

社会保障 (参考資料)

財務省

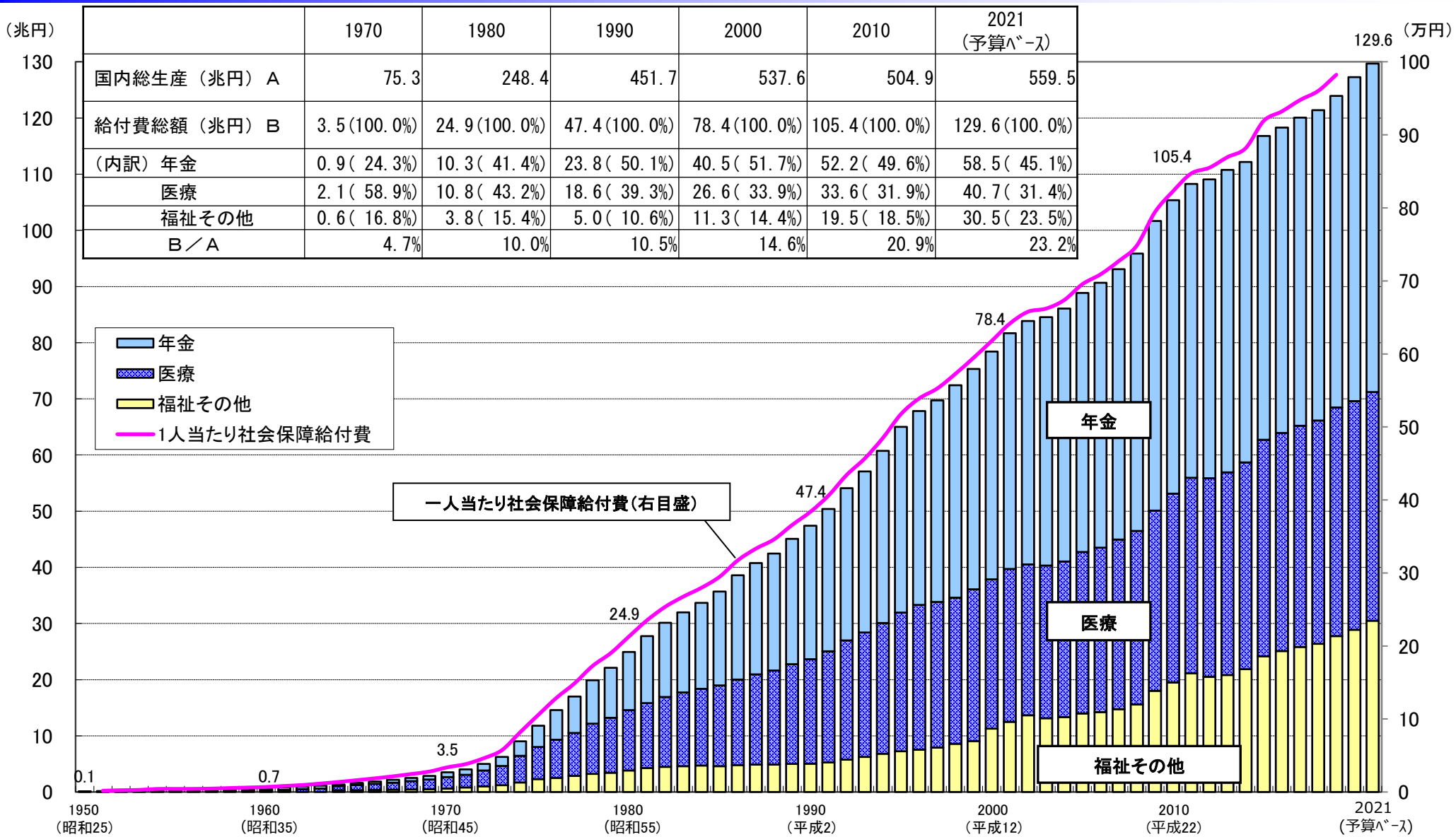
2022年4月13日

目次

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

1. 社会保障総論

社会保障給付費の推移



資料：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」、2020～2021年度（予算ベース）は厚生労働省推計、

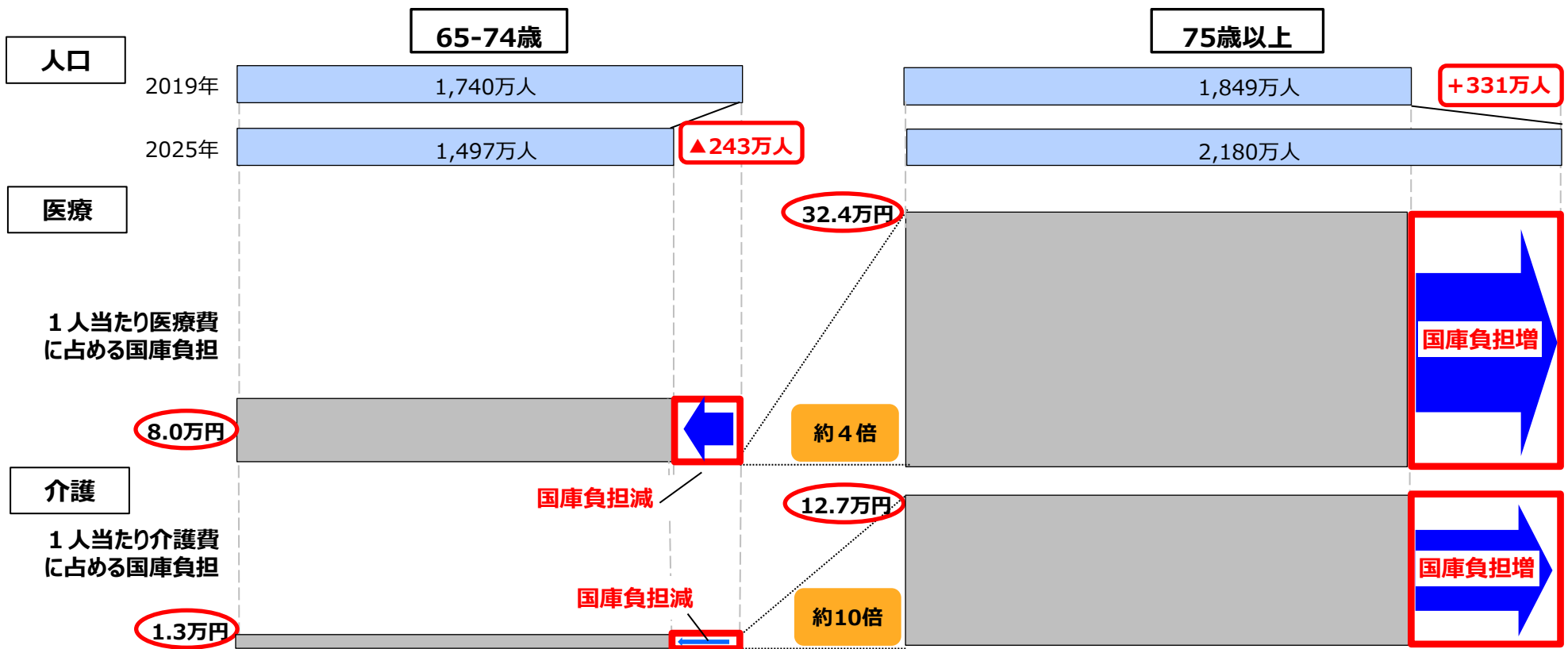
2021年度の国内総生産は「令和3年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度（令和3年1月18日閣議決定）」

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2010並びに2021年度（予算ベース）の社会保障給付費（兆円）である。

高齢化の進展が財政に与える影響

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

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

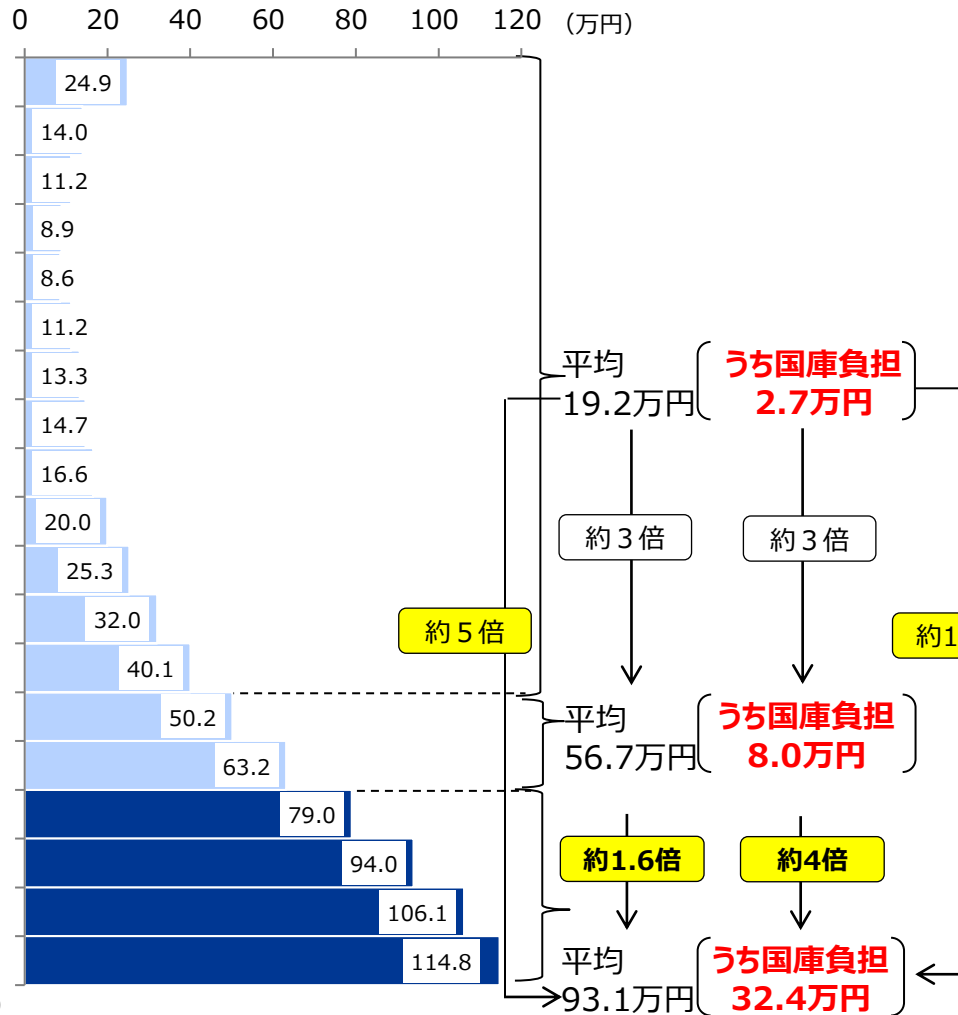


(出所) 総務省「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口(出生中位・死亡中位)」、厚生労働省「国民医療費の概況」、「介護給付費等実態統計」等

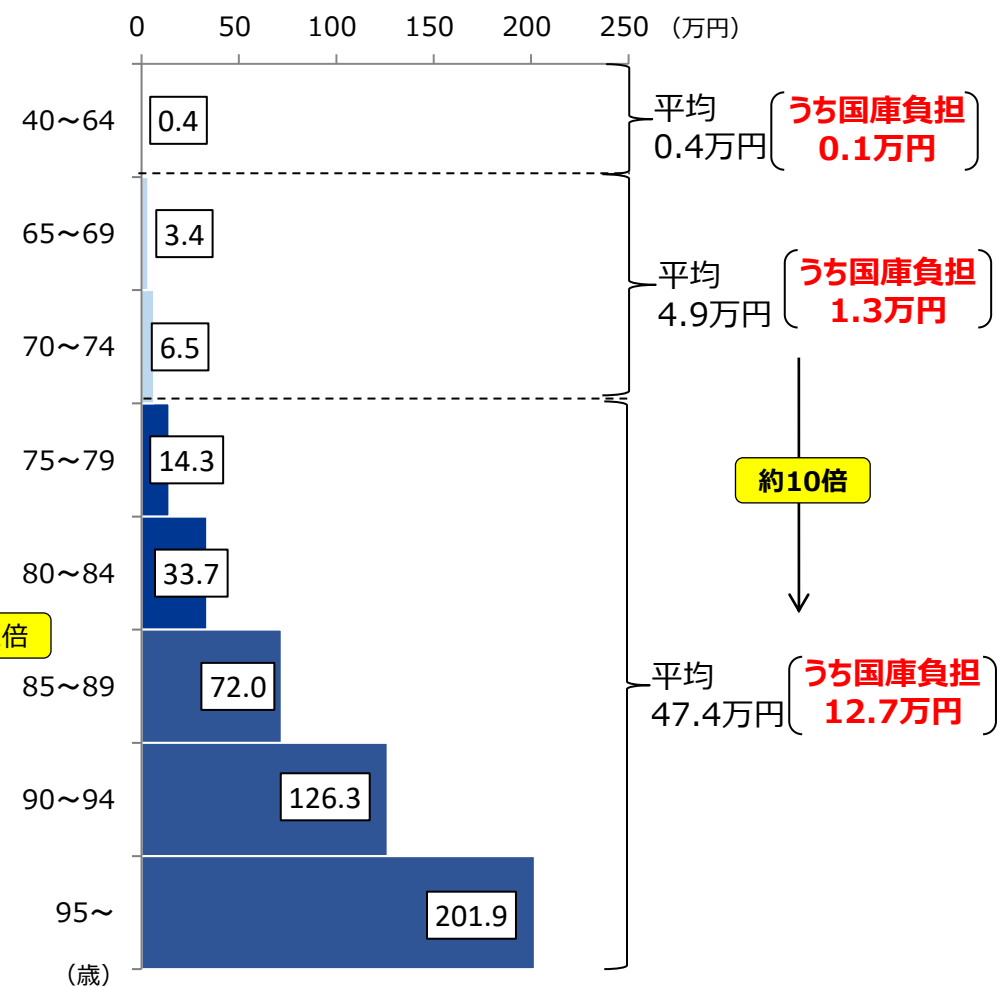
(注) 1人当たり国庫負担は、それぞれの年齢階層の国庫負担額を2019年時点の人口で除すなどにより機械的に算出。

年齢階級別 1人あたり医療・介護費について

年齢階級別 1人あたり国民医療費 (2019年)



年齢階級別 1人あたり介護費 (2019年)



(出所) 厚生労働省「国民医療費の概況」、「介護給付費等実態統計」等

(注) 1人あたり国民医療費・介護費は、年齢階級別の国民医療費・介護費を人口で除して機械的に算出。
1人あたり国庫負担は、それぞれの年齢階級の国庫負担額を2019年時点の人口で除すなどにより機械的に算出。

今後の人口動態の変化①（高齢化と支え手の減少）

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

◆中長期的な人口の変化（1年あたり）

団塊の世代が
後期高齢者に
なり始める

団塊の世代が
すべて後期高
齢者になる

団塊ジュニアが
後期高齢者に
なり始める

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

後期高齢者急増

支え手の急減

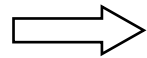
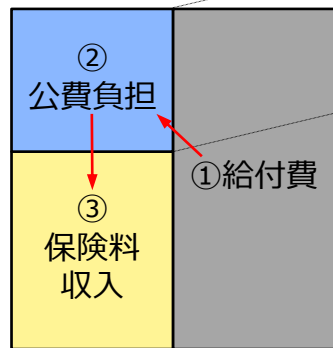
社会保障給付費の規律の必要性

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

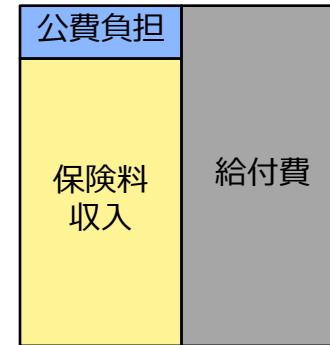
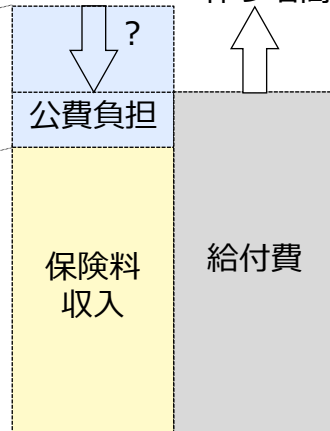
社会保障の制度設計の現状

② 給付費に予め定められた公費負担割合を乗じて負担額を算出する

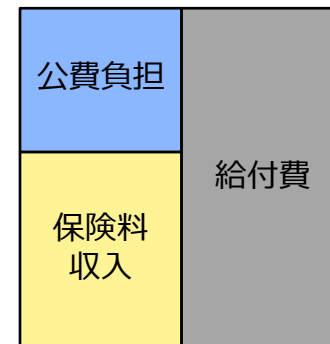
① 給付に必要な額を見積もる



経済成長に伴う増高



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



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

③ 給付費と公費負担の差額を保険料収入で賄う

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

2. 年金

年金制度における給付と負担の均衡

- 年金分野においては、平成16年の年金制度改革において、先々の保険料負担の上限を固定するとともに、マクロ経済スライドの導入等によりその保険料上限による収入の範囲内で給付水準を自動的に調整する仕組みが導入された。
- 長期的な年金財政の枠組みが構築されたことで受益と負担の均衡が他分野と比べて相対的に確保され、高齢者の給付と現役世代の負担についてどのようなバランスを取るかの工夫が凝らされてきたと言える。

平成16年
改正前

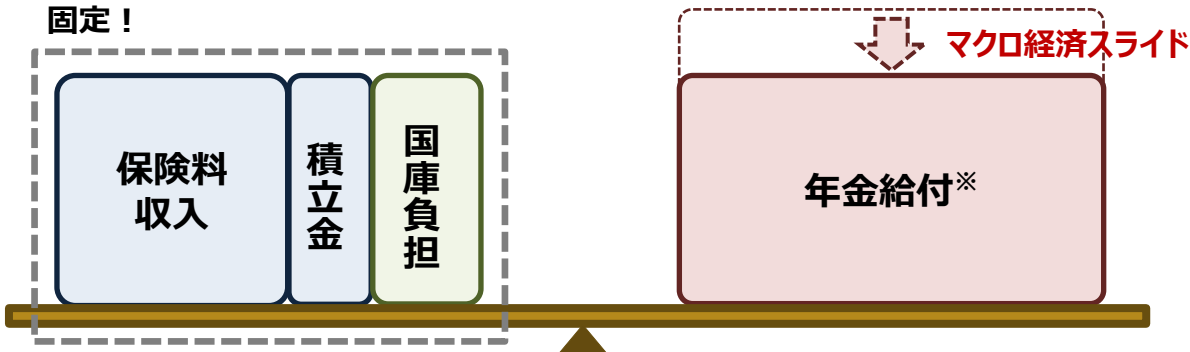
- 人口推計や将来の経済の見通し等の変化を踏まえて、5年毎に「財政再計算」を実施し、給付水準や保険料水準を見直し。
※ 財政再計算：その時点の給付水準を維持すると仮定した場合にどの程度の保険料水準が必要となるかを算定
⇒ 若い世代にとっては将来の給付水準も保険料水準も見通しにくく、年金制度に対する不安につながっているとの意見

平成16年
改正後

- 急速に進行する少子高齢化を見据えて、将来にわたって、制度を持続的で安心できるものとするための改革を実施。
 - ① 保険料について上限を固定した上で引上げ（平成28年度に引上げ終了）※厚生年金：18.3%、国民年金：16,900円（平成16年度価格）
 - ② 基礎年金国庫負担の2分の1への引上げ（平成26年度に消費税増収分を財源として恒久化）
 - ③ 積立金の活用（財政均衡期間（概ね100年間）の終了時に給付費1年分程度の積立金を保有）
 - ④ 財源の範囲内で給付水準を自動調整する仕組み（マクロ経済スライド）の導入

※産前産後期間の保険料免除の開始に伴い、令和元年度以降は17,000円（平成16年度価格）

固定！



※年金額の改定ルール

平成16年改正による年金財政の枠組みに対応し、経済状況に合わせた改定ルールを法定化

- ▶ 原則として、新規裁定者は賃金変動、既裁定者は物価変動をベースに改定
- ▶ 当該改定に対して、マクロ経済スライドにより一定の調整を講じる仕組み

- その上で、5年毎に「財政検証」を実施し、財政の見通しやマクロ経済スライドの調整期間の見通しの作成を行うことで、年金財政の健全性を検証
⇒ 次の財政検証（5年後）までに所得代替率（現役男子の平均手取り収入額に対する年金額の比率）が50%を下回る場合は、給付及び負担の在り方について検討を行い、所要の措置を講ずる。
（注）平成26年の財政検証から、年金制度の課題の検討に資するよう、制度改革を仮定した「オプション試算」を実施。

勤労者皆保険の実現に向けて

- **被用者保険の適用拡大**により、いかなる雇用形態であっても、企業で働く方は全員、社会保険に加入できるようになれば、**正規労働者と非正規労働者との格差が是正**され、社会保険で守るべき所得の低い非正規労働者が、より充実した年金を将来受け取れるようになり、**将来不安の解消**につなげることができる。
- また、被用者保険の適用拡大を通じて、雇用や働き方に中立的な制度が実現すれば、**働きたい人の能力発揮の機会が確保**されるとともに、**企業運営に必要な人材が確保**されやすくなるという経済政策上のメリットがある。
- 労働者が、いわゆる「106万円の壁」や「130万円の壁」の直前において、社会保険料負担を忌避し、就業調整を行っているとは指摘されることが多いが、**被用者保険の適用拡大は**、被扶養者にとって抵抗感が強い「**130万円の壁**」に直面する方を**減少させる効果**がある。
- また、**事業主側から見た場合、厚生年金保険の適用除外の仕組みが、事業主にとって、事業主負担を回避するために雇用形態を変更するインセンティブ**となりうることに留意する必要。**働き方の多様化**が進む中、実質的に雇用類似の働き方をしているにも関わらず、事業主の都合により、本人の希望とは異なる契約形態を余儀なくされる事態が生じないよう、**正規・非正規・フリーランスといった雇用形態が、事業主負担に影響を与えない仕組みの検討も重要**。

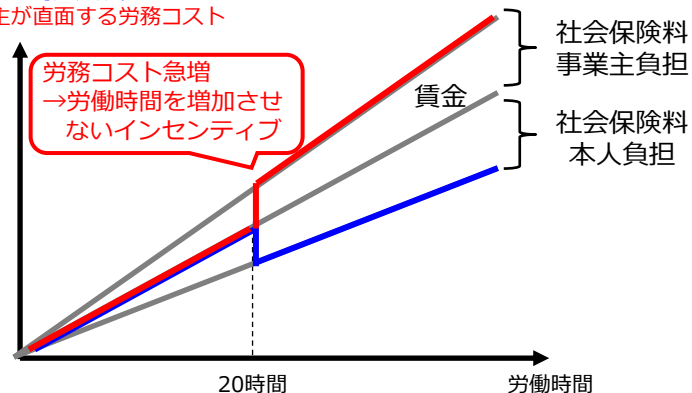
◆ 被用者保険の適用拡大の意義

被用者にふさわしい保障の実現	労使折半の負担で、厚生年金（報酬比例の上乗せ給付）や、健康保険（傷病手当金や出産手当金）による保障が確保される。
働き方や雇用の選択を歪めない制度の構築	<ul style="list-style-type: none"> ・配偶者の扶養の範囲で働く人も、被扶養基準（年収130万円）を意識せずに働けるようになる。 ・企業による雇い方の選択も歪められなくなるとともに、企業運営に必要な労働力が確保されやすくなる。
社会保障の機能強化	<ul style="list-style-type: none"> ・厚生年金が適用されると、国民年金のような未納もなく、無年金・低年金を防ぐことができる。 ・国民共通に保障される基礎年金の水準の確保につながる。

◆ 事業主が直面する労務コスト

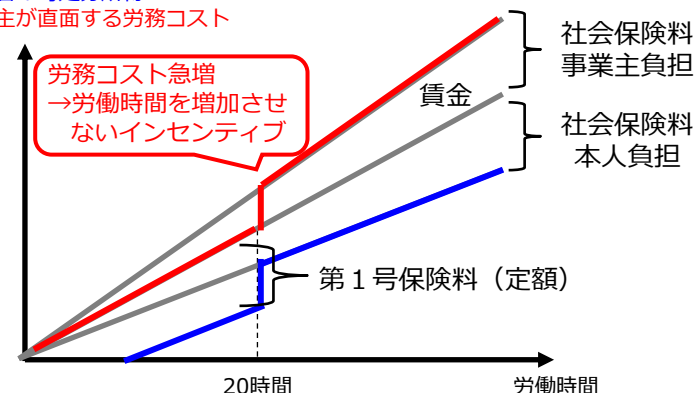
◆ パート労働者（第3号被保険者が第2号被保険者となる場合）

労働者の可処分所得
事業主が直面する労務コスト



◆ パート労働者（第1号被保険者が第2号被保険者となる場合）

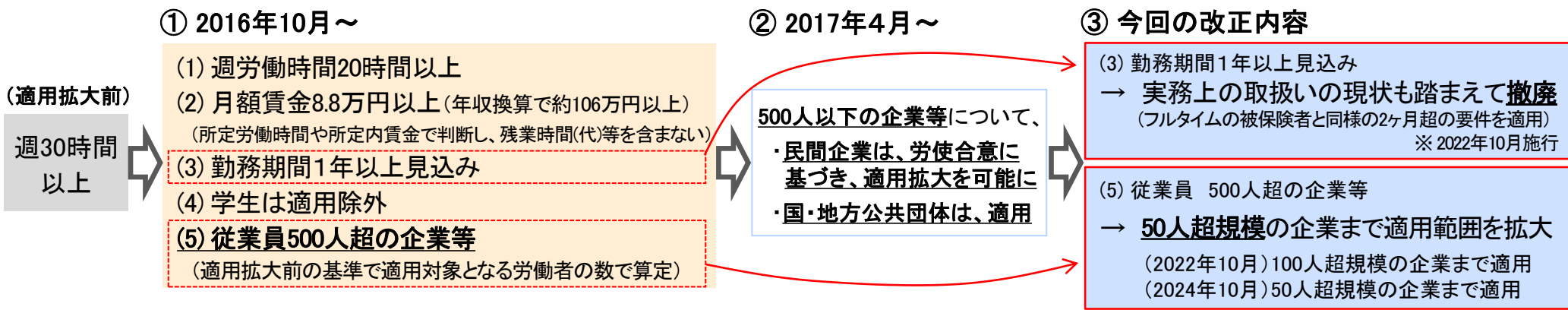
労働者の可処分所得
事業主が直面する労務コスト



短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大の概要

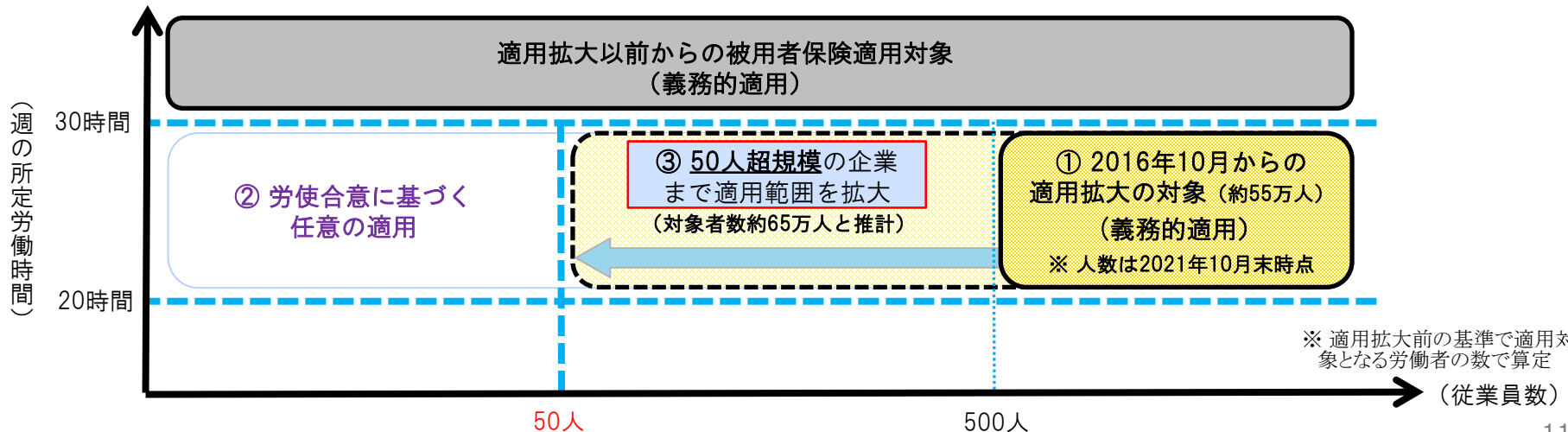
働きたい人が働きやすい環境を整えるとともに、短時間労働者について、年金等の保障を厚くする観点から、被用者保険(年金・医療)の適用拡大を進めていくことが重要。

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



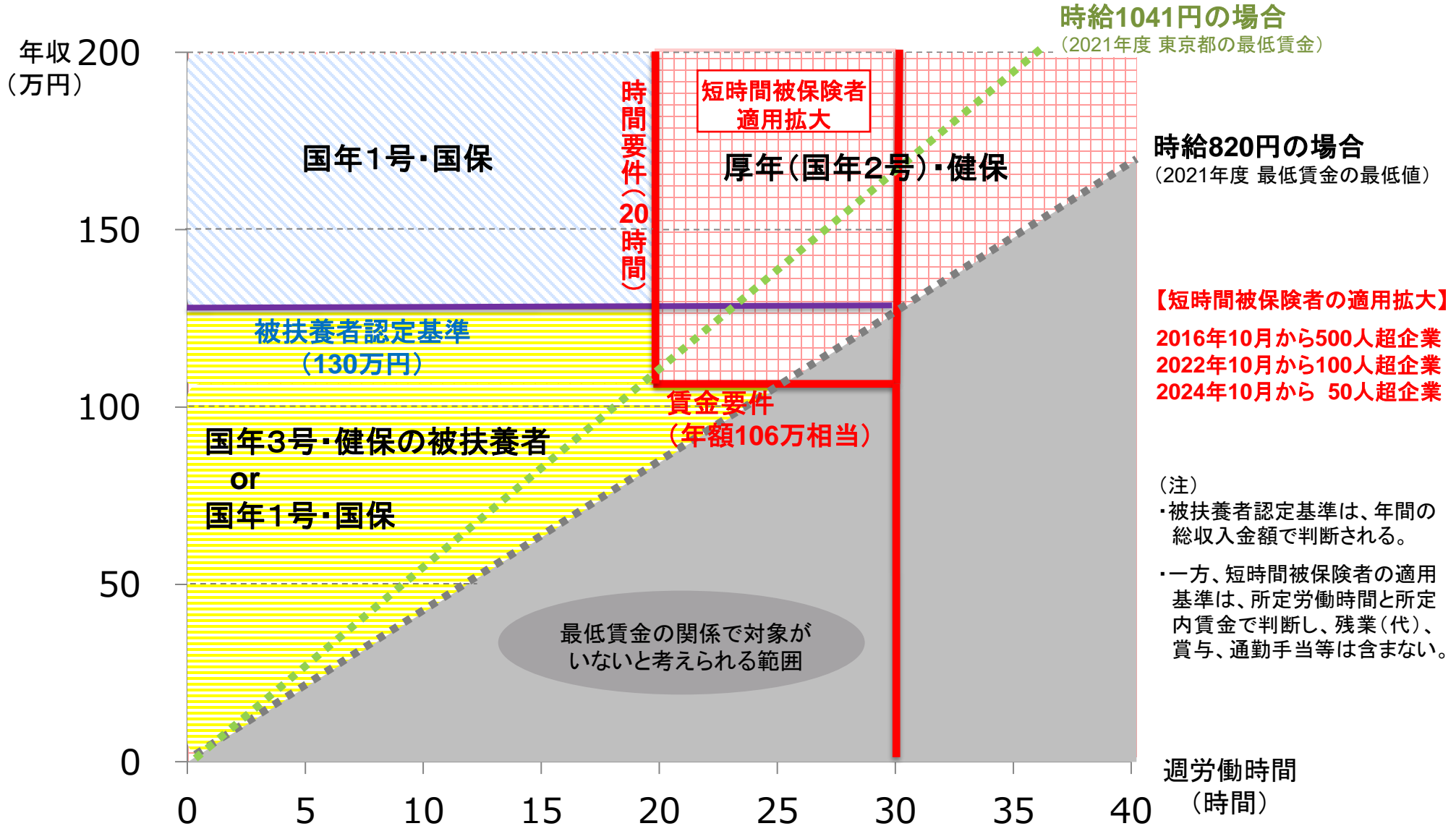
※ その他(1)(2)(4)の要件は現状維持

<被用者保険の適用拡大のイメージ>



個人の働き方と社会保険の適用区分

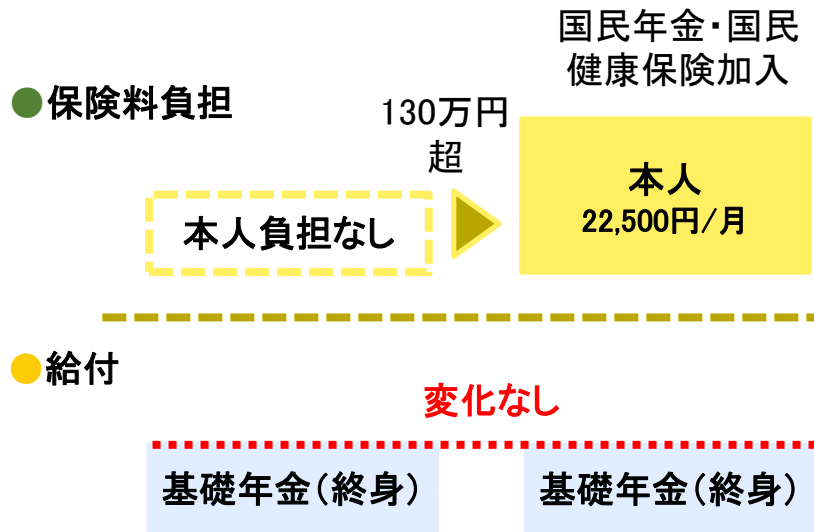
○ 短時間労働者の社会保険制度上の適用区分は、各自の働き方（労働時間及び収入）や扶養者の有無によって異なっており、どの区分に属するかによって給付・負担の内容に差異が生まれることになる。



被扶養者認定基準（年収130万円の壁）と被用者保険の適用拡大

- 被用者保険の適用拡大により、被扶養配偶者である短時間労働者が被用者保険加入となった場合、保険料負担が新たに生じるものの、給付も充実するため、年収130万円の被扶養者認定基準を意識せず働くことができるようになる。

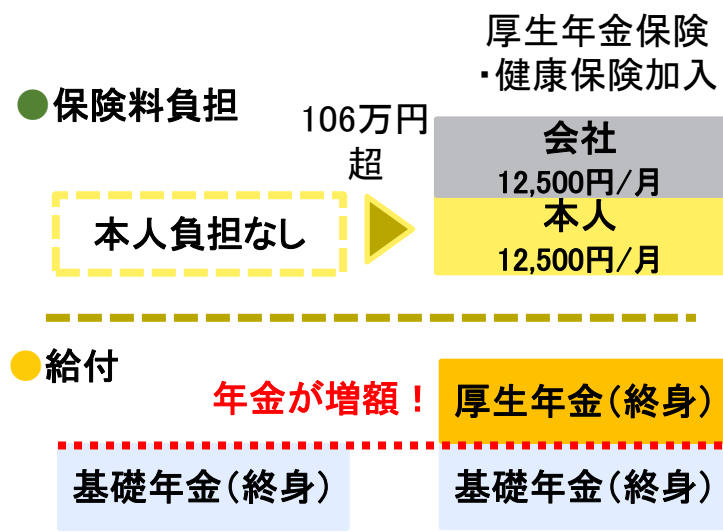
適用拡大前



※金額は、年収130万円の例。

- 年収130万円の被扶養者認定基準を超えて働くと、配偶者の扶養から外れて、国民年金・国民健康保険加入となり、保険料負担が生じる。
 - 一方で、年金給付(基礎年金のみ)や、医療保険の給付は、変わらない。
- ⇒ いわゆる「130万円の壁」として、就業調整する方もおられる。

適用拡大後



※金額は、年収106(月8.8)万円の例。

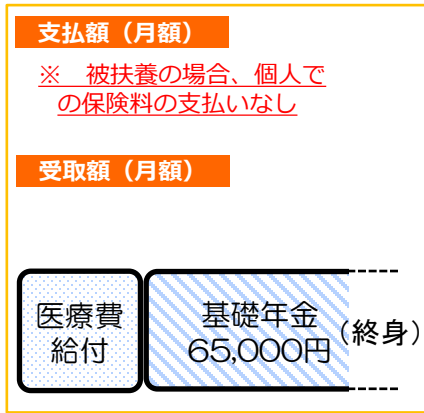
- 短時間労働者への適用拡大により、所定内賃金が月8.8万円(年収106万円)・所定労働時間が週20時間以上で働くと、配偶者の扶養ではなく、厚生年金・健康保険加入となり、保険料負担が生じるが、事業主が半分を負担。
 - 負担が増える分、給付も増えて、メリットがある。
- ⇒ 被扶養者認定基準を意識せずに働けるようになる。

被扶養者にとっての被扶養認定基準（130万円）と被用者保険適用基準（106万円）

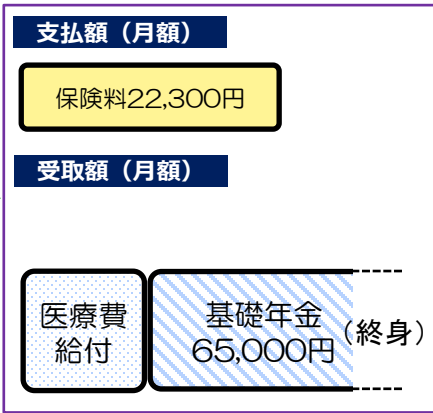
- 被扶養認定基準（130万円）と異なり、被用者保険適用基準（106万円）は、超えると給付増を伴い、保険料負担も労使折半。
- また、契約時点で適用・不適用が定まり、「130万円の壁」のように、年末に年収を抑える調整が行われる問題が生じない。

被扶養認定基準(130万円) ＜給付と負担の変化＞

国民年金第3号・健保被扶養者

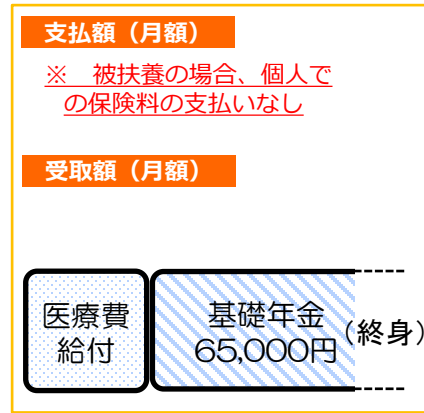


国民年金第1号・国民健康保険

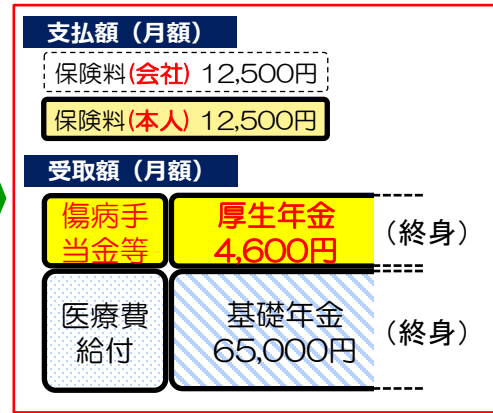


被用者保険適用基準(106万円) ＜給付と負担の変化＞

国民年金第3号・健保被扶養者



被用者保険（厚生年金・健康保険）



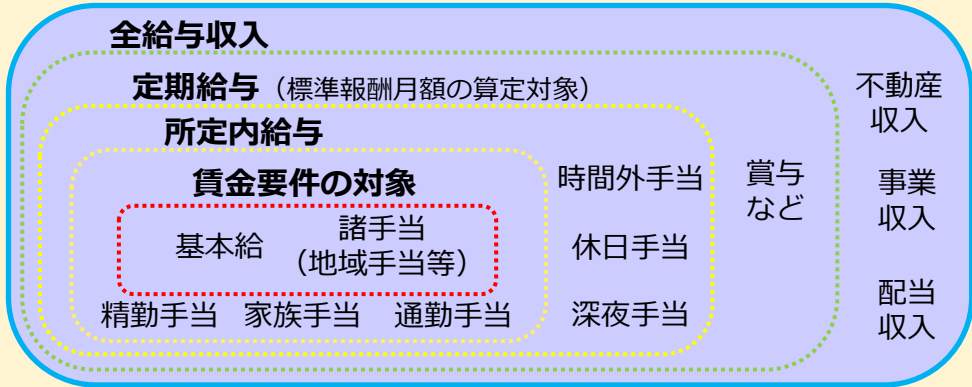
※ 月収8.8万円・10年加入の場合

＜判断方法（時点・考慮対象）＞



前年度の所得証明書類に基づく全収入ベースの年収も踏まえ、年収の見込額で判断
→ 年末に年収を抑える調整が行われる可能性

全収入（被扶養認定基準の算定対象）

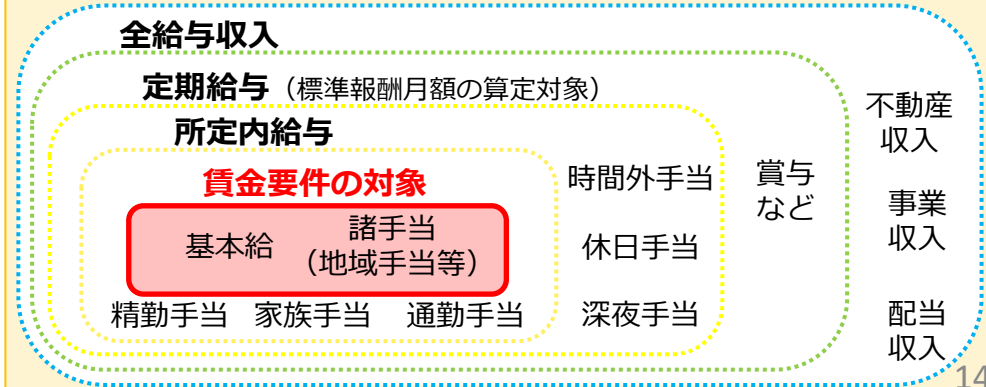


＜判断方法（時点・考慮対象）＞



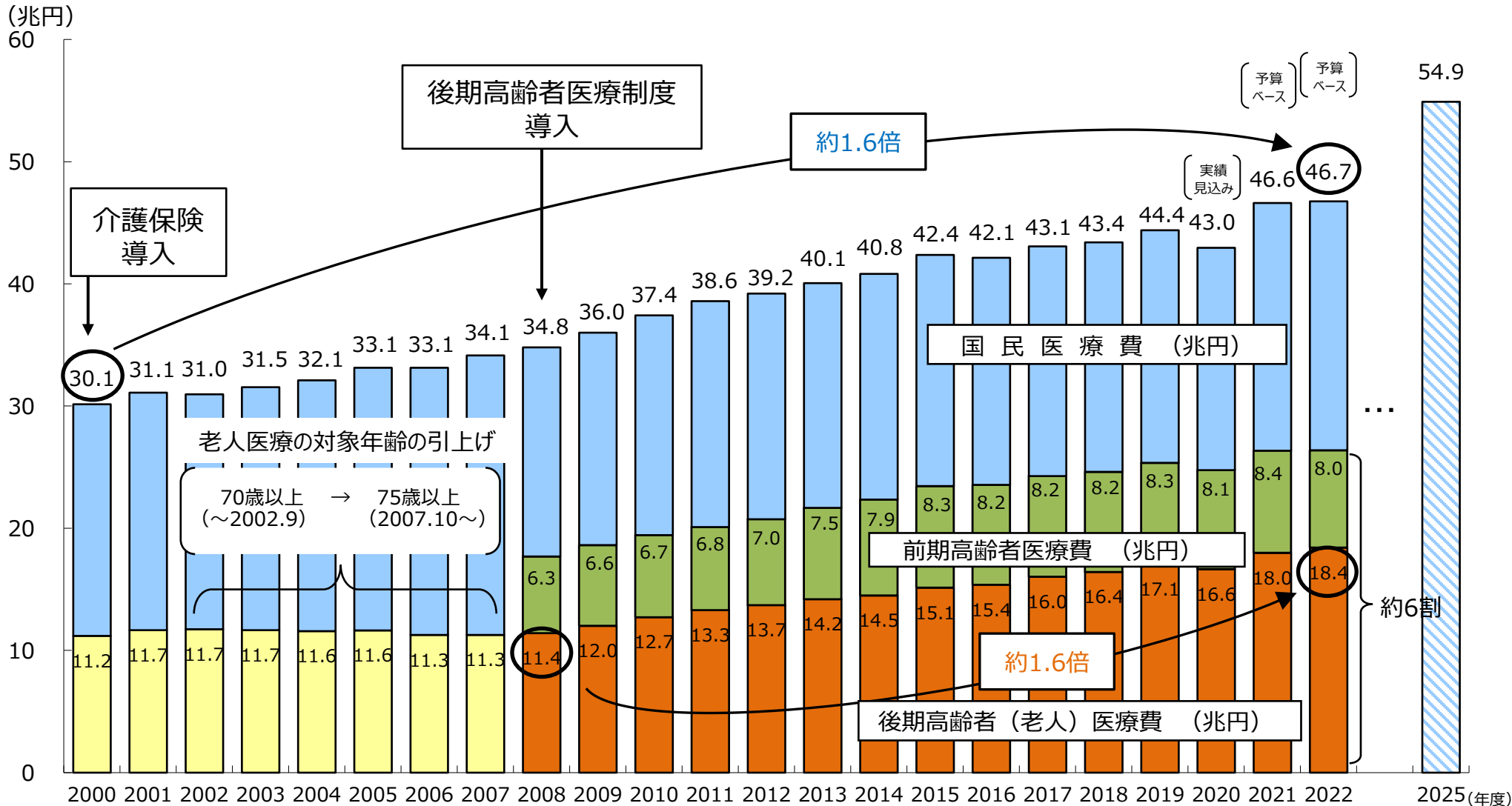
雇用契約を結んだ時点で、基本給・諸手当で判断
→ 契約時点で事前に被用者保険の適用・不適用が定まる

全収入（被扶養認定基準の算定対象）



3. 医療

医療費の推移



(注) 2020年度は実績見込みである。2019年度の国民医療費に2020年度の概算医療費の伸び率を乗じることによって推計したものである。

2021年度及び2022年度は予算ベースである。

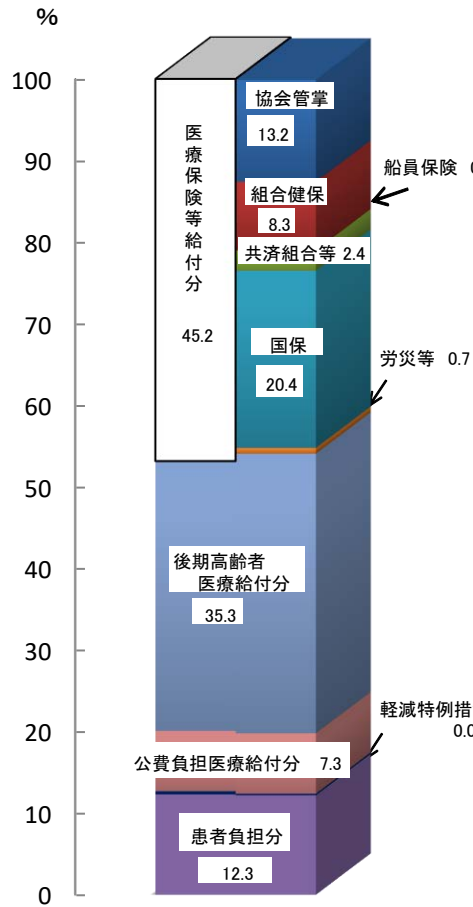
前期高齢者医療費の2019年度までは、「医療保険に関する基礎資料」(年次報告)の65～69歳・70～74歳(後期高齢者医療制度を除く)の医療費を機械的に合算したものである。

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

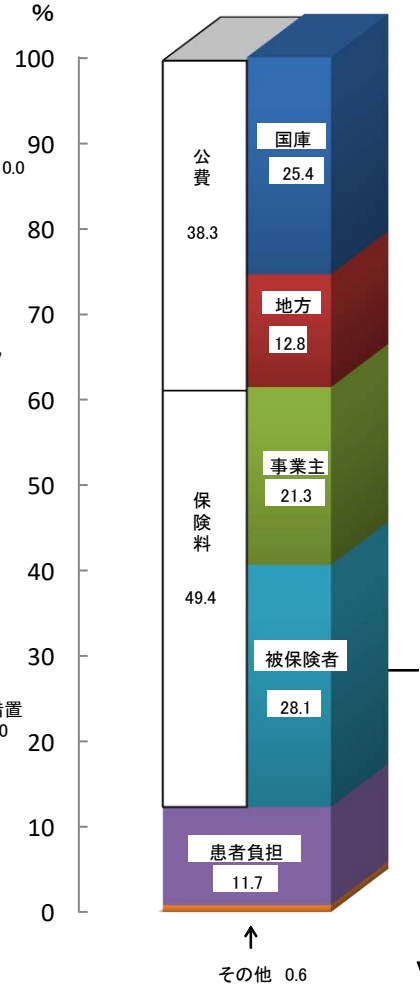
国民医療費の構造（令和元年度）

国民医療費 44兆3,895億円
一人当たり医療費 351,800円

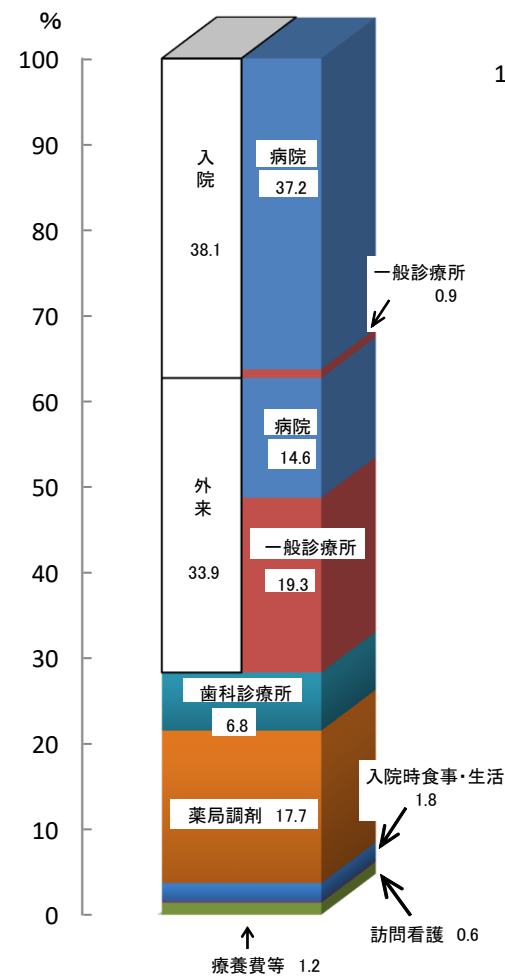
国民医療費の制度別内訳



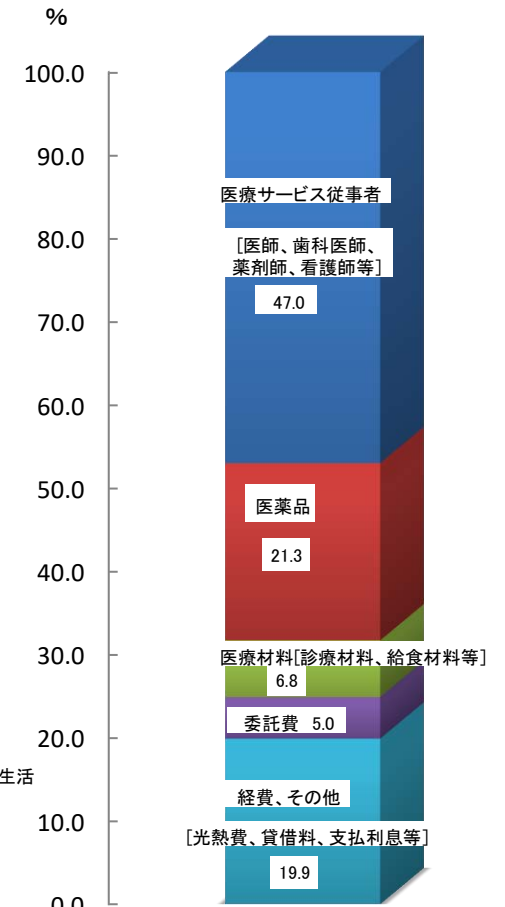
国民医療費の財源別内訳



国民医療費の分配



医療機関の費用構造



●被保険者負担には、国民健康保険の保険料が含まれている。

●令和元年度国民医療費、医療経済実態調査（令和元年）の結果等に基づき推計

大臣合意を反映した診療報酬改定項目①

急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価

➤ 看護配置7対1等の診療報酬について、医療機能等に応じた評価となるよう、重症患者の評価項目の基準を見直し

改定前

- 急性期入院の診療報酬は、
 - ①看護配置と、
 - ②急性期医療の必要性が高い患者（重症患者）の割合に応じて点数設定

項目	看護配置	重症患者割合
急性期一般入院料1	7対1	31%
急性期一般入院料4	10対1	22%
急性期一般入院料7	10対1	— (考慮せず)

<重症患者の評価項目>
重症患者を特定するための着眼点として、

- ・呼吸ケアの実施
- ・心電図モニター管理の実施
- ・抗悪性腫瘍剤の使用 等

改定後

- **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

項目	看護配置	重症患者割合	
		200床以上	200床未満
急性期一般入院料1	7対1	31%	28%
急性期一般入院料4	10対1	20%	18%
急性期一般入院料6	10対1	— (考慮せず)	— (考慮せず)

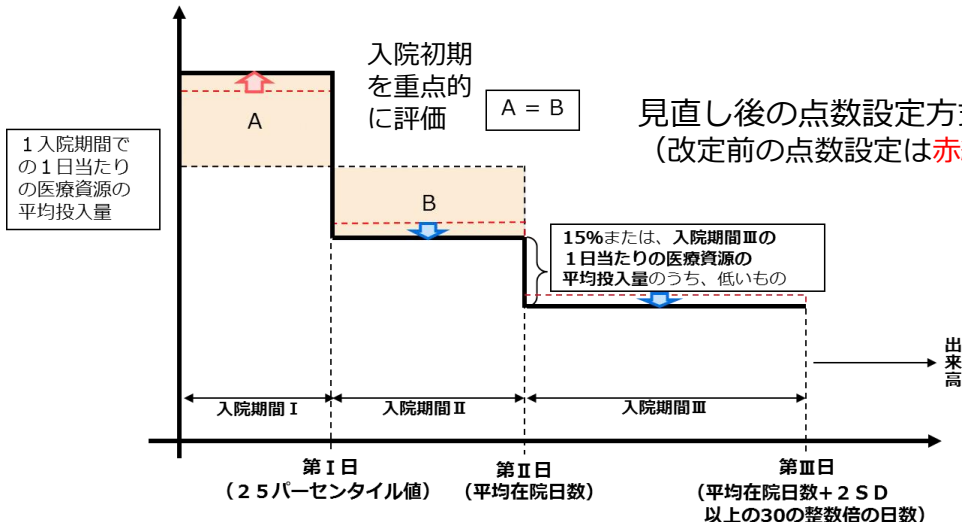
<重症患者の評価項目>
重症患者を特定するための着眼点として、

- ・呼吸ケアの実施
- 心電図モニター管理の実施
- ・抗悪性腫瘍剤の使用 等

※200床未満の中小病院については、重症患者割合を引き下げる緩和策を講じる

DPC点数設定方式の見直し

➤ 入院初期に投じられる医療資源投入量は、経年的に増加が見られる実態を踏まえ、標準的な点数設定方式Aについて、入院初期（入院期間Ⅰ）をより重点的に評価する体系に見直す。



調剤関係の見直し

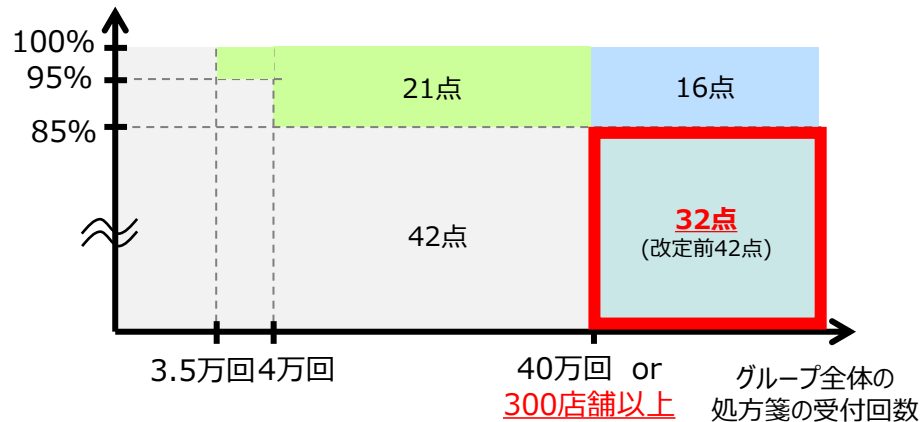
費用対効果等を踏まえた後発医薬品調剤体制加算の見直し

後発医薬品 調剤体制加算		改定後
後発医薬品使用割合	➔	後発医薬品使用割合
85%以上：28点 80%以上： <u>22点</u> <u>75%以上：15点</u> <u>40%以下：▲2点</u>		90%以上： <u>30点</u> (新設) 85%以上：28点 80%以上： <u>21点</u> (引き下げ) <u><廃止></u> <u>50%以下：▲5点</u> (引き下げ)

<参考> 後発医薬品使用促進の新目標 後発医薬品の数量シェアを2023年度末までに全都道府県で80%以上とする

多店舗を有する薬局等の評価の適正化

処方箋の集中度



特別調剤基本料 (敷地内薬局) 9点 ⇒ 7点

診療報酬制度のあり方（地域差への対応）

- 地域によって医療を取り巻く実情が異なる中、診療報酬が全国一律の制度設計を基本としていることも、政策手段として診療報酬の対応力を損ねている面がある。
- 診療報酬制度では、かつて甲地・乙地の2区分（1948年までは甲地・乙地・丙地の3区分）により診療報酬1点単価に地域差が付けられていたが、1963年9月以降は1点10円で統一された経緯があるが、介護報酬では1点単価に地域差が設けられている。
- 現在は、地域差を反映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。

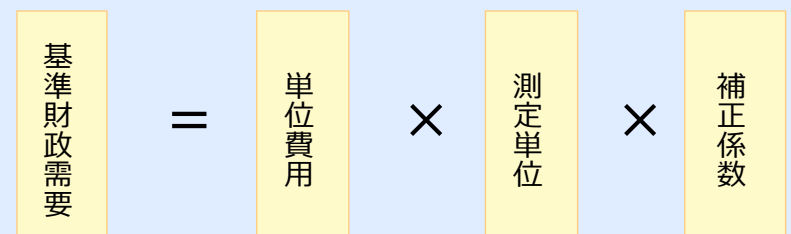
2 厚生労働大臣は、前項の定めをするに当たっては、あらかじめ、関係都道府県知事に協議するものとする。

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



最適使用推進ガイドライン（患者、施設・医師要件の設定等）

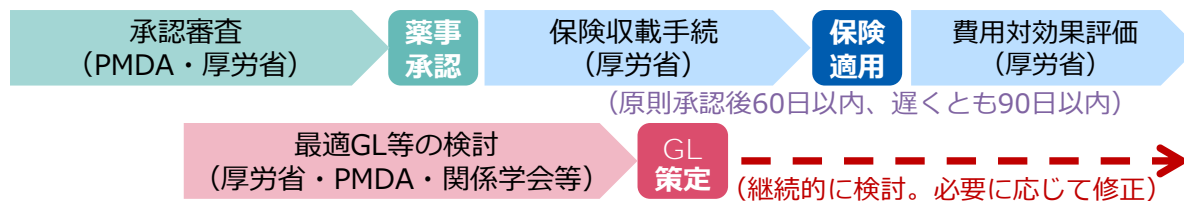
革新的かつ高額な医薬品や再生医療等製品について、以下のようにその使用の最適化を図っている。

- 革新的な新規作用機序を有する医薬品等は、薬理作用や安全性プロファイルが既存の医薬品と明らかに異なることがあるため、対象患者及び使用する医療機関の施設要件・医師要件を示した「**最適使用推進ガイドライン**」を作成。当該ガイドラインを踏まえた内容を保険適用上の留意事項として通知
- 有効性及び安全性に関する情報が十分蓄積するまでの間、①**当該医薬品等の恩恵を強く受けることが期待される患者に対して使用**するとともに、②**副作用が発現した際に必要な対応を迅速にとることが可能な一定の要件を満たす医療機関**で使用

＜最適使用推進ガイドラインの作成数＞ ※令和3年9月時点

	合計	医薬品		再生医療等製品	
		新規	改正	新規	改正
H28年度	3	3			
H29年度	7	2	5		
H30年度	12	4	7	1	
R元年度	12	3	8	1	
R2年度	11	2	8		1
R3年度	13	4	5	3	1

＜作成の流れ＞



(参考) ガイドラインの例：キムリア点滴静注

- 再発・難治性の白血病等の治療に用いる再生医療等製品。患者から採取したリンパ球に遺伝子組換えを行った上で、患者に静脈投与する。1患者当たり約3,400万円（令和元年5月22日保険適用）
- 関係8学会・医会の協力の下、薬事審査と並行して最適使用推進GLを検討・作成し、医療機関・医師の要件、投与対象となる患者等を規定。（平成31年3月26日承認、令和元年5月21日GL発出）

＜対象の医薬品・再生医療等製品一覧＞

医薬品	効能・効果
ニボルマブ <small>(オブジーボ点滴静注)</small>	悪性黒色腫、非小細胞肺癌、腎細胞癌、古典的ホジキンリンパ腫、頭頸部癌、胃癌、悪性胸膜中皮腫、食道癌、MSI-Highを有する結腸・直腸癌
ペムブロリズマブ <small>(キイトルーダ点滴静注)</small>	悪性黒色腫、非小細胞肺癌、古典的ホジキンリンパ腫、尿路上皮癌、MSI-Highを有する固形癌及び結腸・直腸癌、頭頸部癌、腎細胞癌、食道癌、乳癌
アベルマブ <small>(バベンチオ点滴静注)</small>	メルケル細胞癌、腎細胞癌、尿路上皮癌
デュルバルマブ <small>(イミフィンジ点滴静注)</small>	非小細胞肺癌、小細胞肺癌
アテゾリズマブ <small>(テセントリク点滴静注)</small>	非小細胞肺癌、乳癌、小細胞肺癌、肝細胞癌
アリロクマブ <small>(アラント皮下注)</small>	家族性高コレステロール血症、高コレステロール血症
エボロクマブ <small>(レバサ皮下注)</small>	家族性高コレステロール血症、高コレステロール血症
デュピルマブ <small>(デュピセント皮下注)</small>	アトピー性皮膚炎、気管支喘息、慢性副鼻腔炎
オマリズマブ <small>(ゾレア皮下注)</small>	季節性アレルギー性鼻炎
バリシチニブ <small>(オルメント錠)</small>	アトピー性皮膚炎

医薬品	効能・効果
ガルカネズマブ <small>(エムガルティ皮下注)</small>	片頭痛発作の発症抑制
フレマネズマブ <small>(アジビ皮下注)</small>	片頭痛発作の発症抑制
エレヌマブ <small>(アイモビーグ皮下注)</small>	片頭痛発作の発症抑制
ウパダシチニブ <small>(リンヴォック錠)</small>	アトピー性皮膚炎
再生医療等製品	
ヒト（自己）骨髄由来間葉系幹細胞 <small>(ステミラック注)</small>	脊髄損傷に伴う神経症候及び機能障害の改善
チサゲンレクルユーセル <small>(キムリア点滴静注)</small>	B細胞性急性リンパ芽球性白血病、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫
アキシカブタゲン シロルユーセル <small>(イエスカルタ点滴静注)</small>	大細胞型B細胞リンパ腫
リソカブタゲン マラルユーセル <small>(フレヤンジ静注)</small>	大細胞型B細胞リンパ腫、濾胞性リンパ腫
テセルパツレブ <small>(デリタクト注)</small>	悪性神経膠腫

「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」の概要

(令和4年3月29日付け総務省自治財政局長通知)

第1 公立病院経営強化の必要性

- 公立病院は、これまで**再編・ネットワーク化、経営形態の見直し**などに取り組んできたが、**医師・看護師等の不足**、人口減少・少子高齢化に伴う医療需要の変化等により、依然として、**持続可能な経営を確保しきれない病院も多いのが実態**。
- また、コロナ対応に公立病院が中核的な役割を果たし、**感染症拡大時の対応における公立病院の果たす役割**の重要性が改めて認識されるとともに、病院間の役割分担の明確化・最適化や医師・看護師等の確保などの取組を平時から進めておく必要性が浮き彫りとなった。
- 今後、**医師の時間外労働規制への対応**も迫られるなど、さらに厳しい状況が見込まれる。
- 持続可能な地域医療提供体制を確保するため、**限られた医師・看護師等の医療資源を地域全体で最大限効率的に活用するという視点**を最も重視し、**新興感染症の感染拡大時等の対応という視点も持って、公立病院の経営を強化していくことが重要**。

第2 地方公共団体における公立病院経営強化プランの策定

- 策定期間 令和4年度又は令和5年度中に策定
- プランの期間 策定年度又はその次年度～令和9年度を標準
- プランの内容 **持続可能な地域医療提供体制を確保**するため、地域の実情を踏まえつつ、必要な**経営強化の取組**を記載

公立病院経営強化プランの内容

(1) 役割・機能の最適化と連携の強化

- ・ 地域医療構想等を踏まえた当該病院の果たすべき役割・機能
- ・ 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割・機能
- ・ **機能分化・連携強化**

各公立病院の役割・機能を明確化・最適化し、連携を強化。
特に、地域において中核的医療を行う基幹病院に急性期機能を集約して医師・看護師等を確保し、基幹病院以外の病院等は回復期機能・初期救急等を担うなど、双方の間の役割分担を明確化するとともに、連携を強化することが重要。

(2) 医師・看護師等の確保と働き方改革

- ・ **医師・看護師等の確保**（特に、不採算地区病院等への医師派遣を強化）
- ・ 医師の**働き方改革**への対応

(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

- ・ 施設・設備の適正管理と整備費の抑制
- ・ デジタル化への対応

(6) 経営の効率化等

- ・ 経営指標に係る数値目標

第3 都道府県の役割・責任の強化

- 都道府県が、市町村のプラン策定や公立病院の施設の新設・建替等にあたり、地域医療構想との整合性等について積極的に助言。
- 医療資源が比較的充実した**都道府県立病院等が、中小規模の公立病院等との連携・支援を強化**していくことが重要。

第4 経営強化プランの策定・点検・評価・公表

- 病院事業担当部局だけでなく、企画・財政担当部局や医療政策担当部局など関係部局が連携して策定。関係者と丁寧に意見交換するとともに、策定段階から議会、住民に適切に説明。
- 概ね年1回以上点検・評価を行い、その結果を公表するとともに、必要に応じ、プランを改定。

第5 財政措置

- **機能分化・連携強化**に伴う施設整備等に係る病院事業債（特別分）や**医師派遣**に係る特別交付税措置を**拡充**。

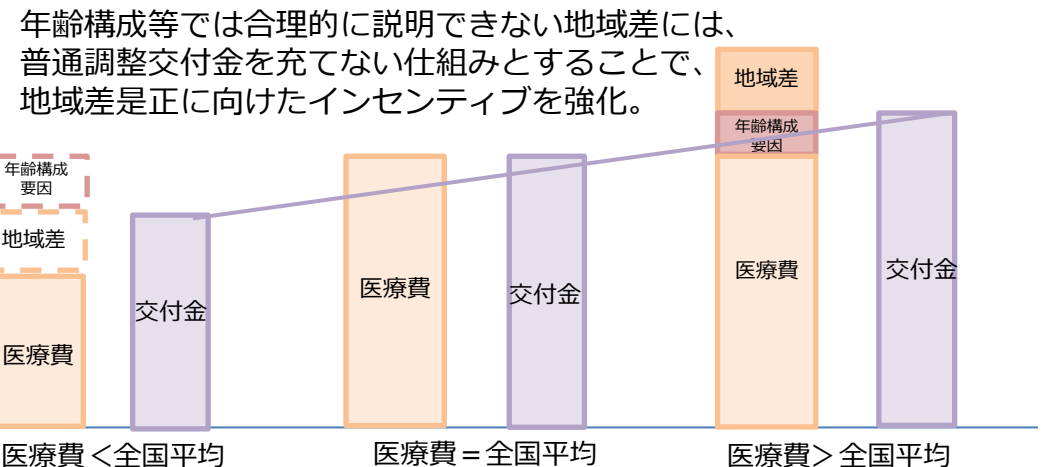
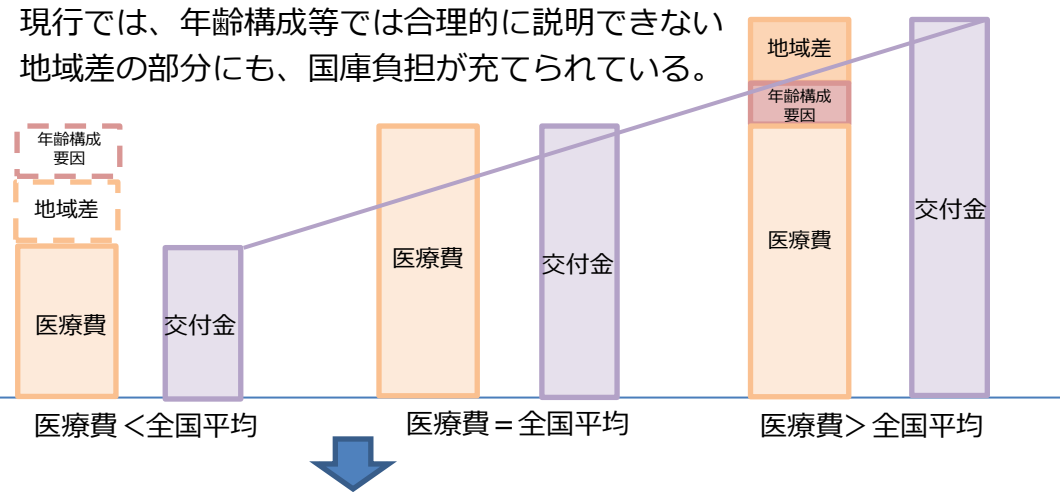
普通調整交付金の配分方法の見直し

- 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、自治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）

保険料 (24,700億円)	調整交付金（国） (9%※) 7,900億円
	定率国庫負担 (32%※) 22,000億円
	都道府県調整交付金 (9%) 6,200億円

普通調整交付金
6,100億円
特別調整交付金
1,800億円
特例調整交付金
100億円

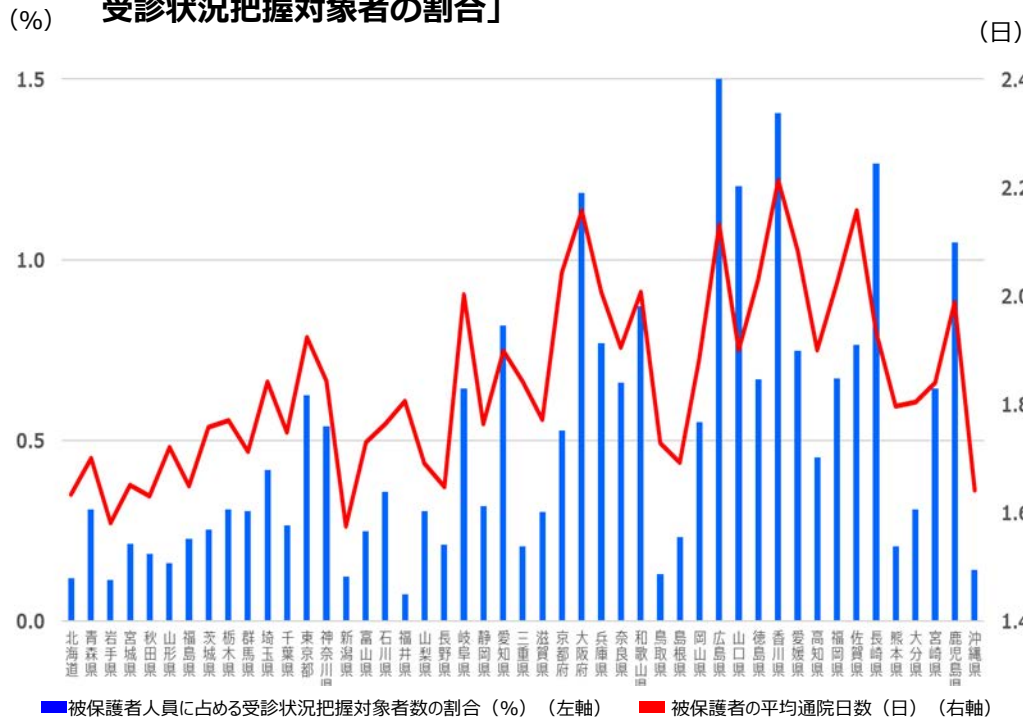


※ 定率国庫負担のうち一定額について、財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振りかえる等の法律上の措置がある

生活保護受給者の国保等への加入①

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

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



（注）平均通院日数とは、レセプト1枚当たりの医療機関を利用した日数。

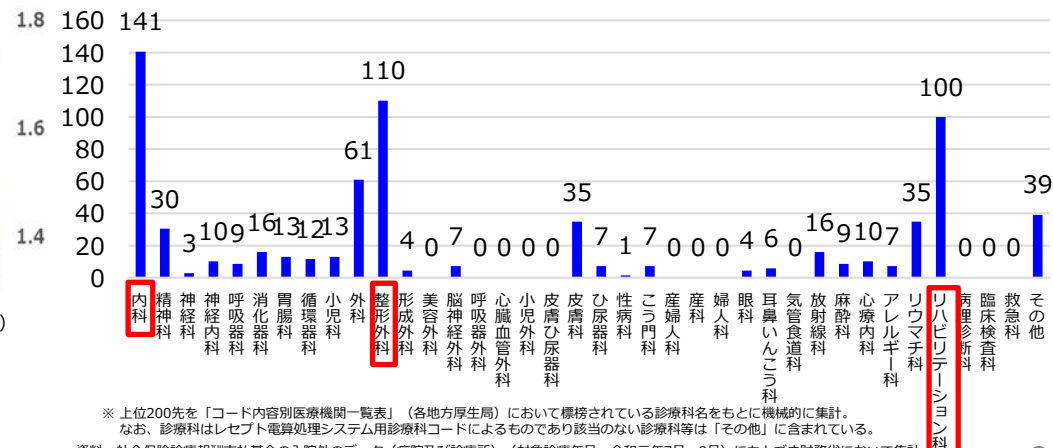
資料：第67回医療扶助実態調査（令和元年6月審査分）、令和元年度被保護者調査（年次調査、令和元年7月末時点）、令和元年度頻回受診者に対する適正受診指導結果について（厚生労働省調べ）

◆生活保護受給者の請求件数割合が高い医療機関

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

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

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



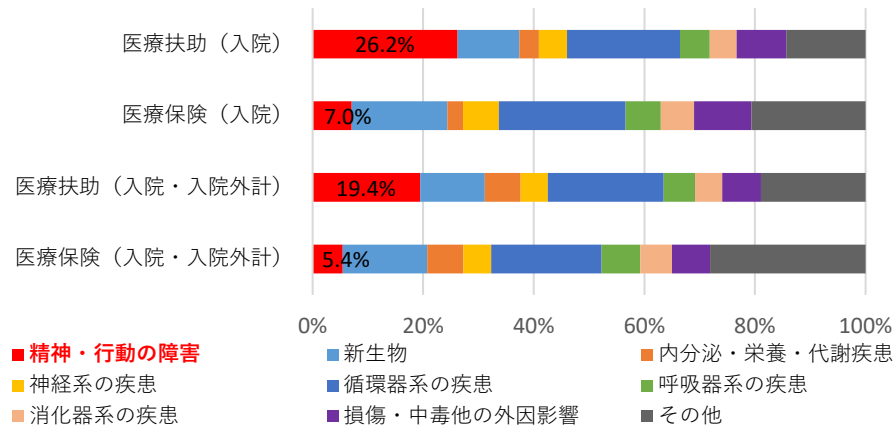
※ 上位200先を「コード内容別医療機関一覧表」（各地方厚生局）において標榜されている診療科名をもとに機械的に集計。なお、診療科はレセプト電算処理システム用診療科コードによるものであり該当のない診療科等は「その他」に含まれている。

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。

生活保護受給者の国保等への加入②

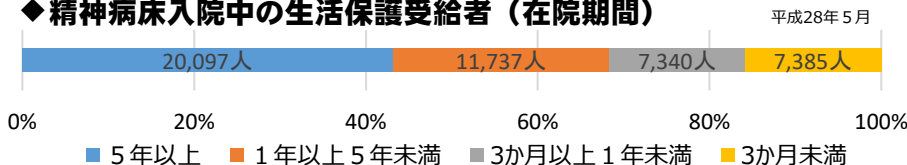
- 生活保護受給者に対する**医療扶助費**を疾病分類別にみると、「**精神・行動の障害**」によるものが**入院の約26%**を占め、入院・入院外の合計でも約19%を占めており、**医療保険と比較して顕著な違い**が見られる。
- **精神病床入院中の生活保護受給者数の都道府県間の地域差は約7倍**であり、地域差を説明する要因として、精神疾患の受診者数や独居率などよりも、**人口当たりの精神病床数が最も強く関係し**、精神病床数が多いほど入院中の生活保護受給者が多いという調査結果がある。
- 入院期間別にみると、**1年以上の長期入院が7割近く**と、精神病床の平均在院日数(265.8日)を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

◆医療扶助及び医療保険における傷病分類別の決定点数割合



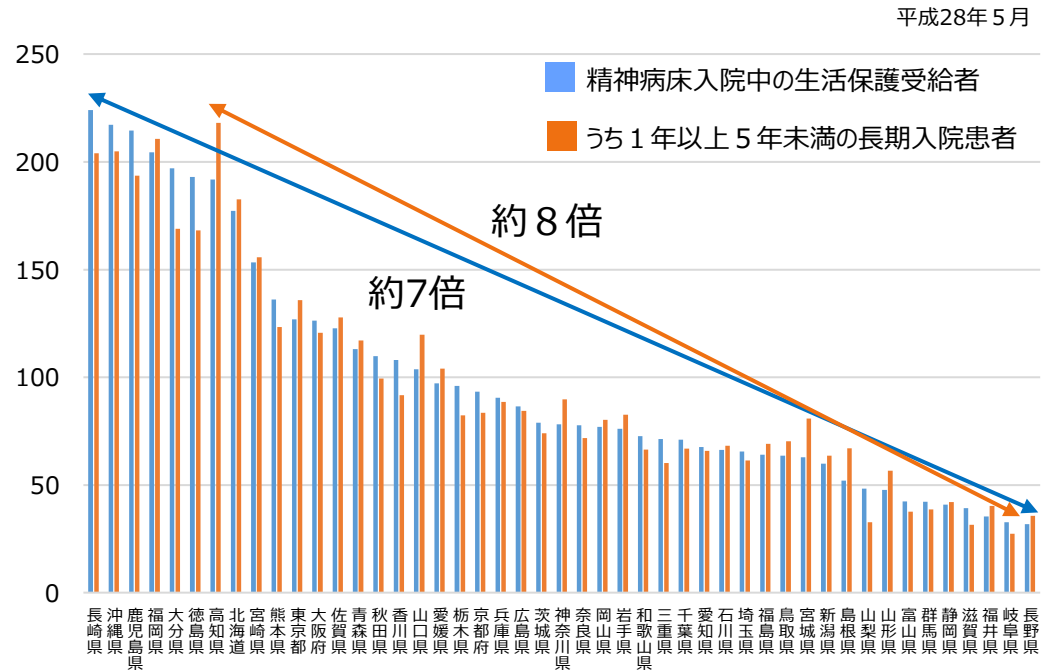
(出所) 令和2年度医療扶助実態調査(令和2年6月審査分)及び令和元年度医療給付実態調査をもとに作成

◆精神病床入院中の生活保護受給者(在院期間)



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

◆都道府県ごとの精神病床入院中の生活保護受給者数



(注) 全国平均を100とし、各地域の性・年齢構成の違いを調整した精神病床入院中の生活保護受給者数。
 (出所) 『生活保護受給者における精神病床入院の地域差における研究』(奥村泰之他 2018)をもとに作成。

第3章 感染症で顕在化した課題等を克服する経済・財政一体改革

2. 社会保障改革

（2）団塊の世代の後期高齢者入りを見据えた基盤強化・全世代型社会保障改革

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

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

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

医療経済実態調査と医療法人事業報告書等の比較

	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	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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種類 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構築に向けた試み-」から作成

令和2年度一次補正予算(令和2年4月30日成立)【1,490億円】 (医療提供体制整備等の緊急対策)

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

令和2年度二次補正予算(令和2年6月12日成立)【16,279億円】 (事態の長期化に対応した広範な対応)

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

令和2年度予備費(令和2年9月15日閣議決定)【11,979億円】 (コロナ受入病院への支援やインフルエンザ流行期への備え)

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

令和2年度三次補正予算(令和3年1月28日成立)【13,532億円】 (病床の確保や、小児科を含む地域の医療機関への支援)

- ① 診療報酬の特例的な対応による新型コロナからの回復患者の転院支援
- ② 重点医療機関への医師・看護師等派遣の支援強化(既存予算により対応)
 - ・医師:1時間7,550円→15,100円 / 医師以外の医療従事者:1時間2,760円→8,280円 / 業務調整員:1時間1,560円→3,120円
 - ※令和3年8月19日以降に、重症患者に対応する医師以外の医療従事者を派遣する場合には1時間8,280円(令和3年8月19日要綱改正)
- ③ 診療報酬の特例的な対応による小児科等への支援
- ④ 診療・検査医療機関の感染拡大防止等の支援(診療・検査医療機関:100万円) 国による直接執行
- ⑤ 医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援 国による直接執行
 - ・病院・有床診:25万円+5万円×許可病床数 / 無床診:25万円 / 薬局・訪問看護ステーション・助産所:20万円
- ⑥ 新型コロナ緊急包括支援交付金の増額(病床や宿泊料用施設等の確保)

令和2年度予備費(令和2年12月25日閣議決定)【2,693億円】 (感染拡大を踏まえた病床確保のための更なる緊急支援)

- 病床が逼迫した都道府県において、確保病床数(※)に応じ以下の金額を補助 国による直接執行 ※ 令和2年12月25日から令和3年9月30日までの最大確保病床数
- ・重症者病床数×1,500万円 / その他の患者又は疑い患者用病床数×450万円

+ 緊急事態宣言が発令された都道府県においては、以下の金額を上乗せ(令和3年1月7日要綱改正)

- ・令和2年12月25日以降新たに割り当てられた確保病床数×450万円(緊急事態宣言が発令されていない都道府県も、新規割り当て病床は300万円を上乗せ)

令和3年度予備費(令和3年8月27日閣議決定)【818億円】+令和3年度補正予算(令和3年12月20日成立)【21,007億円】 (ワクチン接種体制や病床等の確保をさらに推進)

- 新型コロナ緊急包括支援交付金の増額等(ワクチン接種体制のほか、病床や宿泊利用施設等の確保)

医療費の動向

- 8兆円程度の補助金による支援を除いた診療報酬点数の集計を見ても、既に新型コロナウイルス感染拡大前の水準を回復し、それを上回っている。
- まして、補助金を加えれば、医療機関の経営は堅調。

	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度									
						4月 <small>(前々年同月比)</small>	5月 <small>(前々年同月比)</small>	6月 <small>(前々年同月比)</small>	7月 <small>(前々年同月比)</small>	8月 <small>(前々年同月比)</small>	9月 <small>(前々年同月比)</small>	10月 <small>(前々年同月比)</small>	11月 <small>(前々年同月比)</small>	12月 <small>(前々年同月比)</small>	1月 <small>(前々年同月比)</small>
医科	+0.4%	+2.1%	+1.5%	+2.0%	▲3.8%	+5.5%	+4.7%	+9.5%	+4.9%	+10.5%	+9.5%	+8.5%	+6.4%	+2.7%	+5.5%
病院	+0.9%	+2.5%	+2.1%	+2.5%	▲3.3%	+0.7%	▲2.0%	+3.8%	▲2.4%	+1.3%	+2.9%	+1.6%	+1.3%	▲0.2%	▲3.1%
診療所	▲0.9%	+1.1%	+0.2%	+0.7%	▲5.3%	+3.3%	+2.1%	+5.6%	+3.3%	+8.3%	+4.8%	+5.8%	+1.7%	▲2.1%	+2.9%
歯科	+1.5%	+1.4%	+1.9%	+1.9%	▲0.8%	+10.3%	+10.4%	+8.0%	+3.4%	+6.5%	+10.0%	+13.9%	+6.0%	+8.8%	+4.8%
調剤	▲4.8%	+2.9%	▲3.1%	+3.6%	▲2.7%	+0.4%	+0.9%	+7.3%	+3.5%	+4.0%	+5.2%	+4.3%	+3.4%	+3.7%	+2.6%
総計 金額	41.3兆円	42.2兆円	42.6兆円	43.6兆円	42.2兆円	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
伸び率	▲0.4%	+2.3%	+0.8%	+2.4%	▲3.2%	+5.0%	+4.6%	+9.1%	+4.6%	+8.9%	+8.8%	+8.3%	+5.9%	+3.7%	+5.0%

(参考) 2020年度までは厚生労働省「医療費の動向」における概算医療費。

病院・診療所の区分がなされていることを踏まえ、2021年4月以降は社会保険診療報酬支払基金のデータから算出。

支払基金のデータと国民健康保険中央会の国保連合会審査支払業務統計のデータとを合計して算出した場合の総計の伸び率は4月～1月までの平均で、対前々年同月比2.5%程度となる。

改正感染症法第16条の2による病床確保等の要請例

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

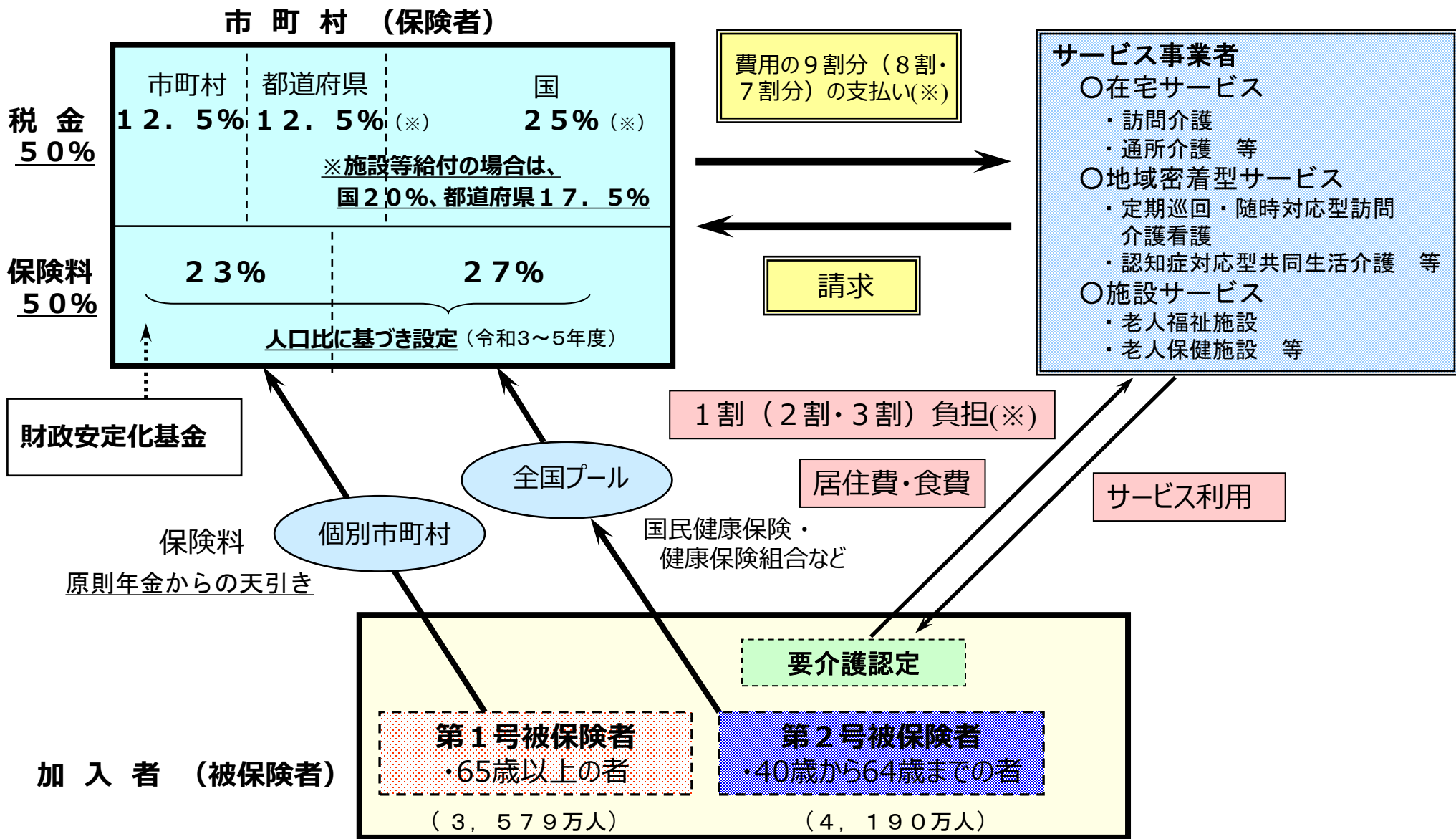
自治体及び要請日	要請の対象	要請の内容
奈良県 R3.4.15 R3.5.28	1. 県内全ての病院 2. 重点医療機関	1. 病床の追加確保 2. 重症病床の確保 ※確保できない場合はその理由も回答。
大阪府 R3.4.19	1. 府内二次救急医療機関(200床未満の内科又は呼吸器内科救急協力診療科標榜)のうち現在新型コロナ患者の受入を行っていない病院 2. 一般病床200床以上の病院のうち現在新型コロナ患者の受入を行っていない病院 3. 軽中等症患者受入病院	1. 軽中等症病床5床の確保 2. 軽中等症病床10床の確保 3. 軽中等症病床の確保・運用(※)及び休日・夜間の確実な受入体制の確保 ※病院ごとに病床数を指定。
札幌市 R3.5.13	札幌市内の全ての病院・診療所	通常医療の一部を制限してでも対応に協力いただかなければならない局面にあるとして、以下のいずれかの協力を要請。 ①受入病床確保(最低2床) ②受入医療機関への医療従事者等の派遣 ③自宅療養者の在宅診療の実施体制の確保 ④疑い患者の外来診療、検査等の実施体制の確保
静岡県 R3.8.10	全ての病院	以下のいずれかの協力を要請。 ①受入病床の確保(重症、中等症) ②症状が軽快したコロナ患者の受入(退院基準を満たす前の患者及び退院基準を満たし引き続き入院管理が必要な患者) ③確保病床における受入の徹底
大阪府 R3.8.13	府内二次救急医療機関(内科又は呼吸器内科救急協力診療科標榜)のうち現在新型コロナ患者の受入を行っていない病院 及び 軽中等症患者等受入病院のうち右記要請内容に応じた病床を確保していない病院	災害級非常事態に応じた以下の受入病床(軽中等症病床)の確保 ①公立・国立:許可病床数(一般病床)の10%以上 ②民間等:許可病床数(一般病床)の5%以上
茨城県 R3.8.16	新型コロナ患者の受入病院となっていない二次救急医療機関、地域医療支援病院、社会医療法人等	不急の入院・手術の延期など通常医療の制限等も視野に入れた、 ①受入病床の確保、②受入病院等への医療従事者の派遣の可否。 ※確保できない場合はその理由も回答
東京都 R3.8.23	全医療機関、医師・看護師等養成機関 <厚生労働大臣と連名>	不急の入院・手術の延期など通常医療の制限等も視野に入れた、 ①受入病床の確保、②受入病院等への医療従事者の派遣、③ワクチン接種への協力 等の可否。 ※確保できない場合はその理由も回答
三重県 R3.8.30	全ての病院	新型コロナ患者受入病院:最大限の患者受入と病床確保 受入病院以外:転院患者の受入、人的派遣等
愛知県 R3.9.2	35の災害拠点病院	病棟単位での病床確保を要請

予防接種法及び新型インフル等特措法上の接種類型について

	定期接種	臨時接種		臨時接種 (コロナ特例)	新臨時接種	特定接種	住民接種	(参考) 2009年 新型インフル対応
根拠	予防接種法 第5条第1項	予防接種法 第6条第1項、第2項		予防接種法 附則7条	予防接種法 第6条第3項	特措法第28条 ※臨時接種とみなす	特措法第46条 ※予防接種法第6条 第1項を讀替適用	予算事業
趣旨等	平時のまん延予防 ・A類 集団予防 ・B類 重症化予防	痘そこの流行時のように、疾病のまん延 予防上緊急の必要 第1項の場合 (都道府県の判断で実施) 第2項の場合 (厚労大臣の指示により実施)		疾病のまん延予防上 緊急の必要(厚労大臣の指示により実施)	2009年A/H1N1 のように、病原性が 低い疾病のまん延 予防上緊急の必要	医療従事者等公共 性の高い社会機能 維持者への接種	緊急事態宣言下での 国民全体に対する接 種	死亡者や重症者の発 生をできる限り減らすこ と及びそのために必要 な医療を確保すること を目的とする
主体	市町村長	都道府県知事 市町村長 (都道府県知事が指示できる)	都道府県知事 (厚労大臣が指示できる)	市町村長 (厚労大臣が都道府 県を通じて指示できる)	市町村長 (厚労大臣が都道 府県通じて指示できる)	厚生労働大臣 (政府対策本部長 が指示できる)	市町村長 (厚労大臣が都道府 県通じて指示できる)	国 (実施要綱で都道府 県、市町村の役割を 規定)
対象者	政令で決定	都道府県知事が決定	都道府県知事が決定	厚生労働大臣が決定	厚生労働大臣が決定	政府対策本部が基本的 対処方針等諮問委員会の意見を聴 いて決定	政府対策本部が基本的 対処方針を変更して決定	全国民を対象 (優先順位を付けて 接種)
費用負担	市町村長 A類：地方交付 税9割 B類：地方交付 税3割	○ 都道府県実施 国 1/2 都道府県 1/2 ○ 市町村実施 国 1/3 都道府県 1/3 市町村 1/3	国 1/2 都道府県 1/2	国が全額	低所得者分につ いて 国 1/2 都道府県 1/4 市町村 1/4	国 (地方公務員への 接種は、それぞれの 都道府県・市町村が 負担)	国 1/2 都道府県 1/4 市町村 1/4 (自治体の財政力に 応じ、国がかさ上げの 財政負担を講じる)	低所得者分につ いて 国 1/2 都道府県 1/4 市町村 1/4
自己負担	実費徴収可	自己負担なし	自己負担なし	自己負担なし	実費徴収可	自己負担なし	自己負担なし	実費徴収可
公的関与	A類：勧奨○ 努力義務○ B類：勧奨× 努力義務×	勧奨○ 努力義務○	勧奨○ 努力義務○	勧奨○ 努力義務○(※) (※)政令で定める 者(妊娠中の者)は 除く	勧奨○ 努力義務×	勧奨○ 努力義務○	勧奨○ 努力義務○	勧奨× 努力義務×
救済	A類：高水準 B類：医薬品と同 水準	高水準	高水準	高水準	やや高水準	高水準	高水準	医薬品と同水準 (健康被害救済に係 る特別措置法を制 定)

4. 介護・障害

介護保険制度の仕組み



(注) 第1号被保険者の数は、「介護保険事業状況報告令和3年3月月報」によるものであり、令和2年度末現在の数である。

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

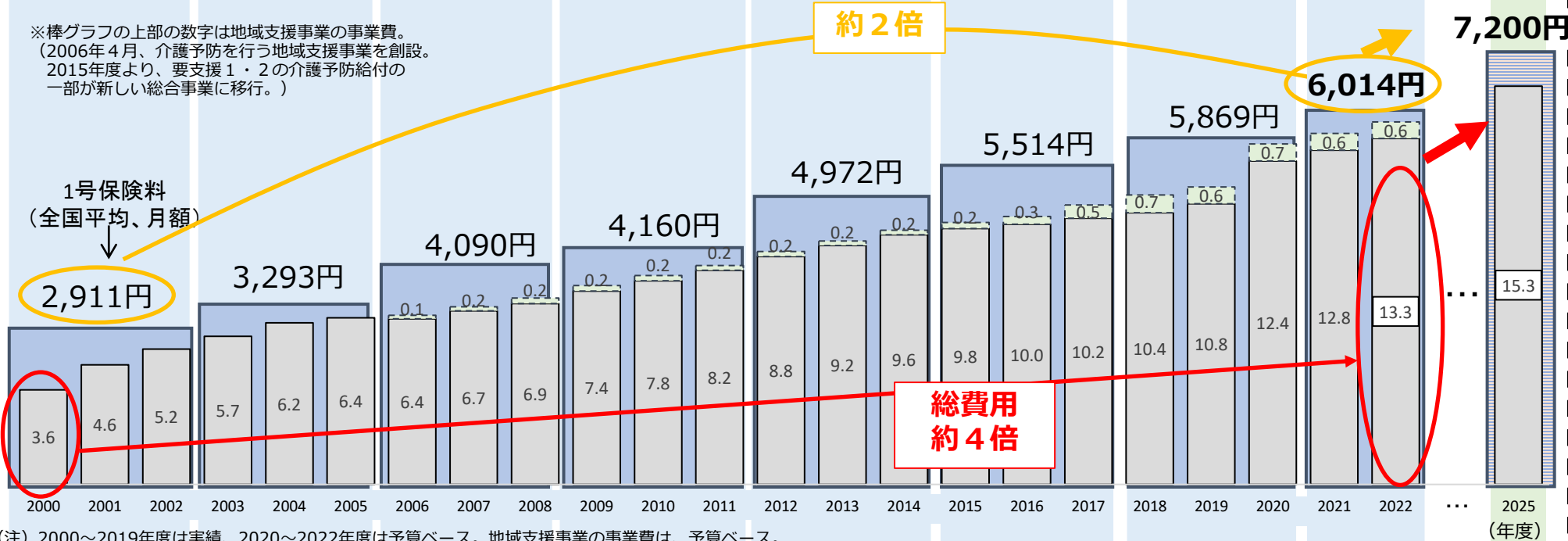
(※)一定以上所得者については、費用の2割負担(平成27年8月施行)又は3割負担(平成30年8月施行)。

介護保険費用・介護報酬改定・保険料・利用者負担の推移

第1期 第2期 第3期 第4期 第5期 第6期 第7期 第8期

総費用及び1号保険料（全国平均）の推移

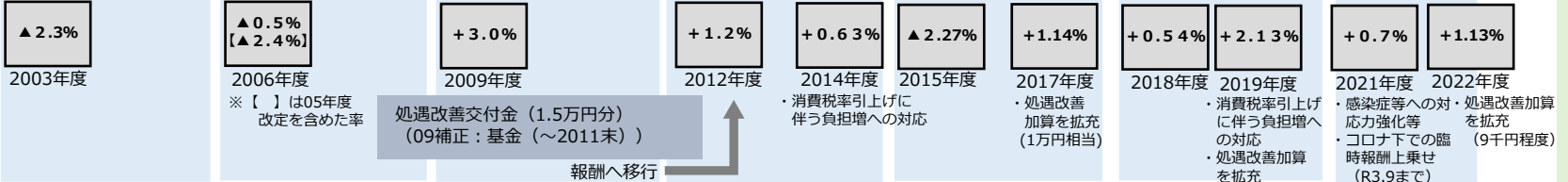
※棒グラフの上部の数字は地域支援事業の事業費。
 (2006年4月、介護予防を行う地域支援事業を創設。
 2015年度より、要支援1・2の介護予防給付の一部が新しい総合事業に移行。)



利用者負担の推移

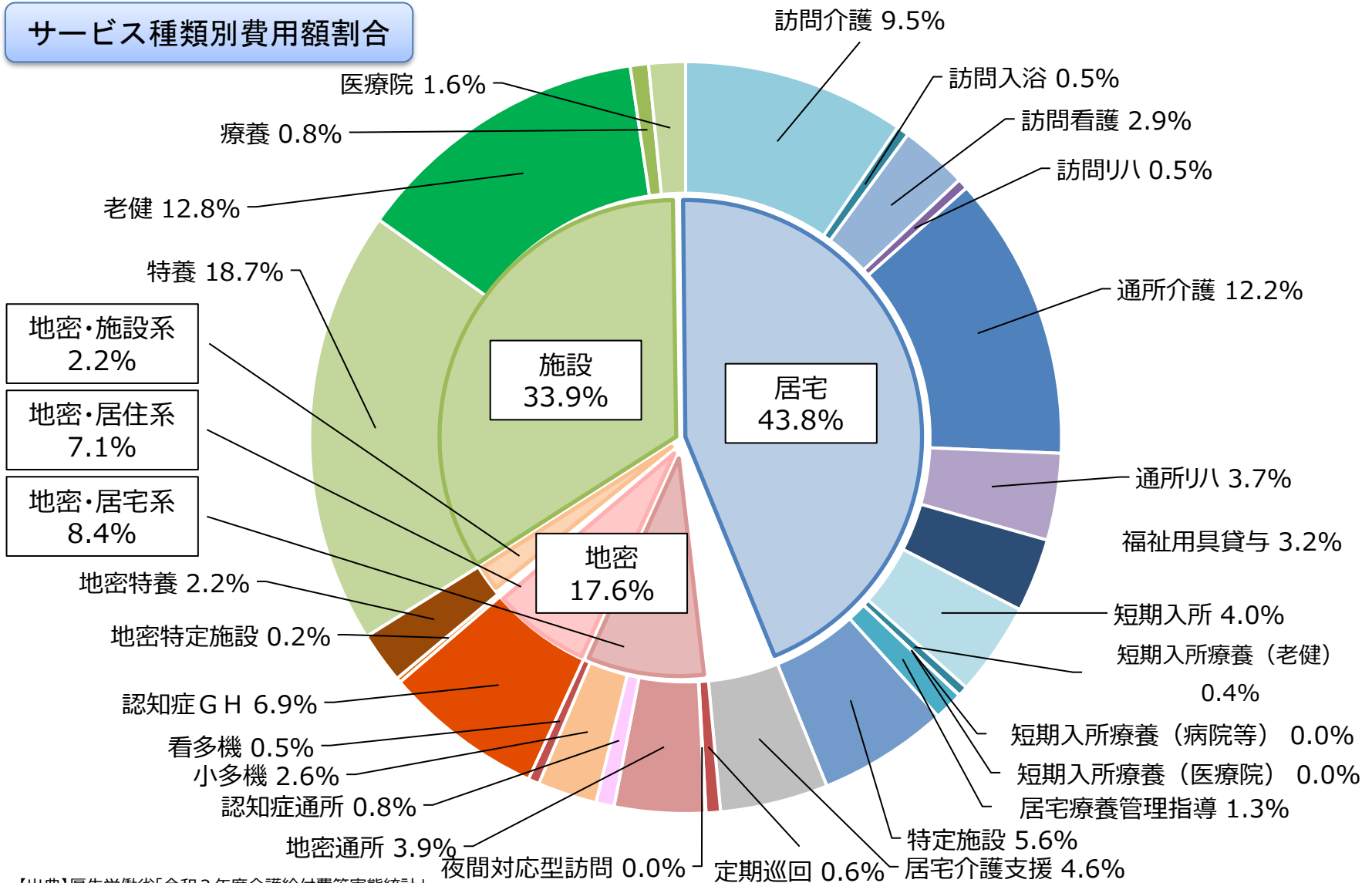


介護報酬改定



総費用等における提供サービスの内訳（令和2年度）割合

サービス種類別費用額割合



【出典】厚生労働省「令和2年度介護給付費等実態統計」

（注1）総費用は保険給付額と公費負担額（公費の本人負担額を含む）の合計額。介護予防サービスを含まない。

（注2）特定入所者介護サービス（補足給付）、地域支援事業に係る費用は含まない。また、市区町村が直接支払う費用（福祉用具購入費、住宅改修費など）は含まない。

（注3）費用は、令和2年度（令和2年5月～令和3年4月審査分（平成2年4月～令和3年3月サービス提供分））。

（注4）令和2年度（令和2年5月～令和3年4月審査分（平成2年4月～令和3年3月サービス提供分））の特定入所者介護サービス（補足給付）は約3,200億円。

社会福祉連携推進法人制度の創設

- 人口動態の変化や福祉ニーズの複雑化・複合化の中で、社会福祉法人は、社会福祉法人の経営基盤の強化を図るとともに、こうした福祉ニーズに対応することが求められている。
- このため、社会福祉法人間の連携方策として、「社会福祉協議会や法人間の緩やかな連携」、「合併、事業譲渡」、「社会福祉法人の新設」に加え、新たな選択肢の一つとして、社会福祉法人を中核とする非営利連携法人である「社会福祉連携推進法人」を創設する。

(※) 合併認可件数は、年間10～20件程度。

(→ 社会福祉法人等が、法人の自主的な判断のもと、円滑に連携・協働しやすい環境整備を図る。)

社会福祉連携推進法人(一般社団法人を認定)

【社員総会】(連携法人に関する事項の決議)

↑ 連携法人の業務を執行

【理事会】(理事6名以上及び監事2名以上)

意見具申
(社員総会、理事会は意見を尊重)

【評議会】

(地域関係者(福祉サービスを受ける立場にある者、社会福祉に関する団体、地域福祉の実情を知る専門家等)の意見の集約)

要件を満たしたものを認定・監督

※ 所轄庁(都道府県知事、市長(区長)、指定都市の長、厚生労働大臣のいづれか)社会福祉法人と同様。事業区域等により決定。

【社員の範囲】

- ・ 社会福祉法人その他社会福祉事業を経営する者
- ・ 社会福祉法人の経営基盤を強化するために必要な者

【社会福祉連携推進業務】

- ・ 地域共生社会の実現に資する業務の実施に向けた種別を超えた連携支援
- ・ 災害対応に係る連携体制の整備
- ・ 社会福祉事業の経営に関する支援
- ・ 社員である社会福祉法人への資金の貸付
- ・ 福祉人材不足への対応(福祉人材の確保や人材育成)
- ・ 設備、物資の共同購入

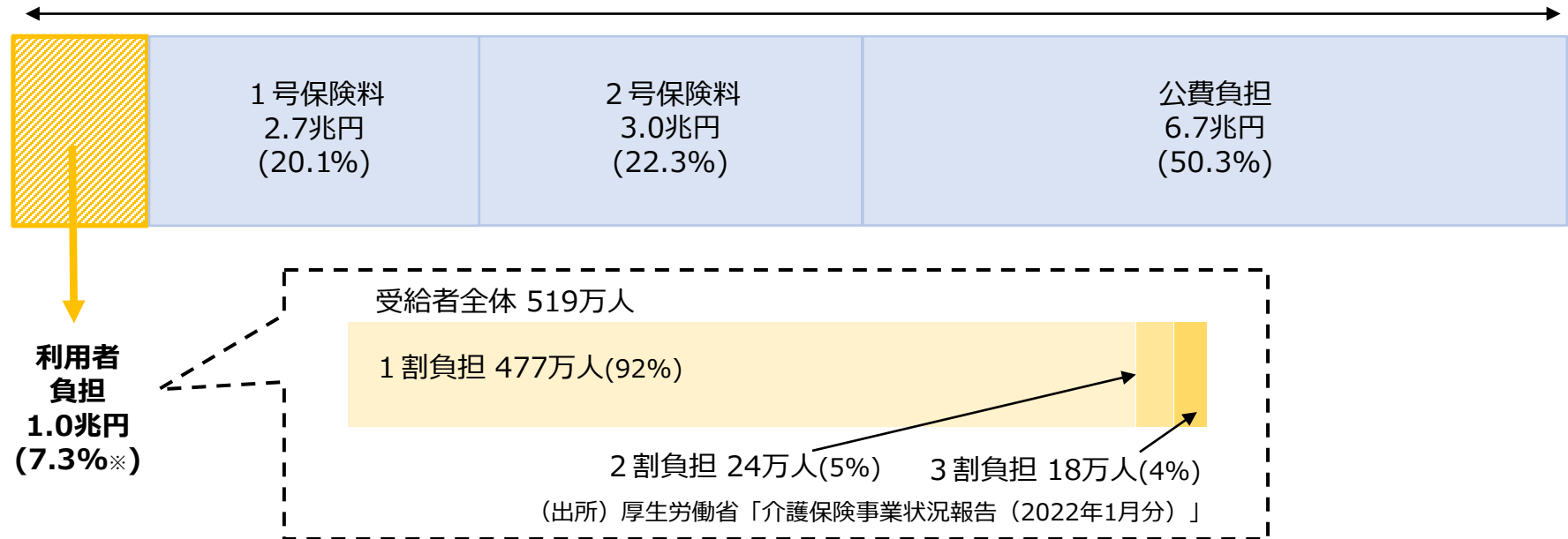
※ 人材確保の業務の一環として、連携法人の社員(社会福祉事業を経営する者)が行う労働者の募集の委託について、一定の要件のもと、労働者の委託募集の特例を認める。

※ 社会福祉連携推進法人は、上記以外の業務について、社会福祉連携推進業務への支障を及ぼす恐れがない範囲で実施可能。社会福祉事業を行うことは不可。

利用者負担の現状と保険料負担の見通し

◆利用者負担の現状

介護保険費用 約13.3兆円（2022年度予算）



※ 高額介護サービス費の影響等により、実効的な自己負担率は1割を下回る。

◆保険料負担の見通し

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

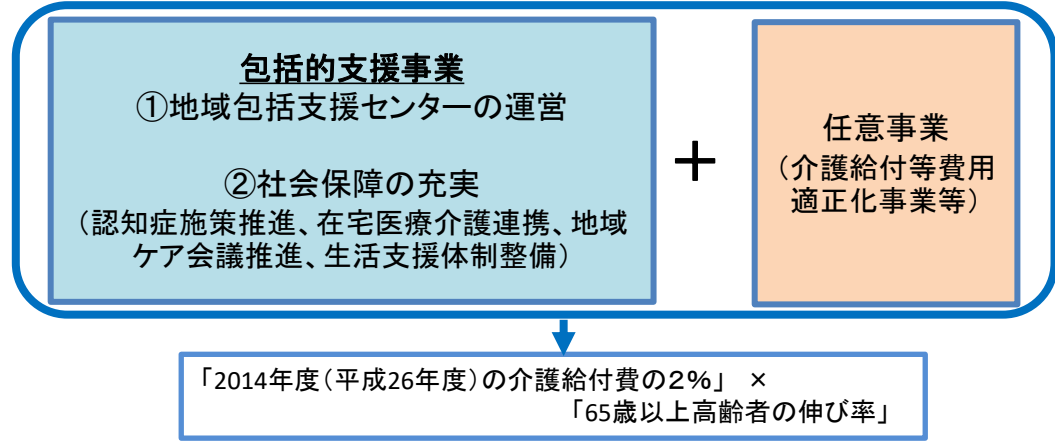
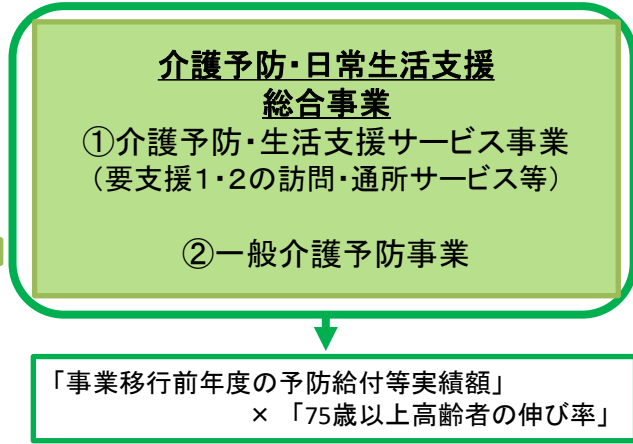
（注1） 1号保険料は65歳以上の第1号被保険者が納める保険料であり、2号保険料は40歳以上65歳未満の第2号被保険者が納付する保険料である。

（注2） 2号保険料（市町村国保）の保険料額は、一人当たり介護納付金額の月額について、公費を除いた額である。

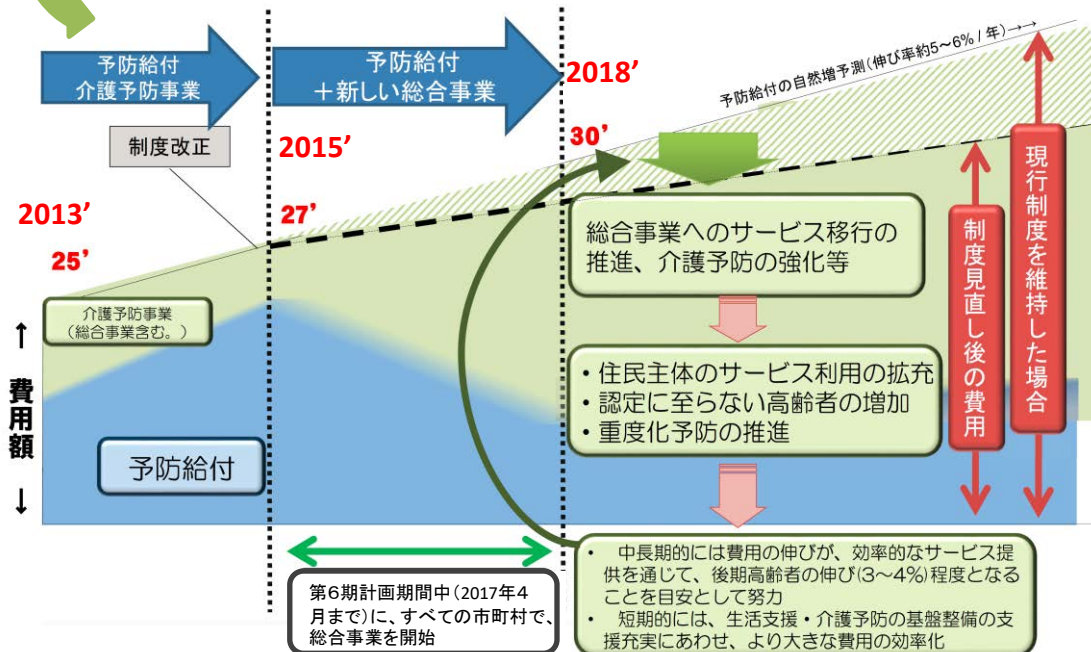
（出所）「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」（内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 2018年5月21日）

地域支援事業の概要

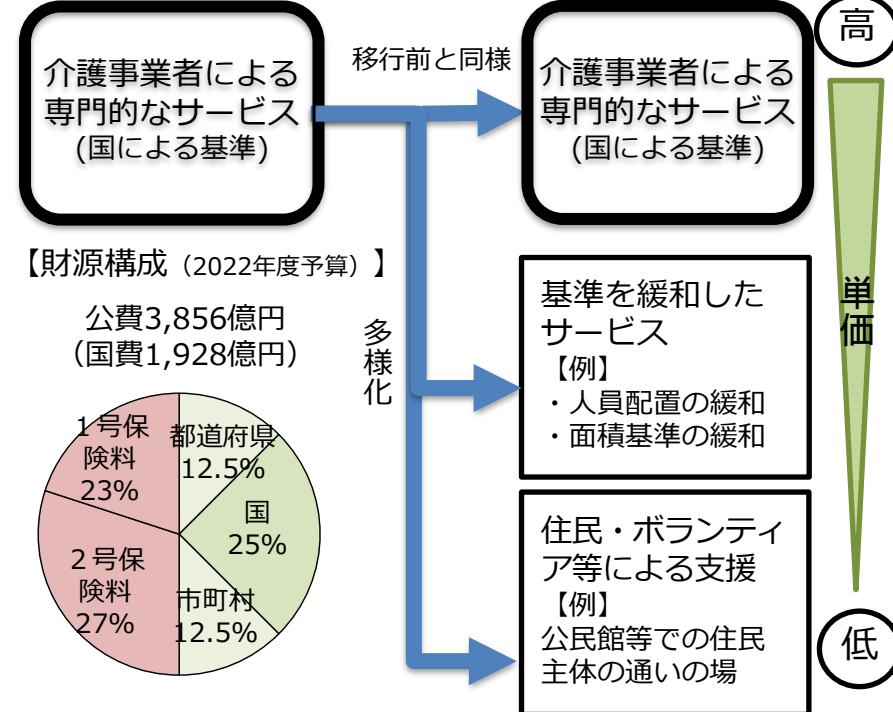
◆ 地域支援事業の内容



◆ 総合事業へのサービス移行の推進等による費用の効率化 (イメージ) (厚生労働省作成資料)



◆ 総合事業への移行のイメージ



(注)総合事業の財源については、事業移行前年度実績に市町村の75歳以上高齢者の伸びを乗じた額を措置。

サ高住等における適正なサービス提供の確保

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

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

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

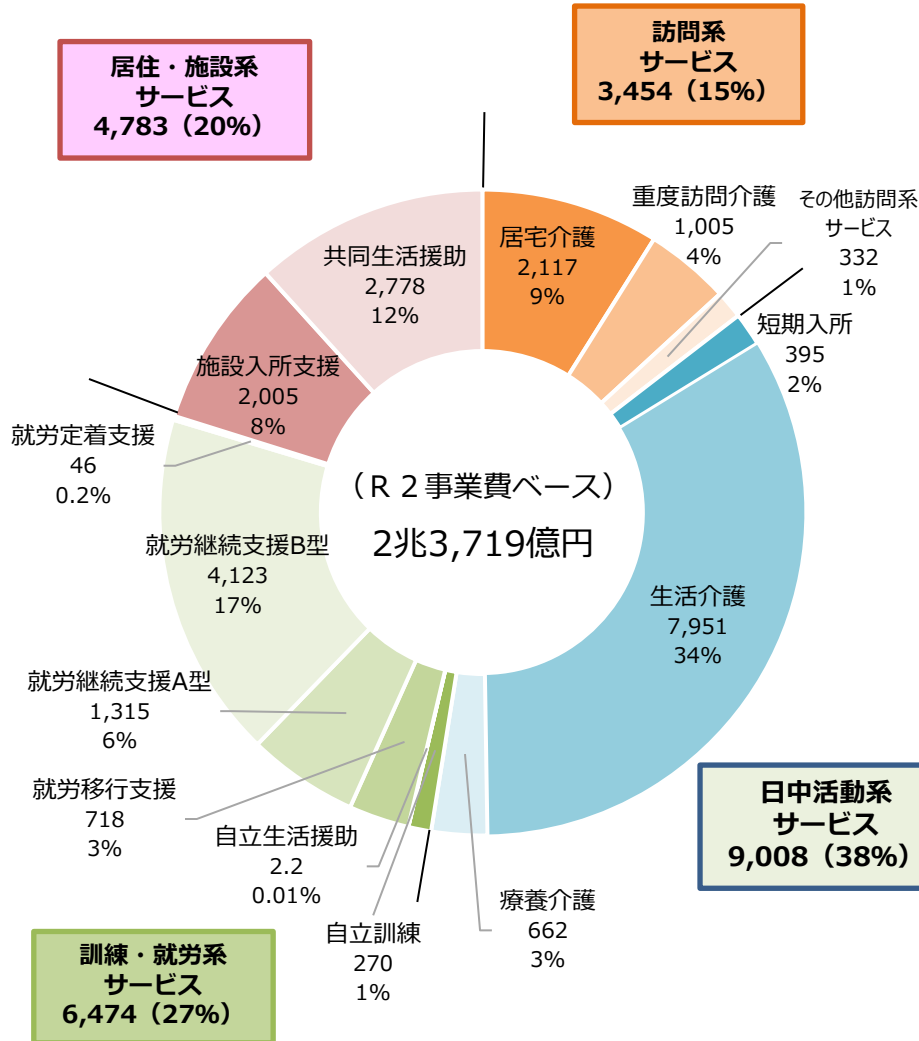
居宅介護支援

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

障害福祉サービス等の総費用額の内訳

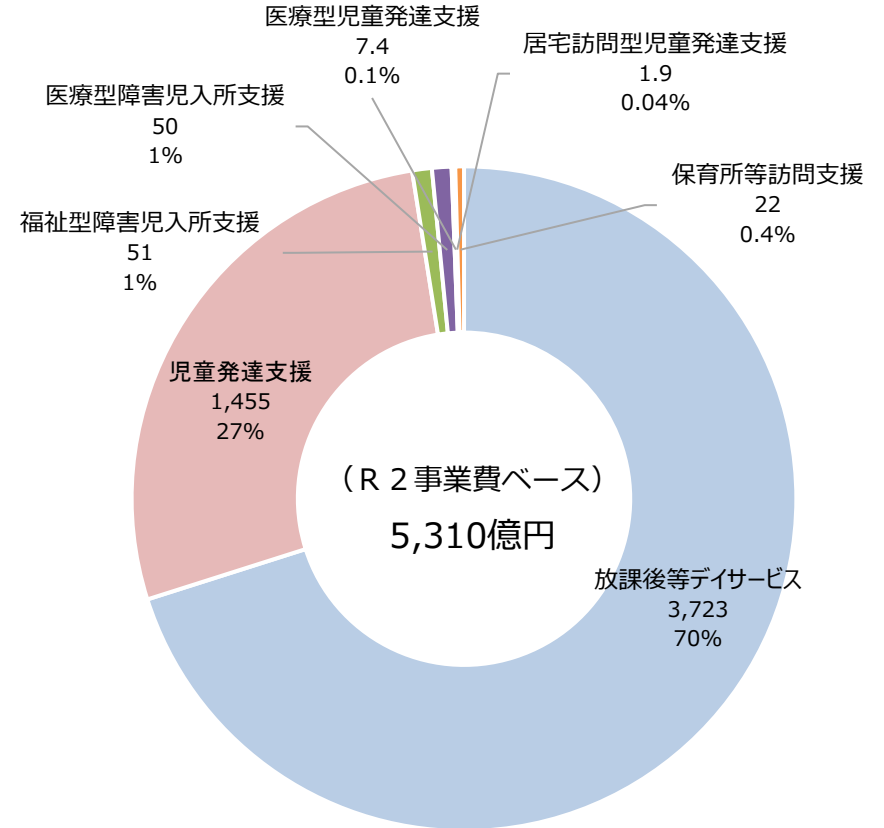
自立支援給付（障害者向けサービス）の内訳

(単位：億円)



障害児施設給付費（障害児向けサービス）の内訳

(単位：億円)

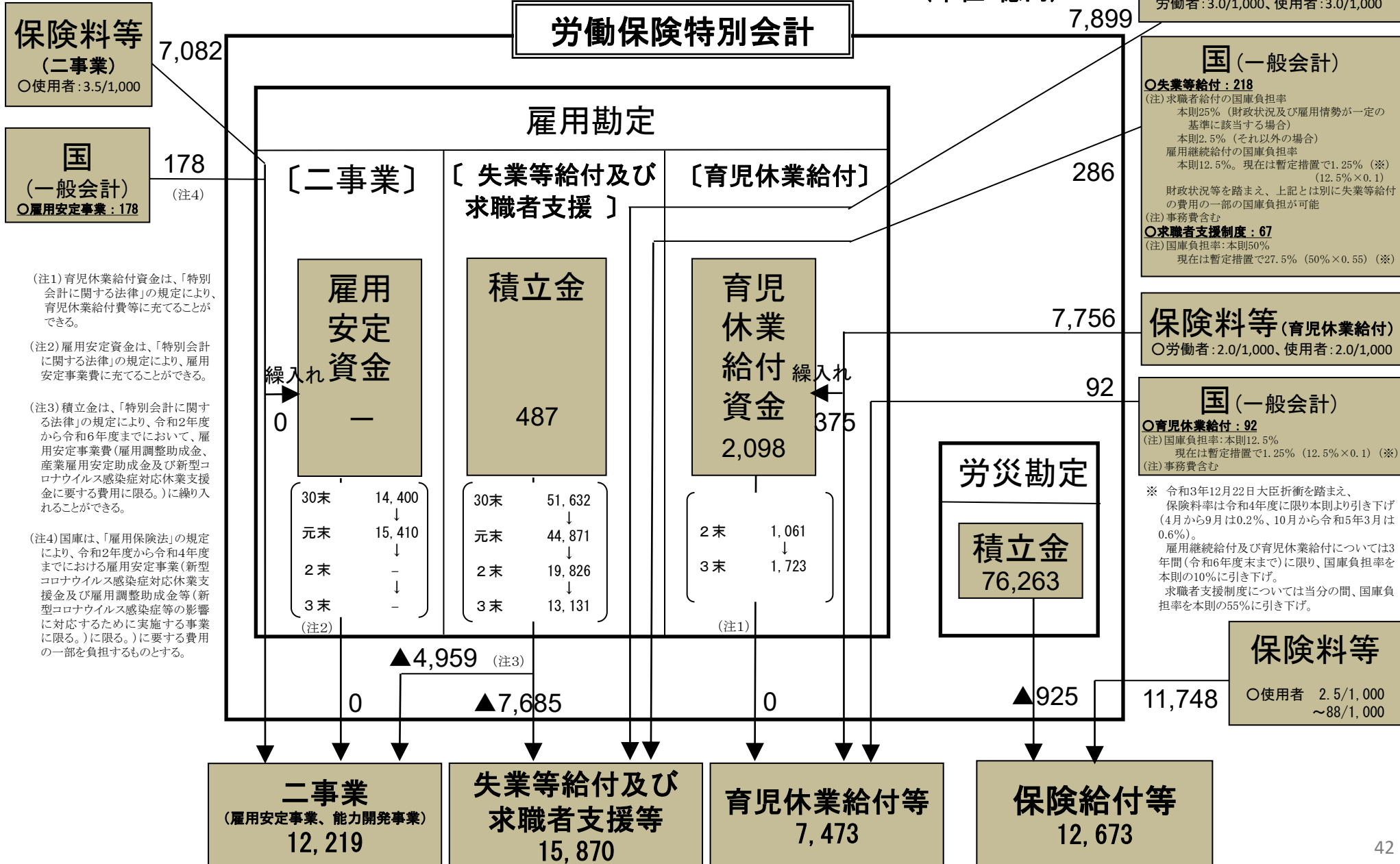


(出所) 国保連データを基に作成 (計画相談支援、地域相談支援、障害児相談支援を除く)

5. 雇用・生活支援

令和4年度 労働保険特別会計の概要

(単位:億円)



雇用保険法等の一部を改正する法律（令和4年3月成立）の概要 （雇用保険財政関係）

（1）雇用保険料

令和4年度に限り、失業等給付の雇用保険料を本則（0.8%）から引下げ、4月から9月は0.2%、10月から令和5年3月は0.6%とする。

（2）国庫負担

① 求職者給付

（i）雇用保険の財政状況及び雇用情勢に応じた国庫負担とするため、以下のとおりとする。

イ 労働保険特別会計雇用勘定の財政状況及び雇用情勢が一定の基準（注1）に該当する場合：1/4

ロ 上記以外の場合：1/40

（注1）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

（ii）予算で定めるところにより、失業等給付等に要する費用の一部を国庫が負担することができることとする。

（注2）但し、雇用保険料が本則（0.8%）以上である場合、次年度に本則となる見込み（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に限る。

② 育児休業給付

同給付の収支状況等を踏まえ、令和6年度まで本則（1/8）の10%（=1/80）を維持する。

③ 求職者支援制度

令和4年度以降当分の間、本則（1/2）の10%（従来）から55%（=27.5%）とする。

（3）雇用保険臨時特例法関係

- ・一般会計からの任意繰入規定及び雇用調整助成金等に係る一般会計負担について、令和4年度まで延長する。
- ・雇用安定事業に要する経費及び育児休業給付に要する経費の積立金からの借入について、令和6年度まで可能とする。
- ・令和6年度までを目途に、雇用保険二事業の積立金からの借入の返済の在り方について検討を行う。（当分の間、雇用保険二事業の剰余の1/2の範囲内で雇用安定資金に積立可能とする。また、雇用勘定の財政状況等を勘案して、返済額の一部を控除することができることとする。）

雇用調整助成金等・休業支援金等の助成内容

雇用調整助成金等

(括弧書きの助成率は解雇等を行わない場合)(※1)

		令和4年 3月	令和4年 4～6月
中小企業	原則的な特例措置	4/5(9/10) 9,000円	4/5(9/10) 9,000円
	地域特例(※2) 業況特例(※3)	4/5(10/10) 15,000円	4/5(10/10) 15,000円
大企業	原則的な特例措置	2/3(3/4) 9,000円	2/3(3/4) 9,000円
	地域特例(※2) 業況特例(※3)	4/5(10/10) 15,000円	4/5(10/10) 15,000円

休業支援金等

		令和4年 3月	令和4年 4～6月
中小企業	原則的な特例措置 (※5)	8割 8,265円	8割 8,265円
	地域特例(※6)	8割 11,000円	8割 11,000円
大企業 (※4)	原則的な特例措置 (※5)	8割 8,265円	8割 8,265円
	地域特例(※6)	8割 11,000円	8割 11,000円

(※1)原則的な特例措置、地域・業況特例のいずれについても、令和3年1月8日以降の解雇等の有無で適用する助成率を判断。

(※2)緊急事態措置を実施すべき区域、まん延防止等重点措置を実施すべき区域(以下「重点措置区域」という)において、知事による、新型インフルエンザ等対策特別措置法第18条に規定する基本的対処方針に沿った要請を受けて同法施行令第11条に定める施設における営業時間の短縮等に協力する事業主。

※重点措置区域については、知事が定める区域・業態に係る事業主が対象。

※各区域における緊急事態措置又は重点措置の実施期間の末日の属する月の翌月末まで適用。

(※3)生産指標が最近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。

なお、令和3年12月までに業況の確認を行っている事業主は、令和4年1月1日以降に判定基礎期間の初日を迎えるものについては、その段階で業況を再確認する。また、令和4年4月以降は毎月業況を確認する。

(※4)大企業はシフト制労働者等のみ対象。

(※5)雇用保険の基本手当の日額上限(8,265円)との均衡を考慮して設定。

(※6)休業支援金の地域特例の対象は、基本的に雇用調整助成金と同じ(左記※2)。なお、上限額については月単位での適用とする。

(例:5月10日から5月24日までまん延防止等重点措置

→5月1日から6月30日(解除月の翌月末)までの休業が地域特例の対象)

新型コロナウイルス感染症対応休業支援金・給付金（概要）

概要

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

主な内容

1 対象者

新型コロナウイルス感染症及びそのまん延のための措置の影響により、

- (1)令和3年10月1日から令和4年6月30日までに事業主が休業させた中小企業の労働者
 - (2)令和3年10月1日から令和4年6月30日までに事業主が休業させた大企業のシフト制労働者等
- のうち、休業期間中の賃金（休業手当）の支払いを受けることができなかった労働者（※）

※ 雇用保険被保険者ではない方も対象

2 支援金額の算定方法

$\text{休業前の1日当たり平均賃金} \times 80\% \times (\text{各月の休業期間の日数} - \text{就労した又は労働者の事情で休んだ日数})$

- ① 1日当たり支給額（8,265円※（令和3年12月までは9,900円）が上限） ② 休業実績

※ 緊急事態措置又はまん延防止等重点措置を実施すべき区域の知事の要請を受けて営業時間の短縮等に協力する新型インフルエンザ等対策特別措置法施行令第11条に定める施設（飲食店等）の労働者については、令和3年10月1日～令和4年6月30日の期間において11,000円。

- ・ 1日8時間から3時間の勤務になるなど、時短営業等で勤務時間が減少した場合でも、1日4時間未満の就労であれば、1/2日休業したものとして対象となる。
- ・ 週5回から週3回の勤務になるなど、月の一部分の休業も対象となる。（就労した日は休業実績から除く。）

3 申請期限

休業した期間	申請期限（郵送の場合は必着）
令和3年10月～令和4年3月	令和4年6月30日（木）
令和4年4月～6月	令和4年9月30日（金）

※ 既申請分の支給（不支給）決定に時間がかかり、次回以降の申請が期限切れとなる方は、**支給（不支給）決定が行われた日から1か月以内**に申請があれば、受付可能。

4 問合せ先

新型コロナウイルス感染症対応休業支援金・給付金コールセンター：0120-221-276（受付時間 月～金 8:30～20:00／土日祝 8:30～17:15）

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

新型コロナウイルス感染症等の影響に対応するため、雇用保険の基本手当の給付日数の延長に関する特例を実施しています。

※ 雇用保険法等の一部を改正する法律（令和4年法律第12号）に基づき、給付日数の延長の対象期間が定められました。

対象となる方

離職日に応じて以下に該当し、お住まいの地域における緊急事態措置実施期間の末日※の翌日から起算して1年以内に基本手当の所定給付日数を受け終わる方（受け終わる認定日がある方）が対象となります。

※令和4年3月31日以前に発令された緊急事態宣言についての緊急事態が終了した日とする経過措置が設けられているため、令和4年10月1日までに受け終わる方（受け終わる認定日がある方）も対象となります。

離職日	対象者
① 緊急事態措置実施期間前	離職理由を問わない（全受給者）
② 緊急事態措置実施期間中	特定受給資格者※2及び特定理由離職者※3
③ 緊急事態措置実施期間後	新型コロナウイルス感染症の影響により離職を余儀なくされた特定受給資格者及び特定理由離職者（雇止めの場合に限る）

※1 お住まいの地域によって異なります。詳しくは受給しているハローワークへお尋ねください。

※2 特定受給資格者：倒産・解雇等の理由により離職を余儀なくされた者

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

※4 就職困難者の方は、当初から所定給付日数が長いため、対象となりません。

※5 特例延長給付を受けている方が同じ受給資格で再度特例延長給付を受けることはできません。

延長される日数 60日（一部30日※）

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

求職者支援制度について

○ 概要

- 求職者支援制度は、雇用保険を受給できない方が、**月10万円の生活支援の給付金（職業訓練受講給付金）**を受給しながら**無料の職業訓練**を受講し、**再就職、転職、スキルアップ**を目指す制度
- 雇用保険と生活保護の間をつなぐ第2のセーフティネットとして、離職して**収入がない者を主な対象**としているが、**収入が一定額以下の場合**は、**在職中に給付金を受給しながら、訓練を受講**できる
- 支給要件を満たさず給付金を受給できない場合であっても、無料の職業訓練を受講できる

○ コロナ禍で講じている制度の活用を進める特例措置（令和5年3月31日までの時限措置）

給付金の本人収入要件	月8万円以下 → シフト制で働く方などは月12万円以下 ※ シフト制で働く方などが働きながら訓練を受講しやすくする
給付金の世帯収入要件	月25万円以下 → 月40万円以下 ※ 配偶者や親と同居している非正規雇用労働者の方などが、給付金を受給しながら訓練を受講しやすくする
給付金の出席要件	病気などの証明できるやむを得ない理由の欠席を訓練実施日の2割まで認める → 理由によらず欠席を訓練実施日の2割まで認める ※ 子供のぐずりなどの証明できない理由で訓練を欠席せざるを得ない育児中の女性などが、訓練を受講しやすくする ※ 病気や仕事などのやむを得ない理由の欠席は給付金を減額せずに支給し、それ以外の欠席は給付金を日割りで減額
訓練対象者	再就職や転職を目指す者 → 転職せずに働きながらスキルアップを目指す者を加える ※ 働きながら訓練を受講して正社員転換などを目指す非正規雇用労働者の方などの訓練受講を推進する
訓練基準	訓練期間：2か月から6か月 → 2週間から6か月 訓練時間：月100時間以上 → 月60時間以上 ※ 働きながら受講しやすく短い期間、時間の訓練コースを設定する。併せてオンライン訓練の設定を促進する

※ 給付金の本人収入要件と訓練基準の特例措置は令和3年2月25日より適用。その他の特例措置は令和3年12月21日より適用

個人向け緊急小口資金等の特例貸付の実施

- ・緊急小口資金、総合支援資金（初回）の申請受付期限を令和4年3月末から令和4年6月末へ延長。
- ・令和4年4月以降における緊急小口資金、総合支援資金（初回）の申請分については、据置期間を令和4年12月末までから令和5年12月末までに延長。

予算措置額合計：2兆1,333億円

令和元年度予備費交付額	267億円
令和2年度第1次補正予算額	359億円
令和2年度第2次補正予算額	2,048億円
令和2年度第3次補正予算額	4,199億円
令和2年度予備費(8/7)措置額	1,777億円
令和2年度予備費(9/15)措置額	3,142億円
令和2年度予備費(3/23)措置額	3,410億円
令和3年度予備費(8/27)措置額	1,549億円
令和3年度補正予算額	4,581億円

【緊急小口資金】(一時的な資金が必要な方[主に休業された方])

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

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

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

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

※2 償還開始の到来時期が以下に該当する場合は、据置期間を延長する。

	緊急小口	総合(初回)	総合(延長)	総合(再貸付)
償還開始の到来時期	令和4年12月末日以前(注4)	令和4年12月末日以前(注4)	令和5年12月末日以前	令和6年12月末日以前
据置期間の延長	令和4年12月末日	令和4年12月末日	令和5年12月末日	令和6年12月末日

注4 令和4年4月以降における緊急小口資金、総合支援資金(初回)の申請分については、償還免除の判定を令和5年度の住民税非課税によるものとし、据置期間は令和5年12月末まで延長する。

償還免除について

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

資金種類ごとに判定し、一括免除

確認対象

- ・緊急小口資金 : 令和3年度又は令和4年度の住民税非課税(注4)
- ・総合支援資金(初回貸付分) : 令和3年度又は令和4年度の住民税非課税(注4)
- ・総合支援資金(延長貸付分) : 令和5年度の住民税非課税
- ・総合支援資金(再貸付分) : 令和6年度の住民税非課税

住民税非課税を確認する対象は、借受人及び世帯主。

住居を失うおそれのある困窮者への住居確保給付金の支給

令和4年度予算額：301億円の内数

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

【実施主体】 都道府県・市・区等(福祉事務所設置自治体、906自治体)

【補助率】 3/4

【支給対象者】 ①離職・廃業後2年以内の者

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

※令和2年4月20日省令改正により支給対象者を拡大

【支給要件】 ・収入要件:世帯収入合計額が①と②の合計額を超えないこと。

①市町村民税均等割が非課税となる収入額の1/12

②家賃額(但し住宅扶助特別基準額を上限とする)

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

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

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

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

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

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

【求職活動】当分の間、地方公共団体が設ける公的な無料職業紹介の窓口への求職申込みも可能

【支給額】 家賃額(但し住宅扶助特別基準額を上限とする)

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

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

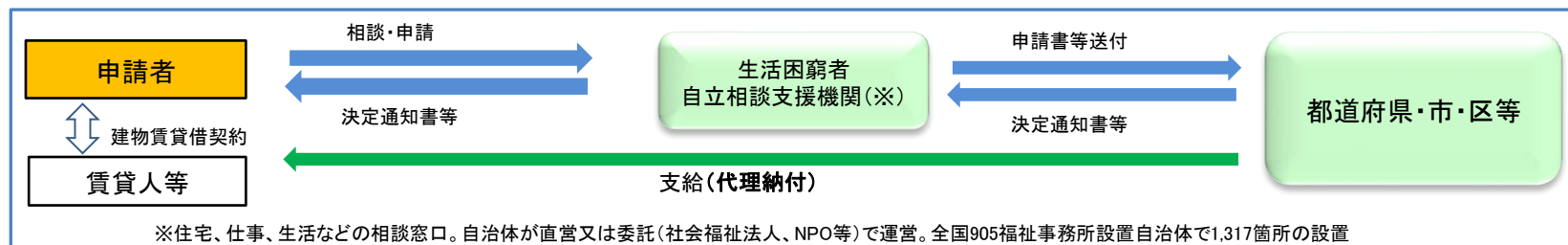
【支給期間】 原則3か月(求職活動等を誠実にやっている場合は3か月延長可能(最長9か月まで))

【支給方法】 賃貸住宅の賃貸人又は不動産媒介事業者等への代理納付

令和4年6月末までの申請について、特例として、解雇以外の休業等に伴う収入減少等の場合でも、3か月間の再支給が可能

令和4年6月末までの申請について、特例として、職業訓練受講給付金(月10万円)との併給を可能とする。

【事業スキーム】



「新型コロナウイルス感染症生活困窮者自立支援金」について

予算額 1,526億円（令和3年度予算現額（流用） 589億円、令和3年度補正予算額 937億円）

- 新型コロナの長期化に伴い、緊急小口資金等の特例貸付の申請期限を延長してきた一方、貸付限度額に達している等といった事情で、特例貸付を利用できない困窮世帯が存在する。こうした世帯については、新たな就労や生活保護の受給につなげていくことが考えられるが、必ずしも円滑に移行できていない実態がある。
- こうした支援の隙間を埋めるため、生活保護に準じる水準の困窮世帯に対する支援策として、以下のとおり「新型コロナウイルス感染症生活困窮者自立支援金」を支給する。
 - 対象： 緊急小口資金等の特例貸付を利用できない世帯（注）で、以下の要件（住居確保給付金に沿って設定。ただし借家世帯のみならず持ち家世帯も対象）を満たすもの
（注）緊急小口資金及び総合支援資金を借り終わった世帯。生活保護世帯は除く。
 - ・ 収入： ①市町村民税均等割非課税額の1/12 + ②住宅扶助基準額以下
（例： 東京都特別区 単身世帯13.8万円、2人世帯19.4万円、3人世帯24.1万円）
 - ・ 資産： 預貯金が①の6倍以下（ただし100万円以下）
 - ・ 求職活動等： ハローワークでの相談や応募・面接等、又は生活保護の申請
 - ※ 求職活動について、ハローワークに加え、地方公共団体が設ける公的な無料職業紹介の窓口の利用も可能とする。
 - ※ 緊急事態宣言及びまん延防止等重点措置対象地域については、解除の翌月末までの間、ハローワーク等での相談や企業への応募等の回数を減ずることができる。
 - 支給額（月額）：生活扶助受給額（1世帯あたり平均額）を基に設定
単身世帯：6万円、2人世帯：8万円、3人以上世帯：10万円
 - ※ 住居確保給付金、ひとり親世帯臨時特別給付金、低所得子育て世帯生活支援特別給付金との併給は可能とする。
 - 支給期間：3か月（申請受付期限を令和4年3月末から6月末へ延長）
 - ※ 生活困窮者自立支援金の支給期間（3か月）中に求職活動等を誠実に行ったにもかかわらず、なお自立への移行が困難であった者について、申請受付期限までに再支給の申請を行った場合には、一度に限り、自立支援金の再支給（3か月）を可能とする。
 - ・ 支援金の申請日より前に再貸付が終了している者・・・申請月から3か月支給
 - ・ 支援金の申請月に再貸付（3か月目）を受けている者・・・申請月の翌月から3か月支給
 - 実施主体：福祉事務所設置自治体 費用：全額国庫負担 ※事務費含む

生活困窮者自立支援制度予算

H30年度予算:432億円 H31年度予算:438億円
R 2年度予算:487億円 R 3年度予算:555億円

R4年度予算:594億円 ※重層的支援体制整備事業分を含む

包括的な相談支援

◆自立相談支援事業
(全国905福祉事務所設置自治体で1,317機関(平成31年4月時点) 国費3/4

- 〈対個人〉
・生活と就労に関する支援員を配置し、ワンストップ型の相談窓口により、情報とサービスの拠点として機能
・一人ひとりの状況に応じ自立に向けた支援計画(プラン)を作成
- 〈対地域〉
・地域ネットワークの強化・社会資源の開発など地域づくりも担う

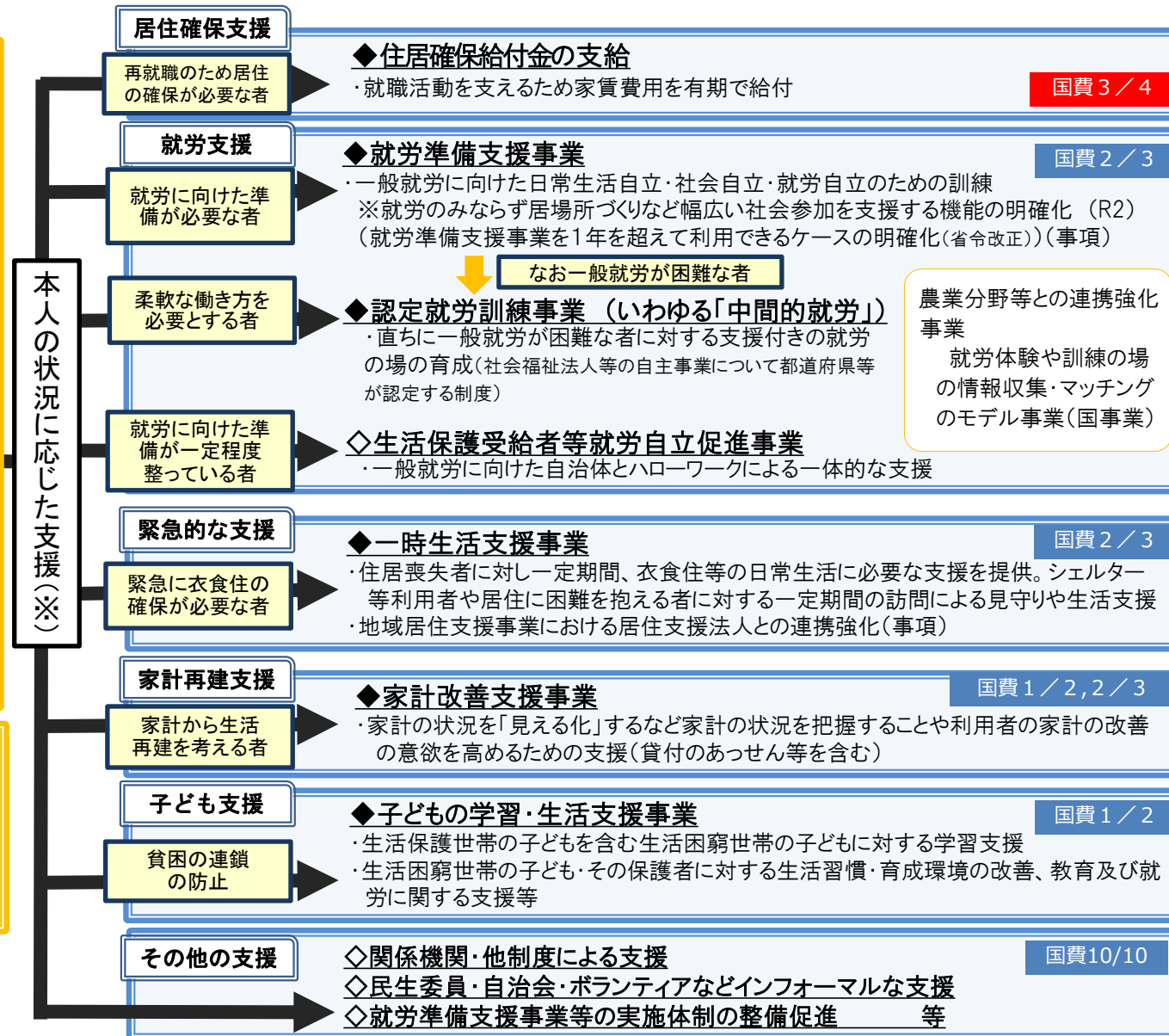
◆福祉事務所未設置町村による相談の実施
・希望する町村において、一次的な相談等を実施 国費3/4

◇アウトリーチ等の充実
ひきこもりなどの社会参加に向けてより丁寧な支援を必要とする方に対するアウトリーチなど、自立相談支援機関における機能強化 国費10/10

◆都道府県による市町村支援事業 国費1/2
・市等の職員に対する研修、事業実施体制の支援、市域を越えたネットワークづくり等を実施

◇都道府県による企業開拓 国費10/10
・就労体験や訓練を受け入れる企業等の開拓・マッチング

※ 法に規定する支援(◆)を中心に記載しているが、これ以外に様々な支援(◇)があることに留意



生活保護の最近の状況

■生活保護受給者数

	令和3年												令和4年
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月
生活保護受給者数（万人）	205.0	204.8	205.3	204.3	204.0	203.9	203.8	203.8	203.8	203.8	203.9	204.0	203.8
対前年同月比（％）	▲ 0.9	▲ 0.8	▲ 0.6	▲ 0.8	▲ 0.9	▲ 0.8	▲ 0.7	▲ 0.6	▲ 0.5	▲ 0.6	▲ 0.5	▲ 0.5	▲ 0.6
対前月比（％）	▲ 0.04	▲ 0.1	0.3	▲ 0.5	▲ 0.2	▲ 0.05	▲ 0.03	▲ 0.03	0.02	▲ 0.01	0.1	0.04	▲ 0.1

■生活保護受給世帯数

	令和3年												令和4年
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月
生活保護受給世帯数（万世帯）	163.8	163.7	164.2	163.9	163.9	163.9	164.0	164.1	164.2	164.2	164.4	164.5	164.4
対前年同月比（％）	0.2	0.3	0.4	0.3	0.1	0.2	0.2	0.3	0.4	0.3	0.5	0.4	0.3
対前月比（％）	0.004	▲ 0.1	0.3	▲ 0.2	▲ 0.01	0.1	0.04	0.03	0.1	0.02	0.1	0.1	▲ 0.1

■保護の申請件数

	令和3年												令和4年
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月
保護の申請件数	20,059	17,428	22,848	19,165	18,400	19,478	20,757	19,202	20,156	18,726	21,093	17,751	19,334
対前年同月比（％）	7.2	8.1	8.6	▲ 10.9	2.4	13.3	5.6	10.0	6.1	0.6	10.6	2.6	▲ 3.6
対前々年同月比（％）	-	-	16.7	11.4	▲ 7.6	8.3	▲ 6.1	5.5	7.9	2.4	13.6	9.2	3.3
対前月比（％）	15.9	▲ 13.1	31.1	▲ 16.1	▲ 4.0	5.9	6.6	▲ 7.5	5.0	▲ 7.1	12.6	▲ 15.8	8.9

■保護開始世帯数（決定件数）

	令和3年												令和4年
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月
保護開始世帯数	16,074	16,517	20,336	17,487	15,607	17,012	17,201	16,139	17,829	16,637	18,447	17,648	15,688
対前年同月比（％）	8.2	9.8	8.7	▲ 9.8	▲ 7.7	12.4	7.2	9.3	7.3	▲ 1.7	9.1	2.2	▲ 2.4
対前々年同月比（％）	-	-	15.6	3.7	▲ 0.7	5.3	▲ 8.2	0.8	11.2	▲ 5.1	11.9	6.2	5.6
対前月比（％）	▲ 6.9	2.8	23.1	▲ 14.0	▲ 10.8	9.0	1.1	▲ 6.2	10.5	▲ 6.7	10.9	▲ 4.3	▲ 11.1

※令和3年4月以降は速報値、資料：「被保護者調査(月次調査)」(厚生労働省)

新型コロナウイルス感染症対策に伴う生活保護における対応について（概要）

1. 適切な対応

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

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

- 申請権の侵害の防止(いわゆる「水際対策」をしない)、速やかな保護決定
- スムーズな就労再開のため、資産の保有等の柔軟な取扱い(通勤用自動車や自営業用の資産の一時的な保有)
 - ・ 新たに民間保険も同様に取扱う旨を周知(1月29日付け)
 - ・ 基準よりも高い家賃の住居にそのまま住み続けたい希望があれば、一定の場合に一時的に引越しなくてよい取扱い(転居指導の留保)(2月26日付けで事務連絡を发出)
- 就労の場がない場合は、稼働能力の活用の判断を留保
- 扶養照会の運用の弾力化
扶養照会を行わない例について、以下のとおり弾力化。(2月26日付けで通知・事務連絡の改正、事務連絡の发出)
 - ・【改正前】「生活保護受給者の生活歴に特別の事情がある場合」として、「20年間音信不通」を例示
⇒「著しい関係不良」の場合として整理
(具体例として、「親族に借金を重ねている」、「相続をめぐり対立している」、「縁が切られている」を例示)
⇒「20年音信不通」は、「著しい関係不良」の具体例のひとつとして「一定期間(例えば10年程度)」と例示
 - ・【改正前】DVのみを例示 ⇒ DVの他に虐待等の場合を例示として追加
- 生活困窮者自立支援制度の窓口と福祉事務所の窓口の連携

2. 予算措置

- 面接相談等の業務の臨時職員雇上げ費用(二次補正(4.2億円)、三次補正予算(140億円の内数))
- 業務のデジタル化による効率化の試行事業(三次補正予算(4.8億円))