

社会保障①

(総論、医療・介護、子育て支援)

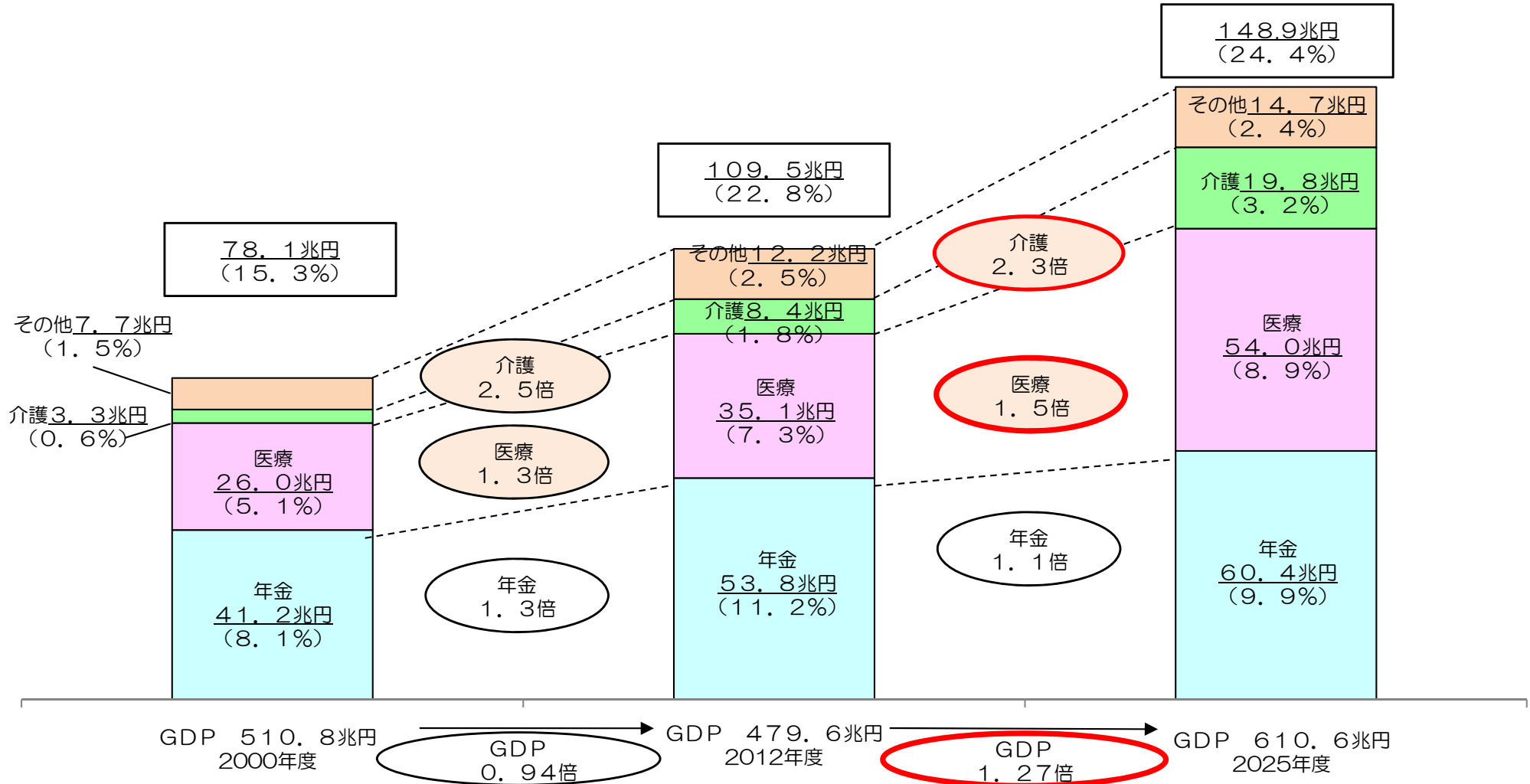
平成26年10月8日(水)

財務省主計局

総論

社会保障給付費の見通し

- **2025年**には、いわゆる「団塊の世代」がすべて75歳以上となる「超高齢社会」を迎え、医療・介護のニーズもピークに向かう。
- 社会保障給付は、高齢化とともに今後も急激な増加が見込まれ、税・社会保険料といった国民負担の増大が見込まれる。特に、医療・介護分野における給付の増加が顕著であり、国民負担（財源調達力）のベースとなるGDPの伸び（消費税込）及び現役世代の負担能力の伸び（保険料収入）を上回って増加の見通し。



(出典)2000年度における社会保障給付費は国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」、GDPは内閣府「国民経済計算」による。2012年度及び2025年度における社会保障給付費及びGDPは平成24年3月30日厚労省「社会保障に係る費用の将来推計の改定について(平成24年3月)」による。

(注1)表記額は実額、()内の%表示はGDP比。

(注2)「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」を踏まえ、充実と重点化・効率化の効果を反映している。

医療・介護分野における給付費の見通し・伸びの要因

- 2025年に向けて75歳以上の人口数は約700万人増加（全人口に占める割合は11.5%→18.1%）。
- 75歳以上の1人当たりの医療費や介護給付費はそれ以下の世代と比較して急増するほか、一体改革時の厚労省試算においては医療の高度化その他のサービス充実による単価増を相当程度見込んでいる。

	人口		1人当たり国民医療費		1人当たり介護給付費	
	2012年	2025年	2011年	2025年 (試算値)	2012年	2025年 (試算値)
75歳以上	1,519万人 (11.9%) (+約700万人、年平均+2.8%の増)	2,179万人 (18.1%)	89.2万円 (国庫負担額 32.6万円)	134万円 (国庫負担額49万円)	46.1万円 (国庫負担額13万円) (要支援・要介護認定率31.3%)	83万円 (国庫負担額24万円)
65-74歳以下	1,560万人 (12.2%)	1,479万人 (12.3%)	55.3万円 (国庫負担額 8.5万円)	83万円 (国庫負担額 12.8万円)	5.0万円 (国庫負担額1.4万円) (要支援・要介護認定率4.4%)	9万円 (国庫負担額2.5万円)
64歳以下	9,805万人 (75.9%) (約▲1400万人、年平均▲1.2%の減)	8,409万人 (69.7%)	17.5万円 (国庫負担額 2.7万円)	26万円 (国庫負担額 4.1万円)	—	—

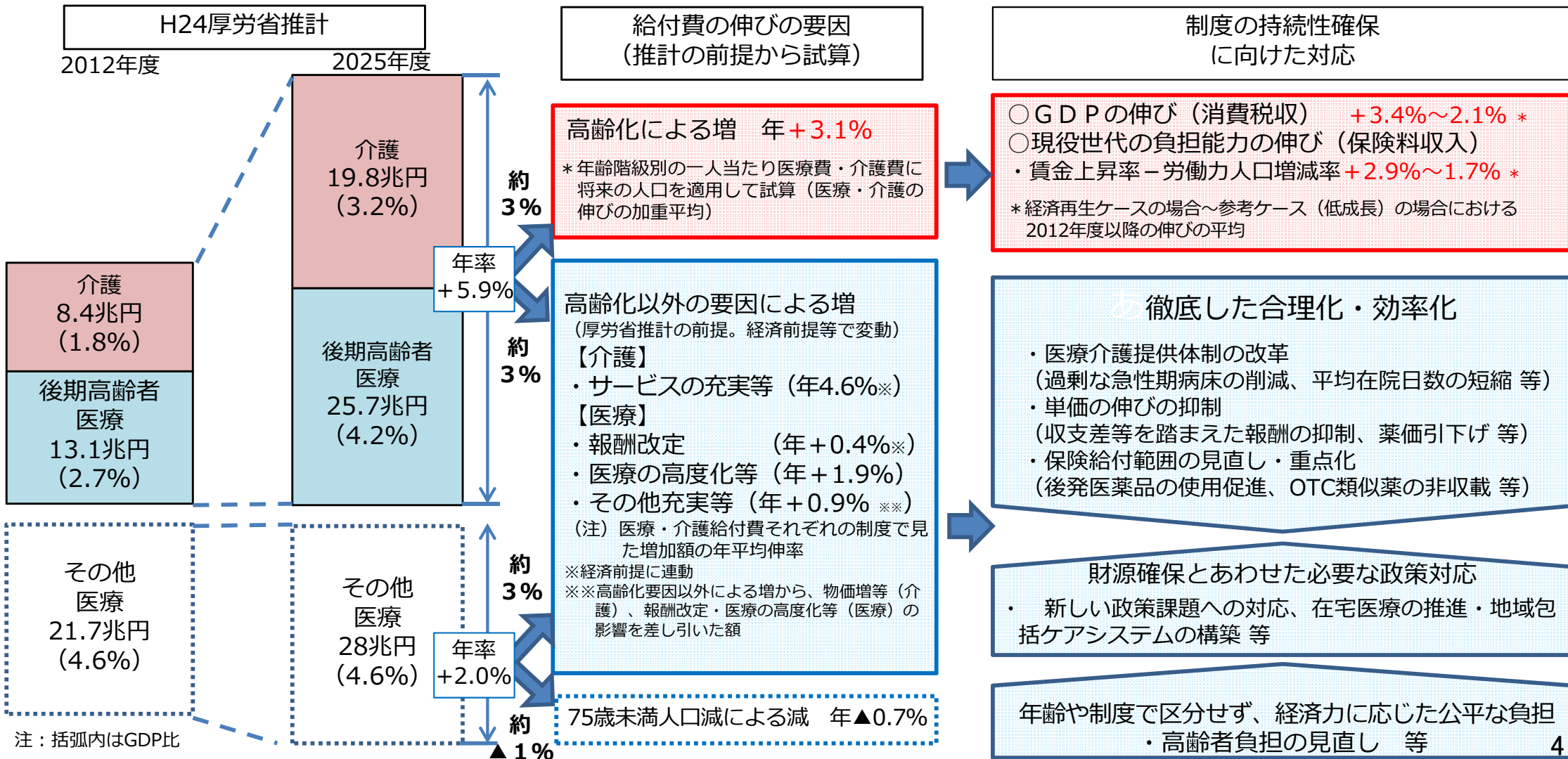
(注) 1人当たり国民医療費及び介護給付費は、年齢階級別の国民医療費及び介護給付費（償還払いの費用（福祉用具購入等）等を除く）を人口で除して機械的に算出した金額。また、国民医療費の国庫負担額は2011年における後期高齢者医療にかかる国庫負担額（4.8兆円）を75歳以上の人口で除して機械的に算出。介護給付費の国庫負担額は、2012年度予算における介護給付費の国庫負担額の割合を機械的に乗じた金額。

2025年の国民医療費・介護給付費は、H24厚労省推計における給付費の伸びのうち高齢化要因を除いた増加額を試算し、その伸率を単純に乗じて試算したもの。

(出典) 2012年の年齢階層別の人口割合は総務省統計局「人口推計（24年10月）」、2025年の人口は社会保障人口問題研究所「将来人口推計」、1人当たり国民医療費は厚生労働省「平成23年度国民医療費の概況」、1人当たり介護給付費は、総務省統計局「人口推計（24年10月）」、厚生労働省「介護給付費実態調査（平成24年）」、要支援・要介護認定率は、総務省統計局「人口推計（24年10月）」、厚生労働省「介護給付費実態調査（平成24年11月審査分）」。

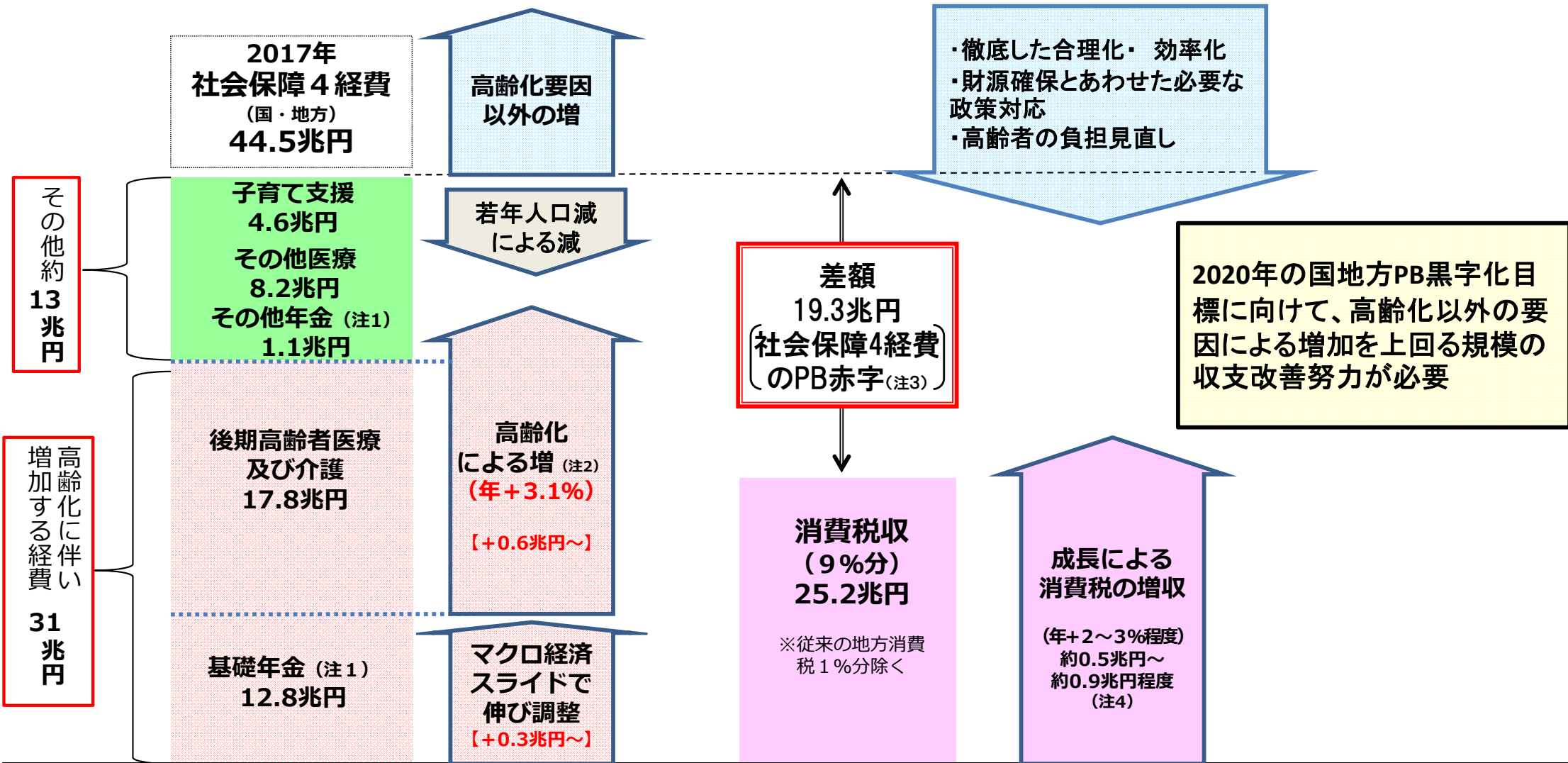
医療・介護給付費の見通し・増加の要因分析と課題

- 2025年までの医療・介護給付費の増加の9割は後期高齢者医療と介護
 - ・ <後期高齢者医療・介護給付費の伸び（2025年までの平均）>
 - 毎年+5.9%（うち高齢化要因+3.1%）
 - 高齢化要因+3.1%だけで経済再生ケース（平均成長率3.4%）を中期的に維持した場合の国民の負担能力の伸びとほぼ同じ【GDP伸び3.4%。現役世代の負担能力（「賃金上昇率」-「労働人口減少率」）伸び2.9%】
 - ・ <その他医療費（75歳未満）の伸び>
 - 75歳未満人口の減もあり、ほぼ経済の伸びと同程度の伸び。
- 制度の持続性確保のため、高齢化を超える自然増について、徹底した効率化・合理化を行うとともに、必要な政策対応は制度改正等による財源確保を行い、中期的に給付の伸びと国民の負担能力の伸びを近づけていく必要。



社会保障4経費の伸びと消費税収の見通し

- 税と社会保障一体改革の実施後（2017年度）において、社会保障4経費の高齢化による増加額は、経済再生ケース（平均成長率+3.4%）における消費税収の増収見込み額とほぼ同程度。
- 2020年に向けて、社会保障4経費と消費税収との差額（最大のPB赤字要因）を解消していくためには、高齢化以外の要因による増加を上回る規模の収支改善努力（合理化・効率化、財源確保とあわせた必要な政策対応、高齢者の負担見直し）が必要。



(注1) 基礎年金は地共済及び年金生活者支援給付金を含み、その他のものはその他年金と整理。

(注2) 高齡化による増は、2012年から2025年までの高齡化人口の増による後期高齢者医療・介護給付費の平均伸率として推計したものの。

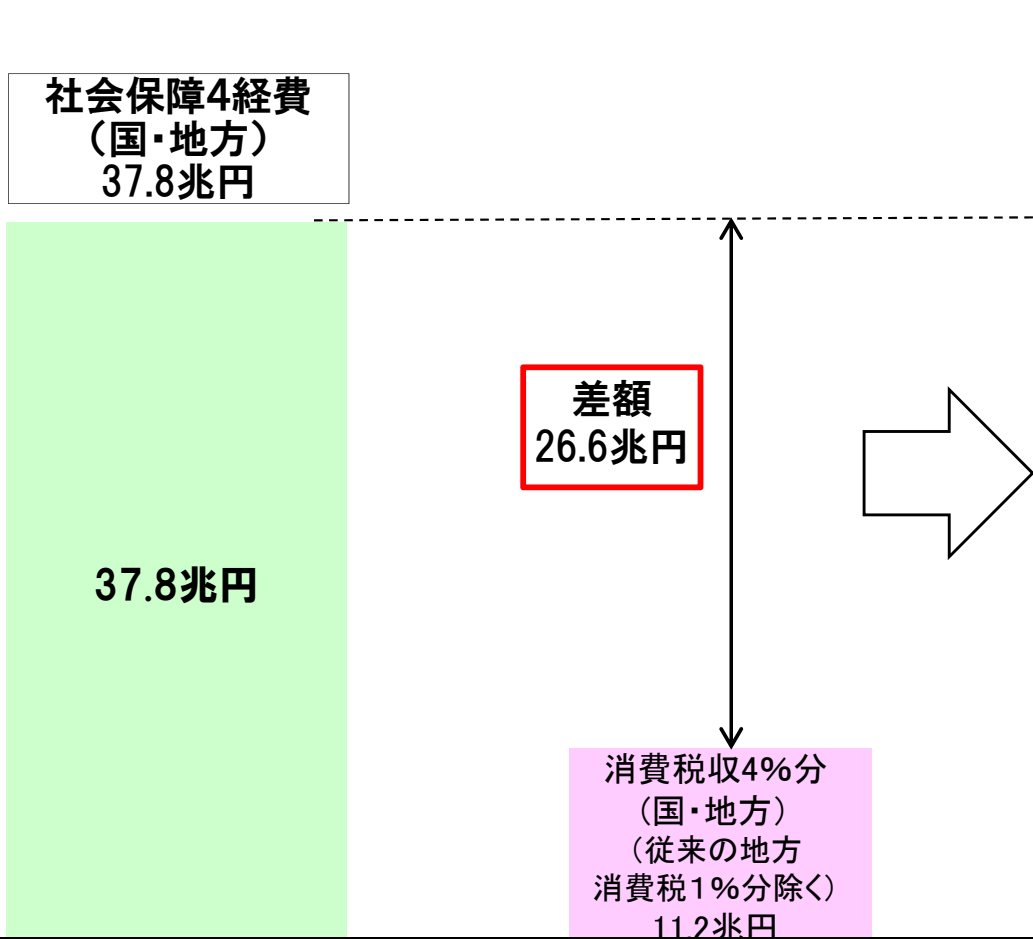
(注3) 社会保障4経費のPB赤字には年金特例公債償還費0.3兆円を含む。

(注4) 平成29年度時点に見込まれる消費税収25.2兆円(従来の地方消費税1%分除く)に、前頁のGDPの伸び(3.4%~2.1%)を掛け合わせて機械的に算出。

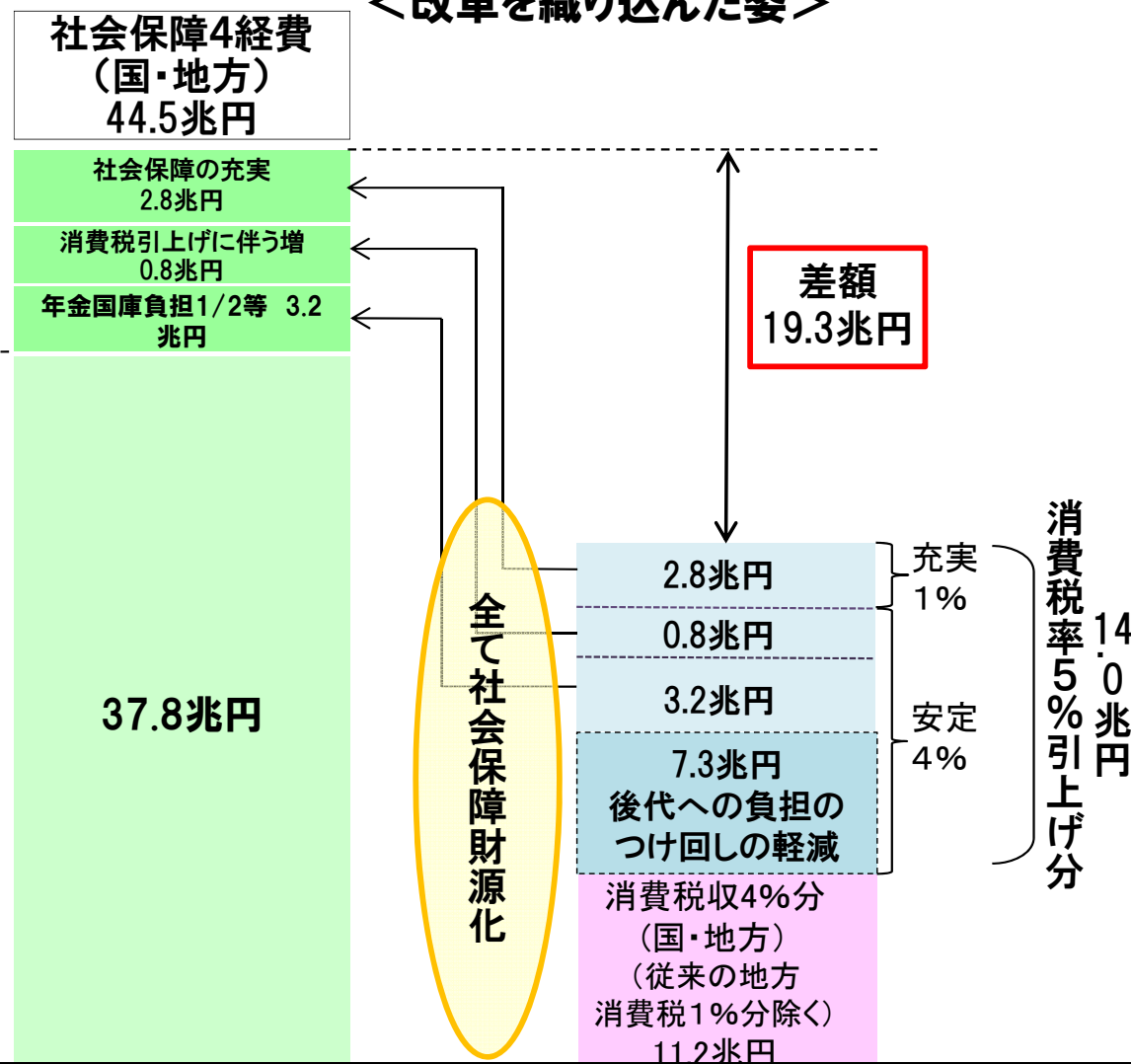
今般の社会保障・税一体改革の姿：社会保障の安定財源確保

- 今般の社会保障・税一体改革により、消費税率引上げによる増収分を含む消費税収(国・地方、従来の地方消費税1%分を除く)は、全て社会保障財源化される。
- 消費税率引上げによる増収分は、消費税率が税制抜本改革法に則り5%引き上げられた場合には、「社会保障の安定化」に4%程度、「社会保障の充実」に1%程度向けられることになる。

<改革を織り込んでいない姿>



<改革を織り込んだ姿>



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

(注2) 計数は、2017年度時点の見込み。

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

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

社会保障・税一体改革による社会保障の充実

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

・充実 : 青
 ・重点化・効率化 : 緑
 ・充実と重点化・効率化の双方が含まれるもの : 紫

子ども・子育て

○子ども・子育て支援の充実(待機児童の解消などの量的拡充と質の向上)

- ・子ども・子育て支援新制度の実施による、幼児教育・保育と地域の子ども・子育て支援の総合的推進・充実
 - ・「待機児童解消加速化プラン」の実施
 - ・新制度への円滑な移行を図るための保育緊急確保事業
 - ・社会的養護の充実
- など

0.7兆円程度

医療・介護

○医療・介護サービスの提供体制改革

- ①病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等
 - ・病床の機能分化と連携を進め、発症から入院、回復期(リハビリ)、退院までの流れをスムーズにすることで、早期の在宅・社会復帰を可能にする。
 - ・在宅医療・介護を推進し、地域での生活の継続を支える。
 - ・医師、看護師等の医療従事者を確保する。
 (新たな財政支援制度の創設、診療報酬に係る適切な対応の在り方の検討・必要な措置)
- ②地域包括ケアシステムの構築

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

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

など

○難病、小児慢性特定疾患に係る公平かつ安定的な制度の確立

○医療・介護保険制度の改革

- ①医療保険制度の財政基盤の安定化
 - ・低所得者が多く加入する国民健康保険への財政支援の拡充(国民健康保険の保険者、運営等の在り方に関する改革の前提として行われる財政支援の拡充を含む)
 - ・協会けんぽに対する国庫補助
 - ②保険料に係る国民の負担に関する公平の確保
 - ・国民健康保険等の低所得者保険料軽減措置の拡充
 - ・後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入
 - ③保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等
 - ・低所得者に配慮しつつ行う高額療養費の見直し
 - ・医療提供施設相互間の機能の分担や在宅療養との公平の観点からの外来・入院に関する給付の見直し
 - ④介護給付の重点化・効率化
 - ・一定以上の所得を有する者の利用者負担の見直し
 - ⑤介護保険の一号保険料の低所得者軽減強化
- など

1.5兆円程度

※充実と重点化・効率化を併せて実施

年金

○現行制度の改善

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

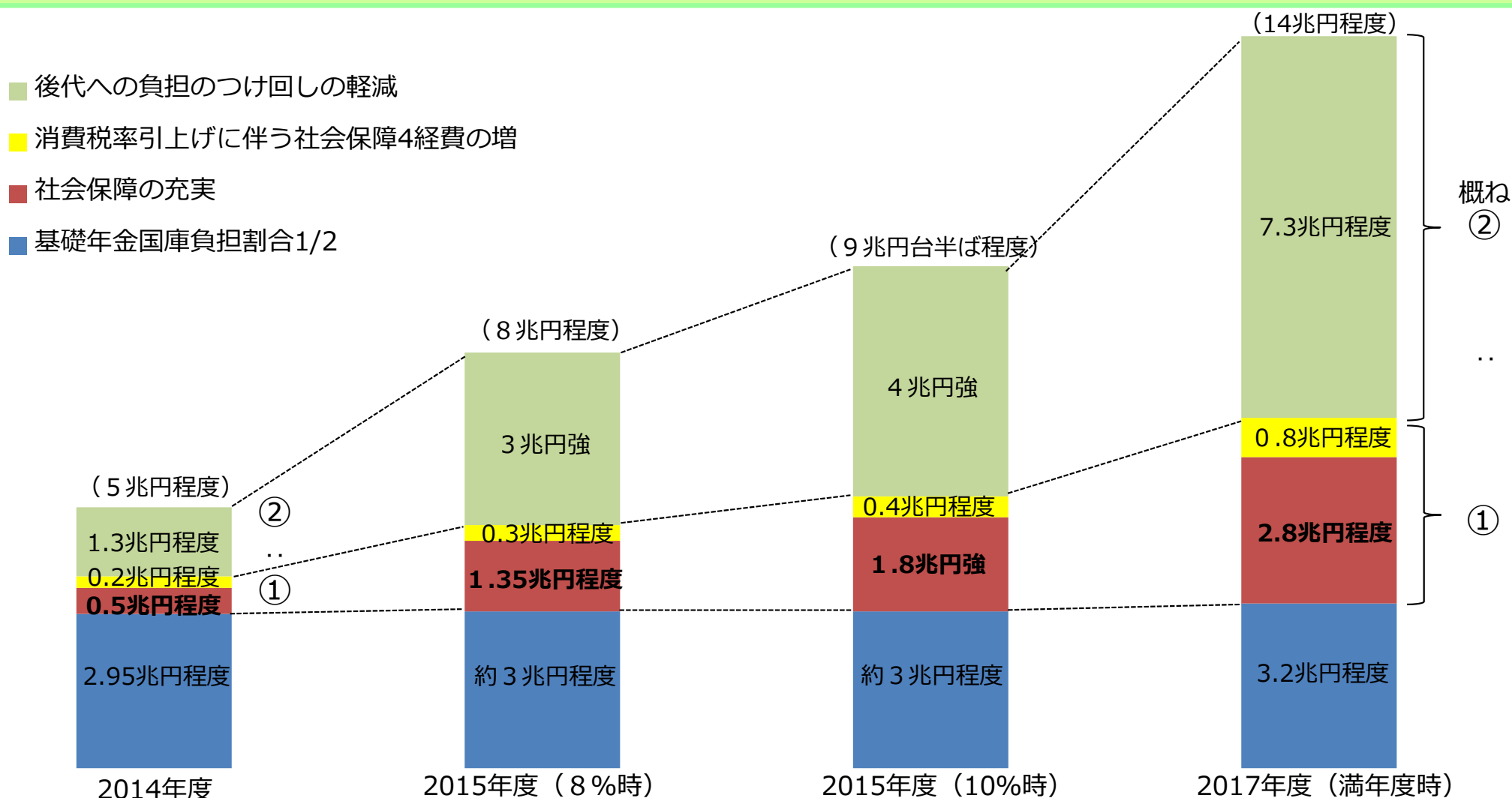
0.6兆円程度

所要額(公費※)合計 = 2.8兆円程度 ※ 消費税財源(平年度ベース)

* 2017年度時点では、3.2兆円程度の見込み。
 (注) 上記の表は、消費税増収分を活用した社会保障の充実について、公費に影響のあるものについて整理したものである。(なお、充実、重点化・効率化等の色分けについても、公費負担への影響の観点から、分類している。)

消費税増収分の用途について

- 社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成を目指す観点から、税制抜本改革法に沿って消費税率が10%まで引き上げられた場合に消費税率1%分相当を社会保障の充実に向けるという社会保障・税一体改革の議論の前提とされてきた最終的な姿と、増収分をまず基礎年金国庫負担割合2分の1への引上げに充て、残余を社会保障の充実に安定化に向けるという考え方に則った場合、2017（平成29）年度における「社会保障の充実に伴う社会保障4経費の増」と「後代への負担のつけ回しの軽減」の比率は概ね1：2となる。
- 2017（平成29）年度までの間も同様の考え方に則り、消費税率が10%に引き上げられた場合には平成27年度は1.8兆円強（8%にとどまった場合は1.35兆円程度）を社会保障の充実に向ける。



(注1) 金額は公費ベース（国・地方の合計額）。なお、上記の金額は現時点における案であり、実際の金額は各年度の消費税収の動向等を踏まえて検討することになる。

(注2) 消費税増収分については、26年度及び27年度については、消費税収1%当たり2.7兆円、29年度については1%当たり2.8兆円とそれぞれ仮定し機械的に試算。

平成27(2015)年度における「社会保障の充実」

事 項	事 業 内 容	2014年度 ^(単位:億円)		2014年度の 継続・平年度化等	2015年度の主な検討事項
		公費	うち国分		
子ども・子育て支援の充実	待機児童解消の推進と地域の子ども・子育て支援の充実 (「待機児童解消加速化プラン」の推進、保育緊急確保事業の実施)	2,915	1,348	0.3兆円程度	・子ども・子育て支援新制度の実施 (保育の量・質の充実等)
	社会的養護の充実	80	40		
	育児休業中の経済的支援の強化	64	56		
医療・介護の充実	医療・介護サービスの提供体制改革 病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等 (1) 消費税財源の活用による診療報酬の改定 (2) 新たな財政支援制度の創設	353	249	0.1兆円程度	・介護サービスの充実(在宅介護の推進含む) ・介護人材の処遇改善 ・地域医療介護総合確保基金の充実
		544	362		
	地域包括ケアシステムの構築	43	22	0.4兆円程度 ・国保等の保険料軽減措置拡充(612億円程度) ・国民健康保険への財政支援拡充(約1,700億円) ・介護保険の1号保険料の低所得者軽減強化(約1,350億円)	・地域支援事業の充実
	医療・介護保険制度改革 国民健康保険等の低所得者保険料軽減措置の拡充	612	0		
高額療養費制度の見直し	42	37	約250億円程度		
難病・小児慢性特定疾患への対応	難病・小児慢性特定疾患に係る公平かつ安定的な制度の確立等	298	126	0.2兆円程度	
年金制度の改善	遺族基礎年金の父子家庭への対象拡大	10	10	20億円程度	・低所得高齢者・障害者等への福祉的給付 ※ ・受給資格期間の短縮 ※ (計約2,000億円、平年度約6,000億円) ※ 消費税率10%時
合 計		4,962	2,249	消費税率10%時:1.8兆円強 消費税率8%時:1.35兆円程度	

9 (注)簡素な給付措置の取扱いについて、税制抜本改革法附則第18条に基づく判断等を踏まえた上で、社会保障4経費の充実との関係を整理しつつ、検討。

医療

目次

(参考)総論資料からの抜粋

2-1 医療保険制度改革

(1) 医療提供体制の改革

(2) 保険給付範囲の見直し

(3) 負担の公平確保

徹底した合理化・効率化

- ・ 医療介護提供体制の改革
(過剰な急性期病床の削減、平均在院日数の短縮 等)
- ・ 単価の伸びの抑制
(収支差等を踏まえた報酬の抑制、薬価引下げ 等)
- ・ 保険給付範囲の見直し・重点化
(後発医薬品の使用促進、OTC類似薬の非収載 等)

財源確保とあわせた必要な政策対応

- ・ 新しい政策課題への対応、在宅医療の推進・地域包括ケアシステムの構築 等

年齢や制度で区分せず、経済力に応じた公平な負担
・ 高齢者負担の見直し 等

2-2 診療報酬・薬価

2-1 医療保険制度改革

(1) 医療提供体制の改革

(2) 保険給付範囲の見直し

(3) 負担の公平確保

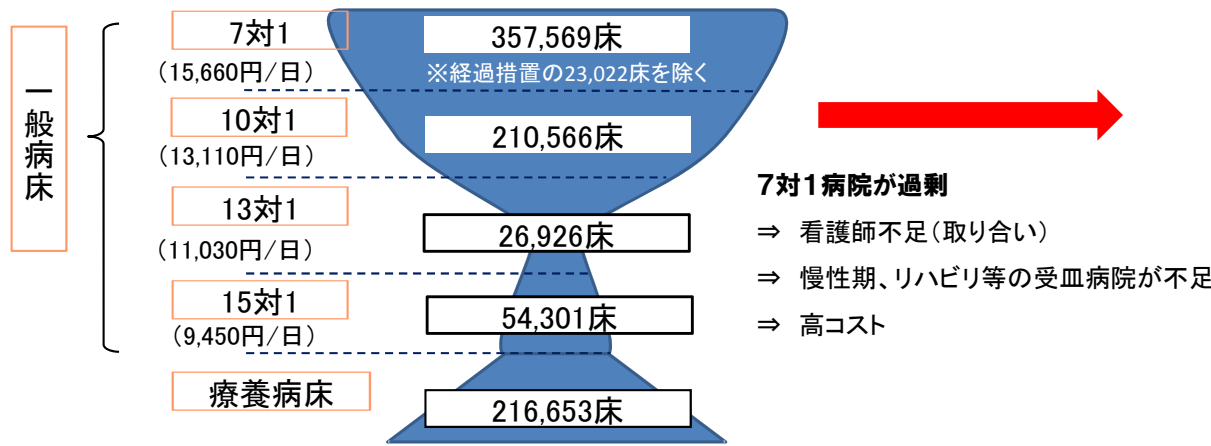
2-2 診療報酬・薬価

医療提供体制の現状①

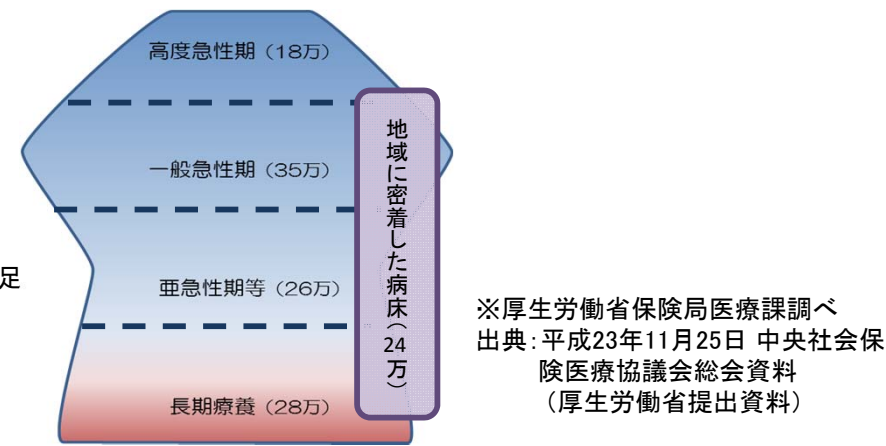
○ 我が国の医療提供体制の現状については、

- ① 医療機能の分布の観点からは、急性期を念頭に高い診療報酬点数(15,910円/日)となっている「7対1入院基本料」を算定する病床(患者7人に対し看護師1人が配置された病床)が過剰な状況になっており、医療機能の分化・転換が課題。
- ② また、地域差の観点からは、人口10万人当たり病床数を都道府県単位で見ると、最大3倍の開きがあるなど、医療提供体制の地域差も顕著。なお、人口当たり病床数が多い都道府県ほど、一人当たり国民医療費、平均在院日数、入院受療率が高い。

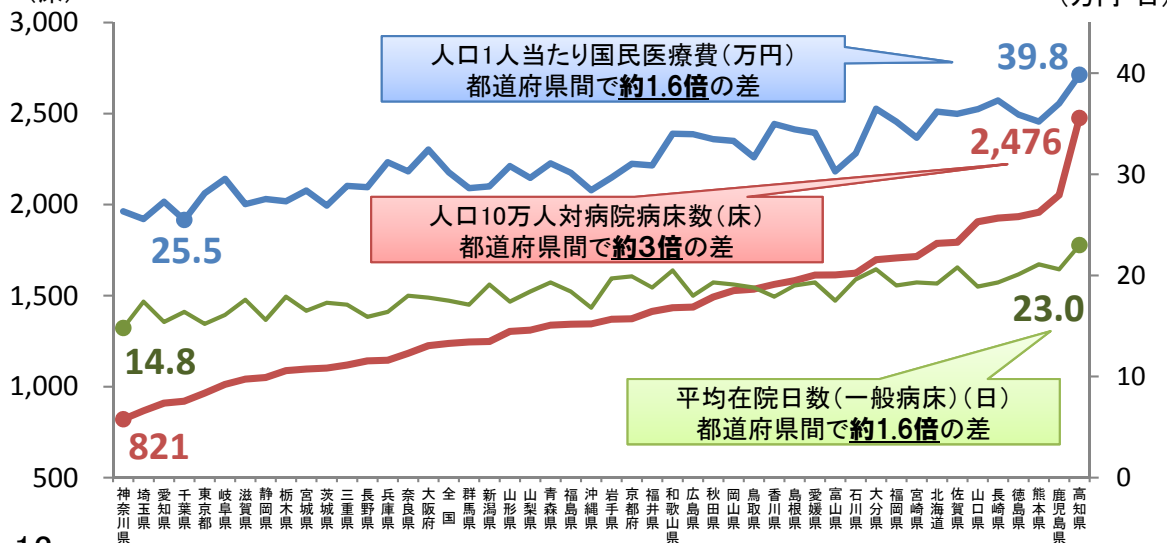
【現在の姿(2012年)】



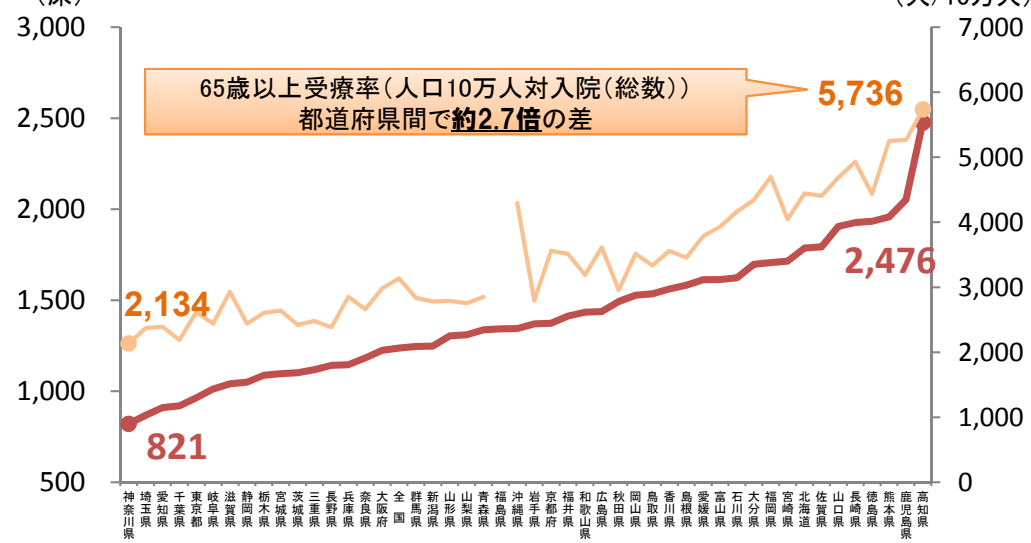
【目指すべき姿(2025年)】



【人口10万人あたり病床数と1人当たり国民医療費・平均在院日数の関係】



【人口10万人あたり病床数と65歳以上入院受療率の関係】



出典:総務省統計局“e-Stat”政府統計の総合窓口HPより

医療提供体制の現状②(国際比較)

- 我が国の医療提供体制を他の主要国と比較すると、人口に対する総病床数が多く、その結果、病床当たりの医師数や看護職員数が過小となっている。
- この結果、密度の低い医療、ひいては他の主要国よりも長い入院期間(平均在院日数)につながっている。

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
日本	32.0 (17.9)	13.4	16.4※1	2.2※1	74.3※1	10.0※1
ドイツ	9.3 (7.9)	8.3	46.5	3.8	137.5	11.4
フランス	12.6 (5.1)	6.4	48.1※2	3.3※2	136.7※2	8.7※2
イギリス	7.3 (6.5)	3.0	95.2	2.8	290.6	8.6
アメリカ	6.1 (5.4)	3.1※1	79.9※1	2.5	366.6※1・2	11.1※1・2

(出典):「OECD Health Data 2013」

注1:「※1」は2010年のデータ。「※2」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注2:平均在院日数の()書は、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。

医療提供体制の改革と課題(全体像)

- 医療提供体制の改革は各地域において行われる必要があり、県が主体的な役割を担えるような環境整備が重要。
- 27年度から医療提供体制改革が実施に移されるよう、4つの制度改革を実効性ある形で速やかに行う必要。

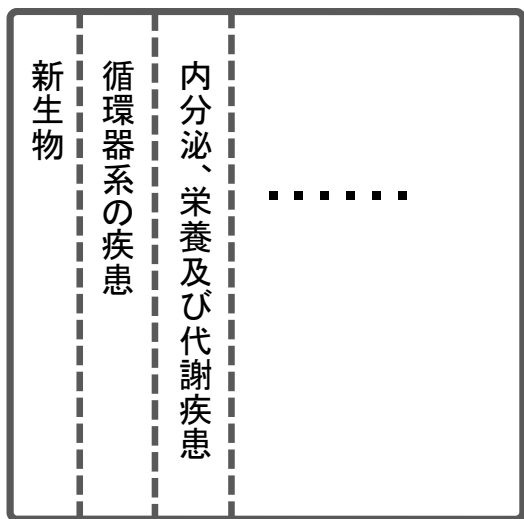
改革項目	主体、内容	時期	国の取組み
1. 地域医療構想の策定 【各論①】	○県 ○2025年の各医療機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)ごとの必要病床数等	27年度～	○ガイドライン(各医療機能毎の必要病床数に係る標準的な算定式等)策定 【26年度中】
2. 医療費適正化計画の見直し 【各論②】	○県 ○地域医療構想と統合的な医療費水準に関する目標設定等	28年度中 (遅くとも29年度中)	○目標設定に必要な標準的な算定式の提示等 【27年度中】
3. 国民健康保険の運営主体の都道府県への移行 地域医療構想実現に向けた都道府県の権限強化 【各論③】	○県 ○国保の標準保険料の決定など ○地域医療構想を実現するための権限強化 ・医療関係者等との「協議の場」の設置 ・不足している医療機能提供の要請 ・稼働していない病床削減の要請 ・要請に従わない場合の知事勧告 ・勧告に従わない場合の医療機関名の公表等	未定 ※今般の医療保険制度改革の中で検討	○具体的な仕組みを27年度医療制度改革法案に規定。 ○県の権限の的確な行使のための環境整備
4. 財政措置の拡充等 ・基金の設置(消費税財源) ・国保の財政基盤強化等 【各論④】	○県 ○基金を活用した病床の機能分化・連携等の推進	26年度～29年度	○27年度以降の基金の効果的な予算執行等 ○国保に対する財政支援の拡充、国保の財政上の構造問題の解決 具体策を27年度医療保険制度改革法案等で決定 *低所得者対策に係る保険料軽減制度・保険者支援制度の拡充(2,200億円)は決定済み。

医療提供体制の改革と課題 各論①(地域医療構想)

- 地域医療構想の主な内容: ①2025年の医療需要(入院・外来別・疾病別患者数)、②2025年に目指すべき医療提供体制(二次医療圏毎等ごとの医療機能別の必要量)、③目指すべき医療提供体制を実現するための施策(医療機能の分化・連携を進めるための施設整備、医療従事者の確保養成等)
- 医療提供体制の改革を進めるため、国が示す地域医療構想のガイドラインの中では、
 - ① 現状を投影した医療需要のみならず、
 - ② データ等に基づき客観的に求められた、地域毎の、あるべき病床数、平均在院日数を踏まえた医療提供体制のあり方
 - ③ さらに、地域差の分析を踏まえて認められる不合理な差異(例えば受療率)を②から更に解消した医療提供体制のあり方のそれぞれを示し、③を「目指すべき医療提供体制」と明確に位置付ける必要があるのではないか。

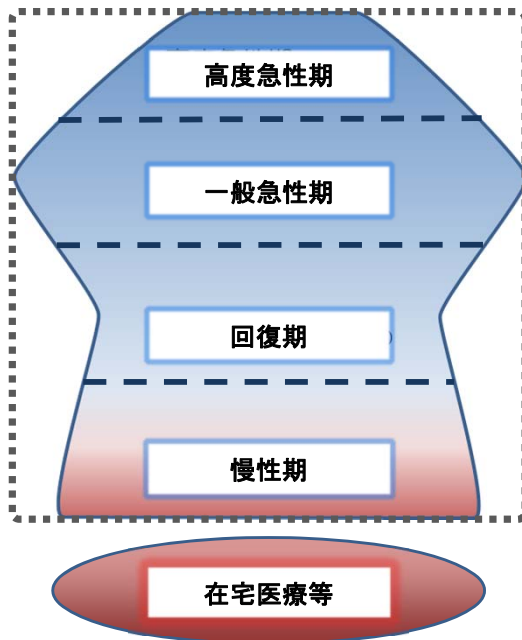
地域医療構想のイメージ

① 現状を投影した医療需要

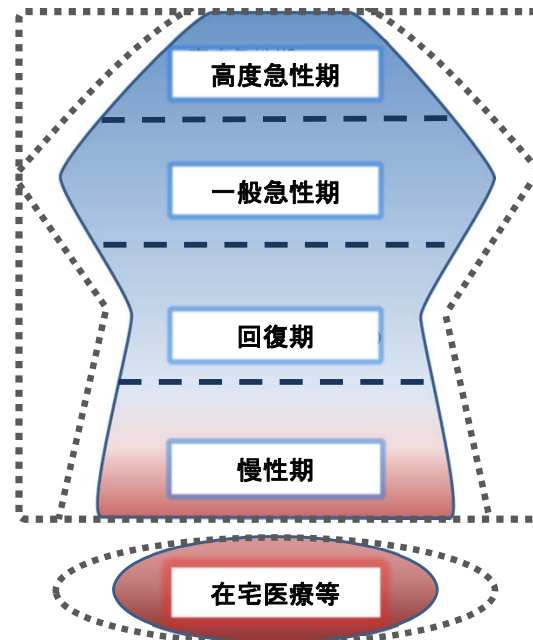


A医療圏(2025年)

② あるべき病床数等を踏まえた医療提供体制



③ 地域差の分析・反映を踏まえた全国標準的な「目指すべき医療提供体制」



医療提供体制の改革と課題 各論②(医療費適正化計画)

○ 医療費適正化計画で見直すべき点

- ①「目指すべき医療提供体制」(地域医療構想)と統合的な医療費の水準に関する目標の設定・明確な位置づけ
- ②平均在院日数、後発医薬品の使用促進等に関する目標等の明確な位置づけ等
- ③PDCAサイクルの実効性を高める措置(目標未達成の場合の改善措置の策定等)

○ 医療費適正化計画の改定時期

- ・ 地域医療構想策定後、速やかに改定される必要
- ・ 平成28年度(遅くとも平成29年度)には県が医療費適正化計画を見直す必要

経済財政運営と改革の基本方針2014(抄)

平成27年の医療保険制度改革に向け、都道府県による地域医療構想と統合的な医療費の水準や医療の提供に関する目標が設定され、その実現のための取組が加速されるよう、医療費適正化計画の見直しを検討する。国において、都道府県が目標設定するための標準的な算定式を示す。

現行の医療費適正化計画の問題点

- 医療費の見直しは目標として位置付けられていない(単なる機械的足し上げ)。
- 平均在院日数の短縮や後発医薬品の使用促進を目標の項目として掲げるも都道府県の任意の取組みに委ねられている。
- PDCAサイクルが機能していない(第2期計画が第1期計画を踏まえて策定されていない、目標未達成の場合に改善策を講じるようになっていない)。

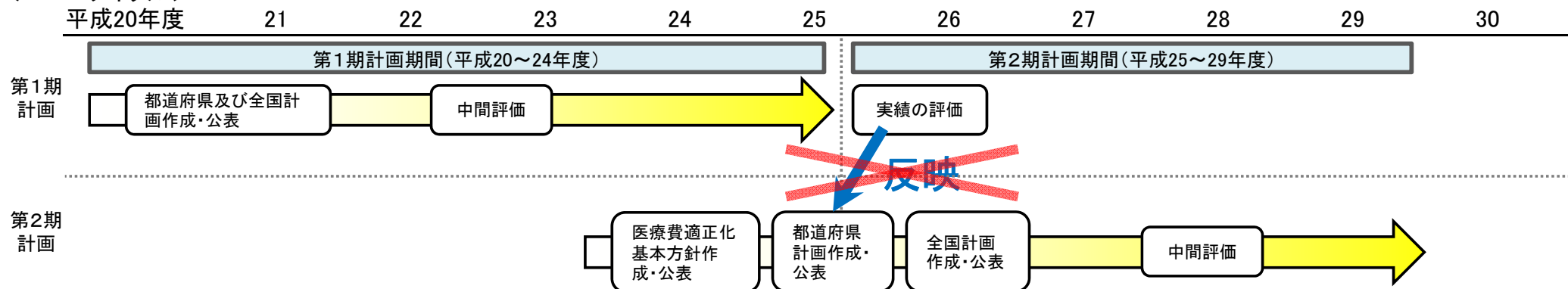
第2期医療費適正化計画(平成25～29年度)の概要

<目標及び医療費の見直し>

- 国民の健康の保持の推進に関する目標(都道府県における目標設定は任意)
 - 特定健診実施率70%、特定保健指導実施率45%【平成29年度】
 - メタボリックシンドローム該当者・予備群25%以上減(平成20年度比)【平成29年度】
- 医療の効率的な提供の推進に関する目標(都道府県における目標設定は任意)
 - 平均在院日数
 - 後発医薬品の使用割合

○ 医療に要する費用の見直し

<PDCAサイクル>



医療提供体制の改革と課題 各論③（国保の運営主体の都道府県移行）

- 都道府県は地域医療構想、医療費適正化計画の策定主体、新しい基金の配分主体であり、医療提供体制のあり方や、医療費の水準に関して統一的な知見を有することとなる。
- こうした都道府県が、国保の運営主体となることにより、上記の知見を活かして保険者機能を発揮することが可能となるよう、標準保険料の決定など、国保の財政運営の責任を適切に都道府県に移行すべき。

経済財政運営と改革の基本方針2014(抄)

国民健康保険については、市町村との適切な役割分担を行いつつ財政運営等を都道府県が担うこととしていく中で、都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担の在り方を総合的に判断することができる体制や、市町村の保健事業等に対する意欲を損なうことのない分権的な仕組みの構築について、平成27年通常国会への法案提出に向けて検討を進める。

国保の運営に関する 主な業務	現 行	プログラム法、国民会議報告書において示された方向性	
		プログラム法	国民会議報告書
財政運営	市町村 ※ 都道府県は、 ・ 国保事業の運営が健全に行われるよう、必要な指導を行う ・ 広域化等支援方針に基づき、国保事業の運営の広域化、国保財政の安定化を推進	都道府県	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国民健康保険に係る財政運営の責任を担う主体（保険者）を都道府県とし、更に地域における医療提供体制に係る責任の主体と国民健康保険の給付責任の主体を都道府県が一体的に担うことを射程に入れて実務的検討を進め、<u>都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担の在り方を総合的に検討</u>することを可能とする体制を実現すべき。 ・ 保険料の賦課徴収・保険事業など市町村が担うことが適切な業務が存在。 ・ <u>市町村の保険料収納や医療費適正化へのインセンティブを損なうことのない分権的な仕組み</u>を目指すべき。
保険料の賦課及び徴収 保健事業		市町村の役割が積極的に果たされるよう検討	
被保険者の資格管理 保険給付 審査・支払		都道府県と市町村の適切な役割分担を検討	

医療提供体制の改革と課題 各論④（財政措置の拡充等）

○ 今回の医療提供体制の改革に伴って講ずる各般の財政措置の拡充等に当たっては、地域医療構想や医療費適正化計画見直しと整合性をとりつつ、病床の機能分化・連携や、医療費の適正化等に向けた保険者（都道府県）努力を促す措置にしていることが必要ではないか。

1. 新しい基金

○ 平成27年度の基金の配分においては、地域医療構想を早期に策定し、病床の機能分化・連携を積極的に進める都道府県に対して、優先的に配分していくことが必要。

2. 国保に対する財政支援の在り方

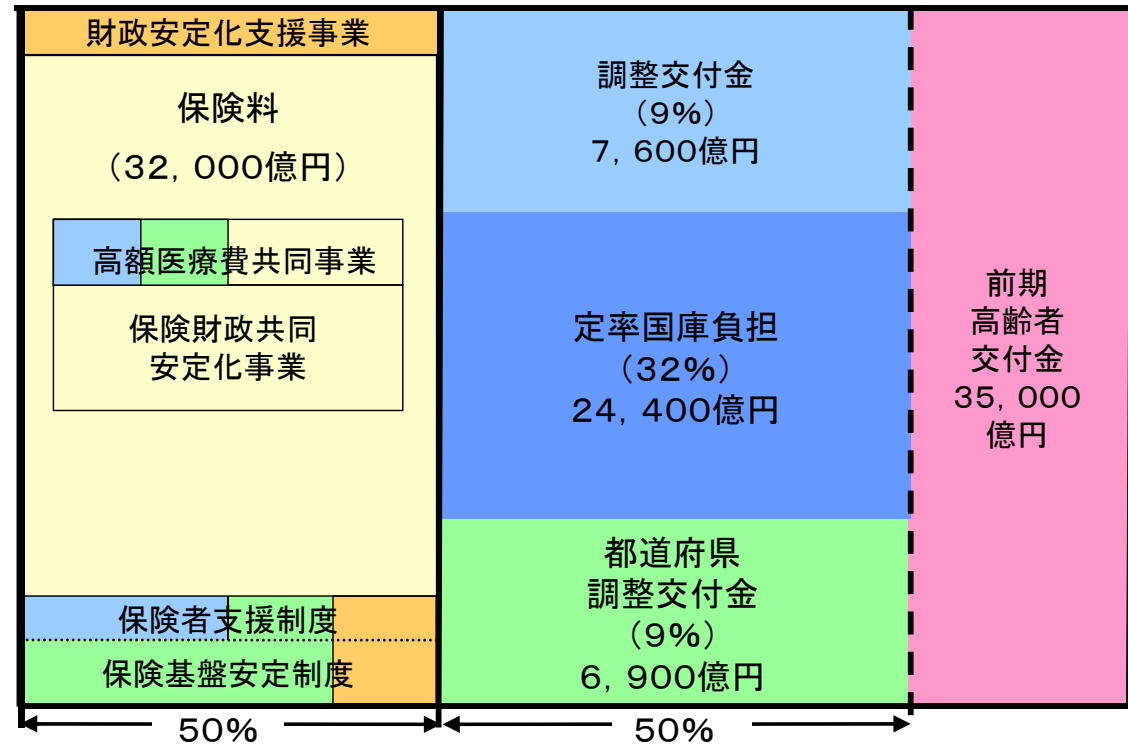
- プログラム法において、今回の改革に当たり、「国保の更なる財政基盤の強化を図り、国保の財政上の構造的な問題を解決」することとされている。
- これを踏まえ、国保の財政基盤強化に当たっては、一般会計繰入れを行っている自治体への単純な補填ではなく、保険者支援制度の強化等のほか、財政上の構造問題の解決に資するという観点からの医療費適正化に向けた保険者機能の発揮を促すような形で措置することが必要ではないか。
 例えば、追加公費投入の一部について、保険者ごとの後発医薬品の使用割合など、アウトカムと直接関係した指数に基づいて配分することが考えられるか。
- また、医療費水準の地域間格差が保険料に的確に反映されるような普通調整交付金の配分方法の見直し
 19 等を検討すべきではないか。

【新しい基金の概要】

- 「目指すべき医療提供体制」（地域医療構想）実現のため、医療介護総合確保推進法に基づき、消費税増収分等を活用して、各都道府県に設置（26年度：904億円）。
- 基金の用途（法定）：イ）医療機能の分化・連携の推進、ロ）在宅医療・介護の体制整備、ハ）医療・介護従事者の確保・養成

国民健康保険の現状

医療給付費等総額：約11.4兆円



(注) 財源内訳 ■ 国、■ 都道府県、■ 市町村、■ 保険料

論点整理

○ 医療提供体制改革の確実な実施のためには、地域医療構想や医療費適正化計画が実効性のある形で策定されるとともに、都道府県がその役割を適切に発揮することが重要。

《1. 地域医療構想》

➤ 医療提供体制の改革を進めるため、国が示す地域医療構想のガイドラインの中では、

① 現状を投影した医療需要のみならず、

② データ等に基づき客観的に求められた、地域毎の、あるべき病床数、平均在院日数を踏まえた医療提供体制のあり方

③ さらに、地域差の分析を踏まえて認められる不合理な差異(例えば受療率)を②から更に解消した医療提供体制のあり方

のそれぞれを示し、③を「目指すべき医療提供体制」と明確に位置付ける必要があるのではないか。

《2. 医療費適正化計画》

➤ 都道府県が策定する医療費適正化計画において、医療費の水準に関する目標や、平均在院日数、後発医薬品の使用促進等に関する目標等を明確に位置付ける必要があるのではないか。

➤ 速やかに改定される必要がある、地域医療構想を平成27・28年度中に策定した後、平成28年度(遅くとも平成29年度)には各都道府県が医療費適正化計画を新制度の下で見直すことが必要ではないか。

《3. 国保の運営主体の都道府県移行》

➤ 都道府県が国保の運営主体となることにより、医療提供体制や医療費水準に係る知見を活かして保険者機能を発揮することが可能となるよう、標準保険料の決定など、国保の財政運営の責任を適切に都道府県に移行すべきではないか。

《4. 財政措置の拡充等》

➤ 今回の医療提供体制の改革に伴って講ずる各般の財政措置の拡充等に当たっては病床の機能分化・連携や、医療費の適正化等に向けた保険者(都道府県)努力を促す措置にしていることが必要ではないか。

2-1 医療保険制度改革

(1) 医療提供体制の改革

(2) 保険給付範囲の見直し

(3) 負担の公平確保

2-2 診療報酬・薬価

(1)後発医薬品の使用促進①(目標のあり方)

- 政府は従来、平成24年度までの後発医薬品シェアの目標を掲げていたが、これは未達成となった。
- 厚労省は、独自の平成30年度目標「60%」(※)を設定しているが、これは、従来の政府目標より低位(図2)。
※達成状況をモニタリングし、その結果や諸外国の動向を踏まえ、適宜見直すこととされている。
- さらに、「60%」の参考としたフランスについては、平成24年時点では、70.69%まで使用割合が増加。
- 現在の目標は「遅すぎ、低すぎ」の状況にあり、他の主要国の状況を踏まえ、目標の再設定を図る必要。

経済財政運営と改革の基本方針2014(抄)

後発医薬品については、諸外国並みの後発医薬品普及率を目指す。

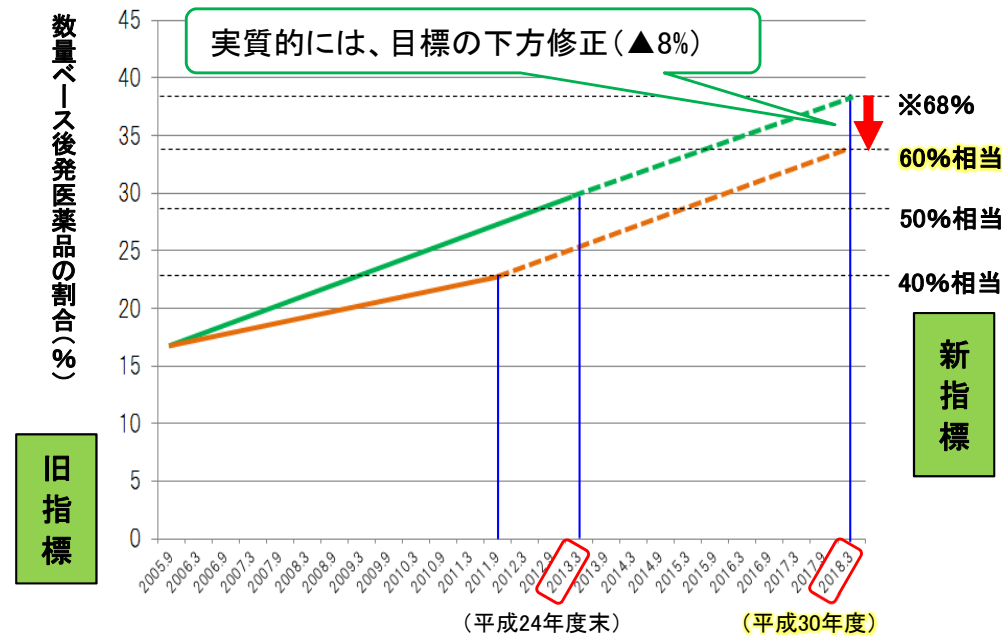
特許切れ市場における 後発医薬品シェア(図1)

[数量ベース、2010年(平成22年)]

日本	約40%
アメリカ	約90%
イギリス	約70%強
ドイツ	約80%強
フランス	約60%強

平成24年時点では **70.69%**

旧目標及び新目標の目標値推計(図2)



旧目標:平成24年度までに
30%以上
(平成19年6月閣議決定の
政府目標)
計算方法:
後発医薬品/全医薬品

新目標:平成30年度までに
60%以上
(平成25年4月公表の厚生労働省独自の目標)
計算方法:
後発医薬品/(後発医薬品の
ある先発品+後発医薬品)

(出所) 中医協薬価専門部会(平成24年10月31日)及び
フランス政府・医療品経済委員会2012年活動レポート(Rapport annuel 2012 CEPS)より作成。

- 後発品あり先発品が全て後発医薬品に置き換わった場合の影響額 ⇒ **医療費総額 ▲1.6~1.7兆円(うち国費 ▲0.4兆円)**
- 厚生労働省目標(平成30年3月末までに後発医薬品の使用割合60%)を達成した場合の医療費への影響額 ⇒ **医療費総額 ▲0.4兆円(うち国費 ▲0.1兆円)**

※厚生労働省「薬価調査(平成25年9月)、平成23年度国民医療費」より試算

(1)後発医薬品の使用促進②(現在の取組み)

- 後発医薬品の推進には、医薬品メーカー、医療機関、薬局、保険者、患者のそれぞれが積極的な取組を行うことが不可欠である。
- こうした観点から、厚生労働省は、平成25年4月に「60%」目標を掲げた際に、後発医薬品の使用促進のためのロードマップを策定し、それに沿って以下の取組みを実施しているが、保険者がその機能を発揮して被保険者に使用を促す枠組みが弱いのではないか。

安定供給 ・品質の信頼性確保

★ 安定供給

- ・最低5年間の製造販売の継続等や必要な規格の取り揃えをメーカーに通知
- ・安定供給に支障を生じた場合のメーカーに対する薬価収載時での対応
- ・業界団体・メーカーにおける安定供給マニュアル等の作成
- ・各メーカーでの品切れ品目ゼロ

★ 品質の確保

- ・厳正な承認審査による品質、有効性、安全性の確保
- ・先発医薬品と同じ品質管理に係る基準(GMP)の適用
- ・メーカーによる、製造所の管理等を通じた品質管理の徹底

★ 品質の信頼性確保

- ・国による一斉監視指導等の実施
- ・都道府県協議会による、医療関係者への研修事業の実施
- ・メーカーによる品質に関する情報提供
- ・品質情報検討会による品質の確認

情報提供・普及啓発

★ 医療関係者への情報提供

- ・市区町村・保健所単位レベルでの協議会を情報収集の場として活用
- ・業界団体が運営するシステムを活用した利便性の高い情報提供
- ・メーカーによる情報収集・提供体制の強化

★ 普及啓発

- ・ポスター・リーフレット等による普及啓発
- ・広告会社を利用した後発医薬品の推進の意義や品質についての効果的な情報提供。
- ・使用促進の先進事例に関する調査研究事業を実施し、結果を都道府県にフィードバック
- ・医療費適正化計画に基づく使用促進
- ・都道府県協議会等を活用した理解促進
- ・業界団体やメーカーによる医療関係者・国民向けセミナーの実施
- ・保険者による患者への差額通知、後発医薬品希望シール等の普及

医療保険制度上の事項

★ 診療報酬上の評価等

- ・保険薬局の後発医薬品の調剤を評価する「後発医薬品調剤体制加算」の要件をロードマップの新指標に基づき2段階で評価
- ・薬局で「薬剤情報提供文書」により後発医薬品に関する情報(後発医薬品の有無、価格、在庫情報)を提供した場合、薬学管理料の中で評価
- ・保険医療機関において、後発医薬品の採用品目数の割合20%、30%以上の場合、後発医薬品使用体制加算により評価
- ・DPC制度(急性期入院医療の定額報酬算定制度)において、後発医薬品の使用割合が高い医療機関を後発医薬品指数により評価
- ・一般名処方加算の導入や、一般名処方マスタの公表等により、一般名処方を推進
- ・個々の医薬品について変更の可否を明示するなど、処方箋様式を変更
- ・療養担当規則において、保険医や保険薬剤師に対して、患者に対する後発医薬品の説明や意向確認、調剤の努力義務を明記

★ 薬価改定・算定

- ・後発医薬品の価格帯を3つに集約、新規後発医薬品の薬価の引下げ、一定期間を経ても後発医薬品への適切な置換えが図られない先発医薬品の特例的な引下げ等により、後発医薬品への置換えが着実に進むような薬価制度

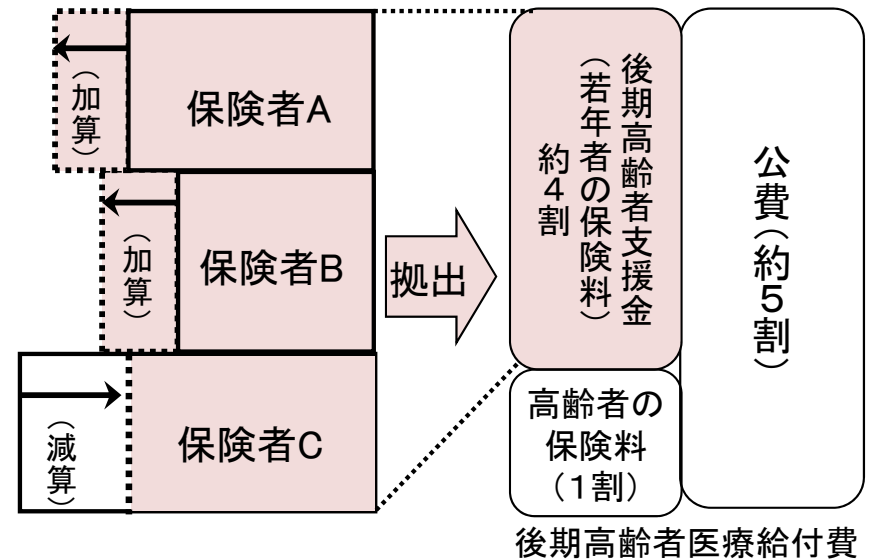
(1)後発医薬品の使用促進③(保険者機能の強化)

- 後発医薬品の使用が進めば医療費は抑制されることを踏まえ、全ての保険者を対象に、後発医薬品の使用が進んだ保険者の保険料が軽減される仕組みを作る必要。
- これにより、保険者が加入者に対して積極的に後発医薬品使用を促すようになることが期待される。
 - ① 国保：国保への財政支援を強化するに当たって、後発医薬品の使用割合を配分指標の一つとする、又は、被用者保険と同様の仕組み(後期高齢者支援金の加減算)とする。
 - ② 被用者保険：後期高齢者支援金の加減算制度を抜本的に強化し、後発医薬品使用割合等のアウトカム指標により、支援金の額が最大で1割程度変わる仕組みとすべき。
 (注)現状は特定健診・保健指導等の実施率を基準に加減算(0.23%)。現行法の下で1割の加減算を行うことが可能。
 - ③ 後期高齢者：後発医薬品使用割合の高い保険者(市町村が加入する県単位の広域連合)に対してより多くの特別調整交付金(医療費の0.8%。総額で0.1兆円程度)が配分される仕組みとする。

保険者機能を通じた後発医薬品使用促進のために活用が考えられる枠組み

保険者(保険者数)	加入者数	活用が考えられる枠組み
国保(1,717)	3,466万人	<ul style="list-style-type: none"> ・新たな財政支援の活用 ・後期高齢者支援金の加減算制度
被用者保険 ・協会けんぽ(1) ・組合健保(1,431) ・共済組合(85)	7,345万人	<ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者支援金の加減算制度
後期高齢者医療制度 (47広域連合)	1,517万人	<ul style="list-style-type: none"> ・特別調整交付金の配分

【参考】現在の後期高齢者支援金に係る加減算制度の枠組



現行の基準: 特定健診・保健指導等の実施率

(参考) 支援金の内訳

- ・協会けんぽ 2.0兆円
- ・組合健保 1.8兆円
- ・共済組合 0.6兆円
- ・市町村国保等 1.7兆円

(1)後発医薬品の使用促進④(患者の選択におけるインセンティブ)

○ 後発医薬品の使用を促進し、医薬品に係る保険給付のあり方を適正化する観点からは、先発医薬品についての保険給付額を後発医薬品に基づいて設定し、それを上回る部分は患者負担とする制度(参照価格制度)などを検討する必要。

国民会議報告書(抄)

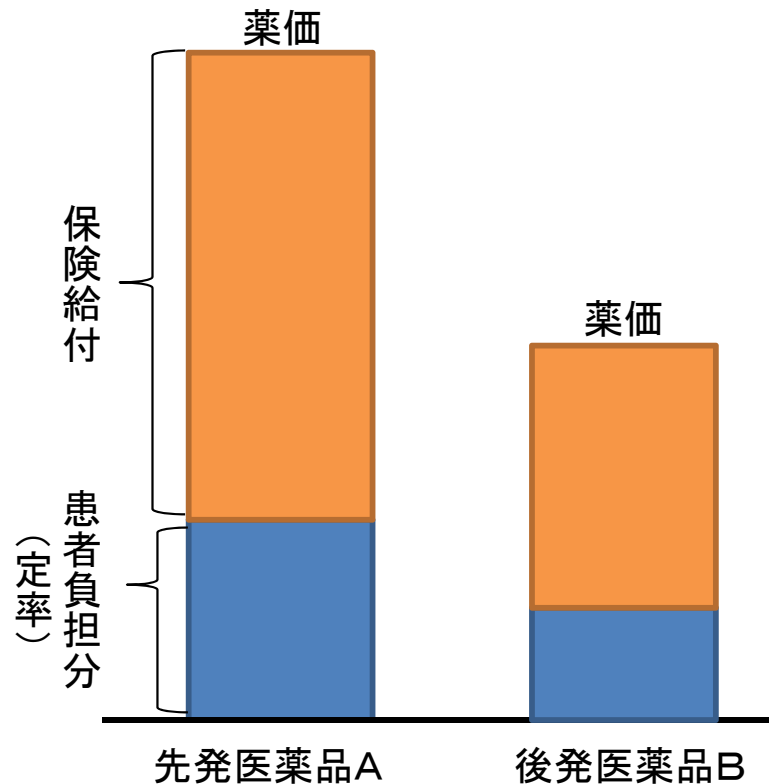
後発医薬品の使用促進など既往の給付の重点化・効率化策についても効果的な手法を講じながら進める

財政健全化に向けた基本的考え方(抄)

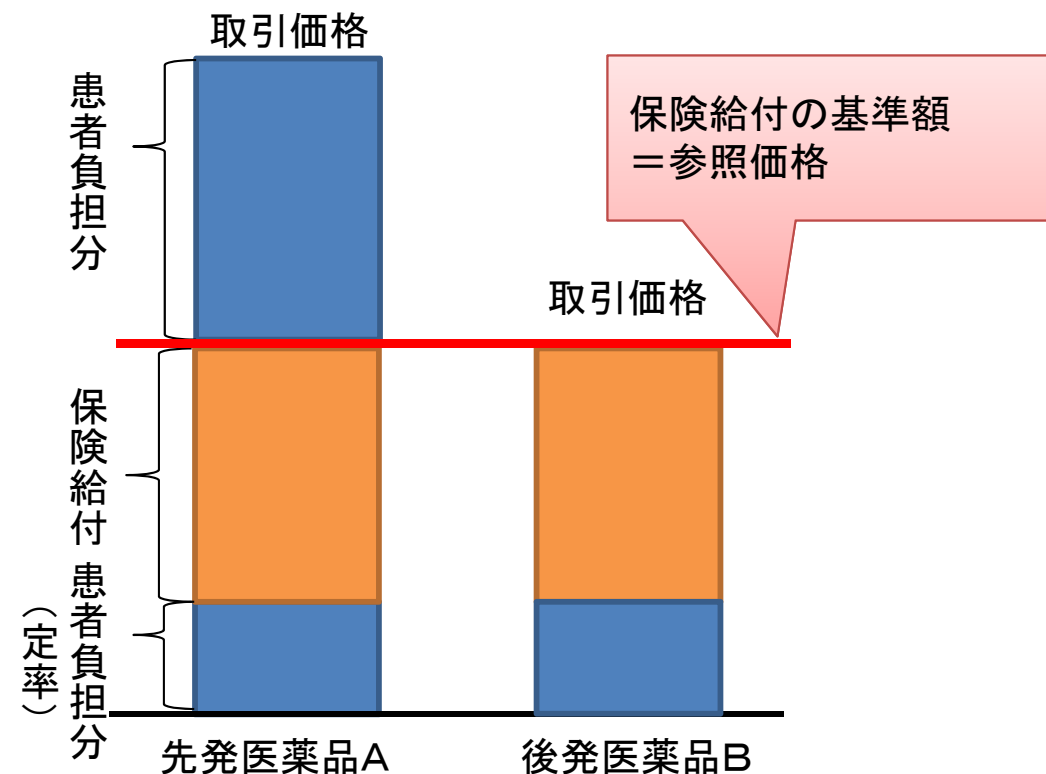
我が国の後発医薬品シェアが主要先進国と比較して最低の水準であることを踏まえ、特許の切れた医薬品の保険償還額を後発医薬品に基づいて設定し、それを上回る部分は患者負担とする制度(※)の導入を図るべきである。

(※)フランスやドイツでも類似の制度(参照価格制度)が導入されている。

○現状制度



○参照価格制度(イメージ)



(2)市販品類似薬に係る保険給付のあり方

- 市販品と同一の有効成分の薬でも、医療機関で処方されれば、極めて低い負担で購入が可能。
- このような市販品類似薬について、公平性の観点から、保険給付の対象から除外する取組みが進められており、その加速化が必要。

[参考1] ビタミン剤：平成24年度から、単なる栄養補給目的での使用は保険適用から除外

[参考2] うがい薬：平成26年度から、うがい薬のみの処方は保険適用から除外

市販品と医療用医薬品の比較

区分	市販品		医療用医薬品		
	名称	価格	名称	薬価	自己負担 (薬価3割)
① 解熱鎮痛薬	A	700円	AA	210円	63円
② うがい薬	B	626円	BB	160円	48円
③ 湿布	C	950円	CC	70円	21円
④ ビタミン剤	D	1,620円	DD	340円	102円
⑤ 胃薬	E	1,706円	EE	320円	96円
⑥ 抗アレルギー薬	F	2,160円	FF	1,130円	339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。

※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。

※4 医師に処方された医療用医薬品については、医療保険の適用となり、7割が保険で賄われるため、患者負担は3割となる。
ただし、患者負担割合は年齢によって一部負担割合が異なる。

(3)入院時食事療養費等の見直し

- 入院時食事療養費は、保険医療機関に入院したときに必要となる食費について、その一部を支給するもの。
- 入院時生活療養費は、保険医療機関の療養病床に入院したときに必要となる食費と居住費について、その一部を支給するもの。
- 入院医療から在宅医療へのシフトが見込まれる中、こうした入院時食事療養費等について、入院医療と在宅医療との公平を図る観点から見直すことが必要。

プログラム法(抄)

医療提供施設相互間の機能の分担を推進する観点からの外来に関する給付の見直し及び在宅療養との公平を確保する観点からの入院に関する給付の見直し

65歳以上の療養病床		一般病床 (一般所得)	介護保険施設 (補足給付における基準費用額) ※2
医療区分Ⅰ※1 (一般所得)	医療区分ⅡⅢ※1 (一般所得)		
1日当たり	1日当たり	1日当たり	1日当たり
<p>食費 (調理費、食材費) 1,380円</p> <p>居住費 320円</p>	<p>調理費 0円</p> <p>食材費 780円</p> <p>居住費 0円</p>	<p>調理費 0円</p> <p>食材費 780円</p> <p>居住費 0円</p>	<p>食費 (調理費、食材費) 1,380円</p> <p>居住費 320円</p>

※1 医療区分Ⅰ…医療区分ⅡⅢ以外の(比較的軽度な)患者。医療区分ⅡⅢ…Ⅲはスモン、ⅡはALS、筋ジス、その他難病など。

※2 補足給付における基準費用額…介護保険においては、食費・居住費は原則として保険外であるが、低所得者に限り、基準費用額と自己負担額の差額を補足給付として給付。

(4) 紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担の仕組みについて

- 現在、一定規模以上の病院において、紹介状なしに受診した患者等に係る初診料等を適正な評価とするとともに、保険外併用療養費(選定療養)の枠組みを活用し、病院及び診療所における外来機能の分化を図っている(下記参考1)。
- これに加えて、紹介状なしで大病院を受診する場合に、一定の定額自己負担を求める仕組みが必要(下記参考2)。

プログラム法(抄)

医療提供施設相互間の機能の分担を推進する観点からの外来に関する給付の見直し及び在宅療養との公平を確保する観点からの入院に関する給付の見直し

(参考1) 現行の初再診において特別の料金を徴収する制度

【対象医療機関】

病床数が200床以上の病院であって、地方厚生局に届け出たもの

【主な要件】

- ・ 他の医療機関からの紹介なしに病院を受診した患者に限る(初診)
- ・ 病院が他の医療機関(200床未満)に対して文書による紹介を行う旨の申出を行った患者に限る(再診)
- ・ 緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く
- ・ 初再診に係る費用の徴収について、患者にとってわかりやすく明示

【設定状況(H25.7.1現在)】

◀初診▶ 1,191施設:最高8,400円 最低105円 平均2,130円

◀再診▶ 110施設 :最高5,250円 最低210円 平均1,006円

(参考2) 主な論点((平成26年7月7日厚生労働省社会保障審議会医療保険部会資料より)

- 対象とする保険医療機関
- 対象とする患者・ケース
- 定額負担の額
- 療養の給付に要する費用の額と定額負担との関係 等

論点整理

- 医療制度の持続可能性を確保する観点から、患者のQOL等に配慮しつつ、保険給付の範囲を抜本的に見直し、給付を重点化していくことが必要。
- 具体的には、27年度医療保険制度改革・次期診療報酬改定において、以下の課題を加速化させるべきではないか。
 - ・ 後発医薬品の更なる使用促進
目標のあり方の見直し、保険者機能の更なる強化
 - ・ 在宅療養等との公平
入院時食事療養費の見直し
市販品類似薬等の保険非収載の加速化 等
 - ・ 医療提供施設相互間の機能の分担を推進する観点からの外来に関する給付の見直し
紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担の仕組みの導入
- さらに、次の改革に向けて、以下の課題について検討が必要ではないか。
 - ・ 後発医薬品の使用促進に向けた薬価制度の抜本的見直し(患者の選択におけるインセンティブ付け)
 - ・ リスクの大きさや医療技術のQOL等への影響度に応じた患者負担のあり方
 - ・ 柔道整復療養費の見直し(定額制の導入、受領委任払いが実施可能な施術所の限定)

2-1 医療保険制度改革

(1) 医療提供体制の改革

(2) 保険給付範囲の見直し

(3) 負担の公平確保

2-2 診療報酬・薬価

高齢者の負担の現状①（自己負担）

- 高齢者の自己負担は、原則となる負担率が1割または2割と、現役世代の3割よりも軽減されている。
- さらに高額療養費制度においては、70歳以上の高齢者について、
 - ① 月単位の上限額が、70歳未満に比べて低額に設定されている、
 - ② 外来については、70歳未満にはない更なる特例措置が講じられている、
 など、若年者よりも負担が低い状況となっている。

経済財政運営と改革の基本方針2014(抄)

医療保険制度の持続可能性を中長期的に高めるとともに現役世代との均衡を図る観点から、高齢者の患者負担について更に負担能力に応じた負担とすることについて検討する。

自己負担の割合

75歳以上

1割負担（現役並み所得3割）

70～74歳

2割負担（平成26年4月以降70歳になる者から段階的に2割、その他は1割。）

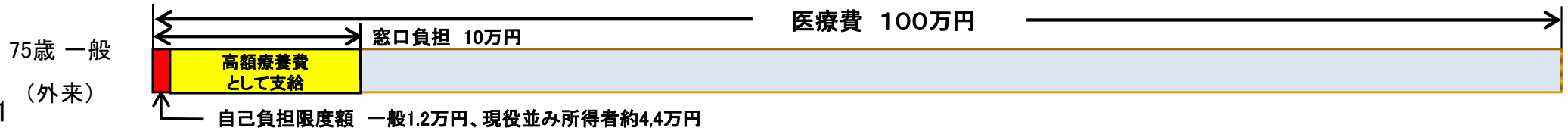
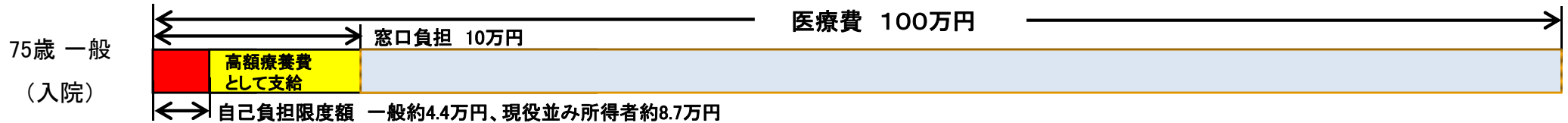
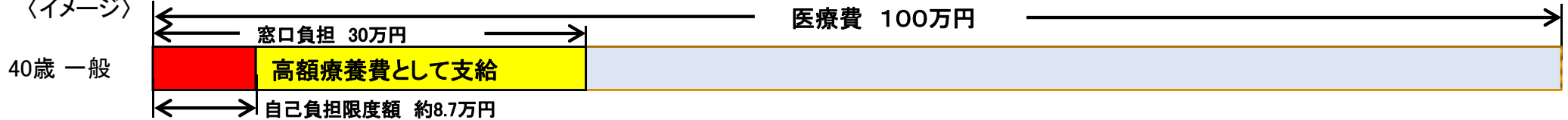
70歳未満

3割負担（義務教育就学前2割）

高額療養費制度※

※ 医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払った後、月ごとの自己負担限度額を超える部分については、事後的に保険者から償還払いされる制度。家計に対する医療費の自己負担を軽減させる目的がある。

〈イメージ〉



高齢者の負担の現状②（保険料）

- 後期高齢者医療制度の本来的な保険料軽減措置は以下のとおり。
 - ①低所得者の均等割7、5、2割軽減
 - ②被用者保険の被扶養者であった者(元被扶養者)の軽減(均等割5割軽減、所得割賦課せず。)
- 制度施行に当たり、激変緩和の観点から、平成20年度以降毎年度、予算により保険料軽減特例措置を実施している。

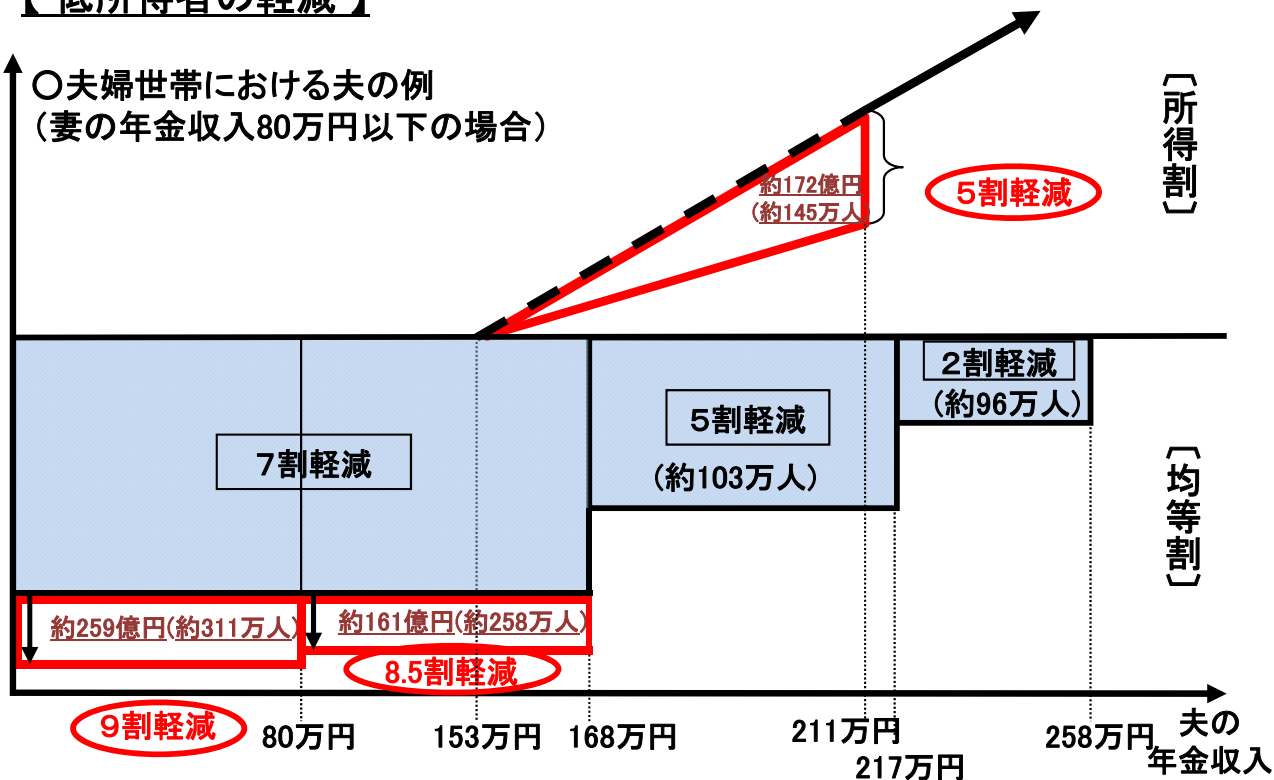
【下図赤字部分、平成26年度予算 合計811億円】

- ①低所得者の更なる保険料軽減(均等割9・8.5割軽減、所得割5割軽減)
- ②元被扶養者の更なる保険料軽減(均等割9割軽減、期限なし)

経済財政運営と改革の基本方針2014(抄)

後期高齢者医療の保険料軽減特例措置について段階的に見直しを進める

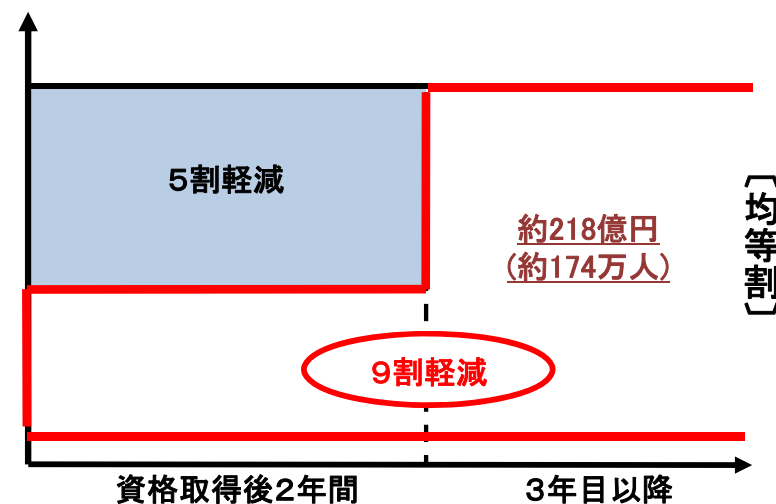
【低所得者の軽減】



※数値は、平成26年度予算ベース。

※均等割5割・2割軽減については、平成26年4月から軽減対象を拡大している。

【元被扶養者の軽減】



※制度上の軽減は75歳到達から2年間限りとされているが、特例措置により、期限なしで軽減されている(政令附則)。

現役世代の負担の現状①（全体像）

- 自営業者等が加入する国保、被用者が加入する協会けんぽ・組合健保・共済組合など、保険者が分立している。
- 社会保険制度ではありながら、国保や協会けんぽについては、被保険者の保険料負担能力の格差に鑑み、給付費等に対して定率の公費負担がなされている。

	国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合
保険者数 (平成25年3月末)	1, 7 1 7	1	1, 4 3 1	8 5
加入者数 (平成25年3月末)	3, 4 6 6 万人 (2, 025万世帯)	3, 5 1 0 万人 被保険者1, 987万人 被扶養者1, 523万人	2, 9 3 5 万人 被保険者1, 554万人 被扶養者1, 382万人	9 0 0 万人 被保険者450万人 被扶養者450万人
加入者平均年齢 (平成24年度)	5 0. 4 歳	3 6. 4 歳	3 4. 3 歳	3 3. 3 歳
65～74歳の割合 (平成24年度)	3 2. 5 %	5. 0 %	2. 6 %	1. 4 %
加入者一人当たり医療費 (平成24年度)	3 1. 6 万円	1 6. 1 万円	1 4. 4 万円	1 4. 8 万円
加入者一人当たり 平均所得(※3) (平成24年度)	8 3 万円 一世帯当たり 1 4 2 万円	1 3 7 万円 一世帯当たり(※4) 2 4 2 万円	2 0 0 万円 一世帯当たり(※4) 3 7 6 万円	2 3 0 万円 一世帯当たり(※4) 4 6 0 万円
加入者一人当たり 平均保険料 (平成24年度)(※5) 〈事業主負担込〉	8. 3 万円 一世帯当たり 1 4. 2 万円	10. 5万円 <20. 9万円> 被保険者一人当たり 18. 4万円 <36. 8万円>	10. 6万円 <23. 4万円> 被保険者一人当たり 19. 9万円 <43. 9万円>	12. 6万円 <25. 3万円> 被保険者一人当たり 25. 3万円 <50. 6万円>
保険料負担率(※6)	9. 9 %	7. 6 %	5. 3 %	5. 5 %
公費負担	給付費等の5 0 %	給付費等の1 6. 4 %	後期高齢者支援金等の 負担が重い保険者等への補助 (※8)	なし
公費負担額(※7) (平成26年度予算 ^ハ -ス)	3 兆 5, 0 0 6 億円	1 兆 2, 4 0 5 億円	2 7 4 億円	

(※1) 組合健保の加入者一人当たり平均保険料及び保険料負担率については速報値である。

(※2) 一定の障害の状態にある旨の広域連合の認定を受けた者の割合である。

(※3) 市町村国保及び後期高齢者医療制度については、「総所得金額(収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離譲渡所得金額」を加えたものを年度平均加入者数で除したもの。(市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」のそれぞれの前年所得を使用している。)

協会けんぽ、組合健保、共済組合については、「標準報酬総額」から「給与所得控除に相当する額」を除いたものを、年度平均加入者数で除した参考値である。

(※4) 被保険者一人当たりの金額を表す。

(※5) 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。

(※6) 保険料負担率は、加入者一人当たり平均保険料を加入者一人当たり平均所得で除した額。

(※7) 介護納付金及び特定健診・特定保健指導、保険料軽減分等に対する負担金・補助金は含まれていない。

(※8) 共済組合も補助対象となるが、平成23年度以降実績なし。

現役世代の負担の現状②（後期高齢者医療に係る負担）

- 75歳以上の医療給付費は、高齢者の保険料（約1割）、現役世代の保険料による後期高齢者支援金（約4割）、公費（約5割）により支える仕組み。
- このうち現役世代の保険料による支援金を被用者保険者間で按分する際、3分の1は総報酬割としているが、3分の2は未だ加入者割となっている。
- 負担能力に応じた負担とする観点からは、全面総報酬割としていくことが必要。

経済財政運営と改革の基本方針2014(抄)

後期高齢者医療の支援金について、被用者保険者間で負担能力に応じた負担とすることを検討する。

75歳以上の医療給付費に係る費用負担の仕組み

患者負担

公費（約5割）
〔国：都道府県：市町村 = 4：1：1〕

6.8兆円

高齢者の保険料
約1割

1.1兆円

支援金（現役世代の保険料）
約4割

6.0兆円

被用者保険者からの支援金内訳
（平成26年度予算ベース）
【1/3総報酬割の場合】

- ・協会けんぽ2.0兆円
（うち国庫負担0.2兆円）
- ・健保組合1.8兆円

サービス

医療

保険料

保険料

被保険者（75歳以上）

国保

被用者保険（協会けんぽ、健保組合等）

負担能力に
応じた負担

総報酬割

1/3

加入者割

2/3

負担能力に
応じた負担と
なっておらず、
今後の課題

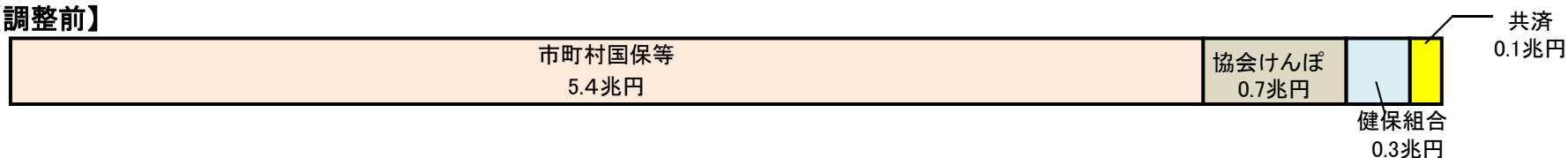
全面総報酬割の導入により、総数約1,400の健保組合の3～4割程度の健保組合の負担が軽減されることとなる。

現役世代の負担の現状③（前期高齢者医療に係る負担）

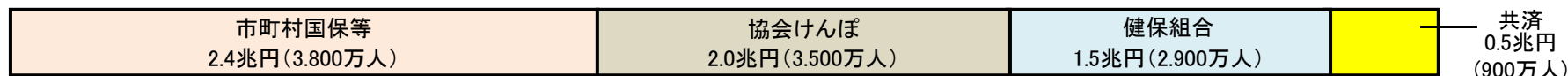
- 前期高齢者(65～74歳)の医療給付費については、保険者間で高齢者が偏在することによる負担の不均衡を是正するため、保険者間で財政調整が図られている。
- しかしながら、財政調整の方式が各保険者の前期高齢者の加入者数に応じた方式であり、負担能力に応じたものとなっていない。

財政調整の規模

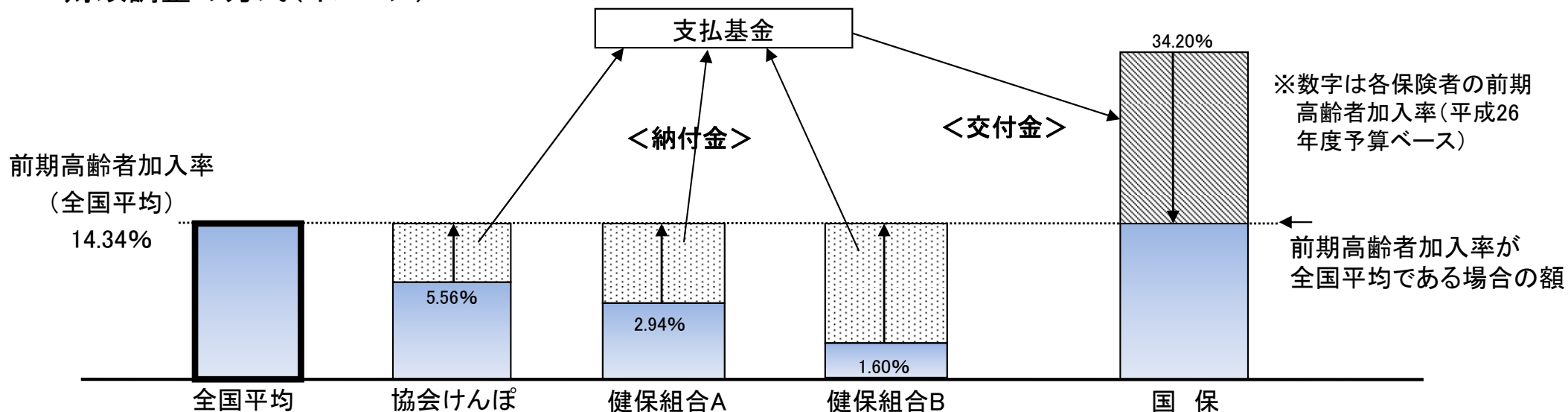
【調整前】



【調整後】



財政調整の方式(イメージ)



標準報酬月額等の引上げについて

- 被用者保険においては、報酬月額に対応した標準報酬月額に比例的に保険料負担をすることとなっているが、この標準報酬月額には上限が存在する(121万円)。
- 国民健康保険料(税)は、賦課(課税)限度額が設けられている(①基礎賦課分51万円、②後期高齢者支援金等分16万円、③介護納付金分14万円)。

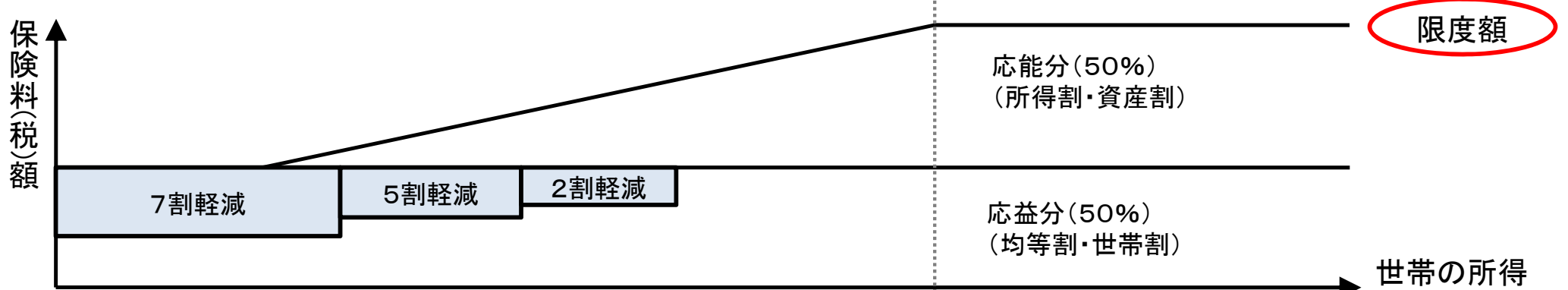
プログラム法(抄)

国民健康保険の保険料の賦課限度額及び標準報酬月額等の上限額の引上げ

(図1) <被用者保険>標準報酬月額等の等級(健康保険法第40条第1項)

標準報酬月額等級	標準報酬月額	報酬月額	標準報酬月額等級	標準報酬月額	報酬月額
第1級	5.8万円	6.3万円未満	第25級	36万円	35万円以上37万円未満
第2級	6.8万円	6.3万円以上7.3万円未満	第26級	38万円	37万円以上39.5万円未満
...
第23級	32万円	31万円以上33万円未満	第47級	121万円	117.5万円以上
第24級	34万円	33万円以上35万円未満			

(図2) <国民健康保険>世帯所得と保険料(税)額の関係



医療分の限度額(67万円)に達する収入
給与収入 1000万円／年金収入990万円
(給与所得780万円／年金所得 780万円)

(注1) 給与収入又は年金収入を有する単身世帯で試算
(注2) 保険料率は、旧ただし書所得・4方式を採用する平成23年度全国平均値。
所得割率8.00%、資産割額15,667円、均等割額27,355円、世帯割額26,337円

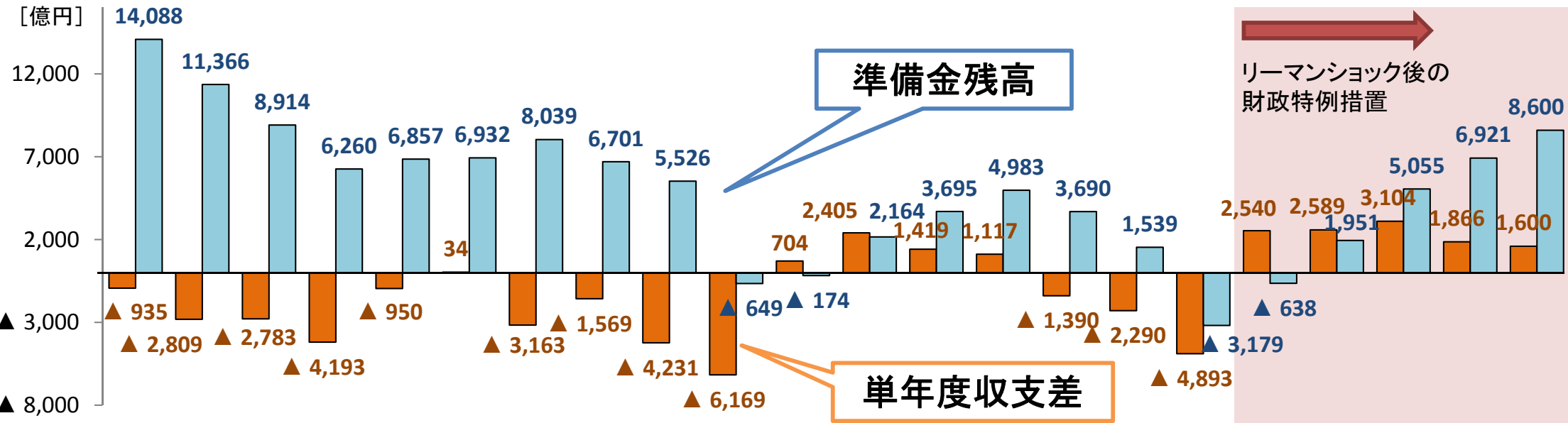
(※) 厚生労働省保険局「平成23年度 国民健康保険実態調査」をもとに、平成26年度における賦課限度額を超える世帯割合を推計したもの。

協会けんぽの財政状況とリーマンショック後の危機対応①(単年度収支差と準備金残高の推移)

- 協会けんぽの準備金残高はリーマンショックの影響もあって、平成21年度には赤字に転落した。
- 平成22年度には、リーマンショック後の危機対応として、特例的に国庫補助の割合を16.4%(当初3年間の時限措置。その後2年間の延長)に引き上げ等により、準備金残高の赤字を解消。
- 足元では8,600億円と、平成8年度以降で最高水準の準備金残高が積み上がっている。

経済財政運営と改革の基本方針2014(抄)

リーマンショック後の景気対策として臨時的・例外的に行われた対応を危機対応モードから平時モードへ切り替え、通常の施策に戻す。



年度	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	
国庫補助率(%)	13.0																	16.4					
保険料率(%)	8.2				8.5						8.2							9.34	9.50	10.0			

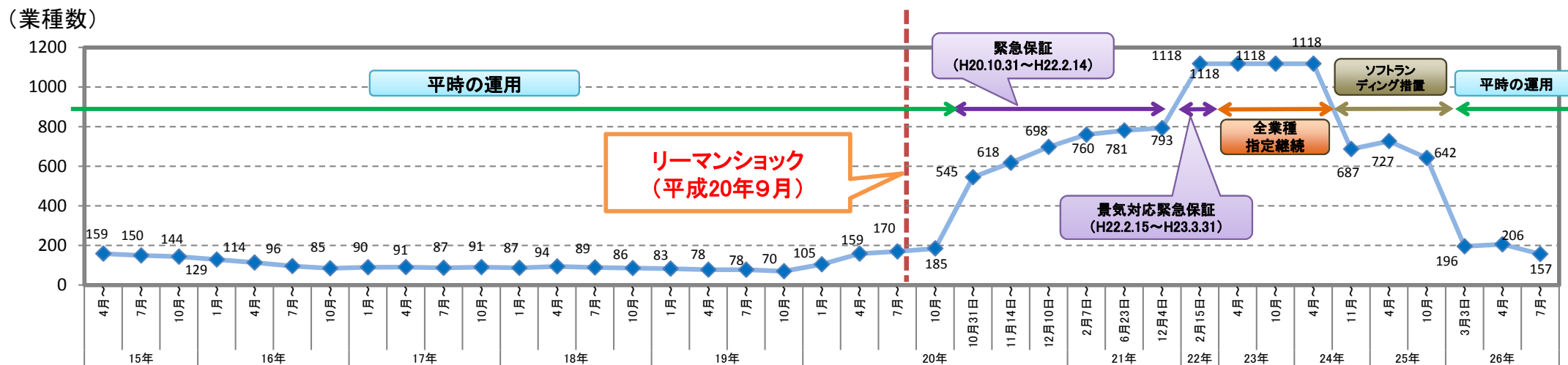
(注) 1. 平成5年度、6年度、8年度、9年度、13年度は国の一般会計より過去の国庫補助繰延分の返済があり、これを単年度収支に計上せず準備金残高に計上している。
 2. 平成21年度以前は国庫補助の精算金等があった場合には、これを単年度収支に計上せず準備金残高に計上している。
 3. 平成25年度及び26年度は見込額である。

[参考]リーマンショック後の他の危機対応

○ リーマンショック後の危機対応として講じられた他の特例措置は、平時の対応に戻されている。

信用補完制度のうちセーフティネット5号

- 従来、セーフティネット保証5号の指定業種数は、概ね80~200業種(細分類ベース)程度で推移していたが、リーマンショック後に業種基準を緩和した「緊急保証」開始以降(平成20年10月~)は、景況の悪化も伴って業種数は増加。
- 平成22年2月に開始した「景気対応緊急保証」では原則全業種(細分類ベースで1,118業種、中分類ベースで82業種)を指定。その後、震災の影響を踏まえ、原則全業種指定を継続。
- 平成24年11月からは、業況の改善した業種を指定から外し、全業種指定の終了。一方、激変緩和の観点から、業種指定基準を平時より緩和した「ソフトランディング措置」を適用し、600~700業種程度を指定してきた。
- ソフトランディング措置は平成26年3月2日をもって終了し、平時の運用へ移行している。



地方交付税の別枠加算

- 地方の財源不足は国・地方が折半で借金して対応してきたが、リーマンショック後の危機対応として、平成21年度以降、国の借金約6割で対応し、地方の借金を抑制(別枠加算)。
- 平成26年度予算においては、地方税収増を反映して別枠加算を4割縮減。

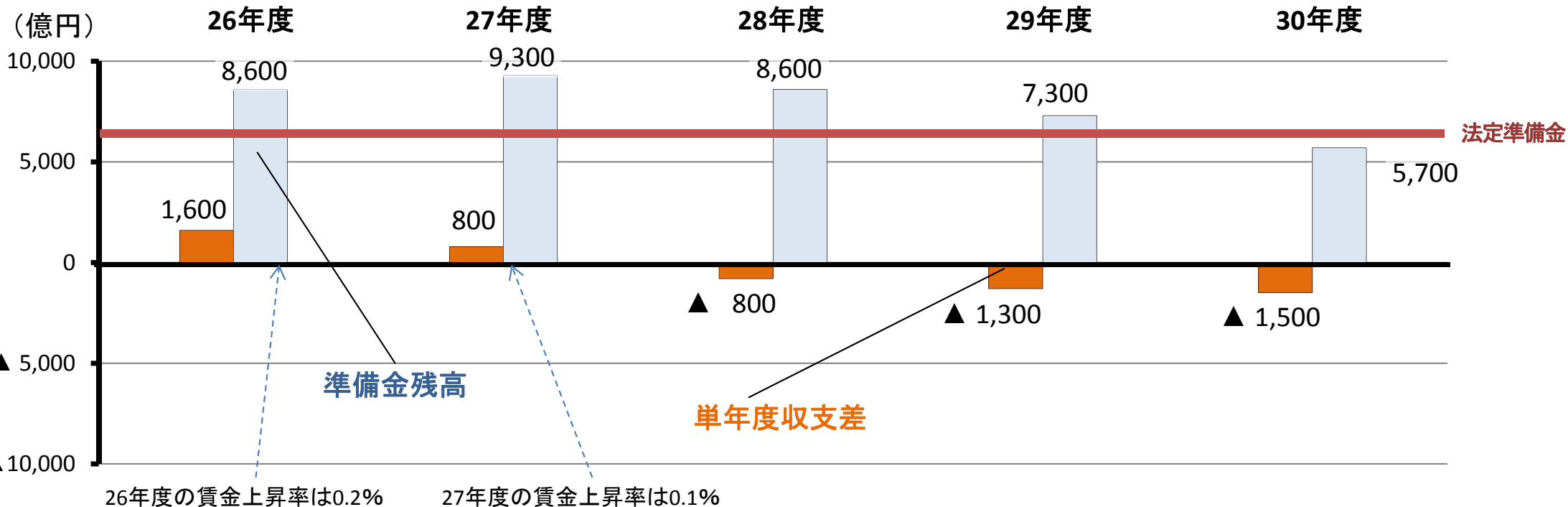
	H21	H22	H23	H24	H25	H26
別枠加算	1.0	1.5	1.1	1.1	1.0	0.6

(兆円)

協会けんぽの財政状況とリーマンショック後の危機対応②(協会けんぽの試算)

- 協会けんぽが平成26年7月に公表した収支見通しの試算によれば、
 - ①現在の保険料率10%を据置き
 - ②賃金上昇率は、27年度は+0.1%、28年度以降は、政府の中長期試算の低成長ケースの数値の2分の1
 - ③後期高齢者支援金の3分の1に総報酬割を引き続き実施
 - ④平成27年以降も国庫補助率は16.4%
 との前提で、平成30年度においても6,000億円弱の準備金残高がある姿。
- 今後、経済や医療費の動向、総報酬割のあり方をはじめとする今後の医療保険制度改革の影響などの議論を踏まえ、国庫補助・保険料のあり方等について検討することが必要。

協会けんぽによる推計に基づく財政収支の将来見通し



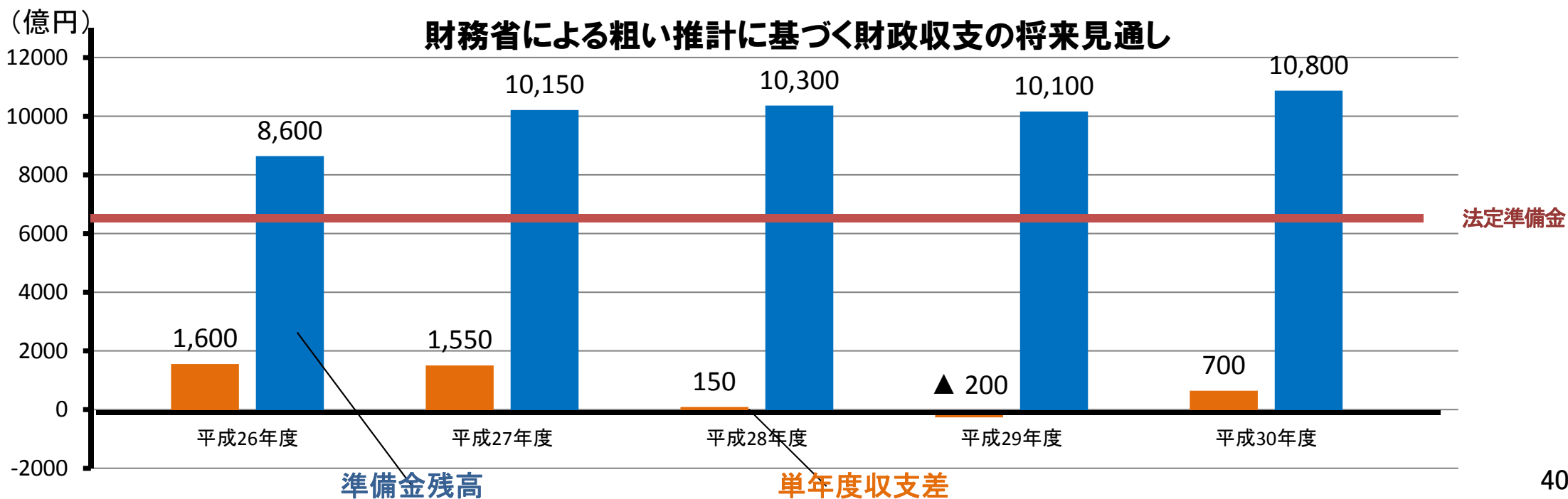
(注) ① 医療給付費の伸び率は、70歳未満は2.2%、70歳以上75歳未満は0.3%、75歳以上は1.2%としている。
 ② 消費税10%への引上げ(平成27年10月)に伴う診療報酬改定への影響については、消費税8%への引上げ(平成26年4月)に準じている。

協会けんぽの財政状況とリーマンショック後の危機対応③(財務省試算)

○ 財務省において、協会けんぽの試算を土台に、以下のように前提を見直し、粗い推計を実施すると、数年後には準備金残高が法定準備金の2倍となる結果が得られた。

前提事項	財務省試算	(参考)協会けんぽ試算
保険料率	10%据置き	同左
賃金上昇率	27年度～30年度 ⇒低成長ケース×1	27年度 +0.1% 28年度～30年度 低成長ケース×0.5
改革要因	医療保険制度改革(後期高齢者支援金の全面総報酬割、標準報酬月額の見直し)の影響を一定の前提で反映	医療保険制度の影響を織り込まず
国庫補助率	リーマンショック前の水準へ段階的引下げ (27年度:15.3%、28年度:14.2%、29年度以降:13%)	16.4%で据置き

○ 以上を踏まえると、協会けんぽに対する国庫補助率について、リーマンショック後の財政特例措置を開始する前の水準(13%)に段階的に戻すことを早急に開始する必要があるのではないか。



国保組合の国庫補助の見直し

- 国保組合とは、歴史的経緯等から、同一地区内に住所を有する、同種の事業・事務に従事する者を組合員として組織したもの
(医師・歯科医師・薬剤師:92組合 / 建設関係:32組合 / 一般業種:40組合 計164組合)。
- 現行制度の下では、所得水準の高い国保組合に対しても、高率の国庫補助が行われている。

国民会議報告書(抄)

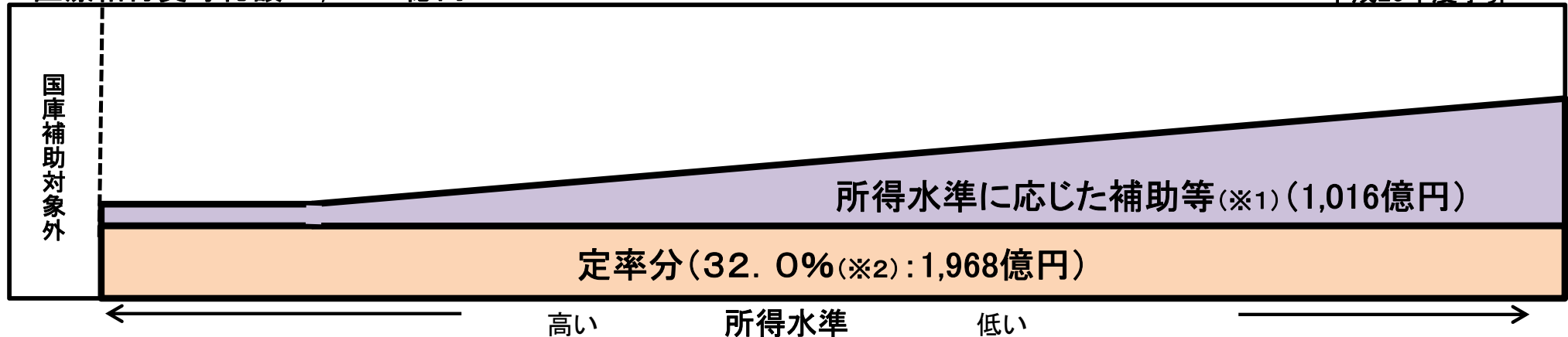
所得の高い国保組合に対する定率補助もかねて廃止の方針が示されており、保険料負担の公平の観点から、廃止に向けた取組を進める必要がある。

プログラム法(抄)

被保険者の所得水準の高い国民健康保険組合に対する国庫補助の見直し

医療給付費等総額:7,158億円

平成26年度予算



<各国保組合における1人当たり市町村民税課税標準額>

	600万円以上	300万円以上600万円未満	200万円以上300万円未満	100万円以上200万円未満	100万円未満
医師・弁護士	29組合	19組合	—	—	—
歯科医師	—	—	15組合	12組合	—
薬剤師	—	—	13組合	5組合	—
建設関係	—	—	—	3組合	29組合
その他	—	—	5組合	13組合	21組合

※1 調整補助金の総額は、各国保組合の医療給付費等の合計額の15%以内。

※2 平成9年9月1日以降、健康保険の適用除外承認を受けて、新規に国保組合に加入する者とその家族(組合特定被保険者)に対する補助率は、協会けんぽの補助率を勘案して設定(若人13.0%、後期・介護16.4%)。

なお、全国土木建築国保組合の平成9年9月1日以前からの加入者の家族に対する補助率は、事業所の規模にかかわらず32%。

論点整理

- 高齢化の更なる進展に伴い、今後、現役世代の社会保障負担の増大が見込まれる中、制度の持続性確保のためには、年齢や制度で区分せず、経済力に応じて公平に社会保障の費用を負担していくことが必要。

《高齢者の負担》

- 年齢で区分するのではなく、負担能力が同じ高齢者は現役と同じ負担を求めることが必要ではないか。

具体的には、

- ・ 負担能力に応じて現役と同様の負担を求める観点から、27年度改革において、高額療養費の外来特例の廃止や後期高齢者の保険料特例措置の廃止を早急に進める必要があるのではないか。
- ・ また、現在、前期高齢者の自己負担割合を段階的(1割 ⇒ 2割)に引き上げているが、後期高齢者の自己負担割合(現行原則1割)のあり方や高齢者の高額療養費を別建てとすることの是非についても、次の改革の課題として明確に位置づけ、検討を開始する必要があるのではないか。

《現役世代の負担》

- 被用者間で負担能力に応じた負担を徹底することが必要ではないか。

具体的には、

- ・ 27年度改革において、後期高齢者支援金について、全面総報酬割に早急に移行し、それに伴い不要となる協会けんぽの後期高齢者支援金への国庫補助相当額を医療提供体制の改革等に有効活用することが必要ではないか。
- ・ また、標準報酬月額等について、医療技術の高額化等を踏まえ、引き上げを進めることが必要ではないか。
- ・ さらに、次の改革の課題として、最終的には被用者保険を統合することも視野に、前期高齢者納付金の総報酬割など、被用者間の負担の公平化を図る各種の措置の検討を開始する必要があるのではないか。

《保険者への公費負担》

- 保険者への公費負担は、現世代の税負担や将来世代の負担(赤字国債)によるものであり、被保険者の所得水準等に鑑みて合理的な水準に抑制する必要。

具体的には、27年度医療保険制度改革において、

- ・ 協会けんぽに対する国庫補助率をリーマンショック後の危機対応措置を開始する前の水準(13%)に段階的に戻すことを早急に開始する必要があるのではないか。
- ・ 所得水準の高い国保組合の国庫補助について、原則廃止する必要があるのではないか。

2-1 医療保険制度改革

(1) 医療提供体制の改革

(2) 保険給付範囲の見直し

(3) 負担の公平確保

2-2 診療報酬・薬価

平成26年度診療報酬改定について

地域医療向け補助金(基金)

公費:904億円(国・地方)

新たな財政支援制度の創設
(消費税収活用対象)
公費:544億円(国・地方)
国費:362億円

左記財政支援制度への上乗せ
(消費税収活用対象外)
公費:360億円(国・地方)
国費:240億円

消費税増収分の活用
公費:353億円
国費:249億円

本体プラス改定
+0.10%

7対1病床から受け皿
病床への円滑な移行
+0.15%

過剰な7対1病床の
コストの是正
▲0.15%

プラス改定

消費税
対応分

+0.63%
本体

+0.73%
薬価

+1.36%

▲1.36%

薬価改定



診療報酬本体(+0.73%)

マイナス改定

薬価(▲0.63%)

平成26年度診療報酬改定における消費税8%への引上げに伴う対応

<消費税対応について>

- 社会保険診療は非課税かつ公定価格であり、医療機関等は患者に仕入れに係る消費税負担を転嫁できない。
- このため、平成26年4月1日から消費税率が8%に引き上がることに伴う医療機関等の消費税負担上昇分については、診療報酬で補てんする。

(消費税対応分)

改定率 +1.36% (約5,600億円)

本体 +0.63% (約2,600億円)

薬価 +0.64% (約2,600億円)

材料 +0.09% (約400億円)

{ 医科 +0.71% (約2,200億円)
 歯科 +0.87% (約200億円)
 調剤 +0.18% (約100億円)

医療機関等の仕入れの構造

非課税仕入れ (人件費等)			診療報酬で補てん (改定率1.36%相当)
			↑ 新たに医療機関等に発生する消費税負担
課税仕入れ (委託費等)	5%	3%	
課税仕入れ (医薬品・医療材料)	5%	3%	

<改定財源の診療報酬点数への上乗せについて>

- 薬価、特定保険医療材料価格については、実勢価格に消費税3%分をそのまま上乗せする。

- 本体報酬については、

① 基本診療料・調剤基本料に上乗せする案(診療側)

② ①に加え、仕入れ時の消費税負担が大きいと考えられる個別の報酬項目(「個別項目」)への上乗せを組み合わせる案(支払側)

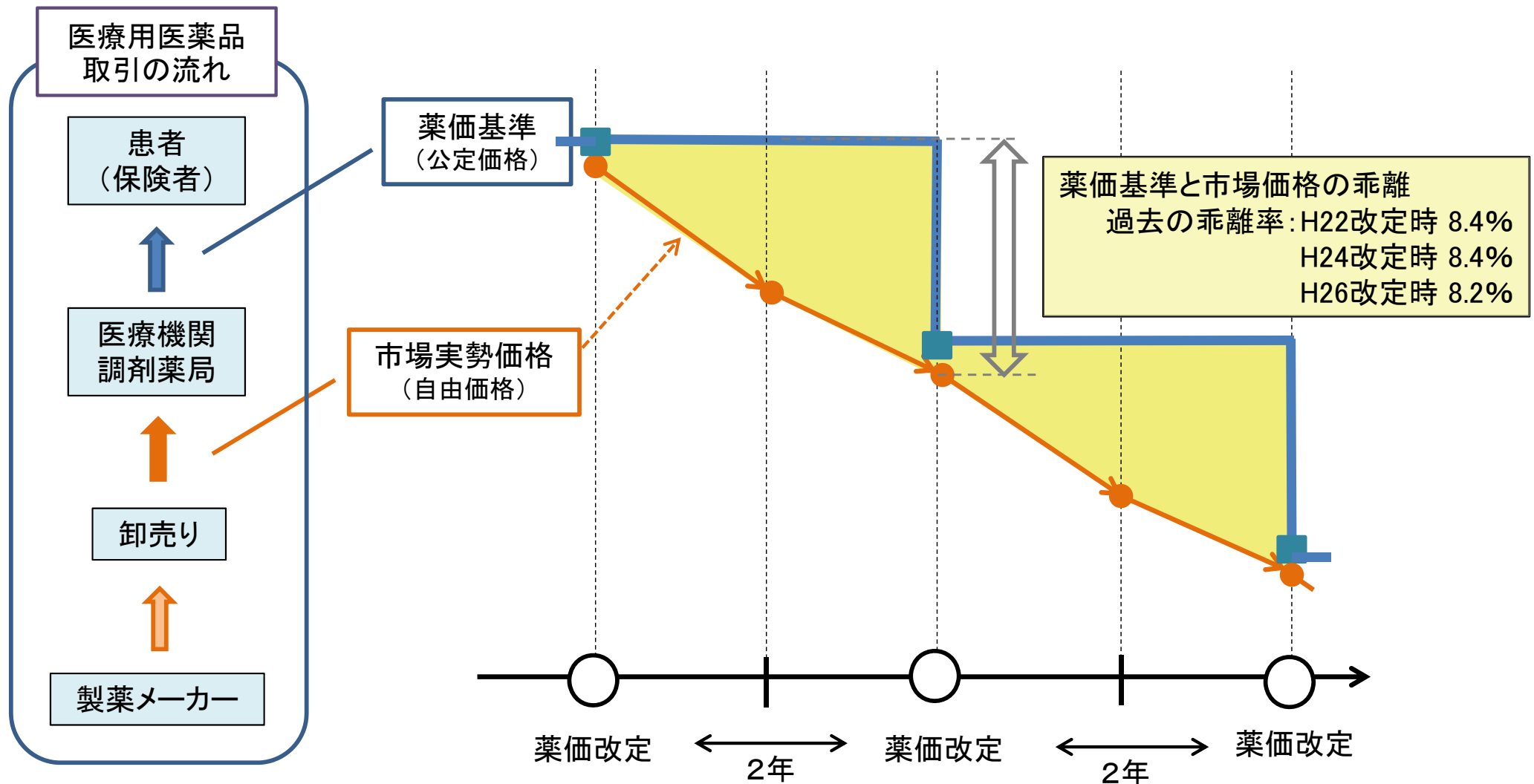
が提案されたが、公益裁定の結果、今回のように限られたデータの中で、全ての人から納得を得られるような「個別項目」への上乗せは現実的に不可能であることから、可能な限り分かりやすい形で上乗せすることを重視すべきであり、基本診療料・調剤基本料に点数を上乗せすることを中心に対応し、「個別項目」については、基本診療料・調剤基本料との関係上、上乗せしなければ不合理になると思われる項目等に補完的に上乗せすることが、現時点で取り得る最善の策であるとされた。

全ての仕入れ価格が3%引き上げられるわけではない(非課税仕入れが存在するため)ので、改定率としては、1.36%相当となる。

薬価調査・薬価改定について

「薬価調査」とは

- 医療用医薬品(既収載品)について、公的医療保険での保険償還価格(薬価基準)を市場実勢価格に合わせるために、実際の卸売価格を調査するもの。
- 現状では、2年に1度、薬価改定の前年9月に実施し、その結果を踏まえて薬価基準を下方改定(注)している。(注)薬価基準と市場実勢価格との乖離を(調整幅2%を残して)是正。



論点整理

- 骨太の方針を踏まえ、薬価基準が市場実勢価格を適正に反映したものとなるよう、薬価調査・薬価改定のあり方を見直すことが必要。

〈経済財政運営と改革の基本方針2014(抜粋)〉

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

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

- 27年度予算編成の課題(消費税10%への引上げ判断との関係)

27年10月から消費税を10%に引き上げる判断が行われた場合には、課税仕入れに係る消費税負担増への対応が必要となるが、高止まりした現行薬価基準をベースにすると、実際の課税仕入れ(市場実勢価格)に係る消費税負担を超える措置を講ずることになる。

⇒ 27年に薬価調査を行い、10月までに市場実勢価格を踏まえた薬価基準に改定した上で、消費税引上げへの対応を適切に措置する必要。

なお、薬価調査に基づく薬価のマイナス改定分は、市場実勢価格の反映に過ぎず、当然合理化されるべき自然増であって、これをもって診療報酬本体を含む他の経費の財源と考えることは不適當。

(参考)26年度における消費税8%への引上げに伴う対応

消費税引上げ対応分として薬価改定率+0.64%を措置=医薬品比率(22.55%)×3/105

介護

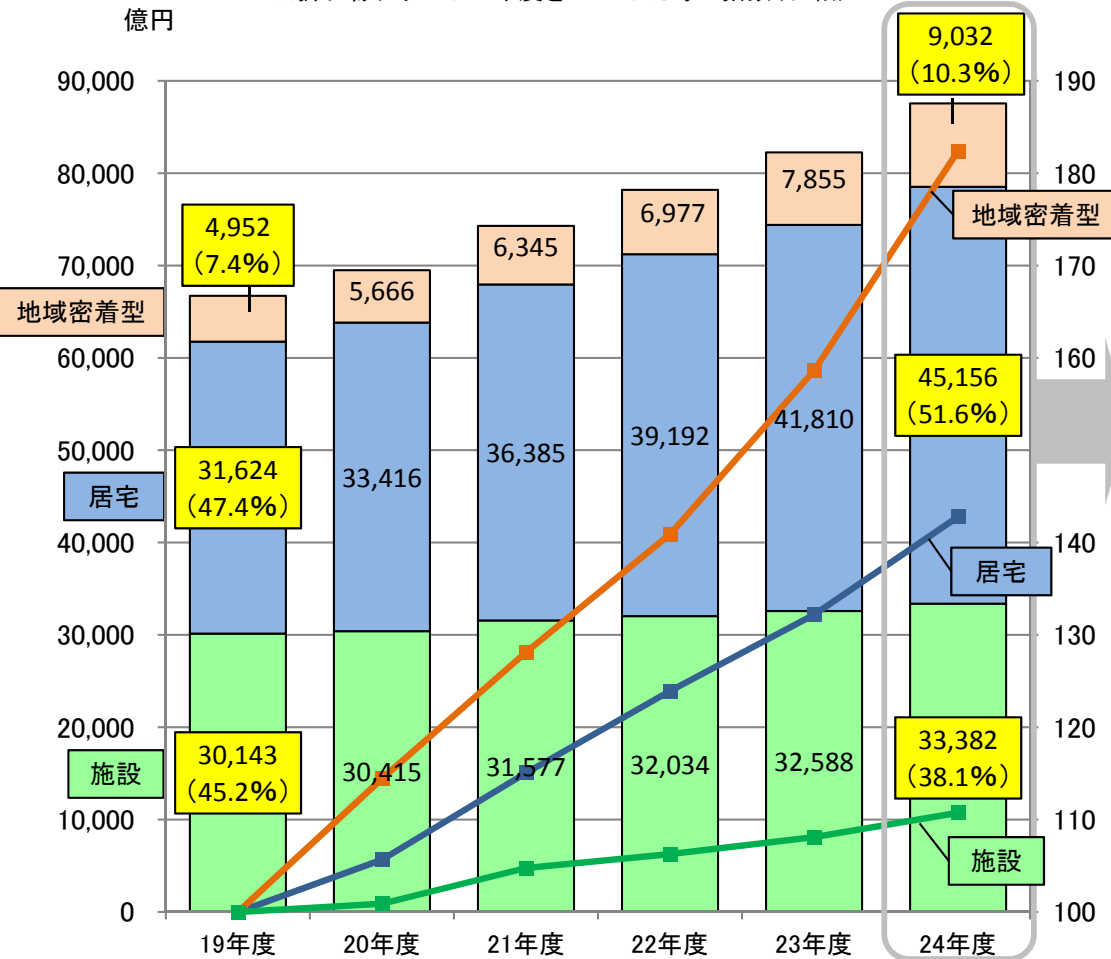
介護保険制度の現状

介護費用（サービス類型ごと）の現状

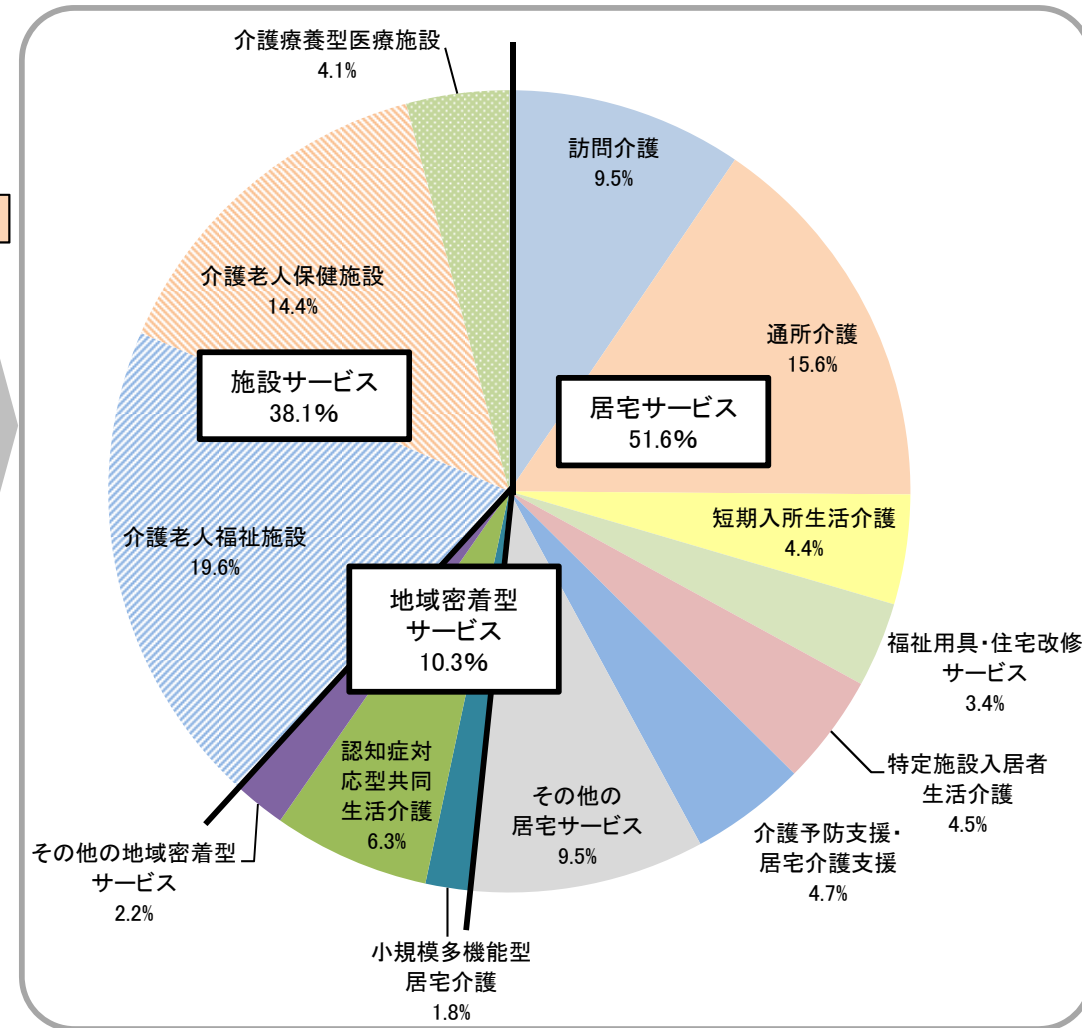
- 19年度から24年度にかけて総費用は2.1兆円増加しているが、このうち1.4兆円が居宅サービスの増によるもの。また、18年度に創設された地域密着型サービスが19年度から24年度にかけて2倍近く増加。
- 居宅サービスの中では、訪問介護や通所介護、施設サービスの中では介護老人福祉施設や介護老人保健施設の占める比率が大きい。

総費用（サービス類型ごと）の推移

※折れ線グラフは19年度を100とした時の指数（右軸）



総費用（サービス類型ごと）の構成比（24年度実績）

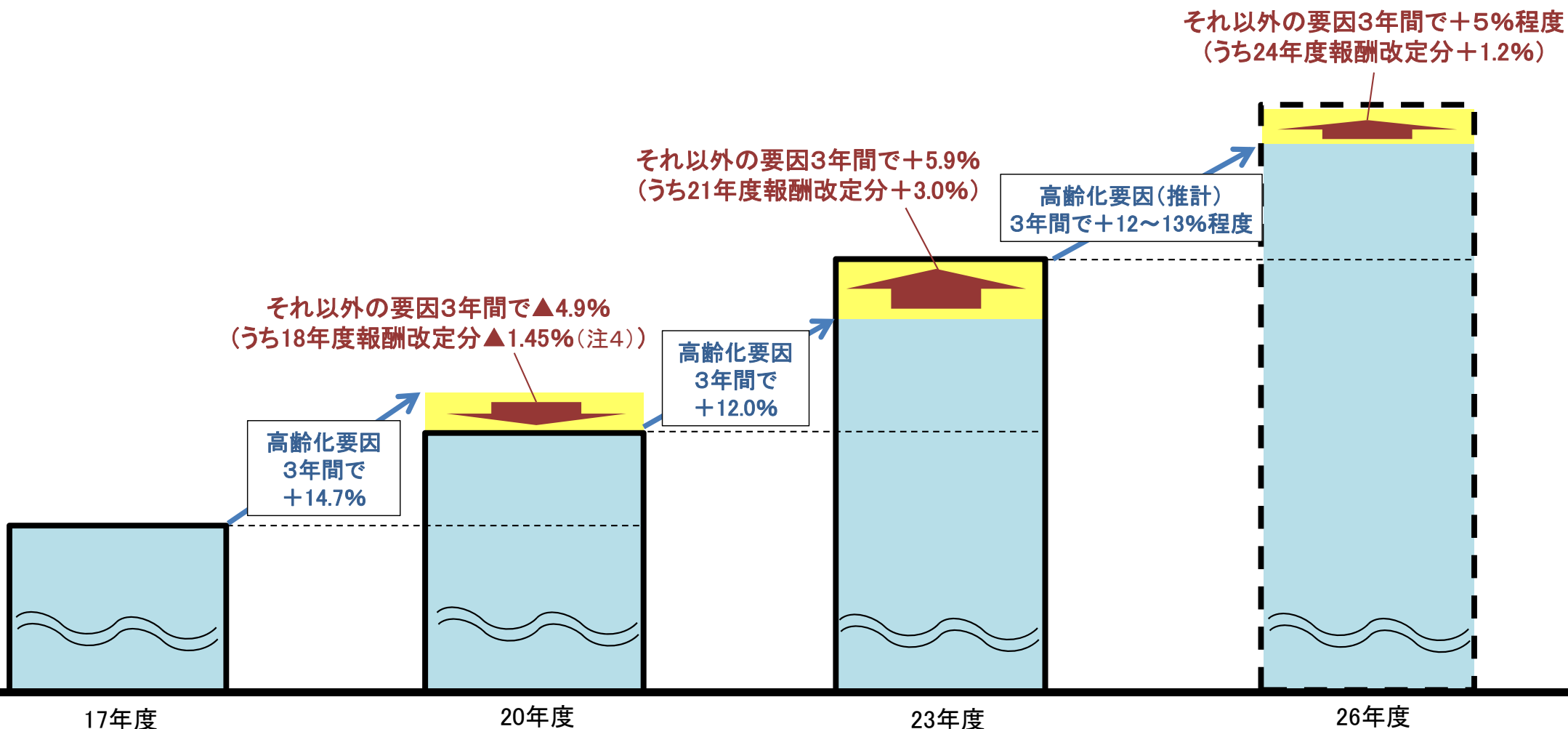


（出所）厚生労働省「介護保険事業状況報告年報」に基づき作成。

※ 括弧書きは構成比
（注）介護予防給付、補足給付を含む。

介護費用の伸び率（3年毎）の要因分解

○ 高齢化以外の要因による伸びは、足下では1年当たりで概ね1%程度（介護報酬改定の影響を除く）の増となっている。



(注1) 高齢化要因の伸びについては、各年度の年齢階級別(5歳区分)介護費用と年齢階級別(5歳区分)人口からの推計であり、それ以外の要因については、費用の伸びから高齢化要因の伸びを減じたもの。なお、補足給付については、年齢階級別の費用内訳がないため、各年齢階級ごとの施設受給者数で比例按分した上で推計している。

(注2) 分析の前提となる費用には、償還払いの費用(福祉用具購入、住宅改修費等)は含まれていない。

(注3) 26年度の高齢化要因については、総務省「人口推計」の平成26年8月概算値に基づき推計したもの。また、26年度の「それ以外の要因」については、26年度予算額(公経済負担分を除く)に基づき推計したもの。

(注4) 17年10月の介護報酬改定(▲1.9%)の影響は18年度前半までの半年分(▲0.95%)だけ影響が及ぶことから、18年4月の介護報酬改定(▲0.5%)とあわせて、▲1.45%としている。

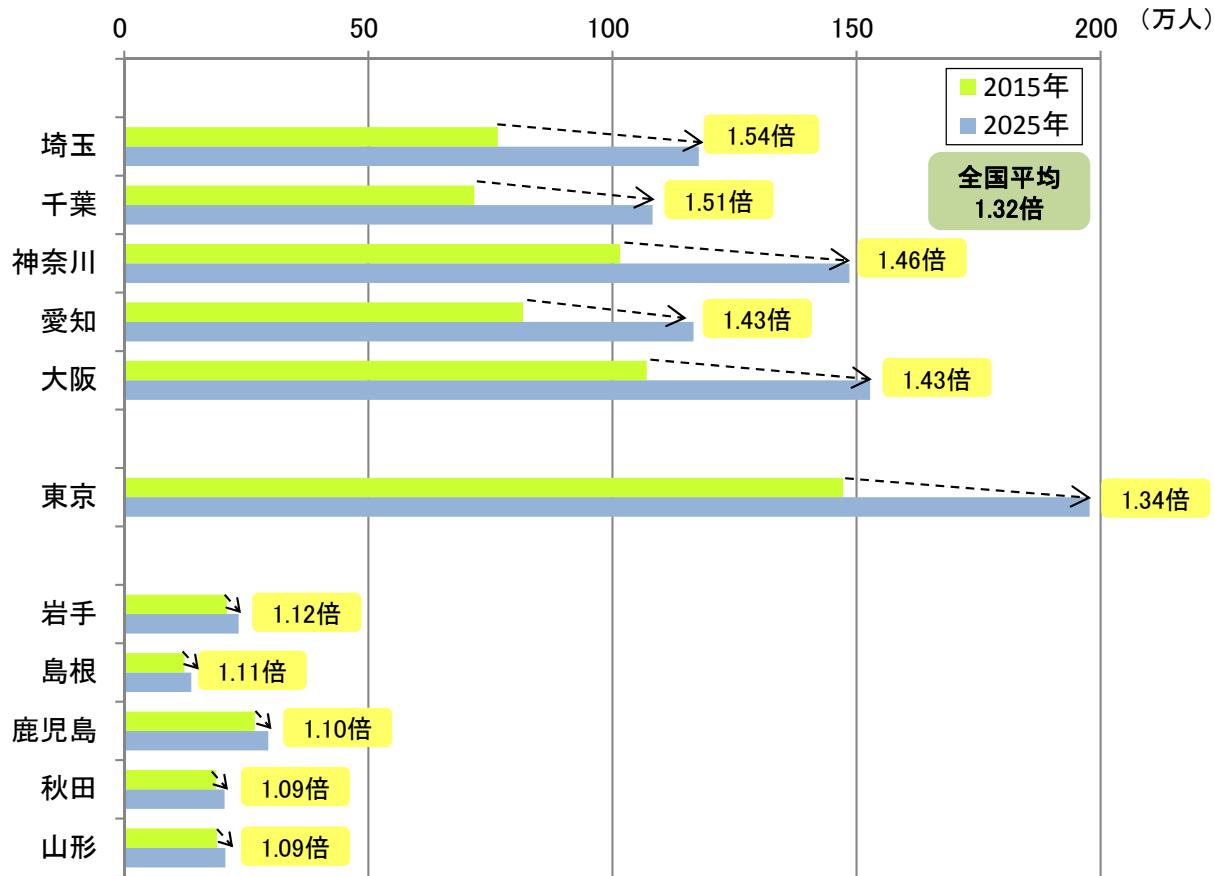
(出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」、総務省「国勢調査」、総務省「人口推計」

地域別の人口動態の見通し

○ 2015年から2025年にかけての75歳以上人口の伸びについて都道府県別で見ると、地方に比べて都市部の伸びが大きい。さらに、市町村別（≒介護保険の保険者別）で見ると、1.5倍を超えて増加する市町村が11.3%ある一方で、減少する市町村も16.9%存在する。

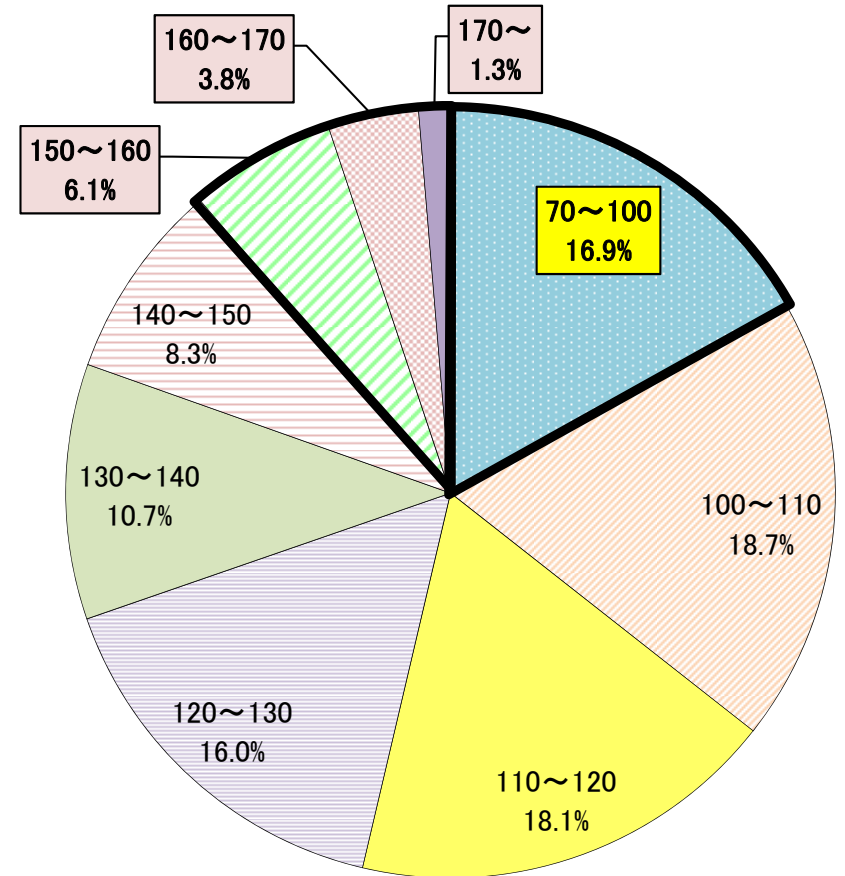
- それぞれの地域の実情を踏まえ、多様なサービスを提供していくことが必要。
- 人口密集地域である都市部の在宅サービスについては効率化の余地があるのではないか。

都道府県別の75歳以上人口の伸び



(注) 2015年人口に対する2025年人口の伸び率の上位5県、下位5県及び東京都を掲載。

75歳以上人口の伸びの市町村間の格差 (2015年を100としたときの2025年の指数)



(注) 市町村数には福島県内の市町村は含まれていない。

地域差の現状について

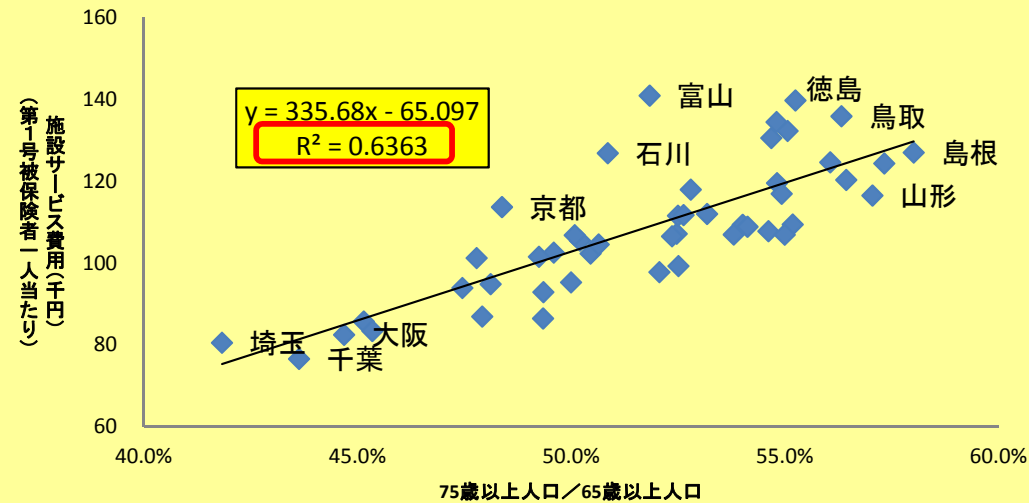
- 認定率については、保険者の間で格差がある。特に軽度者における格差が大きい。
- 施設サービスについては、高齢化の状況に応じて費用が増加する傾向にあるのに対し、居宅サービスについては、高齢化の状況と費用の間にほとんど相関関係が見られず、介護従事者数や事業所の定員数との相関が強い。
→ 供給が需要を生む構造になっているのではないか。

保険者間の認定率の格差

	全国平均	標準偏差	最大値	最小値
要支援1	2.43%	1.04%	8.15%	0.00%
要支援2	2.41%	0.77%	7.17%	0.00%
要介護1	3.30%	0.82%	7.16%	0.00%
要介護2	3.09%	0.78%	11.11%	0.50%
要介護3	2.33%	0.59%	7.41%	0.43%
要介護4	2.18%	0.55%	5.64%	0.00%
要介護5	1.91%	0.61%	6.25%	0.00%

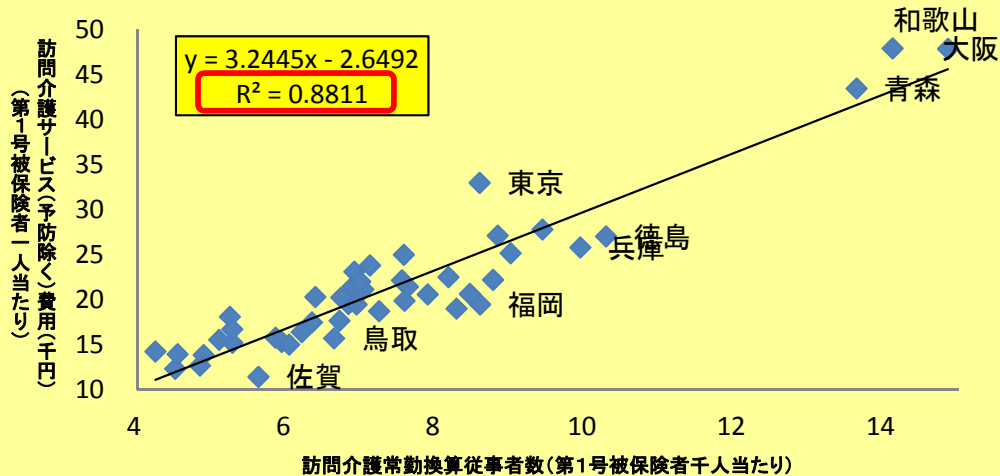
(注) 認定率は、第1号被保険者のうち要介護(要支援)認定者数/第1号被保険者

高齢化の状況と施設サービス費用(都道府県別)

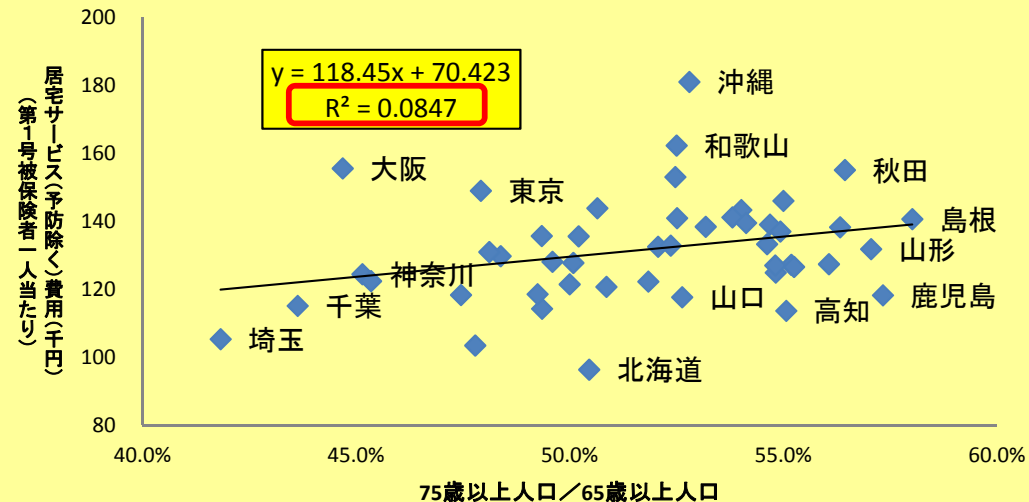


居宅サービス費用と介護従事者数・定員数の関係の例

～訪問介護従事者数(常勤換算)と一人当たり費用(都道府県別)～



高齢化の状況と居宅サービス費用(都道府県別)



社会保障・税一体改革以降の介護保険制度改革の方向性

社会保障・税一体改革における方向性

- サービス提供体制の面では、出来る限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活を継続できるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築**を目指すこととされ、費用負担の面では、1号保険料の低所得者保険料の軽減強化や、一定以上の所得者の利用者負担の在り方などについて検討することとされた。



地域医療・介護総合確保法

- 社会保障制度改革国民会議報告書、社会保障制度改革プログラム法を経て、26年6月、以下を主な内容とする地域医療・介護総合確保法が成立した。

【地域包括ケアシステムの構築】

■ 地域支援事業の充実

- 在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、地域ケア会議の推進、生活支援サービスの充実・強化
(前回改正による24時間対応の定期巡回サービスをはじめ、介護サービスの充実・普及を推進)

■ 全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）の地域支援事業への移行・多様化

■ 新たな基金の創設による介護施設の整備・介護従事者の確保 等

【費用負担の公平化】

■ 低所得者の保険料の軽減措置の拡大（27年4月～）

- 第1号被保険者の約3割(1,100万人)を対象

■ 一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割に引上げ（27年8月～）

- 被保険者の上位2割に相当する所得水準(単身で年金収入のみの場合、280万円)を超える者を対象

■ 低所得の施設利用者の食費・居住費を補てんする「補足給付」の要件に資産などを追加（27年8月～）

- 一定額超の預貯金等(単身1,000万円超、夫婦世帯2,000万円超程度)、非課税年金収入(遺族・障害年金)等を勘案

27年度介護報酬改定

過去の介護報酬改定について

改定時期	主な変更点	改定率
平成15年度改定	<u>施設サービスの適正化等</u> ○ 施設サービスの質の向上と適正化 - 施設の収支差を勘案し、施設サービス費を適正化。 ○ 自立支援を指向する在宅サービスの評価 - 訪問介護における生活援助の適正化、及び個別に実施するリハビリへの加算等	▲2.3% [在宅: +0.1%] [施設: ▲4.0%]
平成17年度改定 (H17.10施行)	<u>在宅と施設サービスの公平性確保等</u> ○ 居住費・食費に関連する介護報酬の見直し	
平成18年度改定	<u>自立支援と在宅介護の促進等</u> ○ 介護予防、リハビリテーションの推進 - 予防給付を出来高払から月単位の包括払へ変更 等 ○ 中重度者への支援強化 - 訪問介護や訪問看護における重度者向けの対応への加算	▲0.5% 【▲2.4%】 [在宅: ▲1.0%] 【▲1.0%】 [施設: ±0.0%] 【▲4.0%】 【 】: 17年度改定を含めた率
平成21年度改定	<u>介護従事者の処遇改善等</u> ○ 介護従事者の人材確保・処遇改善 - 介護従事者の専門性や勤務年数等への加算	+3.0% [在宅: +1.7%] [施設: +1.3%]
平成24年度改定	<u>介護職員の処遇改善の確保、地域包括ケアの推進</u> ○ 処遇改善加算の創設 ○ 24時間対応の定期巡回サービス等の新サービスの創設	+1.2% [在宅: +1.0%] [施設: +0.2%]
平成26年度改定	<u>消費税率引上げに伴う負担増への対応</u>	+0.63%



経済財政運営と改革の基本方針2014（抄）（26年6月24日閣議決定）

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

(注) 改定率の在宅・施設の内訳について、18年度改定までは、在宅・施設それぞれの費用に対する改定率を表記していたが、21年度改定以降は、在宅・施設を合わせた総費用に対する改定率を表記する形に改められた。

介護職員の処遇改善について

- 24年度介護報酬改定における処遇改善加算の創設等により、21年度以降、介護職員の給与を月額約3万円程度引き上げる効果。
- 地域包括ケアシステムを支える介護サービスを確保していくためには、介護職員の人材確保が必要であり、**消費税により確保される財源を活用し、更なる処遇改善を図ることが必要**。その際には、**現行の処遇改善加算を拡充し、介護職員の処遇が確実に改善される仕組み**とすべき。(あわせて、経営の近代化・大規模化により経験・スキルに応じた昇進・昇給を定める等、キャリアパスを確立し、職場の魅力を高めていくことも必要。)

介護職員の処遇改善についての取組

- | | |
|------------------|--|
| 21年4月～ | 平成21年度介護報酬改定 +3%改定
(介護従事者の処遇改善に重点をおいた改定) |
| 21年10月～
24年3月 | 介護職員処遇改善交付金(補正予算) |
| 24年4月～ | 平成24年度介護報酬改定 +1.2%改定
「介護職員処遇改善加算」の創設により、処遇改善交付金による処遇改善を継続 |



21年度以降、職員の給与を月額約3万円相当引き上げる効果

介護・障害福祉従事者の人材確保のための介護・障害福祉従事者の処遇改善に関する法律 (平成26年6月法律第97号(議員立法))

政府は、高齢者等並びに障害者及び障害児が安心して暮らすことができる社会を実現するためにこれらの者に対する介護又は障害福祉に関するサービスに従事する者(以下「介護・障害福祉従事者」という。)が重要な役割を担っていることに鑑み、これらのサービスを担う優れた人材の確保を図るため、平成27年4月1日までに、介護・障害福祉従事者の賃金水準その他の事情を勘案し、介護・障害福祉従事者の賃金をはじめとする処遇の改善に資するための施策の在り方についてその財源の確保も含め検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

附帯決議

- 一 介護・障害福祉従業者の処遇の改善に資するための施策については、賃金の改善はもとより、キャリアパスの確立、労働環境の改善、人材の参入及び定着の促進等、人材確保のために有効な措置を含め、幅広く検討すること。
- 二 介護・障害福祉従業者の賃金水準を検討するに当たっては、その処遇及び労働環境等について、正確な実態把握に努めること。
- 三 今後増大する介護の需要に対応するに当たっては、介護従事者の安定的な人数の確保と併せて、人材の質の確保に努めること。

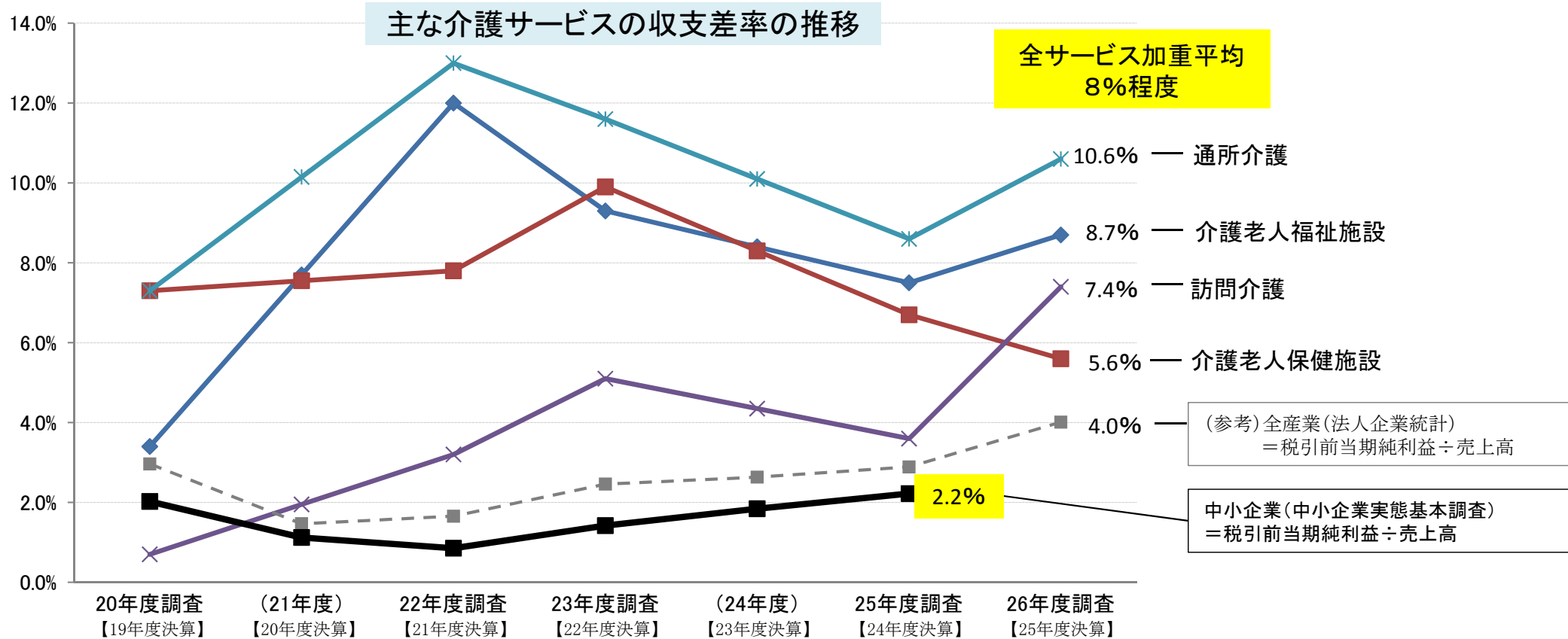
介護事業の収支差率の推移

○ 介護サービス全体の平均収支差率は**＋8%程度**(注1)と、一般の中小企業(注2)の水準(＋2～3%弱)を大幅に上回る。**介護職員の処遇改善加算などの充実を図る一方で、介護報酬基本部分に係る適正化(少なくとも中小企業並みの収支差となる▲6%程度の適正化)**が必要。

→ さらに今後高齢者が増加(市場が拡大)する中で、規模の経済によるコスト低減が見込まれることも踏まえれば、収支差率を中小企業の水準より低い水準とすることも検討すべきではないか。

(注1) 介護総費用におけるサービス毎の構成比に基づき、平均収支率の加重平均値を財務省において試算(出所:厚生労働省「介護給付費実態調査(26年4月審査分)」、「平成26年介護事業経営実態調査結果」)。

(注2) 中小企業の定義はサービス業で資本金5,000万円以下又は従業員100人以下とされるが、24年経済センサスによれば、資本金5,000万円未満の企業の売上高が全体の売上高に占める比率を見ると、全産業では3割強を占めるにすぎないのに対し、老人福祉・介護事業では7割程度を占める。



※1 介護事業の収支差率のうち、平成20年度、平成23年度、平成26年度については「介護事業経営実態調査結果」、平成22年度、平成25年度については「介護事業経営概況調査結果」による。なお、平成21年度、平成24年度については、調査が行われていないため線形補完している。

※2 収支差率 = (収入 - 支出) ÷ 収入

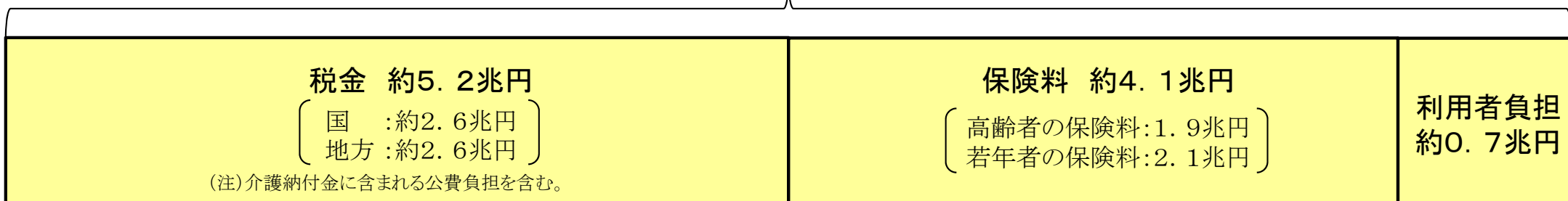
収入 = 介護事業収益 + 介護事業外収益 - 国庫補助金等特別積立金取崩額

支出 = 介護事業費用(給与費、減価償却費等) + 介護事業外費用 + 特別損失 - 国庫補助金等特別積立金取崩額

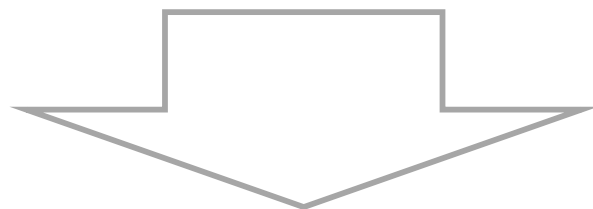
介護報酬改定の国民生活への影響

○ 介護報酬水準を約▲1%適正化すれば、国民負担は年間約▲1,000億円軽減される。

介護費用約10.0兆円



介護報酬水準の適正化を行った場合

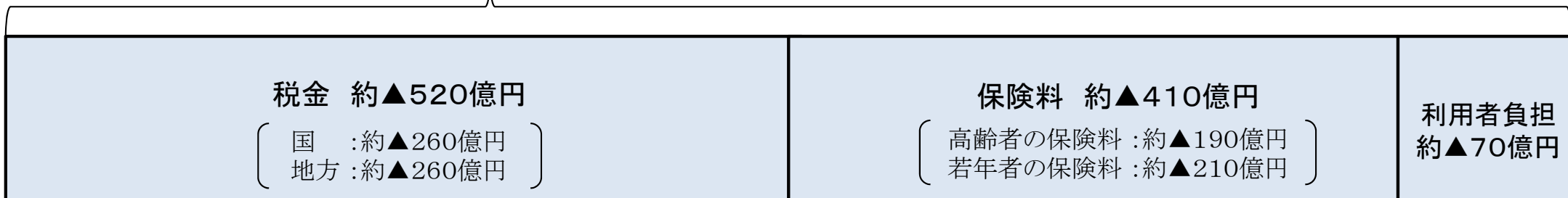


約▲1%当たり約▲1,000億円の介護費用の減少

国民負担の軽減(税金、保険料、利用者負担)



介護事業者の収支の適正化、
社会福祉法人における内部留保の更なる蓄積の抑制 等



(注)平成26年度予算における財源構成比に基づき機械的に按分したもの。

特別養護老人ホームの経営状況（内部留保）

- 特別養護老人ホームにおいては、良好な収支差の結果、内部留保が蓄積していると指摘されており、現在実施中の予算執行調査(精査中)においても、改めて巨額の内部留保の存在が確認されている。
→ 今後は**内部留保が蓄積しない水準まで介護報酬水準を適正化する**ことが必要。
- 社会福祉法人については、民間事業者とのイコールフットingの確立などの観点から様々な議論があるところ。こうした中、現在、「規制改革実施計画」(26年6月24日閣議決定)に基づき、内部留保の活用に向け、社会福祉法人に対する社会貢献活動の実施の義務付けについて検討が進められているが、公費や保険料を原資として蓄積した内部留保については、**地域支援事業など、現に公費や保険料を充てて実施している事業に限定して活用**することが適当ではないか。
- なお、社会福祉法人の内部留保を巡る議論に関し、以下の点に留意が必要。
 - ① 社会福祉法人の会計においても減価償却費を計上しているため、**建替えに必要な現金は、収支差がゼロであっても蓄積する**。したがって、「建替えのために内部留保が必要」との議論は妥当でない。
 - ② 施設の**増築**のために必要な資金については、**補助金に加え、低利の借入れ等**による調達も可能であり、「内部留保がなければ増築できない」との議論は妥当でない。

		22年度 (23年12月厚労省公表※1)	23年度 (25年5月厚労省公表※2)	24年度 (26年9月財務省予算執行調査(速報)※3)	25年度
特養1施設当たり 内部留保	発生源内部留保※4	3億 782万円	3億1, 373万円	3億1, 400万円程度	3億2, 300万円程度
	実在内部留保※4	—	1億5, 564万円	1億6, 000万円程度	1億6, 000万円程度



特別養護老人ホームの施設数※5	6, 214	6, 254	6, 595	—
-----------------	--------	--------	--------	---



特養全体の 内部留保	発生源内部留保	1. 9兆円程度	2. 0兆円程度	2. 1兆円程度	—
	実在内部留保	—	1. 0兆円程度	1. 1兆円程度	—

※1 有効回答数は1,087施設。 ※2 有効回答数は1,662施設。

※3 有効回答数は3,000施設程度(現在精査中)。なお、内部留保額は速報値であり、今後計数を精査する過程で計数が変動することがある。

※4 発生源内部留保=次期繰越活動収支差額+その他の積立金+4号基本金、実在内部留保=「現預金・現預金相当額」-(流動負債+退職給与引当金)であり、いずれも厚労省が調査実施に当たって設定した定義である。

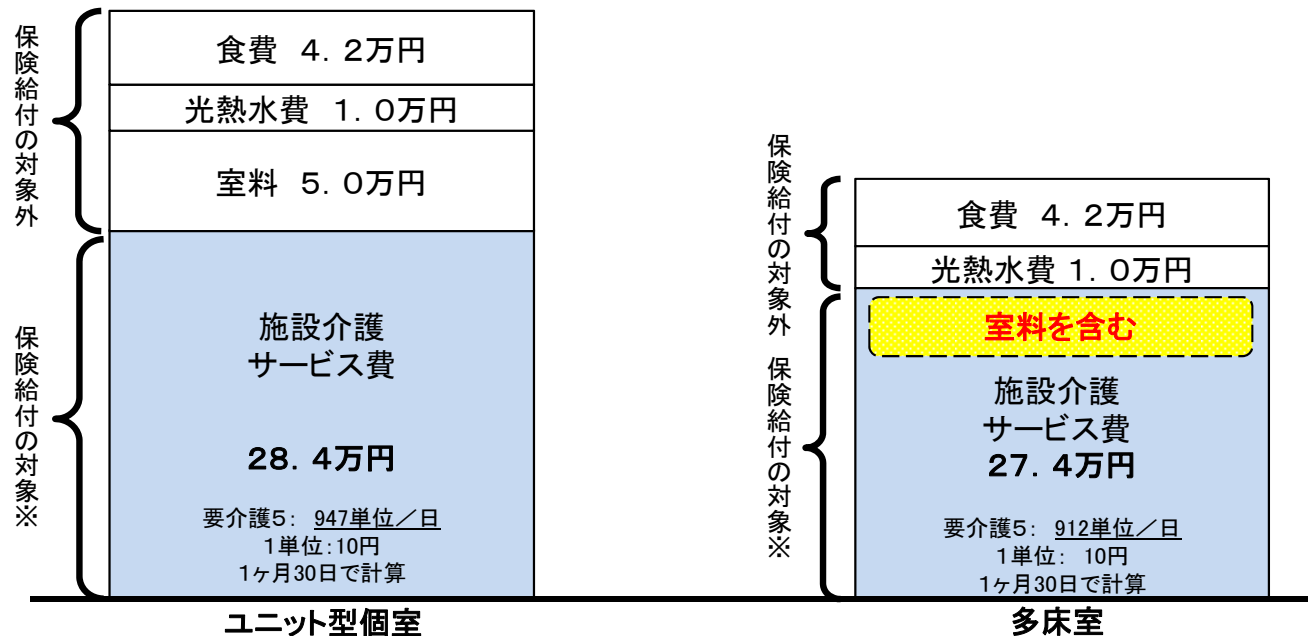
※5 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」の調査対象施設数。なお、平成23年度は、東日本大震災の被災地域に所在する施設について調査を見合わせている。

保険給付の範囲について

介護老人福祉施設（多床室）について

○ ユニット型個室の室料については利用者負担となっている一方で、多床室（相部屋）の室料については介護保険の対象となっている。

→ 個室の利用者との公平性を確保する観点から、多床室の室料についても利用者負担を検討すべき。



※「保険給付の対象」には、1割負担分を含む。

福祉用具貸与・住宅改修

○ 軽度者に対する福祉用具貸与や住宅改修の一部の種目には、要支援・要介護認定を受けていない者であっても自費で利用しているものが含まれると考えられる。

→ 要支援・要介護認定を受けていない者との公平性も勘案し、必要以上に高機能のものについては給付の対象外とすべきではないか。

- ・福祉用具貸与の対象・・・車いす、特殊寝台、手すり、スロープ、歩行補助つえ 等
- ・住宅改修の対象・・・手すりの取付け、洋式便器等への便器の取替え 等

※1 福祉用具貸与については、他の在宅サービスと併せて区分支給限度基準額の範囲内であれば、その9割が保険給付の対象

※2 住宅改修については、同一住宅で20万円の範囲内であれば、その9割が保険給付の対象

27年度介護報酬改定に関する論点

○ 27年度介護報酬改定においては、介護報酬本体の外枠で、消費税財源を活用して、**低所得者の保険料軽減(1,300億円程度)**や、地域包括ケアシステムの構築に向けた**認知症対策の推進をはじめとした医療介護連携の推進や新たな基金による施設整備の推進等**を行うことになっている。

こうした充実を行う一方で、**介護職員に対する処遇の確実な改善(処遇改善加算の拡充)**や**在宅サービスの充実等**を行いつつ、**良好な収支差等を反映した介護報酬の基本部分の適正化**(適正化に係る部分については少なくとも▲6%程度)を行うことにより、介護報酬全体としてはマイナス改定を行い、国民負担の軽減に努めるべきではないか。

○ あわせて、介護老人福祉施設の多床室に係る室料など、給付の範囲についても見直しが必要ではないか。

○ 地域包括ケアシステムの構築に当たっては、認知症対策を含めた医療・介護連携を図る必要があるが、その際には**地域によって高齢化の見通しが大きく異なる状況**を踏まえた対応が必要。

→ 全国一律の介護報酬のみならず、**地域支援事業の拡充による医療・介護連携や認知症施策の推進、新たな基金による施設整備や介護人材確保策などを含めた全体像で議論**していくことが必要ではないか。

○ なお、社会福祉法人の内部留保については、社会貢献活動に活用する方向で検討が進められているが、**公費や保険料を原資**として蓄積した内部留保については、**現に公費や保険料を充てて実施している事業(地域支援事業等)に限定して活用**することが適当であり、これらの事業を社会貢献活動として法令上明確に位置づけるべきではないか。

27年度介護報酬改定とその他の充実策
(現時点で想定される全体像のイメージ)

低所得者に対する保険料の軽減 (1,300億円程度)	+
認知症対策の推進など (地域支援事業の充実)	+
新たな基金による基盤整備等	+
介護職員の処遇改善(処遇改善加算の拡充) 在宅サービスの充実等	+
消費税対応	+
良好な収支差等を反映した介護報酬の基本部分の適正化 保険給付の範囲の見直し 等	-

報酬改定

※処遇改善加算を拡充する一方、介護報酬基本部分は適正化

次期介護保険制度改革の課題

- ① 保険給付の範囲の見直し
- ② 在宅サービスの在り方を見直し
- ③ 負担の公平化

① 保険給付の範囲の見直し

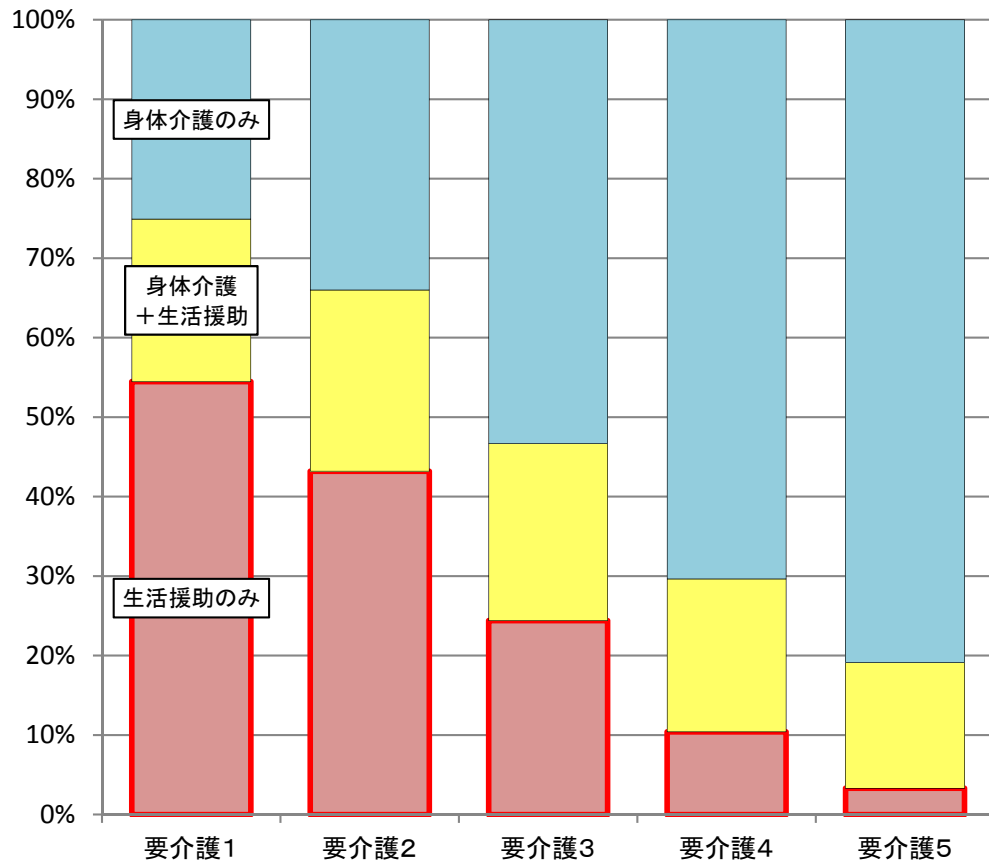
(例：訪問介護における生活援助)

○ 訪問介護は、「身体介護」と「生活援助」に分けられるが、例えば要介護5では、生活援助のみの利用件数は全件数の5%未満であるのに対し、**要介護1では、生活援助のみの利用件数は全件数の5割を超えている状況。**

○ 要介護1の者に対する生活援助の内容を見ると、**掃除**の占める割合が最も多く、次に**一般的な調理・配膳**が多い。
→ 地域支援事業の見直しに伴う生活支援サービスの充実の状況も踏まえながら、軽度者に対するサービス内容の見直し(地域支援事業への移行、保険給付範囲の見直し等)を進めて行くべきではないか。

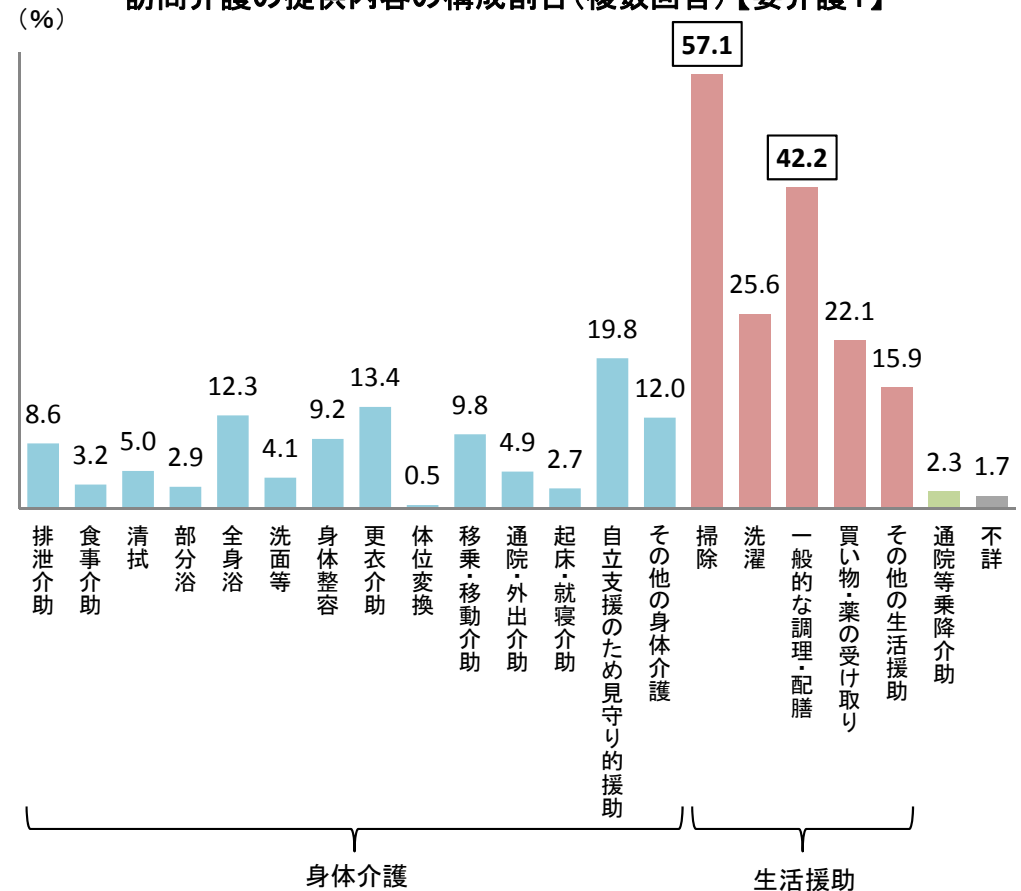
(※) 生活援助1回(45分以上)の利用で利用者負担は250円程度。

訪問介護の件数(サービス類型別の構成比)



(出所) 厚生労働省「平成24年度介護給付費実態調査」

訪問介護の提供内容の構成割合(複数回答)【要介護1】



(出所) 厚生労働省「平成24年度介護サービス施設・事業所調査」より作成

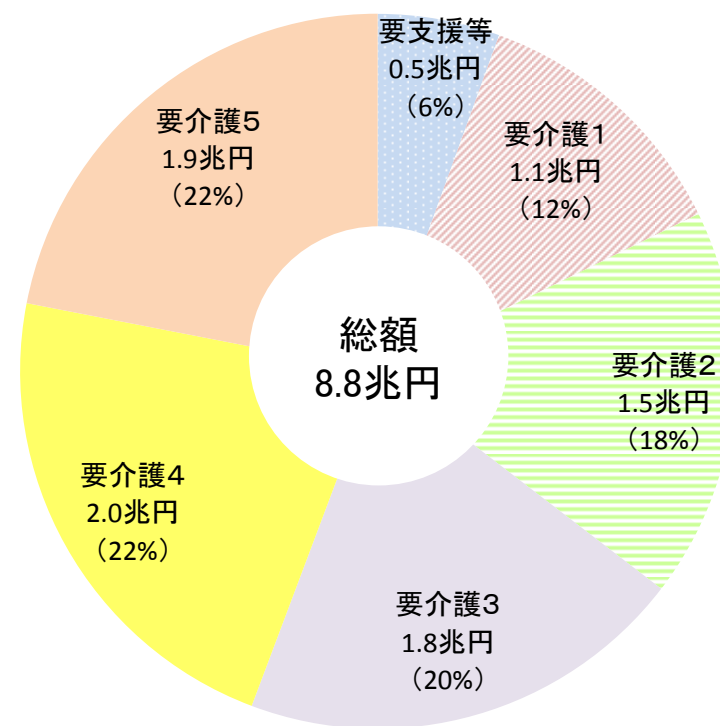
(参考) 諸外国における介護制度との比較

(給付と被保険者の範囲)

- 介護に社会保険制度を採用している主な国は、日本、ドイツ、韓国。
- 給付については、ドイツ、韓国では中重度者のみが対象とされており、**要支援者、要介護1、2の軽度者は対象外とされている**。また、対象年齢については、ドイツでは年齢区分はなく、韓国では、65歳未満であっても老人性疾患で要介護状態になれば給付対象となる。
- 被保険者については、ドイツ、韓国では公的医療保険者の加入者とされており、年齢制限はない。

	日本	ドイツ	韓国
制度のたて方	社会保険方式 (独立型・地域保険型) 介護保険創設年:2000年 保険者:市町村	社会保険方式 (医療保険制度活用型) 介護保険創設年:1994年 保険者:介護金庫(全国で280)	社会保険方式 (医療保険制度活用型) 介護保険創設年:2004年 保険者:国民健康保険公団
要介護区分	7段階(軽度も対象) (要介護1~5、要支援1・2)	3段階(中度以上) ※要介護Ⅲの「特に重度」を加えると4段階	3段階(中度以上)
給付対象者	○65歳以上の要支援者・要介護者 ○40~64歳の加齢に伴う特定疾病により要支援・要介護状態となった者	すべての年齢層の要介護者	○65歳以上の要介護者 ○65歳未満の老人性疾患により要介護状態となった者
被保険者	○第1号被保険者(65歳以上) ○第2号被保険者(40~64歳の医療保険加入者)	公的医療保険の加入者(年齢制限なし)	国民健康保険の加入者(年齢制限なし)

介護保険総費用の構成割合
(24年度実績)



(出所)厚生労働省「介護保険事業状況報告年報」に基づき作成。

② 在宅サービスの在り方の見直し

(民間企業の参入と価格競争)

- 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(=価格競争)が可能とされている。
- しかしながら現実には、訪問介護や通所介護では営利法人の比率が5~6割に達するなど、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ほとんどなく(注)、価格競争は行われていないのが現状。

→ 引き続き自由な参入を可能とするのであれば、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**を構築すべき。(例えば、ケアプラン作成に当たり、ケアマネジャーに価格の考慮を義務付けること等が考えられるか。)

(注)財務省調査によれば、全国で1事業所のみ(26年8月1日現在)。

(参考1)介護保険法第41条(抄)

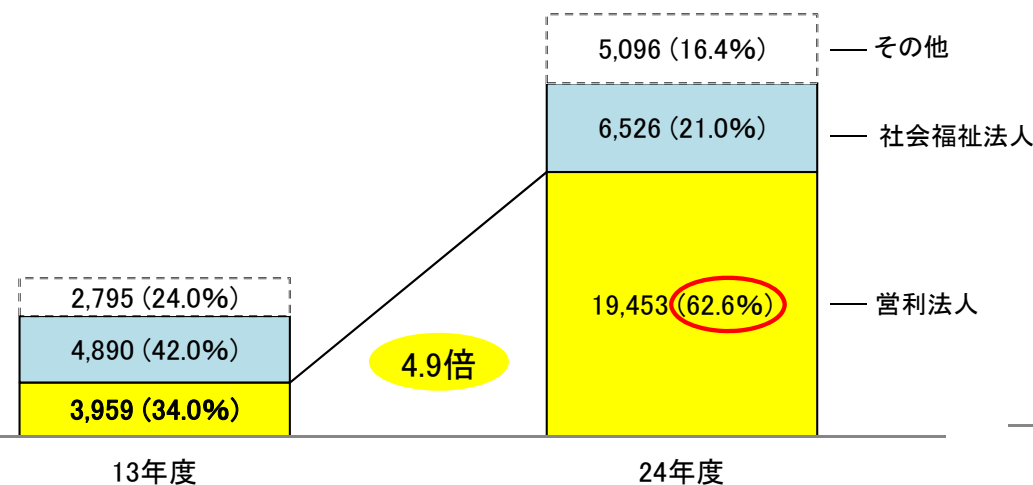
4 居宅介護サービス費の額は、次の各号に掲げる居宅サービスの区分に応じ、当該各号に定める額とする。

- 一 訪問介護、… これらの居宅サービスの種類ごとに、当該居宅サービスの種類に係る指定居宅サービスの内容、…等を勘案して算定される当該指定居宅サービスに要する平均的な費用の額を勘案して厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額(その額が現に当該指定居宅サービスに要した費用の額を超えるときは、当該現に指定居宅サービスに要した費用の額とする。)の百分の九十に相当する額

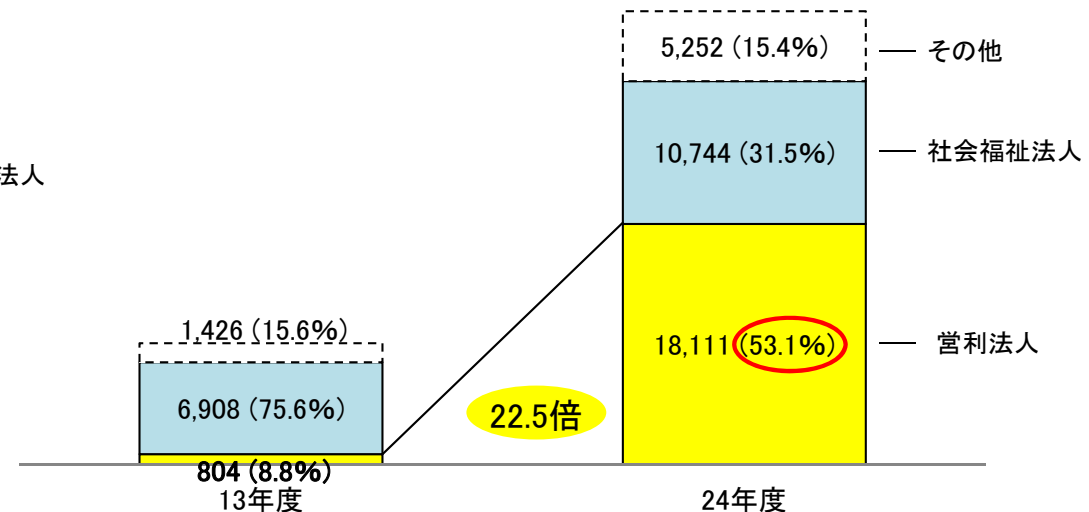
(参考2)「指定居宅サービス事業者等による介護給付費の割引の取扱いについて」(12年3月1日老企第39号)(抄)

…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



(注)厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」に基づき算出。なお、括弧書きは事業所の構成比。

③ 負担の公平化：利用者負担の見直しについて

- 一定の所得以上の者については、27年8月から利用者負担割合が1割から2割に上げられるが、医療保険制度の状況も踏まえ、現役並み所得者に対する負担割合の在り方等について、更なる検討が必要ではないか。

介護保険制度における利用者負担	医療保険制度における利用者負担											
<ul style="list-style-type: none"> ○原則1割負担 ○一定所得以上の者(例:単身で年金収入のみの場合、280万円以上(注1))については2割負担(27年8月～) 	【75歳以上】	<ul style="list-style-type: none"> ○原則1割負担 ○現役並み所得者については3割負担 										
<p>〈自己負担限度額(高額介護サービス費)〉(注3)</p> <table border="1" data-bbox="147 912 846 1273"> <thead> <tr> <th></th> <th>自己負担限度額(月額)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>現役並み所得相当※</td> <td>44,400円(世帯)</td> </tr> <tr> <td>一般</td> <td>37,200円(世帯)</td> </tr> <tr> <td>市町村民税世帯非課税等</td> <td>24,600円(世帯)</td> </tr> <tr> <td>年金収入80万円以下等</td> <td>15,000円(個人)</td> </tr> </tbody> </table> <p>※現役並み所得相当の区分は、27年8月から創設される予定。</p>		自己負担限度額(月額)	現役並み所得相当※	44,400円(世帯)	一般	37,200円(世帯)	市町村民税世帯非課税等	24,600円(世帯)	年金収入80万円以下等	15,000円(個人)	【70～74歳】	<ul style="list-style-type: none"> ○原則2割負担(注2) ○現役並み所得者については3割負担
	自己負担限度額(月額)											
現役並み所得相当※	44,400円(世帯)											
一般	37,200円(世帯)											
市町村民税世帯非課税等	24,600円(世帯)											
年金収入80万円以下等	15,000円(個人)											
	【70歳未満】	○原則3割負担										

(注1)詳細は今後政令で規定される予定。

(注2)平成26年3月末までに70歳に達している者は1割(平成26年4月以降70歳になる者から2割)

(注3)医療保険制度では、高額療養費制度がある。

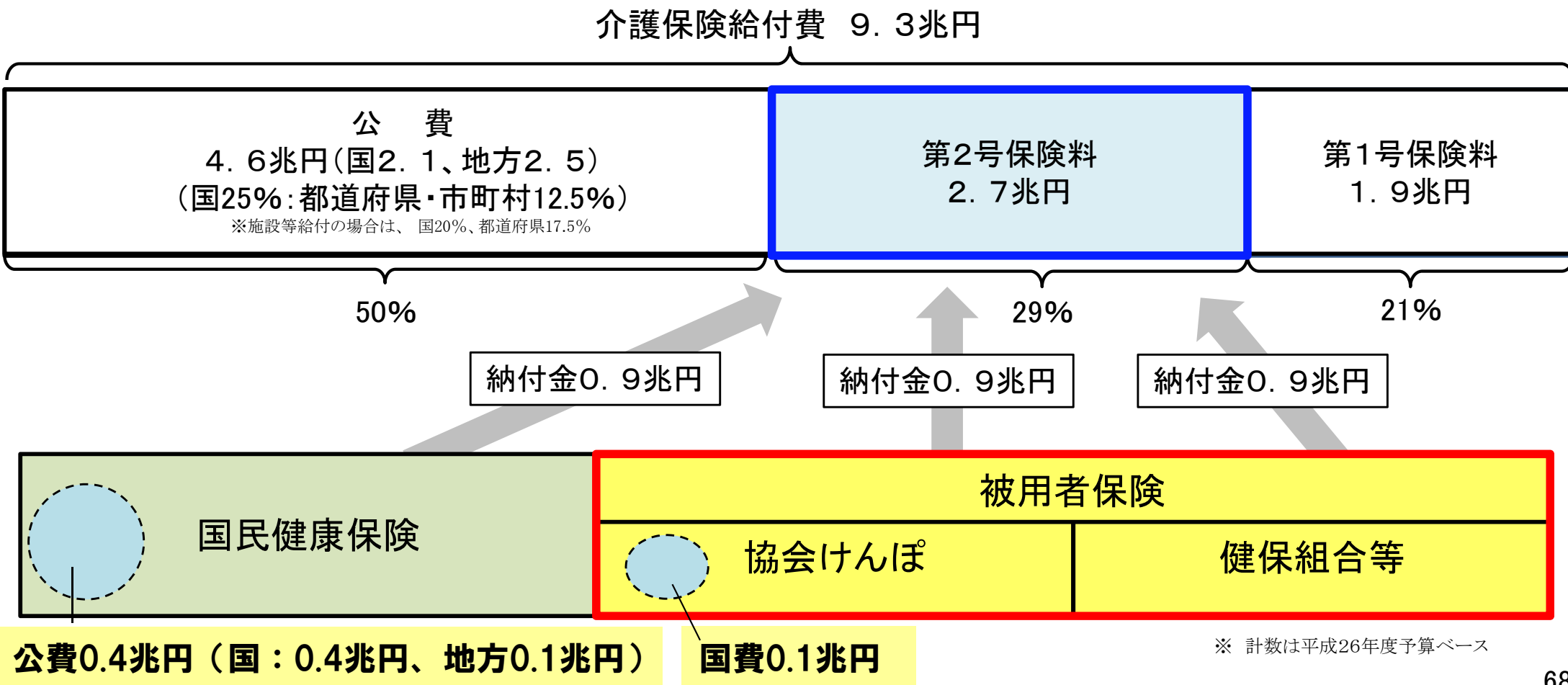
③ 負担の公平化：介護納付金の総報酬割について

○ 第2号被保険者(40～64歳)の保険料は、各医療保険者が徴収しているが(介護納付金)、これを医療保険者間で按分する際、全額が加入者割となっている。

→ 医療における総報酬割の検討状況を踏まえ、介護納付金の総報酬割についても検討を進める必要。

社会保障制度改革プログラム法 第5条第4項

政府は、前条第七項第二号ロに掲げる事項に係る同項の措置(注：医療における総報酬割)の検討状況等を踏まえ(中略)納付金の額を当該被用者保険等保険者の標準報酬総額に応じた負担とすることについて検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。



次期介護保険制度改革に向けた論点

【基本的な考え方】

- 今後認知症高齢者や高齢の単身世帯等が増加していくことを踏まえ、地域包括ケアシステムの構築を着実に進めることが重要。
- 消費税財源を活用し、地域支援事業の充実による在宅医療・介護連携の推進や認知症施策の推進、24時間対応の定期巡回サービス等の在宅介護サービスの質的・量的拡充や介護職員の処遇改善・人材確保など、各種の施策を一体的に展開していくことが不可欠。

【今後の介護保険制度の課題】

- 予防給付の地域支援事業への移行状況や生活支援サービスの充実の状況等を踏まえつつ、軽度の要介護者に対する生活援助や、訪問介護・通所介護以外の予防給付について、地域支援事業への移行や給付範囲の見直しを検討していくべきではないか。
- 在宅サービスについては、事業者の自由な参入を引き続き認めていくことを前提とするのであれば、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を構築するべきではないか。
- 負担の公平性を確保する観点から、利用者負担の更なる見直し、介護納付金の総報酬割の導入などについて検討していく必要があるのではないか。

子育て支援

子育て支援策の現状

○10%引き上げによる消費税財源(0.7兆円)を充当し、保育の潜在ニーズを含め約40万人分の受け皿整備等が行われる予定。

子ども・子育て支援新制度 (平成27年度施行予定)

消費税財源
0.7兆円を充当

待機児童解消加速化プラン
・29年度までに潜在的なニーズを含め約40万人分の受け皿を確保し、待機児童解消を目指す

子ども・子育て支援新制度

+約20万人

+約40万人

(基本的仕組み)

○幼児期の学校教育・保育・子育て支援について共通の仕組み(施設型給付)

○市町村が計画的に待機児童解消などの地域の子育て基盤を整備

○認可制度の改善・小規模保育の新設等により保育需要の増大に対応

	量的拡充	質の改善
所要額	4,068億円程度	0.3兆円程度～0.6兆円超程度
主な内容	<ul style="list-style-type: none"> ●保育所等の量的拡充 ●放課後児童クラブ等の量的拡充 	<ul style="list-style-type: none"> ◎3歳児の職員配置を改善(20:1→15:1) △1歳児の職員配置を改善(6:1→5:1) ◎小規模保育の体制強化 など ○放課後児童クラブの充実 など
量的拡充・質の改善 合計 0.7兆円程度～1兆円超程度		
※質改善のうち、◎は0.7兆円の範囲で全て実施する事項。 ○は一部を実施する事項、△はその他の事項		

	22年度末	23年度末	24年度末	25年度末	26年度末(見込)	27→29年度末(見込)
保育利用児童数	212万人	218万人	222万人	229万人	241万人	265万人
待機児童数	2.56万人	2.48万人	2.27万人	2.14万人	—	—

(注1)25年度末以前は、毎年公表されている4月1日現在のデータを前年度末の計数としている。
(注2)25年度末以降の利用児童数には、認可保育所のほか小規模保育、幼稚園における長時間預かり保育等の利用児童数を含む。

子ども・子育て支援新制度の財源確保について

1. 子ども・子育て支援法(平成24年法律第65号) 抜粋 附則

(財源の確保)

第三条 政府は、教育・保育その他の子ども・子育て支援の量的拡充及び質の向上を図るための安定した財源の確保に努めるものとする。

2. 子ども・子育て関連3法案に対する附帯決議

(平成24年8月10日参議院 社会保障と税の一体改革に関する特別委員会)

十五、幼児教育・保育・子育て支援の質・量の充実を図るためには、1兆円超程度の財源が必要であり、今回の消費税率の引上げにより確保する0.7兆円程度以外の0.3兆円超について、速やかに確保の道筋を示すとともに、今後の各年度の予算編成において、財源の確保に最大限努力するものとする。

放課後子ども総合プラン
(いわゆる「小1の壁」の打破)
・新制度で放課後児童クラブ対象児童拡大
10歳未満 ⇒ 小学生(留守家庭に限る)

+30万人

	22年5月	23年5月	24年5月	25年5月	26年度(見込)	27→31年度(見込)
放課後児童クラブ利用児童数	81.4万人	83.3万人	85.2万人	88.9万人	約90万人	約120万人
待機児童数	8,021人	7,408人	7,521人	8,689人	—	—

子育て支援策の現状と事業主負担のあり方について

- 現金給付である児童手当・育児休業給付は、事業主負担を主たる財源としていたが、公費中心に充実してきた結果、事業主負担割合は2割程度まで低下。また、保育所等の現物給付も専ら公費を財源とし、今後も公費を基本に対応するとされている。
- 子育て支援は現在及び将来の労働力確保にも資する施策であり、社会全体でその費用を賄う観点から更なる充実が必要な保育の現物給付(例えば保育所運営費)に一定の事業主負担を導入することを検討すべきではないか。

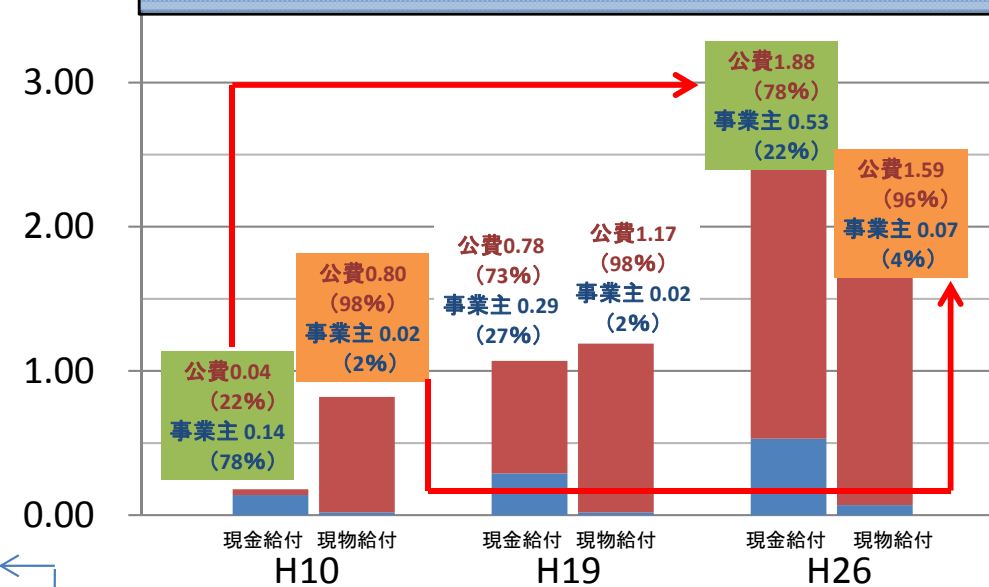
(注)これにより不要となる公費は他の子育てサービスの充実に充当し、公費支援は縮小しないことが検討の前提。

主な子育て支援策(26年度予算)

		保護者負担	公費負担 (国地方)	事業主負担 (負担割合)
現金給付	児童手当	—	1.9兆円	1800億円 (9%)
	育児休業給付	—	250億円	3500億円 (93%)
	合計	—	1.9兆円	5300億円
現物給付	保育所運営費 ・私立保育所	0.88兆円 (0.56兆円)	1.3兆円 (0.9兆円)	52億円 (—)
	・公立保育所(地財措置) ・事業所内保育	(0.32兆円)	(0.4兆円) (—)	(—) (52億円)
	(参考) 私立幼稚園	(0.3兆円)	(0.3兆円)	(—)
	休日保育・病児保育 ・延長保育(注)	300億円	600億円	300億円 (1/3)(注)
	放課後児童クラブ(注)	900億円	600億円	300億円 (1/3)(注)
	児童入所施設	19億円	0.2兆円	
合計	1.0兆円	1.6兆円	652億円	

(単位:兆円)

子育て支援策は近年公費中心に拡充



社会保障・税一体改革における整理

- 子ども・子育て支援は公費で負担することが基本。
- 保育所運営費等に消費税財源を0.7兆円充当。
- 更なる拡充について財源確保とあわせて検討。



現在及び将来の労働力確保にも資する施策であり、事業主負担を含め社会全体で費用負担すべきではないか

(注)質の改善に係る費用については事業主負担を充当しない(公費で対応)と整理(H24.3.2 少子化社会対策会議決定)

子育て支援に係る事業主負担のあり方(2)

- 事業所内保育所の設置等に係る助成が雇用保険料を財源として行われているが、子ども・子育て支援新制度施行後は、認可を受けた事業所内保育は新制度の給付の対象となる(消費税財源を充当)。
- 社会全体で子育てを支援する観点やきめ細かい保育ニーズに対応する観点から、一定規模以上の企業に対して、事業所内保育施設の設置を義務付けるなど、規制とあわせた支援制度とすべきではないか(保育所運営費への資金拠出との選択制とすることも考えられるか)。

事業所内保育施設設置・運営等支援助成金 (26予算:52億円)(雇用安定事業)

	助成率
①設置費	3分の1(中小企業3分の2)
②増築費	3分の1(中小企業2分の1)
③運営費	5年間支給 2分の1(中小企業3分の2)

- 労働者のための保育施設を事業所内(労働者の通勤経路又はその近接地域を含む)に設置、増築等を行う事業主・事業主団体に、その費用の一部を助成
- 平成26年1月から支給要件緩和
- ・従来従業員の子が半数以上⇒1人以上等

事業所内保育施設の設置状況

	22年度	23年度	24年度	25年度
運営費支給 件数	449	523	686	691
定員	1.4 万人	1.3 万人	1.6 万人	1.5 万人

子ども・子育て支援新制度(H27施行予定)

認可を受けた事業所内保育所は、新制度の給付対象(消費税財源を充当)

- 小規模保育施設(定員19名以下)又は保育施設(定員20名以上)の認可
- 従業員枠・地域枠の設定が必要
 - *従業員枠:事業所の従業員の子ども。地域枠:地域の保育を必要とする子ども
- 従業員枠の子どもの利用については事業主が一定の負担



- 社会全体で子育てを支援
- きめ細かい保育ニーズに対応

事業所内保育施設の設置は限定的

一定以上の規模の企業に対して、事業所内保育施設の設置を義務付けて、規制とあわせた支援制度とすべきではないか。

