

社会保障・税一体改革成案における改革項目

参 考 資 料 (抄)

内 閣 官 房
社会保障改革担当室

医療・介護等

医療提供体制の効率化・重点化と機能強化 ～良質な医療を効率的に～

- 高齢化等に伴う医療ニーズの増大や医療技術の高度化等に対応するため、患者ニーズに応じて入院機能の分化を図り、メリハリを付けて医療資源を投入する。
- 看取り対応も含めた在宅医療の充実・強化、医療と介護の連携強化等を進める。
- これらにより、患者の職場、地域生活等への早期復帰を支援し、平均在院日数の短縮を図る。

所要額（公費）
2015年
0.4兆円程度

<現状>

- 国際的にみて人口当たり医師数が少なく、医師不足・偏在等への対応が急務。
- 国際的にみて人口当たり病床数の多さに対し、病床当たり従事者が少ない。一方で、医療技術の高度化等に伴い医療スタッフの業務は増大。
- 一般病床の役割分担が不明確で、病院の人員配置も手薄。
- 疾病構造が変化する中で、急性期治療を経た患者を受け止める亜急性期、リハビリ等の入院機能や、在宅医療機能などが不足。

充 実

<改革の具体策>

- 医師の確保・偏在対策（地域医療支援センター等）、看護職員確保対策の強化、多職種の連携・協働によるチーム医療の推進。
- 急性期医療への資源集中投入、亜急性期・回復期・慢性期医療への資源投入強化を始めとして手厚い体制へと入院医療の機能強化。
（例）高度急性期対応の従事者：現状の約2倍程度（2025年に）
亜急性期等対応の従事者：コメディカルを中心に現状の約3割程度増（同上）
- 診療所等による総合的な診療や在宅療養支援の強化・評価、訪問看護の計画的整備など、地域における外来・在宅医療の充実。
- 精神病床の機能に応じた体制強化やアウトリーチ（訪問支援）体制整備など、精神保健医療の改革。
- 在宅連携拠点機能の整備や連携パスの普及など、入院から在宅への移行時や医療と介護の間での連携強化。
（合わせて8,700億円程度）

重点化・効率化

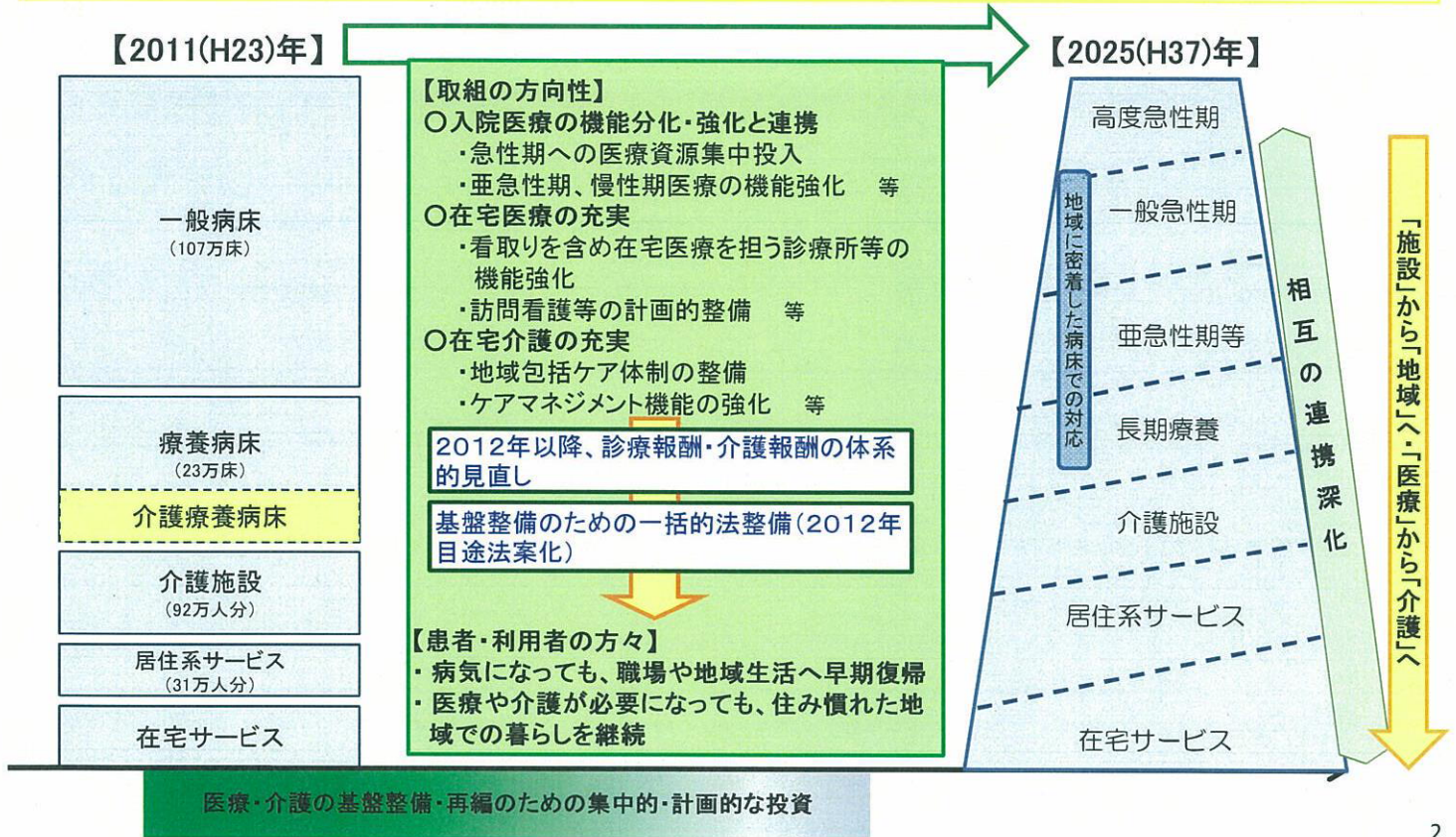
<改革の具体策>

- 医療資源の投入強化等による機能強化、医療機関間や医療と介護の連携の強化等により、平均在院日数の短縮。
（▲4,300億円程度）

所要額（公費）2015年
P10～14までの小計
～0.6兆円程度
（機能分化等が全て実現する場合の試算）

将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

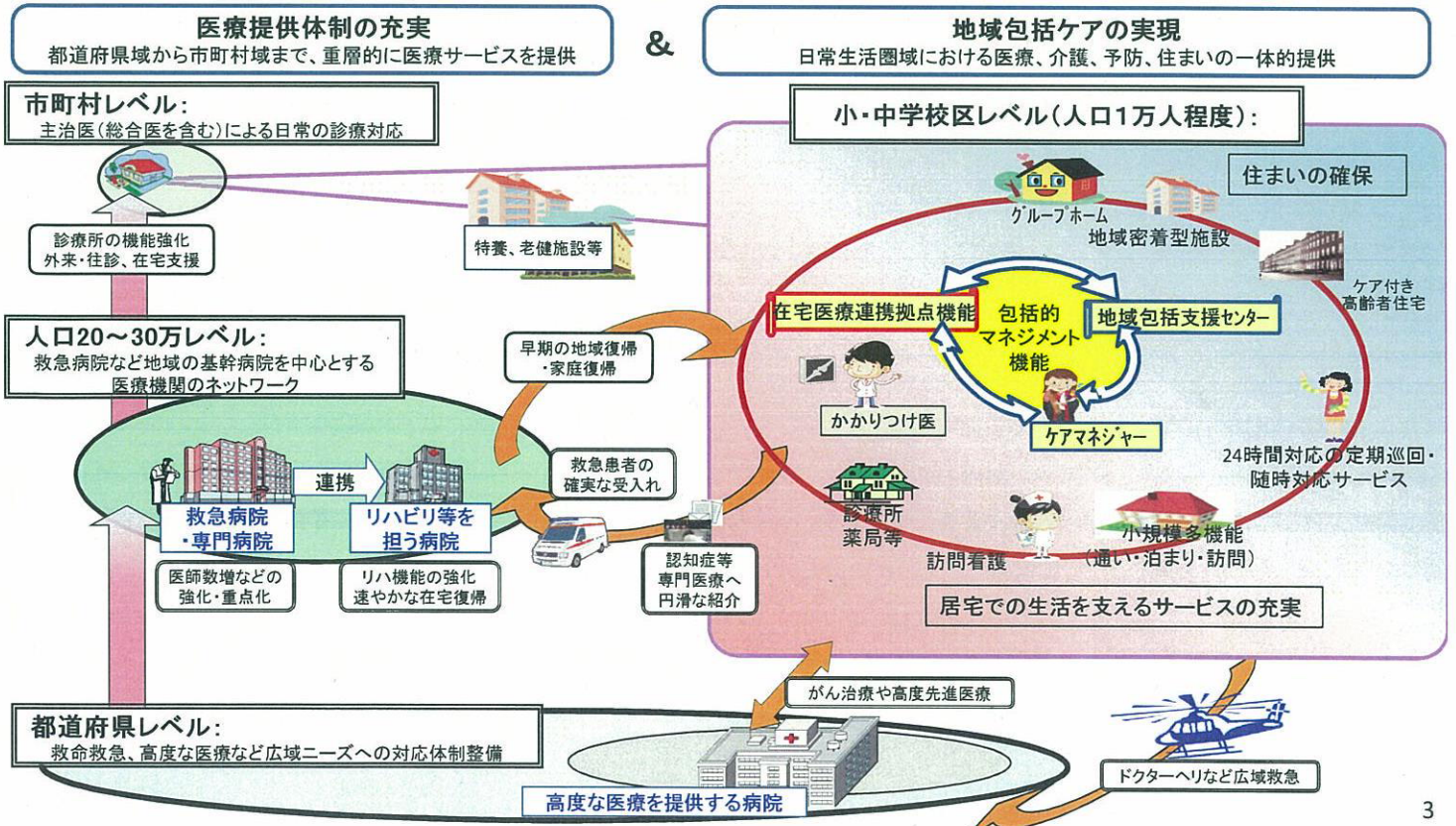
○ 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。



医療・介護の提供体制の将来像の例

～機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築～

○ 小・中学校区レベル(人口1万人程度の圏域)において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20～30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備。



- 生活習慣病予防の積極的な推進、医療連携の推進、ICTの利活用、番号制度の導入、保険者による適正な受診の指導や電子化したデータを用いた保健事業の推進などにより、国民の生活の質を向上。

所要額（公費）
2015年
▲0.1兆円程度

<現状>

- 日本人の死亡原因の約6割が生活習慣病。
- 在宅医療で、医療関係者と介護の関係者間で必要な情報を十分に共有できていない。
- 一度に多くの医療機関で診察を受けたり、短い期間で何度も医療機関にかかったりするなど、日本の一人当たり外来診察回数は、諸外国と比べて多い。

(参考)1人あたり外来診察回数の国際比較(年単位)

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
人口一人当たり 外来診察回数	4.0 (※1)	5.9	7.8	6.9	2.8 (※2)	13.4 (※1)

(出典):「OECD Health Data 2010」

注「※1」は2007年のデータ「※2」は2006年のデータ

重点化・効率化

<改革の具体策>

- 特定健診を推進して、生活習慣病を予防
- 医療機関などの連携を強化し、必要な時に迅速にサービスを受けられるように。
- 電子化の推進で利便性の向上
医療・健康情報を電子化し、自分の健康管理がより簡単に。診療報酬の請求を電子化し、事務を簡素・効率化。
- 電子化したデータを用いて市町村などの保険者が、適正な受診の指導などを実施
- 番号制度の導入で医療・介護サービスの手続きがより簡単に。



氏名:○○
番号:××-××



保険証は一枚だけで可、医療・介護で重複した手続きが1回に、など。

介護サービスの改革 ～地域包括ケアの確立～

- 今後の急速な高齢化の進展や、単身・高齢者夫婦のみの世帯増加のなかで、高齢者の尊厳を保持し、自立支援を一層進めて行く介護サービス提供体制の実現に取り組むため、
- ①「地域包括ケアシステム」(※)の確立のための在宅サービス等の充実
※日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される体制
 - ②介護予防の推進、重度化予防等の高齢者の自立に資する給付への重点化等に取り組む。

所要額（公費）
2015年
0.1兆円程度

重点化に伴う
マンパワー増強
0.2兆円程度

<現状>

- 高齢化の進展に伴い、介護保険制度の給付費は急増
12年度3.6兆円 → 22年度7.9兆円
- 一方、サービス間や医療・住宅等の他の施策との連携が不十分。
- 都市部での高齢化等により単身・夫婦のみの高齢者世帯は一層増加。
- 今後、更なる増加が見込まれる認知症高齢者に対するサービスの質・量が不十分。
- ケアマネジメントも含め、サービスが必ずしも利用者の自立につながっていないとの指摘。

充 実

<改革の具体策>

- 地域包括ケアシステムの確立を図るため、24時間対応の定期巡回・随時対応サービス等の在宅サービスの充実、ケアマネジメントの機能強化、医療との連携強化を推進。
- 小規模多機能型居宅介護やグループホームの拡充により、認知症への対応を強化。
- 施設について、ユニット化等の個別ケアを推進。
(合わせて2,500億円程度)
- サービスの充実を支える介護職員の処遇の改善。
(2,400億円程度)

重点化・効率化

<改革の具体策>

- 介護予防の推進、機能訓練等の重度化予防に資する給付への重点化等により、要介護者数の減少を図る。
- 地域包括ケアシステムの実現により、重度者を含む要介護高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることを可能とし、在宅への移行を図る。
(合わせて▲1,800億円程度)

(参考) 医療・介護分野における主な充実、重点化・効率化要素 (2025年)

		2025年
充 実	急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等)	<ul style="list-style-type: none"> 高度急性期の職員等 2倍程度増 (単価 約1.9倍)(現行一般病床平均対比でみた場合) 一般急性期の職員等 6割程度増 (単価 約1.5倍)(") 亜急性期・回復期リハ等の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)
	長期療養・精神医療の改革 (医療資源の集中投入等)	<ul style="list-style-type: none"> 長期療養の職員 コメディカルを中心に1割程度の増(単価5%程度増) 精神病床の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ、認知症への対応)	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療利用者数の増 1.4倍程度 居住系・在宅介護利用者 約25万人/日程度増加(現状投影シナリオに対する増)・グループホーム約10万人/日、小規模多機能 約32万人/日分程度増加(現状投影シナリオに対する増) 定期巡回、随時対応 約15万人/日分程度整備
	医療・介護従事者数の増加	<ul style="list-style-type: none"> 全体で2011年の1.5～1.6倍程度まで増
	その他各サービスにおける充実、サービス間の連携強化など	<ul style="list-style-type: none"> 介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大等各種サービスの充実 介護職員の処遇改善(単価の上昇) 地域連携推進のためMSW等の増(上記医療機関の職員増に加えて1～2中学校区に1名程度増)など
重 点 化 ・ 効 率 化	急性期医療の改革 (平均在院日数の短縮等) ※ 早期の退院・在宅復帰に伴い 患者のQOLも向上	<ul style="list-style-type: none"> 高度急性期 : 平均在院日数 15～16日程度 一般急性期 : 平均在院日数 9 日程度 亜急性期・回復期等 : 平均在院日数 60 日程度 (パターン1の場合) <p>(現行一般病床についてみると、平均在院日数19～20日程度[急性期15日程度(高度急性19～20日程度、一般急性13～14日程度)、亜急性期等75日程度]とみられる。)</p>
	長期療養・精神医療の改革 (平均在院日数の短縮等)	<ul style="list-style-type: none"> 長期療養 在院日数1割程度減少 精神病床 在院日数1割程度減少、入院2割程度減少
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	<ul style="list-style-type: none"> 入院・介護施設入所者 約60万人/日程度減少(現状投影シナリオに対する減)
	予防(生活習慣病・介護)・地域連携・ICTの活用等	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病予防や介護予防・地域連携・ICTの活用等により、医療については外来患者数5%程度減少(入院ニーズの減少に伴い増加する分を除く)、介護については要介護者等3%程度減少
	医薬品・医療機器に関する効率化等	<ul style="list-style-type: none"> 伸び率として、△0.1%程度 (医療の伸び率ケース①の場合) (現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。)
	医師・看護師等の役割分担の見直し	<ul style="list-style-type: none"> 病院医師の業務量△2割程度(高度急性期、一般急性期)

被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化

～医療保険における非正規労働者対策と国保財政の強化～

非正規労働者や低所得者・無収入者の増大に対応し、医療保険制度のセーフティネット機能の強化を図るため、

- ①短時間労働者に対する被用者保険の適用を拡大する。
- ②市町村国保の財政運営の都道府県単位化と併せ、財政基盤の強化を行う。

所要額 (公費)
2015年
～0.3兆円程度
…被用者保険の適用拡大、
総報酬割と併せて検討

<現状>

【非正規労働者の増大と保障の弱体化】

- 同じ仕事でも労働時間等により被用者保険が適用されない非正規労働者が増加。

雇用者に占める非正規労働者の割合

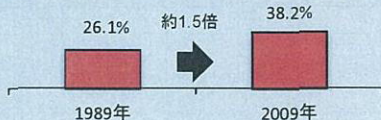


【市町村国保の財政悪化】

- 財政規模の小さな市町村の国保は運営が不安定。

- 低所得者や無収入者の増大により財政基盤が弱体化。

保険料軽減措置を受けている低所得者世帯の割合



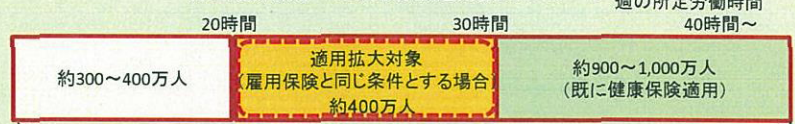
充 実

<改革の具体策>

【短時間労働者への被用者保険の適用拡大】

- 被用者保険の適用範囲を拡大し、短時間労働者のセーフティネット機能を強化。(完全実施の場合、公費で▲1,600億円の財政影響)

非正規労働者への健康保険適用拡大のイメージ



非正規労働者(※)(約1,700～1,800万人)

※ 労働力調査(2010年)によると、非正規労働者(勤め先の呼称が「パート」、「アルバイト」、「派遣社員」、「契約社員・嘱託」、「その他」の者)は合計で1,755万人。

【市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化】

- 各都道府県が策定する「広域化等支援方針」に基づき広域化の環境整備。市町村国保の財政運営の都道府県単位化を目指す。
- 低所得者の保険料軽減措置の拡充等により、市町村国保の財政基盤を強化。(公費で最大2,200億円程度の財政影響)

- 今後も保険料負担の増加が見込まれる介護保険制度を支えるため、
 - ①負担については、応能負担の要素を強化しつつ、低所得者への配慮を行うとともに、
 - ②給付について、被保険者の自立に資するものに重点化する。

【再掲】所要額（公費）
2015年
～0.3兆円程度
…被用者保険の適用拡大、総報酬割と併せて検討

<現状>

- 介護サービスの利用増加に伴い、第1号被保険者（65歳以上）の保険料は大きく上昇。
- 第2号被保険者の保険料（40～65歳）については、現在、各医療保険者が被保険者の数に応じて負担しており、相対的に財政力の弱い保険者の負担が重くなっている。
- また、給付については、必ずしも利用者の自立につながっていないという指摘もある。

充 実

<改革の具体策>

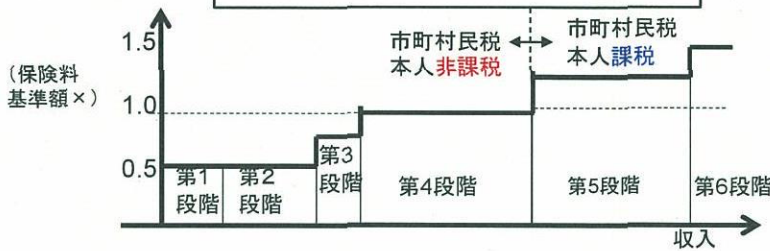
- 第1号被保険者の保険料について、公費を導入し、低所得者の負担軽減を図る。（～1,300億円程度）

重点化・効率化

<改革の具体策>

- 第2号被保険者の保険料について、被用者保険の各保険者の財政力（加入者の総報酬）に応じて負担する仕組みとし、応能負担の要素を強化する。
(完全実施で▲1,600億円程度)
- 軽度者について、機能訓練等の重度化予防に効果のあるものに給付の重点化を図る。

参考① 現行の第1号保険料の仕組み



参考② 第2号保険料率

	平均標準報酬月額	介護保険料率
健康保険組合	約36万円	1.16%
協会けんぽ	約28万円	1.50%

※ 平均標準報酬月額は平成21年10月時点、介護保険料率は平成22年

高度・長期医療への対応（セーフティネット機能の強化）と給付の重点化

- 医療保険のセーフティネット機能を強化するため、長期に高額な医療費がかかる患者の負担を軽減し、高額療養費の自己負担限度額の見直しを行う。
併せて、受診時における定額の一部負担等の導入を検討（病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討）する。ただし、低所得者に配慮する。

所要額（公費）
2015年
～0.1兆円程度
…受診時定額負担等と併せて検討

<現状>

- 医療の進歩により、長期に高額な治療薬を服用するなどにより、医療費負担の重い患者が生じている。
- 高額療養費の所得区分（70歳未満）の一般所得者の年収の幅が大きくなっている。

	年収の目安 (夫婦1人の給与所得者世帯の場合)	自己負担限度額（1月当たり）
上位所得者	約790万円以上	約150,000円 (多数該当 83,400円)
一般	約210万円～約790万円	約80,100円 (多数該当 44,400円)
低所得者	約210万円以下	35,400円 (多数該当 24,600円)

- 自己負担限度額が月単位のため、年間医療費が同じでも高額療養費が支給されない場合がある。

○ 毎月医療費約23万円・自己負担額7万円の場合 ※ 自己負担限度額を80,100円、多数該当44,400円として試算。



○ 隔月で医療費約47万円・自己負担額14万円の場合



- 高額療養費の見直しには相当規模の財源の確保が必要。

充 実

<改革の具体策>

高額療養費について、以下のような見直しによる負担軽減を検討。
(公費で～1,300億円程度)

- ① 非課税世帯ではない中低所得者の自己負担の軽減
(例えば、年収に応じた自己負担の上限について、現在の区分を細分化して、きめ細かく対応する。)
- ② 自己負担額に年間上限額を設ける

重点化・効率化

<改革の具体策>

- 高額療養費の見直しに必要な財源をまかなうため、定額の自己負担を受診時に求めることなどを検討（病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討）。ただし、受診時低額負担については低所得者に配慮。

(初診・再診時に100円の負担をお願いした場合に、公費で▲1,300億円)

総合合算制度の導入 ～番号制度を活用した低所得者の自己負担軽減～

- 税・社会保障の負担が増加する中で、低所得者の負担軽減により所得再分配機能を強化
- 社会保険制度の持続性・安定性の確保
- 制度横断的な自己負担軽減策の導入

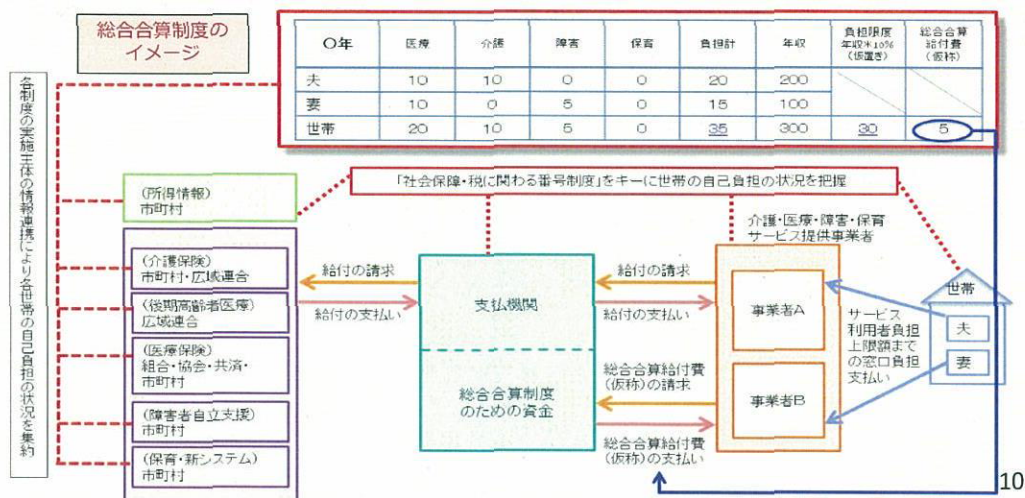
所要額（公費）
2015年以降
～0.4兆円程度

<現状>

- 今後の高齢化や社会保障の機能強化に伴い負担の増加が見込まれる中で、低所得層の負担能力へのきめ細かな配慮が必要
- 貯蓄も少ない低所得者が失業したり病気にかかると、生活保護に至る手前で受け止められるセーフティネットが不十分
- 各社会保障制度で個別に低所得者対策が講じられているが、累次の改正により複雑化し、国民には全体像が分かりにくい

充 実

- 「低所得者の家計に過重な負担をかけない」観点から、制度単位ではなく家計全体をトータルに捉えて、医療・介護・保育・障害に関する自己負担の合計額に上限を設定
- 基礎的な消費支出等を踏まえ、負担上限を年収の一定割合とするなど、低所得者に対してきめ細かく設定
- 2015年以降の「社会保障・税に関わる番号制度」等の情報連携基盤の整備が前提



高齢者医療制度の見直し

- 高齢者医療制度については、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組みを構築する。

<現状>

高齢者医療制度については、新たな制度のあり方について厚生労働大臣主宰の「高齢者医療制度改革会議」において検討を進め、平成22年12月に最終とりまとめを行った。

<改革の具体策>

高齢者医療制度の見直し(高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど)

〔参考〕 高齢者医療制度改革会議「最終とりまとめ」(平成22年12月20日)の概要

<制度の基本的枠組み>

- ① 後期高齢者医療制度を廃止し、75歳以上の方も現役世代と同様に国保が被用者保険に加入することとする。

<国保の運営のあり方>

- ② 国保については、第一段階(平成25年度)で75歳以上について都道府県単位の財政運営とし、第二段階(平成30年度)で全年齢について都道府県単位化する。

<公費>

- ③ 75歳以上の医療給付費に対する公費負担割合について、実質47%から50%に引き上げる。(現在は、現役並み所得を有する高齢者の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっている。)

※ 前期高齢者の医療給付費への公費投入も検討課題。

<高齢者の保険料>

- ④ 国保に加入する75歳以上の保険料は、同じ都道府県であれば原則として同じ保険料とし、その水準は、医療給付費の1割程度とする。
- ⑤ 高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回る構造を改める。

<現役世代の保険料による支援金>

- ⑥ 75歳以上の高齢者への支援金については、被用者保険者間での按分方法を各保険者の総報酬に応じた負担とする。

<患者負担>

- ⑦ 70歳から74歳までの高齢者の患者負担は、個々人の負担が増加しないよう、70歳に到達する方から段階的に1割負担から本来の2割負担とする。

- 現在、後発医薬品(ジェネリック医薬品)のシェア(数量ベース)を30%とする目標を掲げているが、更なる使用促進を図る。医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す。

<現状>

- 先発品と比べて低価格の後発医薬品は患者負担の軽減や医療保険財政の改善のために重要。現在、数量シェアを30%に引き上げることを目標。
- 後発医薬品のシェアは近年、上昇しているが、更なる使用促進を図る必要。また、併せて医薬品の患者負担の見直しを行う。



(参考)日本の後発医薬品の数量シェアの推移

	H17年9月	H19年9月	H21年9月	22年12月※
後発医薬品割合	16.8	18.7	20.2	22.8

厚生労働省調べ(薬価調査に基づく)。
但し、22年12月のみ、レセプト電算処理システムで処理された薬局における調剤レセプトのデータをもとに分析したもので、調査方法が異なるので、単純に比較はできない。

(参考)諸外国の後発医薬品の数量シェア

	アメリカ	イギリス	ドイツ
後発医薬品の数量シェア(%)	69	61	64

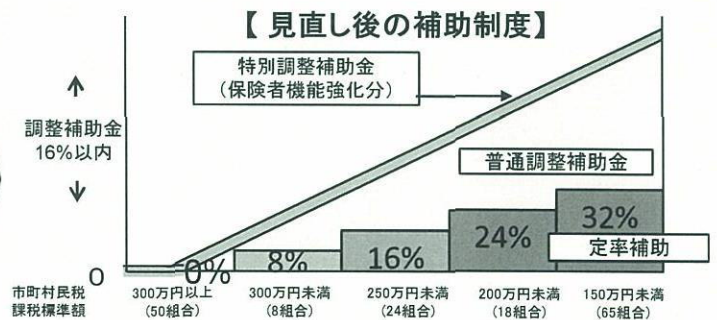
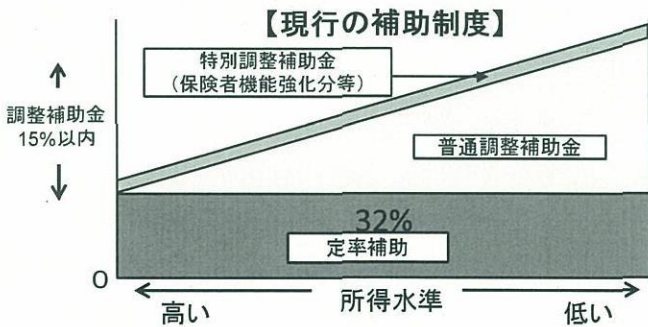
(出典)IMS Health, MIDAS, Market Segmentation, RX only, メーカー出荷ベース, MAT Dec 2008
諸外国の数値については、出典及び定義に差異があるため、単純に比較はできない。

<改革の具体策>

- 診療報酬の見直し等により後発医薬品の使用促進を図っており、こうした取組を更に進める。
- 都道府県に協議会を設置し、国民や医療関係者が安心して後発医薬品を使用できるような環境整備を図る。また、モデル保険者による差額通知サービスの実施により、保険者における使用促進の取組みを推進。
- 医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す。

国民健康保険組合の国庫補助の見直し

- 国保組合に対する国庫補助を、所得水準に応じた5段階の補助とする。



現状

1. 国保組合の所得水準にかかわらず、医療給付費等の32%を定率補助。
2. 本来、健康保険の適用を受けるべき者が、年金事務所から適用除外承認を受けて国保組合に加入している場合の定率補助は、協会けんぽ(16.4%)の水準。ただし、平成9年8月以前に適用除外承認を受けて加入した者については、32%。
3. 調整補助金の総枠は医療給付費等の「15%以内」。

重点化・効率化

1. 国保組合の所得水準に応じた5段階の補助。
2. 平成9年8月以前に適用除外承認を受けて加入した者も含め、協会けんぽの水準(16.4%)に統一。
3. 調整補助金の総枠を「16%以内」に拡大。

(注1)行政刷新会議の再仕分け(平成22年11月16日)の結論に沿った見直し。政省令改正等により実施できる見直しについては、平成23年度から既に実施済。

(注2)国庫補助削減額の粗い試算(5年後)
▲420億円程度(平成22年度予算ベース)