

## 社会保障改革案

社会保障改革に関する集中検討会議では、本年2月の会議発足以降、震災での中断を挟み、本日を含め10回、非公式な準備作業会合を含めれば14回にわたり、社会保障改革のあり方について精力的な議論を重ねてきた。

本改革案は、2月以来前回までの会議における各委員からの意見、関係団体・マスコミ、関係各省・有識者からのヒアリング、5月12日提出の厚生労働省改革案、前回及び前々回会議において総理が示した事項、与党(民主党・国民新党)報告等を総合的に勘案し、社会保障改革の具体的方向について取りまとめたものである。

### I 社会保障改革の全体像

#### 1 社会保障改革の基本的考え方

現行社会保障制度の基本的枠組みが作られた1960年代以降今日までの社会経済諸情勢の大きな変化を踏まえ、国民の自立を支え、安心して生活ができる社会基盤を整備するという社会保障の原点に立ち返り、その本源的機能の復元と強化を図る。

具体的には、社会保障国民会議、安心社会実現会議以来の様々な議論の積み重ねを尊重し、昨年12月の社会保障改革に関する有識者検討会報告で示された「3つの理念」「5つの原則」を踏まえ、必要な社会保障の機能強化を確実に実施し、同時に社会保障全体の持続可能性の確保を図るため、以下の諸点に留意しつつ、制度全般にわたる改革を行う。

- ① 自助・共助・公助の最適バランスに留意し、個人の尊厳の保持、自立・自助を国民相互の共助・連帯の仕組みを通じて支援していくことを基本に、格差・貧困の拡大や社会的排除を回避し、国民一人一人がその能力を最大限発揮し、積極的に社会に参加して「居場所と出番」を持ち、社会経済を支えていくことのできる制度を構築する。

- ② 必要な機能の充実と徹底した給付の重点化・制度運営の効率化を同時に行い、真に必要な給付を確実に確保しつつ負担の最適化を図り、国民の信頼に応え得る高機能で中長期的に持続可能な制度を実現する。
- ③ 給付・負担両面で、世代間のみならず世代内での公平を重視した改革を行う。
- ④ 社会保障・財政・経済の相互関係に留意し、社会保障改革と財政健全化の同時達成、社会保障改革と経済成長との好循環を実現する。

## 2 改革の優先順位と個別分野における具体的改革の方向

### (1) 改革の優先順位

厚生労働省案に示す「社会保障制度改革の基本的方向性」(1. 全世代対応型・未来への投資、 2. 参加保障・包括的支援(全ての人が参加できる社会)、 3. 普遍主義、分権的・多元的なサービス供給体制、 4. 安心に基づく活力)を踏まえ、

- ① 子ども・子育て支援、若者雇用対策
- ② 医療・介護等のサービス改革
- ③ 年金改革
- ④ 制度横断的課題としての「貧困・格差対策(重層的セーフティネット)」「低所得者対策」

についてまず優先的に取り組む。

### (2) 個別分野における具体的改革

個別分野における具体的改革項目については、

- ① 5月23日及び30日に総理から示された「安心」3本柱、「支え合い」3本柱、「成長」3本柱について、着実な実行を図る。
- ② 負担と給付の関係が明確な社会保険(=共助・連帯)の枠組みの強化による機能強化を基本とする。
- ③ ①及び②を前提に、社会の分断・二極化、貧困・格差の再生産の防止の観点から、社会保険制度において適用拡大や低所得者対策を実施するなどにより、セーフティネット機能の強化を図る。

- ④ 世代間のみならず、世代内(特に高齢世代内)での公平の確保、所得再分配機能の強化を図る観点から、給付・負担両面での見直しを行う。
- ⑤ 医療・介護・保育等のサービス分野における多様な主体の参加、「新しい公共」の創出など、成長に貢献し、地域に根ざすサービス提供体制の実現を図る。

といった点を基本に、必要な機能の充実と徹底した給付の重点化・制度運営の効率化を同時に実施する。

個別分野ごとの充実項目、重点化・効率化項目の内容及び改革の工程は、別紙1「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」の欄 A～C に示すとおりであり、各改革項目の記述に当たっては、可能な限り具体的な数値目標を示すとともに、成長戦略に関係の深い項目についてはその旨付記した。

#### <個別分野における主な改革項目(充実／重点化・効率化)>

##### I 子ども・子育て

- 子ども・子育て新システムの制度実施に伴い、保育等の量的拡充や幼保一体化などの機能強化を図る。
  - ・ 待機児童の解消、質の高い学校教育・保育の実現、放課後児童クラブの拡充、社会的養護の充実
  - ・ 保育等への多様な事業主体の参入促進、既存施設の有効活用、実施体制の一元化

##### II 医療・介護等

- サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図る。そのため、診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備を行う。
  - ・ 病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実等、地域包括ケアシステムの構築・ケアマネジメントの機能強化・居住系サービスの充実、施設のユニット化、重点化に伴うマンパワーの増強
  - ・ 平均在院日数の減少、外来受診の適正化、ICT活用による重複受診・重複検査・過剰薬剤投与等の削減、介護予防・重度化予防
- 保険者機能の強化を通じて、医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化などを図る。

- a) 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化
  - ・ 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大、市町村国保の財政運営の都道府県単位化と併せ財政基盤を強化
- b) 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化
  - ・ 1号保険料の低所得者保険料軽減強化
  - ・ 介護納付金の総報酬割導入、重度化予防に効果のある給付への重点化
- c) 高度・長期医療への対応(セーフティネット機能の強化)と給付の重点化
  - ・ 高額療養費の見直しによる負担軽減と、その規模に応じた受診時定額負担等の併せた検討
- d) その他
  - ・ 総合合算制度、高齢者医療制度の見直し、低所得者対策・逆進性対策等の検討
  - ・ 後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し、国保組合の国庫補助の見直し、高齢者医療費支援金の総報酬割導入、70～74歳2割負担

### Ⅲ 年金

- 国民的な合意に向けた議論や環境整備を進め、「新しい年金制度の創設」実現に取り組む。
  - ・ 所得比例年金(社会保険方式)、最低保障年金(税財源)
- 年金改革の目指すべき方向性に沿って、現行制度の改善を図る。
  - ・ 最低保障機能の強化＋高所得者の年金給付の見直し
  - ・ 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大、第3号被保険者制度の見直し、在職老齢年金の見直し、産休期間中の保険料負担免除、被用者年金の一元化
  - ・ デフレ下のマクロ経済スライド、支給開始年齢の引上げ、標準報酬上限の引上げ
- 業務運営の効率化を図る(業務運営及びシステムの改善)。

### Ⅳ 就労促進

- 全員参加型社会の実現のために、若者の安定的雇用の確保、女性の就業率のM字カーブの解消、年齢にかかわらず働き続けることができる社会づくり、障害者の雇用促進に取り組む。

- ディーセント・ワーク(働きがいのある人間らしい仕事)の実現を図る。
- 雇用保険・求職者支援制度の財源について、関係法の規定を踏まえ検討する。

#### V I～IV以外の充実、重点化・効率化

- ・ サービス基盤の整備、医療イノベーションの推進、第2のセーフティネットの構築、生活保護の見直し(充実、重点化・効率化)、障害者施策・難病対策の検討、震災復興における新たな安心地域モデルの提示

#### [再掲] 貧困・格差対策 ～ 重層的なセーフティネットの構築

- 短時間労働者に対する社会保険の適用拡大
- 社会保険制度における低所得者対策の強化
  - ・ 市町村国保・介護保険における低所得者への配慮、高度・長期医療への対応(セーフティネット機能の強化)、総合合算制度、年金制度における最低保障機能の強化
- 第2のセーフティネットの構築
  - ・ 求職者支援制度の創設、複合的困難を抱える者への伴走型支援
- 生活保護の見直し

#### (3) 社会保障・税に関わる共通番号制度の早期導入

社会保障・税に関わる番号制度は、主として、真に手を差し伸べるべき人に対する社会保障を充実させ、効率的かつ適切に提供することを目的に導入を目指すものである。その導入により、国民の負担の公正性を確保するとともに、国民の利便性の更なる向上を図ることが可能となるほか、行政の効率化・スリム化も可能となる。

その導入に当たっては、制度面とシステム面の両面で十分な個人情報保護策を講じるとともに、費用と便益を示し、国民の納得と理解を得ていく必要がある。

6月には「社会保障・税番号大綱(仮称)」を策定し、今秋以降可能な限り早期に国会への法案提出を目指す。

## Ⅱ 改革後の社会保障費用の推計

### 1 機能強化(充実と重点化・効率化の同時実施)にかかる費用

子ども・子育て、医療・介護等及び年金の各分野ごとの充実項目、重点化・効率化項目にかかる費用(公費)の推計は別紙1の欄 D 及び E に示すとおりである。

改革全体を通じて、2015 年度において

充実による額 3.8 兆円程度

重点化・効率化による額 ~▲1.2 兆円程度

を一つの目途として、機能強化(充実と重点化・効率化の同時実施)による追加所要額(公費)は、約 2.7 兆円程度と見込まれる。

2015 年段階における各分野ごとの追加所要額(公費)は、

I 子ども・子育て 0.7 兆円程度

(税制抜本改革以外の財源も含めて 1 兆円超程度の措置を今後検討)

II 医療・介護等 ~1.6 兆円弱程度

(総合合算制度~0.4 兆円程度を含む)

III 年金 ~0.6 兆円程度

(再掲: 貧困・格差対策

~1.4 兆円程度

(総合合算制度~0.4 兆円程度を含む)

と見込まれる。

### 2 改革後の社会保障給付にかかる公費(国・地方)全体の推計

2015 年度における、今回の社会保障改革実施後の社会保障給付にかかる公費(国・地方)全体の額は別紙2に示すとおり 47.4 兆円と見込まれる。

このうち、年金・医療・介護及び子ども・子育て分野にかかる費用は 42.0 兆円と見込まれる。

### Ⅲ 社会保障・税一体改革の基本的姿

#### 1 社会保障の安定財源確保の基本的枠組み

##### (1) 消費税収を主たる財源とする社会保障安定財源の確保

民主党「税と社会保障の抜本改革調査会」中間整理等、社会保障財源のあり方に関する累次の報告や関係法律の規定を踏まえ、国民が広く受益する社会保障の費用をあらゆる世代が広く公平に分かち合う観点などから、社会保障給付に要する公費負担の費用は、消費税収(国・地方)を主要な財源として確保する。

消費税収(国・地方)の使途は、現在は国分が予算総則上高齢者三経費に充てられているが、今後は、高齢者三経費を基本としつつ、その全額の使途を「制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用」(「社会保障四経費」、平成 21 年度税制改正法附則 104 条)に拡充する。

##### (2) 消費税収の使途の明確化

消費税収(国・地方)は全て国民に還元し、官の肥大化には使わない<sup>1</sup>こととし、消費税を社会保障の目的税とすることを法律上、会計上も明確にすることを含め、区分経理を徹底する等、消費税収(国・地方)の使途を明確化する(消費税収の社会保障財源化)。

さらに、将来的には、社会保障給付にかかる公費全体について、消費税収(国・地方)を主たる財源として安定財源を確保することによって、社会保障制度の一層の安定・強化につなげていく。

##### (3) 国・地方を通じた社会保障給付の安定財源の確保

上記(1)及び(2)の改革を進めるに当たり、国民一人一人に包括的な支援を行うという社会保障の考え方からすれば、地域住民に身近なところでサービスを設計し、実行する地方自治体の役割は極めて重要であり、地方による分権的な社会保障は、社会保障の信頼を大きく高める。消費税収(国・地方)の具体的充

<sup>1</sup> 有識者検討会報告において引用されている「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた中期プログラム」(平成 20 年 12 月 24 日閣議決定)参照

当先となる社会保障給付における国と地方の役割分担に応じた消費税込(国・地方)の配分を実現し、国とともに社会保障制度を支える地方自治体の社会保障給付に対する安定財源の確保を図る。

また、地方自治体が地域の実情に応じて住民合意の下に提供するサービスに関しては、独自に財源が確保できるよう、地方自治体の課税自主権の拡大・発揮について検討する。

#### (4) 消費税率の段階的引上げ

上記(1)～(3)及び改革後の社会保障費用の推計を踏まえ、社会保障給付の規模に見合った安定財源の確保に向け、まずは、2015年度までに段階的に消費税率(国・地方)を10%まで引き上げ、当面の社会保障改革にかかる安定財源を確保する。

## 2 社会保障改革の安定財源確保と財政健全化の同時達成

未来への投資である社会保障のコストを、将来世代に先送りすることは許されない。現在の社会保障給付の財源の多くが赤字公債、すなわち将来世代の負担で賄われている。このような状況は、社会保障のあり方としても、危機的とも言える国・地方の財政状況からもこれ以上放置することはできず、「現在の世代が受ける社会保障は現在の世代で負担する」<sup>2</sup>との原則に一刻も早く立ち戻る必要がある。

今回の社会保障改革の目指すところは、「社会保障の機能強化」と「機能維持—制度の持続可能性の確保」である。社会保障改革の財源確保と財政健全化は相反する課題ではなく、両者を同時達成するしか、それぞれの目標を実現する道はない。<sup>3</sup>

このような考え方に立って、社会保障・税一体改革においては、改革後の社会

---

<sup>2</sup> 民主党「税と社会保障の抜本改革調査会」中間整理

<sup>3</sup> 「社会保障強化だけが追求され財政健全化が後回しにされるならば、社会保障制度もまた遠からず機能停止する。しかし、財政健全化のみを目的とする改革で社会保障の質が犠牲になれば、社会の活力を引き出すことはできず、財政健全化が目指す持続可能な日本そのものが実現しない。」(有識者検討会報告)



保障給付にかかる費用を踏まえつつ、その安定財源を確保していくことを通じて、財政健全化を同時に実現する。

#### 《2015 年度における姿》

具体的には、まずは、2015 年度までに段階的に消費税率(国・地方)を 10%まで引き上げ、上記Ⅱ－1で示す「機能強化」にかかる費用、高齢化の進行等により増大する費用及び基礎年金国庫負担2分の1を実現するために必要な費用(社会保障国民会議では、この3つの経費を合計して「機能強化」として試算している)、後代に付け回しをしている「機能維持」にかかる費用及び消費税率引上げに伴う社会保障支出等の増加に要する費用を賄うことにより、社会保障の安定財源確保を図る(別紙3)。

これにより、2015 年度段階での財政健全化目標<sup>4</sup>の達成が見込まれ<sup>5</sup>、「社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成」への一里塚が築かれる。

## IV 税制全体の抜本改革

社会保障・税一体改革においては、所得、消費、資産にわたる税制全般の改革を実施していく。

(注)今後、社会保障・税一体改革の成案に向け、税制調査会において、平成 22 年度・平成 23 年度税制改正大綱等に示された方針を踏まえ、残された税制抜本改革の課題等の審議を行い、包括的な税制抜本改革の姿を示す。

<sup>4</sup> 「財政運営戦略」(平成 22 年 6 月 22 日閣議決定)において、国及び国・地方の基礎的財政収支赤字の対GDP比を、2015 年度までに2010 年度の水準から半減し、2020 年度までに黒字化させた上で、2021 年度以降において、国・地方の公債等残高の対GDP比を安定的に低下させることとされている。

<sup>5</sup> 財政健全化目標の達成所要額は、内閣府「経済財政の中長期試算」(平成 23 年 1 月)を前提としている(年央に改訂)。

## V 社会保障・税一体改革のスケジュール

社会保障改革については、税制抜本改革の実施と併せ、別紙1に示された工程表に従い、各分野において遅滞なく順次その実施を図る。

税制抜本改革については、経済動向等を踏まえつつ遅滞なく消費税を含む税制抜本改革を実施するため、平成21年度税制改正法附則104条に示された道筋に従って平成23年度中に必要な法制上の措置を講じる。

上記のスケジュールに基づき、国民の理解と協力を得ながら社会保障と税制の改革を一体的に進める。

## VI 経済成長との好循環の実現

成長と安心、社会保障と経済成長は車の両輪であり、持続的な経済成長がなければ社会保障の財政的安定も実現できない。社会保障は需要・供給両面で経済成長に寄与する機能を有しており、医療や介護分野での雇用創出や新たな民間サービス創出のための環境整備、ICTなどのテクノロジーを活用した社会保障費用の最適化、サービスの質の向上、医療イノベーション、ライフイノベーションの推進、ドラッグラグ・デバイスラグの早期解消、先進医療制度の運用改善、民間企業を含めた多様な事業主体の新規参入促進、「新しい公共」の創造など、利用者・国民の利便の向上と新たな産業分野育成の観点からの諸改革を進める。

	A 充実 (金額は公費(2015年))	B 重点化・効率化 (金額は公費(2015年))	C 工程	D 所要額(公費) 2015年	E 所要額(公費) 2025年
I 子ども・子育て	<p>○ 子ども・子育て新システムの制度実施に伴う保育等の量的拡充、幼保一体化などの機能強化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0～2歳児保育の量的拡充・体制強化等(待機児童の解消)</li> <li>質の高い学校教育・保育の実現(幼保一体化の実現)</li> </ul> <p>→ 3歳未満児の保育の利用率 2010年 23%→2014年 35%(2017年 44%)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>総合的な子育て支援(家庭や地域における養育の支援)の充実</li> <li>放課後児童クラブの拡充</li> </ul> <p>→ 放課後児童クラブの利用児童数 2010年 81万人→2014年 111万人</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>社会的養護の充実</li> </ul> <p>⇒ ○ 女性の就業率の向上 ☆ ○ 保育等の従業者の増加 ☆</p> <p>→ 女性(25～44歳)の就業率 2009年 66% → 2020年 73%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>制度・財源・給付について包括的・一元的な制度を構築</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>指定制の導入による保育等への多様な事業主体の参入促進 ☆</li> </ul> <p>〔質を確保するための基準と併せて質の改善を図る〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>幼稚園などの既存施設の有効活用や、小規模保育、家庭的保育などの多様な保育の推進</li> <li>国及び地方における実施体制の一元化(「子ども家庭省(仮称)」の創設等)</li> </ul>	<p>新システム具体案を早期にとりまとめ</p> <p>↓</p> <p>税制抜本改革とともに法案提出</p>	<p>0.7兆円程度</p> <p>※ 税制抜本改革以外の財源も含めて1兆円超程度の措置を今後検討</p>	<p>1兆円超程度</p> <p>※ 左記の措置に係る所要額については、新システムの検討において今後検討</p>
	子ども子育て計	<p>充実計 (2015年) 0.7兆円程度</p> <p>※ 税制抜本改革以外の財源も含めて1兆円超程度の措置を今後検討</p>	<p>重点化・効率化計 (2015年) -</p>		<p>0.7兆円程度</p> <p>※ 税制抜本改革以外の財源も含めて1兆円超程度の措置を今後検討</p>

「☆」成長戦略に特に関係が深い項目

	A 充実 (金額は公費(2015年))	B 重点化・効率化 (金額は公費(2015年))	C 工程	D 所要額(公費) 2015年	E 所要額(公費) 2025年
II 医療・介護等	○ 医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化 ～診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備～		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し</li> <li>・ 基盤整備のための一括的な法整備：2012年目途に法案提出</li> <li>・ 2025年頃までに医療・介護サービスのあるべき姿を実現</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病院・病床機能の分化・強化と連携(急性期医療への医療資源の集中投入、亜急性期・慢性期医療の機能強化等による入院医療の機能強化、精神保健医療の改革、医師の偏在是正等)</li> <li>・ 在宅医療の充実等(診療所等における総合的な診療や在宅療養支援機能の強化・評価、訪問看護等の計画的整備等) (8,700億円程度)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 平均在院日数の減少等 (▲4,300億円程度)</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ 高度急性期の職員等：2025年に現行ベースより2倍増</li> <li>→ 一般急性期の職員等：2025年に現行ベースより6割程度増</li> <li>→ 在宅医療等：2011年 17万人/日 → 2025年 29万人/日</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ ○平均在院日数：2011年 19～20日程度 → 2025年 高度急性期：15～16日程度 一般急性期：9日程度</li> <li>○病床数：概ね現状水準</li> <li>○精神医療：2025年に在院日数1割程度減少</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ 0.4兆円程度</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ 1.3兆円程度</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域包括ケアシステムの構築等在宅介護の充実、ケアマネジメントの機能強化、居住系サービスの充実等</li> <li>・ 施設のユニット化 (2,500億円程度)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外来受診の適正化等(生活習慣病予防、医療連携、ICT、番号、保険者機能の強化等) (▲1,200億円程度)</li> <li>・ ICTの活用による重複受診・重複検査、過剰な薬剤投与等の削減</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ 外来患者数：2025年に現行ベースより5%程度減少</li> </ul>				
①	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護予防・重度化予防</li> <li>・ 介護施設の重点化(在宅への移行) (▲1,800億円程度)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護予防・重度化予防</li> <li>・ 介護施設の重点化(在宅への移行) (▲1,800億円程度)</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ 要介護認定者数：2025年に現行ベースより3%程度減少</li> </ul>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 上記の重点化に伴うマンパワー増強 ☆ (2,400億円程度)</li> </ul>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ 医療介護従事者：2011年 462万人 → 2025年 704～739万人 (1.6倍程度)</li> </ul>				
医療・介護①小計	充実計(2015年) ~1.4兆円程度	重点化・効率化計(2015年) ~0.7兆円程度		(上記の機能分化等が全て実現する場合の試算) ~0.6兆円程度	~2.3兆円程度

	A 充実 (金額は公費(2015年))	B 重点化・効率化 (金額は公費(2015年))	C 工程	D 所要額(公費) 2015年	E 所要額(公費) 2025年
Ⅱ 医療・介護等 ②	○ 保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策		税制抜本改革とともに、2012年以降速やかに法案提出  ↓ 順次実施	～0.3兆円程度 …被用者保険の適用拡大、総報酬割と併せて検討	—
	a 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大</li> <li>→ 例えば雇用保険並びにまで拡大すると、約400万人 (=完全実施の場合▲1,600億円)</li> <li>市町村国保の財政運営の都道府県単位化と併せ財政基盤を強化(低所得者保険料軽減の拡充等(～2,200億円程度))</li> <li>※ 財政影響は、適用拡大の範囲、国保対策の規模によって変動</li> </ul>				
	b 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1号保険料の低所得者保険料軽減強化(～1,300億円)</li> <li>介護納付金の総報酬割導入(完全実施すれば▲1,600億円)</li> <li>軽度者に対する機能訓練等重度化予防に効果のある給付への重点化</li> <li>※ 財政影響は、機能強化と重点化の規模により変動</li> </ul>				
c 高度・長期医療への対応(セーフティネット機能の強化)と給付の重点化		〔総合合算制度：2015年の番号制度以降導入〕	〔総合合算制度～0.4兆円程度〕		
<ul style="list-style-type: none"> <li>長期高額医療の高額療養費の見直し(長期高額医療への対応、所得区分の見直しによる負担軽減等)による負担軽減(～1,300億円程度)</li> <li>受診時定額負担等(高額療養費の見直しによる負担軽減の規模に応じて実施。例えば、初診・再診時100円の場合、▲1,300億円)</li> <li>※ 見直しの内容は、機能強化と重点化の規模により変動</li> </ul>					
d その他					
<ul style="list-style-type: none"> <li>総合合算制度(番号制度等の情報連携基盤の導入が前提)</li> <li>高齢者医療制度の見直し(高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み)</li> <li>低所得者対策・逆進性対策等の検討</li> <li>後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し(医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す)</li> <li>国保組合の国庫補助の見直し</li> <li>高齢者医療費の支援金の総報酬割導入</li> <li>70～74歳2割負担</li> </ul>					
医療・介護②小計	充実計 1兆円程度(2015年) (改革の内容により変動)	重点化・効率化計 ～0.5兆円程度(2015年) (改革の内容により変動)		～1兆円弱程度	—
医療・介護計	充実計 ～2.4兆円程度(2015年) (改革の内容により変動)	重点化・効率化計 ～1.2兆円程度(2015年) (改革の内容により変動)		～1.6兆円弱程度	～2.3兆円程度

	A 充実 (金額は公費(2015年))	B 重点化・効率化 (金額は公費(2015年))	C 工程	D 所要額(公費) 2015年	E 所要額(公費) 2025年
Ⅲ 年金	<p><b>【新しい年金制度の創設】</b> 「所得比例年金」と「最低保障年金」の組み合わせからなる一つの公的年金制度にすべての人が加入する</p> <p>○ <b>所得比例年金(社会保険方式)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 職種を問わず全ての人と同じ制度に加入し、所得が同じなら同じ保険料、同じ給付</li> <li>・ 保険料は15%程度(老齢年金に係る部分)</li> <li>・ 納付した保険料を記録上積み上げ、仮想の利回りを付し、その合計額を年金支給開始時の平均余命などで割って、毎年の年金額を算出</li> </ul> <p>○ <b>最低保障年金(税財源)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 最低保障年金の満額は7万円(現在価額)</li> <li>・ 生涯平均年収ベース(=保険料納付額)で一定の収入レベルまで全額を給付し、それを超えた点より徐々に減額を行い、ある収入レベルで給付額をゼロとする</li> <li>・ 全ての受給者が、所得比例年金と最低保障年金の合算で、概ね7万円以上の年金を受給できる制度とする</li> </ul>		<p>国民的な合意に向けた議論や環境整備を進め、実現に取り組む</p>		
	<p><b>【現行制度の改善】</b></p> <p>○ <b>最低保障機能の強化</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 低所得者への加算</li> <li>・ 障害基礎年金への加算</li> <li>・ 受給資格期間の短縮</li> </ul> <p>〔0.6兆円程度〕</p> <p>※ 低所得者・障害基礎年金への加算については、加算対象者・加算水準・資産調査の有無等によって財政規模が変動</p> <p>※ 上記金額は、年収65万円未満(単身の場合)の者等に対して、月額1.6万円(7万円と老齢基礎年金の平均額5.4万円の差)を加算する等の前提</p>	<p>○ <b>高所得者の年金給付の見直し</b></p> <p>低所得者への加算と併せて検討 なお、公的年金等控除を縮減することによって対応することについても併せて検討</p> <p>※ 高所得者の年金給付の見直しについては、減額対象者によって財政規模が変動</p> <p>※ 仮に、年収1,000万円以上から減額開始(1,500万円以上は公費負担分を全額減額)とすると▲450億円程度公費縮小</p>	<p>税制抜本改革とともに、2012年以降速やかに法案提出</p> <p>↓</p> <p>順次実施</p>	<p>～0.6兆円程度</p>	<p>～0.7兆円程度</p>

(注2)

	A 充実 (金額は公費(2015年))	B 重点化・効率化 (金額は公費(2015年))	C 工程	D 所要額(公費) 2015年	E 所要額(公費) 2025年
Ⅲ 年金 (注2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大 → 例えば雇用保険並びにまで拡大すると、約400万人</li> <li>● 第3号被保険者制度の見直し ・新しい年金制度の方向性(二分二乗)を踏まえつつ、不公平感を解消するための方策について検討</li> <li>● 在職老齢年金の見直し ・60歳代前半の者に係る調整限度額を、60歳代後半の者と同じとすることを検討</li> <li>● 産休期間中の保険料負担免除</li> <li>● 被用者年金の一元化  (●は公費への影響なし)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ デフレ下のマクロ経済スライド ・仮に、特例水準を3年間で解消すると、年金額が▲2.5%削減され、毎年0.1兆円程度公費縮小 ・その後、仮にデフレである年にも▲0.9%のマクロ経済スライドをすると、毎年0.1兆円程度の公費縮小 ※ デフレでない年のマクロ経済スライドの発動による給付抑制は、現行制度で織り込み済み</li> <li>○ 支給開始年齢引上げ ・先進諸国(欧米)の平均寿命・受給開始年齢を十分参考にし、高齢者雇用の確保を図りつつ、68~70歳へのさらなる引上げを視野に検討 ・厚生年金の支給開始年齢引上げスケジュールの前倒しを検討 ・基礎年金の支給開始年齢を引き上げる場合、1歳引き上げる毎に、引上げ年において0.5兆円程度公費縮小</li> <li>● 標準報酬上限の引上げ ・健康保険制度を参考に見直しを検討</li> </ul>	<p>2012年以降速やかに 法案提出</p> <p>↓ 順次実施</p> <p>※ 今後、「現行制度の改善」全体について、検討の場とスケジュールを明確化した上で、法案提出に向けて検討</p>		
	<p>【業務運営の効率化】 業務運営及びシステムの改善</p>				
年金計	充実計 (2015年) 0.6兆円程度 (改革の内容により変動)	重点化・効率化計 (2015年) 影響額は改革の内容により変動		~0.6兆円程度	~0.7兆円程度

**2015年度の上記の所要額(公費)合計 = 約2.7兆円程度**  
(充実3.8兆円程度、重点化・効率化~▲1.2兆円程度を一つの目途)

IV  
就  
労  
促  
進

- 全員参加型社会の実現** ☆
  - ・ジョブ・カードの活用等による若者の安定的雇用の確保
  - ・女性の就業率のM字カーブの解消
  - ・超高齢社会に適合した雇用法制の検討など年齢にかかわらず働き続けることができる社会づくり
  - ・福祉から就労への移行等による障害者の雇用促進

・就業率	2009年 75% → 2020年 80%
（若者： 74% → 77%）	
（女性（25～44歳）： 66% → 73%）	
（高齢者： 57% → 63%）	
・ジョブ・カード取得者 300万人（2020年）	
・障害者の実雇用率 1.8%（2020年）	

○就労促進策の継続的推進

- ディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）の実現**
  - ・非正規労働者の公正な待遇確保に横断的に取り組むための総合的ビジョンの策定
  - ・有期契約労働者の雇用の安定や処遇の改善に向けた法制度の整備の検討
  - ・長時間労働抑制やメンタルヘルス対策による労働者の健康・安全の確保
- 雇用保険・求職者支援制度の財源の検討**

- 総合的ビジョン：2011年に策定
- 法制度整備：2011年度 労働政策審議会で結論、所要の見直し措置
- 労働安全衛生法改正法案について、早期国会提出に向け検討
- 雇用保険法、求職者支援法の規定（注3）を踏まえ検討

I  
V  
以  
外  
の  
充  
実  
、  
重  
点  
化  
・  
効  
率  
化  
項  
目

- サービス基盤の整備**
  - ・あるべき医療・介護サービス提供体制の実現、こども園・保育サービス・放課後児童クラブ等のサービス目標達成に必要な基盤整備
- 医療イノベーションの推進** ☆
  - ・国際水準の臨床研究中核病院等の創設
  - ・日本発のシーズを実用化につなげるための実務的な相談支援
  - ・独）医薬品医療機器総合機構（PMDA）の体制強化
  - ・保険償還価格の設定における医療経済的な観点を踏まえたイノベーションの評価等のさらなる検討
- 第2のセーフティネットの構築**
  - ・求職者支援制度の創設
  - ・求職者支援制度をはじめとした第2のセーフティネット施策の切れ目ない連携
  - ・生活保護受給者等に対する就労支援 → プログラム参加者数及び就労・増収者の増加
  - ・複合的困難を抱える者への伴走型支援
  - ・住宅支援の仕組みの検討
- 生活保護の見直し**
  - ・稼得能力を有する生活保護受給者向け自立・就労支援メニューの充実と支援強化
  - ・子どもの貧困連鎖の防止
  - ・不正受給対策の徹底
  - ・客観的データに基づく生活保護基準の検討
- 障害者施策**
  - ・障がい者制度改革推進本部において、制度の谷間のない支援の提供、障害者の地域移行や地域生活の支援について検討
- 難病対策**
  - ・長期高額医療の高額療養費の見直し（再掲）など難病医療費の支援のあり方の検討
- 震災復興**
  - ・新たな安心地域モデルの提示

- 計画的・集中的基盤整備
- 臨床研究中核病院等：2011年度から3年間で15か所程度創設
- 臨床研究中核病院等に対し、継続的に研究費を重点配分
- PMDAの審査体制等の強化：2013年度末までに常勤数を751名に増員（2011年4月1日現在648名）。引き続き、合理化・効率化を図りつつ、さらなる強化策を検討
- 先進医療制度の申請・審査手続きの効率化：2011年度からの実施に向け検討
- 求職者支援制度：2011年度創設
- 引き続き総合的に推進
- 事業の継続実施
- ワンストップ・伴走型の市町村主導の専任機関の設置（順次設置）
- 関連制度の改革と併せ検討
- 生活保護基準：基準部会（2011年4月開始）において、2012年末までに検証を実施
- 生保基準以外：国と地方の協議の開催（2011年5月開始）→必要に応じて法案提出
- 障がい者制度改革推進本部の検討を踏まえ、障害者総合福祉法（仮称）の2012年法案提出
- 引き続き制度横断的に検討
- 震災復興の検討の中で対応

(注1)費用試算は、厚生労働省の「社会保障制度改革の方向性と具体策」(平成23年5月12日)及びその関連の医療・介護に係る推計等の他、社会保障改革に関する集中検討会議での提案も盛り込んで機械的に試算したもの。  
 (注2)基礎年金国庫負担2分の1財源については、税制抜本改革により措置する。税制抜本改革実施までの各年度分の繰入れも適切に行われるよう、必要な措置を講じる。  
 (注3)雇用保険法：雇用保険の国庫負担については、引き続き検討を行い、できるだけ速やかに、安定した財源を確保した上で、国庫負担に関する暫定措置を廃止する。  
 求職者支援法：法施行後3年を目途とした特定求職者の就職に関する支援施策の在り方についての検討を行うに当たっては、その支援施策に関する費用負担の在り方について速やかに検討する。



## 1. 社会保険の適用拡大

### a 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大

### b 被用者保険の適用拡大と 国保の財政基盤の安定化・強化・広域化

- ・短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大(完全実施の場合△1,600億円)

## 2. 社会保険制度における低所得者対策の強化

### a 市町村国保の財政運営の都道府県単位化と併せ財政基盤を強化

(低所得者保険料軽減の拡充等(～2,200億円程度))

※ 財政影響は、適用拡大の範囲、国保対策の規模によって変動

### b 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化

- ・1号保険料の低所得者保険料軽減強化(～1,300億円)

※ 財政影響は、機能強化と重点化の規模により変動

### c 高度・長期医療への対応(セーフティネット機能の強化)と給付の重点化

- ・長期高額医療の高額療養費の見直し(長期高額医療への対応、所得区別の見直しによる負担軽減等)による負担軽減(～1,300億円程度)

※ 見直しの内容は、機能強化と重点化の規模により変動

### d 総合合算制度(番号制度等の情報連携基盤の導入が前提)

### e 年金制度の最低保障機能の強化

- ・低所得者への加算
  - ・障害基礎年金への加算
  - ・受給資格期間の短縮
- } (0.6兆円程度)

※ 低所得者・障害基礎年金への加算については、加算対象者・加算水準・資産調査の有無等によって財政規模が変動

※ 上記金額は、年収65万円未満(単身の場合)の者等に対して、月額1.6万円(7万円と老齢基礎年金の平均額5.4万円の差)を加算する等の前提

## 3. 第2のセーフティネットの構築

### a 求職者支援制度の創設(費用負担の在り方の検討を含む)

### b 複合的困難を抱える者への伴走型支援

### c 生活保護受給者等に対する就労支援

### d 住宅支援の仕組みの検討

## 4. 最後のセーフティネットである生活保護の見直し(充実、重点化・効率化)

- ・稼働能力を有する生活保護受給者向け自立・就労支援メニューの充実と支援強化
- ・子どもの貧困連鎖の防止
- ・不正受給対策の徹底
- ・客観的データに基づく生活保護基準の検討

～0.3兆円程度  
…被用者保険の適用拡大、総報酬割と併せて検討

～0.1兆円程度  
…受診時定額負担等と併せて検討

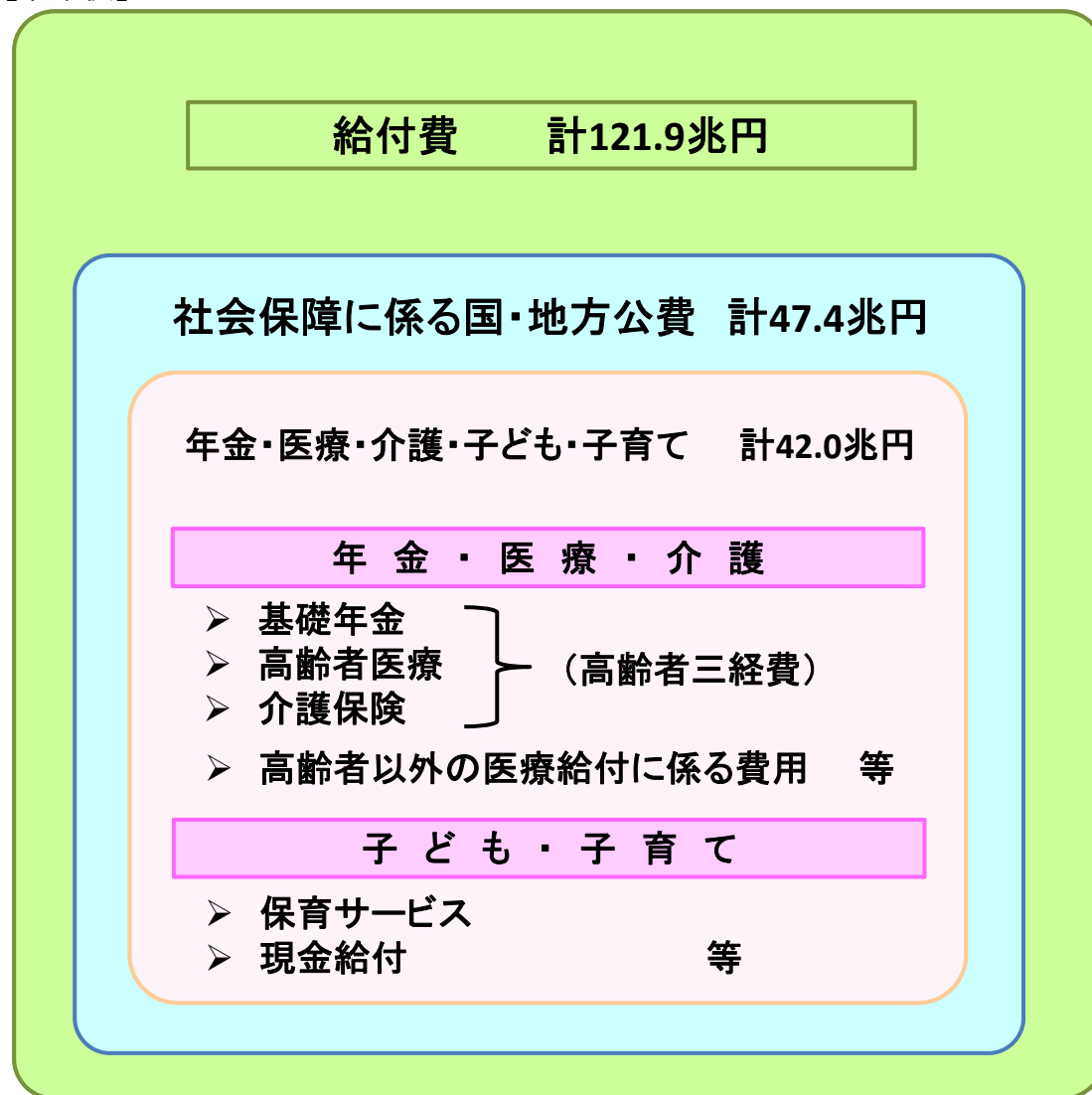
総合合算制度  
～0.4兆円程度

～0.6兆円程度  
…高所得者の年金給付の見直しと併せて検討

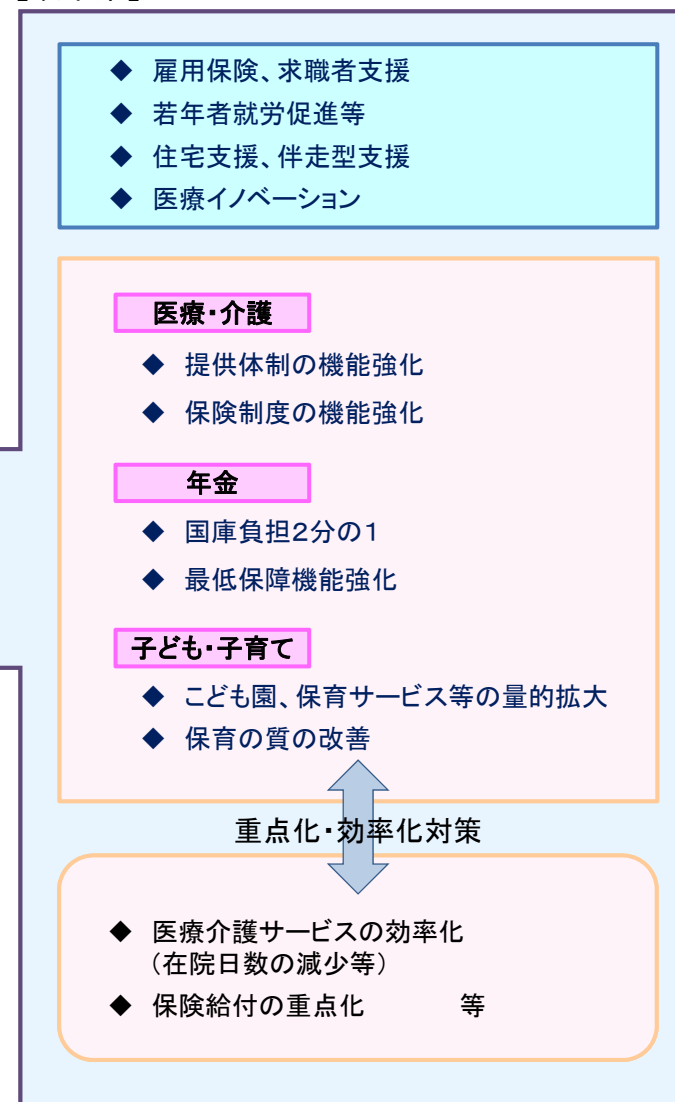
# 改革後の社会保障給付の全体像(2015年度ベース)

## 別紙 2

【改革後】



【改革案】



※ 消費税収(国・地方)の用途は、現在は国分が予算総則上高齢者三経費に充てられているが、今後は、高齢者三経費を基本としつつ、その全額を「制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用」(「**社会保障4経費**」、平成21年度税制改正法附則104条)に拡充。本経費は2011年度予算ベースでは32.0兆円。

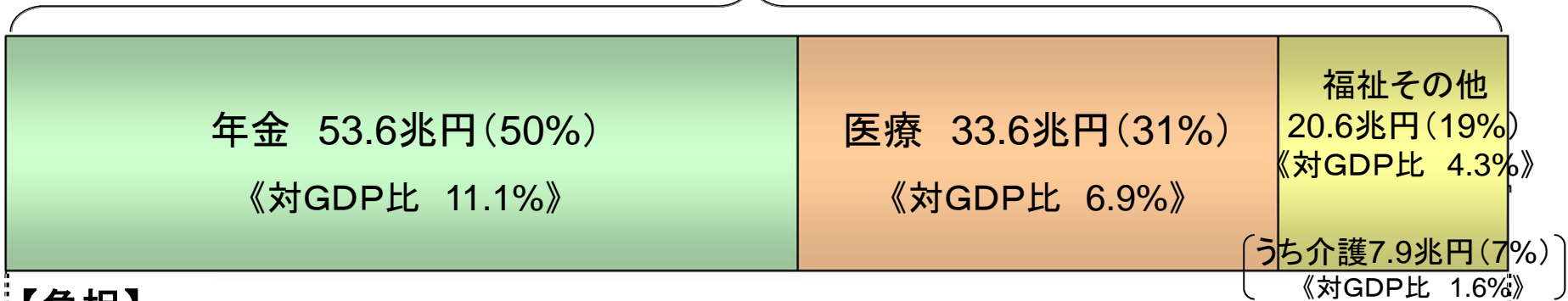
※ 給付費には、別紙1「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」における「Ⅱ 医療・介護等②「保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策」(所要額(公費)～1兆円弱程度)及び「Ⅲ 年金」(所要額(公費)～0.6兆円程度)にかかる費用は含まれていない。

# 社会保障の給付と負担の現状(2011年度予算ベース)

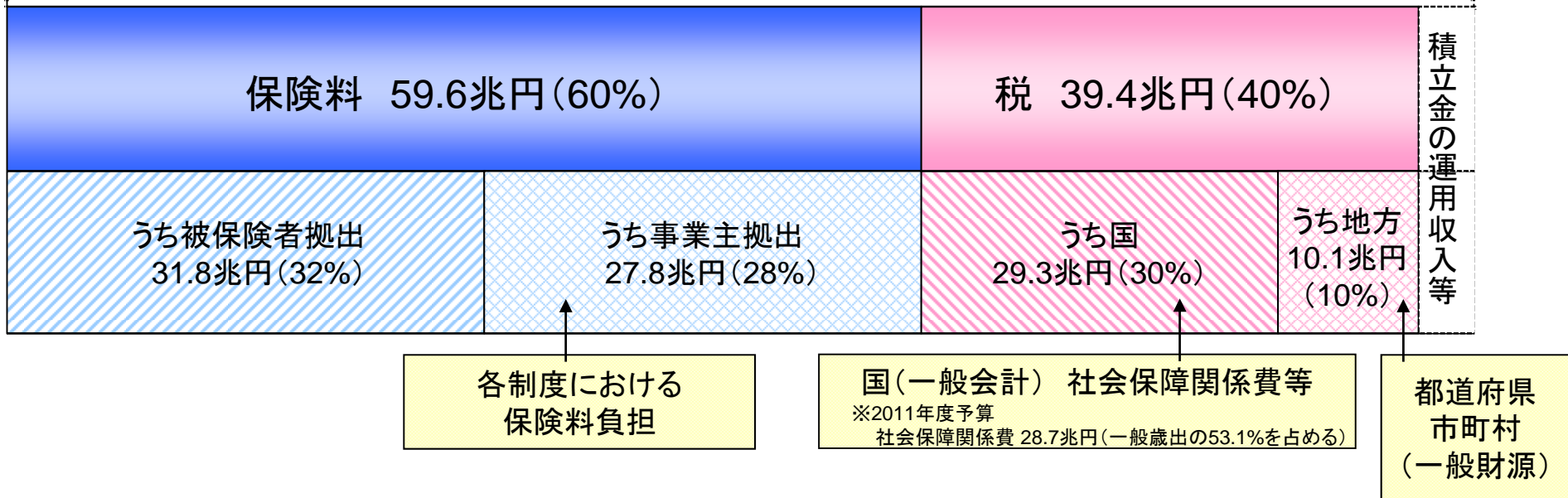
**社会保障給付費(※) 2011年度(予算ベース) 107.8兆円 (対GDP比 22.3%)**

**【給付】**

社会保障給付費

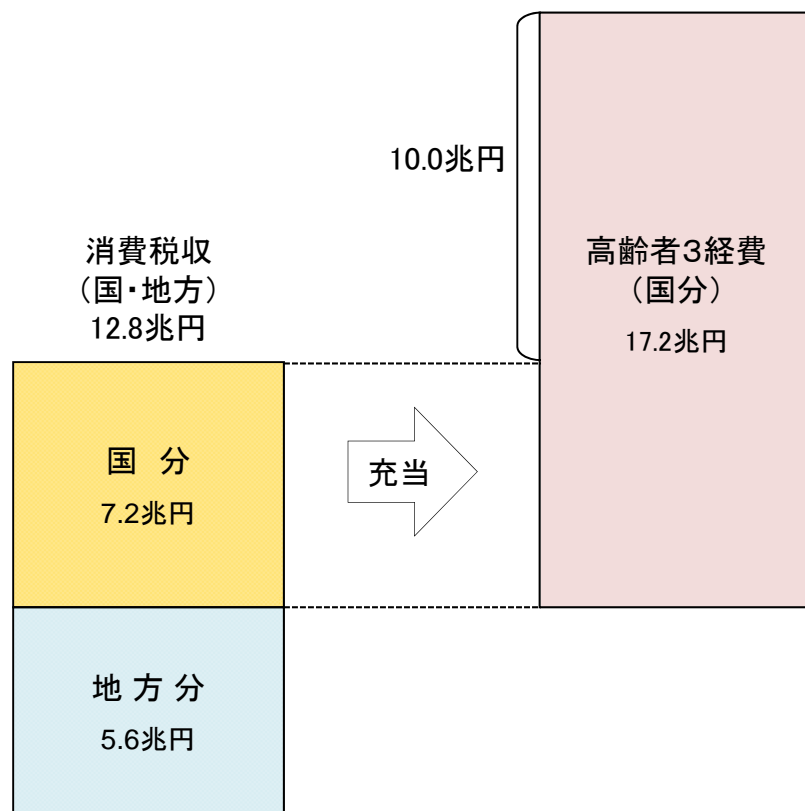


**【負担】**



※ 社会保障給付の財源としてはこの他に資産収入などがある。

予算総則上、消費税の収入(国分)は高齢者3経費(基礎年金、高齢者医療、介護保険)に充てることとされている。



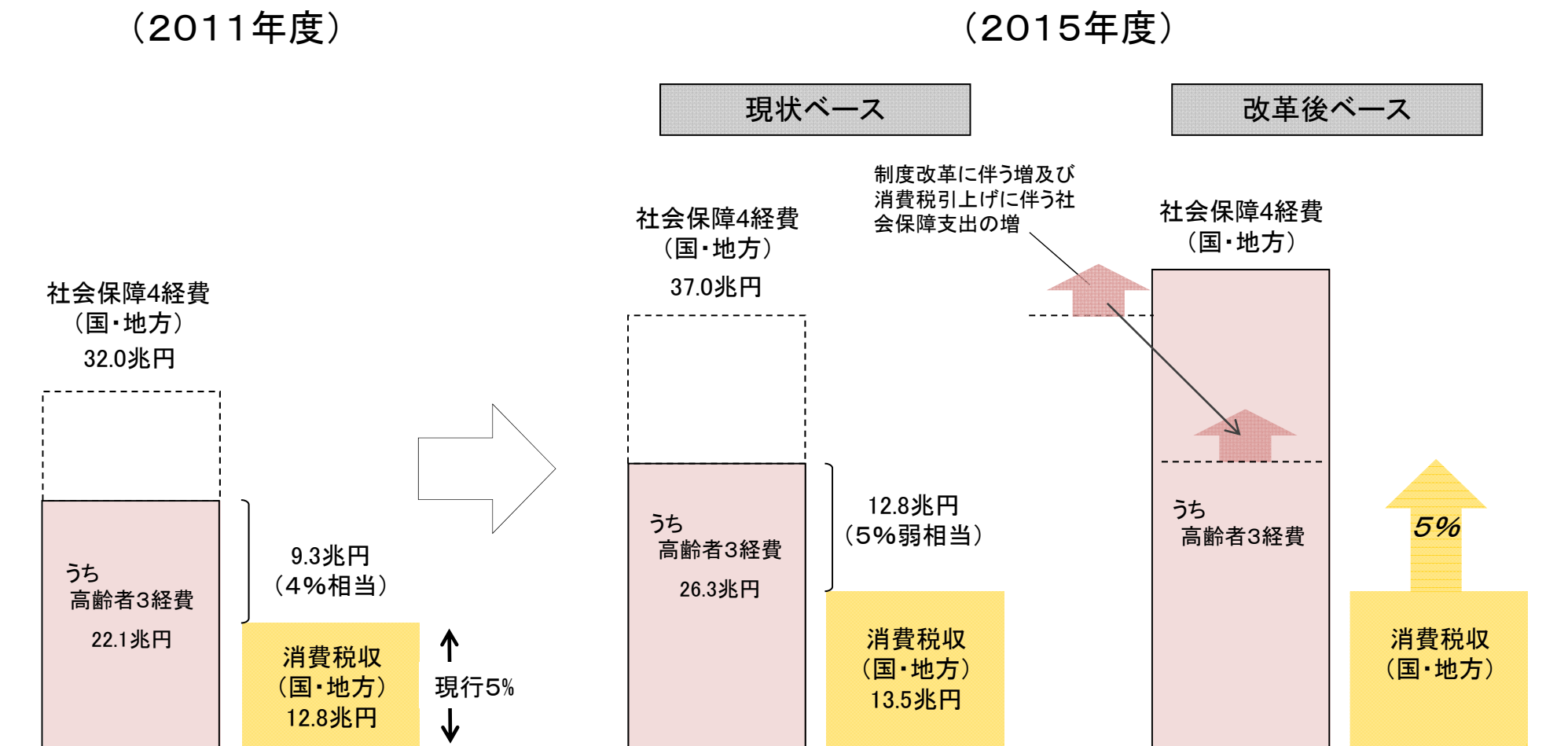
平成21年度税制改正法附則104条

「消費課税については、その負担が確実に国民に還元されることを明らかにする観点から、消費税の全額が制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用に充てられることが予算及び決算において明確化されることを前提に、消費税の税率を検討する」

⇒「高齢者3経費」を基本としつつ、今後は、その全額の用途を「制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用」に拡充することが、消費税率の検討の前提。

(注) 計数は2011年度(当初予算ベース)。

# 社会保障給付と消費税込収（国・地方）の対応関係



(注1) 消費税込収(国・地方)を充当する社会保障給付の具体的範囲(2015年度時点)は、高齢者3経費を基本としつつ、今後検討。当該範囲における社会保障給付における国・地方の役割分担に応じ、消費税込収を国・地方に配分。

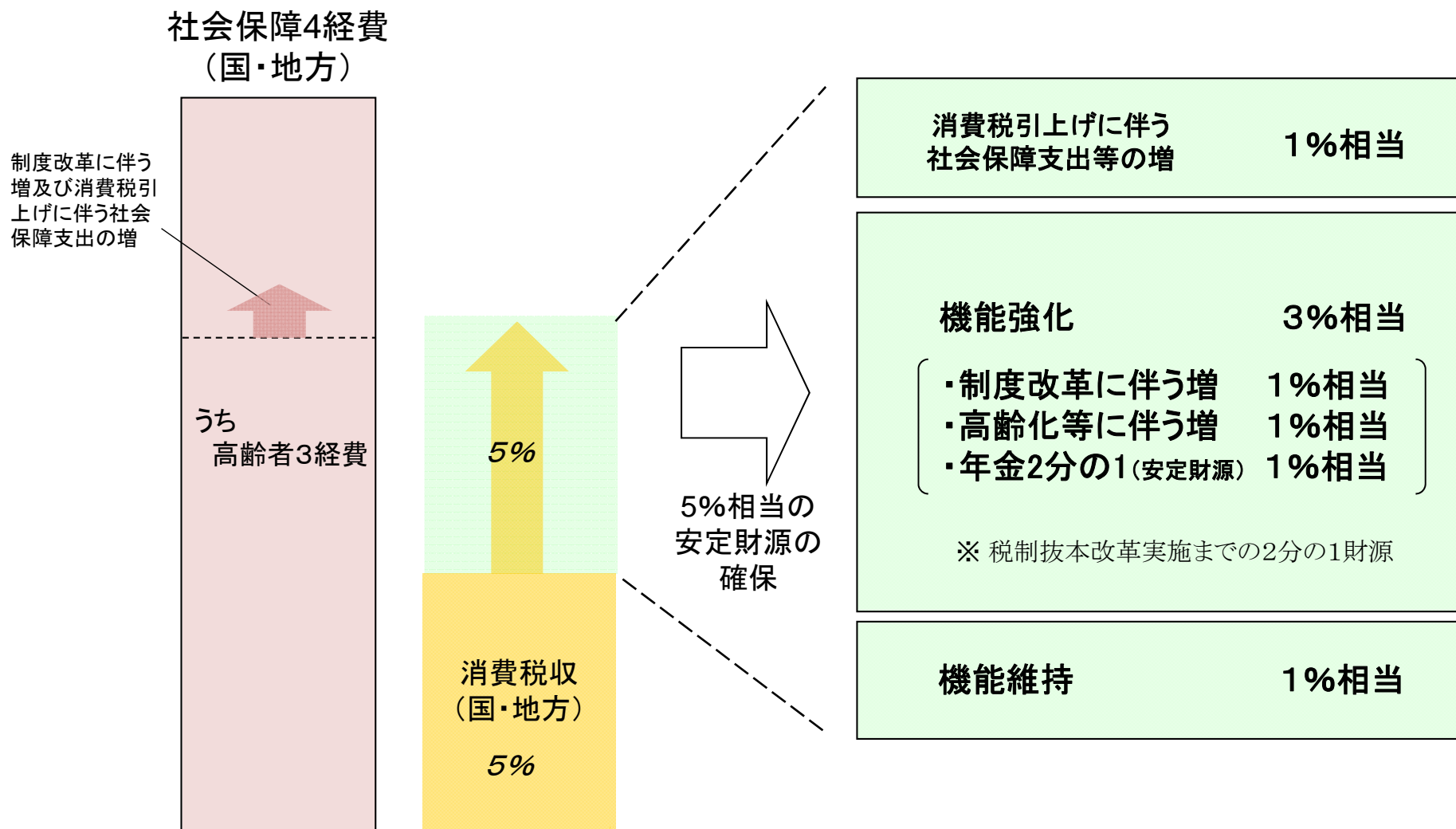
(注2) 社会保障4経費とは、社会保障給付公費負担のうち「制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用」(平成21年度税制改正法附則104条)をいう。所要額は厚生労働省による推計(2011年5月時点)。

(注3) 2015年度の消費税込収は、内閣府「経済財政の中長期試算」(平成23年1月)に基づく推計(年央に改訂)。

# 社会保障改革の安定財源の確保

(2015年度)

改革後ベース

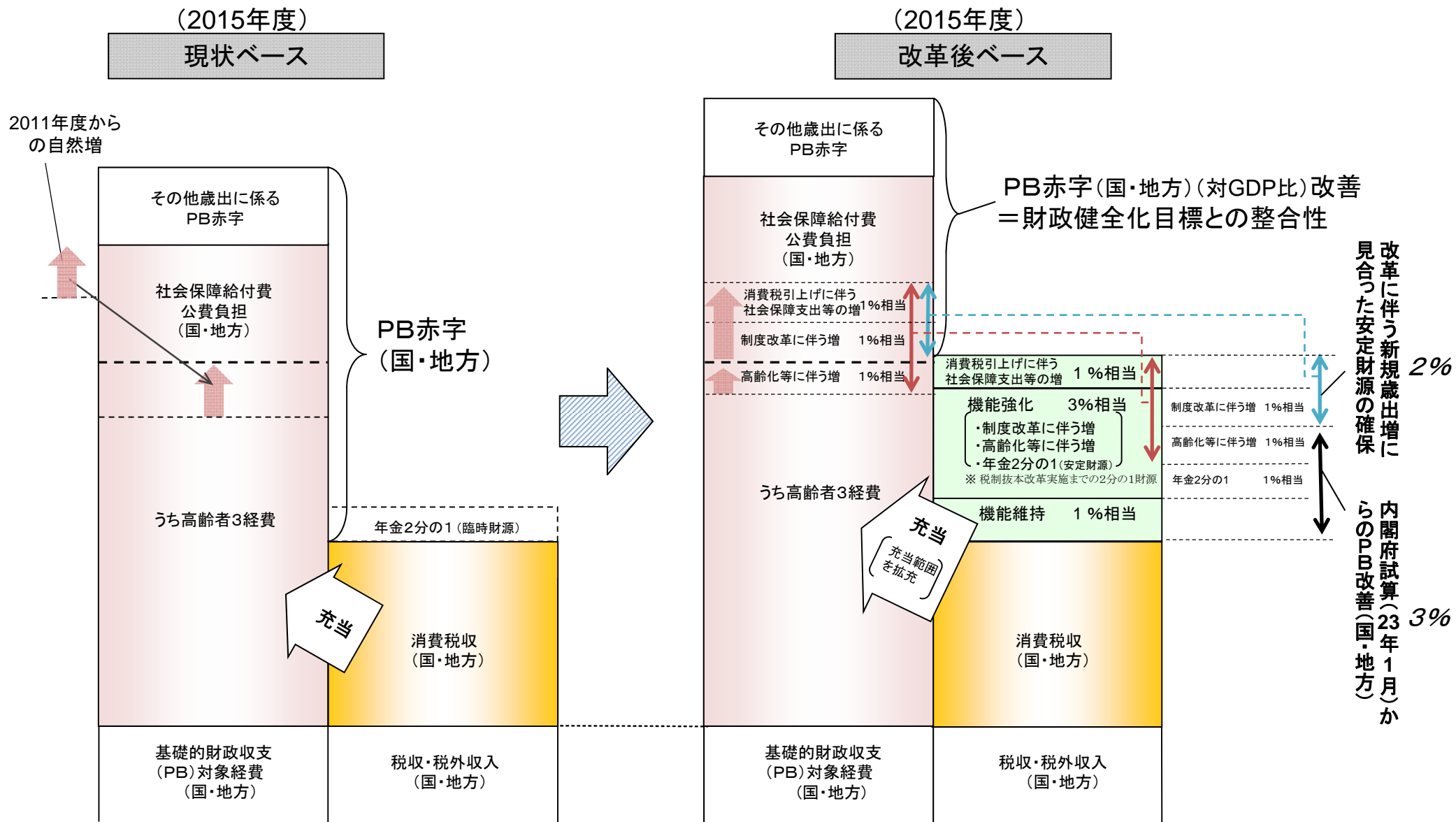


(注1) 消費税引上げに伴う社会保障支出等の増には、消費税を引き上げた場合に増加する国・地方の物資調達にかかる支出も含まれる。所要額は、財務省推計(2011年5月時点)であり、今後各年度の予算編成過程において精査が必要。

(注2) 高齢化等に伴う増は、いわゆる自然増のうち経済成長による伸びを超える増加のことである。

(注3) 機能強化の額は、厚労省による推計(2011年5月時点)。機能強化の具体的な内容は、別紙1のとおり。

# 社会保障改革の安定財源確保と財政健全化の同時達成



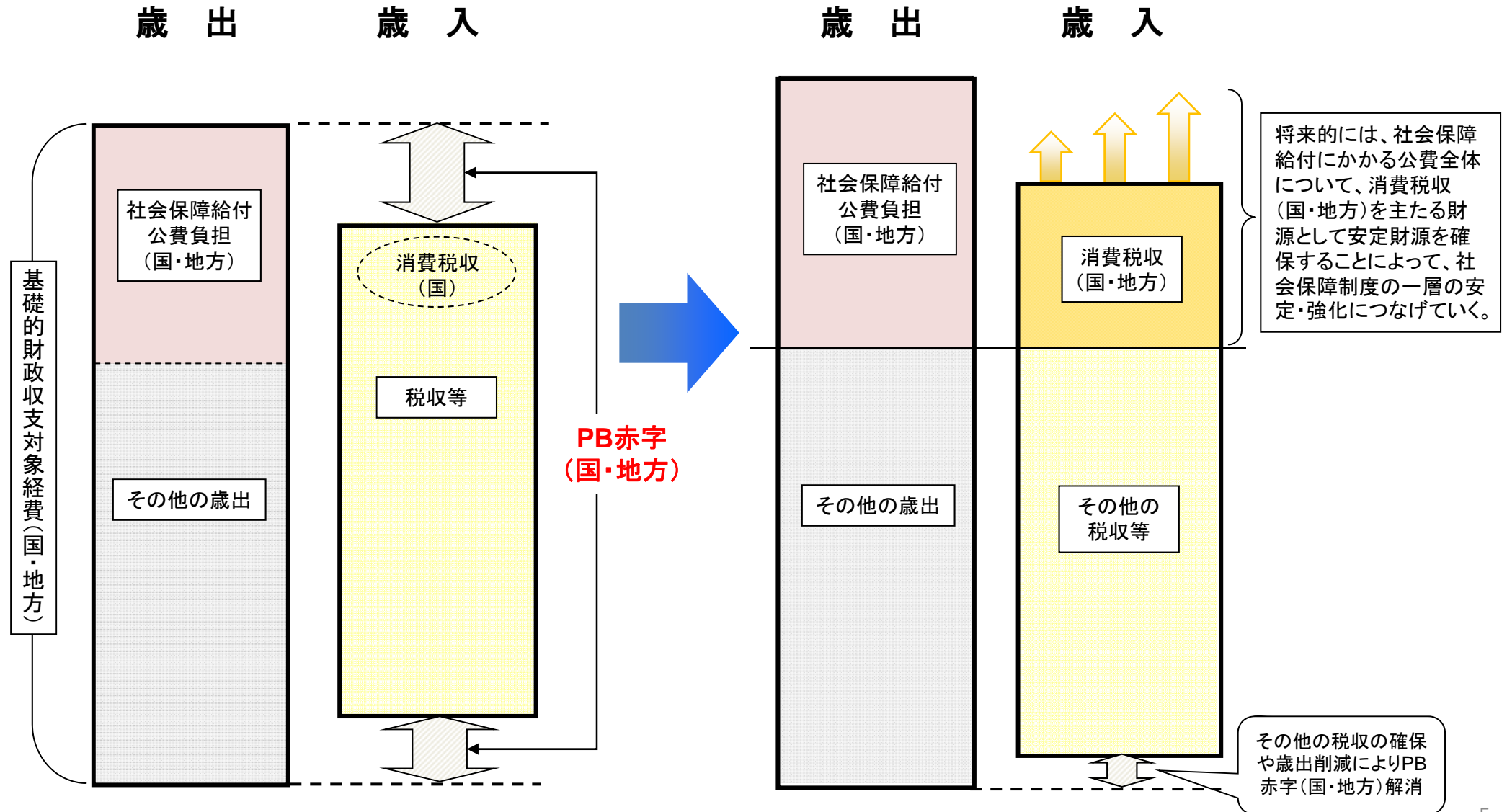
(注1) 「財政運営戦略」(平成22年6月22日閣議決定)における財政健全化目標において、国・地方及び国の基礎的財政収支赤字の対GDP比を、2015年度までに2010年度の水準から半減し、2020年度までに黒字化することとされている。内閣府試算(平成23年1月)の2015年度の試算結果からは、消費税率換算で約3%のPB(国・地方)の改善が必要。

(注2) 消費税込収(国・地方)を充当する社会保障給付の具体的範囲(2015年度時点)は、高齢者3経費を基本としつつ、今後検討。当該範囲における社会保障給付における国・地方の役割分担に応じ、消費税込収を国・地方に配分。

(注3) 改革後ベースにおける「高齢化等に伴う増」は、いわゆる自然増のうち経済成長による伸び(「機能維持」に含まれる)を超える増加のことである。

< 現状のイメージ >

< 将来のイメージ >





## (参考推計) 社会保障に係る費用の将来推計について①

### 1. 本推計の位置付け

今回提出した「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」を踏まえ、今後の社会保障改革の議論に資するために社会保障に係る給付費等の将来推計を参考として行った。

本推計の前提・結果は以下のとおりであるが、上記費用試算を踏まえ、社会保障に必要な充実と重点化・効率化の効果も含め、制度の全体像を示すため、取り急ぎ一定の前提・仮定をおいて行ったものであり、推計結果等については一定の幅を持ってみる必要がある。

なお、本推計については、今後様々な立場から議論が行われ、検証されていくことが望ましい。このため、今回の推計に用いたデータ、仮定数値については社会保障改革ホームページにおいて全て公開することとしている。

### 2. 推計の内容

集中検討会議の議論を踏まえ、今後の社会保障改革の議論に資するため2015、2020、2025年度の社会保障の給付費、公費負担、保険料負担及びそれらの日本のマクロ経済規模に対する比率を示す指標であるGDP比の推計を行う。

### 3. 推計の前提等

#### ・人口前提

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」出生高位(死亡中位推計)

(注)年金については平成21年財政検証結果(基本ケース)を基に推計しているため、出生中位推計を用いている。なお、2025年度までの被保険者、受給者は推計開始時点ですでに出生している者が大半を占めるため、出生の前提は年金の推計結果にはほとんど影響を与えない。

## 社会保障に係る費用の将来推計について②

### ・経済前提

2023年度までの経済前提については、内閣府「経済財政の中長期試算(平成23年1月21日)」慎重シナリオに準拠するものとする。上記試算の推計期間を越える2024年度以降は2023年度と同じとした。

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023～
経済成長率(%)	1.0	1.3	1.3	1.5	1.3	1.5	1.8	1.8	2.0	1.8	1.7	1.8	1.7
賃金上昇率(%)	0.4	1.8	1.8	1.8	1.8	2.1	2.7	2.9	3.1	2.8	2.4	2.6	2.5
物価上昇率(%)	0.0	0.5	0.7	0.8	1.0	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1	1.2	1.2	1.2

【参考】試算の前提となったマクロ経済の姿(内閣府「経済財政の中長期試算(平成23年1月21日)」)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
名目GDP(兆円)	483.8	490.3	496.8	504.2	510.9	518.5	527.7	537.4	548.0	558.1	567.4	577.4	587.3
実質成長率(%)	1.5	1.8	1.5	1.4	1.0	1.0	1.1	1.2	1.3	1.1	1.0	1.1	1.1
名目長期金利(%)	1.4	1.6	1.7	1.9	2.1	2.3	2.5	2.7	2.9	3.2	3.3	3.5	3.7

### ・推計方法について(推計の考え方)

- ・公的年金                   平成21年財政検証結果(基本ケース)等を基に推計
- ・医療、介護               社会保障国民会議試算と同様の手法により推計
- ・子ども・子育て         「子ども・子育て新システム検討会議」(内閣府)における試算を基に推計
- ・上記以外                 GDPに対する給付規模が将来にわたって変わらないことを基本として機械的に推計  
(なお、短期的には近年の予算等の動向も踏まえつつ推計を行っている。)

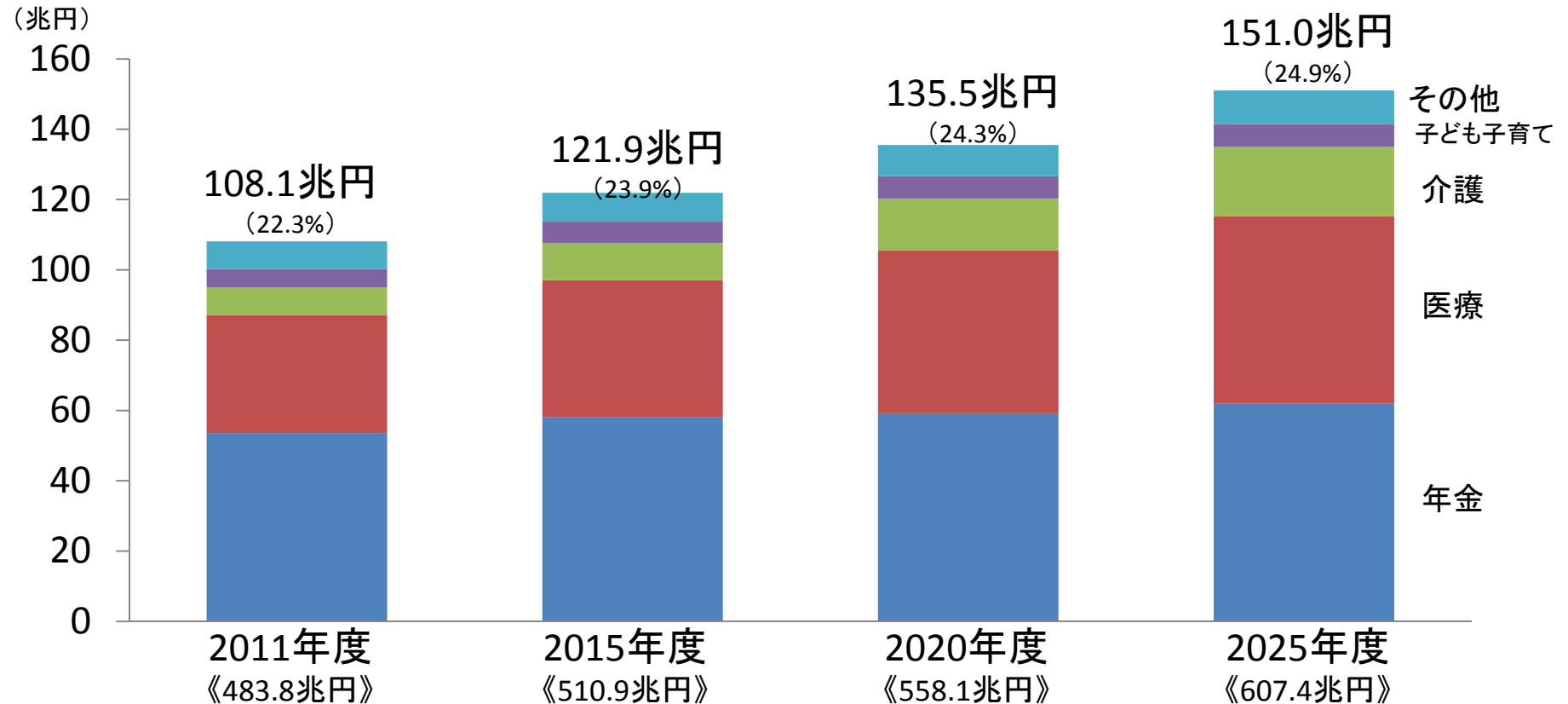
#### (留意点)

- 工程表で掲げられている充実、重点化・効率化についての項目のうち、「Ⅱ 医療・介護等②」「保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策」および「Ⅲ 年金」については
- ・具体的な仕組みについて、今後、詳細な制度設計をすることが必要
  - ・給付費に反映されない事項が含まれている
- ことから本試算には反映していない。

## 社会保障に係る費用の将来推計について③

### ○給付費に関する見通し

給付費は2011年度の108.1兆円(GDP比22.3%)から2025年度の151.0兆円(GDP比24.9%)へ増加。



注1:「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。

(ただし、「Ⅱ 医療介護等 ②保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策」および「Ⅲ 年金」の効果は、反映していない。)

注2:医療介護について充実と重点化・効率化を行わず、現状を投影した場合の給付費は、120.7兆円(2015年)、132.7兆円(2020年)、146.8兆円(2025年)である。さらに、子ども・子育てに係る機能強化を考慮しない場合の給付費は、119.9兆円(2015年)、131.7兆円(2020年)、145.8兆円(2025年)である。

注3:上図の子ども・子育ては、新システム制度の実施等を前提に、保育所、幼稚園、延長保育、地域子育て支援拠点、一時預かり、子ども手当、育児休業給付、出産手当金、社会的養護、妊婦健診を含めた計数である。

注4:( )内は対GDP比である。《 》内はGDP額である。

## 社会保障に係る費用の将来推計について④

### ○給付費と負担額の見通し

	2011(平成23)		2015(平成27)		2020(平成32)		2025(平成37)	
	兆円	(GDP比)	兆円	(GDP比)	兆円	(GDP比)	兆円	(GDP比)
給付費	108.1	22.3	121.9 (120.7)	23.9 (23.6)	135.5 (132.7)	24.3 (23.8)	151.0 (146.8)	24.9 (24.2)
年金	53.6	11.1	58.2	11.4	59.2	10.6	61.9	10.2
医療	33.6	6.9	38.9 (38.5)	7.6 (7.5)	46.3 (45.5)	8.3 (8.1)	53.3 (52.6)	8.8 (8.7)
介護	7.9	1.6	10.6 (9.8)	2.1 (1.9)	14.8 (12.9)	2.7 (2.3)	19.7 (16.2)	3.3 (2.7)
子ども子育て	5.2	1.1	6.0	1.2	6.4	1.1	6.5	1.1
その他	7.9	1.6	8.2	1.6	8.9	1.6	9.6	1.6
負担額	99.6	20.6	114.4 (113.2)	22.4 (22.2)	132.4 (129.6)	23.7 (23.2)	150.4 (146.2)	24.8 (24.1)
年金	45.1	9.3	50.7	9.9	56.1	10.1	61.3	10.1
医療	33.6	6.9	38.9 (38.5)	7.6 (7.5)	46.3 (45.5)	8.3 (8.1)	53.3 (52.6)	8.8 (8.7)
介護	7.9	1.6	10.6 (9.8)	2.1 (1.9)	14.8 (12.9)	2.7 (2.3)	19.7 (16.2)	3.3 (2.7)
子ども子育て	5.2	1.1	6.0	1.2	6.4	1.1	6.5	1.1
その他	7.9	1.6	8.2	1.6	8.9	1.6	9.6	1.6
(参考) GDP	483.8		510.9		558.1		607.4	

注1:「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。

(ただし、「Ⅱ 医療介護等 ②保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策」および「Ⅲ 年金」の効果は、反映していない。)

注2:( )内は医療介護について充実と重点化・効率化を行わず、現状を投影した場合の給付費等である。

注3:上図の子ども・子育ては、新システム制度の実施等を前提に、保育所、幼稚園、延長保育、地域子育て支援拠点、一時預かり、子ども手当、育児休業給付、出産手当金、社会的養護、妊婦健診を含めた計数である。

注4:医療の負担には補正予算対応分0.3兆円(2011年)、0.3兆円(2015年)、0.4兆円(2020年)、0.5兆円(2025年)が含まれている。

## 社会保障に係る費用の将来推計について⑤

### ○負担額の内訳の見通し

	2011(平成23)		2015(平成27)		2020(平成32)		2025(平成37)	
	兆円	(GDP比)	兆円	(GDP比)	兆円	(GDP比)	兆円	(GDP比)
負担額	99.6	20.6	114.4	22.4	132.4	23.7	150.4	24.8
			(113.2)	(22.2)	(129.6)	(23.2)	(146.2)	(24.1)
年金	45.1	9.3	50.7	9.9	56.1	10.1	61.3	10.1
医療	33.6	6.9	38.9	7.6	46.3	8.3	53.3	8.8
			(38.5)	(7.5)	(45.5)	(8.1)	(52.6)	(8.7)
介護	7.9	1.6	10.6	2.1	14.8	2.7	19.7	3.3
			(9.8)	(1.9)	(12.9)	(2.3)	(16.2)	(2.7)
子ども子育て	5.2	1.1	6.0	1.2	6.4	1.1	6.5	1.1
その他	7.9	1.6	8.2	1.6	8.9	1.6	9.6	1.6
保険料負担	59.6	12.3	67.9	13.3	79.0	14.2	89.1	14.7
			(67.3)	(13.2)	(77.7)	(13.9)	(87.2)	(14.4)
年金	32.9	6.8	37.1	7.3	42.7	7.7	47.2	7.8
医療	19.3	4.0	21.9	4.3	25.2	4.5	28.3	4.7
			(21.6)	(4.2)	(24.7)	(4.4)	(27.9)	(4.6)
介護	3.4	0.7	4.6	0.9	6.5	1.2	8.7	1.4
			(4.3)	(0.8)	(5.6)	(1.0)	(7.1)	(1.2)
子ども子育て	0.9	0.2	0.9	0.2	1.0	0.2	1.0	0.2
その他	3.2	0.7	3.4	0.7	3.7	0.7	4.0	0.7
公費負担	40.0	8.3	46.5	9.1	53.4	9.6	61.3	10.1
			(45.8)	(9.0)	(51.9)	(9.3)	(58.9)	(9.7)
年金	12.3	2.5	13.5	2.6	13.4	2.4	14.1	2.3
医療	14.3	3.0	17.0	3.3	21.1	3.8	25.0	4.1
			(16.8)	(3.3)	(20.7)	(3.7)	(24.7)	(4.1)
介護	4.5	0.9	6.0	1.2	8.3	1.5	11.1	1.8
			(5.6)	(1.1)	(7.2)	(1.3)	(9.1)	(1.5)
子ども子育て	4.3	0.9	5.1	1.0	5.4	1.0	5.5	0.9
その他	4.6	1.0	4.8	0.9	5.2	0.9	5.6	0.9
(参考) GDP	483.8		510.9		558.1		607.4	

注1:「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。

(ただし、「Ⅱ 医療介護等 ②保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策」および「Ⅲ 年金」の効果は、反映していない。)

注2:( )内は医療介護について充実と重点化・効率化を行わず、現状を投影した場合の給付費等である。

注3:上図の子ども・子育ては、新システム制度の実施等を前提に、保育所、幼稚園、延長保育、地域子育て支援拠点、一時預かり、子ども手当、育児休業給付、出産手当金、社会的養護、妊婦健診を含めた計数である。

注4:医療の負担には補正予算対応分0.3兆円(2011年)、0.3兆円(2015年)、0.4兆円(2020年)、0.5兆円(2025年)が含まれている。

# 社会保障に係る費用の将来推計について⑥子ども・子育て推計の基本構造

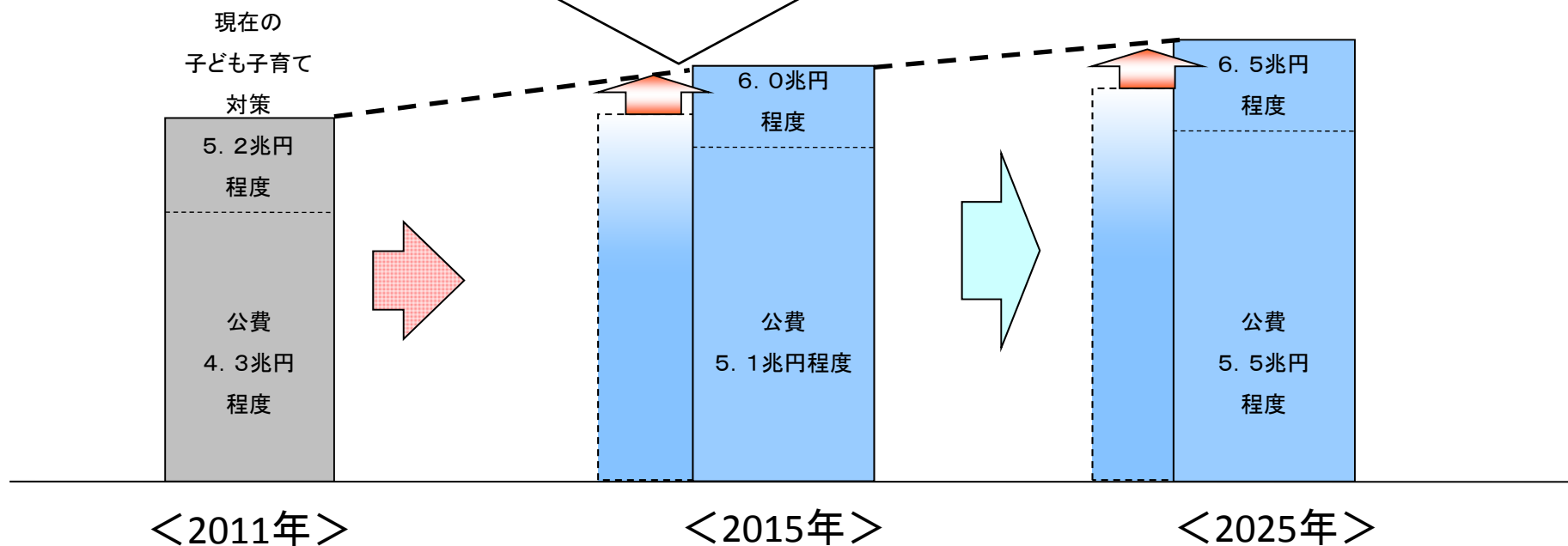
所要額0.7兆円程度(公費)(2015年)

※税制抜本改革以外の財源も含めて1兆円超程度の措置を今後検討

**【充実】**

- 子ども・子育て新システムの制度実施に伴う保育等の量的拡充、幼保一体化などの機能強化
  - ・0～2歳児保育の量的拡充・体制強化等(待機児童の解消)
  - ・質の高い学校教育・保育の実現(幼保一体化の実現)
  - ・総合的な子育て支援(家庭や地域における養育の支援)の充実

など



注:上図の子ども・子育ては、新システム制度の実施等を前提に、保育所、幼稚園、延長保育、地域子育て支援拠点、一時預かり、子ども手当、育児休業給付、出産手当金、社会的養護、妊婦健診を含めた計数である。  
財源構成等については、現行どおりと仮定して、機械的に試算したもの。

# 社会保障に係る費用の将来推計について⑦(医療・介護推計の基本構造)

所要額 ～0.6兆円程度(公費)(2015年)

**【充実】**

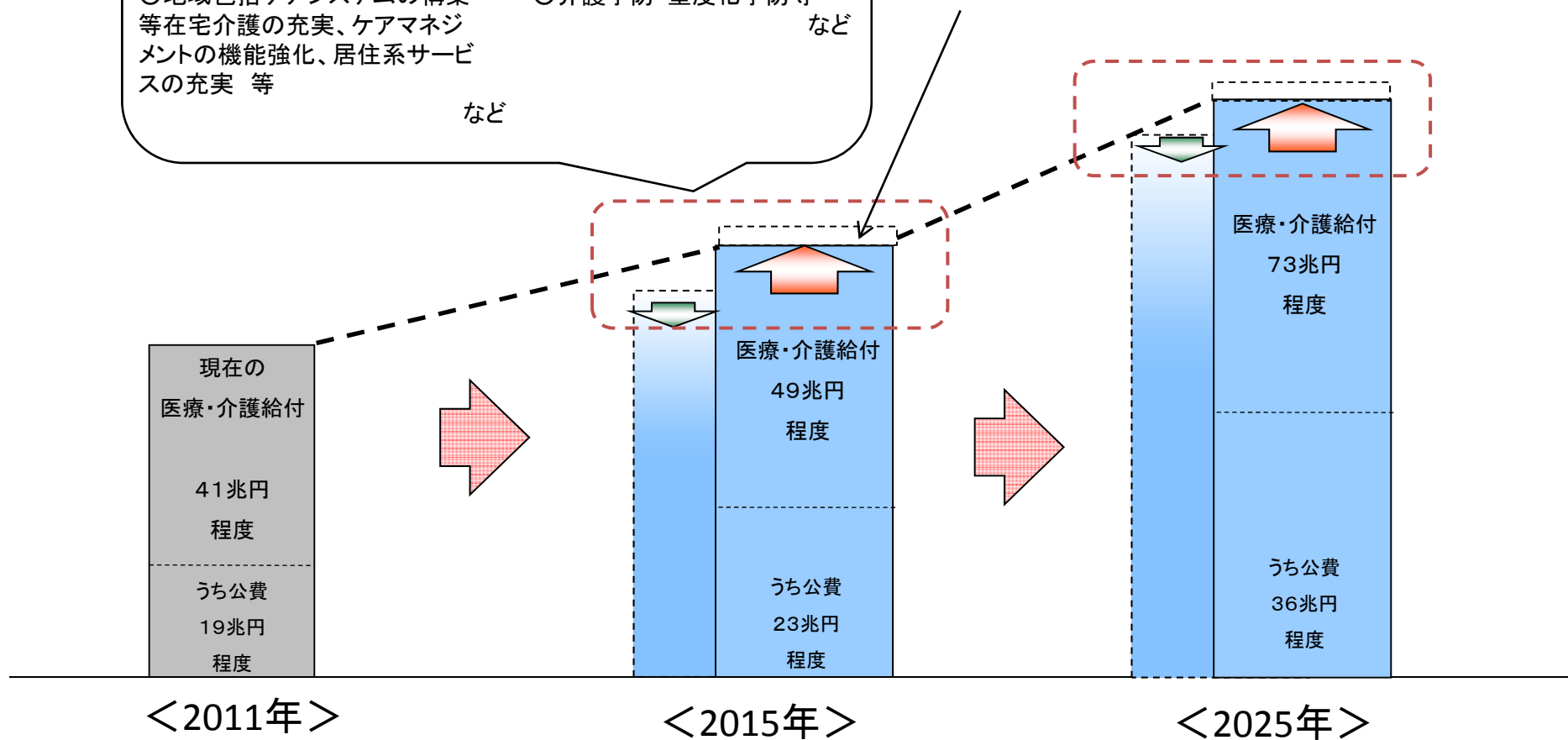
- 医療機能の分化・強化と連携
- 在宅医療の充実等
- 地域包括ケアシステムの構築  
等在宅介護の充実、ケアマネジ  
メントの機能強化、居住系サービ  
スの充実 等

**【重点化・効率化要素】**

- 平均在院日数の減少等
- 外来受診の適正化等
- 介護予防・重度化予防等  
など

など

左記の他、長期推計に織り込まれていない充実、重点化・効率化として、「保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策」として所要額(公費)「～1兆円程度」(2015年)がある。



注1: 国民医療費、介護費用ベースの給付費を足し上げたものである。

注2: 医療の公費には補正予算対応分0.3兆円(2011年)、0.3兆円(2015年)、0.4兆円(2020年)、0.5兆円(2025年)が含まれている。また、医療には公衆衛生等に係る給付も含まれている。(2011年で0.2兆円程度)

# 社会保障に係る費用の将来推計について⑧年金推計の基本構造

左記に掲げられていない充実、重点化・効率化として

○充実

- 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大
- 第3号被保険者制度の見直し
- 在職老齢年金の見直し
- 基礎年金国庫負担1/2 等

○重点化・効率化

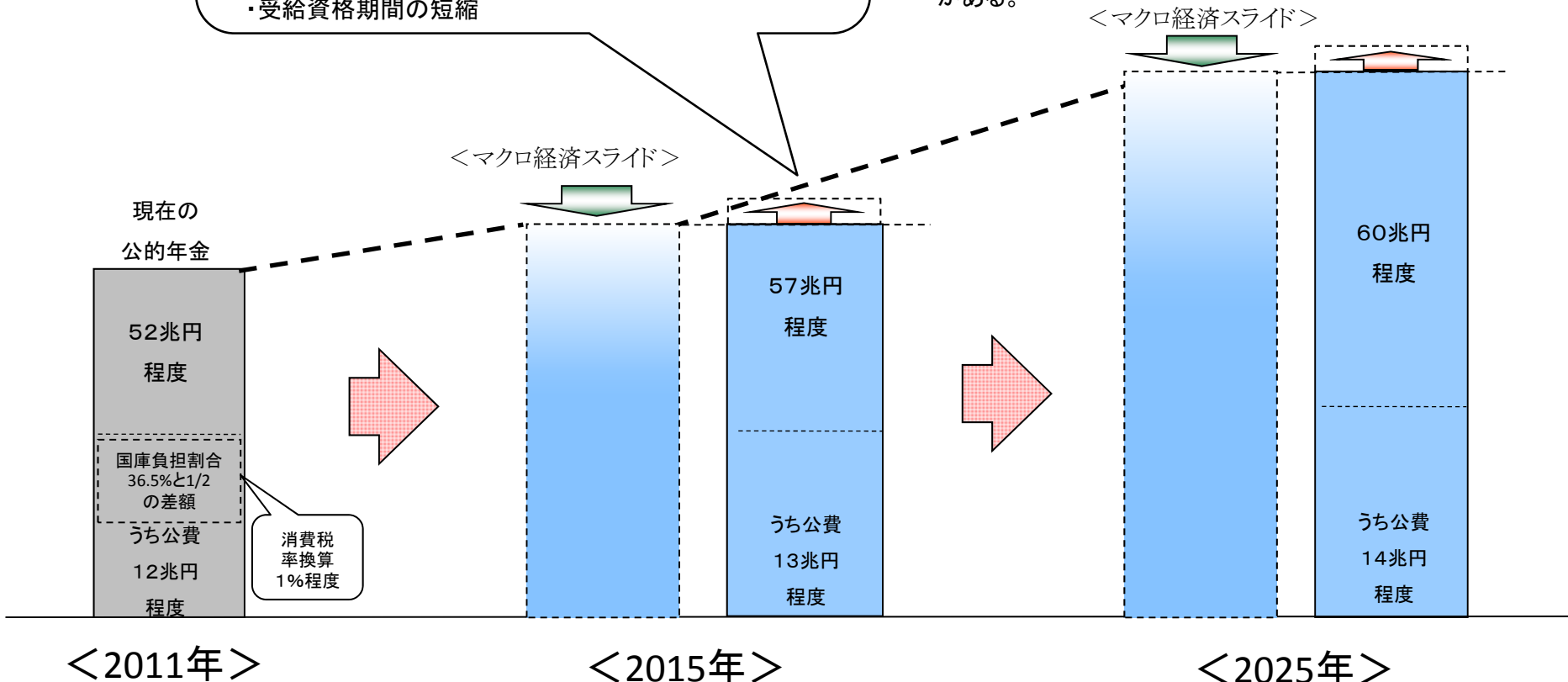
- デフレ下のマクロ経済スライド
- 支給開始年齢の引き上げ
- 標準報酬上限の引き上げ

がある。

所要額 ～0.6兆円程度(公費)(2015年)

**【充実】**  
 ○最低保障機能の強化  
 ・低所得者への加算、  
 ・障害基礎年金への加算  
 ・受給資格期間の短縮

**【重点化・効率化要素】**  
 ○高所得者の年金給付の見直し



注：厚生年金、国民年金、共済年金にかかる費用を集計したものである。全体には左記の他、厚生年金基金、恩給等に係る給付がある。



## 医療・介護に係る長期推計

(主にサービス提供体制改革に係る改革について)

平成23年 6月

## ( 目 次 )

1. 趣旨等	3
2. 改革の考え方	5
3. 人口・経済前提等	1 2
4. 結果	1 4
(参考1) 足下の計数整理等	4 0
(参考2) 改革の具体的シナリオ	4 4
(参考3) 医療の伸び率の補足	5 2

# 1. 趣旨等

## (趣旨)

- 今後の医療・介護の目指すべき方向性についての検討結果を踏まえ、社会保障国民会議で行われた医療・介護費用のシミュレーションを基礎として、2025年頃までの医療・介護サービスの需給の状況、そのために必要な費用やマンパワーについて、一定の仮定に基づく推計を行うもの。

## (本推計の対象)

- 本推計は、主に医療・介護のサービス提供体制について一定の改革のシナリオに基づき行うものであり、保険制度の機能強化や低所得者対策等に関する事項は含んでいない。また、東日本大震災の発生前の状況を足下としており、これに関連する様々な影響や復興の道筋に関連する事項も含んでいない。これらについては、別途考慮する必要がある。

## (方法)

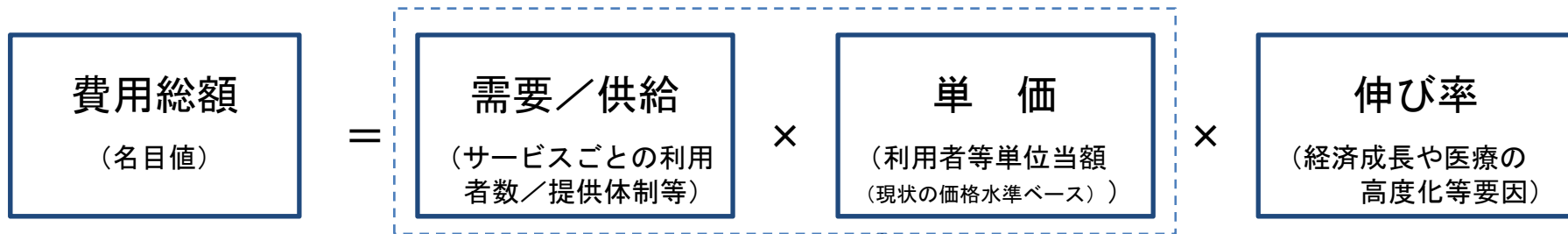
- まず、現在の性・年齢階級別のサービス利用状況をそのまま将来に投影したケース（現状投影シナリオ）におけるサービスごとの利用者数や単価等を作成。次に、これから、一定の改革シナリオに基づきサービス利用状況や単価等を変化させたケース（改革シナリオ）を作成。費用総額については、経済前提等を踏まえて設定した伸び率を乗じて推計。

### 【改革のシナリオの概要】

改革シナリオ：一般病床について、急性期と亜急性期・回復期等とに機能分化、医療資源を集中投入。また、亜急性期や回復期のリハビリテーションなどについて、状態像に応じた適切な設備・人員配置。さらに、居住系サービス、在宅医療・介護サービスの充実などを織り込み。

※ 主に一般病床の機能分化の進展度について、2通りのシナリオを設定（パターン1、パターン2）

# 医療・介護費用推計の基本的な考え方



## 【需要／供給、単価、伸び率の考え方】

本推計では、年齢階級別人口×同一人当たり医療費 による方法に比べて、提供体制改革の政策効果を加味・反映しやすく、病床数やマンパワー等供給量の推計を行いやすい方法（社会保障国民会議で使用された方法）を使用。

## 現状投影シナリオ

(現状の年齢階級別・サービス類型別利用状況がそのまま続いたとした場合の機械的計算)

→ 現状の医療・介護のサービス提供に関する問題点が解決されないまま今後も推移していくシナリオ)

需 要：病床ごとの入院、外来・在宅医療、介護施設や居住系サービス、在宅介護サービス等について、仮に、現状の年齢階級別利用状況が続いたとした場合を仮定（サービスの需要について、人口増減及び人口構造の高齢化による変化のみ織り込んだもの）

供 給：上記のように仮定した需要に見合うよう、現状と同水準で各サービスの供給が行われるとした場合を仮定

単 価：現在の各サービスにおける単位当たり費用（例えば入院1日当たり費用）が続くとした場合を仮定

伸び率：経済成長（賃金や物価の上昇等に対応）や医療の高度化等による伸び率を仮定

## 改革シナリオ

(選択と集中により、医療・介護サービスのあるべき姿を踏まえた場合のシミュレーション)

需 要：急性期の重点化、亜急性期・慢性期の充実、在宅医療や介護の強化など、各種サービス提供体制の改革を前提として、疾病や状態像にふさわしい医療・介護のサービスを受けたとした場合における、各サービスごとの利用の見込み（サービスの需要について、人口増減及び人口構造の高齢化による変化に加え、提供体制の改革を織り込んだもの）

供 給：疾病や状態像にふさわしい医療・介護を適用することができるようなサービス提供体制の改革・整備が行われることを仮定

単 価：急性期病床における人員配置の重点化、亜急性期・回復期・慢性期や精神病床の人員強化など、各サービス提供体制の改革を踏まえた各サービスの単位当たり費用を仮定

伸び率：現状投影シナリオと同様

## 2. 改革の考え方

### (医療・介護提供体制に関する問題認識)

- 現状は、医療・介護を担う人材が不足・偏在し、医療・介護の提供体制の機能分化が不十分であり、連携も不足している。医療・介護ニーズに対して、必ずしも効率的で最適なサービス提供体制とはなっておらず、一方で過剰需要（供給誘発需要や必要性の低い需要）が生じ、他方で必要なサービスが十分には提供されていないとの指摘もある。

#### 【課題の例】

- ・ 医療・介護を担う人材の不足・偏在と、不十分な機能分化・・・諸外国に比べても多い人口当たり病床数・少ない病床当たり職員数・長い在院日数（医療密度の薄さと表裏）、救急医療等の課題
- ・ 居住系サービスの不足、在宅医療・介護サービスの不足、医療と介護の連携不足
- ・ 生活習慣病予防等の推進による健康度の向上、ICTの利活用によるサービス提供の効率性向上など

### (目指すべき改革の方向性)

- 概ね今後15年間で（平成37(2025)年頃までに）、現在指摘されている課題を解決し、機能分化と連携により、重層的・一体的に住民を支える医療・介護サービス体系を構築。

#### 【改革の具体的な方向性】

- ・ 医師確保、介護職員等の人材確保と資質の向上
- ・ 病院・病床の機能分化・強化、専門職種間の協働と役割分担
- ・ 在宅医療体制の強化・地域包括ケアシステムの確立
- ・ 認知症ケアに対する体制の強化、介護予防・重度化予防 など

#### 【改革による国民のQOLの向上】

- ・ 急性期医療における医療資源の集中投入、亜急性期・回復期や慢性期におけるケアやリハビリ、地域移行支援等の機能強化とサービスの整備による、回復・地域生活への復帰の道筋の明確化
- ・ 居住系サービスや在宅医療・介護サービスの一層の充実、医療と介護の連携強化による、ニーズに応じた医療・介護サービスを一体的に受ける地域ケア体制の整備

## 具体的な改革のイメージ(パターン1)

◇充実 ◆重点化・効率化

(医療・介護ニーズ)			(平成37(2025)年頃までの改革とその効果に関する仮定)
医療病床	一般病床 (10割)	高度急性期 (約2割)	◇◆医療資源の集中投入により、平均在院日数2割程度短縮。減少するニーズは、亜急性期・回復期リハ等、早期の軽快(在宅・外来)
		一般急性期 (約5割)	◇◆医療資源の集中投入により、平均在院日数33%程度短縮。減少するニーズは、亜急性期・回復期リハ等、早期の軽快(在宅・外来)
		亜急性期・回復期リハ等(約3割)	◇◆機能強化により、平均在院日数2割程度短縮。減少するニーズは、医療療養、介護サービス、早期の軽快(在宅・外来)
	長期療養(慢性期)	◇◆医療区分1は介護、2・3は医療 ◇◆在宅医療の推進、機能強化等を勘案し、平均在院日数1割程度短縮	
	精神病床	◇◆機能に応じた体制の充実やアウトリーチ(訪問支援)等の推進により、平均在院日数1割程度短縮、入院も2割程度減少。減少するニーズは、アウトリーチ(訪問支援)、早期の軽快(在宅・外来)、介護サービスの利用	
介護施設	特養	◇◆施設利用は中重度中心でユニットケアが普及、各要介護度の認定者の施設利用割合も若干低下	
	老健+介護療養	◇◆施設利用は中重度中心でユニットケアが普及、各要介護度の認定者の施設利用割合も若干低下 ◇◆現行の介護療養にあっては、医療区分1は介護、2・3は医療	
居住系(介護)			◇グループホームについては、約37万人分を確保(小規模多機能等の在宅サービスと合わせて認知症に相当程度対応できる水準)
在宅・外来	医療	◇在宅医療・訪問看護の充実(利用者的大幅増) ◆生活習慣病予防、医療機関や医療介護の連携、ICTの活用等の取り組みにより、医科外来ニーズ(上記入院ニーズからの移行分を除く)が5%程度減少	
	介護	◇比較的中重度や認知症等のケースで、さらにサービス利用が進むものと仮定 ◇小規模多機能については、約40万人分を確保(グループホームと同旨)。また、24時間対応の定期巡回・随時対応サービス及び訪問看護を充実 ◆介護予防等リスクを軽減する取り組みにより要介護者等が3%程度減少	

※ 薬や医療機器等に係る効率化として伸び率として年率△0.1%程度を織り込み(医療の伸び率ケース①の場合)(◆)  
(現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。)  
地域連携推進のためにMSW等の増を仮定(◇)、介護職員の処遇改善(賃金アップ)を仮定(◇)

## 別案(パターン2)

〔 ◇充実 ◆重点化・効率化 〕

- 急性期医療（現行一般病床の7割程度）を、さらに、高度急性期（同2割程度）、一般急性期（同3割程度）、軽度急性期（2割程度）の3つに区分し（パターン1よりも一般急性期の対象を絞り込み）、機能分化と強化を図る。
- また、現行一般病床の長期入院を、長期療養ニーズとして、現行の医療療養とあわせて、慢性期として整理。

(医療・介護ニーズ)		パターン2 の整理	(平成37(2025)年頃までの改革と その効果に関する仮定)
(パターン1の整理)			
医療病床	高度急性期(約2割)		(パターン1に同じ)
	一般急性期(約5割)	一般急性期(約3割)	◇◆医療資源の集中投入により、平均在院日数33%程度短縮。減少するニーズは、亜急性期・回復期リハ等、早期の軽快(在宅・外来)
	(軽度急性期(約2割))	軽度急性期及び亜急性期・回復期リハ等(約4割)	◇◆機能強化により、平均在院日数2割程度短縮。減少するニーズは、医療療養、介護サービス、早期の軽快(在宅・外来)
	亜急性期・回復期リハ等(約3割)		
	(長期入院(約1割))	長期療養(慢性期)	◇◆現行一般病床の長期入院については、亜急性期・回復期その他と同様 ◇◆現行医療療養にあつては、医療区分1は介護、2・3は医療 ◇◆現行医療療養にあつては、在宅医療の推進、機能強化等を勘案し、平均在院日数1割程度短縮
長期療養(慢性期)			
精神病床		(パターン1に同じ)	
介護施設	特養		
	老健+介護療養		
居住系(介護)			
在宅・外来	医療		
	介護		

※ パターン1における ※ に同じ。

## (参考)改革シナリオにおける主な充実、重点化・効率化要素(2025年)

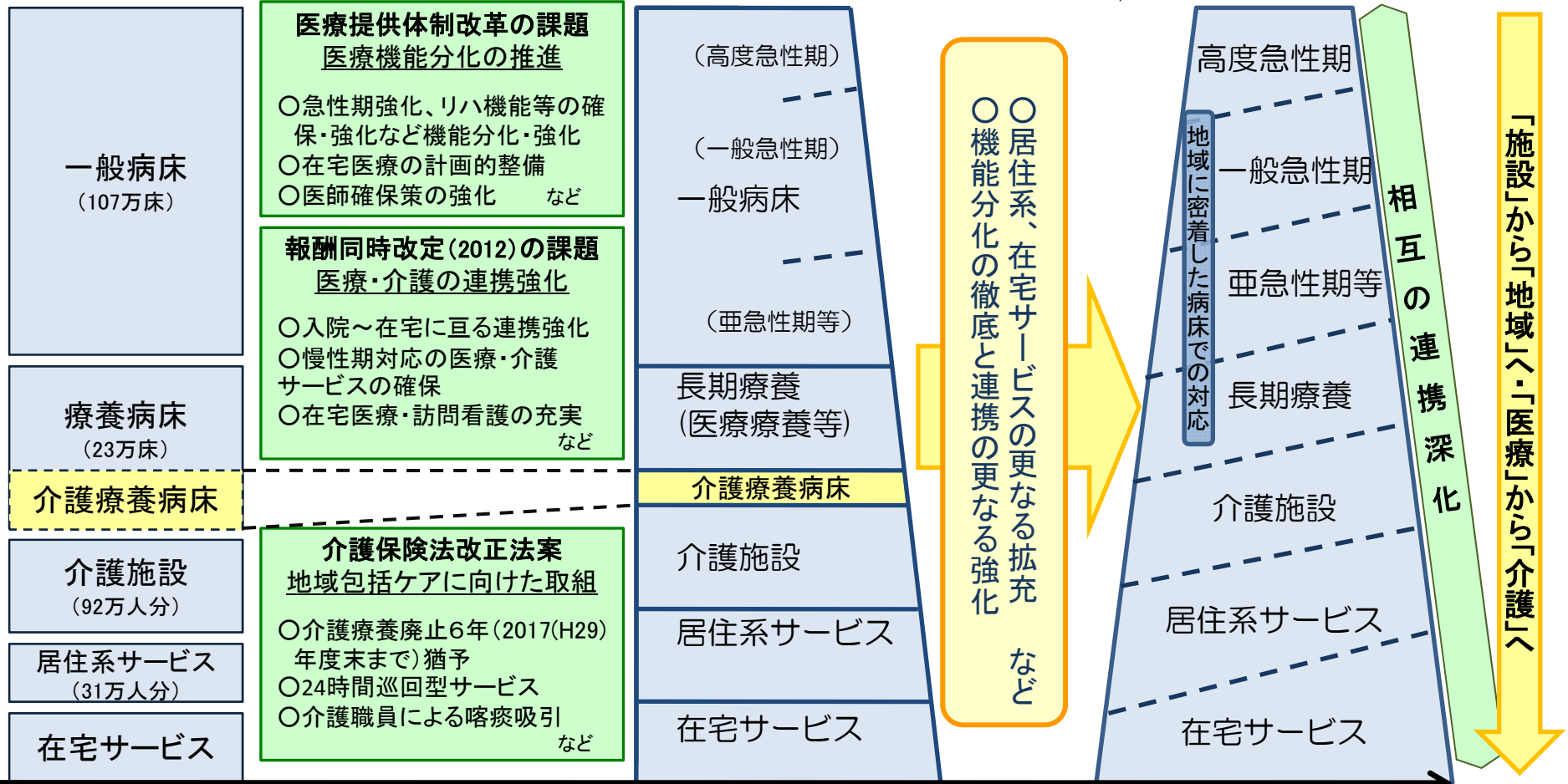
		2025年
充 実	急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高度急性期の職員等 2倍程度増 (単価 約1.9倍)(現行一般病床平均対比でみた場合)</li> <li>・一般急性の職員等 6割程度増 (単価 約1.5倍)( " )</li> <li>・亜急性期・回復期リハ等の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)</li> </ul>
	長期療養・精神医療の改革 (医療資源の集中投入等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・長期療養の職員 コメディカルを中心に1割程度の増(単価5%程度増)</li> <li>・精神病床の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)</li> </ul>
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ、認知症への対応)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療利用者数の増 1.4倍程度</li> <li>・居住系・在宅介護利用者 約25万人/日程度増加(現状投影シナリオに対する増)・グループホーム約10万人/日、小規模多機能 約32万人/日分程度増加(現状投影シナリオに対する増)</li> <li>・定期巡回、随時対応 約15万人/日分程度整備</li> </ul>
	医療・介護従事者数の増加	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全体で2011年の1.5～1.6倍程度まで増</li> </ul>
	その他各サービスにおける充実、 サービス間の連携強化など	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大等各種サービスの充実</li> <li>・介護職員の処遇改善(単価の上昇)</li> <li>・地域連携推進のためMSW等の増(上記医療機関の職員増に加えて1～2中学校区に1名程度増)など</li> </ul>
重 点 化 ・ 効 率 化	急性期医療の改革 (平均在院日数の短縮等)  ※ 早期の退院・在宅復帰に伴い 患者のQOLも向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高度急性期 : 平均在院日数 15～16日程度</li> <li>・一般急性期 : 平均在院日数 9 日程度</li> <li>・亜急性期・回復期等 : 平均在院日数 60 日程度 (パターン1の場合)</li> </ul> <p>( 現行一般病床についてみると、平均在院日数19～20日程度[急性期15日程度(高度急性19～20日程度、一般急性13～14日程度)、亜急性期等75日程度]とみられる。 )</p>
	長期療養・精神医療の改革 (平均在院日数の短縮等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・長期療養 在院日数1割程度減少</li> <li>・精神病床 在院日数1割程度減少、入院2割程度減少</li> </ul>
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院・介護施設入所者 約60万人/日程度減少(現状投影シナリオに対する減)</li> </ul>
	予防(生活習慣病・介護)・地域連携 ・ICTの活用等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活習慣病予防や介護予防・地域連携・ICTの活用等により、医療については外来患者数5%程度減少(入院ニーズの減少に伴い増加する分を除く)、介護については要介護者等3%程度減少</li> </ul>
	医薬品・医療機器に関する効率化等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・伸び率として、△0.1%程度 (医療の伸び率ケース①の場合)</li> <li>( 現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。 )</li> </ul>
	医師・看護師等の役割分担の見直し	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院医師の業務量△2割程度(高度急性期、一般急性期)</li> </ul>



# 将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

- 病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の実情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。
- 医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する。

【2011(H23)年】 → 【2015(H27)年】 → 【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

# 医療・介護の提供体制の将来像の例

～機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築～

○日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の確立を図る。

○小・中学校区レベル(人口1万人程度の圏域)において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20～30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備。

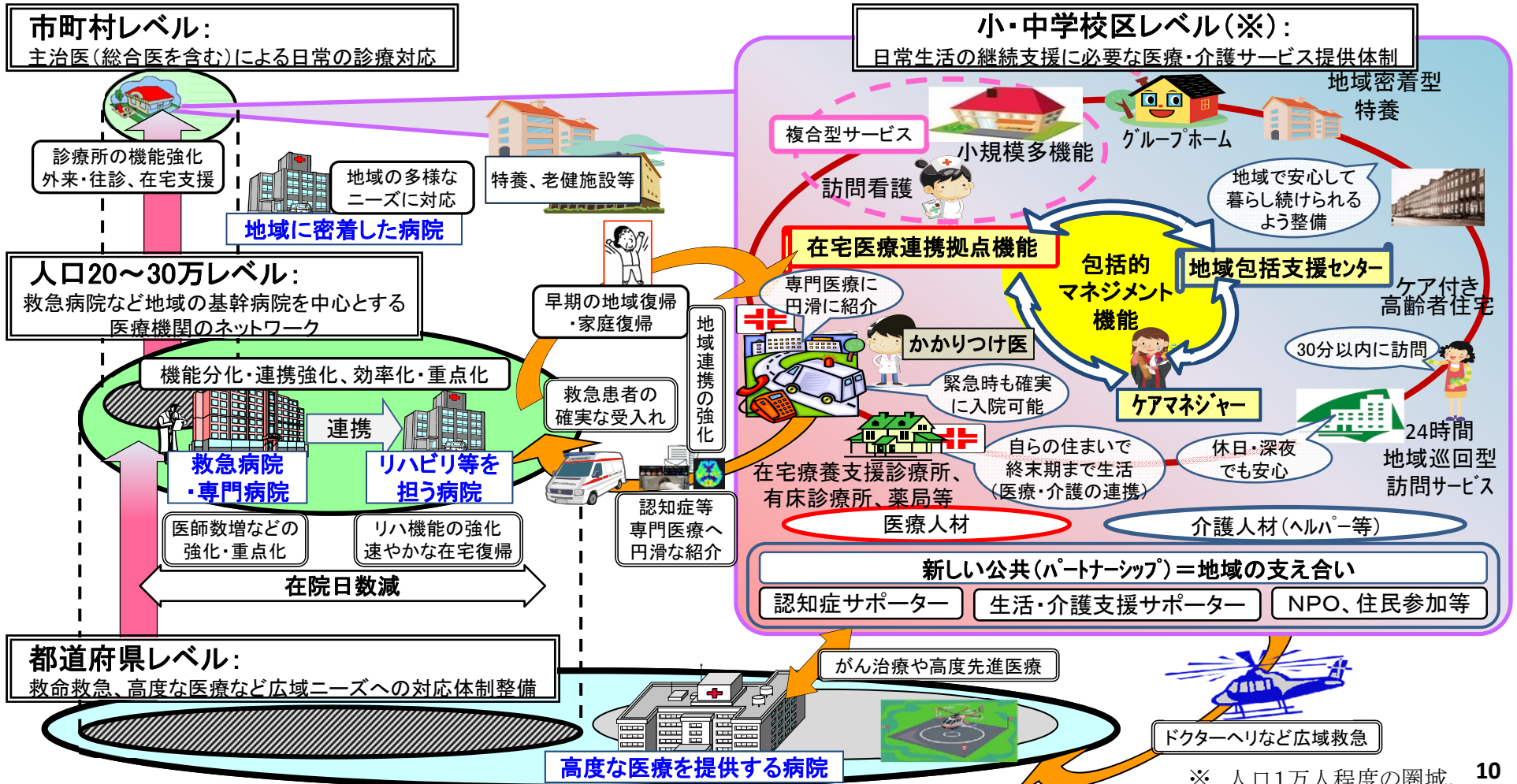
## 医療提供体制の充実と重点化・効率化

都道府県域から市町村域まで、重層的に医療サービスを提供

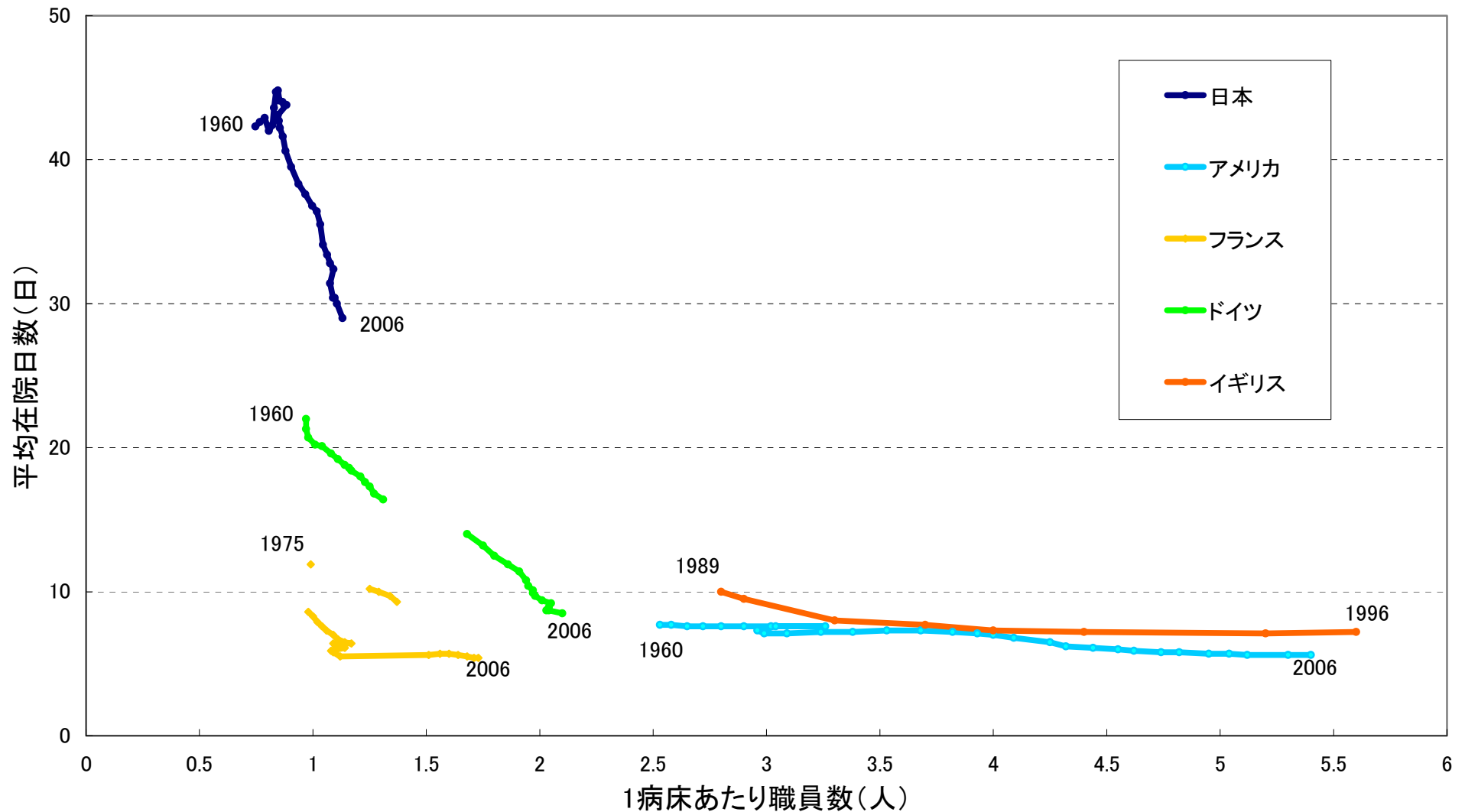
&

## 地域包括ケアの実現(包括的ケアマネジメントの機能強化)

※ 体制整備は被災地のコミュニティ復興において先駆的に実施することも検討



## (参考) 平均在院日数と1病床あたり職員数～各国の状況～



(資料) 日本:「病院報告」(厚生労働省) 諸外国:「OECD Health Data 2008」

(注) 1. 日本は一般病院の数値である。

2. 諸外国はOECDの定義に基づく急性期医療(急性期病院)にかかる数値である。

### 3. 人口・経済前提等

#### (人口)

- 国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口（平成18年12月推計）」における、出生高位、死亡中位の仮定に基づく人口を仮定。

#### (経済前提)

- 平成35(2023)年度までは、内閣府「経済財政の中長期試算（平成23年1月）」の「慎重シナリオ」に準拠、平成36(2024)年度以降は平成35(2023)年度と同じとした場合を仮定。

#### (医療・介護費用の伸び率)

- 本試算では、まず足下の性・年齢階級別の医療・介護サービス利用状況を将来の人口に適用して需要を推計するので、人口増減や人口構造の高齢化の影響はここで織り込まれる。
- これらとは別に織り込む伸び率として、医療については経済成長に対応して伸びる部分と医療の高度化等により伸びる部分（いわゆる自然増）、介護については経済成長に対応して伸びる部分を仮定する必要があり、経済前提や近年の医療費の動向等に基づき仮定。

#### 【医療】

ケース①：医療の高度化等による伸び率（A）＋経済成長に応じた改定の要素（B）  
－ 薬・機器等に係る効率化要素（C）

- (A) 医療の高度化等による伸び率 : 近年の動向等から年率1.9%程度と仮定
- (B) 経済成長に応じた改定の要素 : 当該年度の名目経済成長率の3分の1程度と仮定
- (C) 薬・機器等に係る効率化要素 : 年率0.1%程度と仮定

ケース②：賃金上昇率と物価上昇率の平均＋0.7%程度

#### 【介護】

賃金上昇率と物価の上昇率とを、概ね65:35で加重平均

## 経済前提（案）

平成35(2023)年度までの経済前提については、内閣府「経済財政の中長期試算(平成23年1月)」の「慎重シナリオ」に準拠、平成36(2024)年度以降は平成35(2023)年度と同じとした場合。

	H22 2010	H23 2011	H24 2012	H25 2013	H26 2014	H27 2015	H28 2016	H29 2017	H30 2018	H31 2019	H32 2020	H33 2021	H34 2022	H35 2023 ~
名目経済 成長率(%)	1.1	1.0	1.3	1.3	1.5	1.3	1.5	1.8	1.8	2.0	1.8	1.7	1.8	1.7
賃金上昇率(%)	0.2	0.4	1.8	1.8	1.8	1.8	2.1	2.7	2.9	3.1	2.8	2.4	2.6	2.5
物価上昇率(%)	-0.6	0.0	0.5	0.7	0.8	1.0	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1	1.2	1.2	1.2

(注) 社会保障検討本部における推計は各分野における改革の方向性を示した上で、それに基づく費用額等を推計するものである。また、経済情勢によって改革の方向性は大きく変わらないことから、社会保障検討本部の推計においては「経済財政の中長期試算」の試算前提を考慮せず、所与の前提(外生変数)として推計に用いることとした。

## 4. 結果

### 【ニーズとサービス提供】

- 現状投影シナリオでは、平成23(2011)年度に80万人/日程度の病院・診療所の一般病床（急性期入院）における患者数が、平成37(2025)年度には100万人/日程度となる。入院全体では130万人/日程度から160万人/日程度へと増加。この入院ニーズに対応するためには、現状の病床区分と病床稼働率を前提とすれば、現在の一般病床は110万床程度から130万床程度に、病床総数は170万床程度から200万床程度に増加する計算となる。
- しかし、医療の機能分化と機能強化（病床当たり医療資源投入の増加、在宅医療や在宅ケアの充実等）を行い、平均在院日数の大幅短縮を実現すると（改革シナリオ）、平成37(2025)年度の急性期入院の患者数は70～80万人/日程度、入院全体では130万人/日程度となり、現状と同程度の概ね160万床程度の病床で、増大する医療ニーズに対応することができる計算となる。
- 介護については、急速な高齢化や医療の効率化に伴って、施設・居住系、在宅ともにニーズが増大するが、施設への入所を重度者中心とし、居住系、小規模多機能や定期巡回・随時対応サービスを充実させることで、平成37(2025)年度に600万人/日を超える介護ニーズについて、施設130万人/日程度、居住系60万人/日程度、小規模多機能や定期巡回・随時対応等も含む在宅介護で450万人/日程度のケアが行われることとなる。
- こうした医療・介護サービスに対応するために必要な人員は、平成37(2025)年度において、医師30～34万人程度、看護職員180～210万人/日程度、介護職員230～240万人/日程度、その他OT、PTなどのコメディカル、看護補助者、介護支援専門員、相談員、事務職員等を合わせて、全体で700万人規模となる。

## 【費用と財源】

- 平成23(2011)年度の医療・介護の費用は、合わせて48兆円程度、対GDP比は9.8%程度、財源の内訳（対GDP比）は、保険料4.7%、公費3.9%、自己負担1.3%となっている。医療・介護の提供体制に係る機能強化と効率化とを同時に進めた場合、平成37(2025)年度には、在宅ケアなどの介護サービスを中心に、現状投影シナリオに比べて改革シナリオの方が費用が大きくなり、保険料6.0~6.1%、公費5.9%、自己負担1.6%となっている。
  
- 平成23(2011)年度からの公費負担の対GDP比の変化分について、仮に消費税率1%が概ねGDP比0.5%程度に相当すると仮定して消費税率に換算すると、平成27(2015)年度1%程度、平成37(2025)年度3~4%程度に相当する計算となる。  
また、同じく公費負担の対GDP比の変化分について、仮に現行の所得税総額が概ねGDP比2.8%に相当すると仮定して所得税額に換算すると、現行の所得税の水準に対して、平成27(2015)年度は約2割程度、平成37(2025)年度は約6~8割程度に相当する計算となる。

## 【留意点その他】

- 本試算の足下には東日本大震災の影響を織り込んでいない。今後の経済前提等をはじめ、本来、相当程度の影響があるものと考えられる。
- 本試算は、相当大胆な仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。
- 本試算は、社会保障国民会議の医療・介護シミュレーションを考え方等の基礎とした。  
なお、仮定の置き方が異なる主な点は以下の通り。
  - ・ 医療ニーズの推計に際し、社会保障国民会議のシミュレーションでは織り込まれていなかった精神科入院の改革（平均在院日数短縮、入院減少）や長期療養における平均在院日数の短縮を織り込み、また、急性期についても、平均在院日数の短縮に伴う入院ニーズの減少の半分程度は早期の軽快により在宅医療・外来に切り替わるものと仮定したこと。
  - ・ 介護ニーズの推計に際し、上記の様に入院から在宅医療・外来への切り替わりを多めに見込んだことや医療における長期療養のニーズを新たな調査を基礎として推計したこと等により、医療から介護施設に移行する者が少なめとなり、結果として改革後の介護施設ニーズも少なめとなったこと。また、社会保障国民会議のシミュレーションでは、施設・居住系を65歳以上人口の5%程度整備することを仮定し、特定施設の大幅な増加を見込んでいたが、本推計では、整備対象としてサービス付高齢者住宅等も考慮し、在宅の増加を重視したこと。
  - ・ 介護予防等要介護となるリスクを軽減する取り組み等により、平成37（2025）年度に要介護者等が現状投影シナリオに比べて3%程度減少することを仮定したこと。
  - ・ 介護職員の賃金が平成21年度からの積算で月4万円増となるよう引き上げたこと。（平成21年度介護報酬改定で既に0.9万円引き上がっていることから、計算上は残りの月3.1万円分引き上げている。）
  - ・ 人口増減・高齢化による需要の変化とは別に織り込む医療の伸び率の、ケース①（B）の要素（経済成長率の1/3程度を伸び率に反映させる部分）について、統計上は概ね5年前の経済成長率との強い相関が確認されているものの、今回は、平成20（2008）年秋以降の大幅なマイナス成長（平成20（2008）年度△4.2%、平成21（2009）年度△3.7%）の影響を除く観点から、当年度の経済成長率の1/3程度を伸び率に反映させるモデル式を設定したこと。  
仮に、5年前の経済成長率を機械的に適用すると、本試算における医療の伸び率ケース①の場合の医療費の名目額が、平成27（2015）年度で3.8%程度、平成37（2025）年度で4.4%程度減少する計算となる。（医療の伸び率ケース②には影響しない。）



- 本試算（医療部分）と厚生労働省が平成22（2010）年10月の高齢者医療制度改革会議に提出した「医療費等の将来見通し及び財政影響試算」（以下、改革会議試算）との関係は次の通り。

#### （基本的考え方）

- ・ 本試算では、サービス提供体制改革を前提としていることから、その影響をみるため医療費の推計において「現状をそのまま将来に当てはめた現状投影シナリオ」と「サービス提供体制改革を前提とした改革シナリオ」を推計している。  
また、サービス提供体制改革の効果を織り込むとともに病床数やマンパワー等の推計も行うために、病床の種類別等の利用者数の将来見通しを基礎に推計をしている。
- ・ 一方、改革会議試算では、サービス提供体制改革を前提としていなかったため、医療費の推計においては「過去の傾向を将来に投影したもの」を推計している。  
また、高齢者医療制度改革による各医療保険制度の財政影響をみることを目的としていたため、医療保険制度別の加入者数の将来見通しを基礎に推計をしている。

#### （経済成長の仮定）

- ・ 本試算では、給付や負担のGDP比等を見るため、経済成長率などの前提を置き、経済成長等の医療費に与える影響を見込んでいるが、改革会議試算の基本的ケースでは、経済成長の仮定を置かず、診療報酬改定もない場合を推計している。なお、改革会議試算においては機械的に名目経済成長率3%、診療報酬改定1%とした場合を参考試算として示している。

#### （機能強化と平均在院日数の短縮の関係についての仮定、伸び率の設定）

- ・ 改革会議試算では、平成17（2005）～21（2009）年度の医療費の実績から、高度化等による医療費の伸び率を1.5%程度としているが、この伸び率は、算定期間中の平均在院日数の短縮の影響が含まれている。すなわち、近年の平均在院日数の短縮傾向とその効果が将来も続くとの仮定をおいたもの。
- ・ 一方、本試算では、平均在院日数の短縮等がないと仮定した現状投影シナリオを基礎に、機能強化等の効果を織り込む改革シナリオを推計していることから、改革会議で用いた医療費の伸び率(1.5%)から平均在院日数の短縮等の影響を除去した1.9%を高度化等による医療費の伸び率として用いている。

(参考) 国民医療費の伸びの要因別内訳

今回の試算・・・2011～2025年度の伸び率

		伸び率 計	医療の 高度化等	診療報酬 改定等	高齢化の 影響	人口の 減少	提供体制の 見直し等	
医療の伸び率: ケース①	現状投影シナリオ	3.2%	1.9%	0.4%	1.1%	△0.3%	—	
	改革シナリオ	パターン1					3.3%	0.1%
		パターン2					3.2%	0.0%
医療の伸び率: ケース②	現状投影シナリオ	3.2%	2.4%	—			—	
	改革シナリオ	パターン1					3.3%	0.1%
		パターン2					3.2%	0.0%

※医療の高度化等は、平成17(2005)～21(2009)年度の医療費の動向を踏まえた1.5%から、この間の平均在院日数の短縮及びそれに対応する一日当たり医療費の増加のネットの影響等を除いて、1.9%と設定。  
 ※診療報酬改定等には、薬・機器等に係る効率化(△0.1%)分を含む。  
 ※出生高位・死亡中位の人口推計を使用している。

高齢者医療制度改革会議試算

<高齢者医療制度改革会議の試算> …… 2010～2025年度の伸び率(年平均)

	伸び率 計	医療の高度化等	診療報酬改定	高齢化の影響	人口の減少
基本ケース	2.2%	1.5%	0.0%	1.3%	△0.5%
参考試算	3.3%		1.0%		

## 改革シナリオ(パターン1)による結果

# 医療・介護サービスの需要と供給（1日当たり利用者数等）の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度		平成37(2025)年度	
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	現状投影シナリオ	改革シナリオ
高度急性期	80万人/日	86万人/日 <small>（高度急性期 17万人/日 一般急性期 43万人/日 亜急性期等 26万人/日）</small>	16万人/日	97万人/日 <small>（高度急性期 19万人/日 一般急性期 49万人/日 亜急性期等 29万人/日）</small>	16万人/日
一般急性期			39万人/日		33万人/日
亜急性期・回復期等 <small>※現行医療療養の回復期 リハビリテーションを含む</small>			27万人/日		31万人/日
(急性期小計)	(80万人/日)	(86万人/日)	(82万人/日)	(97万人/日)	(79万人/日)
長期療養(慢性期)	21万人/日	24万人/日	21万人/日	31万人/日	25万人/日
精神病床	31万人/日	32万人/日	29万人/日	34万人/日	24万人/日
(入院小計)	(133万人/日)	(143万人/日)	(133万人/日)	(162万人/日)	(129万人/日)
介護施設 特養 老健(老健+介護療養)	92万人/日 48万人/日 44万人/日	115万人/日 61万人/日 54万人/日	106万人/日 57万人/日 49万人/日	161万人/日 86万人/日 75万人/日	131万人/日 72万人/日 59万人/日
(入院・介護施設小計)	(225万人/日)	(257万人/日)	(238万人/日)	(323万人/日)	(260万人/日)
居住系 特定施設 グループホーム	31万人/日 15万人/日 16万人/日	38万人/日 18万人/日 20万人/日	38万人/日 18万人/日 20万人/日	52万人/日 25万人/日 27万人/日	61万人/日 24万人/日 37万人/日
在宅介護 うち小規模多機能 うち定期巡回・随時対応	304万人/日 5万人/日 —	342万人/日 6万人/日 —	352万人/日 10万人/日 1万人/日	434万人/日 8万人/日 —	449万人/日 40万人/日 15万人/日
(居住系・在宅介護小計 うちGH・小規模多機能)	(335万人/日) (21万人/日)	(380万人/日) (26万人/日)	(391万人/日) (30万人/日)	(486万人/日) (35万人/日)	(510万人/日) (77万人/日)
外来・在宅医療 うち在宅医療等	794万人/日 17万人/日	812万人/日 19万人/日	807万人/日 23万人/日	828万人/日 20万人/日	809万人/日 29万人/日
上記利用者(重複あり)	(1353万人/日)	(1449万人/日)	(1436万人/日)	(1637万人/日)	(1580万人/日)
(参考)総人口	1億2729万人	1億2623万人		1億2157万人	

(注1) 人数(人 / 日)は、1日当たりの各サービスの利用者数の計算値である。具体的には、入院や入所はある日の入院・入所者数、外来・在宅医療はある日に外来・在宅医療を受けた患者数(通院等をしているがその日に医療機関にアクセスしていない者は含まない。)である。在宅介護と在宅医療等(外来・在宅医療の内数のように表示しているもの)は、ある月に在宅サービスを受給した者をベースに計算したもの(例えば、介護保険の在宅サービスは基本的に受給者個々に作られるケアプランに基づいて提供されるので、ある日における在宅サービスのプランをもっている者と考えてもよい)。

(注2)入院患者数、外来患者数の総数等は、「医療費の動向(MEDIAS)」(厚生労働省)による年間受診延日数を基礎に実績ベースの値を推計している。具体的には、入院患者数は総数が年間受診延日数の概ね365分の1となるよう設定、外来患者数は年間受診延日数の概ね270分の1(平日を1日、祝祭日以外の土曜日を0.5日と仮定して計算した場合の医療機関の1年間の稼働日数に相当)となるよう設定している。

※ 社会保障国民会議の医療・介護シミュレーションでは、この表に相当する表の表章の際に、患者調査(抽出調査)による数値を基礎として作成された数値がそのまま表章されており(上記のような調整を行っておらず)、また、注4の通り本推計では外来・在宅医療に歯科に係る患者数を含めていることから、本推計の外来・在宅医療の患者数の表章値の方が大きくみえることに留意が必要(費用推計上は影響しない)。

また、在宅介護は、表中の数値に12(月)を乗じることで概ね年間延べ受給者数に相当することとなる(概ね年間延べケアプラン数に相当するという見方も可能)。

(注3) 外来・在宅医療は、予防、連携、ICTの活用等による受診の効率化、として現状を投影して推計した医科外来患者の減少を5%程度見込む一方、医療機関や介護施設から在宅に移る者の数を外来・在宅医療の1日当たり患者数に換算して加えたものである。

(注4) 感染症等の病床は入院小計に含み、歯科に係る患者数は外来・在宅医療に含む。

(注5) 介護については、施設サービスの重点化、居住系や在宅サービス等の充実等のほか、各種予防への取り組み等介護が必要となるリスクを軽減する取り組みにより、施設・在宅等を通じて要介護者・サービス利用者が改革シナリオでは平成37(2025)年度には現状投影シナリオよりも3%程度減少することを見込んでいる。

(注6) 介護療養型病床は、平成29(2017)年度末に全て療養型の老人保健施設となり、単価は従来型の老人保健施設+5万円程度と設定している。

## 医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度		
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 15～16日程度 30万人/月	【高度急性期】 18万床 70%程度 15～16日程度 25万人/月
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19-20日程度 一般急性 13-14日程度 亜急性期等 75日程度 長期ケア 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 70%程度 9日程度 109万人/月	【一般急性期】 35万床 70%程度 9日程度 82万人/月
亜急性期・回復期リハ等		152万人/月	【亜急性期等】 35万床 90%程度 60日程度 16万人/月	【亜急性期等】 26万床 90%程度 60日程度 12万人/月
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度	
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度	
（入院小計）	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度
介護施設 特養 老健（老健+介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分	
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分	

(注1) 医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。  
 (注2) 「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。  
 ここでは、地域一般病床は、概ね人口5～7万人未満の自治体に暮らす者(今後2000～3000万人程度で推移)100人当たり1床程度の整備量を仮定。

(参考) 仮に、平成27(2015)年の各サービスの利用者数から機械的に病床数等を計算した場合

パターン1	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度		
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19~20日程度	【一般病床】 114万床 75%程度 19~20日程度	【高度急性期】 22万床 73~74%程度 18~19日程度 27万人/月	【高度急性期】 18万床 73~74%程度 18~19日程度 22万人/月
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19~20日程度 一般急性 13~14日程度 亜急性Ⅰ等 75日程度 亜急性Ⅱ等 57~58日程度 長期ニーズ 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 53万床 73~74%程度 12日程度 97万人/月	【一般急性期】 40万床 73~74%程度 12日程度 73万人/月
亜急性期・回復期リハ等		134万人/月	【亜急性期等】 34万床 79~80%程度 70~71日程度 11万人/月	【地域一般病床】 25万床 75~76%程度 23日程度 25万人/月
長期療養(慢性期)	23万床、91%程度 150日程度	27万床、91%程度 150日程度	23万床、91%程度 150日程度	
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	36万床、90%程度 300日程度	33万床、90%程度 291~292日程度	
(入院小計)	166万床、80%程度 30~31日程度	178万床、80%程度 30~31日程度	165万床、80%程度 28~29日程度	165万床、80%程度 29~30日程度
介護施設 特養 老健(老健+介護療養)	92万人分 48万人分 44万人分	115万人分 61万人分 54万人分	106万人分 57万人分 49万人分	
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	38万人分 18万人分 20万人分	38万人分 18万人分 20万人分	

(注1) 平成27(2015)年度に係る注を参照。

(注2) この改革シナリオは、仮に、平成27(2015)年度において、ニーズに応じた機能分化が行われているものと仮定した場合の病床数等となっている。(実際には、改革途中であり、従来の一般病床等も残っている(その分、各機能分化した病床等が少なくなる)ものと考えられる。

## 医療・介護サービスごとの単価の見込み

※各単価は静態価格(2011年度価格)である。

パターン1	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度		平成37(2025)年度	
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	現状投影シナリオ	改革シナリオ
高度急性期	【一般病床】 約129万円/月	【一般病床】 約129万円/月	約199万円/月	【一般病床】 約129万円/月	約247万円/月
一般急性期			約145万円/月		約191万円/月
亜急性期・回復期等			約104万円/月		約115万円/月
長期療養(慢性期)	約53万円/月	約53万円/月	約59万円/月	約53万円/月	約62万円/月
精神病床	約47万円/月	約47万円/月	約49万円/月	約47万円/月	約54万円/月
介護施設 特養 老健(療養含)	約29万円/月 約32万円/月	約29万円/月 約31万円/月	約32万円/月 約33万円/月	約29万円/月 約31万円/月	約32万円/月 約34万円/月
居住系 特定施設 グループホーム	約18万円/月 約28万円/月	約18万円/月 約28万円/月	約20万円/月 約30万円/月	約19万円/月 約28万円/月	約20万円/月 約30万円/月
在宅介護	約11万円/月	約11万円/月	約13万円/月	約11万円/月	約17万円/月
外来・在宅医療 外来等 在宅医療等	約1万円/日 約32万円/月	約1万円/日 約32万円/月	約1万円/日 約32万円/月	約1万円/日 約32万円/月	約1万円/日 約32万円/月

(注1) 介護の単価は、実際には要介護度別の単価であるが、ここでは加重平均値を表示している。

(注2) 外来等の単価は受診1日当たりの費用額(薬局調剤医療費等を含む)であり、在宅医療等については1人1月当たりの費用額である。



## マンパワーの必要量の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度		平成37(2025)年度	
		現状投影 シナリオ	改革シナリオ	現状投影 シナリオ	改革シナリオ
医師	29万人	30～ 32万人	30～ 31万人	33～ 35万人	32～ 34万人
看護職員	141万人	151～158万人	155～163万人	172～181万人	195～205万人
介護職員	140万人	161～169万人	165～173万人	213～224万人	232～244万人
医療その他職員	85万人	91～ 95万人	91～ 95万人	102～107万人	120～126万人
介護その他職員	66万人	76～ 80万人	79～ 83万人	100～105万人	125～131万人
合計	462万人	509～534万人	520～546万人	620～651万人	704～739万人

(注1) 医療機関及び介護サービス事業所に従事する全ての職員を対象として、実数として推計したものである。医師及び看護職員については、行政、研究機関、産業医、他の福祉施設等で従事する者も含んでいる。

※ 社会保障国民会議の医療・介護シミュレーションでは、医療や介護のその他職員には一定の職種のみを含む形で表章されており、本推計の表章値が比較的大きくみえることに留意が必要。

(注2) 非常勤の割合について現行から変動する可能性があるため、5%程度幅のある推計値となっている。(医療については現状+5%程度の幅を仮定、介護については現状±2.5%程度の幅を仮定。)

(注3) 医師及び看護職員については、病棟については病床当たりの職員配置を基本に配置増を織り込んで推計し、外来については患者数の伸びに比例させて推計した。また、在宅の看取りケアの体制強化を一定程度見込んだ。さらに、急性期等の病床に勤務する医師及び看護職員については、役割分担による負担軽減を見込んでいる。医師については、他の職種との役割分担により、20%業務量が減ることを見込んだ。看護職員については、医師の業務を分担する分と、他の職員に分担してもらう分とが相殺すると仮定した。

(注4) 介護職員は、施設・居住系については利用者数の伸びにより、在宅については利用者数及び利用回数の伸びにより推計している。また、改革シナリオでは、施設のユニット化推進による職員増と、訪問介護員については非正社員(1月の労働時間61.0時間)が介護職員の非正社員(1月の労働時間117.2時間)並に勤務すると仮定して推計している。(「(財)介護労働安定センター「平成21年度介護労働実態調査」による。)

(注5) 医療その他職員には、病院・診療所に勤務する薬剤師、OT、PTなどのコメディカル職種、医療ソーシャルワーカー(MSW)、看護補助者、事務職員等が含まれ、介護その他職員には、介護支援専門員、相談員、OT、PTなどのコメディカル職種等が含まれる。

## 医療・介護サービス費用の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度				平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ		改革シナリオ		現状投影シナリオ		改革シナリオ	
		医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②
医療+介護 対GDP比 (%程度) 対NI比 (%程度) 名目額 (兆円程度)	9.8 13.6 48	10.8 14.9 55	10.7 14.8 55	11.1 15.3 57	11.0 15.1 56	12.8 17.7 78	12.9 17.8 78	13.6 18.7 83	13.7 18.8 83
医療 対GDP比 (%程度) 対NI比 (%程度) 名目額 (兆円程度)	8.1 11.1 39	8.7 12.0 45	8.6 11.9 44	8.8 12.2 45	8.7 12.0 45	9.9 13.7 60	10.0 13.8 61	10.1 13.9 61	10.1 14.0 62
介護 対GDP比 (%程度) 対NI比 (%程度) 名目額 (兆円程度)	1.8 2.4 9	2.1 2.9 11		2.2 3.1 11		2.9 4.0 17		3.5 4.8 21	
(参考) GDP (兆円程度) NI (兆円程度)	484 351			511 371			607 441		

(注1) 年度ベースの数値である。

(注2)「医療」は、国民医療費ベースの費用である。なお、2008年度の国民医療費は34.8兆円(対GDP比7.0%、対NI比9.9%)、2007年度のOECDベースの総保健医療支出は対GDP比8.1%程度となっている。

(注3)2015、2025年の「現状投影シナリオ」は現状のサービス利用状況や単価をそのまま将来に投影(将来の人口構成に適用)した場合、「改革シナリオ」はサービス提供体制等について機能強化や効率化等の改革を行った場合である。

(注4)2015、2025年の「ケース①」は医療の伸び率(人口増減や高齢化除く)について伸びの要素を積み上げて仮定した場合、「ケース②」は賃金と物価の伸びの平均に一定率を加えて仮定した場合である。

## (参考) 充実、重点化・効率化の内訳

パターン1	平成27(2015)年度		平成37(2025)年度	
	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②
現状投影シナリオから改革シナリオへの変化	+1.3兆円(+0.3%)	+1.3兆円(+0.3%)	+4.6兆円(+0.8%)	+4.6兆円(+0.8%)
<b>【医療】</b> ・入院医療の機能強化 ・訪問診療の充実・入院減少に伴う外来増 ・平均在院日数の減少等 ・外来受診の適正化等(予防、連携、ICT等)	(計 +0.5兆円程度) + 1.7兆円程度 + 0.3兆円程度 △ 1.2兆円程度 △ 0.3兆円程度	(計 +0.5兆円程度) + 1.7兆円程度 + 0.3兆円程度 △ 1.1兆円程度 △ 0.3兆円程度	(計 +0.8兆円程度) + 6.6兆円程度 + 1.1兆円程度 △ 5.4兆円程度 △ 1.5兆円程度	(計 +0.8兆円程度) + 6.7兆円程度 + 1.1兆円程度 △ 5.4兆円程度 △ 1.5兆円程度
<b>【介護】</b> ・介護職員の処遇改善 ・施設介護のユニット化 ・施設から居宅への移行 ・グループホームの整備 ・居宅サービスの充実 ・予防・改善効果 ・入院医療の効率化にともない需要増	(計 +0.8兆円程度) + 0.5兆円程度 + 0.1兆円程度 △ 0.2兆円程度 + 0.01兆円程度 + 0.4兆円程度 △ 0.1兆円程度 + 0.2兆円程度		(計 +3.9兆円程度) + 0.8兆円程度 + 0.2兆円程度 △ 0.8兆円程度 + 0.2兆円程度 + 3.3兆円程度 △ 0.6兆円程度 + 0.8兆円程度	

(注1)費用の見込みに関する注を参照。

(注2)%表示は、対GDP比である。

(注3)一定の経済成長を見込んでいるので、本来、名目額をみる際には留意が必要。また、例えば、入院医療の機能強化と平均在院日数の短縮等の効率化等とは一体的なものである等、充実と重点化・効率化とは相互に関連するものであるが、ここでは、現状投影シナリオから改革シナリオへの変化額について、相当程度の仮定の下で、要素ごとの影響を計算。

## 医療・介護サービス費用の財源（対GDP比）のごく粗い見込み

- 本推計における医療・介護費用の財源構造は、次のような一定の仮定をおいてごく粗く計算を行ったもの。本来は提供体制の改革等に伴い年齢間の医療費や介護費用の比率等に変化が生じる可能性があるが、そこまでの詳細な推計は行っていない。
- ・ 医療については、高齢者医療改革会議（第11回（2010年10月）、厚生労働省）で示された医療費の将来推計の足下を平成23（2011）年度予算ベースにおきかえたもの（改革案のうち、現行制度（高齢者保険料負担率の見直し後）をベース）を使用。なお、医療に係る公費には、70～74歳の一部負担を補填する分や後期高齢者医療制度における被扶養者の保険料軽減分（の一部）及び所得割5割軽減分など補正予算により対応がなされている分（年度によって0.3～0.5兆円、対GDP比で0.1%弱程度）が含まれている。（ただし、本推計のようなオーダーでみる場合、改革や補正予算で対応がなされている分の影響は比較的小さいと考えられる。）
  - ・ 介護については、現行制度の公費や保険料の負担の仕組みに基づき計算（第1号被保険者と第2号被保険者の保険料負担割合は将来人口推計に基づき、第2号被保険者保険料に占める公費の割合は2011年度予算に基づき設定）。

パターン1	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度				平成37(2025)年度				
		現状投影シナリオ		改革シナリオ		現状投影シナリオ		改革シナリオ		
		医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	
医療+介護 保険料 公費 自己負担	(%程度) (%程度) (%程度) (%程度)	9.8 4.7 3.9 1.3	10.8 5.1 4.3 1.4	10.7 5.0 4.3 1.4	11.1 5.2 4.5 1.4	11.0 5.1 4.4 1.4	12.8 5.8 5.5 1.5	12.9 5.8 5.6 1.6	13.6 6.1 5.9 1.6	13.7 6.1 5.9 1.6
医療 保険料 公費 自己負担	(%程度) (%程度) (%程度) (%程度)	8.1 4.0 2.9 1.2	8.7 4.2 3.3 1.2	8.6 4.2 3.2 1.2	8.8 4.3 3.3 1.3	8.7 4.2 3.3 1.2	9.9 4.6 4.0 1.3	10.0 4.6 4.1 1.3	10.1 4.6 4.1 1.3	10.1 4.7 4.1 1.4
介護 保険料 公費 自己負担	(%程度) (%程度) (%程度) (%程度)	1.8 0.7 0.9 0.1	2.1 0.8 1.1 0.2	2.2 0.9 1.2 0.2	2.9 1.2 1.5 0.2	3.5 1.4 1.8 0.3				
(参考) GDP NI	(兆円程度) (兆円程度)	484 351	511 371		607 441					

(注)費用の見込みに関する注を参照。

(参考) 財源(対GDP比)の平成23(2011)年度からの変化、シナリオ間の差等

パターン1	平成27(2015)年度				平成37(2025)年度			
	現状投影シナリオ		改革シナリオ		現状投影シナリオ		改革シナリオ	
	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②
医療+介護	1.0	0.9	1.2	1.1	3.0	3.1	3.8	3.8
保険料	0.4	0.3	[0.3]	[0.3]	1.1	1.1	[0.8]	[0.8]
公費	0.5	0.5	[0.1]	[0.1]	1.7	1.7	[0.3]	[0.3]
自己負担	0.1	0.1	[0.1]	[0.1]	0.2	0.2	[0.4]	[0.4]
	(単位: %程度)							
医療	0.7	0.6	0.8	0.7	1.9	1.9	2.0	2.1
保険料	0.3	0.2	[0.1]	[0.1]	0.6	0.6	[0.1]	[0.1]
公費	0.3	0.3	[0.1]	[0.0]	1.1	1.1	[0.1]	[0.1]
自己負担	0.1	0.0	0.4	0.3	0.1	0.1	1.2	1.2
	(単位: %程度)		[0.0]	[0.0]			[0.1]	[0.1]
介護	0.3		0.5		1.1		1.8	
保険料	0.1		[0.2]		0.5		[0.6]	
公費	0.2		0.2		0.6		0.7	
自己負担	0.0		[0.1]		0.1		[0.3]	
	(単位: %程度)		0.2				0.9	
			[0.1]				[0.3]	
			0.0				0.1	
			[0.0]				[0.0]	
(参考) GDP	511				607			
NI	371				441			
	(単位: 兆円程度)							

(注)平成23(2011)年度からの変化分を表示している。また、改革シナリオの[]内は現状投影シナリオからの変化分を表示したもの。その他、費用の見込みに関する注を参照。

## 別案(パターン2)による結果

## 医療・介護サービスの需要と供給（1日当たり利用者数等）の見込み

パターン2	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度		平成37(2025)年度	
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	現状投影シナリオ	改革シナリオ
高度急性期	80万人/日	86万人/日 <small>〔高度急性期 17万人/日 一般急性期 26万人/日 亜急性期等 43万人/日〕</small>	16万人/日	97万人/日 <small>〔高度急性期 19万人/日 一般急性期 29万人/日 亜急性期等 49万人/日〕</small>	16万人/日
一般急性期			23万人/日		20万人/日
軽度急性期及び 亜急性期・回復期リハ等 <small>※現行医療療養の回復期リハビリ テーションを含む</small>			42万人/日		36万人/日
(急性期小計)	(80万人/日)	(86万人/日)	(82万人/日)	(97万人/日)	(72万人/日)
長期療養(慢性期) <small>※現状・現状投影シナリオは医療療養相当、 2025年の改革シナリオは現行一般病床の 長期療養ニーズを含む</small>	21万人/日	24万人/日	21万人/日	31万人/日	34万人/日
精神病床	31万人/日	32万人/日	29万人/日	34万人/日	24万人/日
(入院小計)	(133万人/日)	(143万人/日)	(133万人/日)	(162万人/日)	(130万人/日)
介護施設 特養 老健(老健+介護療養)	92万人/日 48万人/日 44万人/日	115万人/日 61万人/日 54万人/日	106万人/日 57万人/日 49万人/日	161万人/日 86万人/日 75万人/日	132万人/日 73万人/日 59万人/日
(入院・介護施設小計)	(225万人/日)	(257万人/日)	(238万人/日)	(323万人/日)	(261万人/日)
居住系 特定施設 グループホーム	31万人/日 15万人/日 16万人/日	38万人/日 18万人/日 20万人/日	38万人/日 18万人/日 20万人/日	52万人/日 25万人/日 27万人/日	61万人/日 24万人/日 37万人/日
在宅介護 うち小規模多機能 うち定期巡回・随時対応	304万人/日 5万人/日 —	342万人/日 6万人/日 —	352万人/日 10万人/日 1万人/日	434万人/日 8万人/日 —	450万人/日 40万人/日 15万人/日
(居住系・在宅介護小計 うちGH・小規模多機能)	(335万人/日) (21万人/日)	(380万人/日) (26万人/日)	(391万人/日) (30万人/日)	(486万人/日) (35万人/日)	(511万人/日) (77万人/日)
外来・在宅医療 うち訪問診療等	794万人/日 17万人/日	812万人/日 19万人/日	807万人/日 23万人/日	828万人/日 20万人/日	809万人/日 29万人/日
上記利用者(重複あり)	(1353万人/日)	(1449万人/日)	(1436万人/日)	(1637万人/日)	(1581万人/日)
(参考)総人口	1億2729万人	1億2623万人		1億2157万人	

(注)パターン1に係る注を参照。

# 医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン2	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設	
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19~20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19~20日程度	【高度急性期】 22万床 30万人/月 70%程度 15~16日程度	【高度急性期】 18万床 25万人/月 70%程度 15~16日程度	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19~20日程度 一般急性 13~14日程度 亜急性リハ等 75日程度 亜急性リハ等 57~58日程度 長期コース 190日程度 ※推計値 152万人/月	【一般急性期】 28万床 66万人/月 70%程度 9日程度	【一般急性期】 21万床 49万人/月 70%程度 9日程度	
軽度急性期及び 亜急性期・回復期リハ等			【その他等】 41万床 58万人/月 90%程度 19~20日程度 (うち亜急性期等(6月未済)は46日程度)	【その他等】 30万床 43万人/月 90%程度 19~20日程度 (うち亜急性期等(6月未済)は46日程度)	【地域一般病床】 21万床 79~80%程度 17~18日程度 29万人/月
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	37万床、91%程度 139日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
(入院小計)	166万床、80%程度 30~31日程度	202万床、80%程度 30~31日程度	155万床、83~84%程度 24日程度	155万床、83~84%程度 25日程度	
介護施設 特養 老健（老健+介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	132万人分 73万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分		

(注) パターン1に係る注を参照。



(参考) 仮に、平成27(2015)年の各サービスの利用者数から機械的に病床数等を計算した場合

パターン2	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度		
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19~20日程度	【一般病床】 114万床 75%程度 19~20日程度	【高度急性期】 22万床 73~74%程度 18~19日程度 27万人/月	【高度急性期】 18万床 73~74%程度 18~19日程度 22万人/月
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19~20日程度 一般急性 13~14日程度 亜急性Ⅰ等 75日程度 亜急性Ⅱ等 57~58日程度 長期コース 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 32万床 73~74%程度 12日程度 58万人/月	【一般急性期】 24万床 73~74%程度 12日程度 44万人/月
軽度急性期及び 亜急性期・回復期リハ等		134万人/月	【その他等】 53万床 79~80%程度 25~26日程度 50万人/月 (うち亜急性期等(6月未満)は54日程度)	【その他等】 40万床 79~80%程度 25~26日程度 38万人/月 (うち亜急性期等(6月未満)は54日程度)
長期療養(慢性期)	23万床、91%程度 150日程度	27万床、91%程度 150日程度	23万床、91%程度 150日程度	
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	36万床、90%程度 300日程度	33万床、90%程度 291~292日程度	
(入院小計)	166万床、80%程度 30~31日程度	178万床、80%程度 30~31日程度	164万床、81%程度 28~29日程度	164万床、83%程度 29~30日程度
介護施設 特養 老健(老健+介護療養)	92万人分 48万人分 44万人分	115万人分 61万人分 54万人分	106万人分 57万人分 49万人分	
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	38万人分 18万人分 20万人分	38万人分 18万人分 20万人分	

(注) パターン1に係る注を参照。

## 医療・介護サービスごとの単価の見込み

※各単価は静態価格(2011年度価格)である。

パターン2	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度		平成37(2025)年度	
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	現状投影シナリオ	改革シナリオ
高度急性期	【一般病床】 約129万円 / 月	【一般病床】 約129万円 / 月	約199万円 / 月	【一般病床】 約129万円 / 月	約247万円 / 月
一般急性期			約145万円 / 月		約191万円 / 月
軽度急性期及び 亜急性期・回復期リハ等			約116万円 / 月		約140万円 / 月
長期療養(慢性期)	約53万円 / 月	約53万円 / 月	約59万円 / 月	約53万円 / 月	約65万円 / 月
精神病床	約47万円 / 月	約47万円 / 月	約49万円 / 月	約47万円 / 月	約54万円 / 月
介護施設 特養 老健(療養含)	約29万円 / 月 約32万円 / 月	約29万円 / 月 約31万円 / 月	約32万円 / 月 約33万円 / 月	約29万円 / 月 約31万円 / 月	約32万円 / 月 約34万円 / 月
居住系 特定施設 グループホーム	約18万円 / 月 約28万円 / 月	約18万円 / 月 約28万円 / 月	約20万円 / 月 約30万円 / 月	約19万円 / 月 約28万円 / 月	約20万円 / 月 約30万円 / 月
在宅介護	約11万円 / 月	約11万円 / 月	約13万円 / 月	約11万円 / 月	約17万円 / 月
外来・在宅医療 外来等 在宅医療等	約1万円 / 日 約32万円 / 月	約1万円 / 日 約32万円 / 月	約1万円 / 日 約32万円 / 月	約1万円 / 日 約32万円 / 月	約1万円 / 日 約32万円 / 月

(注)パターン1に係る注を参照。

## マンパワーの必要量の見込み

パターン2	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度		平成37(2025)年度	
		現状投影 シナリオ	改革シナリオ	現状投影 シナリオ	改革シナリオ
医師	29万人	30～ 32万人	29～ 30万人	33～ 35万人	30～ 32万人
看護職員	141万人	151～158万人	151～158万人	172～181万人	184～192万人
介護職員	140万人	161～169万人	165～173万人	213～224万人	232～244万人
医療その他職員	85万人	91 ～95万人	90～ 95万人	102～107万人	112～117万人
介護その他職員	66万人	76～ 80万人	79～ 84万人	100～105万人	125～131万人
合計	462万人	509～534万人	514～540万人	620～651万人	683～717万人

(注)パターン1に係る注を参照。

## 医療・介護サービス費用の見込み

パターン2	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度				平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ		改革シナリオ		現状投影シナリオ		改革シナリオ	
		医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②
医療+介護 対GDP比 (%程度) 対NI比 (%程度) 名目額 (兆円程度)	9.8 13.6 48	10.8 14.9 55	10.7 14.8 55	11.0 15.2 56	10.9 15.1 56	12.8 17.7 78	12.9 17.8 78	13.5 18.6 82	13.6 18.7 82
医療 対GDP比 (%程度) 対NI比 (%程度) 名目額 (兆円程度)	8.1 11.1 39	8.7 12.0 45	8.6 11.9 44	8.8 12.1 45	8.7 12.0 44	9.9 13.7 60	10.0 13.8 61	10.0 13.7 61	10.0 13.8 61
介護 対GDP比 (%程度) 対NI比 (%程度) 名目額 (兆円程度)	1.8 2.4 9	2.1 2.9 11		2.2 3.1 11		2.9 4.0 17		3.5 4.9 21	
(参考) GDP (兆円程度) NI (兆円程度)	484 351	511 371				607 441			

(注)パターン1に係る注を参照。

## (参考) 充実、重点化・効率化の内訳

パターン2	平成27(2015)年度		平成37(2025)年度	
	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②
現状投影シナリオから改革シナリオへの変化	+1.1 兆円(+0.2%)	+1.1 兆円(+0.2%)	+4.0兆円(+0.7%)	+4.0兆円(+0.7%)
<b>【医療】</b> ・入院医療の機能強化 ・訪問診療の充実・入院減少に伴う外来増 ・平均在院日数の減少等 ・外来受診の適正化等(予防、連携、ICT等)	(計 +0.3 兆円程度) + 1.5 兆円程度 + 0.3 兆円程度 △ 1.1 兆円程度 △ 0.3 兆円程度	(計 +0.3 兆円程度) + 1.5 兆円程度 + 0.3 兆円程度 △ 1.1 兆円程度 △ 0.3 兆円程度	(計 +0.1 兆円程度) + 6.5 兆円程度 + 1.1 兆円程度 △ 5.9 兆円程度 △ 1.5 兆円程度	(計 +0.1 兆円程度) + 6.5 兆円程度 + 1.1 兆円程度 △ 5.9 兆円程度 △ 1.5 兆円程度
<b>【介護】</b> ・介護職員の処遇改善 ・施設介護のユニット化 ・施設から居宅への移行 ・グループホームの整備 ・居宅サービスの充実 ・予防・改善効果 ・入院医療の効率化にともない需要増	(計 +0.8 兆円程度) + 0.5 兆円程度 + 0.1 兆円程度 △ 0.2 兆円程度 + 0.01 兆円程度 + 0.4 兆円程度 △ 0.1 兆円程度 + 0.2 兆円程度		(計 +3.9 兆円程度) + 0.8 兆円程度 + 0.2 兆円程度 △ 0.8 兆円程度 + 0.2 兆円程度 + 3.3 兆円程度 △ 0.6 兆円程度 + 0.9 兆円程度	

(注)パターン1に係る注を参照。

## 医療・介護サービス費用の財源（対GDP比）のごく粗い見込み

○ パターン1に係る記述を参照。

パターン2	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度				平成37(2025)年度				
		現状投影シナリオ		改革シナリオ		現状投影シナリオ		改革シナリオ		
		医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	
医療+介護 保険料 公費 自己負担	(%程度) (%程度) (%程度) (%程度)	9.8 4.7 3.9 1.3	10.8 5.1 4.3 1.4	10.7 5.0 4.3 1.4	11.0 5.2 4.5 1.4	10.9 5.1 4.4 1.4	12.8 5.8 5.5 1.5	12.9 5.8 5.6 1.6	13.5 6.0 5.9 1.6	13.6 6.1 5.9 1.6
医療 保険料 公費 自己負担	(%程度) (%程度) (%程度) (%程度)	8.1 4.0 2.9 1.2	8.7 4.2 3.3 1.2	8.6 4.2 3.2 1.2	8.8 4.3 3.3 1.3	8.7 4.2 3.2 1.2	9.9 4.6 4.0 1.3	10.0 4.6 4.1 1.3	10.0 4.6 4.0 1.3	10.0 4.6 4.1 1.3
介護 保険料 公費 自己負担	(%程度) (%程度) (%程度) (%程度)	1.8 0.7 0.9 0.1	2.1 0.8 1.1 0.2	2.2 0.9 1.2 0.2	2.9 1.2 1.5 0.2	3.5 1.4 1.8 0.3				
(参考) GDP NI	(兆円程度) (兆円程度)	484 351	511 371		607 441					

(注)パターン1に係る注を参照。

(参考) 財源(対GDP比)の平成23(2011)年度からの変化、シナリオ間の差等

パターン2	平成27(2015)年度				平成37(2025)年度			
	現状投影シナリオ		改革シナリオ		現状投影シナリオ		改革シナリオ	
	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②
医療+介護	1.0	0.9	1.2	1.1	3.0	3.1	3.7	3.7
保険料	0.4	0.3	0.5	0.4	1.1	1.1	1.4	1.4
公費 (単位: %程度)	0.5	0.5	0.6	0.6	1.7	1.7	2.0	2.1
自己負担	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.3	0.3
			[0.2]	[0.2]			[0.7]	[0.7]
			[0.1]	[0.1]			[0.3]	[0.3]
			[0.1]	[0.1]			[0.3]	[0.3]
			[0.0]	[0.0]			[0.1]	[0.1]
医療	0.7	0.6	0.7	0.6	1.9	1.9	1.9	2.0
保険料	0.3	0.2	0.3	0.2	0.6	0.6	0.6	0.7
公費 (単位: %程度)	0.3	0.3	0.4	0.3	1.1	1.1	1.1	1.1
自己負担	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
			[0.0]	[0.0]			[0.0]	[0.0]
			[0.0]	[0.0]			[0.0]	[0.0]
			[0.0]	[0.0]			[0.0]	[0.0]
介護	0.3		0.5		1.1		1.8	
保険料	0.1		0.2		0.5		0.7	
公費 (単位: %程度)	0.2		0.2		0.6		0.9	
自己負担	0.0		0.0		0.1		0.1	
				[0.0]			[0.0]	[0.0]
(参考) GDP (単位: 兆円程度)	511				607			
NI	371				441			

(注)パターン1に係る注を参照。

# (参考 1) 足下の計数整理等



## 足下の計数の整理等

- 本推計では、平成22(2010)年度途中までの各種実績統計及び平成23(2011)年度予算における医療・介護費用の見込み等を踏まえて計数を整理し、費用推計等の足下としている。また、入院患者数等の計数整理に関して、  
$$\text{ある日の入院患者数} = \text{ある日の新規入(退)院患者数} \times \text{平均在院日数}$$
という関係式を使用する等、一定の計算上のモデル式を使用している。

### (具体的な方法)

- 医療の、入院、入院外、歯科等別の患者数や単価等
  - ・ 「医療費の動向」(厚生労働省、全数統計)における、平成21(2009)年度の入院や入院外の受診延日数を、入院は365日で除することで、入院外は270日(平日を1、土曜日を0.5として数えた医療機関の稼働日数の概算値)で除することで、ある日の患者数を推計。医療費についても、同調査から平成21(2007)年度の実績ベースの値を把握。
  - ・ 食事や生活療養の費用は入院の費用に含め、薬局調剤医療費は「社会医療診療行為別調査」(厚生労働省)の処方せん発行枚数の比で病院、一般診療所及び歯科診療所別の医療費に按分して加算、訪問看護医療費は同調査の訪問看護指示料等の算定回数比で病院及び診療所の医療費に按分して加算。
  - ・ 上記で作成した平成21(2009)年度実績ベースの数値に、「医療費の動向」による平成22(2010)年度上半期の対前年同期比を乗じ、近年の動向を踏まえて平成22(2010)年度から平成23(2011)年度の患者数は横ばいと仮定し、医療費総額(国民医療費ベース)が平成23(2011)年度予算ベースの見込み値に一致するよう全体を補正。
  - ・ 一般病床、療養病床、精神病床等ごとの患者数、単価及び平均在院日数等の仮定については、「医療施設調査」「病院報告」「社会医療診療行為別調査」(いずれも厚生労働省)等から設定。
- 介護の、施設・在宅別サービス利用者数や単価等
  - ・ 「介護保険事業状況報告」及び「介護給付費実態調査」(いずれも厚生労働省、全数統計)における、平成22(2010)年途中までの実績を踏まえて、施設・在宅別、要介護度別等のサービス利用者数及び単価等を設定。
  - ・ 平成23(2011)年度末までに行うこととされている施設の充実強化策(年度末までに施設・居住系の定員数の16万人分程度増加)については、予定通りに進むことを前提として施設利用者数等を推計し、平成23(2011)年度予算ベースの介護費用に一致するよう全体を補正。

○ 将来推計の現状投影シナリオに用いる性・年齢階級別・サービス別の利用者割合

- ・ 医療については、「患者調査」（厚生労働省、平成20(2008)年)の入院(病床)・外来別、性・年齢階級別の患者数を使用し、介護については「介護給付費実態調査」（厚生労働省)の施設(施設類型)・在宅別、要介護度別、性・年齢階級別の利用者数を使用して人口に対するサービス別の利用者割合を作成。
- ・ これを、平成23(2011)年度までの性・年齢計の利用者数等で補正して、足下の性・年齢階級別・サービス別の利用者割合を作成。(これを将来人口推計に適用して現状投影シナリオを推計。)

○ 主に病床の機能分化を考える際に必要となる現行の一般病床の内訳

- ・ 現行の一般病床入院患者のニーズとして、社会保障国民会議の仮定等を踏まえて、高度急性期：一般急性期：亜急性期・回復期リハ等＝2：5：3であることを基本的前提として仮定。
- ・ また、機能分化についての別案として、退院患者のうち手術、放射線治療等を受けた者は4～5割程度であることや、一般病床の1割程度6月以上入院があること等を踏まえ、
  - 一般急性期(5割相当)のうち概ね2割相当は軽度の急性期のニーズであること
  - 亜急性期・回復期リハ等(3割相当)のうち概ね1割相当程度は慢性期入院ニーズであることを仮定。
- ・ 高度急性期相当の現状については、「医療費の動向」（平成21(2009)年度)における大学病院の医療費が5.5万円/日程度であることを踏まえて、平成23(2011)年度180万円/月程度と仮定。平均在院日数は社会保障国民会議の仮定等を踏まえて19～20日程度と仮定。
- ・ 亜急性期・回復期リハ等については、一般病床全体の8割程度の単価と仮定し、平成23(2011)年度100万円/月程度と仮定。平均在院日数は社会保障国民会議の仮定等を踏まえて75日程度と仮定。
- ・ 一般急性期については、全体から高度急性期及び亜急性期・回復期リハ等の費用を差し引く形で推計される(平成23(2011)年度127万円/月程度)。また、平均在院日数は社会保障国民会議の仮定等を踏まえて13～14日程度と仮定。結果として、一般病床全体の平均在院日数は19～20日程度と計算される(最近の「病院報告」では、18日台で推移しているが、内訳と合計が整合する仮定のセットとして全体でみた場合、一定のものと考えられる)。
- ・ 一般急性期のうちの軽度急性期のニーズについては単価及び平均在院日数ともに一般急性期と同程度と仮定、亜急性期・回復期リハ等のうちの長期療養ニーズ(概ね6月以上入院)については、医療療養と同程度から若干高めの単価と、6月以上入院であることから190日程度の平均在院日数を仮定。

【足下(2011年度)の計数の整理～本推計のために一定の仮定をおいて整理したもの～】

	利用者数/日 (万人)	新入院発生数/日 (万人)	平均在院日数 (日)	単価 (万円)	費用総額 (兆円)
医療＋介護					47.6
医療計					39.1
入院計	133	4.4	30.5	98	15.6
一般病床	80	4.1	19.5	129	12.4
(急性期)	(56)	(3.8)	(14.8)	(142)	(9.6)
(高度急性期)	(16)	(0.8)	(19.5)	(180)	(3.5)
(一般急性期)	(40)	(3.0)	(13.5)	(127)	(6.1)
(一般急性期)	(24)	(1.8)	(13.5)	(127)	(3.7)
(軽度急性期)	(16)	(1.2)	(13.5)	(127)	(2.4)
(亜急性期・回復期リハ等)	(24)	(0.3)	(74.9)	(100)	(2.9)
(6月未満)	(16)	(0.3)	(57.5)	(118)	(2.3)
(6月以上入院)	(8)	(0.0)	(190.0)	(65)	(0.6)
長期療養	21	0.1	150.0	53	1.4
精神病床	31	0.1	300.0	47	1.8
結核・感染症病床	0.3	0.0	70.0	98	0.0
外来計	794			1.1	23.5
病院系	165			2.0	8.8
一般診療所系	478			0.9	12.0
歯科	151			0.7	2.7
介護計	426			17	8.5
施設・居住系計	123			29	4.2
施設計	92			31	3.4
特養	48			29	1.7
老健(従来型)	35			30	1.2
老健(療養型)／介護療養	9			39	0.4
特定施設	15			18	0.3
GH	16			28	0.5
居宅系	304			11	4.1
地域支援事業					0.2

## (参考 2) 改革の具体的シナリオ

# サービス利用・単価等に係る具体的なシナリオ

## 具体的な改革のイメージ(パターン1)

※平成37(2025)年度における改革のイメージ  
 ※単価等の価格は平成23(2011)年度価格

	サービス利用	単価等
高度急性期	<p>高度急性期に医療資源をより手厚く集中投入することにより、平均在院日数について、現状19～20日程度(医育機関+NC病院の平均)から、15～16日程度に短縮(2割程度短縮)を図る。これを実現するために、医師、看護職員を始めとする人員配置について、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ チーム医療、早期リハビリ等のためのスタッフの充実強化</li> <li>・ 医療クラーク、地域連携や診療情報の担当者など診療支援・調整体制の強化</li> </ul> <p>など、現在の一般病床平均と比較しておおむね2倍とする。</p> <p>これにより、一日あたりの患者も2割程度減少し、高度急性期医療ニーズは、現状投影シナリオの19万人/日程度から16万人/日程度となる。</p> <p>減少した3万人/日程度のニーズは、主に治療期間に重点的な医療が提供されることで術後の在院期間の短縮が図られることによる減少分であり、概ね半分程度は亜急性期等の病床で対応するニーズに移り、概ね半分程度は在宅医療や外来対応に切り替わることによる入院需要減と仮定する。</p>	<p>平均在院日数を2割程度短縮するために、1病床当たり職員数など医療資源投入量を、ハイケアユニットと比較して1.2倍程度とする。</p> <p>また、コメディカルや事務職も増えるので、勤務改善のほか、役割分担(スキルミックス)、他の医療機関等との連携も進めやすくなる。</p> <p>これは、現在の一般病床平均(約129万円/月程度)と比較すると、2倍程度(1病床当たり職員数でみて2倍強程度、単価でみて1.9倍程度)の水準となる。</p> <p>■現在のハイケアユニットの単価213万円/月程度(※1)×(1+0.2×0.8(※2))=約247万円/月程度                      (※1)ハイケアユニット入院時医学管理料4500点/日に、検査・投薬・手術等の点数が2000～3000点/日あるものと仮定して、7000点/日程度と仮定                      (※2)人件費、医薬品、材料及び医療機器等の割合が約8割と仮定</p>

パターン1	サービス利用	単価等
<p>一般急性期</p>	<p>一般急性期に医療資源を集中投入することにより、平均在院日数について、現状13～14日程度(急性期全体が現状15日程度であることから、高度急性期を19～20日程度とおくと13～14日程度となる)から、9日程度に短縮(33%程度短縮)を図る。これを実現するために、医師、看護職員を始めとする人員配置について、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ チーム医療、早期リハビリ等のためのスタッフの充実強化</li> <li>・ 医療クラーク、地域連携や診療情報の担当者など診療支援・調整体制の強化など、現在の一般病床平均と比較しておおむね1.6倍とする。</li> </ul> <p>これにより一日あたりの患者も、33%程度減少し、一般急性期医療ニーズは、現状投影シナリオの49万人/日程度から33万人/日程度となる。</p> <p>減少した16万人/日程度のニーズは、主に治療期間に重点的な医療が提供されることで術後の在院期間の短縮が図られることによる減少分であり、概ね半分程度は亜急性期等の病床で対応するニーズに移り、概ね半分程度は早期の軽快により外来対応等に切り替わることによる入院需要減と仮定する。</p>	<p>平均在院日数を33%程度短縮するために、1病床当たり職員数など医療資源投入量を、現在の一般病床平均と比較して1.6倍程度とする。</p> <p>■現在の一般病床の平均単価129万円/月程度×(1+0.6×0.8(※))=約191万円/月程度 (※)人件費、医薬品、材料及び医療機器等の割合が約8割と仮定</p>
<p>亜急性期・回復期リハ等</p>	<p>急性期の改革により、現状より早期に急性期の病床を退院することになるが、医療必要度がそれなりに高い状態で退院することとなるので、その受け皿として亜急性期等の病床の機能強化が重要になる。</p> <p>また、リハビリの早期開始・強化や、クリティカルパスの推進と職員体制の強化、24時間対応可能な在宅医療の体制整備等により、概ね2割程度の在院日数の短縮を見込む。そのため、リハビリ、地域連携、退院時支援等の観点から、コメディカルを中心に3割程度の増員を図る。</p> <p>亜急性期等のニーズは、29万人/日程度の現状投影ニーズに、高度急性期及び一般急性期から移行する11万人/日程度を加え、39万人/日程度となるが、2割程度の期間短縮効果により8万人/日が軽快する、あるいは長期療養(慢性期)や介護施設等に移るものと見込む。</p> <p>減少した8万人/日程度は、1/4程度は長期療養(慢性期)、1/4程度は介護(主に施設)、1/2程度は早期の軽快により外来対応等に切り替わることによる入院需要減と仮定する。</p>	<p>亜急性期等においては医療・看護・リハビリの必要度が高まること、また、おおむね2割程度の在院日数の短縮を見込むため、コメディカルを中心に3割程度の増員を図るものと仮定する。</p> <p>■現在の亜急性期等の平均単価100万円/月程度×(1+0.3×0.5(※))=115万円/月程度 (※)人件費の割合を5割程度と仮定</p>

パターン1	サービス利用	単価等
<p>長期療養 (慢性期)</p>	<p>医療療養のうち、医療区分1に該当する約25%が介護施設(介護療養から移行した老健施設)に移行する一方、介護施設(介護療養から移行した老健施設)から、医療区分2及び3に該当する約28%が医療療養に移行するものと仮定する。(2015年頃まで)</p> <p>総体として平均的な医療必要度が高まり、医療に重点を置いた長期ケアが提供される。また、リハビリ、栄養管理、口腔ケアなどケアの向上を図りつつ、地域の診療所・介護サービス等との連携による退院支援を行うこと、24時間対応可能な在宅医療の体制を整備することで本人の希望により在宅での看取りが出来る体制を強化することにより、概ね1割程度の在院日数の短縮を見込む。(平成27(2015)年頃から) そのため、リハビリ等に対応するスタッフ、地域連携の担当者など1割程度の増員を図る。</p> <p>長期療養のニーズは、31万人/日程度の現状投影ニーズに、亜急性期等からの2万人/日程度を加え、介護施設との間の移行によるネットでの5万人/日程度の減少を控除して28万人/日程度となり、さらに在院日数の1割程度の短縮により、25万人/日程度となる。</p> <p>平均在院日数の短縮に伴い減少した3万人/日は、在宅医療のほか、介護サービスで対応されるものと仮定する。</p>	<p>医療区分2及び3に特化したことで単価が上昇し、約59万円/月程度となる。</p> <p>さらに、コメディカルを中心に1割程度の増員を図るものと仮定する。</p> <p>■59万円/月程度×(1+01×0.5(※))=62万円/月程度 (※)人件費の割合を5割程度と仮定</p>
<p>精神科入院</p>	<p>精神病床については、機能に応じた体制の充実とともに、退院支援、アウトリーチ(訪問支援)等の充実により、在院日数の1割程度短縮及び入院の2割程度の減少を仮定する。こうした医療形態の変化に対応するため、コメディカルを中心に3割程度の増員を図る。</p> <p>精神病床のニーズは、34万人/日程度の現状投影ニーズから、概ね10万人/日程度減少し24万人/日程度となる。減少したニーズのうち、認知症5万人/日は介護サービスで対応、5万人/日は主に在宅ケア・外来対応等となると仮定する。</p>	<p>機能に応じた体制の充実、退院支援やアウトリーチ(訪問支援)等に対応するため、コメディカルを中心に3割程度の増員を図るものと仮定する。</p> <p>■47万円/月程度×(1+0.3×0.5(※))=54万円/月程度 (※)人件費の割合を5割程度と仮定</p>

パターン1	サービス利用	単価等
医療から介護への移行等	上記の結果、医療機関の入院ニーズは、162万人/日程度の現状投影ニーズから、33万人/日程度が介護や外来・在宅医療での対応に移行する。このうち、14万人/日程度は、介護ニーズが必要になるものと考えられる。	—
介護施設 (特養・老健)	<p>まず、現状投影シナリオにおいて、要介護度別世帯類型別施設入所者数を推計し、要介護度3以上の施設利用割合(要介護認定者等に対する施設利用者数の割合)が5%程度低下するものと仮定(要介護2は10%程度、要介護1は2015年度から施設利用せずと仮定)する。</p> <p>その上で、特養は重度者中心、老健は在宅復帰施設であることを念頭に中重度者中心の利用と仮定。なお、介護療養型老健は医療ニーズが一定程度ある高齢者が利用するものと仮定し、前記により全体的に重度シフトした施設利用者を現状の要介護度別施設利用者割合で按分して設定。</p> <p>さらに、ユニットケアが普及し、老健では5割(平成27(2015)年度は3割)程度が、特養では7割程度がユニット型となるものと仮定する。</p> <p>医療から介護に移行する者については、6割が施設を利用するものと仮定する。</p> <p>介護予防等リスクを軽減する取り組みにより、利用者が3%程度減少するものと仮定する。</p>	<p>要介護度に応じた単価を設定</p> <p>現行の要介護度の平均で、特養・老健30万円/月程度、介護療養40万円/月程度を基礎として設定</p> <p>療養型の老人保健施設の単価は従来型の老人保健施設+5万円程度と仮定</p> <p>改革シナリオにおいてはユニット型の普及に伴い単価が上昇すること及び介護職員の処遇改善を仮定</p>
居住系 (特定施設・GH)	<p>認知症への対応のため、グループホームについて拡充を図ることを仮定する。</p> <p>具体的には、今後も直近3年間の平均伸び率を維持して整備し続けると仮定する。この結果、施設を利用しない認知症高齢者(※)のうちグループホームを利用する者の割合が平成37(2025)年頃までに2割程度まで増加(現行12%程度)し、概ね37万人/日分程度整備されるものと考えられる。</p> <p>(※)約200万人を超える程度と推計される。</p> <p>介護予防等リスクを軽減する取り組みにより、利用者が3%程度減少するものと仮定する。</p>	<p>要介護度に応じた単価を設定</p> <p>現行の要介護度の平均で、特定施設18~19万円/月程度、グループホーム28万円/月程度を基礎として設定</p> <p>改革シナリオにおいては介護職員の処遇改善を仮定</p>



パターン1	サービス利用	単価等
<p>外来・在宅医療</p>	<p>医療・介護の機能分化を進め、早期の退院やなるべく入所の必要性を低くするためには、外来や在宅医療、在宅ケアの充実強化が不可欠となる。また、精神障害者へのアウトリーチ支援(訪問支援)体制の整備も必要となる。</p> <p>医療については、在宅医療の充実を図ることを仮定する。具体的には、現状約16万人程度の在宅医療・訪問看護の利用者を平成37(2025)年度に29万人程度まで増加するものと仮定する。</p> <p>一方、一層効率化を進める要素として、生活習慣病予防、医療機関や医療介護の連携、ICTの活用等の取り組みにより、医科外来ニーズ(上記入院ニーズからの外来への移行分を除く)が、5%程度減少するものと仮定する。</p> <p>さらに、病院と診療所との役割分担を仮定し、病院の外来・在宅医療の患者数の半分程度が診療所に移行するものと仮定する。</p>	<p>外来に係る単価は、訪問診療・訪問看護・薬局調剤医療費も含めて、現行と同様病院2万円/日程度、診療所0.9万円/日程度と仮定(※)  ※医科の平均で1.2万円/日程度、歯科(0.7万円/日程度と仮定)を合わせて全体の平均で1.1万円/日程度</p> <p>在宅医療・訪問看護については、現行の利用状況から32万円/月程度を仮定</p> <p>精神科入院から外来・在宅医療に移行するニーズについては、平均1.8万円/日程度(週3日程度の対応)と仮定</p>
<p>医療・介護の連携と在宅介護</p>	<p>医療・介護の機能分化を進め、効率化をはかるためには、早期の退院やなるべく入所の必要性を低くすることができるような、外来や在宅医療、在宅ケアの充実強化が不可欠となる。</p> <p>まず、医療に関して、入院医療に関する職員の増員により地域連携に携わる職員も増員となることに加え、中学校区1～2程度に1人程度の割合でMSW等地域における在宅医療連携に携わる職員の増加を仮定する。</p> <p>介護については、比較的中重度や認知症のケースでは、限度額に近い利用となるものと仮定する一方、小規模多機能と定期巡回・随時対応の訪問介護を推進することにより、在宅でのケアを推進することを仮定する。</p> <p>小規模多機能については、約40万人分(平成27(2015)年度に10万人分、平成32(2020)年度に20万人分)を確保。これにより、グループホームの充実と合わせて、認知症対応の充実強化を図る。定期巡回・随時対応については、15万人分(平成27(2015)年度に1万人分、平成32(2020)年度に5万人分)を確保し、小規模多機能と合わせて50～60万人程度の在宅ケアを支えることを仮定する。</p> <p>介護予防等リスクを軽減する取り組みにより、要介護者等が3%程度減少するものと仮定する。</p>	<p>要介護度ごとの単価設定</p> <p>中重度者や認知症のある者を中心に、サービス利用が進むものと仮定</p> <p>限度額に対する利用割合が、要支援1、2については毎年1%、要介護1～5については平成27(2015)年度までは毎年1.5%程度、平成32(2020)年度までは毎年2%程度、平成27(2025)年度までは毎年2.5%程度、80%を上限に上昇するものと仮定。ただし要介護4、5の単身高齢者や施設から在宅へシフトした者の単価は限度額相当まで引き上がると仮定</p> <p>介護職員の処遇改善(賃金の上昇)を織り込み</p>

(注)この改革のシナリオは、平成37(2025)年度時点の改革の効果等について整理したものである。平成23(2011)年度(足下)から平成37(2025)年度の間については、基本的には、平成37(2025)年における改革の効果(例えば、平均在院日数の短縮割合、それと表裏となる機能強化の程度(単価の上昇割合))を線形で補間して推計。

## 別案(パターン2)

※平成37(2025)年度における改革のイメージ  
 ※単価等の価格は平成23(2011)年度価格

	サービス利用	単価等
高度急性期	(パターン1に同じ)	(パターン1に同じ)
一般急性期 (軽度急性期を除く)	<p>(平均在院日数短縮とその表裏の機能強化については、パターン1に同じ)</p> <p>一般急性期医療ニーズは、現状投影シナリオの29万人/日程度から20万人/日程度となる。</p> <p>減少した10万人/日程度のニーズは、主に治療期間に重点的な医療が提供されることで術後の在院期間の短縮が図られることによる減少分であり、概ね半分程度は亜急性期等の病床で対応するニーズに移り、概ね半分程度は早期の軽快により外来対応等に切り替わることによる入院需要減と仮定する。</p>	(平均在院日数短縮とその表裏の機能強化については、パターン1に同じ)
軽度急性期及び亜急性期・回復期リハ等(以下では「亜急性期等」と表記)	<p>在宅療養患者を含む地域住民の軽症等を中心とする軽度急性期ニーズについて、連携の観点から亜急性期・回復期等とあわせて、医療資源の投入強化を図る。</p> <p>特に、急性期の改革により、現状より早期に急性期の病床を退院することになるが、医療必要度がそれなりに高い状態で退院することとなるので、その受け皿として亜急性期等の病床の機能強化が重要になる。併せて、在宅療養患者の急性増悪時の対応等も重要になる。</p> <p>また、政策目標として、リハビリの早期開始・強化や、クリティカルパスの推進と職員体制の強化により、概ね2割程度の在院日数の短縮を見込む。</p> <p>亜急性期等のニーズは、49万人/日の現状投影ニーズに加え、高度急性期及び一般急性期から移行する7万人/日を加え、55万人/日となるが、2割程度の期間短縮効果により11万人/日が軽快する、あるいは長期療養(慢性期)や介護施設等に移るものと見込む</p> <p>減少した11万人/日は、1/4程度は長期療養(慢性期)、1/4程度は介護(主に施設)、1/2程度は早期の軽快により外来対応等に切り替わることによる入院需要減と仮定する。</p>	<p>亜急性期等においては医療・看護・リハビリの必要度が高まること、また、おおむね2割程度の在院日数の短縮を見込むため、コメディカルを中心に3割程度の増員を図るものと仮定する。</p> <p>■ここでの亜急性期等の平均単価112万円/月程度 <math>\times (1 + 0.3 \times 0.5(\text{※})) = 128</math>万円/月程度                  (※)人件費の割合を5割程度と仮定</p>
	<p>さらに、このうち長期療養ニーズに相当すると考えられる8万人/日程度は、順次、長期療養(従来の医療療養とは多少異なるカテゴリーになる)に移行するものと仮定する。(平成27(2015)年頃から)</p>	<p>■移行により亜急性期等の平均単価=140万円/月程度を仮定</p>

パターン2	サービス利用	単価等
長期療養 (慢性期)	(長期療養のうち、現行の医療療養に係る部分については、パターン1に同じ)	(長期療養のうち、現行の医療療養に係る部分については、パターン1に同じ)
	<p>亜急性期等の中から、長期療養ニーズに相当すると考えられる8万人/日程度(現状投影に比べて2割程度の平均在院日数短縮を仮定したもの)が、長期療養(従来の医療療養とは多少異なるカテゴリーになる)に移行してくるものと仮定するので(平成27(2015)年頃から)、これと現行の医療療養に相当する分とを合わせて長期療養ニーズは概ね34万人/日となる。</p>	<p>長期療養全体の平均単価としては、1割程度の職員増加を見込んだ現行の医療療養に係る単価と、3割程度の職員増加を見込んだ現行の一般病床の長期入院の単価との平均で約65万円/月程度と仮定する。</p>
精神病床	(パターン1に同じ)	(パターン1に同じ)
医療から介護への移行等	上記の結果、医療機関の入院ニーズは、162万人/日程度の現状投影ニーズから、32万人/日程度が介護や外来・在宅医療での対応に移行する。このうち、15万人/日程度は、介護ニーズが必要になるものと考えられる。	-
介護施設 (特養・老健)	(基本的に、パターン1に同じ)	(基本的に、パターン1に同じ)
居住系 (GH・特定施設)		
外来・在宅医療		
在宅ケアその他		

(注)パターン1に係る注を参照。

## (参考3) 医療の伸び率の補足

## 医療について人口増減・高齢化とは別に織り込む伸び率の考え方

### (医療の伸び率ケース①のAについて)

- 近年（平成17(2005)～21(2009)年度）の医療費の伸び率から人口増減及び高齢化の影響を除いた部分（医療の高度化等や自然増といわれる）をみると、年率1.5%程度。【資料1参照】
- これには、同期間における、平均在院日数の減少（全病床でみて36日程度→33日程度）、後発医薬品の使用促進（調剤医療費の数量ベースでみて14%程度→19%程度）、長期投薬の制限緩和等を背景とした外来受診延日数の減少等の影響が含まれており、この伸び率で伸ばすと、これらの傾向も将来に投影することとなる。
- 本シミュレーションでは、社会保障国民会議におけるシミュレーションの仮定を踏襲し、
  - ・ 今後の平均在院日数の短縮は病床当たり医療資源の投入量の相当な強化により行われるものと、
  - ・ 今後の外来受診延日数については、近年の減少傾向は織り込まず、別途生活習慣病対策の推進等により適正化を図るものと、仮定するので、平成17～21年における平均在院日数の短縮や外来受診延日数の減少が医療費の伸び率に及ぼしたと考えられる大きさのうち、一定の仮定のもとで推計可能な部分を見込んで加えると、年率1.9%程度。
  - (※1) 平均在院日数の短縮については【資料2】を参照。
  - (※2) 外来受診延日数の減少については、
    - ・ 平成17～平成21年度の外来（医科入院外）受診延日数の対前年減少数を累計すると8千万日程度。これが長期投薬の制限緩和を背景としたものと考えれば、全体としてみた場合の診療や投薬の量にはそれほどの変化はない可能性がある。一方、少なくとも、受診延日数の減少に対応する再診料は減少している可能性がある。
    - ・ 1回当たり再診料は平均で900円程度なので、上記8千万日程度にこれを乗じて5で割り、医療費総額（この間30兆円台前半から半ばで推移）に対する割合をみると、概ね0.05%程度
- 後発医薬品の使用促進の効果については、現時点において明確な目標年次と目標値を設定しにくいですが、上記の伸び率の仮定の中に、今後も、調剤医療費の数量ベースでみたときに、年率1%ポイント程度は後発医薬品の割合の上昇が続いていくという仮定が含まれていることとなる。

### (医療の伸び率ケース①のBについて)

- 過去、診療報酬改定と経済成長率との間には、5年程度のタイムラグのもとで、一定の相関があることが明らかになっている。昭和60(1985)～平成22(2010)年のデータを用いて、2年移動平均の処理を行ってみると、概ね次のようになる。【資料3参照】

$$\text{診療報酬改定率（本体、％）} = 1/3 \times \text{経済成長率（5年前、％）} + 0.2\% \text{程度}$$

$$\text{診療報酬改定率（ネット、％）} = 0.27 \times \text{経済成長率（5年前、％）} - 0.7\% \text{程度}$$

- 今回、将来の経済成長率を診療報酬改定率に反映させるモデルを仮定するにあたっては、
  - ・ 5年前の経済成長率に機械的に連動すると仮定すると、平成24(2012)～26(2014)年頃の改定には平成20(2008)年秋以降の大幅なマイナスの経済成長率（名目GDP成長率でみて、平成20(2008)年度△4.2%程度、平成21(2009)年度△3.7%程度）を機械的に反映することを仮定することになること、
  - ・ 過去については、経済成長率の高い時期と薬価差が相当程度大きな時期が重なっており、ネットでみた場合の回帰式の傾きが相対的に小さくなっている要因となっていること、
  - ・ 近年は経済成長率が極めて小さい中で改定を行ってきていること、薬価差は減少し近年は横ばい傾向であること、今後後発医薬品の使用が進む等の変化が考えられることなどを考えると、今後の中長期的な改定の詳細を予め予測することは困難なこと、等を勘案して、次のようなモデルを設定。（当年度の経済成長率がゼロならネットの改定率もゼロ、プラスならプラス、マイナスならマイナスという仮定をおいていることとなる。）

$$\text{診療報酬改定率（ネット、％）} = 1/3 \times \text{経済成長率（当年度、％）}$$

### (医療の伸び率ケース①のCについて)

- 前期Aの考え方にある通り、Aの中に、今後も後発医薬品の使用量が傾向的に増大するという一定の効率化の要素が含まれていることとなるが、社会保障国民会議のシミュレーションにおいて仮定されていた、医薬品や医療機器等に係るさらなる効率化努力として年率0.1%程度の伸び率の低減を仮定。

資料1  
(第11回高齢者医療制度改革会議資料)

医療費の伸びの要因分解 –メディアスによる伸び率分析

	平成13年度 (2001)	平成14年度 (2002)	平成15年度 (2003)	平成16年度 (2004)	平成17年度 (2005)	平成18年度 (2006)	平成19年度 (2007)	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009)	平成17～ 21年度平均 (2005～2009)	
総計	1人当たり医療費 ①	3.0%	-0.9%	1.9%	1.9%	3.1%	0.1%	3.1%	1.9%	3.6%	2.4%
	診療報酬改定 ②		-2.7%		-1.0%		-3.16%		-0.82%		-0.8%
	高齢化の影響 ③	1.6%	1.7%	1.6%	1.6%	1.9%	1.5%	1.6%	1.5%	1.5%	1.6%
	その他 (①-②-③) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し 等	1.4%	0.1%	0.3%	1.3%	1.2%	1.8%	1.4%	1.2%	2.1%	1.5%
70歳未満	1人当たり医療費 ①	2.1%	-1.2%	0.4%	0.9%	1.5%	-0.9%	1.6%	1.9%	2.7%	1.4%
	診療報酬改定 ②		-2.7%		-1.0%		-3.16%		-0.82%		-0.8%
	高齢化の影響 ③	0.5%	0.6%	0.6%	0.6%	0.7%	0.2%	0.6%	0.7%	0.9%	0.6%
	その他 (①-②-③) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し 等	1.5%	0.8%	-0.2%	1.3%	0.8%	2.1%	1.0%	2.0%	1.7%	1.5%
70歳以上	1人当たり医療費 ①	1.3%	-3.6%	0.9%	0.2%	2.0%	-1.5%	2.1%	-0.1%	2.5%	1.0%
	診療報酬改定 ②		-2.7%		-1.0%		-3.16%		-0.82%		-0.8%
	高齢化の影響 ③	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.4%	0.3%
	その他 (①-②-③) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し 等	1.0%	-1.1%	0.7%	1.0%	1.8%	1.4%	1.8%	0.4%	2.1%	1.5%
備考		H14.10 高齢者1割 負担の徹底	H15.4 被用者本人 3割負担 等			H18.10 現役並み所 得を有する 高齢者3割負 担 等		H20.4 未就学者2割 負担			

注1:70歳以上、70歳未満は医療保険分、総計は医療保険と公費負担医療の合計。

2:老人保健又は後期高齢者医療に適用される65～69歳の障害認定者は、70歳以上に含まれており70歳未満には含まれていない。

3:高齢化の影響は、平成19年度の年齢階級別(5歳階級)医療保険医療費と年齢階級別(5歳階級)人口から推計。

4:医療費の伸び率は審査支払機関で審査した医療費であり、現金払いの療養費等を含まず。

資料2  
(平均在院日数と医療費の伸び率～近年の状況)

○ 平成17年度から平成21年度までの平均在院日数の短縮及びそれに対応する1日当たり医療費の増加が医療費の伸びに及ぼした影響を一定の前提の元で見込むと、ネットみて、年率△0.3%程度

平均在院日数短縮による国民医療費の伸び率への影響

○ 平均在院日数の推移(病院報告)

	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成17～21年平均
平均在院日数 全病床	35.7	34.7	34.1	33.8	33.2	—
介護療養病床除く		32.2	31.7	31.6	31.3	—
平均在院日数の短縮率 A	-1.7%	-2.8%	-1.6%	-0.3%	-0.9%	-1.5%

注: 平均在院日数の短縮率は、平成17,18年は全病床、平成19～21年は介護療養病床を除くもの。

○ 平均在院日数短縮による医療費への影響

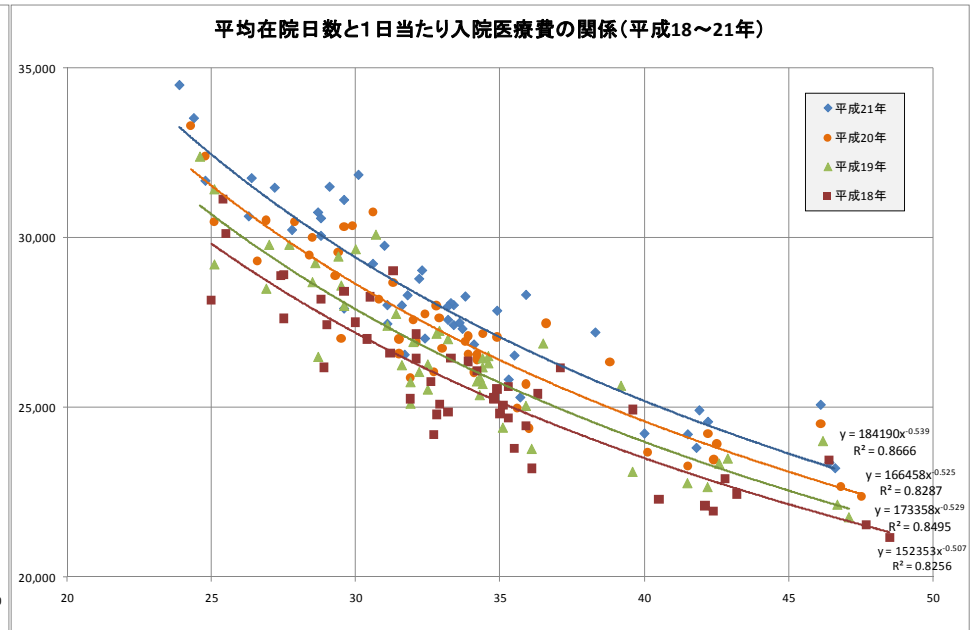
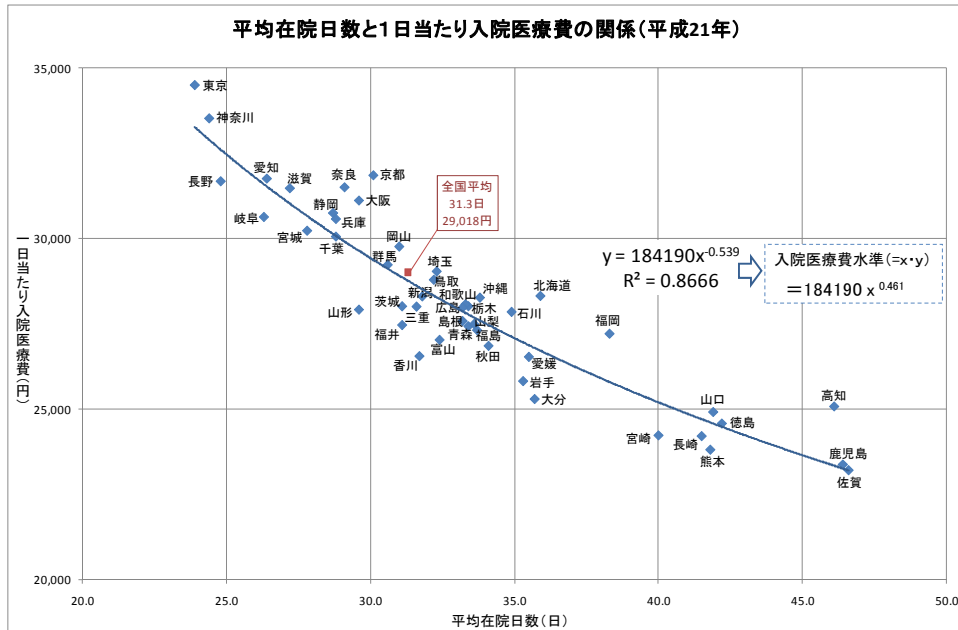
入院医療費の減少率 B (※)	-0.8%	-1.3%	-0.7%	-0.1%	-0.4%	-0.7%
入院医療費の削減額(億円)	1,000	1,700	1,000	200	600	900
国民医療費の減少率(=B×40%(入院割合))	-0.3%	-0.5%	-0.3%	-0.1%	-0.2%	<b>-0.3%</b>

(※) 平均在院日数と入院医療費の関係

○ 平均在院日数が短い都道府県は、1日当たり入院医療費が高い傾向があり、累乗近似をとると次の関係がみられる。

$$y = 184190 x^{-0.539} \quad (x: \text{平均在院日数}, y: \text{1日当たり医療費}, \text{決定係数}(R^2): 0.866, (\text{平成21年}))$$

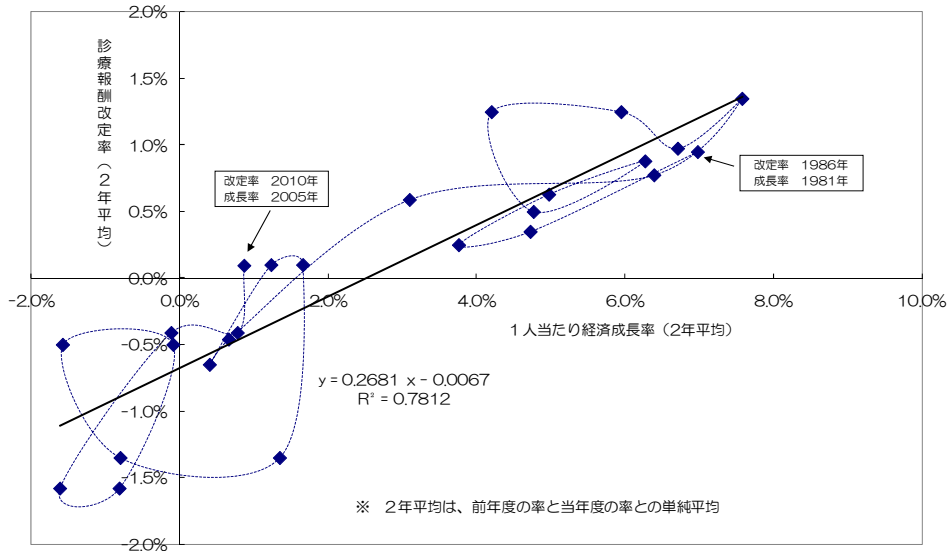
→ よって、入院医療費の水準(=x・y)と平均在院日数との関係式は  $x \cdot y = 184190 x^{0.461}$  となり、この関係式に従えば、平均在院日数がS倍になると入院医療費は $S^{0.461}$ 倍になると見込まれる。





### 資料3 (診療報酬改定と経済の相関等)

診療報酬改定率と1人当たり経済成長率の関係 (タイムラグ: 5年)  
 - 1986~2010年度 (25年間) -

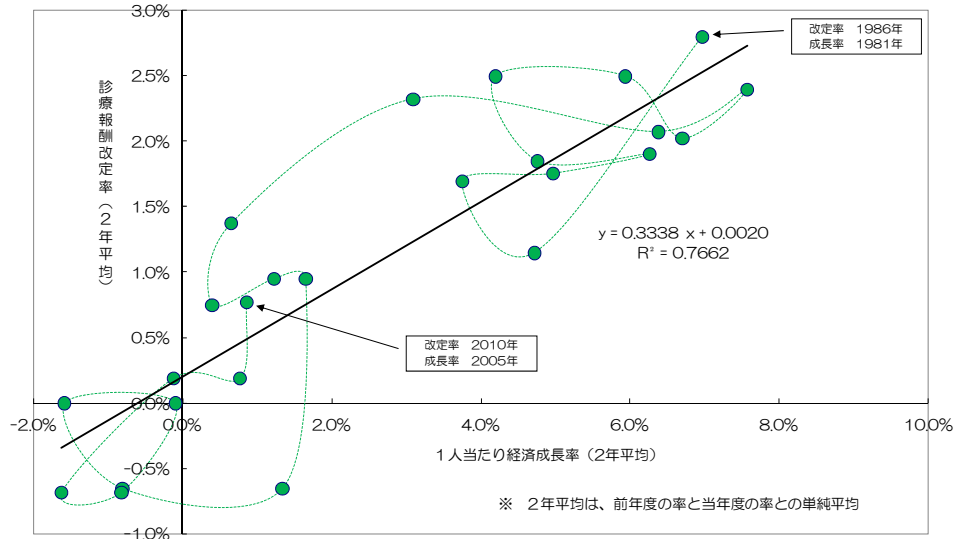


○ 医療費の伸びのうち、診療報酬改定率と経済成長率との間には、5年程度のタイムラグの元で強い相関があることが明らかになっている。

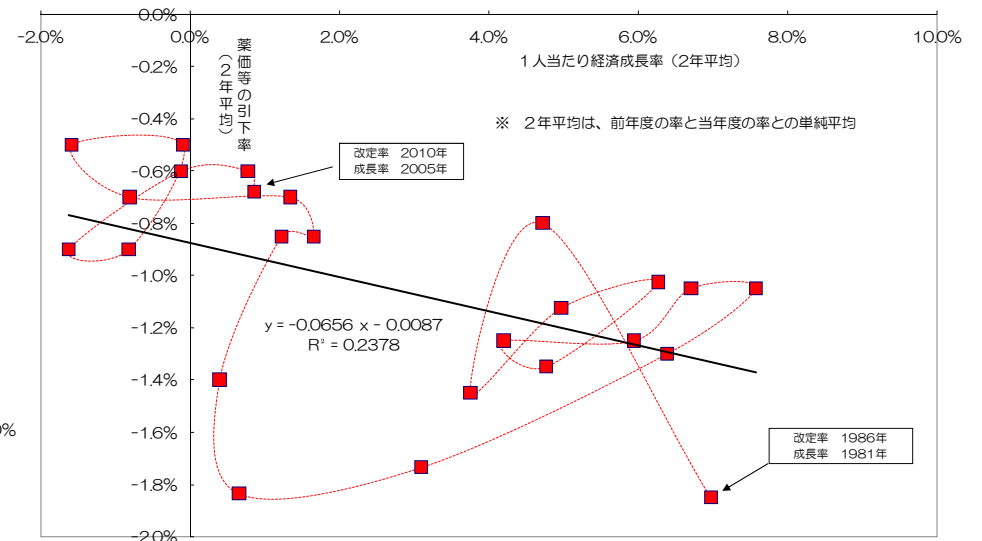
○ ただし、この回帰式は

- ・ 経済成長率の概ね3割程度のみを反映
- ・ 過去には、最近の状況に比べて、薬価差が相当程度大きかった時期があること等に留意が必要。

診療報酬改定率 (本体) のみでみた場合 (タイムラグ: 5年)  
 - 1986~2010年度 (25年間) -



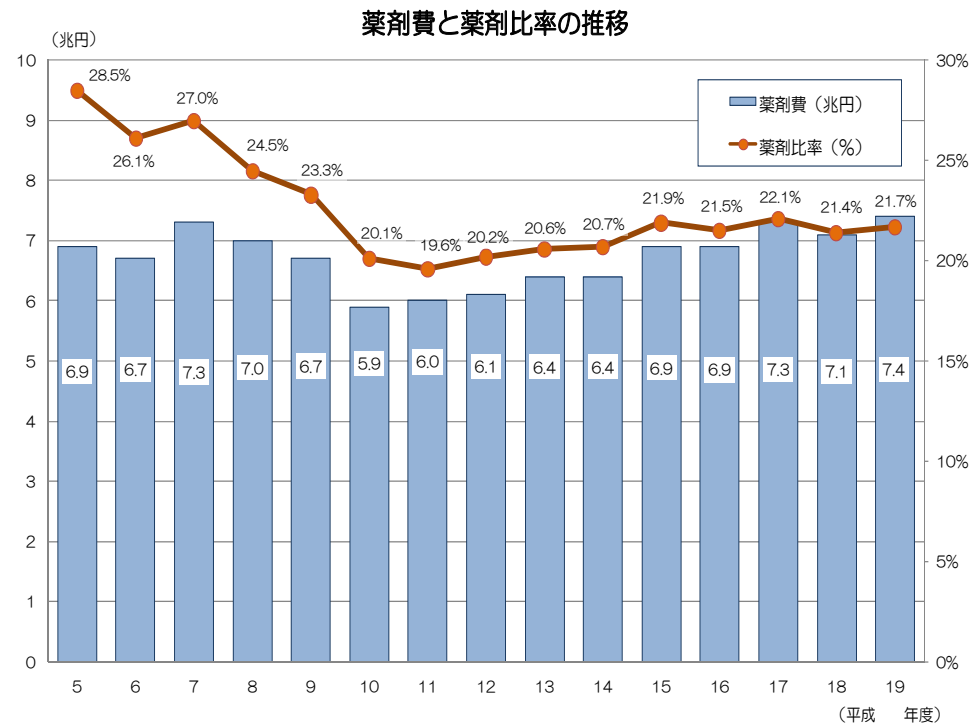
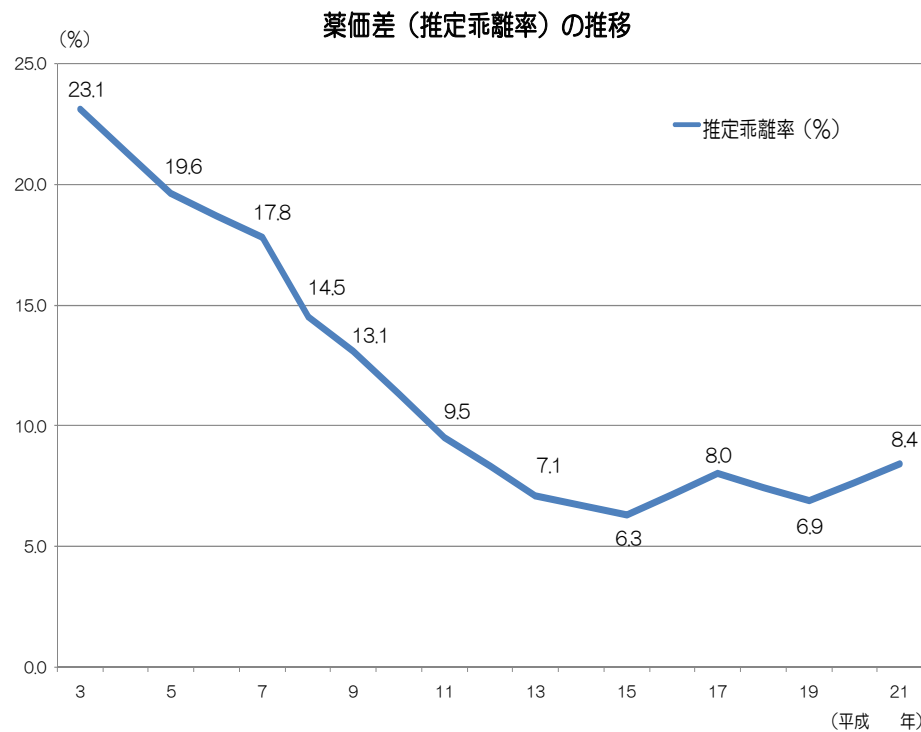
薬価等の引下率 (医療費ベース) でみた場合 (タイムラグ: 5年)  
 - 1986~2010年度 (25年間) -



資料4  
 (最近の薬価差等の動向)

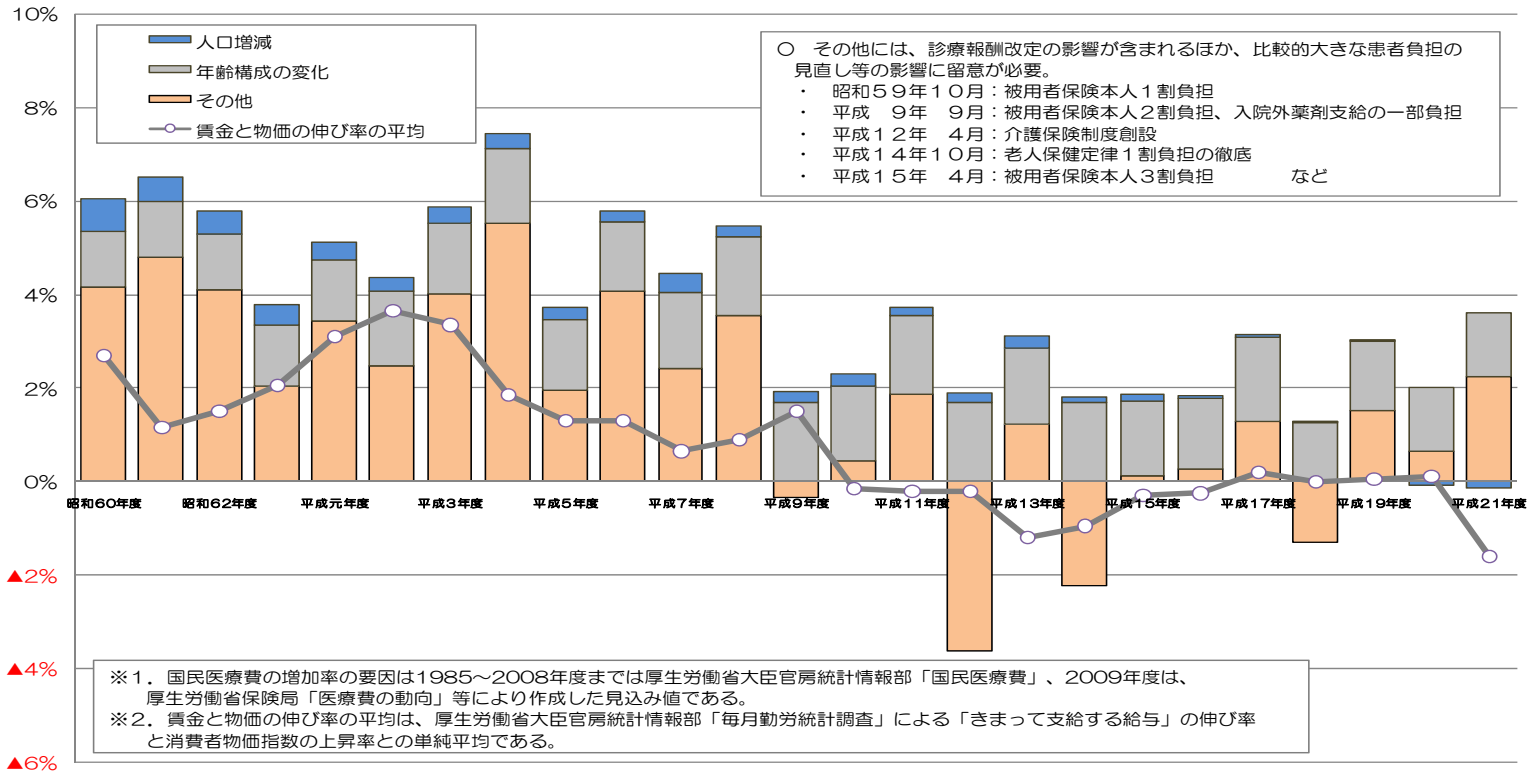
(最近の薬価差、薬剤費、薬剤比率の動向)

- 近年薬価差は縮小し、下げ止まり傾向。
- 累次の薬価改定により薬剤比率は低下してきたが、近年は概ね横ばいから微増。



資料5 (国民医療費の増加率の要因と賃金・物価の動向)

国民医療費の増加率の要因、賃金・物価の伸び率の平均



【中長期的動向】

	昭和60年度 (1985)	昭和61年度 (1986)	昭和62年度 (1987)	昭和63年度 (1988)	平成元年度 (1989)	平成2年度 (1990)	平成3年度 (1991)	平成4年度 (1992)	平成5年度 (1993)	平成6年度 (1994)	平成7年度 (1995)	平成8年度 (1996)	平成9年度 (1997)	平成10年度 (1998)	平成11年度 (1999)	平成12年度 (2000)	平成13年度 (2001)	平成14年度 (2002)	平成15年度 (2003)	平成16年度 (2004)	平成17年度 (2005)	平成18年度 (2006)	平成19年度 (2007)	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009) (見込み)
国民医療費(伸び率)	6.1%	6.6%	5.9%	3.8%	5.2%	4.5%	5.9%	7.6%	3.8%	5.9%	4.5%	5.6%	1.6%	2.3%	3.8%	▲1.8%	3.2%	▲0.5%	1.9%	1.8%	3.2%	▲0.0%	3.0%	2.0%	3.5%
人口増減	0.7%	0.5%	0.5%	0.4%	0.4%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.2%	0.4%	0.2%	0.2%	0.3%	0.2%	0.2%	0.3%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	▲0.1%	▲0.1%
高齢化	1.2%	1.2%	1.2%	1.3%	1.3%	1.6%	1.5%	1.6%	1.5%	1.5%	1.6%	1.7%	1.7%	1.6%	1.7%	1.7%	1.6%	1.7%	1.6%	1.5%	1.8%	1.3%	1.5%	1.4%	1.4%
その他(α)	4.2%	4.8%	4.1%	2.1%	3.4%	2.5%	4.0%	5.5%	2.0%	4.1%	2.4%	3.5%	▲0.3%	0.4%	1.9%	▲3.6%	1.2%	▲2.2%	0.1%	0.3%	1.3%	▲1.3%	1.5%	0.6%	2.3%
診療報酬改定	1.2%	0.7%	0%	0.5%	0.76%	1.0%	0%	2.5%	0%	1.95%	0.75%	0.8%	0.38%	▲1.3%	0%	0.2%	0%	▲2.7%	0%	▲1.0%	0%	▲3.16%	0%	▲0.82%	0%
その他	2.9%	4.0%	4.1%	1.5%	2.7%	1.5%	4.0%	3.0%	2.0%	2.1%	1.7%	2.7%	▲0.7%	1.8%	1.9%	▲3.8%	1.3%	0.5%	0.1%	1.3%	1.3%	1.9%	1.5%	1.5%	2.3%
きまって支給する給与(伸び率)	3.5%	2.3%	2.5%	3.3%	3.3%	4.0%	3.9%	2.1%	1.4%	2.2%	1.4%	1.4%	1.0%	▲0.5%	0.1%	0.1%	▲1.4%	▲1.3%	▲0.4%	▲0.4%	0.5%	▲0.2%	▲0.3%	▲0.9%	▲1.5%
消費者物価指数(CPI)(伸び率)	1.9%	0.0%	0.5%	0.8%	2.9%	3.3%	2.8%	1.6%	1.2%	0.4%	▲0.1%	0.4%	2.0%	0.2%	▲0.5%	▲0.5%	▲1.0%	▲0.6%	▲0.2%	▲0.1%	▲0.1%	0.2%	0.4%	1.1%	▲1.7%
(きま給+CPI)/2(β)	2.7%	1.2%	1.5%	2.1%	3.1%	3.7%	3.4%	1.9%	1.3%	1.3%	0.7%	0.9%	1.5%	▲0.2%	▲0.2%	▲0.2%	▲1.2%	▲1.0%	▲0.3%	▲0.3%	0.2%	0.0%	0.1%	0.1%	▲1.6%
α-β	1.5%	3.6%	2.6%	0.0%	0.3%	▲1.2%	0.7%	3.7%	0.7%	2.8%	1.8%	2.6%	▲1.8%	0.6%	2.1%	▲3.4%	2.4%	▲1.3%	0.4%	0.5%	1.1%	▲1.3%	1.5%	0.5%	3.9%

【α-βの期間平均】

- ① 中長期的動向(1985～2009) 1.0%
- ② ①から大きな患者負担見直し期・介護創設時を除いた場合 1.5%
- ③ ②について2000年以降でみた場合 1.2%
- ④ ③について2004～2007年でみた場合 0.4%
- ⑤ ③について2004～2009年でみた場合 1.0%

【参考】左記②において、大きな患者負担見直し期等とした年度

- ・ 昭和60年度：昭和59年10月に被用者保険本人1割負担
- ・ 平成9～11年度：平成9年9月に被用者保険本人2割負担、入院外薬剤支給の一部負担(平成11年7月に老人保健分は臨時特例措置)
- ・ 平成12年度：平成12年4月に介護保険制度創設
- ・ 平成14年度：平成14年10月に老人保健定率1割負担徹底
- ・ 平成15年度：平成15年4月に被用者保険本人3割負担

資料等：国民医療費の伸び率及びその要因内訳は、平成20年度までは厚生労働省大臣官房統計情報部「国民医療費」。平成21年度は厚生労働省保険局「医療費の動向」(平成20年4月～平成21年12月)等により作成した見込み値である。

きまって支給する給与は厚生労働省大臣官房統計情報部「毎月勤労統計調査」(平成2年度までは規模30人以上、平成3年以降は規模5人以上事業所、就業者計)による。  
 消費者物価指数は総務省統計局による。

# 参 考 資 料

内 閣 官 房

社会保障改革担当室

# 目 次

社会保障改革案〈個別分野における主な改革項目〉及び別紙1  
「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」に係る参考資料

1～77

【各項目の対応ページ】

## I 子ども・子育て

1～7

- 子ども・子育て新システムの制度実施に伴う保育等の量的拡充、  
幼保一体化などの機能強化

## II 医療・介護等

8～9

- 医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化

9～12

- ・外来受診の適正化等、ICTの活用による重複受診等の削減

12～14

- ・地域包括ケアシステムの構築、介護予防・重度化予防等

14

- 保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット  
機能の強化・給付の重点化

15～16

(a)

- ・市町村国保の財政運営の都道府県単位化と財政基盤を強化

16～18

(b)

- ・介護保険の1号保険料の低所得者保険料軽減強化

18～19

- ・介護納付金の総報酬割導入

19～20

- ・軽度者に対する機能訓練等重度化予防に効果のある給付への重点化

20～21

(c)

- ・長期高額医療の高額療養費の見直しによる負担軽減

21～23

- ・受診時定額負担等

23

(d)

- ・総合合算制度

24

- ・高齢者医療制度の見直し

24～26

- ・後発医薬品の更なる使用促進等

26～27

- ・国保組合の国庫補助の見直し

27

- ・高齢者医療費の支援金の総報酬割導入

28

- ・70～74歳2割負担

28

Ⅲ 年金	29～30
【新しい年金制度の創設】	30～31
【現行制度の改善】	31
○最低保障機能の強化	31～32
・低所得者への加算	32～33
・障害基礎年金への加算	33
・受給資格期間の短縮	34
○高所得者の年金給付の見直し	35～36
○短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大	37～40
○第3号被保険者制度の見直し	40～41
○在職老齢年金の見直し	41
○産休期間中の保険料負担免除	42
○被用者年金の一元化	42
○デフレ下のマクロ経済スライド	43
○支給開始年齢引上げ	44～45
○標準報酬上限の引上げ	45
○「別紙1 注2」基礎年金国庫負担2分の1の維持	46
【業務運営の効率化】	47
Ⅳ就労促進	48～49
○全員参加型社会の実現	49～54
○ディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）の実現	54～56
○雇用保険・求職者支援制度の財源の検討	57
Ⅰ～Ⅳ以外の充実、重点化・効率化項目	
○医療イノベーションの推進	58～66
○第2のセーフティネットの構築、住宅支援の仕組みの検討	67～69
○生活保護の見直し	70～75
○障害者施策	76～77

財政関連資料

78～86

税制関連資料

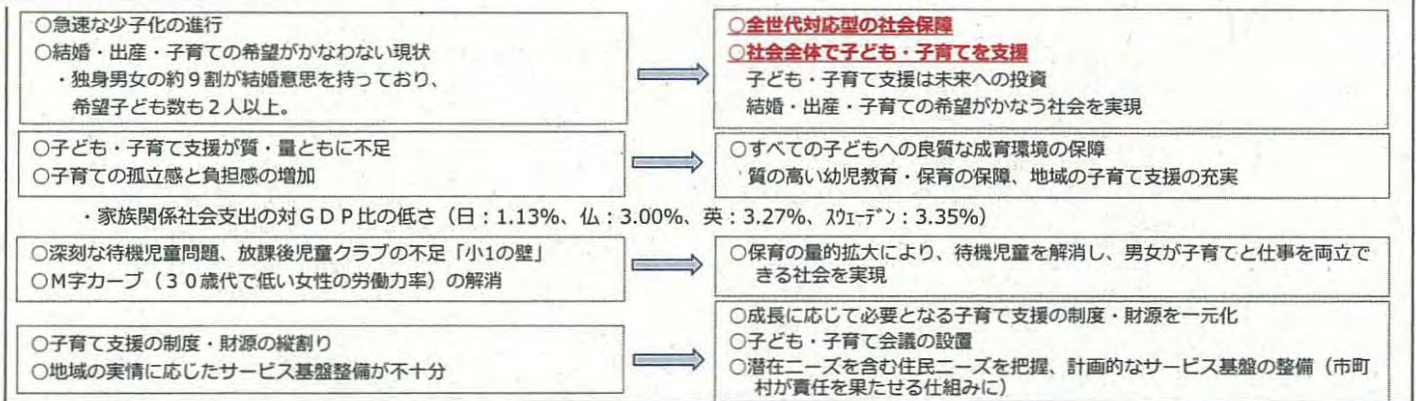
87～97

# 社会保障改革案〈個別分野における主な改革項目〉及び別紙1「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」に係る参考資料

## 1 子ども・子育て

### ～ 子ども・子育て新システムについて ～

#### 基本的考え方



#### 改革案の具体的内容（ポイント）

##### ■すべての子どもへの良質な成育環境を保障し、社会全体で子ども・子育てを支援

- すべての子ども・子育て家庭への支援（子ども手当、地域子育て支援など）
- 幼保一体化（こども園（仮称）の創設）

- ・ 質の高い幼児教育・保育の一体的提供
- ・ 保育の量的拡大
- ・ 家庭での養育支援の充実

##### ■新たな一元的システムの構築

###### ○基礎自治体（市町村）が実施主体

- ・ 市町村は地域のニーズに基づき計画を策定、給付・サービスを実施
- ・ 国・都道府県は実施主体の市町村を重層的に支える

###### ○子ども・子育て会議（仮称）の設置

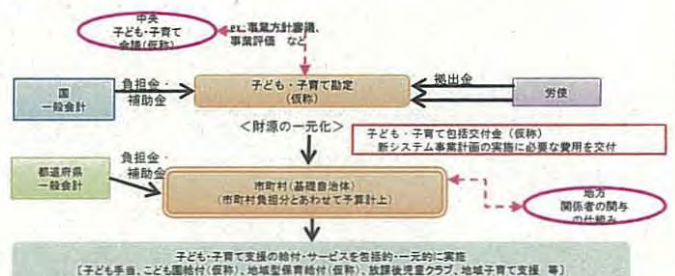
- ・ 有識者、地方公共団体、労使代表、子育て当事者、関係団体、NPO等の子育て支援当事者等が、子育て支援の政策プロセス等に参画・関与することができる仕組みを検討

###### ○社会全体（国・地方・事業主・個人）による費用負担

- ・ 国及び地方の恒久財源の確保を前提

###### ○政府の推進体制・財源を一元化

- ・ 制度ごとにバラバラな政府の推進体制、財源を一元化





# 給付設計の全体像

## ■ 子ども手当(現金)

### ■ 地域子育て支援事業(仮称)

(※)都道府県が実施する社会的養護等の事業と連携して実施

- ・ 地域子育て支援拠点事業、一時預かり、乳児家庭全戸訪問事業、児童館等

- ・ 市町村の独自給付

### ■ 妊婦健診

## ■ 出産・育児に係る休業に伴う給付(仮称)

### ■ こども園給付(仮称)

こども園(仮称)

- ： 総合施設(仮称)、幼稚園、保育所、それ以外の客観的な基準を満たした施設をこども園(仮称)として指定

### ■ 地域型保育給付(仮称)

- ・ 小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育

### ■ 延長保育事業、病児・病後児保育事業

### ■ 放課後児童クラブ

## こども園給付(仮称)及び地域型保育給付(仮称)の仕組み

### 利用者の選択に基づく給付の保障

- サービスの確実な保障＝市町村による認定
- 市町村関与の下、利用者と事業者の間の公的契約(仮称)
- 市町村が適切なサービスの確実な利用を支援
- 利用者補助方式と公定価格を基本とした現物給付
  - …サービスの多様化の観点から踏まえた柔軟な制度設計と多様なサービスの特性への配慮

### 多様な事業者の参入によるサービス基盤の整備

- 指定事業者の仕組みの導入(多様なサービス類型ごとの基準)
- イコールフットイング
  - ・ 施設整備費の在り方の見直し等
- 撤退規制、情報開示等のルール化
- 質の向上の検討

## 【参考：給付と事業の区分】

### 子ども・子育て支援給付(仮称)

(個人に対する給付として実施するもの)

#### ■ 子ども手当

#### ■ こども園給付(仮称)

こども園(仮称)

- ： 総合施設(仮称)、幼稚園、保育所、それ以外の客観的な基準を満たした施設をこども園(仮称)として指定

#### ■ 地域型保育給付(仮称)

- ・ 小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育

#### ■ 出産・育児に係る休業に伴う給付(仮称)

### 子ども・子育て支援事業(仮称)

(市町村の事業として実施するもの)

#### ■ 地域子育て支援事業(仮称)

(※)都道府県が実施する社会的養護等の事業と連携して実施。

- ・ 地域子育て支援拠点事業、一時預かり、乳児家庭全戸訪問事業、児童館等

- ・ 市町村の独自給付

#### ■ 延長保育事業、病児・病後児保育事業など

#### ■ 放課後児童クラブ

#### ■ 妊婦健診

## 新システムの実施に向けた考え方

- 潜在ニーズを含む保育等の量的拡充は、最優先で実施すべき喫緊の課題。
- これと併せて、職員配置の充実など必要な事項について、子ども・子育て新システムの制度の実施のため、財源を確保しながら、実施。

### 【主な内容】

- 保育、放課後児童クラブ、地域子育て支援、社会的養護等の量的拡充 ※子ども・子育てビジョンベース
- 0～2歳児保育の体制強化による待機児童の解消
  - ・ 現在の幼稚園の0～2歳児保育への参入の促進
  - ・ 小規模保育など新たなサービス類型を創設
  - ・ 長時間の保育ニーズへの対応・延長保育の充実 等
- 質の高い学校教育・保育の実現(幼保一体化の推進)
  - ・ 3歳児を中心とした配置基準の改善
  - ・ 病児・病後児保育、休日保育の充実
  - ・ 地域支援や療育支援の充実
  - ・ 給付の一体化に伴う所要の措置 等
- 総合的な子育て支援の充実
  - ・ 子育て支援コーディネーターによる利用支援の充実 等
- 放課後児童クラブの充実
- 社会的養護の充実

(追加所要額)  
1兆円超  
(2015年)

- ※1 上記のほか、更なる質の向上のため、職員の処遇の更なる改善、長時間の保育ニーズへの更なる対応等に取り組む。
- ※2 財源は、税制抜本改革以外の財源も含めて検討。
- ※3 新システムの施策については、給付等に応じて公費・事業主拠出により負担。具体的には検討中。
- ※4 上記の追加所要額には、施設整備費は含まない。
- ※5 指定制の導入による保育等への多様な事業主体の参入を促進。(質を確保するための基準とあわせて質の改善を図る。)

(注) ここで言う「学校教育」とは、学校教育法に位置付けられる小学校就学前の子どもの対象とする教育(幼児期の学校教育)を言い、「保育」とは児童福祉法に位置付けられる乳幼児を対象とした保育を言う。

## 幼保一体化の具体的な仕組みについて

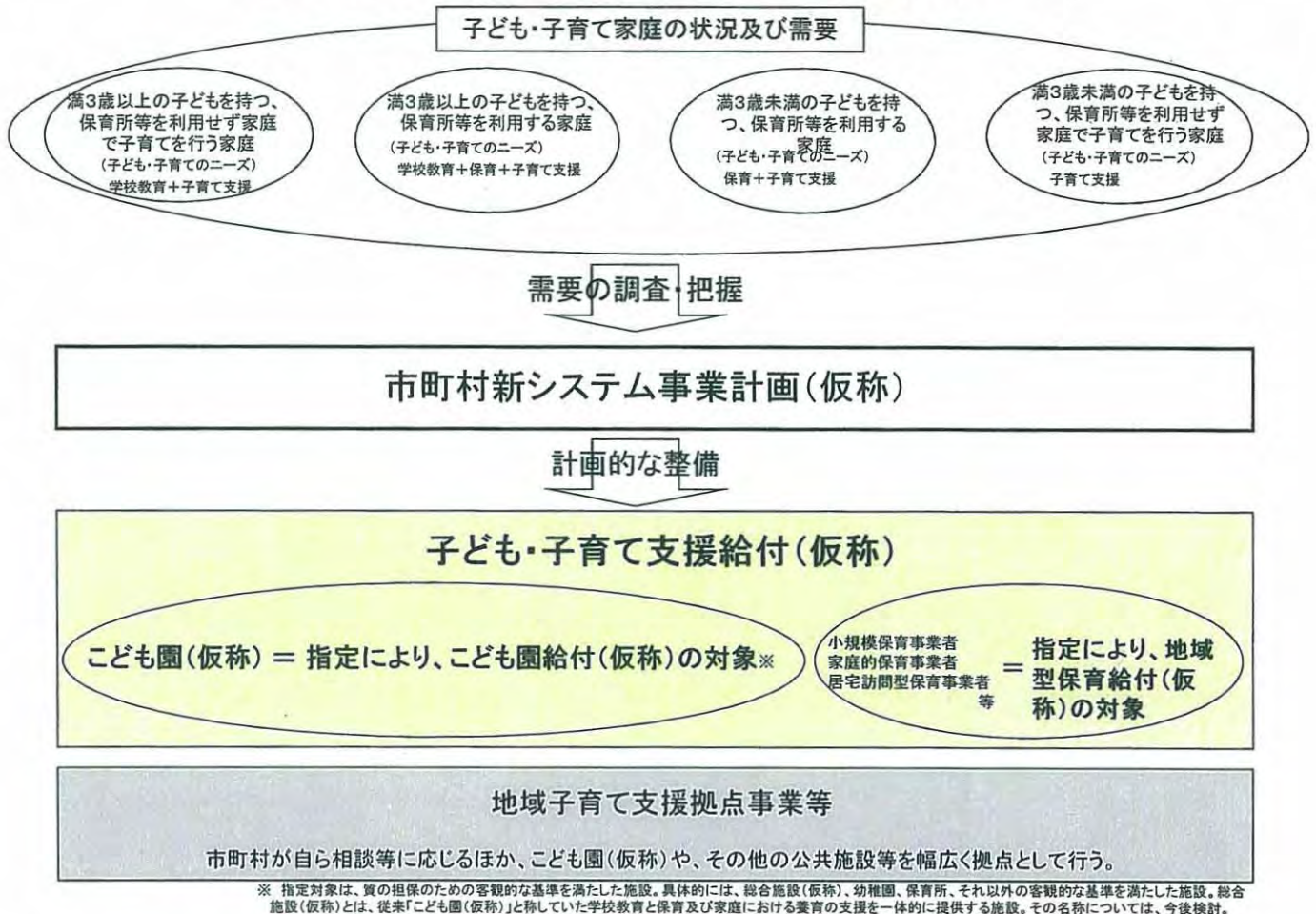
### <具体的仕組み>

- **給付システムの一体化**  
～子ども・子育て新システムの創設～
  - ・ **地域における学校教育・保育の計画的整備**  
～市町村新システム事業計画の策定～  
市町村は、地域における学校教育・保育の需要をはじめ、子ども・子育てに係る需要の見込み及び見込量の確保のための方策等を内容とする**市町村新システム事業計画(仮称)**を策定する。
  - ・ **多様な保育事業の量的拡大**  
～指定制度の導入～  
客観的基準を満たした施設及び多様な保育事業への財政措置を行うことにより、**多様な事業者の保育事業への参入を促進し、量的拡大を図る。**
  - ・ **給付の一体化及び強化**  
～こども園給付(仮称)の創設等～  
学校教育・保育に係る給付を一体化した**こども園給付(仮称)**を創設することにより、幼児教育・保育に関する財政措置に関する**二重行政の解消及び公平性の確保を図る。**
- **施設の一体化**  
～総合施設(仮称)の創設～  
学校教育・保育及び家庭における養育支援を一体的に提供する**総合施設(仮称)**を創設する。

### <効果>

- 質の高い学校教育・保育の一体的提供**
  - ・ 地域における学校教育・保育の計画的整備及び総合施設(仮称)等により、質の確保された学校教育・保育が一体的に提供。
  - ・ 配置基準の見直し等により、学校教育・保育の質がさらに向上。
- 保育の量的拡大**
  - ・ 幼稚園から総合施設(仮称)への移行により、保育が量的に拡大。
  - ・ 客観的基準を満たした施設及び保育ママ等の多様な保育事業への財政措置(指定制)により、保育が量的に拡大。待機児童解消にも貢献。
- 家庭における養育支援の充実**
  - ・ 幼稚園・保育所から総合施設(仮称)への移行及び地域子育て支援事業等の推進等により、家庭における養育の支援機能が強化。

# 地域における幼児教育・保育の計画的な整備(イメージ)



## 社会的養護の現状

保護者のない児童、被虐待児など家庭環境上養護を必要とする児童などに対し、公的な責任として、社会的に養護を行う。対象児童は、約4万7千人。このうち、児童養護施設は約3万人。

里親	家庭における養育を里親に委託			ファミリーホーム	養育者の住居において家庭的養護を行う(定員5~6名)	
	登録里親数	委託里親数	委託児童数		ホーム数	委託児童数
区分 (里親は重複登録有り)	7,180人	2,837人	3,836人	49か所	219人	
養育里親	5,823人	2,296人	3,028人			
専門里親	548人	133人	140人			
養子希望里親	1,451人	178人	159人			
親族里親	342人	341人	509人			

施設	乳児院	児童養護施設	情緒障害児短期治療施設	児童自立支援施設	母子生活支援施設	自立援助ホーム
対象児童	乳児(特に必要な場合は、幼児を含む)	保護者のない児童、虐待されている児童その他環境上養護を要する児童(特に必要な場合は、乳児を含む)	軽度の情緒障害を有する児童	不良行為をなし、又はなすおそれのある児童及び家庭環境その他の環境上の理由により生活指導等を要する児童	配偶者のない女子又はこれに準ずる事情にある女子及びその者の監護すべき児童	義務教育を終了した児童であって、児童養護施設等を退所した児童等
施設数	124か所	575か所	33か所	58か所	272か所	59か所
定員	3,794人	34,569人	1,539人	4,043人	5,430世帯	399人
現員	2,968人	30,594人	1,111人	1,545人	4,002世帯 児童5,897人	283人
職員総数	3,861人	14,892人	831人	1,894人	1,995人	256人

小規模グループケア	458カ所
地域小規模児童養護施設	190カ所

資料: 福祉行政報告例(平成22年3月末現在)

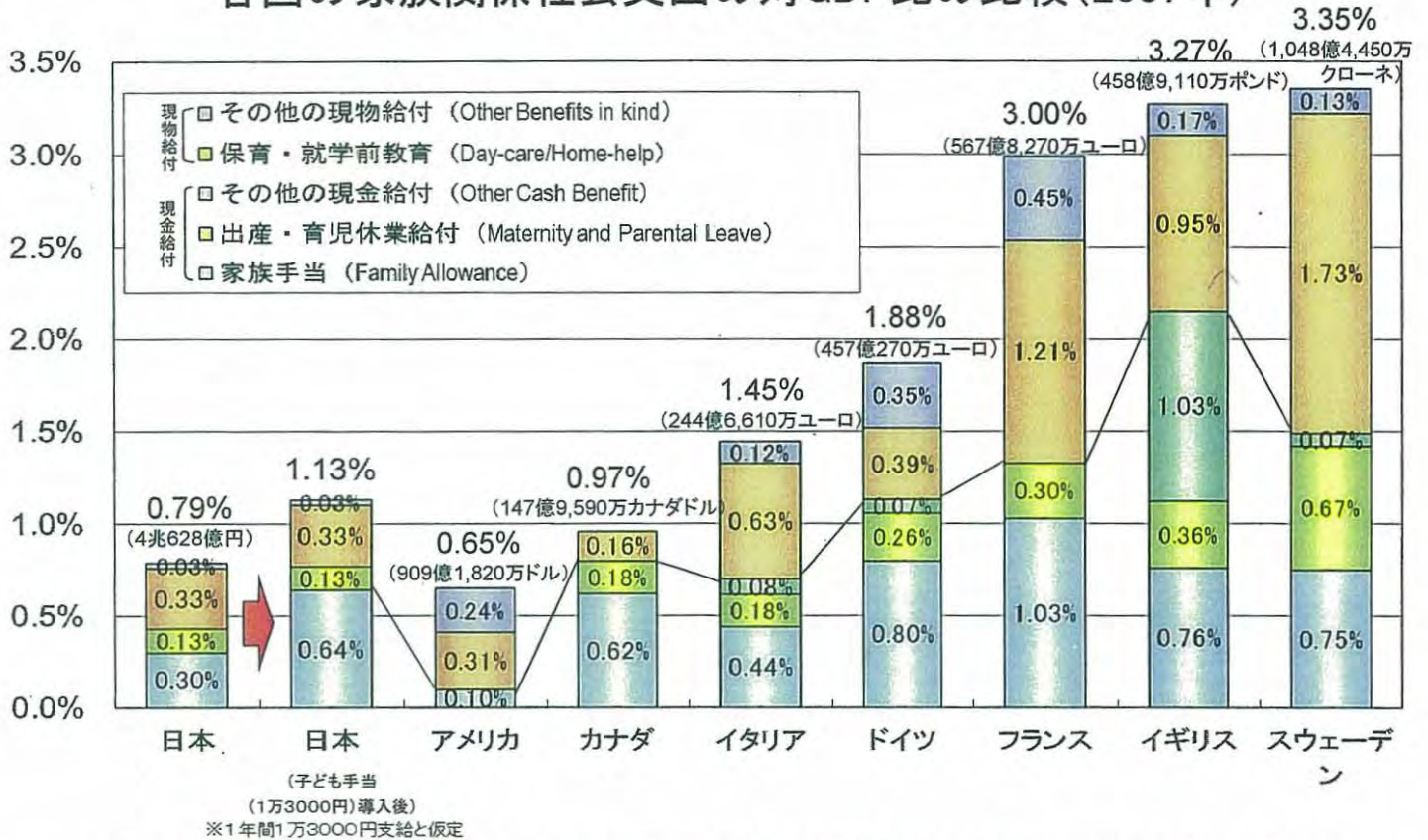
※職員数は、社会福祉施設等調査報告(平成20年10月1日現在)

※児童自立支援施設は、国立2施設を含む(家庭福祉課調)

※自立援助ホームは、家庭福祉課調(施設数は平成22年3月末現在、その他は同年3月1日現在)

※小規模グループケア、地域小規模児童養護施設は家庭福祉課調(平成22年3月末現在)

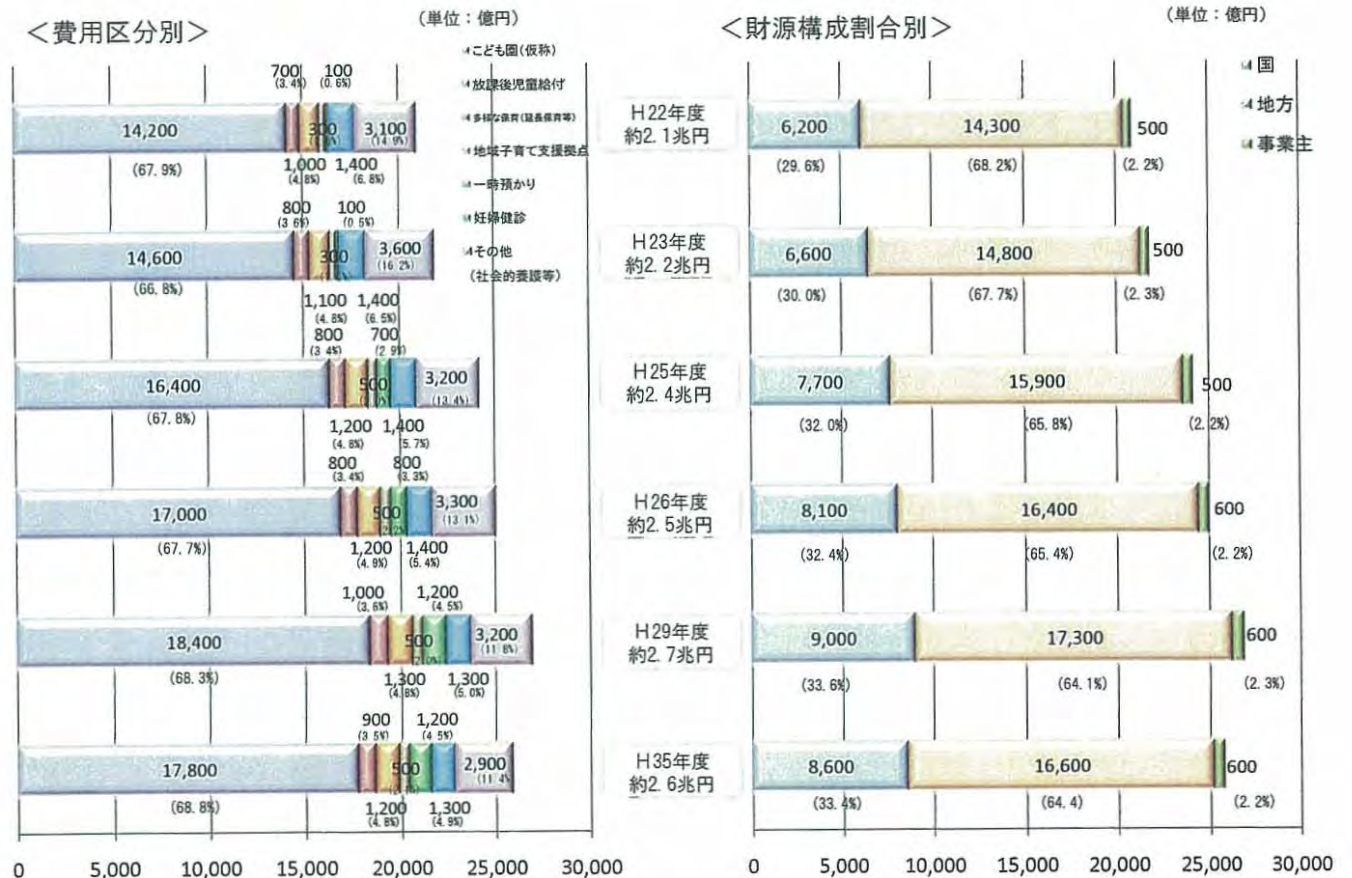
# 各国の家族関係社会支出の対GDP比の比較(2007年)



(注)「子ども手当(1万3000円)導入後」は、家族手当額について児童手当(2007年度9,846億円)を23年度当初予算における子ども手当給付額(2兆9,356億円)から上積み分(2,085億円)を減額したものを単純に置き換えて試算したもの  
 (資料)OECD: Social Expenditure Database (Version: November 2008) 2010.11.9取得データ 等

## ○ 現物給付の年次推移

※ H23年度において、待機児童解消等のための費用を「その他」に計上。(+約400億円) (費用区分別)  
 ※ 上記の追加費用は国・地方にて計上している。(財源構成割合)



# 「子ども・子育てビジョン」

**基本理念の転換**  
(子どもと子育てを応援する社会)

**バランスのとれた  
総合的な子育て支援**

**待機児童の解消等に  
向けた明確な数値目標  
(5年後の姿)**

**「企業の取組」を促進**

**「地域の子育て力」を重視**

**「男性の育児参加」を重視**

家族や親が子育てを担う  
《個人に過重な負担》

社会全体で子育てを支える  
《個人の希望の実現》

- 子どもが主人公(チルドレン・ファースト)
- 「少子化対策」から「子ども・子育て支援」へ
- 生活と仕事と子育ての調和(M字カーブを台形型へ)

《子育て家庭等への支援》

- ・子ども手当の創設
- ・高校の実質無償化
- ・児童扶養手当を父子家庭にも支給
- ・生活保護の母子加算

《保育サービス等の基盤整備》

- 待機児童の解消に向けた保育や放課後対策の充実
- 幼保一体化を含む新たな次世代育成支援のための包括的・一体的な制度の構築に向けた検討

○潜在的な保育ニーズに対応した保育サービスの拡充

＜保育サービスを受けている子どもの割合＞

〔現状〕 3歳未満児の **4人に1人**(24%)

3歳未満児：75万人  
全体：215万人

※年5万人の増

〔H26〕 3歳未満児の **3人に1人**(35%)

3歳未満児：102万人  
全体：241万人

○放課後児童クラブの充実(主に小学校1~3年)

〔現状〕 **5人に1人**(81万人)

〔H26〕 **3人に1人**(111万人)

○次世代認定マーク(くるみん)の取得促進(652企業⇒2,000企業)

○入札手続き等における対応の検討(企業努力の反映などインセンティブ付与)

○すべての中学校区に地域子育て支援拠点を整備(7,100か所⇒10,000か所)

○商店街の空き店舗や学校の余裕教室・幼稚園の活用

○男性の育児休業取得を促進

〔現状〕 男性育児休業取得率 **1.23%**

〔H29〕

**10%** \*参考指標

○男性の育児参加を促進

〔現状〕 6歳未満の子どもをもつ男性の育児・家事時間 **1日60分**

〔H29〕

**1日2時間30分** \*参考指標

## 主な数値目標等

	〔現状〕	〔H26目標値〕
安心できる妊娠と出産		
ONICU(新生児集中治療管理室)病床数(出生1万人当たり)	21.2床	⇒ 25~30床
○不妊専門相談センター	55都道府県市	⇒ 全都道府県・指定都市・中核市

	〔現状〕	〔H26目標値〕
地域の子育て力の向上		
○地域子育て支援拠点事業	7100か所	⇒ 10000か所(市町村単独分含む)
○ファミリー・サポート・センター事業	570市町村	⇒ 950市町村
○一時預かり事業(延べ日数)	348万日	⇒ 3952万日
○商店街の空き店舗の活用による子育て支援	49か所	⇒ 100か所

	〔現状〕	〔H26目標値〕
潜在的な保育ニーズにも対応した保育所待機児童の解消		
○平日昼間の保育サービス(認可保育所等)(3歳未満児の保育サービス利用率)	215万人(75万人(24%))	⇒ 241万人(102万人(35%))
○延長等の保育サービス	79万人	⇒ 96万人
○病児・病後児保育(延べ日数)	31万日	⇒ 200万日
○認定こども園	358か所	⇒ 2000か所以上(H24)
○放課後児童クラブ	81万人	⇒ 111万人

	〔現状〕	〔H26目標値〕
男性の育児参加の促進		
○週労働時間60時間以上の雇用者の割合	10%	⇒ 半減(H29) *参考指標
○男性の育児休業取得率	1.23%	⇒ 10%(H29) *参考指標
○6歳未満の子どもをもつ男性の育児・家事関連時間(1日当たり)	60分	⇒ 2時間30分(H29) *参考指標

	〔現状〕	〔H26目標値〕
社会的整備の充実		
○里親等委託率	10.4%	⇒ 16%
○児童養護施設等における小規模グループケア	446か所	⇒ 800か所

	〔現状〕	〔H26目標値〕
子育てしやすい働き方と企業の取組		
○第1子出産前後の女性の継続就業率	38%	⇒ 55%(H29) *参考指標
○次世代認定マーク(くるみん)取得企業数	652企業	⇒ 2000企業

# 子ども・子育て新システム検討会議体制図

少子化社会対策会議

※全閣僚で構成

行政刷新会議

## 「子ども・子育て新システム検討会議」

【共同議長】 玄葉 光一郎 国家戦略担当大臣  
 与謝野 馨 内閣府特命担当大臣（少子化対策）  
 蓮 舫 内閣府特命担当大臣（行政刷新）

【構成員】 片山 善博 総務大臣  
 野田 佳彦 財務大臣  
 高木 義明 文部科学大臣  
 細川 律夫 厚生労働大臣  
 海江田 万里 経済産業大臣  
 内閣官房副長官

## 「作業グループ」

【主 査】 末松 義規 内閣府副大臣（少子化対策）  
 【構成員】 逢坂 誠二 総務大臣政務官  
 吉田 泉 財務大臣政務官  
 林 久美子 文部科学大臣政務官  
 小宮山洋子 厚生労働副大臣  
 田嶋 要 経済産業大臣政務官  
 阿久津幸彦 内閣府大臣政務官（国家戦略担当）

## 「子ども・子育て新システム検討会議事務局」

【事務局長】 内閣府副大臣（少子化対策）  
 【事務局長代理】 関係府省の局長クラスから事務局長が指名  
 【事務局次長】 関係府省の審議官クラスから事務局長が指名  
 【事務局員】 関係府省の職員から事務局長が指名

基本制度ワーキングチーム

幼保一体化ワーキングチーム

こども指針（仮称）ワーキングチーム

## 基本制度・幼保一体化・こども指針（仮称）ワーキングチームの設置

（平成22年9月16日子ども・子育て新システム検討会議作業グループ決定）

子ども・子育て新システム検討会議作業グループ（副大臣、政務官級会合）の下に、以下の3つのワーキングチームを設置。

## 子ども・子育て新システム検討会議作業グループ

### 基本制度WT

- 子ども・子育て新システムの検討に当たって、子ども・子育て新システムの全体像や子ども・子育て会議（仮称）の運営の在り方等について、関係者と意見交換等を行う
- 「子ども・子育て会議（仮称）」への移行も視野に入れて開催
- 「幼保一体化ワーキングチーム」及び「こども指針（仮称）ワーキングチーム」における検討状況について、必要に応じて、報告を受ける

### 幼保一体化WT

- こども園（仮称）の機能の在り方など、幼保一体化の具体的な仕組みを専門的に検討する
- 本ワーキングチームにおける検討状況については、必要に応じて、「基本制度ワーキングチーム」に報告する

### こども指針（仮称）WT

- 専門的検討が必要であり、また期間を要する「こども指針（仮称）」について、先行して議論を開始する
- 本ワーキングチームにおける検討状況については、必要に応じて、「基本制度ワーキングチーム」に報告する

## Ⅱ 医療・介護等

～ 全世代に配慮した長期的に維持可能な医療・介護制度の再構築 ～

### 基本的考え方

【現状の課題】 我が国の医療・介護制度は、①医療・介護を担う**人材が不足・偏在**し、医療・介護の**提供体制の機能分化が不十分**であり、**連携も不足**している、②近年の状況変化（**雇用基盤の変化、高齢化、医療の高度化、格差の拡大**等）に起因する財政状況の悪化等、サービスの提供体制とそれを支える保険制度の両面に大きな課題を抱えている。

【施策の方向】 持続可能な制度を構築するため、運営の効率化を図りつつ、医療・介護のサービス提供体制と保険制度の両面の機能強化を行う必要がある。

### 改革案の具体的内容（ポイント）

- 以下の施策について、24年度診療・介護報酬同時改定及び以後の改定に適切に盛り込むとともに、医療・介護サービス提供体制の基盤整備を図るための一括的な法整備を行う。
- **医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化（→3～6ページ）**
  - ・ 医師確保、介護職員等の人材確保と資質の向上
  - ・ 病院・病床の機能分化・機能強化、専門職種間の協働と役割分担の見直し
  - ・ 在宅医療体制の強化・地域包括ケアシステムの確立・ケアマネジメントの機能強化
  - ・ 精神保健医療の改革、認知症対策の強化、介護予防・重度化予防への重点化
- **それを支える医療・介護保険制度の保障の重点化・機能強化（→7～9ページ）**
  - ・ 働き方にかかわらない保障を提供
  - ・ 長期・高額な医療への対応のためのセーフティネット機能の強化
  - ・ 世代間の負担の公平化
  - ・ 所得格差を踏まえた基盤の強化・保険者機能の強化
- **医療・介護制度の運営の効率化（→10～11ページ）**
  - ・ 生活習慣病の予防、介護予防・重度化予防、ICTの利活用、後発医薬品の使用促進、保険者機能の発揮

# 医療・介護制度改革の全体像

○ 医療・介護制度改革として、運営の効率化を図りつつ、①質の高い効率的な医療・介護サービスの提供体制の構築、②それを支える医療・介護保険制度の機能強化・持続可能性の確保、の両面の改革を行う。

## 医療・介護サービス提供体制の効率化・重点化と機能強化

### 医療提供体制

- 医師確保・医師の偏在是正
- 病院・病床の機能分化・機能強化
- 在宅医療の強化
- チーム医療の推進
- 精神保健医療の改革

地域包括ケアシステム  
ケアマネジメント  
の機能強化

医療と介護の連携

認知症対策の強化

### 介護サービス提供体制

- 24時間安心の在宅サービス
- 介護・重度化予防への重点化
- 介護人材の確保と資質の向上

平成24年  
診療・介護  
報酬の  
同時改定  
及び以後  
の各改定

## あるべき医療・介護サービスを支えるための保障の重点化・機能強化

### 医療保険制度

- 被用者保険の適用拡大  
(ゆらぎの是正・包摂型システムへの変革)
- 公平で納得のいく高齢者医療費の  
支え合いの仕組みの構築  
(全世代を通じた公平な仕組み)
- 高額療養費の見直し  
(長期・高度医療への対応と重点化)
- 医療保険の財政基盤の強化等  
(皆保険制度の堅持、セーフティネット機能の強化)

### 介護保険制度

- 保険料負担の公平化  
(応能負担と低所得者への配慮)
- 保険給付の重点化  
(軽度者に対する機能訓練の重点実施・重度化予防)
- 市町村の役割の重視  
(ニーズ調査に基づく事業計画の策定)
- 被保険者の範囲の拡大の検討

医療・介護  
サービス  
提供体制  
の基盤整  
備のため  
の一括的  
な法整備

医療保険  
介護保険  
各法の  
改正など

## 医療・介護制度の運営の効率化

国民負担増に配慮し、持続可能な制度とするために、更なる効率化を推進

- 生活習慣病の予防
- 介護予防・重度化予防
- 効果や安全性を踏まえた効率化に  
資するICTの利活用
- 後発医薬品の更なる使用促進
- 適正受診の啓発・勧奨、計画的なサービス提供  
体制等への保険者機能の発揮
- 療養費の見直し

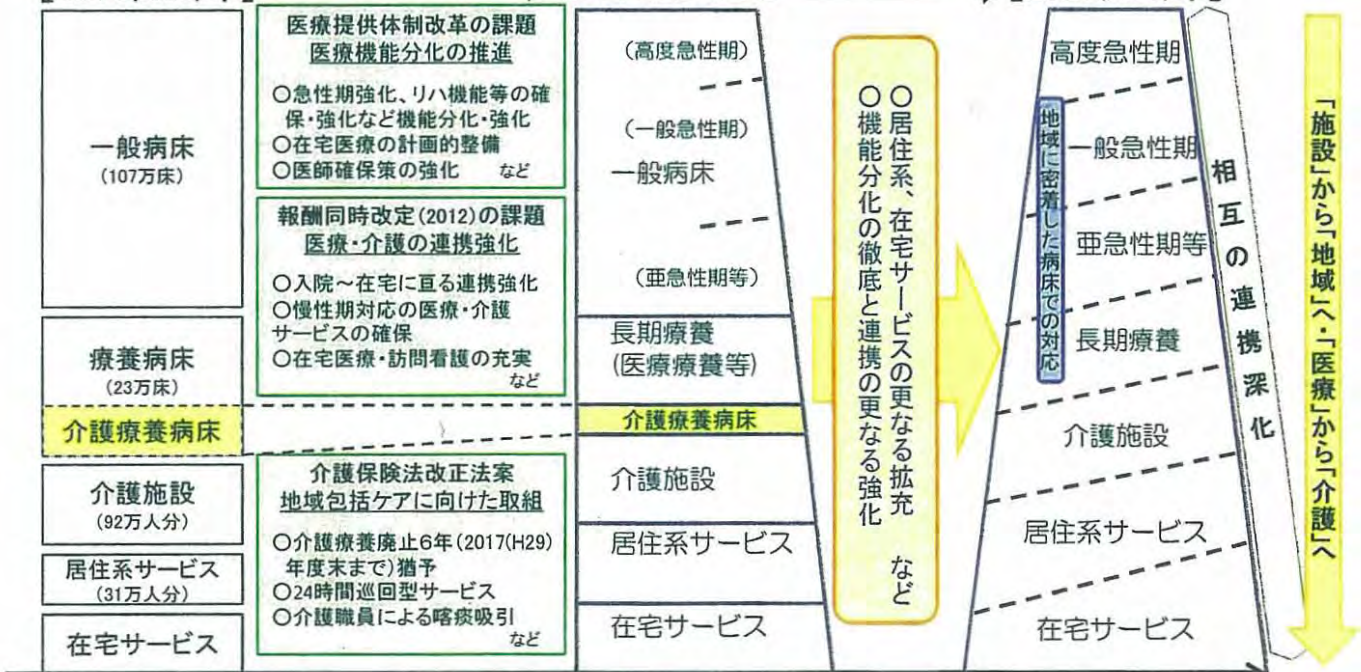
※ 恒久的な財  
源の裏づけの下、  
順次実施。

# 将来像に向けての医療・介護機能強化の方向性イメージ

○ 病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の実情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。

○ 医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する。

【2011(H23)年】 → 【2015(H27)年】 → 【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資



(参考)改革シナリオにおける主な機能強化、効率化・重点化要素(2025年)

		2025年
機能強化	急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等)	・高度急性期の職員等 2倍程度増 (単価 約1.9倍)(現行一般病床平均対比でみた場合) ・一般急性期の職員等 6割程度増 (単価 約1.5倍)( " ) ・亜急性期・回復期リハ等の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)
	長期療養・精神医療の改革 (医療資源の集中投入等)	・長期療養の職員 コメディカルを中心に1割程度の増(単価5%程度増) ・精神病床の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ、認知症への対応)	・在宅医療利用者数の増 1.4倍程度 ・居住系・在宅介護利用者 約25万人/日程度増加(現状投影シナリオに対する増)・グループホーム 約10万人/日、小規模多機能 約32万人/日分程度増加(現状投影シナリオに対する増) ・定期巡回、随時対応 約15万人/日分程度整備
	医療・介護従事者数の増加	・全体で2011年の1.5~1.6倍程度まで増
	その他各サービスにおける充実、サービス間の連携強化など	・介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大等各種サービスの充実 ・介護職員の処遇改善(単価の上昇) ・地域連携推進のためMSW等の増(上記医療機関の職員増に加えて1~2中学校区に1名程度増)など
効率化・重点化	急性期医療の改革 (平均在院日数の短縮等) ※ 早期の退院・在宅復帰に伴い患者のQOLも向上	・高度急性期 : 平均在院日数 15~16日程度 ・一般急性期 : 平均在院日数 9 日程度 ・亜急性期・回復期等 : 平均在院日数 60 日程度 (パターン1の場合)  ( 現行一般病床についてみると、平均在院日数19~20日程度[急性期15日程度(高度急性19~20日程度、一般急性13~14日程度)、亜急性期等75日程度]とみられる。 )
	長期療養・精神医療の改革 (平均在院日数の短縮等)	・長期療養 在院日数1割程度減少 ・精神病床 在院日数1割程度減少、入院2割程度減少
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	・入院・介護施設入所者 約60万人/日程度減少(現状投影シナリオに対する減)
	予防(生活習慣病・介護)・地域連携・ICTの活用等	・生活習慣病予防や介護予防・地域連携・ICTの活用等により、医療については外来患者数5%程度減少(入院ニーズの減少に伴い増加する分を除く)、介護については要介護者等3%程度減少
	医薬品・医療機器に関する効率化等	・伸び率として、△0.1%程度 (医療の伸び率ケース①の場合) ( 現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。 )
	医師・看護師等の役割分担の見直し	・病院医師の業務量△2割程度(高度急性期、一般急性期)

医療・介護サービスの需要と供給(必要ベッド数)の見込み

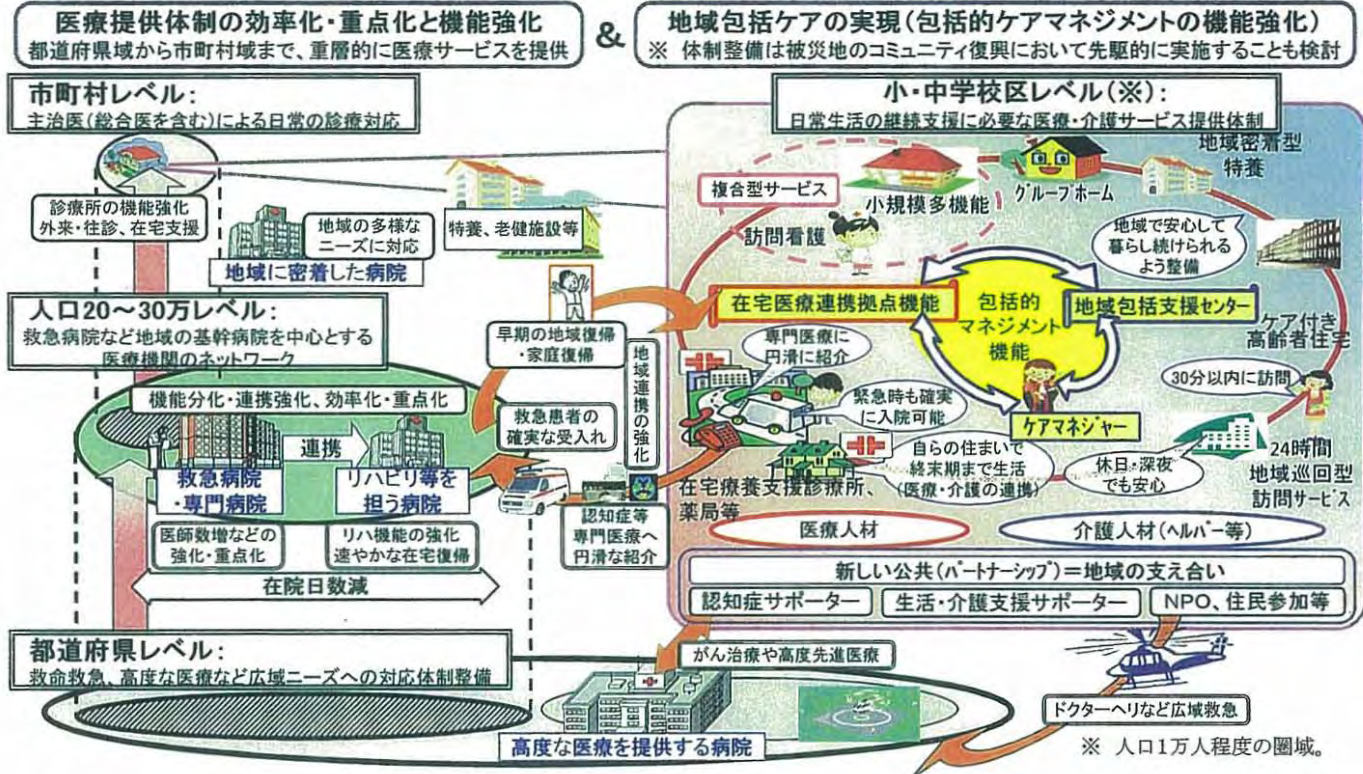
パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		【地域一般病床】 24万床 77%程度 19~20日程度 29万人/月
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設	
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19~20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19~20日程度	【高度急性期】 22万床 30万人/月 70%程度 15~16日程度	【高度急性期】 18万床 25万人/月 70%程度 15~16日程度	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19~20日程度 一般急性 13~14日程度 亜急性リハ等 75日程度 亜急性リハ等57~58日程度 長期--> 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 109万人/月 70%程度 9日程度	【一般急性期】 35万床 82万人/月 70%程度 9日程度	
亜急性期・回復期リハ等		152万人/月	【亜急性期等】 35万床 16万人/月 90%程度 60日程度	【亜急性期等】 26万床 12万人/月 90%程度 60日程度	
長期療養(慢性期)	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
(入院小計)	166万床、80%程度 30~31日程度	202万床、80%程度 30~31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設 特養 老健(老健+介護療養)	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分		

(注1) 医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。  
(注2) 「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入院退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。  
ここでは、地域一般病床は、概ね人口1万人未満の自治体に暮らす者(今後70~300万人程度で推移)100人当たり1床程度の整備量を仮定。

# 医療・介護の提供体制の将来像の例

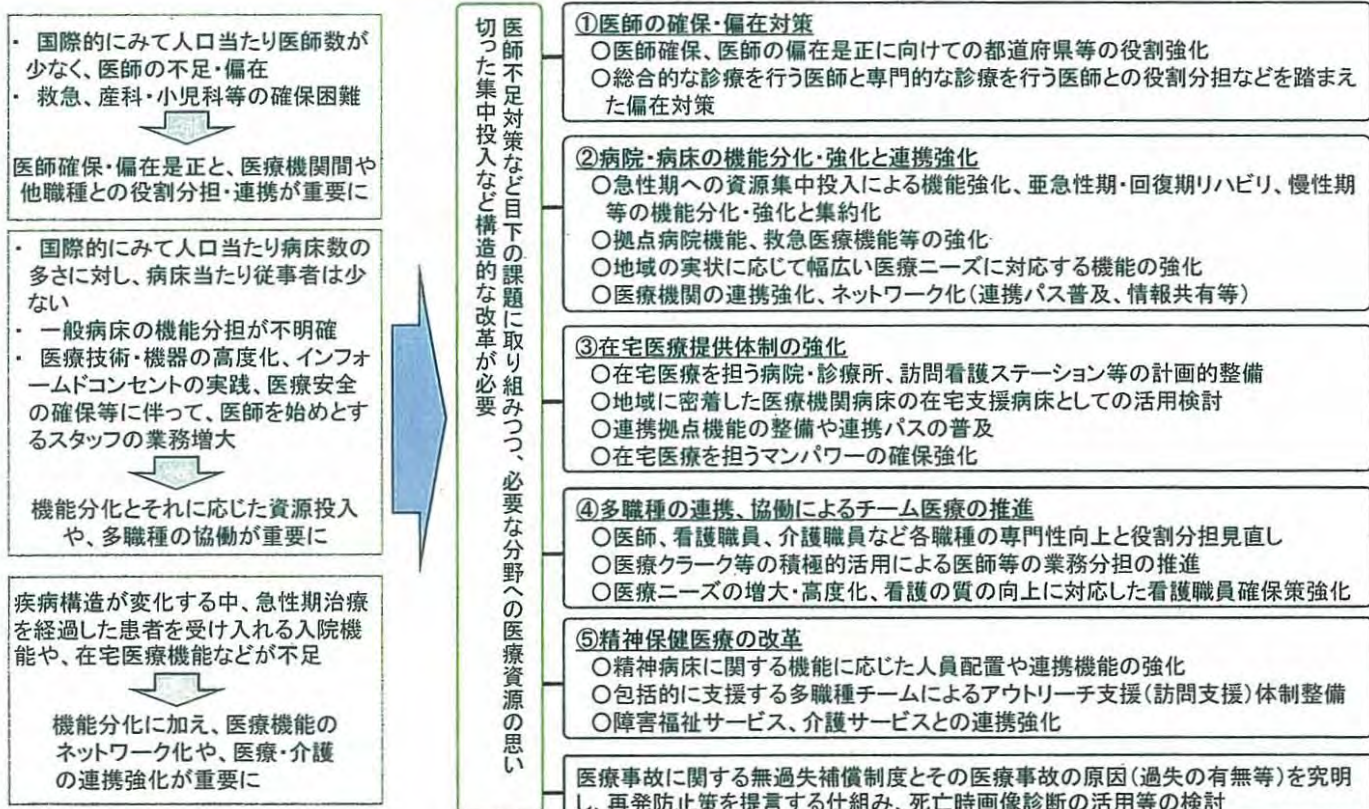
～機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築～

- 日常生活圏内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の確立を図る。
- 小・中学校区レベル(人口1万人程度の圏域)において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20～30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備。



## 良質な医療を効率的に提供するための医療提供体制の機能強化

- 国民が安心して良質な医療を受けることができるよう、①医師確保・偏在対策、②病院・病床の機能分化・強化、③在宅医療体制の強化、④チーム医療の推進、⑤精神保健医療の改革など、医療提供体制の機能強化を図る。



## 医療・介護サービスの提供体制の機能強化、効率化・重点化

○ 医療・介護サービスの提供体制について、人員資源等の集中的な投入及び機能分化を前提に強化を図る一方で、平均在院日数の縮減や予防事業の実施などにより、運営の効率化・重点化を図る。

### 【医療分野】

#### ○機能強化

- ・ 医師の不足・偏在への対応
- ・ 急性期医療への医療資源の集中投入を始めとする医療機能強化
- ・ 在宅医療提供体制の強化による在宅医療の需要増・入院の減少

#### ○効率化・重点化

- ・ 医療資源の重点的投入及び機能分化による平均在院日数の減少等
- ・ 生活習慣病の予防による健康の保持・増進
- ・ 地域の医療連携の推進による患者の状態に適した医療の提供
- ・ ICTの利活用等(審査支払事務の効率化、レセプトデータベースの活用など)

### 【介護分野】

#### ○機能強化

- ・ 介護職員の処遇改善・資質の向上
- ・ 利用者それぞれのニーズに合わせた施設介護における個別ケアの普及
- ・ 居宅系・在宅サービスの充実・強化
- ・ 認知症等の対応のためのグループホームや小規模多機能型居宅介護の整備
- ・ 地域での日常生活を可能とするための居宅サービスの充実(24時間安心の在宅サービスなど)
- ・ 医療ニーズの低い利用者の入院からの移行にともなう介護の総需要の増

#### ○効率化・重点化

- ・ 介護予防、重度化予防等への保険給付の重点化

## 医療・介護制度の運営の効率化等の取組み

○ 医療・介護保険制度の健全性を維持し、持続可能で安定的な制度運営を確保する観点から、予防事業や、ICTの利活用、後発医薬品の更なる使用促進などのその他の取組みにより、制度運営の更なる効率化等を図る。

### 【予防事業】

国民の生活の質の向上等を図る観点から、生活習慣病の予防、介護予防・重度化予防に積極的に取り組む。

#### ○生活習慣病の予防

特定健診・保健指導の導入から今年度で4年目を迎えた実績を踏まえ、エビデンスに基づく新たな健診等の在り方を早急に関係者と検討し、保険者による、より効果的な保健事業の実施によって生活習慣病の予防に取り組む。

#### ○介護・重度化予防

リハビリや機能訓練等の介護予防・重度化予防の取組みにより、要介護者の数を減少させる等の取組みを推進する。

### 【その他の取組み】

#### ○ICT利活用の推進

レセプト電子化による審査支払事務の効率化、国の保有するレセプト情報等のデータベースの医療の地域連携への活用などを着実に進める。

#### ○後発医薬品の更なる使用促進等

現在、平成24年度までに後発医薬品のシェア(数量ベース)を30%とする目標を掲げているが、更なる使用促進を図る。また、先発医薬品を含む医薬品の価格設定等のあり方を費用対効果の観点から検討するなど、引き続き保険給付の適正化に取り組む。

#### ○保険者による適正受診の勧奨等の保険者機能の発揮

現在、一部の保険者で実践されているレセプトを用いた被保険者への適正受診の啓発・勧奨の取組みについて、保険者全体における実施を推進する等、制度運営の効率化に向けた保険者機能の発揮を強化。

#### ○療養費等の見直し

会計検査院から指摘を受けた柔道整復療養費等、従来から見直しの議論がなされていた療養費等の支給について、その効率化を図る。

#### ○国保組合の国庫補助の見直し

所得の高い国民健康保険組合に対する定率国庫補助の見直しを行う。

## 医療・介護分野におけるICTの利活用について

○「新たな情報通信技術戦略(平成22年5月)」やIT戦略本部における医療情報化に関するタスクフォースにおける検討等を踏まえ、医療・介護分野におけるICTの利活用を積極的に推進する。

### 1. 電子レセプトの利活用

- 医療機関や保険者において、自らが保有する電子レセプトデータ等の分析を行うことにより、医療の質の向上や効果的な保健事業の実施が可能となる。
- 有識者会議の審査に基づき、厚生労働省が保有するレセプト情報等を提供することにより、都道府県が作成する医療計画への活用や医療サービスの質の向上等を目指した研究が可能となる。
- レセプト電子化により、縦覧・突合点検が可能となるなど審査支払事務の効率化が図られる。

### 2. 医療・介護の連携等への活用

- ITを活用したネットワークを構築することにより、在宅医療と介護の関係者間で必要な情報の共有を図ることが可能となる。
- 電子カルテを用いることにより、医療機関間の情報共有の促進が可能となる。
- 病院-診療所間で検査データを共有することが可能となる。

### 3. 個人による電子化された医療・健康情報の活用

- 電子化された医療・健康情報を管理・活用することにより、自らの健康管理等を効率的に行うことが可能となる。(例) 電子版お薬手帳/カード、電子版糖尿病連携手帳

### 4. 番号制度の導入による利便性の向上

- 高額医療・高額介護合算制度について、医療・介護サービス提供者間の情報連携により立て替え払いが不要となる。
- 券面に「番号」を記載した1枚のICカードで年金手帳、医療保険証、介護保険証等を提示可。
- 医療・介護サービスの現場において、本人が自分の診療情報等を容易に入手・活用できる。

## 保険者におけるレセプトの活用(広島県呉市の事例)

平成22年12月2日  
医療保険部会資料

### ○後発医薬品の使用促進

- ・ 後発医薬品に切り替えることによって一定以上の医療費負担軽減効果がある者に、削減額等を通知するサービスを実施。平成20年7月から22年3月までの対象者の6割超が後発医薬品へ切り替え。

### ○生活習慣病二次予防(受診勧奨)

- ・ 健診情報から健診異常値の方を抽出し、レセプトと突合して医療機関未受診者に受診勧奨を行う。
- ・ レセプトから生活習慣病で医療機関に通院していた患者を抽出し、一定期間通院していない患者に受診勧奨を行う。

### ○生活習慣病三次予防(重症化予防)

- ・ レセプトから抽出した対象病名毎に指導対象者を選定し、個別に指導を行うことにより重症化を予防。

### ○重複受診・頻回受診対策

- ・ 複数の医療機関に同一の傷病名で受診している者や頻りに医療機関で受診している者を確認し、訪問指導を実施。

※平成21年度における訪問前後1ヶ月の比較

(重複受診) 件数:23件 診療費削減額:432,229円 最大89,220円/人 診療費減

(頻回受診) 受診日数減:80人 診療費削減1,906,642円 最大 受診日数30日/月 → 15日/月  
80,550円/人 診療費減

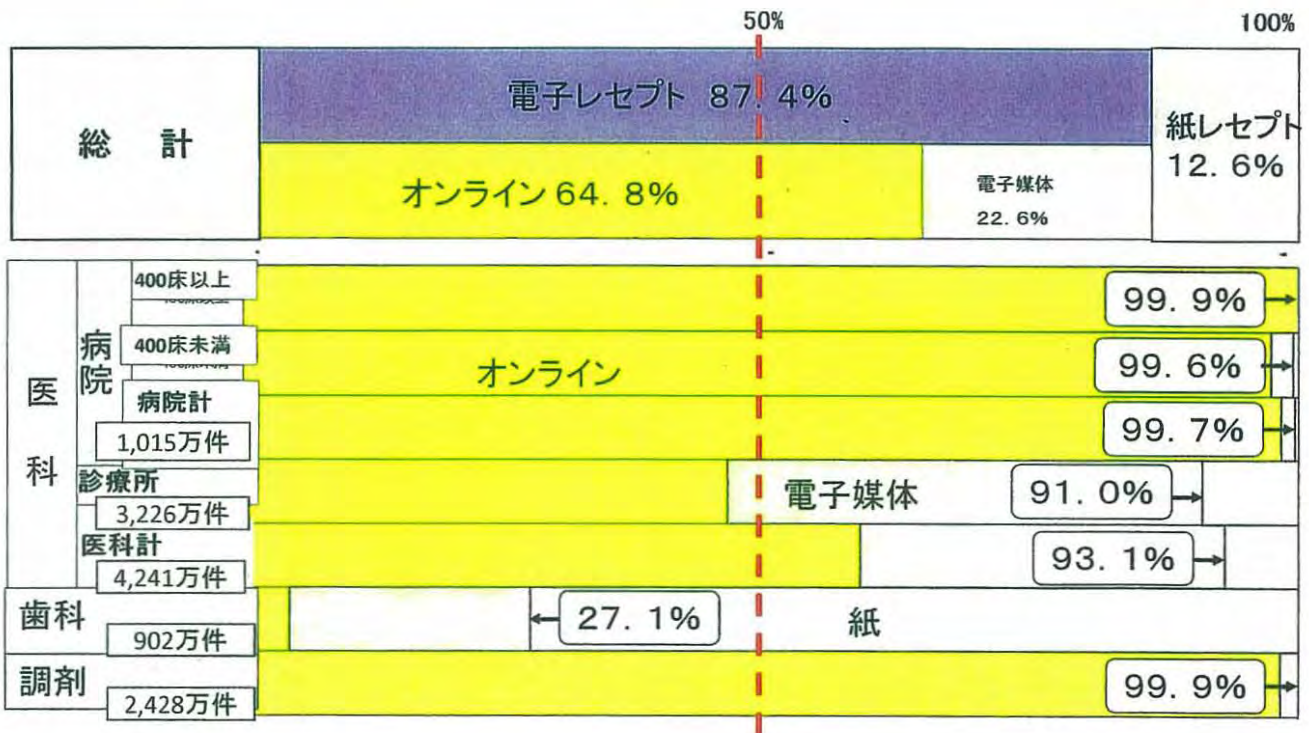
### ○調剤点検

- ・ 別々の医療機関で同一成分の薬剤を重複して服用している人、相互作用の発生の恐れがある人を抽出できる。

※ 2.7%が重複服薬、6.4%に相互作用。(併用禁忌0.3%、併用回避6.1%)

電子レセプト請求普及状況(件数ベース)【平成23年3月請求分】

普及率



社会保険診療報酬支払基金調べ

高齢者の尊厳の保持と自立支援を支える介護

- 介護については、以下のような各サービス提供の方向性を踏まえ、それを支える保険制度の持続可能性・安定性の確保及び介護人材の確保と資質の向上を図る。
- 高齢化による介護ニーズの増大に対しては、居住系・在宅サービスの充実強化により重点的に対応を図る。また、認知症の増加については、小規模多機能型居宅介護、グループホーム等の拡充により対応を図る。
- ケアマネジメントの質の向上により、より適切なサービスの提供を行う。



あるべき介護サービス体系を支えるための機能強化

制度の持続可能性、安定性の確保

- ・社会保険方式の堅持
- ・能力に応じた負担と低所得者への配慮
- ・保険給付の重点化
- ・市町村の役割の重視 (ニーズ調査に基づく事業計画策定と推進)
- ・被保険者の範囲拡大の検討

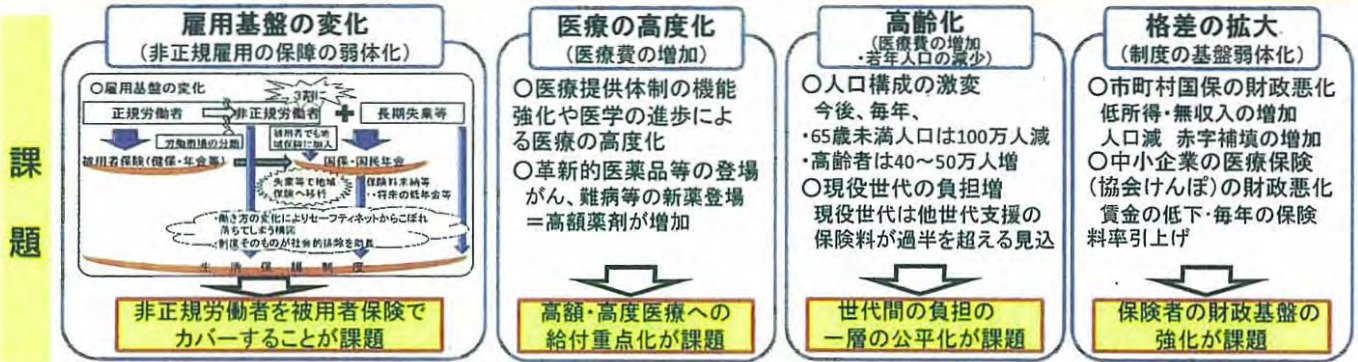
介護人材の確保と資質の向上

- ・サービスの質の評価
- ・介護の仕事への多様な人材の参入促進 (学卒者、潜在有資格者、離職者の対策、マッチング機能の強化)
- ・キャリアパスや研修体系の整備や研修受講支援を通じた資質向上と定着促進
- ・処遇・雇用管理の改善を通じた職場の魅力アップ
- ・ケアマネジャーのケアプラン作成能力の向上

# あるべき医療サービスを支えるための医療保険制度の機能強化

～ 社会的包摂を体现し、全世代に配慮した、長期的に維持可能な医療保険制度へ ～

- ①非正規雇用の増大による雇用基盤の変化、②医療の高度化による医療費の増加、③高齢化と若年人口の減少による人口構成の激変と現役世代の負担増、④格差の拡大による医療保険制度の財政基盤の弱体化、という近年の状況の変化に対応するための医療保険制度の機能強化が必要。



この現状を放置すれば、医療費の増大により現行制度の矛盾が拡大。皆保険制度の維持は困難に。50周年を迎えた国民皆保険制度を堅持するため、新たな財政措置も含めた制度改革は不可欠。

## 対応の方向性

- ①働き方にかかわらず同じ保障を提供
  - ➔ 非正規労働者についても健康保険に加入できるようにし、被用者保険の適用を拡大
- ②長期・高額な医療に対応するためのセーフティネット機能を強化
  - ➔ 増大する長期・高額な医療に対応するための高額療養費の見直しとそのための定額負担の導入など 保険給付の重点化
- ③世代間の負担の公平化
  - ➔ 高齢者医療について、高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み
- ④所得格差を踏まえた基盤の安定化・強化
  - ➔ 市町村国保の広域化、市町村国保・協会けんぽの財政基盤の安定化・強化

・財源論と合わせ、  
・国民的議論の下、  
・パッケージとして  
総合的な改革を目指す

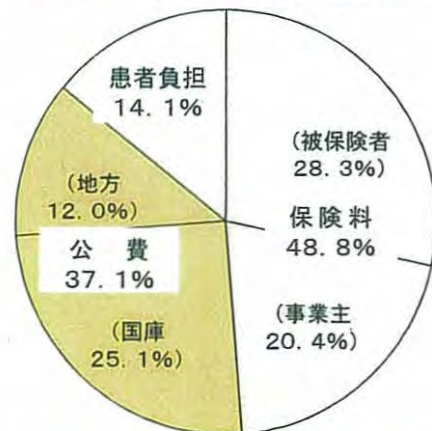
## 国民皆保険制度の意義

- 我が国は、国民皆保険制度を通じて世界最高レベルの平均寿命と保健医療水準を実現。
- 今後とも現行の社会保険方式による国民皆保険を堅持し、国民の安全・安心な暮らしを保障していくことが必要。

### 【日本の国民皆保険制度の特徴】

- ① 国民全員を公的医療保険で保障。  
(米国では、オバマ政権による医療制度改革後も、約1800万人が無保険となる見込み。)
- ② 医療機関を自由に選べる。(フリーアクセス)
- ③ 安い医療費で高度な医療。  
(米国では1人当たりの医療費が日本の2倍以上。我が国では、高齢者の場合、月1千万円の医療を受けた場合でも、窓口負担は4万円強。)
- ④ 社会保険方式を基本としつつ、皆保険を維持するため、公費を投入。

日本の国民医療費の負担構造(財源別)(平成20年度)



- ・ドイツ、フランス、韓国等の諸外国においても、社会保険方式を採用。
- ・税方式を採用している国においては、医療機関を自由に選べない、医師の診察を受けられるまでの待機期間が長いとの指摘がある。

例えば、イギリスでは一般医(登録家庭医)が一次医療を担っているが、診察を受けるまでに時間がかかることが問題となっており、48時間以内に一般医の診察を受けられることを可能とすることが目標として掲げられている。  
また、病院が紹介を受けてから患者が病院の専門医の治療を受けるまでの平均待機期間：8.6週間(2009年)

# 医療保険制度をとりまく現状・課題

○ ①非正規労働者への被用者保険の適用拡大、②長期・高額医療への対応のための高額療養費の見直しによるセーフティネット機能の強化、③高齢者医療について、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組みの構築、④保険者の財政基盤の安定化・強化による皆保険制度の維持、が課題であり、保険制度の機能強化が必要。

## ①非正規労働者の増加

就労者の3割以上が非正規雇用である。雇用形態の変化に対応した制度改正が求められる。

### 【非正規労働者の割合】

雇用者	5,111万人	100%
うち非正規	1,755万人	34.4%

※ 2010年 労働力調査(詳細集計)年平均

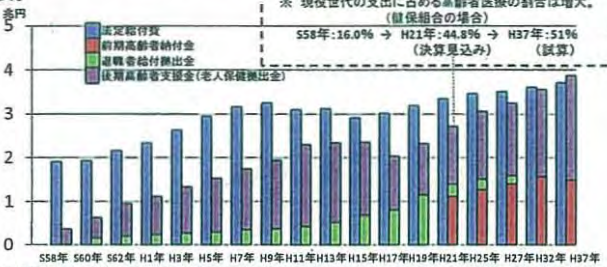
### 【非正規労働者の保険加入状況】

被用者保険の被扶養者	約330万人
国保加入者	約300万人

※ 公的年金等への加入状況等を調べた調査により積み上げた計数であり、労働力調査とは対象が異なる。

## ③高齢者医療の現状

高齢者医療について、現役世代の医療費負担が年々増加している状況にあり、高齢世代・現役世代にとって公平で納得のいく支え合いの仕組みが必要。



このため、次のような制度改正を検討する。○被用者保険の適用拡大、○高額療養費の見直しとそのため定額負担の導入など保険給付の重点化、○前期・後期高齢者を通じて高齢世代・現役世代にとって公平で納得のいく支え合いの仕組みの構築、○国保等の低所得者対策・財政基盤の安定化・強化、○地域の医療提供体制について、保険者がより積極的に関与する仕組みの構築、など。

## ②高額療養費の現状

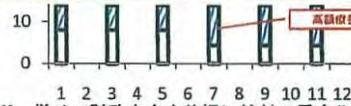
同じ医療費でも高額療養費が支給されるケースとされないケースがあり、セーフティネット機能の強化が必要。

### ○毎月医療費約23万円・自己負担額7万円の場合



高額療養費が支給されないため、年間1ヶ月の自己負担額は84万円。  
※ 自己負担限度額を80,100円として試算。

### ○隔月で医療費約47万円・自己負担額14万円の場合



高額療養費が支給されるため、年間1ヶ月の自己負担額は約7万円。  
※ 自己負担限度額を80,100円、多数該当44,400円として試算。

※ 併せて財政中立を前提に給付の重点化を図る。

## ④保険者の財政状況

各保険者の財政も厳しい状況が続いており、財政基盤の安定化・強化が必要。

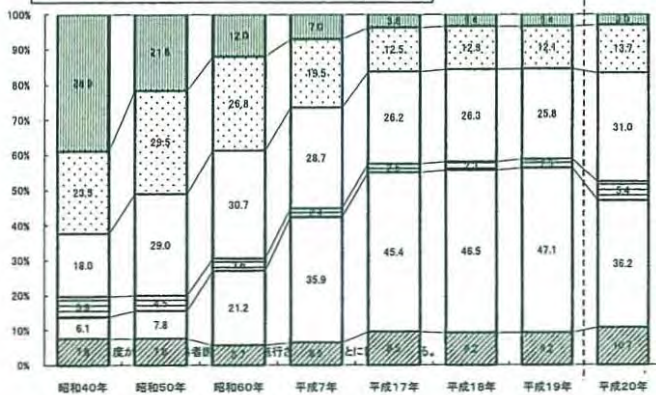
	平成19年度	20年度	21年度	22年度
国民健康保険	収入	127,797	124,589	126,993
	支出	129,087	124,496	125,927
	収支差	▲1,290	993	666
協会けんぽ	収入	71,052	71,357	69,735
	支出	72,442	73,647	74,628
	収支差	▲1,390	▲2,290	▲4,893
組合健保	収入	62,003	63,658	61,717
	支出	61,403	66,847	66,952
	収支差	600	▲3,189	▲5,235
後期高齢者医療	収入	98,517	113,219	112,502
	支出	95,510	112,502	112,502
	収支差	3,007	717	0

(注1) 決算補てんに用いられた東京都の財政調整交付金を含めた収支差は▲3,242億円  
(注2) 協会けんぽの保険料率6.2%(21年度)→9.34%(22年度)→9.5%(23年度)

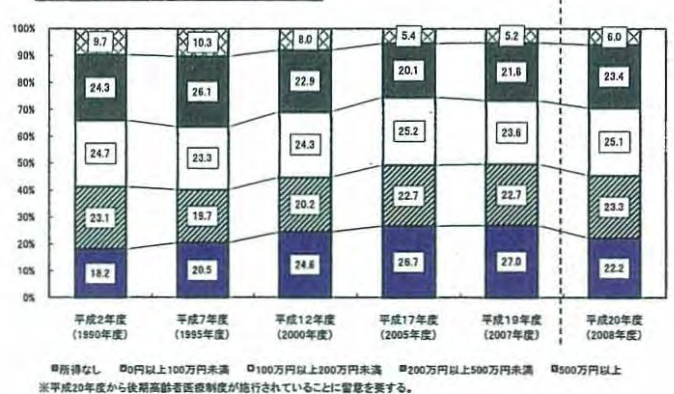
## 国民健康保険の現状①

○ 国民健康保険においては、無職者や低所得者が増加し、被保険者の年齢構成も高齢化している中で、長期療養者が多数加入しているため、医療費負担が被用者保険と比べて高くなっている。

### (1)無職者と被用者の増加



### (2)低所得者の増加



### (3)年齢構成



### (4)被用者保険に比べ高い医療費



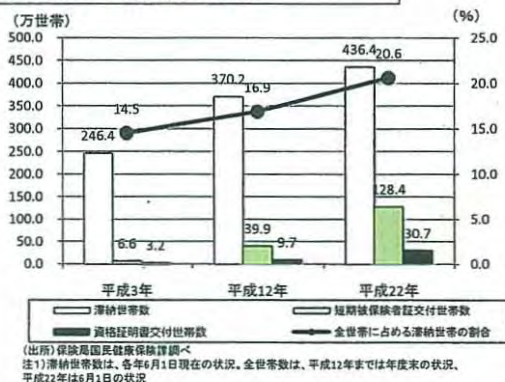
## 国民健康保険の現状②

○ 厳しい経済状況等を反映し、国保の保険料収納率は低下し、滞納世帯数は増加している。

### (5) 収納率の低下



### (6) 滞納世帯数は増加



### (注) 保険料(税)軽減の例

#### I. 法定軽減(7.5・2割軽減等) 3,820億円(平成23年度予算ベース)

(参考) 後期高齢者医療 法定軽減(均等割7.5・2割軽減)	1,908億円(平成23年度予算ベース)
法定軽減(被扶養者均等割5割軽減)	206億円( " )
その他(補正予算による上乗せ軽減)	746億円(平成22年度補正予算ベース)

#### II. 市町村の条例による減免 312億円(平成21年度実績)

#### III. 非自発的失業者に対する保険料(税)軽減

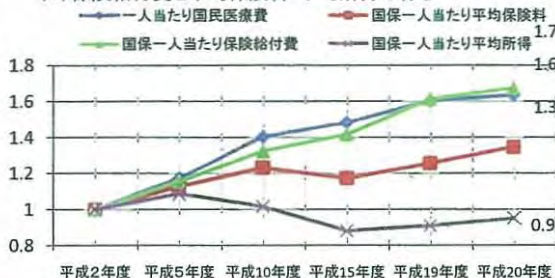
- ① 非自発的失業者に対する7.5・2割軽減等に対し、保険基盤安定制度により公費負担。  
(平成22年度予算の増 国+40億円、都道府県+170億円、市町村+70億円(地方分は地方財政措置))
- ② ①の補てんでは不足する平均保険料と軽減後の保険料との差額を特別調整交付金で補てん。 ※平成22年度見込み 70億円
- ③ ①②以外の非自発的失業者(雇用保険適用外の者など)については、引き続き、市町村の条例による減免で対応することとし、減免を行った市町村には、特別調整交付金を交付。 ※平成22年度見込み 8億円

## 国民健康保険の現状③

○ 保険料の負担率も近年上昇しており、特に所得の低い世帯や子どもの多い世帯で負担率が高い。また、自治体によって負担率にはばらつきがある。

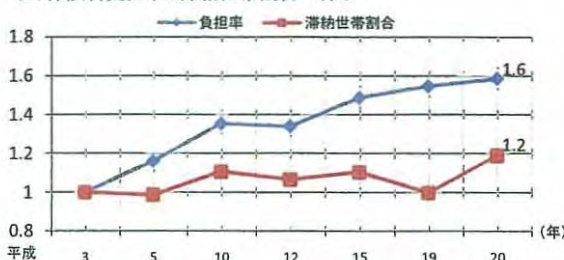
### 1. 保険給付費と平均保険料・平均所得の伸び、保険料負担率と滞納世帯割合の伸び

#### (1) 保険給付費と平均保険料・平均所得の伸び



※1 国民医療費は「国民医療費」(厚生労働省大臣官房統計情報部)、平均保険料および平均所得は「国民健康保険実態調査報告」(厚生労働省保険局)、保険給付費は「国民健康保険事業年報」(厚生労働省保険局)の数値を利用している。  
※2 平成20年度から後期高齢者医療制度が施行され、75歳以上の被保険者が移行していることに留意が必要。

#### (2) 保険料負担率と滞納世帯割合の伸び



※1 保険料負担率(一人当たり平均保険料/一人当たり平均所得)は「国民健康保険実態調査報告」の数値を利用している。  
※2 滞納世帯割合は厚生労働省保険局国民健康保険課調べ。  
※3 平成20年度から後期高齢者医療制度が施行され、75歳以上の被保険者が移行していることに留意が必要。

### 2. 国保保険料の負担率

#### (1) 世帯主の所得階級別負担率

所得階級	負担率
平均	10.6%
50~60万円未満	20.4%
60~70万円未満	18.7%
...	...
150~200万円未満	13.0%
200~250万円未満	11.9%
...	...
500~600万円未満	9.3%
600~700万円未満	8.5%
...	...
1000~1100万円未満	5.5%

#### (2) 世帯構成別負担率

	20歳以上被保険者数	20歳未満被保険者数	負担率 (%)
平均			10.6
1人	0人		11.3
	1人		14.0
	2人		14.5
	3人以上		17.0
2人	0人		10.7
	1人		10.7
	2人		10.4
	3人以上		11.2

#### (3) 政令市の負担率

◎ 夫婦2人、子2人の4人世帯。世帯の収入は夫の所得300万円のみ。

政令市	保険料額 (円/年)	負担率 (%)
A	456,490	15.2
B	397,000	13.2
C	428,700	14.3
D	453,700	15.1
E	430,860	14.4
F	467,900	15.6
G	301,460	10.0