

3 . 医療

総論

効率的で質の高い医療提供体制の整備

診療報酬・薬価

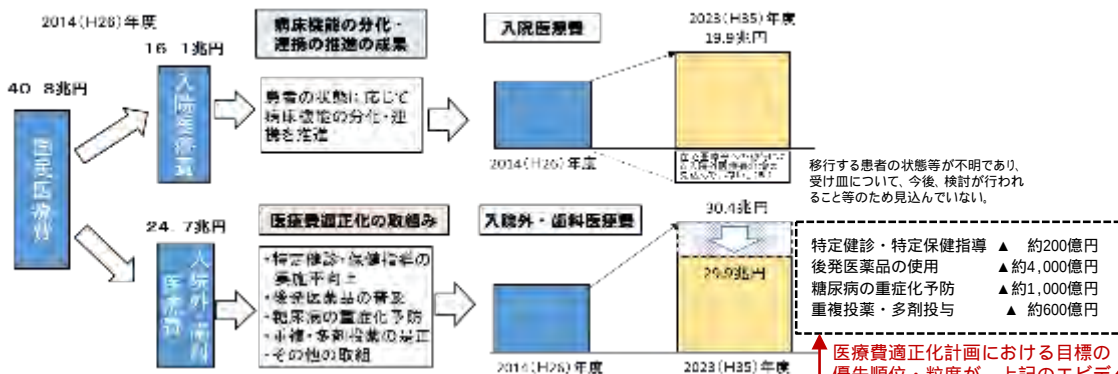
自律的なガバナンスの強化

全世代型社会保障の構築

都道府県医療費適正化計画のあり方の見直し

- これまで述べたとおり、医療費適正化の観点から、医療提供体制を効率化していく視点が不可欠であり、実際、高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高確法」という。）に基づいて都道府県が策定する都道府県医療費適正化計画においては、地域医療構想の取組によって効率的な医療提供体制が実現すれば入院医療費が適正化されることを前提に「医療費の見込み」が計算されている。
- ところが、**都道府県医療費適正化計画**において、医療費適正化のため推進すべき個別の施策としては、**地域医療構想の推進**や**医療の効率的な提供の推進**よりも**「住民の健康の保持の推進」**が重視されている。
- その背景には、**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、既に述べたとおり、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。なお、特定健診・特定保健指導については、一昨年の行政改革推進会議でも事業効果について検証し、在り方を検証することとされている。
- **地域医療構想の推進を必須事項として位置付けることを含め**、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**である。
- とりわけ、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いにもかかわらず、**予防・健康づくりを「医療の効率的な提供」より重視している結果**、都道府県において**「医療の効率的な提供」の推進が図られにくい状況が生じている**。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。
- 都道府県医療費適正化計画において、後発医薬品の使用促進のみならず、**地域フォーミュラの策定、多剤・重複投薬の解消、長期Do処方からリフィル処方への切替え**、都道府県域における公立病院における費用構造の改善など、**「医療の効率的な提供の推進に関し、達成すべき目標」について充実・具体化を図り、都道府県における医療費適正化努力を促していくべきである**。

【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
※表裏裏表は、入院外・後発医薬品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。



医療費適正化計画の目標（国が告示で示しているもの）

	第1期（H20～24）	第2期（H25～H29）	第3期（H30～R5）
住民の健康の保持の推進	・特定健康診査の実施率 ・特定保健指導の実施率 ・メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	・特定健康診査の実施率 ・特定保健指導の実施率 ・メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率 ・たばこ対策	・特定健康診査の実施率 ・特定保健指導の実施率 ・メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率 ・たばこ対策 ・予防接種 ・生活習慣病等の重症化予防の推進 ・その他予防・健康づくりの推進
医療の効率的な提供の推進	・療養病床の病床数 第1期期間中に行わないこととした ・平均在院日数	・平均在院日数の短縮 ・後発医薬品の使用促進	・後発医薬品の使用割合 ・医薬品の適正使用

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。

地域フォーミュラの例（日本海ヘルスケアネット）

地域医療連携推進法人の日本海ヘルスケアネットが、2018年11月に地域フォーミュラを開始。地域の患者に対して有効性、安全性、経済性などの観点から推奨された医薬品リストを示した。

	薬剤名	備考
胃酸の分泌を抑える薬 プロトンポンプ阻害薬 PPI	ランソプラゾール	ジェネリック薬
	ラベプラゾール	
	オメプラゾール	
食後血糖を抑える薬 α-グルコシダーゼ阻害薬 α-GI	ボグリボース	ジェネリック薬
	ミグリトール	
高血圧治療薬 アンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬 ARB	テルミサルタン	第1推奨
	オルメサルタン	第2推奨
	カンデサルタン	第3推奨

※理由
★作用時間が長い
★相互作用が少ない

（出所）日本海ヘルスケアネットウェブサイトより主な例を抜粋

都道府県医療費適正化計画のあり方の見直し

- 都道府県医療費適正化計画においては、現状、計画上の「医療費の見込み」が保険料等の負担と連動せず、かつ、計画期間中診療報酬・薬価改定や制度改革の影響が生じても**更新されない**仕組みとなっている。このような仕組みのもと、第2期医療費適正化計画（平成25年度～平成29年度（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とされるなど、PDCAサイクルはないに等しい。
- このような都道府県医療費適正化計画の形骸化について、当審議会で累次にわたって指摘いただいており、「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付けを見直し、定期改訂をするなど**毎年度のPDCA管理に馴染むもの**とすることは必須の課題である。その他の点を含めた都道府県医療費適正化計画の見直しの方向性は、「経済財政運営と改革の基本方針2021」に盛り込まれており、令和6年度（2024年度）から始まる第4期医療費適正化計画の策定に向け、**着実に高確法の改正に反映させなければならない**。
- その際、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がある。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法制上強化すべきである**。
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」を法制上明示し、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）

	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

経済財政運営と改革の基本方針2021（2021年6月18日）

（医療費適正化関係）

- ・都道府県計画における医療費の見込みについて、定期改訂等の精緻化、保険料率設定の医療費見通しや財政運営の見通しとの整合性の法制的担保
- ・医療費の見込みを医療費が著しく上回る場合の都道府県の役割や責務の明確化
- ・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
- ・先進的な都道府県の優良事例を横展開（適切な課題把握と取組指標の設定、取組指標を踏まえた医療費の目標設定）
- ・都道府県計画の必須事項追加（「医療の効率的な提供の推進」に係る目標、「病床の機能の分化及び連携の推進」）
- ・医療費適正化の取組を都道府県国保運営方針の必須事項に追加
- ・保険者協議会を必置化し、都道府県計画への関与を強化
- ・審査支払機関の業務運営の目的等に、医療費適正化を明記

これらの医療費適正化計画の在り方の見直し等について、第4期医療費適正化計画期間（2024年度から）に対応する都道府県計画の策定に間に合うよう、必要な法制上の措置を講ずる

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

都道府県医療費適正化計画と保険者のあり方

- 医療費適正化における**予防・健康づくりの重視は、保険者のあり方にも影響を与えている。**
- すなわち、保険者にとっては、医療費適正化効果が明確な取組は、保険料負担の抑制を通じ、被保険者全体が裨益することになるため、事業として取り組む正当性が高い。
ところが、予防・健康づくりは、こうした観点からの検証が不十分なまま、各種制度で保険者による取組が強力に推進されており、日本の健診はOECDでも厳しい指摘を受けている。
- もちろん、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し得るものである。ただし、企業等が従業員等の福利厚生のために行う事業や市町村が住民福祉の向上のために行うべき保健事業として推進すべきものであって、**保険者が他の医療費適正化策より優先して行うべき事業として位置づけることは妥当でなく、「保険」と「保健」を徒に混同しないことが求められている。**

保険者における予防・健康づくり等のインセンティブ制度

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（都道府県・市町村）	後期高齢者医療広域連合
手法等	後期高齢者支援金の加算・減算制度 加算率：最大10% 減算率：最大10%	加入者・事業主等の行動努力に係る評価指標の結果を都道府県支部ごとの保険料率に反映	保険者努力支援制度（1,500億円） うち以下の共通指標・独自指標に関する部分は、1,000億円程度。	各広域連合の取組等を特別調整交付金に反映（100億円）
共通指標	特定健診・保健指導、特定健診以外の健診（がん検診、歯科健診など）、 <u>糖尿病等の重症化予防、ヘルスケアポイントなどの個人へのインセンティブ等</u> 、重複頻回受診・重複投薬・多剤投与等の防止対策、後発医薬品の使用促進			
独自指標	・被扶養者の健診実施率向上 ・事業主との連携（受動喫煙防止等） 等の取組を評価	医療機関への受診勧奨を受けた要治療者の医療機関受診率等	保険料収納率向上等	高齢者の特性（フレイルなど）を踏まえた保健事業の実施等

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。

海外の論文等

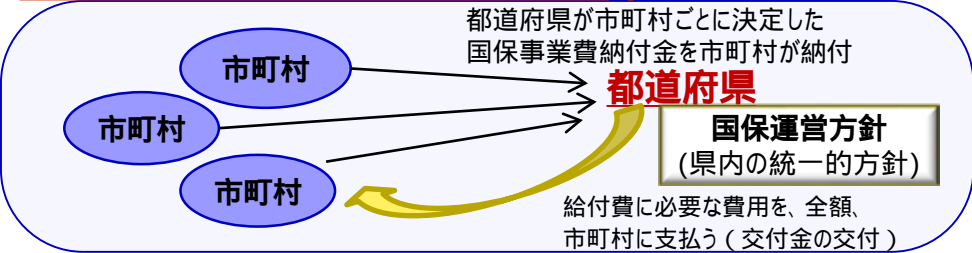
- Joshua T. Cohen, Peter J. Neumann, Milton C. Weinstein「Does Preventive Care Save Money? Health Economics and the Presidential Candidates」（2008年）の研究結果
- ・予防医療の費用対効果に関する1500の研究結果のうち、医療費削減を効果と認めた予防医療サービスは20%以下。
- Louise B. Russell, Health Affairs（2009年）（抄訳）
- ・過去40年間以上にわたり、数百の費用対効果の研究が行われたが、そのほとんどは、予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。

国民健康保険制度の見直し

- 国民健康保険（以下「国保」という。）の都道府県化により、国保の財政運営を担うこととなったことで、**都道府県は、医療費の水準及びそれと関関が高い医療提供体制といった住民が享受する受益（給付）と住民の負担である保険料水準の双方を俯瞰する存在となりつつある**。都道府県による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。
- 国保財政における給付と負担の関係の「見える化」を図り、都道府県を給付と負担の相互牽制関係のもとで両者の総合マネジメントを行う主体としていくうえで、**都道府県内の国保の保険料水準の統一や法定外繰入等の解消等が重要であり、達成時期を区切るなどその一層の加速化を図るべきである**。
- 更には、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されること等を踏まえ、**制度の複雑さを解消し、給付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である**。その際、年齢構成等により合理的に説明できない医療費の地域差が各都道府県の保険料水準に反映されるよう、普通調整交付金の配分方法も見直すべきである。
- 近年拡充されてきた**保険者努力支援制度**も聖域ではない。とりわけ予防・健康づくりへの評価については、既に述べたとおり医療費適正化効果以上の公費が投入されているにもかかわらず、更に公費を注ぎ込むこととなりがねない。保健事業の支援よりもアウトカムとしての医療費水準の抑制や、エビデンスや費用対効果に照らしてそれに直接的に結びつく取組（長期Do処方からリフィル処方への切替えなどを含め、**都道府県医療費適正化計画における見直し後の「医療の効率的な提供の推進に関し、達成すべき目標」と整合的な取組**）、更には都道府県内の国保の保険料水準の統一や法定外繰入等の解消等を評価する仕組みに**重点化・簡素化**するとともに、そうした見直しにあわせて、**規模や交付される公費の使い途についても見直すことが求められる**。

国保改革による都道府県単位化

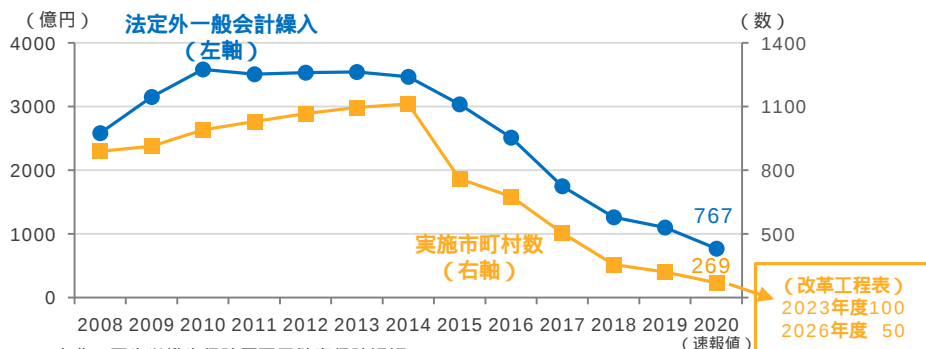
都道府県が財政運営責任を担うなど中心的役割（提供体制と双方に責任発揮）



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

都道府県	運営方針への記載状況等	都道府県	運営方針への記載状況等
北海道	・納付金ベースの統一 R 6 年度 ・完全統一 R 12 年度	静岡県	・到達可能な段階の保険料水準の統一 R 9 年度 ・完全統一 段階的に実施
青森県	・納付金ベースの統一 R 7 年度 ・完全統一 引き続き協議	三重県	・納付金ベースの統一 R 5 年度 ・完全統一 段階的に進める
秋田県	・納付金ベースの統一 R 15 年度 ・完全統一 長期的課題	大阪府	・完全統一 H 30 年度（R 5 年度まで経過措置あり）
福島県	・完全統一 R 11 年度（当分の間、例外措置あり）	兵庫県	・納付金ベースの統一 R 3 年度 ・完全統一 可能なものから段階的な目標設定を検討
群馬県	・納付金ベースの統一 R 6 年度 ・完全統一 今後協議	奈良県	・完全統一 R 6 年度
埼玉県	・納付金ベースの統一 R 6 年度 ・市町村毎の収納率を反映した統一 R 9 年度 ・完全統一 収納率格差が一定程度まで縮小された時点	和歌山県	・到達可能な段階の保険料水準の統一 R 9 年度
山梨県	・納付金ベースの統一 R 12 年度	広島県	・市町村毎の収納率を反映した統一 R 6 年度 ・完全統一 収納率が市町村間で均一化したと見なされる段階
長野県	・概ね二次医療圏での医療費指数の統一と応益割額の平準化 R 9 年度	佐賀県	・完全統一 R 9 年度（R 11 年度まで経過措置あり）
		長崎県	・納付金ベースの統一 R 6 年度
		沖縄県	・完全統一 R 6 年度 （出所）厚生労働省資料

法定外一般会計繰入額等の推移



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3,700億円、国費900億円

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 国費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。

保険者努力支援制度 国費 1,500億円 特別調整交付金を含む

都道府県・市町村の医療費の適正化、予防健康づくり等の取組状況に応じた支援。国が全額負担。

後期高齢者医療制度の見直し

- 後期高齢者医療制度においては、都道府県内で保険料水準は統一され、法定外繰入等も行われのない仕組みとなっているものの、運営主体について、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ている。このため、医療費適正化計画の策定や地域医療構想の推進をはじめとする医療提供体制の整備の主体と財政運営の責任主体が切り離され、ガバナンスが相対的に曖昧となっている。都道府県を給付と負担の相互牽制関係のもとで両者の総合マネジメントを行う主体としていくため、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べきである。
- また、後期高齢者医療制度は、保険給付費の負担割合について、後期高齢者の保険料が約1割、現役世代からの後期高齢者支援金が約4割、公費が約5割と支え合いの制度となっている。
- 医療費適正化にむけて後期高齢者の医療給付費の水準と保険料水準の連動性を高める観点から、介護保険制度も参考としつつ、高齢化に伴う人口構成の変化をより反映させることを通じて、後期高齢者医療制度における高齢者の保険料による負担割合を高めていくことが適当である。
- また、先に述べたとおり都道府県医療費適正化計画に対する保険者協議会の関与を法制上強化し、後期高齢者支援金を拠出する各保険者の意見がより反映されるようにすることが、後期高齢者医療における医療費の適正化に有効と考えられる。同時に、医療費の適正化に向けた各保険者の取組を評価していくことも重要であり、保険者による予防・健康づくりの評価に偏重した後期高齢者支援金の加算・減算制度について、後発医薬品の使用促進や多剤・重複投薬の解消、長期Do処方からリフィル処方への切替えなど、医療の効率的な提供の推進を重点的に評価するものに見直すことが必要である。

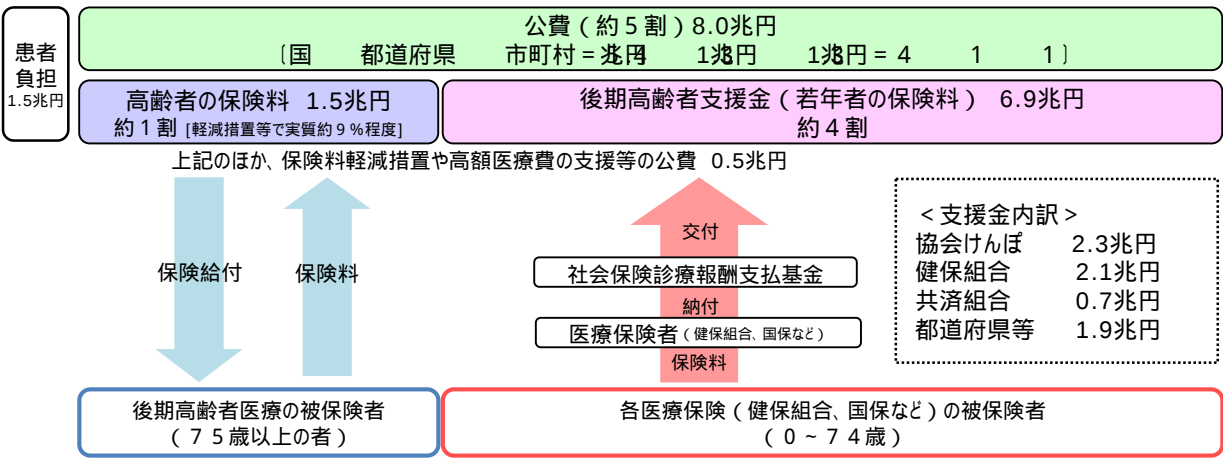
後期高齢者医療制度の概要

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1,890万人

<後期高齢者医療費>
18.4兆円（2022年度予算ベース）
↑ 1.4倍
12.7兆円（2010年度実績）

<保険料額（2022・2023年度見込）>
全国平均 約6,470円/月
基礎年金のみを受給されている方は
約1,190円/月



後期高齢者医療保険料負担割合、第1号介護保険料割合

後期高齢者医療制度における後期高齢者保険料負担割合の推移

	2008-2009年度	2010-2011年度	2012-2013年度	2014-2015年度	2016-2017年度	2018-2019年度	2020-2021年度	2022-2023年度
後期高齢者保険料負担割合	10 %	10.26 %	10.51 %	10.73 %	10.99 %	11.18 %	11.41 %	11.72 %

+ 1.72 %

後期高齢者医療の保険料負担割合は、平成20年度の10%を起点として、現役世代人口の減少による後期高齢者支援金の増加分を、現役世代の後期高齢者支援金と後期高齢者の保険料とで折半して負担するよう、2年ごとに設定している。

介護保険制度における第1号保険料負担割合の推移

	2000-2002年度	2003-2005年度	2006-2008年度	2009-2011年度	2012-2014年度	2015-2017年度	2018-2020年度	2021-2023年度
第1号保険料負担割合	17 %	18 %	19 %	20 %	21 %	22 %	23 %	23 %

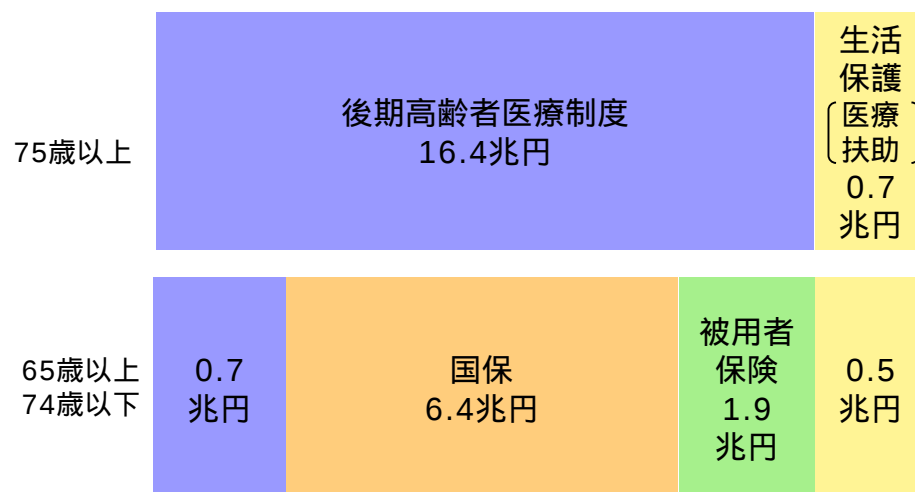
+ 6 %

介護保険の第1号保険料負担割合は、第1号被保険者（65歳以上）と第2号被保険者（40～64歳）の1人当たりの平均保険料額が同じになるように、3年ごとに設定している。

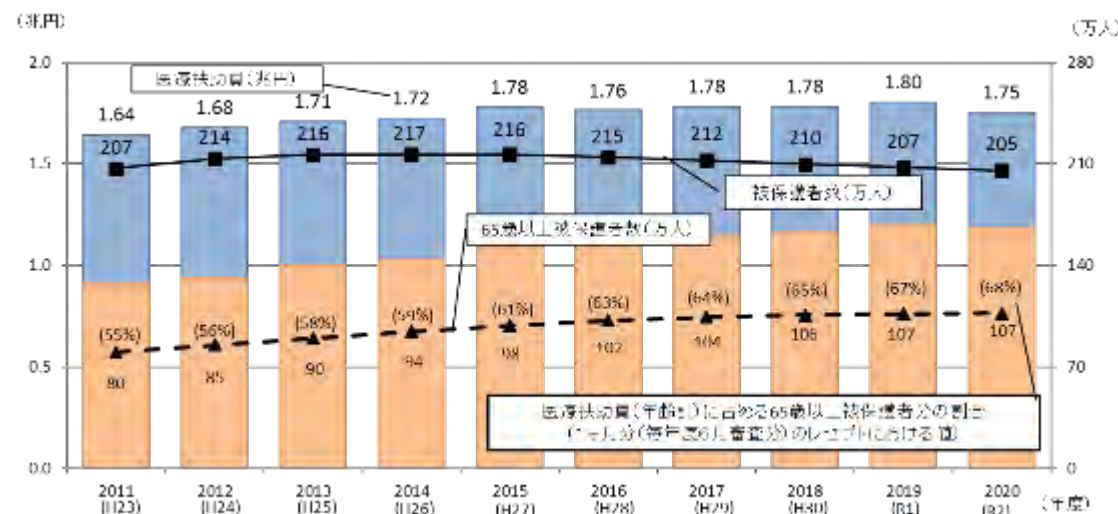
生活保護受給者の国保等への加入

- 生活保護受給者は、現状、**国保や後期高齢者医療制度**（以下「国保等」という）に**加入せず、医療扶助を受けるもの**とされている。
生活保護受給者が国保等に**加入することとすれば**、医療扶助費を含む都道府県医療費適正化計画の策定主体であり、地域における医療提供体制の整備に責任を有する**都道府県のガバナンスが医療扶助に及ぶ**。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り得る**。
 - そもそも、現行の取扱いは、皆保険制度を誇る我が国の社会保障制度にあって、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。
 - 生活保護受給者については、介護分野では、65歳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。年金分野でも、生活保護受給者は国民年金の被保険者になり、さらに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を含め**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、「経済財政運営と改革の基本方針2021」に盛り込まれたとおり、生活保護受給者の国保等への加入について検討を深めるべきである**。
- （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



65歳以上被保護者数の推移



（出所）医療保険については、令和元年度医療保険に関する基礎資料
医療扶助については、令和元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）生活保護費負担金事業実績報告、被保護者調査（平成23年度以前は被保護者一斉調査）、医療扶助実態調査

3 . 医療

総論

効率的で質の高い医療提供体制の整備

診療報酬・薬価

自律的なガバナンスの強化

全世代型社会保障の構築

全世代型社会保障の構築（患者負担を含めた保険給付範囲の見直し）

令和4年4月13日
財政制度等審議会
提出資料

- 全世代型社会保障改革は、現役世代への給付が少なく、給付は高齢世代中心、負担は現役世代中心というこれまでの我が国の社会保障の構造を見直していく取組である。年齢が上がるほど保険給付範囲が広がる現在の患者負担の仕組みは、「現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心」という構造そのものである。
- そこで、現在9割給付（1割負担）とされている後期高齢者について、本年10月から8割給付（2割負担）を導入することとしているが、この後期高齢者医療制度における患者負担割合の見直しは、現役世代の保険料負担の上昇を抑制し、「負担は現役世代中心」という構造の見直しにもつながるものであり、その着実な施行に努めるべきである。
- 社会保険の原則は、「能力に応じて負担し、必要な時に公平に給付を受ける」ことであり、給付については、年齢に関わらない公平な給付率（患者負担割合）を目指すのが本来の姿であり、今後とも不断の見直しが必要である。まして、我が国においては、高額療養費制度が完備されている。
- 現実の社会保険制度において所得に応じた給付率の差が設けられている点については、多額の公費が投入されていることを踏まえればその重点化の観点から必要であるが、就労への影響の観点も踏まえ、極力金融所得さらには金融資産の保有状況を勘案した制度設計としていくべきである。

2 割負担の所得基準

課税所得が28万円以上（所得上位30%（1））かつ年収200万円以上

（2）の方を2割負担の対象（対象者は約370万人（3））

（1）現役並み所得者を除くと23%

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

（対象者のほとんどが年金収入であるため、年金収入のみで収入基準額を計算）。

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

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

施行日

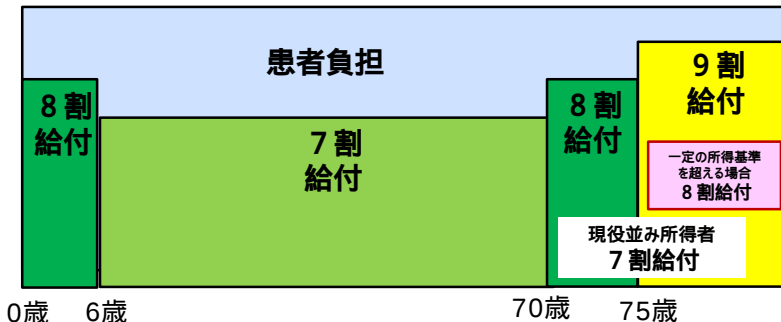
施行に要する準備期間等も考慮し、令和4年10月1日

（参考）財政影響（2022年度満年度）

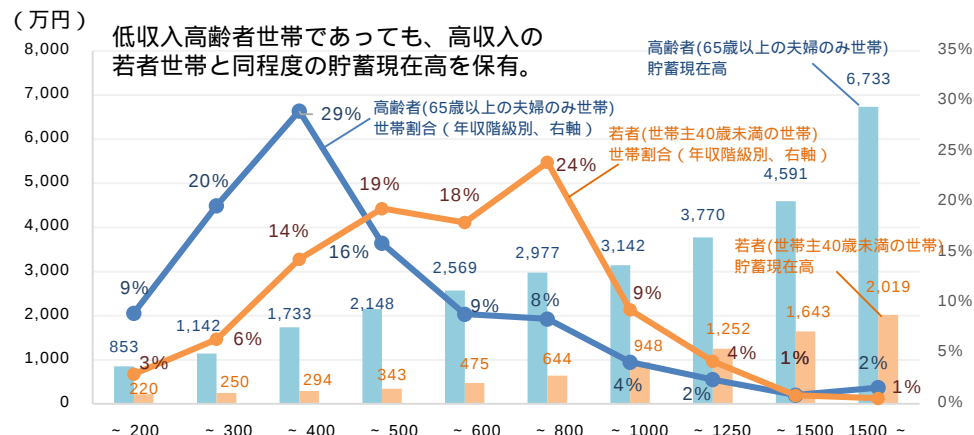
給付費	後期高齢者支援金 （現役世代の負担軽減）	後期高齢者保険料 （高齢者の負担軽減）	公費
▲1,880億円	▲720億円	▲180億円	▲980億円

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。

医療費の給付割合



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」

全世代型社会保障の構築（能力に応じた保険料負担）

- すべての世代が安心感とあわせて納得感を得られる全世代型の社会保障に転換していくためには、能力に応じた保険料負担を徹底していくべきであり、**保険料負担でこそ、金融所得さらには金融資産の保有状況を勘案した制度設計の徹底が求められる。**
- 後期高齢者医療制度において、介護保険制度も参考としつつ、高齢化に伴う人口構成の変化をより反映させることを通じて、後期高齢者医療制度における高齢者の保険料による負担割合を高めていく先ほど述べた提案も、現役世代の負担抑制に資するものであり、能力に応じた**賦課限度額の引上げ**とあわせて検討すべきである。
- **保険者間の合理的でない保険料負担の差についても解消に努めていくことが重要である。**

具体的には、「同じ所得・世帯構成であれば保険料水準が同じ」ことを目指していく**都道府県内の国保の保険料水準の統一の取組はこの点からも優先度が高いが、あわせて、所得水準の高い国民健康保険組合に対する定率補助を廃止することも検討すべきである。**

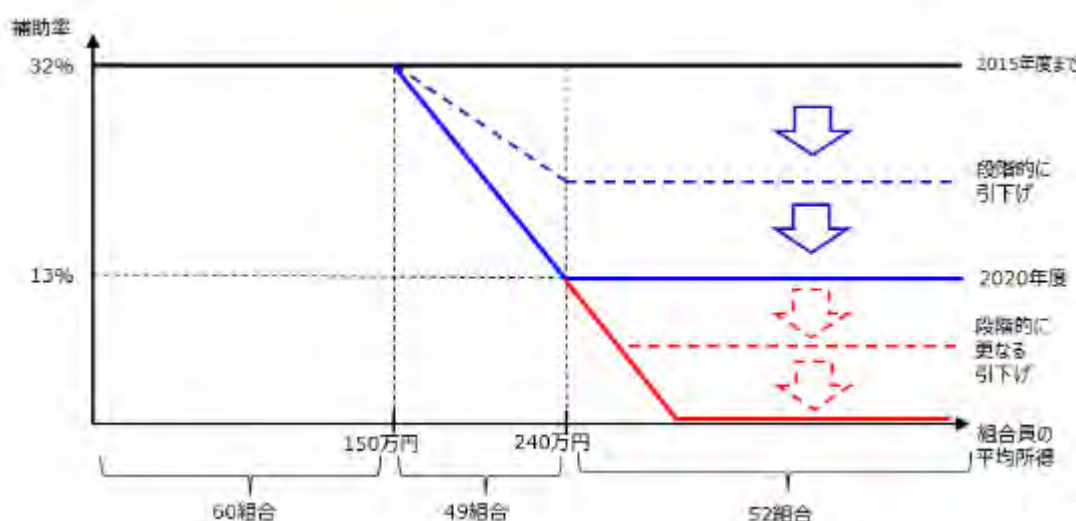
加えて、**健康保険組合の中で保険料率に大きな差が生じているが、能力に応じた保険料負担という考え方に即した制度設計になっているか検証し、対応を検討することも必要である。**

全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議（令和3年6月参議院）

二〇二二年以降後期高齢者が急増する中、現役世代の負担上昇を抑えながら、国民皆保険制度の維持に向けた持続可能な全世代型の医療保険制度を構築するため、**保険料賦課限度額の引上げなど能力に応じた負担の在り方、保険給付の在り方、医療費財源における保険料、公費、自己負担の適切なバランスの在り方等について、税制も含めた総合的な議論に着手し、必要な法整備等を講ずること。**

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。



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取組を支援することを含め、地方公共団体による保険者機能の適切な発揮・強化等のための取組等を通じて、国と地方が協働して実効性のある社会保障改革を進める基盤を整備する。あわせて、**地域や保険制度、保険者の差異による保険料水準の合理的でない違いについて、その平準化に努めていく。**

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%

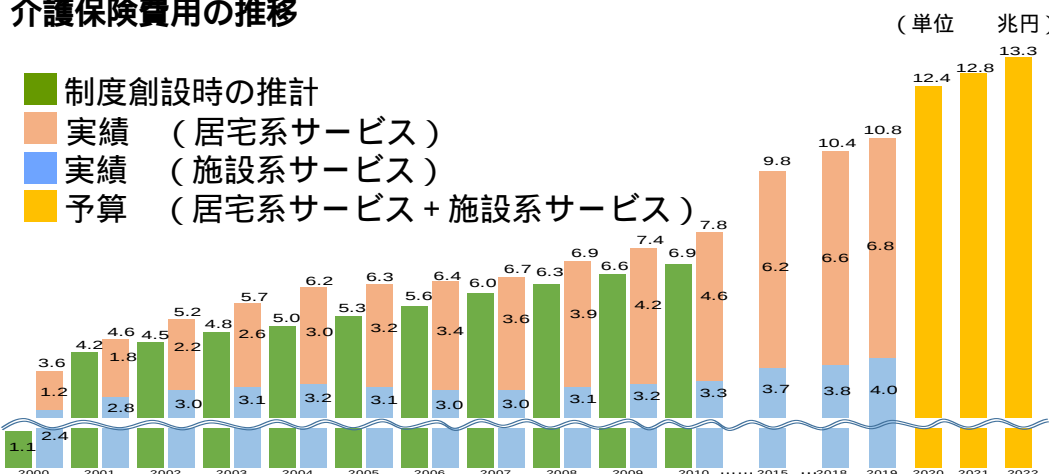
（出所）厚生労働省データを基に算出

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20年を超えたが、**介護費用は、制度創設時に予測した水準に比べて増加している**。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した**。足元では制度創設時から約2倍の6,014円となり、6,000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。

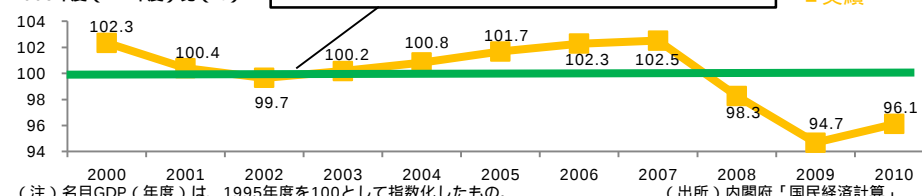
居宅系サービス 定期巡回・随時対応サービス 夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護

施設系サービス 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

（出所）厚生労働省「介護保険事業状況報告」

名目GDPの推移

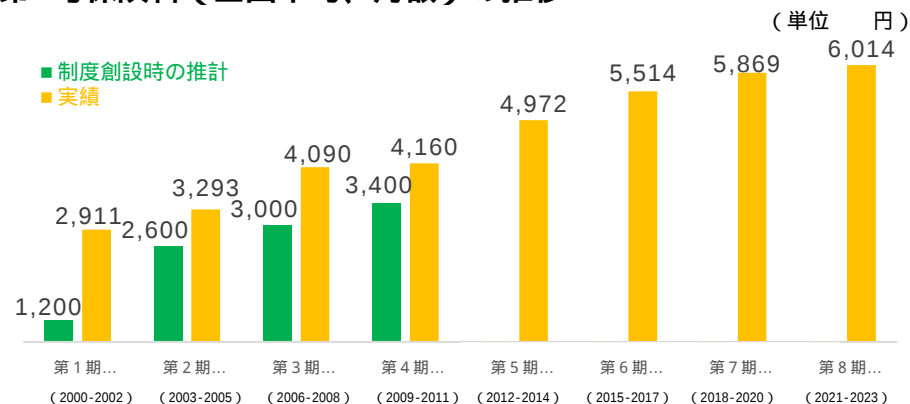
1995年度（H7年度）比（%）



制度創設時の推計は、推計期間中は、単価は、1995年度の単価（100）から変動しないと仮定

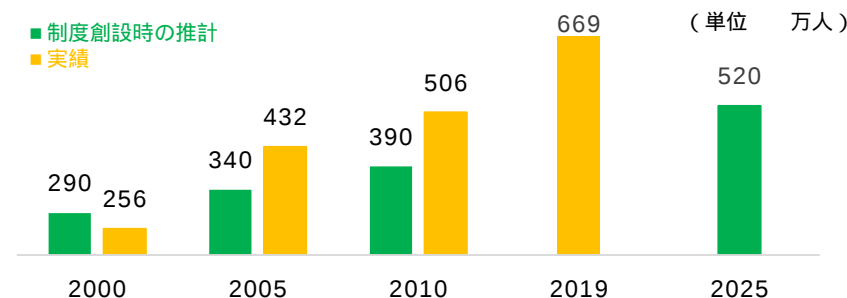
■ 制度創設時の推計
■ 実績

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



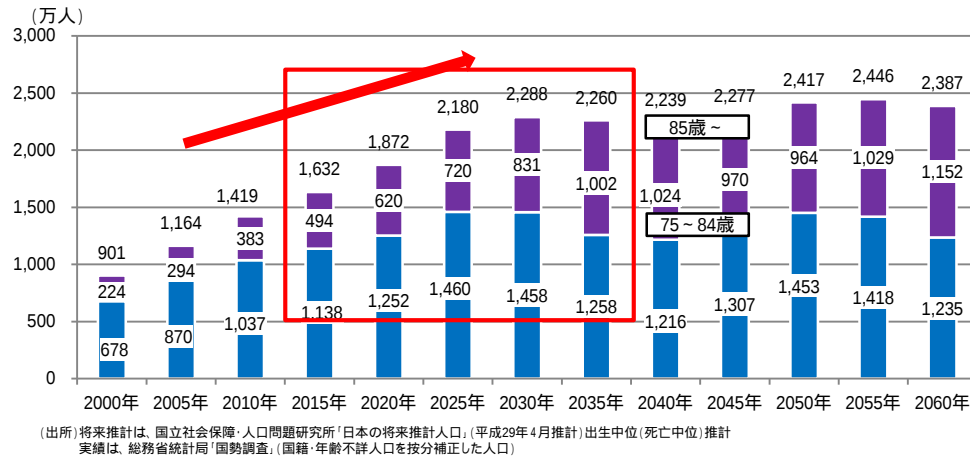
（注）制度創設時の推計のうち、2000年～2010年は「介護保険のポイントQ A」（厚生省、1996年）。なお、2000年の値は、1999年の推計（280万人）と2001年の推計（300万人）の中央値。また、2025年の値は「新介護システムにおける高齢者介護費用及び整備量の推計（粗い試算）」（1995年、厚生省）。実績は、厚生労働省「介護保険事業状況報告」。

介護サービス提供体制の効率性の向上の必要性

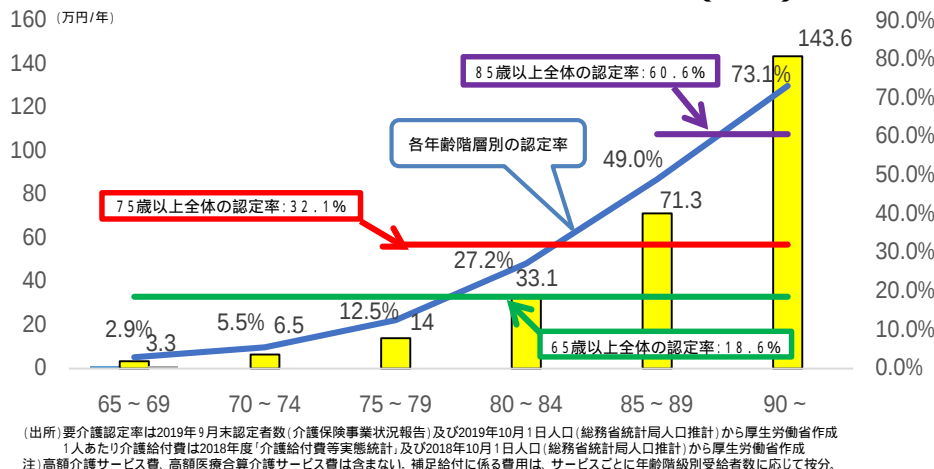
令和4年4月13日
財政制度等審議会
提出資料

- 今後については、75歳以上の高齢者が2030年頃まで増加し、その後も要介護認定率や1人当たり介護給付費が殊更に高い85歳以上人口が増加していくことが見込まれる。
- 介護需要の増加に応じて、介護人材の必要数も増大するが、現役世代（担い手）が急減する我が国において、介護現場の効率性の向上を図ることなく介護人材を確保していく選択肢は考えにくい。
- 典型的な労働集約型産業である介護保険事業においては、人件費のウェイトが高いため、介護給付費の動向も効率的な人員配置を実現できるかにかかっており、このことが限られた財源のもとで介護の現場で働く方々の処遇改善を実現するうえでも不可欠である。

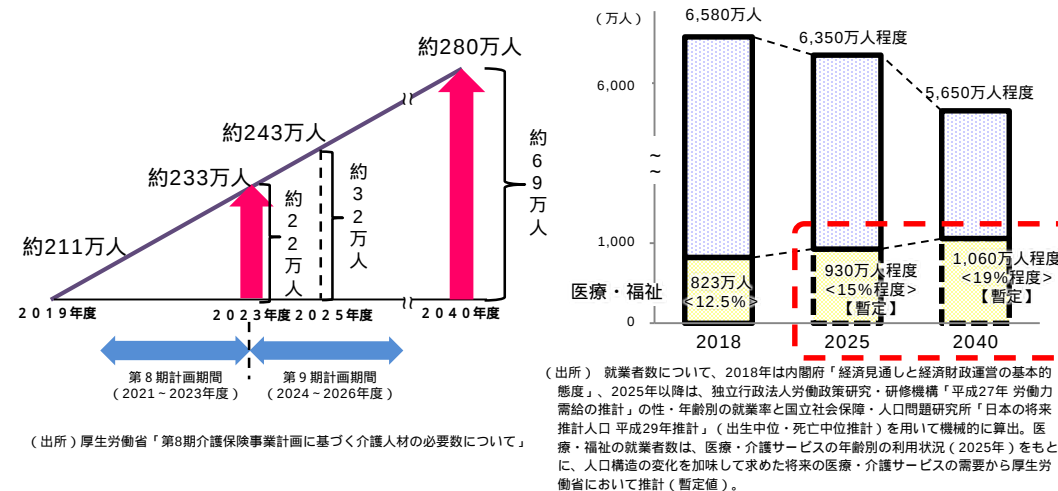
75歳以上の人口の推移



年齢階層別の要介護認定率・一人当たり介護給付費（年額）



第8期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数、就業者数の推移



公的価格評価検討委員会 中間整理（抄）（令和3年12月21日）

- ・ 介護・障害福祉、保育、幼児教育分野も含め、経験・技術に応じた処遇ルール明確化（賃金体系の整備）やタスクシフト・タスクシェアによる業務の高度化・効率化、各職種の養成課程のあり方、職員配置も含めた勤務環境の改善についても検討すべき。
- ・ 処遇改善を行うに当たっては、全てを国民の負担に回すのではなく、既存予算の見直しや高齢化に伴って増加する医療・介護費の中での分配のあり方などを含め、幅広く検討を行うべき。
- ・ 今後は、更なる財政措置を講じる前に、医療や介護、保育・幼児教育などの分野において、国民の保険料や税金が効率的に使用され、一部の職種や事業者だけでなく、現場で働く方々に広く行き渡るようになっていくかどうか、費用の使途の見える化を通じた透明性の向上が必要。また、デジタルやICT技術、ロボットの活用により、現場で働く方々の負担軽減と業務の効率化を進めていくことも必要である。

- 介護の質の低下を招くことなく、むしろ質の向上を図りながら、介護現場の業務負担軽減と人員配置の効率化を実現するには、**ロボット・AI・ICT等の実用化の推進、タスクシフティング、シニア人材の活用推進、文書量削減など組織マネジメント改革などの業務効率化を進めていく必要がある。**
- 更には、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、今年度から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推進していくことはもとより、**経営の大規模化・協働化を図ることが不可欠である。**
- **経営の大規模化・協働化という介護分野の課題は、新型コロナの感染拡大のもと、高齢者の介護・療養現場で生じた様々な問題を通じて浮彫りになっている。**すなわち、「第6波」などにおいて、介助的支援を必要とする高齢者の入院隔離が医療現場の負荷を増した一方で、療養場所の移動が高齢者に与える影響から高齢者施設の入所者について施設内療養が望ましいとの指摘も多い。他方で、このような医療的介入が必要なケースを含め、高齢者の介護について、介護職員の感染あるいは濃厚接触者とされたため、介護に従事する職員数が減少し、自宅や事業所の高齢者の支援ができなくなる事態が頻発した。
- **医療・介護分野を横断する複合的なニーズが増している高齢化社会にあって、新興感染症にも対応できる持続可能な医療・介護サービス提供体制を構築しようとするれば、医療機関のみについて、医療資源の集約化などのために再編・統合や地域医療連携推進法人制度の活用などによる連携が必要となることはあり得ない。**介護分野で小規模な法人が他との連携を欠いたまま競争するということでは、介護の質の向上にも限界があり、新型コロナのような新興感染症発生時の業務継続も施設内療養の実現も覚束なくなる。**経営の大規模化・協働化が抜本的に推進されるべきである。**

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）

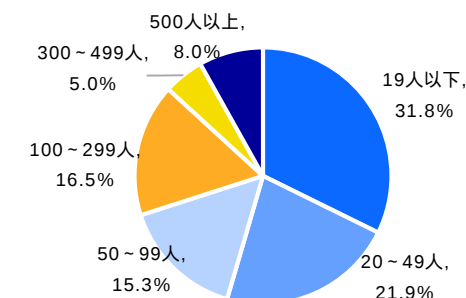
介護老人福祉施設について、**見守り機器やインカム等のICTを導入する場合に夜間の人員配置基準を緩和**

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

（出所）介護労働安定センター「令和2年度事業所における介護労働実態調査」

介護事業者の法人全体の従業員規模



感染拡大による医療・介護の複合的なニーズの顕在化

オミクロン株の感染流行を踏まえた医療提供体制の対応強化について（抄）（令和4年2月 厚労省事務連絡）

- ・オミクロン株感染により入院している高齢者は、呼吸器症状による症状悪化というよりは、むしろ基礎疾患の増悪や合併症の併発などによる全身状態不良の高齢者が多い（中略）。これらの患者については、体外式膜型人工肺（ECMO）や気管挿管などの医療処置ではなく、酸素投与などの医学管理をしつつも、介助的支援を行う必要性があります。

オミクロン株の特性を踏まえた保健・医療提供体制の対策徹底を踏まえた対応について（抄）（令和4年3月 厚労省事務連絡）

- ・今般の感染拡大においては、高齢の入院患者が多数発生した。これを踏まえ、コロナ患者を受け入れる病床における人員体制は介護等のニーズも意識したものとすることに留意されたいこと。また、高齢者では、入院期間も長期化する傾向が見られることを踏まえ、今後の感染再拡大に備えるため、早期退院等の取組の更なる徹底・強化が必要であり、緊急支援も活用いただきながら更なる受入体制の徹底・強化を図っていただきたい

高齢者における新型コロナウイルス感染症の療養のあり方について（案）（抄）（令和4年3月23日 新型コロナウイルス感染対策アドバイザーボード 武蔵先生提出資料）

- ・2022年1月から2月のオミクロン株を主流とした感染拡大において、特に高齢者の療養については様々な課題が生じた。例えば入院を契機としてフレイル（要介護の一手手前の健康状態）が進みやすくなっていること、（中略）COVID-19を契機とする誤嚥性肺炎の併発や既存疾患の悪化、（中略）住み慣れた環境や周囲の人々との関係から急激に切り離されることによる心理面の影響（患者だけでなく家族を含む）なども挙げられる。そのため、要介護高齢者でなくても、COVID-19の入院療養から回復後に、入院前の環境での暮らしを再開することが困難になる場合がある。
 - ・今後中長期的にCOVID-19の流行が繰り返されることを念頭に置きつつ、入院治療を必要とする高齢者に対しては、より迅速な対応ができるよう、病床確保や搬送にはこれまで以上に配慮する必要がある。（中略）よりケアを重視した療養場所の選択とケア提供体制の充実に向けた支援は不可欠である。特に高齢者の場合、入院に伴って日常生活動作（ADL）や生活の質（QOL）が低下する事態は避けなければならない。
- 次の感染再拡大に備えて、可及的速やかに、関係者の意見も聞きながら、高齢者の療養のあり方についての具体的な議論を深めるべきだと考える。また、中長期的な対応の方策も検討していくべきである。

オミクロン株の特性を踏まえた保健・医療提供体制の対策徹底を踏まえた対応について（高齢者施設等における医療支援の更なる強化等）の考え方について（抄）（令和4年4月 厚労省事務連絡）

- ・全ての施設等が、必要な場合に医師や看護師による往診・派遣等の医療を確保できる体制となっていることを確認する。
- ・（コロナ対応病床の更なる確保や回転率向上に向けて、）既存の確保病床について、要介護の高齢者に対応した人員（介護職員、リハビリ専門職員等）配置、環境整備を行うことにより、高齢感染者の受入れのキャパシティを高めるよう働きかけること。

介護現場の業務負担軽減と人員配置の効率化（令和4年度予算）

介護ロボット等導入時に、人員体制の効率化等について導入計画書で明確にした場合に、補助率見直し（その他、見守りセンサー導入に伴う通信環境整備に係る補助額引上げなど）

介護助手等の普及を通じた多様な就労の促進（都道府県福祉人材センターに介護助手等普及推進員（仮称）を配置し人材掘起こし）

文書量半減を実現するICT導入への支援拡充など、ICTを活用した業務効率化を通じた職員負担軽減

業務の効率化と経営の大規模化・協働化

令和4年4月13日
財政制度等審議会
提出資料

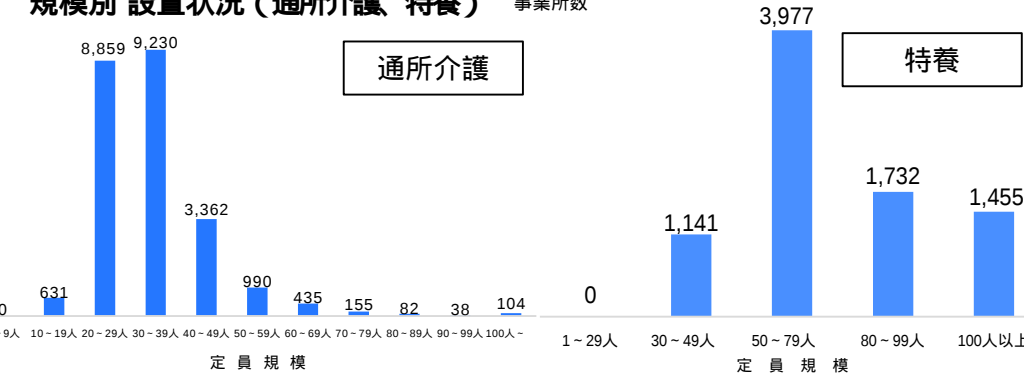
- そもそも、**介護保険制度**は、行政がサービスを提供する従来の措置制度ではなく、利用者が介護サービス事業者を選択することを基本として、多様な事業者が利用者と相対して契約を締結し、これに基づいてサービスを提供する制度として導入された。
限られた財源の下で、事業者間の競争が生じ、その結果として、サービスの質の向上や**事業の効率化が進むことが期待されていた**。
- しかし、現状は、営利法人を含めた幅広い主体の参入こそ進んだものの、先に述べたとおり介護サービスの経営主体は小規模な法人が多く、競争が必ずしもサービスの質の向上につながっているとも言い切れないうえ、**業務の効率化も不十分と言わざるを得ない**。
- 他方で、規模別に見ると、**規模の大きな事業所・施設や事業所の数が多い法人ほど平均収支率が高い**など**規模の利益が働き得ることも事実である**。
- 介護分野では主として収入面が公定価格によって規定される以上、**費用面の効率化が重要**であり、国や自治体が**先進・優良事例**を示して、備品の一括購入、請求事務や労務管理など管理部門の共通化、効率的な人員配置といった**費用構造の改善**、更にはその実現に資する**経営の大規模化・協働化**を慫慂していくべきである。
- 介護給付費の徒な増大を防ぐ観点からは、規模の利益を生かすなどこうした取組に成功し、**効率的な運営を行っている事業所等をメルクマールとして介護報酬を定めていくことも検討していくべき**であり、そのようにしてこそ大規模化・協働化を含む経営の効率化を促すことができる。

規模別 設置状況（通所介護、特養）

事業所数

通所介護

特養



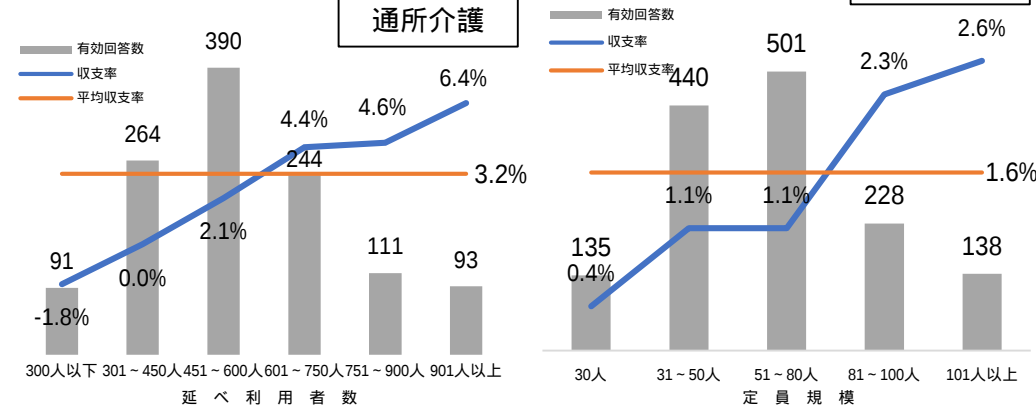
(出所) 令和2年度介護サービス施設・事業所調査

規模別 収支状況（通所介護、特養）

収支率

特養

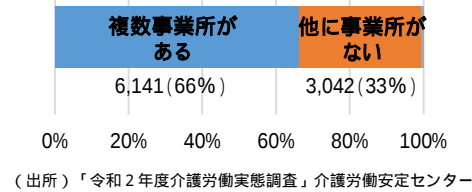
通所介護



(出所) 令和2年度介護事業経営実態調査

介護事業者の経営主体の規模

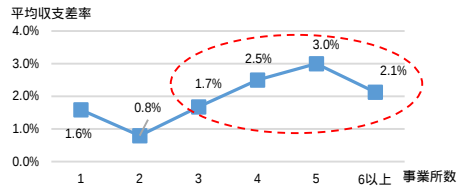
介護サービス事業所・施設の
4割弱が1法人1施設・事業所



(出所) 「令和2年度介護労働実態調査」介護労働安定センター

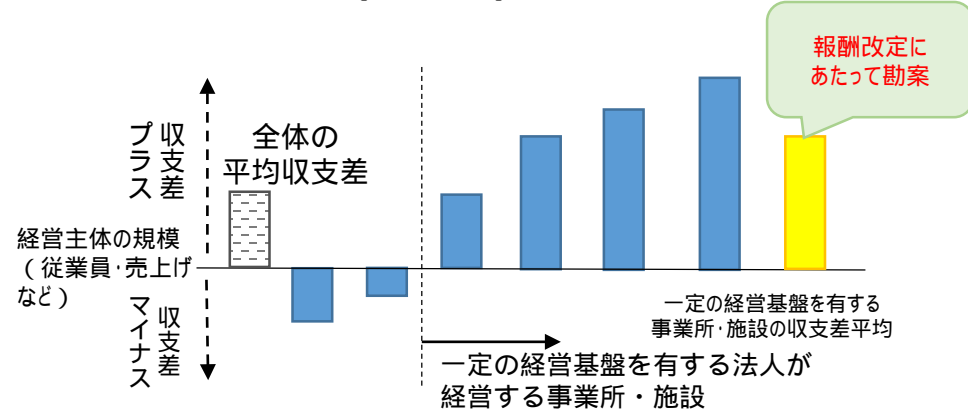
(注) 介護事業経営実態調査等における事業所別の経営状況に関するデータについて、介護事業所2,922事業所分を集計した結果。
(出所) 平成30年度財務省予算執行調査による調べ

社会福祉法人1法人当たりの事業所数と平均収支差率の関係



本部機能の統合、給食事業の共同化、物品等の共同購入等によりコストを削減し、経営を効率化。この他、法人の垣根を超え、近隣の他法人との共同購入を行うといった先進的な例もある（財務局調べ）。

今後の介護報酬のあり方（イメージ）



(参考) 平成30年10月8日財政制度等審議会財政制度分科会提出資料

介護施設・事業所等の経営状況の把握

- こうした業務の効率化や経営の大規模化・協働化を進めるためにも、**介護サービス事業者の経営状況の「見える化」を進めることが必要である。**
- 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「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」を推進すべきである。**「経済財政運営と改革の基本方針2021」に沿った取組が求められる。
- 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である。

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等の法令上の違い

	社会福祉法	障害者総合支援法	介護保険法
報告義務	社会福祉法人は、計算書類（法人・事業区分・拠点区分で作成）等を所轄庁に届け出る義務（社福法59条等）	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3、介115条の35）	
公表義務	社会福祉法人は、計算書類（法人・事業区分・拠点区分）等を公表する義務（社福法59条の2）	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3、介115条の35）	
公表対象（財務状況）	厚生労働大臣は、社会福祉法人に関する情報に係るデータベースを整備（社福法59条の2）	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、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



『経済財政運営と改革の基本方針2021』（抄）（2021年6月18日 閣議決定）

- 医療法人の事業報告書等をアップロードで届出・公表する全国的な電子開示システムを早急に整え、感染症による医療機関への影響等を早期に分析できる体制を構築する。同様に、**介護サービス事業者についても、事業報告書等のアップロードによる取扱いも含めた届出・公表を義務化し、分析できる体制を構築する。**

- 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ことも必要である。
- 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、今般の後期高齢者医療における患者負担割合の見直し等を踏まえ、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2割負担の対象範囲の拡大を図ること、現役世代との均衡の観点から現役世代並み所得（3割）等の判断基準を見直すことについて、第9期介護保険事業計画期間に向けて結論を得るべく、検討していくべきである。

利用者負担のこれまでの経緯

一定所得以上の利用者負担の見直し【平成27年8月施行】

- 保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、制度の持続可能性を高めるため、これまで一律1割に据え置いている利用者負担について、相対的に負担能力のある一定以上の所得の方の自己負担割合を2割とする。

現役世代並みの所得のある者の利用者負担割合の見直し【平成30年8月施行】

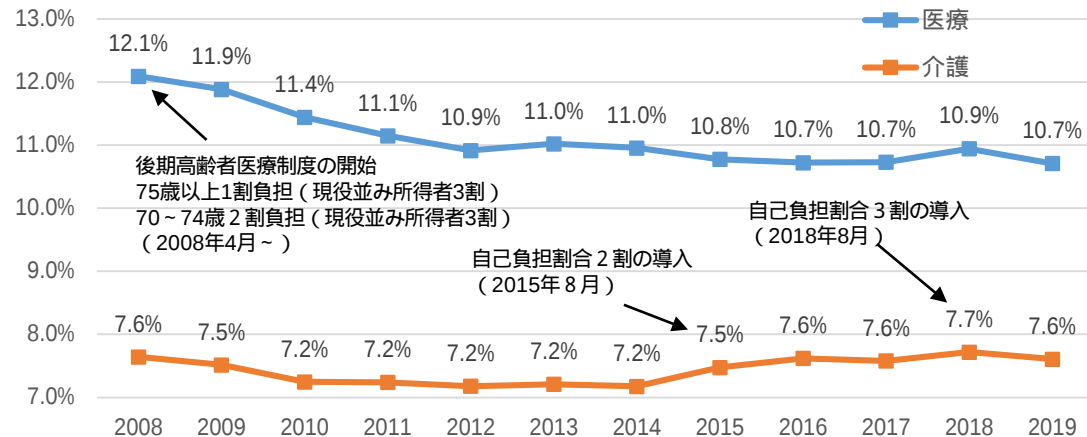
- 世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。

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））

（注）%は、要介護（支援）認定者に占める割合（「介護保険事業状況報告」令和3年3月暫定版より）

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。

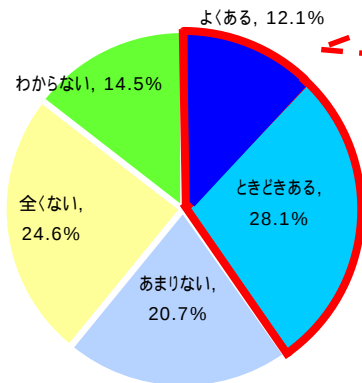
（出所）厚生労働省「介護保険事業状況報告」、「医療保険に関する基礎資料」

- **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例外的取扱いがなされてきた。**
しかしながら、介護保険制度創設から20年を超え、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は当然である。
- そもそも、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」とされていたが、その趣旨にそぐわない実情も見られる。具体的には、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することが窺える。**さらに、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は、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ことから、**第9期介護保険事業計画期間から、ケアマネジメントに利用者負担を導入すべきである。**
- 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など**サービスの内容に応じた報酬体系とすることも、あわせて令和6年度（2024年度）報酬改定において実現すべきである。**

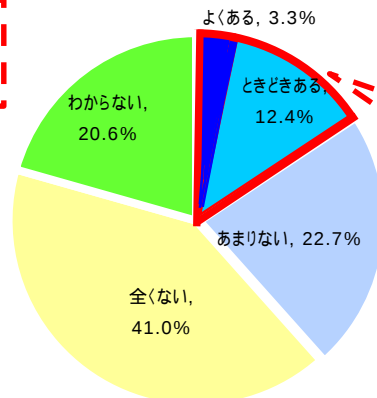
ケアマネジャーに聞いた「過去1年間に以下のような経験をしているケアマネジャーについて見たり聞いたりしたことがあるか」

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5100円/月

購入する場合

総額 約10,000円
（自己負担 約1,000円）

福祉用具貸与

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

（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」

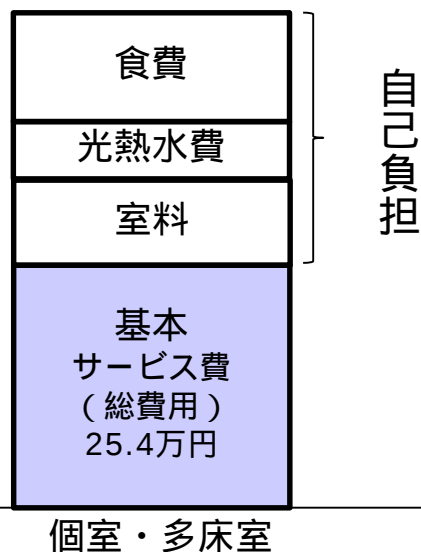
令和2年度予算執行調査によれば、福祉用具貸与のみのケアプランの割合は6.1%

多床室の室料負担の見直し

- 制度創設時から、「施設介護については、居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」とされていた（「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、第9期介護保険事業計画期間から、基本サービス費等から除外する見直しを行うべきである。

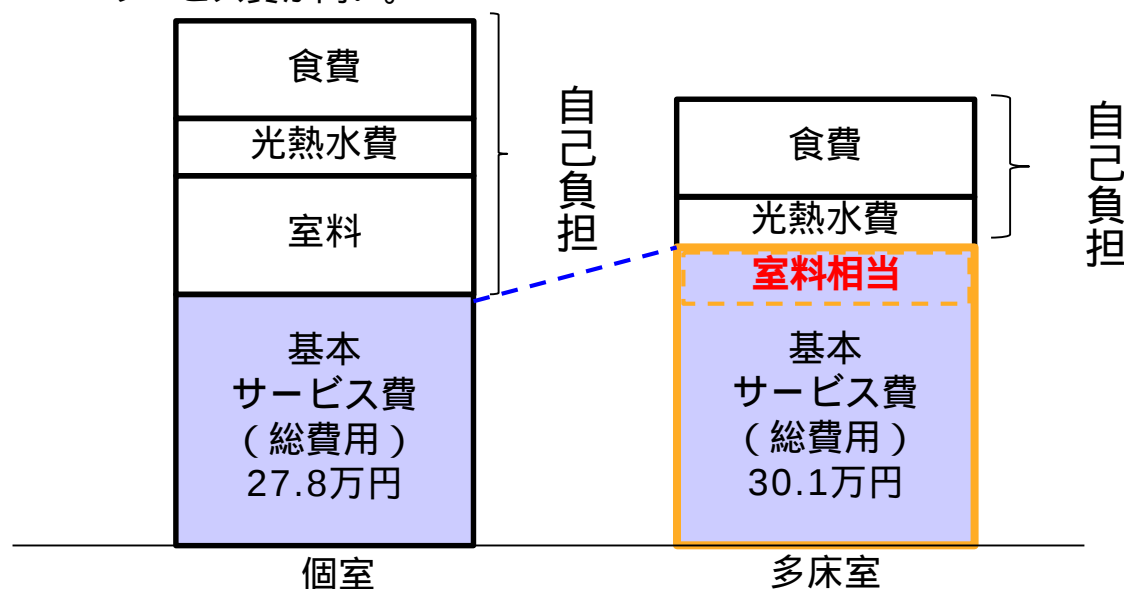
特養老人ホーム

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。



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。

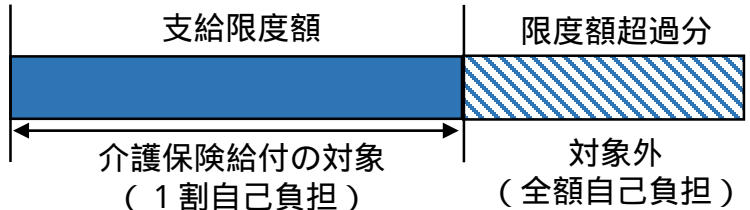


（注）上記の特養老人ホーム、介護老人保健施設等の基本サービス費は要介護5の者が30日入所した場合の費用（利用者負担含む）

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している。**
- 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、**第9期介護保険事業計画期間に向けて加算の区分支給限度額の例外措置を見直すべきである。**

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、厚労省にて作成
（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。

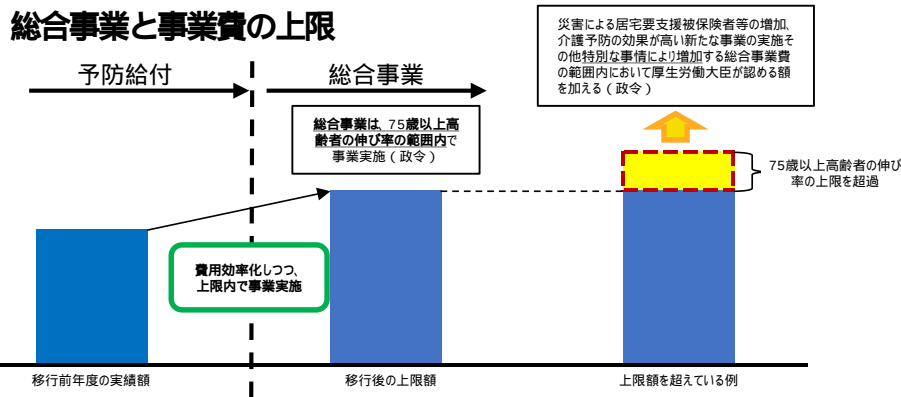
区分支給限度額の対象外となっている主な加算

種類	加算等の名称
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
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）
	・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）

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」の判断要件は、「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するなど要件の形骸化は明らかである。**この判断要件が例示にとどまり、例示以外の理由でも申請を認めていたことも明らかになっており、すべての個別協議で上限超過が認められてきた。
- そのため令和3年度は、例示の取扱いをやめガイドラインに記載がある判断事由のみを認める見直しを行った。また、令和4年度は、高齢者の伸び率を勘案した事業費上限内で総合事業サービスを実施する、という制度根幹を市町村に徹底させるべく、判断事由の見直しとともに、**費用低減計画の実施による取組を推進する。**こうした取組を厳正にフォローアップしつつ、第9期介護保険事業計画に向けて、**更に実効性を確保すべく、法制上の措置を含め検討すべきである。**

総合事業と事業費の上限



令和2年度個別協議の要因

保険者数は、令和2年度当初・変更交付申請で個別協議を行った394保険者の理由の内訳

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【77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【39保険者】
小規模市町村で通いの場の新たな整備等【19保険者】
その他【259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

総合事業サービスの適正な実施

- ・ **総合事業サービス** 地域の実情に応じた効果的なサービス提供を通じて、事業の費用の伸びを75歳以上高齢者の伸び率程度に抑えることで、**制度の持続可能性を確保しながら地域のニーズに合ったサービス提供を目的とする制度であり、自治体は、事業実施の大前提である制度趣旨に沿った対応を徹底する。**

一時的な費用上昇により、上限内での実施が困難な場合（判断事由）

- ・ 災害による一時的な影響、一時的な足下のサービス担い手不足など
- ・ **事業費の上限超過は、災害による要支援者の増加や、新たに事業費内で介護予防事業を実施する際に設備整備で一時的に費用上昇する場合に対する、例外的な取扱いであり、上限超過が続く状況は認められない。**

費用低減計画を作成

- ・ **費用低減計画**として、一時的に費用が上限を超過する場合であることを数値・ファクトで記載し、事業の現状分析に基づいた費用低減額・低減時期の明確化、抜本的な見直し方策など、具体的・定量的な計画がなければ上限超過は認められない。
- ・ **自治体は、当該年度内に費用低減計画に基づいた事業費縮減に向けた取組を実施し、次年度から事業費の上限内での適正なサービス実施を行うよう徹底。**

費用低減計画が未達の場合

- ・ 個別協議にて認められた費用低減計画を実施したが、R4年度末等に計画通りに事業費縮減が達成できないことが判明した場合、**厚労省から直接の指示・指導を実施する（事業費の縮減や一般財源等の対応を実施）**
- ・ **自治体には、当該年度内から事業費縮減等の成果を求める。それでも事業費を上限超過する場合は、当該年度内の縮減困難な事業費超過分を認めるが、次年度以降は個別協議を認めない。**

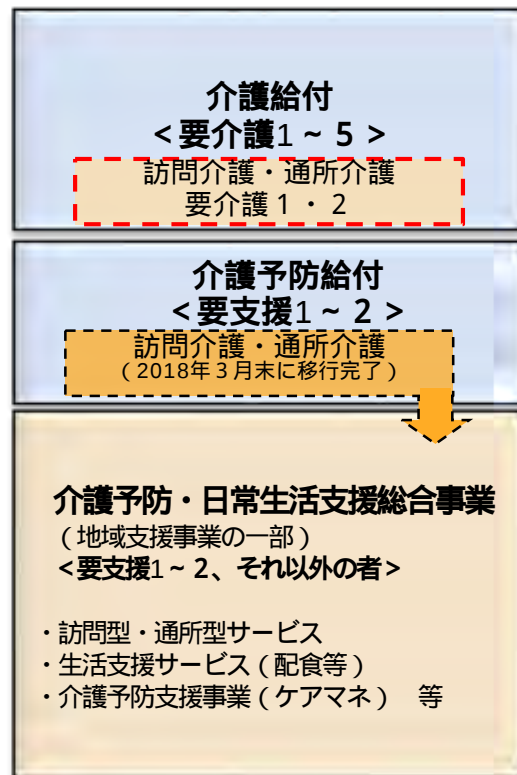
事業費内での適正な実施を徹底する

軽度者へのサービスの地域支援事業への移行等

令和4年4月13日
財政制度等審議会
提出資料

- 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・効率的である。
- 先に述べた地域支援事業のあり方の見直しに取り組みつつ、第9期介護保険事業計画期間に向けて、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である。

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

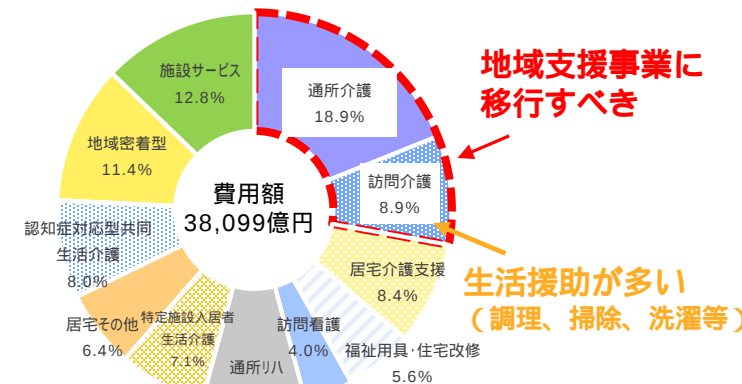
- (例)
- ・ 介護職員2人以上
 - ・ 1人あたり3㎡以上

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

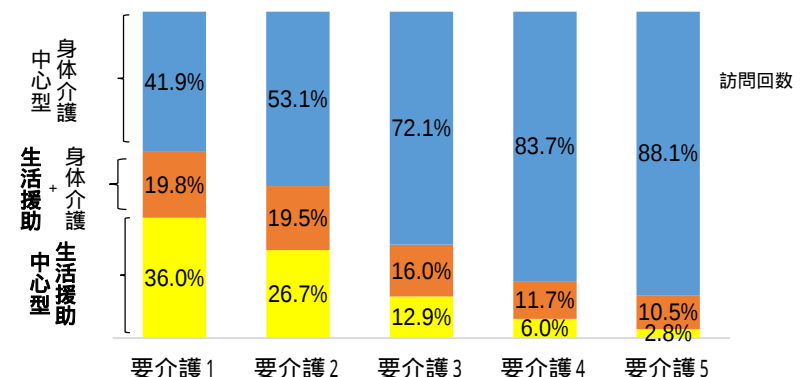
(注) いずれも、財源構成は、国25%、都道府県12.5%、市町村12.5%、1号保険料23%、2号保険料27%。

要介護1・2への介護費用



(出所) 厚生労働省「2019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



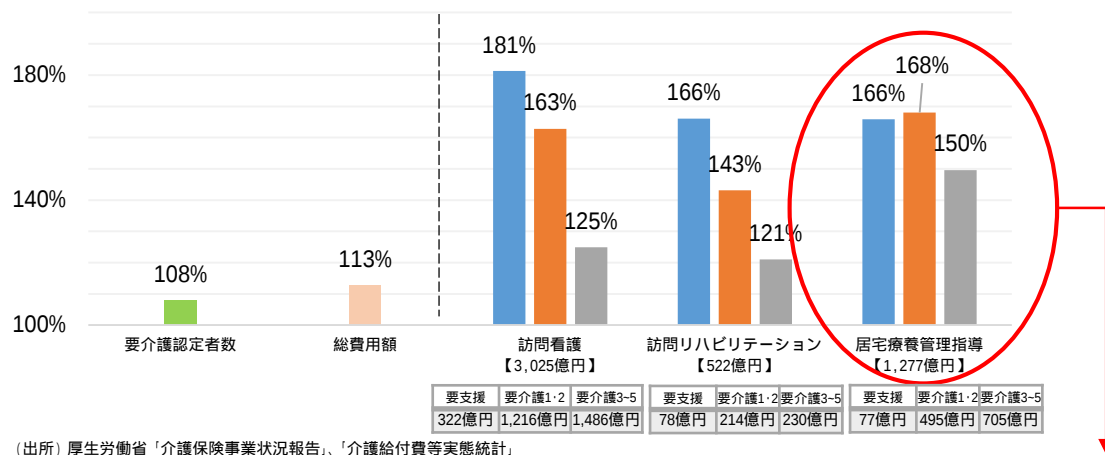
(出所) 厚生労働省「介護給付費等実態統計」(2020年5月～2021年4月審査分)

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

令和4年4月13日
財政制度等審議会
提出資料

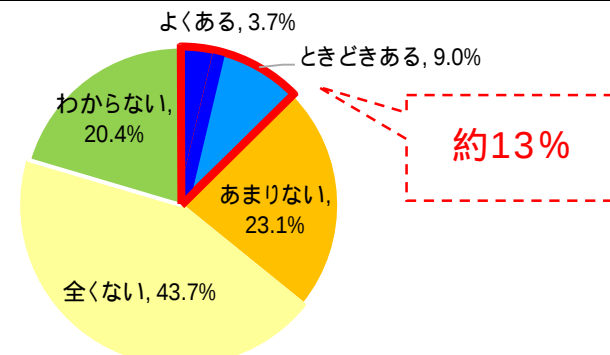
- 近年、居宅療養管理指導・訪問看護・訪問リハビリテーションといった医療系の居宅系サービス費用が、総費用や要介護者数の伸びを大きく上回って増加している。
- 居宅療養管理指導等のサービスは、原則、「通院が困難な利用者」に対して給付することとされているが、近年、軽度者（要支援1・2、要介護1・2）の費用の伸びが顕著な状況であり、実態として「通院が困難な利用者」へのサービス提供となっているか、把握を行う必要がある。
- 例えば、居宅療養管理指導については、薬局の薬剤師による軽度者へのサービス費用が大きく増加しているが、「必要以上に居宅療養管理指導を利用するプランを作成した」ケアマネジャーが一定数い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、第9期介護保険事業計画を待つことなく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である。

居宅管理指導サービス費用等の伸び率（平成27年度～令和元年度）



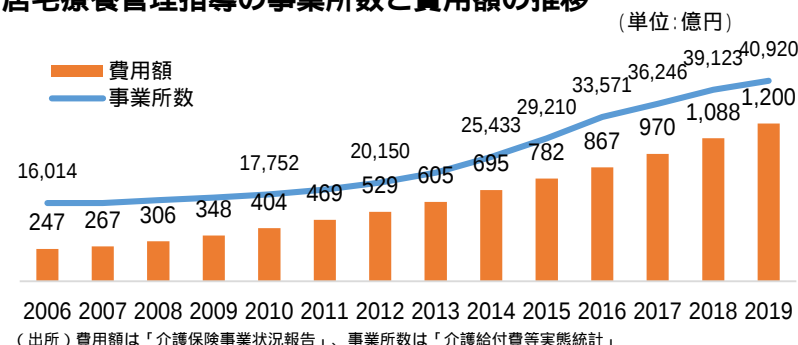
ケアマネジャーに聞いた「過去1年間に以下のような経験をしているケアマネジャーについて見たり聞いたりしたことがあるか」

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

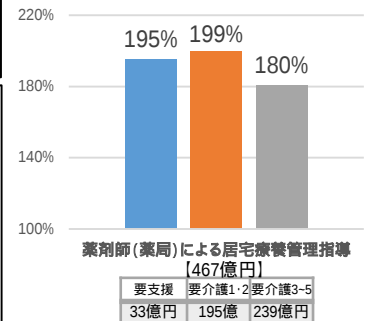


（出所）「ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組や質に関する指標のあり方に関する調査研究報告書」

居宅療養管理指導の事業所数と費用額の推移



薬局の薬剤師による居宅療養管理指導



（注）費用額は単位数に10円を乗じて機械的に算出
（出所）厚生労働省「介護給付費等実態統計」

【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
\$t 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。）。

介護給付費適正化事業（適正化計画）の見直し

- 都道府県と市町村は、介護給付費の適正化に資する事業（適正化事業）を実施するにあたり、考え方や目標を明らかにすべく適正化計画を策定しているが、医療費適正化計画と比較すると適正化計画は殊更に費用節減や効率化の観点乏しい。
- また、適正化事業は、より効果的なものに見直す必要がある。主要な5事業のうち、「医療情報との突合」は事務負担が低く高い効果額が見込める一方、「ケアプラン点検」は事務負担が大きく効果額が少ないなど事業に差がある。
加えて、実施主体である市町村にとって事業実施に係る事務負担は大きく、人員不足等により事業を実施しても件数が少ないケースが見られるところ、都道府県がより主体性を持って実効性を確保すべきであり、市町村同士の共同事業の調整など、都道府県が積極的に市町村支援を行う必要がある。
- 一方、介護給付費の地域差について、1人当たり介護給付費を都道府県別に比較すると、居宅サービスの内訳では訪問介護の地域差が最も大きい。地域差の是正には、広域的な要因分析が不可欠であり、都道府県が主体的に市町村の適正化事業の進捗状況の公表など「見える化」を進める必要がある。

介護分野と医療分野の適正化計画の違い

	計画策定の目的
介護給付適正化計画	介護給付適正化（ ）の戦略的な取組を促進する。 （ ）介護給付の適正化とは、介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要な過不足のないサービスを、事業者が適切に提供するように促すこと
医療費適正化計画	国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、今後医療に要する費用が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていくこと

適正化主要5事業の実施が10件以下の保険者数(割合)

(単位 該当保険者数、実施団体全体からみた割合)					
	平成29年度		平成30年度		令和元年度
要介護認定の適正化	37	4.3%	60	6.0%	51 5.1%
ケアプラン点検	295	27.1%	343	27.1%	342 25.7%
住宅改修・福祉用具実態調査	317	25.6%	330	26.5%	335 26.3%
医療情報との突合、縦覧点検					
	医療情報との突合	122 9.0%	173 11.7%	144 9.7%	
	縦覧点検	15 1.1%	26 1.7%	24 1.6%	
介護給付費通知	329	28.9%	356	28.8%	355 28.5%

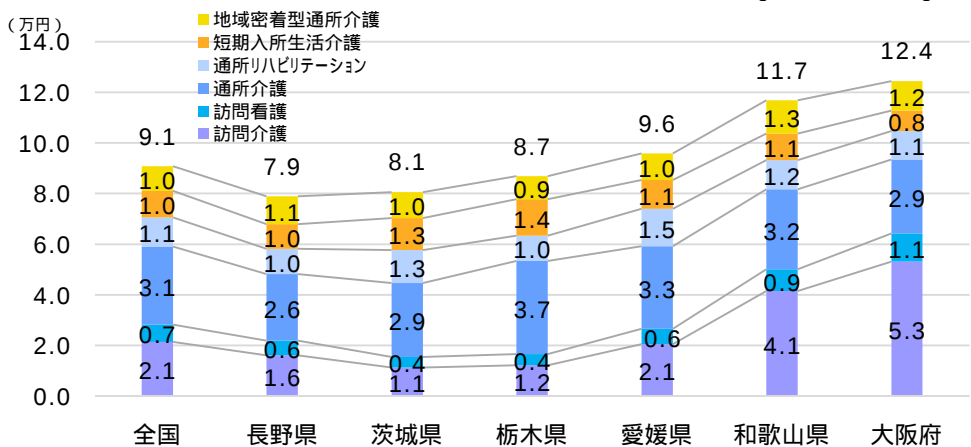
全団体数は、平成29年度は1,517団体、平成30年度・令和元年度は1,571団体

適正化主要5事業の実施割合と効果額等（令和元年度）

適正化主要5事業	実施割合（%）	効果額（千円）	備考
医療情報との突合、縦覧点検	98.0%	1,306,567	国保連委託のため事務負担小
ケアプラン点検	84.7%	123,643	訪問の人員不足等で事務負担大
要介護認定の適正化	94.2%	-	-
住宅改修・福祉用具実態調査	81.1%	5,306	-
介護給付費通知	79.4%	1,400	-

（出所）財務省・予算執行調査（令和3年9月公表）

1人当たり介護給付費のうち主な居宅サービス種類別比較（令和元年度）



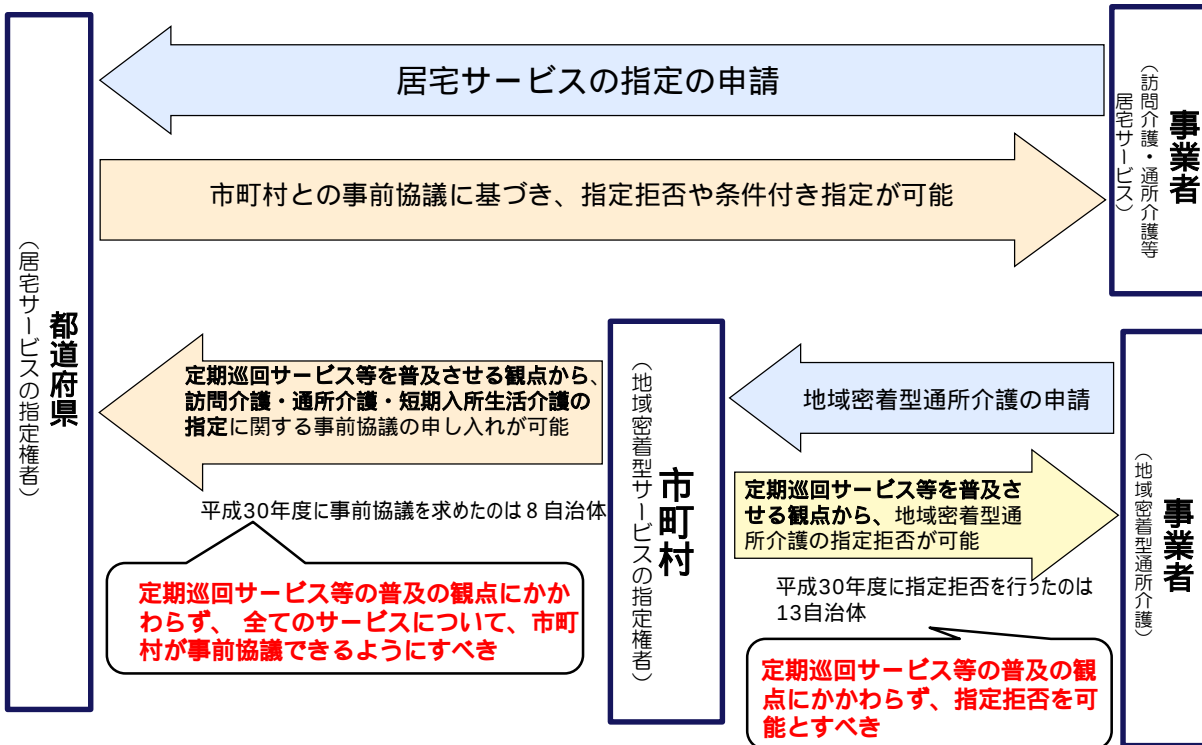
平成30年度被保険者1人当たり介護給付費（年齢調整後）の上位下位3府県を抽出

居宅サービスについての保険者等の関与のあり方

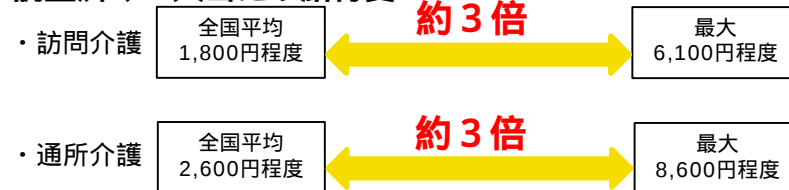
令和4年4月13日
財政制度等審議会
提出資料

- 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している。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1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。
- こうした中、市町村が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、都道府県が指定権者である**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、市町村が、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（いわゆる「市町村協議制」）がある。しかしながら、**あくまで定期巡回サービス等を普及させる観点から、事前協議を申し入れ、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る扱いに留まっている。**
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。
- 一方で、定期巡回サービス等は創設から約10年以上経過し、サービスの普及が進んでいる。こうした点も踏まえ、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取り組む必要がある。
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し、保険者である市町村が実際のニーズに合わせて端的に地域のサービス供給量をコントロールできるようにすべきである。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速やかに行うべきである。

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」（令和元年度）

（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 まつど
第7期松戸市介護保険事業計画（平成30年度～平成32年度）

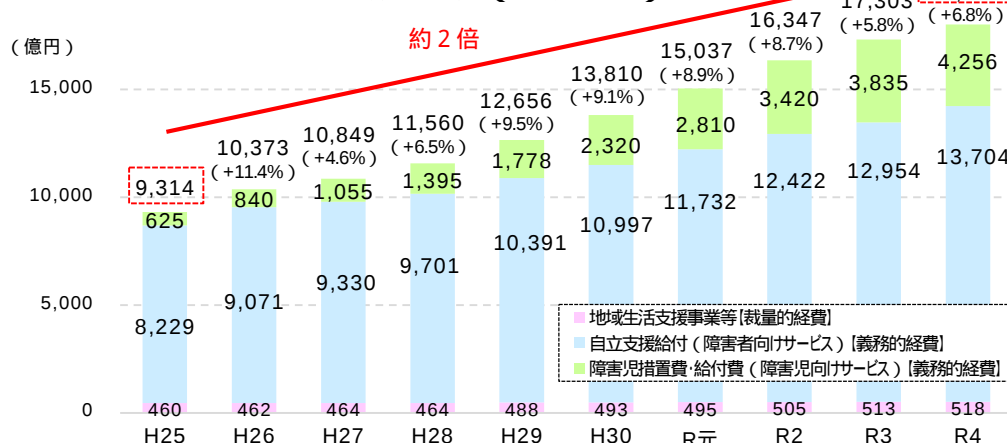
松戸市介護保険運営協議会における給付分析によれば、本市における**地域密着型通所介護・通所介護**の利用状況は、いずれも60%前後であり、**供給が需要を上回っている状況**です。

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。**

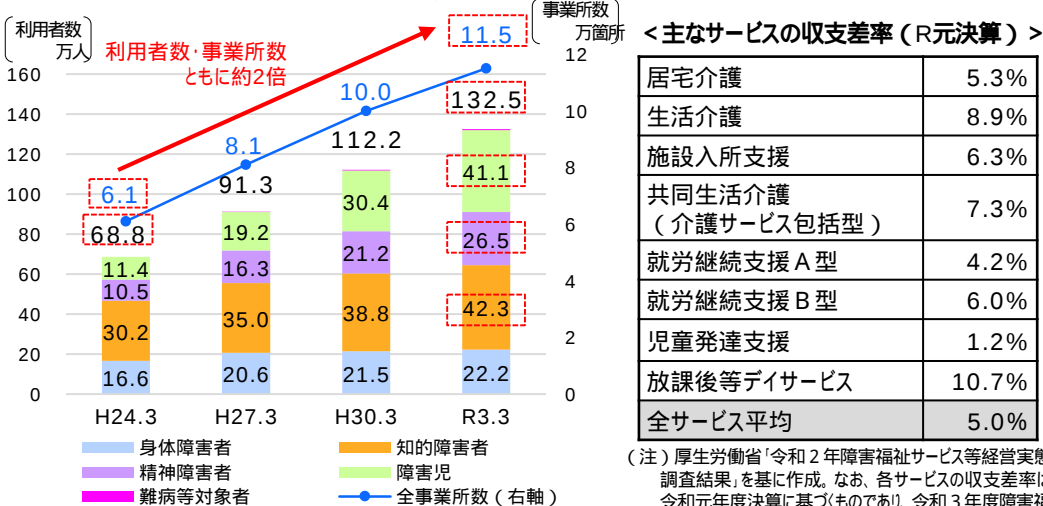
障害福祉サービス等予算・利用者数の推移

- 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 2.5% 障害福祉サービス等予算額の平均伸び率 7.9%）
- 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である。

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

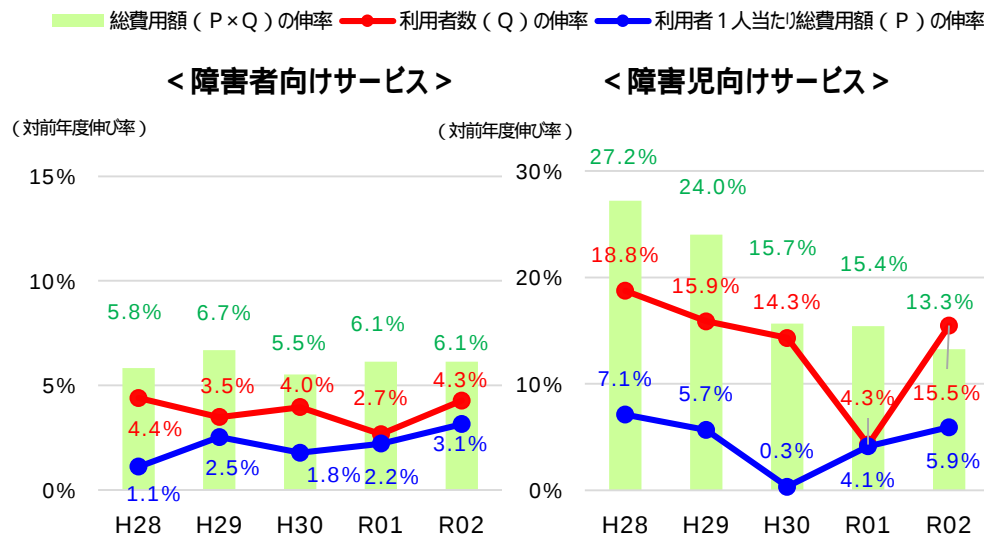


＜主なサービスの収支差率（R元決算）＞

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いたものであり、令和3年度障害福祉サービス等報酬改定による影響は反映されていない。

障害福祉サービス等の総費用額の伸びの分析



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

年齢別 利用者数の推移

	H28.3	R3.3	増加人数（増加率）
65歳以上	8.5万人	11.3万人	+2.8万人（+33.5%）
18歳以上65歳未満	67.3万人	80.7万人	+13.4万人（+19.9%）
18歳未満	22.3万人	40.5万人	+18.2万人（+81.4%）
利用者数 合計	98.1万人	132.5万人	+34.4万人（+35.1%）

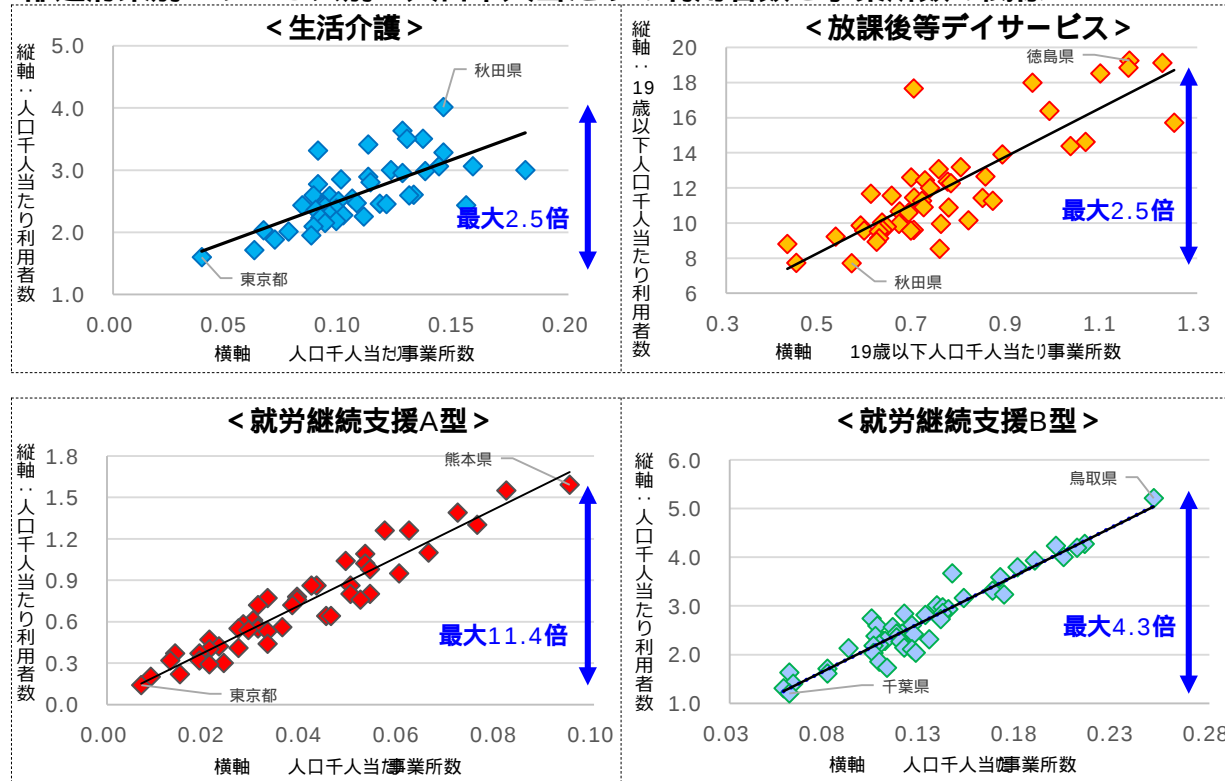
（注）国保連データを基に作成。

障害福祉サービス等における地域差

- サービス別の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とする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。
- 障害者総合支援法の見直しの中間整理において、**障害児通所支援について、より狭い圏域でも必要量を見込むとともに、都道府県等による事業所の指定において市町村の意見申出を可能とする方向で検討**することとされており、**その他の障害福祉サービス等についても同様の方向で検討を進めるべきである**。

(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)が設けられているが、政令市、中核市以外の一般市町村は、都道府県等による事業者の指定に関与できない仕組みとなっている。

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



障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しについて 中間整理(抄) (令和3年12月16日社会保障審議会障害者部会)

障害児支援について

1. 障害児通所支援

(2) 検討の方向性

(障害児通所支援の事業所指定の在り方)

- (略) 都道府県の障害児福祉計画及びその積み上げの基となる市町村の障害児福祉計画において、保護者や子どもが居宅からより容易に移動することが可能な区域での事業所配置を意識し、より狭い圏域でも必要量を見込んでいく方向で、具体的な方法を検討する必要がある。

これにより、広域でのサービス全体の必要量に達しない限り総量規制の対象とならず、事業所指定を検討する者との意見交換等を行いにくい現状を、より狭い圏域で必要量に達している場合でも近隣の他の圏域での事業所指定の検討を促すなど、地域偏在やサービス不足・過剰をできる限り解消するよう検討する必要がある。

また、重症心身障害や医療的ケア等の支援が行き届きにくいニーズについては、障害児通所支援の全体の必要量とは別に、医療的ケアスコアの高い子どもの受け入れを含め、そのニーズを十分見込み、整備を促していく方向で検討する必要がある。

引き続き検討する論点について

6. 制度の持続可能性の確保について

(2) 検討の方向性

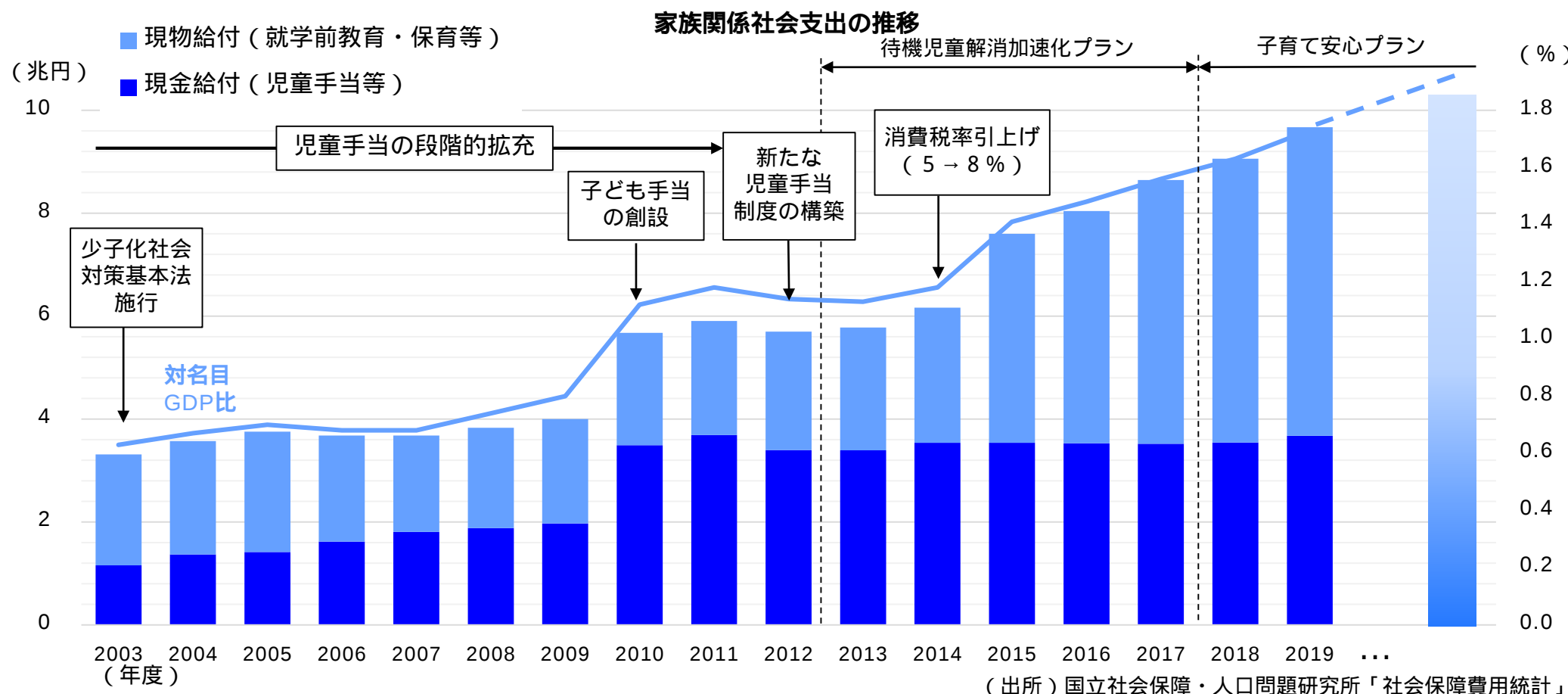
(障害福祉サービスの事業者の指定)

- 地域ごとの障害福祉サービス等のニーズを適切に踏まえた事業所の整備が進むよう、事業者の指定に市町村が関与することが有益と考えられる場合もあることから、都道府県知事の行う指定障害福祉サービス事業者等の指定において、市町村が意見を申し出ることを可能とし、都道府県は当該指定に当たり事業の適正な運営を確保するために必要と認める条件を付することができることとする仕組みの導入を検討する必要がある。

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**」を見ると、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、**真に子どもや子育て世帯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**する必要がある。

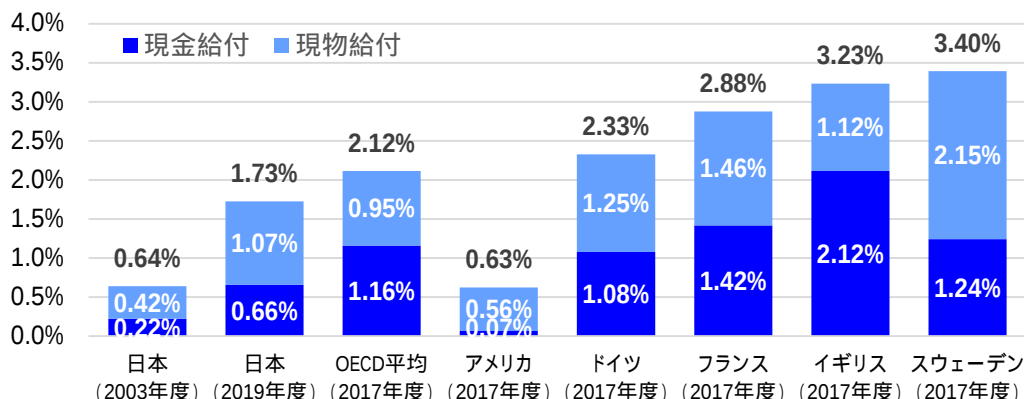


「家族関係社会支出」とは、家族を支援するために支出される現金給付及び現物給付（サービス）であり、就学前教育・保育（現物給付）や、児童手当（現金給付）等が含まれる。2019年10月に幼児教育・保育の無償化を実施したことに伴い、平年度で約8,900億円（公費ベース）の増額となる（対名目GDP比＋約0.16%相当）。

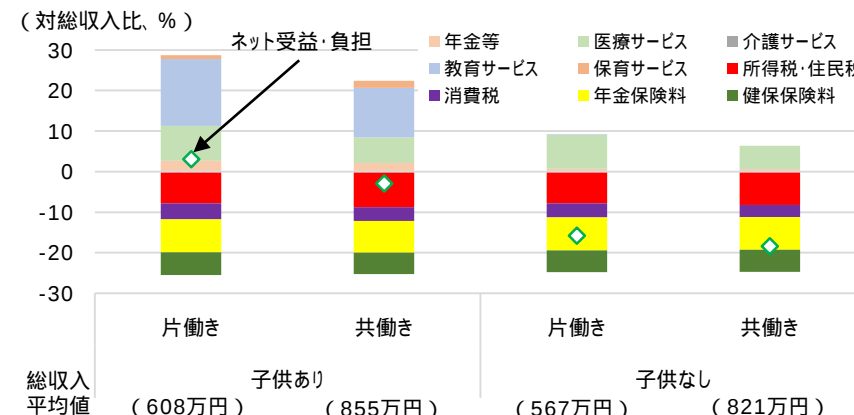
家族関係社会支出の国際比較

- 我が国の家族関係社会支出の対GDP比は、欧州諸国と比べて低水準との指摘があるが、国民負担率などの違いもあり、単純に比較はできないことに留意が必要である。
- 具体的には、負担面まで俯瞰して見ると、2015年の内閣府の分析では、我が国の子育て世帯は他の世帯と比較して受益が大きく、特に世帯年収が高額でない世帯はネット受益とされている。
- 子ども・子育て支援の国際比較を行うに当たっては、このように子育て世帯の受益だけではなく負担面まで含めた上で、再分配が十分であるかといった視点も含め、分析を充実させていくことが望ましい。

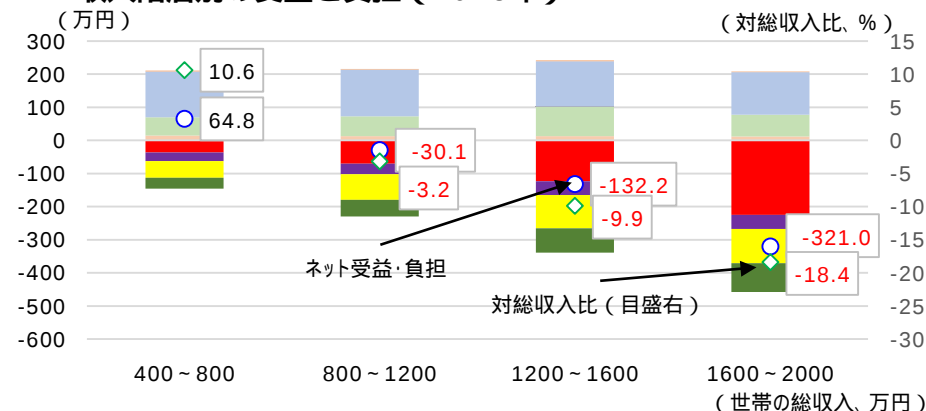
家族関係社会支出の国際比較（対GDP比）



世帯類型別の受益と負担（2015年）



40代男性・配偶者あり（共働き）・子供2人世帯 収入階層別の受益と負担（2015年）



少子化社会対策大綱（令和2年5月29日閣議決定）（抄）

我が国の家族関係社会支出の対GDP比は、少子化社会対策基本法が施行された2003年以降、児童手当の段階的拡充や、保育の受け皿拡大により、徐々に増加してきたが、2017年度で1.58%となっている。国民負担率などの違いもあり、単純に比較はできないが、フランス（2015年度2.93%）、スウェーデン（2015年度3.54%）、ドイツ（2015年度2.28%）など出生率の回復を実現した欧州諸国と比べて低水準となっており、現金給付及び現物給付を通じた家族政策全体の財政的な規模が小さいことが指摘されている。

家族関係社会支出と子ども・子育て支援

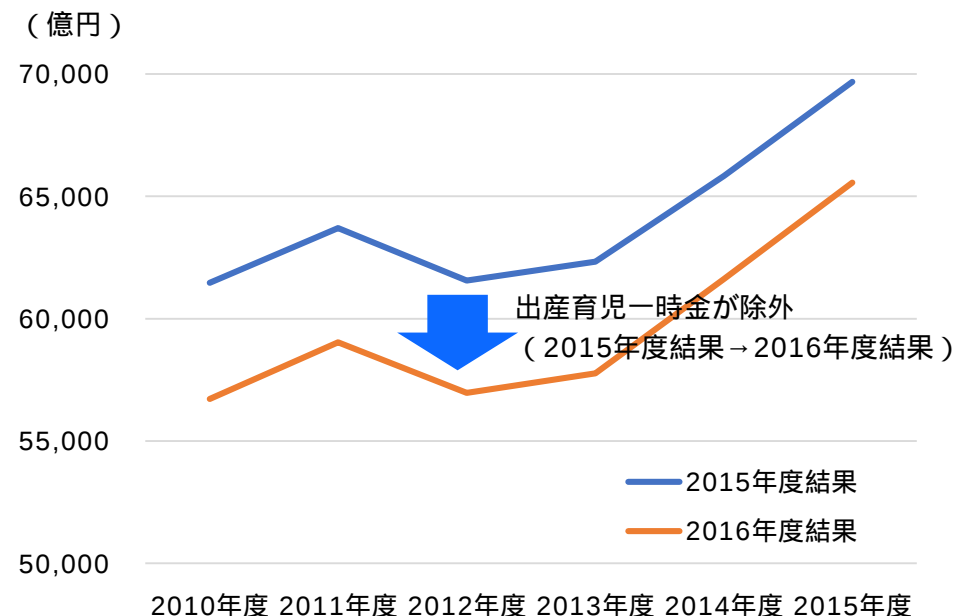
- 2015年の内閣府の分析において**子育て世帯の医療サービスの受益は大きい**が、このうち**子ども・子育て支援と考えられるもの**についても、OECDが定める基準において**家族関係社会支出以外の社会支出**（例 保健関係社会支出）に分類されている可能性がある。
- 具体的には、
 - 乳幼児医療費助成などは、子ども・子育て支援と考えられるものの、保健関係社会支出に分類されている。
 - 出産育児一時金は、子ども・子育て支援と考えられるものの、2016年度結果において、家族関係社会支出から保健関係社会支出に区分変更されたため、家族関係社会支出が2015年度結果から大幅に下方修正されている。
- 子ども・子育て支援の拡充を検討するに当たっては、**家族関係社会支出と子ども・子育て支援は必ずしも一致するものではない**ことにも留意しつつ、**真に子どもや子育て世帯のためになる支援の充実を考えていく必要がある**。

保健関係社会支出に分類されている子ども・子育て支援と考えられる項目の例

- 地方公共団体単独実施公費負担医療費給付分
 - 乳幼児医療費助成（義務教育就学前分）に要する経費 2,215億円
 - 妊産婦・寡婦等医療費助成に要する経費 34億円
 - 母子（父子）家庭医療費助成に要する経費 568億円
 - 小児慢性疾患医療費助成に要する経費 億円
- 乳幼児健康診査事務費 205億円
- 妊産婦健康診査（地方単独事業分）に要する経費 776億円
- 新生児マス・スクリーニング検査事務費 22億円
- その他の母子保健（地方単独事業分）に要する経費 70億円
- 小児医療に要する経費 89億円

（出所）国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」
総務省「社会保障施策に要する経費に関する調査」

家族関係社会支出の下方修正（2015年度結果→2016年度結果）



（出所）国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」

- 本通常国会において「こども家庭庁設置法案」が提出されており、本法案が成立した場合、令和5年4月にこども家庭庁が創設される予定である。こども家庭庁は、
 - こどもが自立した個人としてひとしく健やかに成長することができる社会の実現に向けて、こどもと家庭の福祉の増進・保健の向上等の支援、こどもの権利利益の擁護を任務とすることとされており、
 - 内閣府・文部科学省・厚生労働省からこどもの福祉・保健等を目的とする事務を移管するとともに、教育は文部科学省の所管としつつ、こども家庭庁と文部科学省が密接に連携することとされている。
- こども家庭庁の創設により、年齢による切れ目や省庁間の縦割りを排し、各ライフステージに応じて切れ目ない対応を図るとともに、困難を抱えるこどもへの支援等が抜け落ちることのないようにすることが期待される。一方、**こども政策を一元的に企画・立案・総合調整することを通じて、効率的かつ効果的な施策を講じることが必要**となる。
- また、こども政策を推進していくに当たっては、**こどもに負担を先送りすることのないよう安定的な財源を確保することが必要**である。

こども家庭庁の体制と主な事務

企画立案・総合調整部門

- こどもの視点、子育て当事者の視点に立った政策の企画立案・総合調整
- 必要な支援を必要な人に届けるための情報発信や広報等
- データ・統計を活用したエビデンスに基づく政策立案と実践、評価、改善

成育部門

- 妊娠・出産の支援、母子保健、成育医療等
- 就学前の全てのこどもの育ちの保障
(幼稚園教育要領、保育所保育指針の双方を文部科学省とともに策定(共同告示)など)
- 相談対応や情報提供の充実、全てのこどもの居場所づくり
- こどもの安全

支援部門

- 様々な困難を抱えるこどもや家庭に対する年齢や制度の壁を克服した切れ目ない包括的支援
- 児童虐待防止対策の強化、社会的養護の充実及び自立支援
- こどもの貧困対策、ひとり親家庭の支援
- 障害児支援
- いじめ防止を担い文部科学省と連携して施策を推進 など

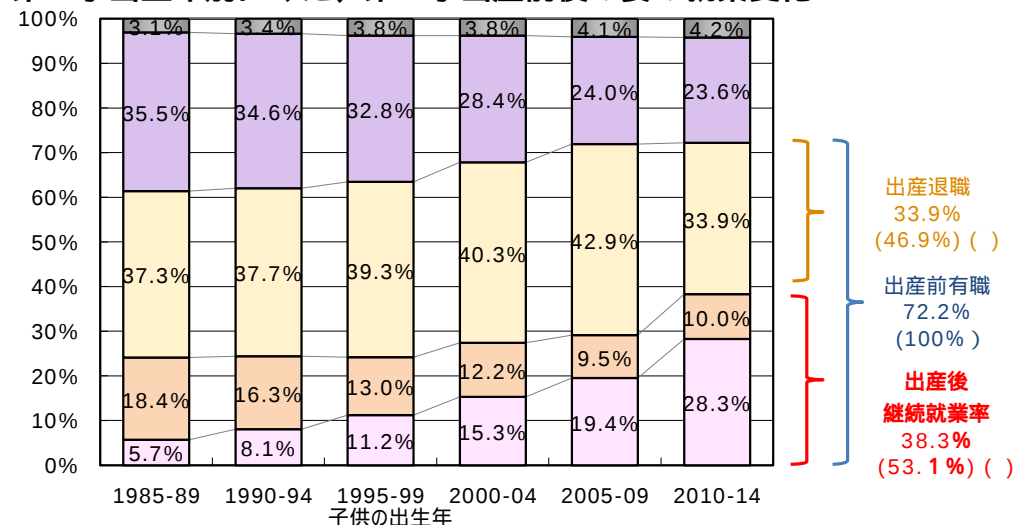
「こども政策の新たな推進体制に関する基本方針」(令和3年12月21日閣議決定)

6. こども政策を強力に進めるために必要な安定財源の確保

こども政策を強力に進めるために必要な安定財源の確保について、政府を挙げて、国民各層の理解を得ながら、社会全体での費用負担の在り方を含め、幅広く検討を進め、確保に努めていく。その際には、こどもに負担を先送りすることのないよう、応能負担や歳入改革を通じて十分に安定的な財源を確保しつつ、有効性や優先順位を踏まえ、速やかに必要な支援策を講じていく。安定的な財源の確保にあたっては、企業を含め社会・経済の参加者全員が連帯し、公平な立場で、広く負担していく新たな枠組みについても検討する。

- 岸田政権においては、日本の未来を担う若者世代・子育て世帯の所得の引上げに向けて、男女が希望どおりに働ける社会としていくために、仕事と子育ての両立を図っていくこととされている。
- この点、共働き世帯が一般的になる中で子供を産み育てていくためには、育児休業とその期間中の所得保障（育児休業給付）ないし保育サービスの利用が必要不可欠であるが、以下のような問題が生じている。
 - **育児休業給付**については、雇用保険制度の給付として位置づけられていることから、**雇用保険の対象とならない非正規雇用労働者等は受け取ることができない。**
 - 保育については、「新子育て安心プラン」に基づき、引き続き受け皿の整備を進め待機児童の解消を図っていくこととしているが、**両親の就労状況を重視する保育所の利用調整基準**が設けられていることにより、**非正規雇用労働者等の子供の方が待機児童になりやすい事態が生じている可能性がある。**
- こうしたことを踏まえれば、非正規雇用労働者等を含め、仕事と子育ての両立支援を図るとともに、世帯所得の向上を下支えしていく観点から、**育児休業と保育の利用の権利性を高めていくことを検討すべきである。**

第1子出生年別にみた、第1子出産前後の妻の就業変化



地方団体における保育施設利用調整基準表の例
（就労による区分・概要）

	基本指数		加算指数
8時間以上	20	週5日以上	3
7～8時間未満	19	週5日以上かつ 1日8時間以上	1
6～7時間未満	18	居宅外	2
5～6時間未満	17		
4～5時間未満	16		
4時間未満	15		
内 職	16		

- 両親ごとに点数を算出し、児童の保育状況や世帯状況（生活保護等受給世帯、兄弟姉妹・祖父母の状況等）による加算を行った上で**合計指数を算出。**

→ **合計指数が同じ場合、前年度市民税所得割額（住宅借入金等特別控除前の税額）の低い世帯から選考する。**

（ ）（ ）内は出産前有職者を100として、出産後の継続就業者の割合を算出
（注1）就業変化は、妻の妊娠判明時と子ども1歳時の従業上の地位の変化をみたもの。
（注2）上記グラフは、対象期間（例 2010～2014）中に出生した女性の就業変化を表している。

（出所）国立社会保障・人口問題研究所「第15回出生動向基本調査（夫婦調査）」

子ども・子育て支援の安定的な財源確保

- 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ついて、予算や法律改正等を通じて着実に推進してきた。その際、**不妊治療の適用拡大**については、消費税引上げによる増収分を活用した社会保障の充実のみならず**保険料財源の活用により実現**するとともに、「**新子育て安心プラン**」に基づく**保育の受け皿整備**については、**事業主拠出金**などにより財源を確保したことに留意する必要がある。
- 少子化対策を含む子ども・子育て支援を引き続き推進していくに当たっては、引き続き、**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であるが、安定的な財源確保に当たっては、このように**税財源以外の方策も含め幅広く検討を行っていく必要がある**。

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（育児・介護休業法の改正 令和4年10月施行）

- 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」に基づく保育の受け皿の整備

- ・ 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

- ・ **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（令和4年10月支給分から）**
- ・ 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検討

子ども・子育て支援の安定的な財源確保

令和4年4月13日
財政制度等審議会
提出資料

- 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。**
(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)の財源の一部には、事業主拠出金が充てられている。
- 子ども・子育て支援の安定的な財源確保については、**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必要がある。**

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健康保険給付などとして、被保険者の負担を軽減する制度	健康保険法等に基づく保険給付と併せて、一定の金額を支給する制度	雇用保険法等に基づく保険給付と併せて、一定の金額を支給する制度
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3,827億円(令和元年度)	約1,458億円(令和元年度)	約6,437億円(令和2年度)

「経済財政運営と改革の基本方針2021」(令和3年6月18日閣議決定)(抄)

少子化の克服、子供を産み育てやすい社会の実現のため、子供の視点に立った政策を推進する。(中略)その際、将来の子供たちに負担を先送りすることのないよう、応能負担や歳入改革を通じて十分に安定的な財源を確保しつつ、有効性や優先順位を踏まえ、速やかに必要な支援策を講じていく。
安定的な財源の確保にあたっては、企業を含め社会・経済の参加者全員が連帯し、公平な立場で、広く負担していく新たな枠組みについても検討する。

児童手当（現金給付）のあり方の見直し

- 児童手当については、所得基準を超えている者に対しても、「当分の間」の措置として月額5,000円（年額6万円）の「特例給付」が支給されているが、令和4年10月支給分から、特例給付の対象者に所得上限（年収1,200万円相当）が設定される。
- 所得制限について、世帯全体の所得ではなく、世帯の中で最も所得が高い者（主たる生計者）の所得のみで判定する仕組みとなっている。一方、共働き世帯数が専業主婦世帯数を超えるなど、**世帯における就労形態が多様化するとともに、他の制度においては、世帯合算の所得状況により給付額等の判断がなされる例も多い。**
- こうしたことを踏まえれば、所得制限については、**世帯合算で判断する仕組みに変更することも検討すべきではないか。**

児童手当の支給例（子2人（小学生1人、3歳未満1人）の場合）

収入の例	児童手当支給額（月額）
世帯収入1,100万円（夫収入1,000万円、妻収入100万円）	特例給付10,000円 （小学生5,000円、3歳未満5,000円）
世帯収入1,100万円（夫収入800万円、妻収入300万円）	児童手当25,000円 （小学生10,000円、3歳未満15,000円）

世帯合算の所得基準を設けている制度の例（算定方法は概要を示したもの）

制度	算定方法
保育料	原則として 父母の市町村民税所得割額の合計額 に基づき決定 父母が非課税の場合は、生計の中心者（同居祖父母等）の市町村民税所得割額も含めて算出
高等学校等就学支援金	原則として 父母の課税標準額（課税所得額）の合計額 に基づき決定
高等教育の修学支援（授業料等減免及び給付型奨学金）	原則として 本人と父母の課税標準額（課税所得額）等の合計額 に基づき決定

高等学校等就学支援金制度の例

世帯構成	所得制限の内容（目安年収）
共働き世帯 子2人	世帯収入が約1,070万円を超える場合は対象外
専業主婦世帯 子2人	世帯収入が約950万円を超える場合は対象外

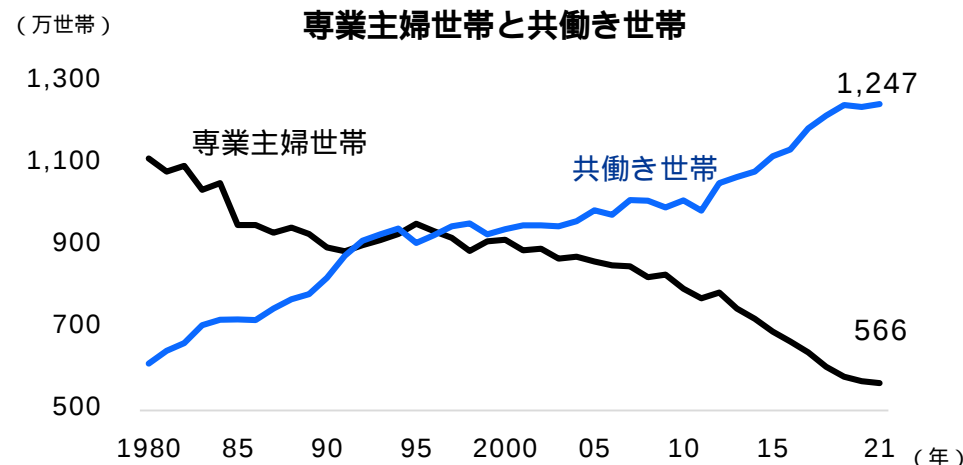
収入は全て給与所得であり、共働き世帯の両親の収入は同額、子は高校生2人と仮定。

全世代型社会保障改革の方針（令和2年12月15日閣議決定）（抄）

また、少子化社会対策大綱等に基づき、安定的な財源を確保しつつ、ライフステージに応じた総合的な少子化対策に向けた取組を進める。その際、児童手当について、多子世帯等への給付の拡充や世帯間の公平性の観点での世帯合算導入が必要との指摘も含め、財源確保の具体的方策と併せて、引き続き検討する。

児童手当法の一部を改正する法律（令和3年5月21日成立）（抄）

附則第2条 政府は、子ども・子育て支援に関する施策の実施状況等を踏まえ、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検討を加え、その結果に基づき、必要な措置を講ずるものとする。



（出所）独立行政法人労働政策研究・研修機構「グラフでみる長期労働統計」

（注）「専業主婦世帯」とは、夫が非農林業雇用者で、妻が非就業者（非労働力人口及び完全失業者）の世帯。「共働き世帯」とは、夫婦ともに非農林業雇用者の世帯。2018年以降は、厚生労働省「厚生労働白書」、内閣府「男女共同参画白書」に倣い夫が非農林業雇用者で妻が非就業者（非労働力人口及び失業者）の世帯。「共働き世帯」は、夫婦ともに非農林業雇用者の世帯。なお、出所の「グラフでみる長期労働統計」において、妻が非農林業雇用者で、夫が非就業者の世帯の集計結果は公表されていない。