

- 新型コロナウイルス感染症（以下「新型コロナ」）について、これまで**医療提供体制等の強化のために主なものだけで16兆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 6.8兆円

- 緊急包括支援交付金 : 6.0兆円（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）

P C R 検査体制の拡充、検疫体制の強化 等 0.8兆円

- P C R 検査等 : 0.5兆円（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

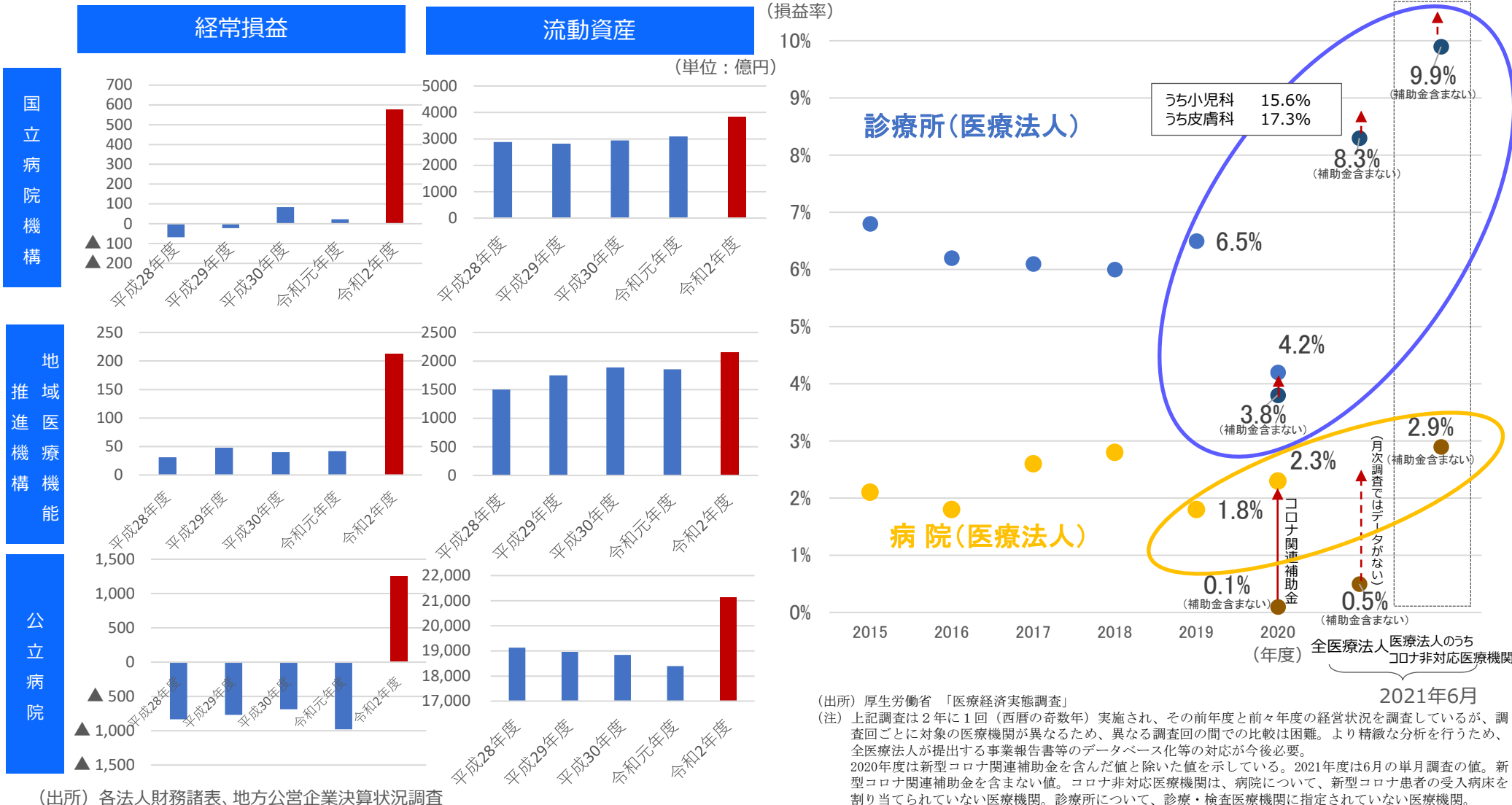
- 2・3年度補正、予備費、4年度当初 : 0.9兆円（医療用マスク・人工呼吸器の購入、生産設備整備、システム整備 等）

※令和2・3年度補正予算及び予備費のほか令和3・4年度当初予算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（令和4年3月25日時点）。

新型コロナと医療機関の支援①（医療機関の経営実態）

資料Ⅱ－１－２

- 新型コロナに関して、**医療機関及び医療従事者への国費による支援は**、ワクチン接種費用を含めた単純な計算で、**少なくとも８兆円程度に上る。**
- こうした支援の結果もあり、**国公立病院の令和２年度決算は従前と様変わり**している。
- **民間の医療法人の経営実態**についても、昨年末に公表された医療経済実態調査によれば、**コロナ関連補助金を含めれば、堅調**であった。



新型コロナと医療機関の支援②

(医療機関の経営実態の「見える化」と経営支援のあり方①)

資料Ⅱ－１－３

- こうした医療機関の状況もあり、新型コロナについての医療機関への対応は、財政支援から次第に「見える化」や規制的手法による実効性の強化に軸足を移してきた。
- そもそも、医療機関の財政支援に当たって、減収補填など**医療機関の経営支援**と新型コロナ患者の受入れなどの**医療機能の強化**という**2つの目的が混在**してきたが、それぞれの**目的ごとに効果的な政策手法を考えるべき**である。
- 前者のうち**減収への対応については**、感染状況が刻々と変わり、医療機関の経営に与える影響も読みがたい感染拡大下の状況においては、かねて当審議会で提言されてきた手法が簡便かつ効果的である。
- すなわち、感染拡大の状況や病床使用率など医療提供体制の逼迫の状況に照らして対応が必要となる都道府県において、一定程度感染症の患者を受け入れることや医療従事者の処遇を改善することなどを条件として、**感染拡大前など一定の合理的な時点と同水準の診療報酬を支払う手法**である。感染拡大前と同水準の診療報酬の支払いという手法自体は、医療団体からも地方公共団体からも要望されてきた。
 - (注1) 感染拡大前など一定の合理的な時点と同水準の診療報酬を支払う方法として、たとえば当該時点との対比で保険点数が2割減り、8/10となった場合に、1点単価を12.5円に補正することとすれば、診療行為への対価性を保持したまま、同水準の診療報酬を支払うことは可能である。なお、後述する災害時の概算払い同様、保険点数の算定と支払いを分離することとすれば、診療行為ごとの患者負担の増加を生じさせないことが可能と考えられる。
 - (注2) 上記は患者負担を除く診療報酬の減収に対する収入面の影響に対応する措置としての提案であり、感染拡大に伴う諸費用の増大等に対しては、別途必要に応じ、支援することが前提となる。

新型コロナウイルス感染症対策本部「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」(令和3年11月12日)

- (1) 病床の確保、臨時の医療施設の整備
 - 感染ピーク時に、確保した病床が確実に稼働できるよう、都道府県と医療機関の間において、要請が行われてから確保病床を即応化するまでの期間や患者を受け入れることができない正当事由等について明確化した**書面を締結**するとともに、病床の運用の効率化を図りつつ、病床使用率を勘案した病床確保料に見直しを行うこと等により、感染ピーク時に**確保病床の使用率が8割以上となることを確保**する。
- (4) ITを活用した稼働状況の徹底的な「見える化」
 - 医療体制の稼働状況をG-MISやレセプトデータ等を活用して徹底的に「**見える化**」する。
 - ・ 都道府県内の医療機関や救急本部との間で、**病床の確保・使用状況を日々共有**できる体制を構築するとともに、個々の医療機関におけるG-MISへの病床の使用状況等の入力を徹底すること(補助金の執行要件化)により、12月から**医療機関別の病床の確保・使用率を毎月公表**する。
 - ・ 12月から毎月、レセプトデータを用いてオンライン診療・住診など**自宅療養者に対する診療実績を集計し、地域別(郡・市・区別)に公表**する。
- (5) さらなる感染拡大時への対応
 - 医療の確保に向けて、国の責任において、入院対象者の範囲を明確にするとともに、法で与えられた権限に基づき、国及び都道府県知事が、
 - ・ 自宅療養者等の健康管理・重症化予防を図るため、**地域の医療機関に対し、健康観察・診療等について最大限の協力を要請**するとともに、(中略)
 - ・ 国立病院機構、地域医療機能推進機構をはじめとする**公立公的病院に対し、追加的な病床の確保、臨時の医療施設への医療人材の派遣等の要求・要請を行う**とともに、民間医療機関に対しても要請を行うこととする。

◆診療報酬による特例措置のイメージ

前年同月又は
前々年同月など
一定の合理的な
時点の診療報酬

100 (1点10円)

当月
診療報酬

80

20
(減収)

⇒ 1点12.5円に単価補正するなど、
特例的な支払いにより補填

日本医師会要望書「医療機関等への更なる支援について」(抄) (令和2年6月9日)

新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた医療機関では重症・中等症の診療報酬が3倍に引き上げられるなどの対応がなされましたが、今もなお、経営が悪化し、苦しい状況に置かれています。(中略) つきましては、さらなる対応として、**概算払い**や診療報酬の上乗せ措置等を実施していただきますよう、お願い申し上げます。

日本医師会・四病院団体協議会「新型コロナウイルス感染症における診療体制に関する要望書」(抄)(令和2年5月1日)
4月以降、外来・入院とも大幅に患者数が減少している。この状況が続くようであれば、6月以降の医療機関経営に重大で深刻な影響が出る。医療機関が経営破綻を起こさないよう、**災害時と同様に前年度の診療報酬支払額に基づく概算請求を認めていただきたい。**

全国知事会「全国的な感染拡大の早期抑制に向けた緊急提言」(抄)(令和4年2月15日)
(8) 感染患者受入れ医療機関等の安定経営に向けた財政支援
深刻な病床ひっ迫時にも対応していくため、感染患者受入れ医療機関等の安定経営に向けた財政支援策として、都道府県知事の意見を踏まえながら、**災害時の概算払いを参考に、感染拡大前の水準での診療報酬支払い制度を速やかに実現すること。**

新型コロナと医療機関の支援③ (医療機関の経営実態の「見える化」と経営支援のあり方②)

資料Ⅱ－１－４

- こうした手法を採用する場合には、**医療機関ごとや地域ごとに診療報酬の点数や単価が異なることとなる**が、これまで法律改正を要することのない取扱いとして度々行われてきた**災害時の概算払い**でも同じであり、**新型コロナへの対応としても、対象医療機関・施設ごとや地域ごとに報酬が異なる扱いは、介護報酬・診療報酬で活用**されてきた。
- **法律改正などを要することなくこのような措置を実施できることは明らかであり、実施を検討すべきである。**
- 新型コロナ患者の受入れなどの医療機能の強化については、「見える化」や規制的手法を主として進めていくべきであるが、仮に感染拡大前など一定の合理的な時点と同水準の診療報酬の支払いという手法ではインセンティブに欠けるということであれば、患者の受入れ実績等に応じて保障する収入の水準を引き上げていくことも考えられる。
- また、**医療機関の経営状況を迅速かつ広範に把握**できないことが、財政支援が過大となる一因であることを踏まえ、社会福祉法人のWAM NET（社会福祉法人の財務諸表等電子開示システム）を参考として、**社会福祉法に準じた必要な法制上の措置を講じたうえで、医療法人の事業報告書等をアップロードで届出・公表し、一覧性のある全国ベースの電子開示システムを早急に整えるべきである。**
(注) 現行の医療経済実態調査では、令和3年度の医療機関の経営の実態が把握できるのは、令和5年秋以降となる。
- その際、損益状況の施設別区分、収益の入院診療・外来診療区分、費用の主要費目区分など事業報告書等の内容の充実や「病床機能報告」等との連動のための医療機関のコード管理など事業報告書等の政策利用効果の向上を図るべきである。

◆対象医療機関・施設ごとに報酬が異なる例

東日本大震災時等における診療報酬の概算払い	診療録の滅失等の場合、被災後に診療を行った場合において、以下の算出方法にて、概算請求を行うことを認めた。 「直近3カ月の1日当たり診療報酬支払額」×「診療した実日数」
介護報酬における特例 (2021年介護報酬改定)	通所介護等の報酬について、感染症等の影響により、延べ利用数の減が生じた月の実績が前年度の平均延べ利用者数から5%以上減少している場合、3カ月間基本報酬の3%の加算を行う。

◆地域ごとに報酬が異なる例

診療報酬における新型コロナ患者への電話等診療の特例(2022年2～4月)	自宅・宿泊療養を行っている新型コロナ患者に対し、電話等による初診・再診を実施した場合に250点の加算を認めているが、まん延防止等重点措置を実施すべきとされていた区域では500点の加算を実施（3月6日まで31都道府県、以後18都道府県のみに適用）
介護報酬における通所系サービスの特例 (2022年2～3月)	通所系事業者の訪問サービス提供は、計画書の時間を上限にサービス提供時間に応じた報酬区分で算定するが、まん延防止等重点措置を実施すべきとされていた区域では3月末まで、利用者の同意等の要件を満たせば計画書の時間に応じた報酬区分で算定

◆事業報告書等の届出事務・閲覧事務のデジタル化（厚生労働省医療部会令和3年11月） (参考) 骨太の方針2021

「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。」

	10月～12月	1月～3月	R4年度 4月～6月	7月～12月	1月～3月	令和5年度～
システム改修	G-MIS改修					
省令改正	医療法施行規則改正					
事業報告書等アップロードによる届出				事業報告書等のアップロードによる届出		
都道府県等HPでの閲覧				従来通り、紙媒体で届け出た事業報告書等の電子化（入力等）		
データベース						都道府県HP等での閲覧 ・令和4年度以降にアップロードにより届け出られたデータおよび紙媒体で届け出られたものを電子化したデータをデータベースとして蓄積・活用

一覧性が確保される必要

◆医療法人と社会福祉法人の財務データの法制上の取扱い

	医療法人（医療法）	社会福祉法人（社会福祉法）
公表義務	損益計算書等の事業報告書等について、規模の大きい法人について、公告義務。それ以外の法人は備え付けの上、求められれば閲覧に供する義務。(51条の3②、51条の4①)	収支計算書等の計算書類等について、全ての法人において公表義務(59条の2)
届出義務	損益計算書等の事業報告書等について、都道府県への届出義務(52条①)	収支計算書等の計算書類等について、所轄庁に届出義務（59条）
届出後の取扱い	一般の方から請求があった場合、都道府県は閲覧に供する義務(52条②)	都道府県知事は所轄庁から提供を受けた計算書類等を厚生労働大臣に報告(59条の2②③) 厚生労働省は、データベースの整備を図り、インターネット等の利用を通じて迅速に当該情報を提供できるように必要な施策を実施(59条の2⑤)
インターネットの活用		公表・届出については、WAM NETへのアップロードをもって、実施したことと見なされる

- 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、地域差を反映している診療報酬として、都道府県により扱いが異なる新型コロナへの電話等診療の例があり、そもそも高齢者の医療の確保に関する法律第14条でも「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。また、入院基本料等の地域加算もある。
- 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）

新型コロナへの電話等診療の特例加算（令和4年2月16日～）

新型コロナの感染拡大を受けて自宅・宿泊療養の需要が増加している状況に鑑み、まん延防止等重点措置を実施すべきとされた区域として公示された区域を含む都道府県に所在する保険医療機関が自宅・宿泊療養を行っている新型コロナ感染症患者に対し電話等による初診・再診を実施した場合の評価を二類感染症患者入院診療加算の2倍相当500点に拡充。

※令和4年3月21日時点において重点措置を実施すべき区域として公示された区域を含む都道府県に所在する保険医療機関については令和4年4月30日までの間に限り延長

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。

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

地方交付税における基準財政需要の考え方

基準財政需要

=

単位費用

×

測定単位

×

補正係数

	医療経済実態調査	医療法人事業報告書等
対象	病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局 サンプル調査により実施 ⇒下記図表の通り、 サンプル数の少なさや有効回答率の低さから主たる診療科別など属性別の把握が精度に欠ける 。 ⇒3月決算の診療所は更にそのうちの2割程度であり、 厳密な診療報酬改定の影響把握ができない 。 ⇒回答バイアスの指摘もみられる。	医療法人（全数） ⇒ 全数が届出対象 であるため サンプルバイアスがない 。 客体数が多いため、決算期別、診療科別など 多様な属性別実態の分析が可能
提出方法	電子媒体又は紙媒体による提出 ※電子媒体による回答率：約50%	紙媒体による提出のみ ⇒ アップロードによる届出・公表する体制を検討中
回答単位	施設（病院、診療所又は薬局）単位	法人単位
調査・届出時期	2年に1度 、過去2事業年度分の内容を調査 ⇒例えば 2021年度のデータは2023年11月頃(年度終了20か月後) まで明らかにならない	法人の事業年度終了後 3か月以内 に届出
期間	調査客体ごとに、 2事業年度分 を調査（サンプル調査であるため、 経年的推移は把握不能 ）	個々の医療法人ごとに、 毎事業年度届出 （同一法人について 経年的推移が把握・分析可能 ）
調査・届出項目	・当該施設の収益、費用（内訳として入院・外来収益、給与費、医薬品費等） ・固定資産／負債、流動資産／負債（総額） ・許可病床数 ・設定している入院基本料等（一般病棟／療養病棟等） 等	・本来業務、附帯業務による収益・費用（総額） ・固定資産／負債、流動資産／負債（内訳あり） ・許可病床数 ・設立年 ・開設する施設の種類の 等 ⇒ 調査項目の充実が必要
開示方法	厚労省HPに集計結果を掲載	個別の事業報告書等について、都道府県に請求すれば、閲覧可 ⇒ 電子開示システムの整備を検討中

◆実調におけるサンプル数と過去の有効回答率

対象	サンプル数	調査年度	有効回答率
病院	1/3※	平成27年	52.4%
診療所	1/20	平成29年	56.2%
歯科診療所	1/50	令和元年	54.0%
薬局	1/25		

※特定機能病院、歯科大学病院及び子ども病院は全数、

これらの病院は有効回答率の計算からも除外している。

◆「実調」と「事業報告書等」での客体数の違い(平成27年度の資料を分析したもの)

主たる診療科 別診療所	無床診療所		客体数の 倍率	有床診療所		客体数の 倍率
	実調	事業報告書		実調	事業報告書	
内科	368	5261	1/14	20	501	1/25
小児科	52	1913	1/37	0	72	算出不能
精神科	26	502	1/19	1-2	68	1/68
外科	40	809	1/20	10	319	1/32
整形外科	79	2435	1/30	12	457	1/38
産婦人科	22	322	1/15	19	763	1/40
眼科	55	1692	1/31	9	353	1/39
耳鼻咽喉科	55	1653	1/30	1-2	40	1/40
皮膚科	47	1236	1/26	1-2	17	1/17

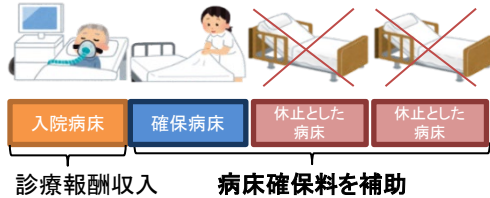
荒井耕「診療所の財務実態」、荒井耕・古井健太郎「主たる診療科別の診療所の実績把握のための仕組みの模索
－診療報酬改定のための財務情報基盤の充実に向けた試み－」から作成

- 昨年夏のいわゆる「第５波」においては、即応病床と申告し、**病床確保料を受け取りながらも新型コロナ患者の受入れを伴わなかった病床**の存在がクローズアップされた。
- このため、厚生労働省は、病床の運用実態を確認するよう全都道府県に依頼を行った。要請先の病床が精神疾患・人工透析・小児など特定の新型コロナ患者に特化した病床であったため受入れができなかったケースなど病床の機能と患者像に乖離があるやむを得ないケースも存在すると考えられるが、そうした場合も含め、**運用実態の確認結果が公表されるべき**である。
- 現在は、医療機関ごとの即応病床数や入院中の患者数が「見える化」されているが、少なくとも国公立病院については、昨年夏に遡って、受け取った病床確保料の実績とともに公表がなされるべきである。

◆ 病床確保料の仕組み

新型コロナ患者の迅速な受入体制確保の観点から、都道府県からの依頼により整備した、患者をいつでも受け入れられる病床（即応病床）及びそのために休止している病床に対して、コロナ患者を受け入れた場合の診療報酬相当額を補助するもの

※即応病床とは、医療従事者・設備の確保やゾーニング等のコロナ患者受入れに必要な準備が完了しており、すぐさまコロナ患者を受け入れられる病床のことである。これまでの感染拡大時のコロナ患者受入れの経験を踏まえて、病床確保においては、病床数そのもの以上に患者の治療に必要な医療従事者や設備が確保されているかが重要であり、これらを十分確認すること。また、ゾーニングや医療従事者確保のために休止せざるを得ない病床は即応病床としてカウントしないこと。[2021年3月24日厚生労働省事務連絡]



重点医療機関(特定機能病院等の場合)

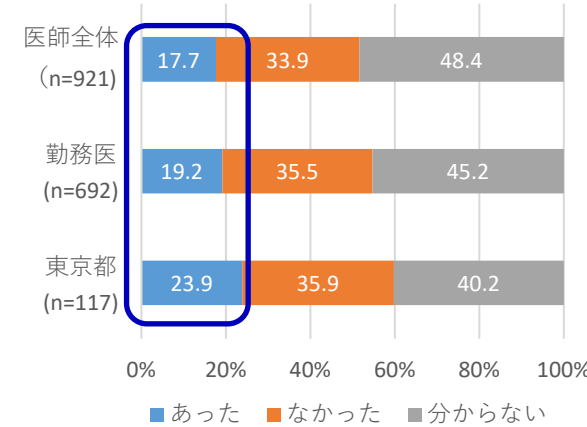
病床の種別	補助基準額
I C U病床	436,000円
H C U病床	211,000円
その他病床	74,000円

支払い実績（都道府県から医療機関へ）

2020年度	1兆1,400億円程度
2021年度 (1月末時点)	1兆 600億円程度

◆ 新型コロナ病床に関する医師のアンケート

Q（第５波に関し、）勤務先の地域で、実際に「幽霊病床」を抱える医療機関はありましたか



回答期間：2021年10月29日～11月4日

(出典)m3.com <http://m3.com> 令和3年11月15日

◆ 病床確保料の見直し（2022年1月～）

- ① 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)について、**病床確保料の金額を7割の水準に引き下げる**。なお、病床の機能と患者像に乖離があるなど地域の実情によりやむを得ないと都道府県が判断した場合は、この規定を適用しない。
- ② **休止病床については、現在は上限数がないが、コロナ患者・一般患者受入れのインセンティブを高めるため、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)とする上限を設定する**。
- ③ 病床確保料を活用して、新型コロナ対応を行う医療従事者に対して処遇改善を行うことを補助要件に追加する。

◆ 今夏の感染拡大を踏まえた今後の新型コロナウイルス感染症に対応する保健・医療提供体制の整備について（2021年10月1日厚生労働省事務連絡）

第2章「保健・医療提供体制確保計画」の策定、Ⅱ 計画記載事項

(6) 入院等の体制 ① 病床の確保

- その際、**例えば東京都においては、運用実態について調査も行われているところであるが、これも参考に、各都道府県において、「新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関について（令和3年8月6日付け厚生労働省医政局総務課、健康局結核感染症課事務連絡）」を踏まえ、感染が大きく拡大し、病床が逼迫した際における各医療機関の運用実態を適切に把握するとともに、適切な入院患者の受入れができていなかった場合には、補助金の対象である即応病床数を厳格に適正化すること**。
- 入院受入医療機関等においては、正当な理由がなく入院受入要請を断ることができないこととされていることを踏まえ、**医療機関において万が一適切に患者を受け入れていなかった場合には、病床確保料の返還や申請中の補助金の執行停止を含めた対応を行うこととし、その状況については、適切に国に報告を行うこと**。

- **公立病院については**、毎年多額の一般会計繰出金が投入されながら、なお経営が悪化していたことから、これまで「公立病院改革ガイドライン」などを踏まえて**経営改革**に取り組んできた。
- 先に述べたとおり、令和２年度決算においては、**新型コロナ補助金に支えられた、顕著な経営改善**が見られたが、**一般会計繰出金の水準も引き続き維持**されている。こうした経営状況が、**経営改革を阻害することがあってはならず**、今後策定された**新たな「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」**を踏まえた取組を注視していく必要がある。
- 公立病院の経営改善に当たっては、**収入面の取組により経営改善するケース**が多いが、その場合、医療費の増嵩につながり、**医療費適正化の取組と齟齬を来しかねない**ことに留意する必要がある。都道府県医療費適正化計画において都道府県域における公立病院における**費用構造の改善**の取組を記載事項と位置づけるなどの取組とあわせ、**薬剤・医療材料等の共同購入等による経費節減、委託業務の効率化、人件費の抑制など具体的な取組を進めるべき**である。

◆公立病院改革の流れ

公立病院改革ガイドライン（平成19年度）

⇒地方公共団体に対し、公立病院改革プランの策定を要請

新公立病院改革ガイドライン（平成26年度）

⇒地方公共団体に対し、新公立病院改革プランの策定を要請

持続可能な地域医療提供体制を確保するための 公立病院経営強化ガイドライン(令和４年３月)

⇒地方公共団体に対し、公立病院経営強化プランの策定を要請
プランの内容のポイント

- (1)役割・機能の最適化と連携の強化
- (2)医師・看護師等の確保と働き方改革
- (3)経営形態の見直し
- (4)新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組
- (5)施設・設備の最適化
- (6)経営の効率化等

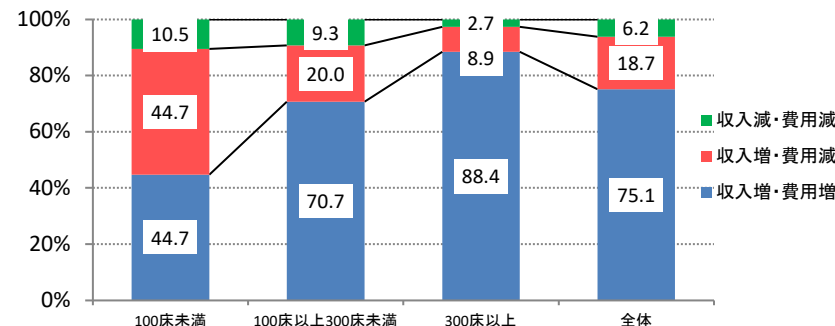
◆公立病院への一般会計繰出金の推移

(億円)

平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
7,924	8,083	8,266	8,269	8,494

対前年度
225億円の
増加

◆前公立病院改革プラン前後における医業収支比率改善要因



平成20年度決算から平成25年度において医業収支比率が5%以上改善した病院
(地方独立行政法人及び指定管理者制度導入病院を除く)

(出所) 総務省「公立病院経営改革事例集」(平成28年3月)

◆公立病院の経営改革を都道府県医療費適正化計画に取り込んでいる例（奈良県）

第三期医療費適正化計画 第6章 行動目標の設定及び施策の実行 I 医療の効率的な提供の推進

7 公立医療機関における 医療費適正化等の取組

医療費適正化の推進に当たって、公立医療機関における率先垂範が求められることは論を俟たず、公立医療機関の収益確保の努力が医療費適正化計画と齟齬を来すことは極力避けなければなりません。経営環境が厳しいために喫緊の課題となっている経営改善に当たってもそれは同様であり、公立医療機関における医療費適正化の取組とそれを支える公立医療機関の費用構造改革を県域ベースで徹底し、県立医療機関以外の公立医療機関に対しても取組を要請します。

③公立医療機関における費用構造改革

- ・地域医療構想と整合性を踏まえた事業形態・事業規模の点検を不断に行い、病床の増床等の規模の拡大に当たっては、その医業費用の増加が経営に与える影響等を見極めた上で適切に対応します。
- ・薬品費及び診療材料費について、その対医業収益に対する比率や値引き率など数値目標を設定し、後発医薬品への切替促進、価格交渉の強化などにより、節減・抑制を図ります。
- ・医業収益に対する職員給与比率の抑制を図るため、給与体系や手当の見直し等を行うとともに、適正な定員管理に努めます。
- ・事業管理者・事務局職員に経営意識・実務能力を有する者を選定するとともに、人事異動サイクルの見直しや病院経営等の研修の取組、外部人材や医療専門職員で経営感覚や改革意欲に富む人材の事務局への登用等により、人材の育成・確保を図ります。

- 世界各国で獲得競争が激化する中、あらゆる可能性を視野に入れてワクチンの確保に努めることは重要である。
- 結果として総人口×接種回数を大きく上回る数量の購入となっているが、ワクチンがもたらす感染拡大防止の効果ひいては経済的な効果も踏まえたうえで、費用対効果を考えるべきである。
- 他方、今後とも、
 - ・ ワクチンが必要となる時期や変異株への対応などを可能な限り見込みながら適切な調達に努めること
 - ・ 有効期限が短いものから使用するなど供給されたワクチンの有効活用に努めることや、国内で使用しない分は、新型コロナを収束させていくための海外供与等に活用することもある。
- また、ワクチンの開発・生産体制の強化は重要である。「ワクチン開発・生産体制強化戦略」に沿って多額の予算が計上されており、その効果的な執行に努める必要がある。

◆ワクチンの確保状況

	R2.9.8予備費等	R3.5.14予備費		R3.8.27予備費等	R4.3.25予備費	合計
	2021年分	2021年分	2022年分	2022年分	2022年分	
ファイザー (mRNA)	1億4,400万回	5,000万回	－	1億2,000万回	1,000万回 7,500万回	3億9,900万回
モデルナ (mRNA)	5,000万回	－	※7,500万回	－	※1,800万回 7,000万回	2億1,300万回
アストラゼネカ (ウイルスベクター)	1億2,000万回	－	－	－	－	1億2,000万回
武田社 [ノババックス] (組換えタンパク)	－	－	1億5,000万回	－	－	1億5,000万回
合計	3億1,400万回	5,000万回	2億2,500万回	1億2,000万回	1億7,300万回	8億8,200万回
予算措置額	7,270億円	5,120億円		4,977億円	6,670億円	2.4兆円

⇒今後6,000万回を目途に、COVAXファシリティ等を通じて各国・地域に供与予定。約4,300万回分を供与済み。(令和4年4月1日時点)

令和4年4月1日時点での接種実績
 ・1回目接種 約1億人
 ・2回目接種 約1億人
 ・3回目接種 約5300万人

(※) モデルナ追加接種用は1.5倍換算後(1バイアル当たり10→15回接種計算)の回数。(注) 予算措置額にはワクチンの購入費用のほか、所要の流通費用も含まれている。

◆ワクチン開発・生産体制の強化のための関連予算 1.2兆円程度

(主な施策)

- 戦略性を持った研究費のファンディング機能の強化 1,504億円
AMEDに先進的研究開発戦略センターSCARDAを設置し戦略的研究費分配
- 創薬ベンチャーの育成 500億円
第Ⅱ相試験期までにおける創薬ベンチャーの実用化開発を支援

- 世界トップレベルの研究開発拠点の形成 515億円
ワクチン開発のフラッグシップ拠点等の形成
- ワクチン製造拠点の整備 2,274億円
ワクチンとバイオ医薬品の両用性(デュアルユース設備)とする施設整備等
- ワクチン生産体制等緊急整備基金 5,139億円 等
実証的な研究の実施費用やワクチンの買上等

ワクチンの接種費用・接種体制確保

- ワクチン接種に要する費用のうち、**医療機関によるワクチン接種の際に基本的に必要となる経費**（市町村からの委託経費）については、2,277円／回（税抜き2,070円／回）を基本として「ワクチン接種対策費負担金」により、**全額国が負担**（被接種者にとっては無料）。
（注）夜間・休日・５歳児に対する接種の場合は、上記の2,277円／回に別途加算。
- 他方、地方公共団体における**集団接種など通常の予防接種での対応を超える経費等**については、「**ワクチン接種体制確保事業**」で措置している。これも**全額国負担**としている。
- さらに、**都道府県による大規模接種会場設置のための費用、個別接種の促進のためのインセンティブ措置、職域接種への支援策など**について「**新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金**」を活用しているが、これも**全額国負担**となっている。
- これらの経費を地方公共団体が負担せず、全額国負担としている予防接種法上の法的根拠は以下のとおりであり、**新型コロナの収束後の取扱いに向けて議論を深めておく必要がある**。
 - ① **新型コロナ感染症について「まん延予防上緊急の必要」があると認められることから、予防接種法上緊急時に実施する接種類型である特例臨時接種とみなしている。**
 - ② **通常の臨時接種は、都道府県知事又は市町村長が主体であるが、今般の接種については、厚生労働大臣（国）が指示するものとする。**

◆接種に係るコスト

昨年11月末までの2億回の接種に係るコストを見れば、2,277円／回（税抜き2,070円／回）の基本的な接種費用に加えて、負担金に対して以下の上乗せが個別接種の促進のためのインセンティブ措置として行われている（重複の加算も認められるため、**最大で1回当たり7,620円**）ため、**加重平均で1回当たり3,700円程度**の医療機関への支払いが行われている。

（注）さらに、「ワクチン接種体制確保事業」において、「接種体制の構築のために必要となる医療機関や医療従事者に対する支援に要する経費」が対象経費とされており、同事業からも医療機関や医療従事者に対するワクチン関係の支援が行われている。

加算内容	加算額	回数
時間外加算	+ 803円/回（税抜き730円/回）	3,600万回
休日加算	+ 2,343円/回（税抜き2,130円/回）	5,000万回
100回以上/週の接種	+ 2,000円/回	1,400万回
150回以上/週の接種	+ 3,000円/回	2,800万回
50回以上/日の接種	+ 10万円/日	24万日

（出所）「新型コロナウイルスワクチン接種対策費国庫対策費負担金の所要見込み額調査の実施について」（令和3年10月5日事務連絡）、「令和3年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（医療分）の新型コロナウイルスワクチンの接種に係る利用状況について」（令和3年11月17日事務連絡）の集計結果

予防接種法

附則第七条 厚生労働大臣は、新型コロナウイルス感染症のまん延予防上緊急の必要があると認めるときは、その対象者、その期日又は期間及び使用するワクチンを指定して、都道府県知事を通じて市町村長に対し、臨時に予防接種を行うよう指示することができる。この場合において、都道府県知事は、当該都道府県の区域内で円滑に当該予防接種が行われるよう、当該市町村長に対し、必要な協力をするものとする。

2 前項の規定による予防接種は、第六条第一項の規定による予防接種とみなして、この法律の規定を適用する。この場合において、…第二十五条第一項中「市町村（第六条第一項の規定による予防接種については、都道府県又は市町村）」とあるのは「市町村」とする。

3 前項の規定により読み替えて適用する第二十五条の規定により市町村が支弁する費用は、国が負担する。

（参考）

第六条 都道府県知事は、A類疾病及びB類疾病のうち厚生労働大臣が定めるもののまん延予防上緊急の必要があると認めるときは、その対象者及びその期日又は期間を指定して、臨時に予防接種を行い、又は市町村長に行うよう指示することができる。

第二十五条 この法律の定めるところにより予防接種を行うために要する費用は、市町村（第六条第一項の規定による予防接種については、都道府県又は市町村）の支弁とする。

【ワクチン接種対策費負担金】 (接種の費用)

予算額: 4,319億円(令和2年度三次補正) + 5,356億円(令和3年度補正)

<概要>

- ・単価: 2,070円/回
- ・時間外・休日の接種に対する加算
(時間外: +730円、休日: +2,130円)
- ・5歳児の接種に対する加算: +660円



【ワクチン接種体制確保事業】 (自治体における実施体制の費用)

予算額: 3,439億円(令和2年度三次補正等) + 3,301億円(令和3年度予備費)
+ 7,590億円(令和3年度補正)

<概要>

- 接種の実施体制の確保に必要な経費
- 集団接種など通常の予防接種での対応を超える経費 等



【新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金】 予算額: 818億円(令和3年度予備費) + 4,570億円(令和3年度補正)

個別接種促進のための支援策(①~③)



個別接種

①「診療所」における接種回数の底上げ

- ・週100回以上の接種を令和4年4・5月/6・7月に4週間以上行う場合 ⇒ +2,000円/回
- ・週150回以上の接種を令和4年4・5月/6・7月に4週間以上行う場合 ⇒ +3,000円/回

②接種施設数の増加(診療所・病院共通)

医療機関が50回以上/日のまとまった規模の接種を行った場合は、10万円/日(定額)を交付。(①とは重複しない)

集団接種

都道府県が実施する大規模接種会場の 設置等に必要となる費用を補助

<概要>

- 都道府県がワクチン接種を実施するために設置する大規模接種会場に係る設備整備等の支援を実施
(使用料及び賃借料、備品購入費等)

時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業

<概要>

- 時間外・休日の医療機関の集団接種会場への医師・看護師等の派遣について、派遣元への財政的支援を実施
 - ・医師 1人1時間当たり 7,550円
 - ・看護師等 1人1時間当たり 2,760円
- ※地域の実情に応じて都道府県知事が必要と認める地域への派遣を対象

同様の扱い
集団接種

③「病院」における接種体制の強化

特別な体制を組んで、50回以上/日の接種を週1日以上令和4年4・5月/6・7月に4週間以上行う場合に、上記の医療従事者派遣事業と同様の仕組みを活用し、②に加えて追加交付

職域接種に対する支援策(④)

<概要>

外部の医療機関が出張して実施する職域接種であって、以下の条件に該当するものに対し、都道府県が設置する大規模接種会場に対する支援と同等の支援を実施。(1,000円(追加接種会場の場合は1,500円) × 接種回数を上限に実費補助)

- ・ 中小企業が商工会議所、総合型健保組合、業界団体等複数の企業で構成される団体を事務局として共同実施するもの
- ・ 大学、短期大学、高等専門学校、専門学校の職域接種で所属の学生も対象とし、文部科学省が定める地域貢献の基準を満たすもの



企業・大学

- ワクチン同様、**新型コロナの治療薬の確保や供給体制の整備には、全力を注いできたところである。**
- **国産の経口薬**については、**研究開発への支援の他、治験費用への補助など実用化を加速するための支援を積極的に実施している。**
- **財政支援ばかりでなく、制度面の改革も重要**であり、薬事承認制度については、安全性の確認を前提に、迅速に薬事承認を行う仕組みを創設するため、国会に薬機法改正法案を提出したところである。

◆治療薬の購入

	予算額	主な治療薬
令和２年度第１次補正予算	139億円	アビガン
令和２年度第３次補正予算	229億円	レムデシビル
令和３年度予備費（８月）	2,352億円	ロナプリーブ、レムデシビル
令和３年度補正予算	6,019億円	ロナプリーブ、ゼビュディ
令和３年度予備費（３月）	4,247億円	モルスピラビル、ゼビュディ
合計	1.3兆円	
予算の流用	1,681億円	レムデシビル、モルスピラビル
合計	1.5兆円	

◆治療薬等の開発・実用化のための関連予算 1,300億円程度

（主な施策）

- 治療薬実用化支援 276億円
治験等に要する費用を支援
- 医療研究開発革新基盤創成事業 380億円 等
AMEDによる産学官連携を通じた革新的な医薬品・医療機器等の研究開発

◆薬機法改正案の概要

対象

感染症拡大時等の緊急時において健康被害の拡大防止のために必要な医薬品等

運用の基準

有効性：「推定」 安全性：「確認」

条件・期限

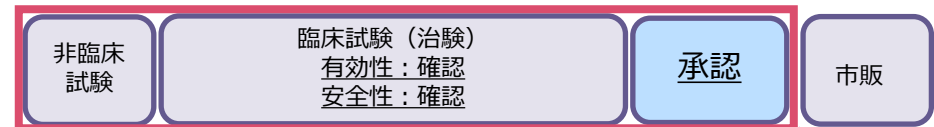
緊急時であることに鑑み、必要な条件及び一定の期限を付す。期限までに有効性等を再確認。

有効性等が確認されなければ、承認取り消し

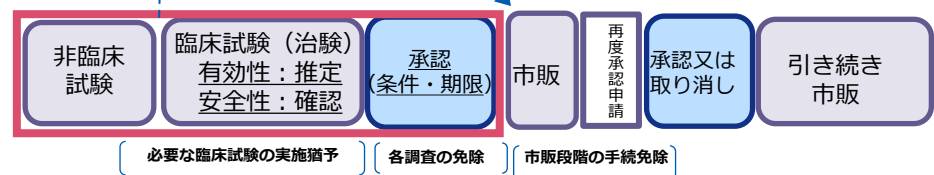
各種特例

特例承認と同様、各種調査、国家検定等の特例を措置

<通常承認>



<新たな制度>



- 新型コロナについて、これまで雇用・生活支援のために主なもので6兆円以上の国費（一般会計）による支援が行われてきた。

雇用調整助成金の特例措置等 4.1兆円（一般会計分）

- 日額上限及び助成率の引上げ（業況特例・地域特例：15,000円/日、最大10/10）
- 短時間労働者（雇用保険被保険者以外）の休業にも給付（緊急雇用安定助成金）
- 休業手当を受け取っていない労働者が直接申請する新型コロナウイルス感染症対応休業支援金・給付金の創設
- 労働保険特別会計（失業等給付）への任意繰入（1.7兆円）

失業等給付の基本手当の給付延長

- 基本手当の給付日数の延長に関する特例（最大60日延長）

求職者支援制度の特例

- 職業訓練受講給付金の収入要件の緩和（本人：月8万円以下⇒シフト制で働く方等は月12万円以下、世帯：月25万円以下⇒月40万円以下）
- 同給付金の出席要件の緩和（仕事による欠席をやむを得ない欠席とする、理由によらず欠席を訓練実施日の2割まで認める）
- 訓練対象者に、転職せずに働きながらスキルアップを目指す者を追加
- 求職者支援訓練・公共職業訓練の訓練期間や訓練内容の多様化・柔軟化

緊急小口資金等の特例貸付 2.1兆円

- 緊急かつ一時的な生計維持のため必要とする世帯に緊急小口資金を貸付（最大20万円）
- 収入減少や失業等により生活に困窮し、日常生活の維持が困難となっている世帯に総合支援資金を貸付（月額最大20万円×3か月）
- 償還時において、住民税非課税世帯の償還を免除

生活困窮者自立支援金の支給 0.15兆円

- 特例貸付を借り終えた等の一定の生活困窮世帯に対し、月額最大10万円を3か月支給。再支給（3か月）あり。

住居確保給付金の特例 0.04兆円

- 離職・廃業後2年以内の者に加え、給与等を得る機会が減少し離職や廃業と同程度の状況にある者も対象に追加
- 解雇以外の休業等に伴う収入減少等の場合でも、再支給（3か月）を可能とする
- 職業訓練受講給付金と住居確保給付金の併給を可能とする

生活保護制度の弾力的運用

- 生活保護の要否判定における扶養照会などの弾力的な運用

- 雇用や生活支援については、従来より重層的なセーフティネットが整えられてきたが、新型コロナへの対応にあたっては、その各段階において様々な特例措置を講じ、セーフティネット機能を強化してきた。
- 平時においても切れ目のないセーフティネットを整備しておくことは不可欠であり、これらの特例的な時限措置を検証し、財源を確保したうえで、平時の対応につなげることも検討すべきである。

【第1のネット】

○雇用保険二事業
雇用調整助成金
特例措置

○失業等給付
基本手当
特例措置

【第2のネット】

○求職者支援制度
特例措置

○生活福祉資金
(緊急小口資金等 特例貸付)

○生活困窮者自立支援金

○生活困窮者自立支援制度
住居確保給付金
特例措置

【第3のネット】

○生活保護制度(弾力的な運用)

- **雇用調整助成金**については、リーマンショック時の対応を大幅に超える特例（日額上限・助成率等）を講じてきた。その結果、当時をはるかに上回るペースの支給が続いてきたが、足もとは減少傾向。
- 特例が始まってから2年以上が経過しており、この間、一定の縮減を行ったが、**地域特例・業況特例の内容（日額上限：15,000円、助成率：最大10/10）は見直されないまま延長**されてきた。

◆雇用調整助成金の通常時・リーマンショック時の特例・コロナ特例の比較

	通常制度	リーマンショック時の特例	コロナ特例 (令和4年3月～6月)
日額上限	失業等給付基本手当の最高日額(現在8,265円)と同額	同左	・原則：9,000円 ・地域特例・業況特例：15,000円
助成率	・中小企業2/3 ・大企業1/2	・中小企業4/5(解雇なし9/10) ・大企業2/3(解雇なし3/4)	・原則：同左 ・地域特例・業況特例：4/5(解雇なし10/10)

◆雇用調整助成金の特例措置の見直し

【地域特例】

緊急事態措置実施区域及びまん延防止等重点措置実施区域において、知事の要請を受けて営業時間の短縮等に協力する飲食店等

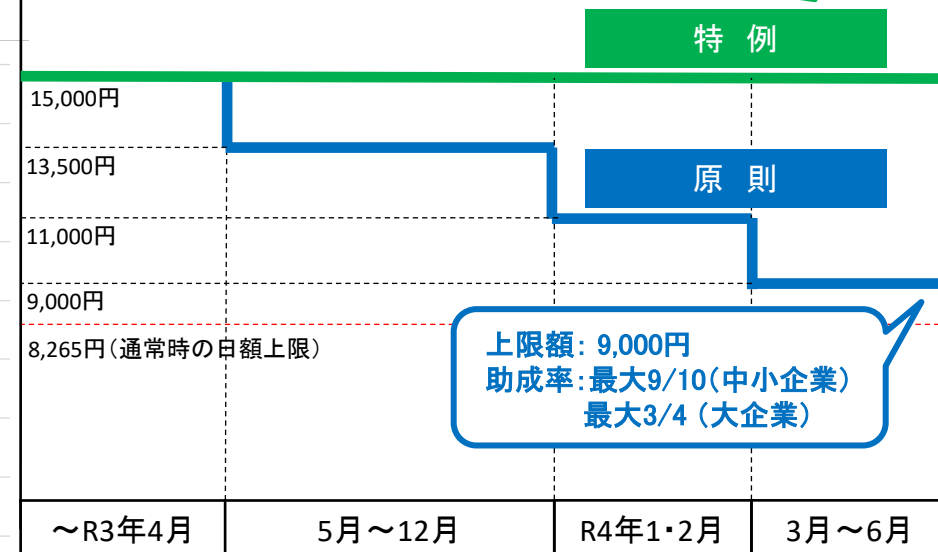
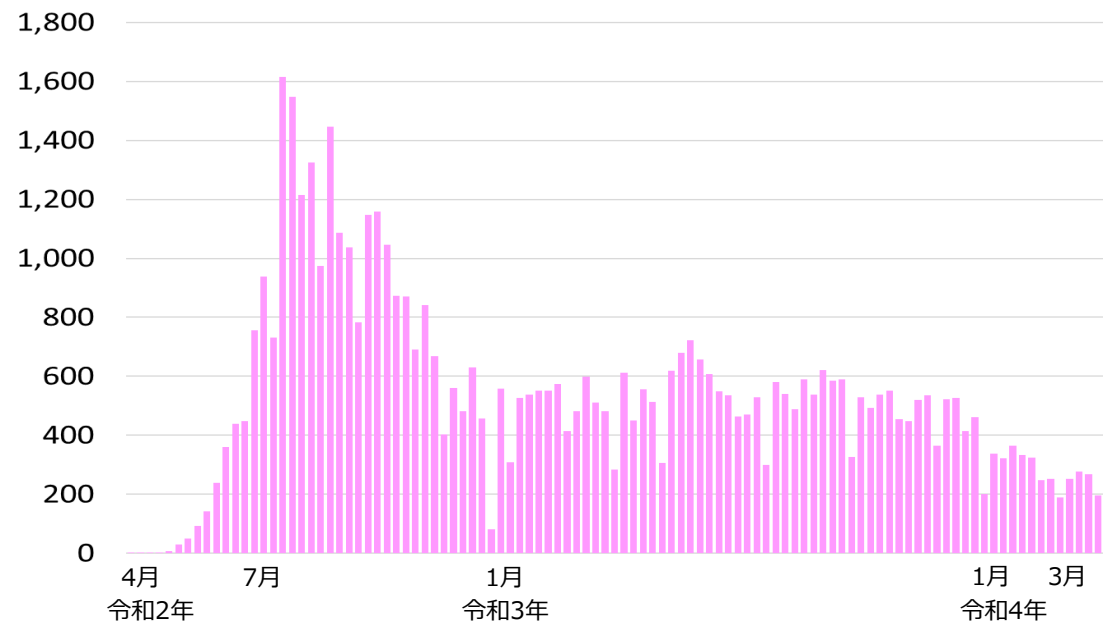
【業況特例】

生産指標が最近3か月の月平均で前(々)年又は3年前同期比30%以上減少の全国の事業主

⇒上限額15,000円、助成率最大10/10（中小・大企業）

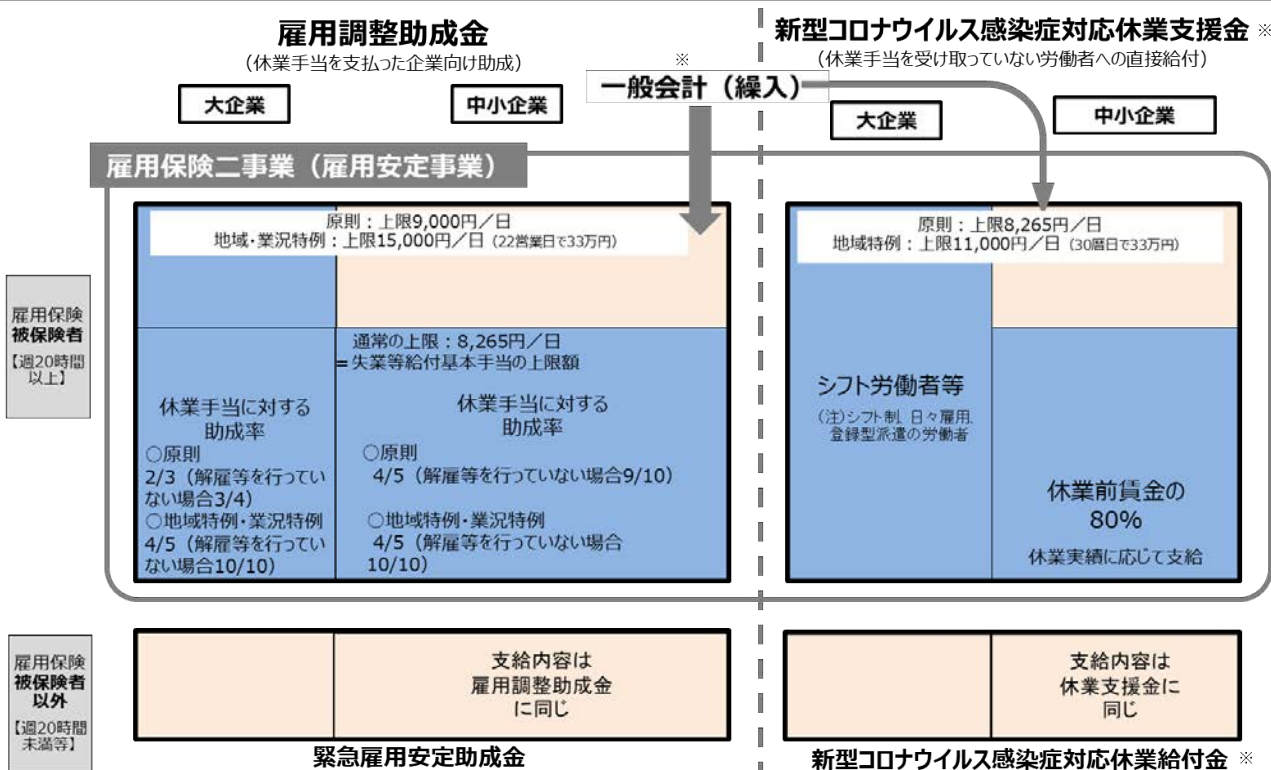
◆雇用調整助成金等の支給実績

(週当たり支給決定額(緊急雇用安定助成金を含む)、億円)



(注)「雇用調整助成金の特例措置等については、引き続き、感染が拡大している地域・特に業況が厳しい企業に配慮しつつ、雇用情勢を見極めながら段階的に縮減していく」(「骨太2021」)

- 新型コロナ禍における**雇用調整助成金の特例措置**は、雇用保険臨時特例法に基づき、中小企業に係る助成について、通常時の上限額8,265円からの引上げ分の財源を**一般会計からの繰入**で賄う異例の対応を行っている。また、企業による休業手当の不払いに対応するため、同法に基づき、**休業支援金**が特例的に設けられており、その財源についても、雇用調整助成金の特例措置に準じて**一般会計からの繰入**が行われている。
- また、雇用調整助成金や休業支援金の対象とならない**雇用保険被保険者以外の者**に対し、**緊急雇用安定助成金**や**休業給付金**が特例的に設けられ、**全額一般会計による対応**が行われている。
- こうした一般会計負担は、雇用保険被保険者を対象とする**狭義の雇用調整助成金の特例措置**において約1.2兆円（一般会計負担割合は約24%）、緊急雇用安定助成金や休業支援金・給付金を含めた**広義の雇用調整助成金の特例措置**において約1.8兆円（一般会計負担割合は約31%）に達している。（令和4年3月31日時点）
- 上記に加えて、雇用調整助成金の支給のため、失業等給付の積立金から雇用安定事業への貸出が増加し、雇用勘定の財政状況が悪化したことから、**令和3年度補正予算**において、雇用保険臨時特例法に基づき、一般会計から**労働保険特会（失業等給付）**に1.7兆円を繰入れており、計3.6兆円の負担に達している。



◆雇調金等の支給実績及び一般会計負担額（累計）

雇用調整助成金	A	5兆1,286億円
うち一般会計	B	1兆2,127億円 (24%)
休業支援金	C	911億円
うち一般会計	D	34億円
緊急雇用安定助成金	E	4,107億円
休業給付金	F	1,921億円
2年度及び3年度計	A+C+E+F	5兆8,225億円
一般会計負担計	B+D+E+F	1兆8,189億円 (31%)

失業等給付への任意繰入	G	1兆7,422億円
任意繰入を含む一般会計負担計	B+D+E+F+G	3兆5,611億円

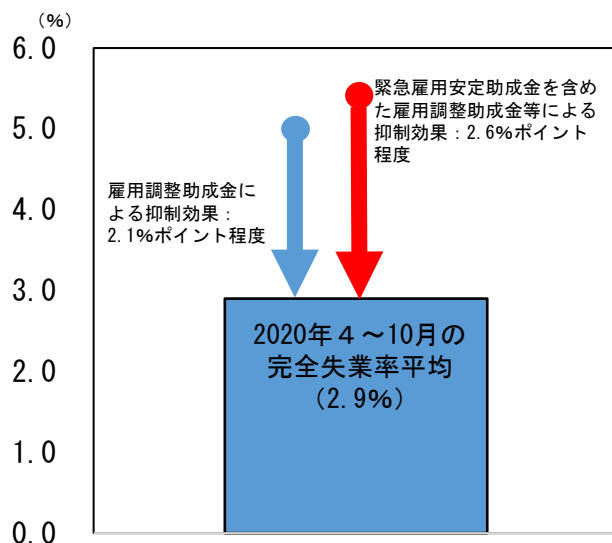
(注) 令和2年度は決算ベース、3年度は交付決定ベース（令和4年3月31日時点）
なお、前述の4.1兆円は予算措置ベース

一般会計事業 (注) 地域特例：緊急事態措置区域、まん延防止等重点措置区域において、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（飲食店等）における営業時間の短縮等に協力する事業主（各区域における措置の実施期間の末日の属する月の翌月末まで適用）
業況特例：生産指標（売上等）が最近3か月の月平均で前年、前々年又は3年前同期比30%以上減少の全国の事業主

※雇用保険臨時特例法に基づく

- リーマンショック時には5.5%（2009年7月）まで失業率は上昇したが、新型コロナ禍においては3.1%（2020年10月）までの上昇にとどまるなど、**雇用調整助成金の特例が失業率の抑制に寄与した点は評価**できる。
- しかし、雇用調整助成金の特例を必要以上に継続することについては、①**労働力を固定し、人手不足・成長分野等への労働移動を阻害**、②**労働者のモチベーションや能力の低下**、③**将来の事業主負担増**といった懸念もある。
- OECDは、（新型コロナ禍の）雇用維持スキームは、「タイムリー、ピンポイント、かつ一時的なものであるべき」としており、例えば**イギリスやフランスは、経済の回復や新型コロナ禍の行動規制の緩和等を背景に、雇用維持スキームを終了・縮減**してきている。

◆雇用調整助成金による失業抑制効果（「労働経済の分析」令和3年7月、厚労省）



◆特例の長期化による懸念の例

- 制度への過度な依存、労働移動阻害等
 - ・雇調金がもらえなくなるので仕方なく休業させている
 - ・特例が続いている中では積極的に出向させる企業は少ない
- 労働者自身のモチベーション低下、不安等
 - ・本来身につくはずのスキルが身につかない不安がある
 - ・休業が長引き社会からの疎外感を感じる
- 本来の政策意図とは異なると思われる制度利用
 - ・全休業の一方で新規雇用し、当初から全休業
 - ・受給の一方で別店舗を新規開店
 - ・休業規模要件を満たすよう調整する一方で、休日出勤や残業

◆OECD Employment Outlook 2021（2021年7月）

「雇用維持スキームは、新型コロナウイルス危機の労働市場への影響を緩和するために多くのOECDの国々で用いられた主要措置である。(略)しかし、ソーシャルディスタシングの制約による影響が依然として深刻であるセクターには支援は継続されねばならない一方で、その他経済活動が再開しているセクターに対しては回復を促進するようにスキームの設計内容を調整し、順次廃止されなければならない。より一般的には、**上手く設計された雇用維持スキームとはタイムリー、ピンポイント、かつ一時的なものであるべきである。**」

◆英国の臨時雇用維持制度（Coronavirus Job Retention Scheme）

	2021年6月	7月	8月・9月（終了）
公費負担	賃金の 80% 上限額：月£2,500 （1日約1.6万円）	賃金の 70% 上限額：月£2,187.5 （1日約1.4万円）	賃金の 60% 上限額：月£1,875 （1日約1.2万円）
事業主負担	なし	賃金の10% 上限額：月£312.5 （1日約0.2万円）	賃金の20% 上限額：月£625 （1日約0.4万円）

（注1）日額＝月額／22日。1ポンド＝141円で評価。（注2）2021年9月に終了。

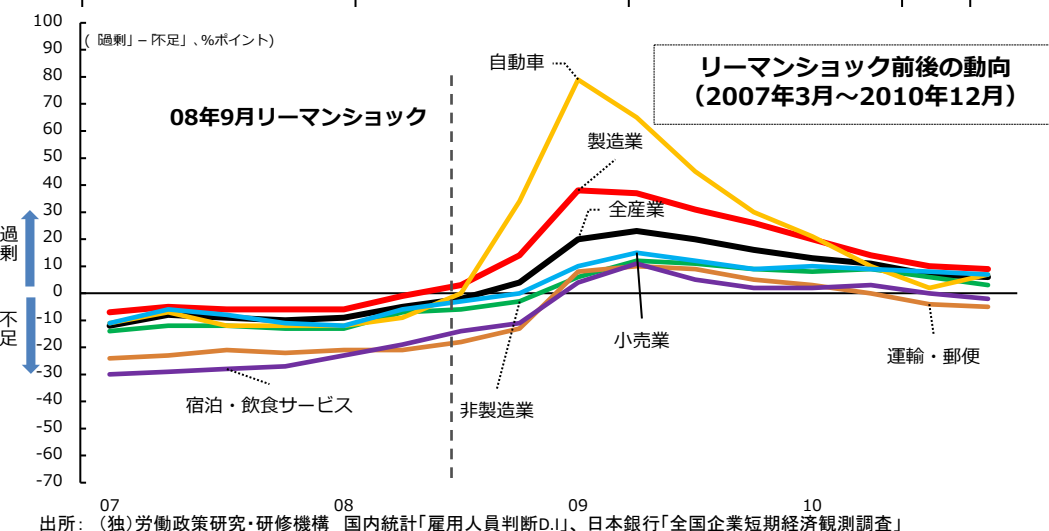
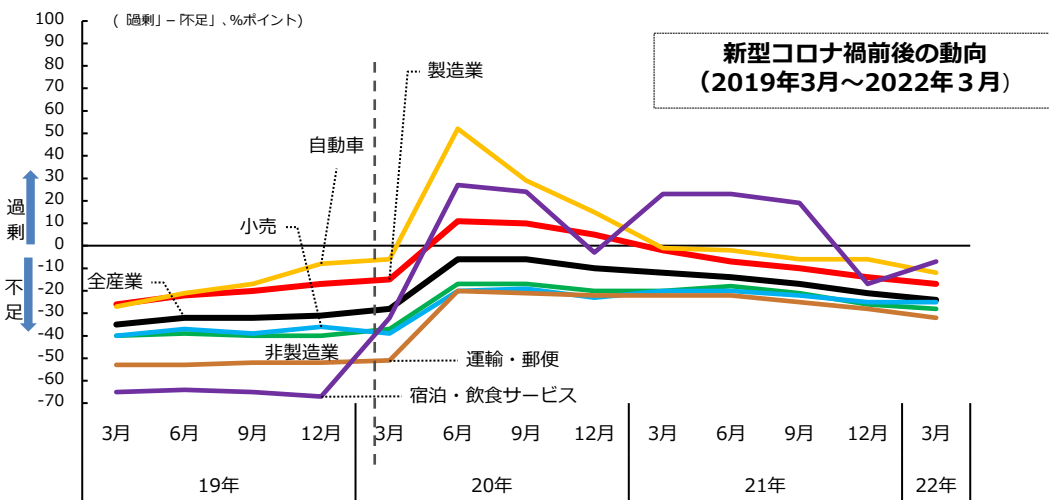
◆仏国の部分的失業制度

	2021年7月	8月	9月～
公費負担	賃金の 60% 上限額：€27.68/時	賃金の 52% 上限額：€23.99/時	賃金の 36% 上限額：€16.61/時
事業主負担	賃金の10% 上限額：€4.61/時	賃金の18% 上限額：€8.3/時	賃金の24% 上限額：€11.07/時

（注）上記は特定業種（宿泊、外食、観光、文化娯楽、スポーツ等）に適用。2021年9月以降は、原則、特定業種も含めた全企業について事業主負担24%（公費負担36%）とされたが、売上が一定以上減少している企業は例外的に事業主負担なし（公費負担70%）とされた。2022年4月以降は、事業主負担なし（公費負担70%）の要件を新型コロナを理由とする子の監護等による休業に限定する見直しを実施。

- 雇用人員の過不足について見ると、一昨年は多くの業種で「過剰超」が見られたが、足もとは「宿泊・飲食サービス」や「運輸・郵便」などの業種も含めて「不足超」の状態。リーマンショック時に「製造業」を中心に大半の業種で「過剰超」の状態が続いた点とは異なる。
- 休業者数については、令和2年春から夏にかけて一時急増したが、その後大幅に減少。一部業種を除いてコロナ前と同程度の水準に戻っており、全ての業種・地域についてリーマンショック時の対応を大幅に超える特例措置によって休業を支援する状況にあるとは言えない。
- 再就職や転職支援など労働移動を促すための施策を講じつつ、雇用調整助成金の特例については、特に業況が厳しい企業などに配慮しつつも、速やかに見直していくべきではないか。

◆雇用人員判断D.I.（日銀短観）

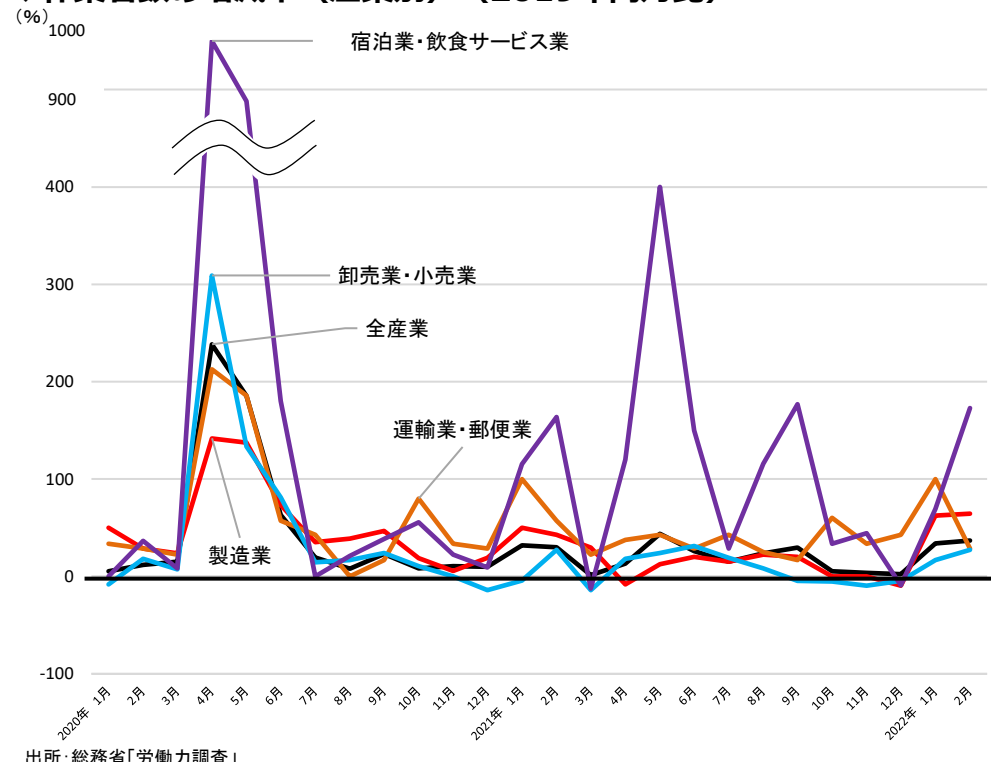


◆休業者数の推移（全産業）

2019						2020						2021						2022
2月	4月	6月	8月	10月	12月	2月	4月	6月	8月	10月	12月	2月	4月	6月	8月	10月	12月	2月
177	177	146	202	158	186	198	599	238	218	171	204	230	200	184	250	166	190	242

出所：総務省「労働力調査」

◆休業者数の増減率（産業別）（2019年同月比）



○ 雇用保険（失業等給付）の国庫負担については、雇用情勢や雇用保険の財政状況に応じた国庫負担割合とする法改正を実現する中で、従来（平成29年度～令和3年度）の負担割合を維持するとともに、予算で定めるところにより一般会計からの任意繰入を行うことができる仕組みとし、保険料率については、段階的に引き上げることとした。

○ 新たなルールのもとで規律ある雇用保険財政の運営が行われるべきであり、**必要な保険料の引上げを着実に行うとともに、安易な一般会計への依存をもたらないようにすべき。**

◆「令和4年度予算の編成等に関する建議」（令和3年12月 財政審）

・仮に失業等給付に対する国庫負担割合が25%であったとしても、令和2年度及び3年度の国庫負担の合計は0.5兆円にとどまるが、実際には、既にこれを大きく超える1.5兆円の国庫負担を行っている。

・雇用保険も社会保険の1つであることや、これまでコロナ禍で行ってきた異例の一般会計負担を踏まえれば、現状の雇用保険財政の逼迫に対しては、まずは保険料率を戻すことにより対応すべきである。

・他方、今般のコロナ禍における対応も踏まえ、今後の雇用保険財政における役割を整理し直すべきである。すなわち、平時においては保険料収入によって雇用保険財政の安定を確保することを基本としつつ、共助としての保険料収入では対応が困難な有事の場合においては、一般会計による任意繰入規定の常設化を含めて、国（一般会計）の責任の範囲を再整理する必要がある。



◆雇用保険法等改正法（令和4年3月成立）（失業等給付関係）

【保険料率】

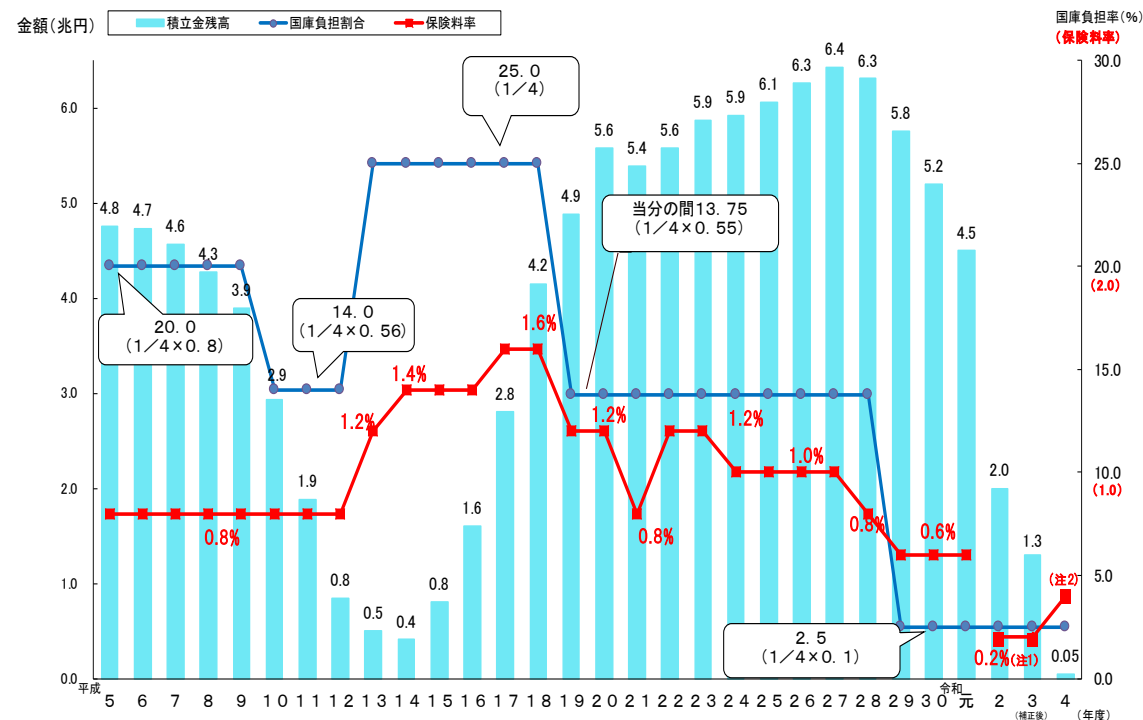
- ・令和4年4月～9月：0.2%
- ・令和4年10月～令和5年3月：0.6%
- ・令和5年4月～：0.8%（本則）（※1）

（※1）法律上は、令和4年度における本則からの引下げを規定

【国庫負担】

- ・雇用情勢及び雇用保険の財政状況が一定の基準（※2）に該当する場合：1/4（※2）前々年度の各月における基本手当の受給者実人員の平均が70万人以上かつ前々年度の弾力倍率が1未満
 - ・それ以外の場合：1/40
 - ・一般会計から労働保険特会への任意繰入規定を常設化（※3）
- （※3）①雇用保険料が0.8%（本則）以上である場合 又は
②次年度に0.8%となる見込み（前年度の弾力倍率が2以下）である場合 又は
③当該年度に雇用情勢及び雇用保険財政が急激に悪化している場合

◆失業等給付の保険料率・国庫負担割合・積立金の推移



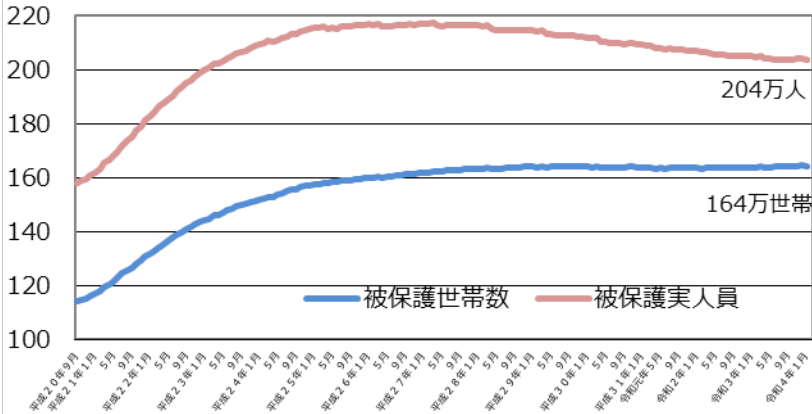
- 償還免除付きの緊急小口資金等の特例貸付については、足もとの需要は低下しており、また、生活困窮者自立支援金といった給付措置の創設等もあり、緊急時の対応としての役割は次第に薄れてきている。
- 他方、新型コロナ禍において**生活保護受給者数は大きく増加せず**、保護が必要と判断される場合に**適切に生活保護につながっていたかは検証が必要**である。制度の狭間に滞留する方々が増え、これらの方々のために全額国庫負担の特例的対応が講じられることは、結果として国の財政負担を増やしている一面もあることにも留意する必要がある。

◆緊急小口資金等の特例貸付及び生活困窮者自立支援金の経緯

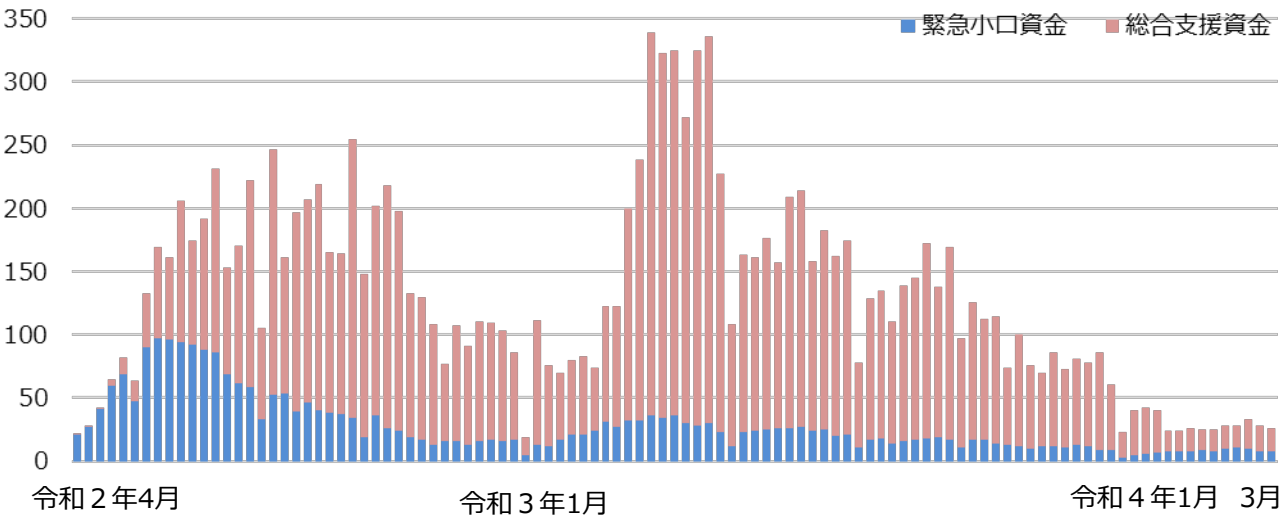
申請月	令和2年 3月	～	令和2年 7月	～	令和3年 2月	～	令和3年 6月	令和3年 7月	～	令和3年 12月	～	令和4年 6月
緊急小口資金の特例貸付（20万円）	→		→		→		→		→		→	→
総合支援資金の特例貸付（20万円×3か月）	→		→		→		→		→		→	→
延長貸付（同上）			→		→		→		→		→	→
再貸付（同上）					→		→		→		→	→
生活困窮者自立支援金（10万円×3か月）								→		→	→	→
再支給（同上）									→	→	→	→

※緊急小口資金等の特例貸付の償還は令和5年1月以降開始

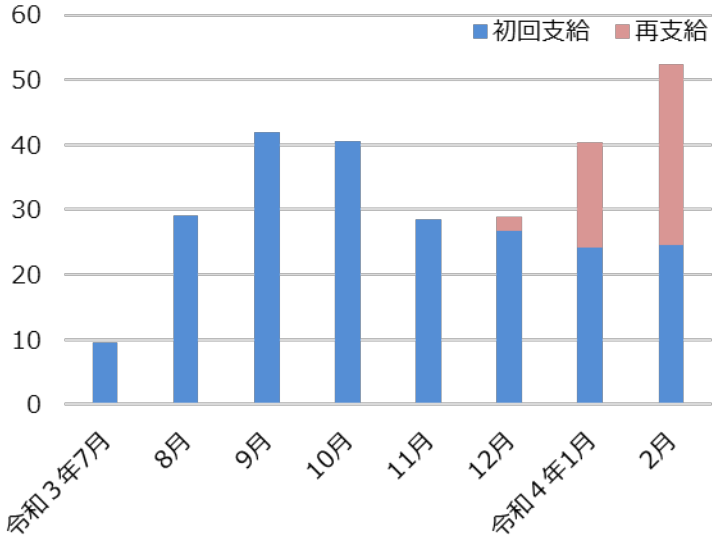
◆生活保護受給者数等の推移（万人／万世帯）



◆緊急小口資金等の特例貸付の実績（過当たり貸付決定額、億円）



◆生活困窮者自立支援金の実績（月当たり支給額、億円）



○ 今後、先に述べたとおり、財源を確保したうえで平時の対応につなげていくことを検討するにあたっては、以下の点に留意しなければならない。

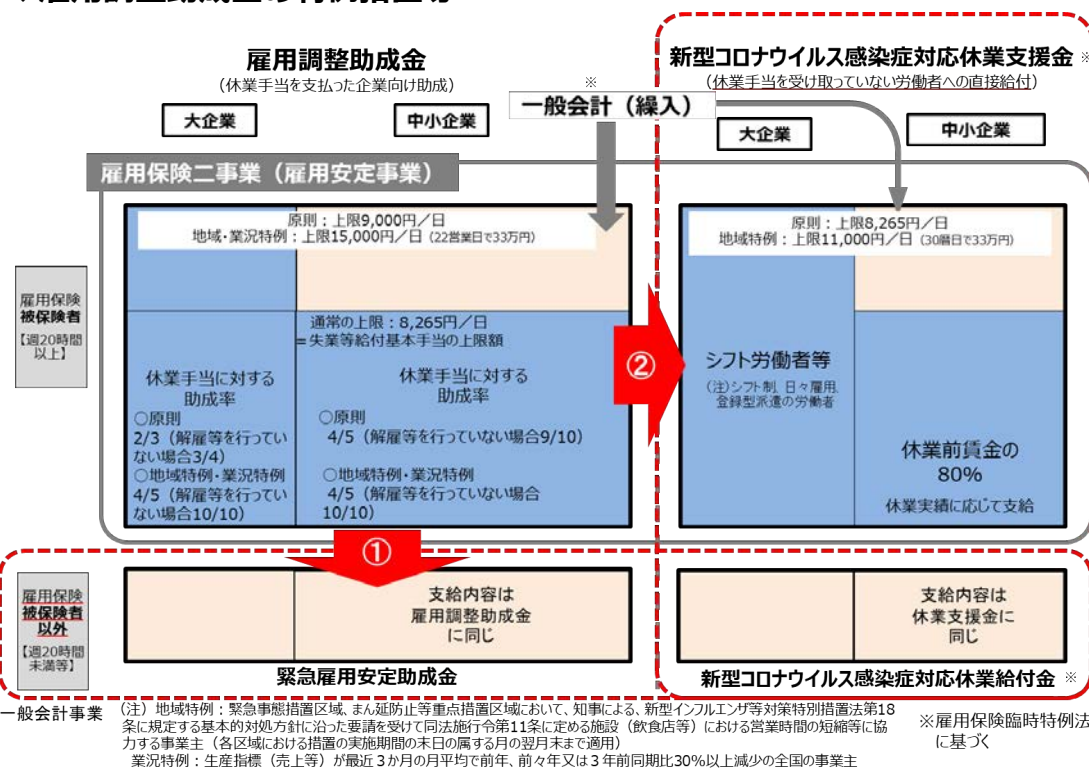
① **雇用支援**に関して、**雇用保険被保険者以外を含む非正規労働者への支援**の必要性や事業主が適切な措置を講じない場合の被保険者等による**個人申請**の必要性が認識されるなど、雇用保険制度の一定の**制度的な限界の存在**が認識されたこと

② **生活支援**について、

イ 償還免除付きの緊急小口資金等の特例貸付など大胆な経済的支援が先行した一方で、長引く新型コロナ禍のもと、様々な困難を抱える方々の生活を維持していくためには、伴走型の支援や生活保護を含めた適切な給付・サービスにつなげていくことも含めた**相談支援の強化**が求められていること

ロ 住居確保給付金が、特例的な対応を通じて多様な年齢層・世帯構成の者に活用され、生活困窮者等の**居住支援の強化**の必要性が認識されたこと

◆雇用調整助成金の特例措置等



◆緊急小口資金等の特例貸付と相談支援

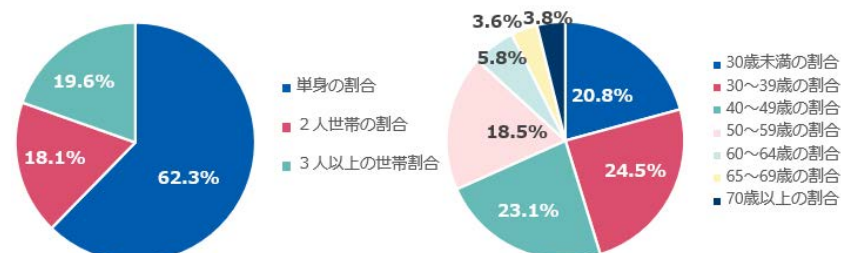
- ✓ コロナ禍において、特例貸付や住居確保給付金の申請が急増するとともに、生活困窮者自立支援金が創設され、支援現場はその対応に追われた。
- ✓ 特例貸付について、緊急的な対応としての意義は評価すべき一方、福祉的貸付が本来、生活そのものの維持を目的とし、相談支援との密接な連携のもととなるものであることを踏まえた検討が必要ではないか。
- ✓ 通常は「相談付き貸付」として、相談者と信頼関係を築きながら、貸付ができない場合でもつながりを切らない働きかけなどを行ってきたが、今回の特例貸付では十分にできなかったことに葛藤した。
- ✓ 「貸して終わり」「免除して終わり」ではなく、その人に応じた支援を考えないと社協が貸付を実施する意味はないし、社協の存在価値はないのではないかと。

出所: 厚生労働省「秋の行政事業レビュー」提出資料(令和3年11月)

厚生労働省「生活困窮者自立支援のあり方等に関する論点整理のための検討会ワーキンググループ」論点整理(案)(令和4年4月)

◆住居確保給付金の支給実績 (円グラフ: 令和2年度における内訳)

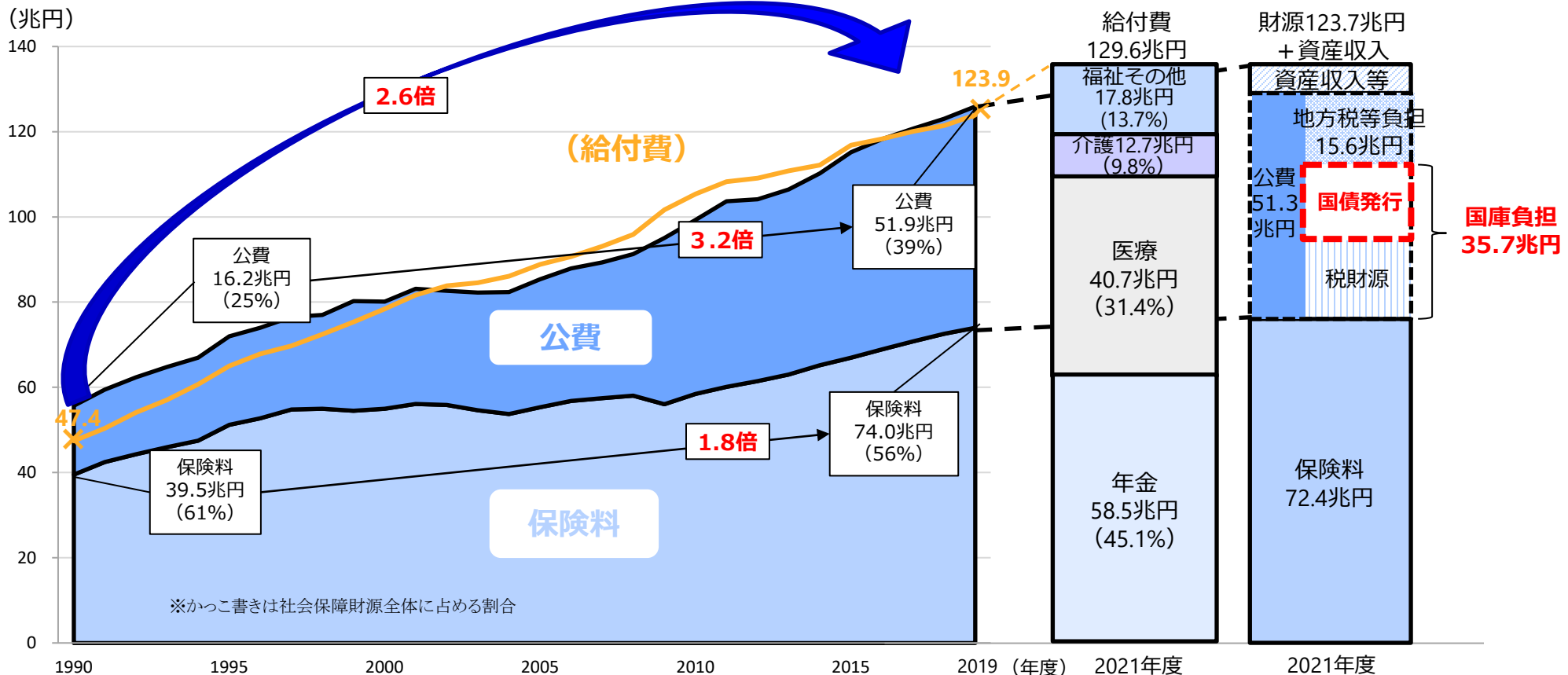
	R元年度	R2年度	R3年度 (1月末時点)
支給済額(公費)	5.8億円	306.2億円	168.1億円
支給決定件数	0.4万件	14.0万件	6.8万件



出所: 厚生労働省「生活困窮者自立支援のあり方等に関する論点整理のための検討会ワーキンググループ」提出資料(令和4年2月)

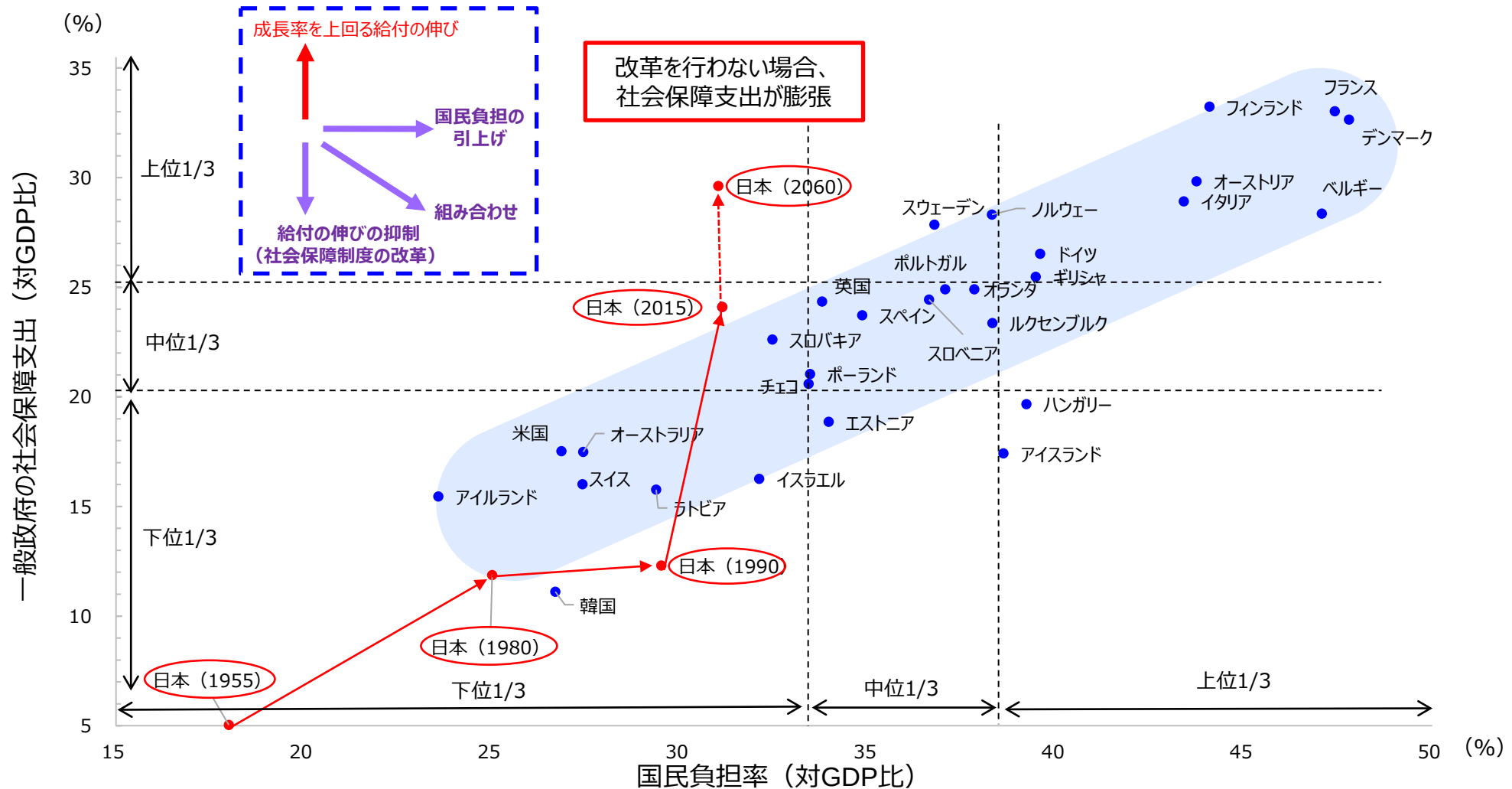
- ①: 雇用保険被保険者以外（所定労働時間週20時間未満の非正規労働者等）への対応
- ②: 事業主が適切な措置を講じない場合への対応

- **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取りながら、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。

- 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」と言うべき状況になっている。
- 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。

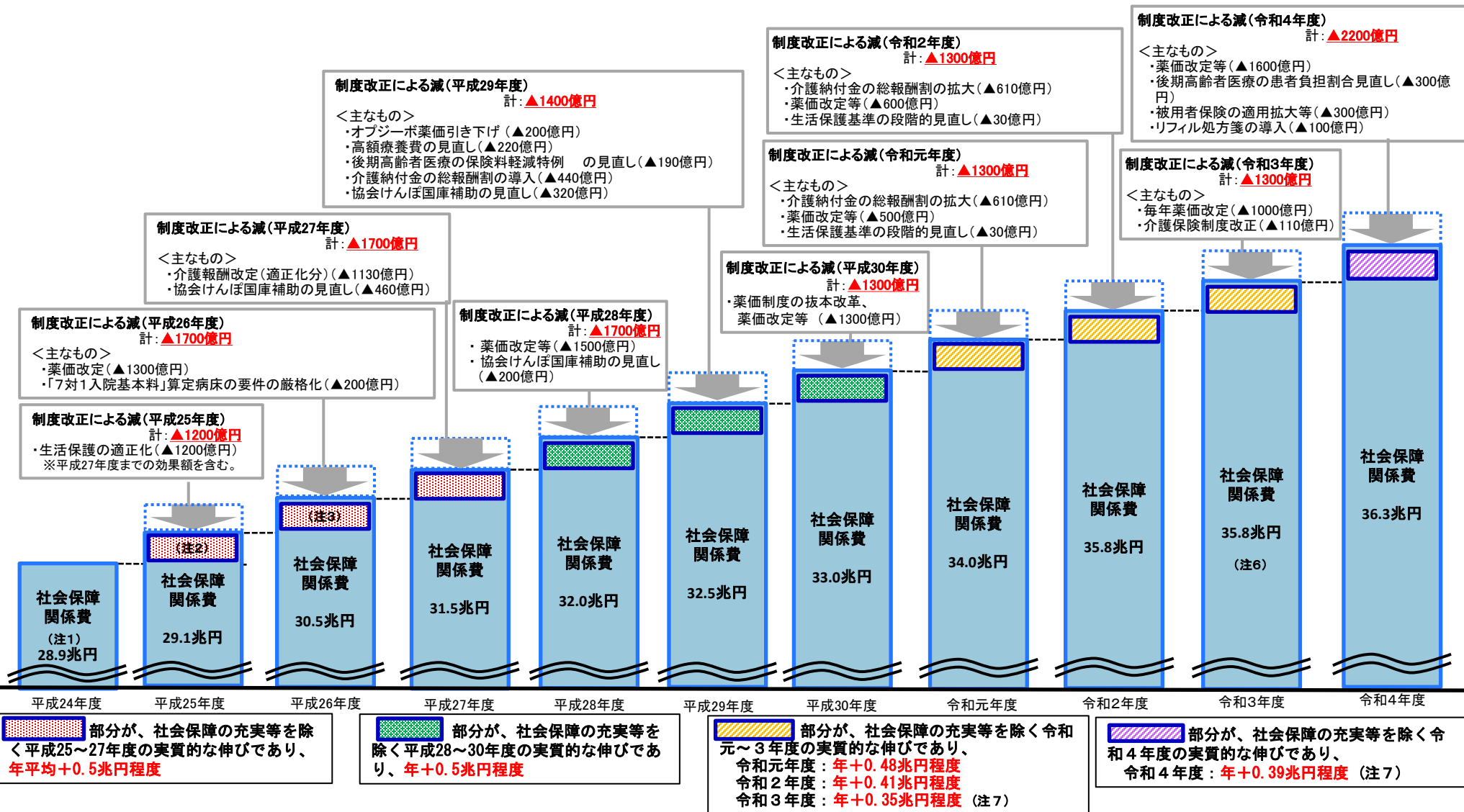
社会保障支出：OECD “National Accounts”、内閣府「国民経済計算」。ただし、1955年の日本の値については国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」における社会保障給付費。

（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。

社会保障関係費の伸び

- 近年は、歳出の規律として、社会保障関係費について実質的な増加を「高齢化による増加分」に相当する伸びにおさめる努力が続けられている。



- **令和4年度の社会保障関係費**（36.3兆円程度）は、保育等・障害の処遇改善を行いつつ、診療報酬のメリハリある改定や薬価等改定等により、その実質的な伸びについて「**高齢化による増加分におさめる**」という方針を達成。
- 令和3年度社会保障関係費（足もとの医療費動向を踏まえ医療費にかかる国庫負担分を減少させたベース：35.8兆円程度）と比較して、高齢化による増加分＋3,900億円程度（対前年度比＋3,200億円程度）。このほか、社会保障の充実として、対前年度＋1,200億円程度。

薬価等改定等
後期高齢者医療の患者負担割合見直し
被用者保険の適用拡大等
診療報酬（リフィル処方箋の導入）
診療報酬（一般診療等の特例的評価等）
診療報酬（その他本体改定）
処遇改善（保育等・障害）

▲1,600億円程度
▲300億円程度
▲300億円程度
▲100億円程度
▲300億円程度
＋300億円程度
＋300億円程度 等

医療情報化支援基金
処遇改善（介護）
診療報酬（看護職員の処遇改善）
診療報酬（不妊治療の保険適用）
診療報酬（小児の外来診療の特例的評価）
新子育て安心プラン※1
高等教育の無償化

＋700億円程度
＋200億円程度
＋100億円程度
＋100億円程度
▲200億円程度
▲100億円程度
＋400億円程度 等

いわゆる自然増
＋6,100億円程度

年金スライド分※2除く
＋6,600億円程度

制度改革・効率化
▲2,000億円程度

雇用調整助成金の特例
（労働保険特別会計へ繰入）
▲200億円程度

令和4年度当初予算
36.3兆円程度
（対前年度＋4,400億円程度）

消費税増収分の活用
による社会保障の充実
＋1,200億円程度

足元の医療費動向を
踏まえた医療費の減少
（国庫負担分）
▲700億円程度

高齢化による増加分
＋3,900億円程度

年金スライド分※2除く
＋4,400億円程度

令和3年度
当初予算
35.8兆円程度

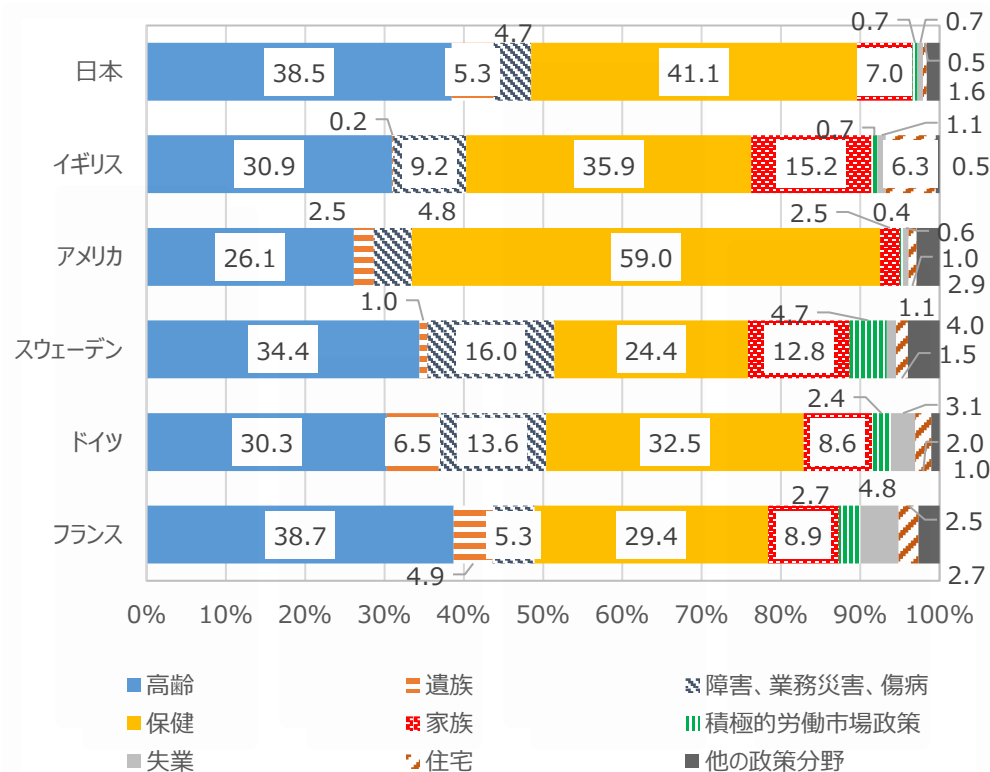
令和3年度
35.8兆円程度
医療費動向反映後

※1 児童手当（特例給付）について、令和4年10月支給分から所得制限を導入することで、別途財源を確保。

※2 令和4年度の年金額改定率（現時点での物価上昇率の推計を基にした予算積算上の値）は▲0.4%（▲400億円程度）

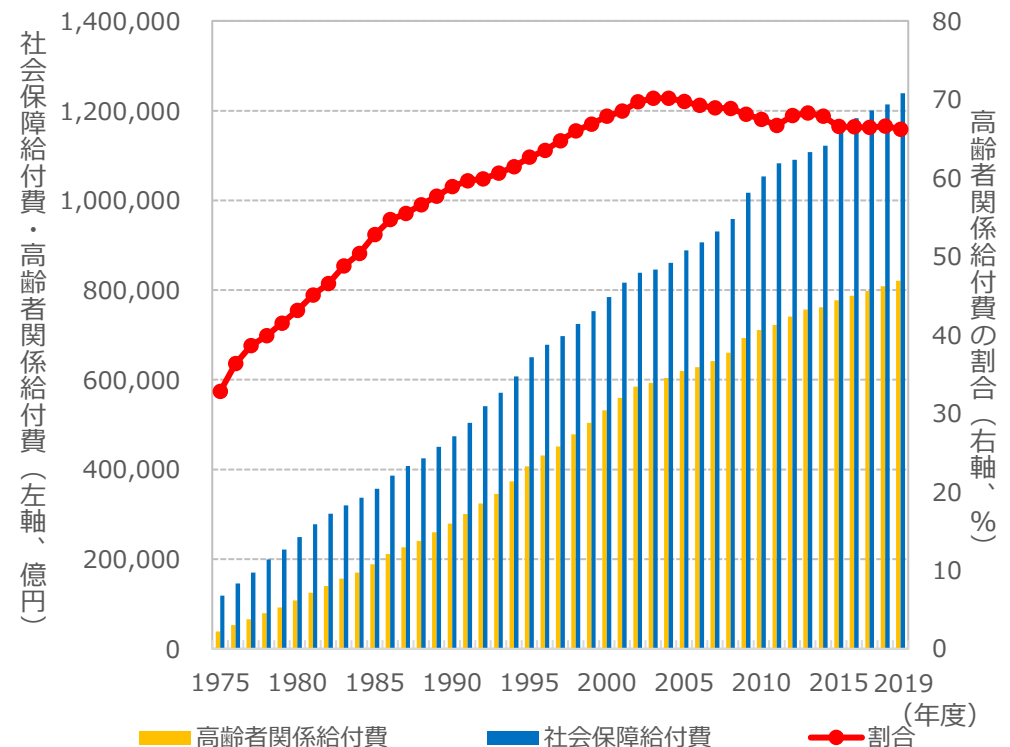
- 若い世代の方々が日々の暮らしに安心感を持ち、将来に対し、夢と希望が持てることが極めて重要であり、その前提があって初めて若い世代の方々が納得して社会保障制度に積極的に参加することができる。
- ところが、現在の社会保障の構造は、現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心となっている。
- 受益と負担の不均衡の解消を図りつつ、こうした構造を是正していくことが重要となるが、このことは、取りも直さず、将来世代も対象となる世代として組み入れたうえで全世代型の社会保障への転換を図ることである。
- このようにして財政健全化と全世代型社会保障の構築の双方を達成していくことが、社会保障の持続可能性にとって重要である。

◆政策分野別社会支出の構成割合の国際比較（2017年度）



（出所）国立社会保障・人口問題研究所「令和元年度社会保障費用統計」

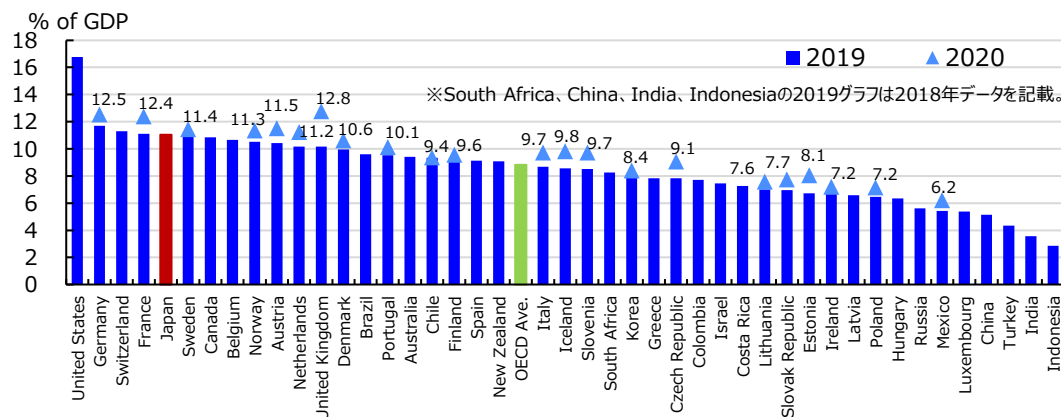
◆社会保障給付費・高齢者関係給付費の推移



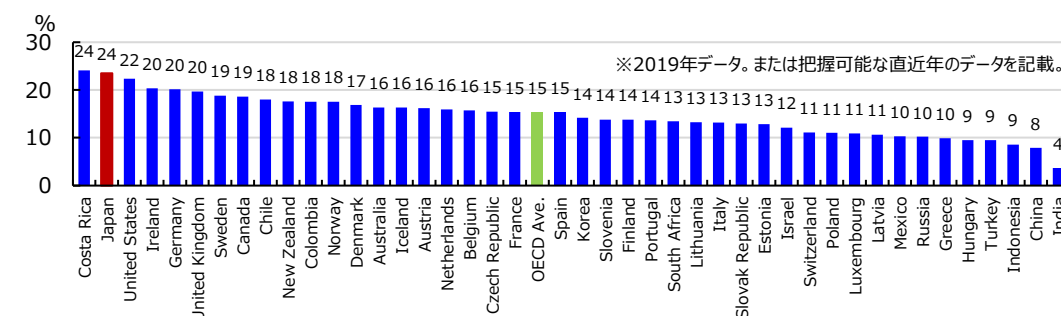
（出所）国立社会保障・人口問題研究所「令和元年度社会保障費用統計」

- 医療・介護分野では、受益と負担の均衡の是正について、年金制度のような給付水準等を自動的に調整される仕組みは導入されていない中、**我が国の保健医療支出（Health Expenditure）／GDP比はOECDで５番目に高く、政府支出に占める公的医療費の割合はOECDで２番目に高い状況にある。**
- こうした中、給付費に対する財政規律を強化していく必要があり、**OECD諸国ではリーマンショック以降の保健医療支出のGDP比は安定的であることを踏まえれば、少なくとも我が国でも保健医療支出の伸びが経済成長率と乖離しないことを１つのメルクマールとしていくことが考えられる。**

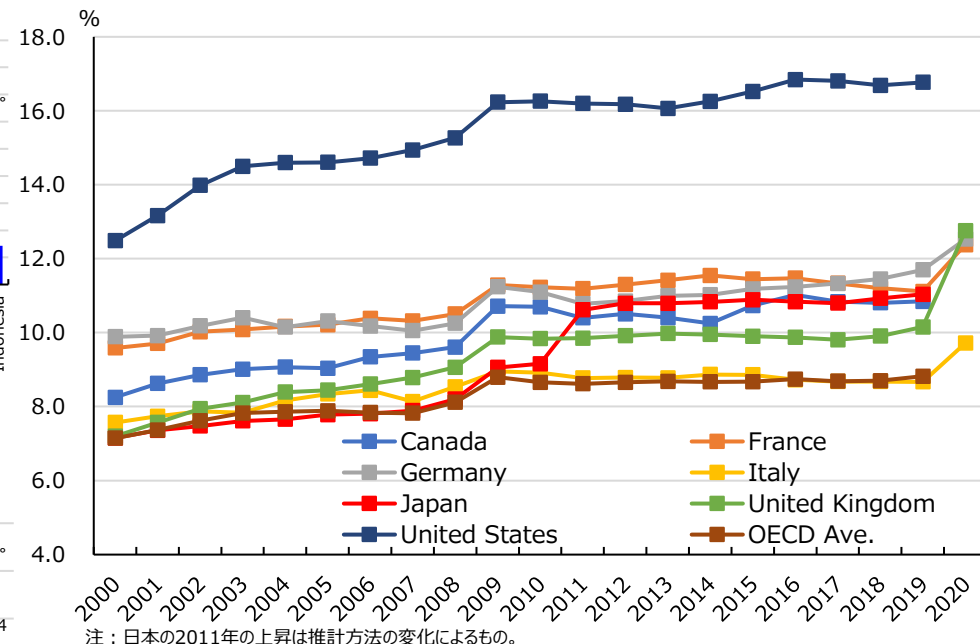
◆ GDPに占める保健医療支出



◆ 政府支出に占める公的医療支出の割合



◆ 対GDP保健医療支出の推移



After the volatility of the 2008 economic crisis, the share remained relatively stable, as growth in health spending broadly matched overall economic performance across OECD countries.

2008年の経済危機による不安定な動きの後、(保健医療支出の対GDPの)割合は比較的安定しており、OECD加盟国において、保健医療支出の伸びは概ね全体の経済成長と一致する。

In 2019, prior to the COVID-19 pandemic, OECD countries spent, on average, around 8.8% of their GDP on health care – a figure more or less unchanged since 2013.

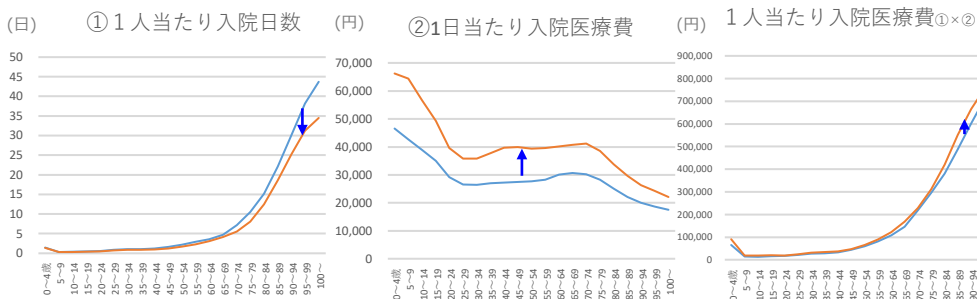
新型コロナウイルスの感染拡大前の2019年においては、OECD加盟国は平均でGDPの約8.8%を保健医療に充てており、この数字は概ね2013年から変わっていない。

- この点、現在も、医療・介護分野においては、**社会保障関係費について実質的な増加を「高齢化による増加分」に相当する伸びにおさめる努力が続けられており、これを通じて一定の給付費への規律が及んでいる。**
- このうち医療費について年齢階級別 1 人当たり受診日数（主として受療率に対応）の推移を見ると、入院・外来ともに高齢層を中心に減少しており、このことをもって高齢化による影響が低下しているとの見方も成り立ち得る。他方、1 日当たり医療費はどの年齢階級でも増加している結果、両者の積である 1 人当たり医療費も基本的にどの年齢階級でも増加しており、高齢層ほどその増加幅は大きい。
- **現行の公費の規律は、こうした現状も踏まえ、1 人当たり医療費等の伸びを一定程度取り込んだ緩やかなもの**となっており、1 日当たり医療費の増加の要因とされる**経済成長や医療の高度化にも配慮した妥当なもの**と言える。

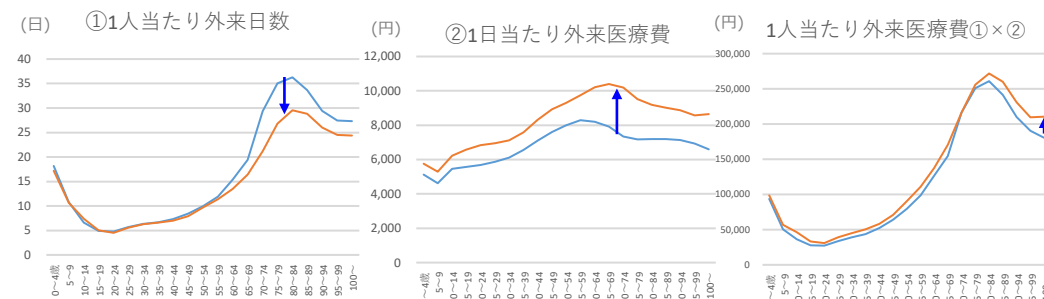
◆年齢階級別医療費の変化

— 2008年度 — 2018年度

入 院

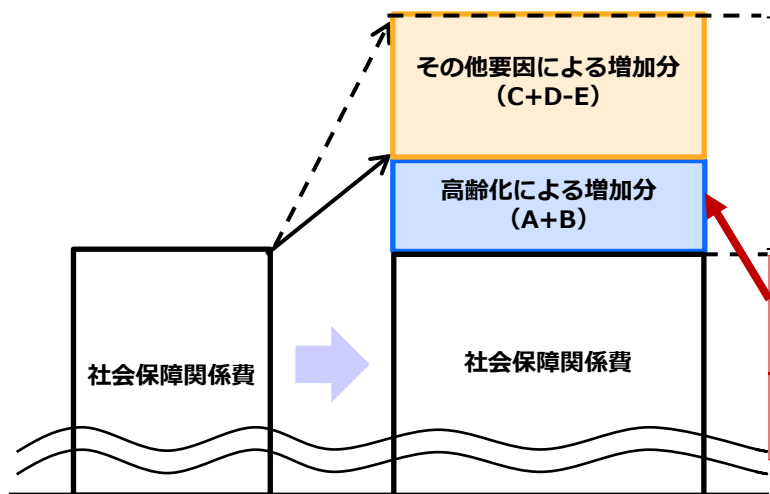


外 来

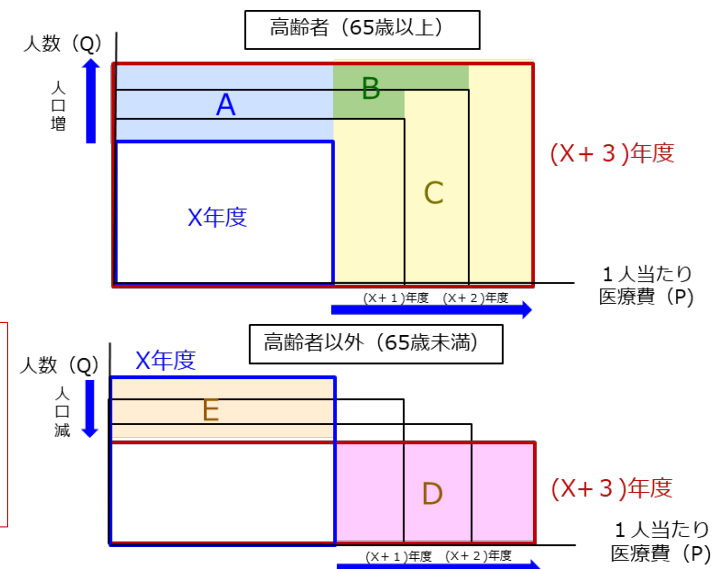


(出所) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

◆社会保障関係費の伸び（イメージ）



年齢階級別 1 人当たり医療費の増加を認めない場合、許容される医療費の伸びは右図の「A-E」の部分となる。
しかし、現行の規律は、B の部分や E を超えない範囲での D の部分について、1 人当たり医療費の伸びを認めていることになる。



- ただし、**現行の規律の調整対象は、国の負担（公費）であり、給付費そのものではない。**公費の水準と給付費の水準は連動するため、公費を抑制しようとする基本的給付費の抑制が必要となるとは言え、給付費を直接の調整対象としていないことで、**国民が我が国の社会保障制度から得られる受益（給付）の水準を中長期的・安定的に予測することが困難**となっている。
- 給付費を直接の調整対象とすれば、保険料負担の変化がシグナルとして捉えられることを通じて、受益（給付）の水準を調整する牽制作用が働くことも期待できる。本来は、こうした作用のもとで給付の適正化を図り、そのうえで公費の抑制につなげていくことが望ましい。
- これらを踏まえれば、**保険料負担分も含めた給付費水準そのものについても調整対象とする規律となるよう、規律を強化していく必要がある。**
- ただし、国民が受益（給付）の水準を中期的・安定的に予測することを可能にする規律としようすれば、現行の規律のように毎年度の１人当たり医療費の伸びを取り込むことは困難である。その場合、賦課方式をとる我が国の社会保障制度のもとで、生産年齢人口が急減していくことを踏まえれば、**現役世代の負担能力を重視し、給付費の伸びと経済成長率の整合性をとっていくことに一定の合理性があり、こうした考えに基づいて給付費の水準を規律付けしていく方向で議論を深めるべきである。**

【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
	税収等

【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。

FY2021

FY2022

FY2023

FY2024

FY2025

...

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**などの中長期の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。

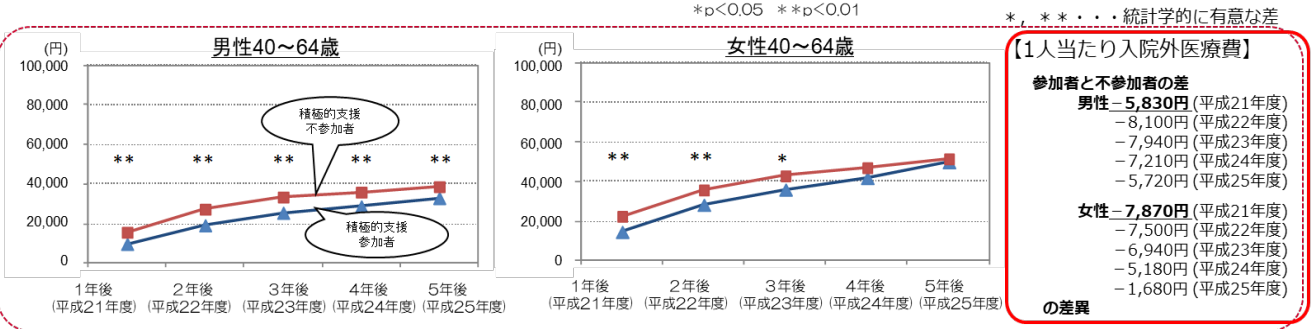
一定期間後、この目安となる指標と実績と突き合わせることで、医療費適正化方策の効果を検証し、その検証結果を将来に向けた施策の見直しに反映させる。

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4年度予算で211億円、地方費も入れた公費ベースでは370億円）が投じられている。
- 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比は足もと7.28%（2019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。**

◆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



◆厚生労働省試算公表時と現在の医療データ比較

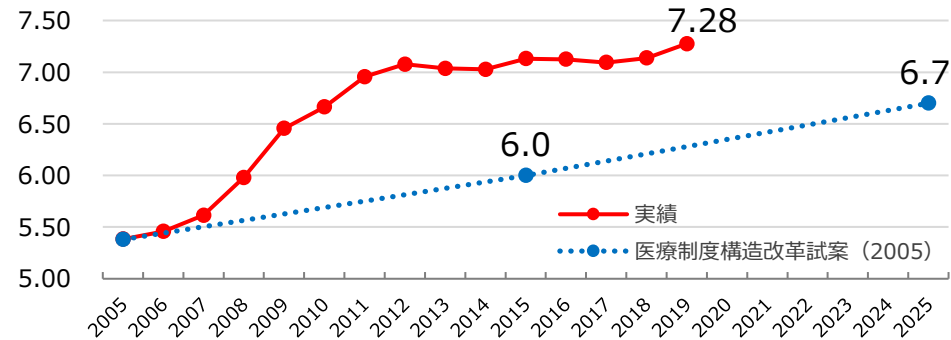
	2005年	2019年
平均在院日数	35.7日	27.3日
病床数	179.8万床	162.0万床
病床利用率	84.8%	80.5%
推計1入院当たり医療費	99.3万円 (2006年)	118.6万円
入院医療費/GDP	2.4%	3.2%

（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・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。

◆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

我が国の医療保険制度の特徴

国民皆保険

フリーアクセス

自由開業医制

出来高払い

患者側

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

医療機関側

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

供給サイドの増加に応じて
医療費の増大を招きやすい構造

社会構造の変化

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

国民皆保険を維持しつつ、制度の持続可能性を確保していくための制度改革の視点

医療給付費は、医療の提供量と価格の積で決まる。医療給付費の適正化には、以下の点が重要である。

- 医療の提供量の適正化
(効率的で質の高い医療提供体制の整備、患者負担を含めた医療技術や医薬品等に係る保険給付範囲の見直し)
- 公定価格の適正化（診療報酬改定、薬価改定）
- 自律的なガバナンスの発揮・強化（保険者機能の発揮・強化など）

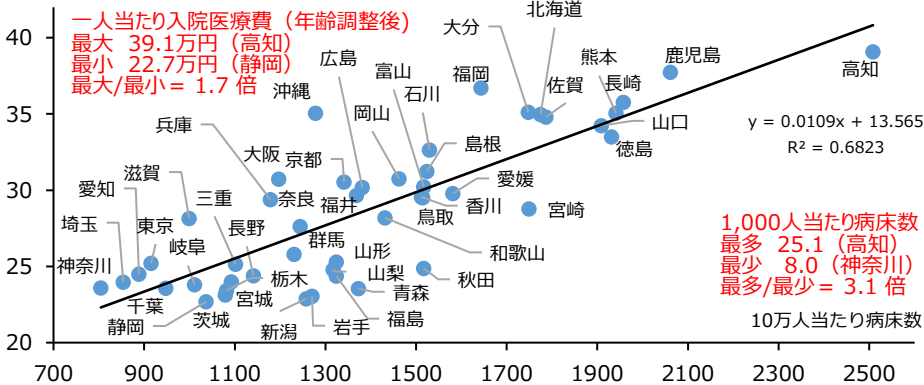
効率的で質の高い医療提供体制の整備（総論、入院医療）①

資料Ⅱ－１－３３

- 1人当たり医療費の地域差と相関が高いのは、医療提供体制側の供給要因である。医療費の病床数との相関は高く、医療費適正化の観点から、平均在院日数という一面でなく病床を含めた医療提供体制そのものを効率化していく視点が不可欠である。
 - こうした医療提供体制の効率化と医療の質の向上とは両立可能であり、その同時達成こそが目指されなければならない。
- すなわち、我が国は人口当たり病院数・病床数が諸外国に比べ多いため、病院・病床当たりの医療従事者数が手薄となるなど医療資源が散在している。そのことが病院勤務医・看護師の長時間労働をもたらすと同時に、一人ひとりの患者への十分な対応が阻まれることにより、患者がその状態に合った医療を必ずしも受けられず、「低密度医療」を招いてきた可能性がある。その結果として入院期間が長期化すれば、患者のQOL（生活の質）は低下する。
- 地域医療構想の推進は、このような医療資源の散在とそれによってもたらされている弊害を是正し、医療の質の向上をもたらすための取組であり、急性期にふさわしい医療機能を果たす医療機関に医療資源を集約化するなどにより、持続可能な医療提供体制の構築を目指すものであった。
 - この取組の状況が徐々に、医療資源の散在がいまだ是正されず、病床をはじめとする医療機能の分化が進んでいない段階で新型コロナの感染拡大を迎えたことが、新型コロナへの対応の足枷となったことは否定できない。

◆入院医療費（年齢調整後※）と病床数の関係

一人当たり入院医療費
(万円、国保+後期)



(出所) 病床数：厚生労働省「令和元年医療施設調査」

一人当たり入院医療費：厚生労働省「令和元年度医療費の地域差分析」

※ 各都道府県の年齢階級別1人当たり医療費をもとに、全国の年齢構成と同じと仮定して算出。高齢化率等の年齢構成の違いでは説明できない地域差である。

◆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	27.3 (16.0)	12.8 (65.8)	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 (140.9)	3.9 (515.6)
フランス	8.8 (5.4)	5.8 (44.7)	3.1	10.8	0.5 (69.2)	1.8 (237.5)
ドイツ	8.9 (7.5)	7.9 (36.4)	4.3	13.8	0.5 (117.1)	1.7 (375.3)
イタリア	8.0 (7.0)	3.2 (17.7)	4.0	5.7	1.3 (226.9)	1.8 (327.6)
イギリス	6.9 (6.2)	2.5 (29.6)	2.8	8.1	1.1 (98.8)	3.2 (280.2)
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」

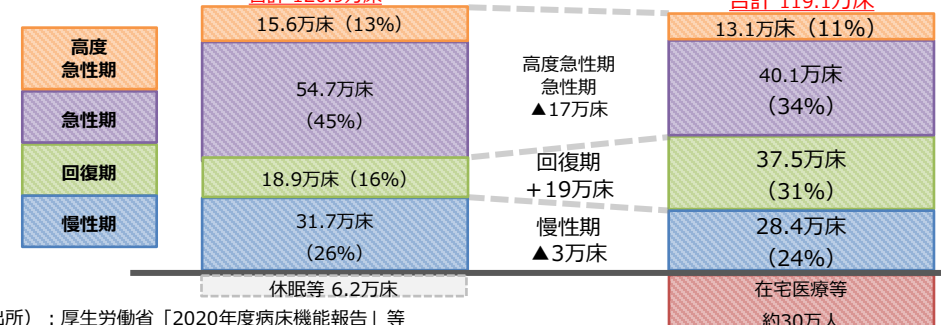
※ 「平均在院日数/急性期」・「人口千人あたり病床数/人口百万人あたり病院数」は2019年データ（ただし、一部は2018年データ）。このほかのデータは2018年データ。日本の急性期の平均在院日数について、厚生労働省「病床機能報告」における病院の高度急性期と急性期の許可病床の平均在棟日数は11.1。

※ 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。

◆地域医療構想に基づく病床の必要量

2020年度病床機能報告

合計 120.9万床



(出所)：厚生労働省「2020年度病床機能報告」等

	年齢調整後 1人当たり医 療費 (国民医療 費ベース)	年齢調整後 1人当たり医 療費 (国民医療 費ベース)	年齢調整後 1人当たり医 療費 (国民医療 費ベース)	平均在院日 数(日)	人口10万対 病床数(床) (介護療養 病床除くすべ で)	人口10万対 病床数(床) (精神病床)	65歳以上人口 10万対病床数(床) (介護を除く 療養病床)	人口10万対 医師数(人)	人口10万対 保健師数(人)	75歳以上就 業率(%)
全国平均	333,320	128,850	182,208	28	1,267	265	797	244.9	38.1	9.8
1人当たり年齢調整後医療費との 相関係数	-	0.915	0.691	0.588	0.707	0.601	0.748	0.714	0.061	-0.359
1人当たり年齢調整後入院医療 費との 相関係数	0.915	-	0.344	0.728	0.829	0.754	0.838	0.679	0.304	-0.352

(出所) 経済・財政一体改革推進委員会 評価・分析WG 厚生労働省提出資料(平成29年11月24日)

- 今般の新型コロナでは、地域全体を視野に入れた適切な役割分担、医療機能の分化・強化、連携等の重要性が認識されたところであり、改めて浮彫りとなった課題にも対応できるよう、効率的で質の高い医療提供体制の構築に向けた取組を引き続き着実に進めることが必要である。
- 第8次医療計画（令和6年度（2024年度）～令和11年度（2029年度））の策定作業と併せて、**今年度及び来年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行う**とともに、検討状況について定期的に公表を行うこととされている。
- 今後、①医療費適正化計画上も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、**地域医療構想の法制上の位置づけを強化**すること、②地域医療構想調整会議の透明性を向上させるとともに、実効性を高めるための環境整備を行い、都道府県における地域医療構想の達成状況の「見える化」や、未達成の場合の都道府県の責務の明確化など地域医療構想の**PDCA サイクルを強化**すること、③今般の新型コロナ禍の経験や今後の法改正の議論を踏まえ、平時において地域医療構想の推進に向けた**医療法上の都道府県知事の権限の強化**を図ることなどにより取組の強化が図られなければならない。

◆感染症の医療計画への位置づけ（2020年12月15日 医療計画の見直し等に関する検討会）

医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加（いわゆる「5事業」に追加して「6事業」に）

◎具体的な記載項目（イメージ）

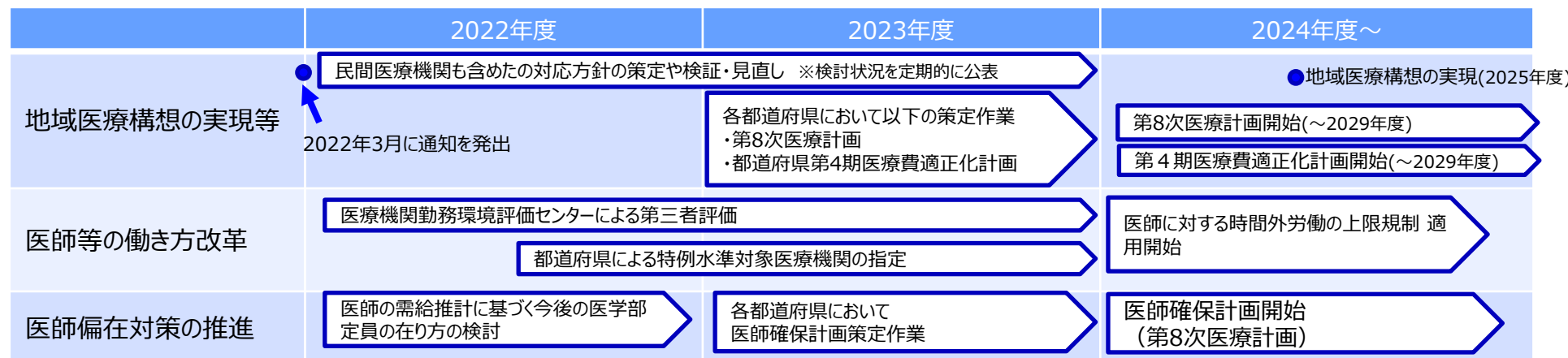
【平時からの取組】

- ・感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保
- ・感染拡大時を想定した専門人材の確保等
- ・医療機関における感染防護具等の備蓄
- ・院内感染対策の徹底、クラスター発生時の対応方針の共有 等

【感染拡大時の取組】

- ・受入候補医療機関
- ・場所・人材等の確保に向けた考え方
- ・医療機関の間での連携・役割分担
- （感染症対応と一般対応の役割分担、医療機関間での応援職員派遣等） 等

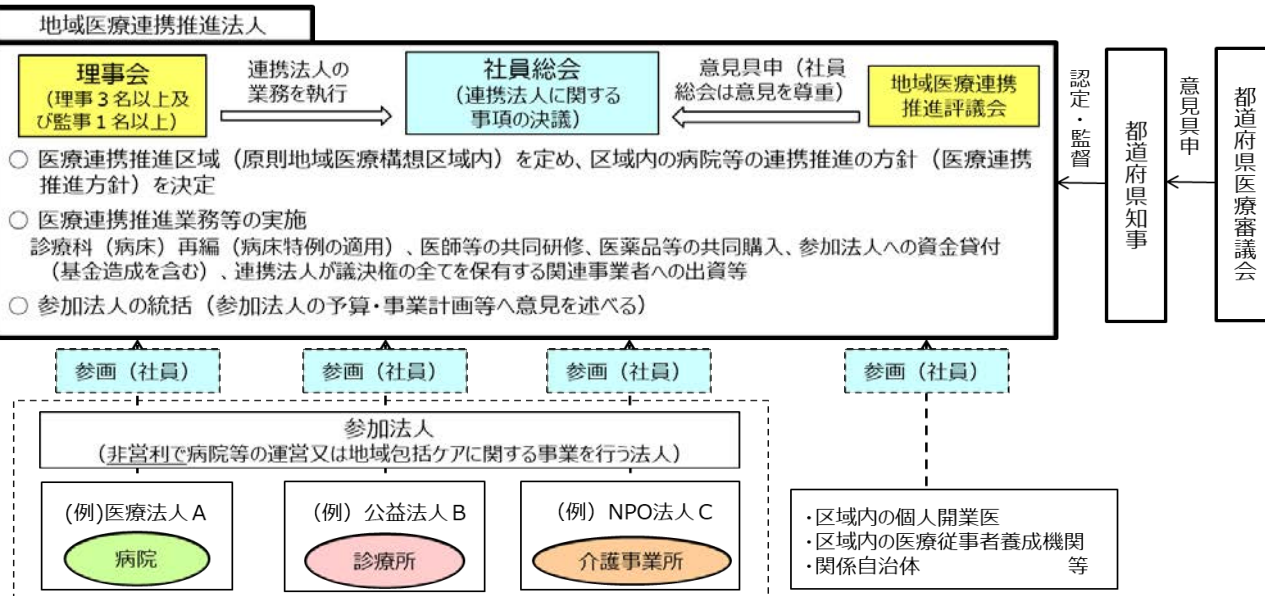
◆今後の医療提供体制整備のスケジュール



- 我が国の医療提供体制において、医療資源がただ散在しているばかりでなく、適切な役割分担、医療機能の分化・連携等がこれまで十分でなかった背景には、**医療機関ごとに経営主体や規模が異なる**ことも挙げられる。
- **医療機関単位・医療行為単位・入院日数単位の評価が中心の診療報酬体系のもと**で、こうした**医療機関同士が他の医療機関との連携を欠いたまま競争**し、医療行為の積上げ、病床の稼働率の向上、在院日数の長期化に邁進するといったことでは、医療の質の向上には限界があり、新型コロナのような新興感染症への対応も覚束ない。
- 他方、「**競争よりも協調**」という考え方に立って医療機関相互間の機能の分担および業務の連携を推進するために創設された制度として、**地域医療連携推進法人制度が存在する**。2017年に導入され、本年１月１日現在で30法人が認定されている。
- 同制度は、参加する医療機関等に関する統一的な連携推進方針を決定し、横の連携を強化するとともに、グループの一体的運営によりヒト・モノ・カネ・情報を有効に活用することを目指しており、実際、多くの地域医療連携推進法人で、医療従事者の派遣・人事交流、共同研修、医薬品の共同購入、医療機器の共同利用が行われている。
- 地域医療構想を達成するための選択肢としても、医療費の適正化の観点から医薬品の共同購入・医療機器の共同利用を推進する観点からも、**地域医療連携推進法人制度の活用は望ましく、その普及を徹底すべき**である。
- なお、昨年12月の当審議会では、**診療報酬体系を医療機関等相互の面的・ネットワーク的な連携・協働をより重視する「横連携」型の体系へシフト**させていくことが提言されている。地域医療連携推進法人制度の普及に当たっては、そうしたシフトの一環として、患者単位でエピソードを評価し、患者の転帰に際し、地域医療連携推進法人に参加する複数の医療機関等に対し、一体として包括報酬を支払うことを含め、「競争よりも協調」の具現を後押しする手法を幅広く検討すべきである。

◆地域医療連携推進法人制度の概要

- ・医療機関相互間の機能分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢としての、新たな法人の認定制度
- ・複数の医療機関等が法人に参画することにより、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保
- ・一般社団法人のうち、地域における医療機関等相互間の機能分担や業務の連携を推進することを主たる目的とする法人として、医療法に定められた基準を満たすものを都道府県知事が認定



◆地域医療連携推進法人一覧(令和4年1月1日現在)

【北海道】南檜山メディカルネットワーク 上川北部医療連携推進機構	【滋賀県】滋賀高島 湖南メディカル・コンソーシアム
【青森県】上十三まるとネット 【山形県】日本海ヘルスケアネット	【大阪府】北河内メディカルネットワーク 弘道会ヘルスネットワーク
【福島県】医療戦略研究所 ふくしま浜通り・メディカル・アソシエーション	泉州北部メディカルネットワーク 【兵庫県】はりま姫路総合医療センター整備推進機構
【茨城県】桃の花メディカルネットワーク 【栃木県】日光ヘルスケアネット	川西・猪名川地域ヘルスケアネットワーク 【岡山県】岡山救急メディカルネットワーク
【神奈川県】さがみメディカルパートナーズ 横浜医療連携ネットワーク	【島根県】江津メディカルネットワーク 雲南市・奥出雲町地域医療ネットワーク
【岐阜県】県北西部地域医療ネット 【千葉県】房総メディカルアライアンス	【広島県】備北メディカルネットワーク 【高知県】清水令和会
【静岡県】ふじのくに社会健康医療連合 静岡県東部メディカルネットワーク	高知メディカルアライアンス 【佐賀県】佐賀東部メディカルアライアンス
【愛知県】尾三会	【鹿児島県】アンマ
計30法人	

「令和4年度予算の編成等に関する建議」令和3年12月3日 財政制度等審議会

医療機関単位・医療行為単位・入院日数単位の評価が中心の診療報酬体系のままで、医療行為の回数や病床の稼働率、在院日数に医療機関の経営上の関心が向きがちとなる。このように「インプット重視」・「量重視」が助長されれば、ひいてはそれぞれの医療機関が他の医療機関との連携を欠いたまま医療行為の積み上げ、病床の稼働率の向上、在院日数の長期化に邁進するといった事態に陥りかねない。こうした意味で、現在の診療報酬体系はいわば「縦突進」型とも言える。これを、「アウトカム重視」・「質重視」の患者本位かつ医療機関等相互の面的・ネットワーク的な連携・協働をより重視する「横連携」型の体系へシフトさせることは、**地域完結型の医療の実現のためのみではなく、新興感染症等の感染拡大時などの有事においても、医療機関等の役割分担や連携が適切に発揮される礎となり得る。**

- 入院医療のみならず外来医療においても機能分化が必要なことは論を俟たない。
- すなわち、**高齢化の進展により、複数の慢性疾患を有する高齢者が増加**する中、患者がその状態に合った医療を受けるためにも、予防や生活全般に対する視点も含め、継続的・診療科横断的に患者を診ることが重要になる。そのうえで、必要に応じて、適切な他の医療機関を紹介するなど、**かかりつけ医機能の強化が求められてきた**。
- **かかりつけ医機能について、平成25年（2013年）8月の日本医師会・四病院団体協議会合同提言で一定の機能が示され**、医療関係団体によるかかりつけ医機能を強化するための研修等も行われてきた。しかし一方で、その機能を法制上明確化し、当該機能を備えたかかりつけ医を**制度化するなどの動きは見られない**。代わりに、普及方策として、国民による上手な医療のかかり方に関する広報、好事例の横展開、全国の病院等を検索できる医療情報サイトの構築などが提唱されてきた。
- 個別の医療機関が果たしている医療機能に係る制度としては、外来機能報告制度が導入された。しかし、紹介患者への外来を基本とする「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関（以下、「紹介受診重点医療機関」）を明確化する仕組みにとどまっており、上記の日本医師会・四病院団体協議会合同提言で示されているようなかかりつけ医機能を有する医療機関であるか否かを明確化するものではない。
- こうした状況は、**薬剤師・薬局については、かかりつけ薬剤師・薬局の推進に向けて、法制上の対応が進んでいることと対照的である**。

◆外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等に関する報告書（概要から抜粋） 2020年12月11日 医療計画の見直し等に関する検討会

2. (1) かかりつけ医機能の強化

- かかりつけ医機能について、日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月）、地域の実践事例等を踏まえ、予防や生活全般の視点、介護や地域との連携、休日・夜間の連携を含め、地域における役割の整理が求められている。かかりつけ医機能を発揮している事例等を調査・研究し、**かかりつけ医機能に係る好事例の横展開を図る**。
- 医療関係団体による研修等の内容や研修等を受けた医師の実践事例等を国民に周知し、かかりつけ医機能に係る国民の理解を深める。
- 医療機能情報提供制度について統一的で分かりやすい検索システムを検討するとともに、医療機能情報提供制度を周知。

(3) 外来医療のかかり方に関する国民の理解の推進

- 上手な外来医療のかかり方のポイント、**かかりつけ医をもつことのメリット等を整理し、関係機関・団体が周知・啓発に活用できるツールを作成するとともに、展開方法を共有**。国においても、医療関係団体等の協力の下、**国民・患者に対して積極的に周知・啓発**。

◆かかりつけ医機能（日本医師会・四病院団体協議会 合同提言 2013年8月8日）

- ・かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- ・かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- ・かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- ・患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

◆地域連携薬局

入退院時の医療機関等との情報連携や、在宅医療等に地域の薬局と連携しながら一元的・継続的に対応できる薬局

※薬機法6条の2に基づき2021年8月施行

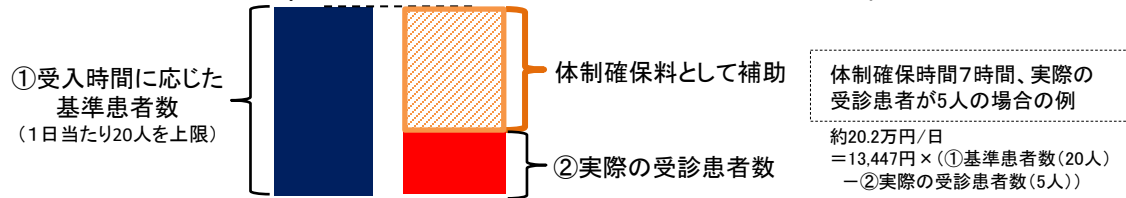
【主な要件】

- ・関係機関との情報共有（入院時の持参薬情報の医療機関への提供、退院時カンファレンスへの参加等）
- ・夜間・休日の対応を含めた地域の調剤応需体制の構築・参画
- ・地域包括ケアに関する研修を受けた薬剤師の配置
- ・在宅医療への対応（麻薬調剤の対応等）

- このように**かかりつけ医機能の強化の取組が実体面で実効性を上げていたとは言えない状況下で、新型コロナの感染拡大**を迎えた。個人防護具の確保等の課題もあったとはいえ、発熱や上気道炎などの症状を持ち新型コロナ感染の可能性のある患者に対して診察を断る医療機関も当初は少なくなかったことが指摘されている。
- 一昨秋以降の発熱患者への対応としては、インフルエンザ流行も見据え、発熱患者等の診療・検査を行う体制整備に取り組んだ。インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業（以下、「外来診療・検査体制確保事業」）で体制確保を支援しつつ、「診療・検査医療機関」（いわゆる発熱外来）を地域ごとに指定することとした。発熱等の症状が生じた患者は、まずはかかりつけ医等の地域での身近な医療機関に電話相談し、相談する医療機関に迷う場合には「受診・相談センター」に電話相談して、発熱外来の案内を受けて受診する仕組みが目指された。
- しかし、かかりつけ医等がないこと、「受診・相談センター」に連絡が繋がりにくいこと、加えて発熱外来を実施する医療機関名の公表を促すことにしていたにもかかわらず、実際には地域の医師会の合意等を得られない等で公表が進まなかったこと等から、**発熱患者等が円滑に診療を受けられない状況が生じた**。また、外来診療・検査体制確保事業の体制確保料については、実際にはインフルエンザ患者が激減する一方、発熱外来の周知も進んでいないという状況のもとで、実際に発熱患者を診察しなくても補助金の給付を受けられることとなった。
- この外来診療・検査体制確保事業は昨年３月までの仕組みであり、昨年９月下旬以降は、地方公共団体ホームページでの公表を要件として発熱外来について診療報酬の特例評価を算定する仕組みに切り替えられたものの、東京都の場合、本年２月25日になって全ての発熱外来が公表されることとなるなど、**患者・国民目線に立った公表の取組はなかなか進まなかった**。

◆インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業(2020年度)
都道府県の指定を受けた医療機関が、発熱患者等専用の診察室を設けて、発熱患者等を受け入れる体制をとった場合に、外来診療・検査体制確保に要する費用を補助する。

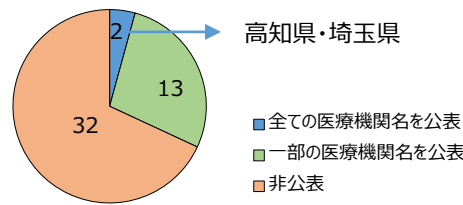
〔補助基準額〕13,447円×(受入時間に応じた基準患者数－実際の発熱患者等の受診患者数)



発熱外来の公表について、「地域の医師会等とも協議・合意の上」、「診療・検査医療機関（仮称）」を公表する場合は、自治体のホームページ等でその医療機関と対応可能時間等を公表する等、患者が円滑に医療機関に受診できるよう更なる方策を講じること。」とされており、公表は進まなかった

〔次のインフルエンザ流行に備えた体制整備について（令和2年9月4日厚生労働省事務連絡）〕

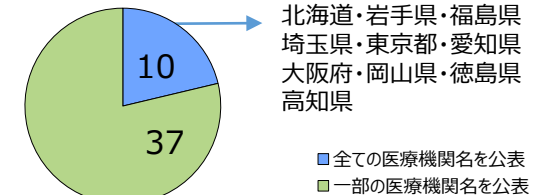
（参考）「診療・検査医療機関」の各都道府県の公表状況（2021年2月）



◆インフルエンザ流行期に備えた診療報酬の特例（2021年度）

疑い患者への外来診療の特例拡充
院内トリアージ実施料の特例300点→**550点**（2021年9月28日～）
診療・検査医療機関に限定、自治体HPでの公表が要件

（参考）「診療・検査医療機関」の各都道府県の公表状況（2022年4月）



◆オミクロン株対応時の発熱外来の公表状況

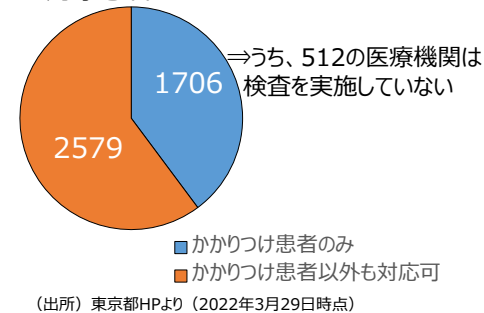
公表率 診療検査医療機関数のうち都道府県のHPで公表している医療機関の割合

	2022年1月26日時点	2022年4月22日時点
全国	67%	89%
東京	53%	100%

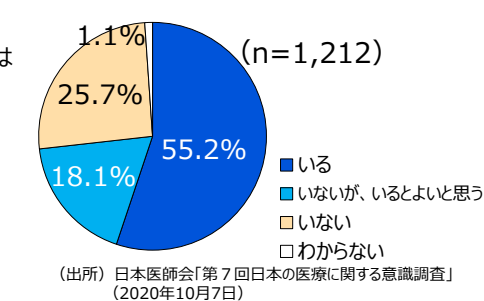
⇒東京は当初医療機関名は非公表。2021年9月から公表開始(当初の公表率は30%程度)。

- 全ての発熱外来を公表した東京都の例を見ると約 4 割の医療機関が「かかりつけ患者のみを対象」としている。アンケート調査では国民の半数弱がかかりつけ医がないとしている中で、医療機関側では患者の選別を行っていることになる。
 - 第 6 波における電話・オンライン診療や訪問診療の実績を見ても地域差が大きく、十分な診療が行われていたか検証の余地があり、**世界有数の外来受診回数の多さをもって我が国医療保険制度の金看板とされてきたフリーアクセスは、肝心な時に十分に機能しなかった可能性が高い。**
 - 新型コロナ禍の教訓を踏まえると、「いつでも、好きなところで」という意味で捉えられがちで、受診回数や医療行為の数で評価されがちであった「**量重視**」のフリーアクセスを、「**必要な時に必要な医療にアクセスできる**」という「**質重視**」のものに切り替えていく必要がある。
- このような転換が、国民の上手な医療のかかり方に関する広報、好事例の横展開などといった通り一遍の方策では到底果たしえないことは、もはや自明である。
- **制度的対応が不可欠**であり、具体的には、①地域の医師、医療機関等と協力している、②休日や夜間も患者に対応できる体制を構築している、③在宅医療を推進しているといった**かかりつけ医機能の要件を法制上明確化**したうえで、これらの機能を備えた医療機関を**かかりつけ医として認定**するなどの制度を設けること、こうしたかかりつけ医に対して**利用希望の者による事前登録・医療情報登録を促す仕組みを導入**していくことを、段階を踏んで検討していくべきである。
 - このような取組を伴ってはじめて、必要な機能を備えたかかりつけ医が、平時において、高齢化時代における地域包括ケア・在宅医療の担い手となる一方、こうしたかかりつけ医が「緩やかなゲートキーパー」機能を発揮することとなる。感染症有事には、かかりつけ医は、患者情報の事前管理により、PCR検査受検相談、発熱外来、オンライン診療、宿泊・自宅療養の健康観察を安全で迅速、効果的に包括的に提供し、保健所の負担を軽減することが期待される。
 - 加えて、このようなかかりつけ医の普及を図るためには、外来医師偏在指標といった既存の取組を超えて、**地域における外来医療の実態が「見える化」されている必要がある**。レセプトデータ等を基にかかりつけ医機能の発揮の実態を「見える化」するとともに、入院医療における地域医療構想のように地域における外来医療のあるべき姿を示し、現状との比較を通じてそこへの収斂を促す仕組みを整えていくことが、国民の医療ニーズに即した外来医療提供体制を整備していくうえで重要である。

◆東京都における「診療・検査医療機関」の対象患者



◆かかりつけ医の有無についてのアンケート ◆電話等診療、訪問診療の実績 (2022年 1月)

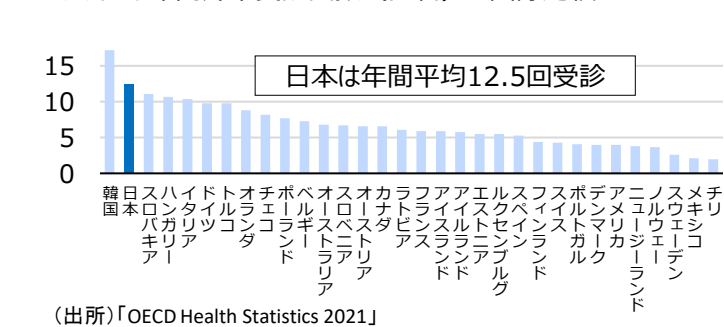


1日当たりの診療行為算定回数を、1日当たりの平均の自宅療養者、宿泊施設療養者、療養先調整中の方の総数で割ったもの。

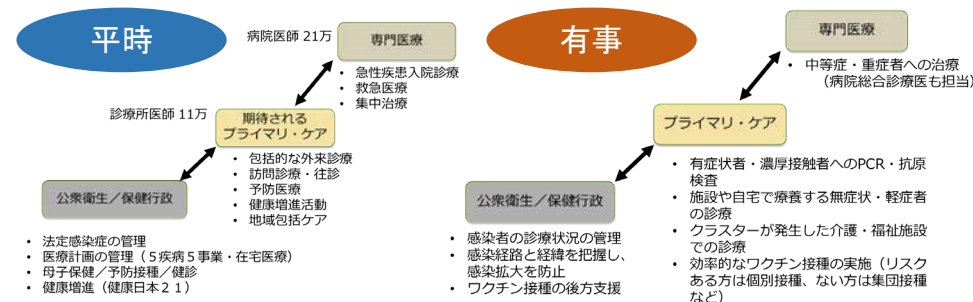
	電話・オンライン診療	訪問診療
山形県	42.1%	2.14%
徳島県	25.2%	2.03%
東京都	15.2%	1.86%
沖縄県	1.0%	0.06%
鳥取県	0.9%	0.06%
福井県	0.7%	0.03%

(出所) 厚生労働省公表資料より一部推計して作成

◆1人あたり年間外来受診回数（医科）の国際比較



◆プライマリケアの役割イメージ



(出所) コロナ危機下の医療提供体制と医療機関の経営問題についての研究会資料

社会保障制度改革国民会議報告書 2013年8月6日

患者のニーズに見合った医療を提供するためには、医療機関に対する資源配分に濃淡をつけざるを得ず、しかし、そこで構築される新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない。さらにこれまで、とすれば「いつでも、好きなところで」と極めて広く解釈されることもあったフリーアクセスを、今や疲弊おびただしい医療現場を守るためにも「**必要な時に必要な医療にアクセスできる**」という意味に理解していく必要がある。そして、この意味でのフリーアクセスを守るためには、**緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及は必須**（以下略）

- **診療報酬**は、医療機関等から見れば収入であるが、国民から見れば、**将来世代への先送り分を含む税負担（公費負担）、保険料負担、窓口負担から構成**されており、受診等にかかる総料金の水準を示すものにほかならない。このため、**診療報酬改定に当たっては、国民の負担に与える影響が十分に考慮されなければならない。**
 - **令和4年度診療報酬改定**においては、看護の処遇改善と不妊治療の保険適用を実現するとともに、通院負担の軽減につながるリフィル処方箋の導入等によりメリハリある改定を行い、診療報酬（本体）の改定率を0.43%とし、**国民負担を抑制**することとなった。
- （注）その際、診療報酬（本体）のプラス改定分の財源としては主として消費税増収分が活用される一方、それ以外については診療報酬（本体）部分も薬価部分とともに概算要求段階からマイナスとなっている。

診療報酬

+0.43%（国費+292億円）

- ① **看護職員の処遇改善**（消費税増収分を活用） **+0.20%**
新型コロナ医療対応等を行う医療機関の看護職の給与の3%上げを実現。（9月までは1%上げを補助金で対応）
- ② **リフィル処方箋の導入** **▲0.10%**
医療機関に行かずとも、一定期間内に処方箋を反復利用できる、分割調剤とは異なる実効的な方策を構築し、患者負担を軽減。
- ③ **不妊治療の保険適用**（消費税増収分を活用） **+0.20%**
保険適用により、適切な医療の評価を通じて、子供を持ちたいという方々への、不妊治療に対する安心と安全を確保。
- ④ **小児の感染防止対策加算措置(医科分)の期限到来** **▲0.10%**
歯科・調剤分については、引き続き感染防止等の対応に充当。
- ⑤ **その他本体改定率** **+0.23%**
各科改定率 医科 +0.26%
 歯科 +0.29%
 調剤 +0.08%

（消費税増収分の活用を除いた改定影響額 **▲100億円程度（国費）**
リフィル処方箋の導入 **▲100億円程度**
一般診療等の特例的評価等 **▲300億円程度**
その他本体改定 **+300億円程度 等**）

薬価等

- ① **薬価** **▲1.35%**（国費▲1,553億円）
※ うち、不妊治療の保険適用（消費税増収分を活用）+0.09%（国費+45億円）
- ② **材料価格** **▲0.02%**（国費▲17億円）

制度改革事項 （効率的な医療提供体制の整備等）

新型コロナ感染拡大により明らかになった課題等に対応するため、診療報酬等に関し、良質な医療を効率的に提供する観点から、以下の改革を着実に進める（大臣合意事項）。

- ① 看護配置7対1の入院基本料を含む入院医療の評価の適正化
- ② 在院日数を含めた標準化に資するDPC制度の算定方法の見直し等の更なる包括払いの推進
- ③ 医師の働き方改革に関する加算の実効性を向上させる見直し
- ④ 外来の機能分化につながるよう、かかりつけ医機能に係る措置の実態に即した適切な見直し
- ⑤ 費用対効果を踏まえた後発医薬品の調剤体制加算の見直し
- ⑥ 多店舗を有する薬局等の評価の適正化
- ⑦ 薬剤給付の適正化の観点からの湿布薬に対する処方の適正化

◆過去改定率の推移

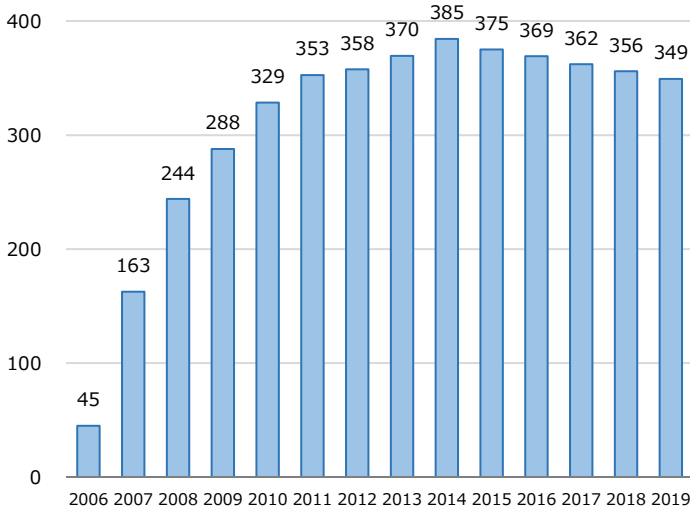
	2014（H26）	2016（H28）	2018（H30）	2020（R2）	2022（R4）
薬価等改定率	▲1.36%	▲1.33% 〔▲1.82%〕	▲1.45% 〔▲1.74%〕	▲1.00% 〔▲1.01%〕	▲1.46% 〔▲1.37%〕
診療報酬本体改定率	+0.1% 〔①▲0.15% ②+0.25%〕	+0.49%	+0.55%	+0.55% 〔①+0.47% ②+0.08%〕	+0.43% 〔①+0.03% ②+0.40%〕

※消費税引き上げに伴う改定分は除く。薬価のみの改定（2019年度、2021年度）は除く。
（注1）2016年度、2018年度及び2020年度の〔 〕書きには、市場拡大再算定及び新たに行われた制度改革の影響を含む。
2022年度は不妊治療の保険適用分を含む。
（注2）2014年度、2020年度、2022年度の①は②を除く改定分であり、②は消費税財源を活用した特例的な対応である。

- **効率的で質の高い医療提供体制の整備に向けては、既に述べた地域医療構想の推進などの制度面の取組が最重要である。**
- こうした手法と比べた場合、**診療報酬で医療提供体制を誘導することには、慎重さが求められる。**まず、一定の要件を満たせば算定を認める診療報酬の仕組みのもとでは、診療行為の算定回数を正確に見通すことも制御することも難しい側面がある。このように加減が効かない仕組みであることに加えて、診療報酬が現状では地域の実情に応じられない全国一律の体系であること、人員配置などのストラクチャー評価に重点を置いていることが、診療報酬改定による**人員体制を含めた地域の医療提供体制への影響を助長し、負の影響を及ぼすことがあり得る。**極力歪みをもたらさない制度設計が目指されなければならない。
- （注）診療報酬改定が医療提供体制に負の影響をもたらした実例として、平成18年度（2006年度）診療報酬改定において導入された看護配置7対1の入院基本料の設定による当該病床のいたずらな急増がある。その後累次にわたる算定要件の見直しにもかかわらず、当該病床の集約化は進まなかった。この結果、医療資源の散在が加速化し、実際には低密度で対応できる医療しか行わない、いわゆる「なんちゃって急性期病床」が急増した。
- このような認識のもと、**昨年12月の当審議会の建議では、令和4年度診療報酬改定に向けて、「医療提供体制改革なくして診療報酬改定なし」の考え方を示すとともに、診療報酬の体系的見直しの方向性や個別の改定項目について提言をいただいた。**
- その結果、令和3年12月22日**大臣合意（財務大臣・厚生労働大臣、以下「大臣合意」）**においては、**医療提供体制改革に資する個別の改定項目の見直しの方向性が盛り込まれ、令和4年度診療報酬改定に一定程度反映されることとなった。**
- 政府支出に占める割合が高い医療費についてワイズスペンディングを徹底することは国民的な要請であり、**医療政策の内容やその制度設計、診療報酬体系や個別の改定項目について財政当局や当審議会が具体的に提言していくことは当然の責務である。今後とも具体的な提言を強化し、その反映に努めるとともに、効果検証を含めたPDCAサイクルを回していかなければならない。**

◆看護配置7対1の入院基本料の届出状況

（千床）



※2018年度以前は7対1入院基本料、以降は急性期一般入院料1の届出病床数（出所）令和3年8月25日 中央社会保険医療協議会

大臣合意における制度改革事項	令和4年度診療報酬改定
① 看護配置7対1の入院基本料を含む入院医療の評価の適正化	○医療機能に応じた評価となるよう、「重症患者の評価項目」を見直し（厳格化） ※重症患者に限らず使用されている心電図モニター項目の削除 等
② 在院日数を含めた標準化に資するDPC制度の算定方法の見直し等の更なる包括払いの推進	○DPC制度について、入院初期を高い点数とする一方、それ以降の期間は低い点数とすることで、点数設定方法をメリハリ付け ○1 入院当たり包括払いの仕組みである短期滞在手術等基本料の対象拡大 短期滞在手術等基本料1 15項目⇒38項目 短期滞在手術等基本料3 19項目⇒57項目
③ 医師の働き方改革に関する加算の実効性を向上させる見直し	○医師の働き方の改善目標の設定や勤務実績の報告を含む医師労働時間短縮計画の作成を要件化
④ 外来の機能分化につながるよう、かかりつけ医機能に係る措置の実態に即した適切な見直し	○かかりつけ医機能に係る加算等について、加算を算定していることの对外公表や、地域の連携体制への参加等を要件に追加 ○かかりつけ医機能に係る加算において、算定要件とする他の診療報酬点数の届出について、算定実績がない場合の評価の厳格化

令和4年度診療報酬改定と効率的で質の高い医療提供体制の整備 (リフィル処方箋の導入) ①

資料Ⅱ－１－４１

- 昨年末の大臣合意では、**リフィル処方箋（反復利用できる処方箋）の導入・活用促進による医療費効率化効果を改定率換算で▲0.10%（医療費470億円程度）と見込んだうえで診療報酬改定を行うこととされた。**

（注）令和3年12月22日大臣合意「症状が安定している患者について、医師の処方により、医療機関に行かずとも、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できる、分割調剤とは異なる実効的な方策を導入することにより、再診の効率化につなげ、その効果について検証を行う」

- これに基づいて、令和4年度診療報酬改定において、リフィル処方箋が導入されることとなったが、**通院負担の軽減、利便性の向上といった患者のメリットが大きいのみならず、効率的で質の高い医療提供体制の整備にとっても画期的な前進である。**

◆リフィル処方箋の仕組み

対象患者	医師の処方により、薬剤師による服薬管理の下、一定期間内に処方箋の反復利用が可能である患者
対象薬剤	保険医療機関及び保険医療費担当規則において、投薬量に限度が定められている医薬品及び湿布薬を除く薬剤
処方箋使用回数上限	3回
投薬期間	医師が、患者の病状等を踏まえ、個別に医学的に適切と判断した期間
処方箋料	一定の医療機関における、30日以上長期処方の処方箋料の減額については、リフィル処方の1回当たりの期間が29日以内である場合には、総投薬期間が30日以上の場合でも適用しない。
その他留意事項	保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋により調剤するに当たって、患者の服薬状況等の確認を行い、リフィル処方箋により調剤することが不適切と判断した場合には、調剤を行わず、受診勧奨を行うとともに、処方医に速やかに情報提供を行う。 リフィル処方箋により調剤した場合は、調剤した内容、患者の服薬状況等について必要に応じ処方医へ情報提供を行う。 保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回の調剤を受ける予定を確認する。予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により調剤の状況を確認する。

◆リフィル処方箋の経緯

2010年3月 厚生労働省 「チーム医療の推進に関する検討会報告書」	繰り返し使用可能な処方せん（いわゆるリフィル処方せん）の導入…等、さらなる業務範囲・役割の拡大について、検討することが望まれる。
2014年6月 「経済財政運営と改革の基本方針2014」	薬剤師が処方変更の必要がないかを直接確認した上で一定期間内の処方箋を繰返し利用する制度（リフィル制度）等について医師法との関係に留意しつつ、検討する。
2017年6月 「経済財政運営と改革の基本方針2017」	薬剤の適正使用については、病状が安定している患者等に対し、残薬の解消などに資する、医師の指示に基づくリフィル処方の推進を検討する。
2021年5月 財政制度等審議会 「財政健全化に向けた建議」	長期処方について、依存性の強い向精神薬については抑制するなどのメリハリは付けつつ、患者の通院負担の軽減や利便性向上の観点から、病状が安定している患者等について、一定期間内の処方箋を繰返し利用することができる制度（リフィル制度）の導入を令和4年度（2022年度）から図るべきである。
2021年6月 「経済財政運営と改革の基本方針2021」	症状が安定している患者について、医師及び薬剤師の適切な連携により、医療機関に行かずとも、一定期間内に処方箋を反復利用できる方策を検討し、患者の通院負担を軽減する。
2021年12月 財政制度等審議会 「令和4年度予算の編成等に関する建議」	患者の通院負担の軽減や利便性の向上から、コロナ禍でそのニーズも増しているなか、その仕組みを大きく変えていくことが必要であり、時機を逸することなく導入すべきである。

◆処方箋様式の見直し

		リフィル可 ☐ (回)	
備考	保険医署名 「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。		
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） ☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 ☐ 保険医療機関へ情報提供		
	調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）		
	□1回目調剤日（ 年 月 日 ） □2回目調剤日（ 年 月 日 ） □3回目調剤日（ 年 月 日 ） 次回調剤予定日（ 年 月 日 ） 次回調剤予定日（ 年 月 日 ）		

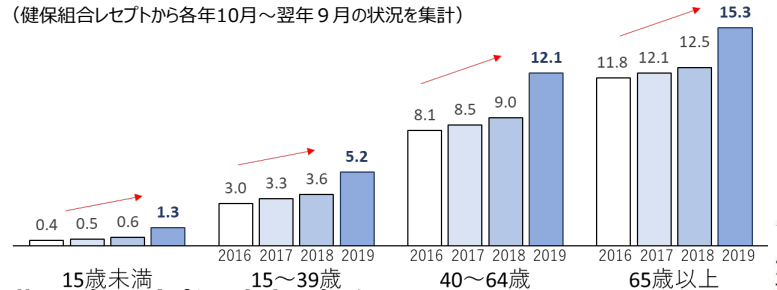
令和4年度診療報酬改定と効率的で質の高い医療提供体制の整備 (リフィル処方箋の導入) ②

資料Ⅱ - 1 - 42

- 我が国外来医療の実態として、世界有数の受診回数一方で、**長期にわたり処方内容に変更がない処方**（「長期Do処方」）が多く行われており、薬をもらうためだけに医療機関に出向き受診する、いわゆる「お薬受診」ないしそれに近い実態の受診の存在が指摘されている。
（注）Do処方の「Do」とは、繰り返しやコピーを意味する「ditto」に由来し、処方箋やカルテに記入する際に、「同じ」を意味する略語として使われる記号。
- 「長期Do処方」に代表される、診療密度が薄く頻繁な外来受診こそが、待合室の混雑、待ち時間の長さ、その割に短い診療時間といった国民が日頃体験する我が国外来医療の実態につながっており、頻回の受診による身体的・経済的負担と相俟って、**患者の通院負担を重いものとし、利便性も損なわせた**。
- これに対し、**リフィル処方箋の導入により**、患者は、医療機関に行かずとも、医師及び薬剤師の適切な連携のもと、一定期間内に処方箋を反復利用できるようになる。**患者の通院負担が軽減され、利便性が向上する効果は明らか**であり、もとより**国民の導入への期待は高い**ものがあつた。感染防止の観点から不要不急の通院を避けたい事情が患者側に生じている**新型コロナ禍において**、導入のニーズは高まっており、**時宜を得た導入**となった。
- リフィル処方箋の導入は、医師に時間的余裕が生まれることで**医師の業務負担軽減・働き方改革に資する**とともに、診療時間を相対的に長く確保できることで**医療の質の向上も期待**できる。このように患者がメリットを享受する一方で、処方箋料や再診料の効率化を通じて**国民負担（患者負担、保険料負担、公費負担）も軽減**されるのであれば、効率的で質の高い医療提供体制の整備の一環をなす取組として、**大いに歓迎すべきこと**である。
- リフィル処方箋については、**患者・国民目線からその積極的活用が図られるべき**である。令和4年度診療報酬改定において見込まれた再診の**効率化による医療費適正化効果を着実に達成すべき**ことは当然である。**患者の希望やニーズの充足を阻害する動きがないか**といった運用面を含めた**フォローアップ**^{（注）}を徹底するとともに、**制度の普及促進に向けて周知・広報を図るべき**である。あわせて、**積極的な取組を行う保険者を各種インセンティブ措置により評価していくべき**である。
（注）患者の症状によってではなく医療機関としてリフィル処方に対応しない方針を掲げている事例や処方箋のリフィル可欄に患者への特段の説明や患者の同意がなく打消し線が入っている事例等について、精査する必要がある。

◆長期Do処方患者の割合（延べ患者数ベース）

（健保組合レセプトから各年10月～翌年9月の状況を集計）

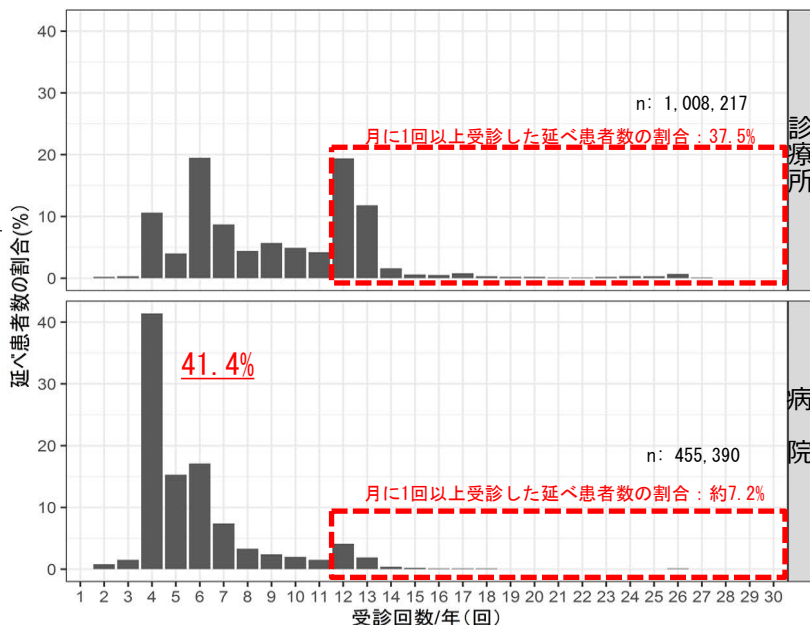


◆長期Do処方患者の疾患の傾向

（健保組合レセプトの2016年10月～2018年9月データから分析）

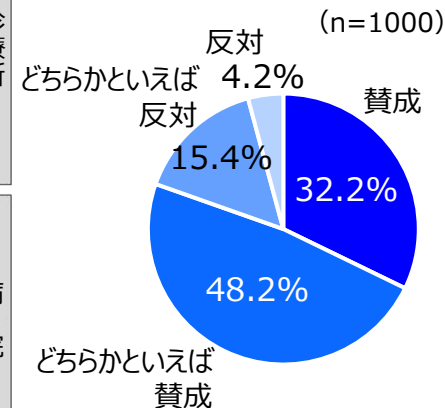
順位	0～14歳	15～39歳	40～64歳	65歳以上
1	アレルギー性鼻炎	アレルギー性鼻炎	高血圧症	高血圧症
2	気管支喘息	不眠症	高脂血症	糖尿病
3	アトピー性皮膚炎	アトピー性皮膚炎	糖尿病	高脂血症
4	皮脂欠乏症	てんかん	高コレステロール血症	高コレステロール血症
5	アレルギー性結膜炎	うつ病	アレルギー性鼻炎	慢性胃炎

◆長期Do処方患者の年間受診回数の分布



◆リフィル処方せんに関するアンケート

あなたは、リフィル処方せんを導入することに対してどのように思いますか。



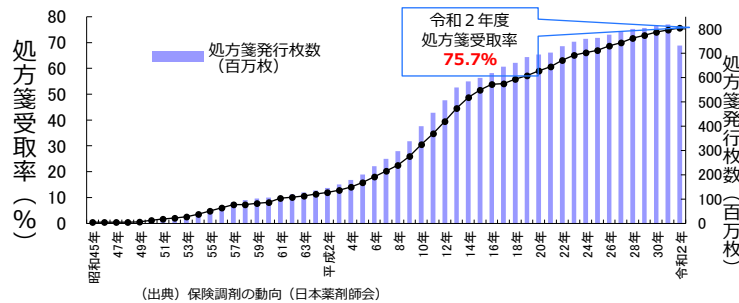
（出所）日本医療政策機構
「2017年日本の医療に関する世論調査」

「長期Do処方」…同じ処方内容が180日間以上継続するケース

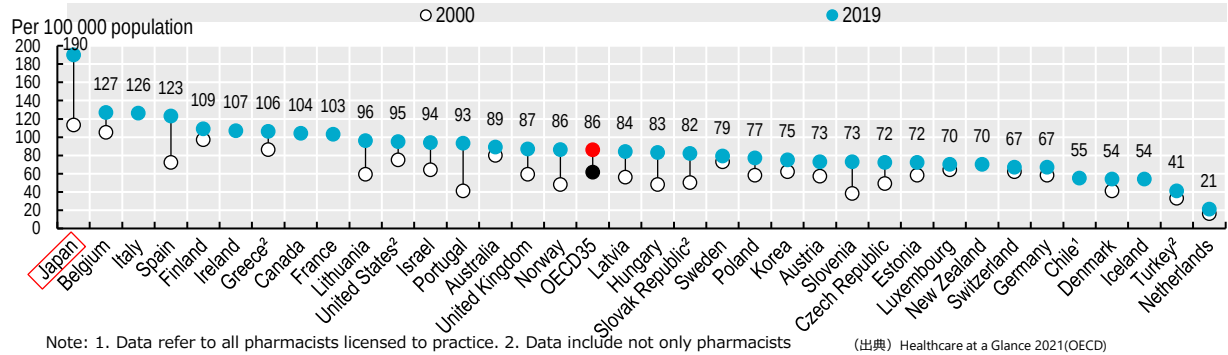
出典：健康保険組合連合会「政策立案に資するレセプト分析に関する調査分析Ⅳ、Ⅴ」

- これまで**医薬分業においては**、医師が患者に処方箋を交付し、薬剤師がその処方箋に基づき調剤を行い、医師と薬剤師がそれぞれの専門性を発揮して業務を分担・連携すること等によって、**医療の質の向上を図ることが目指されてきた**。
- 医薬分業の現状を見ると、処方箋受取率（外来患者に係る院外処方割合を示すいわゆる医薬分業率）が7割を超える中、薬局数は増加の一途を辿っており、6万施設を超えている。人口当たりの薬剤師数はOECD諸国の中で突出しており、調剤技術料は1.9兆円に達し、その伸びは新型コロナ発生以前で年率2.4%（2010～2019年）と高い。
- 他方、薬局において応需した処方箋のうち疑義照会が行われている割合が約2.8%、処方変更につながっている割合が約1.0%にとどまっている。医療機関の近隣に立地し、当該医療機関からの処方箋を応需するいわゆる門前薬局が多く、医療機関の敷地内に開設される同一敷地内薬局まで登場している。大手調剤チェーンが医療機関の門前等に進出してシェアを拡大する中、20店舗以上を経営する薬局の割合が増加し、全薬局数の約4割に上っている。受付回数が最大となる医療機関からの集中率が90%を超えている薬局が全薬局の約1/3を占めている。
- このように**特定の医療機関に依存し、立地や規模の優位性を競いつつ、調剤における薬剤の調製などの対物中心の業務を行っている薬局の有り様は**、分業が形式化していることを示しており、**医薬分業の趣旨を損ねてきた**。薬剤師や薬局が患者や住民と深く関わることなく、医師の処方内容へのチェックにおいても患者への薬学的管理・指導においても**専門性を十分に発揮することがなければ、患者や国民が医薬分業のメリットを実感しようもない**。調剤報酬による国民負担も含め、薬剤師・薬局に厳しい目が向けられることは、必然の流れと言える。

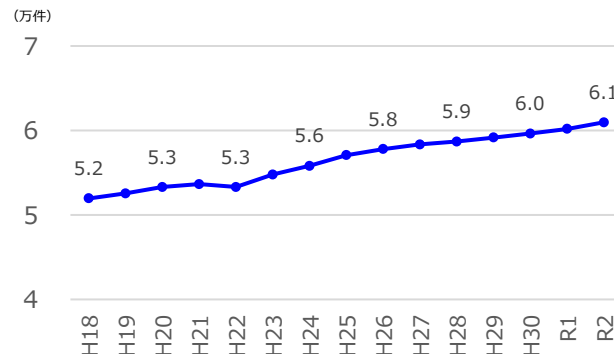
◆ 処方箋受取率の年次推移



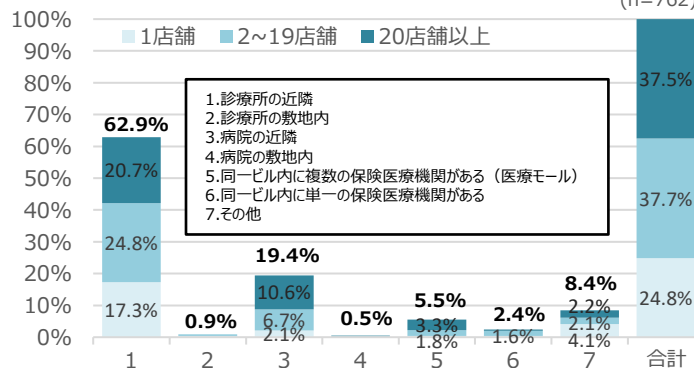
◆ 薬剤師数の国際比較 (2000年及び2019年)



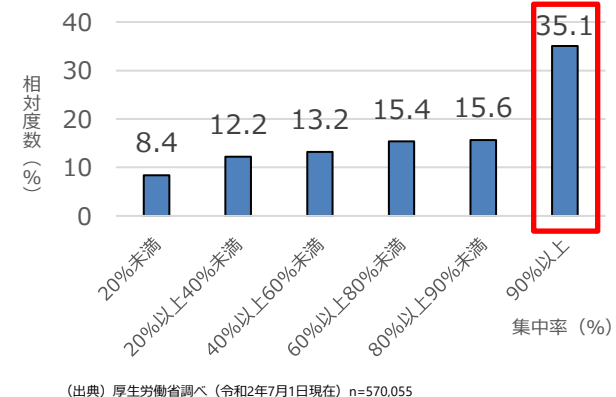
◆ 薬局数の推移



◆ 薬局の立地及び開局規模に関する現状



◆ 薬局の処方箋集中率の分布



- このような状況のもと、厚生労働省は、2015年に「患者のための薬局ビジョン」を策定し、かかりつけ薬剤師・薬局を推進し、薬剤師の業務を薬剤の調製などの対物業務から患者・住民との関わり度合いの高い対人業務を中心とした業務へシフトさせ、薬剤師がその専門性を発揮することを目指してきた。
- 令和4年度診療報酬改定によるリフィル処方箋の導入は、「患者のための薬局ビジョン」における「対物業務から対人業務へ」の考え方、更には併せて謳われていた「立地から機能へ」の考え方を強力に後押しするものであり、**患者本位の医薬分業が実現する転機となる**ことが期待される。
- すなわち、リフィル処方箋の導入により、症状が安定していて、必ずしも医師による診察が必要ない患者について薬剤師が服薬管理を行うことになり、医師から薬剤師へのタスクシフトや医師と薬剤師の連携・役割分担の深化が見込まれる。薬剤師が患者への薬学的管理・指導を強化することで、患者にとって不必要なDo処方を見直したり、多剤・重複投薬や残薬の解消につながったりする可能性がある。
- 加えて、リフィル処方箋を交付された患者は、医療機関を受診する必要なく薬局で薬を受け取れるようになるため、受診のついでに医療機関の近隣の薬局で薬をもらうことが減るといふ行動変容が生ずる。薬局は医療機関の近隣という立地で患者から選択される存在から脱却し、患者の服薬状況などを確認し、必要に応じて受診勧奨を行ったりするなど、薬学的管理・指導を的確に行える薬剤師の専門性や様々な患者・住民のニーズに対応できる機能を発揮することを通じて患者に選択してもらう存在として飛躍を遂げる可能性がある。

◆患者のための薬局ビジョン（抄） 2015年10月

① ～立地から機能へ～

- ・ いわゆる門前薬局など立地に依存し、便利さだけで患者に選択される存在から脱却し、薬剤師としての専門性や、24時間対応・在宅対応等の様々な患者・住民のニーズに対応できる機能を発揮することを通じて患者に選択してもらえるようにする。

② ～対物業務から対人業務へ～

- ・ 患者に選択してもらえる薬剤師・薬局となるため、専門性やコミュニケーション能力の向上を通じ、薬剤の調製などの対物中心の業務から、患者・住民との関わり度合いの高い対人業務へとシフトを図る。

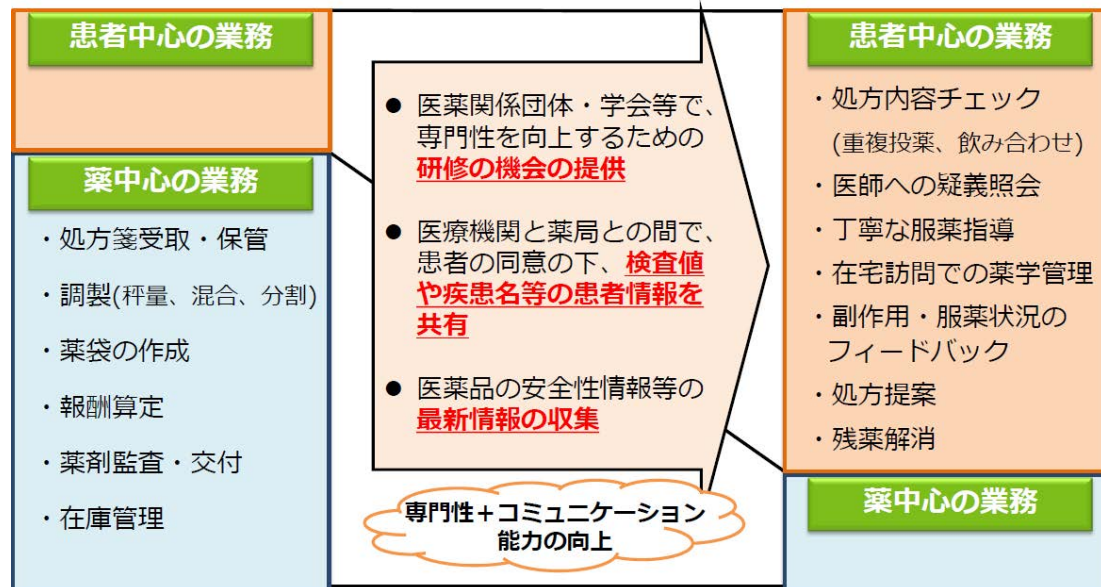
③ ～バラバラから一つへ～

- ・ 患者・住民がかかりつけ薬剤師・薬局を選択することにより、服薬情報が一つにまとまり、飲み合わせの確認や残薬管理など安心できる薬物療法を受けることができる。

◆患者のための薬局ビジョンの概要

かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて

～ 対物業務 から 対人業務 へ～

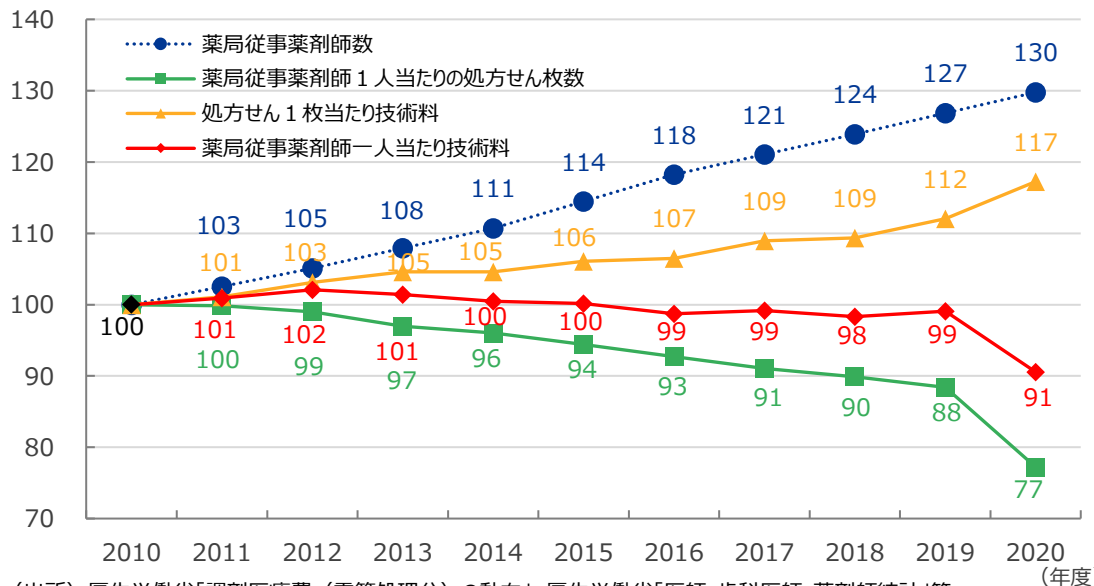


- 令和4年度診療報酬改定においては、リフィル処方箋の導入にとどまらず、調剤報酬について、昨年12月の当審議会の建議やこれを踏まえた大臣合意を一定程度反映する改定が行われた。具体的には、大規模グループ薬局やいわゆる同一敷地内薬局の調剤基本料等の見直しや、後発医薬品調剤体制加算の見直しなどである。
- とはいえ、調剤報酬については、薬剤師数の増加により薬剤師1人当たりの処方せん枚数は減少しているにもかかわらず、新型コロナの影響を受ける前は、**薬剤師1人当たりの技術料が概ね維持・確保されている**構図が続いてきた。**調剤技術料に占める調剤基本料、調剤料及び薬学管理料の割合も過去10年間でほとんど変化がなく、対物業務から対人業務への構造転換を図る姿勢が見えない。**
- **調剤報酬のあり方について体系的見直しが不可欠である。**

薬剤師数の増加については、将来的に薬剤師が過剰になると予想されており、**増加傾向にある薬学部・薬科大学の入学定員数の抑制も含め教育の質の向上に資する、適正な定員規模のあり方や仕組みなどを早急に検討し、対応策が実行されなければならない。**

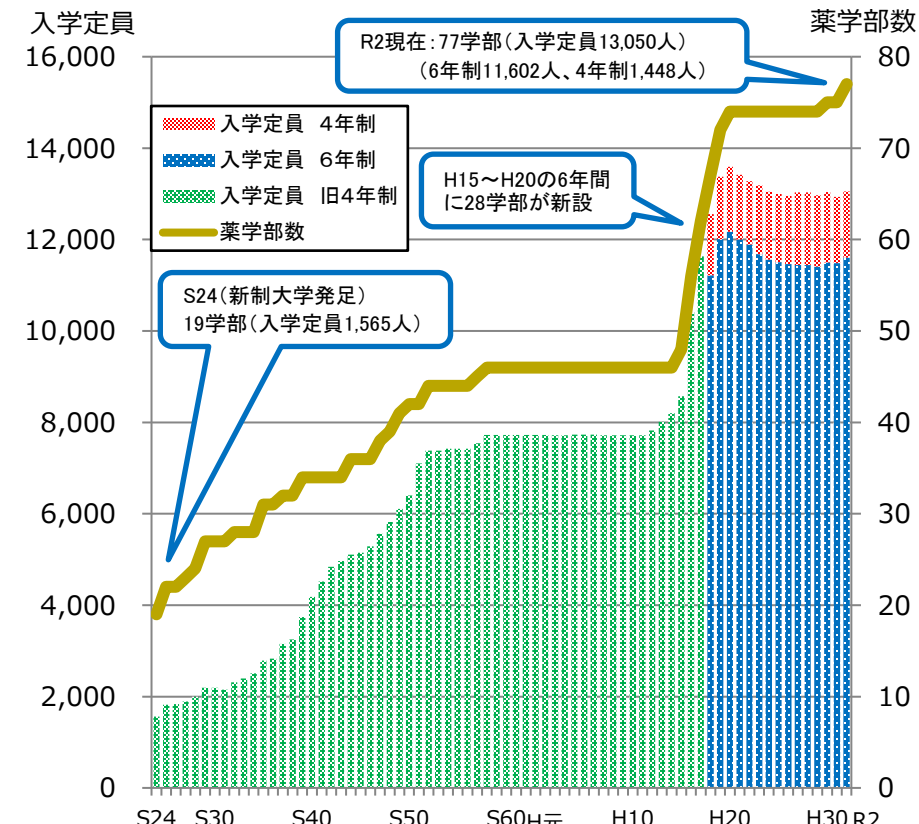
大臣合意における制度改革事項	令和4年度診療報酬
費用対効果を踏まえた後発医薬品の調剤体制加算の見直し	○後発医薬品調剤体制加算の後発医薬品使用割合の厳格化
多店舗を有する薬局等の評価の適正化	○多店舗を有する薬局の調剤基本料の引下げ 42点⇒32点 ○敷地内薬局の調剤基本料の引下げ 9点⇒7点

◆薬局薬剤師一人当たり技術料等の推移 (2010年=100)



(出所) 厚生労働省「調剤医療費(電算処理分)の動向」、厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」等
(注) 薬局従事薬剤師数の奇数年度は、直近年度からの推計値。

◆薬学部数及び入学定員の推移



(出所) 厚生労働省「第10回薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会」資料

令和4年度診療報酬改定と効率的で質の高い医療提供体制の整備 資料Ⅱ－1－46

(外来受診時の負担) ①

- **令和4年度診療報酬改定**では、「地域完結型」の医療への転換の嚆矢となる取組として、平成28年度（2016年度）診療報酬改定で導入された一定規模以上の医療機関の受診（大病院における紹介状なし患者の受診）に係る定額負担が拡大されることとなった。あわせて、**定額負担を求める患者（あえて紹介状なしで受診する患者等）の初診・再診について一定の点数を保険給付範囲から控除する取扱いが導入**された。

（注）この定額負担は、選定療養に要する費用として徴収されており、平成14年（2002年）の健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第1項との抵触の問題を生じない。上記の初診・再診の取扱いにおいては、選定療養費の給付の際の診療報酬から定額で控除して、同額を選定療養に要する費用として徴収することが行われているが、その場合も同様である。

- こうした**定額負担を一般的な外来への受診にも拡大し、外来医療の機能分化を促していくことが重要**である。具体的には、必要な機能を備えたかかりつけ医の普及・定着の観点から、認定を受けたかかりつけ医による診療について定額の報酬も活用して評価していく一方で、登録をしておらず医療機関側に必要な情報がないにもかかわらずあてこうしたかかりつけ医に受診する患者にはその全部又は一部について定額負担を求めることを、かかりつけ医の制度化にあわせて検討していくべきである。

（注）大病院をあえて紹介状なしで受診する患者の療養について、選定療養とされるアメニティの向上部分を見出せるのであれば、登録・情報のない患者による一定の機能を備えたかかりつけ医への受診について、より少額ではあっても、同様の性質のものを見出すことは可能と考えられる。

現行制度

【対象病院】
・特定機能病院
・地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）

※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

【定額負担の額】
・初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円
・再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円

見直し後

【対象病院】
・特定機能病院・地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
・**紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）**

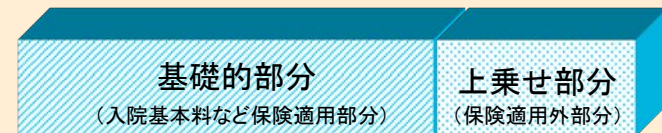
※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

【定額負担の額】
・初診：医科 **7,000円**、 歯科 **5,000円**
・再診：医科 **3,000円**、 歯科 **1,900円**

【保険給付範囲からの控除】
外来機能の明確化のため、定額負担を求める患者（**あえて紹介状なしで受診する患者等**）の初診・再診について、**以下の点数を保険給付範囲から控除**

・初診：医科 **200点**、 歯科 **200点**
・再診：医科 **50点**、 歯科 **40点**

(参考)選定療養



選定療養費として
医療保険で給付

選定療養に要する費用として
患者から料金徴収(自由料金)

○選定療養は被保険者の選定に係る特別の病室の提供その他の厚生労働大臣が定める療養(健康保険法63条2項5号)をいい、被保険者が選定療養を受けたときは、その療養に要した費用について選定療養費を支給することとなっている(86条1項)。

※例：差額ベッドや大病院の初再診 等

○選定療養費として支給する額は、原則として診療報酬点数表の例によることとされているが、個々の療養の種類ごとに、選定療養費の算定方法が規定されているものがある。

※例：入院期間が180日を超えた日以後の入院にかかる療養は対象入院料の基本点数に100分の15を控除した点数としている。

(例) 医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費

定額負担 5,000円	
医療保険から支給(選定療養費) 7,000円	患者負担 3,000円



定額負担 7,000円	
医療保険から支給(選定療養費) 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)

【施行日等】 **令和4年10月1日から施行・適用**。また、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置を設ける。

令和4年度診療報酬改定と効率的で質の高い医療提供体制の整備 (外来受診時の負担) ②

資料Ⅱ－１－47

- 令和4年度診療報酬改定では、オンライン診療に係る診療報酬の引上げがなされたが、なお、オンライン診療以外の初診料（288点）とは開きがある。尤も、オンライン診療については、「オンライン診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用」（以下、「システム利用料」）が「療養の給付と直接関係のないサービス等の費用」として患者から別途徴収できる取扱いとされている。
（注）「療養の給付と直接関係のないサービス等の費用」については、平成14年（2002年）の健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第1項との抵触の問題を生じない。
- このような整理が可能なのであれば、一般的な外来の受診についても、一定の事務負担など診療行為の対価性が乏しいものを「療養の給付と直接関係のないサービス等」と観念することは可能と考える。
（注）令和4年度診療報酬改定においては、オンライン資格確認システムを通じて、患者の薬剤情報等を取得・活用して診療を行った場合の加算を新設しているが、オンライン診療においてシステム利用料が「療養の給付と直接関係のないサービス等の費用」とされる一方、オンライン資格確認システムの利用については、診療行為の対価と位置付けられていることになる。
- これまで述べてきた**かかりつけ医の制度化に当たっては**、一定の機能を備えた**かかりつけ医以外への一般的な受診に際して**生ずる本人情報の取得・確認に係る事務負担を含め、一定の**事務負担の費用等について**「療養の給付と直接関係のないサービス等の費用」の位置付けに見直したうえで**徴収していくことも可能と考えられ、幅広く検討すべきである。**
- なお、**かかりつけ薬局・薬剤師以外の処方箋受付における負担の在り方についても同様に検討を深めるべきである。**

◆オンライン診療による初診料の創設（令和4年度診療報酬改定）

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、情報通信機器を用いた場合の初診について、新たな評価を行う。

（新）初診料（情報通信機器を用いた場合） 251点

※情報通信機器を用いた診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

（参考）オンライン診療の適切な実施に関する指針

○初診については「**かかりつけの医師**」が行うことが原則である。ただし、医学的情報が十分に把握でき、患者の症状と合わせて医師が可能と判断した場合にも、オンライン診療を実施できる。上記以外の場合であって、初診からのオンライン診療を行おうとするときは、診療前相談を行う。

○医師は、オンライン診療を行う前に、患者の心身の状態について、直接の対面診療により十分な医学的評価（診断等）を行い、その評価に基づいて、…「診療計画」を定め、2年間は保存すること。

◆オンライン資格確認に関する診療報酬上の評価

オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することに係る評価を新設する。

（新）初診料 電子的保健医療情報活用加算 7点

※初診の場合であって、電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合等にあつては、令和6年3月31日までの間に限り、3点を所定点数に加算する。

◆療養の給付と直接関係ないサービス等の費用

○厚生労働省は通知(平成20年9月30日保医発第0930007号)により、

- ・おむつ代などの日常生活上のサービスに係る費用や
- ・公的保険給付とは関係のない文書の発行に係る費用 等

を「療養の給付と直接関係ないサービス等の費用」として示しており、こうした費用については、選定療養の例に依らずに、患者から費用の徴収が可能となっている。

◆オンライン診療で別途徴収している費用

A003オンライン診療料

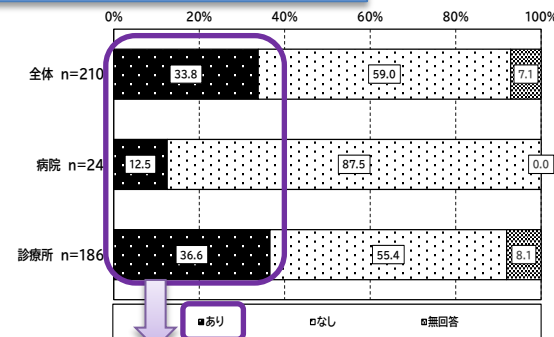
(13) 当該診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

※診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)

(令和2年3月5日保医発0305第1号)

システムの利用に係る患者からの費用徴収の有無

(システムを用いていると回答した施設のみ集計 n=210)



患者一人あたりの費用徴収額

	n 数	平均値 (円)	標準偏差	中央値
全体	65	787.5	814.8	550
病院	2	589.0	581.2	589
診療所	63	793.8	823.8	550

【出典】令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和3年度調査)「かかりつけ機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査(その2)」

- 令和4年度薬価改定においても、これまでの当審議会の建議やこれを踏まえた大臣合意を一定程度反映した改定が行われた。
- 具体的には、新薬創出・適用外薬解消等促進加算の見直し、長期収載品の薬価の適正化（Z2等の見直し）、原価計算方式における製造原価の開示度向上などである。

財政審建議指摘事項、大臣合意

薬価算定組織については 委員名簿すら公表されておらず、審議経過の公開が不十分となっている。薬価算定プロセスの透明性を向上させ、薬価算定の根拠の明確化を図るべきである。（令和2年11月建議）

新薬創出・適用外薬解消等促進加算は、…真に革新的新薬の創出を促進するにふさわしい、品目要件・企業要件を定める必要がある。企業要件については、大半の企業が9割以上の加算を受けられるという現状の仕組みの見直しが必要である。（令和3年12月建議）

長期収載品についても、長期収載品依存の構造から早期に転換する観点から、毎年薬価改定の開始を踏まえ、薬価の段階引下げを加速化するなど、薬価の引下げルールの更なる見直しを行うべきである。（令和2年11月建議）

開示度に応じた医薬品の算定薬価の厳格化といった行政改革推進会議による指摘を実現すること…を行うべきである。（令和3年12月建議）

薬剤給付の適正化の観点からの湿布薬に対する処方適正化（令和3年12月大臣合意）

令和4年度薬価制度改革等

令和2年12月の中医協総会において、薬価算定組織の委員名簿と議事録を厚生労働省のホームページで公開することとされた。委員名簿については、令和3年1月に公表され、議事録については、企業秘密に係る取扱い等の検討調整を行い、令和3年5月以降収載分の新薬等について掲載した。

新薬創出・適用外薬解消等促進加算の企業区分については、区分間の企業数バランスを考慮して、企業区分Ⅲの対象範囲を「最低点数」（令和3年度0pt）から「2pt以下」とする。

長期収載品の薬価の更なる適正化を図る観点から、特例引下げ（Z2）及び補完的引下げ（C）については、後発品への置換え率別の引下げ率を見直すこととする。

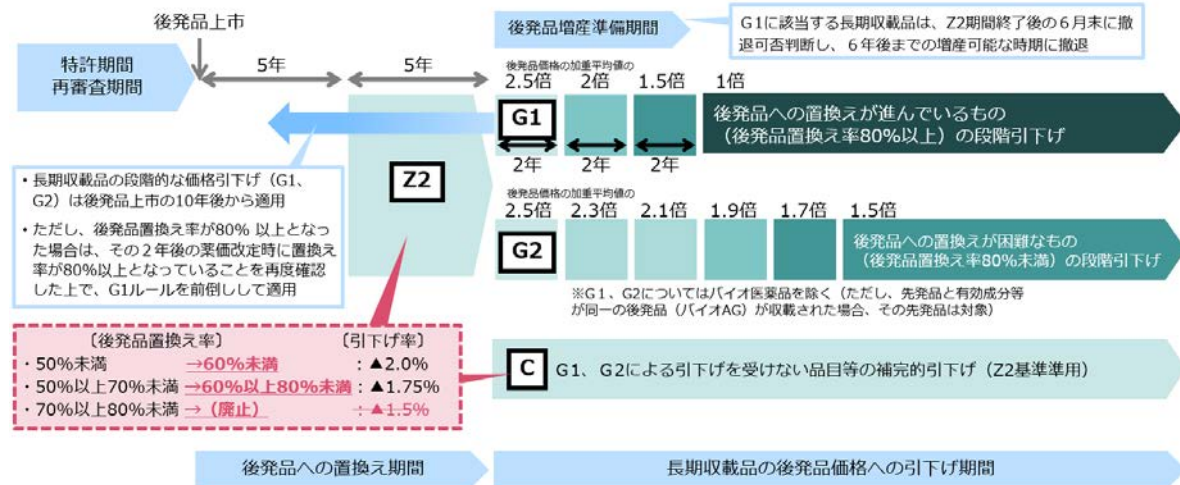
現在の加算係数の設定において必ずしも開示が進んでいないことから、開示度50%未満の場合の加算係数を現在の0.2から0に引き下げる。

湿布薬の処方枚数の上限を引下げ（70枚→63枚）

◆新薬創出・適用外薬解消等促進加算の企業要件の見直し

区分	I	II	III
範囲	上位25%	I、Ⅲ以外	最低点数 ⇒ 2pt以下
加算係数	1.0	0.9	0.8
令和3年度 企業数	21社 (24%)	60社 (67%)	8社 (9%)
令和4年度 企業数	22社 (24%)	47社 (52%)	21社 (23%)

◆長期収載品の薬価の適正化の全体像



◆開示度に応じた薬価算定の見直し

開示度	80%以上	50～80%	50%未満
加算係数	1.0	0.6	0.2 ⇒ 0

※開示度 = (開示が可能な薬価部分) ÷ (製品総原価)

※加算額 = (価格全体) × (加算率) × (加算係数)

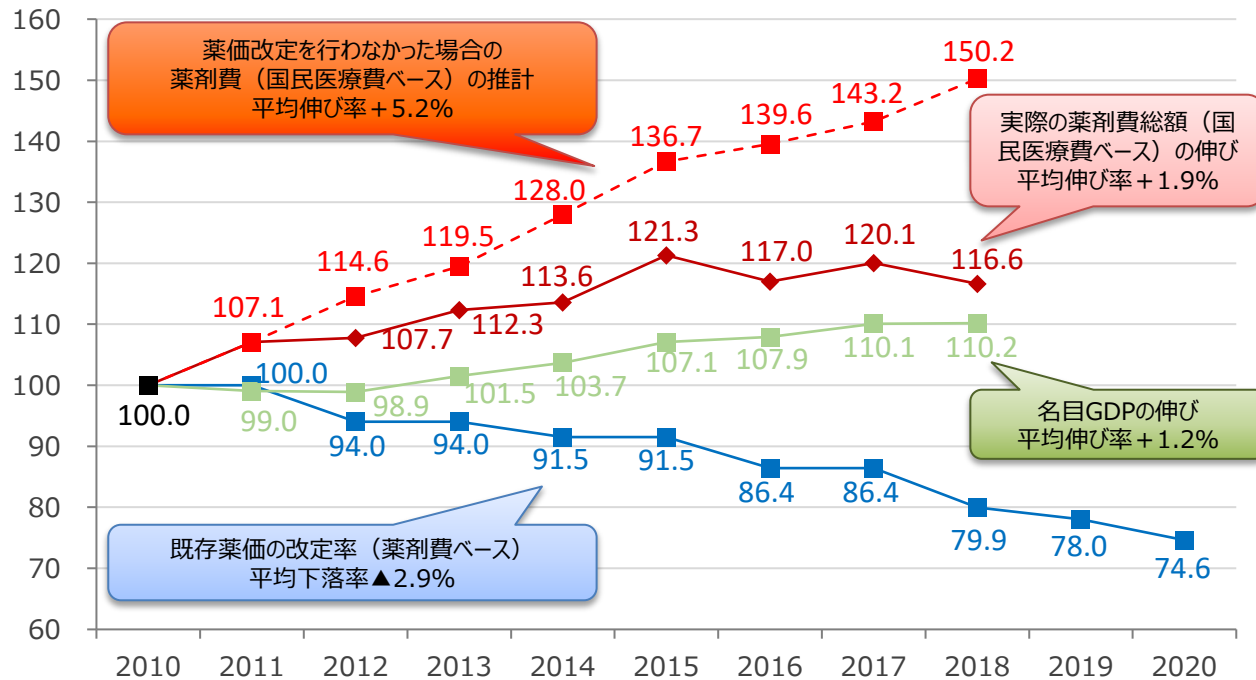
薬剤費の適正化①（薬価改定と薬剤費総額）

- 薬価等改定率は、令和４年度▲1.37%となるなど、連年「マイナス」となっているが、既存医薬品の薬価は下がったとしても、薬剤使用量の増加や新規医薬品の保険収載により、薬剤費総額は年平均伸び率２％弱と増加しており、医薬品市場は経済成長率を上回るの伸張を確保できてきた。他方で、**薬価改定が行われなかった場合の薬剤費総額の年平均の伸び率は５％程度**と推計されている。この**薬価改定による年平均伸び率２％弱への調整を「マイナス改定」と呼ぶことで、薬剤費総額や医薬品市場の規模への影響が誇張されることは適当でない**。あくまで**薬価改定を経た後の薬剤費総額の伸びが適正な水準か否か、冷静な議論が求められる**。

まして、**新型コロナ禍では**、先に述べたとおり、ワクチンを含む医薬品市場に対し、「ワクチン開発・生産体制強化戦略」に沿ったものを始め、**多額の予算が計上されていることに留意すべきである**。

- 既存医薬品の薬価下落に伴う**薬価改定にかかわらず、薬剤費が増加する背景として新規医薬品の保険収載**がある。すなわち、新規医薬品については、年４回、薬事承認が行われたものは**事実上全て収載**されており、年度途中の保険収載により生ずる**財政影響は勘案されていない**。この結果、**事前の予算統制の埒外となり、財政の予見可能性が失われている**。

2010年（H22年）比（％）



◆欧州における薬剤予算制度の例

国の総予算制[Global Budget]	
GDP又はGDP成長率で設定	ギリシャ、ポルトガル、スペイン
総医療費を基準として設定	イタリア
一定の伸び率で設定	イギリス
マクロ経済基準に基づき設定	フランス
地方政府の予算制[Regional Budget]	
過去実績や人口に基づく地域ごとの割当	イタリア、スペイン
処方予算制[Prescribing Budget]	
医師に対して処方すべき予算額を割当	ドイツ

⇒例えば基準超過分を産業に支払わせるなど、多くの国においては、払戻制（Payback System）を設けている

※ 1 2021年8月4日 中央社会保険医療協議会薬価専門部会資料、内閣府「国民経済計算年次推計」を基に作成。

※ 2 2010年を100とした指数で、当該年度の変動率及び改定率を前年度の指数に乘じたもの。

※ 3 薬価改定を行わなかった場合の薬剤費の推計は、薬剤費ベースの薬価改定率を基に算出した改定影響額なりせばの薬剤費の推計。

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

- このような状況のもと、財政影響を勘案して新規医薬品の保険収載の可否を判断することが必要であり、新規医薬品を保険収載する場合には、既存医薬品の薬価や保険給付範囲の見直しを行うことが少なくとも求められる。
- この点、**令和４年度診療報酬改定においては**、医師が医学的必要性を認めた場合を除き、外来患者に対して、保険給付の範囲内で処方できる**湿布薬の上限枚数を、１処方につき70枚までから63枚までに変更**している。このような見直しだけでも**医療費適正化効果は70億円程度**と見込まれており、**近年の単価で見ると高額な再生医療等製品１剤分のピーク時市場規模に匹敵**する。
- 既存医薬品の保険給付範囲を見直すことでイノベーションに資する医薬品等の登場を促す財政余地が生ずることを示唆しており、医薬品市場の中での分配を**イノベーションの推進に振り向けていく薬剤費のワイズスペンディングの観点から、既存医薬品の保険給付範囲の見直しを加速化・徹底すべき**である。
- 既存医薬品の保険給付範囲を見直す際の手法として、①OTC類似医薬品等の保険給付範囲からの除外、②医薬品を保険収載したまま、患者負担を含めた薬剤費等に応じた保険給付範囲の縮小がある。前者については、現在、保険診療と保険外診療を併用して治療を行う場合には、原則として保険診療部分も含めて全額が患者負担とされているため、保険が適用されなくなる医薬品に係る薬剤料のみならず、初診料などの技術料も含めて全額が患者負担となりかねない。このことから、仮に前者の手法をとる場合には、保険外併用療養費制度に新たな類型を設けるなどの対応が必要となる。後者については、**薬剤の種類に応じた患者負担の設定、薬剤費の一定額までの全額患者負担**などのやり方がある。諸外国の取組も参考にしつつ、これらの手法の**早期導入に向け幅広く検討すべき**である。

◆ 医薬品を保険給付対象から除外

	効果額
栄養補給目的のビタミン製剤（2012）	160億円
治療目的以外のうがい薬単体（2014）	260億円
70枚超の湿布薬（2016）	110億円
63枚超の湿布薬（2022）	70億円

※各年度予算ベースの医療費における効果額。

◆ 単価が高額な医薬品の例

	薬価 (収載時)	ピーク時市場規模 (収載時予測)
ゾルゲンスマ点滴静注	約1億6,700万円	42億円
キムリア点滴静注	約3,300万円	72億円
イエスカクタ点滴静注	約3,300万円	79億円
ステミラック注	約1,500万円	37億円

◆ 医薬品を保険収載したまま保険給付範囲を縮小

① 薬剤の種類に応じた患者負担割合の設定（フランスの例）

抗がん剤等の代替性のない 高額医薬品		0%
国民連帯の観点から 負担を行うべき 医療上の利益を評価して分類 (医薬品の有効性等)	重要	35%
	中程度	70%
	軽度	85%
	不十分	100%

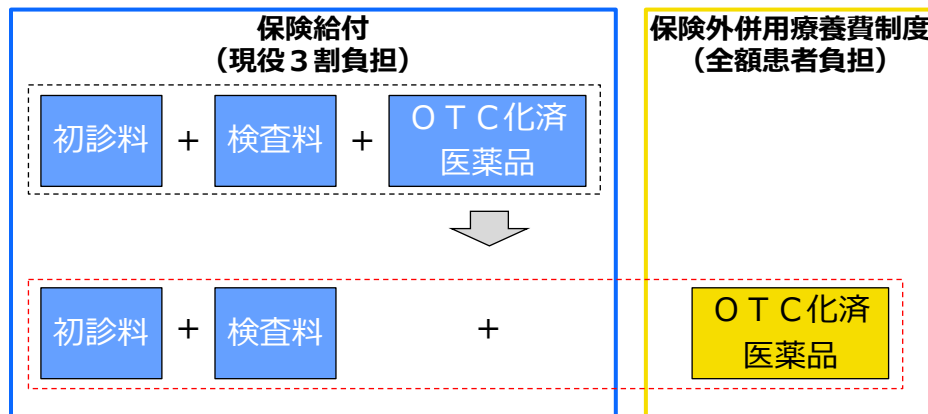
② 薬剤費の一定額までの全額患者負担（スウェーデンの例）

年間の薬剤費	患者負担額
1,150クローネまで	全額患者負担
1,150クローネから 5,645クローネまで	1,150クローネ + 超えた額の一定割合
5,645クローネ超	2,300クローネ

(注) 1クローネ＝12円（令和4年4月中において適用される裁定外国為替相場）

(参考) 保険外併用療養費制度の活用

⇒ 薬局でも買える医薬品を医療機関で処方する場合に、技術料は保険適用のままで医薬品だけ全額自己負担とする枠組みを導入



- 近年医薬品市場においては、単価で見ても高額であるのみならず、**市場規模で見ても大きな医薬品も上市**されてきている。
- これまでは市場拡大再算定、費用対効果評価や最適使用推進ガイドラインで対応してきたが、今後対応困難な薬剤が上市されることも考えられる。
- こうした場合に備えて、**市場拡大再算定を始めとする現行の薬価改定ルールの徹底や強化は避けられない。**
(注) 令和４年度薬価改定においては、今後、年間1,500億円の市場規模を超えると見込まれる品目が承認された場合には、通常の薬価算定の手続に先立ち、直ちに中医協総会に報告し、当該品目の承認内容や試験成績などに留意しつつ、薬価算定方法の議論を行うこととしている。
- 現在、革新的な作用機序を有する医薬品に対し、患者や医療機関等の要件を設定する最適使用推進ガイドラインを導入している。今後、医療費適正化の観点から、より幅広い医薬品について、休薬を含めた投与量の調整方法等についてもガイドラインが策定されるべきである。このためには、国が研究・調査を推進することも必要である。

市場拡大再算定		基準額	予想販売額比	薬価引下げ率	
				原価計算方式	類似薬効比較方式
薬価改定時の再算定	年間販売額が予想販売額の一定倍数を超えた場合等には、薬価改定時に価格を更に引き下げる	100億円超	10倍以上	10～25%	－
		150億円超	2倍以上	10～25%	10～15%
薬価改定時以外の再算定（四半期再算定）	効能追加等がなされた品目については、市場規模350億円超のものに限り、新薬収載の機会（年４回）を活用し、上記の算式に従い薬価改定を行う	350億円超	2倍以上	10～25%	10～15%
市場拡大再算定の特例（改定時・四半期）	年間販売額が極めて大きい品目の取扱いに係る特例	1000～1500億円	1.5倍以上	10～25%	
		1500億円超	1.3倍以上	10～50%	

◆市場拡大再算定の特例の対象品目（2018年4月以降）

ネキシウム（抗潰瘍薬）
マヴィレット（C型肝炎薬）
キイトルーダ（がん免疫療法薬）
リクシアナ（抗凝固薬）

◆四半期の市場拡大再算定の対象品目（2018年4月以降）

タグリッソ（抗がん剤）
ビンダケル（TTR型アミドローシス薬）
テセントリク（がん免疫療法薬）
オフエブ（肺線維症薬）

◆肺がん治療において、薬剤を減量して少ない副作用で同等の効果が得られた例

JAMA Oncology | Original Investigation

Low-Dose Erlotinib Treatment in Elderly or Frail Patients With EGFR Mutation-Positive Non-Small Cell Lung Cancer
A Multicenter Phase 2 Trial

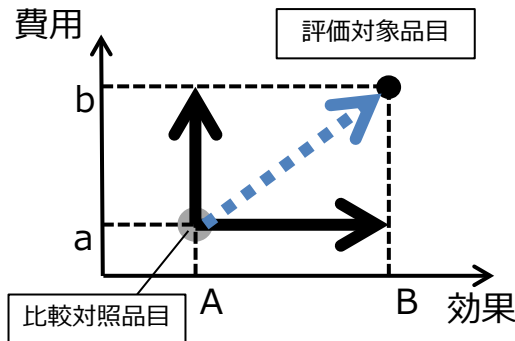
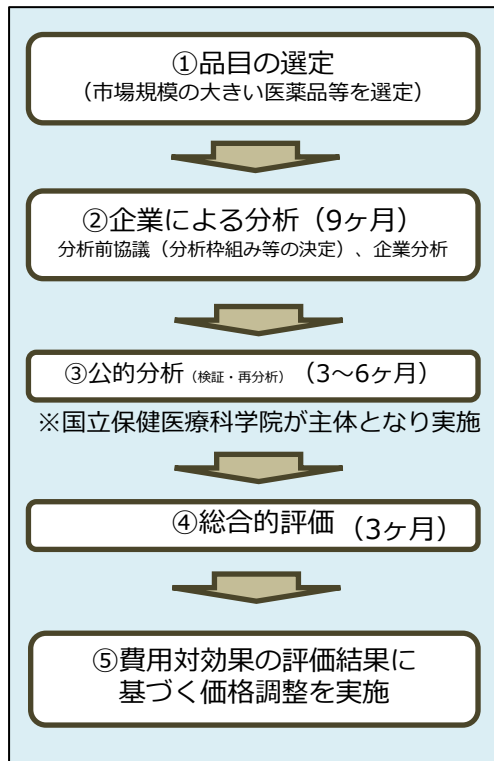
EGFR遺伝子変異による肺がん治療について、高齢者に対して薬剤用量を減らし、少ない副作用で同等の効果が得られたとする研究。
The Journal of American Medical Association(JAMA) Oncology 掲載。
仮にこの論文を踏まえて治療を行った場合
・標準量150mg（1日11,000円）→50mg（1日4,000円）
・高い病状制御（90%）、少ない有害事象（薬剤性肺炎が5%→0%）

- 費用対効果評価制度については、2019年4月から運用を開始し、2021年3月に初めて2品目についての費用対効果評価が示された。今回の経験を踏まえ、**より迅速・効率的に評価を行う手法について検討**する必要がある。
- また、評価の対象とする品目について、市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品等とすることにされているが、**長期収載品も含めて広く分析の対象とする基準を設ける**べきである。
（注）2019年3月以前に保険適用された品目については年間販売額1,000億円以上などが要件とされており、現在対象品目とされているものがない。
- 評価結果については、保険償還の可否の判断に用いるのではなく、一旦保険収載したうえで価格調整に用いることとされている。しかし、評価結果を適切に反映する観点から、**価格調整を行う対象範囲**について営業利益や加算部分に限定せずに**広げること**、費用対効果が低く他の医薬品で代替可能な場合には保険収載の対象から外すなど**保険償還の可否の判断にも用いること**、費用対効果に基づいて**医薬品使用の優先順位を定める仕組みを設けること**を検討すべきである。

◆費用対効果の評価が示された最初の薬剤

品目名	総会での指定日	調整前価格	調整後価格	適用日
テルリジー100エリブタ	2019/5/15	4,183.50円（14吸入1キット） 8,853.80円（30吸入1キット）	4,160.80円（14吸入1キット） 8,805.10円（30吸入1キット）	2021/7/1
キムリア	2019/5/15	34,113,655円	32,647,761円	2021/7/1

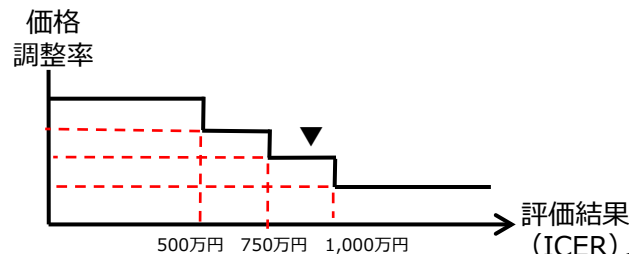
◆費用対効果評価の手順



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

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

健康な状態での1年間の生存を延長するために必要な費用を算出。



評価結果に応じて対象品目の価格を調整

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

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

製品総原価	営業利益 ※1	加算部分 ※2
流通経費		
消費税		

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

価格調整対象

（注）カッコ内の期間は、標準的な期間

- 新規医薬品の薬価算定については、真にイノベーションの推進に資するものとなっているか不断の検証が必要である。薬価算定組織の議事録の公開や原価計算方式における製造原価の開示度向上などの取組が進んでいるが、更なる見直しを進めていかねばならない。
- 具体的には、**新規性に乏しい新薬について類似薬効比較方式を採用する時の薬価算定の厳格化、原価計算方式の更なる適正化、補正加算の在り方の見直しを行うべきである。**
- 新規性に乏しい新薬である**類似薬効比較方式（Ⅱ）**については、後発品上市後に改めて高値の新薬が収載されることは適切ではなく、「類似薬の薬価」と比較して薬価を定める際に、**類似薬に後発品が上市されている場合はその価格を勘案して定めることとすべきである。**
- **原価計算方式における営業利益**については、製造業平均の営業利益が３％台（法人企業統計）にとどまる中、上場製薬企業の平成30年～令和２年（2018年～2020年）の平均営業利益率である16.1%と**高い水準を上乘せる仕組みとなっている**。当該営業利益には過去の補正加算により引き上げられた利益も含まれていることを踏まえると、**重畳的な加算になっているとも言え、薬価に反映する営業利益の水準について適正化すべきである。補正加算について、そもそも新規性が認められる医薬品である以上は満たしているべきと考えられる要件について、要件を充足すれば加算が認められる仕組みになっている。このことを踏まえ、有用性加算（Ⅱ）における「製剤における工夫」などによる加算を除外するなど要件の重点化を行うべきである。**同時に、類似薬がない場合の**原価計算方式において、新規性が認められる要件を充足しない場合は減算する**などの仕組みを導入すべきである。

◆類似薬効比較方式Ⅱの説明（薬価算定の基準について令和４年２月９日中医協）

第１章 定義 21 類似薬効比較方式（Ⅱ）

類似薬効比較方式（Ⅱ）とは、**新規性に乏しい新薬**の主たる効能及び効果に係る薬理作用類似薬を比較薬とし、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に規定する額を新薬の薬価とする算定方式をいう。
※薬理作用類似薬からは後発医薬品は除かれる。

◆類似薬効比較方式Ⅱの適用例

（プロトンポンプ阻害薬の主な医薬品）

1992年収載 A錠 90.8円

1997年収載 B錠 72.7円

↓ 後発品が収載

2009年収載 C錠 40.2円等
（A錠の後発品）

2010年収載 D錠 39.8円
E錠 26.8円等
（B錠の後発品）

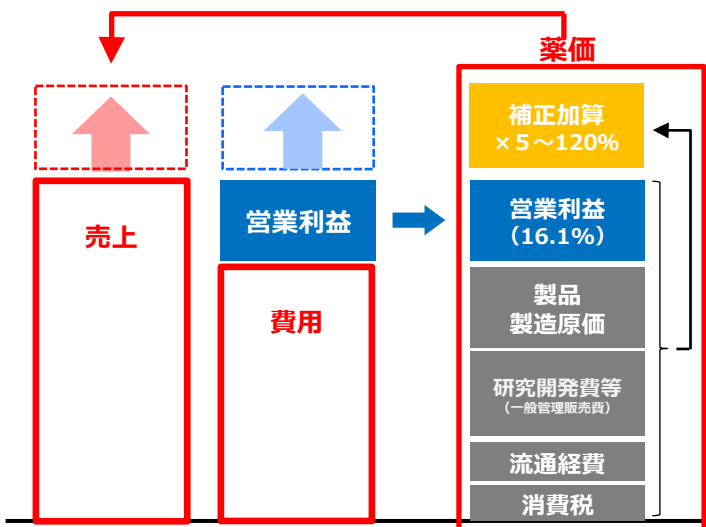
↓ 後発品のない先発品として
類似薬効比較方式Ⅱで収載

2011年収載 F錠 108.9円
（B錠を類似薬とする新薬）

2015年収載 G錠 187.5円

◆原価計算方式における営業利益と補正加算の関係

薬価算定時には、過去の平均的な営業利益による上乘に加え、5～120%の範囲で補正加算がなされる。概念上、加算された薬価による売上は上昇し、営業利益が過去の水準より上昇することとなる。



◆新規医薬品の補正加算の内容

画期性加算（70～120%）

次の要件を**全て満たす**新規収載品

- イ 臨床上有用な新規の作用機序を有すること。
- ロ 類似薬又は既存治療に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること。
- ハ 当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること。

有用性加算（Ⅰ）（35～60%）

画期性加算の**3要件のうち2つの要件を満たす**新規収載品

有用性加算（Ⅱ）（5～30%）

次の**いずれかの要件を満たす**新規収載品

- イ 臨床上有用な新規の作用機序を有すること。
- ロ 類似薬又は既存治療に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること。
- ハ 当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること。
- ニ **製剤における工夫**により、類似薬又は既存治療に比して、高い医療上の有用性を有することが、客観的に示されていること。

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

- 医薬品の取引価格（市場実勢価格）が下落しているにもかかわらず、保険からの償還価格が据え置かれれば、患者負担、保険料負担、公費負担がいたずらに高止まりする。**市場実勢価格を適時に公定薬価に反映することが国民負担の抑制の観点から極めて重要**であり、これまで2年に1度とされていた薬価改定について、**令和3年度（2021年度）から毎年薬価改定**が実現することとなった。
- こうした取組は医薬品市場の中での分配をイノベーションの推進に振り向けていく**薬剤費のワイズスペンディングの観点からも不可欠**である。他方、**令和3年度薬価改定においては**、「価格乖離の大きな品目について薬価改定を行う」との従来の薬価制度の抜本改革に向けた基本方針を踏まえ、平均乖離率8%の0.625倍（乖離率5%）を超える、**価格乖離の大きな品目に限定して対象**とすることとされた。
結果として、改定対象品目数が約7割にとどまり、それまでの改定より狭くなった。また、既収載品目の算定ルールのうち、実勢価改定と連動しその影響を補正するもののみを適用し、「長期収載品の薬価改定」や「新薬創出等加算の累積額の控除」等が適用されなかったことから、毎年薬価改定が完全実施されたとはまでは言えない。
これらの点を見直し、**完全実施を早期に実現すべき**である。
- 市場実勢価格の加重平均値に対して上乗せを行っている**調整幅のあり方**については、令和4年度診療報酬改定における大臣合意において、**引き続き検討**することとされた。「医療機関の平均的な購入価格の保障」という考え方や、「流通安定のため」の調整比率という制度趣旨以上の説明がなされないまま、価格の高低を問わず全医薬品について一律に2%という水準が約20年間固定されている。水準の合理的な根拠の説明もないままに、薬価改定の効果を目減りさせ、保険料負担・患者負担・公費負担を嵩上げしていることは、大きな問題と言わざるを得ない。可及的速やかに、**廃止を含めて制度のあり方を見直し、少なくとも段階的縮小を実現すべき**である。

◆薬価調査の結果



◆「毎年薬価改定の実現について」

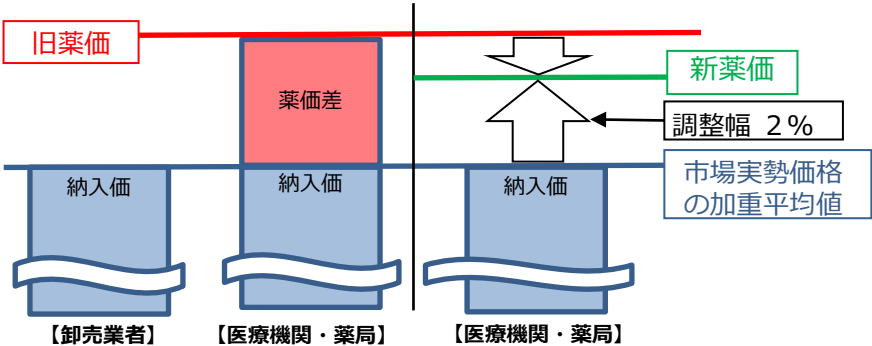
内閣官房長官、財務大臣、厚生労働大臣合意（令和2年12月17日）
毎年薬価改定の初年度である令和3年度薬価改定について、令和2年薬価調査に基づき、以下のとおり実施する。
改定の対象範囲については、国民負担軽減の観点からできる限り広くすることが適当である状況のもと、**平均乖離率8%の0.5倍～0.75倍の間である0.625倍（乖離率5%）を超える、価格乖離の大きな品目を対象とする。**
また、「経済財政運営と改革の基本方針2020」（令和2年7月17日）に基づき、新型コロナウイルス感染症による影響を勘案し、令和2年薬価調査の平均乖離率が、同じく改定半年後に実施した平成30年薬価調査の平均乖離率を0.8%上回ったことを考慮し、これを「新型コロナウイルス感染症による影響」と見なした上で、**「新型コロナウイルス感染症特例」として薬価の削減幅を0.8%分緩和**する。

◆調整幅の経緯

【平成4年度改定～平成12年度改定以前】
大多数の医療機関等において改定前どおり薬剤購入したとしても、取引価格差による経済的損失を生じさせない「実費保障」という考え方の下、市場実勢価格の加重平均値に一定の合理的価格幅（R幅）を加算
【平成12年度改定～】
「医療機関の平均的な購入価格の保障」という新たな考え方に基づき、R幅に代わる一定幅として「薬剤流通の安定のため」の調整幅（2%）を設定

改定年度	改定方式等
平成4年度	加重平均値一定価格幅方式（R幅方式）（R幅15%）
6年度	R幅方式（R幅13%）
8年度	R幅方式（R幅11%）
9年度	R幅方式（R幅10%）※長期収載品はR幅8%
10年度	R幅方式（R幅5%）※長期収載品はR幅2%
12年度～	加重平均値調整幅方式（調整幅2%）

◆薬価改定における調整幅の仕組み



「経済財政運営と改革の基本方針2014」(2014年6月)

薬価調査、更には薬価改定が2年に1度となっている現状の下では、医薬品の取引価格が下落しているにもかかわらず、保険からの償還価格が一定期間据え置かれているため、患者負担、保険料負担、公費負担に影響を与えている。

このような現状を踏まえ、調査・改定に係るコストにも適切に配慮しつつ、他の統計に与えている影響や市場価格形成の状況を勘案して、市場実勢価格を適正に反映できるよう、薬価調査・薬価改定の在り方について、診療報酬本体への影響にも留意しつつ、その頻度を含めて検討する。

「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」

(2016年12月、内閣官房長官、内閣府特命担当大臣(経済財政政策)、財務大臣及び厚生労働大臣 合意)

市場実勢価格を適時に薬価に反映して国民負担を抑制するため、全品を対象に、毎年薬価調査を行い、その結果に基づき薬価改定を行う。

現在2年に1回行われている薬価調査に加え、その間の年においても、大手事業者等を対象に調査を行い、価格乖離の大きな品目(注)について薬価改定を行う。

(注) 具体的内容について、来年中に結論を得る。

「薬価制度の抜本改革について 骨子」(2017年12月、中央社会保険医療協議会)

2. 毎年薬価調査、毎年薬価改定

- 対象品目の範囲については、平成33年度(2021年度)に向けて、安定的な医薬品流通が確保されるよう、国が主導し、単品単価契約、早期妥結、一次売差マイナスの是正等を積極的に推進し、流通改善に取り組むことにより、薬価調査が適切に実施される環境整備を図りつつ、国民負担の軽減の観点から、できる限り広くすることが適当である。

「経済財政運営と改革の基本方針2018」(2018年6月)

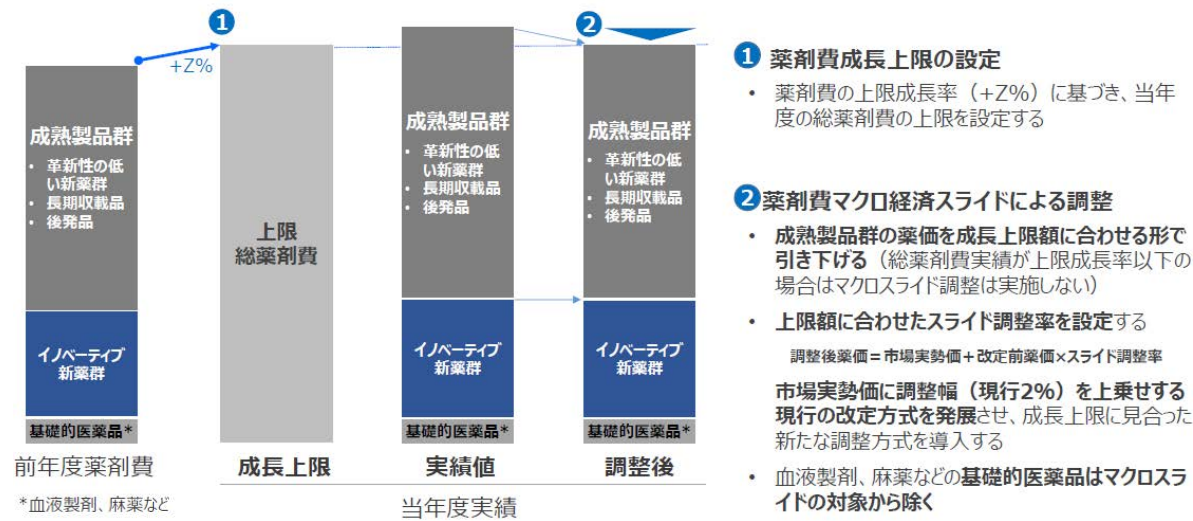
毎年薬価調査・毎年薬価改定に関しては、2019年度、2020年度においては、全品目の薬価改定を行うとともに2021年度における薬価改定の対象範囲について、この間の市場実勢価格の推移、薬価差の状況、医薬品卸・医療機関・薬局等の経営への影響等を把握した上で、2020年中にこれらを総合的に勘案して、決定する。

「経済財政運営と改革の基本方針2020」(2020年7月)

本年の薬価調査を踏まえて行う2021年度の薬価改定については、骨太方針2018等の内容に新型コロナウイルス感染症による影響も勘案して、十分に検討し、決定する。

- 薬剤費総額については、既に述べたとおり、薬価改定が行われなかった場合の年平均 5 % 程度の伸び率を薬価改定により年平均伸び率 2 % 弱まで調整しており、**薬剤費の適正化**は一定の成果を挙げていると見ることもできる。
- しかし、あくまで**事後的なものに過ぎない**。事前の財政規律が設けられておらず、新規医薬品の保険収載などが事前の予算統制の埒外となっていることは、財政の予見可能性が乏しいと言わざるを得ない。
- 他方、真にイノベティブな新薬等についてまで薬価改定が行われることについては、改定ルールの頻繁な変更と相俟って、イノベーションを阻害するとの指摘がある。
- そこで、**真にイノベティブな新薬等については薬価を一定期間維持することとしつつ、事前の財政規律として薬剤給付費の伸び率が経済成長率と乖離しないといった薬剤費総額に係るルールを設け**、その実効性を担保するために**他の医薬品薬価改定率を調整するマクロ経済スライド制度を導入すべきとの考え方**が生まれる。
賦課方式をとる我が国の社会保険制度のもとで、生産年齢人口が急減していくことを踏まえれば、現役世代の負担能力を重視し、**給付費の伸びと経済成長率の整合性**をとっていくことには**一定の合理性**がある。
(注) 薬価改定率の調整に当たっては、現行の調整幅の水準を調整していくことが考えられる。
- このようにして安定的に保証された医薬品市場の伸びの中でこそ、いかに薬剤費をイノベーションの推進に振り向けていくかという観点から、薬価算定方式の透明性・予見可能性の向上を図っていくことなどに傾注していくことが可能となる。
- 以上の提案の成否は、
 - ① 一定期間価格維持を図っていくべき医薬品とそれ以外の医薬品の線引きをどうするか、前者について真にイノベティブな医薬品等に限定できるか、
 - ② 規律のメルクマールとする経済成長率を実績と乖離しない堅実なものとするか
 などによっても大きく左右される。
- いずれにせよ、こうした薬剤費総額に係る**事前の財政規律の導入とその実効性を担保する具体的な仕組みづくりが実現しない場合には、市場拡大再算定を始めとする現行の薬価改定ルールに基づく適正化の徹底を図っていくより他はない**。
- 既に民間団体から具体的な提案もなされており、関係者において**建設的な議論が進展することを期待**したい。

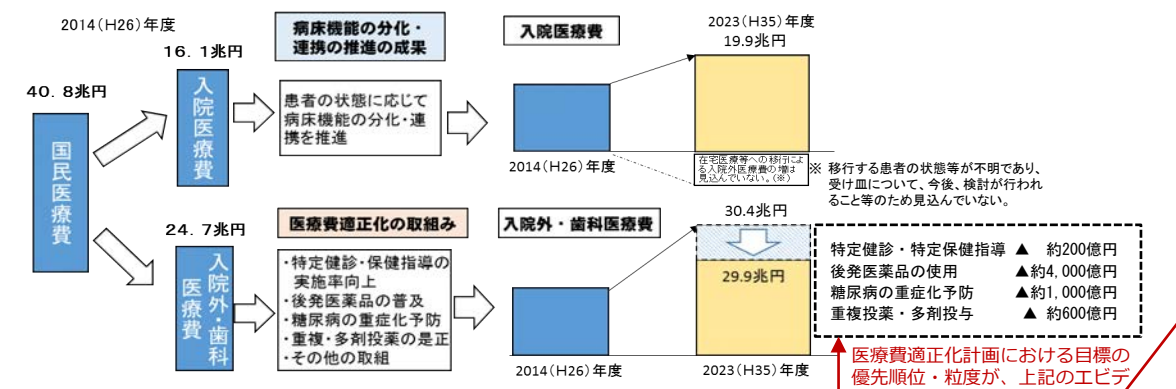
◆新時代戦略研究所（INES）「中長期的な経済成長の水準と連動した薬剤費総枠マネジメントとイノベティブな医薬品の適正評価を両立させた薬価制度改革案」（2021年5月）



都道府県医療費適正化計画のあり方の見直し①

- 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
※奈良県は、入院外・歯科医療費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	
食後過血糖を抑える薬 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 選考理由 ★作用時間が長い ★相互作用が少ない
	オルメサルタン	第2推奨
	カンデサルタン	第3推奨

（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、当審議会では、**当審議会が逐次指摘をいただいておりますが、「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）

	A	B	B-A		A	B	B-A		A	B	B-A
北海道	22,519	21,387	▲1,132	石川	4,329	4,007	▲322	岡山	—	7,013	—
青森	4,594	4,461	▲134	福井	2,892	2,662	▲230	広島	11,180	10,373	▲807
岩手	4,338	4,122	▲216	山梨	2,972	2,777	▲194	山口	6,028	5,590	▲438
宮城	7,693	7,375	▲318	長野	7,036	6,806	▲229	徳島	3,215	3,011	▲205
秋田	3,866	3,693	▲173	岐阜	7,105	6,701	▲404	香川	3,886	3,729	▲156
山形	3,933	3,835	▲99	静岡	11,837	11,617	▲219	愛媛	—	5,222	—
福島	6,571	6,282	▲289	愛知	24,512	23,090	▲1,421	高知	3,425	3,220	▲205
茨城	9,235	9,025	▲210	三重	6,051	5,898	▲154	福岡	20,971	19,590	▲1,381
栃木	6,517	6,099	▲418	滋賀	4,550	4,334	▲216	佐賀	3,653	3,288	▲365
群馬	6,697	6,328	▲369	京都	—	9,170	—	長崎	6,060	5,676	▲384
埼玉	22,622	21,964	▲658	大阪	33,777	32,933	▲844	熊本	7,454	7,037	▲417
千葉	19,374	18,223	▲1,151	兵庫	21,336	19,724	▲1,612	大分	—	4,635	—
東京	45,318	42,621	▲2,697	奈良	4,930	4,771	▲159	宮崎	4,436	4,003	▲432
神奈川	29,118	27,996	▲1,122	和歌山	—	3,621	—	鹿児島	7,118	6,748	▲369
新潟	—	7,120	—	鳥取	2,115	1,997	▲118	沖縄	5,127	4,437	▲690
富山	3,698	3,599	▲98	島根	2,697	2,620	▲77	全国	453,300	431,000	▲22,300

	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。

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

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	①特定健診・保健指導、②特定健診以外の健診（がん検診、歯科健診など）、③糖尿病等の重症化予防、④ヘルスケアポイントなどの個人へのインセンティブ等、⑤重複頻回受診・重複投薬・多剤投与等の防止対策、⑥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

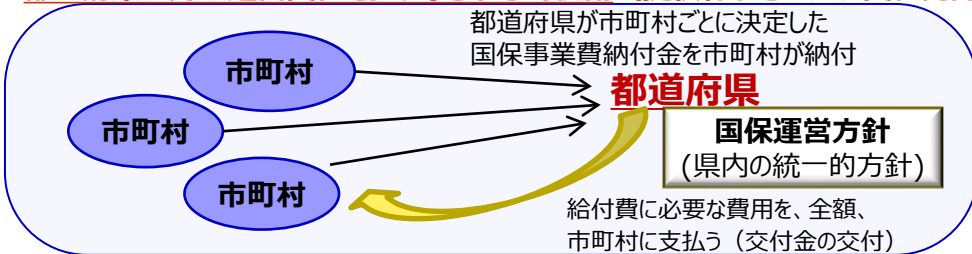
- ① Joshua T. Cohen, Peter J, Neumann, Milton C. Weinstein「Does Preventive Care Save Money? Health Economics and the Presidential Candidates」（2008年）の研究結果
・ 予防医療の費用対効果に関する1500の研究結果のうち、医療費削減を効果と認めた予防医療サービスは20%以下。
- ② Louise B. Russell, Health Affairs（2009年）（抄訳）
・ 過去40年間以上にわたり、数百の費用対効果の研究が行われたが、そのほとんどは、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。

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かねない。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

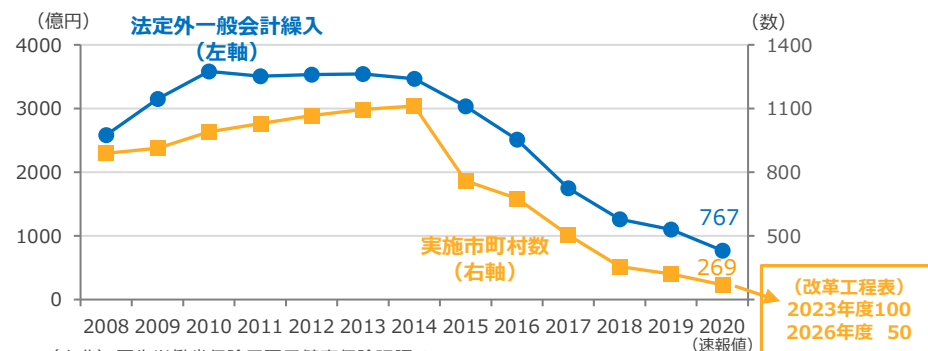
都道府県が財政運営責任を担うなど中心的役割（提供体制と双方に責任発揮）



◆ 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

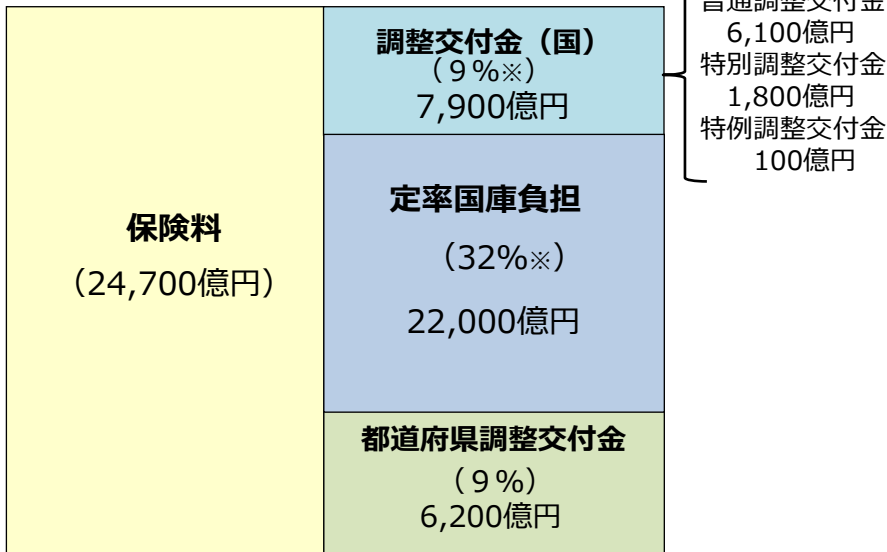
著しく高額な医療費（1件420万円）について、都道府県からの拠出金を財源に全国で費用負担を調整。国は予算の範囲内で一部を負担。

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。

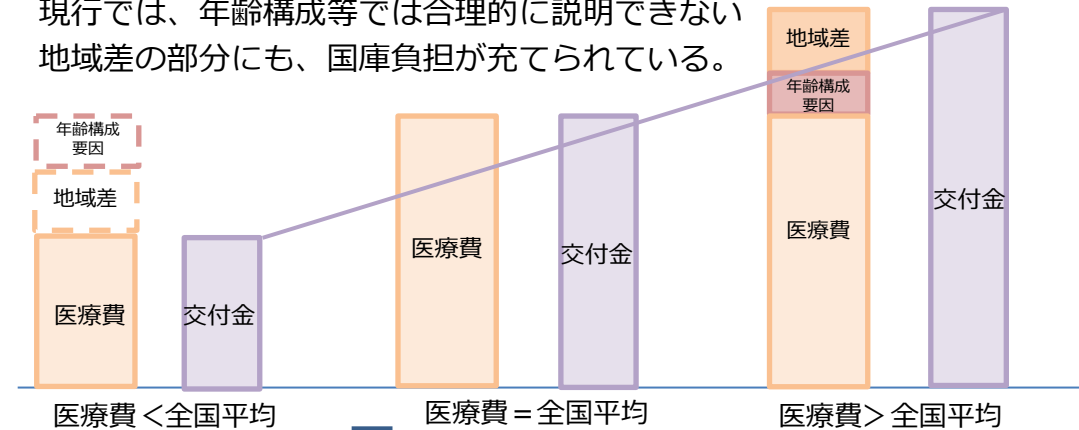
- 国民健康保険の給付のうち前期高齢者調整分を除く 5 割超は公費で賄われており、このうち6,100億円は、地方公共団体間の財政力の格差（医療費、所得等）を調整するため、普通調整交付金として国から都道府県に配分されている。
- 地域間の医療費の差は、高齢化など年齢構成により生じるものと、いわゆる「地域差」（年齢構成では説明できないもの）があるが、現行制度では、理由にかかわらず、医療費に応じて普通調整交付金が増減額される仕組みとなっており、**医療費適正化のインセンティブが働かない。**
- 実際の医療費ではなく、**各都道府県の年齢構成を勘案してデータに基づき算出した標準的な医療費水準を前提として交付額を決定する仕組み**に改めるべき。（年齢構成等により合理的に説明できない地域差は、その地域の保険料水準に反映されるべき。）

◆国民健康保険の財政（令和4年度予算）

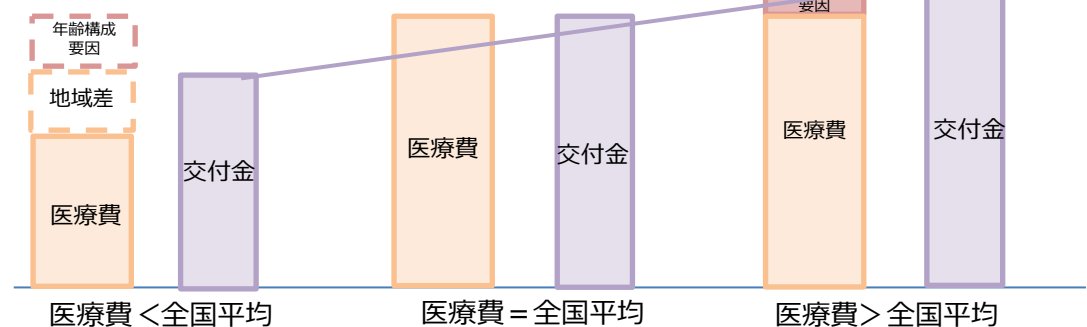


※ 定率国庫負担のうち一定額について、財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振りかえる等の法律上の措置がある

現行では、年齢構成等では合理的に説明できない地域差の部分にも、国庫負担が充てられている。



年齢構成等では合理的に説明できない地域差には、普通調整交付金を充てない仕組みとすることで、地域差是正に向けたインセンティブを強化。



- 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た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上げていくことが適当**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）

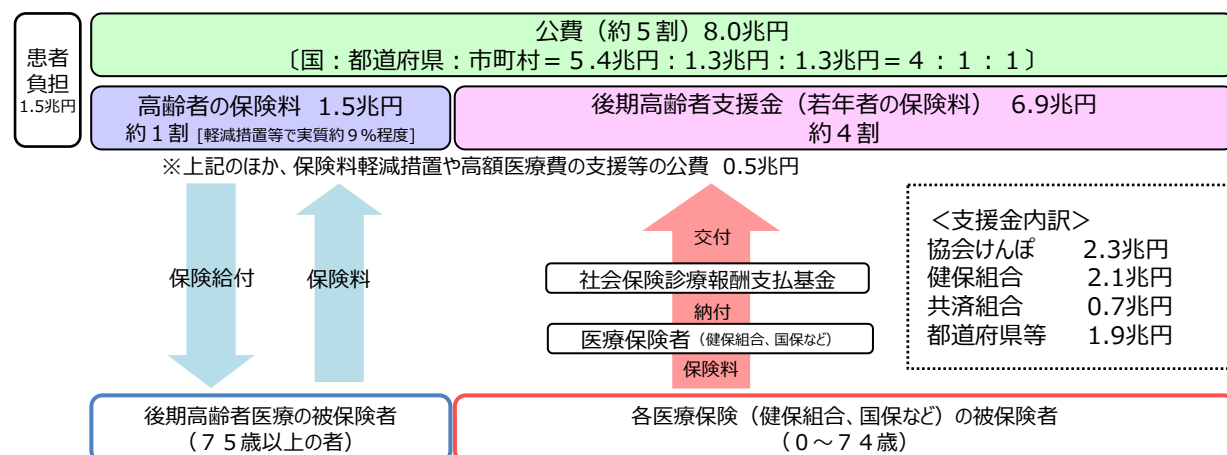
↑ 1.4倍

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①

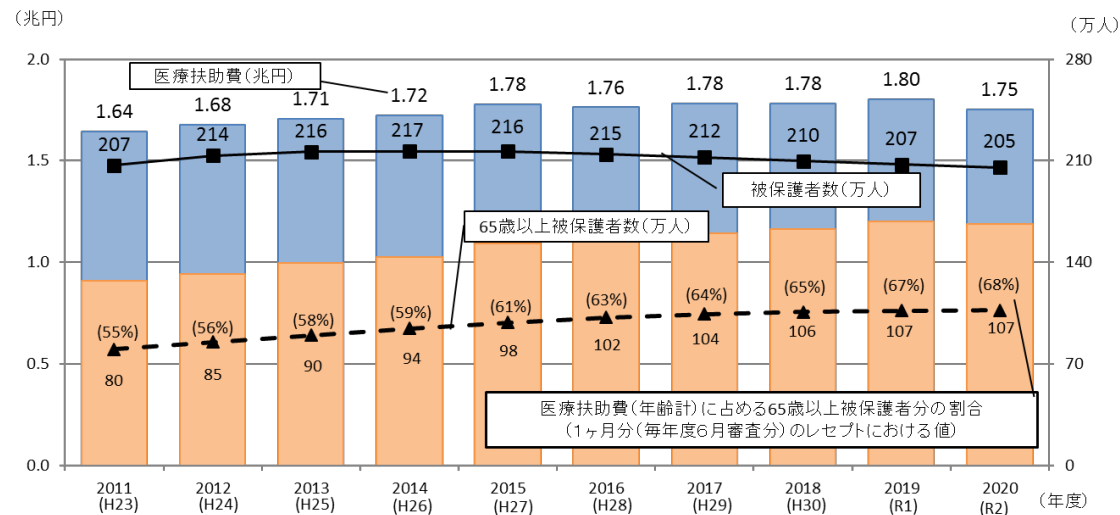
- **生活保護受給者**は、現状、**国保や後期高齢者医療制度**（以下「国保等」という）に**加入せず、医療扶助を受けるもの**とされている。
生活保護受給者が国保等に**加入することとすれば**、医療扶助費を含む都道府県医療費適正化計画の策定主体であり、地域における医療提供体制の整備に責任を有する**都道府県のガバナンスが医療扶助に及ぶ**。頻回受診・長期入院への対応が強化され、**医療扶助費の適正化につながり得る**。
 - そもそも、現行の取扱いは、皆保険制度を誇る我が国の社会保障制度にあって、一貫性が取れた対応とは言えない。すなわち、我が国の社会保険制度は、保険というリスク分散によ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



（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

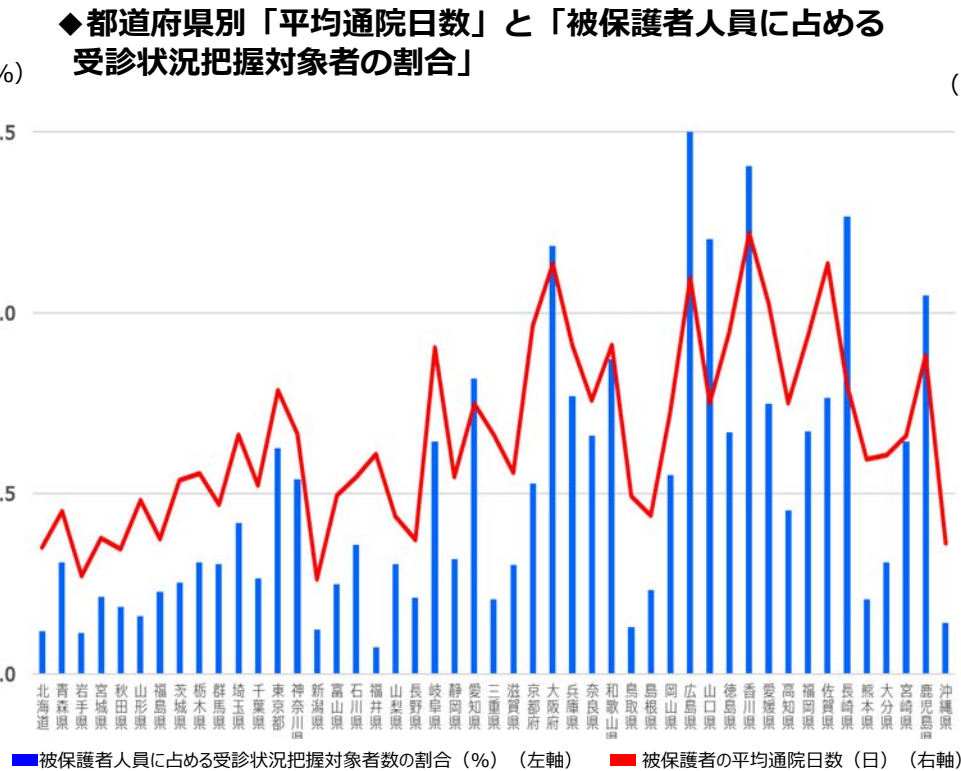
◆65歳以上被保護者数の推移



（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。



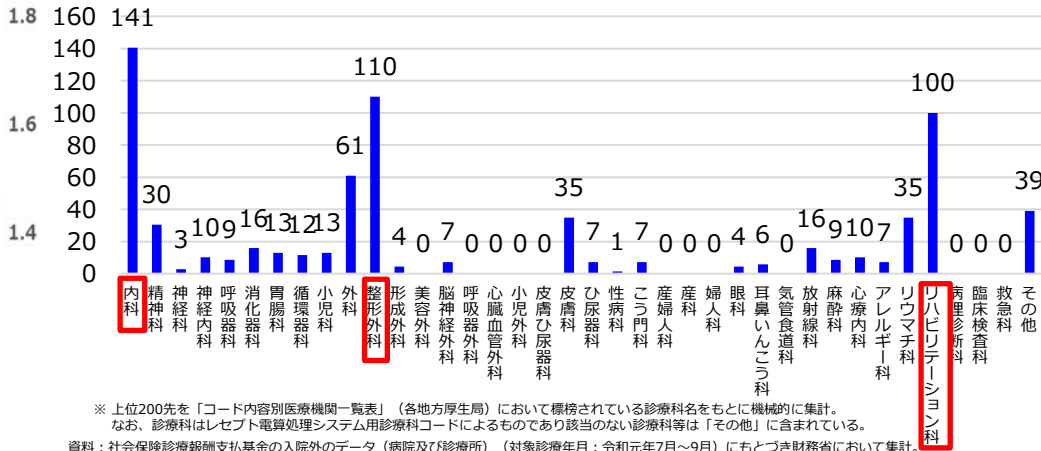
（注）平均通院日数とは、レセプト1枚当たりの医療機関を利用した日数。
資料：第67回医療扶助実態調査（令和元年6月審査分）、令和元年度被保護者調査（年次調査、令和元年7月末時点）、令和元年度頻回受診者に対する適正受診指導結果について（厚生労働省調べ）

◆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。

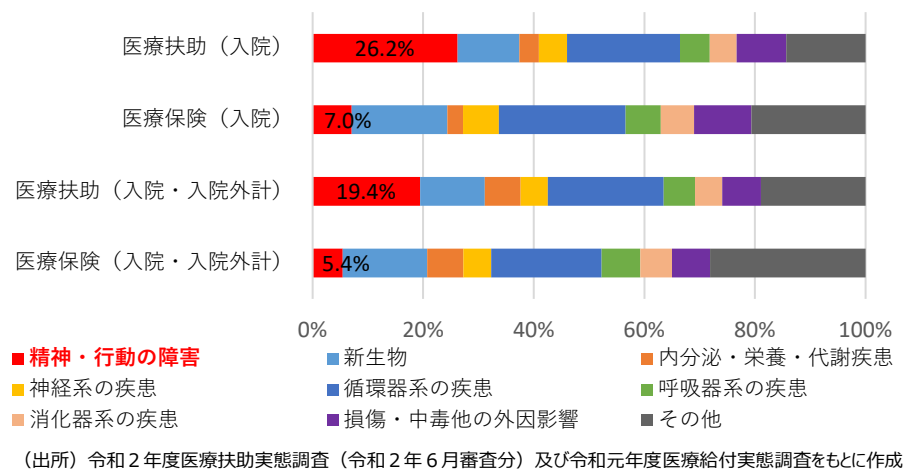
◆被保護者の平均通院日数が被保護者以外の平均通院日数と比べて長い医療機関上位200先の診療科



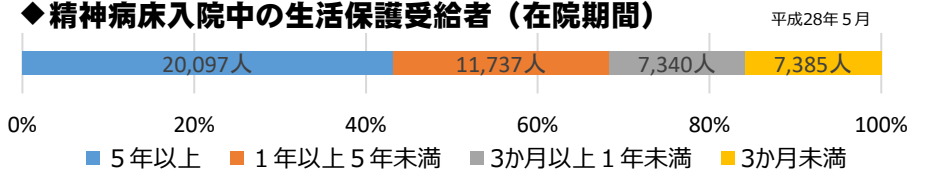
生活保護受給者の国保等への加入③

- 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。

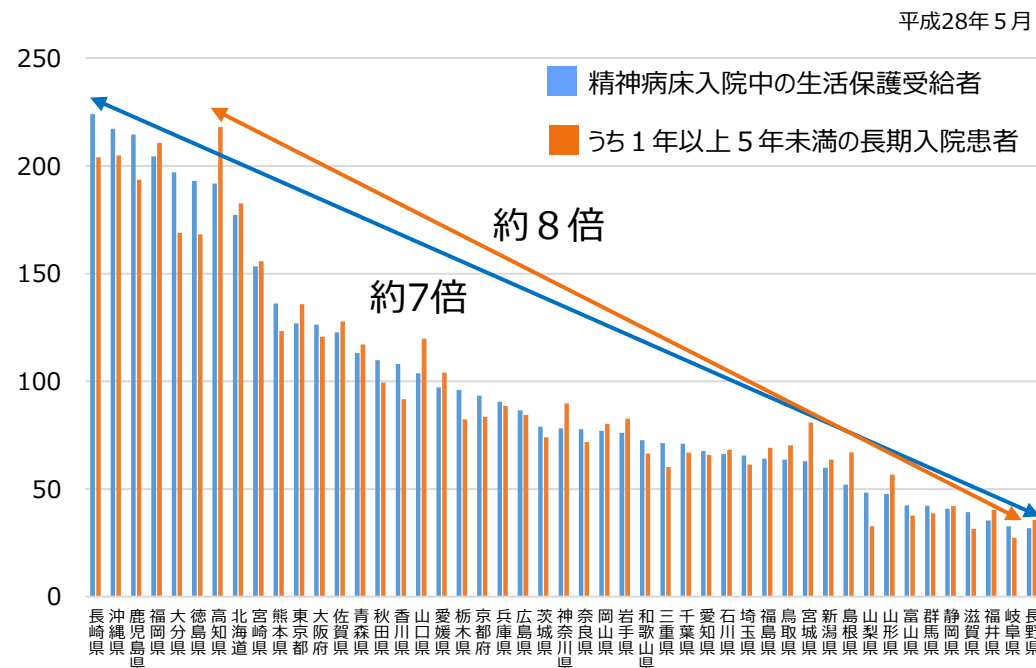
◆医療扶助及び医療保険における傷病分類別の決定点数割合



◆精神病床入院中の生活保護受給者（在院期間）



◆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。

- 全世代型社会保障の構築は、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。**

① 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%。

② 施行日

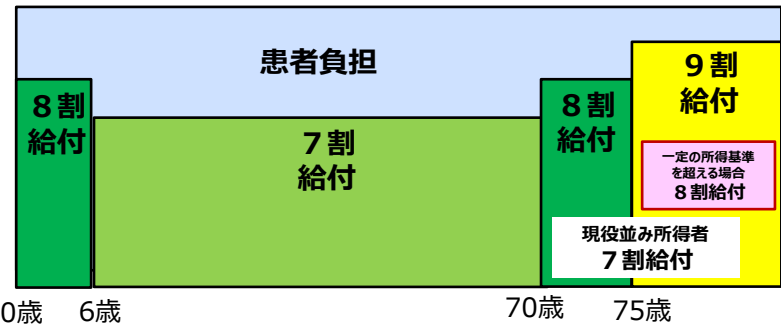
施行に要する準備期間等も考慮し、**令和4年10月1日**

（参考）財政影響（2022年度満年度）

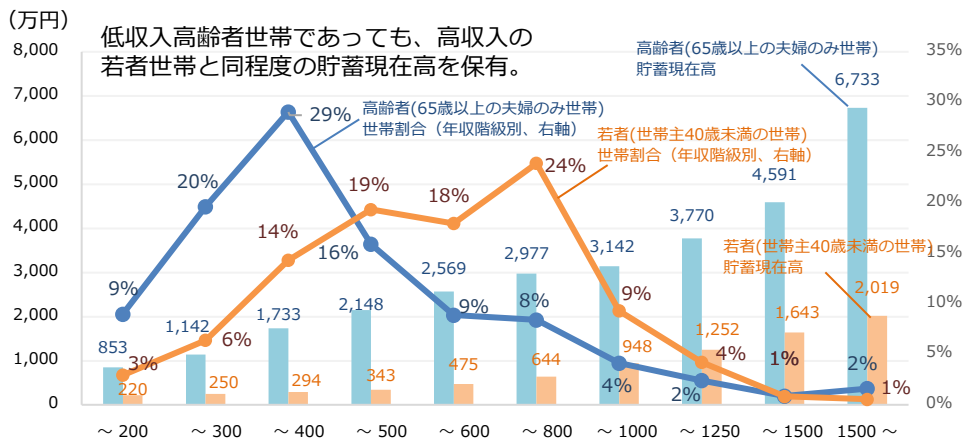
給付費	後期高齢者支援金 （現役世代の負担軽減）	後期高齢者保険料 （高齢者の負担軽減）	公費
▲1,880億円	▲720億円	▲180億円	▲980億円

※ 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」

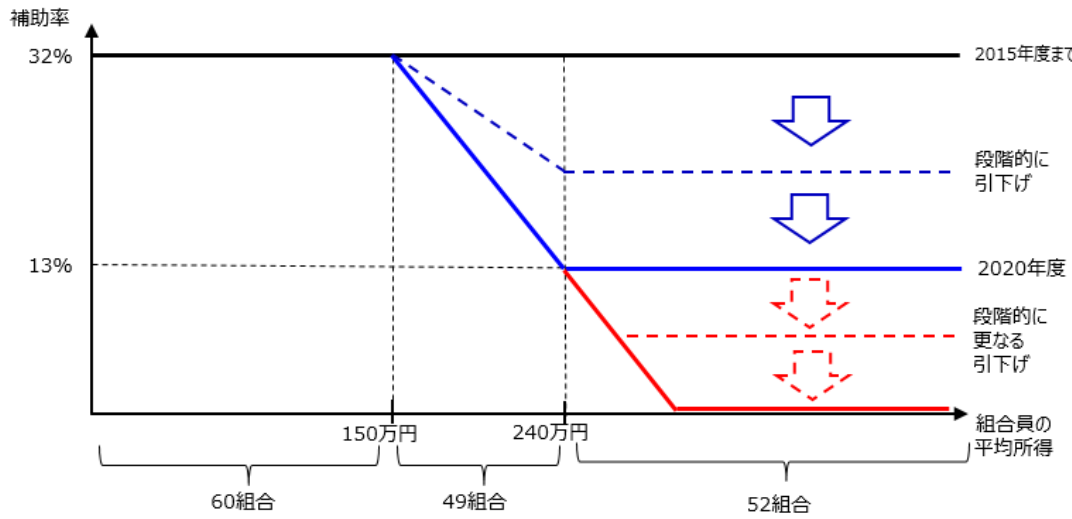
- 全ての世代が安心感とあわせて納得感を得られる全世代型の社会保障に転換していくためには、能力に応じた保険料負担を徹底していくべきであり、**保険料負担でこそ、金融所得さらには金融資産の保有状況を勘案した制度設計の徹底が求められる。**
- 後期高齢者医療制度において、介護保険制度も参考としつつ、高齢化に伴う人口構成の変化をより反映させることを通じて、後期高齢者医療制度における高齢者の保険料による負担割合を高めていく先ほど述べた提案も、現役世代の負担抑制に資するものであり、能力に応じた**賦課限度額の引上げ**とあわせて検討すべきである。
- **保険者間の合理的でない保険料負担の差についても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

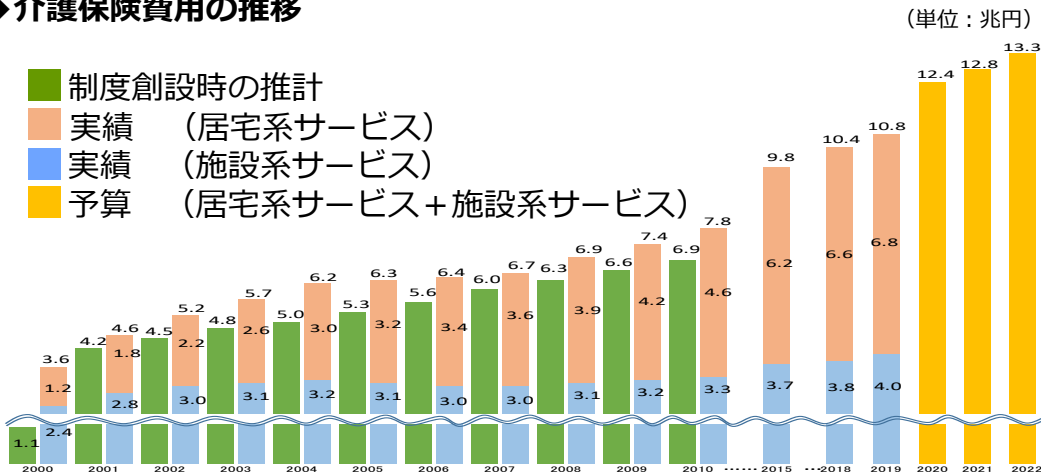
◆著しく低い保険料率の健保組合の例（2020年度）

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

- 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、足もとでは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**。足もと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**。

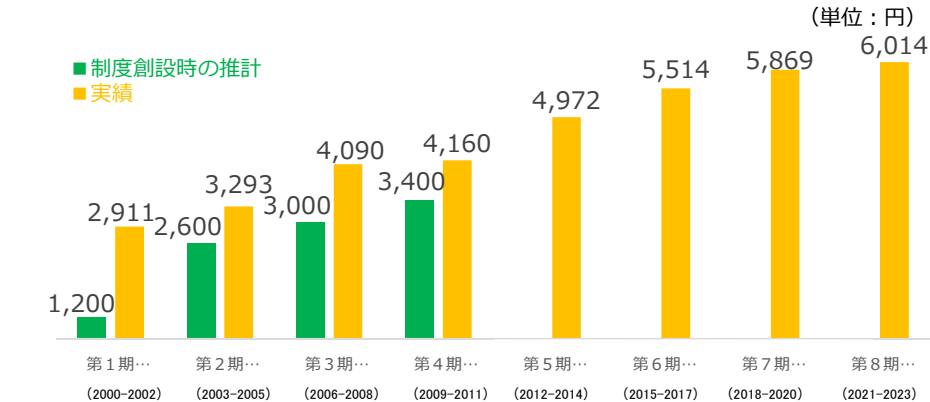
◆介護保険費用の推移



(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。

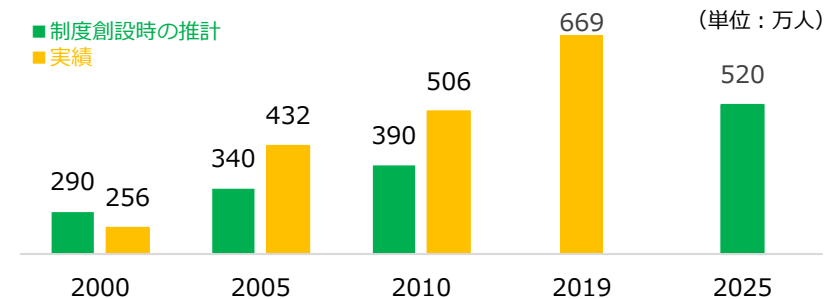
(注2) 実績は、「介護保険事業状況報告」から作成。2006年4月から導入された地域密着型サービスについては、以下のとおり、居宅系サービス及び施設系サービスに分類。
 居宅系サービス：定期巡回・随時対応サービス、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護
 施設系サービス：地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護
 (出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」

◆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）。

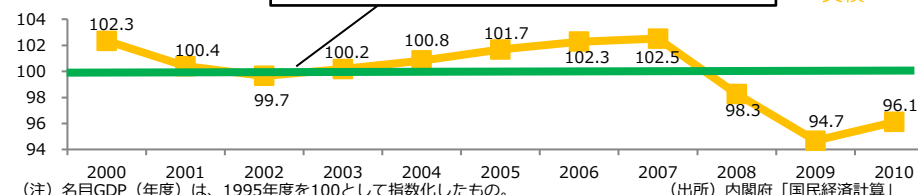
◆要介護認定者数の推移



(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」。

◆名目GDPの推移

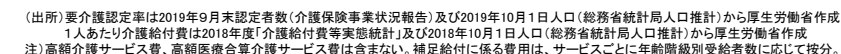
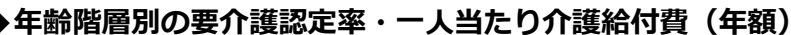
1995年度（H7年度）比（%）



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

- ## ▶ 75歳以上の人口の推移



(出所) 厚生労働省「第8期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数について」

- ・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の明確化（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るかどうか、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、①ロボット・AI・ICT等の実用化の推進、②タスクシフティング、シニア人材の活用推進、③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担を増した一方で、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。**

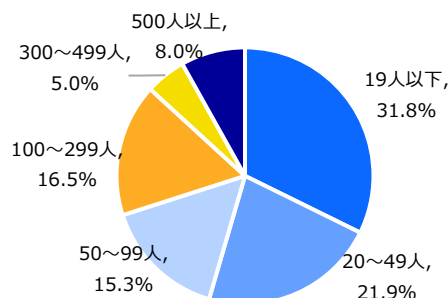
◆テクノロジー活用による配置基準 ◆介護事業者の法人全体の従業員規模の緩和（令和3年度報酬改定）

- 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」



※ 社会福祉連携推進法人とは、社会福祉法人を中核とする非営利連携法人であり、合併のように資産を統合する必要はないが、共同で、福祉人材の確保や人材育成、設備・物資等の共同購入が可能。

◆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）

- ① 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）
- ② 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）を配置し人材掘り起こし）
- ③ 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

◆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 武藤先生提出資料）

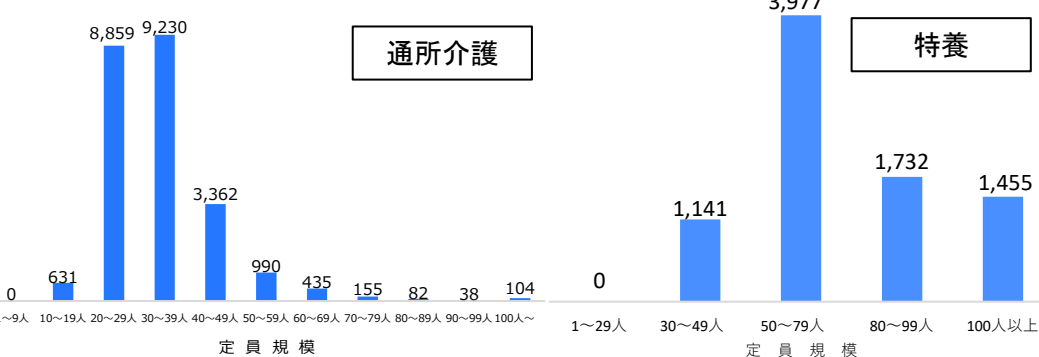
- ・ 2022年1月から2月のオミクロン株を主流とした感染拡大において、特に高齢者の療養については様々な課題が生じた。例えば入院を契機としてフレイル（要介護の一手手前の健康状態）が進みやすくなっていること、（中略）COVID-19を契機とする誤嚥性肺炎の併発や既存疾患の悪化、（中略）住み慣れた環境や周囲の人々との関係から急激に切り離されることによる心理面の影響（患者だけでなく家族を含む）なども挙げられる。そのため、要介護高齢者でなくても、COVID-19の入院療養から回復後に、入院前の環境での暮らしを再開することが困難になる場合がある。
 - ・ 今後の中長期的にCOVID-19の流行が繰り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）

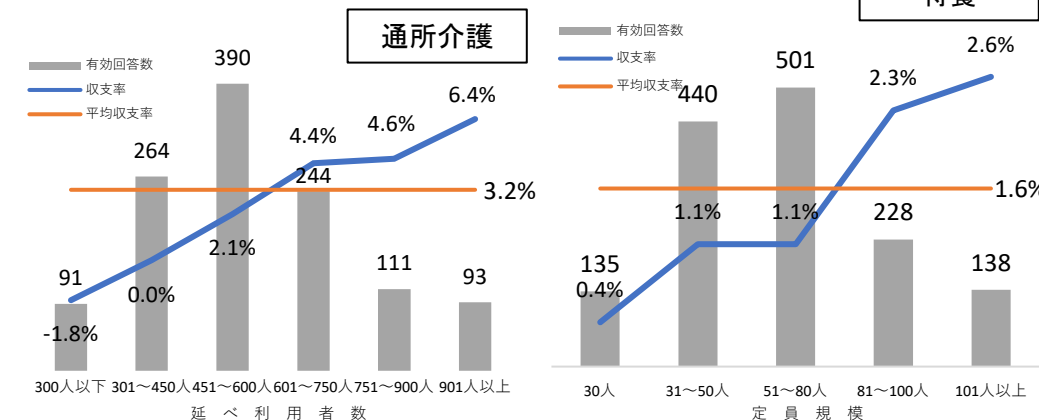
- ・ 全ての施設等が、必要場合に医師や看護師による往診・派遣等の医療を確保できる体制となっていることを確認する。
- ・ （コロナ対応病床の更なる確保や回転率向上に向けて）、既存の確保病床について、要介護の高齢者に対応した人員（介護職員、リハビリ専門職員等）配置、環境整備を行うことにより、高齢感染者の受入れのキャパシティを高めるよう働きかけること。

- 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、**国や地方公共団体が先進・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

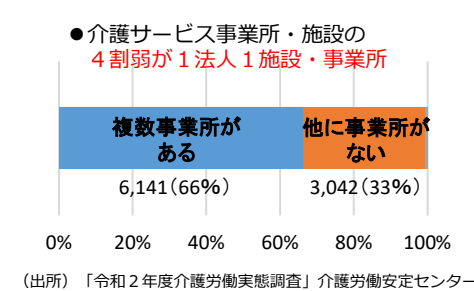


◆規模別 収支状況（通所介護、特養） ※収支率



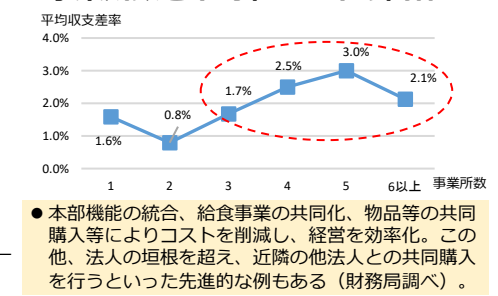
(出所) 令和2年度介護事業経営実態調査

◆介護事業者の経営主体の規模

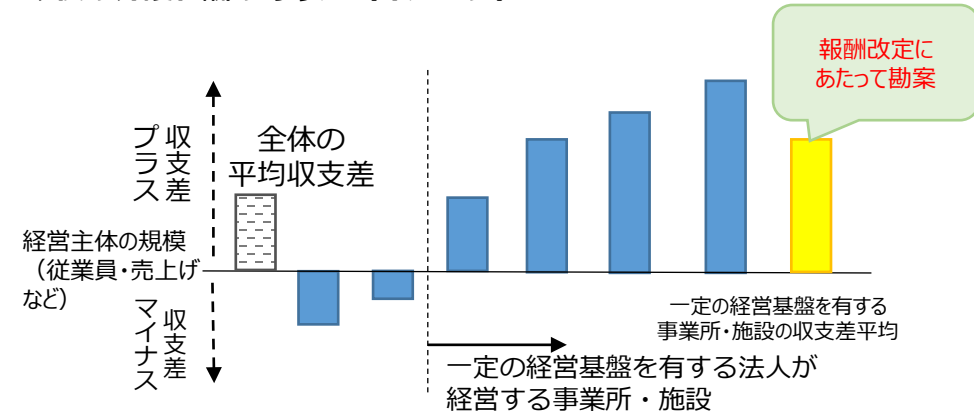


(注) 介護事業経営実態調査等における事業所別の経営状況に関するデータについて、介護事業所2,922事業所分を集計した結果。
(出所) 平成30年度財務省予算執行調査による調べ

◆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



◆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

- 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、全ての法人に「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3①、介115条の35①）	
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2①）	都道府県は、報告を受けた後、報告内容を公表する義務（障76条の3②、介115条の35②）	
公表対象（財務状況）	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2⑤）	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

事業所等の財務状況（財務諸表等による直近年度の決算資料）	
事業活動計算書（損益計算書）	損益計算書.pdf ダウンロード
資金収支計算書（キャッシュフロー計算書）	-
貸借対照表（バランスシート）	貸借対照表.pdf ダウンロード
就労支援事業事業活動計算書	事業活動計算書.pdf ダウンロード
就労支援事業別事業活動明細書	就労支援事業別事業活動明細書.pdf ダウンロード

◆『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、
 - ①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**、
 - ②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】

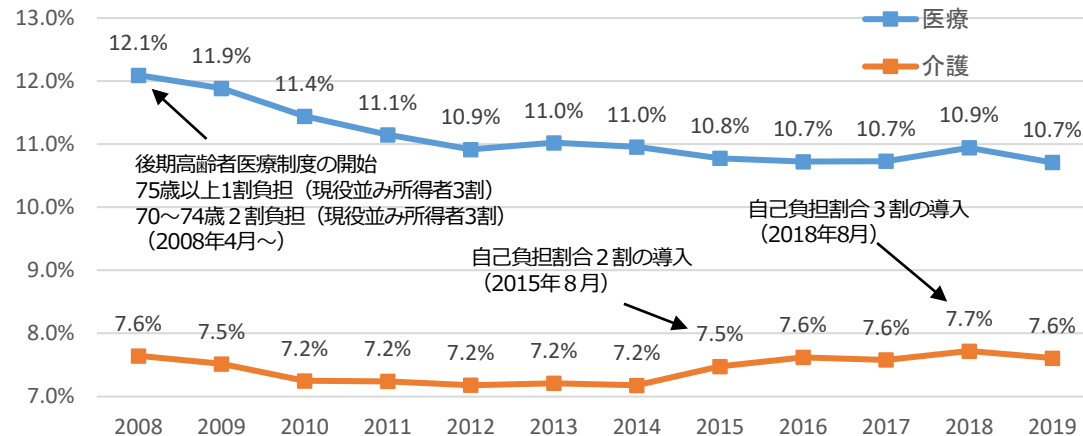
- ・世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、**2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする**。

◆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＋その他の合計所得金額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＋その他の合計所得金額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）

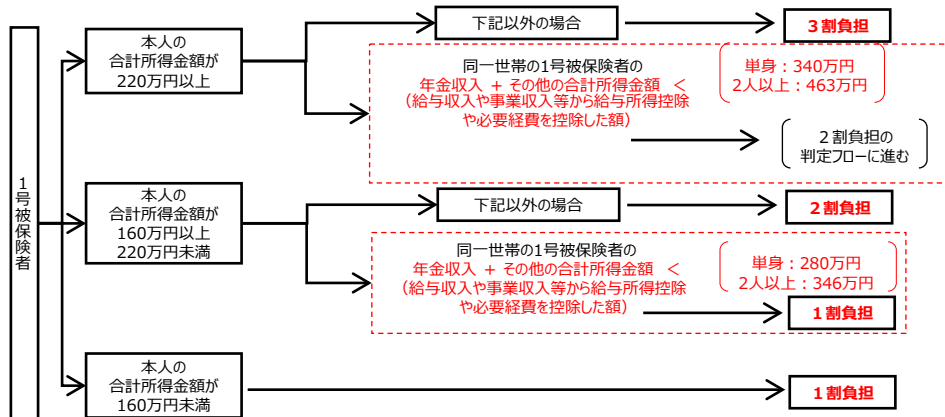
◆実効的な自己負担率（利用者負担／総費用）の推移



（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」



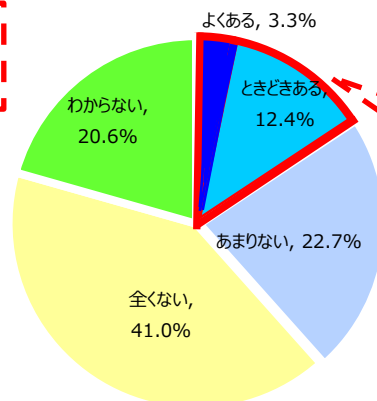
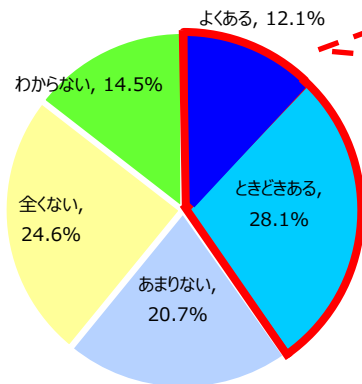
※第2号被保険者、市町村民税非課税者、生活保護受給者の場合、上記のフローにかかわらず、1割負担。

- **居宅介護支援（ケアマネジメンツ）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、ケアマネジメンツ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



（例）歩行補助つえを3年間使用する場合（1割負担の者）
販売価格：約1万円 レンタル価格：約1,500円/月

購入する場合

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1,500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ツに係る給付費：
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）「ケアマネジメンツ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」

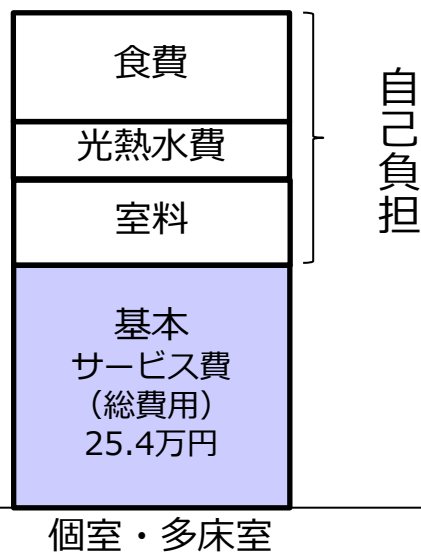
※令和2年度予算執行調査によれば、福祉用具貸与のみのケアプランの割合は6.1%

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。

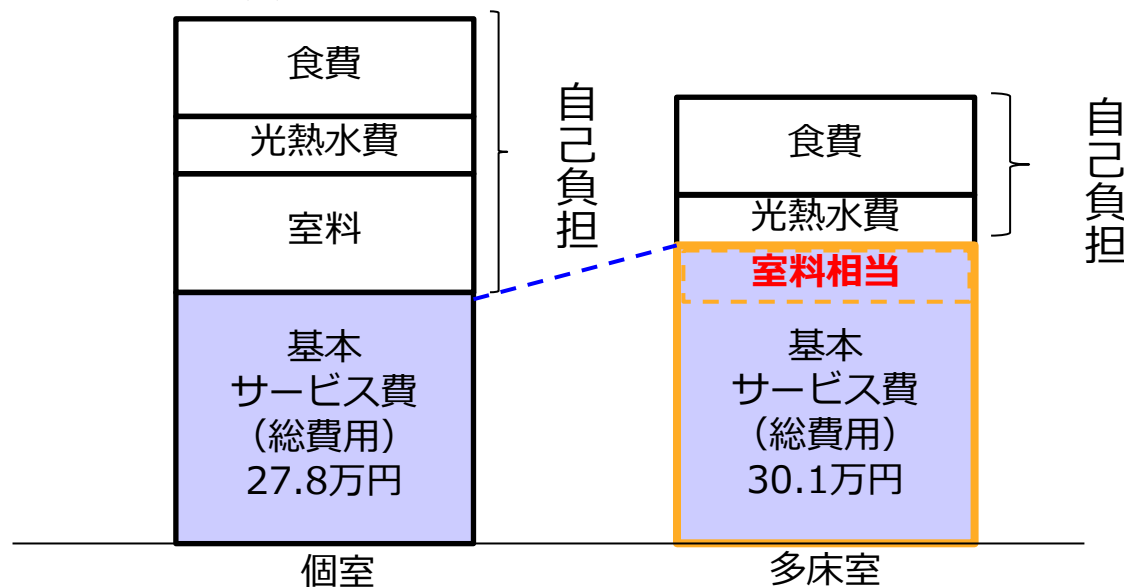
特養老人ホーム

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

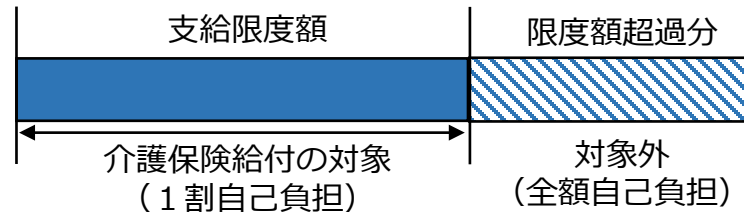
老健施設の多床室については、**室料相当額は基本サービス費に含まれたまま**であり、多床室の方が個室よりも基本サービス費が高い。



（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）

- **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、厚生省にて作成
 （注）要支援１・２の者の平均利用率及び限度額を超えている者の割合については、総合事業の訪問・通所介護サービスの利用を含まない。また、支給限度額は、介護報酬の１単位を10円として計算。

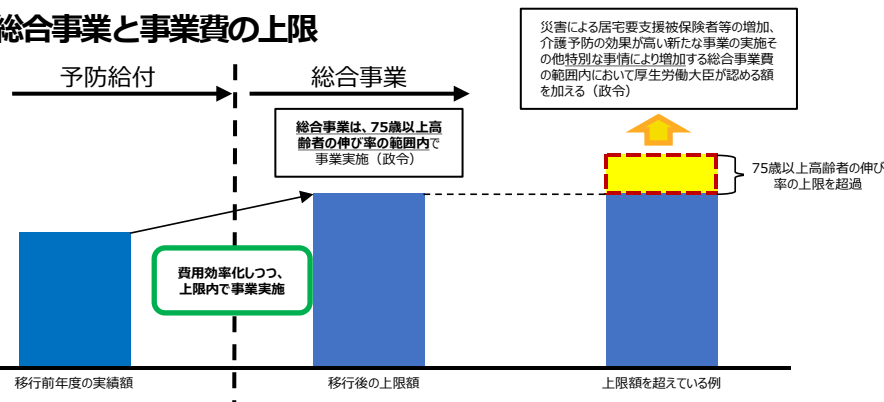
◆区分支給限度額の対象外となっている主な加算

種類	加算等の名称
①居宅における生活の継続の支援を目的とする加算	・総合マネジメント体制強化加算（定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護） …居宅介護計画について、随時適切に見直しを行うとともに、日常的に地域住民等との交流を図り、地域の行事や活動等に積極的に参加する場合に算定 ・訪問体制強化加算（小規模多機能型居宅介護） ・看護体制強化加算（看護小規模多機能型居宅介護） …訪問サービスの提供回数が1月当たり延べ200回以上である場合に算定
②交通の便が悪い地域における経営の安定を図ること等を目的とする加算	・特別地域加算（各種サービス） ・中山間地域等における小規模事業所加算（各種サービス） ・中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算（各種サービス）
③医療ニーズへの対応に関する加算	・緊急時訪問看護加算、特別管理加算、ターミナルケア加算（訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護） ・緊急時施設療養費、特別療養費（介護老人保健施設における短期入所療養介護） ・特定診療費（病院・診療所における短期入所療養介護）

（出所）介護給付費分科会資料を基に作成

- **地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業は、各地方公共団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、全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



◆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

◆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

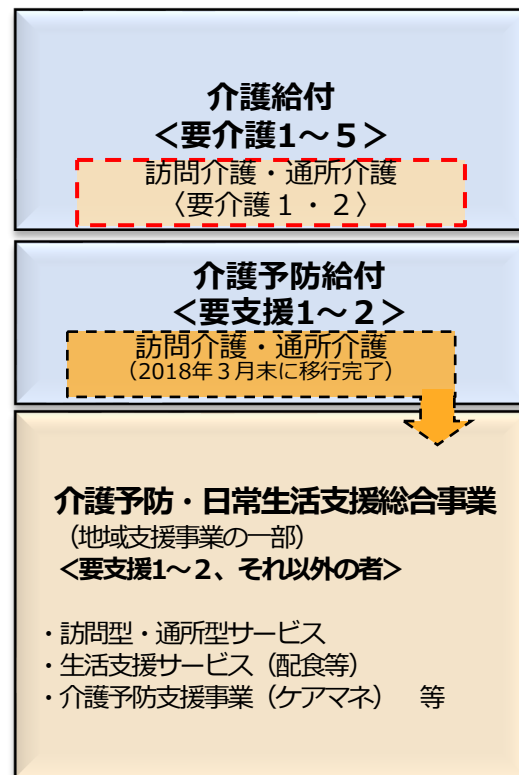
上限超過の理由（以下の理由に該当する箇所に○を付け、具体的な内容を記載すること）

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

- 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**

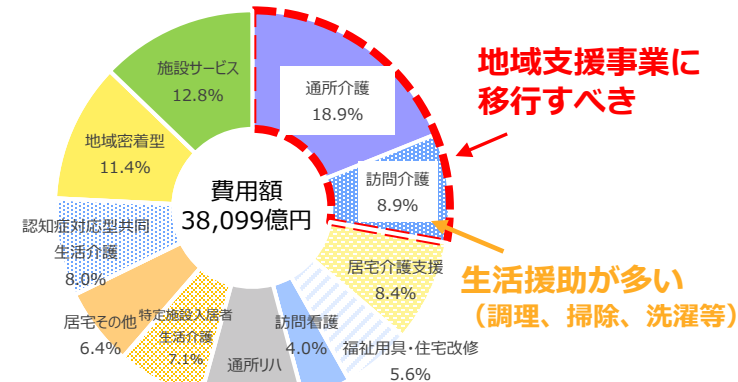
- (例)
- ・介護職員2人以上
 - ・1人あたり3㎡以上

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

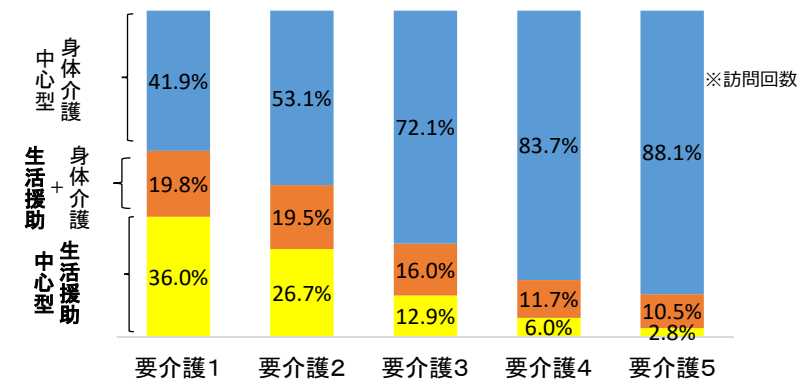
(注) いずれも、財源構成は、国25%、都道府県12.5%、市町村12.5%、1号保険料23%、2号保険料27%。

◆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」

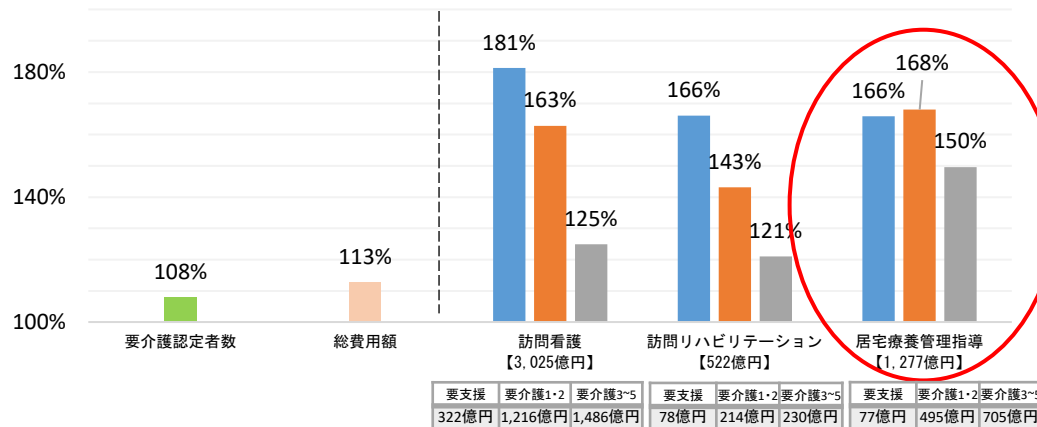
◆訪問介護サービスの提供状況



(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)

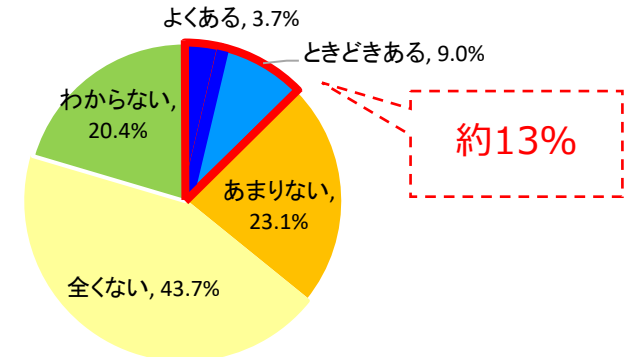
- 近年、居宅療養管理指導・訪問看護・訪問リハビリテーションといった医療系の居宅系サービス費用が、総費用や要介護者数の伸びを大きく上回って増加している。
- 居宅療養管理指導等のサービスは、原則、「通院が困難な利用者」に対して給付することとされているが、近年、軽度者（要支援１・２、要介護１・２）の費用の伸びが顕著な状況であり、実態として「通院が困難な利用者」へのサービス提供となっているか、把握を行う必要がある。
- 例えば、居宅療養管理指導については、薬局の薬剤師による軽度者へのサービス費用が大きく増加しているが、「必要以上に居宅療養管理指導を利用するプランを作成した」ケアマネジャーが一定数い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



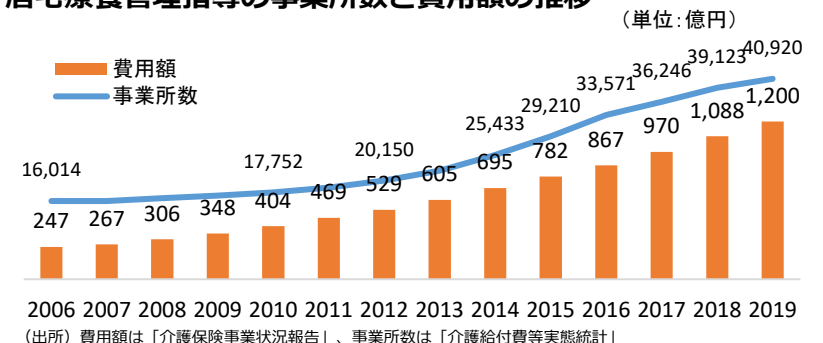
◆ケアマネジャーに聞いた「過去1年間に以下のような経験をしているケアマネジャーについて見たり聞いたりしたことがあるか」

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

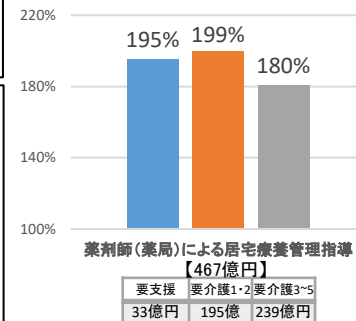


（出所）「ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組や質に関する指標のあり方に関する調査研究報告書」

◆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



【指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準】
注1 在宅の利用者であって**通院が困難なものに対して**、…1月に2回（薬局の薬剤師にあっては、4回）を限度として所定単位数を算定する。

【指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について】

6 居宅療養管理指導費

(1) 通院が困難な利用者について

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

- 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%

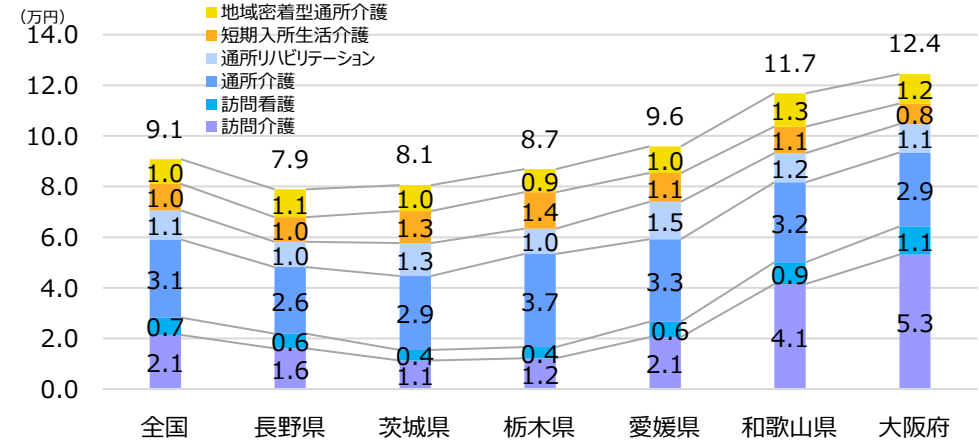
※ 全団体数は、平成29年度は1,517団体、平成30年度・令和元年度は1,571団体

◆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	-

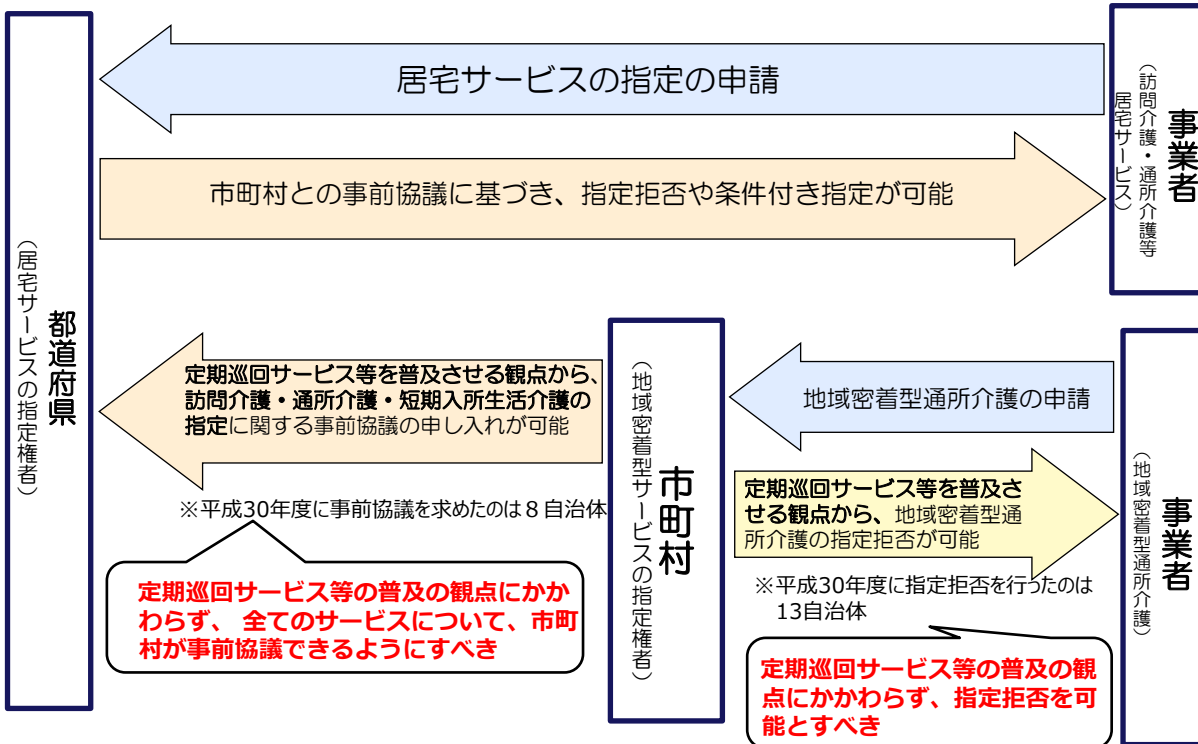
（出所）財務省・予算執行調査（令和3年9月公表）

◆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）



- 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

・訪問介護	全国平均 1,800円程度	約3倍	最大 6,100円程度
・通所介護	全国平均 2,600円程度	約3倍	最大 8,600円程度

(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。「最大」の一人当たり給付費は、政令指定都市・中核市のうちの最大金額

松戸市における取組例 (指定拒否と事前協議制の活用)

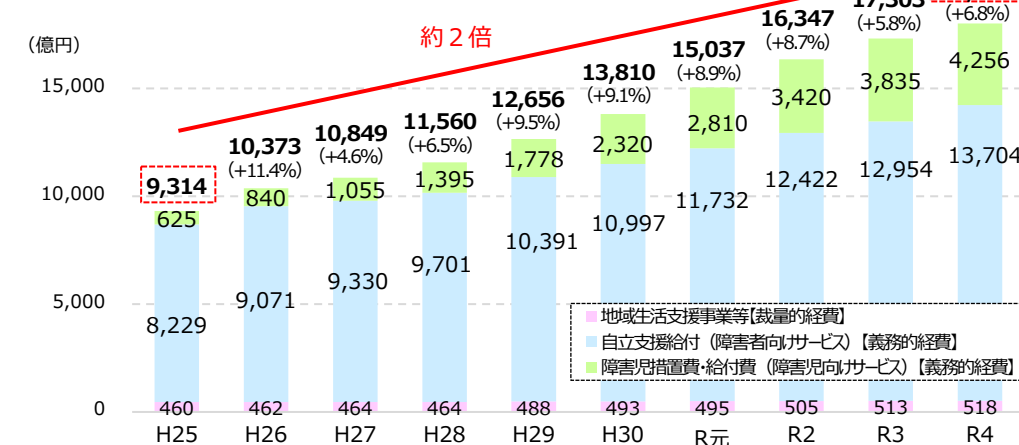
いきいき安心プランⅥまつど
第7期松戸市介護保険事業計画(平成30年度～平成32年度)

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。**

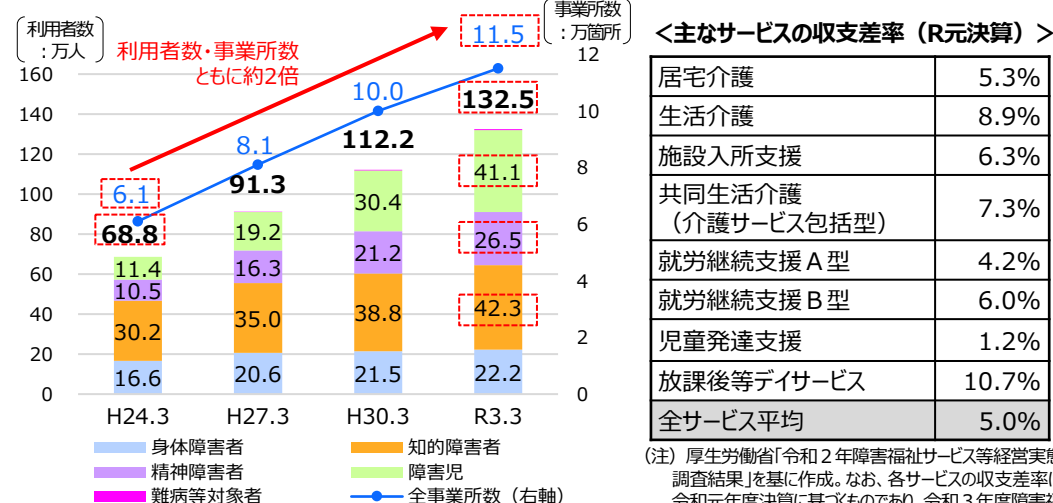
このため、小規模多機能サービスの整備・普及を積極的に推進していく観点から、介護保険法の規定に基づき、**地域密着型通所介護の新規開設(出張所の設置を含む)や定員の増加は、原則として認めないこととします(ただし、認知症対応型通所介護及び療養通所介護は除きます)。**また、**通所介護についても、新規指定に当たっては、本市と協議を行うよう、千葉県に求めることとします。**

- 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

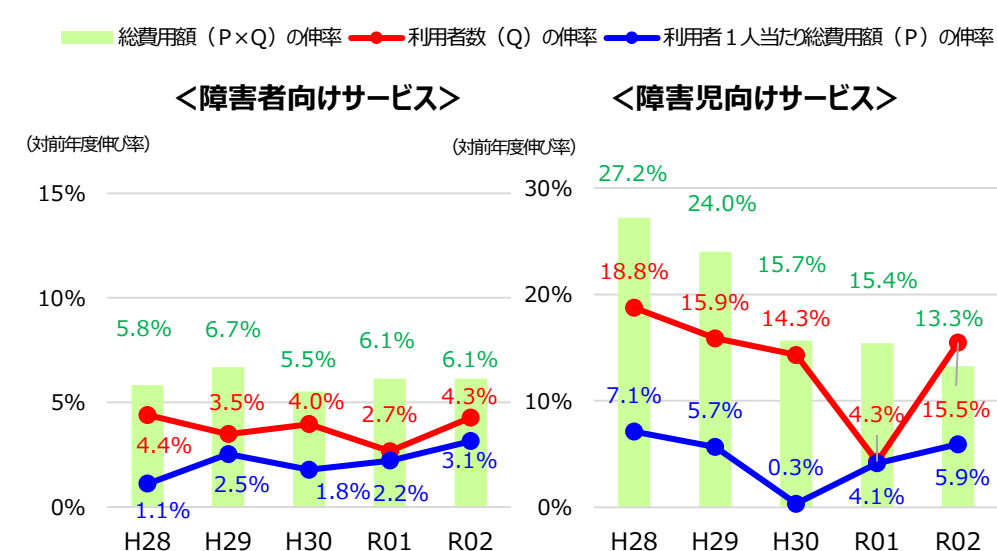


＜主なサービスの収支差率（R元決算）＞

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年度障害福祉サービス等経営実態調査結果」を基に作成。なお、各サービスの収支差率は令和元年度決算に基づいたものであり、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

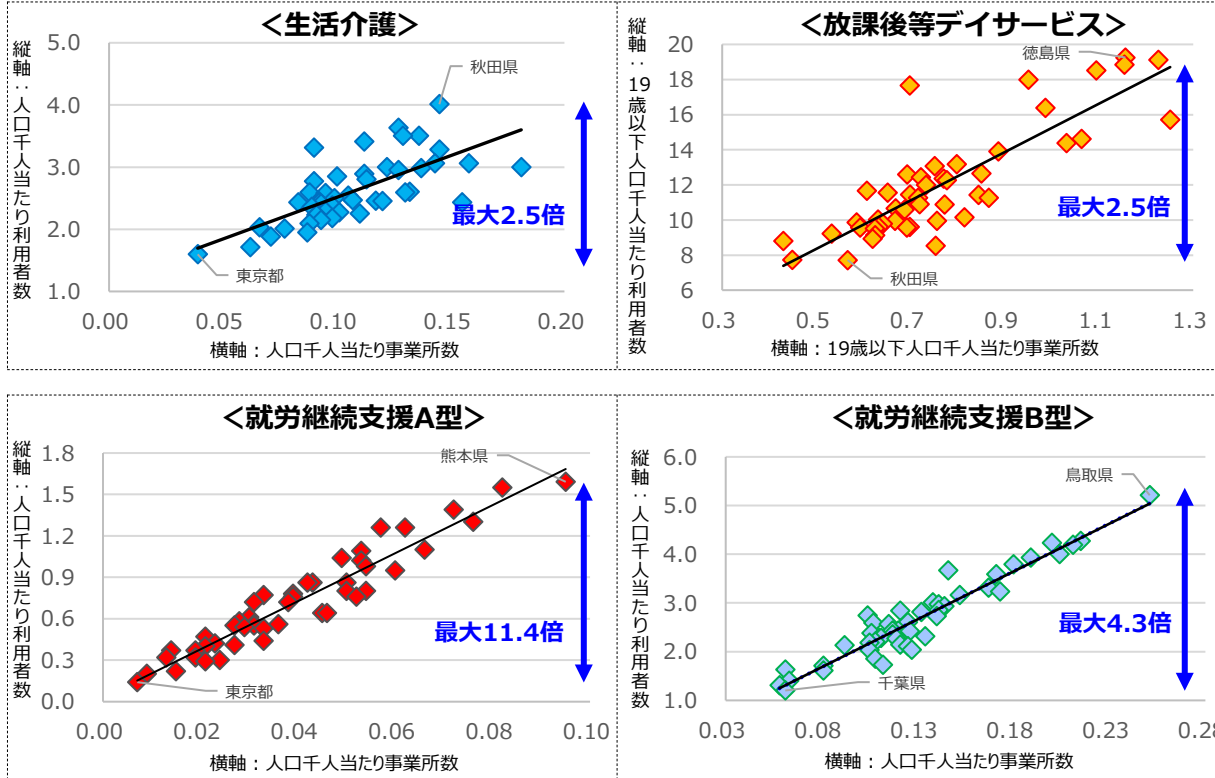
	H28.3	R3.3	増加人数（増加率）
65歳以上	8.5万人	11.3万人	+2.8万人（+33.5%）
18歳以上65歳未満	67.3万人	80.7万人	+13.4万人（+19.9%）
18歳未満	22.3万人	40.5万人	+18.2万人（+81.4%）
利用者数 合計	98.1万人	132.5万人	+34.4万人（+35.1%）

（注）国保連データを基に作成。

- 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。
- 各地方公共団体は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、多くの地方公共団体では、必ずしも地域の障害者・障害児の状態やニーズに基づいたものになっていない可能性がある。
- 障害者等が真に必要なサービスを身近な地域で受けられるよう、各地方公共団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間接整理において、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



(注) 利用者数・事業所数は令和２年10月時点の国保連データ、人口は総務省統計局「人口推計(令和２年10月1日現在)」に基づき作成。

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)

Ⅲ 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。

Ⅳ 引き続き検討する論点について

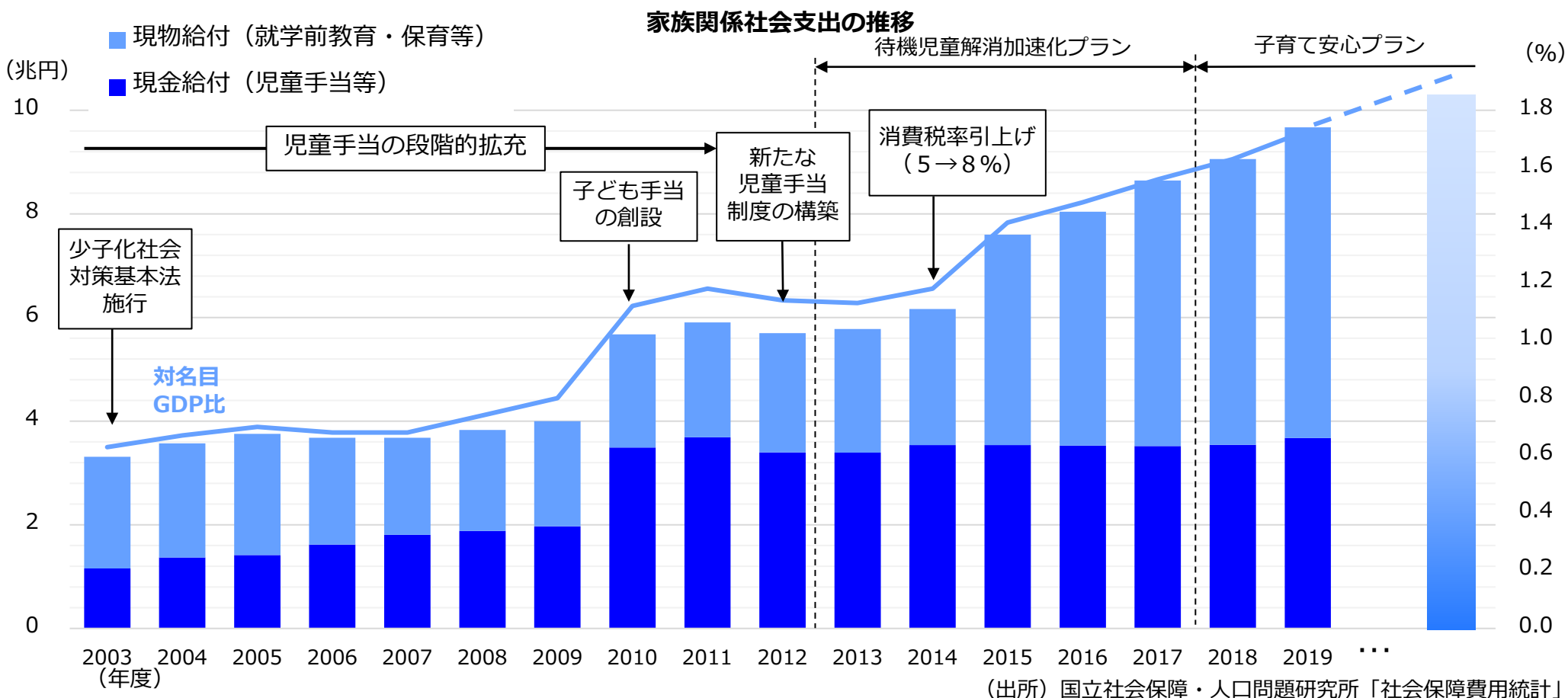
6 制度の持続可能性の確保について

(2) 検討の方向性

(障害福祉サービス等の事業者の指定)

- 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。

- 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。

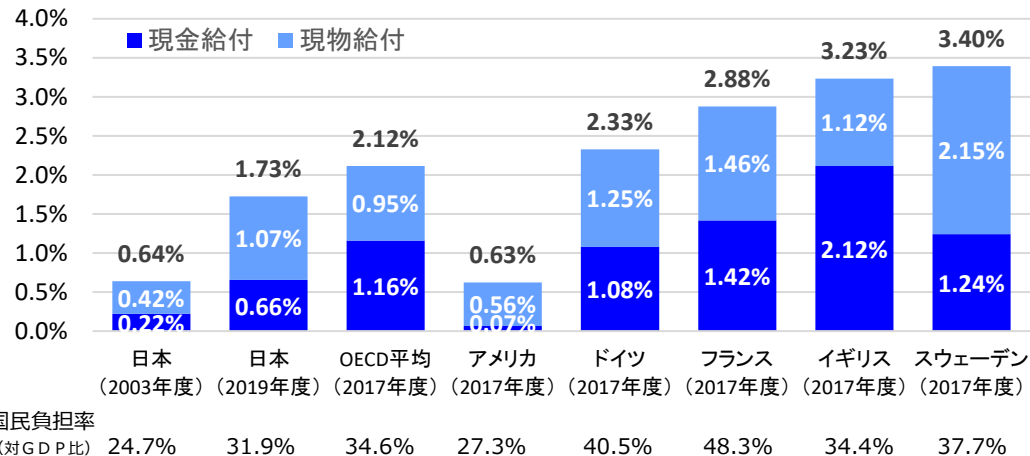


※ 「家族関係社会支出」とは、家族を支援するために支出される現金給付及び現物給付（サービス）であり、就学前教育・保育（現物給付）や、児童手当（現金給付）等が含まれる。
 ※ 2019年10月に幼児教育・保育の無償化を実施したことに伴い、平年度で約8,900億円（公費ベース）の増額となる（対名目GDP比+約0.16%相当）。

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）



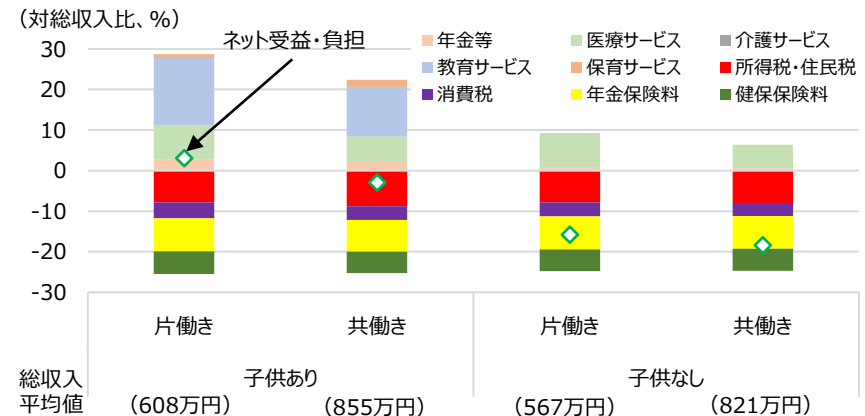
(出所) 日本は国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」、諸外国はOECD “Social Expenditure Database”。国民負担率について、日本は内閣府「国民経済計算」等、諸外国はOECD “National Accounts”、“Revenue Statistics”。

- (注) 1 現物給付には就学前教育・保育等が、現金給付には児童手当、出産・育児休業手当等が含まれる。
 2 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）。
 3 諸外国の家族関係社会支出の対GDP比は、2022年4月8日閲覧。
 4 国民負担率について、日本は年度、諸外国は暦年。

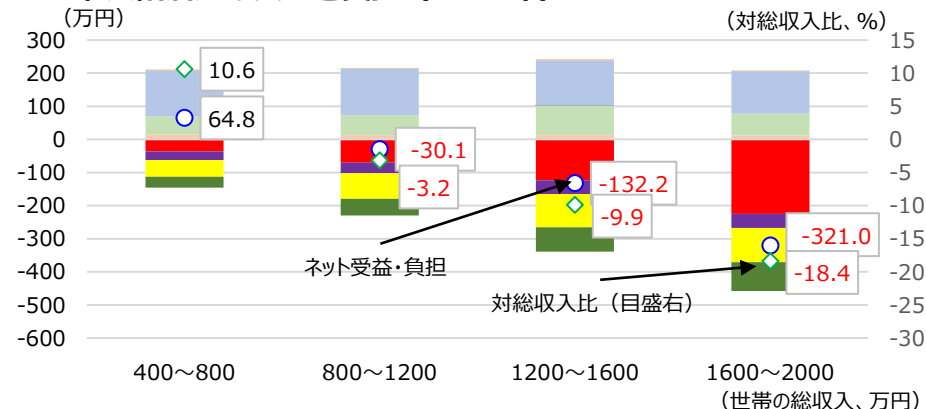
◆少子化社会対策大綱（令和2年5月29日閣議決定）（抄）

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。

◆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）



(出所) 内閣府「税・社会保障等を通じた受益と負担について」（平成27年6月1日）

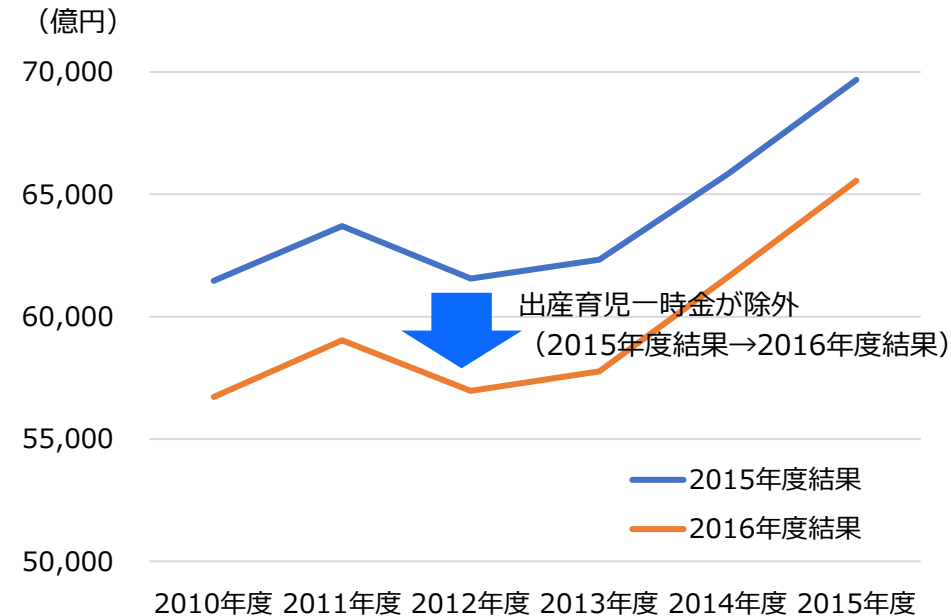
- 2015年の内閣府の分析において**子育て世帯の医療サービスの受益は大きい**が、このうち**子ども・子育て支援と考えられるもの**についても、OECDが定める基準において**家族関係社会支出以外の社会支出**（例：保健関係社会支出）に分類されている可能性がある。
- 具体的には、
 - － 乳幼児医療費助成などは、子ども・子育て支援と考えられるものの、保健関係社会支出に分類されている。
 - － 出産育児一時金は、子ども・子育て支援と考えられるものの、2016年度結果において、家族関係社会支出から保健関係社会支出に区分変更されたため、家族関係社会支出が2015年度結果から大幅に下方修正されている。
- 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：6億円
- 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）



- 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

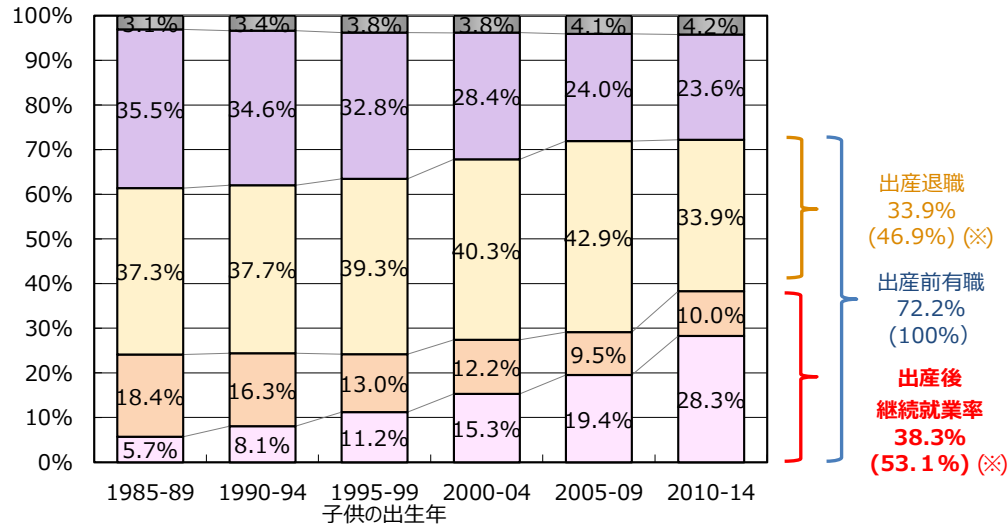
◆「こども政策の新たな推進体制に関する基本方針」(令和3年12月21日閣議決定)

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ども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ども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



□就業継続（育休利用） □就業継続（育休なし）
□出産退職 □妊娠前から無職

(※) () 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）中に出産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）」

◆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。**

- 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

- 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保険給付として、健康保険や国民健康保険などの被保険者またはその被扶養者が出産したとき、 出産に要する経済的負担を軽減するため、一定の金額が支給される制度	健康保険法等に基づく保険給付として、被保険者が 出産の前後において一定期間内において労働に服さなかったことにより、所得の喪失又は減少をきたした場合に、生活を保障するため、一定の金額が支給される制度	雇用保険法に基づく保険給付として、 被保険者が育児休業を取得しやすくし、職業生活の円滑な継続を援助、促進するため、一定の金額が支給される制度
支給内容	定額42万円 ※ 産科医療補償制度に加入する分娩機関で出産した場合	出産日（出産日が出産予定日後の場合出産予定日）以前42日から、出産日後56日までの間において労働に服さなかった期間について、1日当たり以下の額を支給 給付前直近12か月間の標準報酬月額 の平均額 × 30分の1 × 3分の2	1歳未満（一定の場合は子が1歳2か月または最長2歳に達するまで）の子を養育するための育児休業を取得した場合に、1か月当たり以下の額を支給 休業開始時賃金日額 × 支給日数 × 50% (育児休業開始6か月は67%)
支給規模	約3,827億円（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。

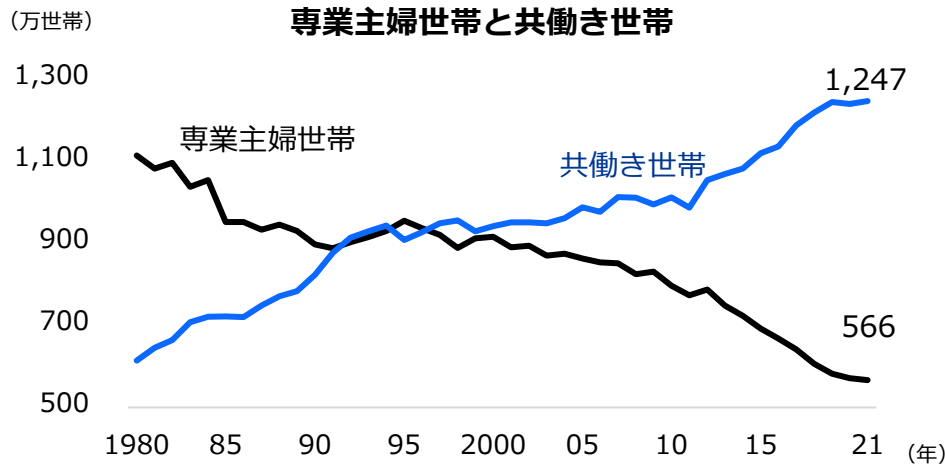
◆全世代型社会保障改革の方針（令和2年12月15日閣議決定）（抄）

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。

専業主婦世帯と共働き世帯



（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。