

社会保障制度改革国民会議 委員名簿

- 伊藤 元重 東京大学大学院経済学研究科教授
- 遠藤 久夫 学習院大学経済学部教授
- 大島 伸一 国立長寿医療研究センター総長
- 大日向雅美 恵泉女学園大学大学院平和学研究科教授
- 権丈 善一 慶應義塾大学商学部教授
- 駒村 康平 慶應義塾大学経済学部教授
- 榊原 智子 読売新聞東京本社編集局社会保障部次長
- 神野 直彦 東京大学名誉教授
- ◎ 清家 篤 慶應義塾長
- 永井 良三 自治医科大学学長
- 西沢 和彦 日本総合研究所調査部上席主任研究員
- 増田 寛也 野村総合研究所顧問
- 宮武 剛 目白大学大学院生涯福祉研究科客員教授
- 宮本 太郎 北海道大学大学院法学研究科教授
- 山崎 泰彦 神奈川県立保健福祉大学名誉教授

◎は会長、○は会長代理

○社会保障制度改革推進法（「基本的な考え方」部分抜粋）

（基本的な考え方）

第2条 社会保障制度改革は、次に掲げる事項を基本として行われるものとする。

- 一 自助、共助及び公助が最も適切に組み合わせられるよう留意しつつ、国民が自立した生活を営むことができるよう、家族相互及び国民相互の助け合いの仕組みを通じてその実現を支援していくこと。
- 二 社会保障の機能の充実と給付の重点化及び制度の運営の効率化とを同時に行い、税金や社会保険料を納付する者の立場に立って、負担の増大を抑制しつつ、持続可能な制度を実現すること。
- 三 年金、医療及び介護においては、社会保険制度を基本とし、国及び地方公共団体の負担は、社会保険料に係る国民の負担の適正化に充てることを基本とすること。
- 四 国民が広く受益する社会保障に係る費用をあらゆる世代が広く公平に分かち合う観点等から、社会保障給付に要する費用に係る国及び地方公共団体の負担の主要な財源には、消費税及び地方消費税の収入を充てるものとする。

○社会保障制度改革推進法（基本方針部分抜粋）

第2章 社会保障制度改革の基本方針

（公的年金制度）

第5条 政府は、公的年金制度については、次に掲げる措置その他必要な改革を行うものとする。

- 一 今後の公的年金制度については、財政の現況及び見通し等を踏まえ、第九条に規定する社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得ること。
- 二 年金記録の管理の不備に起因した様々な問題への対処及び社会保障番号制度の早期導入を行うこと。

（医療保険制度）

第6条 政府は、高齢化の進展、高度な医療の普及等による医療費の増大が見込まれる中で、健康保険法(大正十一年法律第七十号)、国民健康保険法(昭和三十三年法律第百九十二号)その他の法律に基づく医療保険制度(以下単に「医療保険制度」という。)に原則として全ての国民が加入する仕組みを維持するとともに、次に掲げる措置その他必要な改革を行うものとする。

- 一 健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進するとともに、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図ることにより、国民負担の増大を抑制しつつ必要な医療を確保すること。
- 二 医療保険制度については、財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保、保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を図ること。
- 三 医療の在り方については、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること。
- 四 今後の高齢者医療制度については、状況等を踏まえ、必要に応じて、第九条に規定する社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得ること。

（介護保険制度）

第7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。

（少子化対策）

第8条 政府は、急速な少子高齢化の進展の下で、社会保障制度を持続させていくためには、社会保障制度の基盤を維持するための少子化対策を総合的かつ着実に実施していく必要があることに鑑み、単に子ども及び子どもの保護者に対する支援にとどまらず、就労、結婚、出産、育児等の各段階に応じた支援を幅広く行い、子育てに伴う喜びを実感できる社会を実現するため、待機児童(保育所における保育を行うことの申込みを行った保護者の当該申込みに係る児童であつて保育所における保育が行われていないものをいう。)に関する問題を解消するための即効性のある施策等の推進に向けて、必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講ずるものとする。

検 討 項 目

○ 医療の改革

- ① 健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進するとともに、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図ることにより、国民負担の増大を抑制しつつ必要な医療を確保
- ② 医療保険制度について、財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保、保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を実施
- ③ 医療の在り方について、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備
- ④ 今後の高齢者医療制度にかかる改革

○ 介護の改革

介護保険の保険給付の対象となる介護サービス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

○ 年金の改革

- ① 今後の公的年金制度にかかる改革
- ② 現行年金制度の改善
(低年金・無年金者対策、厚生年金の適用拡大、被用者年金一元化等)

○ 少子化対策

社会保障制度の基盤を維持するための少子化対策を総合的かつ着実に実施

これまでの取組状況と 今後の課題（医療分野）

平成24年12月7日
遠藤委員提出資料

医療に係る改革の課題

【医療・介護サービス保障の強化】

1 健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見

- ・健康増進の総合的な推進
- ・医療費適正化の推進 等

2 医療サービス提供体制の制度改革

- ・病院・病床機能の分化・強化、在宅医療の推進(機能強化)
- ・医師確保対策、チーム医療の推進(人材確保)

3 医療保険の財政基盤の安定化等

- ・市町村国保の財政基盤の安定化
- ・保険料に係る国民の負担に関する公平の確保等
- ・保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等

4 個人の尊厳と患者の意思がより尊重される医療の確保

- ・国民の希望を踏まえた在宅医療の確保
- ・人生の最終段階を本人の希望に応じて穏やかに過ごすことができる環境の整備

5 今後の高齢者医療制度にかかる改革

- ・高齢者医療制度の在り方
- ・70～74歳の患者負担の在り方

健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見等

現状と課題

○健康増進の総合的な推進

- ・ 生活習慣病の予防、社会生活を営むため必要な機能の維持等を図る必要がある。
- ・ 日本のがん検診の受診率（概ね20～30%）は、諸外国に比べ低水準。

○医療費の適正化

- ・ 医療費は、高齢化や医療の高度化等により、GDPの伸びを上回って増加。
- ・ 生活習慣病対策や長期入院の是正など中長期的な医療費適正化のため、国及び都道府県が医療費適正化計画を策定することとされている。

※ 平成20～24年度 第1期医療費適正化計画
平成25～29年度 第2期医療費適正化計画

今後の方向性

○健康増進の総合的な推進

- ・ 第二次健康日本21により、生活習慣病の発症予防、重症化予防を図り、健康寿命を延伸する。
- ・ がん検診の受診率について、平成28年度までに50%（胃、肺、大腸は当面40%）を達成することを目指す。

○医療費適正化の推進

- ・ 第2期医療費適正化計画において、平成29年度に向けた医療費の見通しを立て、次のような対策を推進。
 - ・ 特定健診・保健指導の実施による生活習慣病の発症予防
 - ・ 医療機関の機能分化・連携、在宅医療・地域ケアの推進等による平均在院日数の縮減

※平成29年度までの全国目標：

特定健診実施率70%
特定保健指導実施率45%

- ・ 外来受診の適正化等（生活習慣病予防等）、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について、診療報酬・介護報酬改定、補助金等予算措置等により、取組を推進する。

医療サービス提供体制の制度改革（機能強化）

現状と課題

- 今後、団塊の世代が高齢期に入り、医療・介護サービスの需要は大きく増大することが見込まれる。
- こうした中、医療サービスの機能の面では、以下の課題が存在。
 - ・ 一般病床の機能分担が不明確。
 - ・ 急性期治療を経過した患者を受け入れる入院機能などが不足。
 - ・ 多くの国民が自宅などでの療養を希望していることを踏まえた、在宅医療の確保、地域包括ケアシステムの構築が必要。

今後の方向性

【病院・病床機能の分化・強化】

- 一般病床の機能分化を推進するため、
 - ・ 医療機関が病床機能の内容（急性期、亜急性期、回復期等）などを都道府県に報告し、
 - ・ 都道府県が、その情報を活用して、医療計画において、地域における病院・病床機能の分化と連携のビジョンを策定。
- 病院・病床機能の分化・連携を確保し、病状等に見合った医療サービスの提供と平均在院日数の減少につながる医療資源の適切な投入を行い、効果的・効率的な医療を提供。

【在宅医療の推進】

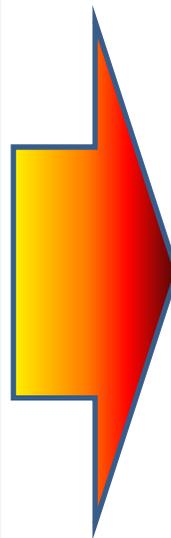
- 在宅医療、地域包括ケアを推進するため、医療計画、報酬及び予算面から包括的に取組を実施。
 - ・ 次期医療計画（平成25年度～）において、在宅医療の確保策や、在宅療養者の病状の急変時等における在宅医療の連携体制を新たに記載し、計画的な整備を推進。
 - ・ 診療報酬及び介護報酬において、在宅医療や医療と介護との連携を適切に評価。
 - ・ 医療と介護を地域で一体的に提供できる体制（地域包括ケアシステム）の整備や在宅チーム医療を担う人材育成を推進。

※ 上記の機能強化、人材確保等の制度改革を実現するため、今後、医療法等改正法案を提出。

医療サービス提供体制の制度改革(人材確保)

現状と課題

- 今後、団塊の世代が高齢期に入り、医療・介護サービスの需要は大きく増大することが見込まれる。
- こうした中、人材確保の面では、以下の課題が存在。
 - ・ 国際的に見て人口当たりの病床数が多い一方で、医師数は少ない(ただし、医師数は毎年4000人程度増加する傾向)。医師が地域間・診療科間で偏在。
 - ・ 医療技術・機器の高度化、インフォームドコンセントの実践、医療安全の確保等に伴って、医師を始めとするスタッフの業務が増大。



今後の方向性

【医師確保対策】

- 医学部入学定員を増員(平成24年度は8,991名(平成19年度と比較し1,366名増員))し、その中で特定の地域等での勤務を条件付けることができる「地域枠」を設定。平成25年度も引き続き増員予定。
- キャリア形成支援と一体的に地域の医師不足病院の医師確保の支援を行う地域医療支援センターを設置。(平成24年度で、20道府県)。今後さらに拡充。
- 各都道府県に設置された地域医療再生基金(～25年度末)を活用するなど、人材確保を含め、地域の状況に応じた取組を推進。
- 臨床研修医の地域的な適正配置を促進するため、都道府県別の募集定員の上限を設定。
- 医師や看護師が働き続けられる環境等を整備するため、医療現場での雇用環境改善を推進。

【チーム医療の推進】

- 看護師に関する高度な専門知識と技能が必要な行為の明確化と能力認証の仕組みの導入、診療放射線技師や歯科衛生士の業務範囲の拡大、薬剤師など医療関係職種の仕事の見直しの検討を図り、効率的で質の高い医療を実現。

※ 上記の機能強化、人材確保等の制度改革を実現するため、今後、医療法等改正法案を提出。

医療保険の財政基盤の安定化等

現状と課題

○市町村国保の財政基盤の安定化

- 市町村国保は、低所得者や高齢で医療の必要が高い人が多く加入しており、相対的に保険料負担が重い。
- 市町村国保財政は赤字であり、決算補填等のため市町村の一般会計から多額の法定外繰入れ・繰上充用を行っている。
 - *法定外一般会計繰入・繰上充用：約5,000億円
- 財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者が存在し、市町村間の格差がある。
 - *都道府県内の保険料格差最大：2.8倍(長野県)

○保険料に係る国民負担に関する公平の確保等

- 中小企業の従業員を加入者とする協会けんぽは、大企業中心の健保組合と比べて財政基盤が弱く、保険料を賦課する賃金水準も低い。このため、
 - 協会けんぽへの国庫補助を行うとともに、
 - 高齢者医療の支援金の3分の1について、被用者保険者の負担能力に応じた負担（総報酬割）としている。

今後の方向性

■ 医療保険制度については、財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保、保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を図ること。

(市町村国保の財政基盤の安定化)

- 以下のような取組を実施。
 - 平成24年国保法改正において、財政基盤強化策の恒久化、財政運営の都道府県単位化(市町村国保のすべての医療費を都道府県単位で共同して負担)などを実施(27年4月1日から)
 - 市町村国保の低所得者に対する財政支援の強化(～2200億円程度)
- 今後とも、市町村国保の財政基盤の安定化に向けた取組を推進。

(保険料にかかる国民負担に関する公平の確保等)

- 今後の高齢者医療制度にかかる改革の中で、高齢者医療の支援金について、全面総報酬割とすることを検討する。
- 国保組合の国庫補助の見直し

医療保険の財政基盤の安定化等

現状と課題

○保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等

(医療費の伸びの増大)

- ・ 医療費は、高齢化や医療の高度化等により、GDPの伸びを上回って増大している。

(高額療養費や難病対策の見直し)

- ・ 医療の高度化に伴い、がん患者など長期にわたって、自己負担の重い患者が生じている。
- ・ また、難病の医療費助成についても、対応が求められている。

今後の方向性

(保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等)

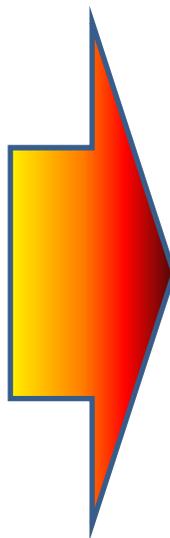
- 後発医薬品推進のロードマップを作成し、後発医薬品の総合的な使用促進を図るとともに、イノベーションの観点にも配慮しつつ、後発医薬品のある先発医薬品の薬価を引き下げる。また、医薬品の患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直すことについて検討する。
- 高額療養費については、
 - ・ 制度の持続可能性の観点から、保険者が共同で支え合う仕組みや給付の重点化を通じて、改善に必要な財源と方策等について検討する。
難病の医療費助成についても、公平・安定的な仕組みを検討する。



個人の尊厳と患者の意思がより尊重される 医療の確保

現状と課題

- 今後の高齢化の進展を見据えつつ、疾病を抱えても自分らしい生活を続けられる環境の整備が必要。
- こうした中、以下の課題が存在。
 - ・ 多くの国民が自宅などでの療養を希望していることを踏まえた、在宅医療の確保・地域包括ケアシステムの構築が必要。
 - ・ 人生の最終段階を本人の希望に応じて穏やかに過ごすことができる環境の整備が必要。
 - ※ これまでほぼ5年おきに計4回の終末期医療に関する意識調査を実施するとともに（今年度中に新たな調査を実施予定）、平成19年に終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインを作成。



今後の方向性

- 在宅医療、地域包括ケアを推進するため、医療計画、報酬及び予算面から包括的に取組を実施。（再掲）
 - ・ 次期医療計画（平成25年度～）において、在宅医療の確保策や、在宅療養者の病状の急変時等における在宅医療の連携体制を新たに記載し、計画的な整備を推進。
 - ・ 診療報酬及び介護報酬において、在宅医療や医療と介護との連携を適切に評価。
 - ・ 医療と介護を地域で一体的に提供できる体制（地域包括ケアシステム）の整備や在宅チーム医療を担う人材育成を推進。
- 終末期医療のあり方は、国民の死生観に深く関わる課題であり、国民的議論を踏まえつつ対応。

今後の高齢者医療制度にかかる改革

現状と課題

- 旧老人保健制度では次の問題あり。
 - ・高齢と現役の負担関係が不明確
 - ・加入制度や市町村により保険料額に高低 等
- このため、75歳以上が独立した後期高齢者医療制度施行(平成20年4月)。
 - ・給付費13.1兆円、加入者約1,500万人(平成24年)
- これに対し、「年齢による差別」と受け止め。
 - ・運用面で可能な限り対応済。
 - ※75歳以上の年齢に着目した診療報酬の廃止等
 - ・平成22年12月、高齢者医療制度改革会議が見直し案をとりまとめ。
 - ※75歳以上は国保又は被用者保険に加入。最終的に全年齢で国保を都道府県単位化等
- 民自公3党合意、社会保障制度改革推進法で規定。

今後の高齢者医療制度の改革については、あらかじめ三党間で合意に向けて協議するとともに、状況等を踏まえ、必要に応じて社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得る。

今後の方向性

- 民自公3党合意及び社会保障制度改革推進法を踏まえ、以下について検討を進める。
 1. 高齢者医療制度の在り方
 - 制度的枠組みの在り方
 - 制度的枠組みにかかわらず検討を要する課題
 - ・支援金(総報酬割の検討(負担の公平化))・保険料・公費負担の在り方 等
 2. 70~74歳の患者負担の在り方
 - 現在1割に凍結(法定は2割)されている70~74歳の患者負担について、世代間の公平を図る観点から、25年度以降の取扱いを25年度予算編成過程で検討

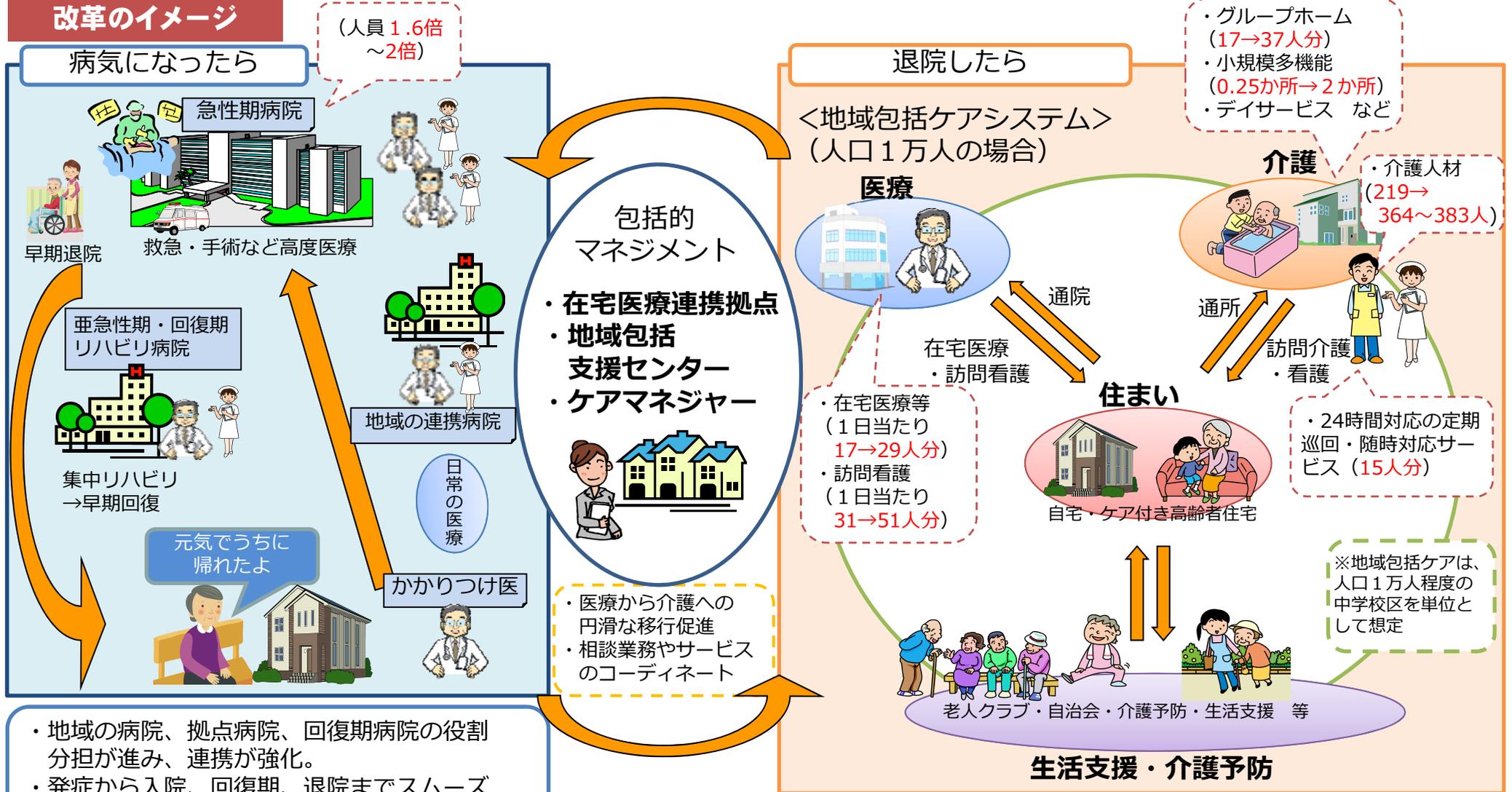
參考資料

医療・介護サービス保障の強化

- 病床機能に応じた医療資源の投入による入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



- ・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。
- ・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

※数字は、現状は2012年度、目標は2025年度のもの

健康日本21(第2次)の概要

- 平成25年度から平成34年度までの国民健康づくり運動を推進するため、健康増進法に基づく「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」(平成15年厚生労働大臣告示)を改正するもの。
- 第1次健康日本21(平成12年度～平成24年度)では、具体的な目標を健康局長通知で示していたが、目標の実効性を高めるため、大臣告示に具体的な目標を明記。

健康の増進に関する基本的な方向

① 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

- ・生活習慣の改善や社会環境の整備によって達成すべき最終的な目標。
- ・国は、生活習慣病の総合的な推進を図り、医療や介護など様々な分野における支援等の取組を進める。

② 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底(NCD(非感染性疾患)の予防)

- ・がん、循環器疾患、糖尿病、COPDに対処するため、一次予防・重症化予防に重点を置いた対策を推進。
- ・国は、適切な食事、適度な運動、禁煙など健康に有益な行動変容の促進や社会環境の整備のほか、医療連携体制の推進、特定健康診査・特定保健指導の実施等に取り組む。

③ 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

- ・自立した日常生活を営むことを目指し、ライフステージに応じ、「こころの健康」「次世代の健康」「高齢者の健康」を推進。
- ・国は、メンタルヘルス対策の充実、妊婦や子どもの健やかな健康増進に向けた取組、介護予防・支援等を推進。

④ 健康を支え、守るための社会環境の整備

- ・時間的・精神的にゆとりある生活の確保が困難な者も含め、社会全体が相互に支え合いながら健康を守る環境を整備。
- ・国は、健康づくりに自発的に取り組む企業等の活動に対する情報提供や、当該取組の評価等を推進。

⑤ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善

- ・上記を実現するため、各生活習慣を改善するとともに、国は、対象者ごとの特性、健康課題等を十分に把握。

がん対策推進基本計画(平成24年6月8日閣議決定)

重点的に取り組むべき課題

(1)放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成

(2) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

(3)がん登録の推進

新(4)働く世代や小児へのがん対策の充実

全体目標【平成19年度からの10年目標】

(2) がんによる死亡者の減少
(75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少)

(2) すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上

新(3) がんになっても安心して暮らせる社会の構築

分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

1. がん医療

- ①放射線療法、化学療法、手術療法のさらなる充実とチーム医療の推進
- ②がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成
- ③がんと診断された時からの緩和ケアの推進
- ④地域の医療・介護サービス提供体制の構築
- 新**⑤医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組
- ⑥その他(病理、リハビリテーション、希少がん)

2. がんに関する相談支援と情報提供

患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を実現する。

3. がん登録

法的位置づけの検討も含め、効率的な予後調査体制の構築や院内がん登録を実施する医療機関数の増加を通じて、がん登録の精度を向上させる。

4. がんの予防

平成34年度までに、成人喫煙率を12%、未成年の喫煙率を0%、受動喫煙については、行政機関及び医療機関は0%、家庭は3%、飲食店は15%、職場は平成32年までに受動喫煙の無い職場を実現する。

5. がんの早期発見

がん検診の受診率を5年以内に50%(胃、肺、大腸は当面40%)を達成する。

6. がん研究

がん対策に資する研究をより一層推進する。2年以内に、関係省庁が連携して、がん研究の今後の方向性と、各分野の具体的な研究事項等を明示する新たな総合的がん研究戦略を策定する。

新7. 小児がん

5年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの中核的な機関の整備を開始する。

新8. がんの教育・普及啓発

子どもに対するがん教育のあり方を検討し、健康教育の中でがん教育を推進する。

新9. がん患者の就労を含めた社会的な問題

就労に関するニーズや課題を明らかにした上で、職場における理解の促進、相談支援体制の充実を通じて、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目指す。

医療費適正化計画に基づく取組

医療費適正化計画について

- ◎ 生活習慣病対策や長期入院の是正など中長期的な医療費適正化のため、高齢者医療確保法により、平成20年度から、国及び都道府県が医療費適正化計画を策定することとされている
- ◎ 平成20年度を初年度とする第1期医療費適正化計画(5年計画:平成24年度まで)において、政策目標を掲げ、医療費の伸びを適正化
 - (政策目標)・ 特定健診の実施率を70%、特定保健指導の実施率を45%、メタボ該当者及び予備群を平成20年度から10%以上減少
 - ・ 平均在院日数について、全国平均(32.2日)と最短の長野県(25日)の差を9分の3(29.8日)に縮小
- ◎ 平成25年度を初年度とする第2期医療費適正化計画(5年計画:平成29年度まで)を国及び都道府県において策定する予定
 - (政策目標)・ 特定健診の実施率を70%、特定保健指導の実施率を45%、メタボ該当者及び予備群を平成20年度から25%以上減少(都道府県ごとの目標については、全国目標を踏まえ、各都道府県が独自に設定)
 - ・ 平均在院日数については、社会保障・税一体改革に基づく病院・病床機能の分化・連携の将来像を参考に、都道府県が独自に目標を設定

医療費適正化計画の目標の達成状況について

特定健診・保健指導等の推進

○ 特定健診・保健指導の実施率の推移

	20年度	22年度(速報値)
特定健診の実施率	38.9%	43.3%
特定保健指導終了率	7.7%	13.7%

○ 特定健診・保健指導の効果

- ・ 特定保健指導終了者のうち、メタボリックシンドローム該当者及び予備群でなくなった者の割合 ▲約32%(21年度)
- ・ メタボリックシンドローム該当者及び予備群と非該当者との医療費の比較 ▲約9万円(22年度)

平均在院日数の縮減

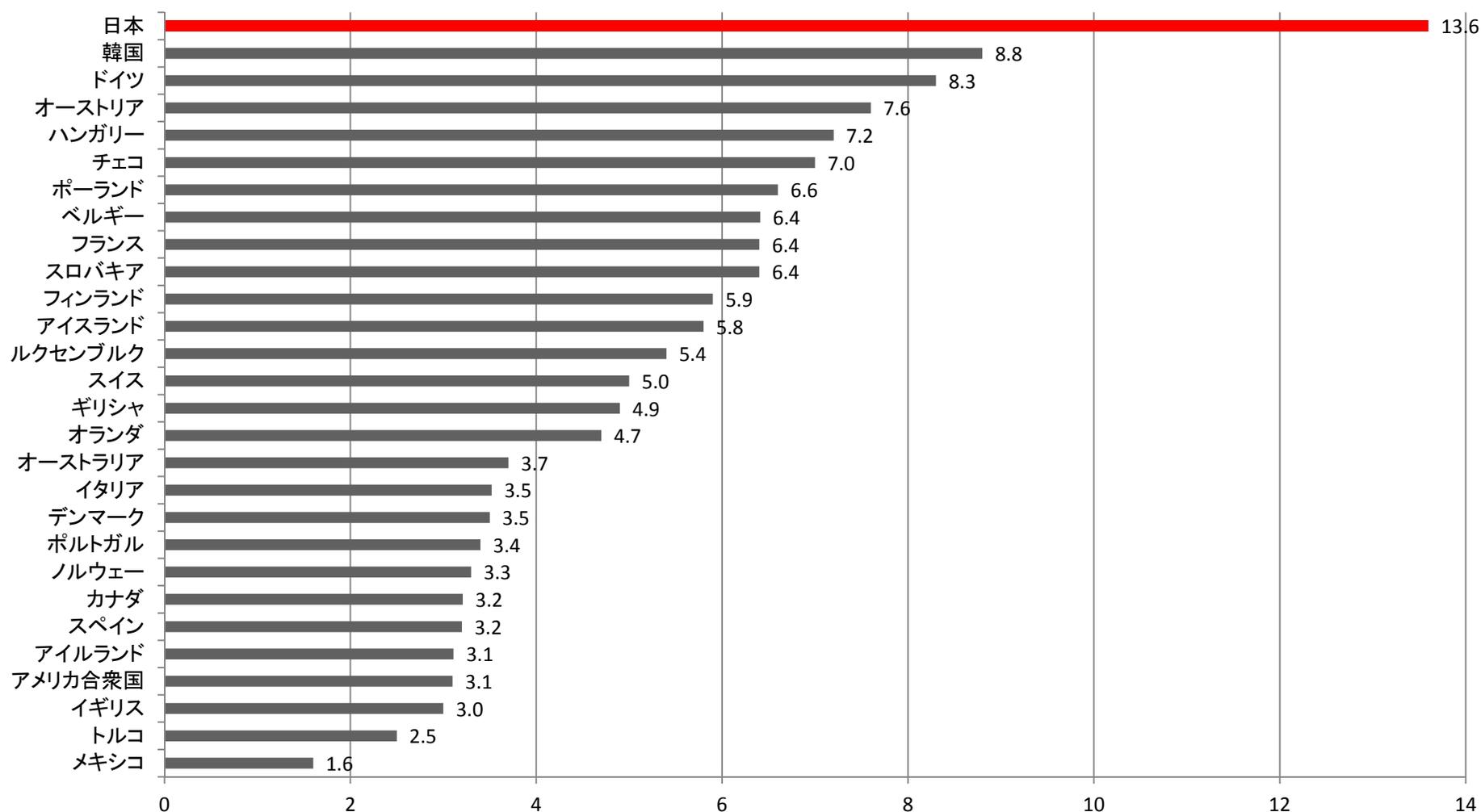
○ 平均在院日数の推移

	18年	23年
全国平均	32.2日	30.4日
最短県	25.0日	23.3日

※ 18年の最短県は長野県、23年は東京都

OECD諸国の病床数について(2010年)

人口1000人当たりの病床数は13.6と、他のOECD諸国に比べて大幅に多くの病床を有している。

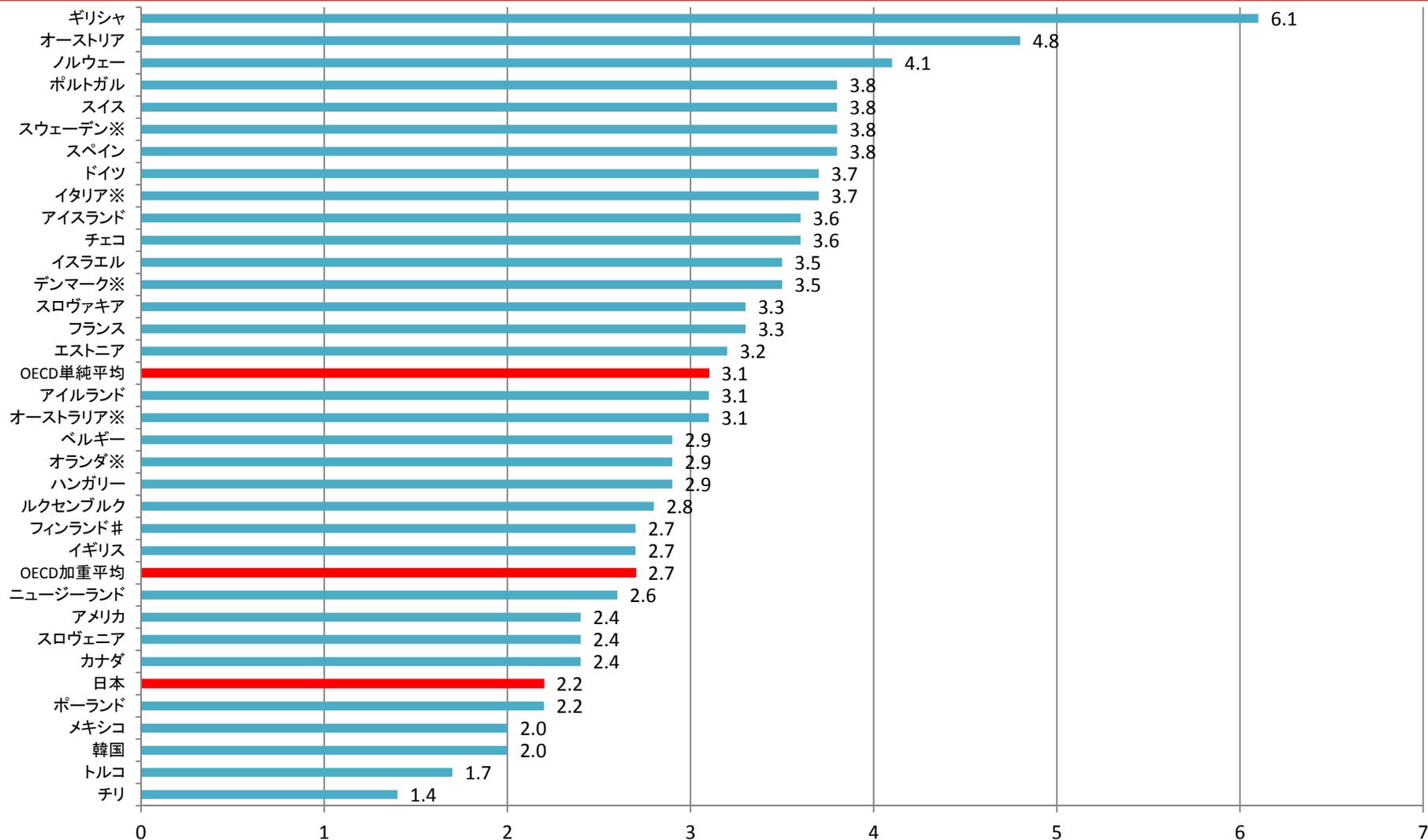


出典:「OECD HEALTH DATA 2012」

(注1)アイスランドは2007年の推計値、ポルトガルは2010年の推計値

(注2)ギリシャ・オランダ・オーストラリア・カナダ・アメリカ合衆国は2009年の値

人口1000人当たり臨床医数の国際比較(2010年(平成22年))



※は2009年、#は2008年

注1 単純平均とは、各国の人口1000人当たり医師数の合計を国数で割った値

注2 加重平均とは、全医師数を全人口で割った数に1000を乗じた値

注3 ギリシャ・スロヴァキア・フランス・アイルランド・オランダ・カナダ・トルコは研究機関等に勤務し臨床にあたらぬ医師を含み、ポルトガル・チリは資格を有しており現役で働いていない医師を含む

注4 アイルランドは推計値

現在の性・年齢階級別の医療サービス利用状況をそのまま将来に投影した場合における入院者数等の見込み

- 現状を将来に投影した場合、1日当たり入院者数は、133万人→162万人(2025年)に増加。このニーズに対応する必要病床数は、一般病床で107万床→129万床に、病床総数で166万床→202万床に急増。
- しかし、我が国は、諸外国に比べ人口当たり病床数は多いが医師数は少ない中で、このように病床を増やしていくことは非現実的。
- したがって、医療資源を効果的かつ効率的に活用していくため、病床の機能分化を進め、機能に応じた資源投入を図ることにより、入院医療全体の機能強化と在宅医療等の充実を図ることが必要。

1. 1日当たり入院者数の見込み

	平成23(2011)年度	平成27(2015)年度	平成37(2025)年度
高度急性期	80万人 / 日	86万人 / 日	97万人 / 日
一般急性期			
亜急性期・回復期等			
長期療養(慢性期)	21万人 / 日	24万人 / 日	31万人 / 日
精神病床	31万人 / 日	32万人 / 日	34万人 / 日
入院計	133万人 / 日	143万人 / 日	162万人 / 日

2. 必要病床数の見込み

	【一般病床】 107万床		【一般病床】 114万床		【一般病床】 129万床	
高度急性期	75%程度 19~20日程度	75%程度 19~20日程度	75%程度 19~20日程度	75%程度 19~20日程度	75%程度 19~20日程度	75%程度 19~20日程度
一般急性期						
亜急性期・回復期等						
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	34万床	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	37万床	90%程度 300日程度
入院計	166万床	80%程度 30~31日程度	178万床	80%程度 30~31日程度	202万床	80%程度 30~31日程度

(参考)総人口	1億2729万人	1億2623万人	1億2157万人
---------	----------	----------	----------

※社会保障・税一体改革における「医療・介護に係る長期推計」におけるデータによる。必要病床数の見込みにおいて、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数。

医療・介護機能の再編（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します。

【2012(H24)】



【取組の方向性】

- 入院医療の機能分化・強化と連携
 - ・急性期への医療資源集中投入
 - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等
- 地域包括ケア体制の整備
 - ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
 - ・在宅介護の充実
 - ・在宅・居住系サービスの強化・施設ユニット化、マンパワー増強 等

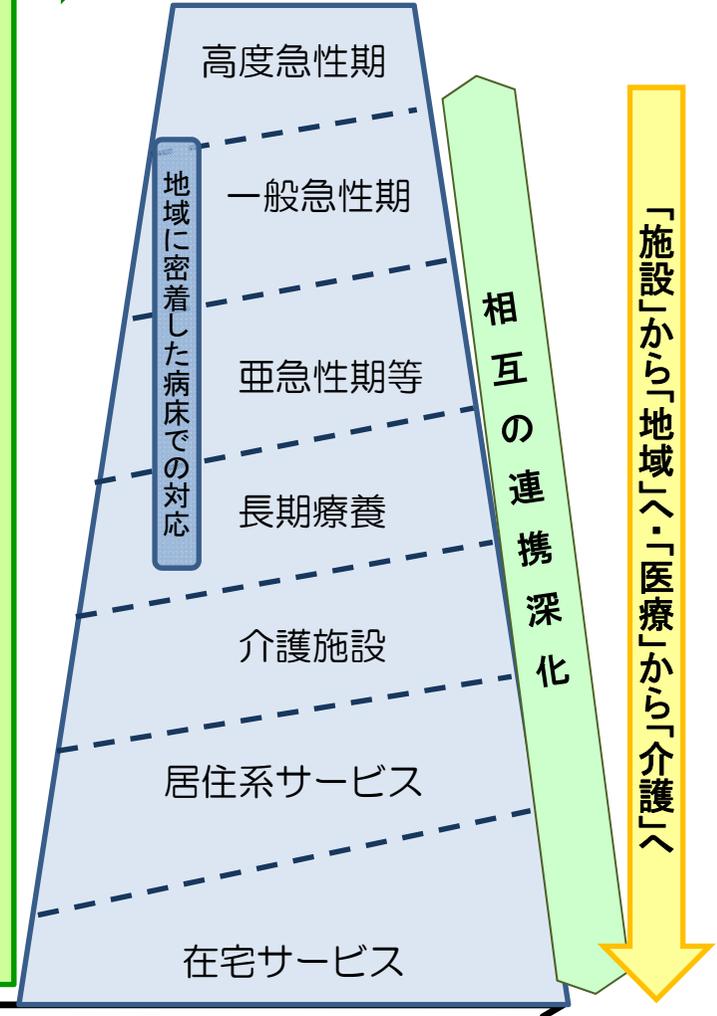
2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として実施

医療法等関連法を順次改正

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

医療提供体制の改革に関する意見のポイント（平成23年12月22日社会保障審議会医療部会）

I 基本的な考え方

- 現在抱える様々な課題に取り組みつつ、医療を取り巻く環境の変化に対応した、より効率的で質の高い医療提供体制の構築。
- ①医師等の確保・偏在対策、②病院・病床の機能の明確化・強化、③在宅医療・連携の推進、④医療従事者間の役割分担とチーム医療の推進といった視点から、医療提供体制の機能強化に向けた改革に積極的に取り組んでいくべき。

II 個別の論点について

地域の実情に応じた医師等確保対策

【医師の養成、配置のあり方】

- 総合的な診療を行う医師や専門医の養成のあり方について、国において検討を行う必要。

【医師確保対策のあり方】

- キャリア形成支援等を通じて都道府県が地域の医師確保に取り組むため、法制化等により都道府県の役割を明確化。
- 都道府県は、医療圏・診療科ごとの医師の需給状況を把握し必要性の高いところに医師を供給するなど、きめ細かな対応が必要。

在宅医療・連携の推進

【在宅医療の推進、医療・介護間の連携】

- 在宅医療の推進には、複数の医療機関等の連携システムの構築など、地域としての供給体制整備が不可欠。そのためには、地域における多職種での連携、協働を進めることが重要。
- 在宅医療の拠点となる医療機関について、法制上、その趣旨及び役割を明確化すべき。
- 在宅医療を担う医療機関等の具体的な整備目標や役割分担等を医療計画に盛り込むことを法制上明確にすべき。

病院・病床の機能の明確化・強化

【病床区分のあり方】

- 一般病床について機能分化を進め、急性期医療への人的資源の集中化を図るなど、病床の機能分化・強化が必要であり、法制化を含め、こうした方向性を明らかにして取り組むことが重要。
- 一般病床の機能分化を進め、急性期医療への人的資源の集中化を図るための具体的方策について、検討の場を設け、早急に検討（※）。

【臨床研究中核病院（仮称）の創設】

- 医薬品、医療機器等の研究開発を推進し、医療の質の向上につなげていくための拠点として臨床研究中核病院を法制上位置づけることなどについて検討。

【特定機能病院のあり方】

- 高度な医療の提供を担う特定機能病院としての質を継続的に確保していくため、更新制度を導入する等、評価のあり方を検討。

医療従事者間の役割分担とチーム医療の推進

【チーム医療の推進】

- 限られたマンパワーで効率的かつ安全で質の高い医療を提供するために、チーム医療を推進していくべき。各医療関係職種が担う役割の重要性を認識し、適切な評価をするべき。

【看護師、診療放射線技師等の業務範囲】

- 安全性の確保とサービスの質の向上のため、現在看護師が実施している高度かつ専門的な知識・判断が必要とされる行為について、教育・研修を付加する必要。看護師が安全かつ迅速にサービスを提供するため、その能力を十分に発揮するためにも、公的に認証することを含め一定以上の能力を認証する仕組みは重要であり、この認証の仕組みの在り方については、医療現場の実態を踏まえたものとする必要（※）。
- 診療放射線技師については、安全性を担保した上で、検査関連行為と核医学検査をその業務範囲に追加することが必要。

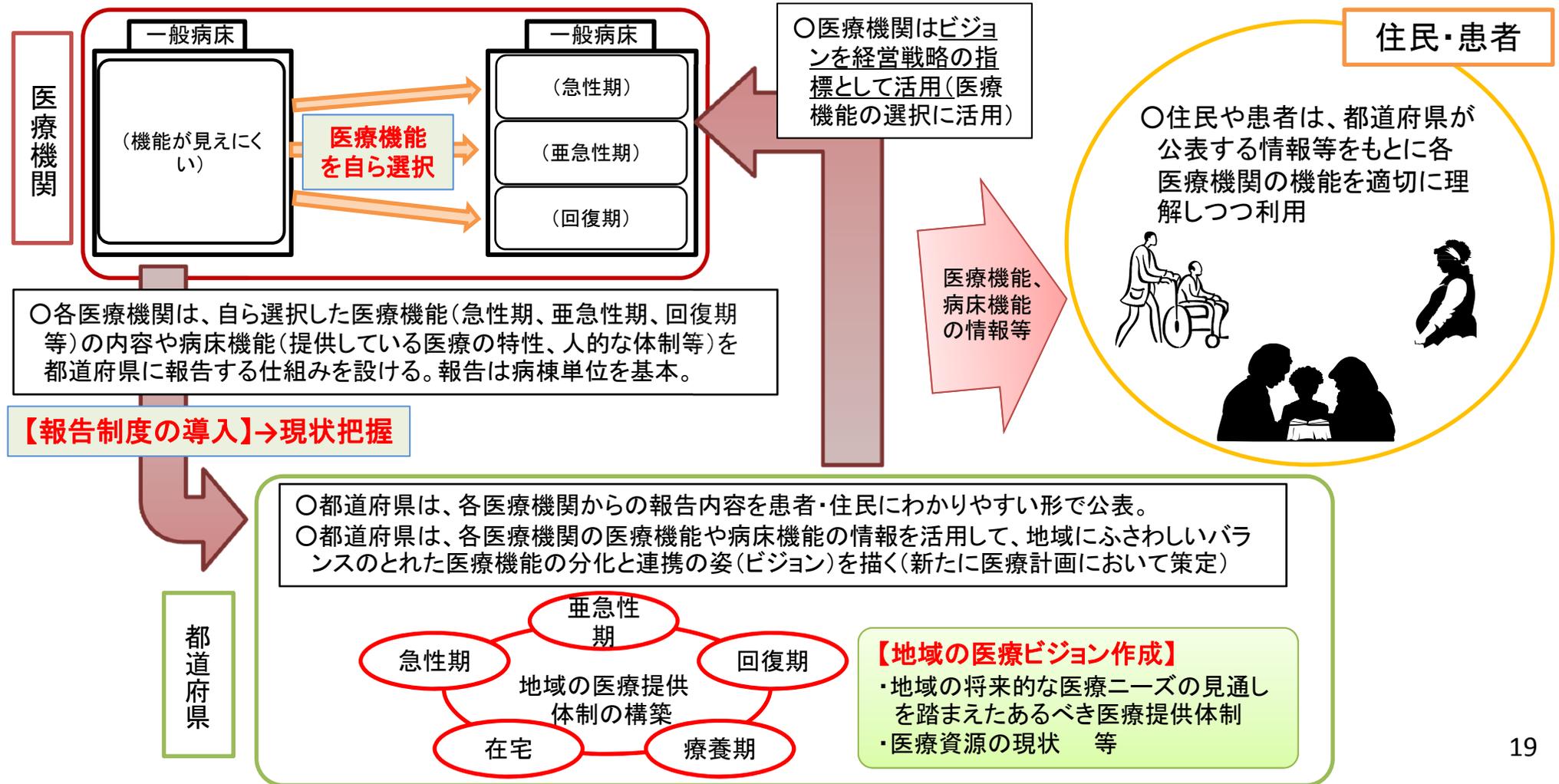
※「一般病床の機能分化」については、「急性期医療に関する作業グループ」で基本的な枠組みがとりまとめられ、本年6月の社会保障審議会医療部会で了承。具体的な事項について、「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」で検討中。「看護師の能力認証の仕組み」の法制化については、「チーム医療推進会議」において、制度の詳細について、検討中。

一般病床の機能分化を推進するための仕組み

○一般病床の機能分化を推進していくため、

- ①医療機関が担っている医療機能を都道府県に報告する仕組みを導入するとともに、
 - ②報告を受けた情報を活用し、医療計画において、その地域にふさわしい地域医療のビジョンを策定する仕組みを導入。これにより、地域の実情に応じた医療機能の分化と連携を推進し、均衡ある地域医療の発展を図る。
- ※この枠組みについては「急性期医療に関する作業グループ」でとりまとめられ、本年6月の社会保障審議会医療部会です承。

○「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」において、報告を求める医療機能の考え方や具体的な報告事項等について検討中。



在宅医療の推進

(背景)

- 日本は国民皆保険のもと、世界でも類を見ない高水準の医療・介護制度を確立し、女性の平均寿命86歳(世界1位)、男性80歳(同4位)を実現。
- しかし、入院医療・施設介護が中心であり、平均入院期間はアメリカの5倍、ドイツの3倍。また自宅で死亡する人の割合は、1950年の80%から2010年は12%にまで低下。
- 一方、国民の60%以上は自宅での療養を望んでいる。
- 死亡者数は、2040年にかけて今よりも約40万人増加。

国民の希望に応える療養の場の確保は喫緊の課題

(在宅医療・介護あんしん2012)

平成24年度を「在宅医療・介護あんしん2012」と位置づけ、予算、制度、報酬を総動員して在宅医療・介護を推進。

① 予算での対応

- 多職種協働による在宅医療を担う人材の育成、在宅医療・介護の連携のための調整を行う拠点の整備に関する予算の計上などにより、省横断的に在宅医療・介護を推進。

② 制度的対応

- 在宅医療に関する達成すべき目標や医療連携体制等を医療計画に盛り込むこととし、介護保険事業計画との連動の重要性等を記載した「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示。

(参考)平成24年度中に各都道府県で策定作業→平成25年度から5年間の新計画

③ 診療報酬・介護報酬

- 平成24年度同時改定において、在宅医療・介護を重点的に評価。

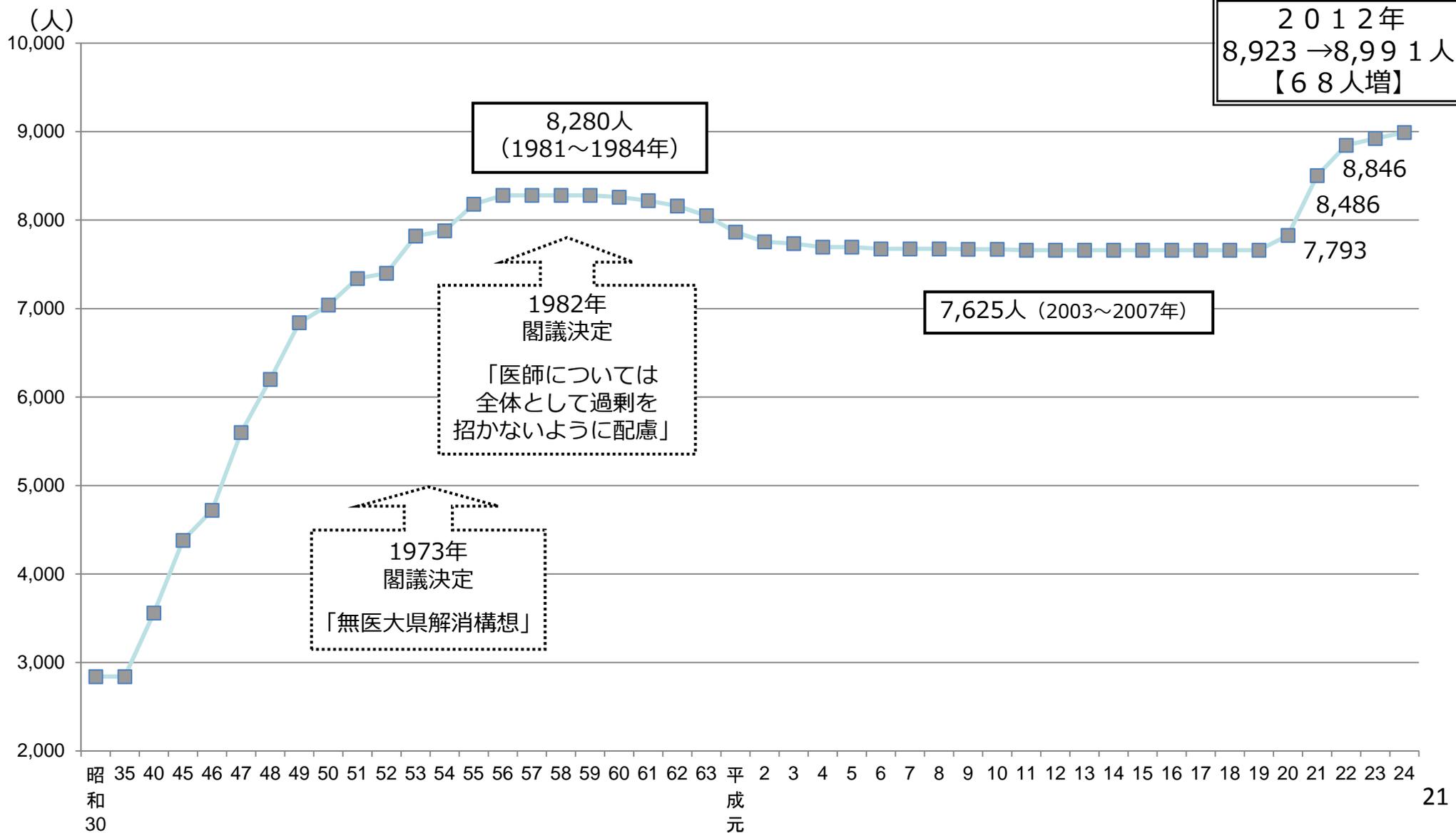
(今後の対応)

- 提言型政策仕分け(平成24年7月)での提言等を踏まえ、同年8月に「在宅医療・介護推進プロジェクトチーム」を設置(主査:医政局長、副主査:老健局長、保険局長、大臣官房審議官(医療・介護地域連携担当、医療・介護連携担当))し、2025年に向けた具体的施策について検討中。

医学部入学定員の年次推移

○医学部の入学定員を、過去最大規模まで増員。

(平成19年7,625→平成24年8,991人 (計1,366人増))



地域医療支援センター運営経費

平成25年度概算要求 11.4億円 (平成24年度予算 7.3億円)
(33箇所) (20箇所)

医師の地域偏在（都市部への医師の集中）の背景

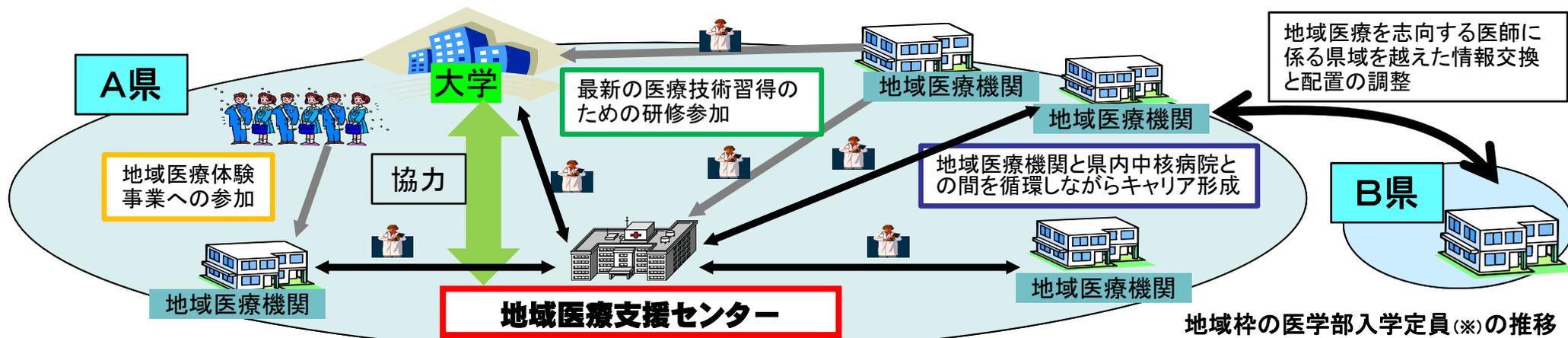
▶ 高度・専門医療への志向、都市部の病院に戻れなくなるのではないかとする将来への不安等

地域医療支援センターの目的と体制

- ▶ 都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組む**コントロールタワーの確立**。
- ▶ 地域枠医師や地域医療支援センター自らが確保した医師などを活用しながら、キャリア形成支援と一体的に、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- ▶ **専任の実働部隊として、喫緊の課題である医師の地域偏在解消に取り組む**。

・ 人員体制：専任医師2名、専従事務職員3名

・ 設置場所：都道府県庁、〇〇大学病院、都道府県立病院等



地域医療支援センターの役割

- 都道府県内の医師不足の状況を個々の病院レベルで分析し、優先的に支援すべき医療機関を判断。医師のキャリア形成上の不安を解消しながら、大学と調整の上、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 医師を受入れる医療機関に対し、医師が意欲を持って着任可能な環境作りを指導・支援。また、公的補助金決定にも参画。

地域枠の医学部入学定員(※)の推移



(※) 医学部の定員増として認められた分であり、このほか、既存の定員等を活用し都道府県と大学が独自に設定した地域枠もある。

- ▶ 平成24年度現在、全国20道府県の地域医療支援センターの運営に対する支援を実施している。
- ▶ 平成23年度以降、20道府県で合計620名の医師を各道府県内の医療機関へあっせん・派遣をするなどの実績を上げている。(平成24年7月末時点)
- ▶ 平成25年度は、先行実施県での事業実施状況を踏まえ、支援センター事業がより広域的に推進されるとともに、各県支援センター間のネットワークが形成されるよう、来年度の事業実施の意向を持つ13箇所を加えた33箇所の運営経費について要求する。

地域医療再生基金の概要

21年度補正 予算総額2350億円
(25億円×94地域)

22年度補正 予算総額2100億円
(15億円×52地域+加算額1320億円)

※被災3県については23年度補正予算でさらに720億円を上積み

基金の目的

- 地域の医師確保、救急医療の確保など、地域における医療課題の解決を図るため、都道府県に基金を設置。
- 従来の病院毎(点)への支援ではなく、都道府県が策定する地域医療再生計画に基づく対象地域全体(面)への支援。

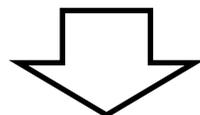
事業概要

- ◎都道府県が策定する地域医療再生計画に基づく事業を支援
- 対象地域 【21年度補正】二次医療圏を基本とする地域
【22年度補正】都道府県単位(三次医療圏) ※一次・二次医療圏を含む広域医療圏
- 対象事業 地域の実情に応じて自由に事業を決定
(医師確保対策や救急医療体制の強化、ICTを活用した診療情報の共有 など)
- 計画期間 平成25年度まで
- 交付決定 【21年度補正】22年1月29日に交付決定済み
【22年度補正】被災三県以外については23年12月12日交付決定済み
被災三県については24年3月7日までに交付決定済み
- 計画の評価・助言は、厚生労働省に設置する有識者による会議で実施

チーム医療の推進について

○社会保障・税一体改革大綱（平成24年2月）

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。



1. 看護師の能力を認証する仕組みの導入

チーム医療の推進に資するよう、他の医療スタッフと十分な連携を図るなど、安全性の確保に十分留意しつつ、看護師がその能力を最大限に発揮できるような環境を整備するため、「高度な専門知識と技能が必要な行為の明確化」と「能力認証の仕組みの導入」について、現在、チーム医療推進会議において、具体的な検討を進めているところ。

2. その他の医療関係職種の業務範囲の見直し

その他の医療関係職種についても、チーム医療を推進する観点から、業務範囲の見直しを検討。

<具体例>

(1) 診療放射線技師

診療放射線技師が実施する検査に伴い必要となる行為について、新たに業務範囲に追加。

- ・CT検査、MRI検査等において造影剤自動注入器を用いた造影剤投与を行うこと
- ・下部消化管検査に際して、カテーテル挿入部(肛門)を確認の上、肛門よりカテーテルを挿入すること 等

(2) 歯科衛生士

・歯科衛生士が歯科医師の「直接の指導」の下に実施しているフッ化物塗布や歯石除去等の予防処置について、歯科医師との緊密な連携を図った上で実施することを認める。

視点

新たな専門医に関する仕組みは、専門医の質を高め、良質な医療が提供されることを目的として構築。

現状

<専門医の質>

各学会が独自に運用。学会の認定基準の統一性、専門医の質の担保に懸念。

<求められる専門医像>

専門医としての能力について医師と患者との間に捉え方のギャップ。

<地域医療の安定的確保>

医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療を巡る重要な課題。

今後の課題（引き続き検討）

※今後、平成24年度末までの最終報告書の取りまとめに向け、主に以下の点を引き続き議論

- ①中立的な第三者機関の具体的な体制
- ②現在の専門医と新しい仕組みによる専門医の関係（移行措置）
- ③国の関与の在り方
- ④医師不足・地域偏在・診療科偏在の是正への効果
- ⑤医師養成に関する他制度（卒前教育、国家試験、臨床研修）との関係

新たな仕組みの導入

- 新たな専門医の仕組みを、医療を受ける側の視点も重視して構築。
- 中立的な第三者機関を設立し、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行う。
- 「総合医」「総合診療医」（総合的な診療能力を有する医師。※名称については、引き続き検討）を基本領域の専門医の一つとして加える。
- 例えば、専門医を「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義。
- 「総合医」「総合診療医」や「領域別専門医」がどこにいるのかを明らかにし、それぞれの特性を活かしたネットワークにより、適切な医療を受けられる体制を構築。
- 新たな仕組みの構築に併せて、広告が可能な医師の専門性に関する資格名等の見直し。
- 専門医の養成数は、養成プログラムにおける研修体制を勘案して設定。

期待される効果

- 専門医の質の一層の向上（良質な医療の提供）
- 地域医療の安定的確保

国民健康保険法の一部を改正する法律の概要(イメージ)

(1) 財政基盤強化策の恒久化

市町村国保の安定的な運営を確保するため、平成22年度から平成25年度までの暫定措置となっている市町村国保の「**財政基盤強化策**」(公費2,000億円)を恒久化する。

※ 財政基盤強化策として、保険料軽減の対象となる低所得者数に応じた、市町村に対する財政支援や、高額医療費に関する市町村に対する財政支援を行っている。

(2) 財政運営の都道府県単位化の推進

市町村国保の都道府県単位の共同事業について、平成27年度から、**事業対象を全ての医療費に拡大し、財政運営の都道府県単位化を推進**する。

※ 現在、1件30万円を超える医療費について、都道府県内の全市町村が被保険者数と医療費実績に応じて共同で負担。

(3) 財政調整機能の強化

都道府県の財政調整機能の強化と市町村国保財政の共同事業の拡大の円滑な推進等のため、平成24年度から、都道府県調整交付金を給付費等の**7%から9%**に引き上げる。

※ これに伴い、定率国庫負担を**34%から32%**とする。

※ 都道府県調整交付金は、地域の実情に応じて、都道府県内の市町村間の医療費水準や所得水準の不均衡の調整や地域の特別事情への対応のために交付。

(4) その他

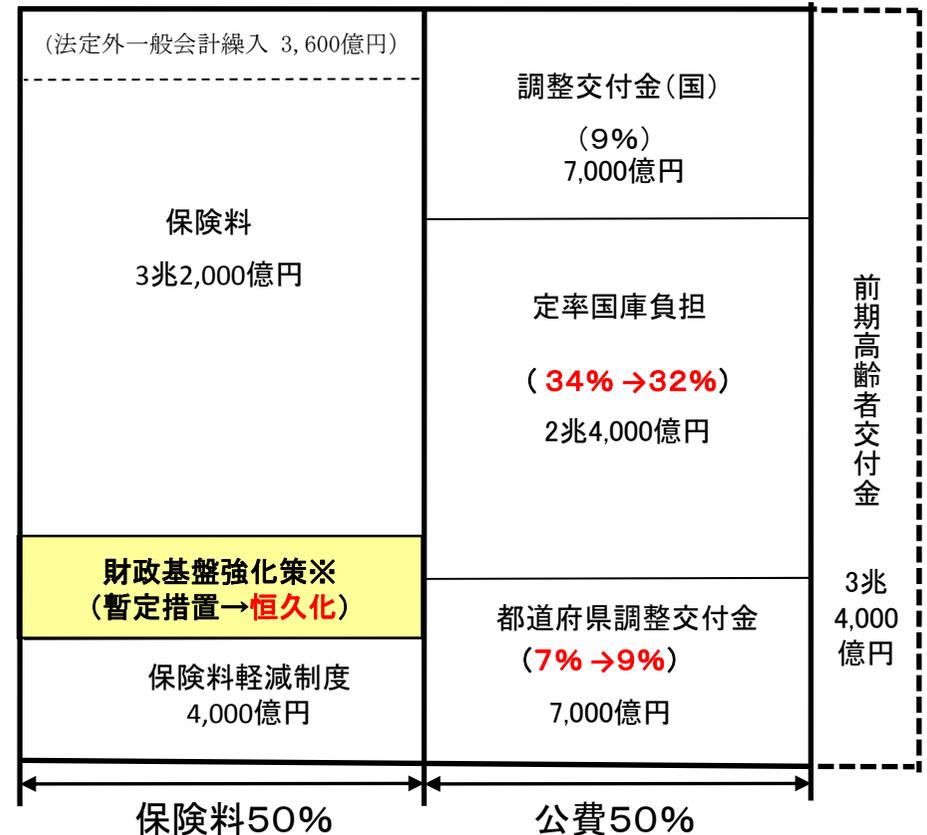
財政基盤強化策の恒久化までの間、暫定措置を1年間(平成26年度まで)延長する等、所要の措置を講ずる。

施行期日(適用日)

(1)、(2) 平成27年4月1日
(3)、(4) 平成24年4月1日

国保財政のイメージ

医療給付費等総額: 約11兆1,000億円
(24年度予算)



※財政基盤強化策には、恒久化する上記の公費2,000億円のほか、財政安定化支援のため地財措置(1,000億円)がある。

※法定外一般会計繰入は平成22年度実績ベース。

市町村国保の低所得者に対する財政支援の強化

◎ 低所得者保険料軽減の拡充や保険者支援制度の拡充により、財政基盤を強化する。
(～2,200億円程度、税制抜本改革とともに実施。)

《「国保に関する国と地方の協議」提出資料より》

1. 低所得者保険料軽減の拡大 (500億円程度)

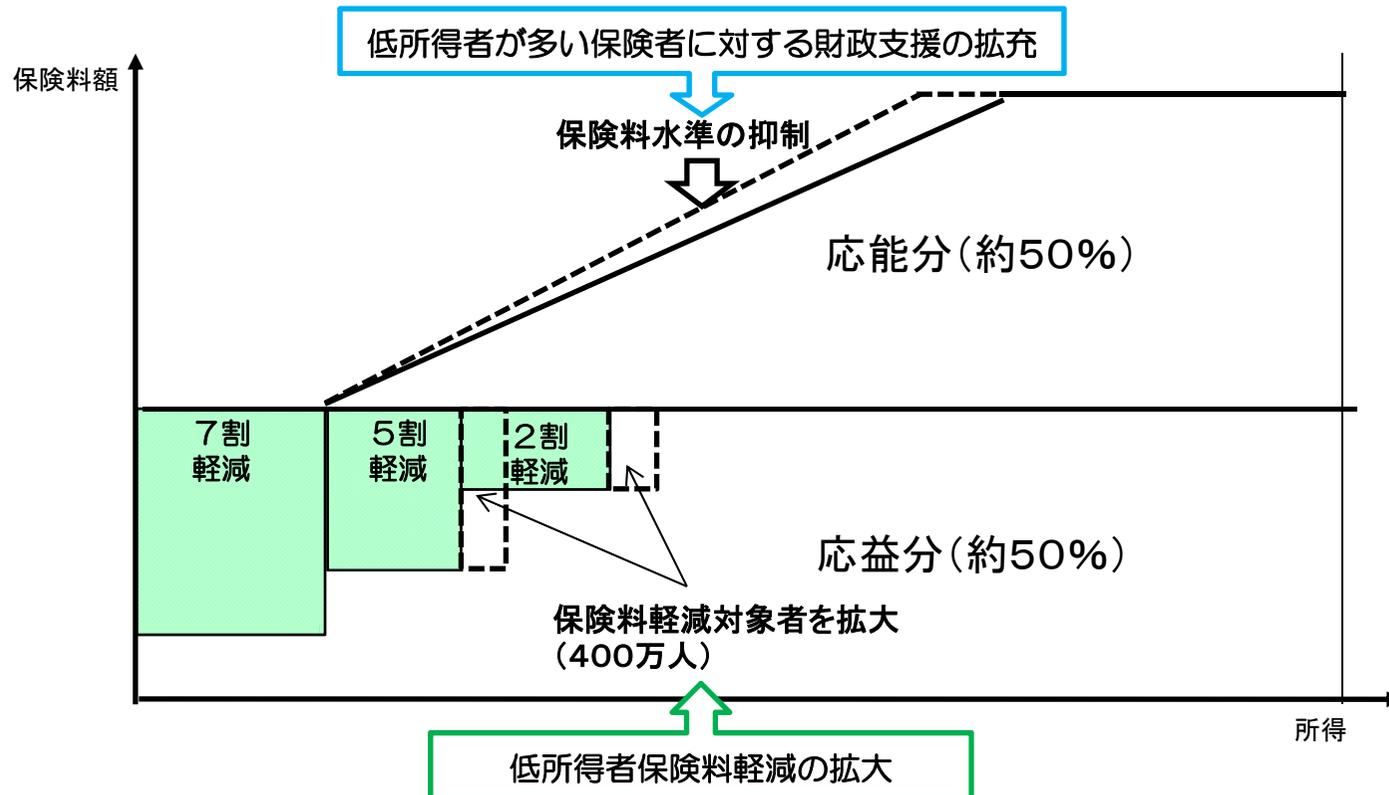
- ・ 5割軽減・2割軽減世帯の基準額の引上げ (さらに保険料が軽減される者：約400万人) *27年度ベース

☆5割軽減対象者 年収147万円以下 → 178万円以下

☆2割軽減対象者 年収223万円以下 → 266万円以下 (※いずれも、夫婦、子1人で夫の給与収入のみの場合)

2. 保険者支援制度の拡充 (1,700億円程度)

- ・ 保険料の軽減対象者数に応じた保険者への財政支援の拡充
- ・ 保険料水準全体を抑制する効果 (対象者：全被保険者(3,500万人)) *27年度ベース



協会けんぽの財政再建の措置（平成22年度～24年度）

○ 協会けんぽは、平成22年改正の健康保険法で、平成22年7月から24年度までの間、後期高齢者支援金の総報酬割（3分の1）と併せて、**国庫補助率の引上げ（13%→16.4%）**の措置が講じられている。

（※）リーマンショック後の景気悪化による保険料収入の激減により、平成21年度に4900億円の収支赤字を計上し、積立金を取り崩しても3200億円の負債が生じたため、平成22年に健康保険法を改正して、財政再建の措置を講じた。

（※）平成4年に法律附則で「当分の間、本則中「16.4%から20%までの範囲内において政令で定める割合」とあるのは「13%」とする」と定め、それまで16.4%であった補助を13%に引き下げた。

◇協会けんぽの財政再建の措置（平成22年7月～24年度）

①国庫補助率の引上げ：13%→16.4%（平成24年度予算ベースで+2000億円）

②**後期高齢者支援金の3分の1に総報酬割**を導入（平成24年度予算ベースで▲1000億円）

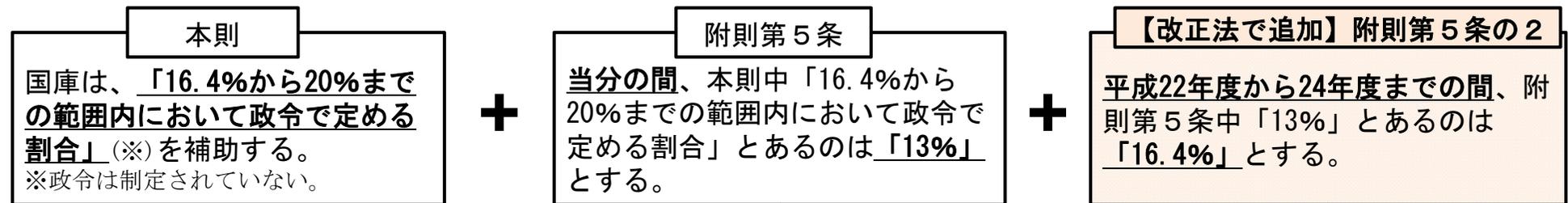
③単年度収支均衡原則の緩和（21年度末の累積債務3200億円を3年間で解消）

（参考）協会けんぽの保険料率：8.2%（21年度）→9.34%（22年度）→9.5%（23年度）→10.0%（24年度）

（1.8%分の引き上げ＝約1兆3000億円）

○ 平成22年健保法改正法の附則（検討規定）では、国庫補助率を、①「**当分の間13%**」とする規定と、②「**3年間16.4%**」とする規定の両方について、**24年度までの間に検討し、所要の措置を講じると**されている。

（※）24年度中に法律上の手当てを行わない場合、25年4月以降、国庫補助率が13%に戻るとともに、後期高齢者支援金もすべて加入者割となる。**措置が終了した場合、保険料率がさらに全国平均で0.4%程度上がる影響がある。**

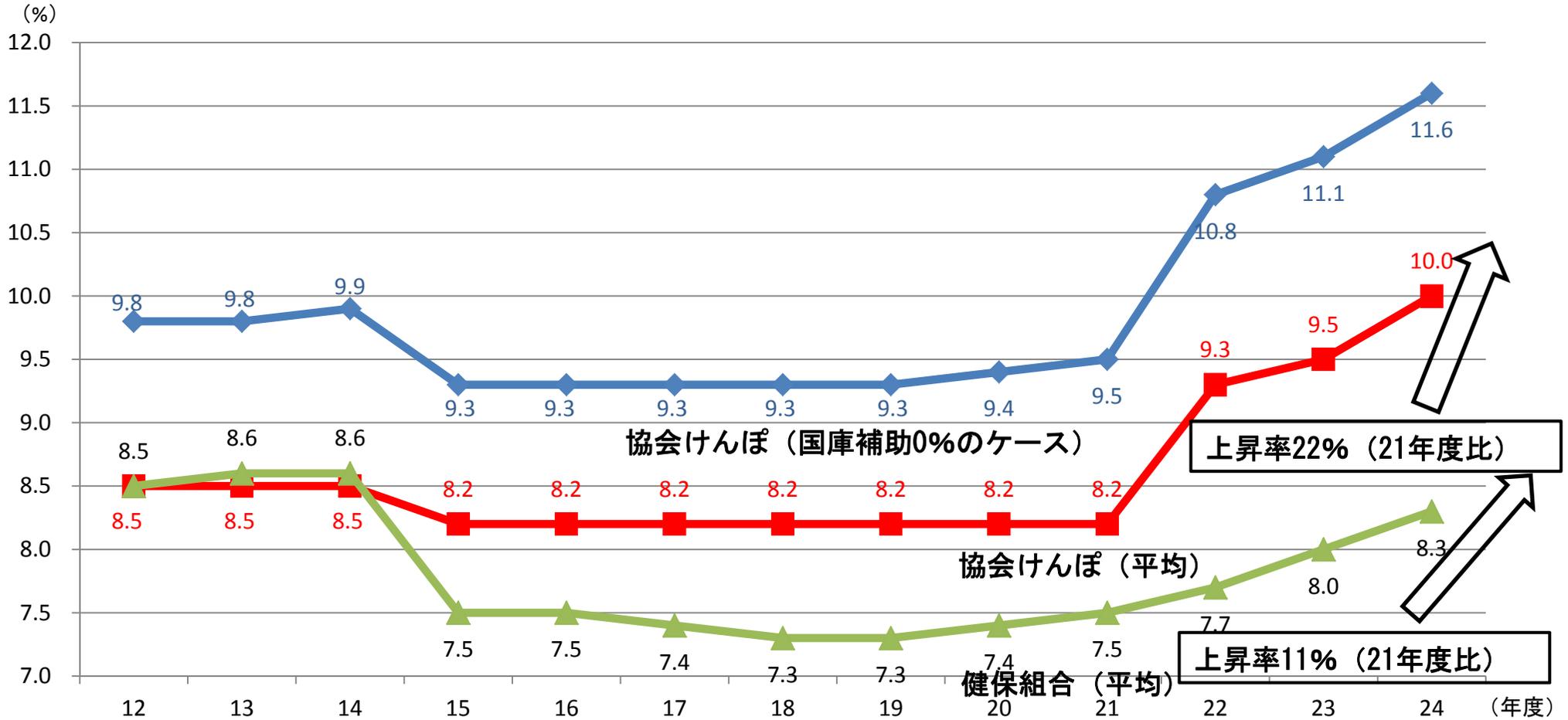


平成22年改正健保法附則第2条：検討規定

政府は、**附則第5条及び第5条の2の規定**について、協会けんぽの財政状況、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方についての検討状況、国の財政状況その他の社会経済情勢の変化等を勘案し、**24年度までの間に検討**を行い、必要があると認めるときは、**所要の措置を講じる**。

協会けんぽと健保組合の保険料率の推移

- 近年、協会けんぽ、健保組合ともに保険料率を引き上げている。協会けんぽの引き上げ率の方がより大きい。
- 協会けんぽへの国庫補助により、一定程度格差が縮小されている。

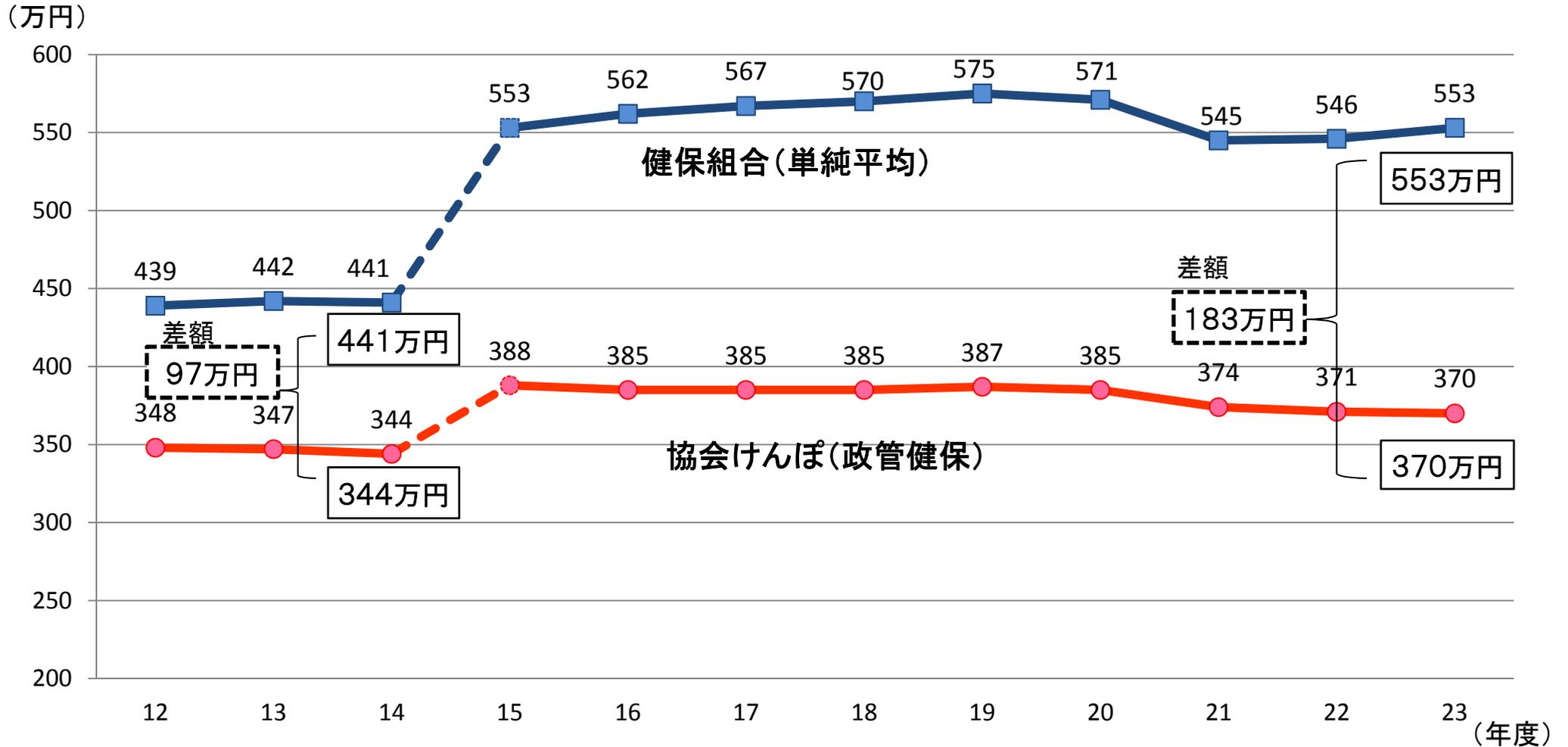


(※1) 平成15年度に保険料率が下がっているのは、総報酬制（賞与にも月収と同じ保険料率を賦課）の導入によるもの。

(※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」「23年度健保組合決算見込」、「24年度健康保険組合の予算早期集計」による。

協会けんぽと健保組合の報酬水準の推移

○ 平成15年度より総報酬制へ移行してから、保険料の基礎となる報酬水準の格差が拡大。



注1：健康保険組合は平成22年度までは決算、平成23年度は決算見込。

注2：平成元～14年度は、被保険者1人当たり標準報酬月額を単純に12倍。15年度以降は、賞与を含む被保険者1人当たり標準報酬総額。

ジェネリック医薬品（後発医薬品）について

ジェネリック医薬品の主な特徴

- ① 有効成分、効能・効果、用法・用量等は先発医薬品と同じ。
- ② 価格が安い（当初の薬価は先発医薬品の70%）。
- ③ 添加物等の有効成分以外の成分が異なる場合がある。（苦みの軽減、使用感の改善等のため）
* 先発医薬品との同等性は承認時等で確認。その基準は欧米と同じ。



価格が安いことによる患者負担の軽減、医療保険財政の効率化



○医療関係者の意識

- ① 医療関係者全般に、品質や安定供給に不安を抱き、使い慣れた先発医薬品に代えて、ジェネリック医薬品をあえて用いる必要性を十分に感じていない。
- ② 薬局における品揃えの負担、ジェネリック医薬品の選択の難しさ（ある高血圧の薬は34社がジェネリック医薬品を供給）

○患者の意識

- ① ジェネリック医薬品の認知度はある程度進んでいる。
- ② 患者としては、薬代が安くなるメリットがある一方で、使い慣れた先発医薬品を後発医薬品に代えても大丈夫との安心感が医療関係者から十分得られていない。



主な対応方策

平成24年度までにジェネリック医薬品の数量シェア30%達成を目標に（平成23年9月現在22.8%）

- ①主に医療機関、薬局向け対応



・「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」

（ジェネリック企業による在庫確保、国の試験研究機関による品質試験の実施等）

・診療報酬上の環境整備

（薬局における調剤数量の割合に応じた段階的な評価と変更調剤の環境整備、積極的に使用する医療機関に対する評価、保険医に対する患者の意向確認などの対応の努力義務 など）

- ②主に患者向け対応



・ジェネリック医薬品希望カードの配布

・ジェネリック医薬品に切り替えた場合の差額通知 など

市販薬と医療用医薬品の違い

		市販薬	医療用医薬品
定義※		一般の者が自己判断に基づき薬局・薬店で購入※	医師の診断・処方せんに基づき使用※
使用における特徴		<ul style="list-style-type: none"> ○一般の者の自己判断の下で使用しても問題がない疾病に用いる。 ○一般に、用量が少なく、副作用のための検査等が求められない。 	<ul style="list-style-type: none"> ○医学的判断・医学的管理が必要な疾病に用いる。 ○一般に、用量が多く、副作用の発現等の注意が必要。
例： ファモチジン	効能・効果	胃痛、胸やけ、もたれ、むかつき	胃潰瘍、十二指腸潰瘍、吻合部潰瘍、上部消化管出血（消化性潰瘍、急性ストレス潰瘍、出血性胃炎による）、逆流性食道炎、Zollinger-Ellison症候群
	用法・用量	1日20mgまで	1日40mg
	使用に当たっての注意事項	（右のような注意事項はない）	治療にあたっては経過を十分に観察し、病状に応じて治療上必要最小限の使用にとどめる。血液像、肝機能、腎機能等に注意。 など
医療保険		給付対象外	給付対象
価格		自由価格	公定価格

※) 市販薬(一般用医薬品)とは、「医薬品のうち、その効能及び効果において人体に対する作用が著しくないものであって、薬剤師その他の医薬関係者から提供された情報に基づく需要者の選択により使用されることが目的とされているものをいう。」(薬事法第25条)

※) 医療用医薬品とは、「医師若しくは歯科医師によって使用され又はこれらの者の処方せん若しくは指示によって使用されることを目的として供給される医薬品をいう。」(平成17年3月31日付け薬食発第0331015号医薬食品局長通知「医薬品の承認申請について」第1の2の(2))

高額療養費制度の概要

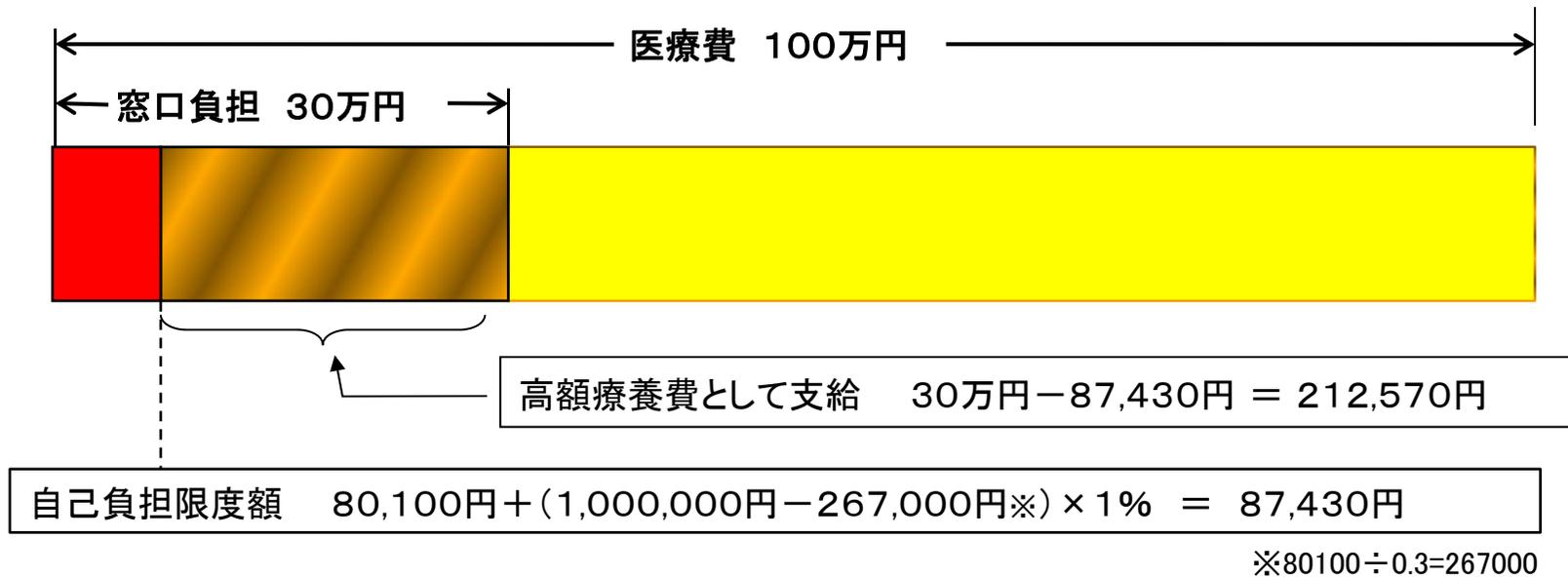
○ 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い（※）される制度。

（※1）入院の場合、医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みを導入

（※2）外来でも、平成24年4月から、同一医療機関で自己負担限度額を超える場合に現物給付化を導入

○ 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じ、一般・上位所得者・低所得者に分かれる。

<一般的なケース（3割負担）>



（注）同一の医療機関における一部負担金では限度額を超えない場合であっても、同じ月の複数の医療機関における一部負担金（70歳未満の場合は2万1千円以上であることが必要）を合算することができる。この合算額が限度額を超えれば、高額療養費の支給対象となる。

今後の難病対策の在り方(中間報告)

平成24年8月16日厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会
(平成24年8月22日に疾病対策部会です承)

1. 難病対策の必要性和理念

- 難病の治療研究を進め、疾患の克服を目指すとともに、難病患者の社会参加を支援し、難病にかかっても地域で尊厳を持って生きられる共生社会の実現を目指す。また、患者の長期かつ重度の精神的・身体的・経済的負担を社会全体で支えることを目指す

2. 「難病」の定義、範囲の在り方

- 総合的な難病対策の外縁となる「難病」の定義は、「難病対策要綱」をも参考にしつつ、できるだけ幅広くとらえるべき。一方で、個別施策の対象となる疾病の範囲は、広く国民の理解を得られるよう、それぞれの施策の趣旨・目的等も踏まえ、比較的可成りな疾病を基本に選定すべき

3. 医療費助成の在り方

① 対象疾患の在り方

- 特定疾患の4要素(①希少、②原因不明、③治療法未確立、④長期にわたる生活の支障)を基本的に踏襲
- 対象疾患の拡大を含めた見直しにあたっては公平な対象疾患の選定が必要。また、対象疾患の定期的な見直しが必要
- 対象患者に重症度等の基準を設定
- 対象疾患は研究班の調査結果等も参考に今後更に検討

② 対象患者の認定等の在り方

- 指定専門医の診断や指定医療機関での受診を認定の要件とする
- 治療ガイドライン策定・周知による治療の適正化
- 患者データの収集方法の見直し

③ 給付水準の在り方

- 難病の特性を踏まえつつ他制度との均衡を図るとともに、施策の安定性を確保し、国民の理解を得られるよう、給付水準の見直しを検討

4. 福祉サービスの在り方

- 障害者総合支援法の対象疾患について、研究班の調査結果や難病対策における医療費助成の対象疾患参考しつつ検討
- 障害程度区分の認定に当たっては、難病ごとの特性にきめ細かく配慮

5. 難病相談・支援センターの在り方

- 医療機関、就労支援機関等との連携強化
- 各都道府県における必要な体制の確保
- ピアサポートなど患者視点に立った相談支援
- 難病相談・支援センターの中心的な機能を担うセンターの在り方について検討

6. 難病手帳(カード)(仮称)の在り方

- 目的、効果、事務負担等を他制度の例も参考に検討

7. 難病研究の在り方

- 臨床調査研究分野と研究奨励分野の区分の見直し
- 診断基準の作成、病態解明、治療法開発、創薬の研究を重点的に目指す
- 患者の研究への参加、研究成果の患者への還元
- 関係者が一体となる研究の総合戦略、研究についての国際協力

8. 難病医療の質の向上のための医療・看護・介護サービスの提供体制の在り方

- 高い専門性を有する「新・難病医療拠点病院(仮称)」を整備
- 地域で医療、介護サービスが受けられるよう「難病医療地域基幹病院(仮称)」を整備
- 難病患者の受け入れ・退院調整を行う「難病医療コーディネーター(仮称)」を設置について検討
- 地域の支援体制を整備するための「難病対策地域協議会(仮称)」を設置について検討
- 超希少疾患の高度専門的な対応を行う「難病治療研究センター(仮称)」の在り方について検討

9. 就労支援の在り方

- 難病に関する知識や既存の支援策(助成金等)の普及啓発
- 既存の支援策の充実や難病相談・支援センターと就労支援機関等との連携強化

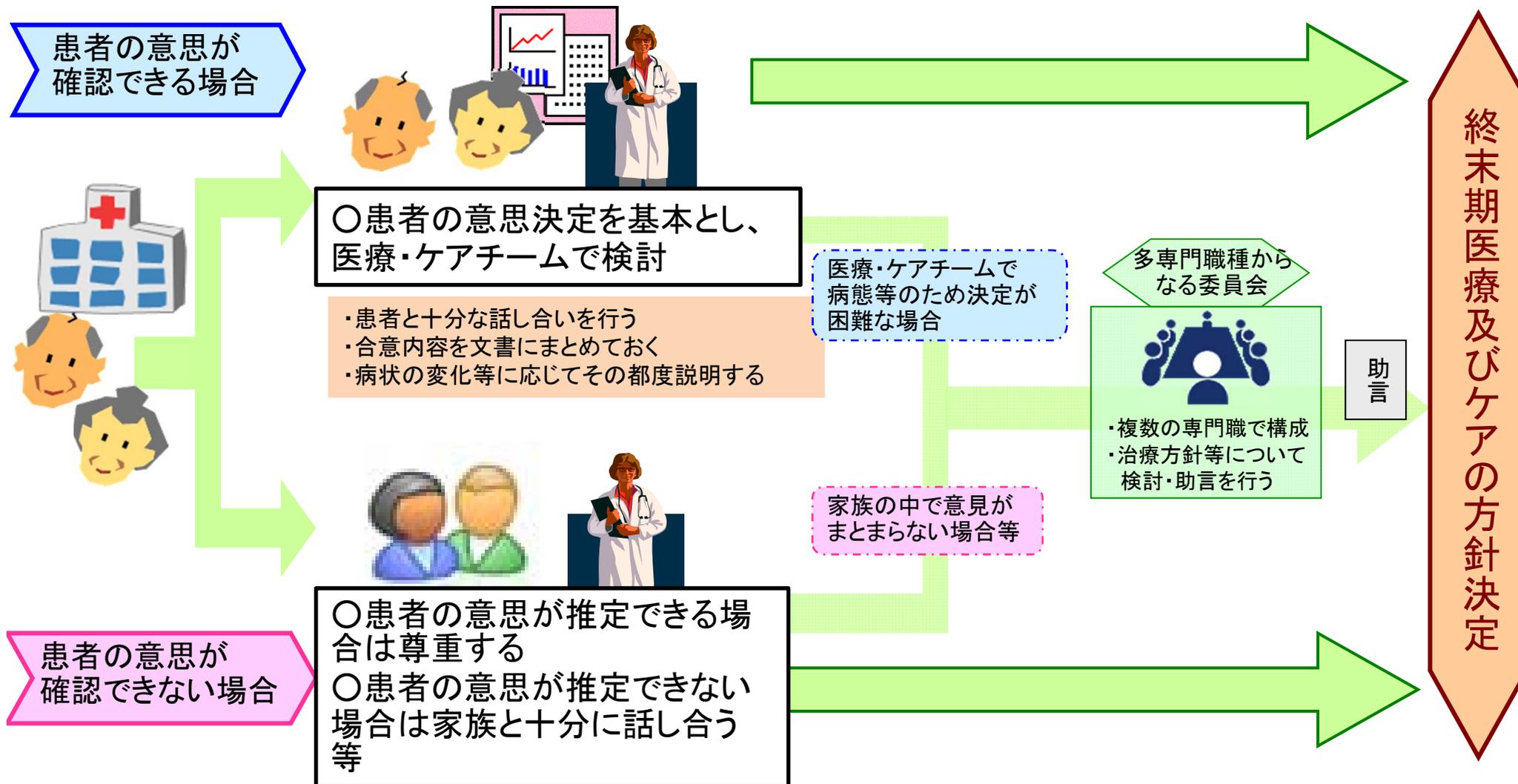
10. 難病を持つ子どもへの支援の在り方

- 難病相談・支援センターにおいて、難病の子ども等の相談
- 小児の難病の治療研究
- 小児期と成人期の担当医師の連携
- 難病を持つ子どもに対する総合的な自立支援について検討

11. 小児期から難病に罹患している者が成人移行する場合の支援の在り方

- 小児から成人にかけての切れ目のない支援の在り方を検討
- 医療従事者に対する研修、小児期からの担当医師との連携促進
- 小児期から難病に罹患している者について総合的な自立支援を検討

「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」における手続きの流れ(イメージ図)



高齢者医療制度に関する議論

問題の所在

- 高齢化の進展、医療技術の高度化等により、高齢者の医療費は大幅に増加。
- 「国民皆保険」の下、高齢化の進展、産業構造の変化等により、国保と被用者保険との間で、年齢構成や所得に偏り。
- 国保にはほとんどの高齢者が加入し、また、所得水準が低いことから、そのままでは支えられないという構造的な課題。
→ 一層の増大が見込まれる高齢者の医療費について、制度横断的に社会全体で支える必要。

経緯

- 昭和36年 「国民皆保険」達成
- 昭和48年 老人医療費無料化…老人医療費が急増し、特に国保財政に大きな影響。
- 昭和58年 老人保健制度創設…高齢者にも患者負担を設定。各医療保険制度の共同事業として、公費と拠出金により負担。
→ 被用者保険側の不満の高まり
・拠出金負担が増大する一方、給付責任(市町村)と財政責任(各保険者)の分離により、各保険者が医療費を直接コントロールできない。 ※患者負担引上げ、公費拡充、介護保険制度創設等により、逐次対応。
- 平成20年 後期高齢者医療制度創設…75歳以上の独立制度(都道府県単位の広域連合が運営)とし、公費と支援金により社会全体で支える。

現行制度

<後期高齢者医療制度>

- 75歳以上の方の医療給付費について、公費(約5割)、現役世代からの支援金(約4割)、高齢者自身の保険料(約1割)といった負担割合を明確化。

- 75歳以上の方は、原則として、同じ都道府県で同じ所得であれば、同じ保険料。

<前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整>

- 65歳以上75歳未満の方は、国保に多く加入しているため、その医療費について、保険者間の負担の不均衡を調整。
※各保険者の費用負担を、65歳以上75歳未満の方の加入率が全国平均と同じ加入率だった場合に必要な費用負担となるよう、財政調整。

課題

- 「年齢による差別」と受け止められた。

<運用面> 75歳以上という年齢に着目した診療報酬17項目を廃止するなど、可能な限り対応済み。

<制度体系> 「高齢者医療制度改革会議」で、後期高齢者医療制度を廃止し、75歳以上の方も、現役世代と同様に、国保か被用者保険に加入する案をとりまとめ。

- 制度の枠組みを超えた課題

- ・高齢者の医療費の伸びを、どう適正化していくか。
- ・国保や被用者保険が運営上の課題を抱える中、高齢者医療制度を支える現役世代の負担を、どう分かち合うか。
- ・世代間・世代内の負担の公平を、どのように図っていくか。 36

現行の高齢者医療制度

制度の概要

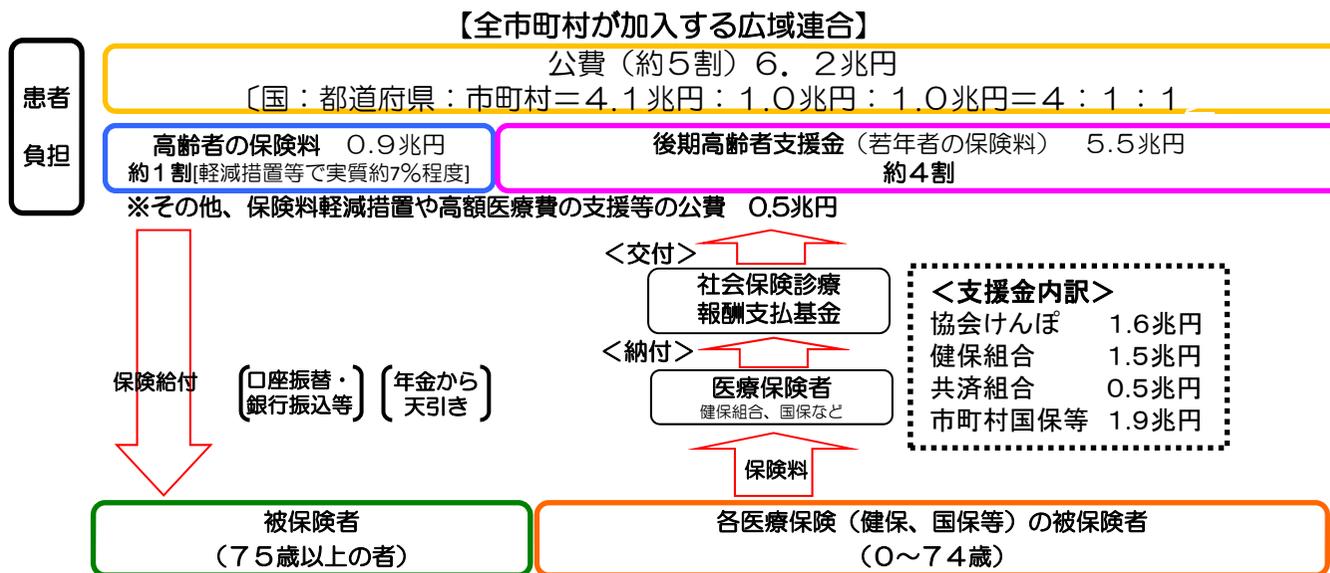
- 高齢化に伴う医療費の増大が見込まれる中で、高齢世代と若年世代の負担の明確化等を図る観点から、75歳以上の高齢者等を対象とした後期高齢者医療制度を平成20年4月から施行。
- 併せて、65歳～74歳の高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を調整するため、保険者間の財政調整の仕組みを導入。

後期高齢者医療制度の仕組み

＜対象者数＞
75歳以上の高齢者 約1,500万人

＜後期高齢者医療費＞
14.2兆円（平成24年度予算ベース）
給付費 13.1兆円
患者負担1.1兆円

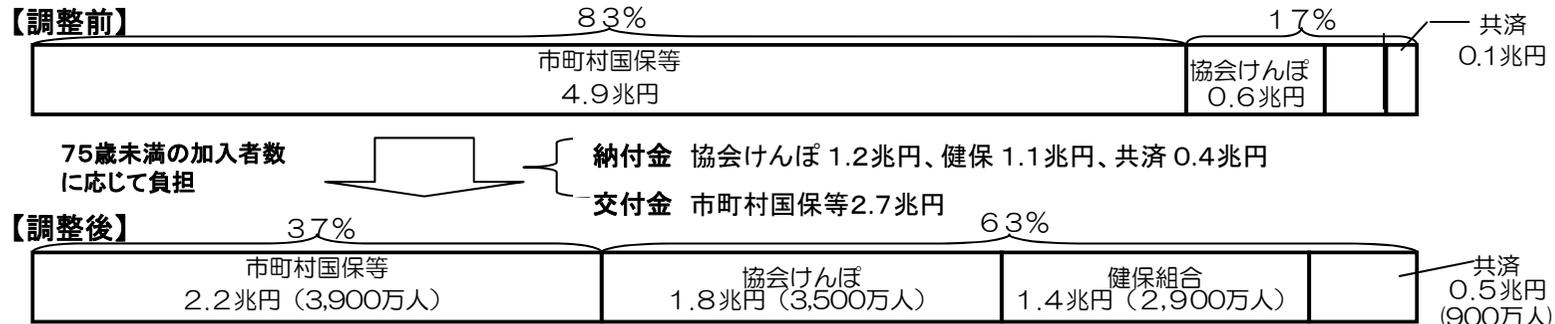
＜保険料額（平成24年度見込）＞
全国平均 約5,560円/月
※ 基礎年金のみを受給されている方は 約360円/月



前期高齢者に係る財政調整の仕組み

＜対象者数＞
65～74歳の高齢者 約1,400万人

＜前期高齢者給付費＞
5.9兆円
（平成24年度予算ベース）



高齢者医療の制度的枠組み

《高齢者医療の制度的枠組みに関する主な課題》

【年齢による区分】年齢で区分する独立制度をどう考えるか。

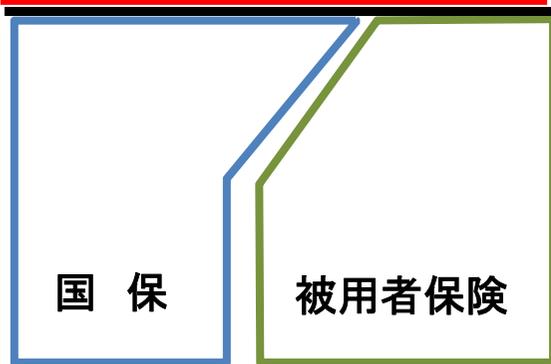
【被用者・被扶養者の扱い】被用者の保険料負担や給付、被扶養者の位置付けについて、世代間、世代内の公平をどう図るか。

75歳以上の高齢者は、広域連合が運営する独立型の高齢者医療制度に加入。

《現行制度》

独立制度による
都道府県単位の財政運営
(運営主体: 広域連合)

75歳

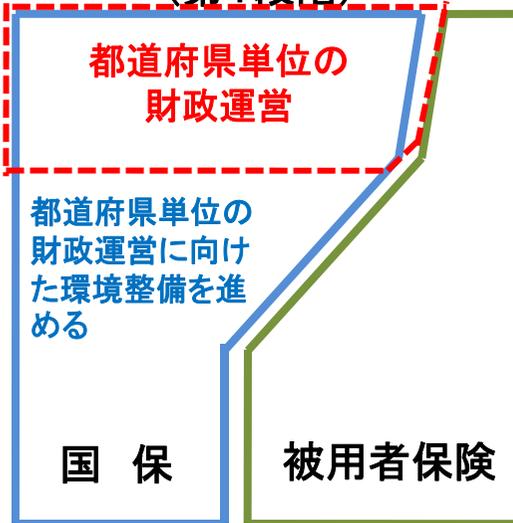


75歳以上の高齢者は、国保または被用者保険に加入。国保の高齢者医療を都道府県単位化。

《改革会議案》
(第1段階)

都道府県単位の
財政運営

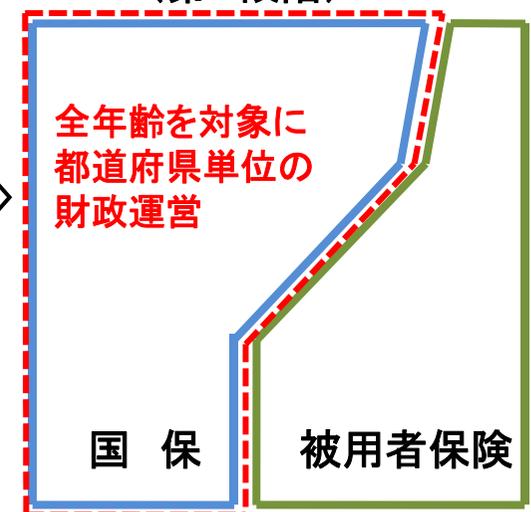
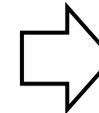
都道府県単位
の財政運営向け
環境整備を進める



全年齢で国保を都道府県単位化。

《改革会議案》
(第2段階)

全年齢を対象に
都道府県単位の
財政運営



【国保の課題】

- 低所得・市町村格差など構造的課題と赤字への対応
- 相対的に重い保険料負担の軽減
- 財政運営の都道府県単位化の推進

【被用者保険の課題】

- 協会けんぽの運営の安定化
- 保険者間の財政力格差の公平化(支援金の総報酬割等)

後期高齢者支援金の総報酬割の拡大

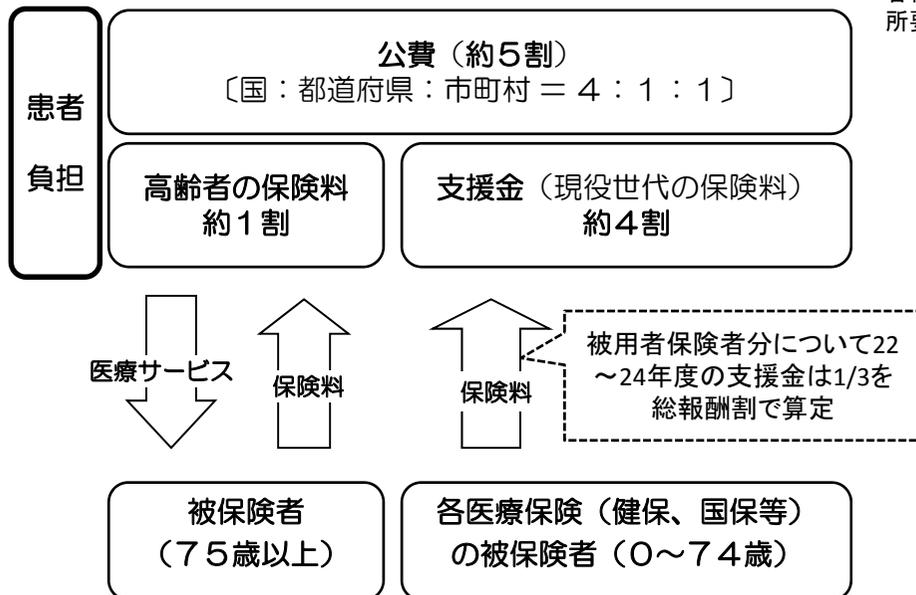
現状

- 75歳以上の者の医療給付費については、高齢者の保険料(約1割)、現役世代の保険料による後期高齢者支援金(約4割)、公費(約5割)により支える仕組み。
- このうち現役世代の保険料による支援金については、各保険者の加入者数(0~74歳)で按分してきたところ。
- しかしながら、被用者保険者間の財政力にばらつきがあることから、加入者数に応じた負担では、財政力が弱い保険者の負担が相対的に重くなる。
- このため、負担能力に応じた費用負担とする観点から、平成22年度から24年度までの支援金について、被用者保険者間の按分方法を3分の1を総報酬割、3分の2を加入者割とする負担方法を導入したところ。(国保と被用者保険の間では、加入者割を維持)

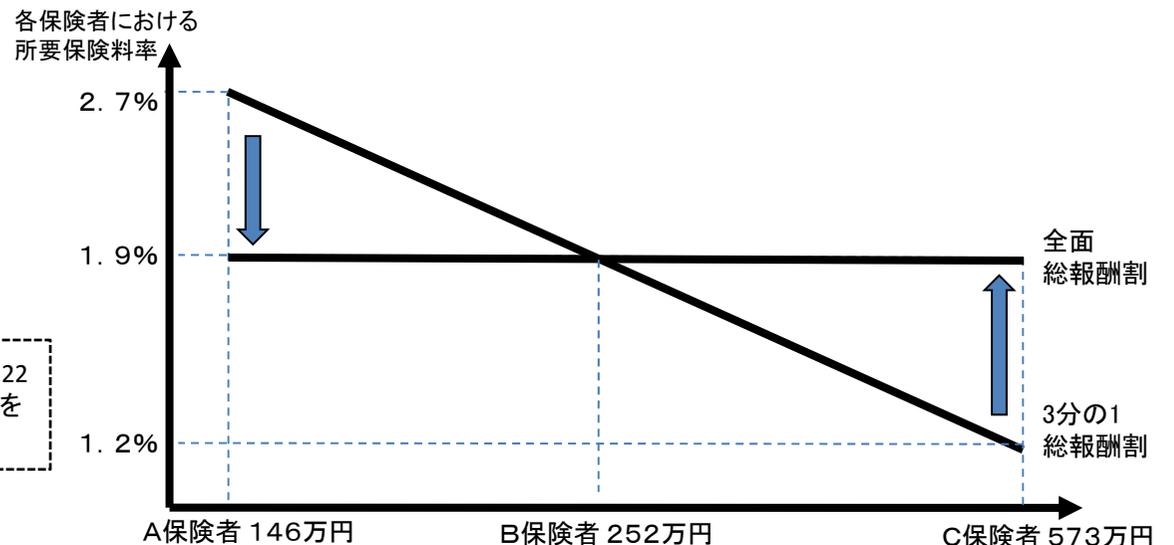
厚生労働省の高齢者医療制度改革会議最終とりまとめ(平成22年12月)

今後更に少子高齢化が進展する中で、財政力の弱い保険者の負担が過重なものとならないよう、負担能力に応じた公平で納得のいくさえ合いの仕組みにすべきであり、新たな制度においては、被用者保険者間の按分方法を全て総報酬割とする。

75歳以上の方の費用負担の仕組み



支援金を全面総報酬割にした場合の所要保険料率の変化(イメージ)



(注) 23年度賦課ベース。所要保険料率とは、支援金を賄うために必要な保険料率。

保険料軽減の特例措置

現状

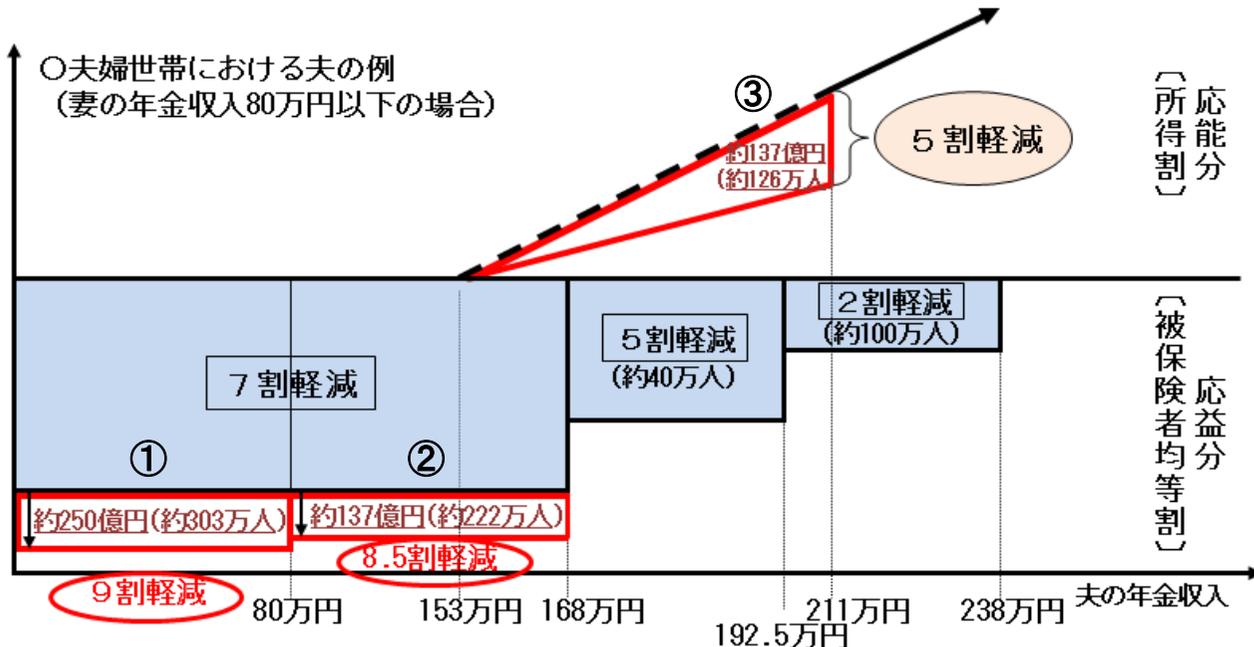
- 75歳以上の方の保険料は、所得に応じ、保険料の均等割を7割・5割・2割に軽減。
- 平成20年4月の制度施行前後に行われた政府・与党決定に基づき、次の特例措置を講じ、現在まで毎年度の予算措置(約750億円)により継続している。
 - ①均等割の7割軽減を受ける世帯のうち、被保険者全員が年金収入80万円以下(その他の収入なし)の場合、**均等割9割軽減**
 - ②その他の7割軽減に該当する者について、**均等割8.5割軽減**
 - ③低所得者(年金収入211万円まで)について、**所得割5割軽減**
 - ④被用者保険の元被扶養者の均等割を9割軽減、**所得割10割軽減**

厚生労働省の高齢者医療制度改革会議最終とりまとめ(平成22年12月)

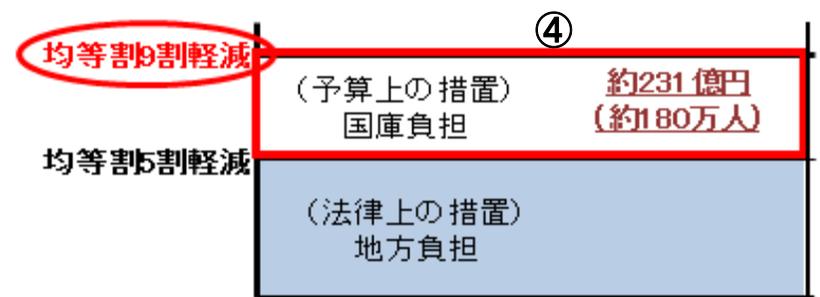
75歳以上の方に適用されている低所得者等の保険料軽減の特例措置(均等割の9割・8.5割、所得割の5割軽減)については、後期高齢者医療制度施行時の追加的な措置として導入されたものであるが、負担の公平を図る観点から、75歳未満の国保の軽減措置との整合性を踏まえ、段階的に縮小する。(※)

※ 高齢者医療制度改革会議最終とりまとめでは、後期高齢者医療制度を廃止し、75歳以上の被用者と被扶養者は被用者保険に加入することとしていることから、75歳以上の元被扶養者の保険料軽減特例措置の見直しに言及していない。

【低所得者への保険料軽減(平成24年度)】



【元被扶養者への保険料軽減(平成24年度)】



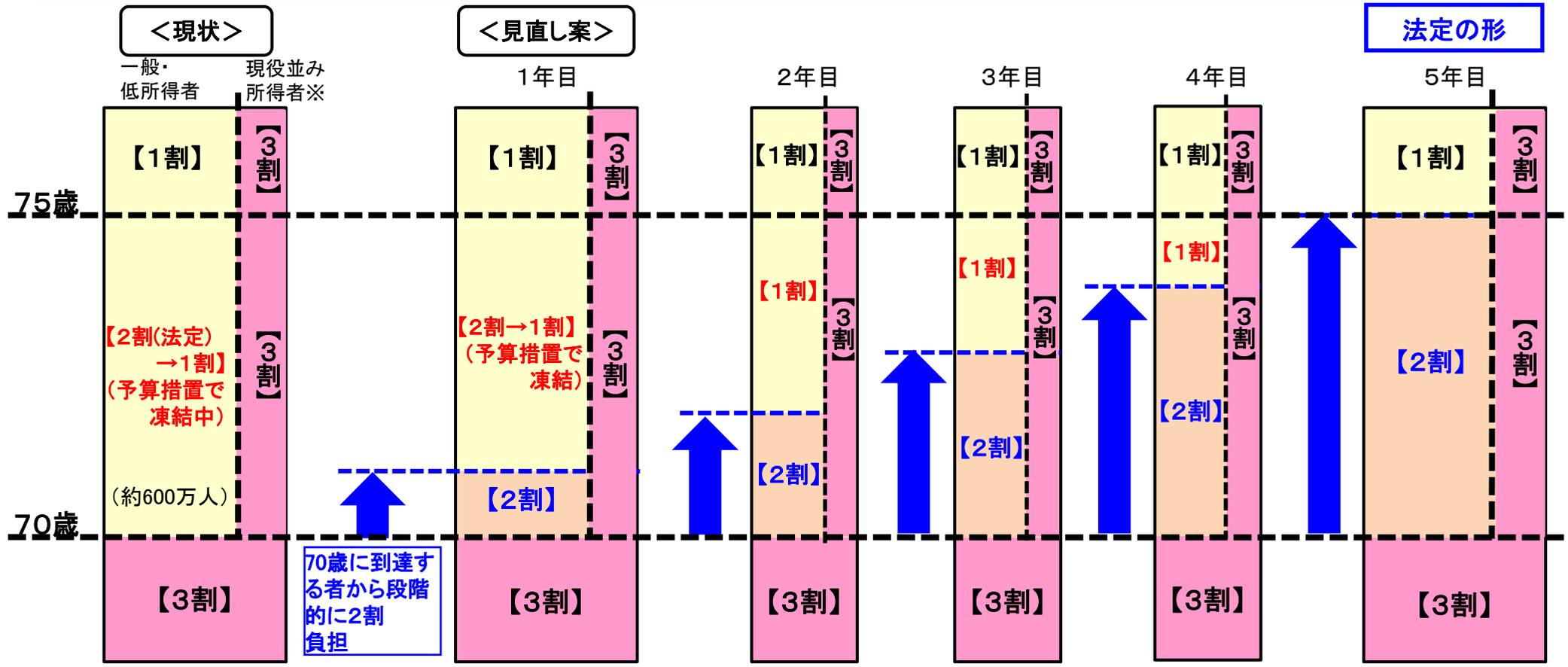
※元被扶養者の軽減(均等割5割軽減、所得割10割軽減)は、制度上、加入から2年間限りとされているが、特例措置により、期限を設けずに軽減(均等割9割軽減、所得割10割軽減)している。

70～74歳の患者負担特例措置の見直し

○ 70～74歳の者の患者負担は、現在、2割負担と法定されている中で、平成20年度から毎年度、約2千億円の予算措置により1割負担に凍結している。

高齢者医療制度改革会議 最終とりまとめ(平成22年12月20日) 一抄一
 「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」
 ⇒ 個人で見た場合、負担が増える人が出ないような方法

社会保障・税一体改革大綱(平成24年2月17日 閣議決定) 一抄一
 「世代間の公平を図る観点から、見直しを検討する」「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」



これまでの取組状況と 今後の課題（介護分野）

平成24年12月7日
山崎委員提出資料

社会保障・税一体改革の介護分野の対応状況(平成24年度制度改正にて措置)

大綱の記述	措置事項
<p>地域包括ケアシステムの構築</p> <p>－在宅サービス・居住系サービスの強化</p> <p>－介護予防・重度化予防</p> <p>－医療と介護の連携の強化</p> <p>－認知症対応の推進</p>	<p><在宅でのサービスや生活支援サービスを充実></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護保険で受けられる新サービスを創設【平成24年4月～】 <ul style="list-style-type: none"> ①24時間、必要なときに訪問介護・訪問看護をセットで提供 ②通い、泊まり、訪問を組み合わせたサービス(小規模多機能型居宅サービス)に、さらに訪問看護も組み合わせたサービスを提供 ○ 介護が必要な高齢者を介護する家族を支援するため、緊急にショートステイが必要になった高齢者のためにベッドを空けている事業所に対する加算や、長時間のデイサービスに対する加算を創設【平成24年4月～】 ○ 市町村が、要介護状態になるおそれがある高齢者等に、介護予防と日常生活の支援(栄養改善を目的とした配食など)をセットで提供する事業を実施【平成24年4月～】 ○ 訪問リハビリを提供するときに、訪問介護の責任者も一緒に利用者宅に訪問して、共同で訪問介護の計画を作成する場合に加算するなど、高齢者の自立に向けたサービスを充実【平成24年4月～】 ○ 病院から円滑に在宅生活に移行することができるよう、ケアマネジャーが、退院時に病院と情報共有を行った場合の加算の見直しや、病院又は診療所の医師等とともに利用者宅を訪問した場合の加算の創設【平成24年4月～】 <ul style="list-style-type: none"> → 今後も、医療と介護の連携方策について検討を進める(省内に在宅医療・介護推進プロジェクトチームを設置) <p><高齢者の住まいを確保></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 見守りや生活相談などのサービスを提供する高齢者向けの住宅の登録制度を創設し、必要なサービスを受けられる質の高い高齢者向けの住宅を提供【平成23年10月～】 <p><認知症の人を支援></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 今後認知症高齢者が急増することが予想されることから、平成25年度からの5年間に行う施策をまとめた認知症施策推進5か年計画を作成【平成24年度から調査研究などを実施】 <p><地域での多職種での支援体制></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護や医療などの様々な職種の人たちが集まって、解決困難な課題を抱えている高齢者が自立するために必要な支援を話し合う「地域ケア会議」の普及のため、会議の運営を支援する人や医師などの専門職の派遣を支援する事業を開始【平成24年4月～】 <p style="text-align: center;">  介護が必要な高齢者も、住み慣れた地域での暮らしを続けることができる 地域包括ケアシステムを構築 </p>

介護に係る改革の課題

1 地域包括ケアシステムの構築

- 介護サービス提供体制の充実

- 認知症対応の推進

- マンパワーの増強

➡ 今後、介護報酬改定等に対応。

2 介護保険制度の持続可能性の確保

- 介護給付の重点化・効率化

- 世代間・世代内の負担の公平性の観点に立った制度の見直し

➡ 制度の見直しに向けて検討。

地域包括ケアシステムの構築

現状と課題

<介護サービス提供体制の充実>

- 今後、単身・夫婦のみ世帯の増加、都市部での急速な高齢化が予想される。
 - ・ 2025年には、世帯主が65歳以上の世帯のうち、単身・夫婦のみ世帯は2/3以上
 - ・ 首都圏では今後15年間に高齢者人口が30%程度増加
- 一方、介護が必要となった場合に、自宅で介護を受けたいという希望を持つ人は約4人に3人。
- このため、介護が必要になっても、また入院しても早期に退院し、できる限り自宅での生活が継続できる体制づくりが必要。
 - ・ 2025年に向け、例えば在宅介護 320万人分→463万人分が必要となる。

<認知症対応の推進>

- 認知症の人が、医療・介護サービスを受けながら地域での生活を継続していくための施策の推進が重要。
 - ・ 認知症高齢者数(2010年は約280万人)は、2025年には約470万人に増加。

<マンパワーの増強>

- 質の高いサービスを提供していく上で、介護分野の人材確保や処遇改善が必要。
 - ・ 介護職員(2012年は約149万人)は、2025年には約237~249万人必要となる。
 - ・ これまでの処遇改善の取組実績 月額+24,000円
 - 〔 21年度介護報酬改定 月額+9,000円 〕
 - 〔 24年度介護報酬改定 月額+15,000円 〕

今後の方向性

<介護サービス提供体制の充実>

地域包括ケアシステムの構築のために必要な措置として、平成24年度施行の介護保険法改正・介護報酬改定等で、在宅サービス・居住系サービス等の提供体制の充実に向けた取組を実施。今後、着実に普及・拡充させていく必要。

(実施した取組み)

- ・ 24時間対応の訪問サービスを創設(24年4月~)
- ・ サービス付き高齢者向け住宅を制度化(23年10月~)
- ・ 退院時・入院時の医療・介護の連携強化 等

<認知症対応の推進>

平成25年度からの5年間を対象とした「認知症施策推進5か年計画」を作成。今後、認知症施策を早期に包括的に進めていく必要。

<マンパワーの増強>

一体改革の中で必要な財源を確保し介護職員の処遇の更なる改善に取り組むとともに、キャリアパスの確立に向けた取組を進めること等により、介護に必要な労働力を安定的に確保する必要。

介護保険制度の持続可能性の確保

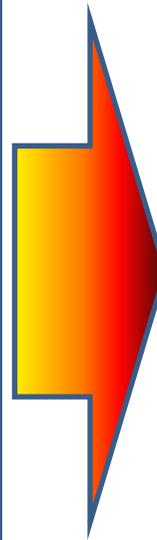
現状と課題

<介護給付の重点化・効率化>

- 要介護高齢者の在宅での生活を支える在宅サービス等の拡充は必要である一方で、高齢化による介護給付費の増が避けられない中、介護保険制度を持続可能なものにするためには、介護給付の重点化・効率化を合わせて実施することが必要。

<世代間・世代内の負担の公平性の観点に立った制度の見直し>

- 増大する介護費用を世代間・世代内で公平に負担する観点からの制度的対応が必要。
 - ・ 制度改革後では、2025年の介護の費用は約21兆円になる見通し(現在の介護の費用は約9兆円)
 - ・ 制度改革後では、2025年の介護保険料は月額8,200円程度(※)になる見通し(現在全国平均で4,972円)
- ※2012年度の賃金水準に換算した値。



今後の方向性

<介護給付の重点化・効率化>

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。

(検討事項)

- 軽度者に対する給付の重点化
 - ・ 予防給付の内容・方法の見直し
- 介護施設の重点化(在宅への移行)
- 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

<世代間・世代内の負担の公平性の観点に立った制度の見直し>

保険料水準の上昇に伴う低所得者対策強化や、増大する介護費用の公平な負担といった観点から、制度の見直しを行う。

(検討事項)

- 介護保険料の低所得者軽減強化
- 介護納付金の総報酬割導入
- 利用者負担の在り方

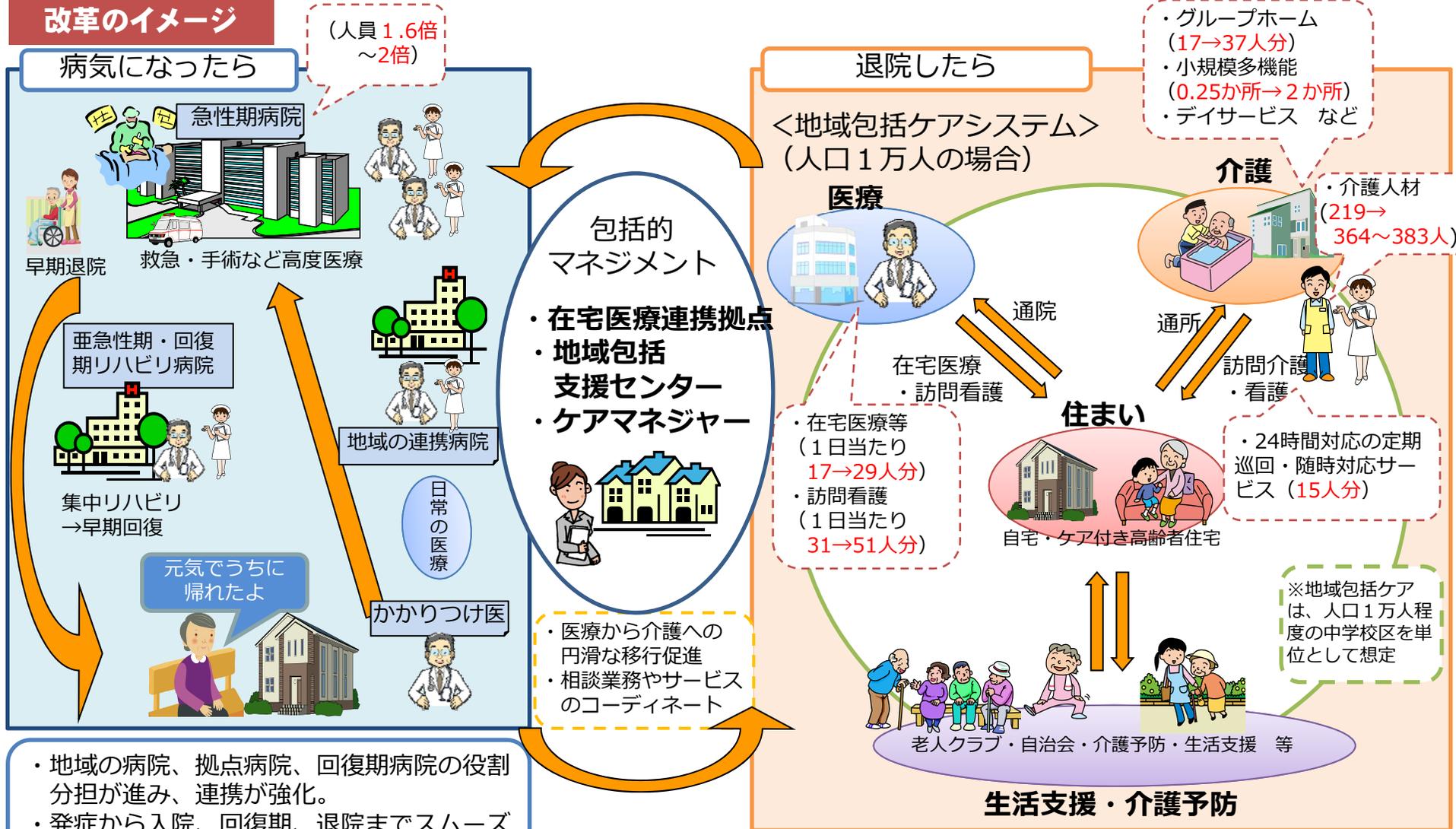
参考資料

医療・介護サービス保障の強化

- 病床機能に応じた医療資源の投入による入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



- ・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。
- ・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

※数字は、現状は2012年度、目標は2025年度のもの

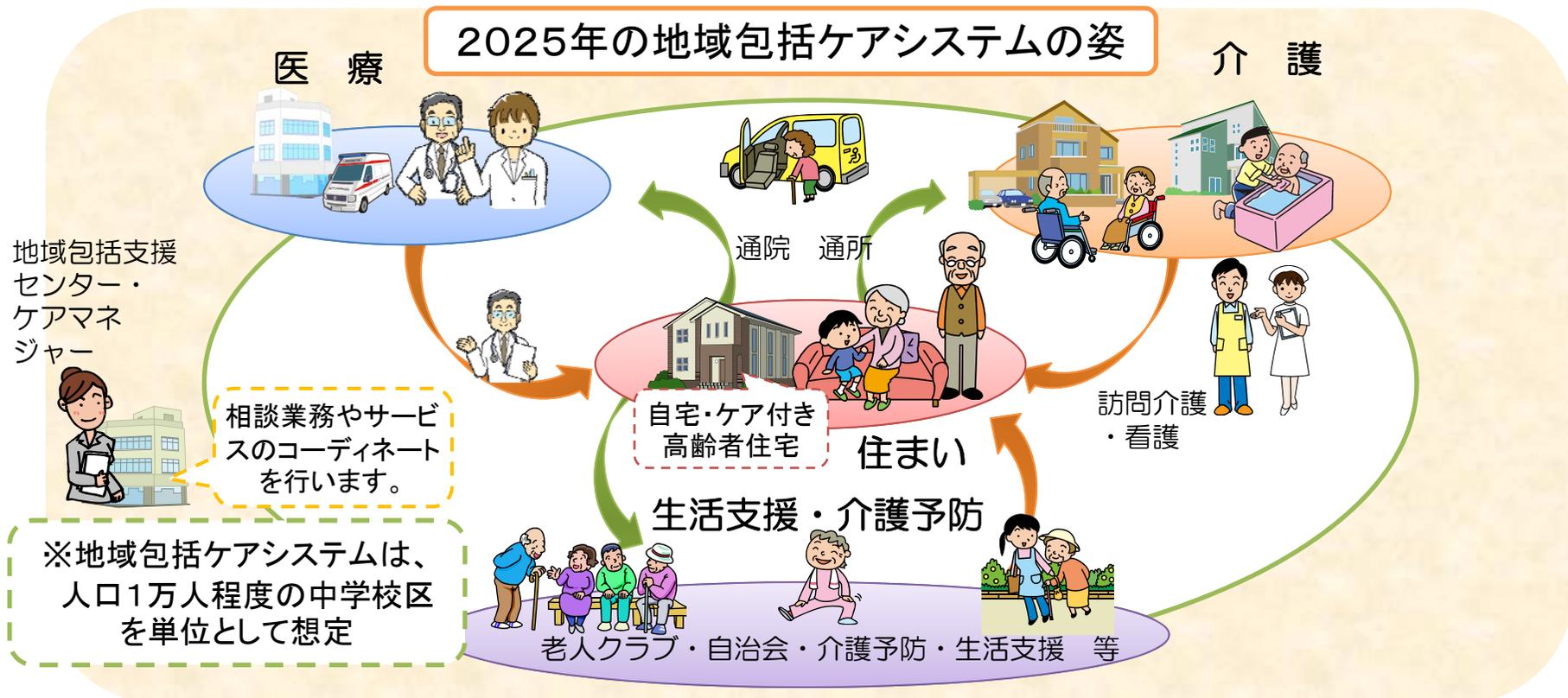
介護の将来像(地域包括ケアシステム)

○住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになる。

【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

- ①医療との連携強化
- ②介護サービスの充実強化
- ③予防の推進
- ④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など
- ⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)



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倍以上に伸びている。

総費用の伸び

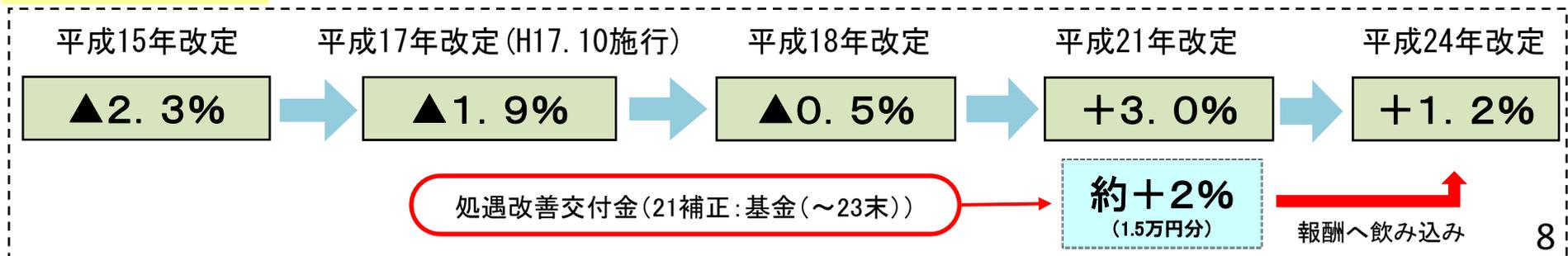


(注)2000～2010年度は実績、2011年度・2012年度は予算ベース。

1号保険料の推移(加重平均)



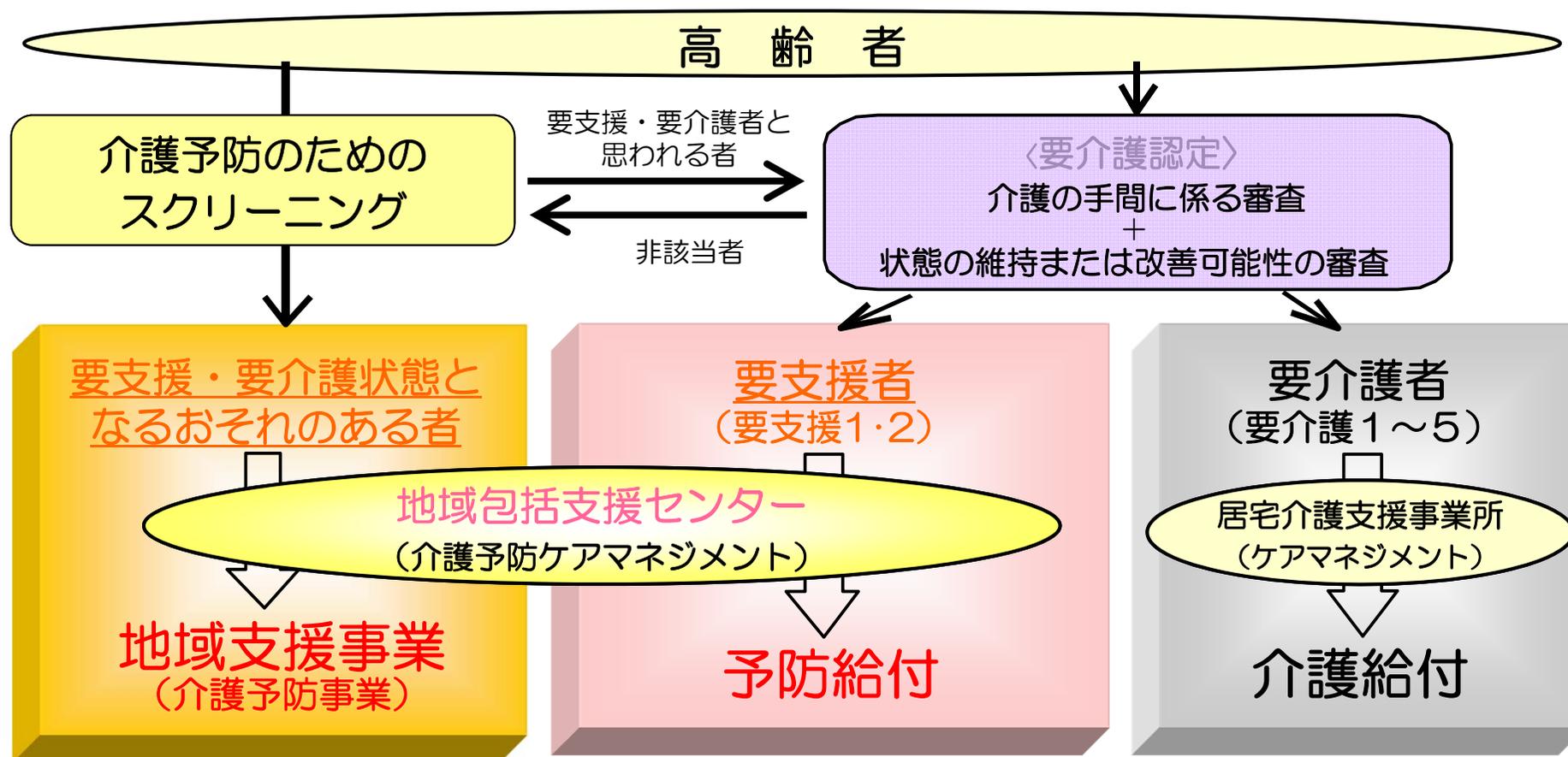
介護報酬改定



介護予防・重度化予防について

要支援者に対しては、状態の軽減・悪化防止を目的として予防給付を支給している。

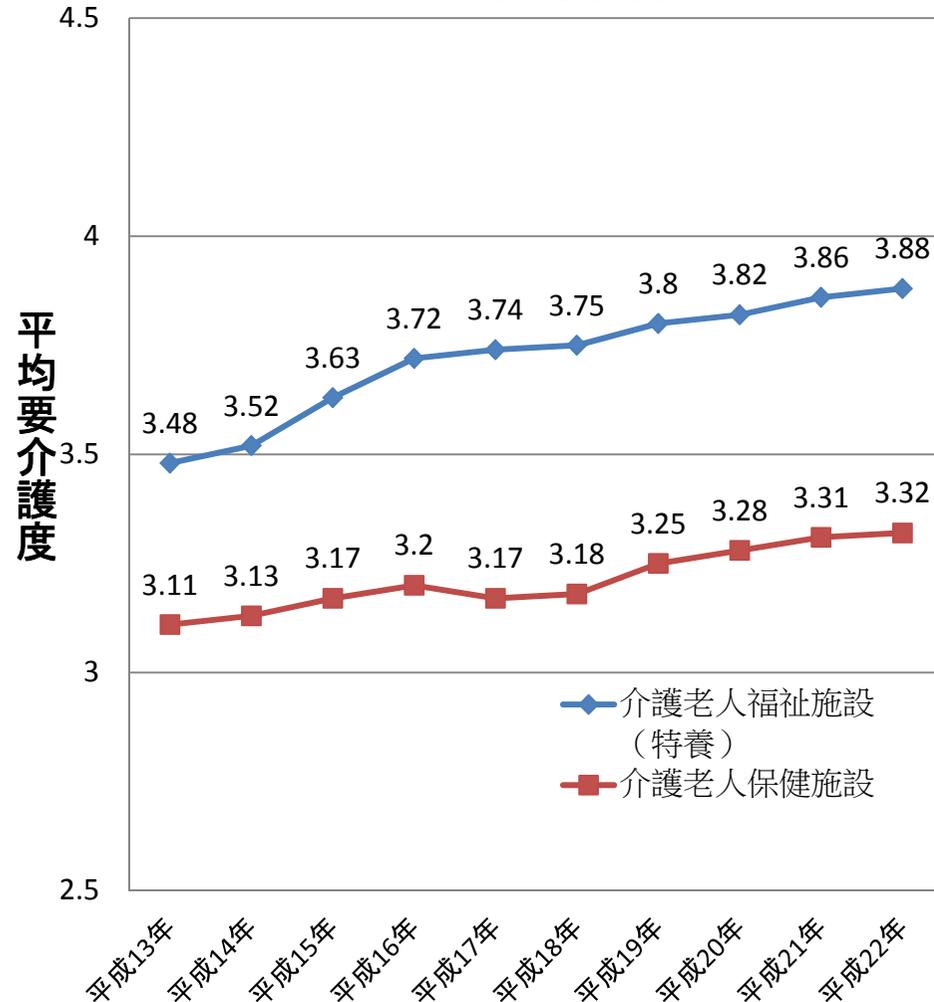
【現行の仕組み】



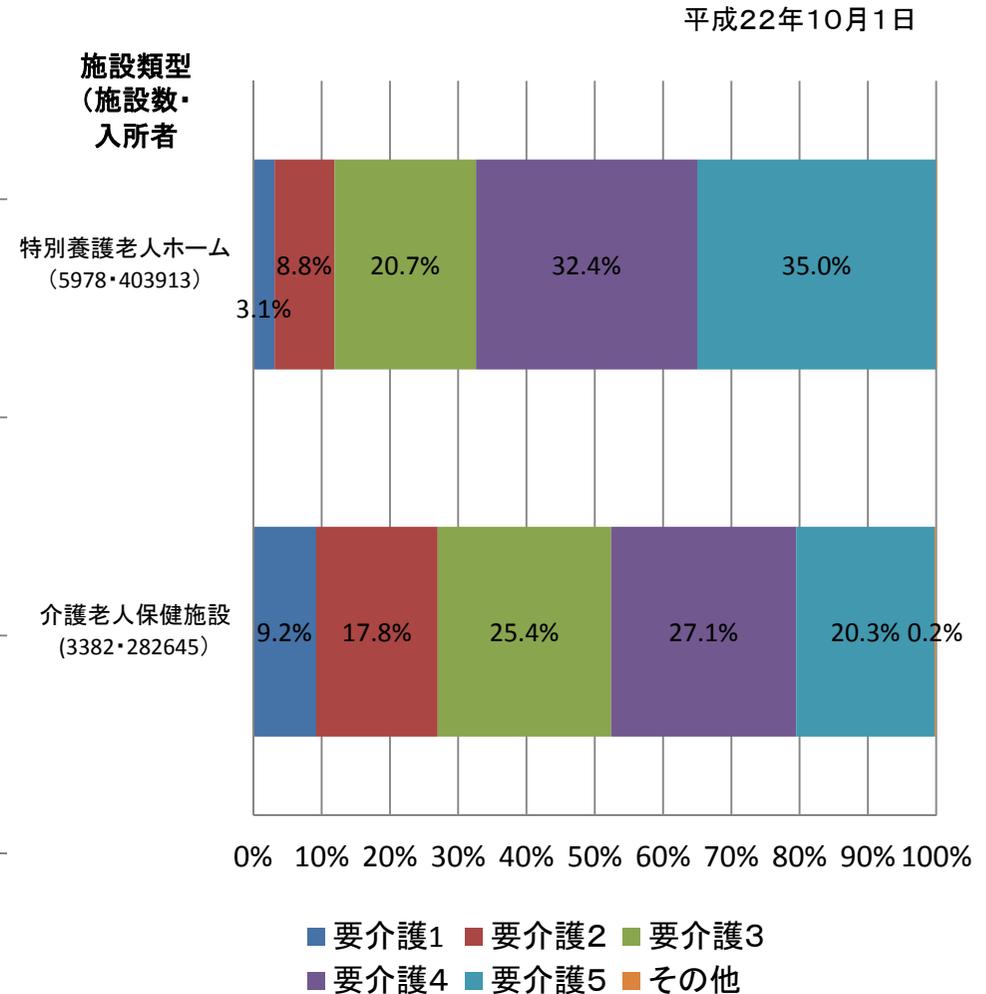
施設の重点化について

【現在の状況】

介護老人福祉施設・介護老人保健施設の 平均要介護度



利用者の要介護度別の構成割合

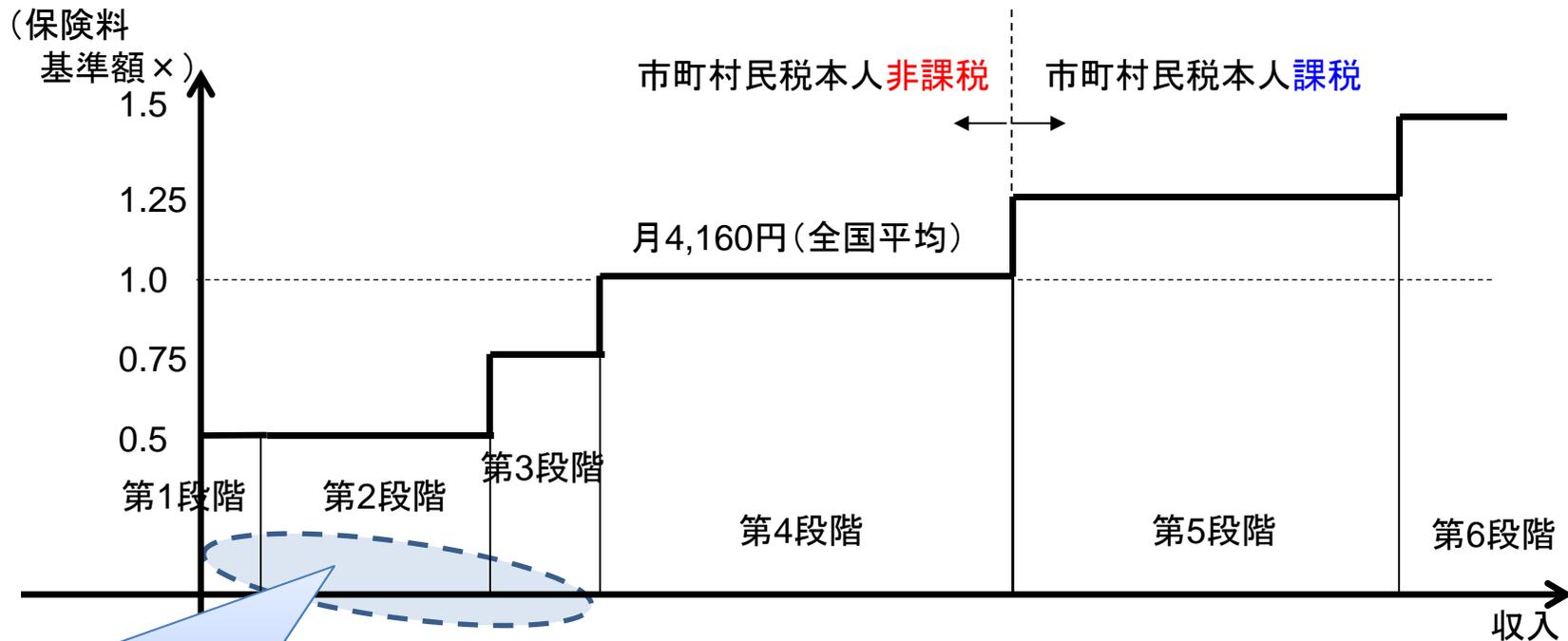


出典：平成13～14年介護給付費実態調査(各年11月審査分)、
平成15～22年介護サービス施設・事業所調査(各年10月1日)

(注)特別養護老人ホームについては地域密着型介護老人福祉施設も含
出典：「平成22年介護サービス施設・事業所調査」厚生労働省大臣官房統計情報部

介護保険料の低所得者軽減について

平成23年10月31日
第39回社会保障審議会介護保険部会資料



負担能力に応じた保険料減免を行い、
減免分を公費により補填。

社会保障・税一体改革成案工程表(抄)
・ 1号保険料の低所得者保険料軽減強化
(~1,300億円)

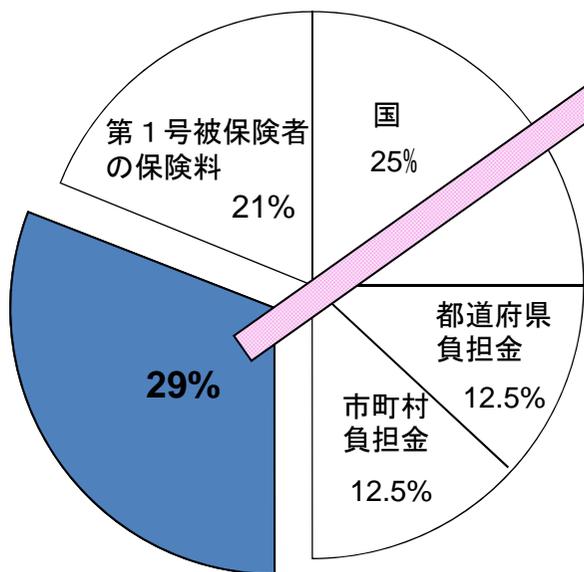
※ どのような範囲・条件で減免を行うかについては、財源・制度設計により変わるため、あくまで上記の図は一つのイメージである。

介護納付金の総報酬割について

- 40~64歳が負担する保険料は、その加入する医療保険の加入者数である第2号被保険者の人数に応じて負担する介護納付金の額が決められる仕組みとなっている。
- 介護納付金の総報酬割は、これを、被用者保険(協会けんぽ、健保組合、共済組合)間では報酬額に比例した負担にする仕組み。

[介護納付金の仕組み]

①第2号被保険者(40~64歳)は給付費の29%を負担



第2号被保険者の保険料

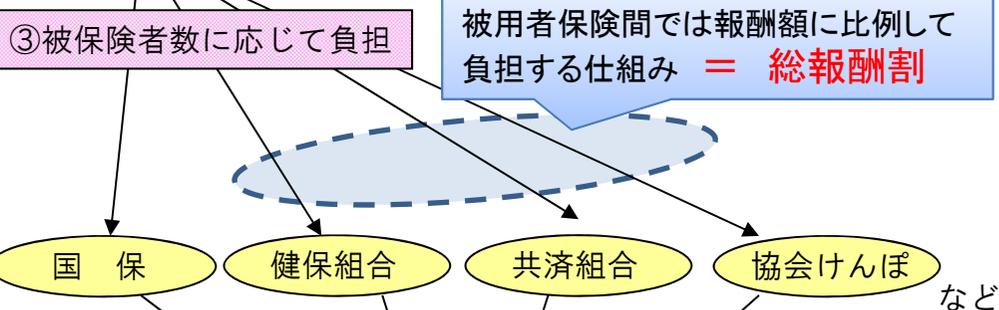
(参考) 協会けんぽと健保組合における介護保険料率

の比較 (‰)

	平成24年度介護保険料率
協会けんぽ	15.5
健保組合	13.15

※ 健保組合については、予算早期集計において報告のあった組合(1346組合)ベースの速報値。

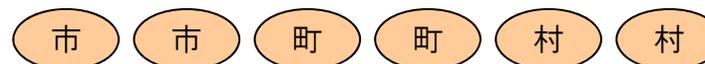
②第2号被保険者一人あたりの保険料額を計算
(介護給付費の29% ÷ 第2号被保険者数 = 第2号被保険者1人あたり保険料額)



④各医療保険者が医療保険料と一体的に徴収

⑤社会保険診療報酬支払基金に納付

⑥各市町村に交付(各市町村の介護給付費の29%分)



社会保障審議会介護保険部会

「社会保障・税一体改革における介護分野の制度見直しに関するこれまでの議論の整理」(抜粋)(平成23年11月)

- 介護費用を公平に分担し、サービス提供体制の効率化・重点化と機能強化の取組を支えるためには、負担能力に応じた負担の要素の強化及び重度化予防に効果のある給付への重点化など給付の見直しについて、検討が必要。
- 1号保険料の低所得者軽減強化、介護納付金(2号保険料)の総報酬割導入、要支援者に対する給付の見直し、利用者負担の見直し等の各論点については、賛否それぞれの立場からの意見がみられた。

1 給付の重点化

要支援者に対する給付

- 利用者負担割合の引上げ - 利用抑制によりかえって重度化が進み費用がかかり反対との意見多数
- 一方、給付の内容や方法を見直すべきとの意見多数

ケアマネジメント

- 利用者負担の導入 - 賛否分かれる
- 機能強化に向けた制度的な対応の必要性(資格のあり方や質の向上) - 関係者間の認識が共有

補足給付における資産等の勘案

- 資産等を勘案した給付の見直し - 若い人よりも高齢者の方が資産保有が多いこと、生産年齢人口が減少していく中で資産に着目した負担を重視していく必要があることなどから肯定的な意見多数、具体的な仕組み作りに向けた実務的な検討が必要

一定以上所得のある者への給付

- 一定以上の所得があるものに対する利用者負担割合の引上げ - 一部にサービス利用が長期にわたることなどから慎重な意見もあるものの、若年層に負担を求める以上、高齢者も応分の負担をすることはやむを得ないのではないかとの意見多数

介護施設の重点化

- 軽度要介護者(要介護1,2)の施設サービスの給付額が在宅における支給限度額を上回ることについての問題提起 等

2 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

1号保険料の低所得者保険料軽減強化

- 低所得者に対して保険料の軽減強化を行うことについては、肯定的意見多数

介護納付金の総報酬割導入

- 負担の応能性を高めることが公平性を高めるとの賛成意見多数。一方、社会保障負担の増加する現役世代の保険料に配慮すべき等の強い反対意見も存在

介護保険制度は3年が1サイクル

- 市町村は3年を1期（2005年度までは5年を1期）とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。
- 保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定される。（3年度を通じた同一の保険料）

事業運営期間		事業計画	給付（総費用額）	保険料
2000年度	第一期	第一期	3.6兆円	} 2,911円 (全国平均)
2001年度			4.6兆円	
2002年度			5.2兆円	
2003年度	第二期	第二期	5.7兆円	} 3,293円 (全国平均)
2004年度			6.2兆円	
2005年度			6.4兆円	
2006年度	第三期	第三期	6.4兆円	} 4,090円 (全国平均)
2007年度			6.7兆円	
2008年度			6.9兆円	
2009年度	第四期	第四期	7.4兆円	} 4,160円 (全国平均)
2010年度			7.8兆円	
2011年度			8.3兆円	
2012年度	第五期	第五期	8.9兆円	} 4,972円 (全国平均)
2013年度			?	
2014年度			?	

※2010年度までは実績であり、2011～2012年は予算ベースである。

これまでの取組状況と 今後の課題（年金分野）

平成24年12月7日
神野委員提出資料

社会保障・税一体改革（年金分野）の経緯

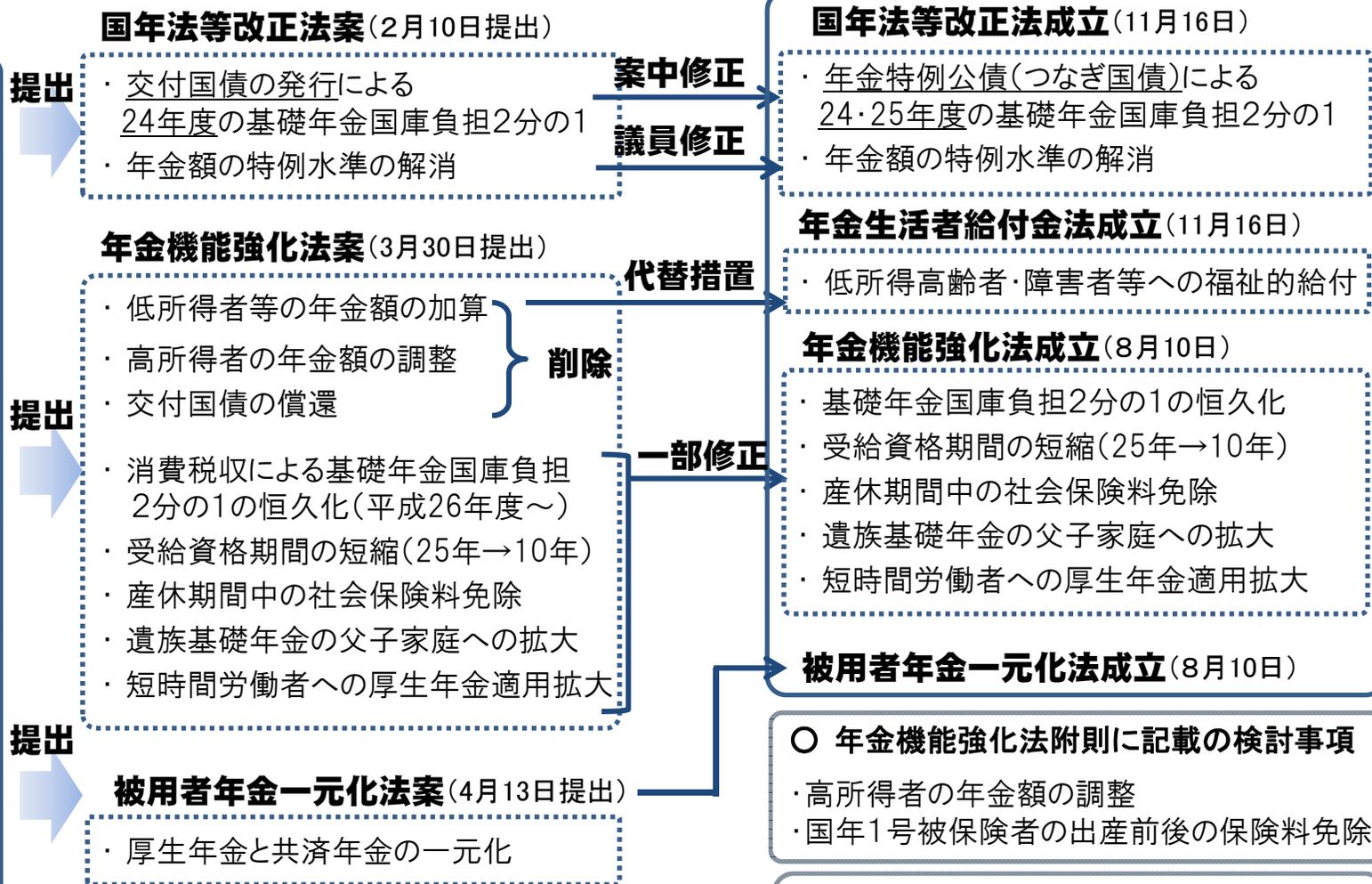
社会保障・税一体改革大綱 (2月17日閣議決定)

○「法案を提出する」または「法案提出を検討する」とされた事項

- ・基礎年金国庫負担2分の1の恒久化
- ・年金額の特例水準の解消
- ・低所得者等の年金加算
- ・高所得者の年金額の調整
- ・受給資格期間の短縮
- ・産休期間中の保険料免除
- ・遺族基礎年金の父子家庭への拡大
- ・短時間労働者への厚生年金適用拡大
- ・被用者年金の一元化

○「引き続き検討する」とされた事項

- ・第3号被保険者制度の見直し
- ・マクロ経済スライドの検討
- ・在職老齢年金の見直し
- ・標準報酬上限の見直し
- ・支給開始年齢引き上げ



社会保障・税一体改革（年金分野）で 実現した事項と残された検討課題

実現した事項

- ・ 基礎年金国庫負担 2 分の 1 の恒久化
- ・ 受給資格期間の短縮（25年→10年）
- ・ 産休期間中の社会保険料免除
- ・ 遺族基礎年金の父子家庭への拡大
- ・ 短時間労働者への厚生年金適用拡大
- ・ 厚生年金と共済年金の一元化
- ・ 年金額の特例水準の解消
- ・ 年金特例公債（つなぎ国債）による
24・25年度の基礎年金国庫負担 2 分の 1
- ・ 低所得高齢者・障害者等への福祉的
給付

検討課題

- ・ 第3号被保険者制度の見直し
- ・ マクロ経済スライドの検討
- ・ 在職老齢年金の見直し
- ・ 標準報酬上限の見直し
- ・ 支給開始年齢引き上げ
- ・ 高所得者の年金額の調整
- ・ 国年1号被保険者の出産前後の保険
料免除

民主・自民・公明三党「確認書」（平成24年6月15日）（抄）

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。

社会保障制度改革推進法（平成24年8月10日成立）（抄）

（公的年金制度）

第五条 政府は、公的年金制度については、次に掲げる措置その他必要な改革を行うものとする。

- 一 今後の公的年金制度については、財政の現況及び見通し等を踏まえ、第九条に規定する社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得ること。
- 二 年金記録の管理の不備に起因した様々な問題への対処及び社会保障番号制度の早期導入を行うこと。

（社会保障制度改革国民会議の設置）

第九条 平成二十四年二月十七日に閣議において決定された社会保障・税一体改革大綱その他既往の方針のみにかかわらず幅広い観点に立って、第二条の基本的な考え方にのっとり、かつ、前章に定める基本方針に基づき社会保障制度改革を行うために必要な事項を審議するため、内閣に、社会保障制度改革国民会議（以下「国民会議」という。）を置く。

年金機能強化法の検討規定について

(3年後の検討)

- 政府は、この法律の施行後3年を目処として、この法律の施行の状況を勘案し、基礎年金の最低保障機能の強化その他の事項について総合的に検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。(附則第2条第1項)

(短時間労働者への社会保険の適用拡大 施行3年後の検討)

- 政府は、短時間労働者に対する厚生年金保険及び健康保険の適用範囲について、平成31年9月30日までに検討を加え、その結果に基づき、必要な措置を講ずる。(附則第2条第2項)

(低所得である高齢者等に対する福祉的措置としての給付)

- 社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法の一部を改正する等の法律(以下「税制改正法」という。)の附則第1条第2項に掲げる規定の施行の日(平成27年10月1日)から、公的年金制度の年金受給者のうち、低所得である高齢者又は所得が一定額以下である障害者等に対する福祉的措置としての給付にかかる制度を実施するため、税制改正法の公布の日から6ヶ月以内に必要な法制上の措置が講ぜられるものとする。この場合において、その財源は、税制改正法の施行により増加する消費税の収入を活用して確保するものとする。(附則第2条の2)

(高額所得による老齢基礎年金の支給停止の検討)

- 高額所得による老齢基礎年金の支給停止については、引き続き検討が加えられるものとする。(附則第2条の3)

(第1号被保険者に対する出産前後の保険料免除の検討)

- 国民年金の第1号被保険者に対する出産前6週間及び出産後8週間に係る国民年金の保険料の納付義務を免除する措置については、検討が行われるものとする。(附則第2条の4)

社会保障・税一体改革大綱(平成24年2月17日閣議決定)(抄)

Ⅱ 現行制度の改善

(8) 第3号被保険者制度の見直し

○ 第3号被保険者制度に関しては、国民の間に多様な意見がなおあることを踏まえ、不公平感を解消するための方策について、新しい年金制度の方向性(2分2乗)を踏まえつつ、引き続き検討する。

☆ 短時間労働者への厚生年金の適用拡大、配偶者控除の見直しとともに、引き続き総合的な検討を行う。

(9) マクロ経済スライドの検討

○ デフレ経済下においては、現行のマクロ経済スライドの方法による年金財政安定化策は機能を発揮できないことを踏まえ、世代間公平の確保及び年金財政の安定化の観点から、デフレ経済下におけるマクロ経済スライドの在り方について見直しを検討する。

☆ マクロ経済スライドの適用については、(4)による物価スライド特例分の解消の状況も踏まえながら、引き続き検討する。

(10) 在職老齢年金の見直し

○ 就労意欲を抑制しているのではないかとの指摘がある60歳代前半の者に係る在職老齢年金制度について、調整を行う限度額を引き上げる見直しを引き続き検討する。

☆ 就労抑制効果についてより慎重に分析を進めながら、引き続き検討する。

(11) 標準報酬上限の見直し

○ 高所得者について、負担能力に応じてより適切な負担を求めていく観点に立ち、厚生年金の標準報酬の上限について、健康保険制度を参考に見直すことなどを引き続き検討する。

☆ 平均標準報酬の動向等を踏まえながら、引き続き検討する。

(12) 支給開始年齢引き上げの検討

○ 世界最高水準の長寿国である日本において、現在進行している支給開始年齢の引き上げ(注)との関係や高齢者雇用の進展の動向等に留意しつつ、中長期的課題として、支給開始年齢の在り方について検討する。

(注) 現行の引き上げスケジュールは、男性2025年まで、女性2030年まで。

☆ 将来的な課題として、中長期的に検討する(平成24年通常国会への法案提出は行わない)。

參考資料

公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための
国民年金法等の一部を改正する法律(平成24年8月10日成立・22日公布 平成24年法律第62号)

<主要項目>

- (1) 納付した保険料に応じた給付を行い、将来の無年金者の発生を抑えるという観点から、受給資格期間の短縮を行う。(税制抜本改革の施行時期にあわせ、平成27年10月から施行)
- (2) 基礎年金国庫負担1/2が恒久化される特定年度(平成16年改正法で「別に法律で定める年度」と規定)を平成26年度と定める。(税制抜本改革の施行時期にあわせ、平成26年4月から施行)
- (3) 短時間労働者に対する厚生年金・健康保険の適用拡大を行う。(平成28年10月から施行)(※)
- (4) 厚生年金、健康保険等について、次世代育成支援のため、産休期間中の保険料免除を行う。(2年を超えない範囲内で政令で定める日から施行)
- (5) 遺族基礎年金の父子家庭への支給を行う。(税制抜本改革の施行時期にあわせ、平成26年4月から施行)
- (6) 低所得高齢者・障害者等への福祉的な給付措置を講ずる。高所得者の年金額調整、国民年金第1号被保険者に対する産前産後の保険料免除措置について検討する。(※)

注) (1)、(2)、(5)については、税制抜本改革により得られる税収(消費税込)を充てる。

(※)は、衆議院の修正・追加のあった項目。原案にあった、低所得者の年金額の加算、高所得者の年金額の調整、交付国債償還に関する規定は削除された。

被用者年金制度の一元化等を図るための厚生年金保険法等の一部を改正する法律

(平成24年8月10日成立・22日公布 平成24年法律第63号)

<主要項目>

- (1) 厚生年金に公務員及び私学教職員も加入することとし、2階部分の年金は厚生年金に統一する。
- (2) 共済年金と厚生年金の制度的な差異については、基本的に厚生年金に揃えて解消する。
- (3) 共済年金の1・2階部分の保険料を引き上げ、厚生年金の保険料率(上限18.3%)に統一する。
- (4) 厚生年金事業の実施に当たっては、効率的な事務処理を行う観点から、共済組合や私学事業団を活用する。また、制度全体の給付と負担の状況を国の会計にとりまとめて計上する。
- (5) 共済年金にある公的年金としての3階部分(職域部分)は廃止する。公的年金としての3階部分(職域部分)廃止後の新たな年金については、別に法律で定める。
- (6) 追加費用削減のため、恩給期間に係る給付について本人負担の差に着目して27%引下げる。ただし、一定の配慮措置を講じる。

<施行日>

- (1)~(5)：平成27年10月
- (6) 公務員の恩給期間に係る追加費用削減：公布から1年を超えない範囲内で政令で定める日

国民年金法等の一部を改正する法律等の一部を改正する法律

(平成24年法律第99号)

1. 法律の概要

(1) 基礎年金国庫負担 2 分の 1 関係

- ① 平成24年度及び25年度について、国庫は、消費税増税により得られる収入を償還財源とする年金特例公債(つなぎ国債)により、基礎年金国庫負担割合 2 分の 1 と 36.5% の差額を負担する。
- ② 平成24年度及び25年度の国民年金保険料の免除期間について、基礎年金国庫負担割合 2 分の 1 を前提に年金額を計算する。

※ 国民年金保険料免除期間の年金額は、国庫負担分に連動して設定されている。(20年度: 3 分の 1 21年度～23年度: 2 分の 1)

(2) 特例水準の解消関係

- ① 世代間公平の観点から、老齢基礎年金等の年金額の特例水準(2.5%)について、平成25年度から平成27年度までの3年間で解消する。

※ 現在支給されている年金額は、平成11年から13年までの間に、物価が下落したにもかかわらず、年金額を特例的に据え置いた影響で、法律が本来想定している水準(本来水準)よりも、2.5%高い水準(特例水準)となっている。

※ 解消のスケジュールは、H25.10.▲1.0%、H26.4.▲1.0%、H27.4.▲0.5%

- ② これまで年金と連動して同じスライド措置が採られてきたひとり親家庭や障害者等の手当の特例水準(1.7%)についても、平成25年度から平成27年度までの3年間で解消する。

※ 児童扶養手当法による児童扶養手当の額等の改定の特例に関する法律(平成17年法律第9号)の一部改正

※ 解消のスケジュールは、H25.10.▲0.7%、H26.4.▲0.7%、H27.4.▲0.3%

2. 施行期日

- | | |
|------------------------|--------------------|
| (1) 基礎年金国庫負担 2 分の 1 関係 | : 公布日(平成24年11月26日) |
| (2) 特例水準の解消関係 | : 平成25年10月1日 |

年金生活者支援給付金の支給に関する法律 (平成24年法律第102号)

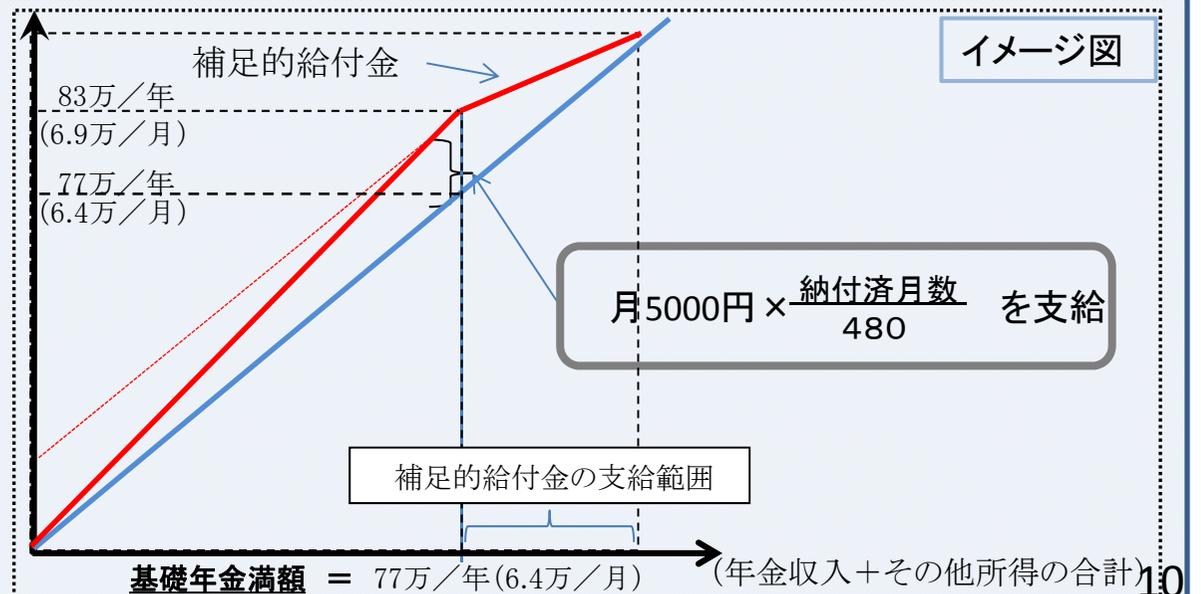
1. 法律の概要

- 所得の額が一定の基準(※)を下回る老齢基礎年金の受給者に、老齢年金生活者支援給付金(国民年金の保険料納付済期間及び保険料免除期間を基礎)を支給する。→ 対象者：約500万人
 - ① 基準額(月額5千円)に納付済期間(月数)/480を乗じて得た額の給付
 - ② 免除期間に対応して老齢基礎年金の1/6相当を基本とする給付(※) 住民税が家族全員非課税で、前年の年金収入+その他所得の合計額が老齢基礎年金満額(平成27年度で77万円)以下であること(政令事項)
- 所得の逆転を生じさせないよう、上記の所得基準を上回る一定範囲の者に、上記①に準じる補足的な老齢年金生活者支援給付金(国民年金の保険料納付済期間を基礎)を支給する。→ 対象者：約100万人
- 一定の障害基礎年金又は遺族基礎年金の受給者に、障害年金生活者支援給付金又は遺族年金生活者支援給付金を支給する。(支給額：月額5千円(1級の障害基礎年金受給者は、月額6.25千円))→ 対象者：約190万人
- 年金生活者支援給付金の支払事務は日本年金機構に委任することとし、年金と同様に2ヶ月毎に支給する。

2. 施行期日 : 平成27年10月1日

社会保障の安定財源等を図る税制の抜本改革を行うための消費税法の一部を改正する等の法律附則第1条第2号に掲げる規定の施行の日から施行する。

所要額 約5,600億円



これまでの取組状況と 今後の課題（少子化対策分野）

～全ての子どもたちの育ちと子育て家庭を支えるために～

平成24年12月7日
大日向委員提出資料

1. 少子化をめぐる現状

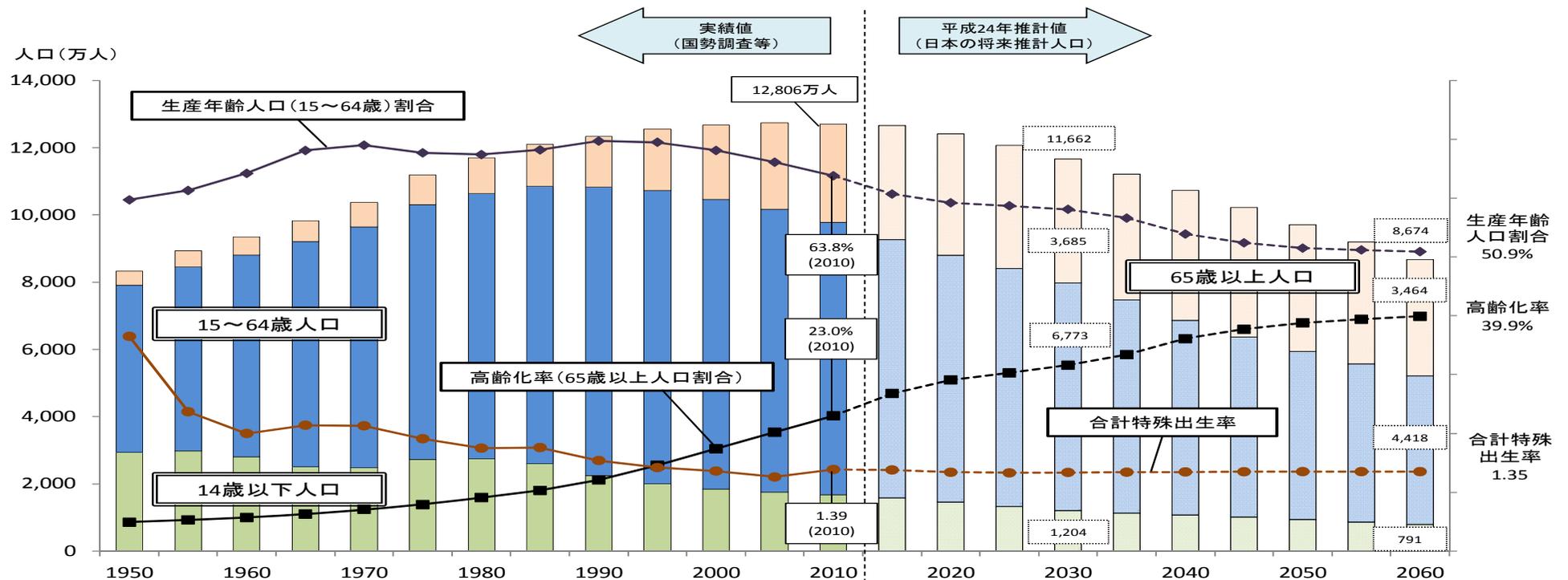
急速な少子化の進行

○日本の人口は減少局面を迎えている。

- ・2060年には総人口が9000万人を割り込み、高齢化率は40%近い水準になると推計。
- ・合計特殊出生率は、2005年に1.26で底を打ったが、依然として低水準(1.39)。

○人口減少は、社会保障制度をはじめとする日本の社会経済の基盤を揺るがす大きな問題。

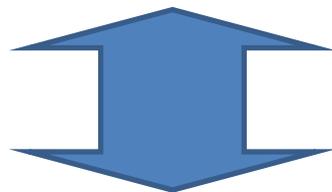
日本の人口の推移



(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)厚生労働省「人口動態統計」

結婚・出産・子育ての希望がかなわない現状

○独身男女の約9割が結婚意思を持っており、希望子ども数も2人以上。



○子育て支援が質・量ともに不足

- ・ 深刻な待機児童問題
- ・ 放課後児童クラブの不足や「小1の壁」

○家族や地域を取り巻く環境の変化による子育ての孤立感と負担感の増加

○仕事と子育ての両立が困難

- ・ 出産前に仕事をしていた女性の6割が出産を機に退職
- ・ 女性の年齢階級別の労働力率はM字型（30代で低下）

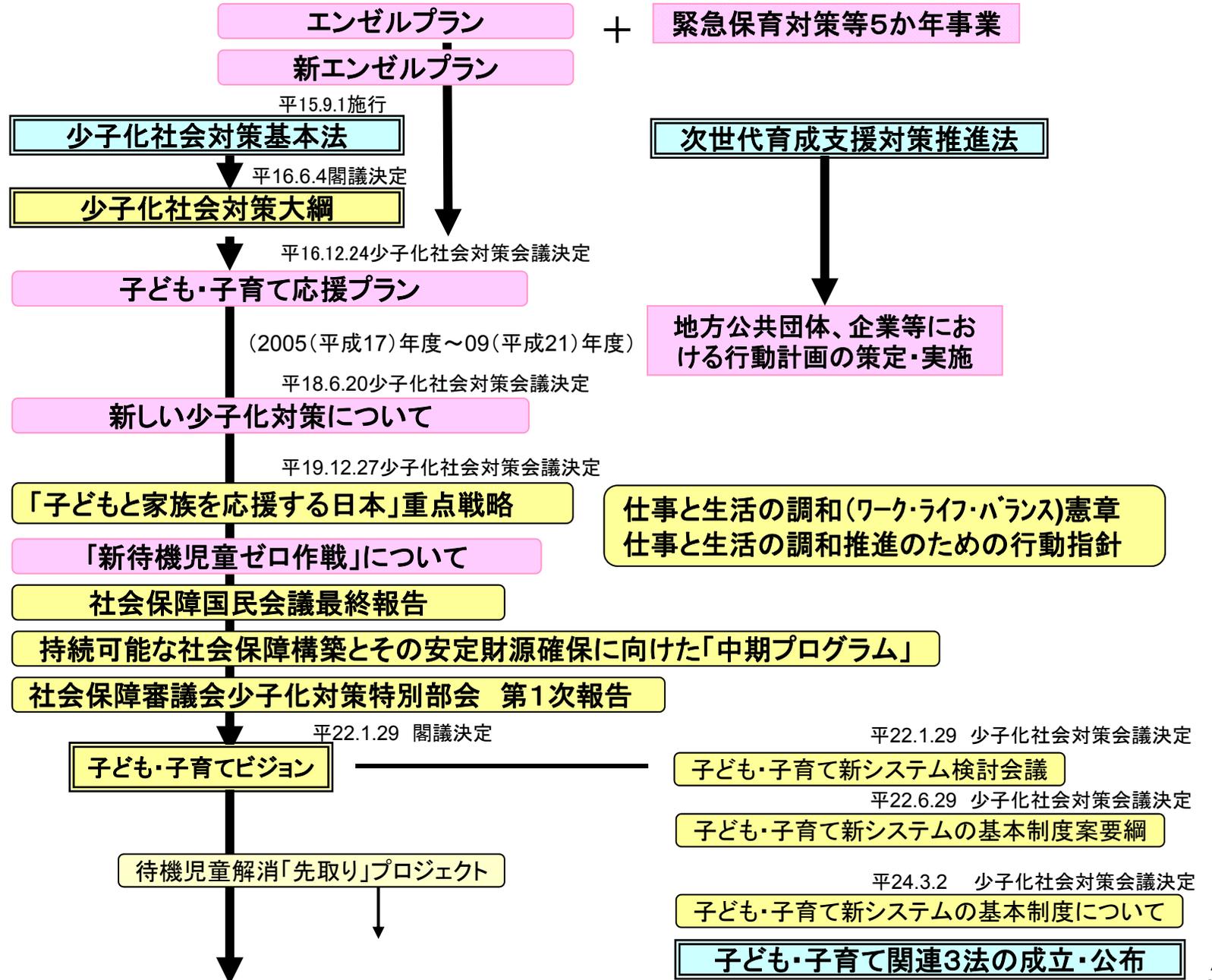
○若い世代の安定した雇用の不足

- ・ 若年者の失業率は、依然として高水準
- ・ 非正規雇用割合は依然高い

2. これまでに取り組んできたこと

1990(平成 2)年
 1994(平成 6)年12月
 1999(平成11)年12月
 2003(平成15)年 7月
 2004(平成16)年 6月
 2004(平成16)年12月
 2005(平成17)年 4月
 2006(平成18)年 6月
 2007(平成19)年12月
 2008(平成20)年 2月
 2008(平成20)年11月
 2008(平成20)年12月
 2009(平成21)年 2月
 2010(平成22)年 1月
 2010(平成22)年 6月
 2010(平成22)年 11月
 2012(平成24)年 3月
 2012(平成24)年 8月

〈1.57ショック〉 = 少子化の傾向が注目を集める



子ども・子育て支援新制度の議論の出発点となった「基本制度案要綱」の「Ⅰ 総論」

【目的】

子ども・子育て新システムでは、以下のような社会を実現

- ◆ すべての子どもへの良質な成育環境を保障し、子どもを大切にする社会
- ◆ 出産・子育て・就労の希望がかなう社会
- ◆ 仕事と家庭の両立支援で、充実した生活ができる社会
- ◆ 新しい雇用の創出と、女性の就業促進で活力ある社会

【方針】

以下の方針のもとに、制度を構築

- ◆ 子ども・子育てを社会全体で支援
- ◆ 利用者(子どもと子育て家庭)本位を基本とし、すべての子ども・子育て家庭に必要な良質のサービスを提供
- ◆ 地域主権を前提とした住民の多様なニーズに応えるサービスの実現
- ◆ 政府の推進体制の一元化

【新システムとは】

以下のような新システムを実現

- ◆ 政府の推進体制・財源の一元化
- ◆ 社会全体(国・地方・事業主・個人)による費用負担
- ◆ 基礎自治体(市町村)の重視
- ◆ 幼稚園・保育所の一体化
- ◆ 多様な保育サービスの提供
- ◆ ワーク・ライフ・バランスの実現

○ 子ども・子育て支援新制度の創設

- ・ 本年3月の少子化社会対策会議決定を経て、子ども・子育て関連3法案(※1)を閣議決定、国会提出

〔※1 子ども・子育て支援法案
総合こども園法案
子ども・子育て支援法及び総合こども園法の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律案〕

- ・ 政府提出の3法案について、国会における精力的な審議を経て、3党合意(※2)（「社会保障・税一体改革に関する確認書」）を踏まえた議員修正等が行われ、子ども・子育て関連3法が本年8月に成立。〔※2 民主党・自由民主党・公明党〕

【成立した法律】

- ・ 子ども・子育て支援法(議員修正)
- ・ 認定こども園法の一部を改正する法律(議員立法)
- ・ 子ども・子育て支援法及び認定こども園法の一部を改正する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律(議員修正)

<子ども・子育て支援新制度の内容>

子ども・子育て支援の総合的な推進

- 幼児期の学校教育・保育、地域の子育て支援、現金給付(児童手当)を包括的に提供する仕組み。
- 市町村が幼児期の学校教育・保育及び地域の子育て支援を計画的に提供。
(国・都道府県は実施主体の市町村を重層的に支える。)
 - ・質の高い幼児期の学校教育・保育の総合的な提供
 - ・保育等の量的拡大・確保(待機児童の解消、地域の保育等を支援)
 - ・地域の実情に応じた地域の子ども・子育て支援の充実
- 国、地方自治体の「子ども・子育て会議」の活用など、全員参加の仕組みを構築。

恒久財源の確保

- 消費税の引上げ等による恒久財源の確保により、子ども・子育て支援について質・量の双方の充実を図る。

○ 仕事と生活の調和(ワーク・ライフ・バランス)の実現への取組

- ・ 「仕事と生活の調和(ワーク・ライフ・バランス)憲章」及び「行動指針」に基づく取組の推進
- ・ 育児のための短時間勤務制度の義務化等を内容とする育児・介護休業法の改正・施行
- ・ 一般事業主行動計画(次世代育成支援対策推進法)の策定・公表の促進

○ 保育所待機児童の解消、地域子育て支援の充実等

- ・ 待機児童解消「先取り」プロジェクトの実施
- ・ 地域子育て支援拠点の設置促進 等

○ 若者が安心して成長できる社会への取組

- ・ 非正規雇用対策の推進、若者の就労支援の実施
- ・ 「子ども・若者育成支援推進法」に基づくニートやひきこもり等の困難を有する子ども・若者への支援の実施

○ 新たな児童手当制度の構築、高校実質無償化

- ・ 平成24年度以降の新たな児童手当制度について、本年3月に、3党(※1)合意を経て恒久的な枠組みとして構築

※1 民主党・自由民主党・公明党

- ・ 平成22年4月から公立高校の授業料無償制・高等学校等就学支援金制度を実施

3. 今後の主な論点

(1) 子ども・子育て支援新制度の円滑な施行をはじめとする子育て環境の整備

○ 子ども・子育て支援新制度の着実な実施

- ・ 平成25年4月に発足する「子ども・子育て会議」において制度設計の詳細を検討。

○ 幼児期の学校教育・保育、子育て支援の質・量の充実に図るための財源の確保

- ・ 消費税率の引上げにより確保する0.7兆円程度を含めて1兆円超程度の財源が必要。

※子ども関連3法案に対する附帯決議

(平成24年8月10日 参議院 社会保障と税の一体改革に関する特別委員会)

- 15 幼児教育・保育・子育て支援の質・量の充実に図るためには、一兆円超程度の財源が必要であり、今回の消費税率の引上げにより確保する〇・七兆円程度以外の〇・三兆円超について、速やかに確保の道筋を示すとともに、今後の各年度の予算編成において、財源の確保に最大限努力するものとする。

○ 子育て世代を支える社会づくり

- ・ 新制度を支える社会の意識づくりが必要。
→ 子育てについての父母その他の保護者の一義的責任を前提としつつ、子育て当事者、学校、地域住民、企業、地方自治体、国等のそれぞれが連携し、社会の一員として子育て世代を支える。
- ・ また、地域の子育て力の強化による、虐待防止や社会的養護などを含めた全ての子どもに対する子育て環境の整備を進める。

(2)働き方の見直し等

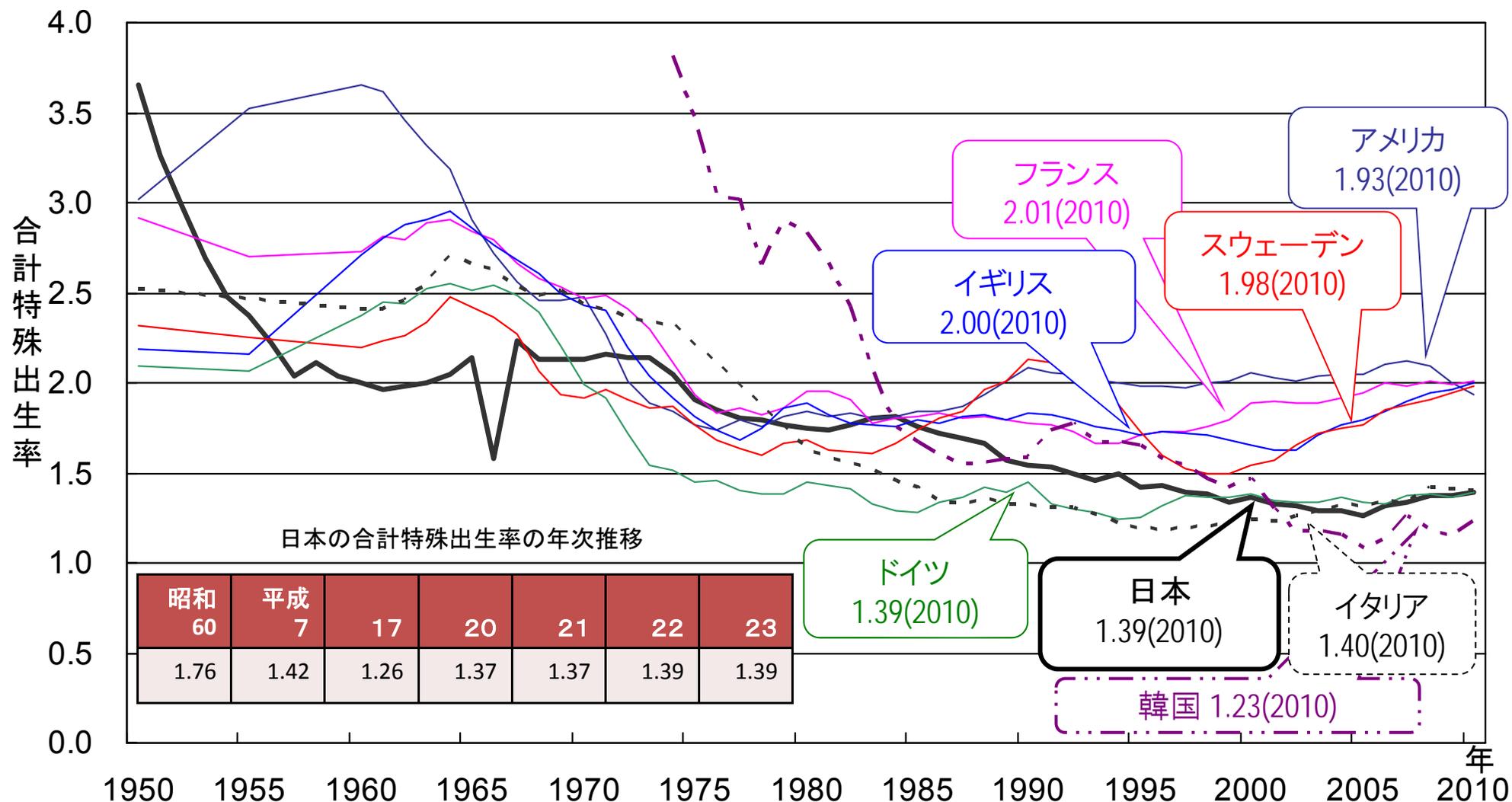
- 子どもの健やかな育ちのためにも、親が子どもに接する時間の確保は重要であり、企業においては、
 - ・ワーク・ライフ・バランスの推進
 - ・仕事と家庭が両立できる職場環境の実現について、これまで以上の役割を強く期待。

- 若い世代が自立し、安心して結婚・出産することができる社会を実現するためには、若い世代の安定した雇用が十分に確保されることが必要。

參考資料

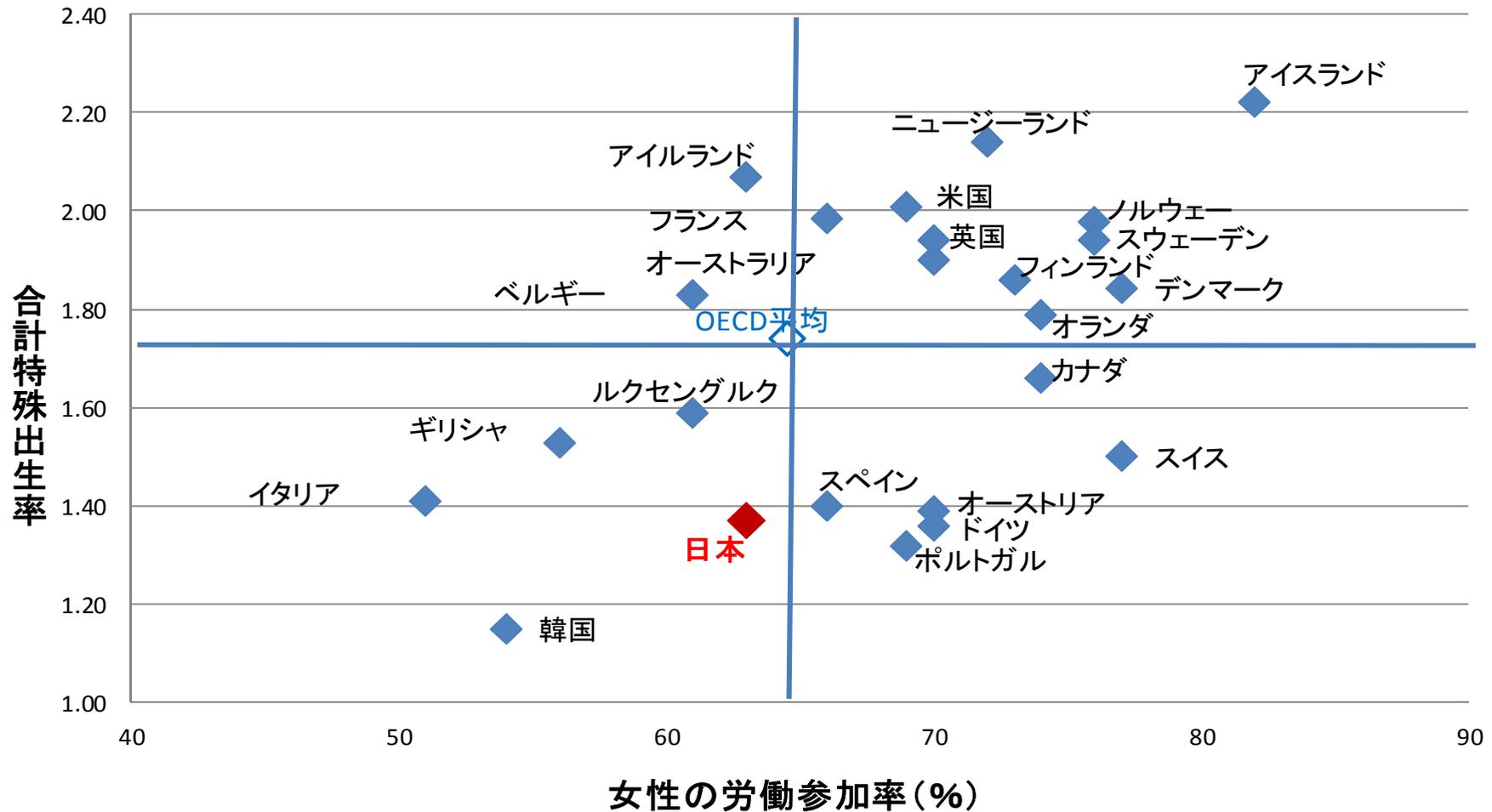
諸外国の合計特殊出生率の推移

我が国の出生率を諸外国と比較すると、ドイツや南欧・東欧諸国、アジアNIESとともに、国際的にみて最低の水準。また、低下の一途をたどっていることが特徴。



資料: 人口動態統計(日本)、Births and Deaths in England and Wales, 2010(イギリス)、Bilan démographique(フランス)2010年は暫定値、Statistisches Bundesamt(ドイツ)、Demographic indicators(イタリア)、Summary of Population Statistics(スウェーデン)、National Vital Statistics Reports(アメリカ)、Birth and Death Statistics in 2010(韓国)

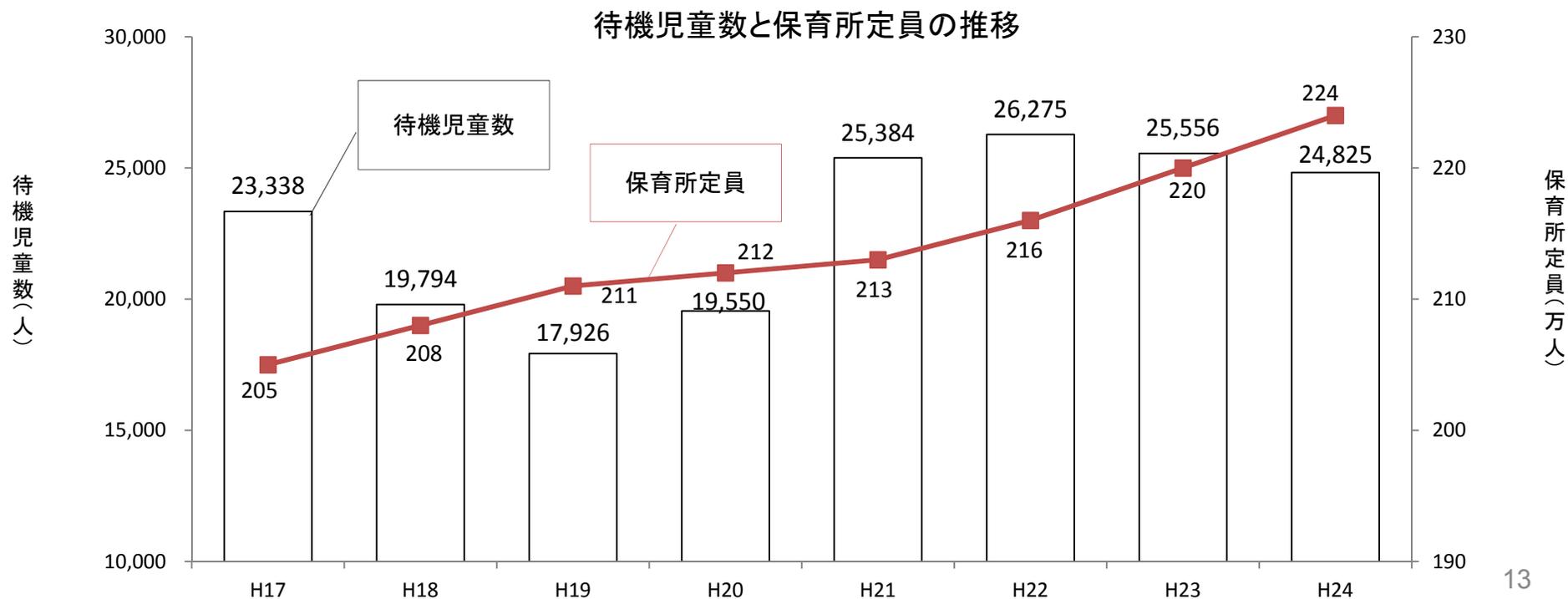
女性の労働参加率と出生率(2009年)



(出典) 2009年女性労働参加率：OECDジェンダーイニシアチブレポートP 5 8，
 2009年労働時間当たりGDP(US\$)：OECDデータベース (<http://stats.oecd.org/index.aspx> >Productivity
 >Productivity Levels and GDP per capita >GDP per hour worked, current prices, USD) をもとに、
 内閣府男女共同参画局が作成。

保育所待機児童の解消について

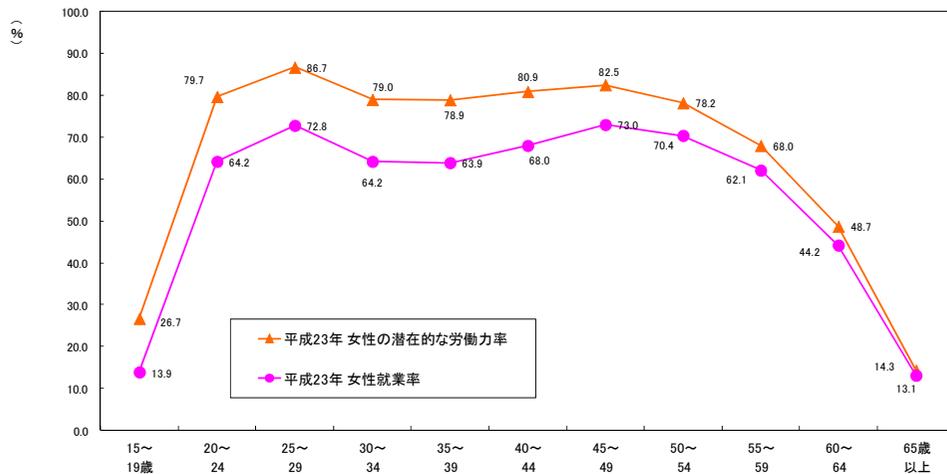
- 平成24年4月1日現在の待機児童数は2万4,825人(2年連続の減少)
- 低年齢児(0~2歳)の待機児童数が全体の約81.4%(20,207人)
- 平成24年4月1日の定員は前年比35,785人増加、利用児童は前年比53,851人増加
- 子ども・子育てビジョン(平成22年1月29日閣議決定)を策定するとともに、安心こども基金による保育所整備等を推進している。
- 「待機児童解消「先取り」プロジェクト」を平成23年度から実施し、平成23年度は98自治体で実施。平成23年度第4次補正予算によりプロジェクト事業を拡充強化し、参加自治体が87増え、185自治体で実施。
- 「社会保障・税一体改革」において、幼児期の学校教育・保育、地域の子ども・子育て支援を総合的に推進する子ども・子育て支援新制度に関する法律が成立。



女性の就業状況及び仕事と家庭の両立をめぐる現状

- 出産・育児を機に労働市場から退出する女性が多い。
- 特に子育て期の女性において、実際の労働力率と潜在的な労働力率の差が大きい。
- 女性の出産後の継続就業は依然として困難

女性の就業状況

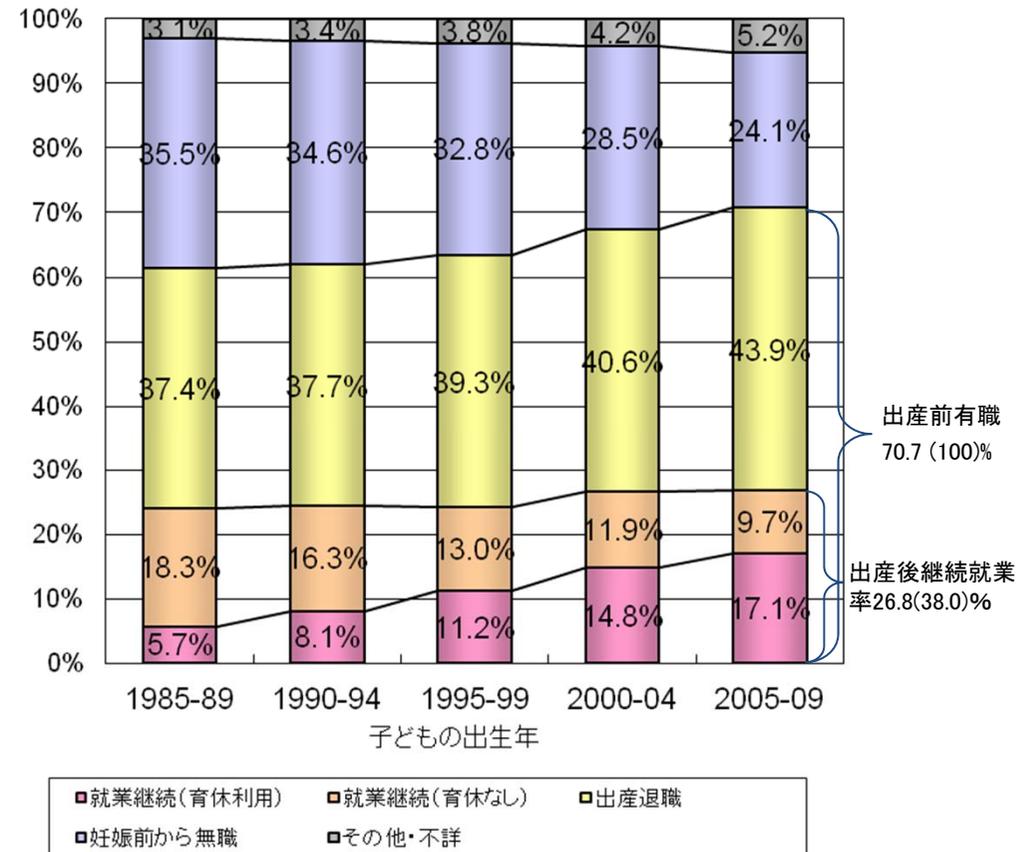


- 女性の労働力人口 2,632万人 (男性 3,629万人)
- 女性の労働力率 15歳以上 48.2% (男性 71.2%)
15歳~64歳 63.0% (男性 84.5%)

$$* \text{労働力率} = \frac{\text{就業者} + \text{仕事がなく、探している者}}{\text{15歳以上人口}}$$

$$\text{潜在的な労働力率} = \frac{\text{就業者} + \text{仕事がなく、探している者} + \text{探していないが、就業を希望している者}}{\text{15歳以上人口}}$$

第1子出生年別にみた、第1子出産前後の妻の就業変化



新たな児童手当制度の概要

制度の目的	○家庭等の生活の安定に寄与する ○次代の社会を担う児童の健やかな成長に資する				
支給対象	○中学校修了までの国内に住所を有する児童 (15歳に到達後の最初の年度末まで)	所得制限 (夫婦と児童2人)	○所得限度額(年収ベース) ・960万円未満		
手当月額	○0～3歳未満 一律15,000円 ○3歳～小学校修了 10,000円(第3子以降15,000円) ○中学生 一律10000円 ○所得制限以上 一律5,000円(当分の間の特例給付)	受給資格者	○監護生計要件を満たす父母等 ○児童が施設に入所している場合は施設の設置者等		
		実施主体	○市区町村(法定受託事務) ※公務員は所属庁で実施		
		支払期月	○毎年2月、6月及び10月(各前月までの分を支払)		
費用負担	○ 児童手当等の財源については、国、地方(都道府県、市区町村)、事業主拠出金で構成されている。 事業主拠出金の額は、標準報酬月額及び標準賞与額を基準として、拠出金率(平成24年度:1.5/1000)を乗じて得た額。 ※ 事業主拠出金の一部を財源として放課後児童クラブ等を実施。				
		被用者	非被用者	公務員	
	0歳～3歳未満	特例給付	国 2/3 地方 1/3	国 2/3 地方 1/3	所属庁 10/10
		児童手当	事業主 7/15 国 16/45 地方 8/45	国 2/3 地方 1/3	
3歳～ 中学校修了前	特例給付	国 2/3 地方 1/3	国 2/3 地方 1/3	所属庁 10/10	
	児童手当	国 2/3 地方 1/3	国 2/3 地方 1/3		
財源内訳 (24年度)	[給付総額] 2兆2,857億円 (内訳) 国負担分 : 1兆3,283億円 地方負担分 : 7,831億円 事業主負担分 : 1,742億円 ※公務員を含む				
その他	○保育料は手当から直接徴収が可能、学校給食費等は本人の同意により手当から納付することが可能 (いずれも市町村が実施するかを判断)				

●児童手当法の一部を改正する法律(平成24年法律第24号)附則

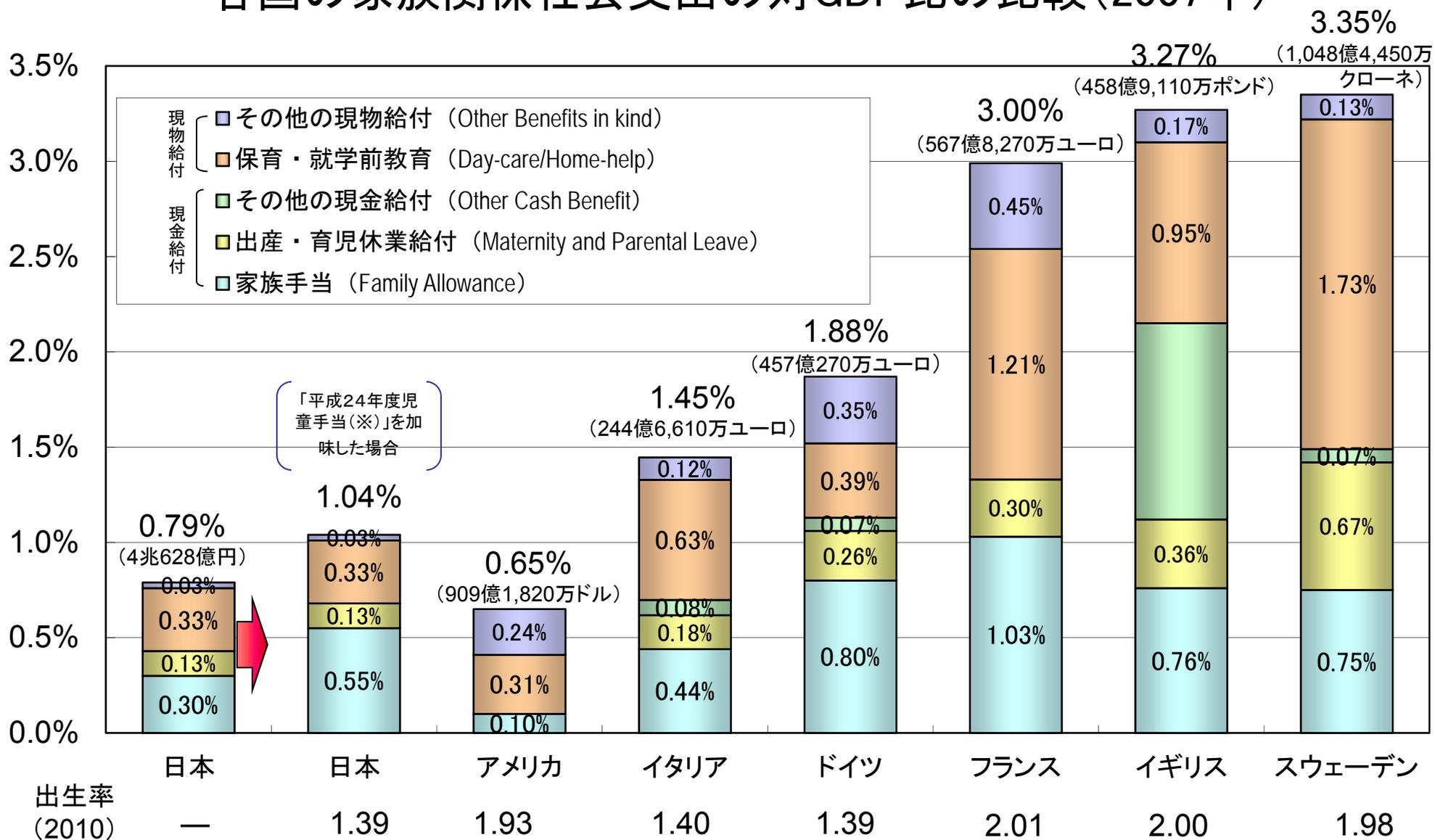
(検討)

第2条 政府は、速やかに、子育て支援に係る財政上又は税制上の措置等について、この法律による改正後の児童手当法に規定する児童手当の支給並びに所得税並びに道府県民税及び市町村民税に係る扶養控除の廃止による影響を踏まえつつ、その在り方を含め検討を行い、その結果に基づき、必要な措置を講ずるものとする。

2 この法律による改正後の児童手当法附則第二条第一項の給付(注)の在り方について、前項の結果に基づき、必要な措置を講ずるものとする。

(注) 特例給付

各国の家族関係社会支出の対GDP比の比較(2007年)



(注)「平成24年度児童手当を加味した場合」は、家族手当額について、児童手当(2007年度、9,846億円)を平成24年度予算案における「児童手当制度給付費総額」(2兆2,857億円)に単純に置き換えて試算したもの

※手当の名称は、「児童手当法の一部を改正する法律案」(平成24年法律第24号)による名称としている。

◆ 3法の趣旨

3党合意（※）を踏まえ、幼児期の学校教育・保育、地域の子ども・子育て支援を総合的に推進

※「社会保障・税一体改革に関する確認書（社会保障部分）」（平成24年6月15日民主党・自由民主党・公明党 社会保障・税一体改革（社会保障部分）に関する実務者間会合）

◆ 主なポイント

○認定こども園制度の改善（幼保連携型認定こども園の改善等）

- ・幼保連携型認定こども園について、認可・指導監督の一本化、学校及び児童福祉施設としての法的位置づけ



○認定こども園、幼稚園、保育所を通じた共通の給付（「施設型給付」）及び小規模保育等への給付（「地域型保育給付」）の創設

○地域の子ども・子育て支援の充実（利用者支援、地域子育て支援拠点等）



幼児期の学校教育・保育、地域の子ども・子育て支援に共通の仕組み

○ 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・事業を実施
- ・ 国・都道府県は実施主体の市町村を重層的に支える

○ 社会全体による費用負担

- ・ 消費税率の引き上げによる、国及び地方の恒久財源の確保を前提
（幼児教育・保育・子育て支援の質・量の拡充を図るためには、消費税率の引き上げにより確保する0.7兆円程度を含めて1兆円超程度の財源が必要）

○ 政府の推進体制

- ・ 制度ごとにバラバラな政府の推進体制を整備

○ 子ども・子育て会議の設置

- ・ 国に有識者、地方公共団体、事業主代表・労働者代表、子育て当事者、子育て支援当事者等（子ども・子育て支援に関する事業に従事する者）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として子ども・子育て会議を設置
- ・ 市町村等の合議制機関の設置努力義務



給付・事業の全体像

子ども・子育て支援給付

■ 施設型給付

・認定こども園、幼稚園、保育所を通じた共通の給付

※私立保育所については、現行どおり、市町村が保育所に委託費を支払い、利用者負担の徴収も市町村が行うものとする

■ 地域型保育給付

・小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育

※ 施設型給付・地域型保育給付は、早朝・夜間・休日保育にも対応

■ 児童手当

地域子ども・子育て支援事業

- 利用者支援、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等（対象事業の範囲は法定）

※ 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

- 延長保育事業、病児・病後児保育事業
- 放課後児童クラブ
- 妊婦健診

子どもや子育て家庭の状況に応じた子ども・子育て支援の提供(イメージ)

子ども・子育て家庭の状況及び需要

満3歳以上の子どもを持つ、
保育を利用せず家庭で子育てを行う家庭
(子ども・子育てのニーズ)
学校教育+子育て支援

満3歳以上の子どもを持つ、
保育を利用する家庭
(子ども・子育てのニーズ)
学校教育+保育+放課後児童クラブ+子育て支援

満3歳未満の子どもを持つ、
保育を利用する家庭
(子ども・子育てのニーズ)
保育+子育て支援

満3歳未満の子どもを持つ、
保育を利用せず家庭で子育てを行う家庭
(子ども・子育てのニーズ)
子育て支援

需要の調査・把握

市町村子ども・子育て支援事業計画

計画的な整備

子どものための教育・保育給付

認定こども園、幼稚園、保育所 = 施設型給付の対象※

小規模保育事業者
家庭的保育事業者
居宅訪問型保育事業者
事業所内保育事業者

地域型保育給付の
= 対象※

(施設型給付・地域型保育給付は、早朝・夜間・休日保育にも対応)

地域子ども・子育て支援事業 ※対象事業の範囲は法定

・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等

・延長保育事業
・病児・病後児保育事業

放課後児童
クラブ

※ 施設型給付・地域型保育給付の対象は、認可を受けた施設・事業者

子ども・子育て支援法
～認定こども園・幼稚園・保育所・小規模保育など共通の財政支援
のための仕組み～

施設型給付

認定こども園
0～5歳

幼保連携型

○以下の制度改善を実施

- ・ 認可・指導監督の一本化
- ・ 学校及び児童福祉施設としての法的位置づけ

幼稚園型

保育所型

地方裁量型

幼稚園
3～5歳

保育所
0～5歳

※私立保育所については、児童福祉法第24条により市町村が保育の実施義務を担うことに基づく措置として、委託費を支弁

地域型保育給付

小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育

子ども・子育て支援の充実に必要な財源について

社会保障・税一体改革成案

平成23年6月30日
政府・与党社会保障改革検討本部決定（抜粋）

はじめに（略）

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 ～「中規模・高機能な社会保障」の実現を目指して

（略）

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（全ての人に参加できる社会）、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

（略）

<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等に伴い、地域の实情に応じた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（略）

III 年金（略）

IV 就労促進（略）

V I～IV以外の充実、重点化・効率化（略）

VI 地方単独事業（略）

（3）社会保障・税に関わる共通番号制度の早期導入（略）

II 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2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 社会保障給付にかかる公費（国・地方）全体の推計

（略）

子ども・子育て支援の充実のための約0.7兆円の内訳

子ども・子育て支援の充実：約0.7兆円

* 子ども・子育て関連3法に基づく仕組みは、消費税8%段階施行時に先行実施、消費税10%段階施行時に本格実施することを想定。

◎ 約0.4兆円

：最優先課題である待機児童解消等のため、保育等の量を拡充するために要する費用

【内訳】

* 子ども・子育てビジョン(H22.1閣議決定)ベースで算定
(ピークはH29年度末)

◇ 認定こども園・幼稚園・保育所 ＋約0.3兆円

・ 平日昼間の保育利用児童数 H24年度 225万人→H29年度末 265万人

・ 3歳未満児の保育利用数 H24年度 86万人 → H29年度末 122万人
* 3歳未満児の保育利用率 平成24年度 27% → H29年度末 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 H24年度 85万人 → H29年度末 129万人
* 1-3年生の利用児童利用率 H24年度 23% → H29年度末 40%

◇ その他 ＋約 0.1兆円

・ 病児・病後児保育 ＋0百億円

H24年度 144万日 → H29年度末 200万日

・ 延長保育 ＋1百億円

H24年度 89万人 → H29年度末 103万人

・ 地域子育て支援拠点 ＋0百億円

H24年度 7,555カ所 → H29年度末10,000カ所

・ 一時預かり ＋約10百億円 (*)

H24年度 365万日 → H29年度末 5,755万日

・ グループケア(児童養護施設等) (*) ＋0百億円

H24年度 743カ所 → H29年度末 800カ所

* H23交付決定
ベース

* H23交付決定
ベース

* 子ども・子育てビジョンでH26年度末の目標値としているものは、H29年度末においても同水準と仮定して試算。

* H24.1の将来人口推計ベース

◎ 約0.3兆円

：職員配置基準の改善をはじめとする保育等の質の改善のための費用。(処遇改善を含む。)

【参考】 質の改善として想定している主な内容

- ① 0～2歳児の体制強化
 - ・ 幼稚園の0～2歳児保育を行う認定こども園への参入促進など
- ② 幼児教育・保育の総合的な提供に向けた質の改善
 - ・ 3歳児を中心とした配置基準の改善
 - ・ 病児・病後児保育や休日保育等の職員体制の強化 など
- ③ 総合的な子育て支援の充実
 - ・ 地域の子育て支援拠点における子育て支援コーディネーターによる利用支援の充実 など
- ④ 放課後児童クラブの職員体制の強化
- ⑤ 社会的養護の職員体制の強化

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

※2 子ども・子育て支援法附則第2条第3項において、「政府は、質の高い教育・保育その他の子ども・子育て支援の提供を推進するため、幼稚園教諭、保育士及び放課後児童健全育成事業に従事する者等の処遇の改善に資するための施策の在り方…(中略)…について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。」と規定されている。

安定財源の確保

○ 社会保障・税一体改革に関する確認書(社会保障部分) (抄)

(平成24年6月15日 民主党・自由民主党・公明党 社会保障・税一体改革(社会保障部分)に関する実務者間会合)

二. 社会保障改革関連5法案について

(1) 子育て関連の3法案の修正等

⑤ その他、法案の附則に以下の検討事項を盛り込む。

○ 政府は、幼児教育・保育・子育て支援の質・量の充実を図るため、安定財源の確保に努めるものとする。

⑥ 幼児教育・保育・子育て支援の質・量の充実を図るため、今回の消費税率の引き上げによる財源を含めて1兆円超程度の財源が必要であり、政府はその確保に最大限努力するものとする。

○ 子ども・子育て支援法

附 則

(財源の確保)

第3条 政府は、教育・保育その他の子ども・子育て支援の量的拡充及び質の向上を図るための安定した財源の確保に努めるものとする。

○ 子ども・子育て支援法案、就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律の一部を改正する法律案及び子ども・子育て支援法及び総合こども園法の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律案に対する附帯決議(平成24年8月10日 参議院 社会保障と税の一体改革に関する特別委員会)

15 幼児教育・保育・子育て支援の質・量の充実を図るためには、一兆円超程度の財源が必要であり、今回の消費税率の引上げにより確保する〇・七兆円程度以外の〇・三兆円超について、速やかに確保の道筋を示すとともに、今後の各年度の予算編成において、財源の確保に最大限努力するものとする。

修正協議を踏まえ法律に盛り込まれた検討事項

○就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律の一部を改正する法律(抄)

附則
(検討)

第二条 政府は、幼稚園の教諭の免許及び保育士の資格について、一体化を含め、その在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

2 政府は、前項に定める事項のほか、この法律の施行後五年を目途として、この法律の施行の状況を勘案し、必要があると認めるときは、
この法律による改正後の就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律(以下「新認定こども園法」という。)の規定について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

○子ども・子育て支援法(抄)

附則
(検討)

第二条 政府は、総合的な子ども・子育て支援の実施を図る観点から、出産及び育児休業に係る給付を子ども・子育て支援給付とすることについて検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

2 政府は、平成二十七年度以降の次世代育成支援対策推進法(平成十五年法律第百二十号)の延長について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

3 政府は、質の高い教育・保育その他の子ども・子育て支援の提供を推進するため、幼稚園教諭、保育士及び放課後児童健全育成事業に従事する者等の処遇の改善に資するための施策の在り方並びに保育士資格を有する者であって現に保育に関する業務に従事していない者の就業の促進その他の教育・保育その他の子ども・子育て支援に係る人材確保のための方策について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

4 政府は、この法律の公布後二年を目途として、総合的な子ども・子育て支援を実施するための行政組織の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

5 政府は、前各項に定める事項のほか、この法律の施行後五年を目途として、この法律の施行の状況を勘案し、必要があると認めるときは、この法律の規定について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

(財源の確保)

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

* 下線部分が修正協議を踏まえ追加された規定

社会保障・税一体改革に関する確認書(平成24年6月15日)(子育て関連部分)

- ① 認定こども園法の一部改正法案を提出し、以下を措置する。
 - 幼保連携型認定こども園について、単一の施設として認可・指導監督等を一本化した上で、学校及び児童福祉施設としての法的位置づけを持たせる。
 - 新たな幼保連携型認定こども園については、既存の幼稚園及び保育所からの移行は義務づけない。
 - 新たな幼保連携型認定こども園の設置主体は、国、地方公共団体、学校法人又は社会福祉法人とする。
- ② 子ども・子育て支援法案については、以下のように修正する。
 - 認定こども園、幼稚園、保育所を通じた共通の給付(「施設型給付」)及び小規模保育等への給付(「地域型保育給付」)を創設し、市町村の確認を得たこれらの施設・事業について財政支援を行う。
 - ただし、市町村が児童福祉法第24条に則って保育の実施義務を引き続き担うことに基づく措置として、民間保育所については、現行どおり、市町村が保育所に委託費を支払い、利用者負担の徴収も市町村が行うものとする。
 - 保育の必要性を市町村が客観的に認定する仕組みを導入する。
 - この他、市町村が利用者支援を実施する事業を明記するなどの修正を行う。
 - 指定制に代えて、都道府県による認可制度を前提としながら、大都市部の保育需要の増大に機動的に対応できる仕組みを導入する(児童福祉法の改正)。その中で、社会福祉法人及び学校法人以外の者に対しては、客観的な認可基準への適合に加えて、経済的基礎、社会的信望、社会福祉事業の知識経験に関する要件を満たすことを求める。その上で、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、認可するものとする。
 - 地域需要を確実に反映するため、認可を行う都道府県は、実施主体である市町村への協議を行うこととする。
 - 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、市町村認可事業とする。
- ③ 関係整備法案については、児童福祉法第24条等について、保育所での保育については、市町村が保育の実施義務を引き続き担うこととするなどの修正を行う。

社会保障・税一体改革に関する確認書(平成24年6月15日)(子育て関連部分)

- ④ 上記の修正にあわせて、内閣府において子ども・子育て支援法及び改正後の認定こども園法を所掌する体制を整備することなど所要の規定の整備を行う。
- ⑤ その他、法案の附則に所要の検討事項を盛り込む。
- 政府は、幼稚園の教諭の免許及び保育士の資格について、一体化を含め、その在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。
 - 政府は、質の高い教育・保育の提供のため、幼稚園教諭、保育士及び放課後児童クラブ指導員等の処遇の改善のための施策の在り方並びに潜在保育士の復職支援など人材確保のための方策について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の施策を講ずるものとする。
 - 政府は、幼児教育・保育・子育て支援の質・量の充実に努めるものとする。
 - 政府は、この法律の施行後2年を目途として、総合的な子ども・子育て支援を実施するための行政組織の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。
 - 政府は、次世代育成支援対策推進法の平成27年度以降の延長について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の施策を講ずるものとする。
- ⑥ 幼児教育・保育・子育て支援の質・量の充実に努めるため、今回の消費税率の引き上げによる財源を含めて1兆円超程度の財源が必要であり、政府はその確保に最大限努力するものとする。

子ども・子育て支援法案、就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律の一部を改正する法律案及び子ども・子育て支援法及び総合こども園法の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律案に対する附帯決議

(平成24年6月26日 衆議院 社会保障と税の一体改革に関する特別委員会)

政府は、本法の施行に当たっては、次の諸点について適切な措置を講ずべきである。

- 1 制度施行までの間、安心こども基金の継続・充実を含め、子ども・子育て支援の充実のために必要な予算の確保に特段の配慮を行うものとする。
- 2 妊婦健診の安定的な制度運営の在り方について検討を加え、その結果に基づいて所要の施策を講ずるものとする。
- 3 幼児教育・保育の無償化について、検討を加え、その結果に基づいて所要の施策を講ずるものとする。
- 4 新たな給付として創設される施設型給付を受けない幼稚園に対する私学助成及び幼稚園就園奨励費補助の充実に努めるものとする。
- 5 新たな給付として創設される施設型給付及び地域型保育給付の設定に当たっては、認定こども園における認可外部分並びに認可基準を満たした既存の認可外保育施設の給付について配慮するとともに、小規模保育の普及に努めること。
- 6 放課後児童健全育成事業の対象として、保護者の就労だけでなく、保護者の疾病や介護なども該当することを地方自治体をはじめ関係者に周知すること。

子ども・子育て支援法案、就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律の一部を改正する法律案及び子ども・子育て支援法及び総合こども園法の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律案に対する附帯決議

(平成24年8月10日 参議院 社会保障と税の一体改革に関する特別委員会)

政府は、本法の施行に当たっては、次の諸点について適切な措置を講ずべきである。

- 1 施設型給付等については、幼保間の公平性、整合性の確保を図るとともに、受け入れる子どもの数にかかわらず施設が存続していく上で欠かせない固定経費等への配慮が不可欠であることにも十分留意して、定員規模や地域の状況など、施設の置かれている状況を反映し得る機関補助的な要素を加味したものとし、その制度設計の詳細については関係者も含めた場において丁寧に検討すること。
- 2 施設型給付及び地域型保育給付の設定に当たっては、認定こども園における認可外部分並びに認可基準を満たした既存の認可外保育施設の給付について配慮するとともに、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育及び事業所内保育の普及に努めること。
- 3 施設型給付、地域型保育給付等の設定に当たっては、三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・小規模保育の〇から二歳保育への参入促進など、幼児教育・保育の質の改善を十分考慮するとともに、幼稚園や保育所から幼保連携型認定こども園への移行が進むよう、特段の配慮を行うものとする。
- 4 施設整備に対する交付金による支援については、現行児童福祉法第五十六条の二の規定に基づく安心こども基金からの施設整備補助(新設、修理、改造、拡張又は整備に要する費用の四分の三以内。耐震化その他の老朽化した施設の改築を含む。)の水準の維持を基本とすること。また、給付費・委託費による長期に平準化された支援との適切な組合せにより、それぞれの地域における保育の体制の維持、発展に努めること。

- 5 保育を必要とする子どもに関する施設型給付、地域型保育給付等の保育単価の設定に当たっては、施設・事業者が、短時間利用の認定を受けた子どもを受け入れる場合であっても、安定的、継続的に運営していくことが可能となるよう、特段の配慮を行うものとする。
- 6 大都市部を中心に待機児童が多数存在することを踏まえるとともに、地方自治体独自の認定制度が待機児童対策として大きな役割を果たしていることを考慮し、大都市部の保育所等の認可に当たっては、幼児教育・保育の質を確保しつつ、地方自治体が特例的かつ臨時的な対応ができるよう、特段の配慮をすること。
- 7 市町村による地域の学校教育・保育の需要把握や、都道府県等による認定こども園の認可・認定について、国として指針や基準を明確に示すことにより、地方公共団体における運用の適正を確保すること。
- 8 新たな幼保連携型認定こども園の基準は、幼児期の学校教育・保育の質を確保し、向上させるものとする。
- 9 現行の幼保連携型認定こども園以外の認定こども園からの新たな幼保連携型認定こども園への移行の円滑化及び支援に配慮すること。
- 10 特別支援教育のための人材の確保と育成により幼児期の特別支援教育の充実を図ること。
- 11 安心こども基金については、その期限の延長、要件の緩和、基金の拡充等を図り、新制度施行までの間の実効性を伴った活用しやすい支援措置となるよう改善すること。その際には、現行の幼稚園型や保育所型の認定こども園における認可外部分に対して、安心こども基金が十分に活用されるよう、特に留意すること。
- 12 新制度により待機児童を解消し、すべての子どもに質の高い学校教育・保育を提供できる体制を確保しつつ、幼児教育・保育の無償化について検討を加え、その結果に基づいて所要の施策を講ずるものとする。当面、幼児教育に係る利用者負担について、その軽減に努めること。

- 13 施設型給付、地域型保育給付等の利用者負担は、保護者の所得に応じた応能負担とし、具体的な水準の設定に当たっては、現行の幼稚園と保育所の利用者負担の水準を基に、両者の整合性の確保に十分配慮するものとする。
- 14 施設型給付を受けない幼稚園に対する私学助成及び幼稚園就園奨励費補助の充実に努めるものとする。
- 15 幼児教育・保育・子育て支援の質・量の充実に図るためには、一兆円超程度の財源が必要であり、今回の消費税率の引上げにより確保する〇・七兆円程度以外の〇・三兆円超について、速やかに確保の道筋を示すとともに、今後の各年度の予算編成において、財源の確保に最大限努力するものとする。
- 16 放課後児童健全育成事業をはじめとする地域子ども・子育て支援事業については、住民のニーズを市町村の事業計画に的確に反映させるとともに、市町村の事業計画に掲げられた各年度の実施に際して、住民にとって必要な量の確保と質の改善を図るための財政支援を行う仕組みとする。
- 17 放課後児童健全育成事業の対象として、保護者の就労だけでなく、保護者の疾病や介護なども該当することを地方自治体をはじめ関係者に周知すること。
- 18 妊婦健診の安定的な制度運営の在り方について検討を加え、その結果に基づいて所要の施策を講ずるものとする。
- 19 ワーク・ライフ・バランスの観点から、親が子どもとともに家族で過ごす時間や地域で過ごす時間を確保できるよう国民の働き方を見直し、家族力や地域力の再生と向上に取り組むこと。

右決議する。