

財政制度等審議会における 議論の状況について

財務省

2021年4月27日

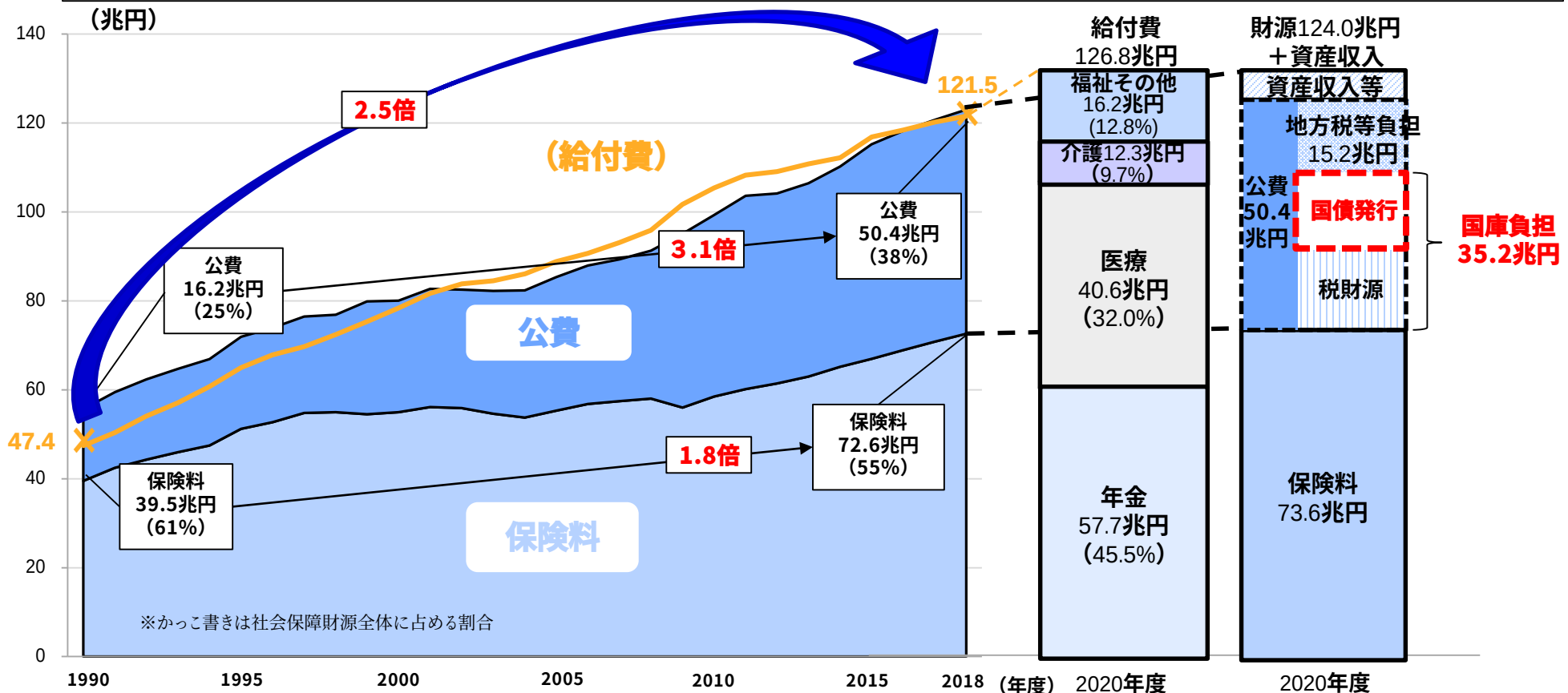
目次

- 1．社会保障総論
- 2．年金
- 3．医療
- 4．介護・障害
- 5．子ども・子育て
- 6．雇用・生活支援
- 7．水道

1. 社会保障総論

社会保障における受益（給付）と負担の構造①

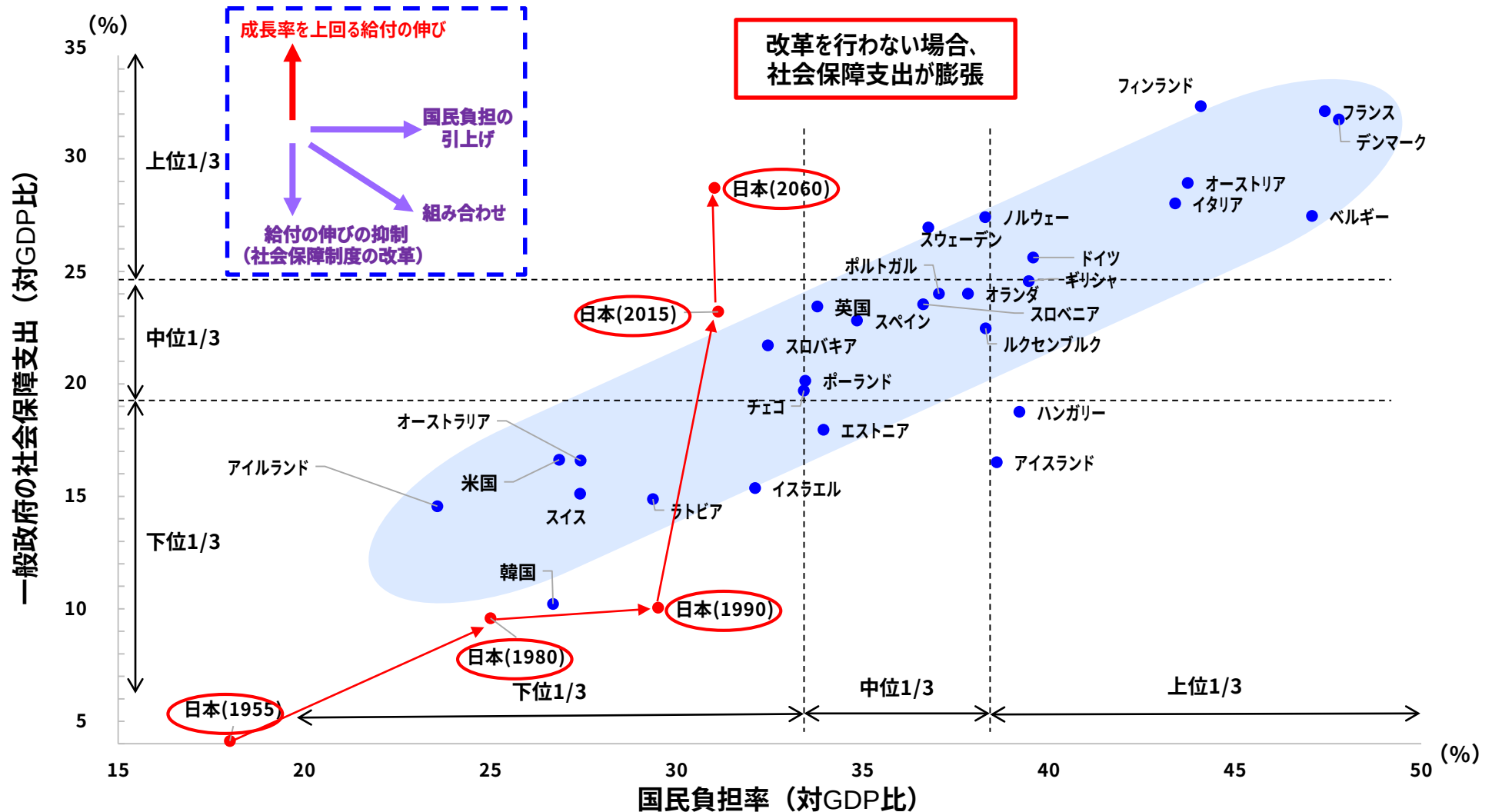
- 我が国の社会保障制度は、受益（給付）と負担の対応関係が本来明確な社会保険方式を採りながら、後期高齢者医療・介護給付費の5割を公費で賄うなど、**公費負担**（税財源で賄われる負担）に相当程度依存している。その結果、近年、公費の比重の大きい後期高齢者医療・介護給付費の増に伴い、公費負担への依存度が著しく増加している。
- その際、本来税財源により賄われるべき公費の財源について特例公債を通じて将来世代へ負担が先送りされているため、**負担増を伴わないままに受益（給付）が先行する形**となっており、受益（給付）と負担の対応関係が断ち切られている。負担の水準の変化をシグナルと捉えて受益の水準をチェックする牽制作用を期待できないまま、受益（給付）の増嵩が続いている（＝我が国財政悪化の最大の要因）。



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」。2020年度は厚生労働省（当初予算ベース）による。

社会保障における受益（給付）と負担の構造②

- 我が国の社会保障の現状は、OECD諸国と比較して、受益（給付）と負担のバランスが不均衡の「中福祉、低負担」と言うべき状況になっている。
- 今後、高齢化に伴い1人当たり医療費や要支援・要介護認定率が大幅に上昇すると、支え手を増やし成長への取組を行ってもなお、この不均衡は更に拡大すると見込まれる。制度の持続可能性を確保するための改革が急務である。



社会保障と税の一体改革

- 受益（給付）と負担の不均衡の是正の取組の一つが「社会保障と税の一体改革」であった。
- 消費税収を社会保障財源と位置付けるとともに、消費税増収分を活用した社会保障制度改革の推進など「**社会保障の充実**」により**受益（給付）と負担の対応関係を強化しつつ、負担の先送りに歯止めを掛け、社会保障制度の持続可能性を確保する「社会保障の安定」**が図られた。

平成20年：社会保障改革国民会議

- 「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた中期プログラム」を閣議決定（H20.12）。
- 平成21年度税制改正法附則第104条が施行（H21.4）。
「経済状況を好転させることを前提として、遅滞なく、かつ、段階的に消費税を含む税制の抜本的な改革を行うため、平成23年度までに必要な法制上の措置を講ずるものとする。」
「消費課税については、その負担が確実に国民に還元されることを明らかにする観点から、消費税の全額が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に充てられることが予算及び決算において明確化されることを前提に、消費税の税率を検討する」

平成24年5月～：社会保障・税一体改革関連法案の国会審議

- 社会保障制度改革推進法（自民党・民主党・公明党の3党合意に基づく議員立法）が成立。
（社会保障改革の「基本的な考え方」、年金、医療、介護、少子化対策の4分野の「改革の基本方針」を明記、社会保障制度改革国民会議の設置を規定）
- 税制抜本改革法（消費税率の引上げ）／子ども・子育て支援関連3法／年金関連4法が成立。

平成24年11月～：社会保障制度改革国民会議、平成25年8月6日：国民会議報告書とりまとめ

- 社会保障制度改革推進法により設置され、20回にわたり議論。報告書では、総論のほか、少子化、医療、介護、年金の各分野の改革の方向性を提言。

平成25年10月15日：社会保障制度改革プログラム法案の提出、同年12月5日：成立、同13日：公布・施行

- 改革の全体像・進め方を明らかにする法律として、社会保障4分野の講ずべき改革の措置等について、スケジュール等を規定。あわせて改革推進体制の整備等を規定。

平成26年の通常国会以降：順次、個別法改正案の提出

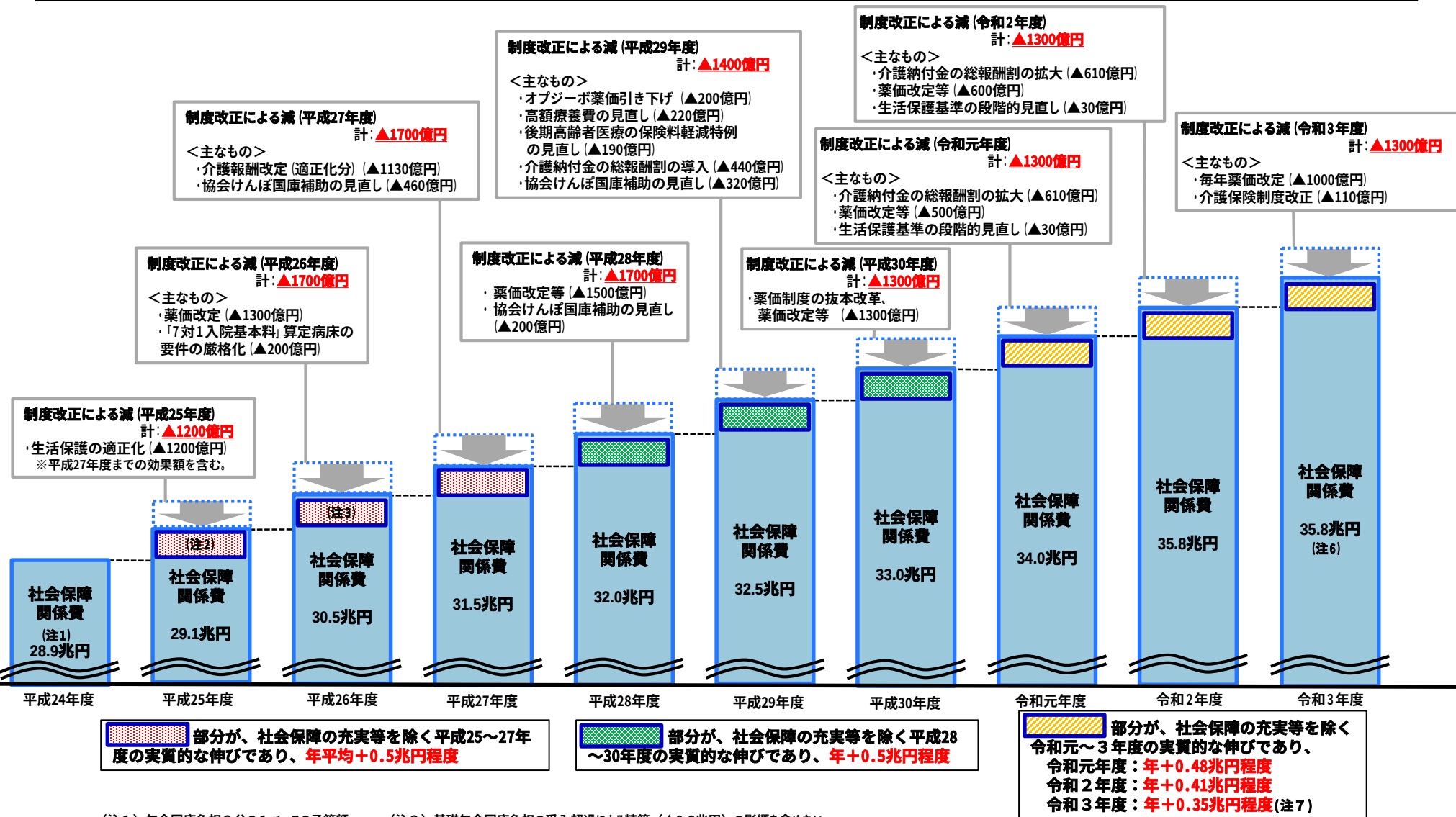
- 平成26年4月に消費税を5%から8%へ引き上げ。
- 平成26年通常国会では、医療法・介護保険法等の改正法案、難病対策・小児慢性特定疾病対策の法案、雇用保険法の改正法案等が成立。
- 平成27年通常国会では、医療保険制度改革のための法案が成立。
- 平成28年臨時国会では、年金改革法案、年金受給資格期間短縮法案が成立。

平成29年12月8日：新しい経済政策パッケージ閣議決定

- 消費税率10%への引上げによる財源を活用し、幼児教育の無償化、待機児童の解消、保育士の処遇改善、高等教育の無償化、介護人材の処遇改善を実施。
（令和元年10月に消費税を8%から10%へ引き上げ、これらの施策を順次実現。）

社会保障関係費の伸び①

- 近年は、歳出の規律として、社会保障関係費について実質的な増加を「高齢化による増加分」に相当する伸びにおさめる努力が続けられている。



社会保障関係費の伸び②

○ 現行の社会保障関係費の歳出の規律は令和3年度予算編成までのものである。

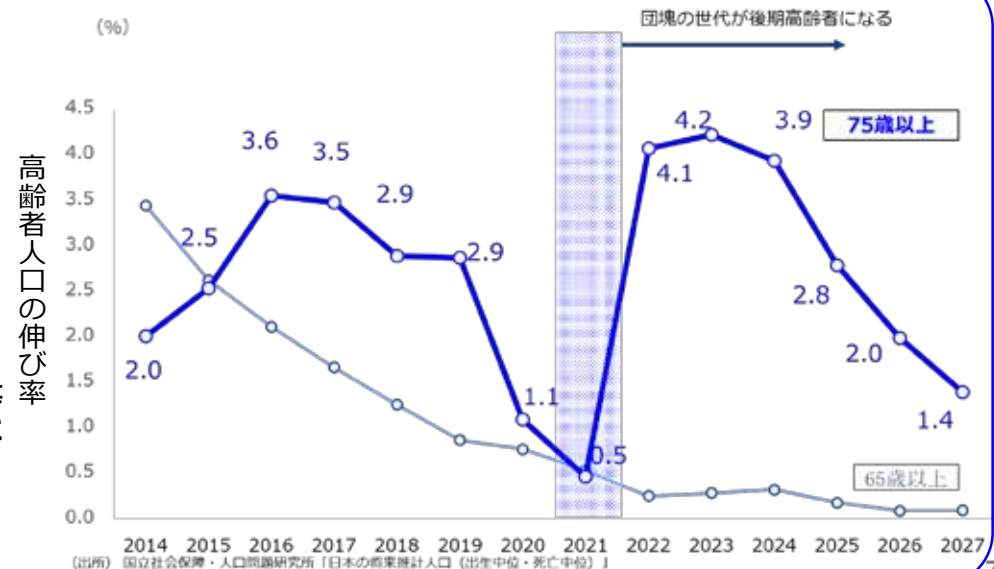
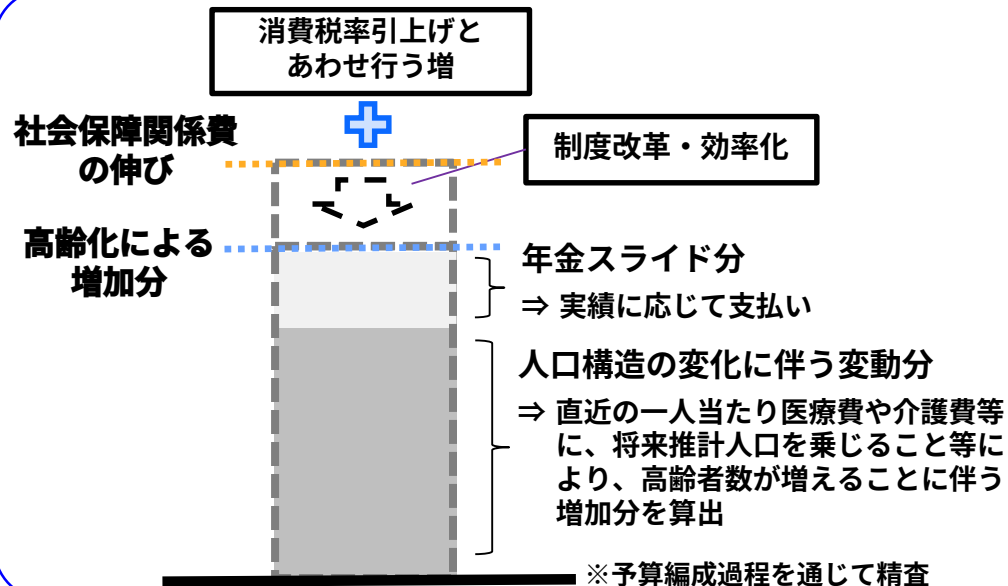
「経済財政運営と改革の基本方針2018（骨太2018）」（抄）（2018年6月15日閣議決定）

社会保障関係費については、再生計画において、2020年度に向けてその実質的な増加を高齢化による増加分に相当する伸びにおさめることを目指す方針とされていること、経済・物価動向等を踏まえ、2019年度以降、その方針を2021年度まで継続する（注）。

消費税率引上げとあわせ行う増（これまで定められていた社会保障の充実、「新しい経済政策パッケージ」で示された「教育負担の軽減・子育て層支援・介護人材の確保」及び社会保障4経費に係る公経済負担）については、別途考慮する。

なお、2022年度以降については、団塊世代が75歳に入り始め、社会保障関係費が急増することを踏まえ、こうした高齢化要因を反映するとともに、人口減少要因、経済・物価動向、社会保障を取り巻く状況等を総合的に勘案して検討する。

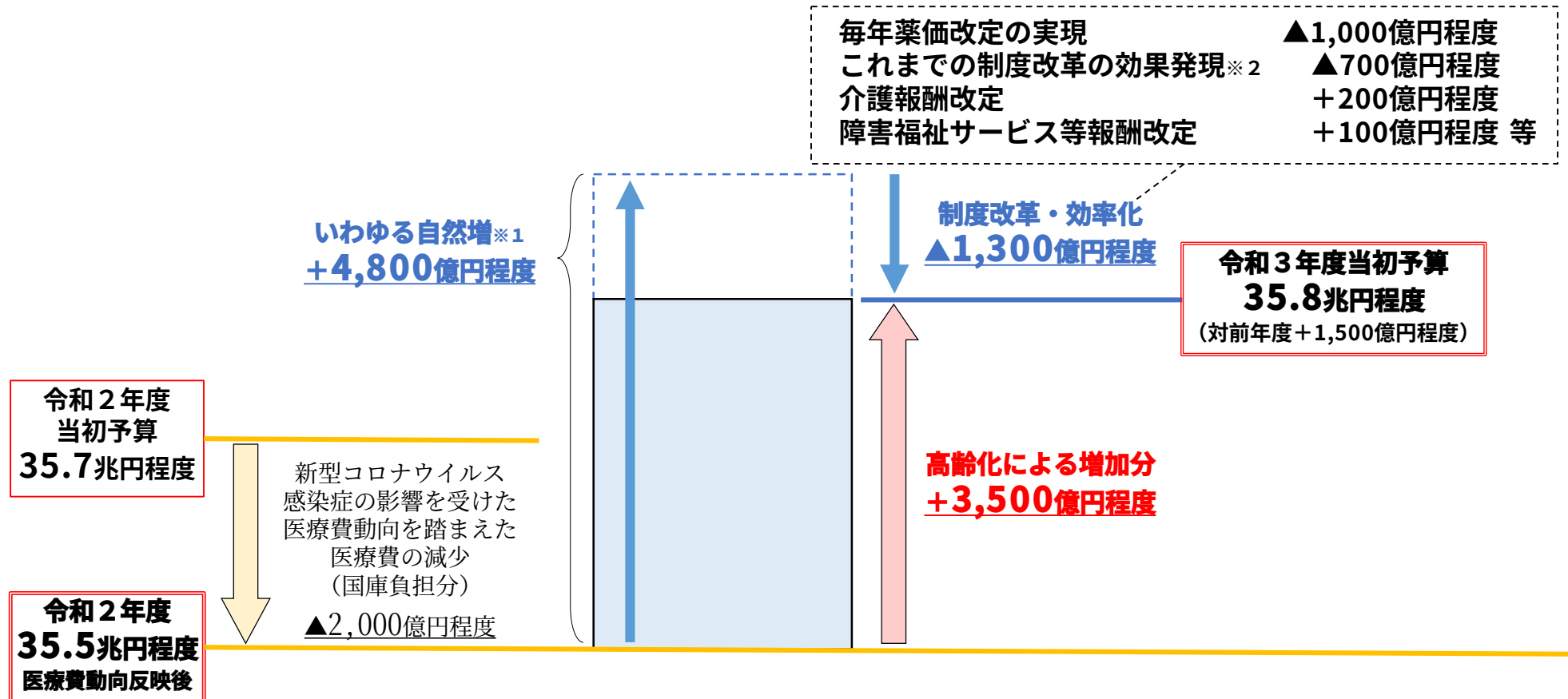
（注）高齢化による増加分は人口構造の変化に伴う変動分及び年金スライド分からなることとされており、人口構造の変化に伴う変動分については当該年度における高齢者数の伸びの見込みを踏まえた増加分、年金スライド分については実績をそれぞれ反映することとする。これにより、これまで3年間と同様の歳出改革努力を継続する。



令和3年度社会保障関係費

- **令和3年度予算編成においても、社会保障関係費（35.8兆円程度）については、介護報酬等のプラス改定を行いつつ、毎年薬価改定の実現等により、実質的な伸びについて「高齢化による増加分におさめる」という方針を達成。**

（注）令和2年度の社会保障関係費（新型コロナウイルス感染症の影響を受けた医療費動向を踏まえ医療費に係る国庫負担分を減少させたベース、35.5兆円程度）と比較して、高齢化による増加分+3,500億円程度。（対前年度比では+1,500億円程度）



※1 令和3年度の年金額改定率（現時点での物価上昇率の推計を基にした予算積算上の値）は±0%。このうち、消費税率引上げによる物価影響分+0.2%（+200億円程度）を、別途、消費税増収分（公経済負担）で対応するため、上記自然増には、これを控除した物価影響分▲0.2%（▲200億円程度）が反映されている。

※2 令和2年度に決定した介護保険制度改正（▲100億円程度）、令和元年度から段階的に実施した後期高齢者医療制度の保険料に係る軽減特例の見直し（▲600億円程度）による財政効果が令和3年度に発現するもの。

社会保障給付費の規律の必要性

- 社会保障関係費の規律は、現行では公費（国費）のみを規律しており、給付費そのものを規律していない。
- 公費（国費）の規律が給付費の規律より優先する点は、財源が確保される保険料負担と異なり、公費負担の増加の大半が特例公債によって賄われていることを踏まえれば、社会保障の給付と負担のアンバランスを解消し、制度の持続可能性の確保と財政健全化を進める観点から適切なものである。
- 他方、現行の規律は、数年刻みの規律であり、公費（国費）の水準と給付費の水準は基本的に連動する（国費を抑制しようとする給付費の抑制が基本的に必要となる）ことからすれば、国民は自らが享受する受益（給付）の水準を中長期的・安定的に予測できないということとなりかねない。また、保険料負担においては、水準の変化をシグナルと捉えて受益（給付）の水準をチェックする牽制作用が働きやすいため、こうした作用の下に給付の適正化を図り、公費（国費）の抑制につなげていくことも望ましい。
- したがって、現行の公費（国費）の規律の継続・強化にとどまらず、保険料負担分も含めた中長期の給付費水準の規律も必要。

【検討すべき事項】

- 給付費（保険料負担分を含む）そのものへの規律の導入
- 国民が享受する受益の水準を予測するため、また受益の水準をチェックする牽制作用を働かせるため、現行の公費（国費）の規律の継続・強化にとどまらない対応が必要。

自然体での給付費の伸び

受益と負担のバランスが取れた水準へ給付費を抑制

自然体での公費の伸び

歳出改革の継続・強化

【現行の規律】

- 公費（国費）の抑制が主眼（給付費（保険料負担分を含む）そのものには特段の規律を設けていない）
- 公費負担の増加の大半が特例公債によって賄われていることを踏まえれば、公費（国費）優先は適切。

医療給付費

保険料

国債発行

公費

税収等

FY2020

FY2021

FY2022

FY2023

FY2024

...

2. 年金

年金制度における給付と負担の均衡

- 「実質的な増加を高齢化による増加分に相当する伸びにおさめる」とされている社会保障関係費の歳出規律において、年金分野は「実績に応じた支払い」とされている。これは、平成16年の年金制度改革により給付と負担の均衡が相当程度確保されていることを踏まえたもの。
- 具体的には、**平成16年の年金制度改革**において、将来にわたって制度を持続可能で安心できるものとするため、**将来の保険料負担の上限を固定し、その保険料上限による収入の範囲内で給付水準を自動的に調整**する仕組み（マクロ経済スライド）が導入され、**長期的な年金財政の枠組みが構築**された。

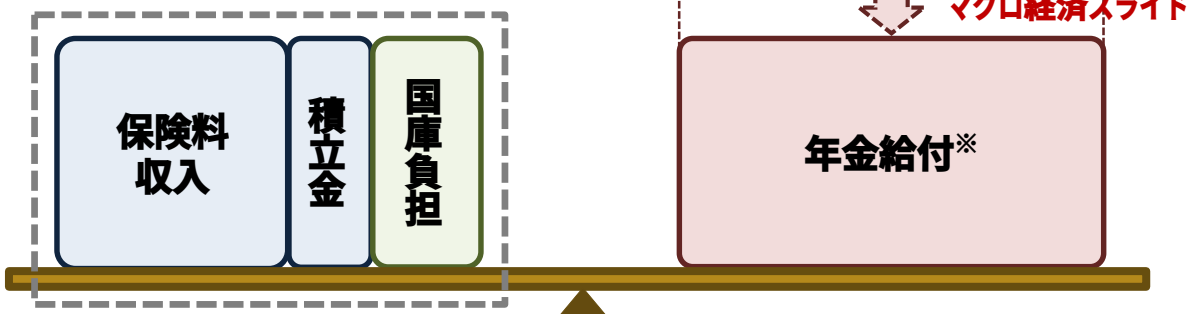
平成16年
改正前

- 人口推計や将来の経済の見通し等の変化を踏まえて、**5年毎に「財政再計算」を実施し、給付水準や保険料水準を見直し**。
※ 財政再計算：その時点の給付水準を維持すると仮定した場合にどの程度の保険料水準が必要となるかを算定
⇒ **若い世代にとっては将来の給付水準も保険料水準も見通しにくく、年金制度に対する不安につながっているとの意見**

平成16年
改正後

- 急速に進行する少子高齢化を見据えて、将来にわたって、制度を持続的で安心できるものとするための改革を実施。
 - ① **保険料について上限を固定した上で引上げ**（平成28年度に引上げ終了）※厚生年金：18.3%、国民年金：16,900円（平成16年度価格）
 - ② **基礎年金国庫負担の2分の1への引上げ**（平成26年度に消費税増収分を財源として恒久化）
 - ③ **積立金の活用**（財政均衡期間（概ね100年間）の終了時に給付費1年分程度の積立金を保有）
 - ④ **財源の範囲内で給付水準を自動調整する仕組み（マクロ経済スライド）の導入**※産前産後期間の保険料免除の開始に伴い、令和元年度以降は17,000円（平成16年度価格）

固定！



※年金額の改定ルール

平成16年改正による年金財政の枠組みに対応し、経済状況に合わせた改定ルールを法定化

- 原則として、**新規裁定者は賃金変動、既裁定者は物価変動**をベースに改定
- 当該改定に対して、マクロ経済スライドにより一定の調整を講じる仕組み

- その上で、**5年毎に「財政検証」を実施し**、財政の見通しやマクロ経済スライドの調整期間の見通しの作成を行うことで、**年金財政の健全性を検証**
⇒ 次の財政検証（5年後）までに所得代替率（現役男子の平均手取り収入額に対する年金額の比率）が50%を下回る場合は、給付及び負担の在り方について検討を行い、所要の措置を講ずる。
（注）平成26年の財政検証から、年金制度の課題の検討に資するよう、制度改革を仮定した「オプション試算」を実施。

マクロ経済スライド①

意義

- 平成16年の年金制度改正において、更に急速に進行する少子高齢化を見据えて、現役世代の過重な負担を回避し、年金制度の長期的な持続可能性と国民の信頼を確保するため、保険料の上限を固定し、長期的に給付を調整するマクロ経済スライドを導入（年金財政のフレームワーク）。
- マクロ経済スライドは、現在の受給世代と、将来の受給世代の給付のバランスを調整するものであり、これを適切に発動することが、将来世代の給付水準の確保に不可欠。

具体的な調整率・調整期間

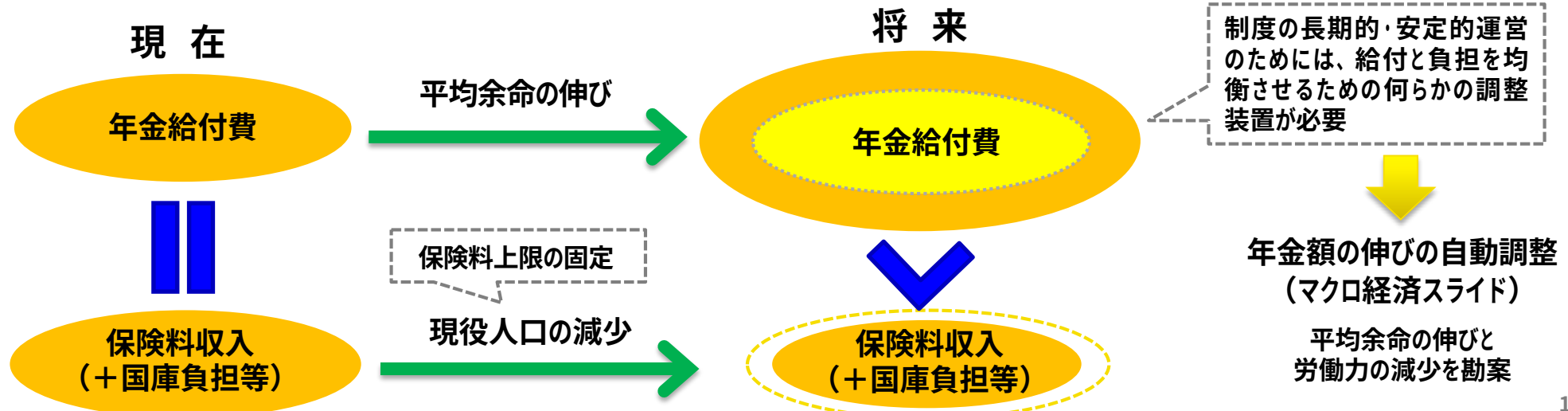
- 平均余命の伸長の影響（▲0.3%）× 公的年金被保険者数減少の影響（過去3年度平均で毎年設定）

令和3年度は+0.2%（平成16年改正当時の想定は平均▲0.6%）

保障措置

- 前年度の年金の名目額を下回らないようにする（名目下限措置）
⇒ 物価・賃金変動率がプラスの場合のみマクロ経済スライドを発動
（例）物価変動率が0.8%、マクロ経済スライド調整率が▲1.0%の場合、調整は0.8%分のみとして、年金額の改定率は0.0%となる。

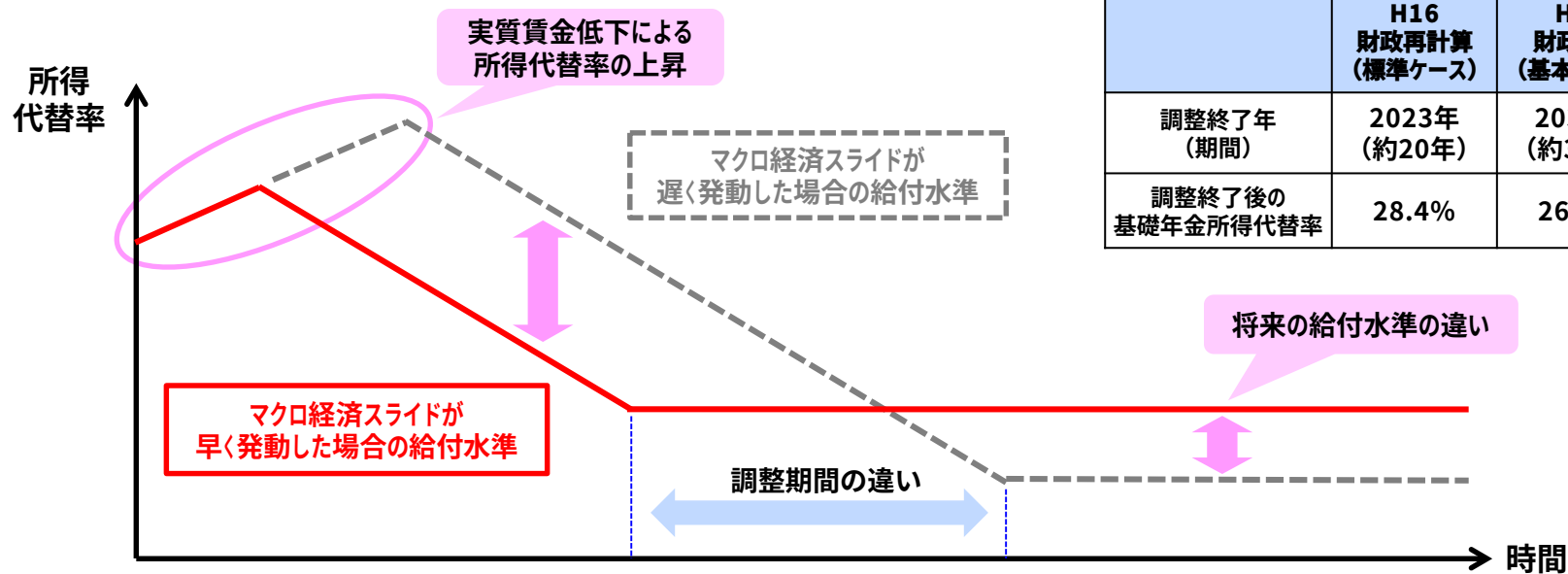
◆年金給付費と保険料収入のバランスの変化のイメージ



マクロ経済スライド②

- マクロ経済スライドの仕組みについては、発動のタイミングが早ければ、早くからマクロ経済スライドにより給付調整が行われるため、マクロ経済スライドの調整期間は早く終わる。
- 結果として、現在の受給者の給付水準は低くなり、将来の受給者の給付水準は高くなる。反対に、マクロ経済スライドの発動が遅ければ、現在の受給者の給付水準は高く、将来の受給者は低くなる。
- 賃金変動率が物価変動率を下回り、実質賃金が低下する中で、賃金変動に合わせて改定する考え方がルールとして徹底されておらず、マクロ経済スライドによる調整も発動されなかったことから、マクロ経済スライドの調整開始時点の所得代替率が上昇し、平成16年の財政再計算時の想定に比べ、調整期間が長期化することとなった。

◆所得代替率の上昇によるマクロ経済スライドの調整期間の長期化のイメージ



	H16 財政再計算 (標準ケース)	H21 財政検証 (基本ケース)	H26 財政検証 (ケースE)	R元 財政検証 (ケースIII)
調整終了年 (期間)	2023年 (約20年)	2038年 (約30年)	2043年 (約30年)	2047年 (約29年)
調整終了後の 基礎年金所得代替率	28.4%	26.8%	26.0%	26.2%

(参考) 物価変動率と賃金変動率の推移

マクロ経済スライドによる調整が発動したのは平成27年度、令和元・2年度のみ

	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R元	R2	R3
物価 変動率	0.0	▲0.3	0.3	0.0	1.4	▲1.4	▲0.7	▲0.3	0.0	0.4	2.7	0.8	▲0.1	0.5	1.0	0.5	0.0
賃金 変動率	0.3	▲0.4	0.0	▲0.4	0.9	▲2.6	▲2.2	▲1.6	▲0.6	0.3	2.3	▲0.2	▲1.1	▲0.4	0.6	0.3	▲0.1

(注1) は、物価変動率と賃金変動率を比較して高い方を指す。

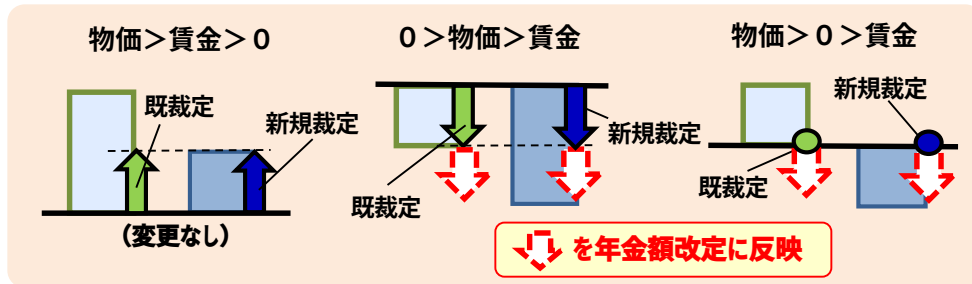
(注2) 平成17～26年度は物価スライド特例水準が解消されていなかったため、マクロ経済スライドによる調整が発動していない。

平成28年年金改革法の意義

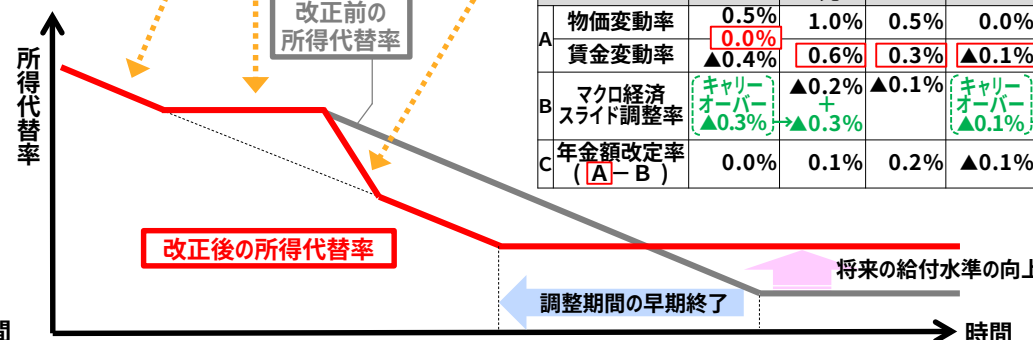
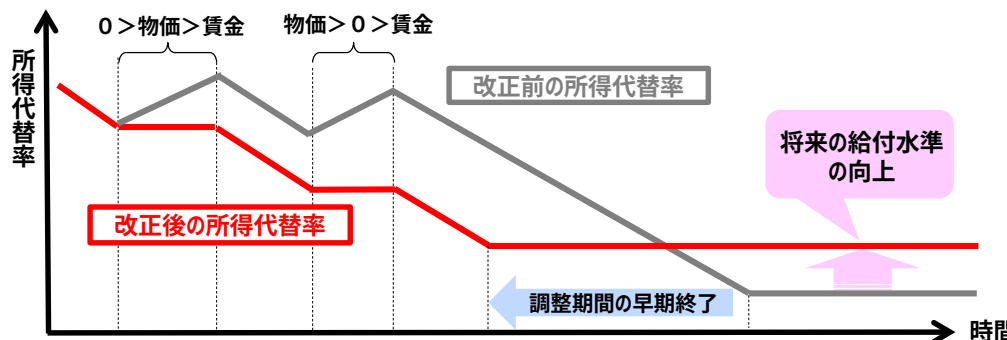
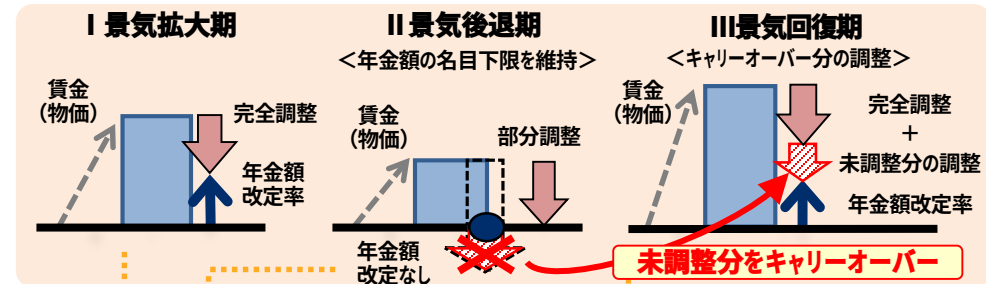
- 平成28年の年金改革法において、マクロ経済スライドの調整期間の長期化を防ぎ、将来の給付水準を確保するため、①賃金・物価スライドの見直し（賃金変動に合わせて改定する考え方の徹底）、②マクロ経済スライドの調整ルールの見直し（未調整分をキャリアオーバーする仕組みの導入）を実施。
 （注）「未調整分」とは、マクロ経済スライドによって前年度よりも年金の名目額を下げないという仕組み（名目下限措置）の下、年金額の改定に反映しなかったマクロ経済スライドの調整率のこと。
- 令和元年財政検証の結果においては、いずれの見直しについても、将来の給付水準の上昇効果が確認されている。
- 令和3年度の年金額改定においては、賃金変動（▲0.1%）が物価変動（±0%）を下回ったため、賃金変動に合わせた改定が実施され（改定率▲0.1%）、早速平成28年改正の効果が発揮された。その一方、マクロ経済スライドのキャリアオーバー分は令和元年度の年金額改定で解消していたが、令和3年度の年金額改定において再び未調整分のキャリアオーバーが発生することとなった。

◆平成28年年金改革法による年金額の改定ルールの見直し【①R3.4施行、②H30.4施行】

①賃金変動に合わせて改定する考え方の徹底（賃金スライドの徹底）



②マクロ経済スライドの未調整分をキャリアオーバーする仕組みの導入



	H30	R元	R2	R3
A 物価変動率	0.5%	1.0%	0.5%	0.0%
賃金変動率	▲0.4%	0.6%	0.3%	▲0.1%
B マクロ経済スライド調整率	▲0.3%	▲0.2%	▲0.1%	▲0.1%
C 年金額改定率 (A-B)	0.0%	0.1%	0.2%	▲0.1%

<賃金スライドの徹底による効果>

将来の給付水準にとってプラス

賃金スライドの徹底を行わなかった場合
50.4%

R元財政検証時の制度
50.6% (+0.3%)

R元財政検証
（参考試算）
の結果

<キャリアオーバーによる効果>

将来の給付水準にとってプラス

キャリアオーバーの仕組みを導入しなかった場合
50.0%

R元財政検証時の制度
50.6% (+0.6%)

（注）経済前提ケースIIIを基礎とし、物価・賃金に景気の波（10年周期、物価上昇率±1.1%、名目賃金上昇率±2.9%）による変動を加えて経済変動を設定

令和2年年金制度改正法の意義

- 令和2年年金制度改正法により、①働き方の多様化を踏まえた短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大（企業規模要件500人超→50人超）、②就労期の長期化による年金水準の確保・充実を図るための受給開始時期の選択肢の拡大（繰下げ受給開始時期の上限を70歳から75歳へ引上げ）等の見直しを実施。
- 令和元年財政検証等の結果においては、いずれの見直しについても、年金の給付水準の上昇効果が確認されている。

◆令和2年年金制度改正法の主な内容

被用者保険の適用拡大	短時間労働者を被用者保険の適用対象とすべき事業所の企業規模要件について段階的に引下げ（現行500人超→①100人超→②50人超）	① R4.10 施行 ② R6.10 施行
受給開始時期の選択肢の拡大	現在60歳から70歳の間となっている年金の受給開始時期の選択肢を、60歳から75歳の間に拡大	R4.4 施行

◆令和元年財政検証（オプション試算）等の結果

被用者保険の適用拡大による効果

年金の給付水準
にとってプラス

企業規模要件100人超 (45万人拡大)	企業規模要件50人超 (65万人拡大)
およそ +0.2%	およそ +0.3%

R元財政検証時の制度

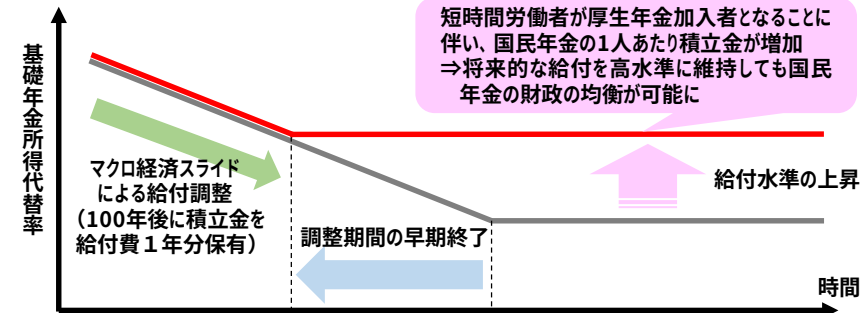
50.8%

繰下げ受給による効果

年金の給付水準
にとってプラス

70歳まで働いて受給開始	75歳まで働いて受給開始
76.1% (+25.3%)	95.2% (+44.4%)

◎適用拡大による基礎年金の給付水準の改善（イメージ）



◎繰下げ受給による給付水準の増（イメージ）

65歳を超えて就労した者が受給開始時期の繰下げを選択した場合、「保険料拠出期間の延長」と「繰下げ受給」の2つの効果により、年金の給付水準が上昇

拠出期間の延長による増

繰下げ受給による増
年金給付

保険料拠出

20歳

65歳

給付

負担
15

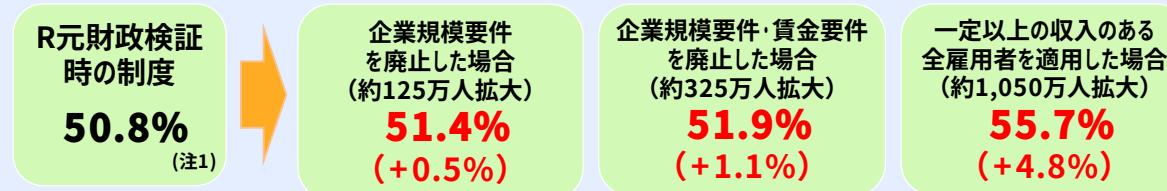
（注）経済前提ケースIIIにおける給付水準調整後の所得代替率（モデル世帯）

年金制度における今後の課題

- 令和元年財政検証の結果、経済成長と労働参加が進むケースでは、マクロ経済スライドの調整終了時に所得代替率50%以上が維持され、年金財政の持続可能性が確認されているが、**今後、将来世代の給付水準を更に向上させていく必要**。そのためには、給付水準の上昇効果が確認されている①被用者保険の更なる適用拡大、②マクロ経済スライドの名目下限措置の撤廃、③保険料拠出期間の延長について、検討していく必要。
- ① **被用者保険の適用拡大**については、現在被用者でありながら国民年金の加入となっている短時間労働者等の将来の年金水準を直接的に引き上げることで非正規雇用を巡る問題の改善につながるほか、第3号被保険者の減少を含め働き方に中立的な制度の実現に資する面があるなど、現下の状況に照らして社会経済的意義も大きく、令和2年年金制度改正法の施行状況を踏まえつつ、**企業規模要件の撤廃や、適用業種等その他の適用要件の見直しも含め、更なる適用拡大を推進する必要**。
(注) 被用者保険の適用拡大は、国保に加入する短時間労働者等の被用者保険への加入に伴う短期的な国庫負担の減少をもたらす一方、将来的には年金の給付水準の上昇に伴う国庫負担増を伴うことに留意の要。
- ② マクロ経済スライドについては、これを適切に発動することが将来世代の給付水準を確保するために重要であり、平成28年年金改革法で導入されたキャリアオーバーの効果_注を注視しつつ、**名目下限措置の撤廃を検討する必要**。
- ③ **基礎年金の保険料拠出期間を65歳までの45年間に延長**することについても、平均余命が延長し、生涯現役で活躍できる社会が_注目指されている中において、給付水準の維持・向上を図る上で意義があると考えられる。ただし、現行制度を前提とすれば、大幅な国庫負担増を伴うものであり、これに見合う財源を確保せずに制度改正を行うことは不適当であり、延長分をすべて保険料財源で賄うことを含め、**財源の確保のあり方とあわせて検討する必要**。

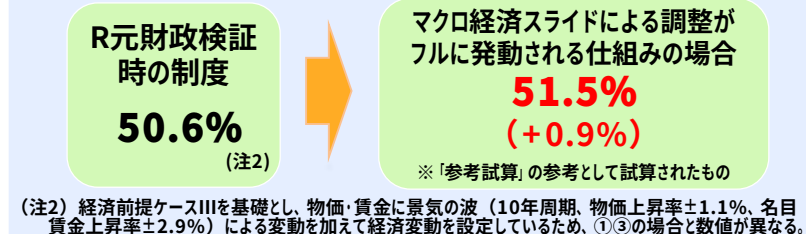
◆令和元年財政検証（オプション試算等）の結果

①被用者保険の更なる適用拡大



(注1) 経済前提ケースIIIにおける給付水準調整後の所得代替率（モデル世帯）

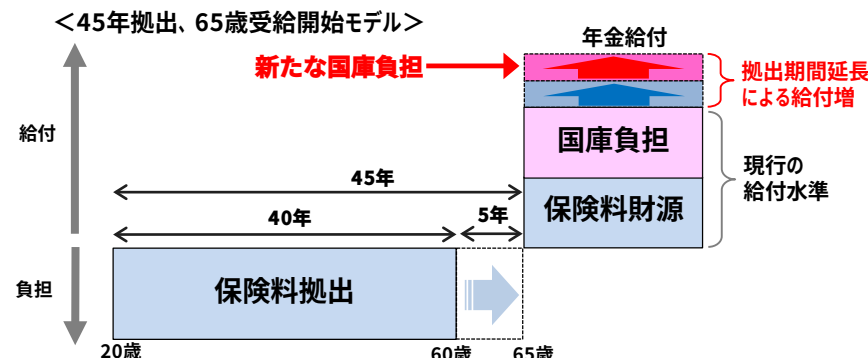
②名目下限措置の撤廃



③保険料拠出期間の延長



◎国民年金の保険料拠出期間の延長のイメージ（R元財政検証オプション試算）



◎保険料拠出期間延長による将来の国庫負担増

年度	基礎年金国庫負担（単位：兆円）		
	現行 (A)	45年間拠出 (B)	増加額 (B-A)
2019	12.3	12.3	-
2026 (延長開始)	12.3	12.3	+0.0
2038 (延長完了)	10.7	11.0	+0.3
2046	9.8	10.5	+0.7
2063	8.5	9.7	+1.2
2070	7.9	9.1	+1.2
2080	7.1	8.1	+1.0
2090	6.3	7.3	+1.0
2100	5.7	6.5	+0.8
2110	5.1	5.9	+0.8
2115	4.8	5.5	+0.7

※2019年度財政検証オプション試算（ケースIII）
賃金上昇率により2019年度の価格に換算したもの。

3. 医療

総論

効率的で質の高い医療提供体制の整備

新型コロナウイルス感染症への対応

全世代型社会保障改革の残された課題

薬剤費の適正化

医療給付費の伸び（これまでの取組）①

- 医療給付費の伸びについて、かつて（2005（平成17）年）、経済財政諮問会議等において「（経済規模に対応した）マクロ指標による政策目標」の設定が目指された。
- 他方、厚生労働省は、「生活習慣病の予防の徹底」、「平均在院日数の短縮」といったミクロの施策による政策目標を主張し、これらにより、「将来における公的保険給付費の規模を現行見通しよりも低いものととめることができる」との試案を示した。
- 結局、同年末の「医療制度改革大綱」では、医療費適正化について「生活習慣病対策や長期入院の是正など」ミクロの施策に取り組む「個別積み上げ方式」が採用され、マクロ指標については、「中期を含め、将来の医療給付費の規模の見通し」を目安となる指標とし、一定期間後、実績と突き合わせ、その検証結果を施策の見直しに反映させる扱いにとどめられ、この方針に沿って医療費適正化計画も組み立てられた。

「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2005」 2005年6月21日

社会保障給付費の伸びについて、特に伸びの著しい医療を念頭に、**医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標を設定し、定期的にその達成状況をあらゆる観点から検証した上で、達成のための必要な措置を講ずる**こととする。上記目標については、国民が受容しうる負担水準、人口高齢化、地域での取組、医療の特性等を踏まえ、具体的な措置の内容とあわせて平成17年中に結論を得る。

医療制度改革について 2005年10月4日 経済財政諮問会議 民間議員提出資料

医療給付費の対GDP比は、現状のまま推移すると、2004年度の5.2%から2025年度には8%台にまで上昇し、国民負担の大幅な増加が予想される。しかし、例えば、「高齢化修正GDP」を適用することで、対GDP比は概ね横ばい（5%台）にとどめることができる。我々は、**この程度の水準に抑えることが望ましい**と考える。

厚生労働大臣におかれては、**医療給付費の伸び率について、マクロ指標による政策目標及びこれに合わせたPDCAサイクル導入**の手順を改革試案に明記し、…提示していただくようお願いしたい。

医療制度構造改革試案 厚生労働省 2005年10月19日

制度の持続可能性を維持するため、経済指標の動向に留意しつつ、**予防を重視し、医療サービスそのものの質の向上と効率化を図る**こと等を基本とし、医療費適正化を実現し、医療費を国民が負担可能な範囲に抑える。

	2015年度	2025年度
中長期的対策	▲2兆円	▲6兆円
生活習慣病対策※	▲0.7兆円	▲2.2兆円
平均在院日数の短縮※	▲1.3兆円	▲3.8兆円
医療給付費対GDP比	6.0%	6.7%

※2005年10月26日「社会保障の在り方に関する懇談会」に示されたデータ

医療制度改革大綱 政府・与党医療改革協議会 2005年12月1日

健康と長寿は国民誰しもの願いであり、今後は、治療重点の医療から、**疾病の予防を重視した保健医療体系へと転換**を図っていく。特に、生活習慣病の予防は、国民の健康の確保の上で重要であるのみならず、治療に要する医療費の減少にも資することとなる。

医療給付費の伸びに関しては、**糖尿病等の患者・予備群の減少、平均在院日数の短縮**などの中長期的医療費適正化対策の効果を基にして、また、公的保険給付の見直し等を積み上げた効果を織り込んだ形で、経済規模と照らし合わせ、国民にとって安心できる医療の確保の観点や、国民負担の観点から評価しつつ、5年程度の**中期を含め、将来の医療給付費の規模の見通し**を示す。そして、これを医療給付費の伸びの実績を検証する際の**目安となる指標**とする。

一定期間後、この目安となる指標と実績と突き合わせることで、医療費適正化方策の効果を検証し、その検証結果を将来に向けた施策の見直しに反映させる。

医療給付費の伸び（これまでの取組）②

- ミクロの施策の柱とされた「生活習慣病対策」について、当時の厚生労働省の試算では、2015年度には0.7兆円、2025年度には2.2兆円の医療費適正化が可能と示されていた。その後、厚生労働省のワーキンググループによるNDB（ナショナル・データベース）の分析の結果判明した1人当たりの影響額を基に社会保障制度改革推進本部（事務局：内閣官房）の専門調査会が、特定健診・保健指導の実施率向上による効果額を医療費ベースで200億円（1人当たり6,000円）と試算し、これが各都道府県の第3期医療費適正化計画に反映されている。

（注）厚生労働省の「特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ」では、NDBから平成20年度から平成25年度の特定健診・保健指導データを用いて364保険者の被保険者19万人程度を対象に分析。

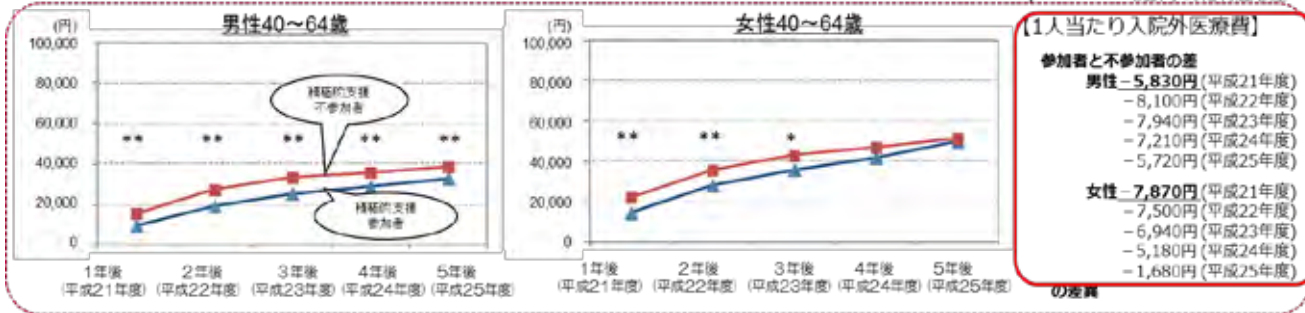
- 他方、特定健診・保健指導については、毎年度多額の予算（令和3年度予算で222億円、地方費も入れた公費ベースでは391億円）が投じられている。日本の健診はOECDでも厳しい指摘を受けているが、特定健診・保健指導については、昨年末の行政改革推進会議でも、改めて事業効果について検証し、あり方を検討することと指摘された。

◆特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ取りまとめ（2016年3月）

特定保健指導（積極的支援）による3疾患関連の1人当たり入院外医療費の推移

*p<0.05 **p<0.01

*, **...統計学的に有意な差



◆医療・介護情報の活用による改革の推進に

関する専門調査会第2次報告（2017年1月）

保健指導終了者の増加見込みの200万人に上記（編注：左記ワーキンググループ取りまとめ）の1人当たり影響額6,000円を乗じて、機械的に試算すると、その効果額は200億円程度と推計される。

◆OECD Reviews of Public Health : Japan（公衆衛生白書：日本 明日のための健康づくり、2019年2月）

- ・（日本における）二次予防戦略は、OECD諸国の中でも独特のもの[unique]であり、多くの国民をカバーする、広範囲の検診や検査は、OECD諸国の医療制度全体を通して、一般的なものとはほど遠い[far from common]
- ・全ての健診が、集団の健康と費用節減の両方の観点から、制度に価値をもたらしているか、明らかでない[not clear that all tests are adding value to the system]
- ・現在の健康診断について経済的な評価を行い、金額に見合う価値のない健康診断をなくすことを注視する。

◆行政改革推進会議による指摘（通告） 2020年12月9日

特定健康診査及び特定保健指導については、その費用対効果についての指摘もあることから、これまでの実施状況を踏まえ、医療費適正化及び健康増進双方の観点から、改めて事業効果について検証した上で、事業効果及び事業目的について明確にすべきである。

また、エビデンスに基づき事業効果を定量的に測定することができるアウトカム指標・アウトプット指標についても検討すべきである。

その上で、次期医療費適正化計画の策定に向け、特定健康診査及び特定保健指導の在り方について検討すべきである。

医療給付費の伸び（これまでの取組）③

- もう1つのミクロの施策の柱である「平均在院日数の短縮」について、当時の厚生労働省の試算では、2015年度には1.3兆円、2025年度には3.8兆円の医療費適正化が可能と示されていた。平均在院日数の減少は見られたものの、なお先進諸国に比して長く、また、相対的に総病床数や病床利用率は減少していないため、医療費適正化効果は限定的と考えられ、実際、入院医療費のGDP比は増嵩している。

（注）先進国では、外来治療が主流の手術（白内障、扁桃摘出術）やがんの化学療法は平均在院日数の計算に含まれない一方、日本では、それらの多くを短期間の入院で実施し平均在院日数の計算に含めているため、平均在院日数が押し下げられていることにも留意する必要。

- 何より、厚生労働省の試算において、2015年度6.0%、2025年度6.7%にとどまると見通されていた医療給付費／GDP比は足元7.25%（2018年度）であり、厚生労働省の2025年度見通しを既に突破している。
- 2005年末以降の医療費適正化の枠組みが、エビデンスに基づかない実効性を欠くものであったことが明らかになっており、15年来の医療費適正化の蹉跌からの立て直しが求められている。

◆厚生労働省試算公表時と現在の医療データ比較

◆外来手術実施比率の国際比較 (%)

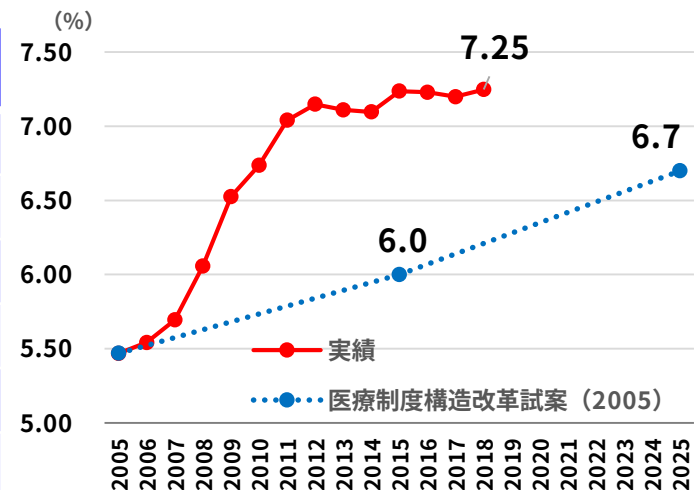
◆医療給付費対GDP比 (%)

	2005年	2019年
平均在院日数	35.7日	27.3日
病床数	179.8万床	162.0万床
病床利用率	84.8%	80.5%
推計1入院当たり医療費	99.3万円 (2006年)	118.6万円
入院医療費/GDP	2.4%	3.2%

（出所）厚生労働省「医療施設調査・病院報告」、厚生労働省「医療費の動向」等

国名	白内障	扁桃摘出術	鼠径ヘルニア術
フランス	92.2	27.6	63.2
ドイツ	82.5	4.0	0.3
イタリア	97.1	28.2	55.5
英国	98.8	55.2	72.7
米国	99.9	95.5	91.9
日本	52.9	0.1	3.8

（備考）日本は2017年度、ヨーロッパ諸国は2016年、米国2014年第4回NDBオープンデータ（日本）
 “Health at a Glance: Europe 2018”（OECD2018）等
 （出所）グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン



（出所）社会保障費用統計 国立社会保障・人口問題研究所

3. 医療

総論

効率的で質の高い医療提供体制の整備

新型コロナウイルス感染症への対応

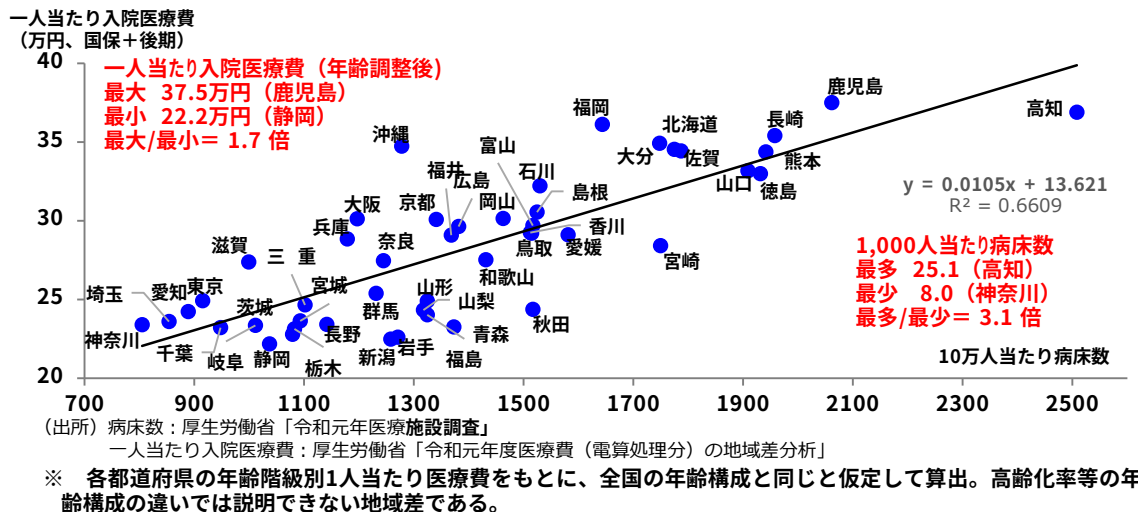
全世代型社会保障改革の残された課題

薬剤費の適正化

効率的で質の高い医療提供体制の整備（これまでの取組）①

- かねて、都道府県別の入院医療費と病床数の強い相関を指摘してきたが、厚生労働省の分析でも、1人当たり医療費の地域差と相関が高いのは、健康・就業といった患者側の需要要因より、**医療提供体制側の供給要因**。医療費は平均在院日数との相関よりも病床数との相関が高く、平均在院日数という一面でなく病床を含めた**医療提供体制そのものを効率化していく視点が不可欠**。
- 人口当たり病床数の多い都道府県ほど平均寿命が長いといった関係は見られず、医療提供体制を効率化することで医療費の地域差を縮小させていくことが、医療の質の低下を意味するものではない。むしろ、今般の新型コロナウイルス感染症（以下「新型コロナ」）の感染拡大のもとで既存の医療提供体制では十分に対応しきれなかったことを踏まえれば、**効率的な医療提供体制への改革を通じて質の改善を図ることができる可能性（別途、後述）**。

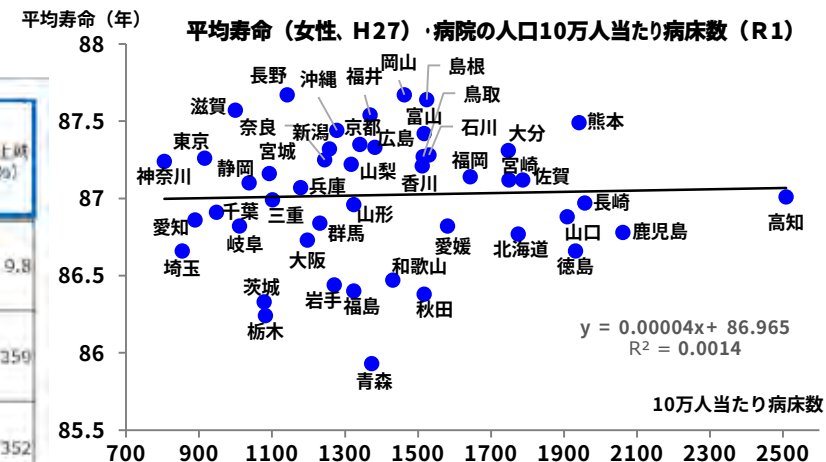
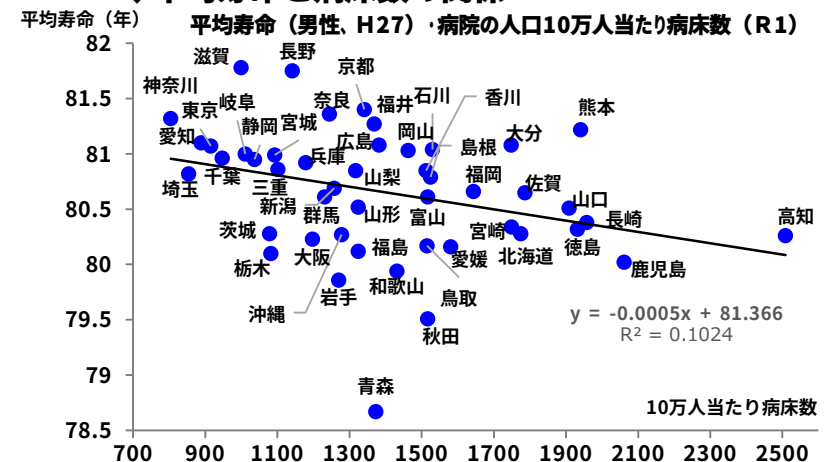
◆入院医療費（年齢調整後※）と病床数の関係



	年齢調整後 1人当たり医療費 (国民医療費ベース)	年齢調整後 1人当たり医療費 (国民医療費ベース)	年齢調整後 1人当たり医療費 (国民医療費ベース)	平均在院日数 (日)	人口10万対 病床数(床) 【介護療養 病床を除く】	人口10万対 病床数(床) 【精神病床】	65歳以上人口 10万対病床数(床) 【介護療養 病床を除く】	人口10万対 医師数(人)	人口10万対 保健師数(人)	75歳以上高齢 率(%)
全国平均	333,320	128,850	182,208	28	1,267	265	797	244.9	38.1	9.8
1人当たり年齢調整後医療費との 相関係数	-	0.915	0.691	0.588	0.707	0.601	0.748	0.714	0.061	-0.359
1人当たり年齢調整後入院医療費との 相関係数	0.915	-	0.344	0.728	0.829	0.754	0.838	0.679	0.304	-0.352

(出所) 経済・財政一体改革推進委員会 評価・分析WG 厚生労働省提出資料（平成29年11月24日）

◆平均寿命と病床数の関係

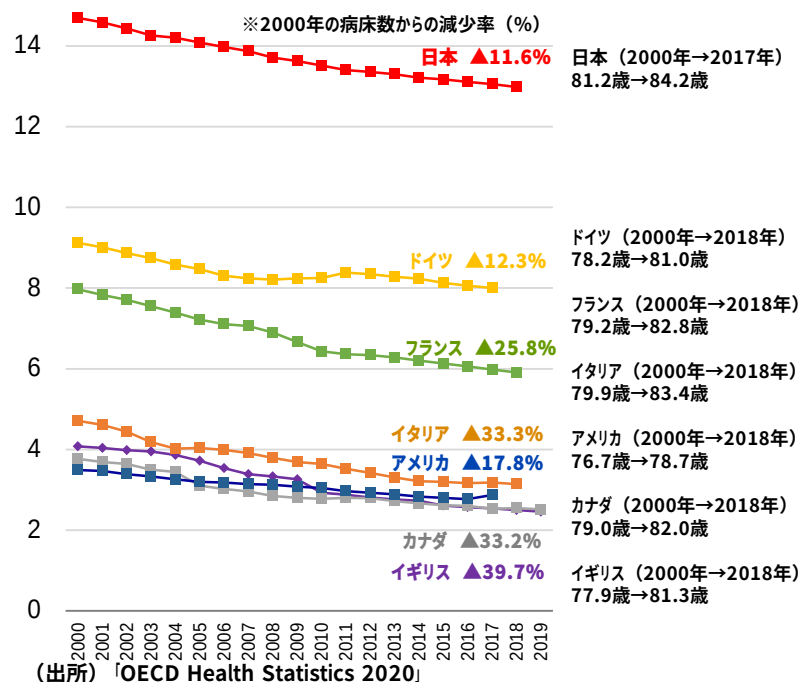


(出所) 厚生労働省「令和元年医療施設調査」、
「平成27年都道府県別生命表の概況」

効率的で質の高い医療提供体制の整備（これまでの取組）②

- 諸外国においても、病床数の減少と平均寿命の延伸を両立してきた。
- 我が国は、人口当たり病院数・病床数が諸外国に比べ多い一方、平均寿命も世界最高水準。しかし、都道府県別で示したとおり因果関係に立つものではなく、むしろ、病院・病床当たりの医療従事者数が手薄となり（医療資源の散在）、病院勤務医・看護師の長時間労働、「低密度医療」を招いてきた可能性がある（単純計算で臨床医は1人で5床（欧米では1～2床）は診なければならない計算になる）。その結果としての入院期間の長期化は患者のQOLを低下させる。
- 特に、精神病床が我が国の病床数を押し上げているが、精神医療について、病床数の多さや平均在院日数の長さが医療の質ひいては患者のQOLに結びついていない可能性があるほか、自殺率の高さなどの課題もある。

◆国別の人口千人あたり病床数推移及び寿命の変化



◆医療提供体制の国別比較

国名	平均在院日数 (急性期)	人口千人あたり 病床数 (人口百万人あたり 病院数)	人口千人あたり 臨床医師数	人口千人あたり 臨床看護職員数	1床あたり 臨床医師数 (1病院あたり 臨床医師数)	1床あたり 臨床看護職員数 (1病院あたり 臨床看護職員数)
日本	27.8 (16.1)	13.0 (66.2)	2.5	11.8	0.2 (37.7)	0.9 (177.7)
カナダ	— (7.5)	2.6 (19.3)	2.7	10.0	1.1 (141.0)	3.9 (515.6)
フランス	8.8 (5.4)	5.9 (45.4)	3.2	10.8	0.5 (69.8)	1.8 (237.5)
ドイツ	8.9 (7.5)	8.0 (37.3)	4.3	13.1	0.5 (113.9)	1.6 (351.8)
イタリア	7.9 (7.0)	3.1 (17.5)	4.0	5.7	1.3 (226.9)	1.8 (327.6)
イギリス	6.8 (5.9)	2.5 (28.7)	2.8	7.8	1.1 (98.8)	3.1 (270.7)
アメリカ	6.1 (5.5)	2.9 (19.1)	2.6	11.8	0.9 (136.7)	4.1 (615.9)

（出所）「OECD Health Statistics 2020」、「OECD.Stat」

※2018年データ（ドイツ、アメリカは2017年データ）

※フランス、アメリカの臨床看護職員数は実際に臨床に当たる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

◆精神病床数及び平均在院日数の国別比較

国名	日本	ドイツ	フランス	カナダ	イギリス	アメリカ	イタリア
人口千人あたり 精神病床数	2.61	1.28	0.83	0.36	0.35	0.25	0.09
平均在院日数	265.8	25.5	23	21.2	35.2	6.4	13.6

（出所）「OECD Health Statistics 2020」、「OECD.Stat」、「令和元年度病院報告」 ※2019年データのほか取得可能な最新年のデータ

（注）「OECD 医療の質レビュー2014」では、「日本における多くの精神科病床は、長期入院慢性患者が利用しており、他のOECD加盟国では精神科病床のカテゴリーで報告されていない可能性がある点に留意が必要」との指摘。

◆OECD医療の質レビュー2014

「日本の自殺率の高さ、精神科病床数の多さ及び精神科施設への平均入院日数の長さから、精神医療の質及びアウトカムに関して、大きな改善の可能性が示唆される。」

効率的で質の高い医療提供体制の整備（これまでの取組）③

- こうした状況のもと、人口減少と高齢化による医療需要の質・量の変化に備え、**効率的で質の高い医療提供体制の整備を構築しておくことは積年の課題であり、レセプトデータ等の医療情報を活用し、医療資源投入量等を基準として、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、地域医療構想が定められた。**
（注）なお、精神病床は、地域医療構想の埒外とされている。
- **地域医療構想と医療機関が自らの医療機能を選択して報告する病床機能報告との差を踏まえ、急性期を選択して報告しながら実際には医療資源投入量が少ない低密度医療しか行わない病床（いわゆる「なんちゃって急性期」の病床）のあり方を見直す必要。**人口減少・高齢化で急性期患者は大きく減少する（2019年度高度急性期・急性期患者用病床71万床→2025年53万床）ことや回復期の必要量が増加する（2019年度回復期病床19万床→2025年38万床）ことから、国民の医療ニーズに沿って病床を機能分化することが求められている。
- 民間医療機関を含めた地域医療構想の推進が求められているところ、厚生労働省は、**一昨年度、公立・公的病院等について診療実績を分析し、地域医療構想の実現に向け、具体的対応方針の再検証が必要な424病院名を公表（暫定版。その後精査により436病院が再検証対象医療機関となった）。**再検証について2019年度中（医療機関の再編統合を伴う場合については遅くとも2020年秋ごろまで）を基本として議論を進めることとされていたところで、今般の新型コロナの感染拡大を迎えた。

社会保障制度改革国民会議報告書（2013年8月6日）

平均寿命が男性でも80歳近くとなり、女性では86歳を超えている社会では、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢期の患者が中心となる。そうした時代の医療は、病気と共存しながらQOL（Quality of Life）の維持・向上を目指す医療となる。すなわち、医療はかつての「病院完結型」から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療、実のところ医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療に変わらざるを得ない。（中略）

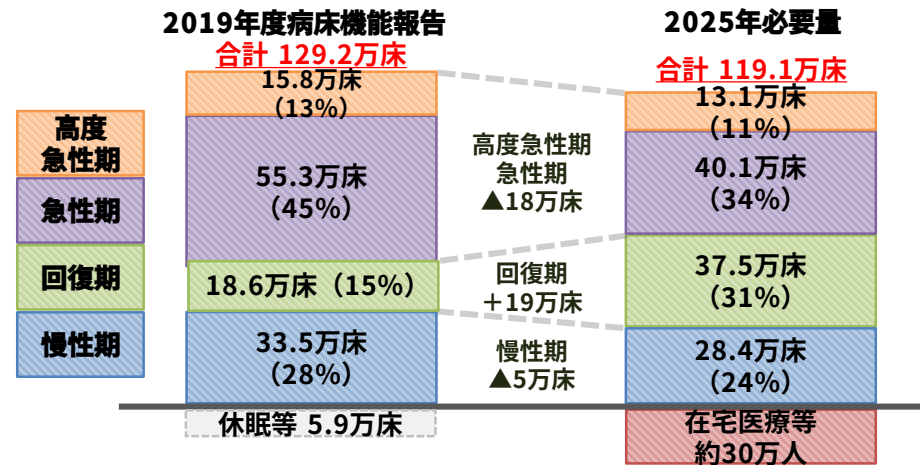
急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。この時、機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。（中略）

まず取り組むべきは、各2次医療圏における将来の性別、年齢階級別の人口構成や有病率等のデータを基に各地域における医療ニーズを予測し、各地域の医療提供体制がそれに合致しているかを検証した上で、地域事情に応じた先行きの医療・介護サービス提供体制のモデル像を描いていくことであり、こうしたデータ解析のために国が率先して官民の人材を結集して、先駆的研究も活用し、都道府県・市町村との知見の共有を図っていくことであろう。

医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第1次報告（2015年6月）

地域医療構想策定ガイドライン（2017年3月）

◆地域医療構想に基づく病床の必要量



（出所）：厚生労働省「2019年度病床機能報告」等

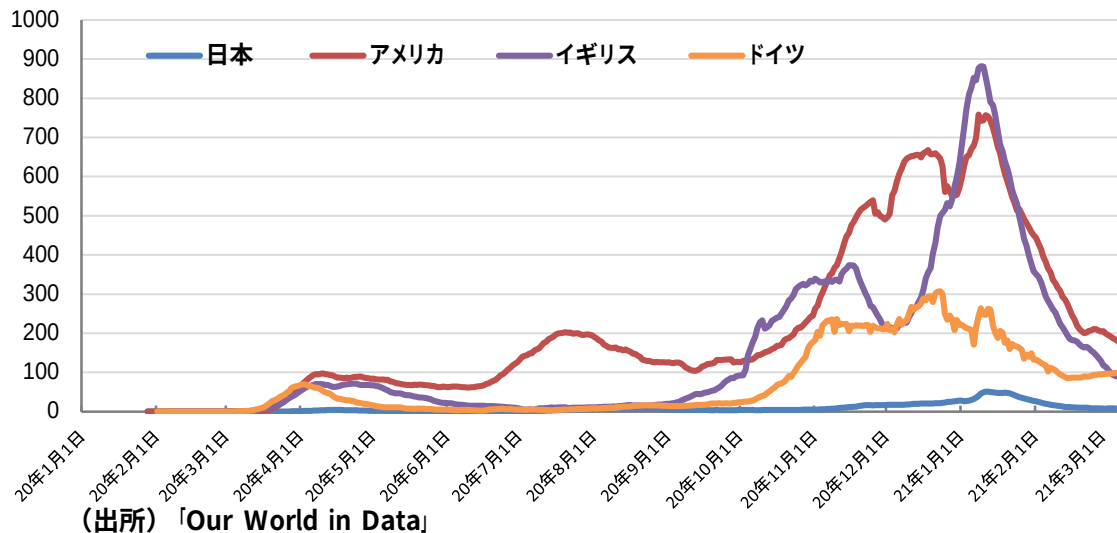
◆具体的対応方針の再検証が求められた医療機関（2019年9月暫定版）

A 診療実績が特に少ない	B 機能が類似し地理的に近接
全国の構想区域を人口規模別のグループに分け、9領域の全てにおいて各グループ内で診療実績が下位33.3%	6領域の全てにおいて、区域内での診療実績が相対的に少なく、自動車20分以内に一定の診療実績を有する病院が存在
277病院	147病院（Aに該当する先を除く）

新型コロナと医療提供体制①

- 我が国は、地域医療構想の進展が捗々しくない段階で、人口当たりの病院数・病床数が多い中、新型コロナの感染拡大を迎え、人口当たりの感染者数は英米の10分の1以下であるにもかかわらず、医療提供体制が逼迫するという問題が生じている。
- 本年1月8日に先んじて今般の緊急事態宣言の対象となった1都3県（以下単に「1都3県」という。）ですら、直前の昨年末時点での療養病床等を除いた一般病床全体の使用率は低下しており、使用されていない病床の割合が増えたにもかかわらず、新型コロナ病床への受入れが十分なものとはならず、療養先を調整している新型コロナ感染者が増加するという状況が生じた（東京都では、1月17日に入院・療養等調整中の患者が最大7,700人を超えた）。

◆各国100万人当たりの平均新規感染者数推移

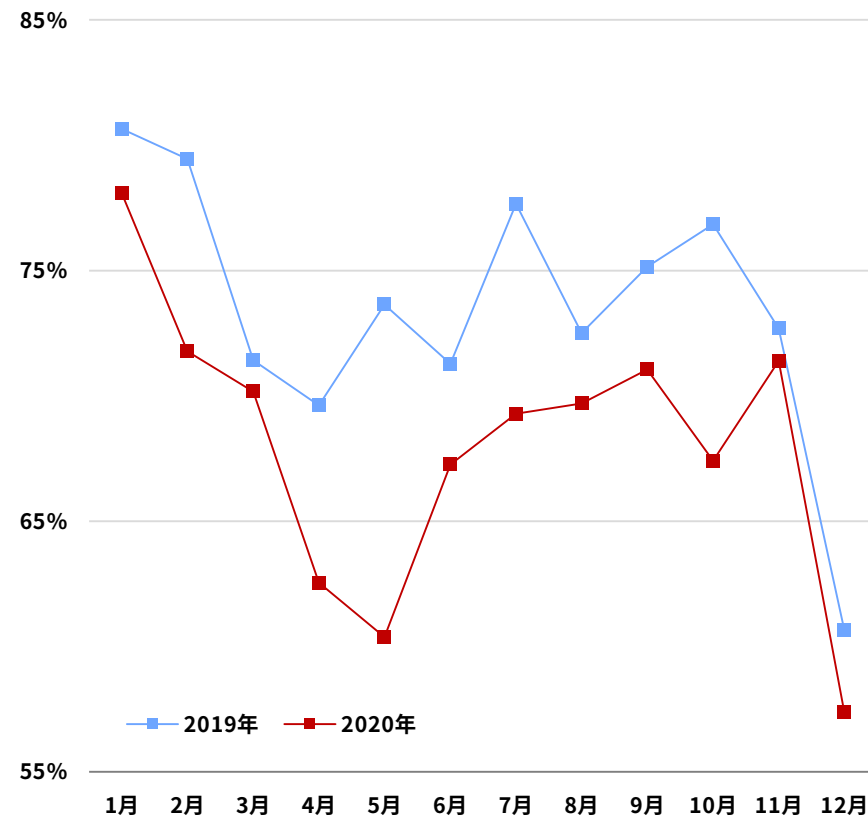


◆緊急事態宣言下での1都3県の新型コロナ病床使用率（入院患者数/確保病床数）（％）

	埼玉	千葉	東京	神奈川
1/7（1都3県宣言）	56.5	49.5	78.9	38.3
1都3県 ピーク時	70 (2/1)	69 (2/8)	85.7 (1/12)	59 (2/1)
2/28（6府県解除）	44	49	34	29
3/7（1都3県宣言延長）	41	46	28	27
3/21（1都3県宣言解除）	37	34	25	24

（出所）内閣官房データ

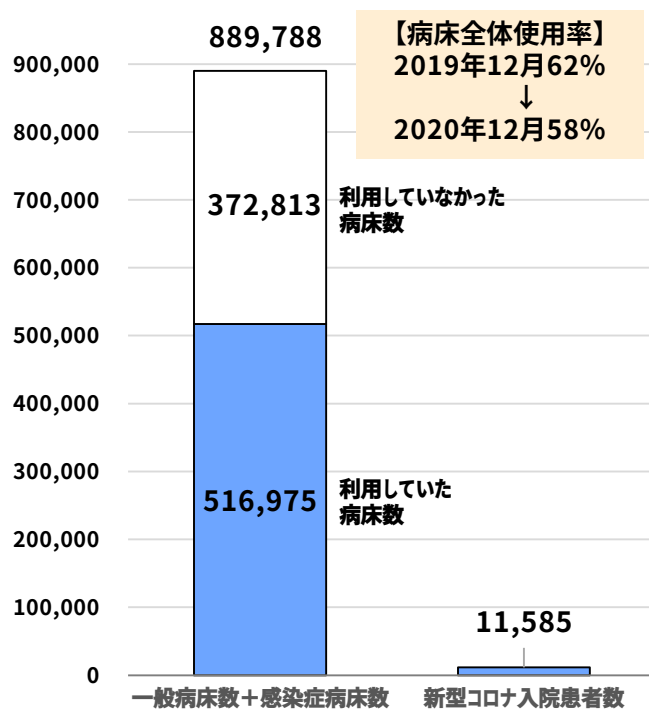
◆1都3県の一般病床等全体の使用率推移



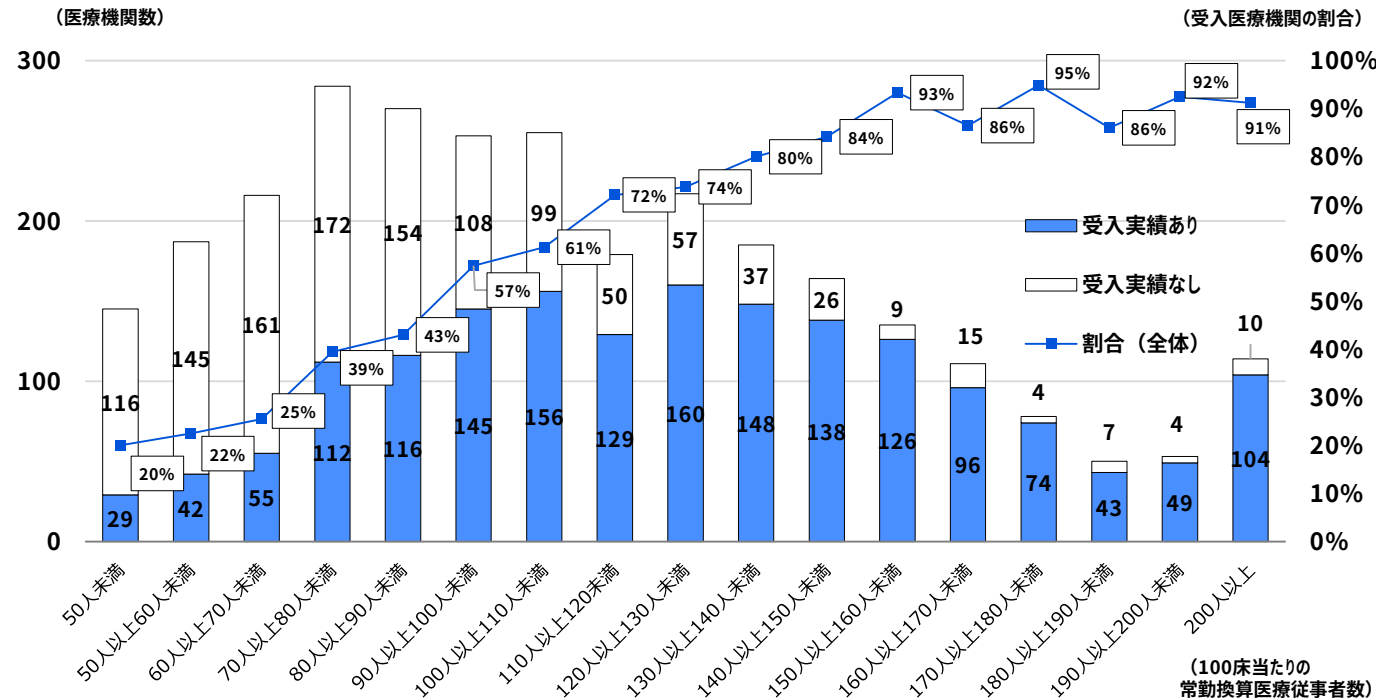
新型コロナと医療提供体制②

- 1都3県のみならず、緊急事態宣言直前の昨年末時点の全国の病床利用率は、医療提供体制の逼迫が指摘されているもとで、前年よりも低下していた状況。使用されていない病床はあっても専門医・看護師など医療従事者などに不足があったため、十分な数の患者を受け入れられなかった可能性。
- 医療機関全体では、病床当たり医療従事者が少ない医療機関ほど受入実績が少ないことが明らかとなっており、人口当たりの病院・病床数が多いために、医療資源が散在し、手薄な人的配置となっている我が国医療提供体制の脆弱さの一端が明らかになっていると考えられるのではないかと。
- 他方で、地域別に検証は必要なものの、相対的に多い病床当たり医療従事者を抱えながら新型コロナ患者を受け入れていない医療機関が存在し、医療従事者の派遣等による人的資源の弾力的な活用が可能であれば、医療機関の患者の受入を増加させる余地があった可能性もあり、医療機関相互の役割分担・連携体制の強化を図ることが必要。

◆一般病床等の使用状況とコロナ患者の受入れ ◆100床当たりの常勤換算医療従事者別の入院患者受け入れ実績のある医療機関 (2020年12月)



(出所) 厚生労働省「病院報告（毎月分概数）」、「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況に関する調査結果」（12月30日時点）



(出所) 厚生労働省資料を基に作成

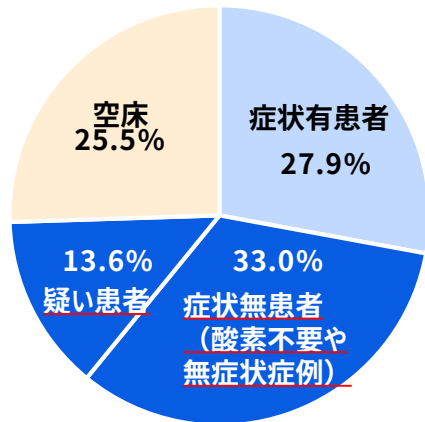
- ※ 受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことのある医療機関
- ※ 対象医療機関：G-MISで報告のあった全医療機関（4,548病院）のうち急性期病棟を有する医療機関から100床未満の医療機関を除外した医療機関（2,896病院）

新型コロナと医療提供体制③

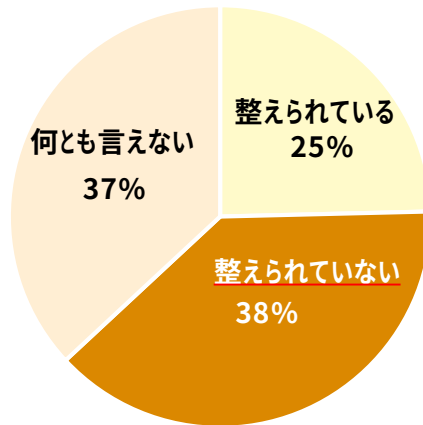
- 厚生労働省は、2月16日に事務連絡を発出し、重症者に対応する高度な医療機関として大学病院を、中等症患者に対応する中核的な医療機関として大都市圏を擁する都道府県等における公立・公的医療機関を例示したが、
 - ・ 1都3県において、大学病院における中等症・軽症病床の病床利用の半数程度が酸素不要患者、無症状症例の患者や疑い患者であったとの調査結果や、
 - ・ 公立病院の新型コロナの入院患者の半数が軽症の患者であったとの調査結果
 があり、これらの軽症・無症状患者を他の病院における療養や宿泊療養や自宅療養とすることで適切に対応することができれば、これらの病院でより多くの新型コロナ重症患者等を受け入れることができた可能性が高い。
- また、これらの調査において後方支援体制が整っていないとの回答も多く、急性期を過ぎて高度な医療機関での治療を要しない患者等の入院期間の長期化を防ぎ、病床の回転率の向上ひいては新型コロナ患者の受入拡大につなげるためには、**回復後の患者等に対応する後方支援医療機関の確保も重要。**
- 世界有数の病院数・病床数が反面で医療資源の散在そして低密度医療という弱点をもたらしている中、平時から平均在院日数の長さ等に関連して指摘されてきたとおり、**医療機関相互の役割分担の徹底や連携体制の構築が不可欠。**

◆全国医学部長病院長会議による調査結果（2021年1月19日）

1月6日時点の緊急事態宣言都県の
医学部病院における
中等症・軽症病床利用状況

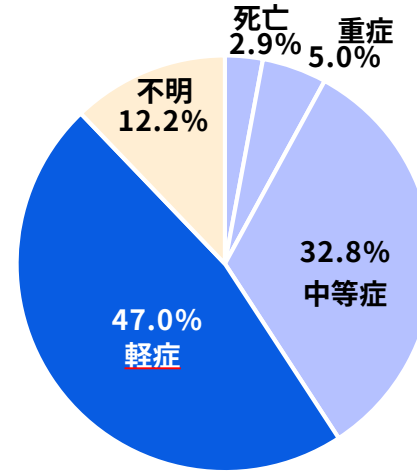


各病院の後方施設の整備状況

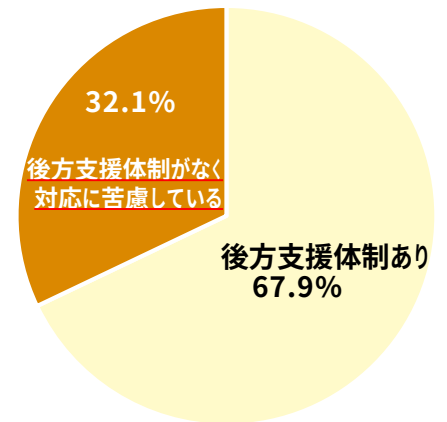


◆全国自治体病院協議会による影響等実態調査（2021年3月25日）

新型コロナウイルス感染症入院患者数



新型コロナ患者受入病院における
後方支援体制の状況



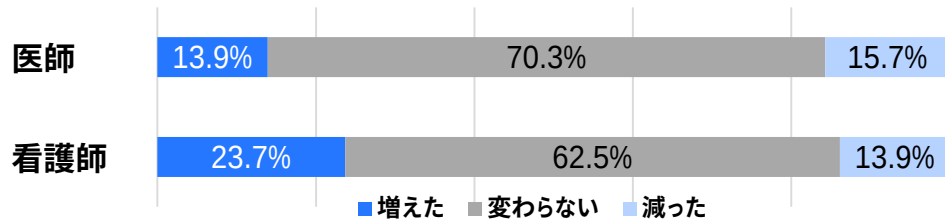
◆大阪府調査 2月5日時点

- 中等症・軽症で入院した患者のおよそ3割が15日以上入院。
- 長期入院患者（20日以上）の6割が、「コロナ感染症の症状以外」の理由により入院を継続している。

新型コロナと医療提供体制④

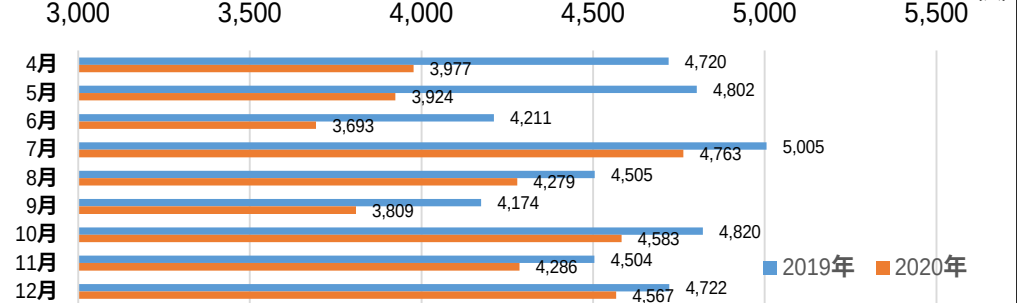
- 医療従事者に着目した場合でも、医療提供体制の逼迫期の医療従事者の繁忙にはばらつきがあり、新型コロナに対応する一部の医療従事者に負担が集中する一方、医療従事者全体としては、（労働時間の減少は働き方改革の観点から歓迎すべきことであるが）必ずしも労働時間が増大していない実情が窺われる。昨年11月25日の財政制度等審議会建議においても記されているとおり、新型コロナの脅威が続いている中、闘いの最前線に立ち続け、献身的な努力を重ねていただいている医療従事者の方々には深い敬意とともに心からの感謝の意を表したい。
- **新型コロナ以外の医療については、全体として見れば、死者数（速報値）が11年ぶりに対前年比減少し、昨年11月までのデータを見る限り超過死亡・過少死亡も欧米とは異なる状況である。**
- これまで新型コロナ対策の一環として講じてきた看護師等の医療従事者派遣のための財政支援策も活用しつつ、**医療機関相互の役割分担の徹底や連携体制の構築などにより、人的資源の効果的な配置・活用を行うことが求められている。**

◆第一次緊急事態宣言時の医師・看護師の労働時間変化



（出所）医師：「コロナ禍の働き方」、医師1000人アンケート m3.com <<http://m3.com>>
 「国内で感染が拡大していた3月下旬以降、5月のゴールデンウィーク頃まで、それ以前と比べて、勤務時間に変化はありましたか。」への回答
 看護師：「看護職員の新型コロナウイルス感染症対応に関する実態調査」日本看護師協会
 「1月頃～緊急事態宣言解除、5月まで」の労働環境の変化、超過勤務時間について、病院看護管理者にアンケート

◆時間外労働月80時間以上の医師の人数



（出所）新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況の調査（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会）

◆我が国におけるすべての死因を含む超過死亡数および過少死亡数

（2020年11月までのデータ分析）

3月5日 国立感染症研究所

2020年11月時点でも日本のすべての死因を含む超過死亡数は、おおむね同時期の米国およびヨーロッパにおけるそれよりも相対的に小さい可能性があります。一方で、同時点の過少死亡数は例年より大きく、新型コロナウイルス対策等で例年以上の感染症対策や健康管理が行われている状況の中、それらの正の影響が考えられます。

◆医療従事者派遣のための支援

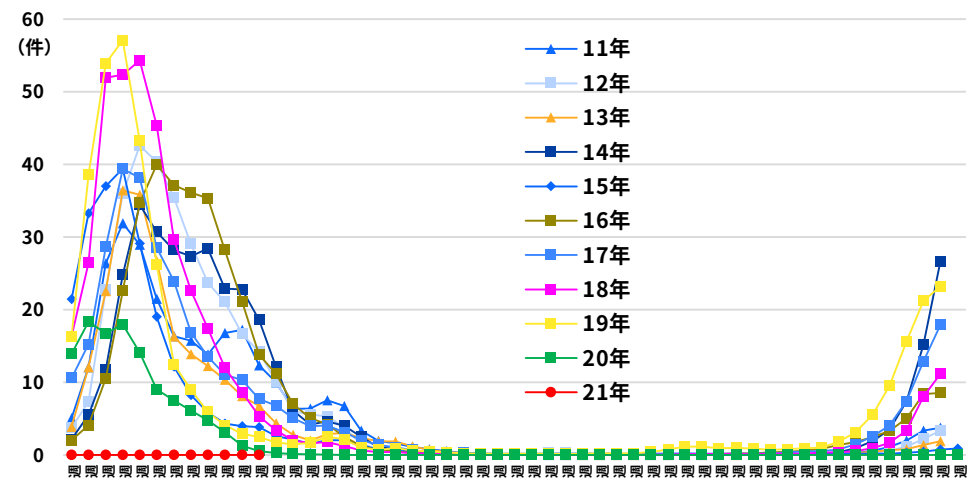
- 新型コロナの影響で人員が必要となる医療機関に対して医師・看護師等を派遣する場合、緊急包括支援交付金により補助。
- 重点医療機関に派遣される場合の補助上限額引き上げ

（2020年12月14日～）

医師：1時間7,550円 → 15,100円

看護師等：1時間2,760円 → 5,520円

◆インフルエンザの定点当たりの感染報告数（過去10年との比較）

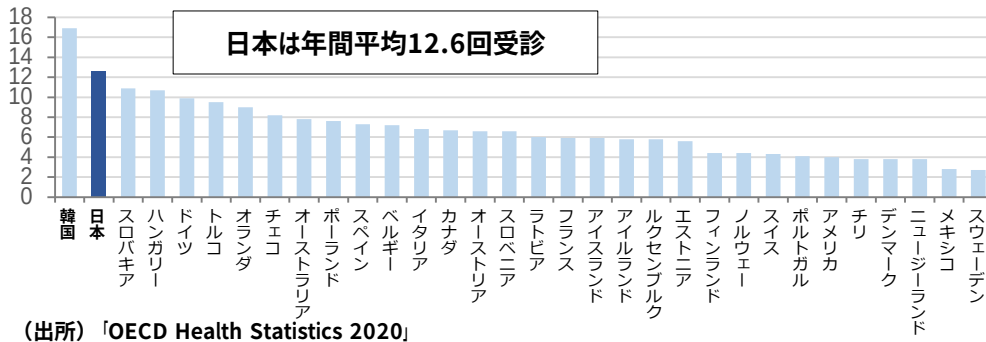


（出所）国立感染症研究所「IDWR速報データ2021年第12週」

新型コロナと医療提供体制⑤

- 世界有数の我が国の外来受診回数の多さは、我が国の医療保険制度の特徴であるフリーアクセスの1つの現れとされてきた。
- 昨秋以降の発熱患者への対応としては、診療報酬等の特例措置を講じつつ「診察・検査医療機関」（いわゆる発熱外来）を地域ごとに指定した上で、発熱等の症状が生じた患者は、まずはかかりつけ医等の地域での身近な医療機関に電話相談し、相談する医療機関に迷う場合には「受診・相談センター」に電話相談して、発熱外来の案内を受けて受診する仕組みとしていた。しかしながら、かかりつけ医等がないこと、「受診・相談センター」に連絡が繋がりにくいこと、こうした状況下で具体的な発熱外来が周知されていないことなど、発熱患者の一次的な外来医療へのアクセスには実際にはハードルが存在している可能性。
- これまで述べた、新型コロナ患者の療養先の調整の発生、重症用病床の重症患者以外による利用さらには発熱外来等へのアクセスの問題などは、**患者がその状態に合った医療を必ずしも受けられていない、あるいは受けられにくい状況が生じたことを意味しており、足元の状況への対応を適切に図る一方で、医療提供体制の改革を通じて質の改善を図り、国民が必要な時に必要な医療にアクセスできる医療提供体制としていく必要。**

◆1人あたり年間外来受診回数（医科）の国際比較

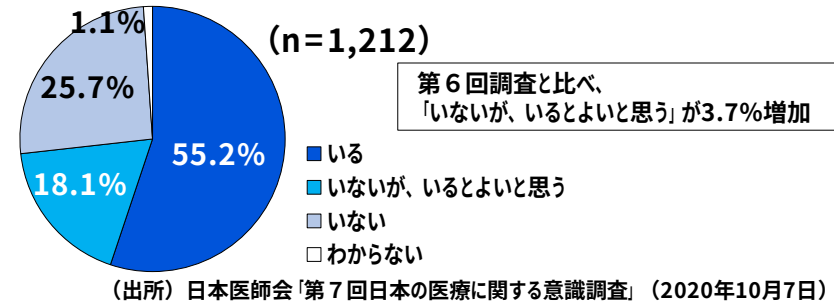


◆受診・相談センターに連絡が取りづらい事例

千葉日報2021年2月11日付掲載（千葉日報社発行）

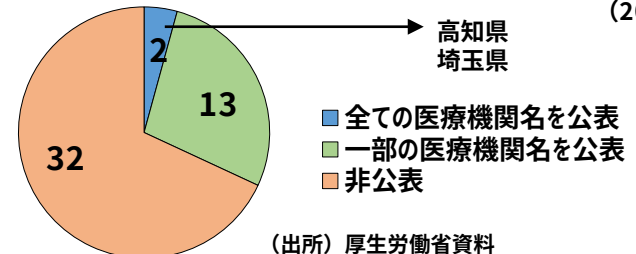
新型コロナウイルスの感染が急増した1月中旬に、千葉県が開設した発熱相談コールセンターの応答率が15%まで低下する日があったことが10日、分かった。10回電話を掛けて1～2回しかつながらない計算で、感染者の急増により相談が集中したのが原因という。県健康福祉政策課は「感染の急拡大に対応しきれなかった」と釈明した。

◆かかりつけ医の有無についてのアンケート



◆各都道府県における「診察・検査医療機関」（いわゆる発熱外来）の周知状況

（2021年2月1日時点）



社会保障制度改革国民会議報告書2013年8月6日

救急医、専門医、かかりつけ医（診療所の医師）等々それぞれの努力にもかかわらず、結果として提供されている医療の総体が不十分・非効率なものになっているという典型的な合成の誤謬ともいえるべき問題が指摘されていたのであり、**問題の根は個々のサービス提供者にあるのではない以上、ミクロの議論を積み上げるのでは対応できず、システムの変革そのもの、具体的には「選択と集中」による提供体制の「構造的な改革」が必要となる。要するに、今のシステムのままで当事者が皆で努力し続けても抱える問題を克服することは難しく、提供体制の構造的な改革を行うことによって初めて、努力しただけ皆が報われ幸福になれるシステムを構築することができるのである。**

効率的で質の高い医療提供体制の整備（今後の課題）①

- 病院数・病床数の多さに比して医療従事者が少ないという状況（医療資源の散在）や病院に勤務する医師・看護師の長時間労働の是正を進める必要。医療機関相互の役割分担の徹底や連携体制の構築が必要である一方、現役世代（担い手）が急減する我が国では、医療従事者の更なる増加という選択肢には限界がある。
- 手薄な人材配置による疲弊から医療現場を守る働き方改革の観点からも、医療機関の再編・統合を含む地域医療構想の実現、医療従事者の働き方改革、医師偏在対策の三位一体での推進が重要であり、時計の針を戻すのではなく、進めることが求められている。
- 病院数の8割・病床数の7割を民間医療機関が占めることからすれば民間医療機関の対応が重要。

◆医師の働き方改革の推進（長時間労働の是正）

【現状】

- ・病院常勤勤務医の約4割が年間960時間超の時間外・休日労働（約1割が1,860時間超）
- ・特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向

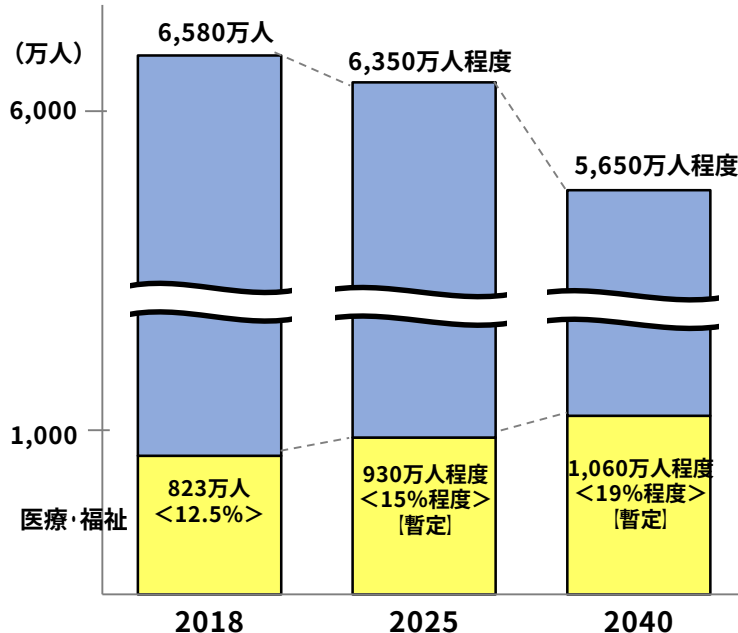


- 長時間労働を生む構造的な問題への取組
 - ・医療施設の最適配置の推進
 - ・地域間・診療科間の医師偏在の是正
 - ・国民の理解と協力に基づく適切な受診の推進

- 医療機関内での医師の働き方改革の推進
 - ・適切な労務管理の推進
 - ・タスクシフト/シェアの推進

- 時間外労働の上限規制の適用（2024.4～）

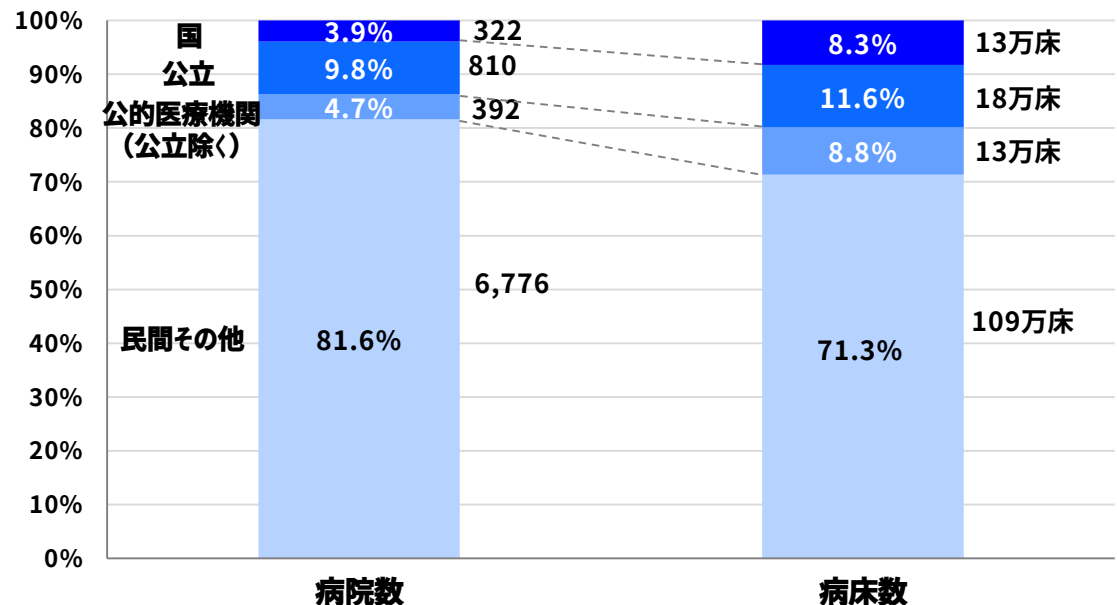
◆就業者数の推移と医療・福祉人材の見込み



就業者数について、2018年は内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」、2025年以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年労働力需給の推計」の性・年齢別の就業率と国立社会保障・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）」を用いて機械的に算出。医療・福祉の就業者数は、医療・介護サービスの年齢別の利用状況（2025年）をもとに、人口構造の変化を加味して求めた将来の医療・介護サービスの需要から厚生労働省において推計（暫定値）。

（出所）平成30年4月12日 経済財政諮問会議 厚生労働大臣提出資料

◆開設者別の病院数及び病床数の割合



※国は、独立行政法人国立病院機構や国立大学法人等。公立は、都道府県及び市町村。公的医療機関（公立除く）は、地方独立行政法人や日赤等。民間その他は、医療法人や公益法人等。

（出所）厚生労働省「令和元年 医療施設調査」

効率的で質の高い医療提供体制の整備（今後の課題）②

- 地域医療構想の推進については、新型コロナの感染拡大のもと、公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証の期限について、厚生労働省において改めて整理することとされている。
- しかし、人口減少や高齢化という構造的課題は待ってはくれず、医療需要の質・量の変化とサービス提供人口の減少も不可避である。
- 国が技術的・財政的支援を集中的に行う重点支援区域の指定も進められており、新興感染症等の感染拡大時に必要な対策がより機動的に講じられるよう、医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加するなど必要な対応を講じつつ、**地域医療構想の取組は遅滞なく進める必要**。
- 医療の質の確保と効率性の両立を確保する観点から①**医療費適正化計画**上も**必須事項として位置付けることを含め、地域医療構想の法制上の位置づけを強化すること**、②**地域医療構想調整会議の実効性を高めるための環境整備を行い、地域医療構想のPDCAサイクルを強化すること**、③**改正感染症法等を参考に平時における医療法の都道府県の責務・都道府県知事の権限の強化を検討すること**、④**精神病床について、1年以上の入院患者数等の目標を定める障害福祉計画に沿った取組に加え、効率的で質の高い医療提供体制への改革の一環として、地域医療構想と一層連携して改革を推進することが必要**。

◆感染症の医療計画への位置づけ（2020年12月15日 医療計画の見直し等に関する検討会）

医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加（いわゆる「5事業」に追加して「6事業」に）

○具体的な記載項目（イメージ）

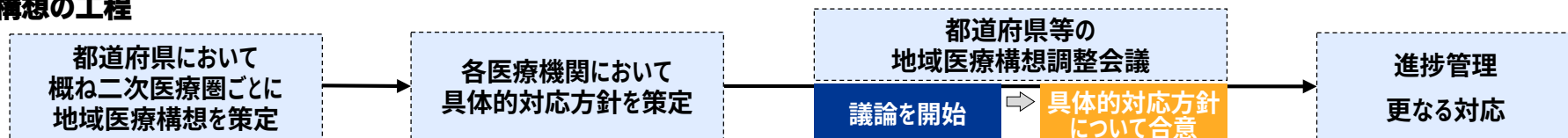
〔平時からの取り組み〕

- ・感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保
- ・感染拡大時を想定した専門人材の確保等
- ・医療機関における感染防護具等の備蓄
- ・院内感染対策の徹底、クラスター発生時の対応方針の共有 等

〔感染拡大時の取組〕

- ・受入候補医療機関
- ・場所・人材等の確保に向けた考え方
- ・医療機関の間での連携・役割分担（感染症対応と一般対応の役割分担、医療機関間での応援職員派遣等） 等

◆地域医療構想の工程



◆今後の医療提供体制整備のスケジュール

～2022年度	2023年度	2024年度
※地域医療構想の実現に向けた地域の議論が進められていることが重要	各都道府県において第8次医療計画策定作業	第8次医療計画開始

◆感染症法等による都道府県の権限

感染症法22条の3（改正法による新設）

都道府県知事が、感染症指定医療機関が不足する恐れがある場合等に、保健所設置市・特別区長、医療機関その他の関係者に対し、入院等の総合調整を行うものとされ、都道府県知事の権限が明確化

感染症法16条の2（改正法による改正）

厚生労働省及び都道府県知事が、緊急時に協力を求めることができる対象が、改正前の医療関係者（医療機関を含む）に加え、検査機関が規定された。また、協力の求めを受けた者が正当な理由なく応じなかったときは勧告、公表できるとされた。

医療法7条の2

都道府県知事は、公的医療機関等が病院又は診療所を開設又は増床等を行う場所が病床過剰地域である場合には許可しないことができる。

医療法30条の11

都道府県知事は医療計画の達成の推進のために特に必要がある場合には、開設又は増床等について勧告を行うことができる。

※勧告を受けている場合等に該当する時は、厚生労働大臣が保険医療機関として指定する際、病床の全部又は一部を除くことができる（健康保険法65条第4項）

「新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方（令和2年12月15日医療計画の見直し等に関する検討会）」の記載を踏まえ作成

効率的で質の高い医療提供体制の整備（今後の課題）③

- 今般、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の嚆矢となる取組として、**大病院と中小病院等の外来における機能を明確化し、機能分化を進めるための定額負担を拡大**することとされたが、**更に取組を進めるべき。**
- 具体的には、複数の慢性疾患を抱える患者が増加する超高齢化社会において、患者がその状態に合った医療を受けるためにも、有事を含め国民が必要な時に必要な医療にアクセスできるようにするためにも、**緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の推進は不可欠である。**
- このため、既に日本医師会等において「かかりつけ医」の定義が明らかにされていること、薬剤師・薬局については、かかりつけ薬剤師・薬局の推進に向けて、法制上の対応が進んでいることを踏まえ、**診療所における「かかりつけ医」機能を法制上明確化（制度化）するとともに、機能分化を進めるためのメリハリをつけた方策を推進すべきである。**

◆大病院における紹介状なしの患者の定額負担の拡大

【全世代型社会保障改革の方針(2020年12月15日閣議決定)】

- 一般病床200床以上の病院にも対象範囲を拡大する
- 保険給付の範囲から一定額（例：初診の場合、2,000円程度）を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求めるよう仕組みを拡充する



社会保障制度改革国民会議報告書 2013年8月6日

患者のニーズに見合った医療を提供するためには、医療機関に対する資源配分に濃淡をつけざるを得ず、しかし、そこで構築される新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない。さらにこれまで、ともすれば「いつでも、好きなところで」と極めて広く解釈されることもあったフリーアクセスを、今や疲弊おびただしい医療現場を守るためにも「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という意味に理解していく必要がある。そして、この意味でのフリーアクセスを守るためには、**緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及は必須であり、そのためには、まず医療を利用するすべての国民の協力と「望ましい医療」に対する国民の意識の変化が必要となる。**

◆かかりつけ医機能（日本医師会・四病院団体協議会 合同提言 2013年8月8日）

- ・かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、**地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。**
- ・かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- ・かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように**在宅医療を推進**する。
- ・患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

◆地域連携薬局

入退院時の医療機関等との情報連携や、在宅医療等に地域の薬局と連携しながら一元的・継続的に対応できる薬局

※改正薬機法6条の2に基づき2021年8月施行

【主要要件】

- ・関係機関との情報共有（入院時の持参薬情報の医療機関への提供、退院時カンファレンスへの参加等）
- ・夜間・休日の対応を含めた地域の調剤応需体制の構築・参画
- ・地域包括ケアに関する研修を受けた薬剤師の配置
- ・在宅医療への対応（麻薬調剤の対応等）

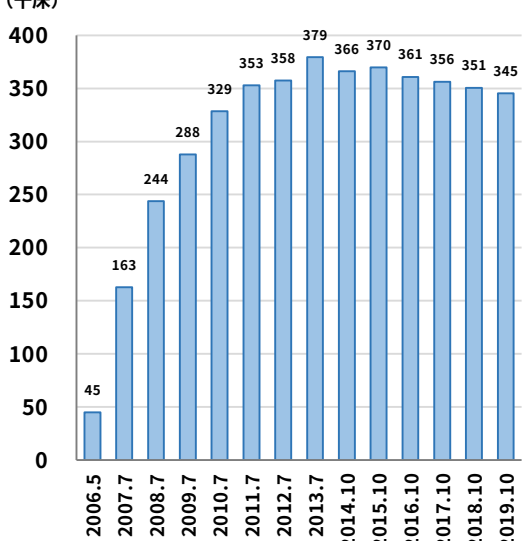
効率的で質の高い医療提供体制の整備（今後の課題）④

- 民間医療機関の対応が鍵を握るからこそ、民間の経営原理に働かけることができる診療報酬の役割が舵取り役として極めて重要。
- しかし、これまで診療報酬改定により旧7対1入院基本料の算定病床の急増が生じ、その後これに相当する「急性期一般入院料1」の算定病床の適正化も進んでいないなど、診療報酬改定の医療提供体制改革への寄与は十分なものとはいえない。医療資源が散在する「低密度医療」の現状の改革につながらなければ、財政資源としても散財となりかねないことから、あり方の真摯な見直しが必要。
- とりわけ消費税増収分を活用して診療報酬に充てる場合には、診療報酬増が保険料負担・患者負担の増加をもたらすことを踏まえれば、改革を通じてその効果が国民に還元されるものでなければならない。新型コロナの感染拡大により医療提供体制の課題が浮き彫りとなって迎える令和4年度診療報酬改定においては、「医療提供体制の改革なくして診療報酬改定なし」と考えるべき。

（注）令和3年度予算では、消費税増収分が小児の外来診療等に係る診療報酬上の特例措置に充てられているが、あくまでも時限的なもの。

◆平成18年度改定の影響（7対1病床の推移）

⇒平成18年度診療報酬改定で急性期を念頭に高い報酬設定を行った「7対1入院基本料」を算定する病床が、導入以降急増



※2018年度以前は7対1入院基本料、以降は急性期一般入院料1の届出病床数

（出所）令和元年11月15日 中央社会保険医療協議会

◆「かかりつけ医機能」に着目した診療報酬の例

地域包括診療加算（18～25点）平成26年度改定で創設

かかりつけ機能を評価するため、24時間の往診等の体制を確保した在宅医療を実施するなど、一定の施設基準を満たし、脂質異常症、高血圧症、糖尿病または認知症のうち、2以上の疾病を有する患者に同意を得て診療を行った場合に、1回ごとに再診料に加算するもの。（平成28、30、令和2年度改定で要件緩和）

※令和2年度改定では時間外対応の要件について複数医療機関による連携による対応も可能とした

【課題】

- ・再診に占める同加算の割合が伸び悩む
1.4%（平成26年度）⇒1.5%（令和元年度）

機能強化加算（80点）平成30年度改定で創設

左記の地域包括診療加算等の届出を行っている医療機関について、地域におけるかかりつけ医機能として健康管理に係る相談や夜間・休日の問い合わせへの対応等を行っていることを掲示しているなど、一定の施設基準を満たす場合に、初診を評価するもの。（令和2年度改定で院内掲示事項を追加）

【課題】健康保険組合連合会「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究Ⅳ」2019年8月

- ・同加算届出の医療機関を複数受診した患者のうち約6割は重複して加算を算定
- ・同加算の算定患者の6割は受診回数が1回（分析期間6カ月の間）
- ・受診回数1回の患者の傷病名トップは「急性気管支炎」
- ・地域包括診療加算に比べて、若年層に対する加算が多い。

◆社会保障国民会議第二分科会（サービス保障（医療・介護・福祉））中間とりまとめ（2008年6月19日）

サービス提供体制の「構造改革」「人的・物的資源の整備」を進めていくためには、安定的な財源確保、継続的な資金投入が必要であるが、同時に、医療制度・介護制度内部での財源配分・資金配分のあり方、具体的には診療報酬体系・介護報酬体系のあり方についても見直しを行う必要がある。

なぜならば、こうした見直しが行われなければ、仮に安定的な財源が確保され、必要な資金が医療・介護分野に投入されたとしても、その財源が国民の享受するサービスの向上につながるのか、効果的・効率的なサービス提供体制の実現のために使われるのかは定かではないからである。

例えば、地域において医療機関相互のネットワークを構築し、面的に地域の医療需要に応じていく、という課題の実現を考えても、現在のように、医療機関単位・医療行為単位で評価する診療報酬体系のままでは、地域完結型の「一体となった医療機関群」が行う医療に対して、その実態にふさわしい報酬を設定することは困難であると考えられる。

◆これまで消費税増収分を診療報酬に充てた例

平成26年度改定	医療機関の機能分化・連携、在宅医療の推進等に取り組む中で、急性期病床から急性期後の受け皿病床への移行が円滑に進むよう充当。 ⇒上記の地域包括診療加算を創設
令和2年度改定	救急病院における勤務医の働き方改革の推進のため、特に過酷な勤務環境となっている救急医療の実績が一定水準以上の医療機関について、地域医療の確保を図る観点から評価。 ⇒地域医療体制確保加算として、入院初日に520点を加算

3. 医療

総論

効率的で質の高い医療提供体制の整備

新型コロナウイルス感染症への対応

全世代型社会保障改革の残された課題

薬剤費の適正化

新型コロナと医療機関の支援①

- 新型コロナについて、これまで医療提供体制等の強化のために主なもので8兆円弱の国費による支援が行われてきた。
- うち医療機関及び医療従事者への支援は、交付金・補助金等によるもので約4.6兆円。なお、交付金・補助金については、今後ワクチン接種の進捗により、約0.4兆円の接種費用分も行きわたる予定。

緊急包括支援交付金等 4.6兆円

- 一次・二次補正:1.8兆円（病床確保支援、医療従事者への慰労金支給、医療機関等の感染拡大防止等支援 等）
- 予備費 [9月] : 1.2兆円（病床確保支援拡充、インフルエンザ流行期に向けた発熱外来体制の構築 等）
- 予備費[12月] : 0.3兆円（病床確保のための緊急支援（医療従事者の処遇改善と人員確保等））
- 三次補正 : 1.4兆円（病床確保支援、医療機関等の感染拡大防止等支援 等）

診療報酬による対応 0.1兆円（医療費ベース 0.2兆円）

- 予備費[4、5、9月] : 400億円（新型コロナウイルス感染症の入院患者の特例的評価 等）
- 三次補正 : 100億円（小児外来診療・転院患者診療の特例的評価）

福祉医療機構等を通じた資金繰り支援 0.1兆円（貸付枠1.9兆円）

- 補正（一次～三次） : 0.1兆円（福祉医療機構への出資金 等） 累計の貸付枠1.9兆円（財政融資を活用）
 - ・ 累次の制度拡充を実施（貸付限度額拡充、無利子枠・無担保枠の設定・拡充、償還期間の延長 等）

ワクチン確保等 1.7兆円

- 二次補正 : 0.1兆円（ワクチン生産体制等整備基金、接種体制確保 等）
- 予備費[9月] : 0.8兆円（ワクチンの確保、接種体制整備、国際的共同購入枠組みへの参加 等）
- 三次補正 : 0.7兆円（ワクチン接種の実施、国内企業のワクチン実用化への支援 等）
- 治療薬の確保等 : 400億円（アビガン、レムデシビル購入費 等）

PCR検査体制の拡充、検疫体制の強化等 0.3兆円

- PCR検査等 : 0.2兆円（PCR等の行政検査、一定の高齢者・妊産婦等への検査、検査試薬等の確保 等）
- 検疫体制強化 : 0.1兆円

新型コロナウイルス感染症対策に係る研究開発等 0.2兆円

- 補正（一次～三次）、予備費 : 0.2兆円（ワクチン開発の支援、国際機関への拠出 等）

医療用物資の確保 その他システム整備等 0.8兆円

- 補正（一次～三次）、予備費 : 0.8兆円（医療用マスク・人工呼吸器の購入、生産設備整備、システム整備 等）

※令和2年度3次補正までの補正予算・予備費を一定の考え方のもと整理したものであり、今後変更がありうる（12月25日時点）。

新型コロナと医療機関の支援②

- **新型コロナ入院患者を受け入れる役割の医療機関については、収入面への対応として、**
 ・新型コロナ患者の受入れ病床に加え、体制確保のために休止にした病床についても、**病床確保料**を支払うこととしている（緊急包括支援交付金）うえ、
 ・昨年末より1床当たり最大1,950万円の支援を実施している（緊急支援事業補助金）。**両者合計の措置額は約1.6兆円（※）。**
 ※緊急包括支援交付金の病床確保料についての、国から都道府県への交付額及び緊急支援事業の予備費決定額の合計
- これは新型コロナに対応しない医療機関、病床を持たない医療機関、歯科・調剤までを含めた**医療機関全体の令和2年度の減収見込み推計額約1.7兆円に匹敵する規模であり、このうち病院分は0.9兆円程度**にとどまり、**新型コロナ患者を受け入れる役割の病院の割合は4分の1弱**であることを踏まえれば、相対的に規模が大きい病院ほど新型コロナ患者を受け入れていることを加味するとしても、マクロとしては、**新型コロナ患者に対応する医療機関の減収を補い得る額が措置されている。**
- より具体的に**病院団体の調査**を見ても、**支援金が申請に沿って入金されれば医業利益の前年からのマイナスを補うことができると見込まれる。**

◆緊急包括支援交付金等（4.6兆円）のうち、新型コロナ入院患者を受け入れる役割の医療機関への収入面に対応する直接的な支援

◆医療機関の減収額の推計

※ レセプト点数の前年同月比から試算

補助の概要	措置額	執行額
病床確保料（緊急包括支援交付金） 新型コロナ患者や疑い患者の受入病床を確保した医療機関に対して、休止病床を含め、病床確保料を補助 1床1日あたり 重点医療機関 7.1～43.6万円 協力医療機関 5.2～30.1万円 その他の医療機関 1.6～9.7万円	1兆 2,953億円 ※国から都道府県への交付額	6,847億円 (2月末時点)
更なる病床確保のための緊急支援 受入病床を割り当てられた医療機関に対して、新型コロナ対応を行う医療従事者を支援して受入体制を強化するための補助 重症者病床数 × 1,500万円 その他病床数 × 450万円 疑い患者病床数 × 450万円 + 緊急事態宣言が発令された都道府県において、新たに割り当てられた確保病床数 × 450万円 ※緊急事態宣言が発令されていない都道府県では300万円	2,693億円 ※予備費決定額	1,588億円 ※3/21時点申請額
合計	1兆5,646億円	8,434億円

	4月～1月までの減収額※	12カ月分に換算
医科	1.2兆円	1.5兆円
病院	0.75兆円	0.9兆円
診療所	0.45兆円	0.5兆円
歯科	0.04兆円	0.1兆円
調剤	0.2兆円	0.2兆円
合計	1.4兆円	1.7兆円

約8,200の病院のうち、新型コロナ入院患者を受け入れる役割の病院は約2,000

◆新型コロナ入院患者を受け入れた病院経営状況の調査〔4月～12月〕（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会）

2019年医業利益	2020年医業利益	医業利益前年差	支援金 入金額 ※慰労金を除く	支援金入金額 / 申請額
▲1.1億円	▲5.2億円	▲4.1億円	3.3億円	59.7%

→年度ベースとする場合には、1～3月期の減収と、病床確保のための緊急支援（最大1950万円/床）を含めた支援策を加味する必要がある。

※数値は新型コロナ入院患者を受け入れた病院（498）の平均値

新型コロナと医療機関の支援③

- とはいえ、新型コロナ患者を受け入れる医療機関を個別に見た場合にこのような手厚い対応であっても減収することがあり得るのであれば、**財政面で受入れを躊躇することがないよう、より簡便かつ効果的な支援のあり方を検討することが、今後に備えるためにも、必要。**
 - そもそも、新型コロナ患者の診療については、累次の診療報酬上の特例的な対応が講じられており、減収が生ずるとすれば、医療機関が支払いを受ける診療報酬が新型コロナ前の水準と比較してなお不足することによって生ずる。
診療報酬の不足は診療報酬で補うことが自然であり、診療報酬上の対応の方が、執行の迅速性や措置の安定性・予見可能性も確保でき、日常から習熟している業務処理となるため医療機関の事務負担も少ないと考えられる。また、**国による支援の成果やコストが医療（給付）費として「見える化」されるというメリットもある。**
 - このため、新型コロナウイルス感染症の流行の収束までの臨時的措置として、今後、現在の新型コロナ患者受け入れ病院に対する収入面への対応として、緊急包括支援交付金等に代えて、**前年同月ないし新型コロナ感染拡大前の前々年同月水準の診療報酬を支払う簡便な手法を検討すべき。**
 - 具体的には、新型コロナの感染拡大の状況や病床使用率など医療提供体制の逼迫の状況に照らして対応が必要となる都道府県において、都道府県知事の同意を得て、
①一定程度新型コロナの入院患者を受け入れること、②当該医療機関において医療従事者の処遇を維持・改善することを条件として、前年同月ないし前々年同月水準のいずれか多い方の診療報酬総額を基準として同水準が維持されるよう診療報酬を支払うこととしてはどうか。
- (注) 前年同月ないし前々年同月水準からの減収相当額の支払い部分について実際に行われた診療行為への対価性を欠く点については、例えば対前年同月ないし対前々年同月比で保険点数が2割減り、8/10となった場合に、1点単価を12.5円に補正することとすれば、診療行為への対価性を保持したまま、前年同月ないし前々年同月水準の診療報酬を支払うことは可能。
- 他方、**新型コロナに対応しない医療機関にも講じてきた多額の支援については、新型コロナへの対応に限られた財政資源を集中的に投入するという観点からも、これまでの支援についてその目的及び効果に遡った見直しが必要。**

◆東日本大震災等災害時における診療報酬の概算払い

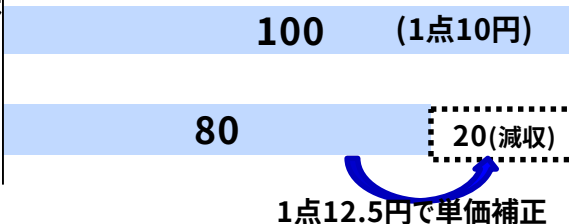
診療録の滅失等の場合や被災後に診療を行った場合において、以下の算出方法で概算請求を行うことを認めた。

「直近3カ月の1日当たり診療報酬支払額」×「診療した実日数」

◆診療報酬による特例措置のイメージ

前年同月 又は
前々年同月の
診療報酬

当月
診療報酬



(参考) 介護報酬における特例措置
(2021年介護報酬改定)

通所介護等の報酬について、感染症等の影響により、延べ利用数の減が生じた月の実績が前年度の平均延べ利用者数から5%以上減少している場合、3カ月間基本報酬の3%の加算を行う。

日本医師会要望書「医療機関等への更なる支援について」 (抄)

(令和2年6月9日)

新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた医療機関では重症・中等症の診療報酬が3倍に引き上げられるなどの対応がなされましたが、今もなお、経営が悪化し、苦しい状況に置かれています。(中略) つきましては、さらなる対応として、**概算払い**や診療報酬の上乗せ措置等を実施していただきますよう、お願い申し上げます。

奈良県 厚生労働大臣への意見書(令和2年8月28日)(抄)

「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金」の拡充・追加といった逐次投入策では、当面厳しい経営状況が継続すると見込まれる医療機関にとって、当座はともかくその先の経営が見通せず、医療経営者のみならず、医療従事者や医療機関の安定した存続を願う患者にとっても安心できない状況が続くこととなると思われる。

以上より、一定程度の継続性が見通せる制度的対応こそが必要であり、奈良県として、診療報酬引上げによる対応を求めたい。具体的には、(中略)診療報酬の1点単価の引上げを奈良県の意見として申し入れる。(中略) 他の支援措置のようなじみじみの薄い事務負担を医療機関に生じさせるよりも、県内医療機関に適用される診療報酬1点単価の引上げにより、その収益力改善を図ることが適当と考える。

(注) 日本医師会の要望書及び奈良県の意見書については、新型コロナ患者を受け入れていない医療機関も含めた要望となっている。

(参考)新型コロナ感染症への診療報酬上の対応について

[新型コロナ患者の診療に対する診療報酬上の対応]

(一次補正以降) (4/18～)	(二次補正以降) (5/26～)	(9月15日予備費以降)
重症患者 特定集中治療室管理料等を 2倍 例)・特定集中治療室管理料3 (19,394点) ・ハイケアユニット入院医療管理料1 (13,710点)	重症患者 (専用病床の確保) 特定集中治療室管理料等を 3倍 例)・特定集中治療室管理料3 (29,091点) ・ハイケアユニット入院医療管理料1 (20,565点)	重症患者 (同左)
中等症患者 救急医療管理加算を 2倍 (1,900点)	中等症患者 (専用病床の確保) 救急医療管理加算を 3倍 (2,850点)	中等症患者 中等症II以上 の患者は救急医療管理加算を 5倍 (4,750点)

[新型コロナに係るその他の診療報酬上の対応]

(令和2年4月8日～)

- 新型コロナウイルスへの感染を疑う患者に、必要な感染予防策を講じた上で実施される外来診療を評価し、院内トリアージ実施料 (300点/回) を算定できることとした。
- 入院を要する新型コロナウイルス感染症患者に、必要な感染予防策を講じた上で実施される診療を評価し、救急医療管理加算 (950点/日、特例的に、14日間まで算定可能)、及び二類感染症入院診療加算 (250点/日) を算定できることとした。

(令和2年4月18日～)

- 医療従事者の感染リスクを伴う診療を評価し、人員配置に応じ、二類感染症患者入院診療加算に相当する加算を2～4倍算定できることとした。

(令和2年5月26日～)

- 診療報酬上の重症・中等症の新型コロナ患者の対象範囲に、医学的な見地から引き続きICU等における管理が必要な者を追加した。
- 新型コロナ感染症の疑似症として入院措置がされている期間は、感染症患者に対する特例的な取扱いの対象となることを明確化した。

(令和2年12月15日～)

- 6歳未満の乳幼児に対し、小児特有の感染予防策を講じた上で外来診療等を実施した場合、初再診に関わらず患者毎に、医科において100点、歯科においては55点、調剤において12点に相当する点数を、特例的に算定できることとした。(令和3年9月末まで、10月以降は規模を縮小)
- 新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関において、必要な感染予防策を講じた上で入院診療を行った場合の評価を3倍に引き上げた。

※これまでの臨時特例二類感染症患者入院診療加算 (1倍) 250点→今回の見直し (3倍) 750点

(令和3年1月22日～)

- 新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関において、救急医療管理加算 (950点) を最大90日間算定できることとした。

(令和3年4月1日～)

- 「新型コロナウイルス感染症診療の手引き・第4版」等を参考に感染予防策を講じることについて、初診・再診 (医科・歯科) 等 1回当たり5点 入院 1日当たり10点、調剤 1回当たり4点、訪問看護 1回当たり50円に相当する点数を算定できることとする。
- 上記のほか、新型コロナ陽性患者への歯科治療を延期が困難で実施した場合については、298点を算定できることとする。

医療機関の経営状況等の把握

- **新型コロナ感染拡大の医療機関の経営への影響を迅速かつ広範に把握することが、医療機関への支援のためにも必要。**
- 病院施設の約7割、一般診療所施設の約4割を占める**医療法人**については、2007年に施行された医療法改正により、**都道府県等に提出する損益計算書等の事業報告書等を誰でも閲覧することが可能となったが、基本的に書類は個々の医療法人を所轄する都道府県に保管されるにとどまっている。**
- 一方、**社会福祉法人**については、社会福祉法に基づき、99%の法人がWAMNET（社会福祉法人の財務諸表等電子開示システム）への**アップロードによる情報公開**を行っており、個別の法人についてのデータを閲覧・ダウンロード可能であるほか、また、**法人全体（約2万法人）の分析・集計についても公表**しており、政策目的等のための活用が可能となっている。
- **医療法人についても、医療法に基づき都道府県に提出されている医療法人の事業報告書等についてアップロードによる届出・公表を可能とするとともにデータベースとしての整備を行い、医療法人全体の経営状況の動向を把握し、「見える化」を推進すべき。**その際、提出項目の充実や病床機能報告等との連携もあわせて検討すべき。
- 診療報酬改定の前提とされている**医療経済実態調査**と比べても、**有意義な取り組みであり、可及的速やかに実現すべき。**

◆医療法人と社会福祉法人の財務データの取扱いの違い

	医療法人（医療法）	社会福祉法人（社会福祉法）
公表義務	損益計算書等の事業報告書等について、規模の大きい法人について、公告義務 それ以外の法人は備え付けの上、求められれば閲覧に供する義務(52条②)	収支計算書等の計算書類等について、全ての法人において公表義務(59条の2)
届出義務	損益計算書等の事業報告書等について、都道府県への届出義務(52条①)	収支計算書等の計算書類等について、所轄庁に届出義務(59条)
届出後の取扱い	一般の方から請求があった場合、都道府県は閲覧に供する義務(52条②)	都道府県知事は所轄庁から提供を受けた計算書類等を厚生労働大臣に報告(59条の2②③) 厚生労働省は、データベースの整備を図り、インターネット等の利用を通じて迅速に当該情報を提供できるように必要な施策を実施(59条の2⑤)
インターネットの活用		公表・届出については、WAMNETへのアップロードをもって、実施したことと見なされる

◆医療経済実態調査との比較

医療経済実態調査	医療法における財務諸表
2年に1回の実施	毎会計年度提出
病院・診療所単位	医療法人単位（医療法人のみ）
毎回調査対象が異なるため時系列での比較が困難	時系列での比較が可能
一定割合の抽出調査	医療法人には提出義務あり

◆社会福祉法人の財務諸表等電子開示システム（WAMNET）

社会福祉法人の財務諸表等電子開示システム

このシステムでは、全国の社会福祉法人に関する収支計算書類（収支計算書、計算書類及び社会福祉実態計算書）の公開を公開しています。
 ※ 公表可能な法人は社会福祉法人を特定し、当該法人に関する収支計算書類等の情報を閲覧することができます。
 ※ 掲載される情報は公表された時点での情報であり、掲載された後に状況が変更された場合は、最新の情報を掲載する必要があります。

地図から探す

各法人を地図から検索可能

集約結果を公表

各法人を法人名、住所等から検索可能

社会福祉法人の現況報告書等の集約結果

社会福祉法人の財務諸表等電子開示システムにより社会福祉法人が所轄庁に届出を行った収支計算書類（収支計算書、計算書類及び社会福祉実態計算書）の内容について集約した結果を公表しています。

2019年度版はこちら
2017年度版はこちら

3. 医療

総論

効率的で質の高い医療提供体制の整備

新型コロナウイルス感染症への対応

全世代型社会保障改革の残された課題

薬剤費の適正化

後期高齢者医療における患者負担割合の見直し

- **令和4年度（2022年度）以降、団塊の世代が後期高齢者となり始めることで、後期高齢者支援金の急増が見込まれる中で、負担能力のある一定所得以上の後期高齢者の方に2割の患者負担をお願いすることで、後期高齢者支援金の負担を軽減し、若い世代の保険料負担の上昇を少しでも減らすこととしている。**
- **高齢者の負担の公平を図る観点から、所得水準に応じた患者負担について、保有資産の額が大きい高齢者に応分の負担をしていただけるよう、資産の保有状況等も勘案した負担のあり方も引き続き検討すべき。**

【①2割負担の所得基準】

課税所得が28万円以上（所得上位30%（※1））かつ年収200万円以上（※2）の方を2割負担の対象（対象者は約370万人（※3））

（※1）現役並み所得者を除くと23%

（※2）単身世帯の場合。複数世帯の場合は、後期高齢者の年収合計が320万円以上。また、収入基準額は、課税所得をもとに年金収入のみの世帯を前提に計算

（対象者のほとんどが年金収入であるため、年金収入のみで収入基準額を計算）。

収入基準に該当するかどうかは、介護保険同様に「年金収入とその他の合計所得金額」が年収の下限の額を上回るかで判定

（※3）対象者数の積算にあたっては、収入基準に該当するかも含めて計算。対象者約370万人が被保険者全体（約1,815万人）に占める割合は、20%。

【③配慮措置】

長期頻回受診患者等への配慮措置として、2割負担への変更により影響が大きい外来患者について、施行後3年間、1月分の負担増を、最大でも3,000円に収まるような措置を導入

（※）窓口負担の年間平均が約8.3万円⇒約10.9万円（+2.6万円）

（配慮措置前は約11.7万円で+3.4万円）

（参考）財政影響（2022年度満年度）

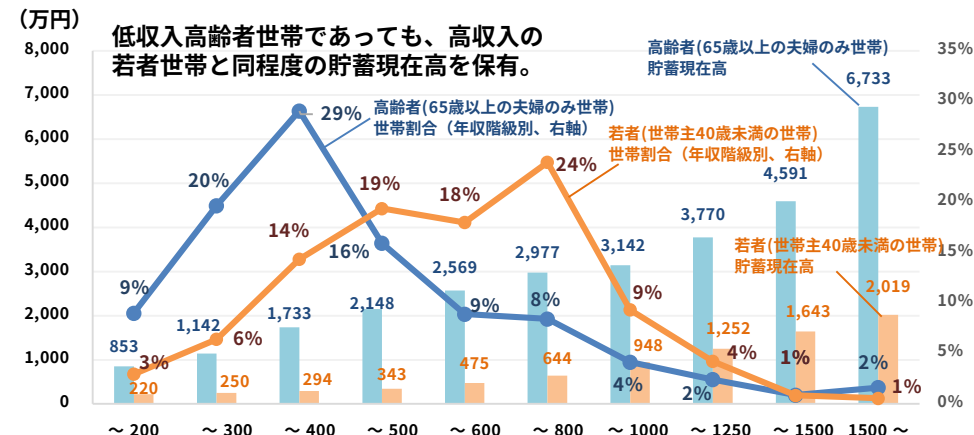
給付費	後期高齢者支援金 （現役世代の負担軽減）	後期高齢者保険料 （高齢者の負担軽減）	公費
▲1,880億円	▲720億円	▲180億円	▲980億円

※ 施行日が2022年度後半であることから、2022年度における実際の財政影響は満年度分として示している
上記の財政影響よりも小さくなる。

【②施行日】

施行に要する準備期間等も考慮し、令和4年度後半（令和4年10月から令和5年3月までの各月の初日を想定）で、政令で定める。

◆高齢者世帯・若者世帯の年収階級別貯蓄現在高



後期高齢者医療制度の課題

- 全世代型社会保障改革において、後期高齢者医療の患者負担割合の見直しを行い、現役世代の負担上昇の抑制を図ることとした。
- 後期高齢者医療制度において医療費適正化のためのガバナンスが発揮されなければ現役世代の負担抑制が画餅に帰すこととなりかねない。
- 国民健康保険（以下「国保」）の都道府県化では、都道府県が国保の財政運営を担うことで、医療費の水準及びそれと関関が高い医療提供体制といった住民が享受する受益（給付）と住民の負担である保険料水準の双方を俯瞰する存在となりつつあり、ガバナンスの発揮を通じて医療費適正化がより実効あるものとなることが期待される状況となっている（別途、後述）。
- 他方、後期高齢者医療制度では、同じ都道府県域において、都道府県とは別の地方公共団体として広域連合が設置され、医療費適正化計画や地域医療構想の推進主体と財政運営の主体が切り離され、責任主体が曖昧となっていることで医療費適正化が実効あるものとなるかは見えない。
- 後期高齢者医療制度においても、財政運営の主体を都道府県とすることを検討するとともに、第1号被保険者の負担割合について高齢化に伴う人口構成の変化を反映させている介護保険制度も参考としつつ、後期高齢者の保険料負担割合を調整することで、医療費の水準と後期高齢者の保険料水準の連動性を高めて医療費適正化につなげるとともに、更に現役世代の負担増の抑制を図るべき。

◆後期高齢者医療制度の概要

運営主体：全市町村が加入する**広域連合**

<対象者数>

75歳以上の高齢者 約1,820万人

<後期高齢者医療費>

18.0兆円（2021年度予算ベース）

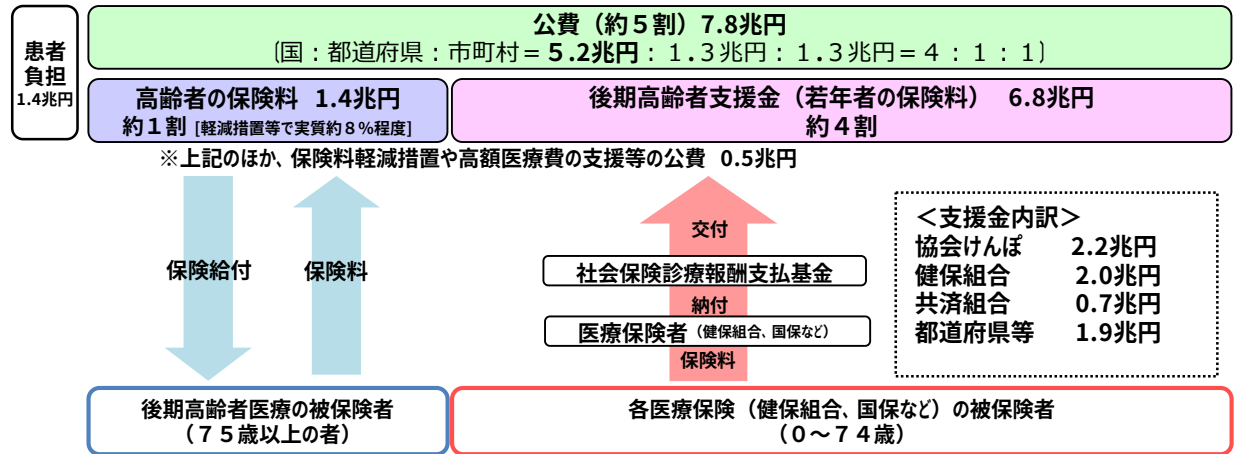
↑ 1.4倍

12.7兆円（2010年度実績）

<保険料額（2020・2021年度見込）>

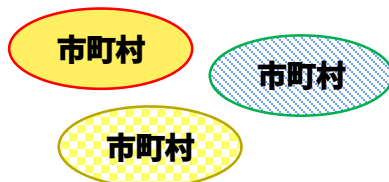
全国平均 約6,400円／月

※ 基礎年金のみを受給されている方は
約1,180円／月



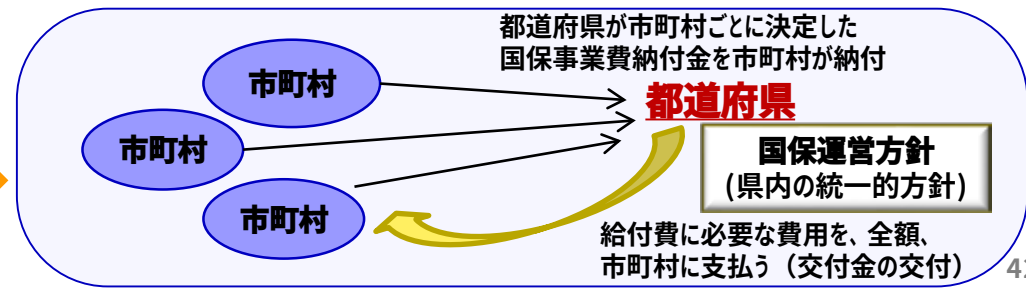
◆国保改革による都道府県単位化

[改革前] 市町村が個別に運営



都道府県が、国保の運営に中心的役割を果たす

[改革後] 都道府県が財政運営責任を担うなど中心的役割（提供体制と双方に責任発揮）



都道府県医療費適正化計画のあり方の見直し

- 15年来の医療費適正化の弊は、都道府県が策定する**都道府県医療費適正化計画**に表れており、同計画は、ミクロの施策の個別積上げにより組み立てられ、「**住民の健康の保持の推進**」を重視している。
- 将来の医療費の見通しと実績を突き合わせ、検証することとされていたが、保険料等の負担面と連動しない同計画上の「**医療費の見込み**」が**計画期間中更新されない**という仕組みのもと、第2期医療費適正化計画（2013年度～2017年度）では、実績が計画策定時の「医療費の見込み」を上回った都道府県はない（計画期間中に薬価改定や制度改革が行われたため）とされるなど、PDCAサイクルはないに等しいものとなっている。
- このような状況のもと、都道府県医療費適正化計画において**推進すべき施策の優先順位について見直す**とともに、「**医療費の見込み**」について、負担面との連動を求めることをはじめその**位置づけを見直し**、定期改訂をするなど**毎年度のPDCA管理に馴染むものとする**ことは必須の課題である。**第4期医療費適正化計画の策定に向け、速やかに実効ある法制上の対応を講ずるべきである。**

◆第2期医療費適正化計画の医療費推計と実績の差異

A：計画策定時点での2017年度の適正化後の医療費 ※ 足下値（2012年度値）補正後

B：2017年度医療費（実績見込み値）

（億円）

	A	B	B-A
北海道	22,519	21,387	▲1,132
青森	4,594	4,461	▲134
岩手	4,338	4,122	▲216
宮城	7,693	7,375	▲318
秋田	3,866	3,693	▲173
山形	3,933	3,835	▲99
福島	6,571	6,282	▲289
茨城	9,235	9,025	▲210
栃木	6,517	6,099	▲418
群馬	6,697	6,328	▲369
埼玉	22,622	21,964	▲658
千葉	19,374	18,823	▲551
東京	45,318	42,621	▲2,697
神奈川	29,118	27,996	▲1,122
新潟	—	7,120	—
富山	3,698	3,599	▲98

	A	B	B-A
石川	4,329	4,007	▲322
福井	2,892	2,662	▲230
山梨	2,972	2,777	▲194
長野	7,036	6,806	▲229
岐阜	7,105	6,701	▲404
静岡	11,837	11,617	▲219
愛知	24,512	23,090	▲1,421
三重	6,051	5,898	▲154
滋賀	4,550	4,334	▲216
京都	—	9,170	—
大阪	33,777	32,933	▲844
兵庫	21,336	19,724	▲1,612
奈良	4,930	4,771	▲159
和歌山	—	3,621	—
鳥取	2,115	1,997	▲118
島根	2,697	2,620	▲77

	A	B	B-A
岡山	—	7,013	—
広島	11,180	10,373	▲807
山口	6,028	5,590	▲438
徳島	3,215	3,011	▲205
香川	3,886	3,729	▲156
愛媛	—	5,222	—
高知	3,425	3,220	▲205
福岡	20,971	19,590	▲1,381
佐賀	3,653	3,288	▲365
長崎	6,060	5,676	▲384
熊本	7,454	7,037	▲417
大分	—	4,635	—
宮崎	4,436	4,003	▲433
鹿児島	7,118	6,748	▲369
沖縄	5,127	4,437	▲690
全国	453,300	431,000	▲22,300

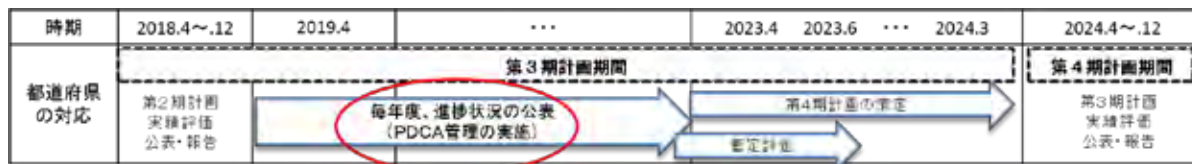
新経済・財政再生計画 改革工程表2020（2020年12月18日）

3.3. 地域の実情を踏まえた取組の推進

b. 第4期の医療費適正化計画に向けては、第3期医療費適正化計画の進捗も踏まえ、都道府県の意見を聴きながら、国と都道府県が一緒になって効果的なPDCA管理ができるよう、そのあり方等について、以下の観点も踏まえ、**法制上の対応も含め、見直しに向けた検討を行う。**

- ・計画期間中の年度ごとの医療費の見込みの設定及び改訂や、各医療保険制度における保険料算定に用いる足下の医療費と医療費の見込みの照合などの毎年度のPDCA管理の在り方
- ・医療費の見込みを著しく上回る場合の都道府県の対応方法の在り方
- ・医療費の見込みについて、取組指標を踏まえた医療費を目標として代替可能であることを明確化
- ・地域医療構想の実現（病床機能の分化及び連携の推進等）や医療の効率的な提供の推進のための目標（後発医薬品の使用割合等）など、適正な医療を地域に広げるための計画における取組内容の見直し
- ・適正な医療を地域に広げるために適切な課題把握と取組指標の設定や、取組指標を踏まえた医療費の目標設定を行っている先進的な都道府県の優良事例についての横展開

◆第3期医療費適正化計画のPDCA管理の流れ

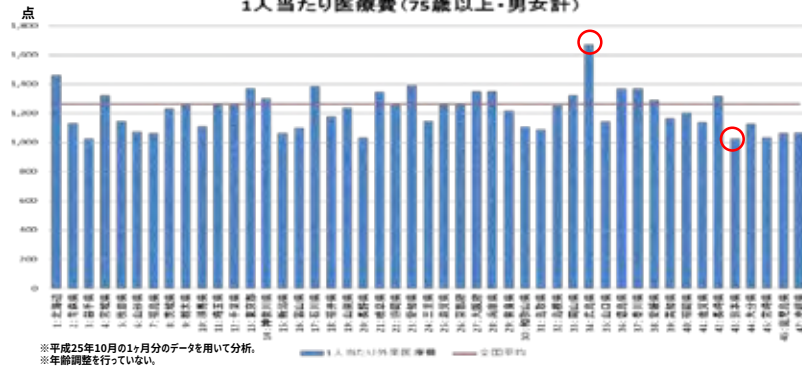


都道府県を中心とした医療費適正化のための協働・連携体制の構築

- 現行の第3期医療費適正化計画の策定に向けては、社会保障制度改革推進本部（事務局：内閣官房）の専門調査会が、レセプトデータ等の医療情報を活用し、地域差の「見える化」データを公表した経緯がある。
(注) 同調査会は、都道府県が「医療費の見込み」を推計するための算定式の考え方も示しており、先に述べた特定健診・保健指導の実施率向上による効果額（医療費ベース200億円）もその際試算されたもの。
- これらの分析・エビデンスを生かし、国、都道府県、保険者や医療の担い手等が各地域における状況を分析し、連携して医療費の適正化に向けて取り組むことで、都道府県医療費適正化計画のPDCAサイクルが実効的に回るようにする必要。
- このような都道府県と関係団体との適切な連携・協働体制を構築すべく、都道府県の役割や保険者協議会の関与を強化する必要。あわせて、健康・予防に重点を置いてレセプトデータ等の分析を行っている審査支払機関の業務運営の理念やデータ分析等に関する業務の目的として「医療費適正化」を明示し、保険者と協働した医療費適正化に向けたデータの分析・活用を促進すべき。

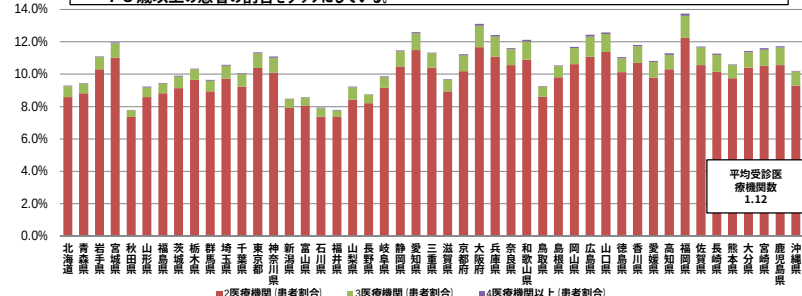
医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会による地域差分析の事例

（糖尿病、75歳以上、男女計）外来医療費の分析（1人当たり医療費、受療率、日数、診療費）
1人当たり医療費（75歳以上・男女計）

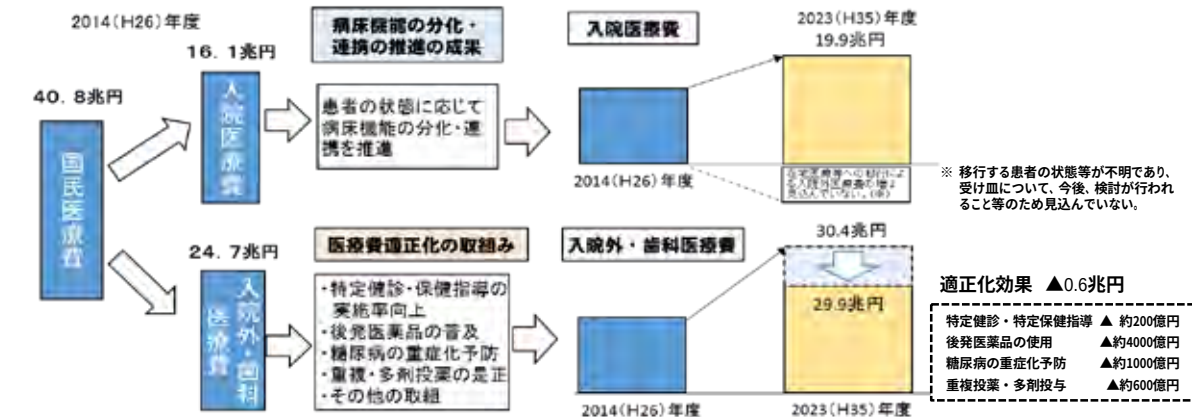


同一个月内に糖尿病の記載のあるレセが複数の医療機関数から出ている患者の割合

○ 各都道府県において、同一月に、同じ疾病の記載のあるレセが複数の医療機関から出ている、糖尿病の75歳以上の患者の割合をグラフにしている。



【第3期全国医療費適正化計画における医療費の見込みのイメージ】 第2次報告に原案が提示されたもの
※奈良県は、入院外・歯科医療費の適正化前の額を算出していないため、図が示した算出方法により、国において算出。

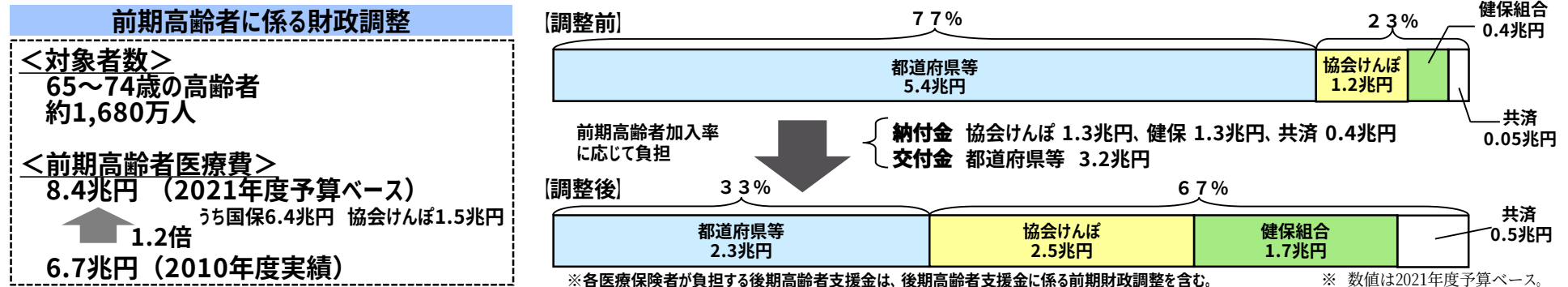


支払基金（社会保険診療報酬支払基金法）	国保連合会（国民健康保険法）
業務運営に関する理念規定 第一条の二 基金は、診療報酬請求書の審査における公正性及び中立性の確保並びに診療報酬請求書情報等の分析等を通じた国民の保健医療の向上及び福祉の増進、…その他の取組を行うよう努めなければならない。	第八十五条の二 連合会は、診療報酬請求書の審査における公正性及び中立性の確保並びに診療報酬請求書情報等の分析等を通じた国民の保健医療の向上及び福祉の増進、…その他の取組を行うよう努めなければならない。
データ分析等に関する業務 第十五条 基金は、第一条の目的を達成するため、次の業務を行う。 八 診療報酬請求書及び特定健康診査等に関する記録に係る情報その他の国民の保健医療の向上及び福祉の増進に資する情報の収集、整理及び分析並びにその結果の活用を促進に関する事務を行うこと。	第八十五条の三 三 連合会は、前二項に規定する業務のほか、診療報酬請求書及び特定健康診査等に関する記録に係る情報その他の国民の保健医療の向上及び福祉の増進に資する情報の収集、整理及び分析並びにその結果の活用を促進に関する事務を行うことができる。

⇒審査支払機関のデータ分析の実態がいわゆるデータヘルス等に偏っていることから、医療費適正化を役割として位置づけるべき

前期高齢者医療と国保改革

- 後期高齢者医療制度は、現役世代の支援金によって支えられており、それゆえに後期高齢者医療の患者負担割合の見直しにおいて現役世代の負担抑制が課題とされたが、保険者間の財政調整を行う仕組みが設けられている**前期高齢者医療**についても**現役世代の負担**によって支えられているという点で同様の構図がある。
- **前期高齢者医療費の約8割は国保の医療費であることから、国保の財政運営の主体を都道府県とし、医療費の水準と保険料水準の連動の結節点としてガバナンス発揮を期待する国保の都道府県単位化の改革を徹底し、医療費の適正化を図っていくことが欠かせない。**
- **今般、法定外繰入等の解消や都道府県内の保険料水準の統一に関する事項について国保運営方針の記載事項に位置付ける法案が提出されているが、その施行を待つことなく期限を設けて取組を加速化させるべきである。財政単位の広域化を徹底することで、高額医療費負担金や特別高額医療費共同事業の機能が代替れること等を踏まえ、制度の複雑さを解消し、受益と負担の対応関係をより分かりやすくするための制度の更なる見直しも検討すべき。**



国保法改正案（国会提出中 令和6年4月施行予定）

第82条の2（改正後）

2 都道府県国民健康保険運営方針においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

二 当該都道府県内の市町村における保険料の標準的な算定方法及びその水準の平準化に関する事項

5 都道府県は、当該都道府県及び当該都道府県内の市町村の国民健康保険に関する特別会計における財政の状況及びその見通しその他の事情を勘案し、その定める都道府県国民健康保険運営方針において、当該都道府県内の市町村の国民健康保険に関する特別会計における**財政の均衡を保つために必要な措置を定めるよう努めるものとする。**

◆国保運営方針等における具体的な統一時期や検討時期等に係る記載

記載内容	該当都道府県
2018年度～	大阪府（例外措置あり）
2021年度までを目標に検討	兵庫県※1
2024年度までを目標に検討	北海道※1、群馬県※1、埼玉県※1、奈良県、広島県※2、沖縄県
2027年度までを目標に検討	静岡県※1、和歌山県、佐賀県
2029年度までを目標に検討	福島県
2030年度までを目標に検討	山梨県※1
2033年度までを目標に検討	秋田県※1

※1：納付金ベースでの統一
※2：収納率の差異によるバラツキを容認

※各都道府県の令和3年度国保運営方針の記載に基づく

◆制度の見直しを検討すべき事業

高額医療費負担金 事業規模3,800億円、国庫補助額950億円

高額な医療費（1件80万円超）の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、国と都道府県が高額医療費の1/4ずつを負担

特別高額医療費共同事業 国庫補助額60億円

著しく高額な医療費（1件420万円）について、都道府県からの拠出金を財源に全国で費用負担を調整。国は予算の範囲内で一部を負担。

保険料負担の公平性の確保

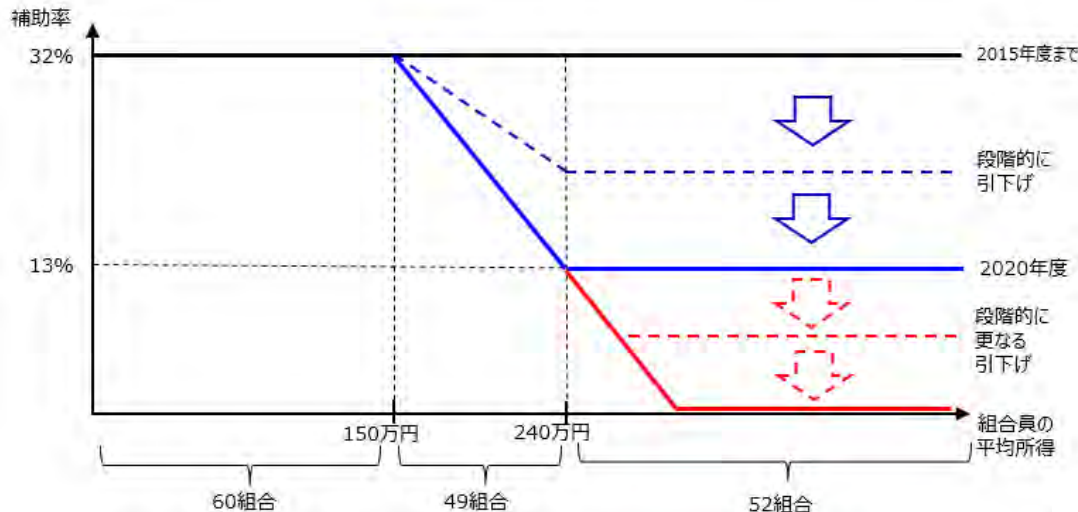
- すべての世代に安心感とあわせて納得感の得られる全世代型の社会保障に転換していくためには、保険料負担の公平を徹底する必要がある、国保における都道府県内の保険料水準の統一もその取組の1つである。
- 更なる徹底に向け、所得水準の高い国民健康保険組合に対する定率補助の廃止を含め、保険者間の合理的でない保険料負担の差については解消に努めていくべき。更には、保有資産の額が大きい被保険者に応分の負担をしていただけるよう、資産の保有状況等も勘案した保険料負担のあり方も引き続き検討すべき。

◆全世代型社会保障検討会議 中間報告(2019年12月)

国民の高齢期における適切な医療の確保を図るためにも地域の実情に応じた医療提供体制の整備等が必要であり、持続可能かつ効率的な医療提供体制に向けた都道府県の実情に合わせた取組を支援することを含め、地方公共団体による保険者機能の適切な発揮・強化等のための取組等を通じて、国と地方が協働して実効性のある社会保障改革を進める基盤を整備する。あわせて、地域や保険制度、保険者の差異による保険料水準の合理的でない違いについて、その平準化に努めていく。

◆国保組合の国庫補助の見直し

国保組合について、定率32%の国庫補助に対し、負担能力に応じた負担とするため、組合員の平均所得水準に応じて5年間をかけて段階的な見直しを行ったが、下限として13%の国庫補助が設定されており、更なる見直しが必要。



◆著しく低い保険料率の健保組合の例 (2020年度)

順位	企業名	保険料率 (労使合計)
1	機械器具製造業 A社	4.20%
2	情報通信業 B社	5.70%
3	化学工業・同類似業 C社	5.90%
3	情報通信業 D社	5.90%
5	運輸業 E社	6.00%
5	卸売業 F社	6.00%
5	その他のサービス業 G社	6.00%
8	学術研究、専門・技術サービス業 H社	6.30%
8	学術研究、専門・技術サービス業 I社	6.30%
8	卸売業 J社	6.30%
協会けんぽ		10.00%

(出所) 厚生労働省データを基に算出

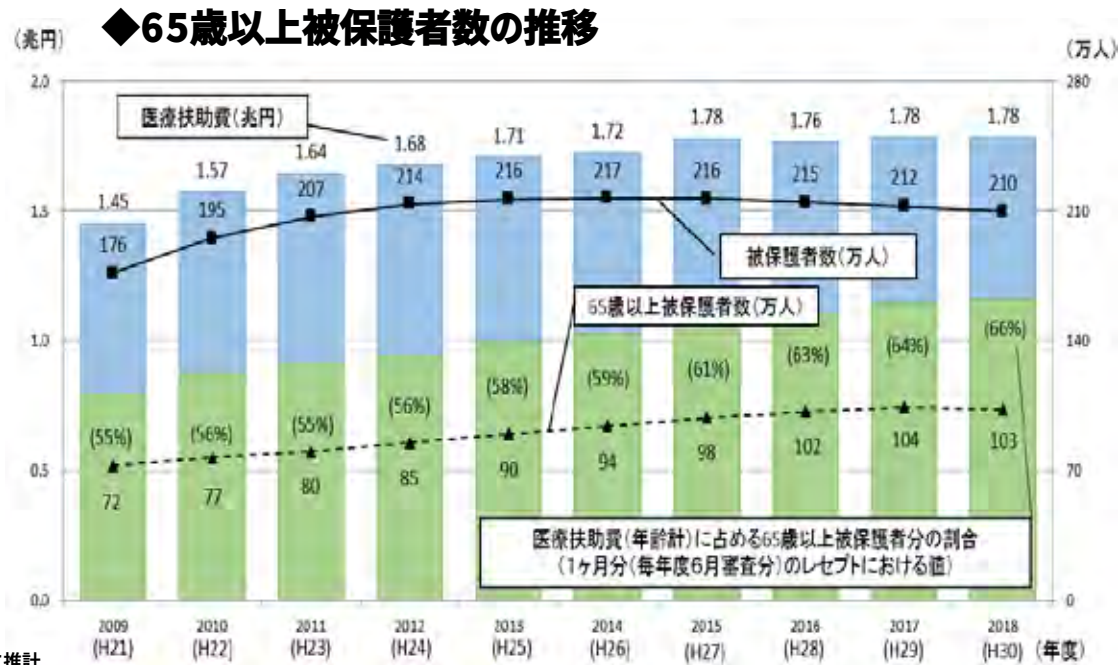
生活保護受給者の国保等への加入①

- 高齢者医療費の一定割合を医療扶助が占めているが、生活保護受給者である高齢者は、国保や後期高齢者医療制度（以下「国保等」）に加入せず、医療扶助を受けるものとされている。
 - この取扱いは、皆保険制度を誇る我が国の社会保障制度として、一貫性が取れた対応とは言えない。
 - すなわち、我が国の社会保険制度は、保険というリスク分散により困窮者を含む国民全体を包摂する普遍的な制度を目指しており、保険料を納付できない人などに対しても免除制度を含む各般の対応により皆保険制度を実質的に確保してきた。
 - 高齢者の生活保護受給者については、介護分野では、65才以上の方は介護保険の第1号被保険者になり、利用者負担分や保険料について介護扶助等を受けることとされている。年金分野についても、国民年金の被保険者になり、更には、同じ医療保険制度の中でも被用者医療保険においては被保険者となる。これらを踏まえると、生活保護受給者が国保等の被保険者とならないのは、整合性がとれない。
 - 生活保護受給者の高齢化が進む中、国保等に生じ得る財政悪化の懸念も含め国が引き続き応分の財政責任を果たすことを当然の前提として、生活保護受給者の国保等への加入を検討し、基本的にすべての国民が公的医療保険等による保障を受けられることを目指すべきではないか。
 - 新型コロナによる経済的な影響のもと生活保護が必要な方に確実かつ速やかに保護を実施する必要が生じており、いわば「入りやすく出やすい生活保護制度」の設計が求められているという現下の状況に照らしても、躊躇なく取り組むべきではないか。
- （注）現行制度では、国保等に参加していた方が生活保護受給者となった場合には、国保等を脱退した上で医療扶助を受け、生活保護受給者でなくなった場合は再び国保等に参加するという扱いになる。

◆高齢者の保険制度別医療費と医療扶助



（出所）医療保険については、平成30年度医療保険に関する基礎資料
医療扶助については、平成30年度生活保護費負担金事業費実績報告、被保護者調査、医療扶助実態調査をもとに推計



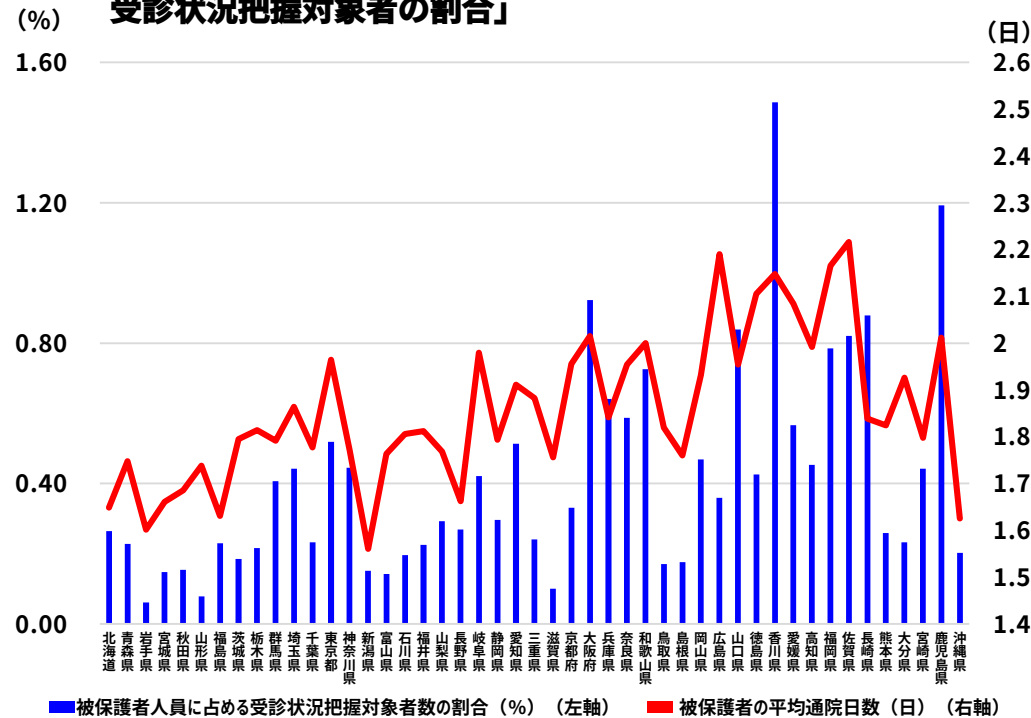
生活保護受給者の国保等への加入②

- 生活保護受給者のレセプト1件（1か月）の平均通院日数は地域によって偏りが見られる。平均通院日数が高い地域では、被保護者人員に占める受診状況把握対象者（注）の割合も高い傾向が見られる。

（注）受診状況把握対象者とは、同一傷病について、同一月内に同一診療科目を15日以上受診している者（短期的・集中的な治療を行う者を除く）。

- また、レセプト請求件数の全件または大多数が生活保護受給者のレセプトである医療機関も見受けられる。
- 生活保護受給者の平均通院日数が生活保護受給者以外の平均通院日数に比べて長い医療機関が標榜している診療科は、特定の診療科に偏る傾向が見られる。
- こうした生活保護受給者の外来医療の実情は、医療扶助の適正化には、適正受診指導といった生活保護受給者への働きかけのみならず、供給側の医療機関への働きかけや医療提供体制のガバナンスの強化が必要であることを示している。

◆都道府県別「平均通院日数」と「被保護者人員に占める受診状況把握対象者の割合」

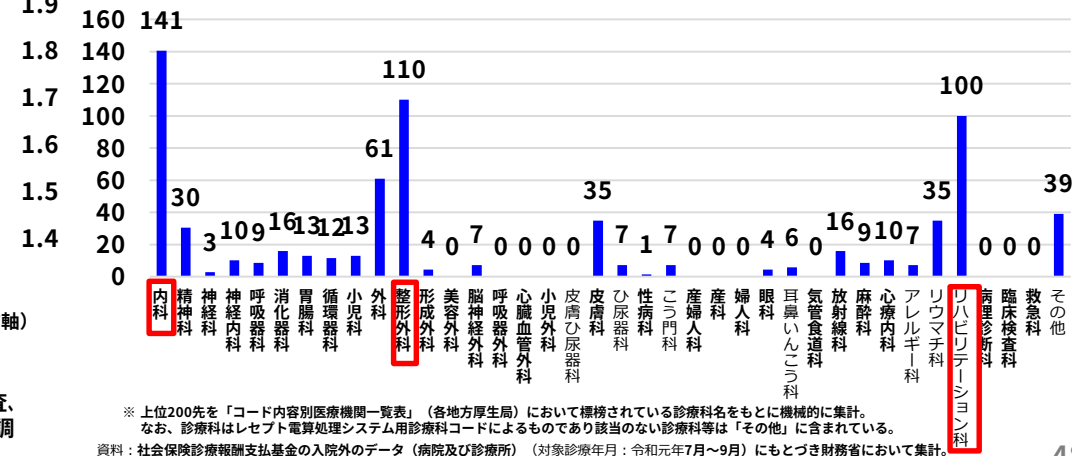


◆生活保護受給者の請求件数割合が高い医療機関

件数割合	医療機関数
100%	19
90～100%	112
80～90%	191

資料：社会保険診療報酬支払基金の入院外のデータ（病院及び診療所）（対象診療年月：令和元年7月～9月）にもとづき財務省において集計。

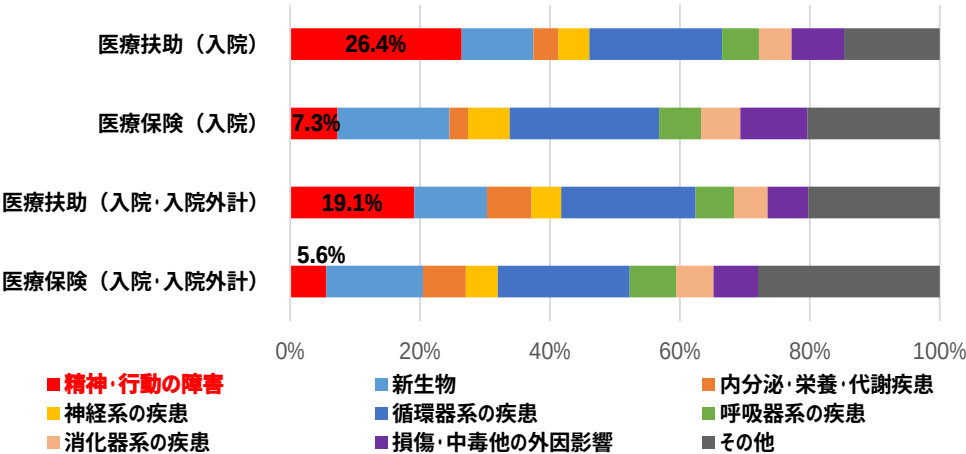
◆被保護者の平均通院日数が被保護者以外の平均通院日数と比べて長い医療機関上位200先の診療科



生活保護受給者の国保等への加入③

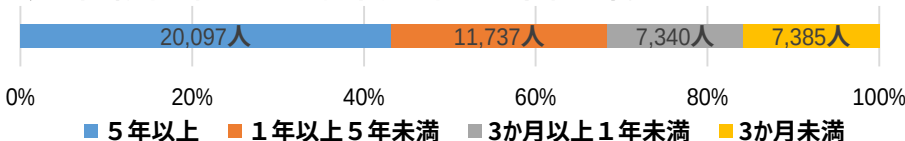
- 生活保護受給者に対する医療扶助費を疾病分類別にみると、「精神・行動の障害」によるものが入院の約26%を占め、入院・入院外の合計でも約19%を占めており、医療保険と比較して顕著な違いが見られる。
- 精神病床入院中の生活保護受給者数の都道府県間の地域差は約7倍であり、地域差を説明する要因として、精神疾患の受診者数や独居率などよりも、人口当たりの精神病床数が最も強く関係し、精神病床数が多いほど入院中の生活保護受給者が多いという調査結果がある。
- 入院期間別にみると、1年以上の長期入院が7割近くと、精神病床の平均在院日数(265.8日)をはるかに上回る実態があり、1年以上5年未満の長期入院患者数の都道府県間の地域差は約8倍の差があった。
- こうした生活保護受給者の長期入院の実態は、その適正化には医療提供体制面からの取組が不可欠であることを示している。
- 生活保護受給者の国保等への加入は、医療扶助費を含む都道府県医療費適正化計画の策定主体であり、地域における医療提供体制の整備に責任を有する都道府県のガバナンスが医療扶助に及ぶことで、頻回受診・長期入院への対応が強化され、医療扶助費の適正化につながる可能性がある。

◆医療扶助及び医療保険における傷病分類別の決定点数割合



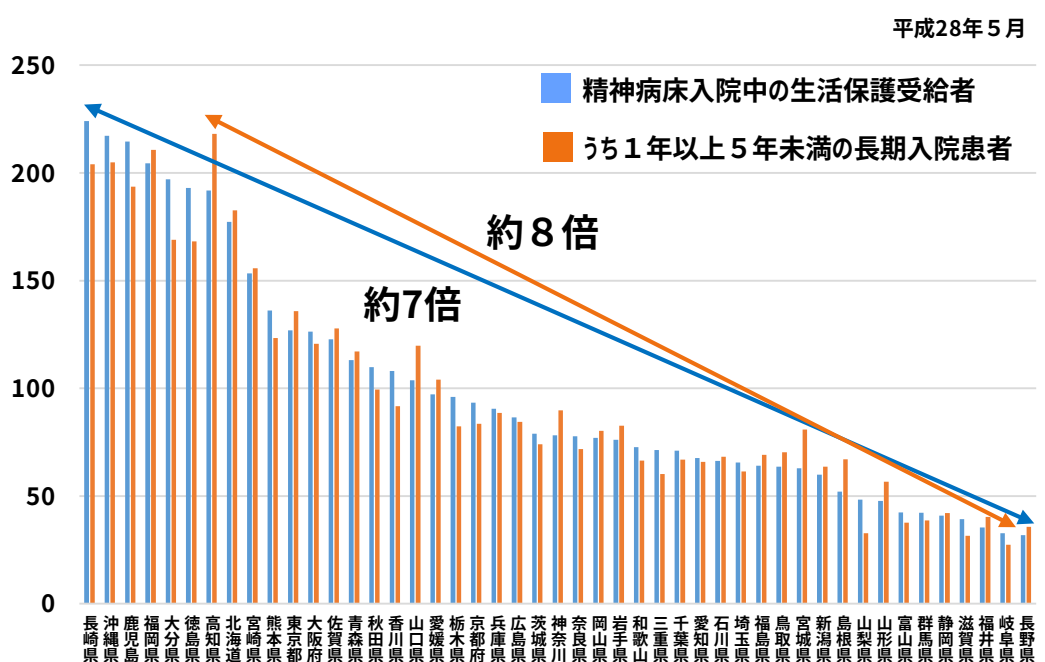
(出所) 平成30年度医療扶助実態調査(平成30年6月審査分)及び平成30年度医療給付実態調査をもとに作成

◆精神病床入院中の生活保護受給者(在院期間)



(出所) 『生活保護受給者における精神病床入院の地域差における研究』(奥村泰之他 2018)をもとに作成。

◆都道府県ごとの精神病床入院中の生活保護受給者数



(注) 全国平均を100とし、各地域の性・年齢構成の違いを調整した精神病床入院中の生活保護受給者数。

(出所) 『生活保護受給者における精神病床入院の地域差における研究』(奥村泰之他 2018)をもとに作成。

3. 医療

総論

効率的で質の高い医療提供体制の整備

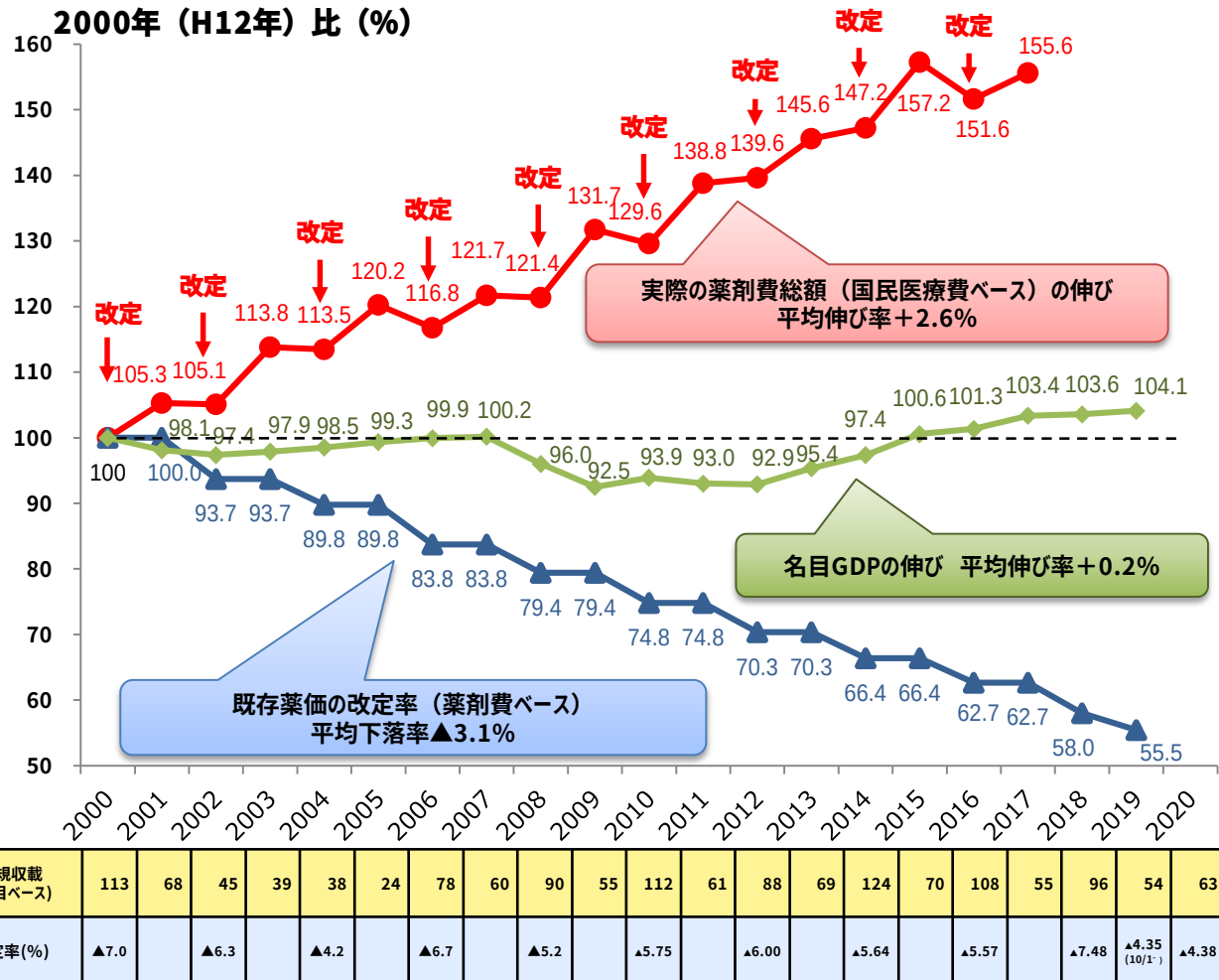
新型コロナウイルス感染症への対応

全世代型社会保障改革の残された課題

薬剤費の適正化

薬剤費の予算統制

- 既存医薬品の薬価下落に伴う薬価改定にかかわらず、薬剤費が大きく増加する背景として新規医薬品の保険収載がある。すなわち、新規医薬品については、年4回、薬事承認が行われたものは事実上すべて収載されており、保険収載により生ずる財政影響は勘案されておらず、予算統制の埒外となっているため、財政の予見可能性が失われている。
- 医薬品の価格が高額になっている状況も踏まえ、財政影響を勘案して新規医薬品の保険収載の可否を判断することや、新規医薬品を保険収載する場合には保険収載と既存医薬品の保険給付範囲の見直しとを財政中立で行うことを含め、保険適用された医薬品に対する予算統制のあり方を抜本的に見直し、正常化を図るべき。



◆近年国内で登場した高額薬剤の例

銘 柄	収載年月	効能・効果	費 用
ステミラック注	2019.2	脊髄損傷に伴う機能障害等の改善	約1,500万円 (1回投与)
キムリア点滴静注	2019.5	急性リンパ芽球性白血病 等	約3,350万円 (1回投与)
ソルゲンスマ点滴静注	2020.5	脊髄性筋萎縮症	約1億6,710万円 (1回投与)

（出所）中央社会保険医療協議会資料等に基づき作成。費用は新規収載時のもの。

◆欧州における薬剤予算制度の例

国の総予算制[Global Budget]	
GDP又はGDP成長率で設定	ギリシャ、ポルトガル、スペイン
総医療費を基準として設定	イタリア
一定の伸び率で設定	イギリス
マクロ経済基準に基づき設定	フランス
地方府県の予算制[Regional Budget]	
過去実績や人口に基づく地域ごとの割当	イタリア、スペイン
処方予算制[Prescribing Budget]	
医師に対して処方すべき予算額を割当	ドイツ

⇒例えば基準超過分を産業に支払わせるなど、多くの国においては、払戻制（Payback System）を設けている

※ 1 2019年11月8日 中央社会保険医療協議会薬価専門部会参考資料等、内閣府「国民経済計算年次推計」を基に作成。

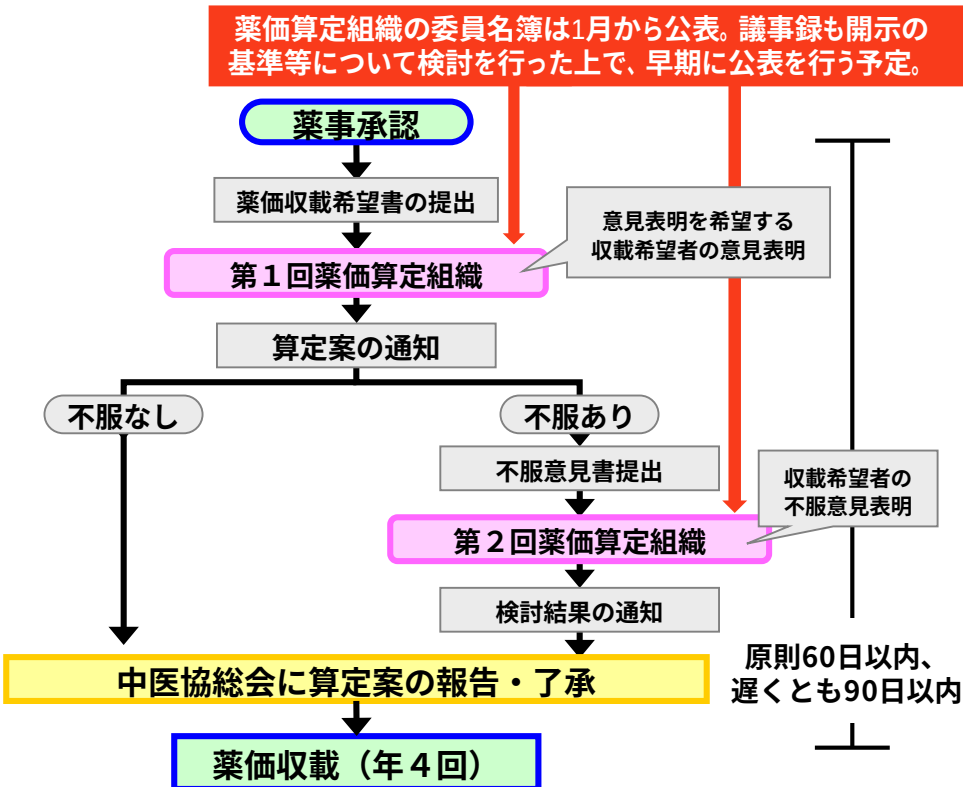
※ 2 2000年を100とした指数で、当該年度の変動率及び改定率を前年度の指数に乗じたもの。

（出所）“Do pharmaceutical budgets deliver financial sustainability in healthcare? Evidence from Europe” Mackenzie Mills, Panos Kanavos(2020)を元に作成

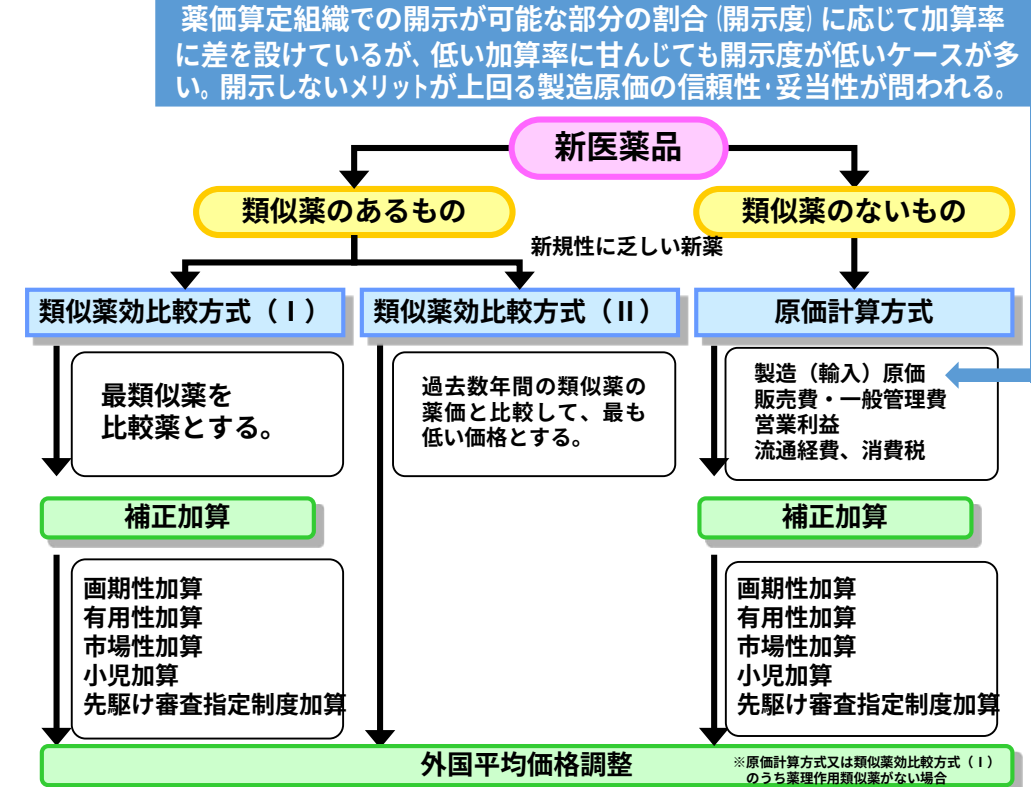
新規医薬品の薬価算定方式等①

- 新規医薬品の薬価算定は、薬価算定組織の審議を経て中央社会保険医療協議会が了承する仕組みであり、今般、行政改革推進会議による指摘を踏まえ、薬価算定プロセスの透明性の改善が一定程度図られることとなった。
- 薬価算定方式について、徒な国民負担の増大を抑止するため、徹底的に見直すべき。
具体的には、開示度に応じた医薬品の算定薬価の厳格化といった行政改革推進会議による指摘を実現することに加え、新規性に乏しい新薬について類似薬効比較方式を採用する時の薬価算定の厳格化、原価計算方式の更なる適正化、補正加算のあり方の見直しを行うべき。

◆新規医薬品の薬価算定プロセス



◆新規医薬品の薬価算定方式



◆行政改革推進会議指摘（2020年12月9日）

- ・薬価算定組織及び費用対効果評価専門組織の委員名簿、各委員の利益相反情報、議事録などは早期に公開すべきである。
- ・現在の薬価算定プロセスでは、原価についての情報が製薬会社から国に対し十分に開示されているとは必ずしもいえないことから、少なくとも薬価算定の権限を持つ部局等に対して、原価についての情報を製薬会社から開示を受け、十分な情報を持った上で適正な薬価の算定が行えるよう見直しを進めていくべきである。
- ・薬価算定ルールについては、引き続き開示度を高める努力を行うとともに、開示度の低い医薬品については算定薬価をさらに厳しく下げる仕組みを検討するなど、不断の見直しを行い、その適正性を確保するよう努めるべきである。

◆開示度に応じた加算の仕組み

補正加算額＝価格全体×加算率×加算係数

開示度	80%以上	50-80%	50%未満
加算係数	1.0	0.6	0.2

新規医薬品の薬価算定方式等②

- **新規性に乏しい新薬である類似薬効比較方式（Ⅱ）**については、後発品上市後に改めて高値の新薬が収載されることは適切ではなく、「類似薬の薬価」と比較して薬価を定める際に、**類似薬に後発品が上市されている場合はその価格を勘案して定めることとすべきである。**
- **原価計算方式における営業利益**については、製造業平均の営業利益が4%台（法人企業統計）にとどまる中、上場製薬企業の平成28年～30年の平均営業利益率である**14.8%**と高い水準を上乗せする仕組みとなっていることに加え、当該営業利益には**過去の補正加算により引き上げられた利益も含まれていることを踏まえると、重疊的な加算になっているとも言え、薬価に反映する営業利益の水準について適正化すべきである。**
- **補正加算**について、そもそも新規性が認められる医薬品である以上は満たしているべきと考えられる要件について、要件を充足すれば加算が認められる仕組みになっていることを踏まえ、有用性加算（Ⅱ）における「製剤における工夫」などによる加算を除外するなど**要件の重点化を行うとともに、類似薬がある場合の類似薬効比較方式（Ⅱ）の適用のみならず、類似薬がない場合の原価計算方式において、新規性が認められる要件を充足しない場合は減算するなどの仕組みを導入すべき。**

◆類似薬効比較方式Ⅱの説明（薬価算定の基準について令和3年2月10日中医協）

第1章 定義 21 類似薬効比較方式（Ⅱ）

類似薬効比較方式（Ⅱ）とは、**新規性に乏しい新薬**の主たる効能及び効果に係る薬理作用類似薬を比較薬とし、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に規定する額を新薬の薬価とする算定方式をいう。
※薬理作用類似薬からは後発医薬品は除かれる。

◆類似薬効比較方式Ⅱの適用例

（プロトンポンプ阻害薬の主な医薬品）

1992年収載 A錠 90.8円

1997年収載 B錠 72.7円

↓ 後発品が収載

2009年収載 C錠 40.2円等
（A錠の後発品）

2010年収載 D錠 39.8円
E錠 26.8円等
（B錠の後発品）

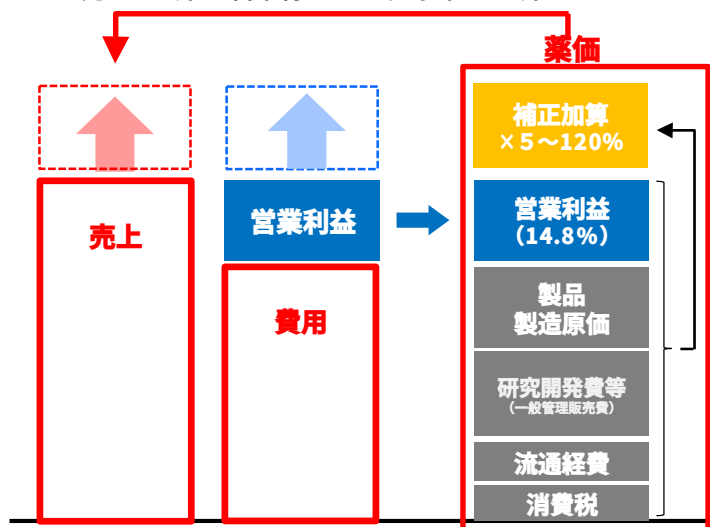
↓ 後発品のない先発品として
類似薬効比較方式Ⅱで収載

2011年収載 F錠 108.9円
（B錠を類似薬とする新薬）

2015年収載 G錠 187.5円

◆原価計算方式における営業利益と補正加算の関係

薬価算定時には、過去の平均的な営業利益による上乗せに加え、5～120%の範囲で補正加算がなされる。概念上、加算された薬価による売上は上昇し、営業利益が過去の水準より上昇することとなる。



◆新規医薬品の補正加算の内容

画期性加算（70～120%）

次の要件を全て満たす新規収載品

- イ 臨床上有用な新規の作用機序を有すること。
- ロ 類似薬又は既存治療に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること。
- ハ 当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること。

有用性加算（Ⅰ）（35～60%）

画期性加算の3要件のうち2つの要件を満たす新規収載品

有用性加算（Ⅱ）（5～30%）

次のいずれかの要件を満たす新規収載品

- イ 臨床上有用な新規の作用機序を有すること。
- ロ 類似薬又は既存治療に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること。
- ハ 当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること。
- ニ **製剤における工夫**により、類似薬又は既存治療に比して、高い医療上の有用性を有することが、客観的に示されていること。

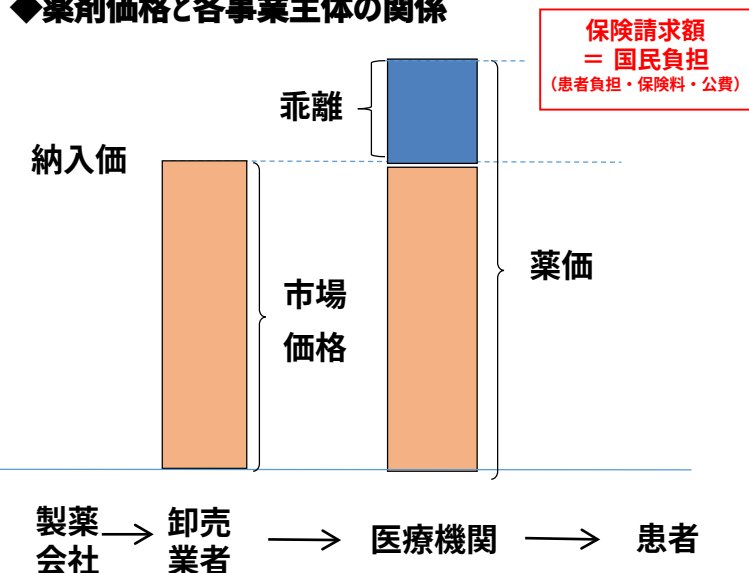
- a 投与時の侵襲性が著しく軽減される
 - b 投与の簡便性が著しく向上する
 - c 特に安定した血中薬物濃度が得られる
 - d 上記のほか、特に高い医療上の有用性があると薬価算定組織が認める
- ※それぞれ5%の加算

※価格は2021年度、胃潰瘍の通常1日あたりの薬価

既収載医薬品の薬価改定（毎年薬価改定）

- 医薬品の取引価格（市場実勢価格）が下落しているにもかかわらず、保険からの償還価格が据え置かれれば、患者負担、保険料負担、公費負担がいたずらに高止まりする。
 - **市場実勢価格を適時に薬価に反映することが国民負担の抑制の観点から極めて重要**であり、これまで2年に1度とされていた薬価改定について、令和3年度から**毎年薬価改定**が実現することとなった。「新型コロナウイルス感染症特例」として薬価の削減幅が0.8%分緩和されたことは令和3年度薬価改定限りであるが、
 - ・改定対象品目数が約7割にとどまり、これまでの改定より狭いこと、
 - ・既収載品目の算定ルールのうち、実勢価改定と連動しその影響を補正するもののみを適用しており、「長期収載品の薬価改定（G1,G2,C）」や「新薬創出等加算の累積額の控除」等が適用されなかったこと、（注）
 など毎年薬価改定が完全実施されたとまでは言えないことから、これらの点を見直し、**完全実施を早期に実現すべき**。
- （注）2021年度薬価改定の骨子（2020年12月18日中医協）においても、「今後の薬価改定に向け、「国民皆保険の持続可能性」と「イノベーションの推進」を両立し、国民が恩恵を受ける「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現する観点から、既収載品目に係る算定ルールの適用の可否等も含め検討を行う。」とされている。
- **市場実勢価格の加重平均値に対して上乗せを行っている調整幅についても、流通安定のための最小限必要な調整比率とされているが、一律に2%とされたまま、約20年間見直しがされておらず、その合理的な根拠（エビデンス）を含め、あり方を見直すべき。**

◆薬剤価格と各事業主体の関係



◆薬価調査の結果



◆調整幅の推移

年月	調整幅
H4.4～	15%
H6.4～	13%
H8.4～	11%
H9.4～	10%
H10.4～	5%
H12.4～	2%

既存医薬品の保険給付範囲の見直し①

- 医薬品の保険給付範囲を見直す際、①OTC類似医薬品等を保険給付範囲から除外するやり方と、②医薬品を保険収載したまま、薬剤の有用性、負担する薬剤費等に応じて保険給付範囲を縮小するやり方がある。
- 前者については、現在、保険診療と保険外診療を併用して治療を行う場合には、原則として保険診療部分も含めて全額が自己負担とされているため、保険が適用されなくなる医薬品に係る薬剤料のみならず、初診料などの技術料も含めて全額が自己負担となりかねないことから、保険外併用療養費制度に新たな類型を設けるなどの対応が必要。
- 後者については、**薬剤の種類に応じた患者負担の設定、薬剤費の一定額までの全額患者負担**などのやり方があり、諸外国の取組も参考にしつつ、これらの手法を幅広く検討すべき。

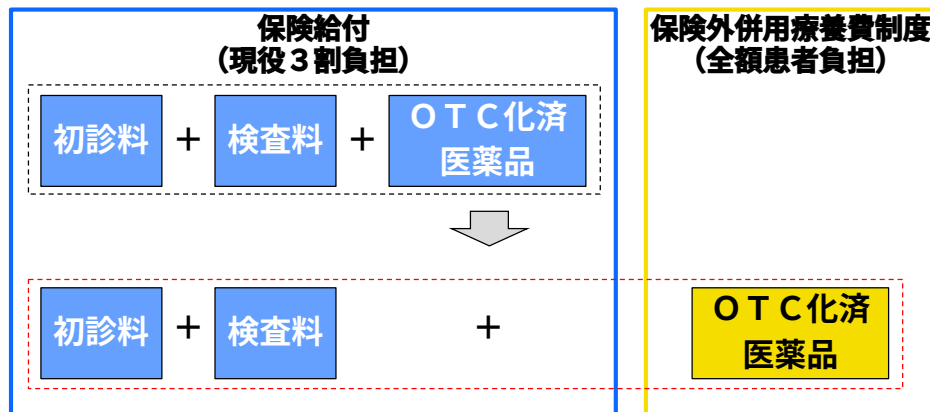
◆医薬品を保険給付対象から除外

過去の例	・栄養補給目的のビタミン製剤（2012） ・治療目的以外のうがい薬単体（2014） ・70枚超の湿布薬（2016）
今後の検討例※	・花粉症治療薬（OTC類似薬を1分類のみ投薬する場合） ・保湿剤（他の外用薬等との同時処方がない場合）

※健康保険組合連合会「政策立案に資する レセプト分析に関する調査研究Ⅲ、Ⅳ」政策提言（2017,2019）を参照

（参考）保険外併用療養費制度の活用

⇒ 薬局でも買える医薬品を医療機関で処方する場合に、技術料は保険適用のままで医薬品だけ全額自己負担とする枠組みを導入



◆医薬品を保険収載したまま保険給付範囲を縮小

①薬剤の種類に応じた患者負担割合の設定（フランスの例）

抗がん剤等の代替性のない高額医薬品		0%
国民連帯の観点から負担を行うべき医療上の利益を評価して分類（医薬品の有効性等）	重要	35%
	中程度	70%
	軽度	85%
	不十分	100%

②薬剤費の一定額までの全額患者負担（スウェーデンの例）

年間の薬剤費	患者負担額
1,150クローネまで	全額患者負担
1,150クローネから5,645クローネまで	1,150クローネ + 超えた額の一定割合
5,645クローネ超	2,300クローネ

（注）1クローネ＝13円（令和3年4月中において適用される裁定外国為替相場）

既存医薬品の保険給付範囲の見直し②

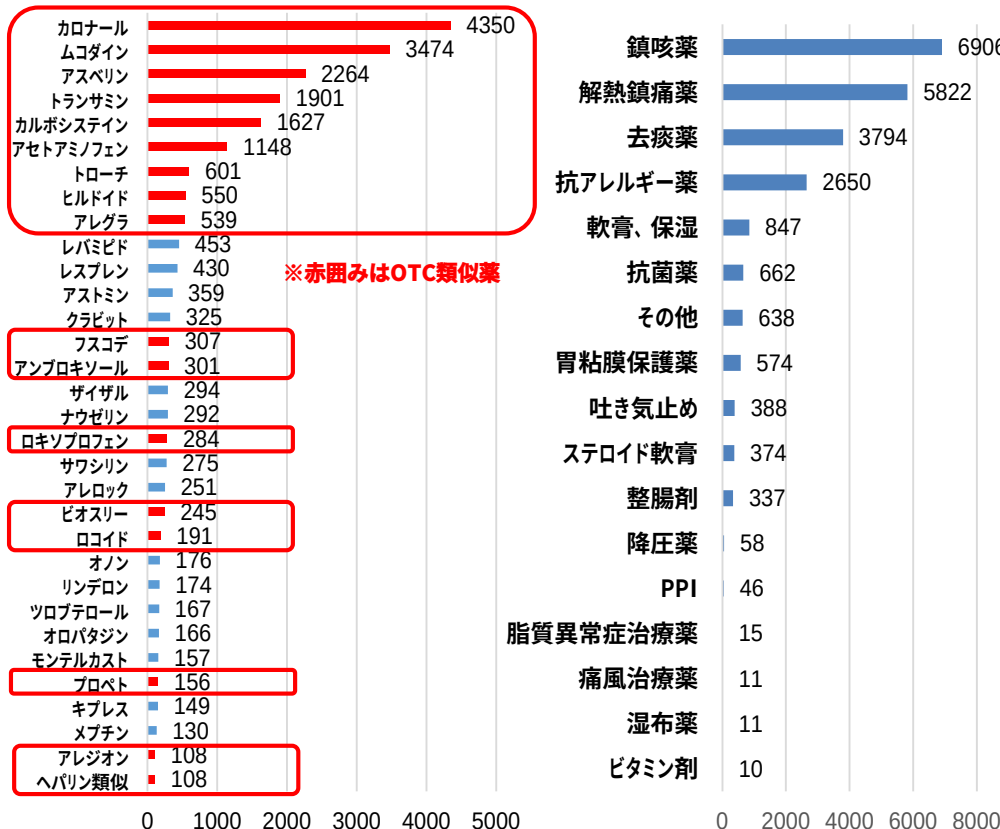
○ とりわけ、**OTC類似薬**については、

・現在実施しているオンライン診療・電話診療では、**OTC類似薬が処方されるケースが多いこと、**

・OTC薬が使用可能な疾患領域において、OTC薬で対象可能である症状に対する保険診療について、**OTC置き換えによる医療費適正化効果が高いこと（医療費適正化効果が2,300億円程度とする試算が存在）、**

などを踏まえ、セルフメディケーションを進める観点からも、**保険給付範囲からの除外や縮小などの適正化を検討すべきである。**

◆オンライン診療・電話診療により処方された主な医薬品（2020年10月～12月）



◆OTC置き換えによる医療費削減効果の推計

疾患のうち、OTC薬が現在使用可能である「既存領域」及び将来的なOTC導入可能性のある「新規領域」について、レセプトデータから、OTC薬で対象可能とされる患者数を推計し（※）、平均的な当該疾患のみでの保険診療の医療費（薬剤費の他、初診・再診療等を含む）を掛け合わせて試算したもの

※例えば、「かぜ症候群」からは、かぜが主傷病である患者から、

- ・インフルエンザや急性扁桃炎などの患者
 - ・過去5年以内に肺炎や喘息などの疾患がある患者
- を除外して集計。

既存領域				新規領域			
疾患	人数 (A. 万人)	医療費 (B. 円)	総額 (億円)	疾患	人数 (A. 万人)	医療費 (B. 円)	総額 (億円)
かぜ症候群	560.0	7,200	403.2	腰痛・肩痛 の筋弛緩薬	13.0	10,486	13.6
頭痛	126.7	5,300	67.2	過敏性 腸症候群	16.3	7,617	12.4
腰痛・肩痛	92.0	8,830	81.3	高血圧	985.6	8,085	796.9
便秘	234.5	5,749	134.8	片頭痛	49.3	10,655	52.5
胸やけなど	287.8	7,457	214.6	胸やけなど のPPI	10.3	8,745	9.0
鼻炎	1668.7	8,561	1,428.7				
合計			2,329.7				884.3

既存領域2,330億円・新規領域880億円、合計3,210億円

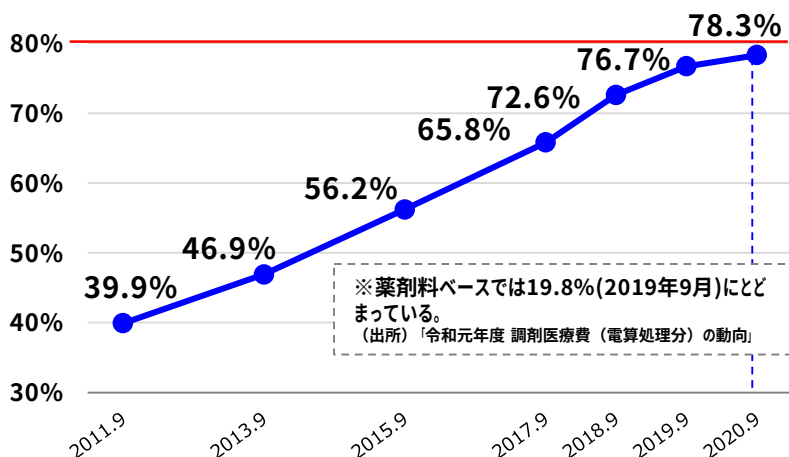
（出所）厚生労働省「セルフメディケーション推進に関する有識者検討会」
2021年2月3日 五十嵐中准教授説明資料

（出所）厚生労働省「第14回オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」

後発医薬品の更なる使用促進①

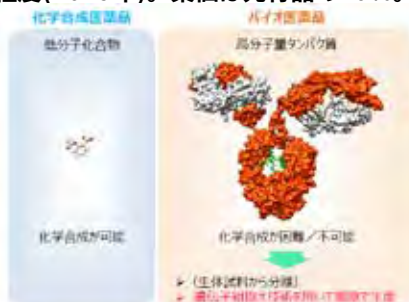
- 昨年9月における後発医薬品の80%シェア達成目標に対し、実績は78.3%。地域差等も踏まえ、新目標を昨年度内に結論を得るものとされていたが、現時点で策定されていない。問題が相次いでいる後発医薬品の品質確保や信頼獲得に努めることを前提としつつ、**後発医薬品の使用促進は揺らぐことなく進め、新目標を早急に策定すべき。**
- 薬価の高いバイオ医薬品について、**後発品（バイオシミラー）の使用を促すため新たな数量目標の設定や、国においてフォーミュラのガイドラインの策定に取り組む中で後発医薬品の選定基準を設けることなどを検討すべき。**
- **後発医薬品調剤体制加算**について、現在約6割の薬局が算定しているが、新目標達成による医療費適正化の追加効果との関係における**費用対効果や、既に80%を達成している都道府県も多いこと**を踏まえ、**メリハリがついた減算中心の体系に組み替えるべき。**
- **後発医薬品調剤体制加算に限らず、後発医薬品の使用促進のための診療報酬・調剤報酬上のインセンティブのあり方を見直すべき。**

◆後発医薬品調剤数量シェアの推移と目標値



◆バイオシミラー

国内で既に承認されたバイオ医薬品と同等／同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる業者により開発される医薬品
バイオシミラーが収載されているバイオ医薬品のうち、バイオシミラーのシェアは金額ベースで20%程度(2019年)。薬価は先行品の70%。



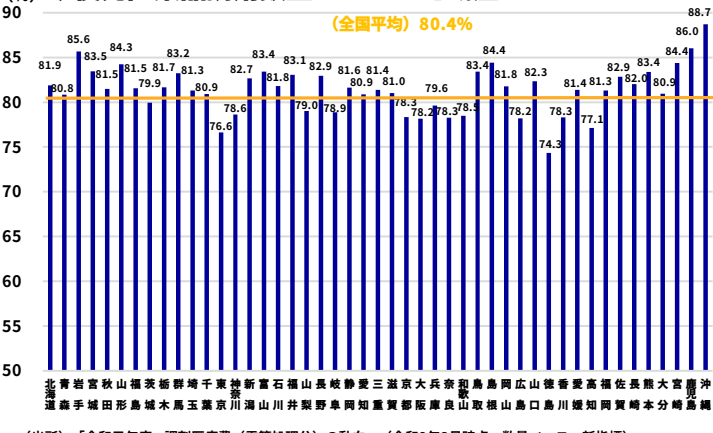
(出所) 国立医薬品食品衛生研究所生物薬品部作成

◆フォーミュラ（推奨医薬品リスト）の例

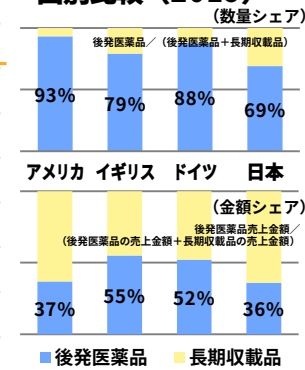
薬効群	第一選択薬	第二選択薬	備考	削減効果
...	...	...	...	...
HMG-CoA還元酵素阻害薬	アトルバスタチン錠 (後発品) ピタバスタチン錠 (後発品)	プラバスタチン (後発品) クレステール (先発品)	新規導入には後発品を優先する	▼85.3万円
RAS系薬	ACE阻害薬(後発品) ロサルタン(後発品) カンデサルタン (後発品)	ミカルディス、オルメテック、アジルバ (いずれも先発品)	新規導入にはACE阻害薬又は後発品を優先する	▼605.2万円
...	...	...	...	...

(出所) 経済財政諮問会議「社会保障改革の推進に向けて」
聖マリアンナ医科大学の事例（2017年10月26日）

◆後発医薬品調剤数量シェアの地域差



◆後発医薬品シェアの国別比較（2019）



(出所) Copyright © 2020 IQVIA. IQVIA MIDAS, Market Segmentation, MAY Sep 2014-2019, RX only (PRESCRIPTION BOUND) 他をもとに三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社推計

◆後発医薬品調剤体制加算と算定総額

	加算	推計算定額(※)
加算1 (75%以上)	15点	200億円程度
加算2 (80%以上)	22点	400億円程度
加算3 (85%以上)	28点	600億円程度

※2020年度以降の点数に、社会医療診療行為別統計の2019年の加算回数を用いて推計

◆後発医薬品使用に向けた診療報酬上の取り扱い

調剤基本料の減算 ▲2点

後発医薬品の調剤数量割合が4割以下の保険薬局である場合(処方回数が1月600回以下の場合を除く)

後発医薬品使用体制加算37～47点

後発医薬品使用割合等の施設基準を満たす医療機関の入院患者について、入院初日に加算する

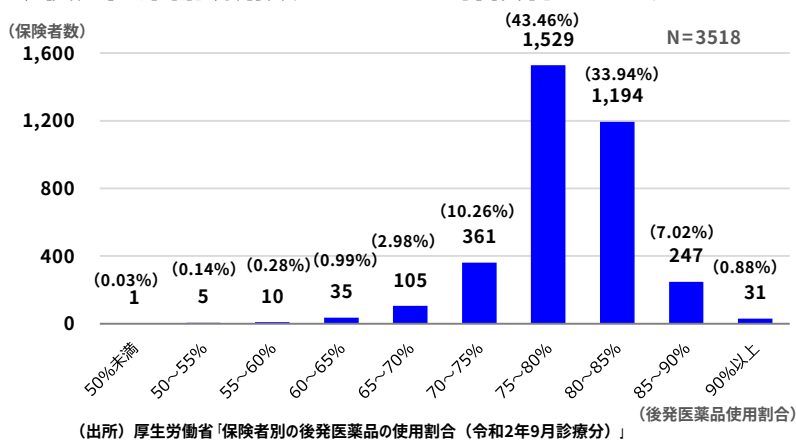
一般名処方加算 加算1：7点、加算2：5点

薬剤の一般名称を記載する処方箋を交付した場合(複数かつ全ての該当医薬品の場合加算1)

後発医薬品の更なる使用促進②

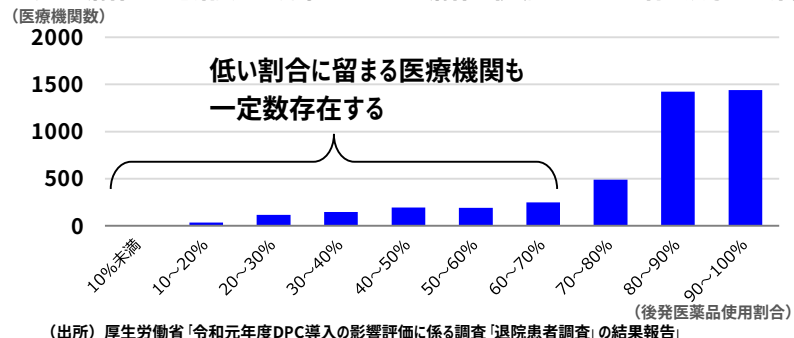
- 処方箋発行元が大学病院である場合の後発使用割合が72.7%（レセプトベース）と低いことが目立っており、その原因を精査するとともに、後発医薬品の使用促進を促すためにも、現在保険者別にとどまっている後発医薬品の使用割合の「見える化」による公表の医療機関別への拡大は不可欠。都道府県が、保険者協議会等の場を活用し、後発医薬品の使用割合の低い医療機関への働きかけを強めることも重要。
- 大学に対する奨学寄附金と大学病院における薬剤の適正使用との関係がかねて注目されており、製薬業界は、「企業活動と医療機関等の関係の透明性ガイドライン」を改定するなどの取組を進めているものの、院内処方や先発医薬品使用との関係についても疑念が生じないようにする必要がある。
- 奨学寄附金については廃止を含めあり方を見直すとともに、製薬会社から学会・医療機関・医師等への資金提供について一層透明性を高めることが必要。

◆後発医薬品調剤数量シェアの保険者による差



◆後発医薬品調剤数量シェアの医療機関別による差

(DPC病棟から包括払いの対象とならない病棟へ移動があった患者に投与した薬剤)



◆処方箋発行元の医療機関種別の後発医薬品割合（令和2年3月）

大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	診療所
72.7%	81.8%	82.2%	79.1%	80.1%

(出所) 厚生労働省「令和元年度 調剤医療費の動向」

◆奨学寄附金の規模

〔奨学寄附金：学術研究の振興及び研究助成を目的として行われる寄附金のうち、大学をはじめとする研究機関に対する教育・研究等の奨学を目的とした寄附金〕

・2019年度における、国内売り上げ上位10社で、72億、11,355件

(製薬会社ウェブサイトにおけるガイドラインを踏まえた開示資料から集計)

・その他、2017年度は71社で総額200億円との調査もある（東洋経済2020年8月）

2020年12月17日 財務大臣・厚生労働大臣合意（抄）

○ 後発医薬品の使用を更に促進するため以下の取組を着実に進める。

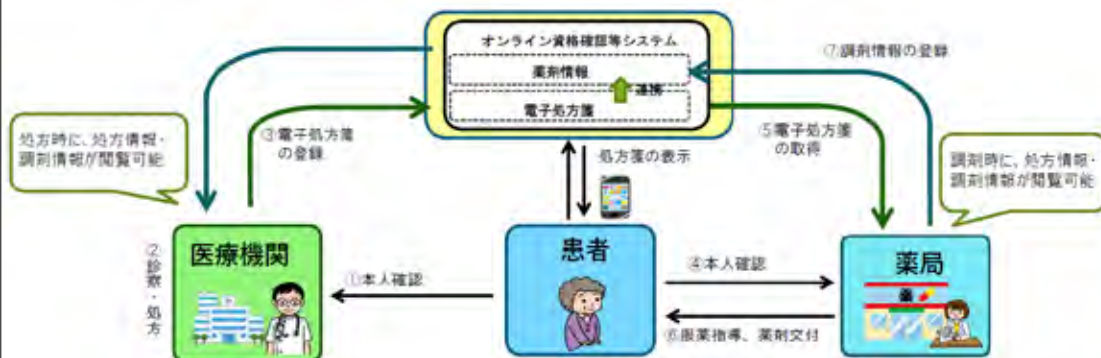
- ・ バイオシミラーに係る新たな目標の在り方を検討し結論を得る。
- ・ 「2020年9月までに後発医薬品使用割合を80%以上」の目標達成後の新たな目標について、これまでに分かっていた課題も踏まえつつ、その内容について検討する。
- ・ 後発医薬品も含めた、医薬品の適正使用に資するフォーミュラガイドラインを策定する。
- ・ 後発医薬品使用割合の見える化や公表を医療機関等の別に着目して拡大することを検討する。

多剤・重複投薬、長期処方への対応①

- **多剤・重複投薬**、さらには**長期処方**の課題は、その適正化が医療費適正化につながるのみならず、医療の質の改善につながり得るものであることを踏まえ、**取組を強化すべき**。
- 医療機関が、患者の過去の診療・処方箋情報等を参照可能となるよう、電子処方箋・オンライン資格確認システムにおける薬剤情報の活用を図り、患者の保健医療情報を効率的に医療機関・薬局等において確認できる仕組みを着実に構築するとともに、**診療報酬における多剤・重複処方について、減算等の措置を拡充すべき**。
- 長期処方について、依存性の強い向精神薬については抑制するなどのメリハリは付けつつ、患者の通院負担の軽減や利便性向上の観点から、病状が安定している患者等について、**一定期間内の処方箋を繰り返し利用することができる制度（リフィル制度）の導入を図るべき**。

◆電子処方箋の仕組み（2022年夏を目途に運用を開始）

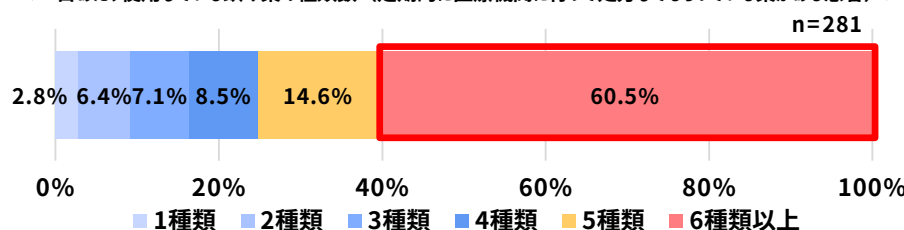
処方情報・調剤情報を他の医療機関・薬局で閲覧することを可能とする仕組みを構築



◆多剤投与の実態

75歳以上の患者の6割が、6種類以上の薬を服用。

< 1日あたり使用している飲み薬の種類数（定期的に医療機関に行って処方してもらっている薬がある患者） > n=281



（出所）厚生労働省「平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和元年度かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査）」

◆リフィル処方箋（2015年7月22日 中央社会保険医療協議会資料）

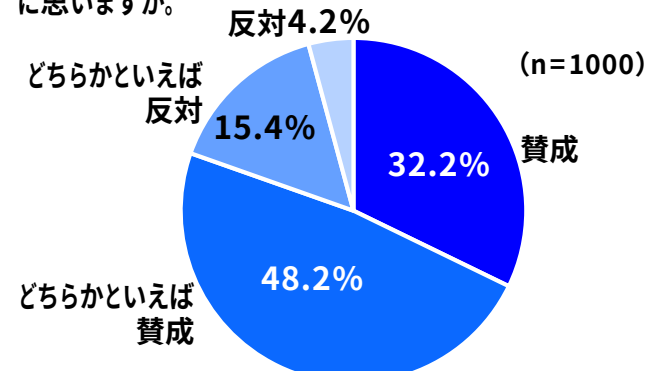
- 一定期間内に反復使用できる処方箋のこと
- 医師は、処方箋に繰り返し使用できる回数を定めて患者に交付し、患者は当該処方箋で繰り返し薬局で薬を受け取ることができる。
- 米国では麻薬等の依存性薬物以外はリフィルが広く認められている。

【健康保険組合連合会「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究Ⅳ」2019年8月】

- ・40歳以上で通算180日以上にわたり処方内容の変更がない処方（長期にわたる同一処方）が全患者の処方延べ日数の5割程度を占め、発生したケースの疾患は、高血圧症、糖尿病、高脂血症等の生活習慣病が主であった。
- ・上記患者の再診料と処方箋料のうち、リフィル処方を導入（90日に1回受診すると仮定）することで、年間約362億円（全国推計値）の医療費適正化効果が見込まれた

◆リフィル処方せんに関するアンケート

あなたは、リフィル処方せんを導入することに対してどのように思いますか。

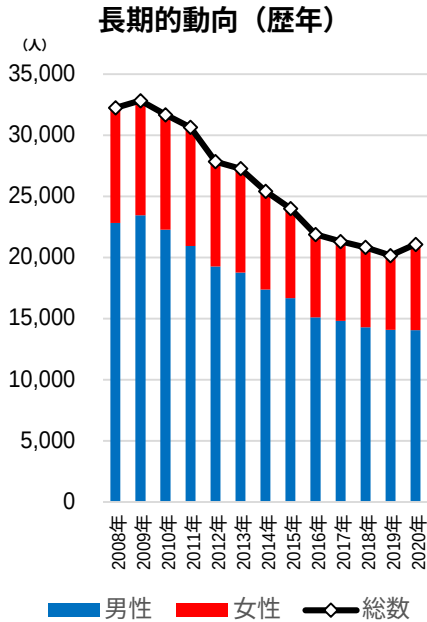


（出所）日本医療政策機構「2017年日本の医療に関する世論調査」

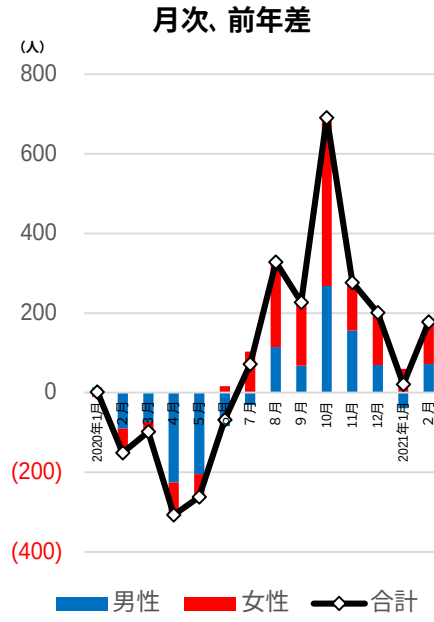
多剤・重複投薬、長期処方への対応②

- 自殺者数が11年振りに前年を上回り、**自殺対策は大きな課題**となっており、自殺に追い込まれることのない社会を目指し、総合的な対策を推進する必要。
- 11年前を振り返れば、厚生労働省は、自殺対策に関し、**向精神薬の過量処方**を問題視。
- その後、**向精神薬**について、**多剤処方**や**長期処方**の適正化を図るべく、累次の**診療報酬改定**が行われてきたが、これまでの取組の効果を点検し、海外では投与期間が制限されている依存性の強い薬剤を含め、**取組を強化すべきではないか。**

◆自殺者数の推移



（出所）警察庁公表資料より作成



◆向精神薬等の過量服薬を背景とする自殺について

（平成22年6月24日 厚生労働省事務連絡）

最近の厚生労働科学研究において、精神科に受診していた自殺者が、自殺時に向精神薬その他の精神疾患の治療薬（以下、「向精神薬等」という。）の過量服薬を行っていた例（薬物が直接の死因ではない場合を含む）が多くみられるという結果が出ております。また、最近の報道にもみられるように、向精神薬等の適切な処方について国民の関心が高まっていること等も踏まえ、自殺念慮等を適切に評価したうえで、自殺傾向が認められる患者に向精神薬等を処方する場合には、個々の患者の状況を踏まえて、投与日数や投与量に注意を払うなど、一層の配慮を行っていたくよう、管下医療機関に周知方お願い申し上げます。

◆向精神薬等の処方に対する診療報酬上の対応（2018年～）（処方料）

- 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時的投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く）を行った場合 18点
- 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤※の投薬を行った場合 29点 ※ベンゾジアゼピン受容体作動薬
- 3 1及び2以外の場合 42点

◆向精神薬のうち、承認用量の範囲内においても、連用により薬物依存が生じることがあると指摘されている「ベンゾジアゼピン」の海外での投与期間制限

英国医薬品・医療製品規制庁
医薬品安全委員会

- ・重度の不安に対しベンゾジアゼピンは短期間での使用（2～4週までに留める）と限定（1988年）
- ・漸減期間を含め処方期間は最長で4週までと改めて注意喚起（2011年7月）

フランス国立医薬品・医療製品
安全庁（2012年）

- ・ベンゾジアゼピン誤用の低減のためのアクションプランを発表
- ・不眠治療に対しては4週まで、不安治療に対しては12週までという継続処方期間の制限を設定

カナダ保健省（1982年）

- ・ベンゾジアゼピンの抗不安作用に関して、投与開始2～4週以降は効果が期待できないため、1～2週間の投与期間を推奨。
- ・ベンゾジアゼピンの依存性に関しては多数の研究結果から、ジアゼパムでは投与開始2週間～4ヵ月で依存が形成されると推測

デンマーク国家保健委員会
（2007年）

- ・依存性薬物の処方に関するガイダンスを発表
- ・ベンゾジアゼピンの処方、不眠治療に対しては1～2週間、不安治療に対しては4週間の投与期間とすることを推奨。

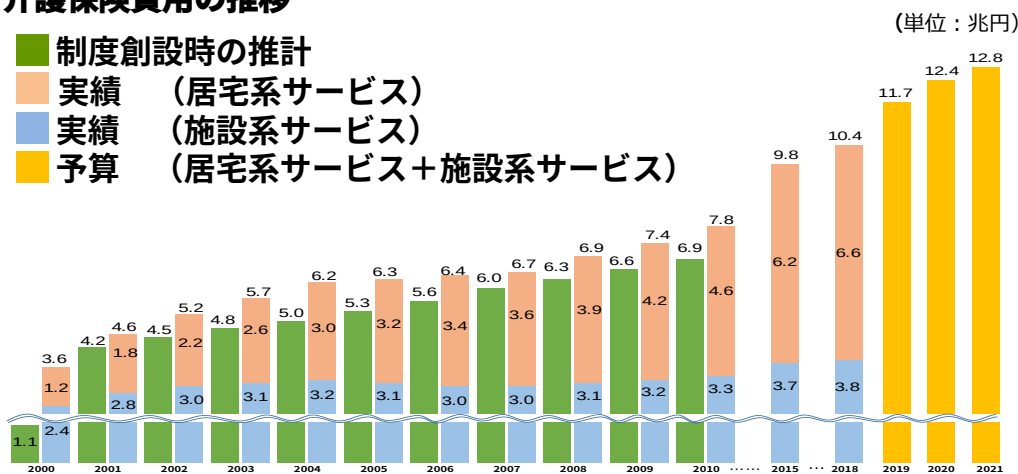
（出所）中央社会保険医療協議会 2017年10月18日資料

4. 介護・障害

制度創設時からの介護保険費用等の推移

- 介護保険制度は創設から約20年を迎えたが、**介護費用は、制度創設時に予測した水準に比べて増加**。制度創設時の推計は、推計時点（95年度）から単価が変わらない前提としているが、その後の名目GDPの推移を勘案したとしても、実績が制度創設時の推計を上回る。更に、2010年までの推計期間を経過した後も、費用は増加し続け、足元では10兆円を上回る水準となっている。
- **保険料についても、当初見込みを上回るペースで上昇**。足元では制度創設時から約2倍の5,869円となり、5,000円を上回る水準となっている。制度創設時の推計から乖離した要因として、**居宅サービス費用の大きな増加や当初見込みを上回る要介護認定者数の増加が考えられる**。
- 一方で、介護保険制度の創設に伴い、社会的入院（介護を理由とする一般病院への長期入院）が解消され、医療保険から介護保険に移った費用相当分について、**医療保険の負担が▲1.2兆円減少するとされていたが、制度創設前後の1999年度から2000年度にかけた財源別国民医療費における保険料の減少は▲0.1兆円にとどまっており、その減少効果は限定的にとどまった可能性が高い**。

◆介護保険費用の推移

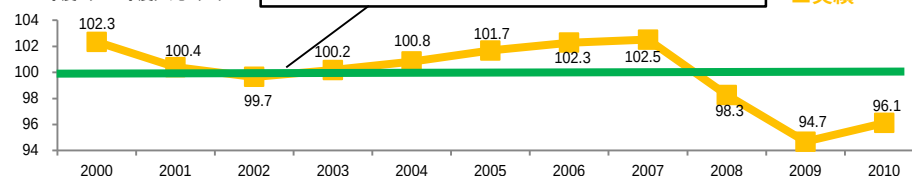


(注1) 制度創設時の推計は、介護保険制度案大綱に基づく「財政試算」（厚生省、1996年）から作成。1999年4月から居宅サービスを先行実施し、2001年度から施設サービスを実施する前提としている。要介護者に対するサービス整備率については、施設については100%、居宅については2000年度40%、2005年度に60%、2010年度に80%になるものと仮定。単価については、1995年度予算をベースとして設定された各サービスの単価が変わらないもの（単価の伸び率が年率0%）と仮定。

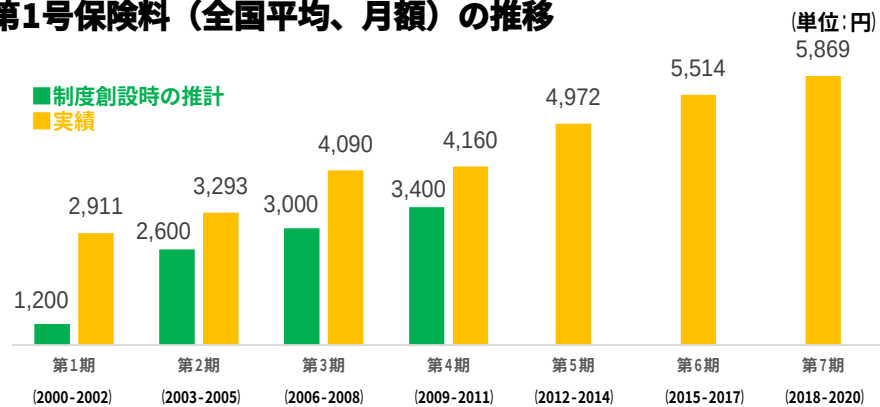
(注2) 実績は、「介護保険事業状況報告」から作成。2006年4月から導入された地域密着型サービスについては、以下のとおり、居宅系サービス及び施設系サービスに分類。
居宅系サービス：定期巡回・随時対応サービス、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護
施設系サービス：地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 (出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」

◆名目GDPの推移

1995年度（H7年度）比（%）

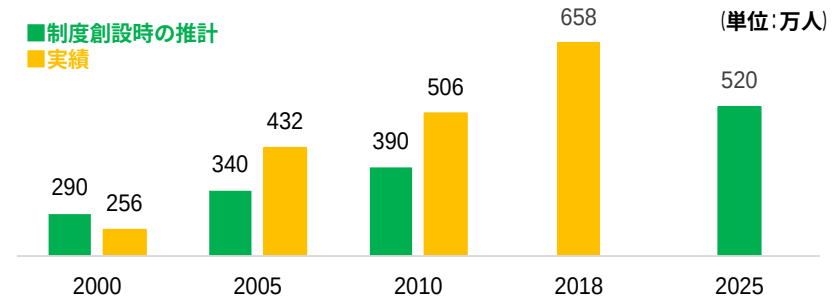


◆第1号保険料（全国平均、月額）の推移



(注) 制度創設時の推計は、介護保険制度案大綱に基づく「財政試算」（厚生省、1996年）。

◆要介護認定者数の推移

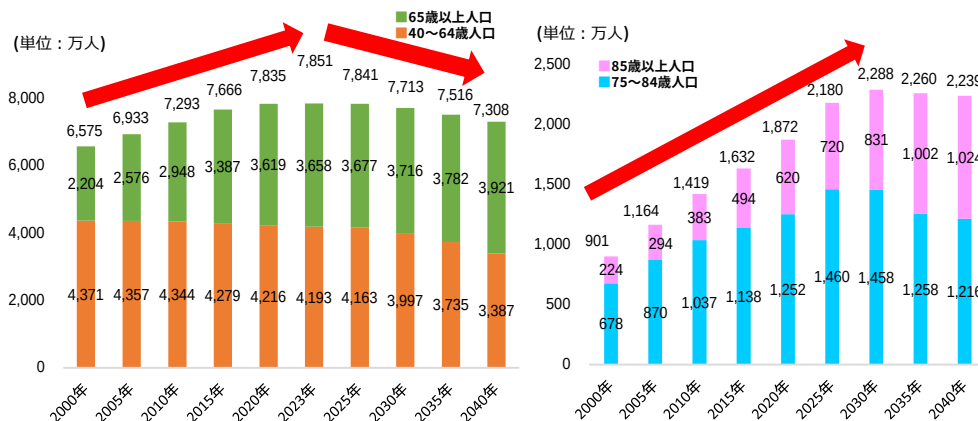


(注) 制度創設時の推計のうち、2000年～2010年は「介護保険のポイントQA」（厚生省、1996年）。なお、2000年の値は、1999年の推計（280万人）と2001年の推計（300万人）の中央値。また、2025年の値は「新介護システムにおける高齢者介護費用及び整備量の推計（粗い試算）」（1995年、厚生省）。

利用者負担の見直し

- 保険料負担者である40歳以上人口は、介護保険創設以来増加してきたが、2023年をピークに減少し、あわせて40～64歳の若年者世代の支え手の割合が減少していくことが見込まれる。一方で、要介護認定率や一人当たり給付費が高い75歳以上の高齢者は2030年頃まで増加し、その後も85歳以上人口が増加していくことが見込まれる。
- こうした中で、介護保険制度の持続可能性を確保するためには、利用者負担の更なる見直しをはじめとした介護保険給付の範囲の見直しに引き続き取り組む必要。
- 利用者負担については、2割・3割負担の導入を進めてきたが、今後、高齢化により介護費用が更に増加することが見込まれる中で、制度の持続可能性を確保し、保険料負担の伸びの抑制を図る観点から、今後、後期高齢者医療における患者負担割合の見直しを踏まえ、介護保険サービスの利用者負担を原則2割とすることや利用者負担2割に向けてその対象範囲の拡大を図ることを検討していく必要。

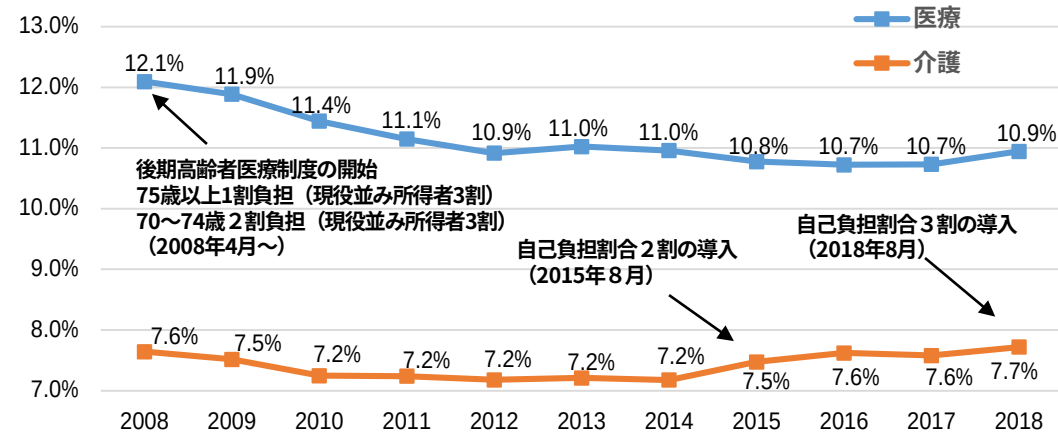
◆年齢階層別の被保険者の見直し



◆利用者負担の区分

1割負担	下記以外の者 (92%)
2割負担	合計所得金額 160 万円以上の者 (5%) (かつ単身で年金収入+その他合計所得金額280万円以上(夫婦世帯: 346万円以上))
3割負担	合計所得金額 220 万円以上の者 (4%) (かつ単身で年金収入+その他合計所得金額340万円以上(夫婦世帯: 463万円以上))

◆実効的な自己負担率(利用者負担/総費用)の推移

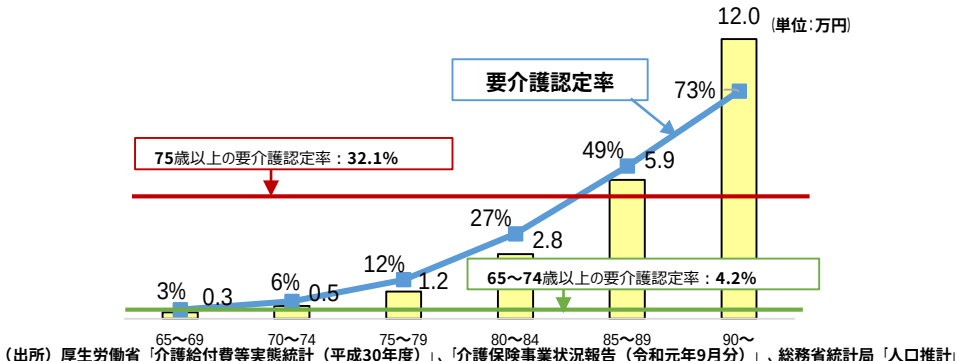


(注1) 実効負担率は、実効負担率＝利用者負担額/費用額、利用者負担額＝費用額－給付費額。

(注2) 医療については、65歳以上の実効負担率。

(出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」、「医療保険に関する基礎資料」

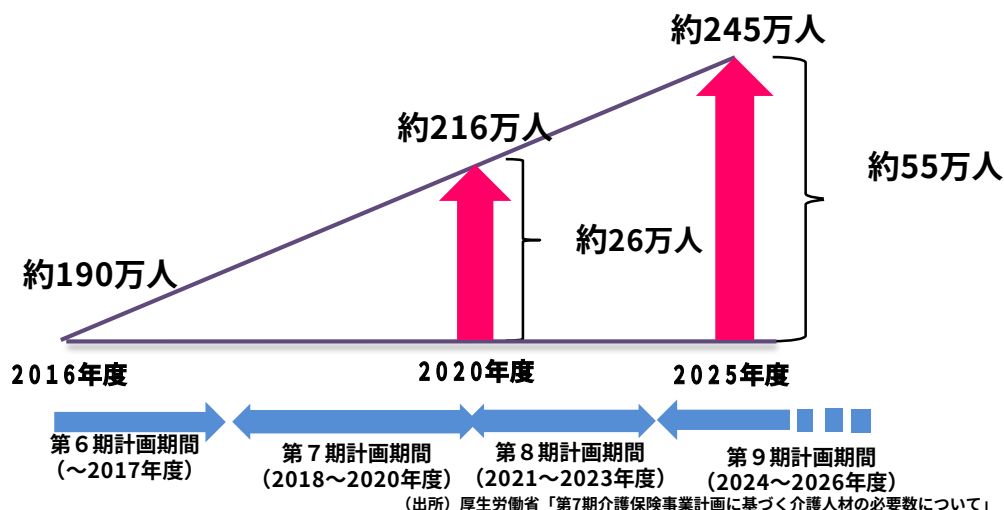
◆年齢階層別の要介護認定率・一人当たり給付費(月額)



介護人材確保の取組とICT化等による生産性向上

- 今後、高齢化による介護需要の増加により、生産年齢人口が減少する中で、介護人材の必要数は増加が見込まれている。
- こうした中で、新型コロナウイルス感染症の影響による離職者の介護分野への職業転換施策の推進等による介護人材確保のための取組を進めるとともに、サービスの質を確保しつつ、より少ない労働力でサービスが提供できるよう、配置基準の緩和等も行いながら、業務のICT化等による業務効率化を進めていく必要。
- また、介護サービスの経営主体は小規模な法人が多いことを踏まえ、令和4年6月までに施行される社会福祉連携推進法人制度の積極的な活用を促すなど、経営主体の統合・再編等による介護事業所・施設の運営効率化を促す施策もあわせて講じていく必要がある。
- こうした取組は、介護職員の働きやすい職場を実現するとともに、介護職員の処遇改善の余地をもたらす。今後、我が国において就業者の大幅な減少が見込まれる中、介護サービスを安定的に提供していくために必要不可欠な取組。

◆第7期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数



◆介護人材の確保施策の強化 (令和3年度予算)

- 他業種で働いていた者等であって、一定の研修等を修了した者への返済免除付きの「介護分野就職支援金貸付事業」の創設
- 福祉系高校入学者が介護分野の仕事に従事した場合の返済免除付きの「福祉系高校修学資金貸付事業」の創設
- 介護現場における多様な働き方導入モデル事業の創設

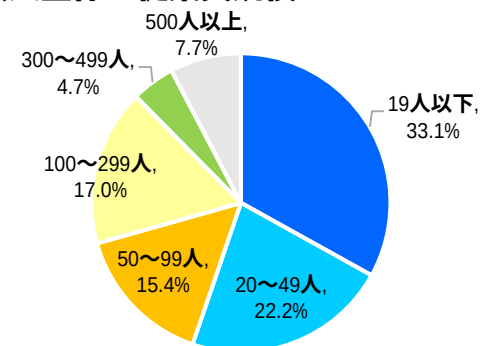
◆テクノロジー活用による配置基準の緩和 (令和3年度報酬改定)

- ・ 介護老人福祉施設について、**見守り機器やインカム等のICTを導入する場合に夜間の人員配置基準を緩和**

利用者数	配置人員数
26～60人	2人以上 → 1.6人以上
61～80人	3人以上 → 2.4人以上
81～100人	4人以上 → 3.2人以上

※ユニット型を除く個室や多床室

◆介護事業者の法人全体の従業員規模



(出所) 介護労働安定センター「平成29年度事業所における介護労働実態調査」

※社会福祉連携推進法人とは、社会福祉法人を中核とする非営利連携法人であり、合併のように資産を統合する必要はないが、共同で、福祉人材の確保や人材育成、設備・物資等の共同購入が可能となる

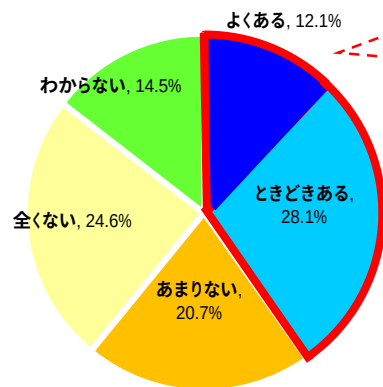
ケアマネジメントのあり方の見直し

- 制度創設時、ケアプラン作成は「高齢者の自立を支援し、適切なサービスを確保するため、…そのニーズを適切に把握したうえで、ケアプランを作成し、実際のサービス利用につなぐもの」とされた(「高齢者介護保険制度の創設について」(1996))。また、介護保険サービスの利用にあたっては一定の利用者負担を求めているが、**居宅介護支援(ケアマネジメント)**については、要介護者等が積極的にサービスを利用できるようにする観点から、利用者負担をとらないこととされた。
しかしながら、介護保険制度創設から約20年が経ち、サービス利用が定着し、他のサービスでは利用者負担があることも踏まえれば、**利用者負担を導入することが自然**。
- また、ケアマネ(居宅介護支援)事業所の約9割が他の介護サービス事業所に併設しており、「法人・上司からの圧力により、自法人のサービス利用を求められた」という経験を見聞きしたケアマネジャーが約4割いるなど、サービス提供に**公正中立性の問題が存在**。更に、ケアマネジャーは、インフォーマルサービスだけでなく、介護保険サービスをケアプランに入れなければ報酬を受け取れないため、「**介護報酬算定のため、必要のない福祉用具貸与等によりプランを作成した**」ケアマネジャーが一定数いることが確認されている。
利用者負担を導入し、利用者が自己負担を通じてケアプランに関心を持つ仕組みとすることにより、ケアマネジャーのサービスのチェックと質の向上にも資する。
- また、福祉用具の貸与のみを行うケースについては報酬の引下げを行う等、サービスの内容に応じた報酬体系とすることも必要。

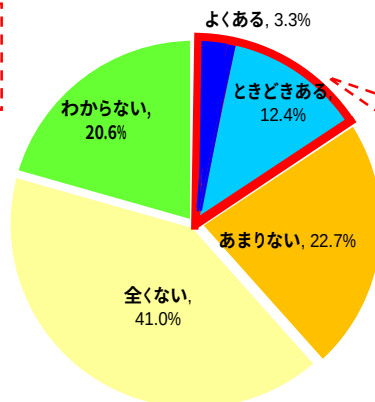
◆ケアマネジャーに聞いた「過去1年間に以下のような経験をしているケアマネジャーについて見たり聞いたりしたことがあるか」

法人・上司からの圧力により、自法人のサービス利用を求められた

本来であればフォーマルサービスは不要と考えていたが、介護報酬算定のため、必要のない福祉用具貸与等によりプランを作成した



約4割



約15%

(例) 歩行補助つえを3年間使用する場合(1割負担の者)
販売価格:約1万円 レンタル価格:約1,500円/月

購入する場合

自己負担:約10,000円

自己負担:約5,400円
(約150円×36月)

貸与に係る給付費:約48,600円
(約1,350円×36月)

ケアプラン作成等のケアマネジメントに係る給付費:
約360,000円(約10,000円×36月)

総額:約414,000円

購入する場合と比べて約40万円以上の費用を要している

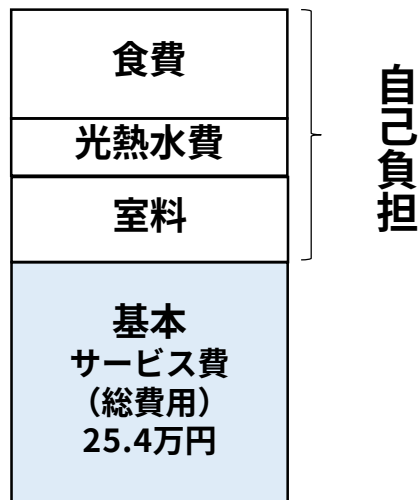
※令和2年度予算執行調査によれば、福祉用具貸与のみのケアプランの割合は6.1%

多床室の室料負担の見直し

- 制度創設時、「施設介護については、在宅介護とのバランスや高齢者の自立が図られてきている状況から見て、食費等日常生活費は、利用者本人の負担とすることが考えられる」とされた（「高齢者介護保険制度の創設について」（1996））。
このため、2005年度に、食費と個室の居住費（室料＋光熱水費）を介護保険給付の対象外とする見直しを実施（多床室は食費と光熱水費のみ給付対象外）し、2015年度に、特養老人ホームの多床室の室料負担を基本サービス費から除く見直しを行った。
- しかしながら、介護老人保健施設・介護医療院・介護療養病床の多床室については、室料相当分が介護保険給付の基本サービス費に含まれたままとなっている。
- 居宅と施設の公平性を確保し、どの施設であっても公平な居住費（室料＋光熱水費）を求めていく観点から、給付対象となっている室料相当額について基本サービス費等から除外する見直しを行うべき。

特養老人ホーム

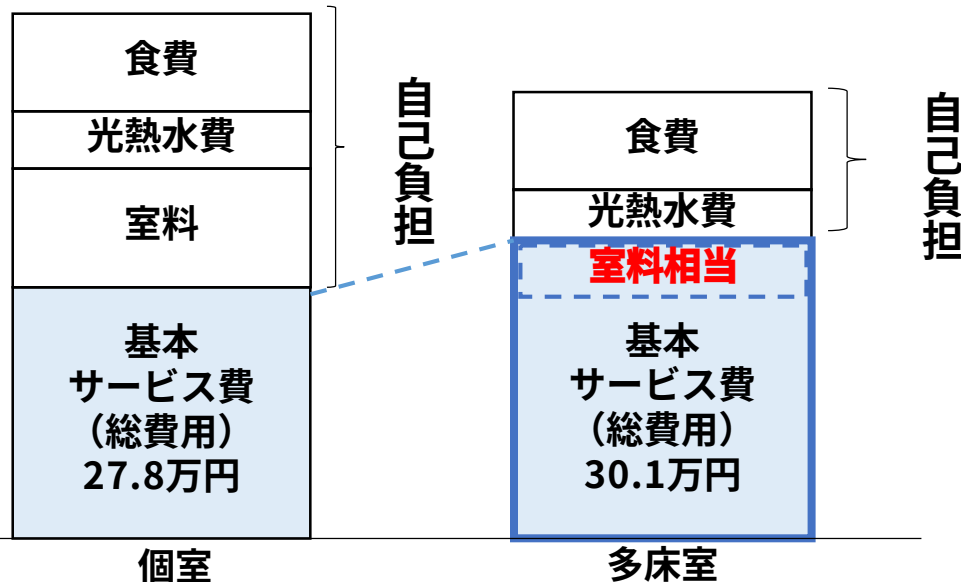
特養は2015年度改定で多床室の室料をサービス費から除外し、個室と多床室の報酬水準は同額。



個室・多床室

介護老人保健施設・介護医療院・介護療養病床

老健施設の多床室については、**室料相当額は基本サービス費に含まれたまま**であり、多床室の方が個室よりも基本サービス費が高い。

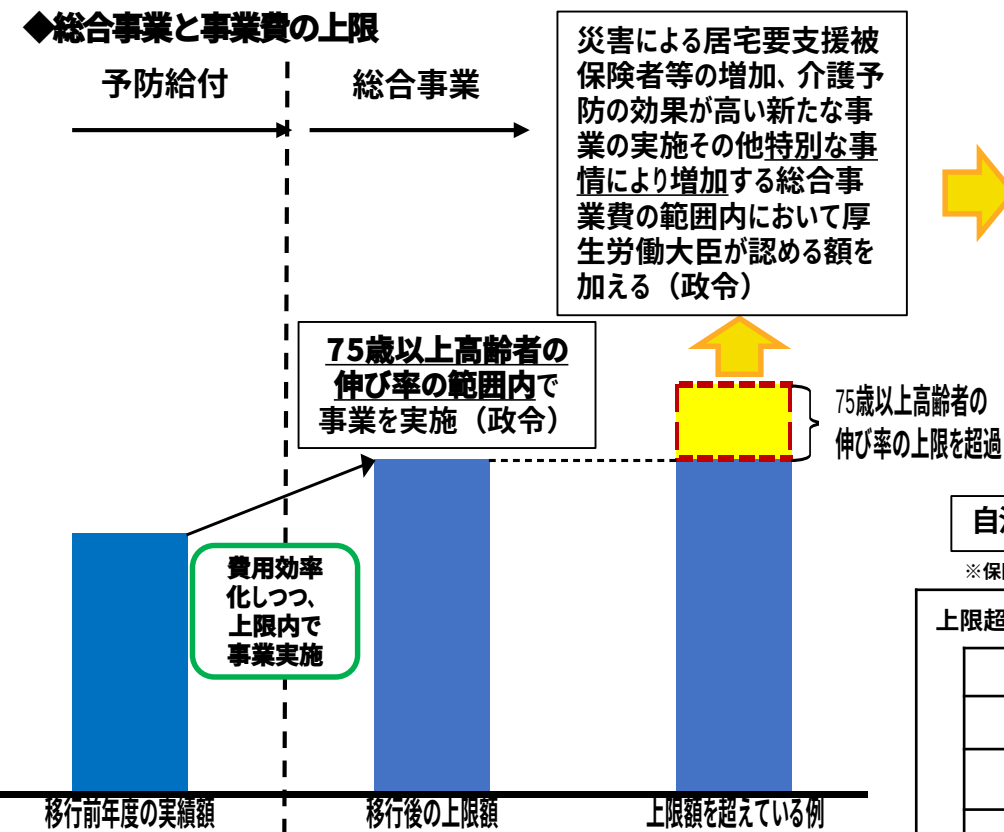


（注）上記の特養老人ホーム、介護老人保健施設等の基本サービス費は要介護5の者が30日入所した場合の費用（利用者負担含む）

地域支援事業（介護予防・日常生活支援総合事業）のあり方の見直し

- 地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業は、各自治体が高齢者の伸び率を勘案した事業費の上限内で事業を実施し、その枠内で交付金を措置する仕組みとしているが、厚労省が定めるガイドライン上、「一定の特殊事情」がある場合には、個別の判断により事業費が上限を超えても交付金の措置を認めることとされている。
- 「一定の特殊事情」の判断要件として「費用の伸びが一時的に高くなるが、住民主体の取組等が確実に促進され費用の伸びが低減していく見込みである場合」とされているが、相当数の保険者が3年連続で上限を超過している。また、「介護予防に効果的なプログラムを新たに導入する場合」をはじめとし、当該要件を充足する場合として例示されているケースもエビデンスに基づくものとは言い難い。
更に、判断要件が例示であり、例示以外の理由での申請も認めていることから、単なる事業量や利用者数の増加等を理由とした申請が相当数行われ、「一定の特殊事情」として認めがたい、こうした申請も含めて全ての上限超過が認められている。
- 上限が機能せず、形骸化しており、重要な制度改革の根幹がこのような運用となっていることは看過できない問題であり、上限超過を厳しく抑制すべき。

◆総合事業と事業費の上限



介護予防日常生活総合支援事業のガイドライン

市町村における総合事業の円滑な実施に配慮し、計算式による上限を超える場合について、**個別に判断する枠組みを設ける**。個別判断は、事前の判断と事後の判断に分けて行う。

〈事前の判断〉

当該年度の見込み額が明らかに上限を超える場合について、**一定の特殊事情を勘案して認める**。

【例】

- ・介護予防に効果的なプログラムを新たに導入する場合・介護予防や生活支援サービスの供給体制が近隣市町村と比較して著しく不足している場合・小規模市町村で通いの場等の新たな基盤整備を通じて当該年度だけ費用の伸びが増加する場合など、**費用の伸びが一時的に高くなるが、住民主体の取組等が確実に促進され費用の伸びが低減していく見込みである場合**
- ・前年度の個別判断で上限を引き上げており、その影響が当該年度以降も継続すると見込まれる場合

自治体提出の上限額引上げに係る事業実施計画書

※保険者数は、令和元年度当初・変更交付申請で個別協議を行った444保険者の理由の内訳（複数選択あり）

上限超過の理由（以下の理由に該当する箇所に○を付け、具体的な内容を記載すること）

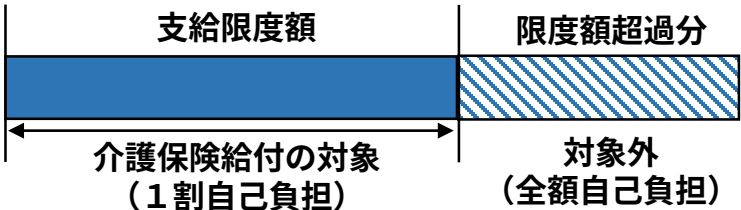
介護予防に効果的なプログラムを新たに導入等	【100保険者】
介護予防や生活支援サービスの供給体制が近隣市町村と比較して著しく不足等	【56保険者】
小規模市町村で通いの場の新たな整備等	【45保険者】
その他	【315保険者】

ガイドラインに記載のない単なる事業量や利用者数の増加等も「その他」として申請可能となっており、これらも全て上限超過が認められている

区分支給限度額のあり方の見直し

- 介護サービスは生活に密接に関連し利用に歯止めが利きにくいこと等から、制度創設時に、「高齢者は介護の必要度に応じて設定された介護給付額の範囲内で、自らの判断と選択により実際に利用したサービスについて保険給付を受けることができることとすることが適当である」（「高齢者介護保険制度の創設について（1996）」）とされ、要介護度ごとに区分支給限度額が設定された。
- しかしながら、制度創設以降、様々な政策上の配慮を理由に、区分支給限度額の対象外に位置付けられている加算が増加。
- 制度創設時に企図したように、設定された限度額の範囲内で給付を受けることを徹底すべきであり、居宅における生活の継続の支援を目的とした加算をはじめ、加算の区分支給限度額の例外措置を見直すべき。

◆区分支給限度額について



	限度額	限度額に占める平均利用率	限度額を超えている者の割合 (%)
要支援 1	50,320円	27.6%	0.4%
要支援 2	105,310円	21.5%	0.1%
要介護 1	167,650 円	42.6%	1.3%
要介護 2	197,050 円	51.4%	2.7%
要介護 3	270,480 円	57.0%	2.3%
要介護 4	309,380 円	61.5%	3.2%
要介護 5	362,170 円	65.6%	4.3%

(出所) 厚生労働省「介護給付費等実態統計（令和2年1月）」に基づき、厚生省にて作成
(注) 要支援1・2の者の平均利用率及び限度額を超えている者の割合については、総合事業の訪問・通所介護サービスの利用を含まない。また、支給限度額は、介護報酬の1単位を10円として計算。

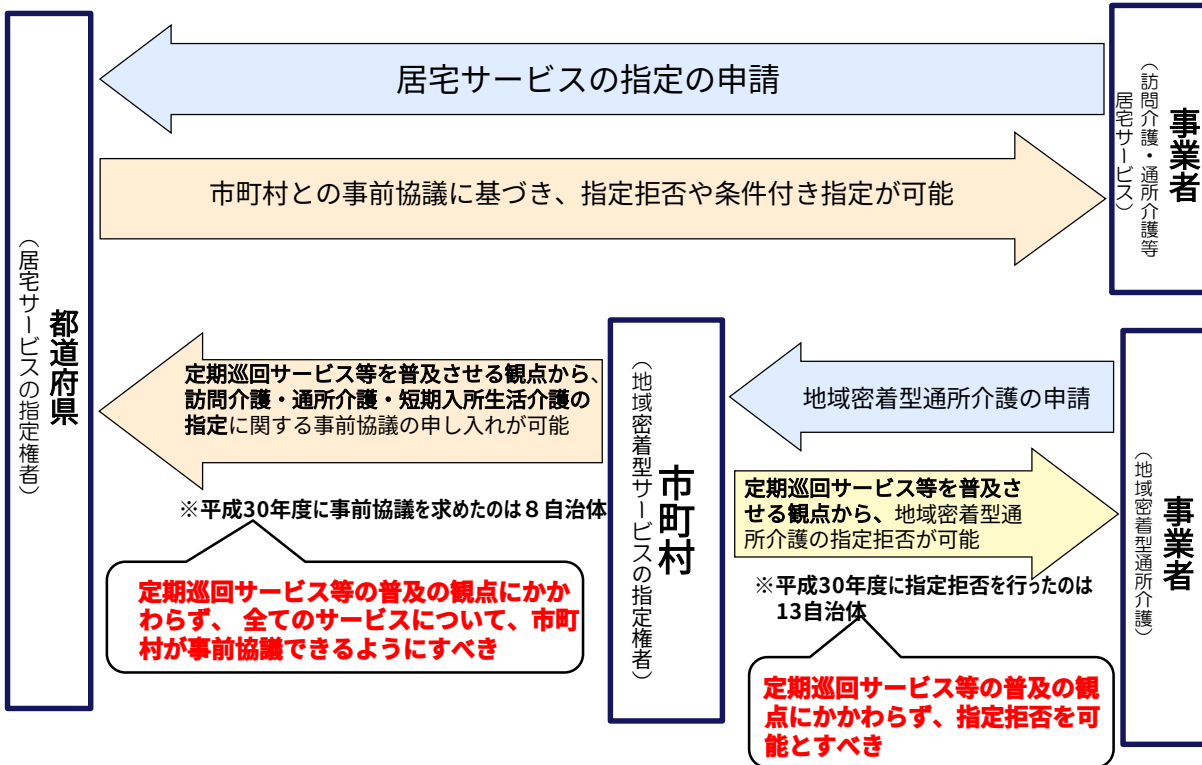
◆区分支給限度額の対象外となっている主な加算

種類	加算等の名称
①居宅における生活の継続の支援を目的とする加算	・総合マネジメント体制強化加算 (定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護) …居宅介護計画について、随時適切に見直しを行うとともに、日常的に地域住民等との交流を図り、地域の行事や活動等に積極的に参加する場合に算定 ・訪問体制強化加算 (小規模多機能型居宅介護) ・看護体制強化加算 (看護小規模多機能型居宅介護) …訪問サービスの提供回数が1月当たり延べ200回以上である場合に算定
②交通の便が悪い地域における経営の安定を図ること等を目的とする加算	・特別地域加算 (各種サービス) ・中山間地域等における小規模事業所加算 (各種サービス) ・中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 (各種サービス)
③医療ニーズへの対応に関する加算	・緊急時訪問看護加算、特別管理加算、ターミナルケア加算 (訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護) ・緊急時施設療養費、特別療養費 (介護老人保健施設における短期入所療養介護) ・特定診療費 (病院・診療所における短期入所療養介護)

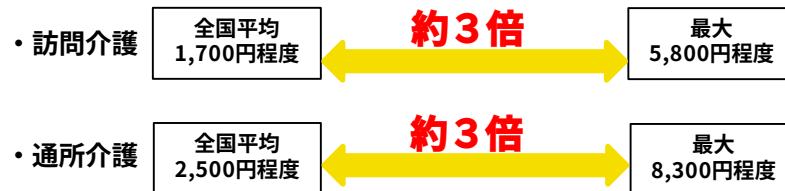
居宅サービスについての保険者等の関与のあり方

- 居宅サービスについては、制度創設以来、事業所数が大きく増加。また、居宅サービスが充実する中で、訪問介護や通所介護の一人当たり給付費が、全国平均と比べて極めて高い水準となっている地域もある。
- 居宅サービスのうち、訪問介護・通所介護・短期入所生活介護については、市町村は、都道府県に事前協議を申し入れ、その協議結果に基づき、都道府県が指定拒否等を行う枠組み（「市町村協議制」）があるが、あくまで定期巡回サービス等を普及させる観点から、競合する訪問介護等の一部サービスを指定拒否できることとされている。
同様に、市町村が指定権者である地域密着型通所介護についても、あくまで定期巡回サービス等を普及させる観点から指定拒否ができることとされている。
- 定期巡回サービス等の創設から約10年以上経過し、サービスの普及が進んでいることも踏まえ、自治体がより積極的に地域のサービス供給量をコントロールするための方策として、全サービスの居宅サービス事業者及び地域密着型通所介護の指定にあたって、定期巡回サービス等の普及の観点にかかわらず、サービス見込み量を超えた場合に、市町村が都道府県への事前協議の申し入れや指定拒否ができるようにすべき。また、都道府県及び市町村がより積極的に制度を活用できるよう、国はガイドラインや取組例の発出等の支援を行うべき。

◆居宅サービスにおける指定の枠組み



◆調整済み一人当たり給付費



(出所) 厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム」(平成30年度)

(注) 調整済み一人当たり給付費(月額)は、「第1号被保険者の性・年齢別人口構成」と「地域区分別単価」の影響を除外したもの。「最大」の一人当たり給付費は、政令指定都市・中核市のうちの最大金額

松戸市における取組例 (指定拒否と事前協議制の活用)

いきいき安心プランⅥまっど 第7期松戸市介護保険事業計画(平成30年度～平成32年度)

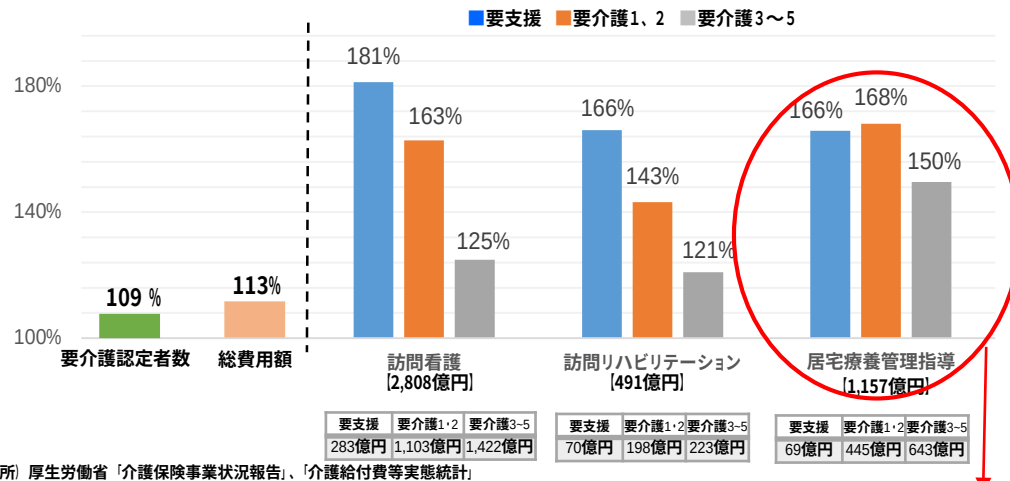
松戸市介護保険運営協議会における給付分析によれば、本市における地域密着型通所介護・通所介護の利用状況は、いずれも60%前後であり、供給が需要を上回っている状況です。

このため、小規模多機能サービスの整備・普及を積極的に推進していく観点から、介護保険法の規定に基づき、地域密着型通所介護の新規開設(出張所の設置を含む)や定員の増加は、原則として認めないこととします(ただし、認知症対応型通所介護及び療養通所介護は除きます)。また、通所介護についても、新規指定に当たっては、本市と協議を行うよう、千葉県に求めることとします。

軽度者に対する居宅療養管理指導サービス等の給付の適正化

- 近年、居宅療養管理指導・訪問看護・訪問リハビリテーションといった医療系の居宅系サービス費用が、総費用や要介護者数の伸びを大きく上回って増加。
- 居宅療養管理指導等のサービスは、原則、「通院が困難な利用者」に対して給付することとされているが、近年、軽度者（要支援1・2、要介護1・2）の費用の伸びが顕著な状況であり、実態として「通院が困難な利用者」へのサービス提供となっているか、把握を行う必要。
- 例えば、居宅療養管理指導については、薬局の薬剤師による軽度者へのサービス費用が大きく増加しているが、「必要以上に居宅療養管理指導を利用するプランを作成した」ケアマネジャーが一定数いることが確認されており、「少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、居宅療養管理指導費は算定できない」と算定要件が明確化されたことも踏まえ、算定要件を満たす請求のみが適切に行われるようにすべき。

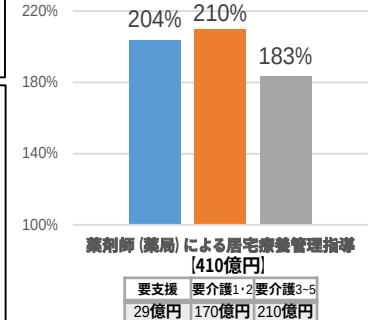
◆居宅管理指導サービス費用等の伸び率（平成26年度～平成30年度）



【指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準】
 注1 在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、…1月に2回（薬局の薬剤師にあっては、4回）を限度として所定単位数を算定する。

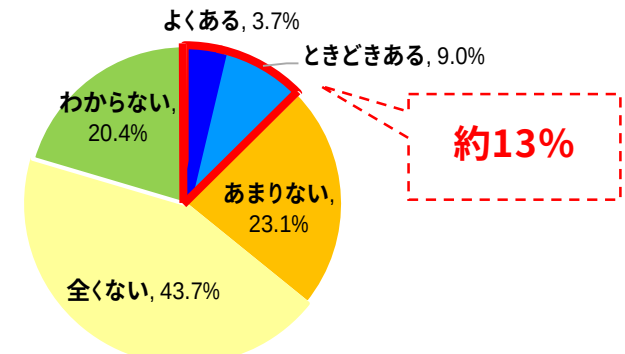
【指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について】
6 居宅療養管理指導費
 (1) 通院が困難な利用者について
 居宅療養管理指導費は、在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、定期的に訪問して指導等を行った場合の評価であり、継続的な指導等の必要のないものや通院が可能なものに対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができるものなどは、通院は容易であると考えられるため、居宅療養管理指導費は算定できない（やむを得ない事情がある場合を除く。）。

薬局の薬剤師による居宅療養管理指導



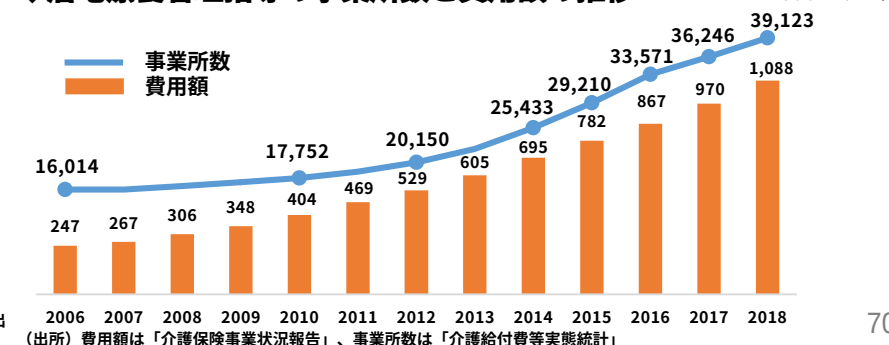
◆ケアマネジャーに聞いた「過去1年間に以下のような経験をしているケアマネジャーについて見たり聞いたりしたことがあるか」

必要以上に居宅療養管理指導を利用するプランを作成した



(出所) 「ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組や質に関する指標のあり方に関する調査研究報告書」

◆居宅療養管理指導の事業所数と費用額の推移



介護施設・事業所等の経営状況の把握

- 介護及び障害福祉サービス等事業者は、法令上、サービス提供内容等の運営情報について都道府県に報告を行い、都道府県は、厚労省が設置する「介護サービス情報公表システム」及び「障害福祉サービス等情報検索」で報告を受けた内容を公表することとされている。
- このうち、障害福祉サービス等については、すべての法人について、「事業所等の財務状況」の都道府県への報告及び「障害福祉サービス等情報検索」における公表が法令上義務化されている一方で、介護サービスについては、法令上何ら規定がなく、公表が義務化されていない。
- このため、介護サービスについても法令改正を行い、財務諸表等の財務状況の報告・公表を義務化し、介護施設・事業所の経営状況の「見える化」を推進すべき。
また、障害福祉サービス等については、法令上、報告・公表が義務化されているにもかかわらず、「障害福祉サービス等情報検索」での財務状況の公表が低調であるため、法令に従い、財務状況を公表するように徹底すべき。

◆介護事業所等の公表制度の概要



◆報告・公表内容

基本的な項目

事業所の名称、所在地等、従業員に関するもの、提供サービスの内容、利用料等、法人情報 等

事業所運営にかかる各種取組

利用者の権利擁護の取組、サービスの質の確保への取組
相談・苦情等への対応、外部機関等との連携
事業運営・管理の体制 等

◆介護サービスと障害福祉サービスの法令上の違い

	障害者総合支援法	介護保険法
報告義務	事業者は、情報公表対象サービス等情報を都道府県に報告する義務（障76条の3①、介115条の35①）	
公表義務	都道府県は、報告を受けた後、報告内容を公表する義務（障76条の3②、介115条の35②）	
公表対象（財務状況）	事業所等の財務状況（施行規則別表一）	— （財務状況に係る規定なし）

◆財務状況の公表

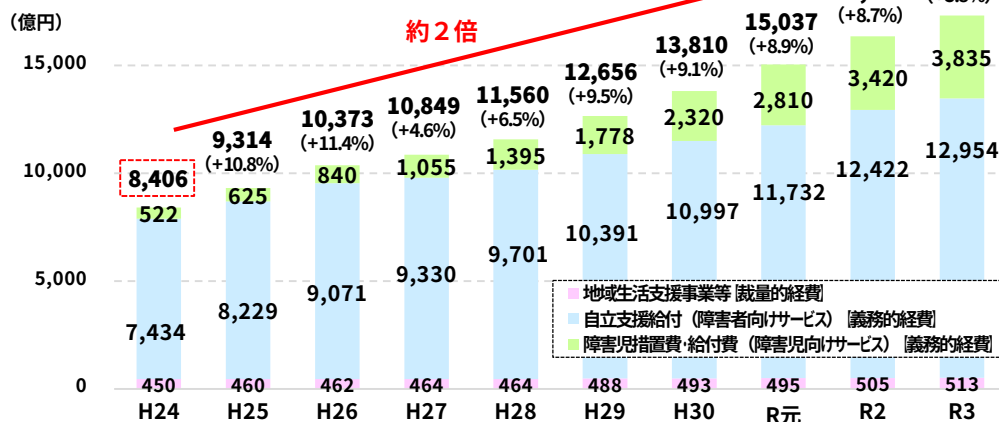
障害福祉サービス等情報検索では、以下のように、事業所等の直近年度の決算資料が公表されるが、実際に公表されている事業所等は限定的

事業所等の財務状況（財務諸表等による直近年度の決算資料）	
事業活動計算書（損益計算書）	損益計算書.pdf ダウンロード
資金収支計算書（キャッシュフロー計算書）	-
貸借対照表（バランスシート）	貸借対照表.pdf ダウンロード
就労支援事業事業活動計算書	事業活動計算書 .pdf ダウンロード
就労支援事業別事業活動明細書	就労支援事業別事業活動明細書.pdf ダウンロード

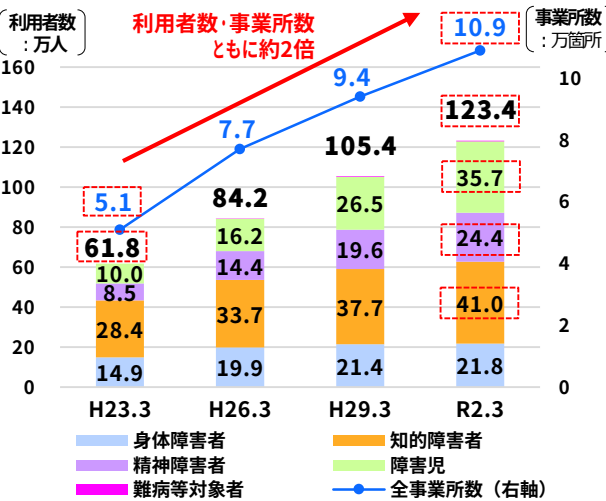
障害福祉サービス等予算・利用者数の推移

- 障害福祉サービス等の予算額は直近10年間で約2倍に増加しており、サービスの利用者数や事業所数も約2倍に増加。予算額の過去10年間平均の伸び率は、社会保障関係費全体に比して約3倍であり、著しく高い伸びを示している。（社会保障関係費全体の平均伸び率 2.4% ⇔ 障害福祉サービス等予算額の平均伸び率 8.4%）
- 総費用額の伸びを分析すると、利用者数の伸び率は、利用者1人当たり総費用額の伸び率に比して高くなっており、利用者数の増加が予算額の増加に大きく寄与していると考えられる。利用者数の増加については、高齢化による影響は限定的であり、65歳未満の利用者数の増加の影響が大きくなっている。
- 今後もサービス供給・需要の伸びが見込まれる中で、障害者が真に必要なサービスを効率的・重点的に提供していくためには、サービスの利用者が急増している要因分析やサービスの提供実態の把握を行った上で、制度の持続可能性を確保していくことが重要。

◆障害福祉サービス等予算額の推移（当初予算）



◆障害福祉サービス等の利用者数・事業所数の推移

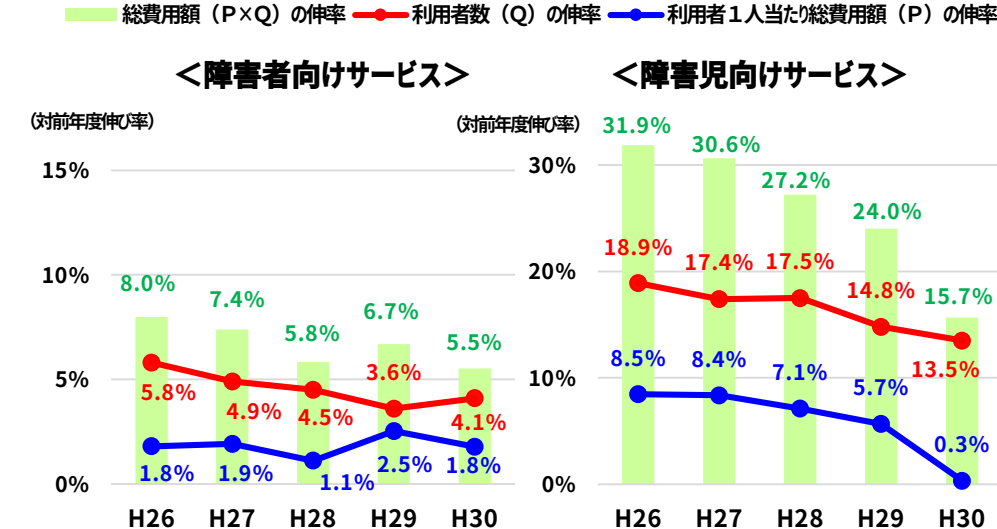


＜主なサービスの収支差率（R元決算）＞

居宅介護	5.3%
生活介護	8.9%
施設入所支援	6.3%
共同生活介護（介護サービス包括型）	7.3%
就労継続支援A型	4.2%
就労継続支援B型	6.0%
児童発達支援	1.2%
放課後等デイサービス	10.7%
全サービス平均	5.0%

（注）厚生労働省「令和2年度障害福祉サービス等経営実態調査結果」を基に作成。なお、各サービスの収支差率は令和元年度決算に基づくものであり、令和3年度障害福祉サービス等報酬改定による影響は反映されていない。

◆障害福祉サービス等の総費用額の伸びの分析



（注）国保連データを基に作成。総費用額は各年度の年間費用額。利用者数は各年3月の実数。利用者1人当たり総費用額は各年度の月平均の値（相談系サービス除く）。

◆年齢別 利用者数の推移

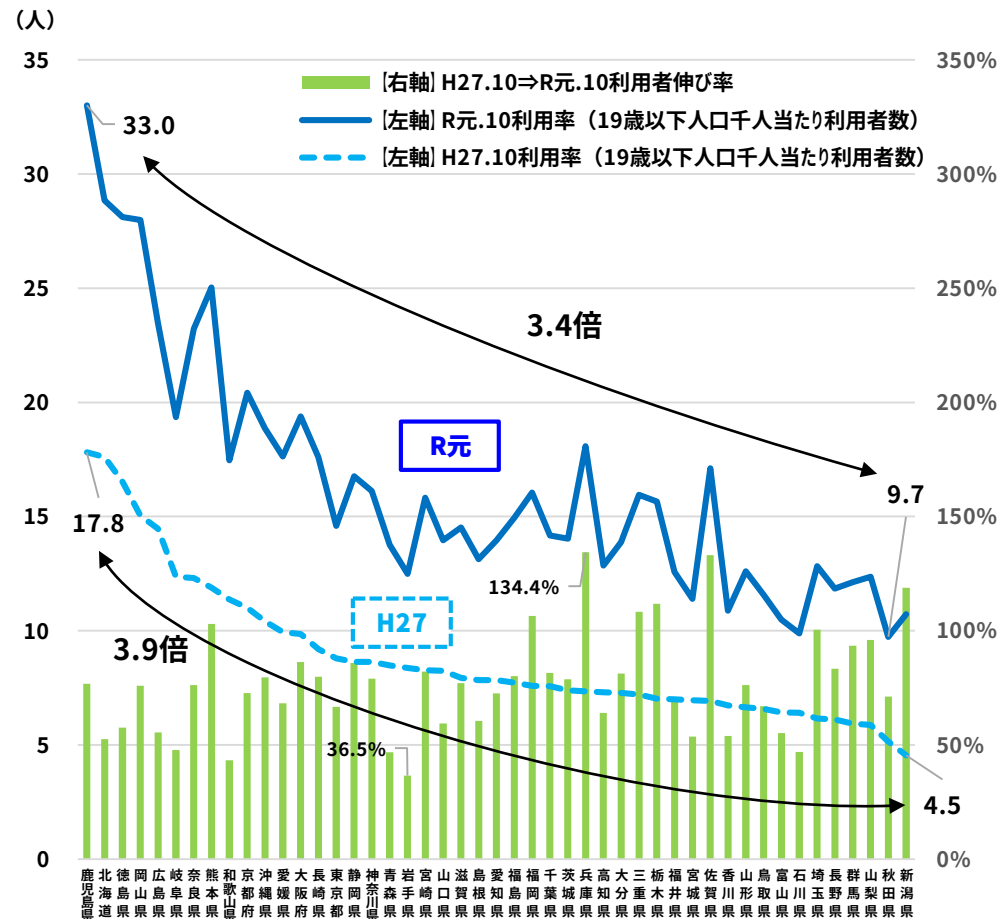
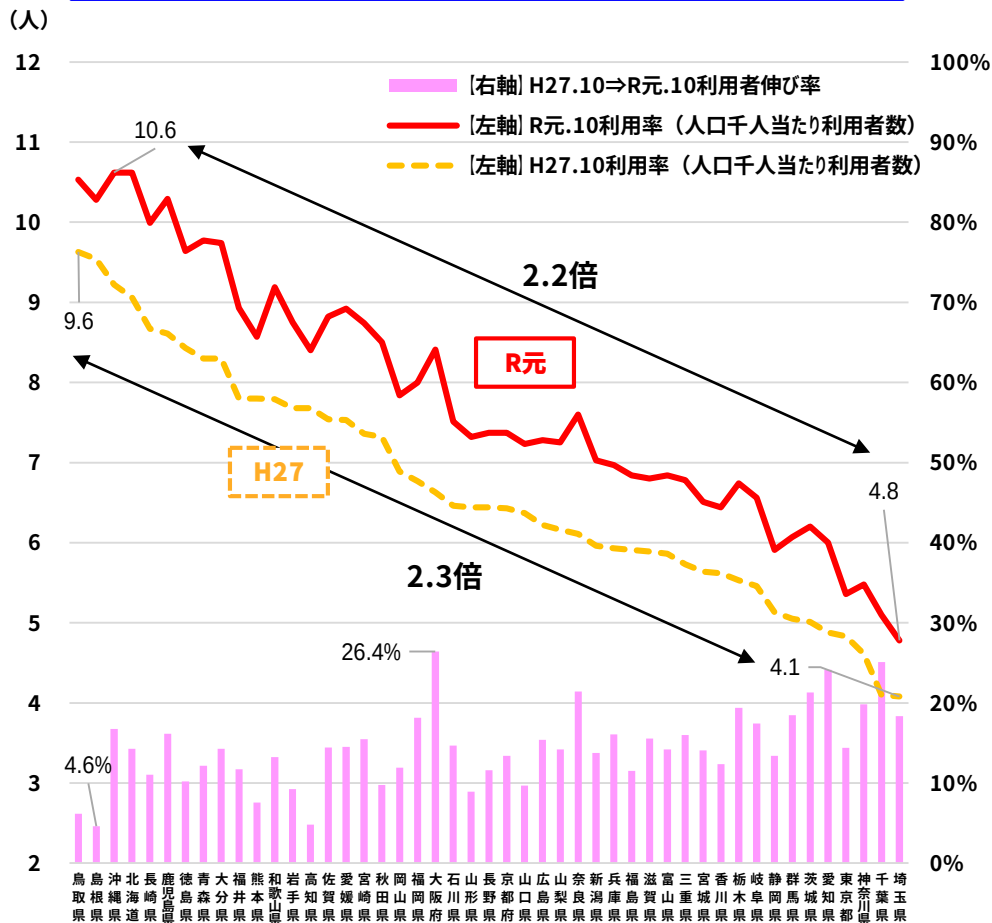
	H27.3	R2.3	増加人数（増加率）
65歳以上	7.8万人	10.7万人	+2.8万人（+36.1%）
18歳以上65歳未満	64.3万人	77.5万人	+13.1万人（+20.4%）
18歳未満	19.1万人	35.2万人	+16.1万人（+84.6%）
利用者数 合計	91.3万人	123.4万人	+32.1万人（+35.2%）

（注）国保連データを基に作成。

障害福祉サービス等における地域差①

- 都道府県別に人口当たりの利用者数を比較すると、令和元年においては、**障害者向けサービスで最大2.2倍、障害児向けサービスで最大3.4倍の地域差が存在しており、平成27年と比較しても、その傾向に大きな変化はない状況。**

◆都道府県別 障害福祉サービス等の「人口千人当たり利用者数」の推移（平成27年10月⇒令和元年10月）

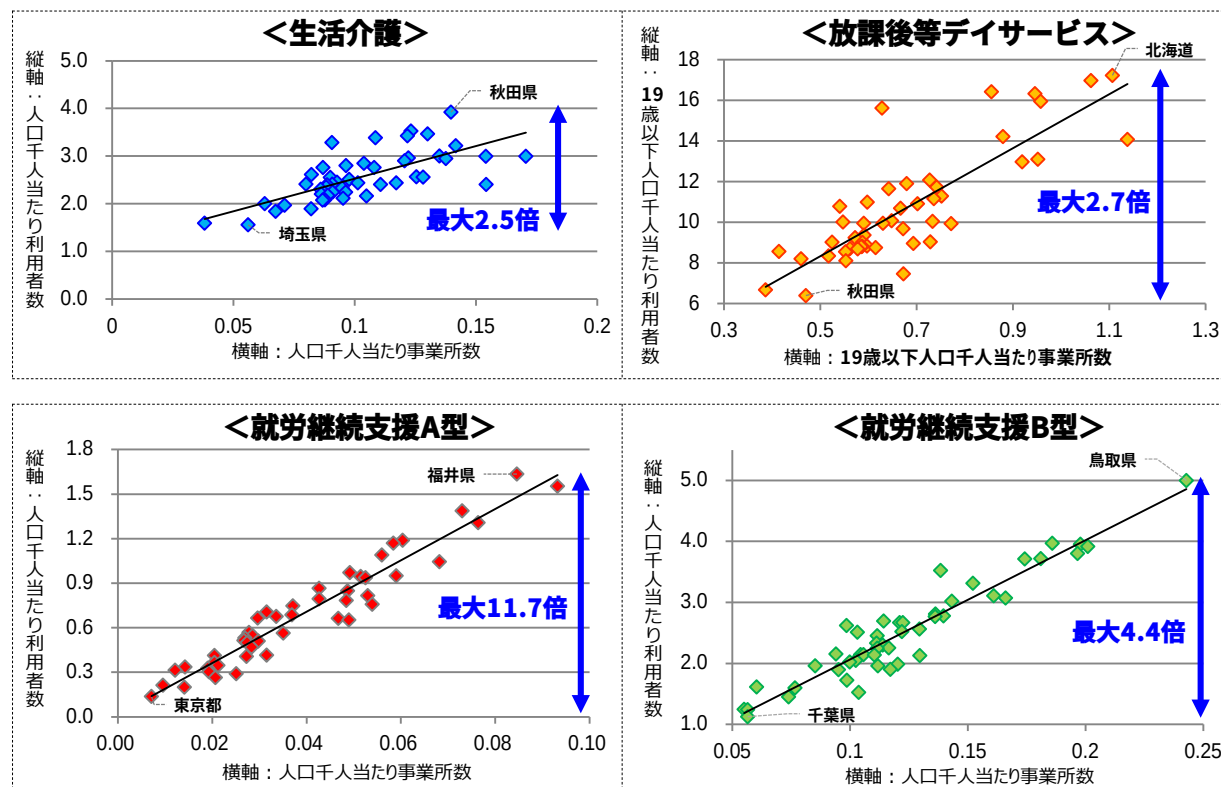


(注) 利用者数は平成27年10月及び令和元年10月時点の国保連データ、人口は総務省統計局の「人口推計」(平成27年10月1日現在及び令和元年10月1日現在)に基づき作成

障害福祉サービス等における地域差②

- サービス別に見ても、人口当たりの利用者数には大きな地域差がある。当該地域差は、人口当たりの事業所数の地域差と相関が見られ、**事業所数の増加が利用者数の増加につながっている可能性がある。**
 - 各自治体は3年に1度、各年度のサービス見込み量を定めた障害福祉計画・障害児福祉計画を作成する必要があるが、多くの自治体では、必ずしも**地域の障害者・障害児の状態やニーズに基づいたものになっていない可能性がある。**
 - 障害者等が真に必要なサービスを身近な地域で受けられるよう、**各自治体が地域の障害者等の状態やニーズを適切に把握した上でサービス見込み量を設定し、地域の実態を踏まえた事業所の指定**を行うことにより、サービスの質を確保するとともに、サービスの供給が計画的かつ効率的に行われるようにすべき。
- (注) 就労継続支援A型・B型、生活介護、施設入所支援、放課後等デイサービス、児童発達支援、障害児入所施設の各サービスについては、障害福祉計画・障害児福祉計画で定められたサービスの見込み量を上回る場合、当該サービスに係る事業所の新規指定を行わないことができる仕組み（総量規制）が設けられている。

◆都道府県別・サービス別 人口千人当たりの利用者数と事業所数の関係



(注) 利用者数・事業所数は令和元年10月時点の国保連データ、人口は総務省統計局「人口推計(令和元年10月1日現在)」に基づき作成。

鳥取県における取組例 (就労継続支援B型の指定に係る総量規制)

特定障害福祉サービス（就労継続支援B型）の指定に係る取扱いについて
(令和2年5月1日)

1. 背景

(前略) 本県の人口10万人当たりの就労継続支援B型事業所数は、21.9事業所(2017年時点)と全都道府県の中で一番多い事業所数であるにもかかわらず、依然として就労継続支援B型事業所は増加傾向にあり、障がい者へのサービスの質の低下等を生じることが懸念されるところである。

2. 総量規制の試行的な実施

上記のような背景から、就労継続支援B型のサービス指定に係る取扱い(以下「総量規制」という。)について、早急に検討すべき段階にあるという認識のもと、鳥取県地域自立支援協議会就労支援部会での検討も踏まえ、下記のとおり総量規制の方向性を定め、実施圏域及び地域において、**総量規制を試行的に実施することにより、総量規制の実施に伴う課題の洗い出しや効果の検証等を行い、今後の取扱いを検討する。**

(1) 総量規制の方向性

就労継続支援B型のサービス量が障害福祉計画に定めるサービス見込量に達している市町村	新たな指定(既に指定を受けている事業所のサービスの追加指定や定員を増加する場合を含む)は行わない。
就労継続支援B型のサービス量が障害福祉計画に定めるサービス見込量に達していない市町村	当該市町村における指定の必要性について市町村の意見を求め、これをサービス指定の際の参考とする。

(2) 実施圏域及び実施地域(略)

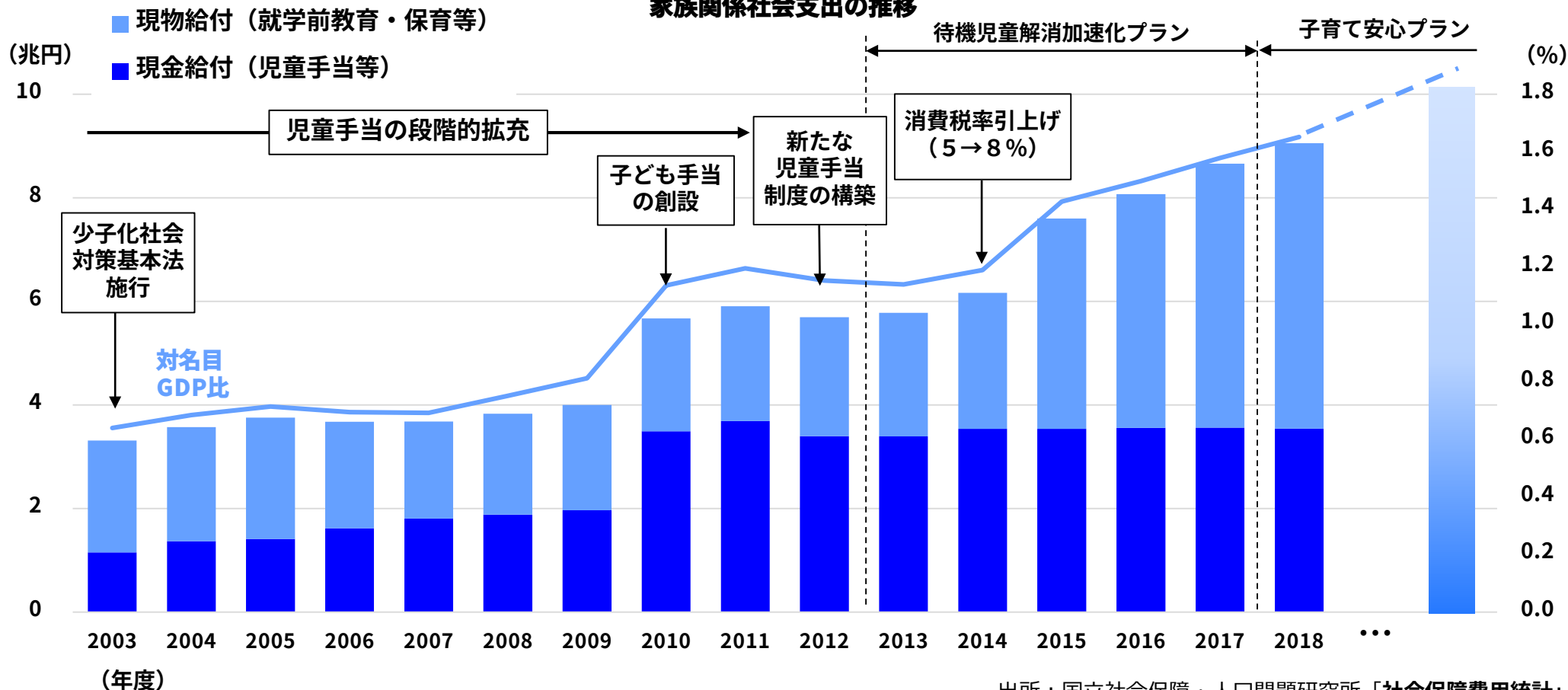
3. 実施期間等(略)

5. 子ども・子育て

子ども・子育て支援の推移

- 主に子ども・子育て支援のための公的支出である「家族関係社会支出」をみると、2003年以降、児童手当の段階的拡充や、待機児童解消加速化プラン等による保育の受け皿拡大により、大きく増加してきた。2019年10月からは、3～5歳児等の幼児教育・保育が無償化された。
- 子ども・子育て支援の取組は重要であるが、急速な公費支出の増に対して、真に子どもや子育て世代のためになる支援となっているかといった観点から「使い道」の精査を行っていくとともに、安定的な財源確保策について検討する必要。

家族関係社会支出の推移



出所：国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」

※ 「家族関係社会支出」とは、家族を支援するために支出される現金給付及び現物給付（サービス）であり、就学前教育・保育（現物給付）や、児童手当（現金給付）等が含まれる。
 ※ 2019年10月に幼児教育・保育の無償化を実施したことに伴い、平年度で約8,900億円（公費ベース）の増額となる（対名目GDP比+約0.16%相当）。

総合的な少子化対策の推進

- 総合的な少子化対策を推進する観点から、少子化社会対策大綱（令和2年5月29日閣議決定）において掲げられた様々な施策に関し、令和3年度予算や関連法案の国会提出等を通じて着実に推進。
- 少子化対策を引き続き推進していくに当たっては、**将来世代への負担の先送りとならないよう安定的な財源を確保しつつ、真に効果のある施策に重点的に取り組んでいくことが重要。**

少子化社会対策大綱（抜粋）

○ 不妊治療に係る経済的負担の軽減等

不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、高額な医療費がかかる不妊治療（体外受精、顕微授精）に要する費用に対する助成を行うとともに、適応症と効果が明らかな治療には広く医療保険の適用を検討し、支援を拡充する。

○ 育児休業など男性の育児参画の促進

育児休業制度について、柔軟な取得を可能とするための分割取得の拡充を検討するとともに、配偶者の出産直後の時期を中心に、男性の休業を推進するための枠組みについて、取得しやすい手続や休業中の給付などの経済的支援等を組み合わせることを含めて検討する。

○ 「子育て安心プラン」等に基づく保育の受け皿の整備

2021年度以降の保育の受け皿確保について、必要な者に適切な保育が提供されるよう、第2期市町村子ども・子育て支援事業計画における「量の見込み」の結果等を踏まえ検討するとともに、各地方公共団体の特性に応じたきめ細かな支援を行う。

○ 児童手当の支給・在り方の検討

児童手当について、多子世帯や子供の年齢に応じた給付の拡充・重点化が必要との指摘も含め、財源確保の具体的な方策と併せて、子供の数や所得水準に応じた効果的な給付の在り方を検討する。

予算・制度面での対応

○ 令和4年度当初から保険適用を実施

- 保険適用までの間、**現行の助成制度**について、所得制限の撤廃や助成額の増額等、**対象拡大を前提に大幅な拡充を行い、経済的負担を軽減**

○ 育児休業を分割して2回まで取得可能とするとともに、子の出生直後の時期に取得できる柔軟な育児休業の枠組みを創設（改正法案を国会提出）

- 男性が育児休業等を取得しやすい職場風土づくりに取り組み、実際に育児休業等を取得させた事業主に対し助成

○ 「新子育て安心プラン」の策定

- ・ 令和6年度末までの4年間で約14万人分の保育の受け皿を整備することとし、その運営費については、公費に加え経済界に協力を求めることにより**安定的な財源を確保**
- ・ **幼稚園の空きスペースを活用した預かり保育や小規模保育の推進等、地域のあらゆる子育て資源の活用**

○ 児童手当法等の改正案の国会提出

- ・ **特例給付**（月額5,000円）の**対象者に所得上限**（年収1,200万円相当）を設定
- ・ 少子化の進展への対処に寄与する観点から、児童の数等に応じた児童手当の効果的な支給及びその財源の在り方並びに児童手当の支給要件の在り方について、今後検討

少子化対策の安定財源確保

- 社会保険制度においては、妊娠・出産、子育てに関する現金給付がかねてから存在している。
- 少子化対策は、賦課方式をとる我が国の社会保険制度の持続性の確保や将来の給付水準の向上につながるものであることを踏まえると、医療保険制度を含め、**保険料財源による少子化対策への拠出を拡充するという考え方も検討する余地があるのではないか。**
(注) 児童手当（被用者世帯の0～2歳児向け本則給付）や保育所等運営費（「新子育て安心プラン」等に基づき増加する0～2歳児相当分、企業主導型保育等）の
- 少子化対策の安定財源確保のあり方については、税財源の検討のみならず、こうしたことも含め幅広く検討を行っていくべき。

◆我が国の社会保険制度における現金給付の例（概要）

制度名	出産育児一時金	出産手当金	育児休業給付
概 要	健康保険法等に基づく保険給付として、健康保険や国民健康保険などの被保険者またはその被扶養者が出産したとき、 出産に要する経済的負担を軽減するため 、一定の金額が支給される制度	健康保険法等に基づく保険給付として、被保険者が 出産の前後における一定期間内において労務に服さなかったことにより、所得の喪失又は減少をきたした場合には 、生活を保障するため、一定の金額が支給される制度	雇用保険法に基づく保険給付として、被保険者が 育児休業を取得しやすくし、職業生活の円滑な継続を援助、促進するため 、一定の金額が支給される制度
支給内容	定額42万円 ※ 産科医療補償制度に加入する分娩機関で出産した場合	出産日（出産日が出産予定日後の場合出産予定日）以前42日から、出産日後56日までの間において労務に服さなかった期間について、1日当たり以下の額を支給 給付前直近12か月間の標準報酬月額 の平均額 × 30分の1 × 3分の2	1歳未満（一定の場合は子が1歳2か月または最長2歳に達するまで）の子を養育するための育児休業を取得した場合に、1か月当たり以下の額を支給 休業開始時賃金日額 × 支給日数 × 50% (育児休業開始6か月は67%)
支給規模	約3,979億円（平成30年度）	約1,421億円（平成30年度）	約5,713億円（令和元年度）

6. 雇用・生活支援

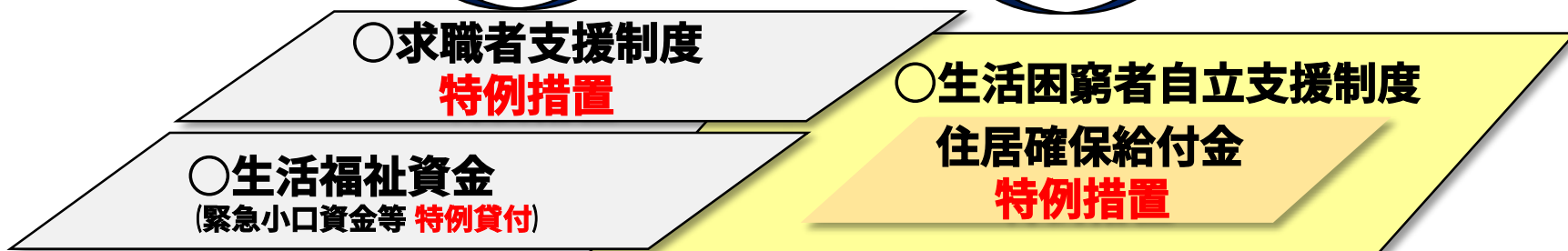
重層的なセーフティネットによる新型コロナへの対応

- 政府は、新型コロナへの対応として、雇用支援から生活が困窮している方への支援まで、重層的なセーフティネットにより支援。
- 雇用の安定については、雇用調整助成金の特例措置を大胆に講じてきた。更に、雇用保険被保険者以外にも雇用調整助成金同様の仕組みを整備。企業による休業手当の不払いに対応する制度も特例的に創設。
- 雇用保険と最後のセーフティネットである生活保護との間を補完する「第二のセーフティネット」として、従来、生活困窮者自立支援制度や求職者支援制度などが整備されてきた。今般の対応では、住居確保給付金や求職者支援制度の特例的な拡充を行うことに加え、生活支援として、償還免除付きの緊急小口資金等の特例貸付が多額の寄与。
- 生活保護制度については、申請のハードルが高いとの指摘のもと、弾力的な運用に努めている。
- 雇用形態や働き方に依存しない、切れ目のないセーフティネットを整備しておくことは、いずれにせよ不可欠であり、これらの特例的な時限措置を検証し、財源を確保したうえで、平時の対応につなげることも検討すべき。

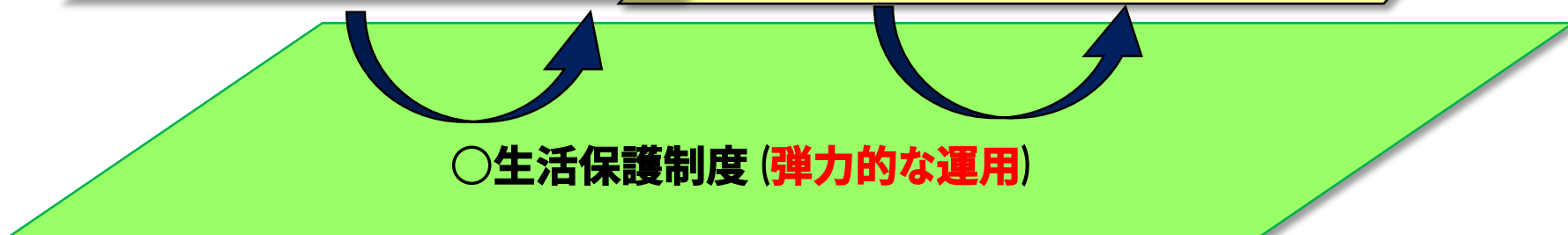
【第1のネット】



【第2のネット】



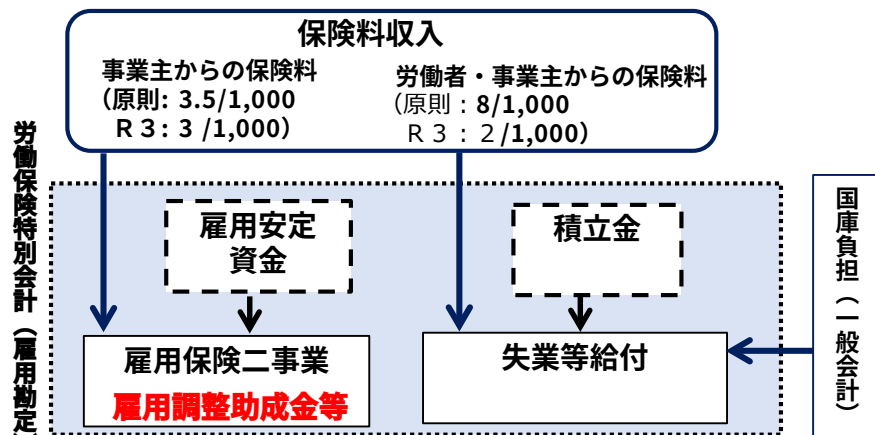
【第3のネット】



雇用調整助成金のあり方

- **雇用調整助成金**について、新型コロナの感染拡大を踏まえ、日額上限額の引上げ（8,370円→15,000円）、助成率最大10/10など、リーマンショック時の対応を超える特例措置が実施されてきた。2度目の緊急事態宣言などを踏まえ、4月末まで現行措置を継続するものの、緊急事態宣言が解除された翌々月に当たる5月からは、地域・業況に係る特例措置を設けつつ、原則的な措置を段階的に縮減することが発表されている。
- **雇用調整助成金**で長期間にわたり休業による雇用維持を図り続けることについては、働く方々のモチベーションの問題や新しい産業等への人材の移動を阻害する等の懸念がある。様々な創意工夫・努力により休業を解消している企業との間の不公平も生じる。
- 在籍型出向による雇用維持への支援、求職者支援制度への特例措置の導入を含めた職業訓練の拡充など離職者や実質的に離職状態にある方への支援を効果的に組み合わせつつ、雇用調整助成金の特例措置のうちリーマンショック時の対応を超える部分については、新型コロナの感染状況を踏まえつつ、雇用情勢が大きく悪化しない限り、原則的な措置及び地域や業況に係る特例措置ともに、早期に解消を図るべき。

◆雇用調整助成金の位置づけ



◆通常制度、リーマンショック時の特例、コロナ特例の比較

	通常制度	リーマンショック時の特例	コロナ特例（～4月）
上限額	失業等給付基本手当の最高日額と同額	失業等給付基本手当の最高日額と同額	15,000円
助成率	・中小企業2/3 ・大企業1/2	・中小企業4/5（解雇なし9/10） ・大企業2/3（解雇なし3/4）	・中小企業4/5（解雇なし 10/10 ） ・大企業2/3（解雇なし3/4）※

※ 本年1月以降の緊急事態宣言に伴い都道府県知事の要請を受け営業時間の短縮等に協力する飲食店等（まん延防止等重点措置対象地域も同様の扱い）又は生産指標（売上等）が3か月平均で前（々）年同期比で30%以上減少した全国の大企業：4/5（解雇なし10/10）

◆雇用調整助成金の特例措置の見直し

感染が拡大している地域、特に業況が厳しい企業への特例措置

雇用調整助成金：上限額15,000円、助成率最大10/10

① 地域特例：知事の要請を受けて営業時間の短縮等に協力する飲食店等 [まん延防止等重点措置実施地域]

② 業況特例：特に業況が厳しい企業（売上等が前（々）年同期比3ヶ月で30%以上減少） [全国]

休業支援金（地域特例）：上限額11,000円

上限額15,000円 助成率最大10/10

特例

原則

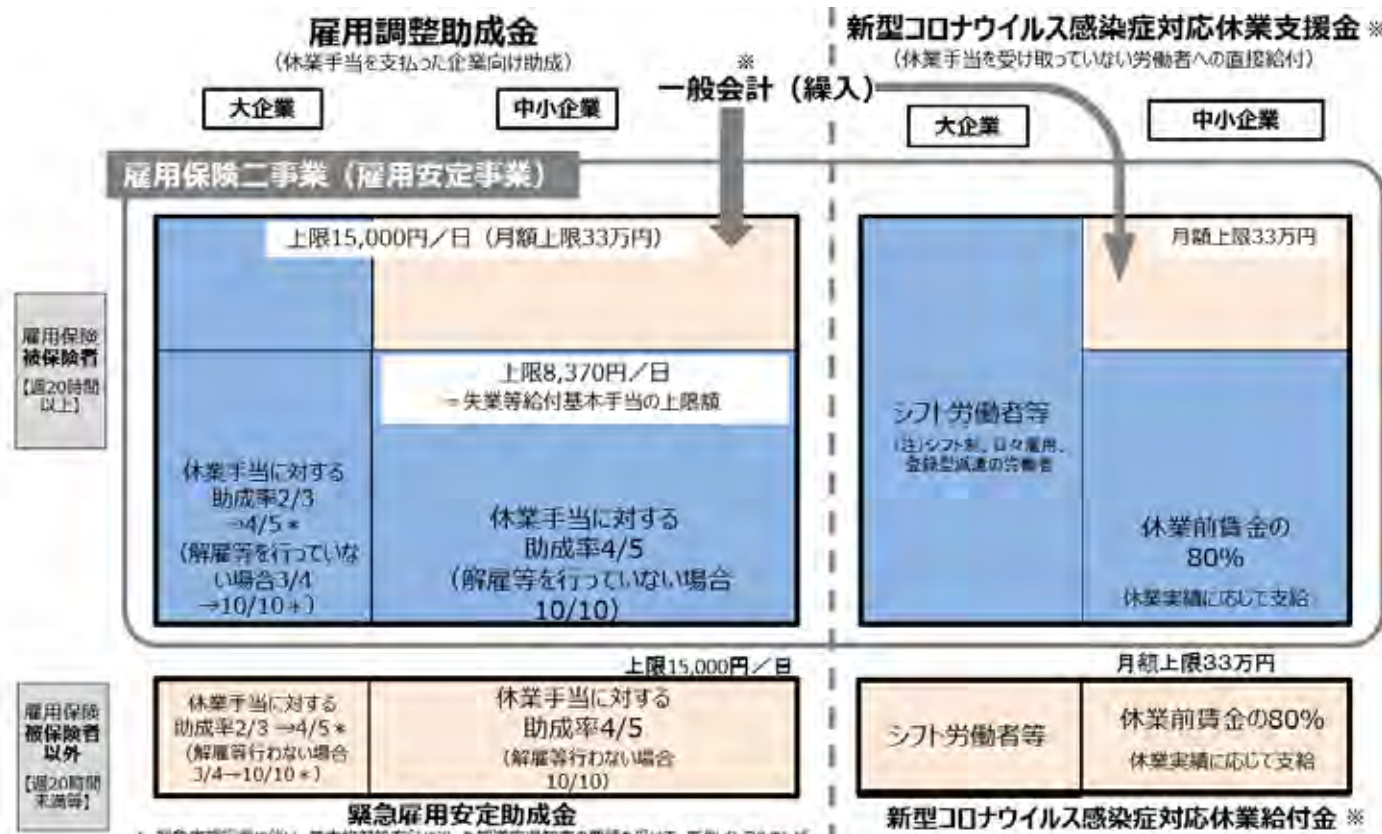
雇用調整助成金：上限額 13,500円
助成率最大9/10（中小）、
最大3/4（大企業）
休業支援金：上限額9,900円

1月	2月	3月	4月	5月	6月
----	----	----	----	----	----

（注）7月以降については、雇用情勢が大きく悪化しない限り、上記の原則的な措置及び感染が拡大している地域、特に業況が厳しい企業への特例措置をそれぞれ更に縮減することとされている。

雇用保険財政①

- 現在の雇用調整助成金の特例措置においては、上限額の通常時の8,370円からの引上げ分につき、雇用保険臨時特例法に基づき、中小企業に係る助成の財源を賄うため、労働保険特別会計に**一般会計から繰入**を行う異例の対応を図っている。
- また、企業による休業手当の不払いに対応して、雇用保険臨時特例法に基づき、**休業支援金制度**が特例的に設けられており、その財源についても、雇用調整助成金の特例措置に準じて**一般会計からの繰入**が行われている。
- さらに、雇用調整助成金や休業支援金では**雇用保険被保険者以外**はカバーされないために緊急雇用安定助成金や休業給付金が特例的に設けられ、**一般会計による対応**が行われている。
- こうした**一般会計による負担**は、雇用保険被保険者を対象とする**狭義の雇用調整助成金の特例措置**において約0.7兆円（一般会計負担割合は約24%）、緊急雇用安定助成金や休業支援金・給付金を含めた**広義の雇用調整助成金の特例措置**において約1.0兆円（一般会計負担割合は約30%）に達している（いずれも、令和2年度末時点）。



◆給付実績及び一般会計負担額

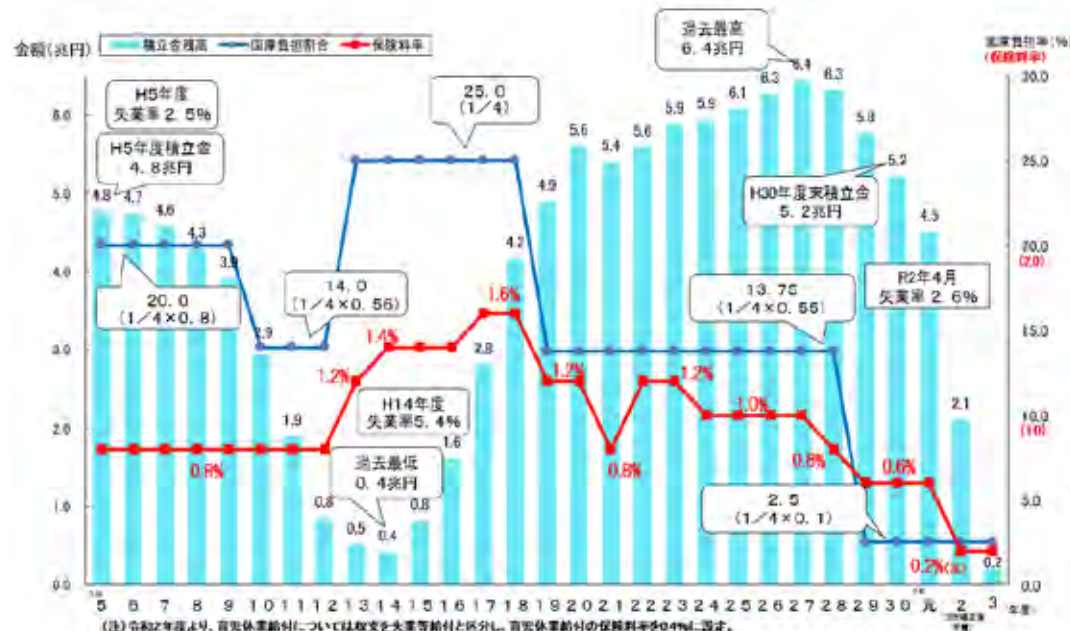
雇用調整助成金 A	2兆9,434億円
うち一般会計 B	6,930億円 (24%)
休業支援金 C	300億円
うち一般会計 D	14億円
緊急雇用安定助成金 E	2,144億円
休業給付金 F	597億円
給付額計 A+C+E+F	3兆2,476億円
一般会計負担計 B+D+E+F	9,686億円 (30%)

(注) 令和3年3月31日時点支給決定ベース（速報値）。

雇用保険財政②

- 令和３年度末における失業等給付の積立金残高は令和３年度予算編成時の見込みでは約0.2兆円であるが、今後の雇用調整助成金の申請の状況等によって厳しい状況に陥ることもあり得る。
このように雇用保険財政が逼迫する中、失業等給付について国庫負担割合を本則の25%から2.5%に引き下げており、国庫負担割合を引き上げるべきとの議論もなされる。
- しかし、国庫負担割合については、社会保険制度の中での雇用保険制度の相対的な位置付けを踏まえる必要。具体的にはわが国の社会保険制度は、保険というリスク分散により困窮者を含む国民全体を包摂する普遍的な制度を目指してきたのが基本であり、社会保険制度への公費投入の理由は、1つは無職者や低所得者も保険に加入できるよう保険料の負担水準を引き下げること、もう1つは、保険制度の分立による給付と負担の不均衡を是正することとされる。
現状の被保険者を対象とする雇用保険制度はいずれも当てはまりにくく、今般の新型コロナへの対応における被保険者以外への一般会計による対応等を踏まえて、雇用保険の適用拡大など制度を抜本的に見直すことなしに、平時の国庫負担割合を引き上げる理由は見いだしにくい。
- また、仮に失業等給付に対する国庫負担割合が25%である等の本則の対応が存置されていたとしても、そのみでは一般会計の負担は約0.2兆円（緊急雇用安定助成金や休業給付金といった雇用保険被保険者以外への対応を含めたとしても約0.5兆円）にとどまっていたはずであり、先に述べた現在の負担総額約1.0兆円には及ばないことも留意する必要。
このように既に異例の一般会計による負担がなされていることも踏まえ、雇用保険財政の逼迫に対しては、まずは保険料引上げによる対応が検討されるべき。
- 他方、今般の新型コロナ状況の影響に対応するため、失業等給付に対する一般会計による任意繰入れの規定も特例的に設けられている。雇用調整助成金の特例措置をはじめ様々な特例措置の効果の検証やこれまでの一般会計の多大な寄与の評価とあわせ、この任意繰入れ規定の常設化を含め、保険料財源では対応が困難な有事の場合における国（一般会計）の責任の範囲のルール化を検討する必要がある。

◆雇用保険積立金、国庫負担割合、保険料率の推移



◆社会保障制度改革国民会議報告書(平成25年8月6日)

第1部 社会保障制度改革の全体像

2 社会保障制度改革推進法の基本的な考え方

(3) 社会保険方式の意義、税と社会保険料の役割分担

③ 税と社会保険料の役割分担

(略) 社会保険制度への公費投入の理由は、一つは、無職者や低所得者も保険に加入できるよう、保険料の負担水準を引き下げることであり、もう一つは、保険制度が分立していることによる給付と負担の不均衡を是正することである。

まず、前者については、現行制度の下では、現在、高齢化の進行や非正規雇用の労働者の増加による所得格差が増大する中で、保険料負担の逆進性を強めることとなる。したがって、逆進性緩和の視点から低所得者の保険料軽減や標準報酬月額の高限度額の引上げを行うなど、社会保険料の在り方を再点検した上で、社会保障の維持と機能強化のために公費を投入することが必要となる場合がある。

一方、後者については、制度分立は保険者の仕組み方の問題であり、基本的には保険制度の中での調整が求められ、原則としては公費投入に頼るべきでなく、公費投入は保険者間で調整できないやむを得ない事情のある場合とすべきである。(略)

7. 水道

水道行政の現状と課題①

- 水道事業は、市町村経営の原則のもと、小規模事業者が多数存在。
- 今後、人口減少等に伴い、小規模事業者が益々増加する中、水需要減、更新需要増といった経営環境の更なる悪化も見込まれている。
- 人材・経営資源が散在する従来型の経営では、個々の事業者による対応力が低下し、健全で効率的な経営を展望しにくい可能性。

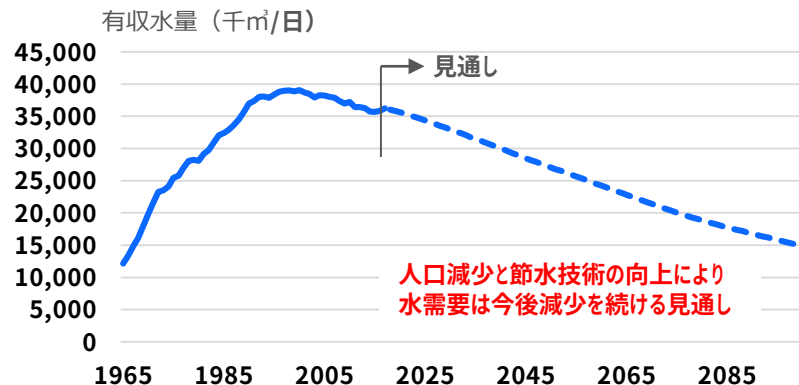
◆水道事業の種類

一般の需要に応じて水道により水を供給する事業で、**市町村経営が原則**

- ①上水道事業（末端給水事業）：給水人口が**5,001人以上**の事業
- ②簡易水道事業：給水人口が**101人以上5,000人以下**の事業



◆水需要の見通し



(注) 2018年以降は、人口動態変化等を踏まえた試算値
(出所) 厚生労働省

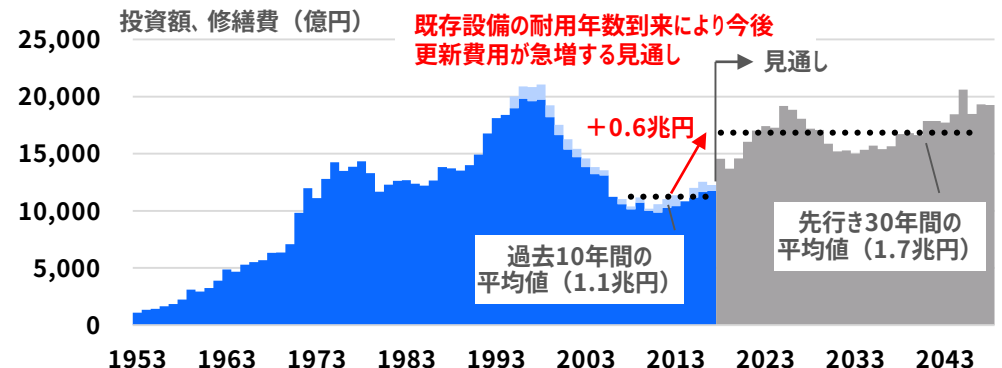
◆水道事業の経営規模と収支・職員数の状況

	事業者数 (a)	うち赤字先 (b)	赤字比率 (b/a, %)	平均 職員数
末端給水事業	1,252	136	10.9	31.5
給水人口 30万人以上	69	0	0.0	308.7
15～30万人	76	1	1.3	68.3
10～15万人	88	1	1.1	31.7
5～10万人	198	13	6.6	20.3
3～5万人	200	22	11.0	12.2
1.5～3万人	259	35	13.5	8.2
1.5万人未満	362	64	17.7	4.3
簡易水道事業	53	15	28.3	2.6

(注) 平均職員数は、職員数を開示していない簡易水道事業5事業所を除く
(出所) 令和元年度地方公営企業年鑑

小規模事業者ほど赤字先が多く、経営基盤がぜい弱
職員数も僅少で適切な資産管理や危機管理対応に支障

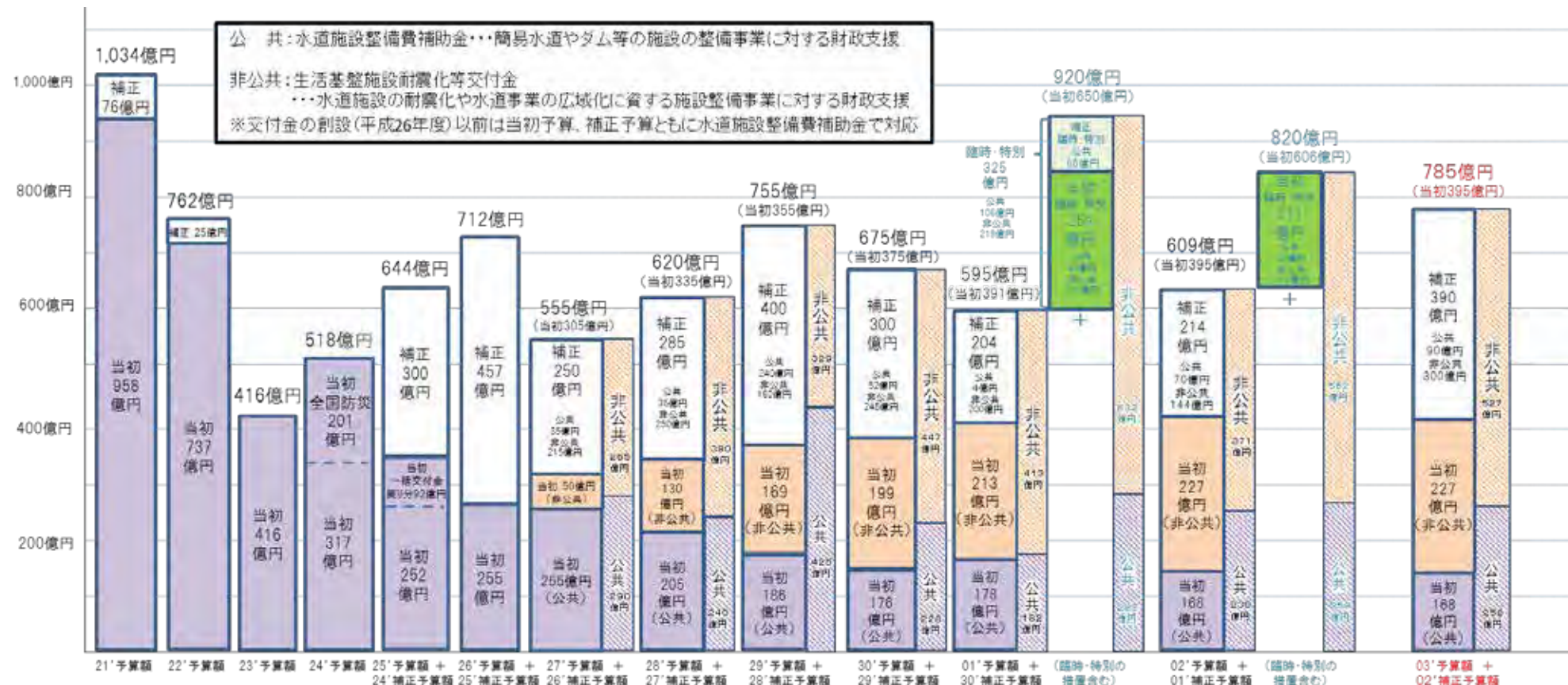
◆水道施設の更新需要の見通し



■投資額（上水道、用水供給） ■投資額（簡易水道） ■更新費将来試算
(注) 計数は四捨五入。2018年以降は、取得年度+更新基準年数で更新投資を行うことを前提とした試算値
(出所) 厚生労働省

(参考)水道予算の概要

◆予算額の推移



注1) 内閣府(沖縄県)、国土交通省(北海道、群馬・栃木・茨城・水資源機構)計上分を含む。

注2) 平成25年度以降は、前年度補正予算額を翌年度に繰越し、翌年度当初予算と一体的に執行していることから、当該補正予算額は翌年度の執行可能額に計上。

注3) 億円単位未満を四捨五入しているため、合計額は一致しない。

◆地方財政法(抄)

第六条 公営企業で政令で定めるもの(注：水道事業等)については、その経理は、特別会計を設けてこれを行い、その経費は、その性質上当該公営企業の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費及び当該公営企業の性質上能率的な経営を行なってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費を除き、当該企業の経営に伴う収入(第五条の規定による地方債による収入を含む。)をもってこれに充てなければならない。但し、災害その他特別の事由がある場合において議会の議決を経たときは、一般会計又は他の特別会計からの繰入による収入をもってこれに充てることができる。

◆水道法(抄)

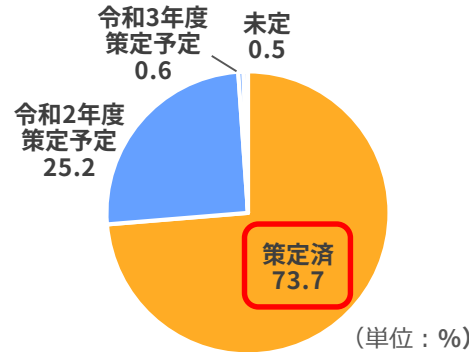
第二条 国及び地方公共団体は、水道が国民の日常生活に直結し、その健康を守るために欠くことのできないものであり、かつ、水が貴重な資源であることにかんがみ、水源及び水道施設並びにこれらの周辺の清潔保持並びに水の適正かつ合理的な使用に関し必要な施策を講じなければならない。

第二条の二 国は、水道の基盤の強化に関する基本的かつ総合的な施策を策定し、及びこれを推進するとともに、都道府県及び市町村並びに水道事業者及び水道用水供給事業者…に対し、必要な技術的及び財政的な援助を行うよう努めなければならない。

水道事業者の経営改革の推進

- 各水道事業者では、将来の更新需要や財政収支の見通しを踏まえ、収支均衡を図るべく、経営戦略を策定し、経営の効率化・健全化に向けた取組を進めることとされている。
- もっとも、こうした更新需要や財政収支見通しの前提となるアセットマネジメントの実施状況をみると、所謂「標準型」ないしそれ以下の簡易的な検討手法を採用する事業者が大宗。更新需要について人口減少等による水需要の減少等を勘案していない、財政収支について簡易なシミュレーションに止まるなど、**経営戦略の前提となる将来見通しは今後の環境の変化に対して必ずしも十分なものではない可能性。**
- また、公営企業会計上、積立金や引当金を計上していないなど、水道事業者の経営状況の「見える化」が十分に果たされておらず、外部から経営戦略の妥当性も十分に評価できないという問題もある。
- 他方、個々の事業者による経営改革努力は重要であるが、先に述べたように小規模事業者が多いままでは、人的配置も手薄にならざるを得ないため、**個々の事業者による経営改善には限界があると考えられる。**

◆経営戦略の策定状況



(出所) 総務省「公営企業の経営戦略等の策定状況等」(令和2年3月)

◆アセットマネジメントの実施状況(平成31年3月時点)

(更新需要の見通し)

タイプ1 (簡略型)	固定資産台帳がない	128
タイプ2 (簡略型)	固定資産台帳はあるが更新工事と整合がとれない	266
タイプ3 (標準型)	更新工事と整合した資産データに基づき、 (単純更改による)更新需要を推計できる	627
タイプ4 (詳細型)	将来の水需要等の推移を踏まえ再構築や施設規模の適正化を考慮して推計	122

(注) 数値はそれぞれの検討手法を採用する事業者数
(出所) 厚生労働省

(財政収支の見通し)

タイプA (簡略型)	収益的収支、資本的収支、資金収支のいずれも検討できない	83
タイプB (簡略型)	資本的収支は検討可能であるが、 収益的収支が検討できない	76
タイプC (標準型)	収益的収支、資本的収支、資金収支について簡易なシミュレーションが可能	874
タイプD (詳細型)	更新需要以外の変動要素を検討できるなど精緻なシミュレーションが可能	110

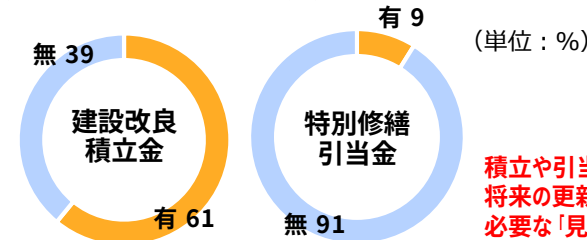
多くの事業者では、更新需要や財政収支の見通しを作成するに当たり、簡易的な検討手法を採用

◆経営戦略策定の判断基準

経営戦略の策定に関するQ & A (抜粋)

- ① 企業及び地域の現状と、これらの**将来見通しを踏まえたもの**であること
- ② **計画期間が10年以上**となっていること
- ③ 計画期間内に**収支均衡**していること(収支均衡していない場合でも、収支ギャップ解消に向けた取組の方向性や検討体制・スケジュールが記載されていること)
- ④ 議会・住民に対して**公開**されていること
- ⑤ **効率化・経営健全化のための取組方針**が示されていること
- ⑥ 進捗管理(モニタリング)や見直し(ローリング)等の**経営戦略の事後検証、更新等に関する考え方**が記載されていること

◆積立金や引当金の計上状況



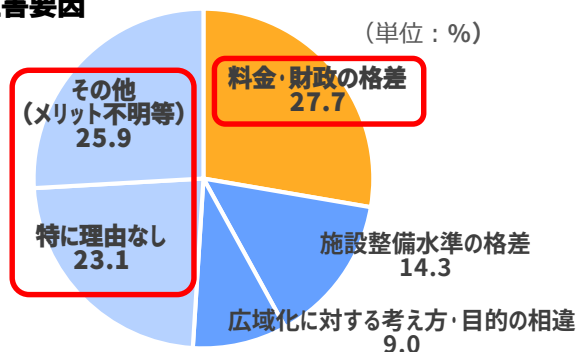
積立や引当を計上していない事業者も多く、将来の更新への備えが十分か評価するために必要な「見える化」がなされていない

(注) 該当科目を計上している事業者数の割合
(出所) 令和元年度地方公営企業年鑑

広域化の推進

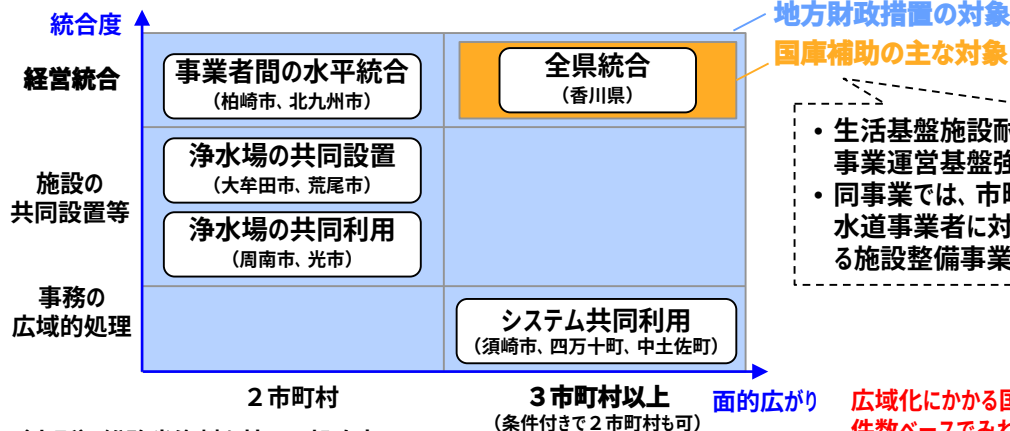
- このように従来型の市町村単位（個々の水道事業者単位）での取組には限界がある中、**広域化の推進が重要**。
（注）平成30年度に成立した改正水道法では、水道事業者等の間の広域的な連携を推進することが、都道府県の責務として明確化された。
- 現状、メリットが不明、近隣自治体との水道料金や財政力の格差が大きいなどを理由に、広域化に前向きでない事業者も多いが、小規模保険者が多数存在し、財政が不安定、保険者間の格差も大きいという類似の構造的課題を抱えた国保において、1人当たり保険料の都道府県格差（最大：3.3倍＜北海道、平成30年度＞※）を超えて保険料水準統一や国保の都道府県単位化の動きが進められつつあることに鑑み、**同様の取組を目指していく必要**。
※東日本大震災による保険料減免の影響が大きい福島県を除く。
- 総務省・厚労省が都道府県に令和4年度までに「水道広域化推進プラン」の策定を求め、国も各種財政措置により広域化に向けた取組を支援しているところ、この機に経営環境の厳しさについて認識を一つにし、より多くの都道府県において、**統合度が高く、面的広がりのある広域化を目指すべき**。

◆広域化に取り組んでいない事業者が考える阻害要因



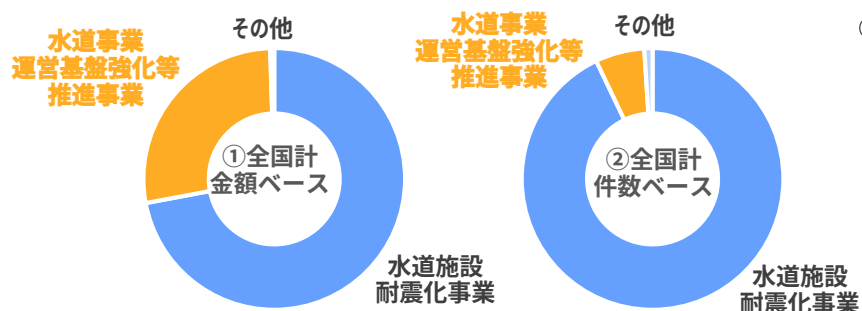
（出所）厚生労働省水道課「水道事業の統合と施設の再構築に関する調査（官民連携及び広域化等の推進に関する調査）」（平成27年3月）

◆広域化にかかる財政措置の概要



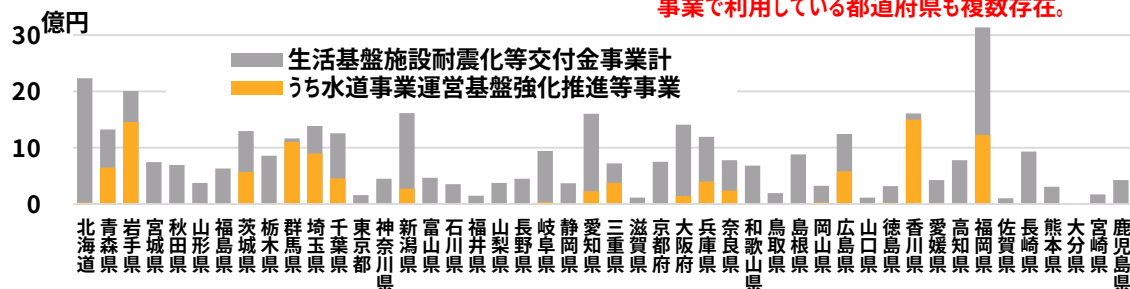
（出所）総務省資料を基に一部改変

◆広域化にかかる国庫補助（生活基盤施設耐震化等交付金のうち水道事業運営基盤強化推進等事業）の利用状況



（注）令和元年度。②は、当初交付決定ベース（指導監督交付金を除く）

③都道府県別、金額ベース



広域化にかかる国庫補助の利用状況をみると、件数ベースでみれば相対的に少数であり、利用している都道府県に偏りがある。

他方で、利用している都道府県をみると、交付金の大宗を、水道事業運営基盤強化推進等事業で利用している都道府県も複数存在。