

社会保障 (参考資料)

財務省

2021年11月8日

目次

1. 社会保障総論

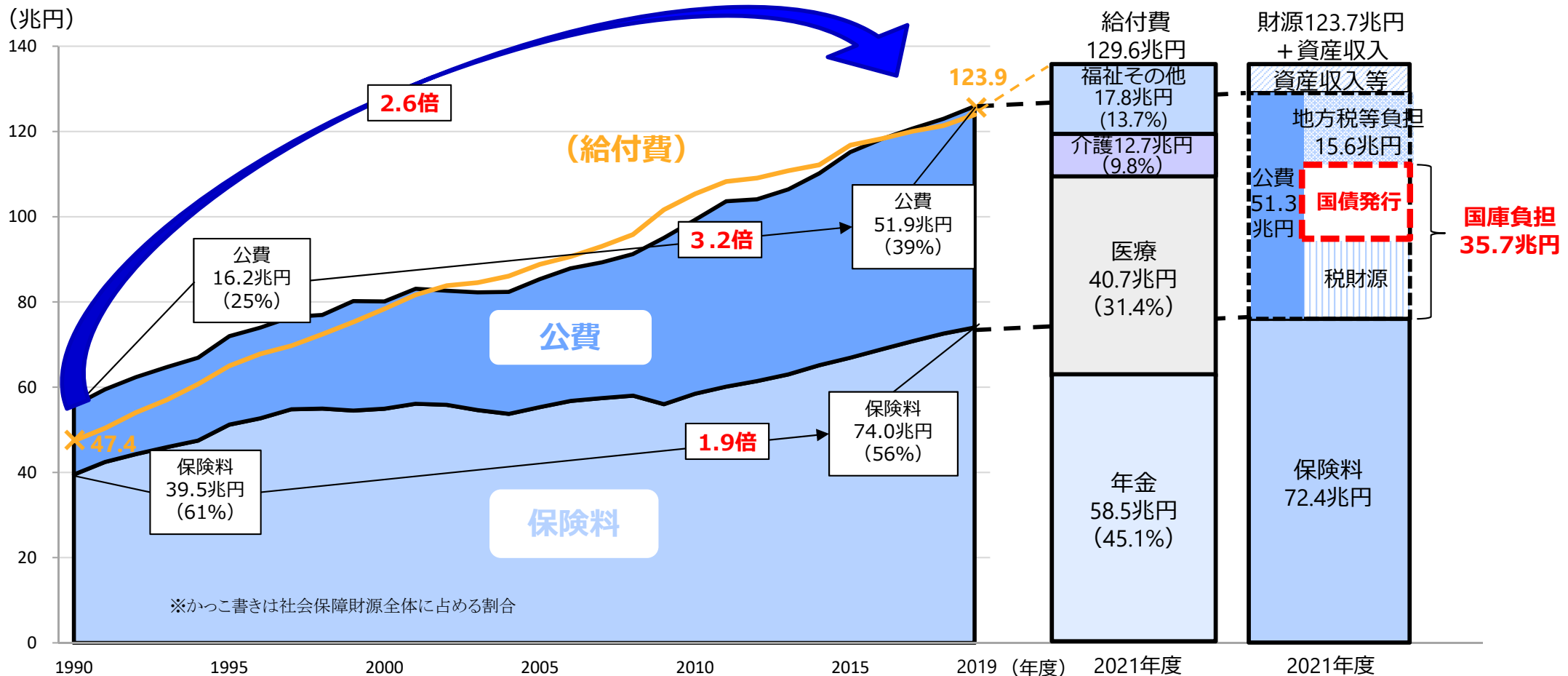
2. 医療

3. 雇用関係

1. 社会保障総論

社会保障における受益（給付）と財政の関係

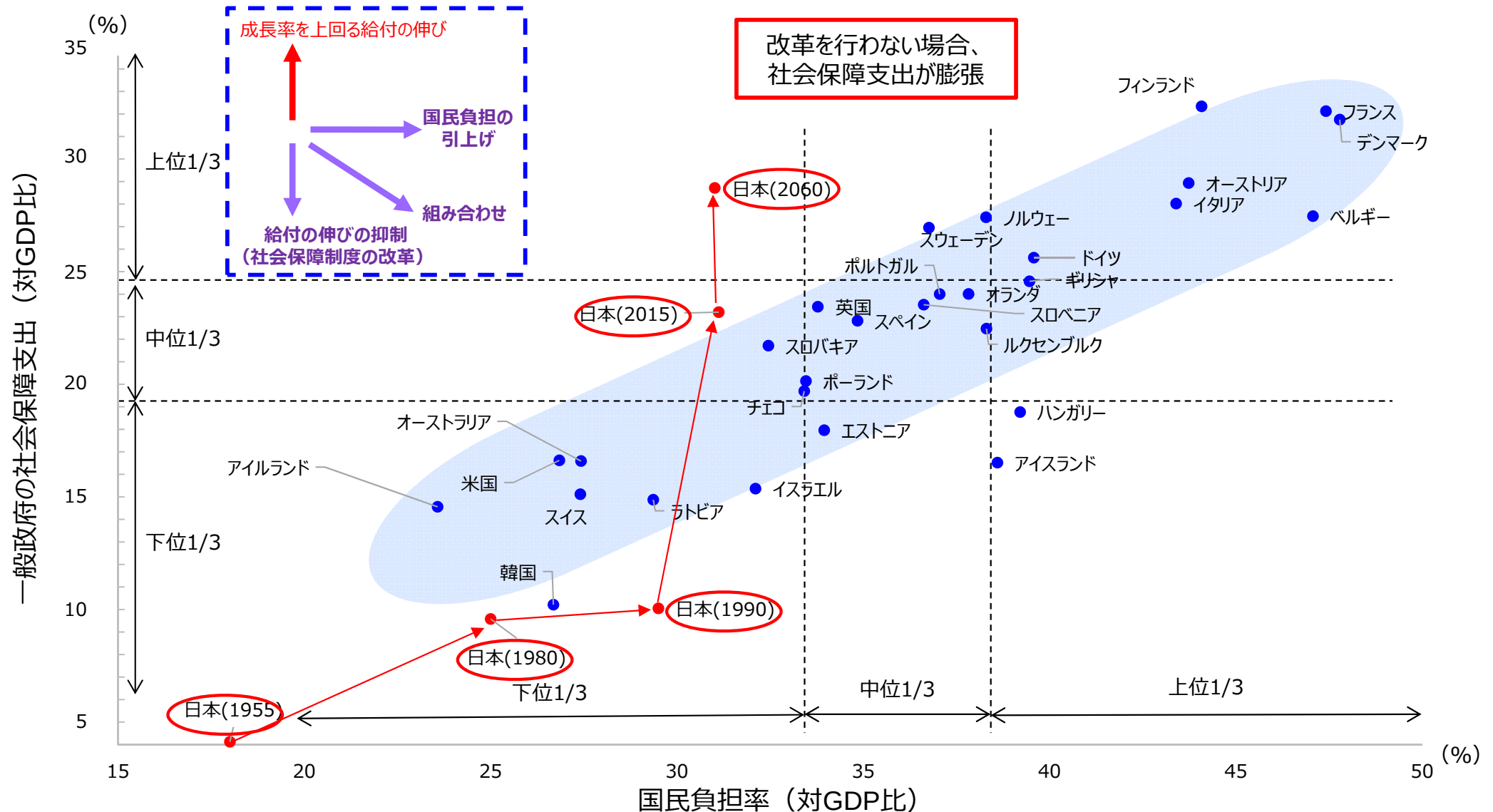
- **我が国の社会保障制度は、受益（給付）と負担の対応関係が本来明確な社会保険方式を採りながら、後期高齢者医療・介護給付費の5割を公費で賄うなど、公費負担（税財源で賄われる負担）に相当程度依存している。**その結果、近年、公費の比重の大きい後期高齢者医療・介護給付費の増に伴い、公費負担への依存度が著しく増加している。
- その際、**本来税財源により賄われるべき公費の財源について特例公債を通じて将来世代へ負担が先送りされているため、負担増を伴わないままに受益（給付）が先行する形となっており、受益（給付）と負担の対応関係が断ち切られている。**負担の水準の変化をシグナルと捉えて受益の水準をチェックする牽制作用を期待できないまま、受益（給付）の増嵩が続いている（＝我が国財政悪化の最大の要因）。



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」。2021年度は厚生労働省（当初予算ベース）による。

社会保障における受益（給付）と負担の構造

- **我が国の社会保障の現状は、OECD諸国と比較して、受益（給付）と負担のバランスが不均衡の「中福祉、低負担」と言える状況**になっている。
- 今後、高齢化に伴い1人当たり医療費や要支援・要介護認定率が大幅に上昇すると、支え手を増やし成長への取組を行ってもなお、この不均衡は更に拡大すると見込まれる。**制度の持続可能性を確保するための改革が急務**である。



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

社会保障給付費の規律の必要性

- **社会保障関係費の規律は、現行では公費（国費）のみを規律しており、給付費そのものを規律してはいない。**
- 公費（国費）の規律が給付費の規律より優先する点は、財源が確保される保険料負担と異なり、公費負担の増加の大半が特例公債によって賄われていることを踏まえれば、社会保障の給付と負担のアンバランスを解消し、制度の持続可能性の確保と財政健全化を進める観点から適切なものである。
- 他方、現行の規律は、数年刻みの規律であり、公費（国費）の水準と給付費の水準は基本的に連動する（国費を抑制しようとするすると給付費の抑制が基本的に必要となる）ことからすれば、国民は自らが享受する受益（給付）の水準を中長期的・安定的に予測できないということとなりかねない。また、**保険料負担においては、水準の変化をシグナルと捉えて受益（給付）の水準をチェックする牽制作用が働きやすいため、こうした作用の下に給付の適正化を図り、公費（国費）の抑制につなげていくことも望ましい。**
- したがって、現行の公費（国費）の規律の継続・強化にとどまらず、保険料負担分も含めた**中長期の給付費水準の規律も必要。**

【検討すべき事項】

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

自然体での給付費の伸び

受益と負担のバランスが取れた水準へ給付費を抑制

自然体での公費の伸び

歳出改革の継続・強化

医療給付費

保険料

公費

国債発行

税收等

【現行の規律】

- 公費（国費）の抑制が主眼（給付費（保険料負担分を含む）そのものには特段の規律を設けていない）
- 公費負担の増加の大半が特例公債によって賄われていることを踏まえれば、公費（国費）優先は適切。

FY2020

FY2021

FY2022

FY2023

FY2024

...

2. 医療

総論

制度改革の課題

新型コロナウイルス感染症への対応

診療報酬

医療給付費の伸び（これまでの取組）①

- 医療給付費の伸びについて、かつて（2005（平成17）年）、経済財政諮問会議等において「（経済規模に対応した）マクロ指標による政策目標」の設定が目指された。
- 他方、厚生労働省は、「生活習慣病の予防の徹底」、「平均在院日数の短縮」といったミクロの施策による政策目標を主張し、これらにより、「将来における公的保険給付費の規模を現行見通しよりも低いものととどめることができる」との試案を示した。
- 結局、同年末の「医療制度改革大綱」では、医療費適正化について「生活習慣病対策や長期入院の是正など」ミクロの施策に取り組む「個別積上げ方式」が採用され、マクロ指標については、「中期を含め、将来の医療給付費の規模の見通し」を目安となる指標とし、一定期間後、実績と突き合わせ、その検証結果を施策の見直しに反映させる扱いにとどめられ、この方針に沿って医療費適正化計画も組み立てられた。

「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2005」 2005年6月21日

社会保障給付費の伸びについて、特に伸びの著しい医療を念頭に、**医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標を設定し、定期的にその達成状況をあらゆる観点から検証した上で、達成のための必要な措置を講ずる**こととする。上記目標については、国民が受容しうる負担水準、人口高齢化、地域での取組、医療の特性等を踏まえ、具体的な措置の内容とあわせて平成17年中に結論を得る。

医療制度改革について 2005年10月4日 経済財政諮問会議 民間議員提出資料

医療給付費の対GDP比は、現状のまま推移すると、2004年度の5.2%から2025年度には8%台にまで上昇し、国民負担の大幅な増加が予想される。しかし、例えば、「高齢化修正GDP」を適用することで、対GDP比は概ね横ばい（5%台）にとどめることができる。我々は、**この程度の水準に抑えることが望ましい**と考える。

厚生労働大臣におかれては、**医療給付費の伸び率について、マクロ指標による政策目標及びこれに合わせたPDCAサイクル導入**の手順を改革試案に明記し、…提示していただくようお願いしたい。

医療制度構造改革試案 厚生労働省 2005年10月19日

制度の持続可能性を維持するため、経済指標の動向に留意しつつ、**予防を重視し、医療サービスそのものの質の向上と効率化を図る**こと等を基本とし、医療費適正化を実現し、医療費を国民が負担可能な範囲に抑える。

	2015年度	2025年度
中長期的対策	▲2兆円	▲6兆円
生活習慣病対策※	▲0.7兆円	▲2.2兆円
平均在院日数の短縮※	▲1.3兆円	▲3.8兆円
医療給付費対GDP比	6.0%	6.7%

※2005年10月26日「社会保障の在り方に関する懇談会」に示されたデータ

医療制度改革大綱 政府・与党医療改革協議会 2005年12月1日

健康と長寿は国民誰しもの願いであり、今後は、治療重点の医療から、**疾病の予防を重視した保健医療体系へと転換**を図っていく。特に、生活習慣病の予防は、国民の健康の確保の上で重要であるのみならず、治療に要する医療費の減少にも資することとなる。

医療給付費の伸びに関しては、**糖尿病等の患者・予備群の減少、平均在院日数の短縮**などの中長期的医療費適正化対策の効果を基にして、また、公的保険給付の見直し等を積み上げた効果を織り込んだ形で、経済規模と照らし合わせ、国民にとって安心できる医療の確保の観点や、国民負担の観点から評価しつつ、5年程度の**中期を含め、将来の医療給付費の規模の見通し**を示す。そして、これを医療給付費の伸びの実績を検証する際の**目安となる指標**とする。

一定期間後、この目安となる指標と実績を突き合わせることで、医療費適正化方策の効果を検証し、その検証結果を将来に向けた施策の見直しに反映させる。

医療給付費の伸び（これまでの取組）②

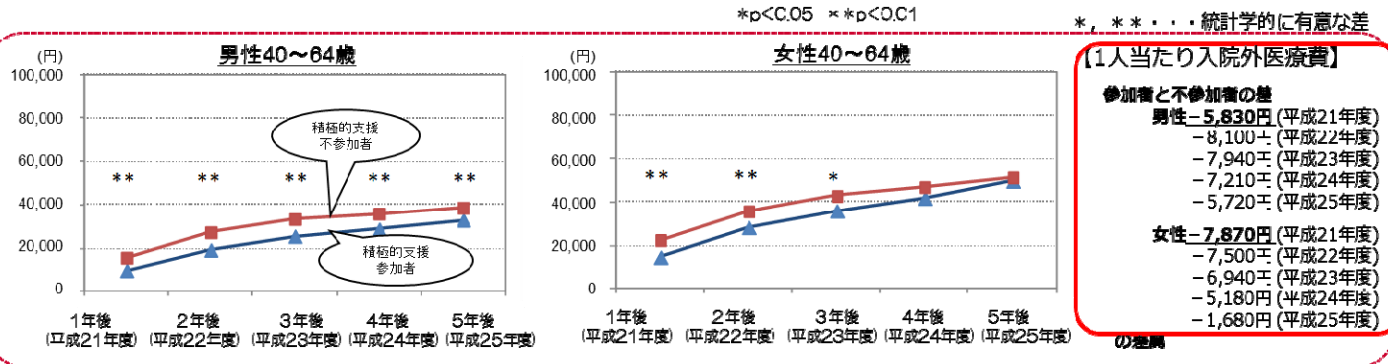
- ミクロの施策の柱とされた「生活習慣病対策」について、当時の厚生労働省の試算では、2015年度には0.7兆円、2025年度には2.2兆円の医療費適正化が可能と示されていた。その後、厚生労働省のワーキンググループによるNDB（ナショナル・データベース）の分析の結果判明した1人当たりの影響額を基に社会保障制度改革推進本部（事務局：内閣官房）の専門調査会が、特定健診・保健指導の実施率向上による効果額を医療費ベースで200億円（1人当たり6,000円）と試算し、これが各都道府県の第3期医療費適正化計画に反映されている。

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

- 他方、特定健診・保健指導については、毎年度多額の予算（令和3年度予算で222億円、地方費も入れた公費ベースでは391億円）が投じられている。日本の健診はOECDでも厳しい指摘を受けているが、特定健診・保健指導については、昨年末の行政改革推進会議でも、改めて事業効果について検証し、あり方を検討することと指摘された。

◆特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ取りまとめ（2016年3月）

特定保健指導（積極的支援）による3疾患関連の1人当たり入院外医療費の推移



◆医療・介護情報の活用による改革の推進に

関する専門調査会第2次報告（2017年1月）

保健指導終了者の増加見込みの200万人に上記（編注：左記ワーキンググループ取りまとめ）の1人当たり影響額6,000円を乗じて、機械的に試算すると、その効果額は200億円程度と推計される。

◆OECD Reviews of Public Health : Japan（公衆衛生白書：日本 明日のための健康づくり, 2019年2月）

- ・（日本における）二次予防戦略は、OECD諸国の中でも独特のもの[unique]であり、多くの国民をカバーする、広範囲の検診や検査は、OECD諸国の医療制度全体を通して、一般的なものとほど遠い[far from common]
- ・全ての健診が、集団の健康と費用節減の両方の観点から、制度に価値をもたらしているか、明らかでない[not clear that all tests are adding value to the system]
- ・現在の健康診断について経済的な評価を行い、金額に見合う価値のない健康診断をなくすことを注視する。

◆行政改革推進会議による指摘（通告） 2020年12月9日

特定健康診査及び特定保健指導については、その費用対効果についての指摘もあることから、これまでの実施状況を踏まえ、医療費適正化及び健康増進双方の観点から、改めて事業効果について検証した上で、事業効果及び事業目的について明確にすべきである。

また、エビデンスに基づき事業効果を定量的に測定することができるアウトカム指標・アウトプット指標についても検討すべきである。

その上で、次期医療費適正化計画の策定に向け、特定健康診査及び特定保健指導の在り方について検討すべきである。

医療給付費の伸び（これまでの取組）③

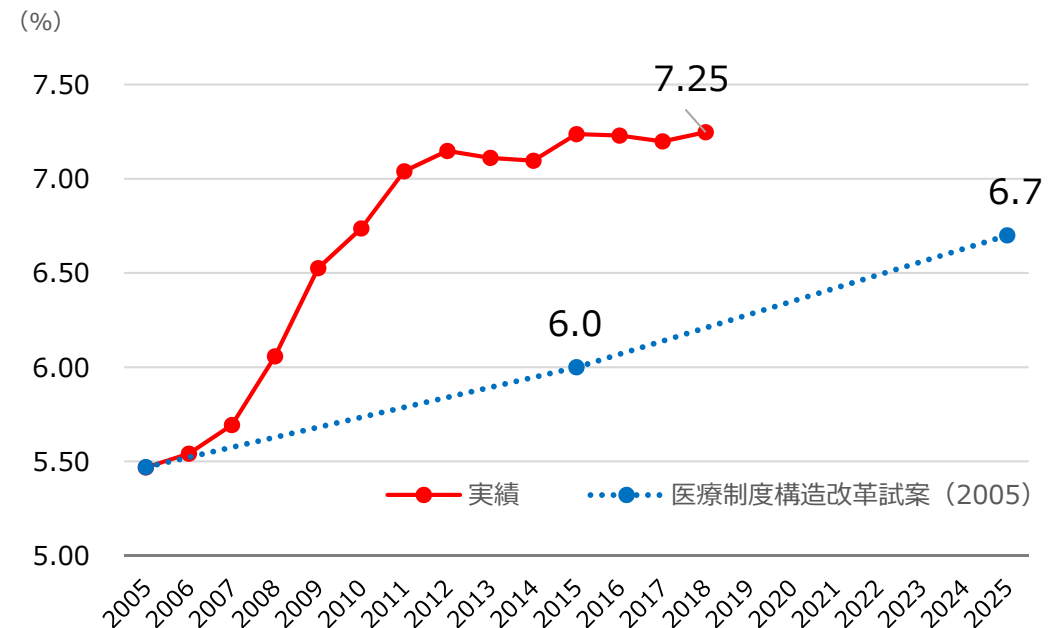
- もう1つのミクロの施策の柱である「**平均在院日数の短縮**」について、**当時の厚生労働省の試算では、2015年度には1.3兆円、2025年度には3.8兆円の医療費適正化が可能**と示されていた。平均在院日数の減少は見られたものの、なお先進諸国に比して長く、また、相対的に総病床数や病床利用率は減少していないため、**医療費適正化効果は限定的と考えられ、実際、入院医療費のGDP比は増嵩**している。
- 何より、**厚生労働省の試算**において、2015年度6.0%、**2025年度6.7%**にとどまると見通されていた**医療給付費／GDP比**は足元7.25%（2018年度）であり、**厚生労働省の2025年度見通しを既に突破**している。
- 2005年末以降の医療費適正化の枠組みが、エビデンスに基づかない実効性を欠くものであったことが明らかになっており、**15年来の医療費適正化の蹉跌からの立て直しが求められている**。

◆厚生労働省試算公表時と現在の医療データ比較

	2005年	2019年
平均在院日数	35.7日	27.3日
病床数	179.8万床	162.0万床
病床利用率	84.8%	80.5%
推計1入院当たり医療費	99.3万円 (2006年)	118.6万円
入院医療費/GDP	2.4%	3.2%

（出所）厚生労働省「医療施設調査・病院報告」、厚生労働省「医療費の動向」等

◆医療給付費対GDP比



（出所）社会保障費用統計 国立社会保障・人口問題研究所

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」。

2. 医療

総論

制度改革の課題

新型コロナウイルス感染症への対応

診療報酬

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（抄）

附 則

（検討）

第二条 政府は、この法律の公布後速やかに、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築する観点から、社会保障制度の改革及び少子化に対処するための施策について、その実施状況の検証を行うとともに、総合的な検討に着手し、その検討の結果に基づいて速やかに法制の整備その他の必要な措置を講ずるものとする。

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３日参議院厚生労働委員会）

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

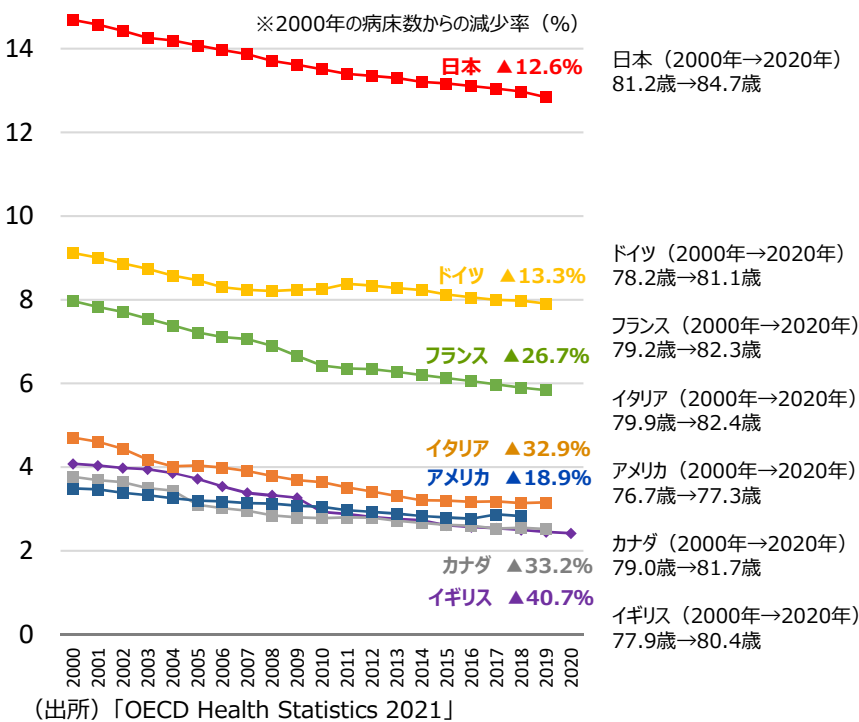
十二、二〇二二年以降後期高齢者が急増する中、現役世代の負担上昇を抑えながら、国民皆保険制度の維持に向けた持続可能な全世代型の医療保険制度を構築するため、保険料賦課限度額の引上げなど能力に応じた負担の在り方、保険給付の在り方、医療費財源における保険料、公費、自己負担の適切なバランスの在り方等について、税制も含めた総合的な議論に着手し、必要な法整備等を講ずること。

右決議する。

効率的で質の高い医療提供体制の整備（これまでの取組）

- 諸外国においても、病床数の減少と平均寿命の延伸を両立してきた。
- 我が国は、人口当たり病院数・病床数が諸外国に比べ多い一方、平均寿命も世界最高水準。しかし、因果関係に立つものではなく、むしろ、**病院・病床当たりの医療従事者数が手薄となり（医療資源の散在）、病院勤務医・看護師の長時間労働、「低密度医療」を招いてきた可能性がある**（単純計算で臨床医は1人で5床（欧米では1～2床）は診なければならない計算になる）。その結果としての**入院期間の長期化は患者のQOLを低下させる**。
- 特に、**精神病床が我が国の病床数を押し上げているが、精神医療について、病床数の多さや平均在院日数の長さが医療の質ひいては患者のQOLに結びついていない可能性があるほか、自殺率の高さなどの課題もある**。

◆国別の人口千人あたり病床数推移及び寿命の変化



◆医療提供体制の国別比較

国名	平均在院日数 （急性期）	人口千人あたり 病床数 （人口百万人あたり 病院数）	人口千人あたり 臨床医師数	人口千人あたり 臨床看護職員数	1床あたり 臨床医師数 （1病院あたり 臨床医師数）	1床あたり 臨床看護職員数 （1病院あたり 臨床看護職員数）
日本	27.8 (16.1)	13.0 (66.2)	2.5	11.8	0.2 (37.7)	0.9 (177.7)
カナダ	— (7.7)	2.5 (18.9)	2.7	10.0	1.1 (145.1)	4.0 (529.4)
フランス	8.8 (5.4)	5.8 (44.7)	3.2	11.1	0.5 (70.9)	1.9 (247.4)
ドイツ	8.9 (7.5)	8.0 (36.8)	4.3	13.8	0.5 (117.1)	1.7 (375.3)
イタリア	8.0 (7.0)	3.2 (17.7)	4.1	6.2	1.3 (229.1)	2.0 (348.2)
イギリス	6.9 (6.2)	2.5 (29.6)	3.0	8.2	1.2 (99.5)	3.3 (276.9)
アメリカ	6.1 (5.5)	2.8 (18.8)	2.6	11.9	0.9 (138.6)	4.2 (631.8)

（出所）「OECD Health Statistics 2021」、「OECD.Stat」
※2019年データ（日本、ドイツ、アメリカは2018年データ）
※フランス、アメリカの臨床看護職員数は実際に臨床に当たる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

◆精神病床数及び平均在院日数の国別比較

国名	日本	ドイツ	フランス	カナダ	イギリス	アメリカ	イタリア
人口千人あたり 精神病床数	2.59	1.31	0.82	0.36	0.35	0.25	0.08
平均在院日数	265.8	26	23.2	21.5	35.2	6.4	13.7

（出所）「OECD Health Statistics 2021」、「OECD.Stat」、「令和元年度病院報告」 ※2019年データのほか取得可能な最新年のデータ
（注）「OECD 医療の質レビュー2014」では、「日本における多くの精神科病床は、長期入院慢性患者が利用しており、他のOECD加盟国では精神科病床のカテゴリーで報告されていない可能性がある点に留意が必要」との指摘。

◆OECD医療の質レビュー2014

「日本の自殺率の高さ、精神科病床数の多さ及び精神科施設への平均入院日数の長さから、精神医療の質及びアウトカムに関して、大きな改善の可能性が示唆される。」

効率的で質の高い医療提供体制の整備（今後の課題）

- 病院数・病床数の多さに比して医療従事者が少ないという状況（医療資源の散在）や病院に勤務する医師・看護師の長時間労働の是正を進める必要。医療機関相互の役割分担の徹底や連携体制の構築が必要である一方、**現役世代（担い手）が急減する我が国では、医療従事者の更なる増加という選択肢には限界**がある。
- 手薄な人材配置による疲弊から医療現場を守る働き方改革の観点からも、医療機関の再編・統合を含む**地域医療構想の実現、医療従事者の働き方改革、医師偏在対策の三位一体での推進が重要**であり、時計の針を戻すのではなく、進めることが求められている。
- **病院数の8割・病床数の7割を民間医療機関が占めることからすれば民間医療機関の対応が重要。**

◆医師の働き方改革の推進(長時間労働の是正)

【現状】

- ・病院常勤勤務医の約4割が年間960時間超の時間外・休日労働（約1割が1,860時間超）
- ・特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向

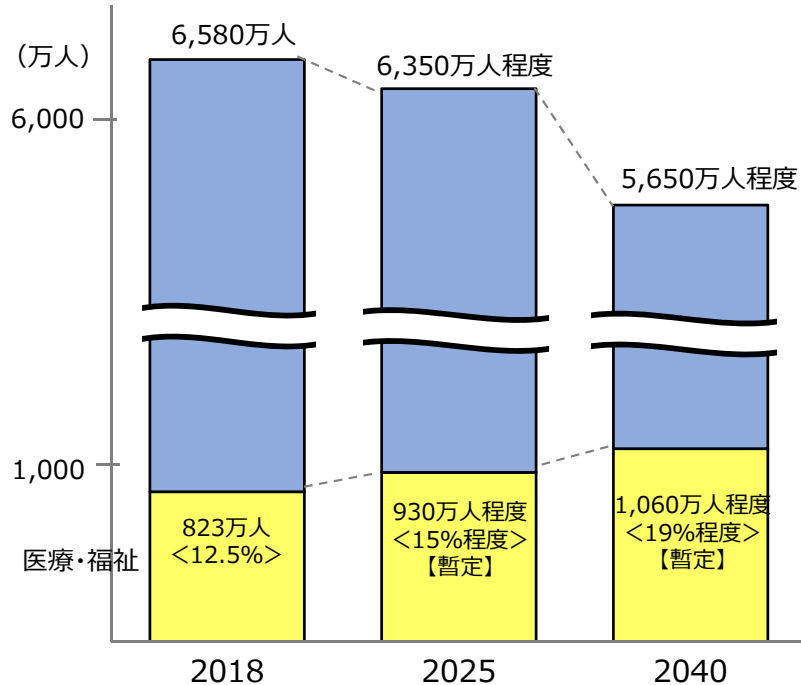


- 長時間労働を生む構造的な問題への取組
 - ・医療施設の最適配置の推進
 - ・地域間・診療科間の医師偏在の是正
 - ・国民の理解と協力に基づく適切な受診の推進

- 医療機関内での医師の働き方改革の推進
 - ・適切な労務管理の推進
 - ・タスクシフト/シェアの推進

- 時間外労働の上限規制の適用(2024.4～)

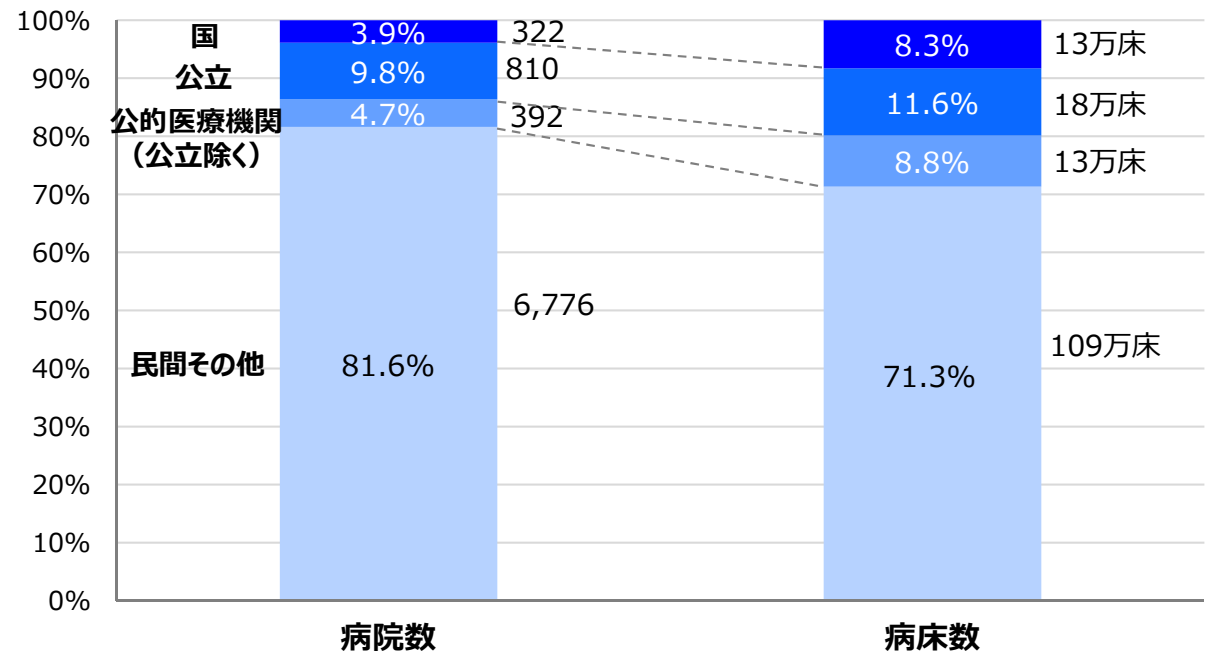
◆就業者数の推移と医療・福祉人材の見込み



就業者数について、2018年は内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」、2025年以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年労働力需給の推計」の性・年齢別の就業率と国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口平成29年推計」（出生中位・死亡中位推計）を用いて機械的に算出。医療・福祉の就業者数は、医療・介護サービスの年齢別の利用状況（2025年）をもとに、人口構造の変化を加味して求めた将来の医療・介護サービスの需要から厚生労働省において推計（暫定値）。

（出所）平成30年4月12日 経済財政諮問会議 厚生労働大臣提出資料

◆開設者別の病院数及び病床数の割合



※国は、独立行政法人国立病院機構や国立大学法人等。公立は、都道府県及び市町村。公的医療機関（公立除く）は、地方独立行政法人や日赤等。民間その他は、医療法人や公益法人等。

（出所）厚生労働省「令和元年 医療施設調査」

後期高齢者医療制度の課題

- 全世代型社会保障改革において、**後期高齢者医療の患者負担割合の見直し**を行い、**現役世代の負担上昇の抑制**を図ることとした。
- **後期高齢者医療制度において医療費適正化のためのガバナンスが発揮されなければ現役世代の負担抑制が画餅に帰すこと**となりかねない。
- 国民健康保険（以下「国保」）の都道府県化では、都道府県が国保の財政運営を担うことで、医療費の水準及びそれと相関が高い医療提供体制といった住民が享受する受益（給付）と住民の負担である保険料水準の双方を俯瞰する存在となりつつあり、ガバナンスの発揮を通じて医療費適正化がより実効あるものとなることが期待される状況となっている。
- 他方、後期高齢者医療制度では、同じ都道府県域において、都道府県とは別の地方公共団体として**広域連合が設置され、医療費適正化計画や地域医療構想の推進主体と財政運営の主体が切り離され、責任主体が曖昧**となっていることで**医療費適正化が実効あるものとなるかは覚束ない**。
- **後期高齢者医療制度においても、財政運営の主体を都道府県とすることを検討するとともに、第1号被保険者の負担割合について高齢化に伴う人口構成の変化を反映させている介護保険制度も参考としつつ、後期高齢者の保険料負担割合を調整することで、医療費の水準と後期高齢者の保険料水準の連動性を高めて医療費適正化につなげるとともに、更に現役世代の負担増の抑制を図るべき。**

◆後期高齢者医療制度の概要

運営主体：全市町村が加入する**広域連合**

<対象者数>

75歳以上の高齢者 約1,820万人

<後期高齢者医療費>

18.0兆円（2021年度予算ベース）

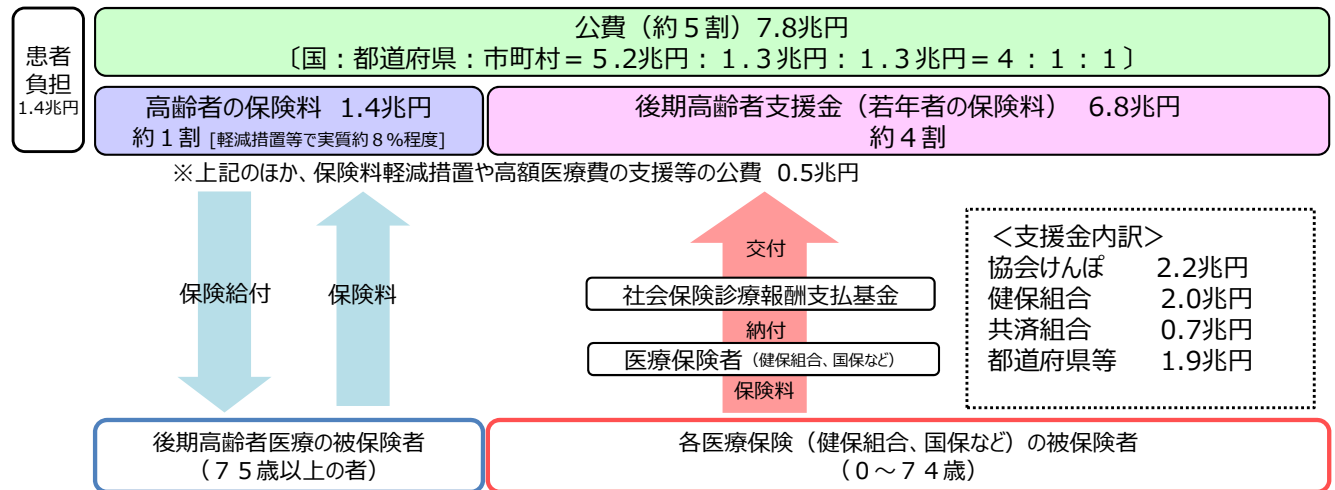
▲ 1.4倍

12.7兆円（2010年度実績）

<保険料額（2020・2021年度見込）>

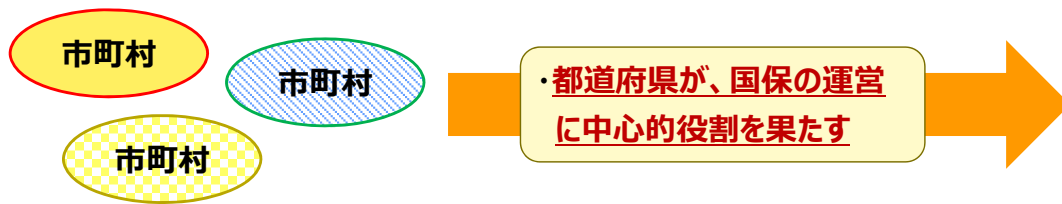
全国平均 約6,400円／月

※ 基礎年金のみを受給されている方は
約1,180円／月

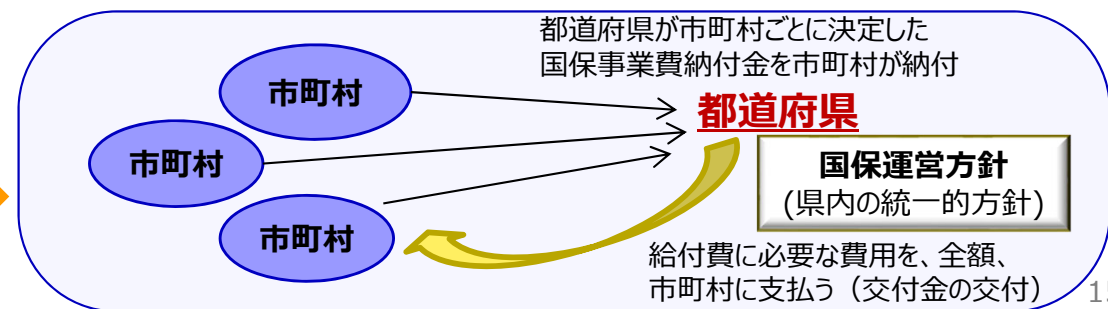


◆国保改革による都道府県単位化

【改革前】 市町村が個別に運営



【改革後】 **都道府県が財政運営責任を担うなど中心的役割**（提供体制と双方に責任発揮）



都道府県医療費適正化計画のあり方の見直し

- 15年来の医療費適正化の弊は、都道府県が策定する**都道府県医療費適正化計画**に表れており、同計画は、**ミクロの施策の個別積上げにより組み立てられ、「住民の健康の保持の推進」を重視している。**
- 将来の医療費の見通しと実績を突き合わせ、検証することとされていたが、保険料等の**負担面と連動しない**同計画上の「**医療費の見込み**」が**計画期間中更新されない**という仕組みのもと、第2期医療費適正化計画（2013年度～2017年度）では、実績が計画策定時の「医療費の見込み」を上回った都道府県はない（計画期間中に薬価改定や制度改革が行われたため）とされるなど、P D C Aサイクルはないに等しいものとなっている。
- このような状況のもと、都道府県医療費適正化計画において**推進すべき施策の優先順位について見直す**とともに、「**医療費の見込み**」について、負担面との連動を求めることをはじめその**位置づけを見直し**、定期改訂をするなど**毎年度のP D C A管理に馴染むものとする**ことは必須の課題である。**第4期医療費適正化計画の策定に向け、速やかに実効ある法制上の対応を講ずるべきである。**

◆第2期医療費適正化計画の医療費推計と実績の差異

A：計画策定時点での2017年度の適正化後の医療費 ※ 足下値（2012年度値）補正後
B：2017年度医療費（実績見込み値）

（億円）

	A	B	B-A
北海道	22,519	21,387	▲1,132
青森	4,594	4,461	▲134
岩手	4,338	4,122	▲216
宮城	7,693	7,375	▲318
秋田	3,866	3,693	▲173
山形	3,933	3,835	▲99
福島	6,571	6,282	▲289
茨城	9,235	9,025	▲210
栃木	6,517	6,099	▲418
群馬	6,697	6,328	▲369
埼玉	22,622	21,964	▲658
千葉	19,374	18,823	▲551
東京	45,318	42,621	▲2,697
神奈川	29,118	27,996	▲1,122
新潟	—	7,120	—
富山	3,698	3,599	▲98

	A	B	B-A
石川	4,329	4,007	▲322
福井	2,892	2,662	▲230
山梨	2,972	2,777	▲194
長野	7,036	6,806	▲229
岐阜	7,105	6,701	▲404
静岡	11,837	11,617	▲219
愛知	24,512	23,090	▲1,421
三重	6,051	5,898	▲154
滋賀	4,550	4,334	▲216
京都	—	9,170	—
大阪	33,777	32,933	▲844
兵庫	21,336	19,724	▲1,612
奈良	4,930	4,771	▲159
和歌山	—	3,621	—
鳥取	2,115	1,997	▲118
島根	2,697	2,620	▲77

	A	B	B-A
岡山	—	7,013	—
広島	11,180	10,373	▲807
山口	6,028	5,590	▲438
徳島	3,215	3,011	▲205
香川	3,886	3,729	▲156
愛媛	—	5,222	—
高知	3,425	3,220	▲205
福岡	20,971	19,590	▲1,381
佐賀	3,653	3,288	▲365
長崎	6,060	5,676	▲384
熊本	7,454	7,037	▲417
大分	—	4,635	—
宮崎	4,436	4,003	▲432
鹿児島	7,118	6,748	▲369
沖縄	5,127	4,437	▲690
全国	453,300	431,000	▲22,300

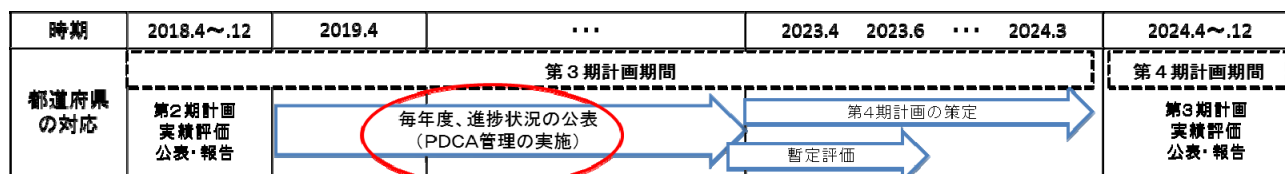
新経済・財政再生計画 改革工程表2020 （2020年12月18日）

3.3. 地域の実情を踏まえた取組の推進

b. 第4期の医療費適正化計画に向けては、第3期医療費適正化計画の進捗も踏まえ、都道府県の意見を聴きながら、国と都道府県と一緒に、**なって効果的なPDCA管理ができるよう、そのあり方等について、以下の観点も踏まえ、法制上の対応も含め、見直しに向けた検討を行う。**

- ・計画期間中の年度ごとの医療費の見込みの設定及び改訂や、各医療保険制度における保険料算定に用いる**足下の医療費と医療費の見込みの照合などの毎年度のPDCA管理の在り方**
- ・医療費の見込みを著しく上回る場合の都道府県の**対応方法の在り方**
- ・医療費の見込みについて、取組指標を踏まえた医療費を目標として代替可能であることを明確化
- ・地域医療構想の実現（病床機能の分化及び連携の推進等）や医療の効率的な提供の推進のための目標（後発医薬品の使用割合等）など、適正な医療を地域に広げるための計画における取組内容の見直し
- ・適正な医療を地域に広げるために適切な課題把握と取組指標の設定や、取組指標を踏まえた医療費の目標設定を行っている先進的な都道府県の優良事例についての横展開

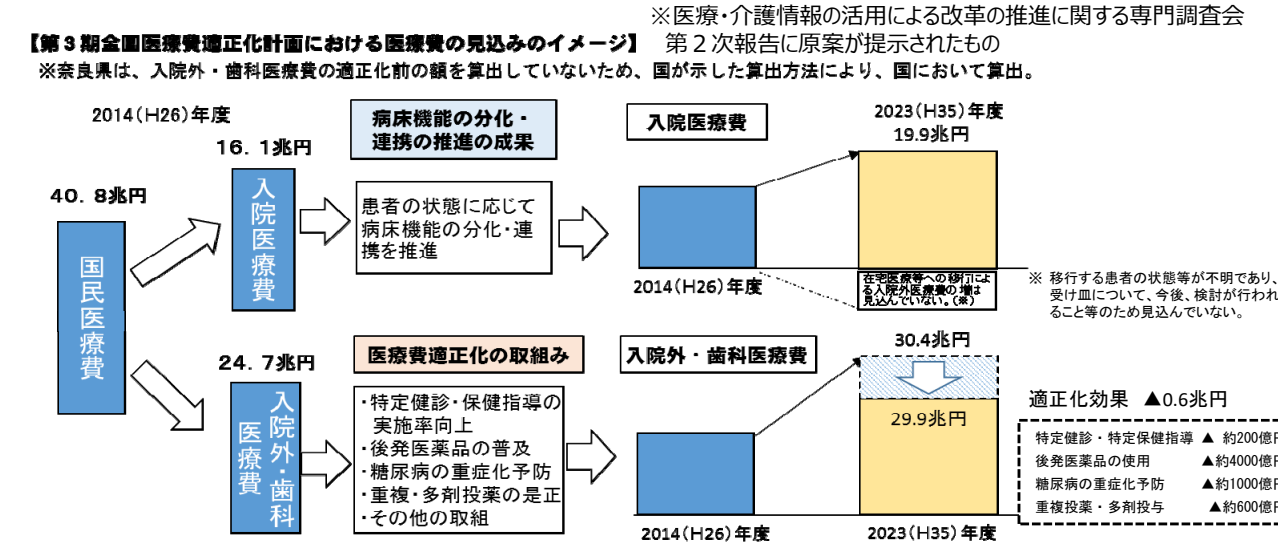
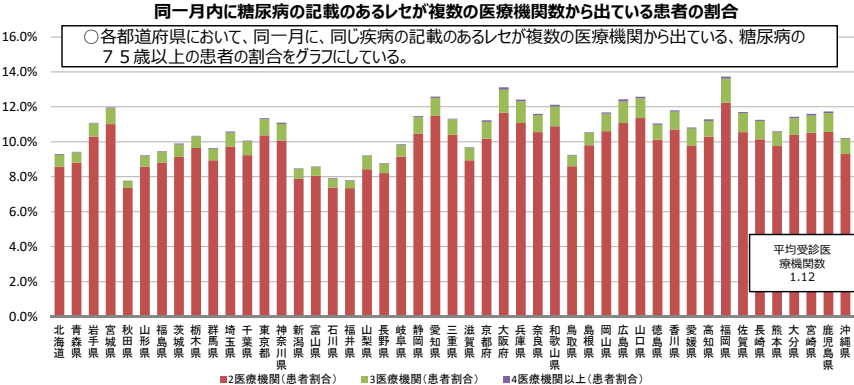
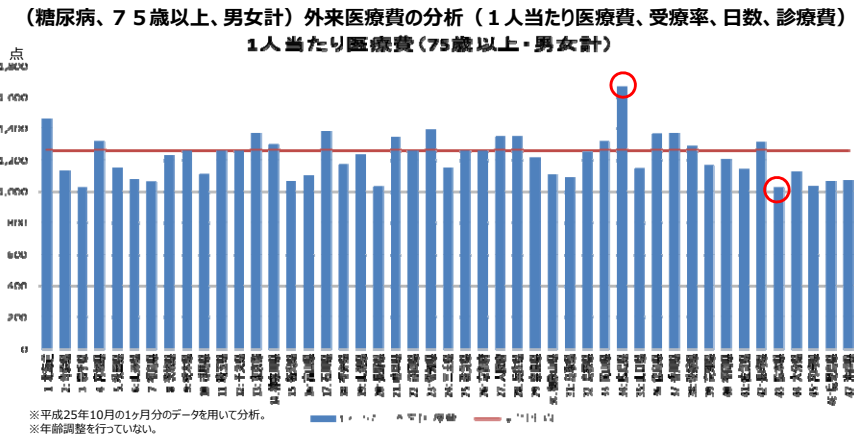
◆第3期医療費適正化計画のP D C A管理の流れ



都道府県を中心とした医療費適正化のための協働・連携体制の構築

- 現行の第3期医療費適正化計画の策定に向けては、社会保障制度改革推進本部（事務局：内閣官房）の専門調査会が、レセプトデータ等の医療情報を活用し、地域差の「見える化」データを公表した経緯がある。
- (注) 同調査会は、都道府県が「医療費の見込み」を推計するための算定式の考え方等も示しており、先に述べた特定健診・保健指導の実施率向上による効果額(医療費ベース200億円)もその際試算されたもの。
- これらの分析・エビデンスを生かし、国、都道府県、保険者や医療の担い手等が各地域における状況を分析し、連携して医療費の適正化に向けて取り組むことで、都道府県医療費適正化計画のPDCAサイクルが実効的に回るようにする必要。
- このような都道府県と関係団体との適切な連携・協働体制を構築すべく、**都道府県の役割や保険者協議会の関与を強化する必要**。あわせて、健康・予防に重点を置いてレセプトデータ等の分析を行っている**審査支払機関の業務運営の理念やデータ分析等に関する業務の目的として「医療費適正化」を明示し、保険者と協働した医療費適正化に向けたデータの分析・活用を促進すべき**。

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

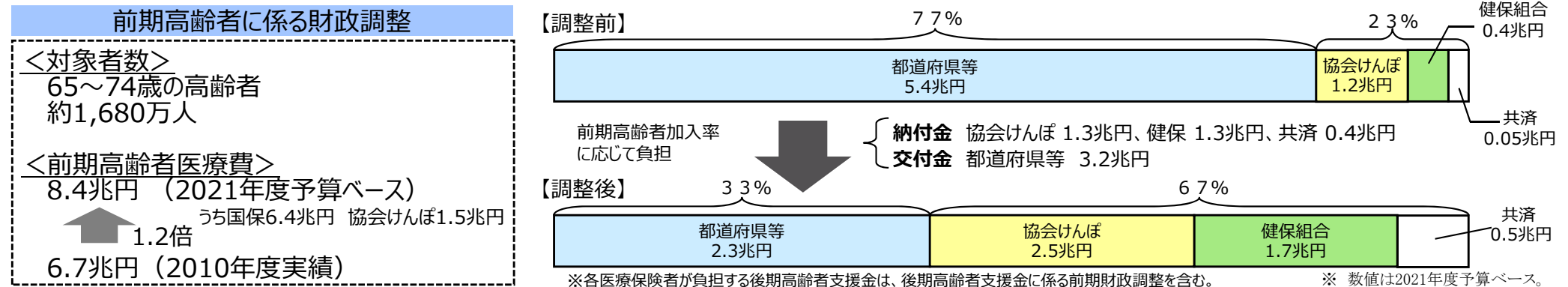


	支払基金（社会保険診療報酬支払基金法）	国保連合会（国民健康保険法）
業務運営に関する理念規定	第一条の二 基金は、診療報酬請求書の審査における公正性及び中立性の確保並びに診療報酬請求書情報等の分析等を通じた国民の保健医療の向上及び福祉の増進、…その他の取組を行うよう努めなければならない。	第八十五条の二 連合会は、診療報酬請求書の審査における公正性及び中立性の確保並びに診療報酬請求書情報等の分析等を通じた国民の保健医療の向上及び福祉の増進、…その他の取組を行うよう努めなければならない。
データ分析等に関する業務	第十五条 基金は、第一条の目的を達成するため、次の業務を行う。 八 診療報酬請求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 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。

⇒審査支払機関のデータ分析の実態がいわゆるデータヘルス等に偏っていることから、医療費適正化を役割として位置づけるべき。

前期高齢者医療と国保改革

- 後期高齢者医療制度は、現役世代の支援金によって支えられており、それゆえに後期高齢者医療の患者負担割合の見直しにおいて現役世代の負担抑制が課題とされたが、保険者間の財政調整を行う仕組みが設けられている**前期高齢者医療についても現役世代の負担によって支えられている**という点で同様の構図がある。
- **前期高齢者医療費の約8割は国保の医療費であることから**、国保の財政運営の主体を都道府県とし、医療費の水準と保険料水準の連動の結節点としてガバナンス発揮を期待する**国保の都道府県単位化の改革を徹底し、医療費の適正化を図っていくことが欠かせない**。
- 今般、**法定外繰入等の解消や都道府県内の保険料水準の統一**に関する事項について国保運営方針の記載事項に位置付ける法改正がなされたが、その施行を待つことなく**期限を設けて取組を加速化させるべき**である。財政単位の広域化を徹底することで、高額医療費負担金や特別高額医療費共同事業の機能が代替されること等を踏まえ、**制度の複雑さを解消し、受益と負担の対応関係をより分かりやすくするための制度の更なる見直しも検討すべき**。



改正国保法（令和3年6月成立 令和6年4月施行予定）
第82条の2（改正後）

2 都道府県国民健康保険運営方針においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

二 当該都道府県内の市町村における保険料の標準的な算定方法及びその水準の平準化に関する事項

5 都道府県は、当該都道府県及び当該都道府県内の市町村の国民健康保険に関する特別会計における財政の状況及びその見通しその他の事情を勘案し、その定める都道府県国民健康保険運営方針において、当該都道府県内の市町村の国民健康保険に関する特別会計における**財政の均衡を保つために必要な措置を定めるよう努めるものとする。**

◆国保運営方針等における具体的な統一時期や検討時期等に係る記載

記載内容	該当都道府県
2018年度～	大阪府（例外措置あり）
2021年度までを目標に検討	兵庫県※1
2024年度までを目標に検討	北海道※1、群馬県※1、埼玉県※1、奈良県、広島県※2、沖縄県
2027年度までを目標に検討	静岡県※1、和歌山県、佐賀県、埼玉県※2
2029年度までを目標に検討	福島県
2030年度までを目標に検討	山梨県※1、北海道
2033年度までを目標に検討	秋田県※1

※1：納付金ベースでの統一
※2：収納率の差異によるバラツキを容認
※厚生労働省資料を基に作成

◆制度の見直しを検討すべき事業

高額医療費負担金 事業規模3,800億円、国庫補助額950億円

高額な医療費（1件80万円超）の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、国と都道府県が高額医療費の1/4ずつを負担

特別高額医療費共同事業 国庫補助額60億円

著しく高額な医療費（1件420万円）について、都道府県からの拠出金を財源に全国で費用負担を調整。国は予算の範囲内で一部を負担。

保険料負担の公平性の確保

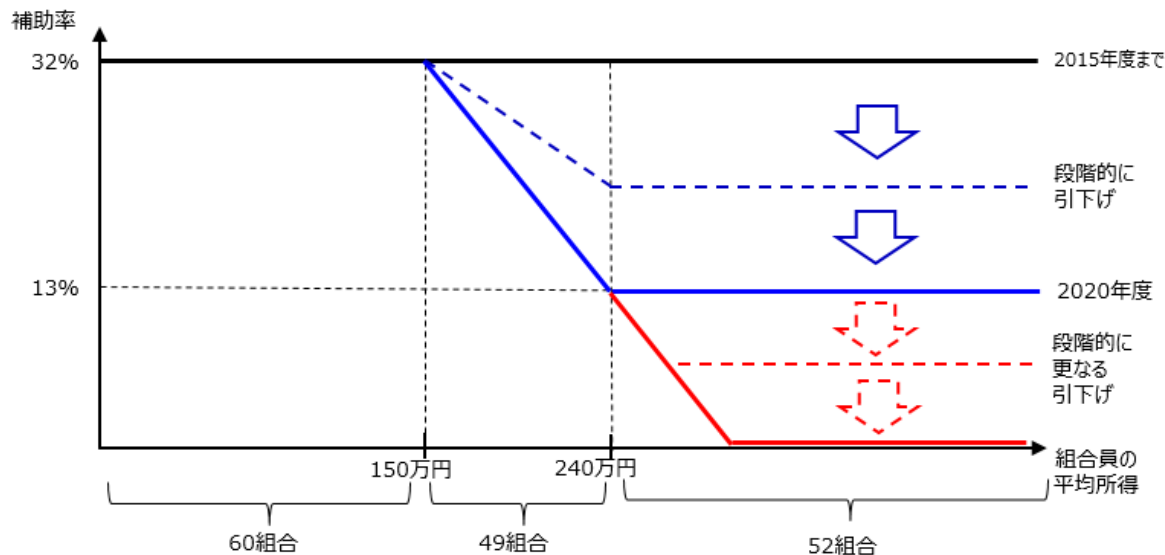
- すべての世代に安心感とあわせて**納得感の得られる全世代型の社会保障に転換していくためには**、保険料負担の公平を徹底する必要があり、国保における都道府県内の保険料水準の統一もその取組の1つである。
- 更なる徹底に向け、**所得水準の高い国民健康保険組合に対する定率補助の廃止を含め、保険者間の合理的でない保険料負担の差については解消に努めていくべき**。更には、保有資産の額が大きい被保険者に応分の負担をしていただけるよう、資産の保有状況等も勘案した保険料負担のあり方も引き続き検討すべき。

◆全世代型社会保障検討会議 中間報告(2019年12月)

国民の高齢期における適切な医療の確保を図るためにも地域の実情に応じた医療提供体制の整備等が必要であり、持続可能かつ効率的な医療提供体制に向けた都道府県の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。

◆国保組合の国庫補助の見直し

国保組合について、定率32%の国庫補助に対し、負担能力に応じた負担とするため、組合員の平均所得水準に応じて5年間をかけて段階的な見直しを行ったが、下限として13%の国庫補助が設定されており、更なる見直しが必要。



◆著しく低い保険料率の健保組合の例（2020年度）

順位	企業名	保険料率 (労使合計)
1	機械器具製造業 A社	4.20%
2	情報通信業 B社	5.70%
3	化学工業・同類似業 C社	5.90%
3	情報通信業 D社	5.90%
5	運輸業 E社	6.00%
5	卸売業 F社	6.00%
5	その他のサービス業 G社	6.00%
8	学術研究、専門・技術サービス業 H社	6.30%
8	学術研究、専門・技術サービス業 I社	6.30%
8	卸売業 J社	6.30%
協会けんぽ		10.00%

(出所) 厚生労働省データを基に算出

生活保護受給者の国保等への加入①

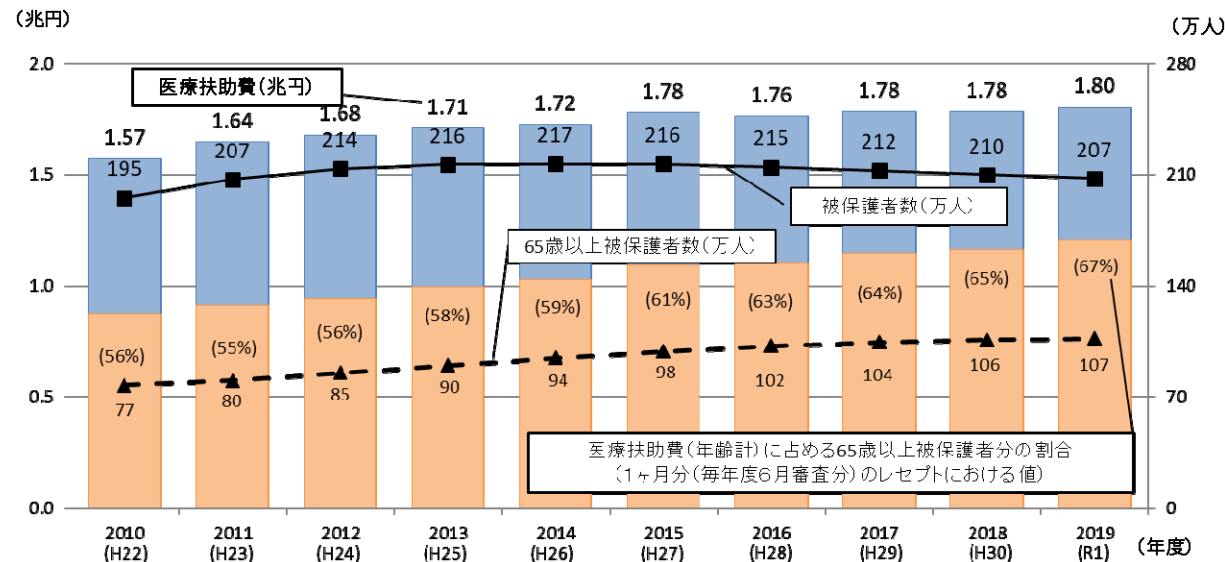
- 高齢者医療費の一定割合を医療扶助が占めているが、**生活保護受給者**である高齢者は、**国保や後期高齢者医療制度**（以下「国保等」）に**加入せず、医療扶助を受けるもの**とされている。
 - この取扱いが、**皆保険制度**を誇る我が国の社会保障制度として、一貫性が取れた対応とは言えない。
 - すなわち、**我が国の社会保険制度は、保険というリスク分散により困窮者を含む国民全体を包摂する**普遍的な制度を目指しており、保険料を納付できない人などに対しても免除制度を含む各般の対応により**皆保険制度**を実質的に確保してきた。
 - **高齢者の生活保護受給者**については、**介護分野では、65才以上の方は介護保険の第1号被保険者**になり、利用者負担分や保険料について介護扶助等を受けることとされている。**年金分野についても、国民年金の被保険者**になり、更には、同じ医療保険制度の中でも**被用者医療保険においては被保険者**となる。これらを踏まえると、**生活保護受給者が国保等の被保険者とならないのは、整合性がとれない**。
 - 生活保護受給者の高齢化が進む中、国保等に生じ得る財政悪化の懸念も含め**国が引き続き応分の財政責任を果たすことを当然の前提として、生活保護受給者の国保等への加入を検討**し、基本的にすべての国民が公的医療保険等による保障を受けられることを目指すべきではないか。
 - 新型コロナによる経済的な影響のもと生活保護が必要な方に**确实かつ速やかに保護を実施する**必要が生じており、いわば「入りやすく出やすい生活保護制度」の設計が求められているという現下の状況に照らしても、躊躇なく取り組むべきではないか。
- （注）現行制度では、国保等に参加していた方が生活保護受給者となった場合には、国保等を脱退した上で医療扶助を受け、生活保護受給者でなくなった場合は再び国保等に参加するという扱いになる。

◆高齢者の保険制度別医療費と医療扶助



（出所）医療保険については、平成30年度医療保険に関する基礎資料
医療扶助については、平成30年度生活保護費負担金事業費実績報告、被保護者調査、医療扶助実態調査をもとに推計

◆65歳以上被保護者数の推移

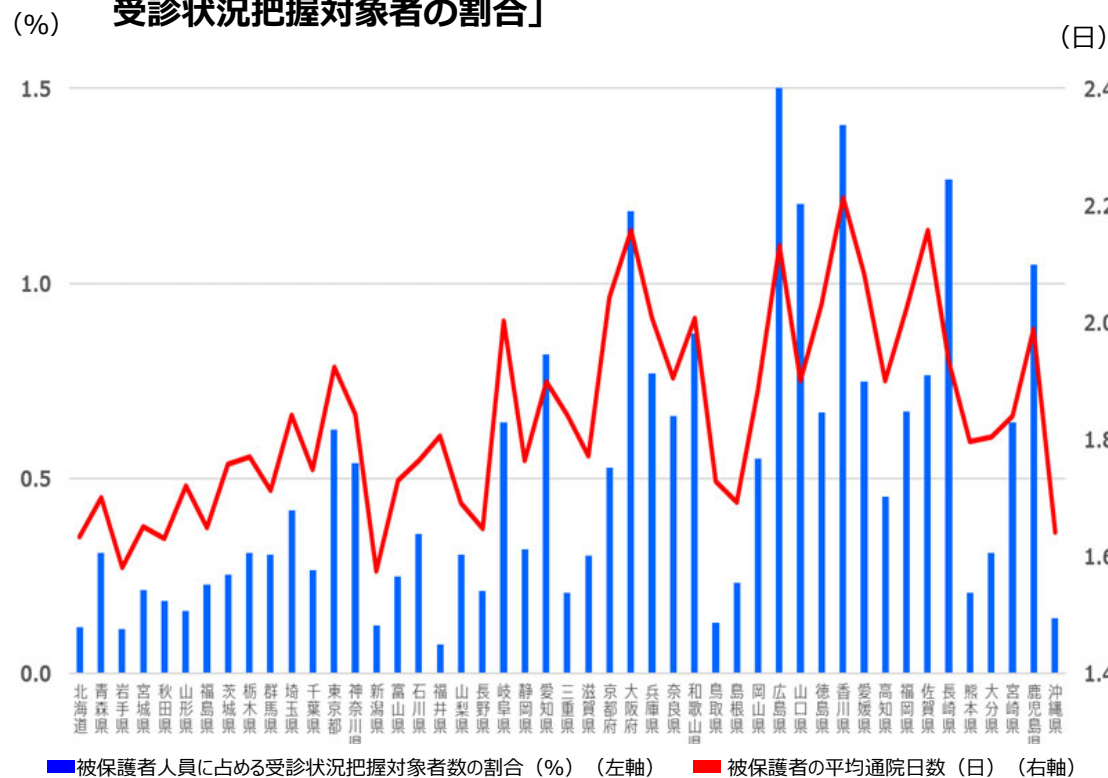


（出所）生活保護費負担金事業実績報告、被保護者調査（平成23年度以前は被保護者一斉調査）、医療扶助実態調査

生活保護受給者の国保等への加入②

- 生活保護受給者のレセプト1件（1か月）の**平均通院日数は地域によって偏り**が見られる。平均通院日数が高い地域では、被保護者人員に占める受診状況把握対象者（注）の割合も高い傾向が見られる。
（注）受診状況把握対象者とは、同一傷病について、同一月内に同一診療科目を15日以上受診している者（短期的・集中的な治療を行う者を除く）。
- また、レセプト請求件数の**全件または大多数が生活保護受給者のレセプトである医療機関も見受けられる**。
- **生活保護受給者の平均通院日数が生活保護受給者以外の平均通院日数に比べて長い医療機関が標榜している診療科は、特定の診療科に偏る傾向が見られる**。
- こうした生活保護受給者の外来医療の実情は、**医療扶助の適正化には、適正受診指導**といった生活保護受給者への働きかけのみならず、**供給側の医療機関への働きかけや医療提供体制のガバナンスの強化が必要**であることを示している。

◆都道府県別「平均通院日数」と「被保護者人員に占める受診状況把握対象者の割合」



（注）平均通院日数とは、レセプト1枚当たりの医療機関を利用した日数。

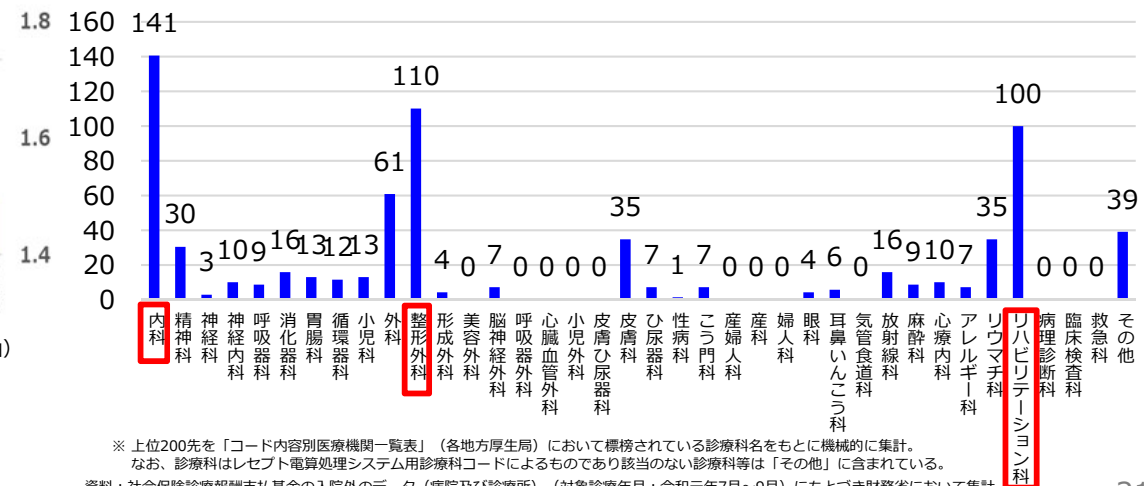
資料：第67回医療扶助実態調査（令和元年6月審査分）、令和元年度被保護者調査（年次調査、令和元年7月末時点）、令和元年度頻回受診者に対する適正受診指導結果について（厚生労働省調べ）

◆生活保護受給者の請求件数割合が高い医療機関

件数割合	医療機関数
100%	19
90～100%	112
80～90%	191

資料：社会保険診療報酬支払基金の入院外のデータ（病院及び診療所）（対象診療年月：令和元年7月～9月）にもとづき財務省において集計。

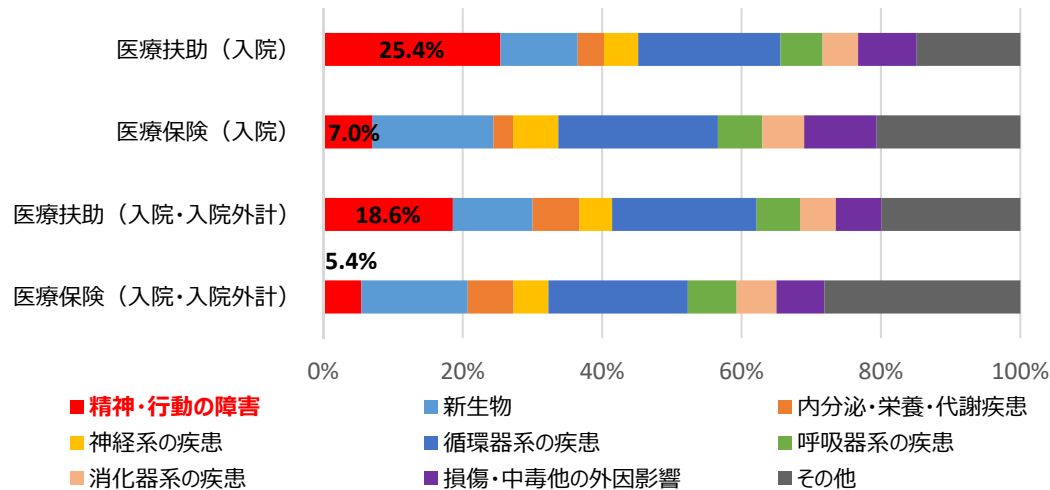
◆被保護者の平均通院日数が被保護者以外の平均通院日数と比べて長い医療機関上位200先の診療科



生活保護受給者の国保等への加入③

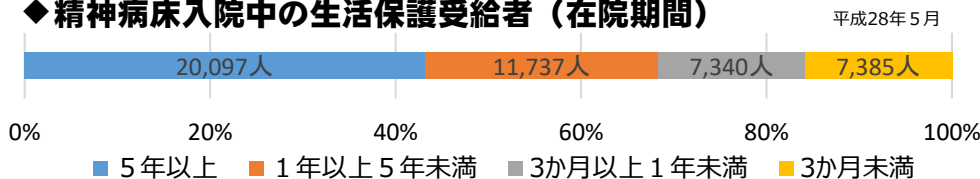
- 生活保護受給者に対する**医療扶助費**を疾病分類別にみると、「**精神・行動の障害**」によるものが**入院の約26%**を占め、入院・入院外の合計でも約19%を占めており、**医療保険と比較して顕著な違い**が見られる。
- **精神病床入院中の生活保護受給者数の都道府県間の地域差は約7倍**であり、地域差を説明する要因として、精神疾患の受診者数や独居率などよりも、**人口当たりの精神病床数が最も強く関係し**、精神病床数が多いほど入院中の生活保護受給者が多いという調査結果がある。
- 入院期間別にみると、**1年以上の長期入院が7割近く**と、精神病床の平均在院日数(265.8日)をはるかに上回る実態があり、**1年以上5年未満の長期入院患者数の都道府県間の地域差は約8倍**の差があった。
- こうした生活保護受給者の長期入院の実態は、その**適正化には医療提供体制面からの取組が不可欠**であることを示している。
- **生活保護受給者の国保等への加入は**、医療扶助費を含む都道府県医療費適正化計画の策定主体であり、地域における医療提供体制の整備に責任を有する**都道府県のガバナンスが医療扶助に及ぶことで**、頻回受診・長期入院への対応が強化され、**医療扶助費の適正化につながる可能性**がある。

◆医療扶助及び医療保険における傷病分類別の決定点数割合



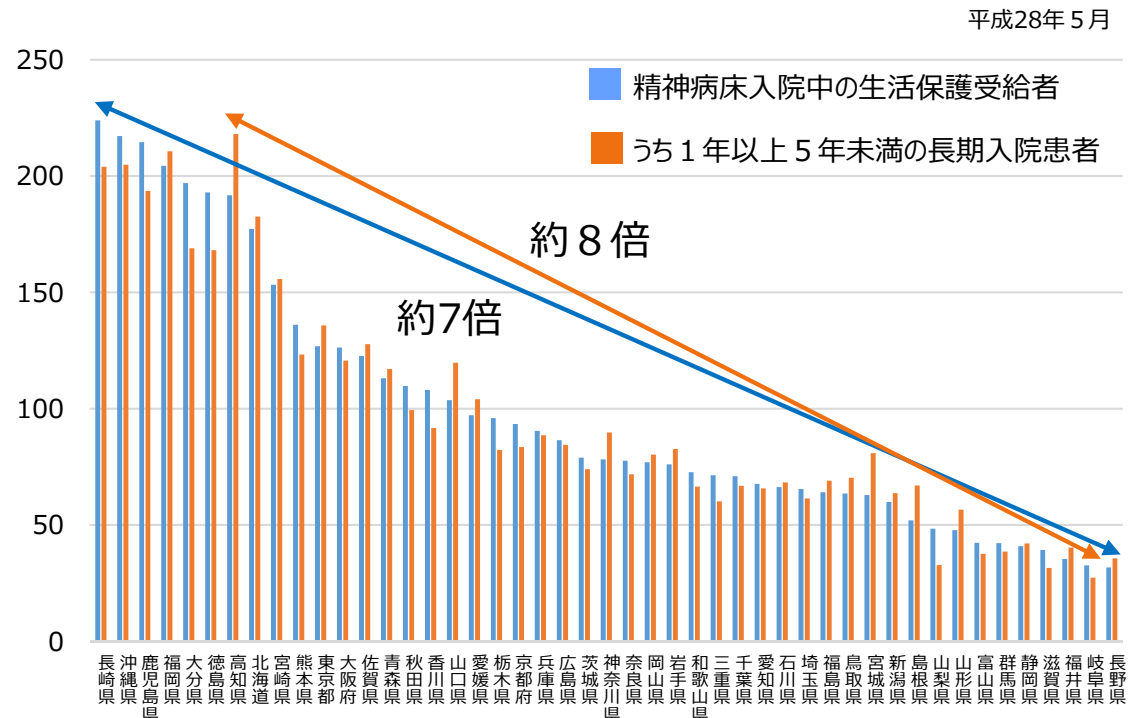
(出所) 令和元年度医療扶助実態調査(令和元年6月審査分)及び令和元年度医療給付実態調査をもとに作成

◆精神病床入院中の生活保護受給者(在院期間)



(出所) 『生活保護受給者における精神病床入院の地域差における研究』(奥村泰之他 2018)をもとに作成。

◆都道府県ごとの精神病床入院中の生活保護受給者数



(注) 全国平均を100とし、各地域の性・年齢構成の違いを調整した精神病床入院中の生活保護受給者数。

(出所) 『生活保護受給者における精神病床入院の地域差における研究』(奥村泰之他 2018)をもとに作成。

第3章 感染症で顕在化した課題等を克服する経済・財政一体改革

2. 社会保障改革

（2）団塊の世代の後期高齢者入りを見据えた基盤強化・全世代型社会保障改革

骨太方針2020等の内容に沿って、社会保障制度の基盤強化を着実に進め、人生100年時代に対応した社会保障制度を構築し、世界に冠たる国民皆保険・皆年金の維持、そして持続可能なものとして次世代への継承を目指す。

2022年度から団塊の世代が75歳以上に入り始めることを見据え、全ての世代の方々が安心できる持続可能な全世代型社会保障の実現に向けた取組について、その実施状況の検証を行うとともに、その取組を引き続き進める。その際、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築する観点から、給付と負担のバランスや現役世代の負担上昇の抑制を図りつつ、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なども含め、医療、介護、年金、少子化対策を始めとする社会保障全般の総合的な検討を進める。こうした対応について速やかに着手する。

効率的な医療提供体制の構築や一人当たり医療費の地域差半減に向けて、地域医療構想のPDCAサイクルの強化や医療費適正化計画の在り方の見直しを行う。具体的には、前者について、地域医療構想調整会議における協議を促進するため、関係行政機関に資料・データ提供等の協力を求めるなど環境整備を行うとともに、都道府県における提供体制整備の達成状況の公表や未達成の場合の都道府県の責務の明確化を行う。また、後者について、都道府県が策定する都道府県医療費適正化計画（以下「都道府県計画」という。）における医療に要する費用の見込み（以下「医療費の見込み」という。）については、定期改訂や制度別区分などの精緻化を図りつつ、各制度における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を行い、医療費の見込みを医療費が著しく上回る場合の対応の在り方など都道府県の役割や責務の明確化を行う。また、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するとともに、適正な医療を地域に広げるために適切な課題把握と取組指標の設定や、取組指標を踏まえた医療費の目標設定を行っている先進的な都道府県の優良事例についての横展開を図る。都道府県計画において「医療の効率的な提供の推進」に係る目標及び「病床の機能の分化及び連携の推進」を必須事項とするとともに、都道府県国保運営方針においても「医療費適正化の取組に関する事項」を必須事項とすることにより、医療費適正化を推進する。あわせて保険者協議会を必置とするとともに、都道府県計画への関与を強化し、国による運営支援を行う。審査支払機関の業務運営の基本理念や目的等へ医療費適正化を明記する。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、2024年度から始まる第4期医療費適正化計画期間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。国保財政を健全化する観点から、法定外繰入等の早期解消を促すとともに、普通調整交付金の配分の在り方について、引き続き地方団体等と議論を継続する。中長期的課題として、都道府県のガバナンスを強化する観点から、現在広域連合による事務処理が行われている後期高齢者医療制度の在り方、生活保護受給者の国保及び後期高齢者医療制度への加入を含めた医療扶助の在り方の検討を深める。

2. 医療

総論

制度改革の課題

新型コロナウイルス感染症への対応

診療報酬

新型コロナウイルス感染症に対応する医療提供体制等の強化（主なもの）

緊急包括支援交付金等 4.6兆円

- 一次・二次補正:1.8兆円（病床確保支援、医療従事者への慰労金支給、医療機関等の感染拡大防止等支援 等）
 - 予備費 [9月] : 1.2兆円（病床確保支援拡充、インフルエンザ流行期に向けた発熱外来体制の構築 等）
 - 予備費[12月] : 0.3兆円（病床確保のための緊急支援（医療従事者の処遇改善と人員確保等））
 - 三次補正 : 1.4兆円（病床確保支援、医療機関等の感染拡大防止等支援 等）
- ⇒上記の未執行分を活用し、3年10月から12月までの感染防止のためのかかり増し費用を補助

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[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）
- 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・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3.0兆円）

- 補正（一次～三次）、3年度当初 : 0.1兆円（福祉医療機構への出資金 等） 累計の貸付枠3.0兆円（財政融資を活用）
- ・ 累次の制度拡充を実施（貸付限度額拡充、無利子枠・無担保枠の設定・拡充、償還期間の延長 等）

ワクチンの確保・接種、治療薬確保 等 3.4兆円

- 二次補正 : 0.1兆円（ワクチン生産体制等整備基金、接種体制確保 等）
- 予備費[9月] : 0.8兆円（ワクチンの確保、接種体制整備、国際的共同購入枠組みへの参加 等）
- 三次補正 : 0.7兆円（ワクチン接種の実施、国内企業のワクチン実用化への支援 等）
- 予備費[3年5月] : 0.5兆円（ワクチンの確保）
- 予備費[3年8月] : 0.8兆円（ワクチンの確保、接種体制整備）
- 治療薬の確保等 : 0.3兆円（アビガン、レムデシビル購入費 等）
- 感染症対策に関する研究開発等 : 0.2兆円（ワクチン開発の支援、国際機関への拠出 等）

P C R 検査体制の拡充、検疫体制の強化 等 0.3兆円

- P C R 検査等 : 0.2兆円（P C R 等の行政検査、一定の高齢者・妊産婦等への検査、検査試薬等の確保 等）
- 検疫体制強化 : 0.1兆円

医療用物資の確保 その他システム整備等 0.8兆円

- 補正（一次～三次）、予備費 : 0.8兆円（医療用マスク・人工呼吸器の購入、生産設備整備、システム整備 等）

※令和2年度補正予算のほか令和3年度当初予算、令和2年度及び3年度の予備費を一定の考え方のもと整理したものであり、今後変更がありうる（9月28日時点）。

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9月30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)

(参考)新型コロナに係る病床確保料の引上げ経緯

- 一次・二次補正、予備費によりこれまで、
 ①コロナ患者が入院している病床については診療報酬の特例的な引き上げ、
 ②確保病床や休止病床については**病床確保料の引き上げ**により、医療機関に対する支援を実施。



〔2020年度一次補正以降〕

病床の種別	補助基準額
ICU病床	97,000円
重症者病床	41,000円
その他病床	16,000円

※ 重点医療機関・協力医療機関という区分なし

医療機関の定義

- ・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
- ・協力医療機関: 新型コロナ疑い患者専用の個室病床を設定する医療機関
- ・一般の医療機関: 重点医療機関・協力医療機関以外の医療機関

※ 重点医療機関及び協力医療機関は都道府県が指定。

〔2020年度二次補正以降〕

一般の医療機関

病床の種別	補助基準額
ICU病床	97,000円
重症者・中等症者病床	41,000円
その他病床	16,000円

重点医療機関

病床の種別	補助基準額
ICU病床	301,000円
HCU病床	211,000円
その他病床	52,000円

協力医療機関

病床の種別	補助基準額
ICU病床	301,000円
HCU病床	211,000円
その他病床	52,000円

〔2020年9月15日予備費以降〕

一般の医療機関

病床の種別	補助基準額
ICU病床	97,000円
重症者・中等症者病床	41,000円
その他病床	16,000円

重点医療機関

(特定機能病院等)

病床の種別	補助基準額
ICU病床	436,000円
HCU病床	211,000円
その他病床	74,000円

(一般病院)

病床の種別	補助基準額
ICU病床	301,000円
HCU病床	211,000円
その他病床	71,000円

協力医療機関

病床の種別	補助基準額
ICU病床	301,000円
HCU病床	211,000円
その他病床	52,000円

※ 重点医療機関及び協力医療機関の病床確保料について、療養病床である休止病床は1.6万円

更なる病床確保のための新型コロナ患者の入院受入医療機関への緊急支援（令和3年度）

- 感染者の増加により新型コロナ患者を受け入れる病床が一部の地域で逼迫している中で、さらに必要となる新型コロナ患者の病床と人員を確保するため、**令和2年度の緊急支援に引き続き、新型コロナ患者の即応病床を割り当てられた医療機関に対して、新型コロナ対応を行う医療従事者を支援して受入体制を強化するための補助**を行う。（国直接執行）

1. 対象医療機関

- 病床確保計画の最終フェーズとなった都道府県又は病床が逼迫し受入体制を強化する必要があると判断した都道府県が、国に申し出て、国が認めた場合、当該都道府県において新型コロナ患者・疑い患者の即応病床を割り当てられている医療機関
 - ・ 緊急事態宣言(12/25以降)が発令された都道府県は国への申出が不要。
 - ・ 都道府県は、病床が逼迫する地域に限定して、国に申し出ることも可能。都道府県が12/25以降に行った申出は効果を継続。
 - ・ 医療機関は、申請時点で即応病床の病床使用率が25%以上であること※。医療機関は9/30まで、都道府県からの患者受入要請を正当な理由なく断らないこと。医療機関は9/30までに申請を行うこと。
 - ※ 12/25以降新たに割り当てられた即応病床は除く。

2. 補助基準額

- 即応病床数(令和2年度の緊急支援の補助を受けていない病床)※に応じた補助（①～③の合計額）
 - ① 新型コロナ患者の重症者病床数×1,500万円
 - ② 新型コロナ患者のその他病床数×450万円
 - ③ 協力医療機関の疑い患者病床数×450万円
 - ※ 12/25から9/30までの最大の即応病床数



- 緊急事態宣言(12/25以降)が発令された都道府県において、緊急的に新たに即応病床を確保する観点からの加算
$$\left(\frac{\text{12/25以降新たに割り当てられた即応病床数}}{\text{(令和2年度の緊急支援の補助を受けていない病床)}} \times \text{(新型コロナ患者の重症者病床数及びその他病床数)} \times 1 \right) \times 450\text{万円の加算} \times 2$$
 - ※1：12/25から9/30までに新たに割り当てられた即応病床
 - ※2：緊急事態宣言が発令されていない都道府県も新規割当分について300万円の加算

3. 対象経費

- 令和3年4月1日から令和3年9月30日までにかかる以下の①及び②の経費
 - ① 新型コロナ対応を行う医療従事者の人件費（新型コロナ対応手当、新規職員雇用にかかる人件費等、処遇改善・人員確保を図るもの）
 - ・ ①により、新型コロナ患者の入院受入医療機関が新型コロナ対応を行う医療従事者の処遇改善・確保に取り組む。従前から勤務する職員の基本給も、当該職員の処遇改善を行う場合は補助対象とする（12/25以降に行った処遇改善を含む）。
 - ・ 新型コロナ対応手当の額(一日ごとの手当、特別賞与、一時金等)、支給する職員の範囲(コロナ病棟に限られず、例えば外来部門、検査部門等であっても、新型コロナ対応を行う医療従事者(事務職員等も含む)は対象となり得る)は、治療への関与や院内感染・クラスター防止の取組への貢献の度合いなどを考慮しつつ、医療機関が決定。
 - ② 院内等での感染拡大防止等に要する費用（消毒・清掃・リネン交換等委託、感染性廃棄物処理、個人防護具購入等）
 - ・ ②により、消毒・清掃・リネン交換等の委託料に活用することが可能。看護師等の負担軽減の観点から、医療機関は、これらの業務を民間事業者へ委託できる。
 - ・ ②の経費は、補助基準額の1/3を上限。例えば、補助基準額が3000万円の場合、②の経費への補助金の使用は1000万円が上限となり、補助基準額の補助を受ければ、①の医療従事者の人件費への補助金の使用は2000万円以上となる。

第5波における療養者数等

全国

	療養者数（人）				
		入院者数	自宅療養者等数	療養先調整中の人数	うち入院先調整中の人数
7月7日	15,464	5,888	3,961	1,846	108
7月14日	19,618	6,564	5,809	2,496	166
7月21日	29,152	8,185	10,717	3,886	201
7月28日	45,539	10,681	18,927	7,616	573
8月4日	90,650	15,075	45,257	17,235	838
8月11日	128,838	18,809	74,063	21,023	1,238
8月18日	167,588	21,590	96,709	31,111	1,858
8月25日	211,880	24,247	131,246	36,256	2,806
9月1日	207,661	24,488	135,674	27,690	1,738
9月8日	159,863	22,926	103,328	16,246	696
9月15日	99,928	17,481	60,442	9,331	351
9月22日	54,012	12,830	29,107	4,079	136
9月29日	28,589	7,467	14,426	2,314	99
10月6日	14,638	4,673	6,375	1,060	48
10月13日	8,216	2,908	3,249	600	31

東京

	療養者数（人）						
		入院者数	（参考）		自宅療養者等数	療養先調整中の人数	うち入院先調整中の人数
			確保病床数	確保病床使用率			
7月7日	4,935	1,677	6,044	28%	1,098	747	78
7月14日	6,864	2,023	6,314	32%	1,839	1,305	124
7月21日	10,396	2,466	6,406	38%	4,068	2,064	100
7月28日	16,344	2,995	6,406	47%	7,342	4,167	202
8月4日	29,703	3,399	6,406	53%	14,766	9,710	299
8月11日	35,689	3,667	6,406	57%	19,379	10,864	530
8月18日	40,197	3,815	6,406	59%	22,171	12,362	479
8月25日	41,368	4,154	6,406	64%	25,045	10,050	372
9月1日	33,061	4,218	6,406	65%	19,765	6,871	272
9月8日	21,849	3,970	6,583	60%	12,481	3,602	94
9月15日	12,190	3,083	6,583	46%	5,959	1,756	67
9月22日	6,868	2,042	6,583	31%	3,084	906	24
9月29日	3,532	1,181	6,651	17%	1,362	491	13
10月6日	1,993	751	6,651	11%	642	346	10
10月13日	1,150	480	6,651	7%	343	209	8

大阪

	療養者数（人）						
		入院者数	（参考）		自宅療養者等数	療養先調整中の人数	うち入院先調整中の人数
			確保病床数	確保病床使用率			
7月7日	1,247	437	2,847	15%	367	208	0
7月14日	1,633	471	2,847	17%	512	252	0
7月21日	2,614	628	3,086	20%	943	203	0
7月28日	3,894	807	3,097	26%	1,623	307	0
8月4日	7,591	1,234	3,097	40%	3,888	379	0
8月11日	10,926	1,904	3,121	61%	6,137	479	0
8月18日	14,438	1,946	3,134	62%	9,039	959	0
8月25日	21,675	2,128	3,155	67%	14,732	1,962	0
9月1日	26,753	2,263	3,193	71%	17,723	3,422	0
9月8日	23,352	2,303	3,283	70%	15,523	2,064	0
9月15日	15,603	2,017	3,335	60%	9,997	847	0
9月22日	9,210	1,876	3,378	56%	5,283	450	0
9月29日	4,150	731	3,408	21%	2,347	277	0
10月6日	2,704	602	3,421	18%	1,504	125	0
10月13日	1,629	462	3,423	13%	805	72	0

※療養者数には、入院者数、自宅療養者等数、療養先調整中の人数の他、宿泊療養者数、社会福祉施設等療養者数が含まれる。

※確保病床数は、いずれかのフェーズにおいて、新型コロナウイルス感染症患者の受入れ要請があれば、患者受入れを行うことについて医療機関と調整済の病床数

※確保病床使用率は、確保病床数に対する当該病床に入院している者の割合

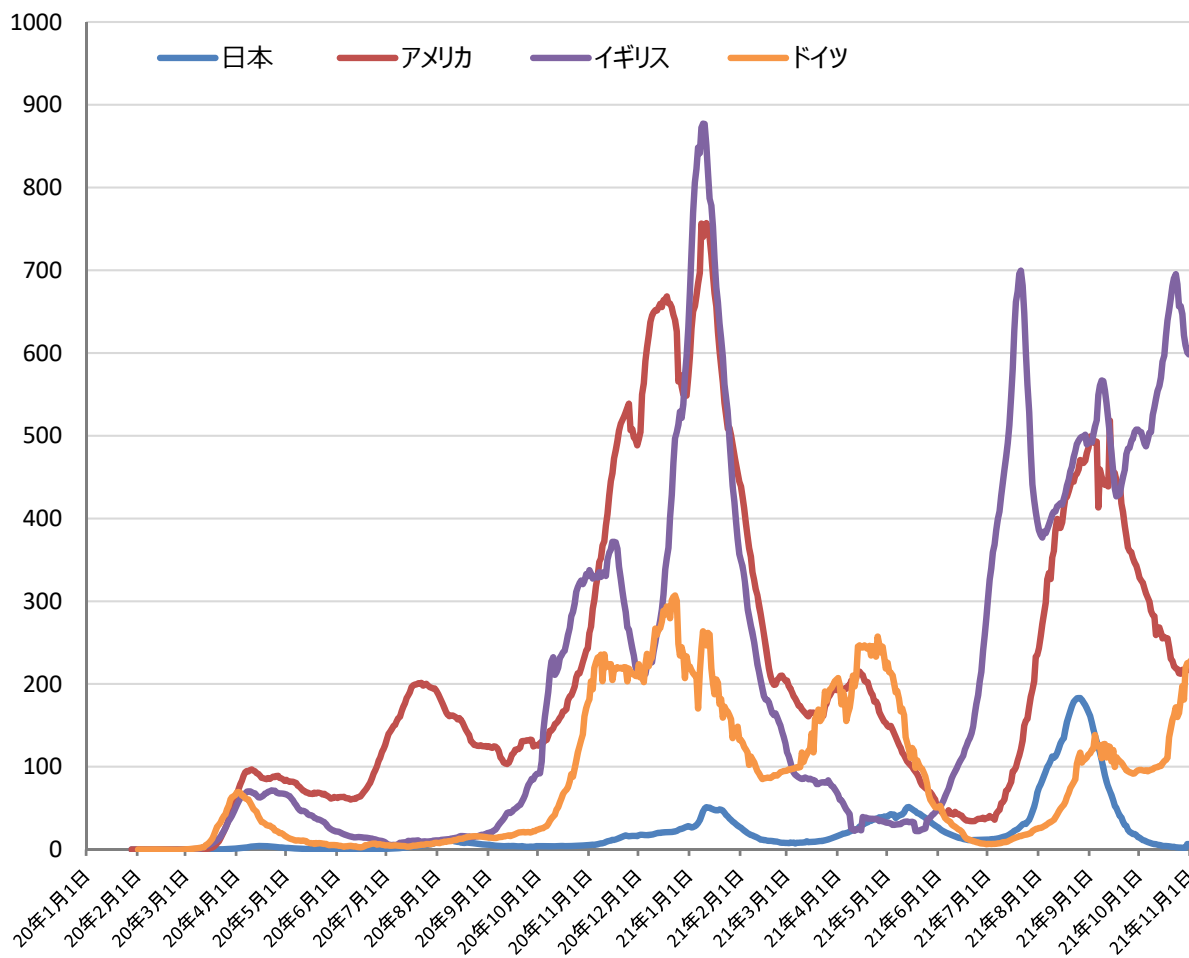
※自宅療養者等には、社会福祉施設等療養者数は含まない。

（出所）厚生労働省「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査」から作成

新型コロナと医療提供体制①

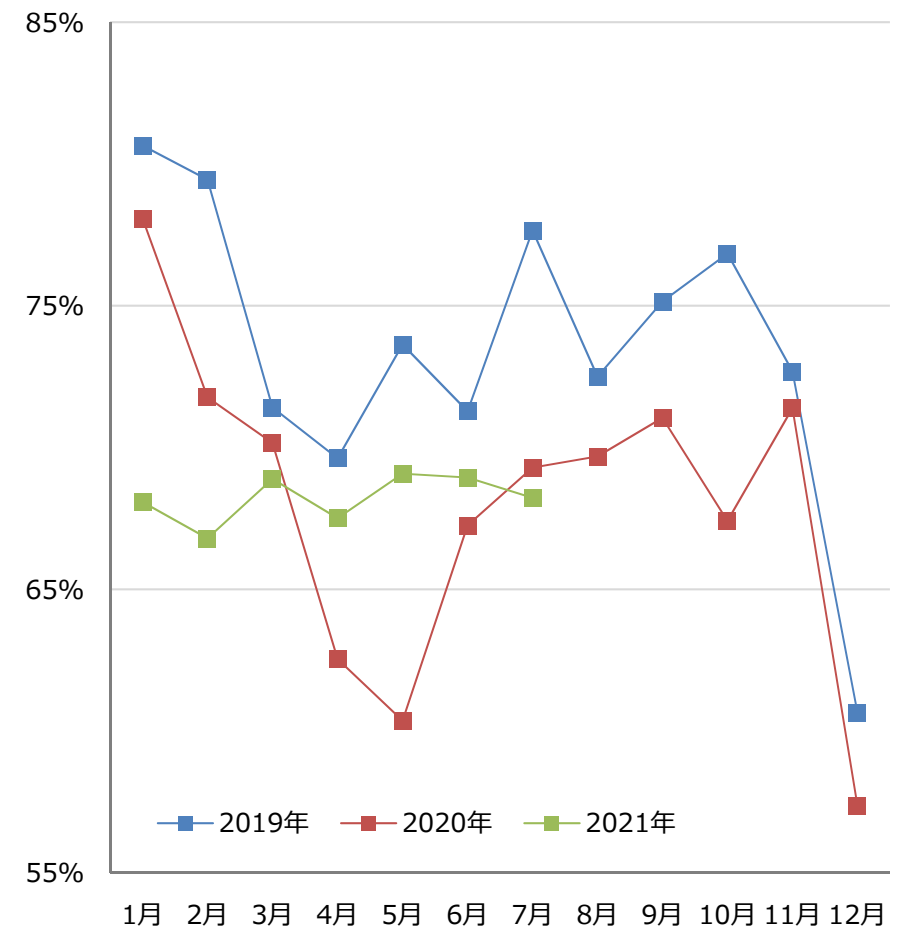
- 我が国は、地域医療構想の進展が捗々しくない段階で、**人口当たりの病院数・病床数が多い中、新型コロナの感染拡大を迎え、人口当たりの感染者数は英米のピーク時よりも低い水準であるにもかかわらず、医療提供体制が逼迫するという問題が生じている。**
- 一方で、療養病床等を除いた一般病床全体の利用率は新型コロナ感染拡大前と比べて低下している。

◆各国100万人当たりの平均新規感染者数推移



(出所)「Our World in Data」

◆1都3県の一般病床等全体の利用率推移



(出所) 厚生労働省「病院報告（毎月分概数）」

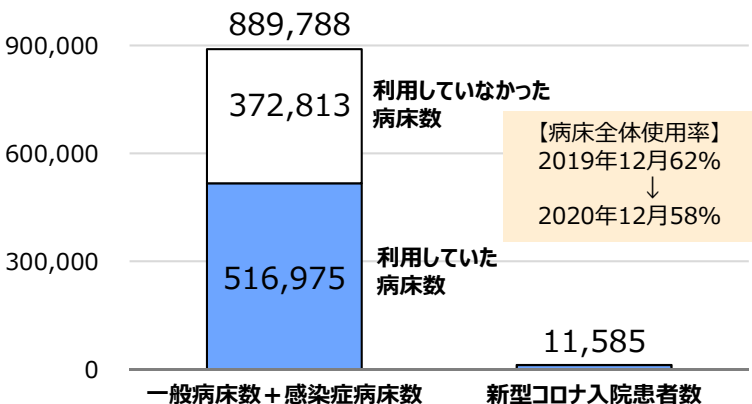
※2020年2月までは病院の一般病床の使用率。2020年3月以降は一般病床及び感染症病床の使用率。

新型コロナと医療提供体制②

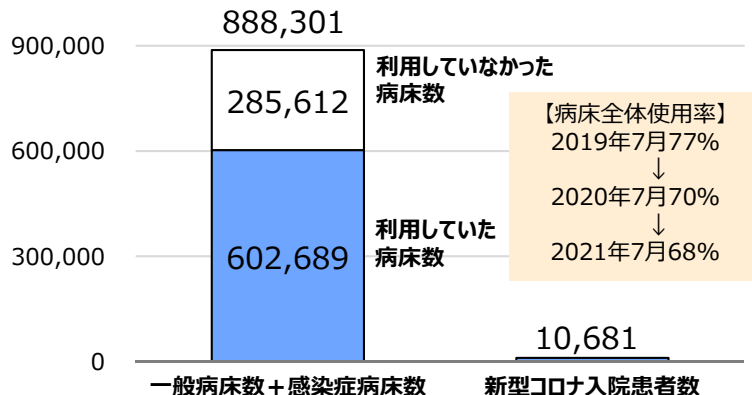
- 1都3県のみならず、緊急事態宣言直前の昨年末時点の**全国の病床使用率は、医療提供体制の逼迫が指摘されているもとで、新型コロナの感染拡大前よりも低下していた状況**。使用されていない病床はあっても専門医・看護師など**医療従事者などに不足があったため、十分な数の患者を受け入れられていない可能性**。
- 医療機関全体では、**病床当たり医療従事者が少ない医療機関ほど受入実績が少ない**ことが明らかとなっており、人口当たりの病院・病床数が多いために、**医療資源が散在し、手薄な人的配置となっている我が国医療提供体制の脆弱さの一端が明らかになっている**と考えられるのではないかと。
- 他方で、地域別に検証は必要なものの、相対的に多い病床当たり医療従事者を抱えながら新型コロナ患者を受け入れていない医療機関が存在し、医療従事者の派遣等による人的資源の弾力的な活用が可能であれば、医療機関の患者の受入を増加させる余地があった可能性もあり、**医療機関相互の役割分担・連携体制の強化を図ることが必要**。

◆一般病床等の使用状況と新型コロナ患者の受入れ ◆100床当たりの常勤換算医療従事者別の入院患者受け入れ実績のある医療機関

(2020年12月末)

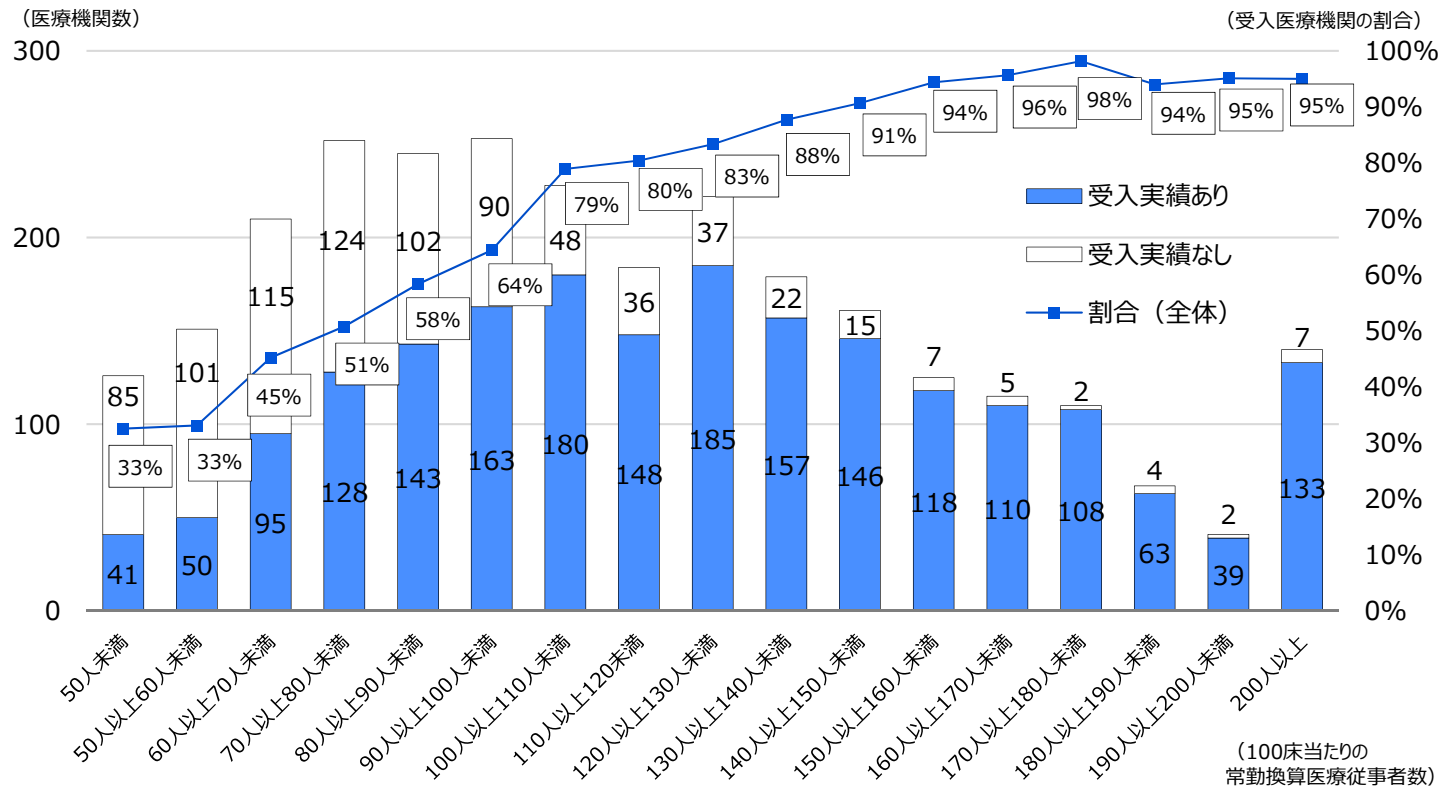


(2021年7月末)



(出所) 厚生労働省「病院報告（毎月分概数）」、「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況に関する調査結果」

(2021年7月末)



(出所) 厚生労働省資料を基に作成

※ 受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことのある医療機関

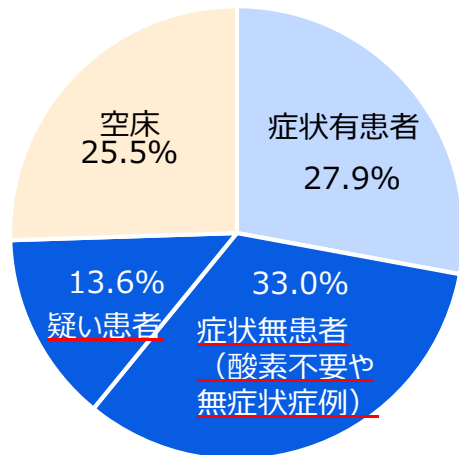
※ 対象医療機関：G-MISで報告のあった全医療機関のうち急性期病棟を有する医療機関（4,265病院）から100床未満の医療機関を除外した医療機関（2,809病院）

新型コロナと医療提供体制③

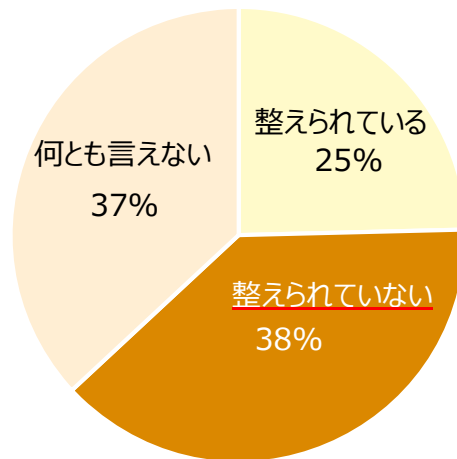
- 厚生労働省は、2月16日に事務連絡を発出し、重症者に対応する高度な医療機関として大学病院を、中等症患者に対応する中核的な医療機関として大都市圏を擁する都道府県等における公立・公的医療機関を例示したが、
 - ・ 1都3県において、**大学病院における中等症・軽症病床の病床利用の半数程度が酸素不要患者、無症状症例の患者や疑い患者**であったとの調査結果や、
 - ・ **公立病院の新型コロナの入院患者の半数が軽症の患者であった**との調査結果
 があり、これらの軽症・無症状患者を他の病院における療養や宿泊療養や自宅療養とすることで適切に対応することができれば、これらの病院でより多くの新型コロナ重症患者等を受け入れることができた可能性が高い。
- また、これらの調査において後方支援体制が整っていないとの回答も多く、急性期を過ぎて高度な医療機関での治療を要しない患者等の入院期間の長期化を防ぎ、病床の回転率の向上ひいては新型コロナ患者の受入拡大につなげるためには、**回復後の患者等に対応する後方支援医療機関の確保も重要**。
- 世界有数の病院数・病床数が反面で医療資源の散在そして低密度医療という弱点をもたらしている中、平時から平均在院日数の長さ等に関連して指摘されてきたとおり、**医療機関相互の役割分担の徹底や連携体制の構築が不可欠**。

◆全国医学部長病院長会議による調査結果（2021年1月19日）

1月6日時点の緊急事態宣言都県の
医学部病院における
中等症・軽症病床利用状況

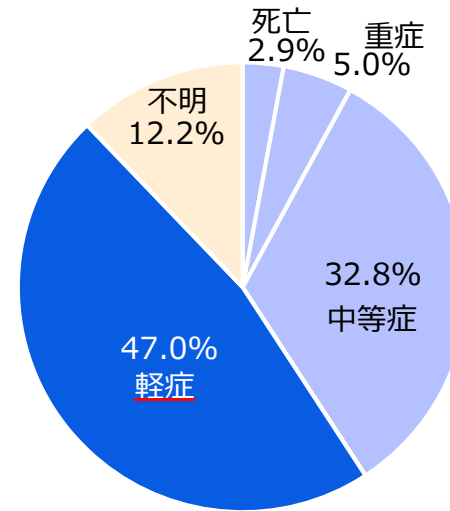


各病院の後方施設の整備状況

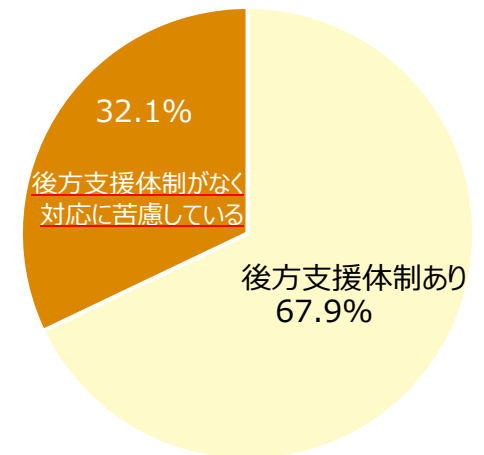


◆全国自治体病院協議会による影響等実態調査（2021年3月25日）

新型コロナウイルス感染症入院患者数



新型コロナ患者受入病院における
後方支援体制の状況



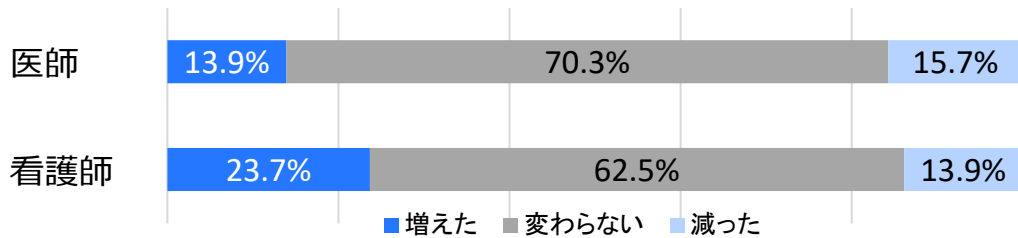
◆大阪府調査 2月5日時点

- 中等症・軽症で入院した患者のおよそ3割が15日以上入院。
- 長期入院患者（20日以上）の6割が、「コロナ感染症の症状以外」の理由により入院を継続している。

新型コロナと医療提供体制④

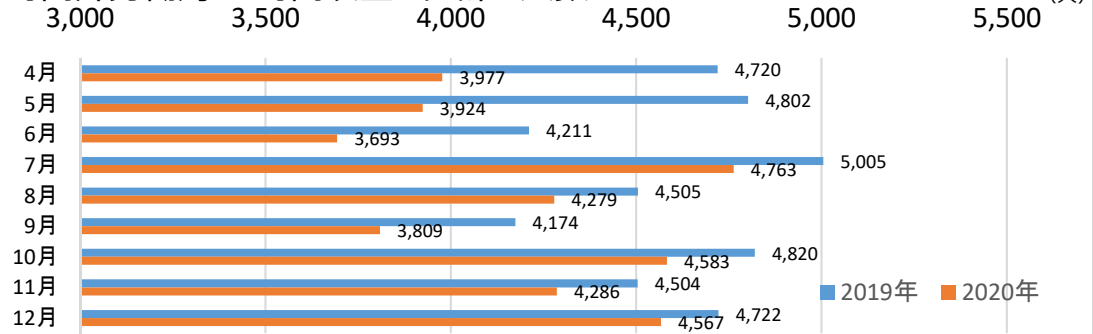
- 医療従事者に着目した場合でも、医療提供体制の逼迫期の**医療従事者の繁忙にはばらつきがあり、新型コロナに対応する一部の医療従事者に負担が集中**する一方、医療従事者全体としては、（労働時間の減少は働き方改革の観点から歓迎すべきことであるが）必ずしも労働時間が増大していない実情が窺われる。昨年11月25日の財政制度等審議会建議においても記されているとおり、新型コロナの脅威が続いている中、闘いの最前線に立ち続け、献身的な努力を重ねていただいている医療従事者の方々には深い敬意とともに心からの感謝の意を表したい。
- これまで新型コロナ対策の一環として講じてきた看護師等の医療従事者派遣のための財政支援策も活用しつつ、**医療機関相互の役割分担の徹底や連携体制の構築などによる、人的資源の効果的な配置・活用**を行うことが求められている。

◆第一次緊急事態宣言時の医師・看護師の労働時間変化



（出所）医師：「コロナ禍の働き方」、医師1000人アンケート m3.com <<http://m3.com>>
「国内で感染が拡大していた3月下旬以降、5月のゴールデンウィーク頃まで、それ以前と比べて、勤務時間に変化はありましたか。」への回答
看護師：「看護職員の新型コロナウイルス感染症対応に関する実態調査」日本看護協会
「1月頃～緊急事態宣言解除・5月まで」の労働環境の変化、超過勤務時間について、病院看護管理者にアンケート

◆時間外労働月80時間以上の医師の人数



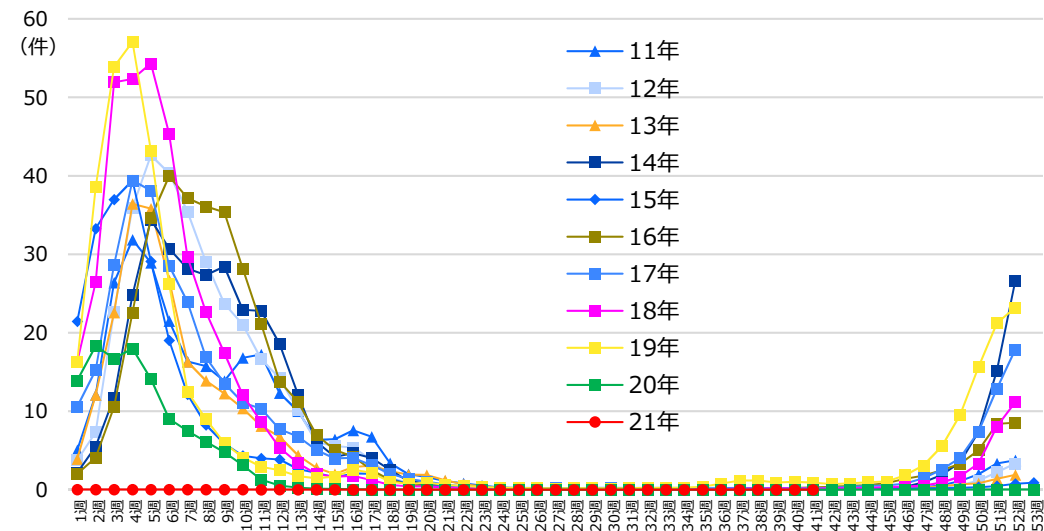
（出所）新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況の調査（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会）

◆医療従事者派遣のための支援

新型コロナの影響で人員が必要となる医療機関に対して医師・看護師等を派遣する場合、緊急包括支援交付金により補助。

- 重点医療機関に派遣される場合の補助上限額引上げ(2020年12月24日)
医師：1時間7,550円 → 15,100円
看護師等：1時間2,760円 → 5,520円
- 重点医療機関で重症患者に対応する派遣の場合の補助上限額引上げ(2021年4月23日)
看護師：1時間5,520円 → 8,280円
- 臨時の医療施設、健康管理を強化した宿泊療養施設、入院待機ステーションに派遣される場合の補助上限額引上げ(2021年8月16日)
医師：1時間7,550円 → 15,100円
看護師等：1時間2,760円 → 5,520円
- 重点医療機関に派遣される場合の補助上限額引上げ(2021年8月19日)
看護師等：1時間5,520円 → 8,280円

◆インフルエンザの定点当たりの感染報告数（過去10年との比較）



（出所）国立感染症研究所「IDWR速報データ2021年第41週」

(参考)改正感染症法第16条の2による病床確保等の要請例

令和3年8月18日
厚労省新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード
提出資料を一部修正

自治体 及び 要請日	要請の対象	要請の内容
奈良県 R3.4.15 R3.5.28	1. 県内全ての病院 2. 重点医療機関	1. 病床の追加確保 2. 重症病床の確保 ※確保できない場合はその理由も回答。
大阪府 R3.4.19	1. 府内二次救急医療機関(200床未満の内科又は呼吸器内科救急協力診療科標榜)のうち現在新型コロナ患者の受入を行っていない病院 2. 一般病床200床以上の病院のうち現在新型コロナ患者の受入を行っていない病院 3. 軽中等症患者受入病院	1. 軽中等症病床5床の確保 2. 軽中等症病床10床の確保 3. 軽中等症病床の確保・運用(※)及び休日・夜間の確実な受入体制の確保 ※病院ごとに病床数を指定。
札幌市 R3.5.13	札幌市内の全ての病院・診療所	通常医療の一部を制限してでも対応に協力いただかなければならない局面にあるとして、以下のいずれかの協力を要請。 ①受入病床確保(最低2床) ②受入医療機関への医療従事者等の派遣 ③自宅療養者の在宅診療の実施体制の確保 ④疑い患者の外来診療、検査等の実施体制の確保
静岡県 R3.8.10	全ての病院	以下のいずれかの協力を要請。 ①受入病床の確保(重症、中等症) ②症状が軽快したコロナ患者の受入(退院基準を満たす前の患者及び退院基準を満たし引き続き入院管理が必要な患者) ③確保病床における受入の徹底
大阪府 R3.8.13	1. 府内二次救急医療機関(内科又は呼吸器内科救急協力診療科標榜)のうち現在新型コロナ患者の受入を行っていない病院 2. 軽中等症患者等受入病院のうち右記要請内容に応じた病床を確保していない病院	災害級非常事態に応じた以下の受入病床(軽中等症病床)の確保 ①公立・国立:許可病床数(一般病床)の10%以上 ②民間等:許可病床数(一般病床)の5%以上
茨城県 R3.8.16	新型コロナ患者の受入病院となっていない二次救急医療機関、地域医療支援病院、社会医療法人等	不急の入院・手術の延期など通常医療の制限等も視野に入れた、 ①受入病床の確保、②受入病院等への医療従事者の派遣の可否。 ※確保できない場合はその理由も回答。
東京都 R3.8.23	1. 入院重点医療機関等 2. 上記1以外の病院 3. 全ての診療所 4. 医師、看護師等養成機関	①最大確保病床における最大限の入院患者の受入(1に対して) ②更なる病床確保(1に対して) ③都が要請した施設(※)に対する人材派遣(1～4に対して) ④都が要請した施設(※)の運営(2に対して) ⑤新型コロナ感染症患者への在宅医療及び検査、診断(3に対して) ⑥区市町村のワクチン接種等への協力(3、4に対して) ※都が要請した施設:医療機関、臨時の医療施設、宿泊療養施設、入院待機ステーション、酸素ステーション等

今後の感染拡大に備えた対策強化のポイント

令和3年10月15日
新型コロナウイルス感染症
対策本部資料

(病床の確保、臨時の医療施設の整備)

(今夏)

デルタ株への置き換わりなどによる
今夏のピーク時

(今後)

最悪の事態を想定した
次の感染拡大への備え

【ワクチン接種の効果】

若年層のワクチン接種率が
70%に進むことで、
感染者は約5割減*
*ワクチン接種以外の条件は今夏と同一

今夏の**2倍程度**の
感染力を想定

若年層の接種率の増加
により、高齢感染者の
割合が増加

【さらなる感染拡大時】

(感染力が例えば
3倍となった場合)

いざという時の強い行動制限

+

一般医療の制限の下、緊急的な病床等を
確保するための具体的措置

- ・国立病院機構・JCHO等の緊急病床確保
- ・臨時医療施設等の確保・拡大

【自宅療養者等の健康観察・治療】

- 地域の医療機関を活用し、陽性判明当日・翌日から速やかに健康観察・治療を実施

【治療薬の確保】

- 中和抗体薬の投与
- 経口薬の実用化を年内に目指す

【病床の確保、臨時の医療施設等の整備】

入院患者の受入の2割増強を要請

- 病床の確実な稼働（8割以上の利用率）
- 公的病院の専用病床化・現行法下での権限の発動 ※国立病院機構・JCHOなど
- 臨時医療施設・入院待機施設の確保
- 医療人材の確保等
- ITを活用した稼働状況の徹底的な見える化

入院患者の受入の2割増強

自宅・宿泊療養者

要入院者

接種率

若年者 **10%**
高齢者 **85%**

若年者 **70%**
高齢者 **90%**

若年者 **70%**
高齢者 **90%**

国の主導において行うもの

国・都道府県の連携の下行うもの

「『次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像』の骨格について」(令和3年10月15日新型コロナウイルス感染症対策本部)を踏まえ、国立病院機構法・地域医療機能推進機構法に基づく「要求」のほか、その他の公的病院に文書要請を行う。

【各法人への働きかけ】

○ 各都道府県における計画作業に影響があることから、速やかに、具体的には10月19日(火)、以下を実施。

- ① 国立病院機構(NHO)、地域医療機能推進機構(JCHO)に対しては、厚生労働大臣から、NHO法第21条第1項、JCHO法第21条第1項による要求を行う。
 - ② 厚生労働省関連3法人(日本赤十字社、済生会、労災病院)に対しては、所管局長から、文書要請を行う。
- ※ その他の公的病院に対しても、各府省から、文書要請を行う。

○ 10月末、11月末の都道府県の計画等の取りまとめに合わせ、各府省において、それぞれ把握

【要請内容】

○ 都道府県に対しては、入院受入数の2割増を要請しているが(病床数の増に限らず病床使用率の改善による受入増も可としている)、公的病院については、以下のとおり、病床数を含め具体的に要請し、都道府県における体制強化を側面的に支援する。

- ① NHO、JCHO(法に基づく要求)
 - ・ 各法人において、入院受入数と確保病床数について、それぞれ今夏のピーク時から2割以上の増 等

※ 病床数のカウントに当たっては、医療機関や臨時の医療施設、入院待機施設への人材供給による病床増を含む。
- ② その他の公的法人(法に基づかない要請)
 - ・ 各法人において、入院受入数で今夏のピーク時から2割以上(うち確保病床数は1割以上)の増 等

※ 病床数のカウントに当たっては、医療機関や臨時の医療施設、入院待機施設への人材供給による病床増を含む。

2. 医療

総論

制度改革の課題

新型コロナウイルス感染症への対応

診療報酬

診療報酬改定と不妊治療の保険適用

- **保険適用の実現には**、現行の保険外診療に対する助成よりも、本人にとって
 - ① **高額の不妊治療の場合の経済的負担の軽減**につながるほか、
 - ② 事前に定められた基準のもと、**一律な給付内容が保障され、治療内容の標準化・費用の明確化**が図られる、
 - ③ 保険料負担の見返りに給付を受けるという点において**給付の権利性が強まる**（給付を受けることが特別なことでなく当たり前になる）、
 - ④ 保険によるリスクの分散という考え方に立つことで**所得制限を伴わなくなる**、
 - ⑤ 通常の医療保険の医療サービス同様、**立替払（償還払）もなく保険証のみで手続きが完結する**メリットがある。
- なお、保険適用によって治療内容が標準化されることに伴い、一部の高度な不妊治療へのニーズに対応して、**保険外併用療養費制度の柔軟な活用も検討すべき**。また、**助成金**（不妊に悩む方への特定治療支援事業）**段階でも同制度を活用することにより**、患者負担の軽減を図るべき。

平成24年版 厚生労働白書（抜粋）

（社会保険方式は、自立・自助という近現代の社会の基本原則に即した仕組みである）

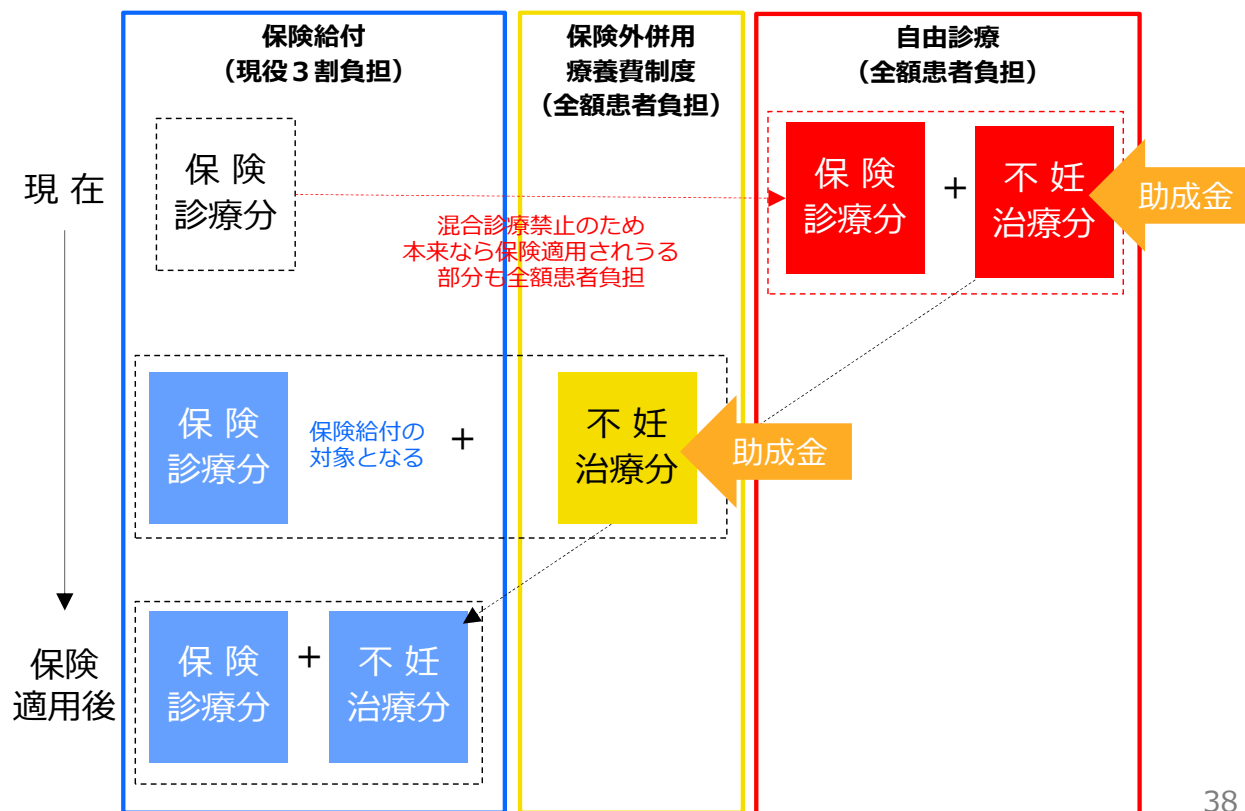
社会保険方式は、保険料の拠出と保険給付が対価的な関係にあり、保険料負担の見返りに給付を受けるという点において、税方式の場合よりも、給付の権利性が強いといえる。実際、医療保険で医療サービスを受けるように、給付を受けることが特別なことではなく、当たり前のことというイメージをもち、その受給に恥ずかしさや汚名（スティグマ）が伴わないというメリットがある。

また、財源面でも、会計的に保険料負担（収入）と給付水準（支出）とが連動していることから、一般財源としての租税よりも、給付と負担の関係について、国民の理解が得られやすい側面がある。

（中略）

社会保険の導入は、保険によるリスクの分散という考えに立つことで、社会保障の対象を一定の困窮者から、国民一般に拡大することを可能としたものといえる。

保険外併用療養費制度（健康保険法に定められた制度）の活用



(参考) 不妊治療の保険適用に係る政府方針

少子化社会対策大綱（令和2年5月29日閣議決定）（抄）

（不妊治療等への支援）

○ 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。そのため、まずは2020年度に調査研究等を通じて不妊治療に関する実態把握を行うとともに、**効果的な治療に対する医療保険の適用の在り方を含め、不妊治療の経済的負担の軽減を図る方策等についての検討のための調査研究を行う**。あわせて、不妊治療における安全管理のための体制の確保が図られるようにする。

※ 全世代型社会保障検討会議 第2次中間報告（令和2年6月25日 全世代型社会保障検討会議決定）においても同様の記載あり

菅内閣の基本方針（令和2年9月16日閣議決定）（抄）

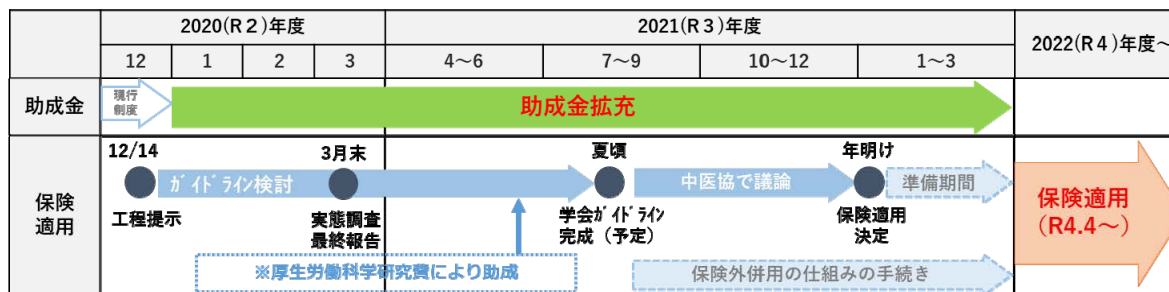
4. 少子化に対処し安心の社会保障を構築

喫緊の課題である少子化に対処し、誰もが安心できる社会保障制度を構築するため改革に取り組む。そのため、**不妊治療への保険適用を実現し**、保育サービスの拡充により、待機児童問題を終わらせて、安心して子どもを産み育てられる環境をつくる。さらに、制度の不公平・非効率を是正し、次世代に制度を引き継いでいく。

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）

子供を持ちたいという方々の気持ちに寄り添い、不妊治療への保険適用を早急を実現する。具体的には、令和3年度（2021年度）中に詳細を決定し、令和4年度（2022年度）当初から保険適用を実施することとし、工程表に基づき、保険適用までの作業を進める。保険適用までの間、現行の不妊治療の助成制度について、所得制限の撤廃や助成額の増額（1回30万円）等、対象拡大を前提に大幅な拡充を行い、経済的負担の軽減を図る。また、不育症の検査やがん治療に伴う不妊についても、新たな支援を行う。

<工程表>



診療報酬制度のあり方（地域差への対応）

- 地域によって医療を取り巻く実情が異なる中、診療報酬が全国一律の制度設計を基本としていることも、政策手段として診療報酬の対応力を損ねている面がある。
- 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円で統一された経緯があるが、介護報酬では1点単価に地域差が設けられている。
- 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。
- 地域の実情に応じた対応を可能とすべく、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。

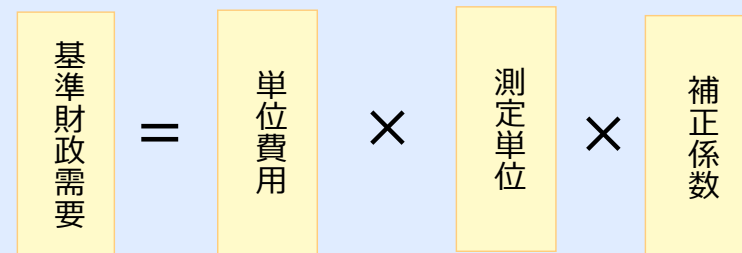
奈良県 厚生労働大臣への意見書（令和2年8月28日）（抄）

(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。

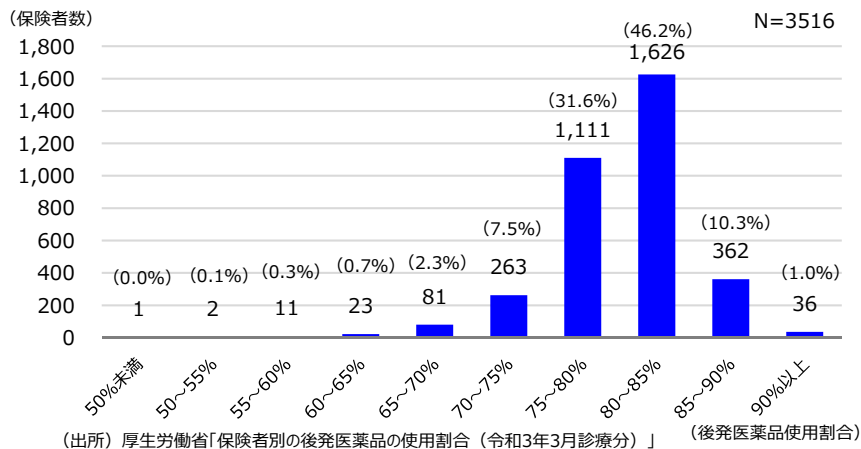
地方交付税における基準財政需要の考え方



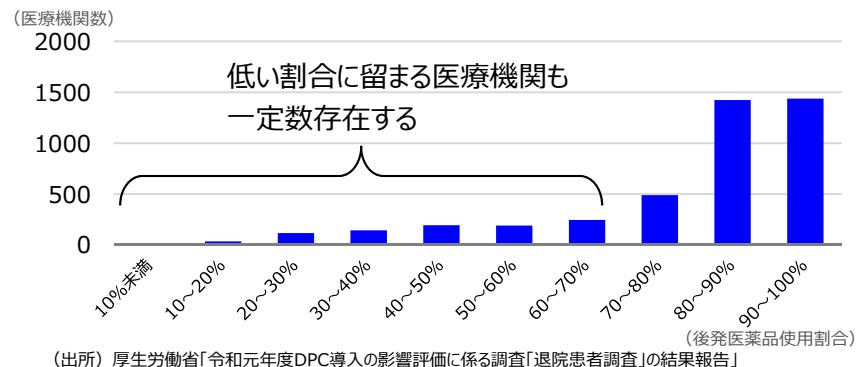
後発医薬品の更なる使用促進

- 薬価の高いバイオ医薬品について、**後発品（バイオシミラー）の使用を促すため新たな数量目標の設定**や、国において**フォーミュラのガイドラインの策定**に取り組む中で後発医薬品の選定基準を設けることなどを検討すべき。
- **処方箋発行元が大学病院である場合の後発医薬品使用割合が75.2%（レセプトベース）と低いことが目立っており**、その原因を精査するとともに、後発医薬品の使用促進を促すためにも、現在保険者別にとどまっている**後発医薬品の使用割合の「見える化」による公表の医療機関別への拡大**は不可欠。都道府県が、保険者協議会等の場を活用し、後発医薬品の使用割合の低い医療機関への働きかけを強めることも重要。
- **大学に対する奨学寄附金と大学病院における薬剤の適正使用との関係がかねて注目されており**、製薬業界は、「企業活動と医療機関等の関係の透明性ガイドライン」を改定するなどの取組を進めているものの、**院内処方や先発医薬品使用との関係についても疑念が生じないようにする必要**。
- **奨学寄附金については廃止を含めあり方を見直すとともに、製薬会社から学会・医療機関・医師等への資金提供について一層透明性を高めることが必要**。

◆後発医薬品調剤数量シェアの保険者による差



◆後発医薬品調剤数量シェアの医療機関別による差 (DPC病棟から包括払いの対象とならない病棟へ移動があった患者に投与した薬剤)



◆処方箋発行元の医療機関種別の後発医薬品割合（令和3年3月）

大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	診療所
75.2%	83.3%	83.7%	81.4%	81.9%

(出所) 厚生労働省「令和2年度 調剤医療費（電算処理分）の動向」

◆奨学寄附金の規模

〔奨学寄附金：学術研究の振興及び研究助成を目的として行われる寄附金のうち、大学をはじめとする研究機関に対する教育・研究等の奨学を目的とした寄附金〕

- ・ 2019年度における、国内売り上げ上位10社で、72億、11,355件
(製薬会社ウェブサイトにおけるガイドラインを踏まえた開示資料から集計)
- ・ その他、2017年度は71社で総額200億円との調査もある (東洋経済2020年8月)

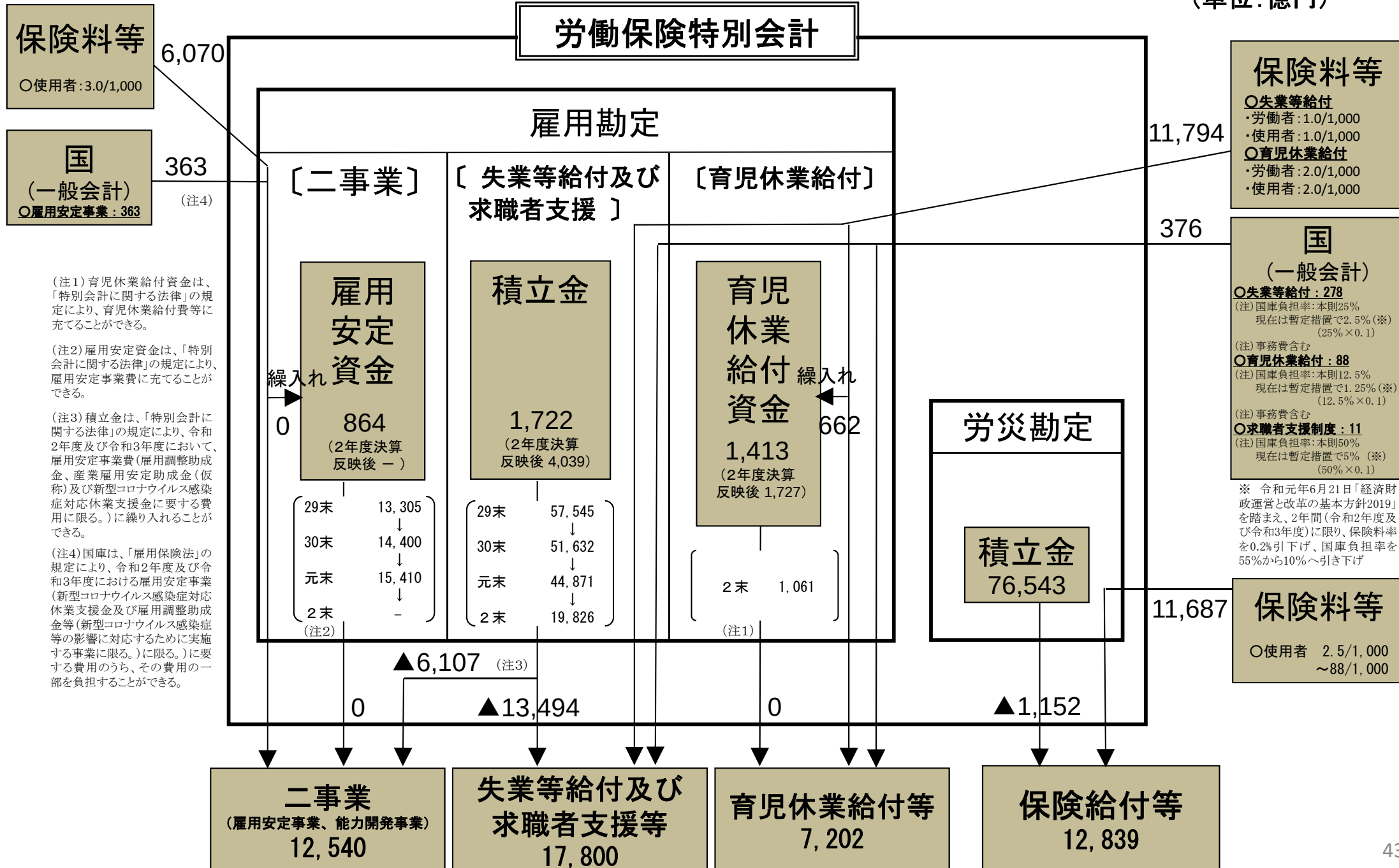
2020年12月17日 財務大臣・厚生労働大臣合意（抄）

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

3. 雇用関係

令和3年度 労働保険特別会計の概要

(単位:億円)



失業等給付関係収支状況

(単位：億円)

	令和元年度	令和２年度	令和３年度
	決算	決算	前年度決算 反映後予算
収 入	11,386	4,087	4,314
うち 保 険 料 収 入	11,099	3,809	4,006
うち 失業等給付に係る国庫負担金	230	230	270
支 出	18,148	15,180	17,800
うち 失業等給付費	16,626	13,826	15,772
差 引 剰 余	▲ 6,762	▲ 11,094	▲ 13,486
雇 用 安 定 事 業 へ の 貸 し 出 し	—	▲13,951	▲ 2,301
積 立 金 残 高	44,871	19,826	4,039
(雇 用 安 定 事 業 費 へ の 貸 し 出 し 累 計 額)	—	(13,951)	(16,252)
弾 力 倍 率	2.36	1.85	—

※1 保険料収入は、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となっている。

※2 平成29年度～令和3年度の間の国庫負担は、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 令和元年度の支出には、育児休業給付(5,709億円)が含まれている。

雇用保険二事業関係収支状況

(単位：億円)

	令和元年度 決算	令和2年度 決算	令和3年度 前年度決算 反映後予算
収入	5,735	26,900	12,540
うち 保険料収入	5,546	5,709	5,878
うち 一般会計より受入	—	6,956	4,169
うち 積立金より受入(借り入れ)	—	13,951	2,301
支出	4,725	42,310	12,540
うち 雇用調整助成金 等	43	36,782	6,667
(雇用調整助成金)	43	36,374	6,117
(うち雇用調整助成金繰越額)	—	(6,576)	—
(産業雇用安定助成金)	0	0	537
うち 上記以外	4,682	5,528	5,873
差引剰余	1,010	▲15,410	0
雇用安定資金残高	15,410	0	0
(積立金からの借り入れ累計額)	—	(13,951)	(16,252)
弾力倍率	2.52	▲7.65	—

※令和2年度の収支については、決算により生じた国庫負担(一般会計より受入)の繰越(3,806億円)を除いた額としている。

12,693億
(繰越 6,576億)

雇用調整助成金の支給状況について

◆ 令和2年度決算額及び令和3年度財源確保額：4兆6,405億円（うち雇用調整助成金：4兆2,490億円、緊急雇用安定助成金：3,915億円）

	支給申請件数（件）		支給決定件数（件）		支給決定額（億円）	
		累計		累計		累計
～6/4	－	3,728,305(867,670)	－	3,578,369(825,999)	－	36,669(2,570)
6/5～6/11	61,586(14,591)	3,789,891(882,261)	73,422(17,326)	3,651,791(843,325)	607(51)	37,277(2,620)
6/12～6/18	54,719(12,848)	3,844,610(895,109)	68,132(15,488)	3,719,923(858,813)	550(48)	37,826(2,669)
6/19～6/25	56,561(13,588)	3,901,171(908,697)	63,342(14,522)	3,783,265(873,335)	535(43)	38,362(2,712)
6/26～7/2	74,236(17,755)	3,975,407(926,452)	63,081(14,812)	3,846,346(888,147)	464(37)	38,826(2,749)
7/3～7/9	64,955(15,536)	4,040,362(941,988)	61,505(14,463)	3,907,851(902,610)	471(40)	39,296(2,789)
7/10～7/16	61,204(14,120)	4,101,566(956,108)	62,872(14,691)	3,970,723(917,301)	529(48)	39,826(2,837)
7/17～7/23	39,591(9,457)	4,141,157(965,565)	42,947(10,375)	4,013,670(927,676)	299(24)	40,125(2,861)
7/24～7/30	82,683(20,003)	4,223,840(985,568)	68,476(16,724)	4,082,146(944,400)	581(49)	40,706(2,910)
7/31～8/6	76,507(18,281)	4,300,347(1,033,849)	64,915(15,327)	4,147,061(959,727)	540(48)	41,246(2,958)
8/7～8/13	52,454(12,080)	4,352,801(1,015,929)	52,285(12,192)	4,199,346(971,919)	489(46)	41,734(3,003)
8/14～8/20	55,189(13,042)	4,407,990(1,028,971)	67,697(15,851)	4,267,043(987,770)	589(52)	42,324(3,056)
8/21～8/27	64,542(14,986)	4,472,532(1,043,957)	70,880(16,503)	4,337,923(1,004,273)	537(48)	42,861(3,103)
8/28～9/3	78,387(18,988)	4,550,919(1,062,945)	74,588(17,539)	4,412,511(1,021,812)	620(54)	43,481(3,157)
9/4～9/10	66,391(16,188)	4,617,310(1,079,133)	73,190(17,111)	4,485,701(1,038,923)	584(52)	44,065(3,209)
9/11～9/17	62,702(14,792)	4,680,012(1,093,925)	73,921(17,702)	4,559,622(1,056,625)	589(53)	44,654(3,262)
9/18～9/24	41,819(9,722)	4,721,831(1,103,647)	42,003(9,990)	4,601,625(1,066,615)	326(29)	44,981(3,291)
9/25～10/1	82,331(19,774)	4,804,162(1,123,421)	73,263(17,430)	4,674,888(1,084,045)	529(49)	45,509(3,340)
10/2～10/8	75,332(18,208)	4,879,494(1,141,629)	75,732(18,016)	4,750,620(1,102,061)	492(49)	46,002(3,389)
10/9～10/15	65,250(15,793)	4,944,744(1,157,422)	75,798(18,068)	4,826,418(1,120,129)	538(52)	46,540(3,442)
10/16～10/22	61,347(14,466)	5,006,091(1,171,888)	75,200(17,861)	4,901,618(1,137,990)	551(50)	47,091(3,491)
10/23～10/29	67,550	5,073,641	69,202	4,970,820	455	47,546
うち雇用調整助成金	51,374	3,885,577	52,768	3,816,396	408	44,008
うち緊急雇用安定助成金	16,176	1,188,064	16,434	1,154,424	47	3,538

注1）全ての計数は緊急雇用安定助成金の実績を含む（最新の週を除き、緊急雇用安定助成金の実績は、括弧内で内数）令和元年度実績除く（支給決定1件、支給決定額93,114円）

注2）財源確保に当たっては雇用勘定内における移流用等により事業実施に支障がないよう対応。

報道関係者各位

令和3年10月19日

【照会先】

職業安定局 雇用開発企画課

課 長：中村 かおり

課長補佐：楠田 暁夫

(代表) 03-5253-1111 (内線 5816)

(直通) 03-3502-1718

職業安定局 雇用保険課

課 長：長良 健二

課長補佐：伏木 崇人

(代表) 03-5253-1111 (内線 5763)

(直通) 03-3502-6771

12月以降の雇用調整助成金の特例措置等について

(注) 以下は、事業主の皆様には政府としての方針を表明したものです。施行にあたっては厚生労働省令の改正等が必要であり、現時点での予定となります。

新型コロナウイルス感染症に係る雇用調整助成金・緊急雇用安定助成金、新型コロナウイルス感染症対応休業支援金・給付金の特例措置については、令和3年11月末までとされているところですが、来年3月まで延長します。現在の助成内容は令和3年12月末まで継続することとする予定です（別紙）。

令和4年1月以降の特例措置の内容については、「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）」に沿って、具体的な助成内容を検討の上、11月中に改めてお知らせします。

(参考1) 雇用調整助成金（新型コロナウイルス感染症の影響に伴う特例）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_koyou_roudou/kyufu_kin/page07.html

コールセンター 0120-60-3999 受付時間 9:00～21:00 土日・祝日含む

(参考2) 新型コロナウイルス感染症対応休業支援金・給付金

<https://www.mhlw.go.jp/stf/kyugyoshienkin.html>

コールセンター 0120-221-276 受付時間 月～金 8:30～20:00/土日祝 8:30～17:15

雇用調整助成金等

(括弧書きの助成率は解雇等を行わない場合)(※3)

休業支援金等

		～4月末	5月～12月
中小企業	原則的な措置	4/5(10/10) 15,000円	4/5(9/10) 13,500円
	地域特例(※1) 業況特例(※2)	—	4/5(10/10) 15,000円
大企業	原則的な措置	2/3(3/4) 15,000円	2/3(3/4) 13,500円
	地域特例(※1) 業況特例(※2)	4/5(10/10) 15,000円	4/5(10/10) 15,000円

		～4月末	5月～12月
中小企業	原則的な措置	8割 11,000円	8割 9,900円
	地域特例(※5)	—	8割 11,000円
大企業 (※4)	原則的な措置	8割 11,000円	8割 9,900円
	地域特例(※5)	—	8割 11,000円

(※1)緊急事態措置を実施すべき区域、まん延防止等重点措置を実施すべき区域(以下「重点措置区域」という)において、知事による、新型インフルエンザ等対策特別措置法第18条に規定する基本的対処方針に沿った要請を受けて同法施行令第11条に定める施設における営業時間の短縮等に協力する事業主(～4月末は大企業のみ。)
 ※重点措置区域については、知事が定める区域・業態に係る事業主が対象。
 ※各区域における緊急事態措置又は重点措置の実施期間の末日の属する月の翌月末まで適用。

(※4)大企業はシフト制労働者等のみ対象。

(※5)休業支援金の地域特例の対象は、基本的に雇用調整助成金と同じ(左記※1)。
 なお、上限額については月単位での適用とする。
 (例:5月10日から5月24日までまん延防止等重点措置
 →5月1日から6月30日(解除月の翌月末)までの休業が地域特例の対象)

(※2)生産指標が最近3か月の月平均で前年又は前々年同期比30%以上減少の全国の事業主

(※3)原則的な措置では、令和2年1月24日以降の解雇等の有無で適用する助成率を判断
 地域・業況特例では、令和3年1月8日以降の解雇等の有無で適用する助成率を判断