

医療・介護制度改革に関する経団連の考え方

—当面の具体的改革項目に対する意見—

2016年10月18日

一般社団法人 日本経済団体連合会

1. はじめに

わが国経済の現下の最重要課題は、デフレ脱却と経済再生を確実に実現し、他国に類を見ないスピードで進む高齢化に対応した経済社会構造を作り上げることである。

社会保障制度をめぐっては、高齢者を中心とする社会保障給付費の増加を賄うため現役世代や企業などが負担する社会保険料が年々増している。その結果、3年連続となる賃金引き上げの効果も社会保険料負担の増加で大きく減殺されている。また、現状を放置したままでは高齢化に伴う給付の増加に歯止めがからず、結果として社会保険料負担が増加し続ける。

このような制度に対し国民が持続可能性を懸念するのは当然である。このことが現役世代の消費を抑制し、企業の活力を削ぐことでわが国の経済成長を下押ししている。活力ある経済・社会を次世代に引き継いでいく上でも、早急かつ大胆な制度改革を行い、社会保障制度の持続可能性を確保するとともに、今後の給付や税制を含めた負担のあり方を明らかにしていくことが求められる。その際、少子化・人口減少に歯止めをかける観点から、限りある社会保障財源を有効活用し、税財源の一部を可能な限り高齢者から子育て世代へとシフトさせていく必要がある。

公的年金制度については2004年改正の枠組みの下で給付と負担のバランスを調整する仕組みが導入されている。しかし、医療・介護制度については、給付費の増加の抑制に資する適正化・効率化が十分進んでいない。多くの企業が展開している健康経営は、従業員の健康増進や生活習慣病予防などを通じ、社会保障給付費の抑制効果を目指すものである。他方、高齢者に対する支援金な

どの保険者や企業努力の及ばないところで負担が増えている現実、このような取り組みへのインセンティブを損ないかねない。

したがって、医療・介護制度改革では、政府の「経済・財政再生計画」に基づく「経済・財政再生アクション・プログラム」の「改革工程表」で示された給付の適正化・効率化にかかる項目を中心に着実に実行する必要がある。

経団連では、2015年5月に「財政健全化計画の策定に向けた提言」を公表し、その中で、社会保障制度全般に対する考え方を示したところである。現在、社会保障審議会をはじめとした政府の関係会合において行われている「改革工程表」を踏まえた医療・介護制度改革の検討が進められていることから、改めて経団連の考え方を示すこととしたい。

2. 制度改革に向けた基本的な視点

今次制度改革にあたっては、次の3つの視点を踏まえた検討がなされるべきである。

第一に、高齢化の進展や医療の高度化などにより、今後とも医療、介護ともに給付費の増加が見込まれる中、医療・介護制度の持続可能性を確保し、将来にわたり国民が必要なサービスを受け続けられるよう、徹底した給付の適正化・効率化及び利用者負担の適正化を確実に措置すること。

第二に、社会保障給付を賄うために現役世代の社会保険料負担が着実に増加する中、「給付は高齢者、負担は現役世代」という世代間の不公平感を回避し、現役世代の納得性を得る観点から、低所得者などに十分配慮し、高齢者の負担水準を可能な限り現役世代に近づけていくこと。

第三に、医療・介護制度における機能分化や連携の促進を通じた資源の有効活用や「見える化」などを通じた地域間のバラツキの解消を図ることで、全体的に効率的で公平なサービスの提供体制を構築していくこと。

なお、制度改革にあたっては、全ての世代の理解を深めるよう、情報発信や世論喚起に努めることも必要である。

3. 具体的な制度改革項目に関する考え方

「改革工程表」に示された改革項目のうち本年末までに結論を得るべき施策を中心に以下のとおり考え方を示す。

(1) 給付や負担の適正化・効率化

① 医療保険における患者負担の適正化

現行、療養病床の一部入院（医療区分Ⅰ）を対象としている入院時の居住費（光熱水費）負担について、難病等の患者や低所得者には十分配慮を行いつつ、原則他の病床（難病等を除く療養病床の医療区分Ⅱ・Ⅲ、一般病床等）の入院患者についても適用すべきである。

また、外来受診について、頻回受診の防止や保険財政の健全化を促す観点から、現行の定率負担に加え、一定額を患者が追加的に負担する制度を導入すべきである。少なくとも、複数の慢性疾患を有する患者の対応や医療機関の機能分化を推進する観点から、「かかりつけ医」機能を明確にした上で、「かかりつけ医」以外を受診した際に定額負担を求めることが考えられる。

② 薬剤費の適正化

薬剤費の適正化の観点から、後発品の使用促進に関する政府目標¹の確実な達成に向け、国民、保険者、医療関係者など、国を挙げての取り組みを引き続き進めていくことが求められる。

また、給付の重点化や公平性の確保を図る観点から、湿布やうがい薬等、長らく市販品として定着している市販類似薬について、保険償還率の引き下げや保険給付の適用外とすべきである。加えて、国民のセルフメディケーションの意識を高めるため、さらなる医療用医薬品のスイッチOTC化などにも取り組むべきである。

さらには、近年、単価が非常に高く、市場規模の極めて大きな薬剤の保険収

¹ 2015年6月の閣議決定において、2017年央に70%以上とするとともに、2018年度から2020年度末までの間のなるべく早い時期に80%以上とする数量シェア目標が定められている。

載が増加している。こうした薬剤の中には、効能・効果の追加などにより当初の想定を超えて大幅に市場が拡大するものもあり、保険財政への影響が懸念されている。こうした高額薬剤について、収載当初の前提が変化していることを踏まえ、薬価の早急な見直しを行い保険財政の安定性を確保することが求められる。

なお、薬剤費の適正化とあわせて、引き続き、革新的新薬に対する適正な評価をはじめ、わが国の製薬産業のイノベーション創出を推進する政策について十分考慮していくことが求められる。

③介護保険における給付の重点化、効率化

高齢化に伴い、特に介護保険の給付（総費用）は、2025年にかけて倍増する²高い伸びが見込まれている。このような中、制度の持続可能性確保の観点から、軽度者に対する給付のあり方を見直すことで、重度者への給付に重点化していくことは不可避である。

具体的には、要支援者に対する介護予防給付（通所リハビリテーション等）並びに軽度要介護者に対する生活援助サービス（調理、洗濯、掃除等の日常生活の援助）について、早急に地域支援事業への移行を促す、あるいは給付率の引き下げを行い、要介護度3以上の利用者を対象に給付の重点化を図っていくべきである。

福祉用具貸与・住宅改修について、給付の重点化の観点から軽度者には全額自己負担化も含め保険給付率を引き下げる方向で見直していくことが求められる。併せて、福祉用具については、現行の貸与（販売）価格差の是正を早急に図るべきである。価格差の是正の方法としては、例えば、用具の機能に応じた標準的な償還価格の設定を行うことが考えられる。

² 介護給付費：2016年予算ベース約10兆円→2025年約20兆円（2012年3月厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」）。介護給付が必要となる可能性が高い、75歳以上人口は2015年：1,646万人→2025年：2,179万人（国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」）

なお、重度者への給付そのものについても、要介護度の維持・改善状況、各施設・サービス類型において実際に果たしている機能などの視点を踏まえ、給付の適正化・効率化などを図っていくことが不可欠である。

また、現在、全額保険給付となっているケアプランの作成について、利用者自身のケアプランに対する関心を高めてケアマネジメントの質の向上を図るとともに、給付費の増加を抑制する観点から、利用者負担を導入すべきである。

(2) 患者・利用者負担等のあり方

① 医療保険制度における窓口負担等の見直し

高額療養費制度における 70 歳以上のみを対象とした外来時の特例的な月額負担上限額について、世代間の公平性確保の観点や頻回の受診を生じさせる可能性があることに鑑み、これを速やかに廃止すべきである。加えて、高額療養費全体について、70 歳未満の負担上限額に合わせ、年齢に関わらず所得水準等の負担能力に応じた上限額へと速やかに見直すべきである。

また、現役世代との負担水準の公平性の観点から、現役並み所得以外については 1 割負担となっている 75 歳以上の後期高齢者の窓口負担について、負担上限額があることも踏まえ、将来的には、低所得者に配慮しつつ原則 2 割負担を導入する方向で見直すべきである。

高額療養費や窓口負担の検討にあたっては、現役世代の負担水準との公平性などに鑑み、「現役並み所得」のあり方についても見直す方向で検討を行うべきである。

なお、後期高齢者の保険料軽減特例については、2015 年 1 月の社会保障制度改革推進本部の決定に基づき、2017 年度から本則に戻すべきである。

② 介護保険制度における利用者負担の見直し

介護保険の利用者負担について、保険財政の持続可能性確保の観点から低所得者には十分配慮した上で、負担上限があることも踏まえ、原則 2 割負担とすべきである。

さらに、高額介護サービス費の負担上限額について、医療保険の高額療養費

との整合性を図る観点から、課税世帯の負担限度額を現状の 37,200 円から医療保険と同様の 44,400 円まで早急に引き上げるべきである。その上で、上記、高額療養費の見直しと整合的な形で、高額介護サービス費についても低所得者に十分配慮しつつ月額負担上限を見直すべきである。

③負担のあり方の検討に際し考慮すべき事項

なお、上述の通り、上記（１）（２）いずれの改革項目においても、負担余力の少ない者などに対する十分な配慮が求められる。

他方で、所得に応じた保険料や自己負担を判断する際に、金融資産などについても勘案ができる仕組みの構築が急務である。マイナンバーの活用、税制や年金制度との情報連携などに関し、今次改正において検討の上、その方向性を示し、環境整備を進めるべきである。

（３）医療・介護の提供体制に関わる改革事項

①介護療養病床等の確実な廃止と効率的なサービス提供体制への転換

介護療養病床の廃止については、転換が進んでいない状況などを踏まえ、当初の 2011 年度から 2017 年度末へと期限が延長されている。医療・介護提供体制の機能分化を促進し、利用者の状態に応じた適切なサービスを提供していく観点から、2017 年度末までには介護療養病床及び看護配置 25 対 1 の医療療養病床の確実な廃止が求められる。廃止に伴う新たな転換施設については、給付の適正化・効率化を前提として要件を設定すべきである。

②ICTの活用等を通じた「見える化」の進展、生産性の向上

医療・介護の効率的な提供体制の構築や、不合理な地域差などの解消に向けて、各地域における医療・介護制度の実態について、エビデンスに基づくより精緻な検討・分析が重要である。その観点から、ICTのさらなる活用など「見える化」に資する施策を強力に推し進めていくことが不可欠である。特に、医療と介護の連携が今後、ますます重要となる状況にあつて、医療情報と介護情報を連結させる方策について、具体的に検討を進めていくことが必要である。

また、医療機関、介護事業者の生産性向上や業務効率化を前提とした ICT

化を進めるとともに、特に、介護分野においては、行政が求める文書等の簡素化・統一化を図るべきである。

4. 介護納付金の総報酬割導入に関する考え方

介護納付金の総報酬割の導入については、以下の3点から反対である。

- ・総報酬割の導入は協会けんぽに対する国庫補助の削減を目的に、その削減分の負担を被用者保険に付け替える財源捻出策に過ぎない。
- ・第2号被保険者は自らが給付を受ける可能性が低い中で、社会的扶養として負担を公平に分ち合う趣旨から加入者割とされた。にもかかわらず、今回、所得捕捉率に課題のある国民健康保険を除いて被用者保険のみに総報酬割を導入することは、制度創設時の理念に著しく反するものである。
- ・健保組合全体で、すでに高齢者への医療拠出金の保険料収入に対する割合が4割を超えている、2017年度には後期高齢者支援金の全面総報酬割の実施を控え、さらに、介護納付金にも総報酬割が導入されることとなれば、健保組合に加入する組合員や、企業にとり極めて重い負担となる。

まずは上述した「3.」の給付や負担の適正化・効率化に最優先で取り組むべきである。

5. その他

「ニッポン一億総活躍プラン」では介護人材の処遇改善について、2017年度からキャリアアップの仕組みを構築し、月額平均1万円相当の改善を行うこととされている。この際、「介護保険制度の下で対応することを基本に、予算編成過程で検討する」ことが明記されているが、次期介護報酬改定を待たずして実施される、2017年度分については税財源により対応すべきである。

また、消費税10%への引き上げが延期された状況にあつては、社会保障・税の一体改革による社会保障の充実策について、恒久的な税財源の手当てがないまま推進すべきではない。

6. おわりに

前述したとおり、今回の提言は、改革工程表の中で「年内に結論」とされたものを中心に経団連の考え方を示したものである。いずれの項目についても、今次制度改革において、制度の持続可能性の確保を踏まえた適切な結論が得られるよう期待したい。

また、本提言に触れた項目以外にも対応すべき事項は山積している。例えば、改革工程表において、より長期の観点から規定されている「人生の最終段階における医療のあり方の検討」や「都道府県の行う病床再編や地域差是正を支援するための取組」、「生活習慣病を中心とした疾病の予防、重症化予防、介護予防等の取組の推進」、「地域包括ケアを支える生活関連サービスの供給促進」などについて継続的に取り組みを行っていくことが求められる。

経団連は、社会保障制度の持続可能性確保に向け、国民的な議論も踏まえた制度改革の着実な進展が図られるよう、今後とも取り組みを進めていく。

以 上

医療・介護制度改革に関する 経団連の考え方

－当面の具体的改革項目に対する意見－

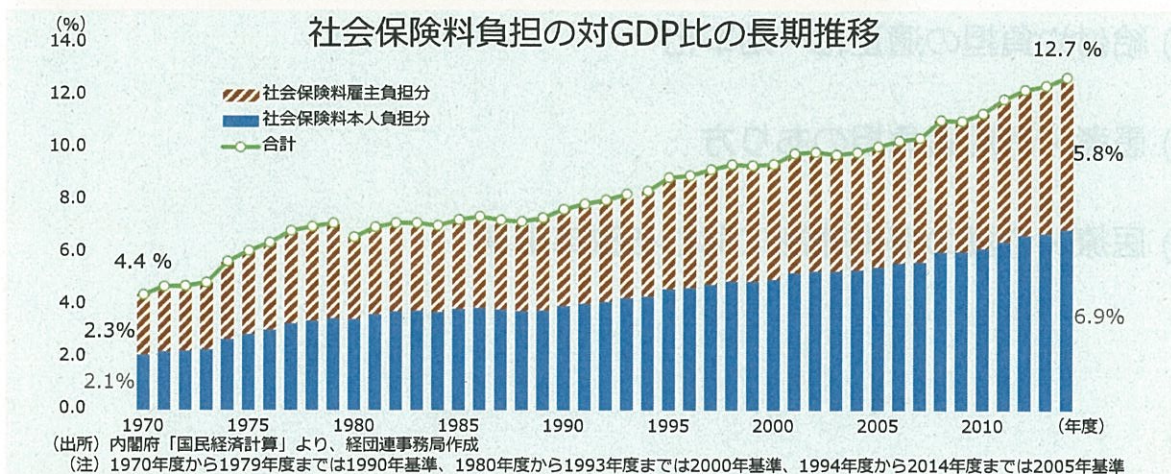
【概要】

2016年10月18日

一般社団法人 日本経済団体連合会

1. はじめに

- ▶ 高齢化を背景に増加する社会保障給付費を賄うため、**現役世代や企業などが負担する社会保険料は年々増加**



- ▶ デフレ脱却と経済再生を確実に実現し、活力ある経済・社会を次世代に引き継いでいく上でも、**早急かつ大胆な社会保障制度改革**を行い、**制度の持続可能性を確保しなければならない**
- ▶ **医療・介護制度**については、政府の「経済・財政再生アクション・プログラム」の「改革工程表」を中心に、**より踏み込んだ改革を確実に実行していくことが不可欠**

2. 制度改革に向けた基本的な視点

(1) 徹底した給付の適正化・効率化及び利用者負担の適正化を 確実に措置すること

主な施策例：外来受診の定額負担の導入、効能・効果の追加等により市場規模が大幅に拡大した高額薬剤の薬価適正化、軽度者への介護給付の給付率引き下げ

(2) 世代間の不公平感を回避すべく、低所得者等には十分配慮し、 高齢者の負担水準を可能な限り現役世代に近づけていくこと

主な施策例：高額療養費制度における70歳以上の外来特例の廃止、後期高齢者の窓口負担と介護保険の利用者負担の引き上げ（1割→2割）

(3) 機能分化・連携の促進や「見える化」などを通じた地域差是正を通じ、 全体として効率的で公平なサービスの提供体制を構築していくこと

主な施策例：介護療養病床の確実な廃止、より精緻な検討・分析を可能とする医療と介護のデータ連結の方策の検討

2

3. 具体的な制度改革項目に関する考え方

(1) 給付や負担の適正化・効率化

(2) 患者・利用者負担のあり方

(3) 医療・介護の提供体制に関わる改革事項

3

(1) 給付や負担の適正化・効率化

医療保険における患者負担の適正化

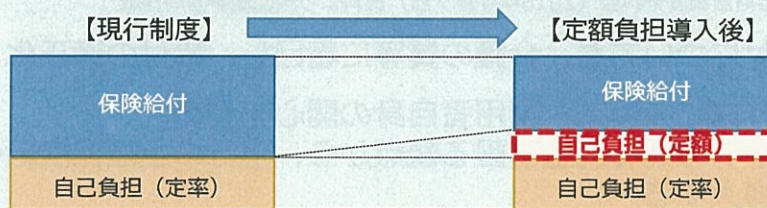
- 入院時の居住費（光熱水費）について、難病患者や低所得者に配慮しつつ、原則他の病床の入院患者にも居住費の負担を求める

1日当たりの食費・居住費

65歳以上医療区分Ⅰ（一般所得）の療養病床	その他の病床	老健・療養病床（多床室）の補足給付の基準費用額	特養（多床室）の補足給付の基準費用額								
<table border="1"> <tr> <td>食費 (調理費・食材費) 1,380円</td> </tr> <tr> <td>居住費(光熱水費) 320円</td> </tr> </table>	食費 (調理費・食材費) 1,380円	居住費(光熱水費) 320円	<table border="1"> <tr> <td>食費 (調理費・食材費) 1,380円</td> </tr> <tr> <td>居住費 0円</td> </tr> </table>	食費 (調理費・食材費) 1,380円	居住費 0円	<table border="1"> <tr> <td>食費 (調理費・食材費) 1,380円</td> </tr> <tr> <td>居住費(光熱水費) 370円</td> </tr> </table>	食費 (調理費・食材費) 1,380円	居住費(光熱水費) 370円	<table border="1"> <tr> <td>食費 (調理費・食材費) 1,380円</td> </tr> <tr> <td>居住費 (光熱水費・室料) 840円</td> </tr> </table>	食費 (調理費・食材費) 1,380円	居住費 (光熱水費・室料) 840円
食費 (調理費・食材費) 1,380円											
居住費(光熱水費) 320円											
食費 (調理費・食材費) 1,380円											
居住費 0円											
食費 (調理費・食材費) 1,380円											
居住費(光熱水費) 370円											
食費 (調理費・食材費) 1,380円											
居住費 (光熱水費・室料) 840円											

- 外来受診について、頻回受診の防止や保険財政の健全化を促す観点から、少なくとも「かかりつけ医」以外の受診に対し、「かかりつけ医」機能を明確にした上で、定額負担を求める

定額負担導入による負担の変化のイメージ



(1) 給付や負担の適正化・効率化

薬剤費の適正化

- 後発品使用促進の政府目標達成に向け、国を挙げての取り組みを引き続き進める
- 市販品類似薬について、給付の重点化と公平性の確保を図る観点から、長らく市販品として定着している製品（湿布、うがい薬等）については、保険償還率の引き下げや保険給付の適用外とする
- セルフメディケーションの普及に向けて、医療用医薬品のスイッチOTC化を推進する

市販品と医療用医薬品の比較

区分	市販品類似薬		医療用医薬品		
	名称	価格	名称	薬価	自己負担(3割)
① 湿布	A	950円	AA	70円	20円
② 漢方薬	B	1,296円	BB	280円	80円
③ 目薬	C	1,317円	CC	1,440円	430円

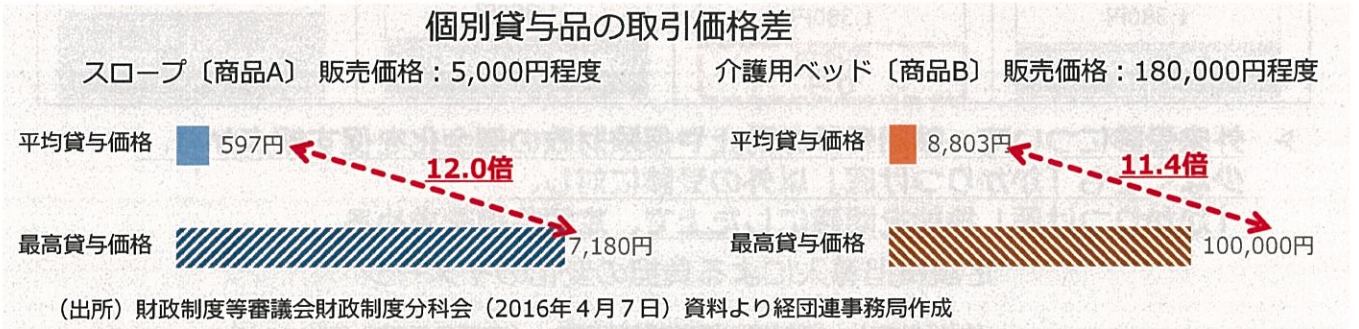
(出所) 財政制度等審議会財政制度分科会(2016年4月7日)資料より経団連事務局作成

- 効能・効果の追加等により、市場規模予測を大幅に上回って拡大している高額薬剤について、保険収載当初の前提が変化していることを踏まえ、薬価の早急な見直しを行う
- なお、薬剤費の適正化の際には、製薬産業のイノベーション創出の観点も考慮する

(1) 給付や負担の適正化・効率化

介護保険における給付の重点化、効率化

- **要支援者への介護予防給付（通所リハ等）および軽度要介護者（要介護1、2）への生活援助サービス（調理、洗濯、掃除等）について、地域支援事業への移行の促進、あるいは給付率の引き下げを行う**
- 軽度者（要支援1、2、要介護1、2）に対する福祉用具貸与・住宅改修について、給付の重点化の観点から、全額自己負担化も含め、給付率の引き下げを行う
- 福祉用具の貸与（販売）価格差は是正する（例：標準的な償還価格の設定）



- 重度者への給付についても、介護の質等に着目し、給付の適正化・効率化を図る
- ケアプランの作成について、利用者自身の関心を高め、ケアマネジメントの質の向上を図る観点から、現行の全額保険給付を見直し、利用者負担を導入する

(2) 患者・利用者負担等のあり方

高額療養費・高額介護サービス費の見直し

- **高額療養費制度について、70歳以上のみを対象とした外来時の特例的な月額負担上限を速やかに廃止**
全体の上限額についても、70歳未満の負担上限額にあわせることで、年齢に関わらず所得水準等の負担能力に応じた上限額へと速やかに見直す
 「現役並み所得」のあり方についても見直す方向で検討する
- 高額介護サービス費の負担上限額について、高額療養費との整合性を図るべく、課税世帯の負担の上限額を37,200円から、44,400円まで早急に引き上げる
 その上で、高額療養費の見直しと整合的な形で、さらなる見直しを行う

現行の高額療養費・高額介護サービス費の負担上限額

年収	高額療養費の負担上限		所得	高額療養費の負担上限額		高額介護サービス費の負担上限額
	70歳未満	70歳以上		外来特例	70歳以上	
約1,160万円以上	252,600円+ (医療費-842,000円)×1% <多数回該当：140,100円>	80,100円+ (医療費-267,000円)×1% <多数回該当：44,400円>	現役並み所得 【年収の目安】 2人以上世帯： 520万円以上 単独世帯： 383万円以上	44,400円	80,100円+ (医療費-267,000円)×1% <多数回該当：44,400円>	44,400円
約770~1,160万円	167,400円+ (医療費-558,000円)×1% <多数回該当：93,000円>	80,100円+ (医療費-267,000円)×1% <多数回該当：44,400円>		住民税課税	12,000円	44,400円
約370~770万円	80,100円+ (医療費-267,000円)×1% <多数回該当：44,400円>	57,600円 <多数回該当：44,400円>	住民税非課税	8,000円	24,600円	24,600円
約370万円未満	57,600円 <多数回該当：44,400円>	35,400円 <多数回該当：24,600円>	住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円	15,000円

(2) 患者・利用者負担等のあり方

窓口負担・利用者負担割合の見直し

- 後期高齢者（75歳以上）の窓口負担について、現役並み所得以外は、現役世代との負担水準の均衡を踏まえ、低所得者には配慮しつつ、将来的には原則2割負担とする
「現役並み所得」のあり方についても見直す方向で検討する
- 介護保険の利用者負担について、保険財政の持続可能性確保の観点から、低所得者には配慮しつつ、原則2割負担とする

自己負担割合の見直しのイメージ

所得	医療保険			介護保険		
	65~69歳	70~74歳	75歳以上	65~69歳	70~74歳	75歳以上
現役並み所得 【年収の目安】 2人以上世帯：520万円以上 単独世帯：383万円以上	3割負担			2割負担		
一定所得以上 【年収】 2人以上世帯：346万円以上 単独世帯：280万円以上	2割負担	↓	1割負担 ↓ 2割負担	1割負担 ↓ 2割負担		
その他						

(2) 患者・利用者負担等のあり方

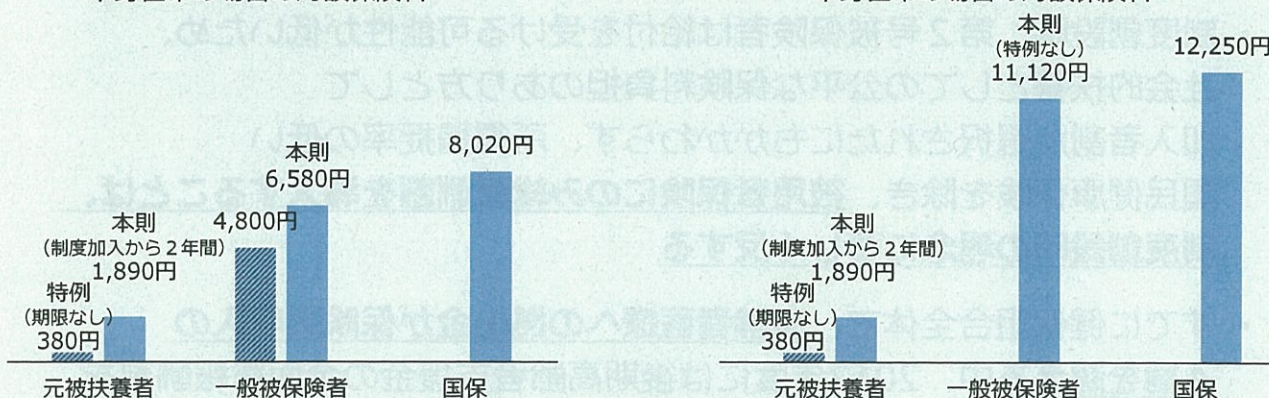
後期高齢者保険料軽減特例の廃止

- 後期高齢者の保険料軽減特例（予算措置、国費所要額：約945億円）は、2017年度から本則に戻す

後期高齢者の保険料軽減特例と本則における負担のイメージ

年収（全額年金）200万円
単身世帯の場合の月額保険料

年収（全額年金）250万円
単身世帯の場合の月額保険料



(出所) 社会保障審議会医療保険部会（2016年9月29日）資料より経団連事務局作成

負担のあり方の検討に際し考慮すべき事項

- 金融資産等を勘案して負担を求める仕組みを、マイナンバー制度等を活用し、医療・介護の全般にわたって適用することを検討する

(3) 医療・介護の提供体制に関わる事項

介護療養病床等の確実な廃止と効率的なサービス提供体制への転換

- 介護療養病床及び看護配置25対1の医療療養病床について、2017年度末に確実に廃止する

新たな転換施設の要件は、給付の適正化・効率化を前提に設定する

現行の療養病床と介護施設の比較

	医療療養病床		介護療養病床	介護老人保健施設 (老健)	介護老人福祉施設 (特養)
	看護配置20対1	看護配置25対1			
保険制度	医療保険			介護保険	
平均的な月の一人当たり費用の推計	約59.6万円	約45.8万円	約35.8万円	約27.2万円	約25.5万円
ベッド数	約13.7万床	約7.6万床	約6.1万床	約36.2万床	約54.1万床

(出所) 社会保障審議会療養病床の在り方等に関する特別部会 (2016年6月1日) 資料より経団連事務局作成

ICT化の活用等を通じた「見える化」の進展、生産性の向上

- より精緻な検討・分析ができるよう、ICT化のさらなる推進を図り、とりわけ医療と介護のデータの連結の方策について、具体的な検討を進める
- 医療機関・介護事業者の生産性向上や業務効率化を前提としたICT化を進めるほか、特に介護について、行政が求める文書等の簡素化・統一化を図る

10

4. 介護納付金の総報酬割導入に関する考え方

- **介護納付金の総報酬割の導入**については、以下の3点から**反対**
 - ・ 総報酬割の導入は協会けんぽに対する国庫補助の削減を目的とした**負担の付け替え策に過ぎない**
 - ・ 制度創設時、第2号被保険者は給付を受ける可能性が低いため、社会的扶養としての公平な保険料負担のあり方として加入者割が選択されたにもかかわらず、所得捕捉率の低い国民健康保険を除き、**被用者保険にのみ総報酬割を導入することは、制度創設時の理念に著しく反する**
 - ・ すでに健保組合全体で、**高齢者医療への拠出金が保険料収入の4割を超える**中、2017年度には後期高齢者支援金の全面総報酬割を控えており、さらに介護納付金も総報酬割が導入されれば、**健保組合の加入者や企業にとり、極めて重い負担**となる
- 「3.」で示した**給付や負担の適正化・効率化に最優先で取り組むべき**

11

5. その他

- 「ニッポン一億総活躍プラン」にある**介護人材の処遇改善**のうち、次期介護報酬改定を待たずして実施する**2017年度分**については、**税財源により対応**する
- 消費税率10%への引き上げが延期された状況にあつては、**社会保障・税一体改革による社会保障の充実策**を実施するためには、**恒久的な税財源の確保が不可欠**

