

社会保障について

平成30年10月9日(火)

目次

I . 総論

II . 医療

III . 介護

IV . 子ども・子育て

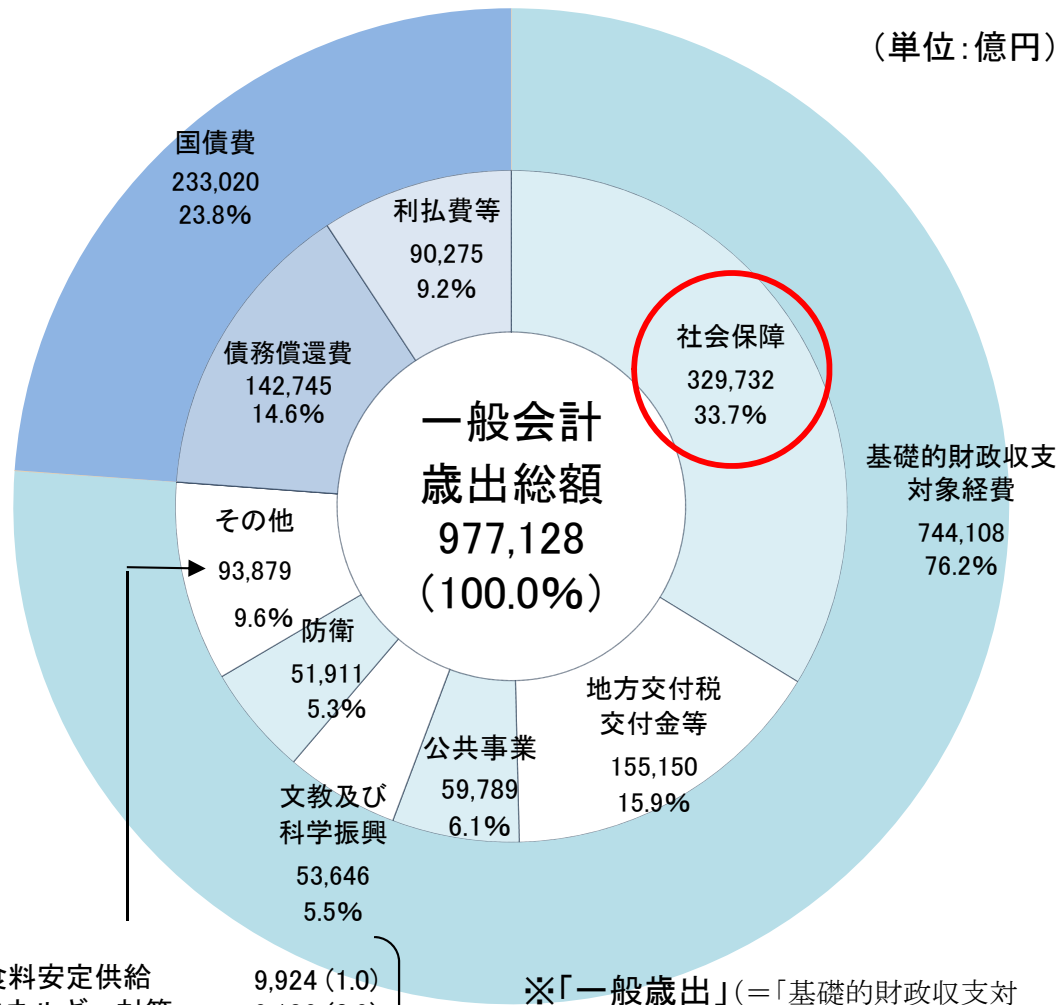
I . 総論

- ① 社会保障を巡る状況
- ② 社会保障と税の一体改革
新しい経済政策パッケージ
- ③ 今後の社会保障改革の考え方

平成30年度一般会計歳出・歳入の構成

一般会計歳出

(単位:億円)

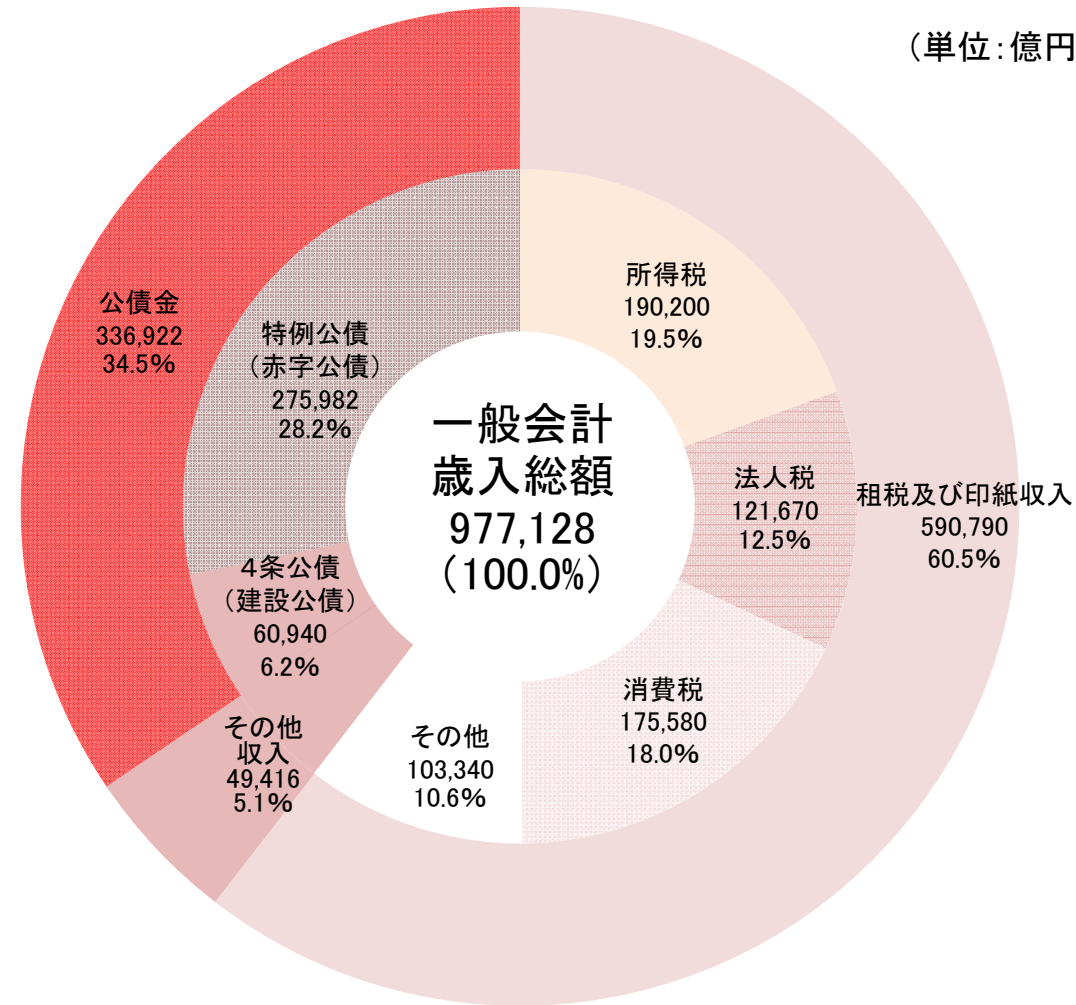


※「一般歳出」(=「基礎的財政収支対象経費」から「地方交付税交付金等」を除いたもの)は、588,958(60.3%)

食料安定供給	9,924 (1.0)
エネルギー対策	9,186 (0.9)
経済協力	5,089 (0.5)
恩給	2,504 (0.3)
中小企業対策	1,771 (0.2)
その他の事項経費	61,904 (6.3)
予備費	3,500 (0.4)

一般会計歳入

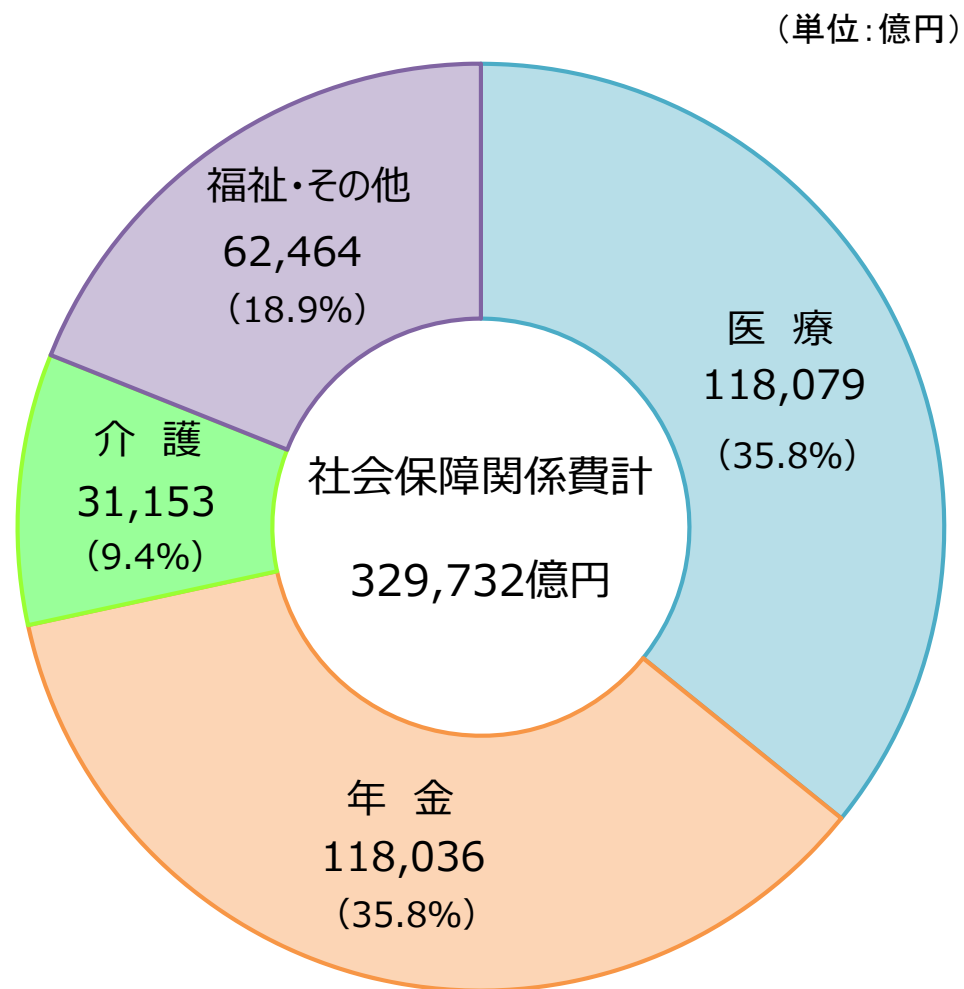
(単位:億円)



(注1) 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。

(注2) 一般歳出※における社会保障関係費の割合は56.0%。

社会保障関係費について(平成30年度予算案)



(単位:億円)

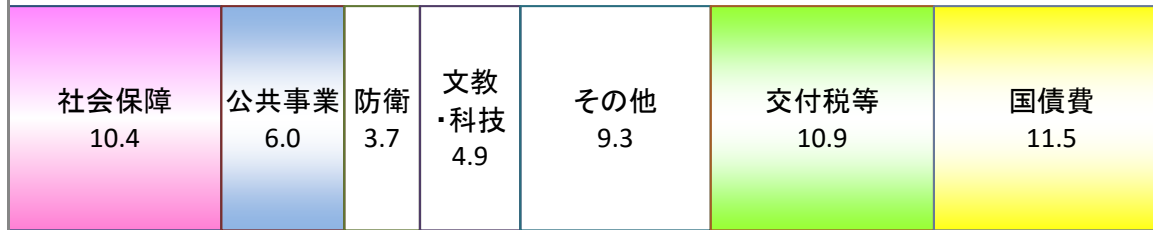
区 分	平成30年度
1. 医療	118,079
(1) 国民健康保険	33,834
(2) 全国健康保険協会管掌健康保険	11,803
(3) 後期高齢者医療給付費負担金等	50,833
(4) 医療扶助費等負担金	14,112
(5) その他	7,497
2. 年金	118,036
(1) 厚生年金	97,991
(2) 国民年金	18,207
(3) 福祉年金	32
(4) その他	1,807
3. 介護	31,153
(1) 給付費負担金等	24,079
(2) 2号保険料国庫負担	3,665
(3) その他	3,408
4. 福祉・その他	62,464
(1) 生活扶助費等負担金	14,177
(2) 児童手当・児童扶養手当	13,690
(3) 障害福祉サービス	15,105
(4) 子どものための教育・保育給付	8,323
(5) 雇用保険	251
(6) その他	10,919
(生活保護費再掲)	(29,027)
合 計	329,732

(注1) 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。
(注2) 2.年金(3)福祉年金には福祉年金給付費及び特別障害給付金給付費に係る国庫負担額を記載している。

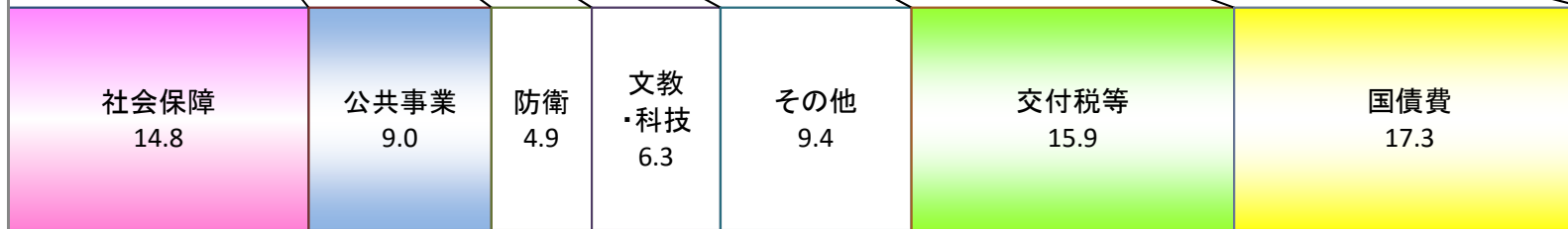
国の一般会計歳出における社会保障関係費をはじめとする主要経費の推移

(単位:兆円)

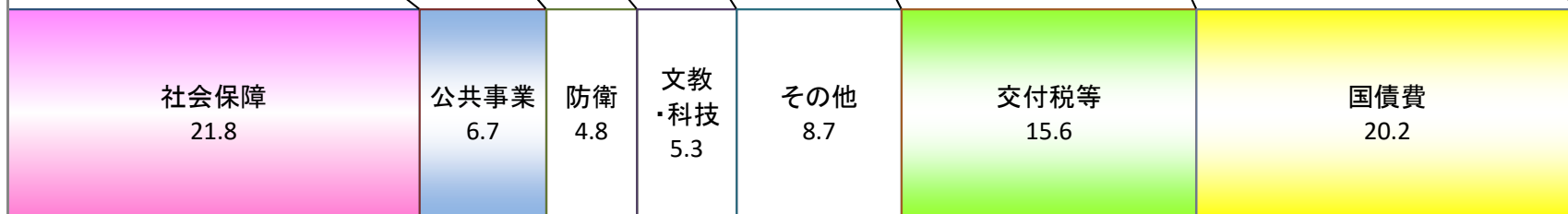
1988(S63)
年度



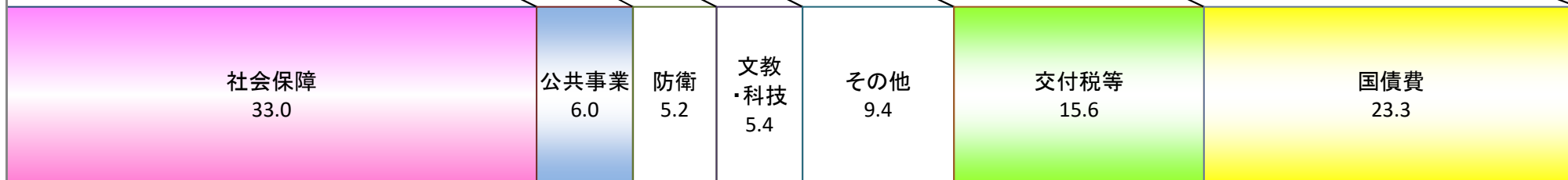
1998(H10)
年度



2008(H20)
年度



2018(H30)
年度

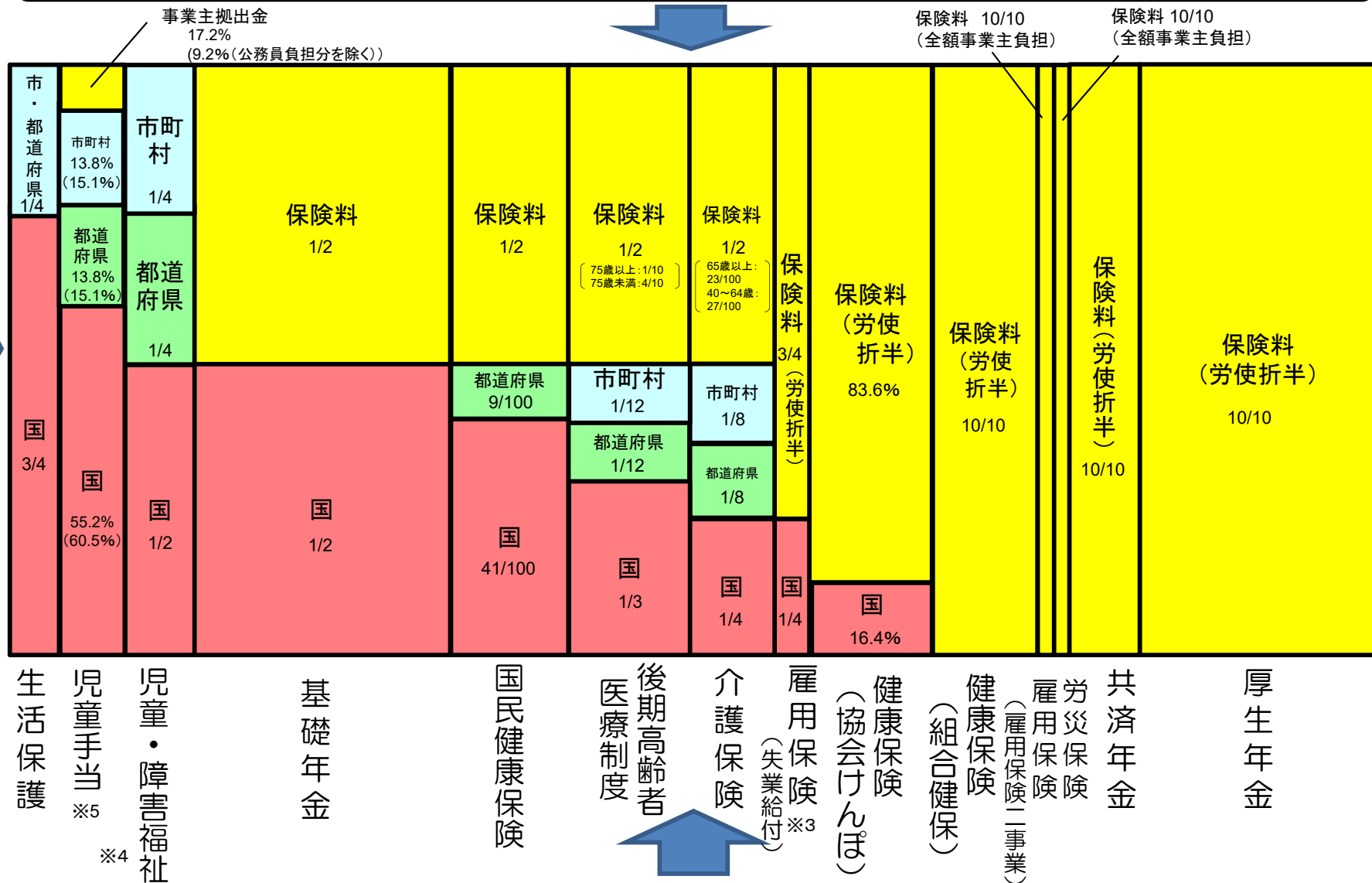


P B 対象経費74.4兆円

社会保障財源の全体像(イメージ)

厚労省作成資料

保険料 70.2兆円 ※1、2



国庫
33.1
兆円
※1

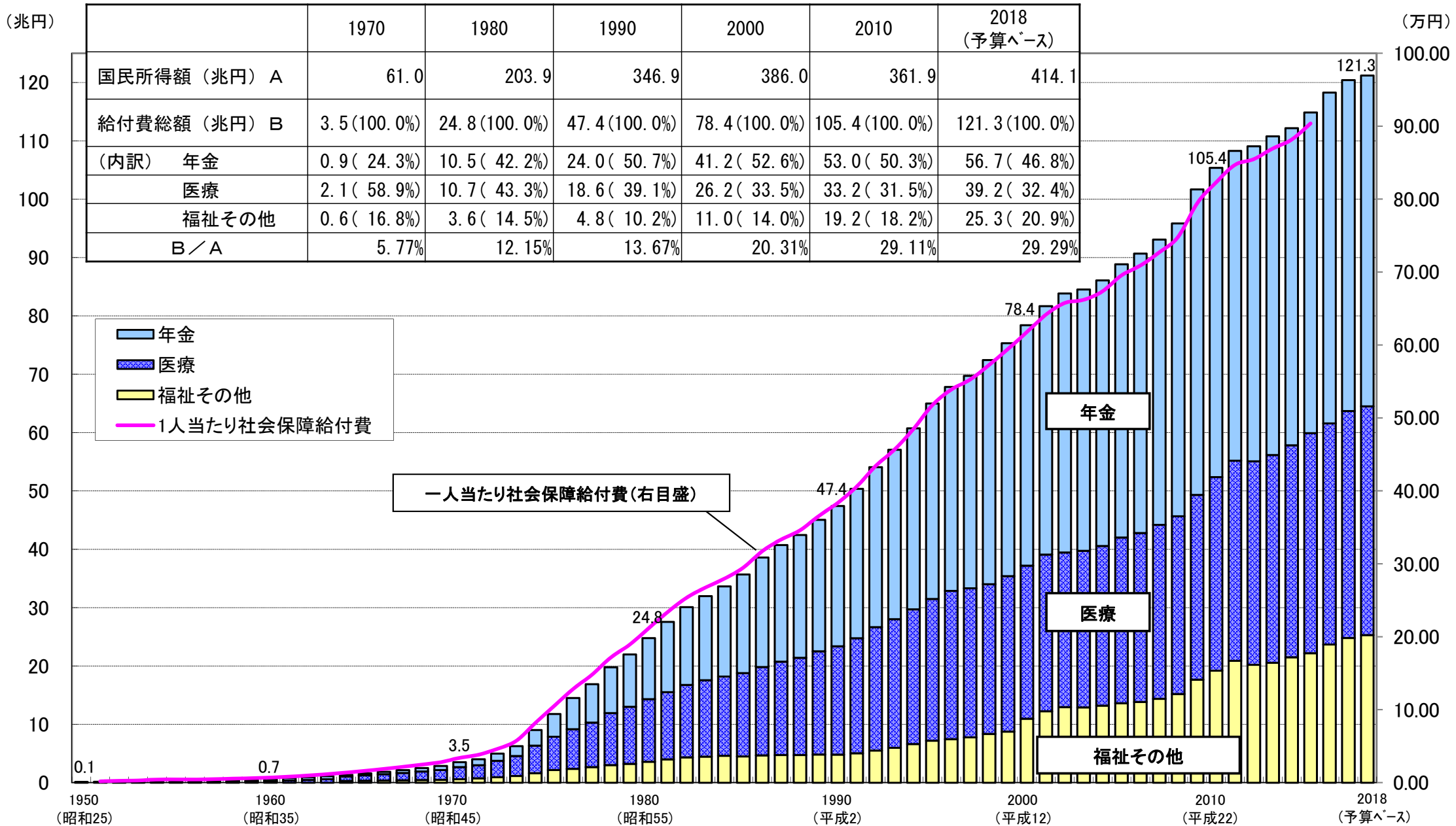
資産収入等

地方負担 13.8兆円 (注)

(注) ※1 保険料、国庫、地方負担の額は平成30年度当初予算ベース。※2 保険料は事業主拠出金を含む。※3 雇用保険(失業給付)については、平成29～31年度の3年間、国庫負担額(1/4)の10%に相当する額を負担。※4 児童・障害福祉のうち、児童入所施設等の措置費の負担割合は、原則として、国1/2、都道府県・指定都市・中核市・児童相談所設置市1/2等となっている。※5 児童手当MC-7については、平成30年度当初予算ベースの割合を示したものであり、括弧書きは公務員負担分を除いた割合である。

社会保障給付費の推移

厚労省作成資料



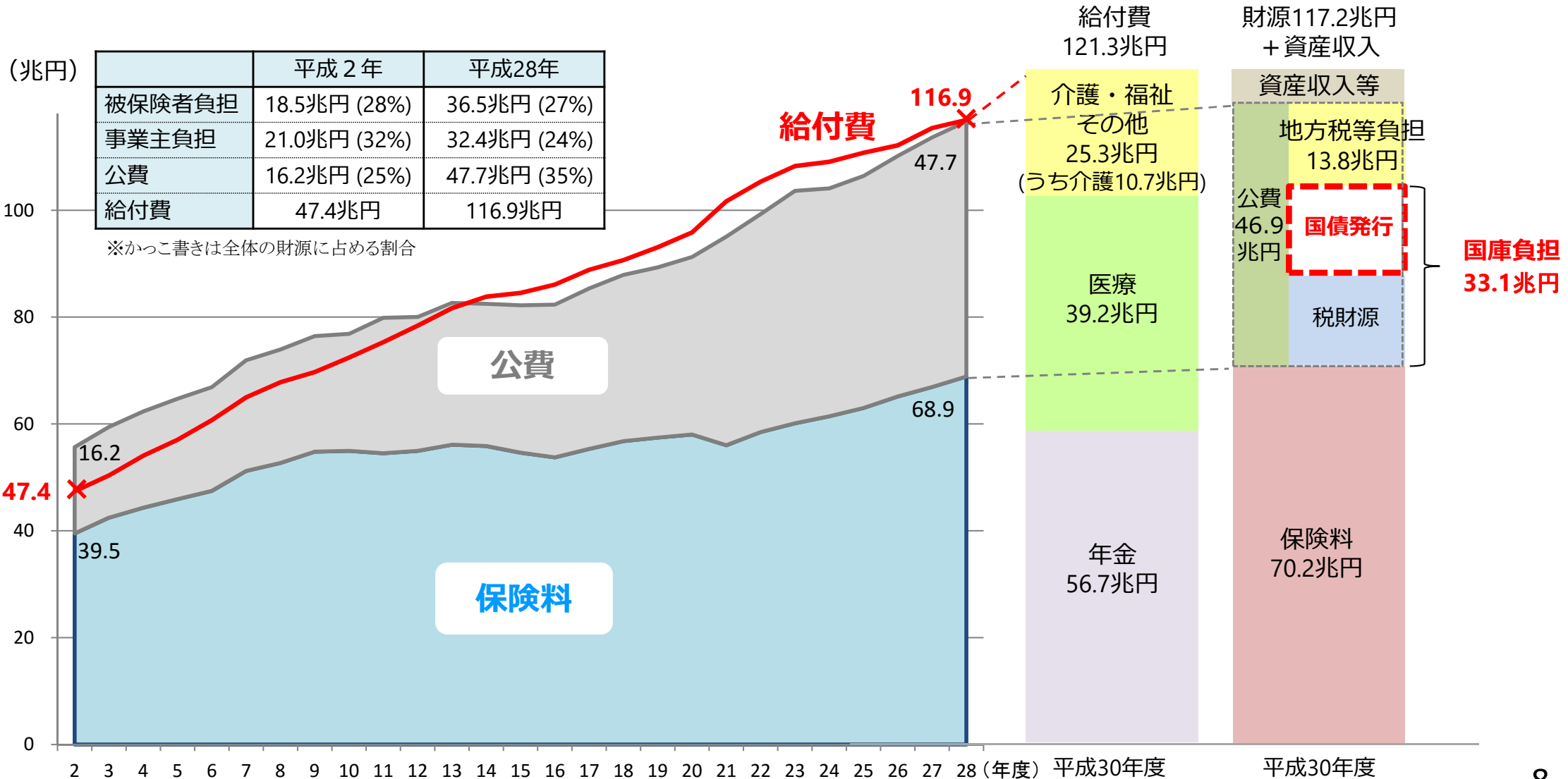
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成27年度社会保障費用統計」、2016年度、2017年度、2018年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2018年度の国民所得額は「平成30年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成30年1月22日閣議決定)」

(注) 図中の数値は、1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2000及び2010並びに2018年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

社会保障給付費の増に伴う公費負担の増

- わが国社会保障制度は、社会保険方式を採りながら、高齢者医療・介護給付費の5割を公費で賄うなど、公費負担（税財源で賄われる負担）に相当程度依存している。
- その結果、近年、高齢者医療・介護給付費の増に伴い、負担増は公費に集中している。これを賄う財源を確保出来ないため、給付と負担のバランス（社会保障制度の持続可能性）が損なわれ、将来世代に負担を先送りしている（＝財政悪化の要因）。



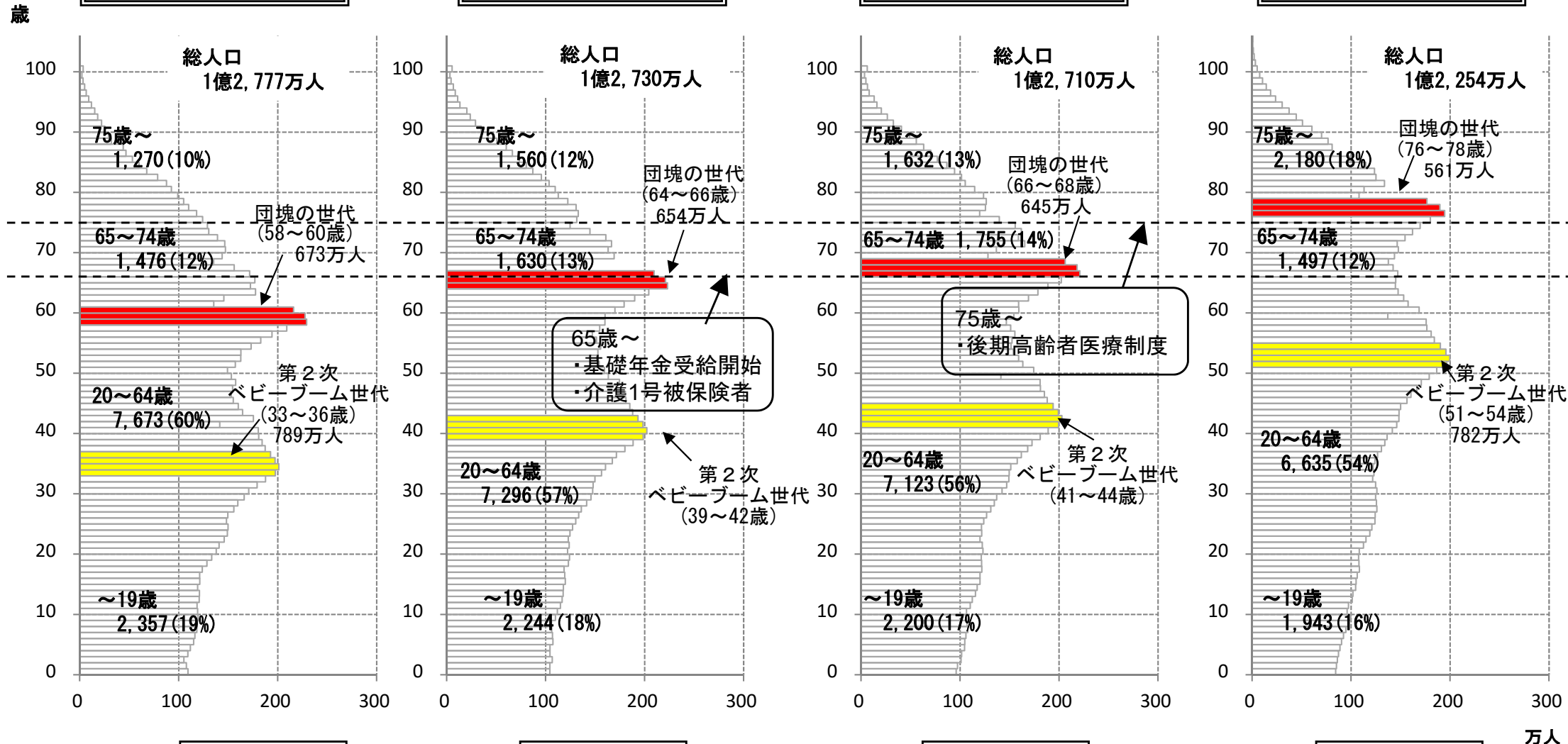
人口ピラミッドの変化

平成19年
(2007年)

平成25年
(2013年)

平成27年
(2015年)

平成37年
(2025年)



65歳以上人口割合
(75歳以上人口割合)

21.5%
(9.9%)

25.1%
(12.3%)

26.6%
(12.8%)

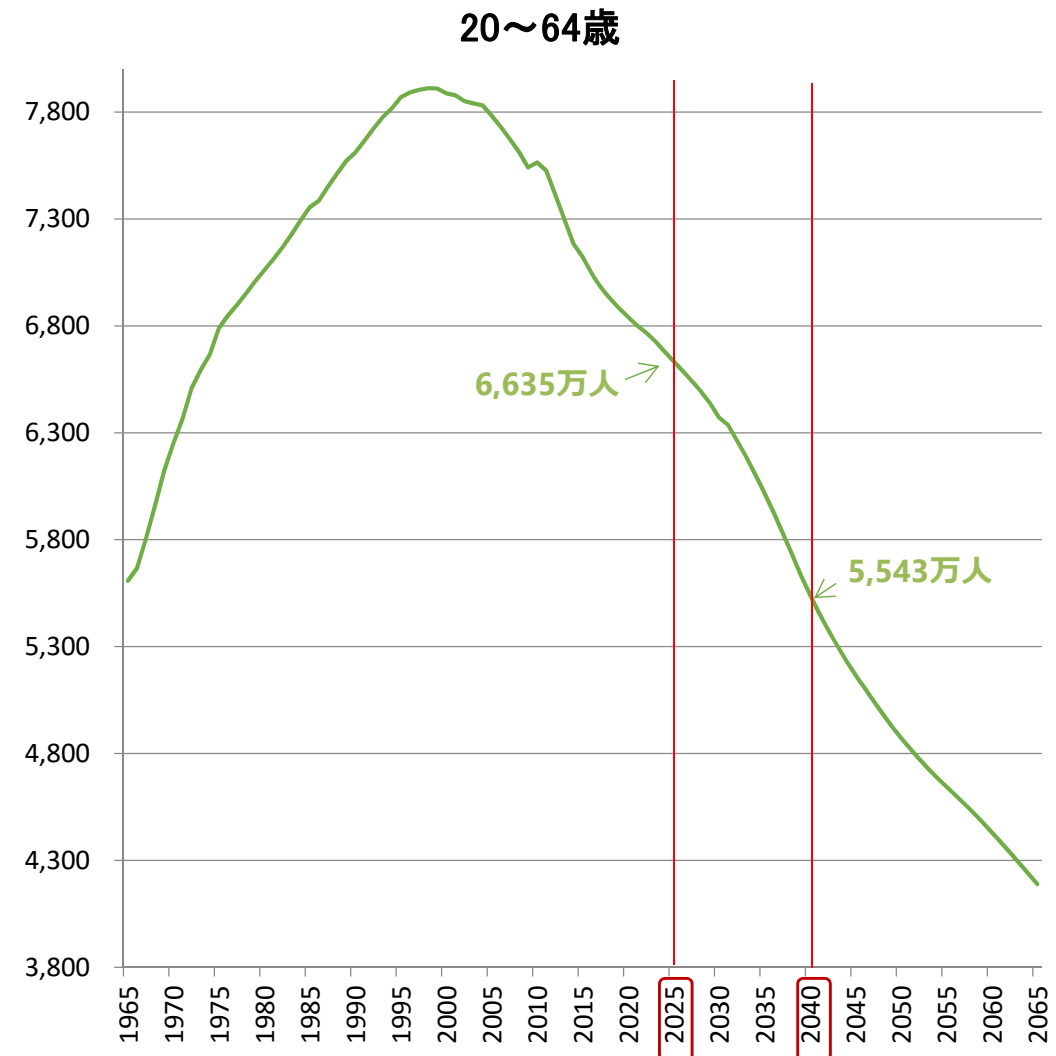
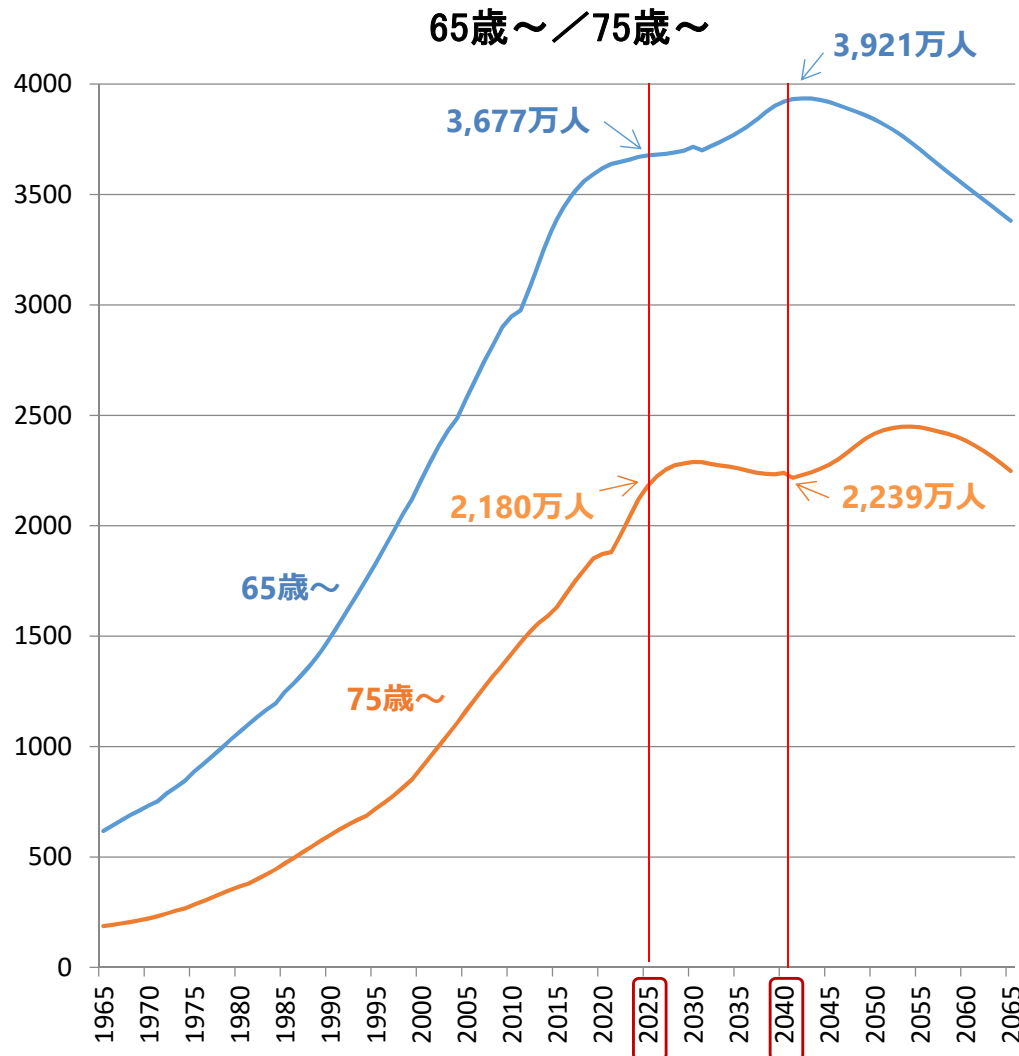
30.0%
(17.8%)

(注) 団塊の世代は1947～49年、第2次ベビーブーム世代は1971～1974年生まれ。

(出典) 2007年、2013年、2015年は総務省「人口推計」、2025年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口ー平成29年中位推計ー」

年齢区分別の人口見通しについて

- 65歳以上については、2040年頃にかけてピークを迎え、その後減少傾向。また、75歳以上については、2025年にかけて急増した後、概ね横ばい。
- 一方、65歳未満の若年・現役世代については、今後一貫して減少。（2065年には現在の概ね6割程度まで減少。）



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」(出生中位・死亡中位仮定)

今後の人口動態の変化(高齢化と支え手の減少)

- 医療費・介護費に大きな影響を与える後期高齢者数は2030年まで大幅増加、その後ほぼ横ばいが続き、2040年ごろから再び増加。
- 一方で保険制度の主たる「支え手」となる20~74歳の人口は、今後中長期的に大幅な減少が続く。
- 「支え手」に関しては、高齢者や女性の労働参加を促していくことが重要。しかし、仮に労働参加率の上昇を想定したとしても、2030年以降、労働力人口は大幅に減少。

◆ 中長期的な人口の変化（1年間あたり）

団塊の世代が
後期高齢者に
なり始める

団塊の世代が
すべて後期高
齢者になる

団塊ジュニアが
後期高齢者に
なり始める

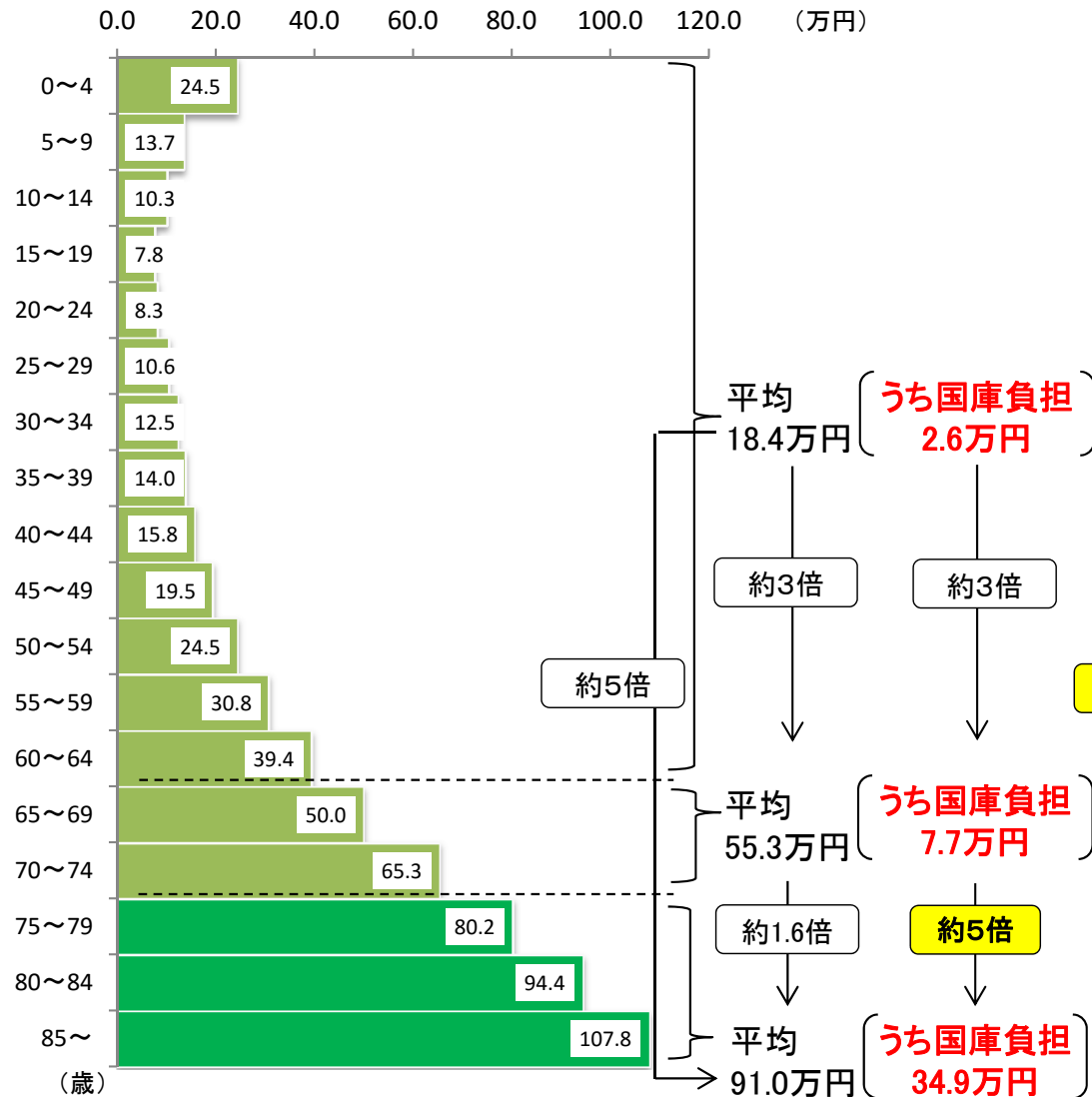
	2022- 2025	2026- 2030	2031- 2040	2041- 2050	2051- 2060
全人口	▲57万人	▲68万人	▲82万人	▲90万人	▲91万人
75歳以上 (後期高齢者)	+75万人	+22万人	▲5万人	+18万人	▲3万人
20-74歳	▲107万人	▲67万人	▲58万人	▲93万人	▲71万人

後期高齢者急増

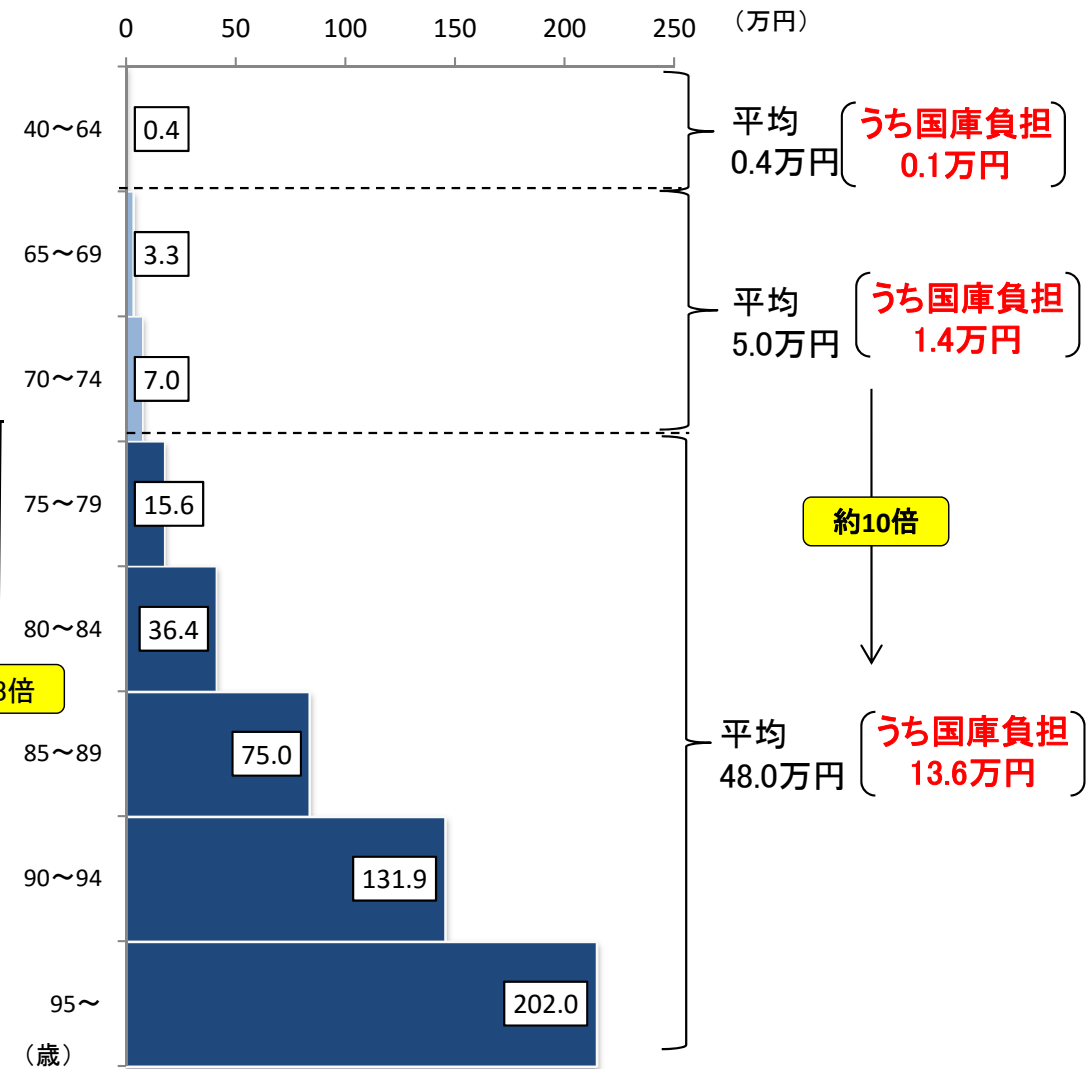
支え手の急減

年齢階級別1人当たり医療・介護費について

年齢階級別1人当たり国民医療費
(2016年)



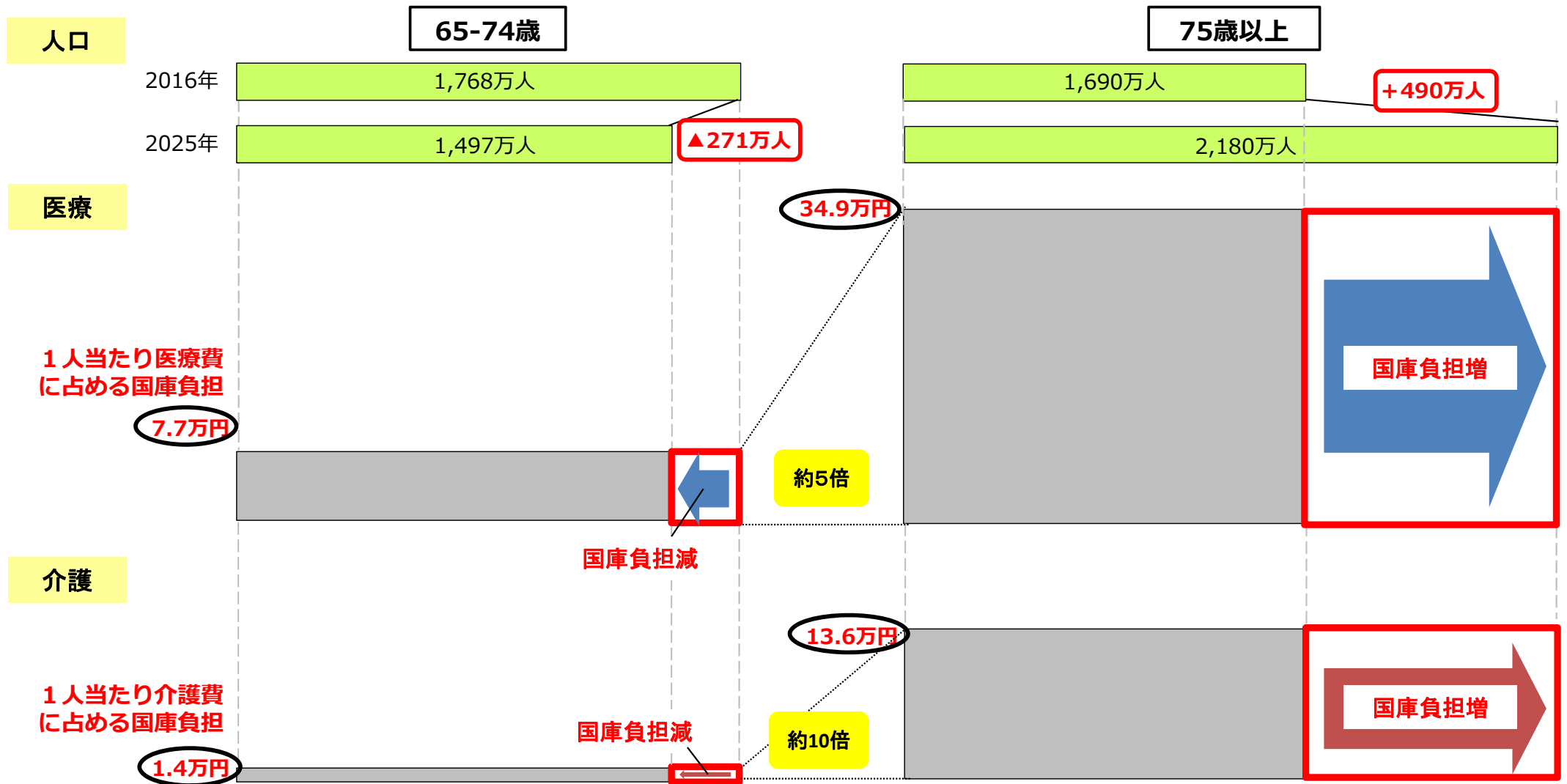
年齢階級別1人当たり介護費
(2016年)



高齢化の進展が財政に与える影響

- 75歳以上になると、医療・介護に係る 1人当たり国庫負担額が急増する。このため、高齢化の進展に伴い、仮に今後、年齢階級別の1人当たり医療・介護費が全く増加しないと仮定※しても、2025年にかけて、医療・介護に係る国庫負担は急増する見込み。国庫負担への依存を強めながら、医療費・介護費が大幅に増加していくことになる。

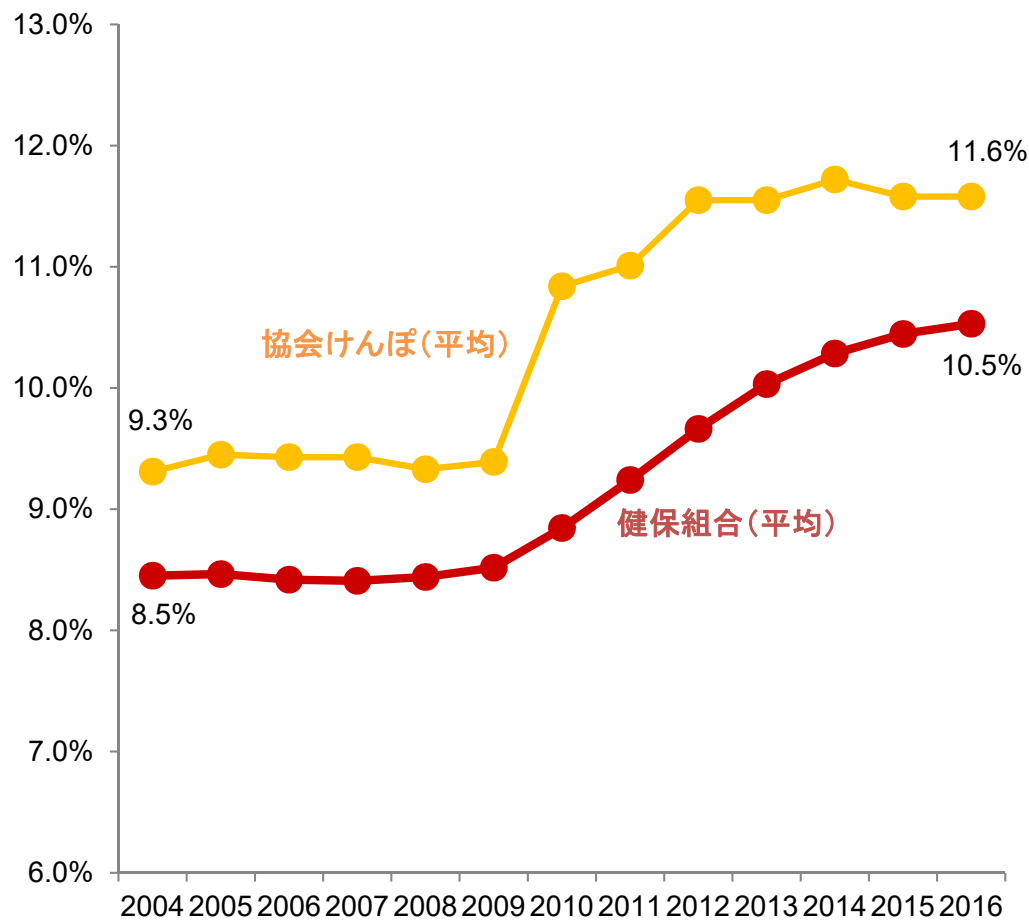
※ 実際の医療・介護費の伸びを要因分解すると、高齢化のほか、高度化等による影響がある。



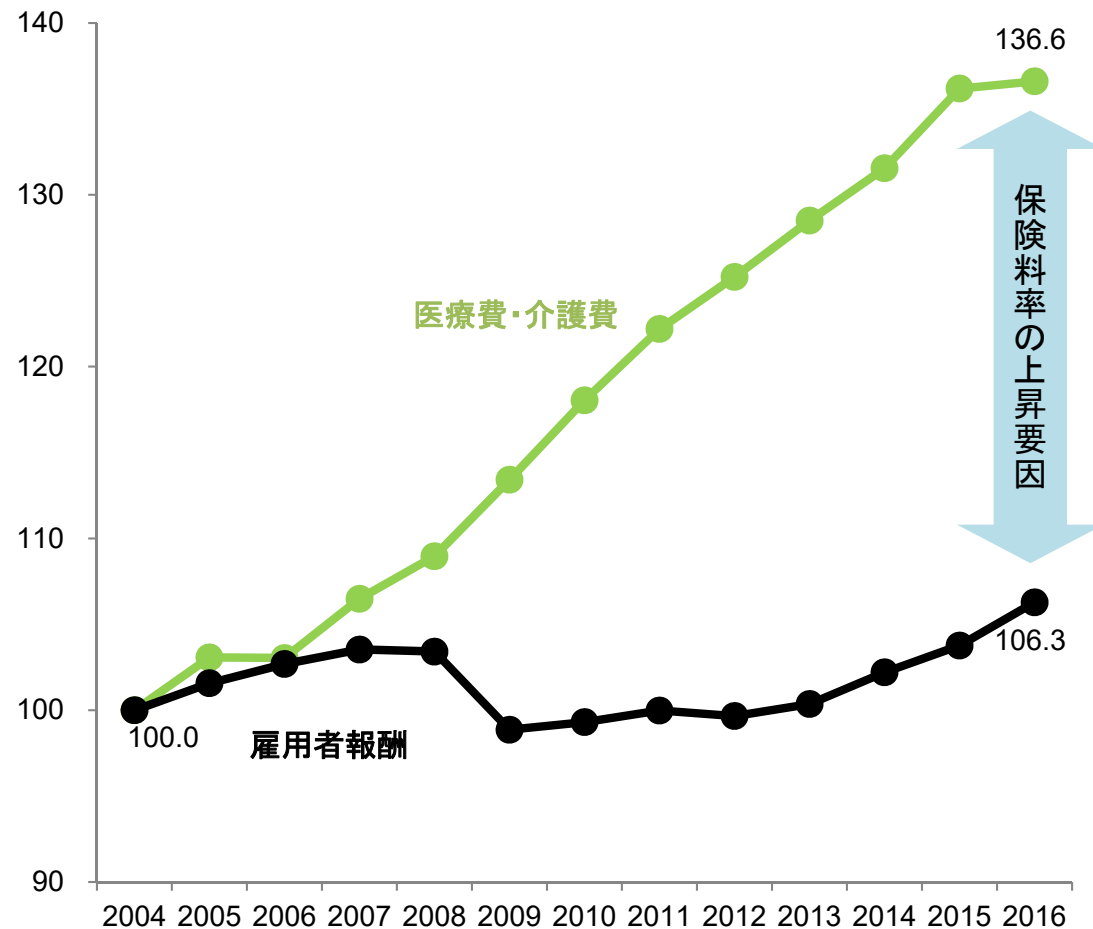
医療・介護に係る保険料負担について

- 今後とも高齢化により医療費・介護費の伸びは増加が見込まれるのに対し、雇用者の総報酬は、生産年齢人口の減少に伴い大幅な増加は見込めない。したがって、仮に医療費・介護費の伸びを放置すれば、今後も保険料負担の増加は免れず、雇用者の実質賃金の伸びは抑制されることになる。

協会けんぽと健保組合の保険料率



医療費・介護費と雇用者報酬



(注1) 医療費は、国民医療費の実績見込み値。

(注2) 介護費は、介護サービス費用、介護予防サービス費用及び特定入所者介護サービス保険給付額それぞれの実績値の合計。

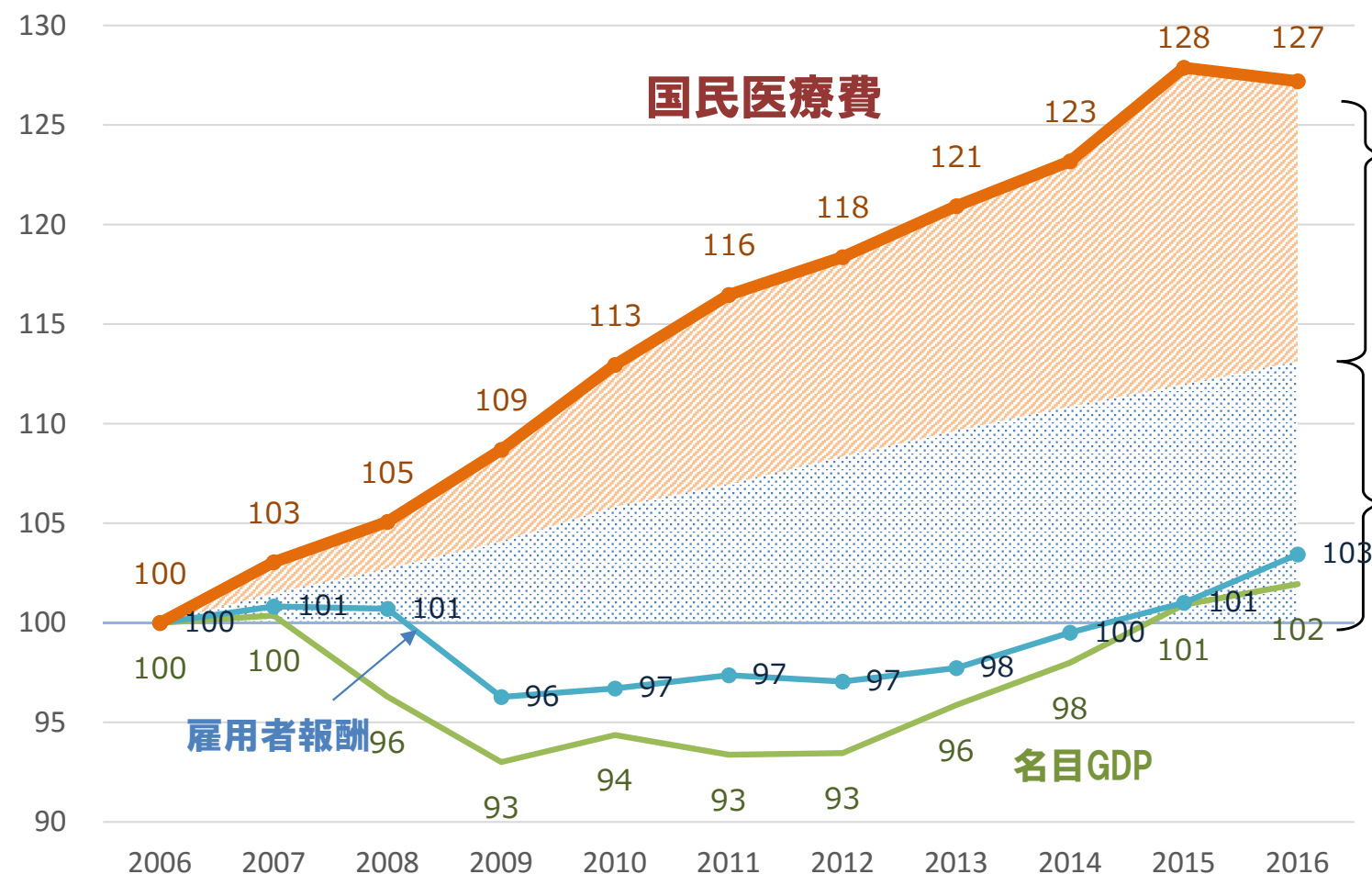
(注3) 雇用者報酬は、内閣府「国民経済計算」における雇用者報酬の計数。

(出所) 厚生労働省「国民医療費」「介護給付費実態調査」、内閣府「国民経済計算」ほか

医療の伸びと政策的対応可能性

- これまで公費負担の増加をもたらしてきた医療費の増加のうち、高齢化など人口動態の変化によると説明されるものは半分程度であり、残り半分は、「その他の伸び」とされる。
- 「その他の伸び」の内訳は必ずしも明らかでないが、受診・診療行動の変化に加えて、
 - ① 診療報酬改定のほか、新規の医薬品や医療技術の保険収載といった施策・行為に起因するものや、
 - ② 医師や医療機関の増加（提供体制へのコントロールの不存在）
 などによる影響も含まれると考えられ、これらについて政策的にどのように対応していくか検討が必要。

2006年(平成18年)=100



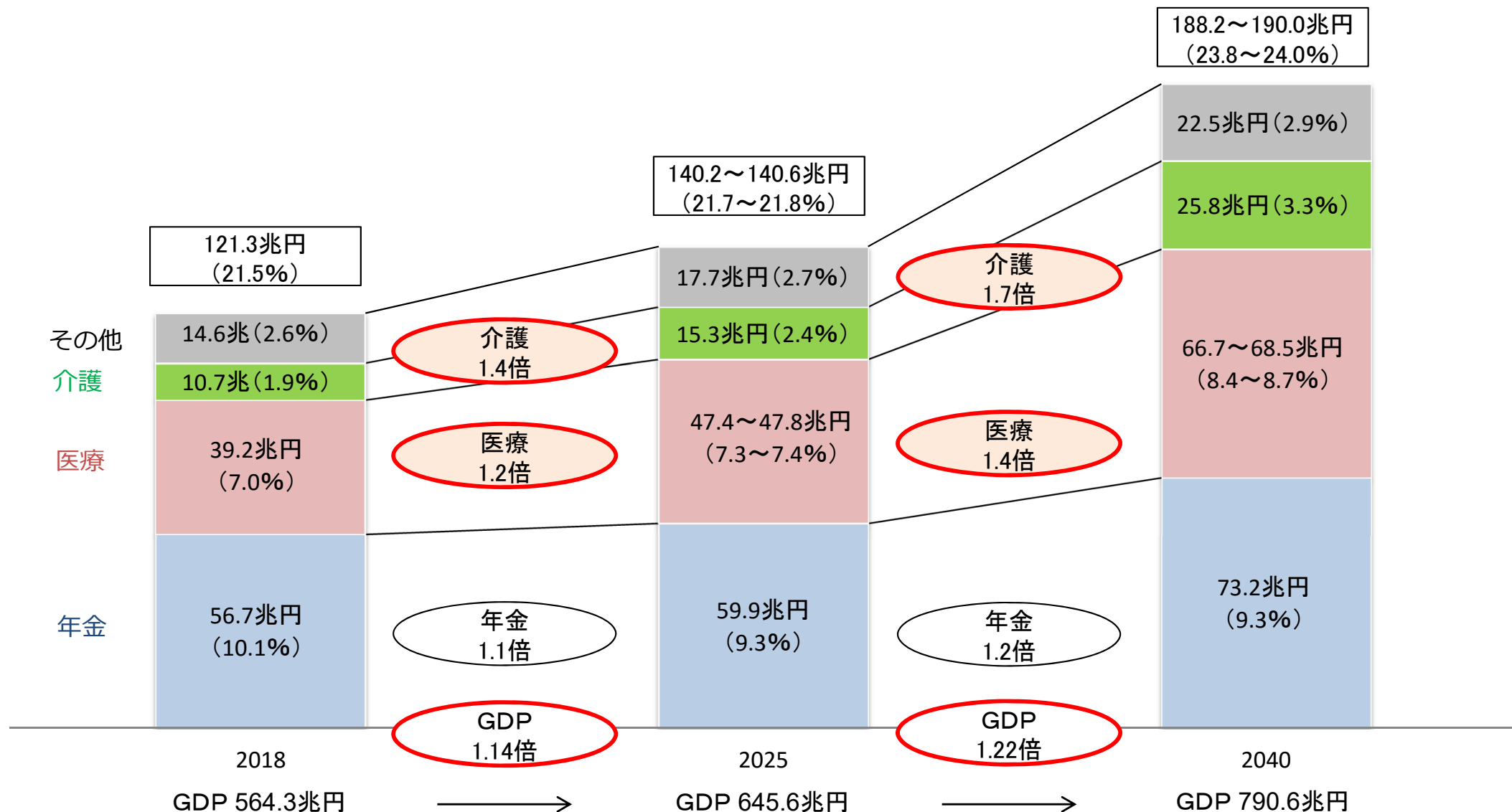
「その他」の影響

- ・ 新規医薬品等の保険収載
 - ・ 医師数、医療機関数の増加
 - ・ 診療報酬改定
 - ・ 過去の改定で収載された高額な医療へのシフト
- ※ 政策的に対応できる余地があると考えられる部分が多い。

人口増減／高齢化の影響とされる部分。

将来の社会保障給付の見通し

- 75歳以上になると他の世代に比べ、1人当たり医療費や要支援・要介護認定率は大幅に上昇。2025年、2040年にかけて、医療・介護費用は大きく増加していくことになる。この期間、20～64歳の現役世代が大幅に減少することにも留意が必要。



「支え手」の減少への対応：社会保障制度の観点から

少子高齢化の進展による「支え手（現役世代）」の減少

「支え手（現役世代）」の減少が見込まれる中、経済社会の活力を保つため、高齢者・女性の就労を一層促進する必要

高齢就労を前提とした
環境整備

年金受給開始年齢の柔軟化
短時間労働者への被用者保険適用拡大

高齢者が引き続き「支え手」
となるための取組み

保険者等による健康予防
インセンティブの促進

女性が出産・育児を経て
再び働くための環境整備

待機児童の解消を含めた
全世代型社会保障の実現

留意点：

高齢者の就労促進や個々人のQOL向上による経済社会の活力維持の観点から、予防医療等の促進は重要な課題。また、予防医療等により、実績として社会保障費の自然増が減少すれば、社会保障費の伸びの抑制にもつながり得る。

しかしながら、予防医療等による医療費や介護費の節減効果は定量的に明らかではなく、一部にはむしろ増大させるとの指摘もある。そのため、社会保障制度の持続性を確保するためには、上記の施策に加え、医療・介護提供体制の改革や給付と負担の見直しを含む制度全般にわたる改革を行い、社会保障費の伸びの抑制と給付と負担のバランスの適正化を確実に進める必要がある。

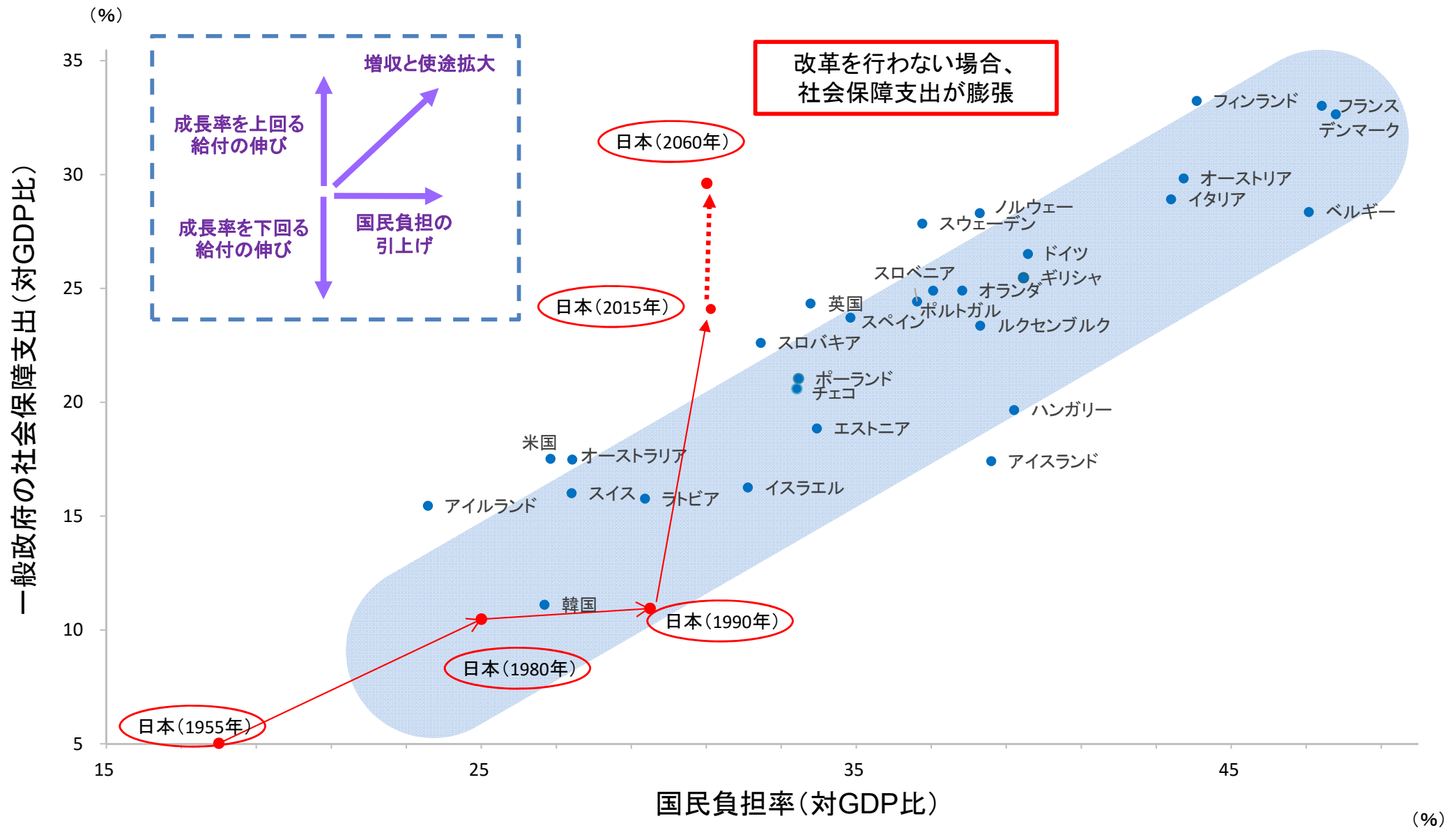
（注1）康永秀生東大医学部教授「やさしい経済学」（2017年1月、日本経済新聞）

（前略）予防医療を推進することは、病気の発生・進行を抑え、結果的には医療費の抑制につながる、と一般には考えられがちです。…実際には、これまでの医療経済学の多くの研究によって、予防医療による医療費削減効果には限界があることが明らかにされています。それどころか、大半の予防医療は、長期的にむしろ医療費や介護費を増大させる可能性があります。そのことは医療経済学の専門家の間では共通の認識です。…わが国は今後も高齢化が進み、医療費や介護費は増大し続けるでしょう。それを予防医療によって抑制することはほぼ不可能と考えられます。医療費の抑制はその他の方法を講じる必要があります。（後略）

（注2）Louise B. Russell、*Health Affairs*（2009年）

過去40年間以上に渡り、数百の費用対効果の研究が行われたが、そのほとんどは、予防医療は医療費を削減するのではなく、むしろ増加させることを示している。

OECD諸国における社会保障支出と国民負担率の関係



(出典) 国民負担率: OECD “National Accounts”、“Revenue Statistics”、内閣府「国民経済計算」等。

社会保障支出：OECD “National Accounts”、内閣府「国民經濟計算」。

(注1) 数値は、一般政府(中央政府、地方政府、社会保障基金を合わせたもの)ベース。

(注2) 日本は、2015年度まで実績、諸外国は2015年実績(アイスランド、ニュージーランド、オーストラリアについては2014年実績)。

(注3) 日本の2060年度は、財政制度等審議会「我が国の財政に関する長期推計(改訂版)」(平成30年4月6日 起草検討委員提出資料)より作成。

I . 総論

- ① 社会保障を巡る状況
- ② 社会保障と税の一体改革
新しい経済政策パッケージ
- ③ 今後の社会保障改革の考え方

消費税の使途と特徴

□ 消費税率の引上げ

- ・ 2014年4月1日より 8%（消費税6.3% 地方消費税1.7%）
- ・ 2019年10月1日より 10%（消費税7.8% 地方消費税2.2%）

消費税率引上げに伴う低所得者対策として、2019年10月1日に軽減税率制度を実施。

- ・ 軽減税率:8%（消費税6.24% 地方消費税1.76%） 対象品目:①酒類及び外食を除く飲料食品、
②定期購読契約が締結された週2回以上発行される新聞

<消費税の使途>

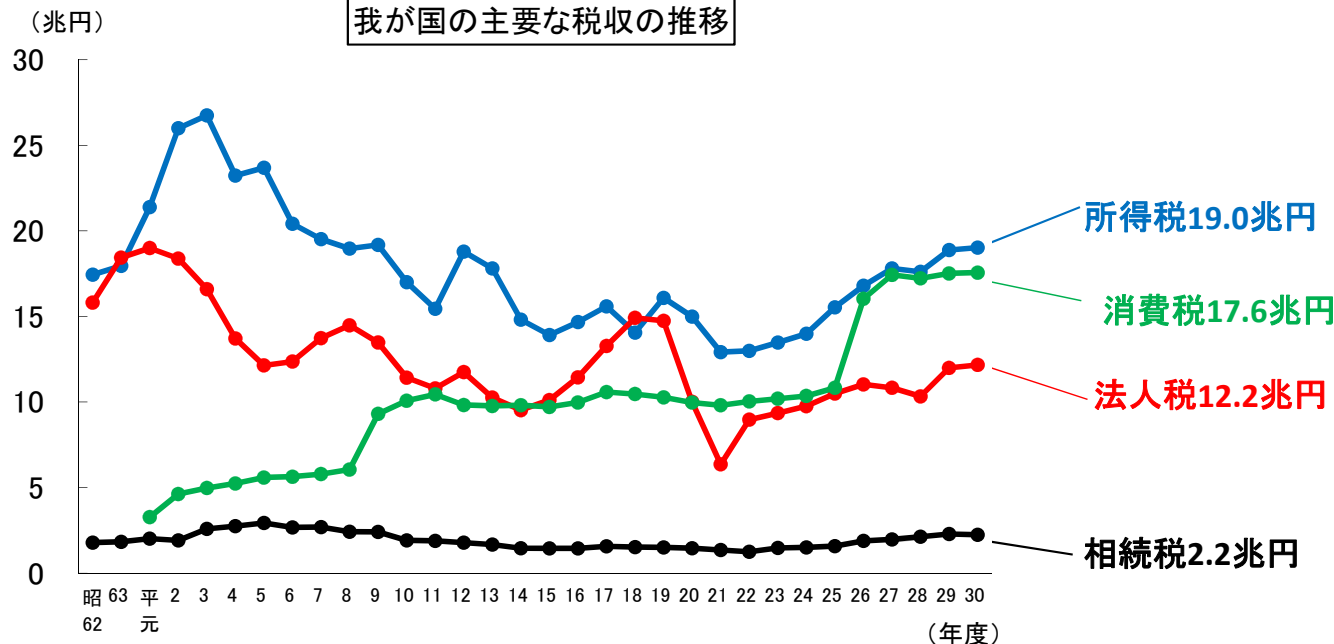
（消費税法第1条第2項）

消費税の収入については、地方交付税法（昭和二十五年法律第二百一十一号）に定めるところによるほか、毎年度、制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する経費に充てるものとする。

<消費税の特徴>

- 税収が景気や人口構成の変化に左右されにくく安定
- 働く世代など特定の者に負担が集中することなく、経済活動に中立的
- 高い財源調達力

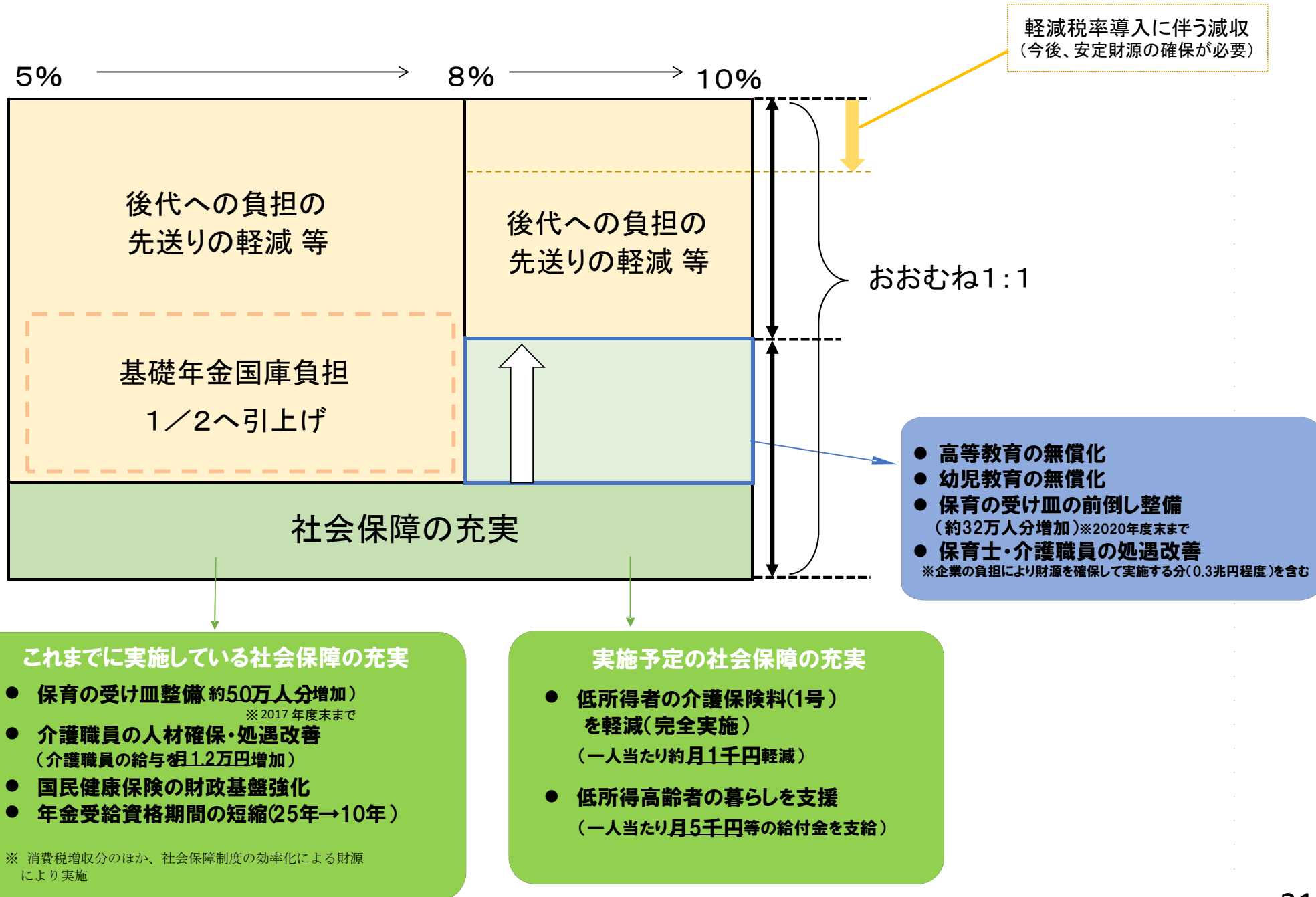
我が国の主要な税収の推移



（注）29年度までは決算額（確数）、30年度は予算額による。

世代間・世代内の公平性を確保する観点、社会保障の安定した財源を確保する観点から、消費税は、**社会保障の財源調達手段としてふさわしい**と考えられる。

消費税増収分の使途（イメージ）



新しい経済政策パッケージについて（平成29年12月8日閣議決定）（抜粋）

第2章人づくり革命

6. これらの施策を実現するための安定財源

社会保障の充実と財政健全化のバランスを取りつつ、安定財源として、2019年10月に予定される消費税率10%への引上げによる財源を活用する。消費税率の2%の引上げにより5兆円強の税収となるが、この増収分を①教育負担の軽減・子育て層支援・介護人材の確保等と、②財政再建とに、それぞれ概ね半分ずつ充当する。前者について、新たに生まれる1.7兆円程度を、本経済政策パッケージの幼児教育の無償化、「子育て安心プラン」の前倒しによる待機児童の解消、保育士の処遇改善、高等教育の無償化、介護人材の処遇改善に充てる。これらの政策は、2019年10月に予定されている消費税率10%への引上げを前提として、実行することとする。

※①の「等」は、従前より消費税率10%引上げ時に実施することとされていた年金生活者支援給付金などの社会保障の充実策（1.1兆円程度）。

（略）

子ども・子育て拠出金を0.3兆円増額する。法律に定められた拠出金率の上限を0.25%から0.45%に変更し、0.3兆円の増額分は、2018年度から実施する「子育て安心プラン」の実現に必要な企業主導型保育事業（幼児教育の無償化の実施後は、3歳～5歳児及び住民税非課税世帯の0歳～2歳児の企業主導型保育事業の利用者負担助成を含む。）と保育の運営費（0歳～2歳児相当分）に充てる。

人づくり革命

1. 幼児教育の無償化

- 3歳から5歳までの全ての子供たちの幼稚園、保育所、認定こども園の費用を無償化。
- 0歳～2歳児についても、当面、住民税非課税世帯を対象として無償化。
- 幼稚園、保育所、認定こども園以外の無償化措置の対象範囲等については、専門家の声も反映する検討の場を設け、保育の必要性及び公平性の観点から、来年夏までに結論を出す。

2. 待機児童の解消

- 「子育て安心プラン」を前倒しし、2020年度末までに32万人分の受け皿を整備。
- 保育士の確保や他産業との賃金格差を踏まえた処遇改善に更に取り組む(今年度の人勧に伴う引上げに加え、2019年4月から更に1%(月3000円相当)の賃金引上げ)。

3. 高等教育の無償化

- 所得が低い家庭の子供たち、真に必要な子供たちに限って高等教育の無償化を実現。このため、授業料の減免措置の拡充と併せ、給付型奨学金の支給額を大幅に増やす。
 - ー 住民税非課税世帯の子供たちに対しては、国立大学の場合はその授業料を免除。また、私立大学の場合は、国立大学の授業料に加え、私立大学の平均授業料の水準を勘案した一定額を加算。1年生に対しては、入学金についても、免除。

- ー 給付型奨学金については、支援を受けた学生が学業に専念できるようにするため、学生生活を送るのに必要な生活費を賄えるような措置を講じる。
- ー 全体として支援の崖・谷間が生じないように、住民税非課税世帯に準ずる世帯の子供たちについても、住民税非課税世帯の子供たちに対する支援措置に準じた支援を段階的に行う。
- 支援対象者の要件や支援措置の対象となる大学等の要件を設ける。

4. 私立高等学校の授業料の実質無償化

- 年収590万円未満世帯を対象とした私立高等学校授業料の実質無償化については、
 - ー 消費税使途変更による、現行制度・予算の見直しにより活用が可能となる財源をまず確保。
 - ー その上で、消費税使途変更後の2020年度までに、現行制度の平年度化等に伴い確保される財源など、引き続き、政府全体として安定的な財源を確保しつつ、実質無償化を実現。

5. 介護人材の処遇改善

- 勤続年数10年以上の介護福祉士について月額平均8万円相当の処遇改善を行うことを算定根拠に、公費1000億円程度を投じ、処遇改善を行う(障害福祉人材についても、同様の処遇改善を行う)。

消費税率引上げによって実現する政策

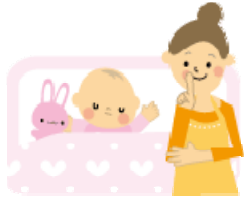
0歳～

3～5歳

18歳～

65歳～

保育の受け皿拡充



2020年度末までに32万人分の受け皿を拡充し、待機児童を解消

高等教育の無償化



所得が低い家庭の意欲のあるすべての子供たちに対し、授業料減免・給付型奨学金支給を実現し、高等教育を無償化

医療・介護の充実

医療・介護サービスについて効率的で質の高い提供体制を構築するとともに、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地域包括ケアシステム体制を構築

介護保険料の軽減

低所得の高齢者の保険料の軽減を強化

幼児教育の無償化



3歳から5歳までの全ての子供たちの幼稚園・保育所・認定こども園の費用を無償化（0歳～2歳児についても、住民税非課税世帯を対象として無償化）



小・中は義務教育（無償） 高校は実質無償化



年金・福祉的給付

一定以下の所得の年金受給者に対して最大年6万円を給付

- ・子育て世代の子育て・教育にかかる費用を大幅に軽減 ⇒ 少子・高齢化を克服し、活力ある社会に
- ・将来世代へのつけ回しを軽減 ⇒ 世界に冠たる社会保障制度を次世代にしっかり引き渡していく

社会保障・税一体改革による社会保障の充実

※ 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。
- (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、小児慢性特定疾病に係る公平かつ安定的な制度の確立

○医療・介護保険制度改革

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、MC-26 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)

25

介護保険の1号保険料の低所得者軽減強化

介護保険の1号保険料について、給付費の5割の公費とは別枠で公費を投入し、低所得の高齢者の保険料の軽減を強化

①一部実施(平成27年4月)

第一弾として、市町村民税非課税世帯のうち特に所得の低い者を対象(65歳以上の約2割)

【平成30年度所要額 246億円(公費ベース※)】

	保険料基準額に対する割合
第1段階	現行 0.5 → 0.45

②完全実施

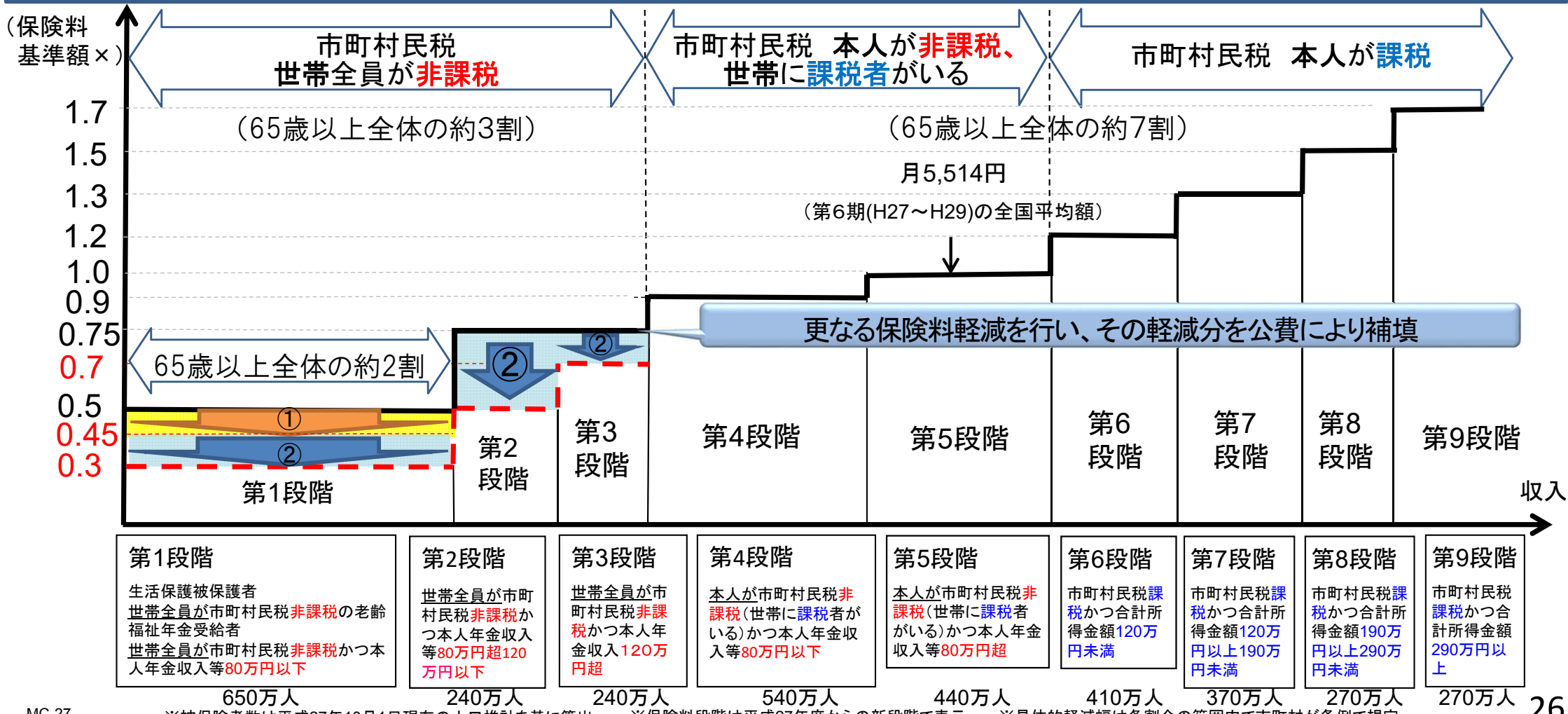
市町村民税非課税世帯全体を対象として完全実施(65歳以上の約3割)

【実施時所要見込額 約1,400億円(公費ベース※)】

(平成29年度ベース)

	保険料基準額に対する割合
第1段階	0.45 → 0.3
第2段階	現行 0.75 → 0.5
第3段階	現行 0.75 → 0.7

※公費負担割合
国1/2、都道府県1/4
市町村1/4



1. 法律の概要

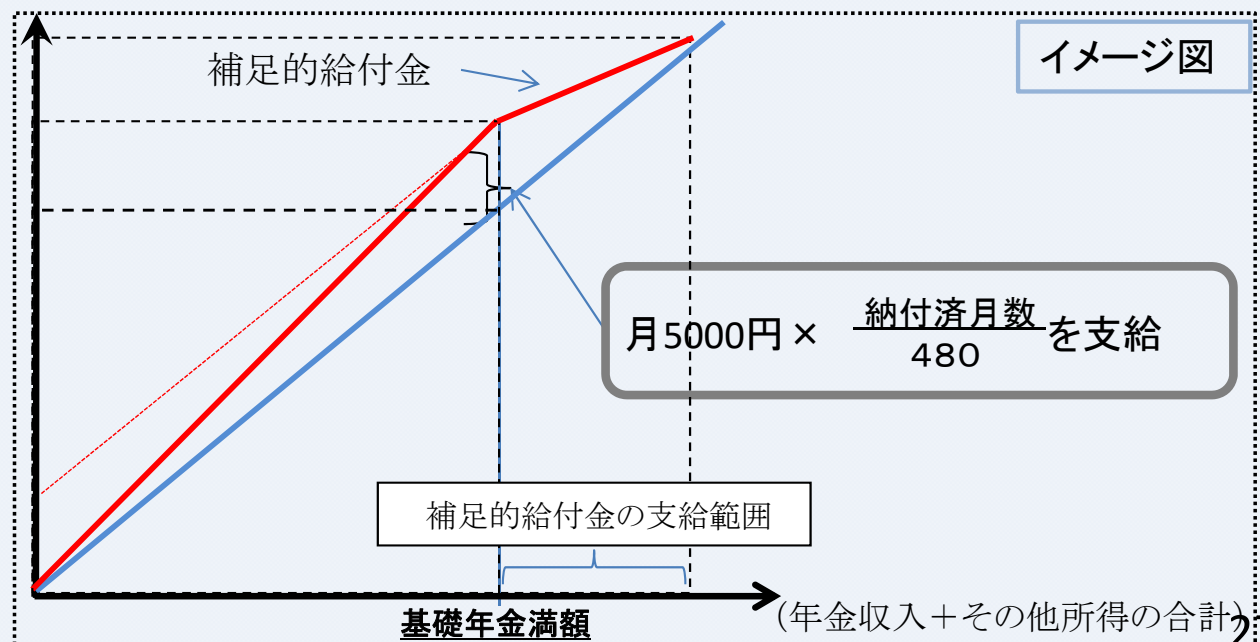
- 所得の額が一定の基準（※）を下回る老齢基礎年金の受給者に、老齢年金生活者支援給付金（国民年金の保険料納付済期間及び保険料免除期間を基礎）を支給する。→ 対象者：約500万人
 - ①基準額（月額5千円）に納付済期間（月数）/480を乗じて得た額の給付
 - ②免除期間に対応して老齢基礎年金の1/6相当を基本とする給付（※）住民税が家族全員非課税で、前年の年金収入＋その他所得の合計額が老齢基礎年金満額以下であること（政令事項）
- 所得の逆転を生じさせないよう、上記の所得基準を上回る一定範囲の者に、上記①に準じる補足的な老齢年金生活者支援給付金（国民年金の保険料納付済期間を基礎）を支給する。
→ 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

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

（一体改革関連法案審議時の試算）



後期高齢者の保険料軽減特例(均等割)の見直し

【論点】

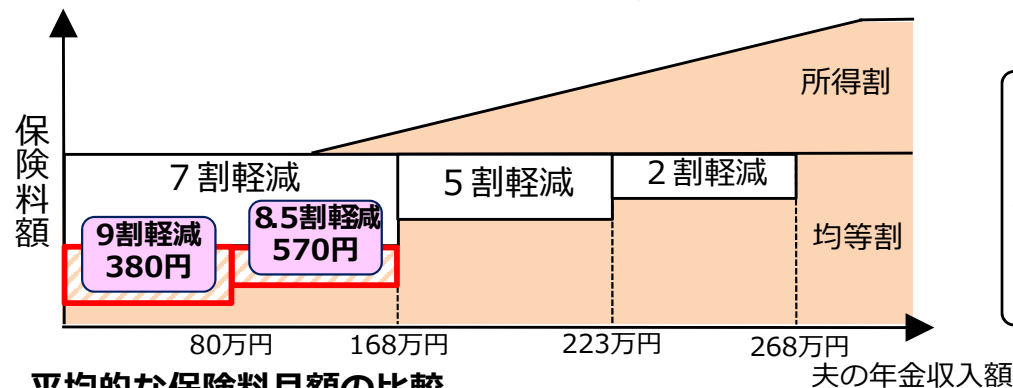
- 低所得の後期高齢者の保険料(均等割)に係る軽減特例(予算措置)については、低所得者に対する介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて見直しを実施することとされている。
- これまで、もともと法定されていた軽減割合を更に超えて特例的に軽減を続けてきたものであり、74歳以下の国民健康保険の被保険者との公平性等を踏まえ、低所得者に対する介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給と併せて見直す必要。

今後の社会保障改革の実施について(抄) (平成28年12月22日 社会保障制度改革推進本部決定)

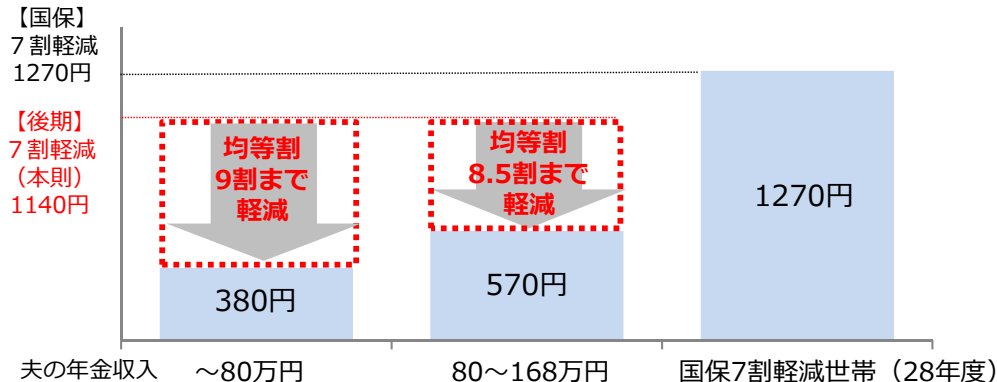
(2) 後期高齢者の保険料軽減特例(予算措置)に関し、(中略)所得割の軽減特例及び元被扶養者に対する軽減特例について、平成29年度から段階的に本則に戻す。**均等割の軽減特例の見直しについては、低所得者に対する介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて実施することとする。**また、元被扶養者に対する所得割については、賦課開始時期を引き続き検討する。

◆ 後期高齢者医療の月額保険料

(注) 夫婦二世帯(妻の年金収入80万円以下)の場合



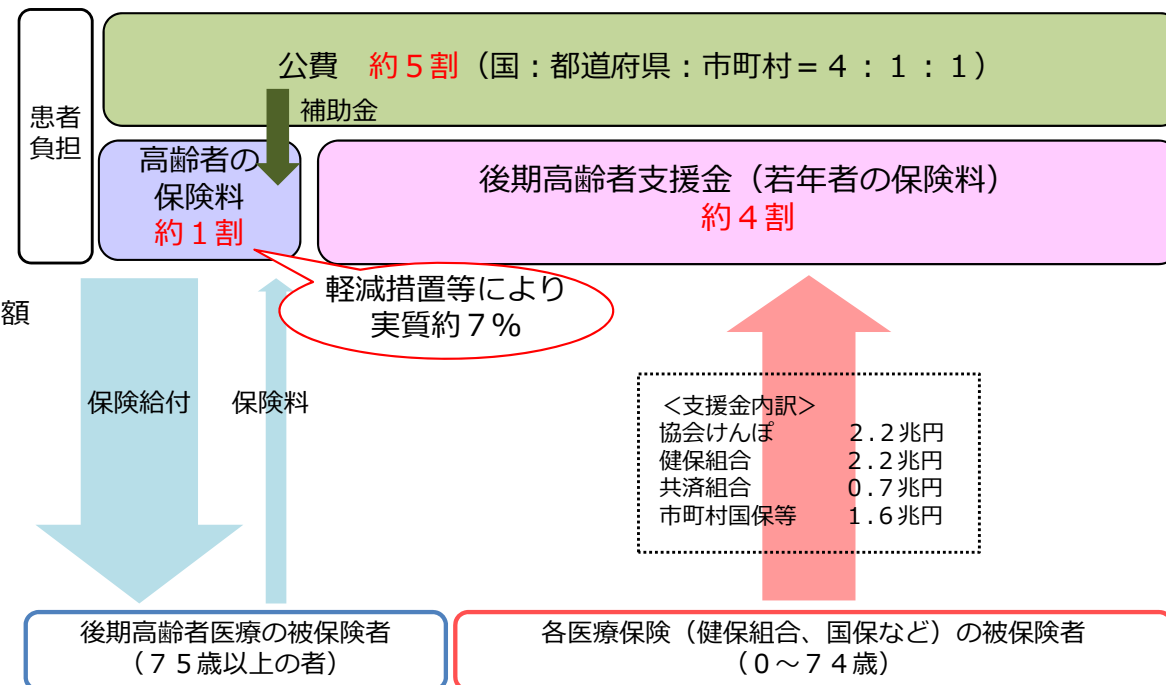
◆ 平均的な保険料月額比較



(注) 国保は、国民健康保険実態調査(平成28年度)における7割軽減世帯の一人当たり平均保険料算定額を基に応益分を推計したもの。

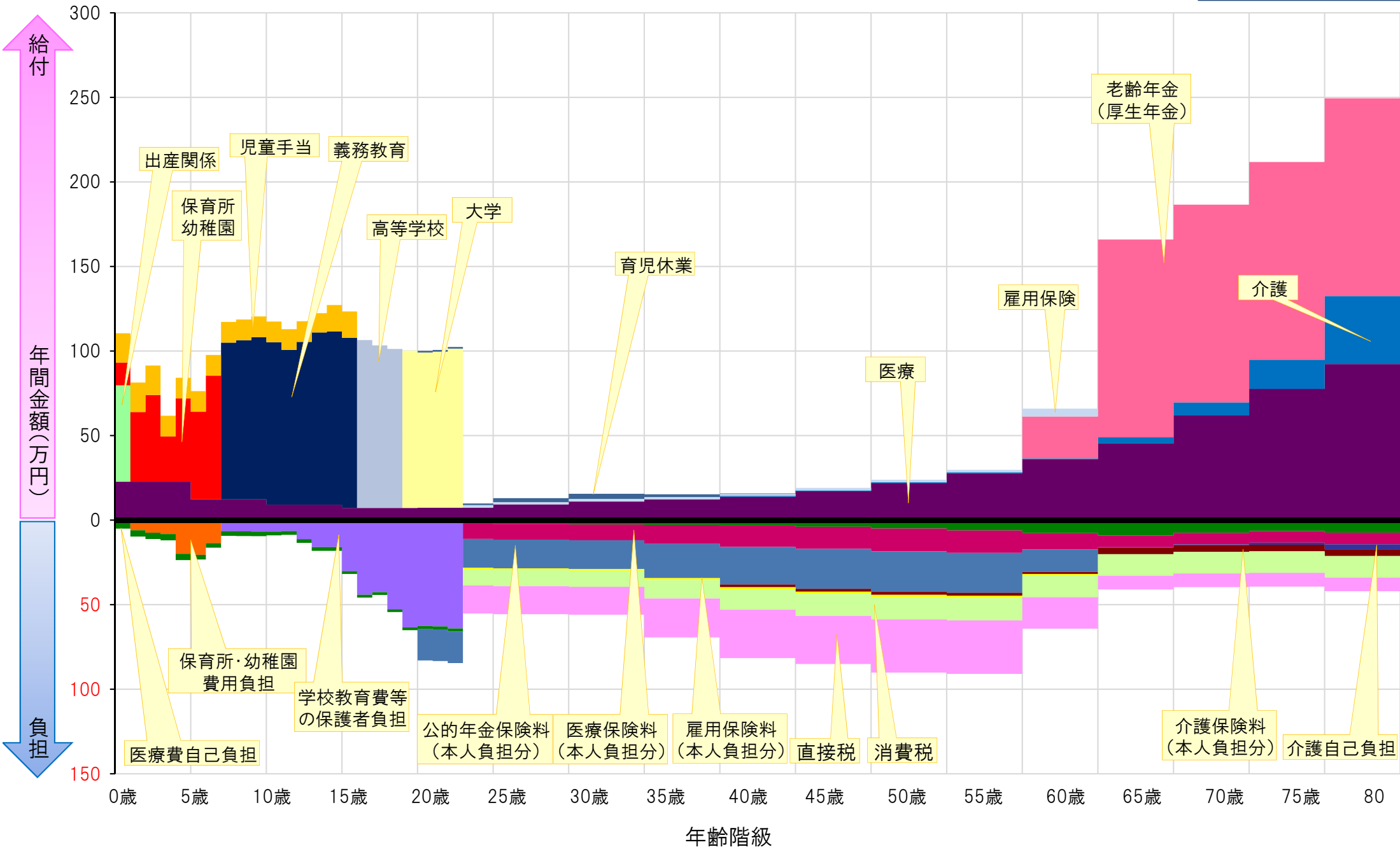
なお、1270円のうち330円が後期高齢者支援金分。また、均等割額は28/29年度の保険料額。

◆ 高齢者医療制度の財政



ライフサイクルでみた社会保険及び保育・教育等サービスの給付と負担のイメージ

厚労省作成資料



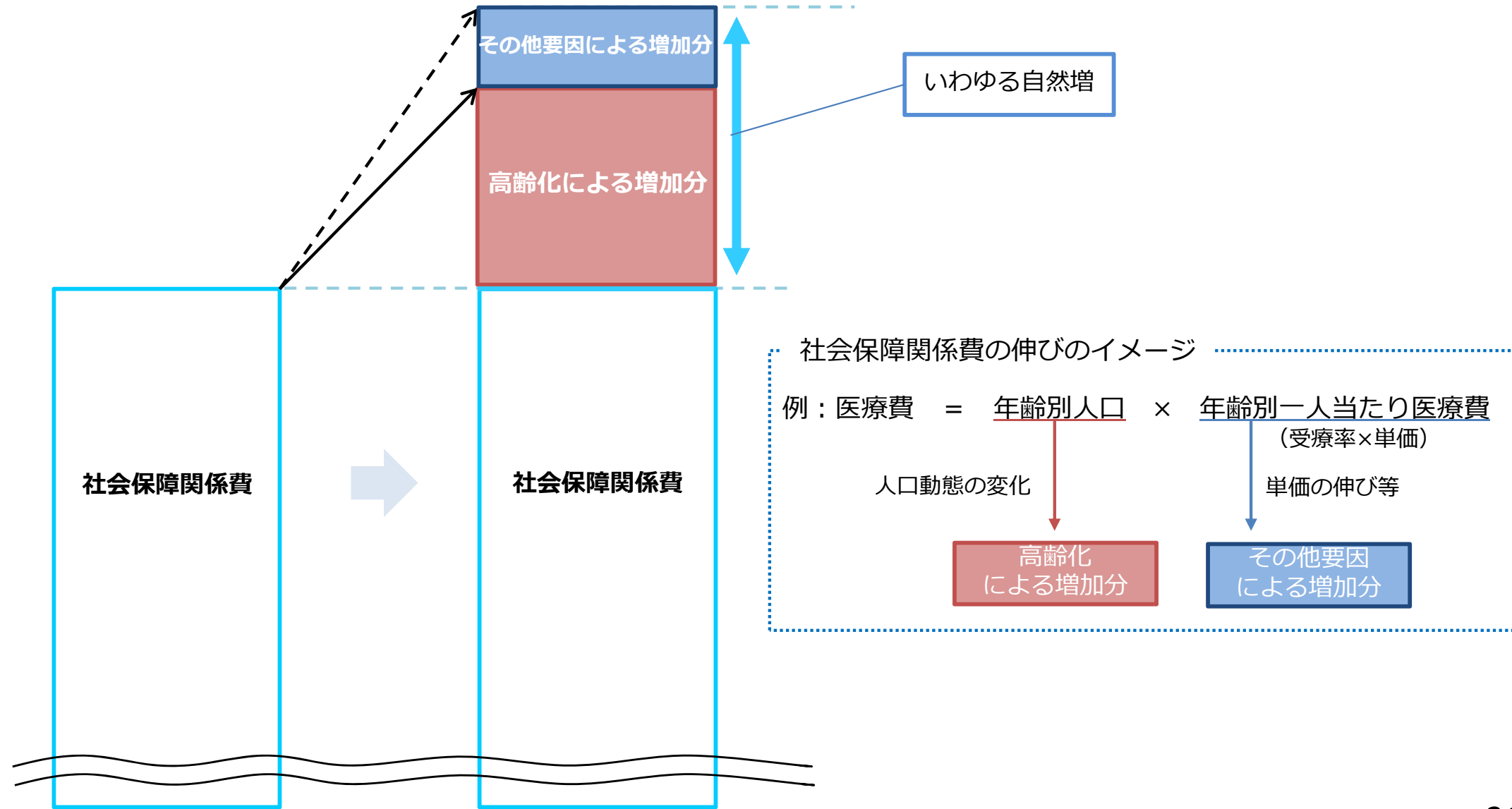
(注) 1. 平成27年度(データがない場合は可能な限り直近)の実績をベースに1人当たりの額を計算している。
2. 直接税及び消費税は、国税及び地方税の合計である。

I . 総論

- ① 社会保障を巡る状況
- ② 社会保障と税の一体改革
新しい経済政策パッケージ
- ③ 今後の社会保障改革の考え方

社会保障の自然増の要因と考え方

- 社会保障関係費の伸びは、「高齢化による増加分」と「その他要因による増加分（医療の高度化による増加分等）」の2つに分かれる。



「骨太2015」（平成27年6月30日閣議決定）の「経済・財政再生計画」のポイント

「デフレ脱却・経済再生」、「歳出改革」、「歳入改革」の3本柱の改革を一体として推進し、安倍内閣のこれまでの取組を強化。

財政健全化目標等

- 財政健全化目標を堅持。「国・地方を合わせた基礎的財政収支について、2020年度までに黒字化、その後の債務残高対GDP比の安定的な引下げを目指す。」

歳出改革の基本的考え方

- 国の一般歳出については、安倍内閣のこれまでの取組を基調として、社会保障の高齢化による増加分を除き、人口減少や賃金・物価動向等を踏まえつつ、増加を前提とせず歳出改革に取り組む。
- 地方においても、国の取組と基調を合わせ徹底した見直しを進める。
- 計画の中間時点(2018年度)において、下記を目安に照らし、歳出改革、歳入改革それぞれの進捗状況、KPIの達成度等を評価し、必要な場合は、デフレ脱却・経済再生を堅持する中で、歳出、歳入の追加措置等を検討。

歳出改革の目安

＜目安1＞PB赤字対GDP比:2018年度▲1%程度

＜目安2＞国の一般歳出の水準:

安倍内閣のこれまでの3年間では一般歳出の総額の実質的な増加が1.6兆円程度となっていること、経済・物価動向等を踏まえ、その基調を2018年度まで継続。

＜目安3＞社会保障関係費の水準:

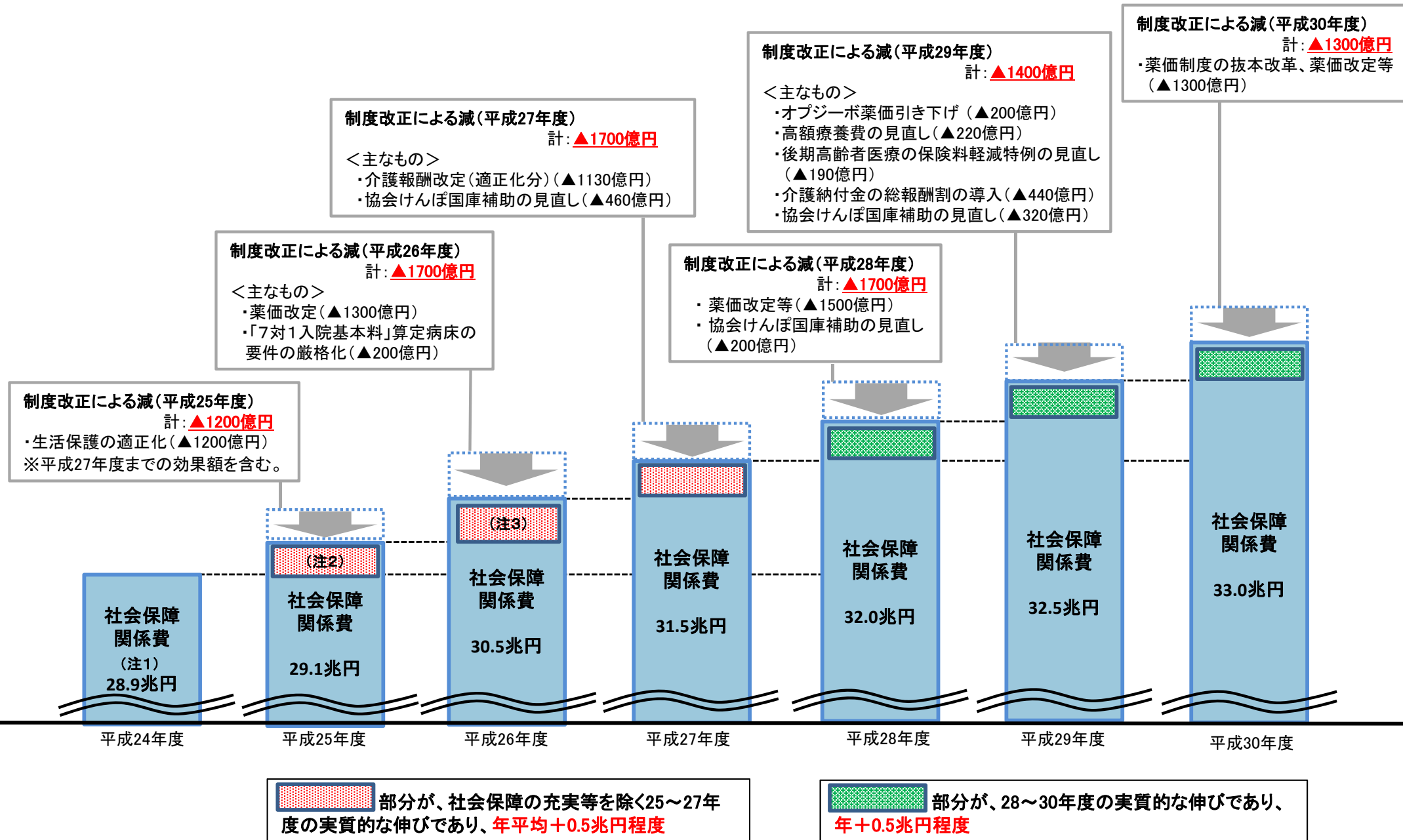
安倍内閣のこれまで3年間の経済再生や改革の効果と合わせ、社会保障関係費の実質的な増加が高齢化による増加分に相当する伸び(1.5兆円程度)となっていること、経済・物価動向等を踏まえ、その基調を2018年度まで継続していくことを目安とし、効率化、予防等や制度改革に取り組む。この点も含め、2020年度に向けて、社会保障関係費の伸びを、高齢化による増加分と消費税率引上げとあわせ行う充実等に相当する水準におさめることを目指す。

＜目安4＞地方の歳出水準:

国の一般歳出の取組と基調を合わせつつ、交付団体をはじめ地方の安定的な財政運営に必要となる一般財源の総額について、2018年度までにおいて、2015年度地方財政計画の水準を下回らないよう実質的に同水準を確保。

最近の社会保障関係費の伸びについて

厚労省作成資料



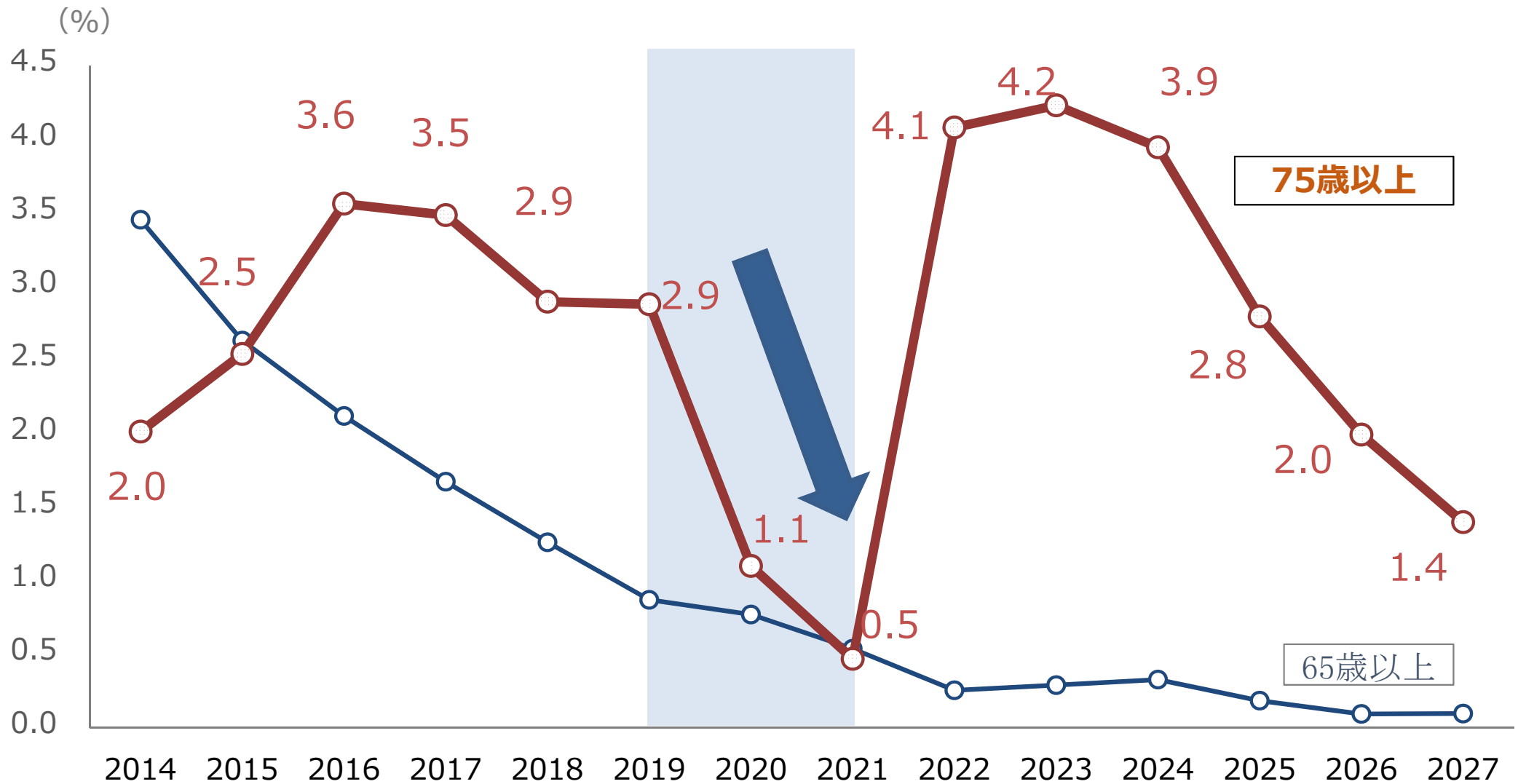
(注1) 年金国庫負担2分の1ベースの予算額。

(注2) 基礎年金国庫負担の受入超過による精算(▲0.3兆円)の影響を含めない。

(注3) 高齢者の医療費自己負担軽減措置等に係る経費の当初予算化(+0.4兆円)の影響を含めない。

MC(注4) 社会保障関係費の計数には、社会保障の充実等を含む。

高齢者人口の伸び率



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（出生中位・死亡中位）」

今後の社会保障関係費の歳出水準の考え方

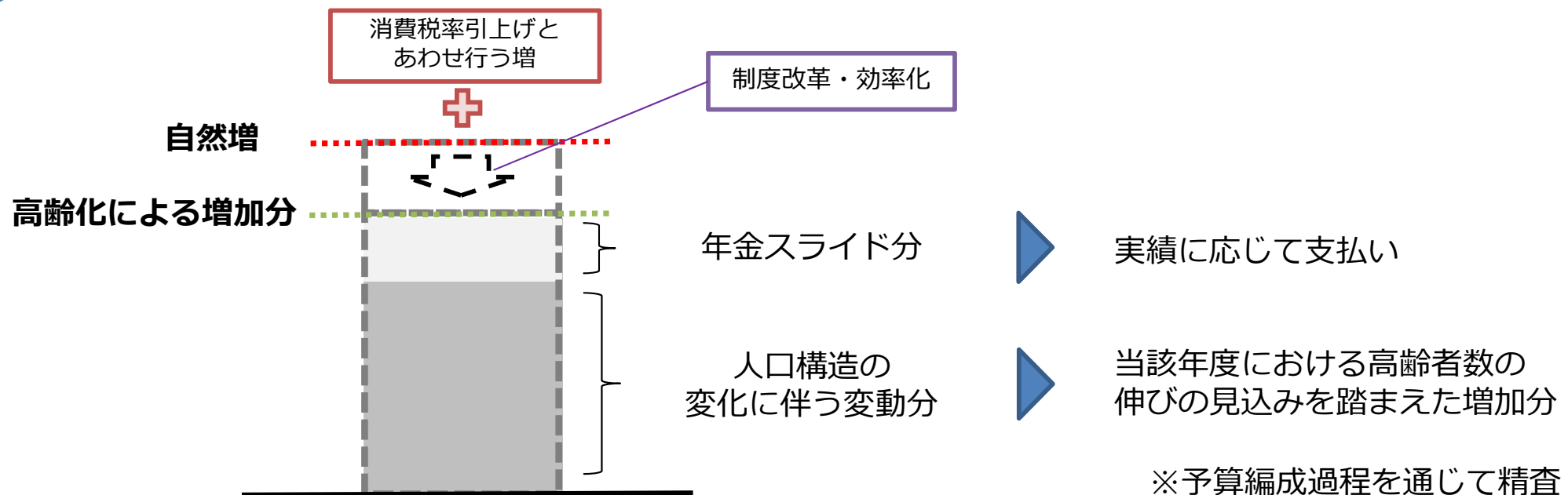
「経済財政運営と改革の基本方針2018（骨太2018）」（抄）（平成30年6月15日閣議決定）

社会保障関係費については、再生計画において、2020年度に向けてその実質的な増加を高齢化による増加分に相当する伸びにおさめることを目指す方針とされていること、経済・物価動向等を踏まえ、2019年度以降、その方針を2021年度まで継続する（注）。

消費税率引上げとあわせ行う増（これまで定められていた社会保障の充実、「新しい経済政策パッケージ」で示された「教育負担の軽減・子育て層支援・介護人材の確保」及び社会保障4経費に係る公経済負担）については、別途考慮する。

なお、2022年度以降については、団塊世代が75歳に入り始め、社会保障関係費が急増することを踏まえ、こうした高齢化要因を反映するとともに、人口減少要因、経済・物価動向、社会保障を取り巻く状況等を総合的に勘案して検討する。

（注）高齢化による増加分は人口構造の変化に伴う変動分及び年金スライド分からなることとされており、人口構造の変化に伴う変動分については当該年度における高齢者数の伸びの見込みを踏まえた増加分、年金スライド分については実績をそれぞれ反映することとする。これにより、これまで3年間と同様の歳出改革努力を継続する。



我が国の医療・介護制度の特徴と課題

わが国の医療・介護制度の特徴

国民皆保険

フリーアクセス

自由開業制

出来高払い

患者側

- 患者負担が低く、患者側にコストを抑制するインセンティブが生じにくい構造
- 誰もがどんな医療機関・医療技術にもアクセス可能

医療機関側

- 患者数や診療行為数が増加するほど収入が増加
- 患者と医療機関側との情報の非対称性が存在

供給サイドの増加に応じて
医療・介護費の増大を招きやすい構造

社会構造の変化

- **高齢化**の進展による受給者の増加や疾病構造の変化
- 少子化の進展による「**支え手（現役世代）**」の減少
- イノベーション等による**医療の高度化・高額化**の進展

国民皆保険を維持しつつ、制度の持続可能性を確保していくための医療・介護制度改革の視点

保険給付範囲の在り方の見直し （「共助」の対象は何か）

- 高度・高額な医療技術や医薬品への対応
- 大きなリスクは共助、小さなリスクは自助で対応

必要となる保険給付の 効率的な提供

- 医療提供体制の改革
- 公定価格の適正化・包括化

高齢化や人口減少下での 給付と負担の適切なバランス

- 年齢ではなく能力に応じた負担
- 支え手の負担能力に応じた医療費の増加に伴う負担の在り方の見直し

医療・介護制度改革の視点

「高齢化」「支え手の減少」「高度化」の中で、財政と医療・介護保険制度の持続可能性を確保していくため、下記の視点で、制度の改革に取り組んでいく必要があり、早急に議論を前に進めるべき。

視点1 制度の持続可能性を踏まえた保険給付範囲としていく（共助の対象は何か）

① 「高度・高額な医療技術や医薬品への対応」

新たな医薬品・医療技術について、安全性・有効性に加え、費用対効果や財政影響等などの経済性も踏まえて、保険収載の可否も含め公的保険での対応の在り方を決める仕組みとしていくべき。

② 「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」

「小さなリスク」については、従前のように手厚い保険給付の対象とするのではなく、より自助で対応することとすべき。

〔主な改革項目（案）〕 OTC類似薬や有用性の低い医薬品の処方に係る自己負担率の引上げ、少額の外来受診に係る定額負担の導入
介護の軽度者向け生活援助サービスに係る給付の在り方の見直し 等

視点2 必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する（提供体制と公定価格）

① 「医療・介護提供体制の改革」

これまで以上に限られた財源とマンパワーの中で必要なサービスを過不足なく効率的に提供していくため、医療・介護提供体制の在り方の見直しを図るべき。

〔主な改革項目（案）〕

- ・ 地域医療構想の実現（急性期病床の削減等）に向けた、都道府県によるコントロール機能の強化やインセンティブ策の強化
- ・ かかりつけ医等への適切な誘導に向けた、外来受診時等における定額負担の活用
- ・ 介護の地域差縮減に向けた、インセンティブ交付金等の活用による保険者機能の一層の強化 等

② 「公定価格の適正化・包括化」

診療報酬本体、薬価など、保険償還の対象となるサービスの価格については、国民負担を軽減する観点から、できる限り効率的に提供するように、診療報酬・薬価の適正化等を進めるべき。

今後の介護報酬改定に向け、加算の効果等に係るエビデンスの整理・検証を通じた報酬改定のPDCAサイクルを確立していくべき。

視点3 高齢化や支え手減少の中で公平な負担としていく（給付と負担のバランス）

① 「年齢ではなく能力に応じた負担」

団塊の世代が後期高齢者となり始める2022年度までに、世代間の公平の観点も踏まえ、後期高齢者の窓口負担の引上げや介護の利用者負担などの改革を実施すべき。

② 「支え手減少下での医療費増加に対する総合的な対応」

保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討していくべき。

今後の社会保障制度改革について

「経済財政運営と改革の基本方針2018（骨太2018）」（抄）（平成30年6月15日閣議決定）

再生計画の改革工程表の全44項目を着実に推進する。（中略）高齢化・人口減少や医療の高度化を踏まえ、総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめ、期間内から工程化、制度改革を含め実行に移していく

＜骨太2018において掲げられている改革項目の主な例（社会保障）＞

◆：新規項目、◆：継続項目

（医療・介護提供体制の効率化とこれに向けた都道府県の実施の支援）

- ◆ 高額医療機器について、共同利用の一層の推進など効率的な配置を促進する方策を講じる。
- ◆ 高齢者の医療の確保に関する法律第14条に基づく地域独自の診療報酬について、都道府県の判断に資する具体的な活用策の在り方を検討する。

（医薬品等に係る改革等）

- ◆ 「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、国民負担の軽減と医療の質の向上に取り組むとともに、医薬品産業を高い創薬力を持つ産業構造に転換する。

（負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化、自助と共助の役割分担の再構築）

- ◆ 高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する。
- ◆ 団塊世代が後期高齢者入りするまでに、世代間の公平性や制度の持続性確保の観点から、後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する。
- ◆ 介護のケアプラン作成、多床室室料、介護の軽度者への生活援助サービスについて、給付の在り方を検討する。
- ◆ 年金受給者の就労が増加する中、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均衡の観点から見直しを検討する。
- ◆ 新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討する。
- ◆ 薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。
- ◆ 病院・診療所の機能分化・機能連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及を進めるとともに、外来受診時等の定額負担導入を検討する
- ◆ 医療費については、これまでも、その水準を診療報酬改定等によって決定するとともに、その負担について、随時、保険料・患者負担・公費の見直し等を組み合わせて調整してきたところ。支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討する。

取組状況	主な項目
一部対応したが、引き続き対応が必要なもの	・ 高確法第14条の診療報酬の特例の活用方策 ・ 地域差分析を活用した介護保険事業計画のPDCAサイクルの強化・給付費の適正化に向けた保険者へのインセンティブ付けなどの制度的枠組みの検討 ・ 生活援助サービス等その他の給付の在り方、負担の在り方 ・ 「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づく取組み ・ 服薬管理や在宅医療等への貢献度による評価、適正化や患者本位の医薬分業の実現に向けた調剤報酬の見直し 等
今後対応していくもの	・ 後期高齢者の窓口負担の在り方 ・ 現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図るための課題（介護総報酬割以外） ・ 金融資産等の医療保険制度における負担への反映方法 ・ 薬剤自己負担の引上げについて幅広い観点からの検討 ・ かかりつけ医の普及の観点からの診療報酬上の対応や外来時の定額負担についての検討 ・ 軽度者に対する生活援助サービスやその他の給付の地域支援事業への移行 ・ 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の拡大 ・ 高齢期における職業生活の多様性に応じた一人ひとりの状況を踏まえた年金受給の在り方 ・ 高所得者の年金給付の在り方を含めた年金制度の所得再分配機能の在り方 ・ 介護の調整交付金の活用方策についての検討 ・ 国民健康保険の普通調整交付金の活用方策についての検討 等

経済財政運営と改革の基本方針2018（平成30年6月15日閣議決定）（抄）

第3章 「経済・財政一体改革」の推進

3. 新経済・財政再生計画の策定

（2）財政健全化目標と実現に向けた取組

（計画実現に向けた今後の取組）

全世代型社会保障制度を着実に構築していくため、総合的な議論を進め、期間内から順次実行に移せるよう、2020年度に、それまでの社会保障改革を中心とした進捗状況をレビューし、「経済財政運営と改革の基本方針」において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめ、早期に改革の具体化を進める。

（略）

4. 主要分野ごとの計画の基本方針と重要課題

（1）社会保障

（基本的考え方）

基盤強化期間の重点課題は、高齢化・人口減少や医療の高度化を踏まえ、総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめ、期間内から工程化、制度改革を含め実行に移していくこと及び一般会計における社会保障関係費の伸びを、財政健全化目標と毎年度の予算編成を結び付けるための仕組みに沿ったものとすることである。

Ⅱ．医療

- ① 31年度予算編成の課題
(消費税率引上げへの対応等)
- ② 医療保険制度改革

診療報酬制度について

- 診療報酬とは、診療行為等の対価として、病院や薬局が、患者・保険者から受け取る報酬（公定価格）。
- 診療報酬のうち、
 - ① 医師の人件費等の「技術・サービスの評価」（診療報酬本体）については、2年に1度、個別の診療行為の公定価格が見直されている（診療報酬改定）。
 - ② 薬の値段等の「物の価格評価」（薬価等）については、従来は2年に1度の見直しであったが、今後、市場実勢価格をより適時に反映する観点から、毎年価格を見直し（薬価制度の抜本改革）。
- 診療報酬本体は、予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、中央社会保険医療協議会において、初再診料、各種入院基本料、各種検査・手術など4千以上の診療報酬項目の点数設定や算定条件について審議を行い、改定がなされる。

診療報酬本体
検査・手術・入院等の
医療行為の公定価格
(技術・サービスの評価)



2年に1度、診療報酬改定
(公定価格の見直し)

薬価等
処方や投薬などで使用される
医薬品・医療機器の価格
(物の評価)



市場実勢価格を予算編成に反映
(毎年、価格を見直し)

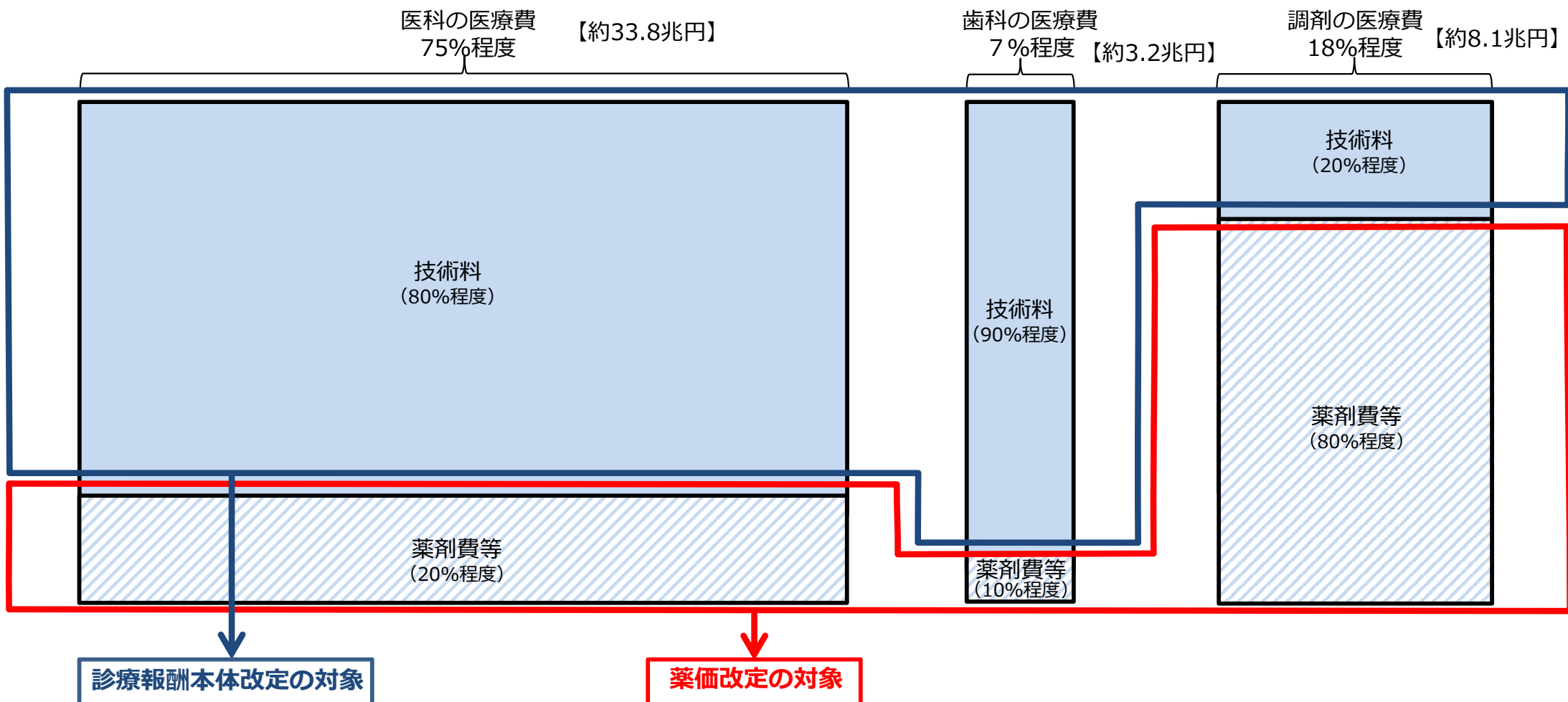
※ 製薬企業→卸→医療機関の取引により、客観的な市場実勢価格が存在

医療費の構造と診療報酬改定の対象

- 診療報酬とは、診療行為等の対価として、病院や薬局が、患者・保険者から受け取る報酬（公定価格）。
- 診療報酬は、①医師の人件費等の「技術・サービスの評価」（診療報酬本体）と、②薬の値段等の「物の価格評価」（薬価等）からなっており、個々の技術、サービスを点数化して表示（1点は10円）。

（例）初診料：282点（2,820円）、急性期一般入院料1：1,591点/1日（15,910円/1日）

薬価改定・診療報酬本体改定の対象範囲（イメージ）



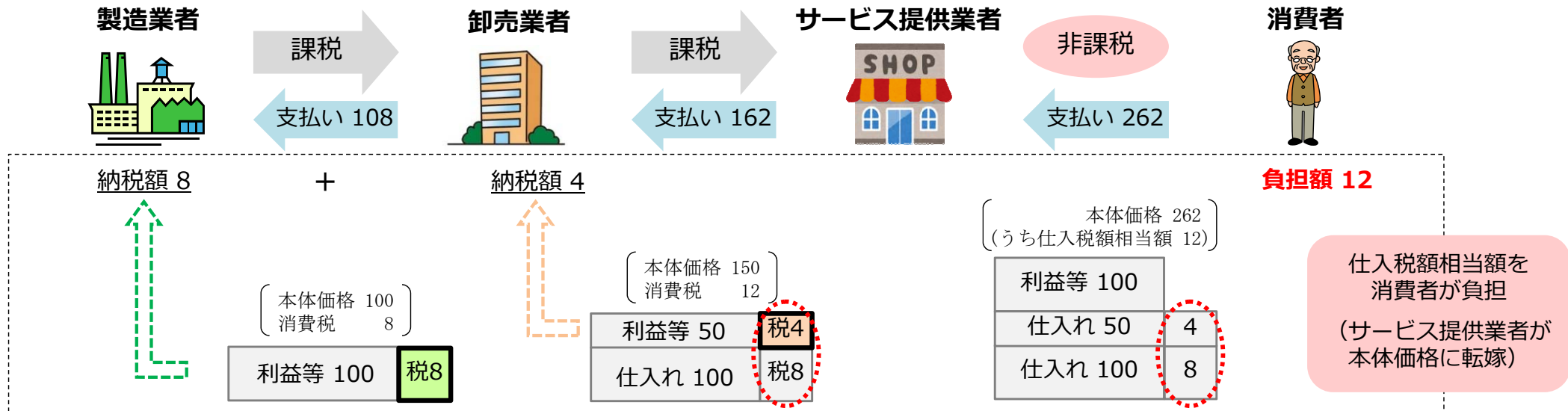
※ 平成28年度の国民医療費、平成28年6月の社会医療診療行為別統計を踏まえ、財務省作成。

MC-44【 】の数字は、30年度予算ベースの国民医療費（約45兆円）を上記の構成比で機械的に分割した値。

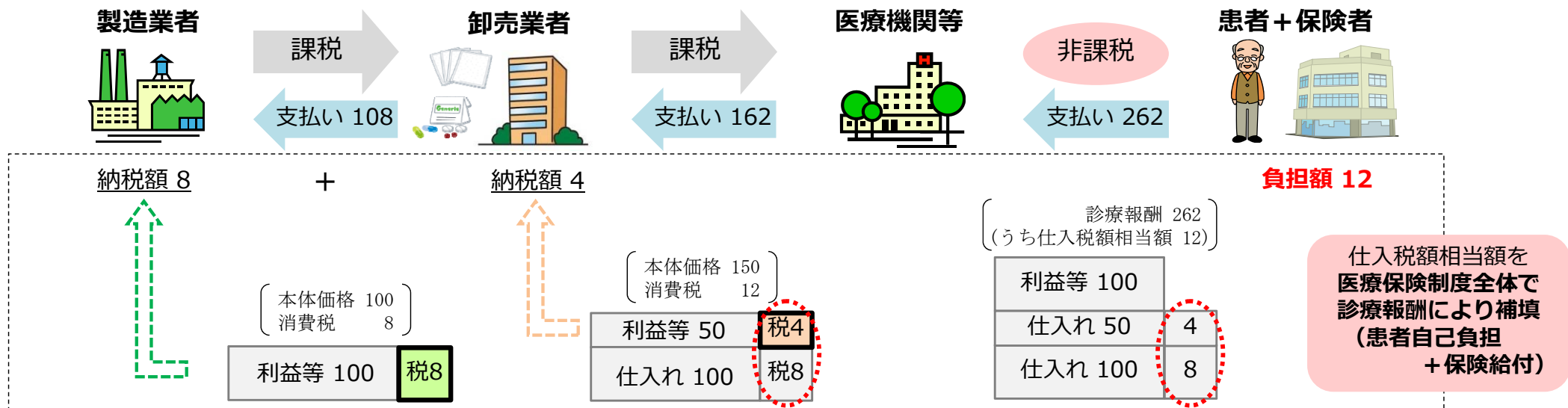
医療に係る消費税について

- 消費税が非課税となる役務の提供の場合、サービスを提供する業者が負担している仕入税額相当額については、サービスの受け手である消費者が対価として支払う本体価格に上乗せされる。
- 同じく消費税が非課税となる保険診療の場合、医療機関等が負担している仕入税額相当額については、サービスの受け手である患者と保険者が対価として支払う診療報酬によって対応。消費税率の引き上げに当たっては、診療報酬は公定価格であるため引上げ相当分だけ診療報酬の改定が必要となるが、構造自体はあくまでも通常の非課税取引と同じ。

通常の非課税取引



保険診療（非課税）

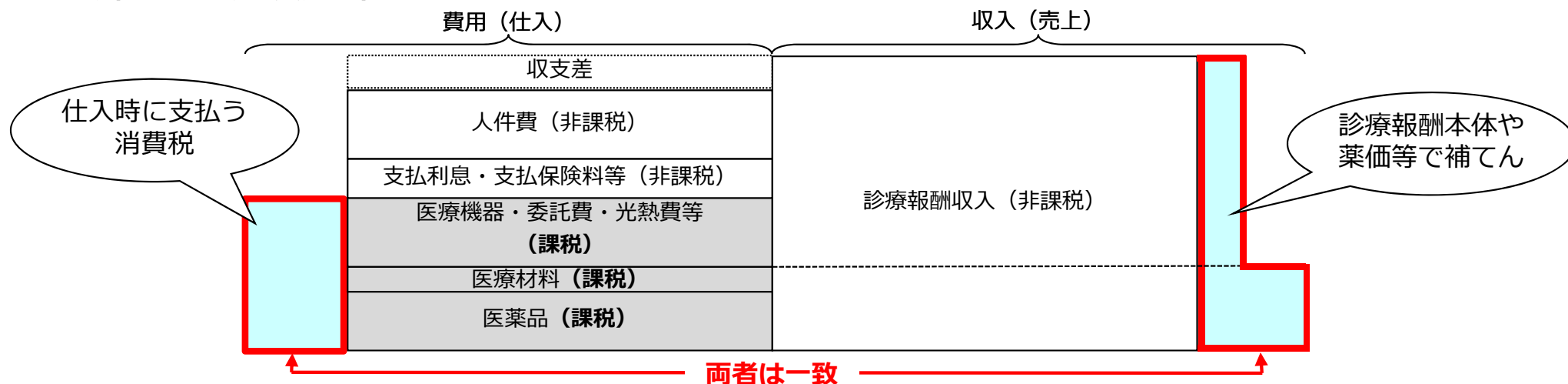


消費税率8%への引上げ時の対応(平成26年度改定)

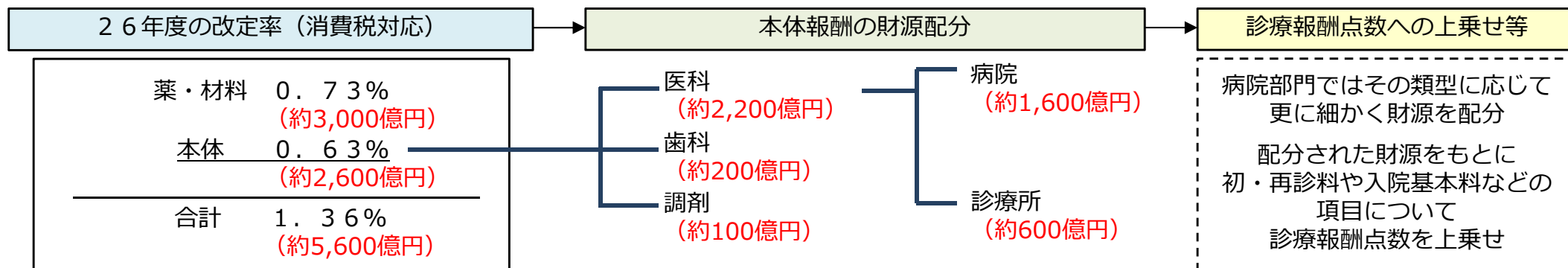
- 平成26年度の消費税率引上げ時（5%→8%）には、医療機関等が負担する仕入税額相当額について、診療報酬で補填することが可能となるようマクロとして適切に予算措置を実施。その後、中央社会保険医療協議会での議論等を経て、財源配分や診療報酬の点数を決定。

(参考) 全体改定率+1.36% うち 診療報酬本体(+0.63%) ・ ・ ・ 初・再診料、入院基本料等の基本的な点数に上乗せ
 うち 薬価・特定保険医療材料価格(+0.73%) ・ ・ ・ 市場実勢価格に消費税3%分を上乗せ

◆ 医療機関等における費用・収入のイメージ



◆ 平成26年度の消費税率引上げ時の対応の流れ



【改革の方向性】（案）

- 今般の消費税率の引上げに伴い、医療機関等が負担する仕入税額相当額について対応するに当たっては、
- ① 医療保険制度内での対応とすること、②総額において医療機関等が負担する仕入税額相当額の範囲内での対応とすること
 - ③ 各科間、診療所・病院間（病院部門は更に各類型（特定機能病院など）間）において、各々の仕入税額相当額の総額に基づき財源配分を行った上で、更に各類型の中で看護配置基準別のデータも用いるなど、できる限り精緻な対応とすること
- といった点を基本的な考え方とすべき。

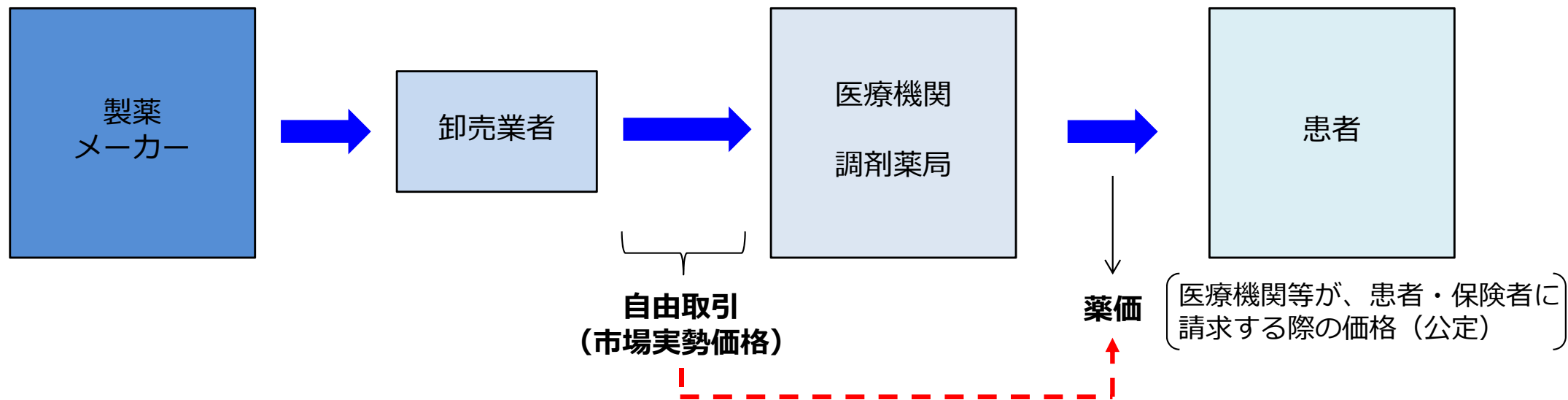
医薬品の薬価改定について

- 平成31年10月に予定されている消費税率の引上げを見据え、薬価についても消費税率引上げ相当分の改定を行うことになるが、過剰な国民負担となることのないよう、併せて薬価に市場実勢価格を反映させることが必要。
- こうした薬価改定による薬価のマイナス（市場実勢価格反映分）は、予算単価の当然の時点修正であり、制度改正や予算内容の見直しによる経費の合理化・効率化とは、性質の異なるもの。

◆ 薬価改定の仕組み

- ・ 通例、薬価改定を行う前年の9月に1カ月間の市場実勢価格（取引価格）を調査（薬価調査）した上で、その結果に薬価（保険償還価格）を合わせるのが原則。

◆ 医療用医薬品の取引の流れ



市場実勢価格反映分

⇒ 薬価調査を通じて、薬価を市場実勢価格に合わせるもの。



消費税率引上げに伴う改定分

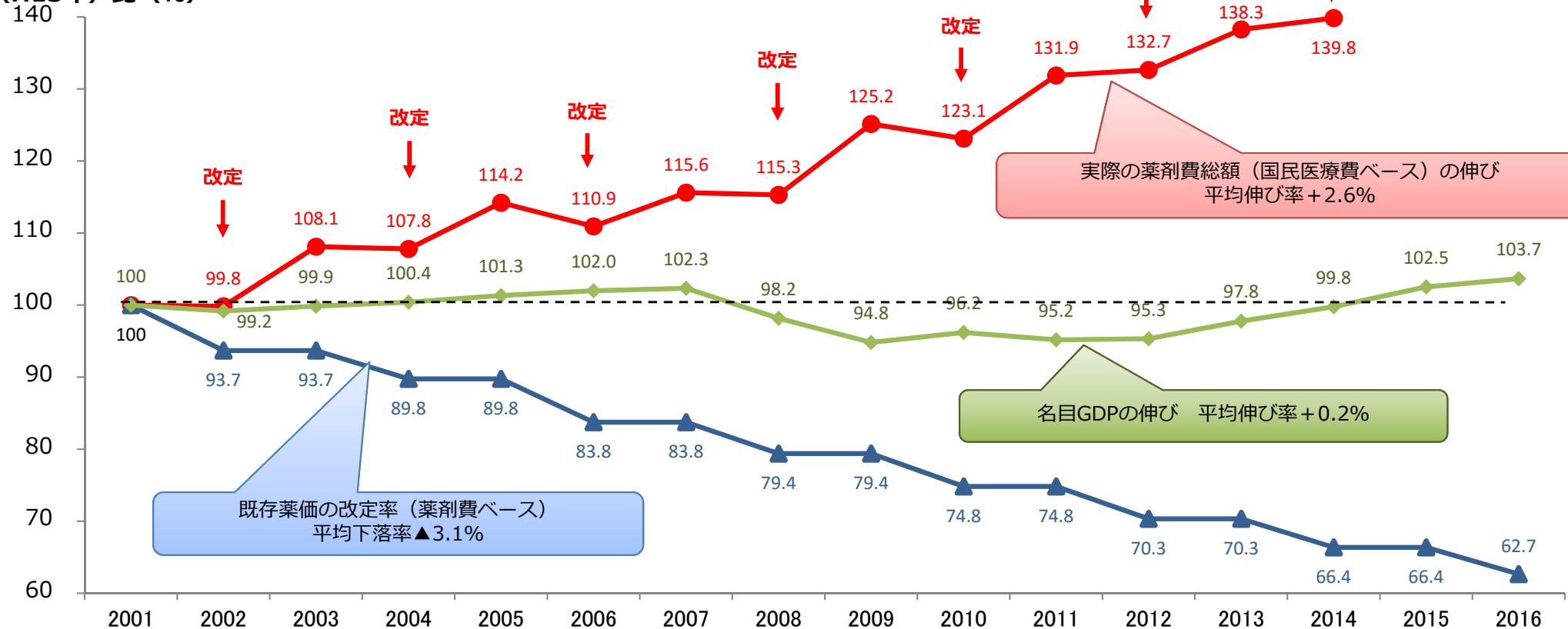
⇒ 医療機関等の仕入れには消費税が課税されるため、補てんを行うもの。

既存薬価の改定率と実際の薬剤費総額の推移

○ 薬価については、これまでは2年に1回、すでに収載されている医薬品等について、実勢価格を反映した価格の引下げを行い、その影響については予算に反映させている。一方で、高齢化による使用量の増や年度中の新規保険収載等が生じるため、薬剤費自体は増加を続けており、その伸びは名目GDP成長率を大きく上回っている。

※ 新規に開発されて薬事承認を得た医薬品は、基本的にすべて3か月以内に中医協において薬価が算定されて保険収載がなされている（年4回・近年の平均は約90品目／年度のペース）。これにより国庫負担も増加しているが、現行制度では、年度中の保険収載に対して財政上の観点から検証がなされることにはなっていない。

2001年（H13年）比（%）



新規収載（品目）	68	45	39	38	24	78	60	90	55	112	61	88	69	124	70	83
改定率（%）		▲6.3		▲4.2		▲6.7		▲5.2		▲5.75		▲6.00		▲5.64		▲5.57

※1 平成29年8月9日 中央社会保険医療協議会薬価専門部会参考資料を基に作成。
MC-48※2 2001年を100とした指数で、当該年度の変動率及び改定率を前年度の指数に乗じたもの。

Ⅱ．医療

- ① 31年度予算編成の課題
(消費税率引上げへの対応等)
- ② 医療保険制度改革

我が国の医療・介護制度の特徴と課題

わが国の医療・介護制度の特徴

国民皆保険

フリーアクセス

自由開業制

出来高払い

患者側

- 患者負担が低く、患者側にコストを抑制するインセンティブが生じにくい構造
- 誰もがどんな医療機関・医療技術にもアクセス可能

医療機関側

- 患者数や診療行為数が増加するほど収入が増加
- 患者と医療機関側との情報の非対称性が存在

供給サイドの増加に応じて
医療・介護費の増大を招きやすい構造

社会構造の変化

- **高齢化**の進展による受給者の増加や疾病構造の変化
- 少子化の進展による「**支え手（現役世代）**」の減少
- イノベーション等による**医療の高度化・高額化**の進展

国民皆保険を維持しつつ、制度の持続可能性を確保していくための医療・介護制度改革の視点

保険給付範囲の在り方の見直し （「共助」の対象は何か）

- 高度・高額な医療技術や医薬品への対応
- 大きなリスクは共助、小さなリスクは自助で対応

必要となる保険給付の 効率的な提供

- 医療提供体制の改革
- 公定価格の適正化・包括化

高齢化や人口減少下での 給付と負担の適切なバランス

- 年齢ではなく能力に応じた負担
- 支え手の負担能力に応じた医療費の増加に伴う負担の在り方の見直し

医療・介護制度改革の視点

「高齢化」「支え手の減少」「高度化」の中で、財政と医療・介護保険制度の持続可能性を確保していくため、下記の視点で、制度の改革に取り組んでいく必要があり、早急に議論を前に進めるべき。

視点1 制度の持続可能性を踏まえた保険給付範囲としていく（共助の対象は何か）

① 「高度・高額な医療技術や医薬品への対応」

新たな医薬品・医療技術について、安全性・有効性に加え、費用対効果や財政影響等などの経済性も踏まえて、保険収載の可否も含め公的保険での対応の在り方を決める仕組みとしていくべき。

② 「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」

「小さなリスク」については、従前のように手厚い保険給付の対象とするのではなく、より自助で対応することとすべき。

〔主な改革項目（案）〕 OTC類似薬や有用性の低い医薬品の処方に係る自己負担率の引上げ、少額の外来受診に係る定額負担の導入
介護の軽度者向け生活援助サービスに係る給付の在り方の見直し 等

視点2 必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する（提供体制と公定価格）

① 「医療・介護提供体制の改革」

これまで以上に限られた財源とマンパワーの中で必要なサービスを過不足なく効率的に提供していくため、医療・介護提供体制の在り方の見直しを図るべき。

〔主な改革項目（案）〕

- ・ 地域医療構想の実現（急性期病床の削減等）に向けた、都道府県によるコントロール機能の強化やインセンティブ策の強化
- ・ かかりつけ医等への適切な誘導に向けた、外来受診時等における定額負担の活用
- ・ 介護の地域差縮減に向けた、インセンティブ交付金等の活用による保険者機能の一層の強化 等

② 「公定価格の適正化・包括化」

診療報酬本体、薬価など、保険償還の対象となるサービスの価格については、国民負担を軽減する観点から、できる限り効率的に提供するように、診療報酬・薬価の適正化等を進めるべき。

今後の介護報酬改定に向け、加算の効果等に係るエビデンスの整理・検証を通じた報酬改定のPDCAサイクルを確立していくべき。

視点3 高齢化や支え手減少の中で公平な負担としていく（給付と負担のバランス）

① 「年齢ではなく能力に応じた負担」

団塊の世代が後期高齢者となり始める2022年度までに、世代間の公平の観点も踏まえ、後期高齢者の窓口負担の引上げや介護の利用者負担などの改革を実施すべき。

② 「支え手減少下での医療費増加に対する総合的な対応」

保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討していくべき。

今後の医療制度改革で取り組むべき改革項目(1)

《 視点1:制度の持続可能性を踏まえた保険給付範囲としていく(共助の対象は何か) 》

【高度・高額な医療技術や医薬品への対応】

改革項目	骨太2018における記述	改革工程表2017改定版における記述	番号
保険収載の 在り方	新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討する。	—	①
費用対効果評価の 活用	費用対効果評価については本格実施に向けてその具体的内容を引き続き検討し、2018年度中に結論を得る。	試行的実施において明らかになった技術的課題への対応策を整理することと併せて、本格実施に向けて、その具体的内容について引き続き検討し、2018年度中に結論	②

【大きなリスクは共助、小さなリスクは自助】

改革項目	骨太2018における記述	改革工程表2017改定版における記述	番号
薬剤自己負担 の引上げ	薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。	薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる【平成30年度末結論】	③
受診時定額負担 の導入	病院・診療所の機能分化・機能連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及を進めるとともに、外来受診時等の定額負担導入を検討する。	病院・診療所間の機能分化や医療保険財政の持続可能性の観点等を踏まえつつ、かかりつけ医の普及を進めるとともに、かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入を含め、外来受診時の定額負担の在り方について、関係審議会等においてさらに検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる【平成30年度末結論】	④ ⑧

保険収載の在り方

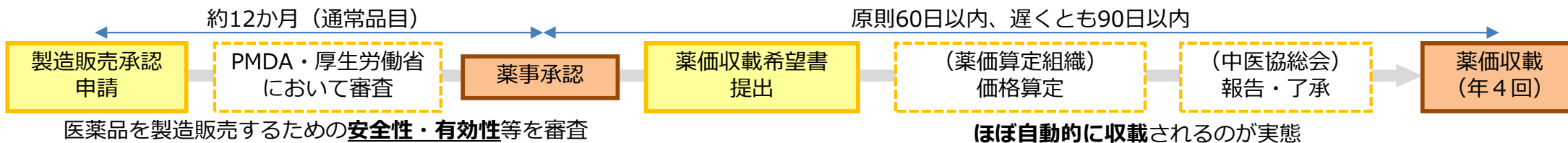
【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討する」

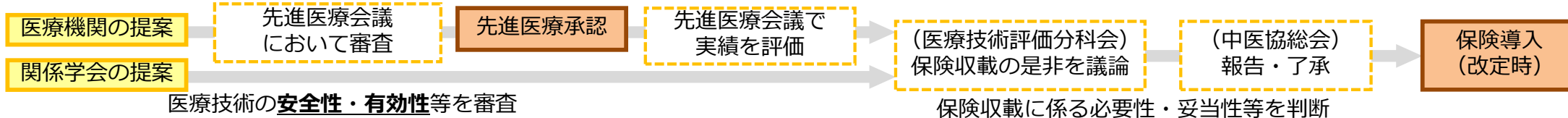
【論点】

- 新規医薬品については、そもそも年4回、薬事承認が行われたものは事実上すべて収載される仕組みとなっており、これによりどの程度財政影響が生じるかも十分検証されていない。新たな医療技術については、診療報酬改定の際に収載されているが、収載にあたって経済性は考慮されていない。
- これら保険収載の影響は、医療費の「高度化による増加」の要因になっていると考えられ、医薬品等の価格が高額になっている状況も踏まえ、保険収載の可否も含めて公的保険での対応の在り方を検討する必要。

◆新規収載までのプロセスの概要（医薬品）



◆新規導入までのプロセスの概要（医療技術）



◆近年国内外で登場した高額薬剤の例

販売名	収載年月	薬効〔適応〕	費用
オブジーボ点滴静注	26年9月	その他の抗悪性腫瘍用剤 〔非小細胞肺癌等〕	約3,500万円/人 (体重60kg, 1年間の場合)
ハーボニー配合錠	27年8月	抗ウイルス剤 〔C型肝炎〕	約520万円/人 (12週間)

※ 中央社会保険医療協議会資料に基づき作成し、費用は新規収載時または上記の適応追加時のもの。

米国での製品名	米国での承認年月	米国での費用
キムリア (急性リンパ性白血病治療薬)	29年8月 (日本：30年4月承認申請済)	約5,400万円/人 (1回投与)
イエスカルタ (リンパ腫治療薬)	29年10月	約4,200万円/人 (1回投与)
ラクスターナ (遺伝性網膜疾患治療薬)	29年12月	約9,700万円/人 (両眼1回投与)

※ 各社報道発表資料等に基づき作成。公的医療保険を含め加入する保険によって成果報酬型の支払スキームが存在。

◆保険外併用療養制度

- ・ 保険診療と保険外診療を併用して治療を行う場合には、原則として保険診療部分も含めて全額が自己負担となるが、一定の場合には併用することが可能。

保険診療部分 保険外診療部分

保険外併用療養費	全額自己負担※
3割自己負担	

※ 自己負担分について、研究機関や製薬会社等の資金を充てる場合もある。

保険外併用療養制度の分類

評価療養	保険導入のための評価を行うもの (例：先進医療)
患者申出療養	患者からの申出に基づき 保険導入のための評価を行うもの
選定療養	保険導入を前提としないもの (例：差額ベッド、歯科の金合金)

【改革の方向性】（案）

- 新たな医薬品・医療技術については、安全性・有効性に加え、費用対効果や財政影響などの経済性の面からの評価も踏まえて、保険収載の可否も含め公的保険での対応の在り方を決める仕組みとしていくべき。
- 保険収載が見送られた医薬品等について、安全性・有効性があれば、保険外併用療養により柔軟に対応するか否かの検討も行うべき。

費用対効果評価の活用

【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「費用対効果評価については本格実施に向けてその具体的内容を引き続き検討し、2018年度中に結論を得る」

【論点】

- 新規の医薬品等について、既存の医薬品等との関係で「効果に比べてどの程度費用が高くなるか」「公的保険として受け入れ可能な水準か」等評価する「費用対効果評価」を試行的に導入。本格実施に向けて、その具体的な内容について平成30年度中に結論を得ることとされている。
- 新たな医薬品の保険償還価格は、市場価格がないため、一定の算定式に基づいて計算されるが、例えば、「原価計算方式」については、企業の提出した「原価」に営業利益分などを積み上げて価格設定されるものであり、輸入医薬品の場合には企業間の輸出入価格がそのまま「原価」とされるなど、価格水準の妥当性は明らかではない。

◆費用対効果評価の流れ（イメージ）

対象とする品目の基準に基づき
要/不要の判定

（必要な場合のみ）

企業による分析・データ提出
第三者による再分析

データ分析を踏まえた総合評価
（アプライザル）

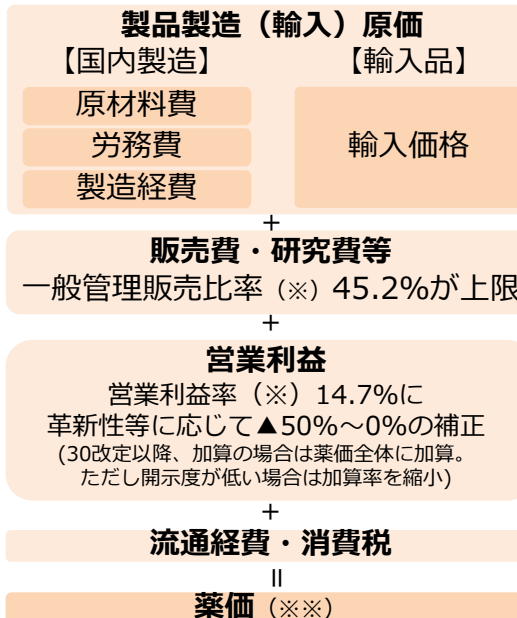
※ ICER算出後、ICERが公的保険として受け入れ可能な水準か社会的・倫理的側面等も踏まえて評価

評価結果を踏まえた価格調整

※ 一定の上下限を設定した上で、その範囲内で費用対効果の悪いものほど価格を引下げ

◆試行的導入時における選定基準

- ・ 原価計算方式の場合：営業利益に補正が行われた品目
 - ・ 類似薬効比較方式の場合：補正加算が行われた品目のうちからそれぞれ加算率が最も高いもの（及び類似品）等
- 【原価計算方式における新薬の価格算定方法】



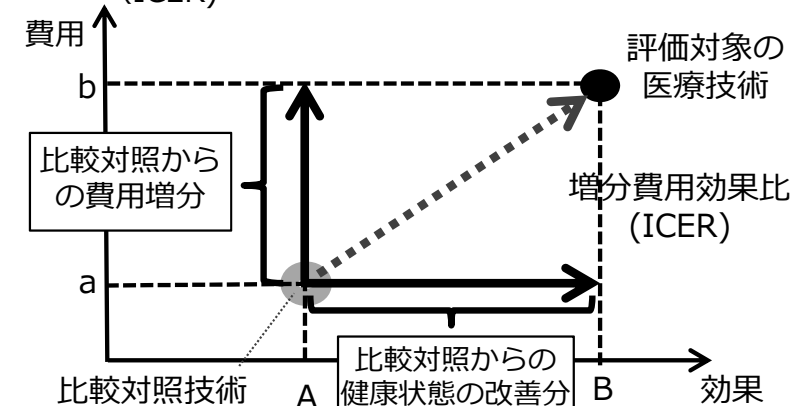
- ・ 原価の算定根拠・内訳は非開示
- ・ 輸入価格は企業間取引価格を使用

- ・ 算定根拠・内訳は非開示
- ・ 高い営業利益率（製造業平均6.6%）

※ 製造業者出荷価格（原価+販売費・研究費+営業利益）に占める割合。製薬企業の平均値。
※※ 要件を満たす場合には外国平均価格調整。

◆評価対象技術と比較対照技術の増分費用効果比

$$\text{増分費用効果比} = \frac{b-a \text{ (費用がどのくらい増加するか)}}{B-A \text{ (効果がどのくらい増加するか)}} \text{ (ICER)}$$



※ 平成25年2月27日中央社会保険医療協議会費用対効果評価専門部会 福田参考人提出資料をもとに作成

◆試行的導入時における価格調整（原価計算方式）

製品総原価	営業利益	営業利益補正分	流通経費消費税
-------	------	---------	---------

⇒ 薬価全体を価格調整の対象とするが、「製品総原価」+「営業利益」の合計額を下回らない範囲でのみ実施。

【改革の方向性】（案）

- 原価計算方式で算定された医薬品については、費用対効果評価を義務付け、費用対効果が「悪い」ものについては、保険収載を見送るか、公的保険として対応するのであれば、費用対効果に見合う水準に至るまで当該医薬品の薬価を引き下げる仕組みとすべき。
- 類似薬効比較方式で算定された医薬品についても、補正加算が付される場合には費用対効果評価を義務付け、その結果に応じて薬価を引き下げるべき。

薬剤自己負担の引上げ

【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる」

【論点】

- 高額・有効な医薬品を一定程度公的保険に取り込みつつ、持続可能性を確保していくうえでは、「小さなリスク」への保険給付の在り方を考えていく必要。また、市販品と同一の有効成分の医薬品でも、医療機関で処方されれば、自ら市販品を求めるよりも大幅に低い負担で入手が可能。セルフメディケーションの推進に逆行し、公平性も損ねている。
- なお、諸外国では、薬剤の種類に応じた保険償還率の設定や、一定額までの全額自己負担など、薬剤の負担については技術料とは異なる仕組みが設けられている。

◆ 薬剤自己負担の国際比較

日本	原則 3 割 + 高額療養費制度（技術料も含む実効負担率：15%） （義務教育就学前：2 割、70～74歳：2 割、75歳以上：1 割）
ドイツ	10%定率負担（各薬剤につき上限10ユーロ、下限5ユーロ） （注）参照価格（償還限度額）が設定されている場合は、限度額を超えた額は自己負担
フランス	薬剤の種類に応じて自己負担割合を設定（右図参照） （注）参照価格（償還限度額）が設定されている場合は、限度額を超えた額は自己負担
スウェーデン	900クローナまで全額自己負担、より高額の薬剤については一定の自己負担割合 （注）上限は年間2,200クローナ

◆ 市販品（OTC医薬品）と医療用医薬品の比較

種類	医療用医薬品				OTC医薬品	
	銘柄	薬価	3 割負担（現役）	1 割負担（高齢者）	銘柄	価格
湿布	AA	320円	96円	32円	A	2,551円
ビタミン剤	BB	520円	156円	52円	B	3,974円
漢方薬	CC	1,010円	303円	101円	C	4,644円
皮ふ保湿剤	DD	1,100円	330円	110円	D	2,448円

◆ フランスにおける薬剤自己負担割合

※ 仏 Haute Autorité de Santé 発行資料等により作成

抗がん剤等の代替性のない高額医薬品	0%	
国民連帯の観点から 負担を行うべき 医療上の利益を評価 (医薬品の有効性等)	重要	35%
	中程度	70%
	軽度	85%
	不十分	100%



（評価の例）2016年10月、抗アルツハイマー薬であるARICEPTに係る収載更新申請に対し、仏HASは医療上の利益を「不十分」と判定し、本年8月より保険収載から除外。

- ※1 各区分における市販品と医療用医薬品は、いずれも同一の有効成分を含んでいる。ただし、同一の有効成分を含んでいる市販薬であっても、医療用医薬品の効能・効果や用法・用量が異なる場合があることには留意が必要。
- ※2 市販品の価格は、メーカー希望小売価格。
- ※3 医療用医薬品の価格については市販品と同じ数量について、病院・診療所で処方箋を発行してもらい、薬局で購入した場合の価格であり、別途再診料、処方料、調剤料等がかかる。

【改革の方向性】（案）

- 薬剤自己負担の引上げについて、薬剤の種類に応じた保険償還率の設定や一定額までの全額自己負担といった諸外国の例も参考としつつ、市販品と医療用医薬品とのバランス、リスクに応じた自己負担の観点等を踏まえ、速やかに具体的内容を検討し、実施すべき。

受診時定額負担の導入

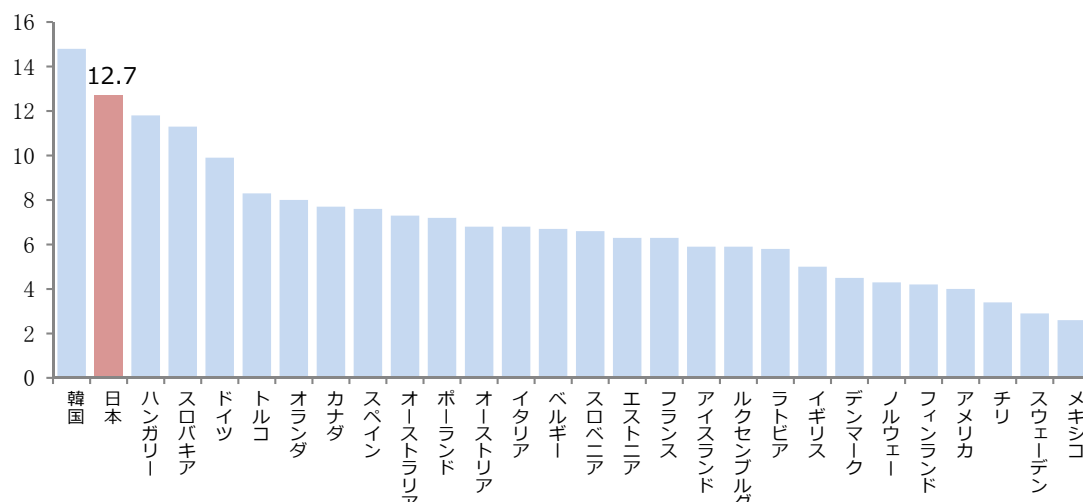
【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「病院・診療所の機能分化・機能連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及を進めるとともに、外来受診時等の定額負担導入を検討する」

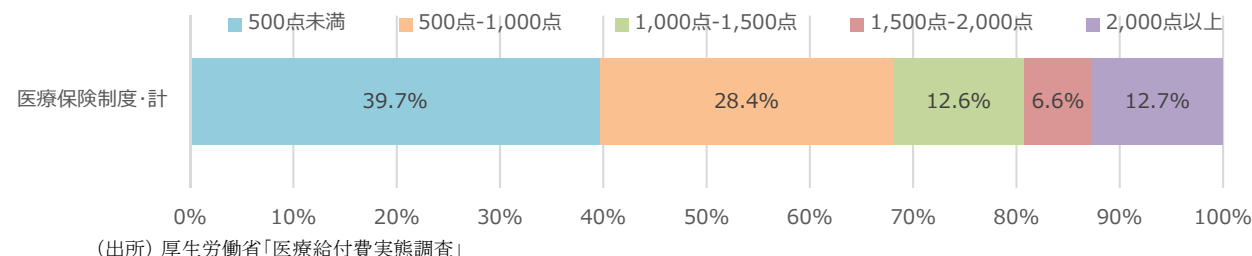
【論点】

- 諸外国と比較して、我が国の外来受診頻度は高く、多くは少額受診。限られた医療資源の中で医療保険制度を維持していく観点からも、比較的軽微な受診について、一定の追加負担は必要なのではないか。
- また、効率的で質の高い医療を提供する上で、かかりつけ医やかかりつけ薬局へ患者の受診行動を一定程度誘導する必要があるが、医療機関等にはインセンティブとなる一方で負担増となる患者にはディスインセンティブとなり得る「診療報酬での評価」などと比べて、定額負担は有効な手段。

◆ 一人あたり年間外来受診回数(医科)の国際比較(2014年)



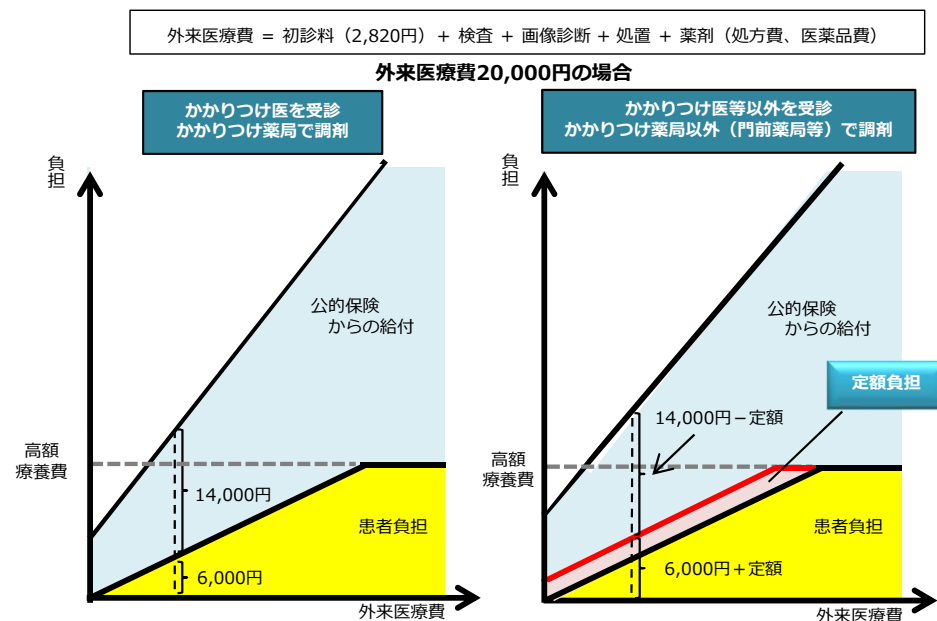
◆ 受診1回あたりの保険点数



◆ フランスにおける受診時定額負担制度(2005年～)の概要

金額	1回1ユーロ(年間50ユーロが上限)
対象者	以下の者は除外 ・18歳未満の者 ・妊娠6か月以降の妊婦 ・一定の低所得者向け医療制度の対象者

◆ 受診時定額負担のイメージ



【改革の方向性】(案)

- 制度の持続可能性の観点から、少額の受診に一定程度の追加負担を求めていくべき。
- その際、かかりつけ医やかかりつけ薬局への患者の誘導策として定額負担に差を設定することについても、検討を進めるべき。

今後の医療制度改革で取り組むべき改革項目(2)

《 視点2:必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する(提供体制と公定価格)① 》

【医療提供体制の改革】

改革項目	骨太2018における記述	改革工程表2017改定版における記述	番号
地域医療構想の推進	地域医療構想の実現に向けた個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針について、昨年度に続いて集中的な検討を促し、2018年度中の策定を促進する。公立・公的医療機関については、地域の医療需要等を踏まえつつ、地域の民間医療機関では担うことができない高度急性期・急性期医療や不採算部門、過疎地等の医療提供等に重点化するように医療機能を見直し、これを達成するための再編・統合の議論を進める。このような自主的な取組による病床の機能分化・連携が進まない場合には、都道府県知事とその役割を適切に発揮できるよう、権限の在り方について、速やかに関係審議会等において検討を進める。	各都道府県において地域医療構想調整会議での協議や医療法の規定の活用を通じて、地域医療構想に基づく病床の機能分化・連携を推進(療養病床に係る地域差の是正等) 都道府県の体制・権限の在り方について、地域医療構想調整会議の議論の進捗、2014年の法律改正で新たに設けた権限の行使状況等を勘案した上で、関係審議会等において検討し、結論。検討の結果に基づいて2020年央までに必要な措置を講ずる	⑤
急性期病床の適正化	病床の転換や介護医療院への移行などが着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討するとともに、病床のダウンサイジング支援の追加的方策を検討する。	(7対1入院基本料を含めた急性期に係る入院基本料の評価体系の見直し等に係る)改革の効果を検証しつつ、診療報酬改定において必要な対応を検討	⑥
外来医療・高額医療機器の配置等へのコントロール	高額医療機器について、共同利用の一層の推進など効率的な配置を促進する方策を講じる。また、これに伴う稼働率の向上を促進する方策を検討する。	—	⑦
総合診療医の養成促進	診療能力向上のための卒前・卒後の一貫した医師養成過程を整備するとともに、総合診療医の養成を促進する。	—	⑧
法定外繰入の速やかな解消	国保財政の健全化に向け、法定外繰入の解消など先進事例を後押しするとともに横展開を図り、受益と負担の見える化を進める。	—	⑨
地域別診療報酬の活用	高齢者の医療の確保に関する法律第14条に基づく地域独自の診療報酬について、都道府県の判断に資する具体的な活用策の在り方を検討する。	各都道府県において第2期医療費適正化計画の実績評価や第3期医療費適正化計画のPDCA管理を実施	⑩
普通調整交付金の配分方法の見直し	国保の普通調整交付金について、所得調整機能を維持しながら、医療費適正化のインセンティブを効かせる観点から、地域差に関する調整・配分の在り方の検証を進め、都道府県が国民健康保険の財政運営の責任主体となる新制度の円滑な運営に配慮しつつ、速やかに関係者間で見直しを検討する。	普通調整交付金について、地域差に関する調整・配分の在り方を検証し、2018年度の新制度への円滑な移行に配慮しつつ速やかに関係者間で見直しを検討し、結論を得る【2020年度初頭まで】	⑪

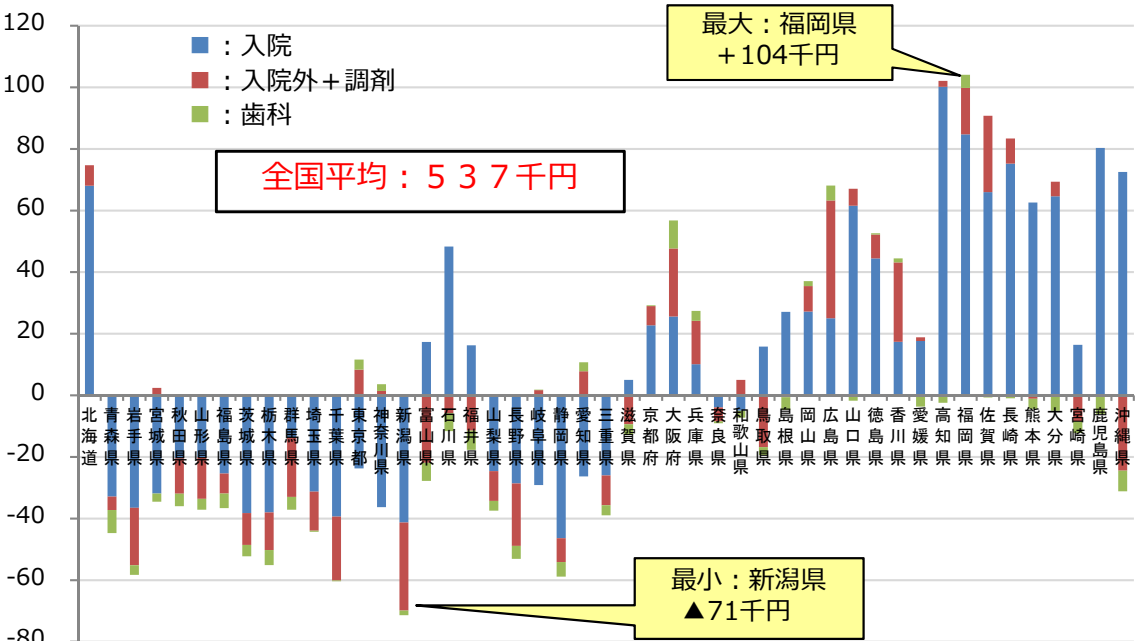
我が国の医療提供体制の問題点

国名	平均在院 日数 (急性期)	人口千人 当たり 総病床数	病床百床 当たり 臨床医師数	人口千人 当たり 臨床医師数	病床百床当たり 臨床看護職員数	人口千人当たり 臨床看護職員数	人口百万人あたり MRI台数
日本	29.1 (16.5)	13.2	17.9※1	2.4※1	83.0※1	11.0※1	51.7※1
ドイツ	9.0 (10.2)	8.1	50.9	4.1	164.1	13.3	33.6
フランス	10.1※1 (5.9)	6.1	50.9	3.3※2	161.8※2	9.9※2	12.6
イギリス	7.0 (6.8)	2.6	106.9	2.8	302.7	7.9	7.2※1
アメリカ	6.1※1 (5.5)※1	2.8※1	90.9※1	2.6※1	394.5※1・2	11.3※2	39.0

出典:「OECD Health Data 2017」 注1:「※1」は2014年のデータ。 注2:「※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。

◆ 一人あたり医療費（年齢調整後※）の地域差

(万円、国保+後期)

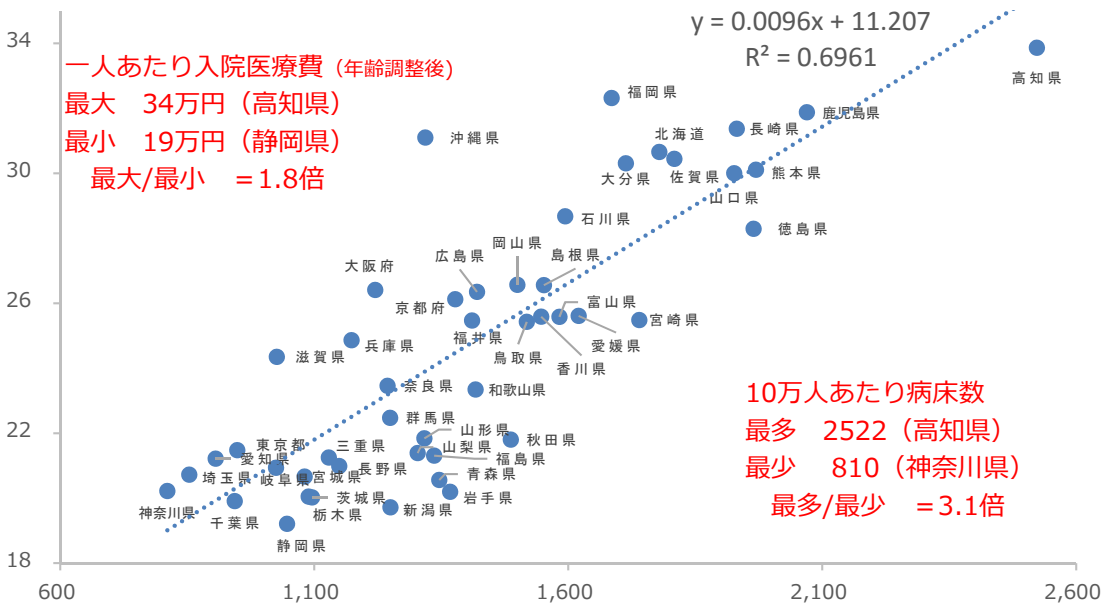


(出典)厚生労働省「平成27年度医療費の地域差分析」

MC-5※ 各都道府県の年齢階級別1人当たり医療費をもとに、全国の年齢構成と同じと仮定して算出。高齢化率等の年齢構成の違いでは説明できない地域差である。

◆ 入院医療費（年齢調整後※）と病床数の関係

一人当たり入院医療費
(万円、国保+後期)



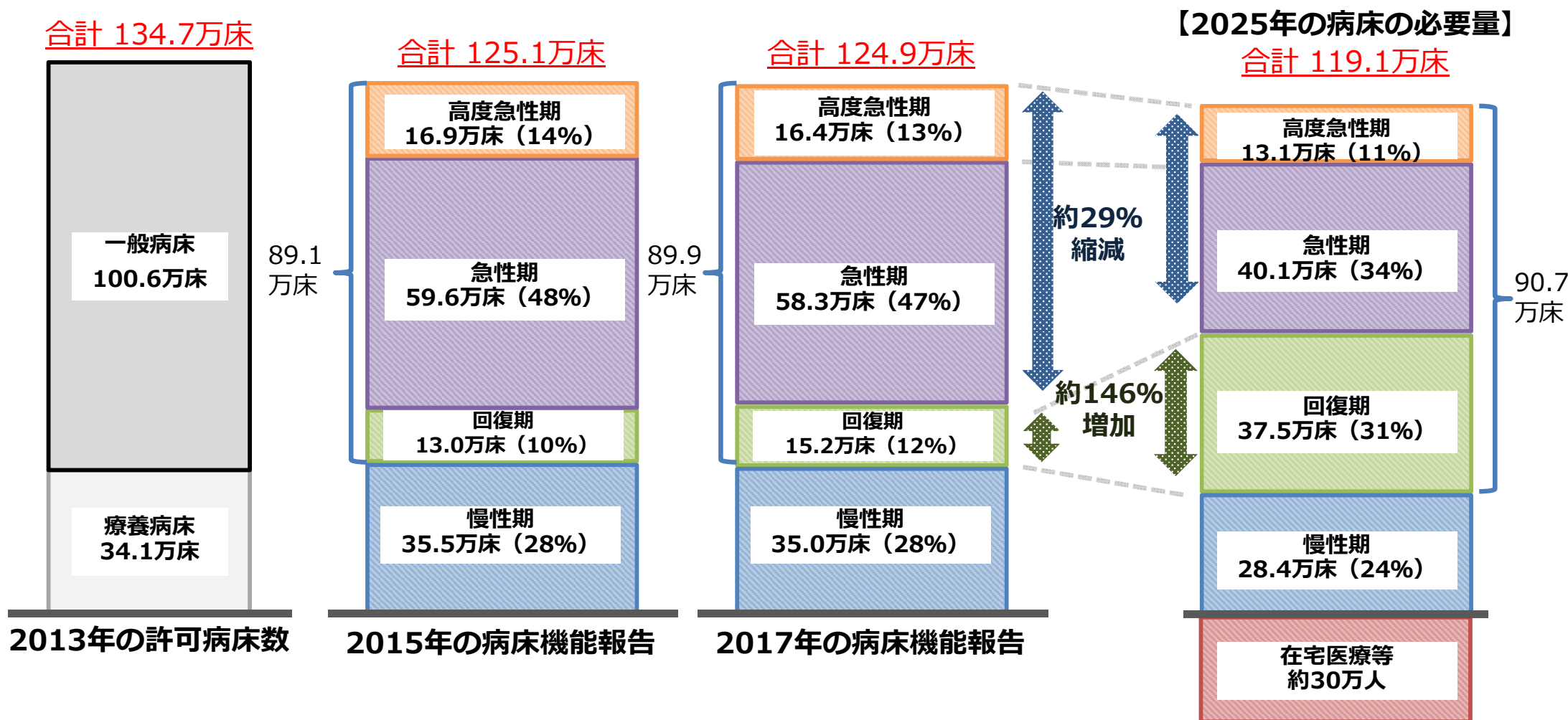
(出典): 病床数については厚生労働省「平成27年度医療施設調査」、
一人当たり入院医療費については厚生労働省「平成27年度医療費の地域差分析」

【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「地域医療構想の実現に向けた個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針について、昨年度に続いて集中的な検討を促し、2018年度中の策定を促進する」

【論点】

- 団塊の世代が後期高齢者になり始める2022年、すべて後期高齢者となる2025年に向けて、地域医療構想に沿って、高度急性期・急性期から回復期や在宅医療等に大幅な医療機能の転換を進めていく必要。



【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「公立・公的医療機関については、地域の医療需要等を踏まえつつ、地域の民間医療機関では担うことができない高度急性期・急性期医療や不採算部門、過疎地等の医療提供等に重点化するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編・統合の議論を進める。このような自主的な取組による病床の機能分化・連携が進まない場合には、都道府県知事はその役割を適切に発揮できるよう、権限の在り方について、速やかに関係審議会等において検討を進める。」

【論点】

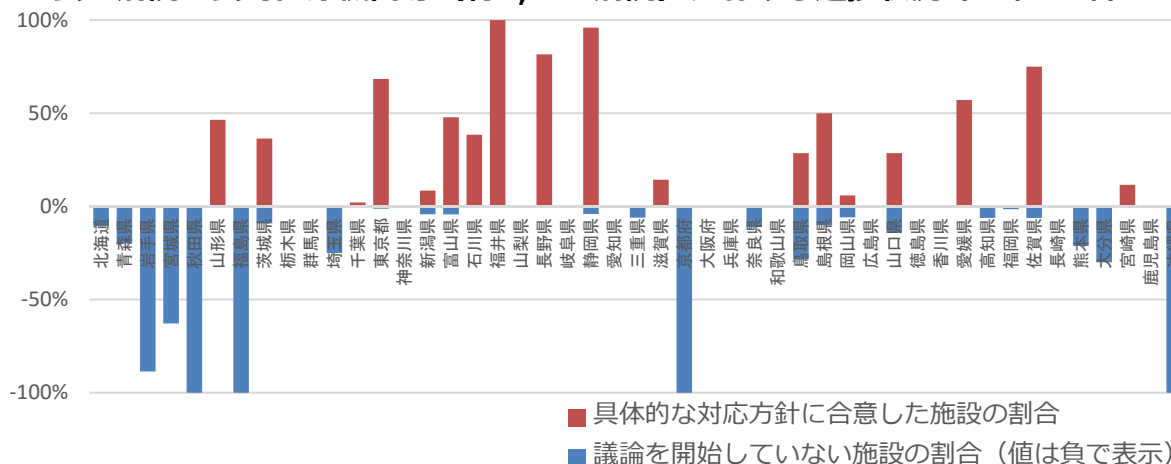
- 地域医療構想の進捗は遅い状況にあり、議論が先行している公立病院・公的医療機関等においても進捗状況に大きな地域差。推進に当たって都道府県が行行使できる権限は限定的であり、特に、民間医療機関の病床に対する権限は事実上ごく限られたものに留まっている。
- 具体的な進捗管理を行うに当たって、その前提となる病床機能報告における各医療機関の判断・報告基準は定性的なものに留まっており、また、医療費の適正化等に係る具体的なアウトカムに対応した指標が必要。

◆ 地域医療構想の進捗状況（30年6月末）



	(施設数)	高度急性期 急性期	回復期	慢性期	非稼働病床
2025年までに増減すべき病床数	(約1.4万)	▲21万	+22万	▲7万	▲7万
具体的対応方針合意済	(280)	▲1,989	+2,882	▲457	▲1,849

◆ 公立病院・公的医療機関等（約1,650病院）における進捗状況（30年6月末）



◆ 病床機能報告における定量的基準の策定

以下の定性的基準等をもとに、各医療機関の判断で病棟ごとに病床が担う機能を報告

高度急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能（救命救急病棟等を例示）
急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能
慢性期	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能

一定のタイプの医療行為を全く提供しない病棟は、高度急性期・急性期機能以外を選択すべき旨を明確化（平成30年度～）

定量的な判断基準は引き続き存在せず

【改革の方向性】（案）

- 民間医療機関も含めて具体的対応方針の策定を一層促進するとともに、保険医療機関の指定等に当たり、民間医療機関に対する他の病床機能への転換命令等を付与するなど都道府県の権限を一層強化すべき。
- 病床の機能分化・連携の具体的な進捗管理に当たり、①病床機能報告において医療機能に着目した判断・報告が行える定量的基準の更なる明確化を行うとともに、②病床の転換等によって医療費の適正化に繋がったかどうかを検証しこれにより評価することとすべき（KPIの設定等）。

地域医療構想の推進③

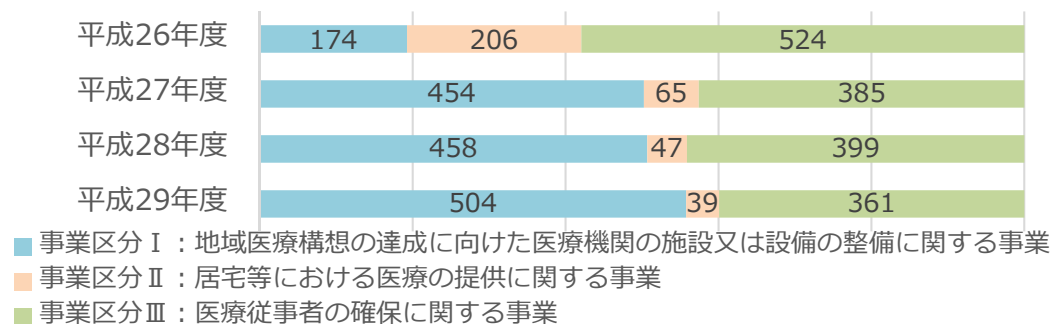
【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「病床の転換や介護医療院への移行などが着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討するとともに、病床のダウンサイジング支援の追加的方策を検討する」

【論点】

- 地域医療介護総合確保基金や国民健康保険の保険者努力支援制度は、その配分に当たって地域医療構想の進捗状況も反映する仕組みとはなっているが、特に、地域医療介護総合確保基金については具体的なインセンティブ付けの効果が非常に乏しい状況。
- 地域医療介護総合確保基金については、基金創設前まで国庫補助で実施してきた事業相当額を優先して配分調整する方針となっており、病床の機能分化・連携を達成する観点から十分には反映されていない。

◆ 地域医療介護総合確保基金（医療分）の交付状況



（注）公費ベース。平成30年度分（総額934億円）は現在配分中。

◆ 地域医療構想の推進に向けた地域医療介護総合確保基金の活用

（平成30年度の交付額の決定に当たって考慮された項目）

- ・ 新公立病院改革プラン及び公的医療機関等2025プランの策定状況
- ・ 地域医療構想調整会議における医療機関の具体的な対応方針に対する合意状況

⇒ 各都道府県において求められている具体的な水準や、メリハリ付けの詳細は公表されておらず、具体的なインセンティブの効果が非常に乏しい状況。

◆ 保険者努力支援制度の活用

- ・ 国民健康保険の保険者努力支援制度の評価指標（平成31年度～）において、全指標での最大加点240点のうち、地域医療構想の進捗状況に係る項目で最大25点分を評価。

医療提供体制適正化の推進	加点
① 地域医療構想調整会議における具体的な対応方針について、複数の構想区域で合意が得られているか。	13点
② ①の基準は満たさないが、地域医療構想調整会議における具体的な対応方針について、1つの構想区域で合意が得られているか。	8点
③ 平成29年度病床機能報告の報告率が平成30年6月末報告時点で100%を達成しているか。	2点
④ 地域医療構想調整会議において、非稼働病床を有する医療機関に関する議論を行っているか。	5点
⑤ 地域医療構想調整会議において、新公立病院改革プラン又は公的医療機関等2025プランの議論を行っているか。	5点

【改革の方向性】（案）

- 地域医療介護総合確保基金や国民健康保険の保険者努力支援制度の活用による病床機能の転換等については、その進捗状況に係る明確な指標に基づくメリハリ付けの実績を「見える化」とするとともに、その実績を踏まえ2025年度に向けてメリハリ付けを強化する観点から、指標の水準の引上げやウエイト付けを行っていくべき。
- 地域医療介護総合確保基金については、地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設整備等に引き続き重点化しつつ、基金創設前から存在している事業か否かにかかわらずメリハリのある配分調整を行うべき。また、各事業が病床の機能分化・連携にどのように繋がっているか検証するとともに、併せて病床のダウンサイジングに係る追加的な支援策を検討すべき。

急性期病床の適正化

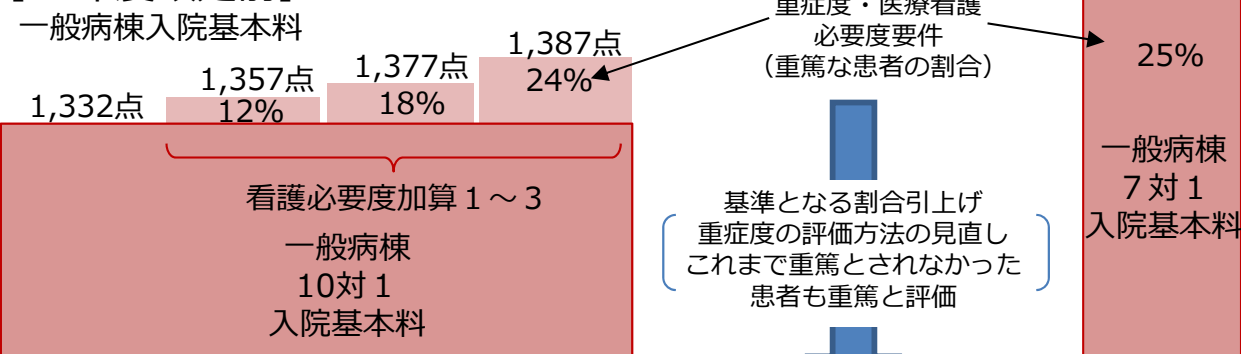
【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「病床の転換や介護医療院への移行などが着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討するとともに、病床のダウンサイジング支援の追加的方策を検討する」

【論点】

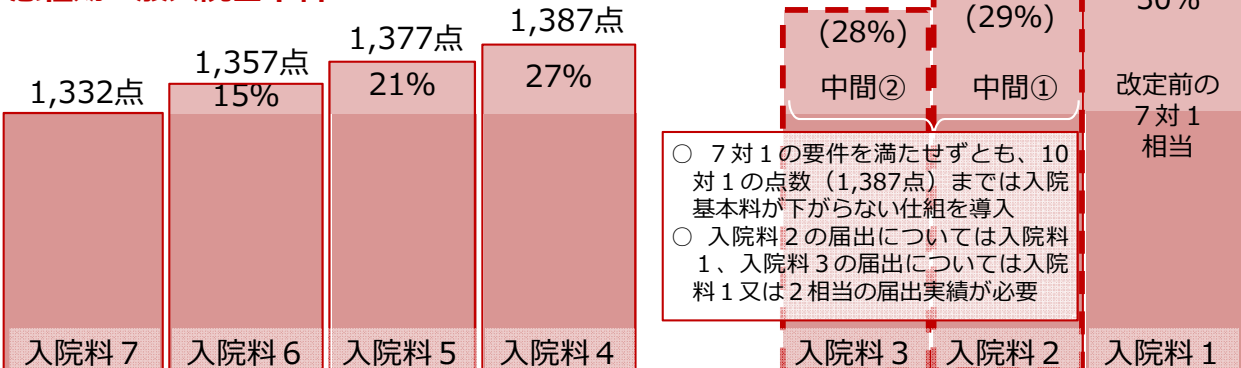
- 診療報酬上、急性期を念頭に高い報酬設定がなされている「7対1入院基本料」を算定する病床が、導入（平成18年度）以降、急増し、最多となっており、これまでの累次の見直しでも、十分に減少してこなかった。
（注）26改定においては、要件見直しにより「9万床」の7：1病床を転換するものとされていた。
- 平成30年度の診療報酬改定により、入院基本料の名称を変更し、（旧）7対1入院基本料を算定する際の基準の変更などが実施されたが、急性期に係る入院医療費がどの程度効率化されるのかは明らかではない。

【30年度改定前】

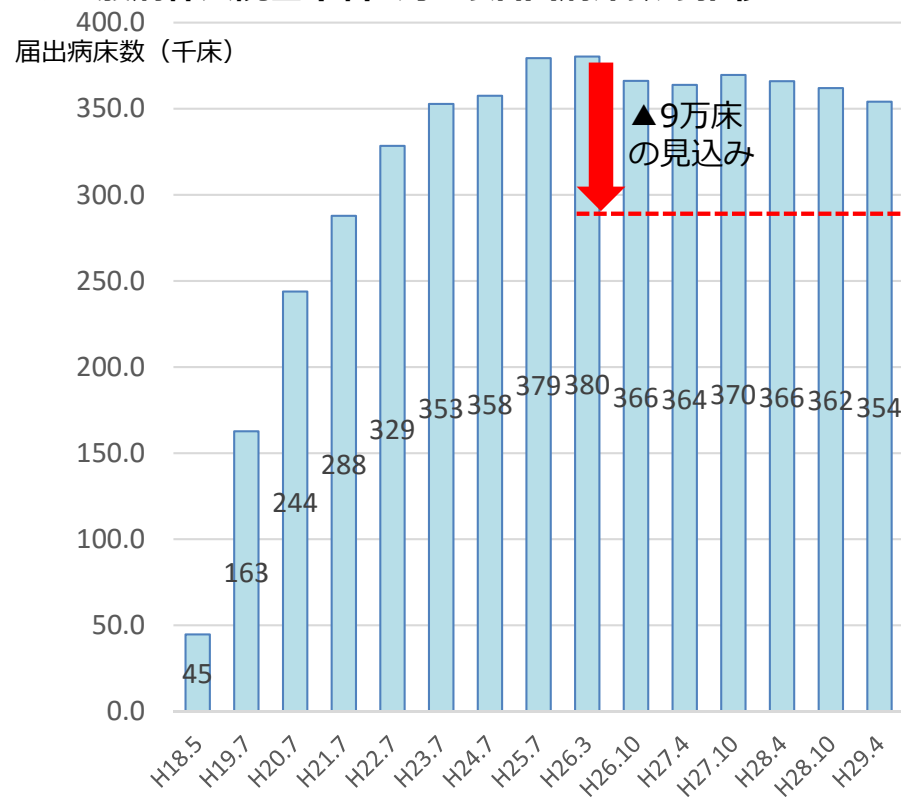


【平成30年度改定後】

急性期一般入院基本料



◆一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移



【改革の方向性】（案）

- 平成30年度診療報酬改定が、全体としてどの程度地域医療構想に沿った病床の再編・急性期入院医療費の削減につながっていくかについて、適切なK P Iを設定したうえで、進捗を評価し、必要に応じて更なる要件厳格化等を次期改定において実施すべき。

【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「高額医療機器について、共同利用の一層の推進など効率的な配置を促進する方策を講じる。また、これに伴う稼働率の向上を促進する方策を検討する」

【論点】

- 地域医療構想や基準病床制度により、病床については一定の規制を行う仕組みが整備されつつある。一方、診療所や医師の配置、高額医療機器への設備投資、介護の在宅サービスについては、提供体制をコントロールする仕組みがない。

	病床		外来医療 ・診療所 ・医師配置	高額 医療機器	介護サービス 事業者 介護施設
	基準病床制度 年齢階級別人口等を基に 算定した基準病床を 地域の病床の上限とする	地域医療構想 高度急性期～慢性期までの 医療機能ごとに需要を推 計、これに沿って 病床の機能分化・連携			
医療法 医療機関の 開設・管理 (都道府県知事)	(公的医療機関等) 病床過剰地域での 病院開設・増床の不許可	(公的医療機関等) 将来の必要病床数を超えた増床等 過剰な病床機能への転換等 に関して、命令 など	なし 自由開業 自由標榜	なし	(介護施設) 総量規制 ※ 計画に定める定員数 を超える場合、指定 等をしないことができ る。
	(民間医療機関) 病床過剰地域での 病院開設・増床に関して 要請／勧告	(民間医療機関) 将来の必要病床数を超えた増床等 過剰な病床機能への転換等 に関して、要請／勧告 など			(地域密着型 サービス) 公募制
健康保険法等 医療保険の 給付対象範囲 (厚生労働大臣)	(民間医療機関) 上記勧告を受けた場合、 厚生労働大臣は 保険医療機関の指定を しないことができる	(民間医療機関) 将来の必要病床数を超えた増床等 に係る勧告を受けた場合、 厚生労働大臣は 保険医療機関の指定を しないことができる			(在宅サービス) なし ※平成30年4月から 条件付与の仕組み

【改革の方向性】（案）

- 診療所や医師数、高額医療機器など病床以外の医療資源に関しても、医療費の増加を抑制しつつ、診療科や地域ごとの偏在を是正し、限られた医療資源の中で適切かつ効率的な医療提供体制を構築していく観点から、その配置に係る実効的なコントロールが必要であり、その在り方について早期に議論を進めるべき。

【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「病院・診療所の機能分化・機能連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及を進めるとともに、外来受診時等の定額負担導入を検討する」

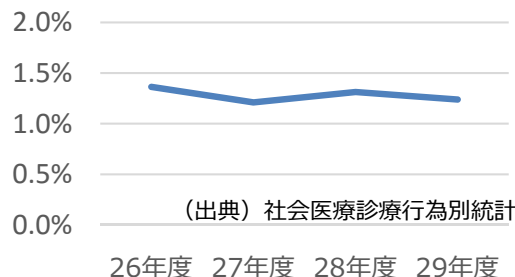
「診療能力向上のための卒前・卒後の一貫した医師養成過程を整備するとともに、総合診療医の養成を促進する」

【論点】

- 地域医療構想は病床の機能分化・連携に着目したものであるが、病院と診療所の機能分化・連携やかかりつけ機能の在り方についても取組を進めていく必要。
- かかりつけ機能の評価するための診療報酬上のインセンティブの付与や、紹介状なく大病院に受診する場合の定額負担の導入を進めてきたが、患者を適切に誘導するための施策として、必ずしも効果や施策の対象範囲が十分とは言えない状況。
- 特に、病院と診療所の機能分化は、病院勤務医の働き方改革の推進の観点からも早急に取り組むべき問題。

◆地域包括診療加算の算定回数の推移 (対再診料算定回数比)

- ・ かかりつけ機能の評価するため、一定の施設基準を満たし脂質異常症、高血圧症、糖尿病または認知症のうち2以上の疾病を有する患者に同意を得て診療等を行った場合に、1回ごとに再診料に加算するもの（地域包括診療料と重複不可）。
- ・ 平成26年度改定で創設され、平成28年度・平成30年度改定で相次いで要件を緩和（地域包括診療料も同様）。



◆地域包括診療料の届出医療機関数

- ・ 上記の「地域包括診療加算」と同様の場合に、月1回に限り算定するもの。その際、個々の再診料や処方料等は算定できない。

26年7月	27年7月	28年7月
122	93	197

(出典) 中央社会保険医療協議会総会提出資料 (29.11.15)

◆かかりつけ薬剤師指導料の算定回数

- ・ 患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行った場合に算定するもの（1回73点の出来高制）。
- ・ 平成28年度改定で創設、平成30年度改定で点数引上げ。

全処方箋枚数(A)	算定回数(B)	B/A
7,629万枚	97.6万回	1.28%

(出典) 厚生労働省資料 平成29年3月分

◆紹介状なしの患者数 (大病院・対初診患者数比)

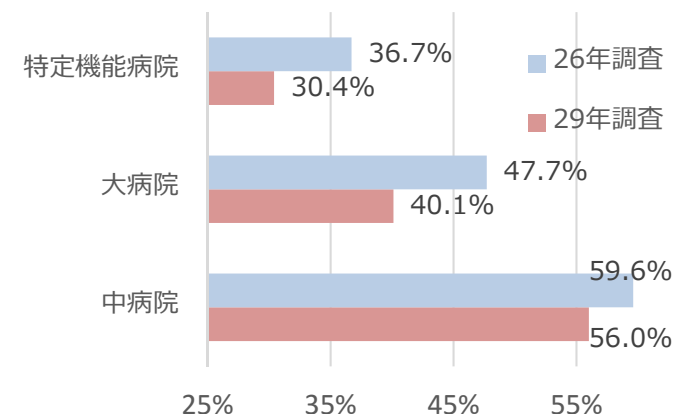
- ・ 保険医療機関相互の機能の分担等の推進のため、特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院について、平成28年4月から、紹介状なしで受診する場合に定額を徴収（例：内科初診について5,000円等）。
- ・ 平成30年度改定で対象範囲を拡大。

	27年10月	28年10月
500床以上	42.6%	39.7%
200床～500床	60.3%	59.4%

(出典) 中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会提出資料 (29.5.31)

◆外来患者の最初の受診場所 (病院種別ごとの比較)

- ・ 医療施設において患者に調査票を配布し、受診した病気や症状についてその日に来院した病院に最初に受診したと回答した者の割合。
- ・ 大病院（中病院）とは、特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で、病床規模が500床以上（100～499床）の病院。



(出典) 平成29年度受療行動調査（概数）

【論点】

- 諸外国では、機能分化の例として、登録した医師による診療を原則としている例のほか、フリーアクセスを維持したまま自己負担の差を設けることでかかりつけ医での受診に誘導している例も見られる。
- かかりつけ医等に対する診療報酬上のインセンティブの付与（加算）は、その財源を患者の自己負担と保険給付で賄うことを通じて保険料・国民医療費の増加に繋がるとともに、患者の自己負担が増加するため患者にとってディスインセンティブとなる可能性。

◆ 外来診療提供体制の比較

イギリス（NHS）	フランス	日本
○ 予め登録した診療所の一般家庭医（GP）による診療が必要 ○ 直接専門科の診療を受けることは原則不可	○ フリーアクセス ○ 予め登録した「かかりつけ医」への受診とそれ以外の医師への直接受診で自己負担（注）に差 【かかりつけ医】3割負担 【かかりつけ医以外】7割負担	○ フリーアクセス ○ 大病院受診時のみ、選定療養として定額負担（特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院を対象） ※ 医科初診：5,000円

※ 英NHS、仏CNAMウェブサイト等に基づき作成。救急の場合を除く医科の原則的な取扱いを示したもの。

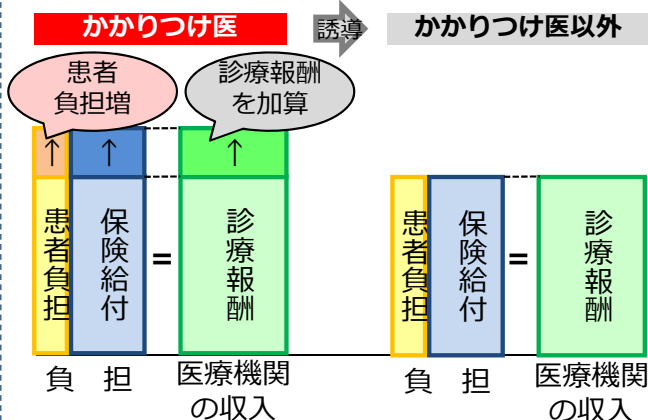
（注）このほか、原則として定額1ユーロを別途負担。また、16歳未満の者、一定の条件下で婦人科医・眼科医・精神科医に受診した者は自己負担3割。

◆ 紹介状なく受診する際の自己負担の在り方のイメージ

⇒ 患者が誘導される動き

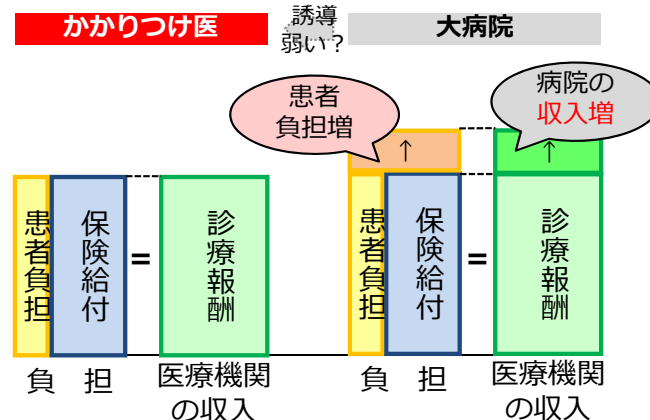
現在：かかりつけ機能を診療報酬で評価（加算の場合）

かかりつけ医で受診する方が患者負担が大



現在：大病院受診時の追加負担は病院の追加収入

大病院は外来患者が訪れるほど収入増



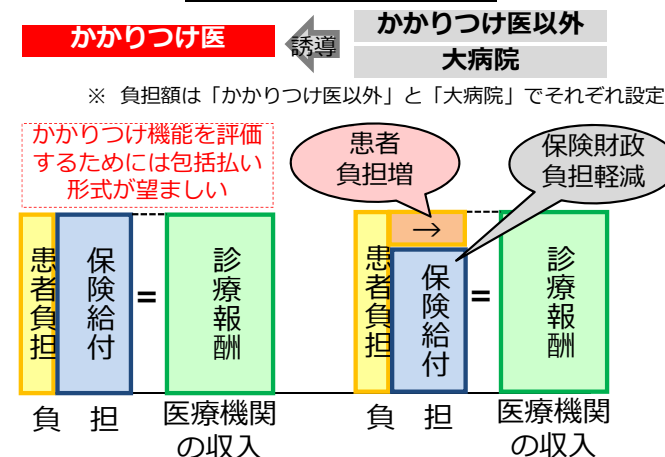
◆ 厚生労働省 専門医の在り方に関する検討会 報告書（平成25年4月22日）

- ・ 総合診療医には、日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、わが国の医療提供体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供することが求められる。

⇒ 平成30年4月から開始された新専門医制度の中で、総合診療医の専門医としての「総合診療専門医」を養成開始

改革案：かかりつけ医以外または大病院で受診する場合に、診療報酬の中で追加の患者負担

かかりつけ医の方が患者負担が小さくなるとともに病院の追加収入も生じないことからより効率的なインセンティブを発揮（国民医療費も増加せず）



【改革の方向性】（案）

- 適切かつ効率的な外来診療体制の提供を早急に進める観点から、かかりつけ機能の評価の整理を行いつつ、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師以外に外来受診等をした際の定額負担を導入すべき。また、大病院受診時の選定療養による定額負担について、対象範囲を更に拡大しつつ、診療報酬への上乗せ収入とするのではなく保険財政の負担軽減につながるよう診療報酬の中で定額負担を求めるなど、仕組みの見直しを行うべき。

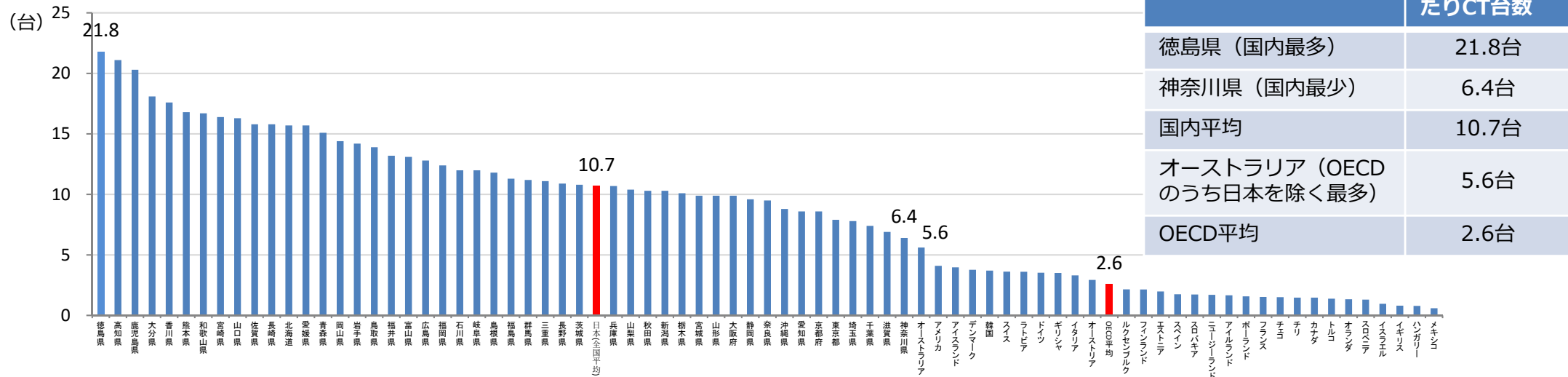
- 今年度から養成が開始された「総合診療専門医」について、必要な養成数を確保し、速やかな養成を進めるべき。

高額医療機器(CT、MRI)の配置状況①(平成30年度予算執行調査)

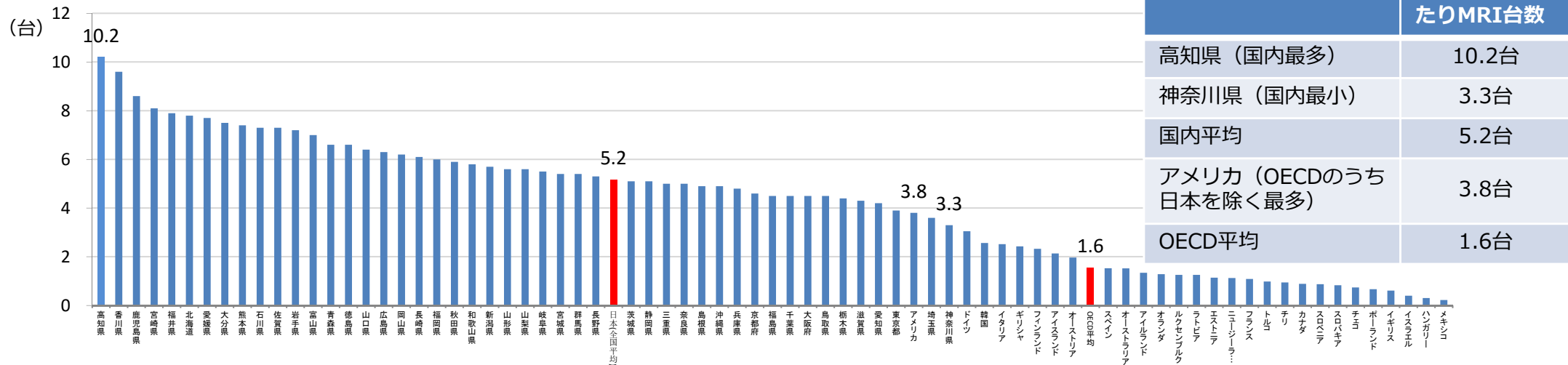
⑦

- 都道府県別の人口10万人あたりのCT台数及びMRI台数は、最も多い都道府県でCTが21.8台（徳島県）、MRIが10.2台（高知県）となっており、全国平均の約2倍の配置状況、最も少ない都道府県との地域差はいずれも3倍超となっていた。
- 更に、CT及びMRIについて、OECD諸国の10万人あたりの台数とも比較したところ、CTについては全ての都道府県においてOECD諸国の台数を上回っており、MRIについてもアメリカを除くOECD諸国の台数を上回っている状況。

◆人口10万人あたりCT台数（都道府県、OECD）



◆人口10万人あたりMRI台数（都道府県、OECD）



高額医療機器(CT、MRI)の配置状況②(平成30年度予算執行調査)

7

- 日本国内においては特に病院におけるCTの設置率が高い状況であるが、CT及びMRIそれぞれ10万人あたりの高額医療機器の台数は1台当たりの撮影回数とそれぞれ相関が見られ、人口あたりの設置台数が多い地域では、需要に比して過大な設備投資が行われている可能性や医療機関の収益を圧迫している可能性がある。
- CT及びMRIで共同利用を行っている機器※の割合は、CTで4.2%、MRIで15.8%と低い数値であった。

◆CT、MRI保有率

CT (保有施設数、率)	病院:6627施設(77%) 診療所:5001施設(5%)
MRI (保有施設数、率)	病院:3466施設(40%) 診療所:1669(2%)

(出所) 厚生労働省「医療施設調査」

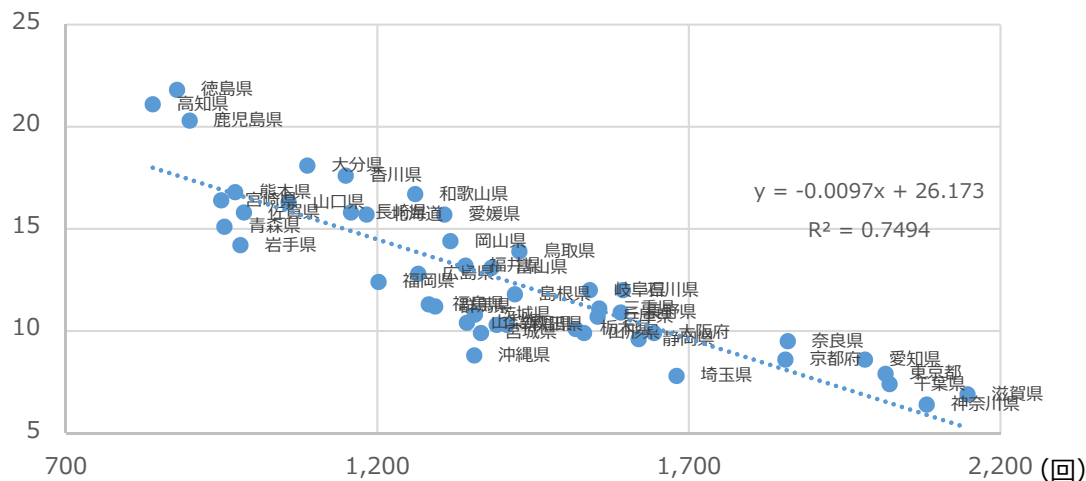
◆CT、MRIの共同利用の実態※

	全国対象機器数	共同利用実績	割合
64列以上のマルチスライスCT	1507台	63台	4.2%
3テスラ以上のMRI	512台	80台	15.8%

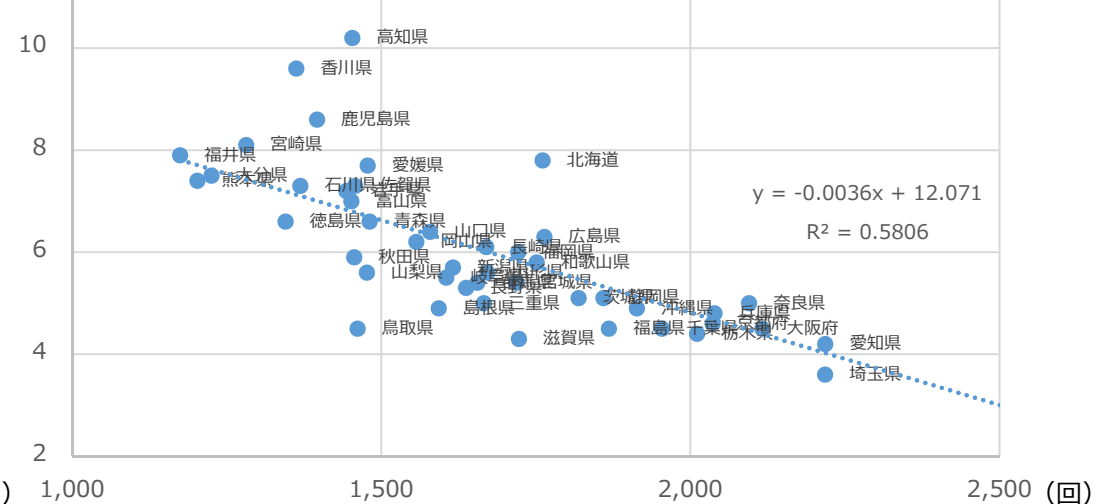
※ それぞれ保険診療を行った患者数による数値であり、共同利用実績とは施設の共同利用率が10%を超える場合を指す。

◆人口10万人あたりCT、MRI台数と1台当たり年間撮影回数

(台) 人口10万人あたりCT台数と1台当たり年間撮影回数の相関



(台) 人口10万人あたりMRI台数と1台当たり年間撮影回数の相関



(出所) 厚生労働省「医療施設調査」、「NDBオープンデータ」

【改革の方向性】(案)

- 地域における高額医療機器の効率的な活用の観点から、地域の医療需要や、高額医療機器の設置が医療費・医療機関の経営に与える影響も勘案しつつ、機器の新規設置や更新の際に都道府県や医療関係者の協議を経る規制の導入など、高額医療機器の配置を適正化するための取組を行うべき。

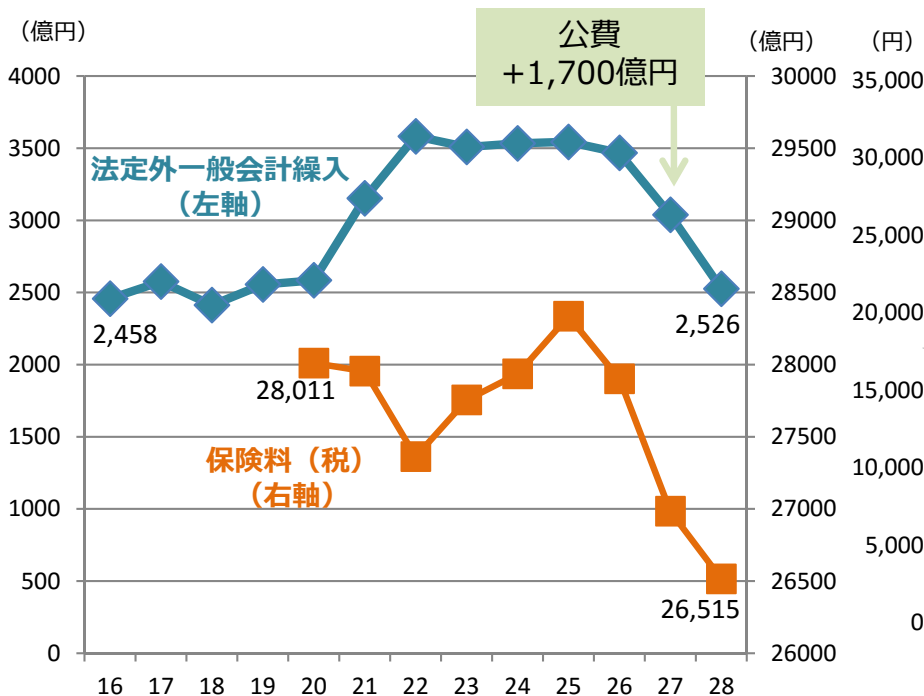
【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「国保財政の健全化に向け、法定外繰入の解消など先進事例を後押しするとともに横展開を図り、受益と負担の見える化を進める」

【論点】

- 国民健康保険は、制度上、前期高齢者調整分を除く5割超を公費で賄い、残りを保険料収入等で賄う仕組みであるが、実際には、制度上の公費に加えて、保険料の負担軽減等の目的で、総額2,500億円超の一般財源を法定外繰入により追加している。
- 各自治体の保険料負担は、こうした法定外一般会計繰入によって左右されており、保険給付に応じた保険料負担を求めることで、規律ある保険財政の運営を行う本来の姿からかけ離れた状況。
- 国保改革に際して、社会保障と税の一体改革の中で、平成30年度から国保財政の健全性確保のため3,400億円の公費を制度上追加することとし、27年度からこのうち1,700億円を措置している。一方、28年度の法定外一般会計繰入の水準は未だに2,500億円を超えている。

◆ 法定外一般会計繰入額等の推移

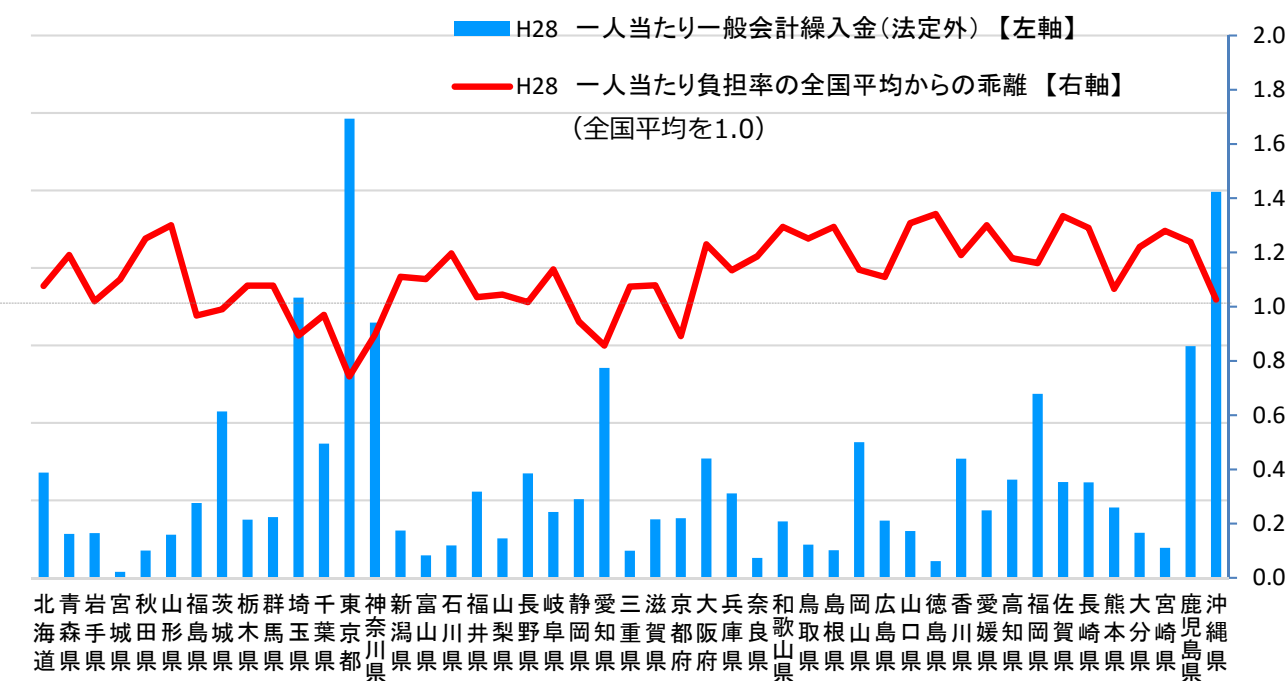


(出典) 国民健康保険事業年報

(注1) 法定外一般会計繰入は、決算増補等目的のもの。

(注2) 保険料(税)は介護分を除く。

◆ 都道府県別の法定外一般会計繰入と保険料負担



(出所) 国民健康保険事業年報、国民健康保険実態調査報告

【改革の方向性】（案）

- 国保財政の運営の都道府県単位化を機に、速やかに法定外一般会計繰入を解消し、保険給付に応じた保険料負担を求める本来の仕組みとすることで、保険財政運営の健全性を確保すべき。

【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「高齢者の医療の確保に関する法律第14条に基づく地域独自の診療報酬について、都道府県の判断に資する具体的な活用策の在り方を検討する」

【論点】

- 高齢者医療確保法第14条においては、医療費適正化の観点から地域ごとの診療報酬の定めを行いうることが規定されているが、平成18年の法律改正で規定されて以来、これまで実施例はない。どのような内容の診療報酬の定めが可能かについて都道府県に具体的に示されていない。
- 平成30年度からの国保改革により、都道府県が、県内の医療費の水準や見通しを踏まえた保険料設定と住民への説明責任を負うこととなり、県内の医療提供体制の在り方と一体的な検討を行うこととなる。
- 国保の都道府県単位化を機に、地域別診療報酬の活用を検討するなど医療費適正化に向けて積極的に取り組もうという都道府県も現れている。

全国一律（注）

診療報酬点数（厚生労働大臣告示）

（例）	初診料	282点
	急性期一般入院料 1	1,591点
	調剤基本料 1	41点

×

全国一律

1点あたり
単価
10円

= 医療費

（注）入院基本料への地域加算（都市部に加算）など、例外的に地域ごとに異なる取扱いもある。

（参考）

- ①介護報酬では地域によって1点単価で最大14%の差異が設けられている。
- ②かつて診療報酬も地域別に単価が設定されていた。

◆ 医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の活用（考えられる例）

- 医療費の伸びが高く住民の保険料負担が過重となる場合における診療報酬1点単価の調整
- 入院医療費の地域差是正等の観点からの、特定の病床が過剰な地域における当該入院基本料単価の引下げ
- 調剤業務の需要に見合わない供給増（薬剤師や薬局数の増加）が生じた場合の調剤技術料の引下げ

【改革の方向性】（案）

- 都道府県における医療費適正化の取組みに資する実効的な手段を付与し、都道府県のガバナンスを強化する観点も踏まえ、医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の具体的に活用可能なメニューを国として示すとともに、今年度から開始する第三期医療費適正化計画の達成に向けても柔軟に活用していくための枠組みを整備すべき。

普通調整交付金の配分方法の見直し

【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「国保の普通調整交付金について、所得調整機能を維持しながら、医療費適正化のインセンティブを効かせる観点から、地域差に関する調整・配分の在り方の検証を進め、都道府県が国民健康保険の財政運営の責任主体となる新制度の円滑な運営に配慮しつつ、速やかに関係者間で見直しを検討する」

【論点】

- 国民健康保険の給付のうち前期高齢者調整分を除く5割超は公費で賄われており、このうち6,100億円は、自治体間の財政力の格差（医療費、所得等）を調整するため、普通調整交付金として国から自治体に配分されている。
- 地域間の医療費の差は、高齢化など年齢構成により生じるものと、いわゆる「地域差」（年齢構成では説明できないもの）があるが、現行制度では、理由にかかわらず、医療費に応じて普通調整交付金が増減額される仕組み。

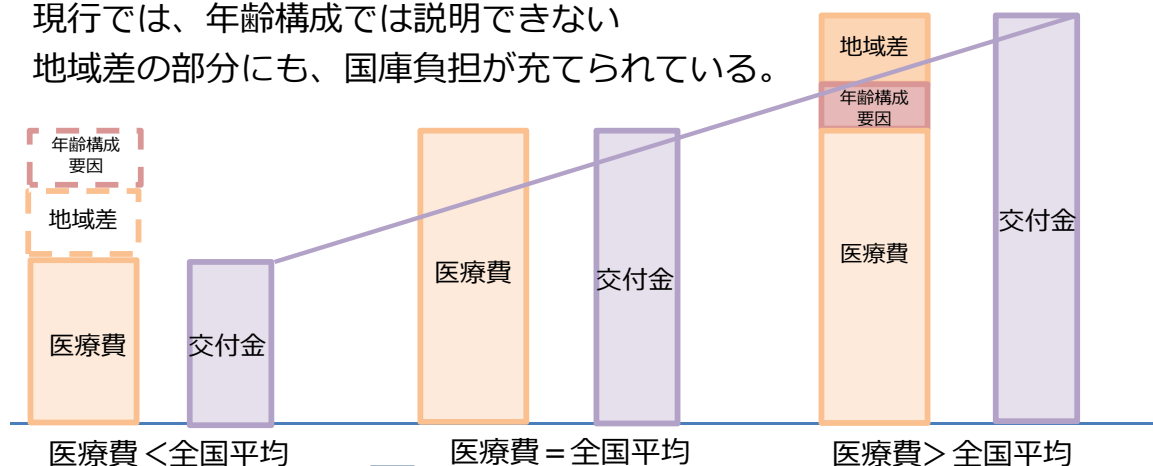
◆国民健康保険の財政（30予算）

保険料 (27,000億円) 法定外一般会計繰入 約2,500億円	調整交付金（国） (9%※) 8,200億円
	定率国庫負担 (32%※) 23,000億円
	都道府県調整交付金 (9%) 6,400億円

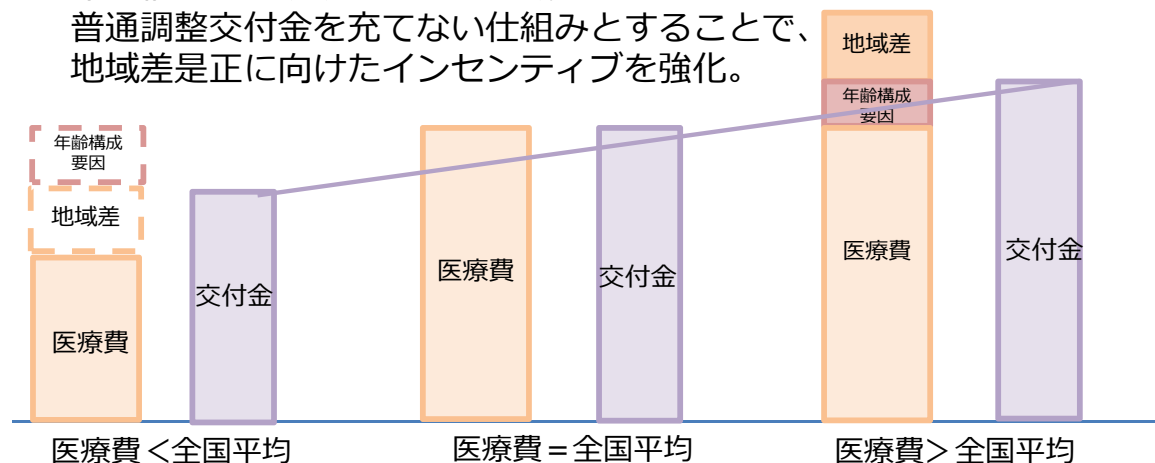
普通調整交付金
6,100億円
特別調整交付金
1,800億円
特例調整交付金
300億円

※定率国庫負担のうち一定額について、財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振りかえる等の法律上の措置がある。

現行では、年齢構成では説明できない地域差の部分にも、国庫負担が充てられている。



年齢構成では説明できない地域差には、普通調整交付金を充てない仕組みとすることで、地域差是正に向けたインセンティブを強化。



【改革の方向性】（案）

- 国保の普通調整交付金の配分にあたっては、実際の医療費ではなく、各自治体の年齢構成のみを勘案した標準的な医療費水準を前提として交付額を決定する仕組みに改めるべき。

今後の医療制度改革で取り組むべき改革項目(3)

《 視点2:必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する(提供体制と公定価格)② 》

【公定価格の適正化・包括化】

改革項目	骨太2018における記述	改革工程表2017改定版における記述	番号
急性期病床の適正化【再掲】	病床の転換や介護医療院への移行などが着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討するとともに、病床のダウンサイジング支援の追加的方策を検討する。	(7対1入院基本料を含めた急性期に係る入院基本料の評価体系の見直し等に係る)改革の効果を検証しつつ、診療報酬改定において必要な対応を検討	⑥
薬価制度の抜本改革	「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、国民負担の軽減と医療の質の向上に取り組むとともに、医薬品産業を高い創薬力を持つ産業構造に転換する。 毎年薬価調査・毎年薬価改定に関しては、2019年度、2020年度においては、全品目の薬価改定を行うとともに、2021年度における薬価改定の対象範囲について、この間の市場実勢価格の推移、薬価差の状況、医薬品卸・医療機関・薬局等の経営への影響等を把握した上で、2020年中にこれらを総合的に勘案して、決定する。 2020年度の薬価改定に向けて、新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定の見直し、効能追加等による革新性・有用性の評価、長期収載品の段階的な価格引下げまでの期間の在り方等について、所要の措置を検討する。	消費税率の引き上げが予定されている2019年度、2年に1度の薬価改定が行われる2020年度においては、全品目の薬価改定を行うとともに、最初の薬価改定年度(2年に1度の薬価改定の間の年度)となる2021年度における薬価改定の対象範囲について、この間の市場実勢価格の推移、薬価差の状況、医薬品卸・医療機関・薬局等の経営への影響等を把握した上で、2020年中にこれらを総合的に勘案して、決定する 長期収載品の薬価引下げ後の、①後発医薬品の置換率の状況、②後発医薬品の上市状況、③安定供給への対応状況等を踏まえ、長期収載品の段階的引下げまでの期間の在り方について検討を行う【次期改定まで】 改革の効果や医薬品の開発・製造・流通等への影響を検証しつつ、次期改定に向けて、新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定の見直し等、所要の措置を検討する【次期改定まで】	⑫
調剤報酬の改革	患者本位の医薬分業を実現し、地域において薬局が効果的・効率的にその役割を果たすことができるよう、調剤報酬の在り方について引き続き検討する。	(大型門前薬局等の評価の適正化等に係る)改革の効果を検証しつつ、診療報酬改定において必要な対応を検討	⑬

【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、国民負担の軽減と医療の質の向上に取り組むとともに、医薬品産業を高い創薬力を持つ産業構造に転換する」

【論点】

- 国民負担の軽減に引き続き取り組むとともに、イノベーションを適切に評価していくためには、新薬であれば何でも評価するのではなく、患者にとっての個々の医薬品の画期性や有用性を見極めて評価をしていくことが重要。財政措置のみに頼るのではなく、研究開発環境の改善、創薬コスト低減や産業構造転換といった対応も併せて重要。

主な改革事項

新薬創出等加算の抜本的見直し

- ・ 対象品目：**革新性・有用性**に着目して絞り込み
(約920品目*→約540品目)* 現行制度が継続した場合
- ・ 企業指標：**企業指標**(革新的新薬の開発等)の**達成度に応じた加算**

効能追加等による市場拡大への速やかな対応

- ・ 対象：**350億円以上*** ・ 頻度：**年4回**(新薬収載の機会)
* 市場拡大再算定ルールに従い薬価引下げ

新薬のイノベーション評価の見直し

- ・ 加算対象範囲(類似薬のない新薬)
：営業利益への加算 → **薬価全体への加算**
(製造原価の内訳の開示度に応じた加算率の設定)

外国平均価格調整の見直し

- ・ 米国参照価格リスト：メーカー希望小売価格
→ **公的制度の価格リスト**

日本創薬力強化プラン(緊急対応パッケージ)

厚労省計上分529.4億円(30当初・29補正)

- **がんゲノム医療の実現など日本初のシーズが生まれる研究開発環境の改善**
- **薬事規制改革等を通じたコスト削減と効率性向上**
- **日本初医薬品の国際展開の推進**
- **医療分野の研究開発** **等**

今後の検討事項

費用対効果評価の導入：技術的課題を整理し**平成30年度中に結論**

毎年薬価調査・薬価改定

- ・ 対象範囲：全品目改定の状況も踏まえ、国主導で流通改善に取り組み、**H32年中に設定**

新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の取扱いの見直し
長期収載品の段階的な価格引き下げまでの期間の在り方等

⇒ **次期薬価改定**に向けて検討

【改革の方向性】(案)

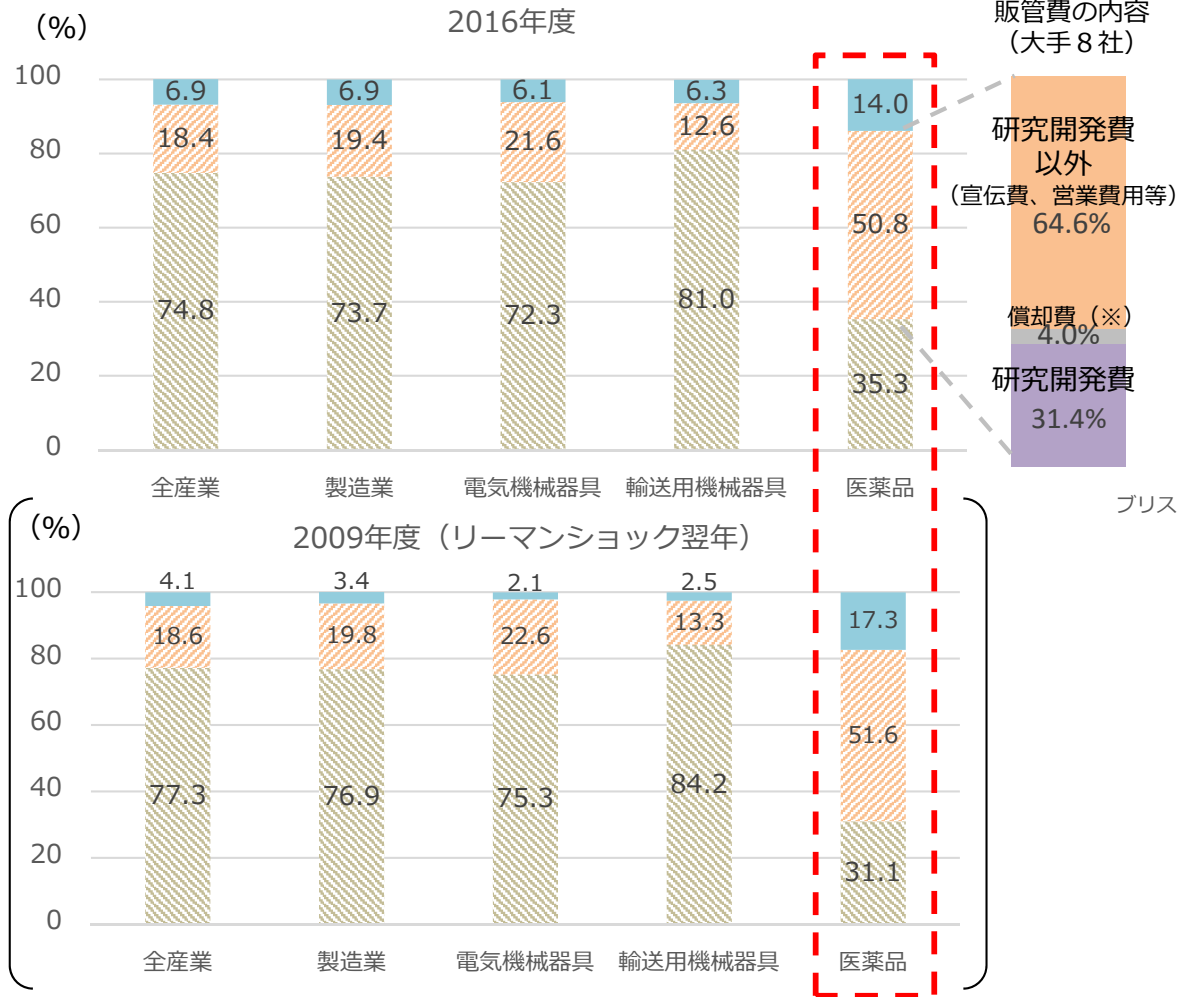
- 薬価制度の抜本改革のうち、残された検討課題については、スケジュールに沿って着実に検討を進めていくべき。
- イノベーションの推進に向けて、様々な施策も活用しつつ、創薬コストの低減、製薬企業の費用構造の見直しや業界再編に取り組むべき。

(参考)製薬企業の費用構造

- 医薬品産業の営業利益率は他業種と比較して高く、リーマンショックなどによる景気後退の影響も受けにくい。
- 他業種と比較して、研究開発費率は高いが、それ以上に営業費用など研究開発費以外の販管費の比率が高い。国際的に見ても、我が国製薬企業の研究開発費以外の販管費率は高い。

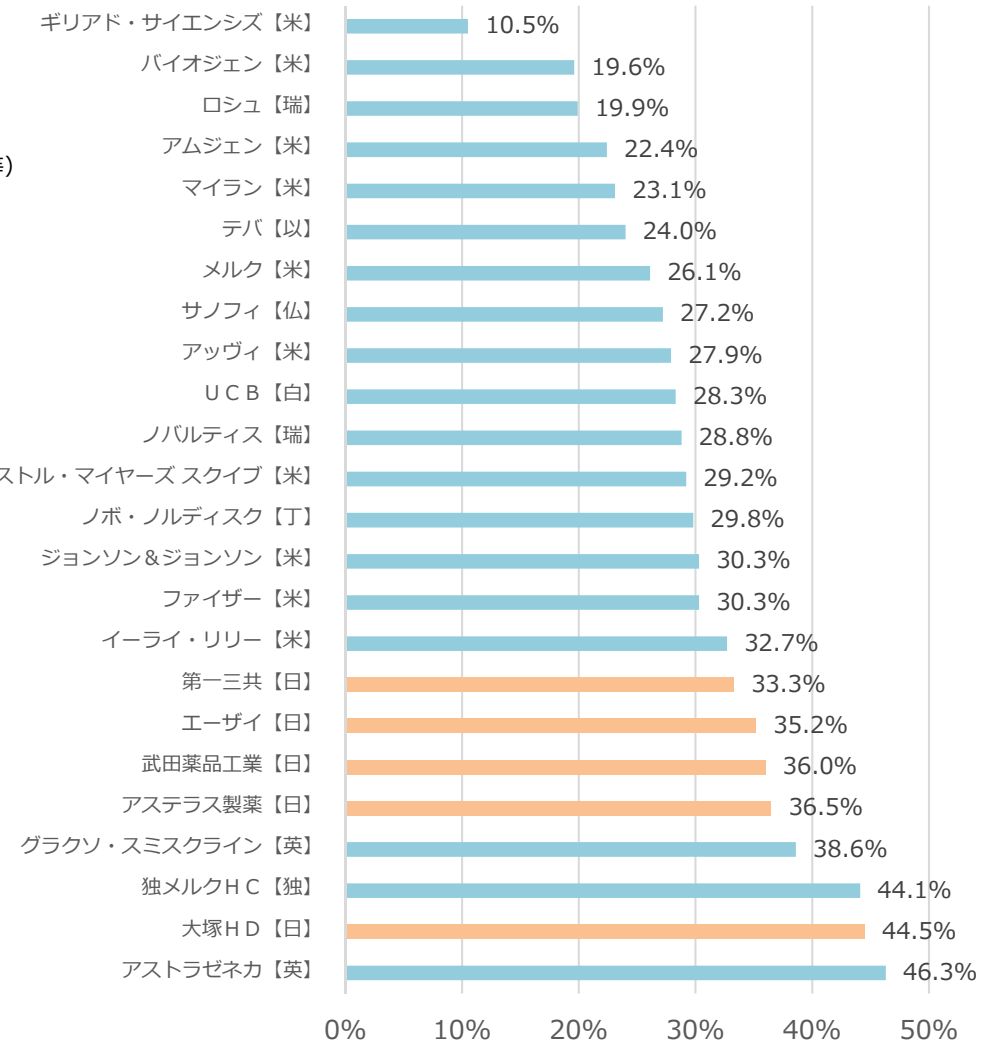
◆ 医薬品産業の営業コスト構造（他業種との比較）

原価率 販売費・一般管理費 営業損益



◆ 販売費・一般管理費（研究開発費以外）の比率

(2015)



(出典) 日本政策投資銀行「産業別財務データハンドブック2017」、報道発表資料等

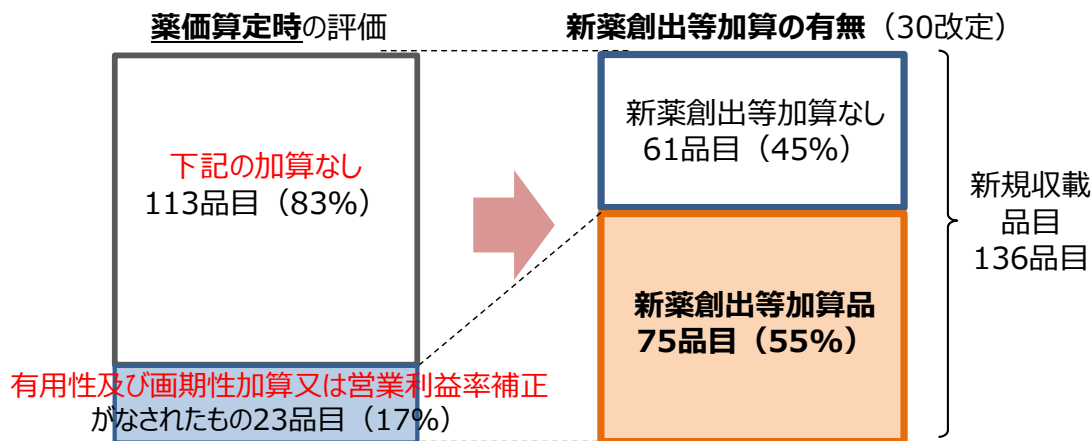
(※) 企業により、仕掛研究開発の償却費が含まれている場合がある。これを加算した場合の研究開発費の割合は、34.4%となる。

(出典) 研ファーマ・ブレーション発行「NEW Pharma Future」(2016年10-11月号)

(参考)製薬企業のイノベーションを支える施策

- 製薬企業のイノベーションを支える施策として、薬価制度における新薬創出等加算等だけでなく、研究開発税制など様々なものが存在。薬価制度だけに着目するのではなく、施策全体として在り方を考えていく必要。

◆28～29年度の新規収載品目と新薬創出等加算の状況



新薬創出等加算における企業要件 (30改定)

①革新的新薬創出の実現、②ドラッグ・ラグ対策、③世界に先駆けた新薬開発に取り組む企業ほど高く評価。

◆日本創薬力強化プラン (緊急政策パッケージ) の策定 (30年度予算)

平成30年度予算において、**より高い創薬力を持つ産業構造への転換**を図るため、我が国の創薬力強化にかかる創薬環境強化経費及び医療分野の研究開発関連経費 (AMED経費) を予算措置。

I 「医薬品産業強化総合戦略」の見直しに伴う創薬環境強化経費

1. 日本発のシーズが生まれる研究開発環境の改善
2. 薬事規制改革等を通じたコスト低減と効率性向上
3. 医薬品の生産性向上 (バイオシミラーを含む) と製造インフラの整備
4. 適正な評価の環境・基盤整備
5. 日本発医薬品の国際展開の推進
6. 創薬業界の新陳代謝を促すグローバルなベンチャーの創出

II 医療分野の研究開発関連経費 (AMEDを通じて交付される経費)

1. 横断型統合プロジェクト
2. 疾患領域対応型統合プロジェクト
3. 医療研究開発革新基盤創成事業 (CiCLE) (29年度補正予算300億円)

I・II 合計で

平成30年度：約530億円

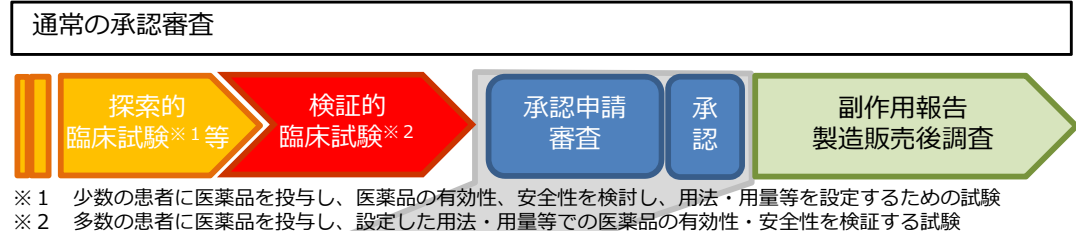
平成29年度補正予算：300億円

を予算措置

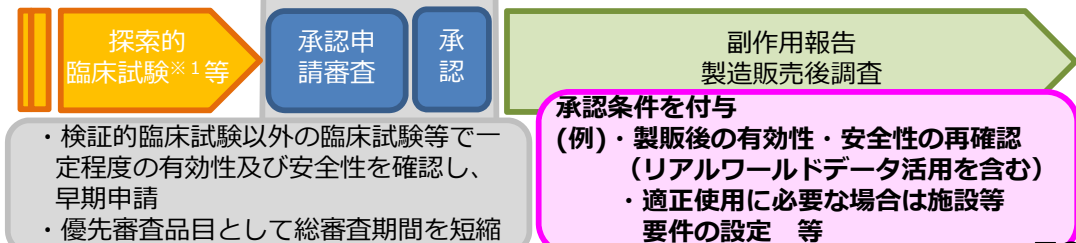
◆研究開発税制

総額型		高水準型	
● 一般試験研究費に係る税額控除		● 平均売上金額の10%超の試験研究費に係る税額控除	
税額控除率	試験研究費の増減に応じ、6%～14% (中小法人：12%～17%)	税額控除率	(試験研究費割合－10%)×20%
控除限度額	法人税額の25% ※中小法人で試験研究費の増加率が5%超の場合：10%上乘せ ※試験研究費が平均売上金額の10%超の場合：0～10%上乘せ	控除限度額	法人税額の10%
● 特別試験研究費に係る税額控除		(参考1) 総額型の「※」部分については高水準型との選択制。 (参考2) 製薬企業における研究開発税制による支援額の推計値 (平成27年度) は764億円 (出所：平成29年4月11日社会保障WG提出資料)。	
税額控除率	特別試験研究費の内容に応じ、20%～30%		
控除限度額	法人税額の5% (一般試験研究費とは別枠)		

◆条件付き早期承認制度



条件付き早期承認制度



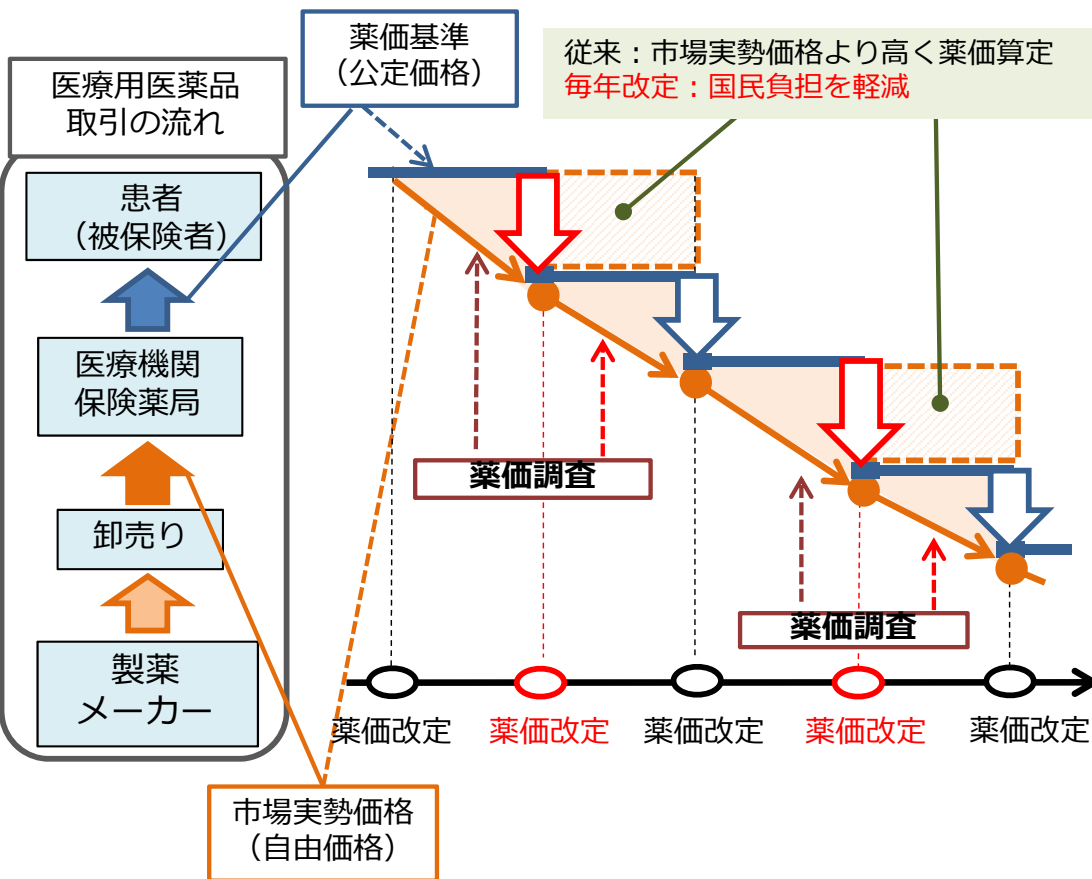
【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「毎年薬価調査・毎年薬価改定に関しては、2019年度、2020年度においては、全品目の薬価改定を行うとともに、2021年度における薬価改定の対象範囲について、この間の市場実勢価格の推移、薬価差の状況、医薬品卸・医療機関・薬局等の経営への影響等を把握した上で、2020年中にこれらを総合的に勘案して、決定する」

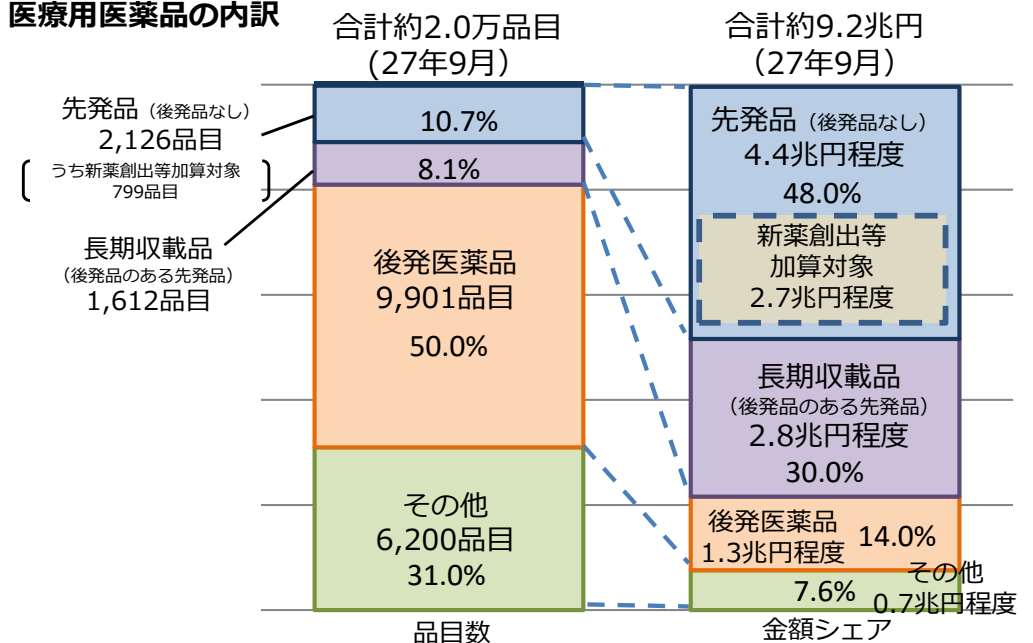
【論点】

- 医療用医薬品の内訳について、品目数や数量ベースでは後発医薬品が最大であるが、金額ベースでは半分程度を「後発品のない先発品」が占めるなど、数量ベースと金額ベースでは内訳が大きく異なる。
- また、先発品は薬価水準が高いため、薬価と市場価格の乖離額が大きくても、乖離率は相対的に小さくなる。

◆毎年改定のイメージ(赤字：今般新たに追加)



◆医療用医薬品の内訳



◆新薬と後発品薬価の価格変化と乖離率

	価格例	▲1円	▲5円	▲10円	▲15円
新薬	885円	▲0.11%	▲0.56%	▲1.13%	▲1.69%
後発品	100円	▲1%	▲5%	▲10%	▲15%

(出所) 29年9月薬価調査結果における薬価基準収載品目の分類別の品目数及び市場シェアを基に作成

【改革の方向性】(案)

- 2021年度における薬価改定の対象範囲については、金額ベースで見て国民負担の軽減に十分につながるようなものとすべき。

薬価制度の抜本改革(次期薬価改定に向けた課題)

12

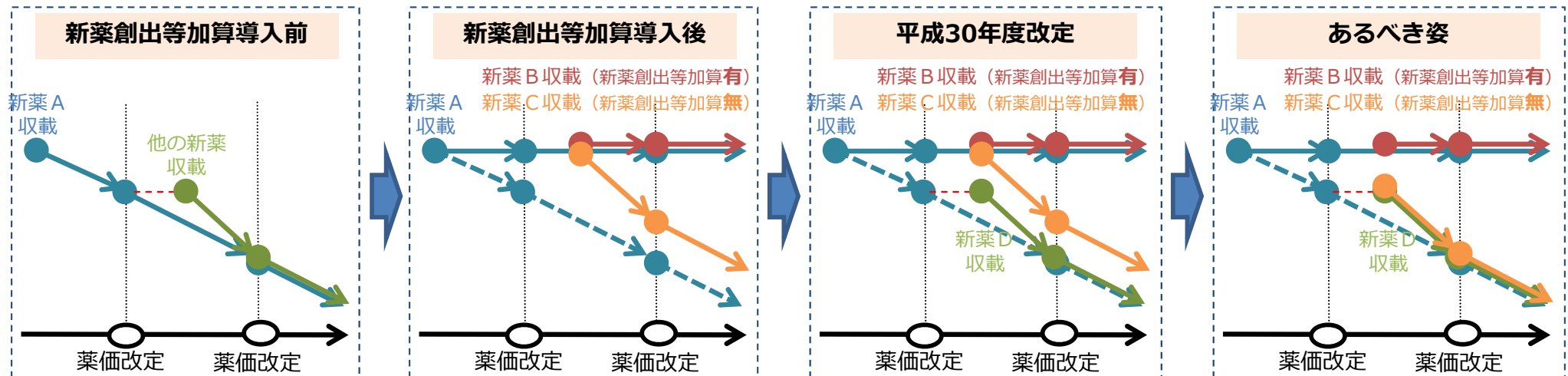
【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「2020年度の薬価改定に向けて、新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定の見直し、効能追加等による革新性・有用性の評価、長期収載品の段階的な価格引下げまでの期間の在り方等について、所要の措置を検討する」

【論点】

- 新薬創出等加算対象品目（図のA）を比較薬として薬価算定する場合、類似薬効比較方式Ⅰ（新規性に乏しいもの以外のもの：約8割）で算定されれば、新薬創出等加算の対象外の新規収載品目（図のC）であっても、比較薬（図のA）に新薬創出等加算の額が上乗せされたまま薬価算定される。
- 長期収載品については、平成30年度改定において後発品の上市後10年間は後発品の置換え期間とし、その後、段階的に価格を引き下げることとされたが、長期収載品依存の構造からどの程度転換が進むかについては、依然不透明。

◆ 新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価推移（イメージ）



※ 新薬Dは類似薬効比較方式Ⅱ（新規性に乏しいもの：約2割）を適用したもの
新薬B・新薬Cは類似薬効比較方式Ⅰ（それ以外のもの：約8割）を適用したもの

◆ 長期収載品の薬価引下げ（平成30年度改定）



【改革の方向性】（案）

- 2020年度の薬価改定において、①新薬創出等加算対象品目を比較薬として薬価算定を行う場合、新薬創出等加算の対象とならない新規収載品目については、比較薬の新薬創出等加算に係る額を控除して薬価算定を行う仕組みとするとともに、②長期収載品については、後発医薬品の置換率の状況等を確認しつつ、必要に応じ、段階的な価格引下げ開始までの期間の短縮を実施すべき。

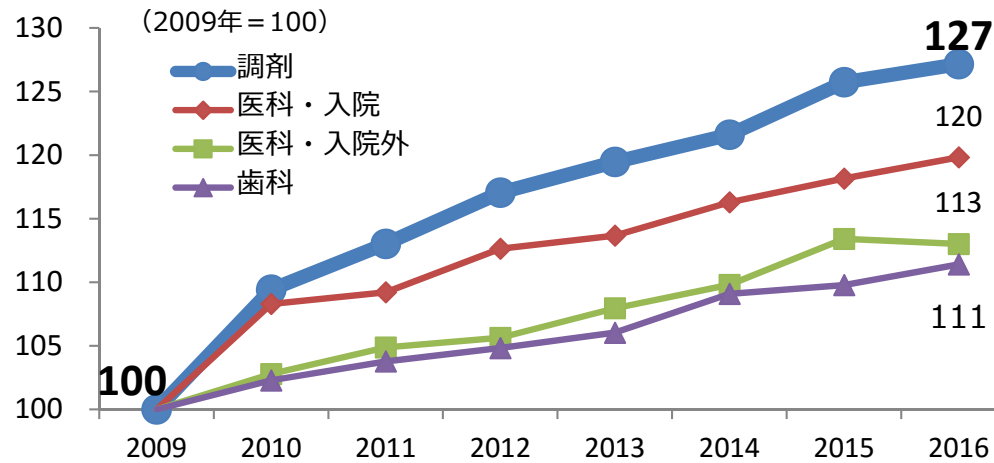
【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「患者本位の医薬分業を実現し、地域において薬局が効果的・効率的にその役割を果たすことができるよう、調剤報酬の在り方について引き続き検討する」

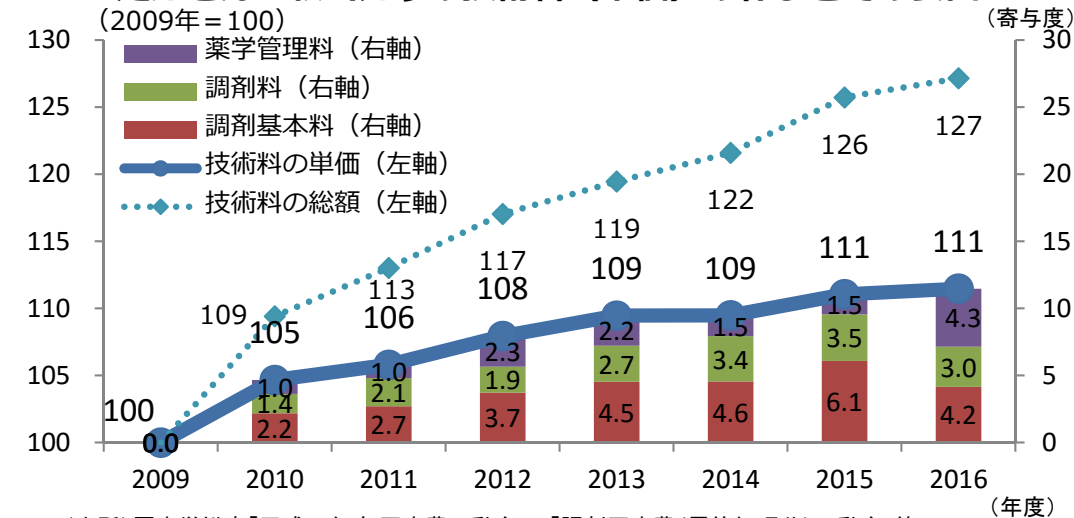
【論点】

- 医薬分業の進展による処方せん枚数の増加のみならず、処方せん1枚当たりの単価の増加により、調剤医療費のうち、薬剤料等を除いた技術料部分の伸びは、入院医療費や外来医療費と比較して大きいものとなっている。
- 平成30年度診療報酬改定において、大型門前薬局に係る調剤報酬の引き下げを実施。

診療種類別の技術料の伸び（医科・歯科は推計値）

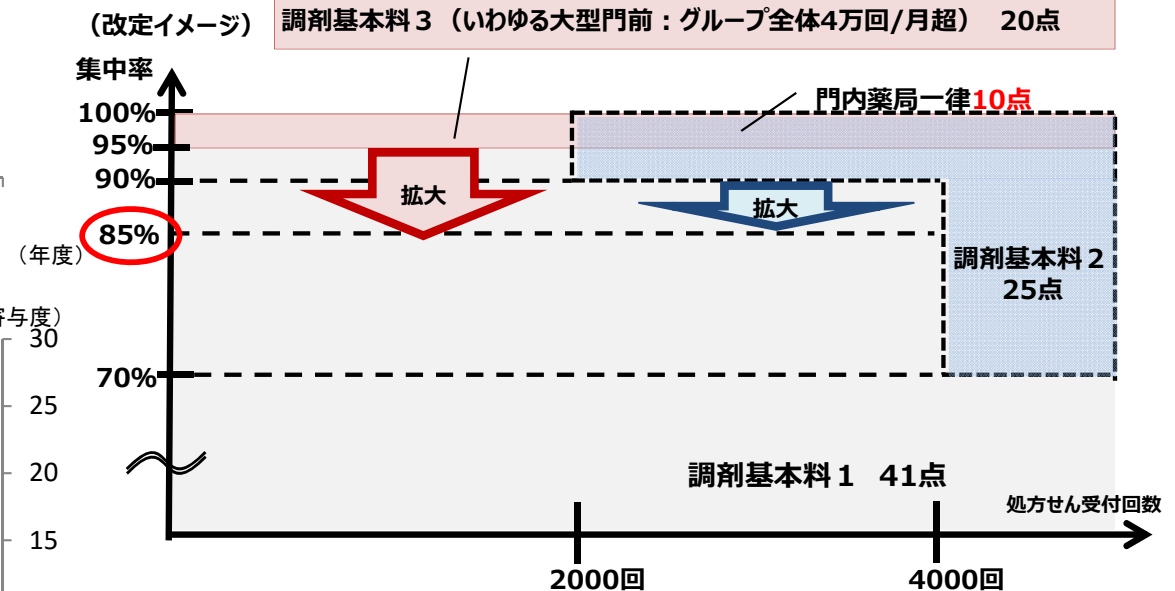


処方せん1枚当たりの技術料（単価）の伸びとその要因



平成30年度改定における調剤基本料の見直し

【新規追加】特に大型の門前：グループ全体40万回/月超※ 15点
※200店舗超に相当。上位15程度の薬局グループが該当。



【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「患者本位の医薬分業を実現し、地域において薬局が効果的・効率的にその役割を果たすことができるよう、調剤報酬の在り方について引き続き検討する」

【論点】

- 調剤料（内服薬）については、院内処方では投与日数や剤数にかかわらず1回の処方につき定額（9点：90円）とされている一方で、院外処方では投与日数や剤数に応じて点数が高くなるように設定されている。
- 今日の業務の実態や技術進歩（P T P包装の一般化、全自動錠剤分包機の普及などの調剤業務の機械化等）を踏まえれば、調剤料の水準を全体として引き下げるとともに、投与日数や剤数に応じて業務コストが比例増することを前提にした調剤料の仕組みを見直すべき。累次の改定においても、こうした観点からの見直しはごく一部にとどまっており、更なる引下げを行うべき。
- かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて、薬中心の業務から患者中心の業務へシフトさせるとともに、かかりつけ機能が必要となる患者の範囲や、そのために通常の薬剤師以上に求められる能力・備えるべき要件などを整理すべきではないか。

◆ 投与日数や剤数に応じた調剤料の設定のあり方

◎ 調剤料（内服薬）〔0.8兆円〕

1剤につき

（赤字は、30改定後←30改定前←28改定前）

イ. 14日分以下

（1）7日目以下の部分（1日分につき） 50円

（2）8日目以上の部分（1日分につき） 40円

ロ. 15日分以上21日分以下

670円←700円←710円

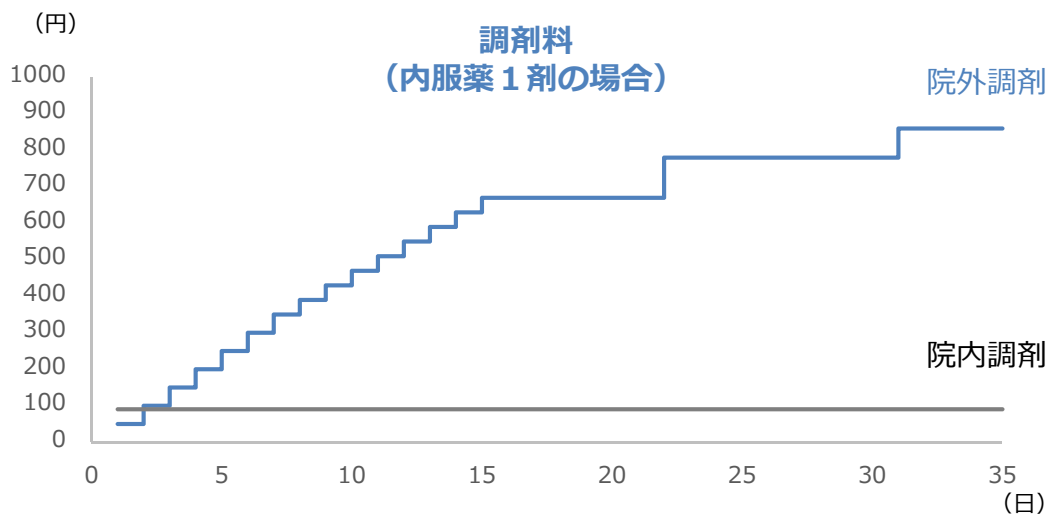
ハ. 22日分以上30日分以下

780円←800円←810円

ニ. 31日分以上

860円←870円←890円

※服用時点が同一であるものについては、投与日数にかかわらず1剤として算定する。なお、4剤分以上の部分については、算定しない。



◆ かかりつけ薬剤師指導料の算定要件の概要

＜施設基準＞

- ①以下の経験等をすべて満たす保険薬剤師を配置
3年以上の薬局勤務経験、勤務先の薬局に週32時間以上勤務・1年以上在籍
- ②薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得
- ③医療に係る地域活動の取組に参画

＜算定要件の主なもの＞

- ①患者の手帳等にかかりつけ薬剤師の氏名・勤務先の薬局の名称及び連絡先を記載
- ②患者ごとの薬剤服用歴に基づき、重複投薬や薬物アレルギー等を確認・情報提供
- ③対話により服薬状況や残薬の状況等の情報を収集し、必要な服薬指導・記録
- ④薬剤情報提供文書による、調剤した薬剤に対する後発医薬品の情報の提供
- ⑤患者が受診している全ての保険医療機関や服用薬等の情報を把握し、記録
- ⑥24時間相談に応じる体制を確保、開局時間外の連絡先・勤務表等を患者に交付
- ⑦調剤後も服薬状況、指導等の内容を処方医に情報提供し、必要に応じて処方提案
- ⑧必要に応じて患者宅を訪問して服用薬の整理等

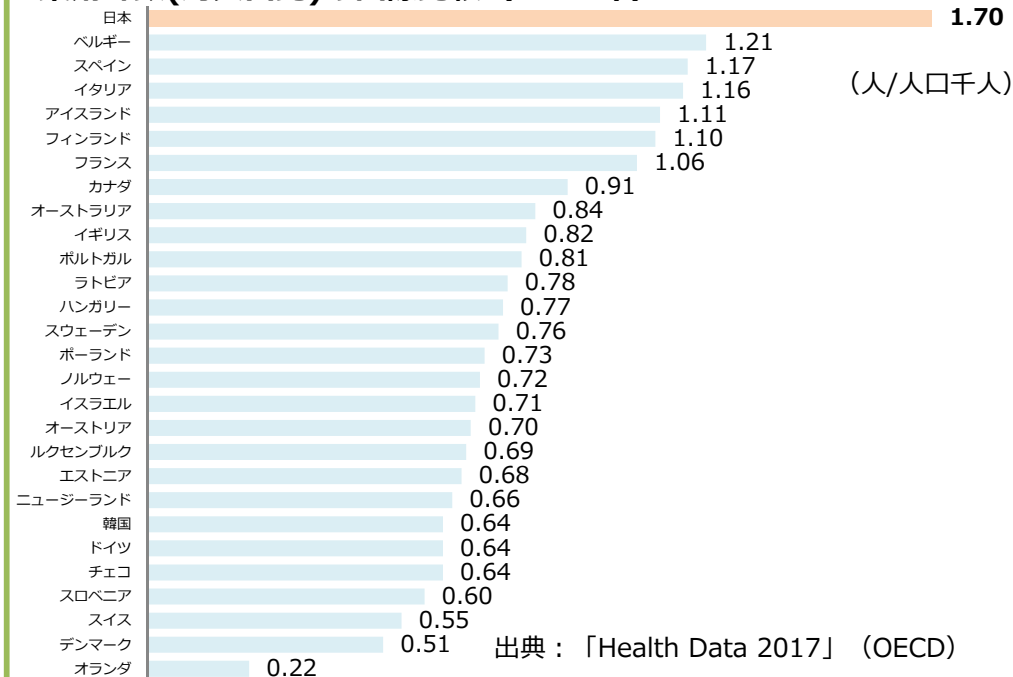
【改革の方向性】（案）

- 今後とも、薬局の多様なあり方や経営環境を踏まえつつ、それに即した調剤報酬の評価を行っていく観点から、かかりつけ機能のあり方を改めて検討した上で、地域においてかかりつけ機能を担っている薬局を適切に評価する一方、こうした機能を果たしていない薬局の報酬水準は、適正化していくことが必要。
- 今般の報酬改定の効果も検証しつつ、近年の技術進歩等を踏まえた投与日数や剤数に比例した調剤料設定の妥当性、かかりつけ薬局の評価次第では受けるサービス以上に患者負担が増加するといった点への対応も含め、調剤報酬の在り方については、引き続き検討を行っていくべき。

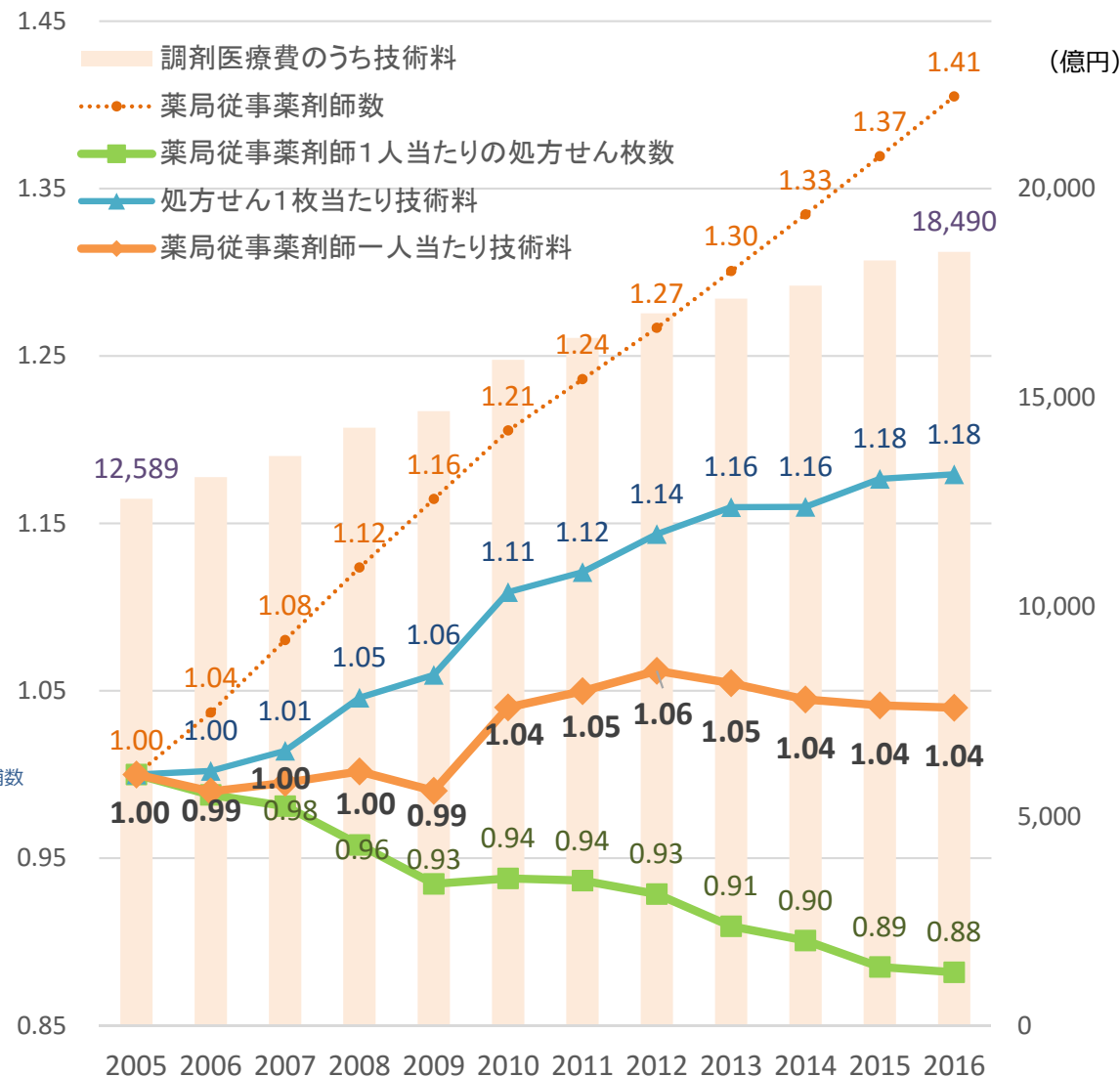
(参考)薬局・薬剤師数と調剤報酬(技術料)の増加

- 薬剤師数は近年増加しており、国際的に見てもOECD諸国の中で最も多い。また、薬局の開設許可には需給面からの規制がなく、薬局数も増加。コンビニエンスストアの店舗数や郵便局、ガソリンスタンド（給油所数）よりも多い。
- 通常の市場競争であれば、必要以上の供給増は収益の低下を招き調整が行われる。しかしながら、薬剤師数の増加により薬剤師一人当たりの処方せん枚数は減少している中で、調剤報酬の引き上げにより、薬剤師一人当たりの技術料が維持されている状況。

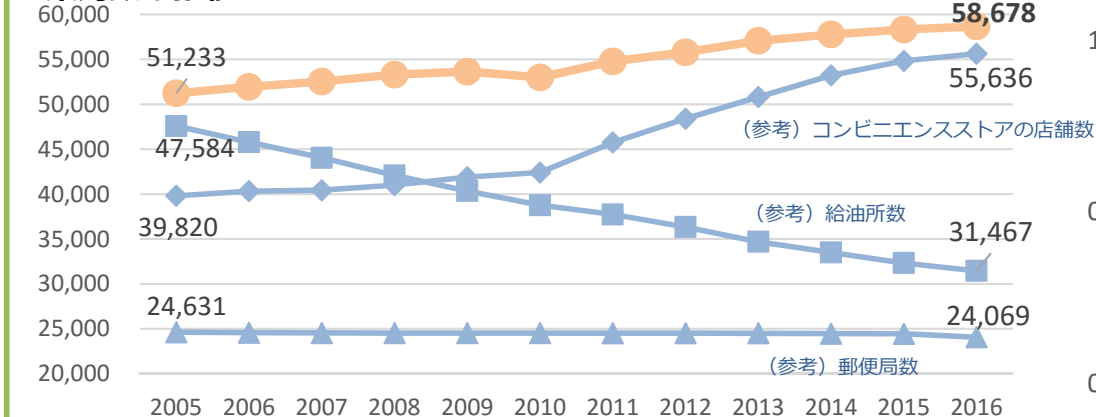
◆薬剤師数(対人口比)の国際比較(2014年)



◆薬局従事薬剤師一人当たりの技術料等の推移(2005年度=1)



◆薬局数の推移



出典:厚生労働省「衛生行政報告例」、経済産業省「商業動態統計」、日本郵便「郵便局局数表」、資源エネルギー庁HP

出典:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」「平成28年版厚生労働白書」「調剤医療費の動向」

今後の医療制度改革で取り組むべき改革項目（４）

《 視点３．高齢化や支え手減少の中で公平な負担としていく（給付と負担のバランス） 》

【年齢ではなく能力に応じた負担】

改革項目	骨太2018における記述	改革工程表2017改定版における記述	番号
後期高齢者の窓口負担	団塊世代が後期高齢者入りするまでに、世代間の公平性や制度の持続性確保の観点から、後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する。	医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方について、70歳から74歳の窓口負担の段階的な引上げの実施状況等も踏まえつつ、関係審議会等において検討し、結論【平成30年度末結論】	⑭
金融資産等を考慮に入れた負担	高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する。	マイナンバーの導入等の正確な金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、引き続き、医療保険制度における負担への反映方法について関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる【平成30年度末結論】	⑮
現役並み所得の判定方法	年金受給者の就労が増加する中、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均衡の観点から見直しを検討する。	—	⑯

【支え手減少下での医療費増加に対する総合的な対応】

改革項目	骨太2018における記述	改革工程表2017改定版における記述	番号
支え手減少下での医療費増加に対する総合的な対応	支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討する。	—	⑰

医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方

14

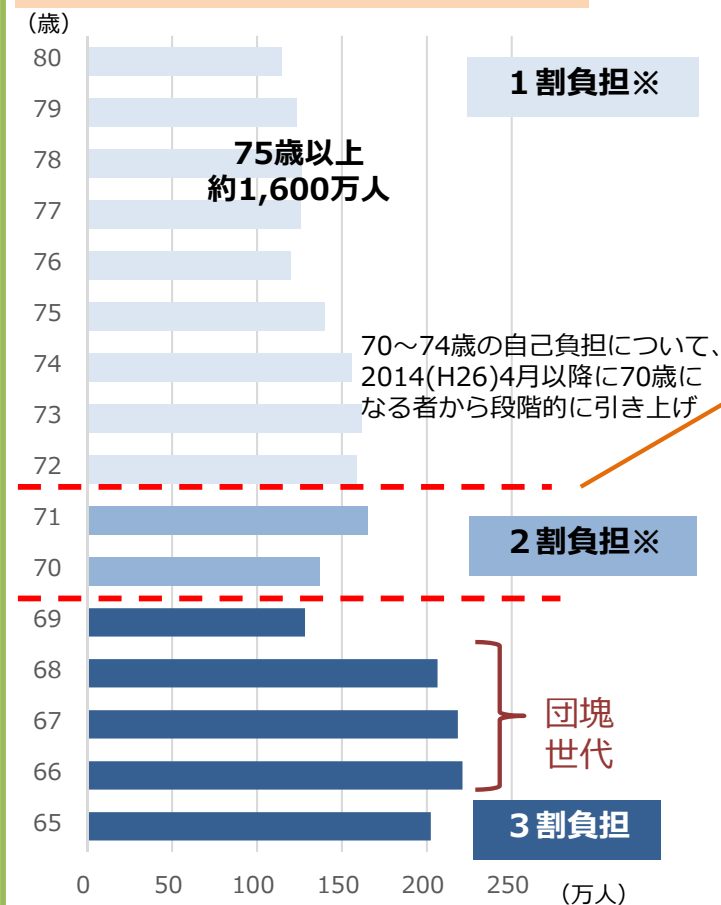
【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「団塊世代が後期高齢者入りするまでに、世代間の公平性や制度の持続性確保の観点から、後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する」

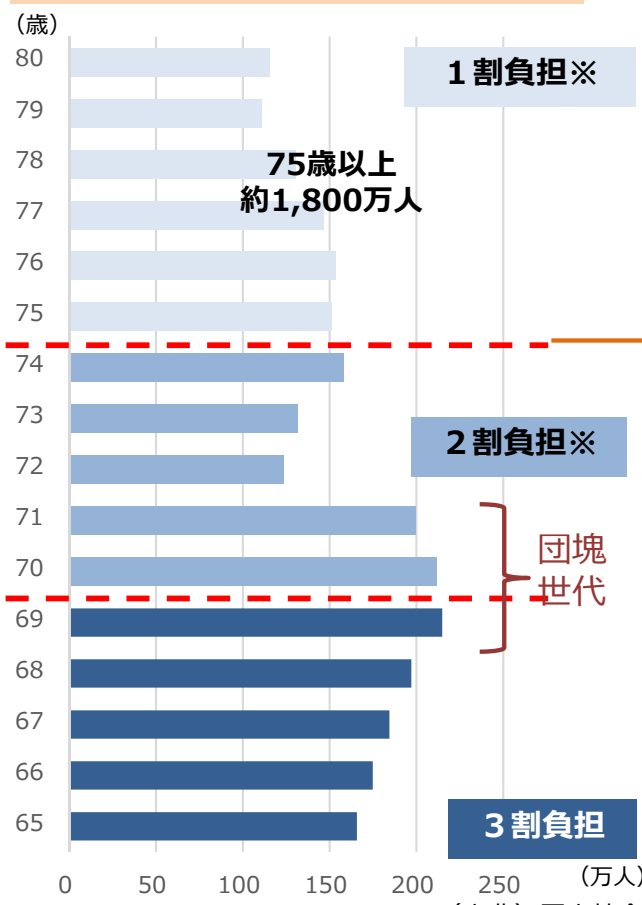
【論点】

- 後期高齢者の定率の窓口負担は、現役世代よりも低い1割に軽減されている。他方、後期高齢者の人口は毎年増加。
- 2022年から団塊の世代が後期高齢者になり始めるが、現行制度の下では2割負担から1割負担に引き下がることになる。

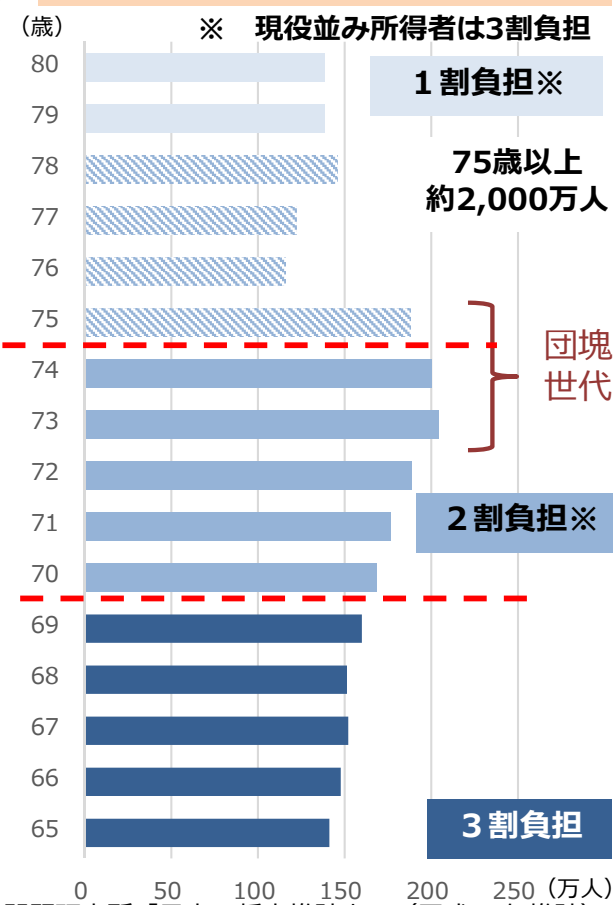
◆2015年（H27年）



◆2018年（H30年）



◆2022年（H34年）



現行

(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」

【改革の方向性】（案）

- 後期高齢者数や医療費が毎年増加し、これを支える現役世代の保険料や税の負担が重くなっていく中、世代間の公平性や制度の持続可能性を確保していく観点から、まずは75歳以上の後期高齢者の自己負担について2割負担とすべき。
- その際、現在70歳～74歳について段階的に実施している自己負担割合の2割への引き上げと同様に、75歳到達後も自己負担割合を2割のままとすることに加えて、すでに後期高齢者となっている者についても、数年かけて段階的に2割負担に引き上げるべき。

金融資産等を考慮に入れた負担を求める仕組みの医療保険への適用拡大

15

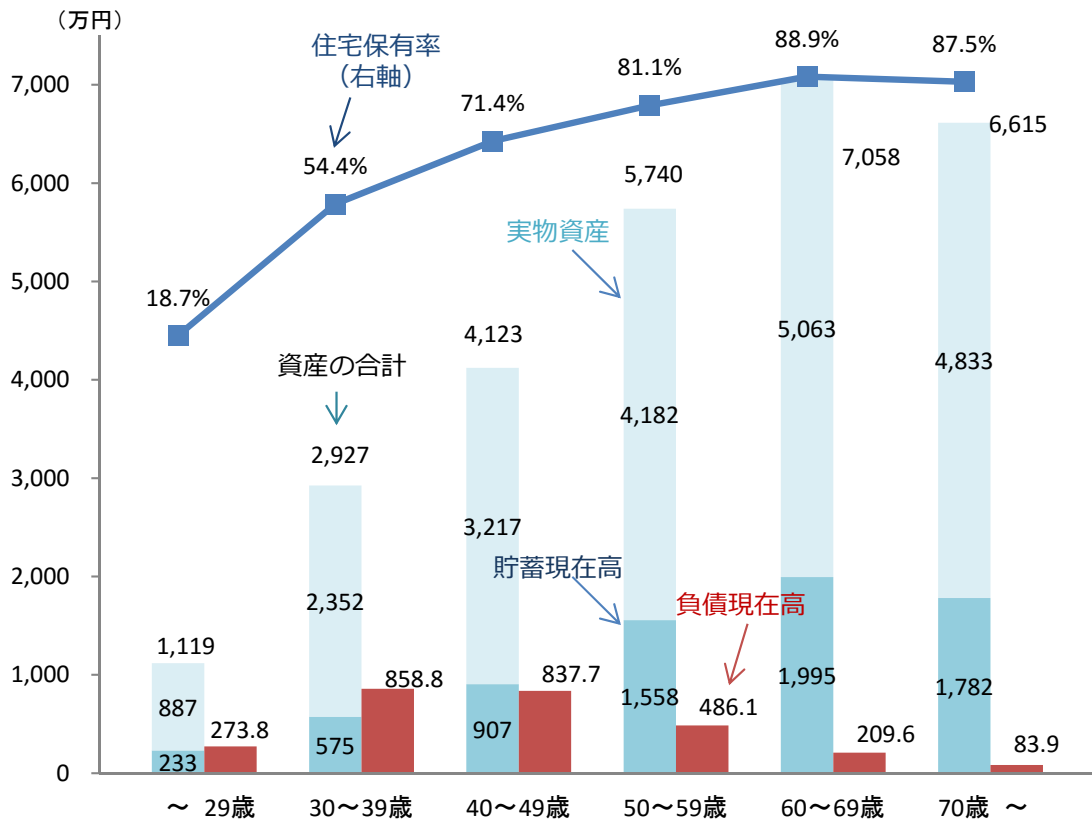
【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する」

【論点】

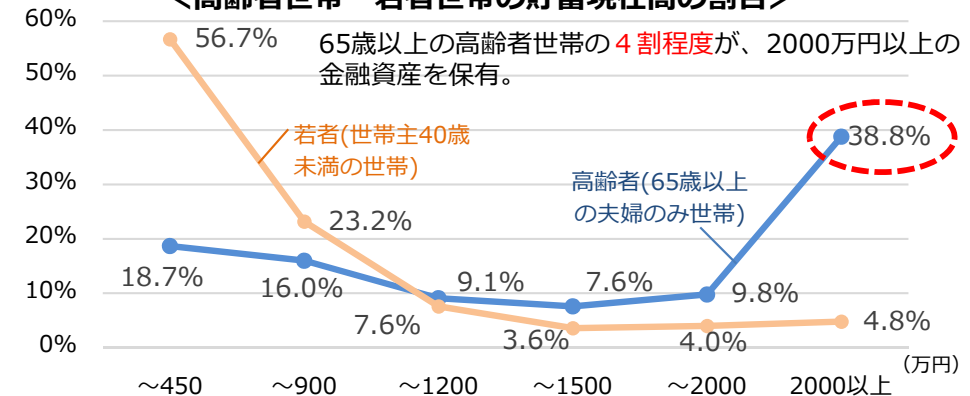
- 高齢者は、現役と比べて平均的に所得水準は低い一方で、貯蓄現在高は高い。また、所得が低い高齢者の中にも相当の金融資産を保有するケースもある。しかし、(介護保険における補足給付を除き)高齢者の負担能力の判断に際し、預貯金等の金融資産は勘案されていない。
- 預金口座への任意付番・預金情報の照会を可能とする改正マイナンバー法が施行。

＜世帯主の年齢階級別資産残高＞

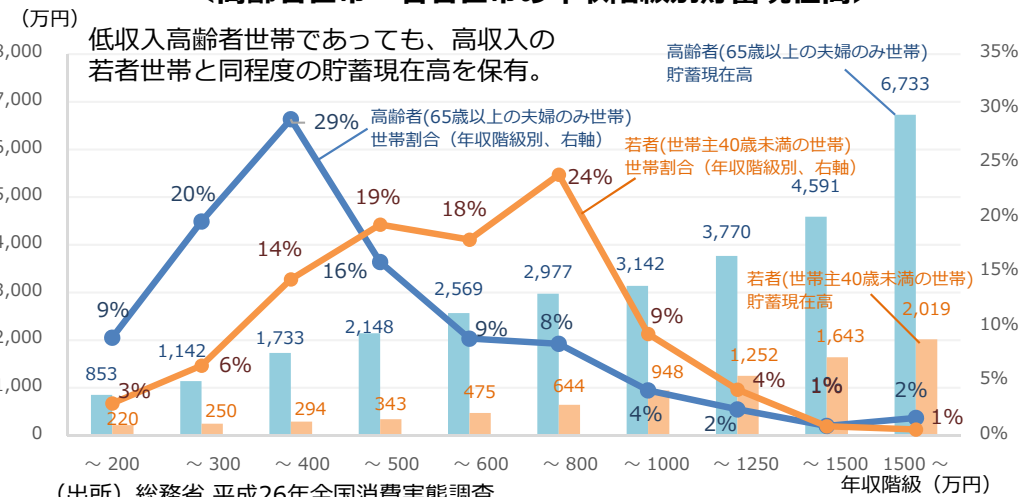


(出所) 総務省 平成26年全国消費実態調査。
(注) 総世帯。資産の合計は、実物資産と貯蓄現在高の合計。

＜高齢者世帯・若者世帯の貯蓄現在高の割合＞



＜高齢者世帯・若者世帯の年収階級別貯蓄現在高＞



(出所) 総務省 平成26年全国消費実態調査。

【改革の方向性】 (案)

- まずは、現行制度の下での取組として、入院時生活療養費等の負担能力の判定に際しても、補足給付と同様の仕組みを適用すべき。
- さらに、医療保険・介護保険における負担の在り方全般について、マイナンバーを活用して、所得のみならず、金融資産の保有状況も勘案して負担能力を判定するための具体的な制度設計について検討を進めていくべき。

現役並み所得の判定方法(後期高齢者医療制度)

16

【経済財政運営と改革の基本方針2018】

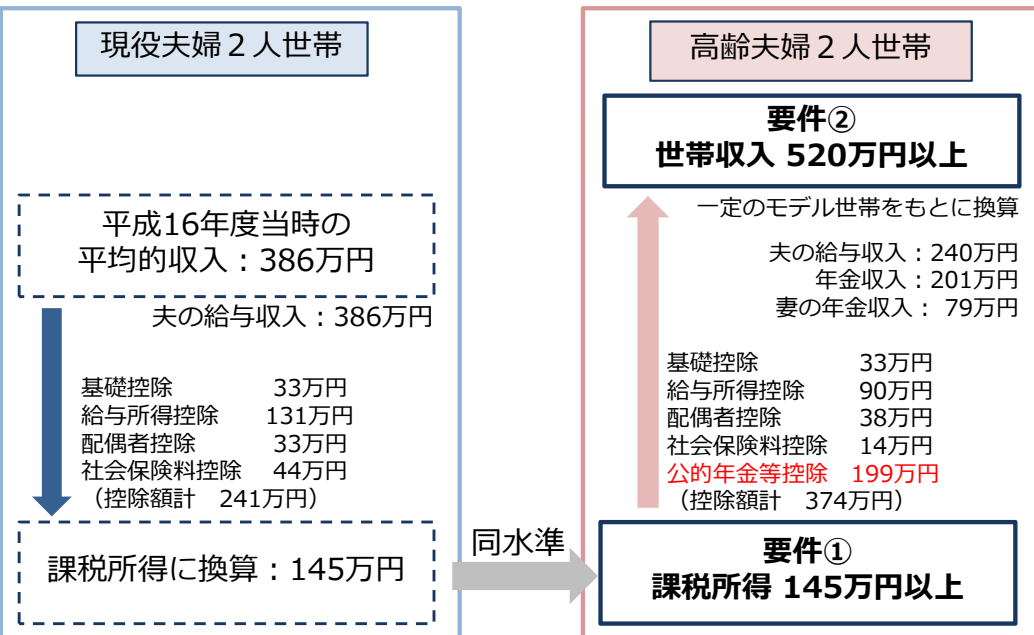
「年金受給者の就労が増加する中、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均衡の観点から見直しを検討する」

【論点】

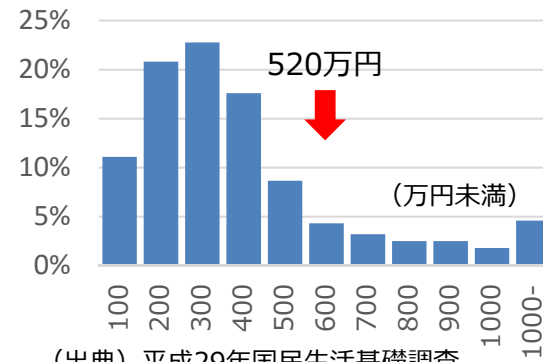
- 後期高齢者の自己負担は、「現役並み」（現役の平均）の所得水準を基準に、それ以上の所得があれば現役と同様3割負担、それ以下であれば1割負担とされ、高額療養費の負担限度額にも差が設けられている。
- しかしながら、実際の判定基準は、「現役並み」以上の所得があっても「現役並み」とは評価されない仕組みとなっており、相当の収入があっても後期高齢者であれば1割負担となる。
- 後期高齢者に占める「現役並み所得者」の割合は減少傾向であり、実効給付率の上昇の一因となっている。

◆ 3割負担等の対象（現役並み所得以上）の判定方法

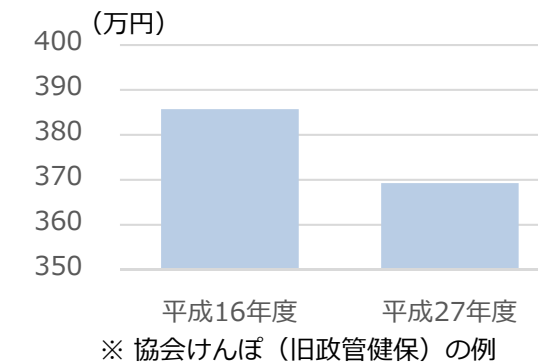
- 要件① 世帯内に課税所得の額が145万円以上の被保険者がいる
かつ
- 要件② 世帯の被保険者全員の収入の合計額が520万円以上である。
(世帯の被保険者が一人の場合は、383万円以上である。)



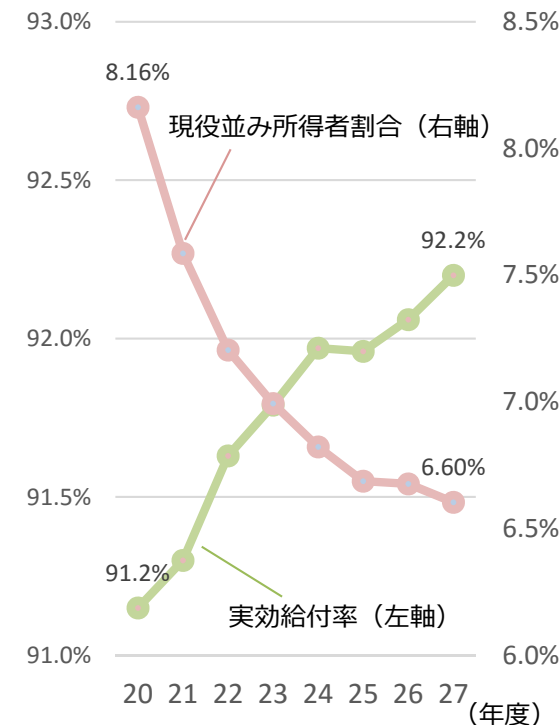
◆ 所得金額階級別の世帯数割合 (世帯主：75歳以上)



◆ 年間総報酬額の変化



◆ 「現役並み所得者」割合と実効給付率 (後期高齢者医療制度)



【改革の方向性】(案)

- 「現役並み所得」の判定基準について、能力に応じた負担としつつ現役世代との公平性を図る観点から、世帯収入要件について見直しを行うとともに、現役世代の所得水準の変化も反映すべき。

支え手減少下での医療費増加に対する総合的な対応

17

【経済財政運営と改革の基本方針2018】

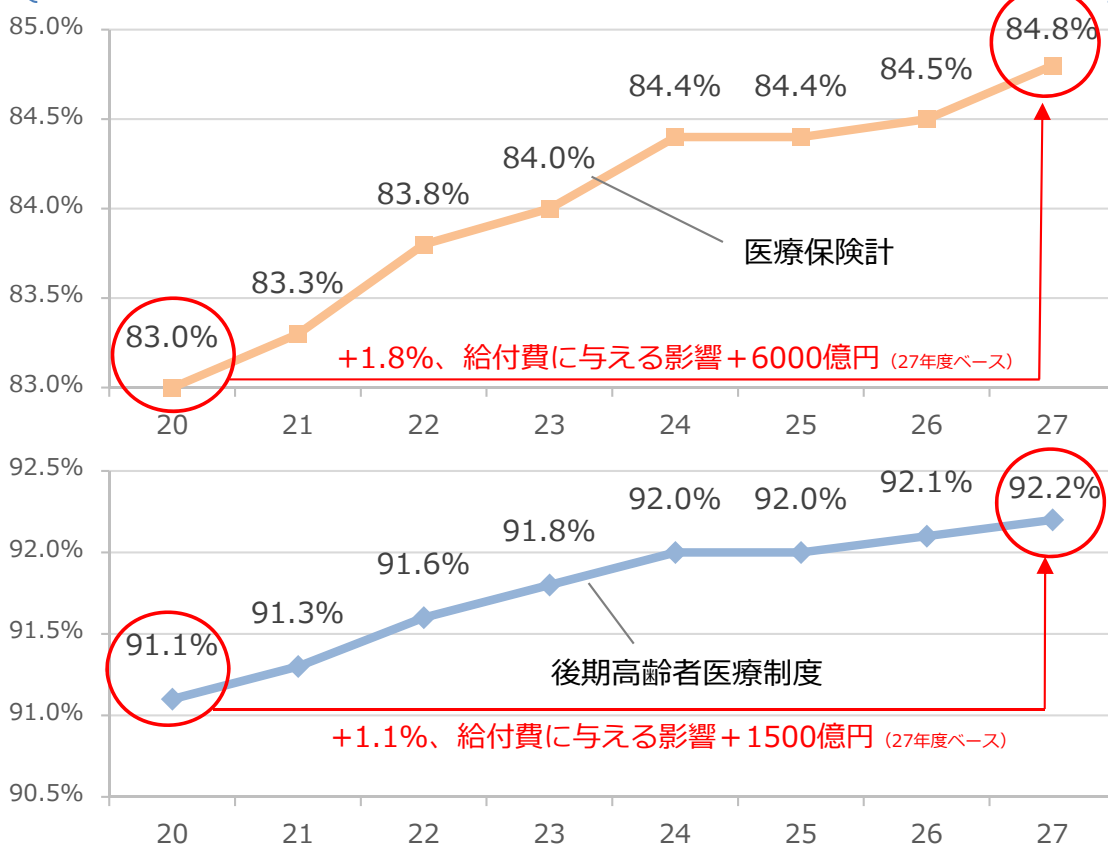
「支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討する」

【論点】

- 今後、現役世代の人口が急速に減少する一方で、医療費は増加し、実効給付率も上昇。医療費が支え手の負担能力を超えて増加し、制度の持続可能性が確保できなくなることを防ぐため、保険料・公費負担と患者負担の在り方を考えていく必要。
- ※ 後期高齢者医療制度において、人口減少による現役世代の負担増の一部を後期高齢者の保険料引上げで自動的に調整する仕組みがあるが、後期高齢者の保険料負担も近年増加してきており、若年・後期高齢者を含めた負担全体の水準についても検討する視点が不可欠。

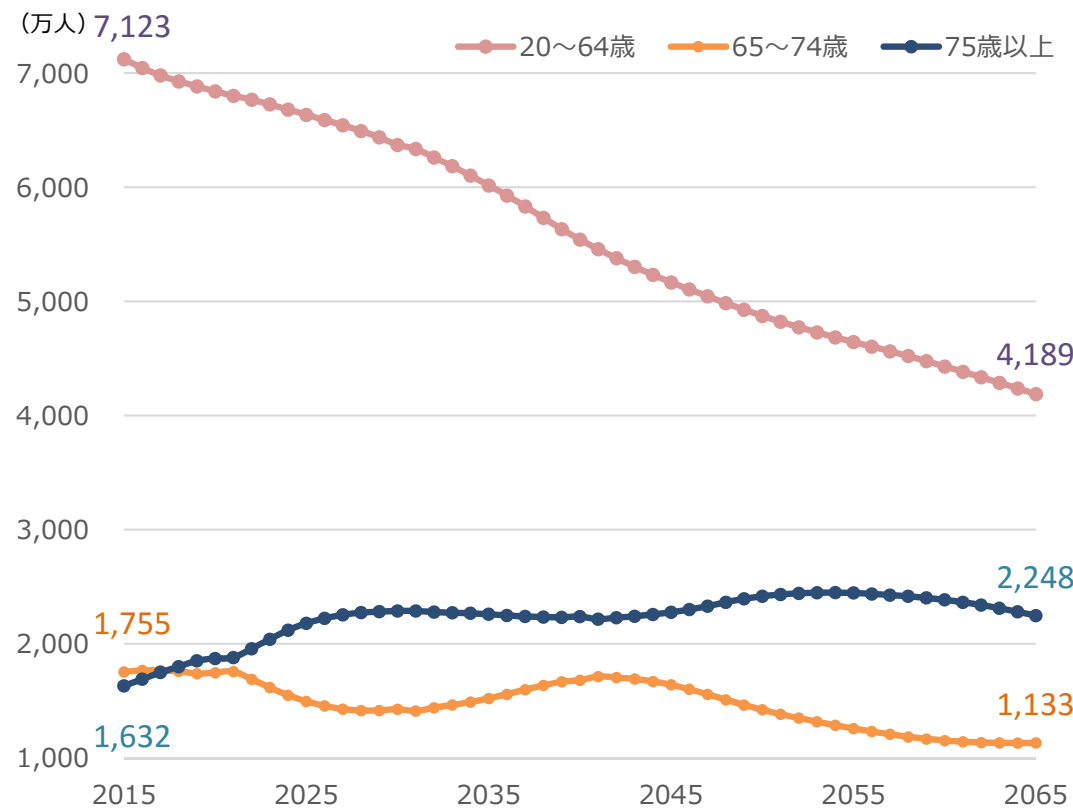
◆ 実効給付率（医療費に占める給付費の割合）の推移

患者負担は定率であるが、高額療養費制度により負担限度額が定められているため、医療の高度化等によって医療費が増加するにつれて、実効負担率は下がっていく。（実効給付率は上がっていく）



(出所) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

◆ 2065年までの人口の推移



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」

【改革の方向性】（案）

- 支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討していくべき。

Ⅲ. 介 護

医療・介護制度改革の視点

「高齢化」「支え手の減少」「高度化」の中で、財政と医療・介護保険制度の持続可能性を確保していくため、下記の視点で、制度の改革に取り組んでいく必要があり、早急に議論を前に進めるべき。

視点1 制度の持続可能性を踏まえた保険給付範囲としていく（共助の対象は何か）

① 「高度・高額な医療技術や医薬品への対応」

新たな医薬品・医療技術について、安全性・有効性に加え、費用対効果や財政影響等などの経済性も踏まえて、保険収載の可否も含め公的保険での対応の在り方を決める仕組みとしていくべき。

② 「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」

「小さなリスク」については、従前のように手厚い保険給付の対象とするのではなく、より自助で対応することとすべき。

〔主な改革項目（案）〕 OTC類似薬や有用性の低い医薬品の処方に係る自己負担率の引上げ、少額の外来受診に係る定額負担の導入
介護の軽度者向け生活援助サービスに係る給付の在り方の見直し 等

視点2 必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する（提供体制と公定価格）

① 「医療・介護提供体制の改革」

これまで以上に限られた財源とマンパワーの中で必要なサービスを過不足なく効率的に提供していくため、医療・介護提供体制の在り方の見直しを図るべき。

〔主な改革項目（案）〕

- ・ 地域医療構想の実現（急性期病床の削減等）に向けた、都道府県によるコントロール機能の強化やインセンティブ策の強化
- ・ かかりつけ医等への適切な誘導に向けた、外来受診時等における定額負担の活用
- ・ 介護の地域差縮減に向けた、インセンティブ交付金等の活用による保険者機能の一層の強化 等

② 「公定価格の適正化・包括化」

診療報酬本体、薬価など、保険償還の対象となるサービスの価格については、国民負担を軽減する観点から、できる限り効率的に提供
するよう、診療報酬・薬価の適正化等を進めるべき。

今後の介護報酬改定に向け、加算の効果等に係るエビデンスの整理・検証を通じた報酬改定のPDCAサイクルを確立していくべき。

視点3 高齢化や支え手減少の中で公平な負担としていく（給付と負担のバランス）

① 「年齢ではなく能力に応じた負担」

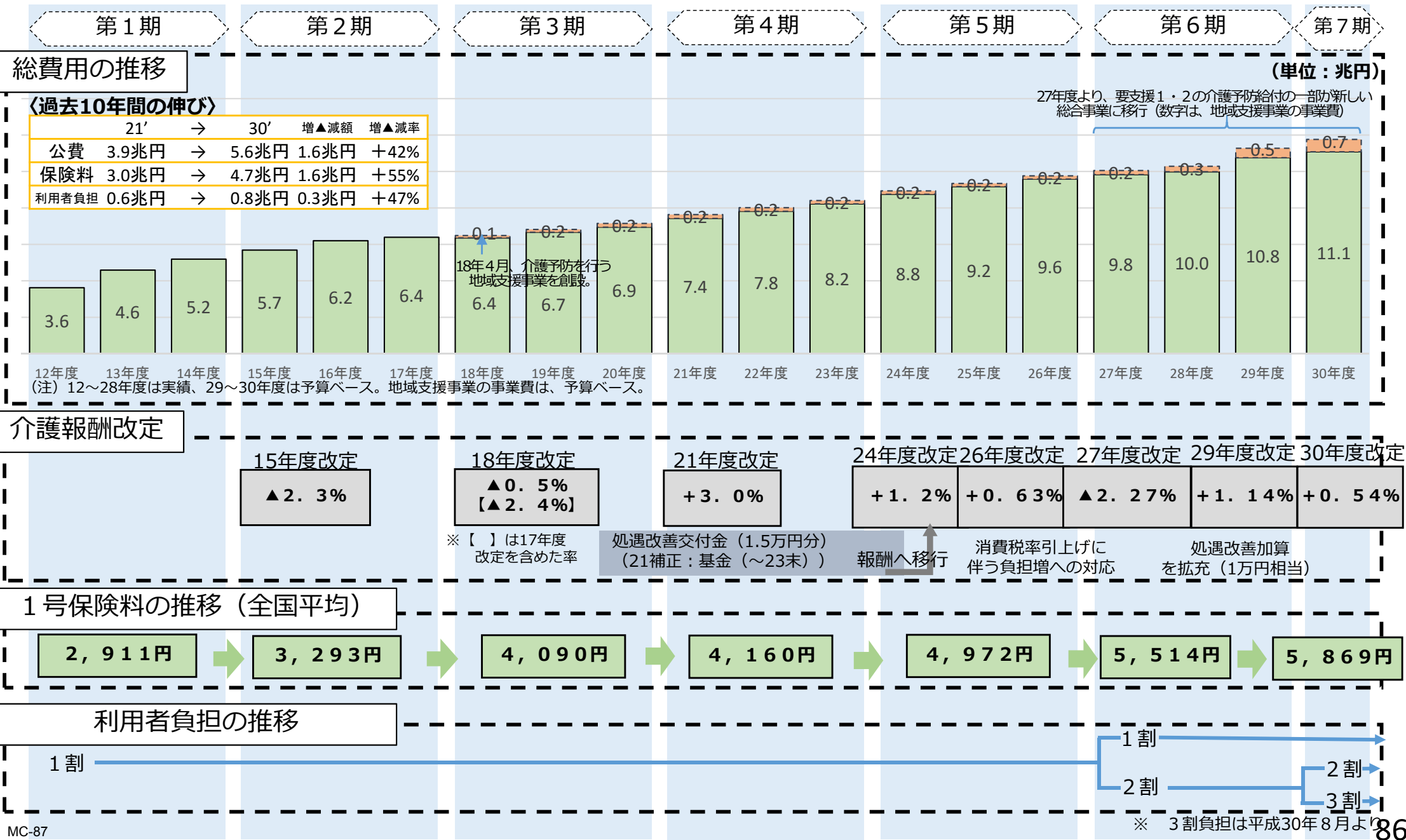
団塊の世代が後期高齢者となり始める2022年度までに、世代間の公平の観点も踏まえ、後期高齢者の窓口負担の引上げや介護の利用者負担などの改革を実施すべき。

② 「支え手減少下での医療費増加に対する総合的な対応」

保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討していくべき。

介護保険費用・介護報酬改定・保険料・利用者負担の推移

○ 介護保険制度については、これまで保険給付の範囲の見直し、介護給付の適正化・効率化、利用者負担の引上げ等といった改革に取り組んできたものの、高齢化の進展等により総費用は3倍余りに、保険料負担も2倍程度に増加するなど必ずしも歯止めがかかっておらず、今後の高齢者の増加、現役世代（支え手）の減少を見据えて、制度の持続可能性の観点から、更なる検証・改革が必要。

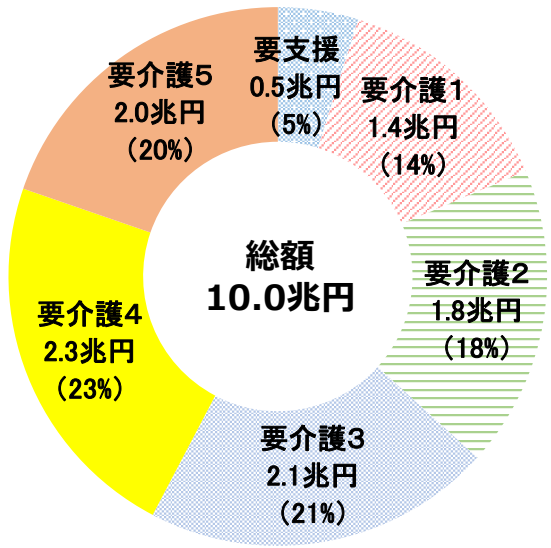


〔参考〕 諸外国における介護制度との比較

- 介護に社会保険制度を採用している主な国には、ドイツ、韓国があり、日本と比較すると、
 - ・ 給付対象（要介護区分）については、ドイツ、韓国ともに近年軽度にも拡大しているものの、引き続き簡素な仕組みを採用し、
 - ・ 利用者負担については、韓国では在宅給付は15%、施設給付は20%、ドイツでは保険給付は定額制（部分保険）で超過部分は全額自己負担であり、利用者負担が高くなっている。

	日本	ドイツ	韓国
保険者	市町村等 (全国で1,579)	介護金庫 (全国で124)	国民健康保険公団 (全国で1)
要介護区分	7段階 (要支援1・2、 要介護1～5)	5段階 (要介護1～5) ※1995年の制度導入時は3段階。2017年 から軽度も対象として5段階へ拡充。	5段階 (要介護1～4、 認知症特別等級) ※2008年の制度導入時は3段階。2014年 から最も軽度の要介護3を3と4に分け、 認知症特別等級を新設。
給付対象者	○65歳以上の要支援者・ 要介護者 ○40～64歳の加齢に伴う 特定疾病により要支援・ 要介護状態となった者	すべての年齢層の要介護者	○65歳以上の要介護者 ○65歳未満の老人性疾患に より要介護状態となった者
被保険者	○第1号被保険者 (65歳以上) ○第2号被保険者 (40～64歳の医療保険加 入者)	公的医療保険の加入者 (年齢制限なし)	国民健康保険の加入者 (年齢制限なし)
利用者負担	原則1割	保険給付は定額制 (超過部分は自己負担)	在宅給付15% 施設給付20%
利用者負担 ／総費用※	7. 1%	30. 4%	17. 8%

介護保険総費用の構成割合
(2016(H28)年度実績)



出所：厚生労働省「平成28年度介護保険事業状況報告」

出所：増田雅暢編著「世界の介護保障〔第2版〕」2014、渡辺富久子「ドイツにおける介護保険法の改正－認知症患者を考慮した要介護認定の基準の変更－」2016、OECD “Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care” 2011等に基づき作成

介護保険制度の基盤強化に向けて

【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「2025年度P B黒字化に向けては、団塊世代が75歳に入り始める2022年度の前までの2019年度から2021年度を、社会保障改革を軸とする「基盤強化期間」と位置付け、経済成長と財政を持続可能にするための基盤固めを行うこととする。」

【論点】

- 介護保険制度は、2000年に創設されており、2020年度に実施される見込みである次期介護保険制度の見直しは制度創設から20年という節目の年に行われる。制度創設当初の想定に比して、どのような状況変化があり、何が残された課題なのかを認識し、その解決への道筋を示し、制度の持続可能性を高めていく必要がある。

【介護保険制度の基本理念・目標等】

高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとして創設

自立支援… 単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をすることを超えて、高齢者の自立を支援することが理念

利用者本位… 利用者の選択により、多様な主体から保険医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる制度

- 「高齢者介護保険制度の創設について」（抜粋）
（1996年4月22日老人保健審議会最終報告）

第1部 介護保険制度の基本目標

- ① 高齢者介護に対する社会的支援
- ② 高齢者自身による選択
- ③ 在宅介護の重視
- ④ 予防・リハビリテーションの充実
- ⑤ 総合的、一体的、効率的なサービスの提供
- ⑥ 市民の幅広い参加と民間活力の活用
- ⑦ 社会連帯による支え合い
- ⑧ 安定的かつ効率的な事業運営と地域性の配慮

【残された課題への対応】

- 給付と負担のバランス
 - ・ 世代間の公平性の確保、「能力」に応じた負担等
- 地域の実情に応じた多様な主体によるサービス提供
 - ・ 地域支援事業への移行等
- 地域差の解消、保険者機能の強化
 - ・ 保険者のインセンティブ強化等
- 介護離職の削減
 - ・ 介護の「受け皿」整備（介護人材の処遇改善）等
- 介護・認知症予防の推進
 - ・ 介護予防事業の効果的・効率的な実施等
- サービスの質的向上等
 - ・ 質の高いケアマネジメントの確保等

今後の介護制度改革で取り組むべき改革項目（1）

《 視点1：制度の持続可能性を踏まえた保険給付範囲としていく（共助の対象は何か） 》

【大きなリスクは共助、小さなリスクは自助】

改革項目	骨太2018における記述	改革工程表2017改定版における記述	番号
介護保険給付の範囲の在り方 （軽度者へのサービスの地域支援事業への移行）	介護のケアプラン作成、多床室室料、介護の軽度者への生活援助サービスについて、給付の在り方を検討する。	軽度者に対する生活援助サービスやその他の給付の地域支援事業への移行について、介護予防訪問介護等の移行状況等を踏まえつつ、引き続き関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。	①

介護保険給付の範囲の在り方(軽度者へのサービスの地域支援事業への移行①)

①-1

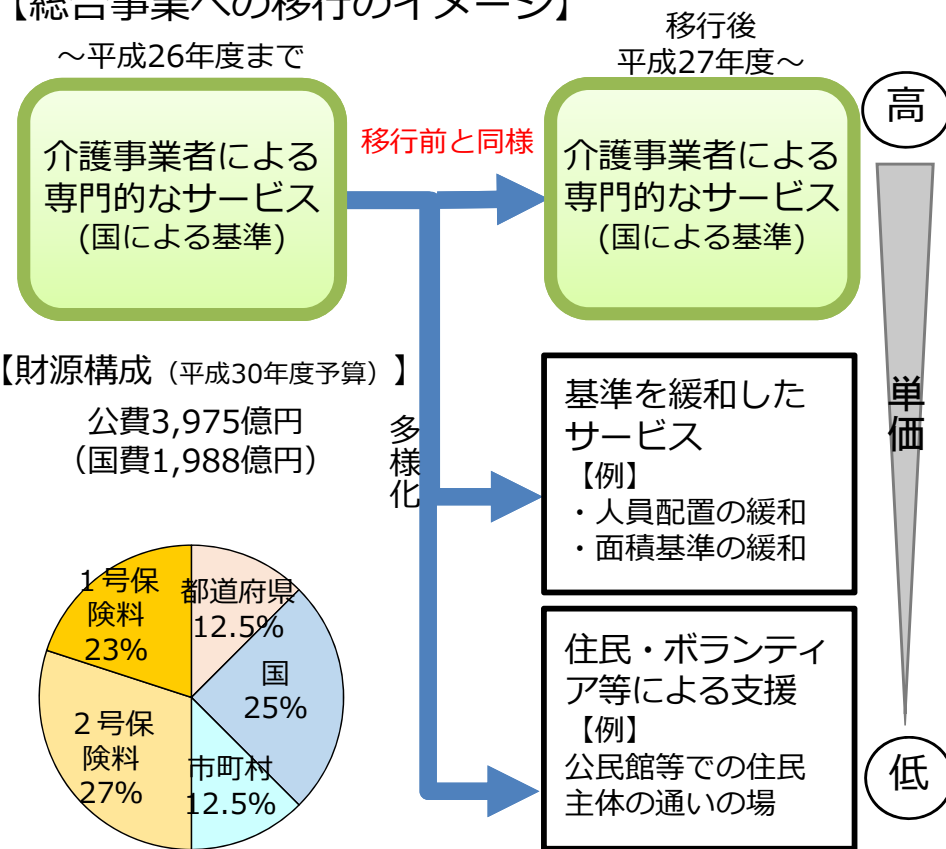
【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「介護の軽度者への生活援助サービスについて、給付の在り方を検討する。」

【論点】

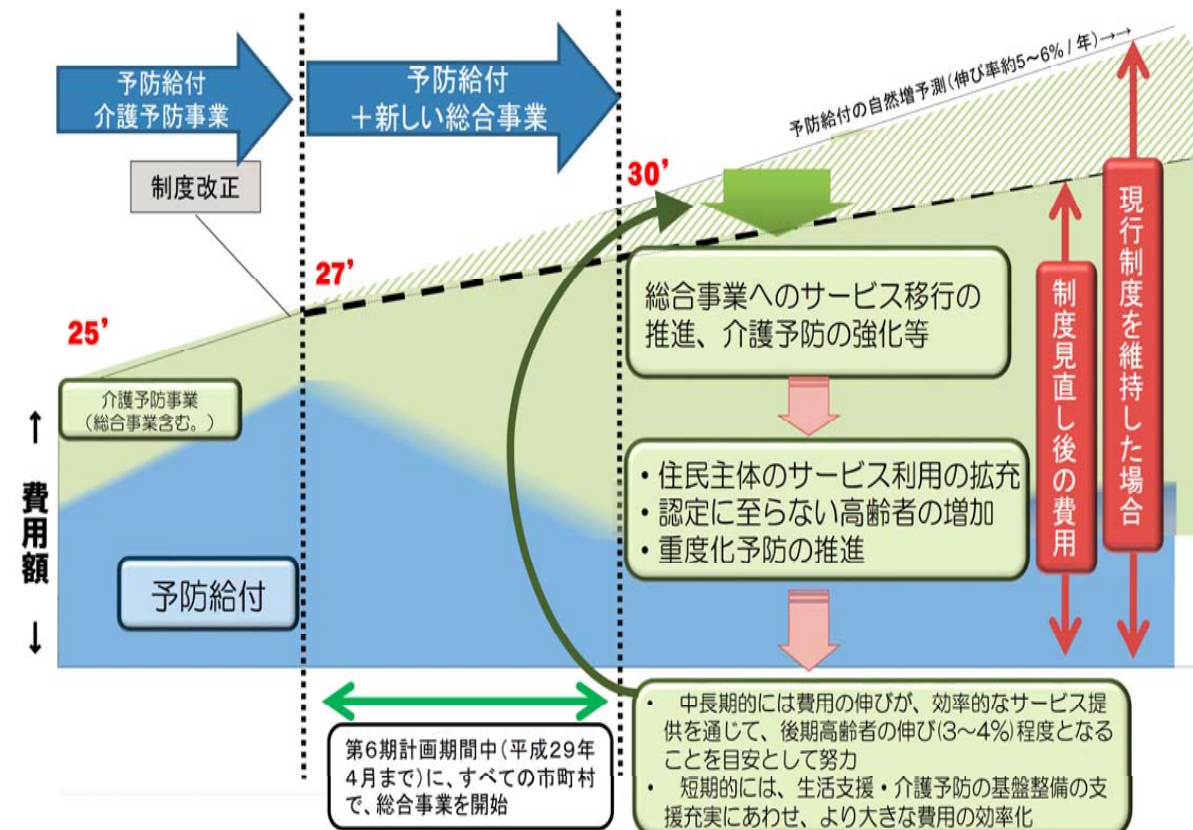
- 軽度者（要支援、要介護1・2）は生活援助サービスの利用割合が大きいですが、こうした生活支援に関わるサービス等は、国による一律の基準によるサービス提供よりも、地域の実情に応じた多様な主体によるサービス提供が望ましい。
- 平成27年度から要支援者に対する訪問・通所介護は、介護予防・日常生活支援総合事業に移行を開始し、平成30年3月末までに全市町村が移行を完了。利用者の状態像や地域の実情に応じ、国による基準に基づく専門的なサービスだけでなく、基準を緩和したサービスや住民主体のサービスを実施することとなったが、まだ多くが移行前と同様の国による基準に基づくサービスの実施を中心としている。

【総合事業への移行のイメージ】



【総合事業へのサービス移行の推進等による費用の効率化（イメージ）】

(厚生労働省作成資料)



(注)総合事業の財源については、事業移行前年度実績に市町村の75歳以上高齢者の伸びを乗じた額を措置。

【論点】

- 長期にわたり介護保険給付の増加が見込まれることを踏まえれば、給付の更なる重点化・効率化を図っていく必要があり、軽度者のうち残された要介護1・2の者の生活援助サービス等についても地域支援事業への移行を具体的に検討していく必要がある。

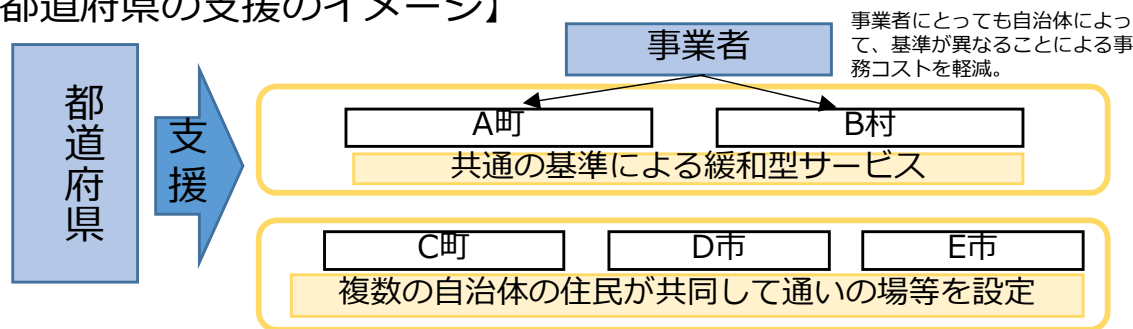
【総合事業の報酬の在り方】

報酬については、地域における担い手の確保に関する見通しに配慮するとともに、利用者がそのニーズや状態、自己負担に応じて選択可能とする必要。

〔参考例：武蔵野市の訪問型サービス報酬〕

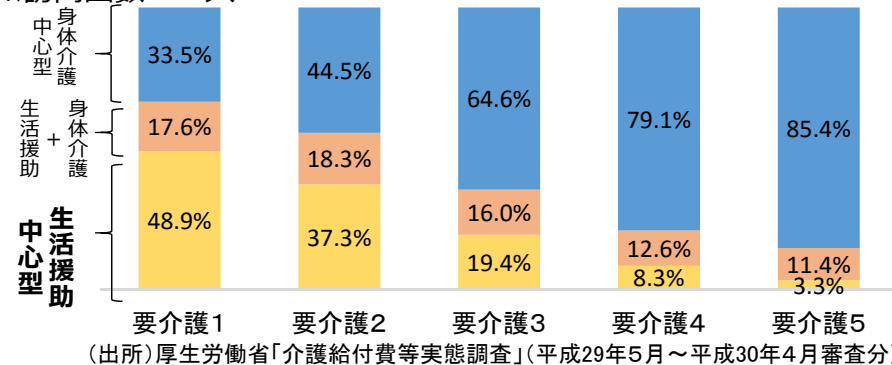
	訪問型サービス（基準緩和型）	介護予防訪問介護相当（総合事業移行前）
単 位	訪問介護（有資格者） 250単位/回 訪問介護（研修修了者※） 200単位/回 ※ 武蔵野市認定ヘルパー 包括報酬から1回毎にし、無駄を削減	介護予防訪問介護費(I) 1,168単位/月 介護予防訪問介護費(II) 2,335単位/月 介護予防訪問介護費(III) 3,704単位/月
人員基準	管理者、訪問介護員等、サービス提供責任者	管理者、訪問介護員等、サービス提供責任者
対象者	生活援助のみ必要な高齢者で右記以外	身体介護や特別な対応が必要な高齢者

【都道府県の支援のイメージ】

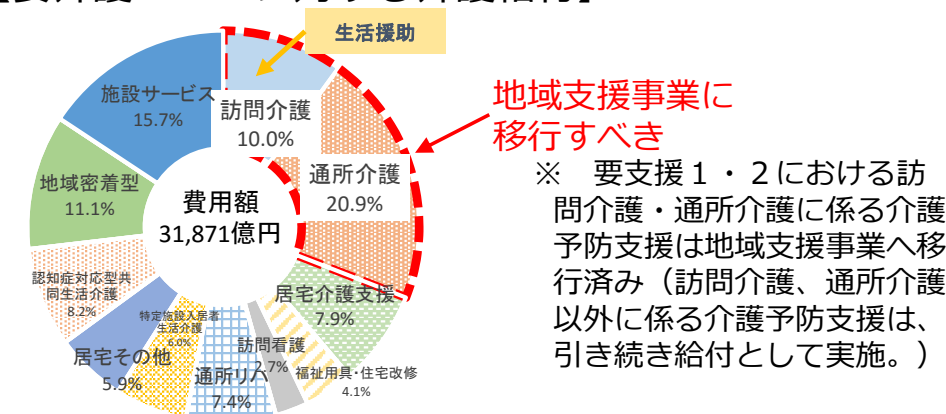


【軽度者への介護サービスの提供状況等】

※訪問回数ベース



【要介護1・2に対する介護給付】



【改革の方向性】（案）

- 軽度者（要支援1・2）へのサービスの地域支援事業への移行については、サービスの質や予定している給付の効率化を確保しつつ、自治体の好事例も踏まえ、円滑な実施が図られるよう更なる制度改善につなげていくべき。具体的には、以下の取組が考えられる。
 - ① 緩和型や住民主体のサービスへの移行を基本としつつ、地域資源の活用などを通じた創意工夫が図られるよう、国が一定の方針等を示すこと
 - ② 総合事業に係るサービスの報酬水準をきめ細かく設定すること
 - ③ 都道府県が、単独では緩和型サービスの実施が困難な自治体への支援や複数自治体にまたがる事業の実施も検討すること
- 残された要介護1・2の者の生活援助サービス等について、サービスの質を確保しつつ、保険給付の厚みを引き下げていく観点から、第8期介護保険事業計画期間中の更なる地域支援事業への移行や利用者負担の在り方について具体的に検討していく必要。

今後の介護制度改革で取り組むべき改革項目(2)

《 視点2:必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する(提供体制と公定価格) 》

【医療・介護提供体制の改革】

改革項目	骨太2018における記述	改革工程表2017改定版における記述	番号
介護の地域差縮減に向けた取組の一層の強化			②
保険者機能強化のための調整交付金の活用	第8期介護保険事業計画期間における調整交付金の活用方策について、(中略)、第7期期間中に地方公共団体関係者の意見も踏まえつつ、具体的な方法等について検討し、結論を得る。	2021年度から始まる第8期計画期間における調整交付金の活用方策について、(中略)、第7期期間中に、自治体関係者の意見も踏まえつつ、具体的な方法等について検討し、結論を得る	③
在宅サービスについての保険者等の関与の在り方	一人当たり介護費の地域差縮減に向けて、(中略)、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、更なる対応を検討する。	費用分析や適正化手法を普及するとともに、更なる効果的な保険者支援の取組を検討・推進	④
地域医療構想を踏まえた介護療養病床等の転換	病床の転換や介護医療院への移行などが着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討するとともに、病床のダウンサイジング支援の追加的方策を検討する。	2019年度末までに介護療養型医療施設からの転換状況を把握した上で、転換が進んでいない場合には、その原因を検証するとともに、その結果も踏まえ、平成33年度(2021年度)介護報酬改定において、介護医療院と介護療養型医療施設の報酬の在り方も含め検討	⑤
介護事業所・施設の経営の効率化	介護の経営の大規模化・協働化により人材や資源を有効に活用する。	—	⑥

介護費の地域差縮減に向けた取組の一層の強化

②

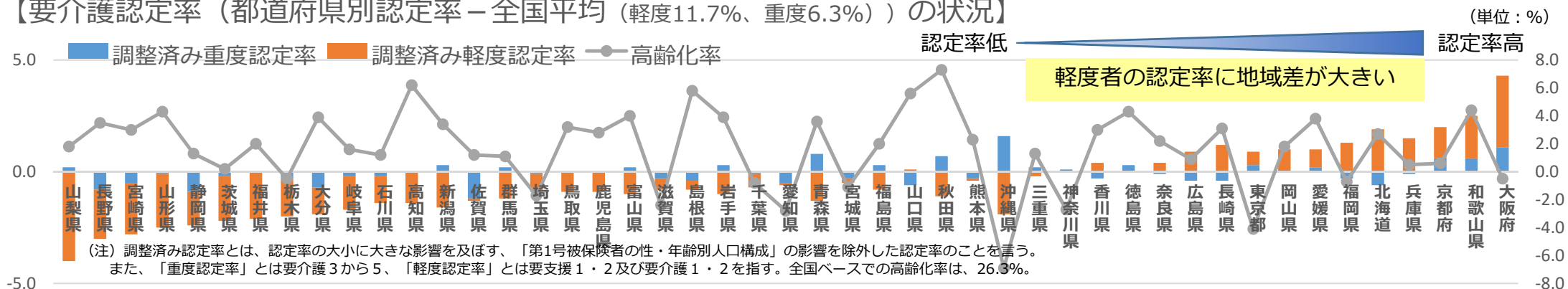
【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「一人当たり医療費の地域差半減、一人当たり介護費の地域差縮減に向けて、国とともに都道府県が積極的な役割を果たしつつ、地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、更なる対応を検討する。」

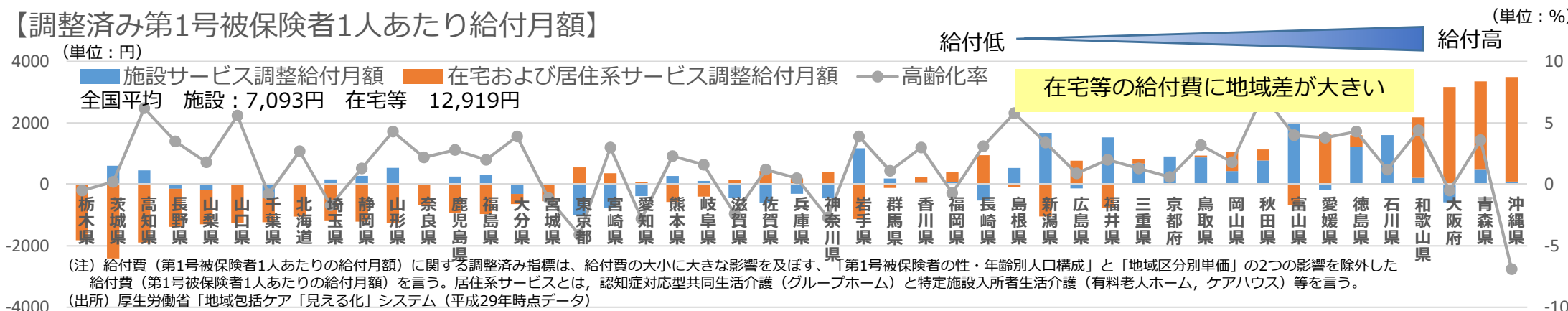
【論点】

- 要介護認定率や一人当たり介護給付費については、性・年齢階級（5歳刻み）・地域区分を調整してもなお大きな地域差が存在。その背景には高齢化の進展状況や介護供給体制など様々な要因が考えられるが、例えば、軽度者の認定率に地域差が大きく、その結果として在宅等のサービスに係る給付費の地域差につながっているようにうかがわれる。

【要介護認定率（都道府県別認定率－全国平均（軽度11.7%、重度6.3%））の状況】



【調整済み第1号被保険者1人あたり給付月額】



【改革の方向性】（案）

- 介護の地域差に係る要因を検証の上、問題と考えられる介護費の地域差の縮減に向け、保険者機能強化推進交付金（インセンティブ交付金）への適切なアウトカム指標の設定やそのPDCAサイクルの確立、調整交付金の活用を通じて保険者機能の一層の強化を進めるべき。
- 軽度者の認定率等に地域差が大きいことを踏まえ、国が、介護保険給付と地域支援事業の予防・自立支援等との連携の在り方などに関する好事例や指針を示すことで適正化を進めるべき。

保険者機能強化のための調整交付金の活用

③

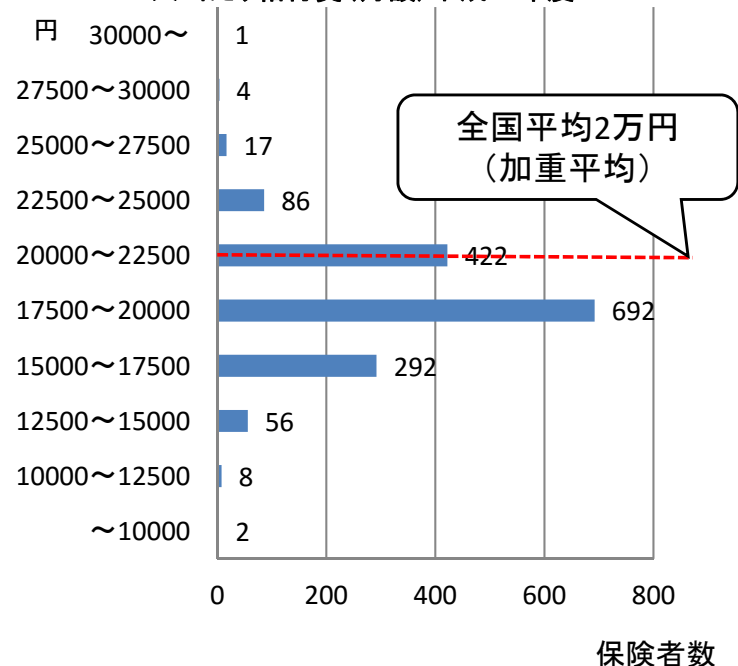
【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「第8期介護保険事業計画期間における調整交付金の活用方策について、（中略）、第7期期間中に地方公共団体関係者の意見も踏まえつつ、具体的な方法等について検討し、結論を得る。」

【論点】

- 介護の地域差を縮減する観点から、都道府県・市町村の保険者機能強化のための新たな交付金を創設（保険者機能強化推進交付金 30年度予算額：200億円）し、これを実施に移しているところ。今後、調整交付金の活用も含めたインセンティブの付与の在り方を検討し、保険者による介護費の適正化に向けた取組をより一層促進する必要。

性・年齢・地域区分調整後1号被保険者
一人当たり給付費（月額）平成27年度

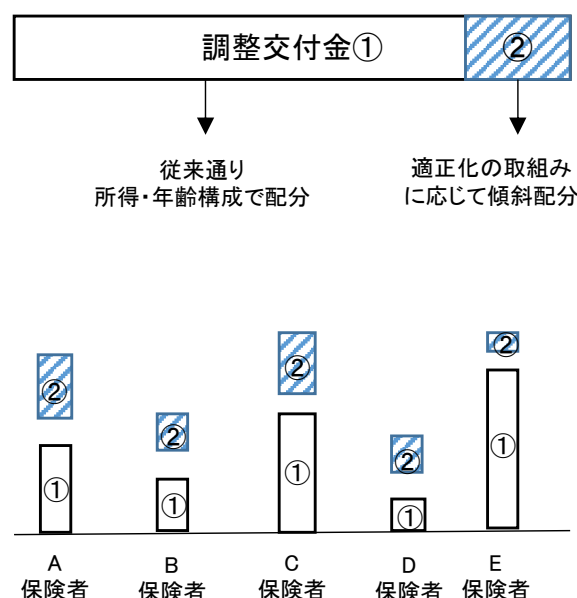


（出所）厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム」

【調整交付金の活用イメージ】

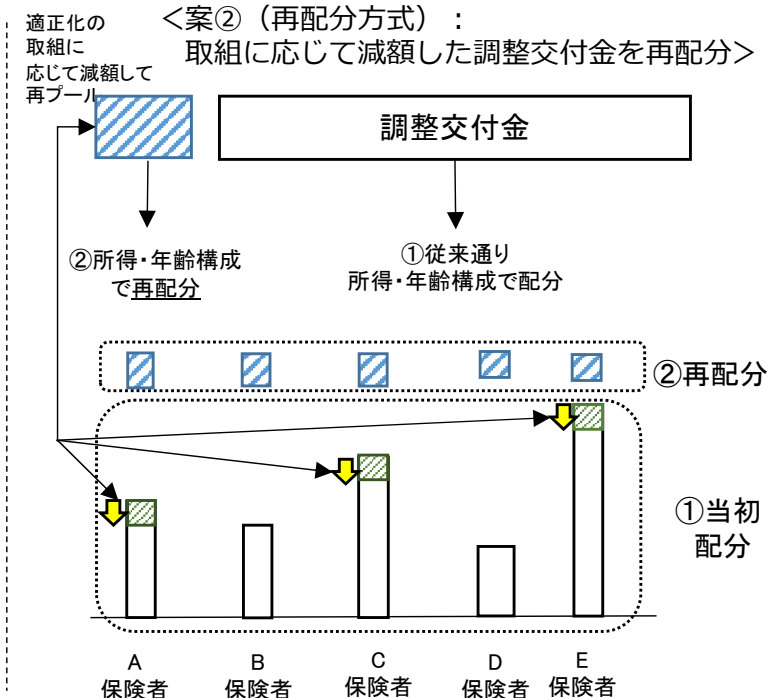
＜案①（別枠方式）＞

調整交付金の一部を別枠にして配分＞



＜案②（再配分方式）＞

取組に応じて減額した調整交付金を再配分＞



【改革の方向性】（案）

- 介護費の適正化などに向けた財政的なインセンティブとして、客観的な指標に基づき自治体に対して財政支援を行う新たな交付金を創設したが、全自治体の取組みのより一層の底上げを図るため、平成31年度中に結論を得て、第8期介護保険事業計画期間の始期である平成33年度から調整交付金のインセンティブとしての活用を図るべき。

在宅サービスについての保険者等の関与の在り方

④

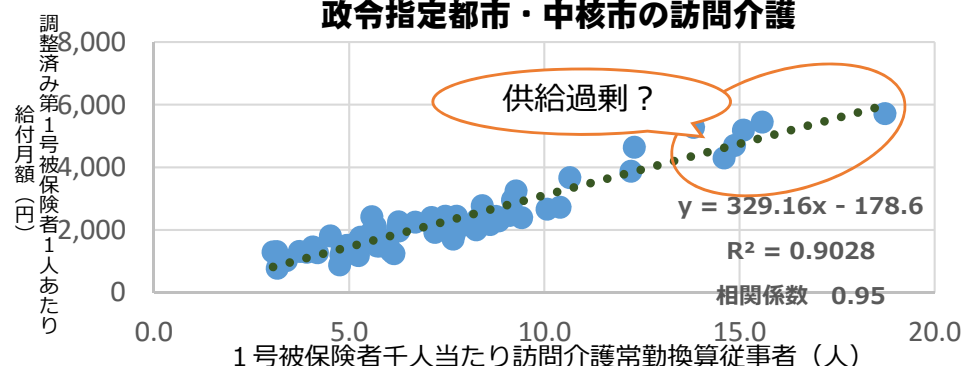
【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「一人当たり医療費の地域差半減、一人当たり介護費の地域差縮減に向けて、国とともに都道府県が積極的な役割を果たしつつ、地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、更なる対応を検討する。」

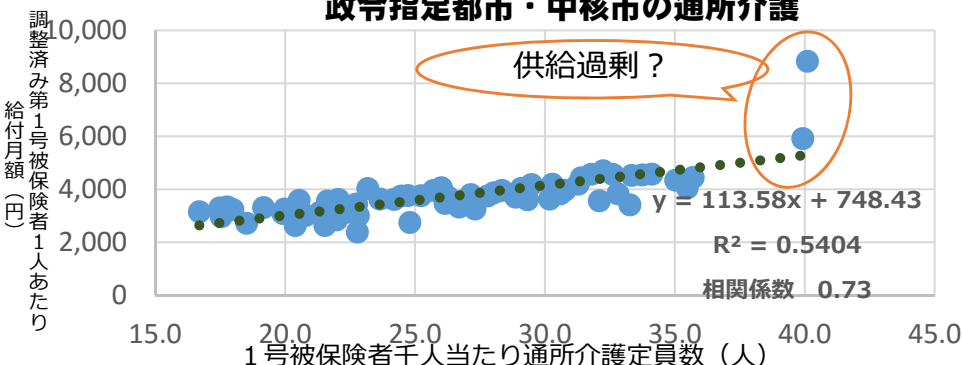
【論点】

- 訪問介護・通所介護の被保険者一人当たり給付費については、性・年齢階級（5歳刻み）・地域区分を調整してもなお、全国平均と最大値との間で3倍程度の差が存在（平成30年4月11日財政制度等審議会資料参照）。その背景として、認定された介護度に応じた利用限度額の範囲内での利用ではあるものの、供給が需要を生んでいる面があるのではないかと伺われる。
- 訪問介護・通所介護をはじめとした在宅サービスについては、平成30年度から条件付与の仕組みが創設されたものの、総量規制や公募制などの自治体がサービス供給量をコントロールする仕組みが十分でない。

政令指定都市・中核市の訪問介護



政令指定都市・中核市の通所介護



(注)「地域包括ケア「見える化」システム」、「平成27年度介護サービス施設・事業所調査」、「平成27年度介護保険事業状況報告」のデータを用いて、平成27年度時点の20政令指定都市、45中核市のデータを用いて分析。要支援1・2が地域支援事業に平成29年度3月末をもって移行したことから、最新の状況は異なる可能性がある。

	居宅サービス	地域密着型サービス	施設サービス
等指定	都道府県 (指定都市・中核都市)	市町村	都道府県 (指定都市・中核都市)
総量規制	・ 特定施設入居者生活介護	・ 認知症対応型共同生活介護 ・ 地域密着型特定施設入居者生活介護 ・ 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護	・ 介護老人福祉施設(特養) ・ 介護老人保健施設 ・ 介護医療院(※) ※H29年介護保険法等改正法の改正後(新設の場合のみ)
公募制		・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ・ 小規模多機能型居宅介護 ・ 複合型サービス	
・ 総量規制なし ・ 公募制なし	・ 訪問介護 ・ 訪問入浴介護 ・ 訪問リハ ・ 通所介護 ・ 通所リハ ・ 短期入所生活介護 等	(注1) 総量規制：都道府県知事又は市町村長は介護保険事業計画等の達成に支障が生じる場合などにおいては、事業者の指定等をしないことができる。 (注2) 公募制：市町村長は公募により、特定の地域での開設を特定の事業者のみに認めることができる。 (注3) 介護療養型医療施設については、介護保険法の改正により平成24年以降新設は認められていない。 (注4) 定期巡回などの地域密着型サービスの普及のために必要があるときは、市町村長は訪問介護・通所介護の都道府県知事による指定について協議を求めることができる。	
平成30年度に条件付与の仕組みを創設			

【改革の方向性】(案)

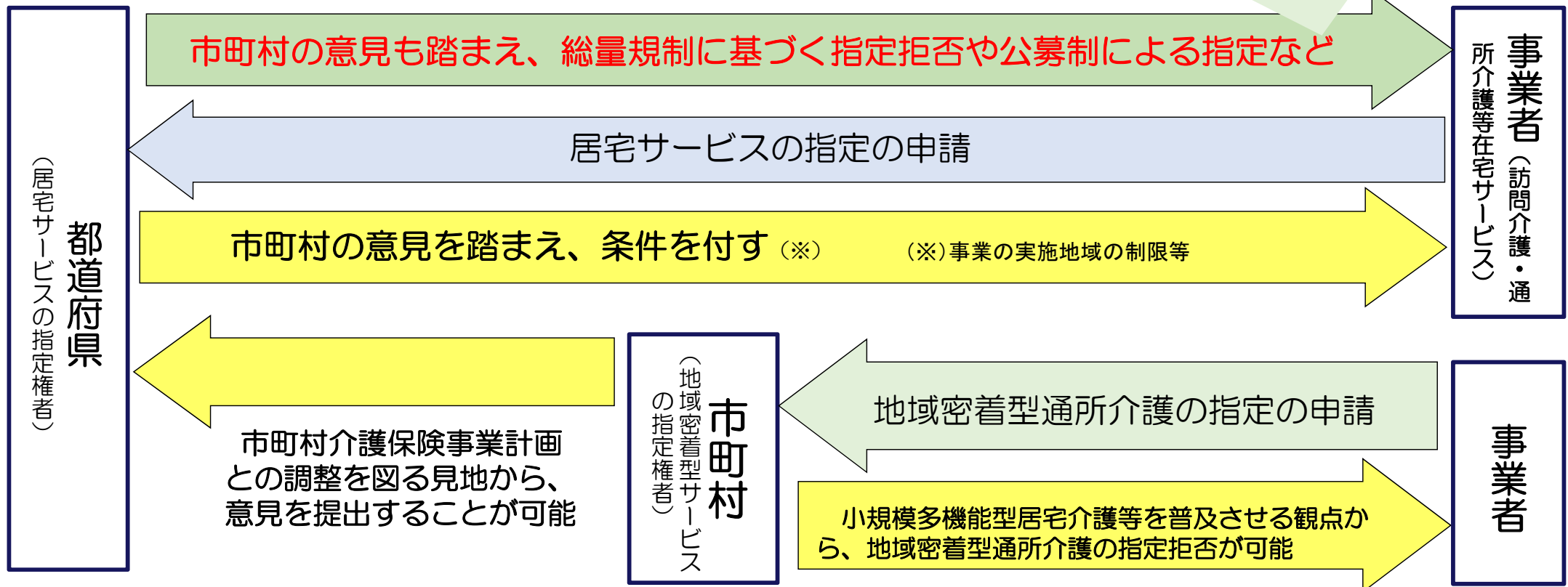
- 要介護認定率等の地域差縮減、介護保険給付と地域支援事業との連携の推進とあわせて、在宅サービスについても、総量規制や公募制などのサービスの供給量を自治体がコントロールできる仕組みを検討すべき。

- 平成29年度制度改正において、在宅サービス事業者の指定にあたって、都道府県は市町村の意見を踏まえ、条件付与を行うなどの仕組みを創設しており、今後、この仕組みが円滑に施行されていく必要がある。
- その上で、訪問介護や通所介護の一人当たり給付費が、既に全国平均と比べて極めて高い水準となっている地域もあるが、こうした地域において、自治体がより積極的に地域のサービス供給量をコントロールするための方策として、都道府県が市町村の意見も踏まえ、在宅サービス事業者の指定にあたって、域内の市町村の計画上のサービス見込み量を超えるなどの場合に指定拒否を行える仕組み（「総量規制」）や、特定の地域において特定の事業者に限定して指定を行う仕組み（「公募制」）を導入するなど、自治体の在宅サービス事業者への関与の在り方を検討する必要。

【事業者の指定に当たっての都道府県・市町村の役割】

- ・ 都道府県の関与を強めるための仕組みを検討すべき。

→ : 平成29年度改正で追加した事項



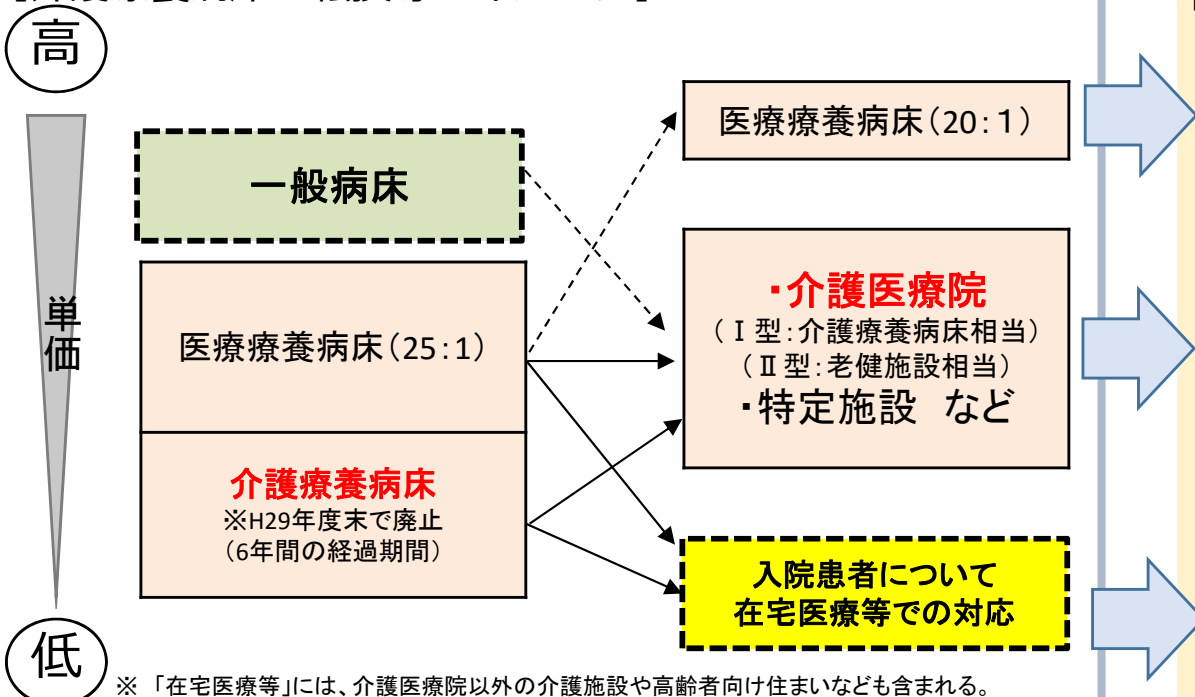
【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「病床の転換や介護医療院への移行などが着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討するとともに、病床のダウンサイジング支援の追加的方策を検討する。」

【論点】

- 25対1医療療養病床や介護療養病床から介護医療院（平成30年度新設）への転換に際しては、地域医療構想の趣旨を踏まえ、提供体制全体として医療費・介護費が効率化されることが重要。

【介護療養病床の転換等のイメージ】



【介護療養病床の転換に必要な視点】

- 医療の病床への転換
・患者の状態像によらない病床転換の防止
- 介護医療院等の報酬水準の適正化
・多床室の室料負担や転換が進まない場合の介護療養病床等の報酬上の対応などを検討
- 療養病床自体の削減など
・サービス付き高齢者住宅などへの転換を含めた介護療養病床のダウンサイジングに向けた取組方針を作成

【改革の方向性】（案）

- 今後の介護療養病床等の転換促進にあたっては、①患者の状態像にそぐわない単価の高い医療療養病床へ転換を防止すること、②工程表に基づき、多床室の室料負担の見直しを確実に実施すること、③サービス付き高齢者住宅など、高齢者住まいへの転換も含めた幅広いダウンサイジングに向けた方針を策定すること、などの取組を着実に進めていく必要。
- また、介護療養病床等の着実な転換を図るため、新たな工程表では転換状況等に関する適切なKPIを設定した上で、進捗を評価し、必要に応じて介護療養病床の報酬水準の適正化等の転換促進策を更に検討すべき。

介護事業所・施設の経営の効率化について

⑥

【経済財政運営と改革の基本方針2018】

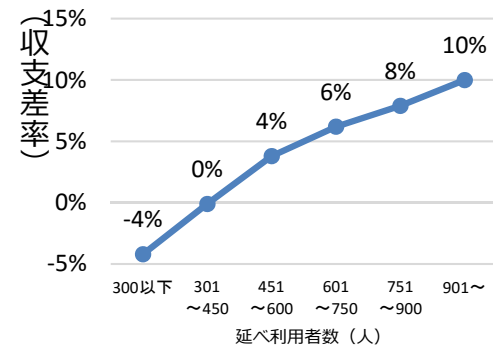
「介護の経営の大規模化・協働化により人材や資源を有効に活用する。」

【論点】

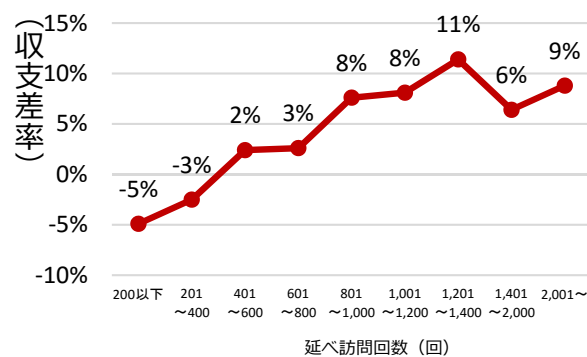
- 介護サービス事業者の事業所別の規模と経営状況との関係を見ると、規模が大きいほど経費の効率化余地などが高いことから経営状況も良好なことが伺える。一部の営利企業においては経営主体の合併等により規模拡大は図られている。営利企業とその他の経営主体では同列ではない部分もあるが、介護サービス事業全体で見た場合、介護サービスの経営主体は小規模な法人が多いことが伺える。

〈介護サービス事業者の利用状況別の収支差率（事業所別）〉

＜通所介護＞



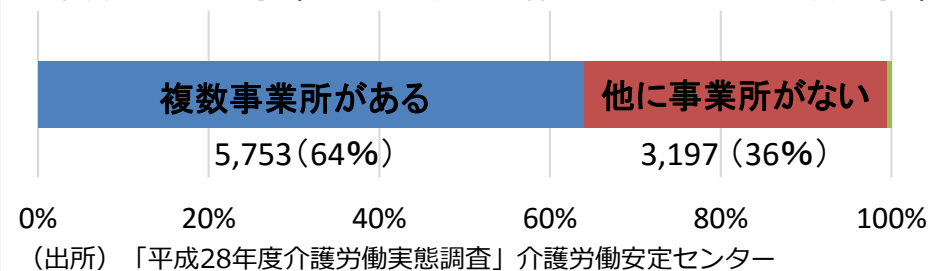
＜訪問介護＞



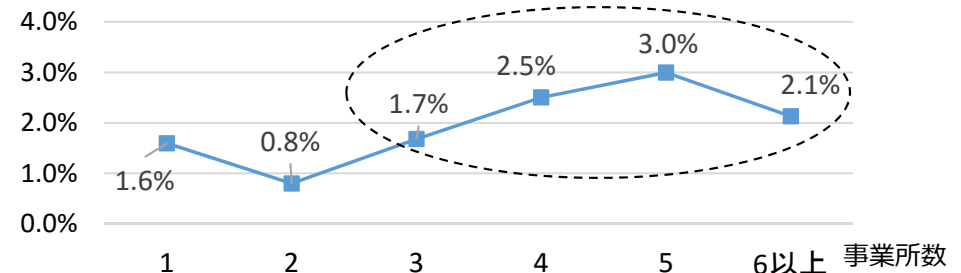
（出典）平成29年度介護事業経営実態調査

〈介護事業者の経営主体の規模〉

介護サービス事業所・施設の4割弱が1法人1施設・事業所



〈社会福祉法人1法人当たりの事業所数と平均収支差率の関係〉

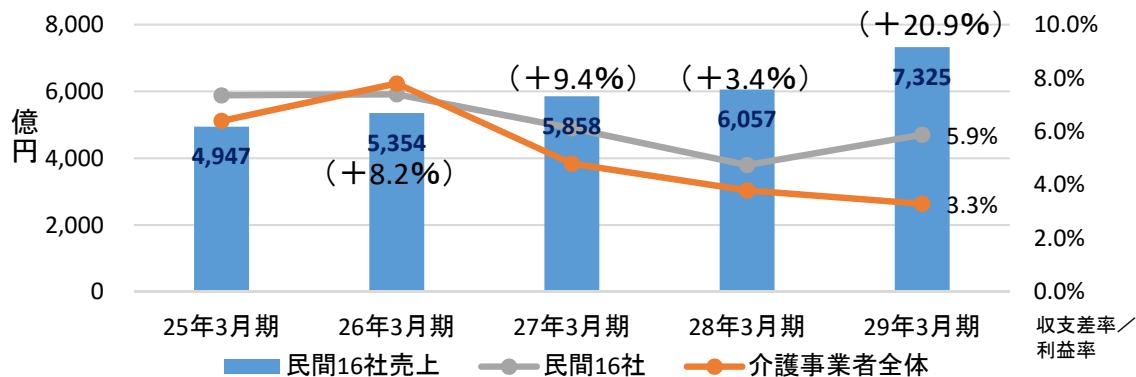


本部機能の統合、給食事業の共同化、物品等の共同購入等によりコストを削減し、経営を効率化。その他、法人の垣根を超え、近隣の他法人との共同購入を行うといった先進的な例も（財務局調べ）。

（注）介護事業経営実態調査等における事業所別の経営状況に関するデータについて、介護事業所2,922事業所分を集計した結果。

（出所）平成30年度財務省予算執行調査による調べ

〈介護関係の民間16社の経営規模・状況〉



（注）平成29年3月期の民間16社の利益率には、合併に伴う損失等を計上したSOMPOを除く。

【改革の方向性】（案）

- 介護サービス事業者の経営の効率化・安定化の観点に加え、今後も担い手が減少していく中、介護人材の確保や有効活用、更にはキャリアパスの形成によるサービスの質の向上といった観点から、介護サービスの経営主体の統合・再編等を促すための施策を講じていくべき。 98

(参考)介護サービスの経営主体の大規模化等の施策について

平成30年4月11日
財政制度等審議会
財政制度分科会提出資料

- 介護サービス等の事業を行う複数の法人が、人材育成・採用などの本部機能を統合・法人化することで、ケアの品質の底上げや研修・採用活動のコスト減を図るなどの取組も存在。
- 介護サービスの経営主体の大規模化については、①こうした介護サービス事業の人事や経営管理の統合・連携事業を自治体が目標を定めるなどして進めることのほか、②一定の経営規模を有する経営主体の経営状況を介護報酬などの施策の決定にあたって勘案することで経営主体自体の合併・再編を促す、といった施策が考えられる。また、③経営主体について一定の経営規模を有することや、小規模法人については人事や経営管理等の統合・連携事業への参加を指定・更新の要件とする、といったことも考えられる。

(参考) 法人間の機能の統合・連携の例

＜社会福祉法人 リガーレ＞

○ 7つの社会福祉法人（※）が、本部機能を独立・法人化。

※ 所在地は、京都府が5法人、滋賀県が1法人、青森県が1法人

○ 統合した本部機能

① 介護サービスの質の標準化

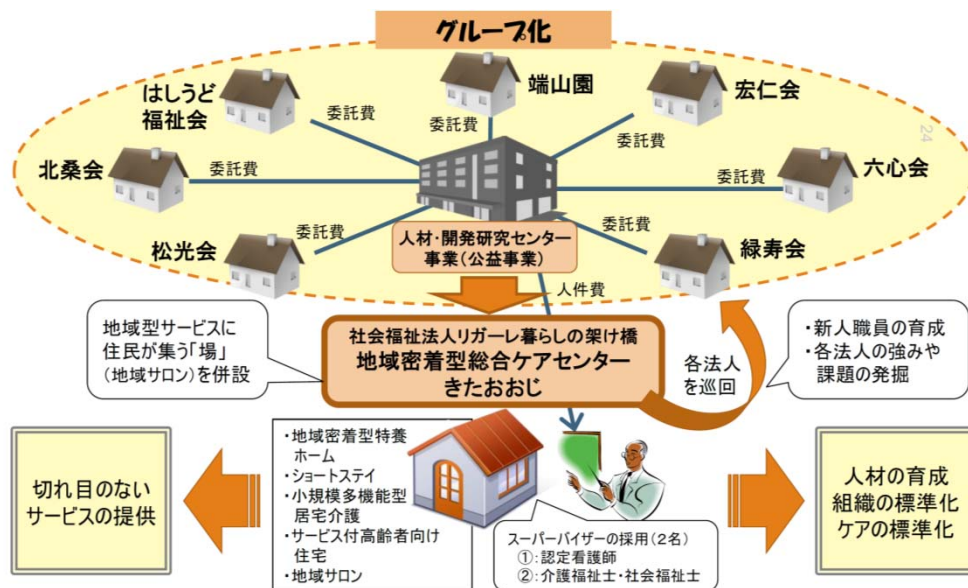
各法人への定期的な巡回訪問によるサービスの質の標準化

② 介護等人材の確保・育成

研修や採用活動の共同実施。将来的に法人間人事異動も検討

③ 経営管理機能の強化

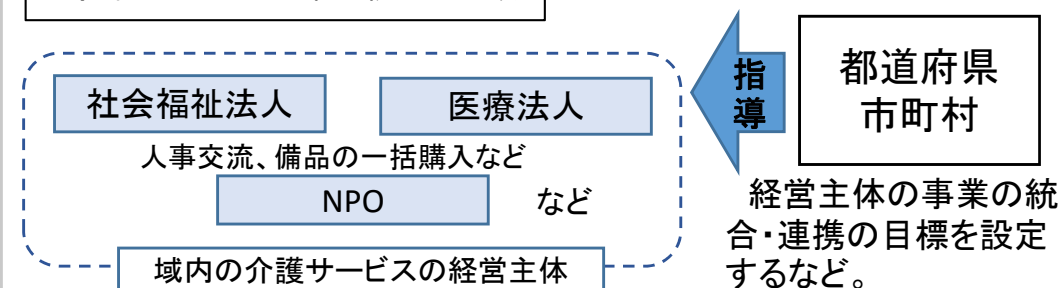
老朽化施設の改修や地域展開への経営戦略等の支援



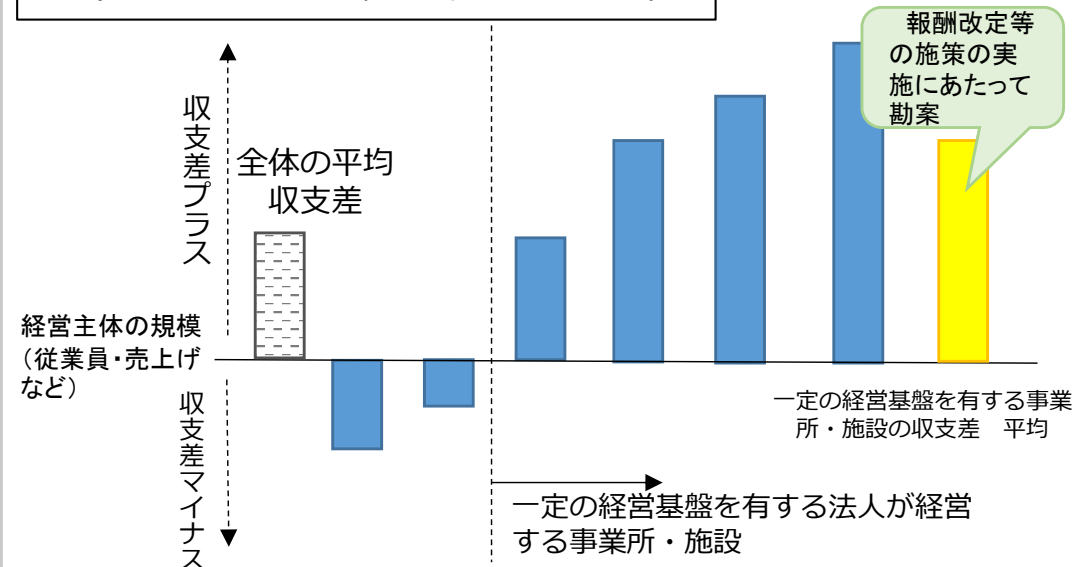
(出典) 平成28年度老健事業「地域包括ケアシステム構築に向けた効果的・効率的なサービス提供のあり方に関する調査研究事業」

【経営主体の大規模化に向けた施策イメージ】

例) 経営主体の事業の統合・連携



例) 介護サービス事業者の経営状況の勘案



【経済財政運営と改革の基本方針2018】

- 「給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保を確実に図りつつ、（中略）、人手不足の中でのサービス確保に向けた医療・介護等の分野における生産性向上を図るための取組を進める。」

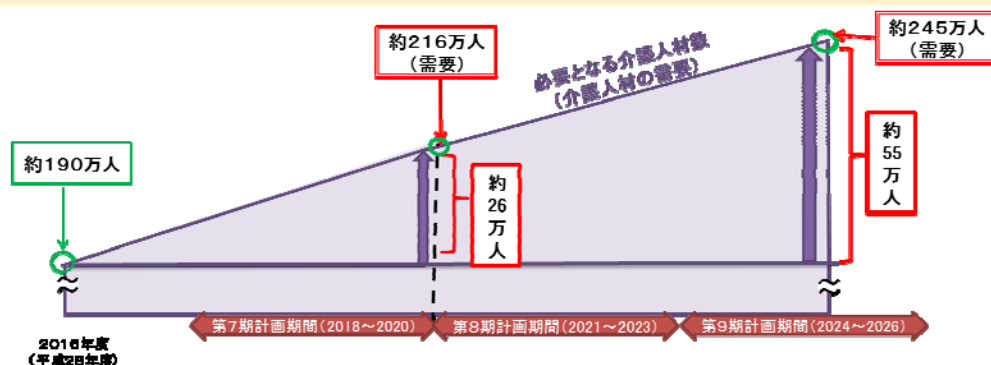
【論点】

- 介護を必要とする高齢者の更なる増加が見込まれる一方、就業者数の大幅な減少が見込まれることから、今後とも介護サービスを安定的に供給していくためには、十分な介護人材の確保に加え、介護現場における生産性向上が課題になっている。

<第7期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数の推計>

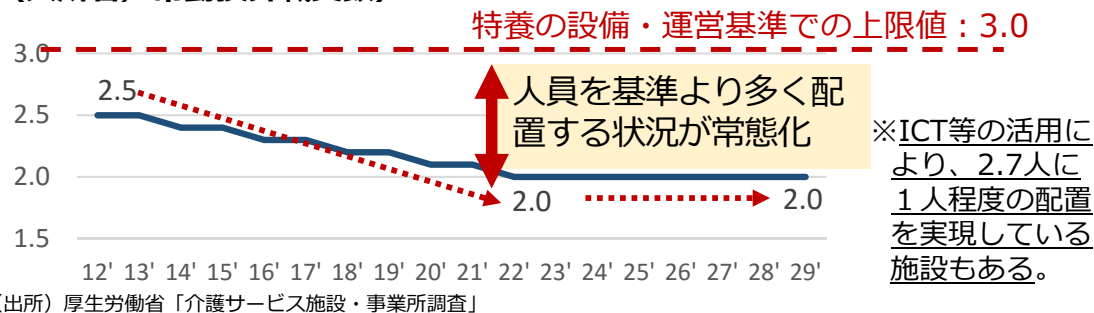
（厚生労働省（平成30年5月21日公表））

就業者数の減少下で、2025年度末までに約55万人、年間6万人程度の介護人材の確保が必要。



<介護老人福祉施設（特養）の介護・看護職員配置比率の推移>

（入所者／常勤換算職員数）



<未来投資戦略2018（抜粋）（平成30年6月15日閣議決定）>

<医療・介護現場の生産性向上>

- ・ 介護現場の生産性を飛躍的に高めるため、ICT化を徹底推進し、2020年度までに介護分野での必要なデータ連携が可能となることを目指すとともに、現場ニーズを踏まえたロボット・センサー、AI等の開発・導入を推進し、事業者による効果検証から得られたエビデンスを活用して、次期以降の介護報酬改定等で評価する。

<介護の生産性向上に向けた最近の主な予算事業（平成30年度）>

介護事業所における生産性向上推進事業 3.2億円
職員配置、業務プロセス、作成文書の見直し等を通じた生産性向上に向けた指針を策定

地域医療介護総合確保基金 60億円の内数
介護ロボット導入経費を助成（30万円）

介護ロボット開発等加速化事業 3.7億円
介護ロボット開発・実用化の支援等

介護分野におけるICTを通じた情報連携推進事業 1.5億円
ケアマネと事業所間における情報連携の標準仕様の策定等

➡ 予算事業を有効に活用しつつ、導入効果を分析・検証し、制度改革・報酬改定等に活用

【改革の方向性】（案）

- 生産性向上に向けた各種取組を通じて、質の高いサービスを維持しつつ、介護職員の働きやすい職場環境を実現するとともに、そうした成果を人員・設備基準の緩和といった制度改革や介護報酬改定に反映していく必要。

今後の介護制度改革で取り組むべき改革項目(3)

《 視点2:必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する(提供体制と公定価格) 》

【公定価格の適正化・包括化】

改革項目	骨太2018における記述	改革工程表2017改定版における記述	番号
介護事業経営実態調査等の精度向上	－	－	⑦
介護報酬改定に係るPDCAサイクルの確立	診療報酬や介護報酬においては、適正化・効率化を推進しつつ、安定的に質の高いサービスが提供されるよう、ADLの改善等アウトカムに基づく支払いの導入等を引き続き進めていく。	－	⑧
ケアマネジメントの質の向上と利用者負担	介護のケアプラン作成、多床室室料、介護の軽度者への生活援助サービスについて、給付の在り方を検討する。	－	⑨

介護事業経営実態調査等の精度向上(平成30年度予算執行調査)

⑦

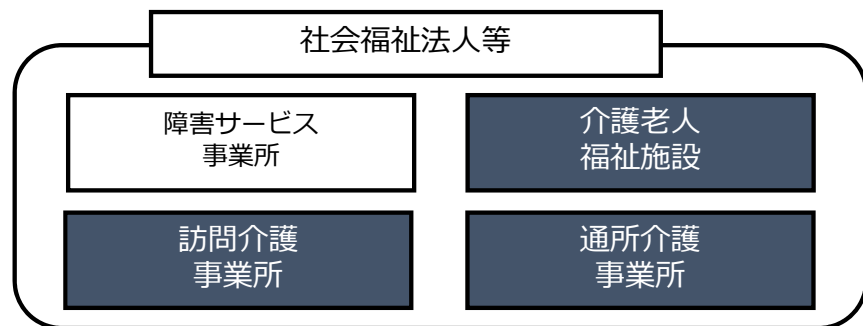
○ 介護事業経営実態調査等については、厚生労働省において、介護保険制度の改正及び介護報酬の改定に必要な基礎資料を得ることを目的に行われている統計調査の1つであり、その内容については高い信頼性が求められている。

【介護事業経営実態調査対象】

調査対象	全ての介護保険サービス（介護保険施設、居宅サービス事業所、地域密着型サービス事業所）
調査の周期	3年周期（改定後3年目の5月）
調査の範囲	改定後2年目の1年分の収支状況
調査客体数	31,944事業所等、有効回答数15,062、有効回答率47.2%（平成29年度調査）

※ 介護事業経営概況調査は、調査の周期は改定後2年目の5月、対象の範囲は改定前後の2年分の収支状況で、調査客体数は介護事業経営実態調査の概ね半分。

（参考）介護事業経営実態調査等の対象先のイメージ



：介護事業経営実態調査等の対象事業所

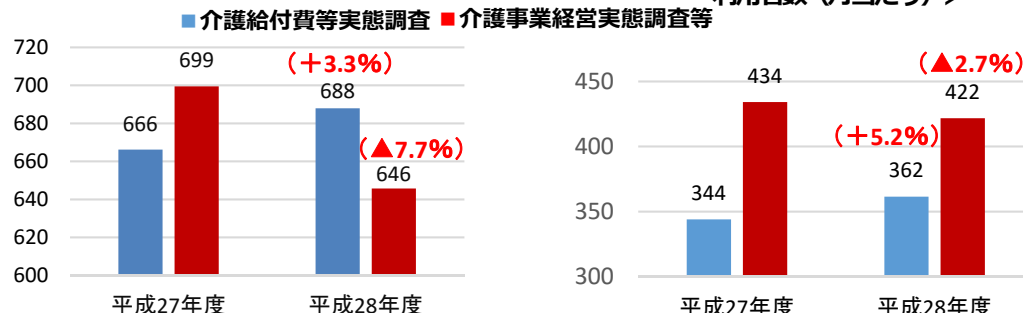
（注1）調査対象には、社会福祉法人のほか、営利法人や医療法人傘下の介護サービス事業所・施設が含まれる。

（注2）（独）福祉医療機構の調査レポート（2018年1月）によると、平成28年度社会福祉法人の主たる事業別構成では、介護保険事業は41%、保育事業が37%、障害福祉が12%となっている。

【介護給付費等実態調査との比較】

平成28年度訪問・通所介護の1事業所当たりの算定回数等は、介護給付費等実態調査（マクロ統計）では増加している一方、介護事業経営実態調査等では減少しており、逆の動きとなっている。

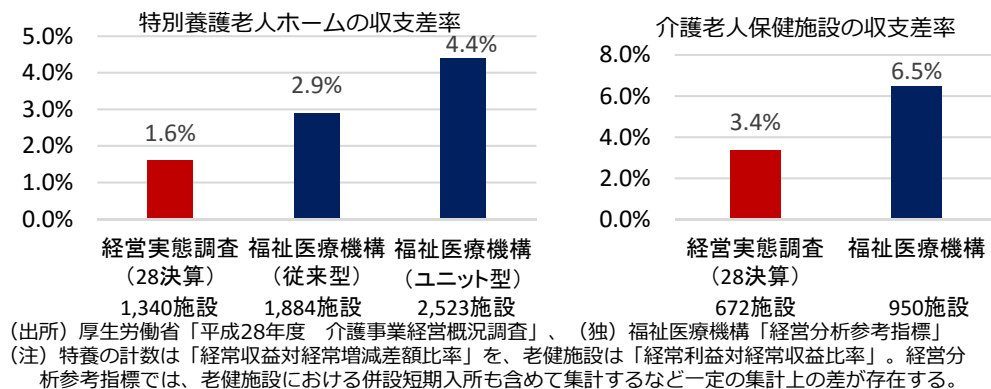
＜訪問介護 1事業所当たり訪問回数（月当たり）＞ ＜通所介護 1事業所当たり算定回数・利用者数（月当たり）＞



（注）介護事業経営実態調査は、月当たり延べ訪問回数。給付費等実態調査は、基本サービス費の算定回数。

【経営分析参考指標との比較】

（独）福祉医療機構が公表している「経営分析参考指標」と比較すると、同統計において集計された法人の収支差率の方が、介護事業経営実態調査等におけるものと比べ、概ね収支差率が良く、統計間での差が大きい。



（出所）厚生労働省「平成28年度 介護事業経営概況調査」、（独）福祉医療機構「経営分析参考指標」
（注）特養の計数は「経常収益対経常増減差額比率」を、老健施設は「経常利益対経常収益比率」。経営分析参考指標では、老健施設における併設短期入所も含めて集計するなど一定の集計上の差が存在する。

【改革の方向性】（案）

○ 次期介護報酬改定に向けては、改定をより適切なものとするべく、複数の事業所を有する多様な主体の経営状況等が適切に把握できるよう、調査手法・集計方法等を見直すとともに、例年、調査の有効回答率が低調であることを踏まえ、その向上を図ることにより、統計の精度を高めていく必要。

【論点】

- 介護報酬については、これまで地域包括ケアシステムの推進、質の高い介護サービスの実現、多様な人材の確保と生産性の向上等といった様々な観点から改定が行われているが、報酬改定の効果に関する検証については十分ではない。

【介護報酬改定の動向等】

近年では、一律の報酬改定ではなく、サービスの質に着目した加算の設定や要介護の改善度合い等のアウトカムに応じたメリハリ付けなど、介護報酬上のインセンティブを付与してきている。

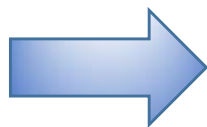
※ クリームスキミング（改善見込みのある利用者を選別して改善度を上げる）を回避するため、アウトカム評価のみならず、専門職による機能訓練の実施といったプロセス評価等を組み合わせ。

（平成30年度改定で設けられた加算の例）

- 通所介護への心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入
→ 一定期間内に当該事業所を利用した者のうち、日常生活動作の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合を新たに評価

平成27年度改定

新設加算 115
廃止加算 7



平成30年度改定

新設加算 147
廃止加算 11

（注）サービス共通の加算については、集計上、重複がある。

【今後の介護報酬改定に向けて必要な取組】

- 加算の効果に係るエビデンスの整理・公表・検証
 - － 介護事業経営実態調査等の精度向上
 - － 介護保険DBの活用やサンプル調査による検証
- 各種加算がサービスの質を反映したものになっているか。
- 各種加算が狙いとするインセンティブとして機能しているか。
- 利用者自身が、支給限度額や自己負担の増加との関係で、自分にとって必要なサービスか否かを判断できる程度に簡素な制度となっているか。



○ 介護報酬改定に反映

- より効果的な加算の在り方の再検討
- 政策目的達成又は一般化した加算の整理・統合等

【改革の方向性】（案）

- 公定価格の適正化等を通じた介護給付の効率化に向けて、これまでの介護報酬上の加算等の効果に関する客観的なエビデンスに基づき、介護サービスの質の反映や事業者の経営への効果・影響を検証するといったPDCAサイクルを確立した上で、介護報酬改定に着実に反映していく必要。

ケアマネジメントの質の向上と利用者負担について

9

【経済財政運営と改革の基本方針2018】

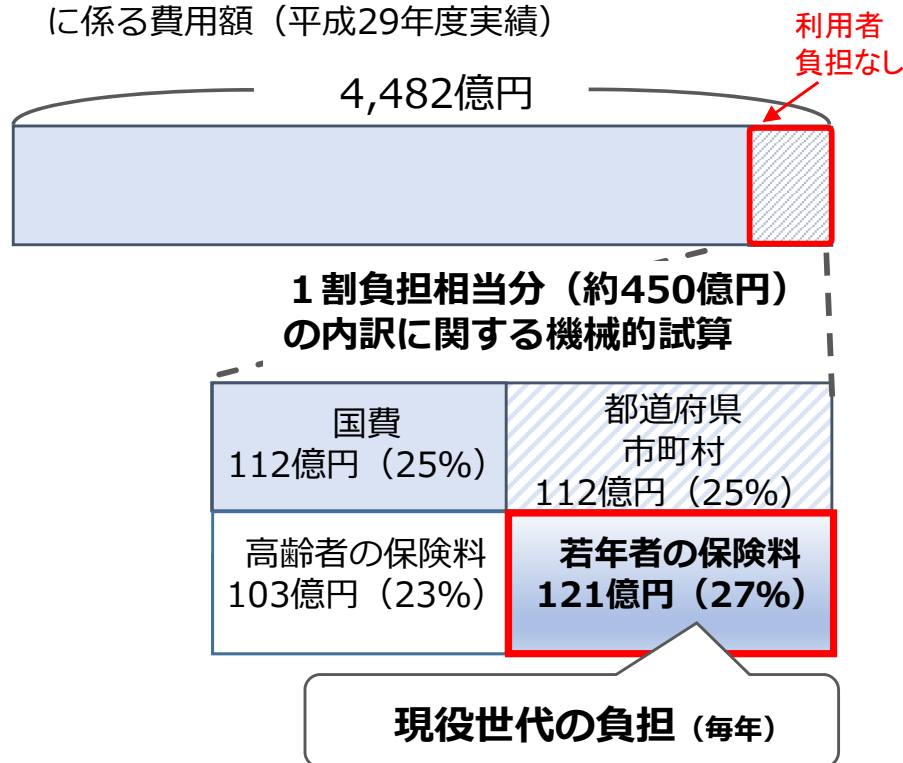
「介護のケアプラン作成、多床室室料、介護の軽度者への生活援助サービスについて、給付の在り方を検討する。」

【論点】

- 介護保険サービスの利用にあたっては、一定の利用者負担を求めているが、居宅介護支援については、ケアマネジメントの利用機会を確保する観点等から利用者負担が設定されていない。このため、利用者側からケアマネジャーの業務の質へのチェックが働きにくい構造。
- 特養などの施設サービス計画の策定等に係る費用は基本サービスの一部として利用者負担が存在しており、居宅介護支援への利用者負担はサービスの利用の大きな障害とならないと考えられる一方、利用者自身が自己負担を通じてケアプランに関心を持つ仕組みとした方が、サービスの質の向上につながるだけでなく、現役世代の保険料負担が増大する中、世代間の公平にも資すると思われる。

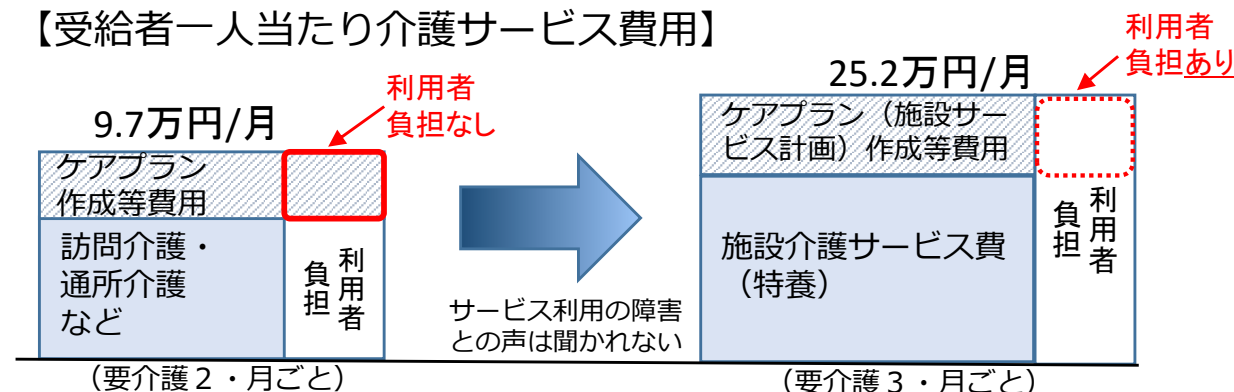
【ケアマネジメントに係る費用のイメージ】

- ケアマネジメント（居宅介護支援）に係る費用額（平成29年度実績）



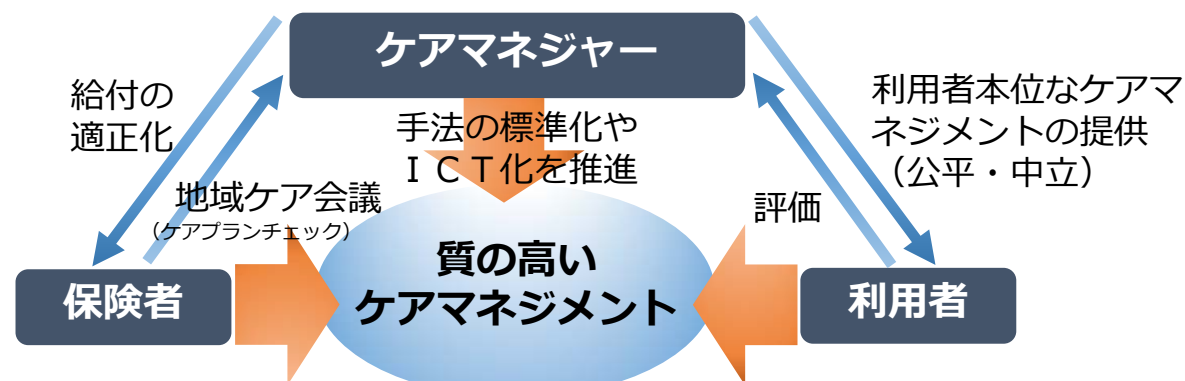
（注）自己負担は、所得の状況に応じて1～3割となることに留意。

【受給者一人当たり介護サービス費用】



（注）平成29年度介護給付費等実態調査の受給者1人当たり費用額から粗く計算できる自己負担額は1,400円程度。

【ケアマネジメントの質の向上に向けたイメージ】



※低所得者は、高額介護サービス費の支給によって自己負担額に上限あり。

【改革の方向性】（案）

- 頻回サービス利用に関する保険者によるケアプランチェックやサービスの標準化の推進と併せ、世代間の公平の観点等も踏まえ、居宅介護支援におけるケアマネジメントに利用者負担を設け、利用者・ケアマネジャー・保険者が一体となって質の高いケアマネジメントを実現する仕組みとする必要。

今後の介護制度改革で取り組むべき改革項目(4)

《 視点3. 高齢化や支え手減少の中で公平な負担としていく(給付と負担のバランス) 》

【年齢ではなく能力に応じた負担】

改革項目	骨太2018における記述	改革工程表2017改定版における記述	番号
介護保険の利用者負担について	2025年度のP B黒字化に向けては、社会保障改革を軸として、社会保障の自然増の抑制や医療・介護のサービス供給体制の適正化・効率化、生産性向上や給付と負担の適正化等に取り組むことが不可欠である。	—	⑩
現役並み所得の判定方法	年金受給者の就労が増加する中、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均衡の観点から見直しを検討する。	—	※
在宅と施設の公平性の確保(補足給付)	高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する。	—	⑫
在宅と施設の公平性の確保(多床室の室料負担)	介護のケアプラン作成、多床室室料、介護の軽度者への生活援助サービスについて、給付の在り方を検討する。	在宅と施設の公平性の確保や医療・介護を通じた効率的な提供体制の構築の観点等から、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院等の多床室の室料負担等、施設サービスの報酬等の在り方について、第8期計画期間に向けて検討し、結論	⑬

※ 医療に関する資料における「現役並み所得の判定方法(後期高齢者医療制度)」を参照。

介護保険の利用者負担について

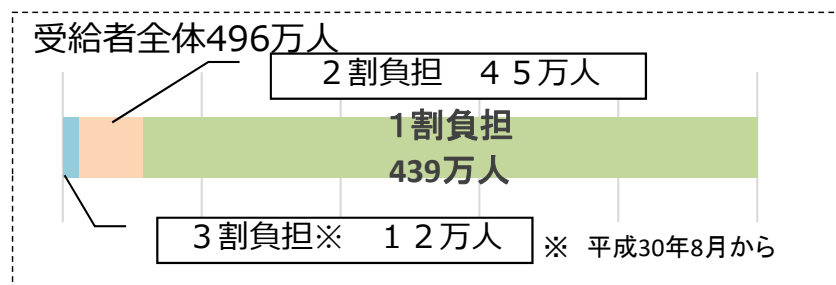
平成30年4月11日
財政制度等審議会
財政制度分科会提出資料

10

【論点】

- 介護保険の財源構造は、所得の高い者を除き基本的に1割の利用者負担を求めた上で、残りの給付費を公費と保険料で半分ずつ負担する構造であり、保険料は65歳以上の者（1号被保険者）と40～64歳の者（2号被保険者）により負担されている。
- また、65歳以上の者の要介護認定率は2割弱であり、介護サービスを実際に利用している者と保険料のみを負担している者が存在。
- 今後、介護費用は経済の伸びを超えて大幅に増加することが見込まれる中で、若年者の保険料負担の伸びの抑制や、高齢者間でのサービス利用者と保険料負担との均衡を図ることが必要。

【介護保険の費用の内訳】



利用者負担 0.8兆円 (7.5%)

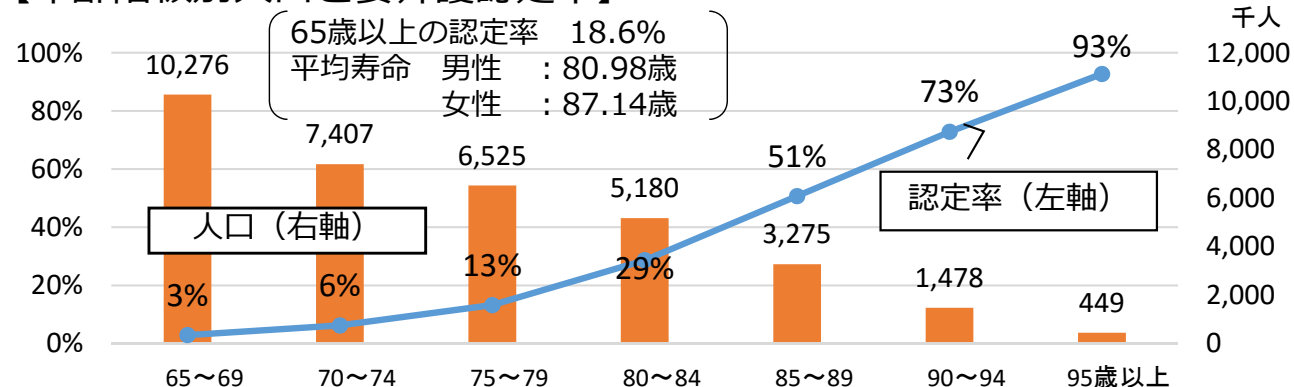
1号保険料
2.3兆円
(21.1%)

2号保険料
2.3兆円
(20.9%)

公費
5.6兆円
(50.5%)

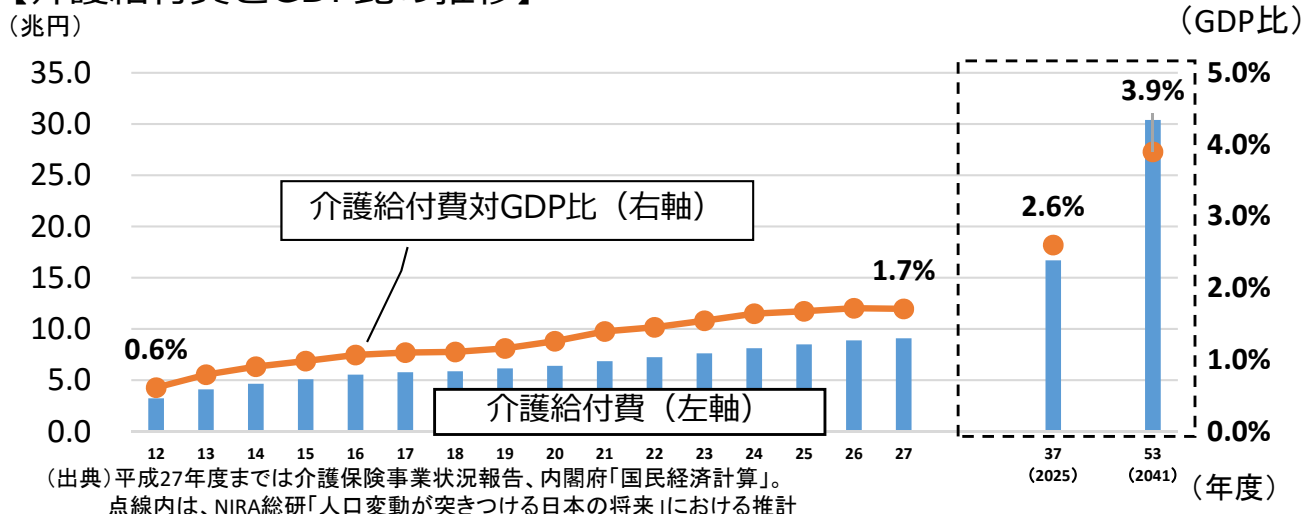
介護費用 (11.1兆円)

【年齢階級別人口と要介護認定率】



(出典) 厚生労働省「介護給付費等実態調査(平成28年11月審査分)」、総務省「人口推計」(平成28年10月)

【介護給付費とGDP比の推移】



【改革の方向性】 (案)

- 制度の持続可能性や給付と負担のバランスを確保する観点から、介護保険サービスの利用者負担を原則2割とするなど、段階的に引き上げていく必要。

在宅と施設の公平性の確保(補足給付について①)

11

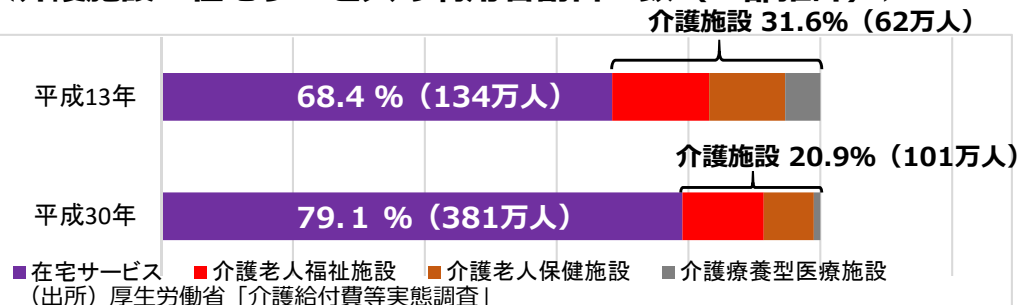
【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する。」

【論点】

- 高齢者は、現役と比べて平均的に所得水準は低い一方で、貯蓄現在高は高い。また、所得が低い高齢者の中にも相当の金融資産を保有するケースもある（医療⑮（P81）の図表を参照）。また、近年は介護施設の入所者の割合が減少し、高齢者向け住まいを含めた在宅でのサービス受給者の割合が増大。こうした中、介護施設等の利用者のうち低所得者には、その居住費・食費について介護保険制度から補足給付が支給されているが、在宅でのサービス利用者は基本的に全額自己負担となっている。
- 補足給付は福祉的性格を有するため、宅地や預貯金等の資産等を有する経済力のある高齢者の利用者負担を軽減することは本来の姿ではなく、かかる状況の下、給付の拡大に併せて第2号被保険者を含む保険料負担を高めていくのは世代間格差も拡大する。

<介護施設・在宅サービスの利用者割合・数（一部推計）>



<補足給付の対象範囲>

認定者数：119万人、給付費：3,292億円〔平成28年度〕

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

※ 補足給付の支給にあたっては①預貯金等、②配偶者の所得、③非課税年金を勘案することとなっている（①・②は平成27年8月、③は平成28年8月から適用）なお、介護施設の入所者だけでなく、短期入所生活介護、短期入所療養介護の利用者も対象。

(出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」

<社会保障審議会介護保険部会意見書（抜粋）（平成28年12月9日）>

- 補足給付の支給に関して不動産を勘案するか否かについても、検討を行ったところであるが、様々な課題があり、引き続き検討を続けていくこととされた。
- その後、厚生労働省において調査研究事業を行ったが、地域的な格差、民間金融機関の参入の困難性、認知症の方への対応等様々な実務上の課題が明らかになった。
- このような状況を踏まえ、補足給付の不動産勘案に関しては、一定額以上の宅地を保有している場合に資産として活用することについて、引き続き検討を深めることとするのが適当である。

<補足給付受給者の固定資産税の状況>

ある自治体における調査

合計(人)	補足給付受給者の固定資産税額							
	なし	有・非課税	1.2万円未満	1.2万円以上 2.3万円未満	2.3万円以上 3.5万円未満	3.5万円以上 7万円未満	7万円以上 14万円未満	14万円以上
1,457	988	62	94	85	75	71	63	19
100%	67.8%	4.3%	6.5%	5.8%	5.1%	4.9%	4.3%	1.3%

7万円以上で5.6%

※税額が7万円以下にすべて200㎡の住宅用地だとすると、**固定資産の評価額は1500万円**。

出典：「補足給付の実態と資産等を勘案した負担能力評価のあり方に関する調査研究（2012年）」

<世帯主が65歳以上の世帯の資産構成>

(出所) 総務省「平成26年全国消費実態調査」

補足給付の要件に勘案



【改革の方向性】（案）

- 在宅サービス受給者と施設サービス受給者との負担の権衡や世代間の公平性を確保するため、補足給付対象者の宅地等を含む資産の実態調査等を通じ、要件等について見直しを検討する必要。

在宅と施設の公平性の確保(補足給付について②)

12

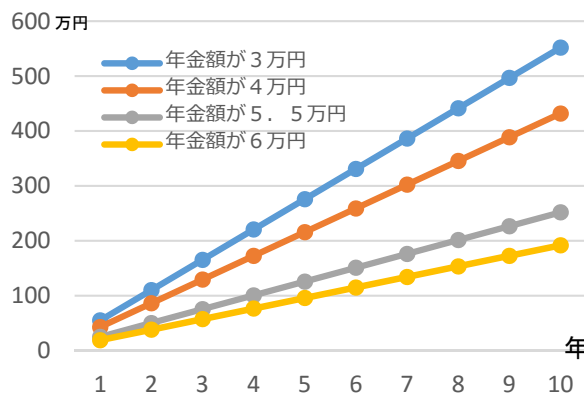
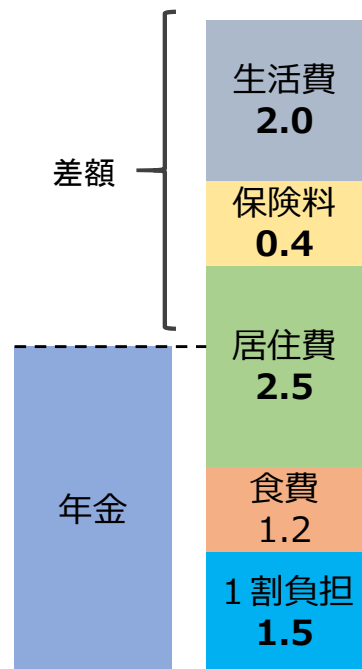
【論点】

- 介護施設等の利用者のうち低所得者には、その居住費・食費について介護保険制度から補足給付がなされる一方、在宅でのサービス利用者は基本的に全額自己負担となっている。補足給付が福祉的性格を有することに加え、経済力のある者への補足給付を維持しながら、第2号被保険者の保険料負担を高めることは、世代間格差をも拡大するため、平成27年度改正において、一定以上の預貯金や有価証券等の金融資産を有する世帯には補足給付を行わない旨の要件の見直しを行ったが、この水準は経済力の有無を判断する基準として妥当か。

＜施設での生活にかかる費用等の目安（国民年金受給者）＞

補足給付を受けている者が、年金収入を得つつ、施設（特養・ユニット型）での生活に係る費用等（下記「差額」）を負担すると仮定し、入所期間に応じて費用負担の累計額を計算。この場合、仮に年金額が低くても、預貯金が500万円程度があれば10年居住が可能（特養の平均入所期間は約4年間。約8割は5年未満で退所。）。

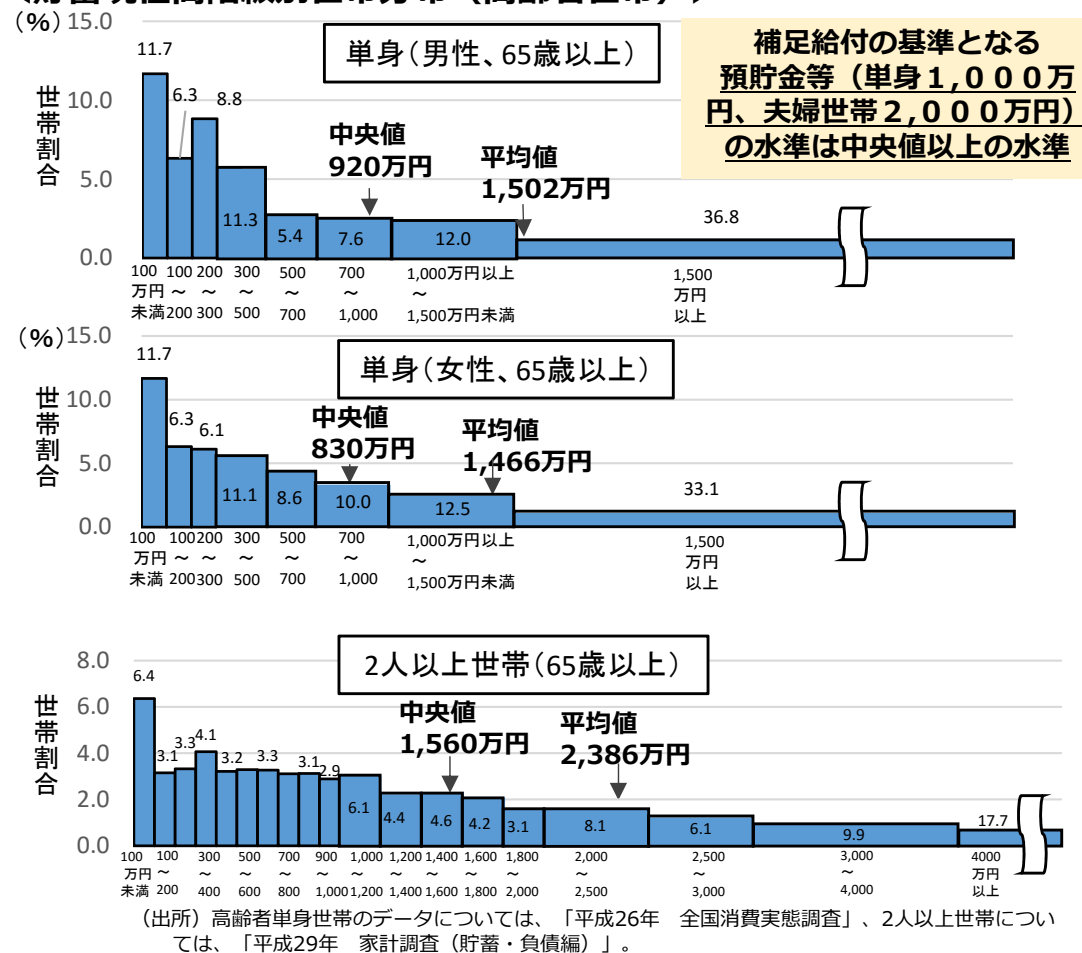
○ 特養ユニット型個室の月額利用料等 7.6万円



＜国民年金受給月額＞（平成28年度末）

	人数	割合	累積割合
合計	31,656,772		
万円以上			
～1	88,440	0.3	0.3
1～2	320,098	1.0	1.3
2～3	1,038,662	3.3	4.6
3～4	3,283,070	10.4	14.9
4～5	4,601,417	14.5	29.5
5～6	7,034,486	22.2	51.7
6～7	13,606,925	43.0	94.7
7～	1,683,674	5.3	100.0
平均年金月額	円		
	55,373	100.0	

＜貯蓄現在高階級別世帯分布（高齢者世帯）＞



（出所）高齢者单身世帯のデータについては、「平成26年全国消費実態調査」、2人以上世帯については、「平成29年家計調査（貯蓄・負債編）」。

【改革の方向性】（案）

- 在宅サービス受給者と施設サービス受給者との負担の権衡や世代間の公平性を確保するため、補足給付対象者の資産の実態調査等を通じ、現行の補足給付の基準も含めて要件等の更なる見直しを検討する必要。

在宅と施設の公平性の確保（多床室の室料負担について）

13

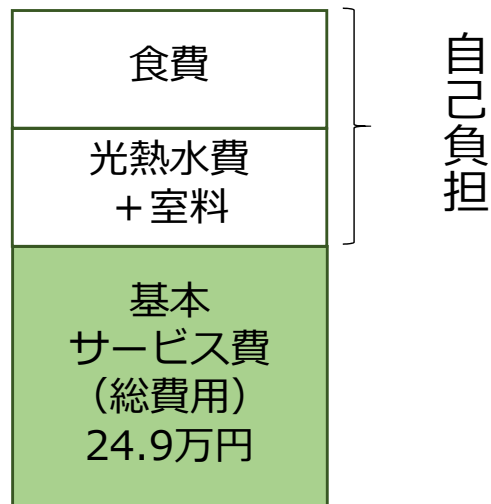
【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「介護のケアプラン作成、多床室室料、介護の軽度者への生活援助サービスについて、給付の在り方を検討する。」

【論点】

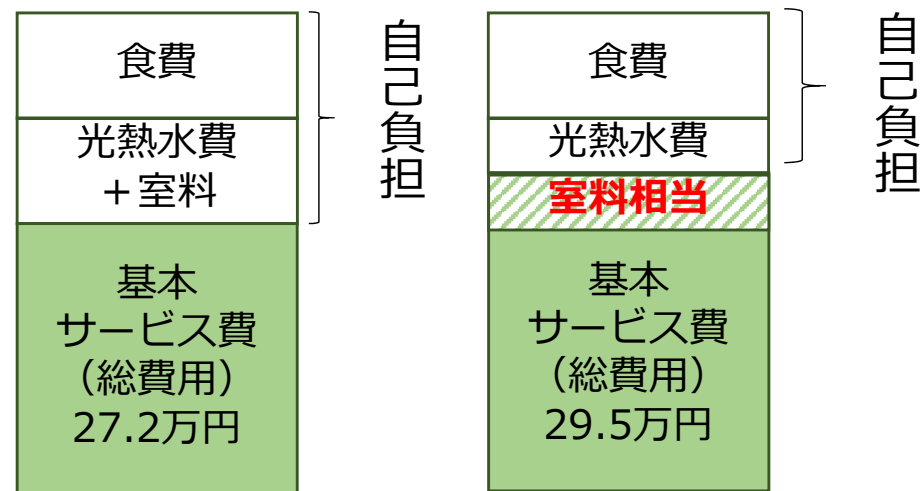
- 平成17年制度改革において、施設サービスにおける食費や個室の居住費（室料＋光熱水費）を介護保険給付の対象外とする制度見直しを実施（多床室については光熱水費のみ給付対象外とし、また低所得者には補足給付を創設）。
- 平成27年度介護報酬改定において、特養老人ホームの多床室の室料負担を基本サービス費から除く見直しを行ったが、介護老人保健施設、介護療養病床、介護医療院については、室料相当分が介護保険給付の基本サービス費に含まれたままとなっている。

特養は27改定で多床室の室料をサービス費から除外し、従来型個室と多床室の報酬水準は同額となっている。



特養老人ホーム
(個室・多床室)

老健施設、介護医療院、介護療養型医療施設の多床室については、室料相当額は基本サービス費に包含されたままであり、多床室の方が従来型個室よりも基本サービス費が高くなっている。



介護老人保健施設
(従来型個室)

介護老人保健施設
(多床室)

※ 上記のサービス費はいずれも要介護5の者が30日入所した場合の費用（利用者負担含む）。

(参考)「経済・財政再生計画 改革工程表(2017改定版)」(抜粋)

在宅と施設の公平性の確保や医療・介護を通じた効率的な提供体制の構築の観点等から、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院等の**多床室の室料負担**等、施設サービスの報酬等の在り方について、**第8期計画期間に向けて検討し、結論**

【改革の方向性】（案）

- 在宅と施設の公平性を確保する等の観点から、次期介護報酬改定において、これらの施設の多床室の室料相当額についても基本サービス費から除外する見直しを行うべき。

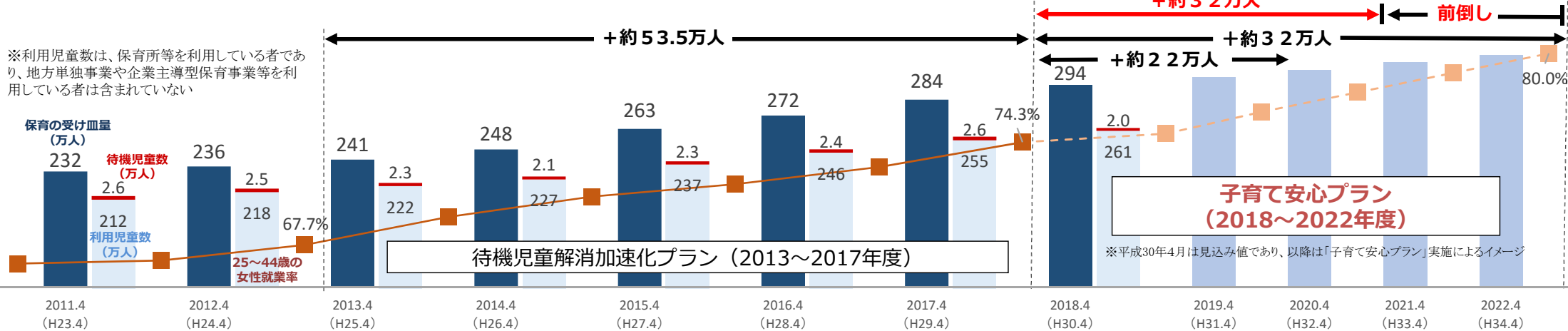
IV. 子ども・子育て

子ども・子育て支援について

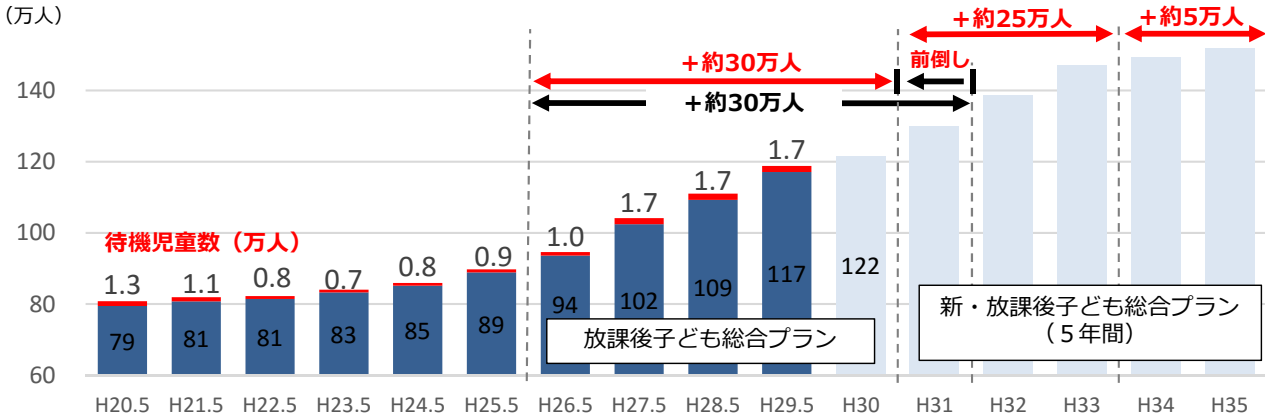
【現状】

- 保育の受け皿について、2013～2017年度末までの5年間で、待機児童解消加速化プランと合わせ、約53.5万人分拡大し、政府目標の50万人分を達成。また昨年6月に厚生労働大臣から「子育て安心プラン」を発表。さらにそれを前倒し、2018年度～2019年度末までの2年間で保育の受け皿を約22万人分拡大、女性就業率80%に対応できるよう2020年度末までの3年間で合計約32万人分の受け皿整備を進め、遅くとも2020年度末までの3年間で待機児童を解消することとされている。
- 保育の無償化について、これまで段階的に進めてきたところ、この6月に閣議決定された「骨太の方針2018」において、3歳から5歳までの全ての子供及び0歳から2歳までの住民税非課税世帯の子供について、2019年10月からの全面的な無償化措置の実施を目指すこととされている。

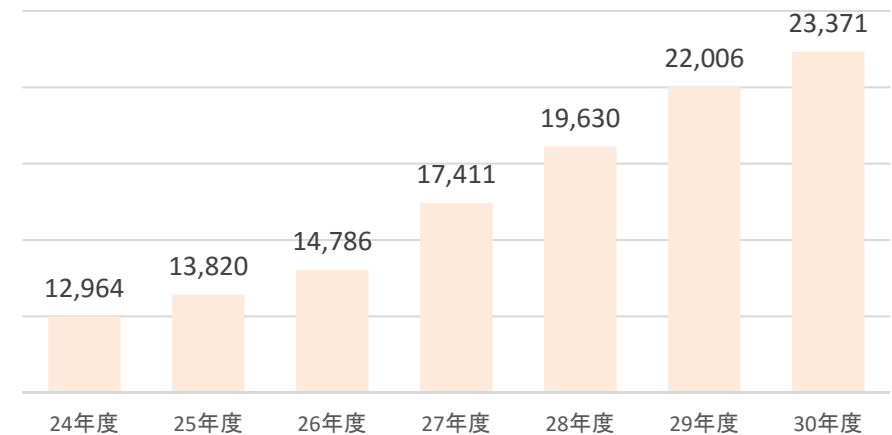
保育の受け皿量と利用児童数・待機児童数の推移



放課後児童クラブの利用児童数・待機児童数の推移



保育費用総額の推移 (公費+利用者負担)



(出所) 厚生労働省「放課後児童健全育成事業の実施状況」(毎年5月1日現在)

(注) H30以降については、「放課後子ども総合プラン」及び「新・放課後子ども総合プラン」(平成30年9月14日公表)の実施による見込み値。

※私立保育所等の運営費(公定価格)の当初予算額に基づくものであり、施設整備費等は含まない。

「子育て安心プラン」

【平成29年6月2日公表】

【待機児童を解消】

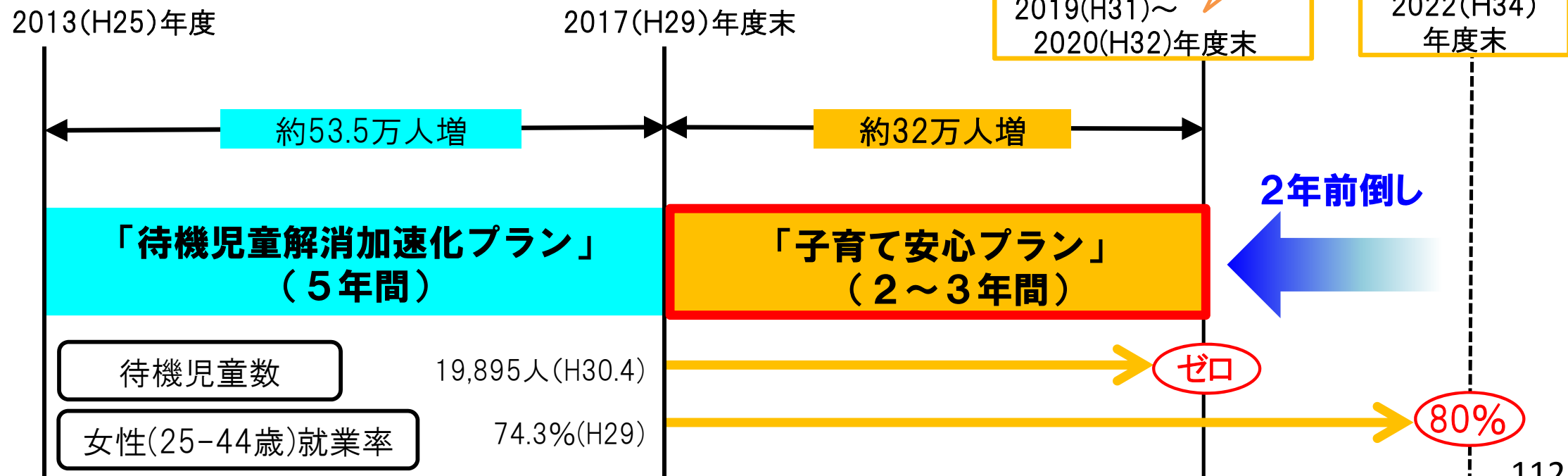
東京都をはじめ意欲的な自治体を支援するため、**待機児童解消に必要な受け皿約22万人分の予算を2018（平成30）年度から2019（平成31）年度末までの2年間で確保**。（遅くとも2020（平成32）年度末までの3年間で全国の待機児童を解消）

【待機児童ゼロを維持しつつ、5年間で「M字カーブ」を解消】

「M字カーブ」を解消するため、2020（平成32）年度末までの**3年間で女性就業率80%に対応できる約32万人分**の受け皿整備（当初5年間の計画を3年間に2年前倒し）。
（参考）スウェーデンの女性就業率：82.5%（2016）

自治体を支援し、2年間で待機児童を解消するための受け皿整備の予算の確保（遅くとも3年間で待機児童解消）

2年前倒しし、2020年度末までの**3年間で約32万人分**の受け皿を整備



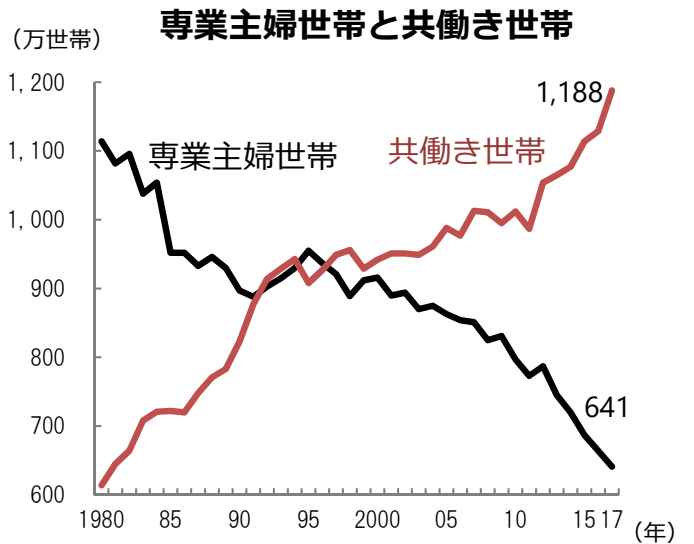
児童手当の見直しについて（所得判定基準、特例給付）

【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「子ども・子育てについて、全世代型社会保障の実現に向けて充実・強化を図る中においても、効果的・効率的な支援としていくことが重要であり、優先順位付けも含めた見直しを行う。」

【論点】

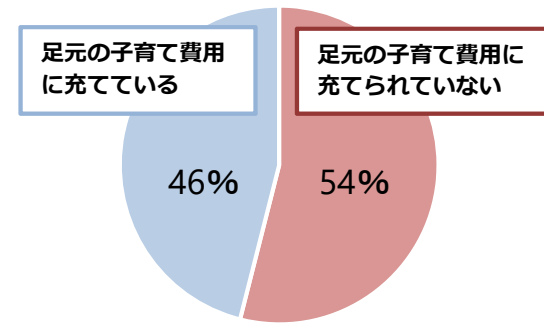
- 児童手当が支給されるか否かの判定基準である所得の範囲（夫婦2人の場合で年収960万円未満）については、世帯全体の所得ではなく、世帯の中で所得が最も多い者（主たる生計者）の所得のみで判定することとされているが、平成9年以降、共働き世帯数が専業主婦世帯数を上回り、足元ではほぼ倍になるなど、制度創設時から大きな変化が生じている。（参考：保育料は世帯合算の所得で判断）
- また、児童手当の所得制限を超える者に対しては、「当分の間」の措置として、月額5千円の「特例給付」が支給されているが、必ずしも足元の子育て費用に充てられていない状況にある。（平成30年度予算 国費520億円、公費780億円、そのほか公務員分で33億円）



児童手当及び特例給付の概要

概要	対象児童数 (30年度予算)
○0～3歳未満 一律15,000円 ○3歳～小学校修了まで 第1子、第2子:10,000円（第3子以降:15,000円） ○中学生 一律10,000円	1,515万人
○所得制限以上 一律5,000円 (当分の間の特例給付)	136万人

特例給付の用途別使用金額の構成比



(出所) 厚生労働省「平成24年児童手当の用途等に係る調査」

児童手当の支給例（子2人（小学生1人、3歳未満1人）の例）

収入の例		児童手当支給額（月額）	
世帯収入1,200万円	夫 収入1,000万円 妻 収入 200万円	特例給付10,000円	小学生 5,000円 3歳未満 5,000円
世帯収入1,200万円	夫 収入 800万円 妻 収入 400万円	児童手当25,000円	小学生 10,000円 3歳未満15,000円

(注)「足元の子育て費用に充てている」とは、子どもの生活費、子どもの教育費、子どものおこづかい等に充てている金額を合計したもの。
「足元の子育て費用に充てられていない」とは、日常生活費や貯蓄・保険料等に充てている金額を合計したもの。

【改革の方向性】（案）

- 児童手当の所得制限について、足元の状況変化等を踏まえ、「主たる生計者」のみの所得で判断するのではなく、保育料と同様、世帯合算で判断する仕組みに変更すべきではないか。
- 児童手当の所得制限を超える者に対しては「当分の間」の措置として特例給付が支給されているが、効果的・効率的な支援とするため、廃止を含めた見直しを行うべきではないか。

公定価格の適正化について（単価水準等）

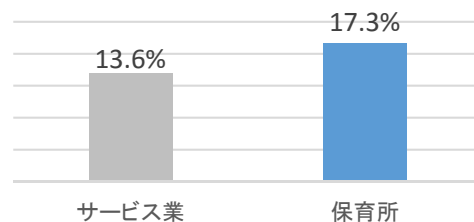
【論点】

- 子ども・子育て支援制度における施設型給付等は、公定価格から利用者負担額を控除した額（施設型給付等＝公定価格－利用者負担額）とされており、このうち、公定価格については、地域区分別、利用定員別に応じて積み上げて算定された「基本額」に、事業の実施体制等に応じた「各種加算等」を加えた金額（公定価格＝基本額＋各種加算等）で構成されている。
- 平成30年度予算執行調査（財務省）において、国からの施設型給付等の一部が、積立金も含め、自施設の運営以外の目的に流用して使われていること（図1・2・3）、公定価格の基本額において、職員配置のための費用が含まれているにもかかわらず、実際にはその職員が配置されていないケースがあること（図4）、施設類型別や利用定員別の収支差率に開きがあること（図5・6）等が確認された。

平成30年度予算執行調査 （財務省）の概要

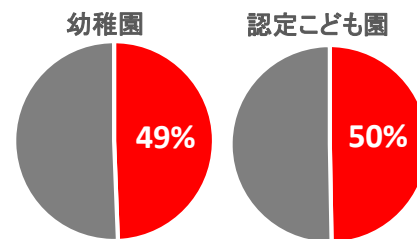
- ・調査年度：平成29年度
- ・調査対象：私立保育所等
（8,382先）
- ・調査方法：書面調査
（調査票を配布）

【図1】積立金の保有状況（対収入比）



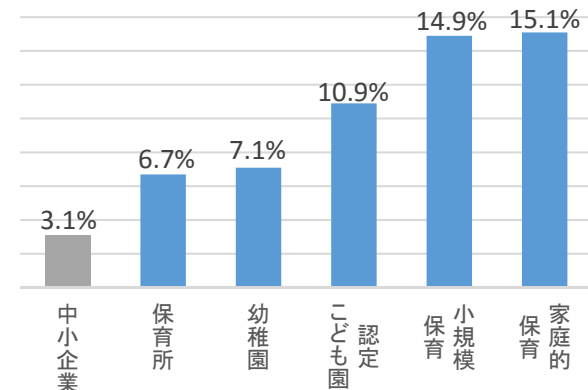
（出所）サービス業：「財務省 法人企業統計調査」
 ※保育所は、積立金（施設・設備積立資産を除く）÷収入で算出。
 ※サービス業は、積立金÷売上高で算出し、25～29年度の5年間のうち最大・最小値を除いた3年間の単純平均値。

【図4】職員配置の実態
（基本額「非常勤講師」の例）



実際に職員を配置して対応していない割合
 （「他の職員が兼任」や「配置していない」の集計）

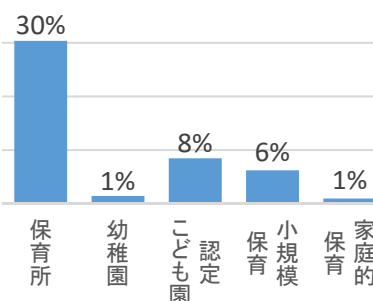
【図5】施設類型別の収支差率



※保育所等の収支差率は、
 （収入－支出）÷収入で算出し、
 いわゆる保育所等運営費以外の
 収支も含まれる。

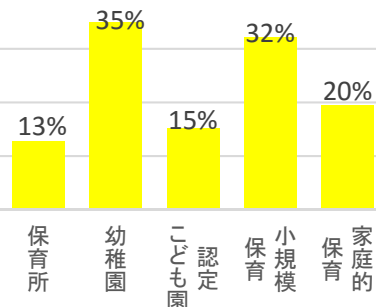
※中小企業の収支差率は、
 経常利益÷売上高で算出し、
 平成24～28年度の5年間の
 うち最大・最小値を除いた
 3年間の単純平均値。

【図2】自施設の運営以外へ
支出している施設の割合

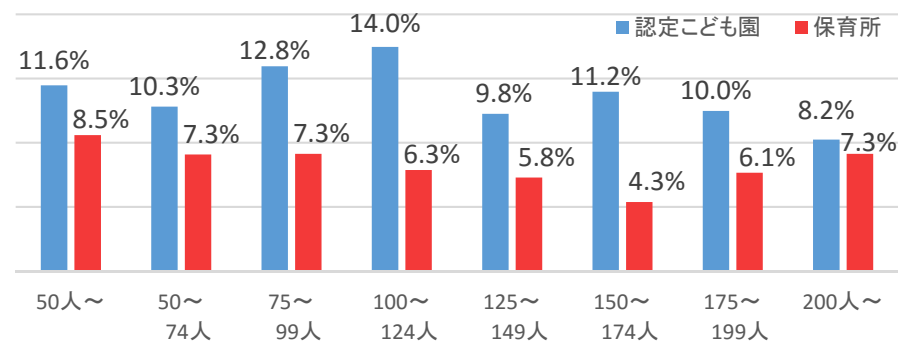


※保育所以外の類型は、自施設以外（他施設）へ支出している施設を対象に集計

【図3】自施設の運営以外への
支出額の対収入比



【図6】認定こども園と保育所における収支差率の定員別比較



【改革の方向性】（案）

- 施設型給付等の一部が実際の運営以外に回っている実態を踏まえれば、公定価格の水準の見直しは不可欠ではないか。具体的には、実態が伴っていない基本額の見直し（加算化・減算化）、各施設類型における単価設定の水準の見直しを行う必要があるのではないかな。
- さらに、公定価格の算定に不適切なケースがあることや収支差率に違いがあること等を踏まえ、各々対象となる費目を積み上げる「積み上げ方式」から、実態調査等に基づき、人件費・事業費・管理費等を包括的に評価する「包括方式」への移行も検討すべきではないか。

公定価格の適正化について（食材料費）

【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「子ども・子育てについて、全世代型社会保障の実現に向けて充実・強化を図る中においても、効果的・効率的な支援としていくことが重要であり、優先順位付けも含めた見直しを行う。」

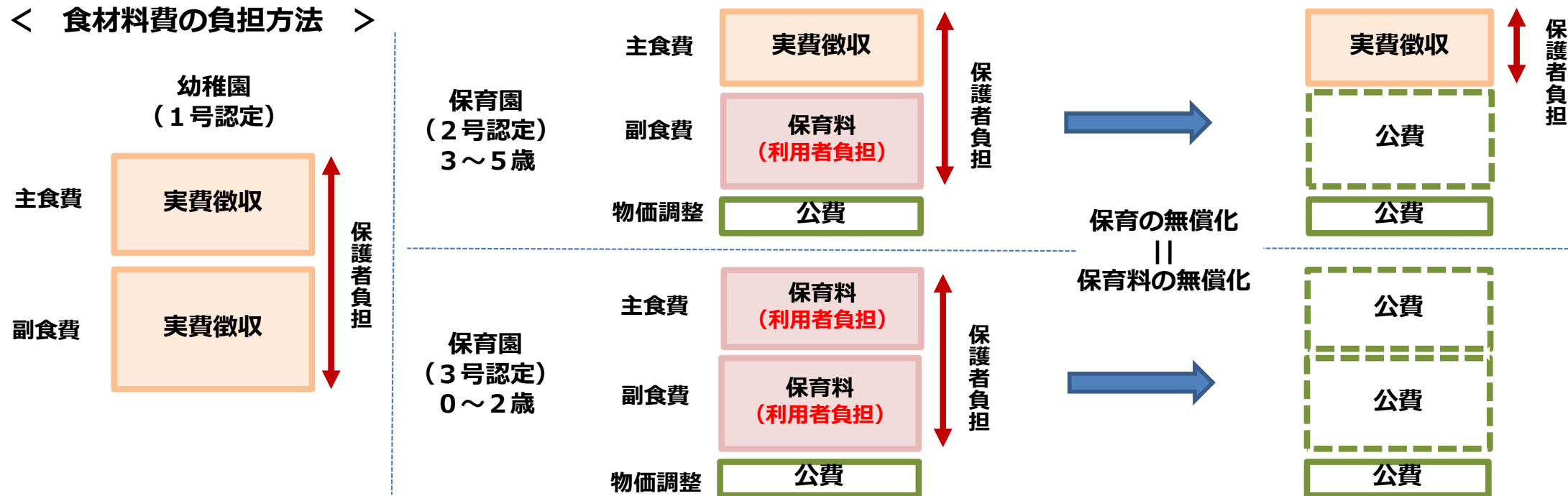
【論点】

- 給食費のうち食材料費は、生活保護世帯等を除き、保護者の自己負担が原則である中、新制度の認可施設・事業所では、1号～3号認定の支給認定区分により負担方法が異なっている。
- 幼稚園（1号認定）は実費徴収としている一方で、保育園のうち、2号認定については副食費を、3号認定については主食費と副食費を保育料として保護者から徴収しているため、幼児教育・保育の無償化を実施するにあたり、保育料のうち食材料費相当分まで無償化した場合、幼稚園など他制度との間で不公平を生ずる。（参考）障害児施設でも食費は実費徴収

「幼稚園、保育所、認定こども園以外の無償化措置の対象範囲等に関する検討会報告書」（平成30年5月）（抜粋）

保護者から実費として徴収している通園送迎費、食材料費、行事費などの経費については、無償化の対象から除くことを原則とすべきである。なお、そもそも認可施設における食材料費の取扱いが保育の必要性の認定種別間で異なっている現状があり、上記原則を踏まえた対応について早急に検討すべきである。

< 食材料費の負担方法 >



【改革の方向性】（案）

- 幼児教育・保育の無償化にあたり、幼稚園等との均衡の観点から、保育料のうち食材料費相当分については、引き続き利用者負担とすべき（無償化の対象から除くべき）。（注）ただし、現在でも保育料が減免されている低所得世帯等については、引き続き、配慮が必要。