

# 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

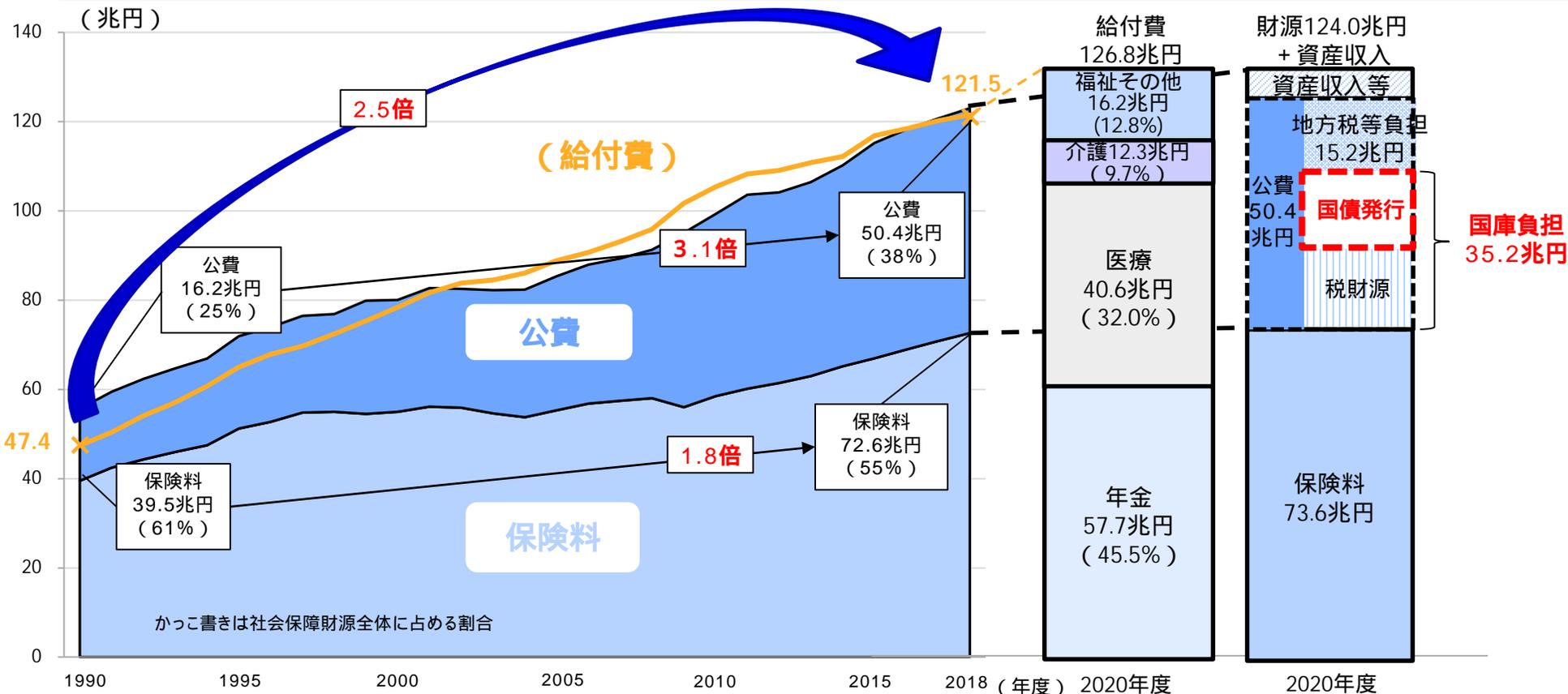
- 1 . 社会保障総論
- 2 . 年金
- 3 . 医療
- 4 . 介護・障害
- 5 . 子ども・子育て
- 6 . 雇用・生活支援
- 7 . 水道

# 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

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。

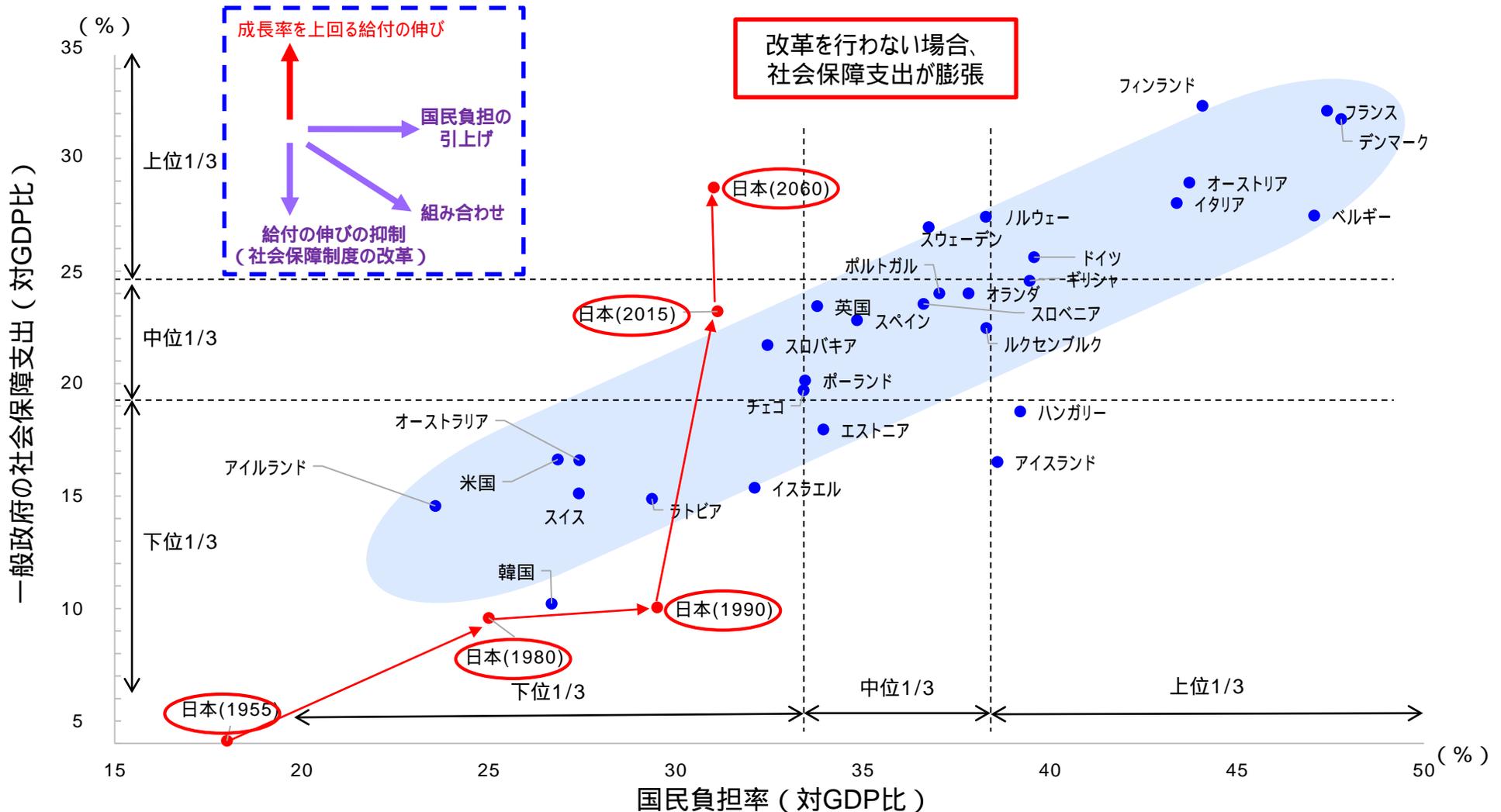
その際、本来税財源により賄われるべき公費の財源について特例公債を通じて将来世代へ負担が先送りされているため、**負担増を伴わないままに受益（給付）が先行する形**となっており、受益（給付）と負担の対応関係が断ち切られている。負担の水準の変化をシグナルと捉えて受益の水準をチェックする牽制作用を期待できないまま、受益（給付）の増嵩が続いている（= **我が国財政悪化の最大の要因**）。



(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

- 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。



(出所) 国民負担率：OECD “National Accounts”、“Revenue Statistics”、内閣府「国民経済計算」等。社会保障支出：OECD “National Accounts”、内閣府「国民経済計算」。  
 (注1) 数値は、一般政府（中央政府、地方政府、社会保障基金を合わせたもの）ベース。(注2) 日本は、2015年度まで実績、諸外国は2015年実績（アイスランド、ニュージーランド、オーストラリアについては2014年実績）。  
 (注3) 日本の2060年度は、財政制度等審議会「我が国の財政に関する長期推計（改訂版）」（2018年4月6日 起草検討委員提出資料）より作成。

# 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。

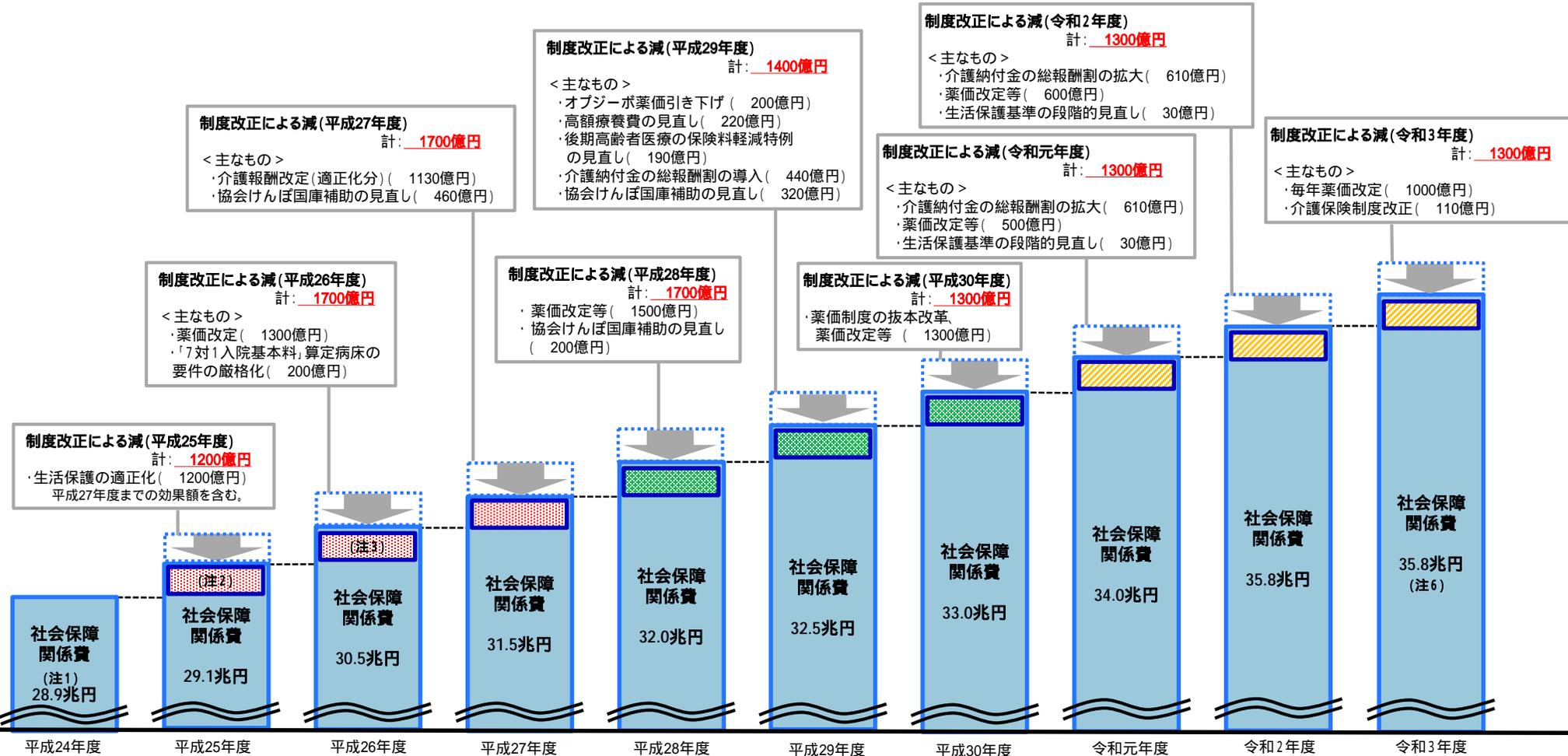
平成28年臨時国会では、年金改革法案、年金受給資格期間短縮法案が成立。

## 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

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。**



部分が、社会保障の充実等を除く平成25～27年度の実質的な伸びであり、**年平均+0.5兆円程度**

部分が、社会保障の充実等を除く平成28～30年度の実質的な伸びであり、**年+0.5兆円程度**

部分が、社会保障の充実等を除く令和元～3年度の実質的な伸びであり、  
 令和元年度：年+0.48兆円程度  
 令和2年度：年+0.41兆円程度  
 令和3年度：年+0.35兆円程度(注7)

(注1) 年金国庫負担2分の1ベースの予算額。(注2) 基礎年金国庫負担の受入超過による精算(0.3兆円)の影響を含めない。  
 (注3) 高齢者の医療費自己負担軽減措置等に係る経費の当初予算化(+0.4兆円)の影響を含めない。(注4) 社会保障関係費の計数には、社会保障の充実等を含む。  
 (注5) 令和元・2年度の社会保障関係費の計数は、臨時・特別の措置を除く。(注6) 令和2年度まで社会保障関係費として分類していた1,200億円程度の経費について、経費区分の変更を行ったため、除外している。  
 (注7) 新型コロナウイルス感染症の影響を受けた足元の医療費動向を踏まえ医療費に係る国庫負担分を2,000億円程度減少させたベースと比較している。

# 社会保障関係費の伸び

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。

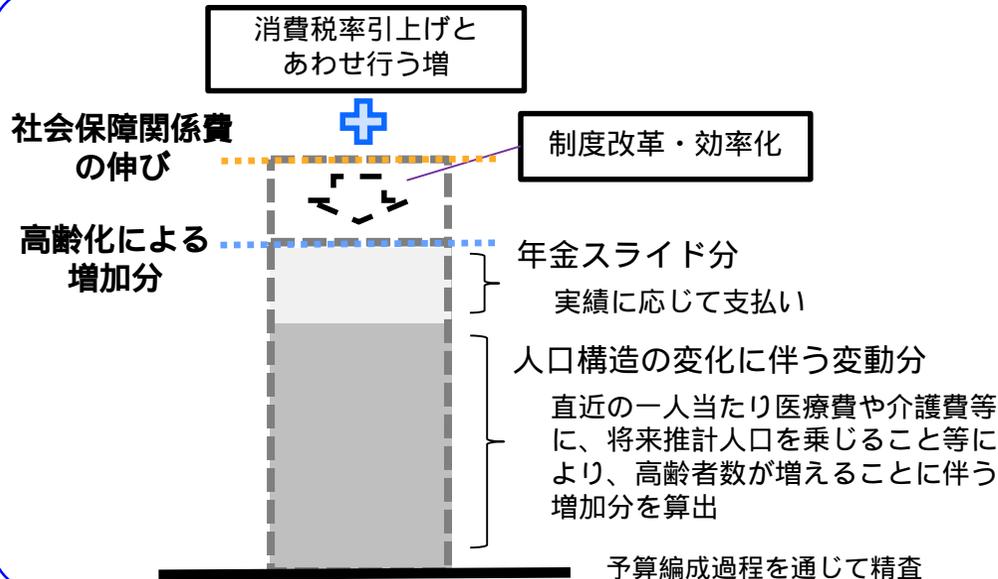
「経済財政運営と改革の基本方針2018（骨太2018）」（抄）（2018年6月15日閣議決定）

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。

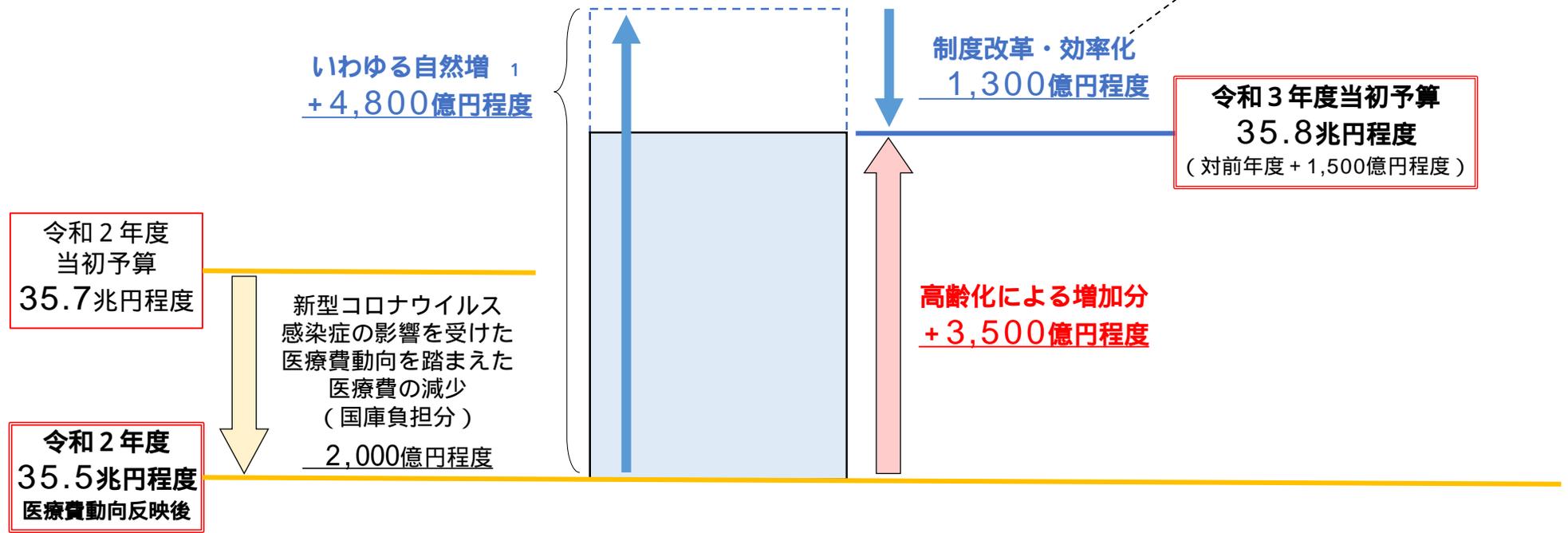


# 令和3年度社会保障関係費

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「高齡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、高齡化による増加分+3,500億円程度。（対前年度比では+1,500億円程度）

毎年薬価改定の実現	1,000億円程度
これまでの制度改革の効果発現 <sup>2</sup>	700億円程度
介護報酬改定	+200億円程度
障害福祉サービス等報酬改定	+100億円程度 等



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】

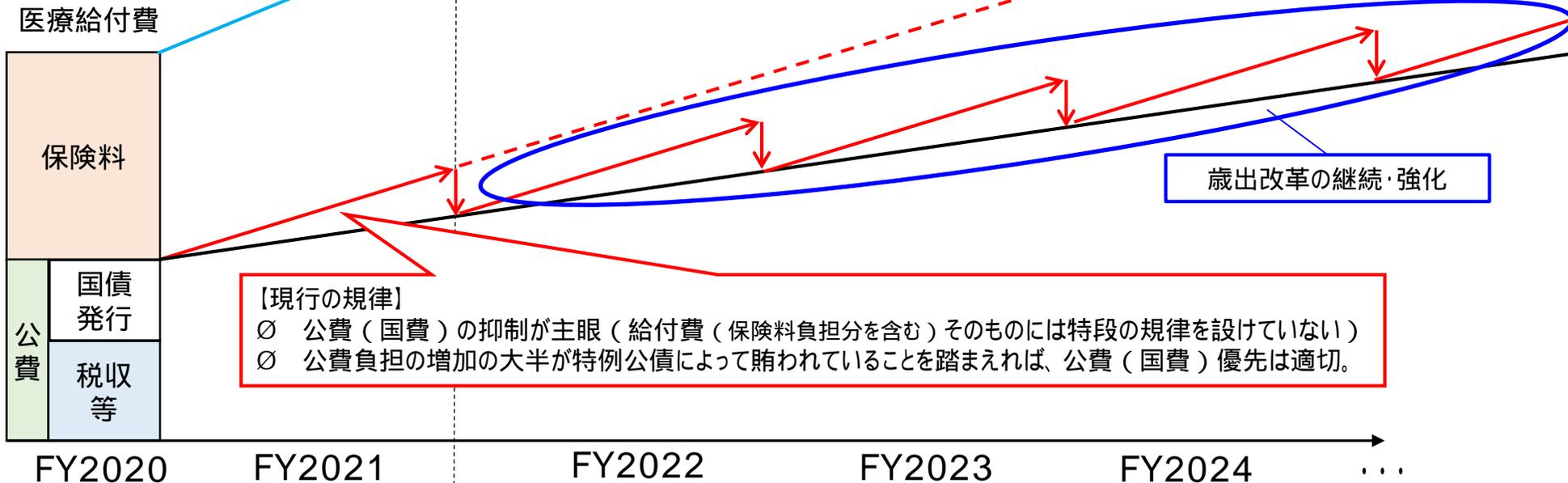
- 給付費（保険料負担分を含む）そのものへの規律の導入
- 国民が享受する受益の水準を予測するため、また受益の水準をチェックする牽制作用を働かせるため、現行の公費（国費）の規律の継続・強化にとどまらない対応が必要。

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



## 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

急速に進行する少子高齢化を見据えて、将来にわたって、制度を持続的に安心できるものとするための改革を実施。

**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

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）

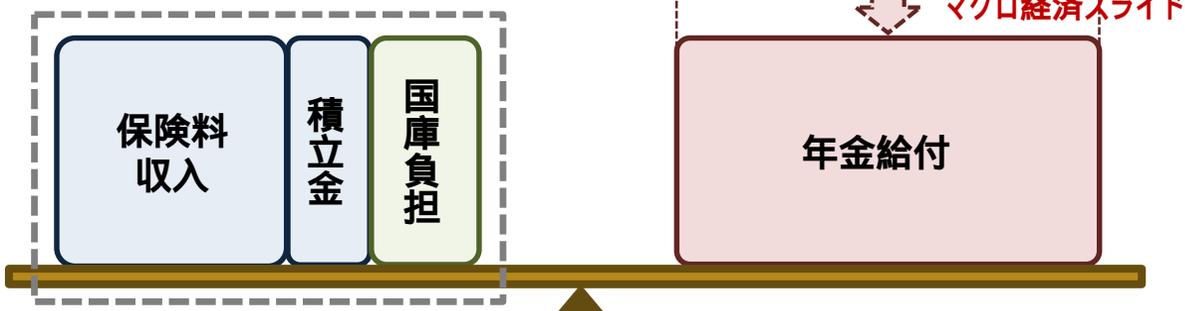
積立金の活用（財政均衡期間（概ね100年間）の終了時に給付費1年分程度の積立金を保有）

**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**

（平成16年度価格）  
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）

平成16年  
改正後

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

## 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%）

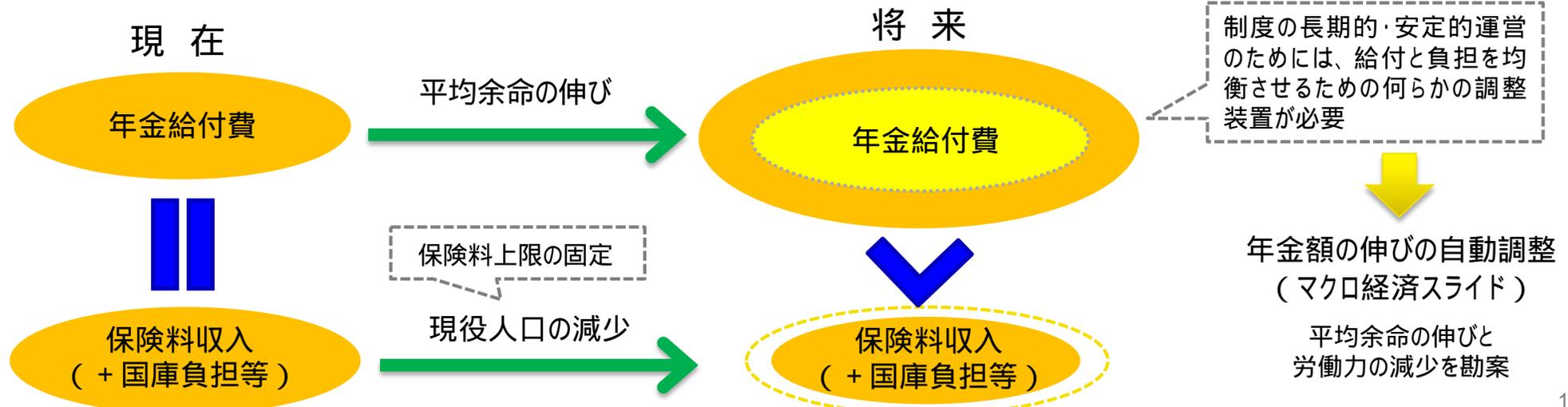
## 保障措置

**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



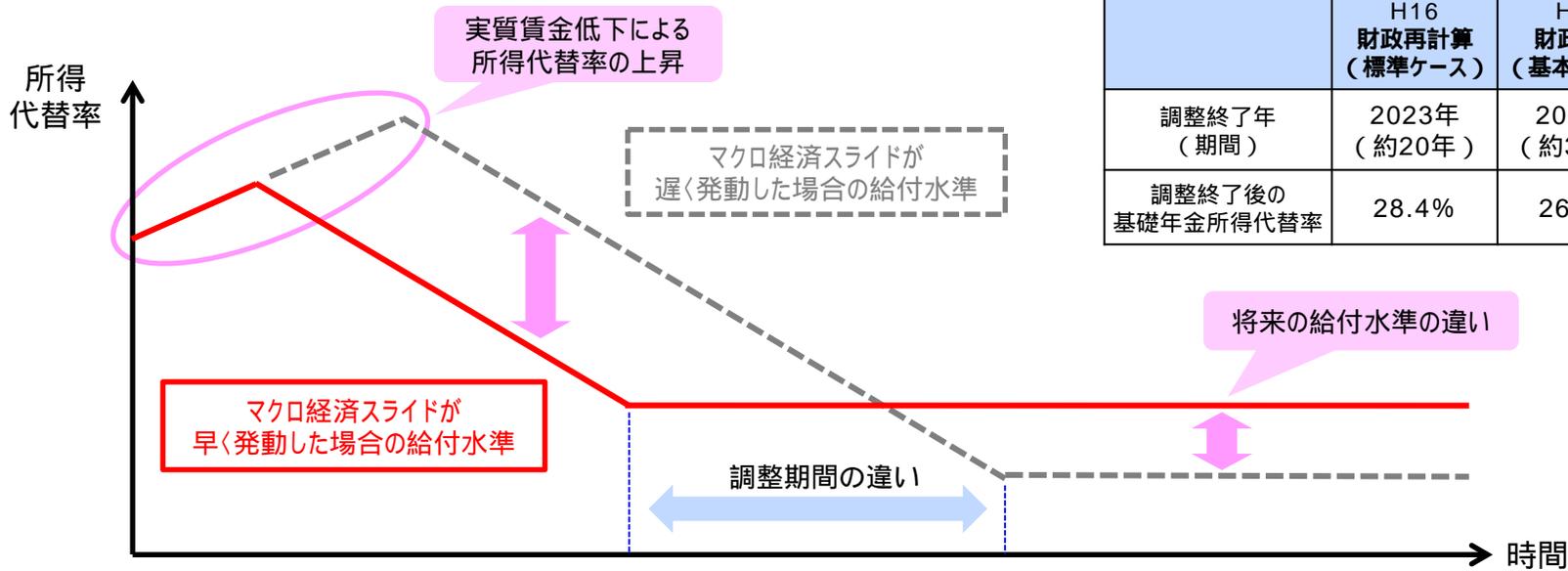
# マクロ経済スライド

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 )
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、**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）**、**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。

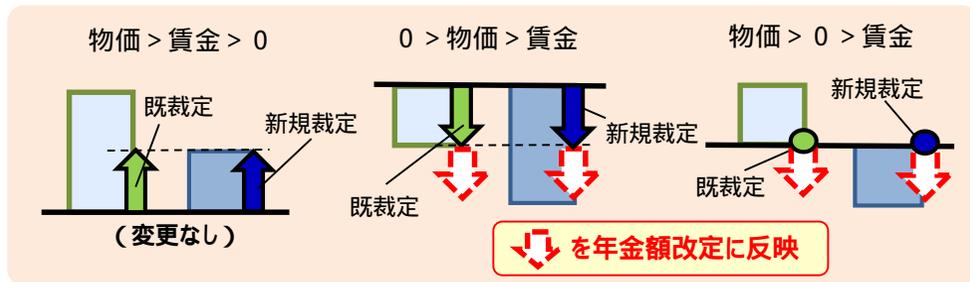
（注）「未調整分」とは、マクロ経済スライドによって前年度よりも年金の名目額を下げないという仕組み（名目下限措置）の下、年金額の改定に反映しきれなかったマクロ経済スライドの調整率のこと。

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。**

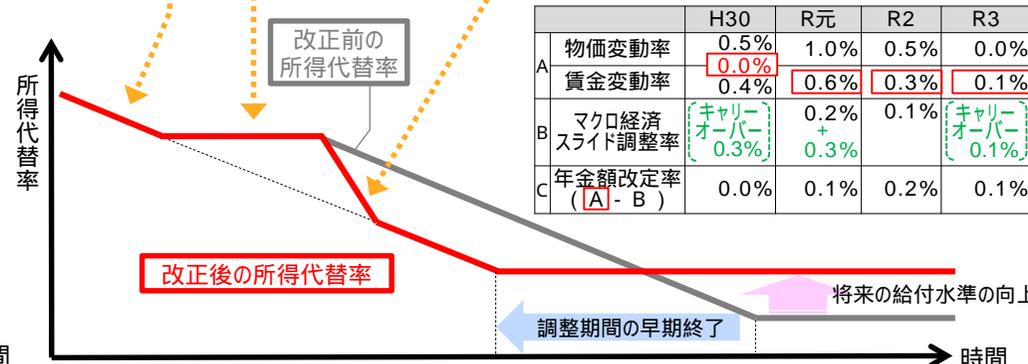
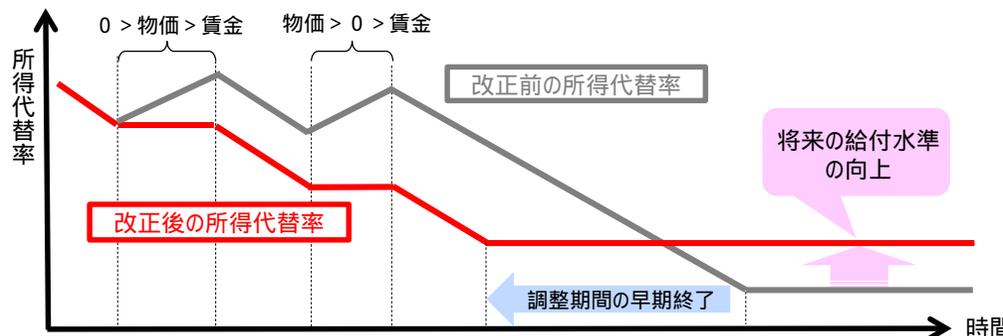
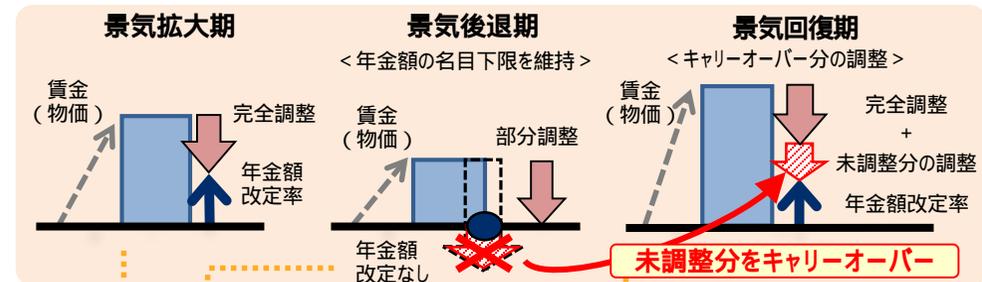
令和3年度の年金額改定においては、**賃金変動（0.1%）が物価変動（±0%）を下回ったため、賃金変動に合わせた改定が実施され（改定率 0.1%）、**早速平成28年改正の効果が発揮された。その一方、マクロ経済スライドのキャリアオーバー分は令和元年度の年金額改定で解消していたが、**令和3年度の年金額改定において再び未調整分のキャリアオーバーが発生することとなった。**

## 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【R3.4施行、H30.4施行】

### 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）



### 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



### <賃金スライドの徹底による効果>

賃金スライドの徹底を行わなかった場合  
50.4%

### 将来の給付水準にとってプラス

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、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）、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 100人超 50人超）	R4.10 施行 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

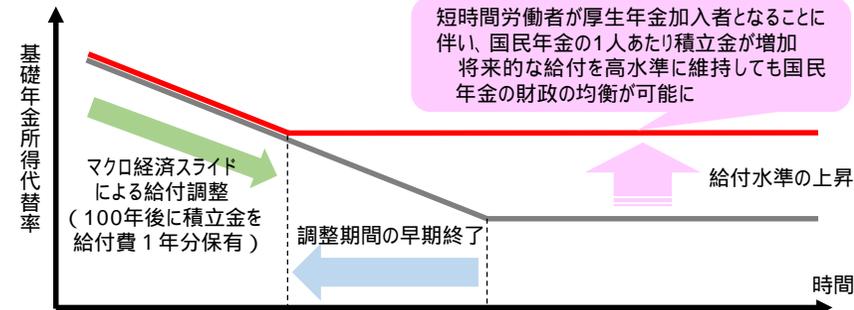
50.8%

### 繰下げ受給による効果

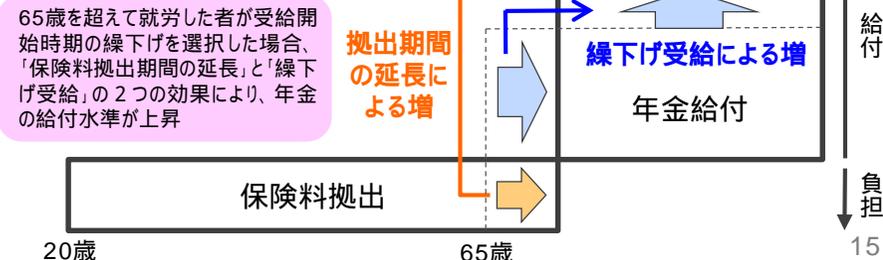
年金の給付水準  
にとってプラス

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）



（注）経済前提ケース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被用者保険の更なる適用拡大、マクロ経済スライドの名目下限措置の撤廃、保険料拠出期間の延長について、検討していく必要。

**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。

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を注視しつつ、**名目下限措置の撤廃を検討する必要**。

**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相当であり、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**。

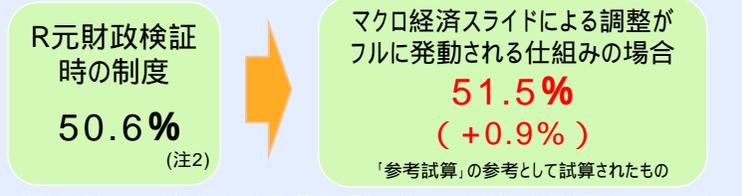
## 令和元年財政検証（オプション試算等）の結果

### 被用者保険の更なる適用拡大



(注1) 経済前提ケースにおける給付水準調整後の所得代替率（モデル世帯）

### 名目下限措置の撤廃



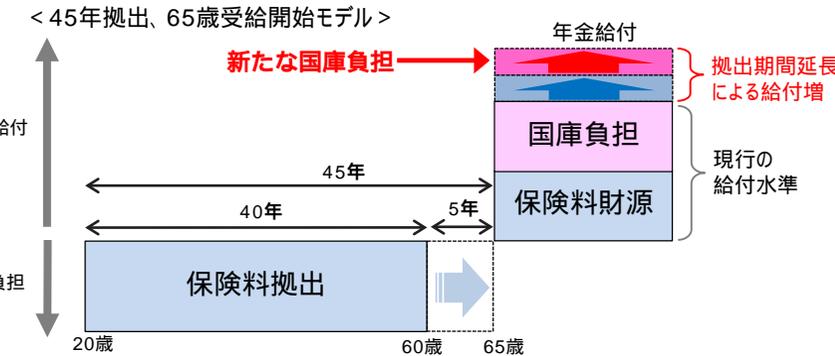
(注2) 経済前提ケースを基礎とし、物価・賃金に景気の波（10年周期、物価上昇率±1.1%、名目賃金上昇率±2.9%）による変動を加えて経済変動を設定しているため、名目賃金上昇率±2.9%の場合と数値が異なる。

### 保険料拠出期間の延長



(注3) 経済前提ケースにおける給付水準調整後の所得代替率（モデル世帯）  
(注4) 納付期間に合わせて基礎年金が増額する仕組みに変更した場合、便宜上、2026年度から納付年数の上限を3年毎に延長するものとして試算。延長部分の国庫負担割合は現行制度と同様に1/2として試算。

### 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）  
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）

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**などの中長期の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）

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。

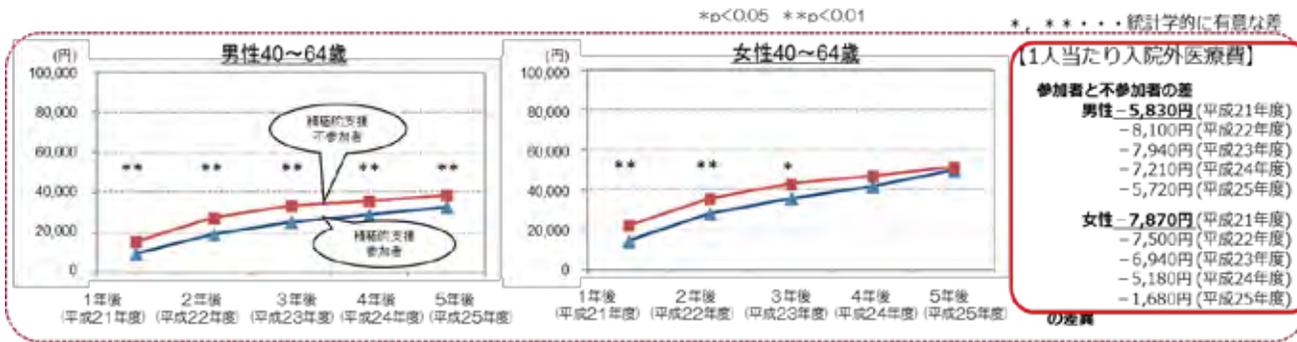
（注）厚生労働省の「特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ」では、NDBから平成20年度から平成25年度の特定健診・保健指導データを用いて364保険者の被保険者19万人程度を対象に分析。

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

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）

もう一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比は増高している。

（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、それらをよく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

	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

## 外来手術実施比率の国際比較 (%)

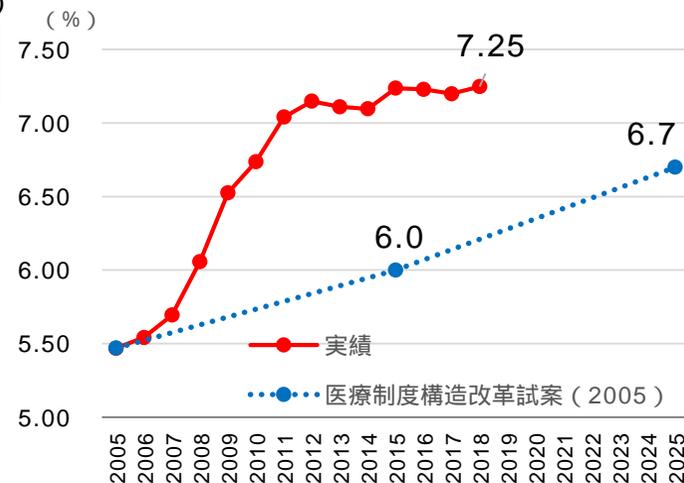
国名	白内障	扁桃摘出術	鼠径ヘルニア術
フランス	92.2	27.6	63.2
ドイツ	82.5	4.0	0.3
イタリア	97.1	28.2	55.5
英国	98.8	55.2	72.7
米国	99.9	95.5	91.9
日本	52.9	0.1	3.8

（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

## 医療給付費対GDP比



（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

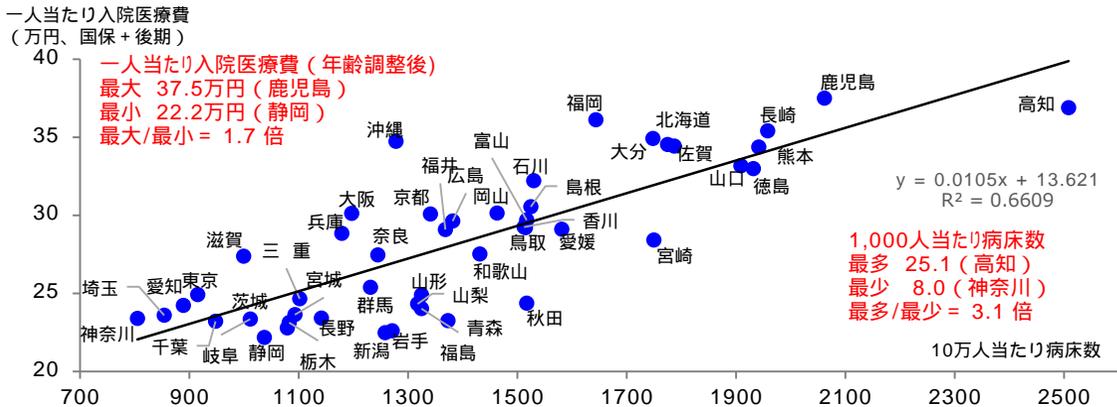
薬剤費の適正化

# 効率的で質の高い医療提供体制の整備（これまでの取組）

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



(出所) 病床数：厚生労働省「令和元年医療施設調査」

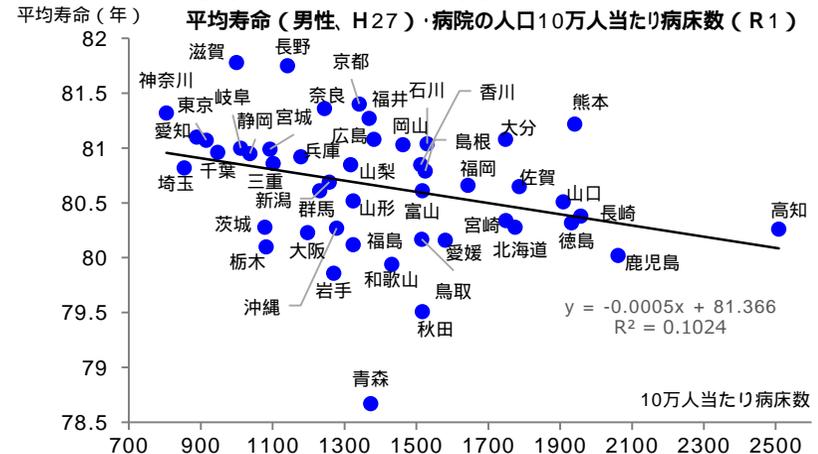
一人当たり入院医療費：厚生労働省「令和元年度医療費（電算処理分）の地域差分析」

各都道府県の年齢階級別1人当たり医療費をもとに、全国の年齢構成と同じと仮定して算出。高齢化率等の年齢構成の違いでは説明できない地域差である。

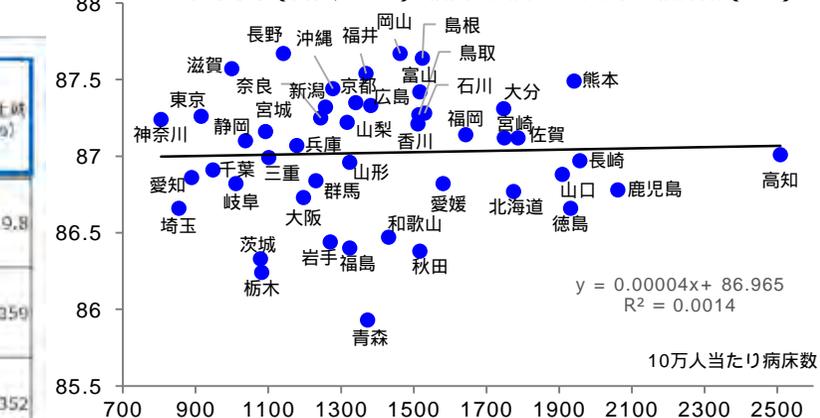
	年齢調整後1人当たり医療費(国民医療費ベース)	年齢調整後1人当たり入院医療費(国民医療費ベース)	年齢調整後1人当たり入院外・特別医療費(国民医療費ベース)	平均在院日数(日)	人口10万対病床数(床)【介護療養病床除く】	人口10万対病床数(床)【精神病床】	65歳以上人口10万対病床数(床)【介護療養病床除く】	人口10万対入院数(人)	人口10万対保健師数(人)	75歳以上就業率(%)
全国平均	333,320	128,850	182,208	28	1,267	265	797	244.9	38.1	9.8
1人当たり年齢調整後医療費との相関係数	-	0.915	0.691	0.588	0.707	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	-0.726	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



## 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」

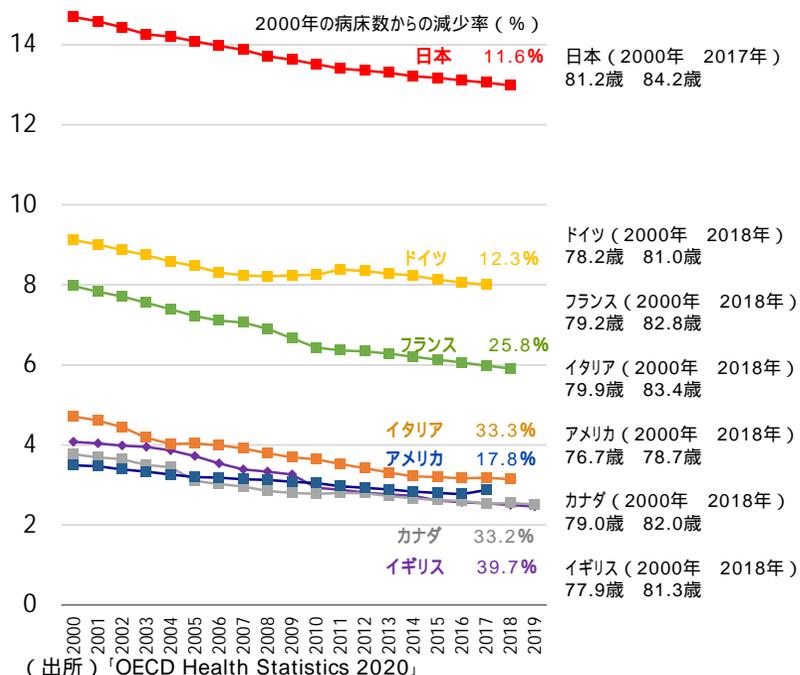
# 効率的で質の高い医療提供体制の整備（これまでの取組）

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

## 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。」

（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。

# 効率的で質の高い医療提供体制の整備（これまでの取組）

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、一昨秋、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げる医療に変わらざるを得ない。（中略）

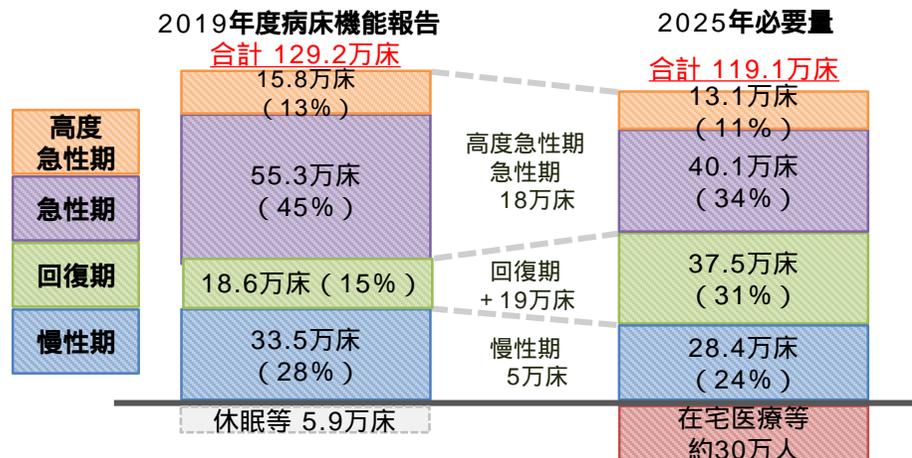
急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。この時、機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。（中略）

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）

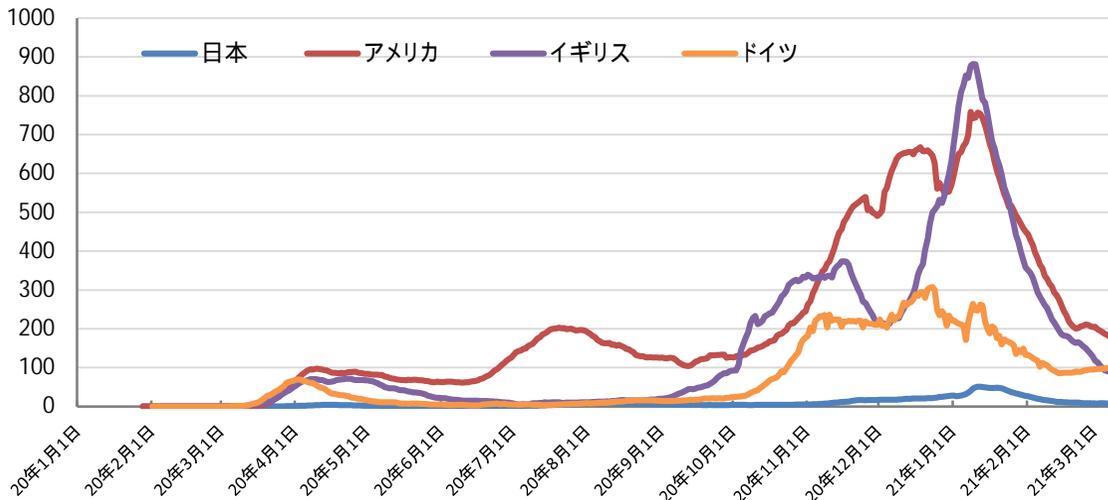
A 診療実績が特に少ない	B 機能が類似し地理的に近接
全国の構想区域を人口規模別のグループに分け、9領域の全てにおいて各グループ内で診療実績が下位33.3%	6領域の全てにおいて、区域内での診療実績が相対的に少なく、自動車でも20分以内に一定の診療実績を有する病院が存在
277病院	147病院（Aに該当する先を除く）

# 新型コロナと医療提供体制

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



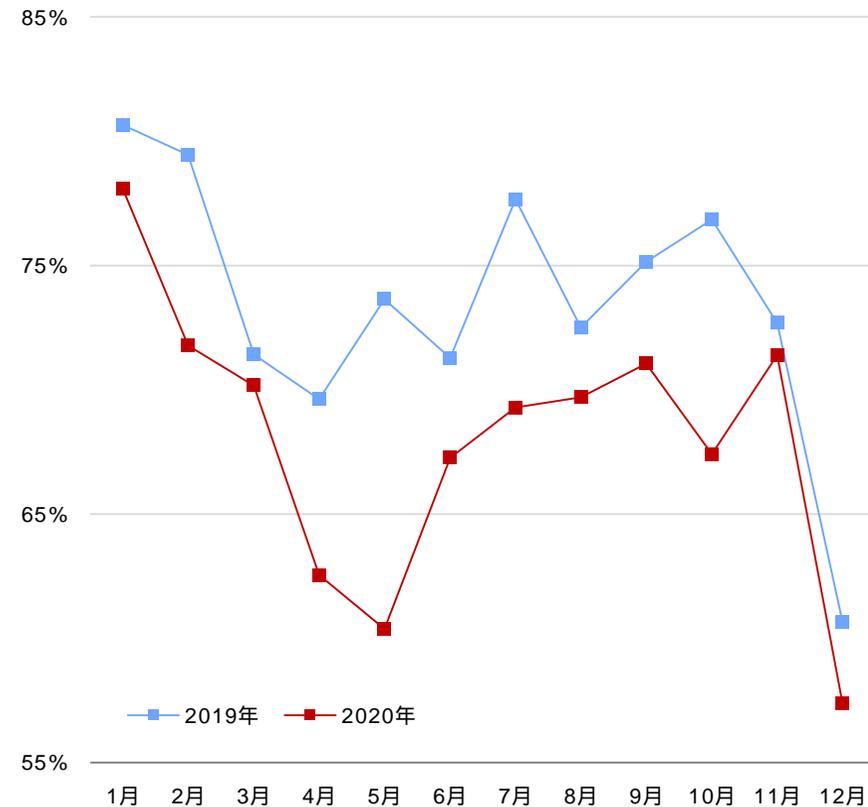
（出所）「Our World in Data」

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



（出所）厚生労働省「病院報告（毎月分概数）」

2020年2月までは病院の一般病床の使用率。2020年3月以降は一般病床及び感染症病床の使用率。

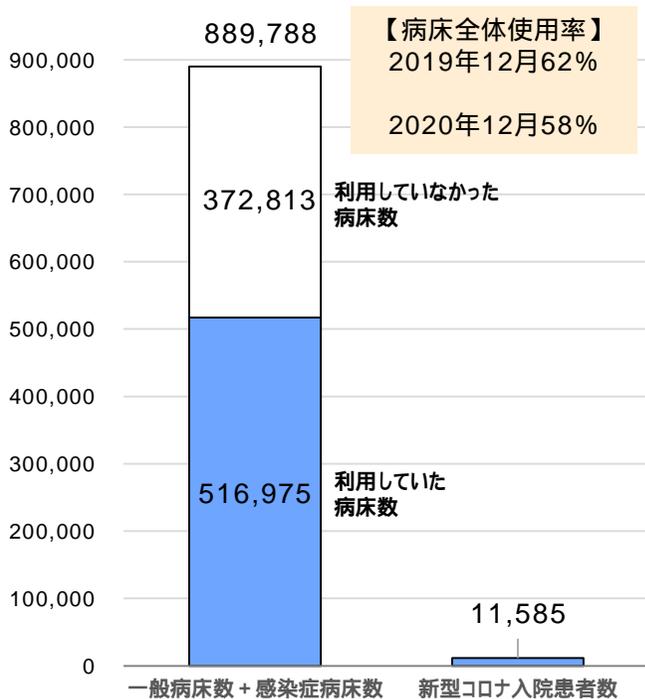
# 新型コロナと医療提供体制

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使用率は、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。

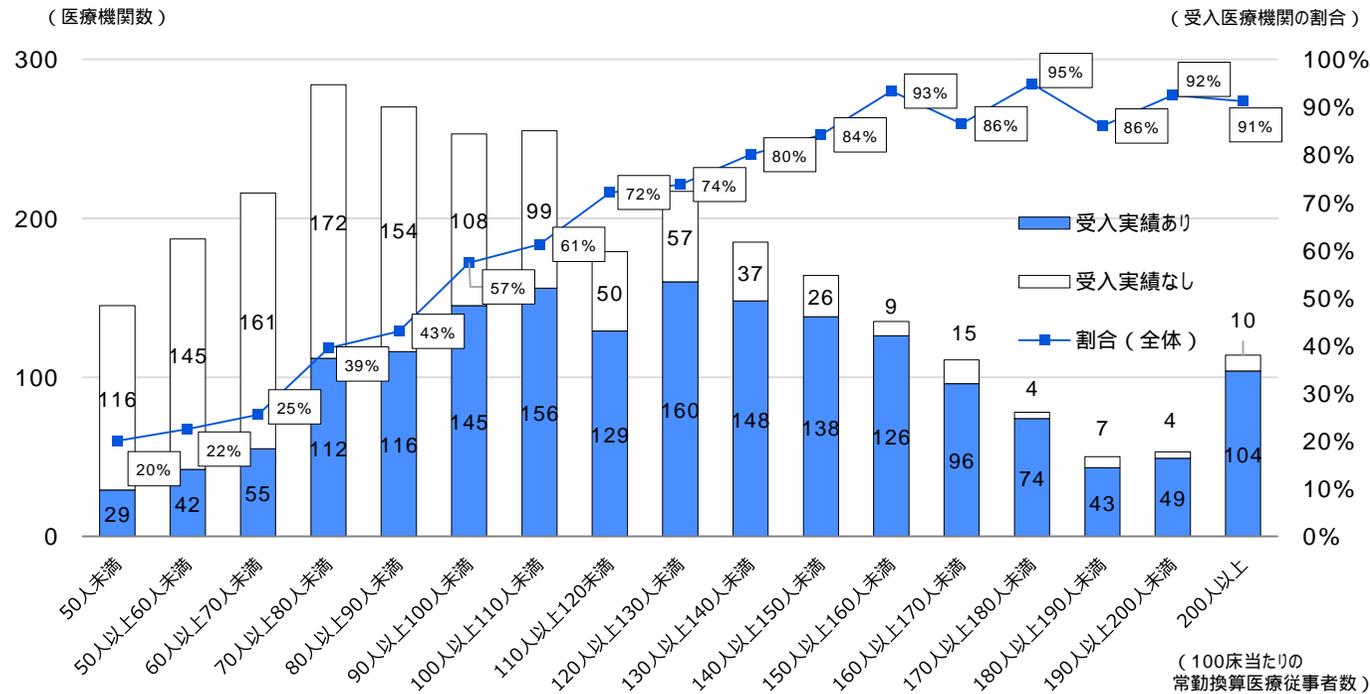
他方で、地域別に検証は必要なものの、相対的に多い病床当たり医療従事者を抱えながら新型コロナ患者を受け入れていない医療機関が存在し、医療従事者の派遣等による人的資源の弾力的な活用が可能であれば、医療機関の患者の受入を増加させる余地があった可能性もあり、医療機関相互の役割分担・連携体制の強化を図ることが必要。

一般病床等の使用状況とコロナ患者の受入れ  
(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)

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



(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がある医療機関

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

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

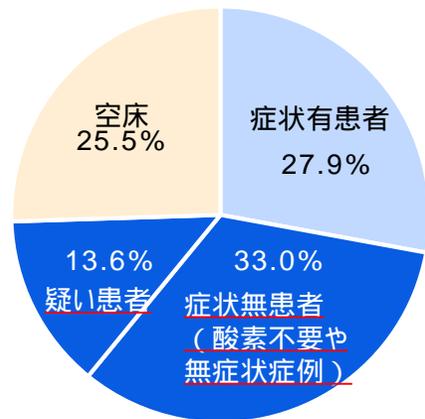
があり、これらの軽症・無症状患者を他の病院における療養や宿泊療養や自宅療養とすることで適切に対応することができれば、これらの病院でより多くの新型コロナ重症患者等を受け入れることができた可能性が高い。

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。**

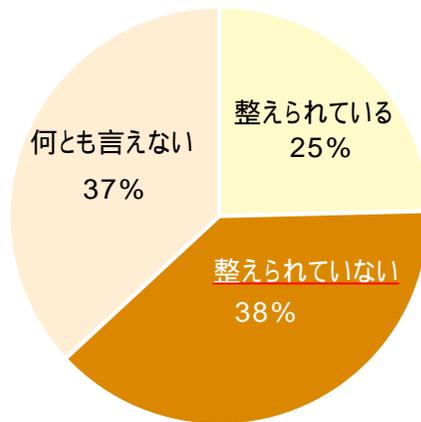
世界有数の病院数・病床数が反面で医療資源の散在そして低密度医療という弱点をもたらしている中、平時から平均在院日数の長さ等に関連して指摘されてきたとおり、**医療機関相互の役割分担の徹底や連携体制の構築が不可欠。**

## 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

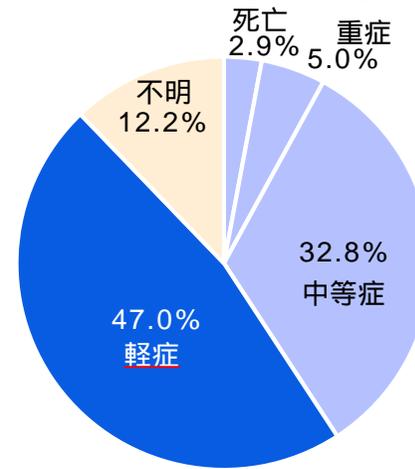


各病院の後方施設の整備状況

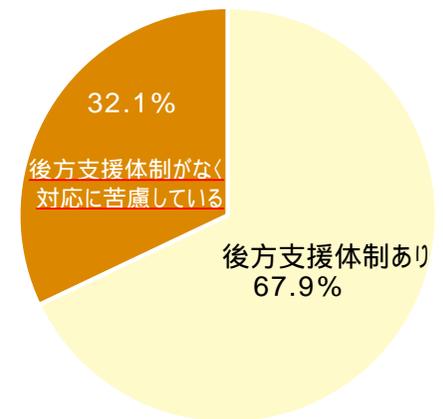


## 全国自治体病院協議会による影響等実態調査（2021年3月25日）

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。

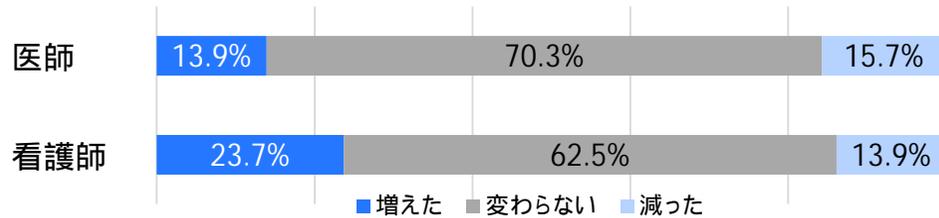
# 新型コロナと医療提供体制

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**医療従事者の繁閑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。**

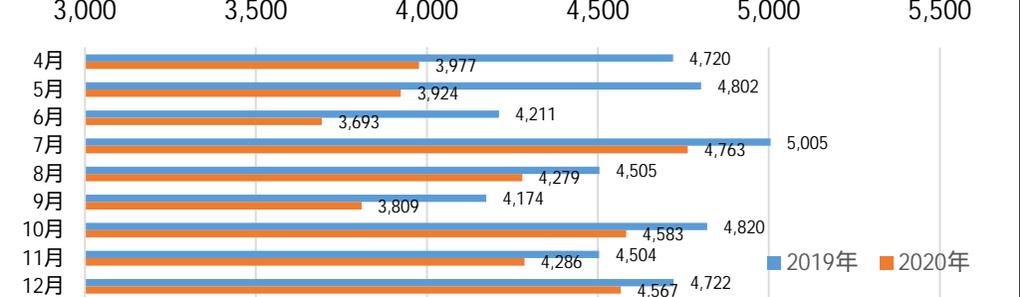
これまで新型コロナ対策の一環として講じてきた看護師等の医療従事者派遣のための財政支援策も活用しつつ、**医療機関相互の役割分担の徹底や連携体制の構築などにより、人的資源の効果的な配置・活用を行うことが求められている。**

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ィ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、**おおよそ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、**同時期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。**

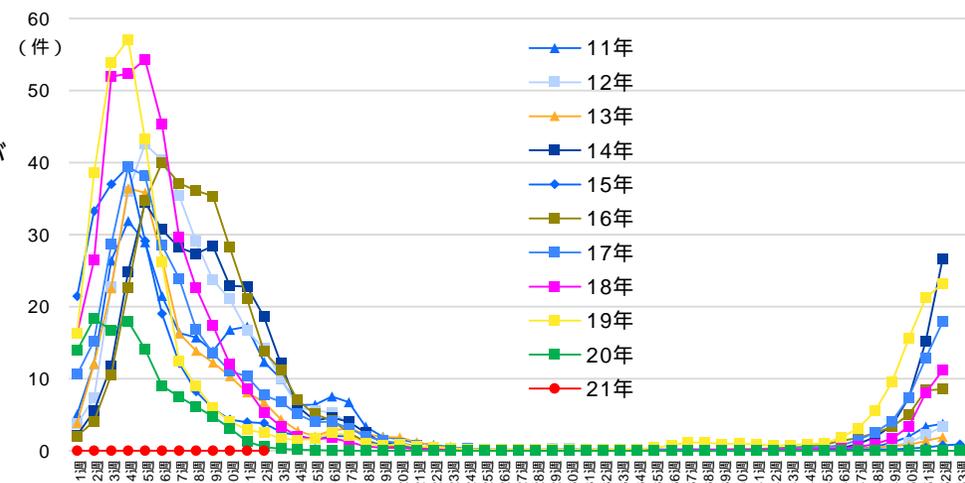
## 医療従事者派遣のための支援

- 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」

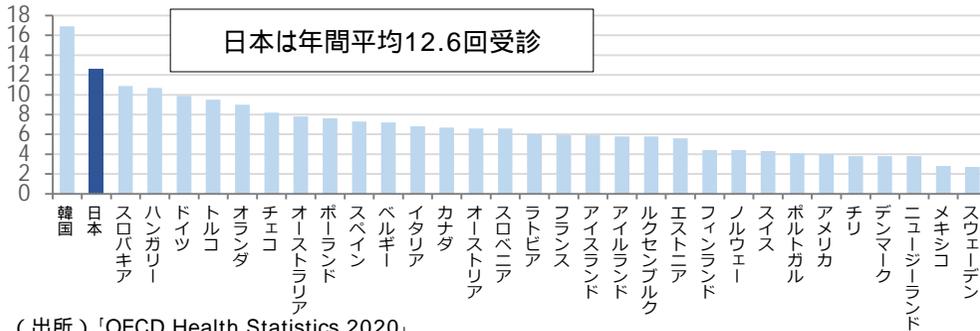
# 新型コロナと医療提供体制

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。

昨年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

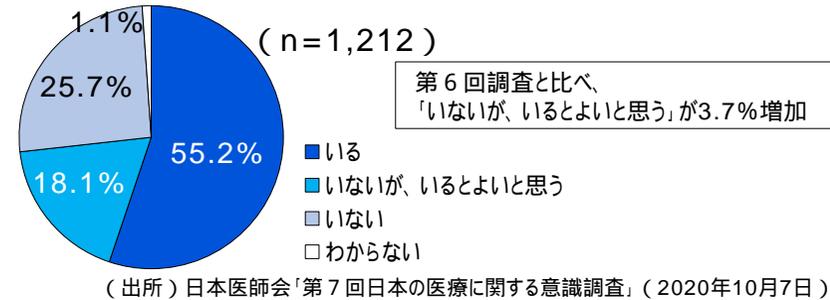
千葉日報2021年2月11日付掲載（千葉日報社発行）

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。

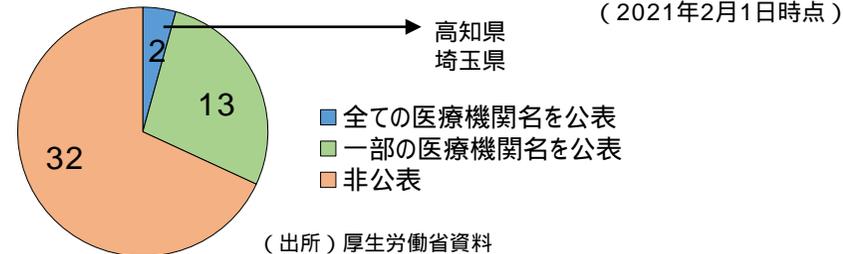
## 社会保障制度改革国民会議報告書2013年8月6日

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。**

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



# 効率的で質の高い医療提供体制の整備（今後の課題）

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



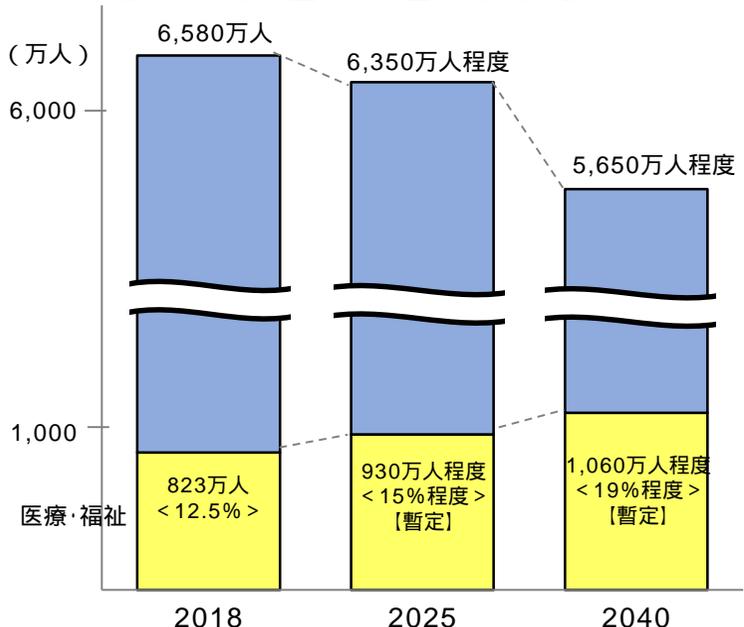
- ・長時間労働を生む構造的な問題への取組
- ・医療施設の最適配置の推進
- ・地域間・診療科間の医師偏在の是正
- ・国民の理解と協力に基づく適切な受診の推進

### 医療機関内での医師の働き方改革の推進

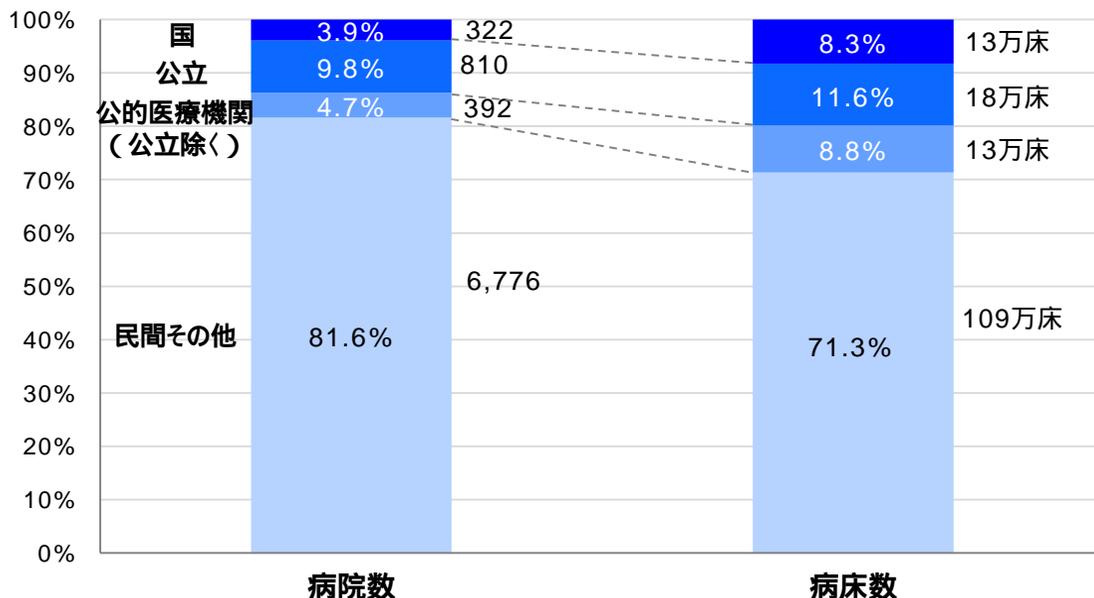
- ・適切な労務管理の推進
- ・タスクシフト/シェアの推進

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



## 開設者別の病院数及び病床数の割合



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

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）

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 **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**、**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**、**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**、**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）

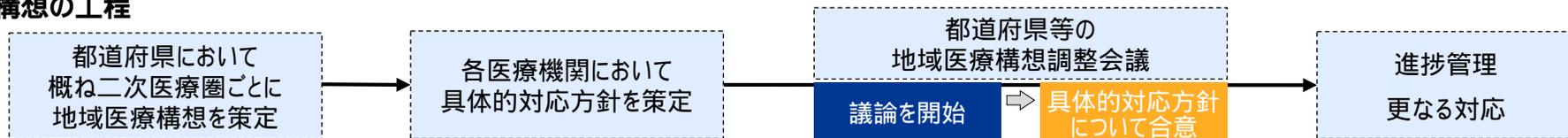
【平時からの取り組み】

- ・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）

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

【主な要件】

- ・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）

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き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がねないことから、あり方の真摯な見直しが必要。

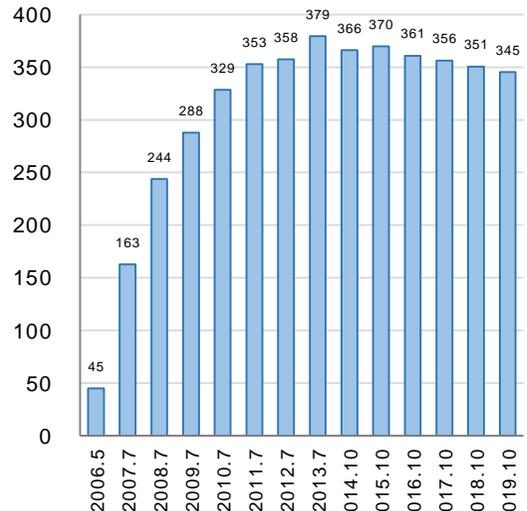
とりわけ消費税増収分を活用して診療報酬に充てる場合には、診療報酬増が保険料負担・患者負担の増加をもたらすことを踏まえれば、改革を通じてその効果が国民に還元されるものでなければならない。新型コロナの感染拡大により医療提供体制の課題が浮き彫りとなって迎える令和4年度診療報酬改定においては、「医療提供体制の改革なくして診療報酬改定なし」と考えるべき。

(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

(千床)



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み  
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」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が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えていく、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

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だけで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だけで約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）

# 新型コロナと医療機関の支援

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
<b>病床確保料（緊急包括支援交付金）</b> 新型コロナ患者や疑い患者の受入れ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)
<b>更なる病床確保のための緊急支援</b> 受入れ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

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、一定程度新型コロナの入院患者を受け入れること、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



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

## 社会福祉法人の財務諸表等電子開示システム（WAMNET）

The screenshot shows the WAMNET website interface. A map of Japan is displayed with a blue arrow pointing to a specific region, labeled "各法人を地図から検索可能" (Search for each corporation from the map). Below the map, a blue box indicates "集約結果を公表" (Publish aggregated results). On the right side, a search bar is highlighted with a red box, labeled "各法人を法人名、住所等から検索可能" (Search for each corporation by name, address, etc.). The interface includes various navigation buttons and search filters.

## 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

## 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。

## [ 2割負担の所得基準 ]

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

(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%。

## [ 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)+3.4万円)

(参考) 財政影響(2022年度満年度)

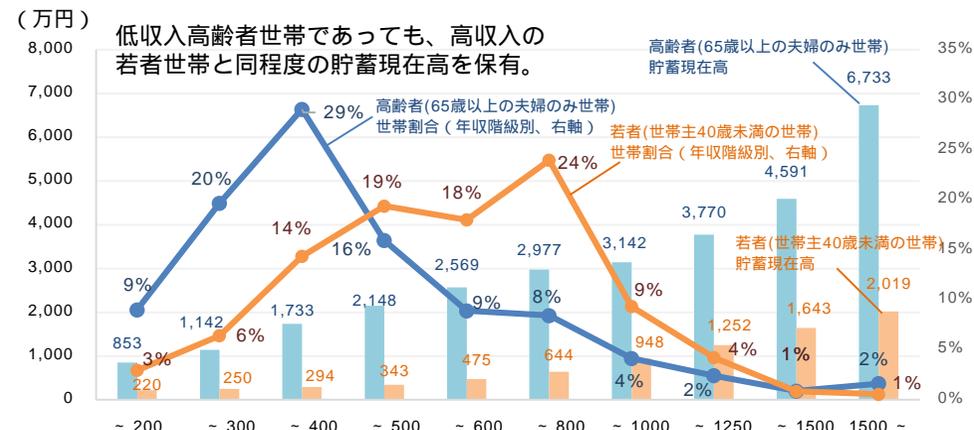
給付費	後期高齢者支援金 (現役世代の負担軽減)	後期高齢者保険料 (高齢者の負担軽減)	公費
1,880億円	720億円	180億円	980億円

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。

## [ 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



(出所) 総務省「平成26年全国消費実態調査」

# 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相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覚束ない**。

**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）

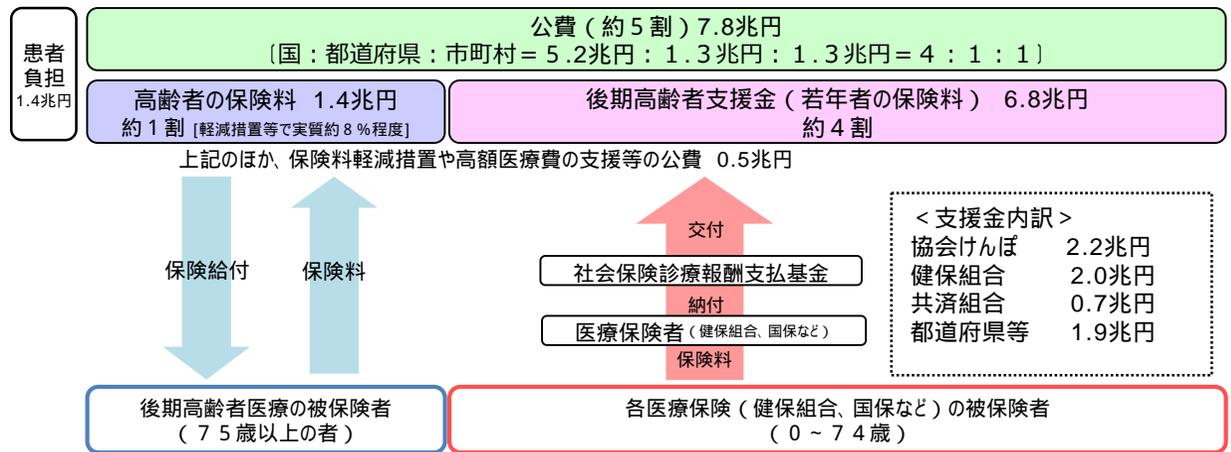
↑ 1.4倍

12.7兆円（2010年度実績）

<保険料額（2020・2021年度見込）>

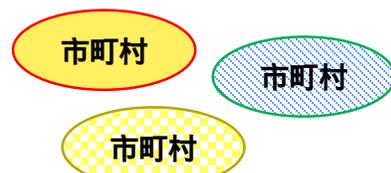
全国平均 約6,400円/月

基礎年金のみを受給されている方は  
約1,180円/月



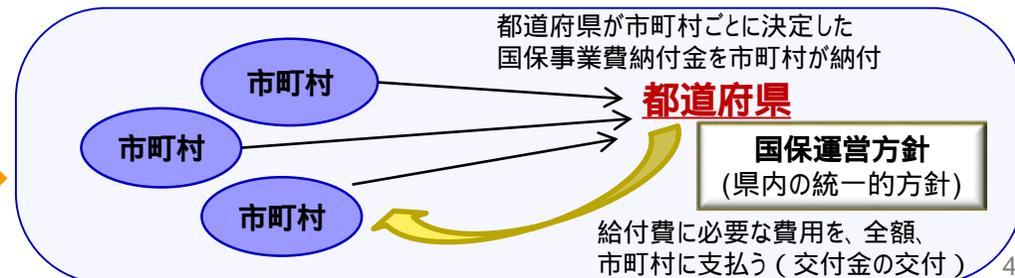
## 国保改革による都道府県単位化

【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、P D C A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P D C A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	▲432
鹿児島	7,118	6,748	▲369
沖縄	5,127	4,437	▲690
全国	453,300	431,000	▲22,300

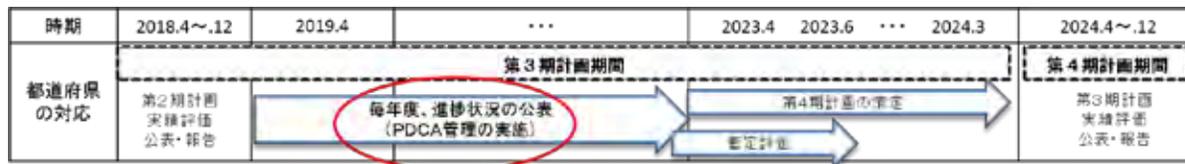
新経済・財政再生計画 改革工程表2020（2020年12月18日）

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P D C A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。

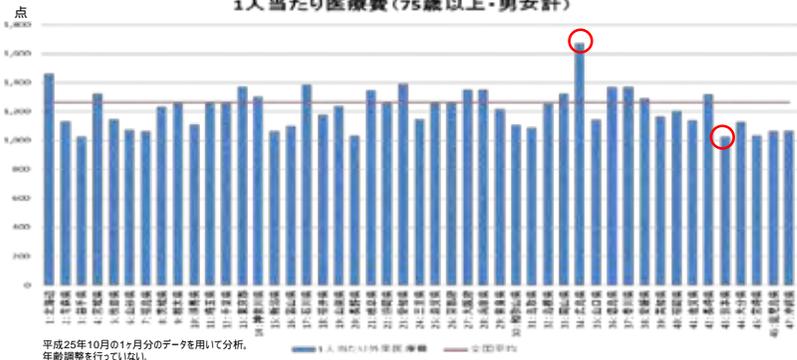
(注)同調査会は、都道府県が「医療費の見込み」を推計するための算定式の考え方等も示しており、先に述べた特定健診・保健指導の実施率向上による効果額（医療費ベース200億円）もその際試算されたもの。

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**。

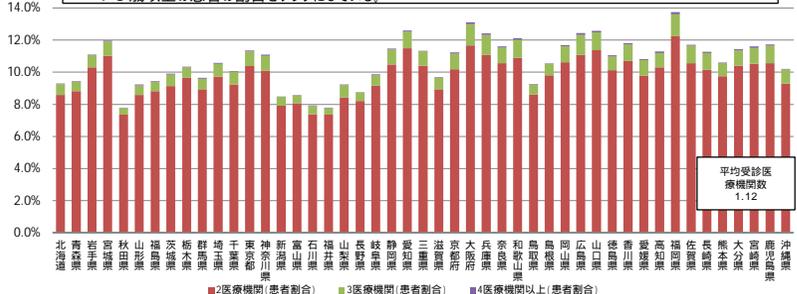
## 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会による地域差分析の事例

（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。

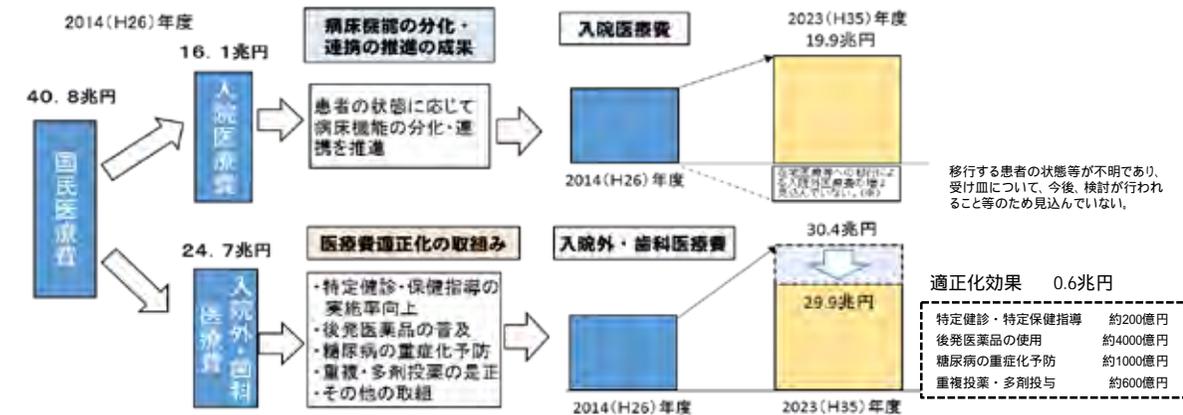


【第3期全国医療費適正化計画における医療費の見込みのイメージ】

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、国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 <b>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</b> 、…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 <b>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</b> 、…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 <b>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</b> の促進に関する事務を行うこと。	第八十五条の三 3 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 <b>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</b> の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。**

## 前期高齢者に係る財政調整

### <対象者数>

65～74歳の高齢者  
約1,680万人

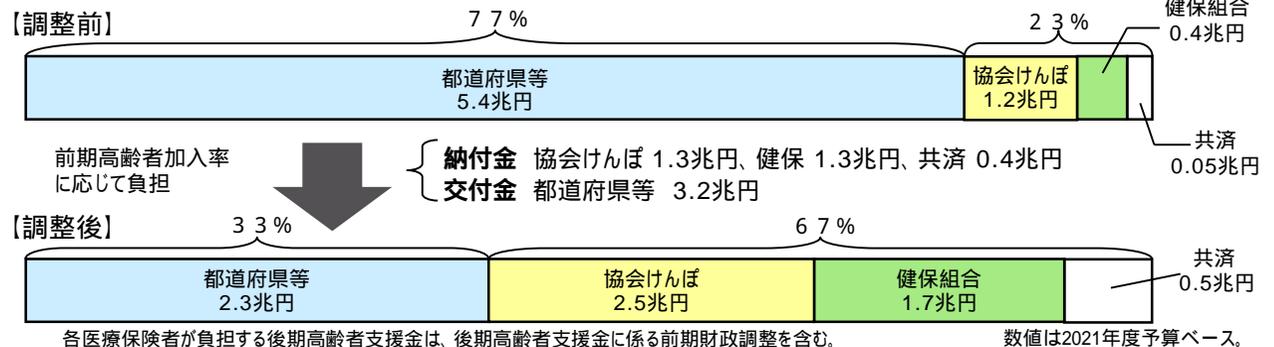
### <前期高齢者医療費>

8.4兆円（2021年度予算ベース）

うち国保6.4兆円 協会けんぽ1.5兆円

↑ 1.2倍

6.7兆円（2010年度実績）



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。

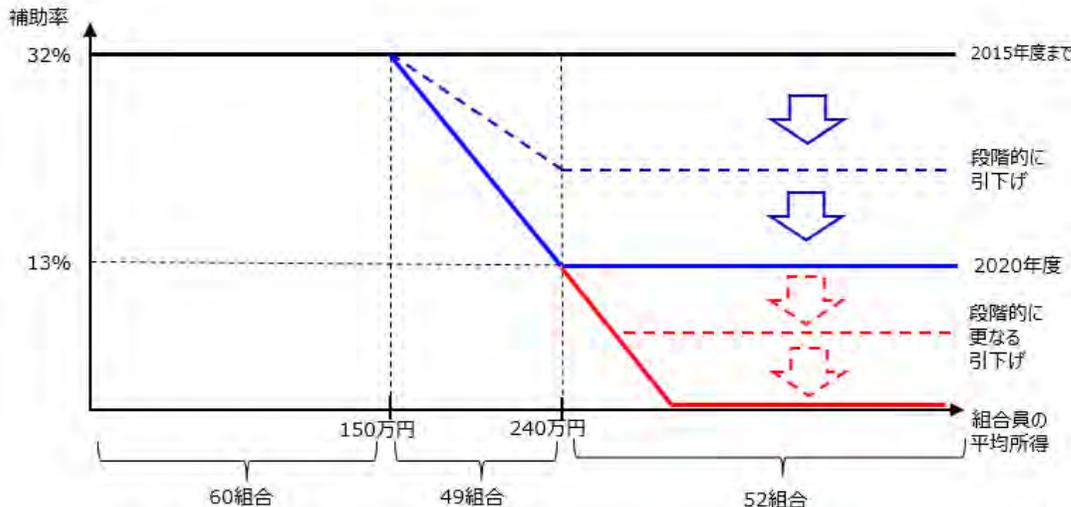
更なる徹底に向け、所得水準の高い国民健康保険組合に対する定率補助の廃止を含め、保険者間の合理的でない保険料負担の差については解消に努めていくべき。更には、保有資産の額が大きい被保険者に応分の負担をしていただけるよう、資産の保有状況等も勘案した保険料負担のあり方も引き続き検討すべき。

## 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施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

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。

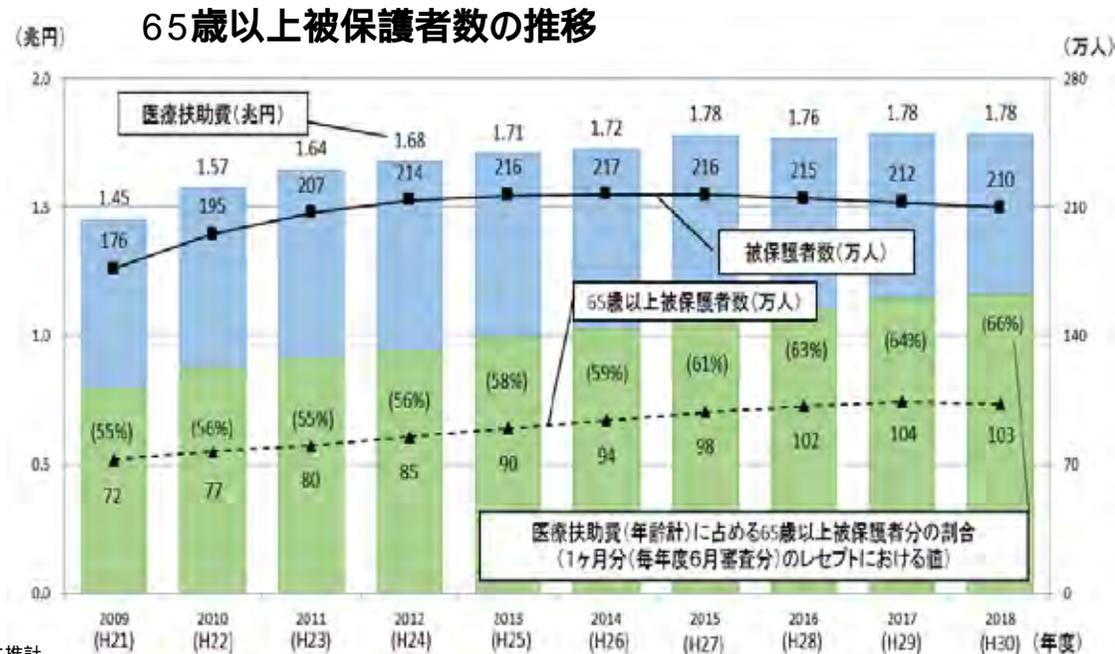
**高齢者の生活保護受給者**については、**介護分野では、65才以上の方は介護保険の第1号被保険者**になり、利用者負担分や保険料について介護扶助等を受けることとされている。**年金分野についても、国民年金の被保険者**になり、更には、同じ医療保険制度の中でも**被用者医療保険においては被保険者**となる。これらを踏まえると、**生活保護受給者が国保等の被保険者とならないのは、整合性がとれない**。

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**确实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

（出所）厚生労働省「第3回医療扶助に関する検討会」

# 生活保護受給者の国保等への加入

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。

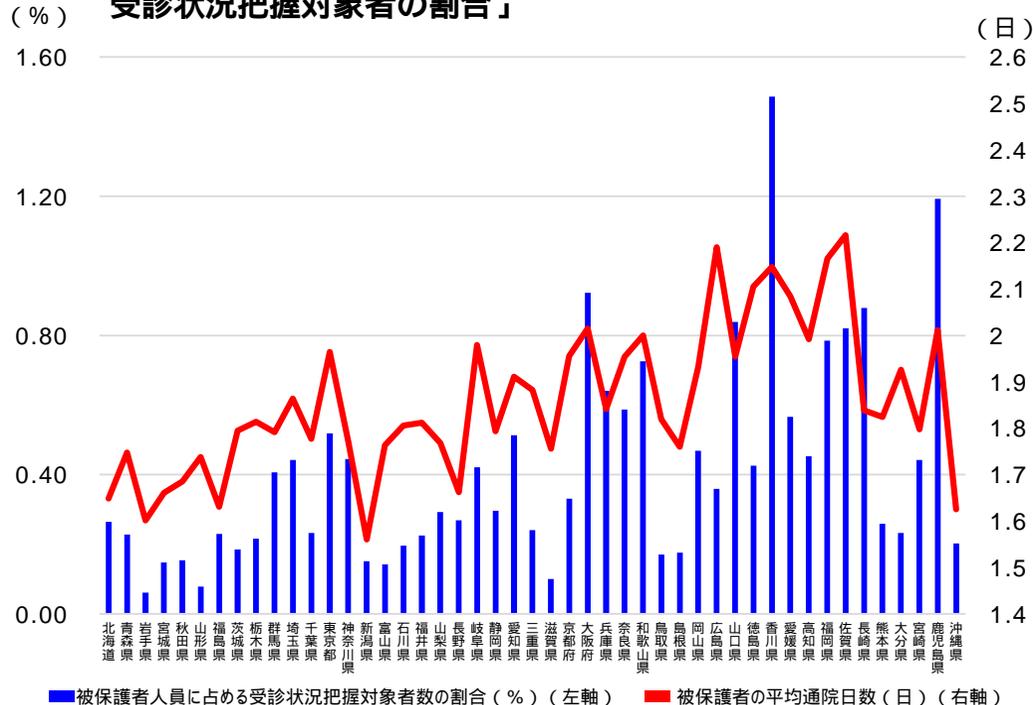
（注）受診状況把握対象者とは、同一傷病について、同一月内に同一診療科目を15日以上受診している者（短期的・集中的な治療を行う者を除く）。

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」



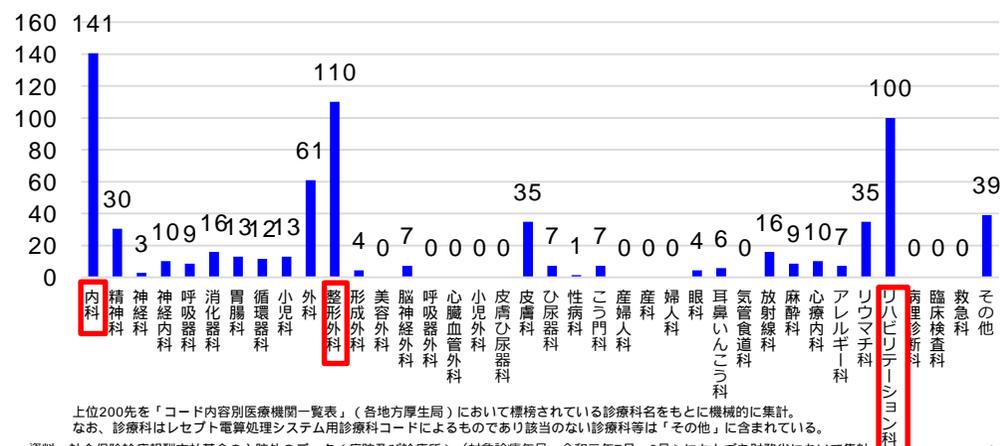
（注）平均通院日数とは、レセプト1枚当たりの医療機関を利用した日数。  
資料：第66回医療扶助実態調査（平成30年6月審査分）、平成30年度被保護者調査（年次調査、平成30年7月末時点）、平成30年度頻回受診者に対する適正受診指導結果について（厚生労働省調べ）

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

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。

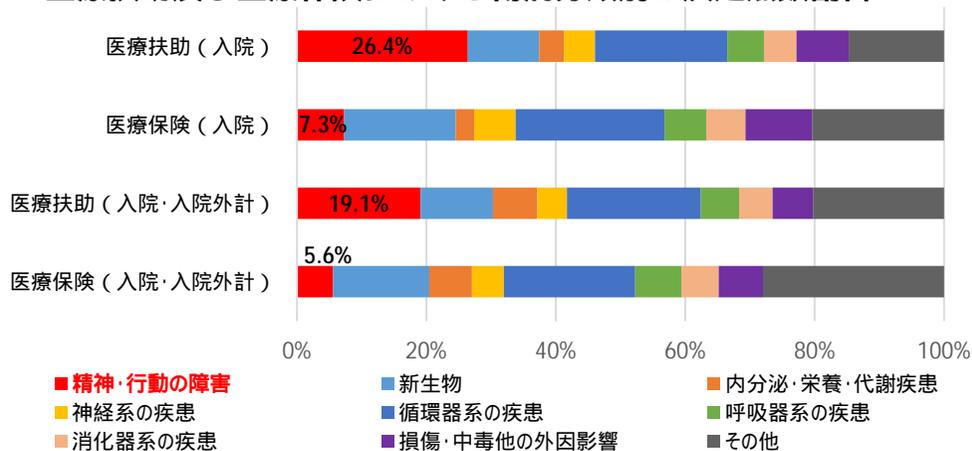
精神病床入院中の生活保護受給者数の都道府県間の地域差は約7倍であり、地域差を説明する要因として、精神疾患の受診者数や独居率などよりも、人口当たりの精神病床数が最も強く関係し、精神病床数が多いほど入院中の生活保護受給者が多いという調査結果がある。

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)

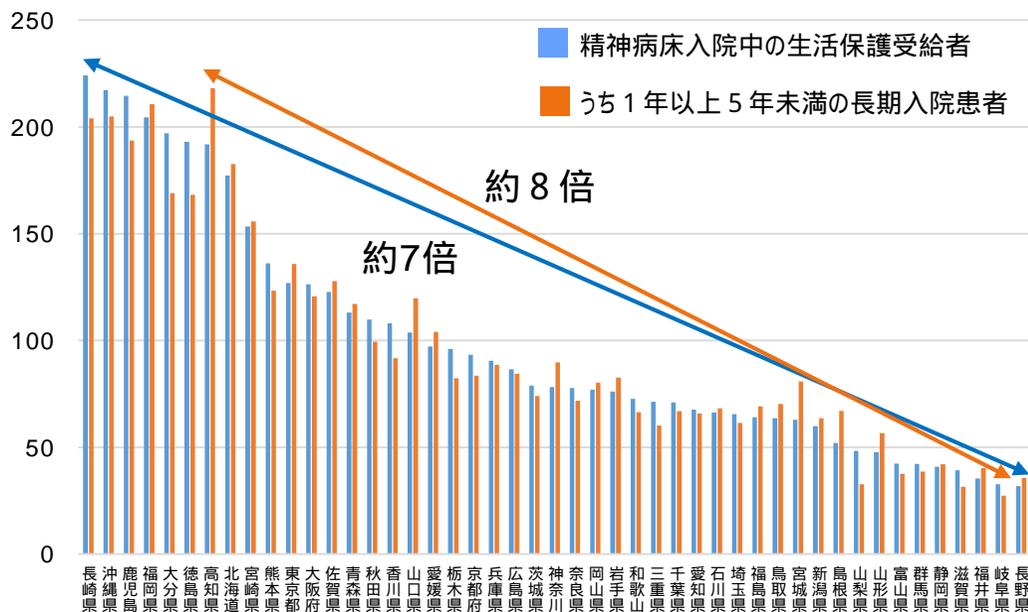
平成28年5月



(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

平成28年5月



(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。