注) 2018年度におけるサービスコード数が減少しているのは、サービスコード体系の見直し（簡素化）等を行ったもの（基本報酬等の減少ではない）。

(出所) 厚生労働省「介護給付費単位数等サービスコード表」

### 2015年度改定

新設加算 115  
廃止加算 7

### 2018年度改定

新設加算 147  
廃止加算 11

(注) サービス共通の加算については、集計上、重複がある。

## 【介護報酬改定に向けて必要な取組】

○ 加算の効果に係るエビデンスの整理・公表・検証

- 各種加算がサービスの質を反映したものになっているか。
- 各種加算が狙いとするインセンティブとして機能しているか。
- 利用者自身が、自己負担等との関係で、自分にとって必要なサービスか否かを判断できる程度に簡素な制度となっているか。

○ 介護報酬改定に反映

- より効果的な加算の在り方の再検討
- 政策目的達成又は一般化した加算の整理・統合 等

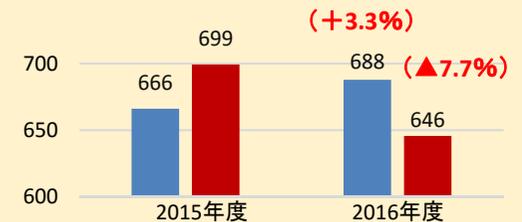
## 【介護事業経営実態調査等の精度向上（参考P.32参照）】

○ 本調査は、報酬改定の際に参照されるなど高い信頼性が求められるため、次の取組が必要。

- 有効回答率の向上。
- 業界団体等が回答内容を指南するなど、疑義を生じ得る状況の解消。
- 多様な経営状況等が適切に把握できるよう改善。

### <訪問介護 1事業所当たり訪問回数/月>

■ 介護給付費等実態調査 ■ 介護事業経営実態調査等



(注) 介護事業経営実態調査は、月当たり延べ訪問回数。給付費等実態調査は、基本サービス費の算定回数。

## 【改革の方向性】（案）

- 公定価格の適正化等を通じた介護給付の効率化に向け、報酬の政策的効果に係る客観的なエビデンスに基づき、介護サービスの質や事業者の経営への効果・影響を検証するといったPDCAサイクルを確立した上で、介護報酬改定に着実に反映していく必要。
- 介護事業経営実態調査等については、有効回答率の向上や調査内容等の充実に着実に取組むとともに、調査結果の信頼性確保に向けた措置を講じるべき。

【論点】

- 介護保険制度の創設以来、在宅サービスについては民間企業の自由な参入が可能とされる一方で、在宅・施設サービスのいずれについても、事業者は介護報酬を下回る価格を設定することが可能とされている(=サービス面のみならず、価格競争も可能)。
- しかしながら現実には、営利法人の参入が進んできた一方で、介護報酬を下回る価格を設定している事業者は確認できず(注)、サービス価格が報酬の上限に張り付いている実態にある。

(注) 事業者が割引を行う場合には、その届出を受けた都道府県が、厚労省通達に基づき「WAM NETへの掲載等の手段により周知を図る必要」があるが、財務省調査によれば、2014年8月に全国で1事業所確認できたが、2019年4月時点では確認できない。

(参考) 「指定居宅サービス事業者等による介護給付費の割引の取扱いについて」(2000年3月1日老企第39号)(抄)  
 ・ ・ ・ 事業者等が厚生労働大臣が定める基準により算定した額より低い費用の額で介護サービス等を提供することが可能であること。

訪問介護の事業所数の推移

通所介護の事業所数の推移

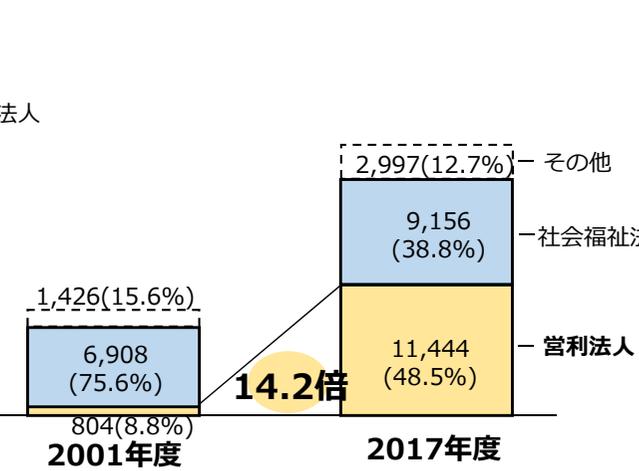
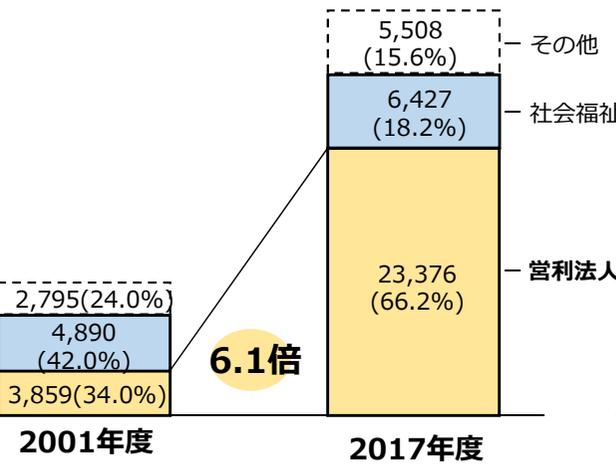
【ケアマネージャーの利用者に対する説明責任】

- ケアマネージャーは、2018年度から、利用者にあらかじめ以下の説明が求められ、違反すれば報酬が減算される。
  - ・ 複数の事業所の紹介を求めることが可能
  - ・ ケアプランに位置付けた事業所について、その理由の説明を求めることが可能

(注) 「利用者によるサービスの選択に資するよう、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するものとする」(指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第13条第5号)。



- 「利用者本位」に考えれば、ケアマネージャーがケアプランを作成・提供するに当たり、**利用者側の求めによらずとも、単なる情報提供に止まらず、複数の事業所のサービス内容と利用者負担(加減算による差等)について説明することを義務化**することにより、利用者に比較検討の機会を確保し、**サービス価格の透明性を向上すべき**。



(出所) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

【ケアマネージャーとサービス事業者との関係】

ケアマネ事業者がケアプランを作成するに当たっては、特定のサービス事業所に不当に偏ることがないように求められており、特定のサービス事業所への集中割合が80%を超える場合には報酬が減算(介護保険法第69条の34等)

【改革の方向性】(案)

- 在宅サービスについては、ケアマネージャーの活用等により、介護サービスの価格の透明性を高めていくための取組等を通じて、サービスの質を確保しつつ、確実に価格競争が行われる仕組み(より良いサービスがより安価に提供される仕組み)を構築すべきである。

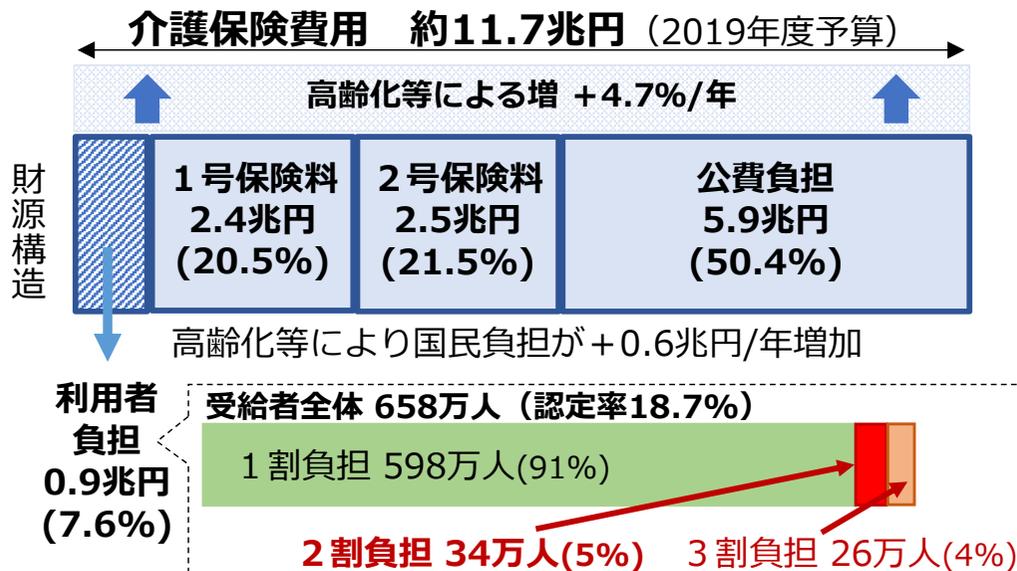
## 視点3：高齢化・人口減少下での負担の公平化

- ・ 年齢ではなく能力に応じた負担

# 高齢化・人口減少下での負担の公平化(総括)

- 介護保険費用については、今後も経済の伸びを越えて大幅に増加することが見込まれており、制度の持続可能性や給付と負担のバランスを確保し、現役世代の保険料負担の伸びの抑制を図る観点から、介護保険サービスの利用者負担等について、所得・資産に応じた負担となるよう、見直しを着実に実施すべき。

## 介護保険費用の構造



## これまでに取り組んできた主な事項

- **利用者負担の引上げ**
  - ・ 2015年8月に年金収入等280万円以上の利用者に対し2割負担を導入し、2018年8月に年金収入等340万円以上の利用者に対し3割負担を導入
- **補足給付に資産要件を追加**
  - ・ 2015年8月に預貯金等を勘案する資産要件を追加
- **介護納付金(2号保険料)の総報酬割導入**
  - ・ 各医療保険者の介護納付金について、2017年8月分から、加入者数ではなく、報酬額に比例した負担へと段階的に移行(2020年度に全面移行)

## 今後の主な改革の方向性

- **年齢ではなく能力に応じた負担**

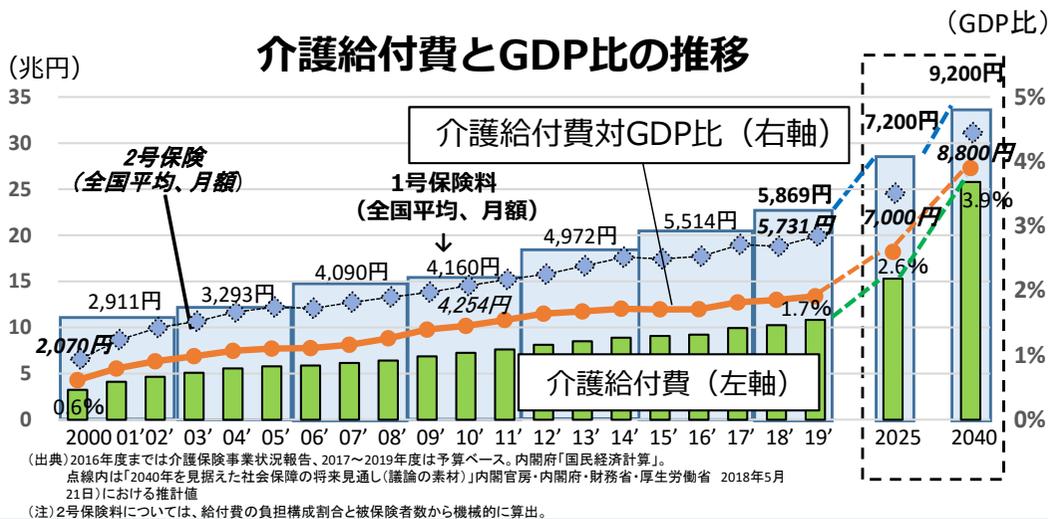
**[利用者負担の見直し]** p. 91

  - ・ 利用者負担の原則2割とすることや利用者負担2割に向けてその対象範囲を拡大するなど、段階的に引上げ

**[補足給付の要件見直し]** p. 93-p. 94

  - ・ 資産要件への宅地等の追加や預貯金等の基準見直し
- **その他、ケアマネジメントの利用者負担の導入、多床室の室料負担の見直し など**

## 介護給付費とGDP比の推移



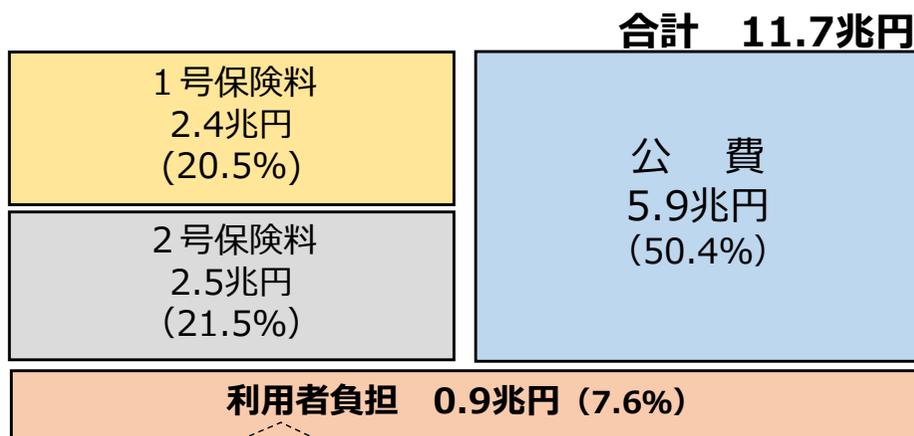
# 介護保険の利用者負担について

負担の在り方

## 【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、高齢者間での利用者負担と保険料負担との均衡を図ることが必要。

## 【介護保険費用の内訳（2019年度予算）】



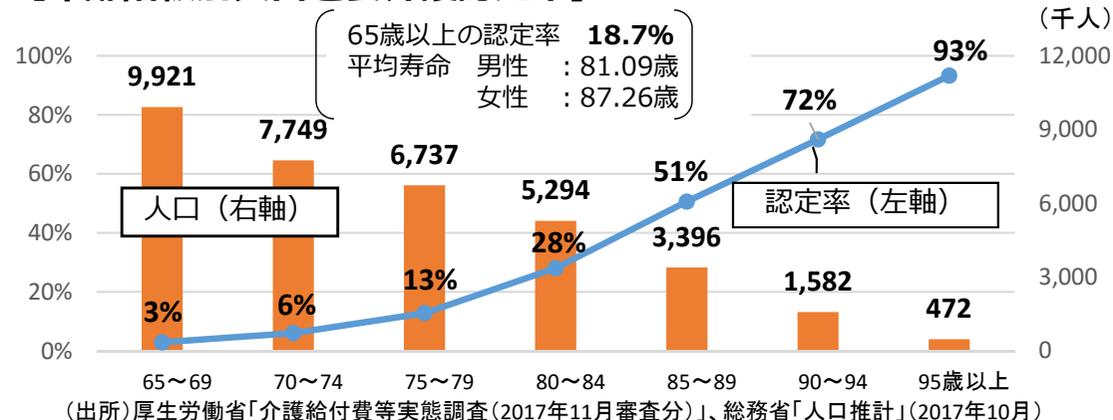
受給者全体 658万人（認定率18.7%）



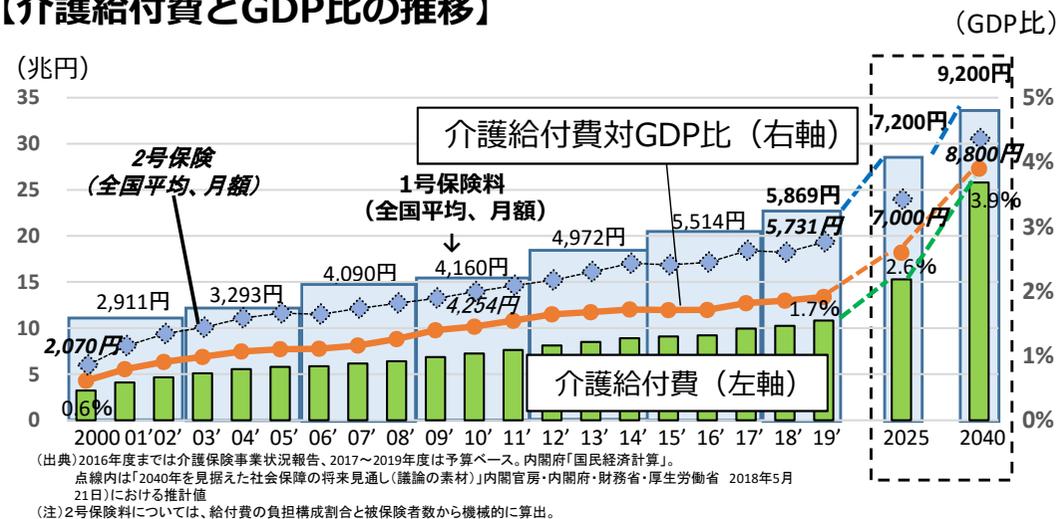
(出所) 介護保険状況報告 (2018年12月分)

※ 諸外国では、ドイツの利用者負担（利用者負担／総費用）が約3割、韓国が約2割。

## 【年齢階級別人口と要介護認定率】



## 【介護給付費とGDP比の推移】



## 【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し、将来的な保険料負担の伸びの抑制を図る観点から、介護保険サービスの利用者負担を原則2割とすることや利用者負担2割に向けてその対象範囲の拡大を図るなど、段階的に引き上げていく必要。

# ケアマネジメントの質の向上と利用者負担について

## 【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等から利用者負担が設定されていない。このため、利用者側からケアマネジャーの業務の質へのチェックが働きにくい構造。
- ケアマネジメントの質の評価とあわせて、利用者自身が自己負担を通じてケアプランに関心を持つ仕組みとした方が、サービスの質の向上につながるだけでなく、現役世代の保険料負担が増大する中、世代間の公平にも資するのではないか。

### （参考）経済財政運営と改革の基本方針2018

「介護のケアプラン作成、多床室室料、介護の軽度者への生活援助サービスについて、給付の在り方を検討する。」

## 【ケアマネジメントに係る費用のイメージ】

- ケアマネジメント（居宅介護支援）に係る費用額（2017年度実績）



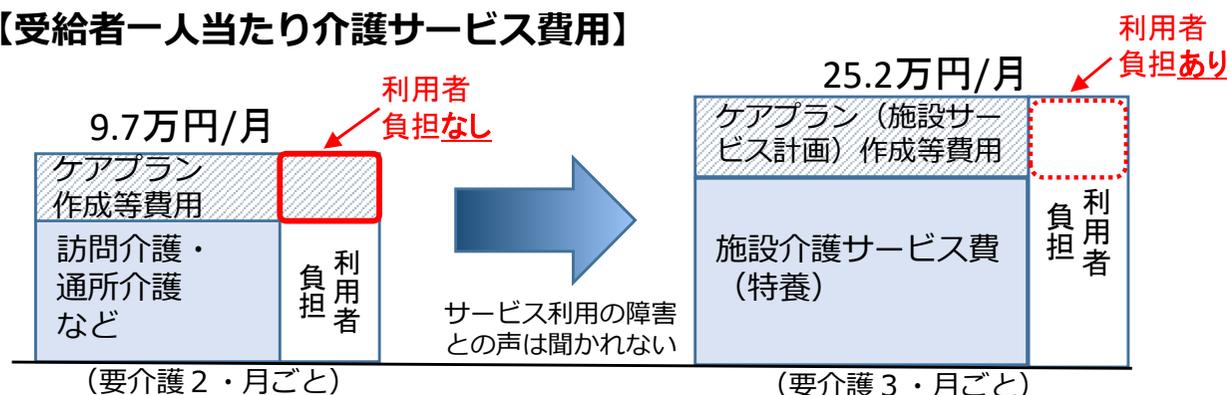
### 1割負担相当分（約450億円）の内訳に関する機械的試算

国費 112億円（25%）	都道府県 市町村 112億円（25%）
高齢者の保険料 103億円（23%）	<b>若年者の保険料 121億円（27%）</b>

現役世代の負担（毎年）

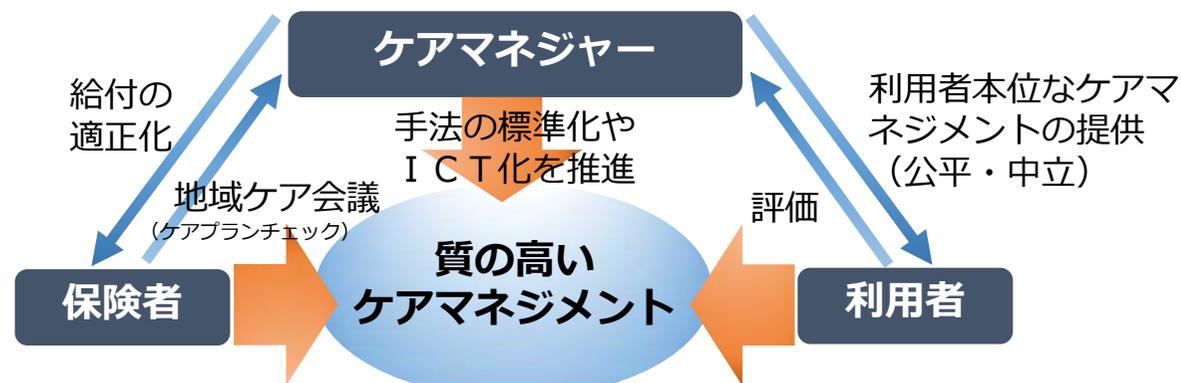
（注）自己負担は、所得の状況に応じて1～3割となることに留意。

## 【受給者一人当たり介護サービス費用】



（注）2017年度介護給付費等実態調査の受給者1人当たり費用額から粗く計算できる自己負担額は1,400円程度。

## 【ケアマネジメントの質の向上に向けたイメージ】



※低所得者は、高額介護サービス費の支給によって自己負担額に上限あり。

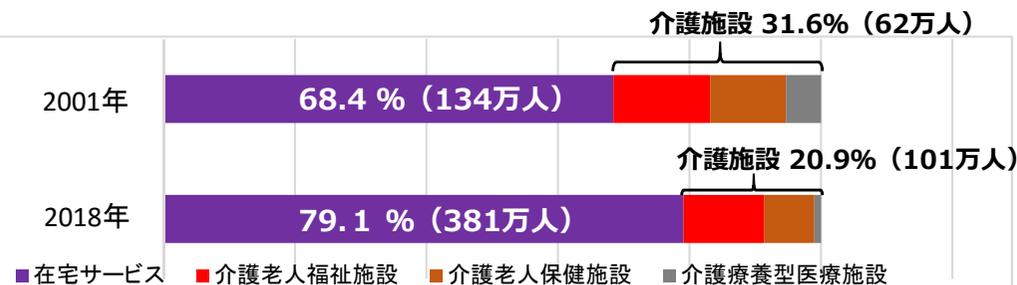
## 【改革の方向性】（案）

- 頻回サービス利用に関する保険者によるケアプランチェックやサービスの標準化の推進と併せ、世代間の公平の観点等も踏まえ、居宅介護支援におけるケアマネジメントに利用者負担を設けるとともに、ケアマネジメントの質を評価する手法の確立や報酬への反映を通じて、利用者・ケアマネジャー・保険者が一体となって質の高いケアマネジメントを実現する仕組みとする必要。

### 【論点】

- 介護施設等の利用者のうち、低所得者については、その居住費・食費について介護保険制度から補足給付が支給されているが、在宅でのサービス利用者は基本的に全額自己負担となっている。
- この補足給付については、福祉的性格を有するため、預貯金等の資産等を有する経済力のある高齢者の利用者負担を軽減することは本来の姿ではなく、2014年改正により、所得要件に加えて預貯金等の一部資産を勘案する資産要件が加えられたが、その要件は十分か。

### <介護施設・在宅サービスの利用者割合・数(一部推計)>



(出所) 厚生労働省「介護給付費等実態調査」

### <補足給付の対象範囲>

認定者数：119万人、給付費：3,292億円 [2016年度]

第1段階	・生活保護受給者 ・市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者
第2段階	・市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額+合計所得金額が80万円以下
第3段階	・市町村民税世帯非課税であって、利用者負担第2段階該当者以外

※ 補足給付の支給にあたっては①預貯金等、②配偶者の所得、③非課税年金を勘案することとなっている(①・②は2015年8月、③は2016年8月から適用)なお、介護施設の入所者だけでなく、短期入所生活介護、短期入所療養介護の利用者も対象。

(出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」

### <社会保障審議会介護保険部会意見書(抜粋)(2016年12月9日)>

- 補足給付の不動産勘案に関しては、**一定額以上の宅地を保有している場合に資産として活用**することについて、**引き続き検討を深める**こととするのが適当である。

### <補足給付受給者の固定資産税の状況>

ある自治体における調査結果

合計(人)	補足給付受給者の固定資産税額							
	なし	有・非課税	1.2万円未満	1.2万円以上 2.3万円未満	2.3万円以上 3.5万円未満	3.5万円以上 7万円未満	7万円以上 14万円未満	14万円以上
1,457	988	62	94	85	75	71	63	19
100%	67.8%	4.3%	6.5%	5.8%	5.1%	4.9%	4.3%	1.3%

※ 税額が7万円以下にすべて200㎡の住宅用地だとすると、**固定資産の評価額は1,500万円**。  
7万円以上が5.6%

出典：「補足給付の実態と資産等を勘案した負担能力評価のあり方に関する調査研究(2012年)」

### <世帯主が65歳以上の世帯の資産構成>

(出所) 総務省「2014年全国消費実態調査」



### 【改革の方向性】(案)

- 在宅サービス受給者と施設サービス受給者との負担の権衡や世代間の公平性を確保するため、補足給付対象者の宅地等を含む資産の実態調査等を通じ、資産要件に宅地等を追加するなど更なる見直しを検討する必要。

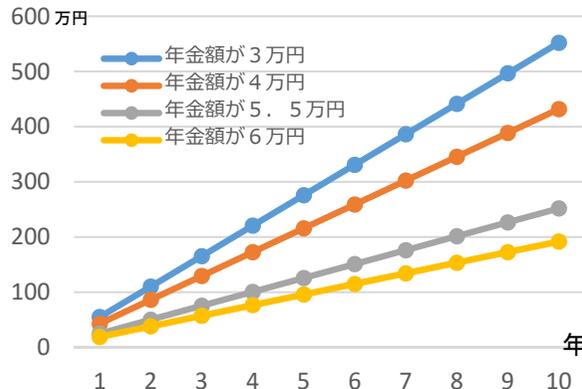
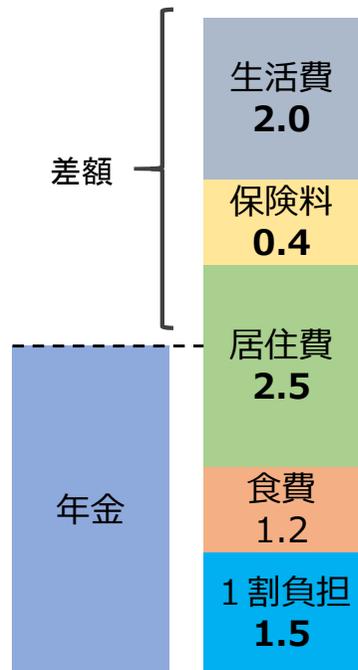
### 【論点】

- 補足給付が福祉的性格を有することに加え、経済力のある者への補足給付を維持しながら、第2号被保険者の保険料負担を高めることは、世代間格差をも拡大するため、2014年改正において、一定以上の預貯金や有価証券等の金融資産を有する世帯には補足給付を行わない旨の要件の見直しを行ったが、この水準は経済力の有無を判断する基準として妥当か。

### ＜施設での生活にかかる費用等の目安（国民年金受給者）＞

補足給付を受けている者が、年金収入を得つつ、施設（特養・ユニット型）での生活に係る費用等（下記「差額」）を負担すると仮定し、入所期間に応じて費用負担の累計額を計算。この場合、仮に年金額が低くても、預貯金が500万円程度があれば10年居住が可能（特養の平均入所期間は約4年間。約8割は5年未満で退所。）。

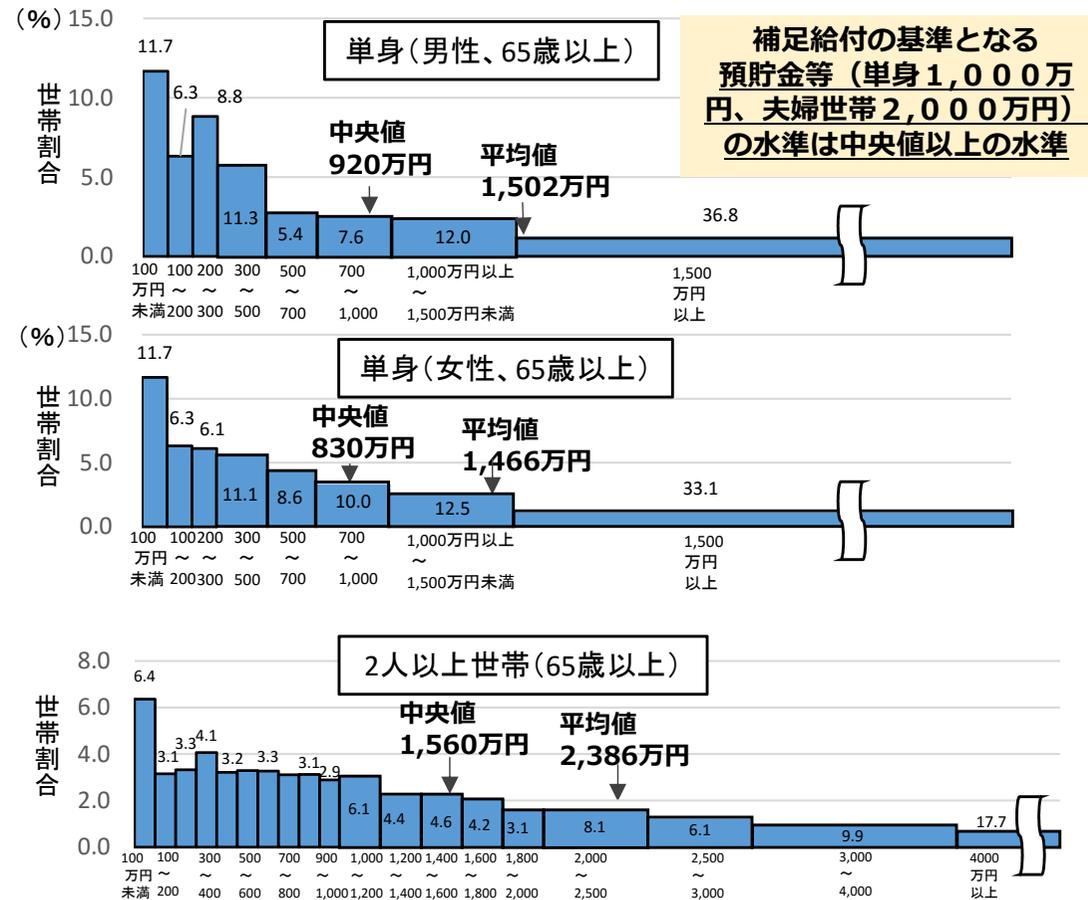
#### ○ 特養ユニット型個室の月額利用料等 7.6万円



＜国民年金受給月額＞（2016年度末）

	人数	割合	累積割合
合計	31,656,772		
万円以上			
～ 1	88,440	0.3	0.3
1 ～ 2	320,098	1.0	1.3
2 ～ 3	1,038,662	3.3	4.6
3 ～ 4	3,283,070	10.4	14.9
4 ～ 5	4,601,417	14.5	29.5
5 ～ 6	7,034,486	22.2	51.7
6 ～ 7	13,606,925	43.0	94.7
7 ～	1,683,674	5.3	100.0
平均年金月額	円		
	55,373	100.0	

### ＜貯蓄現在高階級別世帯分布（高齢者世帯）＞



補足給付の基準となる  
 預貯金等（単身1,000万円、夫婦世帯2,000万円）  
 の水準は中央値以上の水準

（出所）高齢者単身世帯のデータについては、「2014年 全国消費実態調査」、2人以上世帯については、「2017年 家計調査（貯蓄・負債編）」。

### 【改革の方向性】（案）

- 在宅サービス受給者と施設サービス受給者との負担の権衡や世代間の公平性を確保するため、補足給付対象者の資産の実態調査等を通じ、現行の預貯金等に係る補足給付の基準も含めて要件の更なる見直しを検討する必要。

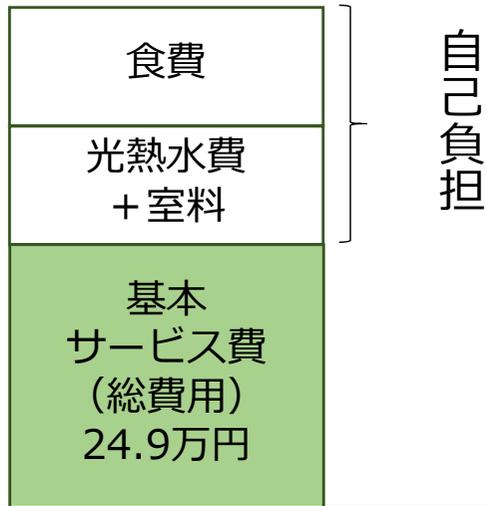
# 在宅と施設の公平性の確保(多床室の室料負担について)

【論点】

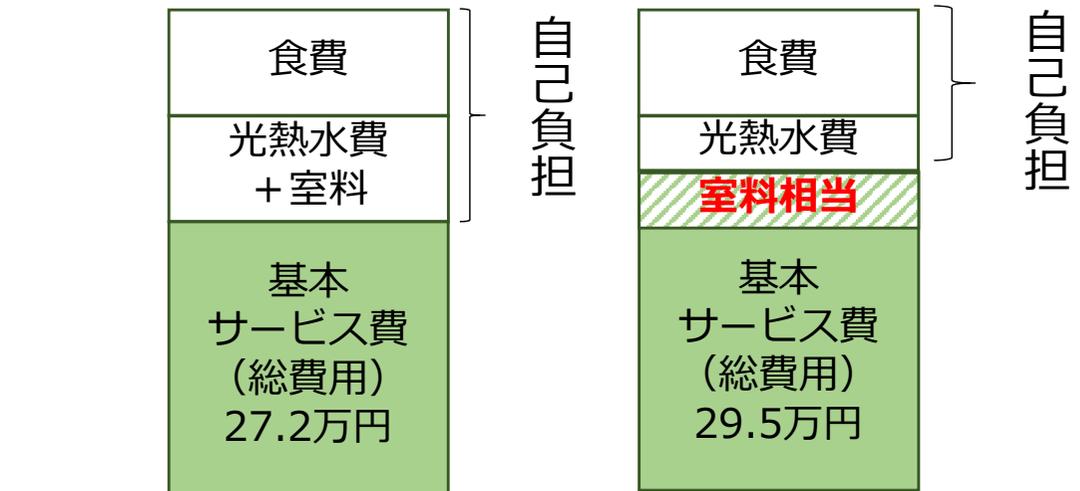
- 2005年制度改正において、施設サービスにおける食費や個室の居住費（室料+光熱水費）を介護保険給付の対象外とする制度見直しを実施（多床室については光熱水費のみ給付対象外とし、また低所得者には補足給付を創設）。
- 2015年度介護報酬改定において、特養老人ホームの多床室の室料負担を基本サービス費から除く見直しを行ったが、介護老人保健施設、介護療養病床、介護医療院については、室料相当分が介護保険給付の基本サービス費に含まれたままとなっている。

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。



特養老人ホーム  
(個室・多床室)



介護老人保健施設  
(従来型個室)

介護老人保健施設  
(多床室)

※ 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) 「新経済・財政再生計画 改革工程表2018」(抜粋)

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、関係審議会等において第8期介護保険事業計画期間に向けて検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。

【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、次期介護報酬改定において、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べき。

## IV. 子ども・子育て

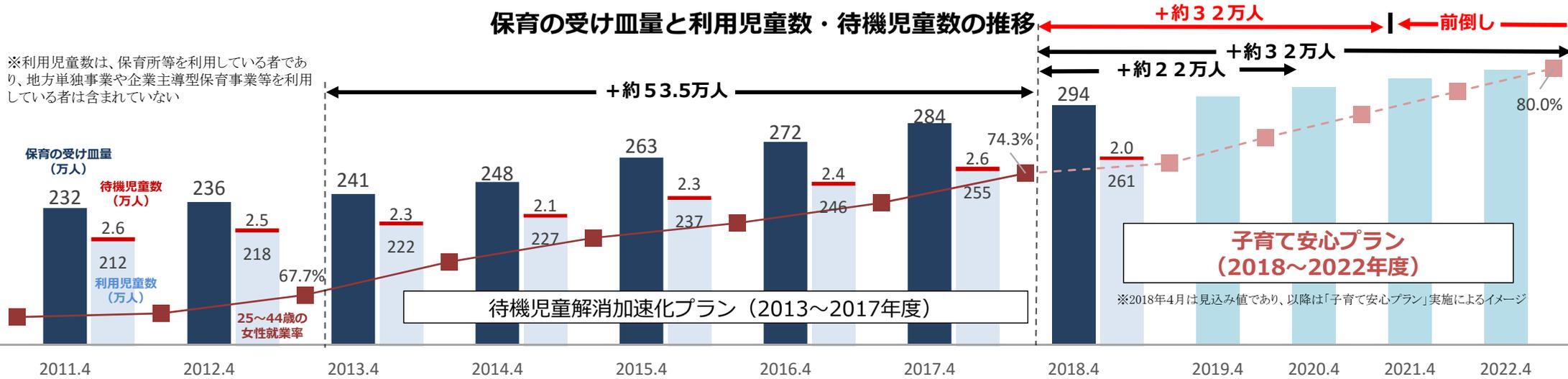
# 子ども・子育て支援について

## 【現状】

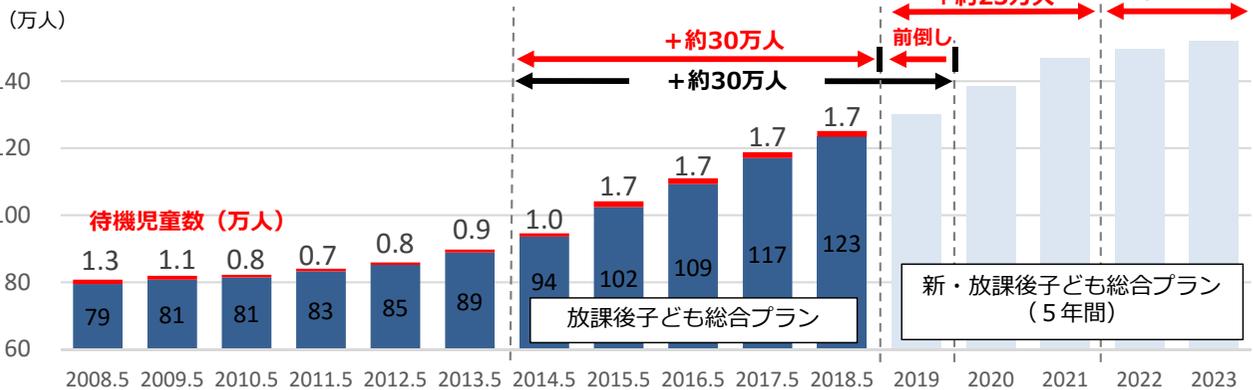
- 保育の受け皿について、2013～2017年度末までの5年間で、待機児童解消加速化プランと合わせ、約53.5万人分拡大し、政府目標の50万人分を達成。また2017年6月に厚生労働大臣から「子育て安心プラン」を公表。さらにそれを前倒し、2018年度～2019年度末までの2年間で保育の受け皿を約22万人分拡大、女性就業率80%に対応できるよう2020年度末までの3年間で合計約32万人分の受け皿整備を進め、遅くとも2020年度末までの3年間で待機児童を解消することとされている。
- 保育の無償化について、これまで段階的に進めてきたところ、「新しい経済政策パッケージ」(2017年12月8日閣議決定)や「骨太の方針2018」(2018年6月15日閣議決定)を踏まえ、3歳から5歳までの全ての児童及び0歳から2歳までの住民税非課税世帯の児童について、2019年10月から無償化を実施するため、2019年度予算に所要額を計上するとともに、子ども・子育て支援法改正案を国会へ提出。

### 保育の受け皿量と利用児童数・待機児童数の推移

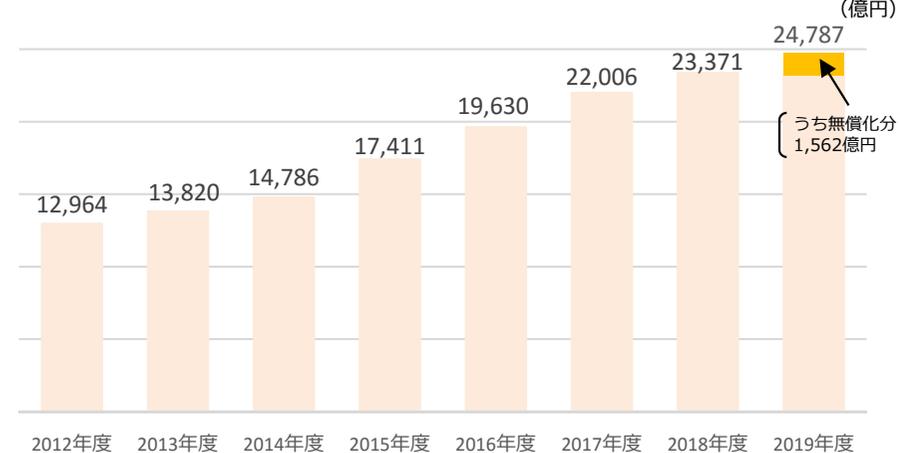
※利用児童数は、保育所等を利用している者であり、地方単独事業や企業主導型保育事業等を利用している者は含まれていない



### 放課後児童クラブの利用児童数・待機児童数の推移



### 保育所等に係る費用総額の推移 (公費+利用者負担)



(出所) 厚生労働省「放課後児童健全育成事業の実施状況」(毎年5月1日現在)  
 (注) 2019以降については、「新・放課後子ども総合プラン」(2018年9月14日公表)の実施による見込み値。

※私立保育所等の運営費(公定価格)の当初予算額に基づくものであり、施設整備費等は含まない。

# 「子育て安心プラン」

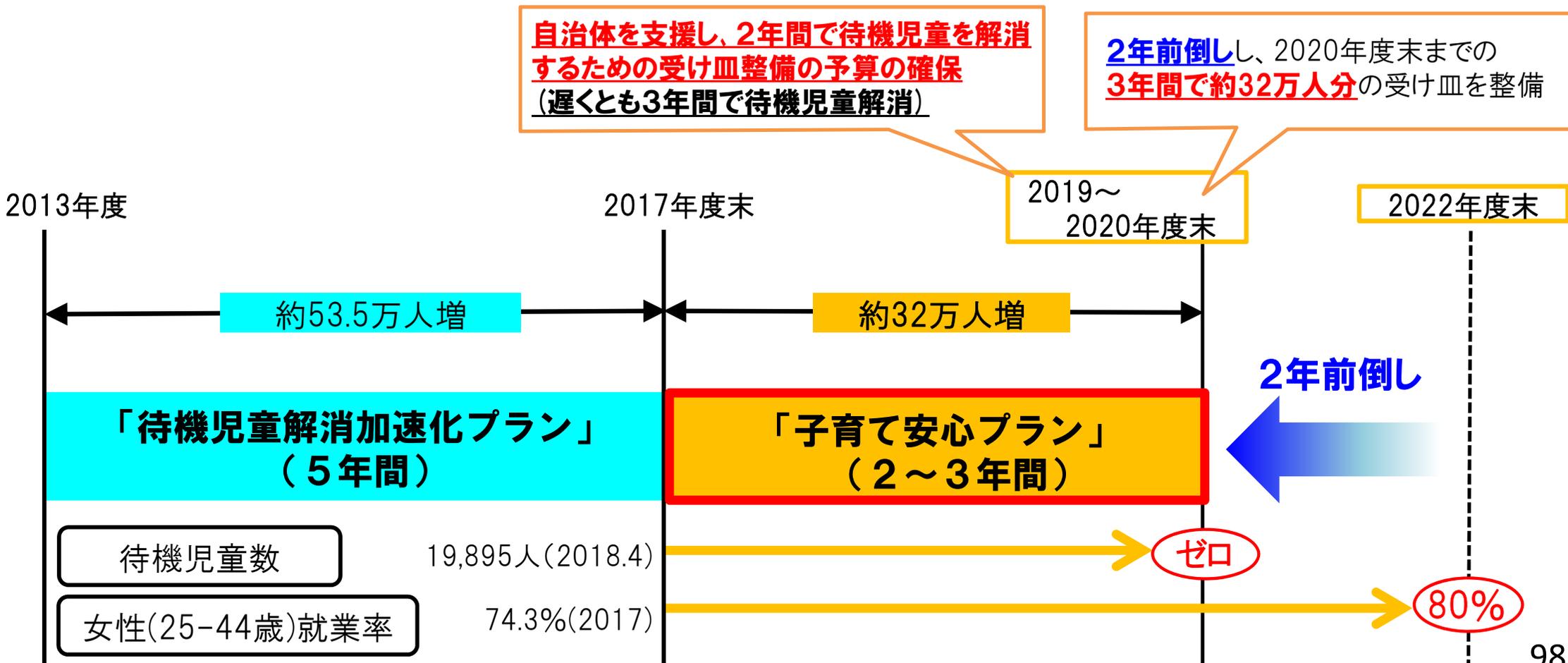
【2017年6月2日公表】

## 【待機児童を解消】

東京都をはじめ意欲的な自治体を支援するため、**待機児童解消に必要な受け皿約22万人分の予算を2018年度から2019年度末までの2年間で確保**。（遅くとも2020年度末までの3年間で全国の待機児童を解消）

## 【待機児童ゼロを維持しつつ、5年間で「M字カーブ」を解消】

**「M字カーブ」を解消**するため、2020年度末までの**3年間で女性就業率80%**に対応できる**約32万人分**の受け皿整備（当初5年間の計画を3年間に2年前倒し）。  
（参考）スウェーデンの女性就業率：82.5%（2016）



# 幼児教育の無償化について

(「幼児教育無償化の制度の具体化に向けた方針」(2018年12月28日関係閣僚合意)のポイント)

幼児教育の無償化の趣旨 → 幼児教育の負担軽減を図る少子化対策、生涯にわたる人格形成の基礎を培う幼児教育の重要性

## 1. 幼稚園、保育所、認定こども園等

- 3～5歳：幼稚園、保育所、認定こども園、地域型保育、企業主導型保育（標準的な利用料）の利用料を無償化

※ 新制度の対象とならない幼稚園については、月額上限2.57万円（注：国立大学附属幼稚園0.87万円、国立特別支援学校幼稚部0.04万円）まで無償化

※ 保護者から実費で徴収している費用（通園送迎費、食材料費、行事費など）は、無償化の対象外。食材料費については、保護者が負担する考え方を維持  
3～5歳は施設による実費徴収を基本。低所得者世帯等の副食費の免除を継続し、免除対象者を拡充（年収360万円未満相当世帯）

- 0～2歳：上記の施設を利用する住民税非課税世帯を対象として無償化

## 2. 幼稚園の預かり保育

- 保育の必要性の認定を受けた場合、幼稚園に加え、利用実態に応じて、月額1.13万円までの範囲で無償化

## 3. 認可外保育施設等

- 3～5歳：保育の必要性の認定を受けた場合、認可保育所における保育料の全国平均額（月額3.7万円）までの利用料を無償化
- 0～2歳：保育の必要性があると認定された住民税非課税世帯の子供たちを対象として、月額4.2万円までの利用料を無償化
- 認可外保育施設における質の確保・向上を図るため、指導監督の充実にに向けた取組や認可施設への移行支援など様々な取組を実施

## 4. 負担割合

- 国1/2、都道府県1/4、市町村1/4。ただし、公立施設（幼稚園、保育所及び認定こども園）は市町村等10/10

※ 初年度(2019年度)に要する経費を全額国費で負担。また、事務費やシステム改修費についても一定の配慮措置。

## 5. その他

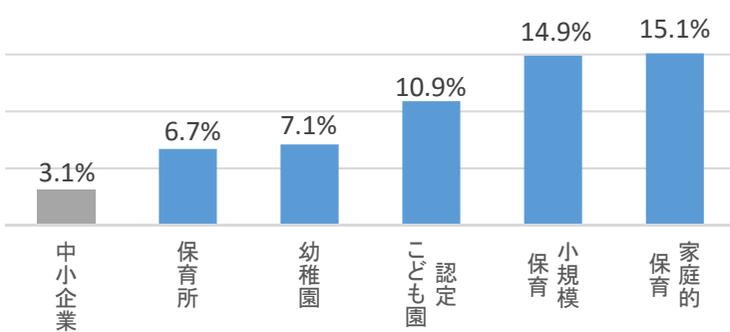
- 就学前の障害児の発達支援を利用する3～5歳の子供たちについても、利用料を無償化。幼稚園や保育所等を併用する場合も含む
- 実施時期：2019年10月1日

# 公定価格の適正化について

## 【論点】

- 子ども・子育て支援制度については、新制度施行後5年の見直しを迎えるにあたり、公定価格の適正化に向けた検討が必要。
- 具体的には、収支差率が中小企業の平均を上回っていることを踏まえれば、公定価格の算定方式自体のあり方の検証が必要(図1)。
- また、公定価格の内訳についても、利用実態を反映した適正化が必要。例えば、保育所等は、原則土曜日開所が必要(図2)。土曜日の利用希望者がおらず、常態的に土曜日を閉所する場合に、公定価格における土曜開所に係る費用を定率で調整する仕組みになっているが、実際の運営状況を見ると、開所していても利用児童数や職員数は平日の半分以下であること等が確認された(図4)。また、複数の保育所による共同保育を実施した場合、その週に閉所している施設も開所しているものとして公定価格が算定される仕組みになっている(図3)。

【図1】施設類型別の収支差率



(出所) 2018年度予算執行調査(財務省)

※保育所等の収支差率は、(収入-支出)÷収入で算出し、いわゆる保育所等運営費以外の収支も含まれる。

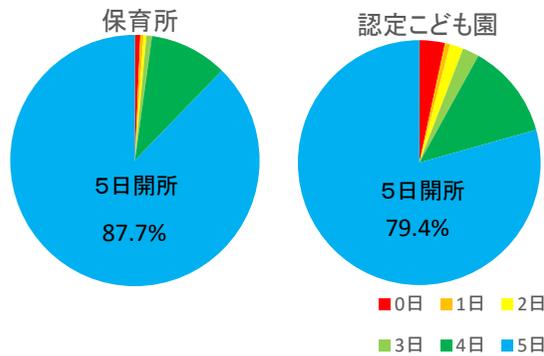
※中小企業の収支差率は、経常利益÷売上高で算出し、2012～2016年度の5年間のうち最大・最小値を除いた3年間の単純平均値。

## 各社会保障制度における公定価格等の算定方式

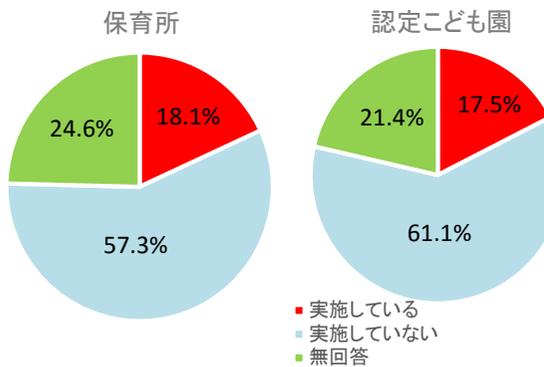
	診療報酬	介護報酬	障害福祉サービス等報酬	保育公定価格
積み上げ方式				○
包括方式	○	○	○	

【図2】土曜日の開所日数

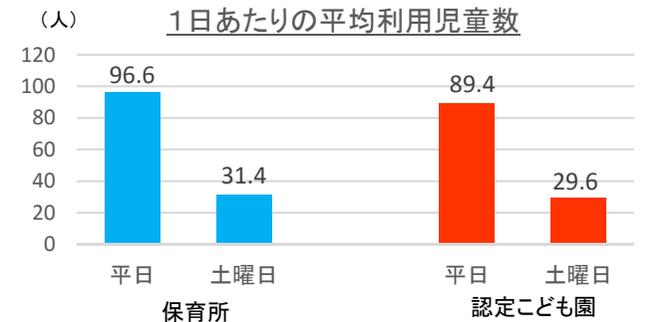
2018年3月の土曜日5日の開所日数の分布



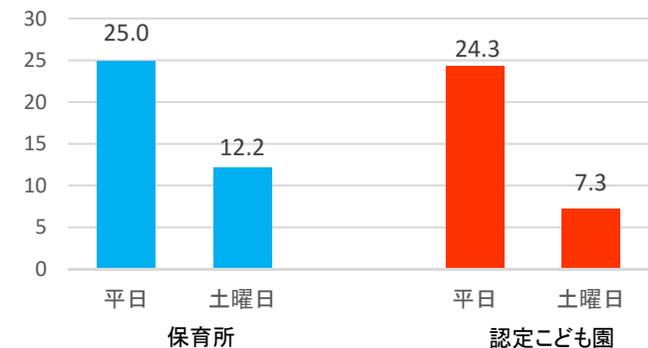
【図3】土曜日の共同保育の実施状況



【図4】土曜日の利用児童数及び勤務する職員数



1日あたりの平均勤務職員数(職員全体)



(図2～4の出所) 子ども・子育て会議(第41回) 厚生労働省提出資料「保育所等の運営実態に関する調査結果」<速報>

## 【改革の方向性】(案)

- 新制度施行後5年の実施状況を踏まえた公定価格の見直しを行う必要があり、例えば、常態的に土曜日に閉所する場合には減算の調整をすることになっているが、公平性の観点から、利用実態・運営実態に応じて、よりきめ細やかな減算調整の仕組みを導入することが必要。
- さらに、公定価格の算定における個々の見直しを検討することに加えて、各々対象となる費目を積み上げる「積み上げ方式」から、実態調査等に基づき、人件費・事業費・管理費等を包括的に評価する「包括方式」への移行も検討すべきではないか。

# V. 年金

# 現行の年金制度について

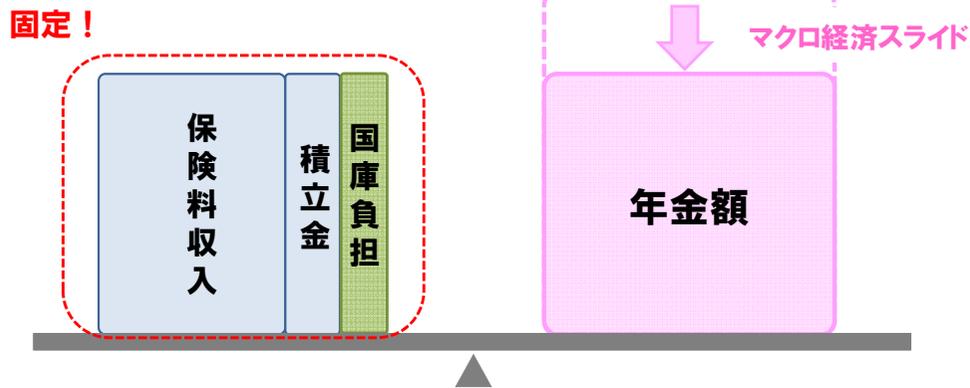
2004年改正以前は、予定した給付をまかなうため、5年毎の「財政再計算」を踏まえて保険料（＝負担）水準を見直すとともに、少子高齢化の進展で保険料が過重になることを回避するため、給付面の見直しも実施。

※ 財政再計算：その時点の給付水準を維持すると仮定した場合にどの程度の保険料水準が必要となるかを算定。

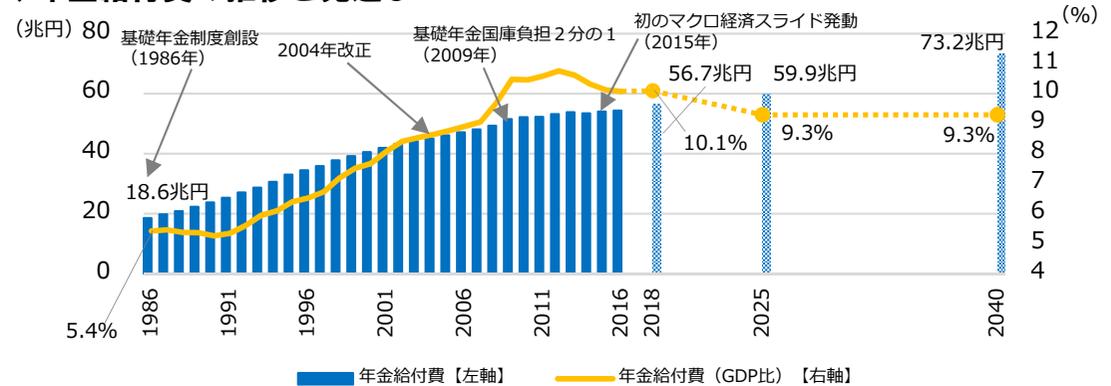
○ **2004年改正**において、将来の現役世代の過重な負担を回避するとともに、公的年金としてふさわしい給付水準を確保するとの考え方の下、持続可能な年金制度の構築と信頼の確保に向けた改革を実施。

- ① 基礎年金国庫負担を1/2に引上げ（2009年度より臨時的な財源を用いて実現、2014年度に消費税増収分を財源に恒久化）
- 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）（2017年度に引上げ終了）
- 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「**マクロ経済スライド**」を導入

## ◆2004年改正後の年金財政フレーム



## ◆年金給付費の推移と見通し



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「平成28年度社会保障費用統計」（2016年度まで）  
内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年度を見据えた社会保障の将来見通し」（経済ベースラインケース）（2018年度以降）

○ その上で、5年毎に、上記の枠組みが適切に機能しているかどうかを点検する「**財政検証**」を行うこととされた。

・ 財政検証は、財政再計算と異なり、負担水準を定める目的ではなく、給付水準を自動調整するマクロ経済スライドの調整期間を定めることが主な目的。

→ 5年後までに所得代替率（現役男子の平均手取り収入額に対する年金額の比率）が50%を下回る場合は、給付及び負担の在り方について検討を行うとされている。

・ 2014年財政検証からは、年金制度の課題の検討に資するよう、制度改正を仮定した「**オプション試算**」を実施。

➔ **本年（2019年）は3回目となる財政検証の年であり、オプション試算を行う2回目の財政検証となる**

# 年金制度の現状と課題

2004年改正に基づく国庫負担2分の1が実現し、保険料の引上げも終了したことにより、年金財政を均衡させるための基本的な仕組みは概ね完成。



## 将来の給付水準の低下

- ・デフレの長期化により、**マクロ経済スライドは機能を十分に発揮せず**（発動は2015・2019年度の2回のみ）。
- ・賃金低下の中で年金が維持されたことと相まって、マクロ経済スライドの調整期間が長期化し、2004年改正時の想定よりも**将来世代の基礎年金給付水準が低下**。

<基礎年金の所得代替率>

	2004年財政再計算 (標準ケース)	2014年財政検証 (ケースE)
調整終了年(期間)	2023年(約20年)	2043年(約30年)
調整終了後所得代替率	28.4%	26.0%

※ 老齢年金受給者約3,600万人中、老齢基礎年金のみ受給者約560万人  
(2016年度 厚生年金保険・国民年金事業年報)



## 働き方をめぐる変化

- ・子育て支援の充実等を背景に**女性の就業率は上昇**するとともに、平均寿命の伸長等を背景に**高齢者の就労も進展**。

<就業率の変化>

	2004年	2018年
女性(15~64歳)	57.4%	69.6% (+12.2%)
65歳以上【男女計】	19.4%	24.3% (+4.9%)
うち65~69歳	33.2%	46.6% (+13.4%)

(出所) 総務省「労働力調査」

- ・女性や高齢者の労働参加を背景に、**パート・アルバイト等が増加**するなど、働き方も多様化。

パート・アルバイト：1,053万人(2002年) → 1,490万人(2018年)

(出所) 総務省「労働力調査」

- ・**将来の基礎年金の給付水準の維持・向上**を図るとともに、**働き方をめぐる変化に対応**した制度としていくことが必要。
- ・制度のあり方を検討する上では、**世代間・世代内の再分配機能**を適切に確保する観点が必要であることに加え、財源が限られる中、将来の国庫負担の水準への影響に留意するとともに、自助努力を促していく観点も重要。



## 次期財政検証を踏まえた年金制度改革の課題

年金額改定のあり方

在職老齢年金制度

被用者保険の適用拡大

高所得者への年金給付

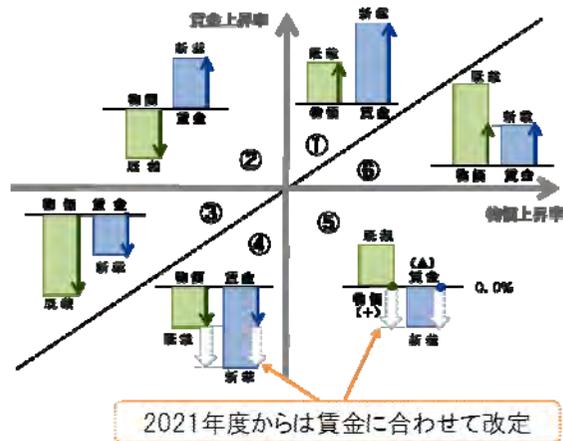
保険料拠出期間の延長

繰下げ受給の柔軟化

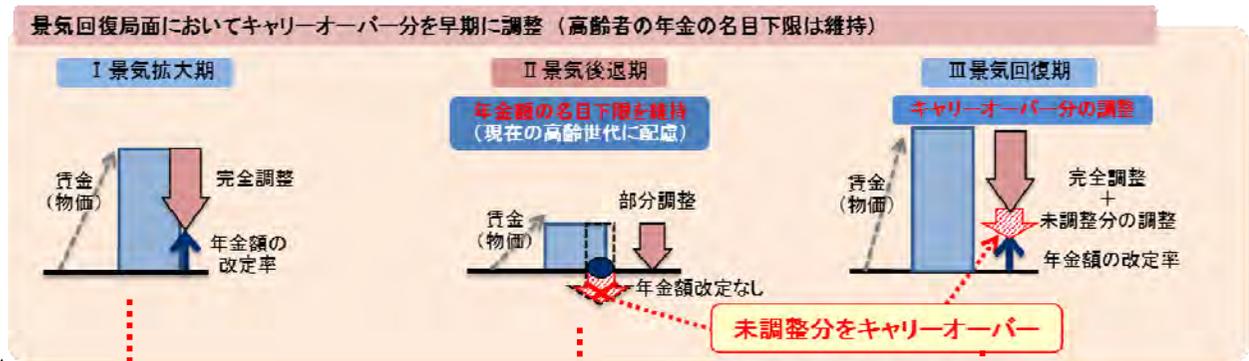
# 年金額の改定のあり方について

- デフレの長期化に伴い、将来世代の給付水準が低下傾向にある中、**2016年の年金改革法**においては、マクロ経済スライドの長期化を防ぎ、将来の給付水準を確保する観点から、
  - ・賃金変動が物価変動を下回る場合には賃金変動に合わせて改定する考え方を徹底するとともに、
  - ・マクロ経済スライドの名目下限措置を維持しつつ、前年度までの未調整分を調整（キャリアオーバー）する仕組みを導入
- 2019年度では、物価上昇等の結果、前年度に発生したキャリアオーバー分(▲0.3%)は完全に解消(なお0.1%のプラス改定)。

## ◆賃金・物価スライドの見直し（2021年4月施行）

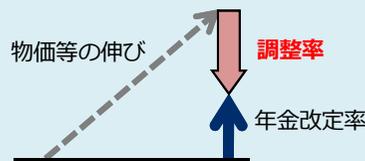


## ◆マクロ経済スライドのキャリアオーバー（2018年4月施行）



## ◆マクロ経済スライドによる年金額の調整（参考）

少子高齢化が進行しても、財源の範囲内に給付が収まるよう、現役世代の人口減少とともに年金の給付水準を調整



調整率：①公的年金の全体の被保険者の減少率  
+  
②平均余命の伸びを勘案した率（▲0.3%）

※ 2019年度は①が+0.1%（=被保険者数が増加）であったため、調整率は▲0.2%

所得代替率



（出所）厚生労働省「第3回社会保障審議会年金部会」（2018年7月30日）資料を基に作成。

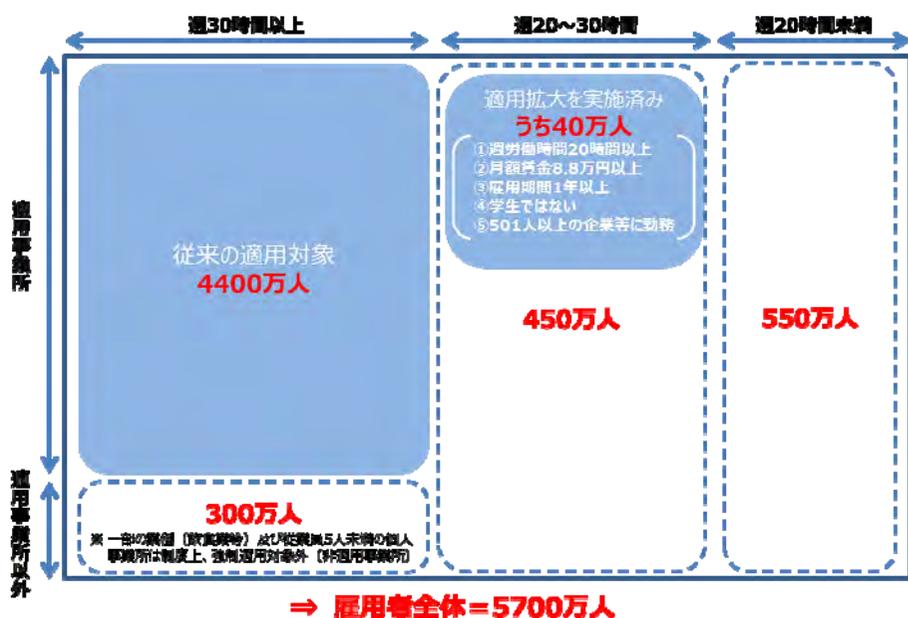
## 【改革の方向性】（案）

- 年金額の改定については、2016年の年金改革法による新たな仕組みの効果を注視しつつ、マクロ経済スライドのあり方について、今後も検討を続ける必要。

# 働き方をめぐる変化と被用者保険の適用拡大

- 女性や高齢者の労働参加を背景に、パート・アルバイトは増加傾向にある中、国民年金の1号被保険者を見ると、被用者でありながらも厚生年金の適用対象となっていない層も増加。  
※ 1号被保険者に占める常用雇用及び臨時・パートの割合：26.4%（1999年）→40.3%（2017年）
- こうした中、これまで週30時間以上とされていた被用者保険の適用範囲については、2016年10月から、501人以上の企業で、月収8.8万円以上等の要件を満たす場合、週20時間以上の短時間労働者にも拡大された。（2017年4月から、500人以下の企業で、労使の合意に基づき、企業単位で短時間労働者への適用拡大も可能とされた。）
- 今後、**更なる適用拡大を進め、より多くの短時間労働者の厚生年金加入を実現することは、多様化する働き方に対応しつつ、被用者の将来の所得保障を充実するとともに、基礎年金の給付水準の改善にも資するもの。**

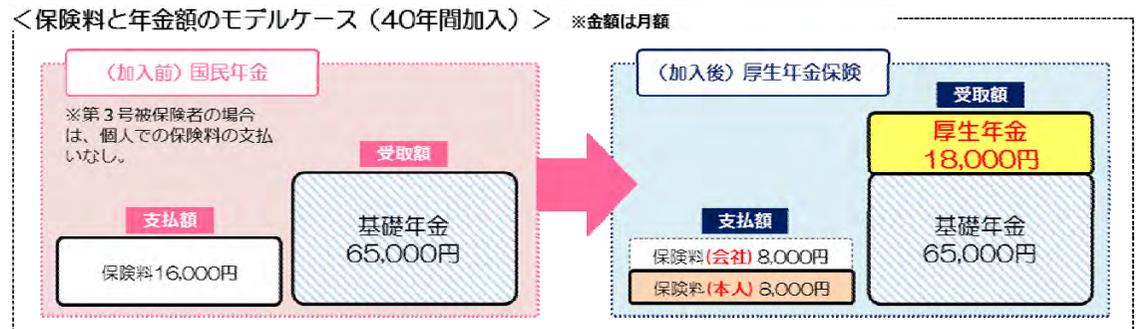
## ◆被用者保険の適用状況



（注）「労働力調査2018年4～8月平均」の特別集計を用いて推計したもの。なお、厚生年金の被保険者年齢の上限である70歳以上の雇用者は除かれている。

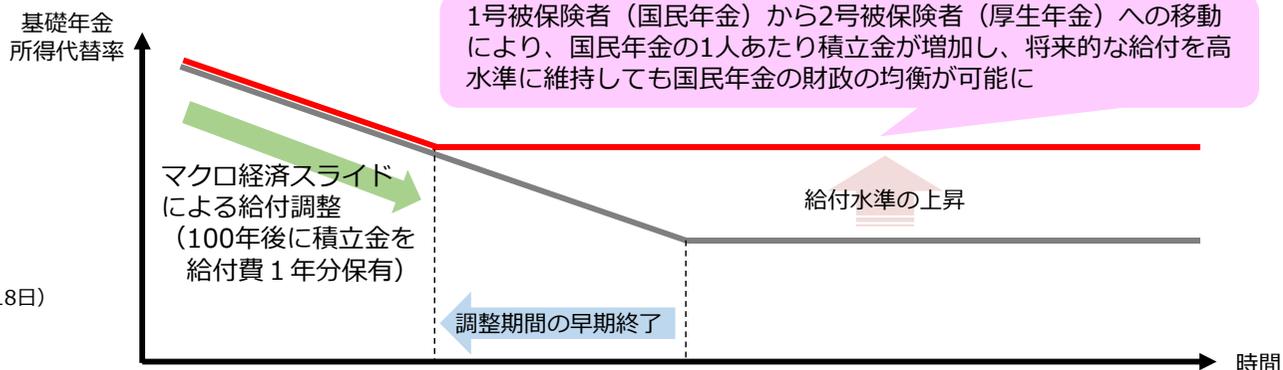
（出所）厚生労働省「働き方の多様化を踏まえた社会保険の対応に関する懇談会」（2018年12月18日）

## ◆被用者保険適用となることによる給付・負担の主な変化



（出所）厚生労働省「第1回働き方の多様化を踏まえた社会保険の対応に関する懇談会」（2018年12月18日）

## ◆適用拡大による基礎年金の給付水準の改善（イメージ）



## 【改革の方向性】（案）

- 被用者保険の適用拡大を更に進めるため、企業規模要件・賃金要件などについて検討を進めるべき。

# 保険料拠出期間の延長

- 国民年金の保険料拠出期間は、1961年（昭和36年）の制度発足時より、20歳～60歳の40年間とされているが、平成の時代において平均余命は伸長し、60歳以上の就業率も上昇している。
- 2014年財政検証においては、国民年金の保険料拠出期間を65歳までの45年間に延長し、これを年金額に反映する制度改正（国庫負担は現行制度と同じ2分の1）を仮定した場合のオプション試算を実施。
- こうした制度改正により、**所得代替率は大幅に上昇するが、これに伴い、国庫負担も大きく増加する**との試算結果。  
 ➔ 国庫負担は、制度改正後から徐々に増加し、将来的には年間1兆円前後（2014年度価格）の増となる。

## ◆平均余命と就業率の推移

	60歳平均余命		就業率（男女）	
	男	女	55～59歳	60～64歳
基礎年金制度創設時（昭和61年）	19.70年	23.62年	67.4%	51.1%
現在（※）	23.72年	28.97年	81.7%	68.8%

※60歳平均余命は2017年、就業率は2018年  
 （出所）厚生労働省「簡易生命表」、総務省「労働力調査」

## ◆保険料拠出期間延長による将来の国庫負担増

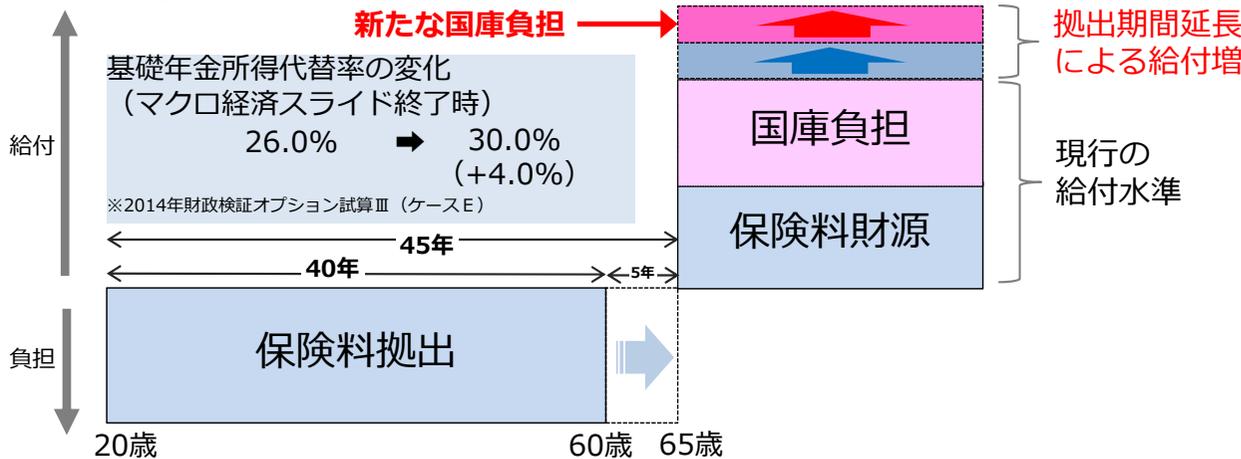
（単位：兆円）

年度	基礎年金国庫負担		
	現行 (A)	45年間拠出 (B)	増加額 (B - A)
2014	11.1	11.1	-
2030	9.9(15.2)	10.2(15.6)	+0.3(+0.4)
2042	9.0(18.6)	9.9(20.4)	+0.9(+1.8)
2055	8.4(23.7)	9.6(27.1)	+1.2(+3.4)
2060	8.0(25.6)	9.2(29.4)	+1.2(+3.8)
2070	7.1(29.2)	8.2(33.8)	+1.1(+4.6)
2080	6.3(33.0)	7.2(38.1)	+0.9(+5.1)
2090	5.4(36.6)	6.3(42.3)	+0.9(+5.7)
2100	4.7(40.5)	5.4(46.9)	+0.7(+6.4)
2110	4.1(45.1)	4.7(52.1)	+0.6(+7.0)

※2014年度財政検証オプション試算Ⅲ（ケースE）  
 賃金上昇率により2014年度の価格に換算したもの。（）内の計数は換算前の実額。

## ◆国民年金の保険料拠出期間の延長のイメージ（2014年財政検証オプションⅢ）

<45年拠出、65歳受給開始モデル>



## 【改革の方向性】（案）

- 国民年金の保険料拠出期間の延長は、給付水準向上の効果はあるが、現行制度を前提とすれば、大幅な国庫負担増を伴うものであり、これに見合う財源を確保せずに制度改正を行うことは、将来世代への過重な付け回しとなるため、問題ではないか。

# 在職老齢年金制度と高所得者への年金給付等の在り方の見直し

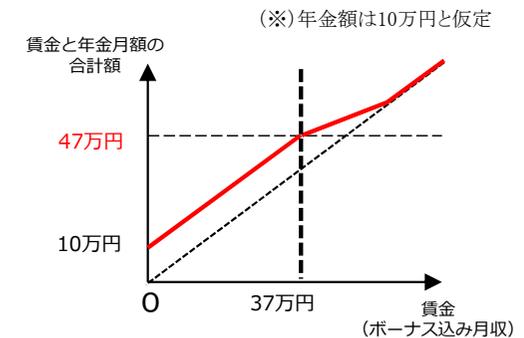
- より長い期間働くことが、社会の支え手を増やす観点からも、「人生100年時代」における個々人の経済基盤の充実の観点からも重要となる中、高齢期の勤労に中立的な年金制度を整備する観点から、在老の見直しが議論されている。  
(参考) 経済財政運営と改革の基本方針2018(骨太方針2018)(2018年6月15日 閣議決定)(抜粋)  
年金受給開始年齢の柔軟化や在職老齢年金制度の見直し等により、高齢者の勤労に中立的な公的年金制度を整備する。
- 65歳以上の在老(高在老)については、年金の支給が停止されるのは、**月47万円超の収入(賃金+年金)**がある受給者であり、**対象者は受給者全体の1.4%**に限られる。  
※ 60~64歳を対象とする在老(低在老)は、厚生年金の支給開始年齢の引上げに伴い、男性は2025年、女性は2030年に自然消滅。
- 在老による支給停止で生じた財源は、将来の給付に充てられているため、在老の縮小や廃止を行うと、基準額(高在老なら月47万円)を上回る収入のある受給者に追加的な給付を行うこととなる一方、現行制度が維持されても在老の対象とならないような、**相対的に収入が少ない将来の受給者の給付水準は低下**(再分配の観点からは逆引きの効果)。

## ◆在職老齢年金制度の概要 (注) 厚生年金のみを対象とする制度(基礎年金は対象外)

	支給停止基準額 (賃金+年金)	対象者数 (受給者総数, 割合)	支給停止額
60~64歳 【低在老】	28万円/月	約88万人 (約452万人, 19.5%)	約7,000億円
65歳以上 【高在老】	<b>47万円/月</b>	約36万人 (約2,537万人, <b>1.4%</b> )	約4,000億円

(出所) 対象者数・支給停止額について、厚生労働省「第6回社会保障審議会年金部会」(2018年11月2日)

## ◆イメージ図(高在老の場合)



← 男性は2025年、女性は2030年に自然消滅

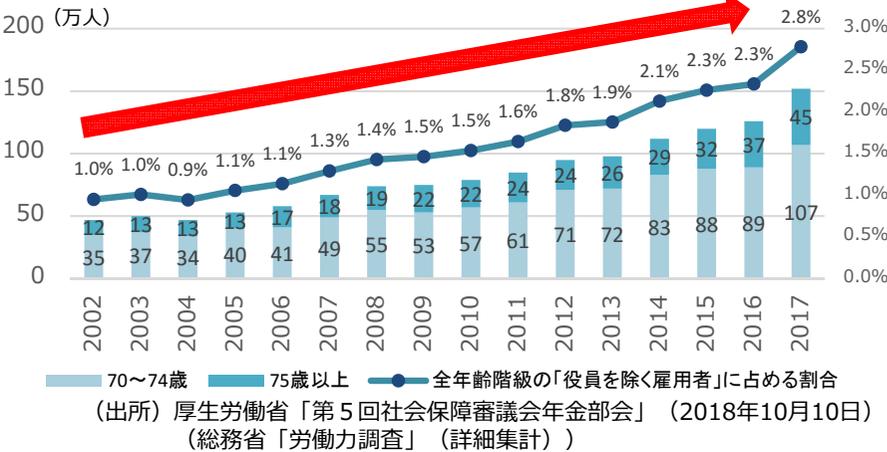
## 【改革の方向性】(案)

- 在老の見直しは、高齢者の勤労に中立的な年金制度を整備する観点から、生涯現役社会に向けた政策としての意義を持つものと考えられる。
- ただし、高在老の縮小・廃止については、裨益する対象者が月47万円超の収入があるごく一部の受給者に限られる一方で、将来の年金受給者の給付水準が低下することとなるため、見直しの際には、不公平感が生じないような工夫が必要ではないか。
- 高在老を見直す場合には、高所得者に係る基礎年金の国庫負担相当分の給付停止(クローバック)について検討するとともに、今後の年金課税の見直しに当たっては再分配の観点からも検討する必要があるのではないか。

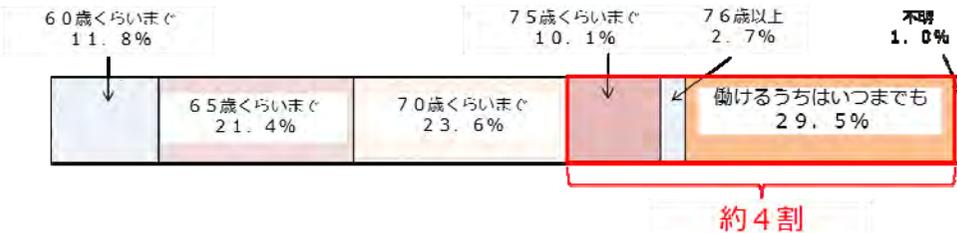
# 繰下げ受給の柔軟化

- 公的年金の受給開始時期は、個人が60歳から70歳の間で自由に選ぶことができる。
- 65歳より早く受給を開始した場合（繰上げ受給）には、年金月額が減額（最大30%減額）となる一方、65歳より後に受給を開始した場合（繰下げ受給）には、年金月額が増額（最大42%増額）となる。
- ※ 繰上げによる減額率・繰下げによる増額率については、選択された受給開始時期にかかわらず年金財政上中立となるよう設定。
- 70歳以上の雇用者数は増加傾向にあり、70歳を超えても働くことを希望する高齢者も4割に上っているが、現行制度の下では、70歳到達より後に受給開始を繰り下げ、給付水準を更に高めるとの選択はできない。

## ◆70歳以上の雇用者数の推移

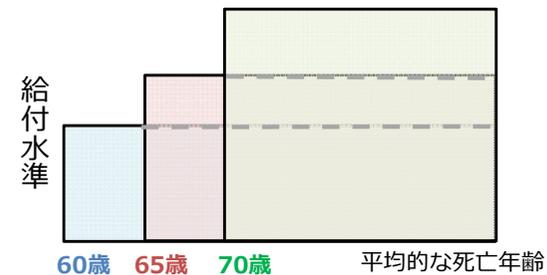


## ◆就労希望年齢(いつまで働きたいか)



(出所) 内閣府「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」(2013年)  
(注) 60歳以上の男女を対象とした調査

## ◆繰上げ・繰下げ制度について



どの年齢を選択しても、受給期間を平均余命までとした場合に、将来受け取る年金給付の総額は変わらないように、減額・増額率が設定されている。

請求時の年齢	繰上げによる減額率(注1)
60歳	30%
61歳	24%
62歳	18%
63歳	12%
64歳	6%

請求時の年齢	繰下げによる増額率(注1)
66歳	8.4%
67歳	16.8%
68歳	25.2%
69歳	33.6%
70歳	42%

繰上げ受給の実績：250.7万人(34.1%) 繰下げ受給の実績：10.4万人(1.4%) (注2)  
(注1) 繰上げ減額率=0.5%×繰上げた月数(60歳～65歳)、繰下げ増額率=0.7%×繰下げた月数(66歳～70歳)  
(注2) 2016年度末。国民年金 老齢年金受給権者(基礎のみ・旧国年(5年年金除く))を対象の人数と割合  
(出所) 厚生年金保険・国民年金事業年報

## 【改革の方向性】(案)

- 70歳を超えた後も就労する高齢者が、将来の年金の給付水準を更に向上させる選択肢を設けることは重要であり、現在70歳までとされている繰下げ受給の上限年齢を引き上げるべきではないか。