

第2回 社会保障制度改革国民会議 議事次第

平成24年12月7日(金)
16:30～18:30
於：官邸4階大会議室

1. 開会
2. 委員紹介
3. 政府側からの挨拶
4. 委員からの報告及び意見交換
5. 閉会

【資料】

- 資料1 社会保障制度改革国民会議 委員名簿
- 資料2 事務局提出資料
- 資料3 これまでの取組状況と今後の課題（医療分野）
（遠藤委員提出資料）
- 資料4 これまでの取組状況と今後の課題（介護分野）
（山崎委員提出資料）
- 資料5 これまでの取組状況と今後の課題（年金分野）
（神野委員提出資料）
- 資料6 これまでの取組状況と今後の課題（少子化対策分野）
（大日向委員提出資料）

社会保障制度改革国民会議 委員名簿

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

◎は会長、○は会長代理

○社会保障制度改革推進法（「基本的な考え方」部分抜粋）

（基本的な考え方）

第2条 社会保障制度改革は、次に掲げる事項を基本として行われるものとする。

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

○社会保障制度改革推進法（基本方針部分抜粋）

第2章 社会保障制度改革の基本方針

（公的年金制度）

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

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

（医療保険制度）

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

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

（介護保険制度）

第7条 政府は、介護保険の保険給付の対象となる保健医療サービス及び福祉サービス（以下「介護サービス」という。）の範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図るとともに、低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制しつつ必要な介護サービスを確保するものとする。

（少子化対策）

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

検 討 項 目

○ 医療の改革

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

○ 介護の改革

介護保険の保険給付の対象となる介護サービスの範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図るとともに、低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制しつつ必要な介護サービスを確保

○ 年金の改革

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

○ 少子化対策

社会保障制度の基盤を維持するための少子化対策を総合的かつ着実に実施

これまでの取組状況と 今後の課題（介護分野）

平成24年12月7日
山崎委員提出資料

社会保障・税一体改革の介護分野の対応状況(平成24年度制度改正にて措置)

大綱の記述	措置事項
地域包括ケアシステムの構築 ー在宅サービス・居住系サービスの強化 ー介護予防・重度化予防 ー医療と介護の連携の強化 ー認知症対応の推進	＜在宅でのサービスや生活支援サービスを充実＞ ○ 介護保険で受けられる新サービスを創設【平成24年4月～】 ①24時間、必要なときに訪問介護・訪問看護をセットで提供 ②通い、泊まり、訪問を組み合わせたサービス(小規模多機能型居宅サービス)に、さらに訪問看護も組み合わせたサービスを提供 ○ 介護が必要な高齢者を介護する家族を支援するため、緊急にショートステイが必要になった高齢者のためにベッドを空けている事業所に対する加算や、長時間のデイサービスに対する加算を創設【平成24年4月～】 ○ 市町村が、要介護状態になるおそれがある高齢者等に、<u>介護予防と日常生活の支援</u>(栄養改善を目的とした配食など)をセットで提供する事業を実施【平成24年4月～】 ○ 訪問リハビリを提供するときに、訪問介護の責任者も一緒に利用者宅に訪問して、共同で訪問介護の計画を作成する場合に加算するなど、<u>高齢者の自立に向けたサービスを充実</u>【平成24年4月～】 ○ 病院から円滑に在宅生活に移行することができるよう、ケアマネジャーが、退院時に病院と情報共有を行った場合の加算の見直しや、病院又は診療所の医師等とともに利用者宅を訪問した場合の加算の創設【平成24年4月～】 → <u>今後も、医療と介護の連携方策について検討を進める</u>(省内に在宅医療・介護推進プロジェクトチームを設置) ＜高齢者の住まいを確保＞ ○ <u>見守りや生活相談などのサービスを提供する高齢者向けの住宅の登録制度を創設</u>し、必要なサービスを受けられる質の高い高齢者向けの住宅を提供【平成23年10月～】 ＜認知症の人を支援＞ ○ 今後認知症高齢者が急増することが予想されることから、平成25年度からの5年間に行う施策をまとめた<u>認知症施策推進5か年計画を作成</u>【平成24年度から調査研究などを実施】 ＜地域での多職種での支援体制＞ ○ 介護や医療などの様々な職種の人たちが集まって、解決困難な課題を抱えている高齢者が自立するために必要な支援を話し合う「<u>地域ケア会議</u>」の普及のため、<u>会議の運営を支援する人や医師などの専門職の派遣</u>を支援する事業を開始【平成24年4月～】  介護が必要な高齢者も、住み慣れた地域での暮らしを続けることができる <u>地域包括ケアシステムを構築</u>

介護に係る改革の課題

1 地域包括ケアシステムの構築

- 介護サービス提供体制の充実

- 認知症対応の推進

- マンパワーの増強

➡ 今後、介護報酬改定等に対応。

2 介護保険制度の持続可能性の確保

- 介護給付の重点化・効率化

- 世代間・世代内の負担の公平性の観点に立った制度の見直し

➡ 制度の見直しに向けて検討。

地域包括ケアシステムの構築

現状と課題

<介護サービス提供体制の充実>

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

<認知症対応の推進>

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

<マンパワーの増強>

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

今後の方向性

<介護サービス提供体制の充実>

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

(実施した取組み)

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

<認知症対応の推進>

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

<マンパワーの増強>

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

介護保険制度の持続可能性の確保

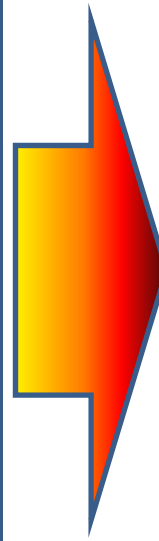
現状と課題

<介護給付の重点化・効率化>

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

<世代間・世代内の負担の公平性の観点に立った制度の見直し>

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



今後の方向性

<介護給付の重点化・効率化>

介護保険の保険給付の対象となる保健医療サービス及び福祉サービスの範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図る。

(検討事項)

- 軽度者に対する給付の重点化
 - ・ 予防給付の内容・方法の見直し
- 介護施設の重点化(在宅への移行)
- 自立支援型のケアマネジメントの実現に向けた制度的対応

<世代間・世代内の負担の公平性の観点に立った制度の見直し>

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

(検討事項)

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

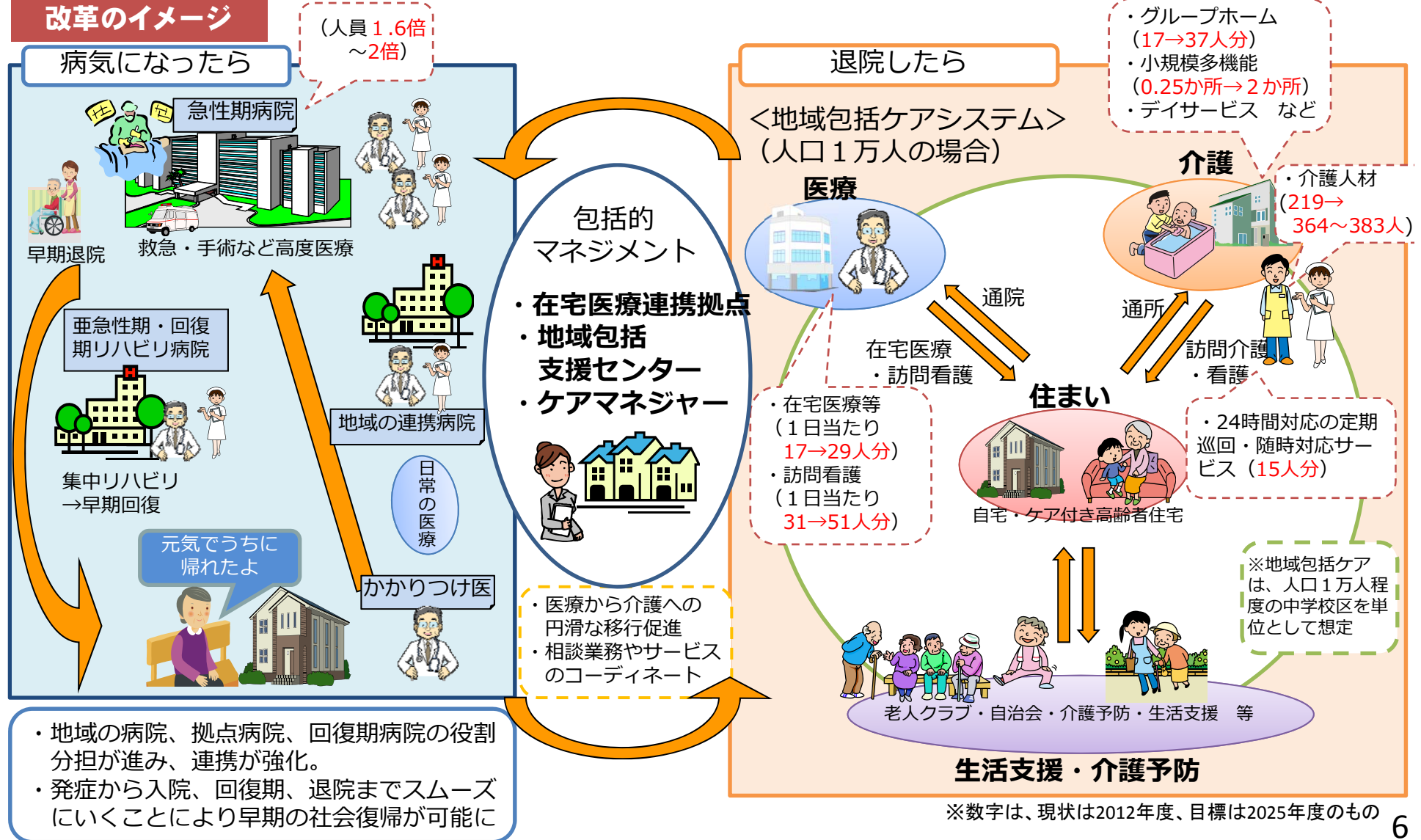
参考資料

医療・介護サービス保障の強化

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

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

改革のイメージ



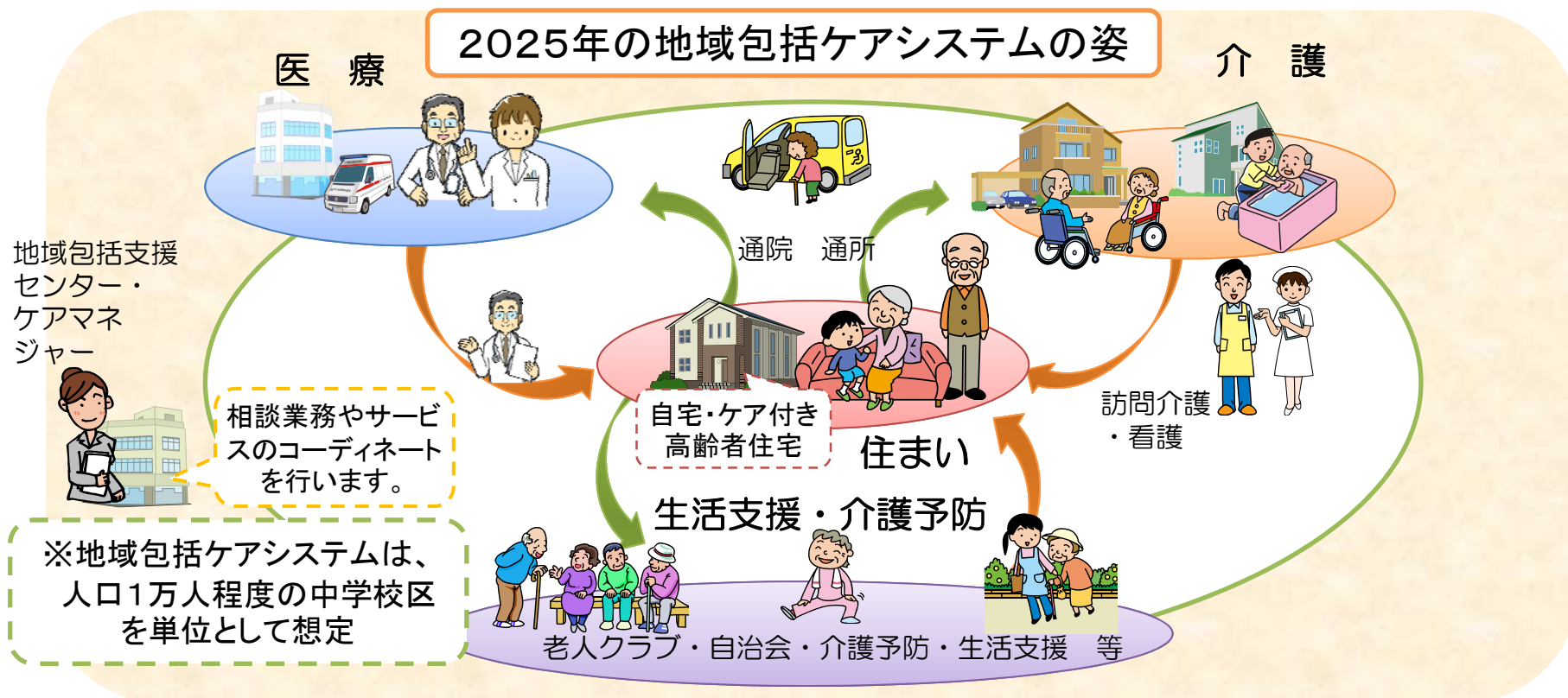
介護の将来像(地域包括ケアシステム)

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

【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

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

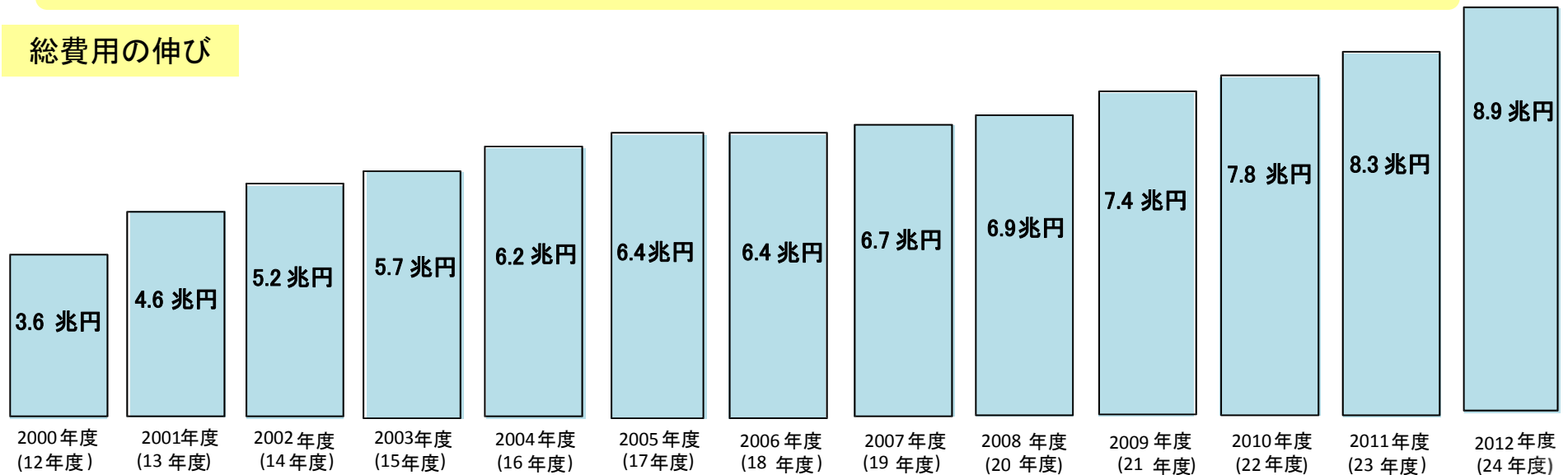
- ①医療との連携強化
- ②介護サービスの充実強化
- ③予防の推進
- ④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など
- ⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)



介護保険の総費用等の推移について

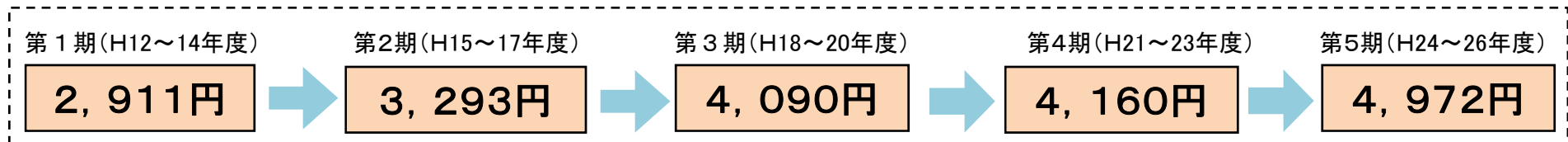
- 制度創設10年あまりで費用が2倍以上に伸びている。

総費用の伸び

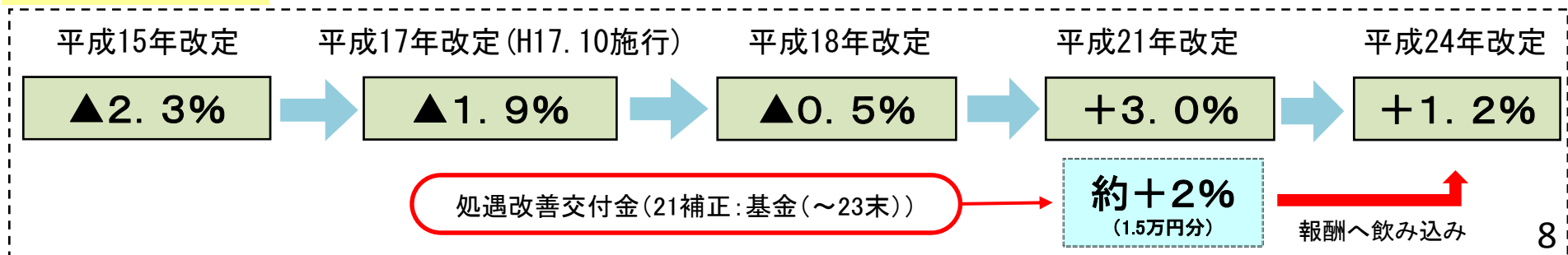


(注) 2000～2010年度は実績、2011年度・2012年度は予算ベース。

1号保険料の推移(加重平均)



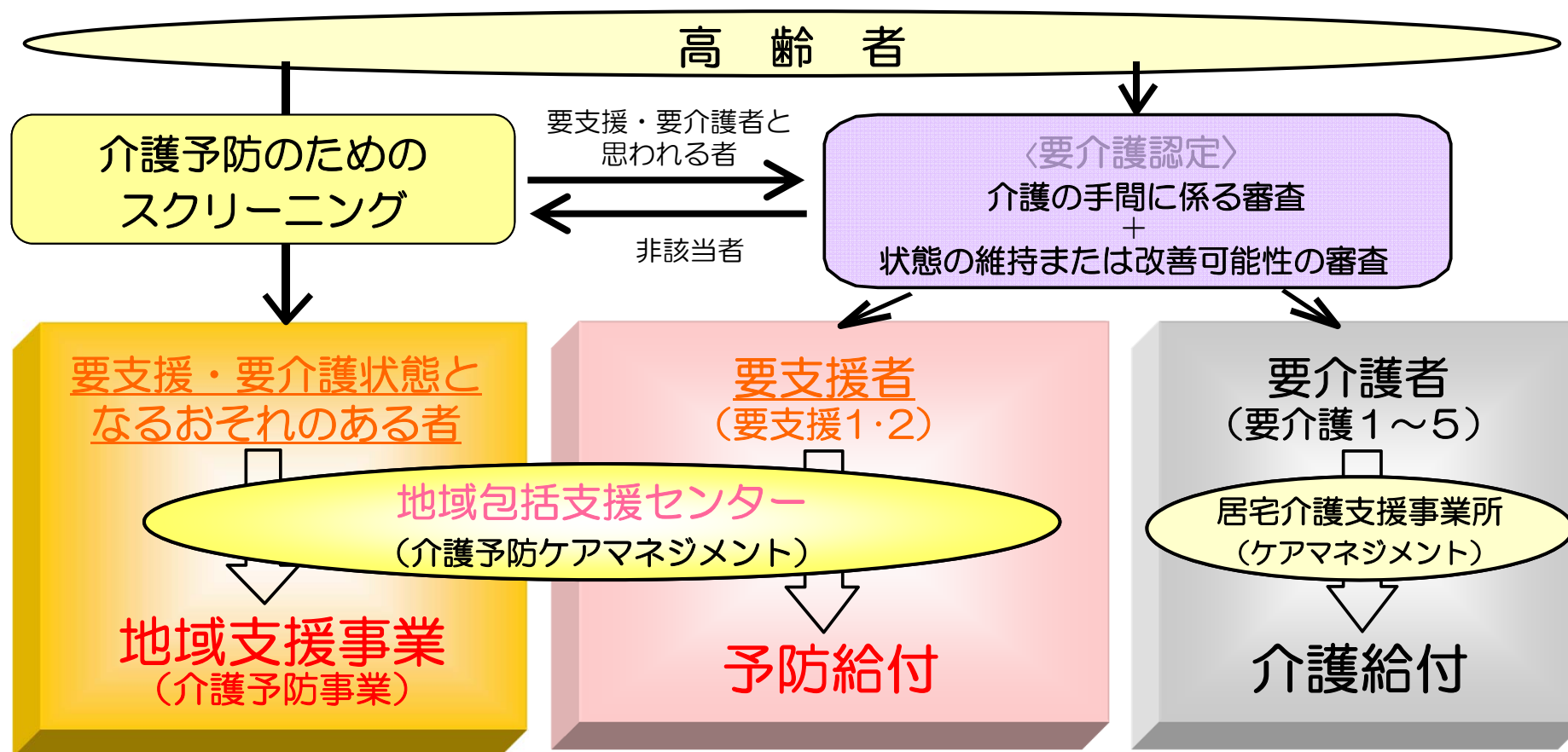
介護報酬改定



介護予防・重度化予防について

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

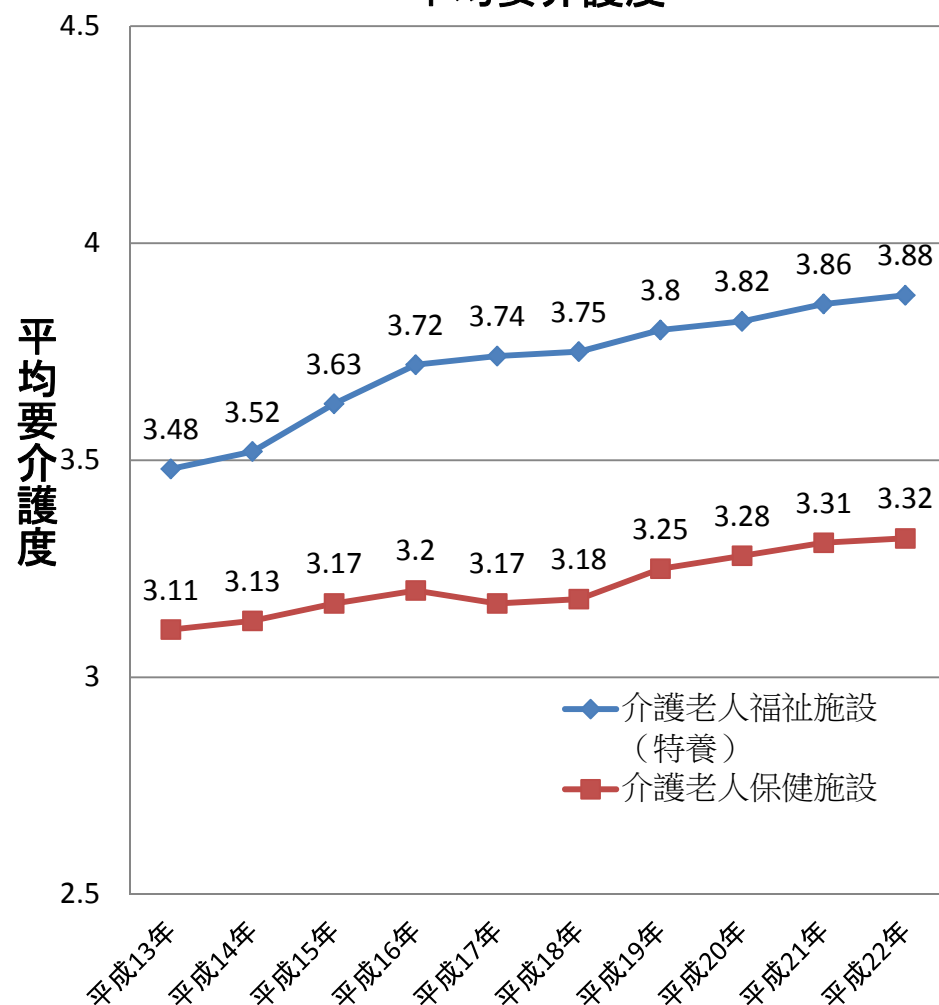
【現行の仕組み】



施設の重点化について

【現在の状況】

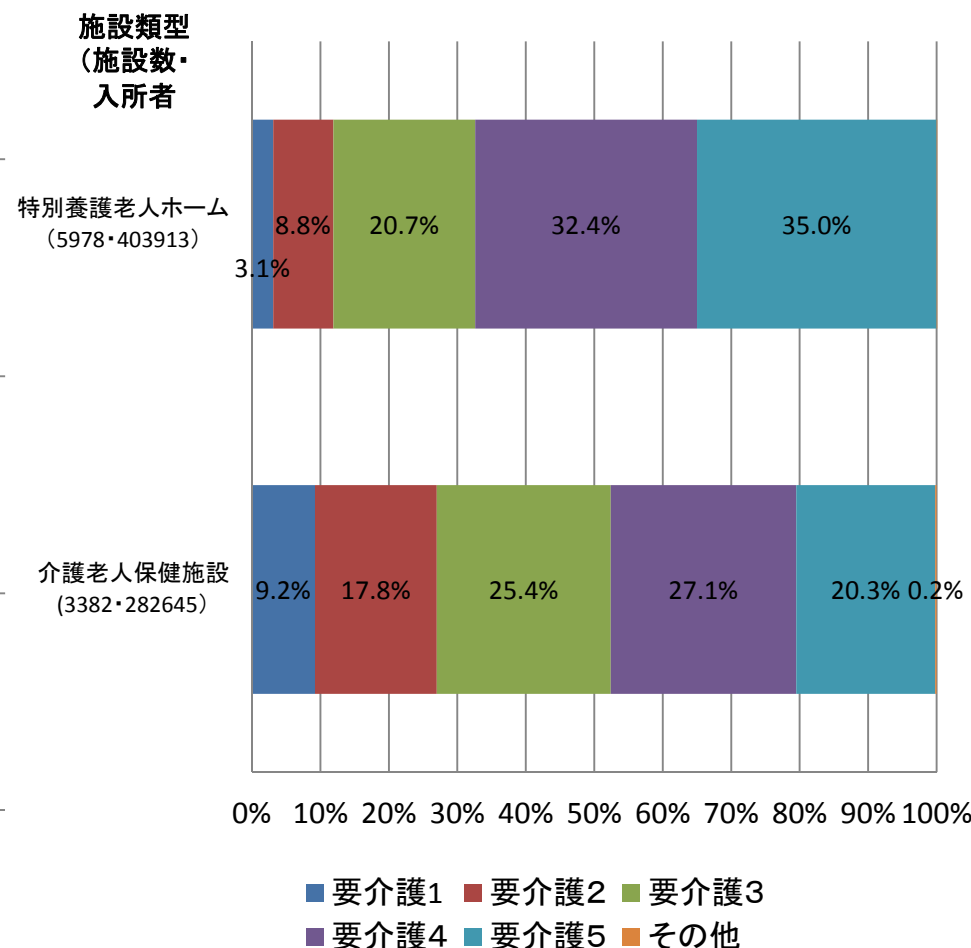
介護老人福祉施設・介護老人保健施設の
平均要介護度



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

利用者の要介護度別の構成割合

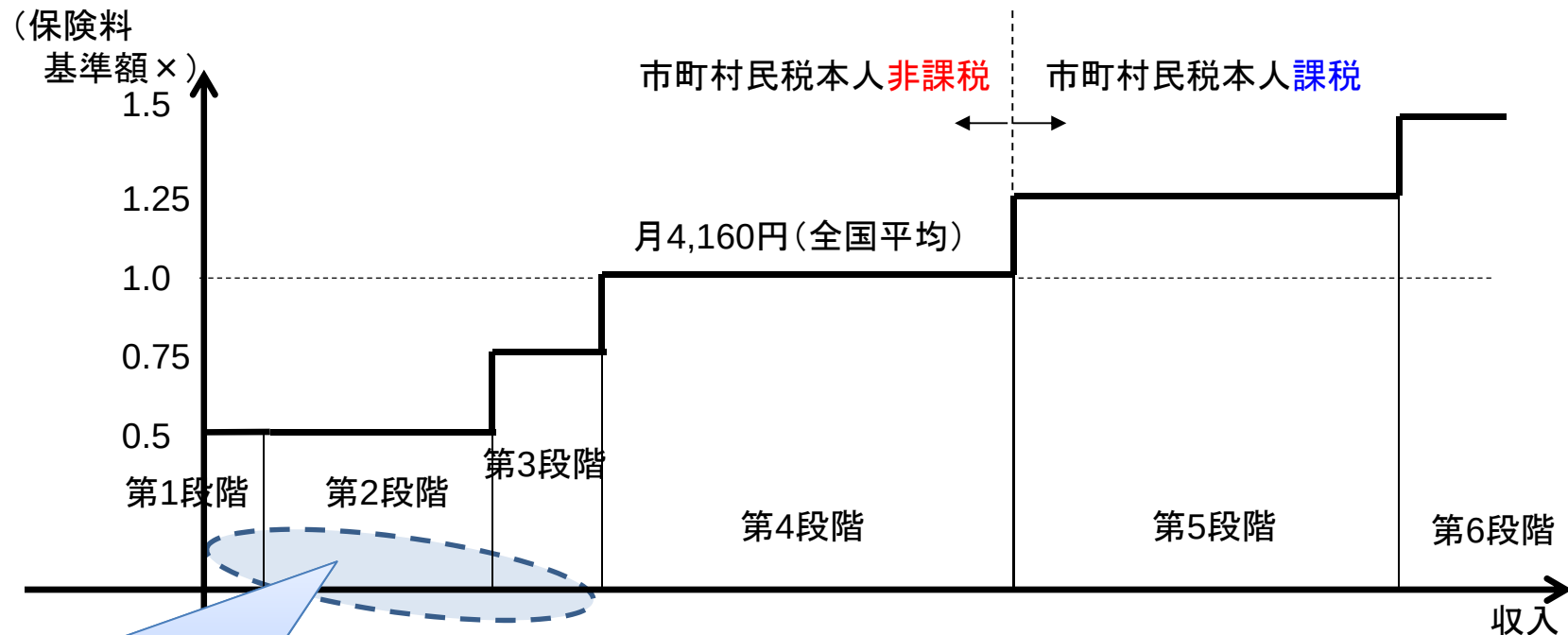
平成22年10月1日



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

介護保険料の低所得者軽減について

平成23年10月31日
第39回社会保障審議会介護保険部会資料



負担能力に応じた保険料減免を行い、
減免分を公費により補填。

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

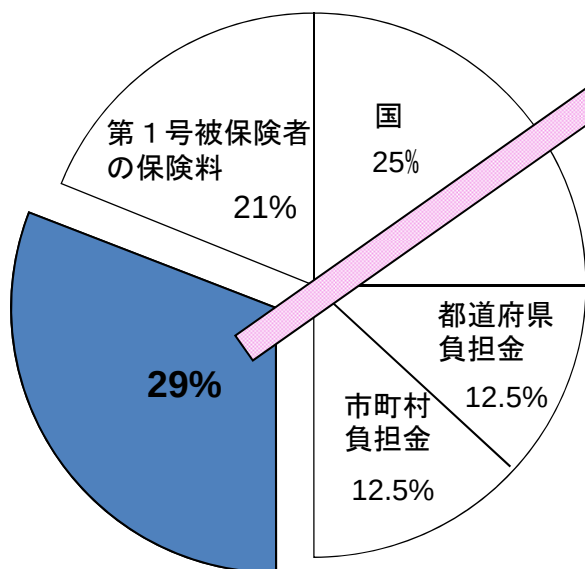
※ どのような範囲・条件で減免を行うかについては、財源・制度設計により変わるため、あくまで上記の図は一つのイメージである。

介護納付金の総報酬割について

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

[介護納付金の仕組み]

①第2号被保険者(40~64歳)は給付費の29%を負担



第2号被保険者の保険料

(参考) 協会けんぽと健保組合における介護保険料率

の比較 (‰)

	平成24年度介護保険料率
協会けんぽ	15.5
健保組合	13.15

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

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

③被保険者数に応じて負担

被用者保険間では報酬額に比例して負担する仕組み = **総報酬割**

国保 健保組合 共済組合 協会けんぽ など

④各医療保険者が医療保険料と一体的に徴収

⑤社会保険診療報酬支払基金に納付

⑥各市町村に交付(各市町村の介護給付費の29%分)

市 市 町 町 村 村

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

1 給付の重点化

要支援者に対する給付

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

ケアマネジメント

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

補足給付における資産等の勘案

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

一定以上所得のある者への給付

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

介護施設の重点化

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

2 費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮

1号保険料の低所得者保険料軽減強化

- 低所得者に対して保険料の軽減強化を行うことについては、肯定的意見多数

介護納付金の総報酬割導入

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

介護保険制度は3年が1サイクル

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

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

※2010年度までは実績であり、2011～2012年は予算ベースである。