

財政制度等審議会における 議論の状況について (参考資料)

財務省

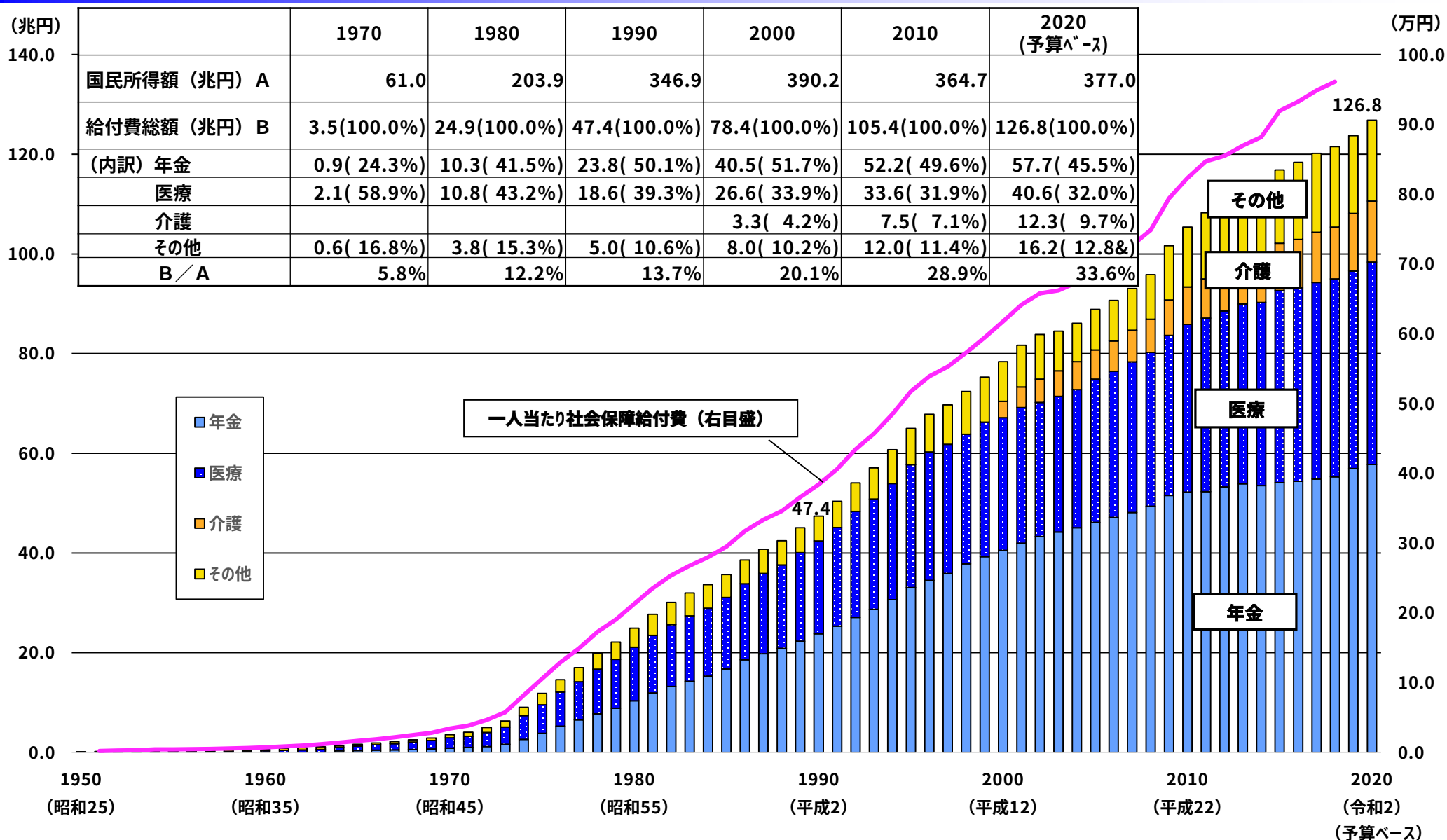
2021年4月27日

目次

- 1． 社会保障総論
- 2． 年金
- 3． 医療
- 4． 介護・障害
- 5． 雇用・生活支援

1. 社会保障総論

社会保障給付費の推移



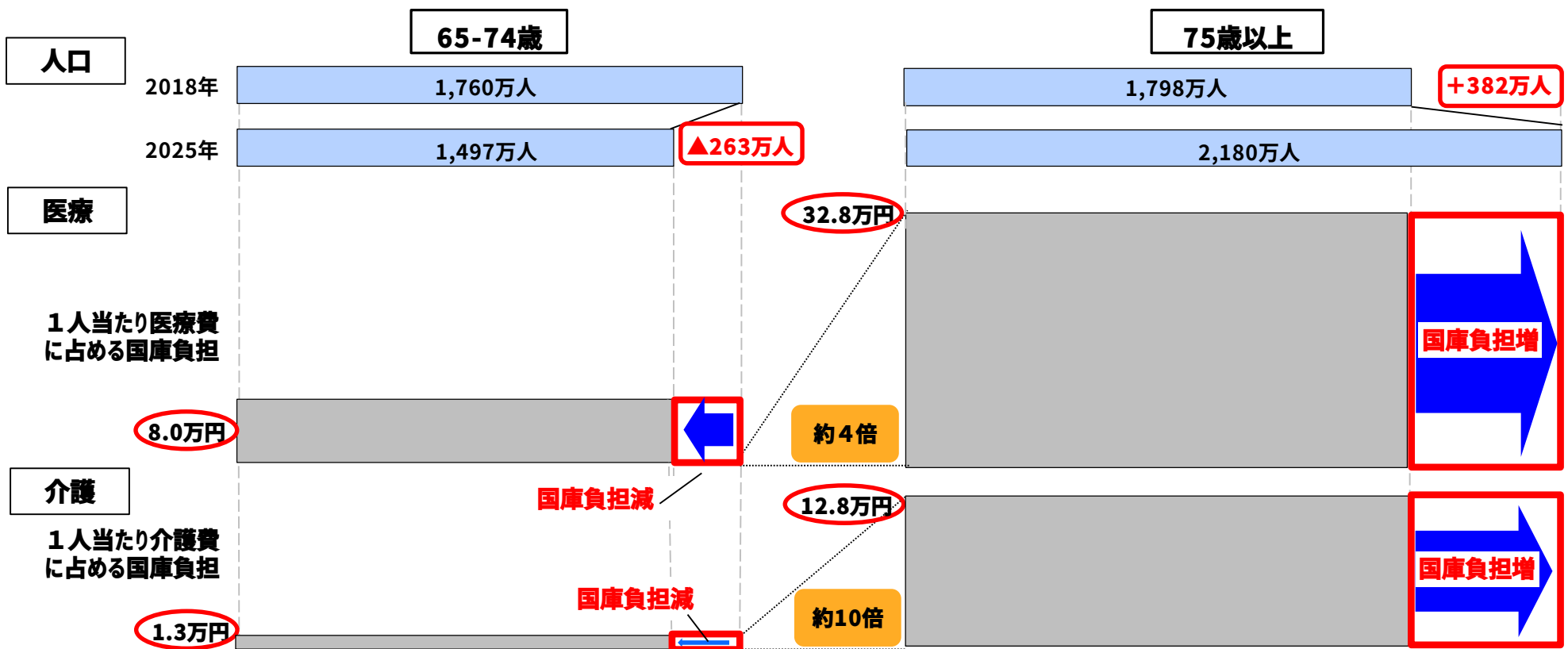
(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「平成30年度社会保障費用統計」、2019・2020年度(予算ベース)は厚生労働省推計、内閣府「国民経済計算」、
2020年度の国民所得額は「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」(令和3年1月18日閣議決定)。

(注) 図中の数値は、1990及び2020年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

高齢化の進展が財政に与える影響

- 75歳以上になると、医療・介護に係る1人当たり国庫負担額が急増する。このため、高齢化の進展に伴い、仮に今後、年齢階級別の1人当たり医療・介護費が全く増加しないと仮定※しても、2025年にかけて、医療・介護に係る国庫負担は急増する見込み。国庫負担への依存を強めながら、医療費・介護費が大幅に増加していくことになる。

※ 実際の医療・介護費の伸びを要因分解すると、高齢化のほか、高度化等による影響がある。

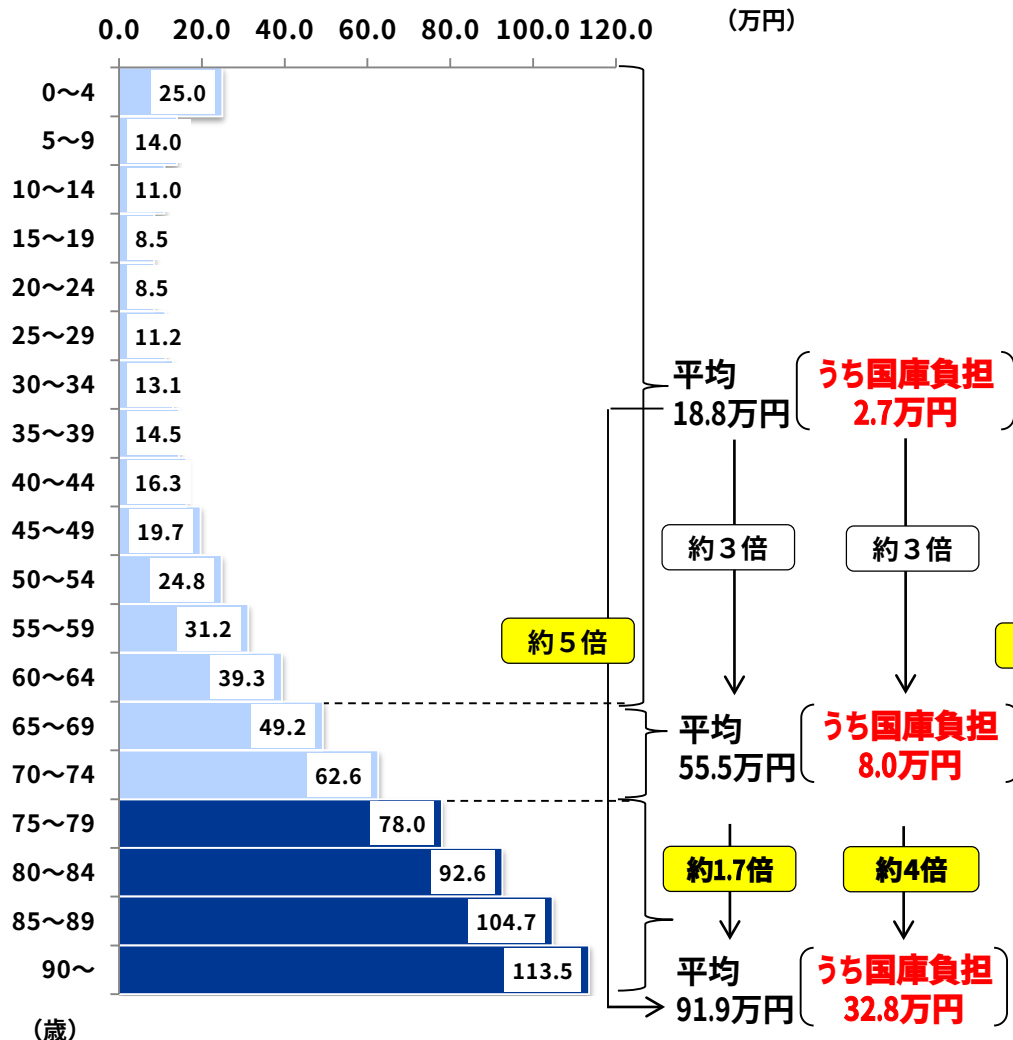


(出所) 総務省「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口（出生中位・死亡中位）」、厚生労働省「国民医療費の概況」、「介護給付費等実態調査」等

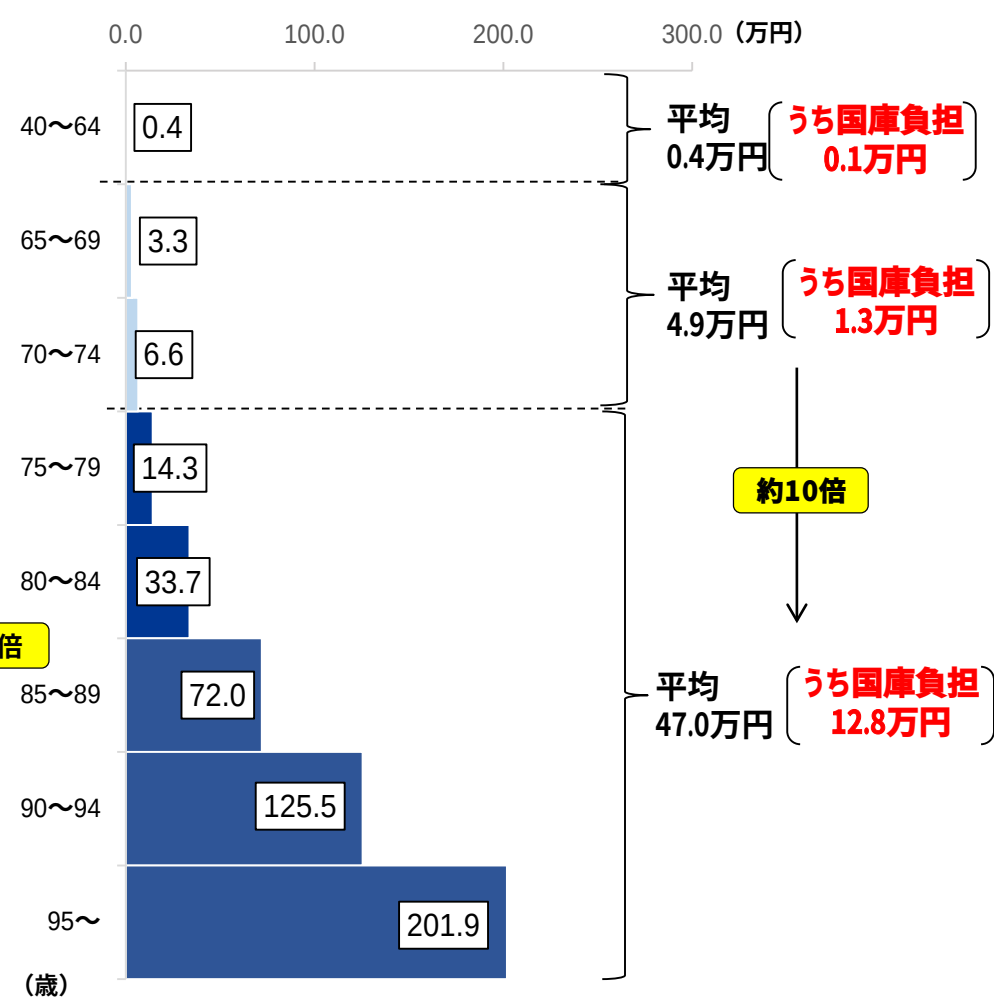
(注) 1人当たり医療費に占める国庫負担は、それぞれの年齢階層の国庫負担額を2018年時点の人口で除すなどにより機械的に算出。

年齢階級別 1人当たり医療・介護費について

年齢階級別 1人当たり国民医療費
(2018年)



年齢階級別 1人当たり介護費
(2018年)



(出所) 厚生労働省「国民医療費の概況」、「介護給付費等実態調査」等

(注) 1人当たり国民医療費は、年齢階級別の国民医療費を人口で除して機械的に算出。

1人当たり国庫負担は、それぞれの年齢階層の国庫負担額を2018年時点の人口で除すなどにより機械的に算出。

今後の人口動態の変化（高齢化と支え手の減少）

- 医療費・介護費に大きな影響を与える後期高齢者数は2030年まで大幅増加、その後ほぼ横ばいが続き、2040年ごろから再び増加。
- 一方で保険制度の主たる「支え手」となる20～74歳の人口は、今後中長期的に大幅な減少が続く。
- 「支え手」に関しては、高齢者や女性の労働参加を促していくことが重要。しかし、仮に労働参加率の上昇を想定したとしても、2030年以降、労働力人口は大幅に減少。

◆中長期的な人口の変化（1年あたり）

団塊の世代が
後期高齢者になり始める

団塊の世代が
すべて後期高齢者になる

団塊ジュニアが
後期高齢者になり始める

	2022-2025	2026-2030	2031-2040	2041-2050	2051-2060
全人口	1年あたり ▲57万人	1年あたり ▲68万人	1年あたり ▲82万人	1年あたり ▲90万人	1年あたり ▲91万人
75歳以上 (後期高齢者)	1年あたり +75万人	1年あたり +22万人	1年あたり ▲5万人	1年あたり +18万人	1年あたり ▲3万人
20-74歳	1年あたり ▲107万人	1年あたり ▲67万人	1年あたり ▲58万人	1年あたり ▲93万人	1年あたり ▲71万人

後期高齢者急増

支え手の急減

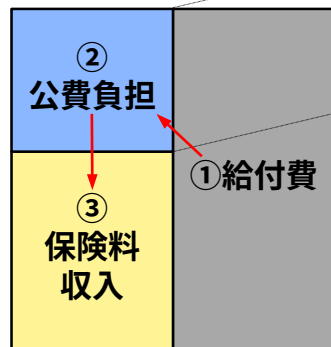
社会保障給付費の規律の必要性

- 社会保障給付費の抑制なく公費の抑制を果たそうとする議論には一定の限界がある。
- 具体例を挙げれば、女性や高齢者の労働参加が保険料収入の増加をもたらすことによる財政収支の大幅な改善に期待されることがある。しかしながら、こうした公費負担の軽減効果が生じるには、公費で賄うべきとされる部分に増加した保険料収入が充てられる構造を確保する必要があるが、そのためには給付費総額に対して公費負担割合を大きく引き下げていく制度改革がなされることが前提となる。
- そのような改革がなされない場合は、給付費総額の増嵩の見込みが変わらない限り必要となる公費負担総額は変わらない。そこに十分な税財源が賄われていない状況も変わらないのであれば、受益（給付）と負担の不均衡は是正されない。

社会保障の制度設計の現状

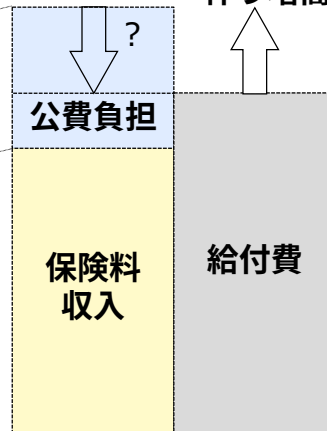
- ② 給付費に予め定められた公費負担割合を乗じて負担額を算出する

- ① 給付に必要な額を見積もる

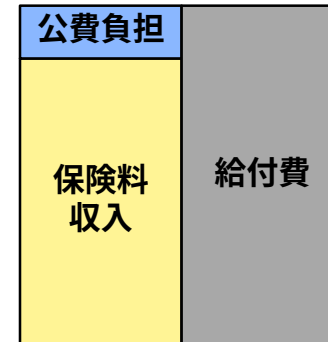


- ③ 給付費と公費負担の差額を保険料収入で賄う

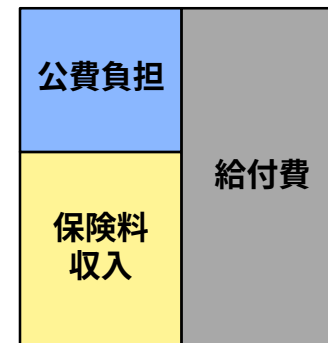
経済成長に伴う増嵩



労働参加の拡大は、1人当たり保険料の水準は変わらないとの前提のもと、被保険者数の増加を通じて保険料収入の増加につながり、公費負担を抑制すると考えられがち。しかし、経済成長を伴う場合には給付費も増嵩する可能性が高い。



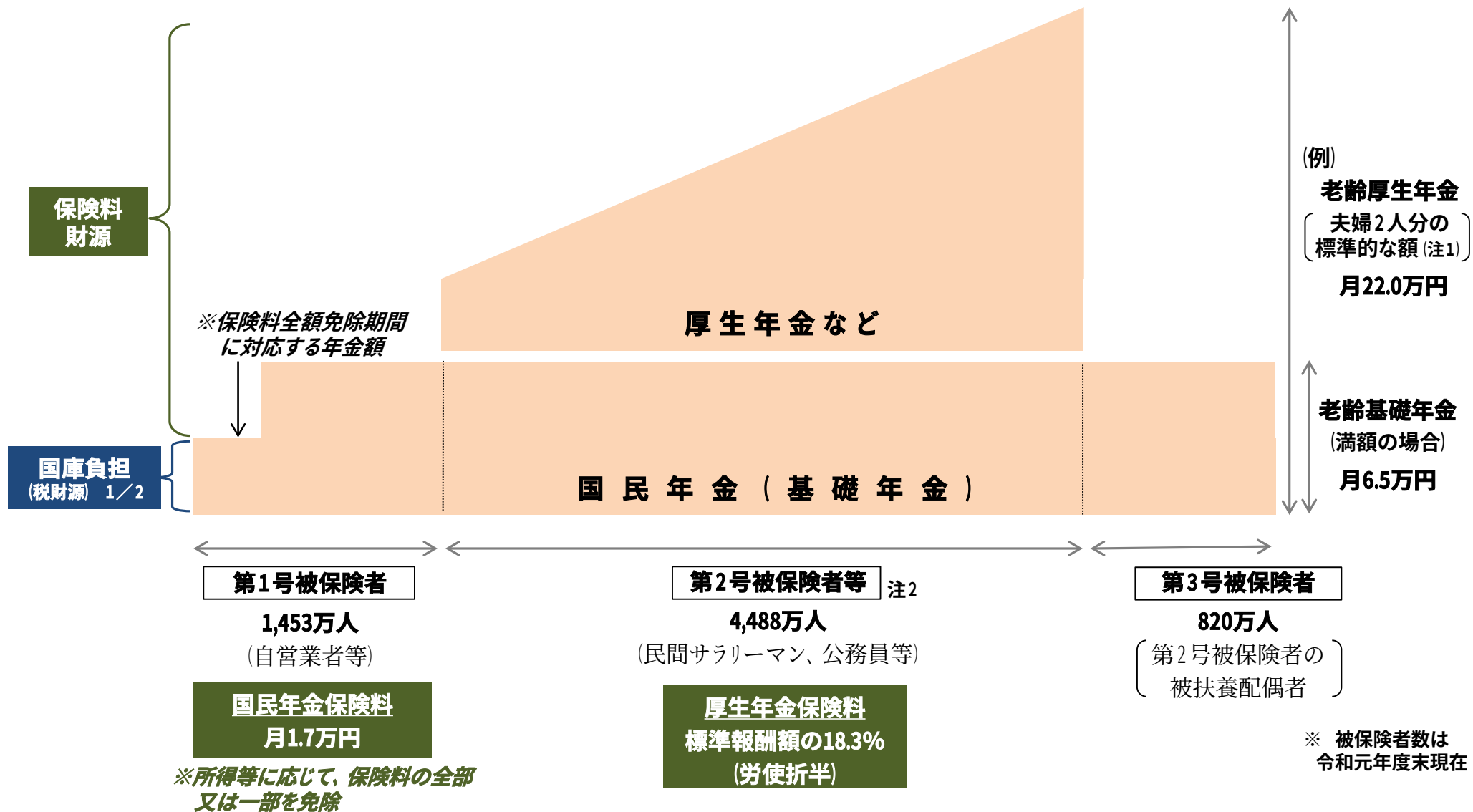
給付費が増嵩しないとしても、公費負担の額が抑制されるには制度改革により法律等で規定された公費負担割合を下げる必要
↓
まずはそうした制度改革の実現可能性が検証される必要



現行制度を維持する前提では、保険料を取り過ぎないように保険料率が抑制される
↓
公費負担総額も保険料収入総額も変わらない＝財政は改善しない
(個々の被保険者の保険料負担は抑制される)

2. 年金

現行の年金制度の枠組み

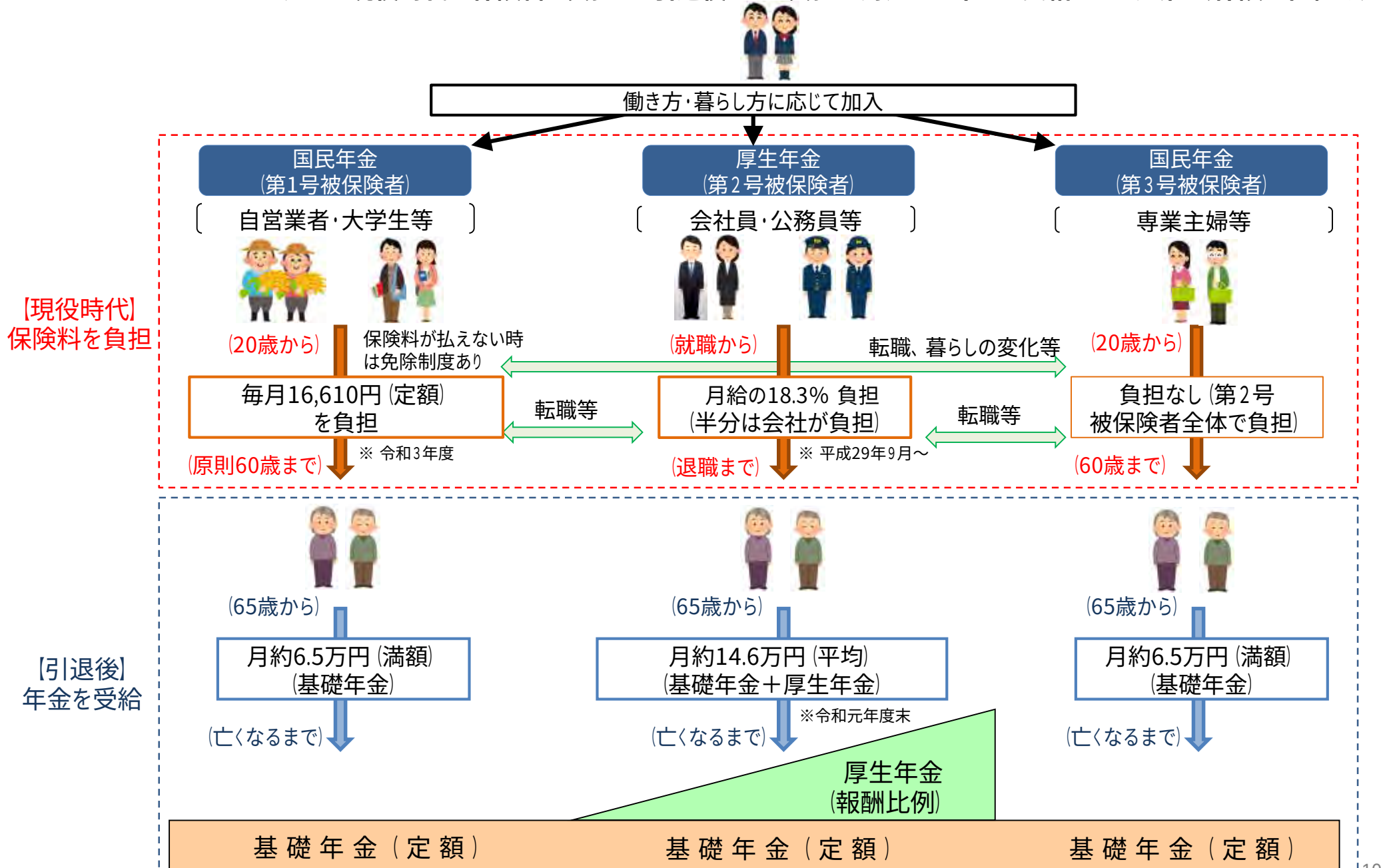


注1 平均的な収入（平均標準報酬（賞与含む月額換算）43.9万円）で40年間就業した場合に受け取り始める年金（老齢厚生年金と2人分の老齢基礎年金（満額））の給付水準。

注2 第2号被保険者等とは、厚生年金被保険者のことをいう（第2号被保険者のほか、65歳以上で老齢または退職を支給事由とする年金給付の受給権を有する者を含む）。

公的年金制度とライフコース

全ての人がライフコースに応じて現役時代に保険料を負担し、引退後、その負担に対応した年金を受給できる。(社会保険の仕組み)

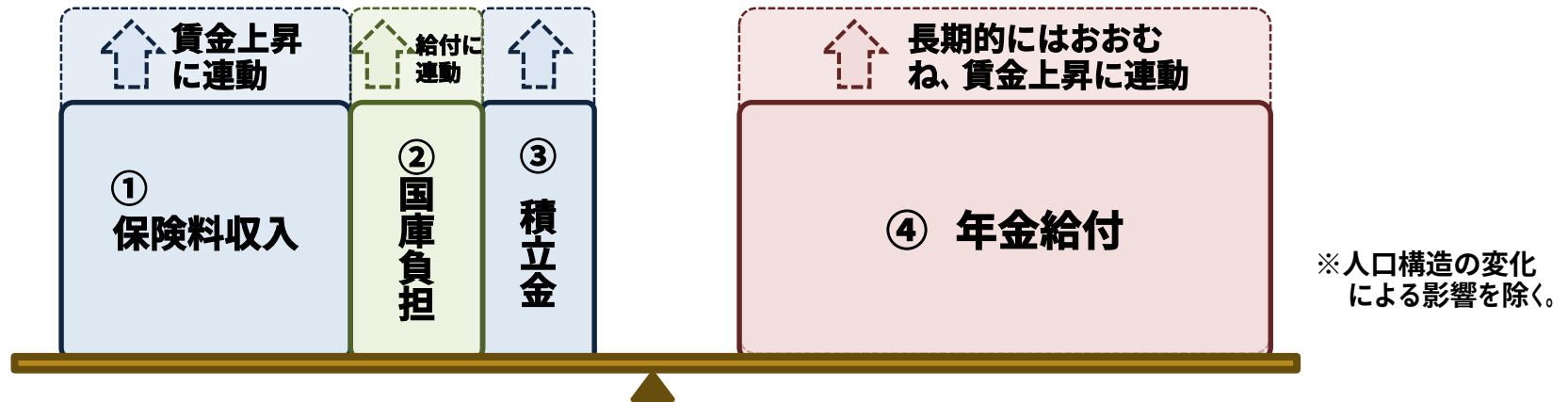


経済変動が年金財政へ与える影響

- 賦課方式を基本とした公的年金は、人口構造の変化による影響を除くと、**収入（財源）、支出（給付）ともに賃金水準の変化に応じて変動することとなる**。この性質により、激しい経済変動に対しても一定の安定性を確保し、その時々賃金水準に応じた年金給付を可能としている。
- したがって、**収入、支出の中で賃金上昇に連動しない部分が年金財政に大きな影響を与える**。

<賃金上昇に連動しない部分>

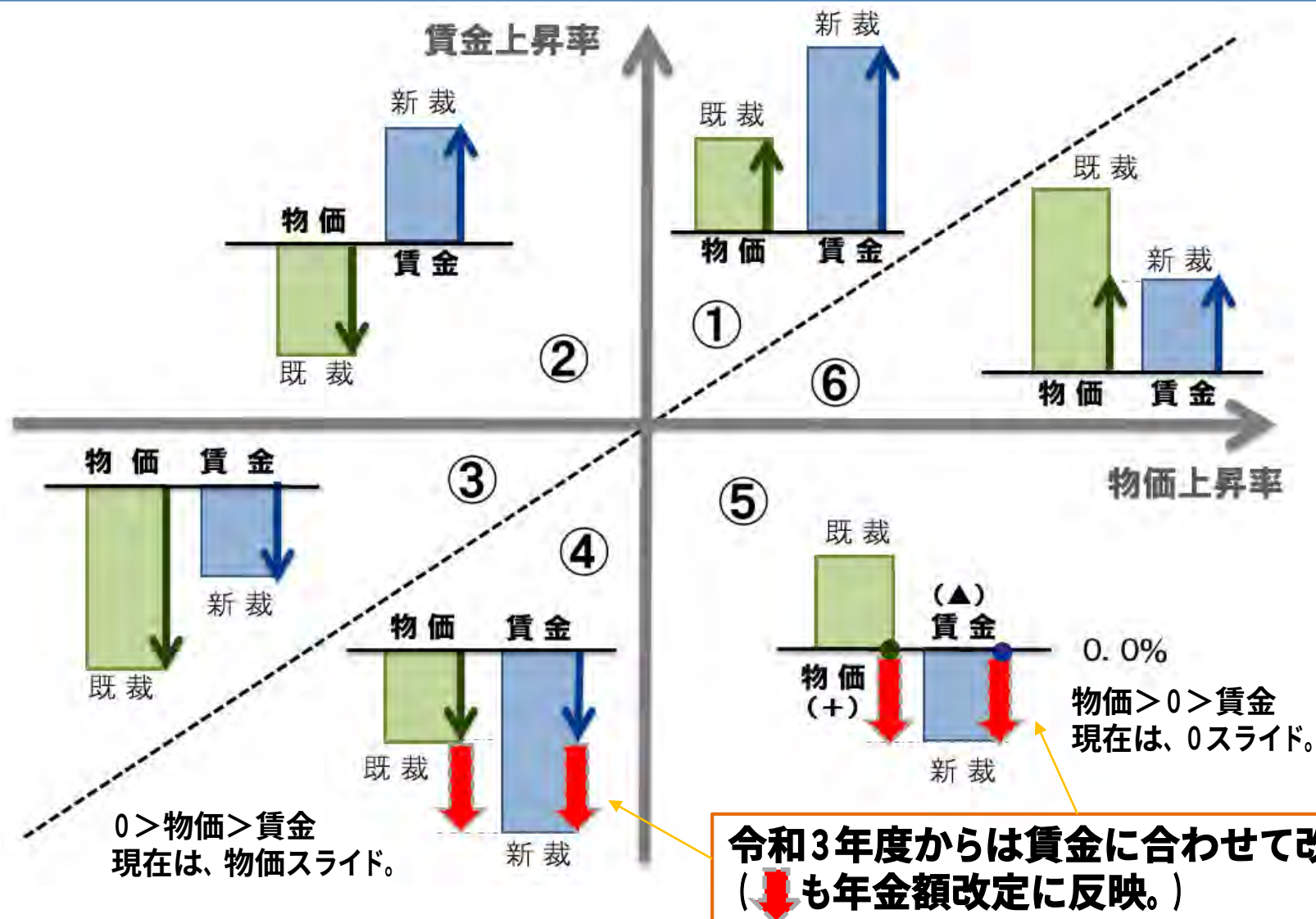
- ・運用収入のうち運用利回りと賃金上昇率の差 … 実質的な運用利回り（スプレッド）
- ・**既裁定年金の物価スライド** … **賃金上昇率と物価上昇率の差（実質賃金上昇率）**



- ① 保険料収入 … 賃金上昇に応じて増加
- ② 国庫負担 … 給付の増加（賃金上昇）に応じて増加
- ③ 積立金 … 運用収入に応じて増加
- ④ 年金給付 … 新規裁定年金の賃金スライドにより、おおむね賃金上昇に応じて増加
→ 既裁定年金は物価スライドであるが、年金給付の長期的な動向は賃金上昇に応じて増加する。

賃金・物価スライドの見直し（平成28年年金改革法）

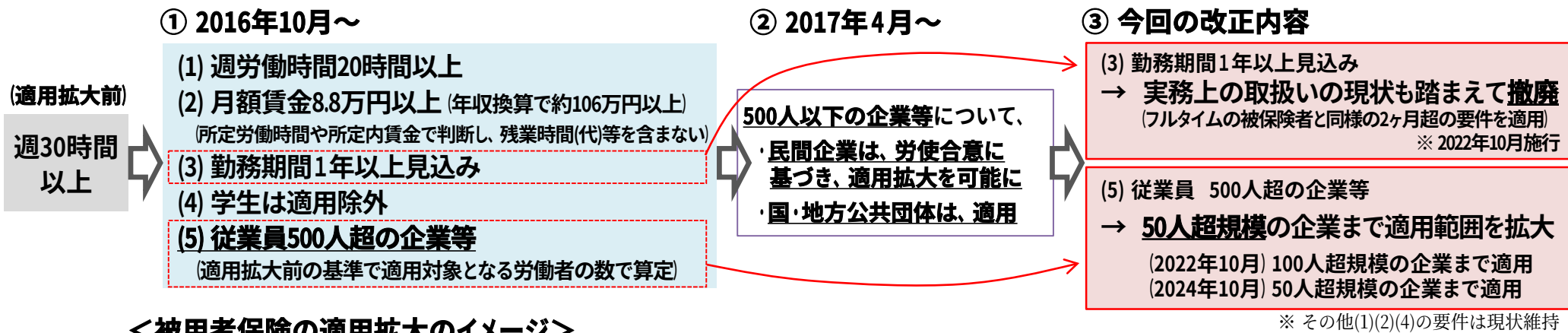
年金の支え手である現役世代の負担能力に応じた給付とする観点から、賃金変動が物価変動を下回る場合に、賃金変動に合わせて改定する考え方を徹底。



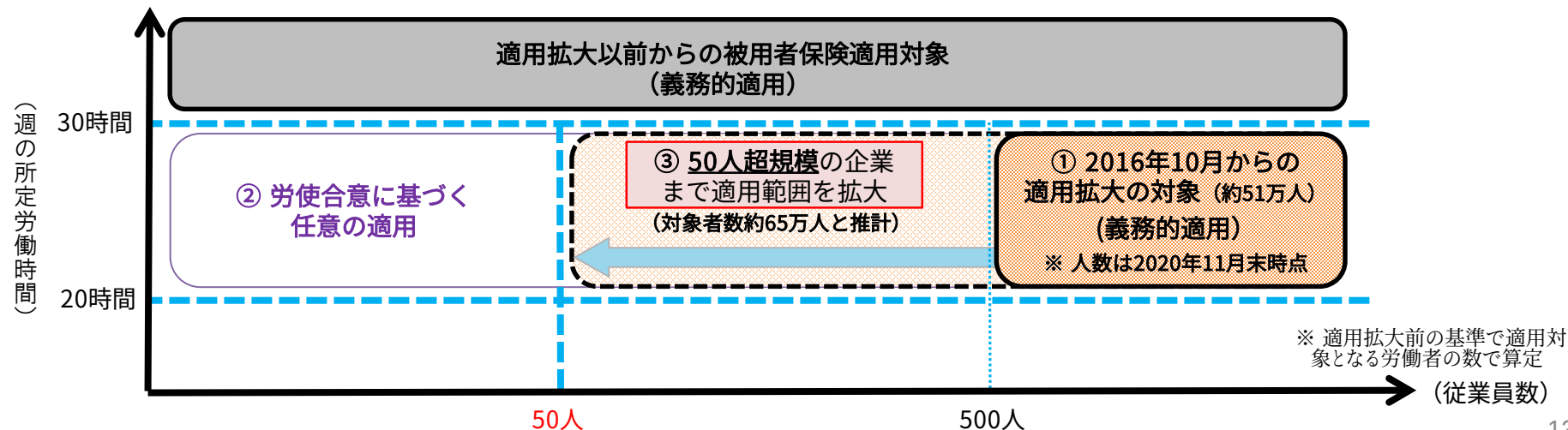
短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大の概要

働きたい人が働きやすい環境を整えるとともに、短時間労働者について、年金等の保障を厚くする観点から、被用者保険（年金・医療）の適用拡大を進めていくことが重要。

- ① (2016年10月～) **500人超の企業で、月収8.8万円以上等の要件を満たす短時間労働者に適用拡大。**
- ② (2017年4月～) **500人以下の企業で、労使の合意に基づき、企業単位で、短時間労働者への適用拡大を可能とする。**(国・地方公共団体は、規模にかかわらず適用とする)
- ③ 今回の改正では、**50人超規模の企業まで適用範囲を拡大。**(500人超(現行)→100人超(2022年10月)→50人超(2024年10月))



<被用者保険の適用拡大のイメージ>



近年の年金額の改定状況

- ・ マクロ経済スライドの発動は平成27年度及び令和元・2年度となっている。
- ・ なお、近年では被保険者数の減少が緩やかとなっており、マクロ経済スライド調整に用いる被保険者数の変化率は財政検証の見込みよりも小さくなっている。

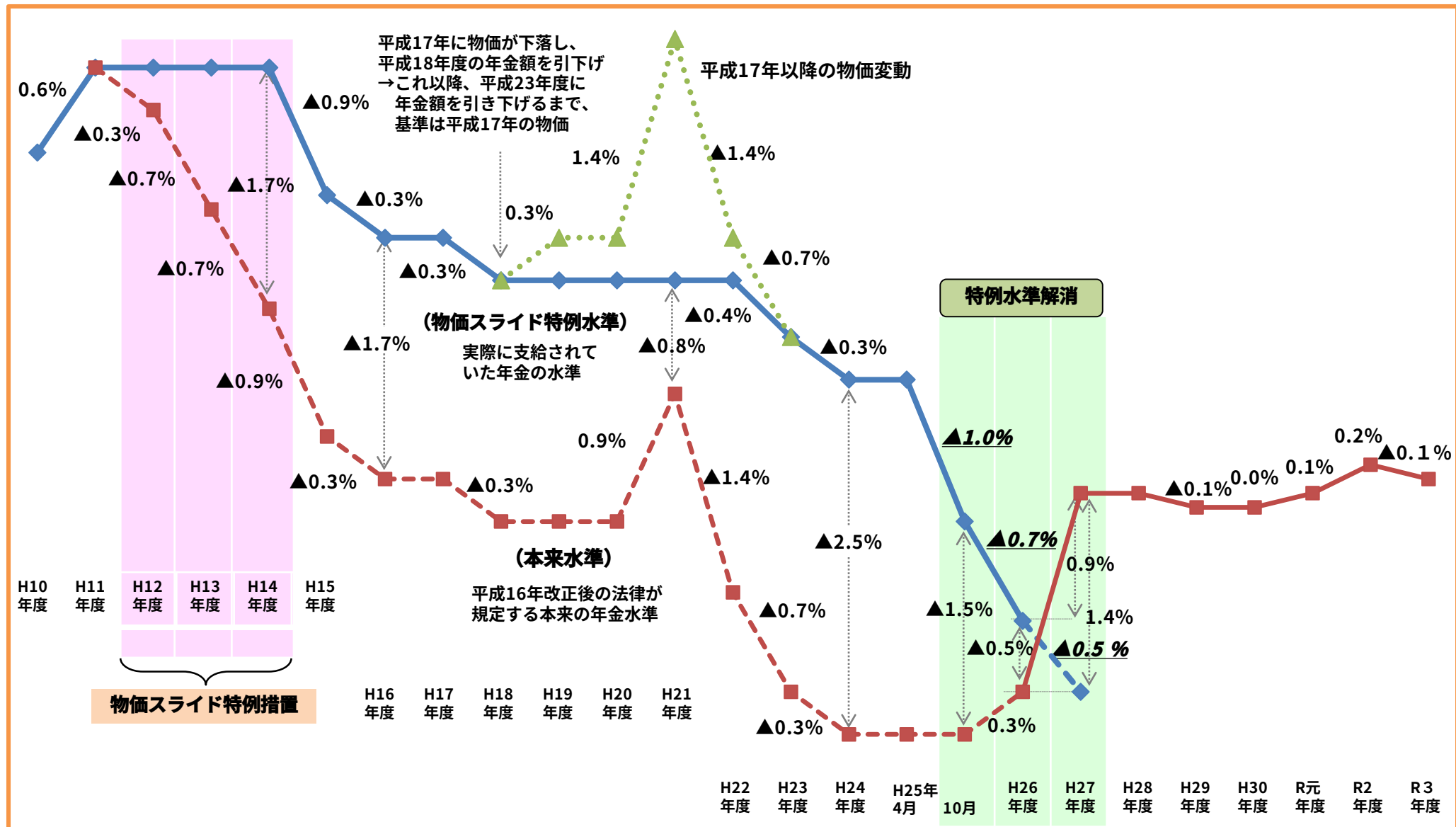
改定年度		平成26年度	27年度	28年度	29年度	30年度	令和元年度	2年度	3年度
年金額改定率の実績									
(A) (※2)	物価変動率 ※ 前年のCPI上昇率	0.4%	2.7%	0.8%	▲0.1%	0.5%	1.0%	0.5%	0.0%
	賃金変動率 ※ 2～4年前の賃金上昇率等を 基に計算	0.3%	2.3%	0.0%	▲1.1%	0.0%	0.6%	0.3%	▲0.1%
(B)	実際に発動したマクロ 経済スライド調整率	— (※1)	▲0.9%	—	—	— (※3) [▲0.3%]	▲0.2% + ▲0.3%	▲0.1%	—
	被保険者の変化率× 平均余命の伸びを勘案した 一定率 (▲0.3%)	▲1.0%	▲0.9%	▲0.7%	▲0.5%	▲0.3%	▲0.2%	▲0.1%	▲0.1%
(C)	特例水準の解消	▲1.0%	▲0.5%	—	—	—	—	—	—
年金額改定率 (A-B-C)		▲0.7%	0.9%	0.0%	▲0.1%	0.0%	0.1%	0.2%	▲0.1%

※1 特例水準の解消のため、平成26年度は▲1.0%、平成27年度は▲0.5%の改定が行われている。このため、平成26年度はマクロ経済スライドが発動していない。

※2 Aの値は、物価、賃金の状況に応じて□の値（ただし、物価変動率がプラスで、賃金変動率がマイナスの平成28年度と平成30年度はゼロ）を使用

※3 平成28年年金改革法により、平成30年度に発生したマクロ経済スライドの未調整分 (▲0.3%) は翌年度以降に繰り越され (キャリーオーバー)、令和元年度に解消された。令和3年度に発生したマクロ経済スライドの未調整分 (▲0.1%) は翌年度以降に繰り越される。

年金額改定の推移

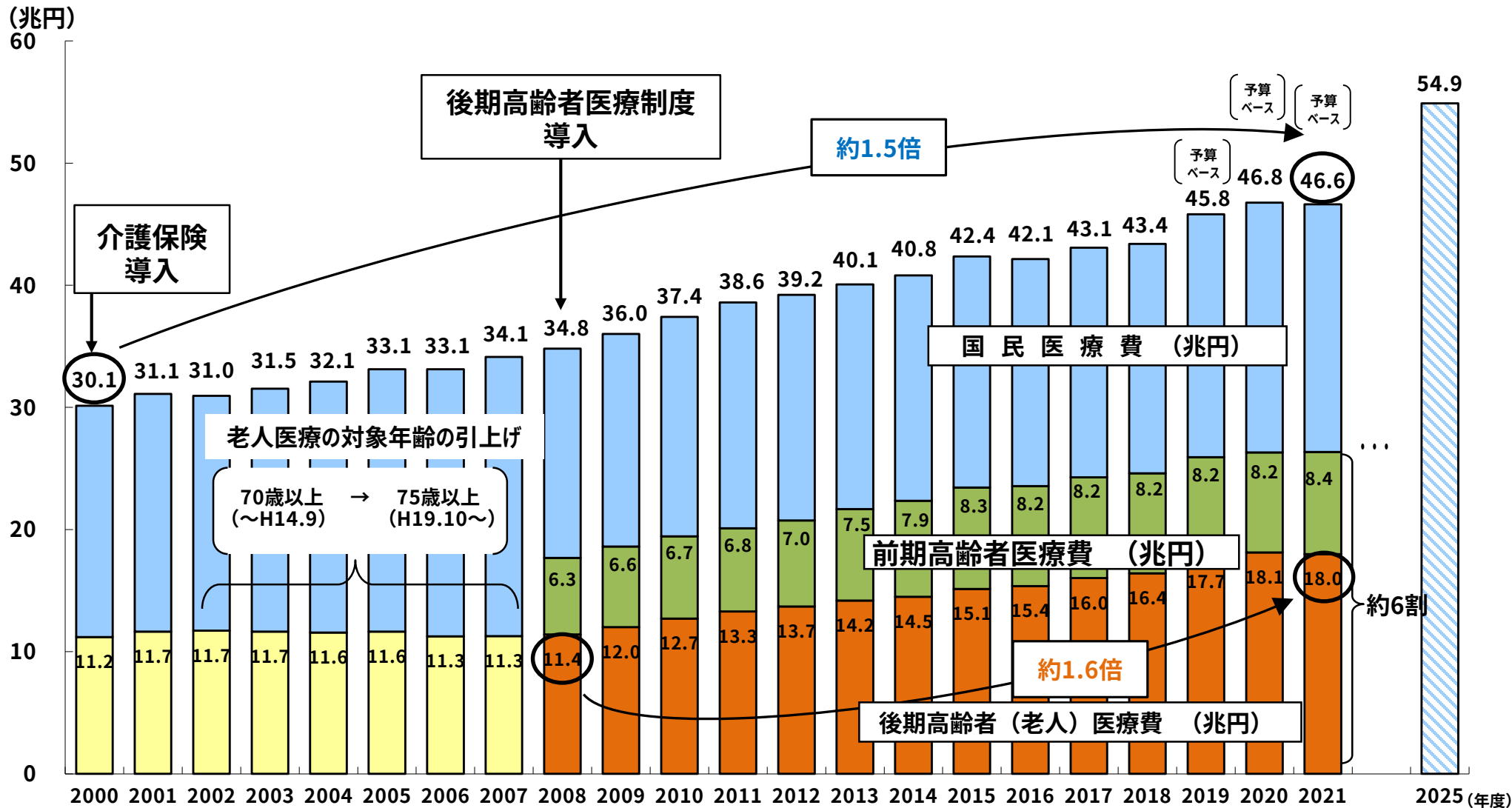


（注）平成26年度までは、過去、物価下落時に年金額を据え置いた（物価スライド特例措置）経緯から、特例的に本来よりも高い金額（特例水準）が支払われていたが、平成27年度に特例水準が解消。（H25.10.▲1.0%、H26.4.▲1.0%、H27.4.▲0.5%）

なお、特例水準の年金額は、物価が上昇しても据え置く一方、物価が直近の年金額改定の基となる水準を下回った場合に、その分だけ引き下げるというルール。 15

3. 医療

医療費の動向



(注) 2019年度、2020年度及び2021年度は予算ベースである。

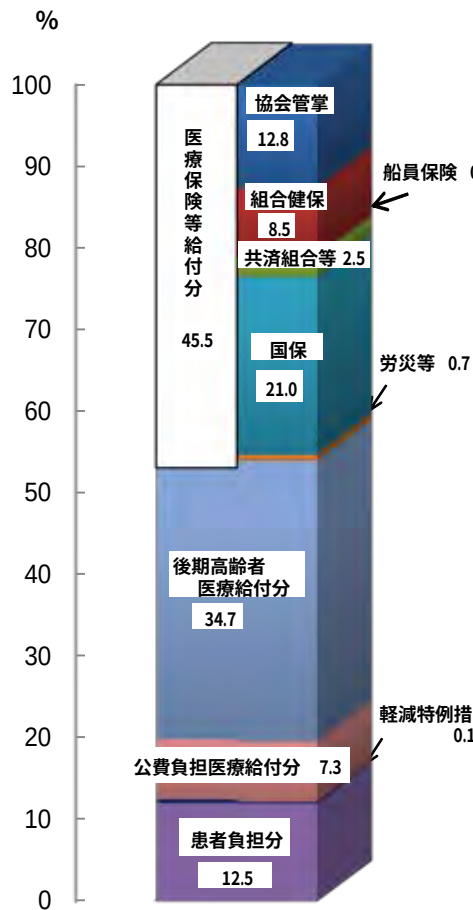
前期高齢者医療費の2018年度までは、「医療保険に関する基礎資料」（年次報告）の65～69歳・70～74歳（後期高齢者医療制度を除く）の医療費を機械的に合算したものである。

2025年度については、「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」（内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 2018年5月21日）に対応した国民医療費の将来見通し（計画ベース・経済ベースラインケース・単価の伸び率：経済成長率等を踏まえるケース①）である。

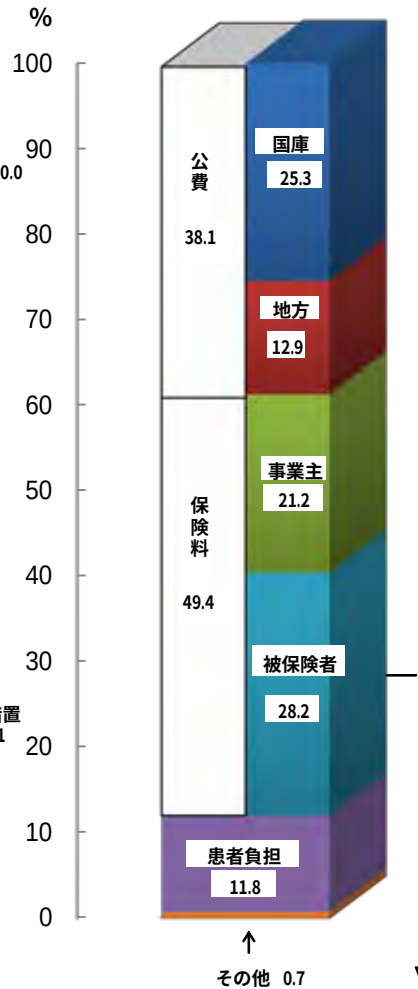
国民医療費の構造（平成30年度）

国民医療費 43兆3949億円
一人当たり医療費 343,200円

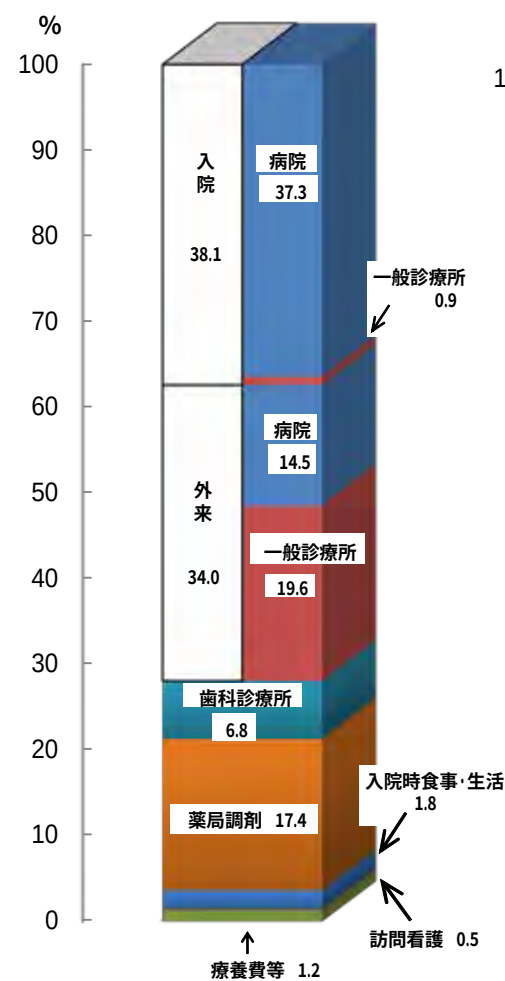
国民医療費の制度別内訳



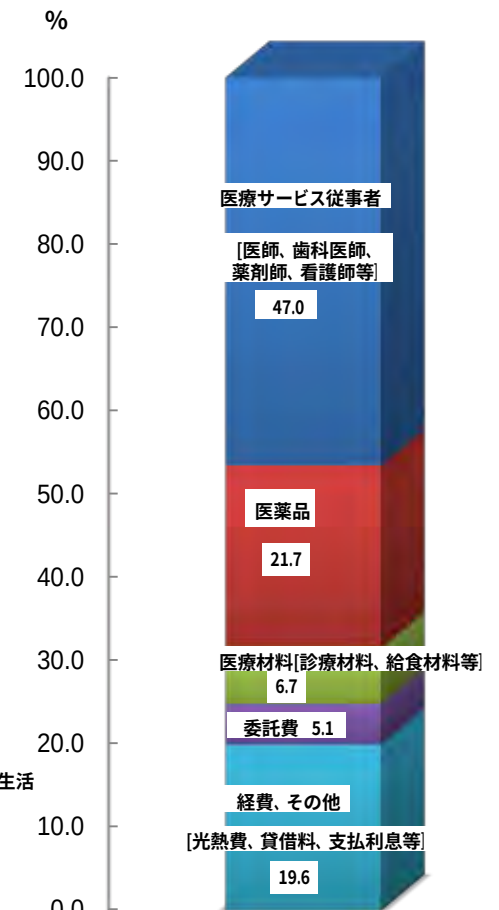
国民医療費の財源別内訳



国民医療費の分配



医療機関の費用構造



●被保険者負担には、国民健康保険の保険料が含まれている。

●平成30年度国民医療費、医療経済実態調査（平成30年）の結果等に基づき厚生労働省において推計

我が国の医療保険制度の特徴と課題

我が国の医療保険制度の特徴

国民皆保険

フリーアクセス

自由開業医制

出来高払い

患者側

- 患者負担が低く、コストを抑制するインセンティブが生じにくい構造
- 誰もがどんな医療機関・医療技術にもアクセス可能

医療機関側

- 患者数や診療行為数が増加するほど収入増
- 患者と医療機関側との情報の非対称性が存在

供給サイドの増加に応じて
医療費の増大を招きやすい構造

社会構造の変化

- **高齢化**の進展による受給者の増加や疾病構造の変化
- 少子化の進展による「**支え手（現役世代）**」の減少
- イノベーション等による**医療の高度化・高額化**の進展

国民皆保険を維持しつつ、制度の持続可能性を確保していくための制度改革の視点

保険給付範囲のあり方の見直し

患者に係る保険給付範囲（患者負担）のあり方の見直し

医療技術や医薬品等に係る保険給付範囲のあり方の見直し

保険給付の効率的な提供

価格

公定価格の適正化 等

供給

医療提供体制の改革 等

ガバナンス

保険者機能の強化、デジタル化の推進 等

健康予防と医療費の関係

令和3年度予算の編成等に関する建議（令和2年11月25日）

- これまで都道府県医療費適正化計画において「住民の健康の保持の推進」が重視されてきた背景には、**予防・健康づくり**を行うことで医療費適正化が期待できるとの考えがある。しかし、そのエビデンスは乏しく、むしろ**医療費は増加するとの指摘・研究も多い**。現在の都道府県医療費適正化計画の枠組みのもとで相当の財政支出を追加して進めてきた**特定健診・特定保健指導**でさえ、かなりの医療費適正化効果を期待されていたものの、コストを上回る実証的・定量的な**医療費適正化効果はいまだ示されていないのが実情である**。
- 確かに、予防・健康づくりは個々人のQOLの向上という大きな価値をもたらすものであり、**今後も推進すべきであることは変わらない**。しかしながら、エビデンスに基づくKPIの設定や費用対効果の検証を前提として、他の施策との優先順位づけが求められることは言うまでもない。すなわち、医療費適正化を可能とするための施策として考えるにはエビデンスが乏しく、まして、予防・健康づくりの推進を理由に**他の医療費適正化策の手を緩めることがあってはならない**。そのためにも、**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を見直すことは不可欠な取組である**。

◆三菱総研「未来社会構想2050」の長期推計 全世代型社会保障検討会議有識者プレゼン資料（2019年11月8日）
健康寿命延伸は人々の生活の質を高めるものの、高額化する医療技術の適用を伴うため、一人当たり医療費の上昇から、医療費を中心に医療・介護給付は増加する見通し

◆「次世代ヘルスケア産業協議会 新事業創出WG」提出 予防を行った場合の2034年の60歳以上医療費への影響（経済産業省）

がん（一次予防）	+360億円
----------	--------

※がん一次予防は2034年でがん患者を約4万人程度減少させるが、その他疾患に関連した医療費が増加するため、全体としては増加

◆海外の論文等

- ① Joshua T. Cohen, Peter J. Neumann, Milton C. Weinstein 「Does Preventive Care Save Money? Health Economics and the Presidential Candidates」（2008年）の研究結果
 - ・ 予防医療の費用対効果に関する1500の研究結果のうち、**医療費削減を効果を認めた予防医療サービスは20%以下**。
- ② Louise B. Russell, Health Affairs （2009年）（抄訳）
 - ・ 過去40年間以上にわたり、数百の費用対効果の研究が行われたが、そのほとんどは、**予防医療は医療費を削減するのではなく、むしろ増加させることを示している**。

◆人口減少社会での社会保障のあるべき姿 日本医師会医療政策会議（2020年3月）

- ・ 寿命の延伸については、有病状態の拡大(expansion of morbidity)説と有病状態の圧縮(compression of morbidity)説が古くからある。予防で医療を抑制できるとする、最近政策の表舞台に出てきた説は、後者に依存したものである。しかし、**厳密な研究では、前者の有病状態の拡大が現実に即していることが示されている**。
- ・ 2019年4月1日に日本医師会は「医療のグランドデザイン2030」をまとめている。そこで予防医療について次のように論じられている。

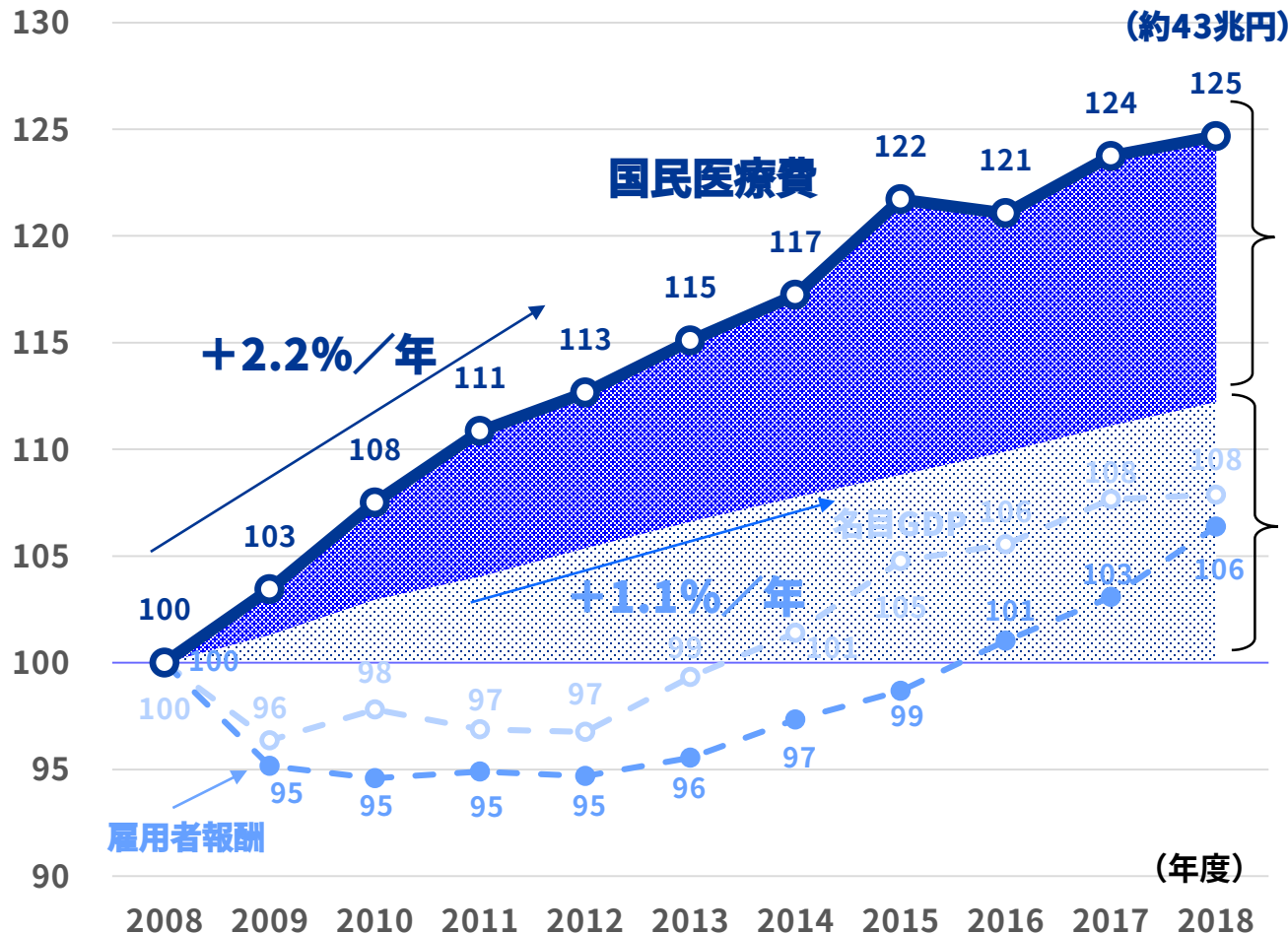
・ 嗜好品、食品や運動にターゲットを絞った一次予防は、一定の定義があるものの「絶対ではない」。

・ 「世界の動向」（ランダム化比較試験（RCT）の結果）に基づけば、二次予防（健診・検診）の健康増進効果は確認されていない。

・ 「話を日本の検診に戻すと、本来ならある一つの健診の本格導入の前に、RCT等で一定の効果を確認してから開始すべきであったはずだが、『早期発見はできるし、それを早期に治療すれば、予後は必ずいいはず』と臨床的な経験に基づいて開始されたものがほとんどである。しかし、（中略）科学的には明確に健診・検診の効果を証明できないまま今日に至っている」。

医療費の伸びの現状

- 国民医療費は過去10年間で平均2.2%/年のペースで増加。このうち、高齢化等の要因による増加は平均1.1%/年であり、残りの半分程度は人口増減や高齢化の影響とは関係のない要素によるもの。
- こうした医療費の伸びは、これを賄う雇用者報酬等の伸びを大きく上回り、保険料率引上げ等の要因となっている。医療保険制度の持続可能性の確保の観点から対応を検討すべき。



「その他」の影響

- ・新規医薬品等の保険収載
- ・医師数、医療機関数の増加
- ・診療報酬改定・薬価改定
- ・過去の改定で収載された高額な医療へのシフト

※ 政策的に対応できる余地があると考えられる部分大きい。

人口増減／高齢化の影響とされる部分
⇒ 2022年以降は、団塊の世代が順次75歳に到達し、更に増加率が上昇。

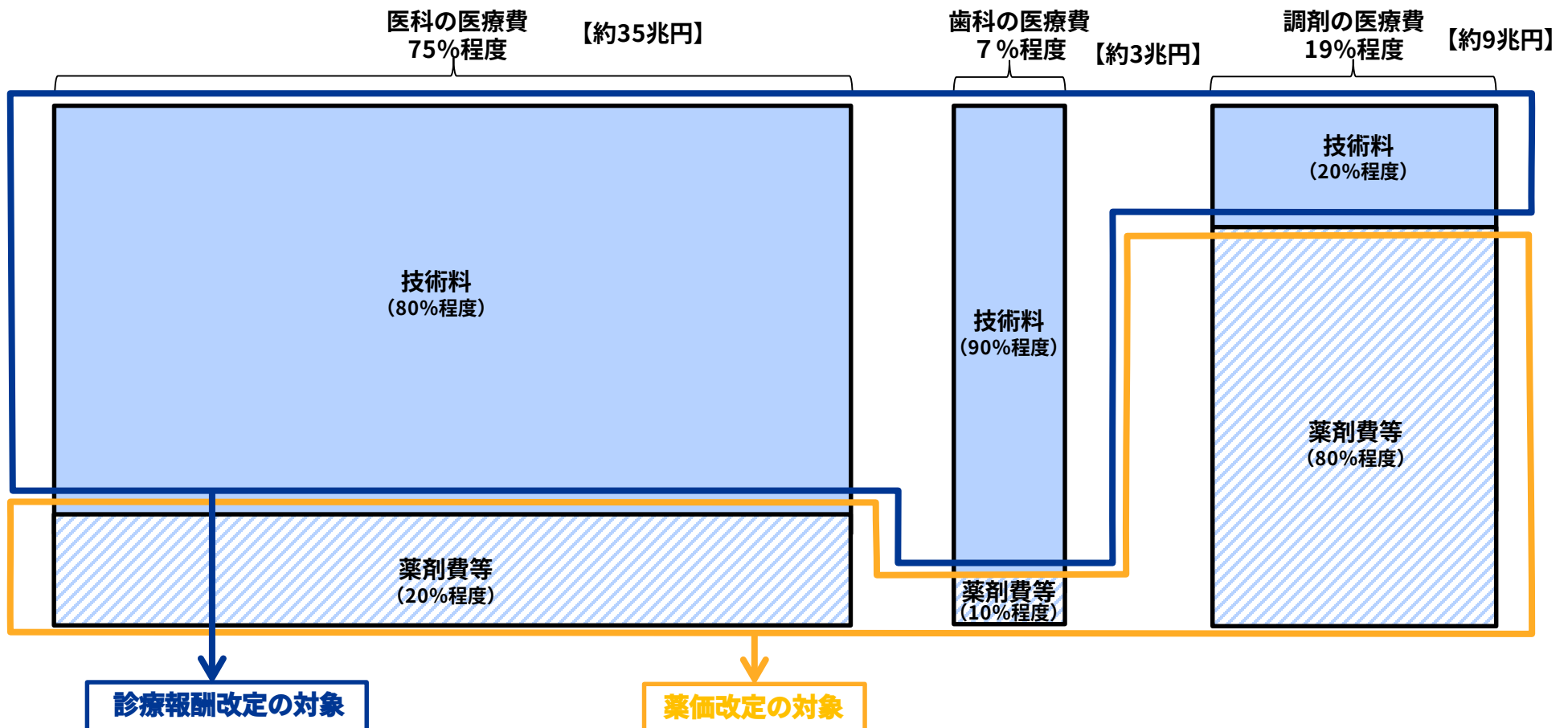
国民医療費の増加は、国民負担の増加を意味する。
⇒ これ以上の負担増を防ぐためには、医療費の増加を抑制することが必要。

診療報酬

- 診療報酬とは、診療行為等の対価として、病院や薬局が患者・保険者から受け取る報酬（公定価格）。
- ①医師の人件費等の「技術・サービスの評価」（診療報酬）と、②薬の値段等の「物の価格評価」（薬価等）に対し、個々の技術・サービスを点数化して表示（1点は10円）。

（例）初診料：288点（2,880円） 急性期一般入院料 1：1,650点／日（16,500円／日）

診療報酬改定・薬価改定の対象範囲（イメージ）

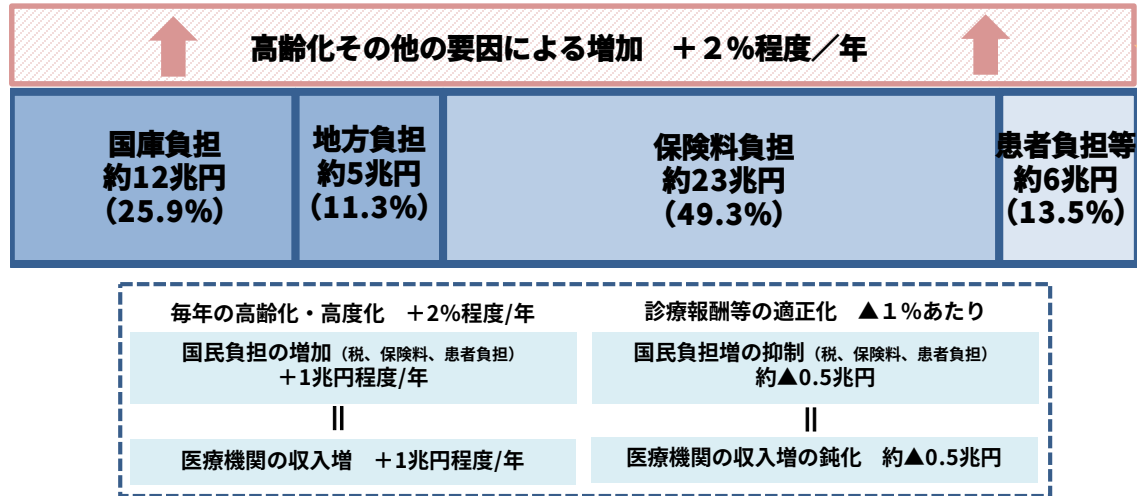


※ 2016年6月の社会医療診療行為別統計を踏まえ、財務省作成。
【 】の数字は、2021年度予算ベースの国民医療費（約47兆円）を上記の構成比で機械的に分割した値。

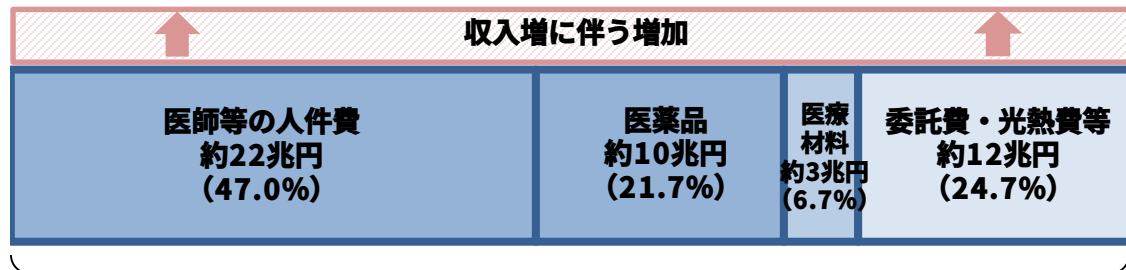
診療報酬と医療費の関係

- 診療報酬総額（医療費の総額）は、高齢化その他の要因により毎年増加。診療報酬及び薬価の改定はこうしたトレンドの下で「単価」を更に増減させるものであり、国民負担の増加を抑制する観点からは診療報酬等の単価を抑制していくことが必要。
- また、診療報酬等の改定が一定程度マイナスであったとしても、診療報酬総額は増加するため、医療機関の増収は確保される。

◆医療費の負担構造（国民への影響）

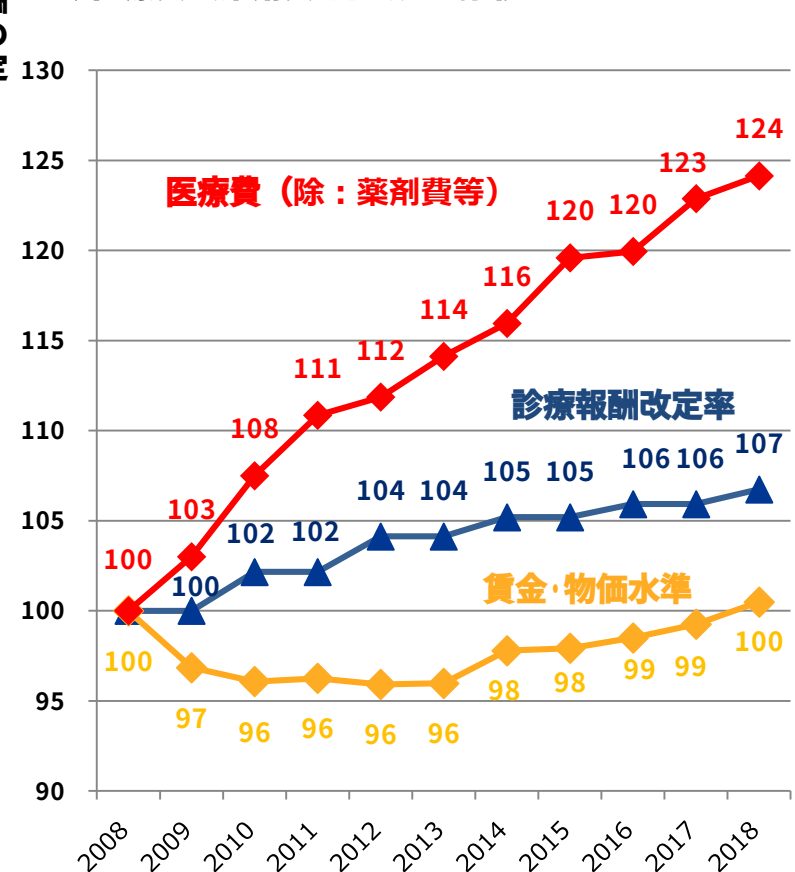


◆医療機関の費用構造（医療機関への影響）



国民医療費＝診療報酬総額（令和3年度予算ベース）：約47兆円

◆医療費（薬剤費等除く）の推移（2008年度=100）



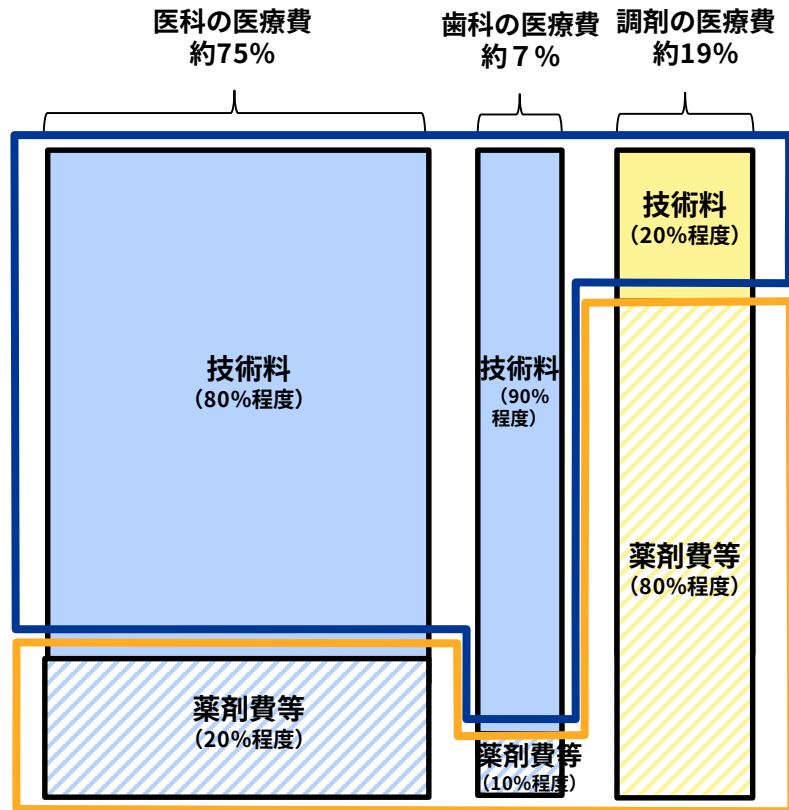
（出所）厚生労働省「国民医療費の概況」等

（出所）財源構成比：厚生労働省「国民医療費の概況」、費用構成比：厚生労働省保険局資料による

診療報酬の配分①（医科・歯科・調剤）

- 近年の診療報酬改定では、**医科・歯科・調剤の各科について、それぞれの技術料部分に対して同程度の伸びとなるように改定率が横並びで設定**されており、各科を取り巻く状況にかかわらず、**硬直的**となっており、**見直しが必要**。

◆医療費の構造



1 : 1.1 : 0.3
(各科の医療費に対する配分割合)

◆診療報酬改定における各科の改定率の設定

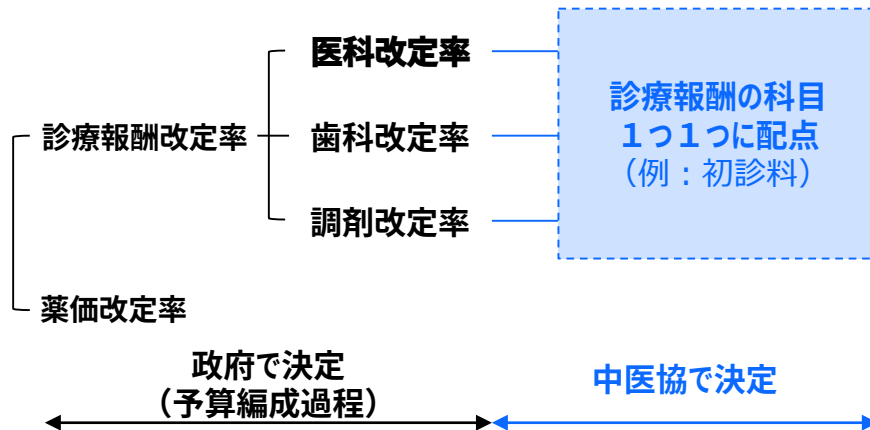
02改定	+0.7% 程度	+0.7% 程度	+0.7% 程度
30改定	+0.8% 程度	+0.8% 程度	+0.8% 程度
28改定	+0.7% 程度	+0.7% 程度	+0.7% 程度
26改定	+0.1% 程度	+0.1% 程度	+0.1% 程度
24改定	+2% 程度	+2% 程度	+2% 程度
	医科 (技術料)	歯科 (技術料)	調剤 (技術料)

1 : 1 : 1
(各科の技術料部分に対する配分割合)

診療報酬の配分②（病院と診療所）

- 予算編成過程においては、基本的に**医科・歯科・調剤**というそれぞれの改定率が決定されるのみ。その中で改定財源がどの分野にどのように配分されているのかは明らかにされておらず、「見える化」が不可欠。
- その上で、令和2年度改定において、勤務医の働き方改革のための診療報酬による特例的な対応が行われたように、メリハリをつけて財源の配分を行っていくことが重要であり、これまでの収益の動向なども踏まえて**病院と診療所の間の配分見直し**を行うべき。

◆改定率の構造



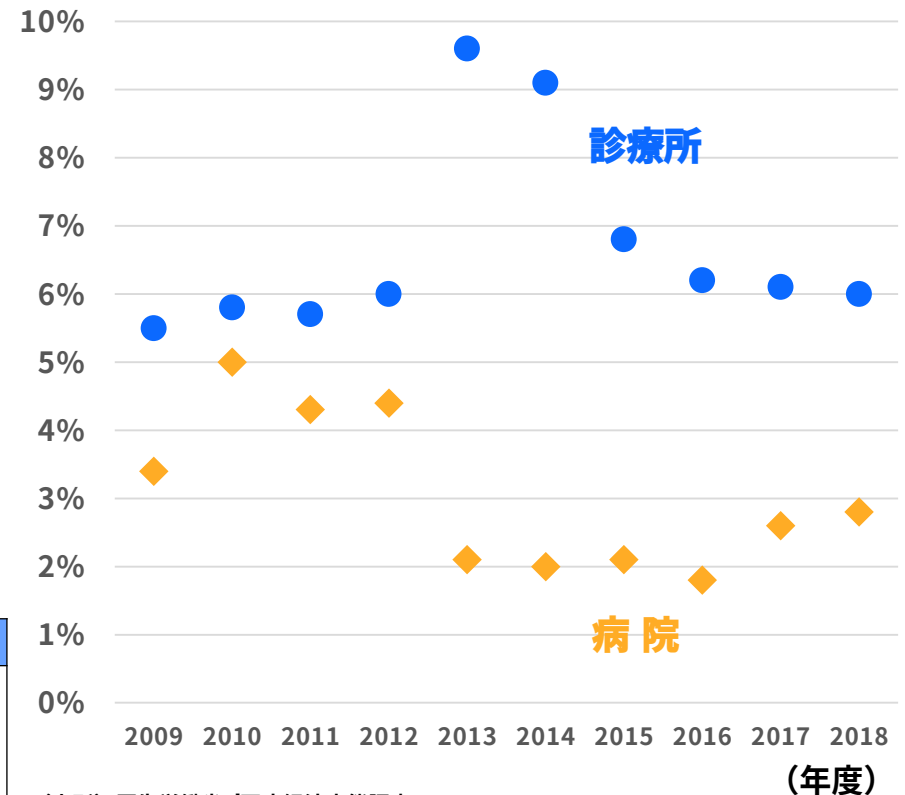
◆診療報酬改定における医科の改定率

2010年度	2012年度	2014年度	2016年度	2018年度	2020年度
+1.74% 〔入院+3.03% 外来+0.31%〕	+1.55%	+0.11%	+0.56%	+0.63%	+0.53%

(注) 消費税対応分は除く。

◆一般病院と一般診療所の収益率の比較（医療法人）

⇒ 結果として必要な点数配分がなされていないのではないかと



(出所) 厚生労働省「医療経済実態調査」

(注) 上記調査は2年に1回（西暦の奇数年）実施され、その前年度と前々年度の経営状況を調査しているが、調査回ごとに対象の医療機関が異なるため、異なる調査回の間での比較は困難。

診療報酬と地域差等

- 診療報酬制度では、かつて甲地・乙地の2区分（1948年までは甲地・乙地・丙地の3区分）により診療報酬1点単価に地域差が付けられていたが、1963年9月以降は1点10円で統一されている。
- 現在は、地域差を反映するものとして入院基本料等加算の地域加算がある一方、他方で高齢者の医療の確保に関する法律第14条では「一の都道府県の区域内における診療報酬」について、「他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる」とされている。
- 今般の新型コロナウイルス感染症による対応として、介護報酬同様に1点単価に地域差を設ける意見書が一部の都道府県より提出されているが、こうしたことを契機として、今後の検討課題として、1点単価に地域差を設ける対応、1点単価を変えずに地方財政制度の基準財政需要同様に地域ごとに補正係数を乗ずる手法、地域加算の拡大を含め、診療報酬制度における地域差の反映方法について幅広く検討すべき。

診療報酬制度の経緯

昭和18年 4月	診療報酬点数表導入（1点単価 医科20銭、歯科10銭）
昭和19年 5月	単価を3区分に変更
	甲地（6大都市）26銭、乙地（県庁所在地等）23銭 丙地（それ以外の市町村）20銭
昭和23年 8月	単価を2区分に変更 甲地 10円、乙地 9円
昭和23年10月	単価改定 甲地 11円、乙地 10円
昭和26年12月	単価改定 甲地 12.5円、乙地 11.5円
昭和33年10月	単価を10円に改定するが、新診療報酬点数表にて地域差を継続
昭和38年 9月	診療報酬の地域差を撤廃（乙地を甲地並に引き上げ）

入院基本料等の地域加算

人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域に所在する保険医療機関において、入院基本料等1日につき以下の点数を加算できる

1級地	18点	23団体	東京23区
2級地	15点	21団体	横浜市、大阪市 等
3級地	14点	25団体	さいたま市、名古屋市 等
4級地	11点	20団体	相模原市、神戸市 等
5級地	9点	70団体	京都市、福岡市 等
6級地	5点	182団体	仙台市、宇都宮市 等
7級地	3点	205団体	札幌市、新潟市 等

高齢者の医療の確保に関する法律

第十四条 厚生労働大臣は、第十二条第三項の評価の結果、第八条第四項第二号及び各都道府県における第九条第三項第二号の目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

2 厚生労働大臣は、前項の定めをするに当たっては、あらかじめ、関係都道府県知事に協議するものとする。

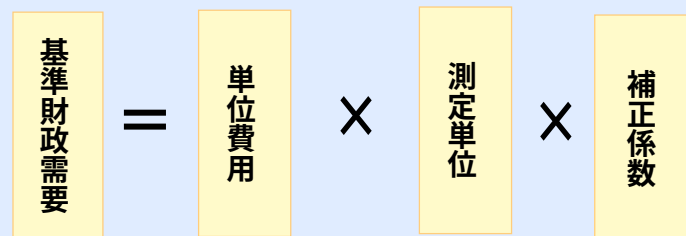
奈良県 厚生労働大臣への意見書（令和2年8月28日）（抄）

(3) 奈良県内の医療機関における診療報酬1点単価引上げの具体的水準についての（中略）意見も参考として踏まえ、診療報酬1点単価の引上げ幅に地域差を付けつつ、公平性・合理性のある全国規模の診療報酬単価の対応策（全国共通の診療報酬）をとりまとめること。

その際、奈良県の県域の外における診療報酬1点単価引上げの具体的水準については、当該都道府県から意見が提出された場合には、その意見を踏まえること。

これらにより、全国知事会の新型コロナウイルス緊急対策本部会議（令和2年8月8日）において決定された「新型コロナウイルス感染症に関する緊急提言」における「地域の実情に応じた持続可能な医療機関の経営に資するため、地方の意見にも配慮した診療報酬の引上げ」の内容を具現化すること。

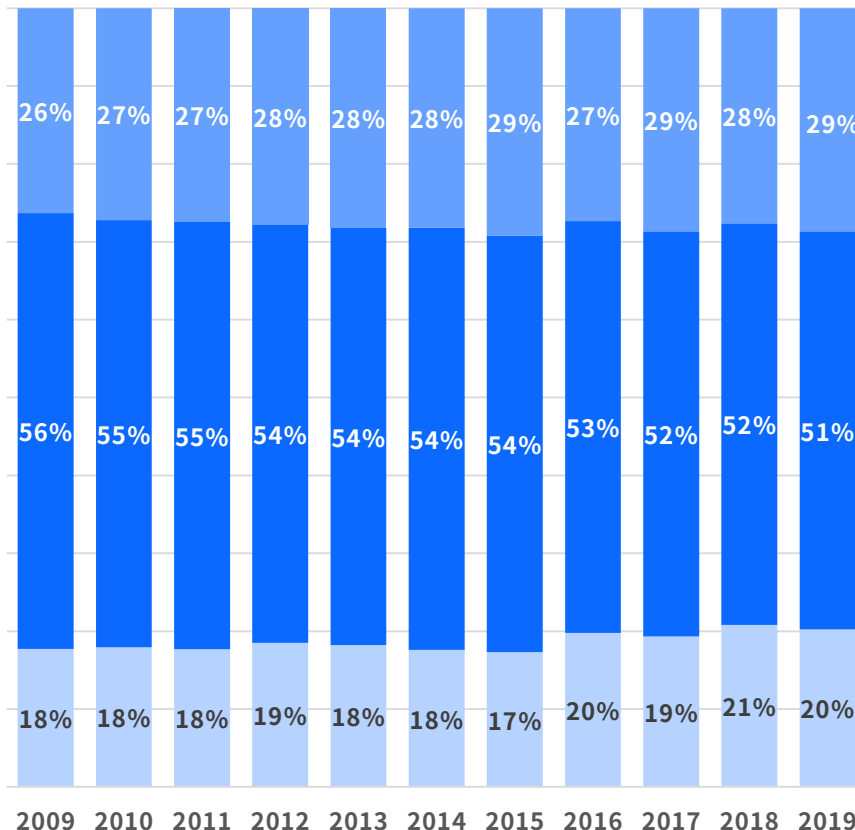
地方交付税における基準財政需要の考え方



調剤報酬

- 対物業務から対人業務への転換が求められる中で、調剤基本料、調剤料及び薬学管理料のウエイトはここ10年でほとんど変化がなく、調剤料に依存した収益構造は依然として継続。
- 薬剤師の業務を対物業務から対人業務中心へシフトさせていく中で、全体として水準を下げつつ、調剤基本料、調剤料及び薬学管理料といった調剤報酬全体の在り方について見直しを行っていくべき。特に、調剤料については、剤数や日数に比例した算定方法を適正化し大胆に縮減すべき。

◆技術料に占める調剤基本料、調剤料及び薬学管理料の比率の推移



(出所) 厚生労働省「調剤医療費（電算処理分）の動向」

◆技術料の構成と考えられる改革の例

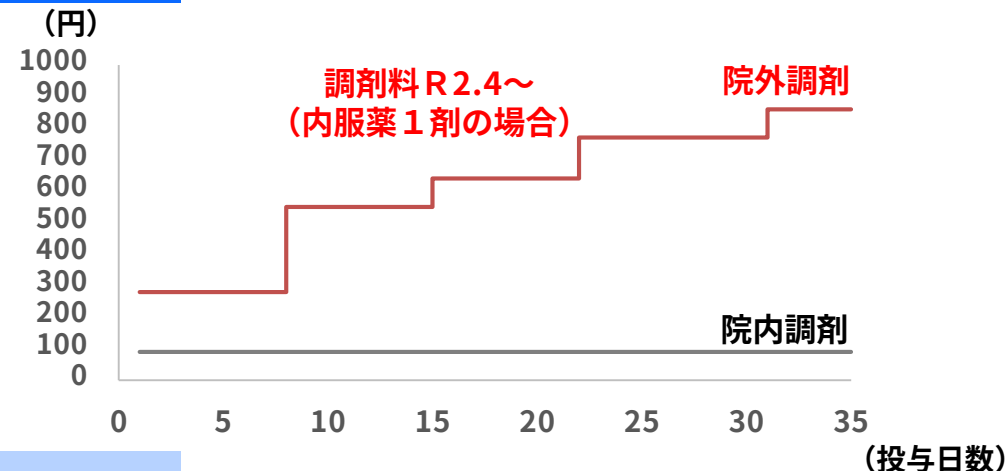
調剤基本料

〔0.5兆円〕薬局の運営維持費を評価

- ・調剤基本料1の要件見直し
- ・地域支援体制加算の要件見直し
- ・後発医薬品調剤体制加算の要件見直し

調剤料

〔1.0兆円〕医薬品調剤を行う際の技術を評価



薬学管理料

〔0.4兆円〕服薬指導、情報提供等を評価

- ・在宅業務や継続的なアフターフォローによる実績を重視する報酬構造への転換

新薬創出・適応外薬解消等促進加算の見直し

- **新薬創出・適応外薬解消等促進加算**は一度加算を受けると、長期間にわたり加算の対象となり、累計の加算により市場実勢価格に比べて高額な薬価になる特例的な取り扱いとなる。このため、**真に革新的新薬の創出を促進するにふさわしい、品目要件・企業要件を定める必要がある。**
- **品目要件**については、例えば、有用性加算Ⅱにおける「製剤上の工夫」による加算を受けた品目でも対象となるが、革新的新薬の創出とはいいがたく、その要件を厳格化すべき。
- **企業要件**については、大半の企業が9割以上の加算を受けられるという現状の仕組みについて、**厳格化・メリハリづけの強化を行うべきである。**
- また、**毎年薬価改定にあわせ、時宜に応じた薬価とするため、毎年の薬価改定のタイミングで、後発品が収載された先発品や、収載後15年が経過した先発品については、それまでの累積額を控除する仕組みとすべきである。**

◆新薬創出・適応外薬解消等促進加算の要件

品目要件
後発品が上市されていない新薬のうち、①画期性加算、 有用性加算 、営業利益率補正がなされた医薬品、②開発公募品、③希少疾病用医薬品、④新規作用機序医薬品等が対象
企業要件
厚生労働省からの開発要請に適切に対応しない企業を除外するとともに、①革新的新薬創出、②ドラッグラグ対策、③世界に先駆けた新薬開発等の指標の達成度・充足度に応じた順位に基づき加算係数を設定。

⇒「新規作用機序」、「高い有効性又は安全性」、「治療方法の改善」を全て満たすような、画期性加算の品目の場合でも、「投与の簡便性が著しく向上する」などの「製剤における工夫」が認められた品目の場合でも、等しく長期間の加算の対象となる。

◆企業要件に基づく加算係数

区分	I	II	III
範囲	上位25%	I、III以外	最低点数
加算係数	1.0	0.9	0.8
令和3年度対象企業	21社 (前年度同)	58社 (+ 3社)	8社 (前年度同)

⇒全体の90%を超える企業が9割以上の加算を受けている。

◆新薬創出・適応外薬解消等促進加算の品目数等の推移

改定年度	品目数	加算額	控除額 ※
平成22年度	624品目	700億円	—
平成24年度	702品目	690億円	▲130億円
平成26年度	758品目	790億円	▲220億円
平成28年度	823品目	1,060億円	▲360億円
平成30年度	562品目	810億円	▲650億円
令和元年度	591品目	700億円	—
令和2年度	555品目	770億円	▲750億円
令和3年度	593品目	470億円	—

※後発品収載又は収載後15年経過した先発品が、薬価改定時に、それまでの新薬創出加算の累積額を控除された額

⇒令和2年度中に後発品が収載された又は収載後15年を経過した品目について、通常は加算の要件を満たさなくなった時点で過去に受けた累積加算相当額を控除するが、3年度改定では控除が行われず、4年度改定まで価格が維持されてしまっている。

費用対効果分析の活用

- 2021年3月に初めて2品目についての費用対効果評価が示されたが、これは2019年5月に対象品目として指定されたものである。今回の経験を踏まえ、より迅速・効率的に評価を行う手法について検討する必要。また、評価の対象とする品目について、長期収載品についても含めて広く分析の対象とする基準を設けるべき。

(注) 2019年3月以前に保険適用された品目については年間販売額1,000億円以上などが要件とされており、現在対象品目とされているものがない。

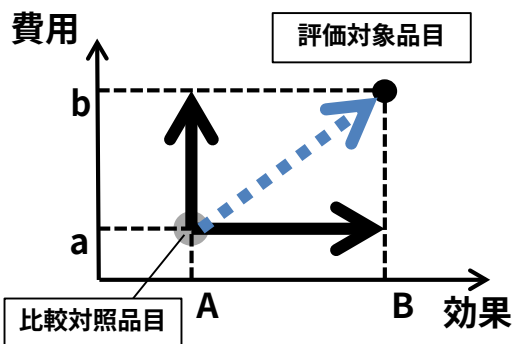
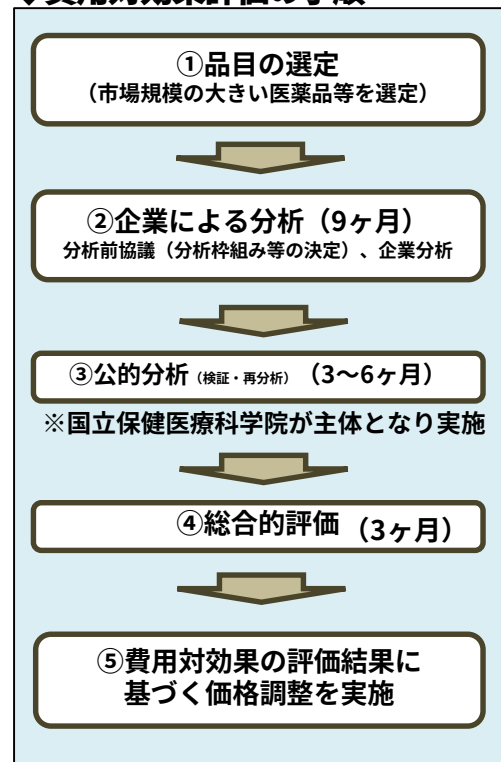
- 評価結果を適切に反映する観点から、価格調整を行う対象範囲について営業利益や加算部分に限定せずに広げること、費用対効果が低く他の医薬品で代替可能な場合には保険収載の対象から外すこと、費用対効果に基づいて医薬品使用の優先順位を定める仕組みを設けること、を検討すべき。

◆費用対効果の評価が示された最初の薬剤（2021年3月24日中央社会保険医療協議会）

品目名	総会での指定日
テリルジー100エリプタ	2019/5/15
キムリア	2019/5/15

- ・ 評価対象品目について、対象集団ごとに、ICERの区分が示された。
- ・ 示された評価を踏まえた具体的な新しい薬価は別途示される。

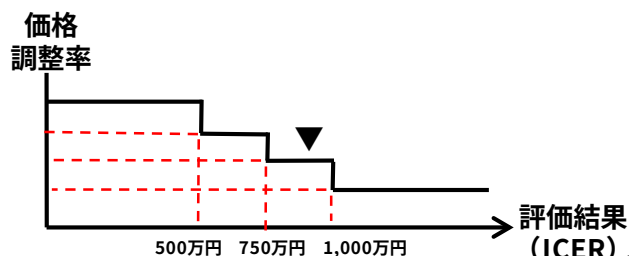
◆費用対効果評価の手順



評価対象品目が、既存の比較対照品目と比較して、費用、効果がどれだけ増加するかを分析。

$$\text{増分費用効果比 (ICER)} = \frac{b-a \text{ (費用がどのくらい増加するか)}}{B-A \text{ (効果がどのくらい増加するか)}}$$

健康な状態での1年間の生存を延長するために必要な費用を算出。



評価結果に応じて対象品目の価格を調整

- ・ 費用対効果の悪い品目は価格を引下げ
- ・ 医療費の減少につながる品目等は価格を据置き又は引上げ

(原価計算方式の場合)
価格調整は有用性系加算部分+営業利益の範囲 (開示度低い場合)

製品総原価	営業利益 ※1	加算部分 ※2
流通経費		
消費税		

- ※1開示度が高い場合には営業利益は対象外
- ※2加算がない場合には、調整対象とはならない

価格調整対象

(注) カッコ内の期間は、標準的な期間

新型コロナウイルス感染症の医療提供体制の整備に向けた一層の取組の推進について（概要）

令和3年2月16日
新型コロナ本部事務連絡

- これまで、昨年末に示した病床確保等のための対策パッケージ等を活用し、医療提供体制の整備を進めてきた。
- 本年2月2日の「**新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針**」の変更により、
 - ①地域の関係団体の協力のもと、**地域の会議体を活用して医療機能に応じた役割分担を明確化**した上で病床確保を進めること、
 - ②回復患者の転院先となる**後方支援医療機関の確保**を更に進めること、
 - ③地域の実情に応じた**転院支援の仕組みを検討**することと記載された。
- これを踏まえ、これまで進めてきた**医療提供体制の整備**に当たっての**考え方や取組等を改めて整理**。

1. 新型コロナ患者受け入れ医療機関の役割分担の明確化

【重症患者】

- 基礎疾患の増悪や血栓による多臓器不全等、呼吸器に限らず**全身臓器に対する集中治療が不可欠**となるため、**大学病院や地域の基幹病院**等の高度な集学的医療を提供できる医療機関での受け入れを**中心に整備**すること。

【中等症患者】

- **重点医療機関**が**中心的な役割**を担うこと。特に**大都市圏を擁する都道府県**等では、**公立・公的医療機関**をはじめとする地域の中核的な医療機関において、**新型コロナウイルス対応を強化**することを検討すること。

【新型コロナウイルス感染症から回復した患者】

- **新型コロナ患者用病床の対応能力を拡大**するため、新型コロナ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る**後方支援医療機関**や退院基準を満たした者を受け入れる**高齢者施設の確保**に取り組むこと。
- ⇒ **緊急包括支援交付金や診療報酬の特例等の支援策**について、提示。

病床確保や
連携等
に向けて協議

・受入病床や後方支援医療機関等の確保
・医療職の派遣等の対策 等



地域の協議会等

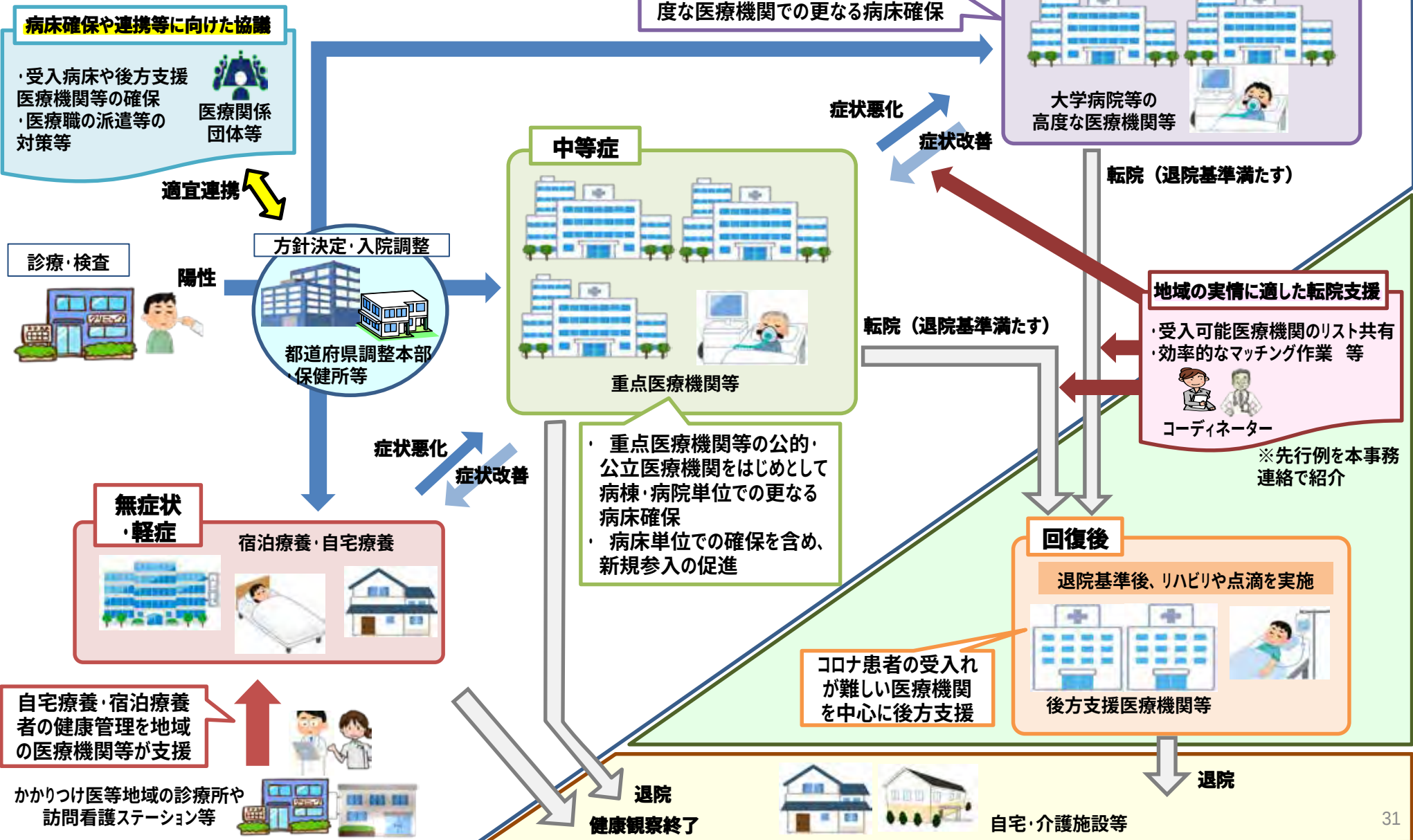
2. 地域の実情に適した転院支援の仕組みの検討

- **医療機関**の転院調整に係る**負担を軽減**するとともに**効率的な病床活用**を促すため、例えば、**地域医療構想調整会議を活用**して、受け入れ可能医療機関のリストの共有や効率的なマッチングを行う等、地域の実情に適した転院支援の仕組みを検討すること。

（国の主な支援策）

- ⇒ **転院調整を行う専門家の配置**に必要な費用は、緊急包括支援交付金の「医療搬送体制等確保事業」の対象
- ⇒ **新型コロナ患者の移送や新型コロナ患者の病床確保のための非新型コロナ患者の転院に伴う搬送**は、「感染症予防事業費等国庫負担金」や緊急包括支援交付金の「医療搬送体制等確保事業」の対象

<陽性患者のフロー>



今後の感染拡大に備えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について（概要）

令和3年3月24日
厚生労働省事務連絡

医療提供体制整備（Ⅰ章・Ⅲ章）

- ① 緊急事態宣言の解除後においても、病床・宿泊療養施設の確保に万全を期すとともに、感染拡大が短期間で急速に生じる場合もあり得ることから、**感染者数の大幅増（例えば今冬の1日当たり最大感染者数の2倍程度）を想定した緊急的な患者対応を行う方針・体制**を早急に検討し、**②の中間報告と併せて、4月中に報告**。

※なお、上記体制は**一般医療を相当程度制限**せざるを得ないものであり、**時限の緊急避難的な対応**であることに留意する必要がある。

＜検討事項＞ ※例えば1日当たり最大新規感染者数が2倍程度になったときの最大療養者（入院、宿泊療養、自宅療養の患者）を、国が示した方法に基づき算出した上で検討。

1. 患者の療養先の確保

- ・ 予定入院・手術の延期等緊急的な病床確保方策の策定
- ・ 健康管理を強化した宿泊療養施設の稼働
- ・ 自宅等で療養とならざるを得ない方への健康観察体制の確保（パルスオキシメーターの活用、往診・オンライン診療・訪問看護等による地域の医療機関での健康観察・健康管理）等

2. 患者の入院・療養調整の体制確保

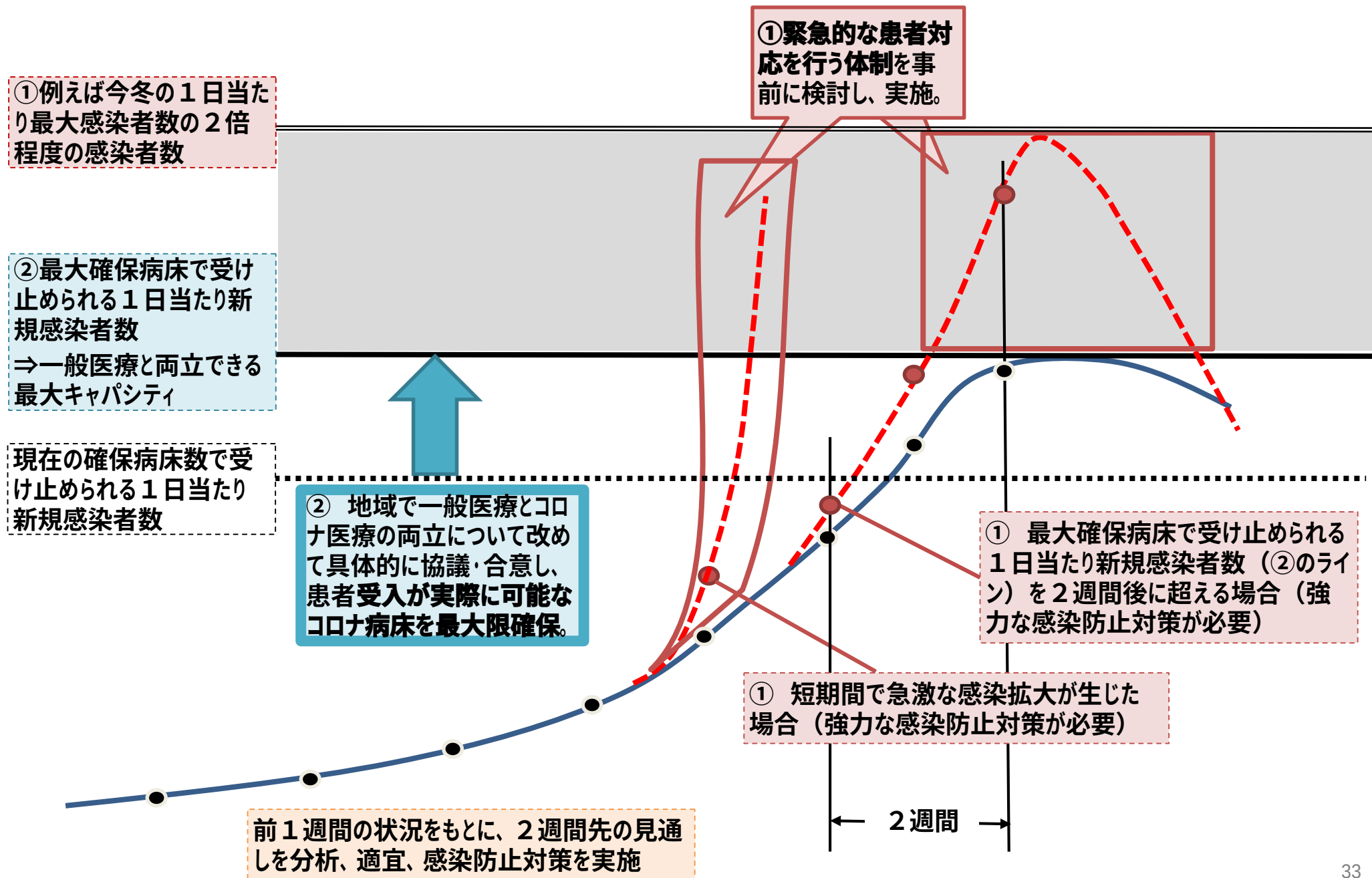
- ・ 保健所・都道府県調整本部における入院・療養調整業務に係る**応援体制の整備** 等
- ・ 入院・療養調整の業務フローの見直し（入院・療養先調整を調整本部で一括実施、調整本部の体制強化 等）

- ② これまでの取組に加え、地域で一般医療との両立も含めたコロナ医療について改めて具体的に協議・合意し、**患者受入が実際に可能な病床を最大限確保**。その際、昨夏の療養者数の推計を基本としつつ、**現在の確保病床以上で見直す**こととし、医療機関間の役割分担の徹底、医療従事者確保、後方支援病院確保などにより、実効性のある病床を最大限積み上げ、**5月中**に病床・宿泊療養施設計画を見直し。

医療提供体制整備後の運用（Ⅱ章）

- **一連の患者対応の状況や一般医療への影響度合い**に関する確認項目を国が示し、これに基づき、各都道府県が、状況を**確認し改善できる体制を構築**。（療養先調整中件数、後方支援医療機関への待機件数等により患者フローの目詰まりの状況、救急搬送困難事例件数やICUの使用率等により一般医療への影響度合いを確認。）
- 新規感染者数の増加傾向が2週間継続した場合の**モニタリング**を行い、感染防止対策に反映。
②で最大限積み上げた病床を超える場合や、短期間で急激な感染拡大が生じた場合には①の**緊急的な患者対応を行う体制に切り替え**。（強力な感染防止対策が必要）

今後の感染拡大に備えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について（イメージ）



新型コロナウイルス感染症に対応する医療機関等への支援策（主なもの）

一次補正（令和2年4月30日成立） [1,490億円]

（医療提供体制整備等の緊急対策）

- ① 新型コロナ緊急包括支援交付金の創設
- ② 診療報酬の特例的な対応（重症の新型コロナ患者への一定の診療の評価を2倍に引上げ等） ※4/24予備費
- ③ 福祉医療機構の優遇融資の拡充（以降、累次の対応）

二次補正（令和2年6月12日成立） [16,279億円]

（事態の長期化に対応した広範な対応）

- ① 新型コロナ緊急包括支援交付金の増額及び対象拡大
 - ・ 重点医療機関（新型コロナ患者専用の病院や病棟を設定する医療機関）の病床確保等
 - ・ 患者と接する医療従事者等への慰労金の支給
 - ・ 新型コロナ疑い患者受入れのための救急・周産期・小児医療機関の院内感染防止対策
 - ・ 医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援
- ② 診療報酬の特例的な対応（重症・中等症の新型コロナ患者への診療の評価の見直し（3倍に引上げ）等） ※5/26予備費

予備費（令和2年9月15日閣議決定） [11,979億円]

（コロナ受入病院への支援やインフルエンザ流行期への備え）

- ① 新型コロナ患者を受け入れる特定機能病院等の診療報酬・病床確保料の引上げ
- ② インフルエンザ流行期への備え 国による直接執行
 - ・ インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援
 - ・ インフルエンザ流行期に新型コロナ疑い患者を受け入れる救急医療機関等の支援
- ③ 医療資格者等の労災給付の上乗せを行う医療機関への補助 国による直接執行

三次補正（令和3年1月28日成立） [13,532億円]

（病床の確保や、小児科を含む地域の医療機関への支援）

- ① 診療報酬の特例的な対応による新型コロナからの回復患者の転院支援
- ② 重点医療機関への医師・看護師等派遣の支援強化（既存予算により対応）
 - ・ 医師：1時間7,550円→15,100円 / 医師以外の医療従事者：1時間2,760円→5,520円 / 業務調整員：1時間1,560円→3,120円
- ③ 診療報酬の特例的な対応による小児科等への支援
- ④ 診療・検査医療機関の感染拡大防止等の支援（診療・検査医療機関：100万円） 国による直接執行
- ⑤ 医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援 国による直接執行
 - ・ 病院・有床診療：25万円＋5万円×許可病床数 / 無床診療：25万円 / 薬局・訪問看護ステーション・助産所：20万円
- ⑥ 新型コロナ緊急包括支援交付金の増額（病床や宿泊療養施設等の確保）

予備費（令和2年12月25日閣議決定） [2,693億円]

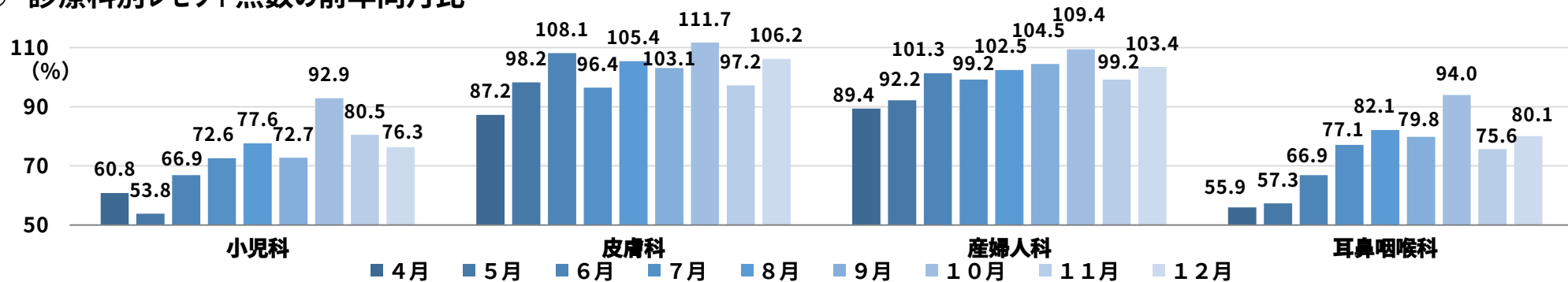
（感染拡大を踏まえた病床確保のための更なる緊急支援）

- 病床が逼迫した都道府県において、確保病床数（※）に応じ以下の金額を補助 国による直接執行 ※ 令和2年12月25日から令和3年5月11日までの最大確保病床数
- ・ 重症者病床数×1,500万円 / その他の患者又は疑い患者用病床数×450万円

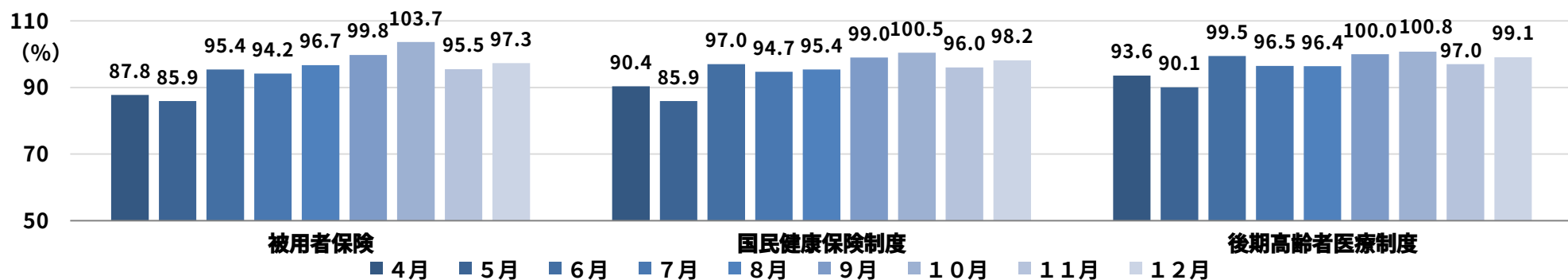
- ＋ 緊急事態宣言が発令された都道府県においては、以下の金額を上乗せ（令和3年1月7日要綱改正）
- ・ 令和2年12月25日以降新たに割り当てられた確保病床数×450万円（緊急事態宣言が発令されていない都道府県も、新規割り当て病床は300万円を上乗せ）

新型コロナウイルス感染症による医療機関の収入の変化

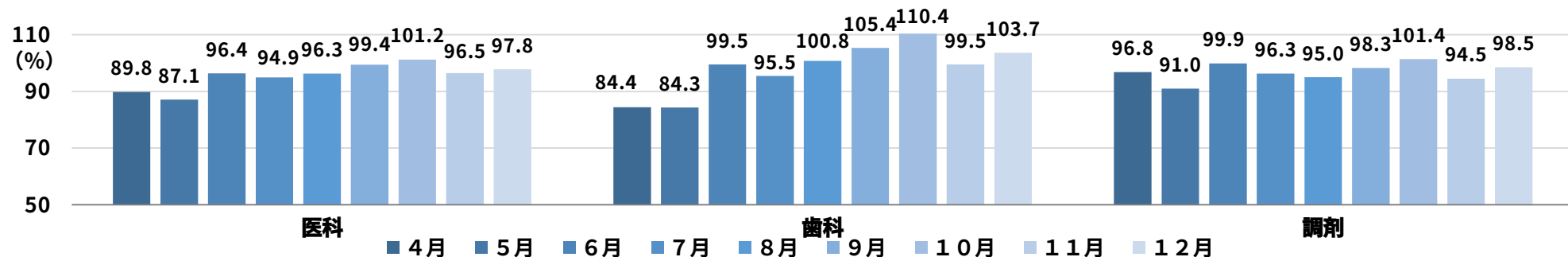
○ 診療科別レセプト点数の前年同月比



○ 制度別レセプト点数の前年同月比



○ 診療種類別レセプト点数の前年同月比



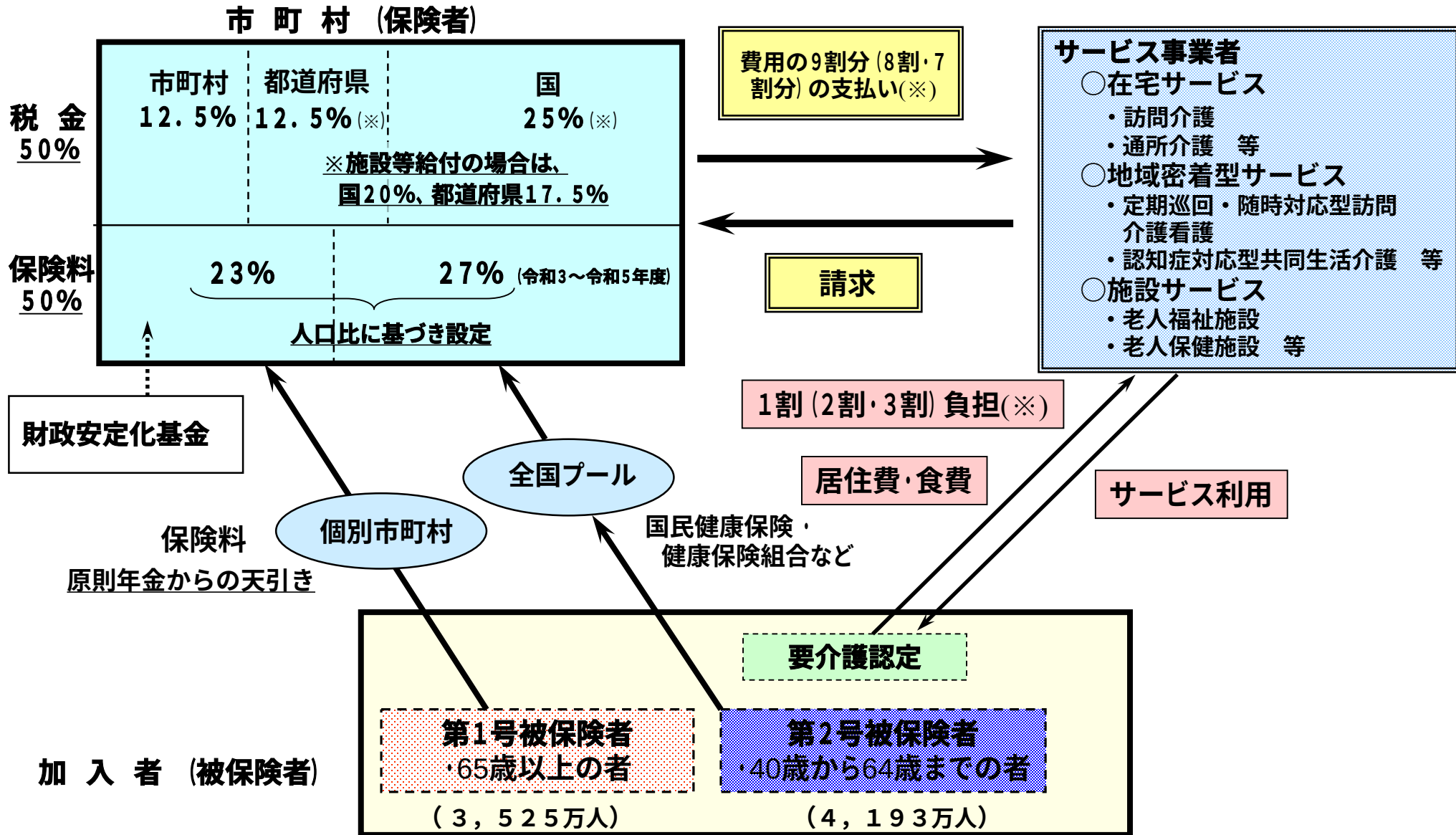
※ 1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報による点数を基に、厚生労働省で前年同月比を機械的に算出。

※ 2 再審査等の調整前の数値。

(出所) 厚生労働省 社会保障審議会 医療保険部会資料

4. 介護・障害

介護保険制度の仕組み



(注) 第1号被保険者の数は、「介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成30年度末現在の数である。

第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、令和元年度内の月平均値である。

(※) 一定以上所得者については、費用の2割負担 (平成27年8月施行) 又は3割負担 (平成30年8月施行)。

介護保険費用の推移

第1期

第2期

第3期

第4期

第5期

第6期

第7期

第8期

総費用及び1号保険料（全国平均）の推移

※棒グラフの上部の数字は地域支援事業の事業費。
(2006年4月、介護予防を行う地域支援事業を創設。
2015年度より、要支援1・2の介護予防給付の
一部が新しい総合事業に移行。)

1号保険料
(全国平均、月額)

2,911円

3,293円

4,090円

4,160円

4,972円

5,514円

5,869円

7,200円

約2倍

総費用
約4倍

2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 ... 2025 (年度)

(注) 2000～2018年度は実績、2019～2021年度は予算ベース。地域支援事業の事業費は、予算ベース。
2025年度については、「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」（内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 2018年5月21日）の推計値（保険料は2018年度賃金換算）。

利用者負担の推移

1割

1割

2割

2割

3割

介護報酬改定

▲2.3%
2003年度

▲0.5%
[▲2.4%]
2006年度

+3.0%
2009年度

+1.2%
2012年度

+0.63%
2014年度

▲2.27%
2015年度

+1.14%
2017年度

+0.54%
2018年度

+2.13%
2019年度

+0.7%
2021年度

※【 】は05年度
改定を含めた率

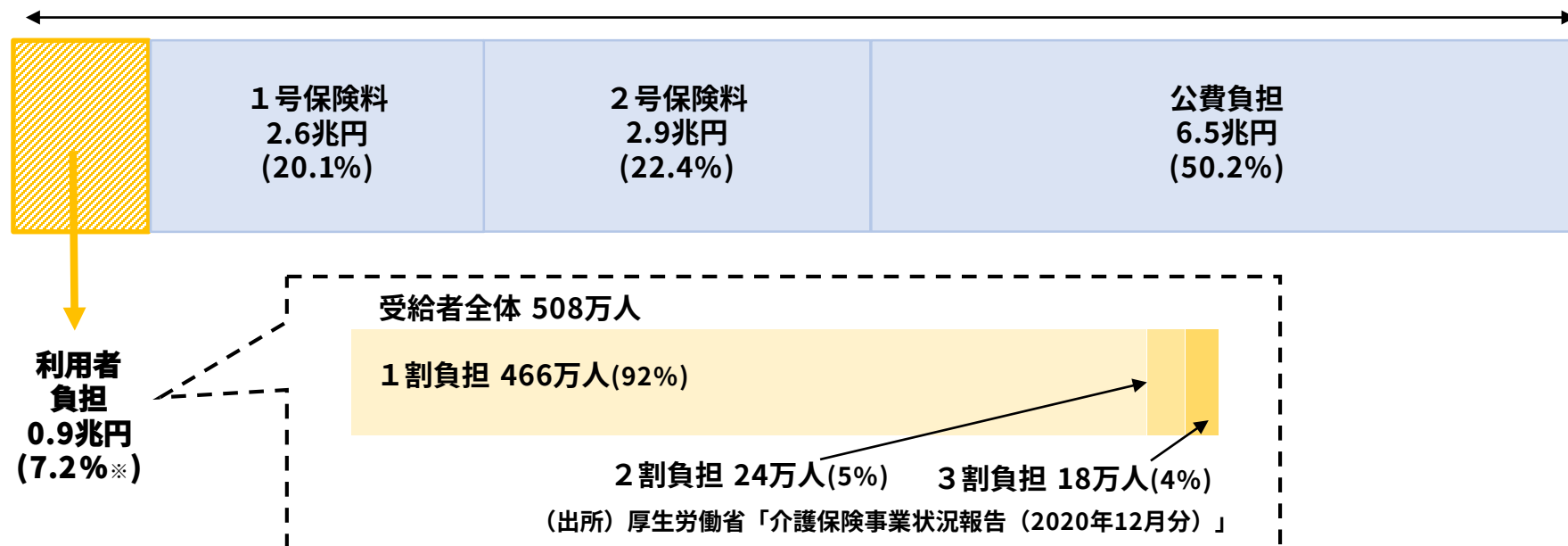
処遇改善交付金（1.5万円分）
（09補正：基金（～2011末））

報酬へ移行

利用者負担の現状と保険料負担の見通し

◆利用者負担の現状

介護保険費用 約12.8兆円（2021年度予算）



※ 高額介護サービス費の影響等により、実効的な自己負担率は1割を下回る。

◆保険料負担の見通し

	2018年度	2025年度	2040年度
1号保険料	約5,900円	約7,200円	約9,200円
2号保険料 (市町村国保)	約2,800円	約3,500円	約4,400円

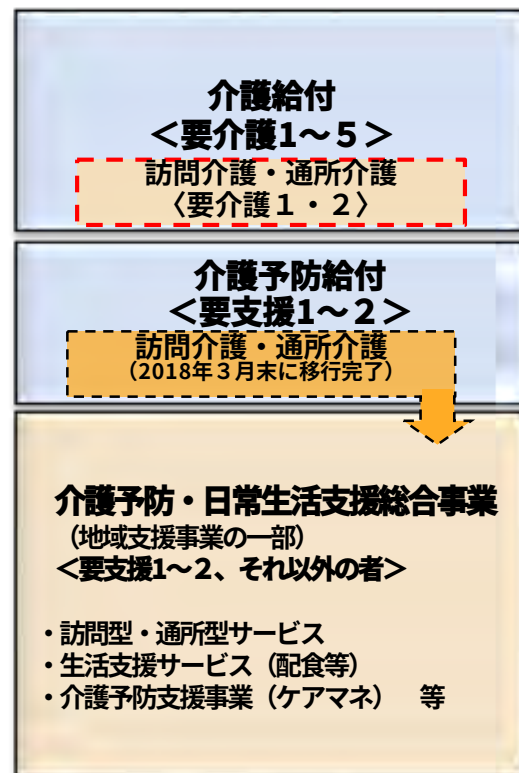
(注) 1号保険料は65歳以上の第1号被保険者が納める保険料であり、2号保険料は40歳以上65歳未満の第2号被保険者が納付する保険料である。

(出所) 「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」（内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 2018年5月21日）

軽度者へのサービスの地域支援事業への移行等

- 要支援者に対する訪問介護、通所介護については、地域の実情に応じた多様な主体による効果的・効率的なサービス提供を行う観点から、地域支援事業へ移行したところ（2018年3月末に移行完了）。
- 要介護1・2への訪問介護・通所介護についても、生活援助型サービスをはじめとして、全国一律の基準ではなく地域の実情に合わせた多様な人材・多様な資源を活用したサービス提供を可能にすることが効果的・効率的ではないか。
- 要介護1・2への訪問介護・通所介護についても地域支援事業への移行を検討し、生活援助型サービスをはじめとして、全国一律の基準ではなく地域の実情に合わせた多様な人材・多様な資源を活用したサービス提供を可能にすべき。

◆介護給付と地域支援事業



サービスの種類・内容・人員基準・単価等が全国一律

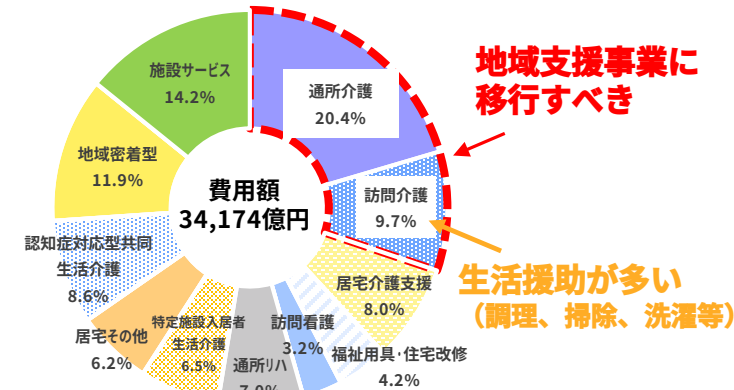
- (例)
- ・介護職員2人以上
 - ・1人あたり3㎡以上

地域の実情に応じ、住民主体の取組など効果的・効率的なサービス提供を実施

- (例)
- ・人員基準なし（ボランティア可）
 - ・面積制限なし

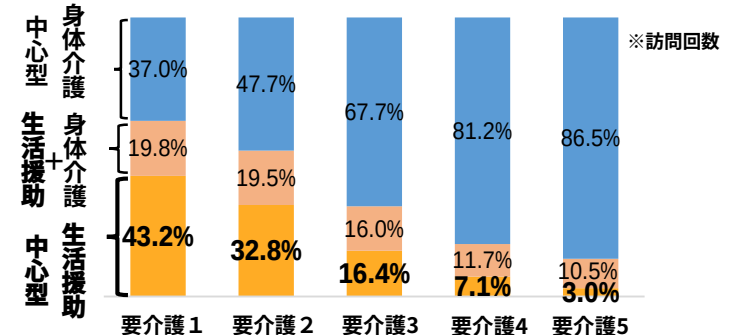
(注) いずれも、財源構成は、国25%、都道府県12.5%、市町村12.5%、1号保険料23%、2号保険料27%。

◆要介護1・2への介護費用



(出所) 厚生労働省「2018年度 介護保険事業状況報告年報」

◆訪問介護サービスの提供状況



(出所) 厚生労働省「介護給付費等実態調査」(2018年5月～2019年4月審査分)

サ高住等における適正なサービス提供の確保

- サービス付き高齢者向け住宅等における適正なサービス提供を確保する観点から、事業所指定の際の条件付け（利用者の一定割合以上を併設集合住宅以外の利用者とする等）や家賃・ケアプランの確認などを通じて、自治体による更なる指導の徹底を図る。【省令改正、通知改正】

訪問系サービス（定期巡回を除く）、通所系サービス（地密通所介護、認デイを除く）、福祉用具貸与

- 事業所と同一の建物に居住する利用者に対してサービス提供を行う場合には、**当該建物に居住する利用者以外に対してもサービス提供を行うよう努めることとする。**【省令改正】
- 事業所を市町村等が指定する際に、**例えば、当該事業所の利用者のうち一定割合以上を当該事業所に併設する集合住宅以外の利用者とするよう努める、あるいはしなければならない等の条件を付することは差し支えないことを明確化する。**【通知改正】

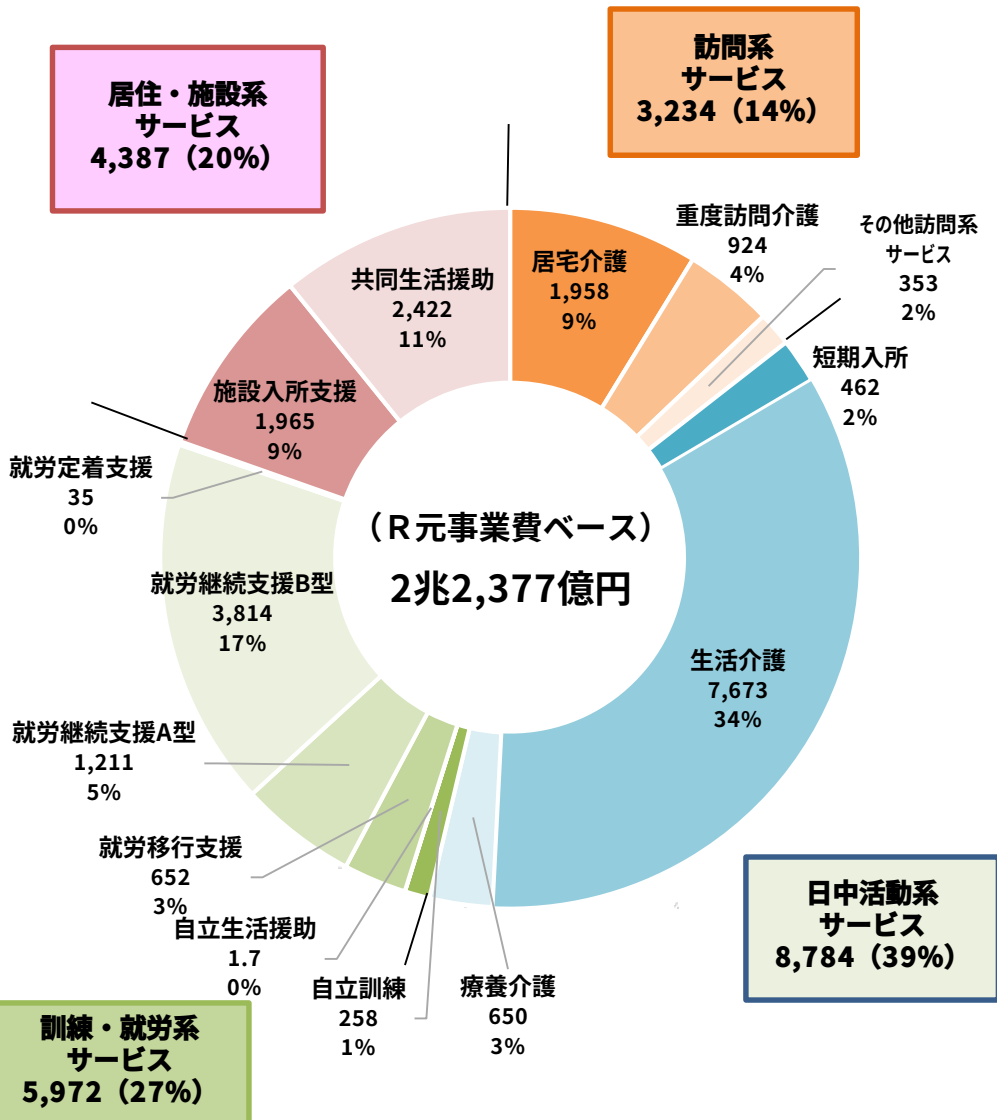
居宅介護支援

- 同一のサービス付き高齢者向け住宅等に居住する者のケアプランについて、**区分支給限度基準額の利用割合が高い者が多い場合に、併設事業所の特定を行いつつ、当該ケアプランを作成する居宅介護支援事業者を事業所単位で抽出するなどの点検・検証**を行う。（※効率的な点検・検証の仕組みの周知期間の確保等のため、10月から施行）
- サービス付き高齢者向け住宅等における家賃の確認や利用者のケアプランの確認を行うことなどを通じて、介護保険サービスが入居者の自立支援等につながっているかなどケアの質の確保の観点も考慮しながら、指導監督権限を持つ自治体による更なる指導の徹底を図る。

障害福祉サービス等の総費用額の内訳

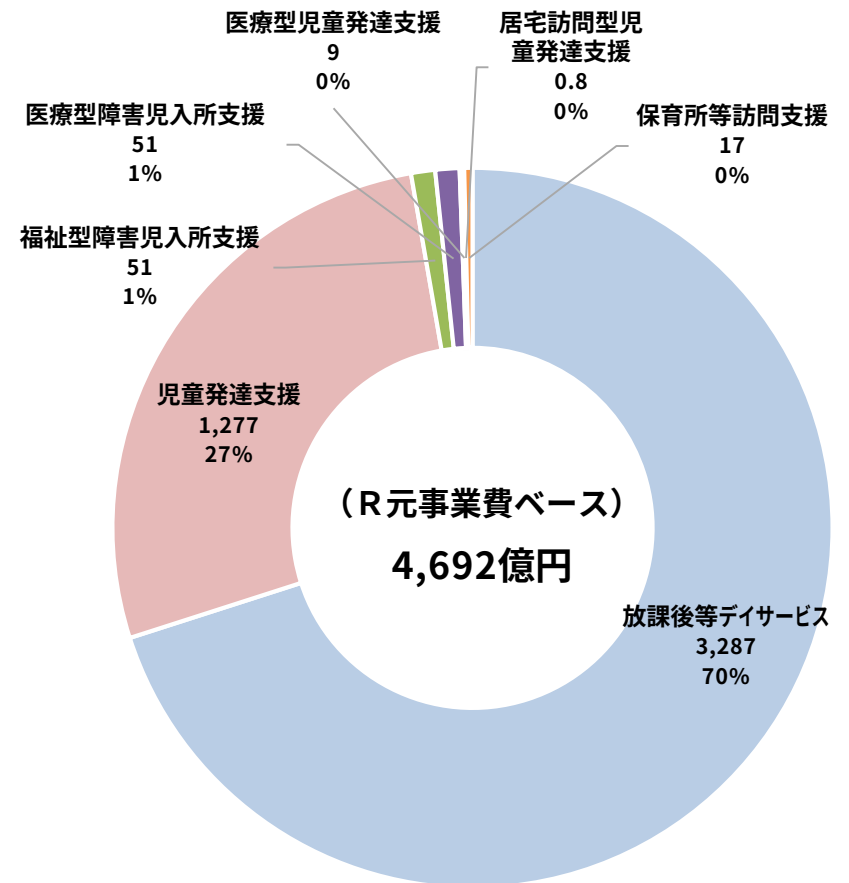
自立支援給付（障害者向けサービス）の内訳

（単位：億円）



障害児施設給付費（障害児向けサービス）の内訳

（単位：億円）

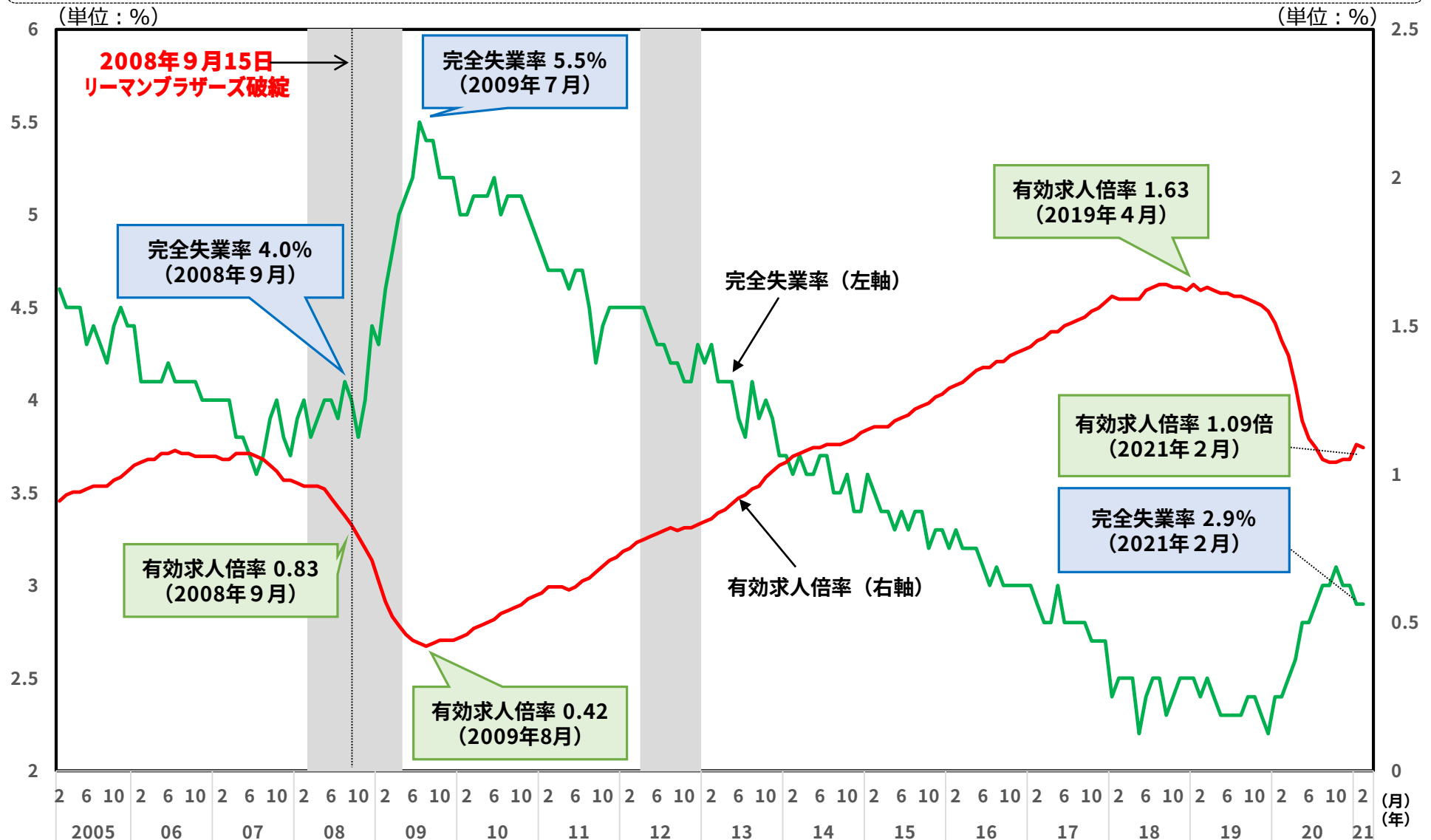


（出所）国保連データを基に作成（計画相談支援、地域相談支援、障害児相談支援を除く）

5. 雇用・生活支援

足下の雇用情勢について

- 足下の雇用情勢は、求人が求職を上回って推移しているものの、求人が弱含んでおり、求職者が引き続き高水準にあることもあいまって、厳しさがみられる。有効求人倍率が1倍を下回る地域がある等、新型コロナウイルス感染症が雇用に与える影響に、より一層注意する必要がある。
- なお、リーマン・ブラザーズの経営破綻（2008年9月15日）後には、完全失業率は10ヶ月で4.0%→5.5%にまで悪化し、有効求人倍率は11ヶ月で0.83倍→0.42倍に低下した。



(出所) 総務省「労働力調査」、厚生労働省「職業安定業務統計」により作成
(注) 完全失業率及び有効求人倍率は季節調整値。シャドー部分は景気後退期。

重層的なセーフティネットによる新型コロナへの対応 (主なもの)

雇用調整助成金の特例措置 (広義) 1.5兆円 (特会財源含め4.1兆円)

※予算額は令和2年度における補正予算や予備費等による追加額

- 上限額の引上げ (1日 8,370円⇒15,000円) とともに、労働保険特別会計に一般会計から繰入。助成率最大10/10
- 短時間労働者 (雇用保険被保険者以外) の休業にも給付 (緊急雇用安定助成金)
- 休業手当を受け取っていない労働者が直接申請する新型コロナウイルス感染症対応休業支援金・給付金の創設 (中小企業の労働者に加え、大企業のシフト制労働者等も対象)

失業等給付の基本手当の給付延長

- 基本手当の給付日数の延長に関する特例 (最大60日延長)

求職者支援制度の特例

- 職業訓練受講給付金の収入要件の特例措置 (月收入8万円以下⇒シフト制で働く方等は月收入12万円以下に引上げ)
- 同給付金の出席要件の緩和 (出勤日をやむを得ない欠席とする)
- 求職者支援訓練・公共職業訓練の訓練期間や訓練内容の多様化・柔軟化

緊急小口資金等の特例貸付 1.5兆円

- 緊急・一時的な生計維持のため必要とする世帯に、緊急小口資金を貸付 (最大20万円)
- 収入減少や失業等により生活に困窮し、日常生活の維持が困難となっている世帯に総合支援資金を貸付 (2人以上世帯の場合最大20万円×3か月。3か月延長可。さらに貸付が終了した世帯に再貸付 (3か月) も可能)
- 償還時において、なお所得の減少が続く住民税非課税世帯の償還を免除

住居確保給付金の特例 319億円 (公費ベース426億円)

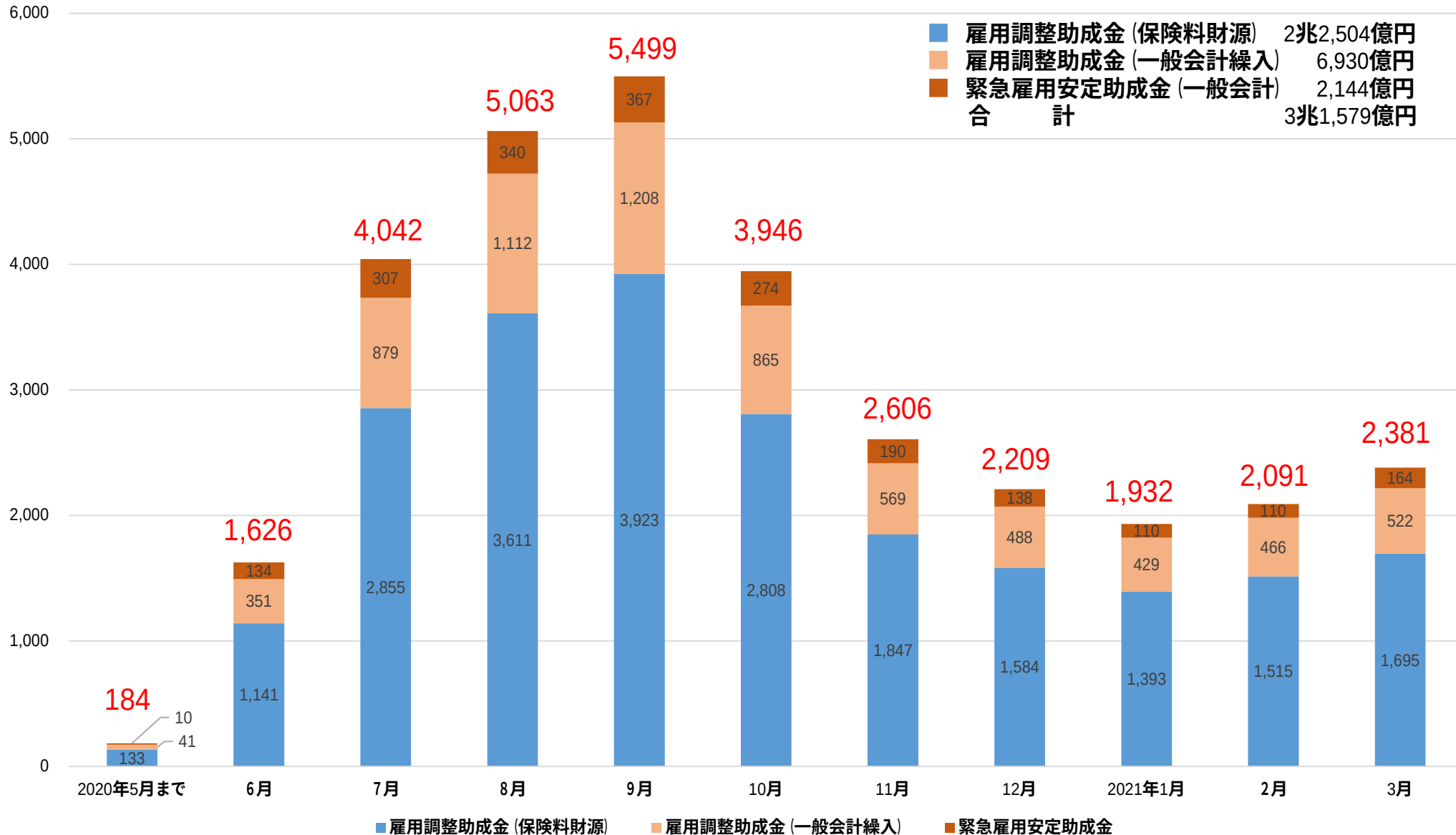
- 離職・廃業後2年以内の者に加え、給与等を得る機会が減少し離職や廃業と同程度の状況にある者も対象化
- 支給期間は最長9か月までのところ、令和2年度に新規に受給を開始した者については、最長12か月まで支給可能
- 解雇以外の休業等に伴う収入減少等の場合でも、再支給を可能としている (3か月間)

生活保護制度の弾力的運用

- 生活保護の要否判定における扶養照会などの弾力的な運用

雇用調整助成金の執行実績 (支給決定額)

単位: 億円



(注) 「5月まで」は5月29日まで、「6月」は5月30日～7月3日、「7月」は7月4日～7月31日、「8月」は8月1日～8月28日、「9月」は8月29日～10月2日、「10月」は10月3日～10月30日、「11月」は10月31日～11月27日、「12月」は11月28日～1月1日、「1月」は1月2日～1月29日、「2月」は1月30日～2月26日、「3月」は2月27日～3月31日までの実績。一般会計繰入分は推計値。

概要

新型コロナウイルス感染症及びそのまん延防止の措置の影響により休業させられた労働者のうち、休業手当の支払いを受けることができなかった方に対し、当該労働者の申請により、新型コロナウイルス感染症対応休業支援金・給付金を支給する。

主な内容

1 対象者

新型コロナウイルス感染症及びそのまん延のための措置の影響により、

- (1)令和2年4月1日から緊急事態宣言が全国で解除された月の翌月末までに事業主が休業させた中小企業の労働者
 - (2)令和2年4月1日から6月30日まで及び令和3年1月8日以降（令和2年11月7日以降に時短要請を発令した都道府県はそれぞれの要請の始期以降）に事業主が休業させた大企業のシフト労働者等
- のうち、休業期間中の賃金（休業手当）の支払いを受けることができなかった労働者（※）

※ 雇用保険被保険者ではない方も対象

2 支援金額の算定方法

休業前の1日当たり平均賃金 × 80%※ × （各月の日数（30日又は31日）－就労した又は労働者の事情で休んだ日数）

① 1日当たり支給額（11,000円が上限）

② 休業実績

※ (2)のうち、令和2年4月1日から6月30日までの休業については60%

3 申請期限

対象者	休業した期間	申請期限（郵送の場合は必着）
(1)	令和2年10月～12月	令和3年5月31日（月）
	令和3年1月～4月	令和3年7月31日（土）
(2)	全対象期間	

※中小企業の労働者が令和2年4月～9月に休業した場合であっても、

・10/30に公表したリーフレットの対象者は、令和3年5月31日(月)までに、

・既申請分の支給（不支給）決定に時間がかかり、次回以降の申請が期限切れとなる方は、支給（不支給）決定が行われた日から1か月以内に、申請があれば、制度を知った時期にかかわらず受付可能。

新型コロナウイルス感染症等の影響に対応した給付日数の延長に関する特例について

「新型コロナウイルス感染症等の影響に対応するための雇用保険法の臨時特例等に関する法律」に基づき、雇用保険の基本手当の給付日数の延長に関する特例が設けられました。

対象となる方

離職日に応じて以下に該当し、法施行日（令和2年6月12日）以後に基本手当の所定給付日数を受け終わる方が対象。
また、令和3年1月7日以降の緊急事態宣言の発令に伴い、発令地域にお住まいの方は離職日に対応する期間は下線のとおり。

離職日	対象者
〈緊急事態宣言発令以前〉 ～令和2年4月7日 ～令和3年1月7日※1	離職理由を問わない（全受給者）
〈緊急事態宣言発令期間中〉 令和2年4月8日～令和2年5月25日 令和3年1月8日～令和3年3月21日	特定受給資格者※2及び特定理由離職者※3
〈緊急事態宣言解除後〉 令和2年5月26日～ 令和3年3月22日～	新型コロナウイルス感染症の影響により離職を余儀なくされた 特定受給資格者及び特定理由離職者（雇止めの場合に限る）

※1 お住まいの地域を発令地域として指定する公示がされた日において受給資格者の方が対象です。

※2 特定受給資格者：倒産・解雇等の理由により離職を余儀なくされた者

※3 特定理由離職者：①期間の定めのある労働契約が、更新を希望したにもかかわらず更新されなかったことにより離職した者
②転居、婚姻等による自己都合離職者

※4 就職困難者の方は、当初から所定給付日数が長いため、対象となりません。

※5 特例延長給付を受けている方が再度特例延長給付を受けることはできません。

延長される日数 60日（一部30日※）

※35歳以上45歳未満の方で所定給付日数270日の方
45歳以上60歳未満の方で所定給付日数330日の方

求職者支援制度への特例措置の導入（9月末までの時限措置）

● 職業訓練受講給付金の収入要件の特例措置

月收入8万円以下 → シフト制で働く方等は月收入12万円以下に引き上げ

※1 シフト労働賃金、兼業・副業収入、感染症対策等業務に係る地方自治体等による臨時的雇用収入、変動的な自営業収入等と固定収入（8万円以下である場合に限る）の合計が12万円以下である場合に支給

※2 収入には、特定の用途・目的のために支給される手当・給付（児童扶養手当、児童手当、新型コロナウイルス感染症対応休業支援金・給付金等）は含まれないこととされている

● 職業訓練受講給付金の出席要件の緩和

働きながら訓練を受ける場合、出勤日をやむを得ない欠席とする

※ 「やむを得ない欠席」とは、病気、子供の看護等による欠席（訓練実施日の2割まで認められる）

職業訓練の強化

● 就職に役立つ求職者支援訓練・公共職業訓練の訓練期間や訓練内容の多様化・柔軟化

	求職者支援訓練	公共職業訓練
訓練期間	2月から6月⇒ 2週間から6月に緩和	標準3月 ⇒ 1月から2月のコースを創設
訓練時間	原則100時間以上 ⇒ 月60時間以上に緩和	標準月100時間 ⇒ 月60時間以上に緩和
オンライン訓練	オンライン訓練の設定を促進する	

個人向け緊急小口資金等の特例貸付の実施

【緊急小口資金】（一時的な資金が必要な方 [主に休業された方]）

	本則	特例措置
貸付対象者	緊急かつ一時的な生計維持のための貸付を必要とする <u>低所得世帯</u> 等	<u>新型コロナウイルス感染症の影響を受け、休業等により収入の減少があり、緊急かつ一時的な生計維持のための貸付を必要とする世帯</u>
貸付上限	10万円以内	<u>学校等の休業、個人事業主等（※1）の特例の場合、20万円以内</u> <u>その他の場合、10万円以内</u>
据置期間	2月以内	<u>1年以内（※2）</u>
償還期限	12月以内	<u>2年以内</u>
貸付利子	無利子	<u>無利子</u>

【総合支援資金（生活支援費）】（生活の立て直しが必要な方 [主に失業された方等]）

	本則	特例措置
貸付対象者	低所得世帯であって、収入の減少や失業等により生活に困窮し、日常生活の維持が困難となっている世帯	<u>新型コロナウイルス感染症の影響を受け、収入の減少や失業等により生活に困窮し、日常生活の維持が困難となっている世帯</u>
貸付上限	(二人以上) 月20万円×3月以内＝60万円以内 (単身) 月15万円×3月以内＝45万円以内	同左 (再貸付あり(注2))
据置期間	6月以内	<u>1年以内（※2）</u>
償還期限	10年以内	同左
貸付利子	保証人あり：無利子 保証人なし：年1.5%	<u>無利子</u>

※1 世帯員の中に個人事業主等がいること等のため、収入減少により生活に要する費用が不足するとき

※2 令和4年3月末以前に償還時期が到来する予定の貸付に関しては、令和4年3月末まで延長。

注1 総合支援資金（生活支援費）については、申請の際に、償還開始までに自立相談支援機関からの支援を受けることに同意することをもって、貸付を行う。

注2 令和3年3月末までに申請した特例措置においては、貸付3月目においても日常生活の維持が困難な場合、更に3月以内（60万円以内）追加で貸付を行うことができる（延長貸付）。また、令和3年6月末までの間に、緊急小口資金及び総合支援資金の貸付が終了した世帯は、自立相談支援機関による支援を受けることを要件として、再貸付（3月以内 60万円以内）を実施する。

償還免除について

償還時において、なお所得の減少が続く住民税非課税世帯の償還を免除することができることとし、生活に困窮された方の生活にきめ細かに配慮する。

資金種類ごとに判定し、一括免除	確認対象 ・ 緊急小口資金 ・ 総合支援資金（初回貸付分） ・ 総合支援資金（延長貸付分） ・ 総合支援資金（再貸付分）	： 令和3年度又は令和4年度の住民税非課税 ： 令和3年度又は令和4年度の住民税非課税 ： 令和5年度の住民税非課税 ： 令和6年度の住民税非課税	住民税非課税を確認する対象は、借受人及び世帯主。
-----------------	---	---	---

特例措置の新規申請受付期限を令和3年3月末から令和3年6月末へ延長。（総合支援資金の延長貸付については、令和3年3月末までに初回貸付を申請した世帯をもって終了する。）

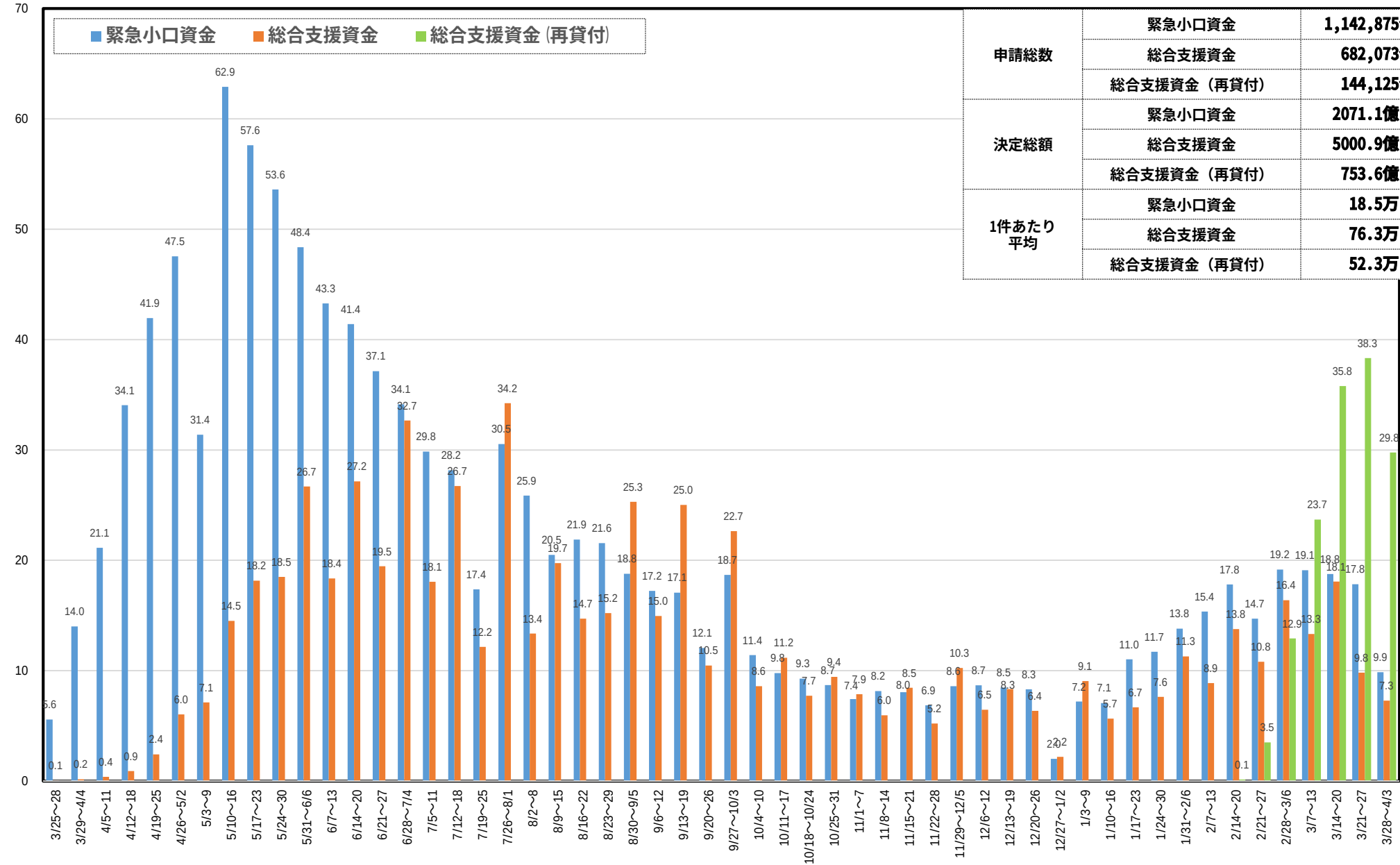
緊急小口資金、総合支援資金の申請件数の推移

申請件数 (千件)

令和3年4月7日現在（速報値）



申請総数	緊急小口資金	1,142,875件
	総合支援資金	682,073件
	総合支援資金 (再貸付)	144,125件
決定総額	緊急小口資金	2071.1億円
	総合支援資金	5000.9億円
	総合支援資金 (再貸付)	753.6億円
1件あたり平均	緊急小口資金	18.5万円
	総合支援資金	76.3万円
	総合支援資金 (再貸付)	52.3万円



※直近週の件数については、速報値のため変動する可能性があります。

住居を失うおそれのある困窮者への住居確保給付金の支給

- 新型コロナウイルス感染症の影響による休業等に伴う収入減少等により、住居を失うおそれが生じている方等に対して、住居確保給付金を支給することにより、安定した住まいの確保を支援する。

【実施主体】 都道府県・市・区等（福祉事務所設置自治体、905自治体）

【補助率】 3／4

【支給対象者】 ①離職・廃業後2年以内の者

②給与等を得る機会が当該個人の責に帰すべき理由・当該個人の都合によらないで減少し、離職や廃業と同程度の状況にある者

※令和2年4月20日省令改正により支給対象者を拡大

【支給要件】 ・収入要件：世帯収入合計額が①と②の合計額を超えないこと。

① 市町村民税均等割が非課税となる収入額の1/12

② 家賃額（但し住宅扶助特別基準額を上限とする）

※東京都特別区の収入要件（目安）：単身世帯：13.8万円、2人世帯：19.4万円、3人世帯：24.1万円

・資産要件：世帯の預貯金の合計額が上記①の6月分を超えないこと（但し100万円を超えない額）

※東京都特別区の資産要件（目安）：単身世帯：50.4万円、2人世帯：78万円、3人世帯：100万円

・求職活動等要件：公共職業安定所に求職の申込をし、誠実かつ熱心に求職活動を行うこと

【支給額】 家賃額（但し住宅扶助特別基準額を上限とする）

※東京都特別区の支給額（目安）：単身世帯：53,700円、2人世帯：64,000円、3人世帯：69,800円

【支給期間】 原則3か月（求職活動等を誠実にやっている場合は3か月延長可能（最長9か月まで））

【支給方法】 賃貸住宅の賃貸人又は不動産媒介事業者等への代理納付

10か月目以降の延長を申請しようとする場合は、3月分を超えないこと（但し、50万円を超えない額）とする

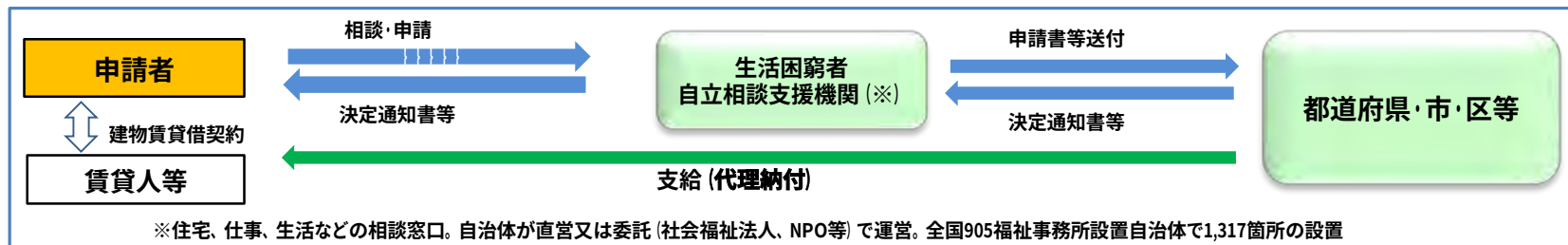
【支給対象者】②による受給者については、再延長期間（～9か月目）までは求職の申込は求めない

令和2年度に新規に申請し、受給を開始した者については、特例として、最長12か月まで再々延長が可能

令和3年6月末までの間、特例として、解雇以外の休業等に伴う収入減少等の場合でも、3か月間の再支給が可能。

※「非正規雇用労働者等に対する緊急支援策」（3月16日）において3月末から6月末への延長を発表

【事業スキーム】



新型コロナウイルス感染症対策に伴う生活保護における対応について

- 生活保護制度を適切に運用する上で特に留意が必要な事項として、主に以下につき、随時、事務連絡^(※)により周知

(※) 令和2年3月10日、4月7日、5月8日、5月26日、9月11日、令和3年1月7日、1月29日、2月26日付けで事務連絡を発出。

- 申請権の侵害の防止 (いわゆる「水際対策」をしない)、速やかな保護決定

- スムーズな就労再開のため、資産の保有等の柔軟な取扱い (通勤用自動車や自営業用の資産の一時的な保有)

- ・ 新たに民間保険も同様に取扱う旨を周知 (1月29日付け)
- ・ 基準よりも高い家賃の住居にそのまま住み続けたい希望があれば、一定の場合に一時的に引越ししなくてよい取扱い (転居指導の留保) (2月26日付けで事務連絡を発出)

- 就労の場がない場合は、稼働能力の活用の判断を留保

- 扶養照会の運用の弾力化

扶養照会を行わない例について、以下のとおり弾力化。(2月26日付けで通知・事務連絡の改正、事務連絡の発出)

- ・ [改正前] 「生活保護受給者の生活歴に特別の事情がある場合」として、「20年間音信不通」を例示

⇒ 「著しい関係不良」の場合として整理

(具体例として、「親族に借金を重ねている」、「相続をめぐり対立している」、「縁が切られている」を例示)

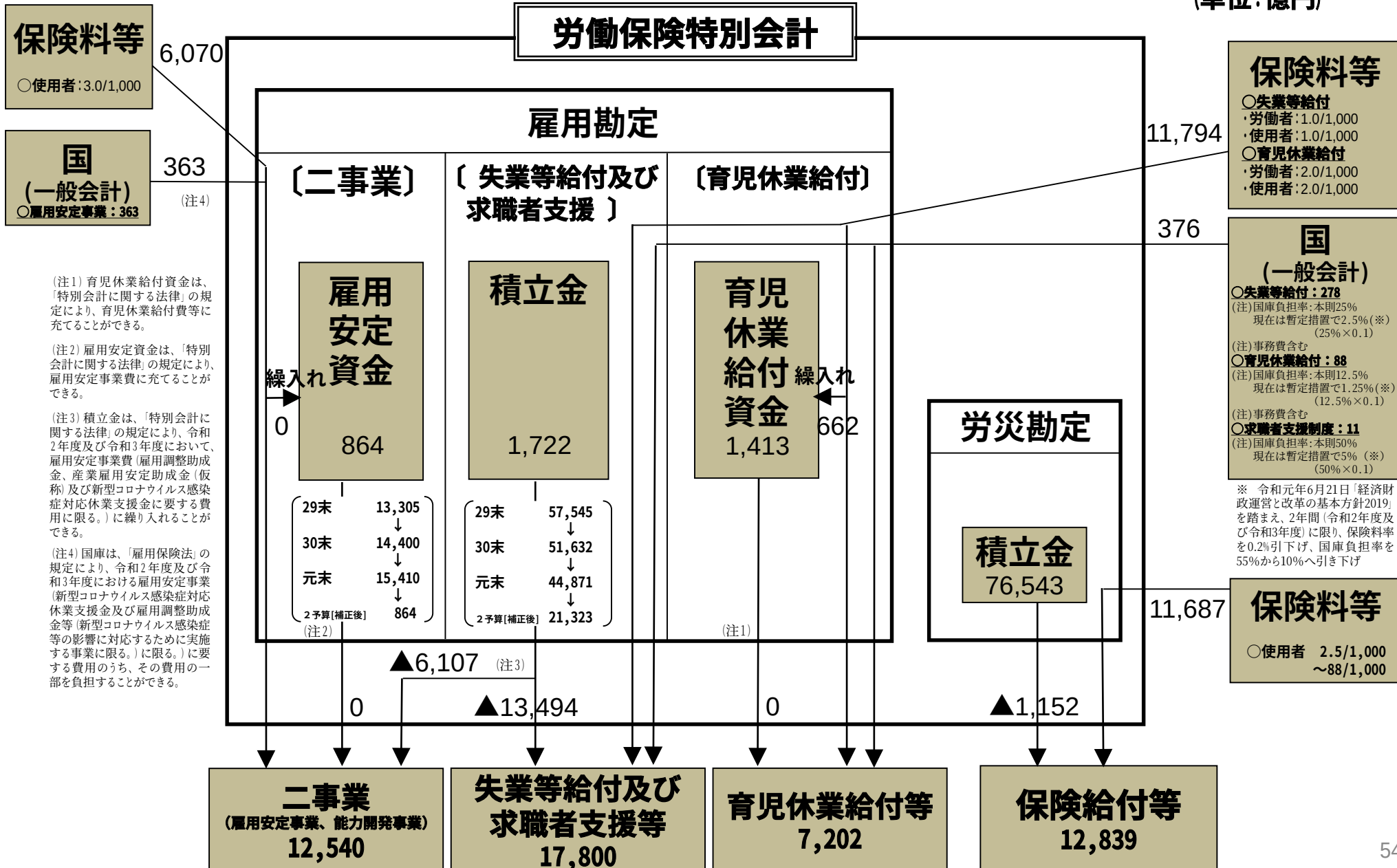
⇒ 「20年音信不通」は、「著しい関係不良」の具体例のひとつとして「一定期間 (例えば10年程度)」と例示

- ・ [改正前] DVのみを例示 ⇒ DVの他に虐待等の場合を例示として追加

- 生活困窮者自立支援制度の窓口と福祉事務所の窓口の連携

令和3年度 労働保険特別会計の概要

(単位:億円)



雇用保険財政の状況① 失業等給付

(単位：億円)

	令和元年度	令和2年度				令和3年度
	決算	当初予算	一次補正後	二次補正後	三次補正後予算	予算
収 入	11,386	4,213	4,218	4,277	4,277	4,306
うち 保 険 料 収 入 ※1	11,099	4,008	4,008	4,008	4,008	4,006
うち 失業等給付に係る 国 庫 負 担 金 ※2	230	180	180	239	239	270
支 出	18,148	14,394	14,501	17,028	17,028	17,800
(うち 失 業 等 給 付 費)	(16,626)	(12,481)	(12,481)	(14,843)	(14,843)	(15,772)
差 引 剰 余	▲ 6,762	▲ 10,180	▲ 10,283	▲ 12,751	▲ 12,751	▲ 13,494
積 立 金 残 高	44,871	34,690	34,588	27,120	21,323	1,722
雇 用 安 定 事 業 へ の 貸 出 ※3	—	—	—	▲ 5,000	▲ 5,797	▲ 6,107
(雇用安定事業費への貸出額累計)	—	—	—	(5,000)	(10,797)	(16,904)

※1 令和2年度以降、育児休業給付に係る保険料率(4/1,000)と区分するとともに、令和2年度・令和3年度は暫定的に2/1,000引き下げている(6/1,000)。

その上で、積立金の状況に応じて▲4/1,000の範囲内で変動させることが可能(弾力条項)であり、2/1,000として計上。

※2 令和2年度・令和3年度は暫定的に原則の負担割合(基本手当の場合1/4等)の10/100に引き下げている。

※3 雇用安定資金への貸出額は、各予算編成時点で積立金から貸し出す額を計上している。

雇用保険財政の状況② 雇用保険二事業

(単位：億円)

	令和元年度	令和 2 年度				令和 3 年度
	決算	当初予算	一次補正後	二次補正後	三次補正後予算	予算
収 入	5,735	6,067	6,067	14,239	27,626	12,540
うち 保 険 料 収 入※	5,546	5,878	5,878	5,878	5,878	5,878
うち 一 般 会 計 より 受 入	—	—	—	3,172	10,762	363
うち 積 立 金 より 受 入 (借 り 入 れ)	—	—	—	5,000	10,797	6,107
支 出	4,725	6,921	15,873	27,750	41,172	12,540
うち雇用調整助成金等	43	35	7,537	18,772	32,159	6,667
(雇用調整助成金)	43	35	7,537	14,507	27,849	6,117
(産業雇用安定助成金)	-	-	-	-	45	537
うち 上 記 以 外	4,682	6,886	8,335	8,978	9,014	5,873
差 引 剰 余	1,010	▲ 854	▲ 9,806	▲ 13,511	▲ 13,546	0
安 定 資 金 残 高	15,410	14,556	5,604	1,899	864	864
(うち予算総則第19条に基づく歳入組入れ)	—	—	—	—	▲ 1,000	—

35,882億
(予備費 550億、
安定資金 1,000億、
その他三事業6,483億)

※ 雇用安定資金の状況に応じて▲0.5/1,000の範囲内で変動（弾力条項、原則料率は3.5/1,000）することとされており、3/1,000として計上。