

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

◆第7回全世代型社会保障構築会議（令和4年9月28日） 清家座長発言（抄）

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

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

◆社会保障国民会議 最終報告（平成20年11月4日）（抄）

1 社会保障国民会議における議論の出発点

（3） 全ての国民が参加し支える、国民の信頼に足る社会保障

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

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

3 社会保障制度改革の方向性

（2）すべての世代を対象とし、すべての世代が相互に支え合う仕組み

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

その際、全世代型の社会保障への転換は、世代間の財源の取り合いをするのではなく、それぞれ必要な財源を確保することによって達成を図っていく必要がある。

また、世代間の公平だけでなく、世代内の公平も重要であり、特に他の年代と比較して格差の大きい高齢者については、一律横並びに対応するのではなく、負担能力に応じて社会保障財源に貢献してもらうことが必要である。

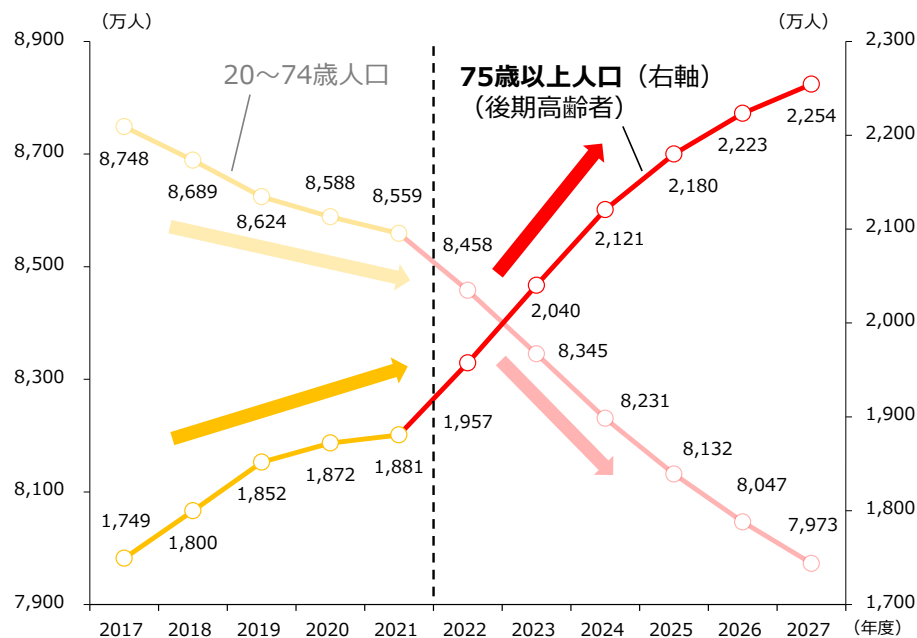
このような観点から、これまでの「年齢別」から「負担能力別」に負担の在り方を切り替え、社会保障・税番号制度も活用し、資産を含め負担能力に応じて負担する仕組みとしていくべきである。

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

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

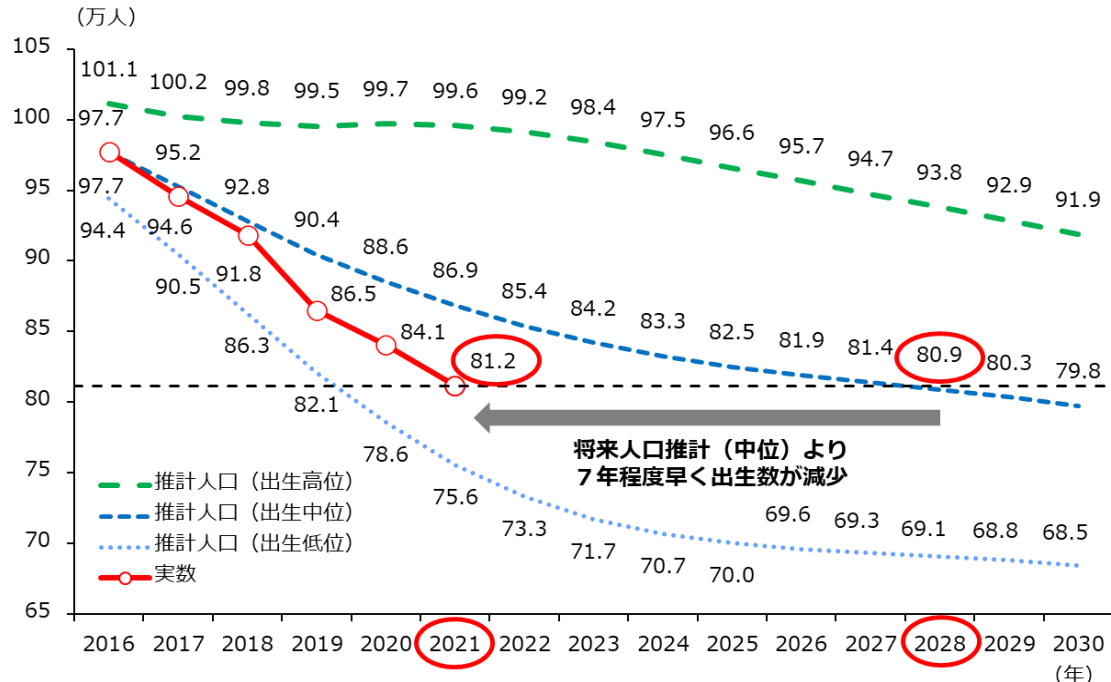
- 2008年以降、同様のコンセプトで提言が繰り返されてきた。一定の成果があり、特に安倍政権以降、改革は着実に進んだ面もある。一方で、**経済全体の負担能力に比して給付費の膨張は続き、少子化は加速。コロナ感染拡大により議論が停滞し、さらに、医療供給体制をはじめ制度の弱点が露呈した部分もある。**ウィズコロナに移行する中で、あらためて、全世代型で持続可能な制度を構築するための取り組みを加速する必要。
- 特に、**今後3年間は後期高齢者が急増して、このままでは国民負担の増加が免れない。**一方で、**コロナの中で少子化が加速して人口減少が7年程度前倒しされている状況。**「ウィズコロナへの移行と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

◆年齢別の人口推移



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

◆出生数の動向（推計と実績）



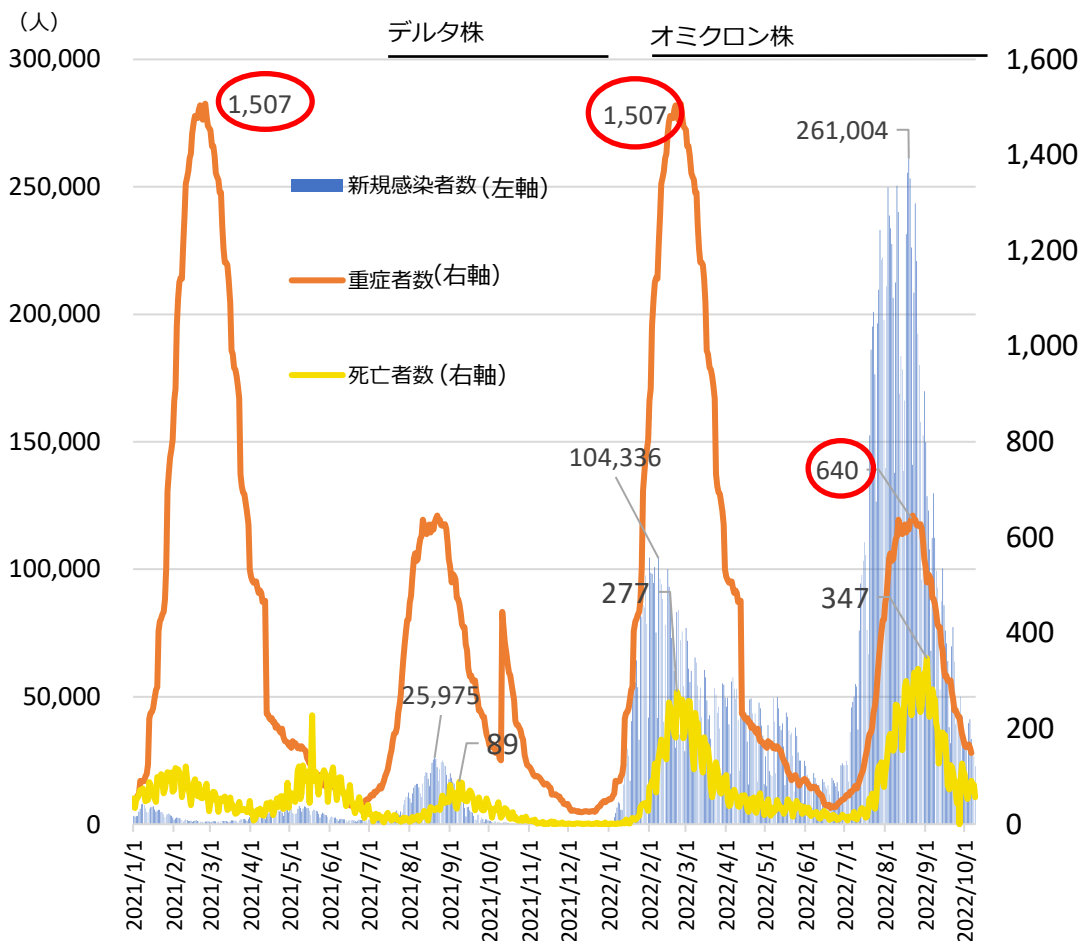
(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2017年推計）」、厚生労働省「人口動態統計」

(注) 推計人口は死亡中位。

新型コロナの重症化率等の推移

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

◆新型コロナウイルスの新規感染者数・重症者数・死亡者数の推移



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

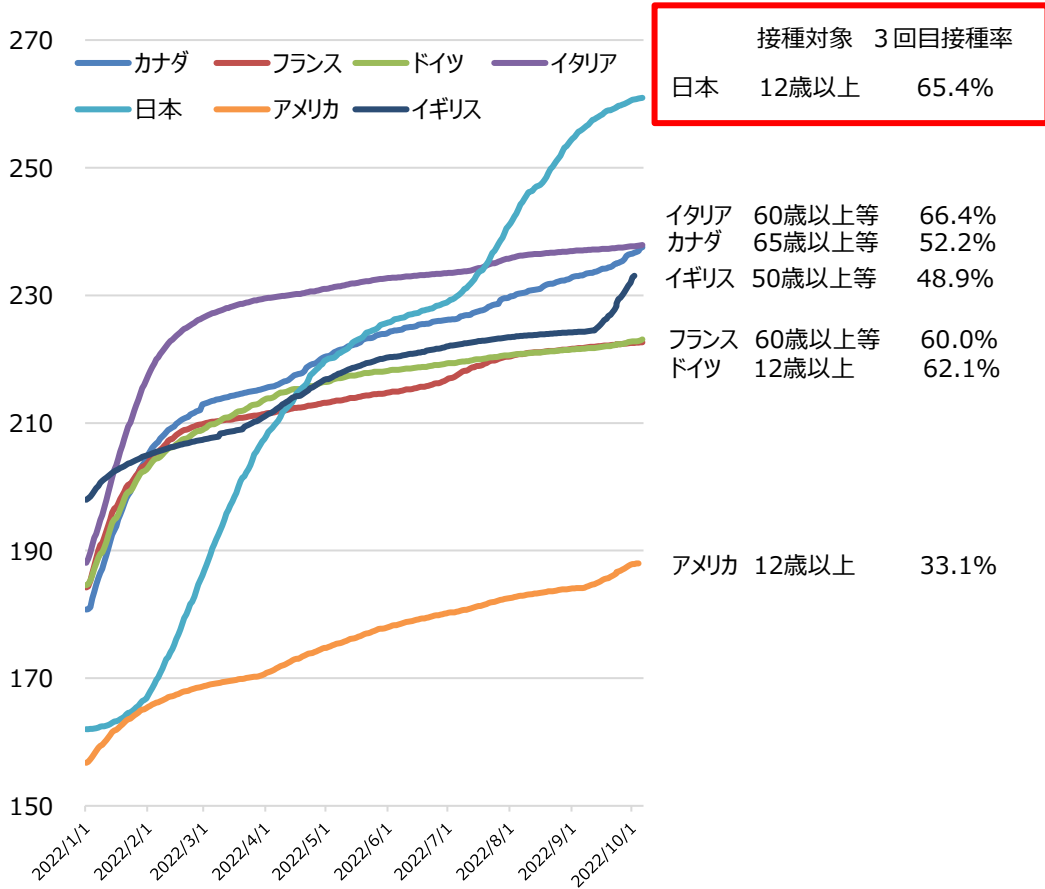
(出所) 新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード事務局提出資料（R4.7.13）を加工
 ※季節性インフルエンザはNDBIにおける2017年9月から2020年8月までに診断または抗インフル薬を処方された患者のうち、28日以内に死亡または重症化（死亡）した割合である。新型コロナは協力の得られた3自治体のデータを使用し、デルタ株流行期の場合は2021年7月から10月、オミクロン株流行期の場合は2022年1月から2月までに診断された陽性者のうち、死亡または重症化（死亡）した割合であり、感染者が療養解除した時点、入院期間が終了した時点、デルタ株流行期の場合は届出から2ヶ月以上経過した時点又はオ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

ワクチンと治療薬の普及

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

◆ 我が国と諸外国のワクチン接種状況

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



(出所) Our World in Dataより作成。

◆ 承認済の新型コロナウイルス治療薬

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

(注) 令和4年9月30日現在。

第7波への対応とWithコロナへの移行

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

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

全数届出の見直し（9月26日～全国一律）

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

オミクロン株対応ワクチンの接種促進

- 12歳以上の者に対する接種を9月から前倒しで開始

陽性者の自宅療養期間の見直し

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

◆ 水際措置の緩和

<9月7日～>

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

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

医療費等への公費支援のあり方

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

<10月11日～>

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

新型コロナに伴う医療関係の特例的な支援

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

緊急包括支援交付金等 7.6兆円

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

診療報酬による対応 0.1兆円 (医療費ベース 0.4兆円)

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

福祉医療機構等を通じた資金繰り支援 0.1兆円 (貸付枠3.3兆円)

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

ワクチンの確保・接種 4.7兆円

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

治療薬の確保 1.3兆円

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

ワクチン・治療薬の開発、生産支援等 1.3兆円

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

PCR検査体制の拡充、検疫体制の強化 等 0.8兆円

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

医療用物資の確保 その他システム整備等 0.9兆円

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

病床確保料

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

◆ 病床確保料の仕組み

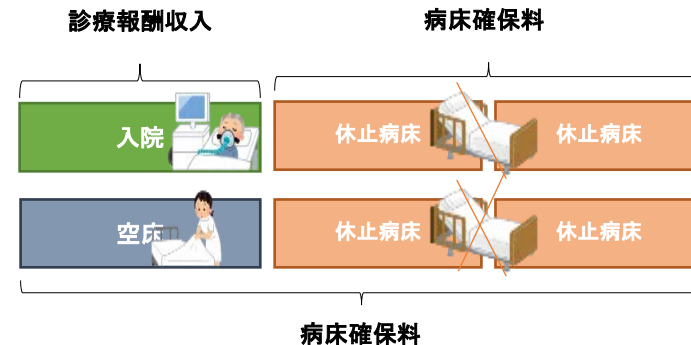
<重点医療機関・特定機能病院等>

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

← 12倍
← 6倍
← 2倍

<平時の入院診療収益（病床1床当たり）>

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



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

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

◆ 令和4年10月以降の見直し（令和4年9月27日厚生労働省事務連絡）

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

■ 日本経済新聞 2022年10月14日

「第7波 一般医療への影響、検証を」愛知県病院協会会長

— 愛知県内では新型コロナ患者のうちコロナ専用病床に入院する人と、それ以外の病床に入院する人が同数に近い時期もありました。

「コロナという疾病のためだけの病床を持つ必要はもうない。インフルエンザなど一般の感染症と同じ対応にすべきだ。病棟をすべてコロナ向けにして重装備の感染防護をする必要がどれほどあるか。感染を完全に防げるのはいいが、コストパフォーマンスの問題だ」

— 入院治療でも一般医療への影響はありましたか。

「コロナは医療機関の病床を占有してしまう。一般医療にしろ寄せが来てしまった。本来なら脳卒中や心筋梗塞の患者が入院治療を受けられたはずなのに、コロナ病棟を設けるとできなくなる。地域医療として大きな問題で、影響を検証しなければならぬ」

感染症法改正案

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

◆ 感染症法改正案における協定締結のプロセス及び担保措置/履行確保措置

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

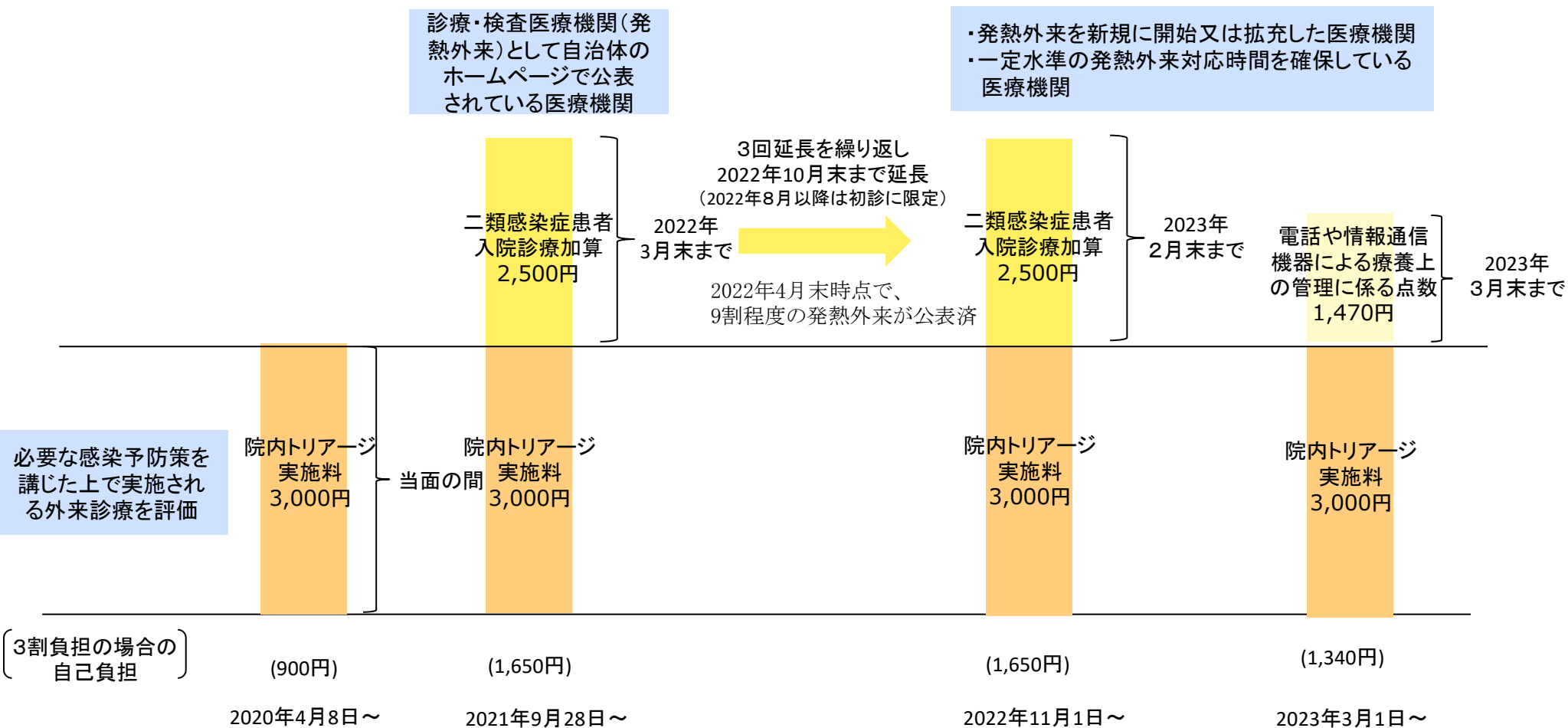
- 公立・公的医療機関等、特定機能病院及び地域医療支援病院については、その機能を踏まえ感染症発生・まん延時に担うべき**医療の提供を義務付け**、平時に都道府県知事が医療機関に通知。
- 感染症対応の社会医療法人については、協定（流行初期医療確保措置の対象）の締結を**認定の要件化する**。なお、協定に則った対応を行うよう勧告→指示した上で、当該指示に従わない場合に、**認定を取り消す**ことがあり得る。

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

発熱外来に対する診療報酬上の特例措置

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

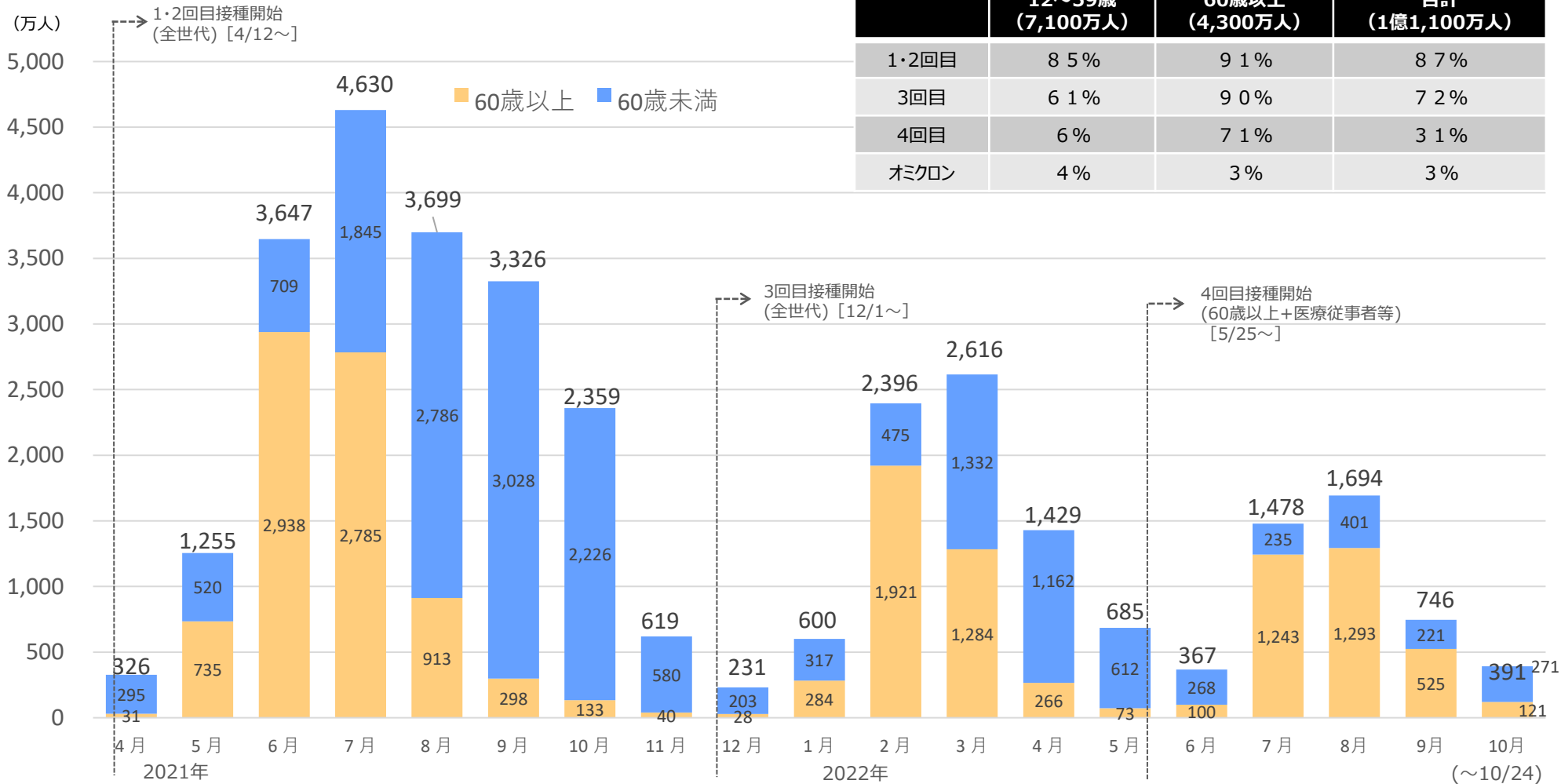
※発熱外来について算定実績が示されている2021年1～5月のデータと2022年度の足もとまでのPCR検査数の実績を使用して一定の仮定を置いて推計したもの。



新型コロナウイルスワクチンの接種状況

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

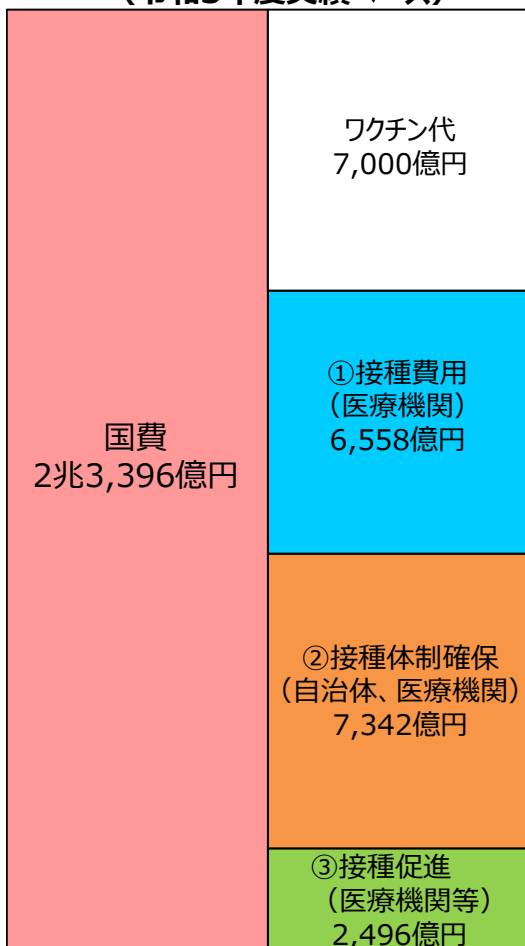
【接種状況（月次）】



新型コロナワクチンの接種費用の支援の在り方

- 昨夏は、多くの国民を対象に短期間で1・2回目の接種を行う必要があったこと、接種体制を急速に拡大する必要があったことから、**異例の対応**を行い多額の予算を投入。
- また、①基礎単価2,070円以外に時間外、休日加算、②接種体制補助金を活用した事務費等への追加支援、③診療所等における個別接種については接種回数に応じた加算を行っており、接種単価は最大1万円を超える場合もある。

◆新型コロナウイルスワクチン接種関連支出 (令和3年度実績ベース)



新型コロナウイルスワクチン

2,725円
※総購入金額2.4兆円/8.8億
×2.6億回 (R3総接種回数)

2,070円
※予診、事務費、接種費用

時間外+730円
休日+2,130円
小児+660円

300~4,000円
※接種回数に応じた加算。政令市の調査結果であり、自治体ごとに支援状況は異なる。

2,000円
※50回以上 10万円/日

2,000円
※週100回以上 (4週/8週)

3,000円
※週150回以上 (4週/8週)

季節性インフルエンザワクチン

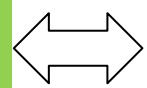
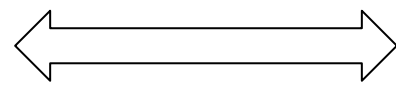
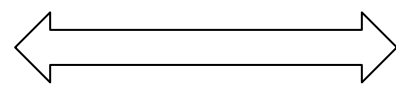
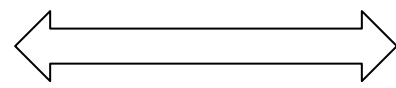
※交付税算定ベースであり、実態は診療所ごとに異なる。

1,400円

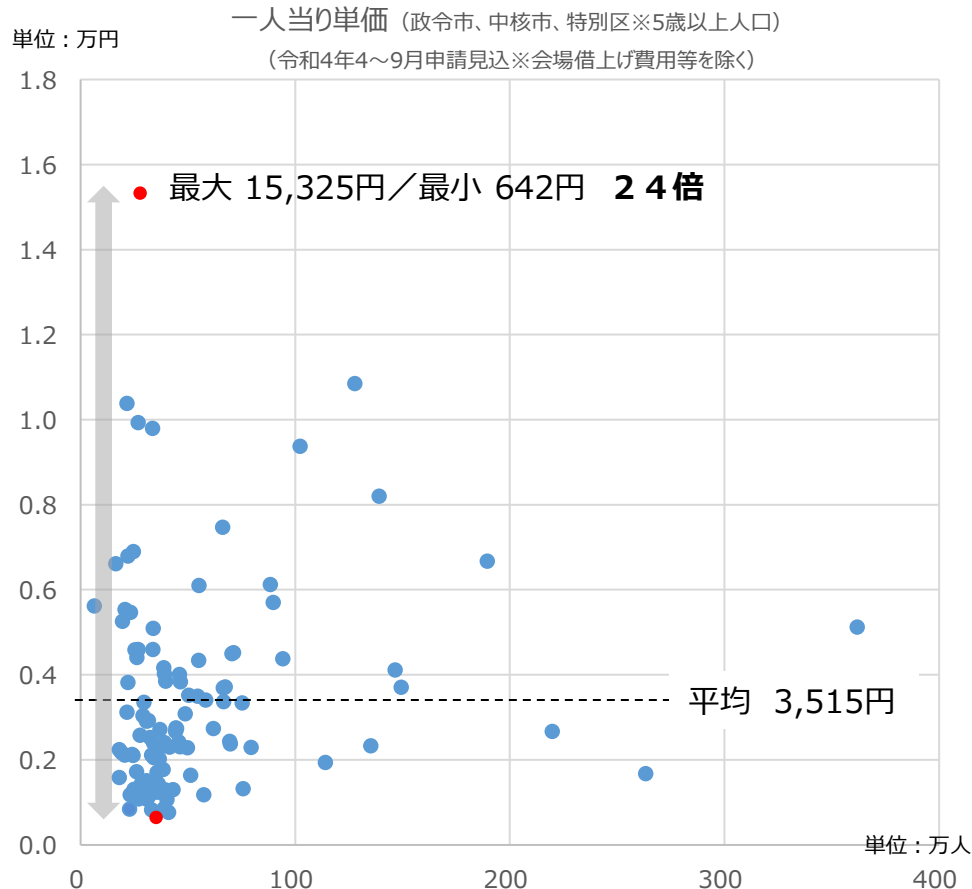
基礎 3,380円
※予診、事務費、接種費用

なし

なし



- ワクチン接種体制確保補助金は、接種会場の借上げ、運営、医師等を確保する経費に加え、負担金の対象にならない、又は超える経費を診療所等に補助するもの。その要綱上、補助対象経費の範囲について何ら制限を設けておらず、医師等の人件費単価を上乗せする場合にも上限が設定されていない。
- その結果、一部の地域で医師の獲得競争が激化し、通常の委託単価（東京都：医師7,550円、看護師2,760円、事務員1,560円）の3倍を超える事例が報じられている。
- さらに、通常の2,070円に加えて回数あたり数千円の上乗せをしている自治体もあることから、人口一人当たりの補助金使用額に大きな差が生じている事例がある（最大は最小の約24倍）。
- 自治体毎に補助の上乗せを行うと医師等の人件費が高騰することから、人件費単価について上限を設けるべきではないか。また、その他の経費についても、使途を明らかにした上で、効率化を行うべきではないか。



■ 読売新聞 2021年6月12日

医師の時給3万円も 県内 取り合いで高騰

（茨城県）派遣会社などを通して医療人材を確保する方針で、**医師の時給は2万～2万5000円**と見込む。ワクチンの供給が増えた結果、接種にあたる人材の獲得競争が激化。**首都圏平均の相場（約1万5000円）**より割高となっている。

■ 北海道新聞 2021年6月16日

ワクチン接種に日給1万7千5百円 釧路市、国費で募集

（釧路市）大規模接種のため、6月下旬から7月上旬の10日間について**日給1万5千円**で医師を募集していると明らかにした。

■ 北海道新聞 2022年6月8日（共同通信配信）

ワクチン接種「1年」国費5.2兆円 五輪の3倍 重症化対策に移行

集団会場開設や医師ら打ち手確保、接種券の印刷・発送の費用を含む自治体関連の経費については「ワクチン接種体制確保事業」の補助金で賄った。…**人件費や会場設営費など個別の費目は「自治体の報告を詳細に分析していない」**（厚生労働省の担当者）として明らかになっていない。

◆ 接種体制補助金による接種回数に応じた支援（政令市）

区分	延べ市数	単価等
全年齢	8市	300～4,000円/回
5～11歳	7市	500～1,100円/回
訪問	2市	5,000～8,880円/回
その他	4市	300円/回 50,000円/週 予約枠1,100円/回
回数見合いの上乗せなし	8市	-

新型コロナウイルスワクチンの接種体制の整備・接種の実施 (令和4年度末まで実施)

【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)
- ・6歳未満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)

8,266億円の内数(令和4年度予備費)



個別接種

①「診療所」における接種回数の底上げ

- ・週100回以上の接種を指定する2か月毎の間に4週間以上行う場合 ⇒ +2,000円/回
- ・週150回以上の接種を指定する2か月毎の間に4週間以上行う場合 ⇒ +3,000円/回

※1週間のうち、少なくとも1日は、土日祝日、夜間(18:00以降)、診療所の時間外に接種体制をとること。

②接種施設数の増加(診療所・病院共通)

※病院への支援は、11月末までとする。

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)

※土日祝日、夜間(18:00以降)、医療機関の時間外に接種体制をとること。

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)

同様の接種
扱い

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

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日以上指定する2か月の間に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

- これまで、国際的なワクチン獲得競争の中で接種に支障が生じないよう多くのワクチンを確保。
- その結果、契約数量から、接種済回数分、キャンセル分、海外供与分を差し引いた数量は約**4.6億回程度（金額換算（注1）で約1.2兆円）**となっている。
- このうち、ファイザー、モデルナのワクチンについては、約**1億人を対象に年度末にかけてオミクロン株対応ワクチンの接種に活用**されることとなっている。
- 今後は、**国民の接種行動の変化等を見極めつつ、効率的な調達に努めることが必要ではないか。**

◆ワクチンの確保・使用状況

	契約数量	納入状況	接種回数等 (9月14日時点)	差引
ファイザー	3億9,900万回	非公表	2億4,300万回 (76%)	1億5,600万回
モデルナ	2億1,300万回	非公表	7,700万回 (24%)	1億3,600万回
アストラゼネカ	1億2,000万回 (6,230万回キャンセル)	5,770万回	12万回 (0.04%) (4,400万回海外供与)	1,358万回
ノババックス	1億5,000万回	非公表	19万回 (0.05%)	1億4,981万回
合計	8億8,200万回	—	3億2,031万回 (100%) (3億6,431万回)	4億5,539万回 (4億9,939万回)
金額換算 (2,725円/回換算)	2兆4,036億円	—	8,728億円 (9,927億円)	1兆2,409億円 (1兆3,608億円)

(注1) 金額換算は、それぞれの単価が保秘であることから、総予算措置額を総契約数量で割った単価2,725円に、それぞれの数量を乗じて算出したものであり、実際の金額とは異なる。

(注2) 接種回数は、官邸HPの公表データ（9月14日時点）を集計。

(注3) 令和4年9月下旬から、約1億人を対象に年度末にかけてオミクロン株対応ワクチンの接種が開始されている。

新型コロナの治療薬の状況

- これまでは新しい治療薬がでる度に感染拡大時に備えて大量に購入してきたが、足元では**治療薬の8割程度が残っており**、これらは**順次使用期限が到来する**。
- 今後は、他の疾病との公平性や効率的な流通を確保する観点からも、**薬事承認がされた治療薬については、早期の薬価収載を働きかけることが必要ではないか**。
- また、新たに治療薬を購入する場合には、**早期の薬価収載を求めるとともに、現場での有効性の検証や使いやすさ（併用禁忌が少ないなど）も見極めつつ、一度に大量に購入するのではなく薬価収載までに必要な数量を段階的に購入するようすべきではないか**。

◆治療薬の購入に関する予算措置

	予算額	主な治療薬
R 2年度1次補正	139億円	アビガン
R 2年度3次補正	229億円	レムデシビル
R 3年度予備費(8月)	2,352億円	ロナプリーブ、レムデシビル
R 3年度補正	6,019億円	ロナプリーブ、ゼビュディ
R 3年度予備費(3月)	4,247億円	モルヌピラビル、ゼビュディ
小計	1兆2,986億円	
予算の流用等	1,705億円	レムデシビル、モルヌピラビル
合計	1兆4,691億円	

→ **執行見込額：1兆1,155億円**
 ※今後契約を予定しているものを含まない。
 流通経費等の確定後に金額に異同を生ずる。

◆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 治験等に要する費用を支援 276億円
 - 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

◆治療薬の確保・使用状況

	種別	契約数量	納入済数量	使用済数量	残数量	備考
ラゲプリオ (モルヌピラビル) 【MSD】	抗ウイルス薬 (経口)	160	160	62	98	○変異株への効果が弱まるとの報告はなし ○成分に対して過敏症の既往歴、妊婦は禁忌 ○薬価収載済(令和4年8月18日)
パキロビッド (バクスロピド) 【ファザー】	抗ウイルス薬 (経口)	200	200	5	195	○変異株への効果が弱まるとの報告はなし ○併用禁忌薬剤多数(40) ○薬事承認済(令和4年2月10日)
ベクルリー (レムデシビル) 【ギリアド】	抗ウイルス薬 (点滴)	-	-	-	-	○変異株への効果が弱まるとの報告はなし ○成分に対して過敏症の既往歴がある場合は禁忌 ○薬価収載済(令和3年8月12日)
ゼビュディ (ソトロビマブ) 【GSK】	中和抗体薬 (点滴)	非公表				○オミクロン株BA.2、4、5への効果は弱まるが使用可能 ○成分に対して重篤な過敏症の既往歴がある場合は禁忌 ○薬事承認済(令和3年9月27日)
ロナプリーブ 【中外製薬】	中和抗体薬 (点滴)					○オミクロン株BA.2、4、5への効果は弱まるが使用可能 ○成分に対して重篤な過敏症の既往歴がある場合は禁忌 ○薬事承認済(令和3年7月19日)
エバシールド (AZD7442) 【アストラゼネカ】	中和抗体薬 (注射)					○オミクロン株BA.2、4、5への効果は弱まるが使用可能 ○成分に対して重篤な過敏症の既往歴がある場合は禁忌 ○薬事承認済(令和3年8月30日)
ゾコーバ (S217622) 【塩野義製薬】	抗ウイルス薬 (経口)	✓ 薬事承認後の100万人分の購入契約を締結(R4.7.19)				○薬事承認申請済(R4.2) ○6/22、7/20薬事分科会・医薬品第二部会で議論→継続審議 ※変異株への効果が弱まるとの報告はない。

(出所) 第88回(令和4年6月23日)新型コロナウイルス感染症対策アドバイザーボード資料を加工して作成。
 (注) 投与者数は、10月25日時点で国に報告があった概数。

- 感染拡大時の需給のひっ迫に備えて、本年1月に一定期間経過後の在庫を買い取ることを前提に**2. 1億回の増産要請**を行ったが、**第7波において市場で購入されたのは約0.9億回**。結果として、**合計1.1億回**を国が買い取り、**発熱外来や高齢者施設等に無料配布**。こうした中で、8月にさらに**1.4億回の増産要請**を行っている。
- **この仕組み**は、買取り後に活用するための追加配送コスト、使用期限切れによる処分、自ら調達した者との公平性等の観点から踏まえると**持続的ではない**。今後は、**関係機関・国民に事前の用意を呼びかける**とともに、**民間ベースでの安定供給に移行させるべきではないか**。

◆抗原定性検査キットの増産要請の経緯

令和4年1月

2. 1億回の増産要請

7月 0.2億回買取り（発熱外来のひっ迫対応）

9月 0.9億回買取り（高齢者施設等のクラスター防止）

7～9月の民間出荷量 約0.9億回分

1.4億回増産要請（次の感染症への備え等）

◆抗原定性検査キットの在庫状況（令和4年10月17日時点）

製造販売業者名	製品名	入り数 (回分)	在庫状況 (検査回数)
アボットダイアグノスティクスメディカル (株)	Panbio COVID-19 Ag鼻咽頭	25	++
アボットダイアグノスティクスメディカル (株)	Panbio COVID-19 Ag鼻腔	10	+++
(株) 医学生物学研究所	GLINE-2019-nCoV Agキット	1	++++
(株) 医学生物学研究所	アンスペクトコーワSARS-CoV-2 ※本品の販売元：興和(株)	1	++++
シーメンスヘルスケア・ダイアグノステ	クリニテストCOVID-19抗原迅速テスト	5	++++
タカラバイオ (株)	HEALGEN COVID-19 抗原迅速テスト	1	++++
タカラバイオ (株)	HEALGEN COVID-19 抗原迅速テスト	5	+++
(株) マルコム	スタンダードCOVID-19 Ag	25	++++
ロシュ・ダイアグノスティクス (株)	SARS-CoV-2 抗原テスト	25	+++
ロシュ・ダイアグノスティクス (株)	SARS-CoV-2 抗原テスト Nasal	25	++++
ロシュ・ダイアグノスティクス (株)	SARS-CoV-2 抗原テスト Nasal 5T	5	++++

(出所) 厚労省HP資料から抜粋して作成。

(注1) 薬事承認された新型コロナウイルス抗原定性検査キットのうち、製造販売業者から同意の得られたものについて記載。

(注2) 在庫量（検査回数）の表記は以下のとおり

1000万回分以上の場合++++、100万回分以上～1000万回未満の場合+++、10万回分以上～100万回未満の場合++、10万回未満の場合+

- 国内の新型コロナワクチンの開発支援として、基金（5,139億円）を造成し、
 - ① 7社（アストラゼネカ株式会社、アンジェス株式会社、KMバイオロジクス株式会社、塩野義製薬株式会社、武田薬品工業株式会社、第一三共株式会社、VLP Therapeutics Japan 合同会社）の生産体制の整備
 - ② **国産ワクチン開発企業 5社**（KMバイオロジクス、塩野義製薬、第一三共、アンジェス等）の大規模臨床試験等の実施費用について支援してきているが、**1社は開発を中止し、4社も開発には至っていない。**
- ワクチン開発の支援にあたっては、各企業の人材、規模、海外企業との連携も含め研究開発能力があるか十分チェックすべきではないか。

◆予算の執行状況

	予算措置額	交付基準額	差引
①生産体制の整備 (令和2年度2次補正)	1,377億円	1,753億円	2,082億円
②国産ワクチン開発企業の大規模臨床試験等の実施費用 〔※1 令和2年度3次補正 ※2 令和3年度補正〕	2,459億円 〔※1 1,200億円 ※2 1,259億円〕		
③成功時の買上費用 (令和3年度補正)	1,299億円	-	1,299億円
④部素材開発企業の品質試験実施費用 (令和3年度補正)	5億円	-	5億円
合計	5,139億円	1,753億円	3,386億円

◆国内企業のワクチンの開発状況

開発企業	取組状況	基金支援	研究費
①塩野義製薬 感染研/UMN ファーマ ※組換えタンパク	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第I/II相試験(2020.12～) ・ 第III相試験(2021.12～) ・ ブースター用試験(2021.12～) ・ 60歳以上4回目接種II/III相試験(2022.7～) 	477億円	<ul style="list-style-type: none"> ・ AMED(R1年度) 100万円 感染研 ・ AMED(R2年度一次公募) 1,309万円 塩野義 ・ AMED(R2年度二次公募) 50万円 塩野義
②第一三共 東大医科研 ※mRNA	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第I/II相試験(2021.3～) ・ ブースター用試験(2022.1～) ・ 第III相試験(2022.9～) 	296億円	<ul style="list-style-type: none"> ・ AMED(R1年度) 150万円 東大医科研 ・ AMED(R2年度二次公募) 2,105万円 第一三共
③アンジェス 阪大/タカラバイオ ※DNA	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第I/II相試験(2020.6～) ・ 第II/III相試験(2020.12～) ※期待効果得られず。 ・ 開発中止(2022.9) 	94億円	<ul style="list-style-type: none"> ・ 厚労科研(R1年度) 10万円 大阪大 ・ AMED(R2年度一次公募) 2,561万円 アンジェス ・ AMED(R2年度二次公募) 994万円 アンジェス
④KMバイオロジクス 東大医科研/感染研/基盤研/Meiji Seikaファルマ ※不活化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第I/II相試験(2021.3～) ・ 第III相試験(2022.4～) ・ 小児用第II/III相試験(2022.4～) 	240億円	<ul style="list-style-type: none"> ・ AMED(R2年度一次公募) 1,094万円 KMバイオロジクス ・ AMED(R2年度二次公募) 35万円 KMバイオロジクス
⑤VLP セラ ピューティクス ※mRNA	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第I相試験(2021.10～) ・ ブースター用試験(2022.2～) ・ ブースター用試験第II相試験開始(2022.9～) 	183億円	<ul style="list-style-type: none"> ・ AMED(R2年度二次公募) 1,295万円

(参考) 国内製薬会社数 302社 (令和2年度)

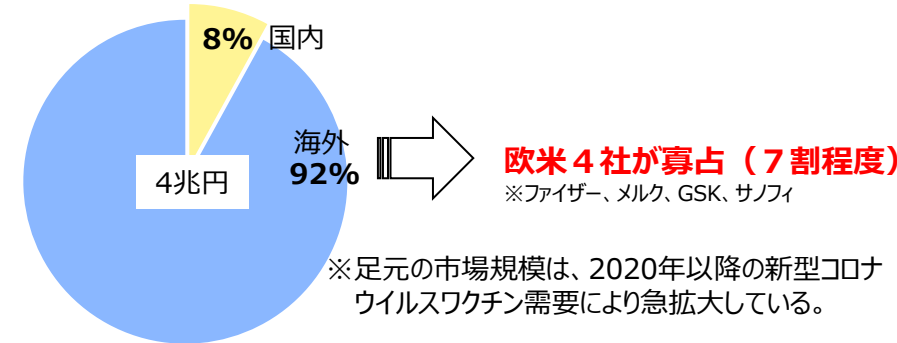
内外のワクチン開発状況

- ワクチン開発については、多額の費用と一定の期間が必要なことから**国内市場だけで採算をとることは難しい一方、グローバル市場は欧米4～5社の寡占状況**となっている。
- 新型コロナウイルスワクチンの開発を行っている国内ワクチンメーカーの売り上げ（ワクチン以外を含む）に比べ、**海外の主要ワクチンメーカーの売り上げは、多くの場合1ケタ以上の差があり、こうしたグローバル市場における企業規模の問題を**考えていく必要。

◆我が国のワクチン開発をめぐる経緯

- 1948 (S23) 年 ● 予防接種法制定（罰則付き義務）
- 1950年代 ● **予防接種制度の定着、需要拡大、ワクチン開発が活発化**
- 1960～70年頃 ● 副作用・後遺症に関する問題意識の高まり（種痘脳症等）
● 被害者救済制度の創設（暫定）
- 1970～80年頃 ● 予防接種禍訴訟提起（種痘、インフル、ポリオ等）
● 予防接種法改正（1976年 救済制度法定、罰則廃止）
- 1992 (H4) 年 ● 東京訴訟高裁敗訴（上告断念）
- 1994 (H6) 年 ● 予防接種法改正（義務⇒勸奨等）
- 2000年代 ● **国内のワクチンメーカーは中小企業や社団法人のみとなる**
● **世界のワクチンメーカーは、合併等を経て5社程度に収斂**
- 2007 (H19) 年 ● 「ワクチン産業ビジョン」（厚生労働省）を策定し、**国内外の大手製薬メーカーと統合、連携して事業展開するよう誘導**
● 合併会社等により開発が進められたが、副反応問題等により**いずれも解散**
- 2009 (H21) 年 ● 新型インフルエンザが流行したが、ワクチンは海外に依存
● 新型インフルエンザワクチン開発・生産体制整備事業を立ち上げ、細胞培養法によるワクチン開発を推進
- 2019 (H31) 年 ● 国内企業だけでは目標生産量を確保できなかったことから、最終的には海外からの技術供与も得て生産量を確保
※2019 (R1) 年度に基金解散
- 2019 (H31) 年 ● 新型コロナウイルス感染症が流行
- 2021 (R3) 年 ● **ワクチン開発・生産体制強化戦略（閣議決定）を決定し、開発支援等の各種支援制度を創設**

◆世界のワクチン市場規模（2019年※）



◆ワクチン開発を行っている製薬会社の売り上げ（全体）

会社	売上高
ファイザー（米国）	813億ドル
メルク（米国）	489億ドル
グラクソ・スミス・クライン（英国）	469億ドル
サノフィ（仏国）	446億ドル
アストラゼネカ（英国）	378億ドル
モデルナ（米国）	184億ドル
第一三共（日本）	88億ドル
塩野義製薬（日本）	27億ドル
KMバイオロジクス（日本）	4億ドル

（注）各社の2021年度の業績発表等を基に作成。国内企業は110円で\$換算

- 令和2年度以降、各省庁がワクチン・治療薬の開発・実用化等のため、多額の関連予算を計上。
- 他方、一部の支援については他の支援と内容が重複しているなど、今後、役割を整理した上で、個々に必要性を判断すべき。
- また、国費だけでなく、研究成果により受益する可能性がある民間企業に拠出を求める枠組についても検討が必要。

	ワクチン（1兆1,700億円程度）	治療薬等（1,300億円程度）
開発	<ul style="list-style-type: none"> ○ ワクチン開発推進事業（厚労（AMED）、R2補①：100億円、R2補②：500億円、基金） ⇒新型コロナワクチンの実用化に向けた研究開発を支援 ○ ワクチン・新規モダリティ研究開発事業（内閣（AMED）、R3補：1,504億円、基金） ⇒ワクチンの実用化に向けた研究開発等を支援 ○ ワクチン開発のためのフラッグシップ拠点等の形成（文科（AMED）、R3補：515億円、基金） ⇒ワクチンの開発・生産に資する研究開発等を支援 ○ 創薬ベンチャーの育成（経産（AMED）、R3補：500億円、基金） ⇒ワクチン等の実用化に向けた研究開発を支援 （ベンチャーキャピタルによる出資が支援の条件） 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 革新基盤創成事業（CiCLE）（内閣（AMED）、R2補①：200億円、R2補③：180億円） ⇒医薬品等の研究開発を支援 （※）ワクチン・治療薬等の医薬品・医療機器の開発から実用化まで支援可能。 ○ 新型コロナ治療薬等研究開発（厚労（AMED）、R2補②：50億円、R2補③：50億円、R3補：70億円） ⇒新型コロナ治療薬等の実用化に向けた研究開発を支援 ○ 感染症危機管理のための治療薬等研究開発（厚労（AMED）、R3補：30億円） ⇒感染症の治療薬の実用化に向けた研究開発を支援
実用化	<ul style="list-style-type: none"> ○ 新型コロナワクチン大規模臨床試験等支援事業（厚労、R2補②：1,377億円、R2補③：1,200億円、R3補：2,563億円、基金） ⇒新型コロナワクチンの大規模臨床試験等を支援 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 新型コロナ治療薬の実用化のための支援事業（厚労省、R2補③：70億円、R3補：56億円、R3予：150億円） ⇒新型コロナ治療薬の実用化に向けた治験等を支援

【支援対象が一部重複している事例】

	ワクチン開発推進事業（厚労省）	ワクチン・新規モダリティ研究開発事業（内閣府）
事業規模	600億円（R2補正①②）	1,504億円（R3補正）
支援対象	新型コロナウイルス感染症対策に有効なワクチンの実用化	新型コロナウイルス感染症を含む重点感染症等に対するワクチン開発等
研究段階	基礎研究～臨床第Ⅱ相試験（第1次補正は臨床第Ⅰ相試験まで）	基礎研究～臨床第Ⅱ相試験
支援金額	最大5億円（非臨床）、最大100億円（臨床）	最大30億円

（※）ワクチン開発推進事業（厚労省）の令和3年度末時点の基金残高は165億円。

- 医療分野の研究開発及びその環境の整備の実施、助成等の業務を行うため、平成27年に日本医療研究開発機構（AMED）を設置。医療分野の研究開発における「研究費等のワンストップサービス化」と「基礎から実用化までの一貫した研究管理」を行うため、それまで文部科学省、厚生労働省、経済産業省等に計上されてきた**医療分野の研究開発に関する「予算の集約と一体的な実行」**を行うこととされた。
- 他方、**依然として、各省研究機関**（国立高度専門医療研究センター、医薬基盤・健康・栄養研究所、国立感染症研究所等）を通じた**研究や各省による研究も維持**され、一部には**類似の事業が存在**するなど、必ずしも一元的な予算配分がなされているとは言い切れない。

【AMEDと各省（インハウス）研究機関の役割分担】（「健康・医療戦略」（令和3年4月9日））

- **AMED**は、資金配分機関として、国が定めた戦略に基づき、科学研究費助成事業等で生まれたシーズも活用しつつ、**医療分野の実用化のための研究開発を基礎段階から一貫して推進**する。（略）
- **各インハウス研究機関**においても医療分野の研究開発を行っているところであり、AMEDの研究開発支援とも**適切に連携・分担**を図りつつ、**全体として戦略的・体系的な研究開発を推進**していく。
- AMED及びインハウス研究機関が推進する医療分野の研究開発については、国の方針・戦略を踏まえて推進するものであることから、**統合プロジェクト以外の予算も含め関連予算を戦略的・重点的に配分**するため、推進本部において、有識者の意見も踏まえつつ、**関係府省・機関に対して一元的な予算要求配分調整を実施**する。

【AMEDと各省研究機関の令和4年度当初予算】

	総務省	文部科学省	経済産業省	厚生労働省
AMED	5億円	586億円	183億円	475億円
各省研究機関	-	266億円	75億円	463億円

<事業例>

- ・ 医薬品：ワクチン等の研究開発、創薬基盤の整備
- ・ ゲノム・データ基盤：ゲノム・データ基盤の整備・利活用

<事業例>

- ・ 医薬基盤・健康・栄養研究所：ワクチン等の研究開発、創薬支援
- ・ 国立高度専門医療研究センター：ゲノム・データ基盤の充実

【AMEDと厚生労働省による研究（厚生労働科学研究）の整理】

	政策立案、基準策定等のための基礎資料や科学的根拠を得るための調査研究	政策の推進・評価に関する研究	政策に関係する技術開発に関する研究
医療分野			AMED研究
医療分野以外の分野	厚生労働科学研究		

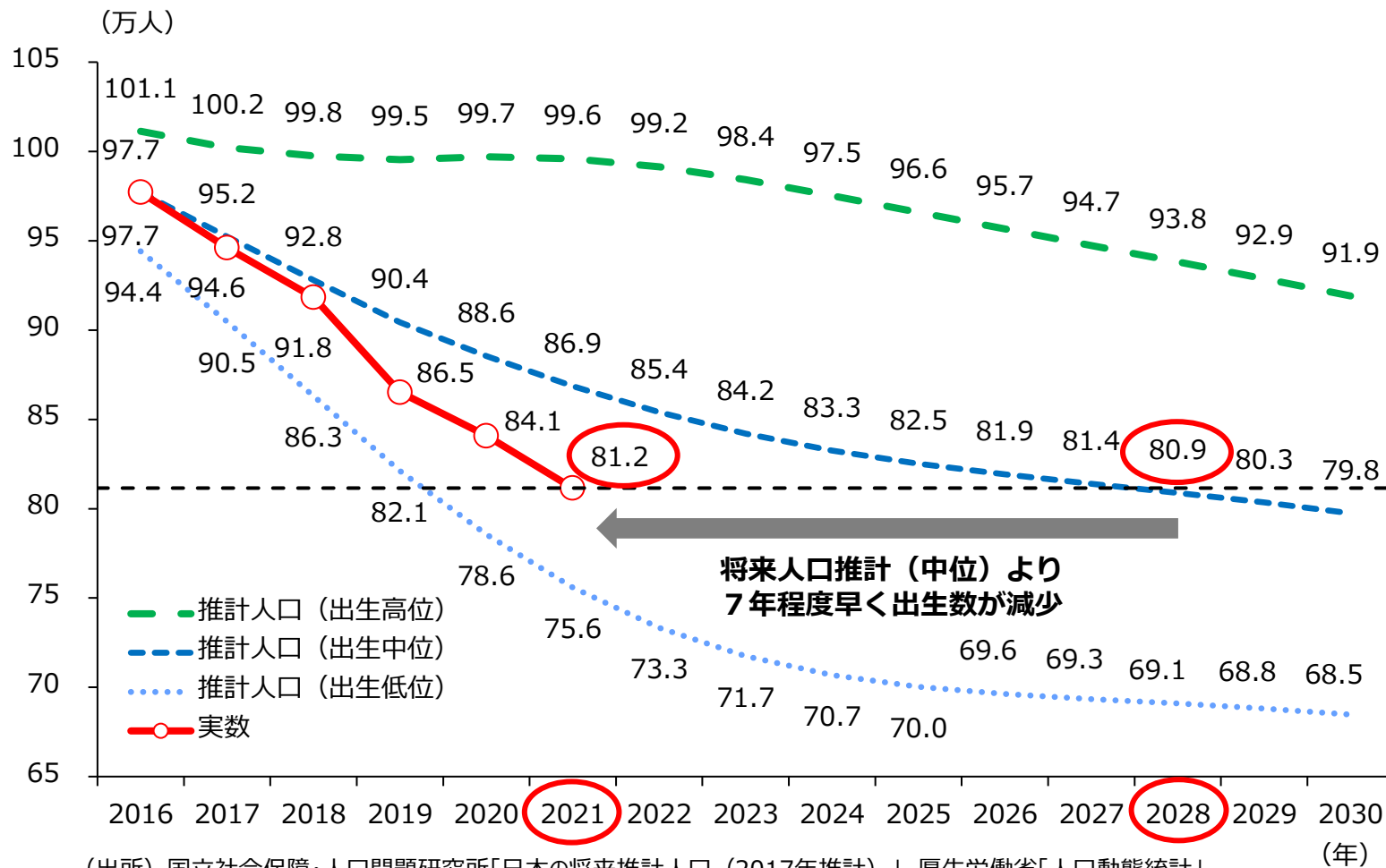
<事業例>

- ・ がん対策政策推進総合研究事業：がんのゲノム解析等の推進、データセンターの構築
 - ・ 難治性疾患政策研究事業：難病に関するゲノム医療推進
 - ・ 新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業：ワクチンの評価・データベース構築
- （※）AMEDにおいても、ワクチンの有効性、安全性等に関する研究を実施中。

（注）医療分野：医薬品創出、医療機器開発、革新的な医療技術創出拠点、再生医療、オーダーメイド・ゲノム医療、がん、精神・神経疾患、新興・再興感染症、難病等

医療分野以外の分野：労働安全衛生、食品安全、化学物質安全対策、健康安全・危機管理対策等

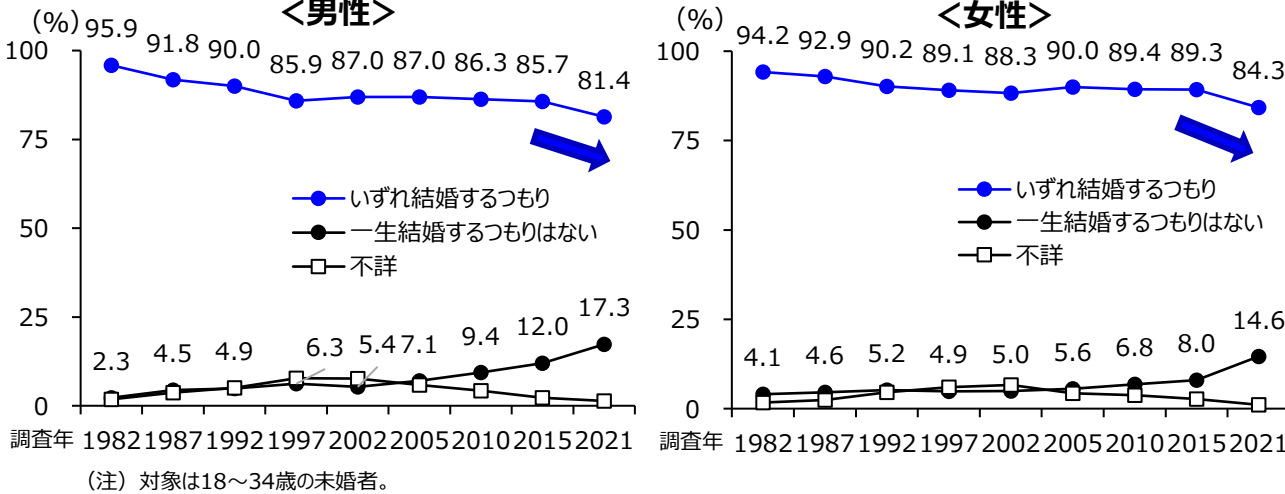
○ 新型コロナの中で年間出生数は、コロナ前の2019年86.5万人から、2020年84.1万人、2021年81.2万人と大幅に減少。「81.2万人」は、将来人口推計（2017年推計）で2028年の数字であり、わが国の人口減少が7年程度前倒しされた形となっている。



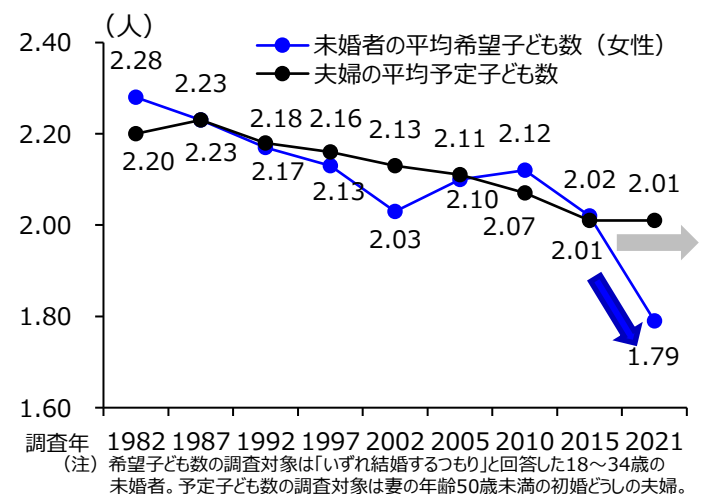
(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2017年推計）」、厚生労働省「人口動態統計」。
 (注) 推計人口は死亡中位。

- 未婚者のうち「いずれ結婚するつもり」と回答した者の割合が低下。「夫婦の平均予定子ども数」は横ばいだが、「未婚者の平均希望子ども数」が低下している。
- 出生子ども数は低下。そのうち、大卒女性の出生子ども数は回復した一方で、中高卒女性の出生子ども数は減少傾向が続いている。

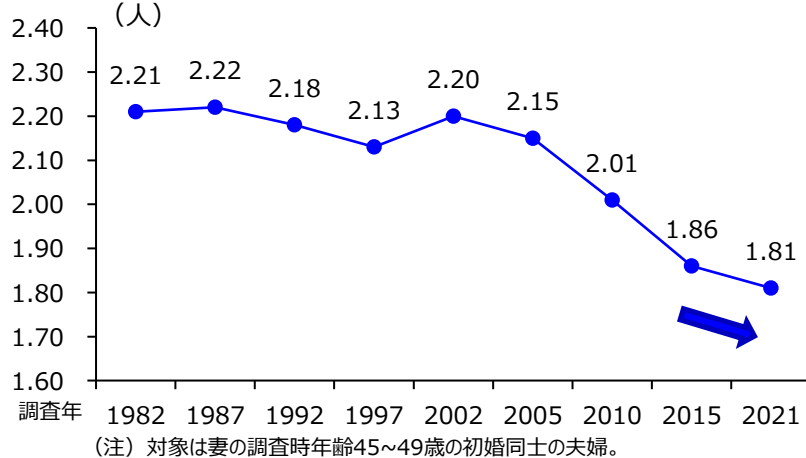
◆ 未婚者の生涯の結婚意思



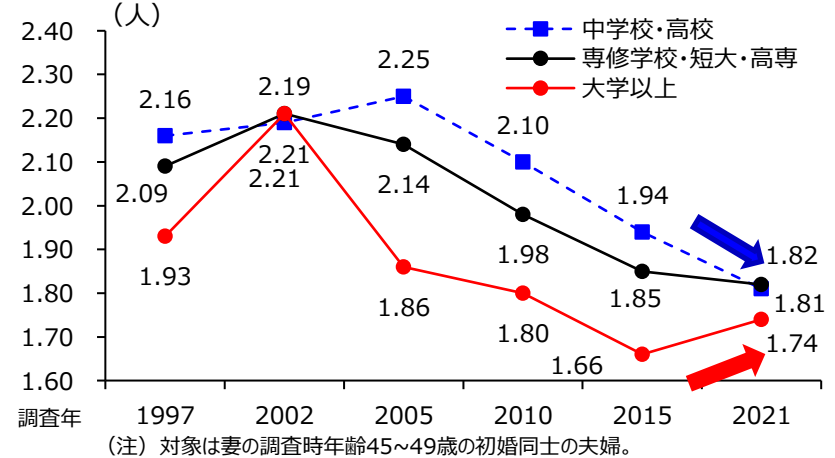
◆ 平均希望子ども数・平均予定子ども数



◆ 出生子ども数

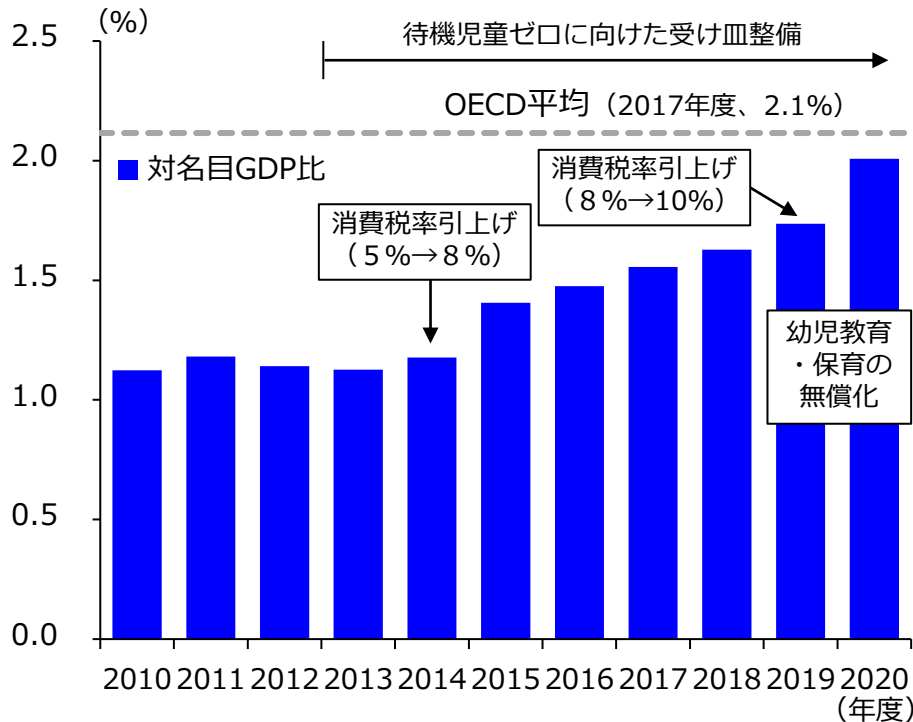


◆ 妻の最終学歴別出生子ども数



○ 我が国の「**家族関係社会支出**」(対GDP比)は、近年、消費税財源等を活用し、保育の受け皿拡大や幼児教育・保育の無償化(3歳～5歳)などを実施してきたことにより、**大きく増加し、OECD平均に近づいてきている**。また、**子ども1人当たりで見れば、OECD平均を上回る**。

◆ 家族関係社会支出の推移



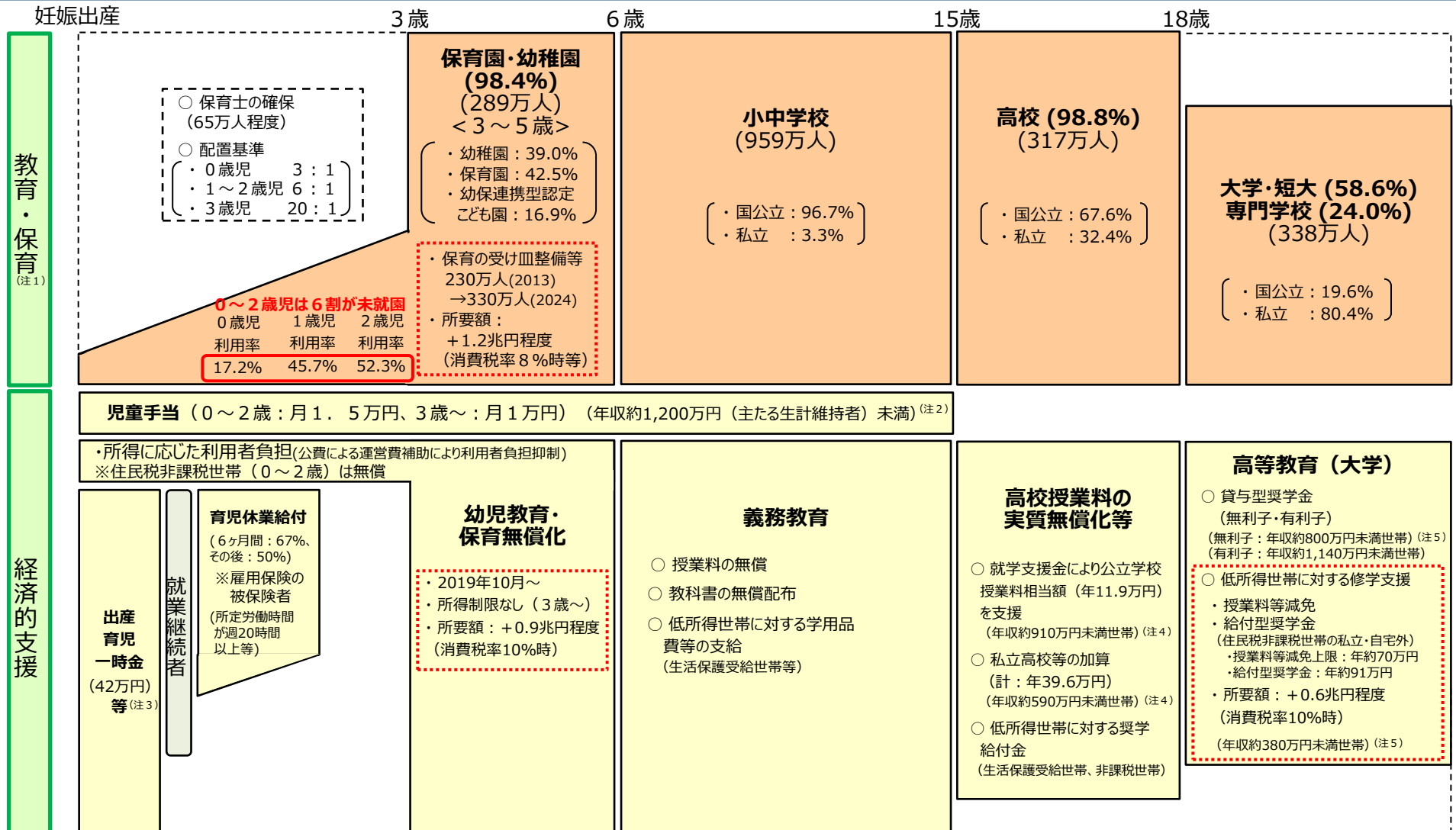
(注) 2020年度の計数は、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う影響(臨時の給付やGDPの減少等)により、実態より上振れている可能性がある。

◆ 家族関係社会支出の国際比較

家族関係社会支出 (対GDP比)		5歳以下人口1人当たり 家族関係社会支出 (対国民1人あたりGDP比)	
スウェーデン	3.4%	スウェーデン	47.4%
イギリス	3.2%	イギリス	44.1%
フランス	2.9%	ドイツ	43.0%
ドイツ	2.3%	フランス	41.0%
OECD平均	2.1%	日本(2019年度)	37.4%
日本(2019年度)	1.7%	OECD平均	31.6%
アメリカ	0.6%	アメリカ	8.5%

(注) 他の国・OECD平均の計数は、2017年・年度(2022年7月14日時点)。

○ 近年、消費税財源等を活用し、保育の受け皿拡大や幼児教育・保育の無償化（3歳～5歳）などの子育て支援を充実してきたが、**現行制度では、低年齢期（0～2歳）の支援が相対的に手薄**となっている。



(注1) 計数は2019年度。高校・大学・短大・専門学校の () 内の比率は、それぞれ、2019年度末の中学校等から高等学校等への進学率、高等学校等から大学・専門学校への進学率。小中学校、高校の人数及び国公立・私立の比率は、それぞれ、小学校及び中学校、高等学校の在学者数 (中等教育学校等は含まれていない)。大学・短大・専門学校の人数及び国公立・私立の比率は、大学のうち学部、短期大学、高等専門学校、専門学校の在学者数。
 (注2) 児童手当の支給額は、主たる生計維持者の年収が960万円以上1,200万円未満の場合、一律5千円、年収1,200万円以上の場合は支給対象外。
 (注3) 出産育児一時金等には、出産育児一時金のほか、被用者保険の被保険者に支給される出産手当金 (産前6週、産後8週：67%) がある。
 (注4) 高校授業料の実質無償化等の支給上限額、年収基準は、全日制に通う場合において、両親・高校生・中学生の4人家族で、両親の一方が働いている場合の目安。
 (注5) 貸与型奨学金の家計基準は、私立自宅通学・給与所得者・4人世帯の場合。低所得世帯に対する修学支援の所要額は令和4年度予算 (公費) ベース。

- 少子化社会対策大綱では、経済的支援のみならず、若い世代が将来に展望を持てる雇用環境等の整備をはじめ、総合的な少子化対策をまとめている。
- こうした対策により、**若い世代が主体的な選択により、希望する時期に結婚でき、かつ希望するタイミングで希望する数の子供を持てる社会をつくる**ことを目的としている。

<基本的な考え方>

1 結婚・子育て世代が将来にわたる展望を描ける環境をつくる

⇒ 子育て世帯への支援の課題①

- ・若い世代が将来に展望を持てる雇用環境等の整備
- ・結婚を希望する者への支援
- ・男女共に仕事と子育てを両立できる環境の整備
- ・子育て等により離職した女性の再就職支援、地域活動への参画支援
- ・男性の家事・育児参画の促進 ・働き方改革と暮らし方改革

2 多様化する子育て家庭の様々なニーズに応える

⇒ 子育て世帯への支援の課題②

- ・子育てに関する支援（経済的支援、心理的・肉体的負担の軽減等）
- ・在宅子育て家庭に対する支援
- ・多子世帯、多胎児を育てる家庭に対する支援
- ・妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援
- ・子育ての担い手の多様化と世代間での助け合い

3 地域の実情に応じたきめ細かな取組を進める

- ・結婚、子育てに関する地方公共団体の取組に対する支援
- ・地方創生と連携した取組の推進

4 結婚、妊娠・出産、子供・子育てに温かい社会をつくる

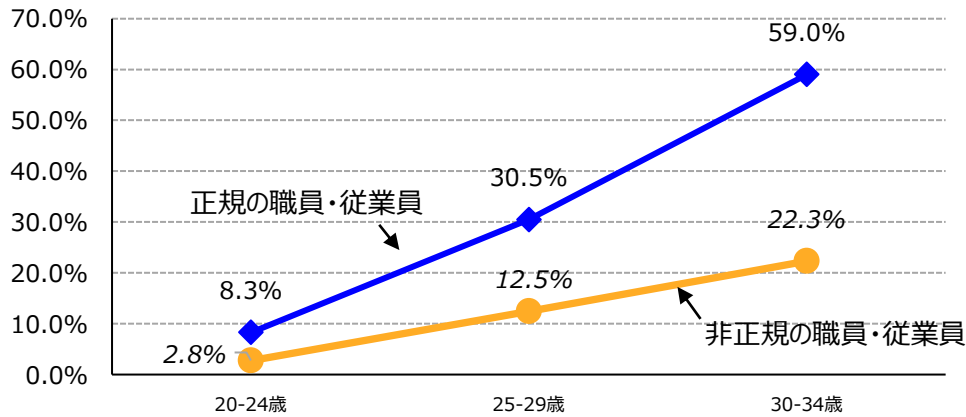
- ・結婚を希望する人を応援し、子育て世帯をやさしく包み込む社会的機運の醸成
- ・妊娠中の方や子供連れに優しい施設や外出しやすい環境の整備
- ・結婚、妊娠・出産、子供・子育てに関する効果的な情報発信

5 科学技術の成果など新たなリソースを積極的に活用する

- ・結婚支援・子育て分野におけるICTやAI等の科学技術の成果の活用促進

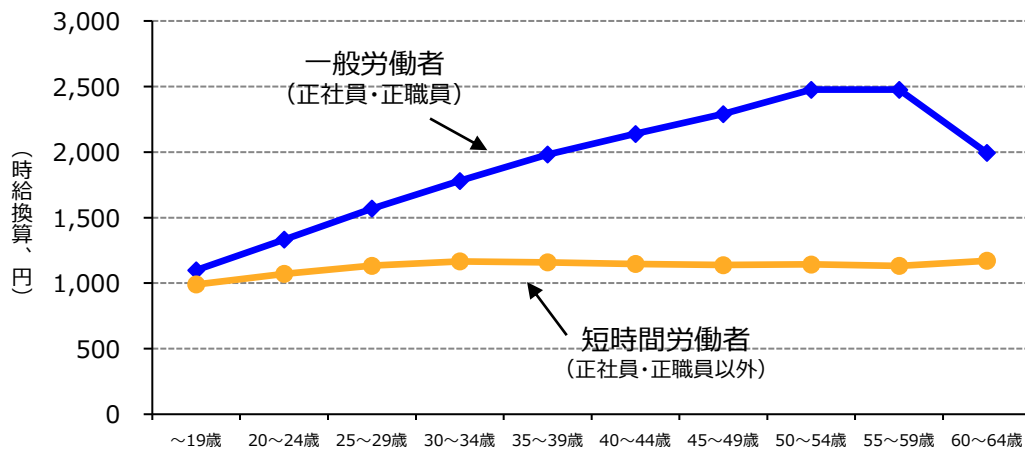
- 男性の**有配偶率**をみると、非正規は正規の**3分の1**程度。非正規で働く若者男性の**3割弱**が**不本意非正規**。
- 非正規雇用には、**賃金**が低い、**能力開発機会**がとぼしい、**福利厚生**等が**不十分**等の課題。
- 働き方の多様化に対応し、働き方に対して中立的なものとなるよう、**雇用のセーフティネットの適用範囲を拡大**する必要。

◆ 男性の従業上の地位・雇用形態別有配偶率



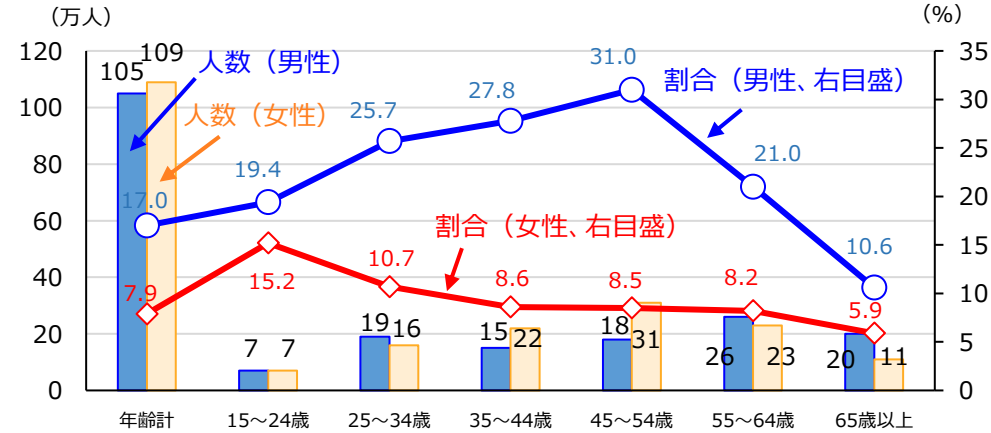
(出所) 総務省「平成29年就業構造基本調査」注：数値は、未婚でない者の割合。

◆ 年齢階層、雇用形態別賃金



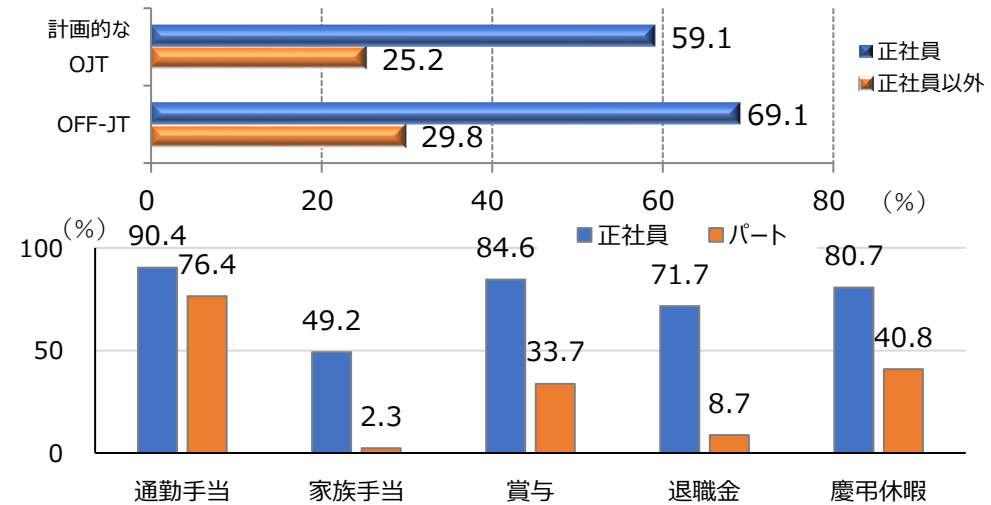
(出所) 厚生労働省「令和元年賃金構造基本統計調査」
(注) 賃金は、2019年6月分の所定内給与額。平均賃金は、所定内給与額を所定内実労働時間数で除した値。

◆ 不本意非正規の現状



(出所) 総務省「労働力調査 (詳細集計) ※2021年平均」

◆ 教育訓練、各種手当等の適用状況

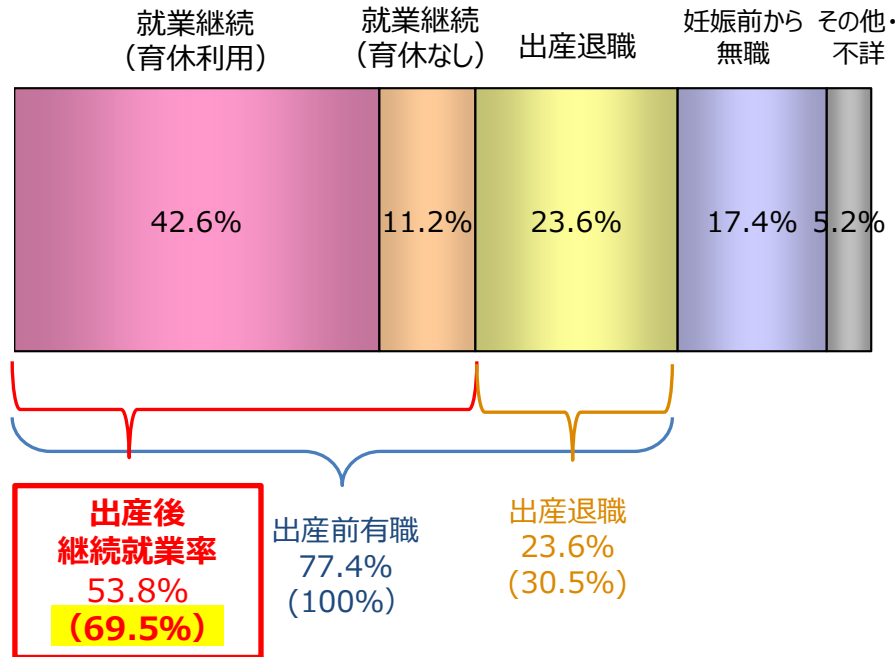


(出所) 厚生労働省「能力開発基本調査」(2021年度)、「パートタイム労働者総合実態調査」(2016年)

- 女性の**出産後就業継続率は約7割**。うち**正社員は8割超**であるのに対し、パート等の**非正規雇用労働者では4割（育休の取得率は2割）**にとどまっている。また、**若年女性の正規化の動きは男性と比べて弱い**。
- 非正規雇用の女性が出産を機に退職せず働き続けられるよう、**雇用のセーフティネットの適用範囲を拡大し、育休を取得できるようにすべき**。同時に、希望する方の「**正規化**」促進のため、**雇用保険による教育訓練やインセンティブ付けを強化する必要**。

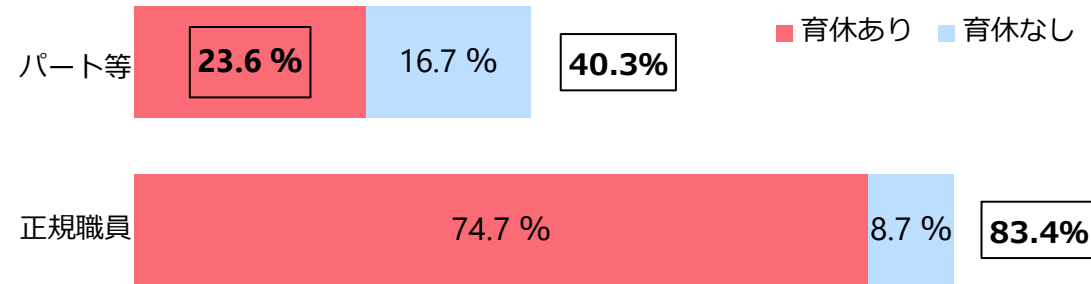
◆第1子出生年別にみた、第1子出産前後の妻の就業変化

【第1子の出生年（2015-2019年）】



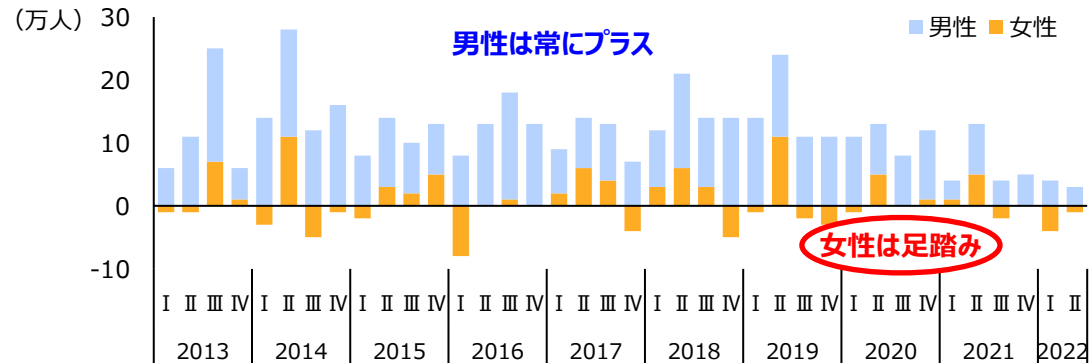
◆出産前有職女性の就業継続率

【第1子の出生年（2015-2019年）】



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「第16回出生動向基本調査（夫婦調査）」
 (注) 第1子が1歳以上15歳未満の子を持つ初婚どうし夫婦について集計。

◆15～34歳の「非正規→正規」と「正規→非正規」の人数差



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「第16回出生動向基本調査（夫婦調査）」
 (※) () 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：2015～2019）中に出産した女性の就業変化を表している。

(出所) 総務省「労働力調査（詳細集計）」
 (注) 「非正規の職員・従業員から正規の職員・従業員へ転換した者」から「正規の職員・従業員から非正規の職員・従業員へ転換した者」の人数を差し引いた値。「非正規（正規）の職員・従業員から正規（非正規）の職員・従業員へ転換した者」は、雇用形態が正規（非正規）の職員・従業員のうち、過去3年間に離職を行い、前職が非正規（正規）の職員・従業員であった者を指す。

○ 雇用保険の短時間労働者への適用拡大の検討に当たっては、それぞれの給付の趣旨や保険料負担の在り方を含め、具体的な検討を進めていくべき。

※雇用保険は、「自らの労働により賃金を得て生計を立てている労働者が失業した場合の生活の安定等を図る」との趣旨に基づき、所定労働時間が週20時間以上である雇用者を対象としている

失業等給付 (R4: 労使保険料 (0.2%→0.6%) + 国庫負担 (1/40))

- ・ 失業等給付の対象となっていない。
- ・ 求職者支援制度の対象。

※要件を満たす場合、訓練期間中に10万円/月を給付

雇用保険2事業 (R4: 事業主保険料 (0.35%) のみ)

- ・ 公共職業訓練・求職者支援訓練を受講可能であり、雇入れ助成金の対象となり得る。

※雇用保険被保険者となる働き方を目指す場合

- ・ 雇用調整助成金や、人材開発支援助成金など教育訓練関係の助成金の対象にはなっていない。

育児休業給付 (R4: 労使保険料 (0.4%) + 国庫負担 (1/80))

- ・ 育児休業給付の対象となっていない。

- ・ 給付の趣旨ごとに、短時間労働者の実態にも即しつつ、具体的な在り方を検討。

とりわけ、

- ① 複数事業所で合計20時間以上を超える者は適用すべきか。

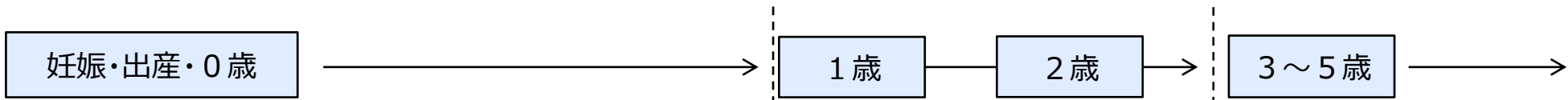
※実務的な課題あり

- ② 雇調金や教育訓練関係の助成金については、「自らの労働により賃金を得て生計を立てている労働者」に限定せず適用すべきか。

- ・ 「自らの労働により賃金を得て生計を立てている労働者」に限定せず適用すべきか。

(注) 育児期における支援の在り方については、その他の支援策とあわせて検討。

○ 支援が手薄な低年齢期に対する支援を充実し、保育の受け皿拡大や幼児教育・保育の無償化などにより抜本的に支援策が拡充されてきた3 - 5歳に接続することで切れ目のない支援を実現することができる。



○ 児童手当 (0～2歳 : 月1.5万円、3歳～ : 月1万円)

・ 住民税非課税世帯 (0～2歳)

経済的支援

出産
育児一時金
42万円

就業継続者

○ 出産手当金
(産前6週、
産後8週 : 67%)
※被用者保険の
被保険者

○ 育児休業給付
(6ヶ月間 : 67%、その後 : 50%)
※雇用保険の被保険者
(1週間の所定労働時間が20時間
以上等)

○ 育児短時間勤務
・ 1日の所定労働時間が6時間以下

○ 幼児教育・保育無償化
・ 2019年10月～
・ 所得制限なし (3歳～)
・ 所要額 : + 0.9兆円程度
(消費税率8%→10%)

接続

☆ 低年齢期に焦点を当てた支援策の検討は次頁



保育園等の利用

○ 保育園・幼稚園
・ 保育の受け皿整備等
230万人(2013)→330万人(2024)
・ 所要額 : + 1.2兆円程度
(消費税率5%→8%等)

0歳児利用率 : 17.2%

1歳児利用率 : 45.7%

2歳児利用率 : 52.3%

3歳児以降利用率 : 98.4%


- 全世代型社会保障構築会議においては、**育児休業期における給付の拡充**など、**親の働き方に関わらない子ども**の年齢に応じた切れ目のない支援強化の在り方について、検討を進めている。

【すべての妊産婦・子育て世帯への支援】

- 全ての子育て家庭を対象に、妊娠・出産・子育てまで一貫して身近で相談に応じ、様々なニーズに即した必要な支援につなぐ伴走型の相談支援が必要。
- 経済的理由で妊娠・出産をためらわないよう、妊婦を含め、低年齢児を抱える子育て家庭に対する新たな経済的な支援が重要。
- 未就園児の親に対しても、こどもを一時的に預けられるサービスを保障するなど手厚い支援が必要。その際に、様々な子育て支援サービスを選択できる、例えばバウチャーのような仕組みも有効ではないか。

【仕事と子育ての両立支援】

- 育休後に働くために保育の利用開始希望時期をあらかじめ相談し、枠を確保するようなことが考えられないか。
- 労働時間の長さが育児時間の短さに影響し、子育てにも悪影響であるため、長時間労働の問題に切り込む必要。特に、短時間勤務は仕事と子育ての両立に有意義だが、男性の利用率が低い。
- 育児休業給付の充実、とりわけ、非正規労働者への支援が必要。また、フリーランス・自営業者、出産退職者など、育児休業の対象外の方に対しても何らかの形の支援を行うことも考えられるか。

- 
- ✓ **伴走型相談支援の充実**
【R4補正で措置、R5以後継続実施予定】
 - ✓ **妊娠・出産期における支援の充実**
【R4補正で措置、R5以後継続実施予定】
 - ✓ **出産育児一時金の増額**
【R5当初で措置予定】
 - ✓ **未就園児の一時預かり等**
 - ✓ **短時間労働者等も含め、育児休業等から切れ目なく保育をより利用しやすくするための方策**
 - ✓ **時短勤務を選択しやすくするための方策**
(育児期間中の所得補償の仕組みの構築)
 - ✓ **現行の育児休業給付制度がカバーしていない層への支援**
(非正規・自営業者等)

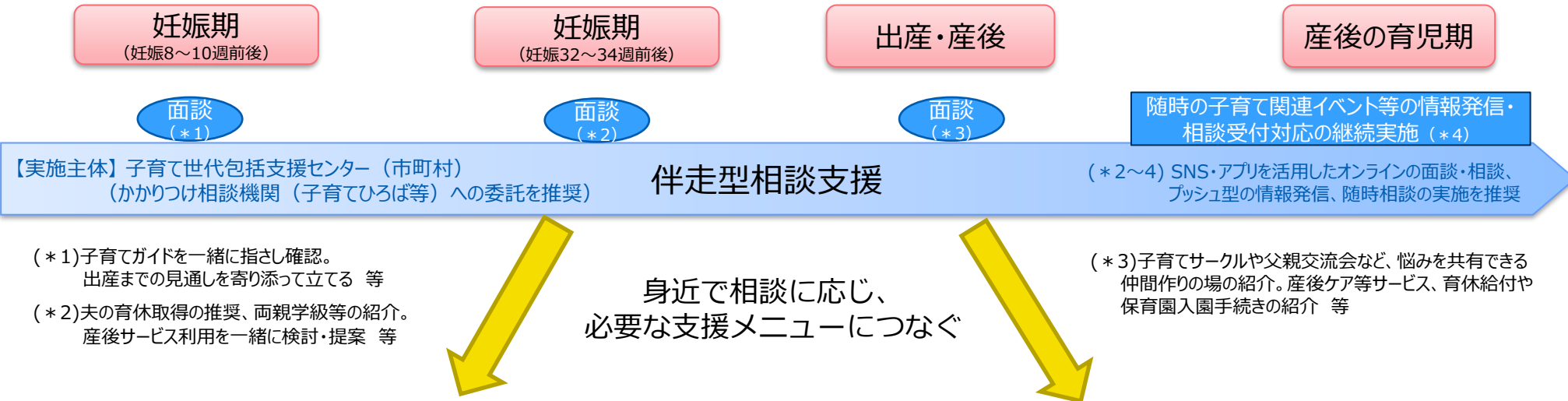
(参考) すべての妊婦・子ども・子育て家庭に対する伴走型支援の充実 (出産・子育て応援交付金)

- 妊娠時から出産・子育てまで一貫した伴走型相談支援の充実を図るとともに、地方自治体の創意工夫により、妊娠・出産時の関連用品の購入費助成や産前・産後ケア・一時預かり・家事支援サービス等の利用負担軽減を図る経済的支援を一体として実施する事業を創設し、継続的に実施する。

妊娠時から出産・子育てまで一貫した伴走型相談支援と経済的支援のイメージ

令和4年度補正
予算で措置予定

※ 継続的に実施



- ・ ニーズに応じた支援 (両親学級、地域子育て支援拠点、産前・産後ケア、一時預かり等)
- ・ 妊娠届出時 (5万円相当) ・ 出生届出時 (5万円相当) の経済的支援

《経済的支援の対象者》

- ・ 令和5年1月以降の出産 ⇒ 10万円相当
- ・ 経過措置として令和4年4月~12月の出産に遡及適用 ⇒ 10万円相当

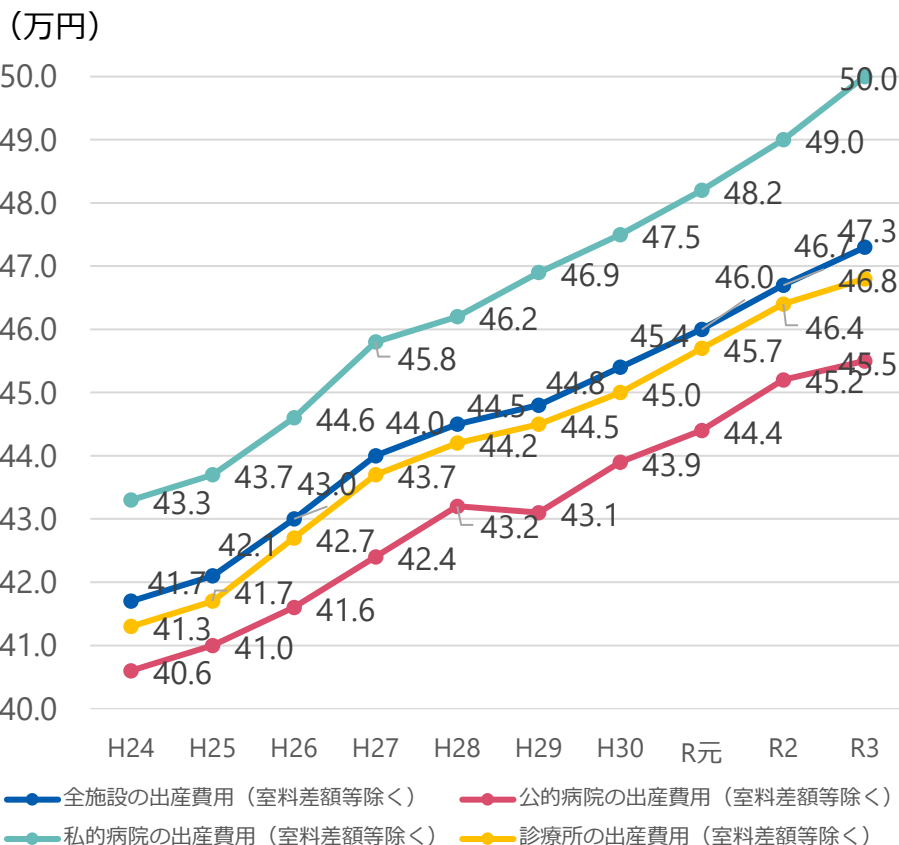
《経済的支援の実施方法》

- ・ 出産育児関連用品の購入費助成、サービス等の利用負担軽減 等
- ※ 電子クーポンの活用や都道府県による広域連携など効率的な実施方法を検討。

出産育児一時金

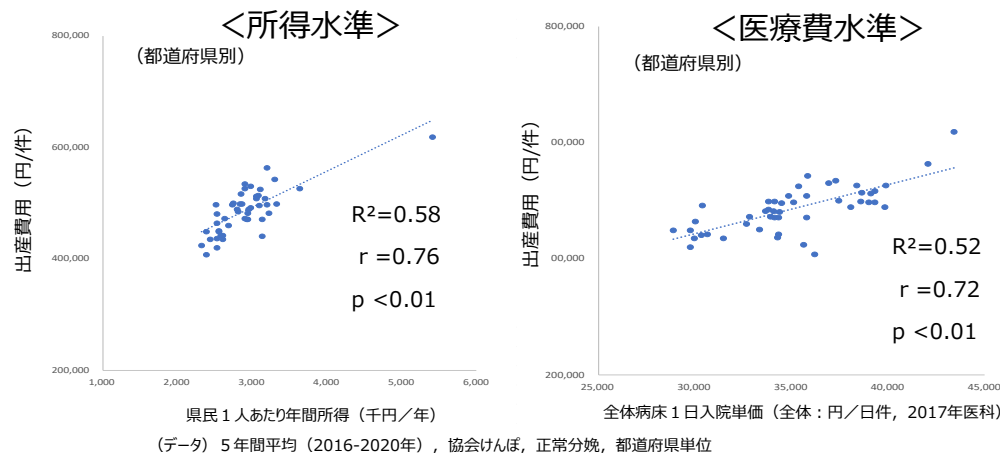
- 出産費用が年々上昇している状況を踏まえ、令和5年度から出産育児一時金の大幅な増額を行うこととしている。
- 一方で、出産育児一時金の引上げによって必要以上の値上げが行われたり、意図しないサービス付加が生じたりすることは適切ではない。そのため、出産育児一時金の引上げに当たっては、**妊婦の方々が、あらかじめ費用やサービスを踏まえて適切に医療機関を選択できる環境を整備することが重要**であり、**出産費用等に関する情報**が見える化するための方策等についての検討を進めていくべき。

◆ 出産費用の推移



◆ 出産費用に影響を与える要因の分析

厚生労働省の出産費用の実態把握に関する調査研究（令和3年度）によれば、地域の所得水準、医療費水準、物価水準、私的病院の割合、妊婦年齢等が出産費用の増加要因や地域差の要因となっており、最も影響が大きかったのが所得水準。



■ 日本経済新聞 2011年1月6日

出産一時金、増額もママ恩恵なく 病院費用も増える

出産した女性が受け取れる「出産育児一時金」を増額しても、出産費用も同じように上がっているため負担が軽くなっていない傾向にあることが厚生労働省の調べでわかった。税金や保険料による出産女性の支援策が十分効果を発揮していない実態が浮き彫りになった格好で、医療機関による便乗値上げとの指摘も出そうだ。

一時金の財源は健康保険料と税金。政府が支給額を決め、健康保険組合などを通じて払っている。一時金は2006年9月までは30万円だったが、政府が段階的に増やし、今は原則として42万円。一方、10年8月時点の出産費用は平均47万3626円と、05年3月に比べ約12万円増えた。

厚労省には「一時金が増えても医療機関が費用を上げるので負担軽減にならない」といった声が複数寄せられているという。通常の出産は保険のきかない自由診療。料金は医療機関が決めており、政府には強制力がない。

出産費用は分娩料のほか、入院料や新生児の保育料などを合計した金額。一部の医療機関は「医療技術が高度になっているため、出産費用が上がっている面もある」と説明している。

(データ) 厚生労働省。室料差額、産科医療補償制度掛金、その他の費目を除く出産費用の合計額。
 (※) 平成24年以降、出生数は年間平均2.5%減少傾向(2020年人口動態統計)

- こども政策の充実を図り、強力に進めていくために必要な安定的な財源の確保については、国民各層の理解を得ながら、社会全体での費用負担のあり方を含め幅広く検討を進める必要がある。
- 令和5年度当初予算において措置予定の出産・子育て応援交付金、出産育児一時金についても、**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必要がある。**

《こども・子育て支援施策の財源の例》

○ 消費税財源

- 幼児教育・保育の無償化（2019年10月～） ※ 消費税率10%引上げ時
- 保育の受け皿整備 ※ 消費税率8%引上げ時

○ 社会保険制度における現金給付（保険給付）の例

- 出産育児一時金（健康保険法等。定額42万円）（0.4兆円（令和元年度実績））
- 出産手当金（健康保険法等。出産の前後における所得減少分の一部）（0.1兆円（令和元年度実績））
- 育児休業給付（雇用保険法。休業による所得減少分の一部）（保険料率0.4%、0.7兆円（令和4年度予算））

○ 事業主拠出金（拠出金率0.36%、0.7兆円（令和4年度予算））

- 保育の運営費（「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）
- 企業主導型保育事業
- 地域子ども・子育て支援事業（放課後児童健全育成事業、病児保育事業、延長保育事業）
- 児童手当（被用者世帯の0～2歳児向け本則給付）

◆ 「経済財政運営と改革の基本方針2022」（令和4年6月7日閣議決定）（抄）

こども政策については、こどもの視点に立って、必要な政策を体系的に取りまとめた上で、その充実を図り、強力に進めていく。そのために必要な安定財源については、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る。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。

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。

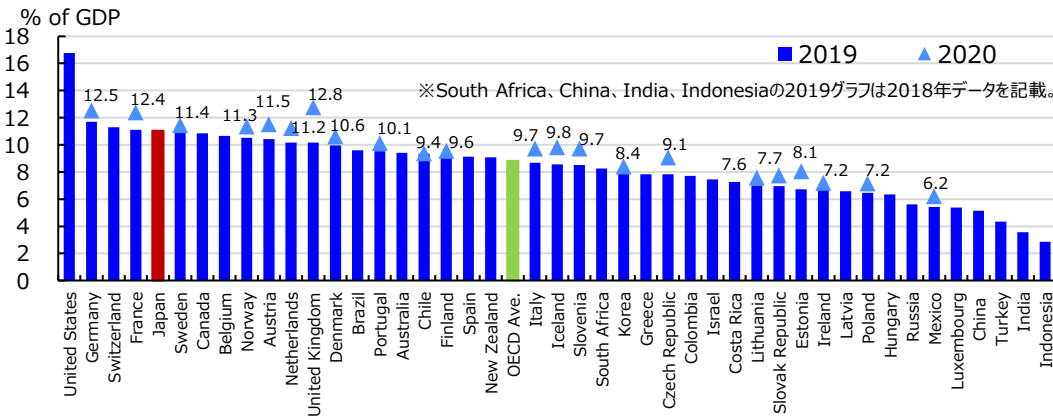
- 医療の提供量の適正化
(効率的で質の高い医療提供体制の整備、患者負担を含めた医療技術や医薬品等に係る保険給付範囲の見直し)
- 公定価格の適正化 (診療報酬改定、薬価改定)
- 自律的なガバナンスの発揮・強化 (保険者機能の発揮・強化など)

<p>フランス</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ フリーアクセス。予め登録した「かかりつけ医」の受診とそれ以外で自己負担に差異。 ○ 専門医養成課程を修了して、国によって認定を受けた専門診療科ごとに、実施できる医療行為が限定されている（他の診療科の診療はできない）。 ※ 専門医養成課程等の選択にあたっては、医学部卒業時点の医学生に対し、全国選抜試験を実施。診療科・地域ごとに定員が定められ、成績順に卒後研修の地域や診療科を選択。 ○ 報酬は出来高払い中心。
<p>ドイツ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ フリーアクセス。登録の法的義務はないが、90%がかかりつけ医を持つ。 ○ 開業には、医師免許に加え、卒後研修を修了し、保険医として許可される必要。医師過剰地域では許可がなされない。 ※ 連邦共同委員会が、診療科ごとの外来医師配置の区割りや、人口当たりの医師数を定め、それを参考に州の委員会が州独自の定数役割を決定。 ○ 卒後研修を修了して承認がされない限り、診療科の標榜はできない。 ○ 家庭医に対する報酬は包括払い中心。
<p>イギリス</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 救急の場合以外はあらかじめ登録した診療所の家庭医（GP）による診療が必要。直接専門医の診療を受けることは原則認められない。 ○ 家庭医として専門研修を終了し、登録を受けることで家庭医（GP）として診療が可能。 ※ 研修等における一般医の定員は医療需要を予測して保健省が決定。 ○ 報酬は人頭・出来高・成果報酬の混合（人頭5割以上）。

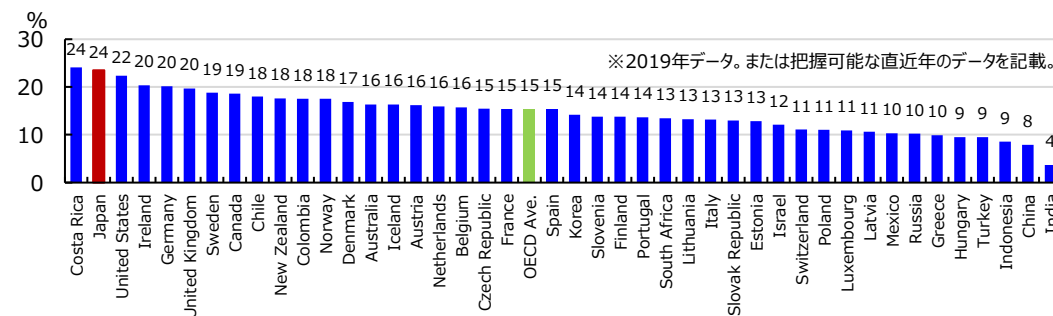
（出所）厚生労働省資料、健康保険組合連合会「健保連海外医療保障」、「先進諸国におけるかかりつけ制度の比較及び我が国におけるかかりつけ医制度のあり方に関する研究」（平成27年度厚生労働省科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）報告書）を基に作成。

- 日本の医療保険制度は、患者側が受診コストを意識しづらく、医療機関側は患者数・診療行為数が増えるほど収入が増えるという構造の中で、マクロ的にも年金と異なり、高齢化・人口減少に伴って給付水準を自動的に調整する仕組みがない。
- こうした中で、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。
- 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。

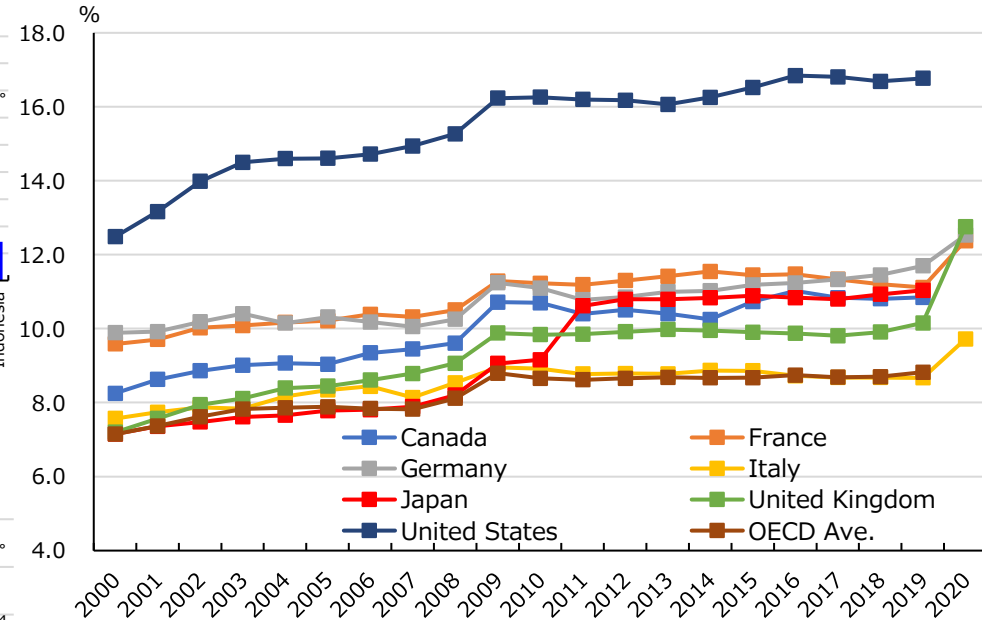
◆ GDPに占める保健医療支出



◆ 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には、(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。

○ 後期高齢者の医療費は若人の4倍を超える一方、保険料負担は約3分の1と低い水準となっている。後期高齢者の増加に伴い、現役世代の負担が急増する可能性があり、高齢者に関する医療保険の仕組みについて、全世代型社会保障の観点から、負担能力に応じた負担に向けた見直しを早急を実現する必要。

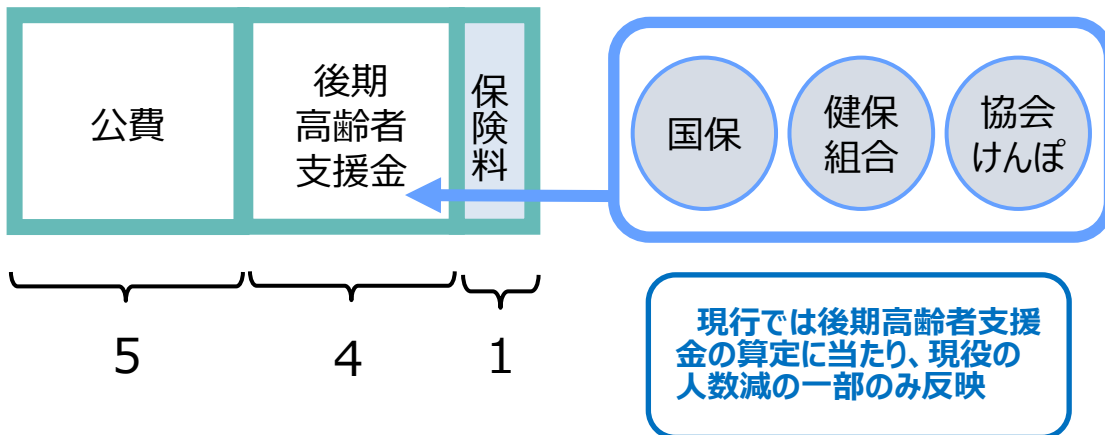
◆医療保険制度の比較

	若人計 ※後期高齢者以外	協会けんぽ	組合健保	市町村国保	後期高齢者医療制度
加入者一人当たり医療費 (令和元年度)	22.7万円	18.6万円	16.4万円	37.9万円	95.4万円
加入者一人当たり所要保険料 (令和元年度)	19.1万円	20.6万円	24.8万円	8.8万円	7.1万円
窓口負担	原則 3 割負担 (※70～74歳：2割(現役並み所得者は3割) ※6歳(義務教育就学前)未滿：2割)				原則 1 割負担 (※現役並み所得者：3割 ※一定所得以上の者：2割)

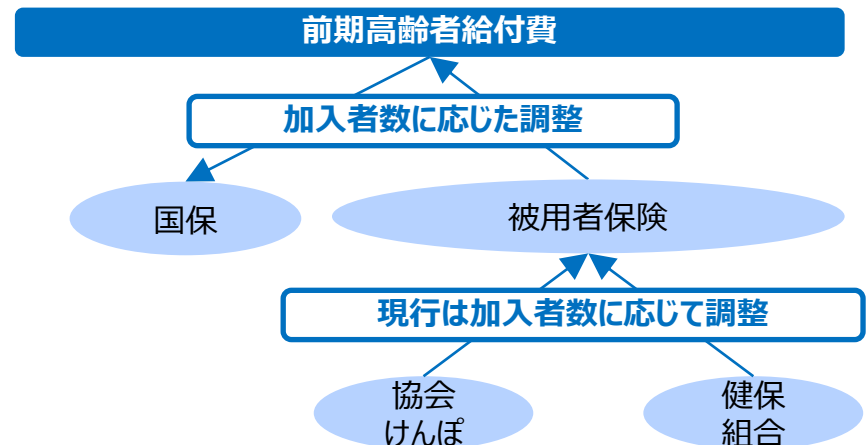
(出所) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

(注) 所要保険料とは、医療費から公費を控除して算出したもので、その年度の医療給付を賄うために必要な保険料。

◆後期高齢者医療制度の財政



◆前期高齢者にかかる財政調整

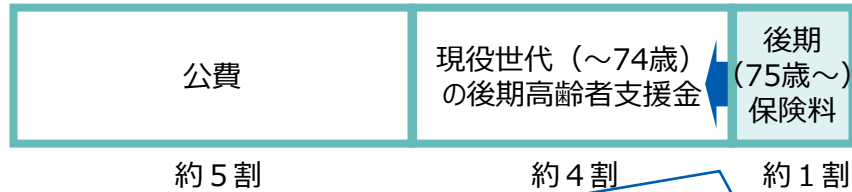


- 介護保険は制度改正当初から、高齢者と現役世代の保険料負担を単純に人口比で設定。
- 後期高齢者医療制度は、高齢者の保険料負担を抑えるため当初から後期高齢者の保険料負担割合を「給付費の1割」にほぼ固定。これにより、高齢化が進むにつれて、現役世代が支払う1人当たり支援金が増加し、後期高齢者1人あたりの保険料の伸びを大きく上回る状況が続いた。
- 今後、少なくとも、現役世代の支援金の伸びを、後期高齢者保険料の伸びの水準まで抑える制度改正が必要。
- いずれにせよ、あらゆる制度において、制度当初から将来の人口構成変化に堪え得る制度設計を行っておかなければ、世代間の公平を保つことができない。

後期高齢者医療

- ・ 2年に1度、現役世代人口の減少による増加分を高齢者と現役世代で折半するように高齢者負担率（高齢者が保険料で賄う割合）を見直し

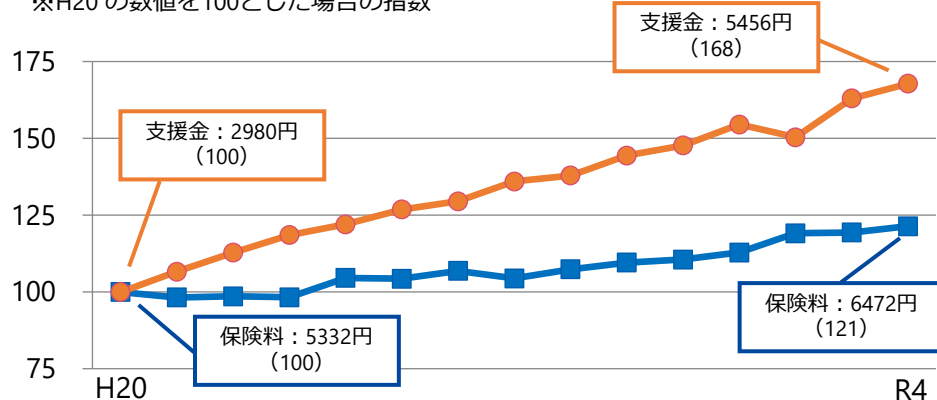
<イメージ>



現役世代減少による増加分を高齢者と現役世代で折半
 ※75歳～の負担割合：10%（H20）→11.72%（現在）

<1人当たり保険料・後期高齢者支援金の推移>

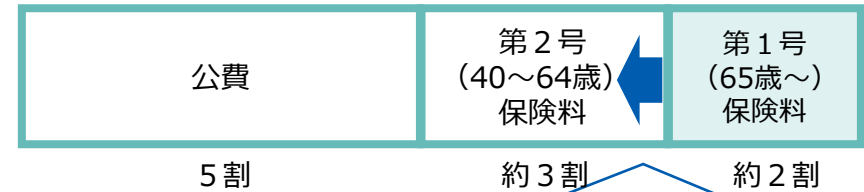
※H20の数値を100とした場合の指数



介護保険

- ・ 3年に1度、第1号被保険者と第2号被保険者の人口比に応じて負担割合を見直し
- 第1号被保険者と第2号被保険者の1人当たり保険料額は概ね同じになる

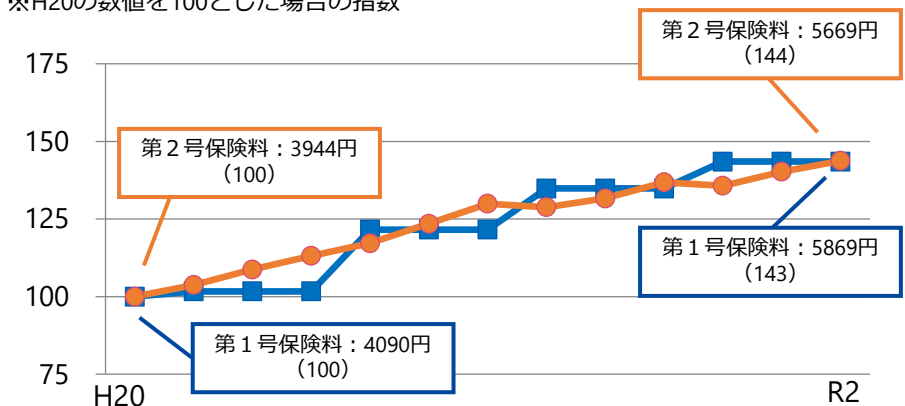
<イメージ>



保険料分（5割）を1号・2号の人口比で按分
 ※65歳～の負担割合：17%（H12）→23%（現在）

<1人当たり第1号・第2号保険料の推移>

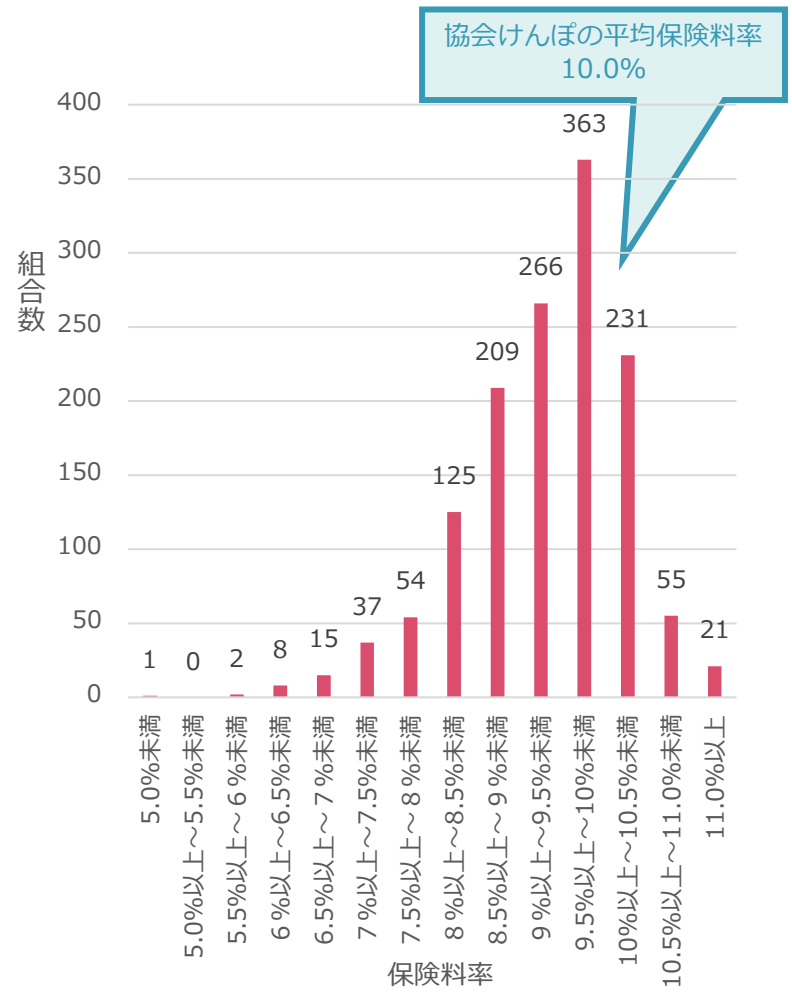
※H20の数値を100とした場合の指数



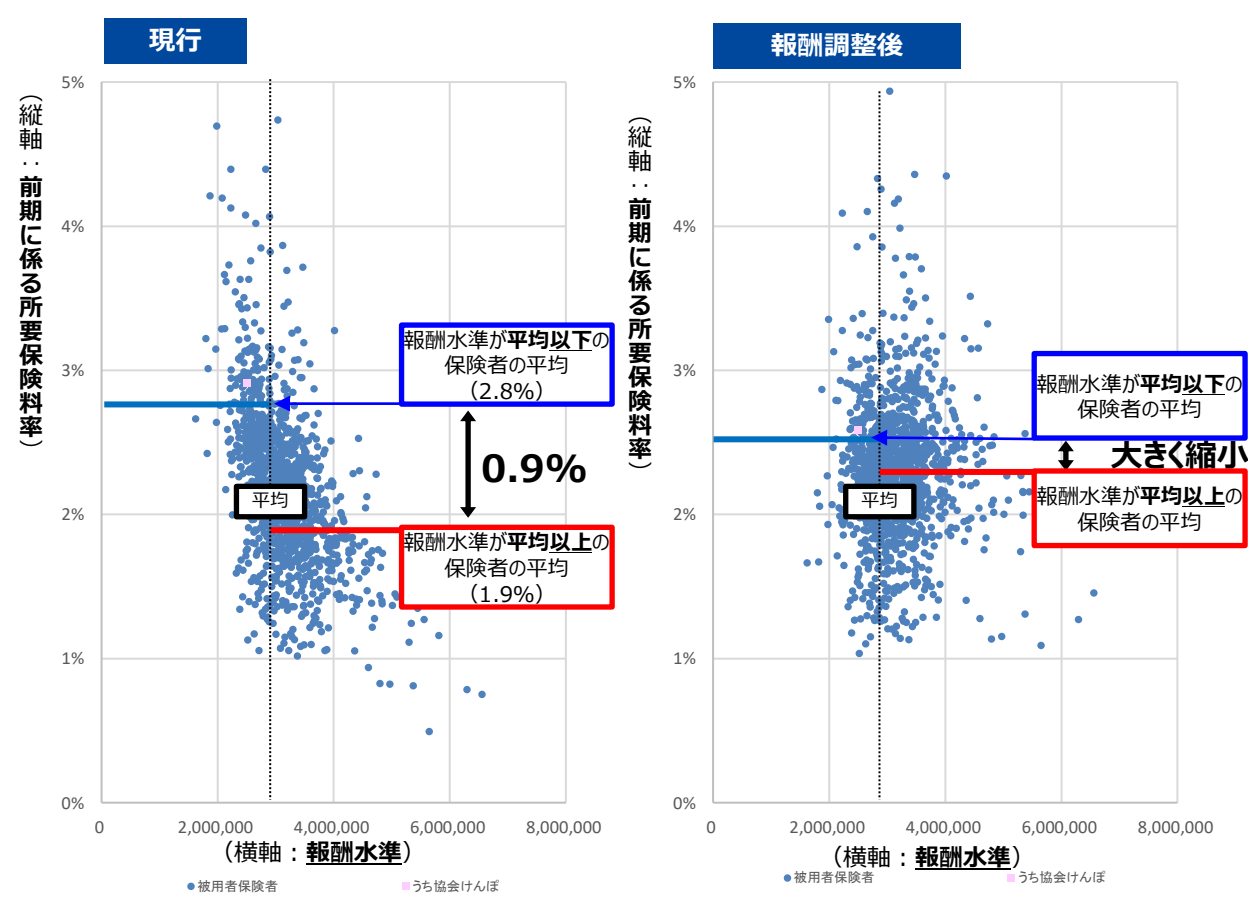
被用者保険者間の格差是正

○ 被用者保険の保険者間では保険料率に大きな差が生じている。そのため、被用者保険者間の格差是正に向け、現行は加入者数に応じた調整となっている**前期高齢者納付金**について、後期高齢者支援金の仕組みと同様、**報酬水準**に応じた調整に移行すべき。

◆ 健保組合の保険料分布（令和3年度）



◆ 前期高齢者に係る所要保険料率の変化



※ 令和4年度概算賦課ベース。前期高齢者加入率が下限割合（1%）未満の保険者については、記載を省略している。

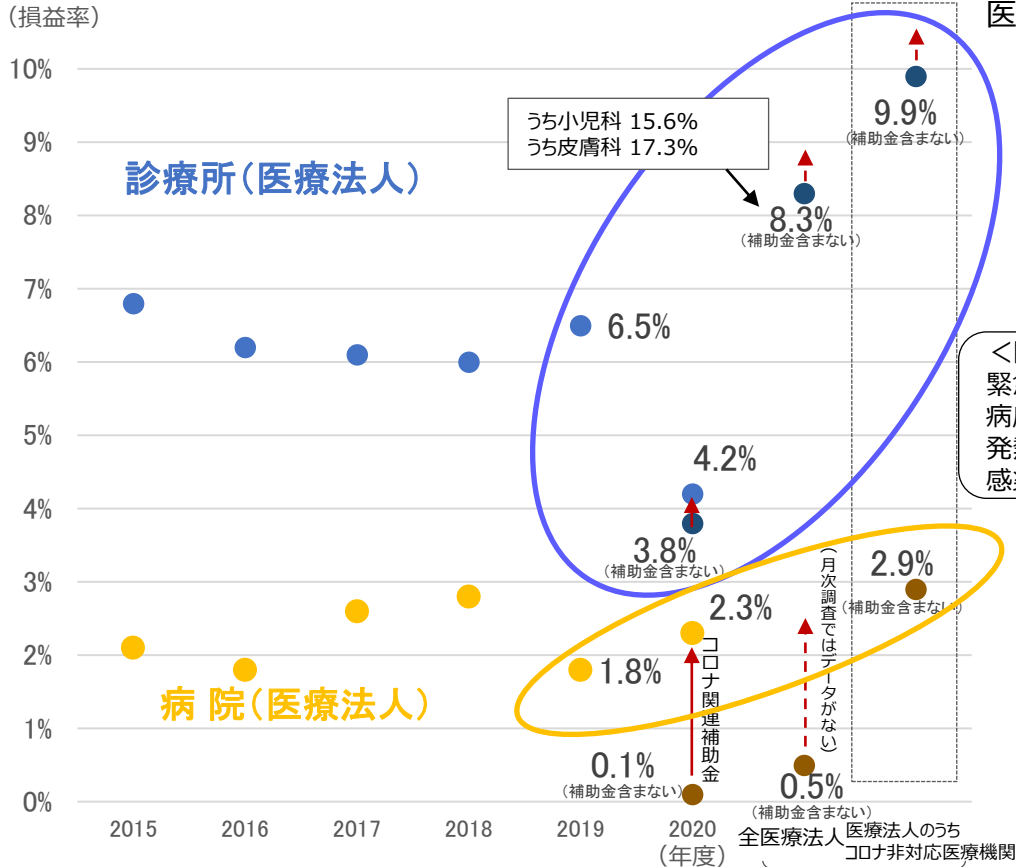
医療費の動向

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、2020年度の医療費は▲3.1%であったが、2021年度は+4.6%となり、コロナ前の医療費水準を回復している。
- その際、受診延べ日数は減少する一方で、1日当たり医療費が大幅に増加していることに留意が必要。

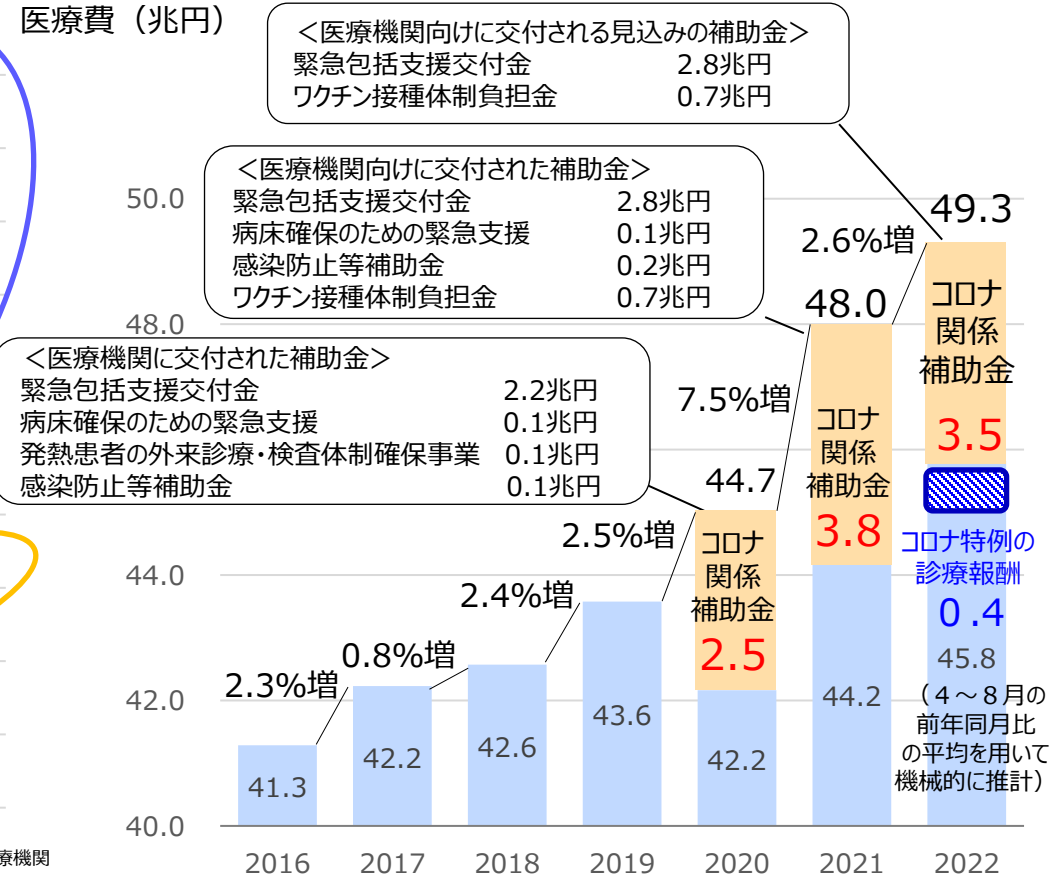
	2009年度		2019年度	2020年度	2021年度
医療費	35.3兆円	1.24倍	43.6兆円	42.2兆円 (▲3.1%)	44.2兆円 (+4.6%)
うち入院	14.0兆円		17.6兆円	17.1兆円 (▲3.0%)	17.6兆円 (+2.8%)
うち外来	12.7兆円		14.9兆円	14.2兆円 (▲4.3%)	15.3兆円 (+7.5%)
1日当たり医療費	1.34万円	1.29倍	1.73万円	1.83万円 (+5.9%)	1.85万円 (+1.3%)
うち入院	2.92万円		3.79万円	3.89万円 (+2.7%)	4.04万円 (+3.9%)
うち外来	0.74万円		0.92万円	0.98万円 (+6.5%)	1.01万円 (+2.9%)
受診延べ日数	26.2億日	0.96倍	25.2億日	23.1億日 (▲8.5%)	23.9億日 (+3.3%)
うち入院	4.8億日		4.7億日	4.4億日 (▲5.6%)	4.4億日 (▲1.0%)
うち外来	17.3億日		16.1億日	14.5億日 (▲10.1%)	15.2億日 (+4.5%)

- 一定の仮定を置いて大胆に試算すれば、令和4年度については、足元の実績から推計した医療費の見込みに、令和3年度の実績から推計した補助金収入見込みを足した計数は49兆円程度と見込まれ、医療機関の経営は近年になく好調となることが窺える。
- 年明け以降のオミクロン株は当初と比べ弱毒化していると言われるが、既にコロナ前の報酬水準を回復している医療機関に対し、令和4年度に補助金と診療報酬の特例で年間4兆円程度を支援することとなる見込み。

◆医療経済実態調査



◆医療費の動向



(出所) 厚生労働省「医療経済実態調査」

(注1) 上記調査は2年に1回(西暦の奇数年)実施され、その前年度と前々年度の経営状況を調査しているが、調査回数に対象の医療機関が異なるため、異なる調査回の間での比較は困難。より精緻な分析を行うため、全医療法人が提出する事業報告書等のデータベース化等の対応が今後必要。

(注2) 2020年度は新型コロナ関連補助金を含んだ値と除いた値を示している。2021年度は6月の単月調査の値。新型コロナ関連補助金を含まない値。コロナ非対応医療機関は、病院について、新型コロナ患者の受入病床を割り当てられていない医療機関。診療所について、診療・検査医療機関に指定されていない医療機関。

2021年6月

(注1) 医療費について、2021年度までは厚生労働省「医療費の動向」の概算医療費。

(注2) 2021年度は社会保険診療報酬支払基金の統計月報・請求データによる点数及び国民健康保険中央会国保連合会審査支払業務統計のデータを踏まえて推計したもの。

(注3) コロナ特例の診療報酬は、入院点数の特例、発熱外来について算定実績が示されている2021年1~5月のデータと2022年度の足もとまでの入院患者数やPCR検査数の実績を使用して一定の仮定を置いて推計したもの。

(注4) 2022年度のコロナ関係補助金の見込みの金額は、現存する補助金について、2021年度の実績を横置きしたもの。

分野別の医療費の動向

○ 直近の診療報酬点数の集計を見ても、既に新型コロナ感染拡大前の水準を回復し、それを上回っている。加えて、特例的な補助金もあり、医療機関の経営は堅調である。特例的な補助金や診療報酬は、国民負担によって賄われることを踏まえれば、特例は早急に縮小、廃止すべきではないか。

	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度					
							4月 (前年同月比)	5月 (前年同月比)	6月 (前年同月比)	7月 (前年同月比)	8月 (前年同月比)	9月 (前年同月比)
医科	+0.4%	+2.1%	+1.5%	+2.0%	▲3.6%	+4.9%	+1.8%	+6.3%	+4.2%	+4.8%	+4.5%	(+5.8%)
病院	+0.9%	+2.5%	+2.1%	+2.5%	▲3.0%	+4.1%	(▲1.7%)	(+7.8%)	(+4.8%)	(+4.4%)	(+2.7%)	(+1.4%)
診療所	▲0.9%	+1.1%	+0.2%	+0.7%	▲5.3%	+7.3%	(+7.0%)	(+10.5%)	(+6.3%)	(+18.7%)	(+26.0%)	(+15.4%)
歯科	+1.5%	+1.4%	+1.9%	+1.9%	▲0.8%	+4.8%	+0.5%	+4.1%	+3.7%	+2.7%	+2.8%	(+1.1%)
調剤	▲4.8%	+2.9%	▲3.1%	+3.6%	▲2.6%	+2.7%	▲1.5%	+3.1%	+0.2%	▲1.0%	+5.1%	(+5.0%)
総計 金額	41.3兆円	42.2兆円	42.6兆円	43.6兆円	42.2兆円	44.2兆円	—	—	—	—	—	—
伸び率	▲0.4%	+2.3%	+0.8%	+2.4%	▲3.1%	+4.6%	+1.2%	+5.6%	+3.5%	+3.6%	+4.4%	(+5.1%)

(参考) 2021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。

2022年4月以降は社会保険診療報酬支払基金のデータ及び国民健康保険連合会審査支払業務統計のデータから算出。

() 書きについては、国民健康保険連合会分のデータがないため、社会保険診療報酬支払基金のデータから算出。

なお、9月は紙レセプトを含まない医療機関からの請求ベースの数値を特別集計した速報値。

国立病院機構等の経営状況

○ 国公立病院の収益状況をみると、病床確保料等の異例の措置により、令和2年度以降大きく改善。マクロで見れば多額の積立金が蓄積されている状態。国立病院機構等の独立行政法人の中期目標の期間の最後の事業年度に有する積立金は、次の中期目標の期間の業務の財源に充てるものを除き、関連法令に基づき、国庫への納付が求められている。

経常損益

流動資産

利益剰余金（積立金）
/ 繰越欠損金

◆ 積立金に関する法律

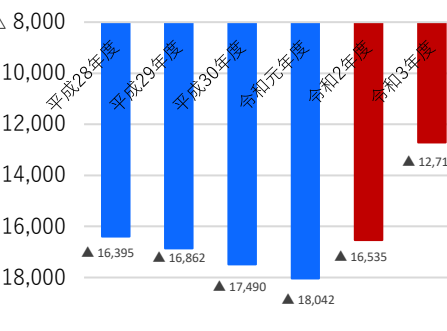
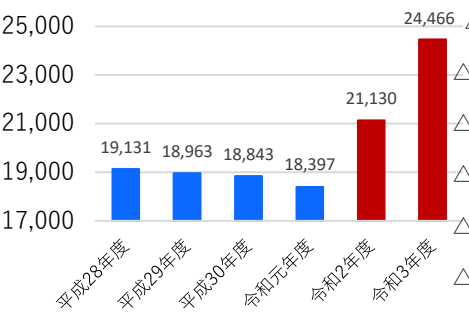
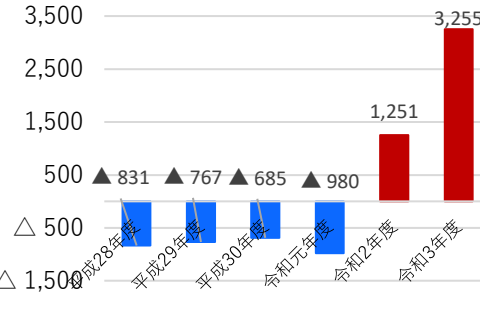
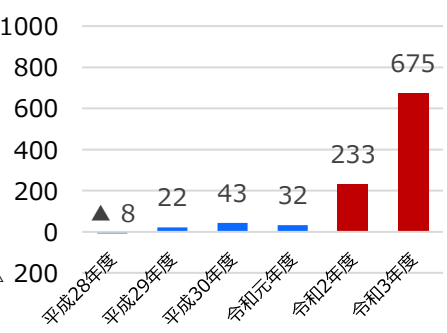
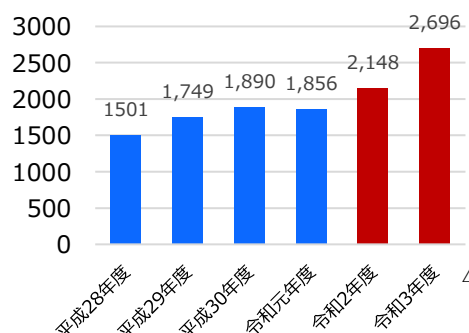
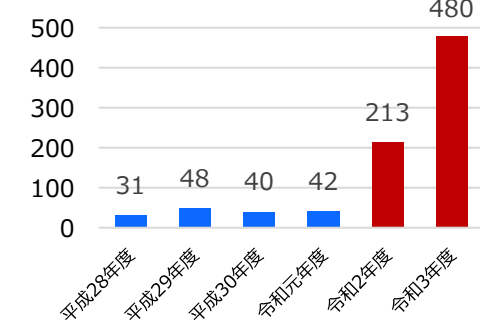
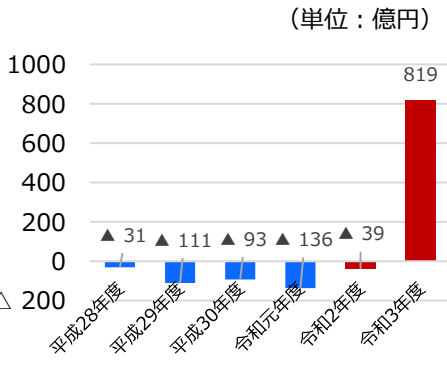
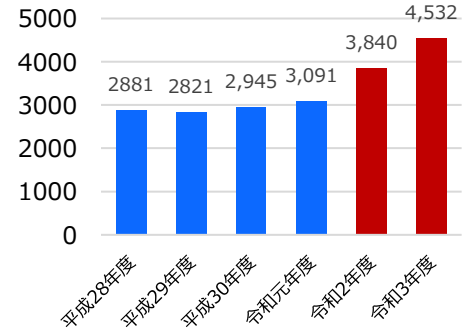
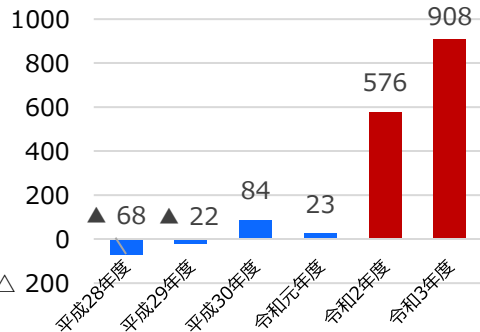
独立行政法人国立病院機構法
(積立金の処分)
第十七条
2 機構は、前項に規定する積立金の額に相当する金額から同項の規定による承認を受けた金額を控除してなお残余があるときは、その残余の額を国庫に納付しなければならない。 など

※独立行政法人地域医療機能推進機構法にも同様の記載

■ 「コロナ禍と医療イノベーションの国際比較」 (キャングローバル戦略研究所)

2022年9月20日

筆者は、・・・国立病院、地域医療機能推進機構（JCHO）病院、労災病院という厚生労働省直轄の病院群が2020年度に巨額のコロナ医療対策補助金を受け取りながら実際にはその一部しか使わず大幅増益となったことに疑問を呈した。しかし、・・・米・英・加・豪など他の先進諸国では見られない異常事態は是正されるどころか2021年度にさらに膨張していた。



国立病院機構

地域医療機能推進機構

公立病院

リフィル処方箋

- 令和4年度診療報酬改定における大臣合意では、リフィル処方箋の導入・活用促進による医療費効率化効果を改定率換算で▲0.1%（医療費470億円程度）と見込んでいるが、その早急な検証が必要である。

（注）下記のリフィル処方箋受付割合（0.053%）を基に単純計算すると年間▲20億円程度（改定率換算で▲0.005%程度）の医療費削減効果にとどまる。

- 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。

◆大臣折衝事項（令和3年12月22日）

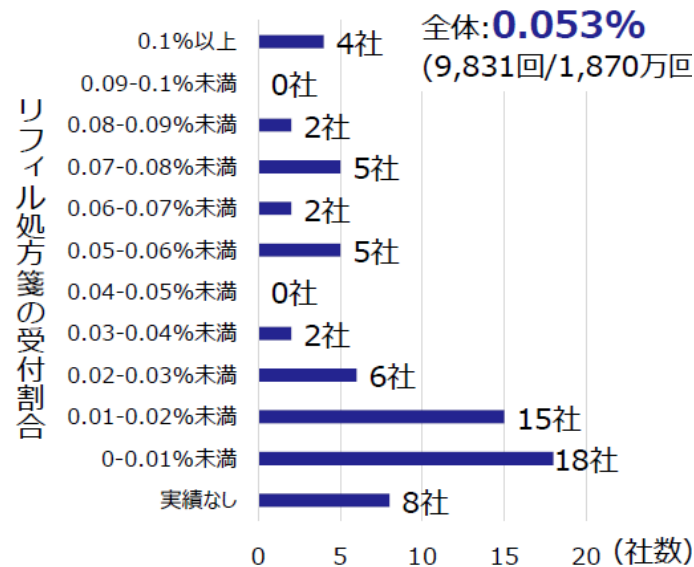
リフィル処方箋（反復利用できる処方箋）の導入・活用促進による効率化

▲0.10%

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

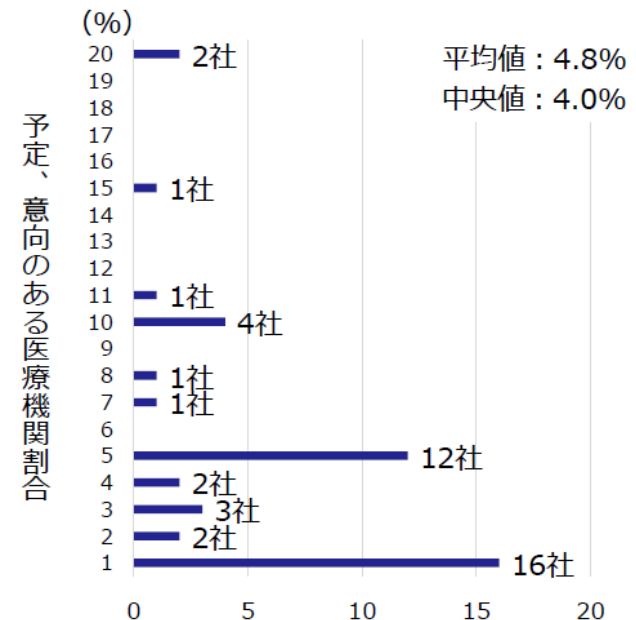
◆日本保険薬局協会による調査（回答期間：2022年5月24日（火）～6月6日（月））

問. リフィル処方箋の受付割合（有効N=67社）



問. リフィル処方箋発行の予定、意向がある医療機関のおおよその割合%を教えてください。

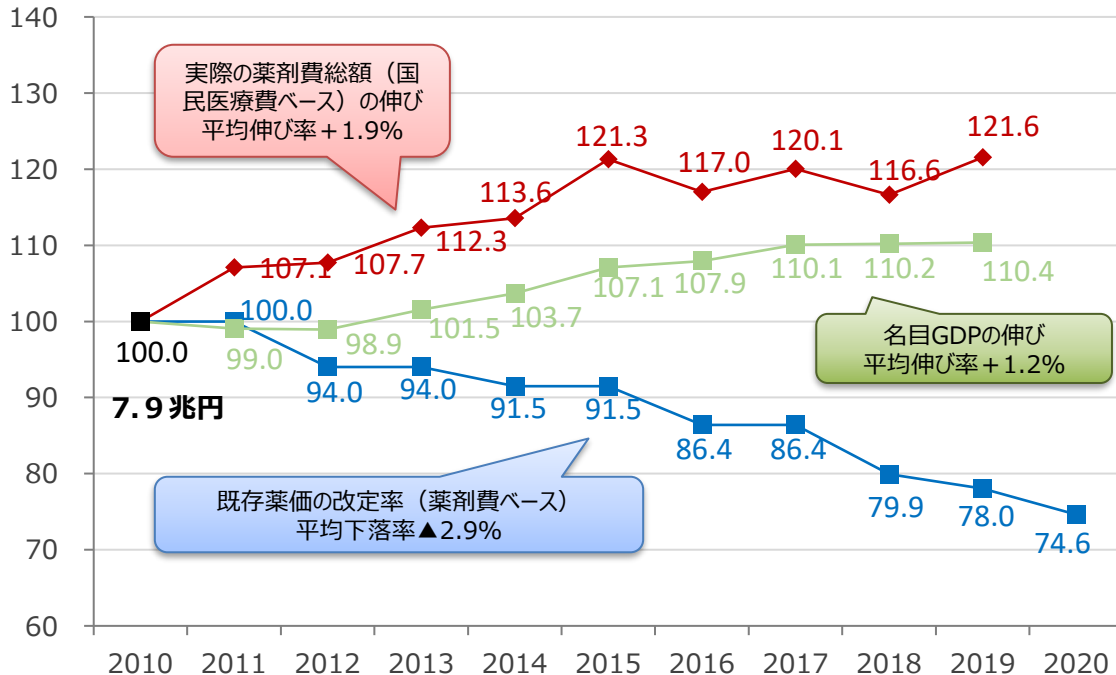
（有効N=45社）



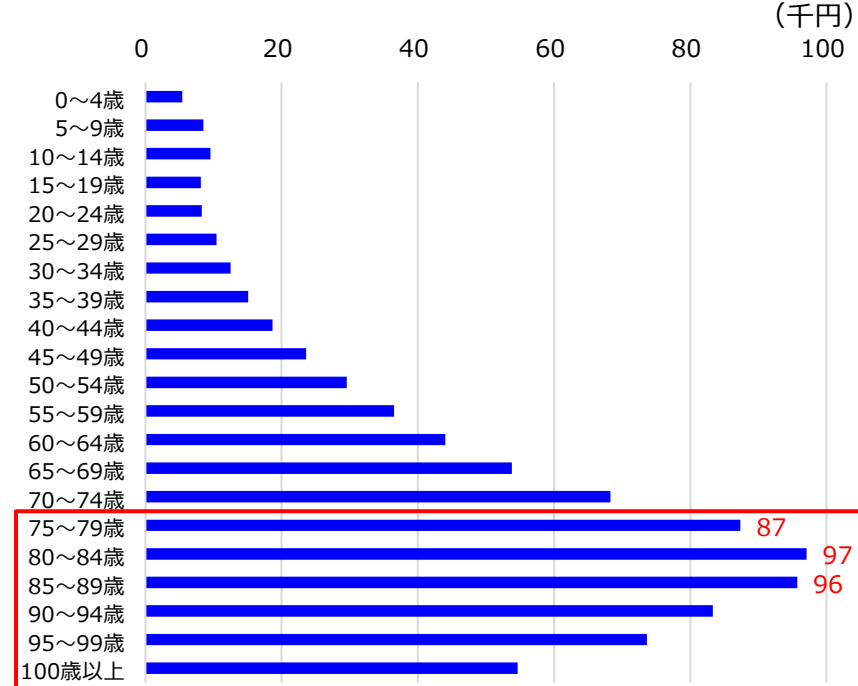
薬剤費の状況

- 既存薬価の改定率は例年マイナスとなっているが、**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、経済成長を上回って推移している。**
- また、**高齢化の進展に伴い、今後、更なる薬剤費の増加も見込まれる**ところ。さらに、**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の購入に対し、多額の予算が計上されていることにも留意すべき**である。

2010年（H22年）比（%）



◆年齢階級別の1人当たり薬剤料[内服薬] (令和3年度) (千円)



※「薬剤料」とは、調剤報酬明細書の「処方」欄に記載された用量、「調剤数量」欄に記載された調剤数量及び薬価から、個別の薬剤ごとに算出した金額をいう。

(出所) 厚生労働省「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」「人口推計」

◆コロナ治療薬・ワクチンの購入状況

2020年度： 8,474億円
 (治療薬522億円、ワクチン7,952億円)

2021年度： 10,000億円
 (治療薬3,374億円、ワクチン6,626億円)

新規収載 (品目ベース)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
	112	61	88	69	124	70	108	55	96	54	63

※ 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。

「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。

「2021(令和3)年度薬価改定の骨子」(2020年12月、中央社会保険医療協議会)

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(8.0%)の0.5倍~0.75倍の中間である0.625倍(乖離率5.0%)を超える、価格乖離の大きな品目を対象とする。

米国における薬価の見直し

- 米国では物価上昇の中で国民負担を軽減するため、特例的に医療保険（メディケア）の薬価を引き下げる法案を成立させた。

◆ バイデン米大統領の一般教書演説（2022年3月1日）（抄）

「インフレに対抗する1つの方法は、賃金を下げ、アメリカ人をより貧しくすることだ。しかし、私はインフレと戦うもっといい計画を持っている。

賃金を下げるのではなく、コストを落とすのだ。…

インフレと対峙する私の計画は、あなたの（生活）コストを下げ、債務を減らすだろう。…

第1に、処方薬のコストを削減する。インスリンを見てほしい。米国人の10人に1人が糖尿病を患っている。…

…20万人いる若い1型糖尿病患者のために、インスリンの費用上限を月額35ドルにしよう。そうすれば誰もが買えるようになる。

それでも製薬会社は十分に収益を上げられるだろう。そして、バージニア州が既に実施しているように、**メディケア（高齢者向けの公的医療保険）に処方薬の値下げ交渉をさせよう。**」

（出所）日本経済新聞（2022年3月2日）

◆ 米国処方薬価改革（2022年8月16日成立）のポイント

- ✓ メディケア（高齢者等向け公的医療保険）に対し製薬会社との価格交渉を行う権限を付与
 - － 従来は価格交渉禁止。製薬会社は自由に価格設定が可能であり、米国の薬価上昇の一因とされていた
 - － 2023年以降、支出総額が大きい10~20の処方薬について、交渉を開始予定（交渉後の価格は2026年以降適用開始）
- ✓ インフレ率以上に値上げされた薬について、製薬会社に対しインフレ率との差分をメディケアに返還させる仕組みを導入

など

（参考）米国の公的医療保険制度

メディケア	<ul style="list-style-type: none"> • 65歳以上の高齢者、身体障害者、末期腎不全患者を対象 • パートA（入院治療等が対象）、パートB（外来診療等が対象）、パートD（処方薬が対象）が存在 • 連邦政府が運営
メディケイド	<ul style="list-style-type: none"> • 低所得者を対象（州によって受給資格等が異なる） • 州政府と連邦政府が運営

毎年薬価改定の「完全実施」の必要性①

- 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。ただし、当該改定においては、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、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。**令和3年度においても医薬品市場は拡大しているとの指摘**もあり、令和5年度薬価改定については、物価高における国民の負担軽減の観点から、**完全実施を実現すべき**である。
- また、**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。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妥当ではない。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。

◆「毎年薬価改定の実現について」

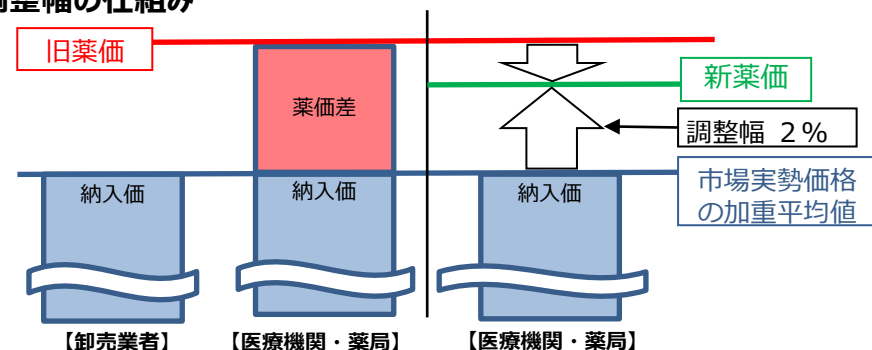
内閣官房長官、財務大臣、厚生労働大臣合意
(令和2年12月17日)

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。

◆薬価改定における調整幅の仕組み



◆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%）

- 令和3年度改定では、検討期間に限られる中で、**既収載品目の算定ルールのうち、実勢価改定と連動してその影響が補正されるものを適用し、それ以外のは適用しなかった**が、令和3年度薬価改定の骨子（令和2年12月18日 中医協了承）において「今後の薬価改定に向け、…既収載品目に係る算定ルールの適用の可否等も含め検討を行う」とされた。
- 毎年薬価改定が行われる中で、2年に1度しか適用されないルールがあるのは説明が困難。例えば、不採算品再算定の適用により不採算品への対応が考えられる。また、新薬創出加算の控除などについては、収載のタイミングによる不公平も生じるもの。こうしたことから、**令和5年度改定では、実勢価改定と連動しない算定ルールについても全て適用すべき**である。

◆ 令和3年度改定で未適用となった主な薬価算定ルール

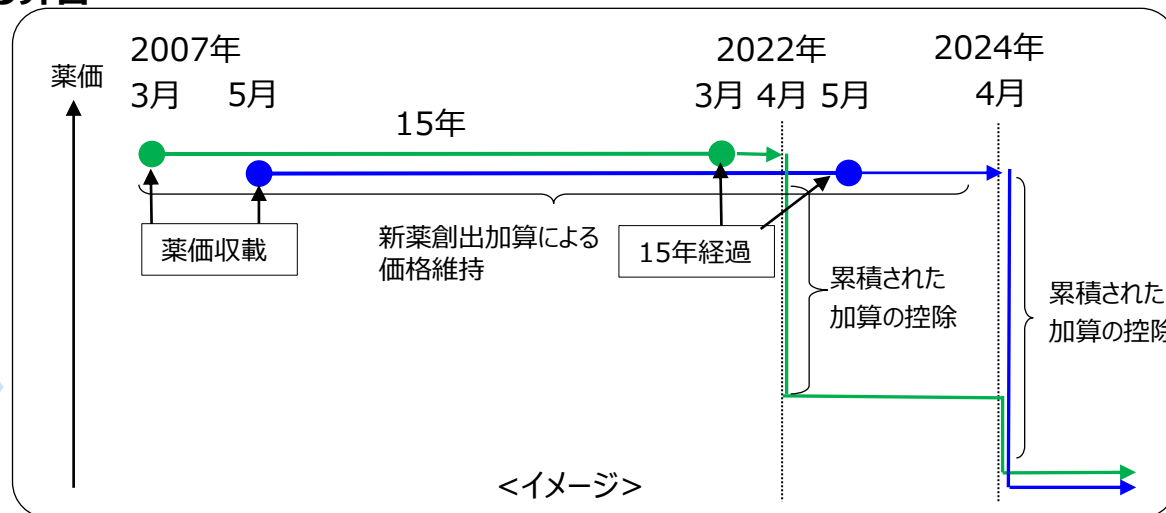
項目	概要
不採算品再算定	保険医療上必要性が高いが、低額であるために製造等の継続が困難な医薬品について再算定
追加承認項目等の加算	小児や希少疾患にかかる効能・効果が追加承認されたもの等に一定の加算
新薬創出等加算の累積額の控除	後発品収載又は上市後15年経過によるこれまでの加算の累積額を控除
長期収載品の薬価改定	後発収載後5 - 10年や10年超経過した先発品を後発品の置き換え率に応じて引下げ

※最低薬価の維持、基礎的医薬品の薬価維持、新薬創出加算の加算、後発医薬品の価格帯集約については適用している

◆ 2年に1度しか適用されないルールがあることによる弊害

(例1)
不採算品再算定が適用されないことにより、保険医療上必要性が高い品目が不採算となっている場合の対応ができない

(例2)
新薬創出等加算の控除のタイミングが2年に1度の場合、上市のタイミングの差で、加算期間で最大2年間程度の適用の差が生じる



- 高額・有効な医薬品を一定程度公的保険に取り込みつつ、制度の持続可能性を確保していくためには、**既存医薬品の保険給付範囲の在り方を検討する必要**。
- 既存医薬品の保険給付範囲を見直す際の手法としては、①**OTC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**が考えられる。①の場合には、保険外併用療養費制度に新たな類型を設けて、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などの対応が必要となる。②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。

◆ 医薬品を保険給付対象から除外

◆ 単価が高額な医薬品の例

	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。

	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
イエスカルタ点滴静注	約3,400万円	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）

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%
	抗がん剤等の代替性のない 高額医薬品	0%
	中程度	70%
	軽度	85%
	不十分	100%

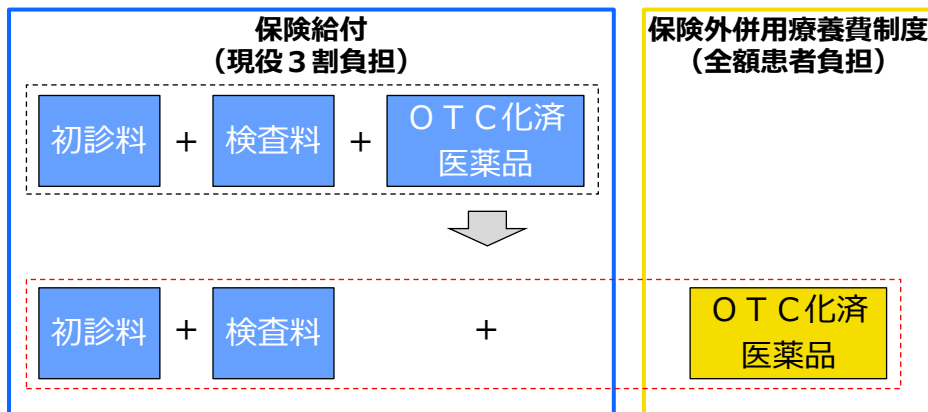
② 薬剤費の一定額までの全額患者負担（スウェーデンの例）

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制度見直しが必要



- 現行の薬価制度において、真にイノベーションの推進に資すると認められる画期的な新薬については、薬価収載時に最大120%の加算が得られ、後発品が上市されるまでの間（又は15年間）は加算後の薬価が維持される枠組みが設けられている。
- 10月に決定した総合経済対策において、創薬支援などの対策も措置することとしている。

◆新薬収載時の補正加算による薬価引上げ

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%）

+

市場性加算（Ⅰ）（10～20%）

市場性加算（Ⅱ）（5%）

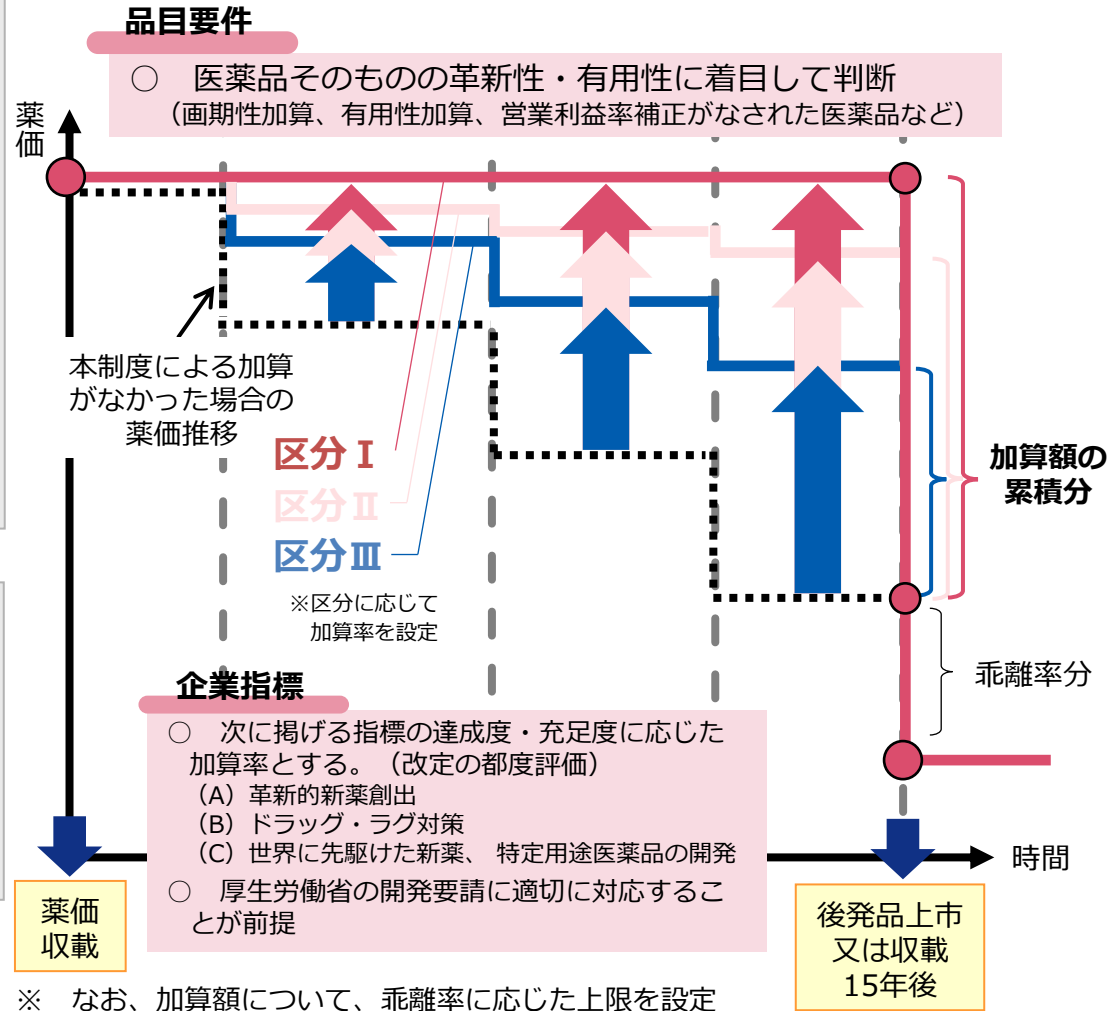
小児加算（5～20%）

先駆け審査指定制度加算（10～20%）

複数の補正加算に該当する場合

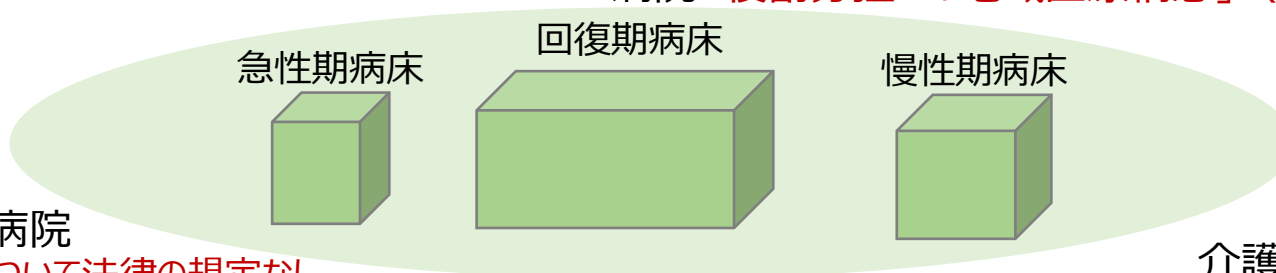
$$\text{加算額} = \text{算定値} \times (a1 + a2 + \dots)$$

◆既収載品の薬価改定時の新薬創出・適応外薬解消等促進加算



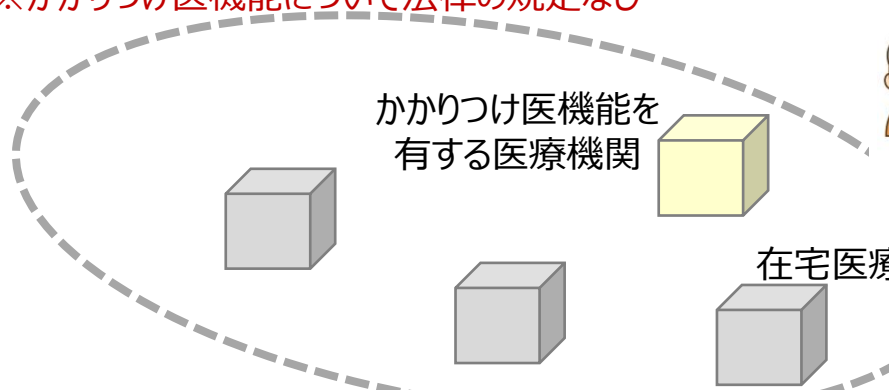
- 患者の高齢者が進んで疾病を持つ者が増える一方で、人口減少により医療資源の人材が先細る中で、効果的・効率的な医療提供を行う体制を実現することは、医療制度改革の最重要課題。
- これまで、地域医療構想、地域包括ケアが法律に位置付けられており、今後、後期高齢者が急速に増加する中で、当初の構想を早急に実現すべき。
- さらに、これらを各地域で機能させるには、診療所等の外来の機能分担も不可避であり、「かかりつけ医機能」を有する医療機関の機能を明確化、法制化し、機能発揮を促す必要がある。

病院 役割分担 = 「地域医療構想」 (医療法)

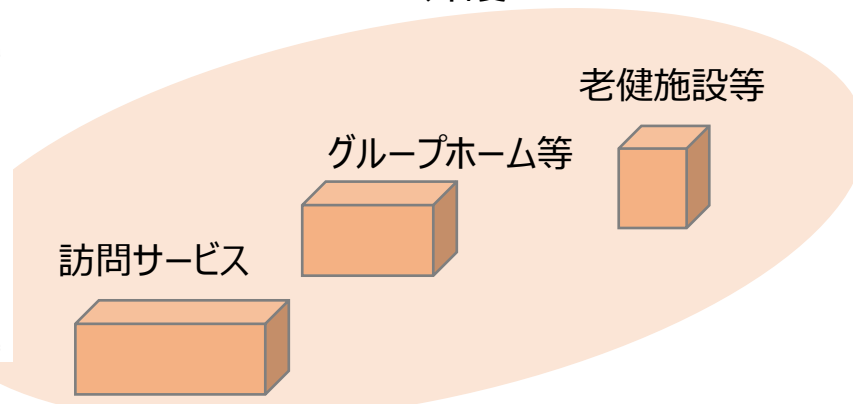


地域の診療所、中小病院

※かかりつけ医機能について法律の規定なし



介護

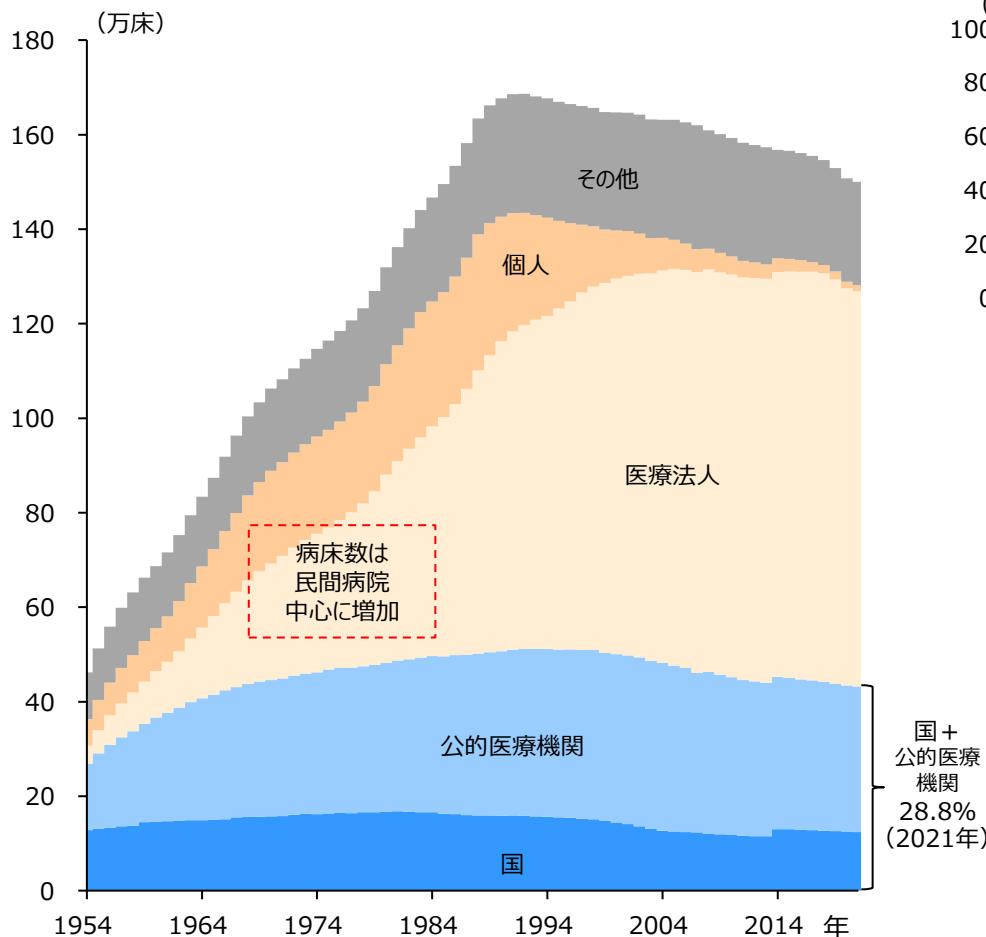


地域における連携 = 「地域包括ケア」 (医療介護総合確保法)

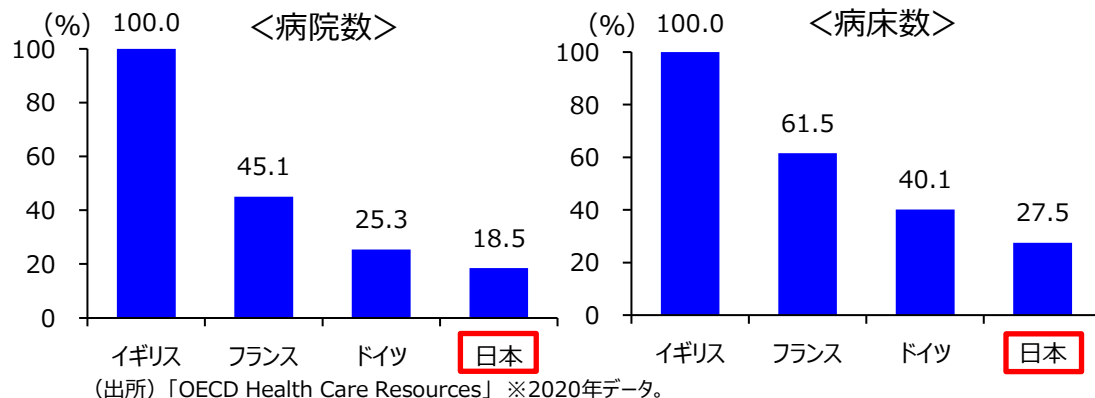
- ・ 「地域医療構想」を機能させ、急性期病院を入院医療に集中させるためには、患者に身近な地域で、ある程度の診療を行い、必要に応じて、急性期病院に紹介を行う診療所等が必要。また、患者に身近な地域で、回復期病床の延長線上で、患者を継続的に観察できる中小病院・診療所が必要。
- ・ 「地域包括ケア」を機能させるためには、患者に身近な地域で、介護関係者と連携して、継続的・横断的に診療を行う診療所等が必要。

○ 我が国の医療提供体制は、欧州各国とは異なり、**個人の開業医が発展した民間病院を中心に整備されてきた**。このことが、国の主導で医療資源の適正配置を進めてきた諸外国とは異なり、**人口当たり病院数・病床数が多く、病院・病床当たりの医療従事者数が手薄となるなど、医療資源が散在する一因となっている**。

◆経営主体別病床数の推移



◆主要国の公的病院 (Publicly Owned Hospital) の割合



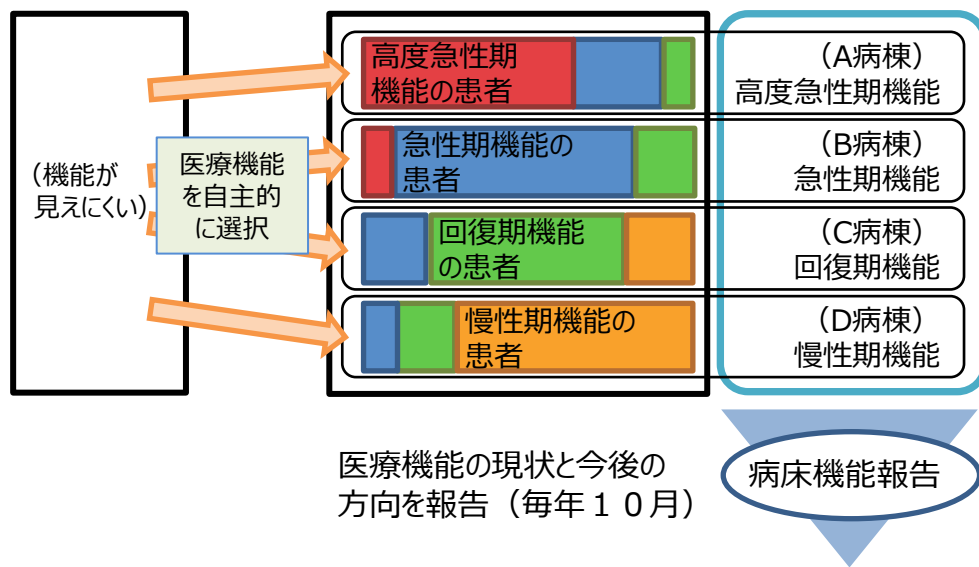
◆医療提供体制の国別比較

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床あたり 臨床看護職員数
		(人口百万人あたり 病院数)			(1病院あたり 臨床医師数)	(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院日数は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。

- 地域医療構想は、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計し、各構想区域に設置された「地域医療構想調整会議」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施する枠組み。

◆ 地域医療構想の仕組み



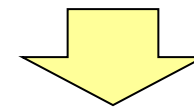
（「地域医療構想」の内容）

1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域（二次医療圏が基本）単位で推計

2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

- 例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等



- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

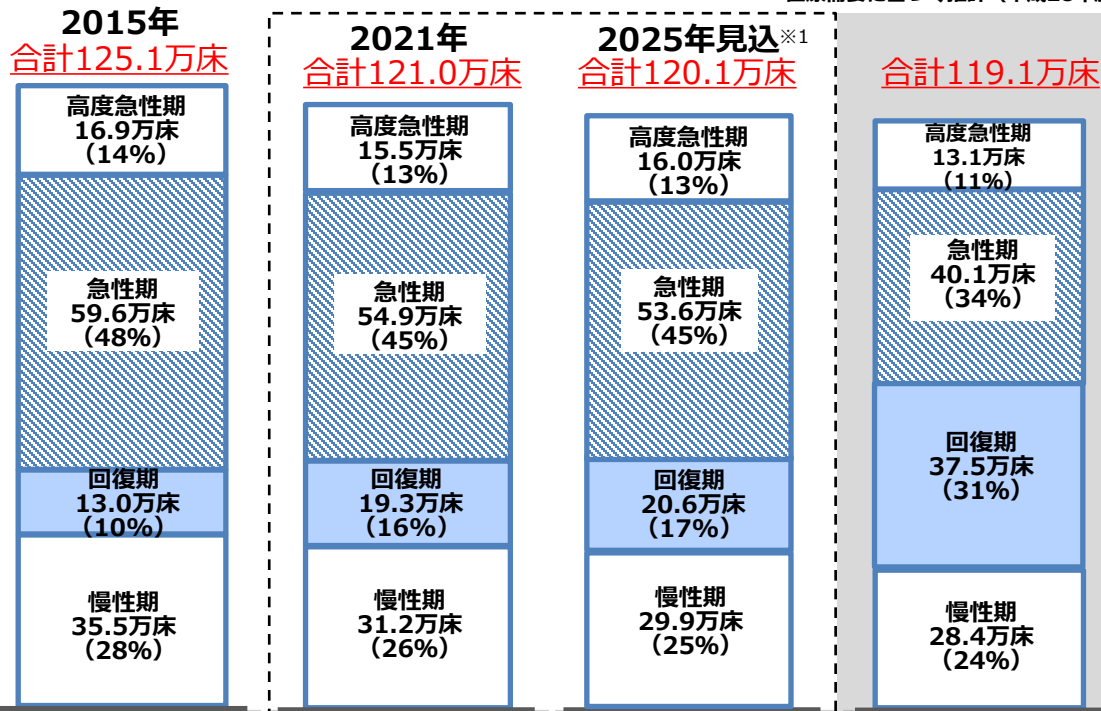
医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

- 2021年の病床機能報告の結果をみると、2025年時点の医療機能毎の病床の必要量と見込みの間にはギャップがある状態であり、取組の状況は捗々しくない。
- 2022年3月に民間医療機関も含めた検証、見直しを2023年度までに行うよう通知を发出。今後、医療費適正化計画において「病床の機能の分化及び連携の推進」を必須記載事項とすることや都道府県の責務の明確化等について必要な法制上の措置を行うこととしている。

2015年度病床機能報告 (各医療機関が病棟単位で報告)

2021年度病床機能報告 (各医療機関が病棟単位で報告)

地域医療構想における2025年の病床の必要量
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の
医療需要に基づく推計(平成28年度末時点)
※4



◆経済財政運営と改革の基本方針2021 (令和3年6月18日) (抄)

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「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。

◆経済財政運営と改革の基本方針2022 (令和4年6月7日) (抄)

質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するため、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めることとし、・・・都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進する。

◆地域医療構想の進め方について (厚生労働省事務連絡 令和4年3月24日) (抄)

1. 基本的な考え方
今後、各都道府県において第8次医療計画(2024年度～2029年度)の策定作業が2023年度までかけて進められる際には、各地域で記載事項追加(新興感染症等対応)等に向けた検討や病床の機能分化・連携に関する議論等を行っていただく必要があるため、その作業と併せて、2022年度及び2023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。
4. 検討状況の公表等
検討状況については、定期的に公表を行う。

(出所) 2021年度病床機能報告

※1: 2021年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数。

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要。

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある。

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計。

◆地域医療構想に係る対応方針を「再検証中」の医療機関の状況(複数回答可) [第3回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ資料(令和3年4月)]

再検証対象の436医療機関のうち、令和3年10月時点で「検証中」の237医療機関※では

- ✓ 医療機関としては既に検討済(調整会議の場で議論していない): 87医療機関
 - ✓ 新型コロナの経験を踏まえ検討中: 92医療機関
 - ✓ 新型コロナ対応のため検討困難: 54医療機関
 - ✓ それ以外の理由で検討困難: 16医療機関
- ※残り199医療機関は、合意済、再検証結果に基づき措置済又は再検証対象外となった医療機関

※新型コロナ以外の理由で検討が困難な主な理由

- ・圏域内の医療機関において再編統合の検討が続いており、具体的対応方針が未策定であること
- ・国の公的医療機関の見直しの状況を踏まえる必要があること

かかりつけ医機能の制度整備の必要性

(1) 超高齢化を見据えて国民に強いニーズ

- 今年から団塊世代が後期高齢者となり、複数の慢性疾患を持つ高齢者がさらに増加。今後高齢期を迎える中高年を含めて、その状態にあった医療を受けるために、身近な地域において、休日、夜間を問わず、一般的な健康問題をはじめとする日常的な相談に応じ、継続的、診療科横断的に患者を診るとともに、適切な他の医療機関を紹介する機能は、国民に強いニーズ・関心。

(2) 新型コロナ感染拡大が契機

- 新型コロナ感染拡大の中で、普段通っていた医療機関で新型コロナに対応してもらえない事態が多く発生。当初は発熱外来である旨の公表も進まなかった。
⇒ 必要な医療が必要なときに受けられる重要性が幅広く国民に認識された。

(3) 地域における役割分担を機能させるために不可欠

- ① 2014 年以來、入院機能については、主に急性期、回復期病床の機能分担を各地域で再構築するために目標値を定めた「地域医療構想」が進められている。
- ② 2013 年以降、医療計画に在宅医療が位置づけられ、「日常の療養生活の支援」「急変時の対応」「退院支援」「看取り」が在宅医療の提供のために必要な医療機能として求められている。
- ③ 介護保険制度の発展の中で、「地域包括ケア」、すなわち、可能な限り最期まで住み慣れた地域で暮らしつつ、医療・介護などの提供を受けられるよう、地域の関係者が連携してサービス提供する姿を目指している。 ⇒ 必要な医療が必要なときに受けられる重要性が幅広く国民に認識された。

↓

- ・ ①②を機能させるためには、患者に身近な地域で、回復期病床の延長線上で、患者を継続的に観察できる中小病院・診療所が必要。
- ・ ①を機能させ、急性期病院を入院医療に集中させるためには、患者に身近な地域で、ある程度の診療を行い、必要に応じて、急性期病院を紹介を行う診療所等が必要。
- ・ ③を機能させるためには、患者に身近な地域で、介護関係者と連携して、継続的・横断的に診療を行う診療所等が必要。

(4) 医療資源の有効活用

- 今後、2040 年ごろにかけて都市部を中心に、高齢者の人数の増加、医療従事者の不足が予想され、限られた医療資源について役割分担を徹底させることは不可欠。上記①～③に加えて、「かかりつけ医機能」を強化するための制度整備は不可避。

- かかりつけ医機能に関して、2013年に社会保障制度改革国民会議報告書の中において、「必要な時に必要な医療にアクセスできる」フリーアクセスを守るため、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が必須とされた。同時期に、日本医師会及び四病院団体協議会もかかりつけ医機能についての合同提言を行い、以来、関係者におけるかかりつけ医機能の概ねのイメージは共有されてきたといえる。
- 医療機能情報提供制度においても、かかりつけ医機能が定義され、合同提言も踏まえた機能が示されたが、同制度については医療機関の一方的な報告のみに基づくものであり、医療機関を選ぶ基準として十分に機能しているとはいいがたい。

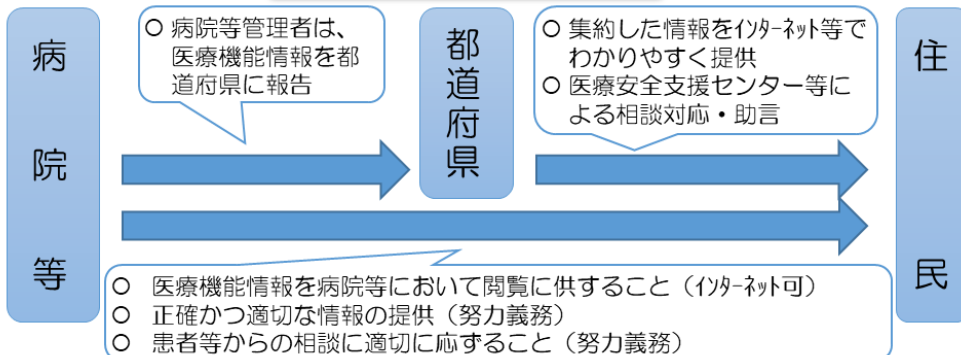
◆かかりつけ医機能（日本医師会・四病院団体協議会 合同提言 2013年8月8日）

- ・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。

◆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、ともすれば「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）

医療機能情報提供制度



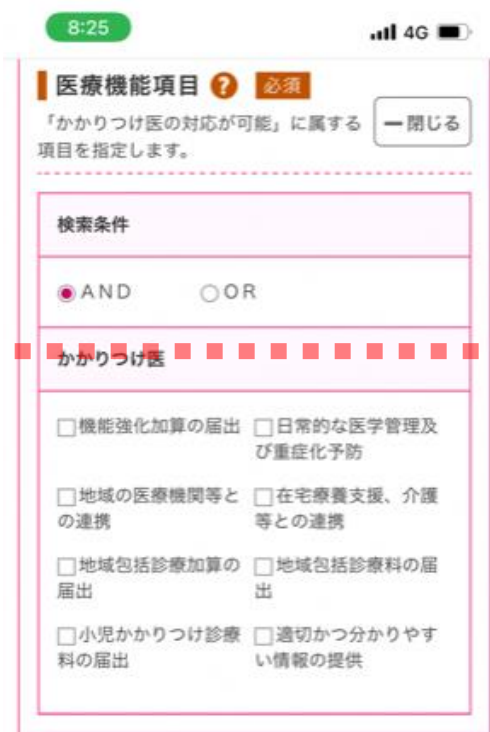
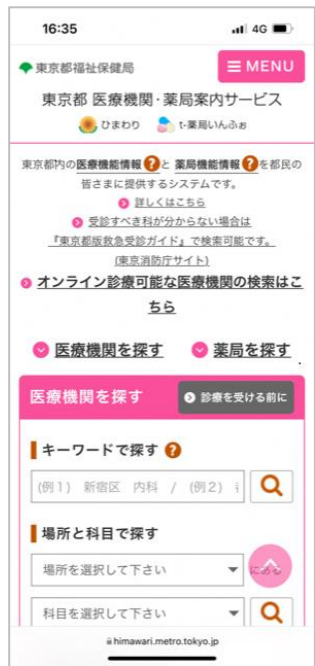
医療法施行規則（省令）別表第一第二の項第一号イ(13)(地域医療連携体制)
(iii) 身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う医療機関の機能として厚生労働大臣が定めるもの（以下「かかりつけ医機能」という。）

【医療法施行規則別表第一の規定に基づく病院、診療所又は助産所の管理者が都道府県知事に報告しなければならない事項として医療法施行規則別表第一に掲げる事項の内、厚生労働大臣の定めるもの（告示）】

第十七条 規則別表第一第二の項第一号イ(13)(iii)及びロ(13)(ii)に規定する厚生労働大臣が定める身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う医療機関の機能は、次のとおりとする。ただし、病院については、第五号に掲げるものを除く。

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 一 日常的な医学管理及び重症化予防 | 五 地域包括診療加算の届出 |
| 二 地域の医療機関等との連携 | 六 地域包括診療料の届出 |
| 三 在宅医療支援、介護等との連携 | 七 小児かかりつけ診療料の届出 |
| 四 適切かつ分かりやすい情報の提供 | 八 機能強化加算の届出 |

検索画面 (個別項目で検索可)



結果表示画面 (地図表示可)



- **かかりつけ医の機能強化に向けては、2014年度診療報酬改定における地域包括診療料・地域包括診療加算の創設以来、診療報酬上の評価が先行してきた。**
- **しかし、算定回数の少なさを理由に算定の対象拡大が優先されることで、算定要件が相次いで緩和され、かかりつけ医機能の強化という果たすべき政策目的と診療報酬上の評価がますますかけ離れることとなった。**
- **特に、2018年度診療報酬改定で創設された機能強化加算については、本来は初診患者の中でもより継続的な管理が必要な疾患を有する患者への算定が期待されながらも、算定の実態がまったく異なっており、外来機能の分化につながっていないことが指摘されている。**

◆ かかりつけ医機能に係る評価の経緯

2014年度改定	○ 地域包括診療料・地域包括診療加算の創設 →複数の慢性疾患を有する患者に継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価
2016年度改定	○ 地域包括診療料・地域包括診療加算の施設基準の緩和 → 診療所における医師の配置基準を緩和 <改定内容説明資料> 「地域包括診療料等による主治医機能の評価について、その施設基準を緩和し、普及を促す」
2018年度改定	○ 地域包括診療料・地域包括診療加算の医師配置基準の緩和、24時間対応要件の緩和 、在宅への移行実績を評価 <改定内容説明資料> 「かかりつけ医機能を推進する観点から、24時間対応や医師配置基準の緩和と在宅への移行実績を評価」 ○ 機能強化加算を創設 →かかりつけ医機能に係る診療報酬の届出を行っている医療機関について初診における診療機能の評価
2020年度改定	○ 地域包括診療加算の時間外への対応にかかる要件を緩和 <改定内容説明資料> 「地域においてかかりつけ医機能を担う医療機関の評価を推進する観点から、地域包括診療加算の施設基準のうち時間外への対応に係る要件について、複数の医療機関による連携により対応することとしてもよいこととする」
2022年度改定	○ 機能強化加算の厳格化 →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3年12月22日大臣合意事項(財務大臣・厚生労働大臣) 外来医療の機能分化・連携に向けた、かかりつけ医機能に係る診療報酬上の措置の実態に即した適切な見直し

機能強化加算（80点）2018年度改定で創設

地域包括診療加算等、かかりつけ医機能に係る診療報酬の届出を行っている医療機関について、地域におけるかかりつけ医機能として健康管理に係る相談や夜間・休日の問い合わせへの対応等を行っていることを掲示しているなど、一定の施設基準を満たす場合に、初診を評価するもの。

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研究Ⅳ」2019年8月

- 分析の結果、複数の医療機関から同加算を算定されている患者が一定数存在するほか、同加算を算定された患者群と算定されなかった患者群の間で80点の加算に見合う効果が見取れない状況である。
- 機能強化加算届出の医療機関(内科標榜)を複数受診した患者のうち、約6割は2つ以上の医療機関から機能強化加算を算定されている。
- 同加算の算定患者群は非算定患者群と比べて、傷病構成がほぼ同等で、傷病名トップは両群とも年齢層に関係なく「急性気管支炎」であった。
- また、施設基準さえ満たしていれば初診患者に一律に算定できるため、以下の通り同加算が本来対象とすることが想定される患者像とは異なる患者層への算定が大半であり、算定要件等の見直しが急務である。
- 分析期間の6カ月の間に、算定患者の6割は受診回数が1回のみで、再診がなかった。
- 同加算の算定レセプトのうち高血圧症、糖尿病、脂質異常症のいずれかを有するレセプトは5%に満たなかった。

<機能強化加算届出あり施設で同加算を1回以上算定した患者>
実患者の出現率上位の傷病名(受診回数別)

順位	受診回数 1回		受診回数 2回	
	傷病名	出現率	傷病名	出現率
1	急性気管支炎	8.4%	急性気管支炎	6.9%
2	急性上気道炎	7.0%	急性上気道炎	5.2%
3	アレルギー性鼻炎	5.0%	アレルギー性鼻炎	4.8%
4	急性咽頭炎	3.3%	気管支喘息	2.7%
5	咽頭炎	2.5%	急性咽頭炎	2.5%
6	気管支喘息	2.4%	咽頭炎	1.8%
7	急性胃腸炎	1.7%	湿疹	1.4%
8	急性胃炎	1.6%	糖尿病	1.4%
9	気管支炎	1.4%	肝機能障害	1.4%
10	嘔吐症	1.4%	急性胃腸炎	1.3%

複数医療機関受診患者の機能強化加算の算定状況

区分	実患者数	構成割合
2つ以上の医療機関から機能強化加算を算定された患者	28,492	57.6%
1つの医療機関からのみ機能強化加算を算定された患者	21,012	42.4%
計	49,504	100.0%

<機能強化加算届出あり施設>

3傷病名の機能強化加算が算定されたレセプト件数

傷病名	レセプト件数	全体に占める割合
下記3傷病のいずれか	57,782	4.8%
高血圧症	18,066	1.5%
糖尿病	32,462	2.7%
脂質異常症	28,848	2.4%
総レセプト件数	1,192,831	

(出所) 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研究Ⅳ」

(参考) 各国かかりつけ医制度の比較

	イギリス	フランス	ドイツ	日本
保険制度	9割を占める公的（税財源）および1割の民間自費医療サービスが両立	公的皆保険（民間保険は二階建て部分をカバー）	皆保険。公（90%）および民間医療保（10%）の両立（公的保険は選択可能）	公的皆保険
外来患者自己負担	公的は原則無料（処方箋料等の少額負担あり）	3割負担（償還式）	原則無料（2013年より自己負担廃止）	原則3割負担（自己負担額の上限あり）
登録制の有無（法的義務含む）	有（登録診療所のみ受診可）	有（かかりつけ医を登録する制度はあるが、紹介状なしに他の医師を受診することができる）	無（法的義務はないが、90%がかかりつけ医を持つ）	無
登録制開始	1948年	2004年	2008年	—
登録医の資格	家庭医（GP）のみ	専門医も可能（研修なし）	州家庭医団体への登録および州医師会の研修を受けることが条件	—
登録医の選択	居住エリア診療所から選択（近年緩和される方向）	地理的制約なし	地理的制約なし	—
支払い方式	人頭・出来高・成果報酬の混合（人頭5割以上）	出来高中心	家庭医に対する報酬は包括報酬中心	出来高中心
近年の変化	家庭医（GP）診療所の大規模化や連携、プライマリケアのオンライン化が進展	疾病管理プログラムの施行	州毎のばらつきは大きいですが、国全体では家庭医中心診療は穏やかに増加傾向（2016年で国民全体の5%）	—

（出所）中央社会保険医療協議会 総会（第346回）厚生労働省提出資料（平成29年2月22日）を編集。

- マイナンバーカードを健康保険証として活用することにより、すでに、過去の診療・投薬の履歴を患者や担当医が参照することが可能となっている。
- このように患者のデータを集約して担当医がそれに基づいて幅広い相談・診療を行うことは、医療の質の向上にとって不可欠。様々な普及策を通じて、マイナンバーカードの健康保険証活用を広げていく必要がある。



診療/薬剤情報・特定健診等情報の閲覧について、患者の同意の有無をマイナンバーカードを用いて確認

医師・歯科医師・薬剤師等の有資格者等が診療/薬剤情報・特定健診等情報を閲覧

<閲覧イメージ：薬剤情報一覧>

薬剤情報											
氏名		厚労太郎		性別		男		年齢		50歳	
診療年月日	診療日	処方日	処方時間	処方場所	処方内容	薬剤名(商品名)	薬剤名(1-2名)	処方量	処方回数	処方期間	処方回数
10月	10日	5日	-	-	内服	アスチン錠200mg	アスチン錠	2錠	7	2021.10.05	7
10月	10日	5日	-	-	内服	プロプラネロール錠12.12mg	プロプラネロール錠	1錠	7	2021.10.05	7
10月	10日	5日	-	-	外用	トピロキシム軟膏0.12%	トピロキシム軟膏	5g	1	2021.10.05	1
10月	10日	5日	-	-	注射	アスチン注射液	アスチン注射液	1錠	1	2021.10.05	1
10月	10日	6日	9日	1日1回朝食後	内服	アスチン錠10mg	アスチン錠	1錠	23	2021.10.06	23
10月	10日	6日	9日	-	注射	アスチン注射液60mg	アスチン注射液	1錠	1	2021.10.06	1
10月	10日	18日	18日	1日1回朝食後	内服	アスチン錠10mg	アスチン錠	1錠	23	2021.10.18	23
10月	10日	10日	10日	1日1回朝食後	内服	アスチン錠10mg	アスチン錠	1錠	23	2021.10.10	23
11月	11日	5日	-	-	内服	アスチン錠250mg	アスチン錠	1錠	1	2021.11.05	1

薬剤情報：レセプト情報を元にした3年分の情報が参照可能
(※資格確認等システムの環境設定で診療情報表示をしない場合には、薬剤情報のみを表示)

<閲覧イメージ：特定健診情報一覧>

特定健診情報													
氏名		厚労太郎		性別		男		年齢		50歳			
身体計測	身長	170.8	中性脂肪	140	血中脂質検査	HDLコレステロール	125	血糖検査	空腹時血糖	97	血液検査	HbA1C	5.1
	体重	63.6	LDLコレステロール	154		随時血糖	120		血清学検査	CRP		0.07	
	腰囲	79.5	BMI	21.8		RF定率	3未満						
	血圧等	血圧	67~106	GOT(AST)		23	GPT(ALT)		22	LDH		160	

特定健診等情報：医療保険者等が登録した5年分の情報が参照可能

<閲覧イメージ：診療/薬剤情報一覧>

診療/薬剤情報												
氏名		厚労太郎		性別		男		年齢		50歳		
受診歴												
医療機関名	受診日	診療年月日	入内	診療種別	診療行為名/医薬品名							
Aクリニック	21年12月 21年11月 21年10月	21年12月 17日	Aクリニック	外来	医学管理	特定疾患医療管理科(診療科)						
Bクリニック	21年10月 21年9月			検査管理	T-M(他種検査)							
C病院	21年11月 21年7月			8日	F薬局	内服	1. センシド錠 1.2mg「サワイ」 (センシド) 【1日1回朝食後】 2. オルケディア錠 1mg (エボカルセト) 【1日1回夕食後】					

診療情報：レセプト情報を元にした3年分の情報が参照可能

- **社会福祉法人**については、社会福祉法により**計算書類等の届出・公表が義務化されている**ことに加え、99%の法人がWAM NET（社会福祉法人の財務諸表等電子開示システム）への**アップロードによる情報公開**を行っているため、個別の法人についてのデータをインターネットで閲覧・ダウンロード可能であるほか、**法人全体（約2万法人）の分析・集計も公表**しているため、政策目的等での活用が可能となっている。
- **医療法人**については、**事業報告書・損益計算書等の届出を義務化し**、G-MIS（医療機関等情報支援システム）への**アップロードによる届出も可能**としているが、当該損益計算書からは**法人全体の事業収益・費用等しか把握できない**。
- **障害福祉サービス等事業者**は、法令上、財務書類の報告・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となっている。
- さらに、**介護保険法等**では、介護サービス事業者による財務書類の報告・公表が義務化されていない。

◆財務データの法制上の取扱い

	社会福祉法人 (社会福祉法)	医療法人 (医療法)	障害福祉サービス事業者 (障害者総合支援法)	介護サービス事業者 (介護保険法)
届出・報告義務	収支計算書等の計算書類等について、所轄庁への届出義務（59条）	事業報告書・損益計算書等について、都道府県への届出義務（52条①）	公表対象のサービス等情報について、都道府県への報告義務（76条の3①）	介護サービス情報について、都道府県への報告義務（115条の35①）
公表義務	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）	事業報告書・損益計算書等について、規模の大きい法人において公告義務（51条の3②） 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4①）	都道府県は、報告を受けた後、報告内容を公表する義務（76条の3②）	都道府県は、報告を受けた後、報告内容を公表する義務（115条の35②）
公表対象	計算書類、財産目録等（59条）	事業報告書・損益計算書等（51条・52条）	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）
届出後の取扱い	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）	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）	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（全事業所等の4割程度）。	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
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、実施したと見なされる。	G-MISへのアップロードにより届出が可能		

- **医療法人**については、
 - ①事業報告書等について、令和5年度から都道府県HP等での閲覧が可能となる予定であり、早急かつ確実な実施を行うべき。
 - ②施設別の詳細な経営情報の提出を求め、経営情報のデータベースを構築する新たな制度が検討されている。その際、公的価格評価検討委員会における議論を踏まえ、現場で働く医療従事者の処遇の把握を行い、費用の使途の見える化を通じた透明性の向上を図る観点から、職種ごとの一人当たりの給与額が確実に把握できるような制度設計を行うべき。
- **介護サービス事業者**については、法令改正を行い、財務諸表等の報告・公表を義務化する必要がある。
- **障害福祉サービス等事業者**については、法令に従って財務状況を公表するよう徹底する必要がある。

◆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）

	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			

◆『経済財政運営と改革の基本方針2021』（抄） （令和3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。

◆公的価格評価検討委員会 中間整理（令和3年12月21日）（抜粋）

- 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である。

◆公的価格評価検討委員会（第5回）（令和4年8月30日）資料1

（4）計算書類・事業報告書の記載項目の充実による見える化

- 医療法人等の計算書類等について、事業種類（病院、老人保健施設、保育所など）ごとの費用における職種ごとの給与費、材料費、医薬品費、法人内における施設外に向けた支出などの区分の追加等について検討する。
- また、医療法人等の経営状況について、分析が容易になるよう、デジタル化とデータベース化に向けた取組を着実に推進する。

◆現行の事業報告書等様式（貸借対照表及び損益計算書）

● 貸借対照表

（単位：千円）

資産の部		負債の部	
科目	金額	科目	金額
I 流動資産	×××	I 流動負債	×××
現金及び預金	×××	支払手形	×××
事業未収金	×××	買掛金	×××
有価証券	×××	短期借入金	×××
たな卸資産	×××	未払金	×××
前渡金	×××	未払費用	×××
前払費用	×××	未払法人税等	×××
その他の流動資産	×××	未払消費税等	×××
II 固定資産	×××	前受金	×××
1 有形固定資産	×××	預り金	×××
建物	×××	前受収益	×××
構築物	×××	〇〇引当金	×××
医療用器械備品	×××	その他の流動負債	×××
その他の器械備品	×××	II 固定負債	×××
車両及び船舶	×××	医療機関債	×××
土地	×××	長期借入金	×××
建設仮勘定	×××	繰延税金負債	×××
その他の有形固定資産	×××	〇〇引当金	×××
2 無形固定資産	×××	その他の固定負債	×××
借地権	×××	負債合計	×××
ソフトウェア	×××	純資産の部	
その他の無形固定資産	×××	科目	金額
3 その他の資産	×××	I 基金	×××
有価証券	×××	II 積立金	×××
長期貸付金	×××	代替基金	×××
保有医療機関債	×××	〇〇積立金	×××
その他長期貸付金	×××	繰越利益積立金	×××
役員等長期貸付金	×××	III 評価・換算差額等	×××
長期前払費用	×××	その他の有価証券評価差額金	×××
繰延税金資産	×××	繰延ヘッジ損益	×××
その他の固定資産	×××	純資産合計	×××
資産合計	×××	負債・純資産合計	×××

● 損益計算書

（単位：千円）

科目	金額	
I 事業損益		
A 本来業務事業損益		
1 事業収益		×××
2 事業費用		
(1) 事業費	×××	
(2) 本部費	×××	×××
本来業務事業利益		×××
B 附帯業務事業損益		
1 事業収益		×××
2 事業費用		×××
附帯業務事業利益		×××
C 収益業務事業損益		
1 事業収益		×××
2 事業費用		×××
収益業務事業利益		×××
事業利益		×××
II 事業外収益		
受取利息	×××	
その他の事業外収益	×××	×××
III 事業外費用		
支払利息	×××	
その他の事業外費用	×××	×××
経常利益		×××
IV 特別利益		
固定資産売却益	×××	
その他の特別利益	×××	×××
V 特別損失		
固定資産売却損	×××	
その他の特別損失	×××	×××
税引前当期純利益		×××
法人税・住民税及び事業税	×××	
法人税等調整額	×××	×××
当期純利益		×××

施設ごとの経営状況までは把握不可能。

法人全体の事業収益・費用しか把握できない

法人としての1会計期間の経営状況が把握可能。

◆医療にかかる経営情報案

（「第1回 医療法人の経営情報のデータベースの在り方に関する検討会」（令和4年10月19日））

経営情報案

※ 赤文字は必須項目。緑文字は任意項目。青文字は病院は必須項目、診療所は任意項目。

施設別

○ 医業収益（入院診療収益、室料差額収益、外来診療収益、その他の医業収益）

- ※ 入院診療収益及び外来診療収益は任意項目として「保険診療収益（患者負担含む）」及び「公害等診療収益」を別掲。
- ※ その他の医業収益は任意項目として「保健予防活動収益」を別掲。
- ※ 診療所の「室料差額収益」は入院診療収益の内数として記載。

○ 材料費（医薬品費、診療材料費・医療消耗器具備品費、給食用材料費）

○ 給与費（給料、賞与、賞与引当金繰入額、退職給付費用、法定福利費）

○ 委託費（給食委託費）

○ 設備関係費（減価償却費、機器賃借料） ○ 研究研修費

○ 経費（水道光熱費）

- ※ 診療所は「設備関係費」、「研究研修費」及び「経費」の科目は設けず「その他の医業費用」の科目を設ける。

○ 控除対象外消費税等負担額

○ 本部費配賦額

- ※ 診療所の「水道光熱費」、「控除対象外消費税等負担額」及び「本部費配賦額」はその他の医業費用の内数として記載。

○ 医業利益（又は医業損失）

○ 医業外収益（受取利息及び配当金、運営費補助金収益、施設設備補助金収益）、○ 医業外費用（支払利息）

○ 経常利益（又は経常損失）

○ 臨時収益、○ 臨時費用

○ 税引前当期純利益（又は税引前当期純損失）

○ 法人税、住民税及び事業税負担額

○ 当期純利益（又は当期純損失）

○ 職種別の給料及び賞与並びにその人数 ※ ※病床機能報告で分かる情報は当該報告の情報を活用

- 職種 医師、歯科医師、薬剤師、看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）、その他の医療技術者等（診療放射線技師、臨床工学技士、臨床検査技師、リハビリスタッフ（理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士）、歯科衛生士、歯科技工士、栄養士等（管理栄養士、栄養士、調理師）、社会福祉士、精神保健福祉士、保育士、看護補助者、事務（総務、人事、財務、医事等）担当職員、医師事務作業補助者、診療情報管理士、その他の職員）

◆社会福祉法人の財務諸表等電子開示システム（WAM NET）

社会福祉法人の現況報告書等情報検索

このウェブサイトでは、全国社会福祉法人に関する現況報告書等（現況報告書、計算書類及び社会福祉充実計画）の情報を公表しています。
さまざまな条件で社会福祉法人を検索し、当該法人に関する現況報告書等の情報を閲覧することができます。
※ 現況報告書等の開催については、社会福祉法人が所轄庁へ届出を行ったのみ、7～10日程度で公表されます。

地図から探す

各法人を地図から検索可能

集約結果を公表

社会福祉法人の現況報告書等の集約結果

社会福祉法人の財務諸表等電子開示システムにより社会福祉法人が所轄庁に届出を行った現況報告書等（現況報告書、計算書類及び社会福祉充実計画）の内容について集約した結果を公表しています。

集約結果を見る

2018年度版はこちら
2017年度版はこちら

各法人を法人名、住所等から検索可能

《システムを利用する社会福祉法人専用》

システムログイン
システム関係連絡先はこちら

法人名から探す

例：「〇〇会」
(オプション) 住所で絞り込み
例：「〇〇県〇〇市」
検索

事業所名から探す

例：「〇〇事業所」
(オプション) 住所で絞り込み
例：「〇〇県〇〇市」
検索

住所から探す

例：「〇〇県〇〇市」
検索

サービスから探す

検索画面へ

法人番号から探す

例：「0123456789012」
検索

(参考) 法人詳細情報の例

WAM NET 社会福祉法人の財務諸表等電子開示システム

社会福祉法人の現況報告書等情報検索 法人詳細情報

法人詳細情報

法人基本情報

法人番号	
法人の名称	
法人の所在地	地図を開く
電話番号	
ホームページ	ホームページへ
メールアドレス	

※ 現況報告書の法人基本情報の内容を掲載しています。

事業所一覧

事業所の名称	事業所の所在地	サービスの種類
▶		地図を開く
▶		地図を開く
▶		地図を開く
▶		地図を開く

現況報告書等のダウンロード

報告年度	現況報告書	計算書類	社会福祉充実計画
令和4年度	ダウンロード	ダウンロード	なし
令和3年度	ダウンロード	ダウンロード	なし
令和2年度	ダウンロード	ダウンロード	なし
平成31年度	ダウンロード	ダウンロード	なし
平成30年度	ダウンロード	ダウンロード	なし
平成29年度	ダウンロード	ダウンロード	なし

※ ダウンロードした資料に関するお問い合わせは、当該社会福祉法人に直接お問い合わせください。

定款等のダウンロード

報告年度	定款	役員等名簿	報酬等の支給の基準
令和4年度	ダウンロード	ダウンロード	ダウンロード

◆ 現況報告書の例

3. 当該会計年度の初日における理事の状況

(1)理事の定員		(2)理事の現員		(3-12)理事全員の報酬等の総額(前会計年度実績) (円)		2 特例無	
(3-1)理事の氏名	(3-2)理事の役職(注)	(3-3)理事長への就任年月日	(3-4)理事の常勤・非常勤	(3-5)理事選任の評議員会議決年月日	(3-6)理事の職業		(3-7)理事の所轄庁からの再就職状況
	(3-8)理事の任期		(3-9)理事要件の区分別該当状況			(3-10)各理事と親族等特殊関係にある者の有無	(3-11)理事報酬等の支給形態
			2 非常勤			2 無	
	～		2 非常勤			2 無	
			2 非常勤			2 無	
	～		2 非常勤			2 無	
			2 非常勤			2 無	
	～		2 非常勤			2 無	
			2 非常勤			2 無	
	～		2 非常勤			2 無	

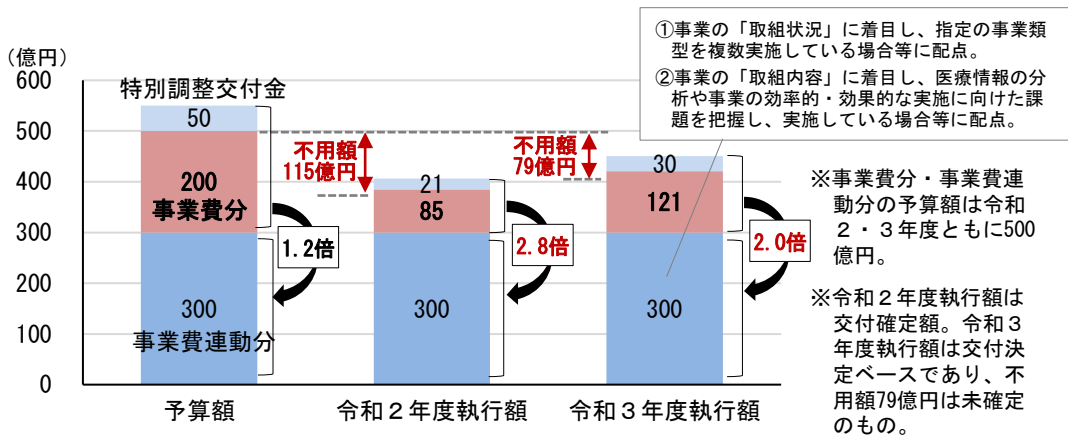
(注)「(3-2)理事の役職」のうち、「理事長」とは、社会福祉法45条の13第3項で規定する理事長(会長等の他の役職名を使用している法人がある。)である。
「業務執行理事」とは、社会福祉法45条の16第2項第2号で規定する業務執行理事(常務理事等の他の役職名を使用している法人がある。)である。

6. 当該会計年度の初日における職員の状況

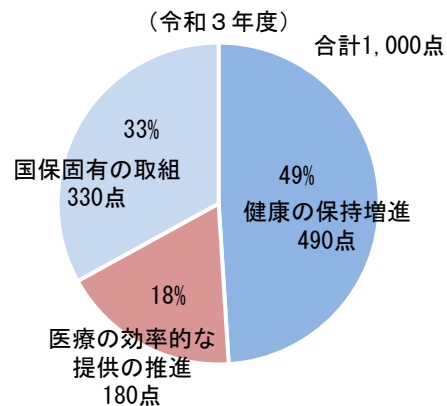
(1)法人本部職員の人数			
①常勤専従者の実数	②常勤兼務者の実数	③非常勤者の実数	
	常勤換算数	常勤換算数	
(2)施設・事業所職員の人数			
①常勤専従者の実数	②常勤兼務者の実数	③非常勤者の実数	
	常勤換算数	常勤換算数	

- 「国民健康保険保険者努力支援交付金」は、事業費分・事業費連動分550億円と取組評価分1,000億円からなる。
- 前者について、事業の執行に応じて事業費を交付するとともに、その1.2倍の事業費連動分を連動して交付する仕組みであるが、事業費連動分は全都道府県で按分して分配しており、事業執行が不調であるにもかかわらず、事業費分に比して多額の交付となっている都道府県も見受けられる。**仕組みを改めるとともに、不用の状況を踏まえて予算を縮減すべき。**
- 後者について、①**保険者の役割である「医療の効率的な提供」の評価指標の配点割合が低い**、②**ほとんど大半の保険者が達成している指標が存在する**、③**点数が高い自治体について医療費が低いという相関関係が見られない**、といった課題があり、**指標の見直しを図るとともに、その予算額についても圧縮を図るべきである。**

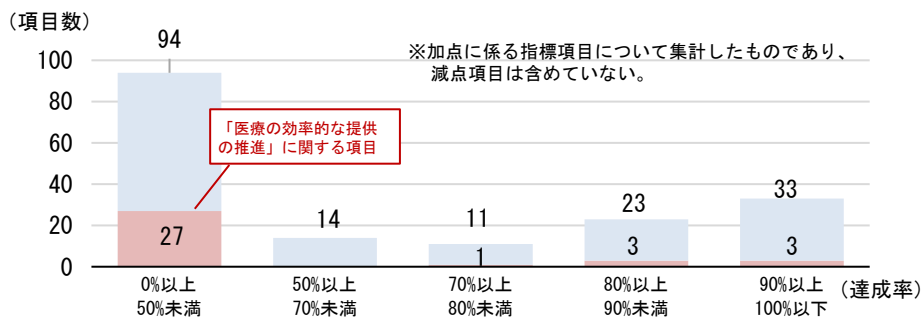
◆事業費分・事業費連動分の予算額執行状況



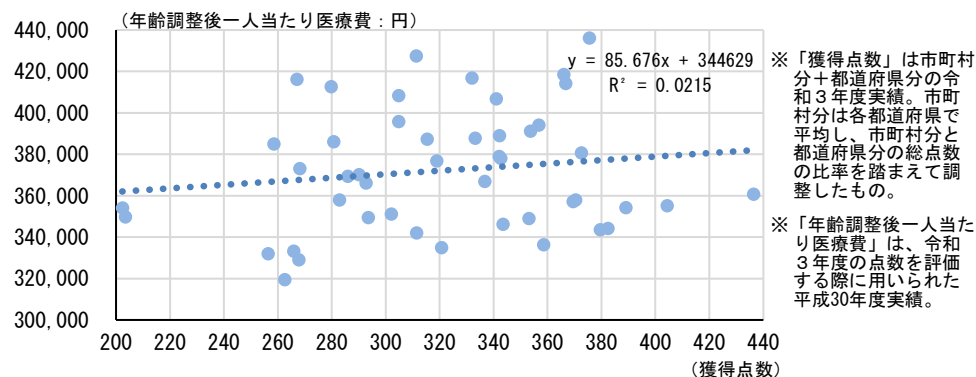
◆取組評価分（市町村分）の配点割合



◆取組評価分（市町村分+都道府県分）の各指標ごとの達成状況 (令和3年度)

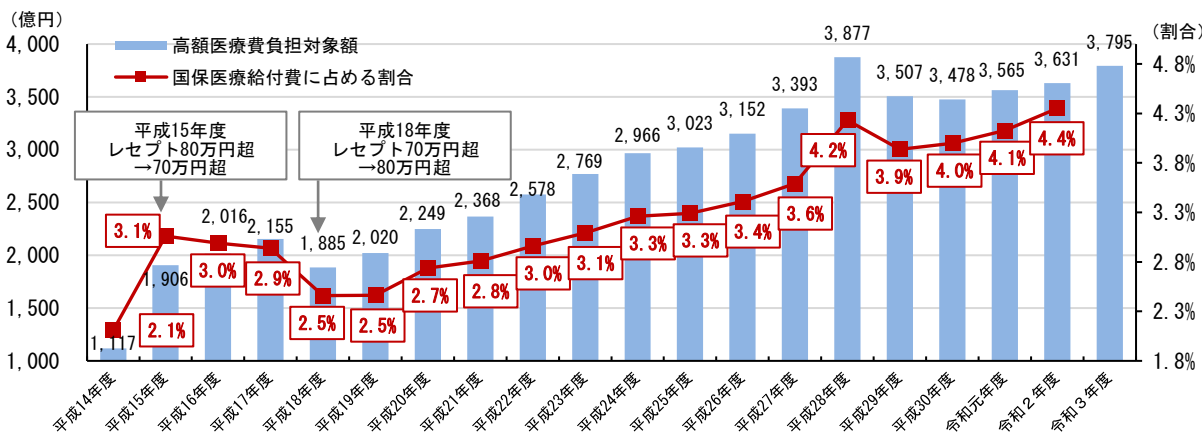


◆取組評価分（市町村分+都道府県分）の獲得点数と医療費の関係



- 高額医療費負担金は、高額な医療費（1件80万円超）が発生した場合の国民健康保険財政の影響を緩和するため、国と都道府県が高額医療費負担対象額の1/4ずつを負担する、保険者支援のための負担金（国費950億円）。
※医療費の家計負担が重くならないよう、医療機関や薬局の窓口で支払う医療費が上限額を超えた場合、その超えた額を支給する「高額療養費制度」とは異なるもの。
- 現行法に規定された国保医療給付費に占める高額医療費負担対象額の割合の増加や都道府県化による国保財政の安定化を踏まえ、平成18年度の割合を大きく下回るよう、対象となるレセプトの金額基準の引上げを速やかに実施し、予算規模を大幅に縮減すべきである。
- 現在、取組を進めている保険料水準の統一や高額医療費の共同負担の仕組みにより、高額医療費負担金が果たす機能は現時点においても極めて限定的であり、いずれその役割を終える。国保運営の予見可能性を高めるためにも、廃止に向けた道筋を工程化すべきである。

◆ 高額医療費負担対象額及び国保医療給付費に占める割合の推移

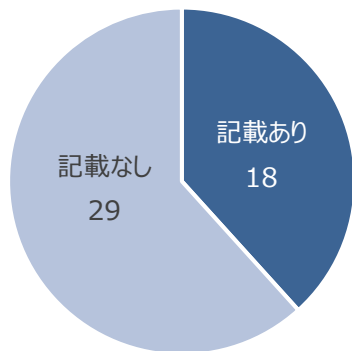


◆ 国民健康保険法（抄）

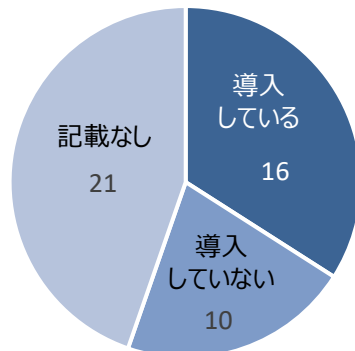
第70条

3 国は、第一項に定めるもののほか、政令で定めるところにより、都道府県に対し、被保険者に係る全ての医療に関する給付に要する費用の額に対する高額な医療に関する給付に要する費用の割合等を勘案して、国民健康保険の財政に与える影響が著しい医療に関する給付として政令で定めるところにより算定する額以上の医療に関する給付に要する費用の合計額（＝高額医療費負担対象額）の四分の一に相当する額を負担する。

◆ 国保運営方針等における保険料水準の統一時期等に関する記載の有無



◆ 高額医療費を共同負担する仕組みの都道府県の導入状況



※国保運営方針における記載から整理・集計したもの。
※「導入している」は、高額医療費負担金・特別高額医療費共同事業以外の共同負担の仕組みの導入を明記している都道府県数（令和4年度から実施することを明記している都道府県も含む）。
※「導入していない」は、共同負担の仕組みを導入しないことを明記している都道府県数。

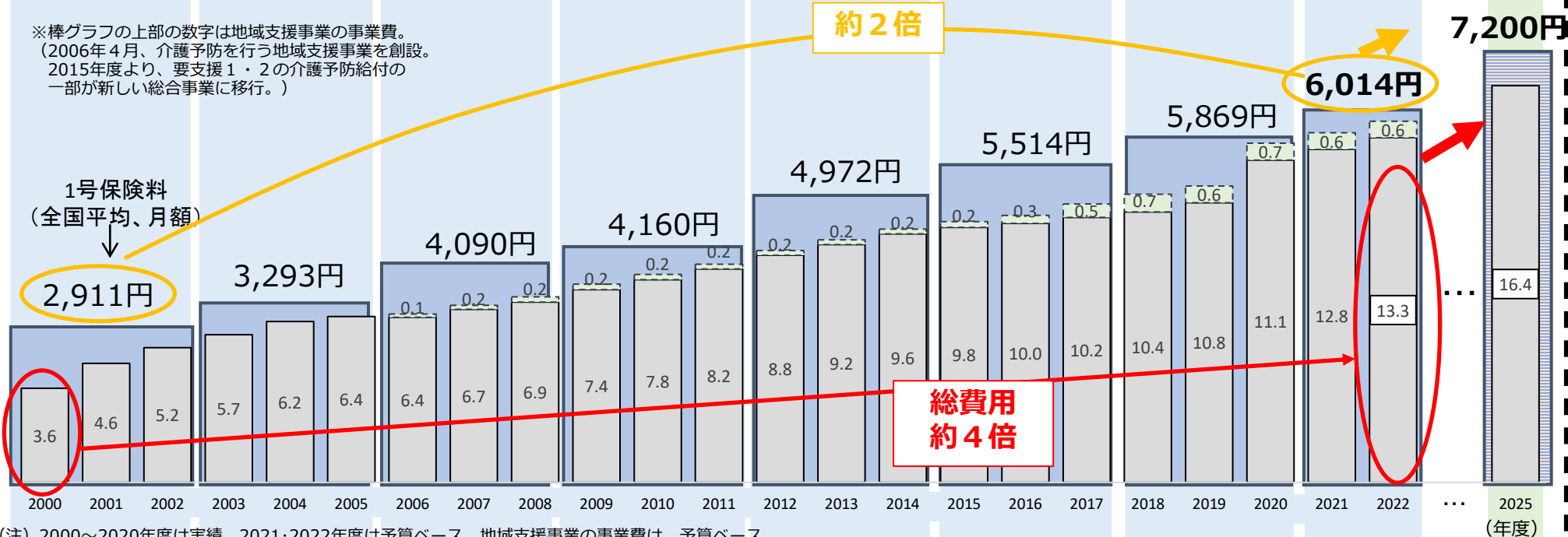
高額医療費負担金制度の主な経緯

昭和58年度	国民健康保険団体連合会を実施者とする「高額医療費共同事業」を創設（対象は1件当たり100万円超）。
昭和63年度	法改正し国民健康保険団体連合会へ補助できる旨を規定。国は事務費を交付、都道府県は事業費を交付。対象を1件80万円超に拡充。2年間の暫定措置。
平成15年度	法定化（附則）し、国・都道府県は1/4負担。対象を70万円超に拡充。平成17年度までの措置。
平成18年度	対象を80万円超に見直し。平成21年度まで継続。
平成27年度	事業を恒久化（平成24年度法改正）。
平成30年度	「高額医療費負担金」として、高額医療費を継続して公費により支援。

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。)

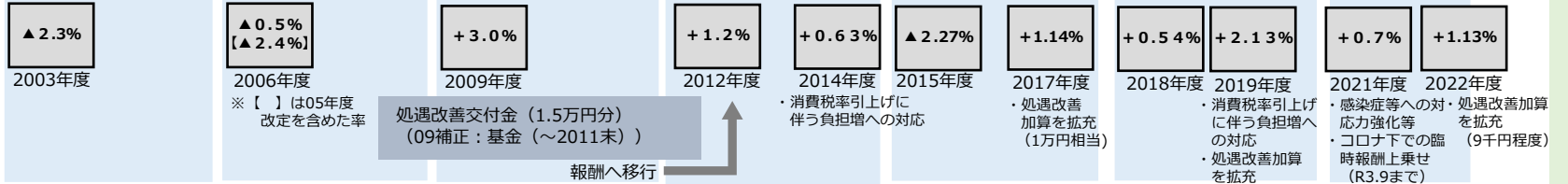


(注) 2000～2020年度は実績、2021・2022年度は予算ベース。地域支援事業の事業費は、予算ベース。
 2025年度については、「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」（内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 2018年5月21日）の推計値（保険料は2018年度賃金換算）。

利用者負担の推移

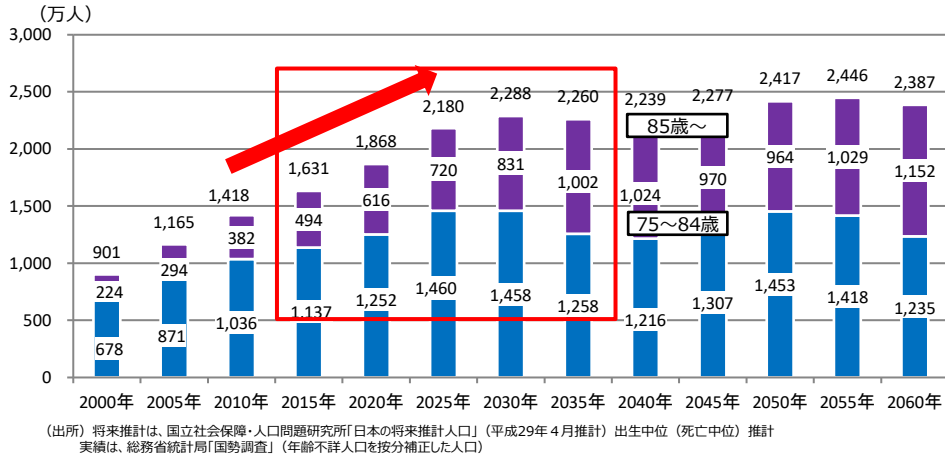


介護報酬改定

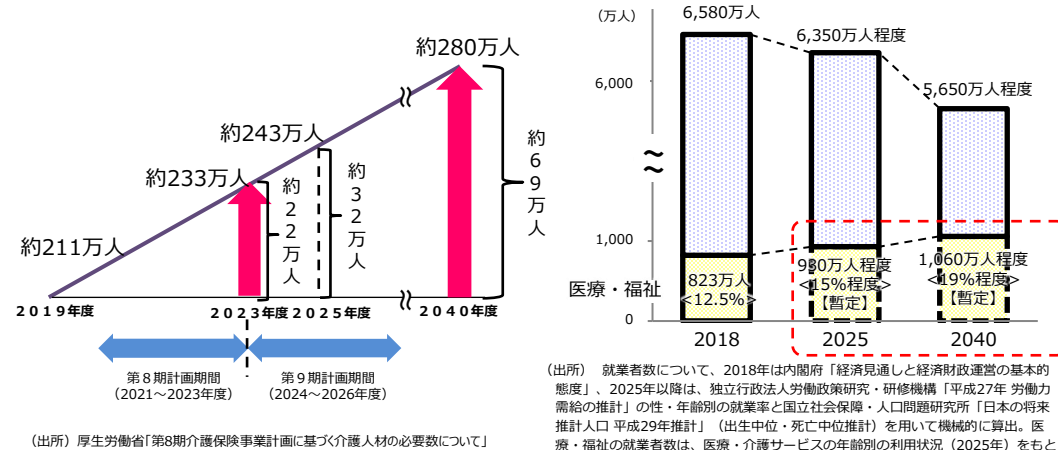


- 今後については、**75歳以上の高齢者が2030年頃まで増加**し、その後も要介護認定率や1人当たり介護給付費が殊更に高い**85歳以上人口が増加**していくことが見込まれる。
- 介護需要の増加に応じて、**介護人材の必要数も増大**するが、人口減少が進む中で、**介護現場の生産性の向上**を図ることが出来れば、**効率的な人員配置や現場で働く方々の処遇改善**にもつながる。

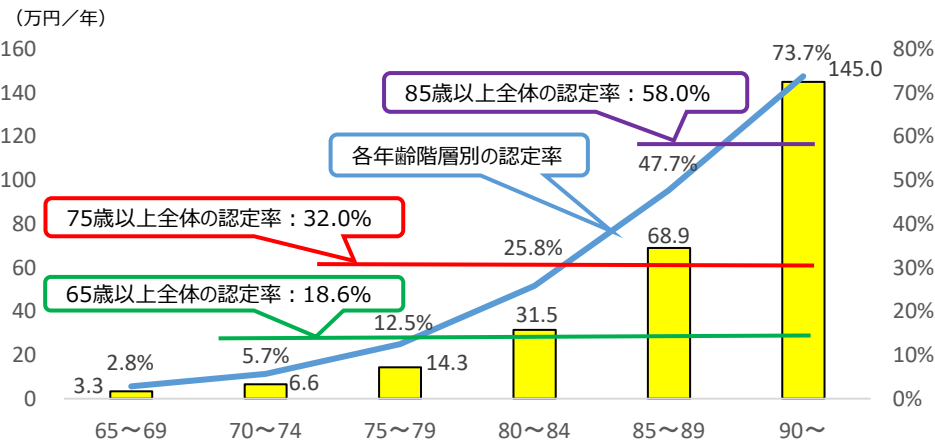
◆75歳以上の人口の推移



◆第8期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数、就業者数の推移



◆年齢階層別の要介護認定率・一人当たり介護給付費(年額)



(出所) 要介護認定率は2021年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2021年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から厚生労働省作成
1人あたり介護給付費は2021年度「介護給付費等実態統計」及び2021年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から厚生労働省作成
(注) 高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費は含まない。補足給付に係る費用は、サービスごとに年齢階層別受給者数に応じて按分。

◆全世代型社会保障構築会議 議論の中間整理(抄)(令和4年5月17日)

- 給付は高齢者中心、負担は現役世代中心となっているこれまでの社会保障の構造を見直し、将来世代へ負担を先送りせずに、**能力に応じて皆が支え合うことを基本としながら、それぞれの人生のステージに応じて必要な保障をバランスよく確保することが重要である。**
- 医療サービスの質の向上、人材配置の効率化、働き方改革等の観点から、
 - ・介護・福祉サービス(障害、児童福祉など)における**ICTの活用**や資格の養成課程の見直しなど
 - ・看護、介護、保育などの**現場で働く人の処遇改善**を進めるに際して事業報告書等を活用した**費用の見える化**などの促進策のパッケージ
 - ・処遇改善も勘案した**タスクシェア・タスクシフティング**や**経営の大規模化・協働化**も進めるべきである。

- 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に向けて早急に結論を得るべく、検討していくべきである。

◆利用者負担のこれまでの経緯

一定所得以上の利用者負担の見直し【平成27年8月施行】

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

現役世代並みの所得のある者の利用者負担割合の見直し【平成30年8月施行】

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

◆利用者負担の区分

1割負担	下記以外の者 (92%)
2割負担	合計所得金額160万円以上の者 (5%) (かつ単身で年金収入+その他合計所得金額280万円以上(夫婦世帯:346万円以上))
3割負担	合計所得金額220万円以上の者 (4%) (かつ単身で年金収入+その他合計所得金額340万円以上(夫婦世帯:463万円以上))

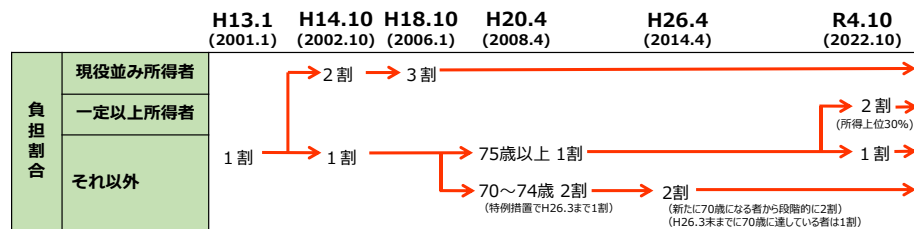
(注) %は、要介護(支援)認定者に占める割合(「介護保険事業状況報告」令和3年3月暫定版より)

◆利用者負担割合の推移

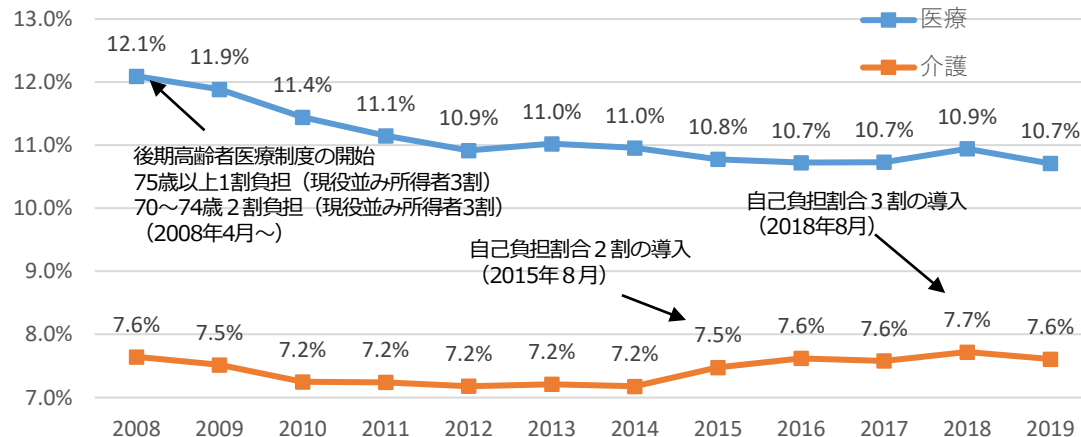
介護保険の利用者負担



(参考) 医療保険の患者負担(70歳以上の高齢者)



◆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。

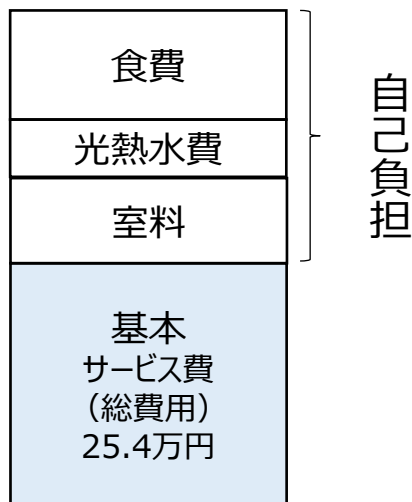
(出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」、「医療保険に関する基礎資料」

多床室の室料負担の見直し①

- 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）。**2015年度に、介護老人福祉施設（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実施。**
- 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。**

介護老人福祉施設（特養老人ホーム）

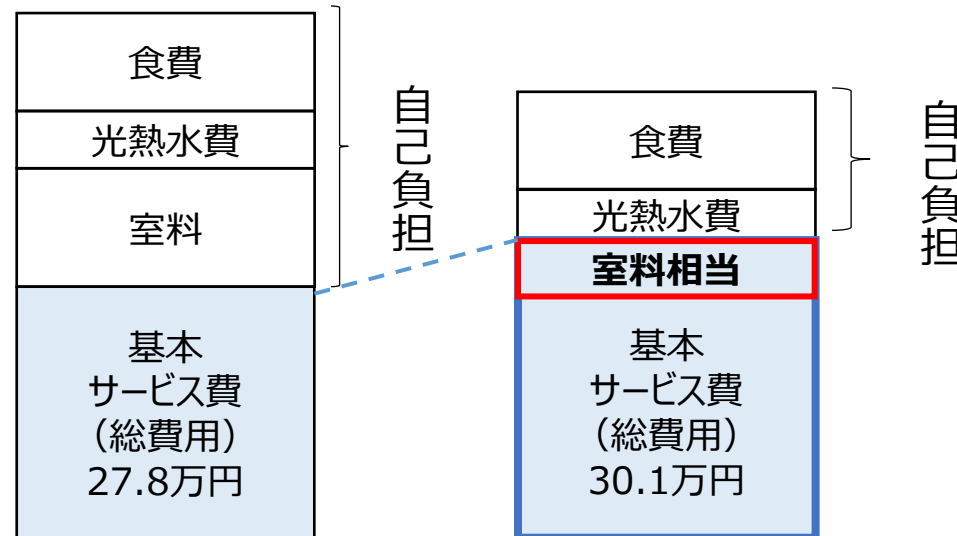
特養は2015年度改定で多床室の室料をサービス費から除外し、個室と多床室の報酬水準は同額。



個室・多床室

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。



個室

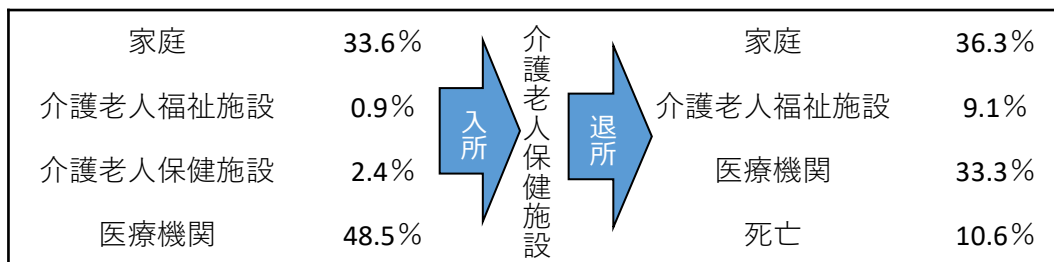
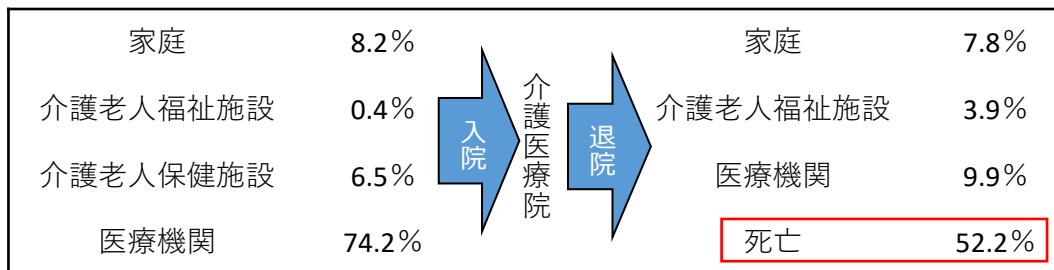
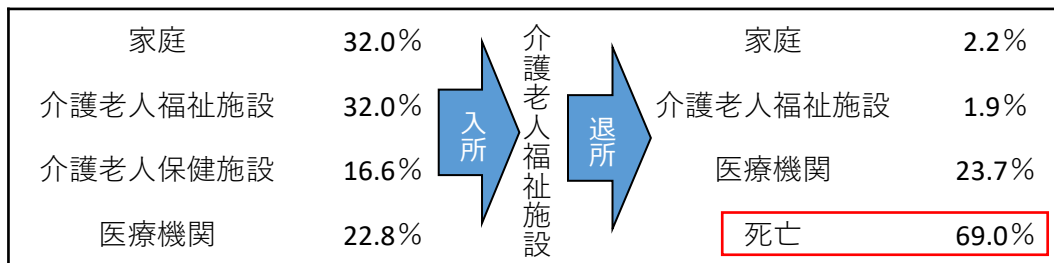
多床室

（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）

多床室の室料負担の見直し②

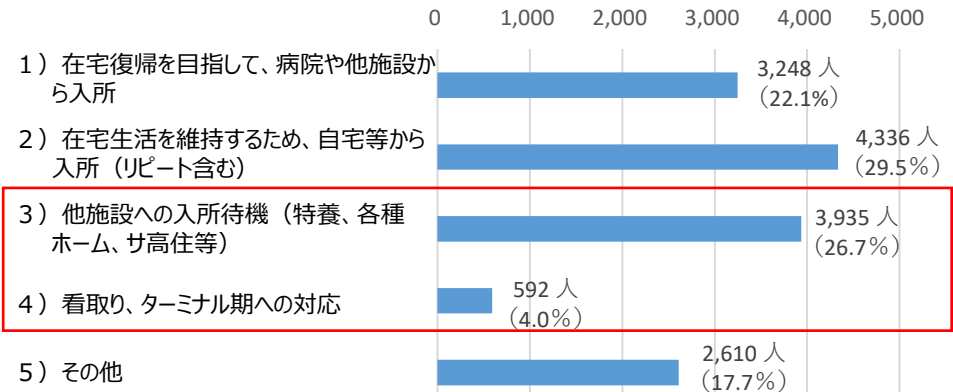
- **介護医療院**は、介護老人福祉施設（特養老人ホーム）と同様、家庭への復帰は限定的であり、**利用者の「生活の場」となっている**。
- **介護老人保健施設**は、施設の目的が「居宅における生活への復帰を目指すもの」とされ、少なくとも3か月ごとに退所の可否を判断することとされている。しかし、一般的な医療機関でも長期入院の基準が180日となっている中で、介護老人保健施設の**平均在所日数は300日を超えている状況**。入所者全体で**3か月を超えて入所している利用者が77%、180日超が63%、1年超は46%**となっている（令和元年9月末時点）。
- さらに、**入所当初の利用目的が「他施設への入所待機」や「看取り・ターミナル期への対応」という利用者が3割**となっており、長期入所者の退所困難理由でも**「特養の入所待ちをしている」が38%、「家族の希望」が25%**となっている。
- こうした状況を踏まえ、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。

◆介護保険施設における入所者・退所者の状況



(出所) 令和元年介護サービス施設・事業所調査結果

◆介護老人保健施設の入所サービス利用者の利用目的



(出所) 「介護老人保健施設における多職種連携を通じた在宅復帰・在宅支援等に関する調査研究事業 報告書」全国老人保健施設協会（令和4年3月）

◆長期入所者における退所の困難理由（住宅強化型）

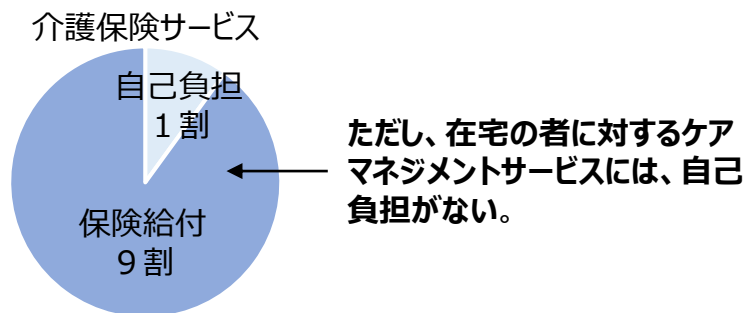
- 認知度が重度である：20.6%
- 自宅等では療養困難な医療処置を必要とする：7.3%
- 自宅等では療養困難な精神疾患を有する：1.6%
- 特養の入所待ちをしている：38.1%
- 在宅生活を支える介護サービスが乏しい：5.1%
- 家族の希望：25.0%
- その他：6.7%

(出所) 「介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の強化へ向けて」全国老人保健施設協会（平成30年3月）

ケアマネジメントの利用者負担の導入①

- 介護保険サービスの利用にあたっては一定の利用者負担を求めているが、**居宅介護支援（ケアマネジメント）**については、介護保険制度の導入にあたり、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、利用者負担を取らない例外的取扱いがなされてきた。他方、現状では、**事業所数・受給者数が制度創設時と比較して倍以上に増加するなど、既に相当程度、定着している状況。**
- 介護老人福祉施設（特養老人ホーム）等の介護施設において介護支援専門員（ケアマネジャー）が行う施設サービス計画の作成等に係る費用については、基本サービスの一部として利用者負担が存在しているため、**施設と在宅の間で公平性が確保されていない。**

◆ 保険給付と自己負担の割合



(注1) 通常の介護サービスの自己負担は、所得に応じて1～3割になる。

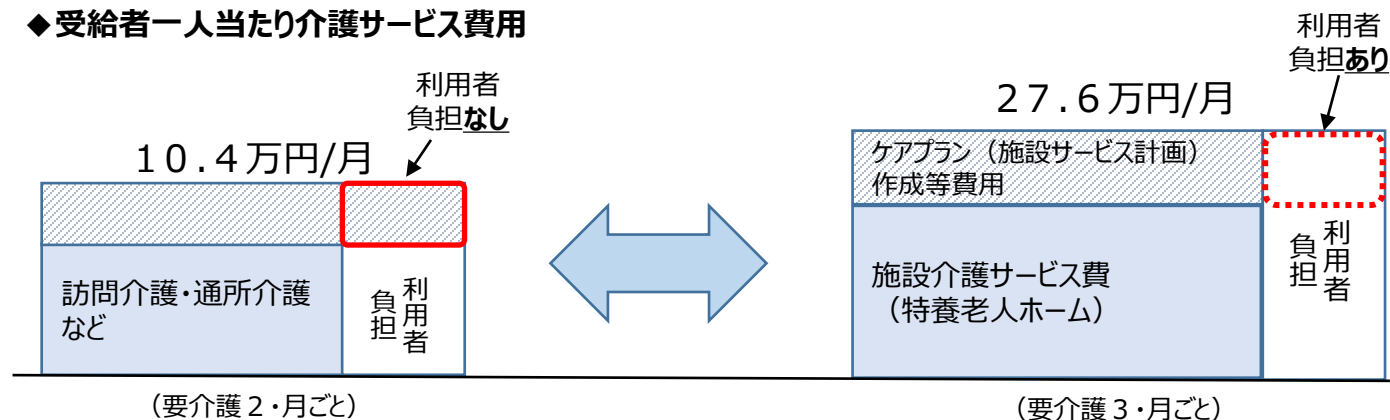
(注2) ケアマネジメントにかかる費用は4,883億円（1件あたり費用は14,700円程度）。（令和2年度介護給付費等実態統計）

◆ ケアマネジメントサービスの請求事業所数・受給者数

	2003年5月	2021年4月
事業所数	18,582件	43,487件
受給者数	129万人	356万人

(出所) 介護給付費等実態統計

◆ 受給者一人当たり介護サービス費用



(注) 令和2年度介護給付費等実態統計の令和3年4月審査分における受給者1人当たり費用額から粗く計算できる自己負担額は1,500円程度。

ケアマネジメントの利用者負担の導入②

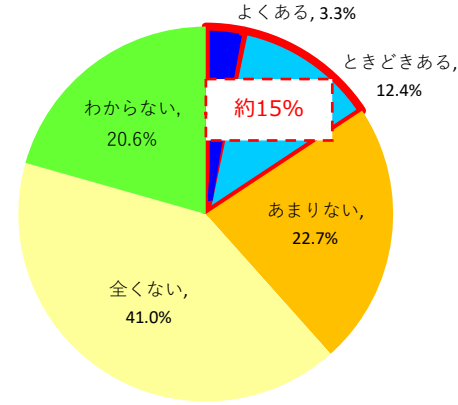
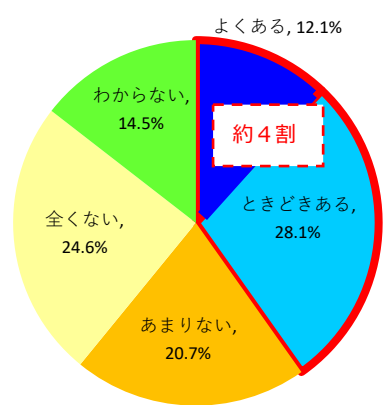
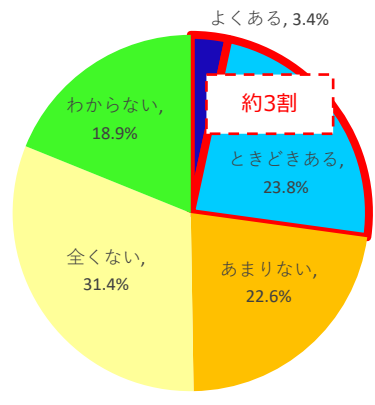
- 制度創設時、ケアプラン作成は「高齢者の自立を支援し、適切なサービスを確保するため、…そのニーズを適切に把握したうえで、ケアプランを作成し、実際のサービス利用につながるもの」とされていたが、その趣旨にそぐわない実情も見られる。
- 具体的には、「事業者と利用者（家族）でサービスを決めてきて、後からプラン作成だけ依頼された」という経験を見聞きしたケアマネジャーが約3割いるなど、**ケアマネジャーが本来果たすべき役割が軽視されている事例が確認されている**。また、居宅介護支援事業所の約9割が他の介護サービス事業所に併設しており、「法人・上司からの圧力により、自法人のサービス利用を求められた」とい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、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、**ケアマネジメントの意義を認識するとともに、サービスのチェックと質の向上にも資するため、第9期介護保険事業計画期間から、ケアマネジメントに利用者負担を導入すべきである**。

◆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」

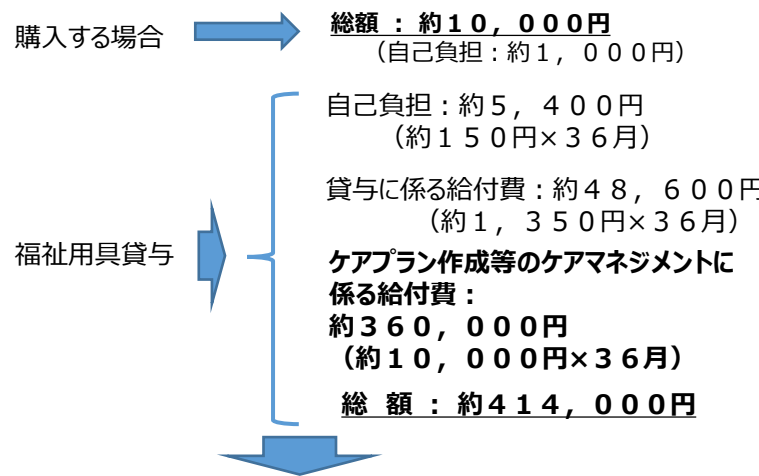
事業者と利用者（家族）でサービスを決めてきて、後からプラン作成だけ依頼された

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



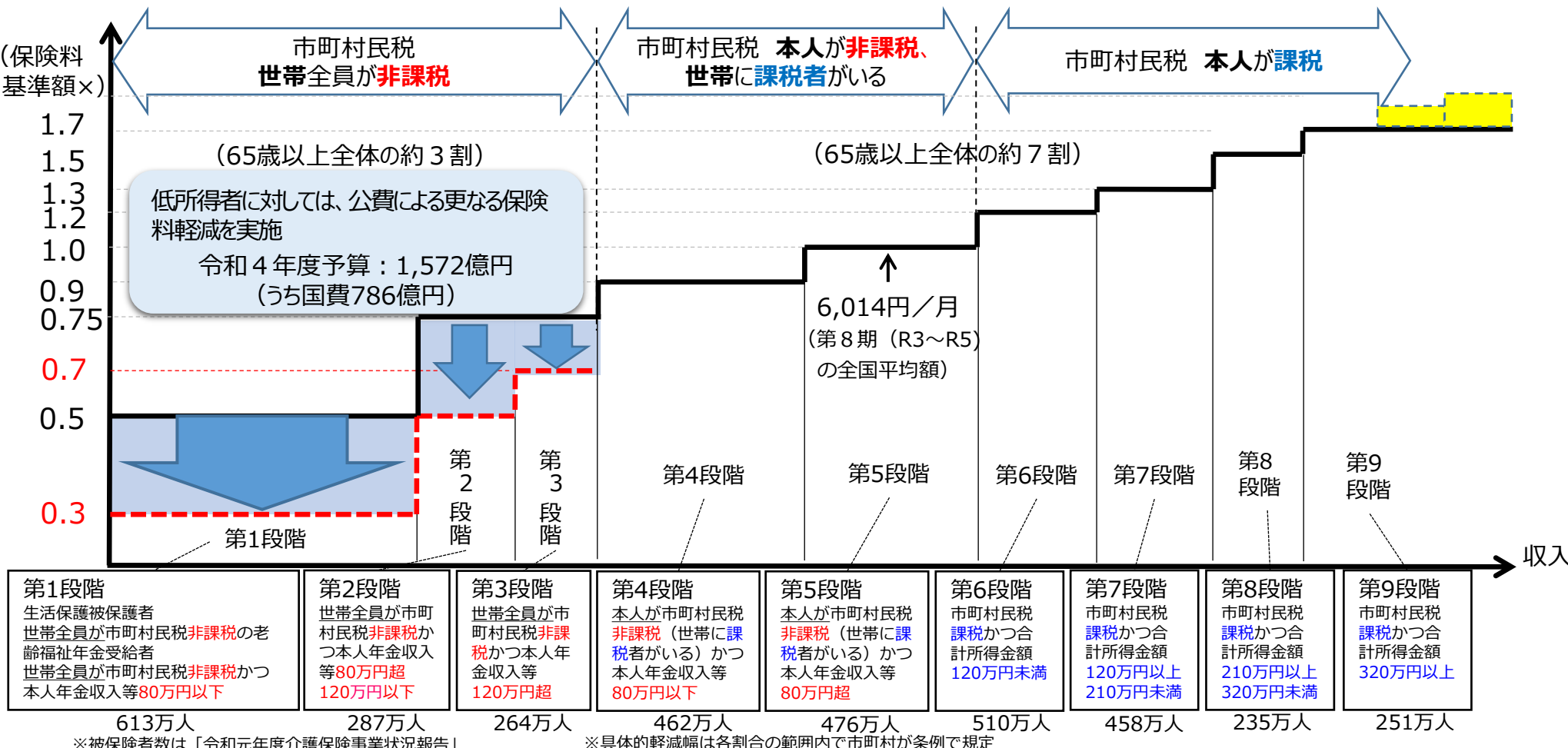
購入する場合と比べて約40万円以上の費用を要している
※ 令和2年度予算執行調査によれば、福祉用具貸与のみのケアプランの割合は6.1%。

(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」
一般社団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構 (令和2年3月)

福祉用具について、利用者本人の希望による購入を認めるべきではないか。それにより、ケアマネジメントの費用についても圧縮できるのではないか。

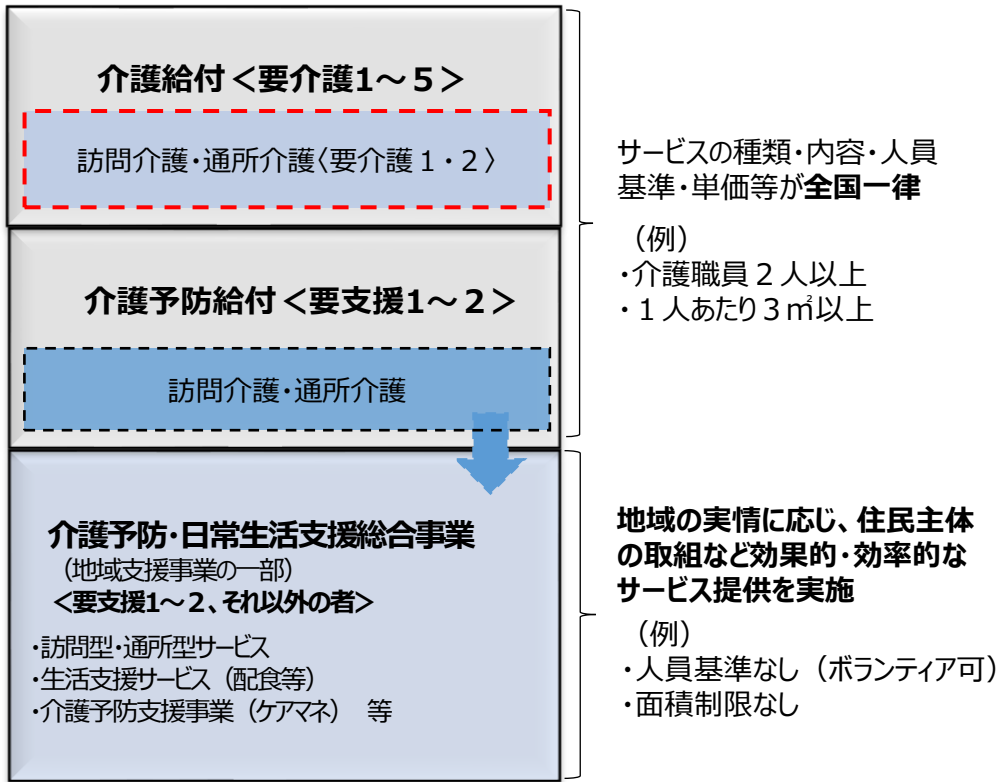
介護保険の第1号保険料負担の見直し

- 介護保険第1号保険料は、保険者ごとに介護サービスの利用見込み等を踏まえて基準額（第8期の全国平均額は6,014円）を設定した上で、所得段階別の保険料を決定。**基本的に、基準額を上回る増額分の合計（高所得者の追加的な負担）と、基準額を下回る減額分の合計（低所得者の負担軽減）を均衡させることとなっている。**
- これに対し、低所得者の保険料負担の軽減を強化するため、平成27年度より、**公費による更なる負担軽減を実施**（平成27年4月：一部実施（第1段階を0.05ポイント引下げ）、令和元年10月：完全実施）。
- 今後、高齢化の進展による第1号被保険者数の増加や、給付費の増加に伴う保険料の上昇が見込まれる中で、低所得者の負担軽減に要する公費の過度な増加を防ぐため、**負担能力に応じた負担の考え方に沿って、高所得の被保険者の負担による再分配を強化すべき。**

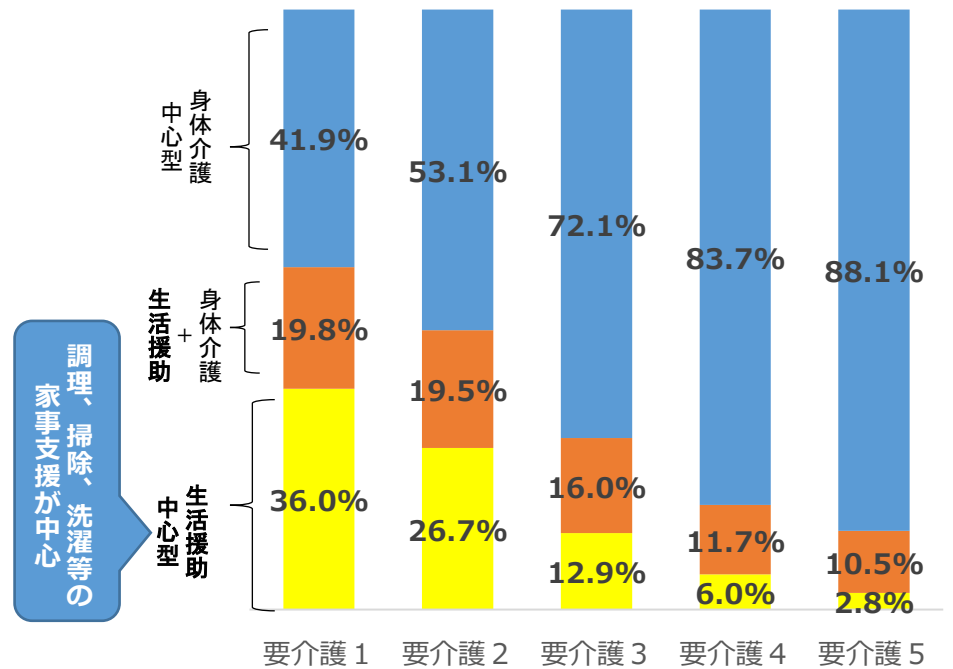


- 要支援者に対する訪問介護・通所介護については、地域の実情に応じた多様な主体による効果的・効率的なサービス提供を行う観点から、地域支援事業へ移行（2018年3月末に移行完了）。
- 今後も介護サービスの需要の大幅な増加が見込まれる中、生活援助型サービスをはじめ、全国一律の基準ではなく、**人員配置や運営基準の緩和を通じて、地域の実情に合わせた多様な人材や資源の活用を図り、必要なサービスを提供するための枠組みを構築する必要。**
- 第9期介護保険事業計画に向けて、**要介護1・2への訪問介護・通所介護についても地域支援事業への移行を目指し、段階的にでも、生活援助型サービスをはじめ、地域の実情に合わせた多様な主体による効果的・効率的なサービス提供を可能にすべくである。**

◆介護給付と地域支援事業



◆訪問介護サービスの提供状況 ※訪問回数

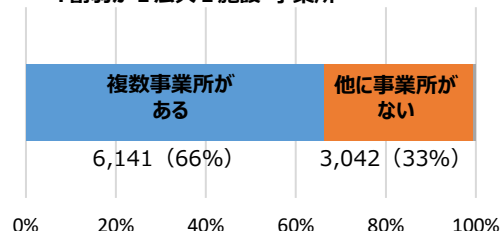


(出所) 厚生労働省「介護給付費等実態統計」(2020年5月～2021年4月審査分)

- 現状、介護サービスの経営主体は小規模な法人が多く、業務の効率化も不十分。他方、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。
- 介護分野では主として収入面が公定価格によって規定される以上、費用面の効率化が重要であり、国や自治体が先進・優良事例を示して、備品の一括購入、請求事務や労務管理など管理部門の共通化、効率的な人員配置といった費用構造の改善、さらにはその実現に資する経営の大規模化・協働化を恣憑していくべき。
- この観点から、社会福祉連携推進法人の設立を更に推進し、事例を示しつつ制度を周知していくことが重要。
- さらに、介護給付費の増大を防ぐ観点から、規模の利益を生かすなど、大規模な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、大規模化・協働化を含む経営の効率化を促す必要。

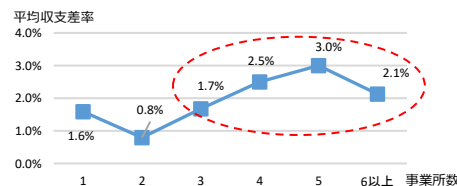
◆介護事業者の経営主体の規模

- 介護サービス事業所・施設の4割弱が1法人1施設・事業所



(出所)「令和2年度介護労働実態調査」介護労働安定センター

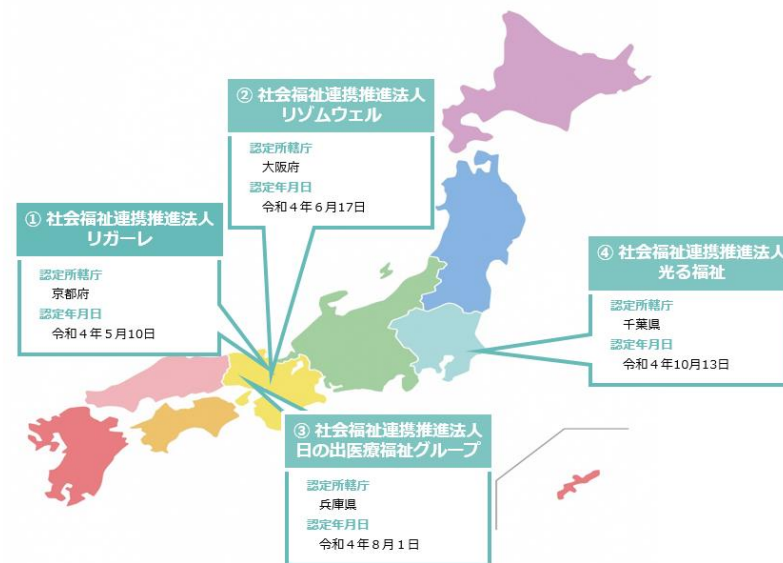
◆社会福祉法人1法人当たりの事業所数と平均収支差率の関係



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

(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

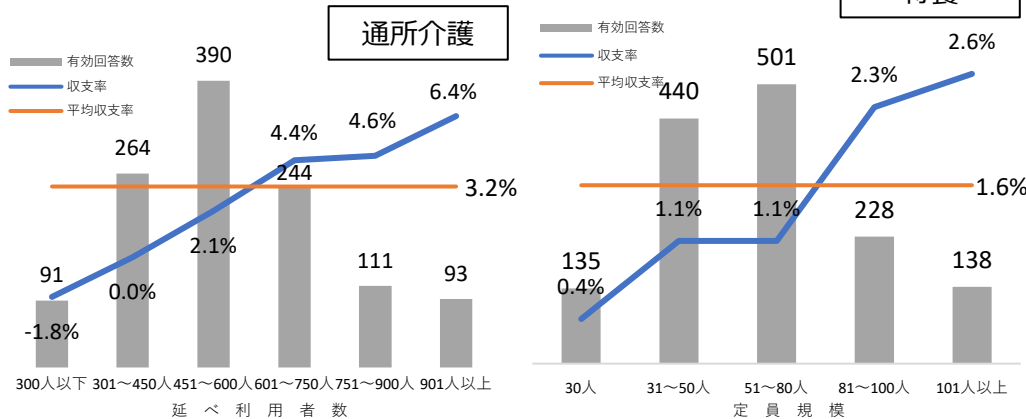
◆社会福祉連携推進法人の設立状況：4法人（令和4年10月時点）



(注) 社会福祉連携推進法人

- 2以上の社会福祉法人等の法人が社員として参画し、参画する社員の過半数は社会福祉法人であることが必要。
- 社員総会（原則1社員1議決権）、理事会（理事6名以上、うち代表理事1名）、社会福祉連携推進評議会（3名以上）等を設置。
- 社員に対し、経営支援や貸付、人材確保支援、物資の供給を行うほか、地域福祉の推進に係る共同での取組や災害発生時の福祉サービスの確保を支援。
- 令和4年4月より認定開始。

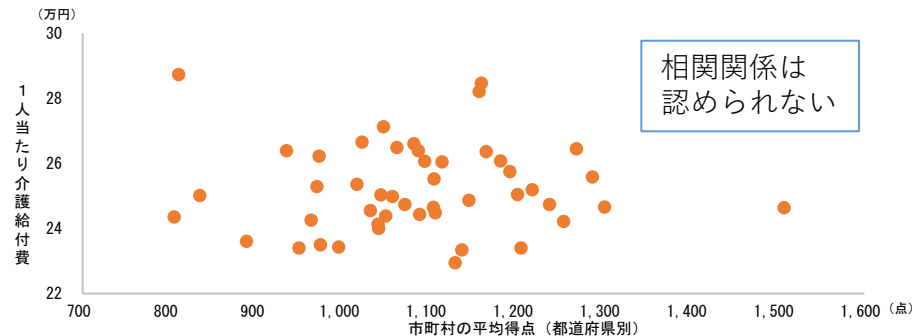
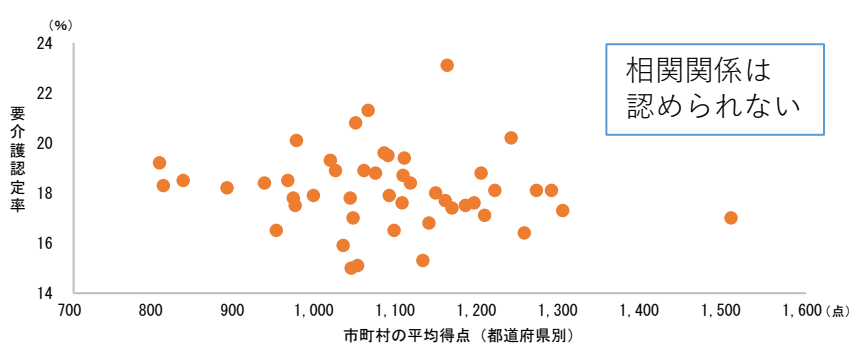
◆規模別 収支状況（通所介護、特養） ※収支率



(出所) 令和2年度介護事業経営実態調査

- インセンティブ交付金（保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金）は、高齢者の自立支援・重度化防止に向けた保険者の取組を推進するものであるが、現状はアウトカム指標の割合が小さいため、評価指標と要介護認定率の改善等の成果が結び付いているとは言い難い。
- さらに、現行の2つの交付金は、同じ評価指標に基づき配点を行っているため、役割が重複している。
- **2つの交付金の間での重複を排除するとともに、介護費用の効率化インセンティブが適切に働くようにするため、介護費用の抑制に直接的につながる指標のみを評価する方向で制度を簡素化しつつ、アウトカム指標への配点の重点化を進めるべき。**
- あわせて、評価の透明性を確保するため、各自治体の指標ごとの点数獲得状況を閲覧できるよう**評価結果を公表し、「見える化」を進めるべき。**

◆令和4年度評価指標における市町村の平均得点（都道府県別）と要介護認定率・1人当たり介護給付費との相関関係



(注) 認定率は、認定率の大小に大きな影響を及ぼす、「第1号被保険者の性・年齢別人口構成」の影響を除外したものであり、令和2年度末の年齢調整後認定率。また、1人当たりの給付月額とは、給付費の大小に大きな影響を及ぼす、「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であり、令和元年度末の1人当たり給付月額。
(出所) 財務省・予算執行調査（令和4年7月公表）

◆評価指標の項目数と配点（令和4年度・令和5年度、市町村分）

	令和4年度		令和5年度	
	推進交付金	支援交付金	推進交付金	支援交付金
項目数	224	97	227	95
うちアウトカム指標	6 (2.7%)	6 (6.2%)	8 (3.5%)	8 (8.4%)
配点	1,375	730	1,355	830
うちアウトカム指標	180 (13.1%)	180 (24.7%)	300 (22.1%)	300 (36.1%)

(注) 括弧内は全体に占めるアウトカム指標の割合。

◆評価指標の例（令和5年度、市町村分）

- 介護給付の適正化事業の主要5事業のうち、いくつ実施しているか。
(←「実施」の基準を明確化すべき)
- 在宅医療・介護連携を推進するため、多職種を対象とした研修会を開催している。
(←定量的な目標を設定すべき)
- 管内の介護事業所に対し、事故報告に関する支援を行っているか。
(←行政による指導等で対応すべき)

介護給付適正化事業の見直し

- 都道府県と市町村が実施する介護給付費の適正化に資する事業（適正化事業）については、平成20年の取組開始以降、見直しが行われていないため、**これまでの取組の実施状況を踏まえ、より効果的なものに見直す必要がある。**
- 「ケアプラン点検」・「住宅改修・福祉用具実態調査」は、実施主体である市町村の事務負担が大きく、人員不足等により事業を実施していても件数が少ないケースが見られるところ、**点検対象とすべき事例を明確化した上で目標水準を設定するなど、確実な実施を図るための見直しを行うべき。**その実施に当たっては、都道府県が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等、都道府県が積極的に市町村支援を行う必要。**
- さらに、1人当たり給付費や要介護認定率等の地域差を是正するためには、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。**
- こうした適正化の取組を推進するため、インセンティブ交付金の見直しとも連動して、**実効性を確保する仕組みを構築すべき。**

◆適正化主要5事業の実施割合と効果額

	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
要介護認定の適正化	91.4%	91.6%	94.1%	94.2%	94.8%
医療情報との突合・縦覧点検	91.7% (10.5億円)	94.7% (9.8億円)	97.5% (10.8億円)	98.0% (13.1億円)	99.0% (11.9億円)
ケアプランの点検	67.1% (3.5億円)	71.9% (2.6億円)	80.7% (0.6億円)	84.7% (1.2億円)	85.9% (0.8億円)
住宅改修・福祉用具実態調査	78.2% (0.1億円)	81.5% (0.1億円)	79.2% (0.1億円)	81.1% (0.1億円)	82.5% (0.1億円)
介護給付費通知	74.2% (0.01億円)	75.1% (0.01億円)	78.7% (0.02億円)	79.4% (0.01億円)	81.3% (0.01億円)

(出所) 厚生労働省老健局介護保険計画課調べ

(注1) 括弧内は、適正化事業実施による効果額（ケアプラン点検のような質の向上、給付費通知のような事業者への牽制効果などを目的として実施する事業の波及効果は含まれない）。

(注2) 平成29年度は、1県が未提出のため、46都道府県で集計した数値。

◆適正化主要5事業の実施が10件以下の保険者数（割合）

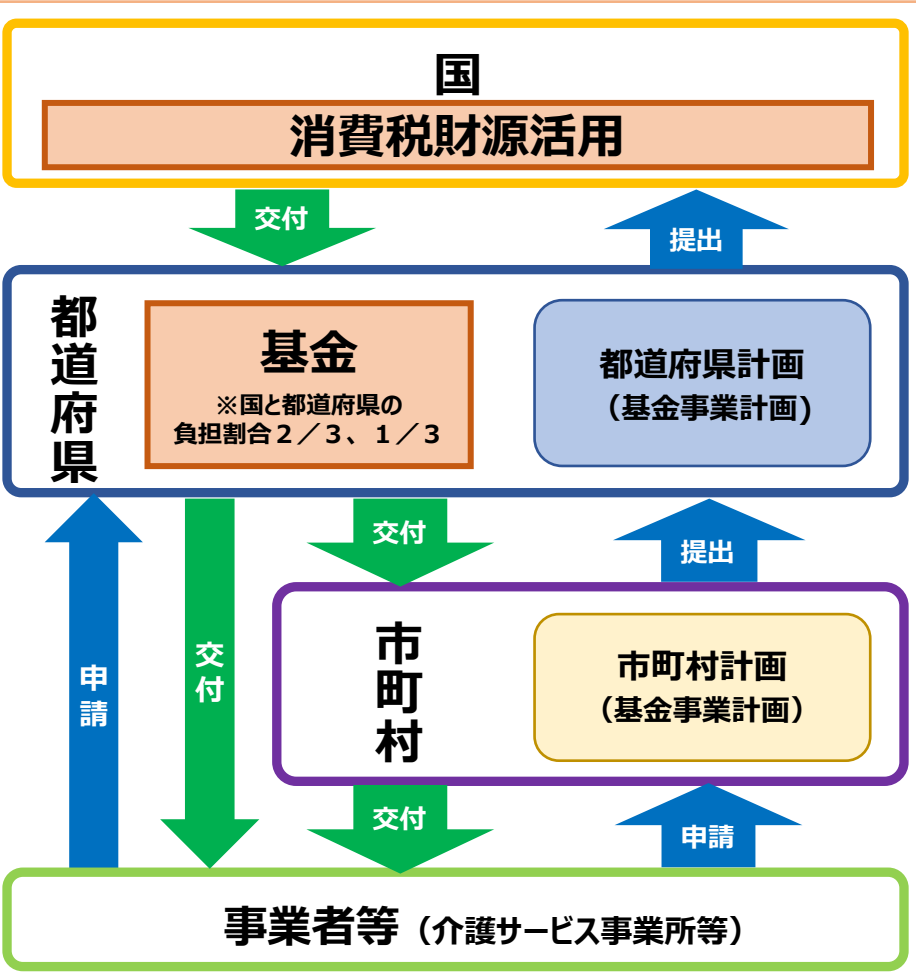
(単位：該当保険者数、実施団体全体からみた割合)

	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%
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%
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%
介護給付費通知	329	28.9%	356	28.8%	355	28.5%

(出所) 財務省・予算執行調査（令和3年9月公表）

※ 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

- 平成27年に、地域における介護施設等の整備に関する事業や介護従事者の確保に関する事業を支援するため、「地域医療介護総合確保基金」（介護分）を各都道府県に設置。
- 毎年度、各都道府県が作成する計画を踏まえて国が必要額を交付し、各都道府県が計画に基づき事業を実施することとなっているが、特に施設整備分については、一部事業の遅延や中止等の理由により、**都道府県の基金に交付済の資金の一部が活用されずに残っている状況。**
- こうした状況を踏まえ、財源の有効活用を図る観点から、都道府県の計画を執行可能な現実的なものにするとともに、新しい事業の実施に当たっては、**都道府県の基金の残高を優先的に活用することとし、その分だけ国からの交付額を削減すべき。**



地域医療介護総合確保基金の対象事業（介護分）

- ### 介護施設等の整備に関する事業（地域密着型サービス等）
- 地域密着型サービス施設等の整備への助成
 - 介護施設の開設準備経費等への支援
 - 特養多床室のプライバシー保護のための改修等による介護サービスの改善
- ### 介護従事者の確保に関する事業
- 参入促進（ボランティアポイント活用支援、介護助手等の普及促進等）
 - 資質の向上（介護人材キャリアアップ研修支援等）
 - 労働環境・処遇の改善（負担軽減に資する介護ロボット・ICTの導入支援等）

◆予算措置額の推移（国費） (単位 億円)

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
施設整備分	467	467	412	412
人材確保分	82	82	137	137

◆都道府県の基金残高の合計（国費ベース、令和3年度末） (単位 億円)

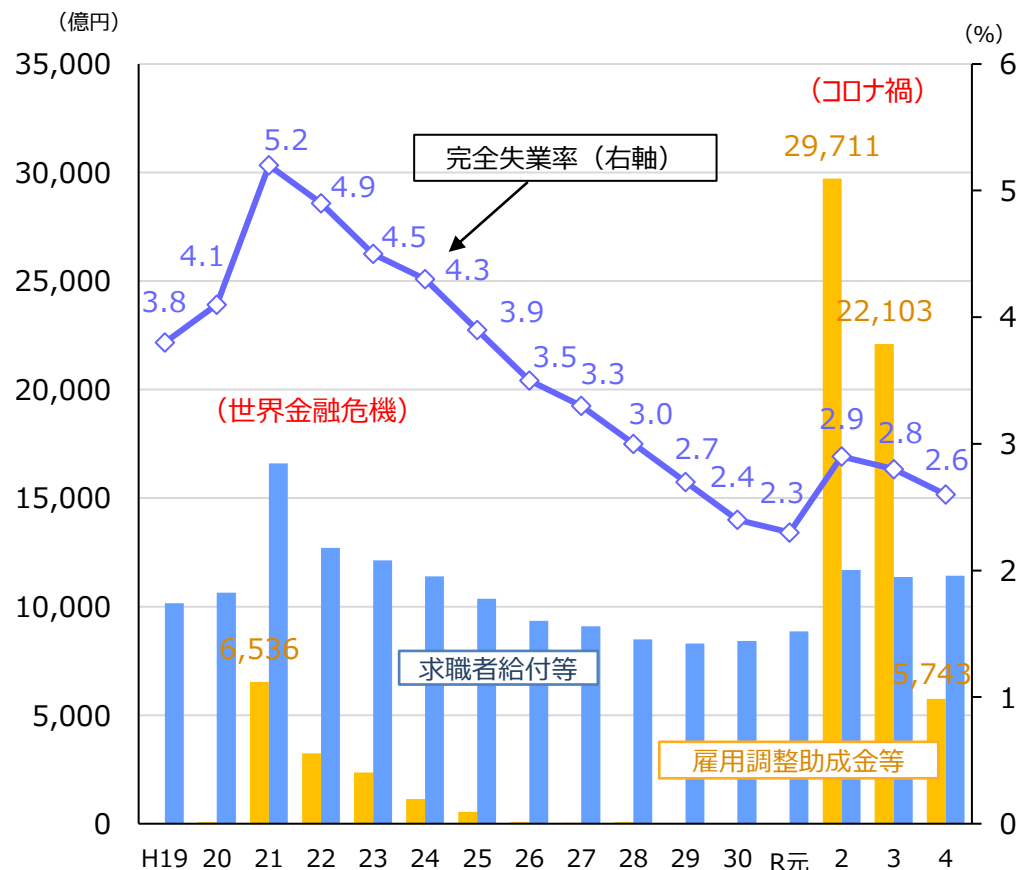
施設整備分	人材確保分
919	127

令和4年度当初予算額の2倍超

- 雇用調整助成金の特例措置については、12月以降、業況の厳しい方に配慮しつつ通常制度に移行することとなったが、雇用保険被保険者以外への対応も含め、これまでに**6.6兆円**が支給され、その**3割を上回る2兆円**を国庫が負担した。
- さらに、**一般会計から労働保険特会（失業等給付）に繰り入れた1.7兆円**は雇用安定事業への貸出を通じて、雇用調整助成金の支給に充てられており、**実質的な国庫負担はさらに大きい**。

◆雇用調整助成金等の推移

◆雇用調整助成金等の支給実績及び一般会計負担額



雇用調整助成金	A	5兆7,508億円
うち一般会計	B	1兆3,168億円 (23%)
休業支援金	C	1,144億円
うち一般会計	D	35億円
緊急雇用安定助成金	E	4,686億円
休業給付金	F	2,284億円
2～4年度計	A+C+E+F	6兆5,622億円
一般会計負担計	B+D+E+F	2兆173億円 (31%)
失業等給付への任意繰入 (→雇用安定事業への貸出)	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	3兆7,596億円

(注) 令和3年度までは決算ベース、4年度は支給決定ベース (令和4年10月28日時点)

⇒ この他、事業の継続・雇用の維持を図るため、主に一般会計の負担で

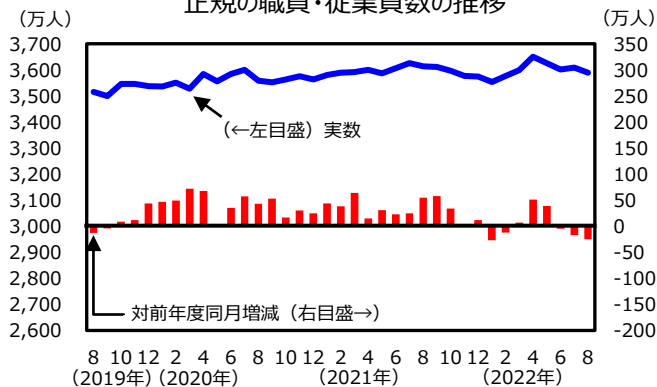
- ・ 持続化給付金 (5.5兆円) 等の各種給付金の支給
- ・ 時短営業に対する協力金の支給 (6.6兆円) ※令和4年6月24日時点
- ・ 実質無利子・無担保融資の実行 (42.2兆円) ※令和4年6月30日時点などの事業者支援を実施。

(注) 令和3年度までは決算額、令和4年度は当初予算額、令和4年度の完全失業率は令和4年9月の数値。

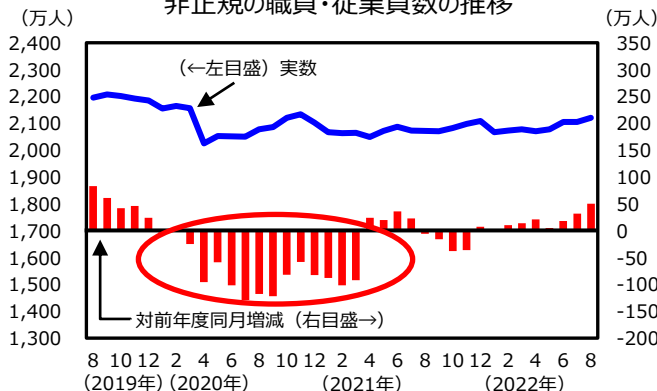
- コロナ禍では**非正規労働者を中心に失業・休業者が増加**したが、雇用保険の対象となっていない者の休業については、**全額国庫負担で救済することとなるなど、雇用保険によるセーフティネットの範囲が不十分**であることが明らかに。
- セーフティネット再構築に向けて、**雇用保険においても、様々な立場の方が個々の事情に応じて多様で柔軟な働き方ができるよう、短時間労働者への適用拡大を含め、議論を進めるべき。**

◆雇用者数の推移（正規、非正規）

正規の職員・従業員数の推移



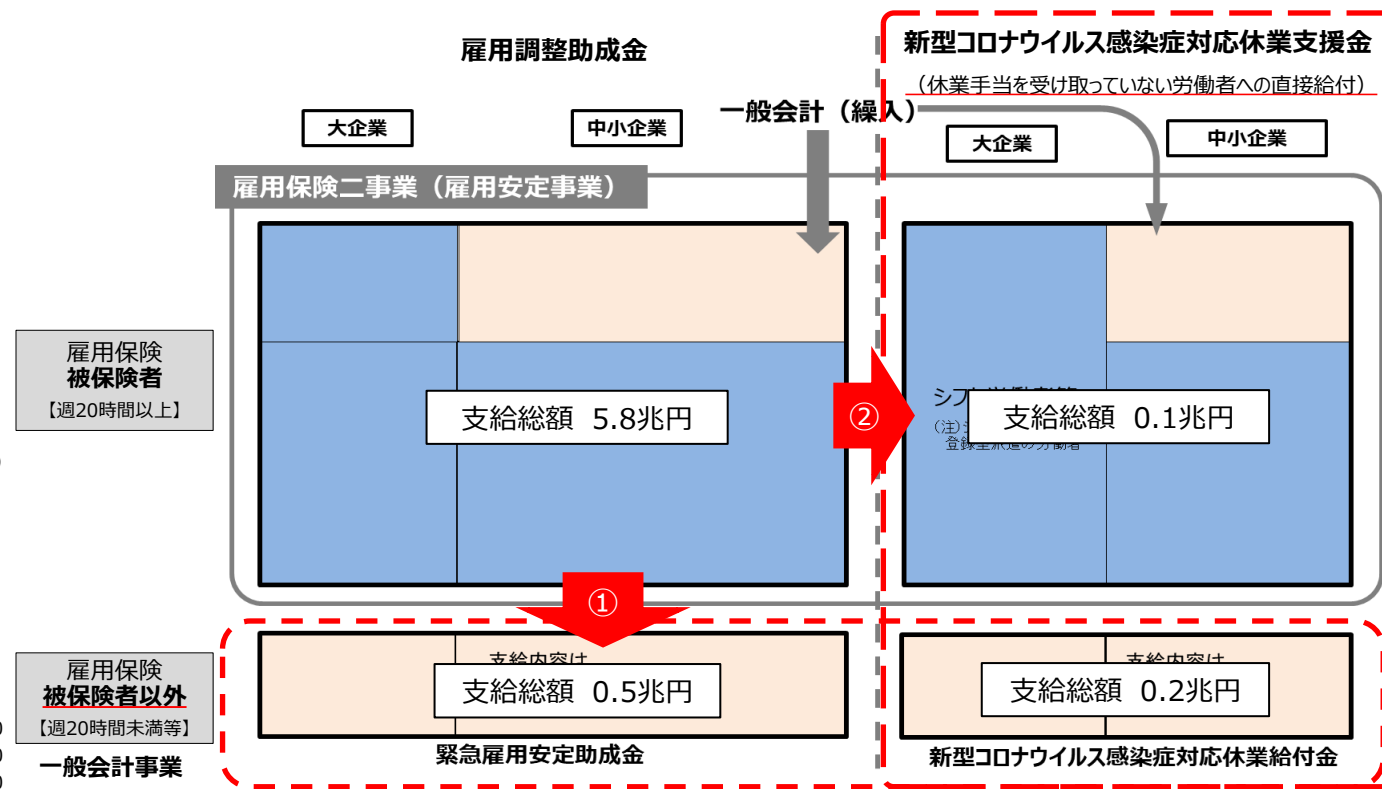
非正規の職員・従業員数の推移



（出所）総務省「労働力調査」

※「労働力調査」における「非正規の職員・従業員」は、「パート」、「アルバイト」、「労働者派遣事業所の派遣社員」、「契約社員」、「嘱託」、「その他」。

◆雇用調整助成金の特例措置等

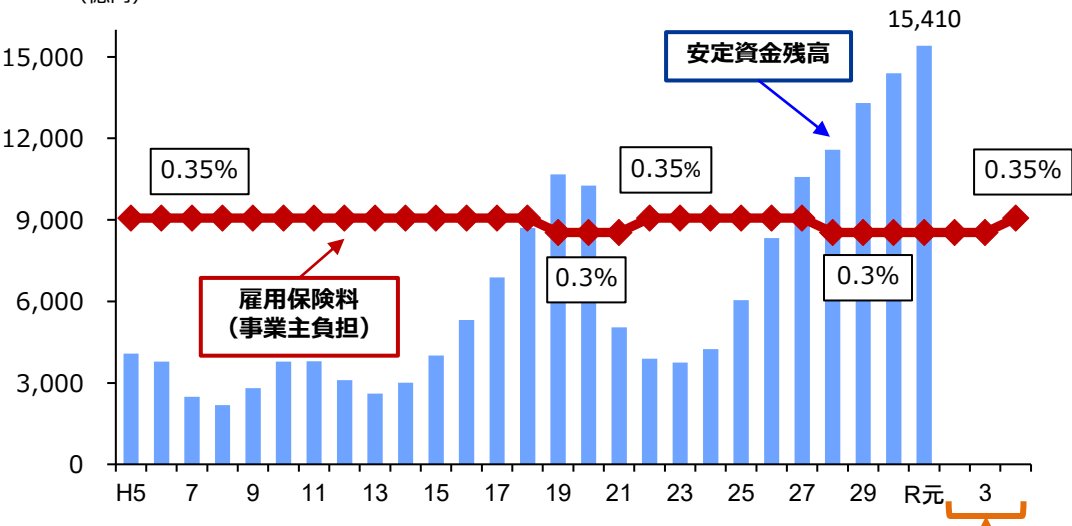


- ①：雇用保険被保険者以外（所定労働時間週20時間未満の非正規労働者等）への対応
- ②：事業主が適切な措置を講じない場合への対応

- 雇用調整助成金等の支給のため、雇用安定事業は失業等給付の積立金から3兆円超（うち1.7兆円は実質的に一般会計分）を借り入れている。この借入については、**雇用調整助成金等の3割以上をすでに国庫が負担していることを踏まえると、着実に返済していくことが求められる。**
- 雇用安定事業の財政安定化を図り、次なる危機において十分な対応が図られるよう、着実な返済に向けて、**雇用保険二事業の在り方を含め検討すべき。**

◆雇用安定資金残高の推移

(億円)

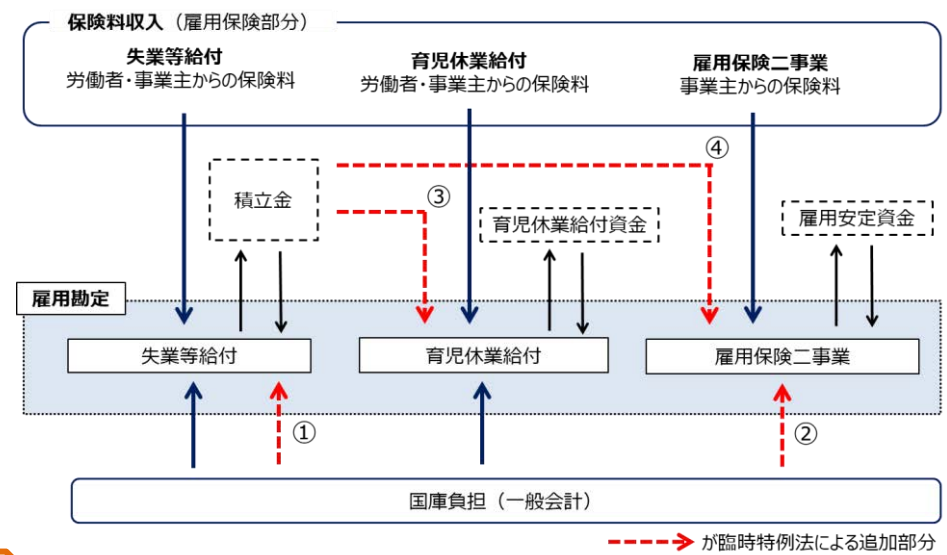


◆雇用保険料率

	令和5年度 (予定)
失業等給付等 (労使折半)	8/1,000
育児休業給付 (労使折半)	4/1,000
二事業 (事業主負担)	3.5/1,000
計	15.5/1,000

失業等給付の積立金から借入
R 2~4 累計見込
3.1兆円程度

◆臨時特例法の概要 (令和4年度末までの時限措置)



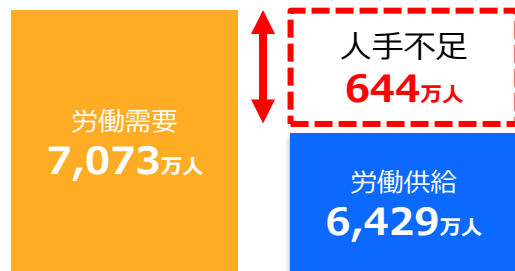
- ① 求職者給付等に要する経費について、経済情勢の変化や雇用勘定の財政状況を踏まえ、一般会計から繰り入れることができる。(任意繰入)
- ② 雇用調整助成金、新型コロナ対応休業支援金に要する費用の一部として、一般会計から繰り入れる。
- ③ 育児休業給付に要する経費を、積立金から借り入れることができる。
- ④ 雇用安定事業に要する経費を、積立金から借り入れることができる。

※ ①、②は令和4年度まで、③、④は令和6年度までの措置
※ ①は令和4年3月の法改正で常設化

雇用調整助成金制度等の見直し

- 雇用調整助成金は、危機時の雇用維持に大きな効果を発揮する一方、**健全な労働移動や労働者のスキルアップを阻害する一面**もある。とりわけ、コロナ禍における**特例対応の長期化**によって、この懸念は顕著になった。
- 今後人口減少が進み、**構造的に人手不足が深刻化**していくと考えられる中で、**労働市場の流動を高め、個々の労働者が主体的に成長分野に移動できる環境整備**が雇用の安定の観点からもより重要となる。
- 来年6月までに策定する「労働移動円滑化に向けた指針」も踏まえ、**雇用保険二事業においても、休業による雇用維持に重きを置いた現行の雇用調整助成金制度の見直しを含め、労働移動の円滑化に資する施策を強化していく必要がある。**

◆ 人手不足の将来推計（2030年）



◆ 雇用調整助成金に関する研究・意見

① 星岳雄（東京大学大学院経済学研究科教授）

「この制度は、変化に対応するための雇用調整を助成するのではなく、**抜本的な雇用調整を行わずに休業などにより切り抜けようとする企業のための給付金**である。（中略）問題は雇用を守ろうとすること自体ではなく、その目的を企業の保護によって達成しようとする事だ。（中略）**労働者が古い企業から新しい企業にスムーズに移動できれば、企業を守ることなく雇用を守ることができる。**」

② 星野卓也（第一生命経済研究所経済調査部主任エコノミスト）

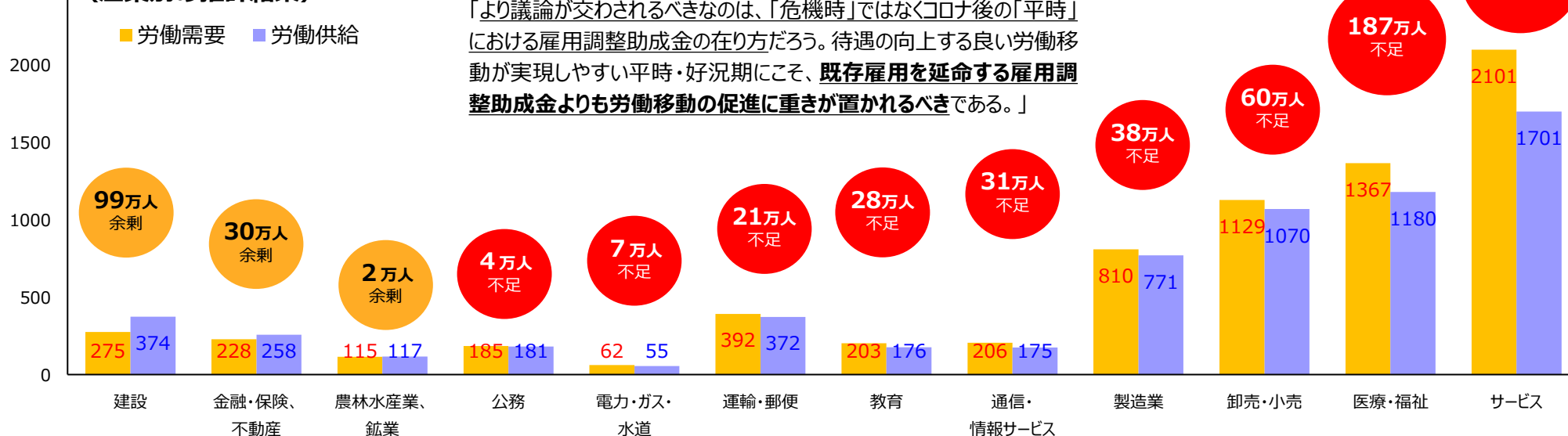
「より議論が交わされるべきなのは、「危機時」ではなくコロナ後の「平時」における雇用調整助成金の在り方だろう。待遇の向上する良い労働移動が実現しやすい平時・好況期にこそ、**既存雇用を延命する雇用調整助成金よりも労働移動の促進に重きが置かれるべき**である。」

◆ 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
- 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
- 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

(万人)

(産業別の推計結果)



(出所) パーソル総合研究所「労働市場の未来推計 2030」(2018年2月21日公表)

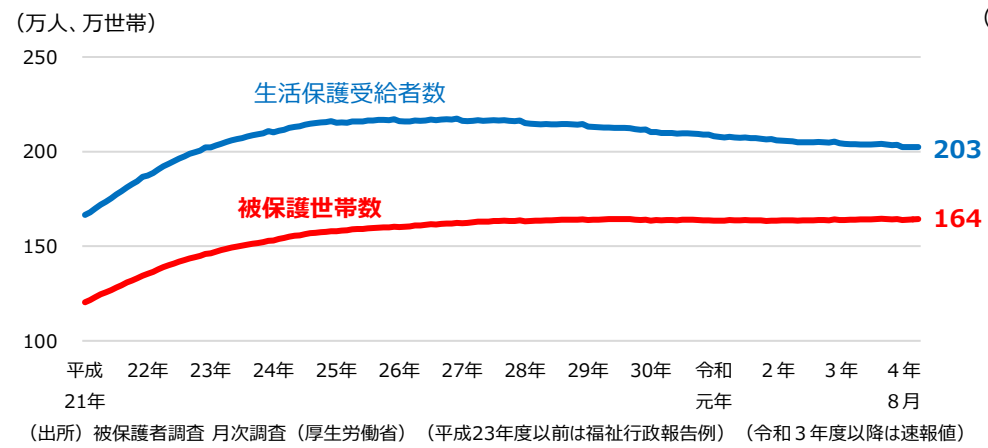
(出所) ①日本経済新聞 (2020年8月6日)『未来先取りの改革、今度こそ アフターコロナを探る』(抄)

②第一生命経済研究所『コロナ禍が明らかにした失業者救済措置の課題』(2022年2月25日) (抄)

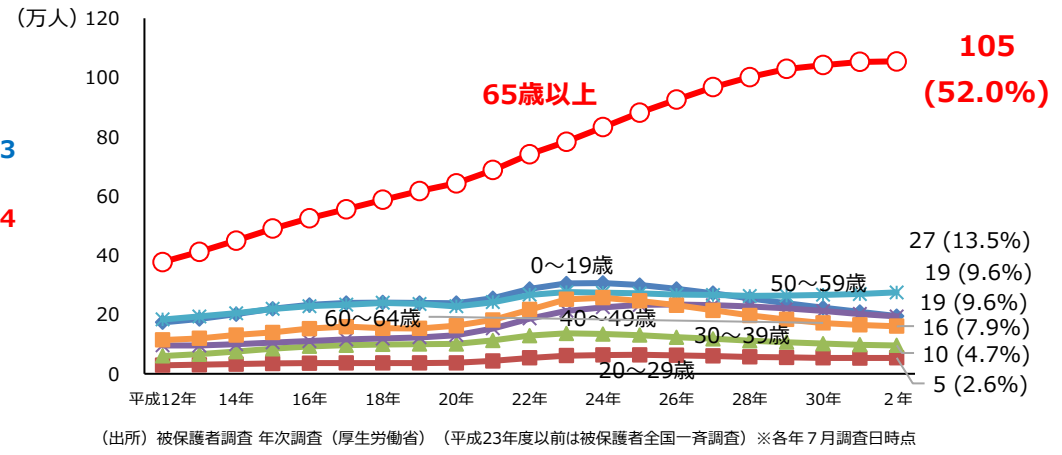
生活保護の現状

- 生活保護受給者数は平成27年3月をピークに減少に転じ、緩やかな減少傾向が継続。受給世帯数も横ばい。
- 高齢化に伴い高齢者世帯が増加傾向。受給世帯、受給人員ともに過半数が高齢者。リーマンショック以降、その他世帯が高止まっている。
- 生活保護費は令和2年度実績で3.5兆円（国費2.6兆円）。その約半分を医療扶助、約3割を生活扶助が占める。

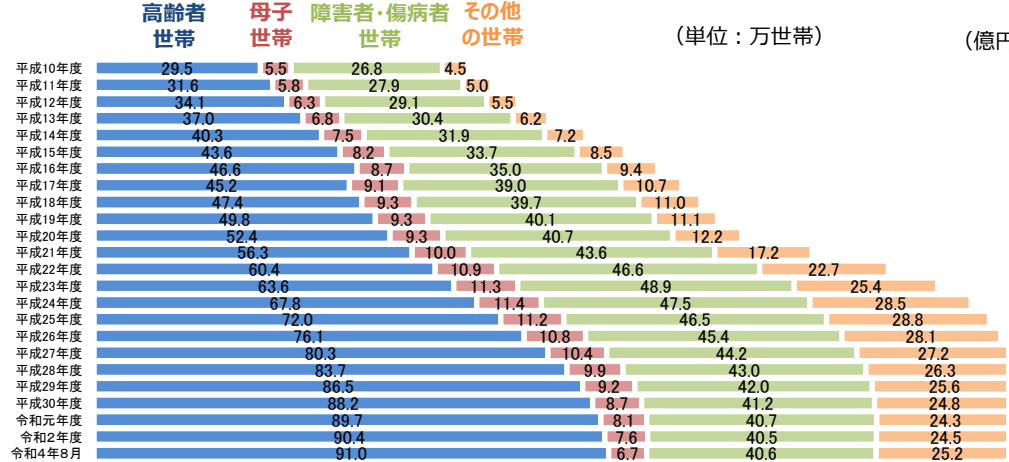
◆生活保護受給者数の推移



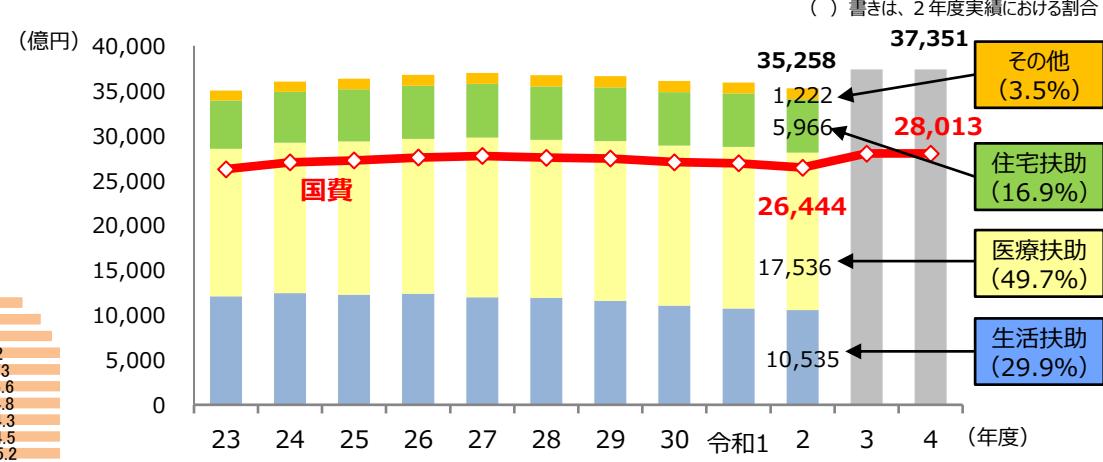
◆年齢階層別被保護人員の推移



◆世帯類型別の生活保護受給世帯数の推移



◆生活保護費負担金（事業費ベース）の推移

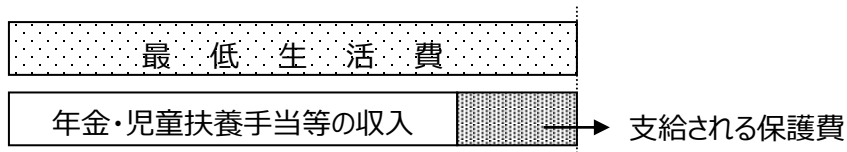


最低生活費の考え方

- 生活保護制度においては、最低限度の生活を保障するとともにその自立を助長することが目的（生活保護法第1条）とされており、生活保護法において様々な原則や義務が設けられている。
- 最低生活費は、日常的に必要な食費、被服費、光熱水費等に対応するものとして生活保護受給者の年齢、世帯構成及び地域に応じた生活扶助（第1・2類費と各種加算）のほか、必要に応じた住宅扶助、教育扶助、介護扶助、医療扶助等が支給されている。
- これらは最低限度の生活の需要を満たすに十分なものであって、かつ、これを超えないものである必要。

◆最低限度の生活の保障

- ① 資産、能力等あらゆるものを活用することが保護の前提。
扶養義務者による扶養などは保護に優先される。
 - ・ 不動産、自動車、預貯金等の資産
 - ・ 稼働能力の活用
 - ・ 年金、手当等の社会保障給付
 - ・ 扶養義務者からの扶養 等
- ② 支給される保護費の額
 - ・ 厚生労働大臣が定める基準で計算される最低生活費から収入を差し引いた差額を保護費として支給



◆生活扶助基準の概要

- 生活扶助費は、**食費・被服費・光熱水費等の日常生活に必要な経費**に対応する扶助費。
- 生活扶助基準の具体的な金額は**世帯単位**で決まることとなっており、
【第1類費】食費等の**個人的費用**（**年齢階級別**に個人単位で定められた金額の世帯合計）
【第2類費】光熱水費等の**世帯共通的費用**（**世帯人員別**に定められた金額）を合算して算出。
- 第1類費、第2類費とも、**所在地域に応じて6段階の基準**が定められている。
- 障害者世帯、母子世帯など**特定の世帯には加算**がある。

（例）東京23区（1級地-1）夫婦2人世帯（35歳、30歳、9歳、4歳）の場合

最低保障生活費：208,940円

（内訳）	
生活扶助	: 172,960円
児童養育加算	: 20,380円
教育扶助	: 2,600円
住宅扶助	: 13,000円
※このほか、医療扶助等の実費相当を必要に応じて給付。	

生活保護法（昭和二十五年法律第百四十四号）

（保護の補足性）

第四条 保護は、生活に困窮する者が、その利用し得る資産、能力その他あらゆるものを、その最低限度の生活の維持のために活用することを要件として行われる。

（基準及び程度の原則）

第八条 保護は、厚生労働大臣の定める基準により測定した要保護者の需要を基とし、そのうち、その者の金銭又は物品で満たすことのできない不足分を補う程度において行うものとする。

2 前項の基準は、要保護者の年齢別、性別、世帯構成別、所在地域別その他保護の種類に応じて必要な事情を考慮した最低限度の生活の需要を満たすに十分なものであって、且つ、これをこえないものでなければならない。

生活扶助基準①（検証）

- 生活扶助基準は昭和59年度以降一般低所得世帯の消費水準との均衡を図るように設定されており、その均衡が図られているか否か、定期的に検証を行い、必要な見直しを行ってきた。
- 具体的には、5年に一度実施される全国家計構造調査（旧全国消費実態調査）を用いて、**年収階級第1・十分位層の消費実態との均衡**が適切に図られているか否か、社会保障審議会生活保護基準部会において、専門的・科学的見地から検証を行うこととされており、**本年（2022年）はその検証の年**。
- 今回の検証においては、国民に理解の得られる制度とする観点から、これまでの**基準部会における議論の積み上げを踏まえた適切な手法**で検証を行うとともに、その消費実態との間で乖離が生じないように、**検証結果を適切に基準に反映すべき**。

◆現行の改定方式（水準均衡方式）

◎5年に1度の検証

⇒ 一般低所得者の消費実態との均衡を図るよう、専門家らから構成される社会保障審議会における検証（全国家計構造調査との比較等）を踏まえ、改定。

○毎年度の改定

⇒ 政府経済見通しの民間最終消費支出の見通しを基に、その時々^々の社会経済情勢を総合的に勘案して改定

※ 定期検証以降の毎年度改定については、民間最終消費支出の伸びを確認しつつも、社会経済情勢を総合的に勘案して据え置き。

○ 経済財政運営と改革の基本方針2022（令和4年6月7日）（抄）

第2章 新しい資本主義に向けた改革

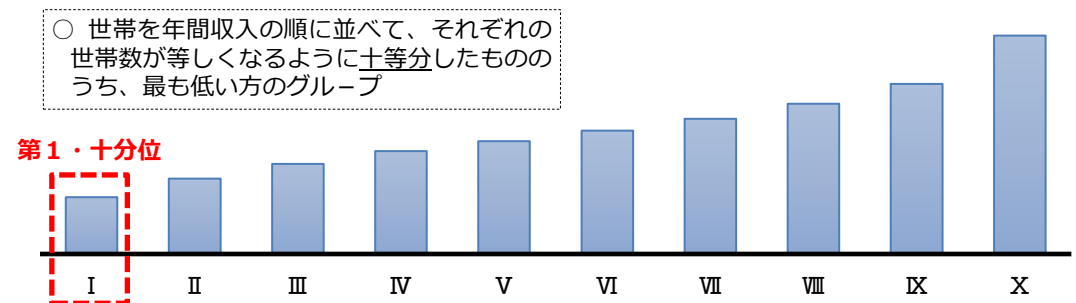
2. 社会課題の解決に向けた取組

（2）包摂社会の実現

（共生社会づくり）

生活保護基準の定期的な見直しについて、**消費水準との比較による検証結果**や社会経済情勢等を踏まえて対応する。

< 2019年全国家計構造調査（旧全国消費実態調査）における第1・十分位層のイメージ >
（年間収入十分位階級別の生活扶助相当消費支出額）



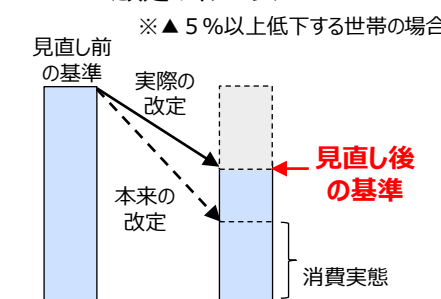
（注）生活扶助相当の消費支出額とは、消費支出全体から、住居（住宅扶助相当）、保健医療（医療扶助相当）、教育（教育扶助相当）、自動車等関係費（生活保護受給世帯の自動車保有は原則不可）、NHK受信料（生活保護受給世帯は支払免除）等を控除して算出するもの。

◆生活扶助基準の見直しにあたっての激変緩和措置

前回の改定においては、生活扶助本体（食費、光熱費等）について、社会保障審議会における検証結果を踏まえ、一般低所得世帯の消費実態を反映しつつ、

- ・ 見直しの影響を一定程度に抑える観点から、現行基準からの減額幅については、**-5%を限度とするよう調整**
- ・ 2018年10月から3年程度をかけて段階的に実施

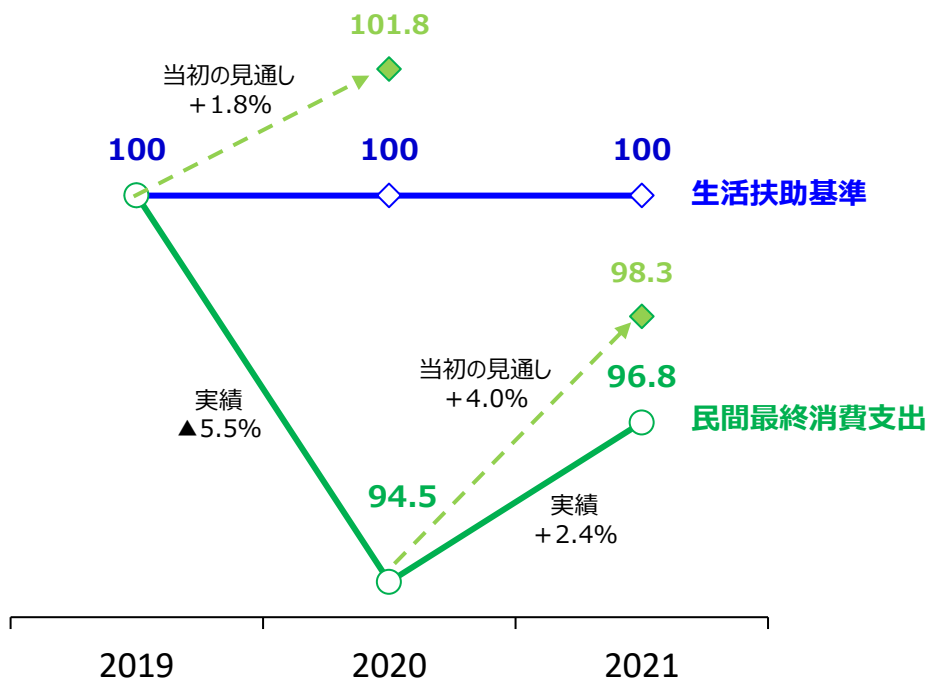
<改定のイメージ>



生活扶助基準②（毎年の改定）

- 生活扶助基準については、**一般低所得者世帯の消費水準との均衡**を図るための定期検証に加えて、毎年の予算編成過程において、政府経済見通しによる民間最終消費支出の見通し等を基に、**その時々**の社会経済情勢を総合的に勘案して改定することとされている。
- 厳しい世帯への配慮は必要だが、足下の物価上昇をもって一律に生活扶助基準のみを改定することは、**一般低所得者世帯との公平の観点から慎重であるべき。**
 - ・ **コロナ禍**で消費水準は低下しており、過去2年間、**本来であれば減額改定**すべきところ、**据え置かれてきた。**
 - ※ 民間最終消費支出との比較では**累計9%程度高い水準の支給**が行われた。また、生活扶助に相当する消費水準（相対的に変動の少ない家賃や医療費等を除く）は、さらに低下している可能性があることに留意。
 - ・ 物価上昇に対しては、その影響を緩和する対策を機動的かつ重層的に講じており、**低所得世帯（生活保護世帯を含む）への5万円の給付金**のほか、今般、**電気・ガス料金の負担軽減策**などが措置された。
 - ・ 新型コロナへの対応で措置された各種の給付金については、**生活保護受給者にも支給されている。**（夫婦子一人世帯で計60万円程度）
 - ※ なお、政府経済見通しは実績との乖離が避けがたく、実際に乖離が生じた際の対応など基準額の安定性の観点に課題があることにも留意が必要。

◆各種の消費指標との比較



(出所) 内閣府「国民経済計算」等

◆新型コロナ禍以降の生活困窮者等への給付金

➡ すべての給付金について**収入認定を行っていない。**

給付金	支給額
特別定額給付金 ・令和2年度第1次補正予算（4月30日成立）	1人あたり 10万円
子育て世帯臨時特別給付金 ・令和2年度第1次補正予算（4月30日成立）	子ども1人あたり 1万円
低所得のひとり親世帯への臨時特別給付金 ・令和2年度第2次補正予算（6月12日成立）	1世帯あたり 5万円 等
低所得のひとり親世帯への臨時特別給付金（再支給） ・令和2年度新型コロナウイルス感染症対策予備費（12月11日）	1世帯あたり 5万円 等
低所得の子育て世帯に対する子育て世帯生活支援特別給付金 ・令和2年度新型コロナウイルス感染症対策予備費（3月23日）	子ども1人あたり 5万円
子育て世帯への臨時特別給付金 ・令和3年度新型コロナウイルス感染症対策予備費（11月26日） ・令和3年度第1次補正予算（12月20日成立）	子ども1人あたり 10万円相当
住民税非課税世帯等に対する臨時特別給付金 ・令和3年度第1次補正予算（12月20日成立） ・令和3年度新型コロナウイルス感染症対策予備費（3月25日）	1世帯あたり 10万円
低所得の子育て世帯に対する子育て世帯生活支援特別給付金 ・令和4年度新型コロナウイルス感染症対策予備費（4月28日）	子ども1人あたり 5万円
電力・ガス・食料品等価格高騰緊急支援給付金 ・令和4年度新型コロナウイルス感染症及び原油価格・物価高騰対策予備費（9月20日）	1世帯あたり 5万円

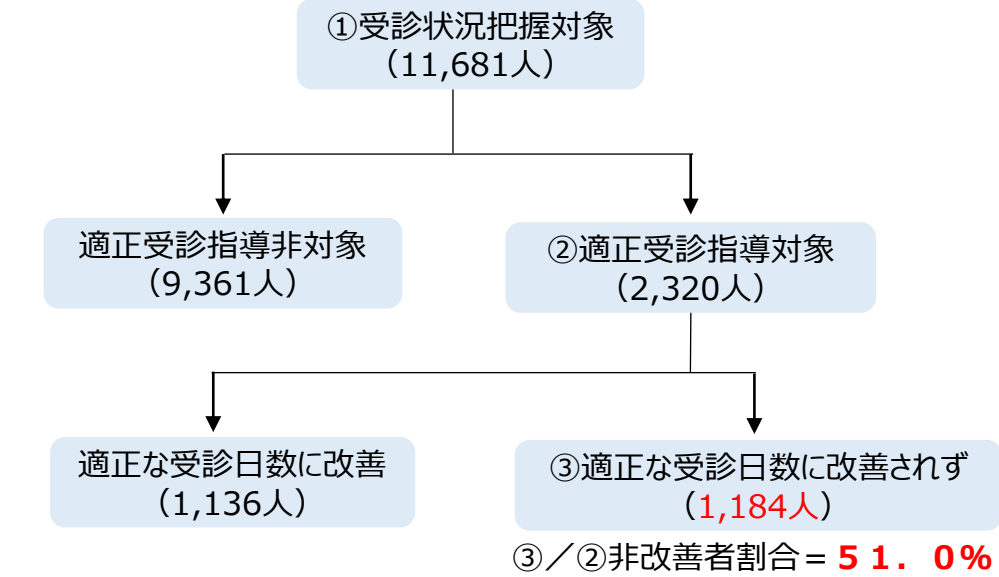
- 頻回受診者に対する指導対象者の約半数に受診行動の改善がみられておらず、**非改善者に対するアプローチを強化すべき。**
- 生活保護受給者の平均通院日数は地域によって偏りがみられることや、請求件数の大多数が生活保護受給者である医療機関も見受けられる現状を踏まえ、適正受診指導といった受給者側への働きかけだけでなく、**供給側の医療機関への働きかけも強化すべき。**

◆頻回受診の指導対象者の把握状況

<受診状況の把握対象者>

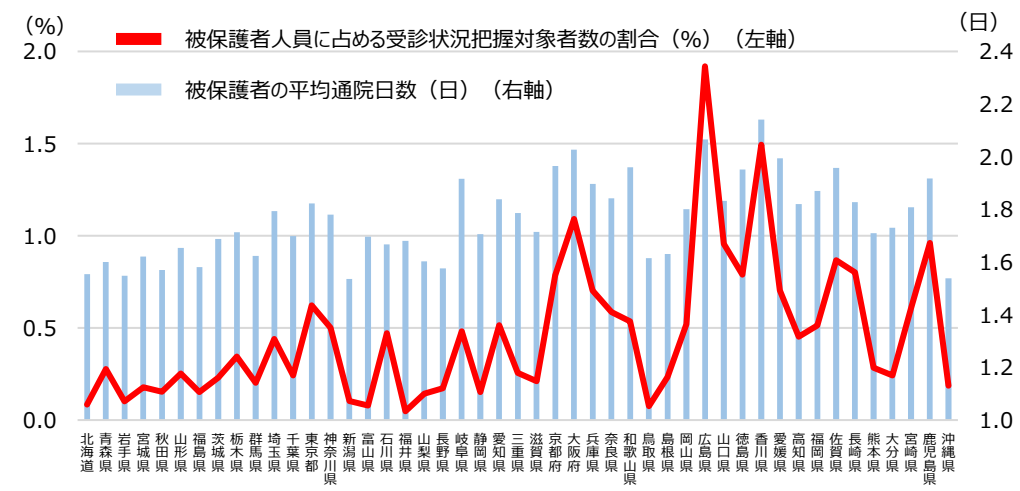
同一傷病について、**同一月内に同一診療科目を15日以上診療**しており、**短期的・集中的な治療を行うもの（その前の2ヶ月との合計が40日未満のもの）を除き**、治療にあたった**医師や嘱託医が必要以上の受診と認め**た者

<令和2年度の結果>



	H27	H28	H29	H30	R元	R2
非改善者割合	54.8%	47.7%	46.1%	45.9%	51.0%	51.0%

◆都道府県別「平均日数」と「被保護者人員に占める受診状況把握対象者の割合」



(出所) 医療扶助実態調査（令和2年6月審査分）、令和2年度被保護者調査（年次調査）、令和2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）
 (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

◆生活保護受給者の請求件数割合が高い医療機関

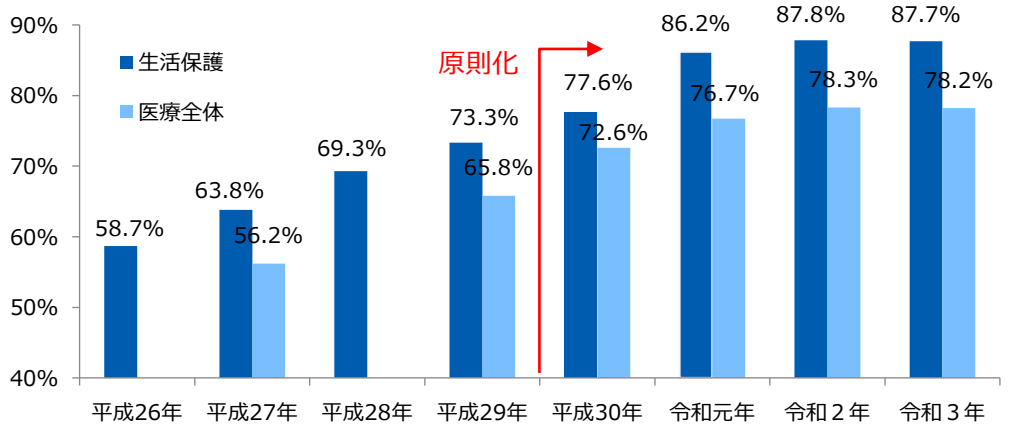
件数割合	医療機関数
100%	12
90～100%	104
80～90%	171

(出所) 社会保障診療報酬支払基金の入院外データ（病院及び診療所）
 (対象診療年月：令和3年7月～9月)に基づき財務省において集計
 (注) 生活保護及び健保連等のデータを使用

医療扶助の適正化② (薬剤費)

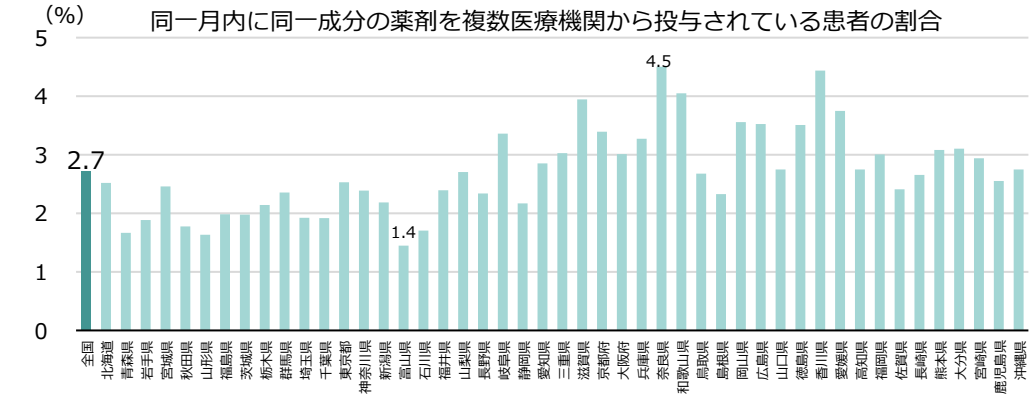
○ 65歳以上の患者の約3割が10種類以上の薬剤を処方されているなど、**多剤投薬**も大きな課題。また、同一月内に同一成分の薬剤を複数の医療機関から処方される、いわゆる**重複投薬**については、地域差が大きく、各地で取組に差がある可能性。**対象となる患者を抽出し、適正服薬を促すことができる体制を構築すべき。**

◆後発医薬品使用原則化による効果



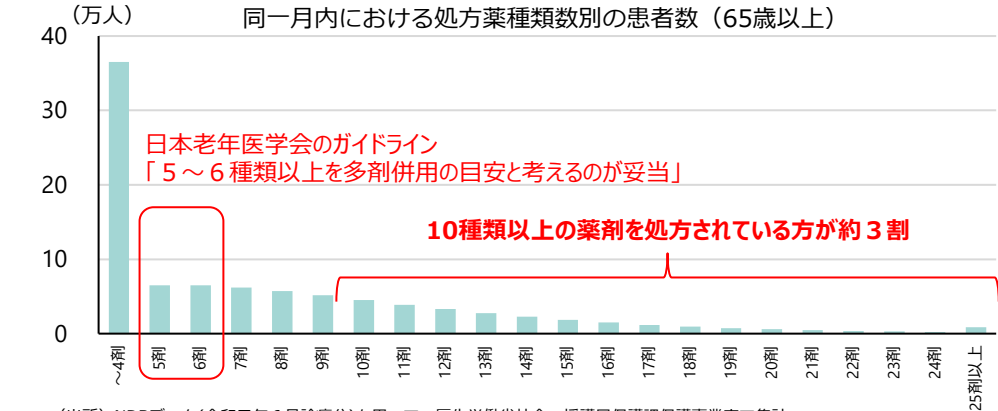
(出所) 医療扶助実態調査 (各年6月審査分)、医薬品価格調査 (薬価本調査) (速報値) (各年9月取引分)

◆重複処方の状況



(出所) 第8回医療扶助に関する検討会 (令和4年8月25日) 厚生労働省提出資料
 (注) 処方日数を考慮していないため、例えば、1週間ごとに同分類の薬剤を2つの医療機関から処方されている場合についても「重複処方」として判別されている。

◆多剤処方の状況



(出所) NDBデータ(令和元年6月診療分)を用いて、厚生労働省社会・援護局保護課保護事業室で集計
 「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015」(平成27年11月4日日本老年医学会)
 (注1) 種類数の判別には薬価基準記載医薬品コード上7桁を用いた。
 (注2) 令和元年6月診療分の医療扶助に該当するレセプトから、受診者数、処方された薬剤の種類数別の受診者数を求めた。
 (注3) 患者の状態を勘案していないため、処方された種類数の適否を一概に判断することはできない。
 (注4) 医療全体では、平成25年10月時点で、65歳以上の高齢者のうち15種類以上を処方されている患者の割合は、薬剤が投与されている高齢者の5%程度である(第3期医療費適正化基本方針の概要より)。なお、同一条件下での集計ではないため、単純比較はできない。

薬効分類別、重複処方の発生状況 (処方数量・薬剤費の多い上位3品目)

薬価基準記載 医薬品コード 上3桁	薬効分類名	処方数量		薬剤費	
		重複処方 ₁ の割合	順位	重複処方 ₂ の割合	順位
264	鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤	16.8%	1	17.0%	1
114	解熱鎮痛消炎剤	12.1%	2	11.9%	2
232	消化性潰瘍用剤	9.7%	3	8.3%	3

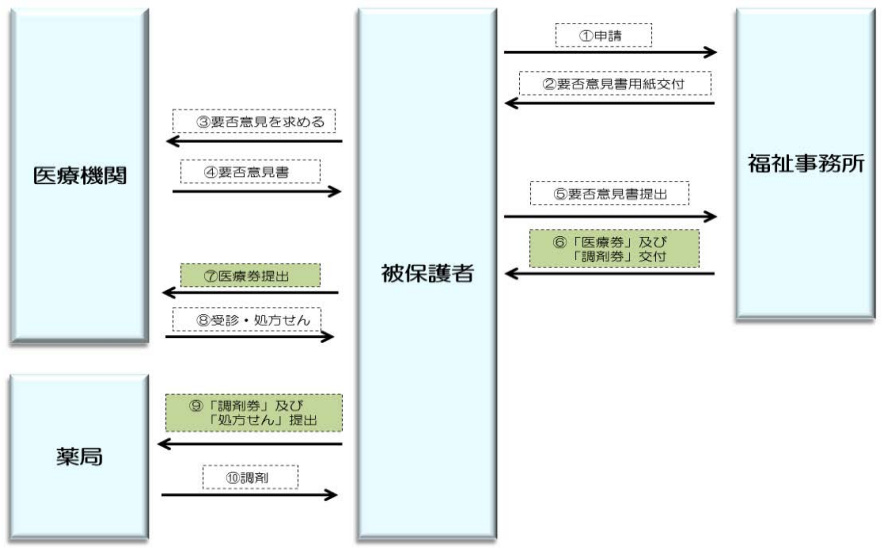
*1 処方数量の合計のうち、複数医療機関から処方された数量の合計の割合。
 *2 薬剤費の合計のうち、複数医療機関から処方された薬剤費の合計の割合。

(出所) 第8回医療扶助に関する検討会 (令和4年8月25日) 厚生労働省提出資料

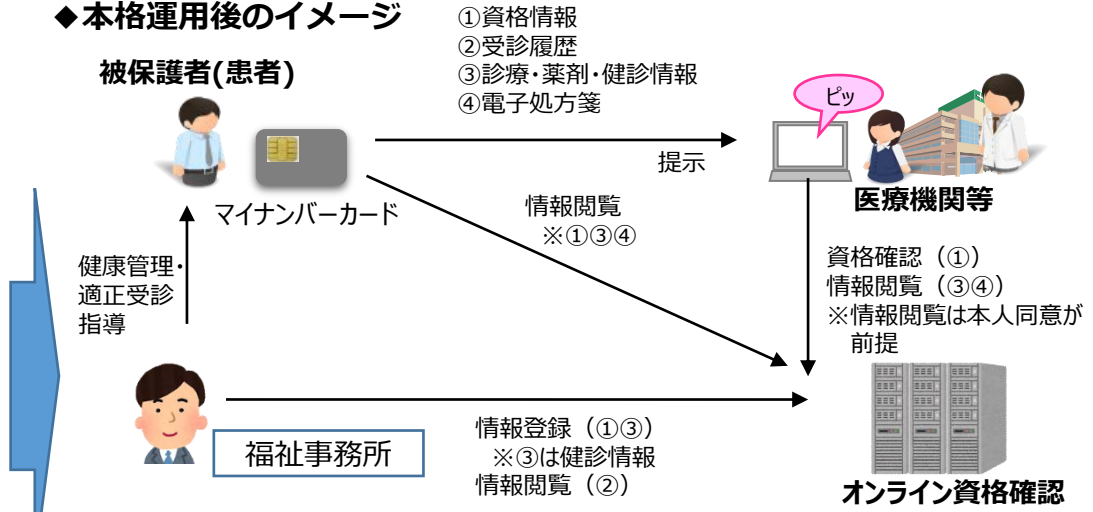
医療扶助の適正化③ (デジタル化の推進)

- 医療扶助について、マイナンバーカードによるオンライン資格確認が来年度中に本格運用されることとなっている。
- 医療の質・利便性の向上を被保護者が享受できるとともに、**効果的な健康管理・適正受診指導（頻回受診対策）にもつながる**ものであり、医療保険と足並みをそろえ、**資格確認を原則マイナンバーカードで行う**など実効性を高めていくべき。

◆現在の医療券・調剤券の本来の事務手続き



◆本格運用後のイメージ



デジタル化（マイナンバーカードによるオンライン資格確認）のメリット

- 従来の事務手続きが省略できる
- 医療の質・利便性の向上
- 迅速で効果的な健康管理・適正受診指導 等

◆デジタル社会の実現に向けた重点計画（令和4年6月7日閣議決定）

マイナンバーカードを活用した各種カード等のデジタル化等に向けた工程表（抜粋）

	2021年度 (令和3年度)	2022年度 (令和4年度) ※ほとんどの住民が カードを保有(想定)	2023年度～ (令和5年度～)
生活保護受給者の 医療扶助の医療券・調剤券	地方との協議	地方との協議	本格運用
	マイナンバーカードの利用促進、本人確認利用、メリットの広報周知、受給者の利便性向上		

公費負担者番号	種別	日から
受給者番号	種別	日から
氏名	性別	生
居住地		
指定医療機関名		
傷病名(1)	診	入院
(2)	療	外
(3)	別	別
地区担当員名	本人支払額	取扱担当者名
社会医療	福祉事務所長	印
備考	あり(健・米)	なし
その他		



医療機関等での窓口では、医療券・調剤券の提示は不要となり、医療保険の被保険者と同様にマイナンバーカードを提示すればよいこととなる。

医療扶助の適正化④（生活保護受給者の国保等への加入）

- **生活保護受給者**は、現状、**国保や後期高齢者医療制度**（以下「国保等」という）に**加入せず、医療扶助を受けるもの**とされているが、国保等に加入することとすれば、**都道府県のガバナンスが医療扶助に及び、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。**
- 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2022」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。

◆生活保護受給者の各種制度への加入

介護保険	国民年金	労働保険	被用者保険	障害福祉サービス	国保等
加入・利用が可能					国保等から脱退して医療扶助を受ける

（参考）生活保護法第4条第2項
民法に定める扶養義務者の扶養及び他の法律に定める扶助は、すべてこの法律による保護に優先して行われるものとする。

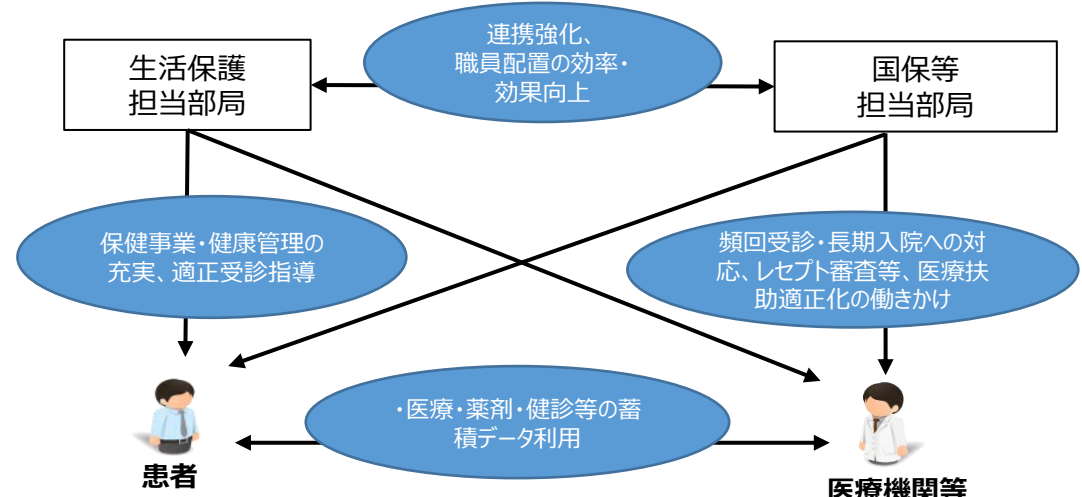
◆生活保護（医療扶助）と国保等に関する自治体の業務

国保等のみ必要	国保等・生活保護ともに必要（重複）	生活保護のみに必要
・保険料の設定・徴収	・資格管理 ・保健事業（健康管理指導・健診）、 ・適正受診指導 ・レセプト審査・支払 ・医療提供側への働きかけ	・医療要否を確認のうえ医療券の発行等

◆高齢者の保険制度別医療費と医療扶助



◆生活保護受給者の国保等加入により期待される効果

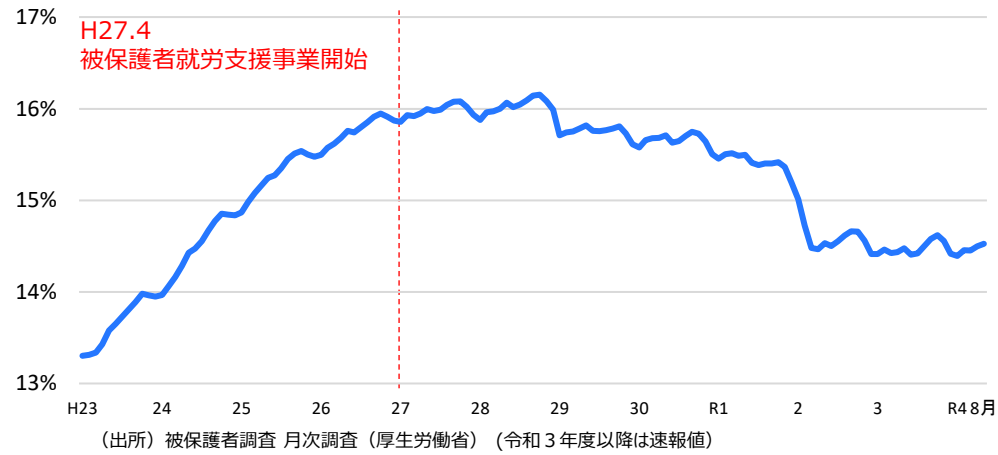


（出所）医療保険については、令和元年度医療保険に関する基礎資料
医療扶助については、令和元年度生活保護費負担金事業費実績報告、被保護者調査、医療扶助実態調査をもとに推計

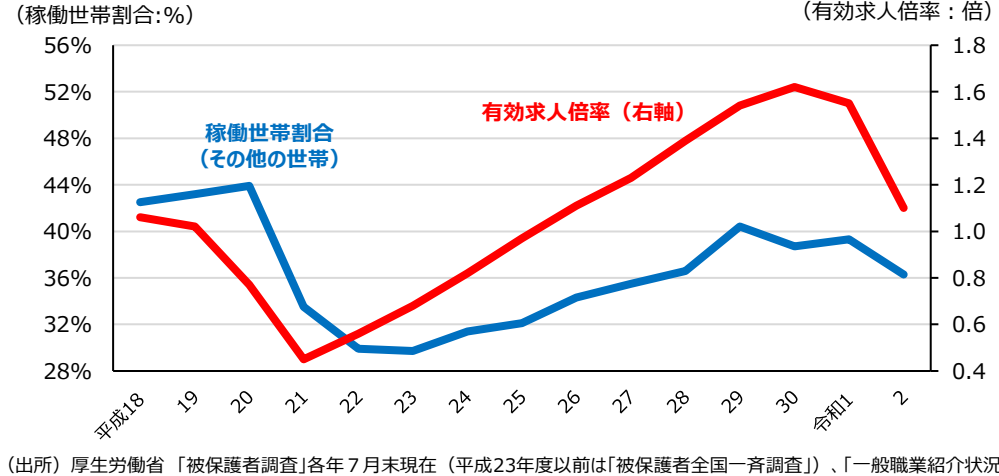
就労の促進に向けた取組

- 「その他の世帯」を中心に、稼働能力を有すると考えられるにもかかわらず就労していない者の状況や就労阻害要因等を分析するとともに、**就労可能な者については引き続き就労指導を着実に実施していくべき。**
- その上で、現実稼働能力があり本人に適切と判断される職場が紹介されているにもかかわらず就労しないなど、正当な理由がない者に対しては、保護の廃止に至る前の措置として、**保護の停止の適切な活用**といった柔軟な対応を設けることによって、取組の**実効性を高めていくべき。**

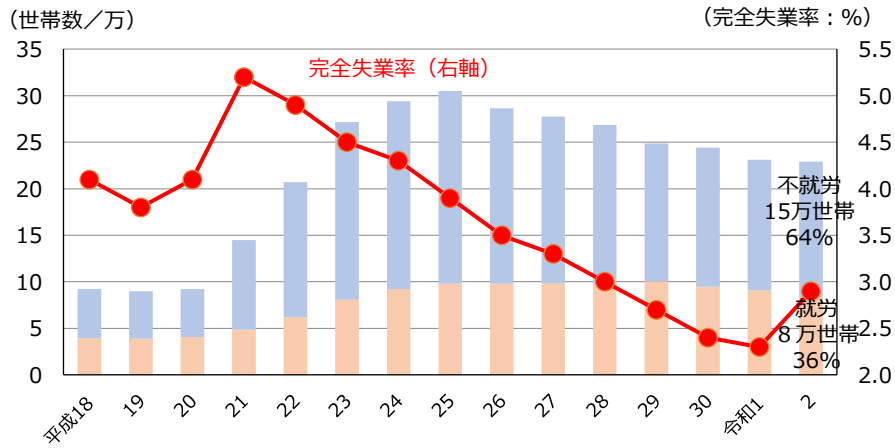
◆被保護世帯のうち稼働世帯割合の推移



◆有効求人倍率と「その他の世帯」の稼働世帯割合



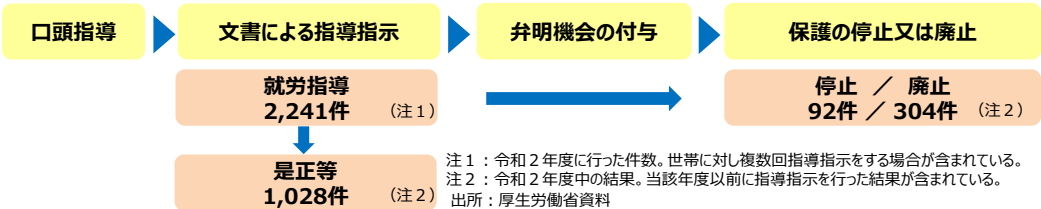
◆その他の世帯数と完全失業率



< その他の世帯 >

生活保護世帯のうち、「高齢者世帯」、「母子世帯」、「障害者世帯」、「傷病者世帯」のいずれにも該当しない世帯。稼働年齢層が含まれると考えられる。

◆保護の停廃止処分の実績（全世界帯）

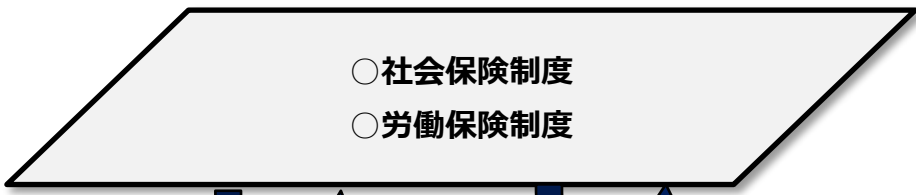


生活困窮者自立支援制度の概要

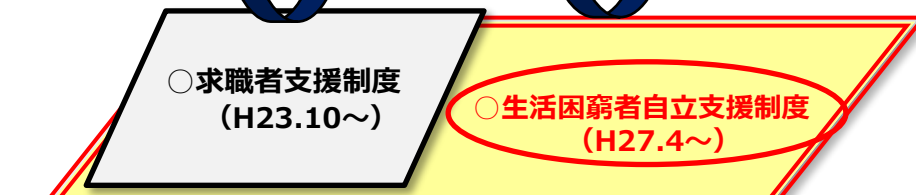
- 生活困窮者自立支援制度は、生活保護制度に至る前の段階での自立を支援する制度として平成27年4月に創設。包括的な相談支援に加え、本人の状況に応じた各種支援を提供。生活保護制度とあわせて、生活に困窮する者に対する重層的なセーフティネットを構成。
- 前回見直しから5年が経過し、制度見直しの検討が進められている。近年、新型コロナ対応もあって、予算の拡充が続いていることから、**地域ごとの支援実績や現場の実態を踏まえ、必要な効率化を図るべき。**

◆ 生活困窮者自立支援制度の概要

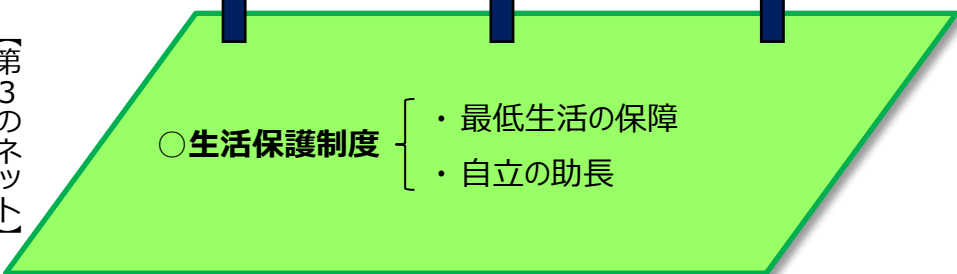
【第1のネット】



【第2のネット】



【第3のネット】



◆ 生活困窮者自立支援制度の支援体系（主なもの） ※自治体数は令和3年度実績

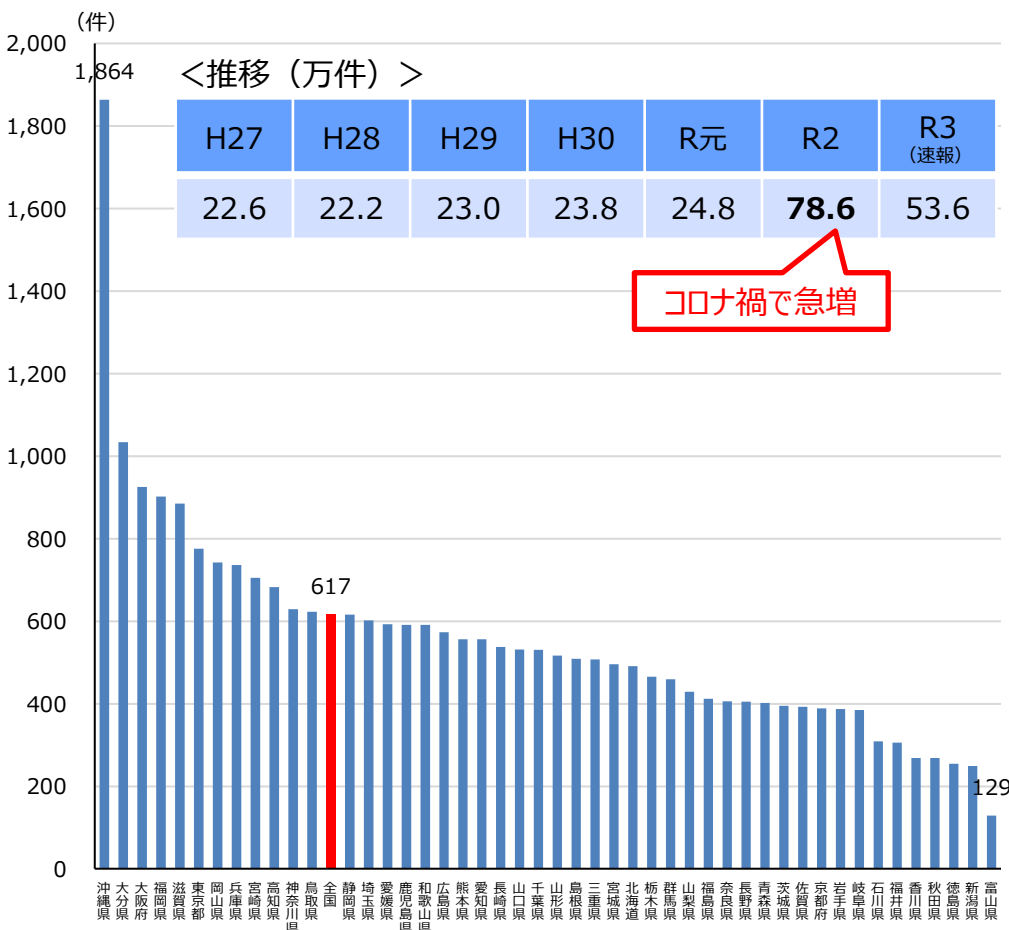
- 本人の状況に応じた支援
- 包括的な相談支援** ◆自立相談支援事業 **必須、国費3/4**
 - ・支援員を配置し、ワンストップ型の相談窓口。状況に応じた支援計画を作成。
 - 居住確保支援** ◆住居確保給付金の支給 **必須、国費3/4**
 - ・就職活動を支えるため家賃費用を有期で給付
 - 就労支援** ◆就労準備支援事業 **(622自治体、国費2/3)**
 - ・一般就労に向けた日常生活自立・社会自立・就労自立に向けた訓練
 - 緊急的な支援** ◆一時生活支援事業 **(331自治体、国費2/3)**
 - ・住居喪失者に対し一定期間、日常生活に必要な支援を提供
 - 家計再建支援** ◆家計改善支援事業 **(641自治体、国費1/2、2/3)**
 - ・家計の状況を把握することや利用者の家計の改善意欲を高めるための支援
 - 子ども支援** ◆子どもの学習・生活支援事業 **(587自治体、国費1/2)**
 - ・生活困窮世帯の子どもに対する学習支援等

◆ 生活困窮者自立支援制度関係予算の推移（億円）

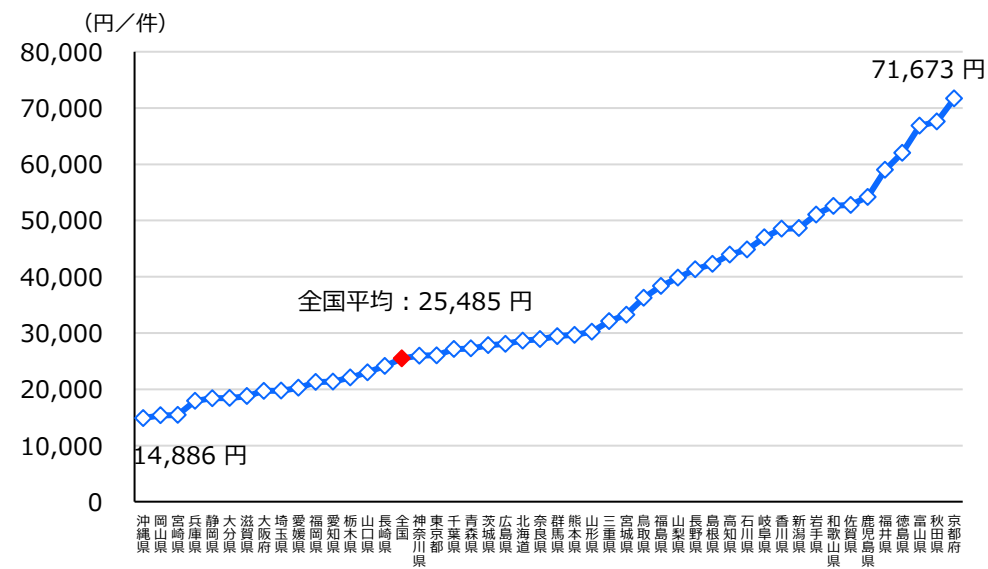
H27	H28	H29	H30	R元	R2	R3	R4
400	400	400	432	438	487	555	594

- 全国に設けられた自立相談支援機関への相談件数は、コロナ禍において急増しており、生活に困難を抱える方々を各種の支援策につなぐ包括的な相談窓口として大きな役割を果たした。
- その相談件数には地域的なばらつきが大きい一方、現行、国からの補助は主に人口を基準に配分している結果、相談1件あたりの事業費にも大きな差が生じている。
- これを改め、国による補助体系を支援実績に基づく仕組みに再編すべき。

◆新規相談受付件数 (人口10万人あたり、令和2年度)



◆新規相談件数1件あたりの事業費 (令和2年度)



(出所) 厚生労働省データから財務省において作成

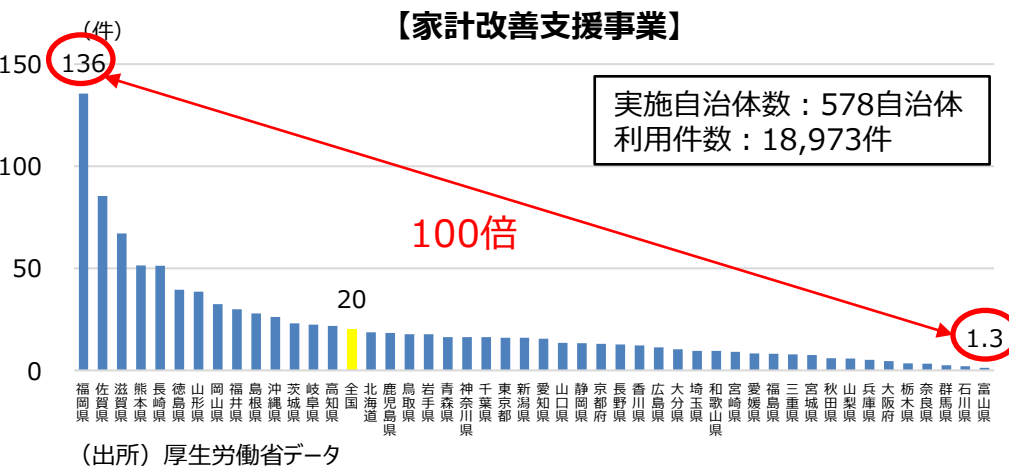
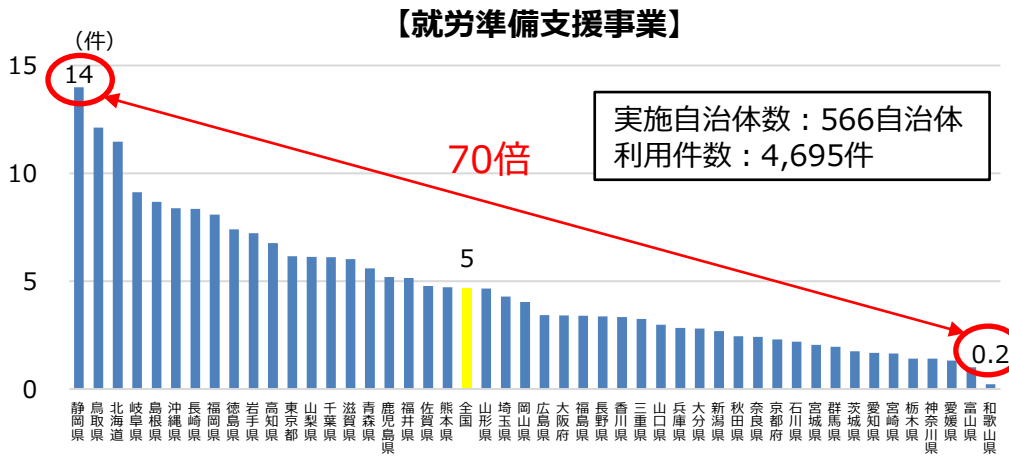
◆現行の補助体系

基準額 (人口規模別)	加算 (基準額の20~60%)
(基準額) ※37段階 300万人以上 : 2億5千万円 100万人~110万人 : 1億1千万円 10万人~15万人 : 1850万円 等	(加算事由) ①生活保護率が高い ②支援実績が高い ③過疎地域

(出所) 厚生労働省データ

- 今般の制度改正において、任意事業である就労準備支援事業と家計改善支援事業の全国必須化が検討されている。
- 両事業の利用ニーズには大きな地域差があり、利用件数が年間数件にとどまる地域もある一方、これらの事業についても、主に人口をベースにした補助体系となっており、**利用1件あたりの事業費が多額に上っている自治体も散見される。**
- **全国必須化によって、相談需要が見込めない自治体にも人員確保を強いることで非効率な執行となることが懸念される。広域実施など地域の利用ニーズに応じた柔軟な実施を可能とするとともに、実績に応じた補助体系に改めるべき。**

◆都道府県別利用件数 (人口10万人あたり、令和2年度)



- **就労準備支援事業**
- 生活リズムが崩れている等就労に向け準備が必要な者を対象として、一般就労の準備としての基礎能力の形成に向けて、最長1年間の集中的な支援を実施。
- **家計改善支援事業**
- 生活困窮者等に対し、家計の状況を把握することや家計の改善の意欲を高めることを支援するため、家計表等を活用し、本人を含む世帯全体の家計収支等に関する課題の評価・分析を行い、状況に応じた家計再生プランを作成。

◆利用1件あたりの事業費が多額に上っている例 (令和2年度の実績)

【就労準備支援事業】

- ① A県B市 (首都圏、人口21万人)
事業費：4,428千円
利用件数：3件
→利用1件当たり：1,476千円
- ② C県D市 (地方圏、人口5万人)
事業費：6,618千円
利用件数：4件
→利用1件当たり：1,655千円
- ③ E県F市 (地方圏、人口23万人)
事業費：6,272千円
利用件数：6件
→利用1件当たり：1,045千円

【家計改善支援事業】

- ① G県H市 (首都圏、人口6万人)
事業費：8,000千円
利用件数：2件
→利用1件当たり：4,000千円
- ② I県J市 (地方圏、人口41万人)
事業費：4,340千円
利用件数：1件
→利用1件当たり：4,340千円
- ③ K県L市 (地方圏、人口12万人)
事業費：7,710千円
利用件数：8件
→利用1件当たり：964千円