

財政制度等審議会における議論の状況について

財務省

2022年11月11日

目次

1. 総論（ウイズコロナへの移行と全世代型への制度改革）
2. こども・子育て
3. 医療
4. 介護
5. 雇用
6. 生活保護

1. 総論（ウィズコロナへの移行と全世代型への制度改革）

総論

ウィズコロナへの移行

全世代型社会保障の構築①

- 「全世代型社会保障の構築」は少子高齢化が加速する中で極めて優先度の高い課題。「全世代型」とは、**能力に応じて負担し、必要に応じて給付し、持続可能な制度を次世代に伝えること。**
- すでに2008年の社会保障国民会議報告書において「**全ての国民が参加し支える**」との考え方が提示されている。社会保障改革を進めてきたが、こうした考え方が徹底されているか今一度検証が必要。

◆第7回全世代型社会保障構築会議（令和4年9月28日） 清家座長発言（抄）

「実は全世代型社会保障という言葉も、多分最初に議論したのは・・・社会保障制度改革国民会議だったと思います。そのときの議論を思い出しますと、・・・何で全世代型と言うかという、それは社会保障の問題というのが、その当時とはすると世代間対立のような議論になってしまっていたので、そういうようにしないためにも、年齢基準の制度ではなく、つまり、年齢にかかわらず能力に応じて負担をし、そして、必要に応じて給付を受ける、という意味だったということです。

高齢者であっても負担能力があれば負担をする。それから、もちろん若い子育て世代も必要であれば十分な子育て支援給付を受けられるようにする、それがまさに全世代型という意味で、能力に応じて負担をし、必要に応じて給付をするという当たり前ではないかというように言われるかもしれませんが、・・・幹の部分は何なのだとおきに立ち戻るべき視点ではないかなというようにも思った次第です。」

◆社会保障国民会議 最終報告（平成20年11月4日）（抄）

1 社会保障国民会議における議論の出発点

（3） 全ての国民が参加し支える、国民の信頼に足る社会保障

社会的な相互扶助の仕組である社会保障制度は全ての国民にとって必要なもの。給付の裏側には必ず負担がある。国民にはサービスを利用する権利と同時に制度を支える責任がある。

◆社会保障制度改革国民会議報告書 ～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～（平成25年8月6日）（抄）

3 社会保障制度改革の方向性

（2）すべての世代を対象とし、すべての世代が相互に支え合う仕組み

上述のように、「21世紀型（2025年）日本モデル」の社会保障では、主として高齢者世代を給付の対象とする社会保障から、切れ目なく全世代を対象とする社会保障への転換を目指すべきである。

その際、全世代型の社会保障への転換は、世代間の財源の取り合いをするのではなく、それぞれ必要な財源を確保することによって達成を図っていく必要がある。また、世代間の公平だけでなく、世代内の公平も重要であり、特に他の年代と比較して格差の大きい高齢者については、一律横並びに対応するのではなく、負担能力に応じて社会保障財源に貢献してもらうことが必要である。

このような観点から、これまでの「年齢別」から「負担能力別」に負担の在り方を切り替え、社会保障・税番号制度も活用し、資産を含め負担能力に応じて負担する仕組みとしていくべきである。

全世代型社会保障の構築②

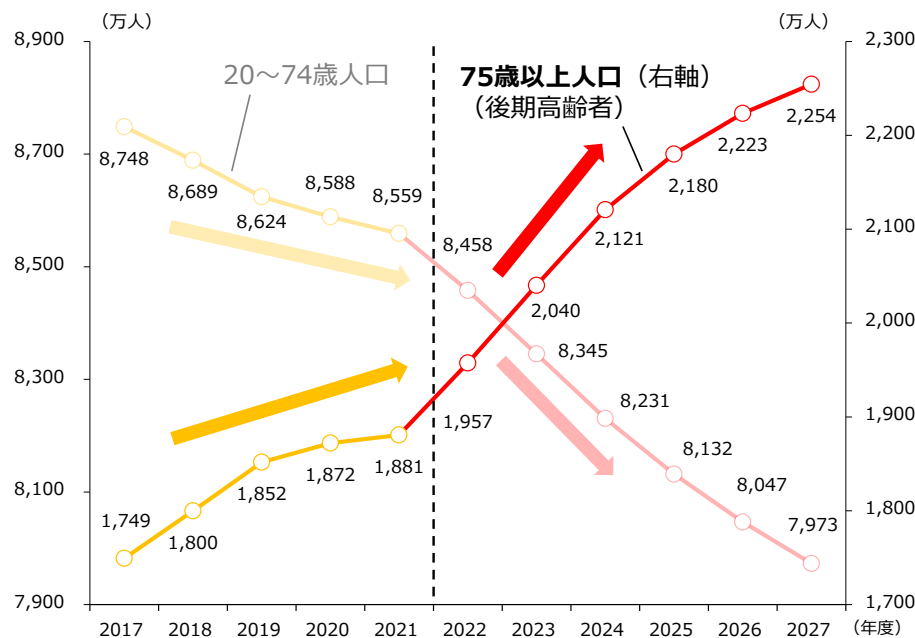
○ 現行制度を見渡すと、「能力に応じて負担し、必要に応じて給付し、持続可能な制度を次世代に伝える」という考え方が**まだまだ徹底されていない部分が目立つ**。

- 年齢に着目した負担の差が多く残っている（医療費の窓口負担・高額療養費・保険料、金融所得・資産に着目していない）
- 負担が負担能力の多寡に対応していない（健保組合の保険料負担、国保組合の国庫補助、介護の窓口負担）
- 事業主や企業の負担のあり方にさらに検討が必要（「勤労者皆保険」に向けた適用拡大など）
- 少子化対策の観点から必要な支援の検討が必要（0～2歳、育休の対象となっていない層）
- 給付を効率的・効果的なものとするため、医療提供体制の見直しが必要（地域医療構想、かかりつけ医機能の発揮）、介護のケアマネジメント・軽度者の給付のあり方の見直し
- 国民負担軽減のため給付範囲の見直しが必要

ウィズコロナへの移行と全世代型への制度改革

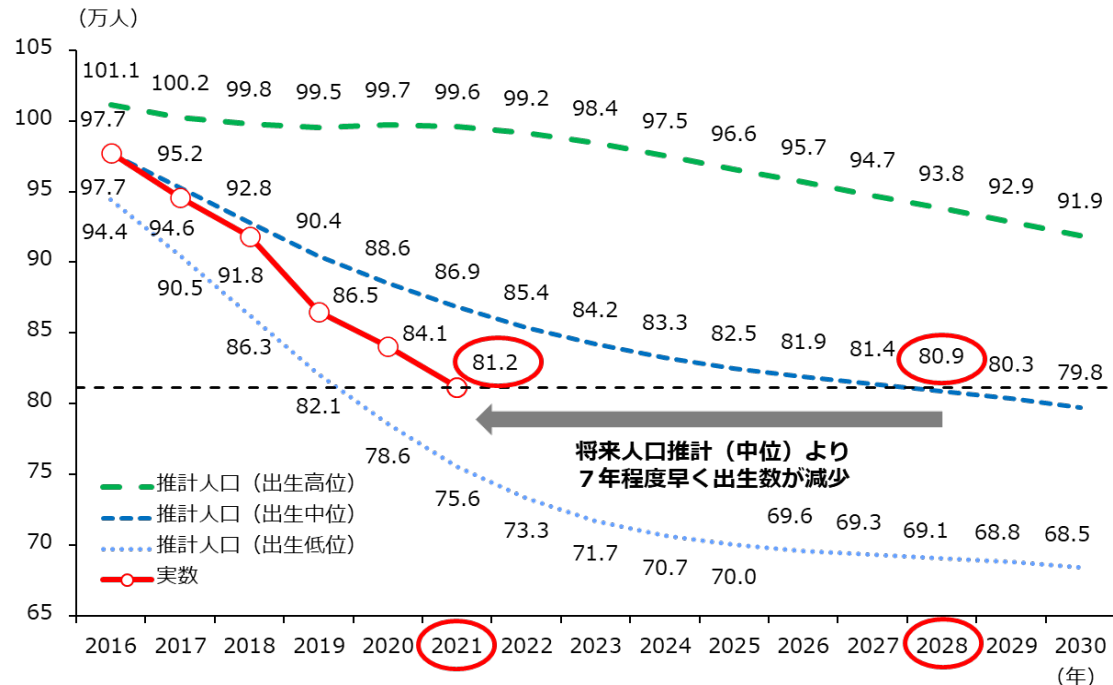
- 2008年以降、同様のコンセプトで提言が繰り返されてきた。一定の成果があり、特に安倍政権以降、改革は着実に進んだ面もある。一方で、**経済全体の負担能力に比して給付費の膨張は続き、少子化は加速。コロナ感染拡大により議論が停滞し、さらに、医療供給体制をはじめ制度の弱点が露呈した部分もある。**ウィズコロナに移行する中で、あらためて、全世代型で持続可能な制度を構築するための取り組みを加速する必要。
- 特に、**今後3年間は後期高齢者が急増して、このままでは国民負担の増加が免れない。**一方で、**コロナの中で少子化が加速して人口減少が7年程度前倒しされている状況。**「ウィズコロナへの移行と全世代型への制度改革」を急ぐべき。

◆年齢別の人口推移



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 (出生中位・死亡中位)」

◆出生数の動向 (推計と実績)



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 (2017年推計)」、厚生労働省「人口動態統計」
(注) 推計人口は死亡中位。

1. 総論（ウィズコロナへの移行と全世代型への制度改革）

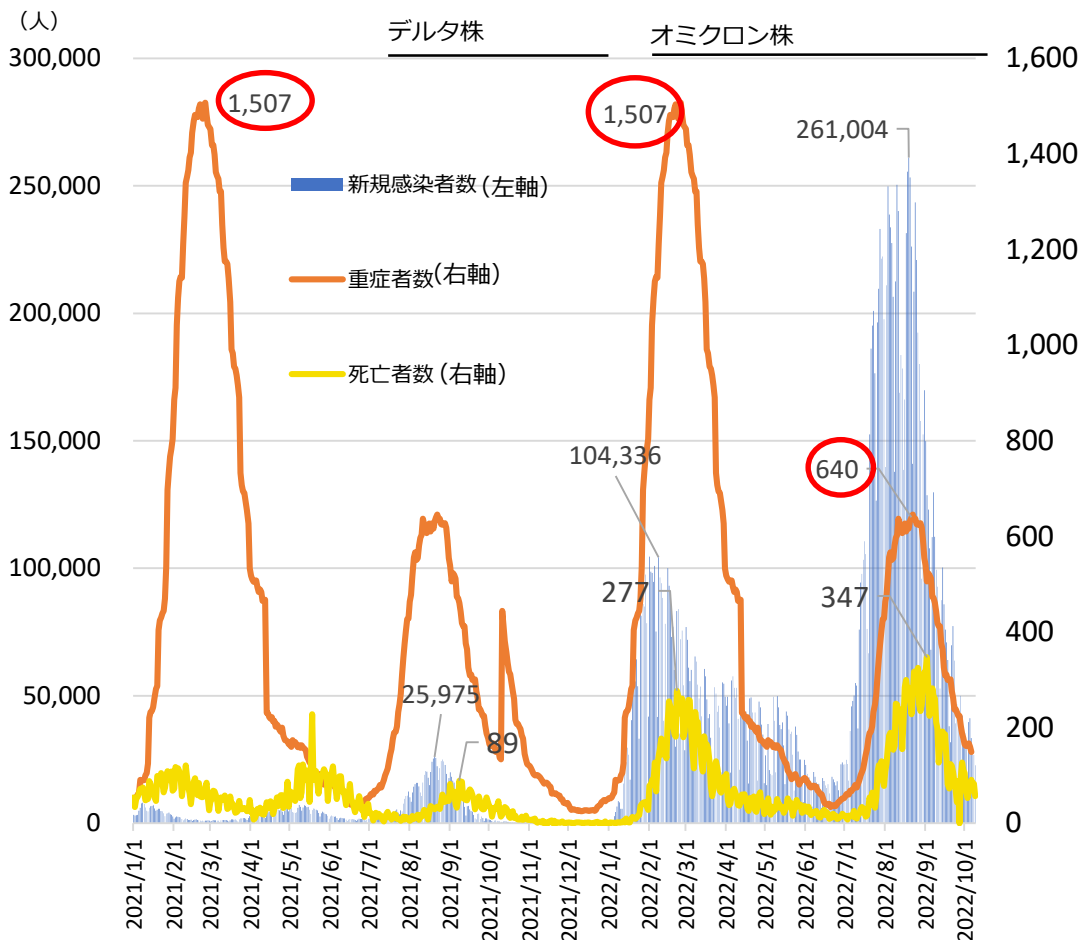
総論

ウィズコロナへの移行

新型コロナの重症化率等の推移

- オミクロン株への変異により、感染者数は大きく増加したものの、重症者数は減少している。
- 直近の新型コロナの重症化率等については、季節性インフルエンザの比較も含め様々なデータが示されており、これらを踏まえて今後の政策を検討していくべきである。

◆新型コロナウイルスの新規感染者数・重症者数・死亡者数の推移



(出所) 厚生労働省HPオープンデータより作成
<https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/open-data.html>

◆新型コロナウイルスの重症化率、致死率の変化 (大阪府) 第18回新型コロナウイルス感染症対策分科会提出資料 (R4.9.16)

	第5波 (デルタ株) (R3.6.21~12.16)		第6波 (BA1.2) (R3.12.17~R4.6.24)		第7波 (BA4.5) (R4.6.25~8.21)	
	重症化率	致死率	重症化率	致死率	重症化率	致死率
60歳未満	0.70%	0.07%	0.02%	0.01%	0.01%	0.004%
60歳以上	4.72%	3.71%	0.73%	2.09%	0.14%	0.475%

(出所) 第18回新型コロナウイルス感染症対策分科会 (R4.9.16) に提出された大阪府健康医療部の資料のデータを基に作成。

◆第7波における新型コロナウイルスの致死率 (東京都) 東京都新型コロナウイルス感染症モニタリング会議資料 (R4.10.27)

- ✓ 過去の波と比較して、**死亡率は低い。**
- ✓ 第7波では、**約3割が新型コロナ以外の原因で亡くなっている。**

	第7波 (BA4.5) (R4.7.1~9.30) 致死率
60歳未満	0.01%
60歳以上	0.64%

(出所) 東京都新型コロナウイルス感染症モニタリング会議 (R4.10.27) 資料を基に作成。

◆新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード事務局提出資料 (R4.7.13)

	第5波 (デルタ株) (R3.7~10)		第6波 (BA1.2) (R4.1~2)		季節性インフルエンザ (H29.9~R2.8)	
	重症化率	致死率	重症化率	致死率	重症化率	致死率
60歳未満	0.56%	0.08%	0.03%	0.01%	0.03%	0.01%
60歳以上	5.0%	2.5%	2.49%	1.99%	0.79%	0.55%

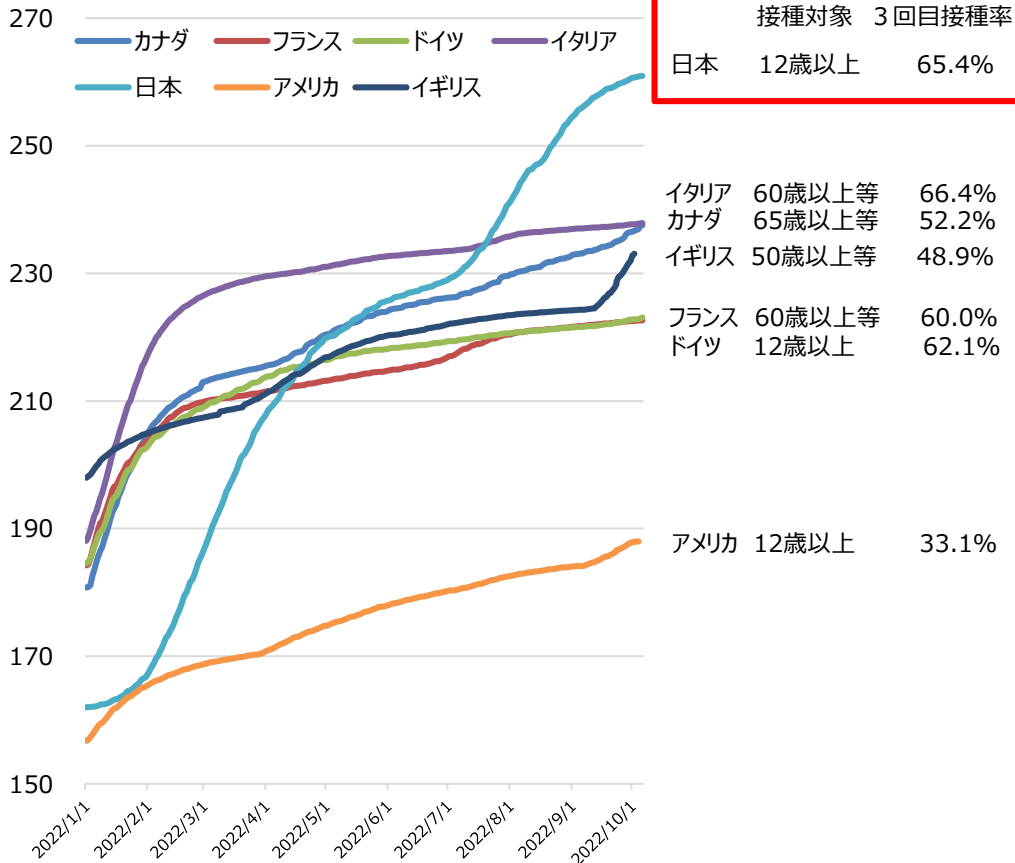
(出所) 新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード事務局提出資料 (R4.7.13) を加工
 ※季節性インフルエンザはNDBにおける2017年9月から2020年8月までに診断または抗インフル薬を処方された患者のうち、28日以内に死亡または重症化 (死亡) した割合である。新型コロナは協力の得られた3自治体のデータを使用し、デルタ株流行期の場合は2021年7月から10月、オミクロン株流行期の場合は2022年1月から2月までに診断された陽性者のうち、死亡または重症化 (死亡) した割合であり、感染者が療養解除した時点、入院期間が終了した時点、デルタ株流行期の場合は届出から2ヶ月以上経過した時点又はオミクロン株流行期の場合は令和4年3月31日時点でのステータスに基づき算出している。年齢階級別の重症化率においても概ね同様の傾向が見られるが、比較する際にはデータソースの違いや背景因子が調整されていない点等に留意が必要。

ワクチンと治療薬の普及

- 我が国のワクチン接種は進捗しており、諸外国に比べて、**ブースター接種の対象範囲が広く、回数も多い**。足もとにおいても接種の対象年齢が広く、人口あたり接種回数が大きく伸びている状況。
- 治療薬については、多くの商品が承認済となっており、**幅広い患者に対応可能**となっている。

◆ 我が国と諸外国のワクチン接種状況

100人当りに投与されたCOVID-19ワクチン総投与量 (2022年10月6日)



(出所) Our World in Dataより作成。

◆ 承認済の新型コロナウイルス治療薬

	成分名 (販売名)	企業	対象者	承認日
抗ウイルス薬	レムデシビル (ベクルリー点滴静注用)	ギリアド・サイエンシズ	軽症～重症	R2.5.7 特例承認 R3.8.12 保険適用 R3.10.18 一般流通開始 R4.3.18 軽症に対象拡大
	モルヌピラビル (ラゲプリオカプセル)	M S D (米メルク社)	ハイリスクの軽症～中等症 I	R3.12.24 特例承認 R4.8.18 保険適用 R4.9.16 一般流通開始
	ニルマトレルビル・リトナビル (パキロビッドパック)	ファイザー	ハイリスクの軽症～中等症 I	R4.2.10 特例承認
中和抗体剤	カシリビマブ・イムデビマブ (ロナプリーブ注射液セット)	中外製薬	ハイリスクの軽症～中等症 I 濃厚接触者の発症抑制	R3.7.19 特例承認 R3.11.5 特例承認 (発症抑制)
	ソトロビマブ (ゼビュディ点滴静注液)	G S K	ハイリスクの軽症～中等症 I	R3.9.27 特例承認
	チキサゲビマブ・シルガビマブ (エバシールド筋注セット)	アストラゼネカ	ハイリスクの軽症～中等症 I 免疫抑制患者等の曝露前発症抑制	R4.8.30 特例承認
抗炎症薬	デキサメタゾン (デカドロン錠等)	日医工等	重症感染症	R2.7.17 (診療手引き掲載)
	バリシチニブ (オルミエント錠)	日本イーライリリー	中等症 II～重症	R3.4.23 通常承認
	トシリズマブ (アクテムラ点滴静注)	中外製薬	中等症 II～重症	R4.1.21 通常承認

(注) 令和4年9月30日現在。

第7波への対応とWithコロナへの移行

○ 政府においても、「第7波」では新たな行動制限を行わず、感染拡大防止と社会経済活動の両立を図る方針で対応に臨んでおり、感染者の発生届の全数届出の見直しや、水際措置の緩和など、Withコロナへの移行に向けた措置を、段階的に発表している。

◆Withコロナに向けた政策の考え方（令和4年9月8日新型コロナウイルス感染症対策本部決定）

全数届出の見直し（9月26日～全国一律）

- 患者の発生届出の対象を以下の4類型に限定
 - ① 65歳以上の者
 - ② 入院を要する者
 - ③ 重症化リスクがあり、治療薬の投与又は新たに酸素投与が必要と医師が判断する者
 - ④ 妊婦
- 感染者数は全数把握を継続

オミクロン株対応ワクチンの接種促進

- 12歳以上の者に対する接種を9月から前倒しで開始

陽性者の自宅療養期間の見直し

- 有症状者：発症から10日間 ⇒ 7日間（現に入院している場合等は10日間）
- 無症状者：検体採取から7日間 ⇒ 検査キットによる検査で5日間経過後に解除

◆水際措置の緩和

<9月7日～>

- 入国者数の上限を5万人に引上げ
- ワクチン3回接種完了者に対して出国前検査を求めない
- 添乗員を伴わないパッケージツアーによる入国を可能化

- 発生届の対象外となる方々が安心して自宅療養をできるよう、以下の取り組みを実施
 - ✓ 抗原定性検査キットのOTC化（インターネット等での販売を解禁）
 - ✓ 健康フォローアップセンターの全都道府県での整備
 - ✓ 必要に応じて、宿泊療養や配食等の支援を実施

医療費等への公費支援のあり方

- 自宅療養者の外出自粛の在り方、治療薬の普及などの状況を踏まえつつ、他の疾病との公平を確保する観点から、重症化リスクの低い患者をはじめとする外来医療費や宿泊療養・配食等の公費支援（予算補助）の在り方について、引き続き検討する。

<10月11日～>

- 入国者数の上限を設けない
- 感染が疑われる者を除き、入国時検査を行わない
- 外国人観光客のパッケージツアー以外の入国も可
- 受入責任者による管理を求めない
- 査証の免除措置の適用を再開

新型コロナに伴う医療関係の特例的な支援

- 新型コロナについて、これまで**医療提供体制のために主なものだけで17兆円程度の国費による支援**が行われてきた。

緊急包括支援交付金等 7.6兆円

- 緊急包括支援交付金 : 6.8兆円 (病床確保支援、医療従事者への慰労金支給、感染拡大防止等支援、ワクチン接種体制支援)
- 病床確保のための緊急支援 : 0.3兆円
- その他国直轄補助金 : 0.5兆円 (インフルエンザ流行期に備えた発熱外来体制の構築、感染防止等支援、労災上乗せ保険支援)

診療報酬による対応 0.1兆円 (医療費ベース 0.4兆円)

- 予備費[2年4・5・9月、3年8月] : 500億円 (新型コロナウイルス感染症の入院患者の特例的評価 等)
- 2年度三次補正 : 100億円 (小児外来診療・転院患者診療の特例的評価)
- 3年度当初 : 500億円 (小児外来診療[⇒4年3月末まで]・外来等感染症対策実施加算[⇒3年9月末まで] 等)

福祉医療機構等を通じた資金繰り支援 0.1兆円 (貸付枠3.3兆円)

- 資金繰り支援 : 0.1兆円 (福祉医療機構への出資金 等) 累計の貸付枠3.3兆円 (財政融資を活用)

ワクチンの確保・接種 4.7兆円

- ワクチンの確保 : 2.4兆円 (ワクチンの購入、流通経費 等)
- ワクチンの接種 : 2.3兆円 (接種対策費負担金1.0兆円、接種体制確保補助金1.2兆円、針・シリンジ購入 等) ※緊急包括支援交付金分を除く

治療薬の確保 1.3兆円

- 治療薬の確保 : 1.3兆円 (ロナプリーブ、モルヌピラビル、ゼビュディ等の確保)

ワクチン・治療薬の開発、生産支援等 1.3兆円

- 開発、生産支援等 : 1.3兆円 (ワクチン生産体制支援、研究開発支援、治験実施支援 等)

PCR検査体制の拡充、検疫体制の強化 等 0.8兆円

- PCR検査等 : 0.5兆円 (PCR等の行政検査、一定の高齢者・妊産婦等への検査、検査キット等の確保 等)
- 検疫体制強化 : 0.4兆円

医療用物資の確保 その他システム整備等 0.9兆円

- 2・3年度補正、予備費、4年度当初 : 0.9兆円 (医療用マスク・人工呼吸器の購入、生産設備整備、システム整備 等)

病床確保料

- 病床確保料（昨年度は年間で約 2 兆円を支出）については、公立病院等の収入が過大になっているとの批判に応えつつ、通常医療とコロナ医療の両立を進める観点から、本年10月以降、補助金収入を含めた医療機関の収入額がコロナ流行前の診療収入額の1.1倍を超える場合、病床確保料を調整する等の見直しを実施した。
- そうした下でも、1日当たり最大40万円を上回る病床確保料は、平時の診療収益に比べて2倍から12倍を支払っている計算。空床確保が通常医療を圧迫しているとの指摘もある中、制度の在り方や支援額の水準については、引き続き検討の余地がある。

◆ 病床確保料の仕組み

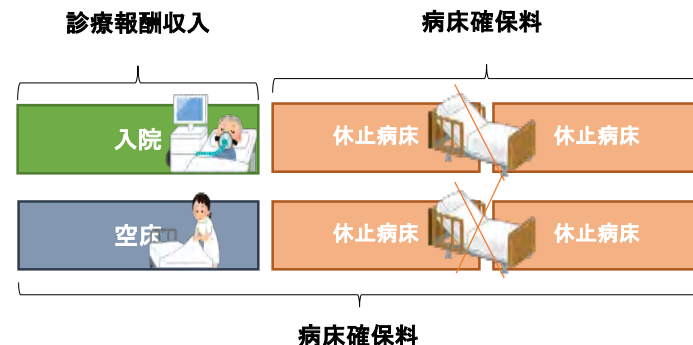
＜重点医療機関・特定機能病院等＞

病床の種別	病床確保料
I C U病床	436,000円/日
H C U病床	211,000円/日
その他病床	74,000円/日

← **12倍**
← **6倍**
← **2倍**

＜平時の入院診療収益（病床1床当たり）＞

	令和元年度
年間入院診療収益（売上）	1,313万円
1日当たり入院診療収益（売上）	35,974円/日



- (注1) 重点医療機関：コロナ患者専用の病院や病棟を設定する医療機関であり、都道府県が指定した医療機関。
 (注2) 即応病床使用率（前3か月間）が当該都道府県の平均を30%下回る医療機関（例：平均70%の場合は49%未満）の病床確保料の金額は7割水準。
 (注3) 休止病床の上限は、即応病床1床あたり休床2床まで（ICU/HCU病床は休床4床まで）。

(出所) 厚生労働省「第23回 医療経済実態調査」
 (注) 一般病院の全体の計数。

◆ 令和4年10月以降の見直し（令和4年9月27日厚生労働省事務連絡）

- 当該医療機関の収入額（診療収入額と病床確保料の合計額）がコロナ流行前の診療収入額の**1.1倍を超える場合**、当該医療機関の**コロナ病床使用率が一定水準に満たないときに限り**、**病床確保料を調整する（1.1倍を超える分を調整）**。
 - 即応病床使用率が50%以上の医療機関はこの調整措置の対象外。
 - 調整対象は病床確保料のみであり、診療収入（診療報酬）が調整されることはない。
 - 診療収入額がコロナ流行前の診療収入額の1.1倍を超えた場合、**特例的に3%を上限に**病床確保料を支給する（さらに1.2倍を超えたときは病床確保料は支給しない）。
 - 収支のバランスを考慮するため、**足下の医業支出の伸びがコロナ流行前支出の1.2倍を超える場合は、当該伸びを適用して調整する**（他の補助金が支給された経費は支出から除く）。

■ 日本経済新聞 2022年10月14日
「第7波 一般医療への影響、検証を」愛知県病院協会長
 — 愛知県内では新型コロナ患者のうちコロナ専用病床に入院する人と、それ以外の病床に入院する人が同数に近い時期もありました。
 「コロナという疾病のためだけの病床を持つ必要はもうない。インフルエンザなど一般の感染症と同じ対応にすべきだ。病棟をすべてコロナ向けにして重装備の感染防護をする必要がどれほどあるか。感染を完全に防げるのはいいが、コストパフォーマンスの問題だ」
 — 入院治療でも一般医療への影響はありましたか。
 「コロナは医療機関の病床を占有してしまう。一般医療にしろ寄せが来てしまった。本来なら脳卒中や心筋梗塞の患者が入院治療を受けられたはずなのに、コロナ病棟を設けるとできなくなる。地域医療として大きな問題で、影響を検証しなければならない」

感染症法改正案

- 臨時国会に提出されている感染症法の改正案では、感染症発生時の医療機関の病床確保について、都道府県との協定締結の協議に応じる義務を課し、実際の発生時には協定に則った対応を行うよう勧告・指示・公表等の措置が講じられる。

◆感染症法改正案における協定締結のプロセス及び担保措置/履行確保措置

平時	公立・公的医療機関等 (NHO・JCHOを含む)	特定機能病院/地域医療支援病院	民間医療機関
協定締結プロセス	①都道府県知事は、都道府県医療審議会の意見を聴いて、地域の感染想定に応じた感染症医療の数値目標（確保すべき病床の総数等）をあらかじめ予防計画・医療計画に規定する。 ②さらに、 都道府県知事は 、計画に定めた病床の確保のため、 都道府県医療審議会の意見を聴いた上で 、各医療機関と協議を行う 協定案（病床の割り当て等）を策定の上 、各医療機関と協議を行い、 結果を公表する 。		
協定締結の担保措置	全ての医療機関に対して、 予防計画・医療計画の達成のために、必要な協力をするよう努力義務 を課す。		
	全ての医療機関に対して、 協定締結の協議に応じる義務 を課す。		
	全ての医療機関に対して、 都道府県医療審議会の意見を尊重する義務 を課す。		
	協定の協議が調わない場合に、 都道府県医療審議会の意見を聴いた上で、再協議を行うプロセスを明確化		

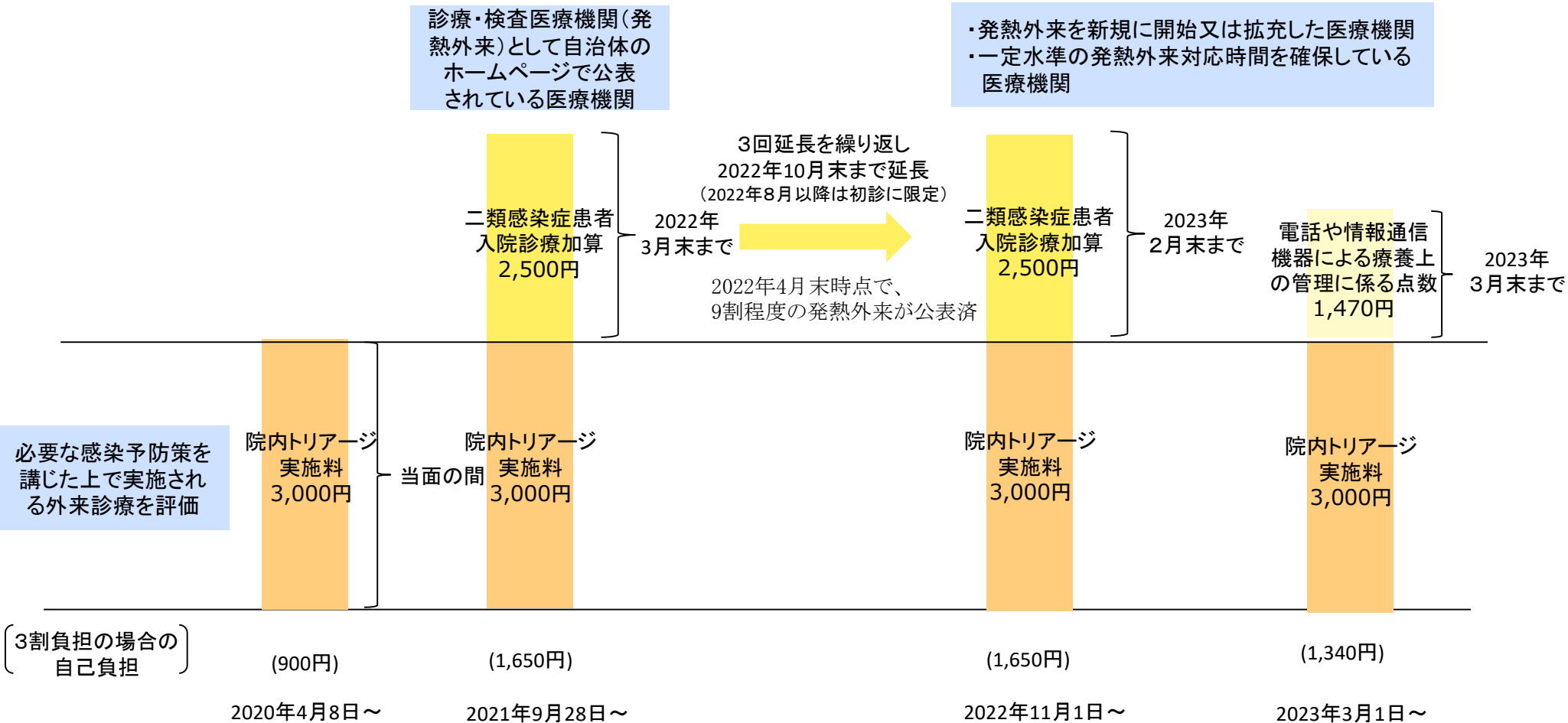
- 公立・公的医療機関等、特定機能病院及び地域医療支援病院については、その機能を踏まえ感染症発生・まん延時に担うべき**医療の提供を義務付け**、平時に都道府県知事が医療機関に通知。
- 感染症対応の社会医療法人については、協定（流行初期医療確保措置の対象）の締結を**認定の要件化する**。なお、協定に則った対応を行うよう勧告→指示した上で、当該指示に従わない場合に、**認定を取り消す**ことがあり得る。

感染症発生・まん延時	協定（医療提供義務を含む）に則った対応を行うよう、 指示⇒公表（指示違反） * NHO法・JCHO法に基づき、厚生労働大臣は緊急の必要がある場合に必要な措置を行うことを求めることができ、これに応じなければならない。	協定（医療提供義務を含む）に則った対応を行うよう、 勧告⇒指示⇒公表（指示違反※） ※指示に従わない場合、承認を取り消すことがあり得る。	協定に則った対応を行うよう、 勧告⇒指示⇒公表（指示違反）
協定の履行確保措置等	保険医療機関の責務 として、国・地方が講ずる必要な措置に協力するものとする旨を明記。		

発熱外来に対する診療報酬上の特例措置

- 新型コロナ疑い患者への外来診療については、感染拡大当初（2020年4月）に診療報酬上の特例的評価を行うこととした。
- その後、診療・検査医療機関（発熱外来）の公表が進まない中、2021年9月末から自治体ホームページでの公表を要件として追加の特例評価を行うこととした。発熱外来の公表は相当程度進んだものの、引き続き要件を見直しながら、特例措置を行うこととしている。
- 令和4年度の発熱外来に関する診療報酬の特例は0.3兆円程度※と推計される。

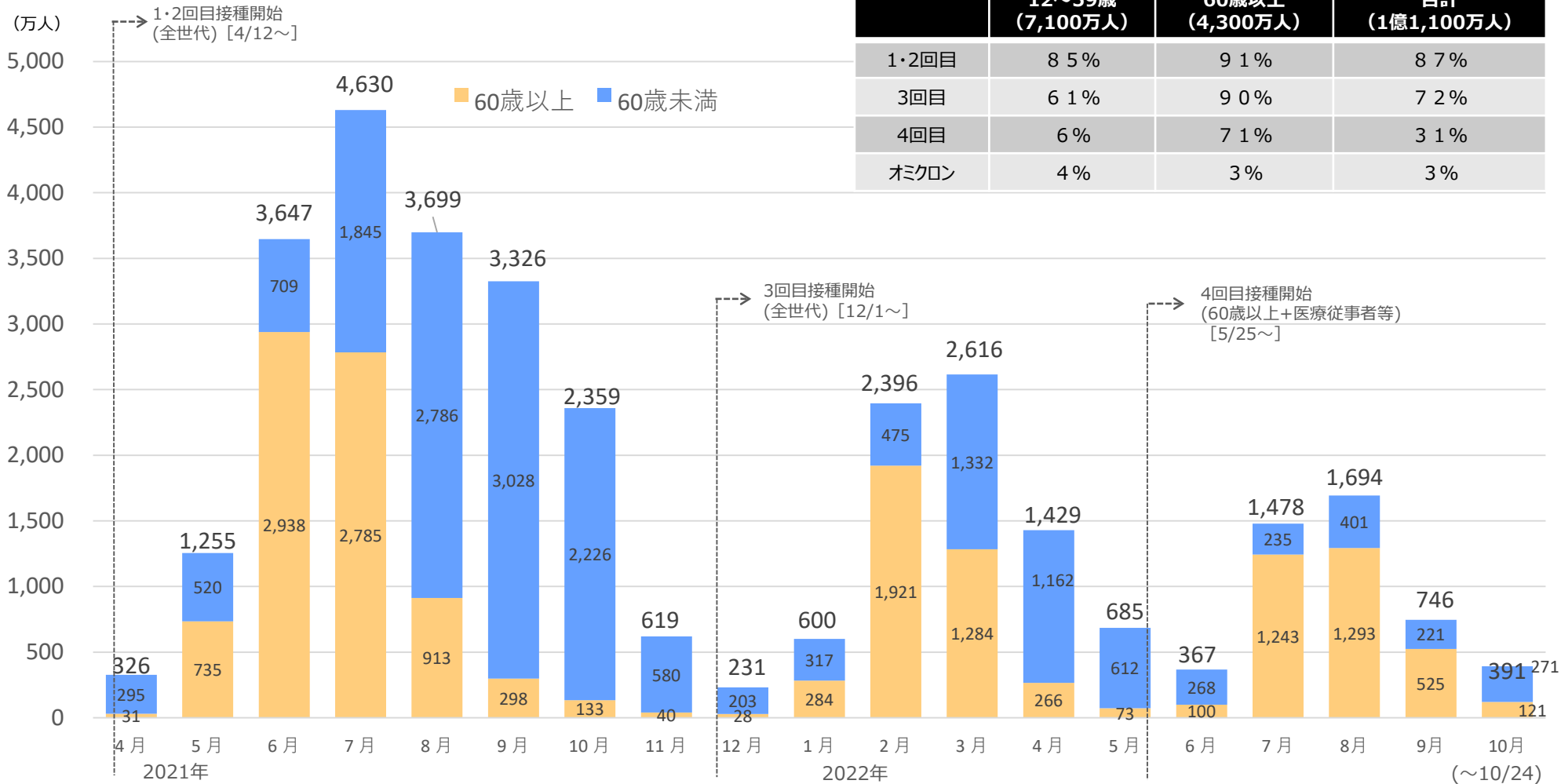
※発熱外来について算定実績が示されている2021年1～5月のデータと2022年度の足もとまでのPCR検査数の実績を使用して一定の仮定を置いて推計したもの。



新型コロナウイルスワクチンの接種状況

○ 昨年夏の初回接種（1・2回目）は9割近い接種率であるが、60歳未満の3回目の接種率は6割程度。

【接種状況（月次）】



(出所) ワクチン接種記録システム(VRS)等への報告より作成。