

平成29年4月27日
国立保健医療科学院 公開シンポジウム

社会保障の持続可能性

～その課題に向きあう～



厚生労働省保険局医療課
企画官 眞鍋 馨

本日の話の構成

1. 社会保障について
2. 日本の人口動態
3. 社会保障費の動向
4. 政府における検討
5. まとめ

社会保障制度とは

社会保障制度は、国民の「安心」や生活の「安定」を支えるセーフティネット。
社会保険、社会福祉、公的扶助、保健医療・公衆衛生からなり、人々の生活を生涯にわたって支えるものである。

① 社会保険(年金・医療・介護)

国民が病気、けが、出産、死亡、老齢、障害、失業など生活の困難をもたらすいろいろな事故(保険事故)に遭遇した場合に一定の給付を行い、その生活の安定を図ることを目的とした強制加入の保険制度

- 病気やけがをした場合に誰もが安心して医療にかかることのできる医療保険
- 老齢・障害・死亡等に伴う稼働所得の減少を補填し、高齢者、障害者及び遺族の生活を所得面から保障する年金制度
- 加齢に伴い要介護状態となった者を社会全体で支える介護保険 など

② 社会福祉

障害者、母子家庭など社会生活をする上で様々なハンディキャップを負っている国民が、そのハンディキャップを克服して、安心して社会生活を営めるよう、公的な支援を行う制度

- 高齢者、障害者等が円滑に社会生活を営むことができるよう、在宅サービス、施設サービスを提供する社会福祉
- 児童の健全育成や子育てを支援する児童福祉 など

③ 公的扶助

生活に困窮する国民に対して、最低限度の生活を保障し、自立を助けようとする制度

- 健康で文化的な最低限度の生活を保障し、その自立を助長する生活保護制度

④ 保健医療・公衆衛生

国民が健康に生活できるよう様々な事項についての予防、衛生のための制度

- 医師その他の医療従事者や病院などが提供する医療サービス
- 疾病予防、健康づくりなどの保健事業
- 母性の健康を保持、増進するとともに、心身ともに健全な児童の出生と育成を増進するための母子保健
- 食品や医薬品の安全性を確保する公衆衛生 など

※これらの分類については、昭和25年及び昭和37年の社会保障制度審議会の勧告に沿った分類に基づいている。

社会保障制度の基本的考え方

現行制度の基本的考え方

- 我が国の福祉社会は、自助、共助、公助の適切な組み合わせによって形づくられている。
その中で社会保障は、国民の「安心感」を確保し、社会経済の安定化を図るため、今後とも大きな役割を果たすもの。
 - この場合、全ての国民が社会的、経済的、精神的な自立を図る観点から、
 - ①自ら働いて自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持するという「自助」を基本として、
 - ②これを生活のリスクを相互に分散する「共助」が補完し、
 - ③その上で、自助や共助では対応できない困窮などの状況に対し受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う公的扶助や社会福祉などを「公助」として位置づける
- こととされている。〔社会保障制度審議会 昭和25年10月「社会保障制度に関する勧告」
平成7年7月「社会保障体制の再構築に関する勧告」〕
- 「共助」のシステムとしては、国民の参加意識や権利意識を確保する観点からは、負担の見返りとしての受給権を保障する仕組みとして、国民に分かりやすく負担についての合意が得やすい社会保険方式が基本となっている。

社会保障制度に関する勧告(昭和25年社会保障制度審議会)

日本国憲法25条を受け、「社会保障制度に関する勧告」(昭和25年10月16日社会保障制度審議会)では、社会保障制度について概ね以下のような考え方を提示している。

- 日本国憲法25条の規定は、国民には生存権があり、国家には生活保障の義務があることを明らかにしている。
- いわゆる「社会保障制度」とは、困窮の原因に対し、保険又は直接公の負担において経済保障を図り、生活困窮に陥ったものに対しては、国家扶助によって最低限度の生活を保障するとともに、公衆衛生及び社会福祉の向上を図り、もってすべての国民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにすることである。
- 国家が責任をとる以上は、国民もまた、社会連帯の精神に立って、それぞれその能力に応じてこの制度の維持と運用に必要な社会的義務を果たさなければならない。
- 社会保障の中心は、自らそれに必要な経費を負担する社会保険制度としつつ、保険制度のみでは救済し得ない困窮者に対しては、国家が直接扶助し、その最低限度の生活を保障しなければならない。更にすすんで、国民の健康の保持増進のための公衆衛生、国民生活の破綻を防衛するための社会福祉行政の拡充を同時に推進しなければならない。

社会保障制度の変遷

○ 現在の社会保障制度は、戦後の復興期を経て、高度成長期であった1960～70年代に骨格が築かれた。

昭和20年代
戦後の混乱・生活困窮者の緊急支援

戦後の緊急援護と基盤整備(いわゆる「救貧」)

昭和30・40年代
高度経済成長・生活水準の向上

国民皆保険・皆年金と社会保障制度の発展(いわゆる「救貧」から「防貧」)

第二次世界大戦以降の社会保障の世界的な流れ: 行財政への依存の拡大

- 第二次大戦とその後の東西対立は社会主義拡大への対抗策としての社会保障充実に圧力。
- 社会保障改革への重要な指針(英ベヴァリジ報告など)も用意されたことが基盤となり、1970年代にかけて、社会保障の積極的な拡充への改革が進行。

・基本的な特徴: 貧困予防と受給権利の尊重と社会保険制度の包括化・一般化・給付改善。

※これにより、先進国の社会保障の潮流に、重大な変化。

- ①負担能力が低い非被用者の被保険者や財政力が低水準の保険者への財政補助、給付改善に要する財源の調達などを通じ、財政への依存が拡大。
- ②社会保険の管理・財務における国家責任の拡大

昭和50・60年代
高度経済成長の終焉・行財政改革

安定成長への移行と社会保障制度の見直し

平成以降
少子化問題・バブル経済崩壊と長期低迷

少子高齢社会に対応した社会保障制度の構造改革

※我が国の社会保障は、各国と比較した場合、社会保障給付費の規模は小さい。

社会保障制度の変遷

昭和20年代

戦後の混乱・生活困窮者の緊急支援

昭和30・40年代

高度経済成長・生活水準の向上

昭和50・60年代

高度経済成長の終焉・行財政改革

平成以降

少子化問題・バブル経済崩壊と長期低迷

戦後の緊急援護と基盤整備(いわゆる「救貧」)

- 昭21 生活保護法制定
- 昭22 児童福祉法制定
- 昭23 医療法、医師法制定
- 昭24 身体障害者福祉法制定
- 昭25 制度審勧告(社会保障制度に関する勧告)

国民皆保険・皆年金と社会保障制度の発展(いわゆる「救貧」から「防貧」へ)

- 昭33 国民健康保険法改正(国民皆保険)
- 昭34 国民年金法制定(国民皆年金)
- 昭36 国民皆保険・皆年金の実施**
- 昭38 老人福祉法制定
- 昭48 福祉元年
(老人福祉法改正(老人医療費無料化)、健康保険法改正(家族7割給付、高額療養費)、年金制度改革(給付水準引上げ、物価・賃金スライドの導入))

安定成長への移行と社会保障制度の見直し

- 昭57 老人保健法制定(一部負担の導入等)
- 昭59 健康保険法等改正(本人9割給付、退職者医療制度)
- 昭60 年金制度改革(基礎年金導入、給付水準適正化、婦人の年金権確立)
医療法改正(地域医療計画)

少子高齢社会に対応した社会保障制度の構造改革

- 平元 ゴールドプラン策定**
- 平2 老人福祉法等福祉8法の改正(在宅福祉サービスの推進、福祉サービスの市町村への一元化)
- 平6 エンゼルプラン、新ゴールドプラン策定
- 平9 介護保険法制定
- 平11 新エンゼルプラン策定
- 平12 介護保険開始**
- 平15 次世代育成支援対策推進法制定・少子化社会対策基本法制定
- 平16 年金制度改革(世代間公平のためのマクロ経済スライドの導入等)
- 平17 介護保険改革(予防重視型システムへの転換、地域密着型サービスの創設)
- 平18 医療制度改革(医療費適正化の総合的な推進等)
- 平24 社会保障・税一体改革
- 平25 社会保障制度改革国民会議報告書 社会保障改革プログラム法**
- 平26 消費増税 社会保障改革関連法制定**

厚生白書(昭和31年度版)〈抜粋〉

第一章 国民の生活はいかに守られているか

第一節 国民の生活状態はどうなっているか

果して「戦後」は終わったか

もはや「戦後」ではない、というのが、最近の一つの流行語になっている。もっとも、それぞれの発言者によって、この同じ言葉で表現している意味は、必ずしも同じではない。そこで、ここでは問題を経済的なものに限定し、すでに発表されている各種の資料を検討して、果して「戦後」は終わったかどうかを、**事実**に即して、**冷静**に考えてみることにしよう。

- ただ、われわれは、問題の取り上げ方についてここに注意しておかなければならないことがある。それは戦後の経済復興のための国民的努力の目標は、結局するところ、悲惨をきわめた戦後の国民生活を、速かに戦前の水準まで回復させること、あるいはこれを突破させることにあったのであるから、われわれは、問題の焦点を、国民経済の出発点であり帰着点でもあるところのこの国民生活の上に置かなければならないということである。言いかえるならば、生産高、貿易取引高、物価などの諸経済指標は、それ自体としてはここでの関心事ではなく、国民の生活状態がどの程度の回復を示したかということに、問題をしばって考えようというのである。
- まず、われわれは、国民所得から見て行くことにしよう。前に第四表において見たとおり、実質国民所得は、昭和九年ないし一一年の平均を一〇〇とすれば、昭和三〇年は一四九で、五割近くの増加を示している。
- しかし、この一四九という数字には、働き手・稼ぎ手でありまた消費者である国民の人口の増加という要素が加わっているから、これをさらに国民一人当り国民所得の大きさに引き直すと、一一三という数字になる。これは、昭和一四年の国民一人当り実質国民所得と一致する。つまり、海外の非常な好景気の余波によってわが国経済が戦後最良の年といわれるほどの好況を示した昭和三〇年において、国民一人当り実質国民所得は、ようやく昭和一四年の水準に達したに過ぎないということになるのである。
- <略>
- さて、この国民所得のうちのある部分が、国民の個々の家計の消費支出に当てられ、この消費支出の大きさが、その時々国民の生活状態を示すいわゆる消費水準を決定するわけである。
- そこで、国民の消費水準の戦前に対する比較を行うと、昭和九年ないし一一年平均を一〇〇とすれば昭和三〇年は一一五であって、いまや国民の消費生活の水準は戦前水準を大幅に突破したことを示すものとされている。ただし、この戦前比較一一五%という倍率は、都市農村を通じて全国民を平均にならした数字であるから、都市と農村を分離して、まず農村について見ると、農村の生活水準は、すでに昭和二六年において戦前水準を突破し、記録的な豊作の年であった昭和三〇年においては、戦前対比一三二・五%という目ざましい向上ぶりを見せた。しかし、この数字については、いうまでもなく、戦前のわが国の農村が疲弊をきわめていて、その救済を叫ぶ声が高かったという歴史を忘れてはならない。要するに、農村においては、戦後の水準が著しく高まったというよりも、戦前の水準があまりにも低かったと考える方が正しいのではあるまいか。
- とここで、この農村を除いて考えるならば、都市における消費水準の回復はむしろ遅々たるもので、東京都の勤労者世帯を例にとっても、昭和二九年において始めて昭和九年ないし一一年平均の水準に達し、昭和三〇年においてようやく一〇六・五%という数字を示したとされている。しかも、家計調査が、戦前は比較的に低額の所得階層を対象としていたのに反し、戦後は高額所得層まで含まれているという相違を考慮に入れると、この一〇六・五%という数字はある程度割引きして考えなければならないから、都市部においては、消費水準が戦前の水準にまで戻ったと断定することには、なお問題があるといわなければならない。
- この疑念を深めるものの一つは、都市勤労者家計におけるいわゆる「エンゲル係数」(飲食物費が消費支出全体のうちに占める割合)である。この係数は、所得の低い階層ほど大となるという規則的な関係があるものであるが、戦前の家計調査(全都市)の示すエンゲル係数は三五・六%であり、これに対応する昭和三〇年の数字は四四・五%である。さらに、住宅に対する支出や、家計の黒字あるいは貯蓄なども、必ずしも戦前の水準に及んでいないという事実がある。
- このように、数字が示すところ、農村においては確かに戦前の水準を上回っているが、都市においては、いまだ戦前の生活状態までには及んでいないと推定する方が、われわれの日常生活の実感から考えてもぴったりとするように思われる。

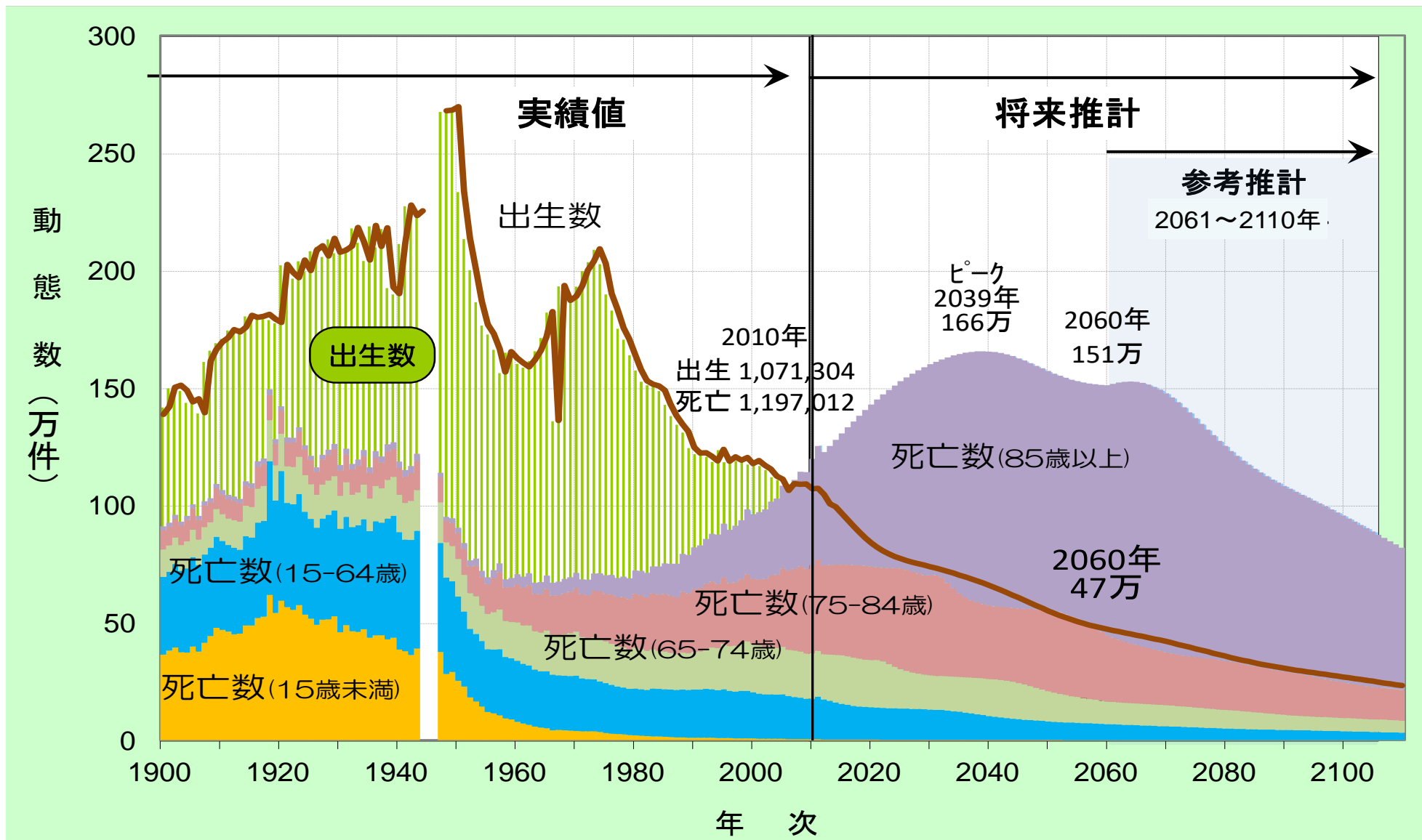
・ 結語

- ・ 戦後日本経済の回復の速やかさには誠に万人の意表外にでるものがあった。それは日本国民の勤勉な努力によって培われ、世界情勢の好都合な発展によって育まれた。しかし敗戦によって落ち込んだ谷が深かったという事実そのものが、その谷からはい上がるスピードを速やかからしめたという事情も忘れることはできない。経済の浮揚力には事欠かなかった。経済政策としては、ただ浮き揚がる過程で国際収支の悪化やインフレの壁に突き当たるのを避けることに努めれば良かった。消費者は常にもっと多く物を買おうと心掛け、企業者は常にもっと多くを投資しようとして待ち構えていた。いまや経済の回復による浮揚力はほぼ使い尽くされた。なるほど、貧乏な日本のこと故、世界の他の国々に比べれば、消費や投資の潜在需要はまだ高いかもしれないが、戦後の一時期に比べれば、その欲望の熾烈さは明らかに減少した。もはや「戦後」ではない。我々はいまや異なった事態に当面しようとしている。回復を通じての成長は終わった。今後の成長は近代化によって支えられる。そして近代化の進歩も速やかにしてかつ安定的な経済の成長によって初めて可能となるのである。

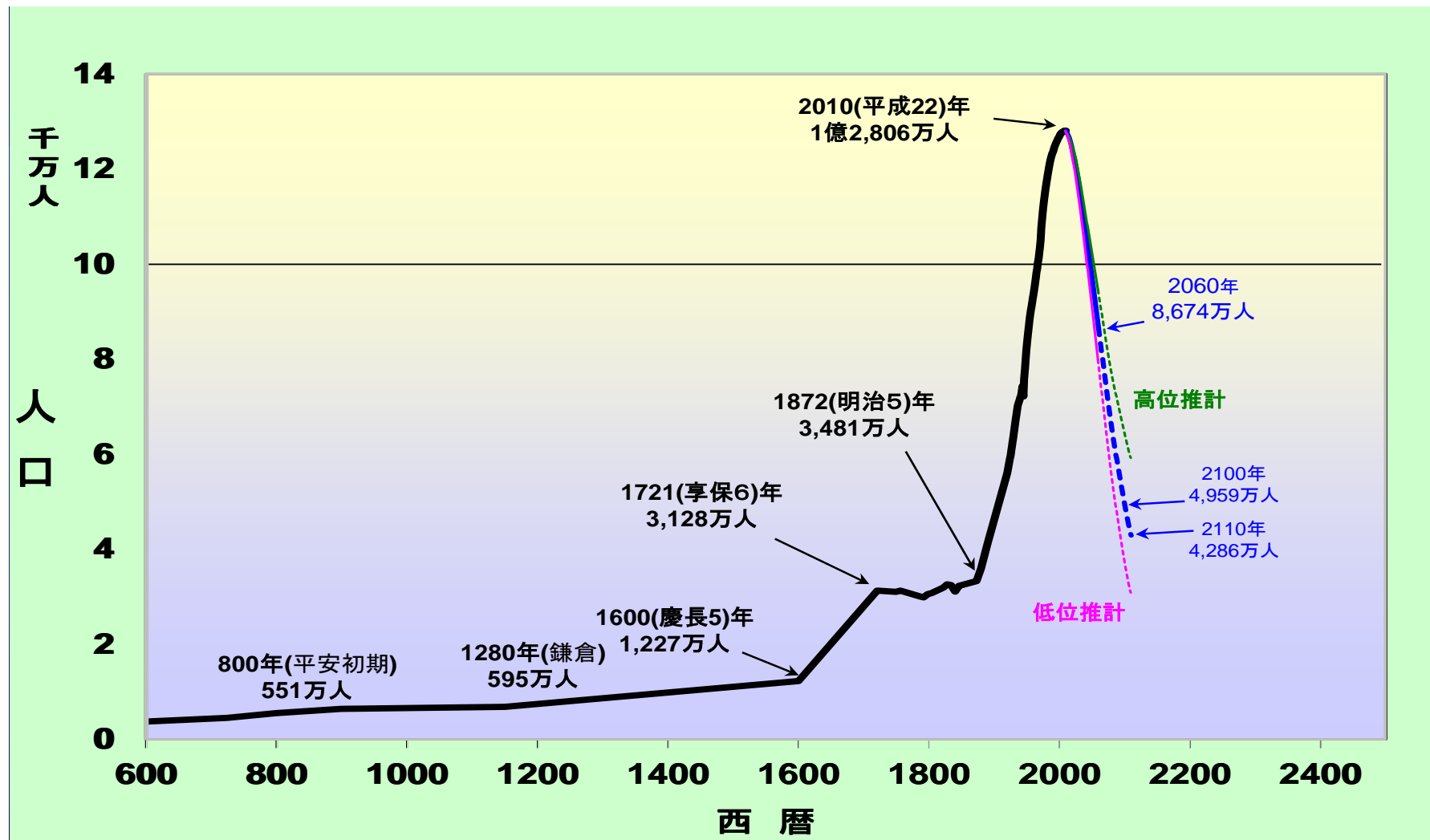
本日の話の構成

1. 社会保障について
2. 日本の人口動態
3. 社会保障費の動向
4. 政府における検討
5. まとめ

出生数 と死亡数の推移 : 1900~2110年



日本人口の歴史的推移

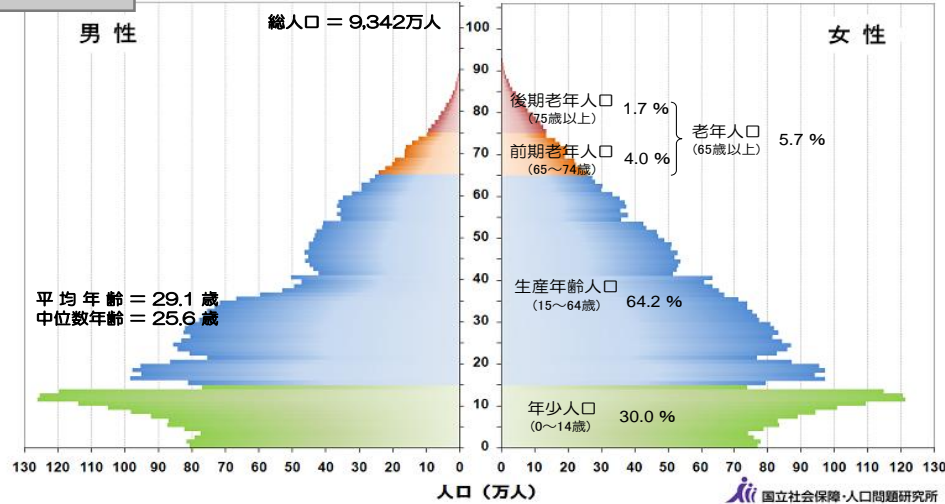


資料: 国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」(1846年までは鬼頭宏「人口から読む日本の歴史」、1847～1870年は森田優三「人口増加の分析」、1872～1919年は内閣統計局「明治五年以降我国の人口」、1920～2010年総務省統計局「国勢調査」「推計人口」) 2011～2110年国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計[死亡中位推計])。

人口ピラミッドの変化：実績 1960年, 2010年

1960年

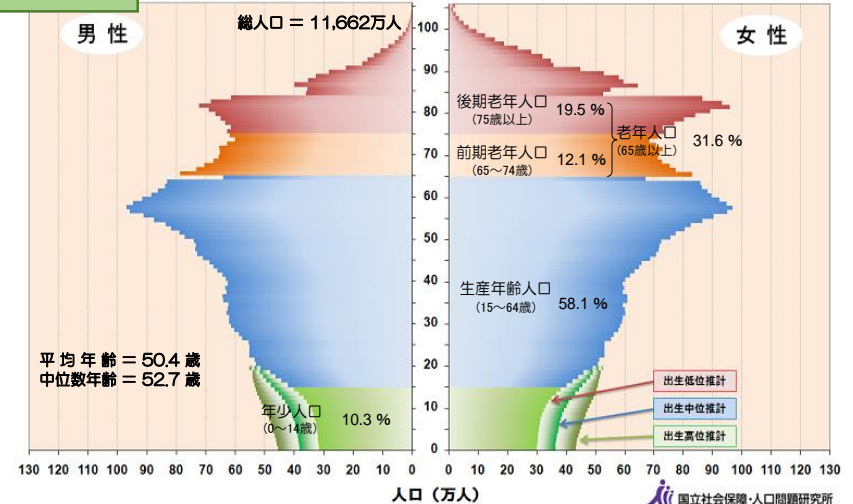
(1) 1960年



資料：1920~2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

2030年

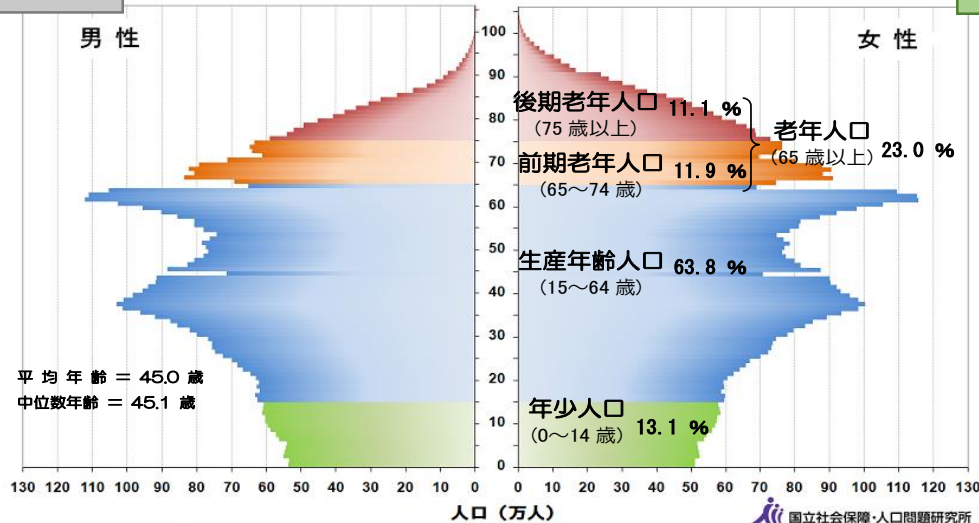
(3) 2030年



資料：1920~2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

2010年

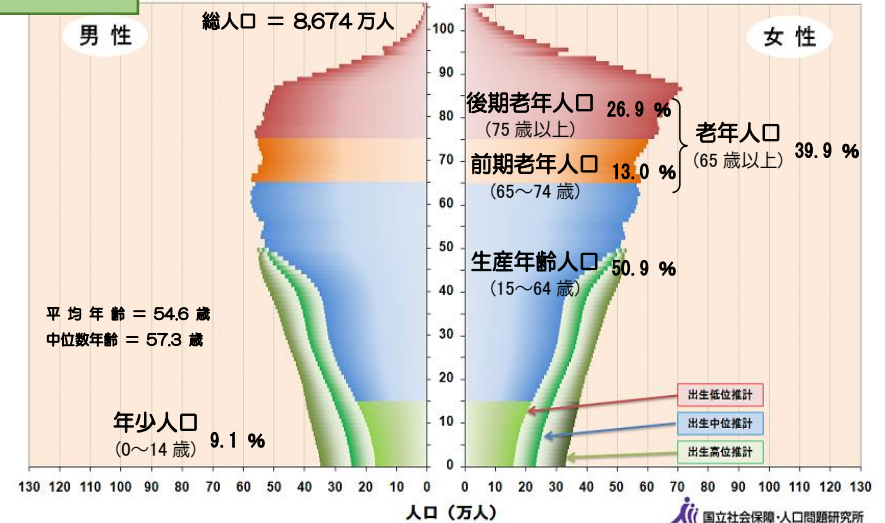
(2) 2010年



資料：1920~2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

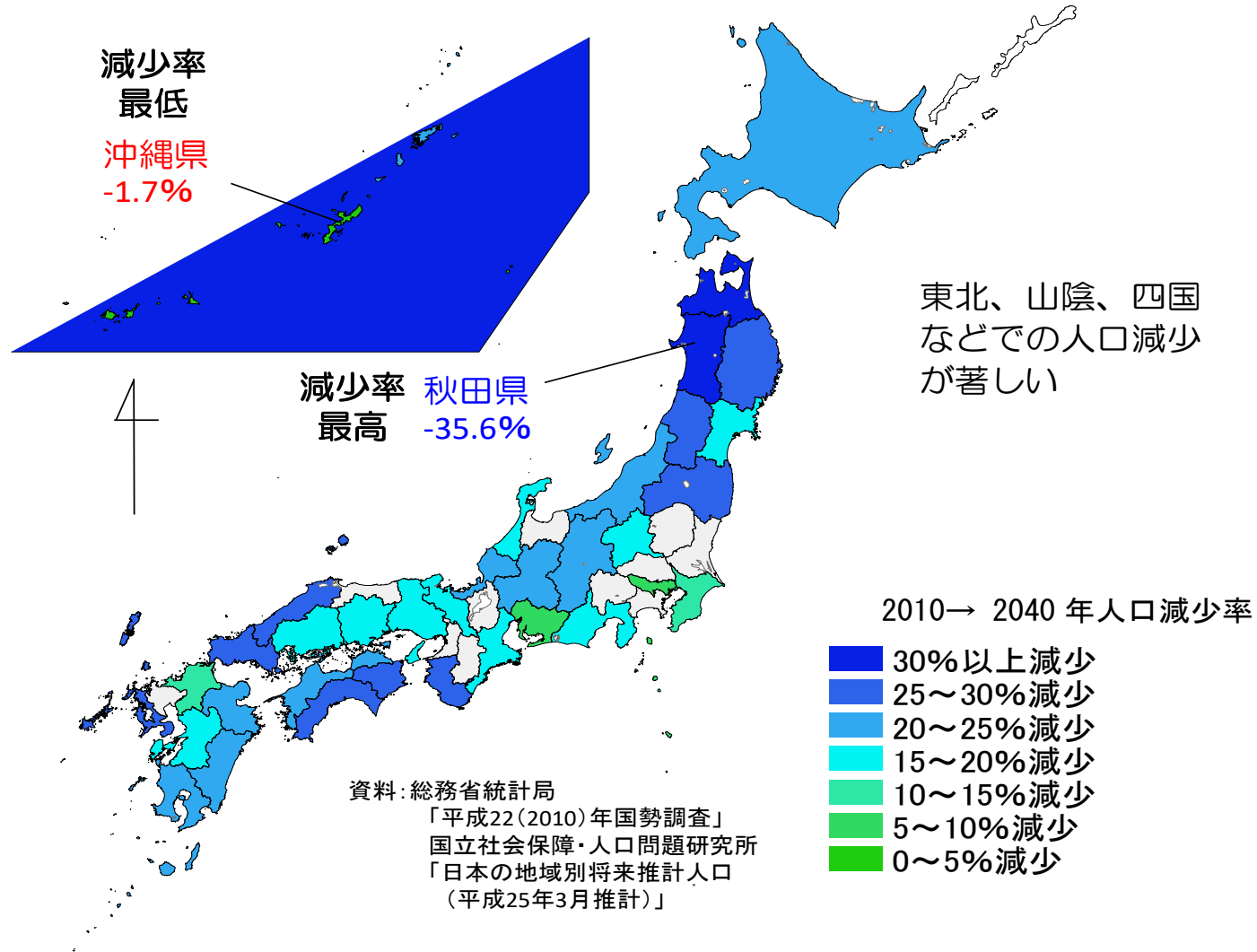
2060年

(3) 2060年



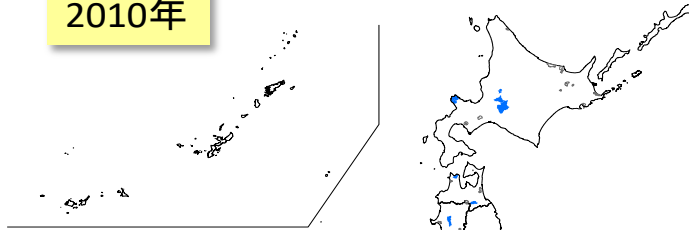
資料：1920~2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

都道府県別、2010年 → 2040年の人口増減率



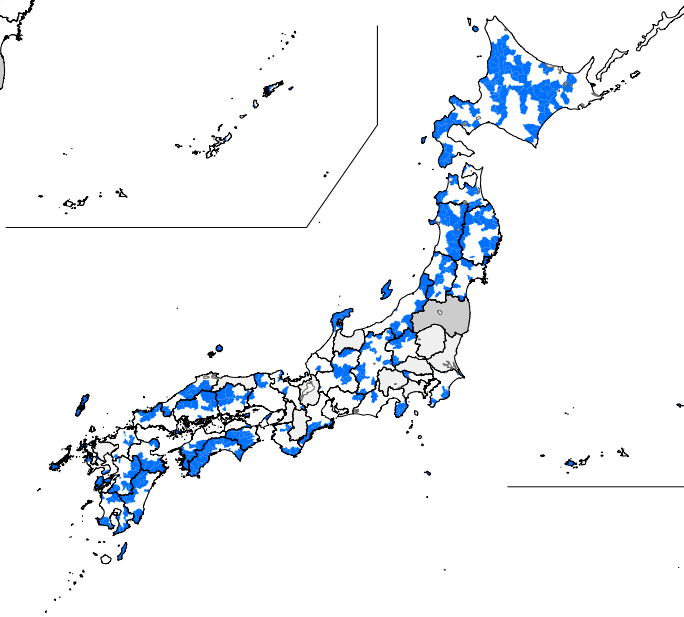
65歳以上人口割合が4割以上の自治体:2010年、2025年、2040年

2010年

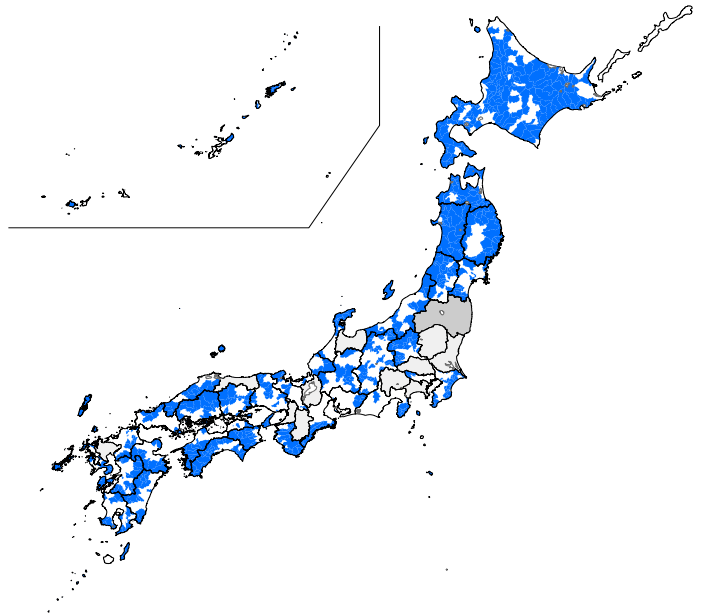


65歳以上人口割合が
4割以上の自治体

2025年



2040年



高齢化は地域内(都道府
県内)でもペースに格差
が存在する

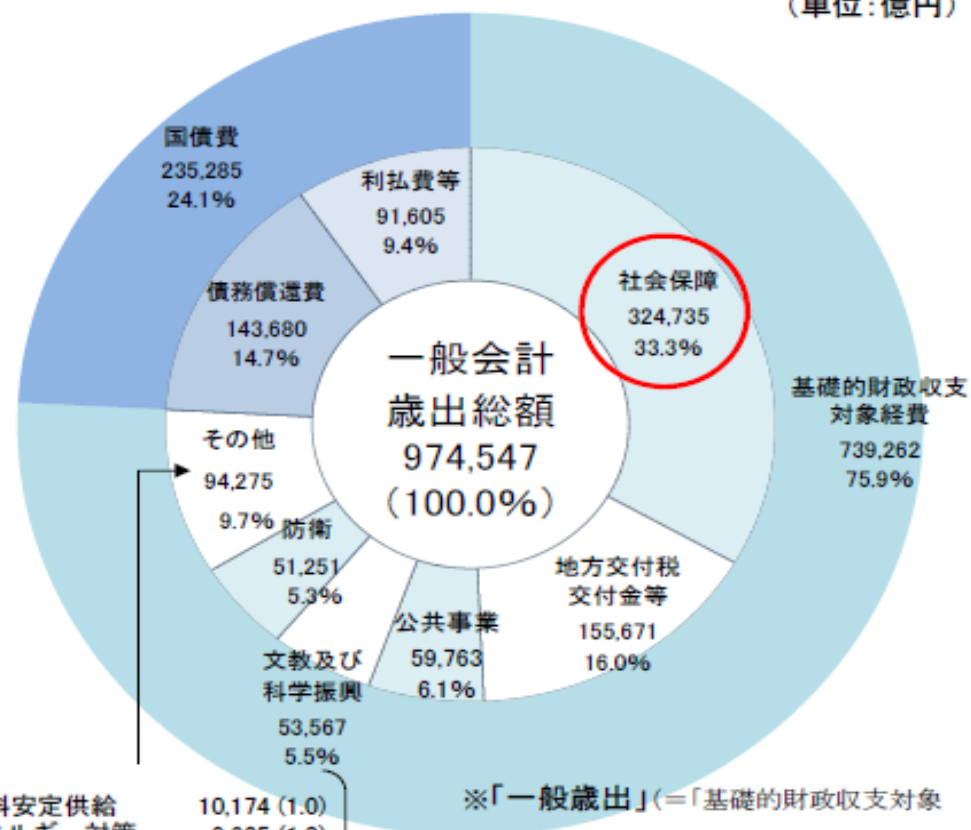
※ 福島県は市区町村別推計を実施して
いないため対象外

本日の話の構成

1. 社会保障について
2. 日本の人口動態
3. 社会保障費の動向
4. 政府における検討
5. まとめ

平成29年度予算について

(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、583,591 (59.9%)

食料安定供給	10,174 (1.0)
エネルギー対策	9,635 (1.0)
経済協力	5,110 (0.5)
恩給	2,947 (0.3)
中小企業対策	1,810 (0.2)
その他の事項経費	61,098 (6.3)
予備費	3,500 (0.4)

(単位:億円)

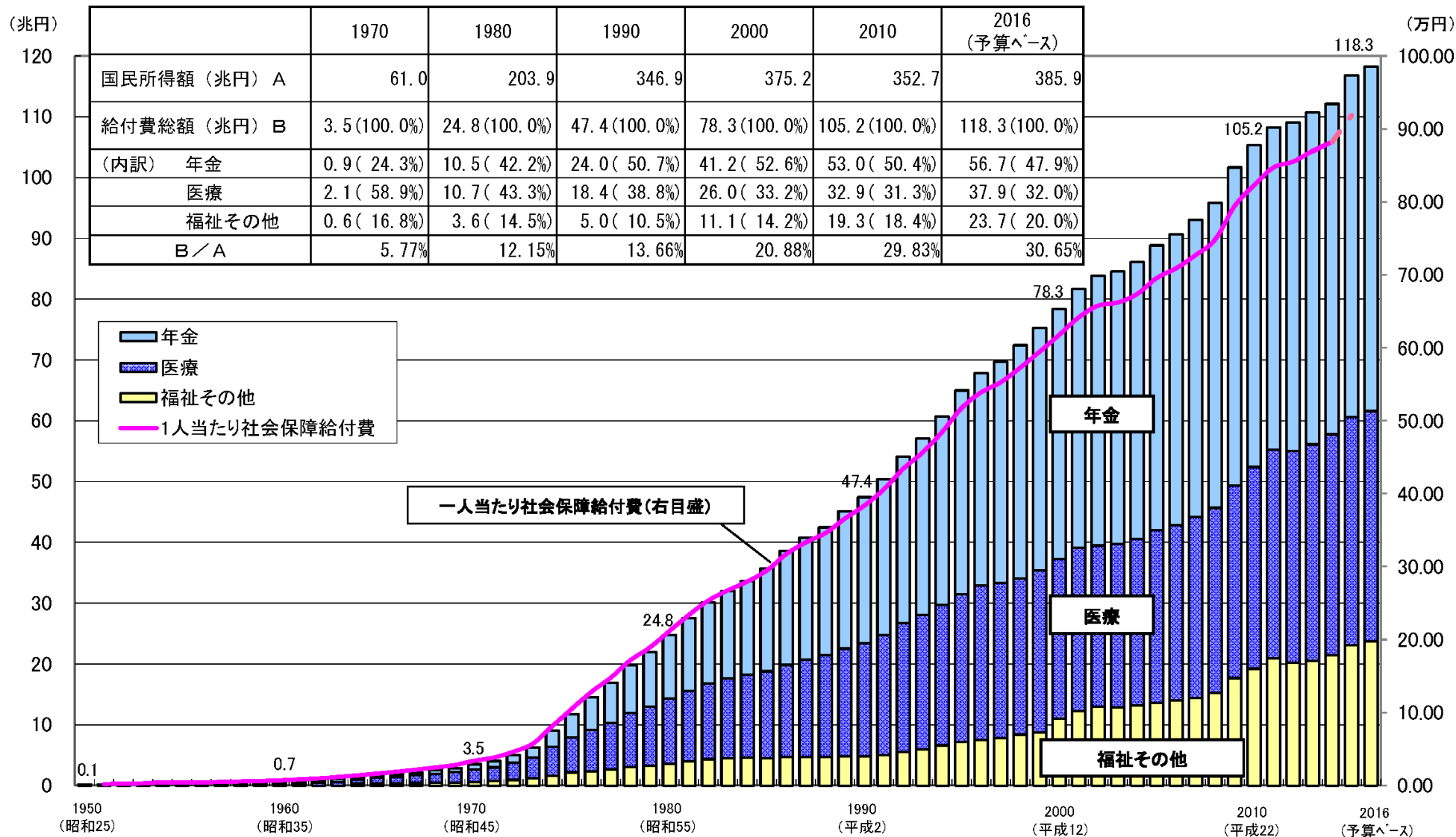
区 分	平成29年度
1. 医療	117,685
(1) 国民健康保険	35,142
(2) 全国健康保険協会管掌健康保険	11,286
(3) 後期高齢者医療給付費負担金等	49,614
(4) 医療扶助費等負担金	13,965
(5) その他	7,677
2. 年金	116,024
(1) 厚生年金	94,825
(2) 国民年金	19,363
(3) 福祉年金	33
(4) その他	1,803
3. 介護	30,130
(1) 給付費負担金等	23,297
(2) 2号保険料国庫負担	4,075
(3) その他	2,758
4. 福祉・その他	60,896
(1) 生活扶助費等負担金	14,521
(2) 児童手当・児童扶養手当	13,978
(3) 障害福祉サービス	13,939
(4) 子どものための教育・保育給付	7,928
(5) 雇用保険	254
(6) その他	10,276
(生活保護費再掲)	(29,192)
合 計	324,735

(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55.6%。

(注3) 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。

社会保障給付費の推移



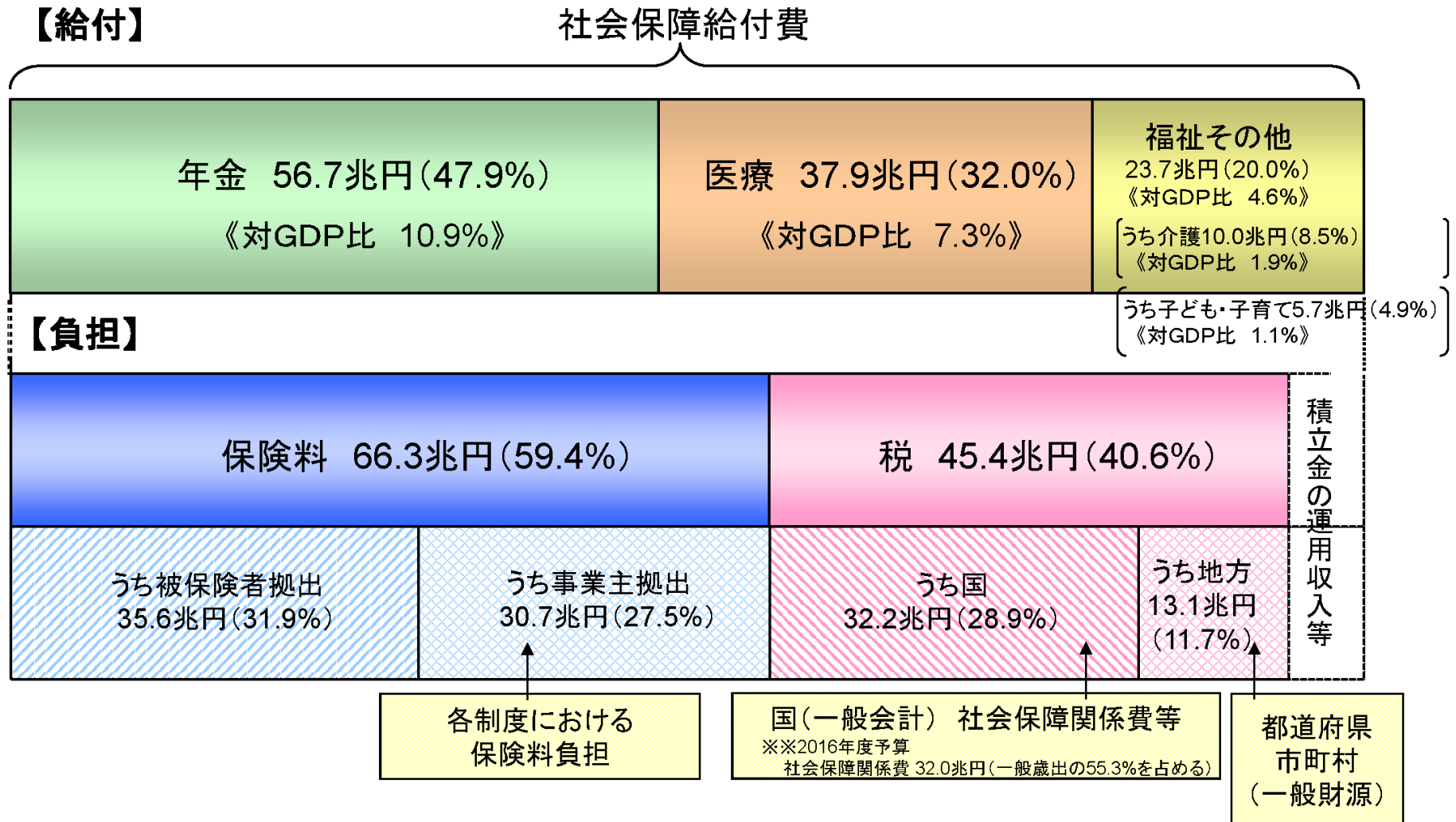
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成26年度社会保障費用統計」、2015年度、2016年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2016年度の国民所得額は「平成28年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成28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2016年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

社会保障の給付と負担の現状(2016年度予算ベース)

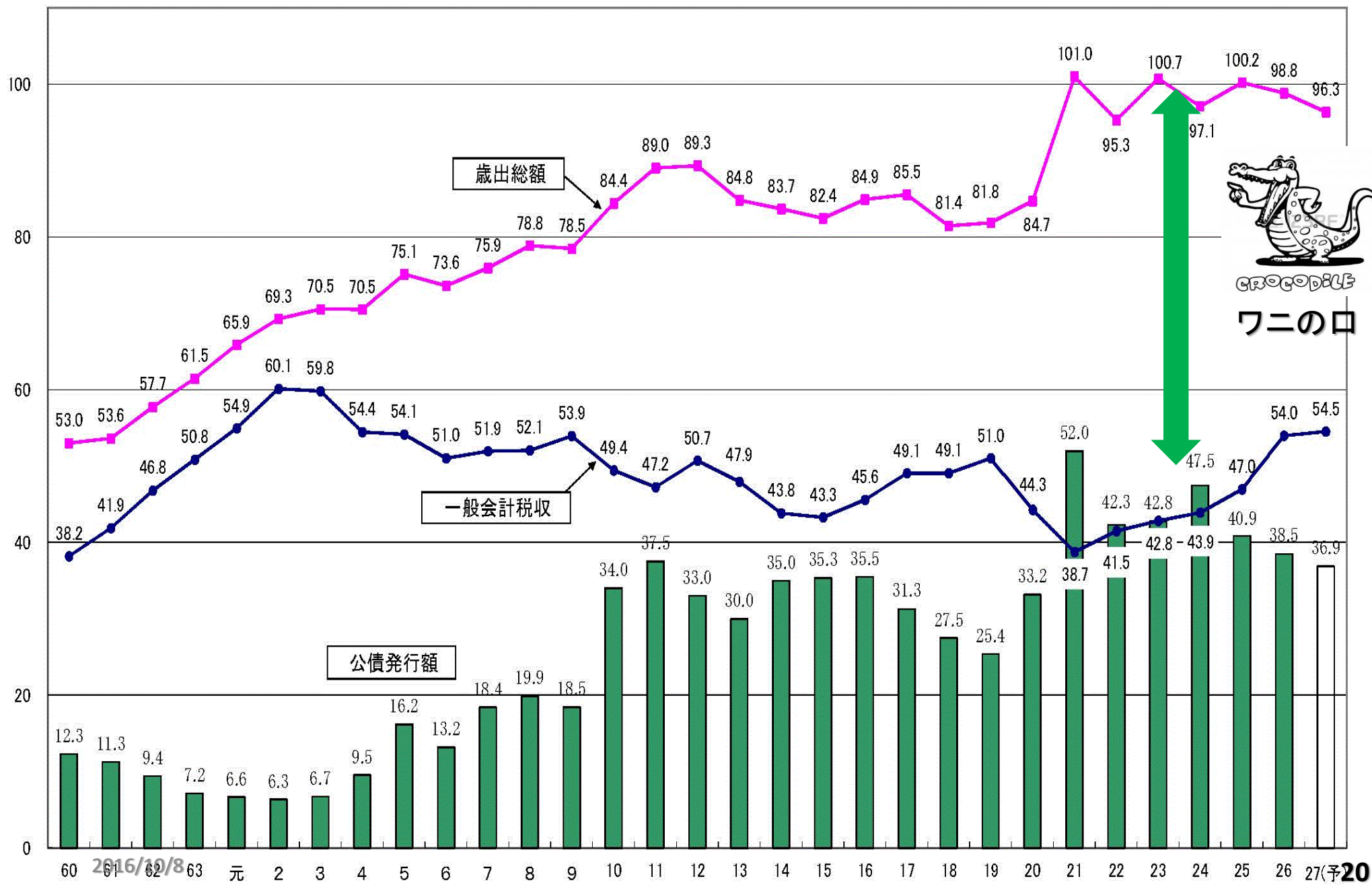
社会保障給付費(※) 2016年度(予算ベース) 118.3兆円 (対GDP比 22.8%)



※ 社会保障給付の財源としてはこの他に資産収入などがある。

(兆円)

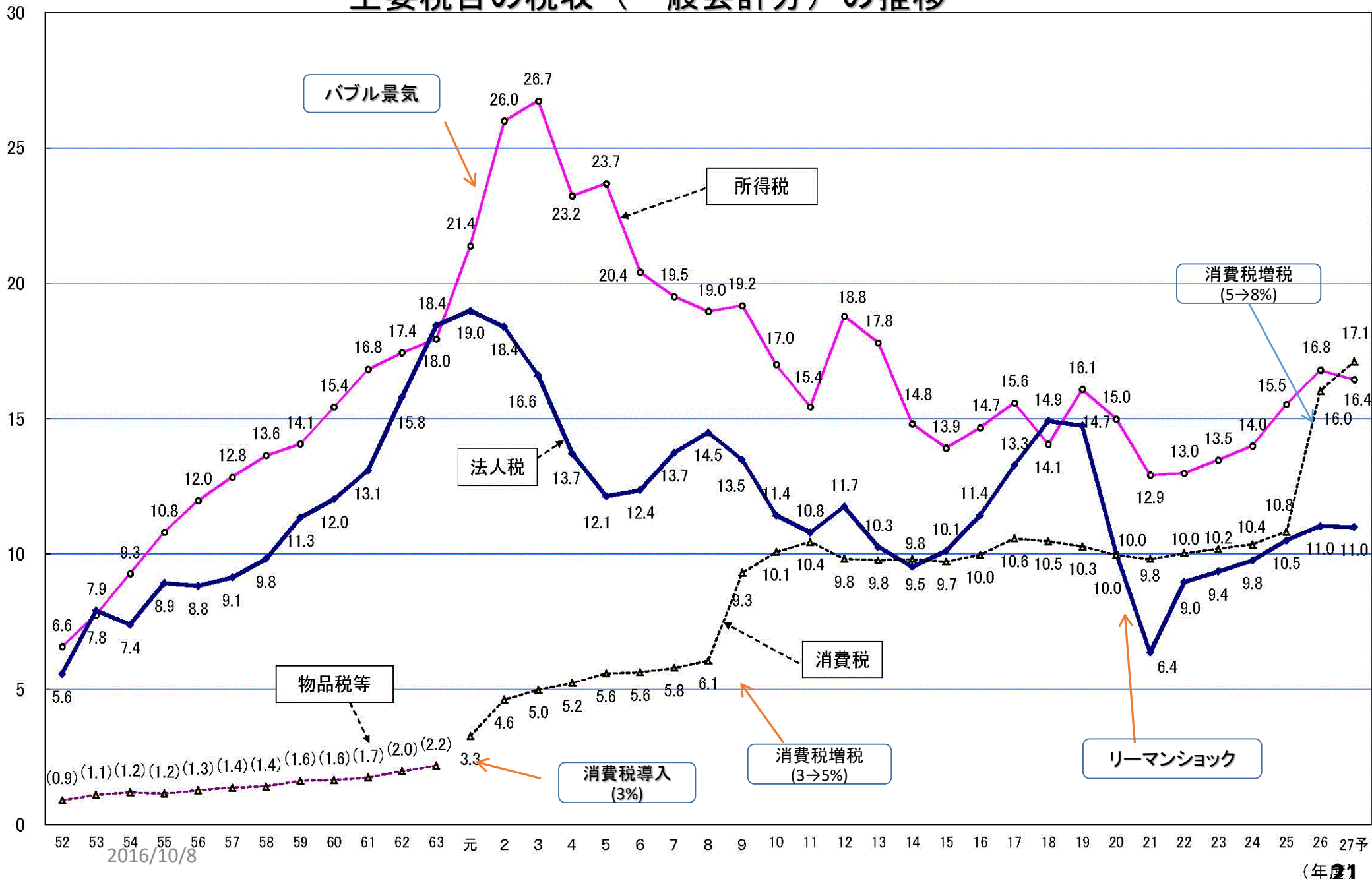
一般会計税収、歳出総額及び公債発行額の推移



ワニの口

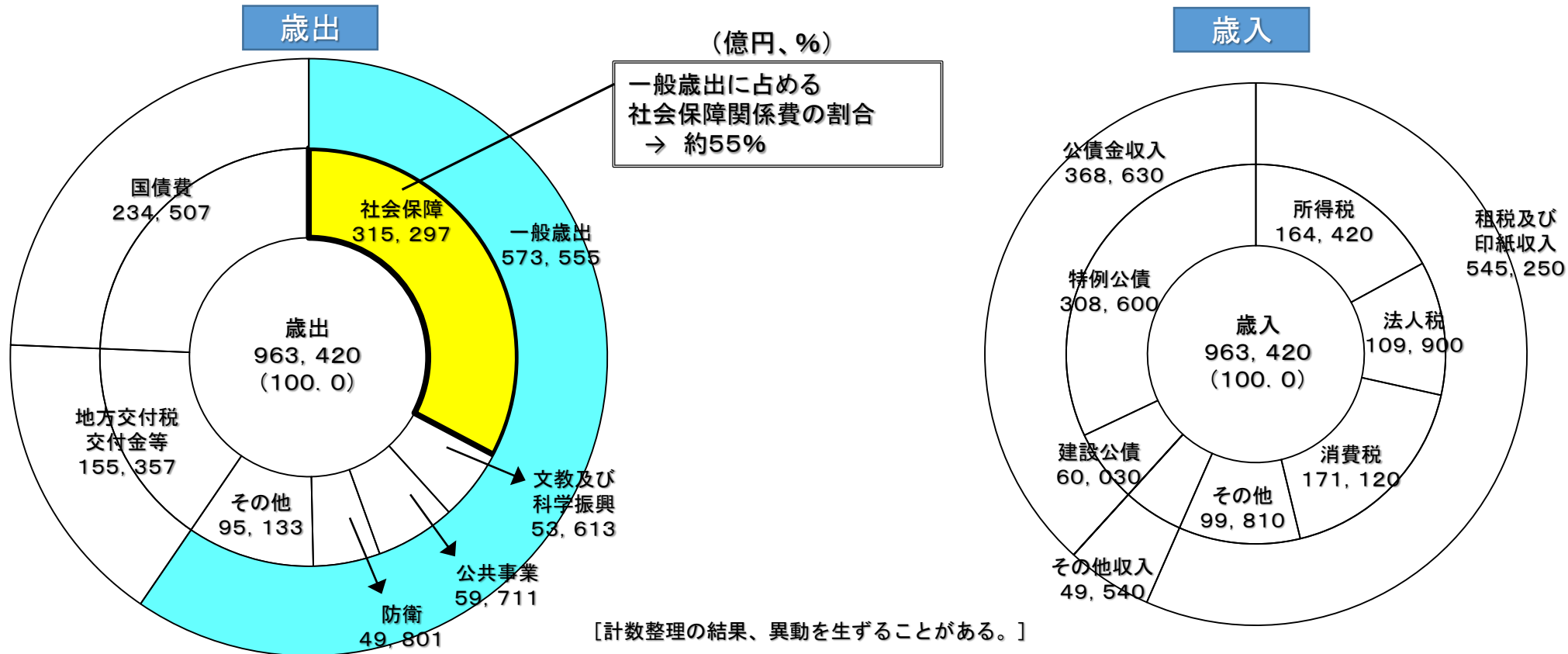
主要税目の税収（一般会計分）の推移

(兆円)



平成27年度 国の一般歳出と社会保障関係費

国の一般歳出の約55%は社会保障関係費（高齢化等に伴い、一般歳出に占める社会保障関係費が急増）



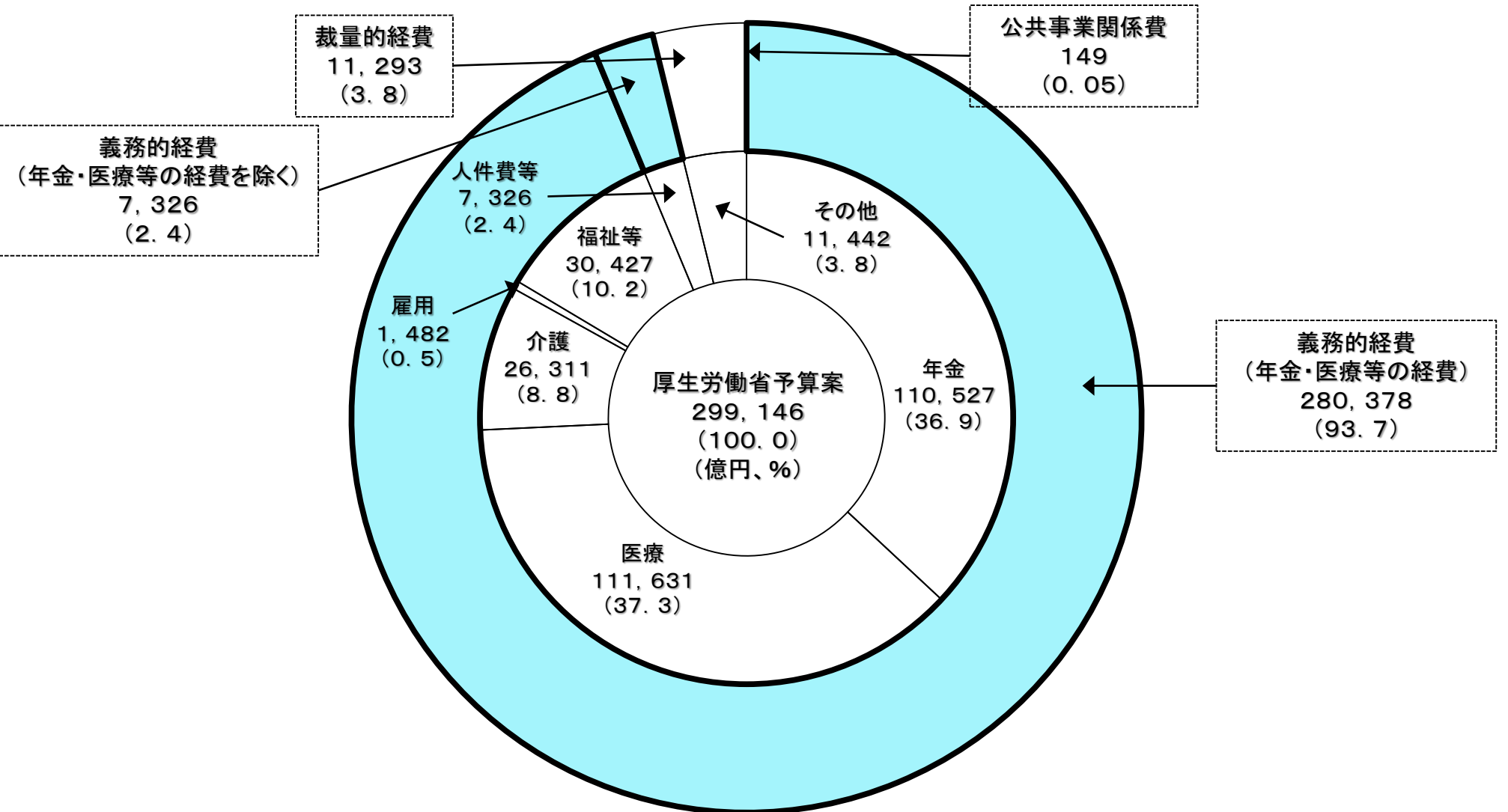
一般歳出に占める社会保障費の割合の推移

年度	歳出総額	一般歳出	社会保障関係費
2015	963,420	573,555 (100%)	<u>315,297 (約55%)</u>
2010	922,992	534,542 (100%)	<u>272,686 (約51%)</u>
2005	821,829	472,829 (100%)	<u>203,808 (約43%)</u>
2000	849,871	480,914 (100%)	<u>167,666 (約35%)</u>

(億円)

平成27年度 厚生労働省予算案の概要

厚生労働省予算の約96%は年金、医療等の給付費の国庫負担などの義務的経費

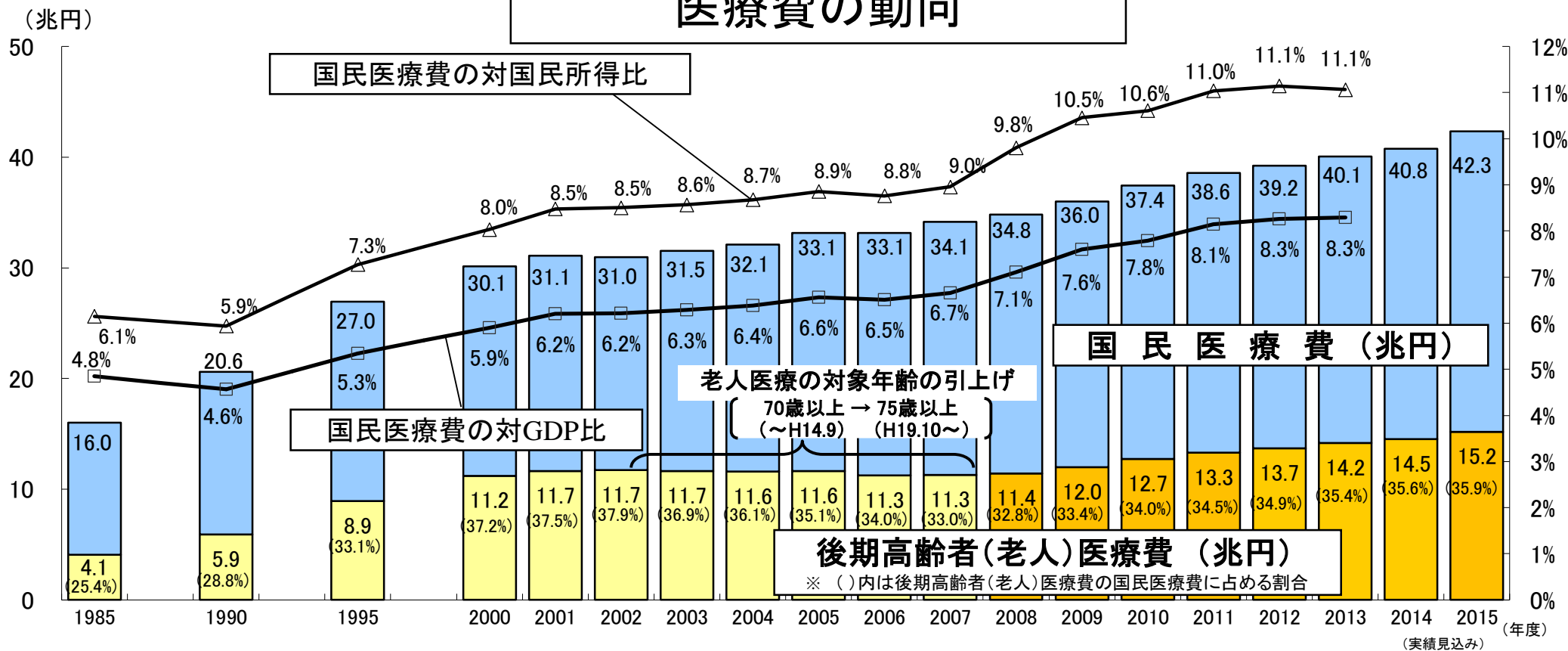


※ 厚生労働省予算は、少子高齢化に伴い、制度改正を行わなくても毎年度増加(自然増)する傾向。

注1) 計数は、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合致しないものがある。

注2) 計数整理の結果、異動を生ずることがある。

医療費の動向



(診療報酬改定) 0.2% ▲2.7% ▲1.0% ▲3.16% ▲0.82% 0.19% 0.004% 0.10%

(主な制度改正) ・介護保険制度施行
・高齢者1割負担導入 (2000)
・高齢者1割負担徹底 (2002)
・被用者本人3割負担等 (2003)
・現役並み所得高齢者3割負担等 (2006)
・未就学児2割負担 (2008)
・70-74歳2割負担(※) (2014)

<対前年度伸び率>

	1985 (S60)	1990 (H2)	1995 (H7)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)	2012 (H24)	2013 (H25)	2014 (H26)	2015 (H27)	(%)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	▲0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1	1.6	2.2	1.8	3.8	
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.5	3.0	3.6	2.3	4.6	
国民所得	7.2	8.1	1.1	1.7	▲2.2	▲0.8	1.2	0.5	1.1	1.1	0.8	▲6.9	▲3.0	2.4	▲0.9	0.7	2.9	-	-	
GDP	7.2	8.6	1.8	0.8	▲1.8	▲0.7	0.8	0.2	0.5	0.7	0.8	▲4.6	▲3.2	1.3	▲1.3	0.1	1.8	-	-	

注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算による。

注2 2014年度の国民医療費(及び後期高齢者医療費。以下同じ。)は実績見込みである。2014年度分は、2013年度の国民医療費に2014年度の概算医療費の伸び率(上表の斜字体)を乗じることによって推計している。

※70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除(1割→2割)。2014年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

本日の話の構成

1. 社会保障について
2. 日本の人口動態
3. 社会保障費の動向
4. 政府における検討
5. まとめ

(社会保障制度改革国民会議報告書抜粋)

Ⅱ 医療・介護分野の改革

1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命

(3) 改革の方向性(抜粋)

■ 急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。この時、機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。

2 医療・介護サービスの提供体制改革

(4) 医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築(抜粋)

■ この地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠である。自宅だけでなく、高齢者住宅に居ても、グループホームや介護施設その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提供されるようにしなければならず、かかりつけ医の役割が改めて重要となる。そして、医療・介護サービスが地域の中で一体的に提供されるようにするためには、医療・介護のネットワーク化が必要であり、より具体的に言えば、医療・介護サービスの提供者間、提供者と行政間など様々な関係者間で生じる連携を誰がどのようにマネージしていくかということが重要となる。

社会保障と税の一体改革の全体像

社会保障にかかる費用の相当部分を将来世代につけ回しているという現状を改善するために、「社会保障と税の一体改革」を進めている。

「税制抜本改革」で
安定財源を確保

社会保障の充実・安定化

同時に達成

財政健全化目標の達成

社会保障の充実の対象分野

すべての世代が安心感と納得感を得られる、全世代型の社会保障制度へ

改革前の消費税（国分）の用途

高齢者3経費（基礎年金・老人医療・介護）

改革後の社会保障の充実

社会保障4経費（子ども・子育て、医療・介護、年金）

社会保障の充実 2.8兆円程度の内訳

子ども・子育て	医療・介護	年金
0.7兆円程度	1.5兆円程度	0.6兆円程度

「経済・財政再生計画」における社会保障改革の基本的な考え方・時間軸

「経済財政運営と改革の基本方針2015(骨太2015)」(平成27年6月30日閣議決定)

基本的な考え方

- 社会保障・税一体改革を確実に進めつつ、経済再生と財政健全化及び制度の持続可能性の確保の実現に取り組み、世界に冠たる国民皆保険・皆年金の維持そして次世代へ引き渡すことを目指した改革を行う。
- インセンティブ改革による多様な主体の行動変化による効率化に取り組みとともに、社会保障関連分野の産業化に向けた取組を進める。
- ①自助を基本に公助・共助を適切に組み合わせた持続可能な国民皆保険、②経済成長と両立する社会保障制度、③人口減少社会に合った公平で効率的な医療等の提供、④健康で生きがいのある社会、⑤公平な負担で支え合う制度、の基本理念に基づいて取り組む。

- 増大していく公的社会保障の給付について、効率化・重点化のための改革を行い、経済再生の取組による社会保障財源の増収と併せ、少なくとも、社会保障における次世代への負担の先送りを拡大させないようにする。

- 安倍内閣のこれまで3年間の経済再生や改革の成果と合わせ、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(平成30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(平成32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。(※充実等の「等」は公経済負担)

2015年度予算	31.5兆円	+ 3兆円後半 ~4兆円程度 年平均2% 以上の伸び
+高齢化に伴う 伸び相当	+2兆円強~2.5 兆円	
+社会保障の 充実等	+1.5兆円 程度	
2020年度見込み	35兆円~ 35.5兆円程度	

時間軸

- 社会保障・税一体改革を確実に進めるとともに、団塊の世代が後期高齢者になり始める2020年代初め以降の姿も見据えつつ、主要な改革については2018年度(平成30年度)までの集中改革期間中に集中的に取組を進める。2020年度(平成32年度)までの検討実施に係る改革工程を速やかに具体化していく中で、予断を持たずに検討する。平成27年度からできる限り速やかに取組を進める。

(備考) 予算編成の基本方針(平成27年11月27日閣議決定)

歳出改革については、経済財政諮問会議の下に設置された経済・財政一体改革推進委員会において、主要歳出分野ごとの成果指標(KPI)設定や改革工程表の策定、誰もが活用できる形での情報開示(見える化)の徹底など、計画の具体化を進め、今後、改革工程表に沿って、着実に実行する。また、同委員会において、改革の進捗管理、点検、評価を行う。

医療と介護の一体改革に係る今後のスケジュール

平成25年度

平成26年度

平成27年度

平成28年度

平成29年度

平成30年度

第6次医療計画

第7次医療計画
第7期介護保険事業計画

第5期介護保険事業計画

第6期介護保険事業計画

基金(医療分のみ)

基金(介護分を追加)

基金

基金

同時改定
(予定)

医療介護
総合確保法

基金造成・執行
総合確保方針

介護報酬改定

診療報酬改定

介護報酬改定(臨時)

総合確保方針

病床機能報告

病床機能報告

病床機能報告

病床機能報告

改正医療法

地域医療構想の
ガイドライン(年度末)

地域医療構想(ビジョン)の策定

- ・2025年の医療需要と、目指すべき医療提供体制
- ・目指すべき医療提供体制を実現するための施策

医療計画
基本方針

医療計画
策定

病床機能分化・
連携の影響を
両計画に反映

介護保険事業
(支援)計画策定

医療機能の分化・連携と、地域包括ケア
システムの構築を一体的に推進

介護保険事業
計画基本指針

介護保険事業
(支援)計画策定

・2025年度までの
将来見通しの策定

改正介護保険法

第6期介護保険事業(支援)計画に位置付けた施策の実施

・介護サービスの拡充／・地域支援事業による在宅医療・介護連携、地域ケア会議、認知症
施策、生活支援・介護予防等の推進

医療保険制度改革

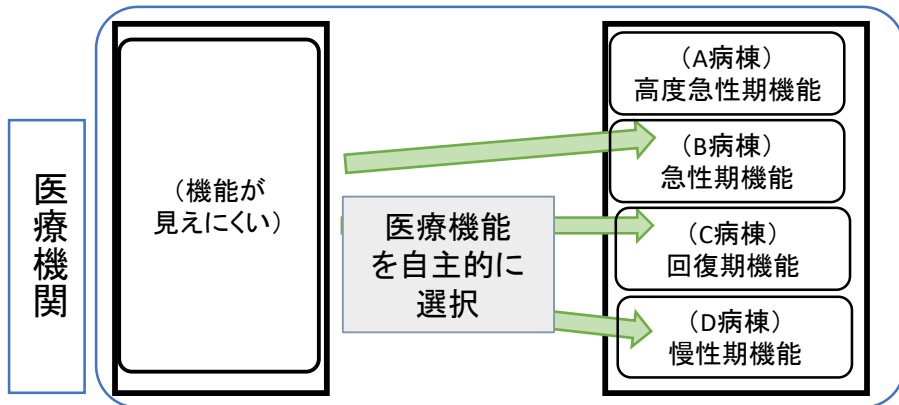
医療保険制度改革法案の成立
(平成27年5月27日)

必要な措置を平成29年度までを目途に順次講ずる

- ・医療保険制度の財政基盤の安定化
- ・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

地域医療構想について

- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。
(法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。)
※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月31日に発出。



(「地域医療構想」の内容)

1. 2025年の医療需要と病床の必要量
 - ・ 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに推計
 - ・ 都道府県内の構想区域(2次医療圏が基本)単位で推計
2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

医療機能の現状と今後の方向を報告

都道府県

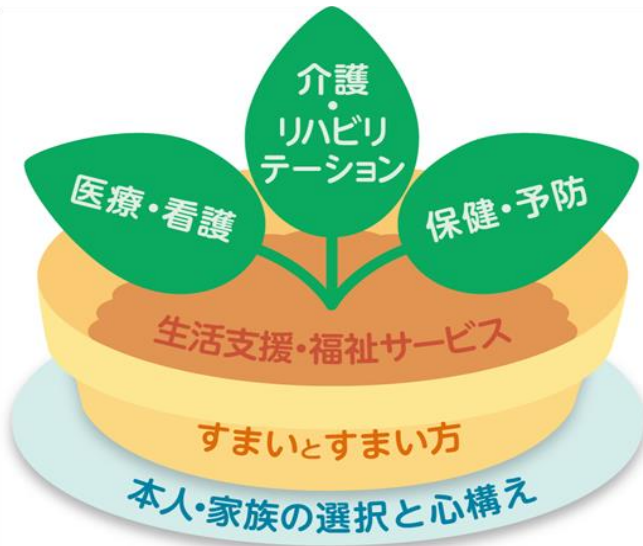
医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」

○高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指す「地域包括ケアシステム」。

地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」



「介護」、「医療」、「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えている。

【すまいとすまい方】

●生活の基盤として必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力に合った住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステム的前提。高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が必要。

【生活支援・福祉サービス】

●心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などで尊厳ある生活が継続できるよう生活支援を行う。
●生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様。生活困窮者などには、福祉サービスとしての提供も。

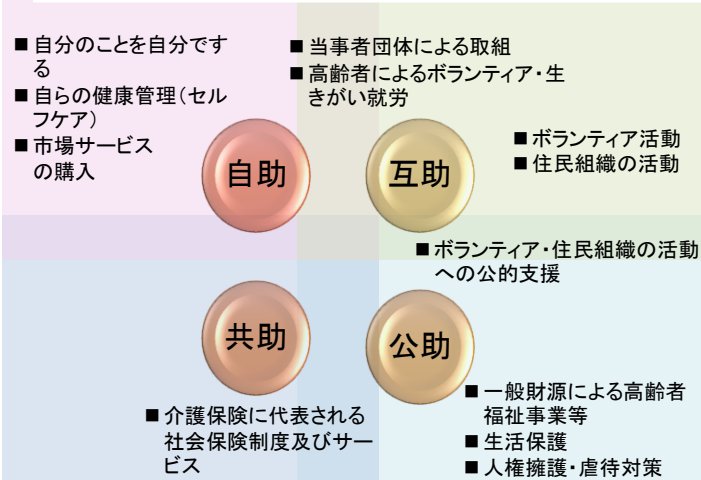
【介護・医療・予防】

●個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される（有機的に連携し、一体的に提供）。ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供。

【本人・家族の選択と心構え】

●単身・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活を選択することの意味を、本人家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要。

「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム



【費用負担による区分】

●「公助」は税による公の負担、「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間（被保険者）の負担であり、「自助」には「自分のことを自分でする」ことに加え、市場サービスの購入も含まれる。
●これに対し、「互助」は相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの。

【時代や地域による違い】

●2025年までは、高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加。「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形に。
●都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能。都市部以外の地域は、民間市場が限定的だが「互助」の役割が大。
●少子高齢化や財政状況から、「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取組が必要。

最近の取り組み例

1 高額薬剤への対応

- 当面の対応として、中医協において以下について議論し、年内を目途に一定の結論を得る。

【薬価】薬価に係る緊急的な対応

効能・効果等の拡大により大きく市場が拡大したものの(オプジーボ)について、国民負担の軽減の観点から、緊急的に大幅に薬価を見直す。

【使用方法】最適使用推進のための取扱

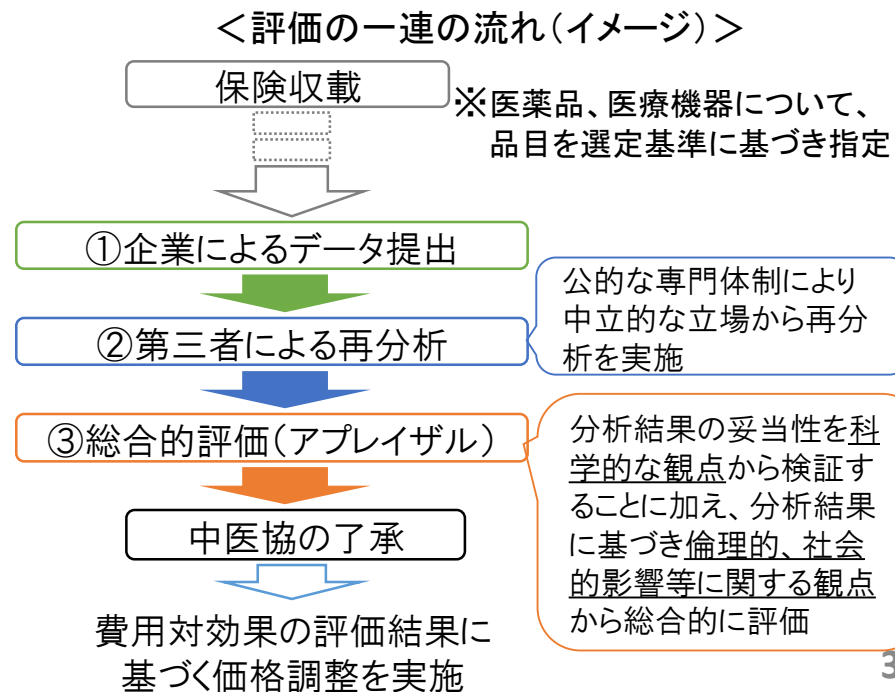
厚生労働省の依頼により、関係学会及びPMDAが科学的根拠に基づき「最適使用推進ガイドライン」を作成し、投与する患者の要件や、適切に使用できる医師・医療機関の要件を示す。

- 平成30年改定に向けて、薬価の在り方全般について、国内外の議論も踏まえ、イノベーションに対応した薬価制度へ、抜本的な見直しを行う。

2 費用対効果評価の試行的導入

- 平成28年度診療報酬改定において、医薬品・医療機器の評価に、費用対効果評価の観点を試行的に導入。

- 結果は、財政影響、革新性・有用性が大きい既収載品(ソバルディ等)の価格の再算定に活用。



厚生労働省のデータヘルス改革の全体像

- ICT等を活用した「個々人に最適な健康管理・診療・ケア」の提供や、健康・医療・介護のビッグデータを連結した「保健医療データプラットフォーム」の2020年度本格稼働等により、**国民が、世界最高水準の保健医療サービスを、効率的に受けられる環境を整備。**

データヘルス改革の方向性

- ゲノム医療・AI等の最先端技術やビッグデータの活用、ICTインフラの整備などを戦略的、一体的に展開。

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> I 最先端技術の活用 II ビッグデータの活用 III ICTインフラの整備 | <p>がんゲノム医療の実現、保健医療分野のAIの開発加速化、遠隔診療・介護ロボット</p> <p>ビッグデータを活用した保険者機能の強化、科学的介護の実現</p> <p>保健医療分野のデータ利活用基盤の構築</p> |
|--|--|

- 本年1月、省内に「データヘルス改革推進本部」を立ち上げ。「改革工程表」に沿って、具体化に向け、加速。

改革工程表（抄） ※2017年1月12日

データヘルス改革推進本部

○本部長：厚生労働大臣

- ※ ICTの専門家が顧問として参画。
- ※ その他、関係局長等を構成員とする。

予防・健康WG

医療WG

介護WG

ビッグデータ連携・整備WG

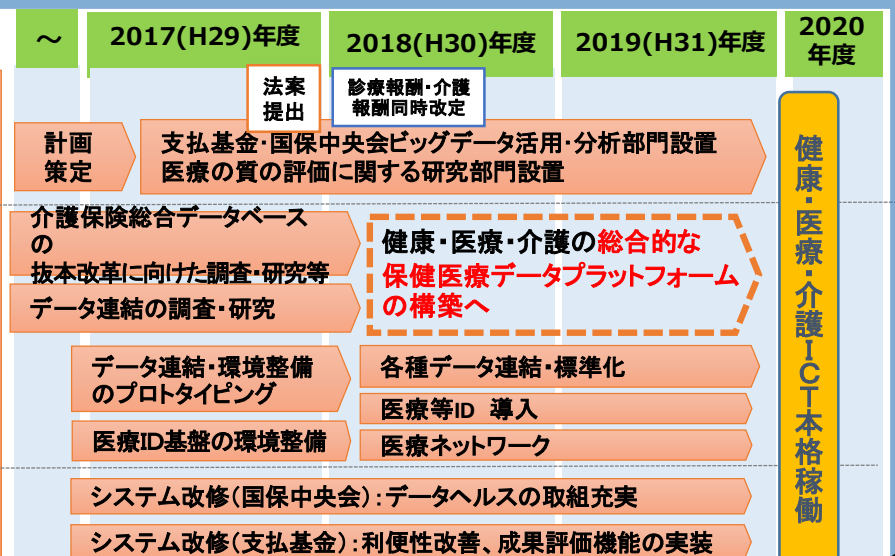
がんゲノム医療推進
コンソーシアム懇談会

保健医療分野における
AI活用推進懇談会

○支払基金・国保中央会におけるビッグデータ活用推進計画

○保健医療データプラットフォーム構築

○保険者機能の強化
(国保データベースの活用拡大、被用者保険でのビッグデータ活用)



本日の話の構成

1. 社会保障について
2. 日本の人口動態
3. 社会保障費の動向
4. 政府における検討
5. まとめ

まとめ

- 1 我が国の社会保障制度の基本的理念は自助、共助、公助の適切な組み合わせ。共助の仕組みとして社会保険方式が基本。
- 2 人口構造が急激に変化。またその様態は地域によって様々。
- 3 社会保障費は増加の一途。その持続可能性に大きな懸念。
厚労省の予算も硬直化。
- 4 社会保障と税の一体改革以降、急速に改革が進行中。
厳しい財政規律と効率的な資源（人材、施設、資金）の配分。
平成30年度の診療報酬、介護報酬同時改定は大きな節目。
データヘルス（ICT、AI等）による医療、介護変革のインパクト。