

社会保障予算

(医療、介護等)

平成24年10月

財務省主計局

日本再生戦略(平成24年7月31日閣議決定)(抄)

I. 総論

5. 「日本再生戦略」と予算編成との関係

今後の予算編成過程においては、以下のような取組を通じ、「日本再生戦略」の着実な実行につながる予算編成を行う。

- ⑥ **社会保障分野を含め、聖域を設けずに歳出全般を見直す**こととする。その際、行政事業レビューの結果及び会計検査院の過去の指摘事項等については、来年度予算において確実に反映させる。

平成25年度予算の概算要求組替え基準について(平成24年8月17日閣議決定)(抄)

1. 平成25年度予算の概算要求に当たっての基本的考え方

(3)省庁の枠を超えた大胆な予算の組替えに資する編成の仕組みの導入

③義務的経費や社会保障関係費等の効率化

また、**特に財政に大きな負荷となっている社会保障分野についても、これを聖域視することなく、生活保護の見直しをはじめとして、最大限の効率化を図る。**

中期財政フレーム(平成25年度～平成27年度)(平成24年8月31日閣議決定)(抄)

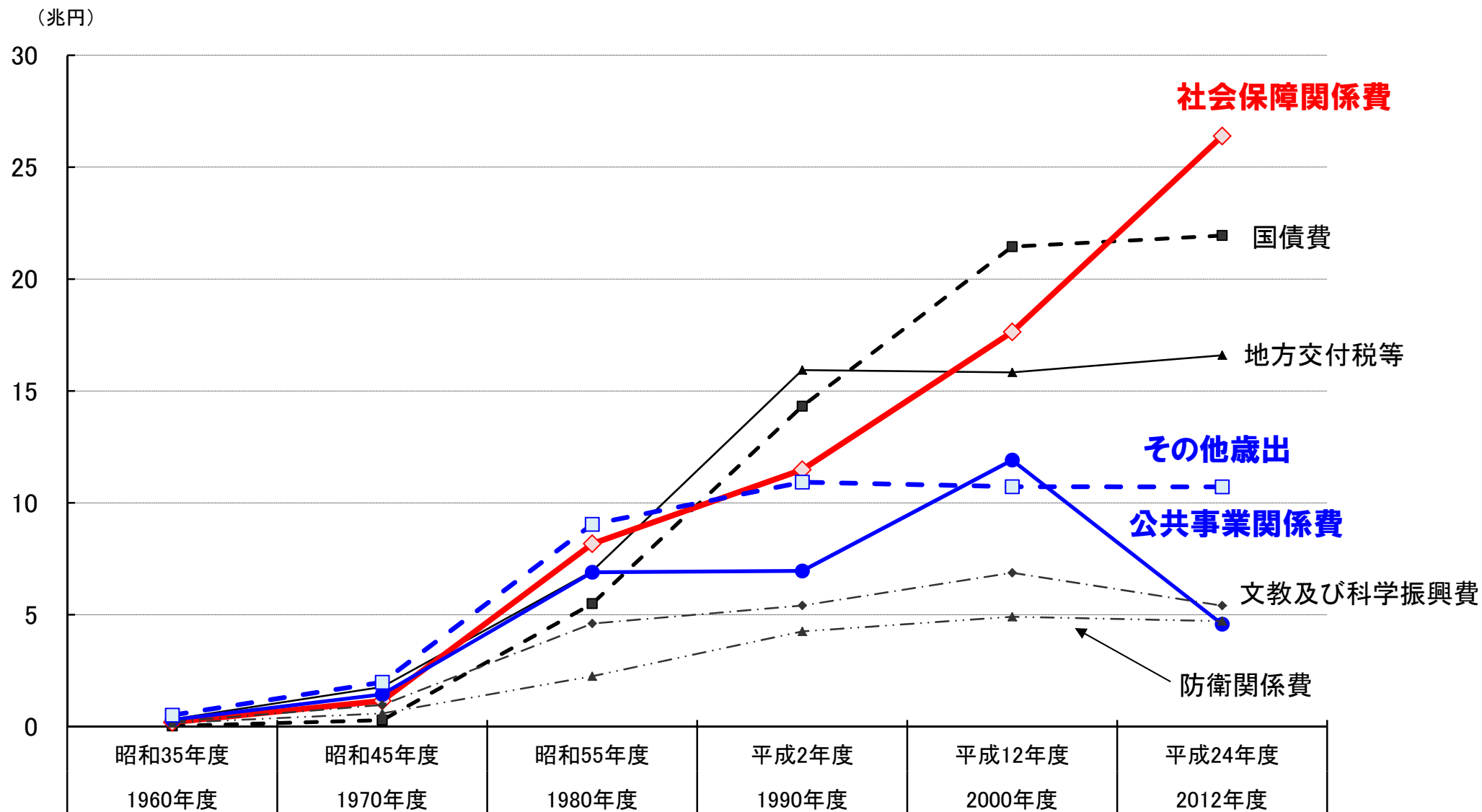
1. 中期財政フレーム改訂における基本的な考え方

持続可能な財政・社会保障制度の構築を図ることは、財政危機に陥った欧州諸国のように財政状況の悪化が経済や国民生活に悪影響を及ぼすことを回避するとともに、人々の不安を減らし、消費を促し、経済活動を拡大することを通じて新たな成長の基盤となる。

そのためには、社会保障・税一体改革を実現するとともに、「日本再生戦略」(平成24年7月31日閣議決定)を踏まえ、日本再生のための重点分野に大胆に予算を配分し、**社会保障分野を含め、聖域を設けずに歳出全般を見直すことで、経済成長と財政健全化の両立を図り、市場の信認を確保しつつ日本経済の再生を図っていく必要**がある。

一般会計の主要経費別歳出額の推移

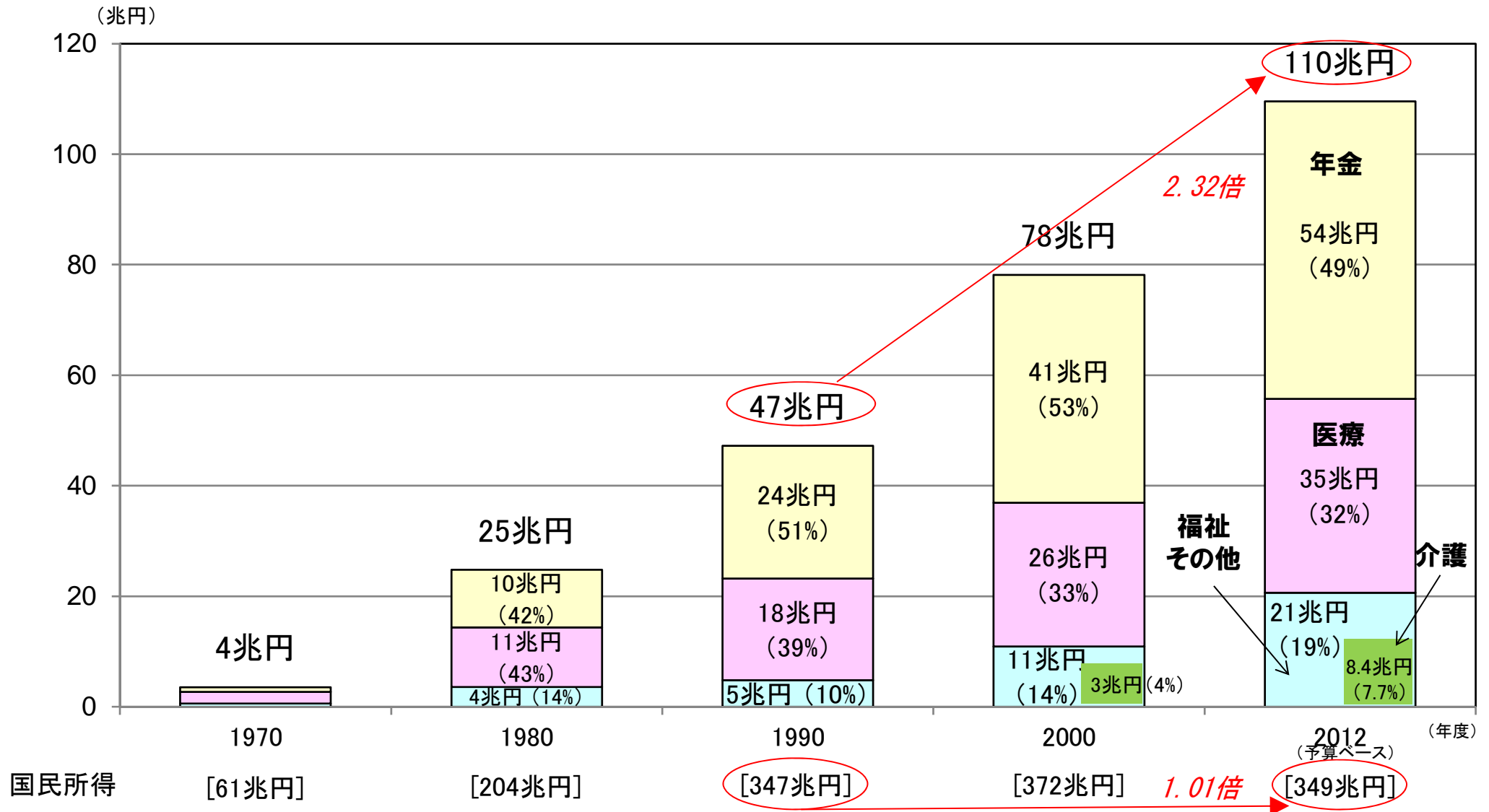
最近、社会保障の予算額が急速に伸びており、その伸びを公共事業関係費等の減額で賄っている状態。社会保障分野についても、これを聖域視することなく、最大限の効率化を図る必要。



(注) 平成12年度までは決算、24年度は予算による。

社会保障給付費の推移

1990年から2012年にかけて、国民所得はほぼ横ばいである一方、高齢化により、社会保障給付費は2.32倍。

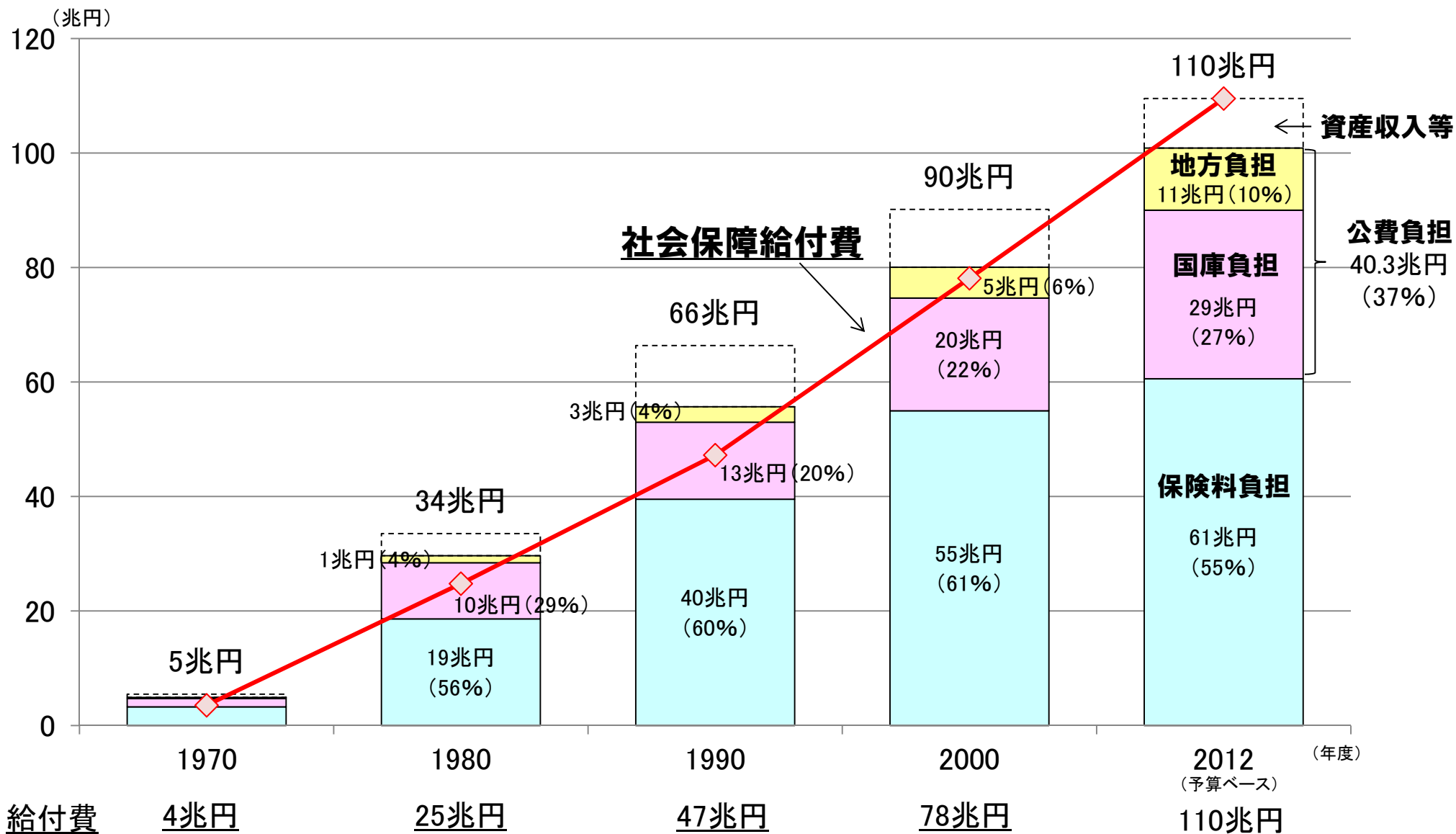


(注1) 社会保障給付費とは、公的な社会保障制度の給付総額を示すものである。

(注2) 2000年度以前は「平成21年度 社会保障給付費」(国立社会保障・人口問題研究所)

社会保障財源の項目別推移

社会保険料収入は横ばい傾向にあり、国や地方の負担で賄う割合が増加している。

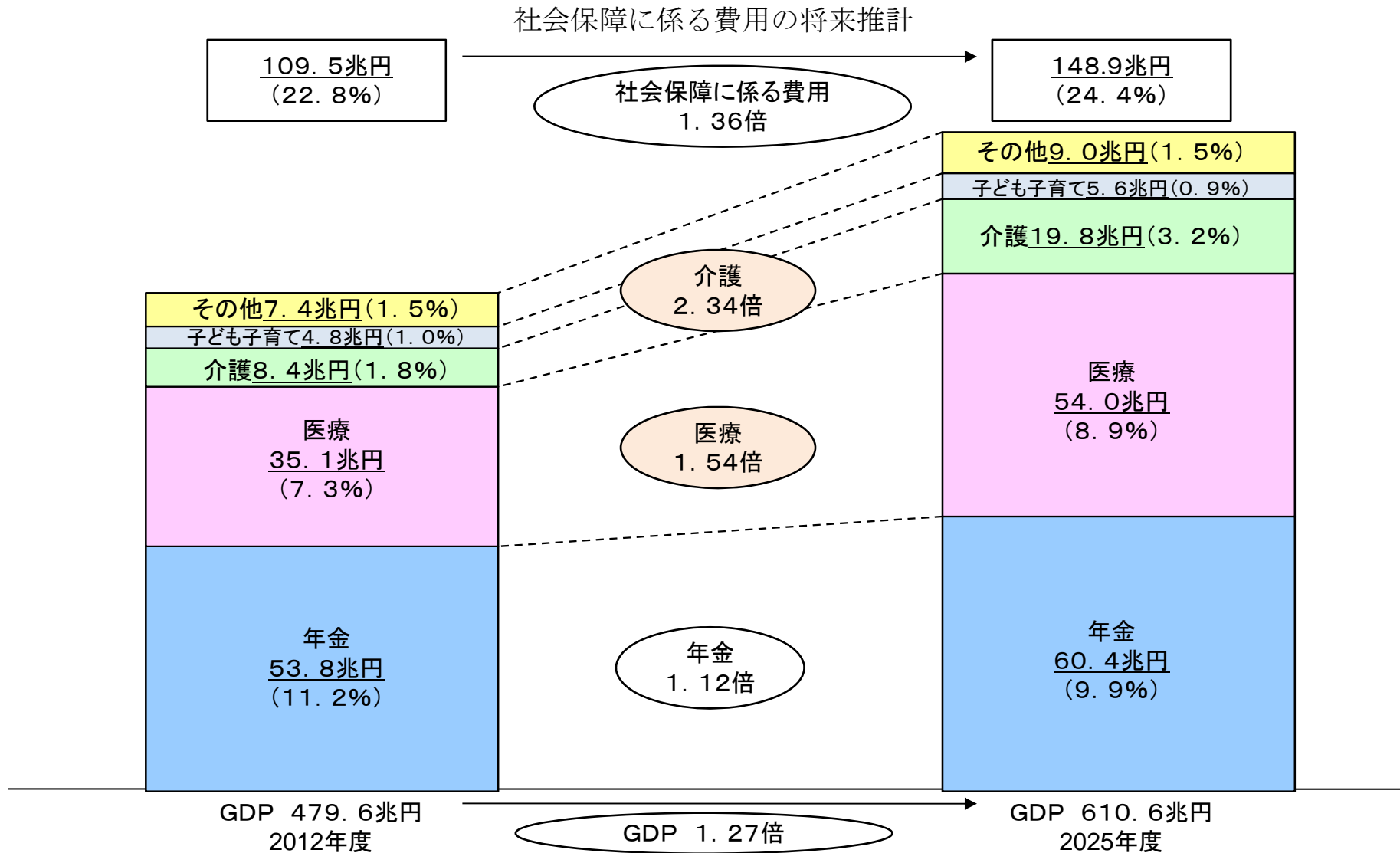


(注1) 社会保障給付費とは、公的な社会保障制度の給付総額を示すものである。

(注2) 2000年度以前は「平成21年度 社会保障給付費」(国立社会保障・人口問題研究所)

社会保障給付費の見通し

今後、高齢化に伴って、医療・介護をはじめとして、経済成長や税収・保険料収入以上に支出が伸びると見込まれる。税制抜本改革による安定財源確保とともに、支出の抑制が必要。

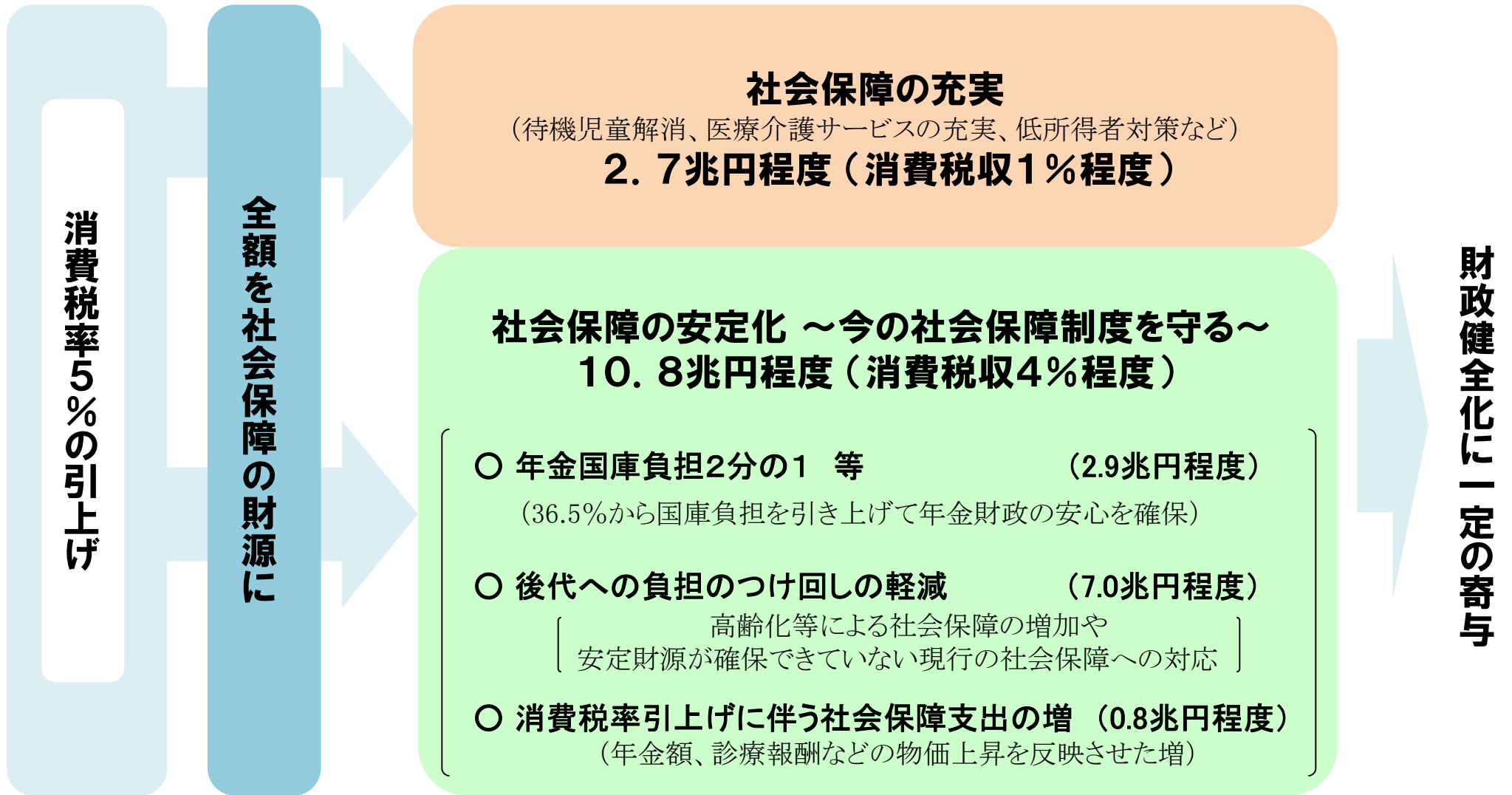


(出典)平成24年3月30日厚労省「社会保障に係る費用の将来推計の改定について(平成24年3月)」より作成。

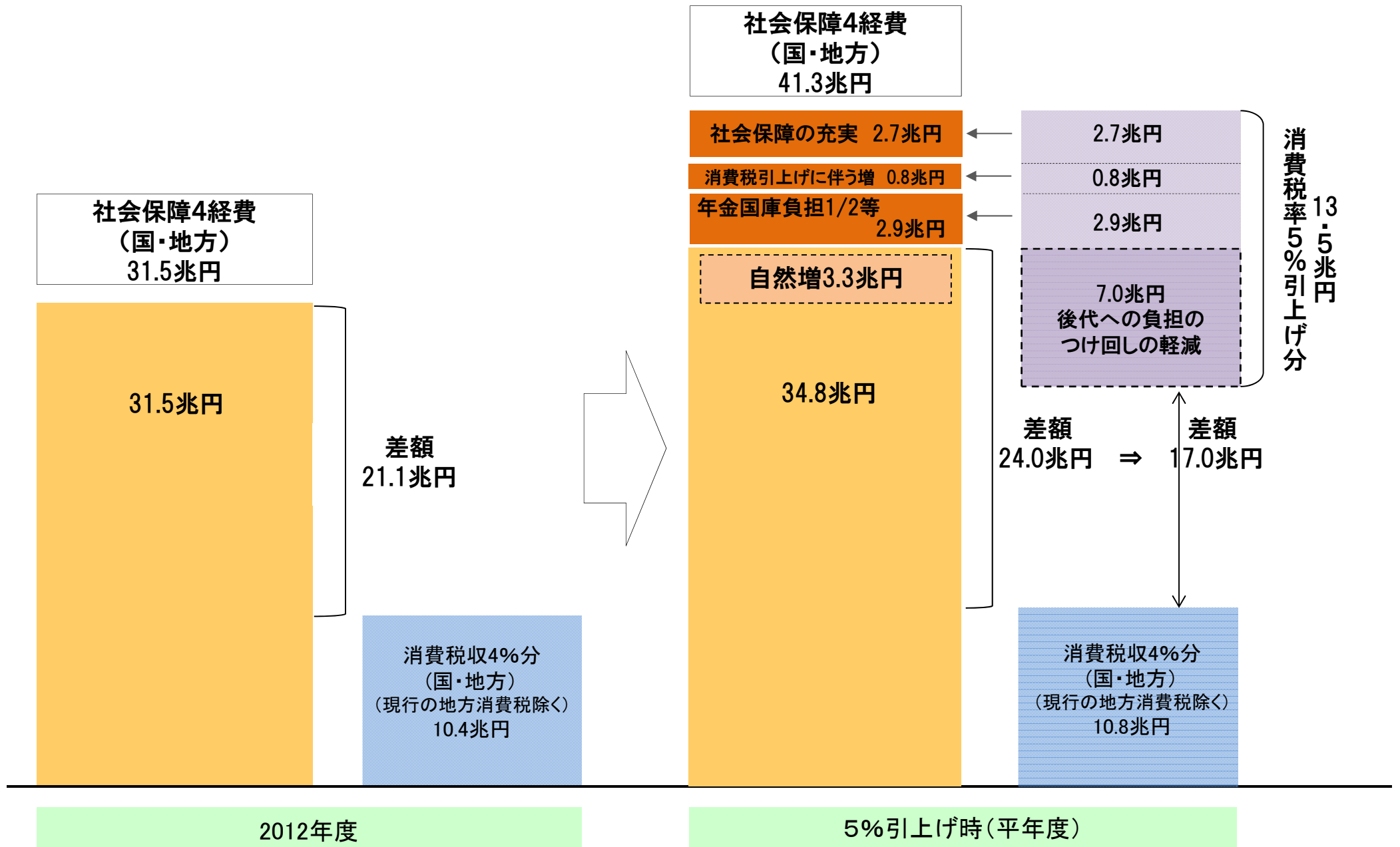
(注1)表記額は実額、()内の%表示はGDP比。

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

消費税5%引上げによる社会保障制度の安定財源確保



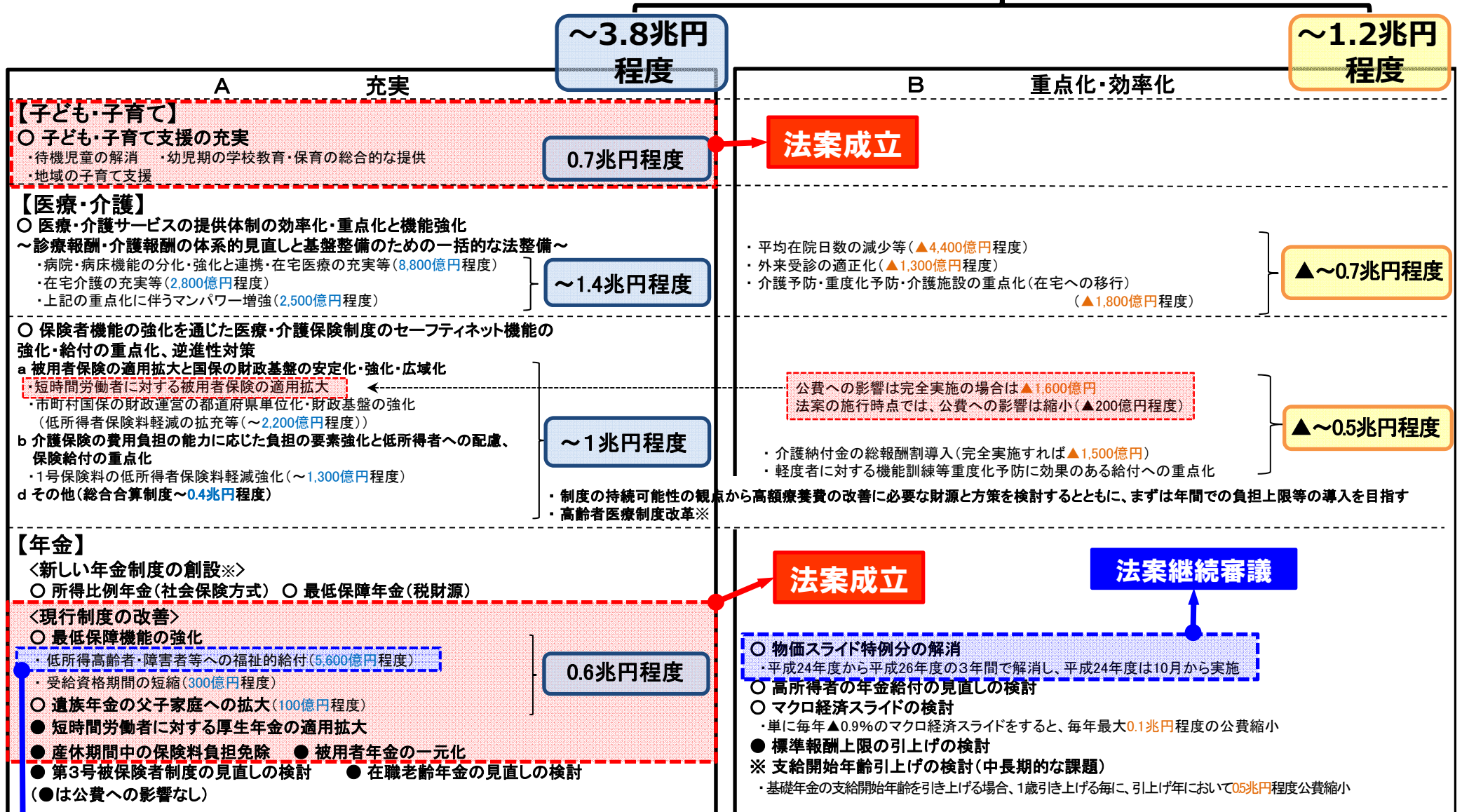
社会保障の安定財源の確保について



社会保障の充実と重点化と効率化

主な改革検討項目

2015年度の所要額(公費)合計 = 2.7兆円程度(～3.8兆円程度～1.2兆円程度)

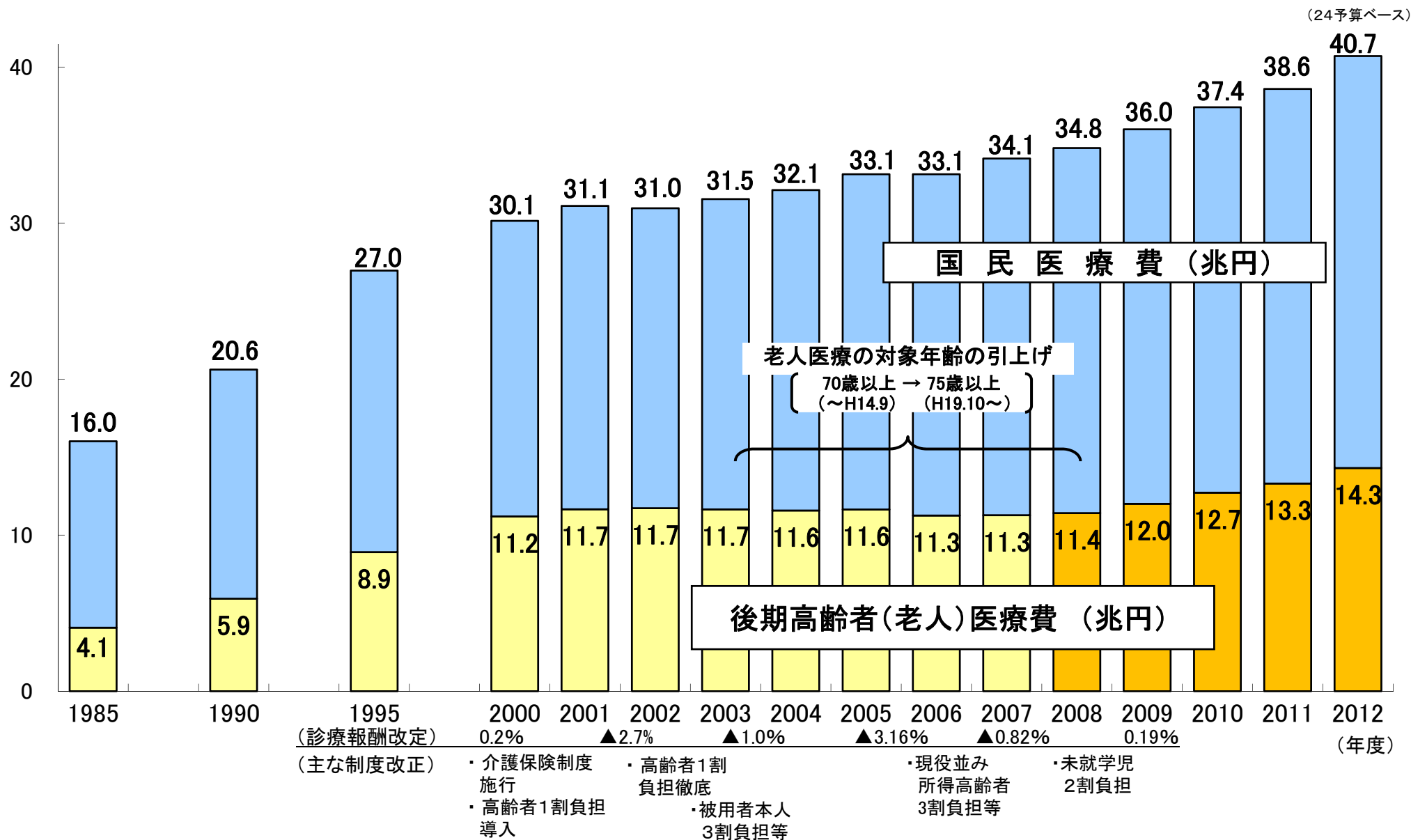


※3党の「確認書」では、今後の公的年金制度、今後の高齢者医療制度にかかる改革については、あらかじめその内容等について三党間で合意に向けて協議するとされている。

医 療

医療費の動向

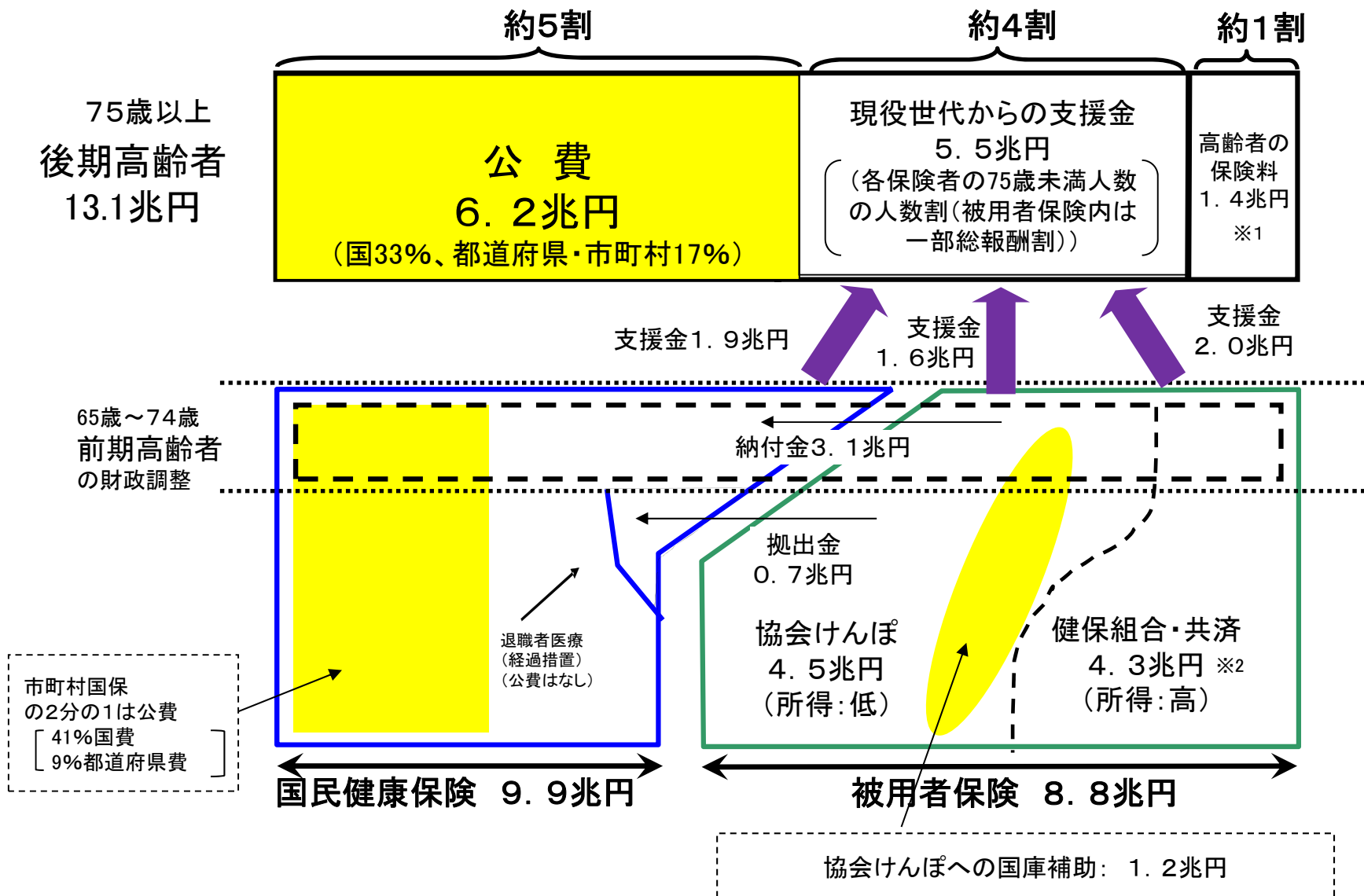
(兆円)



(注) 2011年度の国民医療費及び後期高齢者医療費は実績見込みであり、前年度の国民医療費及び後期高齢者医療費に当該年度の概算医療費の伸び率をそれぞれ乗じることにより、推計している。また、2012年度は、予算ベースの数値である。

医療保険制度の姿

【医療給付費・平成24年度予算ベース】



※1 後期高齢者の保険料は、低所得者等に係る軽減分を考慮しない額である。
 ※2 健保組合・共済の給付費は23年度当初予算ベース。
 ※3 国民健康保険(9.9兆円)及び被用者保険(8.8兆円)には支援金の金額を計上していない。

社会保障・税一体改革大綱(平成24年2月17日閣議決定)

第1部 社会保障改革

第3章 具体的改革内容(改革項目と工程)

2. 医療・介護等①

(1) 医療サービス提供体制の制度改革

○ 急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組む。

<今後の見直しの方向性>

i 病院・病床機能の分化・強化

- ・ 急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による機能強化を図るなど、病院・病床の機能分化・強化を推進する。
- ・ 病診連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病棟における長期入院の適正化を推進する。

ii 在宅医療の推進

- ・ 在宅医療の拠点となる医療機関の趣旨及び役割を明確化するとともに、在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を医療計画に記載すべきことを明確化するなどにより、在宅医療を充実させる。

iii 医師確保対策

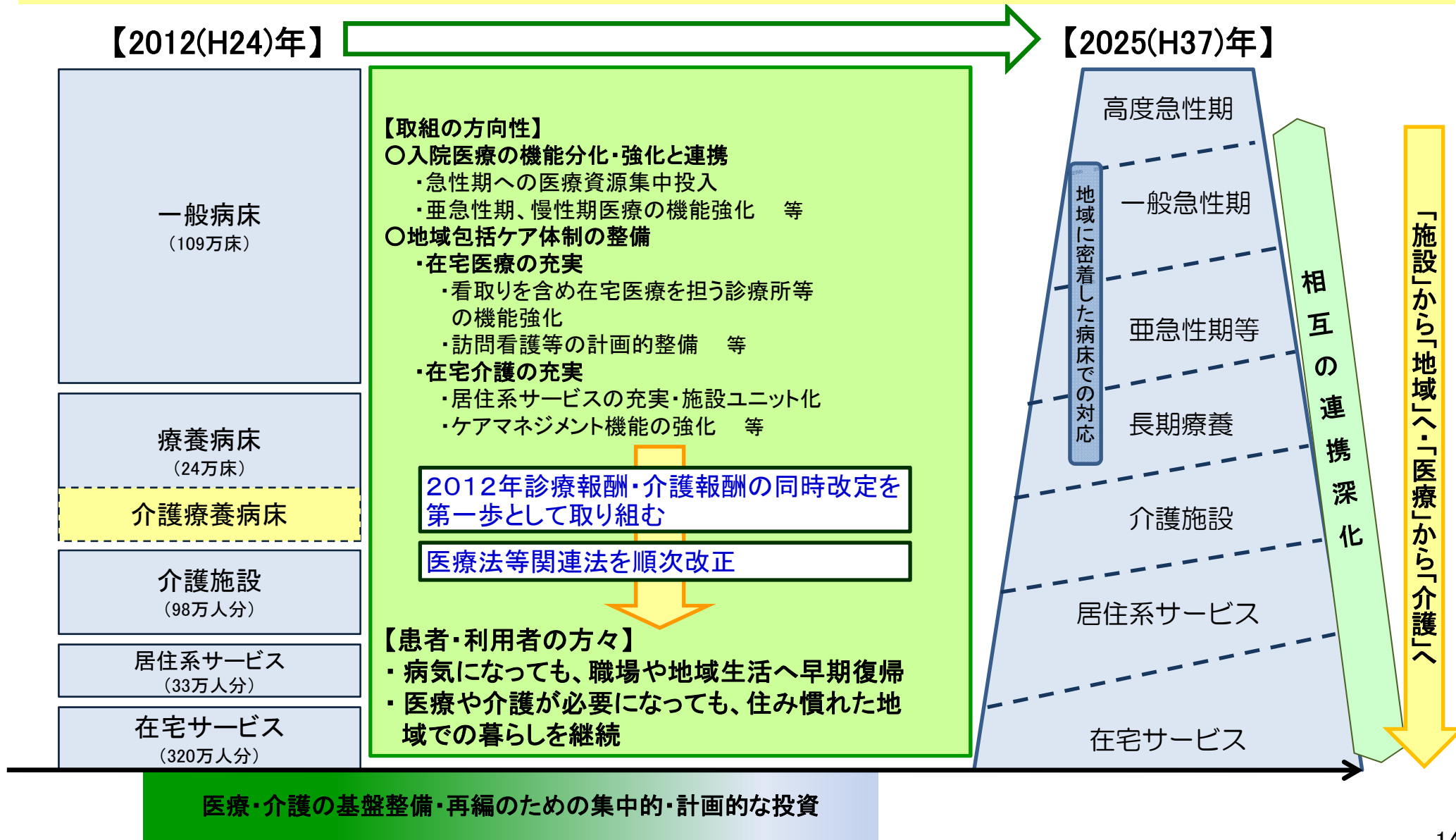
- ・ 医師の地域間、診療科間の偏在の是正に向け、都道府県が担う役割を強化し、医師のキャリア形成支援を通じた医師確保の取組を推進する。

iv チーム医療の推進

- ・ 多職種協働による質の高い医療を提供するため、高度な知識・判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組みの導入などをはじめとして、チーム医療を推進する。

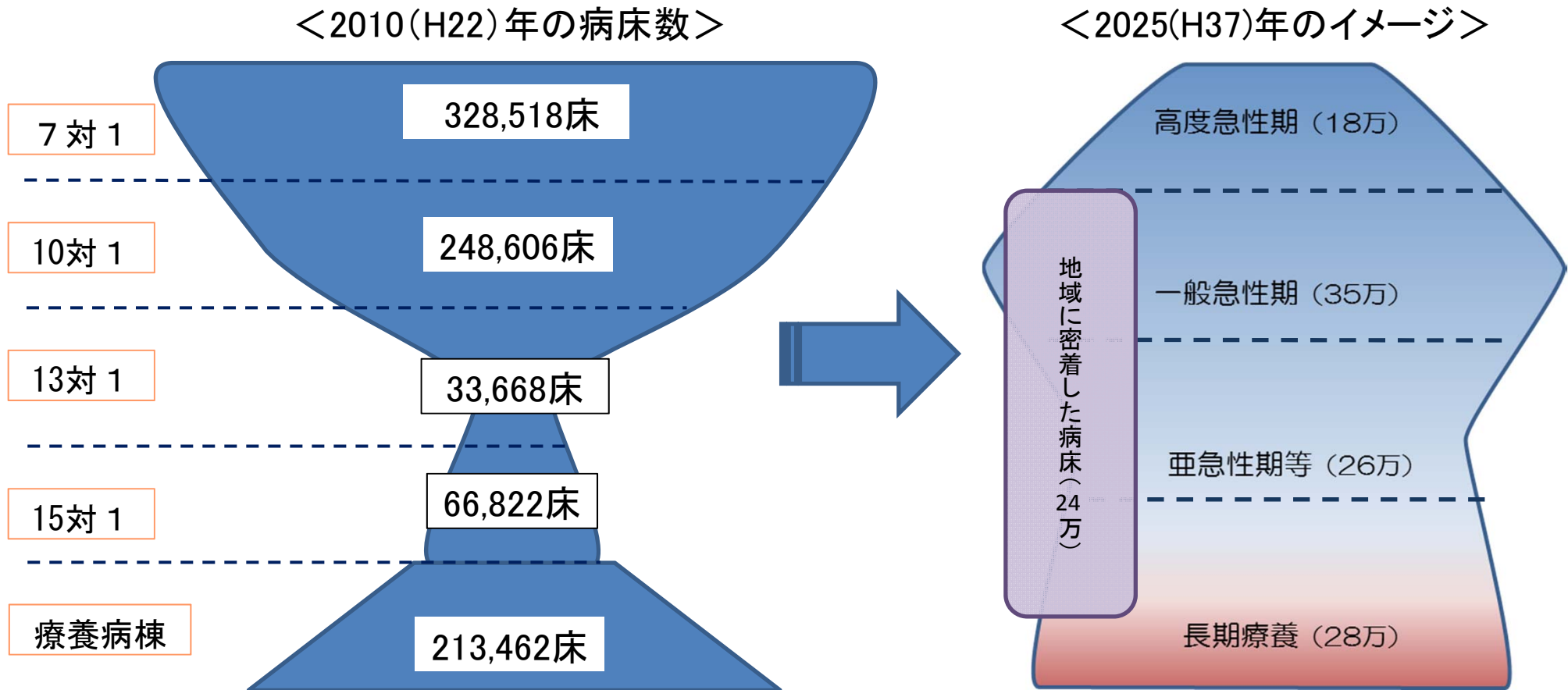
社会保障・税一体改革大綱が目指す医療・介護機能再編(将来像)

- 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。



現在の一般病棟入院基本料等の病床数

- 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。



(注) 上記イメージは、医療の効率化のうち平均在院日数の減少等(▲4,400億円)の前提となるもの

医療提供体制に係る諸外国の取組

○ 欧州諸国においては、効率的な医療提供体制の構築に向けた取組を行っている。

諸外国の取組み	(参考)日本の現状
<p>(開業規制)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域ごとに保険医の総数を規制 (ドイツ) ・2007年の医療保険制度改革における新たな医師数のコントロール方策(保険医の過剰地域及び過少地域には、通常の1点当たり単価から減額又は増額された単価が適用されるシステム)を導入 (ドイツ:2010年～) 	<p>都道府県(医療圏)ごとの計画に基づく病床規制はあるが、開業は自由</p>
<p>(医療機器導入規制)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の計画に基づく高額医療機器導入の認可制 (フランス:1996年～) 	<p>特段の規制なし(CT・MRIはOECD加盟国中最多。主要国の2～12倍)</p>
<p>(その他)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一次医療は家庭医(かかりつけ医)が対応 (イギリス) 	<p>(外来受診回数はOECD加盟国中最多。主要国の2～5倍)</p>

社会保障・税一体改革大綱に盛り込まれた主な効率化策

- 70歳以上75歳未満の患者負担の見直しの検討
- 被用者保険の高齢者支援金に対する総報酬割の検討
- 後発品のさらなる使用促進、医薬品の患者負担の見直しの検討
- 国保組合に対する国庫補助の見直しの検討

70歳以上75歳未満の患者負担の 見直しの検討

社会保障・税一体改革大綱(平成24年2月17日閣議決定)

第1部 社会保障改革

第3章 具体的改革内容(改革項目と工程)

3. 医療・介護等②

(4) 高齢者医療制度の見直し

○ 70歳以上75歳未満の方の患者負担について、世代間の公平を図る観点から、見直しを検討する。

(注) 患者負担は、69歳までは3割、70歳以上75歳未満は2割、75歳以上は1割と、年齢に応じた負担割合を設定しているが、70歳以上75歳未満については、毎年度、約2千億円の予算措置により1割負担に凍結されている。

☆ 平成24年度は予算措置を継続するが、平成25年度以降の取扱いは平成25年度の予算編成過程で検討する。

平成25年度予算の概算要求組替え基準について(平成24年8月17日 閣議決定)

(別紙)

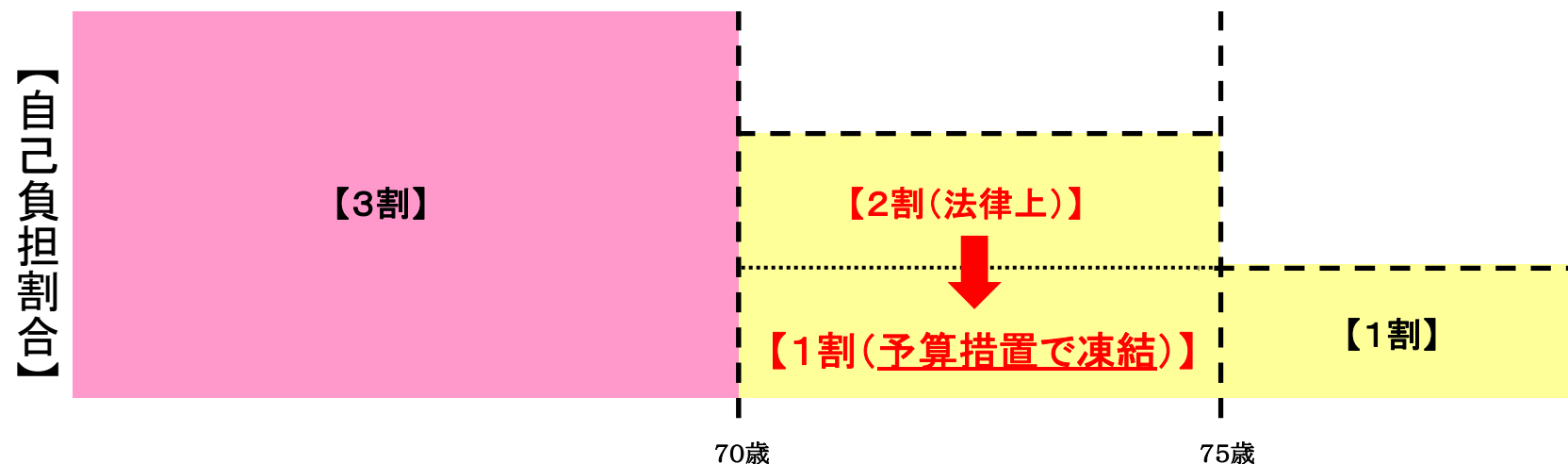
1. 基礎的財政収支対象経費

また、医療保険における70歳以上75歳未満の患者負担の平成25年度以降の取扱いについては、「社会保障・税一体改革大綱」(平成24年2月17日閣議決定)に沿って、検討を行うこととする。

高齢者の窓口負担の軽減措置

70～74歳の患者負担については、平成20年度以降、2割負担と法定されている中で、毎年度、約2千億円の予算措置により1割負担に凍結

【平成20年4月～】



注) 70歳以上の現役並み所得者(国保:課税所得145万円以上等)については3割負担となる

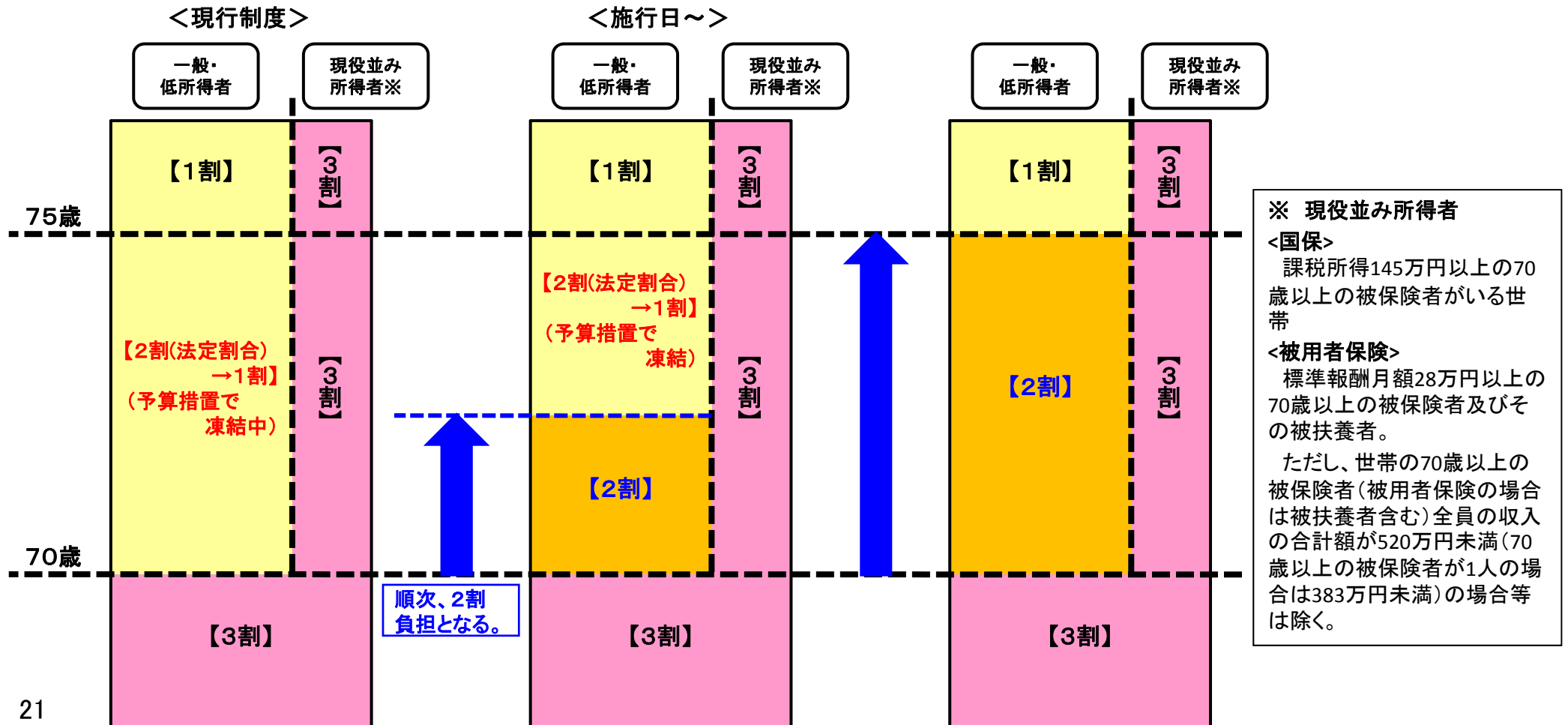
各年度の予算措置の状況

(単位:億円)

	19補正	20①補正	20②補正	21②補正	22補正	23④補正	計
20年度分	1,224	163	464				1,850
21年度分		1,419	433	66			1,917
22年度分				2,009	0.3		2,010
23年度分					2,051		2,051
24年度分						1,865	1,865
計	1,224	1,582	896	2,075	2,051	1,865	9,693

患者負担割合(特に70~74歳の患者負担割合)

- 70~74歳の方の患者負担については、現在、2割負担と法定されている中で、毎年度、約2千億円の予算措置により1割負担に凍結されているところであり、70歳を境に急に負担割合が低下することとなっている。
- 仮に、負担割合を単純に引き上げることとした場合には、今まで1割負担であった方の負担が急に2割へと増加する一方、1割負担に恒久化することとした場合には、各保険者の負担が増え、現役世代の保険料負担が増加する。
 ※ 仮に1割負担で恒久化した場合の財政影響 +2,000億円(協会けんぽ500、健保組合500、共済200、市町村国保300、公費500)
- このため、個々人の負担が増加しないように配慮するとともに、現役世代の保険料負担の増加にも配慮し、70~74歳の方の患者負担について、新たな制度の施行日以後、70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする。



被用者保険の高齢者支援金に 対する総報酬割の検討

社会保障・税一体改革大綱(平成24年2月17日閣議決定)

第1部 社会保障改革

第3章 具体的改革内容(改革項目と工程)

3. 医療・介護等②

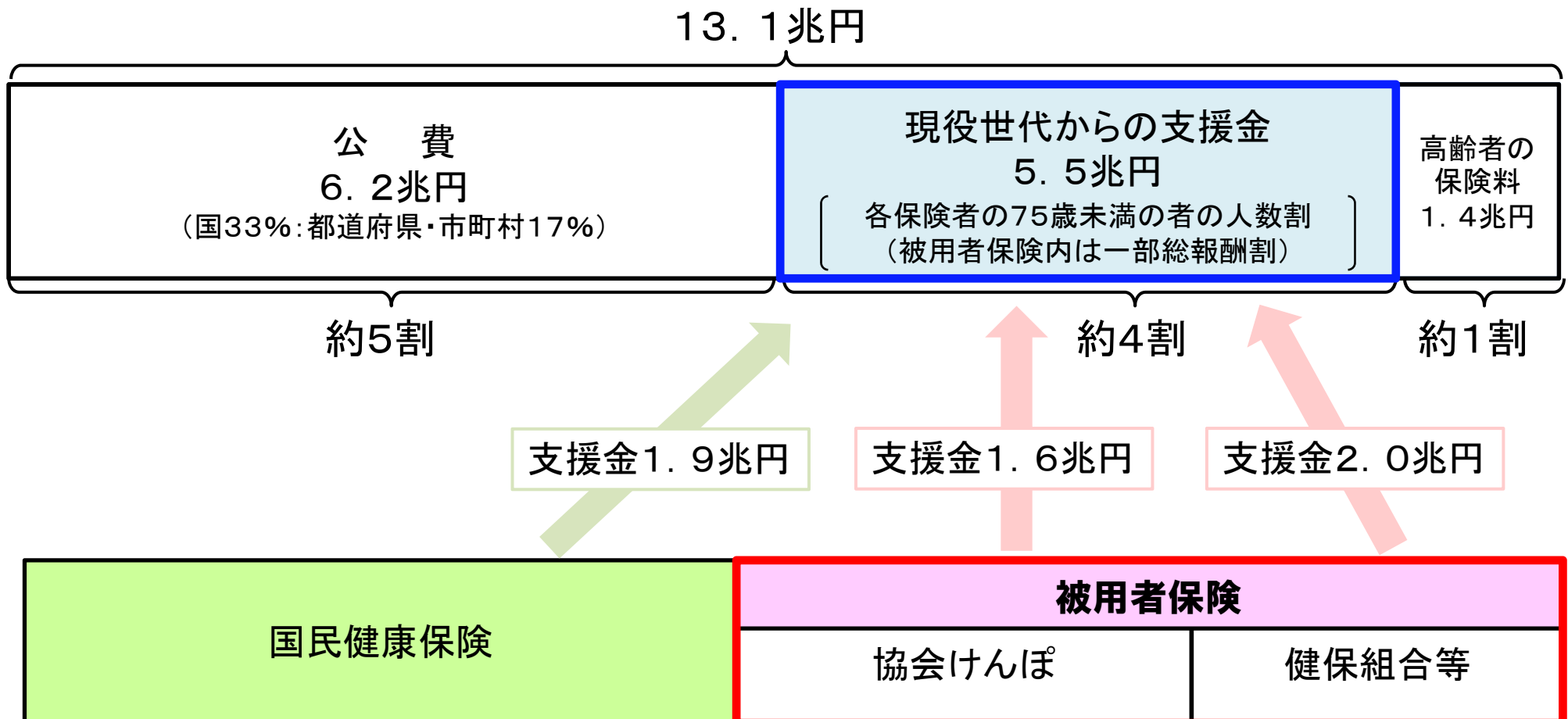
(4) 高齢者医療制度の見直し

- 高齢者医療の支援金を各被用者保険者の総報酬に応じた負担とする措置について検討する。

(注) 現在は、平成24年度までの特例として、支援金の3分の1を総報酬に応じた負担とする措置が講じられるとともに、併せて、協会けんぽに対する国庫補助率を13%から16.4%とする措置が講じられている。

後期高齢者医療制度の姿

- 後期高齢者医療制度の財源は、加入者である75歳以上の方々が、それまでは被用者保険か国民健康保険に加入していたこと等を踏まえ、給付費の40%を被用者保険と国民健康保険からの支援金で賄っている。
- 各保険者が支払う支援金は、原則として、各保険者の加入者に応じたもの(人数割)となっているが、「健保組合」と「協会けんぽ」の間では、支援金の1/3について各保険者の加入者の報酬に応じたもの(総報酬割)となっている。※22~24年度の暫定措置



※ 計数は平成24年度予算ベース

主な被用者保険の比較

- 企業の従業員(サラリーマン)が加入する被用者保険は、大企業の従業員が加入する「健保組合」と、中小企業の従業員が加入する「協会けんぽ」の2つに分かれている。
- 「健保組合」と「協会けんぽ」は、加入者の所得水準や年齢構成が異なっており、所得水準が低く、年齢の高い(=医療費が高い)保険者では保険料率が高くなっている。

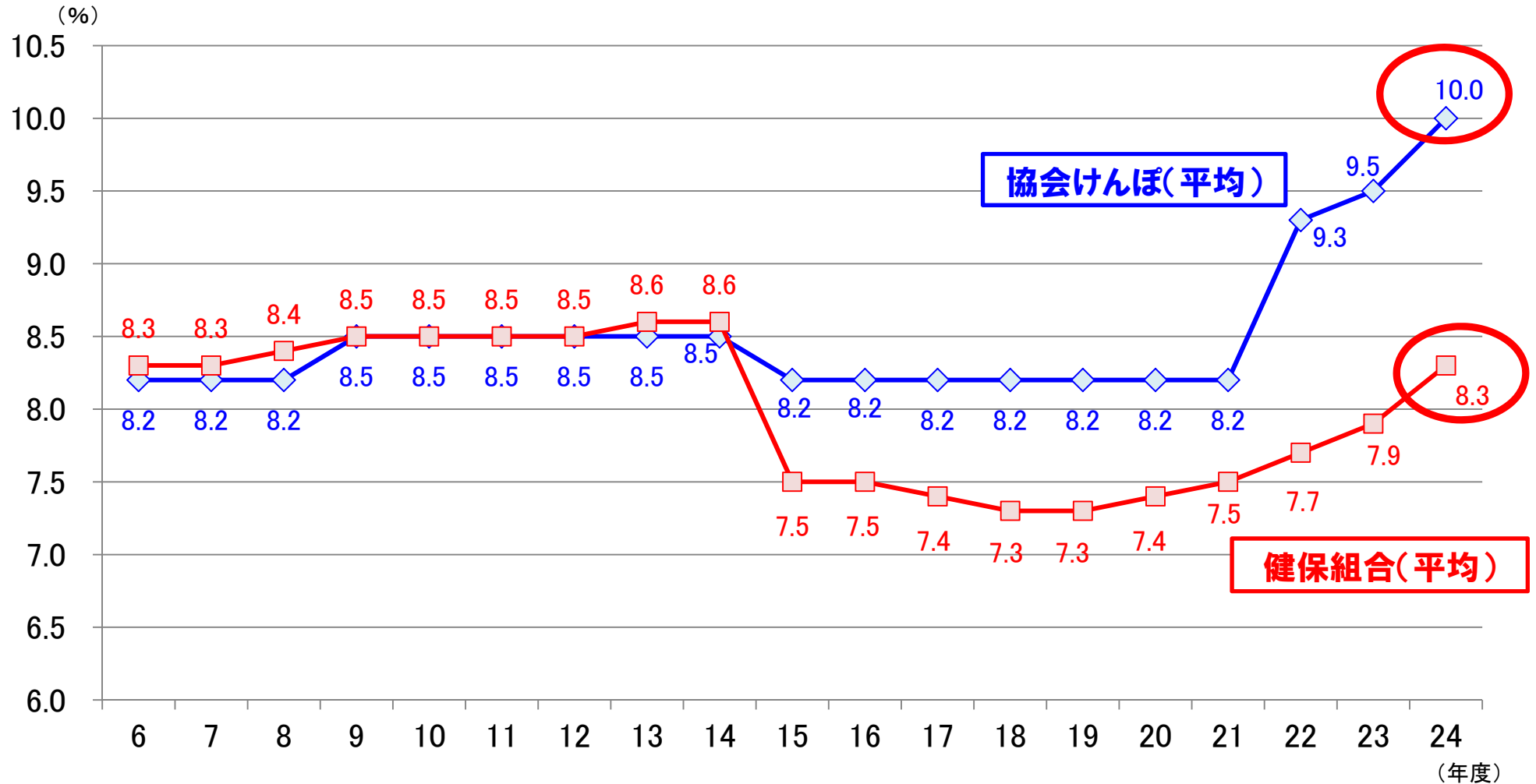
	保険者	加入者	加入者平均年齢 ＜被保険者平均＞	加入者一人 あたり医療費	一人あたり 報酬総額	平均保険料率 (事業主負担) ※平成24年度
協会けんぽ	全国健康保険協会 (全国で1組織)	中小企業の サラリーマン (約3500万人)	36.3歳 ＜43.8歳＞	15.6万円	370万円	10.0%
健保組合	各企業 (約1400組合)	大企業の サラリーマン (約3000万人)	34.0歳 ＜40.9歳＞	13.8万円	533万円	8.3%

(注)計数は、平均保険料率を除き、平成22年度の計数である。

(出典)厚生労働省資料

協会けんぽと健保組合の保険料率の推移

- 医療費の増大や景気の低迷などにより、保険料率が上昇。
- 協会けんぽと健保組合の保険料率の差は拡大。



(注1) 平成15年度に保険料率が下がっているのは、総報酬制(賞与にも月収と同じ保険料率を賦課)の導入によるもの(政管健保では、実質的に0.7%の保険料率の引上げ)。

(注2) 健康保険組合の保険料率(調整保険料率含む)は、「組合決算概況報告」「22年度健保組合決算見込」「23年度健康保険組合の予算早期集計」「24年度健康保険組合の予算早期集計」による。

医療保険の保険料負担の格差

- サラリーマンの健康保険(被用者保険)の保険者間で保険料負担の格差(特に大企業と中小企業の格差)が著しくなっている。
- 被用者保険の保険者間の格差を解消するためにも、総報酬割を拡大すべきではないか

【保険料率(企業負担+従業員負担)が5%以下の組合】

順位	業態名	保険料率 (%)
1	サービス業 A社	4.00
2	金融 B社	4.40
3	報道機関 C社	4.50
4	金融 D社 機械器具製造業 E社	4.60
6	卸売業 F社 卸売業 G社	4.80
8	教育 H大学	4.90
9	金融 I社 / ほか6組合	5.00

協会けんぽ	9.50
-------	------

【従業員の負担分が2%以下の組合】

順位	業態名	保険料率 (%)
1	海上運輸業 A社	1.30
2	金融 B社	1.40
3	報道機関 C社	1.44
4	教育 D大学	1.45
5	卸売業 E社	1.50
6	報道機関 F社	1.51
7	卸売業 G社	1.54
8	報道機関 H社 / ほか2組合	1.55
—	金融 I社 / ほか23組合	~2.00

協会けんぽ	4.75
-------	------

後期高齢者支援金における総報酬割のイメージ

【平成24年度予算ベース】被用者保険で3.6兆円を負担

健保組合	(総報酬額 81.6兆円、加入者数 2900万人 (被保険者1600万人))
協会けんぽ	(総報酬額 71.5兆円、加入者数 3500万人 (被保険者2000万人))
共済組合	(総報酬額 28.7兆円、加入者数 900万人 (被保険者 500万人))

【現状】

- 3.6兆円のうち、2/3を加入者割、1/3を総報酬割で負担(H24年度までの特例措置)

健保組合 15,100億円 (1.85% 、9.7万円)	協会けんぽ 16,100億円 (2.25% 、8.2万円)	共済組合 4,900億円 (1.71% 、10.8万円)
--	---	--

※()内は前者が保険料率(支援金負担額/総報酬額)、後者が被保険者1人あたり支援金額(以下同)

①加入者割の場合

- 3.6兆円を加入者の人数に応じて負担

健保組合 14,500億円 (1.78% 、9.3万円)	協会けんぽ 17,100億円 (2.39% 、8.7万円)	共済組合 4,500億円 (1.57% 、10.0万円)
--	---	--

⇒ 財政力に乏しい保険者の方が、より負担感が大きい (このため国庫補助を実施)

②全面総報酬割の場合

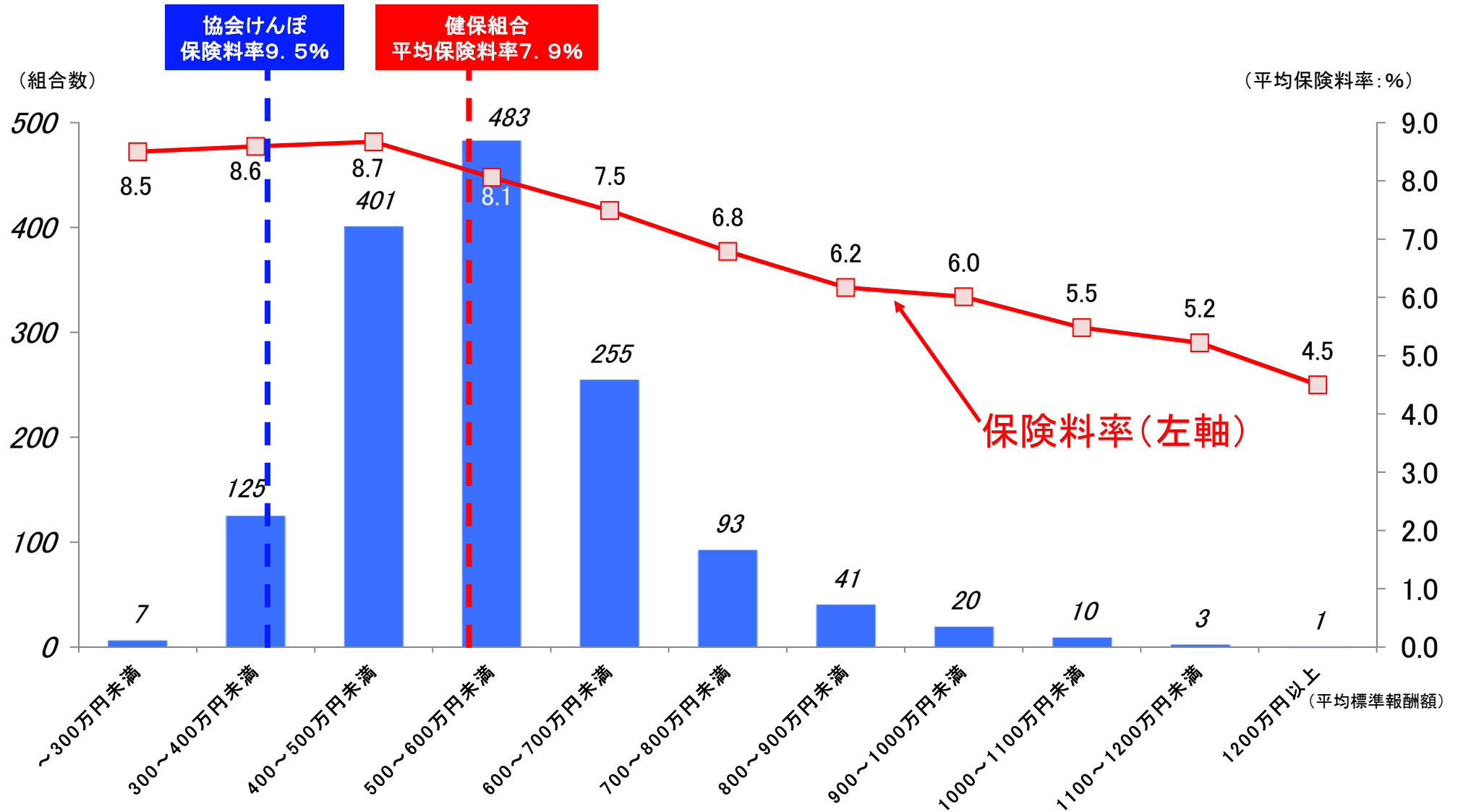
- 3.6兆円を総報酬額に応じて負担

健保組合 16,200億円 (1.99% 、10.4万円)	協会けんぽ 14,200億円 (1.99% 、7.3万円)	共済組合 5,700億円 (1.99% 、12.6万円)
---	---	--

⇒ 財政力に応じた負担となり、保険者間の負担率が同水準になる (国庫補助は不要)

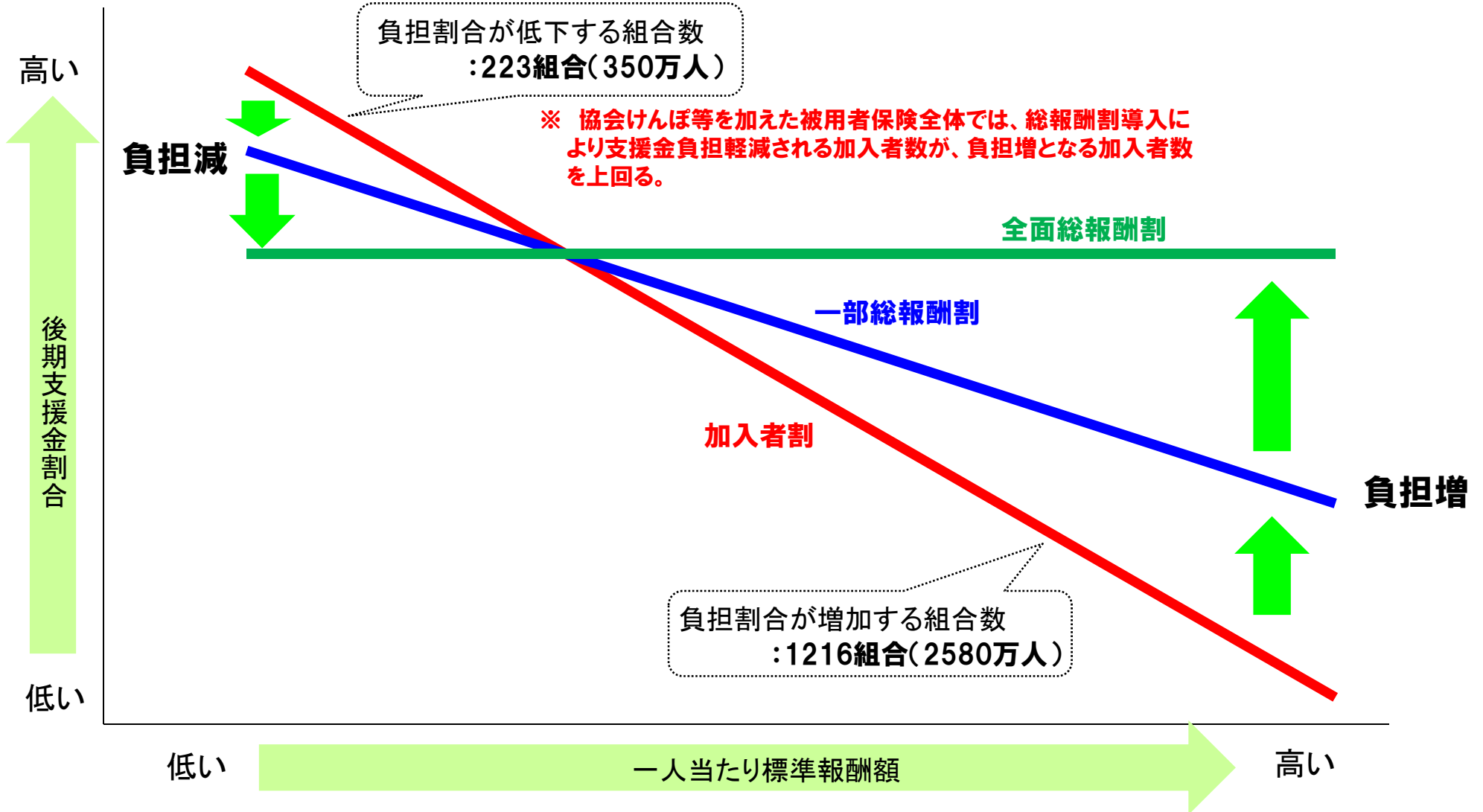
健保組合の被保険者一人当たり平均報酬額の分布

- 「健保組合」の間でも所得格差は存在。
- 保険料率は、所得の高い組合ほど低くなる傾向。



一人あたり標準報酬と後期支援金負担率のイメージ

総報酬割は、所得水準の低い健保組合の加入者にとっても有利な仕組みとなっている



- ※ 被保険者ベースの値。
- ※ 組合数等は健保組合の平成23年度決算速報に基づく見込み。
- ※ 後期支援金割合は、被保険者一人あたり後期支援金を一人あたり標準報酬で除して算出。

後発品のさらなる使用促進、
医薬品の患者負担の見直しの検討

社会保障・税一体改革大綱(平成24年2月17日閣議決定)

第1部 社会保障改革

第3章 具体的改革内容(改革項目と工程)

3. 医療・介護等②

(9) 後発品のさらなる使用促進、医薬品の患者負担の見直し等

- 後発医薬品推進のロードマップを作成し、診療報酬上の評価、患者への情報提供、処方せん様式の変更、医療関係者の信頼性向上のための品質確保等、総合的な使用促進を図る。また、イノベーションの観点にも配慮しつつ、後発医薬品のある先発医薬品の薬価を引き下げる。
- 医薬品の患者負担の見直しについては、「社会保障・税一体改革成案」に「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」とあることを踏まえ、検討する。

平成24年度予算における薬価の見直し

長期収載品(後発品のある先発品)等の薬価の引下げ

- 長期収載品(後発品のある先発品)等の薬価について**▲0.9%程度引下げ。**
- 後発医薬品の推進策については、新たなロードマップを作成して強力に進める。併せて、長期収載品の薬価の在り方について検討を進める。

<削減額> 医療費 ▲250億円程度 (国費 ▲65億円程度) ※満年度ベース

【提言型政策仕分け 提言(抜粋)】

先発品の薬価は後発医薬品(ジェネリック)の薬価を目指して大幅に引き下げ、医療費の支出と国民の負担を最小限にすべき。

ビタミン剤の保険適用の見直し

- ビタミン剤の医療保険制度上の取扱いについて、治療のために真に必要な場合を除き、**単なる栄養補給の目的での使用については保険上の算定から除外。**

(真に必要な場合)

- ・ 疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかである場合
- ・ 必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合
- ・ 医師がビタミン剤の投与が有効であると判断した場合

<削減額> 医療費 ▲164億円程度 (国費 ▲42億円程度) ※満年度ベース

【提言型政策仕分け 提言(抜粋)】

ビタミン剤など市販品類似薬については、自己負担割合の引き上げを試行すべき。さらに、一部医療保険の対象から外すことについても検討すること。

後発医薬品の使用促進

先発品と後発品では成分が同じでも1.5～3.5倍の価格差がある。
 世界的に見ると我が国の後発医薬品の使用は非常に少ない。
後発品の使用が促進されれば、医療の質を維持しつつ、患者負担や国民負担の軽減が可能となる。

<先発品と後発品で薬価の差が大きい例>
 ……高脂血症用剤(5mg 1錠)

先発品: 薬品 A 59.30円 (100)
 後発品: 薬品 B 35.40円 (60)
 薬品 C 27.30円 (46)
 薬品 D 15.60円 (26)

<先発品と後発品で薬価の差が小さい例>
 ……X線造影剤(50ml 1瓶)

先発品: 薬品 E 5,335円 (100)
 後発品: 薬品 F 3,985円 (75)
 薬品 G 3,651円 (68)
 薬品 H 3,239円 (61)

国名	ジェネリック医薬品シェア(単位:%) (2011年度)	
	数量	金額
日本	22.8	8.8
アメリカ	72	14
イギリス	65	26
ドイツ	63	24
フランス	23	12

(出典)日本:厚生労働省 2011年9月 薬価調査
 アメリカ、イギリス、ドイツ: IMS Health, MIDAS, Market Segmentation, RX only, Dec MAT 2009
 フランス:フランス政府・医療用品経済委員会(CEPS)報告
 (注)諸外国の数値については、出典及び定義に差異があるため、単純に比較できないことに留意が必要。

後発品のある先発品が全て後発品に置き換わった場合の医療費への影響額
 ⇒ **医療費総額 ▲15,300億円(国費 ▲4,000億円)**

※厚生労働省 2011年9月 薬価調査を基に、平成22年度国民医療費より推計

市販品類似薬の具体例

- 価格だけを比較すれば、市販品の方が安くなっており、医療用医薬品の3割～6割の価格となっている。
- しかし、医療保険適用となった場合、7割は保険で賄われるため、市販品の価格より少ない負担で購入することが可能な医薬品もある。(下表①、③)
- 平成24年度からは、①ビタミン剤について、栄養補給目的での使用は保険上の算定から除外。

市販品と医療用医薬品の比較					
区分	市販品		医療用医薬品		
	名称	価格	名称	価格	3割負担
① ビタミン剤	A	1,575円	AA	2,840円	852円
② うがい薬	B	609円	BB	2,340円	702円
③ 湿布	C	924円	CC	2,240円	672円

※1 各区分における市販品と医療用医薬品は、いずれも同一の有効成分を含んでいる。

※2 市販品の価格は、メーカー希望小売価格。

※3 医療用医薬品の価格については市販品と同じ数量について、病院・診療所で処方箋を発行してもらい、一般的な調剤薬局で購入した場合の価格であり、再診料、処方料、調剤料等が含まれるため、調剤薬局の施設基準等により異なる場合がある。

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

諸外国における薬剤費負担

【先発品・後発品の取扱い】

- フランスでは、一部の医薬品(外来)の償還額は後発医薬品を基に設定され、それを上回る部分については患者負担(2004年～)。
- ドイツでは、外来薬剤費の1割を患者が負担することとなっているが、これに加え、薬剤費が参照価格を超過する分についても患者が負担。

(参考)スペインでは、医薬品はその主成分又は一般名での処方とし、薬局では最も安い医薬品(後発品)を提供することを義務付けている他、ギリシャ、イタリア、ポルトガル、アイルランドにおいても、医療支出抑制策の一環として、ジェネリック医薬品の使用促進に取り組んでいる。

【薬剤費の負担割合】

- フランスでは、薬剤(外来)の内容によって負担割合を変更。
 - ・ 代替性のない重要薬 : 0%
 - ・ ほとんどの治療薬 : 35%
 - ・ 胃薬など、軽治療薬 : 70%
 - ・ 再評価で有効性が乏しいとされたもの : 85%
 - ・ ビタミン剤等 : 100%

国保組合に対する国庫補助の 見直しの検討

社会保障・税一体改革大綱(平成24年2月17日閣議決定)

第1部 社会保障改革

第3章 具体的改革内容(改革項目と工程)

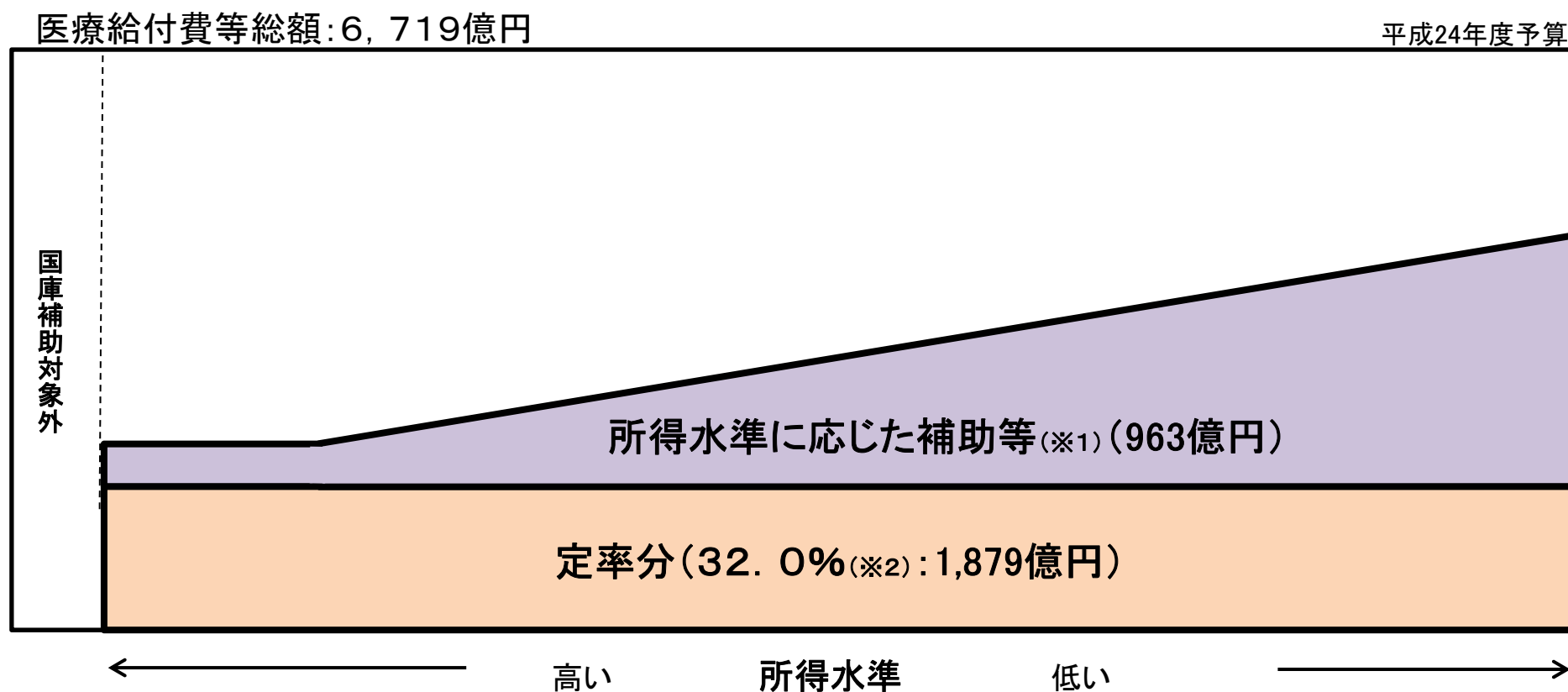
3. 医療・介護等②

(5) 国保組合の国庫補助の見直し

- 保険者間の公平を確保する観点から、所得水準の高い国民健康保険組合に対する国庫補助を見直す。

国保組合への国庫補助について

- 国保組合とは、歴史的経緯等から、同一地区内に住所を有する、同種の事業・事務に従事する者を組合員として組織したもの（医師国保、弁護士国保、建設国保等）。
- 国保組合に対する国庫補助は、所得水準に関わらず医療給付費の一定率（32%）を補助する部分と、所得水準等に応じて補助する部分に分かれている。



※1. 財政力に応じた調整を行う「普通調整補助金」と、各組合の保険者機能強化の取組等に応じた「特別調整補助金」がある。

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

国保組合の現状

- 「国保組合」の間でも負担率の格差は存在。
- 「健保組合」よりも保険料負担率が低い国保組合に対しても医療費国庫補助あり。

医療保険の加入者1人当たりの保険料の比較（粗い試算）

	収入 (試算)①	年間保険料 ②	負担率
			②／①
国保組合	504万円	12.5万円	2.5%
医師(47組合)	1050万円	13.2万円	1.3%
弁護士(1組合)	980万円	12.4万円	1.3%
税理士(2組合)	531万円	13.6万円	2.6%
歯科医師(27組合)	514万円	12.3万円	2.4%
薬剤師(18組合)	509万円	13.3万円	2.6%
建設関係(32組合)	263万円	10.9万円	4.1%
その他業種(38組合)	343万円	15.8万円	4.6%
(参考)			
協会けんぽ	218万円	8.9万円(本人)	4.1%
健保組合	293万円	9.1万円(本人)	3.1%

※ 平成22年11月行政刷新会議厚生労働省提出資料(収入、年間保険料は平成20年度、組合数は平成22年度末)より抜粋。

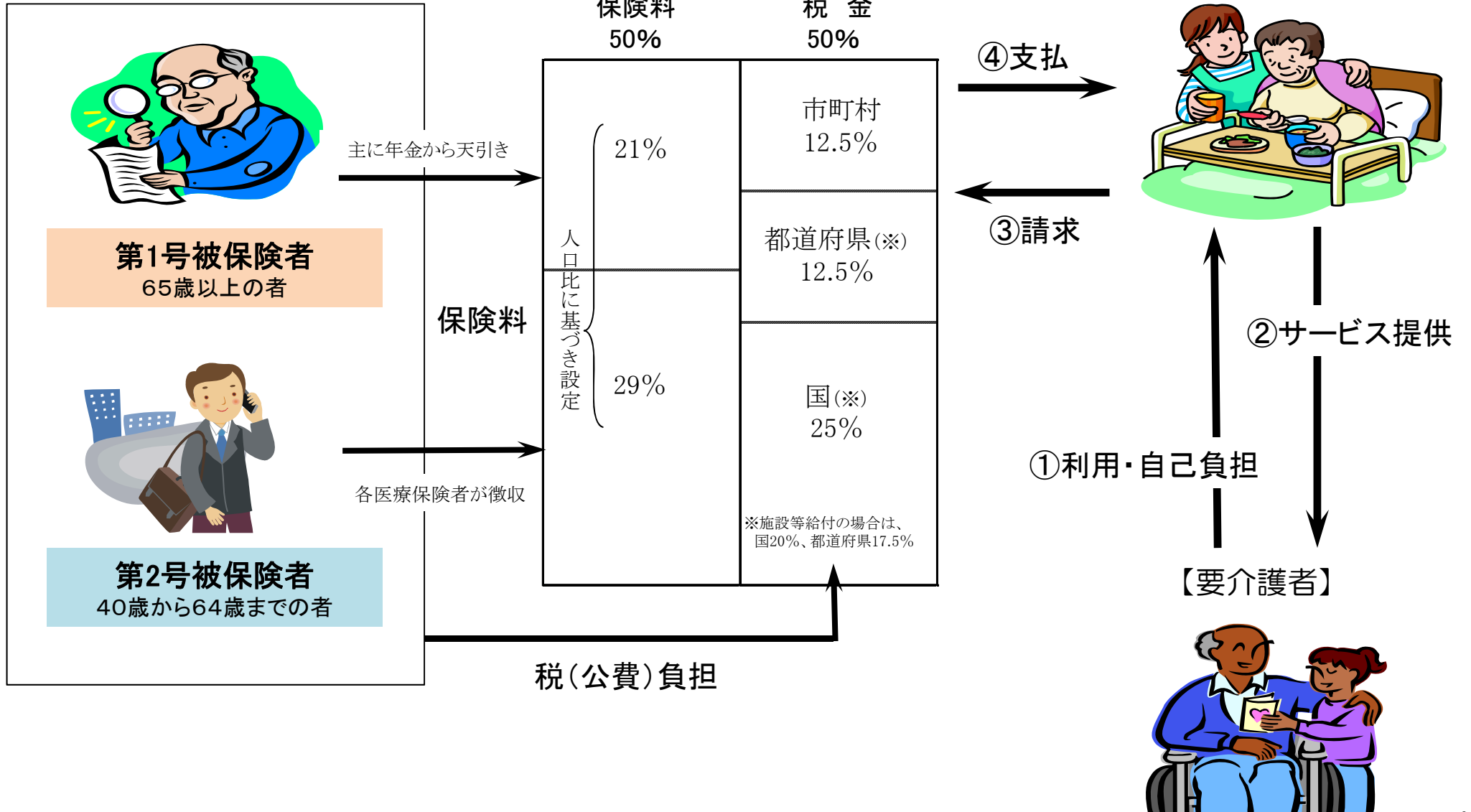
介 護

介護保険制度の仕組み

【加入者（被保険者）】

【保険者（市町村）】

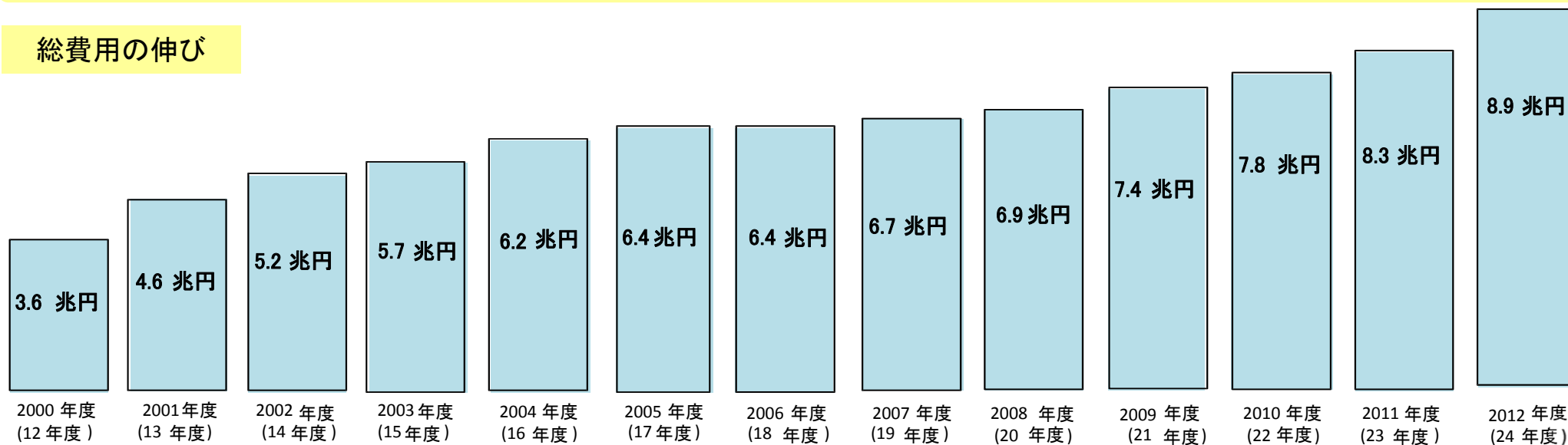
【サービス事業者】



介護保険の総費用等の推移について

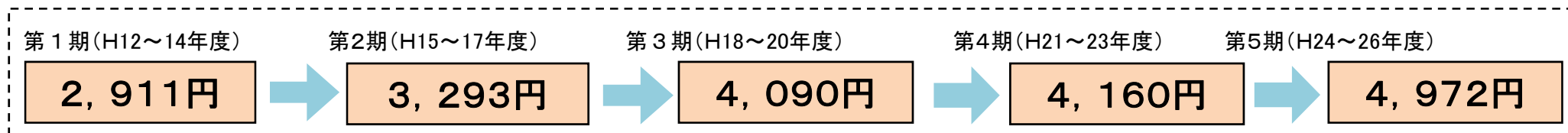
○ 制度創設10年あまりで費用が2倍以上に伸びており、費用を抑制しなければ、長続きする制度とならない。

総費用の伸び

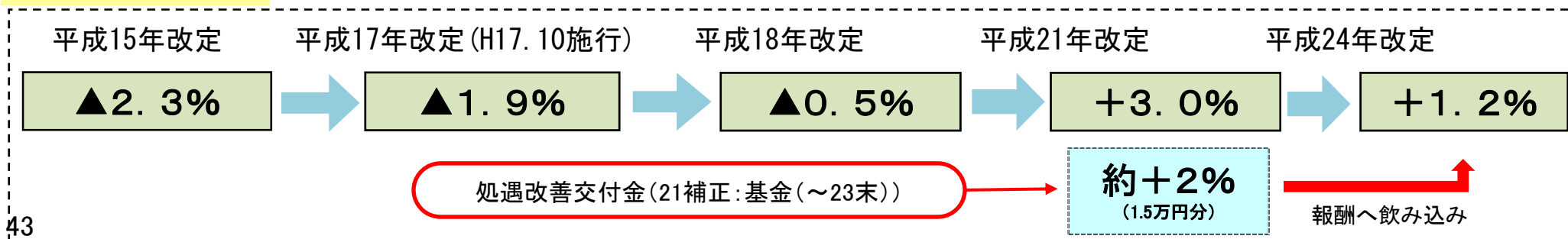


(注)2000～2010年度は実績、2011年度・2012年度は予算ベース。

1号保険料の推移(加重平均)



介護報酬改定



社会保障・税一体改革大綱（平成24年2月17日 閣議決定）

第1部 社会保障改革

第3章 具体的改革内容(改革項目と工程)

3. 医療・介護等②

(7) 介護納付金の総報酬割導入等

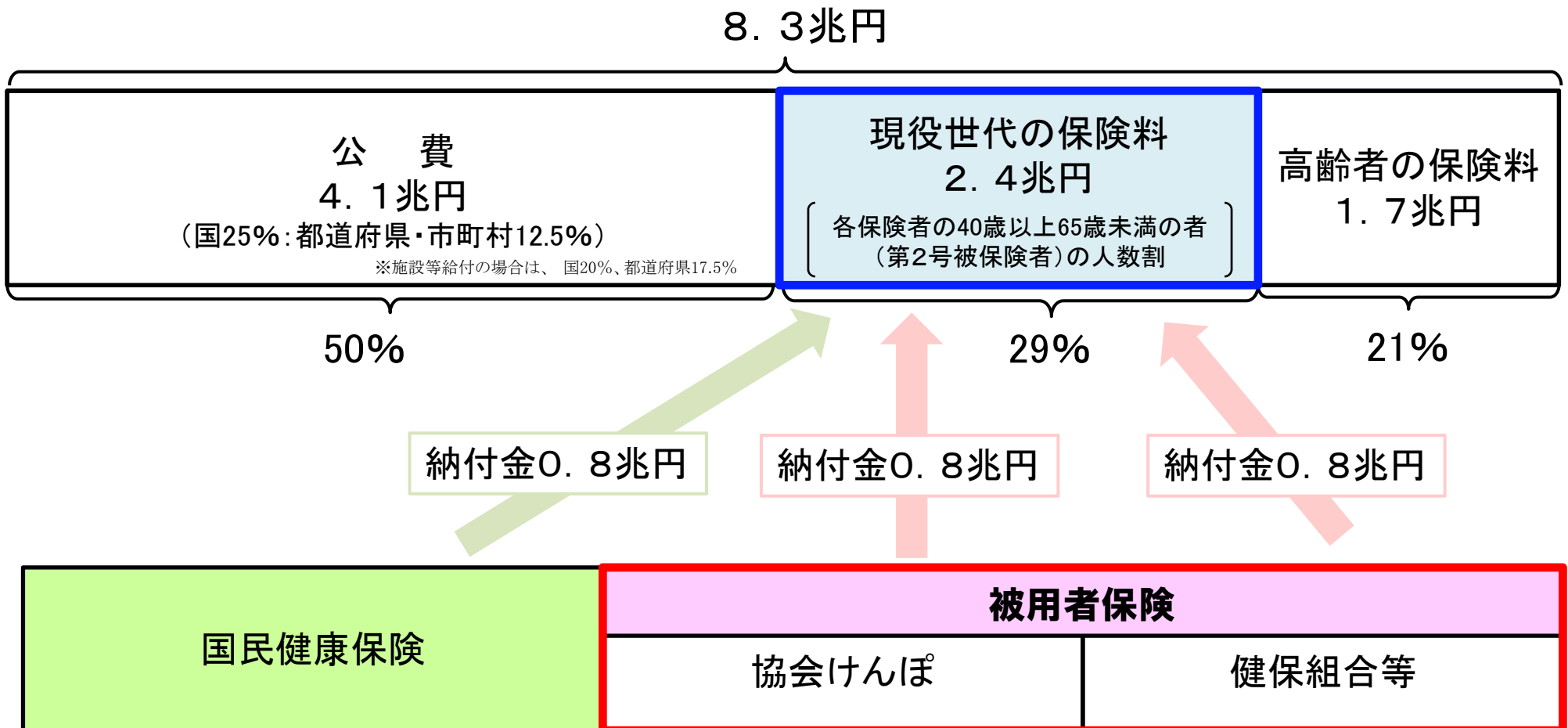
○ 今後の急速な高齢化の進行に伴って増加する介護費用を公平に負担する観点から、介護納付金の負担を医療保険者の総報酬に応じた按分負担とすること(総報酬割の導入)を検討する。

また、現役世代に負担を求める場合には、負担の公平性などの観点に立ち、一定以上の所得者の利用者負担の在り方など給付の重点化についても検討する。

(注) 現行は、介護納付金は各医療保険の40～64歳の加入者に応じて按分されている。

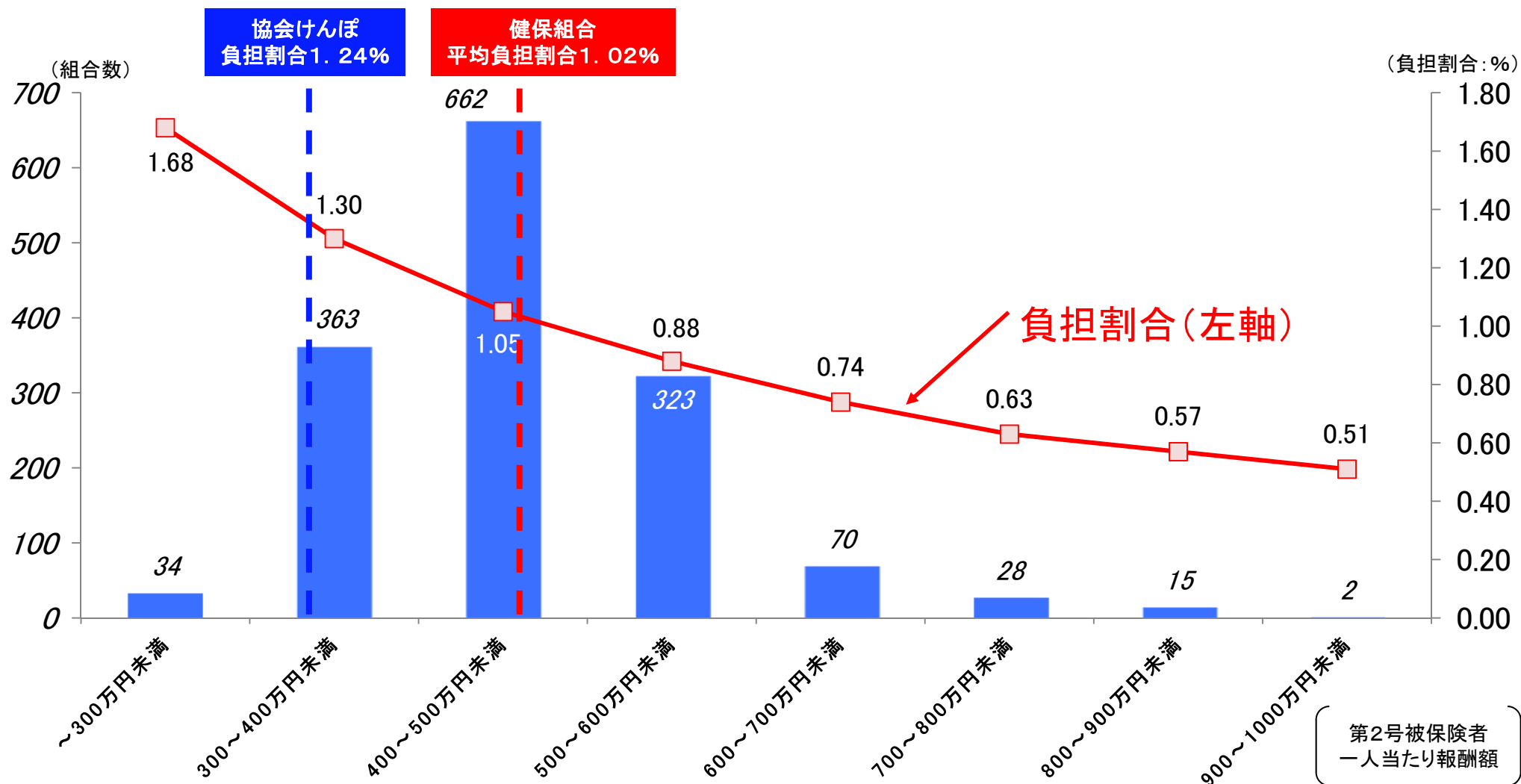
介護納付金の仕組み

- 第2号被保険者(40~64歳)の保険料は、各医療保険者が徴収。
- 第2号被保険者の一人当たり負担額は、介護給付費の第2号被保険者負担分を、第2号被保険者の総数で頭割りしたものであり、どの医療保険に属していても同じ額。



健保組合の第2号被保険者一人当たり報酬額の分布

- 負担割合(第2号被保険者一人当たり負担額÷第2号被保険者一人当たり報酬額)は、第2号被保険者一人当たり報酬額が高いほど、小さくなる。
- また、健保組合の間でも所得格差は存在。

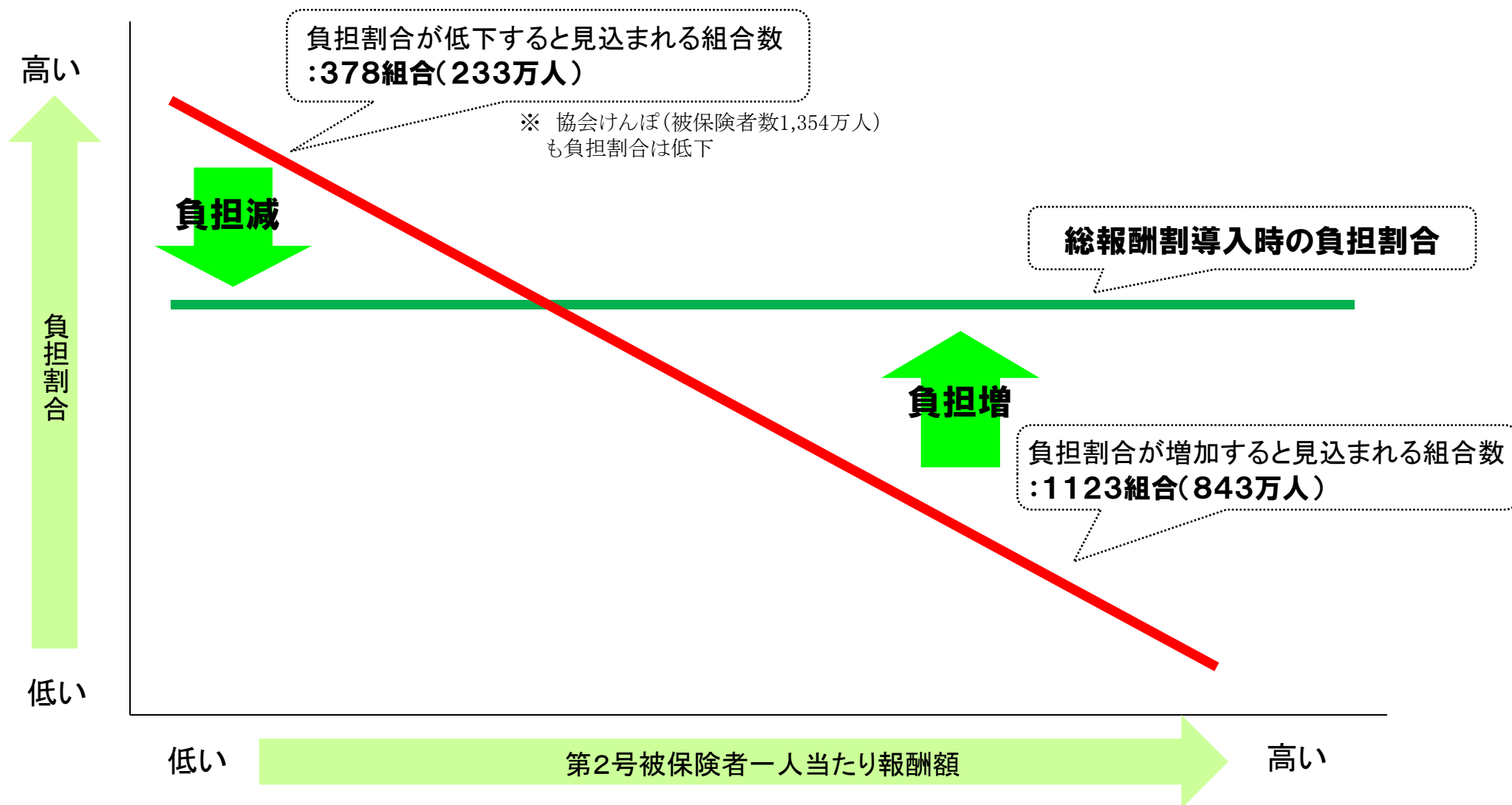


注1) 厚生労働省資料より作成(健保組合全1,497組合の平成20年度決算速報)。

注2) 第2号被保険者の一人当たりの報酬額は、被扶養者の報酬を「0」とみなして計算。

第2号被保険者一人当たり報酬額と負担割合のイメージ

- 総報酬割の場合、負担割合は、第2号被保険者一人当たり報酬額にかかわらず一定。
- 世代内の公平な支え合いの観点から、総報酬割の導入を図るべきではないか。

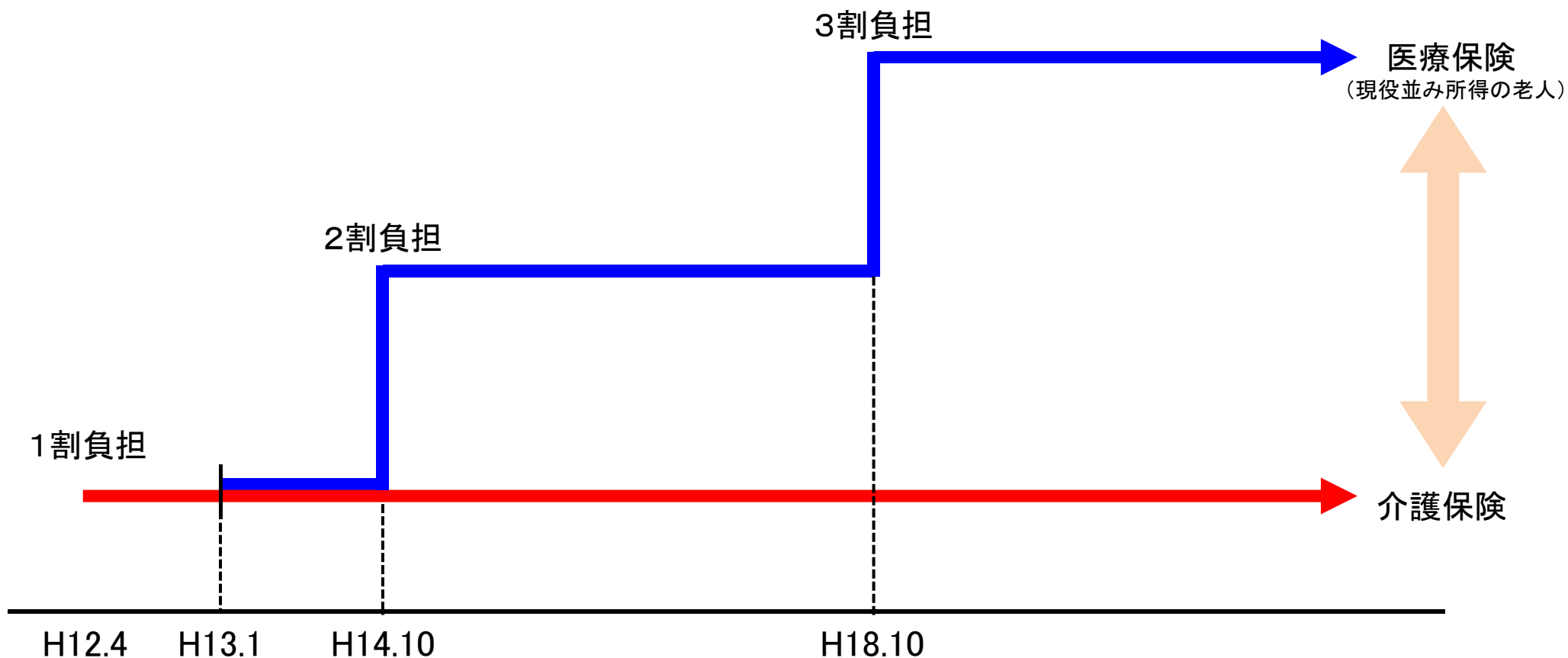


注1: 組合数等は健保組合の平成20年度決算速報に基づく見込み。

注2: 第2号被保険者の一人当たりの報酬額は、被扶養者の報酬を「0」とみなして計算。

医療と介護の自己負担割合の推移

- 医療保険は、順次、自己負担割合を引き上げ。しかしながら、介護保険の自己負担割合は1割のまま推移(引上げなし)。
- 世代内の公平な支え合いの観点から、負担割合を見直しを図るべきではないか。



(参考1) 医療保険(老人)のH13.1以前は、定額制
(参考2) 医療保険の現役並み所得者: 年収383万円(単身)
(参考3) 介護保険の現役並み所得者: 年収310万円

社会保障・税一体改革大綱（平成24年2月17日 閣議決定）

第1部 社会保障改革

第3章 具体的改革内容（改革項目と工程）

3. 医療・介護等②

（8）その他介護保険の対応

- 第6期の介護保険事業計画（平成27年度～平成29年度）の施行も念頭に、介護保険制度の給付の重点化・効率化とともに、予防給付の内容・方法の見直し、自立支援型のケアマネジメントの実現に向けた制度的対応を検討する。

社会保障制度改革推進法（平成24年法律第64号）

（介護保険制度）

第七条 政府は、介護保険の保険給付の対象となる保健医療サービス及び福祉サービス（以下「介護サービス」という。）の範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図るとともに、低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制しつつ必要な介護サービスを確保するものとする。

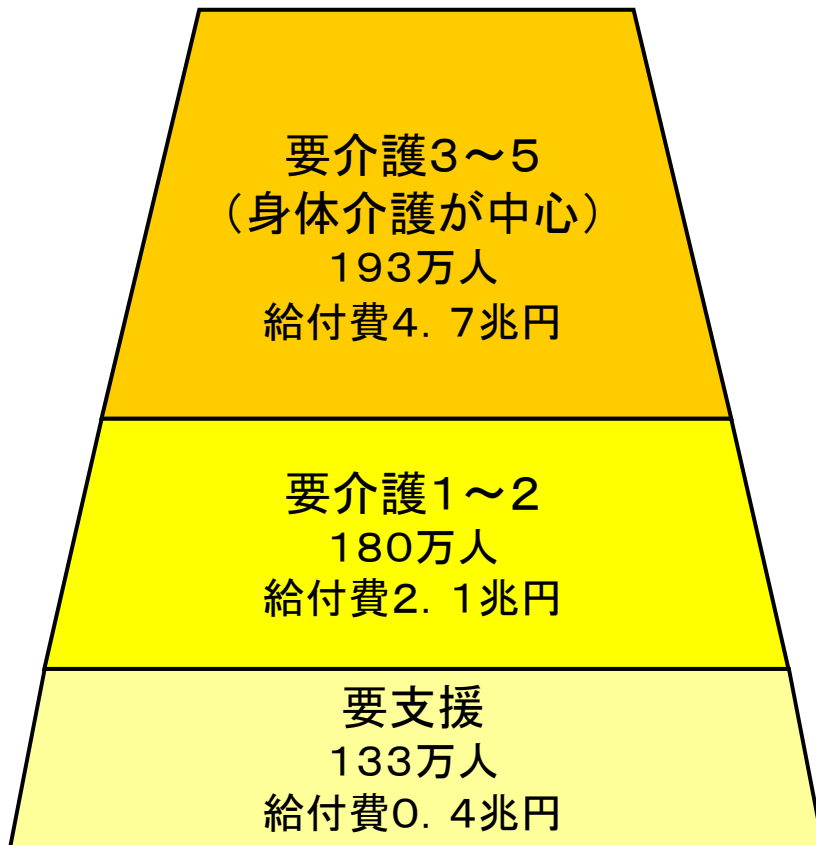
行政刷新会議「提言型政策仕分け」（平成23年11月22日）におけるとりまとめ（方向性）

介護サービスの機能強化と効率化・重点化

軽度の対象者に対する生活支援については、自立を促す観点で保険給付のあり方を見直すべき。その際、重度化を予防する他の有効な手段の拡充についても合わせて検討すること。

軽度者介護について①

- 介護保険は、介護が必要となった高齢者の生活を支え合う仕組みであるが、高齢者の自立を支援することもその理念としている。
- こうした観点から、軽度者介護について、単なる高齢者の身の回りの世話をすることにとどまっている側面もあることをどう考えるか。

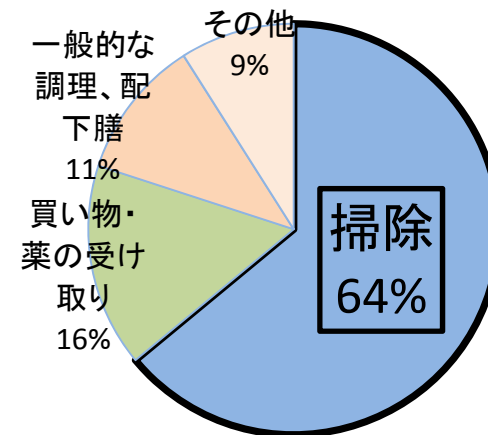


※ 自治体レベルでも、給付は重度者にシフトし、軽度者への給付は効率化すべきとの意見が見られる。
(財政制度等審議会ヒアリング・石川良一稲城市長、平成20年4月)

(注) 給付費は、高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費を含まない。(平成22年度 介護保険事業状況報告年報)

区分	状態(おおよその目安)
要支援1	日常生活上の基本的動作については、ほぼ自分で行うことが可能だが、何らかの支援を要する状態。(立ち上がり等)
要支援2	日常生活上の基本的動作について、ほぼ自分で行うことが可能だが、要支援1よりは支援を要する状態。(起き上がり等)
要介護1	要支援状態から、手段的日常生活動作を行う能力が低下し、部分的な介護が必要となる状態(起き上がり等)
要介護2	要介護1の状態に加え、日常生活動作についても部分的な介護が必要となる状態(簡単な調理等)

「掃除」がサービスの半分以上を占める



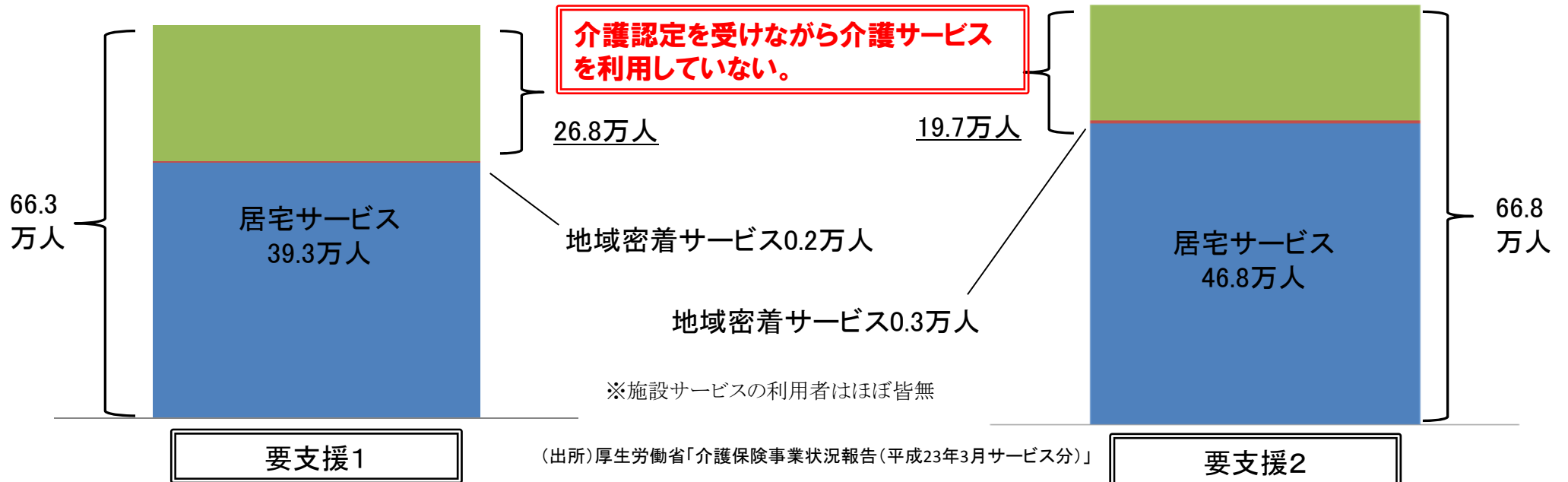
生活援助サービスの内容

(注) 平成22年度 予算執行調査のデータより作成。

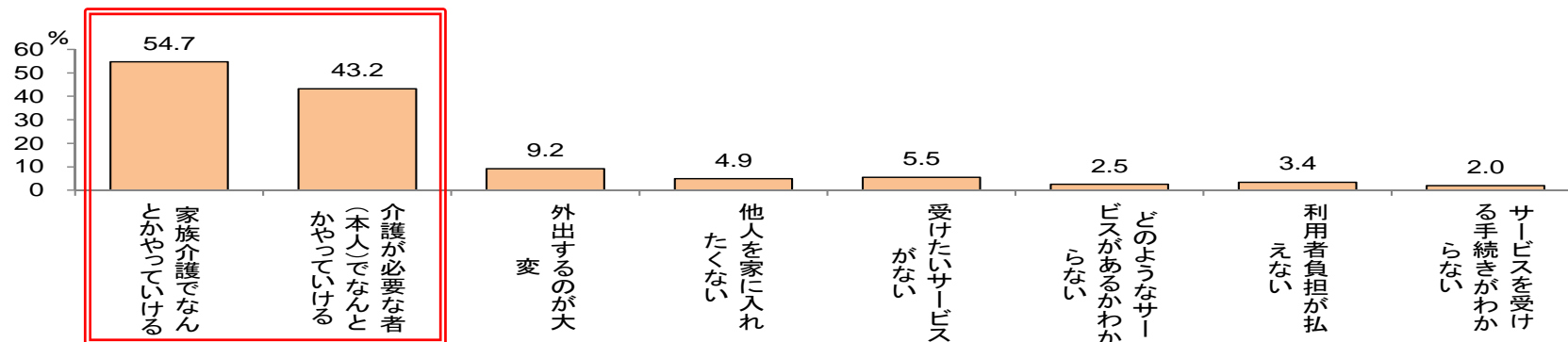
軽度者介護について②

- 「要支援」の認定を受けても、介護サービスを利用しない者が相当割合存在。
- 軽度者に対する給付については、高齢者の自立を支援する観点から、見直しを図るべきではないか。

◎要支援1、2レベルの被保険者の介護サービス利用状況



◎訪問系・通所系・短期入所サービス等を利用していない者の利用しなかった理由の割合(複数回答)



(出所)厚生労働省「平成22年国民生活基礎調査」

保険給付額の比較

要介護度	日本		ドイツ(要介護Ⅰ～Ⅲ)		韓国(3等級～1等級)	
	在宅介護	施設介護	在宅介護	施設介護	在宅介護	施設介護
要支援1	49,700円	-	-	-	-	-
要支援2	104,000円	-	-	-	-	-
要介護1	165,800円	197,100円	-	-	-	-
要介護2	194,800円	218,400円	-	-	-	-
要介護3	267,800円	239,400円	384 (59,500円)	1,032 (158,600円)	760,000 (84,400円)	1,169,100 (129,900円)
要介護4	306,000円	260,700円	921 (142,800円)	1,279 (198,200円)	879,000 (97,700円)	1,306,500 (145,200円)
要介護5	358,300円	278,700円	1,432 (222,000円)	1,432 (222,000円)	1,097,000 (121,900円)	1,443,600 (160,400円)

※ ドイツの数値の単位はユーロ、韓国の数値の単位はウォン。

※ 在宅介護の場合、月額給付上限額を示す。なお、利用できるサービスの種類は各国で異なることに注意。

※ 日本の施設介護の数値は、特別養護老人ホーム(ユニット型個室)の場合。なお、日本及び韓国では表中の一定割合が利用者負担となる。

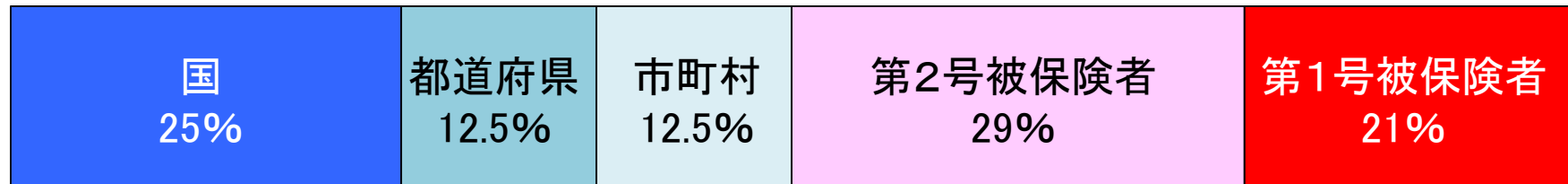
※ ドイツの数値は、要介護度Ⅰから要介護度Ⅲまでの数値を便宜的に日本の要介護3から要介護5の段階にあてはめている。なお、ドイツではさらに「極めて多くの介護が必要となる特別のケース」があり、その場合在宅介護では1,918ユーロ(297,300円)、施設介護では1,688ユーロ(261,600円)となっている。また、在宅介護の場合は現金給付を選択することができ、要介護Ⅰで205ユーロ(31,800円)、要介護Ⅱで410ユーロ(63,600円)、要介護Ⅲで665ユーロ(103,100円)を受け取ることができる。日本円換算は1ユーロ155円として計算。

※ 韓国の数値は、1等級から3等級までの数値を便宜的に日本の要介護3から要介護5の段階にあてはめている。施設介護の数値は、専門療養施設の場合。山・漁村地域の居住者である場合や、要介護者が精神障害・伝染病などで家族が介護する場合は「家族介護費」として、3等級で110,000ウォン(12,200円)、2等級で120,000ウォン(13,300円)、1等級で150,000ウォン(16,700円)が支給される。また、1等級の要介護者が老人専門病院や老人療養病院に入院した場合に、付き添い介護手当として「療養病院介護費」が200,000ウォン(22,200円)が支給される。円換算は9万ウォンを1万円として計算。

地域支援事業について

- 保険給付のほかに、各市町村が、介護の予防と高齢者への支援に関する事業を介護保険料と公費を財源に実施(平成18年度～)。平成25年度概算要求額は総額642億円(平成24年度予算額は642億円)。
- 介護予防や高齢者の自立支援の観点から、真に効果のある事業に重点化していくことにより、予防給付の内容・方法の見直しの際の受け皿にしていくことができるのではないか。

①介護の予防



事業規模:546億円

②高齢者への支援 (高齢者が要支援・要介護状態になっても、地域で自立した日常生活を営めるよう支援)

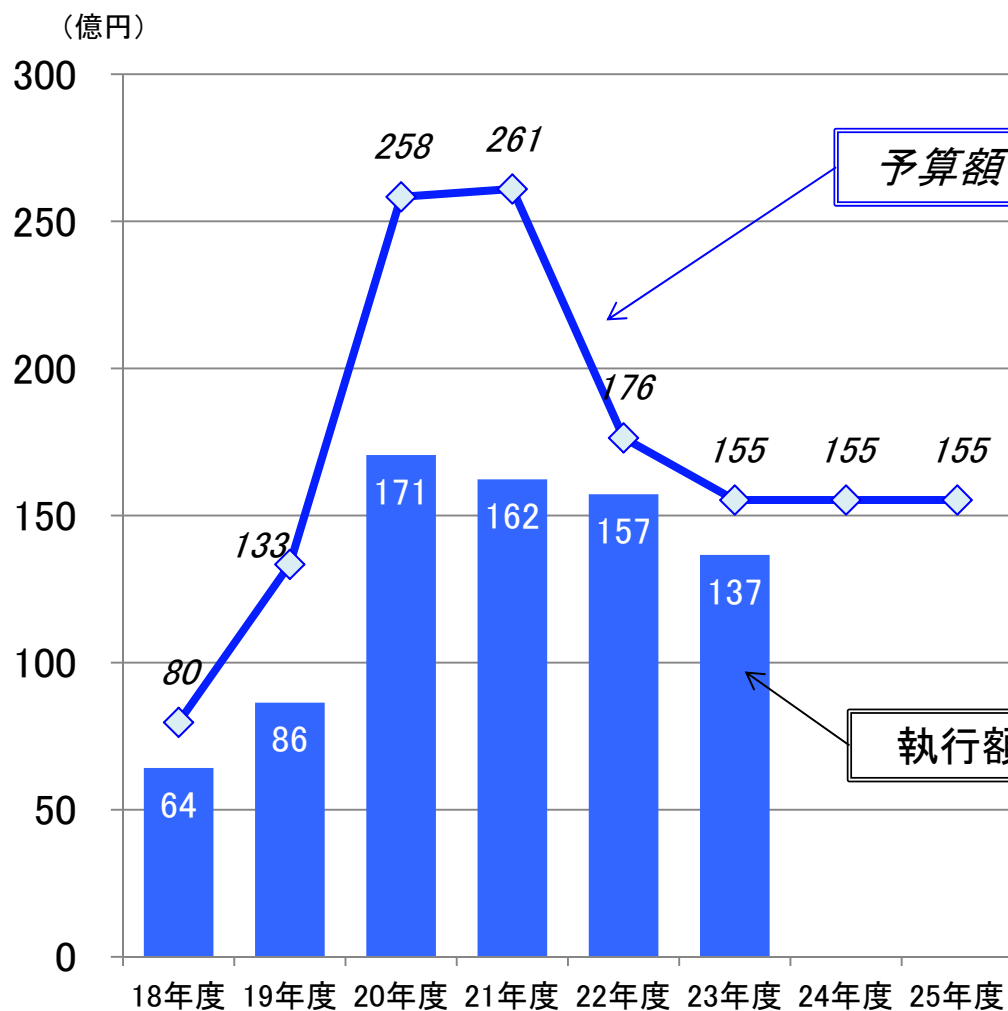


事業規模:1,195億円

地域支援事業に係る予算額等の推移

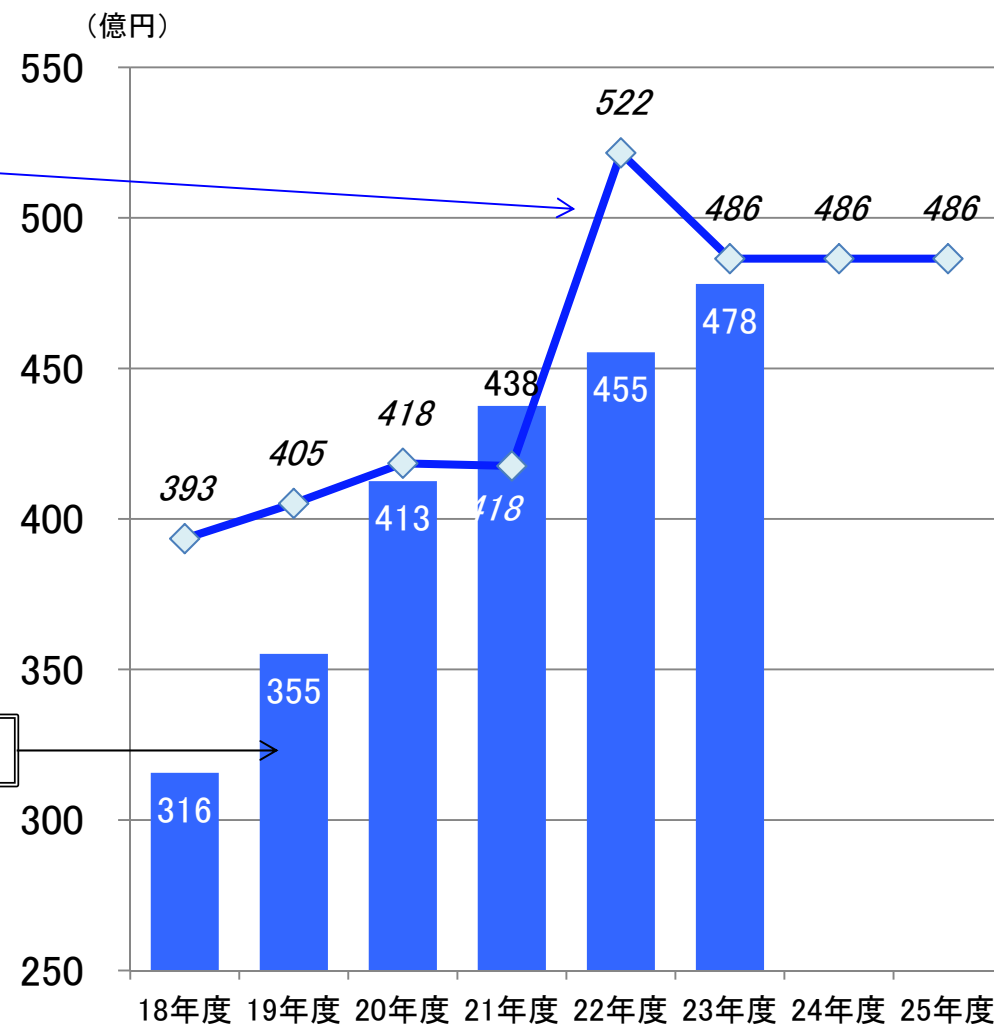
<介護の予防に関する事業>

(介護予防事業、介護予防・日常生活支援総合事業)



<高齢者への支援に関する事業>

(包括的支援事業、任意事業)



(注)執行額は、最終交付決定額ベースの数字。

介護の予防に関する事業について

- 介護予防の普及・啓発等に加え、要支援・要介護状態となる可能性の高い高齢者を対象として、公民館等において、**体操教室を開催したり、栄養改善や口腔ケアの指導等**を実施。
- 行政刷新会議の事業仕分け(2009年11月、2010年11月)では、相当数の評価者が「**事業の効果の検証が不十分ではないか**」、「**対象者をより明確化すべきではないか**」とコメント。
⇒評価結果はいずれも「**予算要求の縮減**」
- 予算額は縮減されているものの、その大半は不用額の削減であり、制度の見直しを伴う実質的削減になっていない。



事業仕分けでの指摘も踏まえながら、より効果的・効率的に事業を行うという観点から、制度改正を含め、予算の見直しを行うべきではないか。

高齢者への支援に関する事業について

1. 包括的支援事業

- 地域包括支援センター(注)が行う業務
⇒ 要支援・要介護状態となる可能性の高い高齢者のケアプラン作成、高齢者に関する様々な相談の受付、高齢者虐待への対応や消費者被害の防止等
(注) 地域包括支援センターとは、高齢者の生活を支える総合機関(市町村の直営又は委託)。
- 地域包括支援センターについて、多くの市町村が運営方針の提示・指導や評価を実施していないとの調査結果(運営方針を提示・指導していない保険者が約6割、評価を実施していない保険者が約7割)。



介護予防事業同様、事業の効果の検証が不十分である可能性が高く、より効果的・効率的に事業を行うという観点から、制度改正を含め、予算の見直しを行うべきではないか。

2. 任意事業

- 市町村は、介護保険事業の運営の安定化及び被保険者の地域における自立した日常生活のために必要な事業(任意事業)を実施することができる。
- 実施されている主な事業内容
 - ・ 介護給付費適正化事業(介護給付費の通知、ケアプランの点検 等)
 - ・ 家族介護支援事業(介護方法の指導、認知症に関する広報・啓発活動、介護用品の支給、慰労金等の贈呈、交流会等の開催 等)
 - ・ その他の事業(成年後見人等の報酬の助成、申立てに要する費用の助成 等)

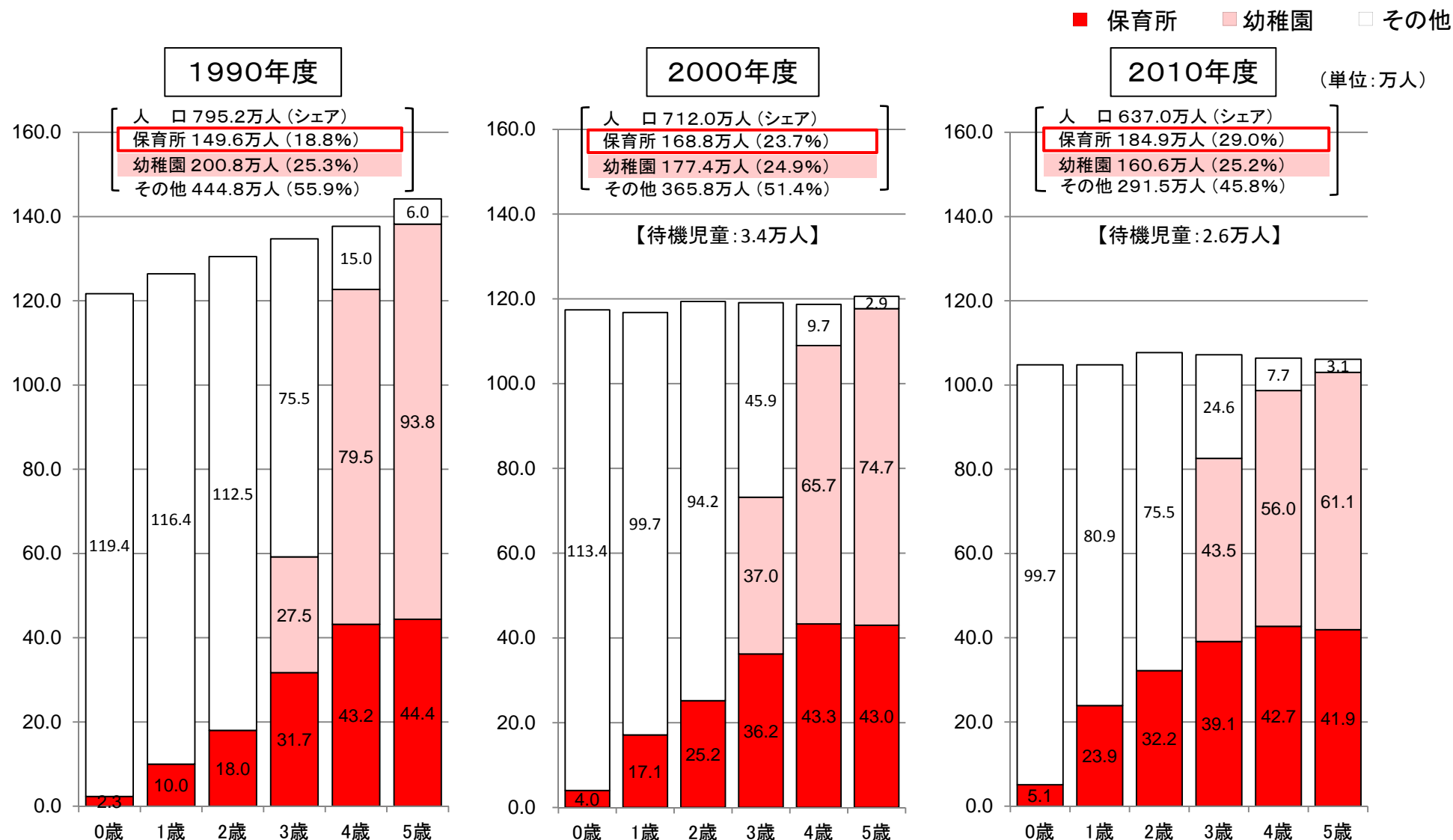


様々な事業が行われているが、全ての事業について国の補助事業として行う必要があるのかについて検討が必要ではないか。

子ども・子育て支援

就学前児童の入所、入園の状況及びその推移

- 幼稚園入園者数が減少している一方で、保育所入所者数が増加しているという利用者ニーズの変化等を背景に、0～2歳児を中心に待機児童が多く発生。
- 保育所等の増設や幼稚園の定員を利用した0～2歳児の受け入れなど、保育サービスの量の拡大が求められている。



(資料) 総務省「人口推計」、厚生労働省「社会福祉施設等調査」、文部科学省「学校基本調査」より作成。

(注1) 待機児童数は厚生労働省調べ(毎年4月1日時点)

(注2) 2000年度の待機児童には、他に入所可能な保育所があるにもかかわらず待機している児童や、地方単独保育事業を利用しながら待機している児童を含む。

幼稚園・保育所の定員充足率等の地域差

○人口上位5県

都道府県	幼稚園	保育所	
	定員充足率	定員充足率	待機児童数
東京	84.8%	98.7%	7,855人
神奈川	89.4%	101.8%	3,095人
大阪	68.0%	102.7%	1,710人
愛知	78.9%	87.2%	1,422人
埼玉	73.3%	98.9%	1,186人
平均	79.0%	97.3%	3,054人

○人口上位5市

政令指定都市	幼稚園	保育所	
	定員充足率	定員充足率	待機児童数
横浜市	94.2%	101.7%	971人
大阪市	71.8%	99.0%	396人
名古屋市	78.3%	100.0%	1,275人
札幌市	85.1%	104.8%	865人
神戸市	73.6%	104.0%	481人
平均	82.3%	101.2%	798人

○人口下位5県

都道府県	幼稚園	保育所	
	定員充足率	定員充足率	待機児童数
福井	43.3%	93.7%	0人
徳島	42.4%	87.7%	29人
高知	47.6%	87.6%	22人
島根	38.1%	98.0%	13人
鳥取	53.6%	93.3%	0人
平均	44.0%	92.3%	13人

全政令指定都市平均	78.0%	102.5%	417人
-----------	-------	--------	------

※ 幼稚園については、文部科学省「平成23年度学校基本調査報告書」(平成23年5月1日時点)による。
 ※ 保育所については、厚生労働省「保育所関連状況取りまとめ」(平成23年4月1日)による(岩手県、宮城県、福島県の8市町を除く)。

全都道府県平均	68.5%	96.3%	544人
---------	-------	-------	------

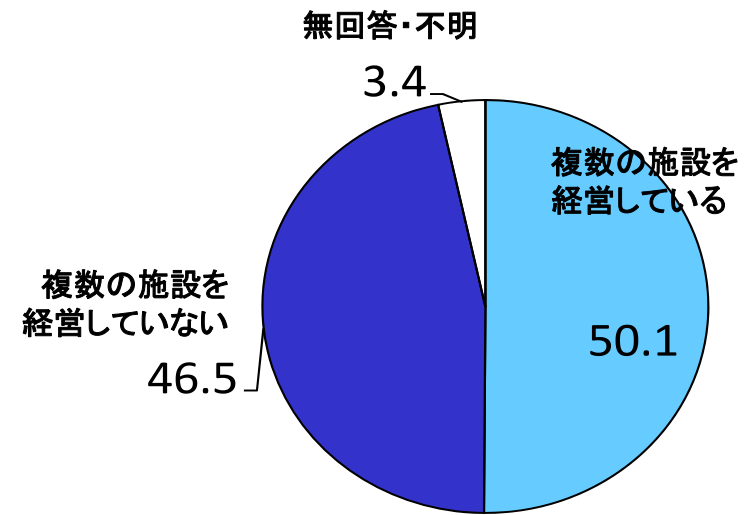
保育所の設置主体

- 認可保育所の設置主体は、自治体(45.0%)と社会福祉法人(48.9%)が大宗を占める。
- また、同一法人が他の社会福祉施設を経営する割合は、50.1%と約半数である。
- **株式会社が設置する認可保育所は、288か所(1.2%)。**

(平成23年4月1日現在)

自治体	社会福祉法人	社団法人	財団法人	学校法人
10,515	11,434	6	175	434

宗教法人	NPO	株式会社	個人	その他	計
257	75	288	167	34	23,385



「全国の保育所実態調査」
(24年9月、(社)全国保育協議会調べ)

(資料)厚生労働省保育課調べ。岩手県、宮城県、福島県の8市町を除く

今回の子ども・子育て関連法案による見直し内容 (認可基準の客観化等による保育の量の拡大=待機児童対策)

現状

- 保育所、幼稚園とも都道府県の認可(保育所については都道府県から市町村に協議)
- 認可にあたり自治体の裁量あり。
 - 保育所については、多くの市町村が社会福祉法人に限定し、株式会社参入を認めていない。
 - 都市部を中心に、保育所の参入量が限定され、待機児童問題の大きな原因に。

改正後

- 保育所、幼稚園の認可制度はそのまま。
- 大都市部の保育需要の増大に機動的に対応できるよう、認可基準を満たす施設であれば、欠格事由に該当する場合や供給過剰による需給調整が必要な場合を除き、認可。
- 小規模保育等の地域型保育についても同様の枠組みとした上で、市町村認可事業とし、運営費支援(地域型保育給付)の対象とする。
 - 参入基準の客観化、多様なサービスの提供=量的拡大=待機児童解消が見込まれる。

子ども・子育て支援の充実0.7兆円の内訳

消費税引き上げにより社会保障の制度充実に充てられる消費税1%分(2.7兆円)のうち、0.7兆円程度が子ども・子育て支援に充てられる。

「0.7兆円程度」の内訳

○ **0.4兆円程度**は、保育等の**量の拡充**に充てられる。

◇認定こども園・幼稚園・保育所 +約0.3兆円

(3歳未満児の保育利用数(利用率) 平成24年度 86万人(27%) ⇒ 平成29年度末 122万人(44%))

◇放課後児童クラブ +約0.01兆円

(放課後児童クラブの利用児童数(利用率) 平成24年度 83万人(22%) ⇒ 平成29年度末 129万人(40%))

◇その他 +約0.1兆円

(病児・病後児保育、延長保育、地域子育て支援拠点、一時預かり、児童養護施設等)

※子ども・子育てビジョン(平成22年1月閣議決定)ベースで算定(ピークは平成29年度末)

○ **0.3兆円程度**は、保育等の**質の改善**に充てられる。

◇3歳児を中心とした職員配置等の見直し

◇保育士・教員等の待遇改善等

◇幼稚園・小規模保育の0~2歳保育への参入促進

◇病児・病後児保育等の体制強化

◇地域の子育て支援の充実

◇放課後児童クラブの充実

◇社会的養護の充実

※個々の具体的な金額については、優先順位を付けながら、地域の実態等を踏まえ今後検討