

防衛関係費

平成 25 年 10 月 16 日

財務省主計局

安全保障政策と防衛力整備

- 我が国の安全保障をめぐる環境が一層厳しさを増す中で、良好な国際関係を維持しつつ、豊かで平和な社会を発展させていくためには、安全保障政策をより一層戦略的・体系的なものとする必要。
- 政府が安全保障の基本方針として年内に策定する国家安全保障戦略では、外交政策と防衛政策をより一体的に推進する方向。
- 我が国の防衛力整備は、安全保障戦略の重要な要素ではあるが、外交政策、日米安全保障体制、周辺国との安全保障対話などの政策と一体として行っていくべきもの。

【国家安全保障戦略とは】（「安全保障と防衛力に関する懇談会」第1回会合資料より）

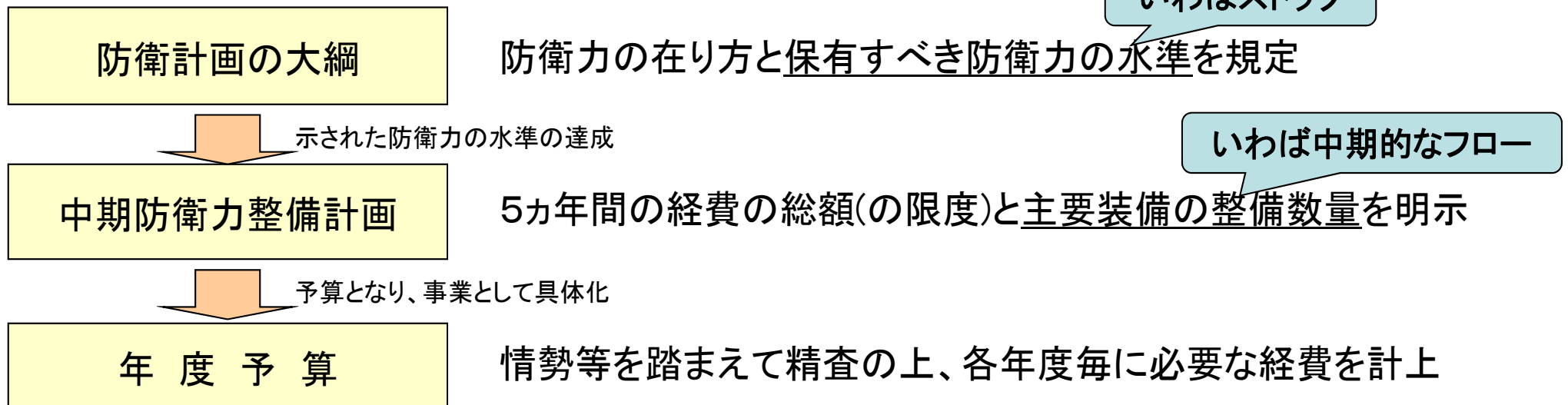
- 外交・安全保障政策全般に関する戦略をまとめた包括的文書として米、豪、英、韓等が作成。同文書で示された基本方針の下、国防戦略など各論の文書が作成されている。
- 各国とも、
 - ① 「国家安全保障」の概念を幅広く捉え、自らの国家像に照らして目指すべき国家安全保障上の目標（国益）を掲げつつ、
 - ② 将来の一定期間にわたり直面する安全保障上の課題（環境変化・リスク）を特定・分析した上で、
 - ③ 今後取るべき具体的方策を示している。（外交・防衛上の取組を中心としつつ、テロ対策や経済政策にも言及）

大綱・中期防の位置付け

位置づけ・意義

- 各種防衛装備品の取得や自衛隊の運用体制の確立等は一朝一夕にはできず、長い年月を要する。そのため、防衛力整備は、中長期的見通しに立つて行うことが必要。
- このため、政府として、昭和52年度以降、防衛計画の大綱(「大綱」)を定めて我が国の安全保障の基本方針や防衛力整備目標を示すとともに、
 - i) 昭和60年度まではいわゆる「GNP1%枠」のもとで、
 - ii) 昭和61年度以降は5年間を対象とする中期防衛力整備計画(「中期防」)を策定し、同計画に従って、それぞれ各年度の防衛力整備を実施。
- 大綱及び中期防は、いずれも安全保障会議における審議・決定を経て、閣議決定される文書。

防衛計画の大綱と中期防、年度予算の関係



平成25年度の防衛力整備等について(抄)(平成25年1月25日安全保障会議決定・閣議決定)

日米同盟を更に強化するとともに、現下の状況に即応して我が国の防衛態勢を強化していく観点から、

- ・「22大綱」を見直し、平成25年中にその結論を得る。
- ・「23中期防」は廃止。大綱の見直しと併せて検討の上、必要な措置を講じる。

(「平成23年度以降に係る防衛計画の大綱」の見直し等について)

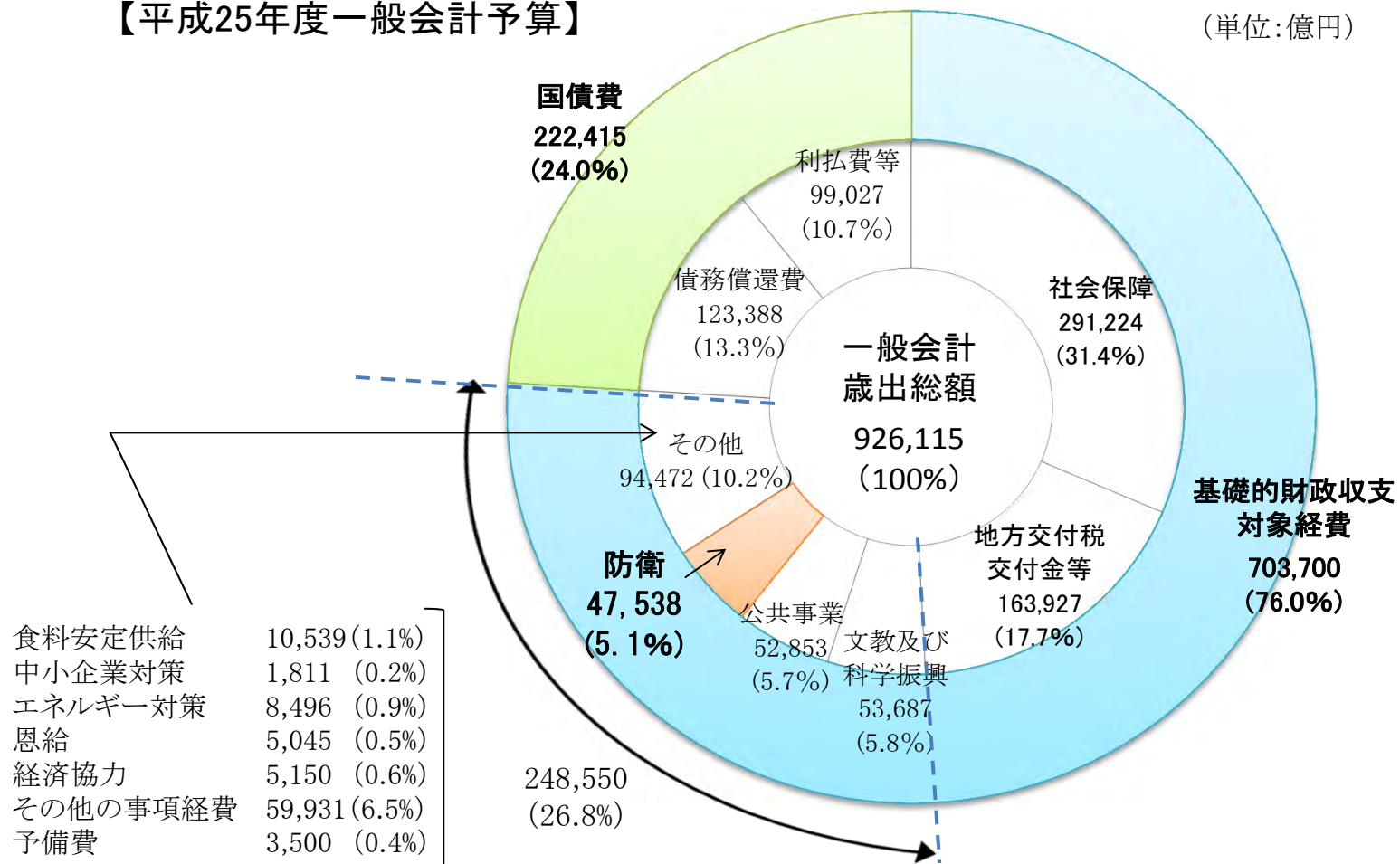
- 「平成23年度以降に係る防衛計画の大綱」(平成22年12月17日安全保障会議決定・閣議決定。以下「現大綱」という。)が策定されて以降、我が国周辺の安全保障環境は、一層厳しさを増している。北朝鮮は、「人工衛星」と称するミサイルの発射を行った。また、中国は、我が国領海侵入及び領空侵犯を含む我が国周辺海空域における活動を急速に拡大させている。
- 一方、米国は、新たな国防戦略指針の下、アジア太平洋地域におけるプレゼンスを強調し、我が国を含む同盟国等との連携・協力の強化を指向している。なお、東日本大震災における自衛隊の活動においても、対応が求められる教訓が得られている。
- このような変化を踏まえ、日米同盟を更に強化するとともに、現下の状況に即応して我が国の防衛態勢を強化していく観点から現大綱を見直し、自衛隊が求められる役割に十分対応できる実効的な防衛力の効率的な整備に向けて取り組むこととし、平成25年中にその結論を得ることとする。
- また、「中期防衛力整備計画(平成23年度～平成27年度)」(平成22年12月17日安全保障会議決定・閣議決定)は、これを廃止することとし、今後の中期的な防衛力の整備計画については、現大綱の見直しと併せて検討の上、必要な措置を講ずることとする。

一般会計歳出予算における防衛関係費の位置付け

- 社会保障関係費(29.1兆円)、国債費(22.2兆円)、地方交付税交付金等(16.4兆円) が一般会計歳出全体の約7割強。
- 防衛関係費はそれ以外の予算の中で、文教および科学振興関係費、公共事業関係費と並び、主要な規模を占めている。

【平成25年度一般会計予算】

(単位:億円)



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

防衛関係費の構造

○ 防衛関係費は、単年度での可変範囲が小さく、各自衛隊の体制の見直し、調達改革、人事制度改革など、中長期的な改革への不断の取組みが重要。

25年度歳出予算

4兆7,538億円（対前年度比400億円、+0.8%）

人件・糧食費 19,896億円	○ 人件費	19,570億円		
	○ 糧食費	326億円		
歳出化経費 17,149億円	○ 主要装備品	6,048億円		
	○ 修理費・通信維持費等	8,032億円		
	○ 研究開発	1,267億円		
	○ 施設整備・基地対策等	1,265億円		
	○ 米軍再編・SACO関係費	536億円		
一般物件費 10,493億円	○ 装備品の維持費等	4,084億円	修理費	1,619億円
			教育訓練費等	1,467億円
			油購入費	999億円
	○ 基地対策経費等	4,009億円	在日米軍駐留経費負担	1,691億円
			施設の借料、補償経費等	1,317億円
			周辺環境整備	573億円
			住宅防音	428億円
	○ 米軍再編・SACO関係経費	198億円	米軍再編(地元負担軽減分)	149億円
			SACO	49億円
	○ その他	2,202億円	装備品等購入費等	411億円
			研究開発費	275億円
			その他(電子計算機等借料等)	1,516億円

25年度新規後年度負担

1兆7,299億円（対前年度比+46億円、+0.3%）

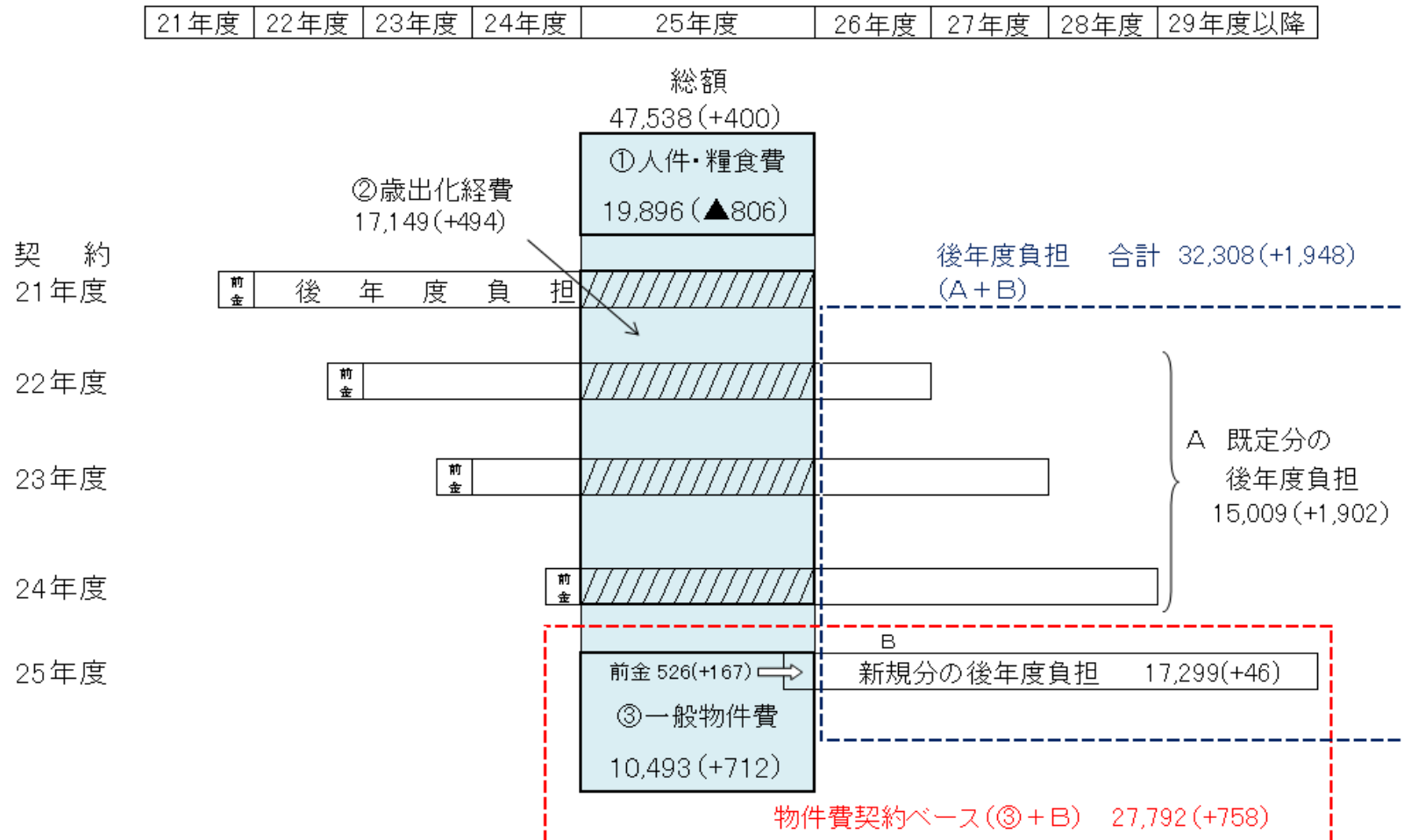
(注1) このほか、東日本大震災復興特別会計に1,252億円の計上がある。

(注2) 対前年度比はXバンドレーダー関係経費1,224億円を除いたものである。

防衛関係費と後年度負担

- 装備品の調達等は複数年度にまたがるものが多く、複数年度にわたる契約を行い、当該年度のみならず将来の支払いにもコミットすることになる。
- 単年度の歳出予算のみならず、新規契約分の後年度負担についても注視することが必要。

(単位: 億円)



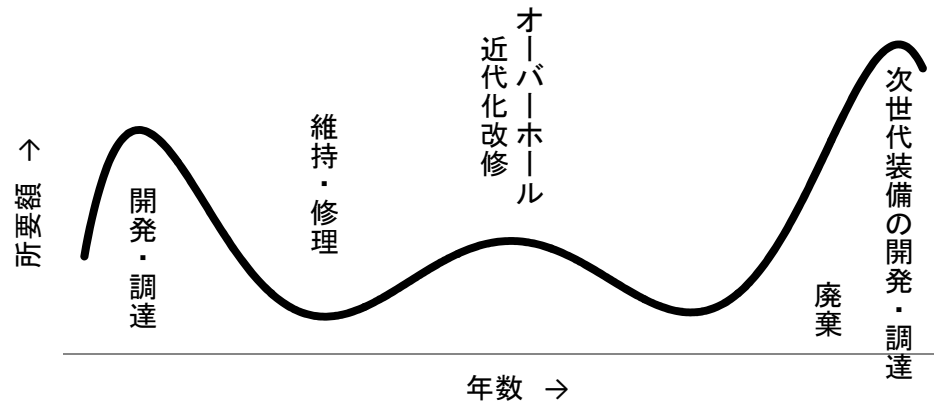
注1: 歳出化経費のうち6億円、一般物件費のうち0.02億円、新規分の後年度負担のうち1億円は財務省計上のものである。

注2: 復興特別会計に関連する復旧・復興経費として、「②歳出化経費」に972億円、「③一般物件費」に280億円、「A既定分の後年度負担」に630億円、「B新規分の後年度負担」に376億円がある。

注3: 対前年度比はXバンドレーダー関係経費1,224億円を除いたものである。

防衛装備品のライフサイクルでのコストの推移

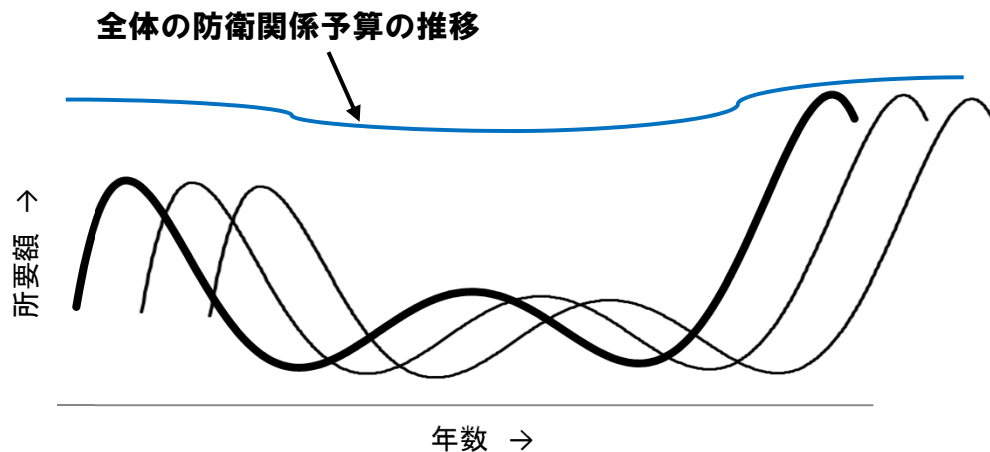
個々の防衛装備品のコストの推移（イメージ）



- 防衛装備品は調達後、
 - ・ 日常的な維持修理
 - ・ オーバーホール
 - ・ 近代化のための改修
 - ・ 廃棄
 - ・ 次世代装備への転換
 などのコストが必要となり、これをライフサイクルで見ると左図のような波状のイメージとなる。

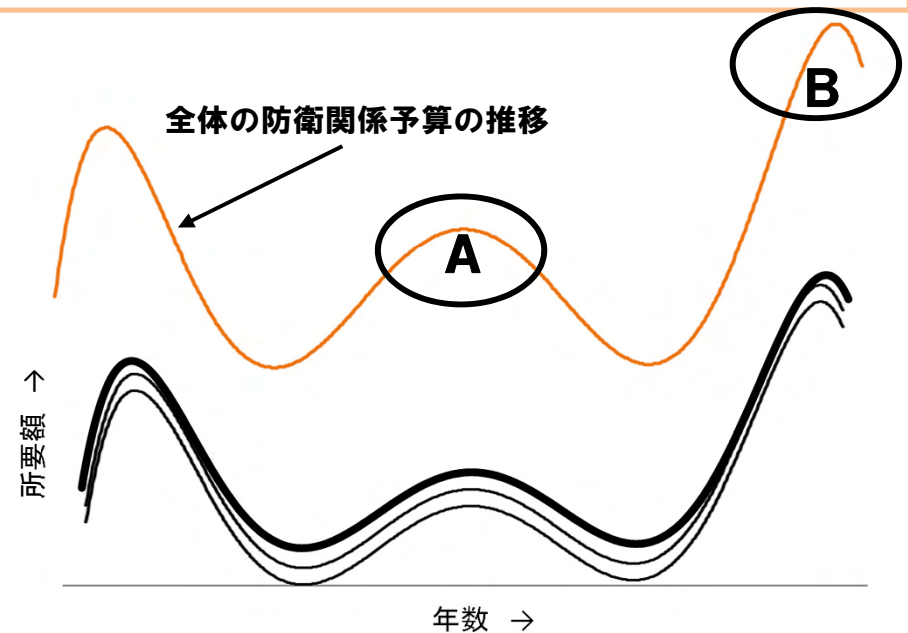
計画的・着実に防衛力整備を図る場合

- 計画的・着実に防衛力整備を図る場合には、ミクロでのコストの波が平準化され、防衛関係予算全体の推移はスムーズなものとなる。



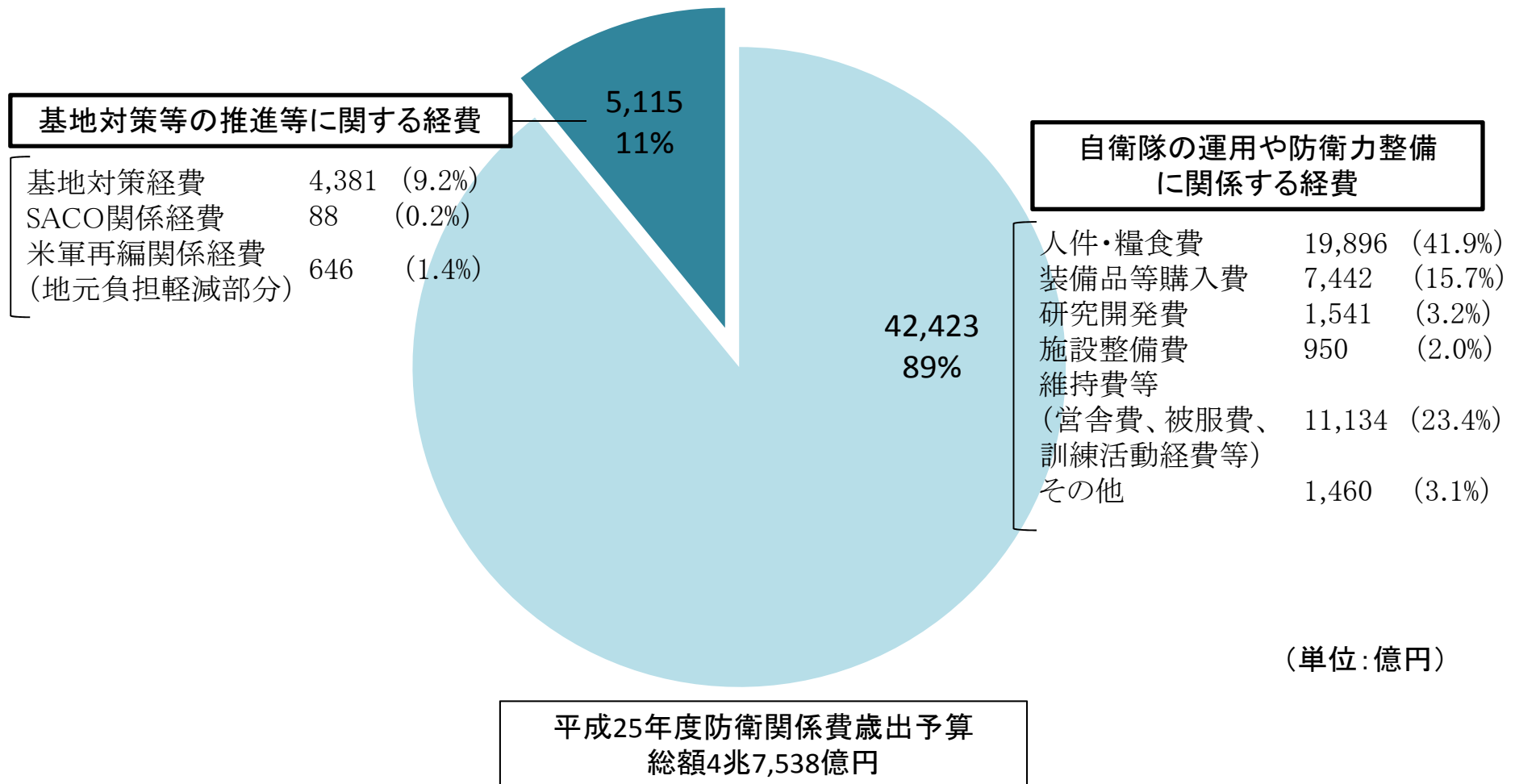
急激に防衛力整備を図る場合

- 急激に防衛力整備を図る場合には、ミクロでのコストの波が増幅され、将来の一定の時期（下図A、B）において防衛関係予算が硬直化。



防衛関係費の用途別分類

- 防衛関係費は、大きく2種類の経費に区分できる。
 - ・ 自衛隊の運用や防衛力整備に関係する経費(人件・糧食費、装備品等購入費等)
 - ・ 基地対策等の推進等に関する経費(基地対策経費、SACO関係経費、米軍再編関係経費)
- 自衛隊の運用や防衛力整備に関係する経費が大半を占める一方、基地対策等の推進等に関する経費も防衛関係費の10%以上を占めている。



基地対策等の推進等に関する予算

- 基地対策等の予算は、防衛施設の安定的運用を図る観点から措置されてきているが、個々の事業に効率化の余地がないか不断に検証することが重要。【表1】
- 例えば、基地周辺対策の一環として、
 - ① 防衛施設の設置市町村全般に対する補助金（民生安定助成事業）
 - ② 飛行場・演習場などの設置市町村に対する交付金（特定防衛施設周辺整備調整交付金）
 があり、役割分担が適切か、ムダは存在しないか、などについて検討が必要。【表2】
- また、米軍の抑止力を維持しつつ、地元の負担軽減を図るため、SACO・米軍再編関係経費が措置されてきている。26年度については、岩国飛行場への空母艦載機の移駐等の大きな増加要因が見込まれている。【表3】

【表1】

（単位：億円）

	平成25年度予算額	平成26年度概算要求額	増▲減額
基地周辺対策経費	1,200	1,230	30
在日米軍駐留経費負担（HNS）	1,860	1,873	13
施設の借料、補償経費等	1,321	1,349	28
合 計	4,381	4,452	71

【表2】

基地周辺対策経費に含まれる施策の例	趣旨	平成25年度予算額
各種防音事業	直接の影響の除去	534億円
民生安定助成事業	生活環境への影響緩和等	198億円
特定防衛施設周辺整備調整交付金	生活環境への影響緩和等	195億円

【表3】

（単位：億円）

	平成25年度予算額	平成26年度概算要求額
SACO・米軍再編関係経費	734	予算編成過程において検討
SACO関係経費	88	米軍や地元との調整を要することから、予算編成過程において検討することとなり、要求時点では対前年度同額を仮置きただし、岩国飛行場への空母艦載機の移駐等の大きな増加要因が見込まれる。
米軍再編関係経費	646	

防衛関係費の平成26年度概算要求の概要

- 平成26年度概算要求において、歳出予算は概算要求基準に基づく規模となっている一方、新規後年度負担は、大幅な増となっている（対前年度+28.4%増。平成以降の新規後年度負担額の伸びの最高は平成元年度の+9.9%）。また、三自衛隊とも実員増を要求。
- なお、高高度滞空型無人機、ティルトローター機などについて、調査費を要求。

－ 平成26年度概算要求歳出予算<給与特例法の期限到来を前提とした人件費の増が主な増要因。> (単位:億円)

	平成25年度予算		平成26年度概算要求	
		対前年度 増▲減額		対前年度 増▲減額
防衛関係費	47,538	+400<+0.8%>	48,928	+1,390<+2.9%>
人件・糧食費	19,896	▲806<▲3.9%>	20,953	+1,057<+5.3%>
物件費	27,642	+1,206<+4.6%>	27,975	+333<+1.2%>
歳出化経費	17,149	+494<+3.0%>	17,786	+637<+3.7%>
一般物件費	10,493	+712<+7.3%>	10,189	▲305<▲2.9%>

(注1) SACO・米軍再編関係経費を含む。

(注2) 平成25年度一般物件費には、東日本大震災復興特別会計への繰入れに必要な経費（平成25年度：689億円）を含むが、平成26年度には含んでいない。

－ 新規後年度負担<装備品、航空機の購入費等の要求による大幅増。> (単位:億円)

	平成25年度予算		平成26年度概算要求	
		対前年度 増▲減額		対前年度 増▲減額
新規後年度負担	16,517	▲155<▲0.9%>	21,213	+4,696<+28.4%>

(注1) SACO・米軍再編関係経費を除く。

(注2) 平成25年度予算額における対前年度増減額は、平成24年度予算額中Xバンド衛星通信の整備・運営事業に係る経費1,224億円を除いたもの。

－ 自衛官の実員増要求<三自衛隊とも増要求。>

	陸自	海自	空自	3自衛隊計
実員増要求	+101	+212	+206	+519

(注) 別途、陸自においては、看護学生の身分変更による △70 がある。

防衛力の在り方検討に関する中間報告について(平成25年7月26日報告)

- 防衛省は、本年末の防衛大綱見直しに向け、防衛副大臣を委員長とする「防衛力の在り方検討のための委員会」を本年1月に設置。7月26日、中間報告を防衛省として取りまとめ。

報告書の概要

1. 安全保障環境
2. 我が国自身の努力
3. 日米同盟の強化の方向性
4. アジア太平洋地域における協力の推進とグローバルな安全保障環境の安定化への取組
5. 防衛力の在り方
6. 防衛力の能力発揮のための基盤
7. 防衛省改革との連携
8. 留意事項

中間報告における財政に関連する主な記述

- これまでの陸・海・空自衛隊の枠にとらわれず、統合運用の観点から自衛隊全体の機能・能力に着目して評価を行い、防衛力整備において重視されるべき機能・能力を導出することを目的としている。これに基づいて、厳しい財政事情を踏まえ今後の防衛力整備の優先事項を明確化し、統合的かつ総合的な視点から真に実効性ある防衛力を整備していく。引き続き、大綱策定に向けて当該能力評価について早急に作業を完成させ、優先事項をより明確化した上で新たな体制に反映させる。
- 人事施策の検討を深化させるため、精強性を確保する観点から処遇、礼遇等の改善を含め人事制度改革を行う。
- 研究開発を含め、装備品の効果的・効率的な取得を実現するため、プロジェクトマネージャー（PM）の下での組織横断的な枠組みである統合プロジェクトチーム（IPT）を活用した装備品のライフサイクルを通じたプロジェクト管理を強化するとともに、長期契約による効率化、企業のコストダウン・インセンティブを引き出すための制度の更なる整備を検討し、ライフサイクルコストを抑制して費用対効果を高める。また、調達プロセスの透明化・契約制度の適正化を通じ、装備品の厳正な取得の実現を図る。

防衛力整備と防衛関係予算に係る視点

(視点1)

- 防衛関係予算は、安全保障環境の変化や財政事情の悪化といった情勢の下でどのように推移しているか。
- そのような推移となっている背景・理由についてどのように考えるか。

(視点2)

- 同じ防衛関係予算であっても、効率的な活用を図ることで、より有効な防衛力整備につながるのではないか。
- そのような効率的活用のための課題にはどのようなものがあるか。

我が国の周辺各国の国防予算額

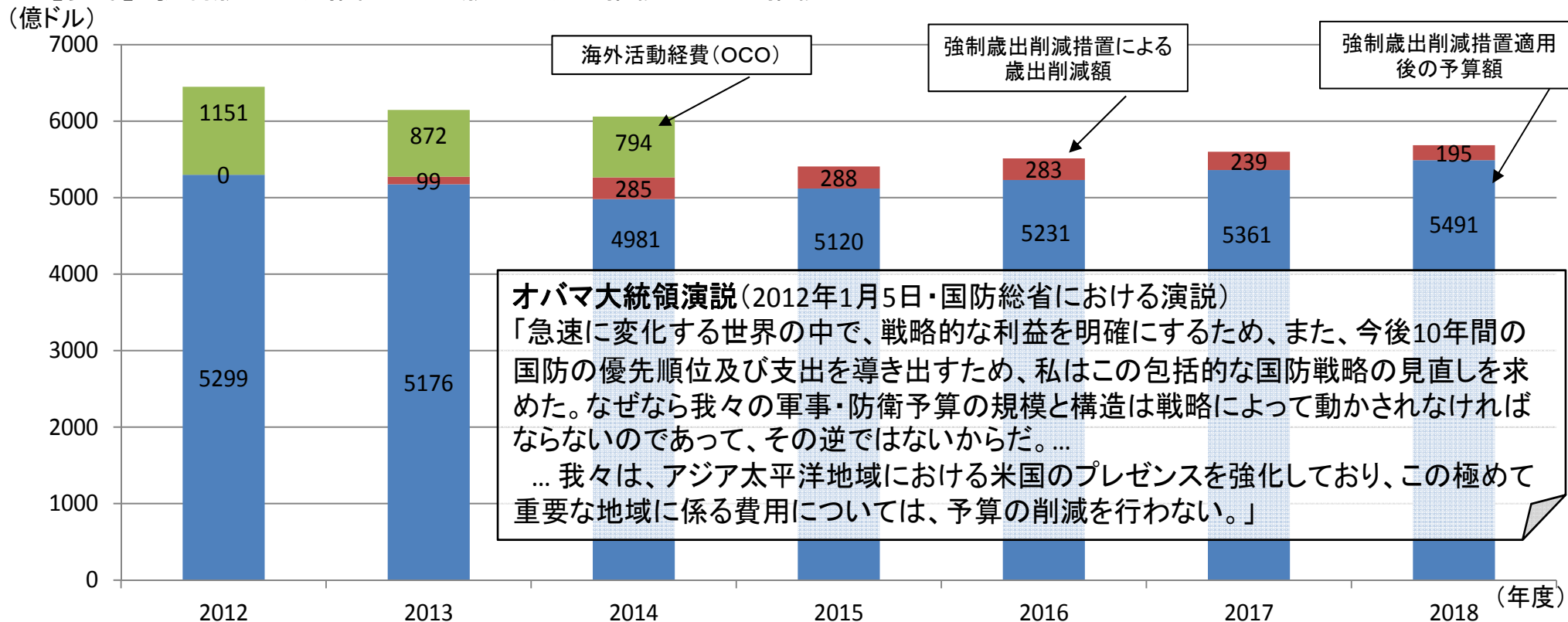


(出典) SIPRI Military Expenditure Database、米国防省公表資料等

米国・強制歳出削減措置と国防関連予算

- 特段の法改正がなされない限り、2011年予算管理法に基づく強制歳出削減措置により、2013年度以降の9年間で国防予算額約5000億ドルが削減される見通し。
 - 上記削減予定額は、経済成長等を踏まえた予算のベースラインからの削減幅であり、議会予算局の見通しにおいては、国防予算の名目額は増加する見込みとなっている。
 - 2012年1月の国防総省における演説において、オバマ大統領はアジア太平洋地域における国防費を削減しないことを明示している。
 - 2012年度(実績額)⇒2013年度(予算額)⇒2014年度(要求額)と、米国の国防予算が削減される見込みが示されているが、その主要因として、イラク・アフガニスタンからの撤退等による海外活動経費(OCO)減少がある。
- ※ 2015年以降のOCOの具体額は不明。但し、米国政府は、2013年度から2022年度におけるOCO総額の上限を4500億ドルとする等、歳出削減の方向性を打ち出している。

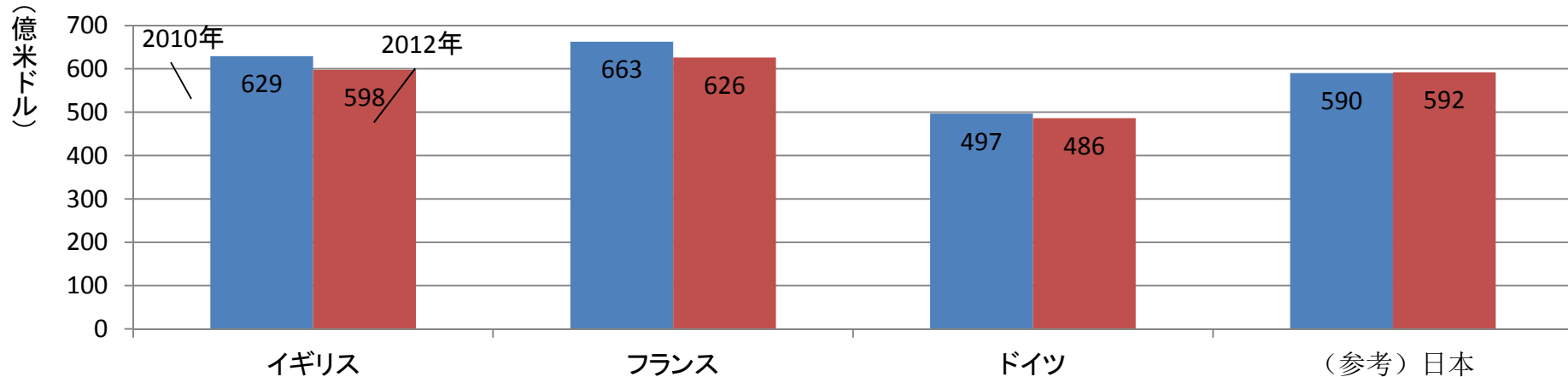
【参考】 強制歳出削減措置による歳出削減の推移とOCOの推移



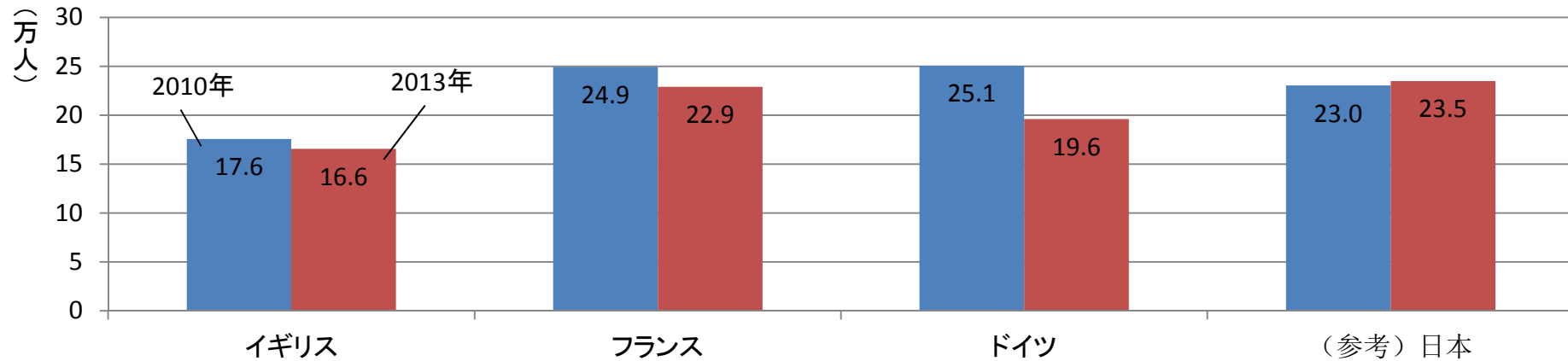
欧州主要各国における軍事力の効率化

○ ヨーロッパ諸国においては、欧州債務危機等を背景として、軍事力の効率化の取組を進めている。

【各国の国防予算の推移】(単位:億米ドル)



【参考】各国の軍人(自衛隊は隊員)数の推移(単位:万人)



※2015年までに更に▲7,000人の人員を削減する方針。(戦略防衛・安全保障見直し(2010年10月))

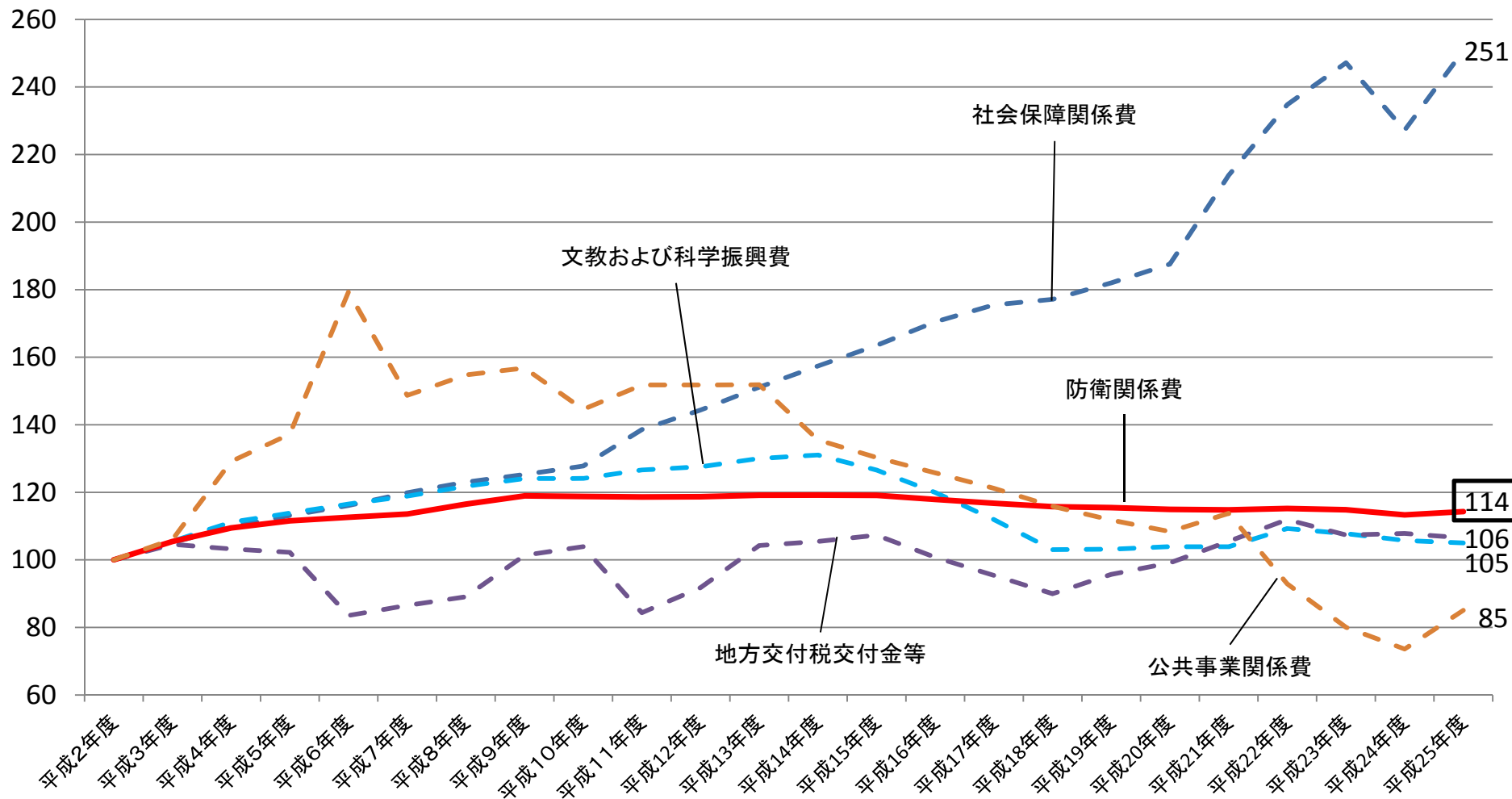
※2019年までに更に最低▲24,000人の人員削減する方針。(2013年国防白書(2013年4月))

※今後更に▲11,000人超の人員を削減する方針。(国防省・連邦軍改革案(2011年5月))

(出典)
ミリタリーバランス(2010, 2013)
SIPRI Military Expenditure Database

一般会計の主要な経費の規模の推移(平成2年度(1990年度)を100とした場合)

- 冷戦終結時期であり、一般会計税収額が最高額(60.1兆円)となった平成2年度を基準にとると、社会保障関係費を除く主要な経費の中で防衛関係費の水準は最も安定的に維持・確保されている。
- 一方、例えば、公共事業関係費については、平成一桁年度に大幅増となるものの、平成13年度以降、急減するなど、振幅が大きくなっている。

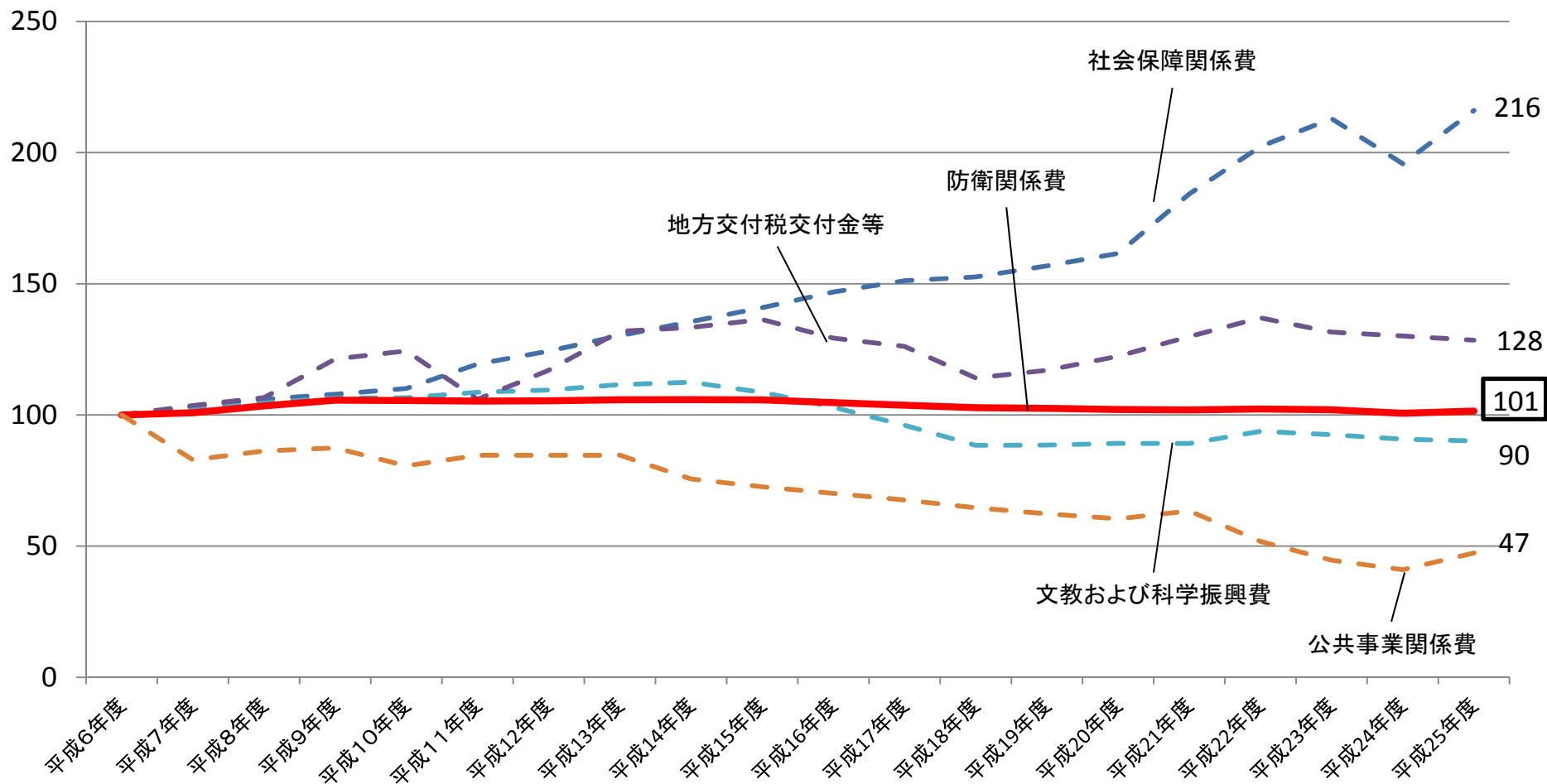


(注1) 当初予算ベース

(注2) 地方交付税交付金等については、平成10年度までは地方交付税交付金のみ。平成11年度以降は地方特例交付金も含む。

一般会計の主要な経費の規模の推移(平成6年度(1994年度)を100とした場合)

○ 特例公債発行再開時の平成6年度を基準にとると、社会保障関係費、地方交付税交付金等を除く主要な経費がマイナスとなる中、防衛関係費のみはプラス。

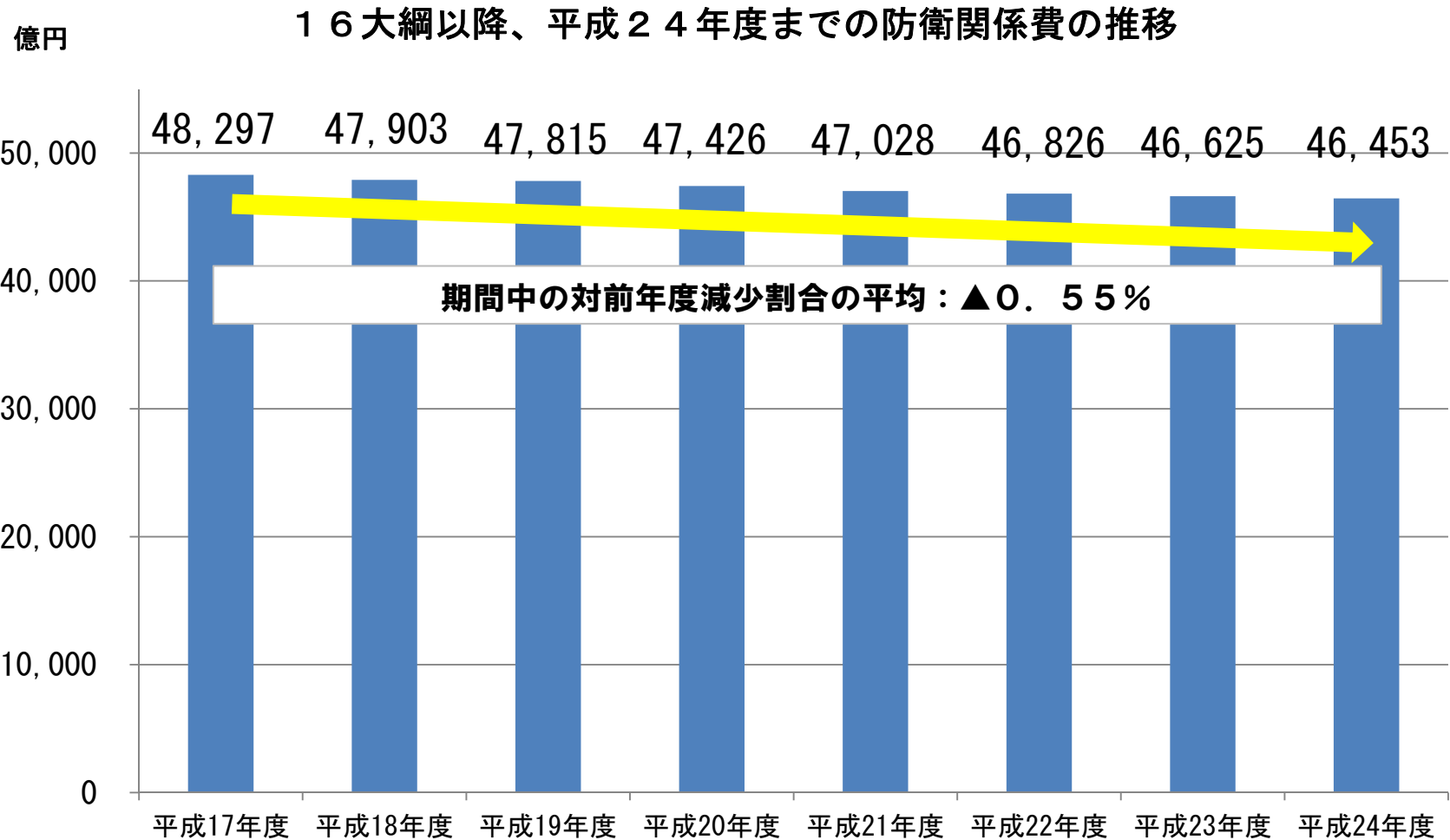


(注1) 当初予算ベース

(注2) 地方交付税交付金等については、平成10年度までは地方交付税交付金のみ。平成11年度以降は地方特例交付金も含む。

16大綱以降の防衛関係費の推移

- 冷戦型の装備・要員について抜本的に見直すこととされた16大綱以降、防衛関係費は、SACO・米軍再編関係経費除きで見れば平成24年度まで減少したとの指摘がなされることがある。
- この期間における、各年度における防衛関係費の対前年度減少割合の平均は▲0.55%となっており、減少局面においても、穏やかな変化率とすることで、計画的・着実な防衛力整備を可能としている。

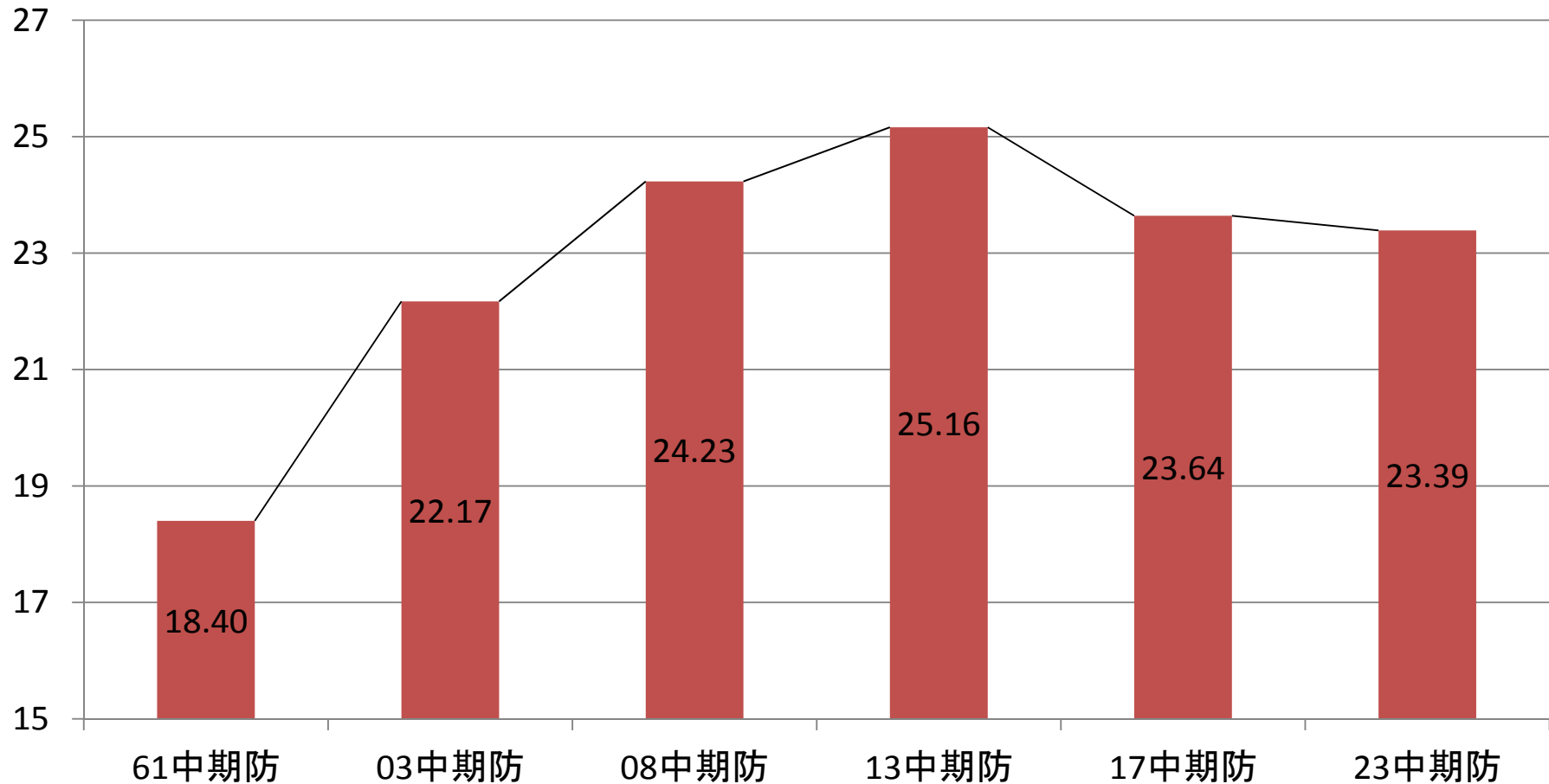


※上記防衛関係費は、SACO・米軍再編関係経費除きの計数

中期防衛力整備計画における防衛関係費総額の推移

○ 中期防衛力整備計画（中期防）においては、5か年の経費の総額を示している。

(兆円)



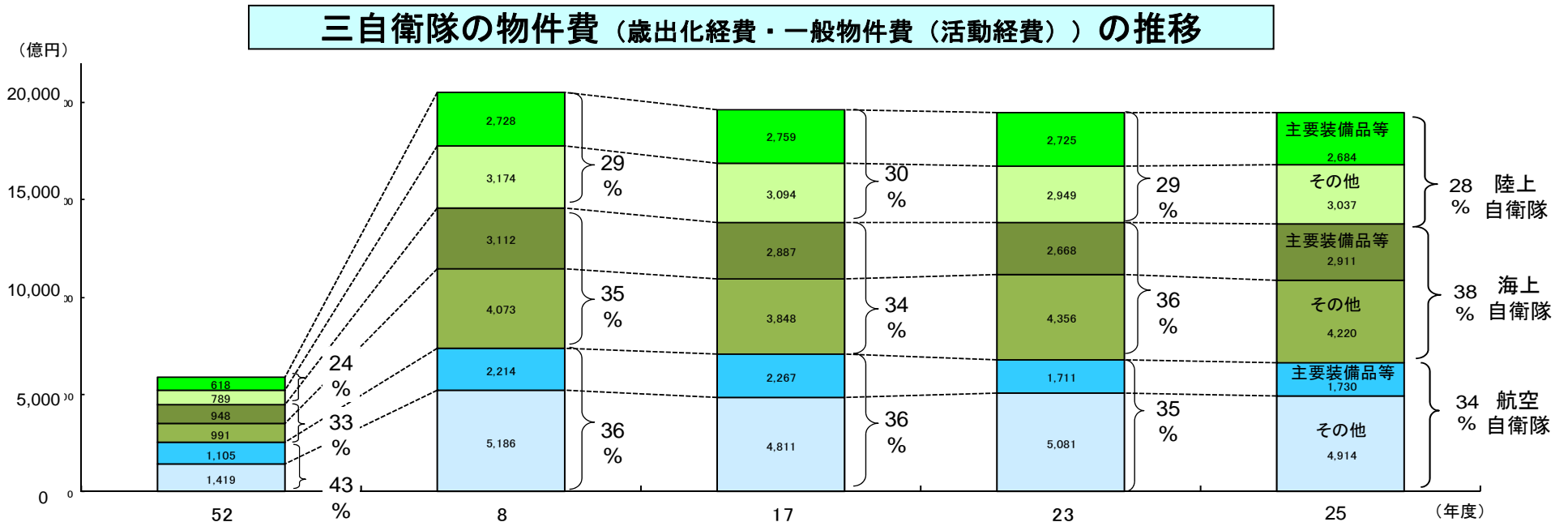
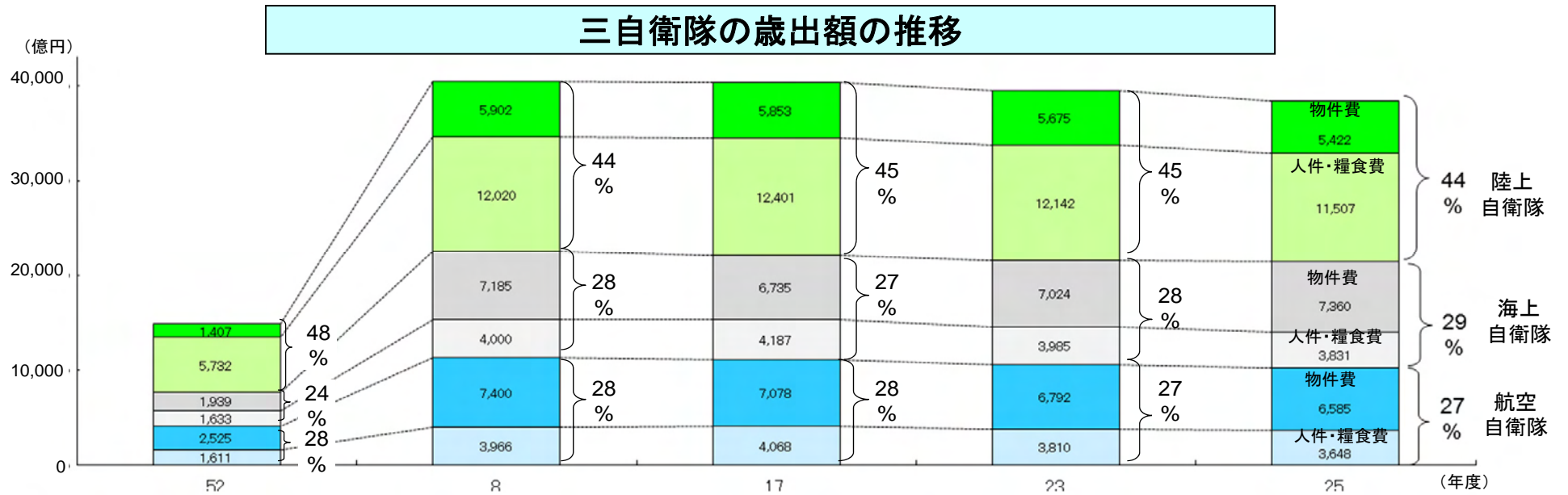
※ 上記防衛関係費は、SACO・米軍再編関係経費除きの計数

※ 03中期防、08中期防、17中期防は、見直し後の総額を示している。

※ 13中期防及び23中期防においては、将来の予見し難い事象への対応等特に必要と認められる場合に、安全保障会議の承認を得て、一定額を措置できる、としている。(いわゆる調整枠。13中期防:1,500億円、23中期防:1,000億円)

三自衛隊の歳出額・物件費比率の推移

○ 防衛大綱が策定されて以来、3自衛隊の歳出額や物件費の比率は大きくは変動していない。

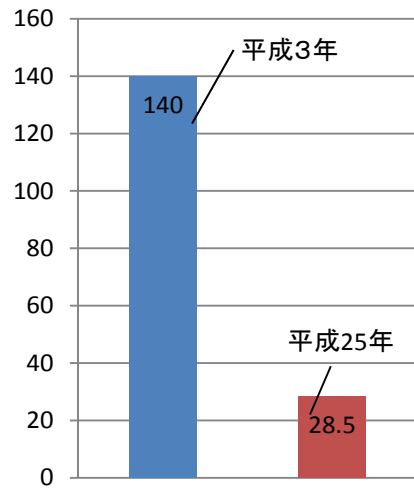


ロシアにおける陸上戦力構成員数・主要装備数の推移

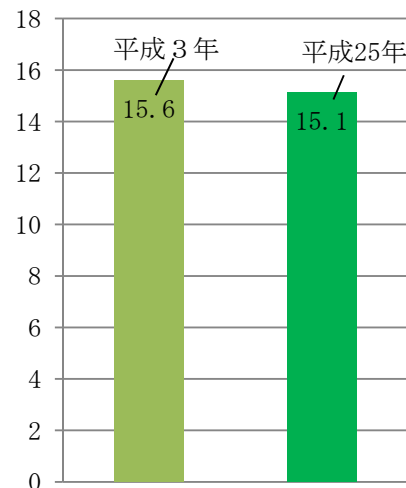
- 冷戦以降、ロシアは陸軍兵力や主要装備数を大きく減少させている。
- ロシアは太平洋艦隊の戦力も削減。

【陸上戦力構成員数(単位:万人)】

(ロシア(ソ連))

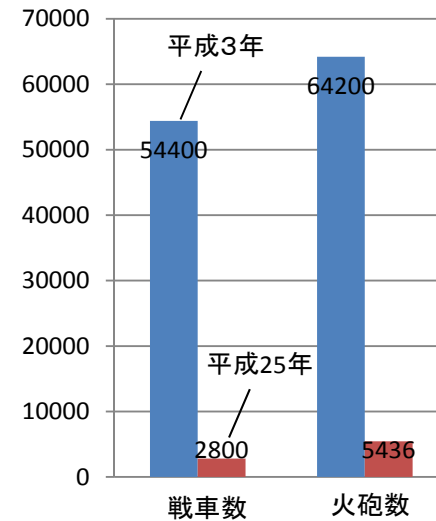


(参考: 日本)

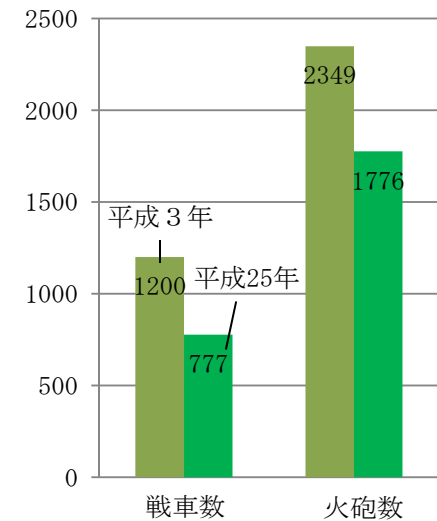


【陸上主要装備品数(単位:機)】

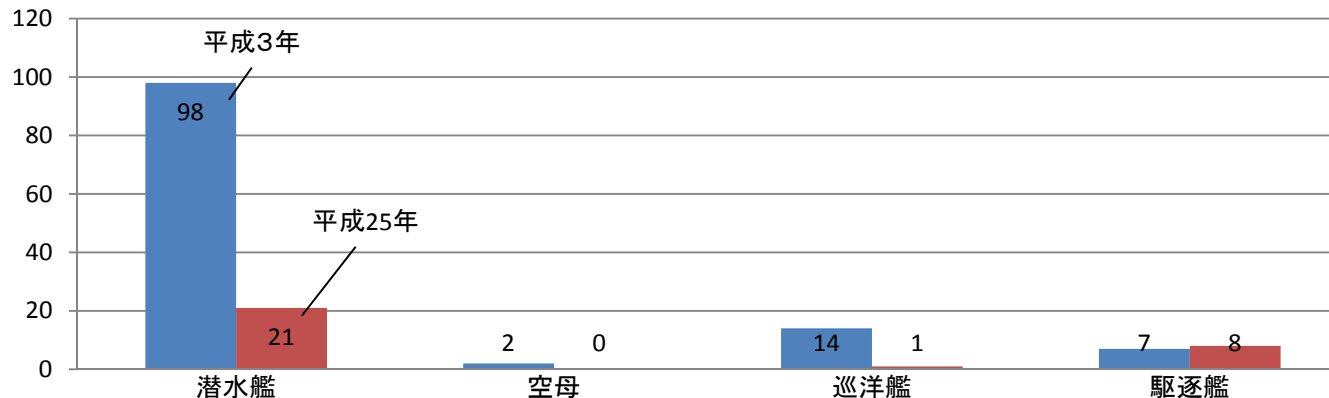
(ロシア(ソ連))



(参考: 日本)



(参考)ロシア(ソ連)太平洋艦隊主要装備品数(単位:隻)



(注1)火砲数に含まれるもののうち、主なものは、榴弾砲、迫撃砲(ともに索引式か自走式かは問わない)。

(注2)ロシアが保有している戦車には、保管中の戦車は含まない。

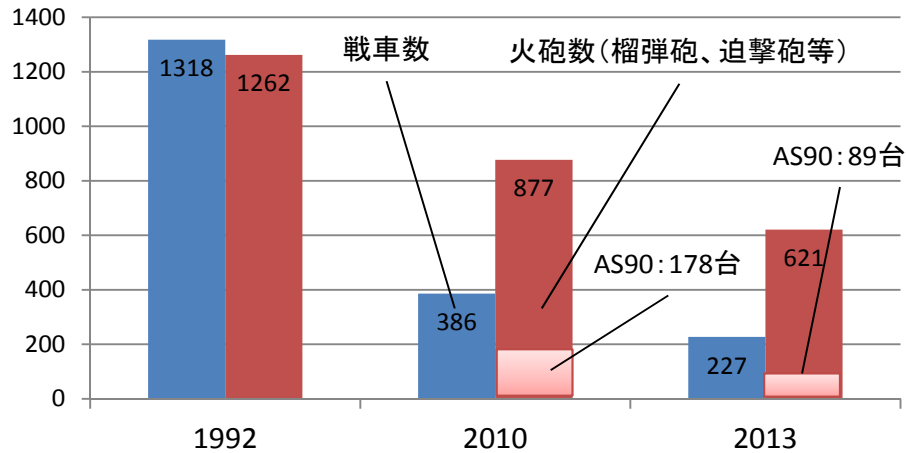
(出典)ミリタリーバランス(1991-92, 2013)

英国・ドイツにおける冷戦型装備の動向

○ 英国・ドイツにおいては、冷戦後、戦車数・火砲数の削減を着実に実現。



英国

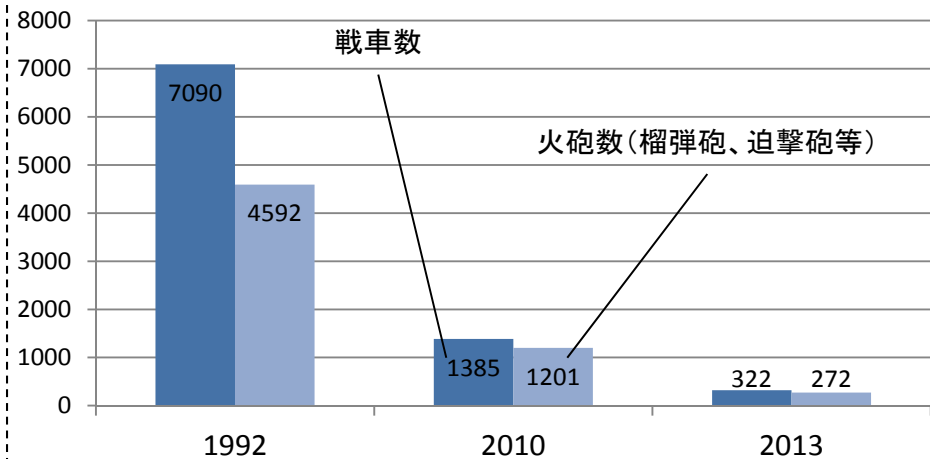


2013年現在、2010年比で

- ★ チャレンジャー2(戦車)保有数: 約▲41%削減(386→227)
- ★ AS90自走榴弾砲保有数: ▲50%削減(178→89)



ドイツ



2013年現在、2010年比で

- ★ レオポルド2(戦車)保有数: 約▲76%削減(1385→322)
- ★ 火砲保有数: 約▲77%削減(1201→272)

中期的目標

国家安全保障戦略(NSS)の目標を達成するための方策・手段を規定する戦略防衛・安全保障見直し(SDSR)(2010年10月)において、2020年台における戦車、自走榴弾砲の保有数の大幅な削減を掲げている。

中期的目標

国防政策の指針を踏まえた軍改革の一環として、不要な装備の縮減を含む、装備の重点化を行うことを表明(2013年3月)。例えば、レオポルド2(戦車)の保有数を更に225機まで削減することを表明している。

(出典)ミリタリーバランス(1992-93, 2010, 2013)

輸送用途を有する航空機の保有状況と要求概要

- 現在、各自衛隊において、各種の輸送用途を有する航空機を保有。
- 統合運用の観点から、輸送用途を有する航空機の在り方について横断的に整理を行い、効率化の取組を進めることが重要。

UH-1J(陸上自衛隊)



輸送乗員数	2名+11名
25年度末保有数	134機
26年度要求	—

UH-60J(航空自衛隊)



輸送乗員数	5名
25年度末保有数	36機
26年度要求	3機

UH-60JA(陸上自衛隊)



輸送乗員数	2名+12名
25年度末保有数	36機
26年度要求	1機

CH-47J(陸上自衛隊・航空自衛隊)



輸送乗員数	3名+55名
25年度末保有数	陸:27機 空:15機
26年度要求	勢力維持改修1機(陸)

CH-47JA(陸上自衛隊)



輸送乗員数	3名+55名
25年度末保有数	28機
26年度要求	2機

ティルトローター機



輸送乗員数	24名(※)
25年度末保有数	—
26年度要求	調査費1億円

※ V-22(オスプレイ)の場合

(出典)平成25年度版防衛白書、平成26年度概算要求の概要(防衛省)、陸上自衛隊HP、航空自衛隊HP、ボーイング社HP等

人事制度改革の検討の方向性

現状とその背景

【現 状】

- ① 階級構成 … **幹部・准曹の増に対し、士の減**。特に、任期制士の大幅減。
- ② 年齢構成 … 若年層の減少による**高齢化**。平均年齢は4歳近く上昇。

【背 景】

- ・ 自衛隊の任務の多様化・国際化等により、人的構成において**熟練・専門性の必要の高まり**。
- ・ 少子化・高学歴化による募集環境の悪化に対し、**任期制士から非任期制士へ採用をシフト**。
- ・ 産業構造の変化などによる**厳しい再就職環境**。

検討の方向性

① 精強性の確保

若さも含め、体力、技術、経験などを総合して精強性の確保について検討すべき。

② 階級構成と年齢構成の在り方

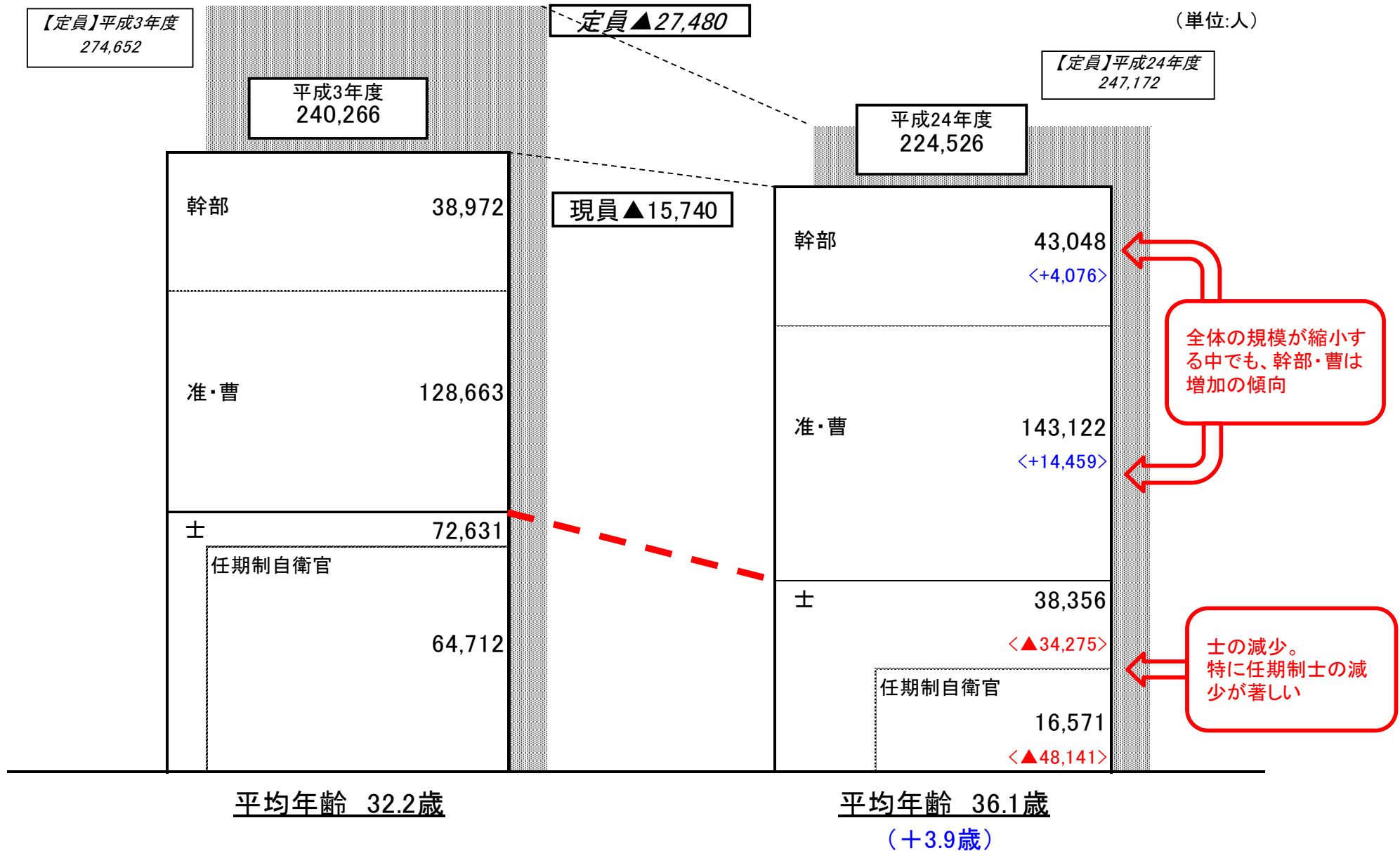
各自衛隊の任務などの特性を踏まえつつ、階級構成、年齢構成の在り方について検討すべき。

③ 人事施策の在り方

①、②を踏まえ、以下の点について検討すべき。

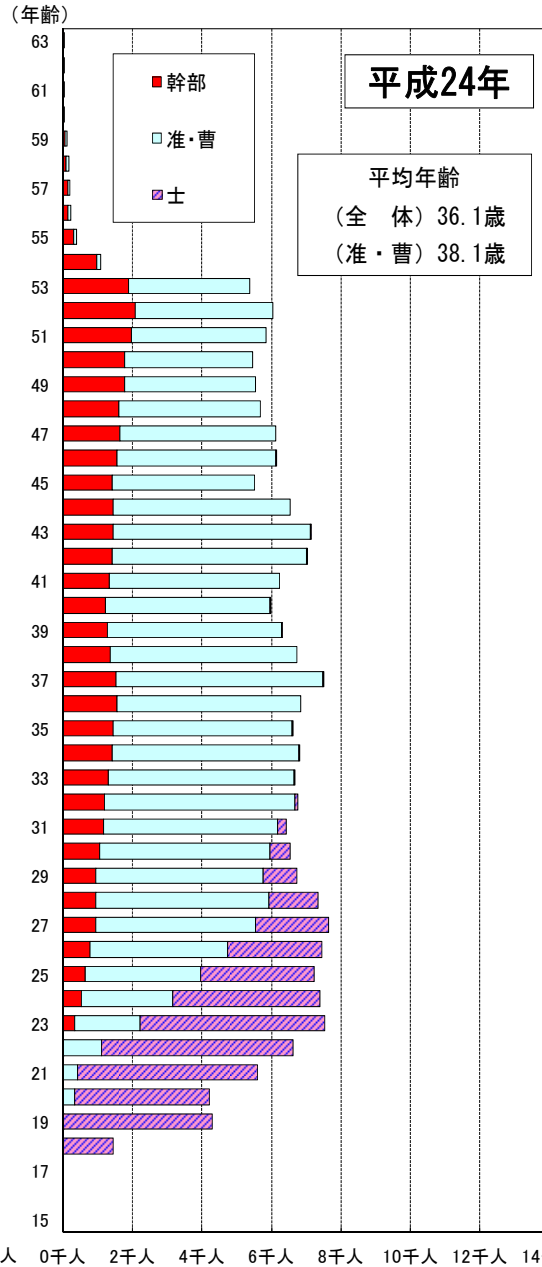
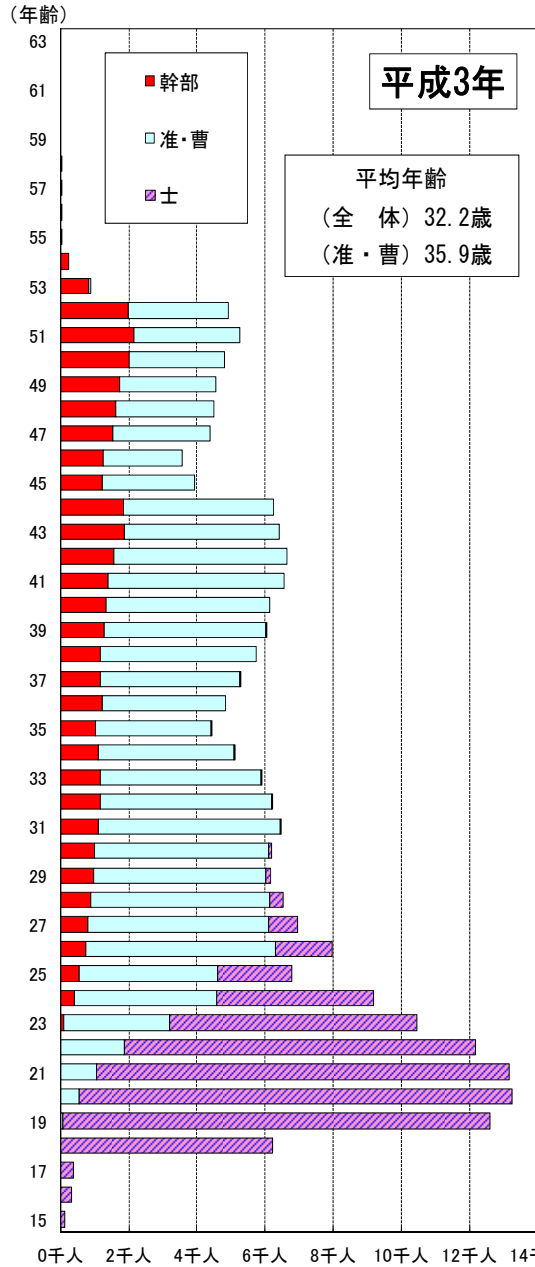
- ・ 中途退職の在り方
- ・ 退職自衛官の技能・経験の活用(再任用等)
- ・ 募集、再就職援護の強化

冷戦期以降の自衛官の年度末現員の構成割合の変化

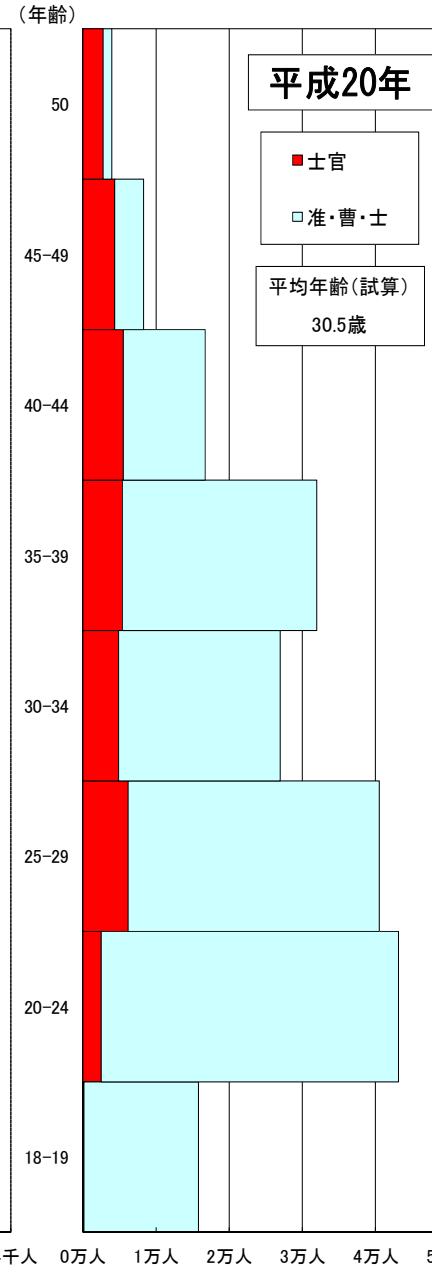


自衛官年齢別人員分布の変化

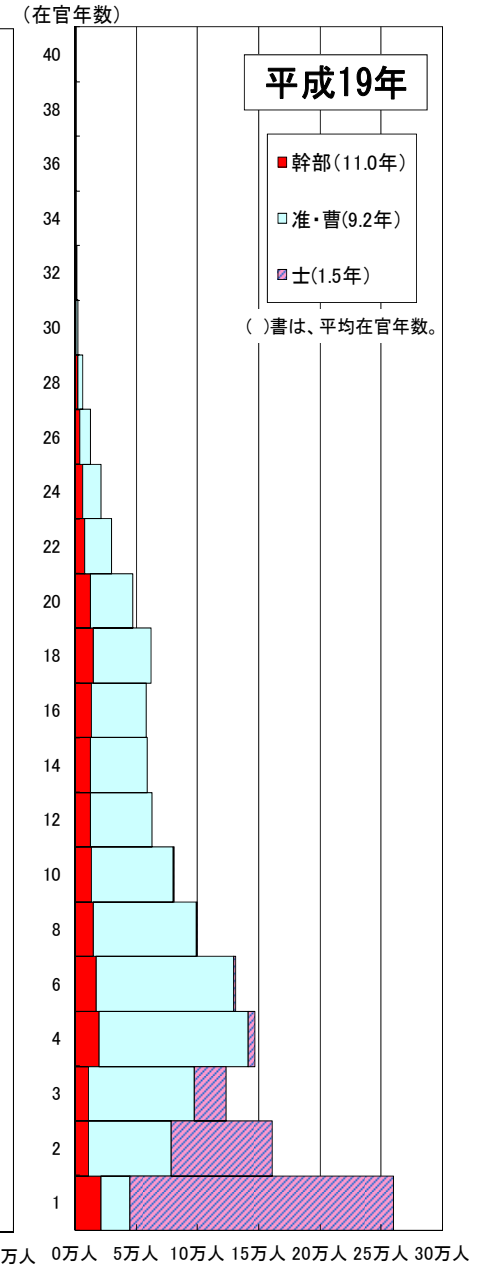
自衛隊の年齢構成



英国陸軍の年齢構成



米国陸軍の在官年数構成



防衛装備品の調達改革の必要性

- ① 装備品の高性能化・複雑化に伴って、開発・製造コストが上昇し、装備品の取得単価を押し上げ。一方、厳しい財政事情の中、取得単価の押し上げは、調達数量の減少を招来。調達数量の減少は、更なる取得単価の高騰を招くことから、企業の事業性はますます低下する悪循環の傾向。【図1】
- ② 装備品の高性能化・複雑化は維持・整備コストも押し上げ、調達経費を逆転。【図2】

図1

装備品の高価格化

(戦車) 74式 → 10式
3.9億円→(2.6倍)→10.1億円

(哨戒機) P-3C → P-1
136億円→(1.4倍)→193億円

(戦闘機) F-4 → F-35
38億円→(4.6倍)→173億円

調達数量の減少

戦車<74式、10式>
約53両→約13両

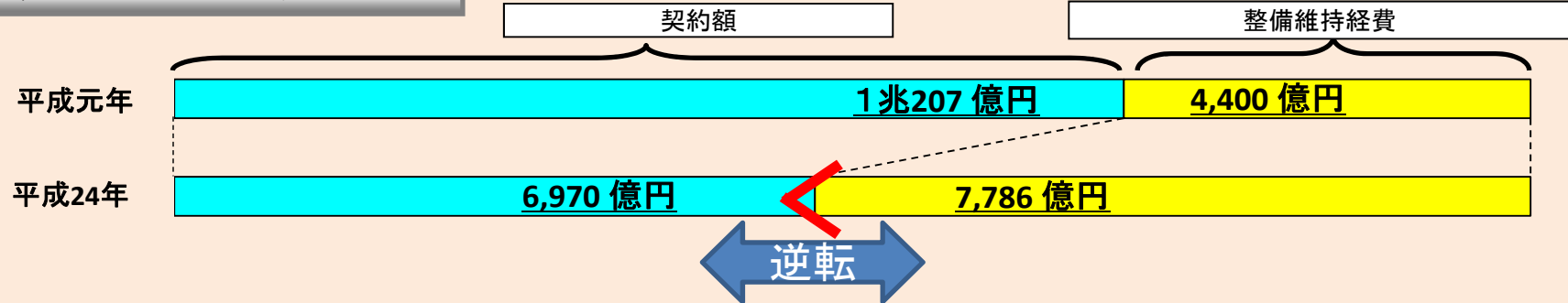
哨戒機<P-3C、P-1>
約5機→約2機

戦闘機<F4、F35>
11機→3機

※ 戦車については、昭和62年度～平成元年度と平成23年度～平成25年度の平均調達数量を比較。哨戒機については、昭和53年度～58年度と平成20年度～平成25年度を比較。戦闘機については昭和51年度～52年度と平成24年度～平成25年度を比較。

図2

装備品の整備維持経費の増加



※「契約額」とは主として直接戦闘に使用する火器・戦車・戦闘機・護衛艦などの装備品調達に係る契約のための経費、「整備維持経費」とは装備品の修理や消耗品の代価及び役務費などに係る契約のための経費を示す。

装備品等の調達効率化に係る施策について(概要)

平成25年8月
総合取得改革推進委員会公表資料から抜粋

I 26年度予算に向けた装備品等の調達効率化の取組み

- 1 維持・整備方法の見直し (縮減額：約90億円)
- 2 装備品のまとめ買い (縮減額：約440億円)
- 3 民生品の使用・仕様の見直し (縮減額：約110億円)

II 装備品の調達効率化に係る中長期的検討の方向性

1 プロジェクト管理の強化による装備品の費用対効果の向上

・ライフサイクルを通じたプロジェクト管理の強化

2 契約方式の改善・多様化による企業努力へのインセンティブ向上

・原価積み上げ方式の見直し(適正な調達価格の設定)
・複数年度一括調達等の推進(長期契約の導入を含む)
・JV型等の最適な受注体制の構築を可能とする企業選定方式の検討 (※JV:ジョイント・ベンチャー)

3 即応性・対処能力の向上に向けたロジスティクス改革

・民間能力の有効活用等による装備品の可動率の向上
・PFI/PBL活用の拡大・深化による自衛隊活動支援

4 国際的な装備技術協力等を通じた防衛生産・技術基盤の強化

・防衛生産・技術基盤戦略の策定
・国際的な装備技術協力の促進・円滑化

調達改革に関するさらなる問題提起

1 装備品のライフサイクルコスト(LCC)管理、プロジェクト管理の強化

- LCC管理の体制を早期に確立し、管理対象品目の拡大を図るべき。
- LCCをより精緻に見積もるとともに、実績との乖離を客観的にわかりやすくする手法を早期に確立すべき。
- プロジェクトの進行中に当初の見積りから実績が上振れた場合に、プロジェクトの打ち切りも含めた見直しを義務付ける仕組みを導入すべき。

2 開発・調達の在り方と国内の防衛生産・技術基盤との関係

- 装備品の国内開発・生産を行う場合、単価が上昇する傾向にあり、初度費も発生する。一方で、防衛生産・技術基盤の維持・強化といったメリットも。このようなメリットがコストに見合ったものかどうかという検討が必要ではないか。
- 欧米諸国では、開発・生産コストの高騰に対応するため、共同開発・生産を推進する流れにある。日本も、F-35A取得の経験を踏まえ、防衛生産・技術基盤の維持・強化、装備品のコスト削減等の視点から、国際共同開発に積極的に参加すべき。

3 装備品の維持・整備費の予算と実態の乖離の是正について

- 予算執行調査において、一部の機種種の飛行時間関連経費に、予算と執行との乖離があることが判明し、平成26年度要求においては、予算と執行の乖離を是正することを通じて、飛行時間の増加と要求金額の対前年度比での減額を実現。
- このような取組になぞらえ、例えば、維持部品の消費実績を精緻に把握し、予算要求への反映状況を検証することにより、装備品の維持・整備費用の効率化を図ることが可能ではないか。

参考資料
(防衛関係費)

我が国周辺の安全保障環境(2010年以降)

(13年10月1日現在)

中国軍事力

- 水上艦艇・潜水艦等の増強
・空母「遼寧」の就役(12年9月)
- 第4世代戦闘機の増強
・次世代ステルス戦闘機の開発との指摘

中国による我が国近海などにおける活動

- 中国公船が尖閣諸島周辺の我が国領海に侵入 (08年12月～)
- 中国海監所属固定翼機が尖閣諸島の領空を侵犯 (12年12月)
- 東シナ海においてジャンウェイⅡ級フリゲートが海自護衛艦に対し火器管制レーダーを照射 (13年1月)

中国海軍による太平洋への進出

- 中国海軍艦艇が宗谷海峡を航行 (13年7月)
- 中国海軍艦艇が大隅海峡を航行 (12年4月、6月、13年6月)
- 中国軍機が沖縄本島と宮古島の間を通過する飛行 (13年7月、9月)
- 中国海軍の駆逐艦等が仲ノ神島と与那国島の間を航行 (12年10月、12月、13年5月)

朝鮮半島情勢

- 韓国海軍哨戒艦「天安」沈没事件 (10年3月)
- 北朝鮮による韓国延坪島砲撃事件 (10年11月)
- 「人工衛星」と称するミサイル発射 (12年4月、12月)
- 核実験実施 (13年2月)

竹島問題

尖閣諸島

潜没潜水艦による我が国接続水域内の航行(13年5月)

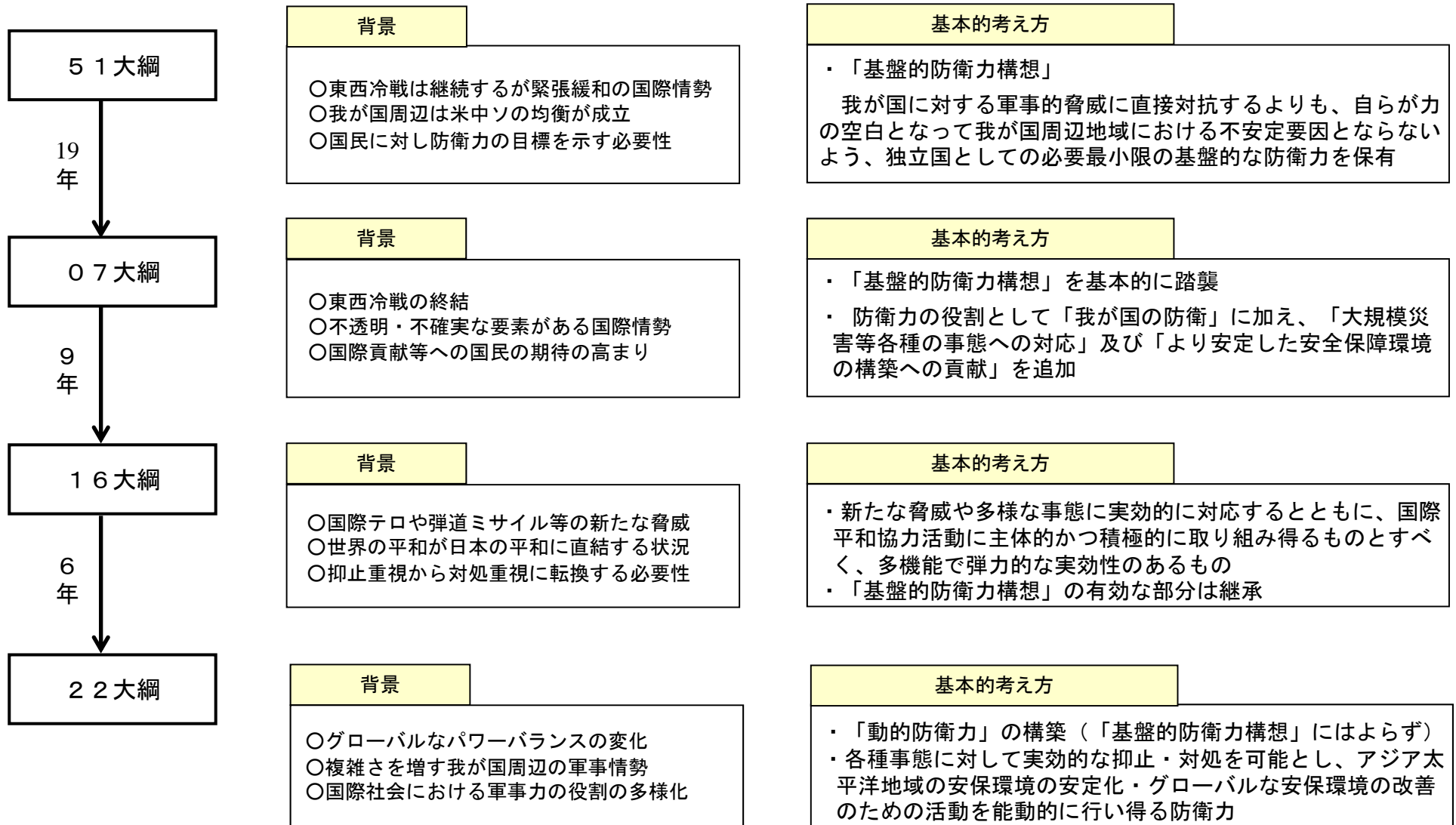
沖ノ鳥島

グアム島

極東ロシア軍による活動

- 大規模演習「ヴォストーク2010」 (10年6～7月)
- 東部軍管区における大規模演習 (11年9月)
- 露海軍による大規模演習 (12年6～7月)
- 露軍航空機による我が国領空侵犯 (13年2月)
- 露爆撃機が日本周辺を一周する形で我が国領空近くを飛行 (11年9月、13年3月)
- 東部軍管区における抜き打ち検閲 (13年7月)
- 露軍艦艇20隻以上が宗谷海峡を航行 (11年9月、12年7月、13年7月)

防衛計画の大綱の変遷



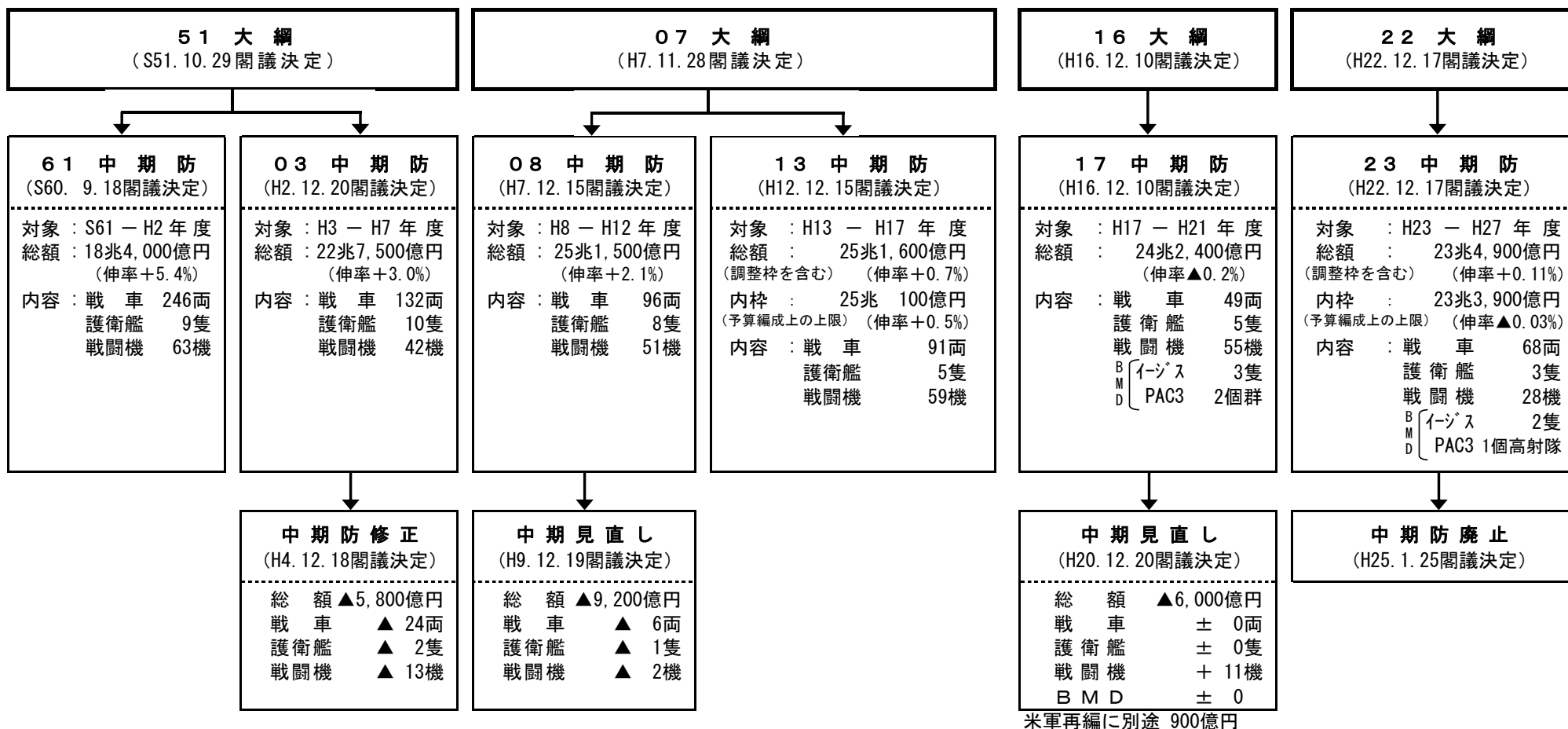
防衛計画の大綱に定める自衛隊の体制

	区分	51大綱	07大綱	16大綱	22大綱	
陸上自衛隊	編成定数 常備自衛官定員 即応予備自衛官員数	18万人	16万人 14万5千人 1万5千人	15万5千人 14万8千人 7千人	15万4千人 14万7千人 7千人	
	基幹部隊	平素地域配備する部隊 (旧平時地域配備する部隊)	12個師団 2個混成団	8個師団 6個旅団	8個師団 6個旅団	8個師団 6個旅団
		機動運用部隊	1個機甲師団 1個特科団 1個空挺団 1個教導団 1個ヘリコプター団	1個機甲師団 1個空挺団 1個ヘリコプター団	1個機甲師団 中央即応集団	中央即応集団 1個機甲師団
			地対空誘導弾部隊	8個高射特科群	8個高射特科群	8個高射特科群
	主要装備	戦車 火砲(旧主要特科装備)		約900両 約900門／両	約600両 約600門／両	約400両 約400門／両
海上自衛隊	基幹部隊	護衛艦部隊(機動運用)	4個護衛隊群	4個護衛隊群	4個護衛隊群(8個隊) 4個護衛隊	
		護衛艦部隊(地方隊) 潜水艦部隊 掃海部隊 陸上哨戒機部隊	10個隊 6個隊 2個掃海隊群 16個隊	7個隊 6個隊 1個掃海隊群 13個隊	[地域配備] 5個隊 4個隊 1個掃海隊群 [哨戒機部隊] 9個隊	6個隊 1個掃海隊群 [哨戒機部隊] 9個隊
	主要装備	護衛艦 潜水艦 作戦用航空機	約60隻 16隻 約220機	約50隻 16隻 約170機	47隻 16隻 約150機	
航空自衛隊	基幹部隊	航空警戒管制部隊	28個警戒群 1個飛行隊	8個警戒群 20個警戒隊 1個飛行隊	8個警戒群 20個警戒隊 1個警戒航空隊(2個飛行隊) 12個飛行隊	4個警戒群 24個警戒隊 1個警戒航空隊(2個飛行隊) 12個飛行隊
		戦闘機部隊 要撃戦闘機部隊 支援戦闘機部隊 航空偵察部隊 航空輸送部隊 空中給油・輸送部隊 地対空誘導弾部隊	10個飛行隊 3個飛行隊 1個飛行隊 3個飛行隊 6個高射群	9個飛行隊 3個飛行隊 1個飛行隊 3個飛行隊 6個高射群	1個飛行隊 3個飛行隊 3個飛行隊 6個高射群	1個飛行隊 3個飛行隊 3個飛行隊 6個高射群
	主要装備	作戦用航空機 うち戦闘機	約430機 約350機	約400機 約300機	約350機 約260機	
弾道ミサイル防衛 にも使用し得る 主要装備・基幹部隊	イージス・システム搭載護衛艦			4隻	6隻	
	航空警戒管制部隊 地対空誘導弾部隊			7個警戒群 4個警戒隊 3個高射群	11個警戒群/隊 6個高射群	

注1:「弾道ミサイル防衛にも使用し得る主要装備・基幹部隊」は海上自衛隊の主要装備又は航空自衛隊の基幹部隊の内数。

注2:弾道ミサイル防衛機能を備えたイージス・システム搭載護衛艦については、弾道ミサイル防衛関連技術の進展、財政事情等を踏まえ、別途定める場合には、上記の護衛艦隻数の範囲内で、追加的な整備を行い得るものとする。

中期防衛力整備計画の推移



(注1) 08中期防、17中期防は、総額とは別に調整枠(08中期防：1,100億円、17中期防：1,000億円)が設けられている。

(注2) 13中期防、17中期防、現中期防の戦闘機には、戦闘機(F-15)近代化改修を含む。

26年度防衛予算(概算要求)の主な事業について

防衛省作成資料

- 「防衛力の在り方検討に関する中間報告」に、南西地域をはじめとする我が国の防衛態勢を強化するための重要課題として例示された、**警戒監視能力の強化、島嶼部に対する攻撃への対応(水陸両用機能)、弾道ミサイル攻撃への対応等**を重視し、防衛力を整備。

警戒監視能力の強化等

■ 警戒航空隊の改編

- ・ 早期警戒機 (E-2C) 部隊を沖縄 (那覇) に新編



早期警戒機 (E-2C)

■ 早期警戒機の導入に向けた検討

- ・ 平成27年度の取得を目指し、新たな早期警戒機の導入に向けた性能・運用方法等に関する検討を実施 (4百万円)

■ 高高度滞空型無人機の導入に向けた検討

- ・ 平成27年度の取得を目指し、高高度滞空型無人機の性能情報等の検討を実施 (2億円)

■ 艦艇・航空機の取得

- ・ 護衛艦 (1隻: 733億円)、潜水艦 (1隻: 513億円)、固定翼哨戒機 (P-1) (4機: 773億円)、戦闘機 (F-35A) (4機: 693億円)、輸送機 (C-2) (3機: 606億円) をはじめとする各種装備品を取得



「そうりゅう」型潜水艦



固定翼哨戒機 (P-1)



次期戦闘機 (F-35A)

島嶼部に対する攻撃への対応等

■ 水陸両用準備隊(仮称)の編成等

- ・ 水陸両用部隊新編に向けた水陸両用準備隊 (仮称) の編成、教育訓練基盤の整備 (15億円)、水陸両用車の購入 (2両: 13億円) 等を実施



水陸両用車



緊急脱出訓練用装置

■ ティルトローター機導入に向けた検討

- ・ 平成27年度の取得を目指し、ティルトローター機の性能情報や導入した場合の運用要領などに係る検討を実施 (1億円)



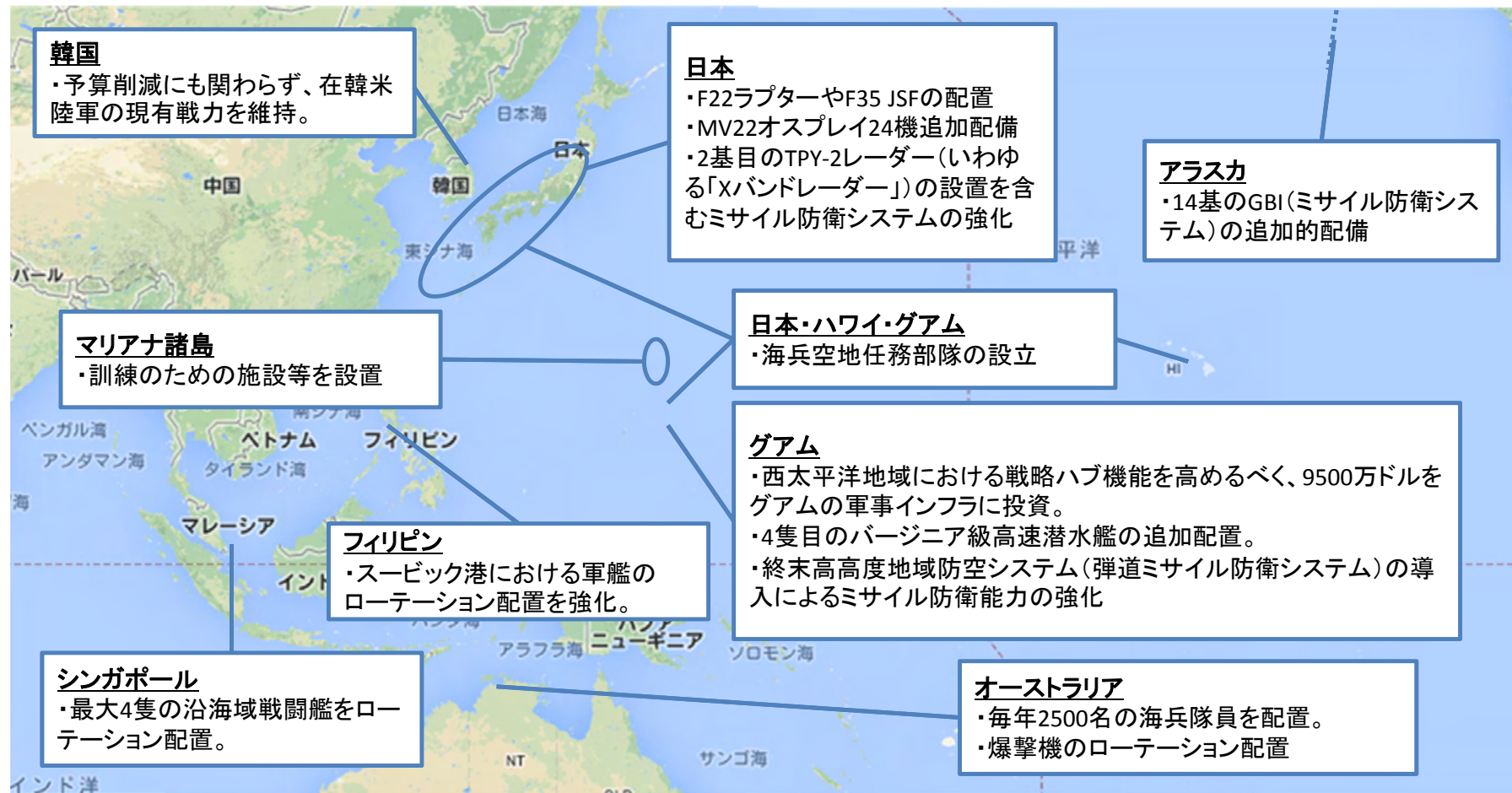
ティルトローター機
(写真はV-22 オsprey)

弾道ミサイル攻撃への対応

- あたご型イージス艦2隻のBMD艦化改修の継続 (102億円)
- PAC-3ミサイルの取得 (113億円)
- BMD用能力向上型迎撃ミサイル (SM-3Block II A) の日米共同開発 (51億円)
- 市ヶ谷基地へのPAC-3展開基盤等の整備 (17億円)

アジア太平洋地域における米軍のプレゼンスの強化（米軍リバランス）

- 2011年11月、オバマ大統領が豪州議会において、アジア太平洋地域におけるプレゼンス及び任務を最優先とすることを明言。
- 海軍については2020年までに戦力の60%を配置する見込みであり、今後数年で空母1隻、駆逐艦4隻、ズムウォルト級新型駆逐艦3隻、沿海域戦闘艦10隻、潜水艦2隻を太平洋地域に配備予定。空軍については海外戦力の60%を太平洋地域に既に配置している。



（注）Google Mapを使用。 （出典）2014年度大統領予算教書、ホワイトハウスHP、米国国防省HP等

人事制度改革をめぐる政府の方針等

平成25年度の防衛力整備等について(平成25年1月25日 安全保障会議決定閣議決定)

(別紙)平成25年度の防衛予算の編成の準拠となる方針

VI 防衛力の能力発揮のための基盤

(4) 効果的・効率的な防衛力整備

厳しい財政事情を踏まえ、現下の安全保障環境における喫緊の課題への対応に重点的に取り組むとともに、精強性向上の観点から自衛官の階級・年齢構成の適正化など人的資源の効果的な活用を図るほか、装備品等の効率的な取得のための取組を推進する。

特に、ライフサイクルコストの抑制を徹底して費用対効果を高めるとともに、昨年調達に係る不適切な事案を踏まえ、調達プロセスの透明化及び契約制度の適正化を推進する。

25年度編成の大臣折衝における合意事項

自衛官の実員数については、大綱・中期防の見直しにおいて、精強性向上の観点から若年化を含む自衛官の階級・年齢構成の適正化に向けた抜本的な人事制度改革を図ることを前提に、南西地域における情報収集・警戒監視や安全保障に万全を期すため、関連する自衛隊の部隊において計287名の自衛官の実員を増員するための所要の経費を措置すること。

経済財政運営と改革の基本方針～脱デフレ・経済再生～(平成25年6月14日閣議決定)

第2章 強い日本、強い経済、豊かで安全・安心な生活の実現

5. 長期的に持続可能な経済社会の基盤確保 (4) 安全・安心な社会の実現等 (消費者行政、治安・司法、防衛等)

(安全保障・防衛等)

また、厳しさを増す安全保障環境に即応し、我が国の防衛態勢を強化していく観点から現防衛大綱を見直し、自衛隊が求められる役割に十分対応できる実効的な防衛力の効率的な整備に向けて取り組み、本年中にその結論を得る。この際、精強性向上の観点から人事制度改革を図るとともに、規格の共通化、ライフサイクルを通じたプロジェクト管理の強化等の調達改革を進める。

大綱・中期防における人事制度改革に関する記述

防衛計画の大綱(平成22年12月17日 安全保障会議決定閣議決定) ⇒ 25年度中に見直し

Ⅵ 防衛力の能力発揮のための基盤

(1) 人的資源の効果的な活用

・・・同時に、自衛隊全体の人員規模及び人員構成を適切に管理し、精強性を確保する。その際、自衛隊が遂行すべき任務や体力、経験、技能等のバランスに留意しつつ士を増勢し、幹部及び准曹の構成比率を引き下げ、階級及び年齢構成の在り方を見直す。さらに、人員配置の適正化の観点から自衛官の職務の再整理を行い、第一線部隊等に若年隊員を優先的に充当するとともに、その他の職務について最適化された給与等の処遇を適用するなど、国家公務員全体の人件費削減の方向性に沿った人事施策の見直しを含む人事制度改革を実施する。以上に加え、民間活力の一層の有効活用等により、後方業務の効率化等、人員の一層の効率化を進め、人件費を抑制することにより、厳しい財政事情の中で有効な防衛力を確保する。この際、社会における退職自衛官の有効活用を図り、公的部門での受け入れを含む再就職援護や退職後の礼遇等に関する施策を推進し、これらと一体のものとして早期退職制度等の導入を図る。また、官民の協力や人的交流を積極的に進める。

中期防衛力整備計画(平成22年12月17日 安全保障会議決定閣議決定) ⇒ 廃止

Ⅲ 自衛隊の能力等に関する主要事業

5 防衛力の能力発揮のための基盤

(1) 人的資源の効果的な活用

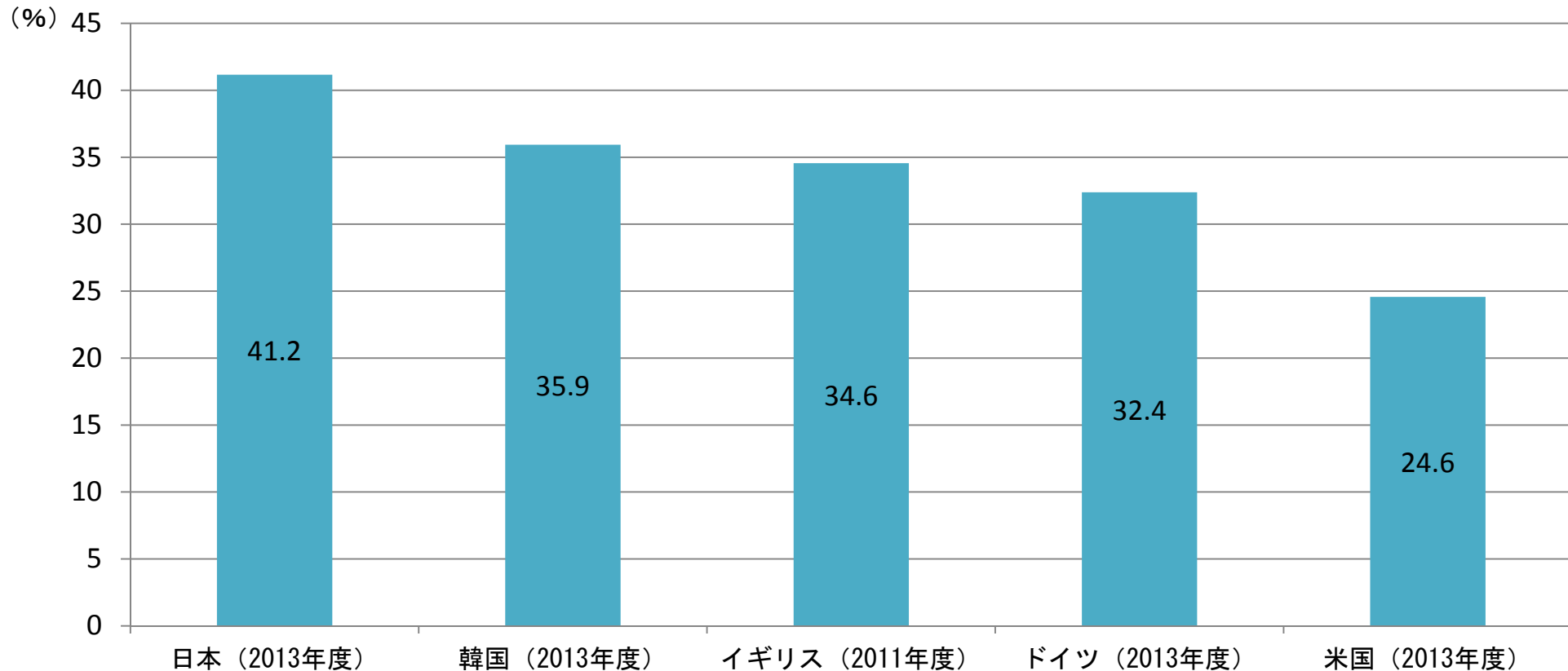
(イ) 人事施策の見直しを含む人事制度改革

自衛隊が遂行すべき任務や体力、経験、技能等のバランスに留意しつつ士を増勢し、幹部及び准曹の構成比率を引き下げ、階級及び年齢構成の在り方を見直し、一層の精強性を実現する。このため、自衛官の定員及び現員について階級別定数管理等の基本原則を確立の上、体系的な管理を行うための制度を構築する。その上で、第一線部隊等に若年隊員を優先的に充当するとともに、その他の職務について最適化された給与等の処遇を適用する制度を設計・導入するなどの人事制度改革を実施し、人件費の追加的な負担を招かない範囲で所要の実員を確保する。また、幹部・准曹・士の各階層の活性化を図るための施策を検討し、導入するほか、退職自衛官を社会で有効活用するための措置を着実に行いつつ、公的部門での受け入れを含む再就職援護や退職後の礼遇等に関する施策を推進し、これらと一体のものとして自衛官の早期退職制度等を検討し、導入する。

主要国における国防費全体に占める人件費の割合

○ 国防関係費に占める人件費の割合は、日本は相対的に高くなっている。

【参考】主要国における国防関係に占める人件費の割合



(出典)

韓国：国防省HP (Personnel expense(인건비)12兆3980億ウォン÷Defense budget(국방예산) 34兆4970億ウォン)

イギリス：UK Defense Statistics (Personnel Costs 128億4600万ポンド÷Defense Spending 371億6900万ポンド)

ドイツ：ドイツ防衛省HP (personnel expense(davon Personalausgaben) 107億7040万ユーロ÷Ceiling(Plafond) 332億5810万ユーロ)

米国：Office Of The Under Secretary Of Defense (Comptroller) 'National Defense Budget Estimate for 2014'

(Military Personnel 1607億6900万ドル÷Total National Defense (DoD Record) 6543億2700万ドル)

防衛装備品の調達改革をめぐる政府の方針

平成25年度の防衛力整備等について(平成25年1月25日安全保障会議決定、閣議決定)

(4) 効果的・効率的な防衛力整備

厳しい財政事情を踏まえ、現下の安全保障環境における喫緊の課題への対応に重点的に取り組むとともに、精強性向上の観点から自衛官の階級・年齢構成の適正化など人的資源の効果的な活用を図るほか、装備品等の効率的な取得のための取組を推進する。

特に、ライフサイクルコストの抑制を徹底して費用対効果を高めるとともに、昨年の調達に係る不適切な事案を踏まえ、調達プロセスの透明化及び契約制度の適正化を推進する。

25年度編成の大臣折衝における合意事項

現下の我が国周辺の安全保障環境の厳しさに鑑み、領土・領海・領空の防衛、各種事態に対応する即応性の向上、大規模災害等への対応能力の向上等に取り組む必要がある。このため、平成25年度の防衛関係費については、調達改革を強力に推進して平成26年度予算編成にその成果たるコスト削減を反映することを前提として、対前年度400億円増額すること。

経済財政運営と改革の基本方針～脱デフレ・経済再生～(平成25年6月14日閣議決定)

第2章 強い日本、強い経済、豊かで安全・安心な生活の実現

5. 長期的に持続可能な経済社会の基盤確保

(4) 安全・安心な社会の実現等(消費者行政、治安・司法、防衛等)

(安全保障・防衛等)

また、厳しさを増す安全保障環境に即応し、我が国の防衛態勢を強化していく観点から現防衛大綱を見直し、自衛隊が求められる役割に十分対応できる実効的な防衛力の効率的な整備に向けて取り組み、本年中にその結論を得る。この際、精強性向上の観点から人事制度改革を図るとともに、規格の共通化、ライフサイクルを通じたプロジェクト管理の強化等の調達改革を進める。

平成26年度予算の全体像(平成25年8月2日経済財政諮問会議とりまとめ)

2. 今後の経済財政運営政策の考え方

(2) 財政運営の在り方

【基本的な取組】

- ・「質」を重視した財政の仕組みを構築するため(中略) 防衛調達をはじめとする政府調達について、規格の共通化等の省庁・部局横断的な見直しを徹底

装備品等の調達効率化に係る施策について(概要)

平成25年8月
総合取得改革推進委員会公表資料

I 26年度予算に向けた装備品等の調達効率化の取組み

1 維持・整備方法の見直し (縮減額：約90億円)

定期整備間隔等の延伸により、維持整備コストの効率化を追求。

- ① 潜水艦ソーナー用ラバーウィンドウの換装間隔延伸
- ② 艦艇用ガスタービンエンジンの整備間隔延伸
- ③ 掃海・輸送ヘリ(MCH-101)エンジンのオーバーホール間隔延伸
- ④ 輸送機(C-130H)の定期整備間隔延伸

2 装備品のまとめ買い (縮減額：約440億円)

少量かつ長期間の整備により高価格となっている装備品等について、経費節減効果の見込まれるものを単年度にまとめて予算化し、効率化を追求。ただし、単年度での契約ベース予算額の増大に対応することが必要。

- ① 12式地对艦誘導弾のまとめ買い
- ② 交戦訓練用装置のまとめ買い
- ③ たかなみ型護衛艦の短SAMシステム機能向上用器材のまとめ買い
- ④ 戦闘機(F-2)能力向上レーダーのまとめ買い

(※) これらの他にも、陸・海・空で共通で装備しているUH/SH-60ヘリコプター、89式小銃等の装備品の調達についても、引き続き、一括した調達による経費の節減を図る。

3 民生品の使用・仕様の見直し (縮減額：約110億円)

費用対効果の観点から、民生品の使用や装備品の仕様を見直すことにより、コストダウンを追求。

- ① 災害派遣等多目的に対応する救難艦の建造にあたって商船仕様・民生品を活用
- ② P-3C搭載レーダーの能力向上にあたってより費用対効果の高い装置を活用
- ③ 港湾電話の民生品による代替

II 装備品の調達効率化に係る中長期的検討の方向性

1 プロジェクト管理の強化による装備品の費用対効果の向上

ライフサイクルを通じたプロジェクト管理の強化	<p><u>PM(プロジェクト・マネージャー)</u>及び<u>IPT(統合プロジェクトチーム)</u>、プロジェクト管理に関する事務を統括する体制を整備</p> <p>→26年度において、企画官(プロジェクト管理担当)5名要求</p>
	<p>25年度においては、F-35、P-1、C-2、UH-Xについて、<u>PM/IPT体制の下でのプロジェクト管理を試行的に開始</u></p> <p>→26年度において、プロジェクト管理への民間能力の活用、人材育成のため米国においてプロジェクト管理の研修の受講</p>
	<p>LCCの精緻化のため、<u>LCCの算定要領等の改善</u>、<u>LCCデータの収集整理</u>の検討を加速</p> <p>→26年度において、データベース構築の基礎となる分析調査、パイロットモデルの検証を実施</p>
	<p>LCC見積りと実績に一定以上の乖離が生じた場合に<u>仕様や事業計画の見直し等を含めた検証を行う制度</u>を年内に確立</p>
	<p>仕様の共通化・ファミリー化の拡大、民生品(COTS品)の活用を推進</p>

2 契約方式の改善・多様化による企業努力へのインセンティブ向上

原価積み上げ方式の見直し(適正な調達価格の設定)	<p>量産中期以降において、量産初期の原価情報(官側データ)を基に<u>調達価格を早期に確定化</u>することにより、企業側のインセンティブを引き出しつつ調達コストを下げしていく手法を検討</p> <p>→26年度において、装備品等の予定価格算定等に当って、新たな統計的処理等の手法を用いた装備品等に係るコストデータの有効活用のための調査研究を実施</p>
複数年度一括調達等の推進(長期契約の導入を含む)	<p><u>複数年度一括調達等の推進</u>により、企業側の製造能力等の固定資産の効率的な使用、<u>スケールメリットの追求</u>等を可能とし、コストダウンを促す</p> <p>取得に長期を要する装備品等の一括調達については、<u>5年を超える長期契約の導入</u>を検討</p>
JV型等の最適な受注体制の構築を可能とする企業選定方式の検討(※JV:ジョイント・ベンチャー)	<p><u>各企業の最も優れた技術</u>を組み合わせ、国際的にも<u>競争力を有する装備品の取得を可能とする企業選定方式</u>を検討</p>

3 即応性・対処能力の向上に向けたロジスティクス改革

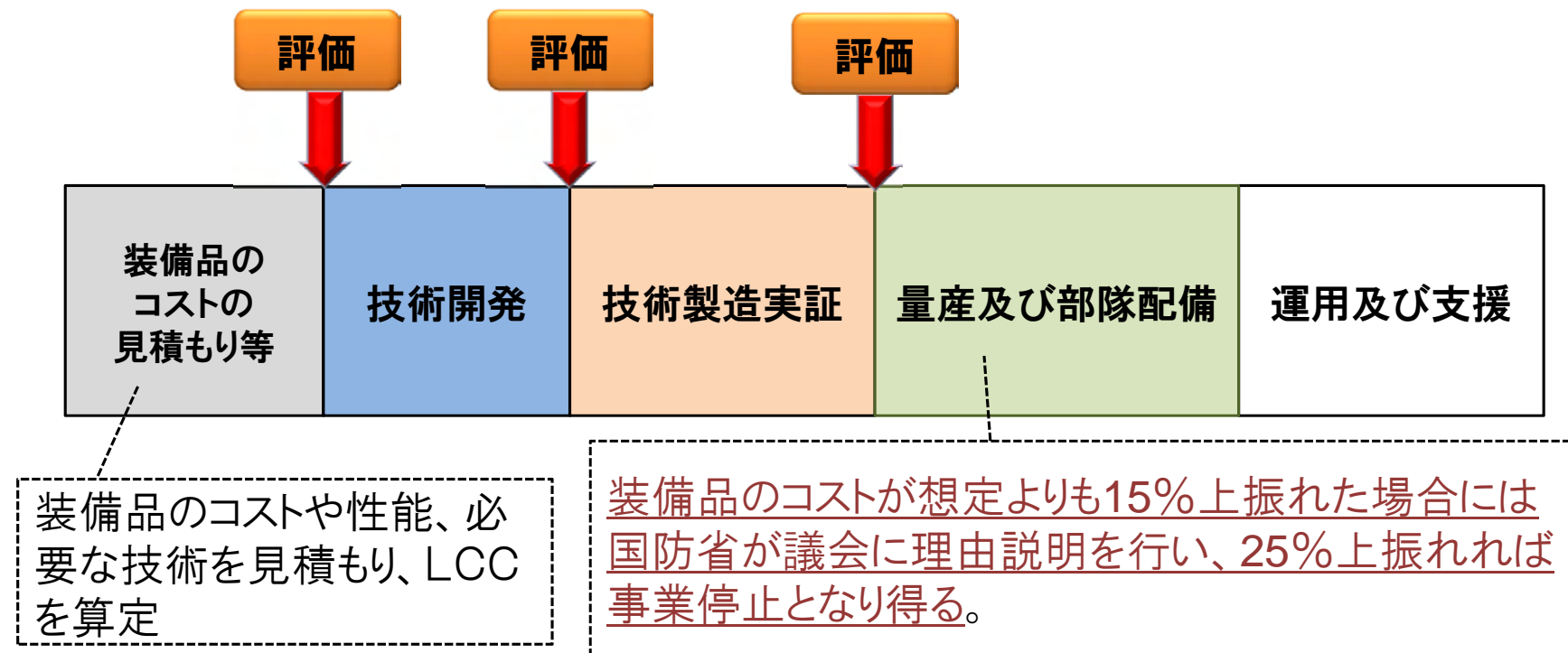
民間能力の有効活用等による装備品の可動率の向上	<p><u>装備品の可動率の向上等</u>を図りつつ、民間能力を活用し<u>維持・整備経費を抑制</u>することが可能な方策の検討 →26年度において、装備品等の可動率の維持・向上のための調査研究</p> <p>可動率の維持・向上等に向けたロジスティクス改革により得られたリソースは、<u>防衛力の整備に再投資し、防衛力の強化を推進</u></p>
PFI/PBL活用の拡大・深化による自衛隊活動支援	<p>パイロット・モデルの成果を踏まえ、<u>PBL対象装備品等の拡大、業務委託範囲の拡大(裁量の拡大)によるパフォーマンスの向上など</u>、即応性の向上に向けたPBL方式適用の拡大・深化について検討 →26年度において、より高度なPBL導入検討のための調査研究</p> <p><u>民間輸送力の活用</u>等に際しては、<u>PFI方式の導入可能性</u>を検討 →26年度において、機動展開における民間輸送力の活用施策に係る検討</p>

4 国際的な装備技術協力等を通じた防衛生産・技術基盤の強化

防衛生産・技術基盤戦略の策定	<p>防衛力の能力発揮のための基盤である我が国の防衛生産・技術基盤の維持・強化のため、<u>防衛生産・技術基盤全体の将来ビジョンを示す戦略</u>を策定(策定に際して、<u>主要な装備品分野の「強み」と「弱み」を把握する産業基盤調査</u>を実施)</p> <p>防衛生産・技術基盤の維持・強化の施策の一例として、<u>デュアルユース技術の活用等の促進、民間転用の推進</u>等について検討</p>
国際的な装備技術協力の促進・円滑化	<p>米英をはじめとする<u>諸外国との国際共同開発・生産</u>を積極的に推進</p> <p><u>武器輸出三原則等</u>の運用の現状が、近年の安全保障環境等に適合するものであるか検証し、必要な措置を講ずる</p>

米国におけるプロジェクト管理システムについて

- 1990年代半ば以降、欧米諸国ではプロジェクト管理等のビジネスの手法を防衛調達に適用してコスト削減と軍の対処能力維持を両立させようとするのが一般的。
- 例えば米国の国防調達では、コスト、性能、スケジュールを指標として設定し、節目ごとに評価を実施。
- 装備品のコストが想定よりも上振れた場合、議会への理由説明や事業停止といった対応が必要となる。



国内企業の製造参画による機体単価の上昇等

- 国内企業の製造参画により機体単価は上昇する傾向。
そのほか、初度費も発生。

【F-35A】

- 1機99億円（平成24年度米国より完成機4機を輸入）
- ⇒ 1機149億円（平成25年度国内組立機2機を調達）
※そのほか、国内企業参画に伴う初度費として、別途830億円計上



安全保障会議決定事項（平成22年12月20日）（閣議了解）抄

なお、一部の完成機輸入を除き、国内企業が製造に参画することとし、また、各年度の具体的整備に際しては、その時々における経済財政事情等を勘案し、国の他の緒施策との調和を図りつつ、これを行うものとする。

【多用途ヘリコプター】

- 米陸軍用UH-60：1機17.5億円
- ⇒ 陸自用UH-60JA（ライセンス国産）：1機33.7億円
- ※ ベースとなるのはいずれも米シコルスキー社のH-60型ヘリコプター。
- ※ 米国がこれらのヘリコプターを輸出する場合の価格は、米国内の調達価格と同じではない点に留意



国内企業が製造に参画する場合

- 装備品の維持・整備の基盤を国内に確保
- 装備品に関する最先端技術を吸収し、防衛生産・技術基盤の維持・育成・高度化に貢献
- 米軍への支援も可能

国際共同開発・生産について

- F-35Aは、米、英、伊等9ヶ国の国際共同開発機（日本は不参加）。
- 共同開発国は、開発設計段階で機体の基本性能や基本構造の在り方に
関与できるほか、製造・維持・継続開発段階でも、共同開発国の企業が
優先的に製造に参画。
- 共同開発国でない日本は、自国の要求性能を機体仕様への反映させる
ことができず、製造参画の範囲も限定。

- 欧米諸国では、開発・生産コストの高価格化に対応するため、同盟
国・友好国間での共同開発・生産への積極的な参加を推進。
- 維持コストについても、装備品の高度化に伴い一国で支えていくこと
は困難となっていることから、長期的な支援体制を世界的なサプライ
チェーンで構築していくことが見込まれる。

**日本においても、厳しい財政事情を踏まえ、装備品のコスト削減や防衛生産・技術
基盤の維持・強化を図るため、国際共同開発・生産を推進するとともに、必要に応
じ、武器輸出三原則等の見直しも含めて検討すべきではないか。**

飛行時間及び飛行時間関連経費

(平成25年度予算執行調査公表資料 (H25.7.29) より)

事業名	飛行時間及び飛行時間関連経費
概要	<p>航空自衛隊では、油購入費や航空機の修理等、航空機の維持運営に必要な経費について、操縦者又は航空機の1年間当たりの飛行時間(FH)を積算の基礎として予算に計上している。</p> <p>(注)FH関連経費(FHを積算の基礎とする経費)の総額は、航空自衛隊予算の約3割を占めている。</p>
調査結果	<p><u>外的要因の影響が少ない一部の機種において、予算と執行でFHの乖離(実績FHが予算積算上のFHを下回る)が生じているケースが認められた。また、FH関連経費についても、FHとの連動性が見受けられず、執行率が低いケースが見受けられた。</u></p> <p>→ <u>実績を考慮した積算方法の見直しや、経費節減や稼働率の向上等が見込める場合にFHを切り離した整備・補給方法を推進するなどの改善の余地が認められた。</u></p>
今後の改善点・検討の方向性	<p>装備品が高度化するにつれて維持運用経費も増加するという一般的傾向や厳しさを増す近年の安全保障環境を踏まえると、FH及びFH関連経費についても予算の一層の効率化が求められることから、<u>①適切な実績の反映、②真にFHとの連動が必要な経費は何かといった見直し、③民間の力を活用した整備・補給方法への見直し等を進めるべき。</u></p>

武器輸出三原則について

「武器」の輸出には外国為替及び外国貿易法及び輸出貿易管理令により経済産業大臣の許可が必要。

● **武器輸出三原則(佐藤内閣総理大臣、昭42年4月21日、衆・決算委)**

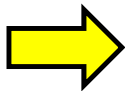
外国為替及び外国貿易管理法及び輸出貿易管理令についての政府の運用方針として、具体的には、①共産国向けの場合、②国連決議により武器等の輸出を禁止されている国向けの場合、③国際紛争の当事国又はそのおそれのある国向けの場合は、武器輸出は認められないこととされている旨を明らかにしたもの。

● **武器輸出に関する政府統一見解(三木内閣総理大臣、昭51年2月27日、衆・予算委)**

「武器」の輸出については、平和国家としての我が国の立場からそれによって国際紛争等を助長することを回避するため、政府としては、従来から慎重に対処しており、今後とも、次の方針により処理するものとし、その輸出を促進することはない。

- ①三原則対象地域については、「武器」の輸出を認めない。
- ②三原則対象地域以外の地域については、憲法及び外国為替及び外国貿易管理法の精神にのっとり、「武器」の輸出を慎むものとする。
- ③武器製造関連設備（輸出貿易管理令別表第一の第109の項など）の輸出については、「武器」に準じて取り扱うものとする。

内閣官房長官談話「防衛装備品等の海外移転に関する基準」(平成23年12月)

 ①平和貢献・国際協力に伴う案件と②我が国の安全保障に資する防衛装備品などの国際共同開発・生産に関する案件については、従来個別に行ってきた武器輸出三原則等の例外化措置における考え方を踏まえ、包括的に例外化措置を講じる。

(その際には、我が国政府と相手国政府との間で取り決める枠組において、我が国の事前同意なく、目的外使用や第三国移転がないことが担保されるなど厳格な管理が行われることが前提となる。)

※ 例外化措置後の国際共同研究の第一弾として、平成25年6月末に、「化学・生物防護技術に関する日英共同研究」の取決めが交わされた)

(注) このほか、「三原則上の輸出に当たるが三原則を適用しない」ケース(いわゆる武器輸出三原則の例外)もある。2004年の弾道ミサイル防衛(BMD)や2013年のF-35等がこれに該当する。

社会保障①

(社会保障・税一体改革関係)

平成25年10月16日(水)

財務省主計局

消費税率及び地方消費税率の引上げとそれに伴う対応について(抜粋) (平成25年10月1日閣議決定)

3. 社会保障制度改革

社会保障と税の一体改革は、社会保障の安定財源確保と財政健全化を同時に達成することを目指す観点から行われるものであり、政府は、受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度を確立するための社会保障制度改革を総合的かつ集中的に推進する。

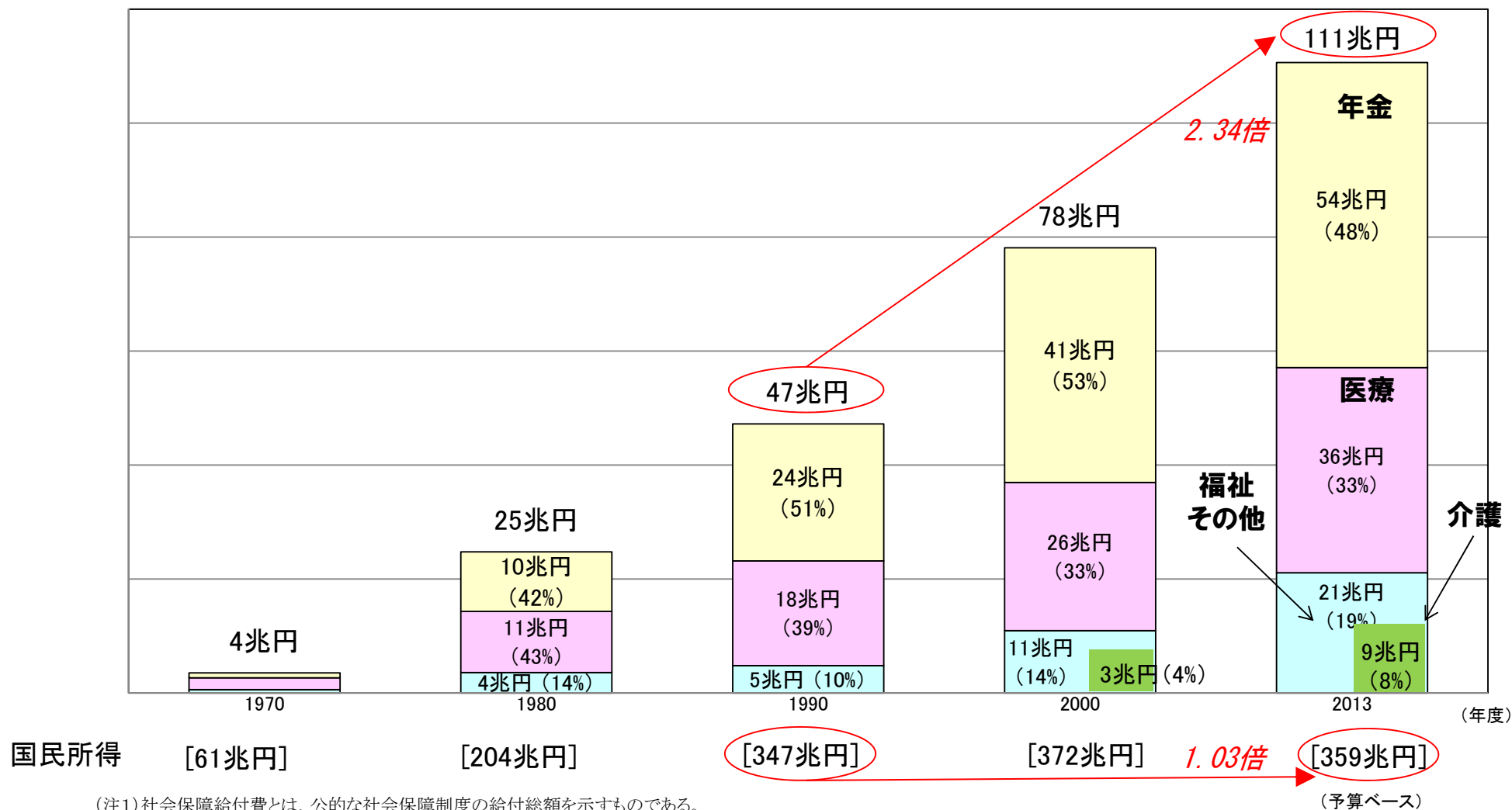
本年8月には、社会保障制度改革国民会議における審議の結果等を踏まえ、「社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について」（平成25年8月21日閣議決定）を決定し、社会保障制度改革について、その方向性とスケジュールを明らかにするとともに、消費税増収分と社会保障給付の重点化・効率化により必要な財源を確保しつつ行うこととしたところである。

政府は、この骨子に基づく法律案を速やかに策定し、次期国会冒頭に法案を提出した上で、基礎年金国庫負担割合の1/2への引上げを恒久化するほか、消費税増収分を活用した社会保障の充実策として、「待機児童解消加速化プラン」の推進をはじめとする子育て支援や国民健康保険制度等の低所得者保険料軽減措置の拡充などの低所得者対策などに着実に取り組んでいく。

社会保障給付費の推移

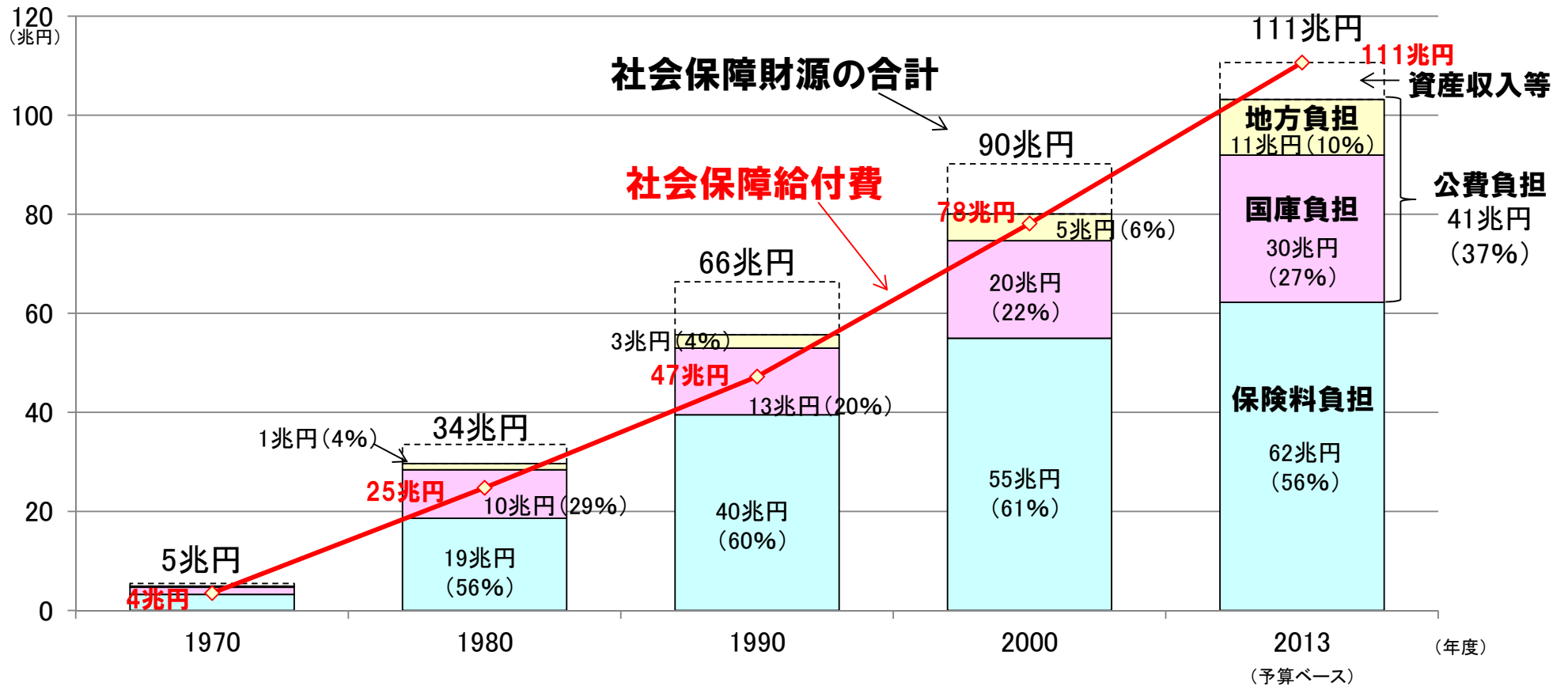
○ 1990年度には約47兆円であった社会保障給付費は、2013年度には約111兆円と2倍以上に増加。

(兆円)



社会保障財源の項目別推移

- 財源内訳を見れば、1990年度から2013年度では、社会保険料負担の増加が約40兆円から約62兆円と約1.5倍にとどまり、社会保障給付費の伸びを下回っているのに対し、1990年度には約16兆円であった社会保障給付費の公費負担は2013年度には約41兆円と2.5倍に達している。
- 日本の社会保障制度の特徴は、社会保険方式を採りながらも、社会保険料負担の伸び以上に公費負担への依存が増している点にあり、しかも、本来税財源により賄われるべき公費負担の財源について、特例公債を通じた将来世代への負担の先送りが続けられてきたことである。



(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。

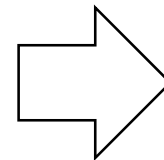
(注2) 2000年度以前は「平成21年度 社会保障給付費」(国立社会保障・人口問題研究所)

(注3) 各年度の社会保障財源の合計と社会保障給付費の差額は、年金の収支差(年金積立金の積み増し)等によるもの。

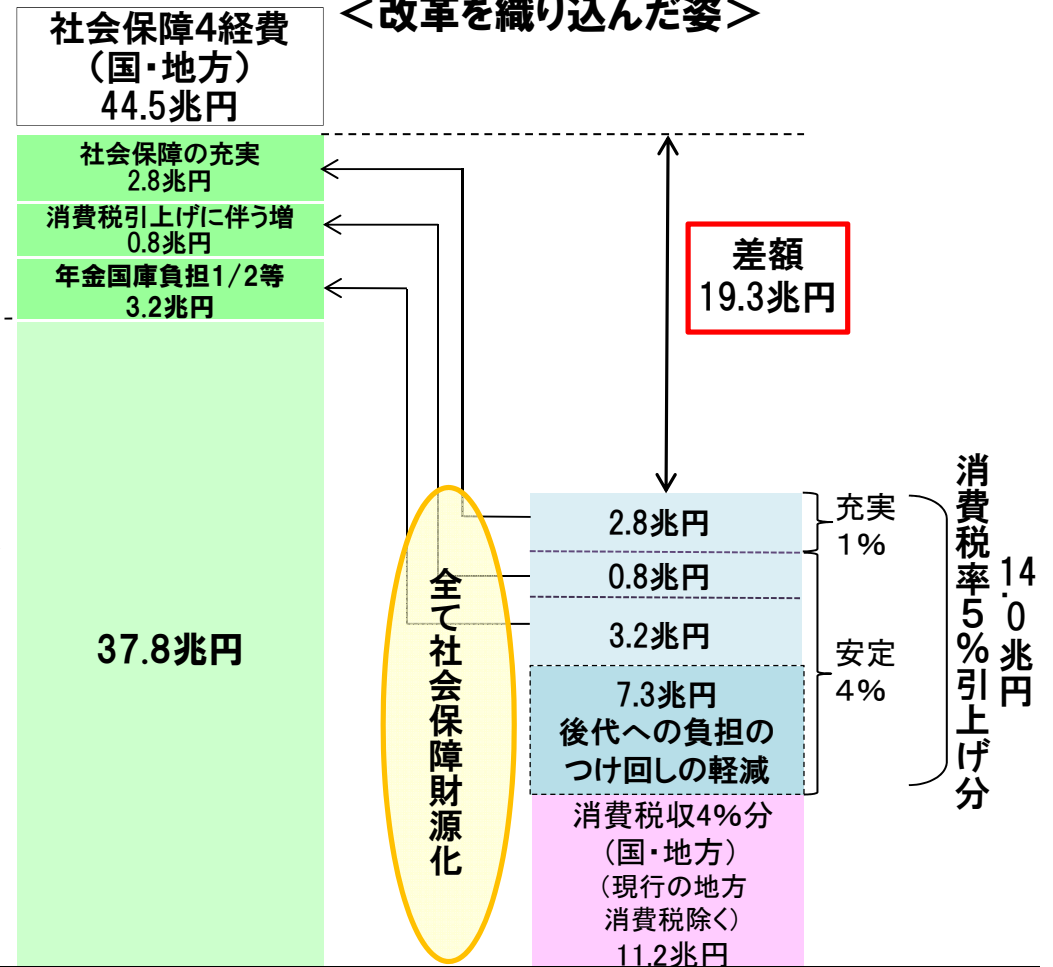
社会保障の安定財源確保

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

<改革を織り込んでいない姿>



<改革を織り込んだ姿>



(注1) 社会保障制度改革推進法では、「国民が広く受益する社会保障に係る費用をあらゆる世代が広く公平に分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」とされている(社会保障制度改革推進法第2条第1項4号)。

(注2) 計数は、2017年度時点の見込み。

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

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

社会保障制度改革国民会議について

- 社会保障制度改革国民会議（国民会議）は、社会保障制度改革推進法（改革推進法）に基づき、設置（設置期限：平成25年8月21日）。
- 改革推進法に規定された「基本的な考え方」、社会保障4分野（年金、医療、介護、少子化対策）に係る「改革の基本方針」及び3党実務者協議でとりまとめた「検討項目」に基づき、審議。
- 政府は、法律の施行後1年以内（平成25年8月21日まで）に、国民会議における審議の結果等を踏まえて、必要な法制上の措置を講ずることとされていたところ。（改革推進法第4条）

【国民会議の委員】

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

国民会議の開催状況

- 第1回（平成24年11月30日）
- 第2回（12月7日） ・社会保障4分野のこれまでの取組状況と今後の課題について意見交換
- 第3回（平成25年1月21日）（安倍政権発足後初会合、安倍総理ご出席）
- 第4回（2月19日） ・ヒアリング及び意見交換（経団連、経済同友会、日商、連合）
- 第5回（2月28日） ・ヒアリング及び意見交換（全国知事会、全国市長会、全国町村会、財政審）
- 第6回（3月13日）
・「基本的な考え方」の整理に向けた議論、これまでの議論の積み重ね等の共有（医療・介護シミュレーション等）
- 第7回（3月27日） 【医療・介護①】
・関係者を交えての議論（歯科医師会、薬剤師会、看護協会、四病協、老施協、民間介護事業推進委員会）
- 第8回（4月4日） 【医療・介護②】
・関係者を交えての議論（健保連、協会けんぽ、国保中央会、後期高齢者医療広域連合協議会）
- 第9回（4月19日） 【医療・介護中心の集中討議③】
・委員プレゼンテーション等、関係者を交えての議論（日本医師会） ・懇談会
- 第10回（4月22日） 【医療・介護④】 ・これまでの議論の整理（医療・介護）
- 第11回（5月9日） 【少子化対策①】 ・委員からのプレゼンテーション等
- 第12回（5月17日） 【少子化対策②、年金①】 ・これまでの議論の整理（少子化対策）
- 第13回（6月3日） 【年金②】 ・これまでの議論の整理（年金）
- 第14回（6月10日） ・2巡目の議論①
- 第15回（6月13日） ・2巡目の議論②
- 第16回（6月24日） ・2巡目の議論③
- 第17回（7月12日） ・報告書のとりまとめに向けた議論
- 第18回（7月29日） ・報告書のとりまとめに向けた議論
- 第19回（8月2日） ・報告書のとりまとめに向けた議論
- 第20回（8月5日） ・報告書のとりまとめ

【法案の趣旨等】

- 社会保障制度改革国民会議の審議の結果等を踏まえ、「社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について」を閣議決定（平成25年8月21日）
- この骨子に基づき、「法制上の措置」として、社会保障制度改革の全体像・進め方を明示するものとして提出するもの

【法案の主な概要】

■ 講ずべき社会保障制度改革の措置等

受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため、医療制度、介護保険制度等の改革について、①改革の検討項目、②改革の実施時期と関連法案の国会提出時期の目途を明らかにするもの

- **少子化対策**（既に成立した子ども・子育て関連法、待機児童解消加速化プランの着実な実施 等）
- **医療制度**（病床機能報告制度の創設・地域の医療提供体制の構想の策定等による病床機能の分化及び連携、国保の保険者・運営等の在り方の改革、後期高齢者支援金の全面総報酬割、70～74歳の患者負担・高額療養費の見直し、難病対策 等）
- **介護保険制度**（地域包括ケアの推進、予防給付の見直し、低所得者の介護保険料の軽減 等）
- **公的年金制度**（既に成立した年金関連法の着実な実施、マクロ経済スライドの在り方 等）

※ 医療サービスの提供体制、介護保険制度及び難病対策等については平成26年通常国会に、医療保険制度については平成27年通常国会に、必要な法律案を提出することを目指すものと規定。

■ 改革推進体制

上記の措置の円滑な実施を推進するとともに、引き続き、中長期的に受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度を確立するための検討等を行うため、関係閣僚からなる社会保障制度改革推進本部、有識者からなる社会保障制度改革推進会議を設置

■ 施行期日

公布の日（一部を除く。）

社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子による社会保障制度改革の工程表(平成29年度まで)

		25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
少子化対策			<ul style="list-style-type: none"> 子ども・子育て支援法に基づく保育緊急確保事業、子どものための教育・保育給付及び地域子ども・子育て支援事業(含:待機児童解消加速化プラン) 社会的養護の充実 <p>※次世代育成支援対策推進法(26年度末までの時限立法)の延長を検討</p>			
医療制度	医療サービス等の提供体制		<p>現行医療計画(～29年度) *30年度～次期医療計画</p> <p>必要な措置を29年度までを目途に順次講ずる</p> <p>▲一環として法律案の26年通常国会への提出を目指す</p> <p>【検討事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①病床の機能分化・連携及び在宅医療・在宅介護の推進 <ul style="list-style-type: none"> ・病床機能に関する情報を都道府県に報告する制度の創設 ・地域医療ビジョンの策定及びこれを実現するために必要な措置(必要な病床の適切な区分の設定、都道府県の役割の強化等) ②地域における医師、看護職員等の確保及び勤務環境の改善等に係る施策 ③医療職種の業務範囲及び業務の実施体制の見直し など 			
	医療保険		<p>必要な措置を26年度から29年度までを目途に順次講ずる</p> <p>▲法改正が必要な措置について法律案の27年通常国会への提出を目指す *支援金等の現行の特例措置が26年度末で終了</p> <p>【検討事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①医療保険制度の財政基盤の安定化 <ul style="list-style-type: none"> ・国保の財政支援の拡充 ・国保の保険者、運営等の在り方に関し、上記の国保の財政支援の拡充により、国保の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、国保の財政運営を始めとして都道府県が担うことを基本としつつ、保険料の賦課徴収、保健事業の実施等に関する市区町村の積極的な役割が果たされるよう都道府県・市区町村で適切に役割分担するために必要な措置 ・平成25年健保法等改正法附則2条に規定する所要の措置(協会けんぽの国庫補助率や高齢者の医療の費用負担の在り方) ②保険料に係る国民の負担に関する公平の確保 <ul style="list-style-type: none"> ・国保・後期高齢者医療制度の低所得者の保険料負担を軽減する措置 ・後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入 ・所得水準の高い国保組合に対する国庫補助の見直し ・国保の保険料の賦課限度額・被用者保険の標準報酬月額の上限額の引上げ ③保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等 <ul style="list-style-type: none"> ・低所得者の負担に配慮しつつ行う、70-74歳の一部負担金の取扱い及びこれと併せて検討する負担能力に応じた負担の観点からの高額療養費の見直し ・医療提供施設相互間の機能の分担や在宅療養との公平の観点からの外来・入院に関する給付の見直し など <p>※上記措置の実施状況等を踏まえ、高齢者医療制度の在り方等について、必要に応じ検討</p>			
	難病対策・小児慢性特定疾患対策		<p>必要な措置を26年度を目途に講ずる</p> <p>▲法律案の26年通常国会への提出を目指す</p> <p>【検討事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・難病対策に係る都道府県の超過負担の解消 ・公平かつ安定的な医療費助成の制度の確立 			
介護保険制度		第5期介護保険事業計画(～26年度)		第6期介護保険事業計画(～29年度)		
	介護保険制度		<p>▲法律案の26年通常国会への提出を目指す</p> <p>必要な措置を27年度を目途に講ずる</p> <p>【検討事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療・在宅介護の連携の強化 ・高齢者の生活支援・介護予防に関する基盤整備 ・認知症に係る施策 ②地域支援事業の見直しと併せた地域の実情に応じた要支援者への支援の見直し <ul style="list-style-type: none"> ※後期高齢者支援金の全面総報酬割に係る検討状況等を踏まえ、介護納付金の総報酬割について検討し、必要な措置を講ずる ③一定以上の所得を有する者の利用者負担の見直し ④いわゆる補給給付の支給の要件に資産を勘案する等の見直し ⑤特別養護老人ホームに係る施設介護サービス費の支給対象の見直し ⑥低所得の第一号被保険者の介護保険料の負担軽減 ⑦介護報酬に係る適切な対応の在り方 など 			
公的年金制度		<p>・基礎年金の国庫負担割合の2分の1への恒久的な引上げ</p> <p>・遺族基礎年金の支給対象の拡大</p> <p>・年金生活者支援給付金の支給</p> <p>・老齢基礎年金の受給資格期間の短縮</p> <p>【検討事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①マクロ経済スライドに基づく年金給付の額の改定の在り方 ②短時間労働者に対する厚生年金保険・健康保険の適用範囲の拡大 ③高齢期における職業生活の多様性に応じ、一人一人の状況を踏まえた年金受給の在り方 ④高所得者の年金給付の在り方・公的年金等控除を含めた年金課税の在り方を見直し ⑤①～④のほか、必要に応じ行う見直し 				

※ 本工程表は、「社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく『法制上の措置』の骨子について」(平成25年8月21日閣議決定)に盛り込まれた講ずべき社会保障制度改革の措置等のうち、講ずる時期等が明示されている措置や検討事項の内容について記載したものである。

社会保障の充実

社会保障・税一体改革による社会保障の充実

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

子ども・子育て

○子ども・子育て支援の充実(待機児童の解消などの量的拡充と質の向上)

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

0.7兆円程度

医療・介護

○医療・介護サービスの提供体制改革

①病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等

- ・病床の機能分化と連携を進め、発症から入院、回復期(リハビリ)、退院までの流れをスムーズにすることで、早期の在宅・社会復帰を可能にする。
- ・在宅医療・介護を推進し、地域での生活の継続を支える。
- ・医師、看護師等の医療従事者を確保する。

(新たな財政支援制度の創設、診療報酬に係る適切な対応の在り方の検討・必要な措置)

②地域包括ケアシステムの構築

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

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

○難病、小児慢性特定疾患に係る公平かつ安定的な制度の確立

○医療・介護保険制度の改革

①医療保険制度の財政基盤の安定化

- ・低所得者が多く加入する国民健康保険への財政支援の拡充(国民健康保険の保険者、運営等の在り方に関する改革の前提として行われる財政支援の拡充を含む)
- ・協会けんぽに対する国庫補助

②保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

- ・国民健康保険等の低所得者保険料軽減措置の拡充
- ・後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

③保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等

- ・低所得者に配慮しつつ行う高額療養費の見直し
- ・医療提供施設相互間の機能の分担や在宅療養との公平の観点からの外来・入院に関する給付の見直し

④介護給付の重点化・効率化

- ・一定以上の所得を有する者の利用者負担の見直し

⑤介護保険の一号保険料の低所得者軽減強化

など

1.5兆円程度

※充実と重点化・効率化を併せて実施

年金

○現行制度の改善

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

0.6兆円程度

* 2017年度時点では、3.2兆円程度の見込み。

(注)上記の表は、消費税増収分を活用した社会保障の充実について、公費に影響のあるものについて整理したものである。

所要額(公費※)合計 = 2.8兆円程度 ※ 消費税財源(平年度ベース)

平成26年度における社会保障の充実に係る事項要求の考え方について（案） （厚生労働省・内閣府）

厚生労働省・内閣府
与党部会提出資料

- 消費税引上げによる増収分は、全て社会保障の充実・安定化に向けてのこととなっており、平成26年度の増収額(5.1兆円程度※2)については、基礎年金国庫負担割合の1/2への恒久的引上げ等(2.95兆円程度)による社会保障の安定化のほか、0.5兆円程度を「社会保障の充実」に充てる。
- 以下の内容は、現時点の厚生労働省・内閣府の考え方を示すものであり、今後の予算編成過程で引き続き検討・調整を行う。

子ども・子育て支援	<ul style="list-style-type: none"> ○「待機児童解消加速化プラン」の推進 <ul style="list-style-type: none"> ・29年度末までに約40万人分の保育の受け皿を確保することとし、新制度の施行を待たずに、25・26年度で約20万人分を確保する。 ○新制度への円滑な移行を図るための保育緊急確保事業(子ども・子育て支援法附則) ○社会的養護の充実 	～0.3兆円程度～
医療・介護	①医療・介護サービスの提供体制改革 <病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等> ○病床の機能分化と連携を進め、発症から入院、回復期(リハビリ)、退院までの流れをスムーズにしていくことで、早期の在宅・社会復帰を可能にする。 ○在宅医療・介護を推進し、地域での生活の継続を支える。 ○医師、看護師等の医療従事者を確保する。	～0.1兆円程度～
	<地域包括ケアシステムの構築> 介護が必要になっても住み慣れた地域で暮らせるよう、介護・医療・予防・生活支援・住まいが一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築するための取組を行う。	
	②医療保険制度の改革 国民健康保険等の低所得者保険料軽減措置の拡充 ※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についても今後実施する予定(1,700億円程度)	620億円程度
	低所得者に配慮しつつ行う高額療養費の見直し(27年1月実施)	50億円程度
③難病・小児慢性特定疾患に係る公平かつ安定的な制度の確立	難病対策に係る都道府県の超過負担の解消を図るとともに、難病及び小児慢性特定疾患に係る公平かつ安定的な医療費助成の制度を確立する。(27年1月実施)	～300億円程度～
年金	遺族年金の父子家庭への拡大	10億円程度
合 計		0.5兆円程度

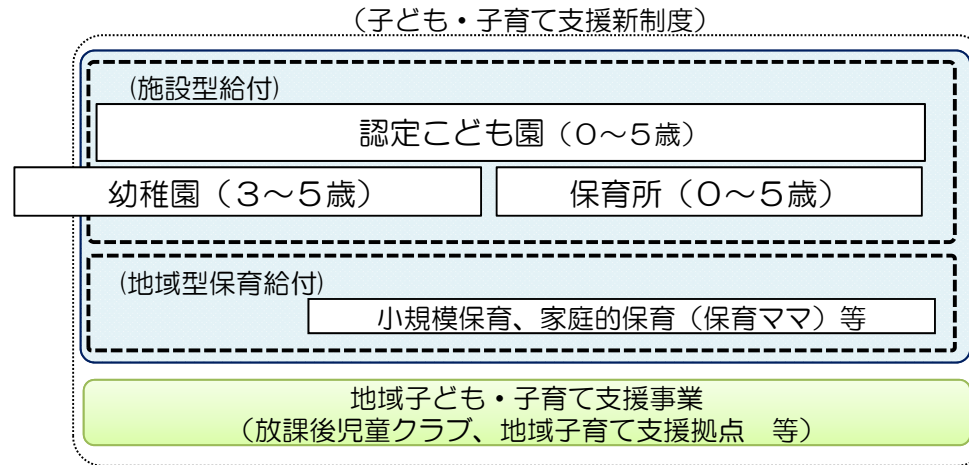
※1 このほか、消費税引上げに伴う社会保障支出の増についても、予算編成過程で検討。

※2 上記の数字は公費(国及び地方の合計額)であり、国及び地方の内訳についても予算編成過程で検討するが、現行制度における国と地方の負担割合は、全体として、子ども・子育て分野では概ね1:1、医療保険分野では概ね2:1、介護分野では概ね1:1となっている。

※本資料は厚生労働省・内閣府の要求府省としての事項要求の考え方を示したものであり、具体的には今後の予算編成において検討・調整。

① 幼児期の学校教育・保育・子育て支援について共通の仕組みを構築

◇ 幼児期の学校教育、保育、子育て支援の充実



② 市町村が計画的に待機児童解消などの地域の子育て基盤を整備 (市町村の責務として位置づけ)

◇ 市町村は地域の需要 (潜在的な需要を含む) を把握し、需要を満たすための計画を策定

③ 認可制度の改善等により保育需要の増大に対応

◇ 認可制度の見直しにより、大都市部の保育の需要増大に対応

- ・ 欠格事由に該当したり、需給調整が必要な場合を除き、質を満たしたものを「認可するものとする」(認可の恣意性の排除)ことで、大都市部の保育需要に機動的な対応が可能。

◇ 小規模保育等の新設 (特に場所等の確保が難しい大都市部の保育需要増大、地域の保育の確保に対応)

- ・ 保育ママ、20人未満の小規模保育等に対して支援

■ 待機児童の解消

■ 地域の
子育て支援の充実

子ども・子育て支援法に基づく給付・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

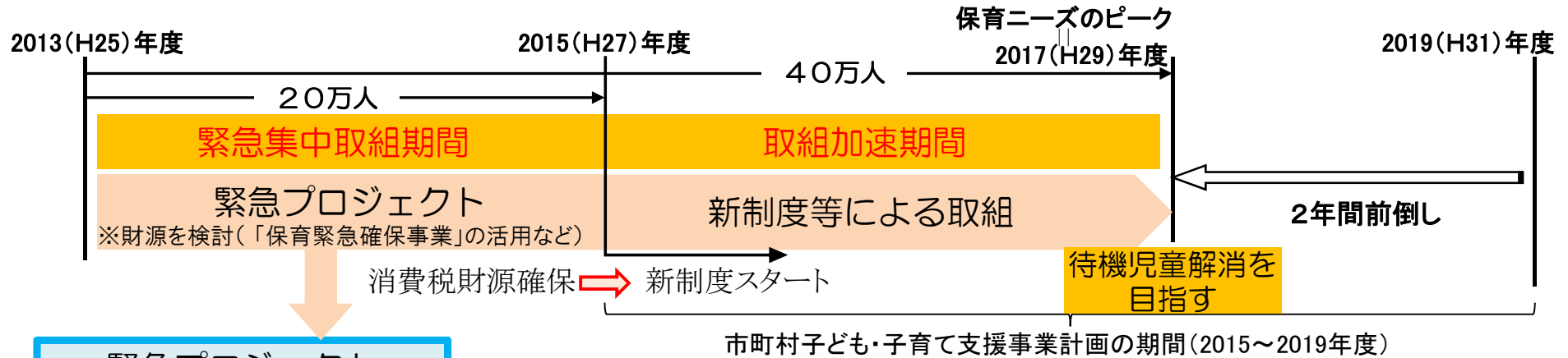
■ 放課後児童クラブ

■ 妊婦健診

待機児童解消加速化プラン

- ◆待機児童の解消に向け、2年後の子ども・子育て支援新制度の施行を待たずに、地方自治体に対し、できる限りの支援策を講じる。
- ◆足下2年間の「緊急集中取組期間」と、新制度で弾みをつける「取組加速期間」で、待機児童の解消を図る。

- ▶ 「**緊急集中取組期間**」(平成25・26年度)で**約20万人分の保育を集中的に整備できるよう、国として万全な支援を用意**。
※地方自治体が更にペースアップする場合にも対応。
- ▶ 「**取組加速期間**」(平成27～29年度)で更に整備を進め、**上記と合わせて、潜在的なニーズを含め、約40万人分の保育の受け皿を確保**。
- ▶ 保育ニーズのピークを迎える**平成29年度末までに待機児童解消を目指す**。



緊急プロジェクト

支援パッケージ ～5本の柱～

- ① 賃貸方式や国有地も活用した保育所整備（「ハコ」）
- ② 保育の量拡大を支える保育士確保（「ヒト」）
- ③ 小規模保育事業など新制度の先取り
- ④ 認可を目指す認可外保育施設への支援
- ⑤ 事業所内保育施設への支援

取組自治体

※保育緊急確保事業その他の消費税財源を用いた施策として行うほか、所要の財源を検討。

保育緊急確保事業

- 保育緊急確保事業は、子ども・子育て支援法附則第10条に基づき、新制度に基づく給付・地域子ども・子育て支援事業への円滑な移行を図るため、平成26年度から本格施行までの間、保育の需要の増大等への対応として、本格施行時の子ども・子育て支援事業等の一部を前倒して実施するもの。

子ども・子育て支援法(平成24年法律第65号)

附 則

第10条 旧児童福祉法第56条の8第1項に規定する特定市町村(以下この条において「特定市町村」という。)は、市町村子ども・子育て支援事業計画に基づく子どものための教育・保育給付及び地域子ども・子育て支援事業の実施への円滑な移行を図るため、施行日の前日までの間、小学校就学前子どもの保育その他の子ども・子育て支援に関する事業であって内閣府令で定めるもの(以下この条において「保育緊急確保事業」という。)のうち必要と認めるものを旧児童福祉法第56条の8第2項に規定する市町村保育計画に定め、当該市町村保育計画に従って当該保育緊急確保事業を行うものとする。

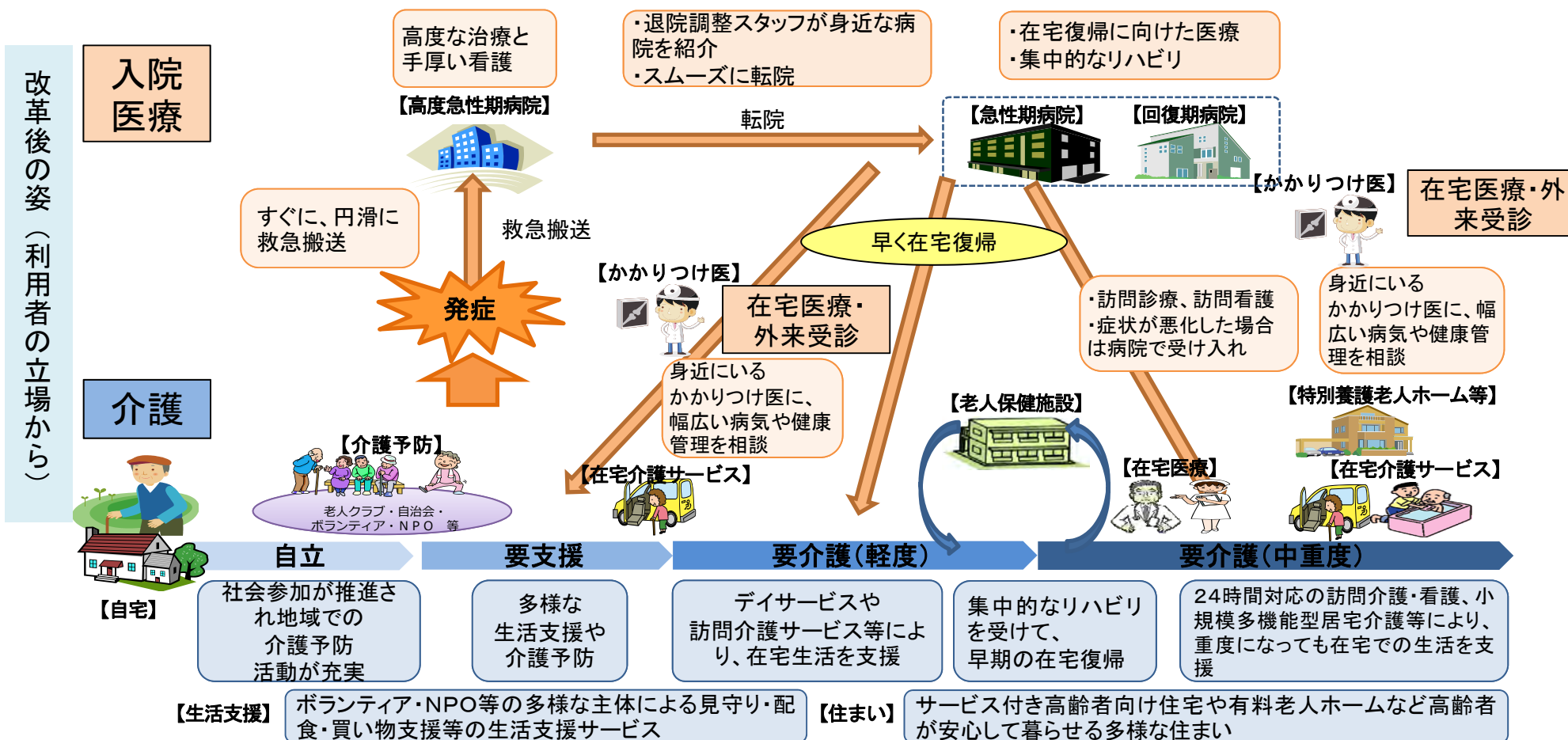
- 待機児童が50人以上いる特定市町村は、市町村保育計画に盛り込んだ上で、保育緊急確保事業を実施することが義務であり、それ以外の市町村も、実施計画を策定した上で実施することができる。

医療・介護の提供体制の見直し

医療・介護

厚生労働省資料を基に作成

- 医療・介護サービスについては、2025(平成37)年に向け、住み慣れたまちで、安心して、その人に応じた適切なサービスを受けられる社会を目指し、効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステム(医療、介護、住まい、予防、生活支援サービスが身近な地域で包括的に確保される体制)を構築することが必要。
- このため、26年通常国会に必要な法律案を提出するとともに、29年度までを目途に順次必要な措置を講じていく。



医療提供体制の各国比較(2010年)

○ 日本は諸外国に比べても人口当たり病床数が多い一方で病床当たり職員数が少ないことが、密度の低い医療ひいては世界的に見ても長い入院期間をもたらしている。(国民会議報告書(抄))

国名	平均在院日数	人口千人当たり病床数	病床百床当たり臨床医師数	人口千人当たり臨床医師数	病床百床当たり臨床看護職員数	人口千人当たり臨床看護職員数
日本	32.5 (18.2)	13.6	16.4	2.2	74.3	10.1
ドイツ	9.6 (7.3)	8.3	45.2	3.7	136.7	11.3
フランス	12.7 (5.2)	6.4	#50.9	#3.3	#131.5	#8.5
イギリス	7.7 (6.6)	3.0	91.8	2.7	324.7	9.6
アメリカ	6.2 (5.4)	3.1	79.4	2.4	#350.8	#11.0

(出典):「OECD Health Data 2012」

注1 「人口千人当たり病床数」、「病床百床当たり臨床医師数」及び「病床百床当たり臨床看護職員数」について、アメリカは2009年のデータ。

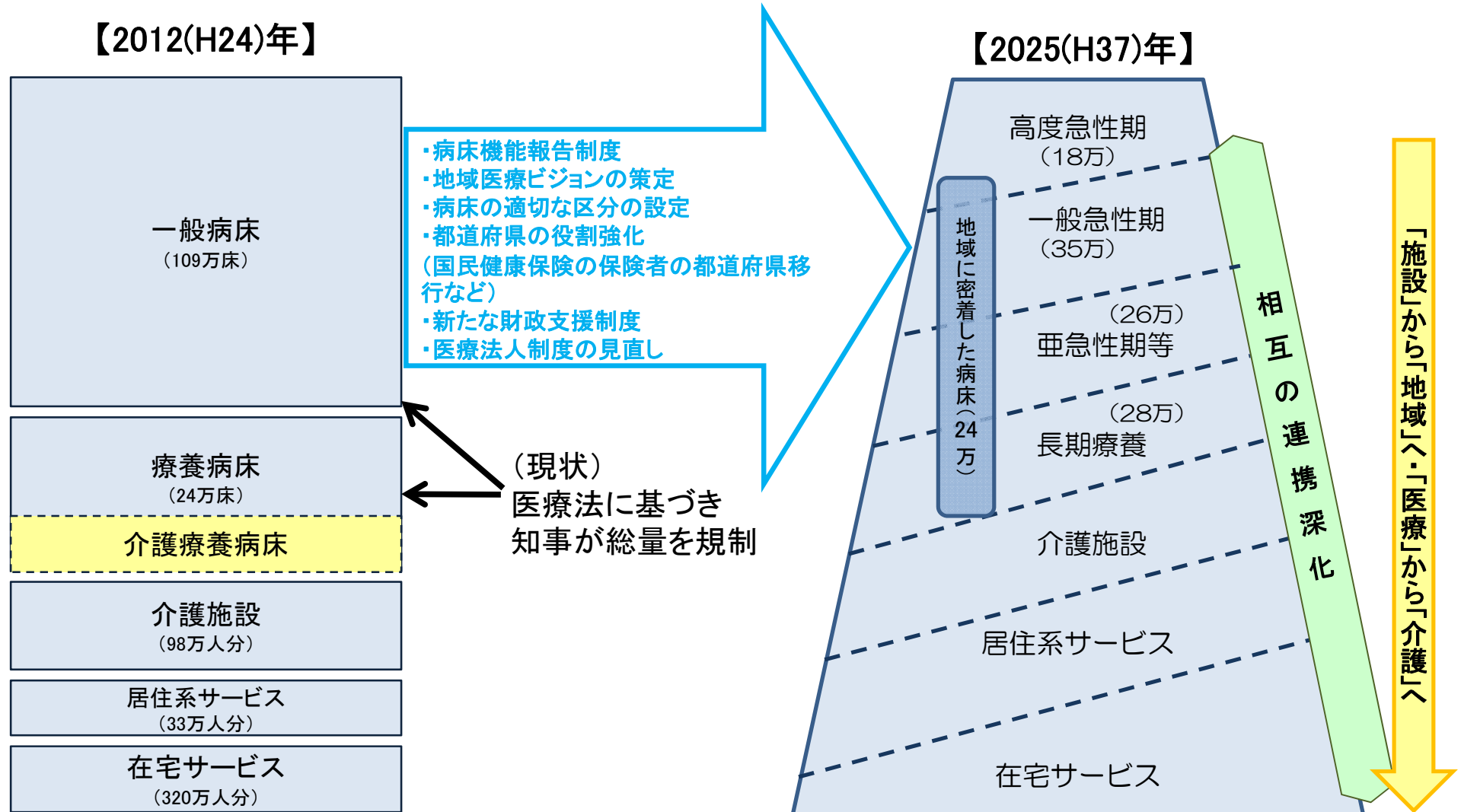
注2 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注3 病床百床あたり臨床医師数ならびに臨床看護職員数は、総臨床医師数等を病床数で単純に割って百をかけた数値である。

注4 平均在院日数のカッコ書きは、急性期病床(日本は一般病床)における平均在院日数である。

医療提供体制改革の方向性

- 医療の機能分化を進めるとともに急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、後を引き継ぐ回復期等の医療や介護サービスの充実によって総体としての入院期間をできるだけ短くして早期の家庭復帰・社会復帰を実現し、同時に在宅医療・在宅介護を大幅に充実させ、地域での包括的なケアシステムを構築して、医療から介護までの提供体制間のネットワークを構築することにより、利用者・患者のQOLの向上を目指す(国民会議報告書(抄))

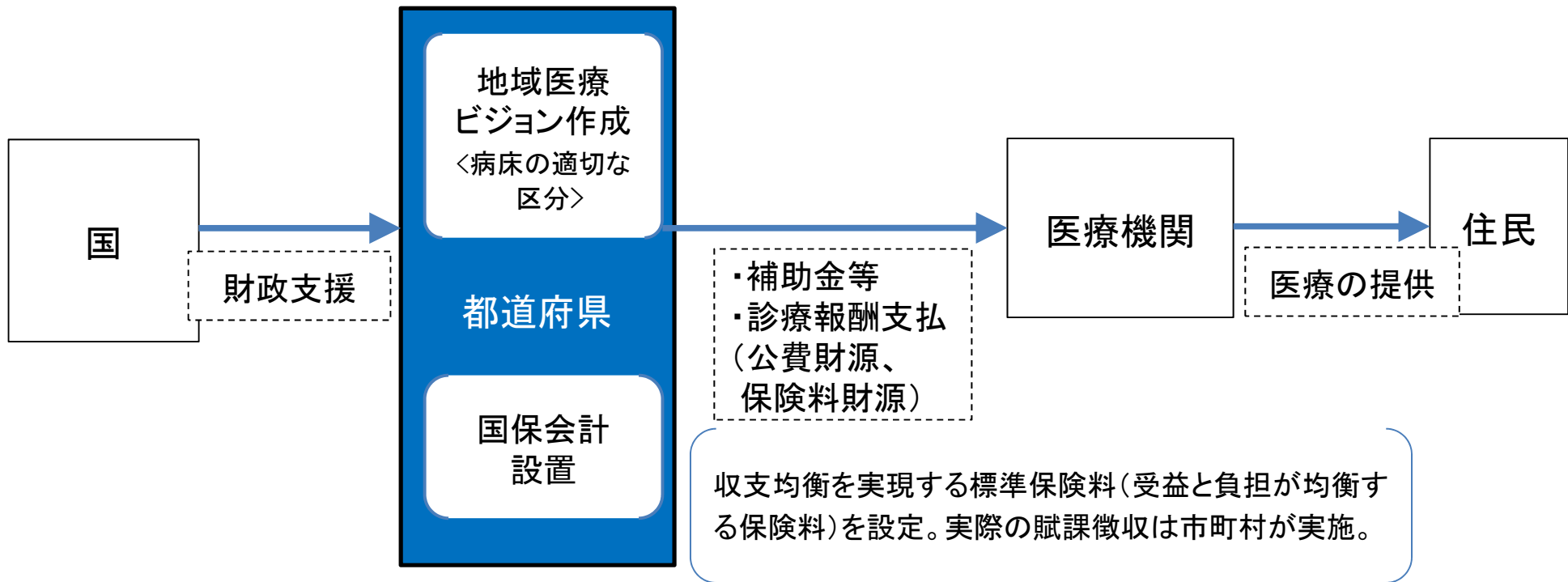


国民健康保険の保険者の都道府県移行の意義①

○医療提供体制改革としての意義

- 国民健康保険に係る財政運営の責任を担う主体（保険者）を都道府県とすることにより、都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担の在り方を総合的に検討することが可能となる。

<地域医療改革のイメージ>



地域医療ビジョン等に基づき、地域ニーズ・適切な住民負担(保険料)を踏まえた医療提供体制整備等
→ 適切な医療提供水準の実現

国民健康保険の保険者の都道府県移行の意義②

厚生労働省資料
を基に作成

○医療保険制度改革としての意義

(現状)

- ・保険財政運営が不安定となるリスクの高い小規模保険者の存在
- ・地域ごとの保険料格差が非常に大きい



(改革の効果)

- 財政基盤の安定化
- 保険料負担の平準化

【国民健康保険の現状の課題】

①年齢構成が高く、医療費水準が高い

- ・65～74歳の割合:国保(31.3%)、健保組合(2.5%)
- ・一人あたり医療費:国保(30.9万円)、健保組合(14.2万円)

②所得水準が低い

- ・加入者一人当たり平均所得:国保(83万円)、健保組合(198万円(推計))
- ・無所得世帯割合:23.5%

③保険料負担が重い

- ・加入者一人当たり保険料/加入者一人当たり所得 市町村国保(9.9%)、健保組合(5.0%) ※健保は本人負担分のみの推計値

④保険料(税)の収納率低下

- ・収納率:平成11年度 91.38% → 平成23年度 89.39%
- ・最高収納率:94.60%(島根県)
- ・最低収納率:85.32%(東京都)

⑤一般会計繰入・繰上充用

- ・市町村による法定外繰入額:約3,900億円 うち決算補てん等の目的:約3,500億円
- ・繰上充用額:約1,500億円
- ※ 繰上充用...一会計年度経過後に至って歳入が歳出に不足するときは翌年度の歳入を繰り上げてこれに充てること。

⑥財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在

- ・1717保険者中3000人未満の小規模保険者 422 (全体の1/4)

⑦市町村間の格差

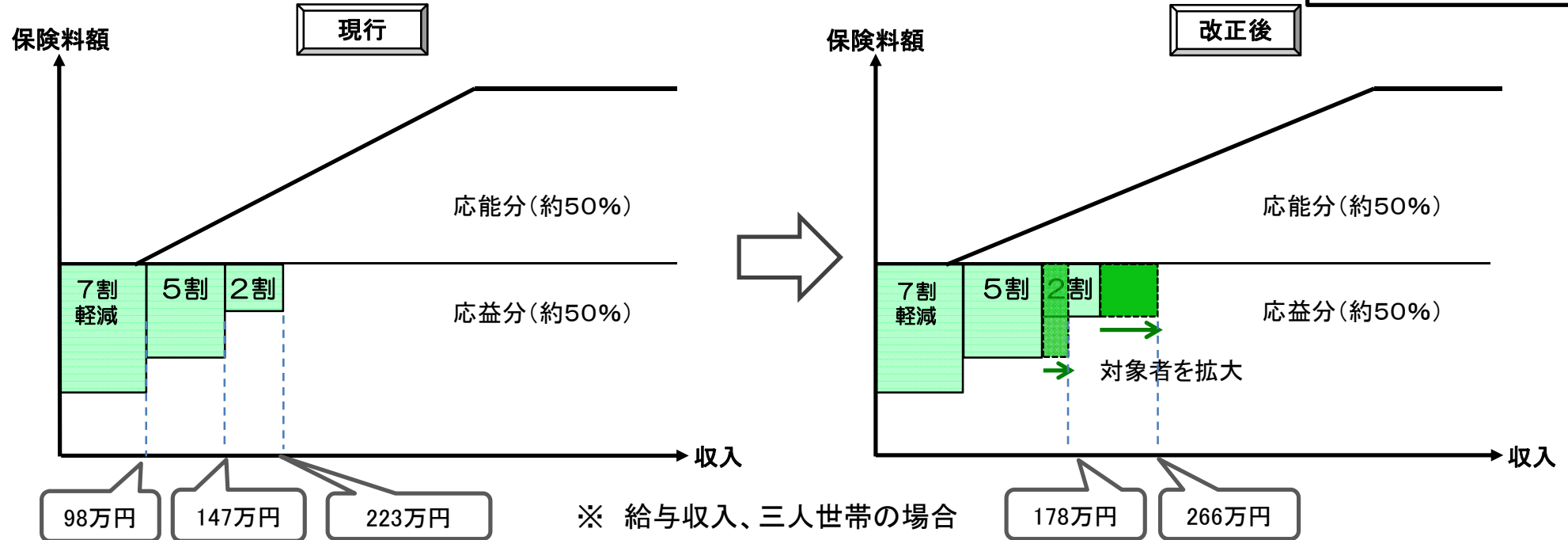
- ・一人あたり医療費の都道府県内格差 最大:2.6倍(沖縄県) 最小:1.2倍(富山県)
- ・一人あたり所得の都道府県内格差 最大:6.5倍(秋田県) 最小:1.3倍(富山県)
- ・一人当たり保険料の都道府県内格差 最大:2.8倍(長野県) 最小:1.3倍(富山県)

国民健康保険・後期高齢者医療の低所得者の保険料軽減措置の拡充

○ 国民健康保険・後期高齢者医療の保険料の軽減判定所得の基準を見直し、保険料の軽減対象を拡大する。

<国民健康保険制度の場合> ※さらに保険料が軽減される者 400万人

厚生労働省与党部会
提出資料



《具体的な内容(案)》

- ① 2割軽減の拡大 ... 軽減対象となる所得基準額を引き上げる。
 (現行) 基準額 33万円+35万円×被保険者数 (給与収入 **約223万円**、3人世帯)
 (改正後) 基準額 33万円+45万円×被保険者数 (給与収入 **約266万円**、3人世帯)
- ② 5割軽減の拡大 ... 現在、二人世帯以上が対象であるが、単身世帯についても対象とするとともに、軽減対象となる所得基準額を引き上げる。
 (現行) 基準額 33万円+24.5万円×(被保険者数-世帯主) (給与収入 **約147万円**、3人世帯)
 (改正後) 基準額 33万円+24.5万円×被保険者数 (給与収入 **約178万円**、3人世帯)

(注) 後期高齢者医療制度においても同様の見直しを予定(さらに保険料が軽減される者 100万人)。

(参考)
国保制度では、このほか、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についても今後実施する予定。

高額療養費制度の見直し

厚生労働省与党部会
提出資料

※ 現時点のたたき台の案であり、今後の議論によって変更がありうる。

1. 見直しの趣旨

○ 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、医療費の自己負担に一定の 歯止めを設ける仕組み。今般、負担能力に応じた負担とする観点から、高額療養費の所得区分を細分化して、自己負担限度額をきめ細かく設定するもの。

2. 見直しの内容 (例)

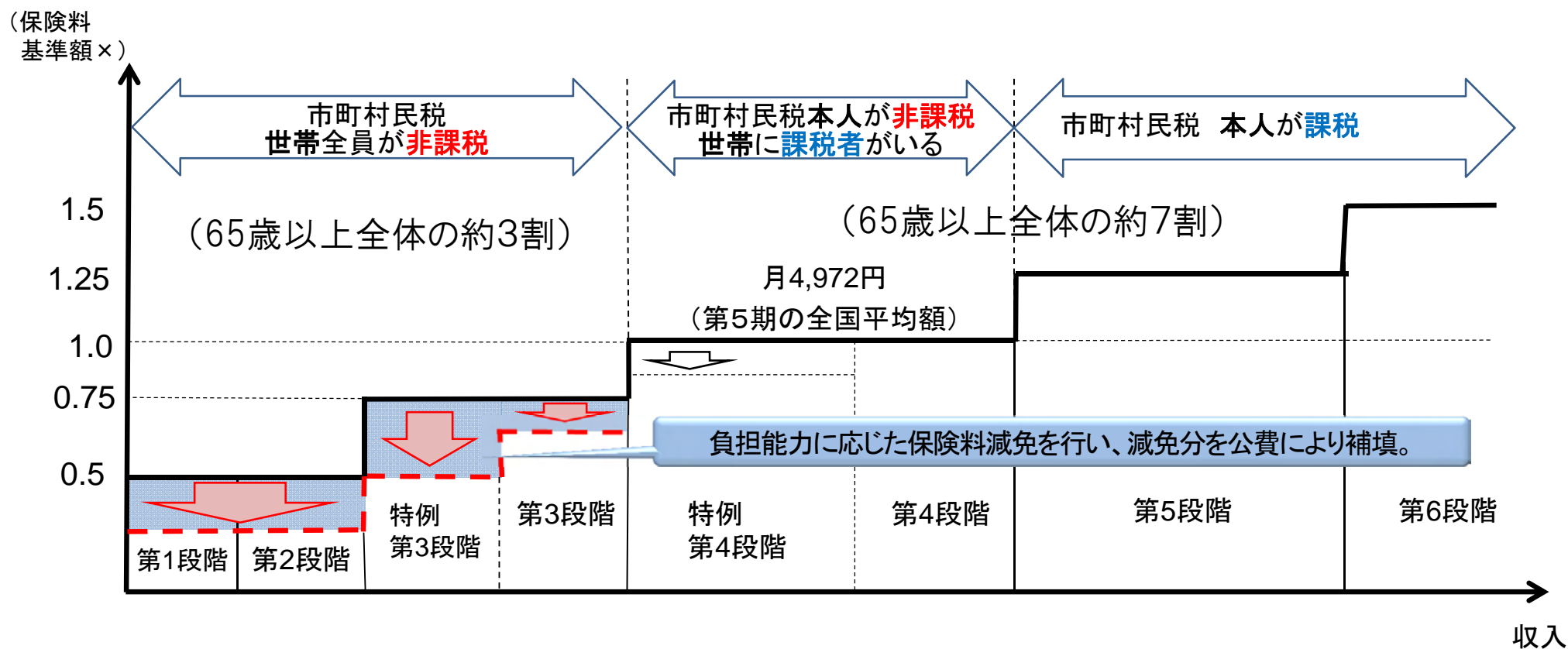
<70歳未満>			案1			案2			案3			
所得区分	限度額(月単位)		所得区分	限度額(月単位)		所得区分	限度額(月単位)		所得区分	限度額(月単位)		
上位所得者	150000+1% <83400>		年収約1510万円以上 (標報121万円)	322500+1% <179100>		1160~ (83万円以上)	252600+1% <140100>		1160~ (83万円以上)	252600+1% <140100>		
年収約770万円以上 (標準報酬月額53万円以上)	※標準報酬53万円に対応する総報酬月額60万円の25%となるよう設定。 ※4月目以降は、年間負担額が総報酬月額60万円の2ヶ月程度となるよう設定。		1160~1510 (83~115万)	252600+1% <140100>		約2,780万人	770~1160 (53~79万円)	167400+1% <93000>		770~1160 (53~79万円)	167400+1% <93000>	
一般所得者	80100+1% <44400>		970~1160 (65~79万円)	207600+1% <115200>		約1,450万人	570~770 (41~50万円)	122400+1% <68100>		370~770 (28~50万円)	80100+1% <44400>	
~770	※平成16年度の政管平均標報28万円に対応する総報酬月額(32万円)の25%となるよう設定。 ※4月目以降は、年間負担額が総報酬月額32万円の2ヶ月程度となるよう設定。		770~970 (53~62万円)	167400+1% <93000>		約2,700万人	370~570 (28~38万円)	80100+1% <44400>		~370 (26万円以下)	57600 <44400>	
低所得者 (住民税非課税)	35400 <24600>		570~770 (41~50万円)	122400+1% <68100>		約1,060万人	310~370 (24~26万)	62100 <44400>		低所得者 (住民税非課税)	35400 <24600>	
			370~570 (28~38万円)	80100+1% <44400>		約3,000万人	~310 (22万円以下)	44400 <44400>				
			低所得者 (住民税非課税)	35400 <24600>			低所得者 (住民税非課税)	35400 <24600>				
<70~74歳(3割・2割負担の者)>			案1			案2			案3			
所得区分	外来限度額	入院限度額	所得区分	外来限度額	入院限度額	所得区分	外来限度額	入院限度額	所得区分	外来限度額	入院限度額	
現役並み所得者 370~(標報28万以上)	44400	80100+1% <44400>	570以上 (標報41万以上)	68100	122400+1% <68100>	約20万人	570以上 (標報41万以上)	68100	122400+1% <68100>	370~(標報28万以上)	44400	80100+1% <44400>
			370~570 (28~38万)	44400	80100+1% <44400>	約40万人	370~570 (28~38万)	44400	80100+1% <44400>			
			310~370 (24~26万)	24600	62100 <44400>	約40万人	370以下(標報26万以下)	12000	44400	370以下(標報26万以下)	12000	44400
一般所得者 370以下(標報26万以下)	12000 ※政令本則上は、24,600円	44400 ※政令本則上は、62,100円	~310 (22万以下)	12000	44400 <44400>	約350万人	低II	8000	24600	低II	8000	24600
低II	8000	24600	低II	8000	24600		低I	8000	15000	低I	8000	15000
低I		15000	低I		15000							

3. 実施時期：平成27年1月(予定)

介護保険の第1号保険料の低所得者軽減強化

厚生労働省資料を基に作成

「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」する観点からは、今後の高齢化の進展に伴う保険料水準の上昇に対応するため、低所得者の第1号保険料について基準額に乗じることにより負担を軽減している割合を更に引き下げ、軽減措置を拡充すべきである。(国民会議報告書(抄))



難病対策等に係る公平かつ安定的な制度の確立

厚生労働省資料

- 医療費助成について、都道府県の超過負担の解消を図るとともに、公平かつ安定的な制度を確立する。
- 上記措置を27年1月を目途に実施することを目指し、このために必要な法律案を平成26年通常国会に提出することを目指す。
- ※ 同様に、小児慢性特定疾患対策についても、新たな医療費助成の制度の構築を図る。

特定疾患治療研究事業 (予算事業)

【現行】

<事業の概要>

希少で、原因不明、治療法未確立等である疾患について、医療の確立、普及を図るとともに、患者の医療費の負担軽減を図る。

<問題点>

- ・ 対象疾患については、原因不明で治療法未確立でも医療費助成の対象に選定されていないケースがあるなど疾患間の不公平がある。
- ・ 費用については、国と都道府県で1/2ずつ負担しているが、国の財政措置が十分でなく、都道府県に超過負担が生じている。

新たな医療費助成の制度 (法定給付)

次に掲げる事項等について検討を加え、必要な措置を講ずる。

- 制度として確立された医療の社会保障給付とすること。
→ 新たな医療費助成を法定給付として位置付け、消費税増収分を活用。
- 対象疾患の拡大
→ 症例が比較的少なく、原因不明かつ効果的な治療法が未確立であり、長期療養を必要とする疾患で一定の診断基準等があるものを対象とする。
第三者的な委員会において決定。
- 対象患者の認定基準の見直し
→ 症状の程度が一定以上等であり、日常生活又は社会生活に支障がある者を対象とする。
- 類似の制度との均衡を考慮した自己負担の見直し
→ 病気がちであったり、費用が高額な治療を長期にわたり継続しなければならない患者等を対象とする他制度の負担の在り方を参考に設定。

都道府県の超過負担解消を図るとともに、
公平で安定的な医療費助成の制度を確立

※ 消費税増収分を活用した上記の改革のほか、難病対策の改革に総合的かつ一体的に取り組んでいく。

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)

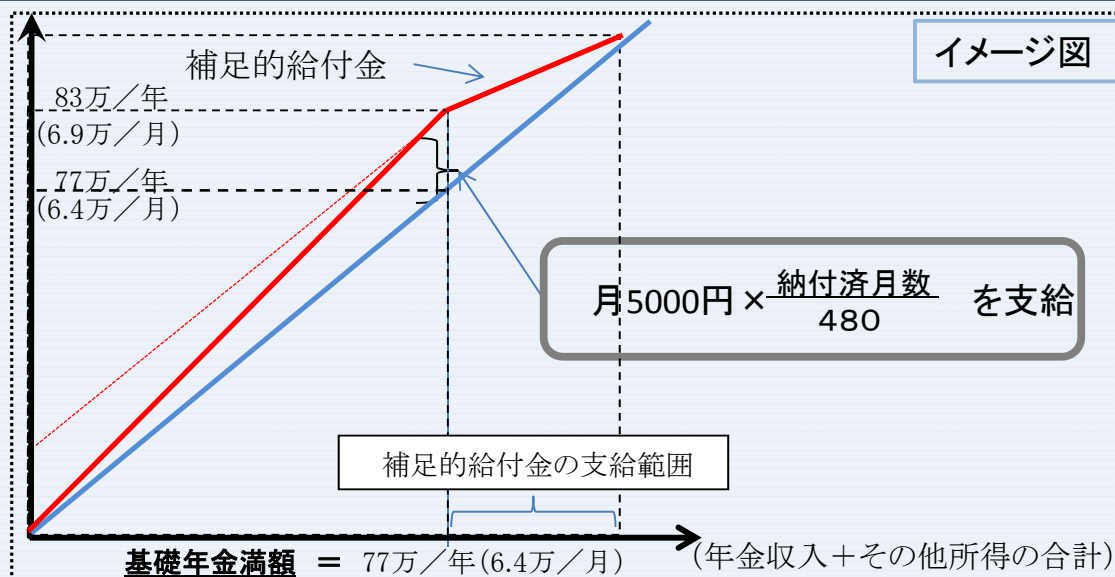
1. 法律の概要

- 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

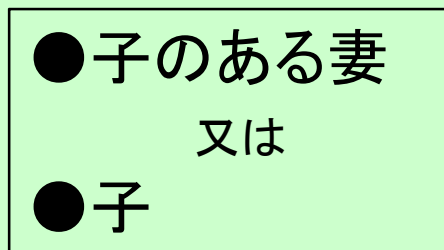


遺族基礎年金の支給対象の拡大

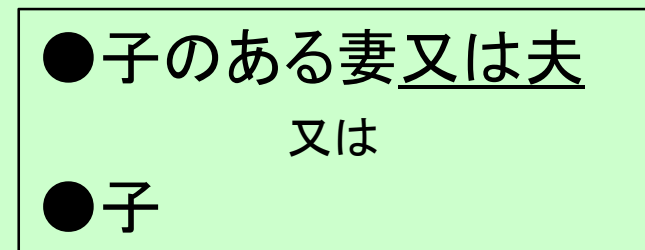
※公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律（平成24年法律第62号）による改正

- 遺族基礎年金の支給対象について、「子のある妻又は子」に加えて「子のある夫」も対象とする。

現行の支給対象



拡大後の支給対象



※子に対する遺族基礎年金は、生計を同じくする父母が存在する間は支給停止となる。
※第3号被保険者が死亡した場合には支給されない。

- 平成26年4月1日から施行する。
- 施行日以後に死亡したことにより支給する遺族基礎年金から適用する。

社会保障の重点化・効率化

社会保障の重点化・効率化策

(「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(案)」において盛り込まれている主な重点化・効率化策)

【医療・介護サービスの提供体制関係】

- ・医療提供体制の効率化(平均在院日数の減少等)
(医療提供体制改革により、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を短縮)
- ・外来に関する給付の見直し
(医療機関の機能分担の観点から大病院の紹介状のない患者の外来受診に対する自己負担の見直し)
- ・入院に関する給付の見直し(在宅療養との公平の観点からの入院療養時の給食給付等の見直し)
- ・介護予防給付の見直し
(要支援者に対する介護予防給付を、介護保険制度の枠内で保険給付の対象から市町村が地域の実情に応じて行う事業へ移行)
- ・特別養護老人ホームの利用者の中重度者への重点化

【負担能力に応じた負担関係】

- ・後期高齢者支援金における全面総報酬割の導入
(後期高齢者支援金負担における被用者保険者間の按分方法を全て総報酬割とするもの)
- ・所得水準の高い国民健康保険組合に対する国庫補助の見直し
(所得の高い国保組合への定率補助を始めとする国庫補助を見直し)
- ・70歳～74歳の者の医療費自己負担割合の見直し
(特例的に1割となっている70歳～74歳の者の自己負担割合を2割に戻すもの)
- ・所得が一定以上の者の介護の利用者負担の見直し
(一定以上の所得を有する介護利用者の利用者負担を1割から引き上げ)
- ・介護補足給付の見直し
(介護施設に入所する低所得者に対する居住費や食費の補足給付の支給に際して資産等を勘案)
- ・高所得者に対する年金給付の見直し(公的年金等控除等を始めとする年金課税の見直し等)

【その他】

- ・マクロ経済スライドのあり方を見直し(デフレ下においても年金水準の調整を計画的に進める観点からの見直し)
- ・高齢期における職業生活の多様性に応じ、一人一人の状況を踏まえた年金受給のあり方

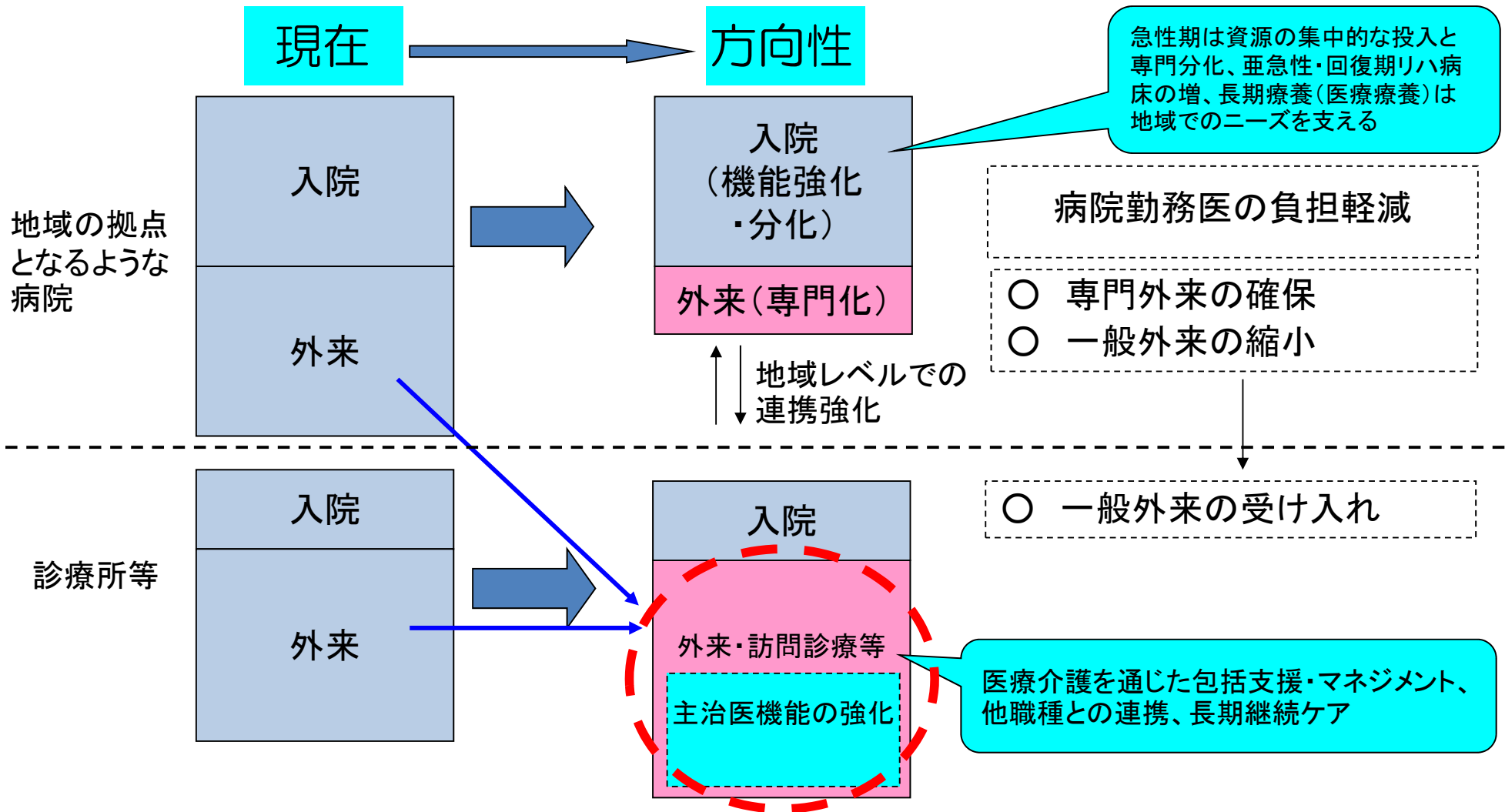
(参考)国民会議報告書(抄)

世代間の公平だけではなく、世代内の公平も重要であり、特に他の年代と比較して格差の大きい高齢者については、一律横並びに対応するのではなく、負担能力に応じて社会保障財源に貢献してもらうことが必要である。

このような観点から、これまでの「年齢別」から「負担能力別」に負担の在り方を切り替え、社会保障・税番号制度も活用し、資産を含め負担能力に応じて負担する仕組みとしていくべきである。

外来医療の役割分担のイメージ

○ フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要となる。こうした改革は病院側、開業医側双方からも求められていることであり、大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須。(国民会議報告書(抄))



入院時食事療養・生活療養費の1日当たりの自己負担額(一般所得)

厚生労働省資料
を基に作成

○ 患者のニーズに応える形で入院医療から在宅医療へのシフトが見込まれる中、入院療養における給食給付等の自己負担の在り方について、入院医療と在宅医療との公平を図る観点から見直すことも検討すべき。(国民会議報告書(抄))

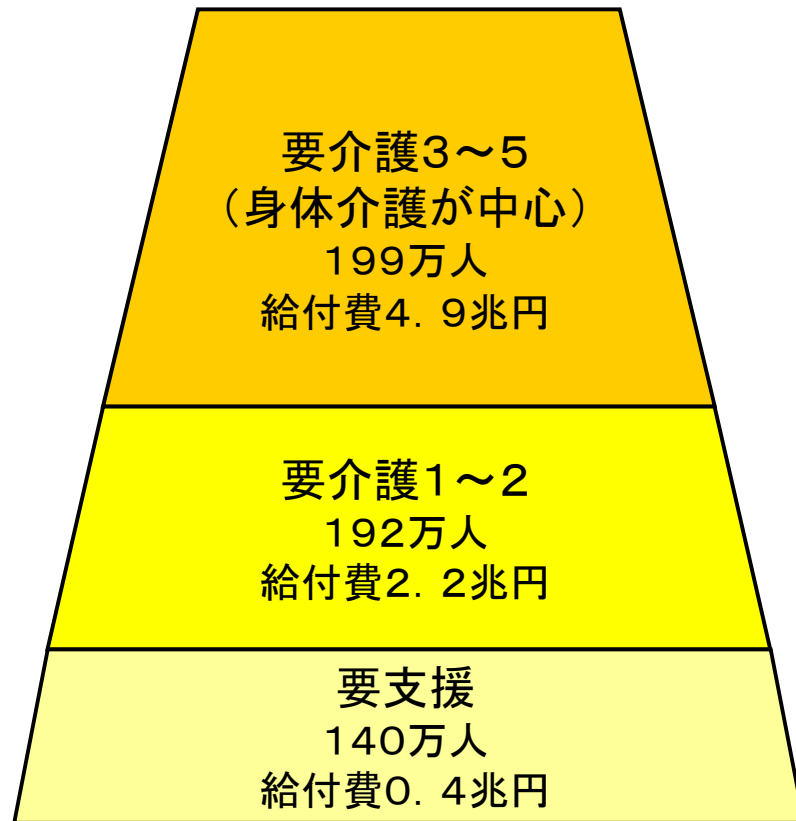
65歳以上の療養病床		一般病床 (一般所得)	介護保険施設 (補足給付における 基準費用額)※2
医療区分Ⅰ※1 (一般所得)	医療区分ⅡⅢ※1 (一般所得)		
1日当たり	1日当たり	1日当たり	1日当たり
<p>食費 (調理費、食材費) 1,380円</p> <p>居住費 320円</p>	<p>調理費 0円</p> <p>食材費 780円</p> <p>居住費 0円</p>	<p>調理費 0円</p> <p>食材費 780円</p> <p>居住費 0円</p>	<p>食費 (調理費、食材費) 1,380円</p> <p>居住費 320円</p>

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

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

軽度者介護について

現在の介護保険制度では、日常生活上の基本動作をほぼ自分で行うことが可能な者であっても、何らかの支援が必要とされれば、概ね保険給付の対象(要支援)と認定される。

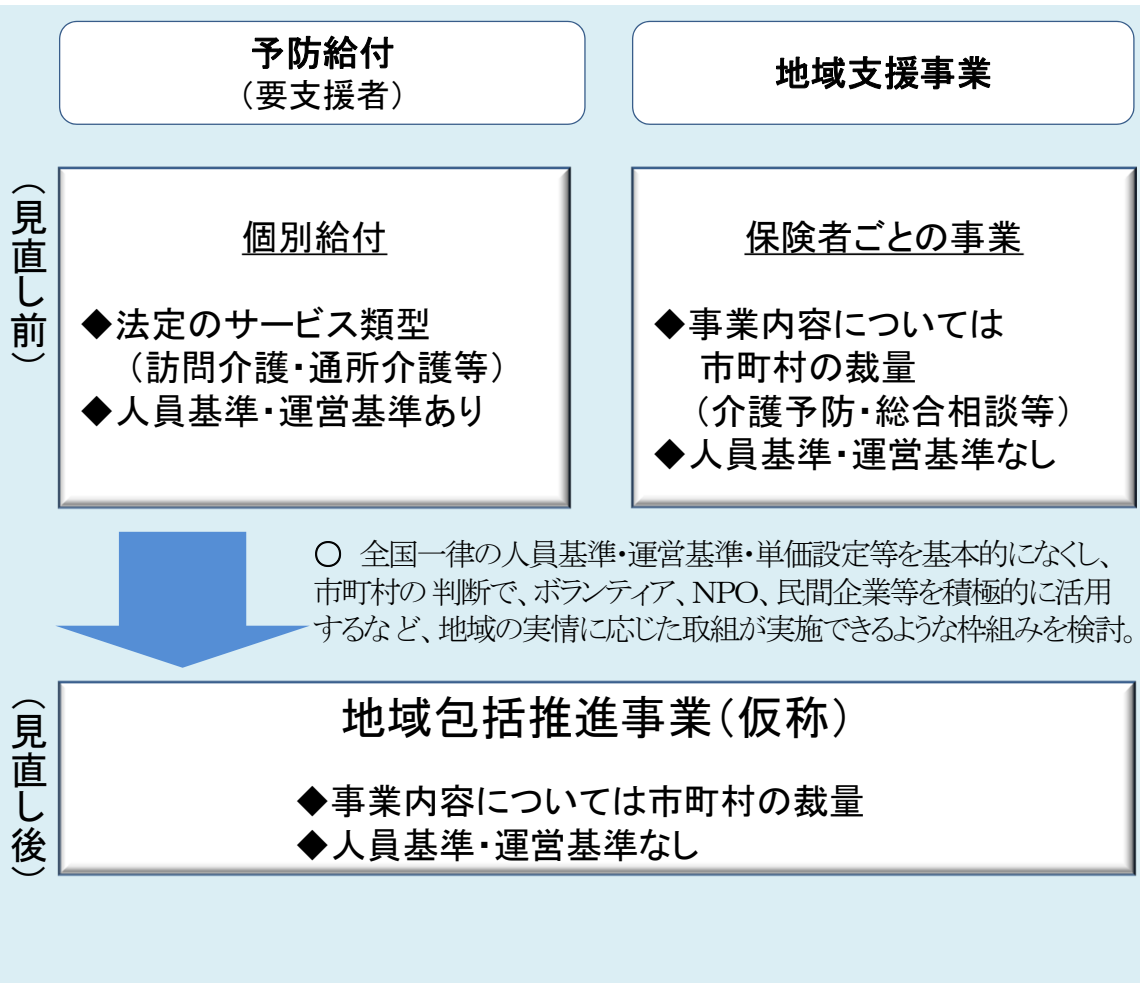


区分	状態(おおよその目安)
要支援1	日常生活上の基本的動作については、ほぼ自分で行うことが可能だが、何らかの支援を要する状態。(立ち上がり等)
要支援2	日常生活上の基本的動作について、ほぼ自分で行うことが可能だが、要支援1よりは支援を要する状態。(起き上がり等)
要介護1	要支援状態から、手段的日常生活動作を行う能力が低下し、部分的な介護が必要となる状態(起き上がり等)
要介護2	要介護1の状態に加え、日常生活動作についても部分的な介護が必要となる状態(簡単な調理等)

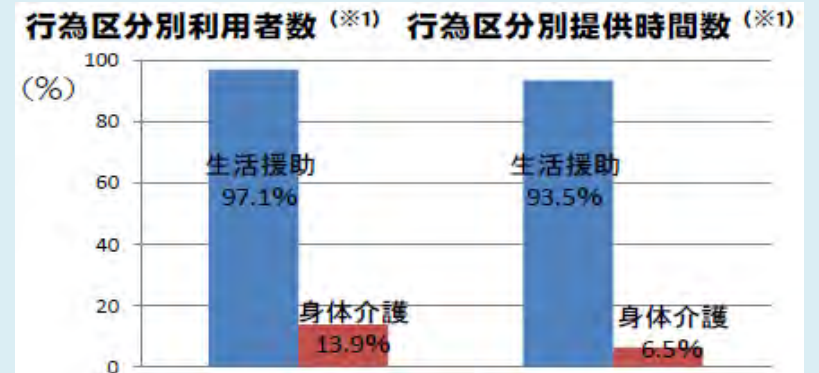
(注) 給付費は、高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費を含まない。(平成23年度 介護保険事業状況報告年報)

要支援者に対する介護予防給付の地域支援事業への移行

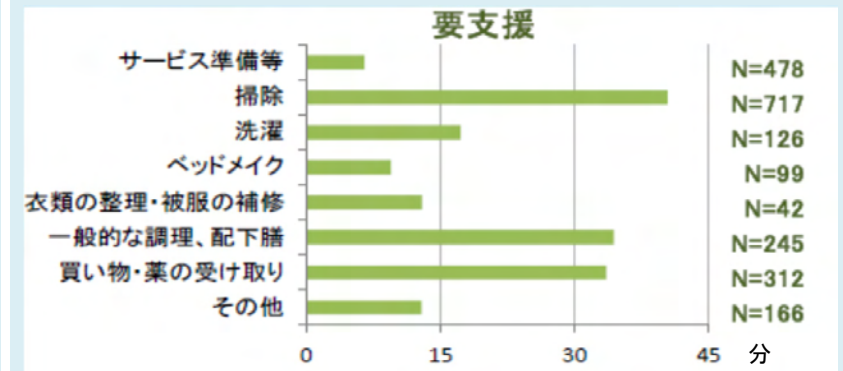
要支援者に対する介護予防給付については、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組等を積極的に活用しながら柔軟かつ効率的にサービス提供できるように見直すことを検討。



介護予防訪問介護のサービス実態



生活援助の行為ごとの平均サービス提供時間(※2)

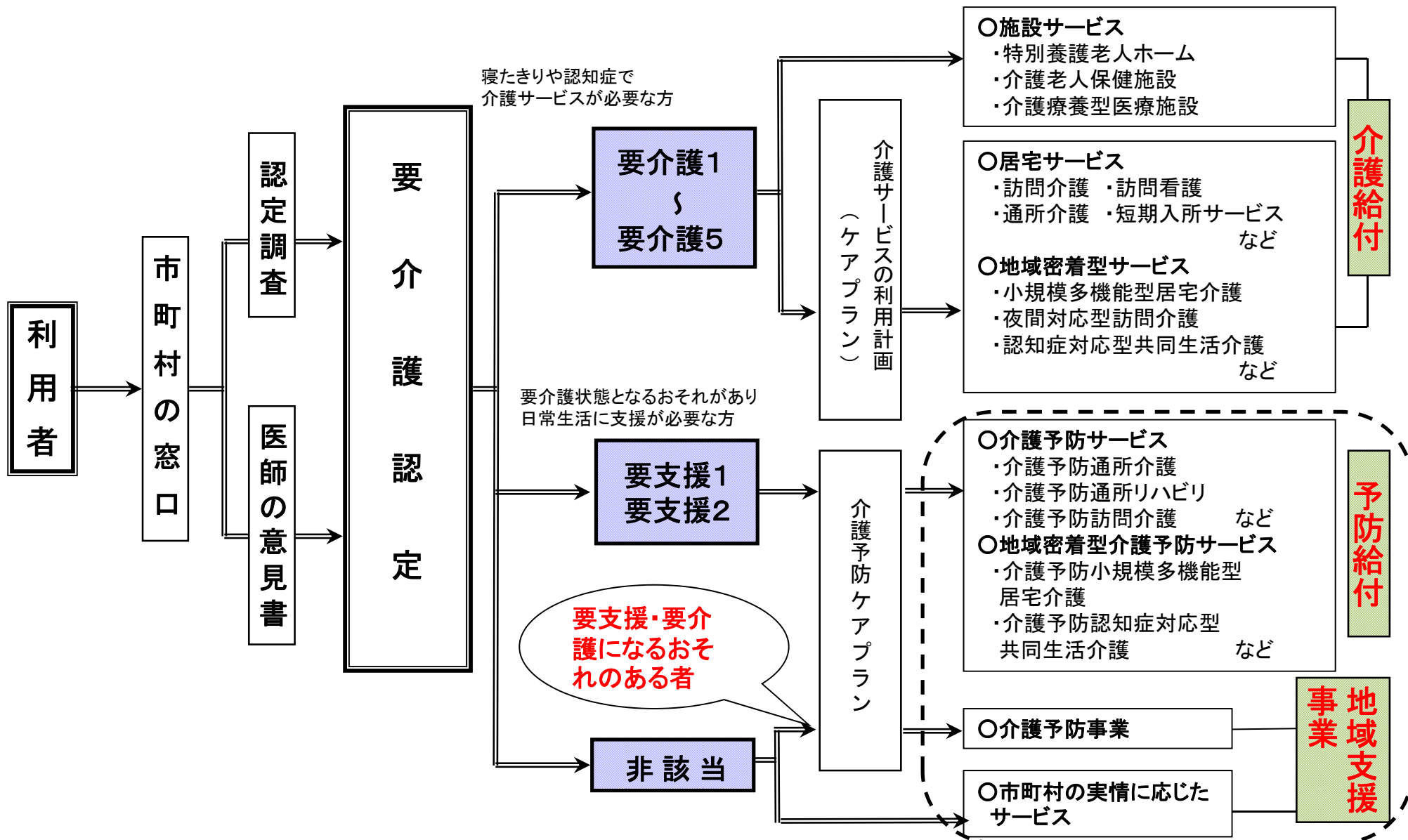


※1: 平成22年度財務省予算執行調査

※2: 平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業調査結果

介護保険制度の給付・事業には、要介護1～5の人に対する介護給付、 要支援1・2の人に対する予防給付と、地域支援事業がある。

厚生労働省
資料



地域支援事業について

○ 地域支援事業については、地域包括ケアの一翼を担うにふさわしい質を備えた効率的な事業（地域包括推進事業（仮称））として再構築するとともに、要支援者に対する介護予防給付について、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組等を積極的に活用しながら柔軟かつ効率的にサービスを提供できるよう、受け皿を確保しながら新たな地域包括推進事業（仮称）に段階的に移行させていくべきである。（国民会議報告書抜粋）

（※） 地域支援事業は介護保険制度の枠内であり、見直し後の要支援者に対する介護予防も介護保険制度の枠内であることに変わりはない。

1. 地域支援事業の目的

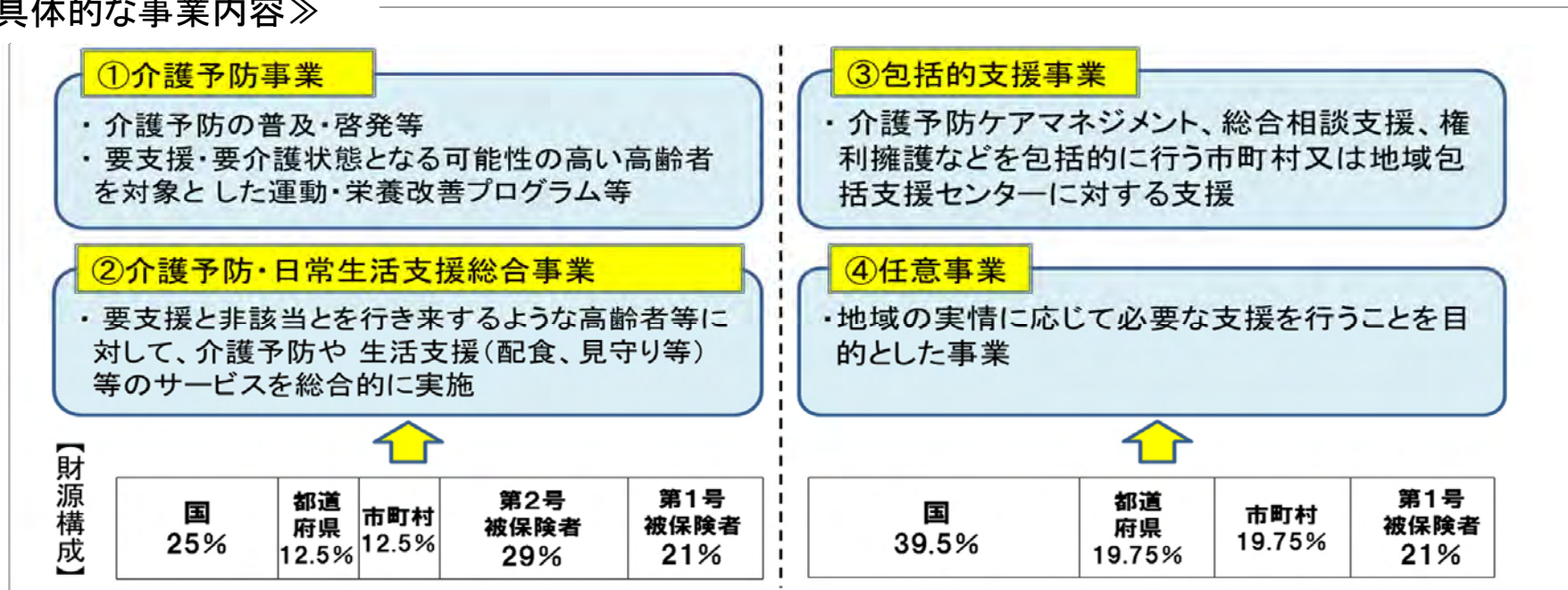
- ① 高齢者が要支援・要介護状態になることを防止
- ② 高齢者が要支援・要介護状態になっても、可能な限り、地域で自立した日常生活を営めるよう支援

2. 実施主体・財源・事業規模

○ 各市町村が、介護保険料と公費を財源に実施（平成18年度～）。

→事業全体：介護給付費の3%以内、①+②：介護給付費の2%以内、③+④：介護給付費の2%以内

《具体的な事業内容》



財政審報告書(平成25年1月21日)より抜粋

II. 各歳出分野における取組み

(3) 介護

地域支援事業の見直し

地域支援事業についても見直しが必要である。同事業は、要支援者・要介護者だけでなく、幅広い高齢者層を対象としているものであり、政策効果の検証がないままにこれらの事業の規模の拡大を許せば、介護給付の外延を徒に拡充しているに実質的に等しいことになるからである。

特に、介護予防事業については、事業の効果の検証が不十分、対象者をより明確化すべきといった指摘が繰り返しなされているにもかかわらず、不用分の予算の削減がなされるにとどまっているが、事業の効果立証されるまでは、事業規模そのものを根本的に見直すべきである。

また、高齢者の自立支援のための事業(包括的支援事業・任意事業)についても、包括的支援事業について、多くの市町村が運営・評価体制を整備していないといった問題がある。更に、任意事業に至っては、実質的に地方単独事業に等しい事業を保険給付より高い国庫負担率で行っており、事業の選択と集中に向けた市町村のインセンティブを損なっている可能性がある。

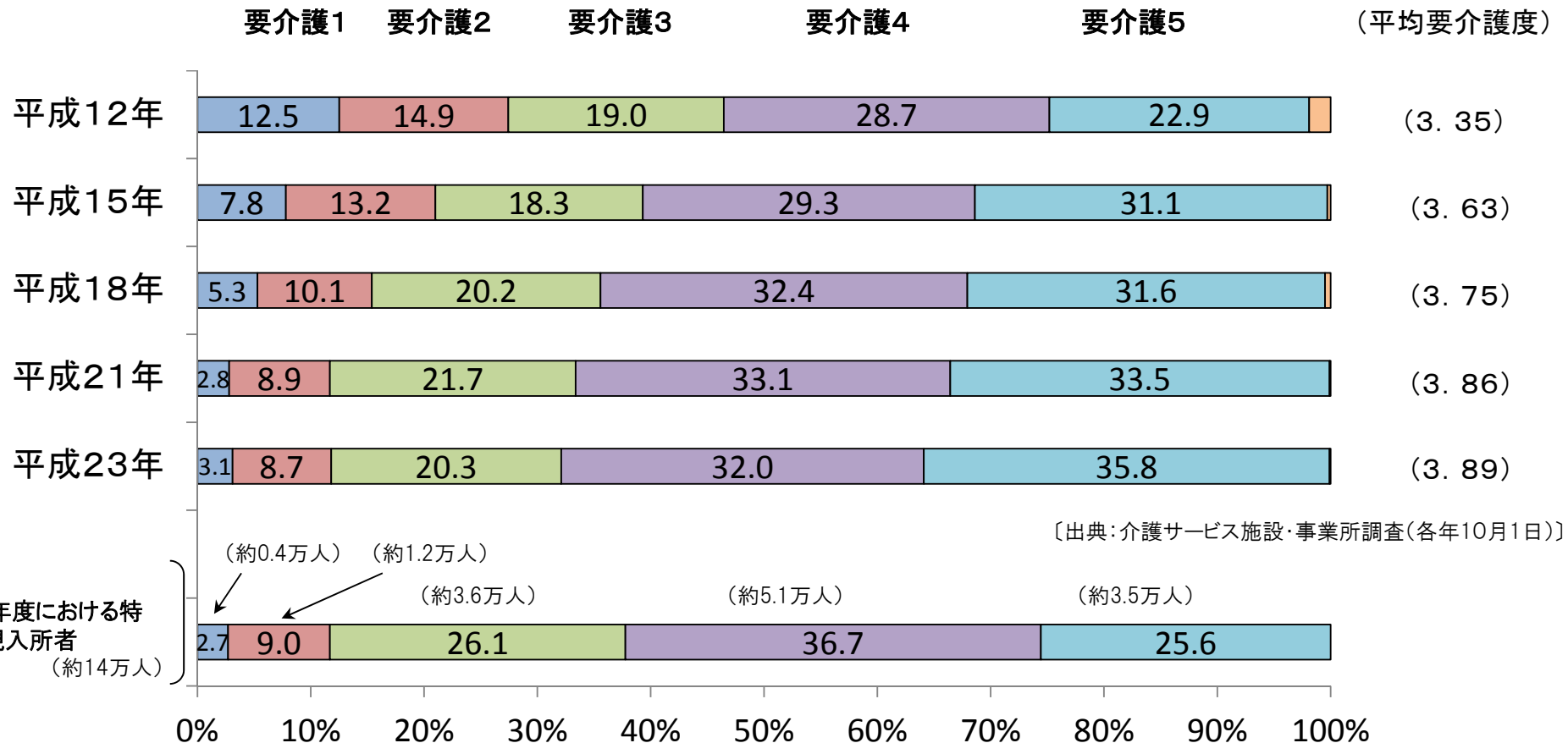
これらを踏まえ、地域支援事業について、制度改正を含めて事業のあり方を見直し、軽度者介護の受け皿とする観点も踏まえつつ、より効果的・効率的な事業とするとともに、公費負担については抑制を図る必要がある。

施設介護サービス費(特養)の支給対象の見直し

厚生労働省資料を基に作成

介護を要する高齢者が増加していく中で、特別養護老人ホームは中重度者に重点化を図り、併せて軽度の要介護者を含めた低所得の高齢者の住まいの確保を推進していくことも求められている。(国民会議報告書(抄))

- 特養の入所者に占める重度の要介護者の割合は、年々上昇してきている。
- 一方、軽度の要介護者(要介護1及び2)の割合は、平成23年では11.8%となっており、一定程度の軽度者が入所している現状。



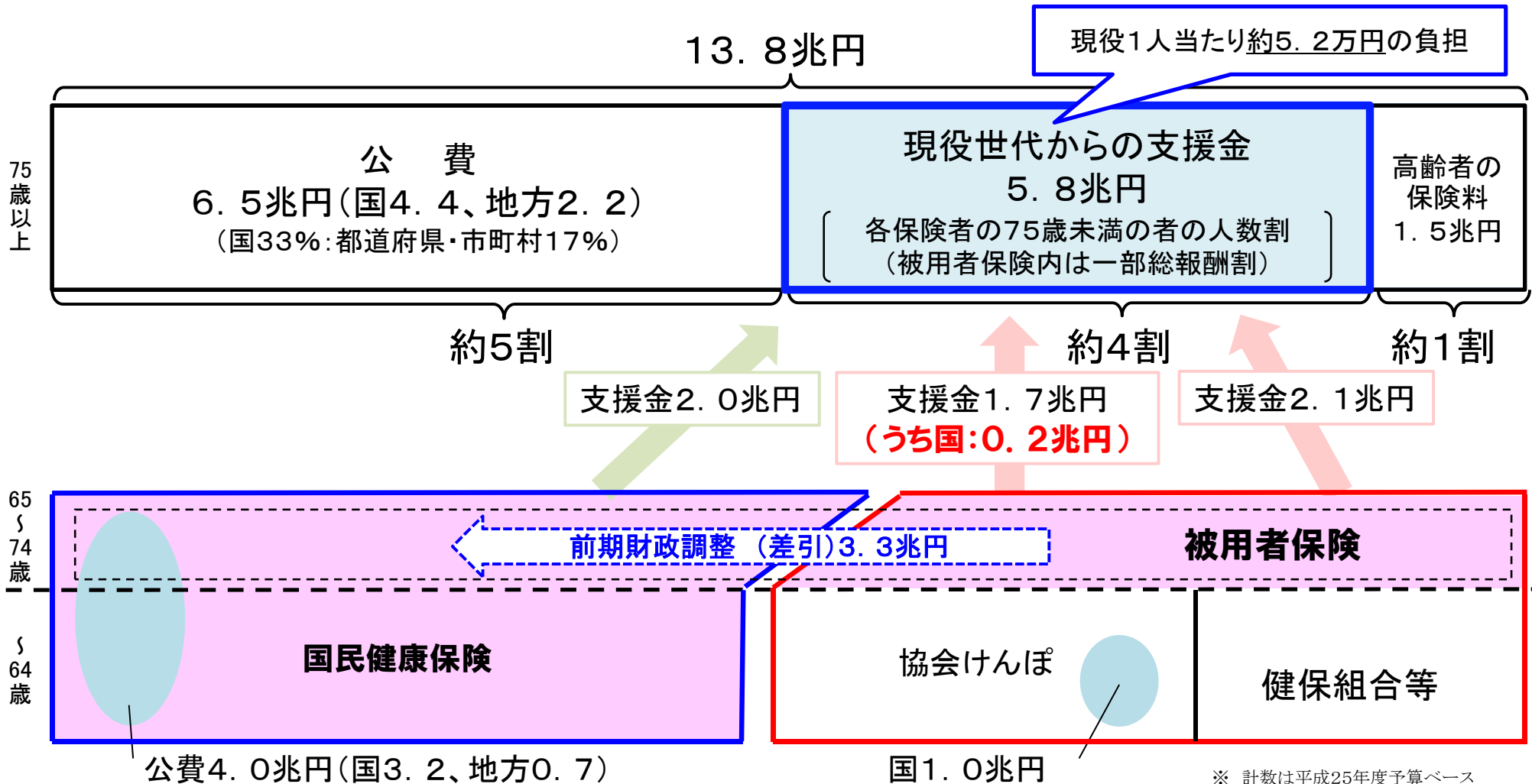
[出典:介護サービス施設・事業所調査(各年10月1日)]

[厚生労働省老健局高齢者支援課作成]

【参考】
平成23年度における特養の新規入所者
(約14万人)

後期高齢者医療制度について

- 後期高齢者医療制度の財源は、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。
- 被用者保険者が負担する支援金の3分の1を各被用者保険者の総報酬に応じた負担とすること(総報酬割)を2013(平成25)年度から2年間延長する措置が講じられている。(国民会議報告書(抄))
- この支援金負担について、2015(平成27)年度からは被用者保険者間の負担の按分方法を全面的に総報酬割とすべきである。(国民会議報告書(抄))



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。

【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	4.60
3	報道機関 C社 / ほか3組合	4.80
6	教育 D大学	4.90
7	教育 E大学 / ほか3組合	5.00

協会けんぽ	10.00
-------	-------

【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	教育 B大学	1.45
3	報道機関 C社 / ほか1組合	1.54
5	教育 D大学 / ほか2組合	1.55
8	商社 E社	1.60
9	教育 F大学	1.64
10	金融 G社	1.74
11	金融 H社 / ほか3組合	1.80
-	金融 I社 / ほか14組合	~2.00

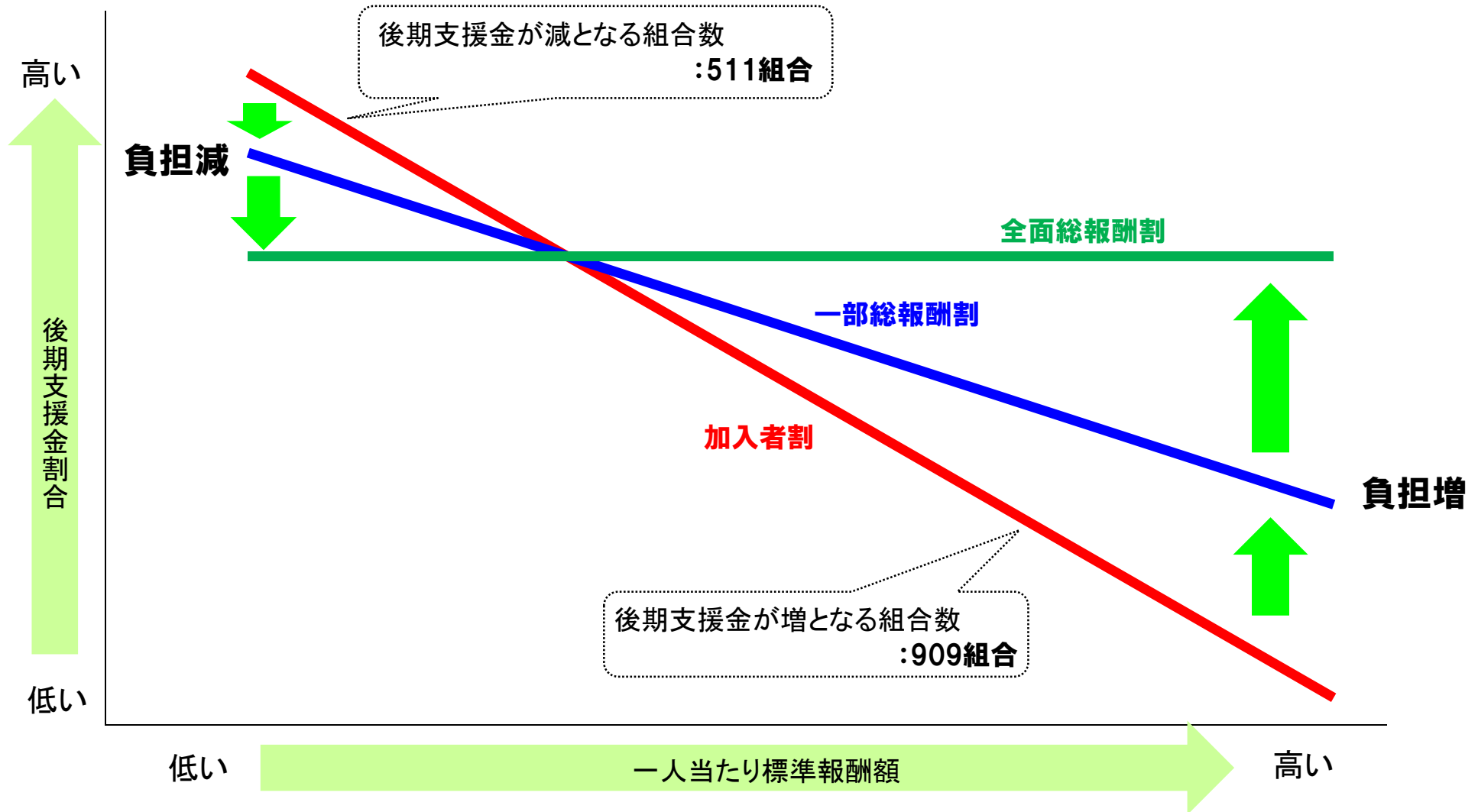
協会けんぽ	5.00
-------	------

注:協会けんぽの保険料率は平成25年度の全国平均

出典:平成24年度 健保組合決算

一人あたり標準報酬と後期支援金負担率のイメージ

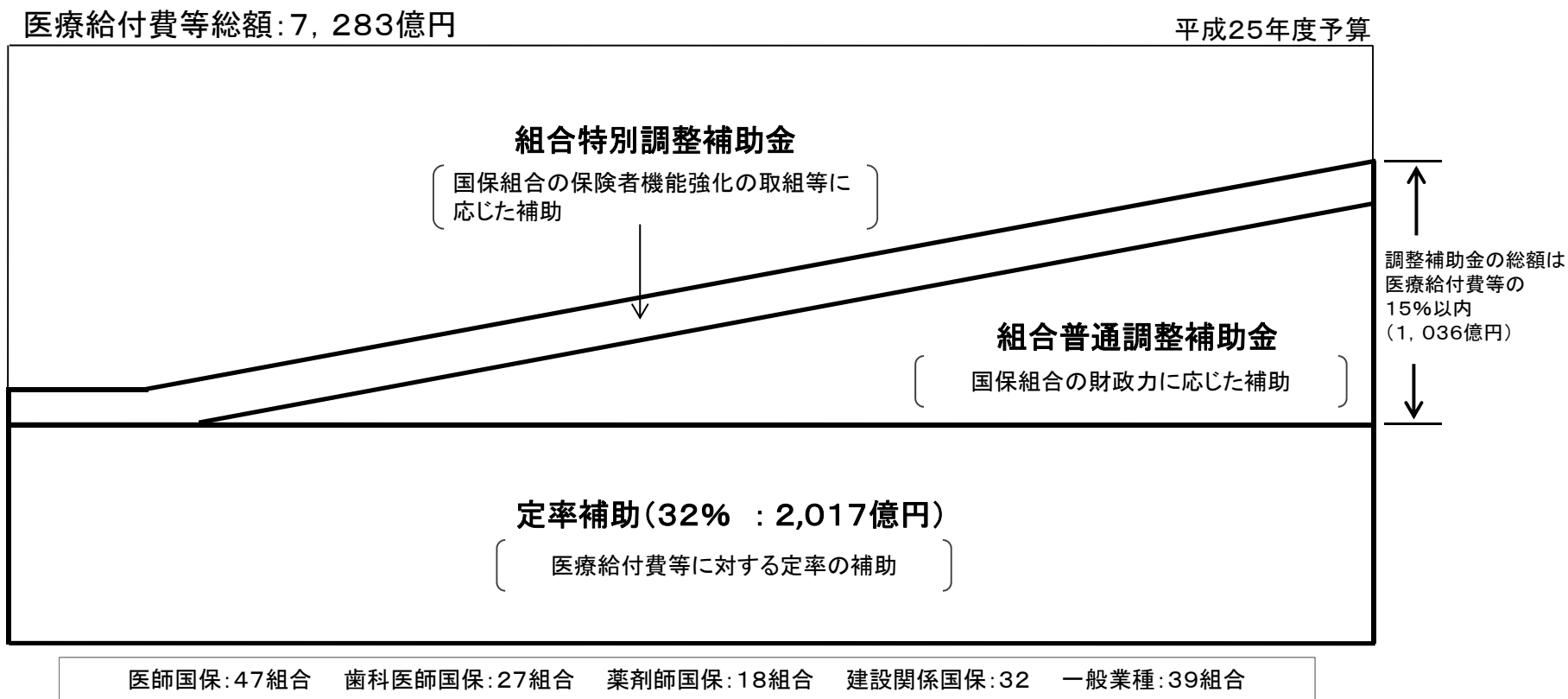
- 全面総報酬割の導入により、総数約1400の健保組合の4割弱の健保組合の負担が軽減され、健保組合の中での保険料率格差も相当に縮小することにもなる。(国民会議報告書(抄))



- ※ 被保険者ベースの値。
- ※ 組合数等は健保組合の平成25年度賦課ベース。
- ※ 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。

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



1. 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%)。このため、実際の補助率は、年々低下。

※各業種の加入者に占める組合特定被保険者の割合

平成9年8月以前加入 18.3%(医師13.2%、歯科医師 7.2%、薬剤師14.7%、一般業種15.6%、建設関係10.7%、全国土木62.9%)

平成9年9月以降加入 18.1%(医師32.7%、歯科医師15.4%、薬剤師49.2%、一般業種16.8%、建設関係10.7%、全国土木37.1%)

2. 全国土木建築国保組合への定率補助は、平成9年8月以前からの加入者の家族については事業所の規模にかかわらず補助率32%、平成9年9月以降300人以上事業所の本人・家族については国庫補助対象外、300人未満事業所の本人・家族については若人13.0%、後期・介護16.4%。

高齢者の窓口負担の軽減措置

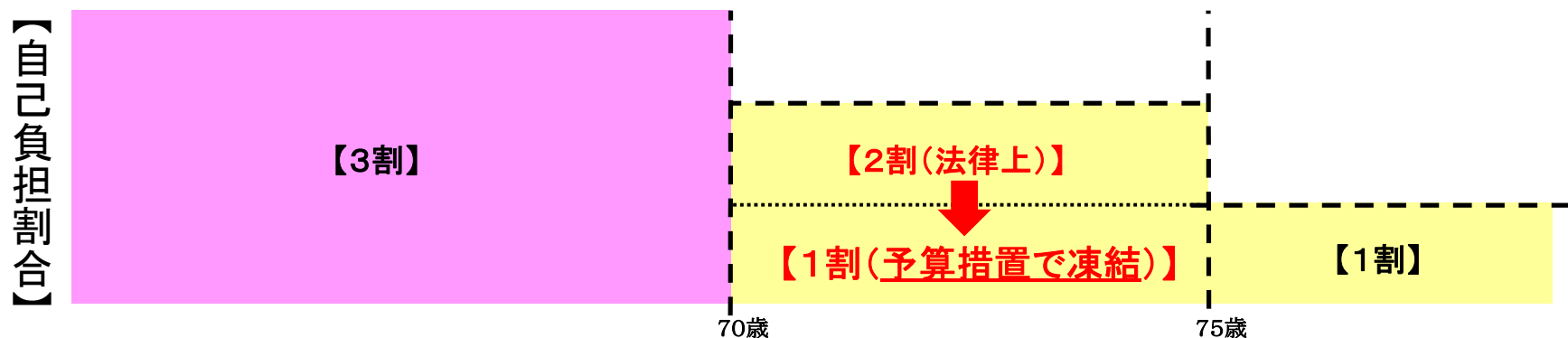
- 現在、暫定的に1割負担となっている70～74歳の医療費の自己負担については、現役世代とのバランスを考慮し、高齢者にも応分の負担を求める観点から、法律上は2割負担となっている。この特例措置については、世代間の公平を図る観点から止めるべき。(国民会議報告書(抄))

70～74歳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 **【24年度補正予算計上額 1,898億円】**

○日本経済再生に向けた緊急経済対策(平成25年1月11日閣議決定)(抄)

70～74歳の医療費自己負担については、当面、1割負担を継続する措置を講じるが、本措置の在り方については、世代間の公平や高齢者に与える影響等について、低所得者対策等とあわせて引き続き検討し、早期に結論を得る。

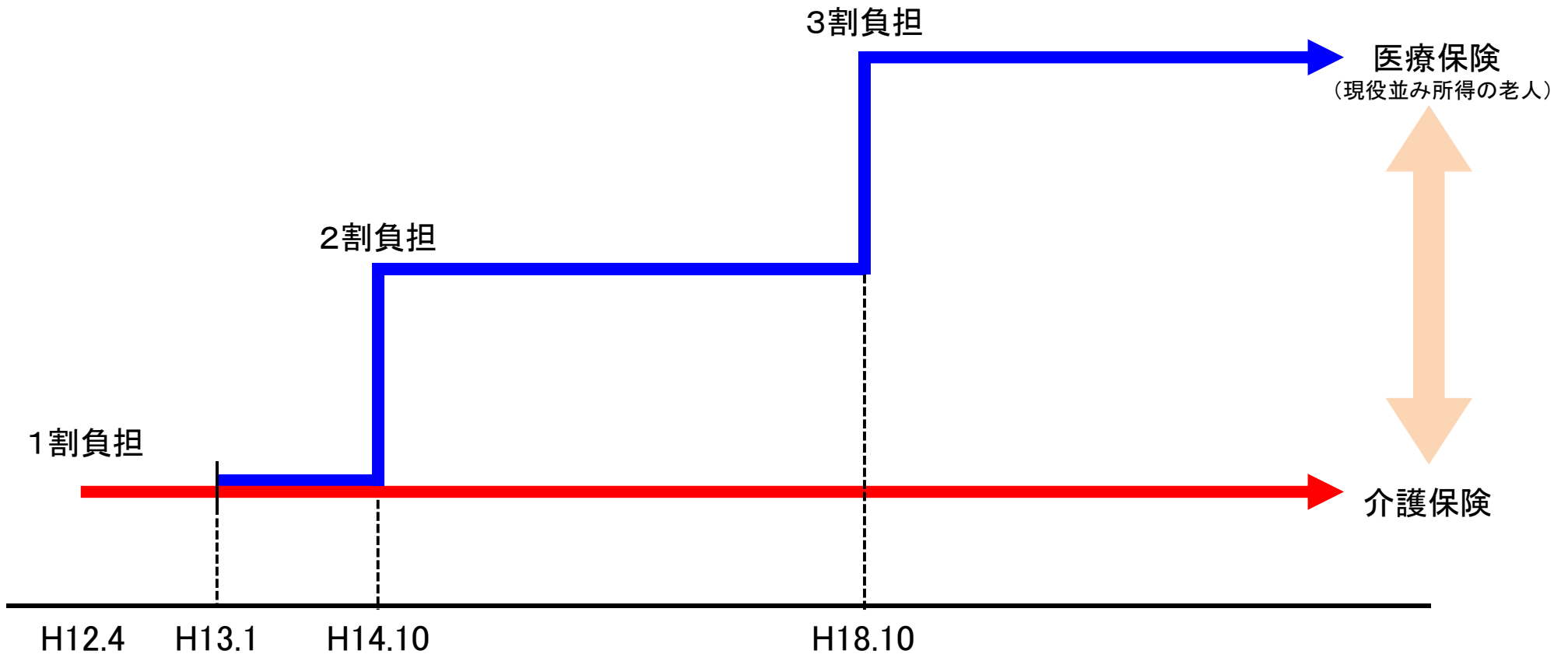
【平成20年4月～】



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

介護保険の利用者負担の見直し

介護保険制度では利用者負担割合が所得水準に関係なく一律であるが、制度の持続可能性や公平性の視点から、一定以上の所得のある利用者負担は、引き上げるべきである。(国民会議報告書(抄))



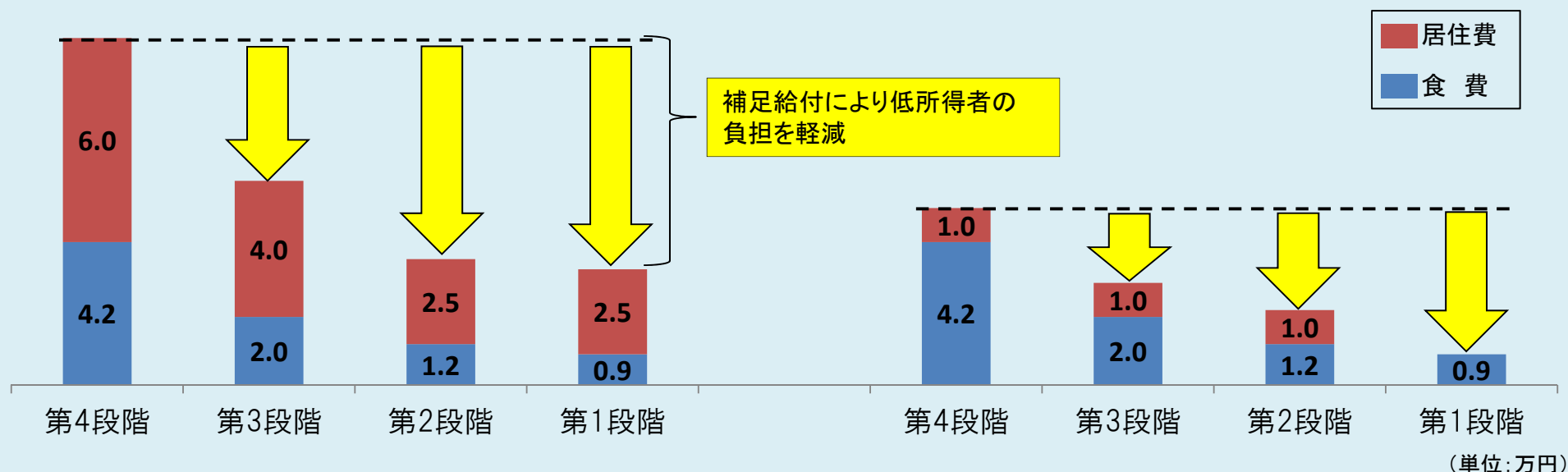
(参考1) 医療保険(老人)のH13.1以前は、定額制
(参考2) 医療保険の現役並み所得者: 年収383万円(単身)
(参考3) 介護保険の現役並み所得者: 年収310万円

介護施設等の利用者負担(補足給付)の見直し

施設入所の場合には、世帯の課税状況や課税対象の所得(フロー)を勘案して、利用者負担となる居住費や食費について補足給付により助成を受けることとなっている。その結果、保有する居住用資産や預貯金が保全されることとなる可能性があり、世代内の公平の確保の観点から、補足給付に当たっては資産(ストック)も勘案すべきである。(国民会議報告書(抄))

＜特養ユニット型個室の利用者負担の場合(月額)＞

＜特養多床室の利用者負担の場合(月額)＞



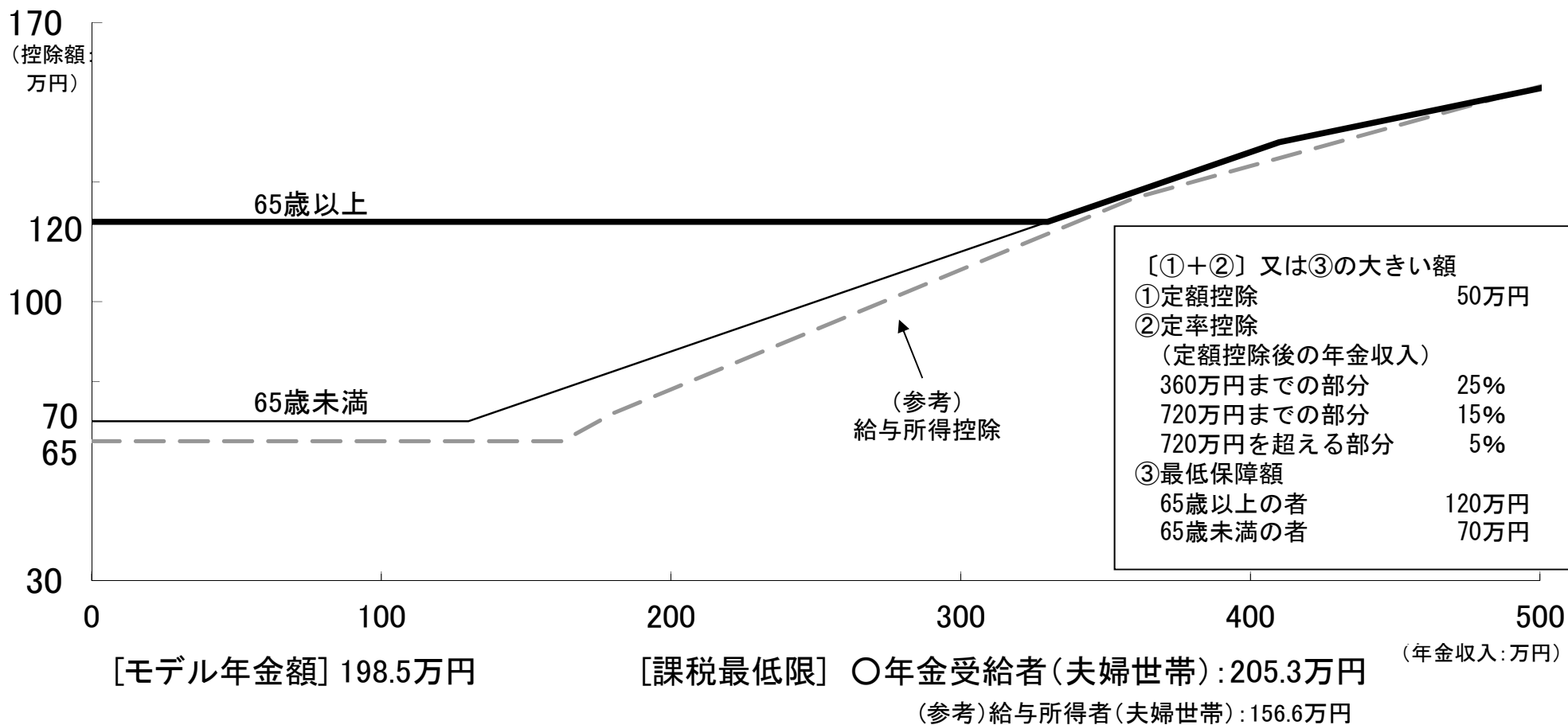
負担軽減の対象となる低所得者

	主な対象者
第1段階	・生活保護受給者 ・市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者
第2段階	・市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額+合計所得金額が80万円以下
第3段階	・市町村民税世帯非課税であって、利用者負担第2段階該当者以外
第4段階～	・市町村民税本人非課税であって、世帯に課税者がある者 ・市町村民税本人課税者

公的年金等控除制度について

○ 公的年金等に適用される公的年金等控除については、高所得者ほど恩恵が厚くなっている。

※ 給与所得控除については、平成24年度税制改正により、控除上限（245万円）を導入。上限の対象となるのは、50万人強。



(注)1.モデル年金額は、平均的な賃金で40年加入の場合のサラリーマンの受け取る年金額(23年度物価スライド実施後)である。

2.年金受給者の課税最低限は、本人は65歳以上の者、配偶者は70歳未満の者で構成する夫婦世帯のものである。

3.課税最低限の算出においては、一定のモデル式による社会保険料が控除されるものとしている。

マクロ経済スライドの仕組み

- スライドの自動調整を行う調整期間中は、現役男子被保険者の平均手取り収入に対する厚生年金の標準的な年金額の割合(所得代替率)は低下していく。調整期間の終了後は、原則、一定となる。
- 現行のマクロ経済スライドの自動調整は『名目下限額』を下回らない範囲で行うものとされている。

【所得代替率について】

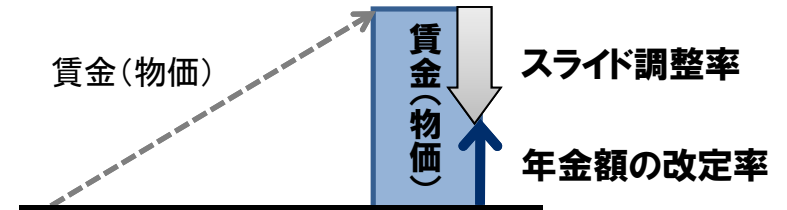
$$\text{所得代替率} = \frac{\text{厚生年金の標準的な年金額}}{\text{被保険者の平均手取り収入}}$$

賃金上昇率－スライド調整率で変動 (調整期間中)

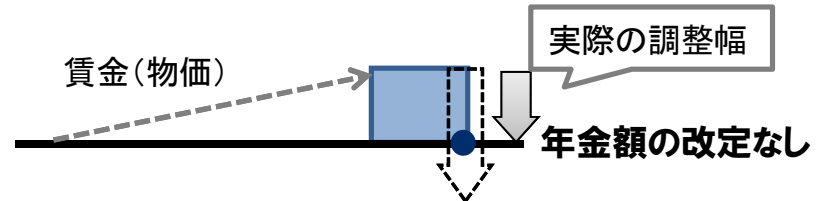
賃金上昇率で変動

【名目下限について】

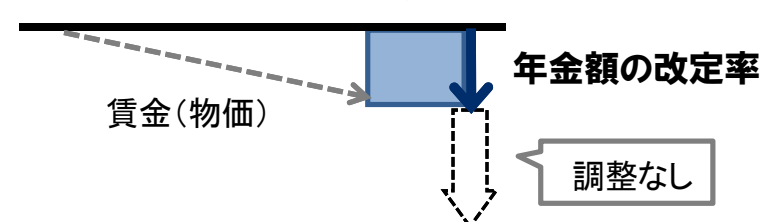
＜ある程度、賃金・物価が上昇した場合＞



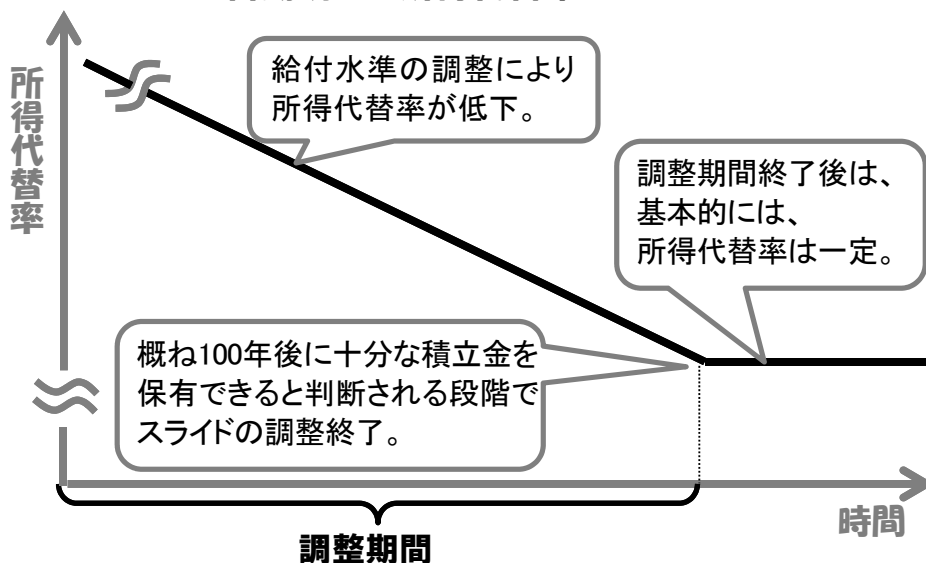
＜賃金・物価の伸びが小さい場合＞



＜賃金・物価が下落した場合＞



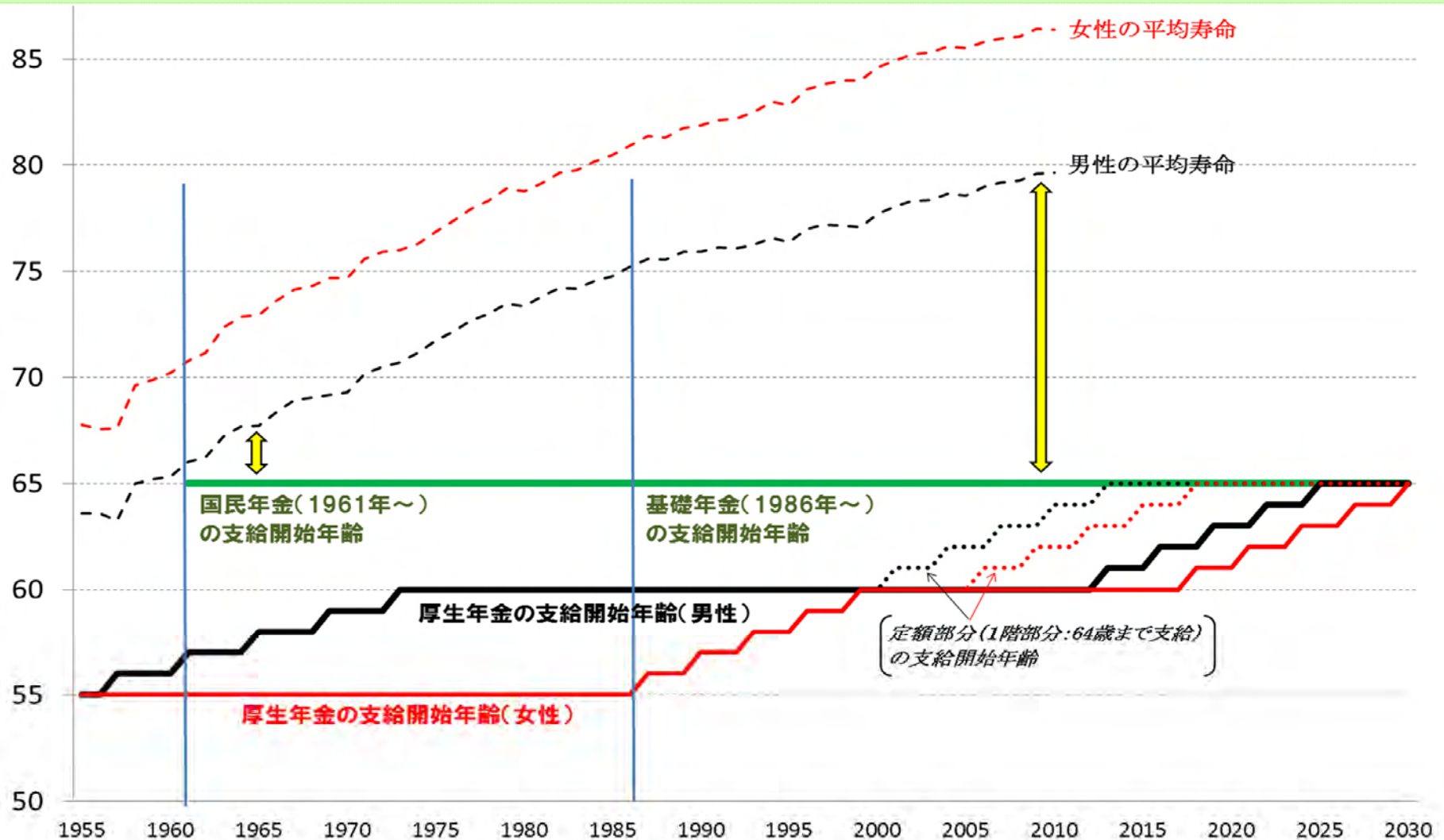
＜スライドの自動調整と所得代替率＞



平均寿命と支給開始年齢

国民皆年金を実現した昭和36(1961)年当時は、国民年金の支給開始年齢(65歳)は、男性の平均寿命に近い水準

⇒ 平均寿命が伸長する中で、厚生年金については65歳までの支給開始年齢引上げスケジュールが決定
 基礎年金の支給開始年齢は、65歳のまま



簡素な給付措置

消費税率及び地方消費税率の引上げとそれに伴う対応について(抜粋)

(平成25年10月1日閣議決定)

(4) 簡素な給付措置

消費税率の引上げに際し、低所得者に与える負担の影響に鑑み、一体改革の枠組みの中で講じる社会保障の充実のための措置と併せ、低所得者に対する適切な配慮を行うため、暫定的・臨時的な措置として、別紙1のとおり、総額約3,000億円の給付措置を行う。

簡素な給付措置（別紙1）

税制抜本改革法第7条第1号ハの規定に基づき暫定的・臨時的措置として実施する簡素な給付措置について、消費税率が8%である期間における具体的な内容を、下記のとおりとする。

(1) 給付対象者

市町村民税（均等割）が課税されていない者（市町村民税（均等割）が課税されている者の扶養親族等を除く）
（注）生活保護制度内で対応される被保護者等は対象としない。

(2) 給付額

給付対象者一人につき、10,000円（1年半分を1回の手続で支給）

(3) 加算

（1）の給付対象者のうち、以下のいずれかに該当する者には、26年4月の年金の特例水準解消等を考慮し、一人につき5,000円を加算

- ・ 老齢基礎年金（65歳以上）、障害基礎年金、遺族基礎年金の受給者等
- ・ 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）の対象となる手当（児童扶養手当、特別障害者手当等）の受給者等

(4) 実施方法

給付対象者からの申請に基づき、市町村（特別区を含む。）の協力を得て実施する。また、都道府県に対しても、市町村の円滑な執行の支援について協力を求める。具体的には、地方と協議を行い、決定する。

国は、簡素な給付措置の実施に要する費用について負担するほか、市町村の事務負担に配慮し、必要な協力を行う。

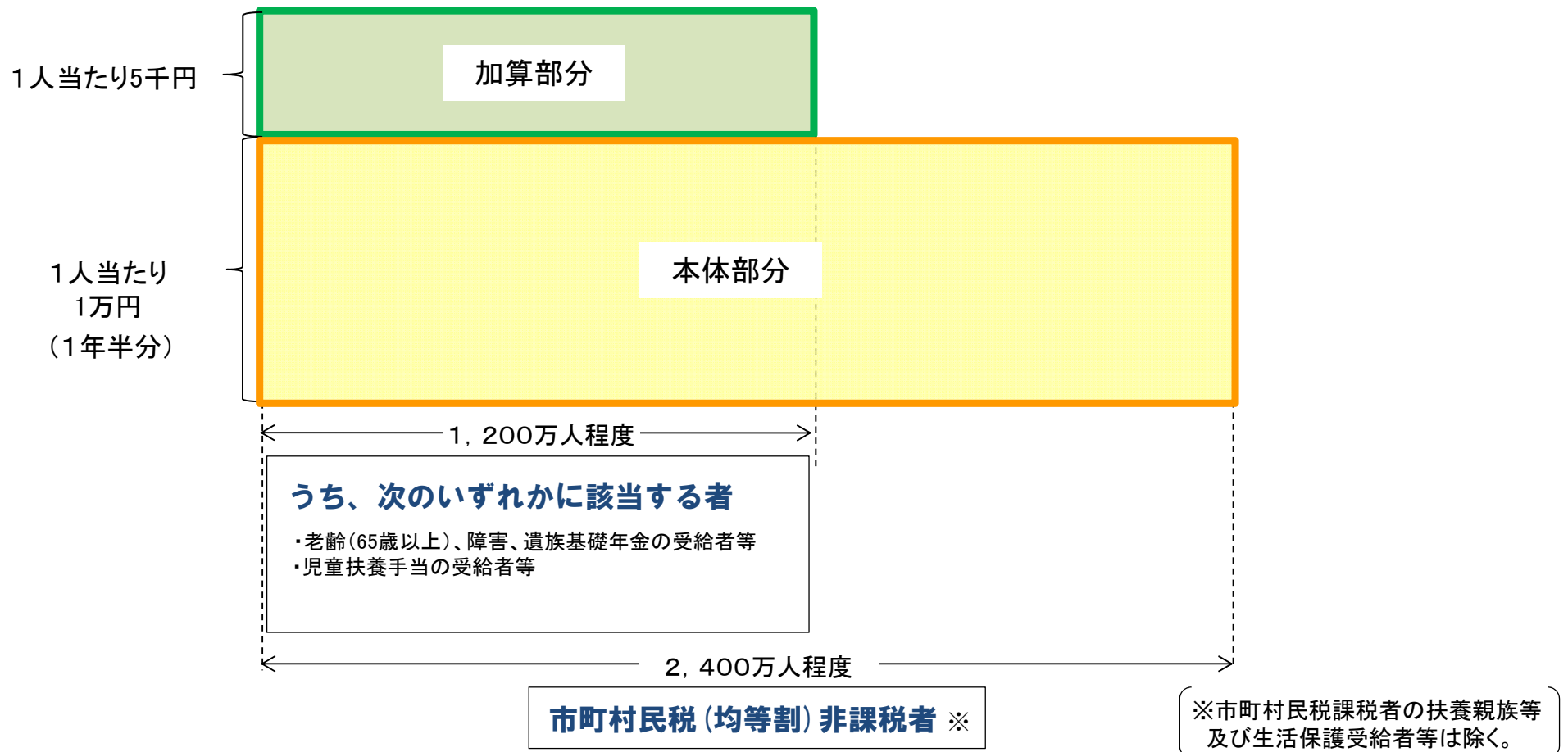
実施方法は、事務・費用の両面でできる限り簡素で効率的なものとする。

(5) その他

この閣議決定に定めるもののほか、本措置の実施業務につき必要な事項は、厚生労働大臣が別に定める。

簡素な給付措置

- 市町村民税(均等割)が課税されていない者(※)に対し、一人当たり1万円を給付。
- これらの対象者のうち、次のいずれかに該当する者には、平成26年4月の年金の特例水準解消等を考慮し、一人当たり5千円を加算。
 - ・ 老齢基礎年金(65歳以上)、障害基礎年金、遺族基礎年金、児童扶養手当の受給者等



今後どのように日本の医療提供体制の再編を進めていくべきか

国際医療福祉大学大学院医療経営管理分野教授 高橋泰

(要旨)

- 急性期医療には、病気を治すことを主目的とする「とことん型」と、病気は完全に治らなくとも、地域で生活を続けられるように身体も環境も整えてくれる「まあまあ型」がある。今後急増する後期高齢者が主に必要とするのは、「まあまあ型」急性期医療である。
- 日本の医療提供体制の3つの問題は、
 - (1) 医療資源レベルや医療需要推移の地域差が大きなこと、
 - (2) 「とことん型」医療現場、特に高度急性期に相当する病棟の医療密度が、他の先進国と比較して極端に低い(病床あたりの医師や看護師数が少なく、入院期間が長い)こと、
 - (3) 「とことん型」と「まあまあ型」の医療の分化が進まず、しかも「とことん型」と「まあまあ型」の病床比率と患者ニーズが乖離してきていること、である。
- これらの問題を解決するには、以下のような対策が考えられる。
 - ① 国は、「とことん型」の医療を提供する病棟であるか、「まあまあ型」の医療を提供する病棟であるかが、第三者から見ではっきり認識できるような病床区分をまず設定する。次に、今後の各地域の医療提供体制整備の方向性を示すために、全国共通の基準により、地域ごとの「とことん型」と「まあまあ型」別の基準病床数(医療機能別の基準病床数)を示し、各地域の「とことん型」「まあまあ型」病床の過剰・不足感がわかるようにする。
 - ② 都道府県は、基準病床数を参照し、地域の現状を考慮しながら、都道府県独自の病床区分別の目標病床数を設定し、少なくとも過剰な区分の病床は新設できないようにする。更に、地域毎の「医療機能別目標病床数」と「現在の医療機能別病床数」との乖離の解消を目指し、将来の地域の医療ニーズをも反映した「地域医療ビジョン」を作成する。
 - ③ (医療提供体制改革を基本とした解決策) 国は、現状と「地域医療ビジョン」の乖離を是正しようとする計画や取り組み(例:「とことん型」医療施設の過剰地域での統合やダウン・サイジング、「まあまあ型」病床への転換、かかりつけ医と病院のネットワーク化、複数の医療機関や介護施設のグループ化など)に対して補助金をつける権限を都道府県に与え、地域の現状を「地域医療ビジョン」により近い体制になるよう誘導する。高度急性期病床の目標病床数は三次医療圏レベルで病床数を絞る形で認定し、認定においてはある水準の医療レベルを満たすこと以外に、病床削減による医療密度の向上(ベッドあたりの医師数・看護師数を増やす)の実現や大幅な平均在院日数の短縮を条件とする。医師や看護師の偏在に対しては、将来的に医師過剰が予測される地域の医学部の定員を減らし、極端に不足している地域に対し医学部の新設を認めるなど、全国一律ではなく、地域の実情に応じた形で対策を実施する。
 - ④ (診療報酬改定による改革) 地域医療ビジョンや補助金による誘導等で医療提供体制改革への道筋をつける政策を先行させた後に、診療報酬において、「まあまあ型」の医療を必要とする患者比率の高い一般病棟では、「とことん型」よりも「まあまあ型」を選択した方が、収益率が高くなるよう配分の見直しを行う。更に、地域ごとの「とことん型」と「まあまあ型」の過不足に応じて、入院基本料を地域ごとに調整できるような仕組みが診療報酬制度の中に導入されることが望ましい。

はじめに

(「とことん型」と「まあまあ型」の医療)

(図1)は、75歳(65歳)以上高齢者人口推移を表す。1995年より後期高齢者が激増し、15年ごとに700万人のスピードで増加している。これから2030年にむけて後期高齢者が更に700万人程度増加する

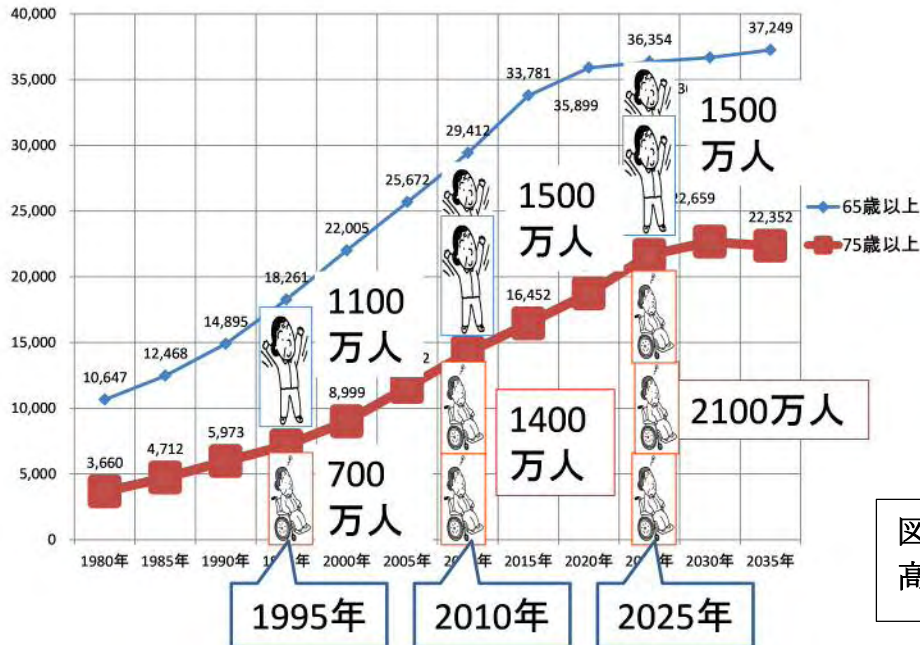


図1
高齢者人口推移

一方、若年人口は、今後百年以上にわたり減少の一途をたどり、我が国の総人口も、急激な減少の一途をたどる。(図2)は、今後の人口減少の様子を示す。2030年頃までは後期高齢者が増えるので人口の減少はまだ緩やかで、25年間の人口減少が約1000万人である。2030年から2050年までは、後期高齢者人口が増えなくなるので、人口減少のカーブが急峻になる。2050年以降は後期高齢者の人口も減り始めるので、人口減少のカーブは、更に急峻になり、22世紀初頭、我が国の人口は、現在の半分程度に減少することが予想されている。

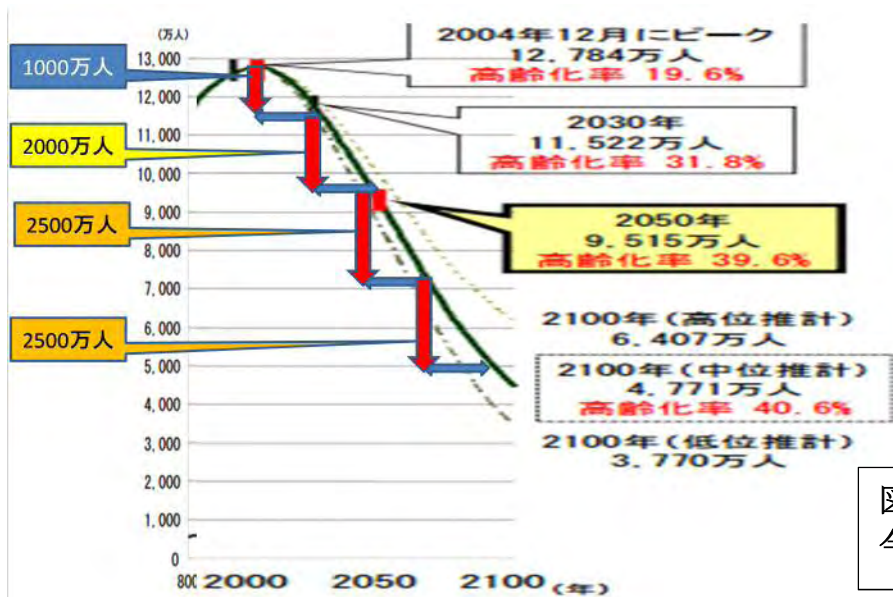
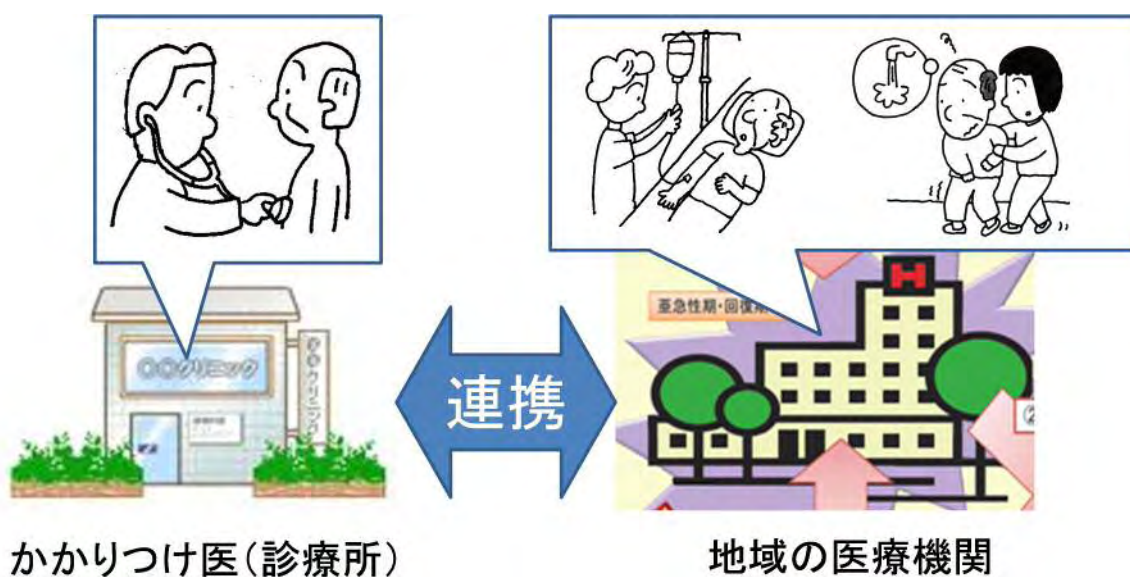


図2
今後の人口減少

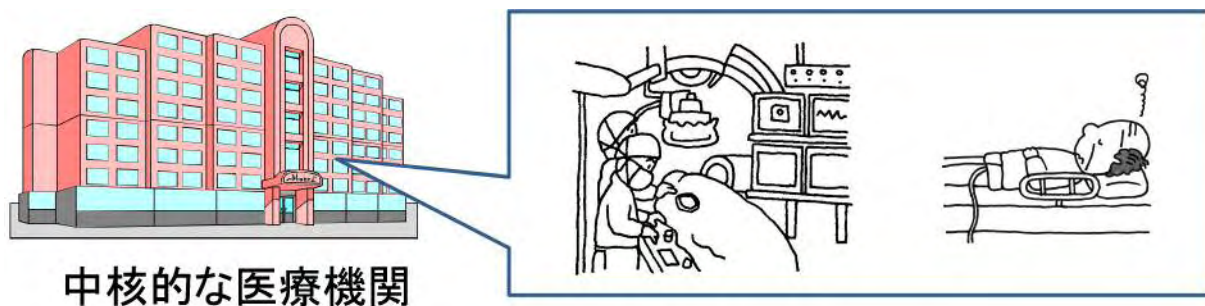
この急増する高齢者に対応する医療と、激減する若年向けの医療の調整をどのように行うかが、医療提供体制改革の議論の最大の争点である。

永生病院の安藤高朗先生（全日本病院協会副会長）が、急性期医療には、治す医療の「とことん型」と、癒す医療の「まあまあ型」があることを提唱されている。「まあまあ型」の医療の担い手は（図 3）に示すように、まずは、かかりつけ医である。また、家で調子が悪くなった時に、リハビリを行いながら高齢者の治療もほどほどに行うような地域の医療機関も、「まあまあ型」医療の主要な担い手である。多くの高齢の患者さんが真に必要とする医療とは、医療内容は「まあまあ」であっても、地域との関係が保たれるような形で提供され、病気は完全に治らなくとも、地域で生活を続けられるよう身体も環境も整えてくれるような医療であろう。更に、「とことん型」医療機関からの転院患者に対する在宅復帰を目指したりハビリや継続的治療の提供や、地域での「看取り医療」も「まあまあ型」医療の重要な役割である。

「まあまあ型」医療を提供する医療機関は、治癒が至上目的であり、徹底的に治療を行うとする「とことん型」医療を提供する医療機関（図 4）とは、その有り様が大きく異なる。今後、後期高齢者の増加に伴い、「まあまあ型」医療の需要が増えていくので、早急に、「まあまあ型」医療とはどのような医療かを議論し、「まあまあ型」医療を誰（どのような医療機関）が提供するかを考え、望ましい「まあまあ型」医療の提供体制を作り上げる必要がある。



（図 3：「まあまあ型」医療を提供する担い手のイメージ）



（図 4：「とことん型」医療を提供する医療機関のイメージ）

日本の医療提供体制の3つの問題

日本の劇的に変化する人口構造に対し、どのような解決策があるかを考える前に、現在の日本の医療提供体制がかかえる問題を3つ提示する。

問題（1）：医療の地域差が大きなこと

医療の地域差が大きいことが、日本の医療の第1の問題である。

問題（1）—1：地域により医療福祉資源レベルが大きく異なる

まず、医療資源レベルの地域差が大きい。以下（図5）（図6）（図7）に、（1）総病床数、（2）看護師数、（3）介護や支援を必要とする高齢者向け施設の収容可能人数、の地域差を示す。

（1）総病床数

青と水色の地域が多く、黄色と赤色の地域が少ない。総病床数は、**関東・甲信越・東海が少なく、北海道・北部東北・北陸・中国・四国・九州に多く**、大きな地域差が見られる。

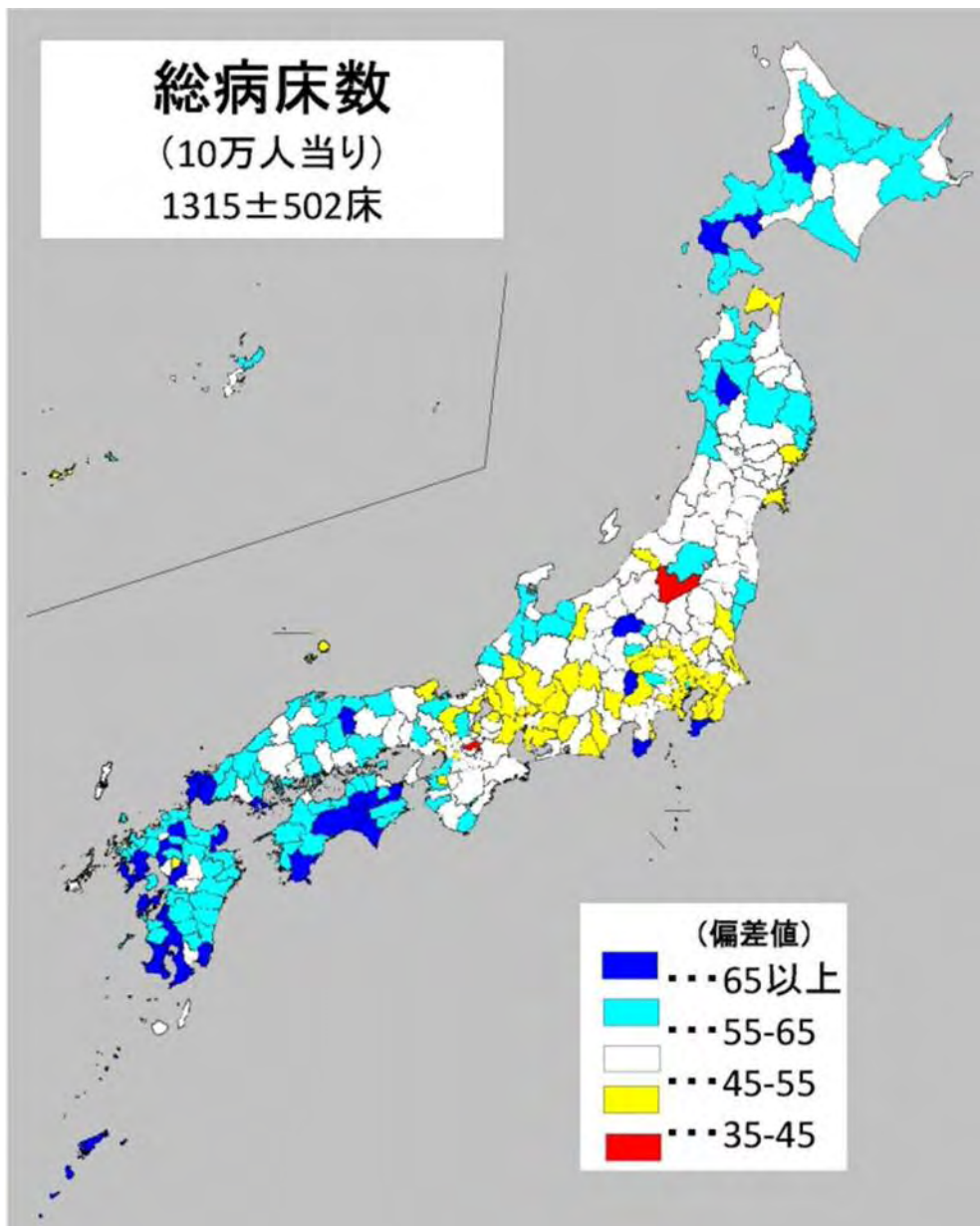
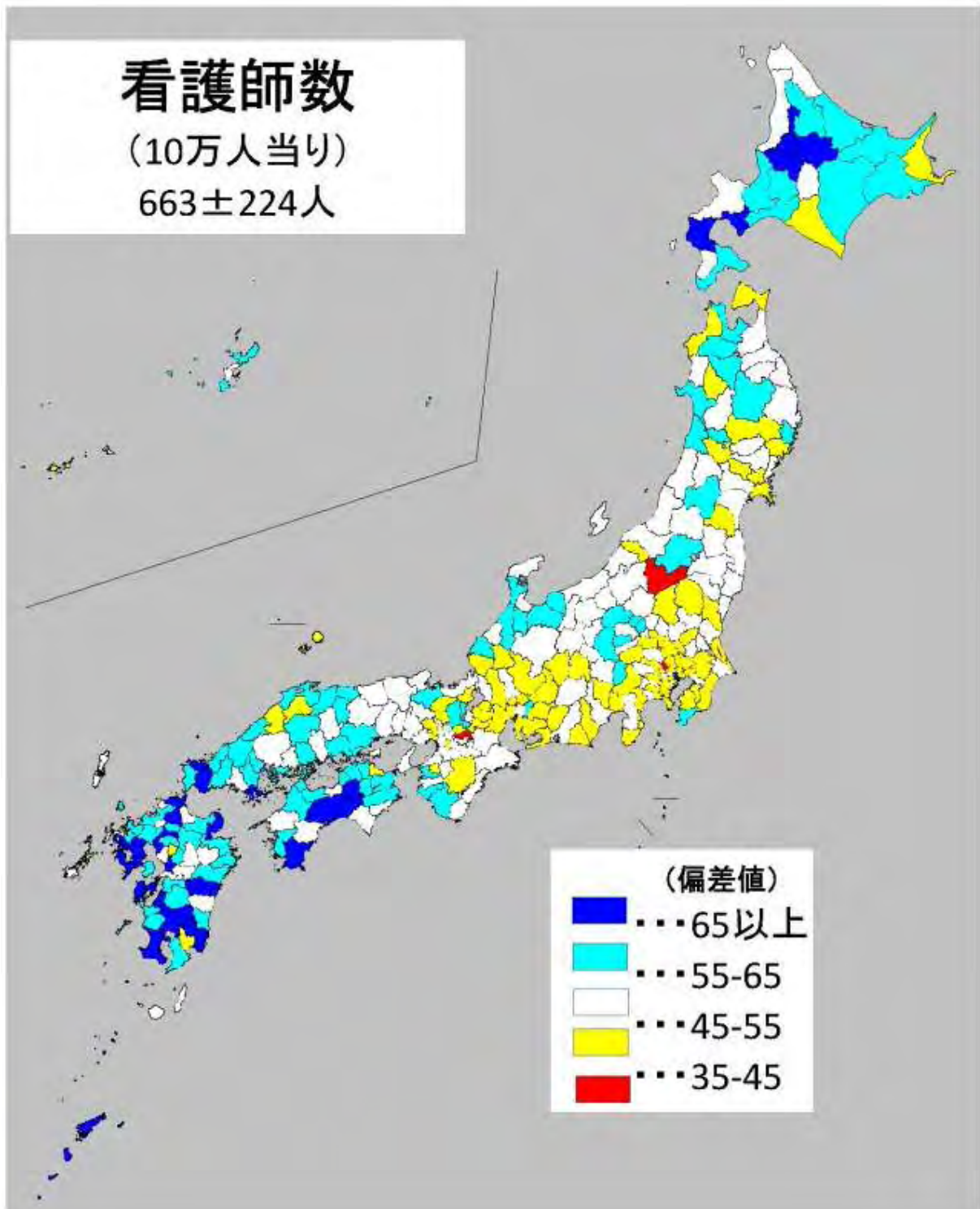


図5
人口当たりの
病床数の多寡の
レベルを偏差値
で表示

(2) 看護師数

人口当たりの看護師数は、**関東・甲信越・東海**が少なく、**北海道・北陸・中国・四国・九州**に多く、大きな地域差が見られる。

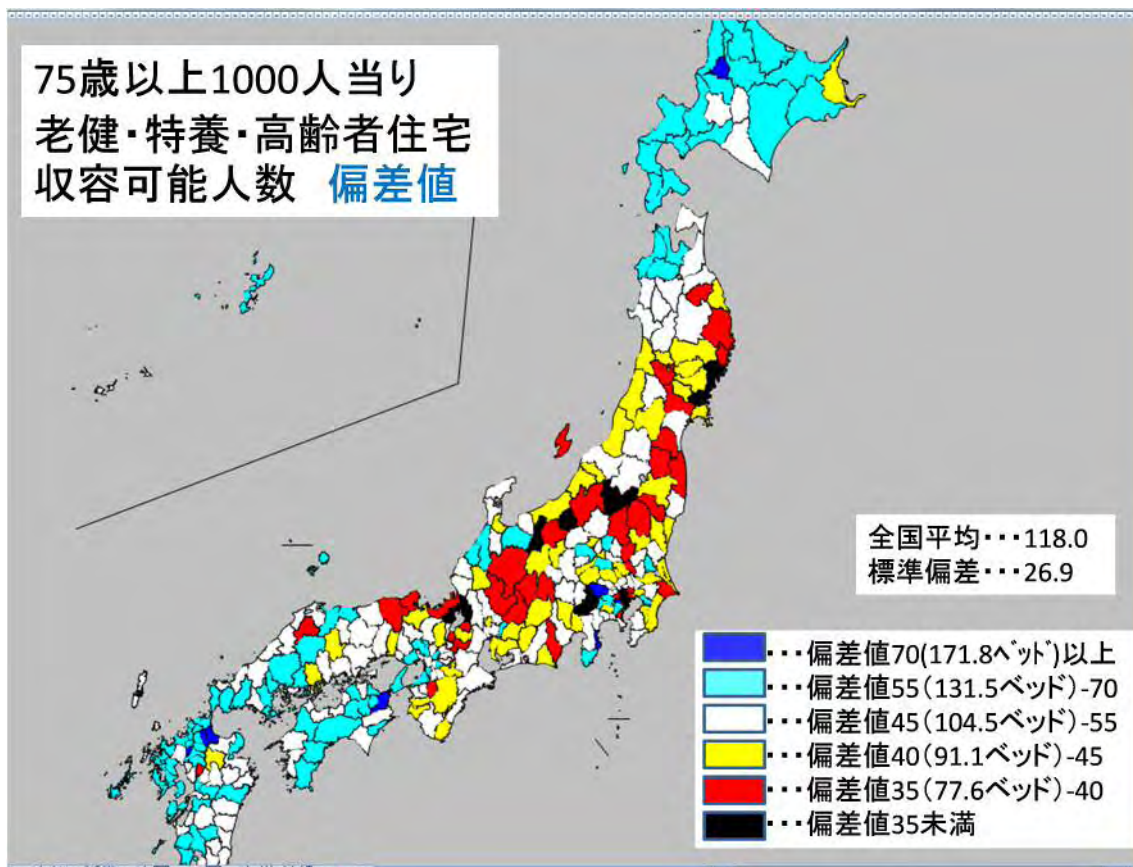


(図6：人口当たりの看護師数の多寡のレベルを偏差値で表示)

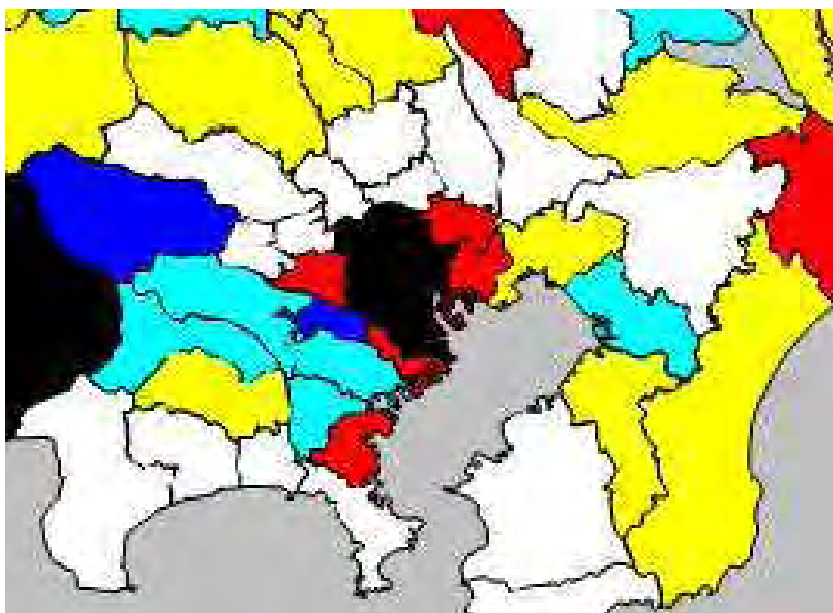
病院看護師数は、病院勤務の看護師+准看護師数の和。(平成22年10月1日病院)報告

(3) 老健・特養・高齢者住宅の収容可能人数

老健・特養・高齢者住宅は、東北・関東・甲信越・東海・大阪を除く関西が少なく、北海道・青森・北陸・中国・四国・九州に多く、大きな地域差が見られる。



(図7: 75歳以上千人当り老健・特養・高齢者住宅収容可能人数偏差値表示)

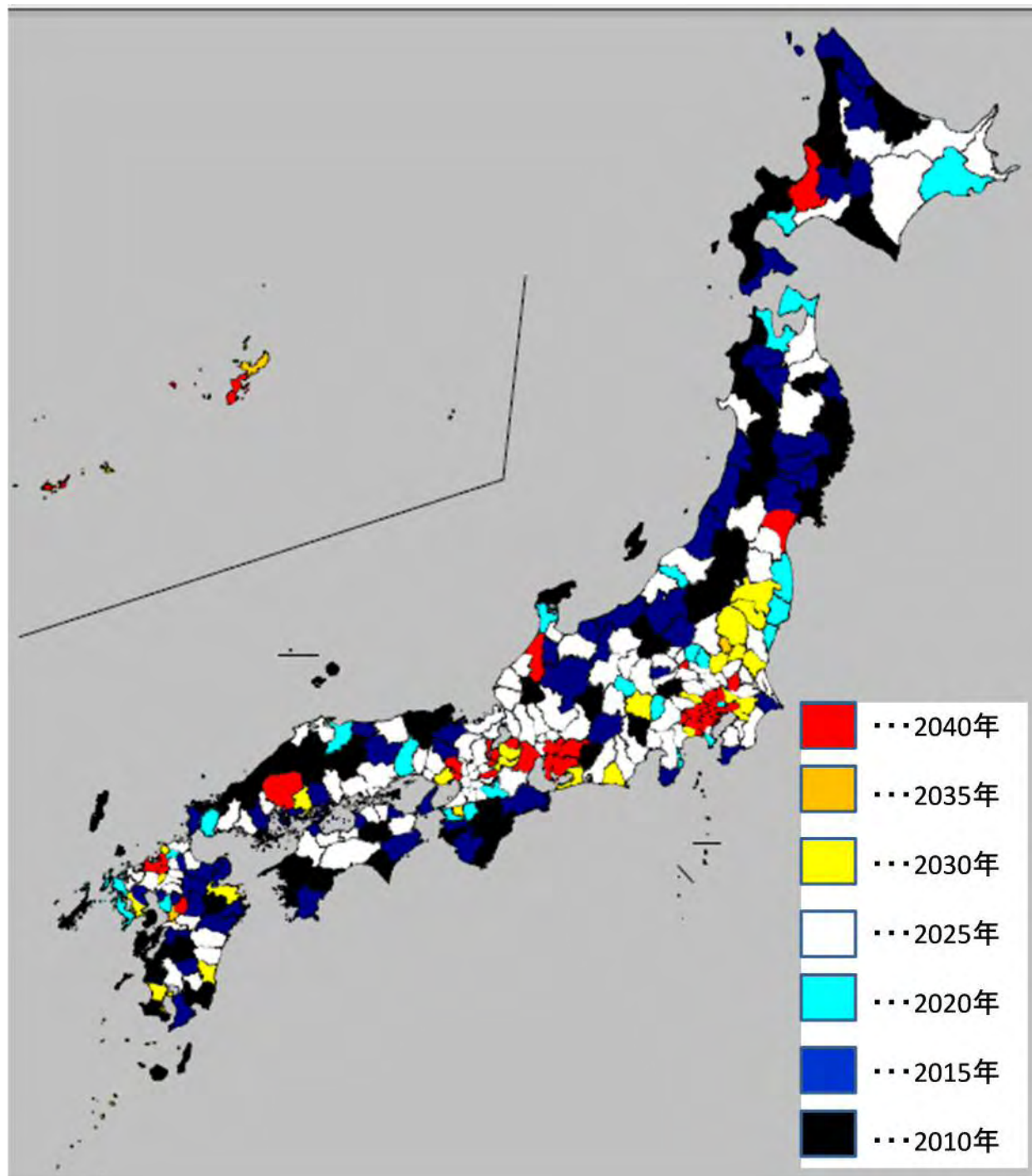


(東京地区拡大)

⇒ 医療福祉資源レベルも、地域により大きく異なる

問題（1）－2：医療需要のピークの時期の地域差

以下の（図 8）は、今後も現在と同じ医療が提供される（価格も内容も変化しない）と仮定し、人口構成のみが変化した場合、我が国の医療需要ピークがいつどの時期にくるのかを示したものである。地域により医療需要のピークの時期が大きく異なることが分かる。



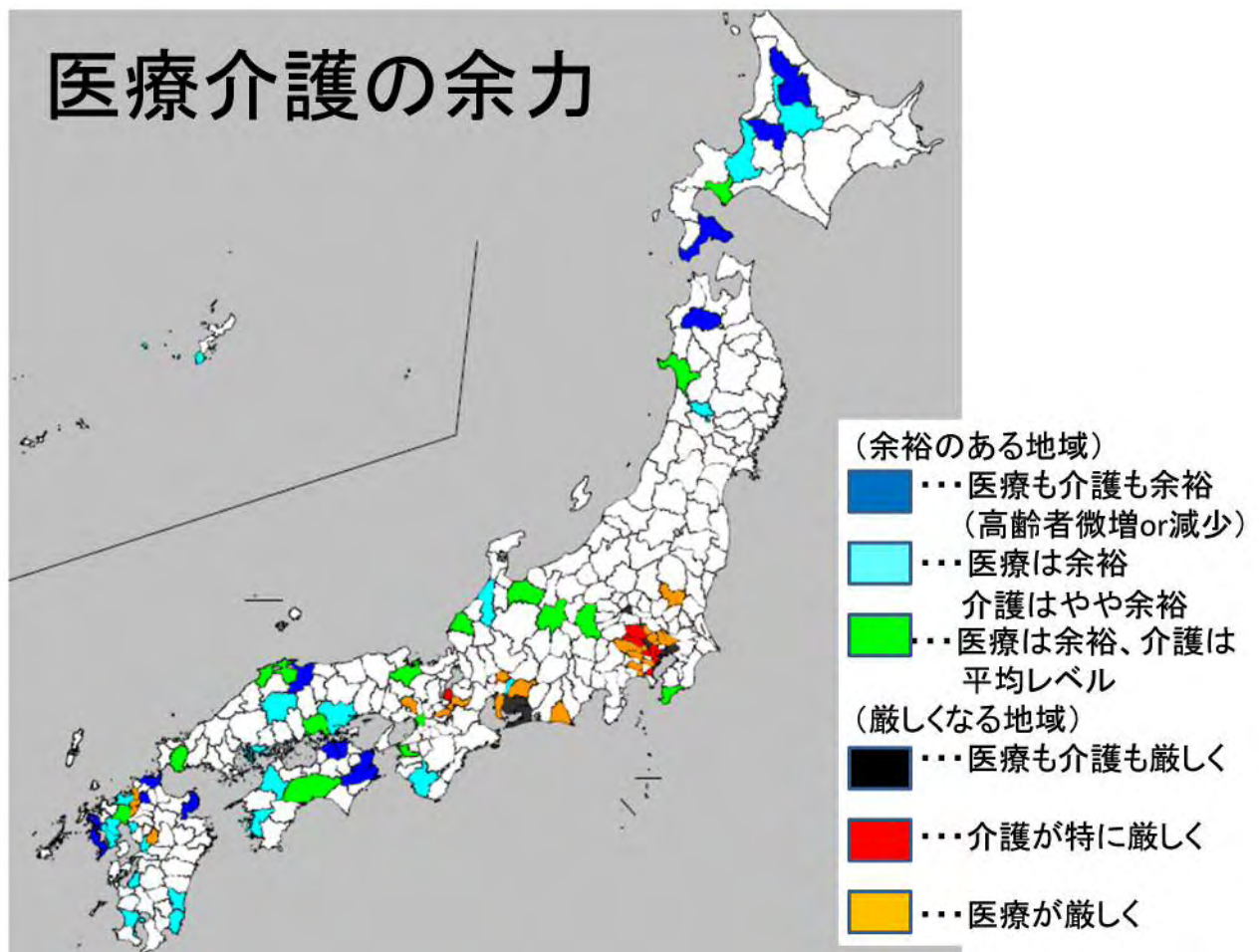
（図 8：各二次医療圏の医療需要のピークの時期）

問題 (1) — 3 : 地域の余力の差

現在の医療・福祉資源レベル（人口当たり「病院勤務医数」と75歳以上人口1000人当たり「老健・特養・高齢者住宅のベッド数」）と将来の人口動態から予測される医療や介護の需要より、各地域の医療や介護の余力を評価した結果を（図9）に示す。

黒、赤、オレンジ色の余裕のない地域が、首都圏と名古屋周辺に広がっている。一方、青、水色、緑色の余裕のある地域は、北海道、北陸、中国、四国、九州に広がっている。地域により医療・福祉の状況が大きく異なることがわかるだろう。

今後、「とことん型」医療と「まあまあ型」医療の提供量を地域の需要に合うように改革を行う場合、資源量の地域格差、医療需要の地域差に起因する地域ごとの「とことん型」医療と「まあまあ型」医療と介護の、余力（過剰）や不足の状況に応じた、地域ごとの変革プログラムを作成する必要がある。



余力有り→現在資源が豊富にあり、人口動態予測より、将来的に需要があまり伸びない、あるいは減少することが予測される場合（地域）

余力なし→現在資源が不足で、人口動態予測より、将来的に需要が大きくなるのびることが予測される場合（地域）

（図9：資源レベルと需要予測をもとに各地域の将来の医療介護の余力を評価）

問題（２）：「とことん型（高度急性期）」医療現場が低密度であること

日本の医療の第二の問題は、「とことん型（高度急性期）」医療現場が低密度であることである。医療の基本は、病気の治癒を目指す「とことん型」の医療である。「とことん型」の医療は、絶えることのない技術革新により、近年、より高度化・大規模化している。より良い「とことん型」の医療を提供するには、多くのスタッフや機器が必要であり、一人当たりの患者（病床）に対する医師、看護師が多く確保され、施設も設備も充実した「医療密度が高い」状況が不可欠である。他国と比較した場合の日本の医療提供体制の第２の問題は、「とことん型」医療の密度が低いことをあげることができる。

以下の（表１）は、医療提供に関する主要な指標の国際比較である。まず人口千人当たり総病床数、アメリカ 3.1、フランス 7.1、日本 13.9 と日本の病床数が際立って多い。

一方、人口千人当たりの医師数は、アメリカ 2.4 人、フランス 3.4 人、日本 2.1 人と少ない上に、病床が多いので、病床百床あたりの医師数は、アメリカ 77.5 人、フランス 47.2 人、日本 14.9 人であり、アメリカと比較すると病床あたりの医師数は、1/5 以下である。看護師も同様の傾向であり、アメリカと比較すると病床あたりの看護師数も、およそ 1/5 である。

平均在院日数（急性期）は、アメリカ 5.5 日、フランス 5.3 日、日本 19.0 日であり、日本の患者は、アメリカやフランスの患者と比べ、4 倍近い期間入院していることになる。

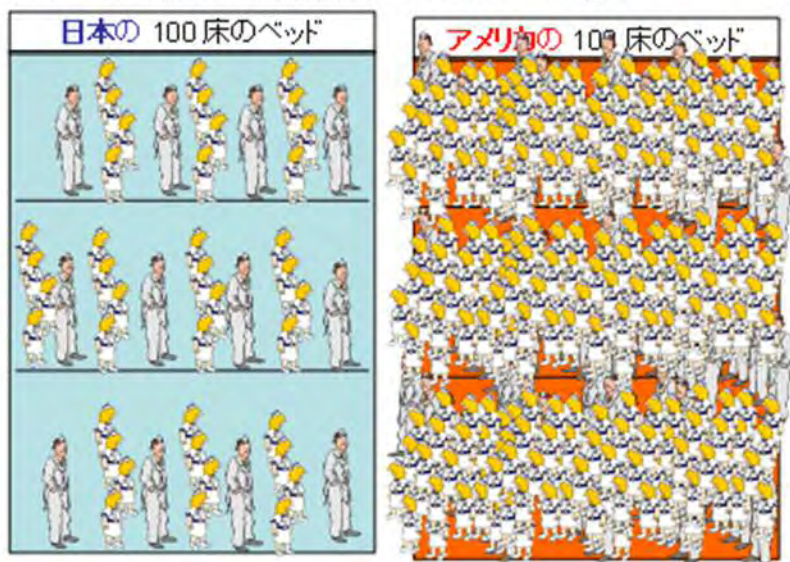
医療分野についての国際比較(2007年)

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
人口千人当たり 総病床数	3.1	3.4	8.2	7.1	—	13.9
人口千人当たり 急性期医療病床数	2.7(※)	2.6	5.7	3.6	2.1	8.2
人口千人当たり医師数	2.4	2.5	3.5	3.4	3.6(※)	2.1(※)
病床百床当たり医師数	77.5	72.7	42.5	47.2	—	14.9(※)
人口千人当たり 看護職員数	10.6	10.0	9.9	7.7	10.8(※)	9.4(※)
病床百床当たり 看護職員数	337.2	294.2	120.7	108.2	—	66.8(※)
平均在院日数	6.3	8.1	10.1	13.2	5.8	34.1
平均在院日数 (急性期)	5.5	7.2	7.8	5.3	4.5	19.0
人口一人当たり 外来診察回数	3.8(※)	5.0	7.5	6.3	2.8(※)	13.6(※)
一人当たり医療費(米ドル)	7,290	2,992	3,588	3,601	3,323	2,581(※)
総医療費の対GDP比(%)	16.0	8.4	10.4	11	9.1	8.1(※)
OECD加盟諸国間での順位	1	19	4	2	14	21
平均寿命(男)(歳)	75.4	77.4	77.2	77.8	79.4	79.6
平均寿命(女)(歳)	80.4	81.6	82.4	84.5	83.4	86.4

(表 1 : 医療提供に関する主要な指標の国際比較)

(図 10) は、先に紹介した百床当たりの医師数と看護師数の日米の格差をイラストで示したものである。同じ病院であるが、日本と米国でスタッフの密度が、かくも違う。このイラストをみて、あなたは日本とアメリカのどちらで、心筋梗塞や癌の治療を受けたいと思うだろうか。

日本とアメリカの病棟の人員配置レベルは、こんなに違う



(図 10：日本とアメリカのスタッフ密度差の差)

(図 11) は、患者目線から見た日米の病棟の違いを示す。日本の病棟と比べアメリカの病棟には、4～5 倍の医師や看護師がいることになり、短期間に集中的な医療が提供される。日本は「低密度長期型」の医療、アメリカは「高密度短期型」の医療が提供されている。



(図 11：日本とアメリカの病棟のイメージ比較)

問題（3）：「とことん型」と「まあまあ型」の病床比率が患者ニーズの乖離

日本の医療提供体制の第3の問題は、「とことん型」と「まあまあ型」の医療の分化が進まず、しかも「とことん型」と「まあまあ型」の病床比率が患者ニーズと合わなくなってきていることである。

更に「とことん型」と「まあまあ型」の病床比率と患者ニーズの乖離は、今後更に拡大していくことが予測される。この乖離の主要な原因が人口構造の急激な変化である。

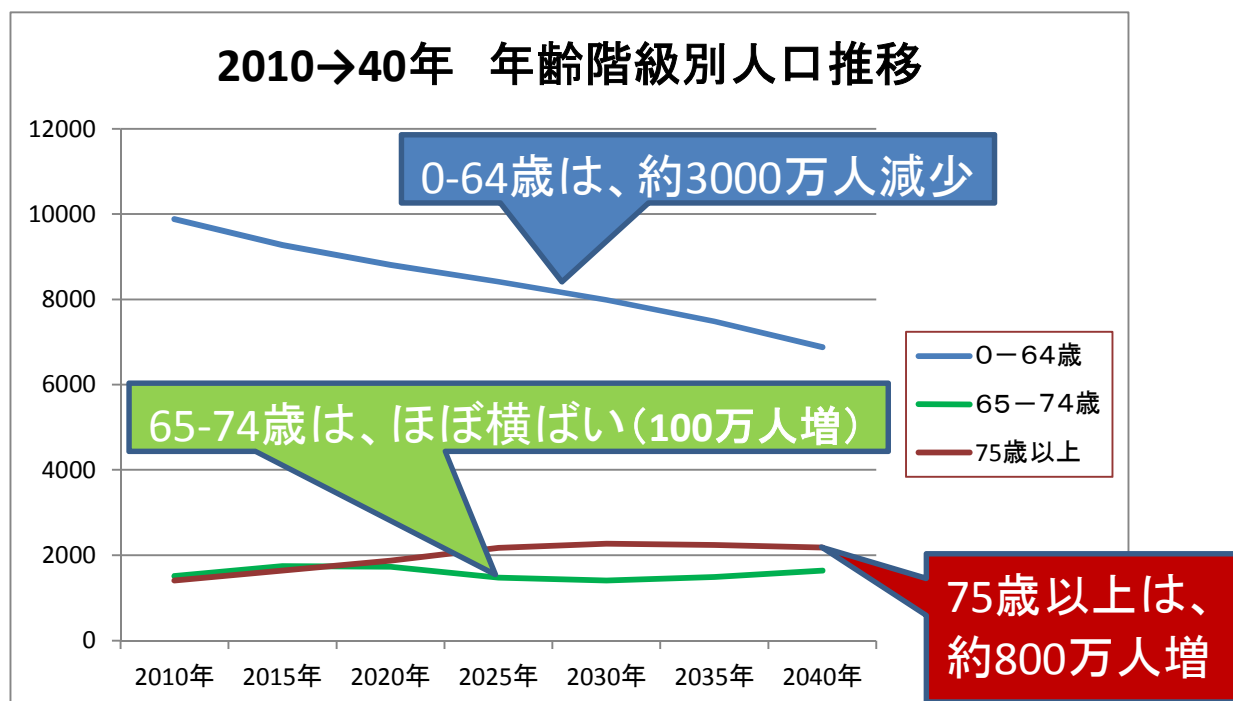
問題（3）－1：我が国の年齢階級別にみた人口推移予測

（表2）と（図12）は、我が国の今後の人口の推移を表す。2010年から40年にかけての30年で、75歳以上は800万人増加し、0-64歳が3000万人の大幅減で、総人口は2100万人減少する。

特に75歳以上は、2025年までに700万人増加し、その後しばらくゆっくりした増加傾向を見せる。2025年までは0-64歳の人口減を75歳以上の増加が補う形で総人口はあまり減らないが、2030年頃から急激な人口減少が始まる。

	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2010→40年の増減
総人口	12806	12666	12413	12070	11667	11219	10707	-2099
0-64歳	9881	9271	8802	8414	7983	7479	6876	-3005
65-74歳	1517	1749	1733	1478	1406	1495	1645	127
75歳以上	1407	1646	1878	2178	2277	2245	2186	779

（表2：我が国の2010年から40年の年代別人口推移）



（図12：我が国の2010年から40年の年代別人口推移）

（2010年人口は平成22年国勢調査、2015年以降人口は国立社会保障・人口問題研究所 市区町村別将来推計人口 平成25年3月推計）

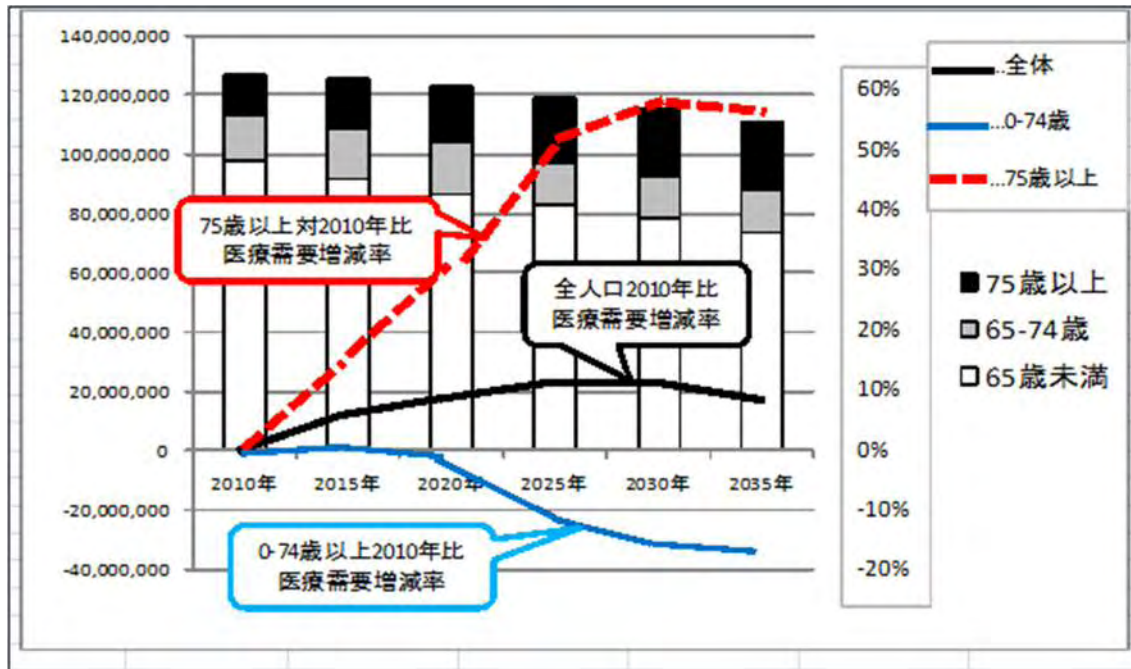
問題（3）－2：我が国の年齢階級別医療需要の推移予測

人口構成が大きく変化すれば、医療や介護の需要は大きく変化する。(図 13) は、各年代の使用する医療費は今後も変わらないと仮定し、(表 2) (図 12) のように人口が推移した場合の医療費の推移の予測を、0-74 歳と 75 歳以上に分けて示したグラフである。

一番下に位置する青線は、0-74 歳の医療需要の推移を示す。0-74 歳の医療需要のピークは 2015 年で、2010 年比 0.9% 増である。2015 年から 2020 年まで微減、その後急速な減少傾向を示し、2035 年で見ると現在の -16.8% であり、その後も一貫して減少を続ける。2020 年から急激に減少するのは、2022 年から 24 年にかけて団塊の世代が 75 歳を超えるからである。

一番上の赤色の破線は、75 歳以上の医療費の推移予測を示す。75 歳以上は、2025 年に向けて急増、2030 年のピーク値は 2010 年比 59.3% 増という結果になった。

真ん中の太い黒線は、総医療費の推移予測である。2015 年以降減少する 0-74 歳からの医療需要と、今後急増する 75 歳以上の需要を合算すると太い黒線が示すように 2025 年にピークが来て、トータルで 11.1% 増になる。



(図 13：0-74 歳と 75 歳以上医療費将来予測)

問題（3）－3：0-74 歳が必要とする医療、75 歳以上が必要とする医療

今後の人口推移から「0-74 歳の医療」需要は、2035 年までに 15% 以上減少し、その後も需要が減り続ける。「75 歳以上の医療」の需要が 2030 年までにおよそ 60% 増え続ける。

それでは、今後需要が減少する「0-74 歳の医療」の内容とは、どのようなものであろうか。また、2030 年まで増え続ける「75 歳以上の医療」とは、どのような内容であらうか。

「0-74 歳対象の医療」のほとんどが、治癒が至上目的であり、徹底的に治療を行おうとする「とことん型」の急性期医療である。0-74 歳の患者さんの多くは、治療が終了すれば、自宅に退院し、普段の生活に戻っていく。

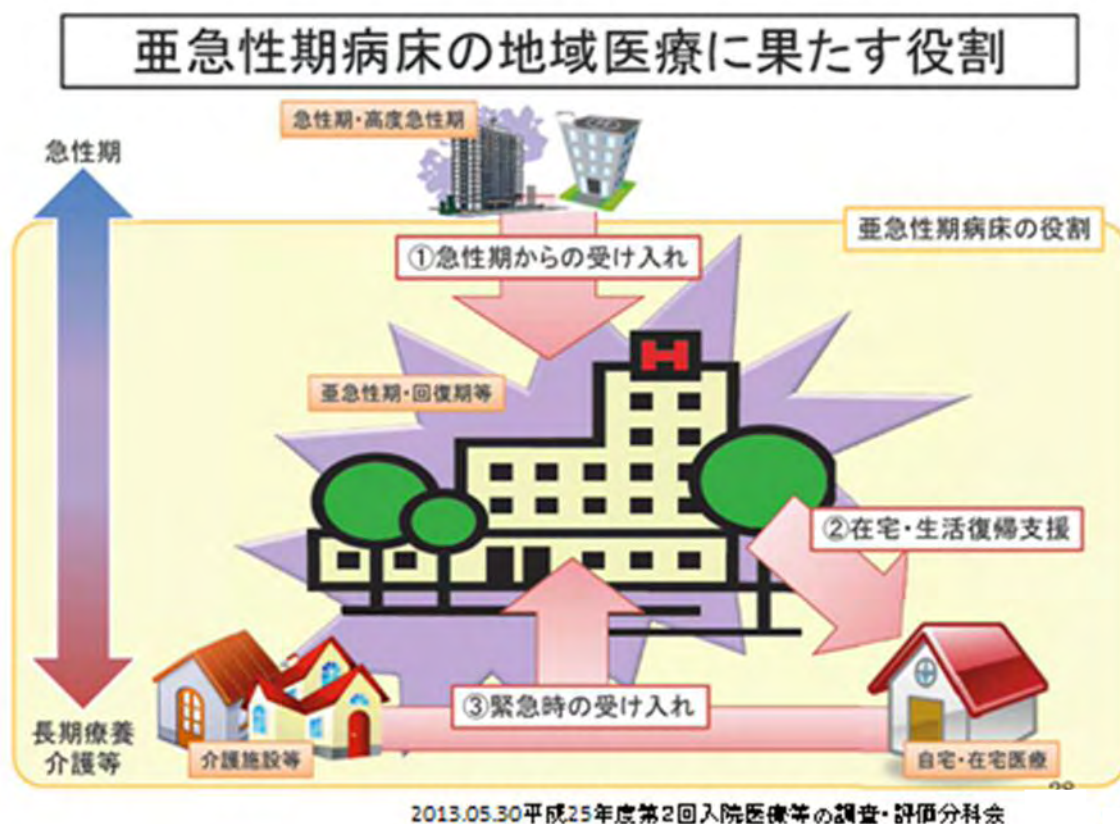
一方、「75歳以上の医療」は、「とことん型」の急性期医療を必要とする場合も少なくないが、年齢が上がるにつれて、生活維持や在宅復帰のために必要に応じて治療やリハビリを行い、必ずしも病気の治癒を目指すわけではない「まあまあ型」医療の比率が高まる。「75歳以上の医療」需要は、今後10年程度急速に増加するので、それに対応する体制を至急整える必要がある。(図14)に、75歳以上の後期高齢者が必要として今後需要が拡大する「まあまあ型」医療を重点的に提供すると思われる「亜急性期病床」の概要を示す。(図14)は2013年5月30日に、厚生労働省の「中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織(入院医療等の調査・評価分科会)」で示された亜急性期の病床の地域医療に果たす役割というスライドである。

このスライドによれば、亜急性期病床の主要な役割は、急性期・高度急性期病床に入院した患者で、在宅復帰は難しいが、高度急性期医療は必要なくなった患者に、リハビリや内科的治療を継続して提供して在宅(施設)復帰を目指す医療を提供することである。

亜急性期病床のもう一つの役割は、在宅や介護施設において、機能の低下した高齢者が高頻度で罹患する肺炎や脱水、手術を要さない整形疾患など、高度な急性期医療までは必要ない患者さんの緊急時の受け入れを行うことである。

「とことん型」の急性期医療を行う医療スタッフと、「まあまあ型」の急性期医療を提供するスタッフでは、医療の目的も、思考過程も、行動パターンも大きく異なる。

病床を区分するにおいて、「とことん型」の急性期医療を主に行う高度急性期病床・急性期病床と、「まあまあ型」の急性期医療を提供する亜急性期病床的な病床とを明確に区分することは、今後の医療提供体制の再編に不可欠と考える。



(図14：機能レベル低下した高齢者の生活を支える「亜急性期病床」の概要)

問題（3）－4：「高度急性期・一般急性期」病床の過剰と「亜急性期」病床の不足

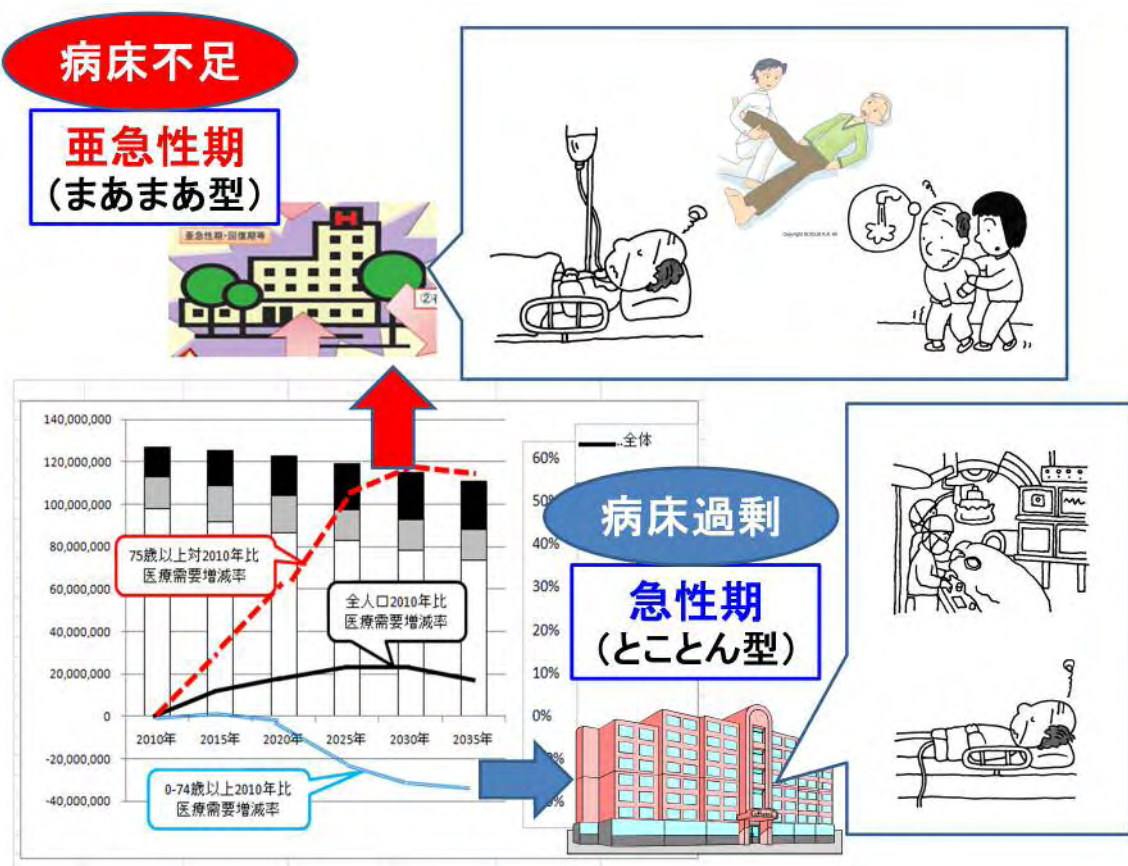
高度急性期病床はもちろん一般急性期病床も、治療を主目的とする従来の急性期医療を提供することを前提する病棟であり、建前として「とことん型」急性期医療病棟である。

しかし現在の一般病床の多くには、本来「まあまあ型」の急性期医療を必要とする高齢者が多く入院しており、「とことん型」の医療を必要とする患者さんと混在する形で医療が提供されているのが、日本の多くの一般病床の現状である。

患者のニーズに応じた医療を提供する観点からも、医療費の効率的な使われ方という観点からも、「とことん型」医療を必要とする患者を重点的に見る病棟と、「まあまあ型」医療を必要とする患者を重点的に見る病棟を分けることが、今後の医療提供体制改革でまず行われるべきことであろう。

病床区分をどのようにするか の定義により、各病床にどのような患者さんを入院させるかが変わるので正確な各病床の必要数は示せないが、日本の病院の現状および今後の人口構成の変化を考えると、全国的な傾向としては、(図15)に示すように「とことん型」急性期医療を提供する高度急性期・一般急性期病床の過剰傾向と、「まあまあ型」の急性期医療を提供する「亜急性期」に相当する病床の不足、および不足の拡大傾向は明らかである。

「とことん型」医療を提供する病床と、「まあまあ」型医療を提供する病床との比率を、今後の日本社会にとって最適な水準にするには、「まあまあ型」病床を増やし、過剰となっている「とことん型」病床を大幅に減らすこと、すなわち「とことん型」病床から「まあまあ型」病床への転換が不可欠である。



(図 15：病床別の需要予測)

人口減少型社会にあった医療提供体制を確立するための4つの解決策

これまで、日本の医療提供体制の問題は、(1) 医療資源レベルや医療需要推移の地域差が大きなこと、(2) 「とことん型」医療現場の医療密度が低いこと、(3) 「とことん型」と「まあまあ型」の医療の分化が進まず、しかも「とことん型」と「まあまあ型」の病床比率が患者ニーズと合わなくなってきたこと、を指摘してきた。

これらの問題を解決するには、

- ① 国による、「とことん型」と「まあまあ型」が区別された病床区分の設定と、全国共通の基準を元に算出した地域ごとの病床区分別基準病床数の提示
 - ② 都道府県による病床区分別目標病床数の設定と「地域医療ビジョン」の作成
 - ③ (医療提供体制改革を基本とした解決策) 現状と「地域医療ビジョン」の乖離を是正しようとする計画や取り組みや医療密度の向上を目指した高度急性期病床のダウン・サイジングに対する補助金交付、地域の状況に応じた地域偏在解消策の実施
 - ④ (診療報酬改定による改革) 医療提供体制改革を先行させた後の、診療報酬による「とことん型」から「まあまあ型」への転換を誘導。「とことん型」「まあまあ型」の過不足に応じた、地域ごとの入院基本料の調整機能の導入
- という4つの解決策が必要であると考える。

解決策①：国による、「とことん型」「まあまあ型」が区別された病床区分の設定と、全国共通の基準を元に算出した地域ごとの病床区分別基準病床数の提示

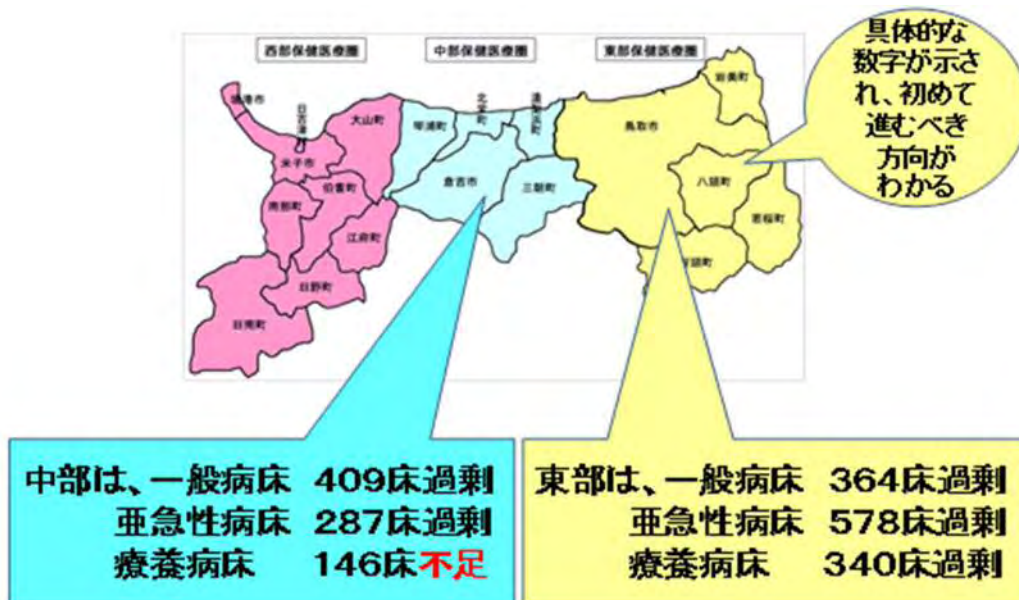
今後の医療提供体制改革の一番の基本は、地域ごとにどのように病床を整備すべきかの方向性をはっきり示すことである。また今回の医療提供改革では、病床数のコントロールを実効的な手法で担保することが不可欠であろう。診療報酬による誘導では病床の数を制限することはできないので、地域医療ビジョンや地域医療計画の中にはっきりした病床整備の数値目標を示すようことが重要になる。

2013年9月13日、厚生労働省の社会保障審議会医療部会では、一般病床の病床区分を「高度急性期」、「急性期」、「回復期」、「慢性期」の4区分に分類する案で固まった。この区分のままだと、「とことん型」医療を提供する病床は、「高度急性期」「急性期」に分類され、「まあまあ型」急性期の病床は、「急性期」「回復期」に分類されることとなり、「急性期」に「とことん型」急性期と「まあまあ型」急性期の病床が両方含まれることになる。

先に述べたように、医療提供体制改革の基本的な方向性は、「とことん型」急性期を提供する病床の一部を、「まあまあ型」急性期を提供する病床に転換させる、あるいは「とことん型」急性期病床を削減させることである。今後増やすべき病床である「まあまあ型」急性期病床と、転換や削減が必要な「とことん型」急性期病床が、「急性期」病床という一つの区分に混在するならば、今後の地域医療ビジョンの作成において、各地域において転換や削減すべき病床数を示すことができないだろう。今後、医療提供体制改革を進めるためには、「とことん型」急性期医療を提供する病床(≒高度急性期と急性期)と、「まあまあ型」急性期医療を提供する病床(≒亜急性期)を分けて区分を作成することが最も大切なことである(一案として、例えば、「急性期」を、「急性期Ⅰ」と「急性期Ⅱ」の2つに分けるということが考えられる)。

次に、今後の各地域の医療提供整備の方向性を示すために国は、全国共通の基準により、地域ごとの「とことん型」と「まあまあ型」別の**基準病床数(医療機能別の基準病床数)**を示し、各地域の「とことん型」「まあまあ型」病床の過剰・不足を明らかにすることが必要である。地域ごとの「基準病床数」を算定するときには、各地域の将来における人口構成の変化の要素も組み込んだものであることが望ましい。

今後の医療提供体制改革の一番の基本は、地域ごとにどのように病床を整備すべきかの方向性をはっきり示すことである。ここで、最も重視すべきポイントは、地域により病床整備の目指すべき方向が異なることである。(図 16-1)は、国が提示する基準病床から導かれる鳥取県の病床区分別病床数の評価のイメージであるが、鳥取県の3つの二次医療圏は、おそらく一般病床も亜急性期病床も過剰になると思われる。一方、(図 16-2)に示す神奈川県横浜北部医療圏のイメージでは、一般病床も亜急性期病床も不足と評価されることが予想される。鳥取県と横浜北部の例は、全国一律の方向に誘導する診療報酬だけでは、地域のニーズに合った改革を実現することができないことを示している。



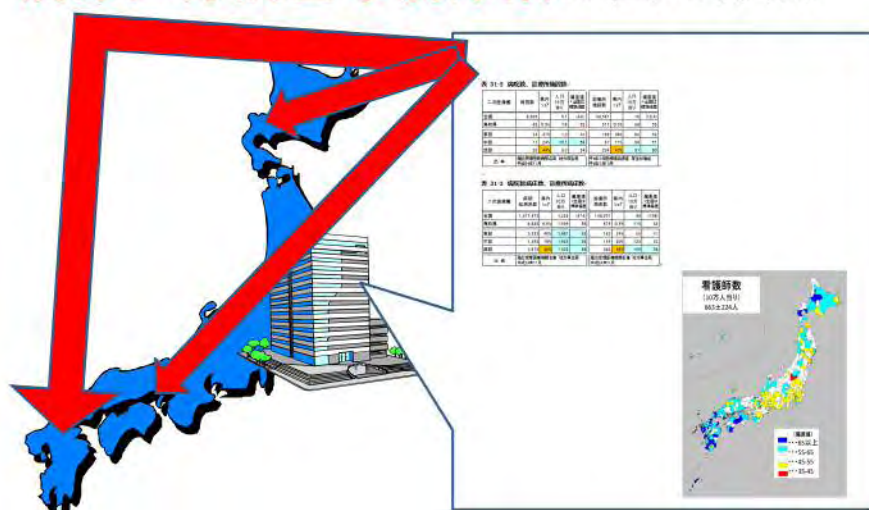
(図 16-1 : 鳥取県の二次医療圏ごとの整備基準のイメージ)



(図 16-2 : 横浜北部医療圏の整備基準のイメージ)

地域差を考慮した医療提供体制改革を進めるには、まず、二次医療圏ごとに、医療資源・将来の医療需要をしっかりと分析し、更に各地域と全国の他の地域の状況を比較した共通資料を各都道府県に提供する必要がある。また全国平均をもとに算出する地域ごとの病床区分別基準病床数も国が提示する必要がある。これを実現するには国が、(図 17) に示すような、地域ごとのデータを随時収集し、解析し、各地域の立ち位置や地域ごとの基準病床などを定期的に都道府県にフィードバックする仕組みを作る必要がある。

地域整備のために必要な共通資料や 病床区分別基準病床数は国で作成



(図 17 : 国が作成した共通資料や基準病床数を都道府県に配布するイメージ)

解決策② : 都道府県による病床区分別目標病床数の設定と地域医療ビジョンの作成

都道府県は、国が提示した病床区分別基準病床数を参照し、地域の現状を考慮しながら、まず、**都道府県独自の「病床区分別の目標病床数」**を設定する。この目標病床数は、地域の人口変動に応じて地域の病床数管理を行うときの数値目標であり、地域の区分別病床数が国の基準病床数と近い場合、「基準病床数＝目標病床数」となる。一方、基準病床数と地域の病床数の実態が大きくかけ離れた場合は、目標病床数は、国が示した基準病床数と現状の病床数の中間的な値になると思われる。また県が設定した目標病床数よりも過剰な区分の病床に関しては、少なくとも新設できないようにすることは、不可欠であろう。

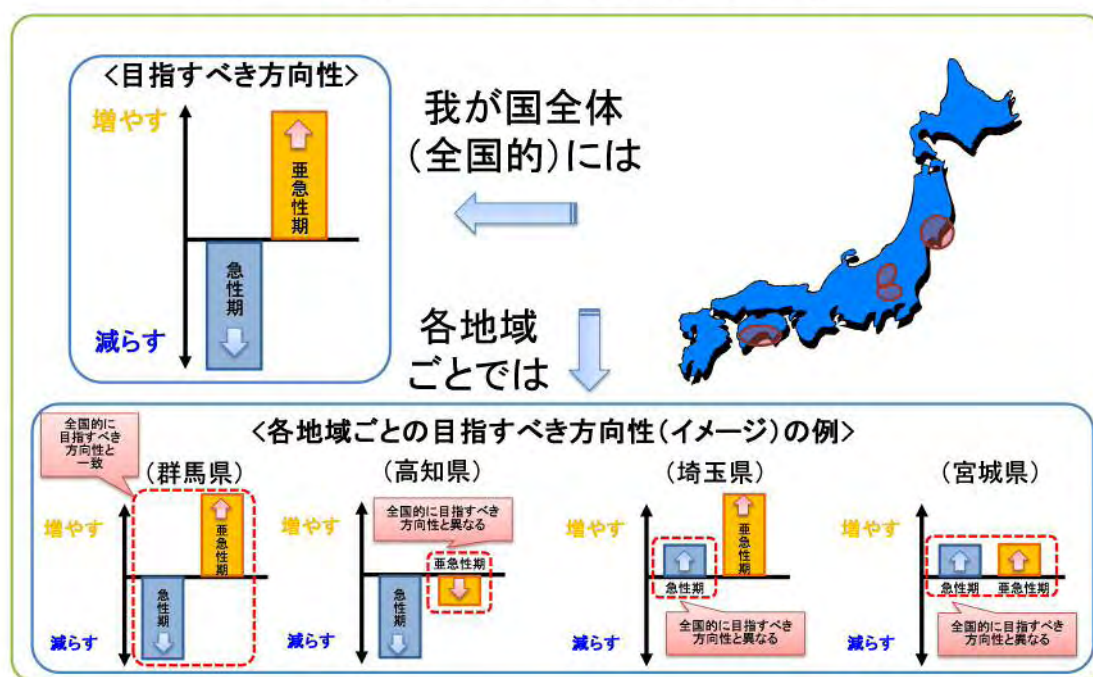
更に都道府県は、地域毎の「医療機能別目標病床数」と「現在の医療機能別病床数」との乖離の解消を目指し、将来の地域の医療ニーズをも反映した「**地域医療ビジョン**」を作成する。

地域差を意識しつつ人口減少社会に迎える我が国において行われるべき医療提供体制改革の方向性を(図 18)に示す。我が国全体では、図の右上のグラフに示すような「急性期(とことん型)病床を減らし、亜急性(まあまあ型)病床を増やす」という転換が必要である。

しかし、我が国の医療提供体制は地域差が非常に大きいので、(図 18) の下のグラフに示すように、例えば、「高知県は、急性期の病床も亜急性期の病床も過剰で、かつ、人口減少が見込まれるので、両方とも削減する必要がある。一方、埼玉県は、急性期病床も亜急性期病床も不足していて、かつ、今後の後期高齢者が倍増するので、両方の病床を大幅に増床する必要がある。・・・」という具合に、地域別の医療提供体制のビジョン(整備計画)を作る必要がある。

更に、各都道府県が作成するビジョン(整備計画)の合計が、国の目指すべき合計値と一致させるよう努力することも必要である。

地域ごとに目指すべき医療提供体制の方向性の相違



(図 18: 今後、我が国で行われるべき医療提供体制改革の方向性のイメージ)

解決策③ 医療提供体制改革を基本とした解決策

医療提供体制改革をもとにした解決策として、(1) 現状と「地域医療ビジョン」の乖離を是正しようとする計画や取り組みに対する補助金交付、(2) 医療密度の向上を目指した高度急性期病床の認定、(3) 地域の状況に応じた地域偏在解消策の実施などが、考えられる。

③-1 現状と「地域医療ビジョン」の乖離を是正しようとする計画や取り組みに対する補助金交付

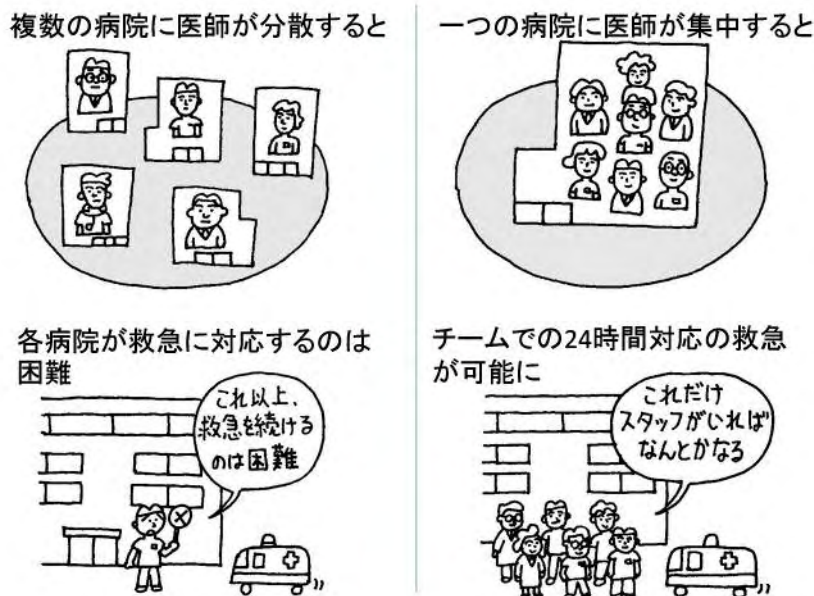
解決策②に示した地域医療ビジョンの作成が行われた場合、次に問題になるのが、その計画をいかに実行に移すかである。この際、注意すべきは、単に地方に予算配分を丸投げするのではなく、地域の実情を踏まえて策定される「地域医療ビジョン」に沿ったプラン(例:「とことん型」医療施設の過剰地域での統合やダウン・サイジング(=「まあまあ型」への転換)、かかりつけ医と病院のネットワーク化、複数の医療機関や介護施設のグループ化など)に予算を振り向けることを要件とすることである。

国は、以下に示す（１）と（２）に示すような「現状」と「地域医療ビジョン」の乖離を是正しようとする計画や取り組みに対して補助金をつける権限を都道府県に与え、地域の現状を「地域医療ビジョン」により近い体制になるよう誘導することが、計画を実行に移す有力な手段の一つである。

（１）「とことん型」過剰地域での統合やダウン・サイジングや転換などに対する補助金交付

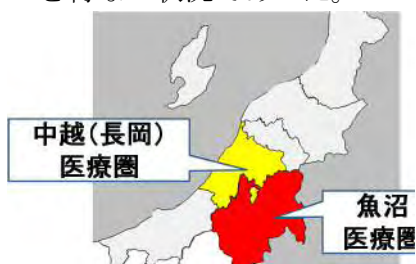
現在急性期を担う病院が複数存在しているが、人口が急速に減少している地域は多い。このような地域では、（図 19）の左上の図に示すように、地域の複数の病院に分散して医師が勤務をしている。それぞれの病院では医師が少なく、救急の対応が難しい。

ここでもし複数の病院の統合し、（図 19）の右上のように一つの病院になったとする。この場合、医師が集中することにより、チームでの対応が可能になり、これまで以上に高度な医療の対応や救急の 24 時間対応も可能になる。病院の統合は、患者の病院へのアクセスが低下するというデメリットがあるが、医師の集積により高度医療への対応が容易になる、24 時間救急の対応が可能になる、地域で過剰な病床の削減やベッドの転換が容易であるなどの大きなメリットがある。



（図 19：病院統合により医師の働き方の変化）

次に、病院統合の例を紹介する。（図 20）に示す新潟県の魚沼医療圏である。魚沼地域における一部の救急医療やがん治療などの高度医療は、これまで長岡地域などに頼らざるを得ない状況であった。



（図 20：魚沼医療圏の位置）

(図 21-1) に魚沼地域の主要病院の名称、位置を示す。この地域には、十日町病院、県立六日町病院、ゆきぐに大和病院、県立小出病院、厚生連魚沼病院、小千谷総合病院という急性期病院がある。ただしこれらの病院はいずれも、高度医療を担うことは難しい状況にある病院である。更にこの地域は人口減少が激しく、将来的には病床過剰になる可能性が高い地域である。また、十日町とゆきぐに大和病院のある浦佐地区を結ぶトンネルが開通する。

この地域では、ゆきぐに大和病院のとなりに魚沼基幹病院を建設、十日町病院、県立六日町病院、ゆきぐに大和病院、県立小出病院の機能を魚沼基幹病院に集中し、それぞれの病院はサテライトとして機能する計画である。また)小千谷総合病院の事業を厚生連に事業譲渡する形で、両病院が統合される。

この統廃合計画が予定通り進めば、地域内で高機能医療に対応できるようになる、人口減少に応じた病床削減を実現できるなどの大きなメリットが見込まれる。この地域は、地域が自発的に地域の統合プランを作成し、実行に移っている。

しかし日本の多くの地域が魚沼地域と同様の悩みを抱えているが、なかなか統廃合が進まないのが現状である。そこで統廃合のプランに補助金を付ければ、統廃合が必要だが実際には進まない地域でも補助金が呼び水となり、統廃合が進む可能性が高まる。

このほか、医療法人と公的・公立病院の統合などを実現するために、医療法人のあり方を変える法律の整備も必要と思われる。市町村の平成大合併の時のように、この機会を逃すと、将来統合やダウン・サイジングを行う機会を逸すると多くの医療機関が感じるような工夫が期待される。



(図 21-1 : 魚沼地域の現状)



(図 21-2 : 魚沼地域の病院統合のイメージ)

(2) ネットワーク化 (かかりつけ医と病院、医療・福祉連携など) に対し、

優れた「まあまあ型」医療を提供するための「かかりつけ医」と「病院」の連携のモデルを開発する、あるいは多職種連携の課題に対する解決策の抽出、在宅医療従事者の負担軽減

の支援、効率的な医療提供のための多職種連携の方法を開発するため、「在宅医療連携拠点事業」のような形で、先進的な事例を財政的に支援することは、医療・福祉を今後の人口減少型社会に適合した医療福祉の提供体制の確立に必要である。

③-2 医療密度の向上を目指した高度急性期病床の認定、

医療の基本は、「とことん型」医療であり、人口減少型社会に突入しても必要な量の「とことん型」医療を確保していくことは、不可欠である。また高度急性期医療を発展させることは、それを必要とする患者さんに対して提供するためにも、世界の医療の発展に貢献するためにも必要がある。高度急性期医療は、アベノミクス「3本の矢」の1つである成長戦略の中の要の分野として取り上げられ、東南アジアなどの新興国に、日本製の医薬品や医療機器を、医療システムやサービスなどとパッケージにして輸出することなどが期待されている。

ただし、今後高機能医療を対象と思われる年齢の患者人口が減少すること、問題(2)として指摘した「とことん型(高度急性期)」医療現場が低密度であることを解決する必要がある。人口(患者)減少への対応と医療密度を上げるという2つの課題を同時に対処するには、**高機能病院の数を絞込み、更にその病院においてダウン・サイジングを実施する**ことが求められる。高機能病院を認定する今回の医療提供体制改革では、高機能病院を絞込み、ダウン・サイジングを行うラストチャンスであるので、認定の基準決めは極めて重要である。高機能病床を今後認定するときは、例えば、(1)高密度な看護基準を認める代わりに、病床の一定割合以上のダウン・サイジングを条件付ける、(2)入院対象が高機能病床に適合する患者になるように入院患者の条件を設ける、(3)ポスト・アキュート病棟や一般病棟に早期に転棟や転院がなされるように、入院期間のしほりを厳格に設定し、高機能病床が高回転で使用されることを促すなどが必要であろう。

ダウン・サイジングを行わず現状の高機能病床の数を放置しておく、医療は、“需要をつくり出す”ことができるので、0-65歳の需要が減少した分を、90歳の患者にどんどんステントを入れる、あるいは腰の曲がった患者の腰をまっすぐにする手術を行うといった医療が増えることが予想される。

高機能病院は在院日数が短くなるので、病床数を需要減と入院日数の短縮を織り込んだ形で削減しなければならないだろう。高機能病床の受け皿となる亜急性病床を十分に拡充することができるならば、全国的に見れば高機能病床を3割程度は減らすことが可能であろう。

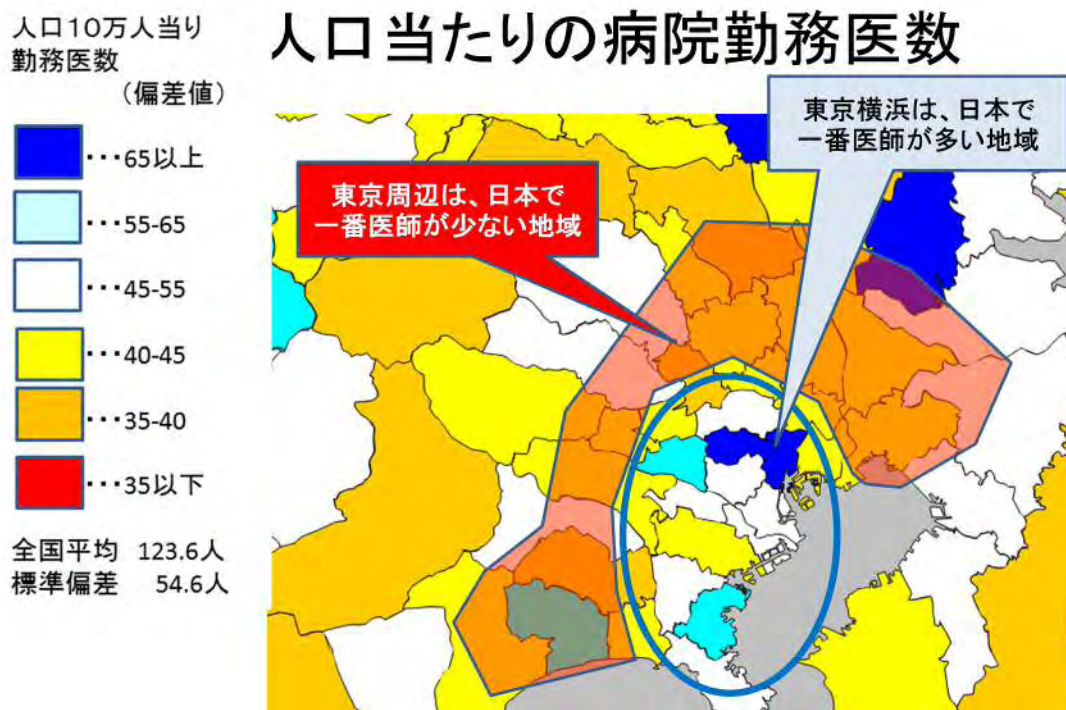
③-3 地域の状況に応じた地域偏在解消策の実施

医師や看護師の偏在に対しては、将来的に医師過剰が予測される地域の医学部の定員を減らし、極端に不足している地域に対し医学部の新設を認めるなど、全国一律ではなく、地域の実情に応じた形で対策を実施することが必要であろう。

地域偏在、特に医師の偏在を解消するには、**大幅に医師が不足している埼玉県、千葉県、東北地方などに医学部を新設**するのが、有効な対策である。神奈川県などの看護師が極度に不足している地域における看護養成校の新設も同様である。

医学部新設は、医師不足対策というより、医師の偏在を解消する手段として考えるべきである。(図22)は、東京および周辺部の首都圏の人口当たりの病院勤務医数を示す。東京、横浜地区は日本で最も病院勤務医数の多い地域であるが、その周辺部は日本で最も病院勤務医数の少ない地域である。この病院勤務医の少ない埼玉県や千葉県に医学部が作られるとす

ると、その地域に基幹病院が作られ、地域の医療提供体制がかなりの即効性を持って強化される。また新設医学部の教員や大学病院で勤務する医師は、東京や横浜地区の主に医学部や大学病院で勤務する医師が埼玉や千葉に移る可能性が高く、東京横浜地区と周辺部の医師数の地域格差の是正にも役立つ可能性が高い。



(図 22：首都圏における二次医療圏ごとの人口当たりの病院勤務医数)

解決策④ 診療報酬改定による解決策

今後行うべき医療提供体制改革では、国民からの理解を得、現場の混乱を避けるためにも、まず地域医療ビジョンにより将来の医療提供体制の大枠を示した上で、次に、診療報酬により患者ニーズに応じた病床数の誘導を行うという手順を大切にすると考える。

具体的には、地域医療ビジョンや補助金による誘導等で医療提供体制改革への道筋をつける政策を先行させた後に、診療報酬において、「まあまあ型」の医療を必要とする患者比率の高い一般病棟においては、「とことん型」よりも「まあまあ型」を選択した方が収益率が高くなるよう配分の見直しを行うというような手順が考えられる。更に、地域ごとの「とことん型」と「まあまあ型」の過不足に応じて、「とことん型」と「まあまあ型」の病棟の入院基本料を地域ごとに調整できるような仕組みが診療報酬制度の中に導入されることが望ましい。

今後どのような病床区分が行われるかが不明であるが、「まあまあ型」病床に相当する診療報酬の収益率が、「とことん型」の病棟を継続した場合の収益率を超えるように診療報酬点数が設定されれば、かなりの数の病院が一般病棟の転換を実施することになるだろう。日本の多くの病院が、どの程度「とことん型」病棟から「まあまあ型」病棟へ移行するかを決断する決め手は、診療報酬点数であることも忘れてはならない重要なポイントであろう。