

3. 医療

総論

効率的で質の高い医療提供体制の整備

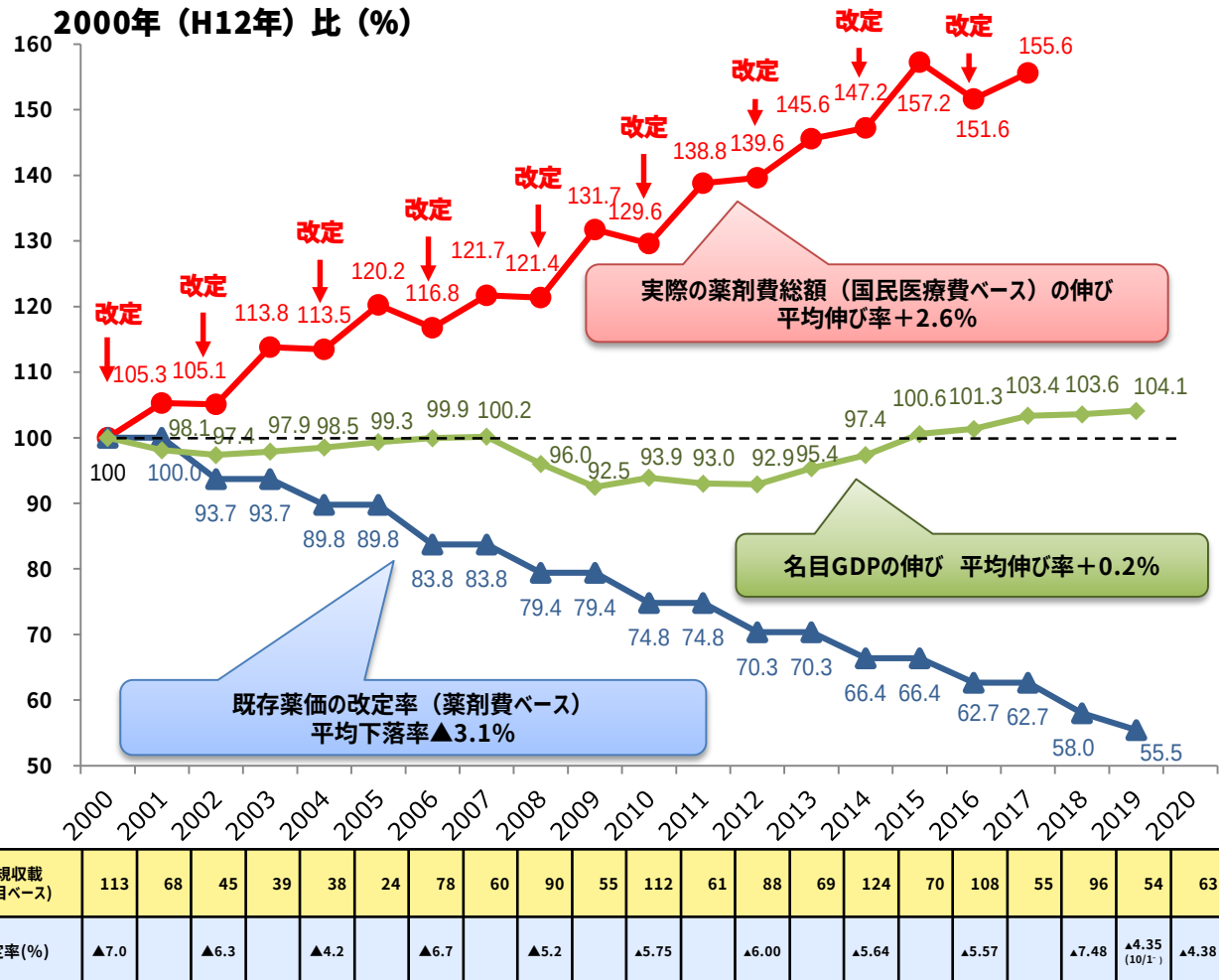
新型コロナウイルス感染症への対応

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。

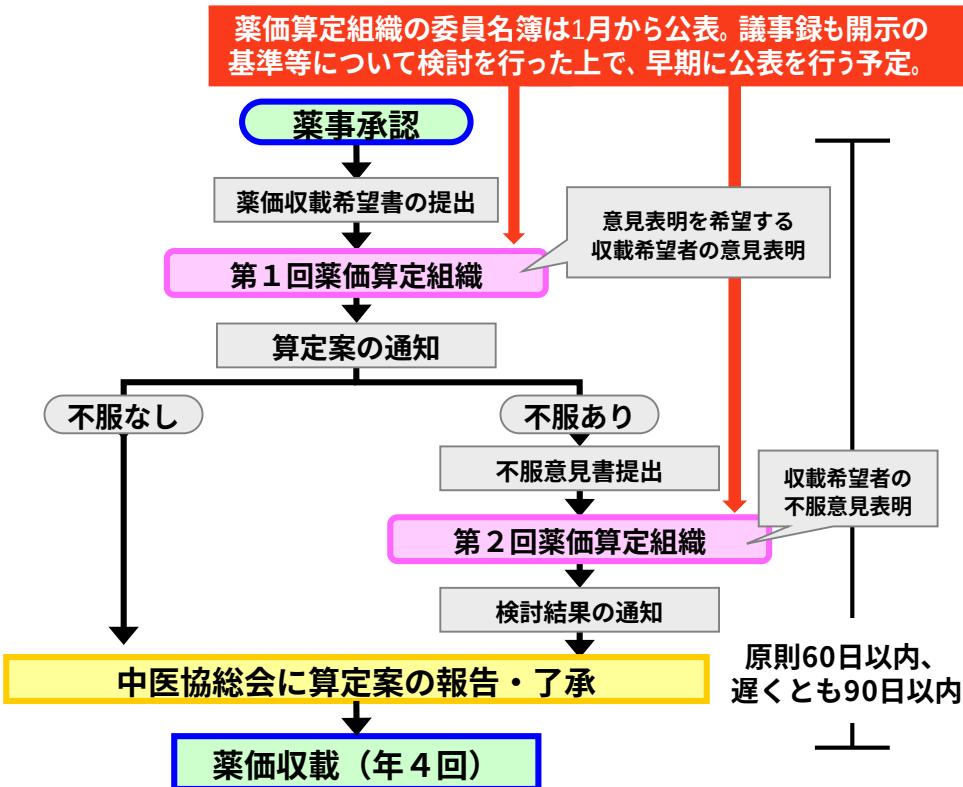
※2 2000年を100とした指数で、当該年度の変動率及び改定率を前年度の指数に乘じたもの。

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

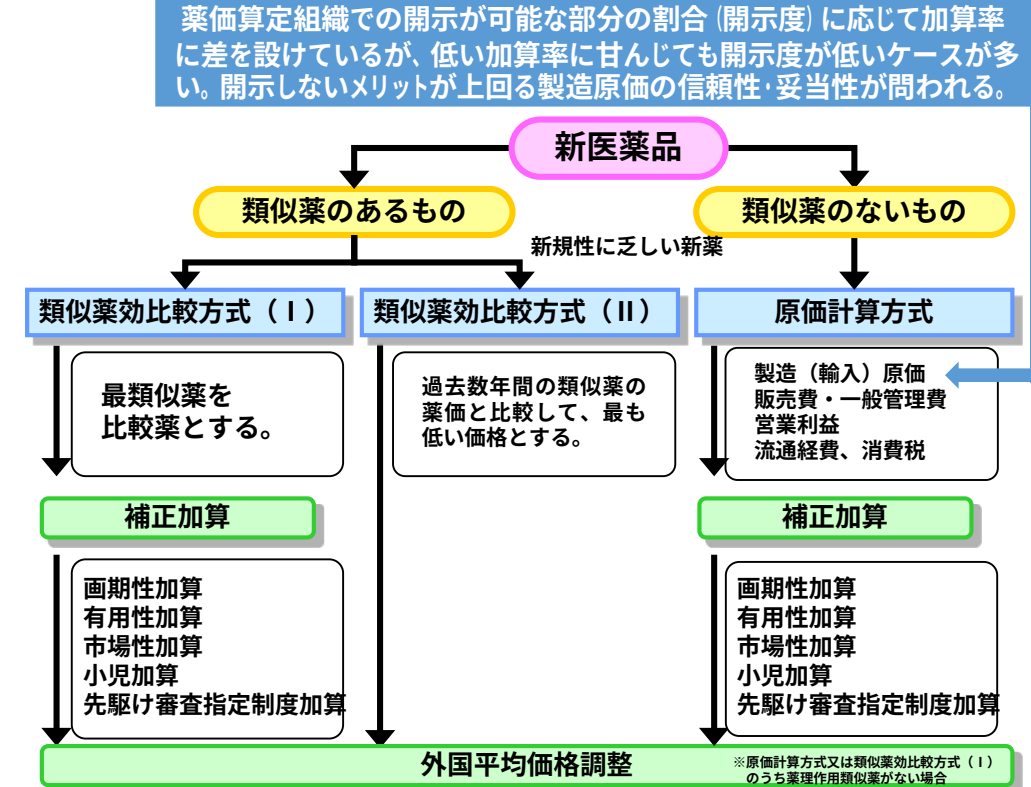
新規医薬品の薬価算定方式等①

- 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）

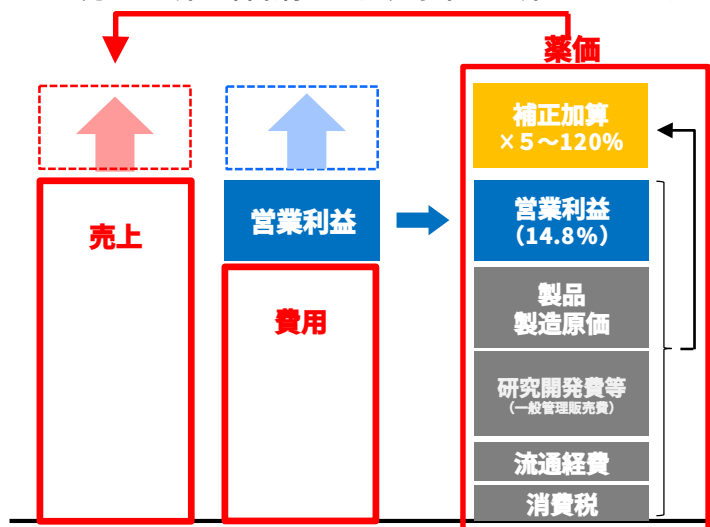
↓ 後発品のない先発品として
類似薬効比較方式Ⅱで収載

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。

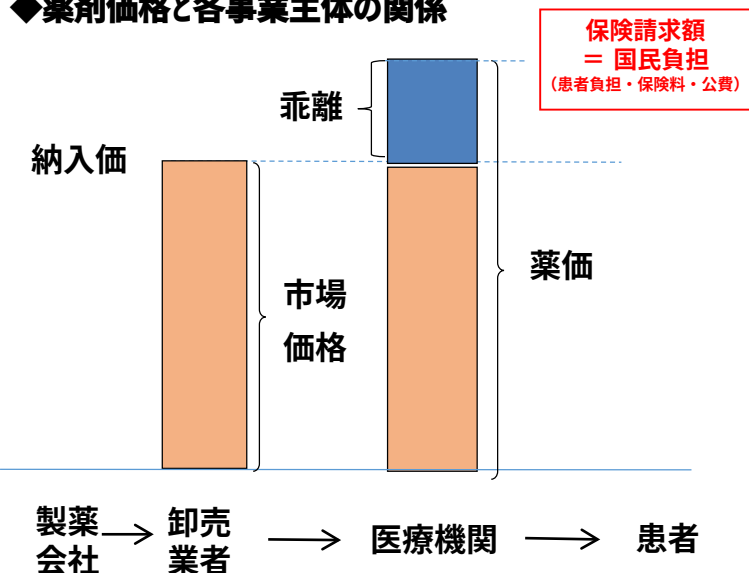
- a 投与時の侵襲性が著しく軽減される
 - b 投与の簡便性が著しく向上する
 - c 特に安定した血中薬物濃度が得られる
 - d 上記のほか、特に高い医療上の有用性があると薬価算定組織が認める
- ※それぞれ5%の加算

※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乘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。

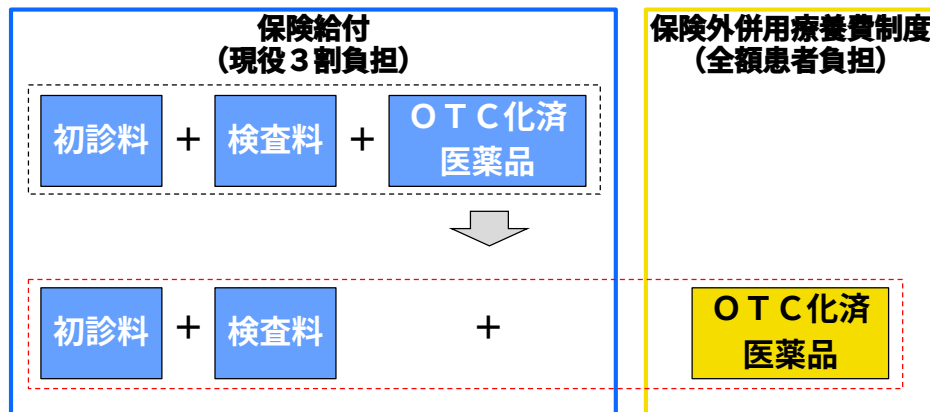
◆医薬品を保険給付対象から除外

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

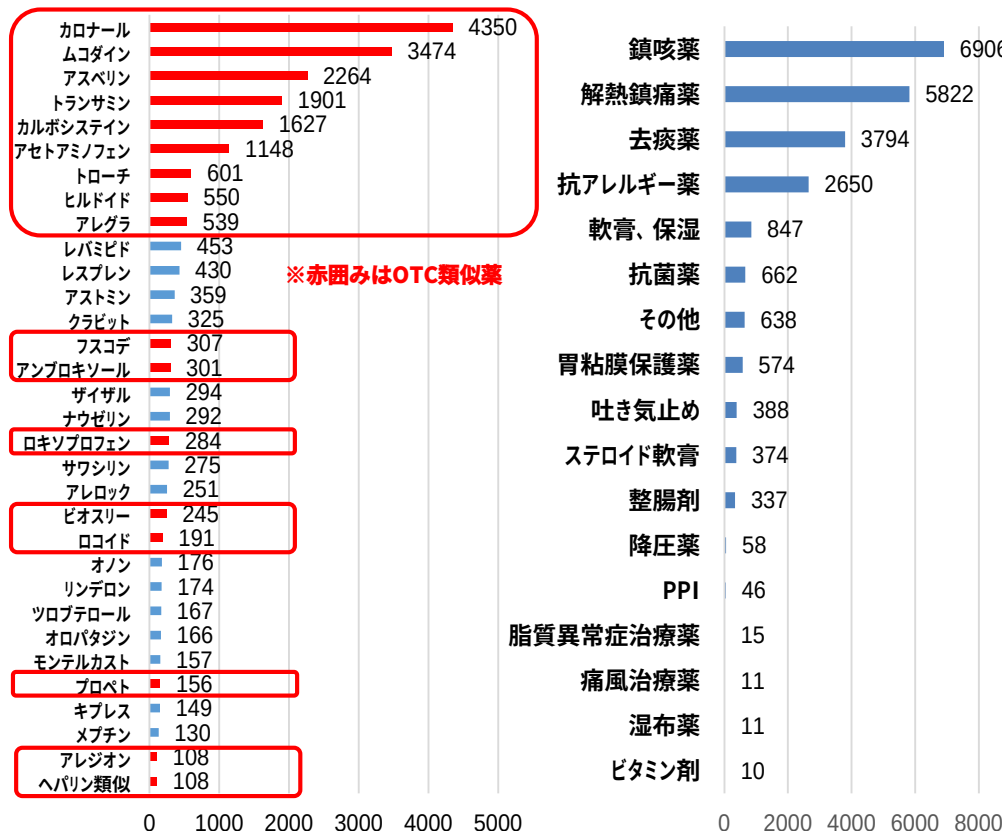
○ とりわけ、**OTC類似薬**については、

・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

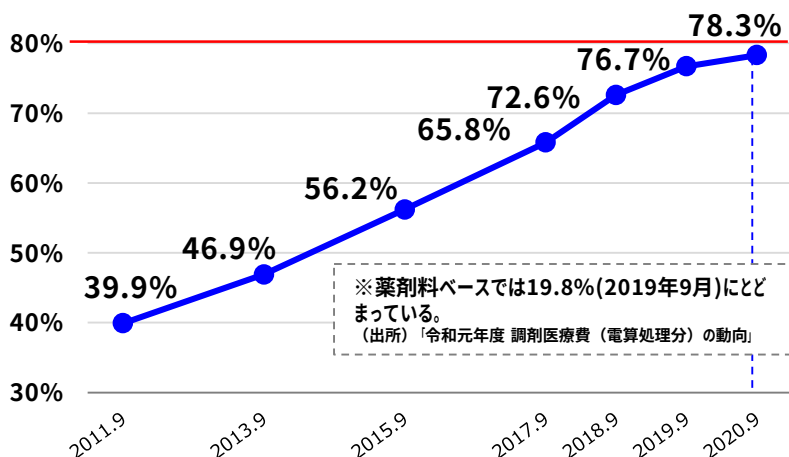
（出所）厚生労働省「セルフメディケーション推進に関する有識者検討会」
2021年2月3日 五十嵐中准教授説明資料

（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

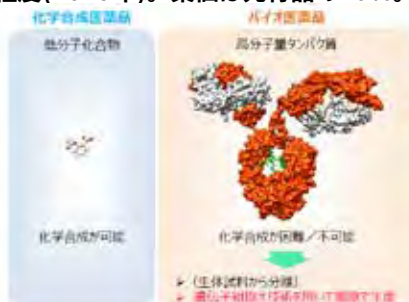
- 昨年9月における後発医薬品の80%シェア達成目標に対し、実績は78.3%。地域差等も踏まえ、新目標を昨年度内に結論を得るものとされていたが、現時点で策定されていない。問題が相次いでいる後発医薬品の品質確保や信頼獲得に努めることを前提としつつ、**後発医薬品の使用促進は揺らぐことなく進め、新目標を早急に策定すべき。**
- 薬価の高いバイオ医薬品について、**後発品（バイオシミラー）の使用を促すため新たな数量目標の設定や、国においてフォーミュラリのガイドラインの策定に取り組む中で後発医薬品の選定基準を設けることなどを検討すべき。**
- **後発医薬品調剤体制加算**について、現在約6割の薬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%。



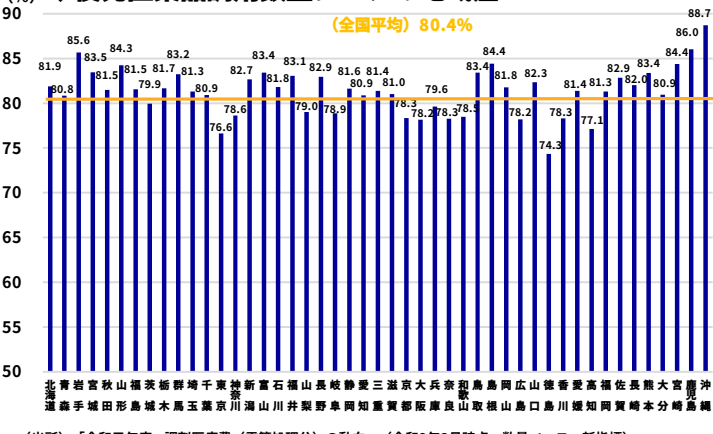
(出所) 国立医薬品食品衛生研究所生物薬品部作成

◆フォーミュラリ（推奨医薬品リスト）の例

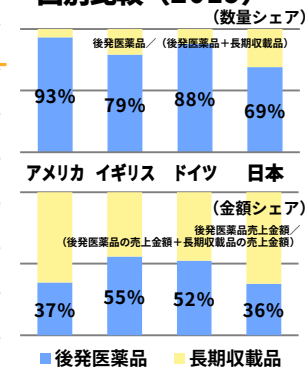
薬効群	第一選択薬	第二選択薬	備考	削減効果
...	...	...	...	...
HMG-CoA還元酵素阻害薬	アトルバスタチン錠 (後発品) ピタバスタチン錠 (後発品)	プラバスタチン (後発品) クレステール (先発品)	新規導入には後発品を優先する	▼85.3万円
RAS系薬	ACE阻害薬(後発品) ロサルタン(後発品) カンデサルタン (後発品)	ミカルディス、オルメテック、アジルバ (いずれも先発品)	新規導入にはACE阻害薬又は後発品を優先する	▼605.2万円
...	...	...	...	...

(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

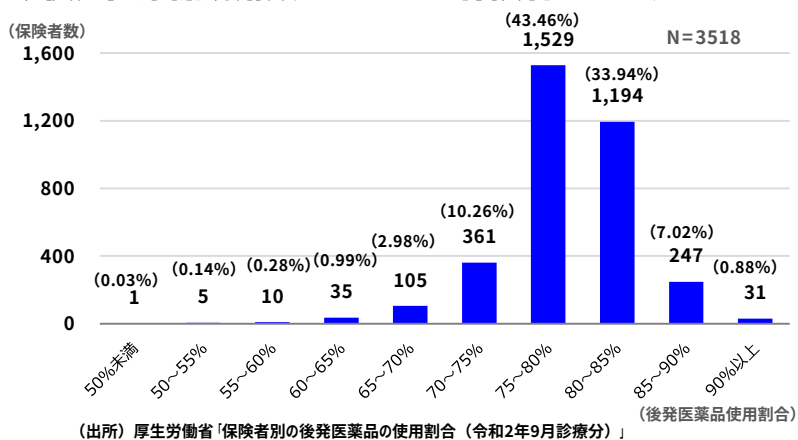
一般名処方加算 加算1：7点、加算2：5点

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

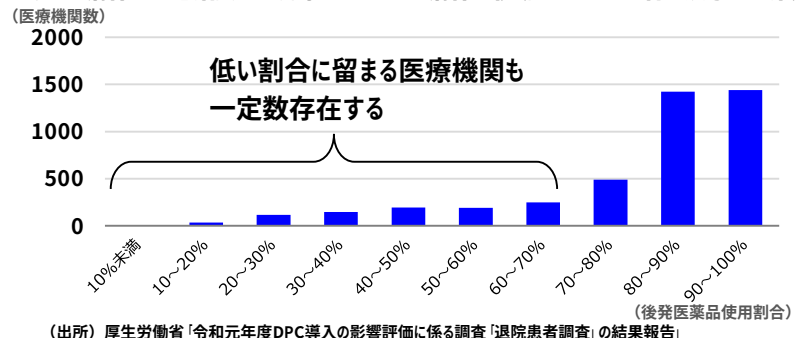
- 処方箋発行元が大学病院である場合の後発使用割合が72.7%（レセプトベース）と低いことが目立っており、その原因を精査するとともに、後発医薬品の使用促進を促すためにも、現在保険者別にとどまっている後発医薬品の使用割合の「見える化」による公表の医療機関別への拡大は不可欠。都道府県が、保険者協議会等の場を活用し、後発医薬品の使用割合の低い医療機関への働きかけを強めることも重要。
- 大学に対する奨学寄附金と大学病院における薬剤の適正使用との関係がかねて注目されており、製薬業界は、「企業活動と医療機関等の関係の透明性ガイドライン」を改定するなどの取組を進めているものの、院内処方や先発医薬品使用との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

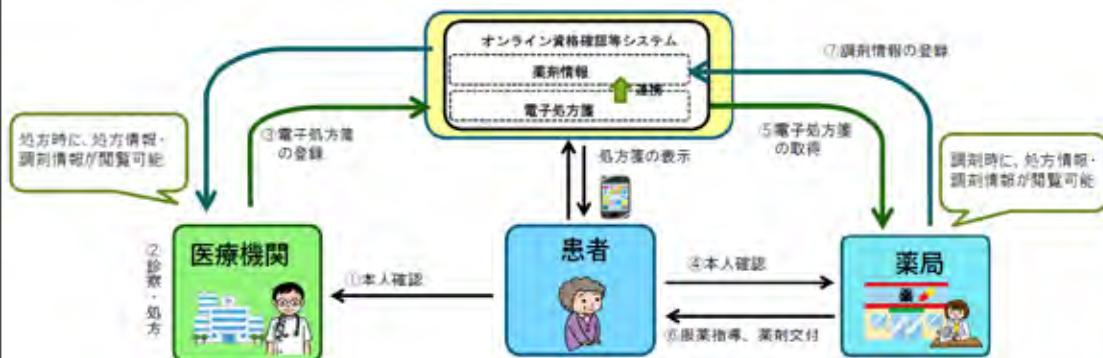
- ・ バイオシミラーに係る新たな目標の在り方を検討し結論を得る。
- ・ 「2020年9月までに後発医薬品使用割合を80%以上」の目標達成後の新たな目標について、これまでに分かっていた課題も踏まえつつ、その内容について検討する。
- ・ 後発医薬品も含めた、医薬品の適正使用に資するフォーミュラガイドラインを策定する。
- ・ 後発医薬品使用割合の見える化や公表を医療機関等の別に着目して拡大することを検討する。

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）

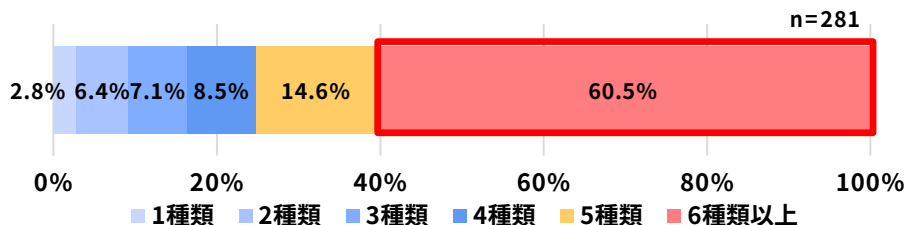
処方情報・調剤情報を他の医療機関・薬局で閲覧することを可能とする仕組みを構築



◆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）

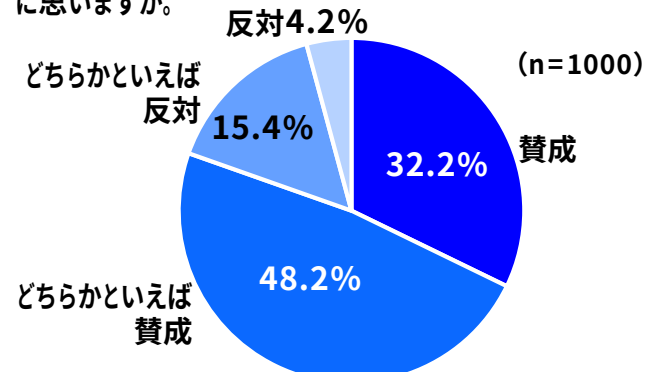
- 一定期間内に反復使用できる処方箋のこと
- 医師は、処方箋に繰り返し使用できる回数を定めて患者に交付し、患者は当該処方箋で繰り返し薬局で薬を受け取ることができる。
- 米国では麻薬等の依存性薬物以外はリフィルが広く認められている。

【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。

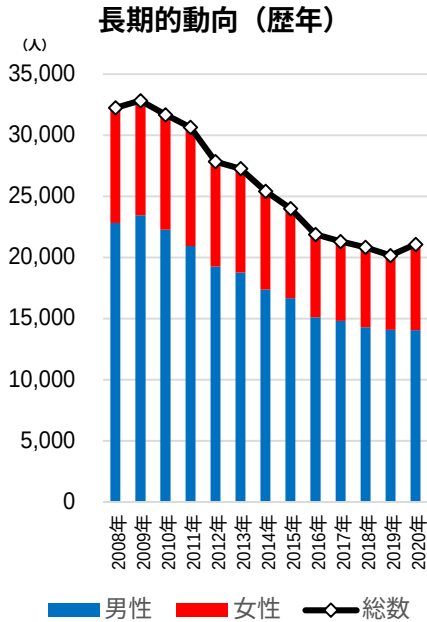


（出所）日本医療政策機構「2017年日本の医療に関する世論調査」

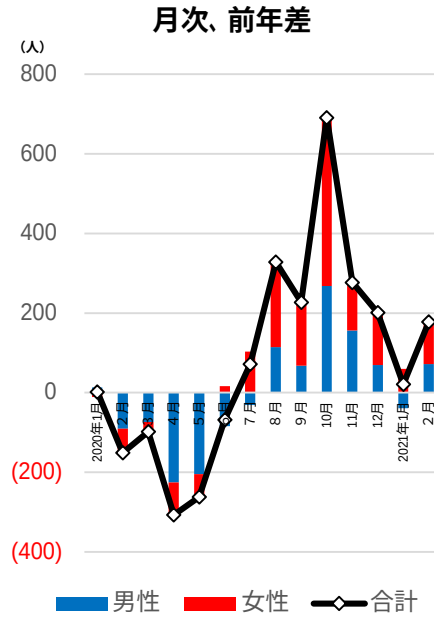
多剤・重複投薬、長期処方への対応②

- 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。

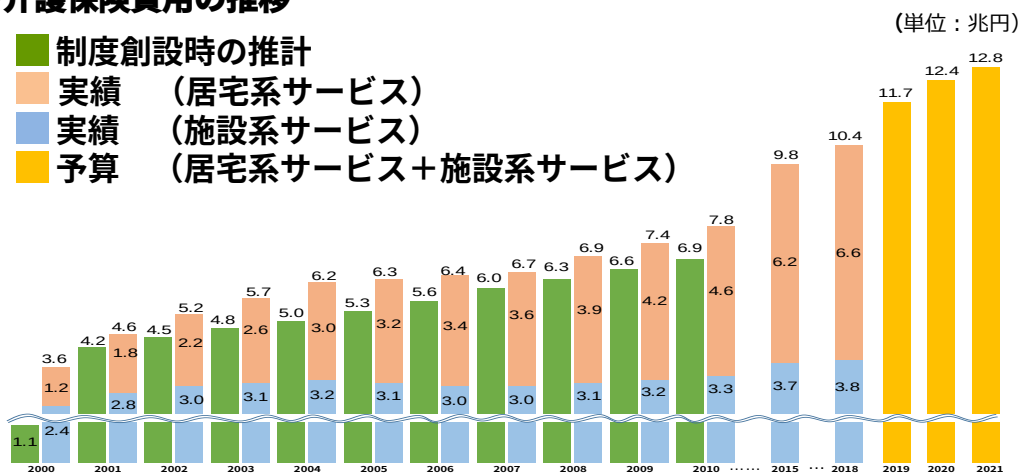
（出所）中央社会保険医療協議会 2017年10月18日資料

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。

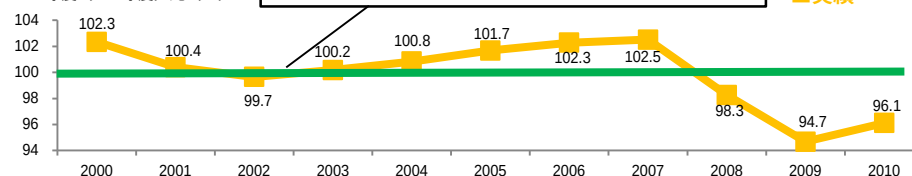
居宅系サービス：定期巡回・随時対応サービス、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護

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

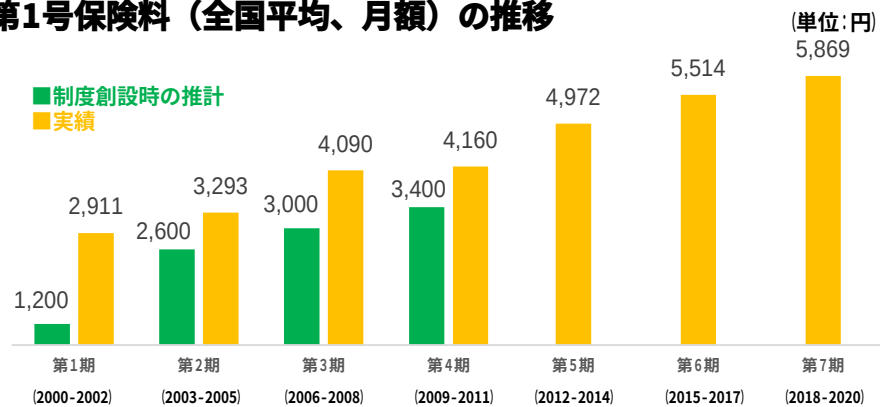
(出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」

◆名目GDPの推移

1995年度（H7年度）比（%）

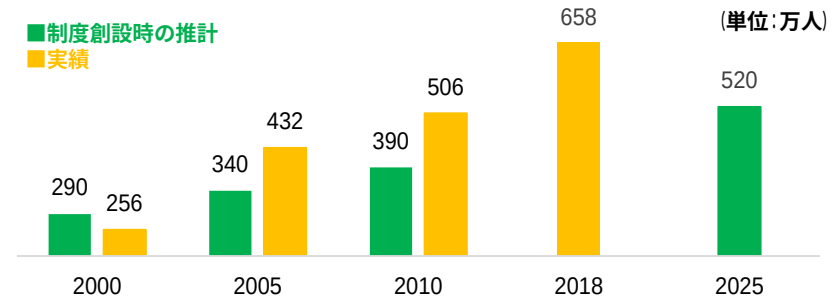


◆第1号保険料（全国平均、月額）の推移



(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

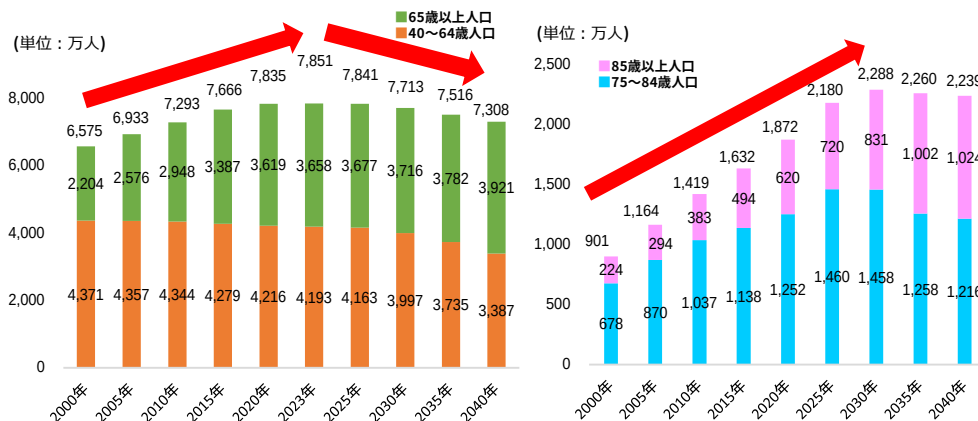


(注) 制度創設時の推計のうち、2000年～2010年は「介護保険のポイントQA」（厚生省、1996年）。なお、2000年の値は、1999年の推計（280万人）と2001年の推計（300万人）の中央値。また、2025年の値は「新介護システムにおける高齢者介護費用及び整備量の推計（粗い試算）」（1995年、厚生省）。

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、今般の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。

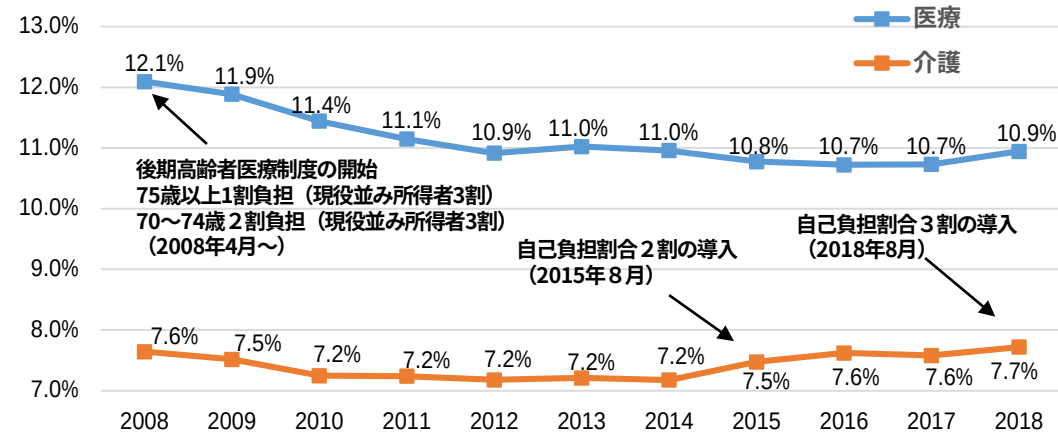
◆年齢階層別の被保険者の見通し



◆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

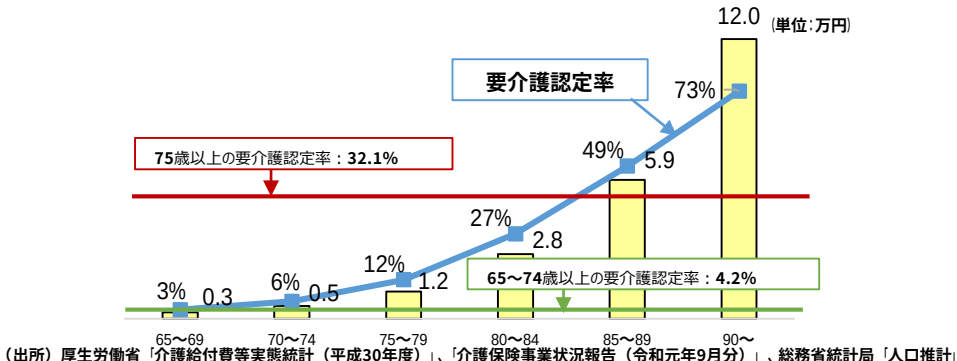


(注1) 実効負担率は、実効負担率＝利用者負担額/費用額、利用者負担額＝費用額－給付費額。

(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」

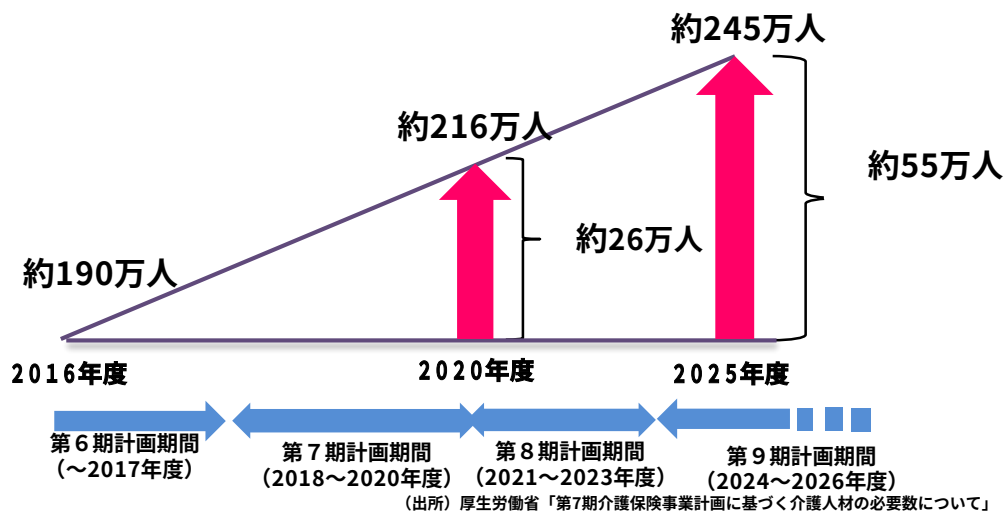
◆年齢階層別の要介護認定率・一人当たり給付費(月額)



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

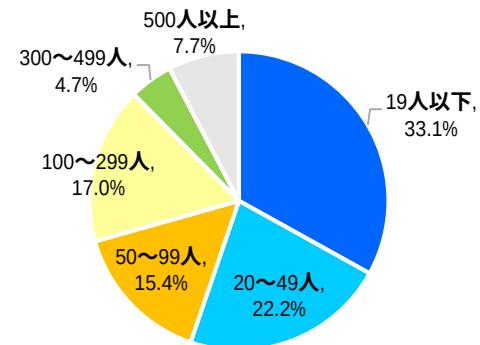
◆テクノロジー活用による配置基準の緩和 (令和3年度報酬改定)

- ・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

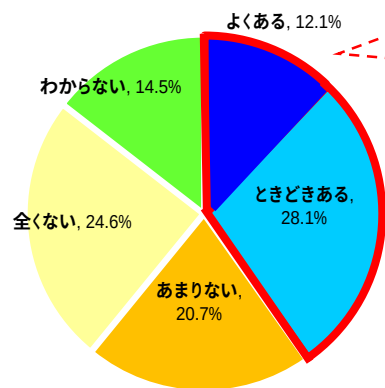
ケアマネジメントのあり方の見直し

- 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。

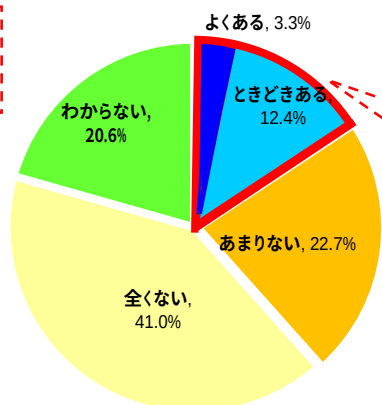
◆ケアマネジャーに聞いた「過去1年間に以下のような経験をしているケアマネジャーについて見たり聞いたりしたことがあるか」

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

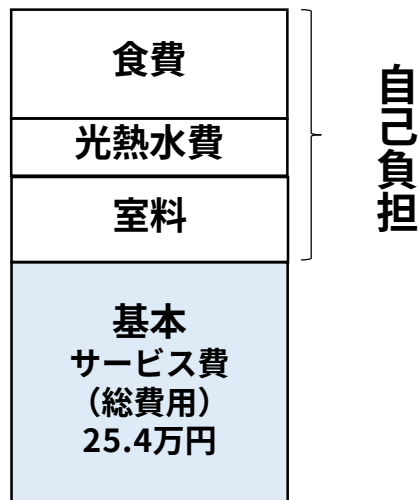
※令和2年度予算執行調査によれば、福祉用具貸与のみのケアプランの割合は6.1%

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

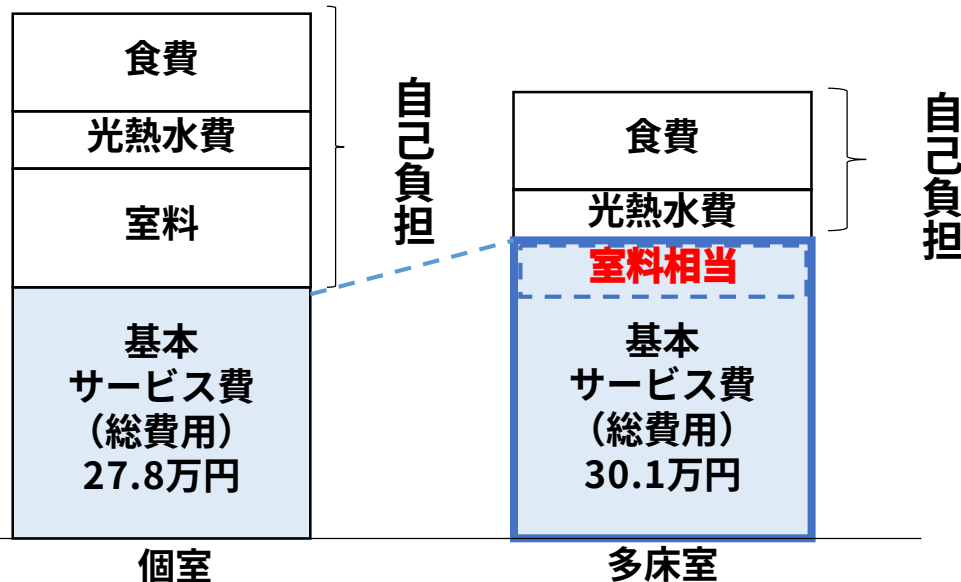
特養は2015年度改定で多床室の室料をサービス費から除外し、個室と多床室の報酬水準は同額。



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。

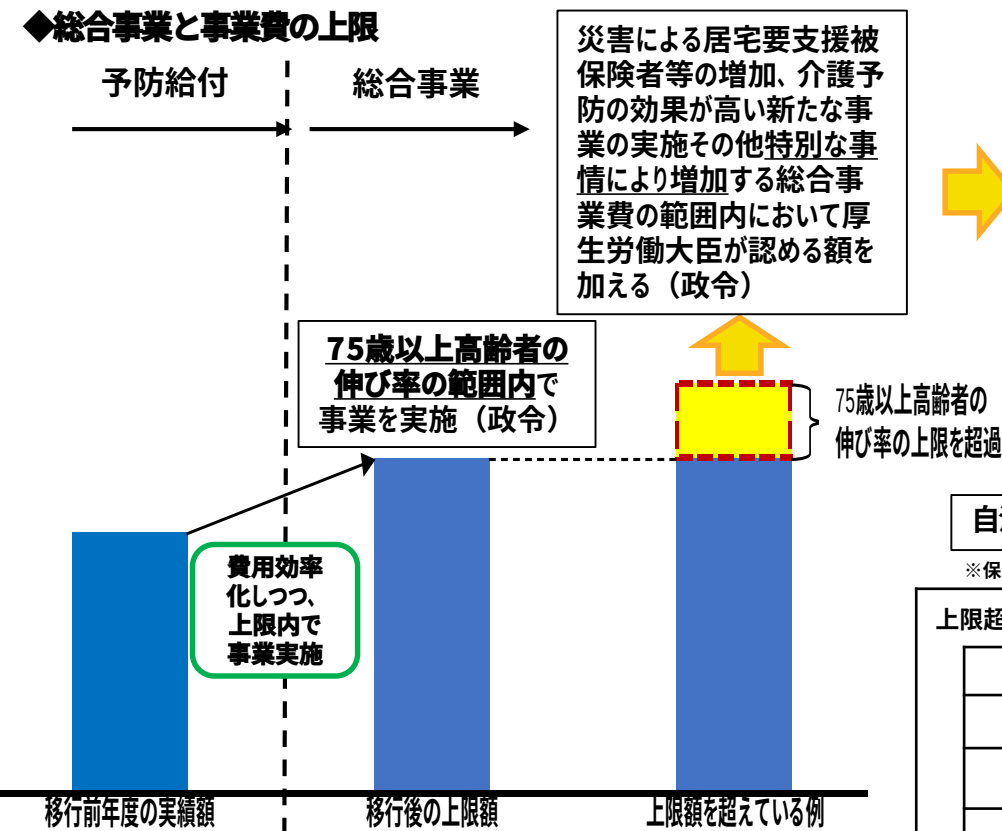


（注）上記の特養老人ホーム、介護老人保健施設等の基本サービス費は要介護5の者が30日入所した場合の費用（利用者負担含む）

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）

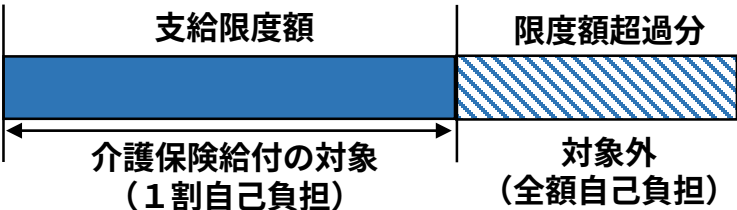
☐	介護予防に効果的なプログラムを新たに導入等	【100保険者】
☐	介護予防や生活支援サービスの供給体制が近隣市町村と比較して著しく不足等	【56保険者】
☐	小規模市町村で通いの場の新たな整備等	【45保険者】
☒	その他	【315保険者】

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。

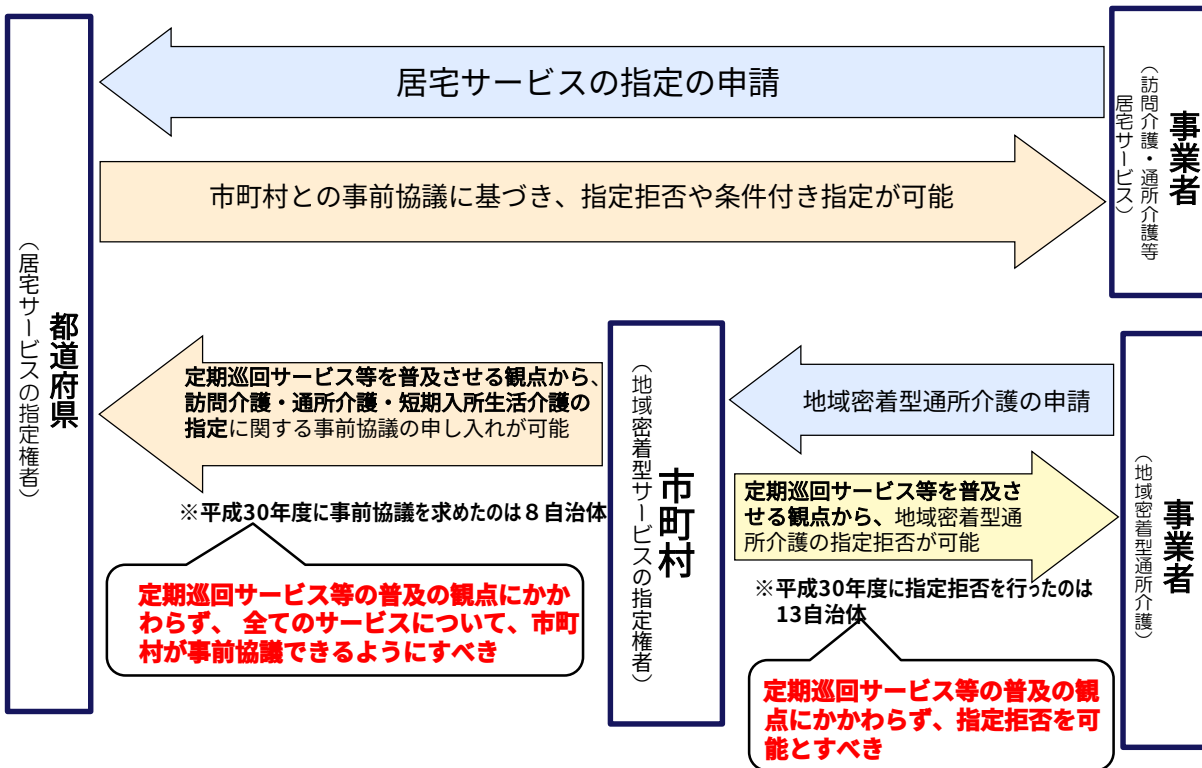
◆区分支給限度額の対象外となっている主な加算

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)

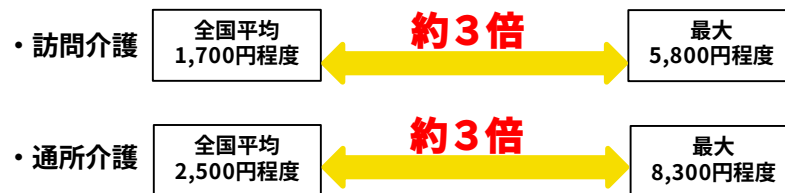
居宅サービスについての保険者等の関与のあり方

- 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)

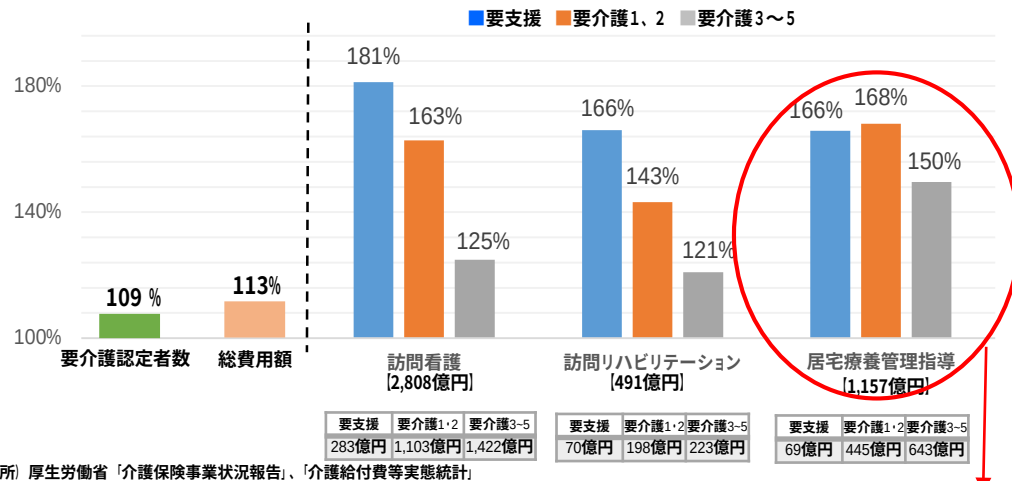
松戸市介護保険運営協議会における給付分析によれば、本市における地域密着型通所介護・通所介護の利用状況は、いずれも60%前後であり、供給が需要を上回っている状況です。

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。

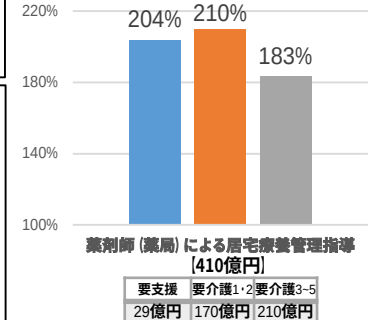
◆居宅管理指導サービス費用等の伸び率（平成26年度～平成30年度）



【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。

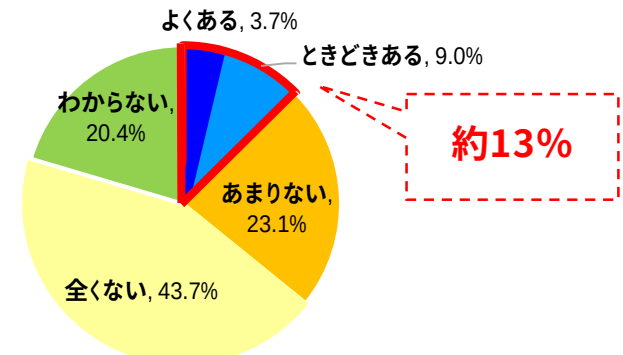
【指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について】
6 居宅療養管理指導費
 (1) 通院が困難な利用者について
 居宅療養管理指導費は、在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、定期的に訪問して指導等を行った場合の評価であり、継続的な指導等の必要のないものや通院が可能なものに対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができるものなどは、通院は容易であると考えられるため、居宅療養管理指導費は算定できない（やむを得ない事情がある場合を除く。）。

薬局の薬剤師による居宅療養管理指導



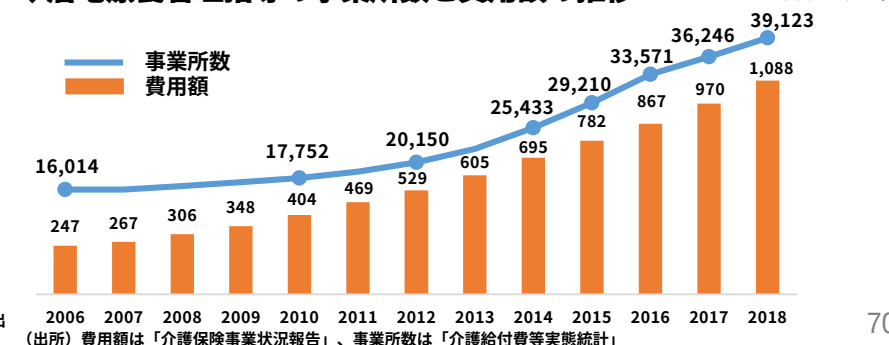
◆ケアマネジャーに聞いた「過去1年間に以下のような経験をしているケアマネジャーについて見たり聞いたりしたことがあるか」

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

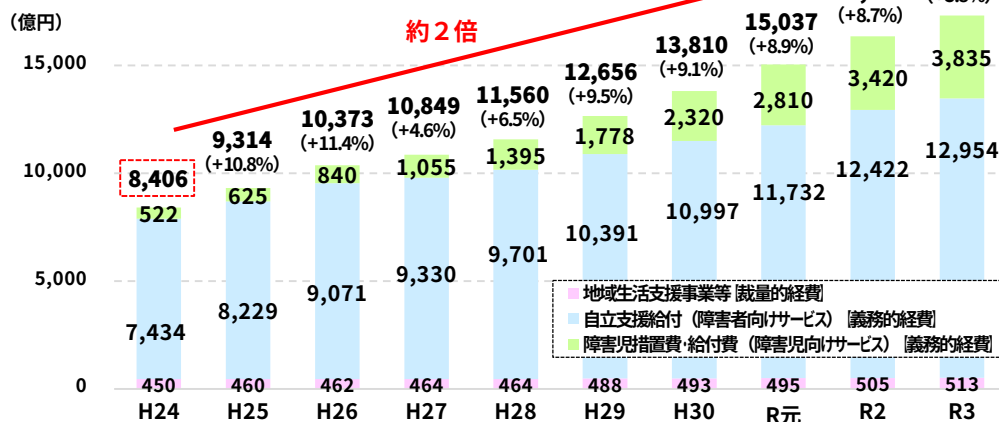
障害福祉サービス等情報検索では、以下のように、事業所等の直近年度の決算資料が公表されるが、実際に公表されている事業所等は限定的

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

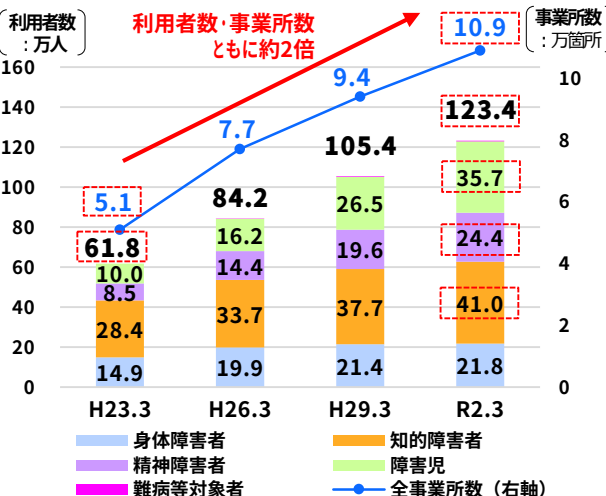
障害福祉サービス等予算・利用者数の推移

- 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）＞

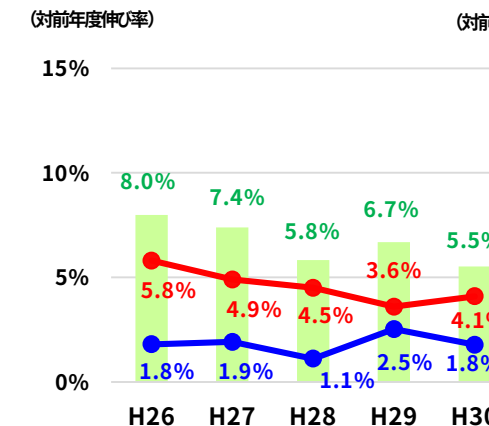
居宅介護	5.3%
生活介護	8.9%
施設入所支援	6.3%
共同生活介護（介護サービス包括型）	7.3%
就労継続支援A型	4.2%
就労継続支援B型	6.0%
児童発達支援	1.2%
放課後等デイサービス	10.7%
全サービス平均	5.0%

（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。

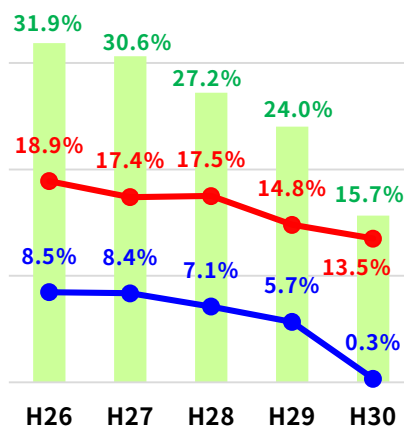
◆障害福祉サービス等の総費用額の伸びの分析

総費用額（P×Q）の伸率 ● 利用者数（Q）の伸率 ● 利用者1人当たり総費用額（P）の伸率

＜障害者向けサービス＞



＜障害児向けサービス＞



（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%）

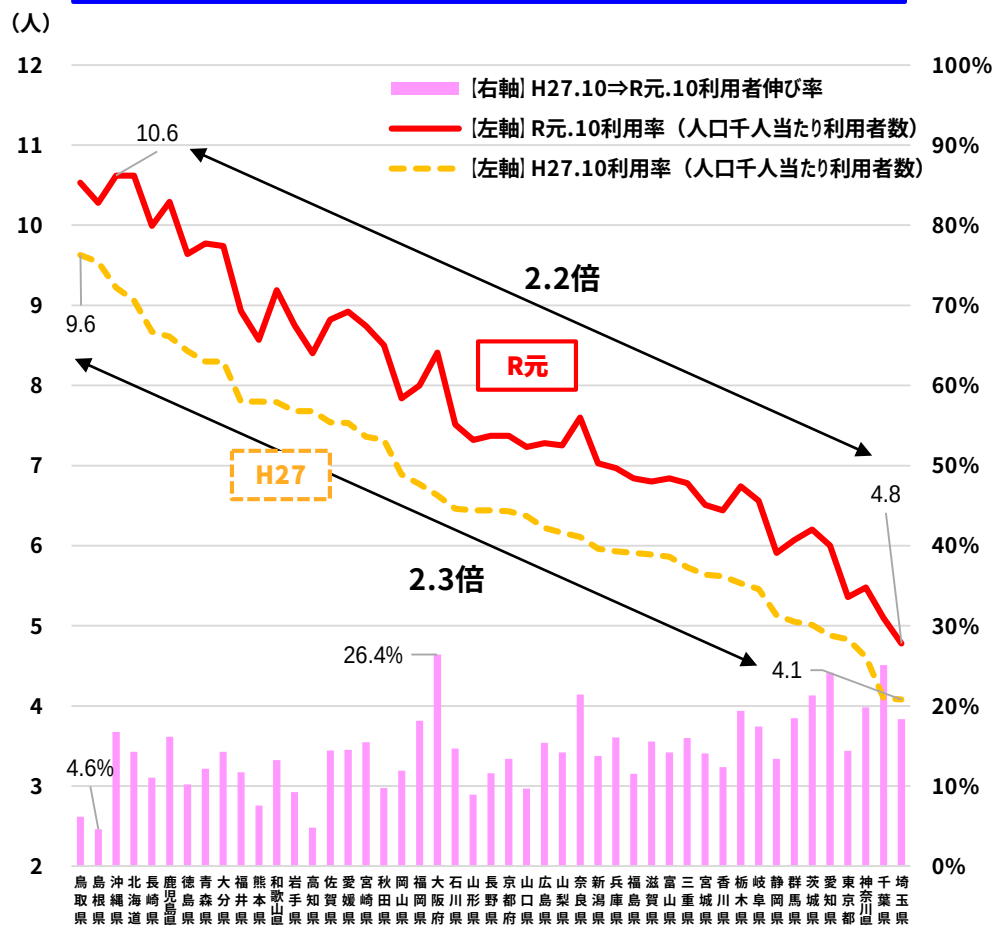
（注）国保連データを基に作成。

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）

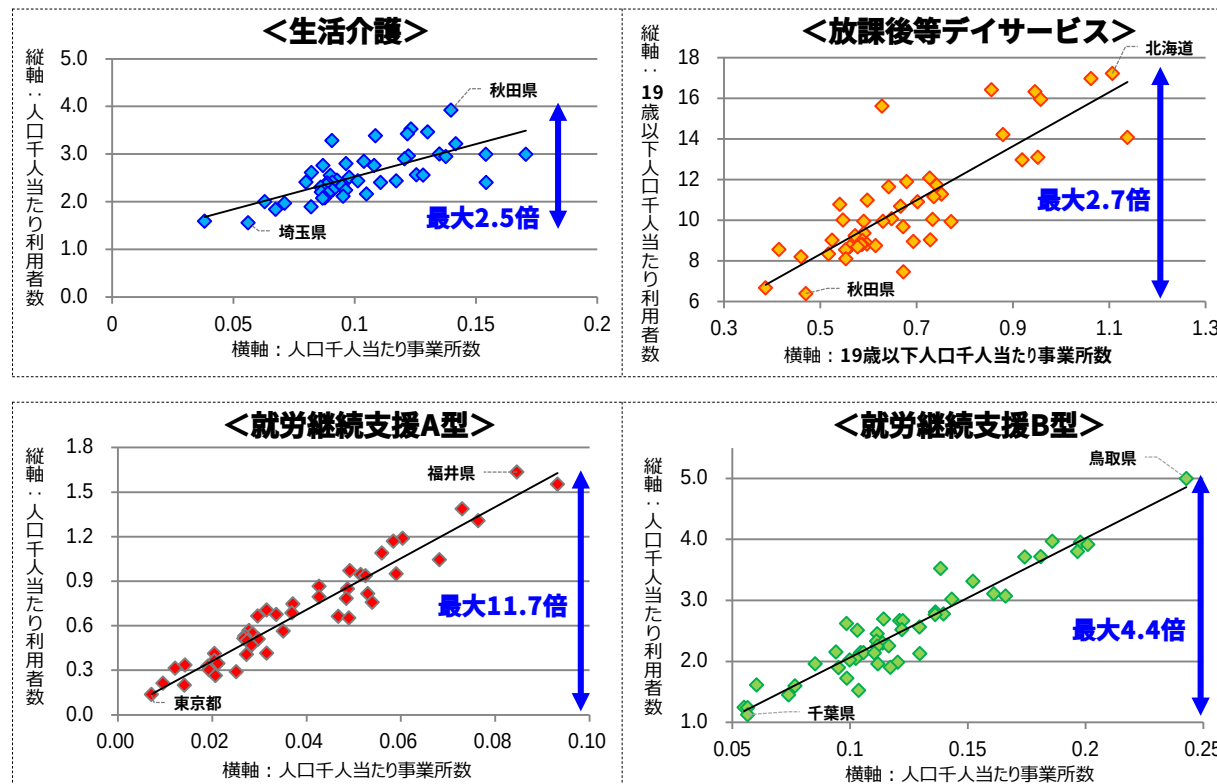
障害者向けサービス



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)

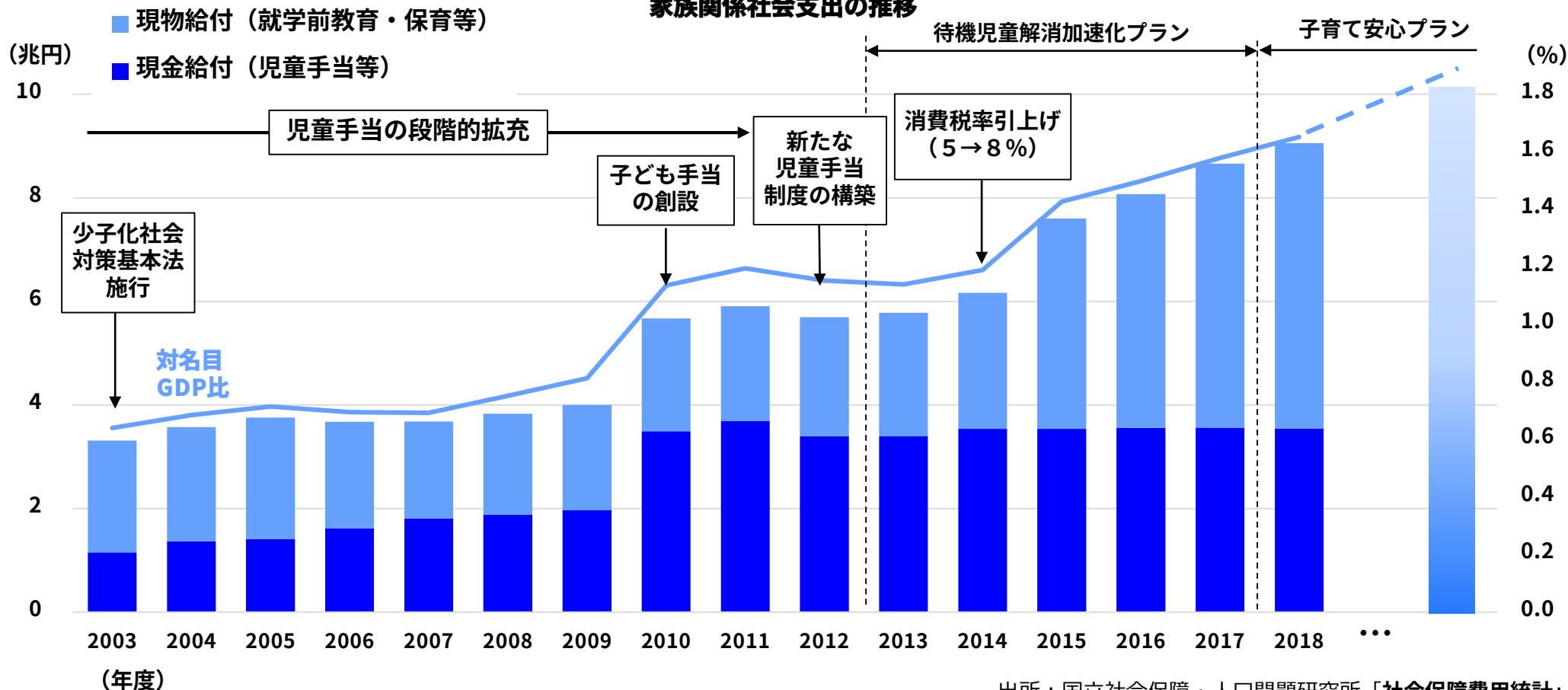
3. 実施期間等(略)

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)

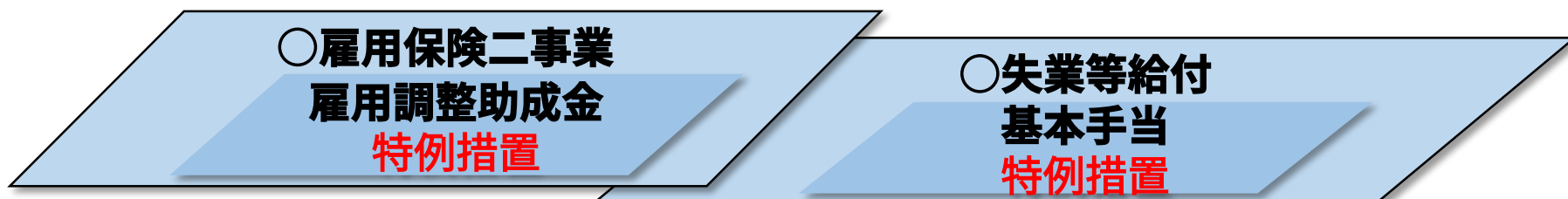
制度名	出産育児一時金	出産手当金	育児休業給付
概 要	健康保険法等に基づく保険給付として、健康保険や国民健康保険などの被保険者またはその被扶養者が出産したとき、 出産に要する経済的負担を軽減するため、一定の金額が支給される制度	健康保険法等に基づく保険給付として、被保険者が 出産の前後における一定期間内において労務に服さなかったことにより、所得の喪失又は減少をきたした場合に、生活を保障するため、一定の金額が支給される制度	雇用保険法に基づく保険給付として、被保険者が 育児休業を取得しやすくし、職業生活の円滑な継続を援助、促進するため、一定の金額が支給される制度
支給内容	定額42万円 ※ 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

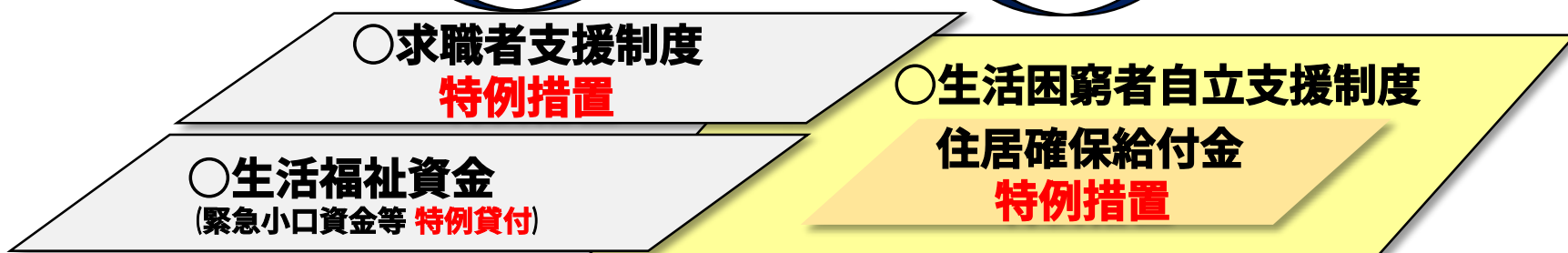
重層的なセーフティネットによる新型コロナへの対応

- 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。

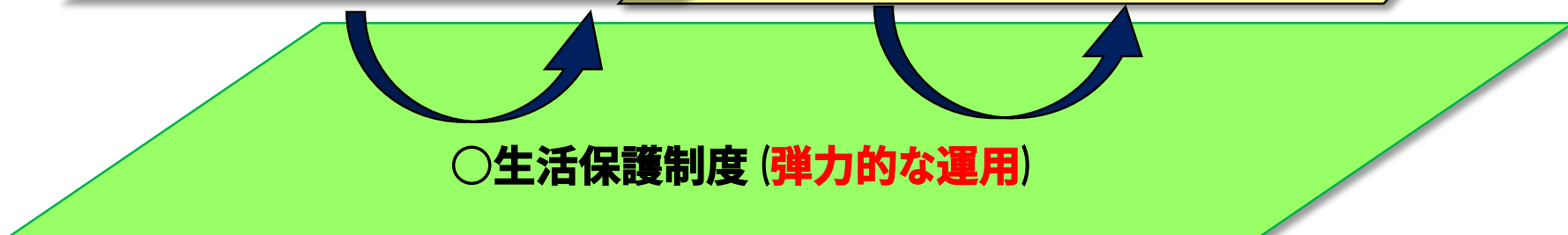
【第1のネット】



【第2のネット】



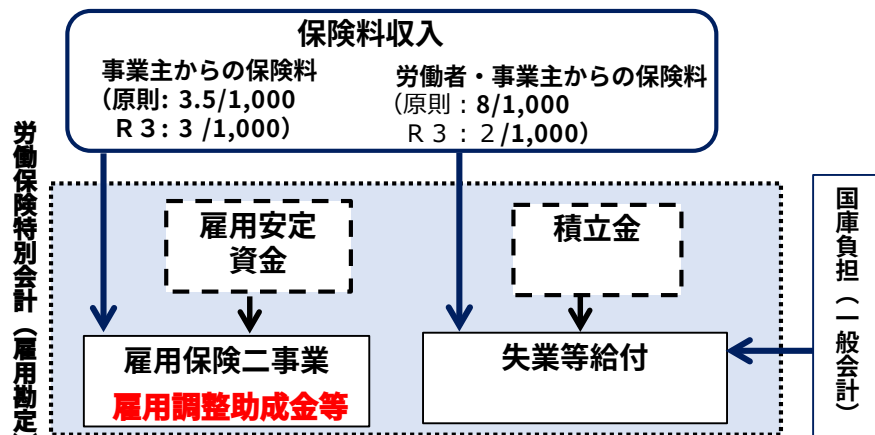
【第3のネット】



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

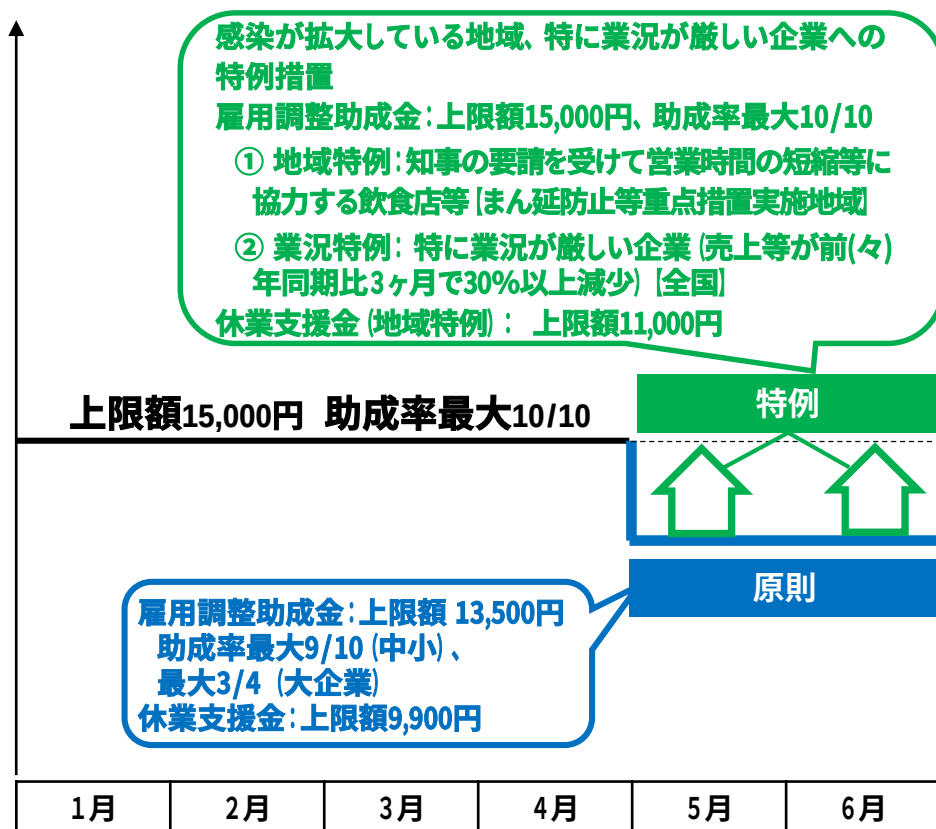


◆通常制度、リーマンショック時の特例、コロナ特例の比較

	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）

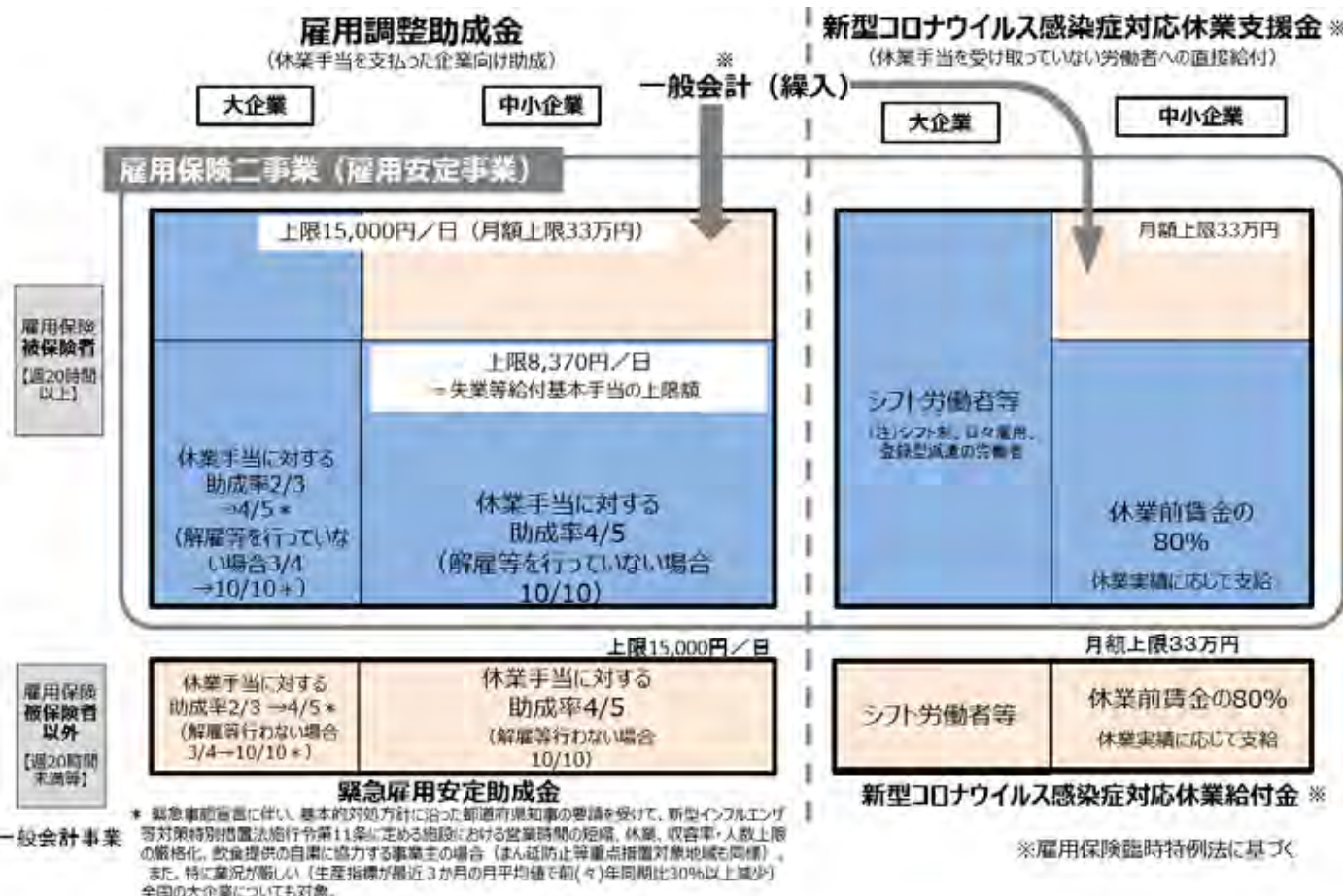
◆雇用調整助成金の特例措置の見直し



(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

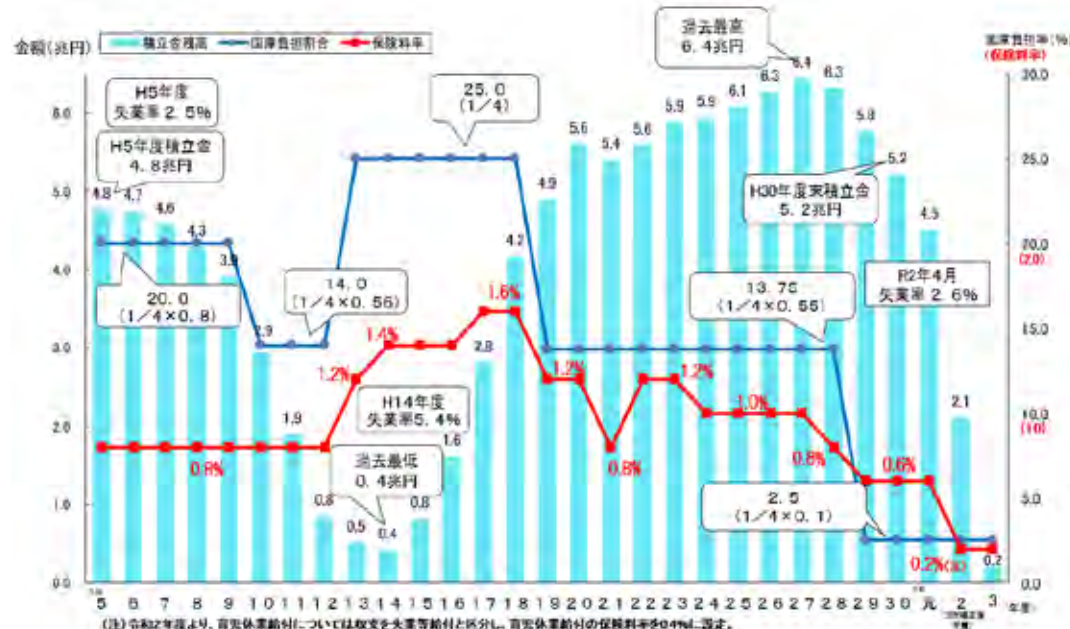
雇用調整助成金 A	2兆9,434億円
うち一般会計 B	6,930億円 (24%)
休業支援金 C	300億円
うち一般会計 D	14億円
緊急雇用安定助成金 E	2,144億円
休業給付金 F	597億円
給付額計 A+C+E+F	3兆2,476億円
一般会計負担計 B+D+E+F	9,686億円 (30%)

(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に留意する必要。
 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、最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。

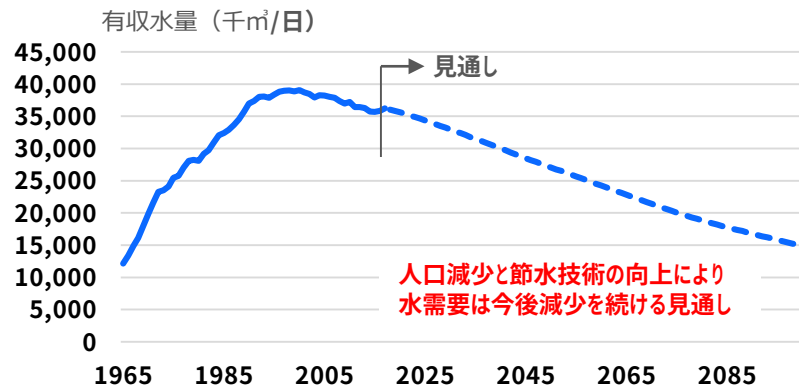
◆水道事業の種類

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

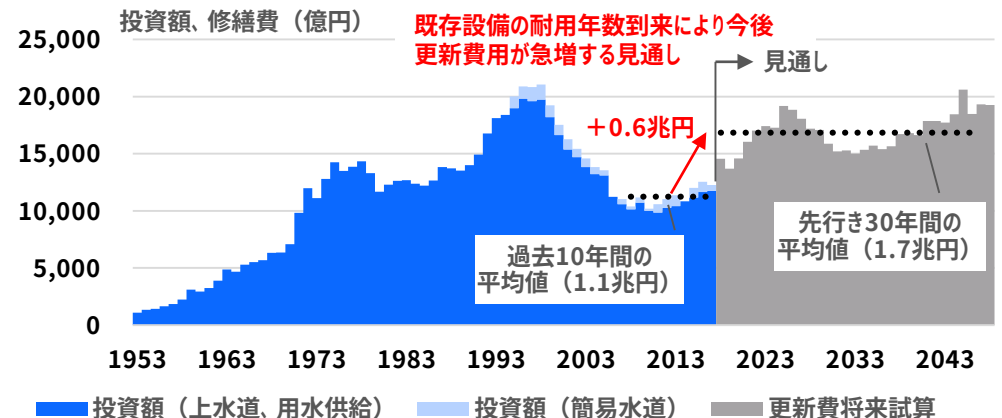
◆水道事業の経営規模と収支・職員数の状況

	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



(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

水道行政の現状と課題②

- 適切な水道料金の設定は、健全な経営の根幹。もっとも、約4割の事業者で給水費用を賄える水準に設定されておらず、赤字経営に陥るか、補助金等に依存している状況。また、将来の更新費用等（資産維持費）も十分に反映できていない事業者も多い。
- 同一都道府県内であっても自治体間の水道料金格差も大きい。将来、補助金等に頼らず健全経営を確保しようとする、水道料金の大幅な引上げは避けられず、水道料金の地域差は一段と拡大する可能性。

◆水道料金の設定に関する規定

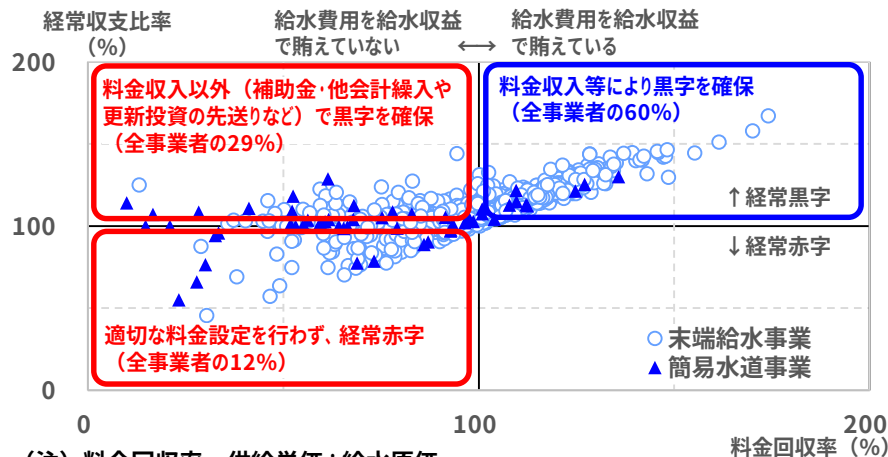
水道法（抄）

第十四条 水道事業者は、料金、給水装置工事の費用の負担区分その他の供給条件について、供給規程を定めなければならない。

2 前項の供給規程は、次に掲げる要件に適合するものでなければならない。

一 料金が、能率的な経営の下における適正な原価に照らし、健全な経営を確保することができる公正妥当なものであること。

◆経常収支比率と料金回収率の関係

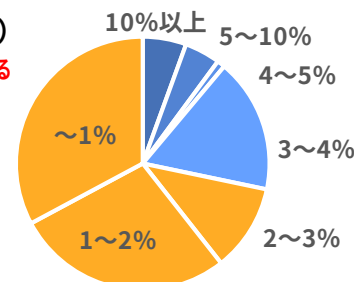


(注) 料金回収率＝供給単価÷給水原価
(出所) 令和元年度地方公営企業年鑑

◆資産維持率とその設定状況

- ・ 資産維持費は、給水サービス水準の維持向上や施設実体の維持のため、総括原価に含めるべきもの。
- ・ その費用は対象資産×資産維持率により計算。
- ・ 資産維持率は、更新等の円滑な推進、永続的な給水サービスの提供確保のため、3%が標準値。

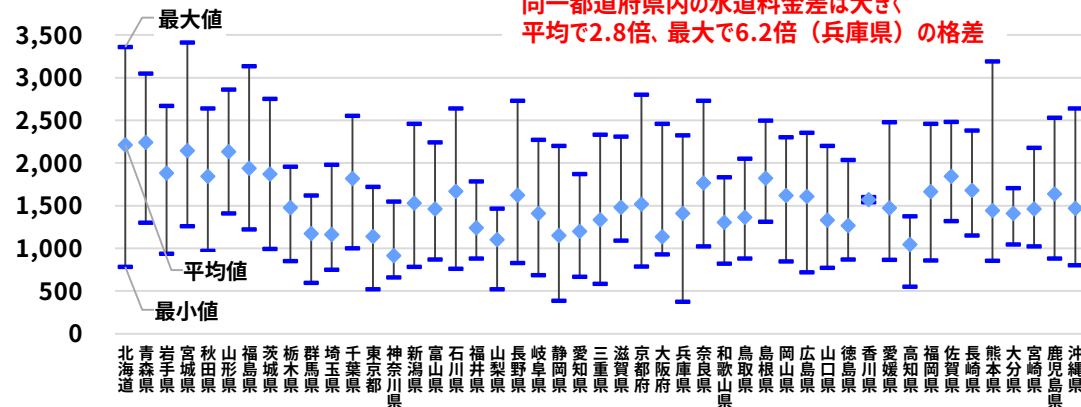
(資産維持率の設定状況)
資産維持率を設定している事業者のうち、70%以上が「3%未満」



(出所) 水道料金算定要領
厚生労働省・総務省アンケート（平成29年4月）

◆水道料金の都道府県内価格差

10㎡当たり料金（口径13mm、円）

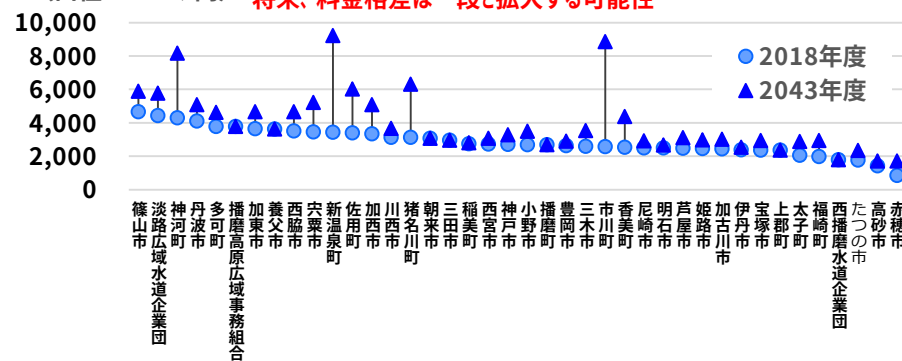


(出所) 令和元年度地方公営企業年鑑

◆水道料金の先行き見通し（兵庫県の場合）

20㎡当たり料金
(口径13mm、円)

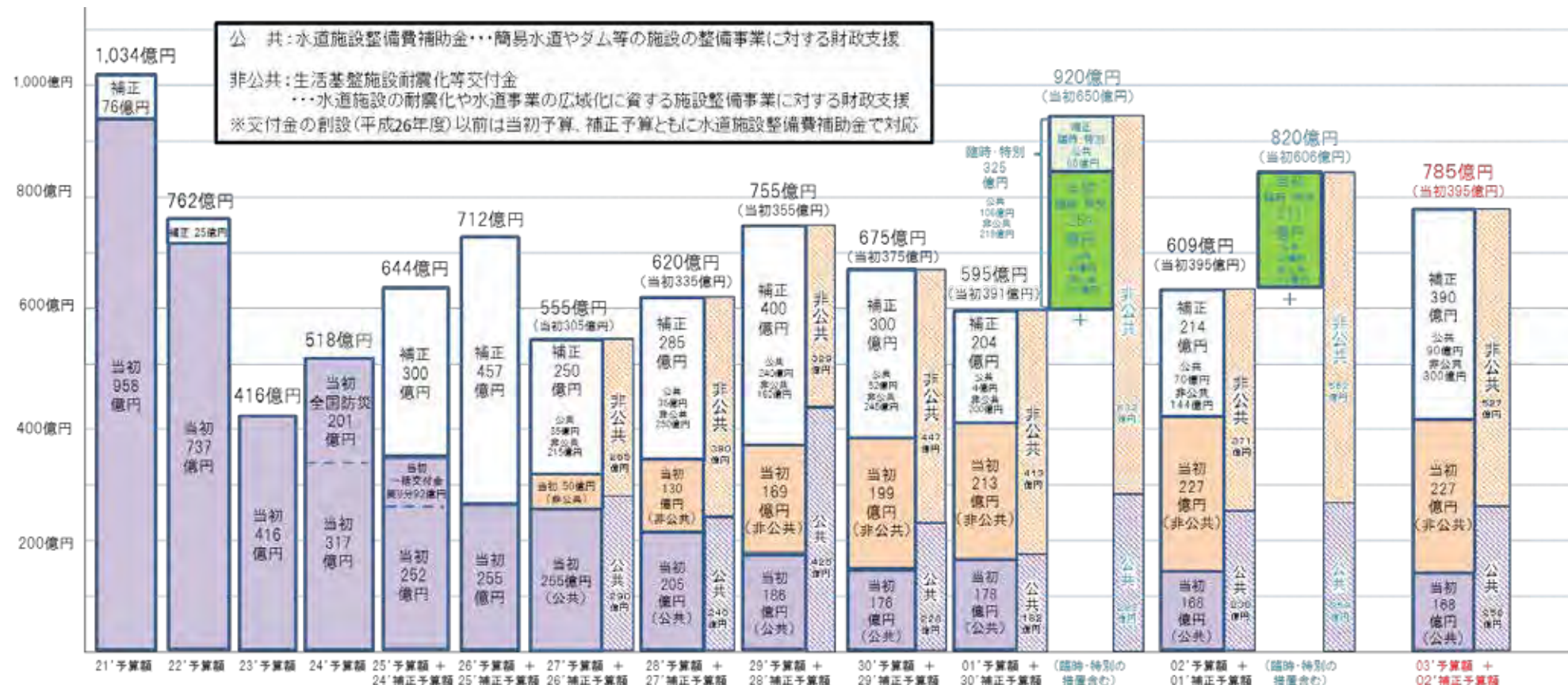
補助金等に頼らず黒字を確保するには、多くの事業者で値上げが必要
将来、料金格差は一段と拡大する可能性



(出所) EY新日本有限責任監査法人、水の安全保障戦略機構事務局「人口減少時代の水道料金 全国推計 推計結果（2021年版）」（令和3年3月）

(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)

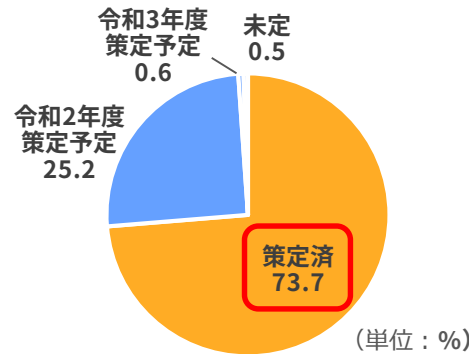
第二条 国及び地方公共団体は、水道が国民の日常生活に直結し、その健康を守るために欠くことのできないものであり、かつ、水が貴重な資源であることにかんがみ、水源及び水道施設並びにこれらの周辺の清潔保持並びに水の適正かつ合理的な使用に関し必要な施策を講じなければならない。

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

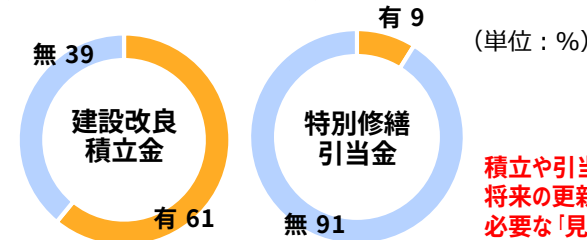
多くの事業者では、更新需要や財政収支の見通しを作成するに当たり、簡易的な検討手法を採用

◆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



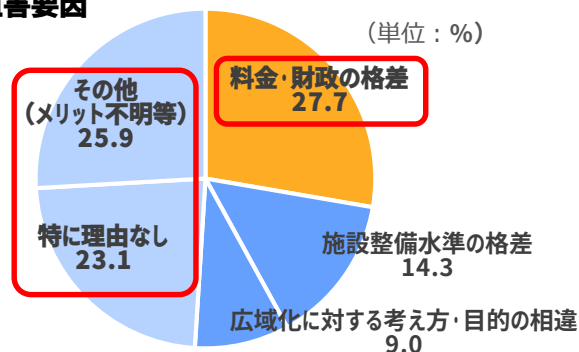
積立や引当を計上していない事業者も多く、将来の更新への備えが十分か評価するために必要な「見える化」がなされていない

(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

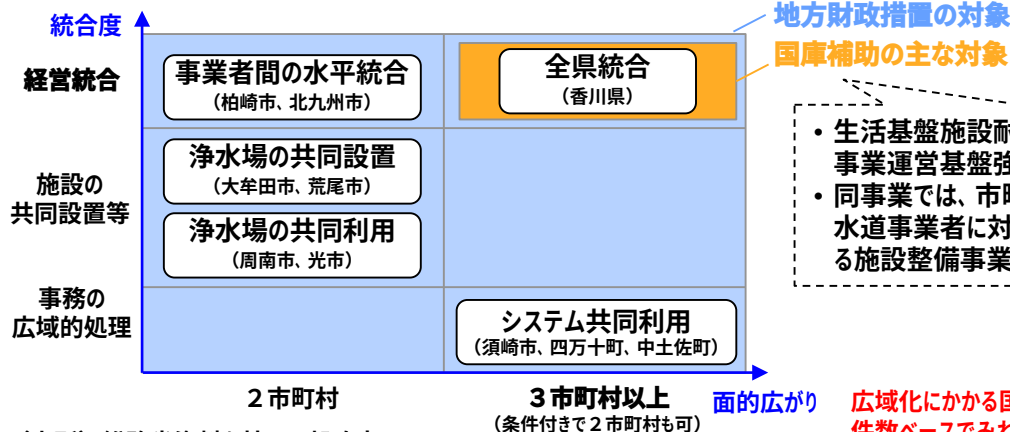
- このように従来型の市町村単位（個々の水道事業者単位）での取組には限界がある中、**広域化の推進が重要**。
（注）平成30年度に成立した改正水道法では、水道事業者等の間の広域的な連携を推進することが、都道府県の責務として明確化された。
- 現状、メリットが不明、近隣自治体との水道料金や財政力の格差が大きいなどを理由に、広域化に前向きでない事業者も多いが、小規模保険者が多数存在し、財政が不安定、保険者間の格差も大きいという類似の構造的課題を抱えた国保において、1人当たり保険料の都道府県格差（最大：3.3倍＜北海道、平成30年度＞※）を超えて保険料水準統一や国保の都道府県単位化の動きが進められ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



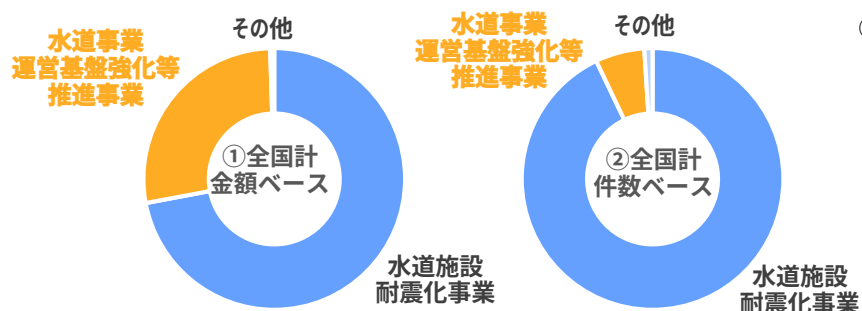
（出所）厚生労働省水道課「水道事業の統合と施設の再構築に関する調査（官民連携及び広域化等の推進に関する調査）」（平成27年3月）

◆広域化にかかる財政措置の概要



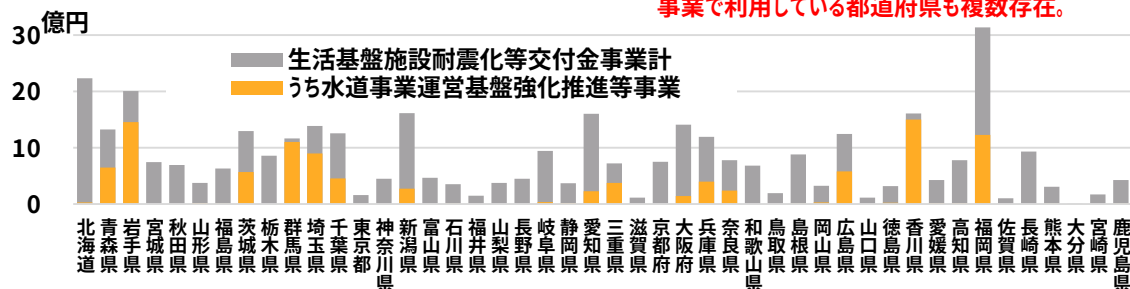
（出所）総務省資料を基に一部改変

◆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。