

社会保障改革の具体策、工程及び費用試算

説 明 資 料

内 閣 官 房
社会保障改革担当室

目次

子ども・子育て	1
・子ども・子育て新システムの実現	2
医療・介護等	6
・医療提供体制の効率化・重点化と機能強化	7
・外来受診の適正化等の取組み	10
・介護サービスの改革	11
・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	13
・介護保険の機能強化等	14
・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	15
・総合合算制度の導入	16
・高齢者医療制度の見直し	17
・後発医薬品の更なる使用促進等	18
・国民健康保険組合の国庫補助の見直し	19
年金	20
・新しい年金制度について	22
・現行制度の改善① 最低保障機能の強化・高所得者の年金給付の見直し	25
・現行制度の改善② 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大	26
・現行制度の改善③ その他(働き方・ライフコースの選択に影響を与えない制度等)	27
・現行制度の改善④ デフレ下のマクロ経済スライド	28
・現行制度の改善⑤ 支給開始年齢の引き上げ	29
・公的年金制度を支える業務運営・システムの改善	30
就労促進	31
・全員参加型社会の実現	32
・ディーセント・ワーク(働きがいのある人間らしい仕事)の実現	33
・雇用保険・求職者支援制度の財源の検討	34
その他の充実、重点化・効率化項目	35
・医療イノベーションの推進	36
・第2のセーフティネットの構築	37
・「最後のセーフティネット」である生活保護の見直し	38
・障害者保健福祉施策の見直し	39

子 ども ・ 子 育 て

子ども・子育て新システムの実現

- 全世代対応型の社会保障
- すべての子どもへの良質な成育環境を保障し、社会全体で子ども・子育てを支援
 - ☆ 子ども・子育て支援は未来への投資
 - ☆ 結婚・出産・子育ての希望がかなう社会を実現
- 保育の量的拡大により、待機児童を解消し、男女が子育てと仕事を両立できる社会を実現
- 子育て支援の制度・財源を一元化(子ども・子育て新システムの構築)

所要額（公費）
2015年

0.7兆円程度

※ 税制抜本改革以外の財源も含めて1兆円超程度の措置を今後検討

充 実

<現状>

- 急速な少子化の進行
- 結婚・出産・子育ての希望がかなわない現状
- 子ども・子育て支援が質・量ともに不足
- 子育ての孤立感と負担感
- 深刻な待機児童問題、放課後児童クラブの不足
- M字カーブ(30代で低い女性の労働力率)の解消
- 子ども・子育て支援の制度・財源の縦割り
- 地域の実情に応じたサービス基盤整備が不十分

<改革の具体策>

- 子ども・子育て新システムの実現(子育て支援の新たな一元的システムの構築)
 - 保育、放課後児童クラブ、地域子育て支援、社会的養護等の量的拡充
 - 0～2歳児保育の体制強化
 - ・ 現在の幼稚園の0～2歳児保育への参入の促進
 - ・ 小規模保育など新たなサービス類型を創設
 - ・ 長時間の保育ニーズへの対応・延長保育の充実 等
 - 質の高い学校教育・保育の実現(幼保一体化)
 - ・ 3歳児を中心とした配置基準の改善
 - ・ 病児・病後児保育、休日保育の充実
 - ・ 地域支援や療育支援の充実
 - ・ 給付の一体化に伴う所要の措置 等
 - 総合的な子育て支援(家庭や地域における養育の支援)の充実
 - ・ 子育て支援コーディネーターによる利用支援の充実 等
 - 放課後児童クラブの体制強化
 - 社会的養護の体制強化

重点化・効率化

<改革の具体策>

- ・ 指定制の導入による保育等への多様な事業主体の参入促進(質を確保するための基準とあわせて質の改善を図る)
- ・ 幼稚園などの既存施設の有効活用や、小規模保育、家庭的保育などの多様な保育の推進
- ・ 国及び地方における実施体制の一元化(「子ども家庭省(仮称)」の創設等)

子ども・子育て新システムの具体的内容

■すべての子どもへの良質な成育環境を保障し、子ども・子育て家庭を社会全体で支援

- すべての子ども・子育て家庭への支援
(子ども手当、地域子育て支援など)
- 幼保一体化(こども園(仮称)の創設など)
 - ・ 給付システムの一体化(こども園(仮称)の創設)
 - ・ 施設の一体化(総合施設(仮称)の創設)



- ・ 質の高い幼児期の学校教育、保育の一体的提供
 - ・ 保育の量的拡大
 - ・ 家庭での養育支援の充実
- を達成

■新たな一元的システムの構築

○基礎自治体(市町村)が実施主体

- ・ 市町村は地域のニーズに基づき計画を策定、給付・事業を実施
- ・ 国・都道府県は実施主体の市町村を重層的に支える

○社会全体(国・地方・事業主・個人)による費用負担

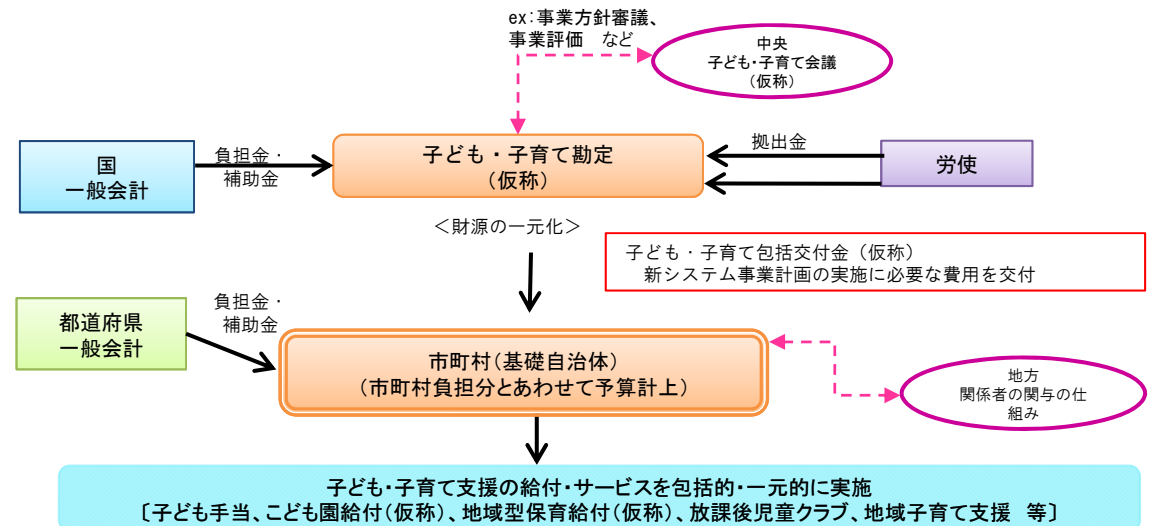
- ・ 国及び地方の恒久財源の確保を前提

○政府の推進体制・財源を一元化

- ・ 制度ごとにバラバラな政府の推進体制、財源を一元化

○子ども・子育て会議(仮称)の設置

- ・ 有識者、地方公共団体、労使代表を含む負担者、子育て当事者、関係団体、NPO等の子育て支援当事者等が、子育て支援の政策プロセス等に参画・関与することができる仕組みを検討



子ども・子育て新システムの給付設計

■ 子ども手当(現金)

■ 地域子育て支援事業(仮称)

(※)都道府県が実施する社会的養護等の事業と連携して実施。

- ・ 地域子育て支援拠点事業、一時預かり、乳児家庭全戸訪問事業、児童館 等
- ・ 市町村の独自給付

■ 妊婦健診

■ 出産・育児に係る休業に伴う給付(仮称)

■ こども園給付(仮称)

こども園(仮称)

： 総合施設(仮称)、幼稚園、保育所、それ以外の客観的な基準を満たした施設をこども園(仮称)として指定

■ 地域型保育給付(仮称)

・ 小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育

※ こども園給付(仮称)・地域型保育給付(仮称)は、早朝・夜間・休日保育にも対応。

■ 延長保育事業、病児・病後児保育事業

■ 放課後児童クラブ

こども園給付(仮称)及び地域型保育給付(仮称)の仕組み

利用者の選択に基づく給付の保障

- 給付の確実な保障＝市町村による認定
- 市町村関与の下、利用者と事業者の間の公的契約(仮称)
- 市町村が適切な施設・事業の確実な利用を支援
- 利用者補助方式と公定価格を基本とした現物給付
…サービスの多様化の観点を踏まえた柔軟な制度設計と多様なサービスの特性への配慮

多様な事業主体の参入による基盤の整備

- 指定事業者の仕組みの導入
(多様なサービス類型ごとの基準)
- イコールフッティング
・ 施設整備費の在り方の見直し等
- 撤退規制、情報開示等のルール化
- 質の向上の検討

保育等の量的拡充（数値目標）

（子ども・子育てビジョン（平成22年1月29日閣議決定）ベース）

	〔現状〕		〔H26〕	〔H29〕
○平日昼間の保育サービス（認可保育所等） （3歳未満児の保育サービス利用率）	215万人 （75万人（24％））	⇒	241万人 （102万人（35％））	256万人 （118万人（44％））
○延長等の保育サービス	79万人	⇒	96万人	103万人
○病児・病後児保育（延べ日数）	31万日	⇒	200万日	200万日
○放課後児童クラブ	81万人	⇒	111万人	129万人
○地域子育て支援拠点事業	7100か所 （市町村単独分含む）	⇒	10000か所	10000か所
○ファミリー・サポート・センター事業	570市町村	⇒	950市町村	950市町村
○一時預かり事業（延べ日数）	348万日	⇒	3952万日	5475万日
○児童養護施設等における小規模グループ ケア	446か所	⇒	800か所	800か所

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>

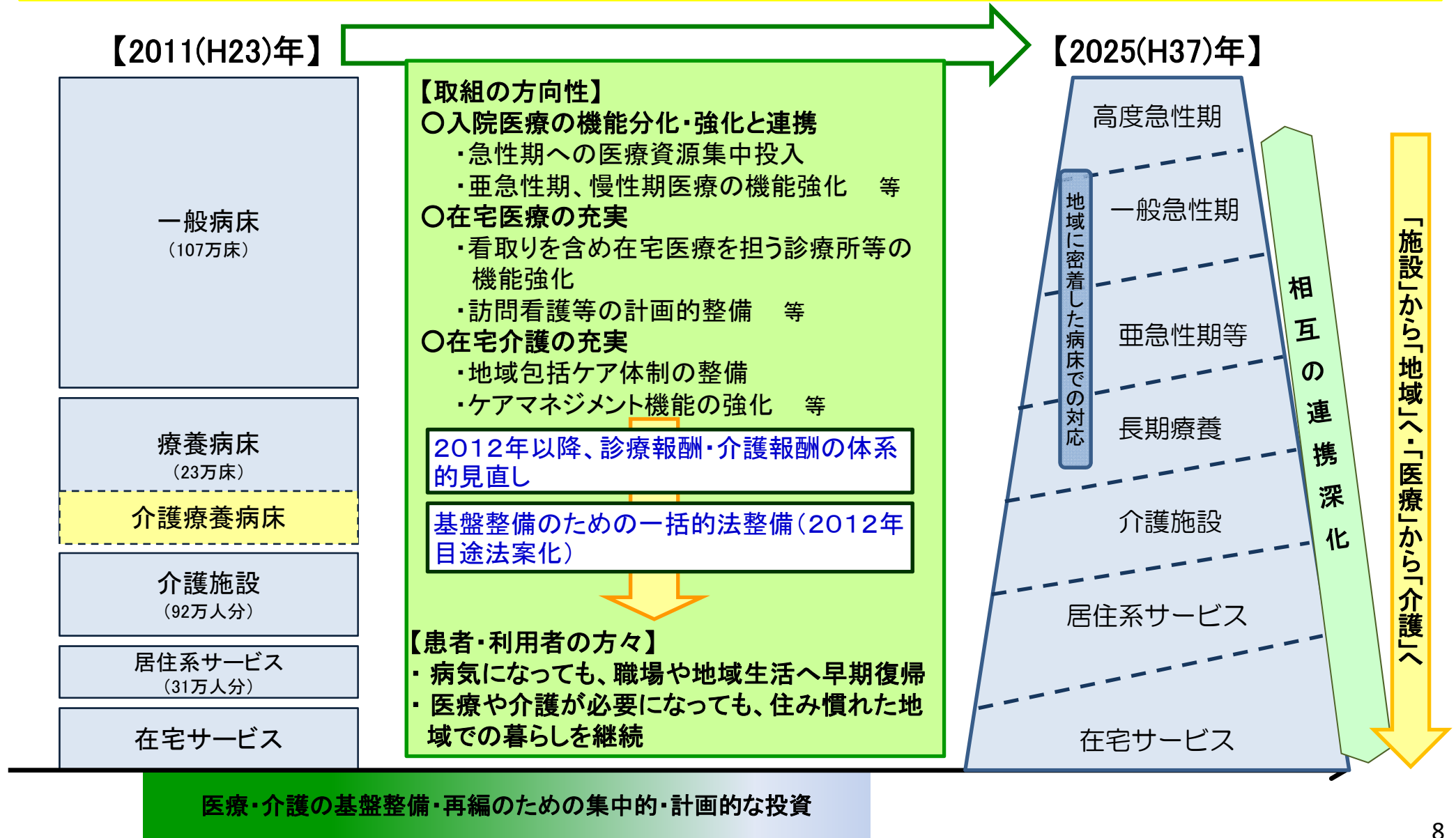
- 医療資源の投入強化等による機能強化、医療機関間や医療と介護の連携の強化等により、平均在院日数の短縮。（▲4,300億円程度）

所要額（公費）2015年
P 1～5 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。

医療提供体制の充実

都道府県域から市町村域まで、重層的に医療サービスを提供

&

地域包括ケアの実現

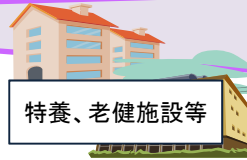
日常生活圏域における医療、介護、予防、住まいの一体的提供

市町村レベル:

主治医(総合医を含む)による日常の診療対応



診療所の機能強化
外来・往診、在宅支援



特養、老健施設等

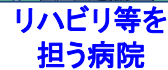
人口20～30万レベル:

救急病院など地域の基幹病院を中心とする
医療機関のネットワーク



救急病院
・専門病院

医師数増などの
強化・重点化



リハビリ等を
担う病院

リハ機能の強化
速やかな在宅復帰

早期の地域復帰
・家庭復帰

救急患者の
確実な受入れ



認知症等
専門医療へ
円滑な紹介

小・中学校区レベル(人口1万人程度):

住まいの確保



グループホーム
地域密着型施設



ケア付き
高齢者住宅

在宅医療連携拠点機能

包括的
マネジメント
機能

地域包括支援センター



かかりつけ医

ケアマネジャー



診療所
薬局等

訪問看護



小規模多機能
(通い・泊まり・訪問)

24時間対応の定期巡回・
随時対応サービス

居宅での生活を支えるサービスの充実

都道府県レベル:

救命救急、高度な医療など広域ニーズへの対応体制整備

がん治療や高度先進医療



高度な医療を提供する病院



ドクターヘリなど広域救急

外来受診の適正化等の取組み ～健康増進などで医療機関にかからなくてすむように～

- 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。

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。



氏名：〇〇
番号：××-××



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。
- サービスの充実を支える介護職員の処遇の改善。
(合わせて2,500億円程度)
(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)	・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)	・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)	・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	・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	・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	・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) (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。)
	長期療養・精神医療の改革 (平均在院日数の短縮等)	・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)	・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	・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	・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	・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

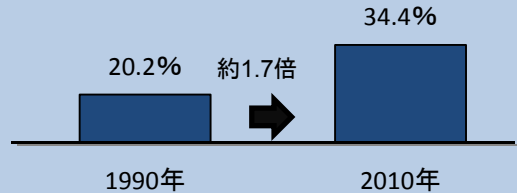
～0.3兆円程度
…被用者保険の適用拡大、
総報酬割と併せて検討

<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。

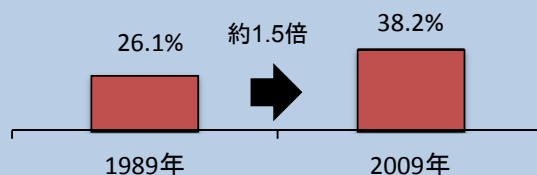
雇用者に占める非正規労働者の割合



【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



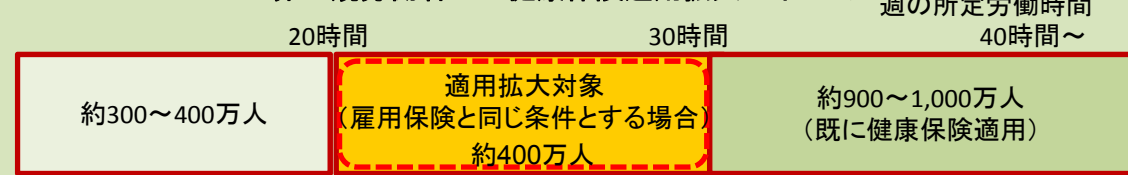
充 実

<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)

介護保険の機能強化等 ～能力に応じた負担と給付の重点化～

- 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>

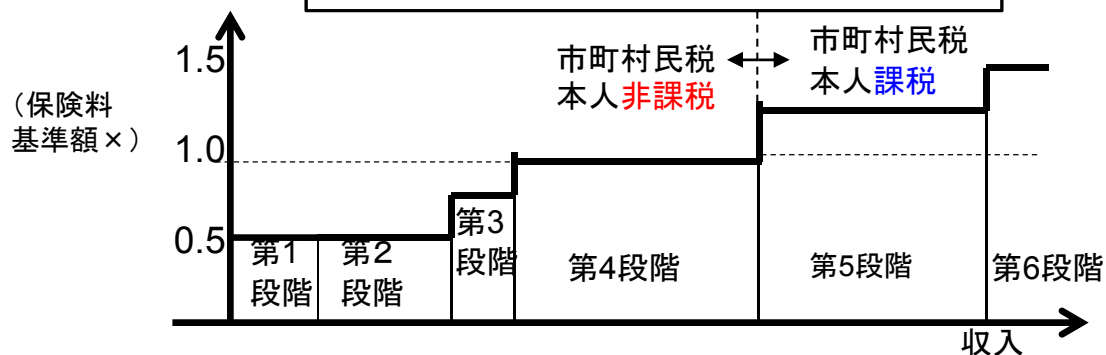
- 第1号被保険者の保険料について、公費を導入し、低所得者の負担軽減を図る。（～1,300億円程度）

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

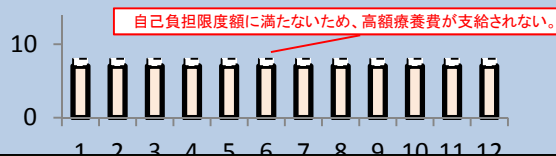
<現状>

- 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。

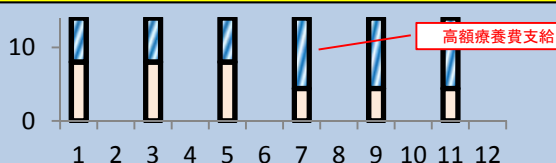
○ 毎月医療費約23万円・自己負担額7万円の場合



※ 自己負担限度額を80,100円、多数該当44,400円として試算。

高額療養費が支給されないため、年間トータルの自己負担額は84万円。

○ 隔月で医療費約47万円・自己負担額14万円の場合



高額療養費が支給されるため、年間トータルの自己負担額は約37万円。

- 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。

(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

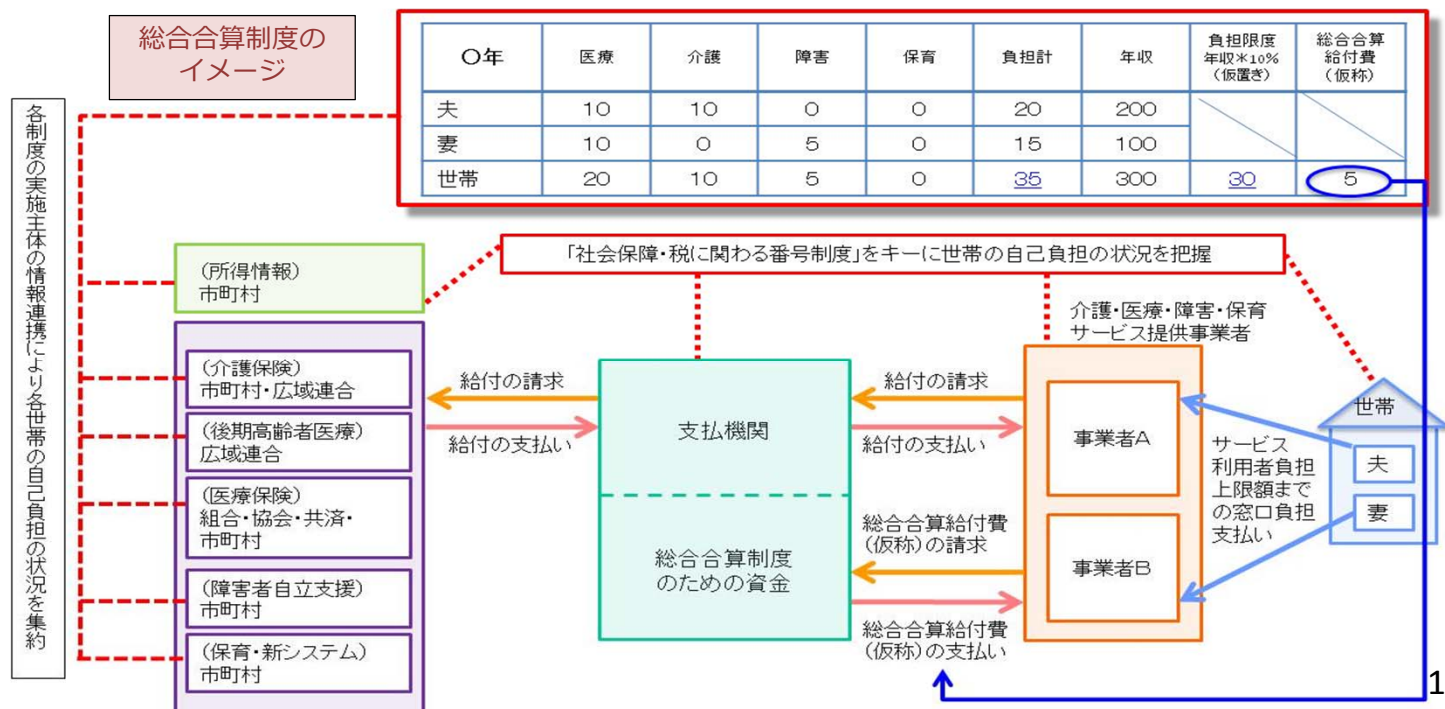
所要額（公費）
2015年以降
～0.4兆円程度

<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。

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か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。)

<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。

重点化・効率化

<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。

※ 前期高齢者の医療給付費への公費投入も検討課題。

後発医薬品の更なる使用促進等 ～後発医薬品のシェアを30%に～

- 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%に引き上げることが目標。
- 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。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

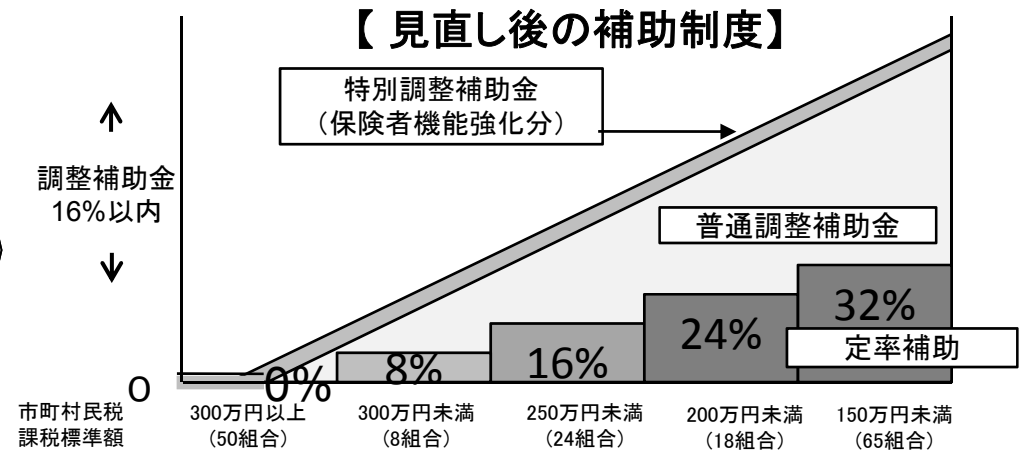
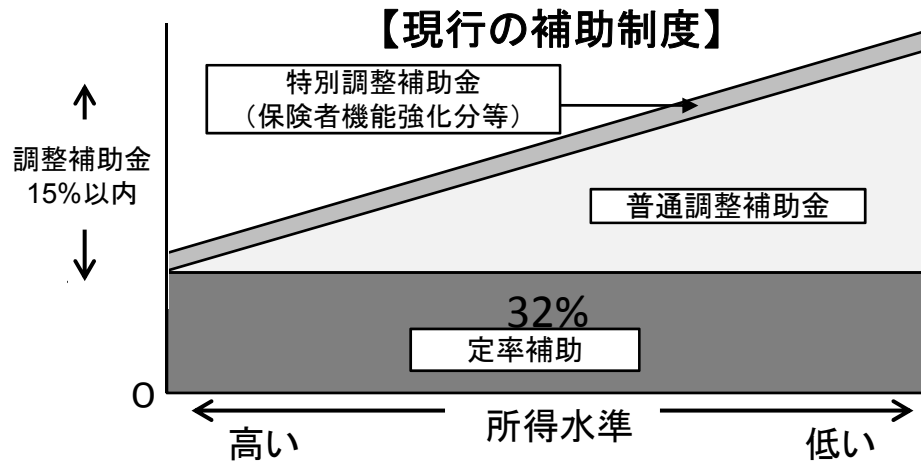
（出典）IMS Health, MIDAS, Market Segmentation, RX only, メーカー出荷ベース、MAT Dec 2008
諸外国の数値については、出典及び定義に差異があるため、単純に比較はできない。

<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）

年 金

現行年金制度の抱える課題に対する解決の方向性

年金改革の目指すべき方向性

- 現行年金制度の抱える課題(社会経済の変化、雇用・就労等への影響・低年金者の存在等)に対処するためには、以下のような方向性を目指して年金改革を行っていくことが必要。
 - ①新しい仕事への挑戦や女性の就労を妨げる年金制度ではなく、働き方、ライフコースの選択に影響を与えない、一元的な制度
 - ②単身高齢者、低年金者、無年金者の増大に対して、最低保障機能を有し、高齢者の防貧・救貧機能が強化された制度
 - ③国民から信頼され、財政的にも安定した制度

新しい年金制度の方向性

- 全ての職種が同じ制度に加入し、所得が同じなら同じ保険料、同じ給付となる「所得比例年金」の創設
- 高齢期に最低限これだけは受給できるという額が明示された「最低保障年金」の創設

国民的合意・環境整備の必要性

- 今の年金制度を抜本的に新しい年金制度に改めるためには、国民的な合意が必要。
 - 自営業者を含む一元的な制度を実現するためには、
 - ①社会保障・税に関わる番号制度の導入・定着
 - ②歳入庁創設等、税と社会保険料を一体徴収する体制の構築
 - ③所得捕捉問題に対する国民の納得感の醸成
- といった環境整備を制度の議論と並行して行う必要があり、そのためには一定の準備期間が必要。

- 新しい年金制度の骨格を示し、国民的な合意に向けた議論や環境整備を進め、新しい年金制度の実現に取り組む。
- 新しい年金制度からの年金給付のみを受給する者が出てくるまでには、40年以上の期間が必要。移行期間中は、新制度と旧制度の両方から年金が支給されることになる。
- このため、年金改革の目指すべき方向性に沿って、当面、現行の年金制度の改善を速やかに進める。

新しい年金制度について

- 「所得比例年金」と「最低保障年金」の組み合わせからなる新しい年金制度の創設に向け、国民的な合意に向けた議論や環境整備を進め、その実現に取り組む。

充 実

<改革の具体策>

【新しい年金制度の創設】

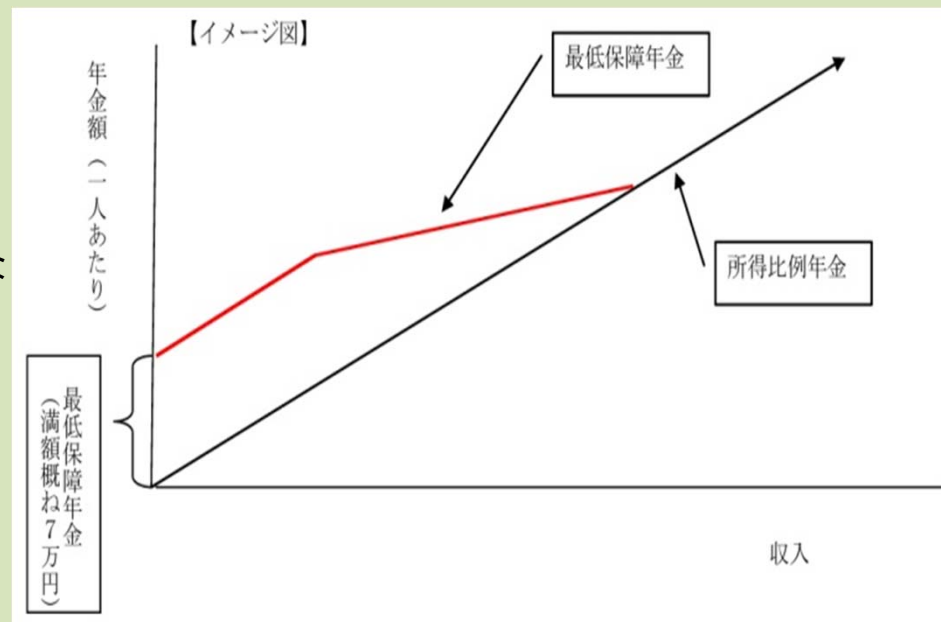
「所得比例年金」と「最低保障年金」の組み合わせからなる一つの公的年金制度にすべての人が加入する。

○ 所得比例年金（社会保険方式）

- ・ 職種を問わず全ての人が同じ制度に加入し、所得が同じなら同じ保険料、同じ給付。
- ・ 保険料は15%程度（老齢年金に係る部分）。
- ・ 納付した保険料を記録上積み上げ、仮想の利回りを付し、その合計額を年金支給開始時の平均余命などで割って、毎年の年金額を算出。

○ 最低保障年金（税財源）

- ・ 最低保障年金の満額は7万円（現在価額）。
- ・ 生涯平均年収ベース（＝保険料納付額）で一定の収入レベルまで全額を給付し、それを超えた点より徐々に減額を行い、ある収入レベルで給付額をゼロとする。
- ・ 全ての受給者が、所得比例年金と最低保障年金の合算で、概ね7万円以上の年金を受給できる制度とする。



（図）「あるべき社会保障」の実現に向けて（民主党「社会保障と税の抜本改革調査会」より抜粋）

新しい年金制度の骨格(民主党資料より)

○「あるべき社会保障」の実現に向けて(民主党「社会保障と税の抜本改革調査会」)(年金関係部分抜粋)

Ⅳ. 抜本改革で公平で、信頼できる年金へ

= 公的年金制度の改革の方向性 =

1. 基本的な考え方

現行の年金制度は、職業によって加入する制度が異なる上、非常に複雑な制度となっている。そのため、ライフスタイルの多様化など現在の国民生活に適合せず、また制度を理解することが困難なことから、公的年金制度にとって最も重要な国民の信頼を失っている。

そこで民主党は、先の総選挙マニフェストで年金制度を抜本的に改め、簡素で、公平で、わかりやすい制度に転換することを訴えた。具体的には、公的年金制度を、納めた保険料に応じて年金を受給できる「所得比例年金」と、公的年金制度に適切に加入した場合に一定額の年金を保障する「最低保障年金」を組み合わせた年金制度を創設し、すべての国民がこの制度に加入する(「公的年金制度の一元化」)こととした。

これによって制度が簡素かつ公平になるとともに、高齢期の生活の安定を高め、また国民の多様なライフスタイルにも対応が可能となると考えており、今般の抜本改革において、改めて民主党案の実現を求めていく。

一方で、いわゆる「公的年金制度の一元化」を実現するためには、所得の捕捉を確実に行うための番号制度の導入、税と社会保険料の一体徴収など、現在の行政の仕組みを大きく転換することが必要であるが、これを短時間で実現することは困難である。

そこで、このような公的年金制度の抜本改革を実現するための環境が整備されるまでの間、現行制度の問題を可能な限り是正し、国民の年金制度に対する信頼を回復することとする。

2. 抜本改革後の新たな年金制度のポイント

(1) 抜本改革の前提

<年金受給者(60歳に達し、保険料を払い終えている方を含む)>

制度改革の影響を受けず、現在の受給額に変化なし。

<制度改革時に現役世代(20-59歳)>

①制度改革時までに現行制度で納めた保険料に対しては、将来、現行制度に基づく年金額を受給(現行制度の受給資格期間25年に達していない方も含む)。

②制度改革以降に新制度で納めた保険料に対しては、将来、新制度に基づく年金額を受給。

将来の受給額は「現行制度に基づく受給額①」と「新制度に基づく受給額②」の合算額。

<制度改革時以降に20歳に達する方>

新制度に基づく保険料納付を行い、将来、新制度に基づく年金額を受給。

(2) 新制度の骨格

①加入対象者

○20歳以上65歳未満の者すべて

○20歳未満または65歳以上で所得のある者

○被用者も自営業者もすべての人が同じ制度に加入(一元化)。

②制度の骨格

○現役時代に納める保険料に応じて給付を受ける「所得比例年金」と所得比例年金の額に応じて給付を受ける「最低保障年金」の組み合わせ

○上記の組み合わせで、すべての人が概ね月額7万円以上の年金を受けられるようにする(新制度の完成時点)。

○「所得比例年金」の給付財源は「保険料」、「最低保障年金」の財源は「税」。

(3) 所得比例年金

①保険料

○保険料は老齢年金に係る部分について15%程度とし、別途、遺族年金・障害年金に係る保険料を加算することとする。

○被用者の保険料は労使折半とする。また、被用者保険の使用者負担分は企業会計上、給与と同等の扱いであることを踏まえ、自営業者の保険料は全額自己負担とするが、導入にあたっては激変緩和措置を設ける。

○被用者の賦課ベースは給与収入、自営業者の賦課ベースは「売上—必要経費」とする。なお、賦課ベースには上限を設ける(=年金受給額に上限を設ける)。

②所得比例年金額

○個人単位で計算(有配偶者の場合、夫婦の納めた保険料を合算して二分したものを、それぞれの納付保険料とする=二分二乗)。

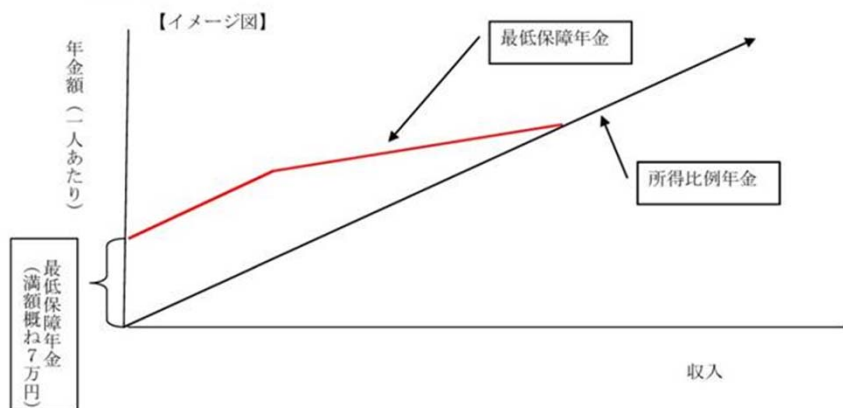
○納付した保険料を記録上積み上げ、その合計額を年金支給開始(裁定)時の平均余命などで割って、毎年の年金額を算出(納付保険料については、年金支給開始時まで、一定の運用益=金利を付利して計算)。

- 上記の「一定の運用益」として「見なし運用利回り」を用いる。「見なし運用利回り」は、1人当たり賃金上昇率をベースにしつつ、現役人口の減少を加味することで、概ね10年間、所得比例年金の財政が維持できるように調整した値とする。
- 出生率・人口動態、経済成長率・賃金上昇率等の経済前提に一定の変化があった場合には、将来の年金給付を確実にする観点から、「見なし運用利回り」及びこれを通じた年金の財政計算の見直しを速やかに行う。

（４）最低保障年金

①最低保障年金の骨格

- 最低保障年金は、消費税を財源として、所得比例年金の受給額の少ない人に給付することとする。最低保障年金の受給にあたっては、適切な受給要件を設ける。
- 最低保障年金の満額は概ね7万円（現在価額）。
- 最低保障年金は、生涯平均年収ベース（＝保険料納付額）で一定の収入レベルまで全額を給付し、それを超えた点より徐々に減額を行い、ある収入レベルで給付額をゼロとする。
- 全ての受給者が所得比例年金と最低保障年金の合算で、概ね7万円以上の年金を受給できる制度とする。
- 最低保障年金についても、所得比例年金額の算定に用いる「見なし運用利回り」でスライドを行う。



3. 抜本改革までの現行制度の改善

「公的年金制度の一元化」などの抜本改革を実現するまで、一定の時間を要することから、その間は現行制度を改善することによって、無年金者・低年金者問題、年金の財政基盤強化などの課題に対応する。なお、抜本改革の着手にあたっては現行制度の財政再計算を行うこととする。

【現行制度改善の例】

○厚生年金の適用範囲拡大

非正規雇用の増大を踏まえ、現在の加入要件を見直すなどによって、可能な限り厚生年金の加入者の適用範囲を拡大することで、将来の低年金者・無年金者を少なくする。

○年金財政の基盤強化

税制の抜本改革を通じて、基礎年金国庫負担1/2の安定的な財源を確保する。

○国民年金保険料の適正な徴収

国民年金保険料の納付率の低下が続いていることから、徴収体制の見直しなどにより納付率の向上を図る。

またマクロ経済スライド、物価スライドのあり方を検討するとともに、抜本改革の環境整備に必要な期間、新制度への移行期間などを踏まえつつ、被用者年金の一元化、基礎年金の最低保障機能の強化、在職老齢年金制度の見直しなどについても、検討を加えていくこととする。

現行制度の改善① 最低保障機能の強化・高所得者の年金給付の見直し

- 低年金・無年金者が存在することに対して、年金制度の最低保障機能の強化を図る。
- 併せて、高所得者の年金給付の見直しにより、年金給付の重点化・効率化を図る。

所要額（公費）
2015年
～0.6兆円程度

<現状>

- 無年金者、低年金者が存在している。（無年金者・無年金見込者は、最大約118万人（65歳以上は最大約42万人）と推計。）
- 国民皆年金の制度の下で、25年という受給資格期間を設定している。
- 老齢基礎年金の実際の平均受給額は月額約5.4万円となっている。
- 老齢基礎年金や老齢厚生年金については、保険料の納付実績のみを基にして年金が支給される。



充 実

<改革の具体策>

【受給資格期間の短縮】

- 納付した保険料を年金受給につなげやすくする観点から、受給資格期間を、現在の25年から短縮することを検討する。

【低所得者への加算・障害基礎年金への加算】

- 現在低年金となっている者の支援のため、低所得者である老齢年金受給者に対し、基礎年金額を定額又は定率で加算して支給する制度を検討する。

※ 低所得者・障害基礎年金への加算については、加算対象者・加算水準・資産調査の有無等によって財政規模が変動。

※ 上記金額は、年収65万円未満（単身の場合）の者等に対して、月額1.6万円（7万円と老齢基礎年金の平均額5.4万円の差）を加算する等の前提。

0.6
兆円
程度

重点化・効率化

<改革の具体策>

【高所得者の年金給付の見直し】

- 低所得者への加算など、最低保障機能の強化策の検討とあわせ、高所得者の老齢基礎年金について、国庫負担相当額までを限度に減額する制度を設けることを検討する。

※ 公的年金等控除を縮減することによって対応することについても併せて検討する。

※ 高所得者の年金給付の見直しについては、減額対象者によって財政規模が変動。

※ 仮に、年収1,000万円以上から減額開始（1,500万円以上は公費負担分を全額減額）とすると▲450億円程度公費縮小。

現行制度の改善② 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大

- 働き方に中立な年金制度となるよう、短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大を検討する。

<現状>

- 同じ被用者であっても労働時間や収入によって年金制度の適用が変わる仕組みとなっている。
- 国民年金制度が、自営業者のための制度から、不安定な被用者が多く加入する年金制度に変化しており、こうした者が、将来、無年金、低年金となるおそれがある。



充 実

<改革の具体策>

【短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大】

- 働き方に中立的な制度を目指し、かつ、現在国民年金に加入している非正規労働者の将来の年金権を確立するため、厚生年金適用事業所で使用される短時間労働者を、厚生年金の適用対象とすることを検討する。この際、雇用保険の制度などを参考に検討する。

※ 例えば雇用保険並びにまで拡大すると、**約400万人が適用**となると見込まれる。

- 社会保障改革における「安心3本柱」について
— 総理指示 — (抜粋)

社会保障改革の柱として、国民の安心確保のための最優先項目(安心3本柱)について、検討を進めること。

2. 非正規労働者への社会保険(厚年、健保)適用拡大

— 正規と変わらないのに、非正規で社会保険適用から排除されている人が増加。これは格差問題にも関係。中小企業の雇用等への影響にも配慮しつつ、適用拡大を図る。

(参考1)現在の厚生年金の適用要件

- ・ 1日、又は1週間の所定労働時間、1ヶ月の所定労働日数がそれぞれ当該事業所において同種の業務に従事する通常の就労者のおおむね4分の3以上であること

(参考2)他の社会保険制度の適用要件について

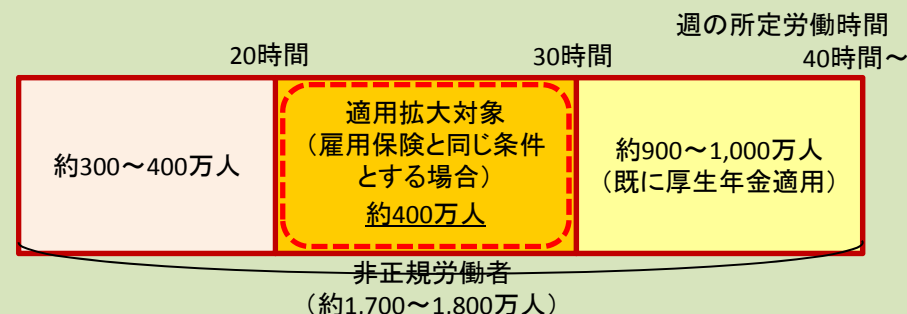
<雇用保険>

- ・ 1週間の所定労働時間が20時間以上であること
- ・ 31日以上雇用見込みがあること
- ・ なお、収入等の他の要件はない。

<労災保険>

- ・ 適用事業に使用される労働者であること

(参考3)非正規労働者への厚生年金適用拡大のイメージ



※ 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。

現行制度の改善③ その他（働き方・ライフコースの選択に影響を与えない制度等）

- 働き方・ライフコースの選択に影響を与えない年金制度としていくことを検討する。

<現状>

- 現在の年金制度は、被用者の中で、労働時間や収入で年金制度の適用関係が変わる仕組みとなっているなど、働き方やライフコースに中立的でないとの指摘がある。
- 例えば、保険料を負担しないで基礎年金を受給できる第3号被保険者制度の存在があり、専業主婦を優遇しているのではないかという批判がある。また、在職老齢年金制度については、就労抑制的であるとの批判がある。



充 実

<改革の具体策>

【第3号被保険者制度の見直し】

- 新しい年金制度の方向性（二分二乗）を踏まえつつ、不公平感を解消するための方策について検討する（参考1）。

【在職老齢年金の見直し】

- 60歳代前半の者に係る調整限度額を、60歳代後半の者と同じとすることを検討する（参考2）。

【産休期間中の保険料負担免除】

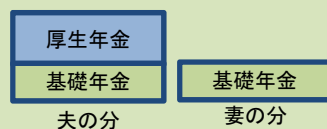
- 産前・産後期間中も、保険料免除制度の対象とすることを検討する。

【被用者年金の一元化】

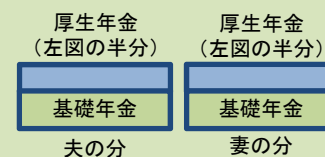
- 厚生年金に、公務員及び私学教職員も加入すること等を検討する。

（参考1）第3号被保険者制度の見直しについて

○ 現行制度の場合

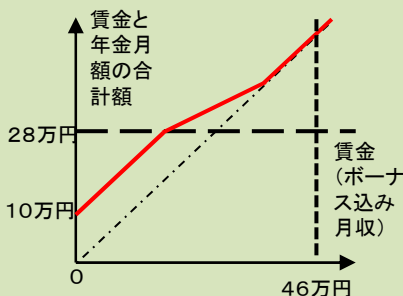


○ 二分二乗の場合

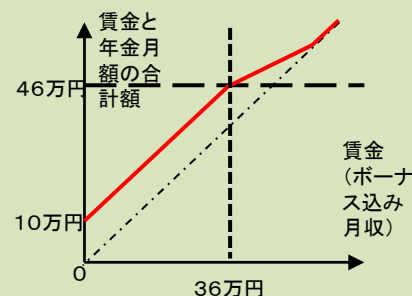


（参考2）在職老齢年金の仕組みについて

○ 60歳～64歳の場合



○ 65歳以上の場合



※ いずれも、年金（厚生年金の給付のみ）受給額は10万円と仮定

重点化・効率化

<改革の具体策>

【標準報酬上限の引き上げ】

- 健康保険制度を参考に見直しを検討する（参考3）。

（参考3）年金と健康保険の標準報酬月額上限について

年金 (平成12年～)	健康保険 (平成19年～)
620,000円	1,210,000円

現行制度の改善④ デフレ下のマクロ経済スライド

- 年金財政の持続可能性の確保を図るため、デフレ経済下のマクロ経済スライドの在り方についての見直しを検討する。

<現状>

- 平成16年の年金改正の財政安定化策の柱の一つであるマクロ経済スライドは、物価、賃金が上昇している際に、年金額の上昇幅を抑制する仕組みであるが、近年、物価及び賃金が低下傾向であり、まだこの仕組みは発動していない。
- 年金財政の安定のためには、物価及び賃金が低下している際にも、さらに年金額を減額して調整すべきとの意見がある。

重点化・効率化

<改革の具体策>

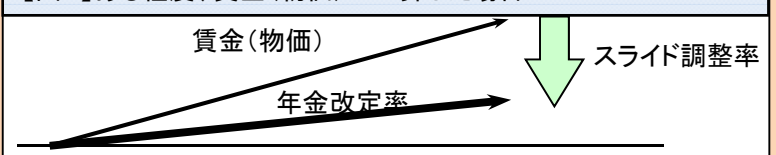
【デフレ下のマクロ経済スライド】

- デフレ経済下においては、現行のマクロ経済スライドの方法による年金財政安定化策は機能を発揮できないことを踏まえ、デフレ経済下における年金財政安定化方策の在り方について検討する。
- 仮に、特例水準(※)を3年間で解消すると、**年金額が▲2.5%削減され、毎年0.1兆円程度公費が縮小**される。
- その後、仮にデフレである年にも**▲0.9%のマクロ経済スライド**をすれば、**毎年0.1兆円程度公費が縮小**される。

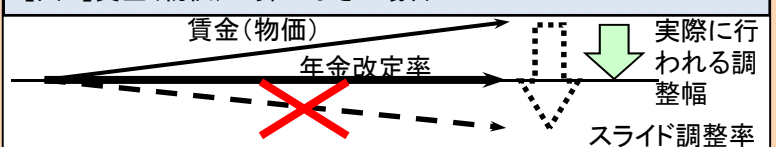
(※) 特例水準とは、過去の物価下落時に年金額を据え置いた経緯から、特例的に本来よりも高い水準で支払われている年金の水準のこと。

【現行マクロ経済スライドの仕組みのイメージ】

【図1】ある程度、賃金(物価)が上昇した場合



【図2】賃金(物価)上昇が小さい場合



【図3】賃金(物価)が下落した場合



現行制度の改善⑤ 支給開始年齢の引き上げ

- 世界最高水準の長寿国である我が国において、年金財政の持続可能性の確保を図るため、支給開始年齢の引き上げについて検討する。

<現状>

- 平成6年及び平成12年の年金制度改革により、年金の支給開始年齢を段階的に引き上げている（65歳への引き上げ完了は男性の場合2025年度。昭和36年度以降生まれが対象）。また、その際、高齢者雇用施策についてもあわせて推進している。

重点化・効率化

<改革の具体策>

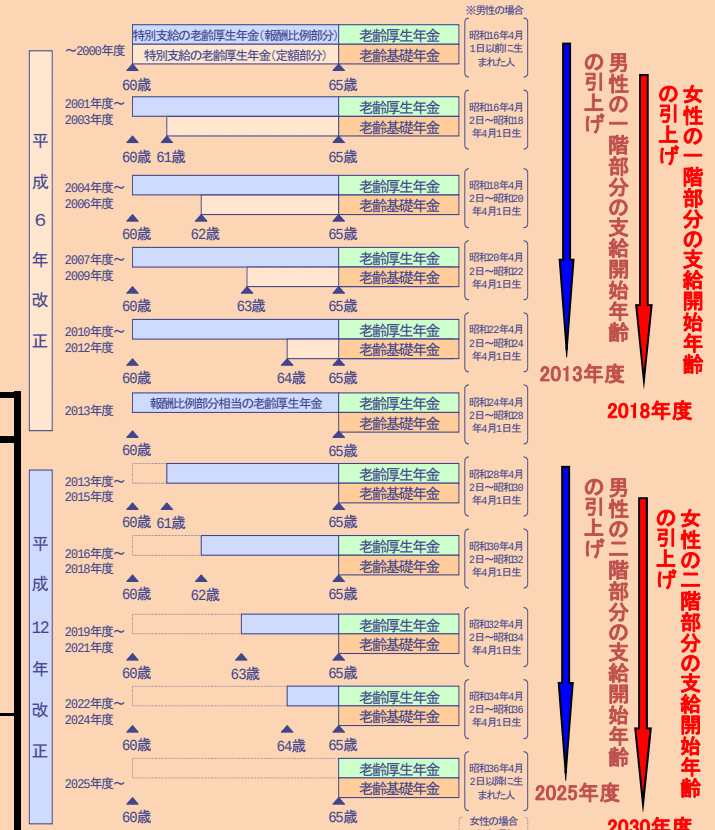
【支給開始年齢の引き上げ】

- 先進諸国（欧米）の平均寿命・受給開始年齢を十分参考にし、高齢者雇用の確保を図りつつ、68～70歳へのさらなる引き上げを視野に検討する。
- 厚生年金の支給開始年齢引き上げスケジュールの前倒しを検討する。
- 基礎年金の支給開始年齢を引き上げる場合、1歳引き上げる毎に、引き上げ年において0.5兆円程度公費が縮小する。

（参考1）各国の支給開始年齢について

	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン
支給開始年齢	国民年金（基礎年金）：65歳 厚生年金保険：60歳 ※男性は2025年度までに、女性は2030年度までに65歳に引き上げ	66歳 ※2027年までに67歳に引き上げ	男性：65歳 女性：60歳 ※女性は2020年までに65歳に引き上げ ※さらに、2024年から2046年にかけて男女ともに65歳から68歳に引き上げ	65歳 ※2012年から2029年までに67歳に引き上げ	60歳 ※2018年までに62歳に引き上げ	61歳以降本人が選択（ただし、保証年金の支給開始年齢は65歳）
平均寿命	男性：79歳 女性：86歳 平均：83歳	男性：76歳 女性：81歳 平均：78歳	男性：77歳 女性：82歳 平均：80歳	男性：77歳 女性：83歳 平均：80歳	男性：78歳 女性：85歳 平均：81歳	男性：79歳 女性：83歳 平均：81歳

（参考2）現在の支給開始年齢の引き上げスケジュール



公的年金制度を支える業務運営・システムの改善

- 新しい年金制度を検討するに際しては、年金制度を運用するための業務処理体制やシステムに関する現在の課題にも適切に対処していくことが必要であり、業務運営やシステムの改善を図る。

<現状>

- ① 業務処理体制に関する課題 (事務処理誤りの未然防止・再発防止といった内部統制強化の観点から、業務の標準化を進める必要。
また、これまでの年金制度の運営の前提(無謬性)にとられない取組が必要)
- ② 制度運用に関する課題 (厚生年金の適用対象にもかかわらず未適用となっている事業所の存在、国民年金保険料の納付率の低下)
- ③ 年金記録の管理に関する課題 (年金記録問題、第3号被保険者の記録不整合問題)
- ④ 社会保険オンラインシステムに関する課題 (社会保険オンラインシステム全体の最適化や調達・運用・保守コストなどの課題)



充 実

<取組の具体策>

- ① 日本年金機構の業務処理体制の在り方
 - ・日本年金機構における全国統一的な業務処理の確立に向け、より一層の業務の標準化・徹底を図る。
 - ・引き続き、行政と国民双方が年金記録の確認を行いながら、業務運営を進める。
- ② 制度運用に関する課題への対応
 - ・厚生年金の未適用事業所の正確な実態把握や国民年金保険料の納付率の向上に向けた取組など国民年金・厚生年金の適用・徴収対策の推進を図る。
- ③ 年金記録の管理に関する課題への対応
 - ・年金記録問題については、紙台帳等とコンピュータ記録との突合せを優先順位をつけた上で効率的に実施するなどその解決に向け、取り組む。
 - ・第3号被保険者の記録不整合問題については、法的措置による抜本改善策の具体化に向け、取り組む。
- ④ 社会保険オンラインシステムの見直し
 - ・新しい年金制度の検討状況を踏まえつつ、オープン化(システム刷新)の準備作業を行うとともに、各種契約コストの縮減等に向けた取組を行う。

就 勞 促 進

全員参加型社会の実現

～みんなで働こう、人間らしく①～

- 労働市場への「参加保障」の理念により、積極的に人々の就労を促進し、「雇用の拡大(就業率の向上)」に取り組む。
- 若者、女性、高齢者、障害者の就労を促進し、あらゆる人が就業意欲を実現できる「全員参加型社会」を実現する。

<現状>

- 今後、労働市場への参加が進まない場合、就業者数は、2010年から2020年にかけて、約400万人の大幅な減少の見込み。
- 若者世代は、他の世代よりも失業率が高く、年長フリーターやニートも存在。
また、女性、高齢者、障害者についても、雇用のミスマッチ等により、その力を最大限に生かせていない。

<改革の具体策>

1. ジョブ・カードの活用等による若者の安定的雇用の確保

若者が安定して働くことができ、適切なキャリアを積むことができるようにする。

(目標：若者の就業率 2009年：74%→2020年：77%、ジョブ・カード取得者300万人(2020年))

- ・ 新卒応援ハローワークの恒久化・機能強化、フリーター向け若者ハローワークの設置、ジョブサポーターによる向き合い型支援など新卒やフリーター向けの就職支援の機能強化
- ・ 求職者支援制度での重点的な支援、ジョブ・カードを活用した人材育成
- ・ 産業構造の変化に即応して成長分野の人材育成・就業に結びつけるため、民間教育訓練機関の創意工夫を活用した職業訓練の実施

2. 女性の就業率のM字カーブの解消

女性の潜在的な労働力を顕在化させ、子育て期など人生の各ステージを通じて社会で活躍できるようにする。

(目標：女性(25～44歳)の就業率 2009年：66% → 2020年：73%)

- ・ 男女の均等度合いを企業労使で把握し、女性の活躍促進のためのポジティブ・アクションにつなげるためのシステムづくり
- ・ 仕事と家庭の両立支援と保育サービスの充実(子ども・子育て新システム)を車の両輪として推進

3. 年齢にかかわらず働き続けることができる社会づくり

高齢者が年齢にかかわらず、意欲や能力に応じて働けるようにする。

(目標：高齢者の就業率 2009年：57% → 2020年：63%)

- ・ 超高齢社会に適合した雇用法制(高年齢者雇用確保措置、雇用保険等)の検討
- ・ 地域で働くことができる場や社会を支える活動ができる場の拡大

4. 福祉から就労への移行等による障害者の雇用促進

障害者の雇用機会を増やし、安心して働き続けられるようにする。

(目標：障害者の実雇用率 1.8%(2020年))

- ・ 雇用率達成指導の強化と障害者就業・生活支援センターの充実など地域の就労支援力の強化
- ・ 障害特性、就労形態に応じたきめ細かな支援策の充実・強化

ディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）の実現

～みんなで働こう、人間らしく②～

- 就労形態にかかわらず公正に処遇され、継続的なキャリア形成が可能となり、健康で安全な働き方ができる「ディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）」を実現する。
- 非正規労働者の雇用の安定・処遇の改善、労働者の健康・安全の確保に取り組み、「働くことが報われる社会」をつくる。

<現状>

- 雇用者の1/3を占める非正規労働者は、
 - ①雇用が不安定、
 - ②経済的自立が困難、
 - ③職業キャリアの形成が不十分、
 - ④セーフティネットも不十分、といった問題が生じている。
- 正社員についても、労働市場の正規・非正規の二極化の下で、長時間・過重労働に伴う健康面・生活面の問題が生じている。

<改革の具体策>

1. 非正規労働者の雇用の安定、処遇の改善

できる限り正規労働者になれるよう支援するとともに、雇用形態にかかわらず公正な処遇の下で働けるようにする。

- ・ 非正規労働者の雇用の安定や処遇の改善に向けて、公正な待遇の確保に横断的に取り組むための総合的ビジョンの策定（2011年）
- ・ 有期契約労働者について、雇用の安定や処遇の改善に向けた法制度の整備の検討（2011年度労働政策審議会で結論、所要の見直し措置）
- ・ 最低賃金の引上げに向けた取組（生活保護との逆転現象は解消、中小企業の支援）

2. 労働者の健康・安全の確保

労働者の健康や安全を脅かすような職場環境を改善し、安心して働けるようにする。

- ・ 正社員の長時間労働の抑制
- ・ 職場のメンタルヘルス対策の強化等を図るための労働安全衛生法の改正（労働安全衛生法改正法案について、早期国会提出に向け検討）

雇用保険・求職者支援制度の財源の検討

○雇用保険制度及び求職者支援制度について、財源の検討を行う。

<現状>

- 今通常国会において、雇用保険と生活保護の間の新たなセーフティネットとして、雇用保険を受給できない求職者を対象として、職業訓練と訓練期間中の生活を支援し訓練受講を容易にするための給付を行う求職者支援制度が創設。

※本年10月1日施行予定

- 雇用保険と求職者支援制度の財源は、労使の負担する保険料と国庫負担であり、また、本来の国庫負担割合(雇用保険は4分の1、求職者支援制度は2分の1)を55%に縮減する暫定措置が適用されている。

<改革の具体策>

○関係法の規定を踏まえた財源の検討

(参考1)雇用保険法及び労働保険の保険料の徴収等に関する法律の一部を改正する法律(平成23年法律第46号)による改正後の雇用保険法附則第15条 (国庫負担に関する暫定措置)

第15条 雇用保険の国庫負担については、引き続き検討を行い、できるだけ速やかに、安定した財源を確保した上で附則第13条に規定する国庫負担に関する暫定措置を廃止するものとする。

(参考2)職業訓練の実施等による特定求職者の就職の支援に関する法律(平成23年法律第47号)附則第13条(検討)

第13条 政府は、この法律の施行後3年を目途として、この法律の施行の状況等を勘案し、特定求職者の就職に関する支援施策の在り方について総合的に検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

2 前項の特定求職者の就職に関する支援施策の在り方についての検討を行うに当たっては、その支援施策に要する費用の負担の在り方について速やかに検討し、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

※第2項(下線部)は、衆議院での議員修正により追加。

その他の充実、重点化・効率化項目

医療イノベーションの推進 ～日本の医薬品・医療機器産業の国際競争力強化～

- 日本発の革新的医薬品・医療機器の研究開発を推進する。このため、日本の臨床研究の質・量の向上を図る。
- 臨床研究の成果等を治験や薬事承認につなげるための基盤整備等を強化する。
- 医療上必要な医薬品・医療機器を患者に迅速に提供する。(ドラッグ・ラグ、デバイス・ラグへの対応)

<現状>

○ 日本で行われる臨床研究に対する支援や制度上の制約が障壁となり、日本発のシーズが革新的な医薬品・医療機器の開発につながっていない。

○ 企業の治験着手の遅れ、治験の実施や承認審査に時間がかかる等により、欧米との間に、ドラッグ・ラグ、デバイス・ラグが生じている。

<改革の具体策>

◆国際水準の臨床研究中核病院等の創設

2011年度から3年間で15か所程度

◆日本発のシーズを実用化につなげるための実務的な相談支援

◆(独)医薬品医療機器総合機構(PMDA)の体制強化

2013年度末までに常勤数を751名に増員(2011年4月1日現在648名)。引き続き、合理化・効率化を図りつつ、さらなる強化策を検討。

◆臨床研究中核病院等に対し、継続的に研究費を重点配分

◆先進医療制度の申請・審査手続きの効率化

2011年度からの実施に向け検討

臨床研究中核病院の創設

現状では、欧米に比べ、早期・探索的臨床試験のインフラが不十分

大学・研究所
ベンチャー企業



有望なシーズを
速やかに臨床試験へ

実務的な
相談



ヒトに初めての臨床試験を
可能とするインフラの整備

特定分野の拠点病院



○特定領域(癌、神経・精神、脳心血管等)において15ヶ所程度
・医師、コーディネーター等の人材
・設備整備
・新規薬物等の品質確保
・非臨床試験 等

実施

早期・探索的臨床試験



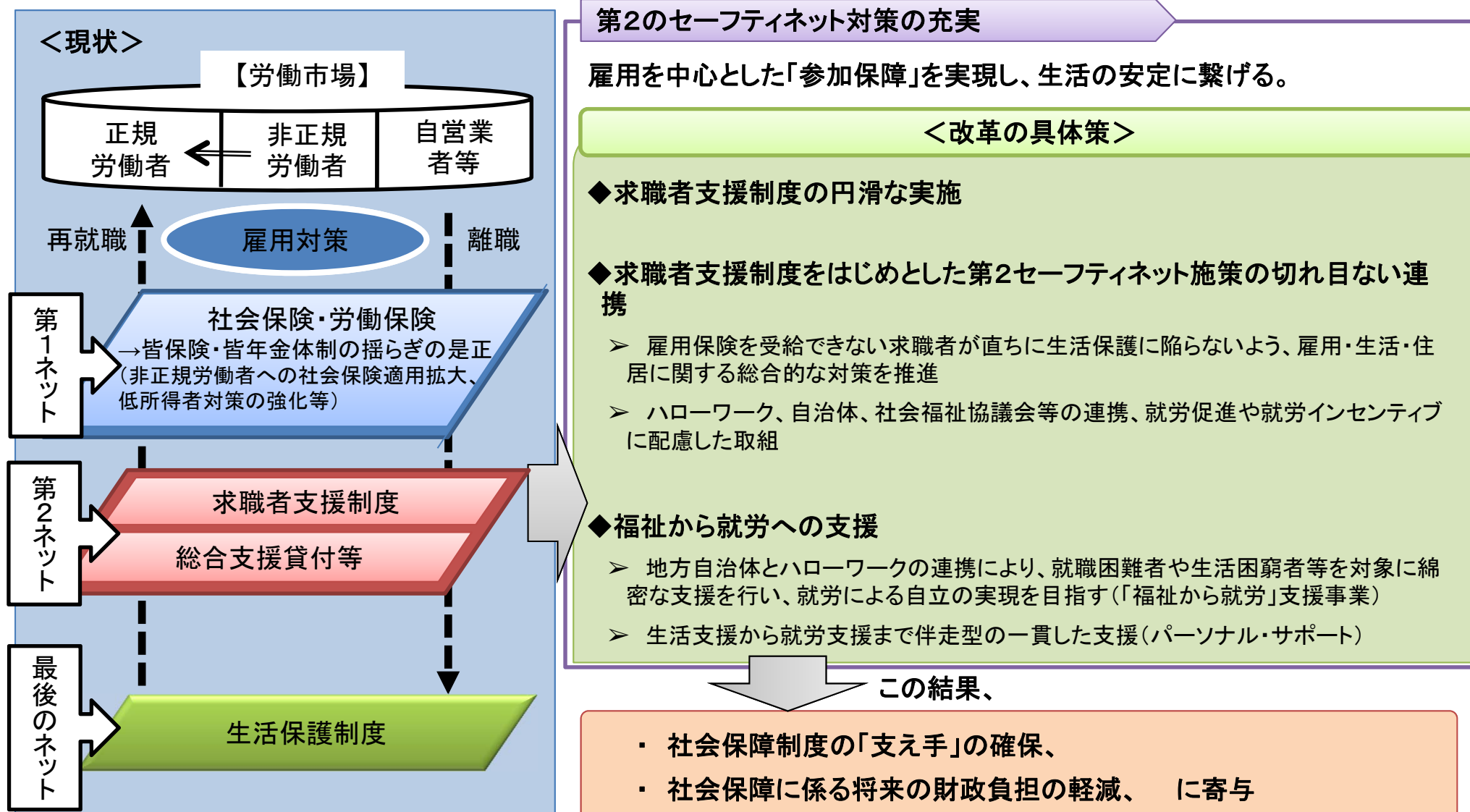
○個別の臨床試験に必要な費用
・治験薬の製造
・データモニタリング・管理 等



世界に先駆けた
日本発の革新的
新薬・医療機器
を創出

第2のセーフティネットの構築

○ 失業等した方が直ちに生活保護に至ることなく、いち早く再就職に結びつけられるよう、求職者支援制度をはじめ第2のセーフティネット施策が切れ目なく連携し、雇用・生活・住居に関する総合的な対策を推進する必要がある。



「最後のセーフティネット」である生活保護の見直し

○ 生活保護制度は、最後のセーフティネットとして、揺るぎないものとして構築するとともに、全額公費で賄われる制度であることから、納税者の理解と信頼を得られる制度でなければならない。

～国と地方が協議し、制度改正も視野に具体的な見直しに向けた検討へ（本年8月目処に取りまとめ）～

<現状>

◆稼働能力のある被保護者が急増

➢ 被保護者数が平成23年2月で200万人突破。保護率は1.6%
（うち「その他の世帯」は約24万世帯で10年前の約3倍増）

◆3兆円を超える生活保護費負担金 （うち医療扶助は全体の約半分）

◆子どもの貧困連鎖

➢ 高校進学率においても一般世帯と格差。ある自治体調査では被保護世帯の1/4が保護を受けて育ったという実態

◆受給者を利用した不正行為

➢ 医療や住まいをめぐる不正行為、いわゆる「貧困ビジネス」の存在

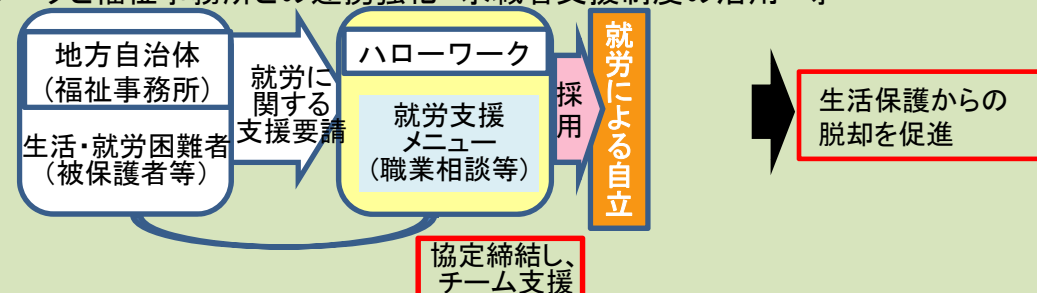
◆生活保護基準の在り方

➢ 生活保護基準は、最低限度の生活を保障するものであるとともに、受給者の自立の助長を損なうものであってはならない

<改革の具体策>

◆働くことができる受給者の自立、就労促進の強化

- 先進的な就労支援等の取組を全国レベルに展開、拡充
- ハローワークと福祉事務所との連携強化 求職者支援制度の活用 等



◆子どもの貧困連鎖の防止

- 学習支援、進路相談等の取組を全国レベルに展開、拡充

高等学校等 進学率 （平成22年度）	生活保護世帯	一般世帯
	87. 5%	98. 0%

➡ 一般世帯並みの進学率を目指す

◆不正受給対策の徹底、不正行為が入り込む余地を防ぐ仕組み

- 電子レセプトを活用した医療扶助の内容分析とその適正化
- 保護費を搾取する等の悪質な事業者を排除する仕組みの導入
- 効果的な支援に向けた現物給付の検討

◆生活保護基準について、消費データ等に基づき、専門の部会において、2012年末までに検証を実施

障害者保健福祉施策の見直し

- 障がい者制度改革推進本部において、「障害者総合福祉法」(仮称)の平成24年常会への国会提出、25年8月までの施行を目指して、検討中。
- 制度の谷間の解消、障害者が当たり前に地域で暮らせる社会づくりに向け、更に障害者の地域移行や地域生活の支援を進める必要
- 障害保健福祉の実施に要する財源を安定的に確保していくことが必要

障害者制度改革の推進のための基本的な方向について (平成22年6月29日閣議決定) (抜粋)

第2 障害者制度改革の基本的方向と今後の進め方

2 横断的課題における改革の基本的方向と今後の進め方

(3)「障害者総合福祉法」(仮称)の制定

応益負担を原則とする現行の障害者自立支援法(平成17年法律第123号)を廃止し、制度の谷間のない支援の提供、個々のニーズに基づいた地域生活支援体系の整備等を内容とする「障害者総合福祉法」(仮称)の制定に向け、第一次意見に沿って必要な検討を行い、平成24年常会への法案提出、25年8月までの施行を目指す。

障害福祉サービス予算の推移

