

財政健全化に向けた基本的考え方 (抄)

平成 25 年 5 月 27 日

財政制度等審議会

Ⅱ. 各歳出分野における取組

1. 社会保障

(1) 総論

当審議会は、1月にとりまとめた「平成25年度予算編成に向けた考え方」において、今後の社会保障制度改革のあり方について考え方を示したところである。

我が国の社会保障制度は、自助・自立を基本とした上で、それを「共助」と「公助」で補完する制度である。本来「共助」である年金、医療・介護等の公的保険制度においては、保険給付の財源は社会保険料で賄うことが原則である。ところが、わが国の社会保障制度の現状を見ると、社会保険方式を採りながらも、公費負担への依存が大きく、依存度が上昇している。しかも、本来税財源により賄われるべき公費負担の財源について、特例公債を通じた将来世代への負担の先送りが続けられているのが現状である。

当面は、消費税増収分を活用して公費を追加し、社会保障の充実を図ることとされている社会保障・税一体改革の実現が課題である。社会保障における改革の内容こそが消費税率引上げに当たり国民が注視しているものであり、国民の理解と納得を得るためには、消費税増収分を目に見える実効的な改革につなげ、その成果を国民に還元していかなければならない。

本年2月28日には、社会保障制度改革国民会議（以下単に「国民会議」という。）において、当審議会財政制度分科会の田近分科会長代理、土居委員が意見を開陳したところであるが、当審議会が1月のとりまとめで示した「補完的・限定的な分野に対し、その目的を明確化しつつ、効率的・効果的に公費を投入するとの原則」を、社会保障・税一体改革において貫徹する必要がある。具体的には、公費追加による政策効果、公費追加の手法更には公費投入先の優先順位付け等が厳しく検証されなければならない。

同時に、今般の社会保障・税一体改革が実現してもなお消費税収が社会保障給付費の公費負担の総額に対して大幅に不足する見込みであるなど引き続き安定財源確保という重い課題が残されているからには、社会保障の重点化・効率化に徹底して取り組み、社会保障費の抑制に着実につなげていくことが欠かせない。国民は、なお負担以上のサービスを享受しつつ、大きな負担を将来世代に先送りし続けている現実を直視し、必要な負担増や給付抑制を受け容れる覚悟を持たねばならない。

このような状況の下、社会保障・税一体改革を機に、既往の取組を超えて社会保障の重点化・効率化のための新たな制度改革に踏み込むことに躊躇があってはならず、それにより社会保障の充実の財源を捻出することも求められる。その際、社会保障の重点化・効率化の効果が過大に甘く見積もられ、その見積もりに基づいて社会保障の充実が行われたり、重点化・効率化の効果が発現しないうちに先行的に社会保障の充実が図られたりすることは避けなければならない。

あわせて、生活習慣病対策、ICT化の推進、後発医薬品の使用促進、介護予防などといった既往の重点化・効率化策については、財政健全化の観点から、社会保障・税一体改革とは別に不断に取り組むべき重点化・効率化策と位置づけるべきである。勿論、これらについても、これまでの取組の検証と反省を欠かさず、より効果的な施策を模索することは当然である。

われわれは、今般の社会保障・税一体改革は持続可能な社会保障制度の確立に向けた第一歩に過ぎないという認識を出発点として共有しなければならない。政府は、なお残る社会保障給付費の公費負担の総額と消費税収の大幅なギャップ¹にどのように対応していくのか、更には最終的に公費負担の総額の伸びが経済の伸びと大きくかい離しないような経済・財政との調和が図られた制度設計をどのように担保していくのか、道筋を示していく責任がある。

¹ 資料Ⅱ-1-1 参照

(2) 社会保障・税一体改革における課題

① 総論

社会保障・税一体改革については、国民会議で着実な審議が積み重ねられており、議論の整理が図られている。

4月22日には、医療・介護分野について議論の整理が行われたが、そこでは、選択と集中により病院機能を再編しつつ、超高齢化社会の進展に即して「地域全体で治し、支える医療・介護」を構築するという「医療・介護サービスの提供体制改革」を、社会保障・税一体改革に伴う消費税増収分を段階的・有効的に活用しつつ国民健康保険（以下単に「国保」という。）の保険者を都道府県とすることを始めとする「医療・介護保険制度の改革」と一体的に推進することが謳われている。

少子化分野について5月17日に行われた議論の整理では、消費税増収分について、待機児童の解消という喫緊の課題に向けて子育て支援の量の充実等に活用していく方向性が示されている。

これらの整理は、当審議会の考え方と足並みが揃ったものであり、国民会議において当該整理を踏まえた最終的なとりまとめが行われ、政府が講じる法制上の措置として具現化することを強く期待したい。

年金分野については、国民会議で現在議論中であるが、年金制度の長期的な持続可能性を高めるため、マクロ経済スライドの着実な実施、高所得者への年金給付の見直し、公的年金等控除の見直しに加え、中長期的な更なる支給開始年齢の引上げの検討など、現行制度における残された課題に着実に取り組んでいく方向性が示されることを期待したい。

② 医療・介護サービスの提供体制改革

(イ) 改革の手法

わが国の医療・介護サービス提供体制には、医療・介護を担う人材が不足・偏在し、機能分化が不十分な上に病院・診

療所間などの相互の連携も不足しているなど、医療・介護ニーズに対して必ずしも効率的で最適な体制となっていないという問題がある。

この点が、人口当たりの病床数が多い一方で、人員配置が手薄で平均在院日数が長いという長年指摘されてきたわが国医療の特徴につながっている。過剰需要（供給誘発需要や必要性の低い需要）が生じる一方で、必要なサービスが十分には提供されていないという現状のままでは、今後とも医療や介護の給付費は幾らあっても足りないということになりかねない[資料Ⅱ-1-2 参照]。

国民の医療・介護ニーズに見合った重点的・効率的な医療・介護サービスの提供体制を構築していくことは社会保障給付費の抑制の観点からも喫緊の課題であるが、当審議会は、かねてより改革の手法として診療報酬などを含め公費追加を伴う手段が殊更に取り上げられている点を不十分と指摘し、他の実効ある手法の導入を求めてきた。

この点、国民会議における議論の整理では、各地域が医療・介護需要のピーク時までの地域医療・包括ケアビジョンを策定し、中期的な医療計画や地域包括ケア計画で裏付けしていくこと、医療計画上の病床規制（基準病床数の算定）を高度急性期・一般急性期・亜急性期といった新たな医療機能別のものとする事、医療計画の策定者である都道府県に保険医療機関の指定・取消権限を与えることに加え、医療機能の分化・連携のための医療機関の再編等ができるよう医療法人制度を見直すこと等が提案されている。更には、医療計画の策定者である都道府県を国保の保険者とする事により、保険者機能を通じた受益と負担の牽制を働かせるという重要な提案もなされている。これらの医療・介護サービスの提供体制改革を実効あらしめるための取組について一層検討が深まり、早急に制度化されていくことを期待したい[資料Ⅱ-1-3 参照]。

(ロ) 公費追加の手法

(イ)でも述べたように、医療・介護サービスの提供体制改革に関する従来の議論においては、急性期への医療資源の集中投入などを図るため、消費税増収分を活用した診療報酬の重点配分などの公費追加が必要であるとされてきた。しかし、医療機能ごとの診療報酬の重点配分が所期の効果を発揮するためには、病院と診療所間の連携を含め医療機能の分化・連携が一定程度進捗していることが前提とならなければならない。したがって、そこに至るまでの当面の公費追加については、そのあり方を検討する必要がある。

すなわち、国民会議の議論を通じて、地域によって極めて多様な医療・介護の実態が浮彫りとなったことを踏まえれば、医療・介護サービスの提供体制改革には地域ごとの対応が不可欠である。しかし、地域ごとに異なる算定が基本的に行われない現行の診療報酬体系の下では地域の実情に応じたメリハリのある配分は期待できない。加えて、現行の診療報酬では、医療機関単位・医療行為単位で評価が行われるため、医療機関の再編等を直接評価し、支援していくには馴染まないという限界もある。

医療・介護サービスの提供体制改革には、各地域における医療機能の分化・連携の取組が欠かせず、そこに消費税増収分を活用して公費を投入するというのであれば、まずはそこに特化した効率的・効果的な手法を採らなければ、消費税増収分を国民に還元するという今般の社会保障・税一体改革の趣旨を貫徹し得ない。診療報酬の増額で対応する場合、保険料負担の増加を徒にもたらしかねないことにも留意せねばならない。

当面の公費追加については、診療報酬に代えて地域ごとの対応が可能であり、かつ医療機能の分化・連携に必要なコストを直接支援することも可能な手法を検討していく必要がある。また、当面の公費追加を診療報酬以外の手法により行

う場合、その間の診療報酬改定については十分に抑制の効いたものとしなければならない。

いずれにせよ、いかなる公費追加の手法を採るにせよ、各地域において今般の医療・介護サービスの提供体制改革に伴う地域医療等に係る将来のビジョン等の策定がなされる前に公費追加がなされることは、公費の有効活用の観点から、あり得ない。

③医療・介護保険制度の改革

医療・介護保険制度については、国民会議の議論の整理においては、医療分野における高齢者の自己負担の見直し、後期高齢者支援金の負担に対する全面総報酬割、所得の高い国民健康保険組合に対する定率補助の廃止、介護分野における一定以上の所得がある利用者の負担割合の見直し、軽度者に対する介護保険給付の見直し、介護納付金の負担に対する総報酬割の導入など、当審議会が提起した重点化・効率化策が盛り込まれている[資料Ⅱ-1-4、5、6参照]。

更には、医療分野では高額療養費制度（70歳以上の外来特例など）の見直しや一定病床数以上の一般病床での紹介のない外来受診への定額負担の導入、介護分野では補足給付における資産等の勘案なども提案されている。

これらについては、最終的な取りまとめの段階でも明確に方針として打ち出し、速やかな実現を図るべきである。

なお、当審議会は、1月のとりまとめにおいて、既に後期高齢者支援金の負担に対する全面総報酬割の導入を求めているところであるが、その際と同様、協会けんぽに対する国庫補助を所得の高い健保組合を中心に他の被用者保険全体の保険料負担で肩代わりする構図となるため、慎重な対応を求める意見があったことを付言する。

ところで、今般の国民会議の議論の整理では、全面総報酬割により不要となる協会けんぽへの国庫補助分の財源につ

いて国保に優先投入すべきとの議論の方向性が示されている。

この財源については、協会けんぽの給付費に対する国庫補助割合の引上げのために再投入すべきとの意見や前期高齢者の給付費に充てるべきとの意見も見られるが、当該財源の充当先については、国家財政や医療保険制度全体を見渡した上で、限られた財政資金をいかに効率的・効果的に用いるかという観点から決定されるべきであり、恰も被用者保険のための財源として取り扱うことや、公費投入の効果として、高齢者や低所得者が多いために財政状況がより厳しい国保の負担よりも、健保組合等の負担の方が軽減される結果となることは、適当でない。

このような状況の下、当審議会としては、不要となる国庫補助分については、財政健全化の見地から、国債発行額の抑制に活用することが最も望ましいという立場に立つ。しかし、保険者への公費投入が避けられないとすれば、1月のとりまとめで示した保険者への財政支援に際して「財政基盤の弱い保険者に限って重点的に講じる」との考え方に沿うべきである。したがって、国民会議が示した国保に優先投入という考え方も、国保の保険者機能や財政基盤の構造的な改革につながるものとするを前提として、次善の選択として是認できるものとする。

すなわち、国保には既に多額の公費が投入されており、支援措置を更に講ずるとしても、単なる追加的な赤字補填にとどまってはならず、国保の保険者を都道府県にするといった保険者機能の強化の観点からのあるべき改革の実現とセットで行われる必要がある、かつ、その公費投入が国保の赤字構造への訣別を意味するものでなければならない。

④医療・介護分野の公費追加フレーム全体の見直し

公費追加の規模や時期については、社会保障・税一体改革においては、かねて、医療・介護分野について、医療介護サ

ービスの提供体制の改革関係で 1.4 兆円程度の充実と▲0.7 兆円程度の重点化・効率化が行われ、差引き 0.6 兆円程度の公費追加となるほか、計 1.6 兆円弱程度の公費追加が計画されていたが、具体的な改革の道筋が明らかになるにつれ、その見直しが課題になっている[資料Ⅱ-1-7、8参照]。

例えば、医療・介護サービスの提供体制改革関係では、これまで改革の進捗により 2015 年度までに入院需要の抑制に伴う平均在院日数の減少等で▲4,400 億円程度の重点化・効率化効果が生じるとされてきた。こうした効果は改革への精力的な取組で着実に実現しなければならないとしても、国民会議の議論で想定されている改革スケジュールでは、2015 年度までにその効果が生ずることは見込み難い。

皮算用に基づいて財源を先食いすることは慎むべきであり、この▲4,400 億円程度の見直しとあわせて、これを財源として行われる予定の 6,500 億円程度の公費追加や入院需要の抑制によって生ずるとされる 2,200 億円程度の在宅医療・在宅介護の反射的な公費の増加も当然に見直されるべきであり、とりわけ前者の公費の追加は、平均在院日数の減少等による歳出抑制効果が具体的に発現し、それを定量的に見極めた上でなければ行うべきでない。

医療・介護サービスの提供体制改革関係で予定されている重点化・効率化▲0.7 兆円程度には、上記の▲4,400 億円程度のほか、外来受診の適正化による重点化・効率化▲1,300 億円程度が含まれることとされているが、2015 年度までにその効果が生じるかは精査が必要である上、その具体的内容は既往の医療費適正化の取組に含まれており、(1)で述べたとおり、社会保障・税一体改革とは別に位置づけて然るべきである。残余の介護予防・重度化予防等による重点化・効率化▲1,800 億円程度についても、同様に検証が必要となる。

医療・介護保険制度関係に関する公費追加の規模や時期についても、国民会議の議論を踏まえ、見直しが必要となろう。

なお、こうした社会保障・税一体改革の公費追加フレームや今後の重点化・効率化効果について論う以前の問題として、そもそも過去の重点化・効率化の取組への検証が不十分であることを指摘しておかざるを得ない。

一例を挙げれば、平成 18 年の医療制度改革では、医療費適正化計画を策定することとされ、これに基づき、平成 20 年 9 月に第 1 期の計画（平成 20 年度～平成 24 年度）が策定されたが、その中では、平均在院日数の短縮や生活習慣病対策に取り組むことで、平成 20 年度から平成 24 年度にかけての医療費の増加を、約 4 兆円から約 3.3 兆円に抑えられるとの見通しが示されていた（医療費適正化の効果額▲0.7 兆円。医療費の見通しを示していた 42 道府県ベースの金額）。

しかしながら、厚生労働省が平成 23 年 3 月に公表した適正化計画に関する中間評価においては、上記の医療費適正化の効果額については、何らの検証・評価も行われていない。

第 1 期の適正化計画は 24 年度末をもって終了したことから、今後行われる計画期間全体についての検証・評価の中で、医療費適正化の効果額を示すことが不可欠である。

（3）その他社会保障の重点化・効率化

①後発医薬品の更なる使用促進等

高齢化の進展に伴う医療・介護の給付費の増大への対応が我が国社会保障の最大の課題であり、給付の重点化・効率化について不断の取組が必要である。

このうち後発医薬品の使用促進については、これまで、「経済財政改革の基本方針 2007」(平成 19 年 6 月 19 日 閣議決定)において、24 年度までに全医薬品販売に占める後発医薬品の数量シェア 30%以上にすると、この目標が掲げられていたところであるが、足元の後発医薬品の数量シェアは、22.8%に過ぎず(平

成 23 年 9 月薬価調査)、平成 19 年に閣議決定された目標は達成されなかった。

こうした中、厚生労働省は、平成 25 年 4 月に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を公表し、その中で、後発医薬品の数量シェアについて「平成 30 年 3 月末までに 60%以上とする」との新たな目標を設定した。

ただし、この 60%以上という目標値は、これまでの「平成 24 年度までに 30%以上」との目標値とはベースが異なり、後発医薬品のある先発品と後発医薬品の合計を分母とした後発医薬品の割合を示すものである。この基準で足元の後発医薬品シェア（旧基準では 22.8%）を見た場合には約 40%となるが、これは諸外国に比して極めて低い水準となっている（参考：米国：約 90%、ドイツ：約 80%強、英国：約 70%強、フランス：約 60%強）。

このように、今回、「平成 30 年 3 月末までに 60%以上」との新目標は定められたが、従来の「24 年度までに 30%以上」との目標が達成できなかったという事実から目を背けることは許されず、その真摯な反省と検証なくしては、新目標の設定も、単なる従前の目標の先延ばしとの批判を免れまい。

今後の後発医薬品の使用促進に向けた取組については、目標値がいわば「掛け声倒れ」に終わってしまうことがないように、より実効性ある具体的な手段を伴うものとすることが不可欠である。このような観点からは、諸外国の例も参考に、一部の医薬品についての保険償還額を後発医薬品に基づいて設定し、それを上回る部分は患者の自己負担とすることや、薬剤の内容によって患者の自己負担の割合に差を設けること、また、長期収載品（後発医薬品のある先発医薬品）の薬価の引下げなどに取り組むべきである。

更には、今回設定された新たな目標ですら、諸外国比較で見れば低水準に過ぎないことは否めず、後発医薬品が先発医薬品と効果・効能が同一であるというのであれば、最終的には 100%

を目指すべきであり、しかも可能な限り早期の目標達成が求められる[資料Ⅱ-1-9、10 参照]。

② 外来受診等の適正化

レセプトは病院（医科）で 99.9%が電子化されており、健保組合、国保等の保険者は、自ら保有する電子レセプト情報も活用しつつ、被保険者に対する保健指導など医療費適正化のための取組を行っている。他方で、重複受診、過剰検査、過剰な薬剤投与の削減等への取組は必ずしも十分とは言えない。そこで、例えば、保険者に対し、データに基づく加入者への診療実績の評価や健康度評価を義務付けるなど、電子レセプト等の ICT の活用による保険者機能の強化を図るべきである。この点については、経済財政諮問会議や産業競争力会議における議論も踏まえつつ、これまで以上に実効性ある取組がなされることを期待したい。

③ 介護

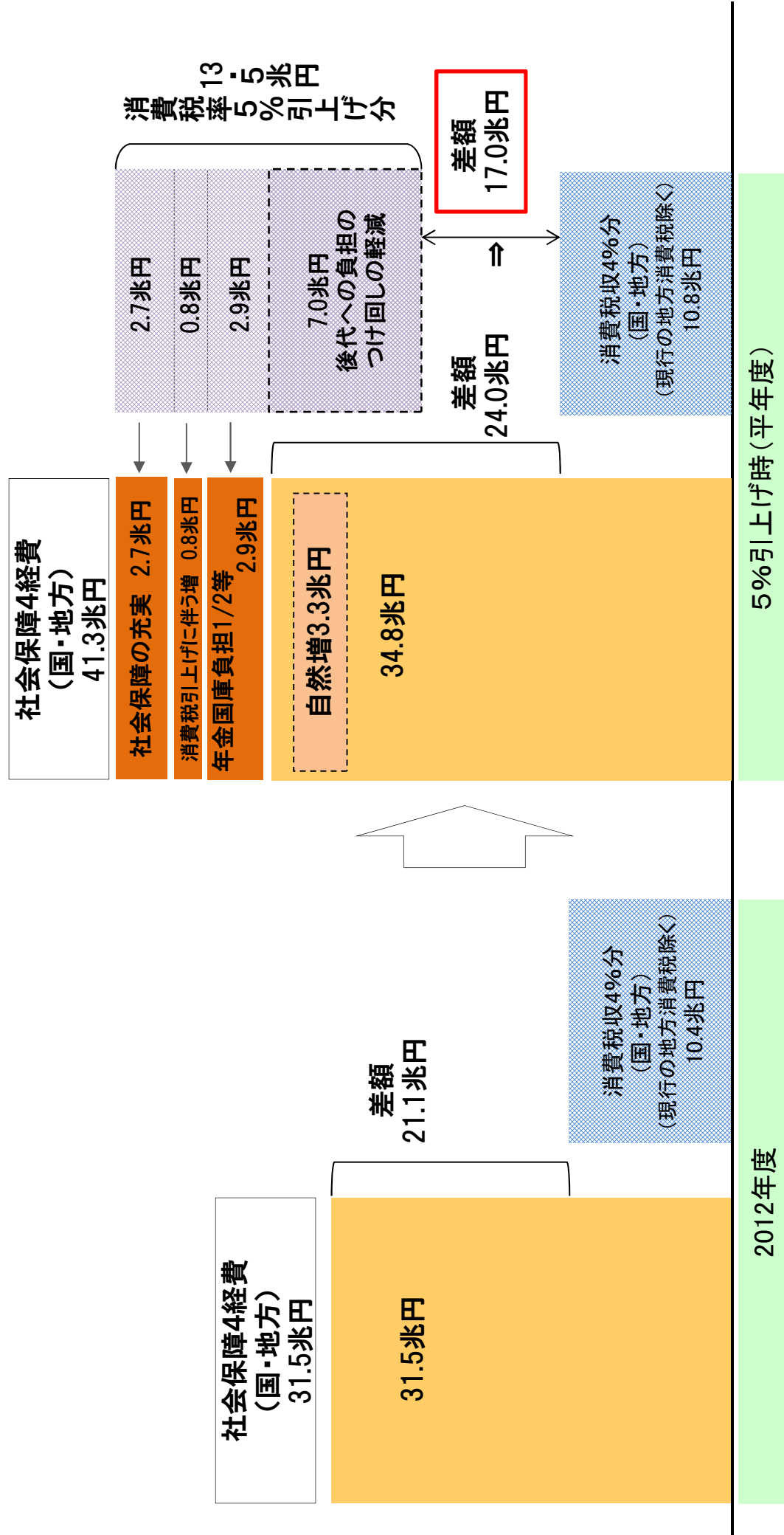
介護分野では、総体としてみれば介護事業者は収支が大幅に改善するとともに、特別養護老人ホーム等の施設において内部留保も積み上がっている。こうした経営実態の精査が必要であるが、設置主体において経営情報が開示されることなしには限界がある。規制改革会議で社会福祉法人について財務諸表の公表を行う方向が示されていること等を踏まえ、設置主体の経営の透明性の向上・明確化が図られるべきである。その上で網羅的な実態把握を行い、内部留保の原資の大部分が保険料や公費であることを踏まえ、利用者やより広く国民に還元することも含めた対応策が検討されるべきである[資料Ⅱ-1-11 参照]。

社会保障の安定財源の確保について

資料Ⅱ-1-1

社会保障給付費の公費負担と消費税収(現行の地方消費税を除く。)の規模の比較を行えば、社会保障4経費に対して、消費税引上げや社会保障・税一体改革が予定する重点化・効率化策が実現しても、消費税収はなお17兆円不足となると見込まれている。

※ 本資料は、関連法案審議に供するために24年5月に作成された資料であり、計数については時点修正等による変更があり得る。



(注) 社会保障4経費とは、「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費用」(平成21年度税制改正法附則第104条)を指す。

医療提供体制の各国比較(2010年)

国名	平均在院 日数	人口千人 当たり 病床数	人口千人 当たり 臨床医師数	人口千人 当たり 臨床看護 職員数	一人当たり 外来受診回数 (年間)
日本	32.5	13.6	2.2	10.1	13.1
ドイツ	9.6	8.3	3.7	11.3	8.4
フランス	12.7	6.4	#3.3	#8.5	6.7
イギリス	7.7	3.0	2.7	9.6	5.0
アメリカ	6.2	3.1 (2009)	2.4	#11.0	3.9

(参考) 財政制度等審議会「平成25年度予算編成に向けた考え方」(抄)

- 人口一人当たりの病院・病床数が顕著に多いものの、その機能が未分化なまま、手薄な人員体制の下で「低密度医療」を招いている。
- 世界的に見ても平均在院日数が長いにもかかわらず、リハビリ等を担う病床や在宅療養体制が不足している中で入院需要や介護需要が増加し続けている。

(出典) OECD「Health Data 2012」

(注1) 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

(注2) 病床百床あたり臨床医師数ならびに臨床看護職員数は、総臨床医師数等を病床数で単純に割って百をかけた数値である。

【基本的な考え方】

- 「いつでも、好きなどころで、お金の心配をせずに、求める医療を受けられることができる」医療から、「必要なときに適切な医療を適切な場所で最小の費用で受ける」医療に転換すべき。その際、適切な医療の提供とは、疾病や障害に合った適切な場で医療を提供することを基本に考えるべき。
- 「病院で治す」医療から超高齢社会に合った「地域全体で、治し・支える医療」へ転換することが必要である。

【医療・介護の提供体制の在り方】

- 医療、介護、看取りまで継ぎ目のない地域医療・包括ケアを目標として各地域の医療・介護需要ピーク時までの地域医療・包括ケアビジョンを作成すべき。その際、地域医療ビジョンは、平成30年度とは言わず前倒しで作成。そのビジョンの実現に向けて、都道府県は地域医療計画を、市町村は地域包括ケア計画を、一定年間隔で策定すべき。それに沿った医療機能の分化・連携を促すための基金を創設(財源として消費税増収を活用)し、診療報酬や介護報酬による利益誘導ではなく、まずは補助金的手法で誘導すべき。医療機能の分化・連携が進んだ後、補助金的手法にあてていた消費税増収分を、順次医療機能ごとの診療報酬重点配分に移行していくべき。
- 各都道府県が2次医療圏ごとに基準病床数を高度急性期・一般急性期・亜急性期といった新たな医療機能別に算定し(国が標準を示しつつ、地域の実情に応じて都道府県が補正を行う)、地域医療計画に盛り込むべき。
- 医療計画の策定者である都道府県を国保の保険者とする、さらには医療計画の策定者である都道府県に保険医療機関の指定・取消権限を与えるほか、その実効性を高めるための諸施策を講じることとし、これらの方向性を医療法改正で明示すべき。

【医療法人の在り方】

- 医療機能の分化・連携のための医療機関の再編等を可能とし、ケアをベースとしたコミュニティ形成、町作りにも参画できるように医療法人制度の見直しを行うべき。

【外来の役割分担の在り方】

- 医療機関が役割分担を行うこと、一人の医者が総合的に高齢者を診ることなど、フリーアクセスの問題やかかりつけ医への受診体制の変革について結論を出すべき。

【市町村国保の都道府県化】

- 医療提供体制改革の実効性を高めるためには、医療計画の策定者である都道府県を国保の保険者とすることにより、保険者機能を通じた受益と負担の牽制を働かせることが効果的。
- 国民健康保険の赤字構造を抜本的に解決した上で、国民健康保険の保険者を都道府県とすべき。ただし、その際には、保険料徴収・保健事業等引き続き市町村が担うことが適切な業務が存在することから、都道府県と市町村が適切に役割分担する仕組みとすることが必要。
- 地域医療提供体制整備の責任主体と、国民健康保険の保険者を都道府県に一本化し、地域医療の提供水準と保険料等の住民負担のあり方を総合的に検討することが可能な望ましい体制を実現すべき。
- 保険財政安定化事業により市町村国保の財政は県単位化されるが、老人保健制度と同様に責任者不在の仕組み。都道府県が地域保険に参画するとともに、都道府県への医療供給に係る統制力と地域特性に応じた診療報酬設定の一部権限委譲も必要である。

(参考) 財政制度等審議会「平成25年度予算編成に向けた考え方」(抄)

- 医療・介護サービスの提供体制の重点化・効率化と機能強化のために公費が追加される予定となっている。これは、(中略)、急性期病床への医療資源の集中投入等により「高密度医療」を実現し、平均在院日数の減少等を通じて医療費の適正化につなげるという政策パッケージのためにあえて行う公費負担であり、その政策効果の発現には、診療報酬の重点配分を図るといったソフトな動機付けだけでは不十分なことは明らか。

- 後期高齢者支援金の負担金に対する全面総報酬割の導入、その際に浮いた公費の投入の国保優先の実現を図る必要。
- 後期高齢者支援金の全面報酬割と国保の都道府県化、更には所得の高い被保険者からなる国保組合への定率補助の廃止を一体的に実現すれば、被用者保険者間のみならず市町村間の保険料負担の格差の是正を図ることができることになり、保険制度を通じて「保険料負担に係る国民の負担に関する公平の確保」との『社会保障制度改革推進法』の趣旨を実現でき、消費税率引き上げのタイミングにふさわしい内容の改革となる。
- 後期高齢者支援金の総報酬割の導入については、浮くとされる国庫負担分を国債残高圧縮への充当(＝将来世代へのツケの先送りの抑制)に使うべきとの意見に加え、協会けんぽの国庫補助率20%の引上げに使うべきとの意見や、前期高齢者の給付費に充当することによって被用者保険全体の負担軽減を図るべきとの意見など、様々な意見があることも踏まえ、浮いた財源の用途も含めて、検討すべき。

(参考) 財政制度等審議会「平成25年度予算編成に向けた考え方」(抄)

- 社会保険制度内での保険料負担の調整が公費投入より優先されるべきであり、支援金負担について、所得が高い被用者保険に総報酬比例の水準までの負担を求め、その分所得が低い被用者保険の負担が軽減されることは積極的に検討されるべき。
- 被用者保険間の負担の按分方法を完全に総報酬割とすることとし、これにより所得が低い協会けんぽの支援金負担への国庫補助を節減していくべき。
- 保険者への財政支援については、保険者機能の発揮の観点から慎重な対応が必要であり、低所得者や高齢者が集中している市町村国保への一定の財政支援は避けられないとしても、財政基盤の弱い保険者に限って重点的に講じることとし、とりわけ給付が増えれば財政支援も増えるというリンクは極力断ち切らなければならない。
- 総報酬割により節減される協会けんぽの国庫補助分の財源を保険者に対する財政支援に再び充てることについては、保険者を公費負担による財政支援から脱却させていくというあるべき方向性とは相容れないものであることに留意する必要がある。
- 所得の高い国民健康保険組合に対する定率補助も同様の観点から廃止しなければならぬ。

国民会議「議論の整理(医療・介護分野)」(案)(抜粋)

- 70-74歳の医療費自己負担は法律では2割であるのに、確たる理由もなく暫定的に1割のまま。
- 継ぎ目のない「医療」「介護」システム構築の観点からの医療・介護の自己負担・利用者負担の整合性確保が必要。70-74歳の現役並み所得の医療費自己負担3割。ところが、介護に移行すると利用者負担1割。他方、75歳以上の高齢者では「医療」から「介護」へ移行しても1割負担のままであり、全体の整合性を確保していくべき。
- 軽度の高齢者は、見守り・配食等の生活支援が中心であり、要支援者の介護給付範囲を適正化すべき。具体的には、保険給付から地域包括ケア計画と一体となった事業に移行し、ボランティア、NPOなどを活用し柔軟・効率的に実施すべき。
- 特別養護老人ホームは中重度者に重点化。軽度者を含めた低所得高齢者の住まいの確保が新たな課題。
- 介護保険では、現役世代の保険料負担の公平性は保険料で調整すべきであり、第2号被保険者の介護納付金について、総報酬割を導入すべき。

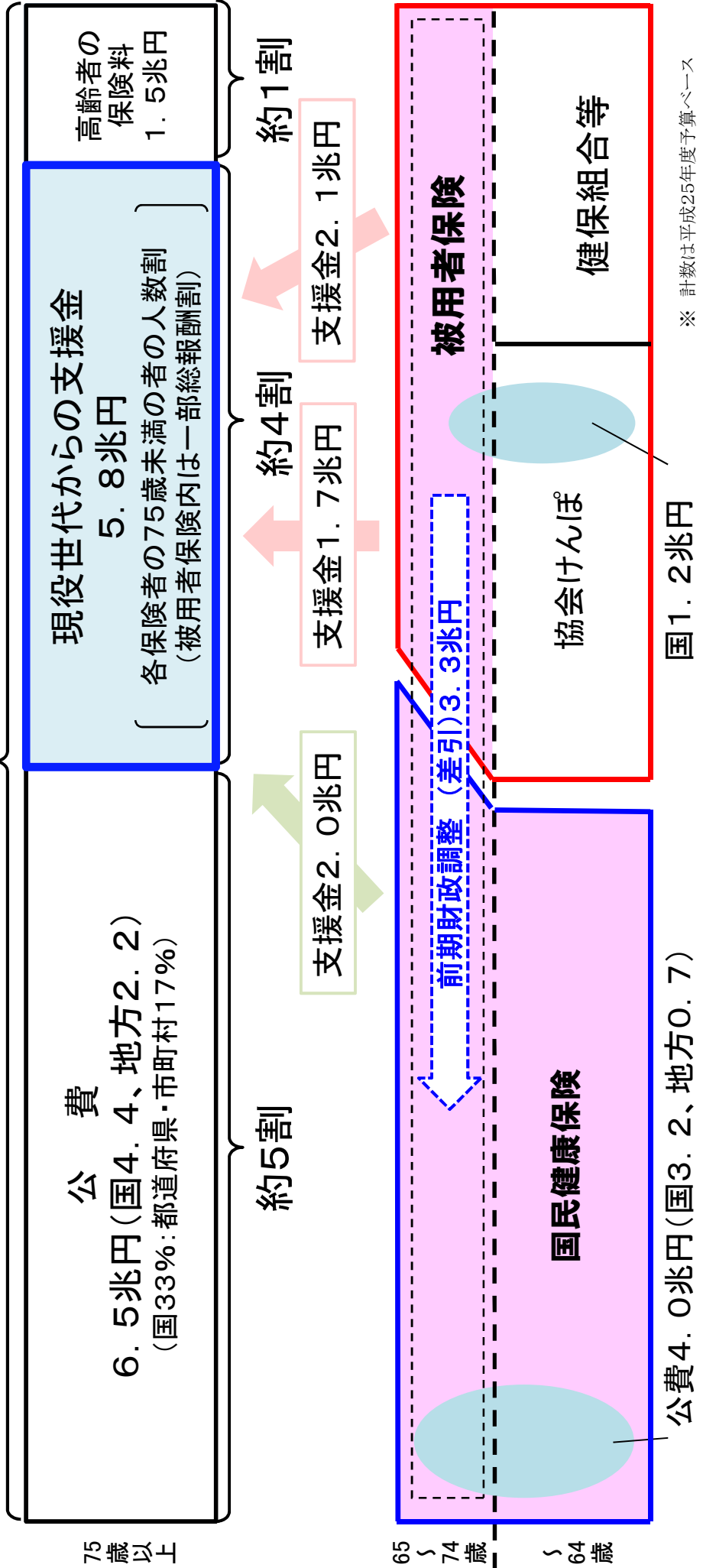
(参考) 財政制度等審議会「平成25年度予算編成に向けた考え方」(抄)

- 70歳から74歳までの方の一部自己負担を法定の2割負担に戻すことは、制度改革以前の制度運用の正常化という課題であり、直ちに取組むべき。
- 現役並み所得の高齢者については、医療保険においては、順次、自己負担割合の引上げが行われているが、介護保険においては、制度創設以来、利用者負担割合は1割のまま据え置かれており、早急にその引上げを実現する必要。
- 軽度者に対する介護サービスについては、保険給付の対象から除外するべき。
- 介護施設の入所者を重度者に限定することなどを通じ、施設介護から在宅介護への移行を着実に実現する必要。
- 介護納付金についても、医療保険制度における動向と整合的に総報酬割の導入・拡大が図られるべき。

後期高齢者医療制度について

- 後期高齢者医療制度の財源は、加入者である75歳以上の方々が、それまでは被用者保険か国民健康保険に加入していたこと等を踏まえ、給付費の40%を被用者保険と国民健康保険からの支援金で賄っている。
- 各保険者が支払う支援金は、原則として、各保険者の加入者に応じたもの(人数割)となっているが、「健保組合」と「協会けんぽ」の間では、支援金の1/3について各保険者の加入者の報酬に応じたもの(総報酬割)となっている。

13. 8兆円

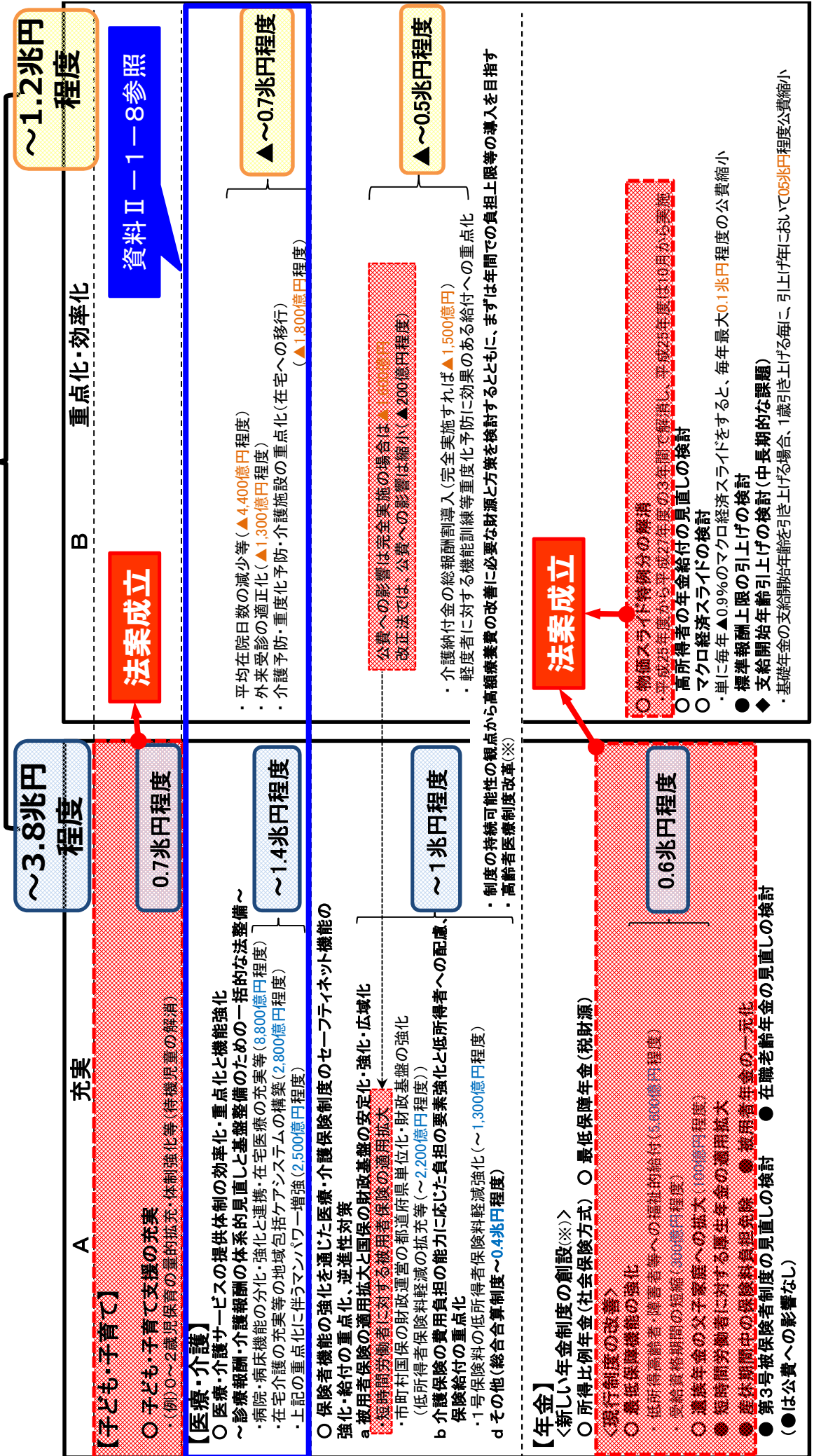


※ 計数は平成25年度予算ベース

社会保障の充実と重点化・効率化

主な改革検討項目

2015年度の所要額（公費）合計 = 2.7兆円程度（～3.8兆円程度 - ～1.2兆円程度）



（※）3党の「確認書」では、今後の公的年金制度、今後の高齢者医療制度にかかると改革については、あらかじめその内容等について三党間で合意に向けて協議するとされている。

充実

- ① 病床の機能に応じた医療資源の充実
(6,500億円程度)
[入院医療の「サービス単価」の増]

↓
退院患者の増加

- ② 退院患者の受け皿となる介護の充実
(1,100億円程度)
[介護の「サービス量」の増]
- ③ 在宅医療の充実等(1,100億円程度)
[在宅医療の「サービス量」の増]

※このほか、

- ④在宅介護の充実等(2,800億円程度)
⑤上記に伴うマンパワーの増強(2,500億円程度)
による充実がある。

1.4兆円程度

重点化・効率化

- ⑥早期退院が可能に(平均在院日数の減少等)
(▲4,400億円程度)
[入院医療の「サービス量」の減]

※同時達成が必要

※このほか、

- ⑦外来受診適正化(▲1,300億円程度)
⑧介護予防・重度化予防等(▲1,800億円程度)
による重点化・効率化がある。

▲0.7兆円程度

合計(公費) 0.6兆円程度 (充実+重点化・効率化)

後発医薬品の使用促進

資料Ⅱ-1-9

- 我が国の後発医薬品の使用割合は、諸外国に比して極めて低い。
- 厚生労働省が新たに後発品使用目標を設定 → 「平成30年3月末までに60%以上」
- ⇒ 新たな目標ですら、諸外国比較で見れば、最低水準。
- ⇒ 例えば、①より高い目標への見直しや目標達成時期の前倒しのほか、②長期収載品（後発品のある先発品）の薬価の引下げなど、より実効性ある取組が必要ではないか。

<先発品と後発品で薬価の差が大きい例>
 ……高脂血症用剤(5mg 1錠)

先発品:	薬品 A	59.30円	(100)
後発品:	薬品 B	35.40円	(60)
	薬品 C	27.30円	(46)
	薬品 D	15.60円	(26)

<先発品と後発品で薬価の差が小さい例>
 ……X線造影剤(50ml 1瓶)

先発品:	薬品 E	5,335円	(100)
後発品:	薬品 F	3,985円	(75)
	薬品 G	3,651円	(68)
	薬品 H	3,239円	(61)

特許切れ市場における後発医薬品シェア
 (数量ベース、2010年)

日本	約40%
アメリカ	約90%
イギリス	約70%強
ドイツ	約80%強
フランス	約60%強

(出典) 中協薬価専門部会資料(平成24年10月31日)より作成

- 後発品あり先発品が全て後発医薬品に置き換わった場合の影響額
 ⇒ **医療費総額 ▲15,300億円(国費 ▲4,000億円)**
- 厚生労働省目標(平成30年3月末までに後発医薬品の使用割合60%)を達成した場合の医療費への影響額
 ⇒ **医療費総額 ▲5,300億円(国費 ▲1,400億円)**

※厚生労働省「薬価調査(平成23年9月)、平成22年度国民医療費より試算

【先発品・後発品の取扱い】

- フランスでは、一部の医薬品(外来)の償還額は後発医薬品を基に設定され、それを上回る部分については患者負担(2004年～)。
- ドイツでは、外来薬剤費の1割を患者が負担することとなっているが、これに加え、薬剤費が参照価格を超過する分についても患者が負担。

(参考)スペインでは、医薬品はその主成分又は一般名での処方とし、薬局では最も安い医薬品(後発品)を提供することを義務付けている他、ギリシャ、イタリア、ポルトガル、アイルランドにおいても、医療支出抑制策の一環として、ジェネリック医薬品の使用促進に取り組んでいる。

【薬剤費の負担割合】

- フランスでは、薬剤(外来)の内容によって負担割合を変更。
 - ・ 代替性のない重要薬 : 0%
 - ・ ほとんどの治療薬 : 35%
 - ・ 胃薬など、軽治療薬 : 70%
 - ・ 再評価で有効性が乏しいとされたもの : 85%
 - ・ ビタミン剤等 : 100%

(注)平成24年度からは、ビタミン剤については、栄養補給目的での使用は保険上の算定から除外。

特別養護老人ホームの経営状況について

資料Ⅱ－1－11

特別養護老人ホームなどの施設においては、収支状況が大幅に改善するとともに、内部留保も積み上がり。

①収支

- 特別養護老人ホームの収支は**大幅に改善**。平均的な特養(定員約70人)では、収支差 月+247万円(年間+約3,000万円)

	平成20年	平成23年	収支差の増
特養	3.4%	9.3%	+5.9%

(平成23年 介護事業経営実態調査結果(厚労省))

②内部留保

- 平成23年度末 特別養護老人ホームの貸借対照表(1施設当たり平均値)(厚労省公表)
(※)調査対象とした特養は、全施設6,104施設であるが、回答のあった2,518施設のうち、内部留保が正確に把握できた1,662施設(27.2%)のみの実態把握。

内部留保の別	単位	金額
発生源内部留保	1施設当たり平均	3億1,373万円
	1床当たり平均	381万円
实在内部留保	1施設当たり平均	1億5,564万円
	1床当たり平均	191万円

【発生源内部留保】 内部留保の源泉で捉えた「貸借対照表の貸方に計上されている内部資金」

= 次期繰越活動収支差額 + その他の積立金 + 4号基本金

【实在内部留保】

内部資金の蓄積額のうち、今現在、事業体内に未使用資産の状態(減価償却により、蓄積した内部資金も含む。)

= 「現預金・現預金相当額」 - (流動負債+退職給与引当金)

【参考】平成23年12月公表の内部留保額 : 特養1施設当たり平均 3億782万円