

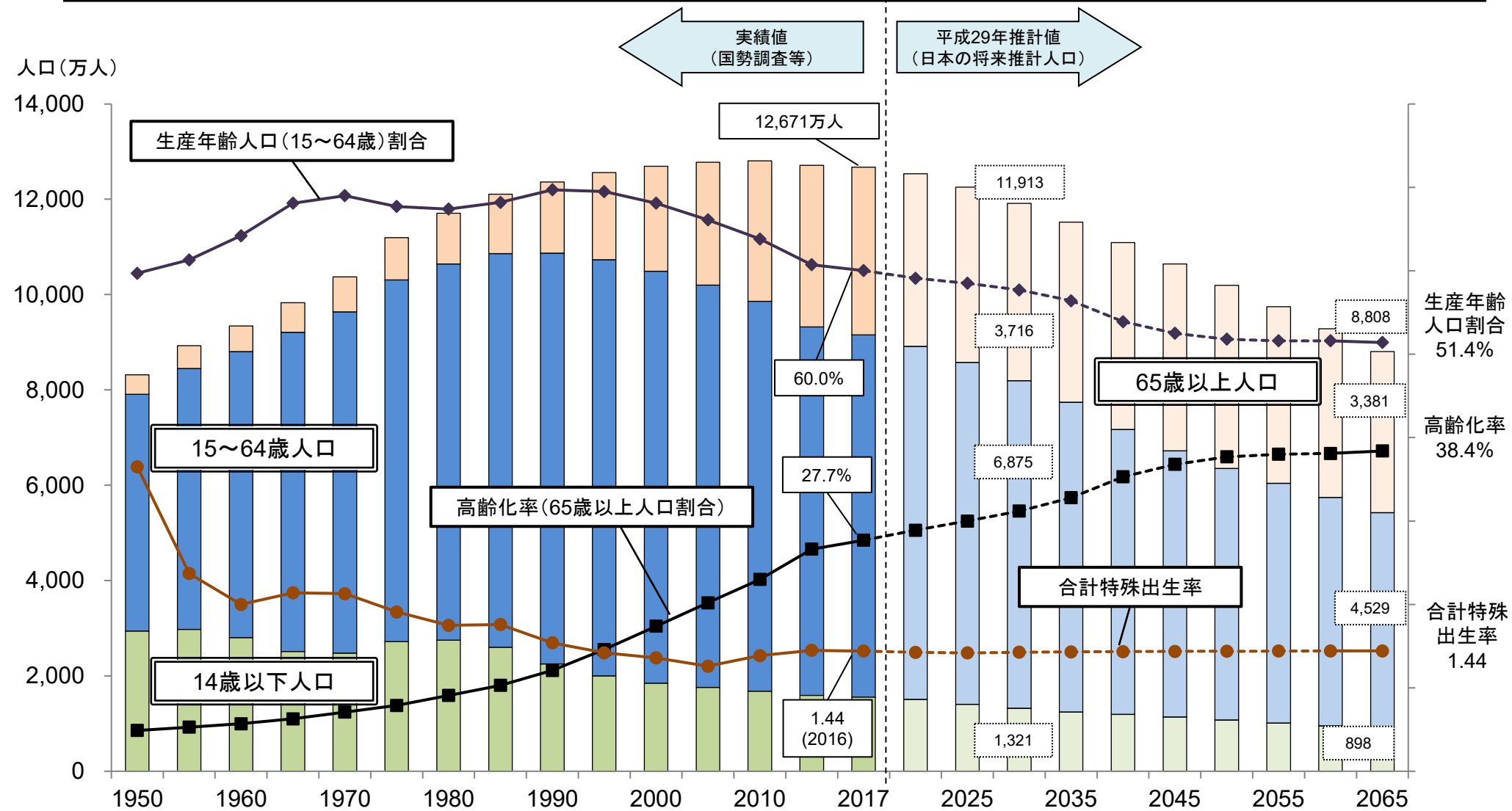
これからの社会保障について

衆議院議員

自由民主党 厚生労働部会長 橋本 岳

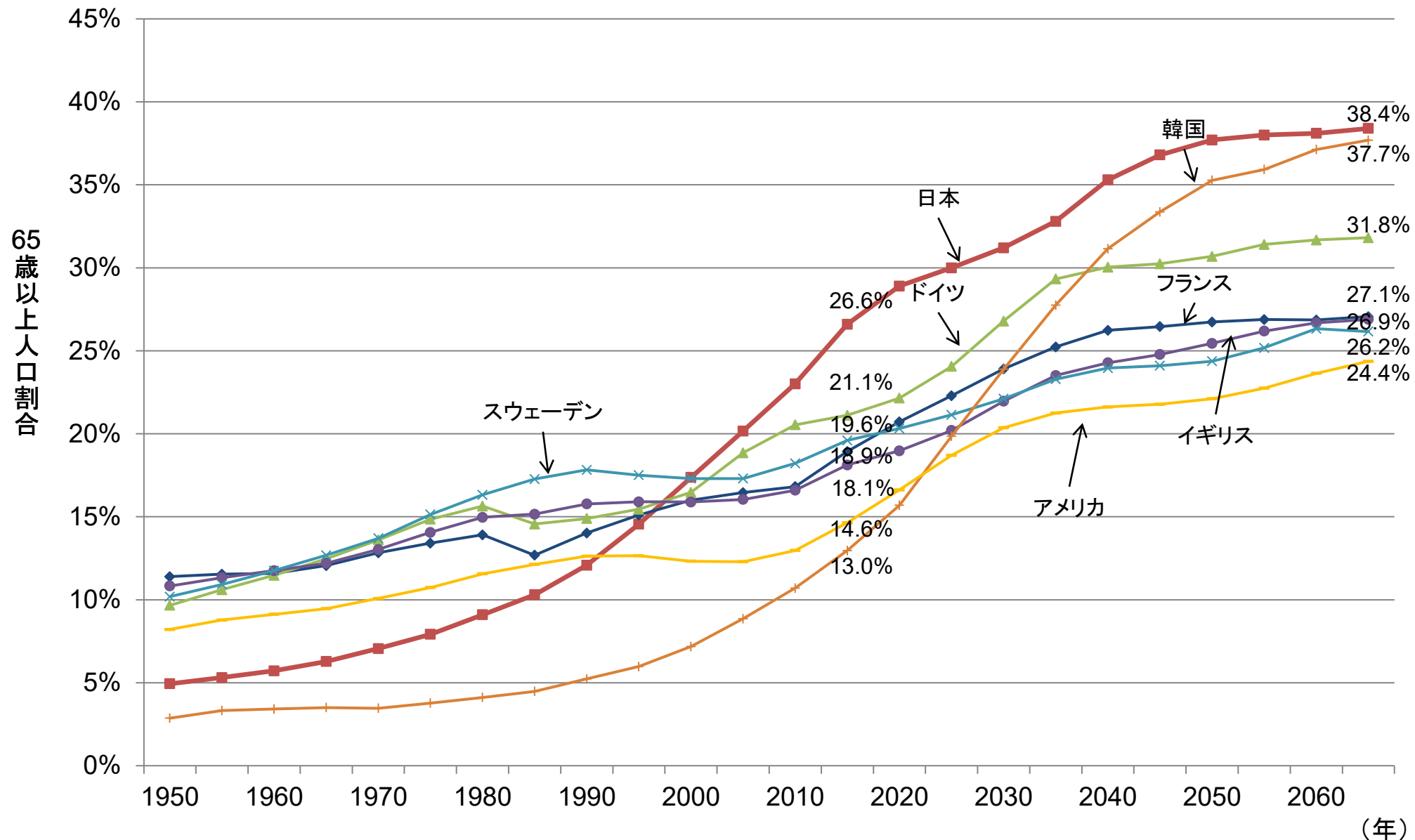
日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



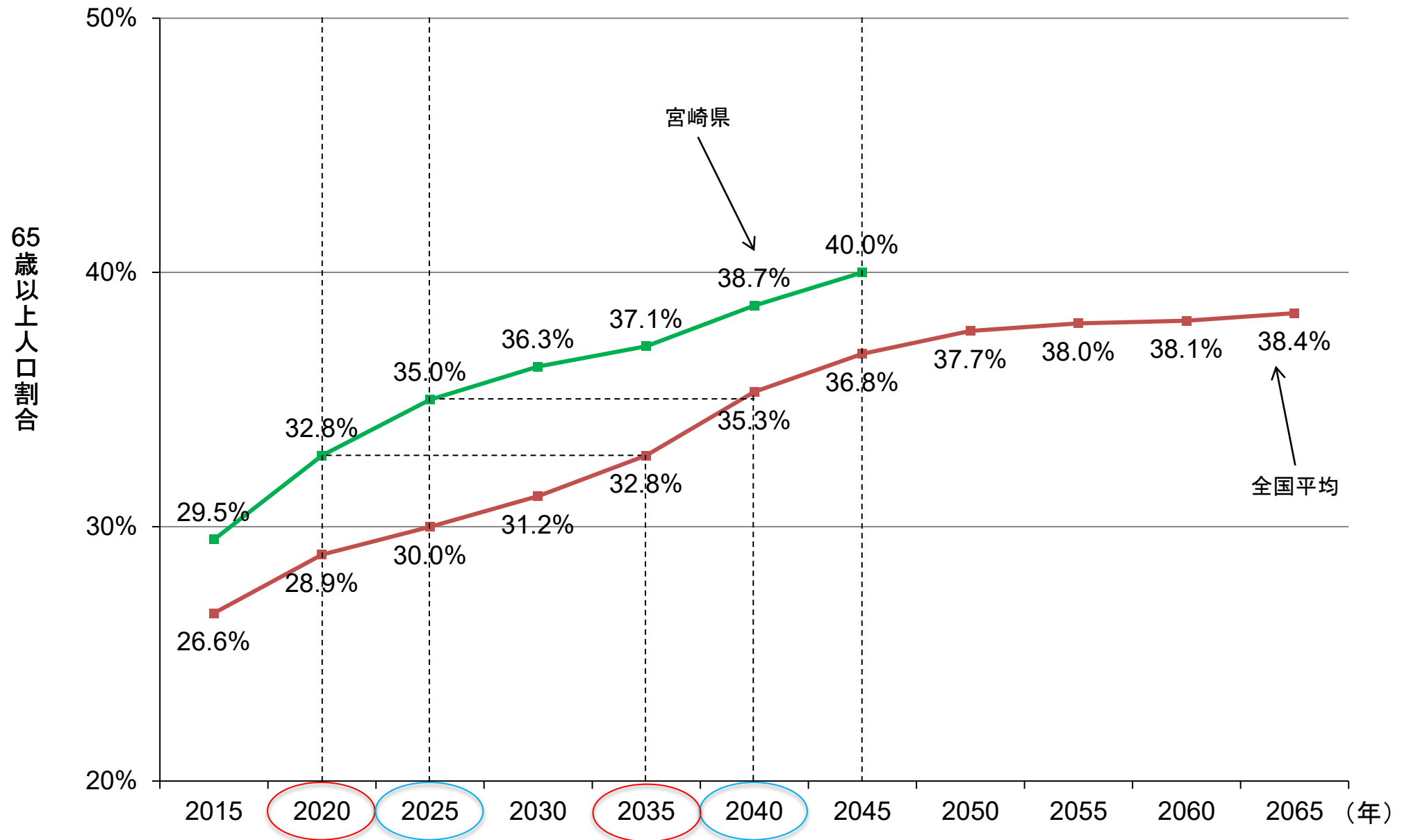
(出所) 2017年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は2015年までは総務省「国勢調査」、2017年は総務省「人口推計」、2016年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、2018年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

65歳以上人口割合の推移（国際比較）



(出所) 日本は、総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)
諸外国は、United Nations, World Population Prospects: The 2017 Revision

65歳以上人口割合の推移（全国平均と宮崎県）

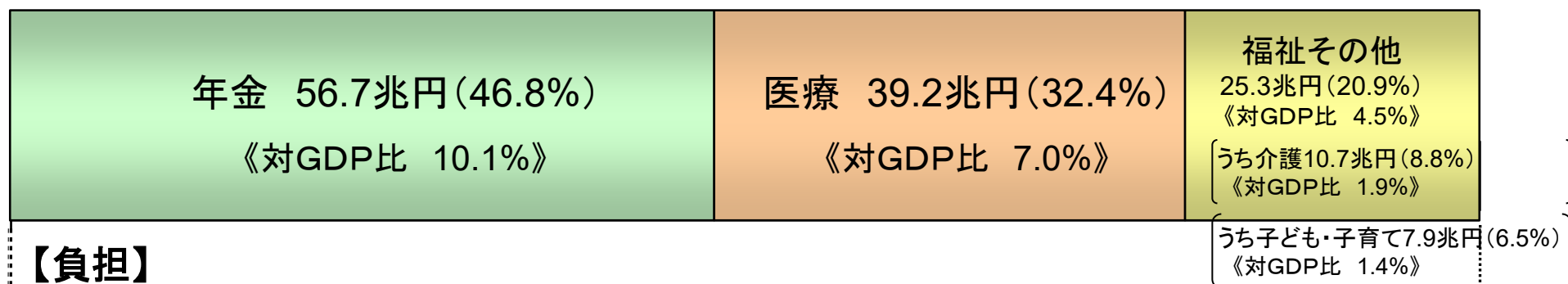


社会保障の給付と負担の現状（2018年度予算ベース）

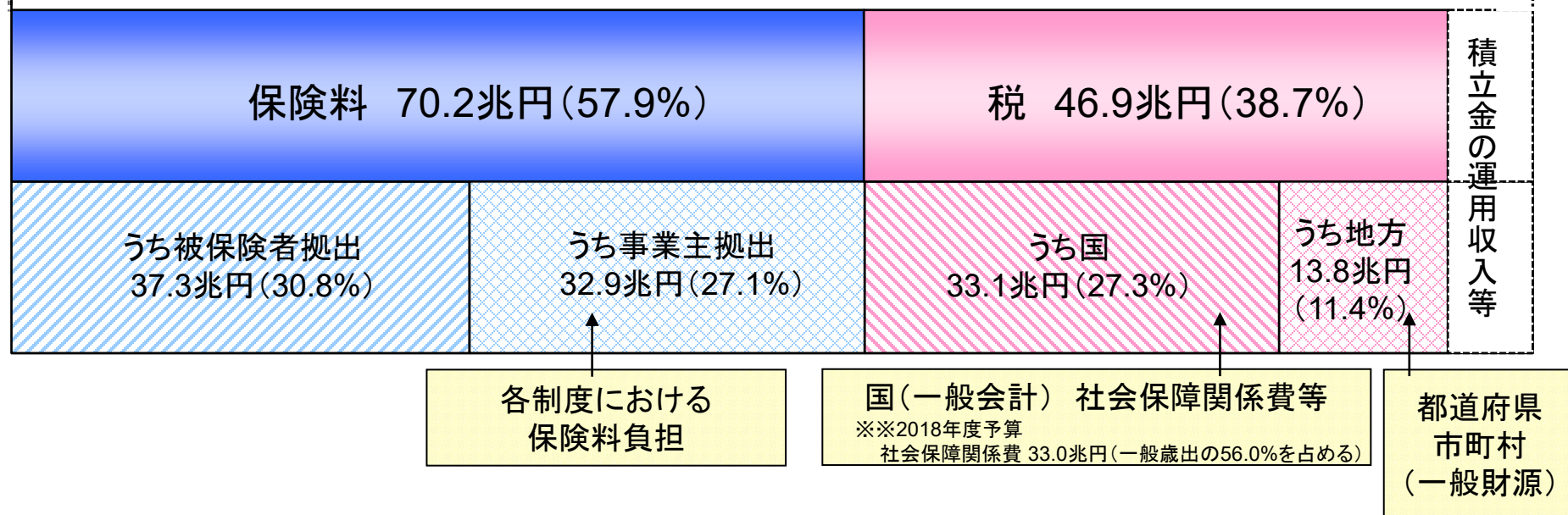
社会保障給付費(※) 2018年度(予算ベース) 121.3兆円 (対GDP比 21.5%)

【給付】

社会保障給付費

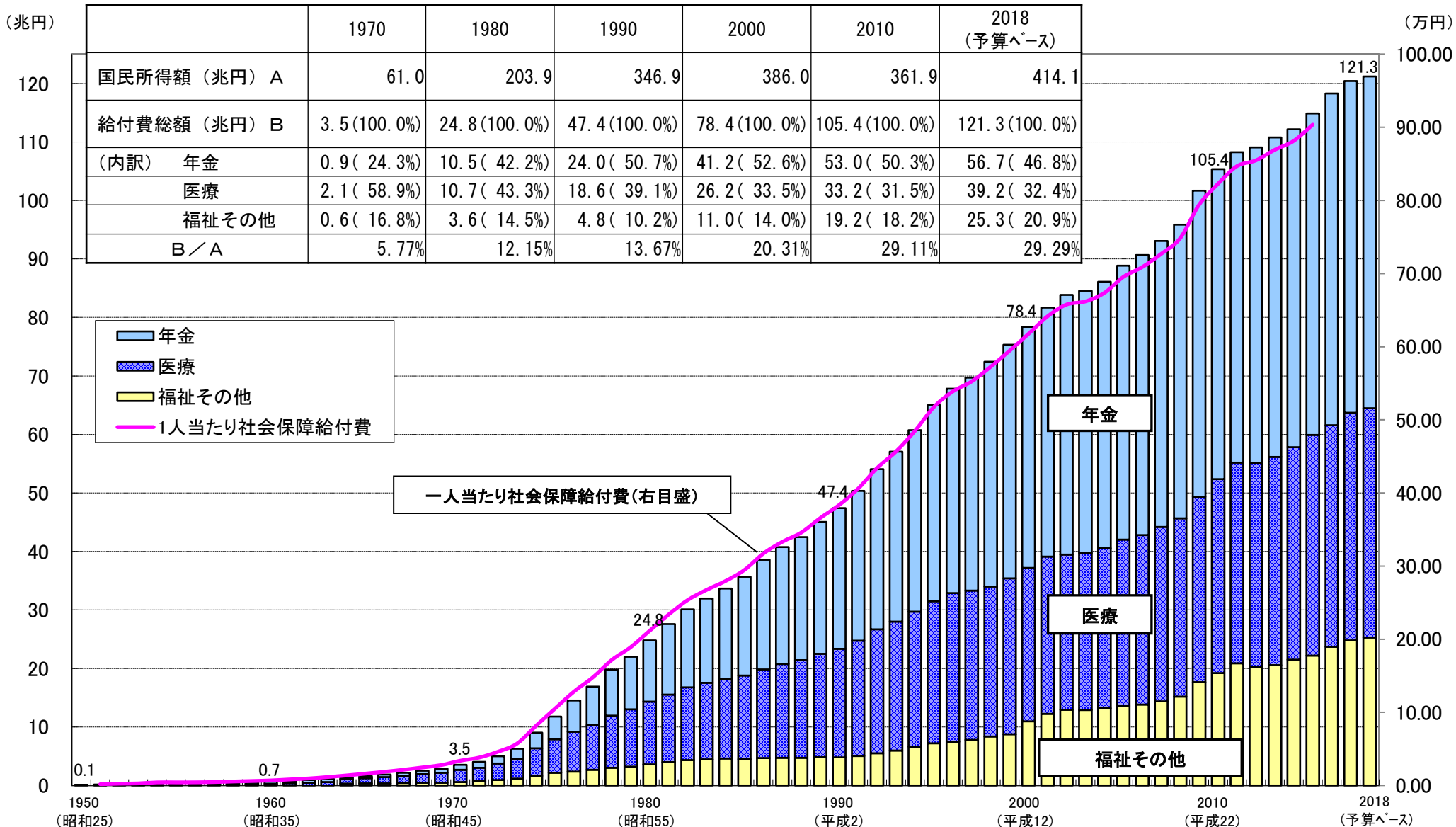


【負担】



※ 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。

社会保障給付費の推移



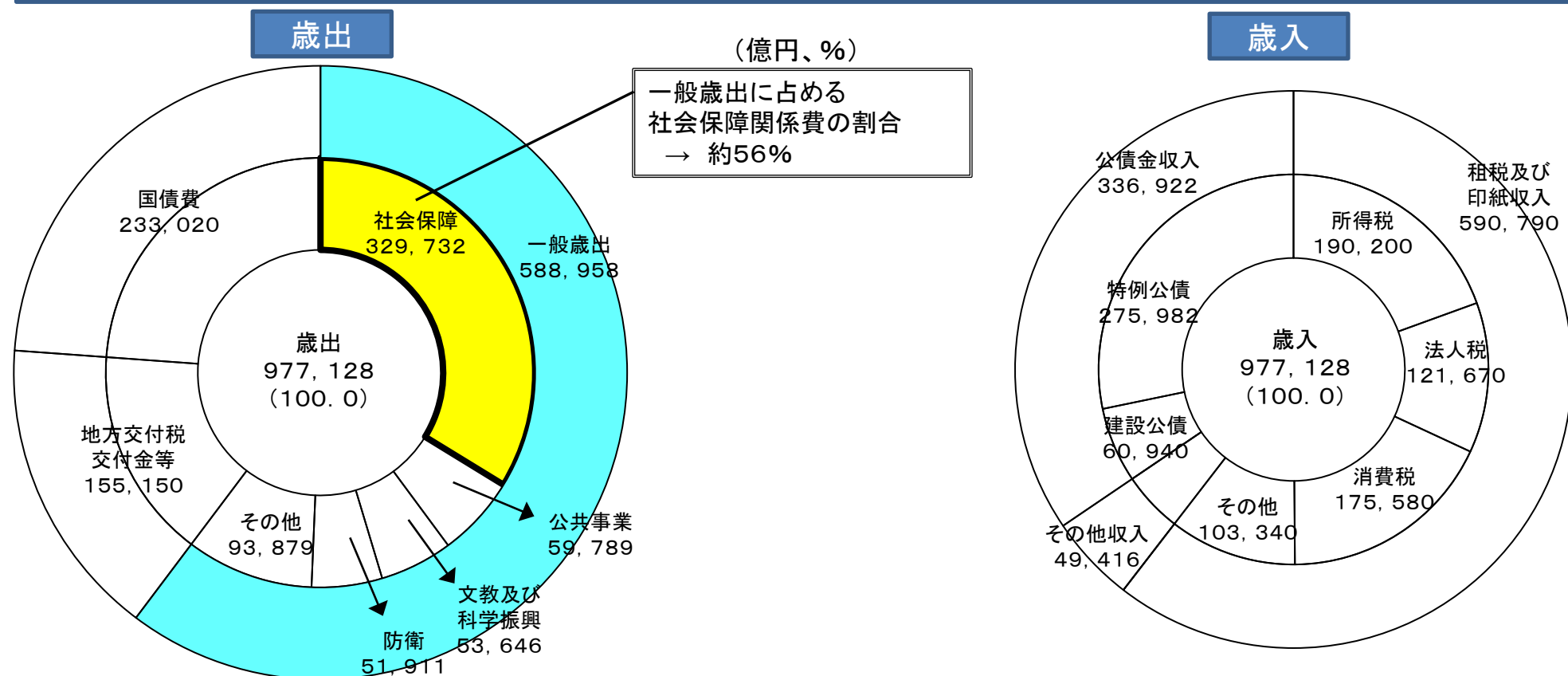
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成27年度社会保障費用統計」、2016年度、2017年度、2018年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2018年度の国民所得額は「平成30年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成30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2018年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

平成30年度 国の一般歳出と社会保障関係費

国の一般歳出の約56%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）

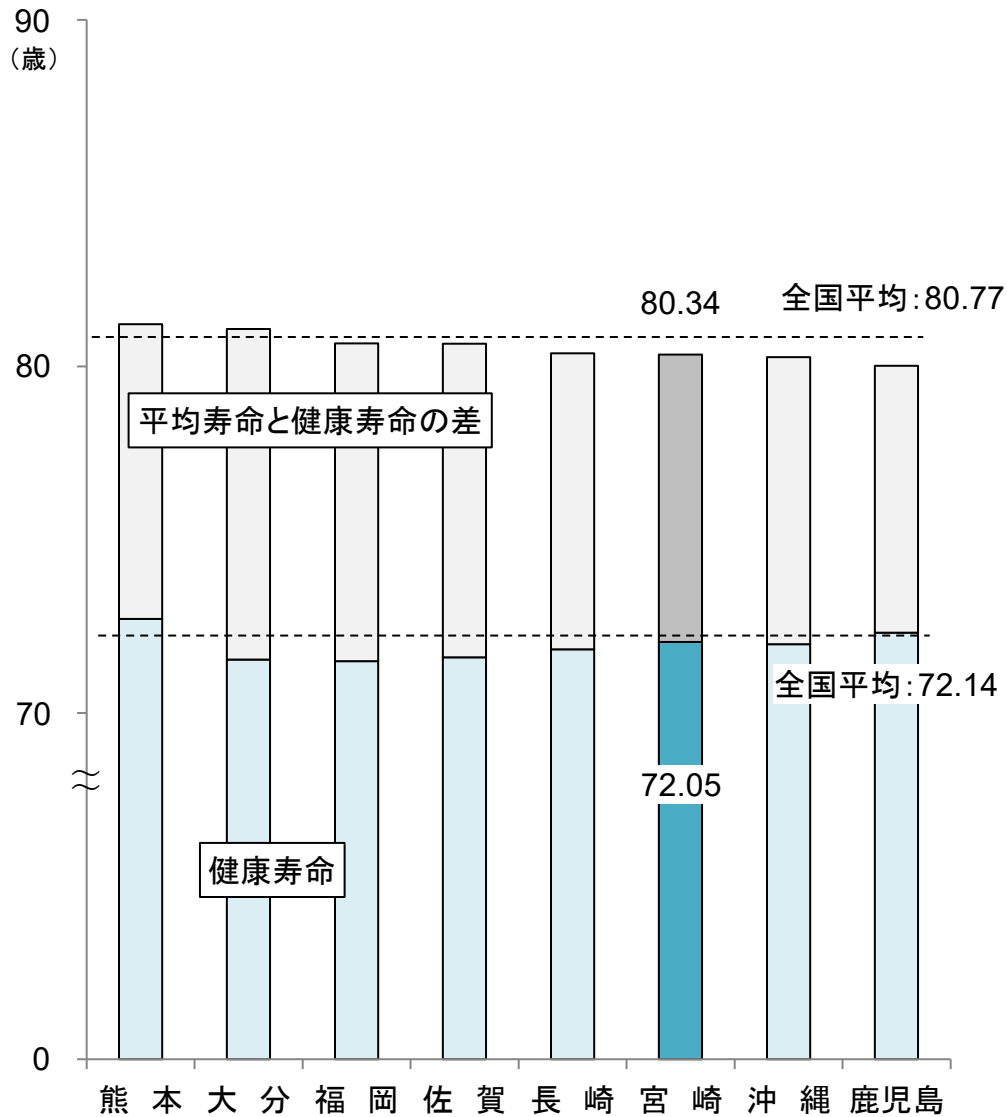


一般歳出に占める社会保障費の割合の推移

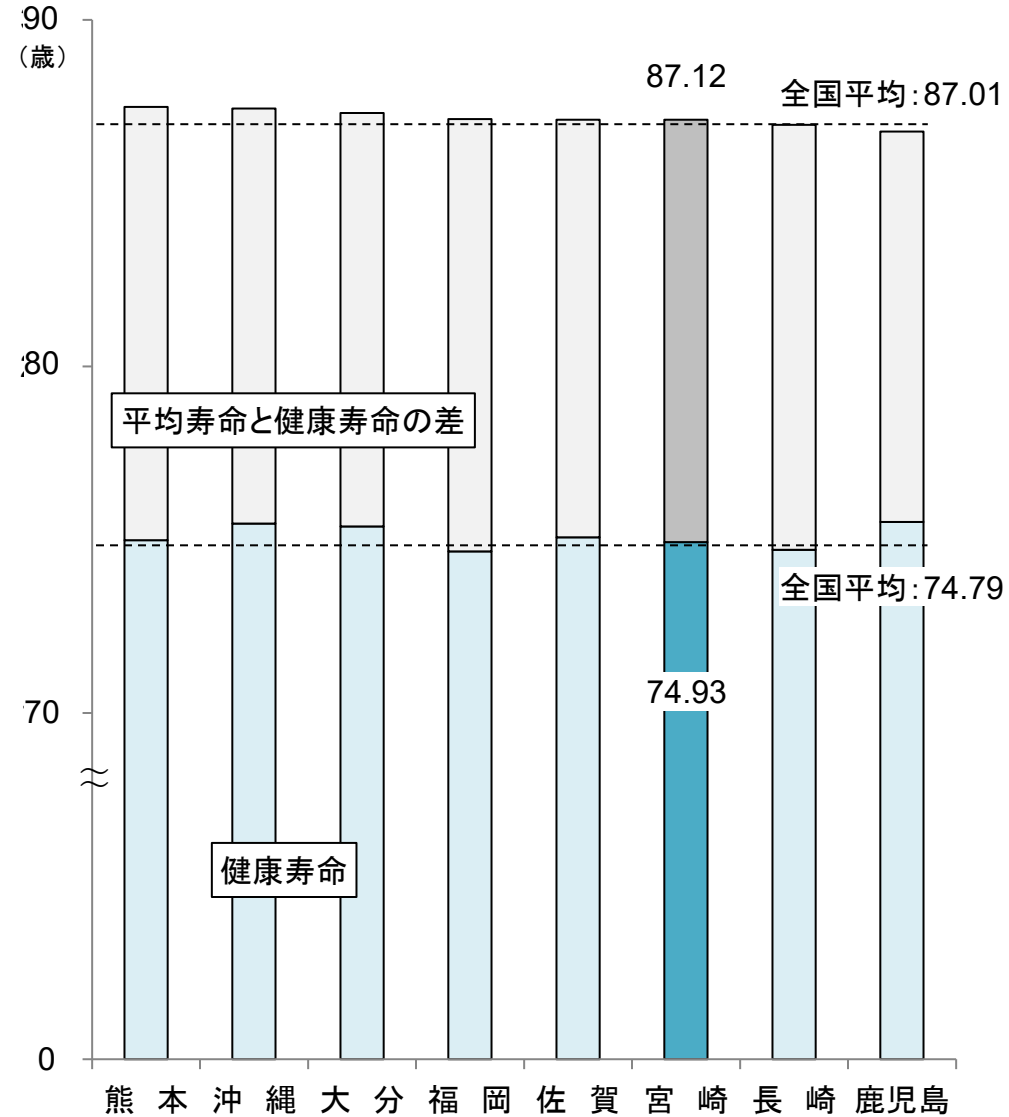
年度	歳出総額	一般歳出	社会保障関係費
2018	977,128	588,958 (100%)	329,732 (約56%)
2010	922,992	534,542 (100%)	272,686 (約51%)
2005	821,829	472,829 (100%)	203,808 (約43%)
2000	849,871	480,914 (100%)	167,666 (約35%)

各県の平均寿命・健康寿命

<男性>



<女性>



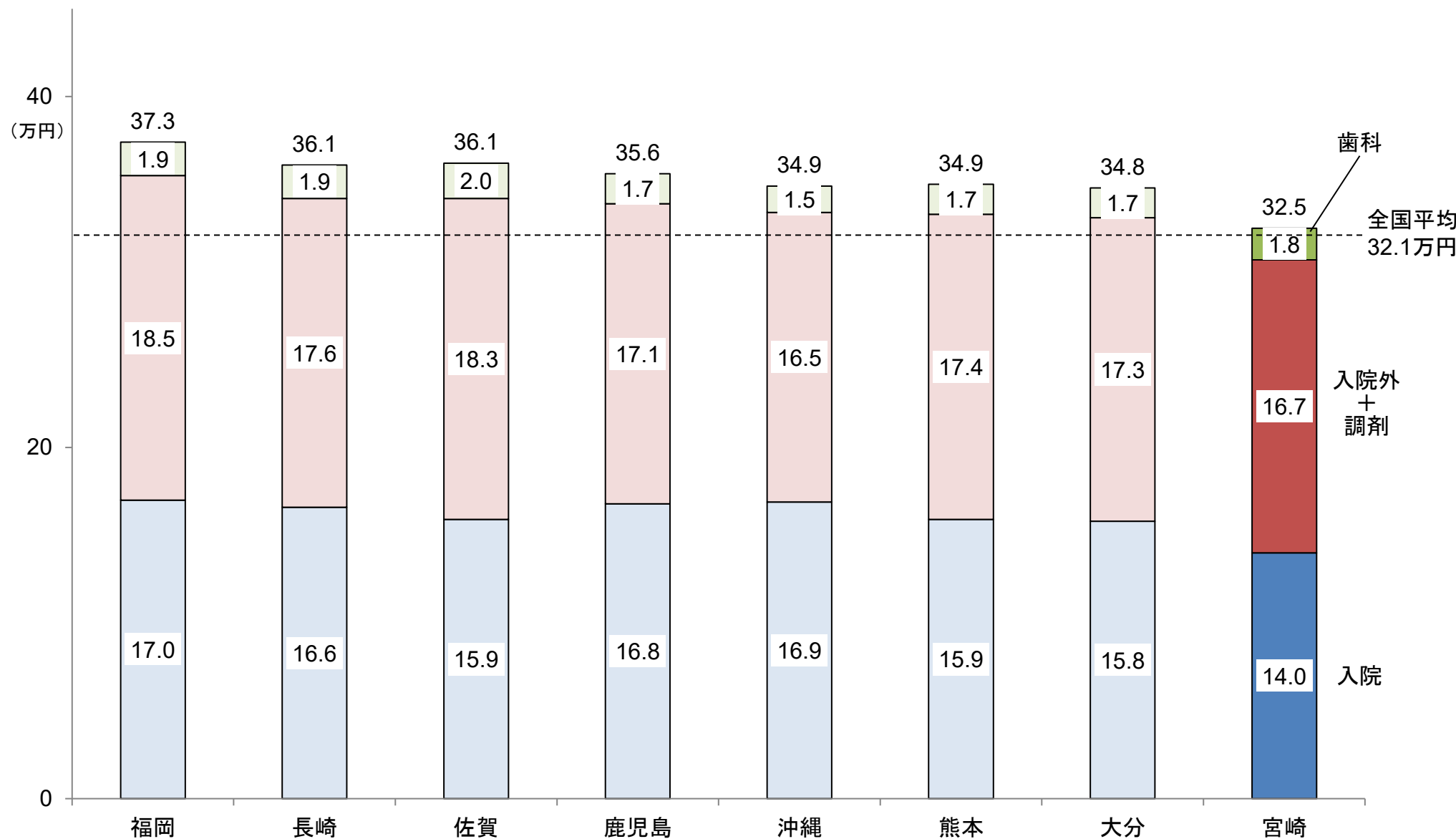
(出所) 平均寿命は厚生労働省「平成27年都道府県別生命表」、健康寿命は第11回健康日本21(第二次)推進専門委員会資料

(注1) 平均寿命は2015年。健康寿命は2016年。

(注2) 国民生活基礎調査が熊本県を調査していないため、熊本県の健康寿命については、第11回健康日本21(第二次)推進専門委員会資料の方法により機械的に算出。

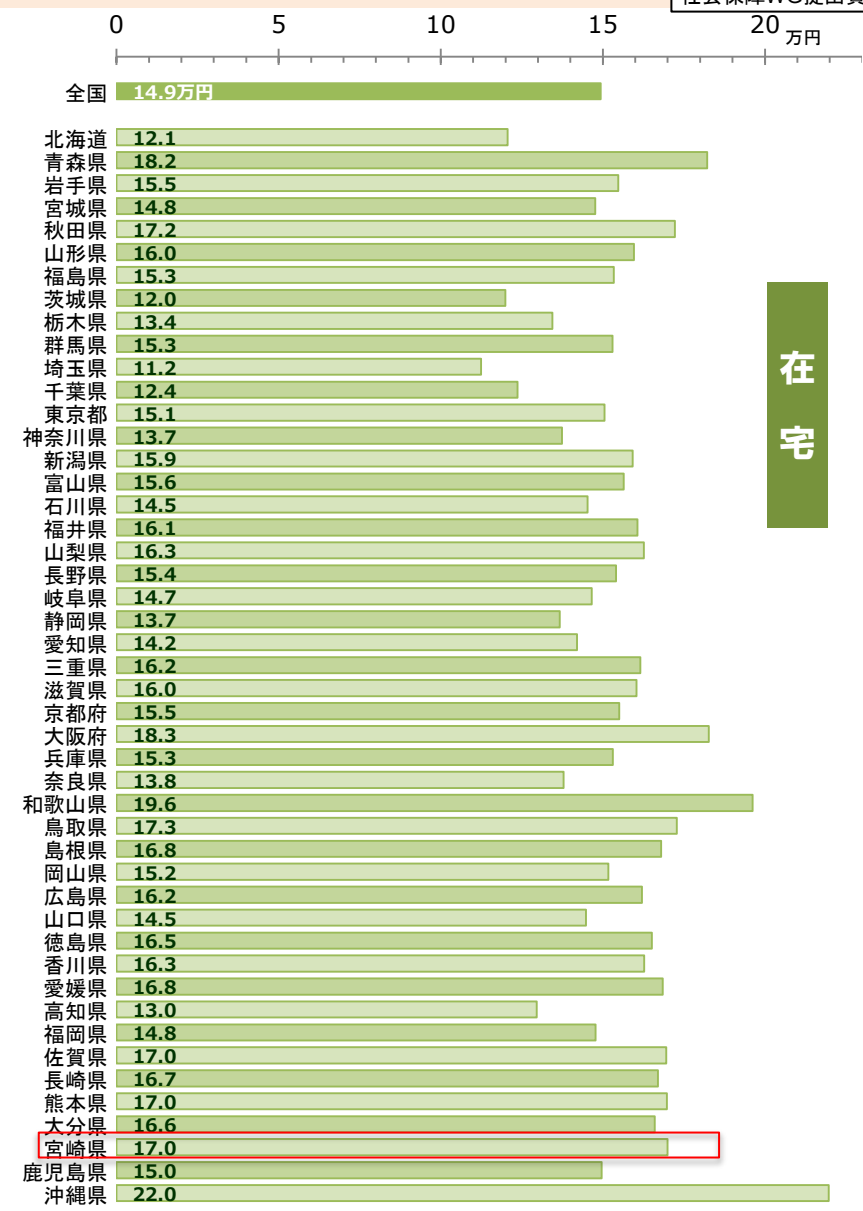
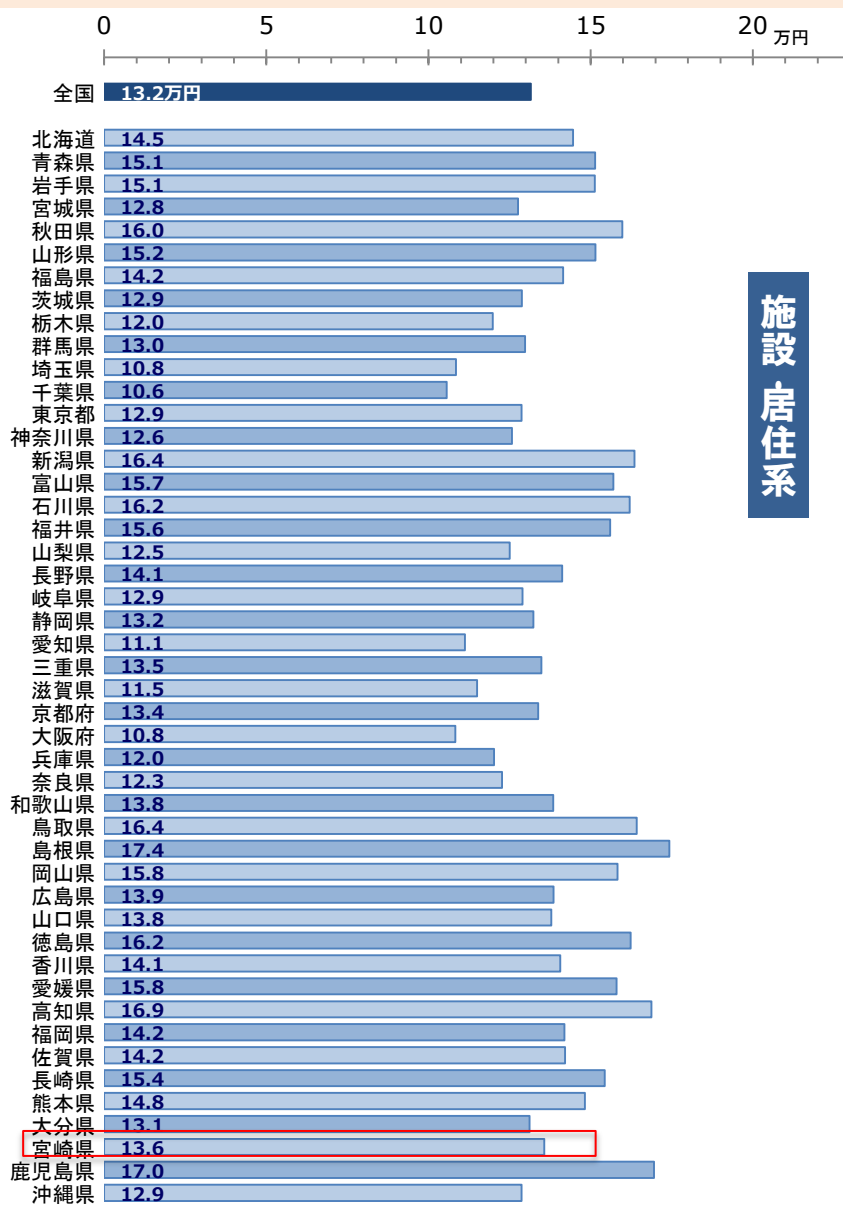
各県の年齢調整後 1 人当たり医療費（国民医療費ベース・2014年）

平成29年4月25日
経済財政一体改革推進委員会
社会保障WG提出資料から作成



都道府県別第1号被保険者1人当たり介護費（年額） | 平成27年度

平成29年4月25日
経済財政一体改革推進委員会
社会保障WG提出資料（一部改変）



【資料】「平成27年度介護給付費等実態調査」（厚生労働省）、「平成27年国勢調査（年齢・国籍不詳をあん分した人口）」（総務省）を基に作成

（注1）予防サービスを含む。市区町村が直接支払う償還払いの費用（福祉用具購入、住宅改修費等）及び地域支援事業に係る費用、補正給付は含まない。

（注2）第1号被保険者数として、65歳以上の平成27年10月1日現在人口を用いた。

（注3）施設・居住系には、介護老人福祉施設（地域密着型含む）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、特定施設入居者介護（地域密着型含む）、認知症対応型共同生活介護が含まれる。

（注4）介護費は（統計上、第1号被保険者分が区分けされていないため、）第2号被保険者分を含む。

改正の趣旨

地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保するため、都道府県の医療計画における医師の確保に関する事項の策定、臨床研修病院の指定権限及び研修医定員の決定権限の都道府県への移譲等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設【医療法】

医師少数区域等における一定期間の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設や、当該認定を受けた医師を一定の病院の管理者として評価する仕組みの創設

2. 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化【医療法】

都道府県においてPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」の策定、都道府県と大学、医師会等が必ず連携すること等を目的とした「地域医療対策協議会」の機能強化、効果的な医師の配置調整等のための地域医療支援事務の見直し 等

3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実【医師法、医療法】

医師確保計画との整合性の確保の観点から医師養成過程を次のとおり見直し、各過程における医師確保対策を充実

- ・ 医学部：都道府県知事から大学に対する地域枠・地元出身入学者枠の設定・拡充の要請権限の創設
- ・ 臨床研修：臨床研修病院の指定、研修医の募集定員の設定権限の国から都道府県への移譲
- ・ 専門研修：国から日本専門医機構等に対し、必要な研修機会を確保するよう要請する権限の創設

都道府県の意見を聴いた上で、国から日本専門医機構等に対し、地域医療の観点から必要な措置の実施を意見する仕組みの創設 等

4. 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応【医療法】

外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するため、二次医療圏を基本とする区域ごとに外来医療関係者による協議の場を設け、夜間救急体制の連携構築など地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針と併せて協議・公表する仕組みの創設

5. その他【医療法等】

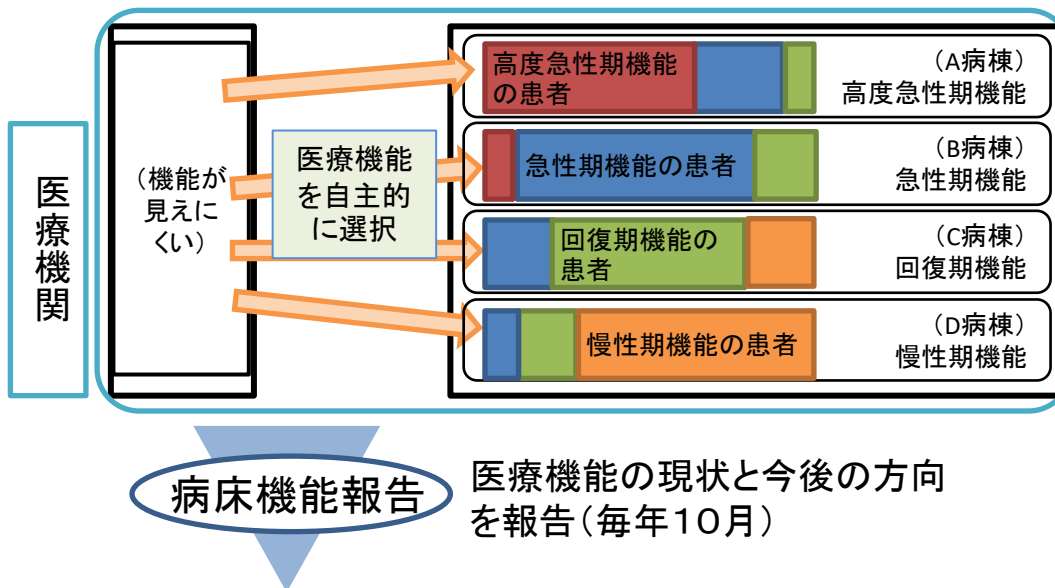
- ・ 地域医療構想の達成を図るための、医療機関の開設や増床に係る都道府県知事の権限の追加
- ・ 健康保険法等について所要の規定の整備 等

施行期日

2019年4月1日。(ただし、2のうち地域医療対策協議会及び地域医療支援事務に係る事項、3のうち専門研修に係る事項並びに5の事項は公布日、1の事項及び3のうち臨床研修に係る事項は2020年4月1日から施行。)

地域医療構想

- 「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。平成28年度中に全都道府県で策定済み。
※ 「地域医療構想」は、二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機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計

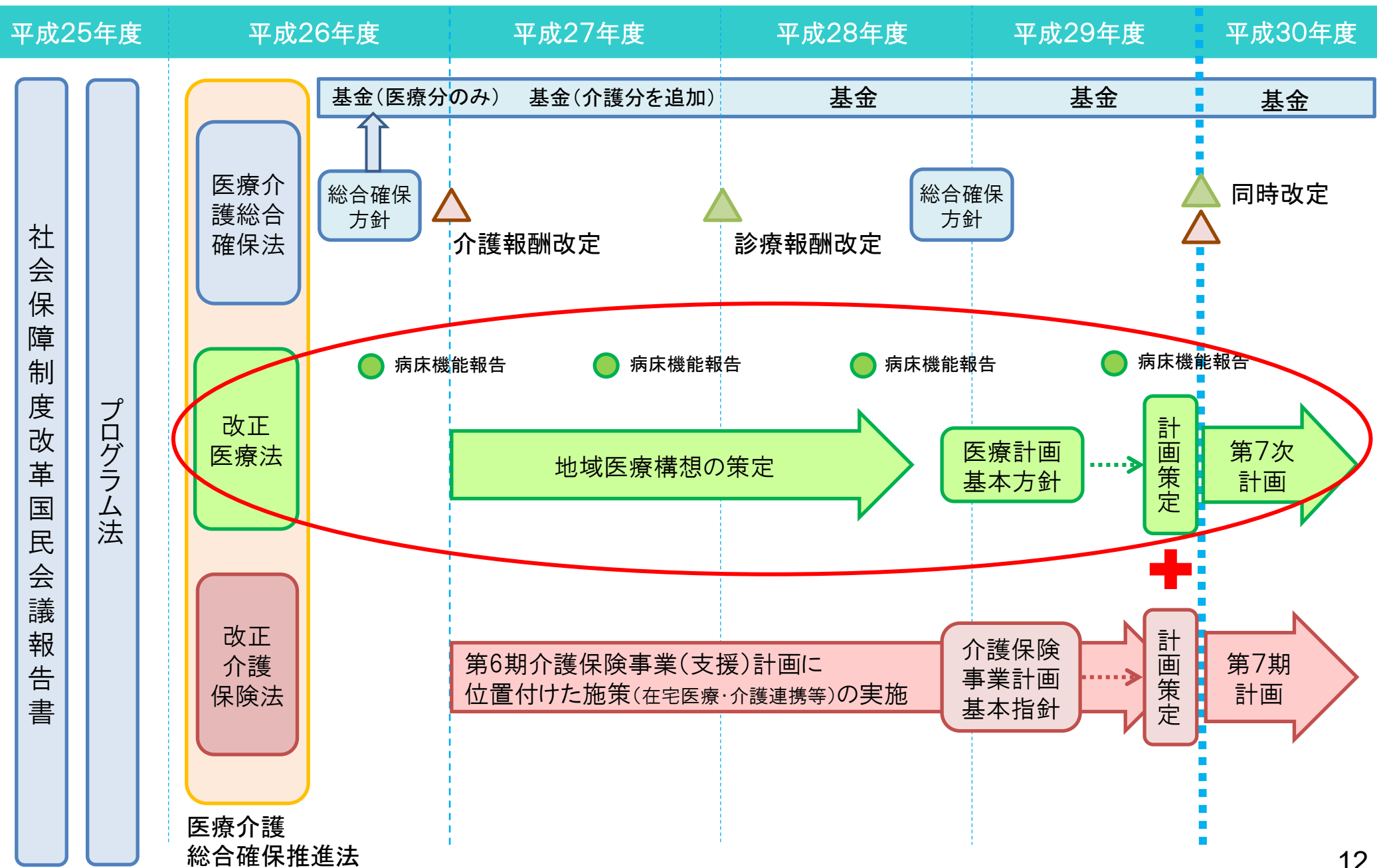
2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例)

- 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

- 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。

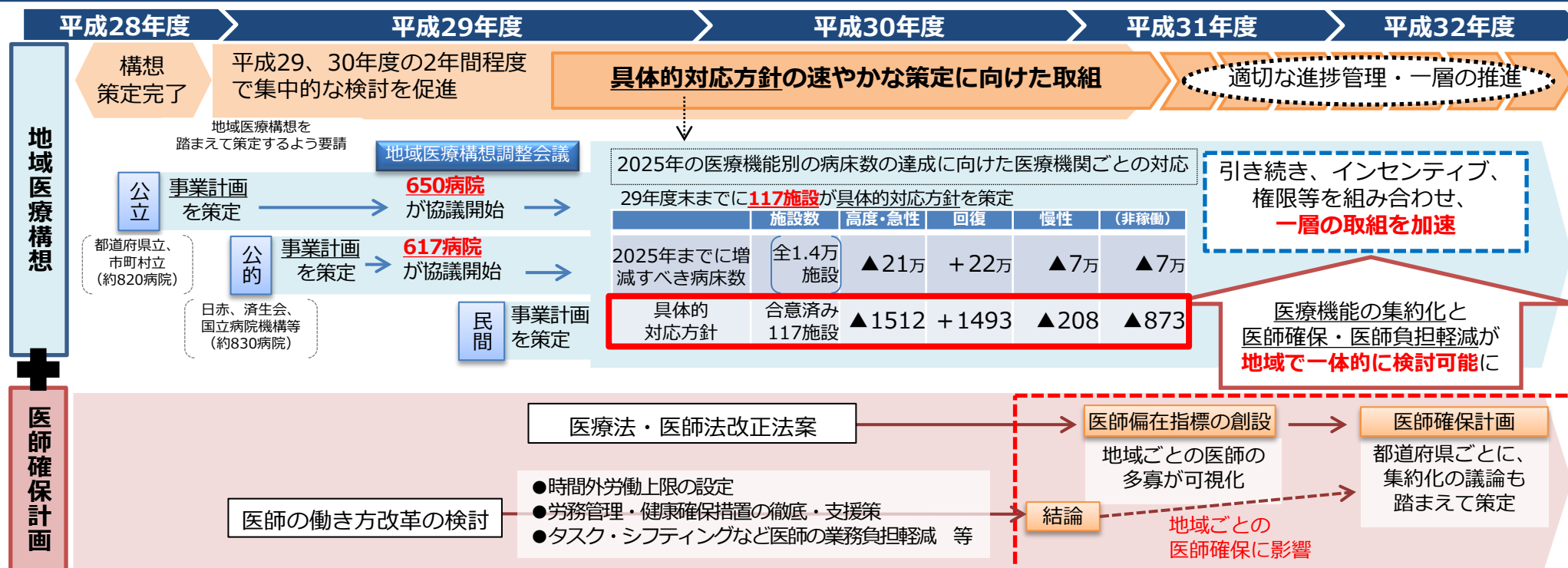
医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

医療と介護の一体的な改革に係る主な取組のイメージ



「地域医療構想」の達成に向けた一層の取組

- 「地域医療構想調整会議」における議論の徹底した進捗管理を行いつつ、医師確保対策やインセンティブ、権限等を組み合わせることで、「具体的対応方針」の速やかな策定に向けて、一層の取組を加速させる。



環境整備

H30診療報酬・介護報酬同時改定

（新）急性期一般入院基本料

移行が容易に

<急性期>

- 急性期一般入院基本料を創設し、7対1入院基本料については、重症度等の基準を見直すとともに、10対1入院基本料との中間区分を設け、ニーズに応じた弾力的かつ円滑な移行を可能に

<回復期>

- 地域包括ケア病棟入院料について、在宅からの患者の受入実績等を評価し、診療報酬を引上げ

<慢性期、在宅医療・介護>

- 介護医療院を創設し、介護療養病床や医療療養病床からの転換を促進
- 在宅医療の実施機関と報酬の加算対象となる患者の範囲を拡大
- 居宅や介護施設等での医療ニーズや看取りへの対応を強化

重症度、医療・看護必要度の高い患者の割合に応じた段階的な報酬体系に変更

H30地域医療介護総合確保基金

（H30：934億円）

- 具体的対応方針のとりまとめにおいて、病床機能の分化・連携が進んでいる都道府県に対し、基金を重点的に配分。
- H30年度から、基金の対象範囲を拡大し、医療機関のダウンサイジングに要する経費にも活用可能。

ダウンサイジングに要する経費（例）

・病棟の解体撤去費	上限額：なし
・医療機器の処分	上限額：なし
・早期退職する職員の退職金の割増相当額	上限額：一人600万円

新たな知事権限

医療法及び医師法の一部の改正する法律案を平成30年通常国会に提出。

<改正案>

追加増床の申請があれば、許可を与えなければならない

都道府県知事が、許可を与えないことができる権限を創設（民間は勧告）

勧告を受けた場合、保険医療機関の指定をしないことができる

基準病床数

既存病床数

病床数の必要量（2025）

医療法の規定

第30条の14 都道府県は、構想区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行うものとする。

2 関係者は、前項の規定に基づき都道府県が行う協議に参加するよう都道府県から求めがあつた場合には、これに協力するよう努めるとともに、当該協議の場において関係者間の協議が調つた事項については、その実施に協力するよう努めなければならない。

地域医療構想調整会議の協議事項

【個別の医療機関ごとの具体的対応方針の決定への対応】

「地域医療構想の進め方について」(平成30年2月7日付け医政地発0207第1号
厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)より

○ 都道府県は、毎年度、地域医療構想調整会議において合意した具体的対応方針をとりまとめること。

（具体的対応方針のとりまとめには、以下の内容を含むこと。）

- ① 2025年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割
- ② 2025年に持つべき医療機能ごとの病床数

○ 公立病院、公的医療機関等は、「新公立病院改革プラン」「公的医療機関等2025プラン」を策定し、平成29年度中に協議すること。

○ その他の医療機関のうち、担うべき役割を大きく変更する病院などは、今後の事業計画を策定し、速やかに協議すること。

○ 上記以外の医療機関は、遅くとも平成30年度末までに協議すること。

【その他】

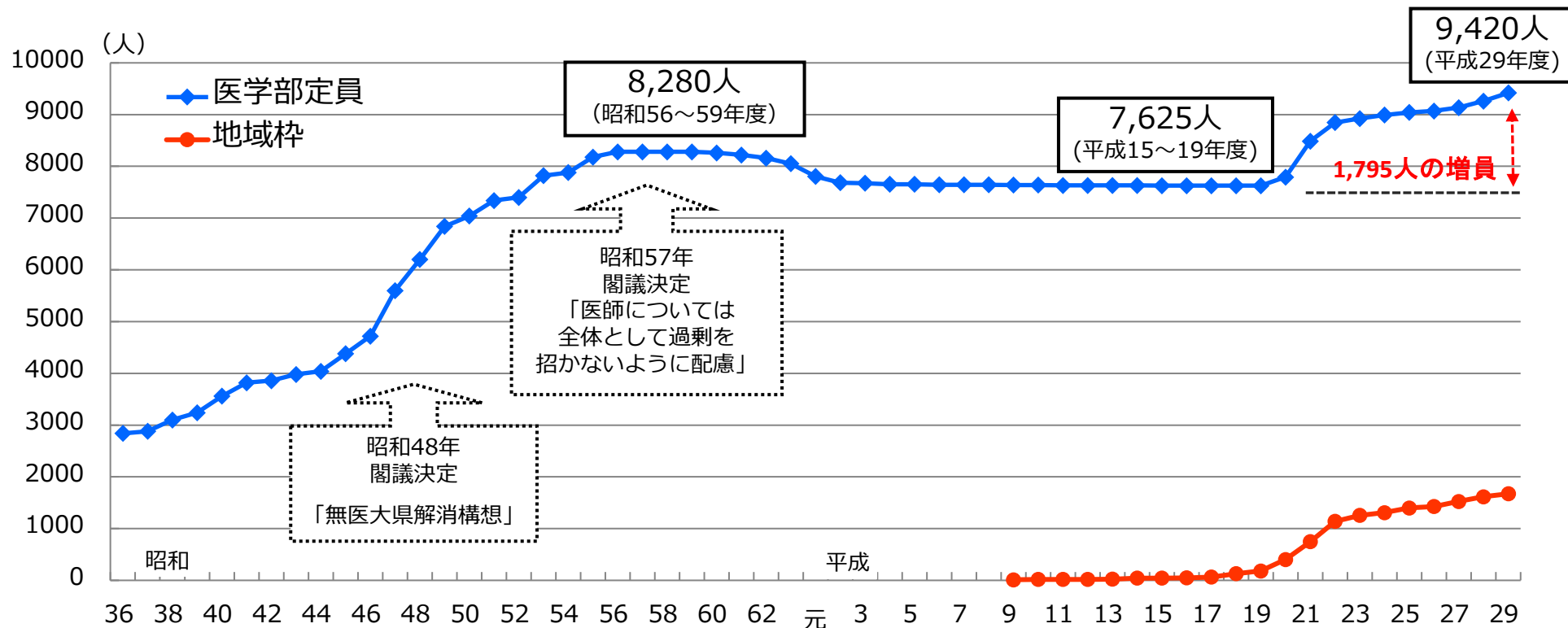
○ 都道府県は、以下の医療機関に対し、地域医療構想調整会議へ出席し、必要な説明を行うよう求めること。

- ・病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関
- ・新たな病床を整備する予定の医療機関
- ・開設者を変更する医療機関

医学部入学定員と地域枠の年次推移

- 平成20年度以降、医学部の入学定員を過去最大規模まで増員。
- 医学部定員に占める地域枠*の数・割合も、増加してきている。
(平成19年度183人(2.4%)→平成29年1674人(17.8%))

地域枠*：地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠であり、奨学金の有無を問わない。

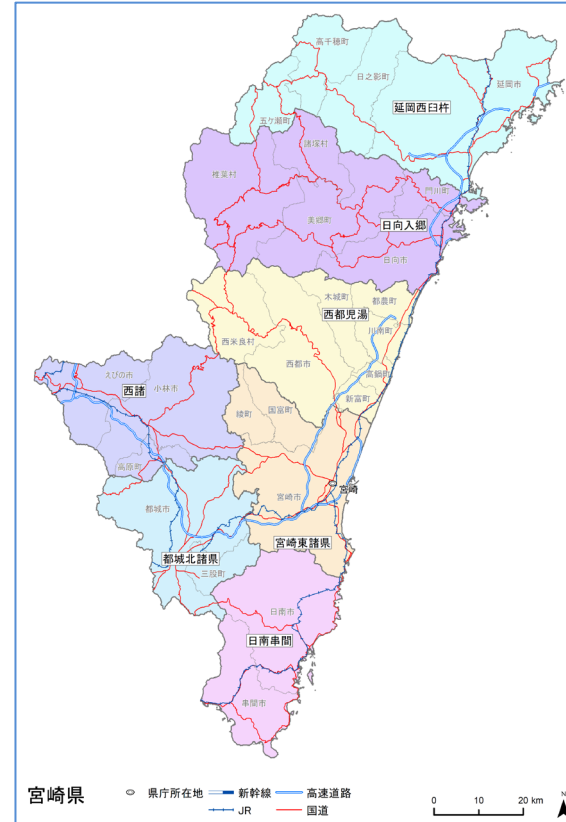
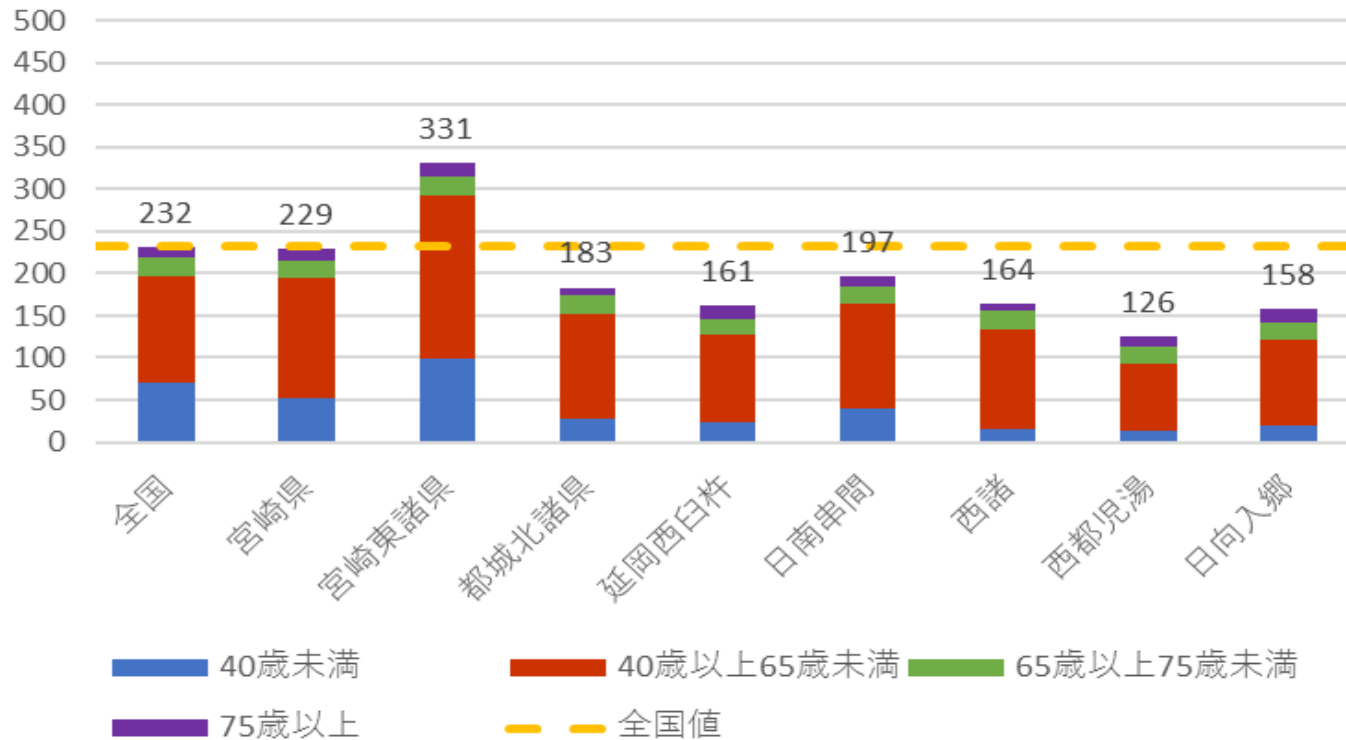


	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
医学部定員	7625	7625	7625	7793	8486	8846	8923	8991	9041	9069	9134	9262	9420
地域枠	64	129	183	403	749	1141	1257	1309	1400	1427	1525	1617	1674
地域枠の割合	0.8%	1.7%	2.4%	5.2%	8.8%	12.9%	14.1%	14.6%	15.5%	15.7%	16.7%	17.5%	17.8%

地域枠の人数については、文部科学省医学教育課調べ

宮崎県の医師偏在の状況

人口10万人あたり医師数



注：地理情報は平成26年4月1日時点

この地図の作成に当たっては、国土地理院長の承認を得て、同院発行の数値地図(国土基本情報)電子国土基本図(地図情報)を使用した。(承認番号 平29情使、第989号)

※医師数は、医師・歯科医師・薬剤師調査における「医療施設に従事する医師数」を計上

二次医療圏名	人口(人) (住民基本台帳に基づ く人口、人口動態及び 世帯数(平成27年1月1 日現在))	高齢化率(%) (住民基本台帳に基づ く人口、人口動態及び 世帯数(平成27年1月1 日現在))	面積 (平方km:平成26 年全国都道府県 市区町村別面積調)	病院数 (平成26年医療 施設調査)	一般診療所数 (平成26年医療 施設調査)	医師数 (平成26年 三師調査)	流入患者割合 (%) (平成26年 患者調査)	流出患者割合 (%) (平成26年 患者調査)
全体	1,135,652	28.3	7,735	140	891	2,598	5.2	4.5
宮崎東諸県	433,911	24.8	869	41	399	1,435	24.1	6.8
都城北諸県	195,429	27.5	763	28	133	358	23.3	14.8
延岡西臼杵	151,313	31.0	1,555	20	95	244	4.8	16.7
日南串間	76,693	34.3	831	12	65	151	6.3	11.8
西諸	79,144	33.7	931	16	58	130	9.1	23.1
西都児湯	105,902	30.3	1,154	10	81	133	22.2	53.3
日向入郷	93,260	29.5	1,631	13	60	147	20.0	25.0

【流入患者割合】

当該地域内の医療施設で受療した当該地域外に居住する病院の推計
入院患者数÷当該地域内の医療施設で受療した病院の推計入院患者数

【流出患者割合】

当該地域外の医療施設で受療した当該地域内に居住する病院の推計
入院患者数÷当該地域内に居住する病院の推計入院患者数

平成30年度の社会保障の充実・安定化について

〈30年度消費税増収分の内訳〉

《増収額計：8.4兆円》

○基礎年金国庫負担割合 2 分の 1

(平成24・25年度の基礎年金国庫負担割合 2 分の 1 の差額に係る費用を含む)

3.2兆円

○社会保障の充実

- ・子ども・子育て支援の充実
- ・医療・介護の充実
- ・年金制度の改善

1.35兆円

○消費税率引上げに伴う社会保障 4 経費の増

- ・診療報酬、介護報酬、年金、子育て支援等についての物価上昇に伴う増

0.39兆円

○後代への負担のつけ回しの軽減

- ・高齢化等に伴う自然増を含む安定財源が確保できていない既存の社会保障費

3.4兆円

○ 消費税率引上げによる増収分は、全て社会保障の充実・安定化に向ける。

○ 社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成を目指す観点から、平成30年度の増収額8.4兆円については、

①まず基礎年金国庫負担割合 2 分の 1 に3.2兆円を向け、

②残額を

- ・「社会保障の充実」及び「消費税率引上げに伴う社会保障 4 経費の増」と
- ・「後代への負担のつけ回しの軽減」

に概ね 1：2 で按分した額をそれぞれに向ける。

(注1)金額は公費(国及び地方の合計額)である。

(注2)上記の社会保障の充実に係る消費税増収分(1.35兆円)と社会保障改革プログラム法等に基づく重点化・効率化による財政効果(▲0.51兆円)を活用し、社会保障の充実(1.87兆円)の財源を確保。

「新しい経済政策パッケージ」(2017年12月8日閣議決定)の 「人づくり革命」部分のポイント(厚労省関係部分抜粋)

1. 幼児教育の無償化

- ・幼児教育の無償化を一気に加速。3歳から5歳までのすべての子供たちの幼稚園、保育所、認定こども園の費用を無償化。
- ・幼稚園、保育所、認定こども園以外の無償化措置の対象範囲等については、専門家の声も反映する検討の場を設け、現場及び関係者の声に丁寧に耳を傾けつつ、保育の必要性及び公平性の観点から、来年夏までに結論を出す。
- ・0歳～2歳児についても、当面、住民税非課税世帯を対象として無償化。
- ・消費税率引上げの時期との関係で増収額に合わせて、2019年4月から一部をスタートし、2020年4月から全面的に実施。

3. 高等教育の無償化 (略)

4. 私立高等学校の授業料の実質無償化 (略)

2. 待機児童の解消

- ・「子育て安心プラン」を前倒しし、2020年度末までに32万人分の受け皿整備。
- ・2018年度(来年度)から早急に実施。
- ・保育士の確保や他産業との賃金格差を踏まえた処遇改善に更に取り組む。今年度の人事院勧告に伴う賃金引上げに加え、2019年4月から更に1%(月3000円相当)の賃金引上げ。

5. 介護人材の処遇改善

- ・介護サービス事業所における勤続年数10年以上の介護福祉士について月額平均8万円相当の処遇改善を行うことを算定根拠に、公費1000億円程度を投じ、処遇改善。
- ・消費税率の引上げに伴う報酬改定において対応し、2019年10月から実施。

6. これらの施策を実現するための安定財源

- ・社会保障の充実と財政健全化のバランスを取りつつ、安定財源として、2019年10月に予定される消費税率10%への引上げによる増収分を①教育負担の軽減・子育て層支援・介護人材の確保等と、②財政再建とに、それぞれ概ね半分ずつ充当。①について新たに生まれる1.7兆円程度を、上記1、2、3及び5に充てる。人づくり革命の政策は、消費税率10%への引上げを前提として、実行。
- ・子ども・子育て拠出金を0.3兆円増額。法律で定められた拠出金率の上限を0.25%から0.45%に変更し、0.3兆円の増額分は、2018年度から実施する「子育て安心プラン」の実現に必要な企業主導型保育事業と保育の運営費に充てることとし、そのための子ども・子育て支援法の改正法案を次期通常国会に提出。

7. 財政健全化との関連

- ・財政健全化の旗は決して降ろさず、不断の歳入・歳出改革努力を徹底し、プライマリーバランスの黒字化を目指すという目標自体はしっかり堅持。
- ・この目標の達成に向け、これまでの経済・財政一体改革の取組を精査した上で、来年の「経済財政運営と改革の基本方針」において、プライマリーバランス黒字化の達成時期、その裏付けとなる具体的かつ実効性の高い計画を示す。

8. 来年夏に向けての検討継続事項

(1)リカレント教育

- ・人生100年時代を見据え、その鍵であるリカレント教育を抜本的に拡充するとともに、現役世代のキャリアアップ、中高年の再就職支援など、誰もがいくつになっても、新たな活躍の機会に挑戦できるような環境整備を、雇用保険制度等の活用も含めて、来年夏に向けて検討。

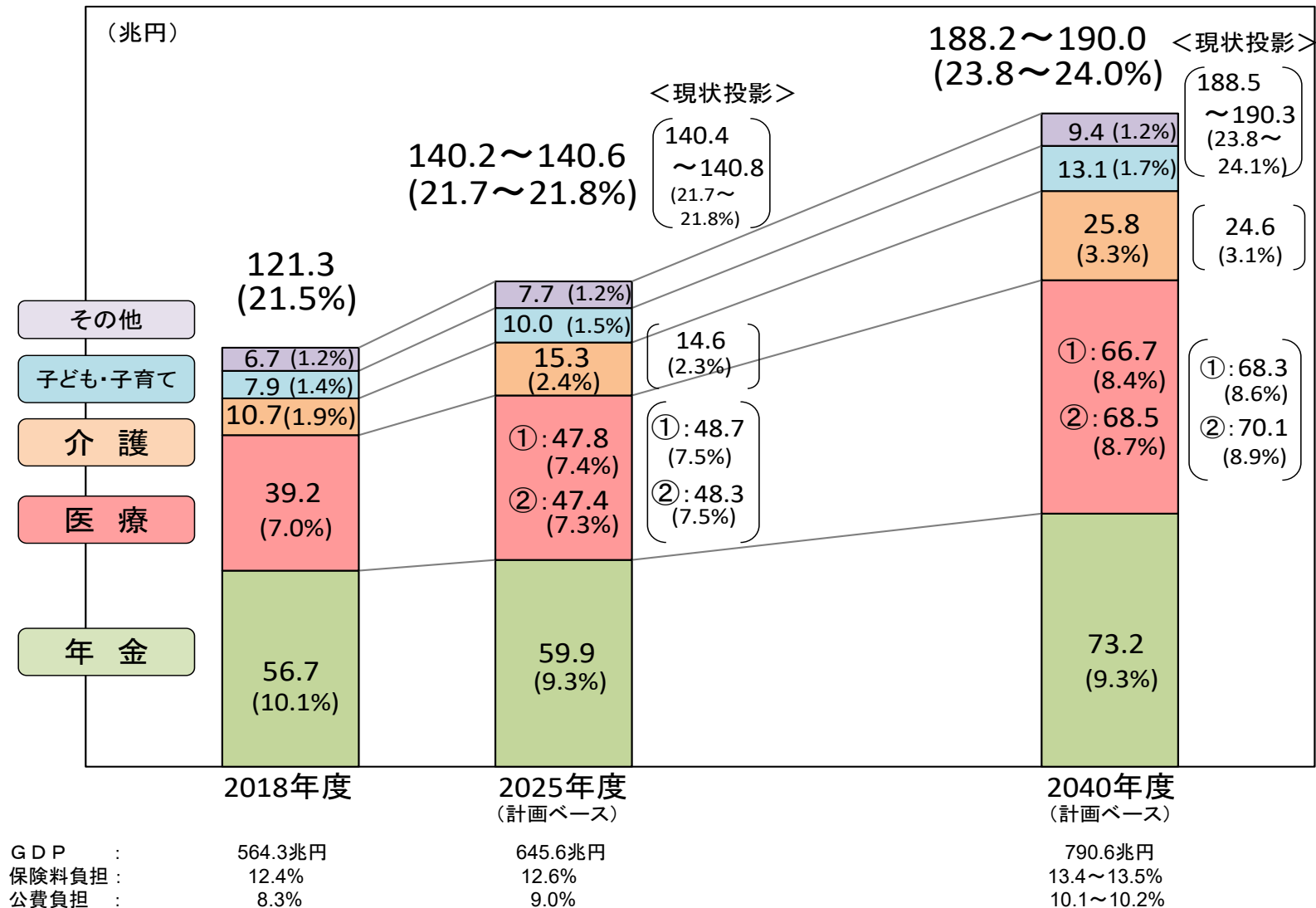
(2)HECS等諸外国の事例を参考とした検討 (略)

(3)全世代型社会保障の更なる検討

- ・今後、2019年10月の消費税増税後の全世代型社会保障の更なる実現に向け、少子化対策として更に必要な施策を検討する一方、その財源についても、「社会全体で負担する」との理念のもと、財政の効率化、税、新たな社会保険方式の活用、企業負担のあるべき姿を含め併せて検討。

社会保障給付費の見通し(経済：ベースラインケース)

2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)ー概要ー (内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 平成30年5月21日) より



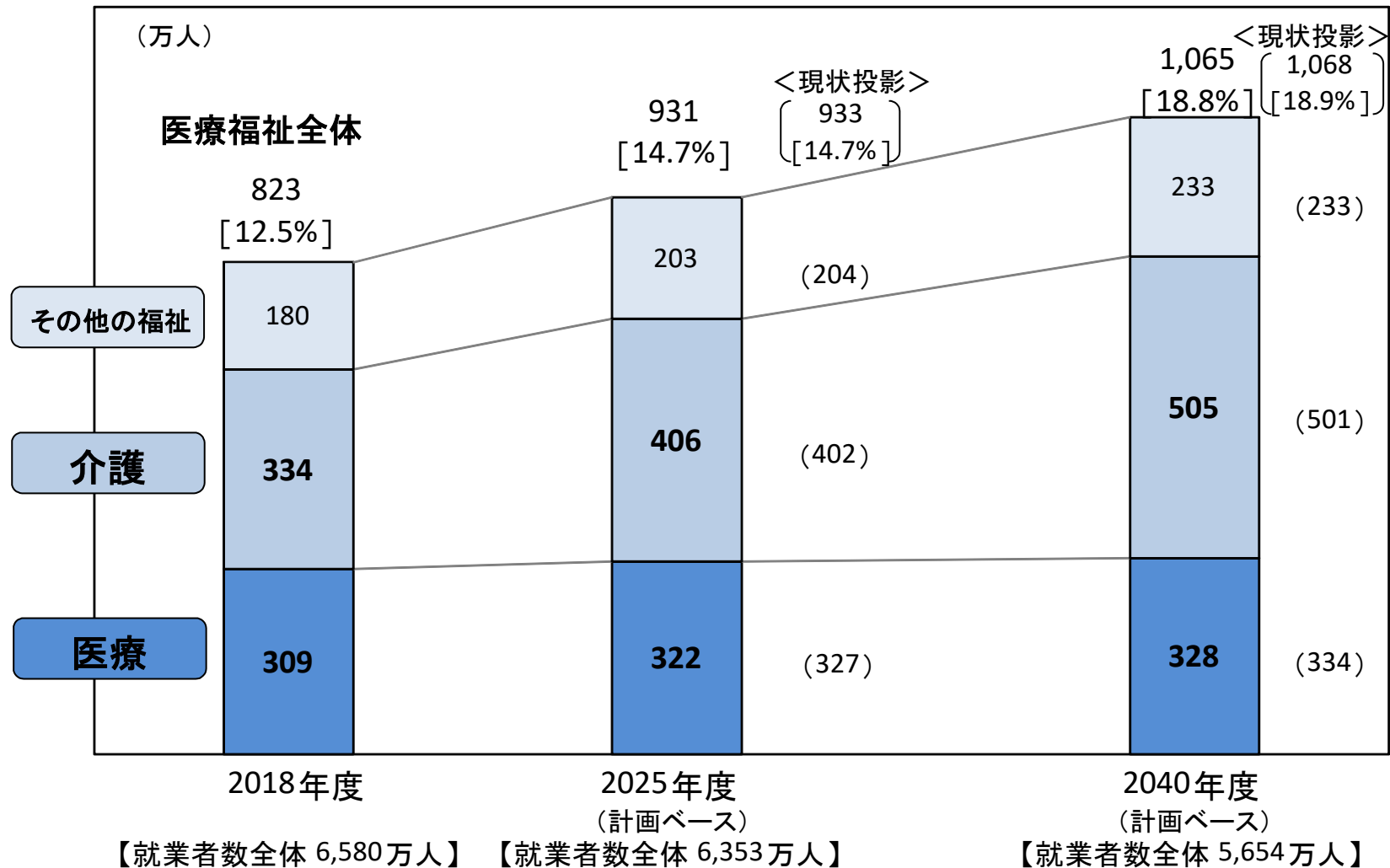
(注1)医療については、単価の伸び率の仮定を2通り設定しており、給付費も2通り(①と②)示している。

(注2)「計画ベース」は、地域医療構想に基づく2025年度までの病床機能の分化・連携の推進、第3期医療費適正化計画による2023年度までの外来医療費の適正化効果、第7期介護保険事業計画による2025年度までのサービス量の見込みを基礎として計算し、それ以降の期間については、当該時点の年齢階級別の受療率等を基に機械的に計算。なお、介護保険事業計画において、地域医療構想の実現に向けたサービス基盤の整備については、例えば医療療養病床から介護保険施設等への転換分など、現段階で見通すことが困難な要素があることに留意する必要がある。

※平成30年度予算ベースを足元に、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」、内閣府「中長期の経済財政に関する試算(平成30年1月)」等を踏まえて計算。なお、医療・介護費用の単価の伸び率については、社会保障・税一体改革時の試算の仮定を使用。()内は対GDP比。保険料負担及び公費負担は対GDP比。

医療福祉分野の就業者数の見通し

2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）－概要－（内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 平成30年5月21日）より



(注1)「計画ベース」は、地域医療構想に基づく2025年度までの病床機能の分化・連携の推進、第3期医療費適正化計画による2023年度までの外来医療費の適正化効果、第7期介護保険事業計画による2025年度までのサービス量の見込みを基礎として計算し、それ以降の期間については、当該時点の年齢階級別の受療率等を基に機械的に計算。なお、介護保険事業計画において、地域医療構想の実現に向けたサービス基盤の整備については、例えば医療療養病床から介護保険施設等への転換分など、現段階で見通すことが困難な要素があることに留意する必要がある。

(注2)医療福祉分野における就業者数の見通しについては、①医療・介護分野の就業者数については、それぞれの需要の変化に応じて就業者数が変化すると仮定して就業者数を計算。②その他の福祉分野を含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の就業者数の変化率を用いて機械的に計算。③医療福祉分野の短時間雇用者の比率等の雇用形態別の状況等については、現状のまま推移すると仮定して計算。

※ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」等を踏まえて計算。[]内は就業者数全体に対する割合。

「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」に基づく マンパワーのシミュレーション ―概要―

（厚生労働省 平成30年5月21日）

- 基本となる将来見通しに加え、今後の議論に資するため、①医療・介護需要が一定程度低下した場合、②医療・介護等における生産性が向上した場合を仮定して、将来の就業者数に関するシミュレーションを実施。

【シミュレーション（1）】

○ 医療・介護需要が一定程度低下した場合

※ これまでの受療率等の傾向や今後の寿命の伸び等を考慮し、高齢期において、医療の受療率が2.5歳分程度、介護の認定率が1歳分程度低下した場合

<2040年度の変化等>

- ・ 医療福祉分野における就業者数：
▲81万人 [▲1.4%]

【シミュレーション（2）】

○ 医療・介護等における生産性が向上した場合

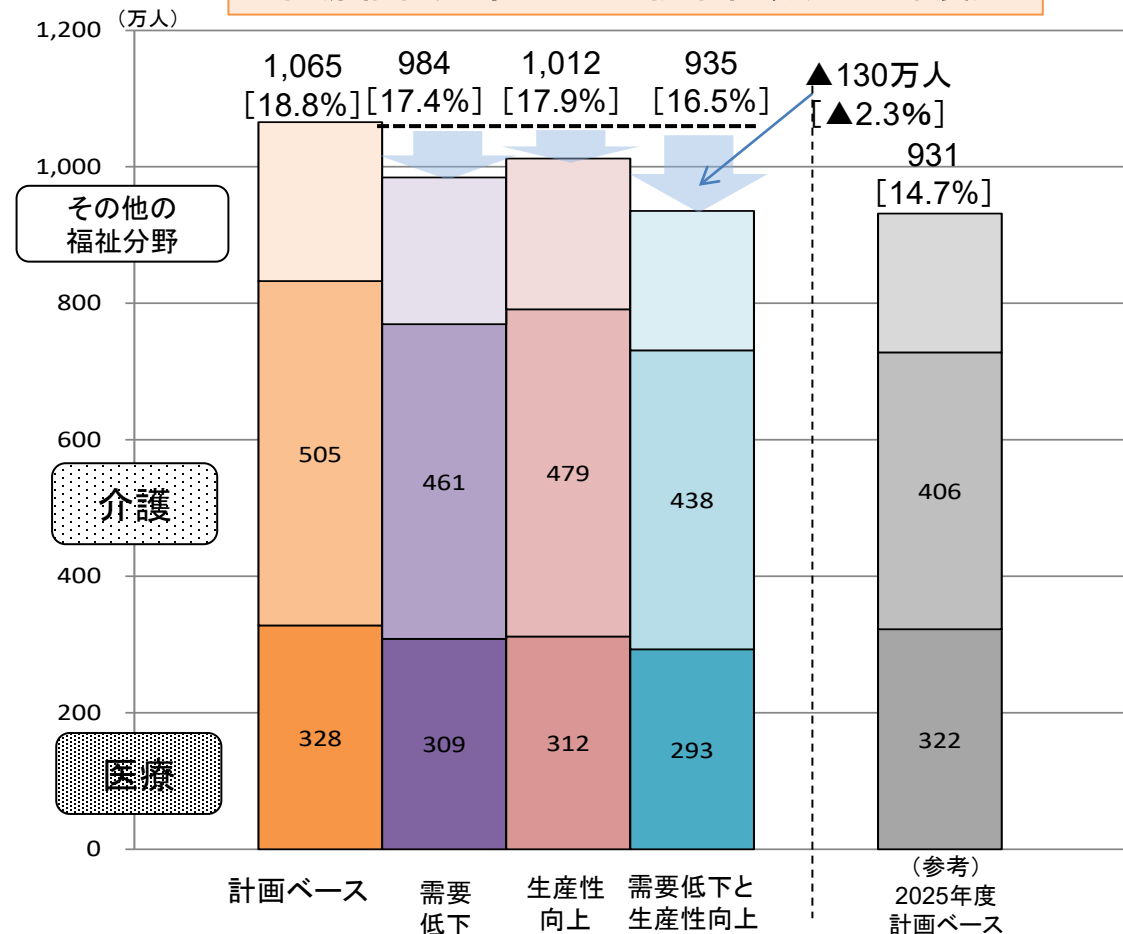
※ ICT等の活用に関する調査研究や先進事例等を踏まえ、医療・介護の生産性が各5%程度向上するなど、医療福祉分野における就業者数全体で5%程度の効率化が達成された場合

<2040年度の変化等>

- ・ 医療福祉分野における就業者数：
▲53万人 [▲0.9%]

※. (1)と(2)が同時に生じる場合、2040年度の変化は▲130万人[▲2.3%]

医療福祉分野における就業者数(2040年度)



【就業者数全体5,654万人】 (注) []内は就業者数全体に対する割合。

(注) 医療福祉分野における就業者の見通しについては、①医療・介護分野の就業者数については、それぞれの需要の変化に応じて就業者数が変化すると仮定して就業者数を計算。②その他の福祉分野を含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の就業者数の変化率を用いて機械的に計算。③医療福祉分野の短時間雇用者の比率等の雇用形態別の状況等については、現状のまま推移すると仮定して計算。

2040年頃を展望した社会保障改革の新たな局面と課題

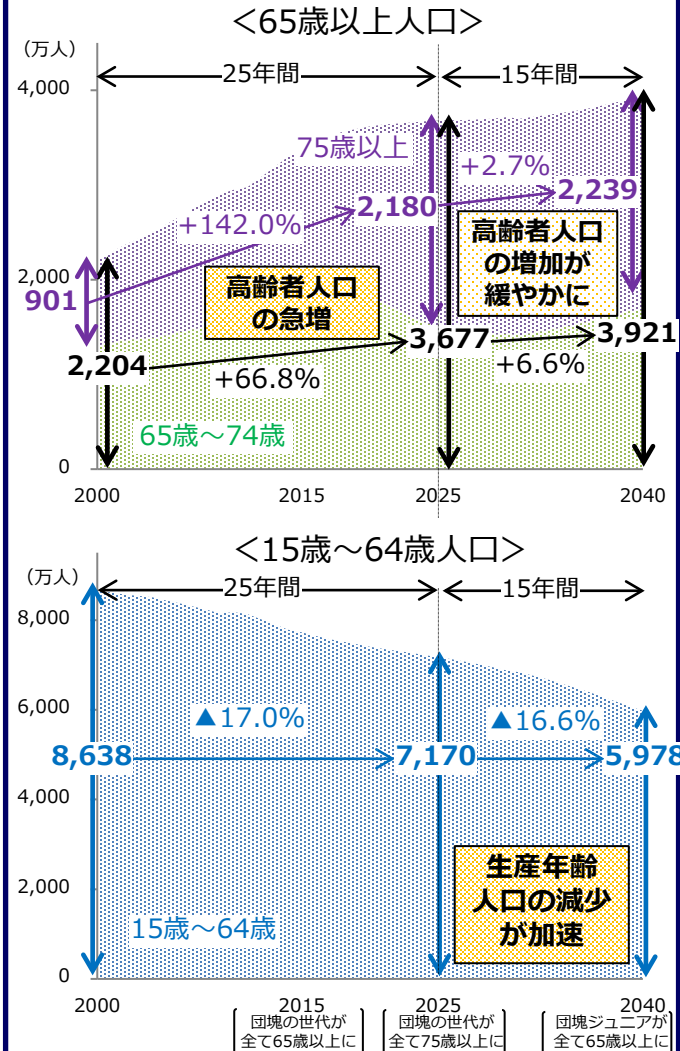
平成30年4月12日
経済財政諮問会議
加藤勝信臨時議員提出資料

人口構造の推移を見ると、2025年以降、
「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化。

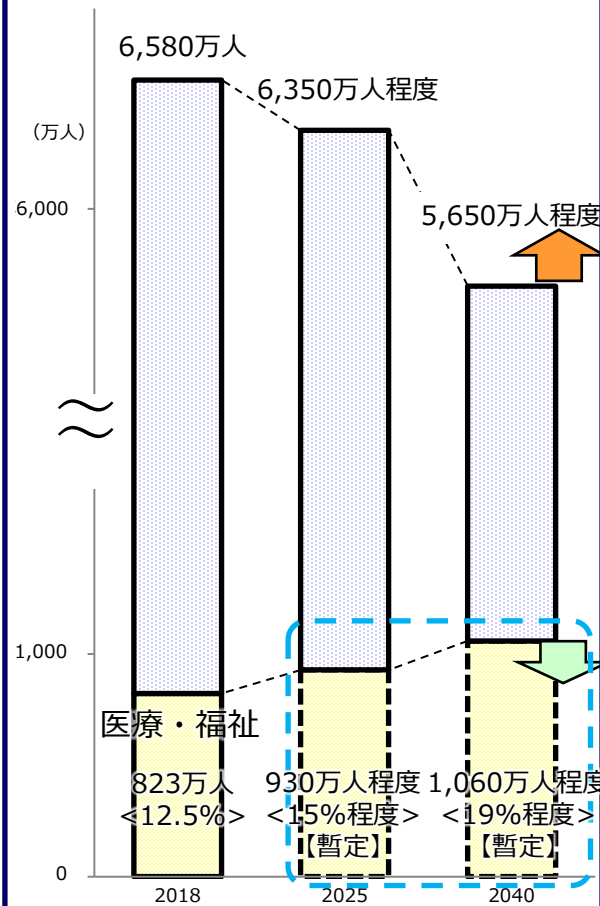


2025年以降の現役世代の人口の急減という
新たな局面における課題への対応が必要。

《2040年までの人口構造の変化》



《就業者数の推移》



国民的な議論の下、

- これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保も図りつつ、
- 以下の新たな局面に対応した政策課題を踏まえて、総合的に改革を推進。

《新たな局面に対応した政策課題》

1. 現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上
⇒ 高齢者をはじめとして多様な就労・社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していく基盤として、2040年までに3年以上健康寿命を延伸することを目指す。

2. 労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保

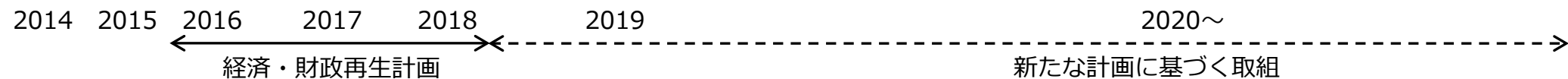
- ⇒ テクノロジーの活用等により、2040年時点において必要とされるサービスが適切に確保される水準の医療・介護サービスの生産性[※]の向上を目指す。

- ※ サービス産出に要するマンパワー投入量。
- ※ 医療分野：ICT、AI、ロボットの活用で業務代替が可能と考えられるものが5%程度（「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」結果から抽出）
- ※ 介護分野：特別養護老人ホームでは、平均では入所者2人に対し介護職員等が1人程度の配置となっているが、ICT等の活用により2.7人に対し1人程度の配置で運営を行っている施設あり。

2040年を展望した社会保障改革についての国民的な議論の必要性

平成30年5月21日
経済財政諮問会議
加藤勝信臨時議員提出資料

- 高齢者数がピークを迎える2040年頃の社会保障制度を展望すると、社会保障の持続可能性を確保するための給付と負担の見直し等と併せて、新たな局面に対応する課題である「健康寿命の延伸」や「医療・介護サービスの生産性の向上」を含めた新たな社会保障改革の全体像について、国民的な議論が必要。



社会保障・税一体改革等への対応

2040年を展望した社会保障改革

<社会保障の充実・安定化>

■ 社会保障の充実

- ・ 子ども・子育て新制度の創設、保育の受け皿拡大、育児休業中の経済的支援の強化など、消費税収を子ども・子育て分野に充当
- ・ 医療・介護の充実、年金制度の改善

■ 社会保障の安定化

- ・ 基礎年金国庫負担割合 2 分の 1 等

消費税率引上げ (2019年10月予定)

→ 一体改革に関わる 制度改革が完了

(社会保障の充実)

- 年金生活者支援給付金制度の創設
- 介護保険 1 号保険料軽減強化の完全実施

※ 新しい経済政策
パッケージを実施

- 後期高齢者保険料軽減特例（均等割）の見直し

<持続可能性の確保のための制度改革>

- 社会保障制度改革プログラム法や改革工程表に沿って、社会保障の給付に係る重点化・効率化を推進

- 経済・財政再生計画の「目安」を達成。社会保障関係費の実質的な伸びは2016～2018年度で1.5兆円弱

<引き続き取り組む 政策課題>

これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保

<新たな局面に対応した政策課題>

現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上

労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保

これらの政策課題を総合的に検討していくため、
社会保障改革の全体像に関する国民的な議論が必要

厚生労働省において、健康寿命の延伸と医療・介護サービスの生産性向上に向けた目標設定や施策の具体化に着手。可能なものから予算措置や制度改正を検討。

健康寿命延伸に向けた取組

平成30年4月12日
経済財政諮問会議
加藤勝信臨時議員提出資料

○ **健康格差の解消**により、2040年までに健康寿命を3年以上延伸、平均寿命との差の縮小を目指す。

平均寿命と健康寿命の差
(山梨県と全国の比較)

○ 重点取組分野を設定、2つのアプローチで格差を解消。

① 健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

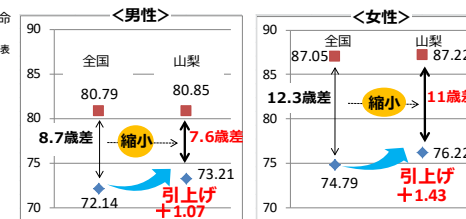
・ 多様な主体の連携により、無関心層も含めた予防・健康づくりを社会全体で推進。

② 地域間の格差の解消

・ 健康寿命には、大きな地域間格差。地域ぐるみで取り組み、格差を解消。

※全都道府県が、健康寿命の最も高い山梨県の水準に到達すれば、**男性+1.07年**、**女性+1.43年**の延伸。

(出典)
平均寿命：平成27年簡易生命表、平成27年都道府県別生命表
健康寿命：平成28年簡易生命表、平成28年人口動態統計、
平成28年国民生活基礎調査、平成28年推計人口



① 健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

② 地域間の格差の解消

重点取組分野	具体的な方向性	目指す2040年の姿
成育 健やか親子施策	・ すべての子どもの適切な生活習慣形成のための介入手法の確立、総合的な支援 ・ リスクのある事例の早期把握や個別性に合わせた適切な介入手法の確立 ・ 成育に関わる関係機関の連携体制の構築	・ 成育環境に関わらず、すべての子どもが心身ともに健やかに育まれる。 例) 低出生体重児の割合や10代の自殺死亡率を先進諸国トップレベルに改善する。
疾病予防・重症化予防 がん対策・生活習慣病対策等	・ 個別・最適化されたがん検診・ゲノム医療の開発・推進、受けやすいがん検診の体制づくり ・ インセンティブ改革、健康経営の推進 ・ 健康無関心層も自然に健康になれる社会づくり（企業、自治体、医療関係者等の意識共有・連携）（日本健康会議等）	・ 個々人に応じた最適ながん治療が受けられる。 ・ 所得水準や地域・職域等によらず、各種の健康指標の格差が解消される。
介護・フレイル予防 介護予防と保健事業の一体的実施	・ 介護予防（フレイル対策(口腔、運動、栄養等)を含む）と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防を一体的に実施する枠組みの構築、インセンティブも活用 ・ 実施拠点として、高齢者の通いの場の充実、認知症カフェの更なる設置等地域交流の促進	・ 身近な地域で、生活機能低下防止と疾病予防・重症化予防のサービスが一体的に受けられる。 例) 通いの場への参加率 15% 認知症カフェの設置箇所数 9,500箇所

基盤整備

見える化

データヘルス

研究開発

社会全体での取組み

- 引き続き需要が増加する医療・介護等のサービスを安定的に提供するため、**マンパワーの確保**が課題。
- 一方、生産年齢人口の急速な減少により労働力制約が強まる中で、他の高付加価値産業への人材輩出も考慮すれば、**医療・介護・福祉の専門人材が機能を最大限発揮**することが不可欠。また、2040年までを展望すれば、AI・ロボット・ICTといったテクノロジーが急速に発展。
- このため、健康寿命の延伸に向けた取組に加えて、**医療・介護・福祉サービスの生産性改革**を進める。

従事者の業務分担の見直し・効率的な配置の推進

- 医師の働き方改革を踏まえたタスク・シフティングの推進（モデル事業の実施と全国展開）

（例）「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」によれば、医師の業務のうち、1日当たり47分は他職種への移管やICT等の活用により効率化が可能。

- 介護ロボット活用による特養での効率的な配置の推進（モデル事業の実施と全国展開）

（例）見守り機器導入後、夜間の入所者への訪室回数、巡回等に係る時間が減少。ヒヤリハット・介護事故件数も減少。

- 保育補助者など多様な人材活用による保育業務の効率化

テクノロジーの最大活用

- 医療機関におけるAI・ICT等の活用推進、診断等の質の向上や効率化に資する医療機器等の開発支援

（例）オンライン診療の推進やICTを活用した勤務環境改善（テレICU（複数のICUの集中管理）やタブレット等を用いた予診、診断支援ソフトウェア等）、多職種連携のためのSNS活用の推進 等

- 介護サービス事業所間の連携等に係るICT標準仕様の開発・普及

（例）ICT機器導入後、書類作成（ケア記録等の作成や介護報酬請求）に要する時間が減少。

- 保育所等におけるICT化の推進

- 病院長研修など医療機関のマネジメント改革への支援推進
- 介護分野、障害福祉分野における生産性向上ガイドラインの作成・普及
- 保育業務に関するタイムスタディ調査の実施、好事例の収集・横展開

マネジメント改革の支援