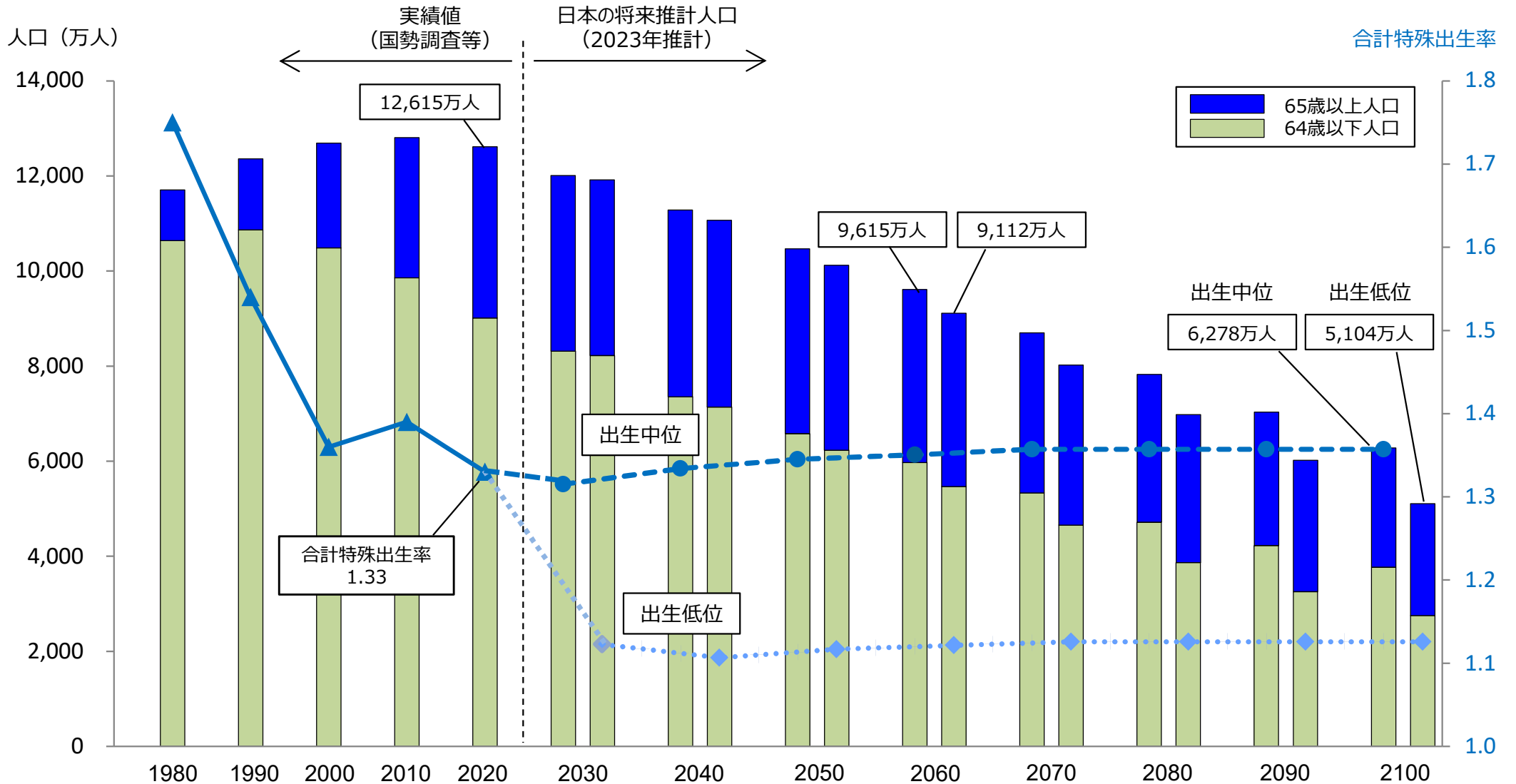


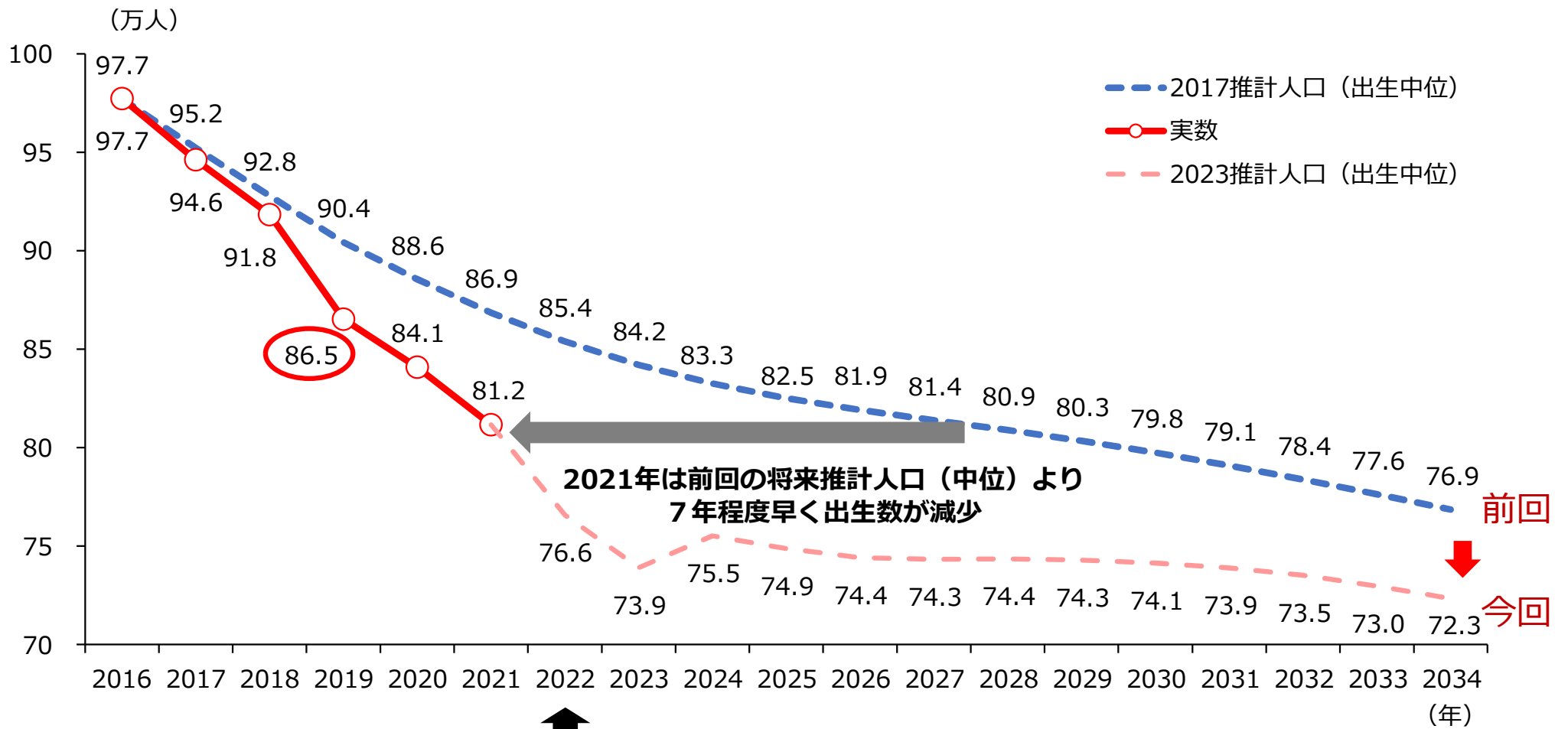
# 我が国の将来推計人口

○ 日本の将来推計人口（2023年推計）においては、2100年には総人口が現状の半分程度に減少すると見込まれている。



(出所) 2020年までの人口は総務省「人口推計」（各年10月1日現在）等、合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、2030年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2023年推計）」（左：出生中位（死亡中位） 右：出生低位（死亡中位））

# 出生数の動向（推計と実績）

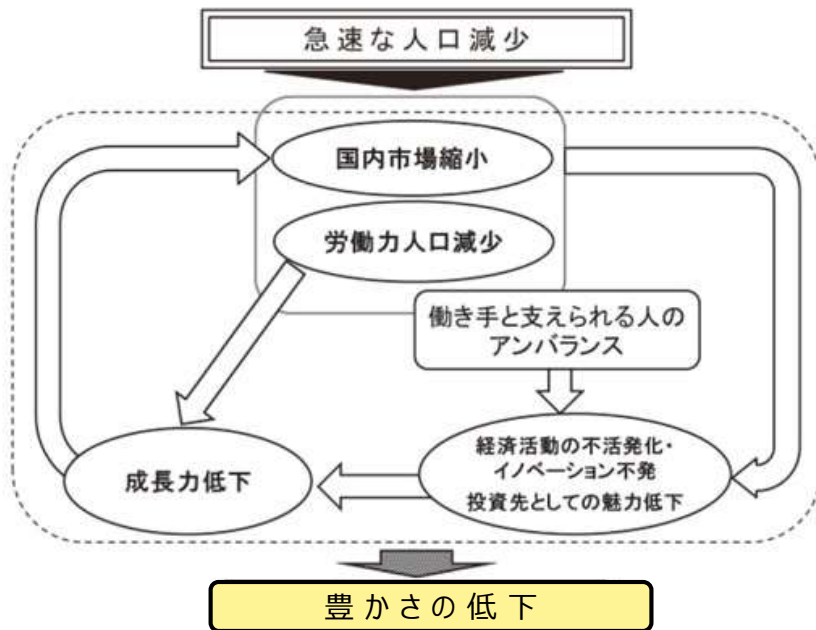


(注) 上記の推計人口・実績は日本における日本人人口。

(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2023年推計）」、厚生労働省「人口動態統計」。

- 人口減少は、国内市場の縮小、成長力の低下、国民1人1人の豊かさの低下をもたらすほか、社会保障制度と財政の持続可能性に負の影響を与える。

## ◆人口オーナス・縮小スパイラルのイメージ図



## ◆選択する未来 –人口推計から見えてくる未来像– (2015年10月) 内閣府「選択する未来」委員会

### 第2章 人口・経済・地域社会の将来像 (3) 人口急減・超高齢化の問題点

#### ●経済規模の縮小－人口オーナスと縮小スパイラルが経済成長のブレーキに

- 急速な人口減少が、国内市場の縮小をもたらすと、投資先としての魅力を低下させ、更に人々の集積や交流を通じたイノベーションを生じにくくさせることによって、成長力が低下していく。
- こうした人口急減・超高齢化による経済へのマイナスの負荷が需要面、供給面の両面で働き合って、マイナスの相乗効果を発揮し、一旦経済規模の縮小が始まると、それが更なる縮小を招くという「縮小スパイラル」に陥るおそれがある。
- 「縮小スパイラル」が強く作用する場合には、国民負担の増大が経済の成長を上回り、実際の国民生活の質や水準を表す一人当たりの実質消費水準が低下し、国民一人一人の豊かさが低下するような事態を招きかねない。

#### ●基礎自治体の担い手の減少、東京圏の高齢化

- 今後、地方圏を中心に4分の1以上の地方自治体で行政機能をこれまで通りに維持していくことが困難になるおそれがある。
- 人口が集中する東京圏での超高齢化の進行によって、グローバル都市としての活力が失われる一方で、多数の高齢者が所得や資産はあっても医療・介護が受けられない事態を招きかねない。

#### ●社会保障制度と財政の持続可能性

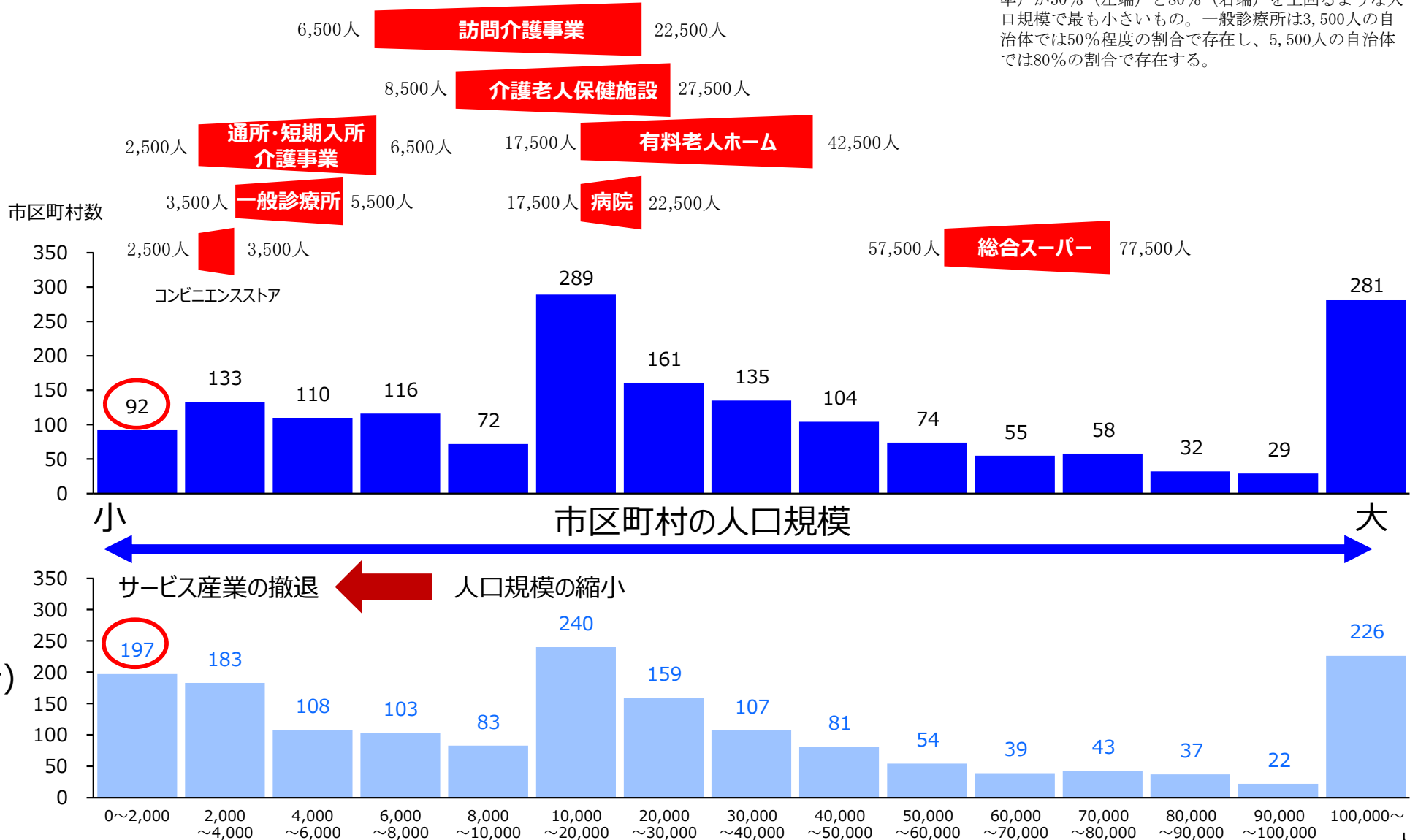
- 医療・介護費を中心に社会保障に関する給付と負担の間のアンバランスは一段と強まることとなる。
- 家計や企業等の純貯蓄が減少する一方、財政赤字が十分に削減されなければ、經常収支黒字は構造的に縮小していき、国債の消化を海外に依存せざるを得ない状況となる。

# 市町村の人口規模とサービス施設の立地確率

○ 人口減少が進むと、小売や医療・福祉などの生活関連サービスの立地に必要な人口規模を維持できなくなり、生活に必要な商品やサービスを購入することが困難となる可能性。

## ◆サービス施設の立地する確率が50%及び80%となる自治体の人口規模※

※当該施設が1つでも存在する市町村の割合（存在確率）が50%（左端）と80%（右端）を上回るような人口規模で最も小さいもの。一般診療所は3,500人の自治体では50%程度の割合で存在し、5,500人の自治体では80%の割合で存在する。



(出所) 総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」、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30（2018）年推計）」、国土交通省作成資料  
 (注) 市区町村数の集計対象は、東京都区部と全国の市町村。2045年の将来推計は、福島県内の市町村を除く。





○ 今後の出生率次第で、将来の人口構成に大きな差が生じ、例えば年金制度でみると、結果的に給付水準に大きな差が生じる。

◆2100年までの人口推計、高齢者割合等(国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2023年推計）」（死亡中位））

|                    |      | 2020年    | 2040年    | 2060年    | 2100年   |
|--------------------|------|----------|----------|----------|---------|
| 人口                 | 出生高位 | 12,615万人 | 11,529万人 | 10,224万人 | 7,911万人 |
|                    | 出生低位 | 12,615万人 | 11,068万人 | 9,112万人  | 5,104万人 |
| 65歳以上<br>人口割合      | 出生高位 | 28.6%    | 34.1%    | 35.6%    | 33.9%   |
|                    | 出生低位 | 28.6%    | 35.5%    | 40.0%    | 46.0%   |
| 生産年齢人口<br>/65歳以上人口 | 出生高位 | 2.08人    | 1.59人    | 1.49人    | 1.60人   |
|                    | 出生低位 | 2.08人    | 1.57人    | 1.31人    | 1.03人   |
| 出生数                | 出生高位 | 86万人     | 87万人     | 74万人     | 60万人    |
|                    | 出生低位 | 86万人     | 59万人     | 39万人     | 20万人    |

※2020年の出生数は、厚生労働省「人口動態統計」の日本における日本人の出生数及び日本における外国人の出生数の合計。

◆2115年時点での年金給付水準等（2019年財政検証ケースⅢ、機械的に給付水準調整を進めた場合）※2019年財政検証は、「日本の将来推計人口（2017年推計）」に基づき作成している。

|      | 所得代替率（年金給付水準）  | 基礎年金拠出金の保険料相当額<br>（月額）（2004年度価格）※   |
|------|--|---|
| 出生高位 | 53.4%  | 19,461円   |
| 出生低位 | 47.8%  1割以上減少 | 22,966円  18%上昇 |

※保険料は17,000円で固定されているが、仮に基礎年金給付を賦課方式で賄う場合に必要な保険料。実際の保険料17,000円との差額は、運用収入や積立金の取り崩しとなる。

# 「全世代型社会保障」について

## ◆岸田内閣総理大臣所信表明演説（2022年（令和4年）10月3日）

全世代型社会保障の構築を進め、少子化対策、子育て・こども世代への支援を強化するとともに、女性活躍、孤独・孤立対策など、包摂社会の実現に取り組みます。

## ◆令和5年度予算の編成等に関する建議（2022年（令和4年）11月29日）

### 1. 社会保障～ウィズコロナへの移行と全世代型への制度改革

#### （1）「全世代型」で目指すもの

これまで、約15年間にわたり、「全世代型」の社会保障制度の構築が提唱されてきた。「社会保障国民会議最終報告」において「全ての国民が参加し支える、国民の信頼に足る社会保障」と掲げたことに端を発し、「社会保障制度改革国民会議報告書」では、「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」として具体策に踏み込んだ。

「全世代型」とは何か。「全世代型」の社会保障とは、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枠組みである。こうした考え方の下で、給付と負担の不均衡の是正に向けた取組が行われ、特に第二次安倍政権発足以降、社会保障・税一体改革が着実に進められてきた。

しかし、現行制度が「全世代型」に近づいたと言え、そうは言い難い部分が多く残っていると云わざるを得ない。

医療費の窓口負担や高額療養費を始め、年齢に着目した負担の差が多く残っている。健保組合の保険料負担を始め、負担が負担能力の多寡に対応していない。さらに、負担能力を見る上でも、高齢世代の稼得・保有が多い金融所得・資産に着目していない。事業主や企業の負担の在り方について、更に検討を進める必要がある。少子化対策の観点から必要な支援の検討が求められる。給付を効率的・効果的なものとするために、医療提供体制の見直しや、給付範囲の見直しも進めなければならない。

このように、「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」という社会保障の基本中の基本の考え方がまだまだ徹底されていない部分が目立っており、こうした改革に取り組むことが急務である。

## ◆全世代型社会保障構築会議 報告書（2022年（令和4年）12月16日）

### Ⅱ. 全世代型社会保障の基本的考え方

#### 1. 目指すべき社会の将来方向

#### ◆「少子化・人口減少」の流れを変える

2013年の社会保障制度改革国民会議報告書は、少子化対策は、社会保障の持続可能性・経済成長を確かなものとする、「社会保障制度改革の基本」であると指摘した。政府は、これまで、この考え方に沿って、保育の受け皿整備や幼児教育・保育の無償化など様々な対策を講じてきたが、いまだに少子化の流れを変えるには至っていない。この流れを変えられなければ、日本の人口は急速かつ長期にわたって減少し続けることとなる。

こうした少子化・人口減少の進行は、経済活動における供給（生産）及び需要（消費）の縮小、社会保障機能の低下をもたらし、さらには、多くの地域社会を消滅の危機に導くなど、経済社会を「縮小スパイラル」に突入させることになるだろう。少子化は、まさに、国の存続そのものに関わる問題であると言っても過言ではない。

もとより、結婚、妊娠・出産、子育ては個人の自由な意思決定に基づくものであって、子どもを生き育てたいと考える個人の希望を叶えることは、個人の幸福追求を支援するという意味において重要である。他方、このことは同時に、少子化・人口減少の流れを大きく変え、危機的な状況から脱却することによって、経済と社会保障の持続可能性を高め、「成長と分配の好循環」を実現する上で、社会全体にも大きな福音となるものでもある。つまり、少子化対策は、個人の幸福追求と社会の福利向上をあわせて実現するという、極めて価値の大きい社会保障政策なのである。

こうした観点から、今日、最も緊急を要する取組は、「未来への投資」として、子育て・若者世代への支援を急速かつ強力で整備することである。少子化の背景には、経済社会の発展によって子育てに関わる直接的な費用や就業機会損失などの機会費用が増加する一方で、就業構造や就労環境の変化によって子育て・若者世代の雇用・所得が不安定なものとなっていることなどから、結婚、妊娠・出産、子育てを選択することに不安を感じ、それをためらう国民が増えていることがある。子育て費用を社会全体で分かち合い、子どもを生き育てたいと希望する全ての人が、安心して子育てができる環境を整備することこそ何よりも求められている。

わたしたちの目指すべき社会の将来方向の第一は、ここにある。

## ◆これからも続く「超高齢社会」に備える

大胆な少子化対策によって人口減少の流れを変えると同時に、これからも続く超高齢社会に備えて、社会の持続可能性を高める対応を強化していかなければならない。

### ・働き方に中立的な社会保障制度を構築し、労働力を確保する

具体的には、第一に、超高齢社会にあって、経済社会の支え手となる労働力を確保する必要がある。この点で、女性や高齢者の就労を最大限に促進し、その能力発揮を実現することが必要であり、誰もが安心して希望どおり働けるようにしていくことが目標となる。このためには、雇用や働き方に対して歪みをもたらすことのない「中立的」な社会保障制度の構築を進め、制度の包摂性を高めることで、女性や高齢者をはじめ誰もが安心して希望どおり働き、活躍できる社会を実現していく必要がある。また、子育て支援や健康寿命延伸、介護サービスに係る社会保障の充実は、女性や高齢者の就労を促進し、介護離職を減らすなど、支え手を増やす上でも重要となる。

### ・社会保障を皆で支える仕組みを構築し、ニーズの変化に的確に対応する

第二に、社会保障給付を皆で支え合う仕組みを整備するとともに、国民一人ひとりがそれぞれの多様なニーズに対応するサービスを利用できる環境を創出する必要がある。高齢者人口（65歳～）は、いわゆる団塊の世代が2025年までに全て75歳以上となった後、2042年にピークを迎え減少し始めるが、その後も、より若い世代の人口減少も進む中で高齢人口比率は高止まりし、中でも75歳以上人口の比率は増え続けると見込まれる。

こうした見通しを踏まえ、増加する社会保障給付について、負担能力に応じて、全ての世代で、公平に支え合う仕組みを早急に強化するとともに、給付と負担のバランスを確保していく必要がある。さらに、医療や介護ニーズの増大や多様化する福祉ニーズに応える人材の確保・育成、働き方改革に力を注ぐとともに、こうしたニーズの変化に的確に対応した医療・介護サービス提供体制の確立やデジタル技術の積極的な活用により、住民にとって使いやすく、かつ効率的にサービスが利用できる環境を整備することが重要である。

## 2. 全世代型社会保障の基本理念

### ◆「将来世代」の安心を保障する

「全世代型社会保障」とは、全ての世代にとって安心できる社会保障である。この「**全世代**」は、若年期、壮中年期及び高齢期はもとより、**これから生まれる「将来世代」も含む**ものとして考える必要がある。

将来にわたって社会保障制度を持続させ、将来世代が安心して暮らしていけるようにするためには、負担を将来世代へ先送りせず、同時に、社会保障給付の不断の見直しを図る必要がある。そして、社会保障を含む経済社会の「支え手」を増やしながら、今の世代で制度を支えていくことを基本理念に置かなければならない。このことは、現在の現役世代の安心を確保することにもつながるものである。

### ◆能力に応じて、全世代が支え合う

「全世代型社会保障」は、年齢に関わりなく、全ての国民が、その能力に応じて負担し、支え合うことによって、それぞれの人生のステージに応じて、必要な保障がバランスよく提供されることを目指すものである。

超高齢社会にあっては、社会保障は世代を超えた全ての人々が連帯し、困難を分かち合い、未来の社会に向けて協力し合うためにあるという認識を、世代間対立に陥ることなく、全ての世代にわたって広く共有していかなければならない。すなわち、「全世代型社会保障」の要諦は、「社会保障を支えるのは若い世代であり、高齢者は支えられる世代である」という固定観念を払しょくし、「全世代で社会保障を支え、また社会保障は全世代を支える」ということにある。



- 政府は長きにわたり、団塊世代が75歳となる「2025年」を社会保障改革の目標年度として、持続可能な制度や、病床機能の分化などのサービス提供体制の改革を目指してきた。これは、このままでは、2025年以降は現役世代の医療・介護の負担が増大し、提供体制も立ち行かなくなるという危機感によるものだった。
- 2025年までに改革を実施するには、事実上本年が最後のチャンスであり、少子化対策だけでなく、「全世代型」の制度を実現するため、医療・介護の改革議論を加速する必要がある。

## ◆ 社会保障国民会議 最終報告（2008年）

団塊世代が75歳になる2025年以降を見通し、長期にわたって持続可能な制度の構築を追求する必要がある。

## ◆ 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～（2013年）

まず、日本の人口構成は他国に類を見ないスピードで少子高齢化が進んでおり、2025（平成37）年には、いわゆる「団塊の世代」がすべて75歳以上となり、高齢者の中でより高齢の者が増える超高齢社会になっていく。（中略）日本の社会保障制度を「1970年代モデル」から「21世紀（2025年）日本モデル」に再構築して、国民生活の安心を確保していくことが、喫緊の課題となっている。

「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。

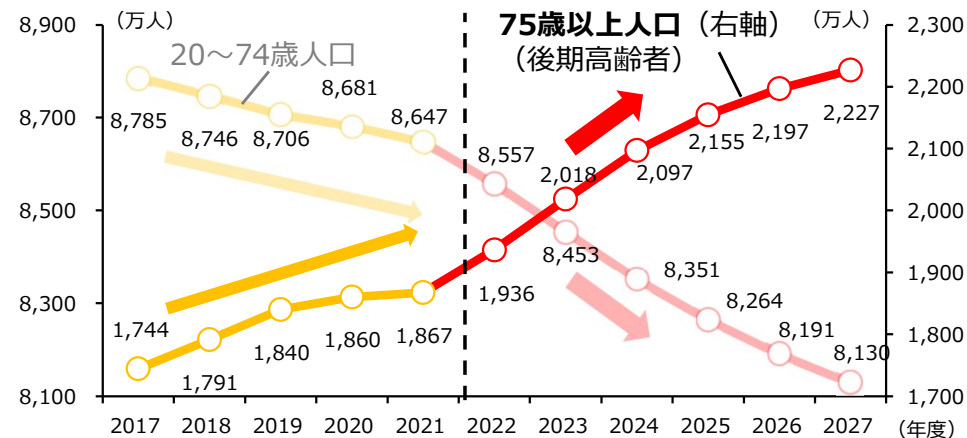
病床機能の分化・連携や、地域包括ケアシステムの構築は、団塊の世代のすべてが75歳以上となる2025（平成37）年に向けて速やかに取り組むべき課題であり、その実現に向けて早急に着手し、全国から先駆的実践事例等を収集するなど、地域の特性に応じて実現可能な体制を見出す努力を促すための取組を早急に開始すべきである。

## ◆ 地域医療構想策定ガイドライン（2017年）

地域医療構想は平成37年（2025年）のあるべき医療提供体制を目指すものである。

都道府県においては、医師会等の医療関係者や、保険者、市町村だけではなく、住民との十分な連携の下、地域医療構想を策定するとともに、おおむね10年後である平成37年（2025年）に向けて、拙速に陥ることなく確実に、将来のあるべき医療提供体制の実現に向け、各医療機関の自主的な取組等を促すとともに、住民の医療提供体制に関する理解や、適切な医療機関選択や受療が行われるよう、周知を始めとする取組を推進されたい。

## ◆ 年齢別の人口推移

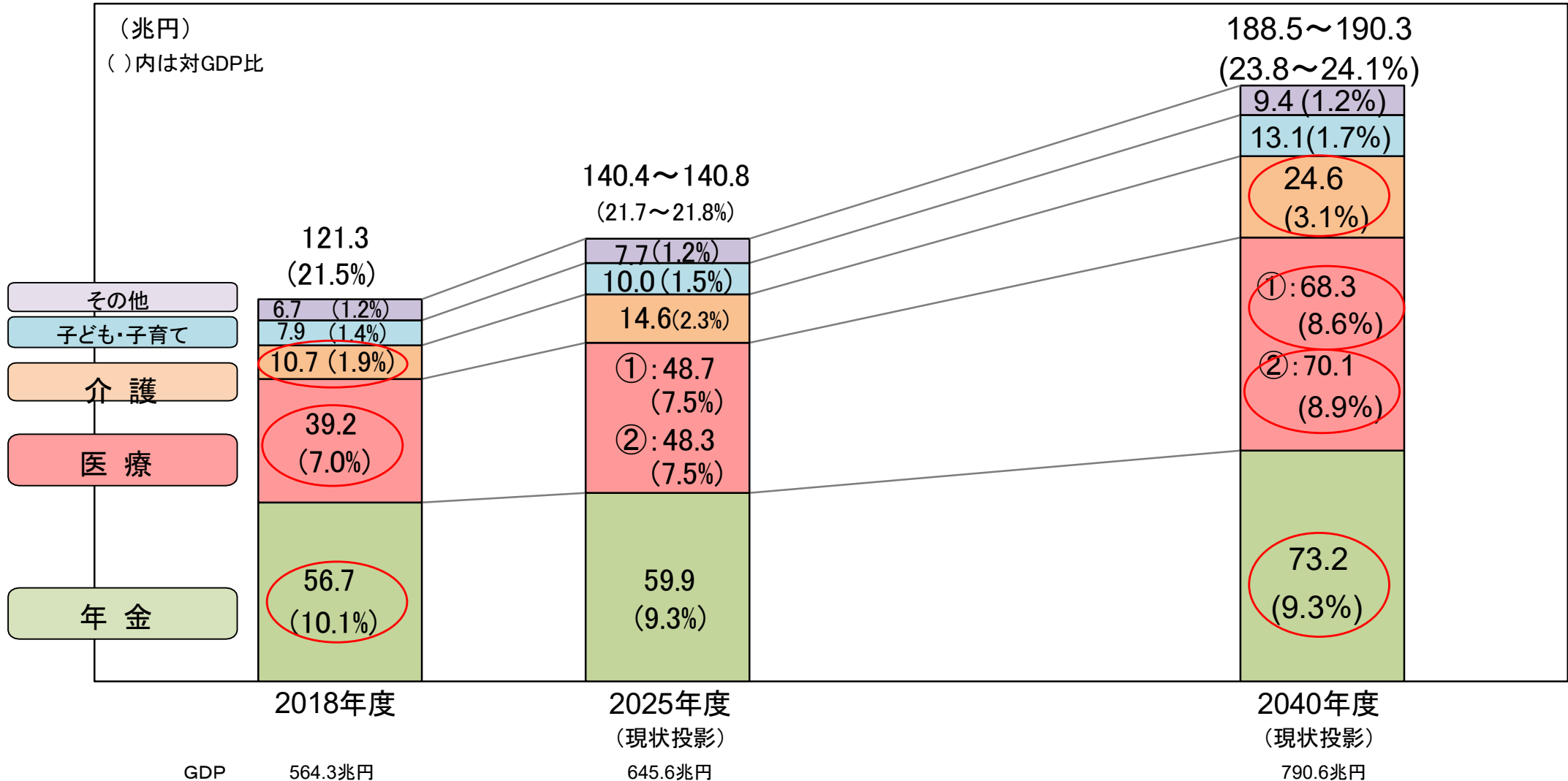


（出典）2022年までは総務省「人口推計」（各年10月1日現在）等  
2023年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2023年推計）」（出生中位（死亡中位））

# 社会保障給付費の見通し

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

- 年金については、マクロ経済スライドが導入され、経済・人口に見合った給付水準となる枠組みとなっている。
- 医療・介護については、高齢化等に伴い給付費の増大が避けられず、保険料・公費の負担の増大を避けるため、累次にわたり制度の手直しが行われている。



(注) 医療については、単価の伸び率の仮定を2通り設定しており、給付費も2通り(①と②)示している。

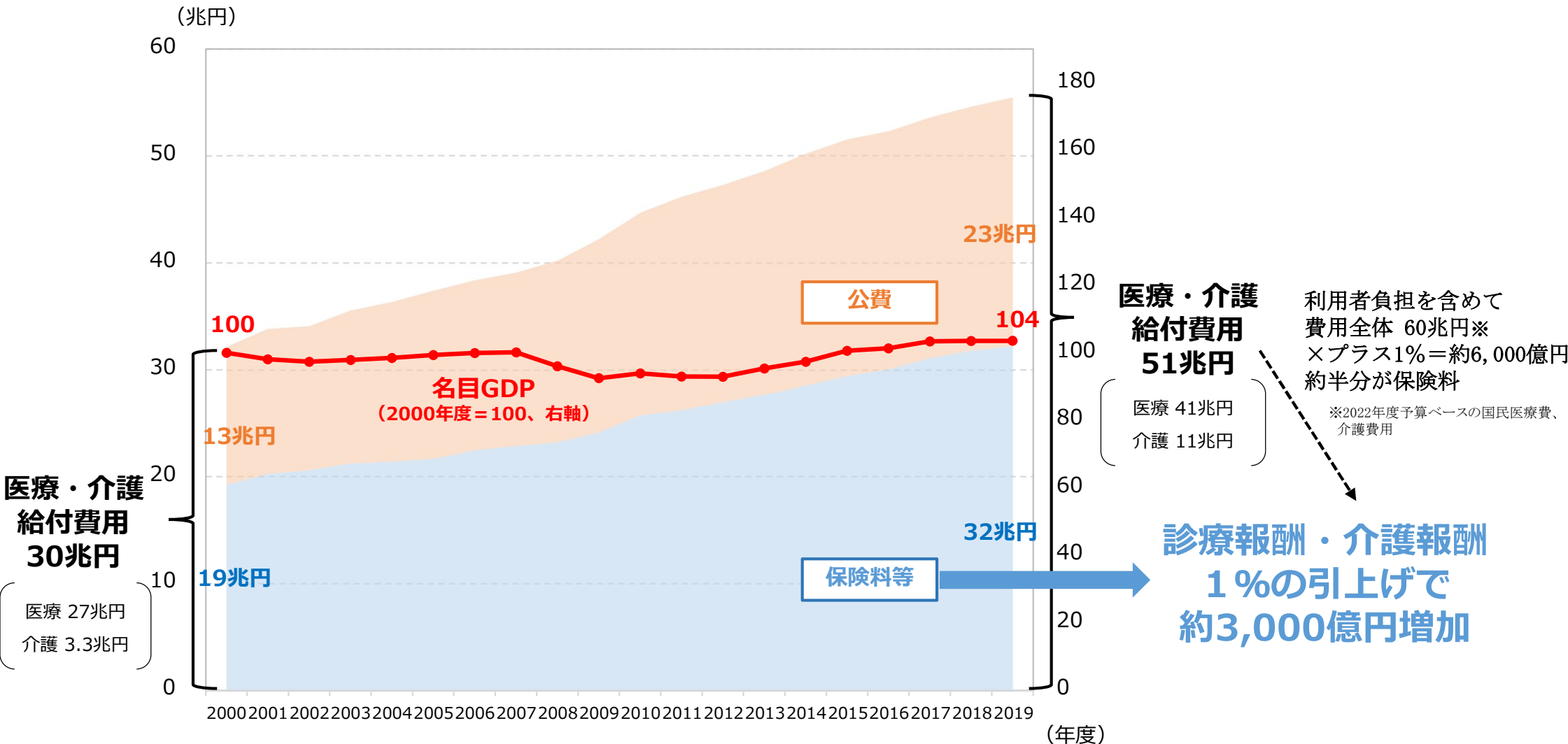
※ 平成30年度予算ベースを足元に、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」、内閣府「中長期の経済財政に関する試算(平成30年1月)」等を踏まえて計算。なお、医療・介護費用の単価の伸び率については、社会保障・税一体改革時の試算の仮定を使用。



# これまでの主な制度改革

|        |   |
|--------|---|
| 2014年度 | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 診療報酬・薬価改定等</li><li>・ 70～74歳の医療における窓口負担割合の見直し（1割⇒2割負担）</li></ul>                                     |
| 2015年度 | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 介護保険制度改革（地域支援事業の充実、予防給付の一部を地域支援事業に移行、介護2割負担の導入等）</li><li>・ 介護報酬改定</li><li>・ 協会けんぽ国庫補助の見直し</li></ul> |
| 2016年度 | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 診療報酬・薬価改定等</li></ul>  |
| 2017年度 | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入、介護納付金の総報酬割の導入</li><li>・ 高額療養費の見直し</li><li>・ 後期高齢者医療の保険料軽減特例の見直し</li></ul>        |
| 2018年度 | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 診療報酬・薬価改定等、薬価制度の抜本改革</li><li>・ 介護の高所得者への3割負担の導入</li></ul>   |
| 2019年度 | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 介護納付金の総報酬割の拡大</li><li>・ 診療報酬・薬価改定等（消費税率引上げに伴う対応）</li></ul>  |
| 2020年度 | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 介護納付金の総報酬割の拡大</li><li>・ 診療報酬・薬価改定等</li></ul>  |
| 2021年度 | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 毎年薬価改定（1回目）</li><li>・ 介護保険制度改革（補足給付及び高額介護サービス費の見直し）</li></ul>                                       |
| 2022年度 | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 診療報酬・薬価改定等</li><li>・ 後期高齢者医療における窓口負担割合の見直し（一定以上の所得のある者:1割⇒2割負担）</li><li>・ 被用者保険の適用拡大等</li></ul>     |
| 2023年度 | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 毎年薬価改定（2回目）</li><li>・ 健保法等改正（高齢者医療に関する負担の在り方を見直し、出産育児一時金を全世代で支える仕組みの導入、かかりつけ医機能を発揮する制度整備）</li></ul> |

- 医療・介護の給付費用はこの20年で大幅に増加しており、公費負担・保険料負担も増加している。
- 給付費用は経済成長率以上に伸びており、現役世代の負担能力を考えれば、持続可能な状況とは言い難い。医療・介護の報酬改定を含め、様々な制度見直しを行っている。今後、更に給付費用自体の抑制に取り組む必要がある。



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「令和2年度社会保障費用統計」

(注) ここでの「医療・介護給付費用」は、医療保険、介護保険、生活保護のうち医療扶助相当分、公衆衛生のうち医療分等を指す。

# 少子高齢化の中で求められる政策

人口減少の中だからこそ将来展望がますます重要に  
 ✓賃上げ、雇用制度 ✓持続可能な社会保障、セーフティーネット

消費拡大  
成長期待

「**全世代型社会保障**」に向けた改革が必要

## 少子化対策

- ・賃上げ、労働市場の見直し
- ・経済的負担の軽減
- ・サービスの拡充
- ・育児休業など両立支援

## 超高齢社会に備える政策

- ・医療・介護等が持続可能となるための改革  
 （給付内容の見直し、医療提供体制を効率的に、  
 負担能力に応じた負担）
- ・働き方に中立的な制度（厚生年金の適用拡大等）

公費・保険料の負担抑制

## 少子化対策

- 経済的支援の中でも児童手当のあり方をどう考えるか。
- 子ども・子育て予算の財源のあり方をどう考えるか。
- ※雇用のあり方、少子化の背景・要因は前回・前々回で議論。

## 医療・介護

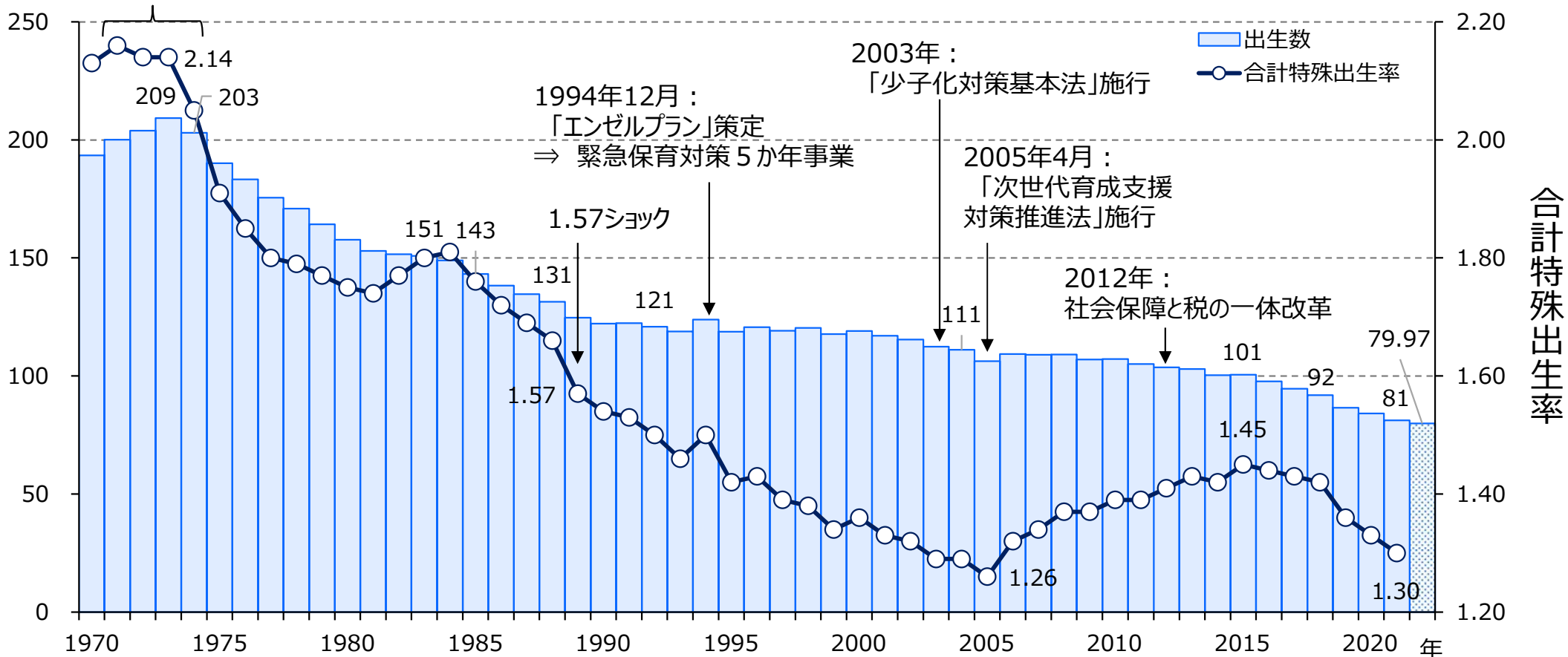
- 新型コロナの経験を今後の対応につなげていくべきではないか。
- ✓医療機関等に巨額のコロナ特例 ✓病床の役割分担に課題
- 「超高齢化」に備えて制度を持続可能なものにする改革を進めていくべきではないか。
- ✓介護保険の改革（ICT化、大規模化、給付の効率化） ✓薬剤費への対応（保険給付範囲の見直し）
- 産業構造まで含めて医薬品をめぐる課題を考えていくべきではないか。
- DXの進展を医療分野においてどのように活用するか。

## 障害福祉

## 出生数・合計特殊出生率の推移

- 我が国では、戦後最低の出生率となった「1.57ショック」を契機に「少子化」が政策課題として認識され、2003年には「少子化対策基本法」が制定されるなど、少子化対策は政府全体の取組として位置付けられるようになった。
- その後も、社会保障と税の一体改革による安定財源の確保を背景に、待機児童対策、幼児教育・保育の無償化、高等教育の無償化などの取組が進められ、出生率は2005年の1.26をボトムに一定程度回復したが、近年、コロナ禍の影響もあり、再び低下してきている。

(万人) 第2次ベビーブーム



(出所) 厚生労働省「人口動態統計」

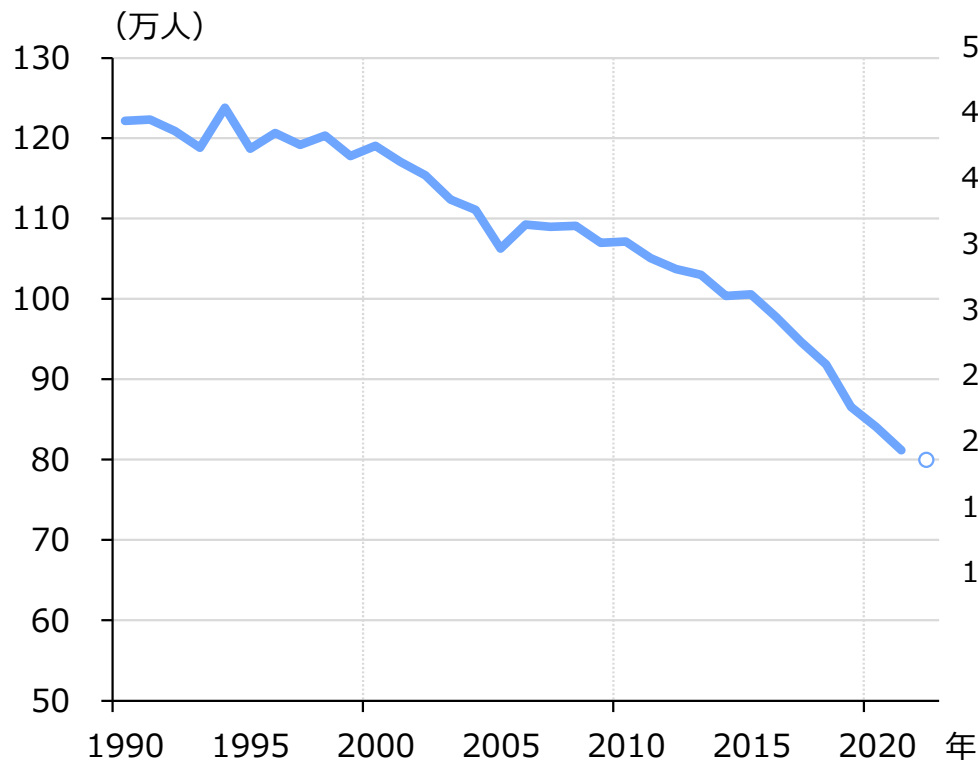
(注) 出生数は日本における日本人、2022年は速報値(日本における外国人、外国における日本人を含む。)

## 2030年代を境に急減する若年人口

【岸田内閣総理大臣記者会見（令和5年3月17日）（抄）】

2022年の出生数は過去最少の79万9,700人となりました。僅か5年間で20万人近くも減少しています。**2030年代に入ると、我が国の若年人口は現在の倍の速さで急速に減少**することになります。このまま推移すると、我が国の経済社会は縮小し、社会保障制度や地域社会の維持が難しくなります。**2030年代に入るまでのこれから6年から7年が、少子化傾向を反転できるかどうかのラストチャンス**です。

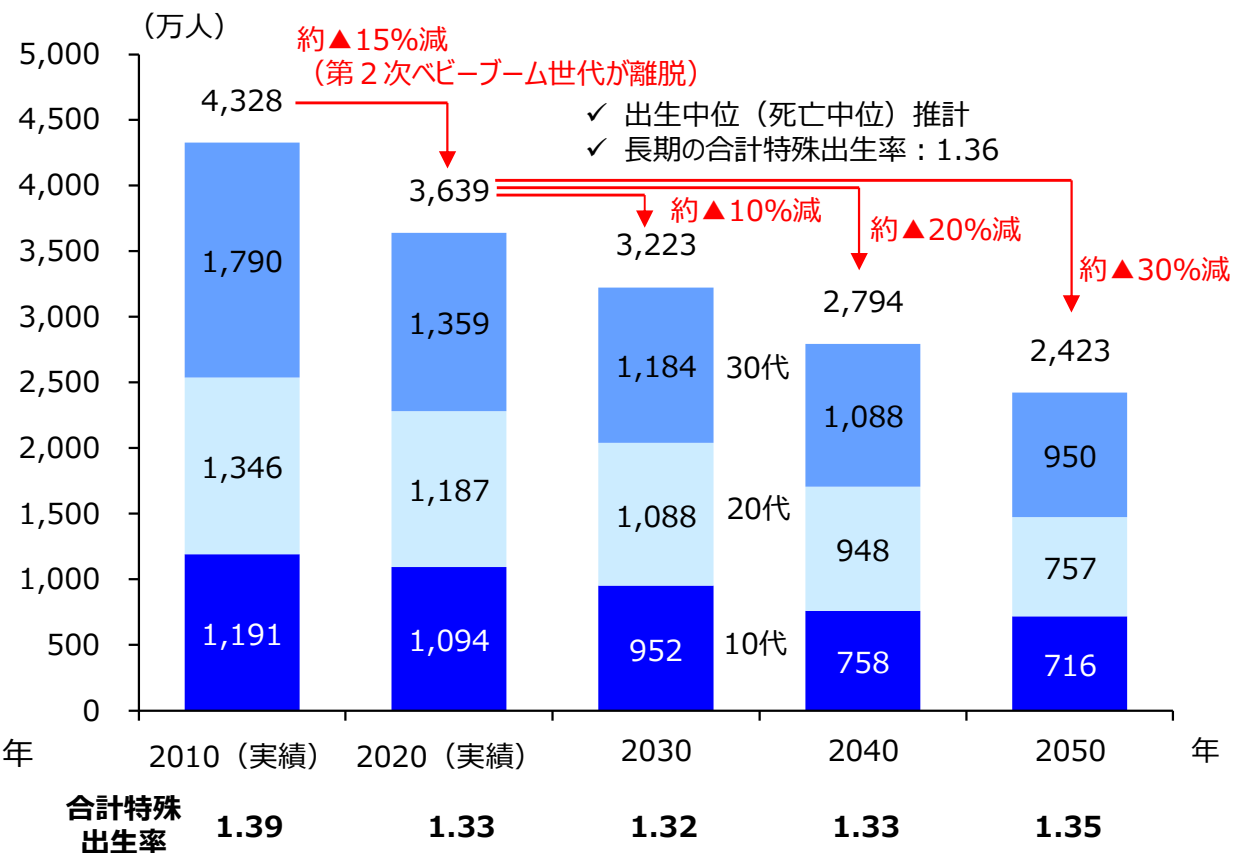
## ◆出生数の推移



(出所) 厚生労働省「人口動態統計」

(注) 出生数は日本における日本人、2022年は速報値（日本における外国人、外国における日本人を含む。）。

## ◆10代～30代人口の見通し

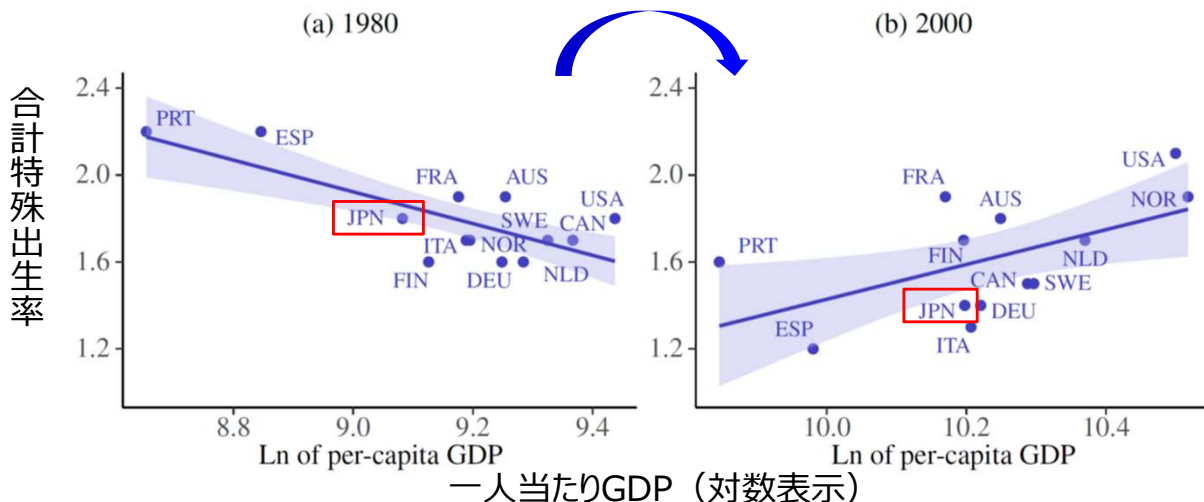


(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2023年推計）」、総務省「人口推計」、厚生労働省「人口動態統計」。

(注) 人口は日本人人口。

○ 従来、所得や女性の労働参加率が高い程、出生率は低下すると言われてきたが、近年、特に高所得国では、その関係が逆転しており、**所得が高い程、女性の労働参加率が高い程、出生率は高くなっている。**

## ◆所得と出生率の関係



## ◆出生率に関する従来の理論

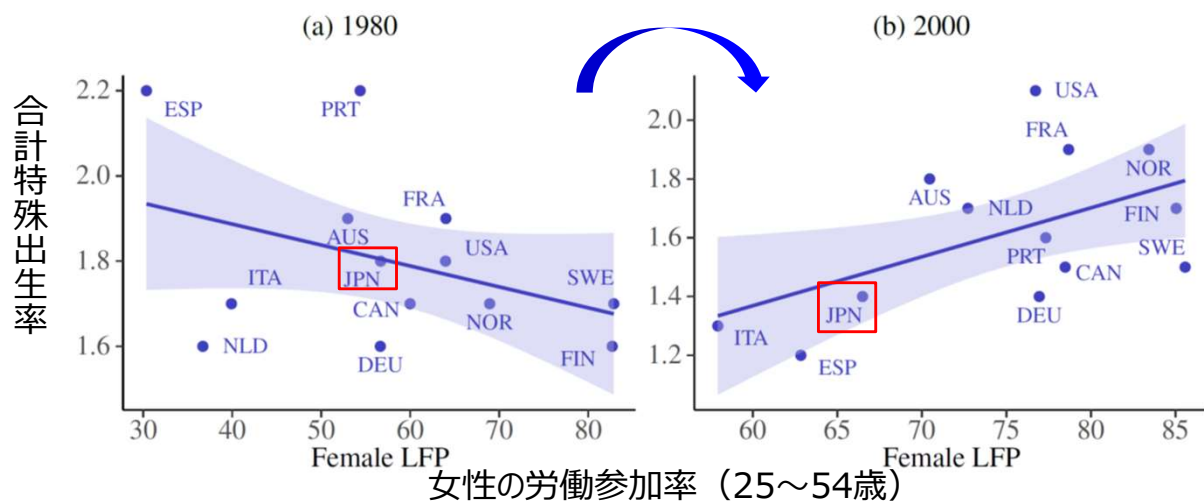
### こどもの質・量のトレードオフ：

裕福な親は教育等こどもの「質」に投資することを選択  
→ こども1人当たりのコストが増加するため、こどもの「量」は減少する

### 女性の機会費用：

女性の賃金が上昇すると、育児に要する時間の機会費用が割高になる  
→ より多くの女性が出産よりも就労を選択するため、出生率は低下する

## ◆女性の労働参加率と出生率の関係



公的教育の充実、育児の市場化  
（民間育児サービスの利用拡大）  
など

近年は必ずしも当てはまらない



- 最近の研究では、**女性のキャリアと家庭の両立性（compatibility）**が出生率向上の要因であり、①**父親の参画**、②**母親の就労に関する社会意識**、③**柔軟な労働市場**、④**子育て支援政策**が重要との指摘がある。

## ◆女性のキャリアと家庭の両立性（compatibility）

### ✓ 父親の参画（cooperative fathers）

- 出産に関する意見の不一致は、出生率を低下させる
- 父親が育児にほとんど参加しない場合、母親は次の出産に反対する傾向

### ✓ 母親の就労に関する社会意識（favorable social norms）

- 母親の就労に否定的な社会規範を有する国ほど「母の罰」が大きい

※母の罰：出産後の所得低下など女性が出産により被る不利益

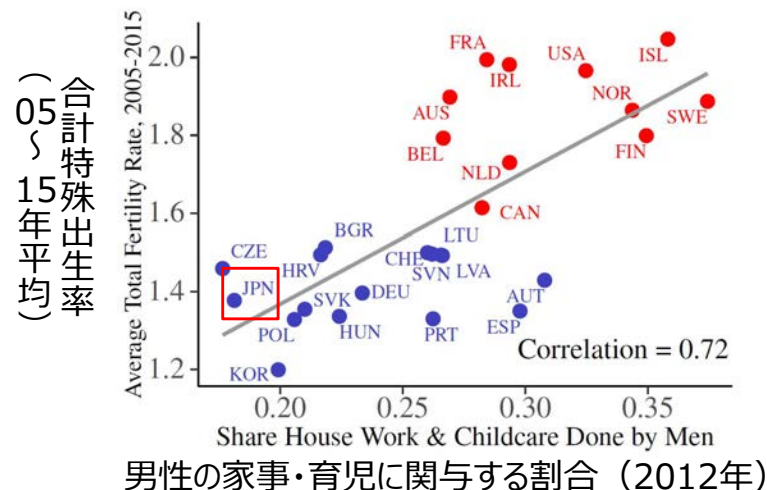
### ✓ 柔軟な労働市場（flexible labor market）

- 安定した職を得ることが難しい環境では出生率は低下

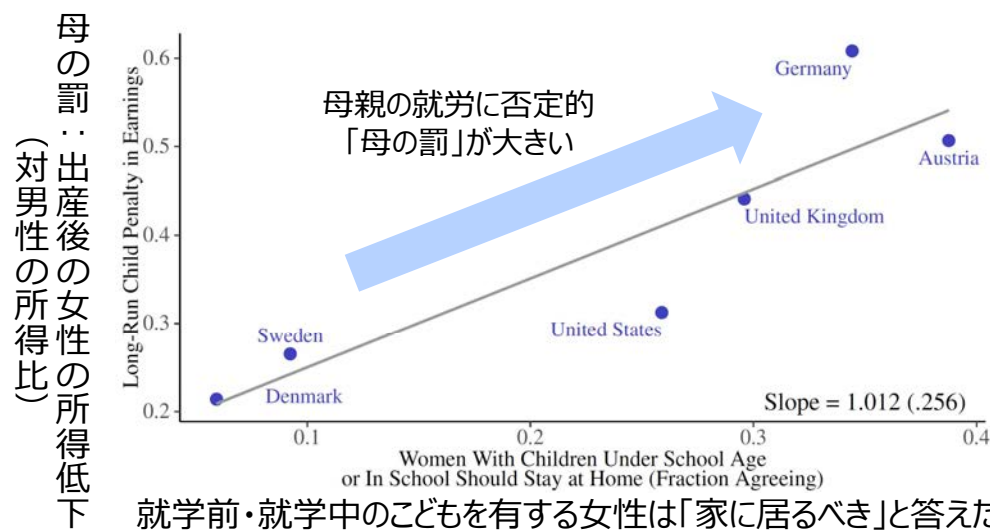
### ✓ 子育て支援政策（family policy）

- 保育サービスへの公的支援は育児コストを引き下げ、出生率を上昇させる
- 公的支援の規模は出生率・女性の労働参加率それぞれと正の相関

## ◆父親の協力と出生率



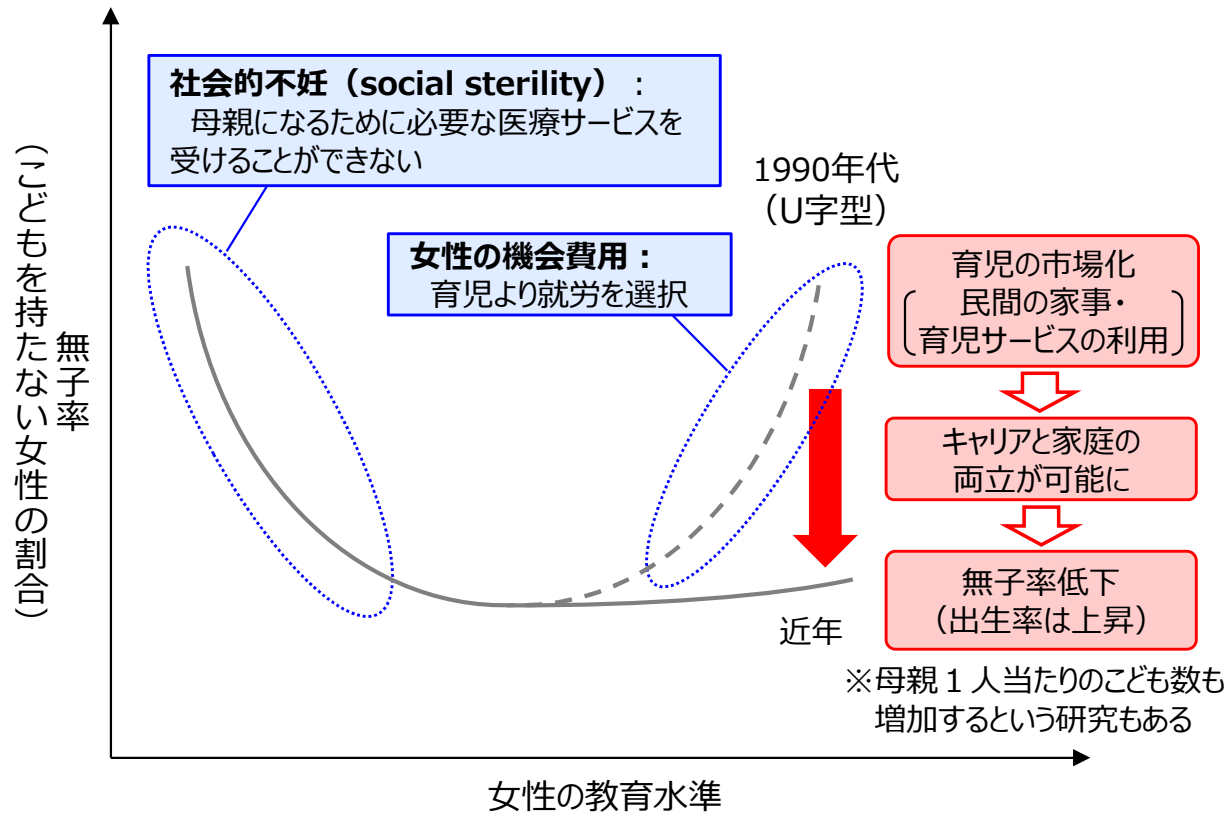
## ◆社会規範と「母の罰」



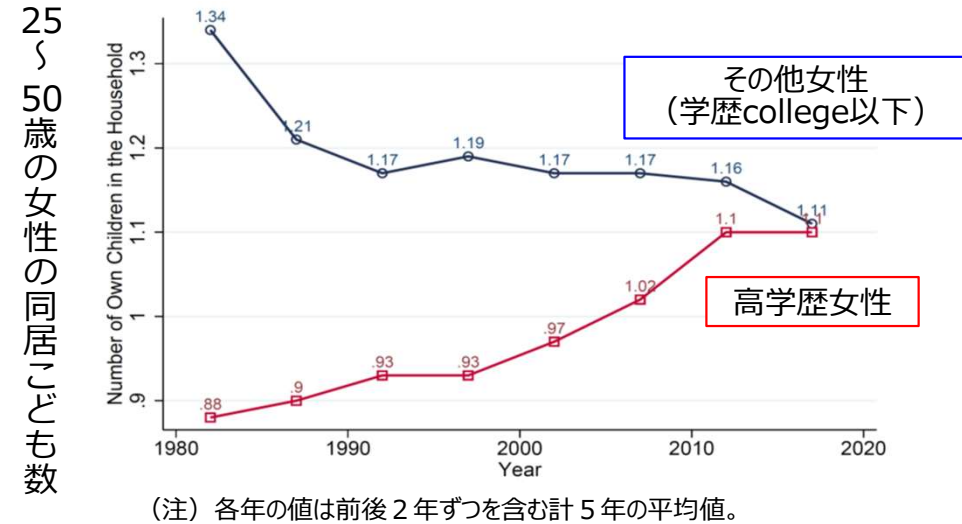


- 米国については、民間の家事・育児サービスの利用による**育児の市場化 (marketization) の拡大が、高学歴女性のキャリアと家庭の両立を実現させ、出生率を他の女性と同等に引き上げている**との研究がある。
- 我が国でも、最終学歴大卒以上の女性の出生子ども数は近年増加。

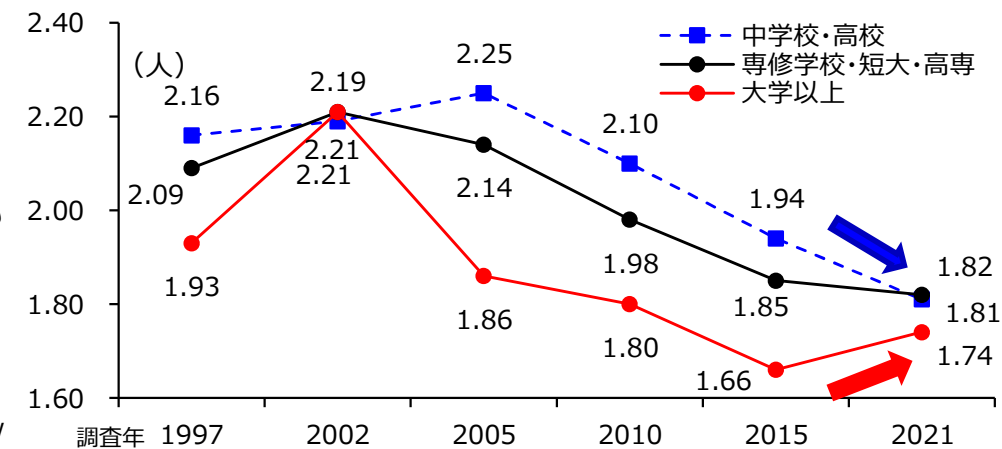
## ◆米国の無子率 (childlessness rates) の変化 (イメージ)



## ◆学歴別の子ども数の推移 (米国)



## ◆妻の最終学歴別出生子ども数 (日本)



(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」  
(注) 対象は妻の調査時年齢45~49歳の初婚同士の夫婦。

(出所) Matthias Doepke, Anne Hannusch, Fabian Kindermann, Michele Tertilt. 2022. "The New Economics of Fertility." IMF Finance & Development, September 2022 及び Moshe Hazen, David Weiss, and Hosny Zoabi. 2021. "Marketization and the Fertility of Highly Educated Women along the Extensive and Intensive Margins" CEPR Discussion Paper 16647 より作成。

○ 我が国において、女性が出産・育児でキャリアを中断することに伴う機会費用は相当な額にのぼっていることが示唆される。

久我 尚子「大卒女子、育休2回で生涯所得2億円!? 女性が働きやすい環境を作る重要性」 (ニッセイ基礎研レポート2017年2月号)

[図表 1] 生涯所得推計のための大学卒女性の働き方ケース

| A                             | A-A                     | A-T1                    | A-T2                    | A-R-P                | A-R                  | B                              | B-B                      |
|-------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|--------------------------|
| 正規雇用者<br>(出産などの休業なし)<br>フルタイム | 正規雇用者<br>第一子出産<br>フルタイム | 正規雇用者<br>第一子出産<br>短時間勤務 | 正規雇用者<br>第一子出産<br>短時間勤務 | 正規雇用者<br>第一子出産<br>退職 | 正規雇用者<br>第一子出産<br>退職 | 非正規雇用者<br>(出産などの休業なし)<br>フルタイム | 非正規雇用者<br>第一子出産<br>フルタイム |
|                               | 第二子出産<br>フルタイム          | 第二子出産<br>短時間勤務          | 第二子出産<br>短時間勤務          | 第二子出産<br>非就業         | 第二子出産<br>非就業         |                                | 第二子出産<br>フルタイム           |
|                               |                         | フルタイム<br>(第2子3歳未満まで)    | フルタイム<br>(第2子小学校入学前まで)  | パート<br>(第2子小学校入学前まで) |                      |                                |                          |

注1：A-R以外は60歳で退職、注2：A・B以外の出産年齢は第1子31歳、第2子34歳。

(参考)

- ・生涯所得 = 生涯賃金 + 退職金
- ・生涯賃金 = 年齢別賃金の合計

退職金は正規雇用者のみとし、厚生労働省「平成25年就労条件総合調査」の1人平均退職給付額の勤続年数別の値を用いる(ただし、男女別の値がないため男女計の値)。

生涯賃金は、正規・非正規雇用者の場合は「年齢別賃金 = きまって支給する現金給与額 \* 2 \* 12ヶ月 + 年間賞与 + その他特別給与額」とし、パートの場合は「年齢別賃金 = (実労働日数 \* 1日当たり所定内実労働時間数 \* 1時間当たり所定内給与額) \* 12ヶ月 + 年間賞与 + その他特別給与額」とし、いずれも厚生労働省「平成27年賃金構造基本統計調査」の値を用いて、各年齢の賃金を推計し合算する。

※育児休業利用時の取扱い

育休中は休業前の賃金水準で「育児休業給付金」が支給され、復職時は休業前の賃金水準に戻り、復帰初年度のみ賞与は半額とする。

※短時間勤務制度利用時の取扱い

短時間勤務中は超過労働給与額を含まない「所定内給与額」で年収を推計する。賃金水準は労働時間数比率(6時間/8時間 = 75%)を乗じた値とし、短時間勤務期間の経過年数も同様とする。フルタイム復帰時は経過年数に相当するケースAの年齢別賃金に接続する。

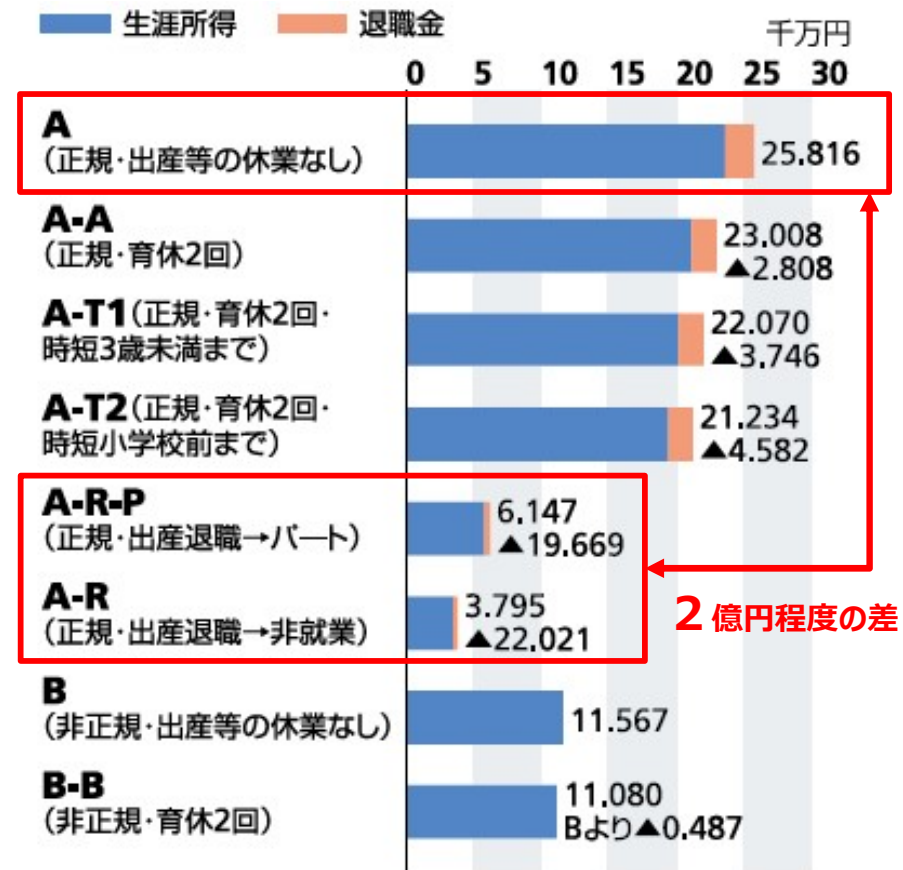
※55歳以降の取扱い(正規雇用者)

いずれも同水準とする(様々な仮定が必要であり、今回は未設定)。

※非正規雇用者の取扱い

「正社員・正職員以外」の値で推計する。育休からの復職時等の取扱いは標準労働者と同様とする。

[図表 2] 女性の働き方ケース別生涯所得

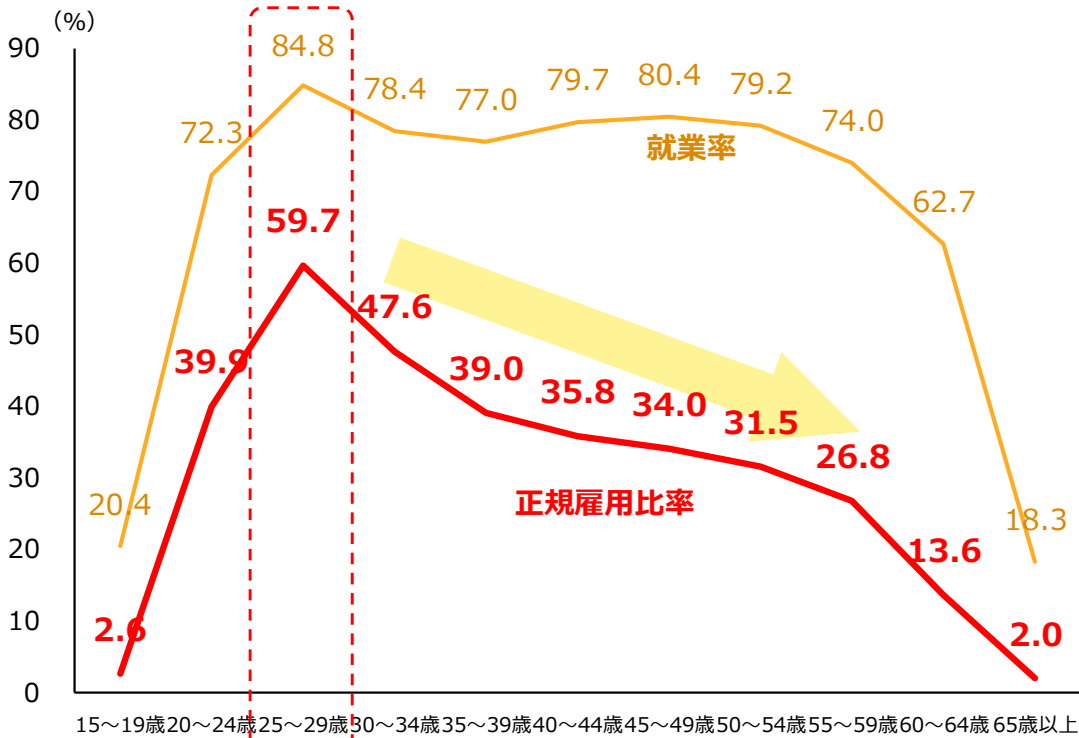


資料：厚生労働省「平成27年賃金構造基本統計調査」、及び「平成25年就労条件総合調査」から作成

# わが国における女性のキャリアと家庭の両立の状況について

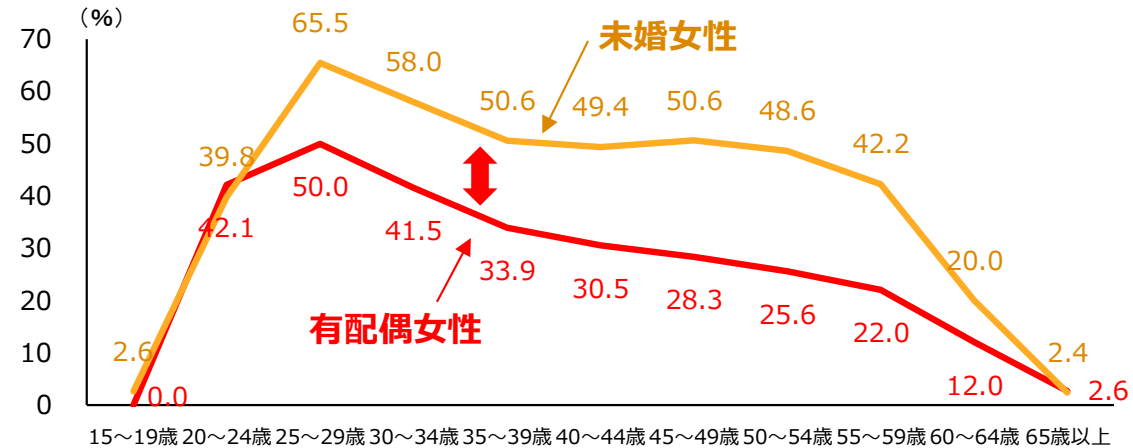
- 我が国においては、女性の就業率が出産・育児期に低下するいわゆる「M字カーブ」は解消に向かっているが、正規雇用比率が20歳代をピークに低下し、30代、40代などは、非正規雇用が中心となる、いわゆる「L字カーブ」がみられる。
- **有配偶女性の正規雇用比率は、未婚女性より顕著に低く、非正規雇用を選んだ理由として「家事・育児・介護と両立しやすいから」が育児期の20～40代で高くなっており、女性のキャリアと家庭の両立を阻む障壁が存在している。**

## ◆いわゆるM字カーブ、L字カーブの状況



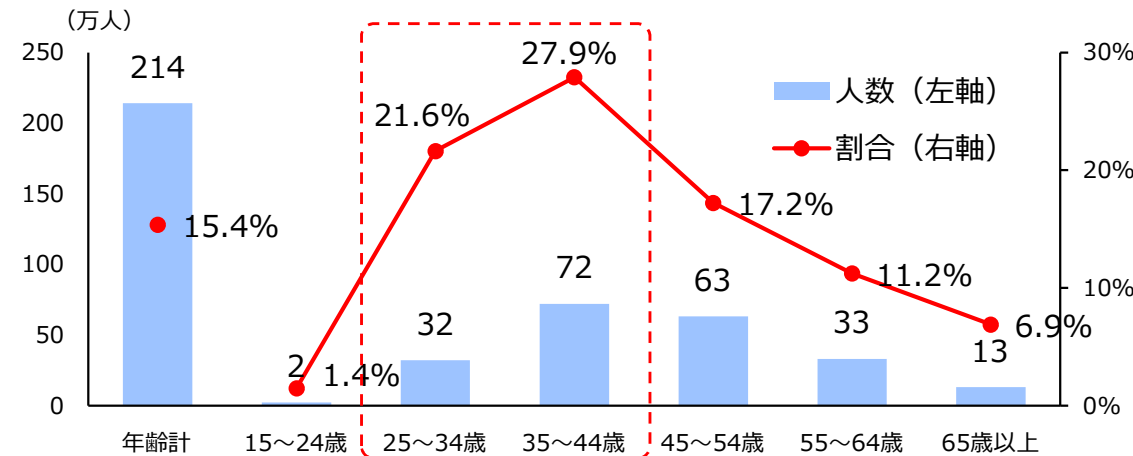
(出所) 総務省「労働力調査（基本集計）」

## ◆有配偶・未婚女性の正規雇用比率



(出所) 総務省「労働力調査（基本集計）」

## ◆非正規を選んだ理由として「家事・育児・介護と両立しやすいから」を挙げた人数・割合（女性）

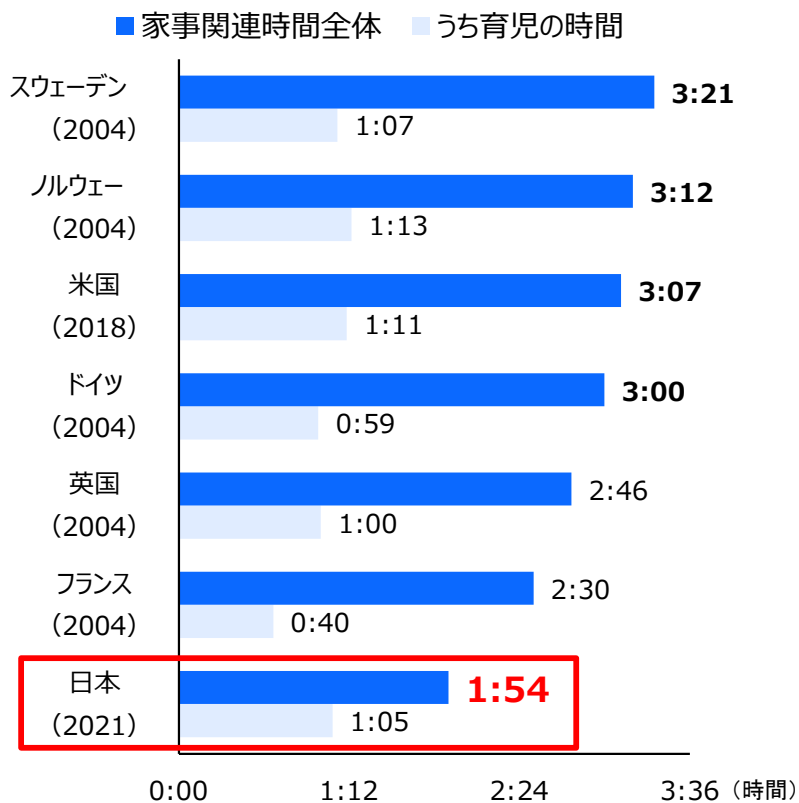


(出所) 総務省「労働力調査（詳細集計）」

## ①父親の参画（１）

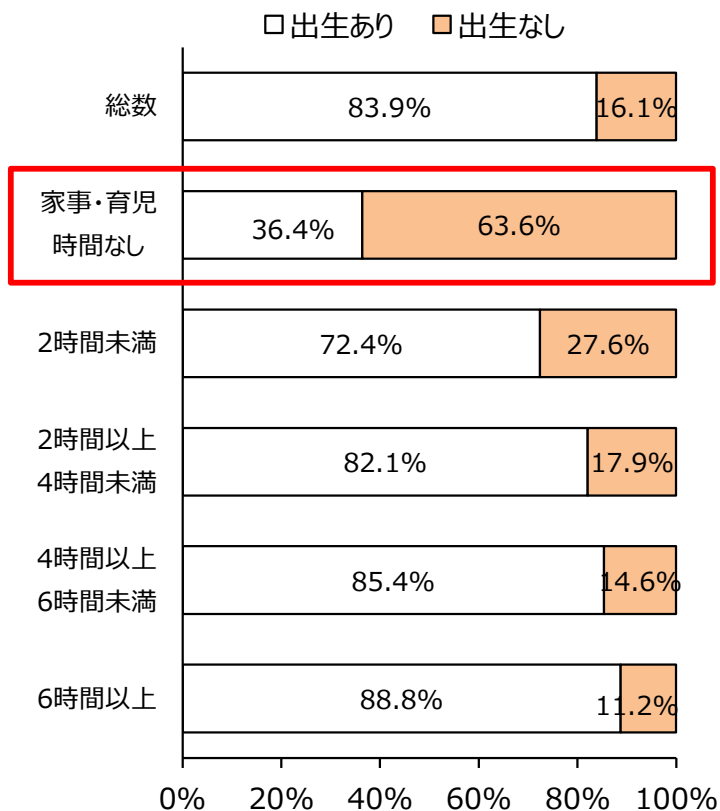
- 第２子以降の出生割合は、夫の家事・育児時間が長いほど高い傾向にあるが、我が国の夫の家事・育児関連時間は２時間程度と国際的に見ても低水準。
- 子がいる共働きの夫婦について平日の帰宅時間は女性よりも男性の方が遅い傾向。保育園の迎え、夕食、入浴、就寝などの育児負担が女性に集中する「ワンオペ」になっている傾向。

## ◆ 6歳未満児のいる夫の家事・育児関連時間（１日あたり）



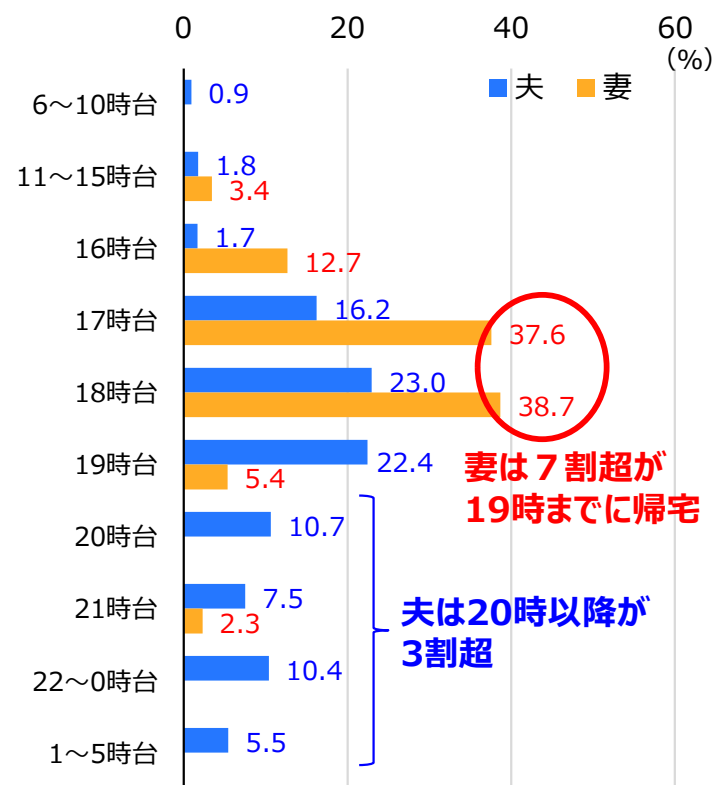
(出所) Eurostat “How Europeans Spend Their Time Everyday Life of Women and Men” (2004), Bureau of Labor Statistics of the U.S. “American Time Use Survey” (2018) 及び総務省「社会生活基本調査」(令和3年)  
 (注) 日本の数値は「夫婦と子供の世帯」に限定した夫の時間である。

## ◆ 夫の休日の家事・育児時間別にみた第２子以降の出生割合



(出所) 厚生労働省「第10回21世紀成年者縦断調査(2012年成年者)」(調査年月:2021年11月)

## ◆ 子がいる男女の仕事のある日(平日)の帰宅時間



妻は7割超が19時までに帰宅

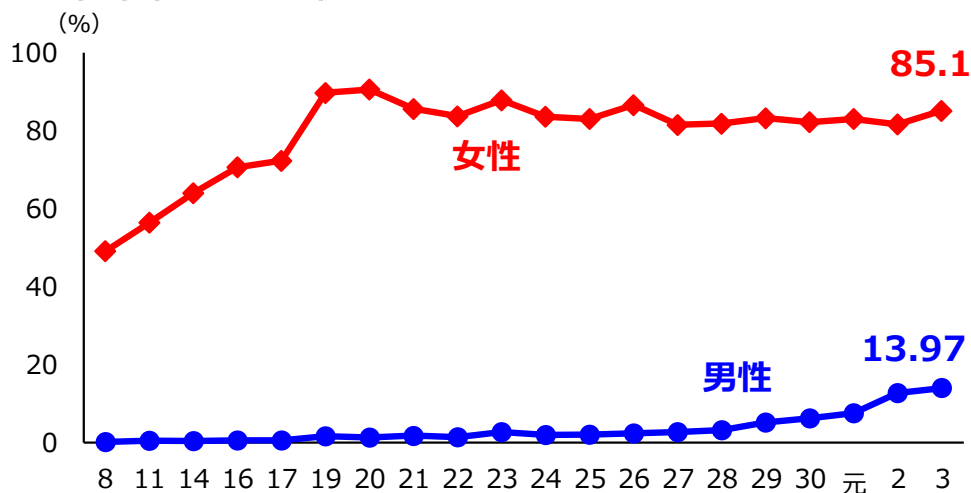
夫は20時以降が3割超

(出所) 総務省「令和3年社会生活基本調査」  
 (注) 子が3歳未満、妻の就業時間が週35時間以上の家庭

# ①父親の参画（２）

- 育児休業取得率は、女性は8割台で推移している一方、男性は上昇しているものの女性より大幅に低い。取得期間についても、女性は9割以上が6か月以上である一方、男性は約5割が2週間未満と短期間が中心。
- 正社員男性が育児休業制度を利用しなかった理由は「収入を減らしたくなかった」や「取得しづらい職場の雰囲気、職場の無理解」なども多く、制度はあっても利用しづらい職場環境の存在が見受けられ、こうした状況は、中小企業においてより顕著であると考えられる。

## ◆育児休業取得率の推移



(出所) 厚生労働省「雇用均等基本調査」

## ◆育児休業の取得期間の状況

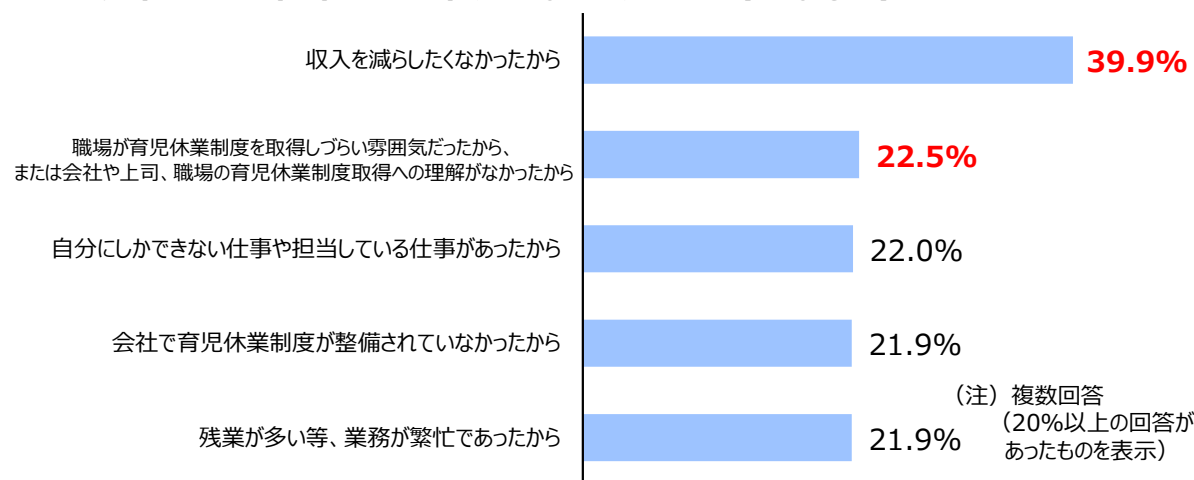
|    | 5日未満 | 5日～  | 2週間～ | 1月～  | 3月～ | 6月～  |
|----|------|------|------|------|-----|------|
| 女性 | 0.5  | 0.0  | 0.1  | 0.8  | 3.5 | 95.3 |
| 男性 | 25.0 | 26.5 | 13.2 | 24.5 | 5.1 | 5.7  |

2週間未満が半数超

半年以上がほとんど

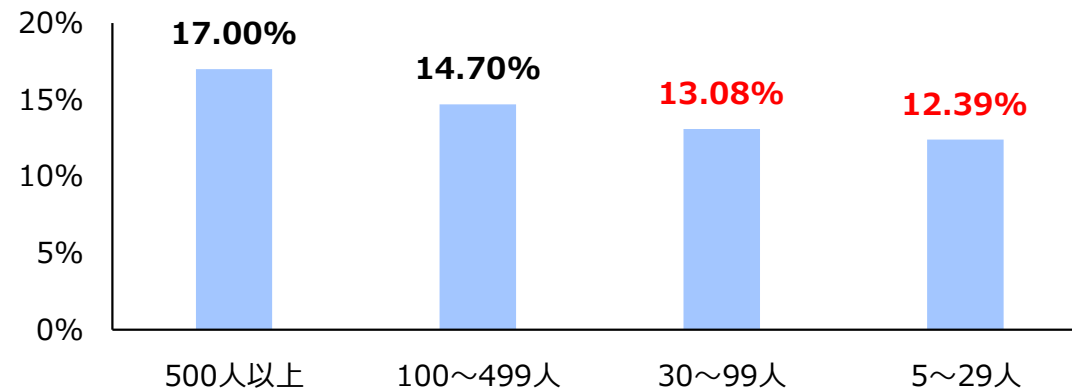
(出所) 厚生労働省「雇用均等基本調査」

## ◆男性の育児休業制度を利用しなかった理由（主なもの）



(出所) 令和4年度仕事と育児等の両立に関する実態把握のための調査研究事業報告書

## ◆事業所規模別の男性の育児休業取得率



(出所) 厚生労働省「雇用均等基本調査」



- 家庭内において育児負担が女性に集中している「ワンオペ」の実態を変え、夫婦が相互に協力しながら子育てをし、それを職場が応援していく社会を作っていくため、「こども・子育て政策の強化について（試案）」に盛り込まれた関連施策を早急に具体化していく必要。
- とりわけ、**男性の育休の取得促進**は共働き・共育てを定着させるための第一歩であり、**制度と給付両面の対応を抜本強化**することに加え、育休取得に当たって負担を気兼ねする声が、特に中小企業において多いことも踏まえ、**育休を促進する体制整備を行う中小企業に対する支援の強化**に取り組む必要。

### ◆育児休業給付の概要（現行）

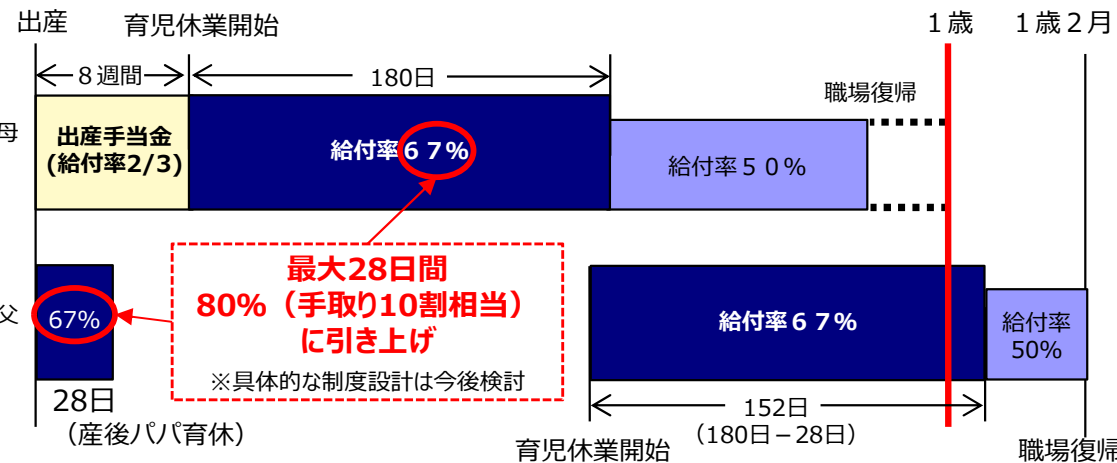
支給要件：雇用保険の被保険者であること等

- ・ 1週間の所定労働時間が20時間以上
- ・ 31日以上雇用見込みがあること

支給額：休業開始から180日までは休業前賃金の**67%**、それ以降は**50%**。

（男女ともに取得する場合のイメージ）

支給期間：1歳まで※  
（最長2歳まで）



（※）子が1歳になるまでに両親ともに育休を取得した場合は1歳2ヶ月まで（パパママ育休プラス）

### ◆男性の育休取得率の政府目標

【現目標】2025年：30%



【新目標】2025年：50%、2030年：85%

直近実績（2021年度）  
男性：13.97%  
女性：85.1%

### ◆仕事と子育てを両立できる環境整備に取り組む事業主への支援（現行）

#### ■両立支援等助成金（令和5年度予算：100億円、雇用保険2事業）

##### ①出生時両立支援コース（代替要員加算）

- ・ 代替要員を新規雇用した場合 1回あたり20万円加算

##### ②育児休業等支援コース（業務代替支援）

- A 代替要員を新規雇用した場合 1回あたり50万円支給
- B 業務の代替者に手当を支給した場合 1回あたり10万円支給  
（1事業主当たりAとBを合わせて1年度10人まで支給（5年間））  
※新規雇用には派遣を含む



周囲の社員への応援手当など育休を支える体制整備を行う  
**中小企業に対する助成措置を大幅に強化**

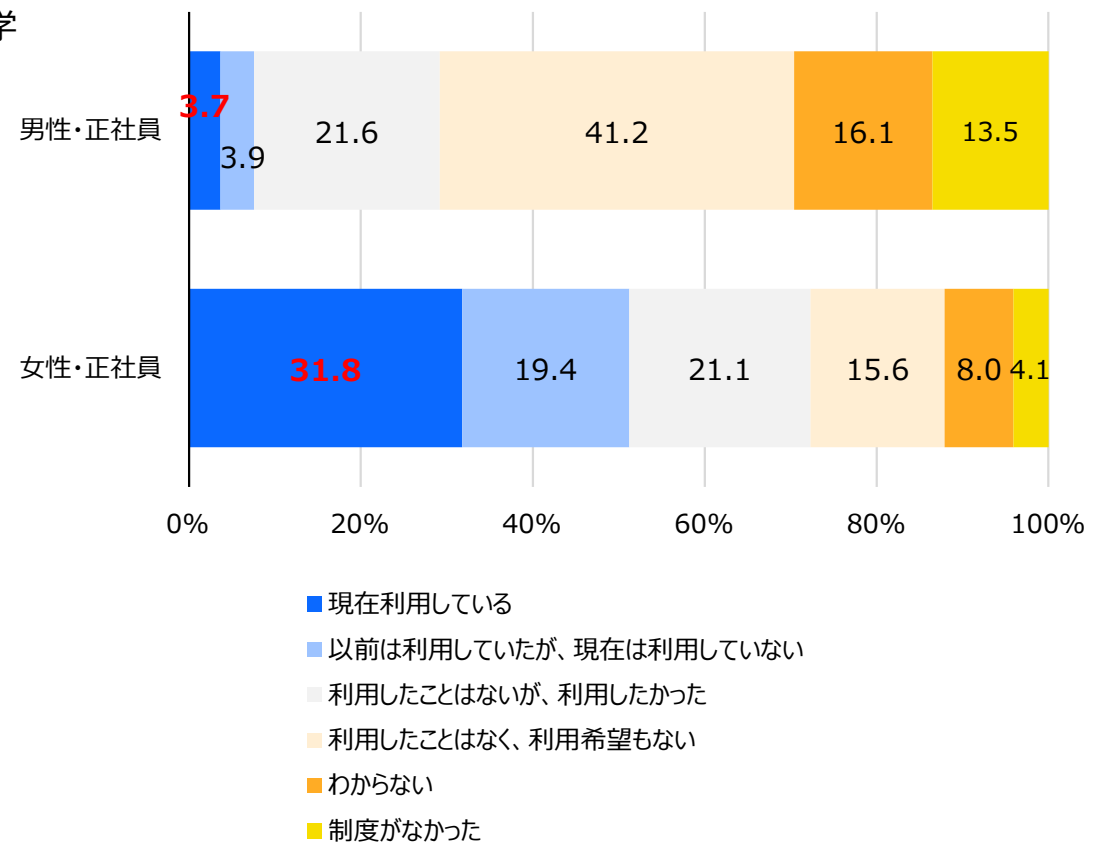
# ①父親の参画（４）

- あわせて、職場に復帰した後の子育て期間も含め、短時間勤務やテレワークなど多様な働き方を組み合わせて男女で育児・家事を分担可能とすることで、育児期の男女がともに希望に応じてキャリア形成との両立を可能とする仕組みを構築する必要。
- また、男女ともに短時間勤務をしても手取りが変わることなく育児・家事を分担できるよう、時短勤務を選択した場合の給付を創設する。その際、女性のみが時短勤務を選択することで男女間のキャリア形成に差が生じることにならないよう、具体的な制度設計を進めていく必要がある。

## ◆育児期の両立支援制度（現行、育児休業を除く）          : 努力義務

|  |    |         |
|--|----|---------|
| 出生   | 3歳 | 就学      |
| <b>子の看護休暇</b><br>（病気・けがをした子の看護、予防接種・健康診断を受けさせるために、取得できる。年に5日（2人以上の場合年に10日）、時間単位で利用可。）                          |    |         |
| <b>深夜業の制限</b><br>（労働者の請求で、午後10時から午前5時における労働を禁止。）   |    |         |
| <b>育児目的休暇、始業時刻の変更等</b><br>（フレックスタイム制、時差出勤、保育施設の設置運営その他これに準ずる便宜の供与）   |    |         |
| <b>短時間勤務制度（1日6時間）</b><br>※困難な業務の代替措置<br>・育児休業に関する制度に準じる措置<br>・フレックスタイム制<br>・時差出勤<br>・保育施設の設置運営その他これに準ずる便宜の供与 等 |    | 短時間勤務制度 |
| <b>所定外労働の制限（残業免除）</b><br>（労働者の請求で、所定労働時間を超える労働を禁止）   |    | 残業免除    |
| <b>時間外労働の制限（残業制限）</b><br>（労働者の請求で、24時間/月、150時間/年を超える時間外労働を禁止）  |    |         |

## ◆短時間勤務制度の利用状況





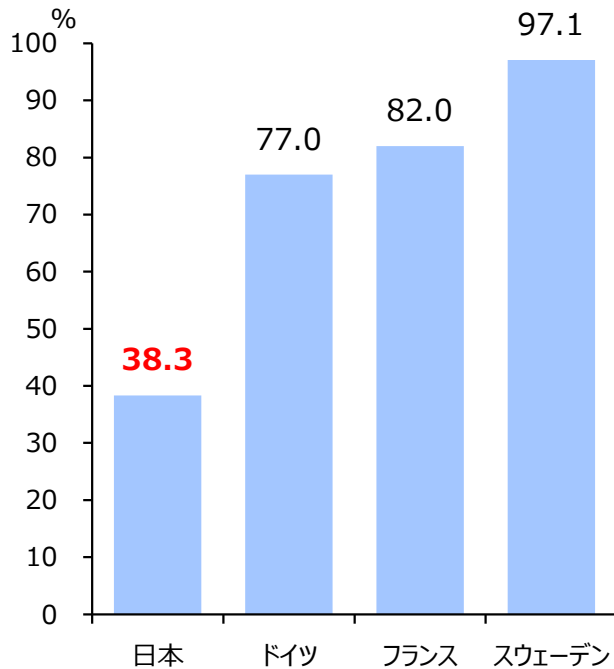
## ②母親の就労に関する社会意識（1）

- 子育てに関する**社会全体の意識を変えていくことが重要**。我が国では、自国が「こどもを生き育てやすい国」と思う割合が低いほか、就学前のこども育児について、「妻が行う」と考える割合が過半数に達している。
- 他方で、最近の学生の声を聞くと、**育児休業の取得や共働きを希望する男子学生の割合が増加する**など、変化の兆しもみられる。

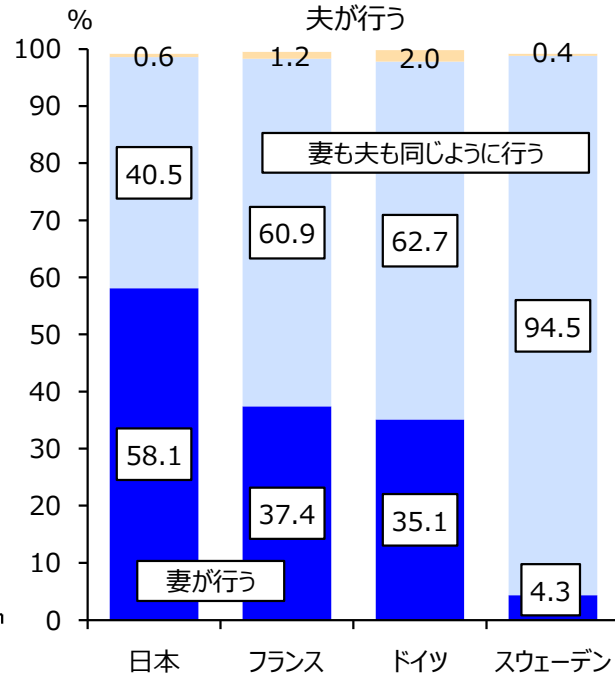
【岸田内閣総理大臣記者会見（令和5年3月17日）（抄）】

第2は、「社会全体の構造や意識を変える」ことです。社会的機能の維持が危ぶまれるような少子化が進む今、「こどもファースト社会」の実現は社会全体の課題です。これまで関与が薄いとされてきた企業や男性、さらには地域社会、高齢者や独身者を含めて、皆が参加し、社会構造・意識を変えていくという、従来とは次元の異なる少子化対策を実現したいと考えています。

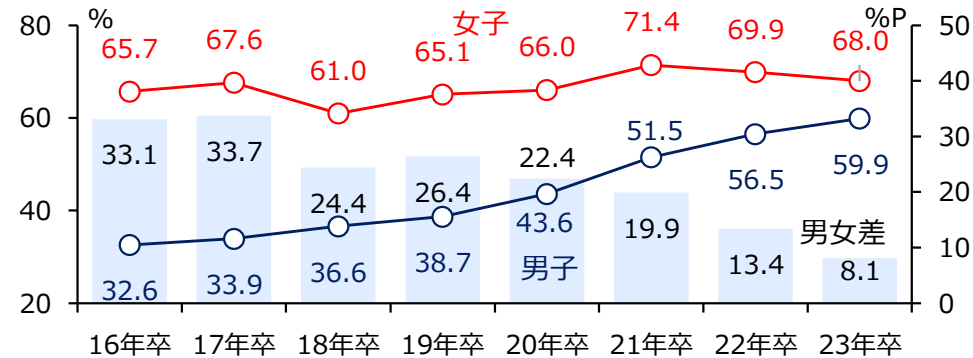
◆自国がこどもを生き育てやすい国だと思う割合



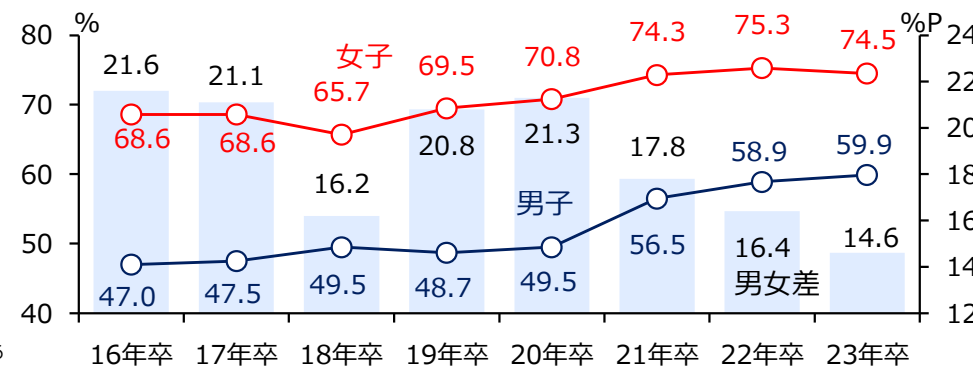
◆小学校入学前のこどもの育児における夫・妻の役割についての考え



◆「育児休業をとって積極的に子育てしたい」と回答した大学生の割合推移



◆共働き希望の大学生の割合推移



(出所) マイナビ「マイナビ2023年卒大学生のライフスタイル調査」

(出所) 内閣府「令和2年度少子化社会に関する国際意識調査」  
 (注) 自国は「子供を生き育てやすい国だと思いますか」との質問に対して「とてもそう思う」「どちらかといえばそう思う」と回答した者の割合の合計。

(出所) 内閣府「令和2年度少子化社会に関する国際意識調査」  
 (注) 「妻が行う」は「もっぱら妻が行う」「主に妻が行うが、夫も手伝う」と回答した者の割合の合計、「夫が行う」は「主に夫が行うが、妻も手伝う」「もっぱら夫が行う」と回答した者の割合の合計。合計が100%に満たない場合の端数は「無回答」。

- **企業による**仕事と家庭の両立に向けた**取組を促す**とともに、**若者世代**が就職・転職にあたって両立支援に積極的な企業を**選択**できるよう、有価証券報告書等を通じた開示を含め、**各企業の取組状況の「見える化」**をさらに進めていく必要。
- あわせて、子育て支援や女性活躍を推進する企業を**補助金の採択の際に優遇する取組**が始まっており、こうした取組を**他の補助金にも広げ、企業が両立支援に取り組むインセンティブを強化**していく必要。

### ◆有価証券報告書における人的資本の開示の義務化

- 2023年3月期より、**人的資本・多様性**等に関する開示の拡充等を行う。

|            |
|------------|
| 第一部 企業情報   |
| 第1 企業の概況   |
| ● 従業員の状況等  |
| 第2 事業の状況   |
| ・          |
| 第3 設備の状況   |
| ・          |
| 第4 提出会社の状況 |
| ・          |
| 第5 経理の状況   |
| ・          |

既存の項目に加えて、以下の項目の開示を求める。

#### ・男女間賃金格差

⇒「女性活躍推進法」に基づき、**常用労働者数が301人以上の企業**に開示を義務づけ

#### ・男性育児休業取得率

⇒「育児・介護休業法」に基づき、**常用労働者数が1000人超の企業**に開示を義務づけ

（令和5年4月1日施行）

※「女性活躍推進法」に基づき公表を選択した場合も開示対象。

#### ・女性管理職比率

⇒「女性活躍推進法」における情報公表の選択項目

### ◆子育て支援・女性活躍企業の優遇措置（経産省の取組）

- 主要な中小企業向け補助金において、子育て支援・女性活躍推進企業に対して、**加点措置**を講ずる

#### ■対象とする補助金

**事業再構築補助金、ものづくり補助金、IT導入補助金、小規模事業者持続化補助金、事業承継・引継ぎ補助金**

（これら補助金で、平成24年度以降、累計のべ約68万者を支援）

#### ■加点措置

- ①全ての申請者  
**くるみん認定**又は**えるぼし認定**を取得している場合
- ②従業員100名以下  
次世代育成支援対策推進法又は女性活躍推進法の一般事業主行動計画を策定し、専用サイトで公表している場合

（参考）くるみん・えるぼし認定の主な認定基準

#### 【くるみん認定（子育てサポート企業の認定）】

- ✓ 男性労働者の育児等取得率10%以上
- ✓ 女性労働者の育児等取得率75%以上
- ✓ 3歳から小学校就学前の子どもを育てる労働者に対して、育休や残業免除、始業時刻変更等の措置を講じている
- ✓ 残業時間の平均が月45時間未満



#### 【えるぼし認定（女性活躍企業の認定）】

- ✓ 男女別の採用における競争倍率が同程度
- ✓ 雇用管理区分ごとに、女性労働者の平均継続勤務年数が男性の7割以上
- ✓ 残業時間の平均が月45時間未満
- ✓ 管理職に占める女性労働者の割合が産業ごとの平均値以上

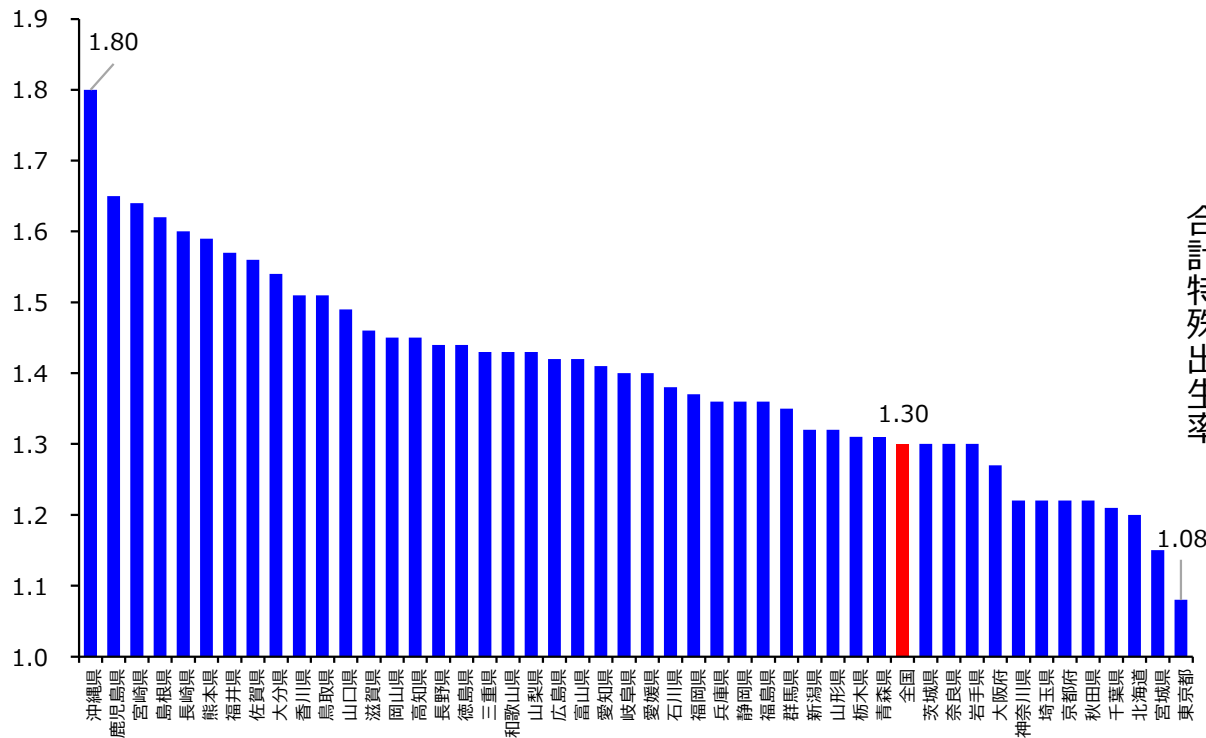


- 国内においても、出生率は地域によってバラつきがあり、都道府県別の女性の労働参加率と合計特殊出生率には、緩やかな相関関係がある。
- こうした地域差に関する分析を更に進め、政策につなげられる余地があるかどうか、検証する必要がある。

【総理大臣記者会見（令和5年3月17日）（抄）】

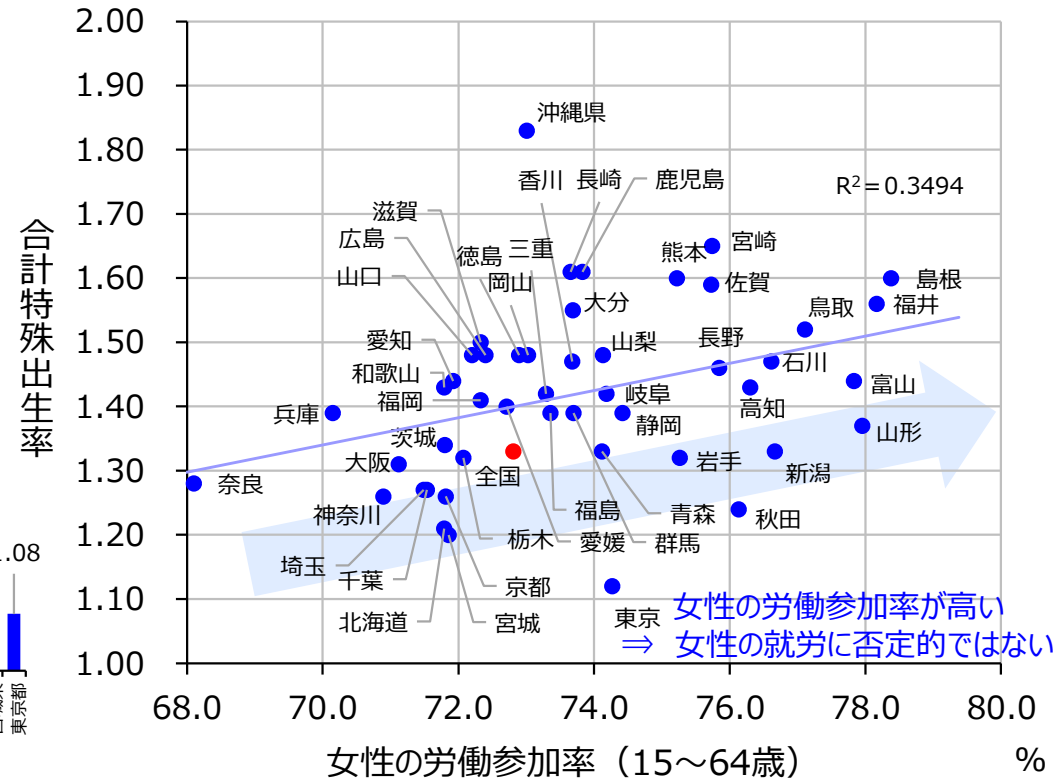
私が訪れた岡山県奈義町は、子育てを終えた方や地域高齢者も参加し、地域ぐるみの住民参加型の子育て支援を展開することにより、出生率2.95という「奇跡のまち」を実現されていました。こうした好事例を横展開し、普及を図ることを目指します。

## ◆ 都道府県別・合計特殊出生率（2021年）



(出所) 厚生労働省「人口動態統計」  
(注) 2021年の値。

## ◆ 都道府県別・女性の労働参加率と出生率

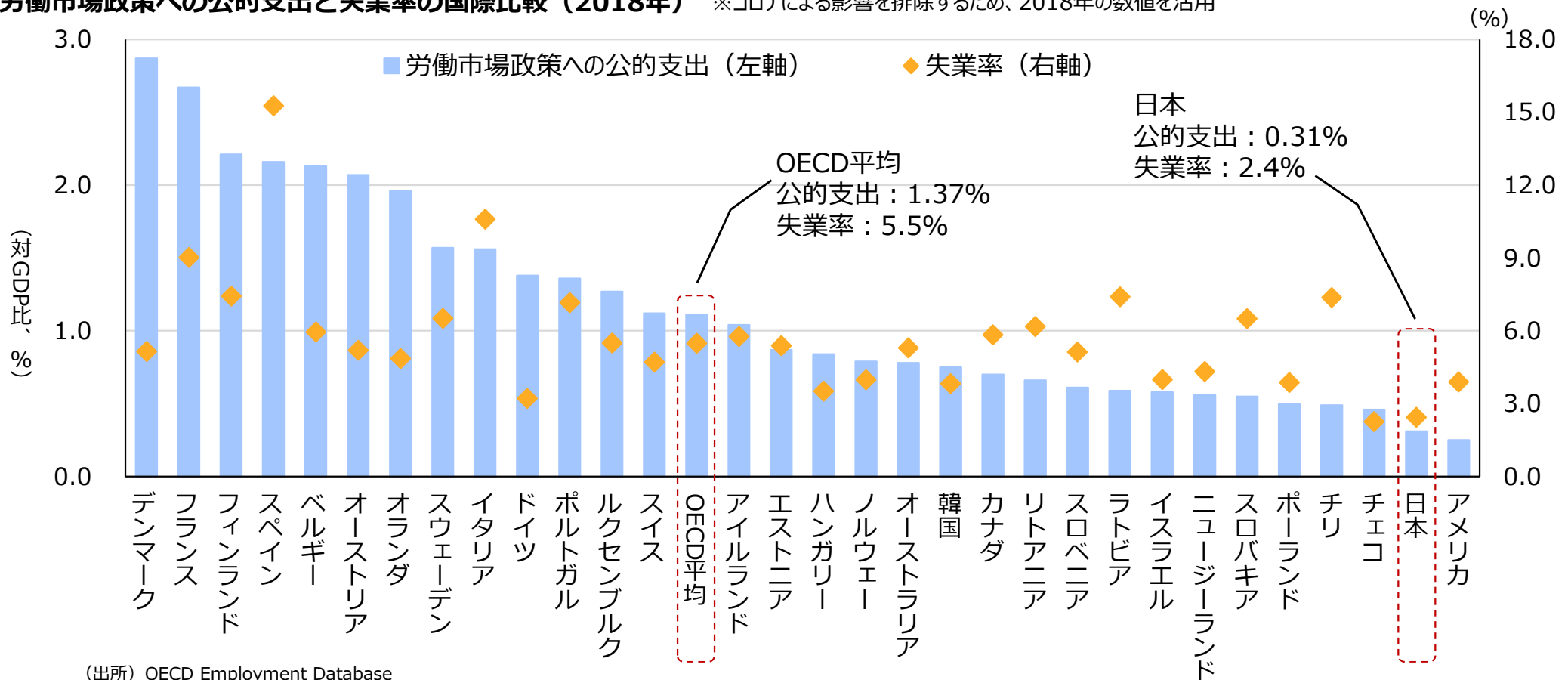


(出所) 総務省「令和2年国勢調査」、厚生労働省「人口動態統計」  
(注) 2020年の値。

### ③柔軟な労働市場

- 国際的に見て、我が国の失業率は低位にあり、**失業時や教育訓練に対する公的支出も低い**。この背景として、長期・安定雇用の慣行の下、不況期においても**企業はできる限り雇用を維持**するとともに、**企業内においてOJTを中心とした教育訓練が提供**されている現状を反映している可能性。
  - こうした事業主に従業員の雇用維持や教育訓練に過度に依存するシステムから転換し、
    - 平時・危機時にかかわらず、**個々人が主体的に学び直しに取り組み、より高い賃金を得られる職務に対応**できるようにする
    - **雇用保険の適用拡大**などにより、**多様な働き方を効果的に支える制度としていく**ことで、より多くの方が**安心して働ける環境を整備**する
- これらを通じて、**全体として成長分野に労働力が投入される環境を整備**していく必要があると考えられるがどうか。

◆労働市場政策への公的支出と失業率の国際比較（2018年） ※コロナによる影響を排除するため、2018年の数値を活用

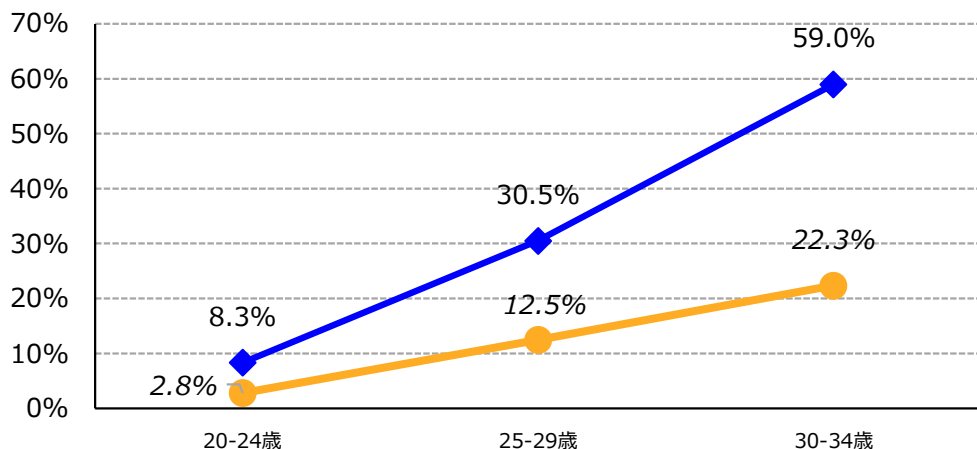


- とりわけ、男性の**有配偶率**を見ると、非正規は正規の**3分の1**程度。また、パート等で働く女性の**出産後の就業継続率は4割にとどまっている**。個人への支援強化とあわせ、**雇用のセーフティネットの適用範囲を拡大し、非正規雇用であっても、安心して働きながら、主体的に学び直しに取り組む**とともに、**仕事と育児を両立できる環境を整備**していくことは少子化対策の観点からも喫緊の課題。

【こども・子育て政策の強化について（試案）（令和5年3月31日 こども政策担当大臣）（抄）】

- 子育て期における仕事と育児の両立支援を進め、多様な働き方を効果的に支える雇用のセーフティネットを構築する観点から、現在、雇用保険が適用されていない**週所定労働時間20時間未満の労働者についても失業手当や育児休業給付等を受給できるよう雇用保険の適用拡大に向けた検討を進める**。

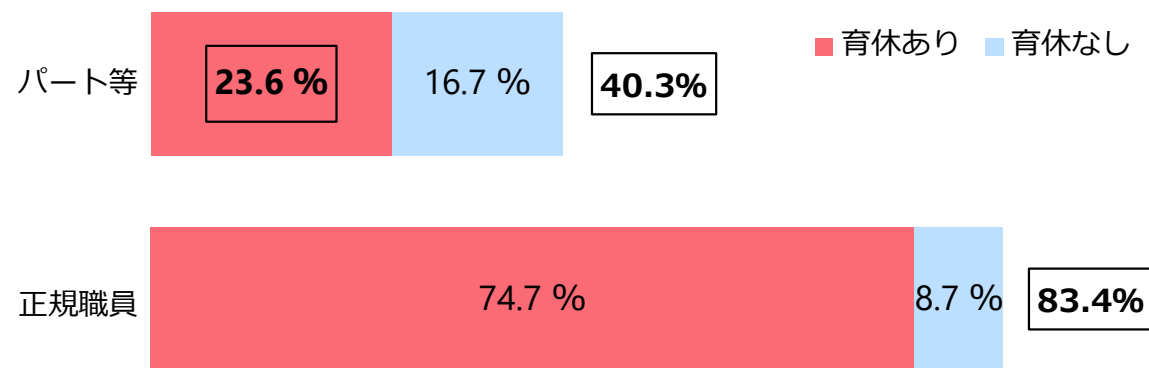
#### ◆男性の従業上の地位・雇用形態別有配偶率



（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。

#### ◆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。



- **同一労働同一賃金**の推進に向けて、「職務給の確立」※を図る中で、**より高い実効性を確保していく必要がある。**

※個々の職務に応じて必要となるスキルとそれに見合う給与体系を明確化する取組

【全世代型社会保障構築会議 報告書（令和４年12月16日 全世代型社会保障構築会議）（抄）】

- 子育て・若者世代の非正規雇用労働者は、基本給や各種手当の支給、能力開発機会等における待遇差や雇用の不安定さなどの課題に直面している。**こうした実態が、少子化の背景の一つとなっている**とも考えられることから、雇用形態に関わらない公正な待遇確保に向けた方策について、引き続き促進する必要がある。
- 「同一労働同一賃金」については、その履行確保に向けた取組を一層強力に推進するとともに、**非正規雇用労働者の処遇改善に与えた効果を丁寧に検証した上で、「同一労働同一賃金ガイドライン」等の必要な見直しを検討すべき**である。
- **非正規雇用労働者の待遇改善に関する取組状況について、非財務情報の開示対象に加える**ことも含め、企業の取組の促進策を検討すべきである。

#### ◆いわゆる「同一労働同一賃金」について

同一企業内において、正社員とパート・有期雇用労働者等との間で、基本給や賞与などのあらゆる待遇について、不合理な待遇差を設けることを禁止。

**均衡待遇**：待遇ごとに、その性質・目的に照らして、

①職務内容、②職務内容・配置の変更範囲（人材活用の仕組み）③その他の事情

のうち適切と認められる事情を考慮して、**不合理な待遇差を禁止**

**均等待遇**：①職務内容、②職務内容・配置の変更範囲（人材活用の仕組み）が同じ場合は、パート・有期雇用労働者等であることを理由とした**差別的取扱いを禁止**

⇒ ガイドラインにおいて、どのような待遇差が不合理に当たるかを例示し、規定の解釈を明確化。

#### ◆「統合報告書」における記載例

【A社：非正規雇用者の正社員化】


- 当社は非正規雇用の派遣社員や期間従業員に対して、定期的に評価を行い正社員としての資質を兼ね備えた方々に対しては正社員化を行っています。**2021年度は全社で30名を正社員として採用**しました。

【B社：多様な正社員制度の創設】

- 非正規社員のうち全国転勤の可否など就労条件に一定の制限がありつつも社員と同等の活躍が期待できる人材を正社員化する**勤務地域限定型社員制度を創設**し、多様な人材の活用を推進しています。

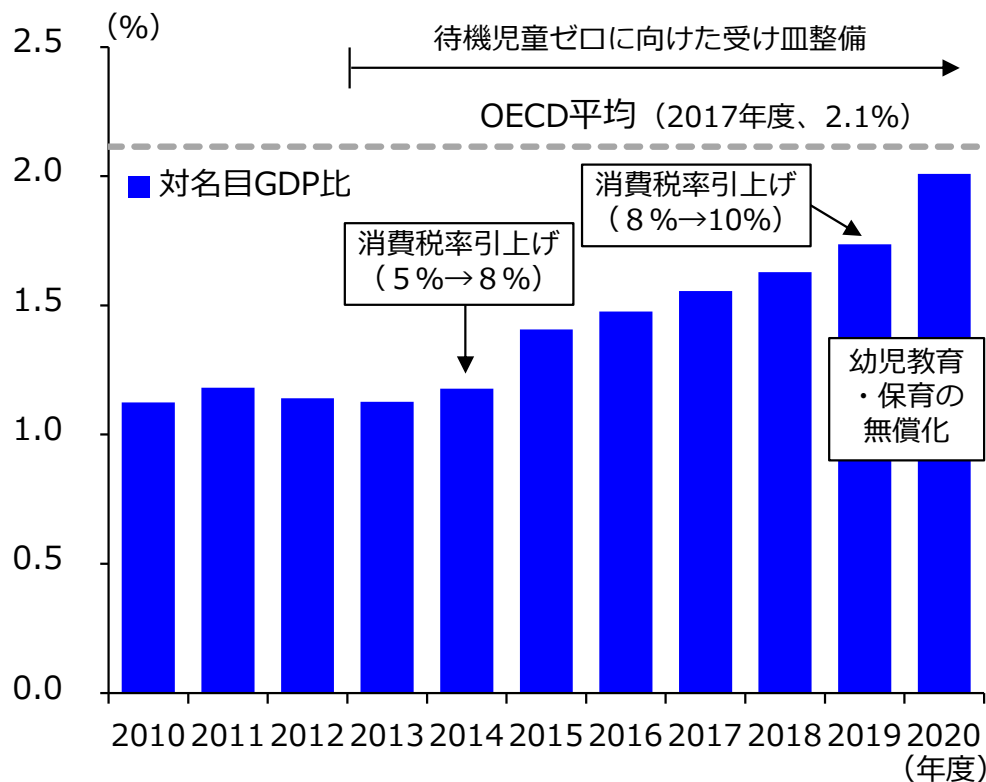
【C社：同一労働同一賃金への取組】

- 「同一労働同一賃金関連法」の趣旨をふまえ、**正規雇用者向け制度の一部を有期契約従業員などの非正規雇用者も利用できる**ようにしています。

 こうした例を**横展開**するとともに、さらに**記載内容を充実**させていくことが重要ではないか。

○ 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。その結果、我が国の「家族関係社会支出」（対GDP比）は大きく増加し、OECD平均に近づいてきている。また、こども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。

(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」

## ◆家族関係社会支出の国際比較

| 家族関係社会支出 (対GDP比) |      | 18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                               | 15.4% |
| フランス             | 2.7% | ドイツ                                  | 13.9% |
| ドイツ              | 2.4% | フランス                                 | 11.8% |
| イギリス             | 2.4% | 日本                                   | 11.0% |
| OECD平均           | 2.1% | イギリス                                 | 10.8% |
| 日本               | 1.7% | OECD平均                               | 10.1% |
| アメリカ             | 0.6% | アメリカ                                 | 2.6%  |

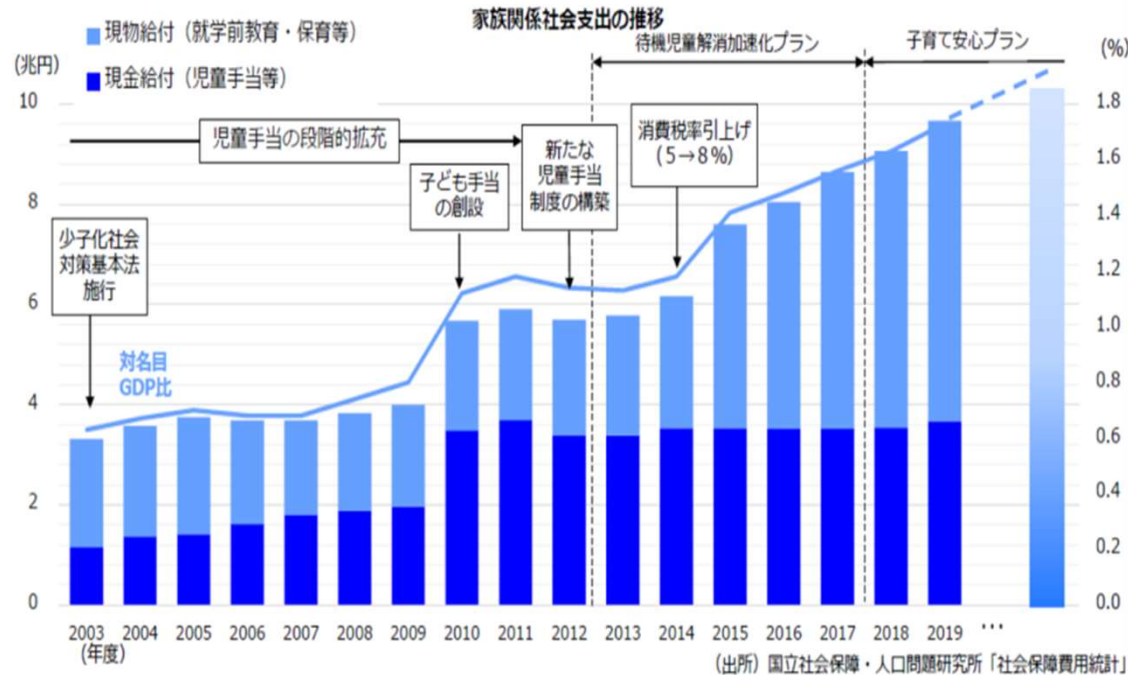
(注) 2019年・年度（2023年4月4日時点）。

(出所) OECD “Social Expenditure Database”、OECD “Education at a Glance 2021”

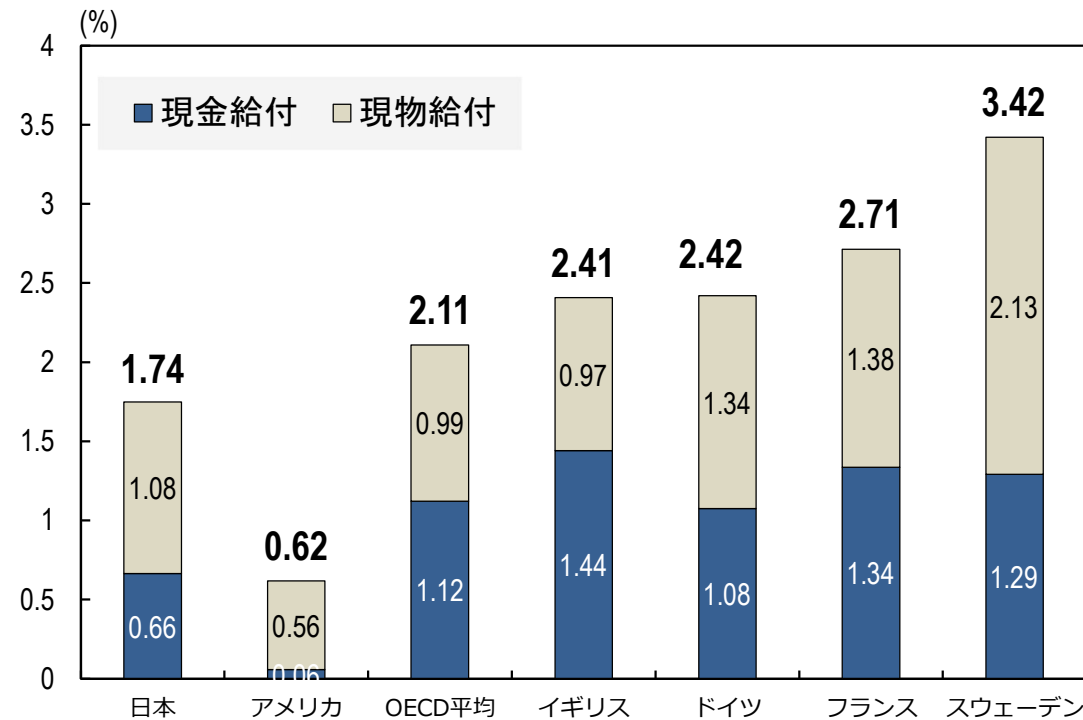


- 我が国の家族関係社会支出は、着実に増加。近年は特に現物給付を重点的に充実。
- 諸外国と比較すると、現金給付の割合が低いとの指摘。

日本における家族関係社会支出の推移  
（現金給付・現物給付別）



家族関係社会支出の国際比較（2019年）  
（現金給付・現物給付別）

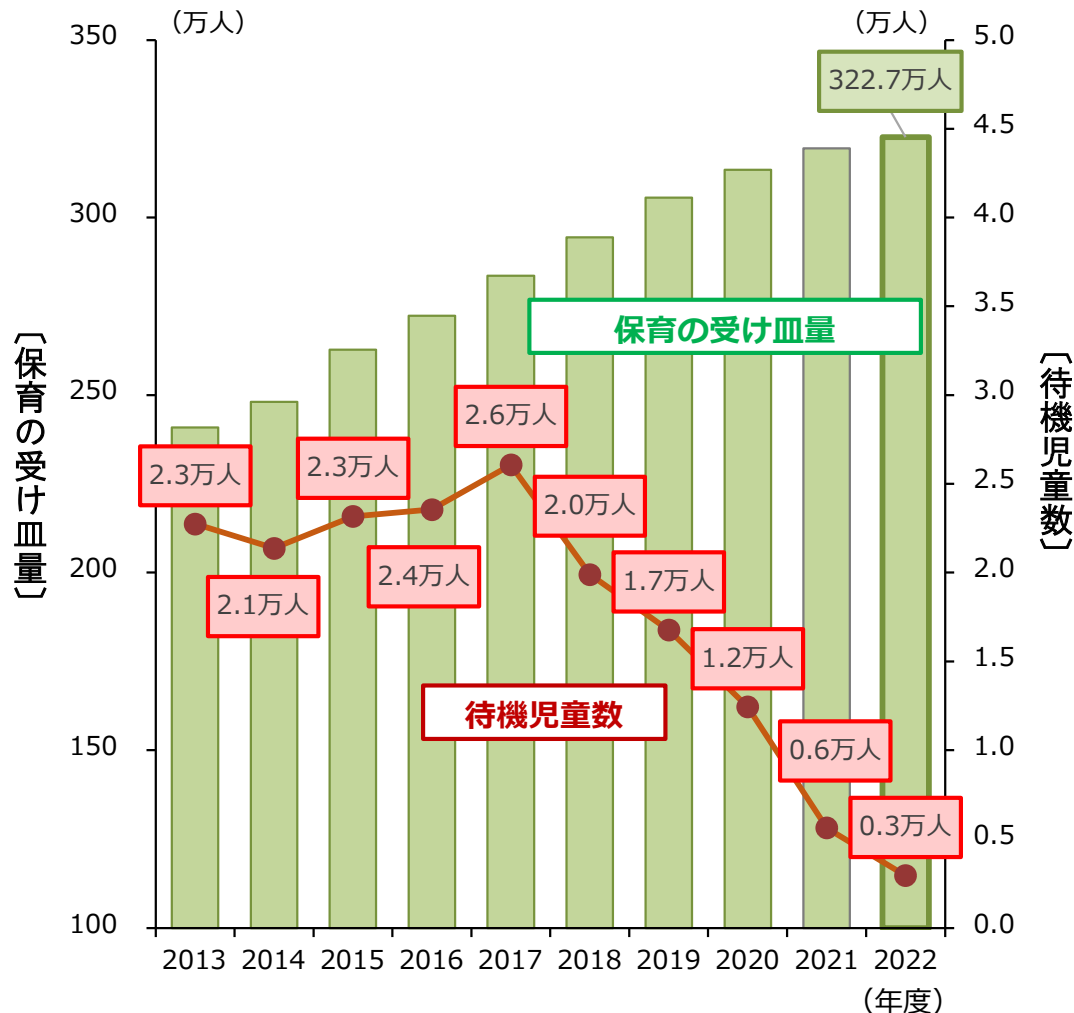


資料：2022年4月13日財務省財政制度等審議会財政制度分科会資料より。  
 ※「家族関係社会支出」とは、家族を支援するために支出される現金給付及び現物給付（サービス）であり、就学前教育・保育（現物給付）や、児童手当（現金給付）等が含まれる。  
 ※2019年10月に幼児教育・保育の無償化を実施したことに伴い、平年度で約8,900億円（公費ベース）の増額となる（対名目GDP比約0.16%相当）。

資料：日本は「令和2年度社会保障費用統計」、諸外国は「OECD Family Database「PF1.1 Public spending on family benefits」(2019年)より作成。  
 ※日本については2019年度、各国の数値は2019年。

- 安定財源を確保しながら、保育の受け皿整備、幼児教育・保育の無償化などを進め、この結果、保育所待機児童は2017年度の約2.6万人から約3千人まで減少させた。
- 試案においては、専業主婦も含めた**全ての子育て家庭を対象とした保育の拡充に向けた基盤整備を進めるとともに、放課後児童クラブの受け皿拡大や病児保育の充実等**を進めることとしており、引き続き、こうした子育て支援政策を着実に進めていく必要。

## ◆待機児童数の推移



(出所) 厚生労働省「保育所等関連状況取りまとめ」及び「『新子育て安心プラン』集計結果」

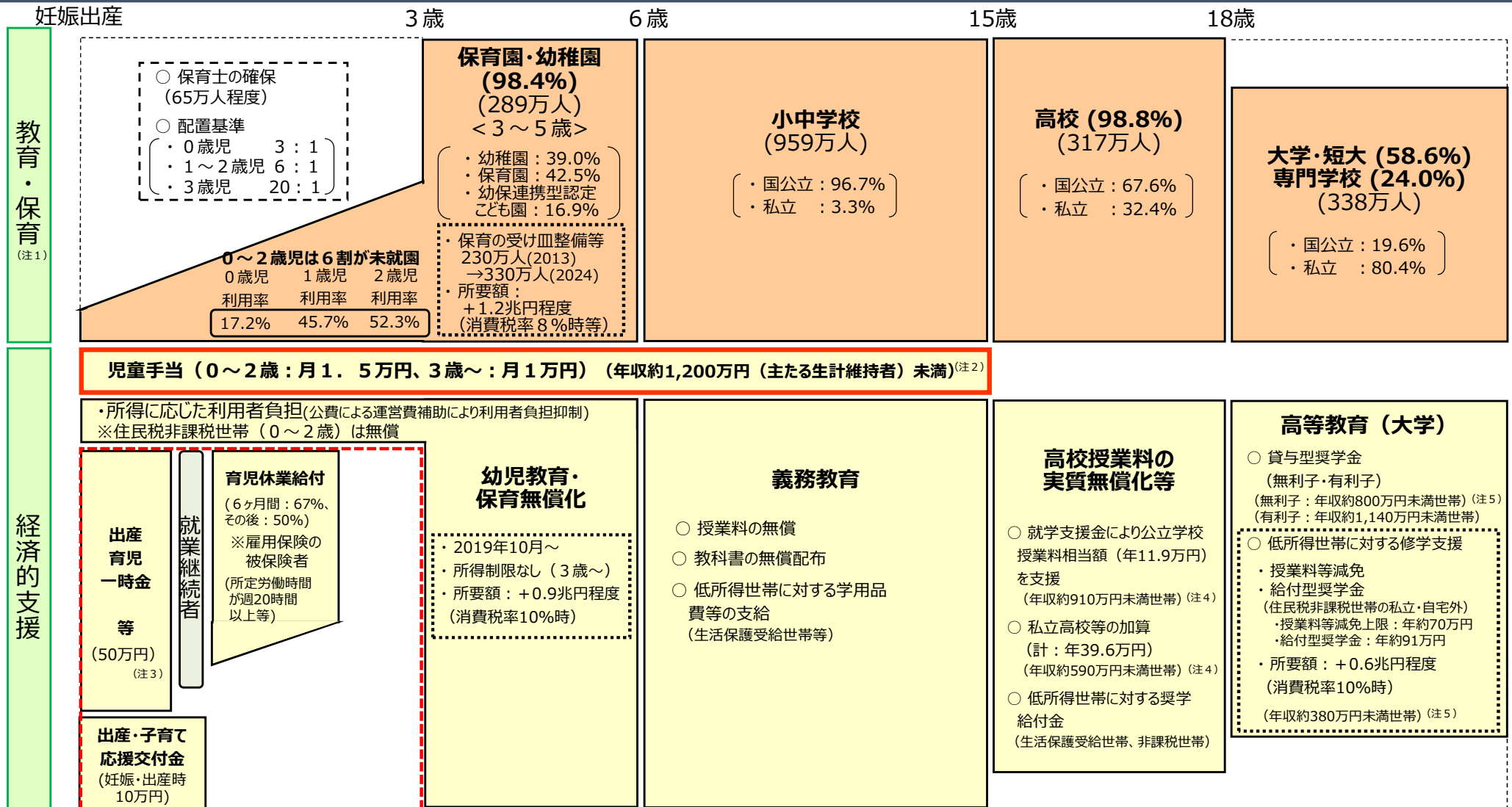
## ◆試案に盛り込まれているサービス拡充施策

- **全ての子育て家庭を対象とした保育の拡充**
    - ・フルタイム就労の者
    - ・パートタイムの者等 (一定の就労時間以上)
    - ・専業主婦(夫)等
- ↓
- 【現行の保育制度】

  - 保育の必要性を認定

**こども誰でも通園  
制度(仮称)の創設**
- ↓
- **新・放課後こども総合プランの着実な実施**  
～「小1の壁」打破に向けた量・質の拡充～  
－新・放課後こども総合プランによる受け皿の拡大を着実に進めるとともに、職員配置の改善などを図る
  - **病児保育の充実**

- 児童手当は、幅広い層を対象とした基礎的な経済支援。試案では、児童手当の拡充が盛り込まれているが、その制度改革には多額の財源が必要となることから、幅広い観点からの検討が必要。
- 少子化対策においては、若い世代の所得を増やすことが重要であり、持続的・構造的な賃上げや男女ともに働きやすい環境整備といった取り組みとあわせて、経済的支援のあり方を考える必要。



(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には支給対象外。

(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5年度予算(公費)ベース。

- こども・子育て支援加速化プランでは、児童手当について、①所得制限の撤廃、②支給期間を高校生まで延長、③多子世帯への手当の見直し、が掲げられているが、具体的内容については、今後、財源の議論と併せて検討することとされており、議論を深めていく必要がある。

## Ⅲ 今後3年間で加速化して取り組むこども・子育て政策

### 1. ライフステージを通じた子育てに係る経済的支援の強化

#### (1) 児童手当の拡充～全てのこどもの育ちを支える制度へ～

- 児童手当については、次代を担う全てのこどもの育ちを支える基礎的な経済支援としての位置付けを明確化する。このため、所得制限を撤廃して、支給期間を高校卒業まで延長するとともに、多子世帯が減少傾向にあることや経済的負担感が多子になるほど強いこと等を踏まえ、手当額についても、諸外国の制度等も参考にしつつ、見直しを行う。
- 対象や金額など見直しの具体的内容については、今後、財源の議論と併せて検討し、骨太の方針2023 までに結論を得る。

- 中学生（0～15歳）までを養育する子育て世帯への経済的支援として児童手当が支給されている。このうち、年収1,200万円以上の世帯は、保育の受け皿確保により待機児童問題の解決を図ることと併せて、令和4年10月支給分以降、特例給付（月5千円）が廃止されている。
- 2010年（平成22年）に年少扶養控除が廃止され、児童手当を受給している中学生（15歳）までは税制上の支援はない。
- こうした中で、高所得者に対する児童手当（給付の支援）について、どのように考えるか。

## ◆ 児童手当の概要

|      |  |
|------|--|
| 手当月額 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・0～3歳未満 15,000円</li> <li>・3歳～小学生<br/>第1子、第2子：10,000円<br/>第3子以降：15,000円</li> <li>・中学生 10,000円</li> </ul> |
| 所得制限 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・年収960万円以上：一律5,000円（特例給付）</li> <li>・年収1,200万円以上：支給対象外（令和4年10月支給分～）<br/>※主たる生計者の所得で判断</li> </ul>         |
| 給付総額 | 1兆9,442億円<br>（令和5年度予算）   |

### 定額給付

- 定額給付（児童手当）は、世帯主の所得に関わらず一定額を給付する経済的支援
- 所得控除と比較すると低中所得者に対してより重点的な支援

### 所得控除

- 所得控除（扶養控除）は、扶養関係による担税力の減殺を調整
- 低所得者よりも高所得者の方が所得税の軽減額が大きい

## ◆ 扶養控除の概要

|        |            |
|--------|------------|
| 0～15歳  | なし（※）      |
| 16～18歳 | 所得控除額 38万円 |

※ 税制上の措置として、以前は0～15歳までの子どもを対象とした扶養控除が存在したが、所得再分配機能の回復や「所得控除から手当へ」との考え方の下で、22年度において廃止されている。

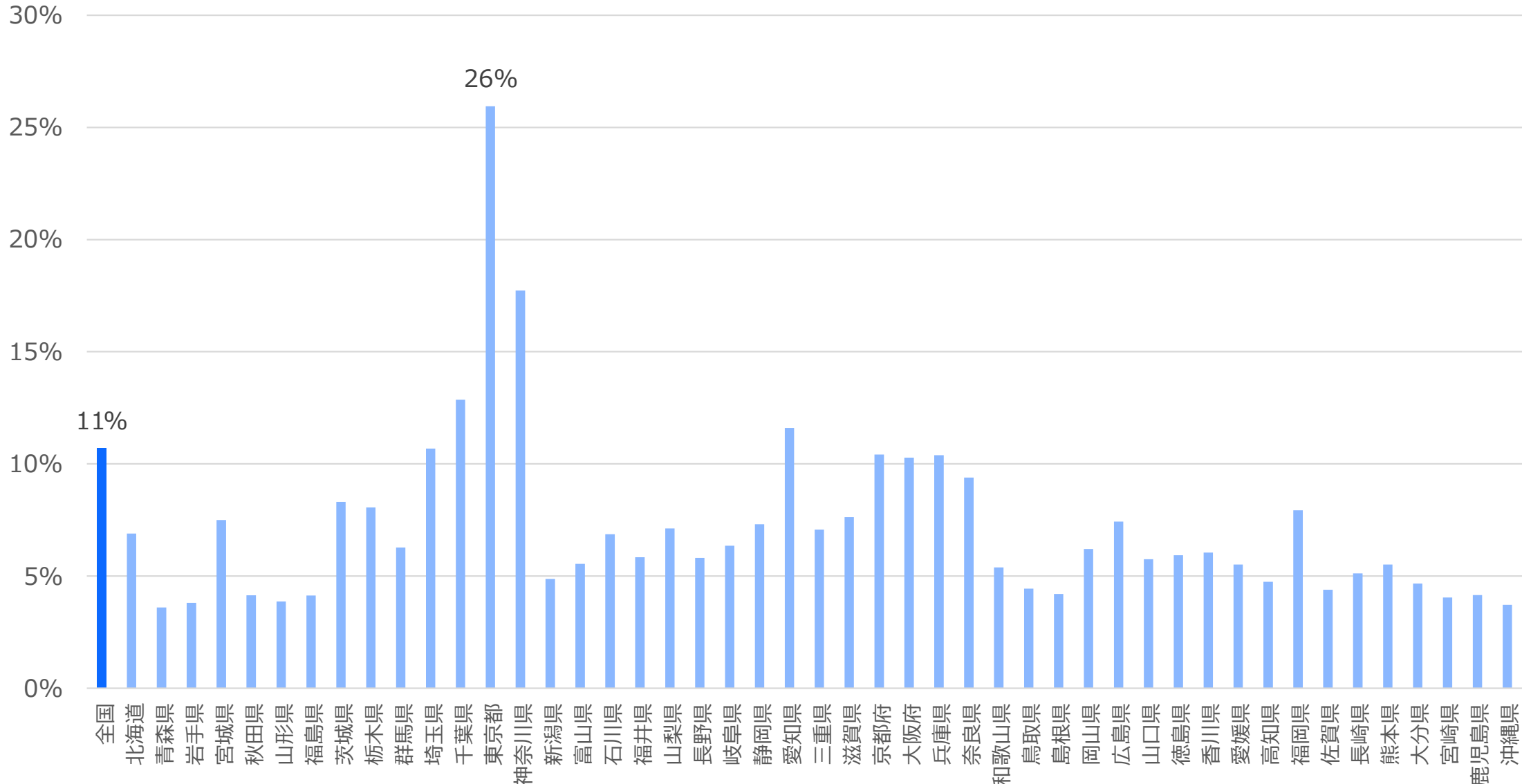


# 児童手当の論点①（所得制限の撤廃（2））

○ その際に、児童手当の特例給付受給者（年収960万円以上（注））の割合は、地域によってばらつきが大きいことも考慮する必要があると考えるがどうか。

（注）特例給付受給者には、令和4年10月支給対象分から支給対象外となった年収1,200万円以上の者が含まれる。

## ◆ 都道府県別児童手当（特例給付）支給対象児童割合（令和3年度）



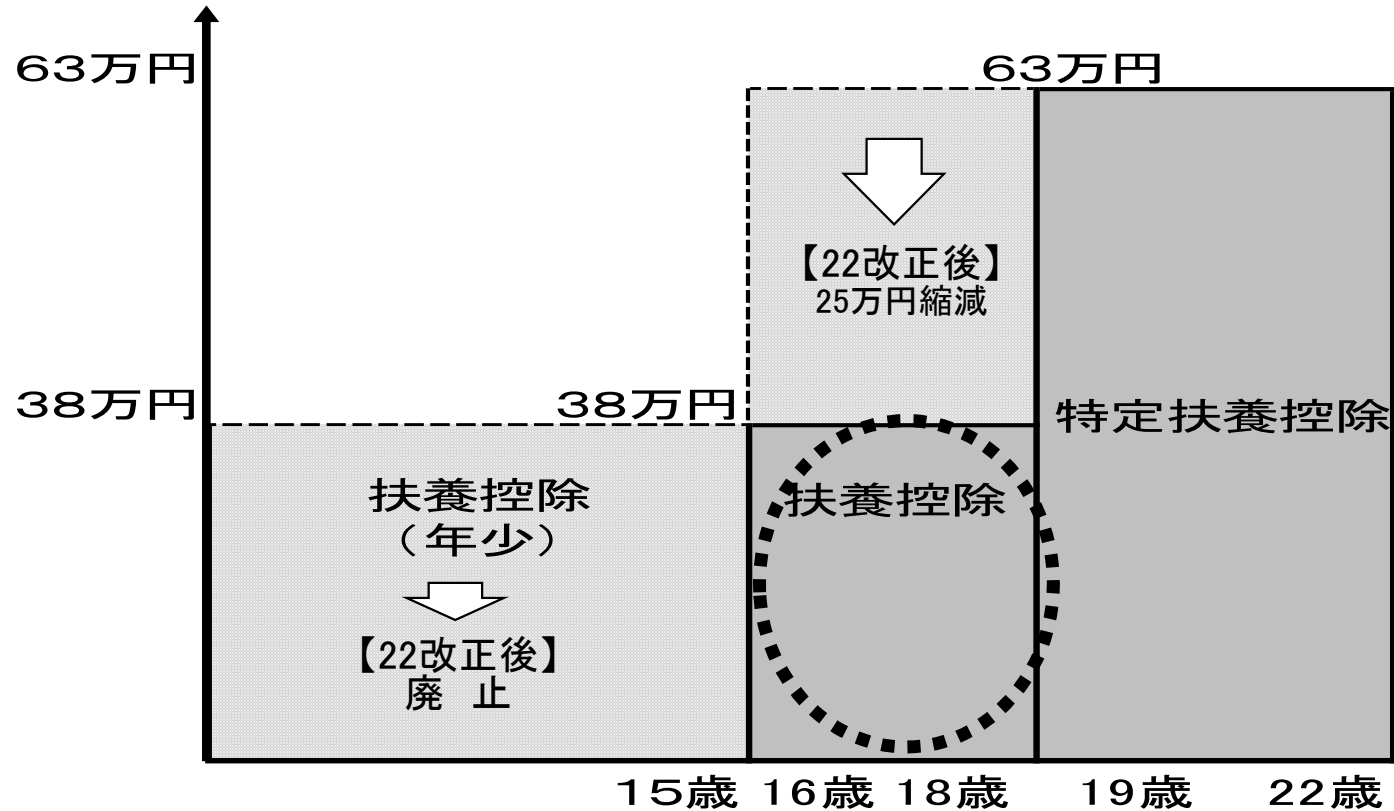
（注）公務員のこどもへの支給分は含まない。年収1,200万円以上の者を含む。

（出典）令和3年度児童手当事業年報

○ 現在、高校生（16～18歳）には扶養控除による税制上の措置がなされている中で、児童手当の支給対象を高校生まで拡大することについて、どのように考えるか。

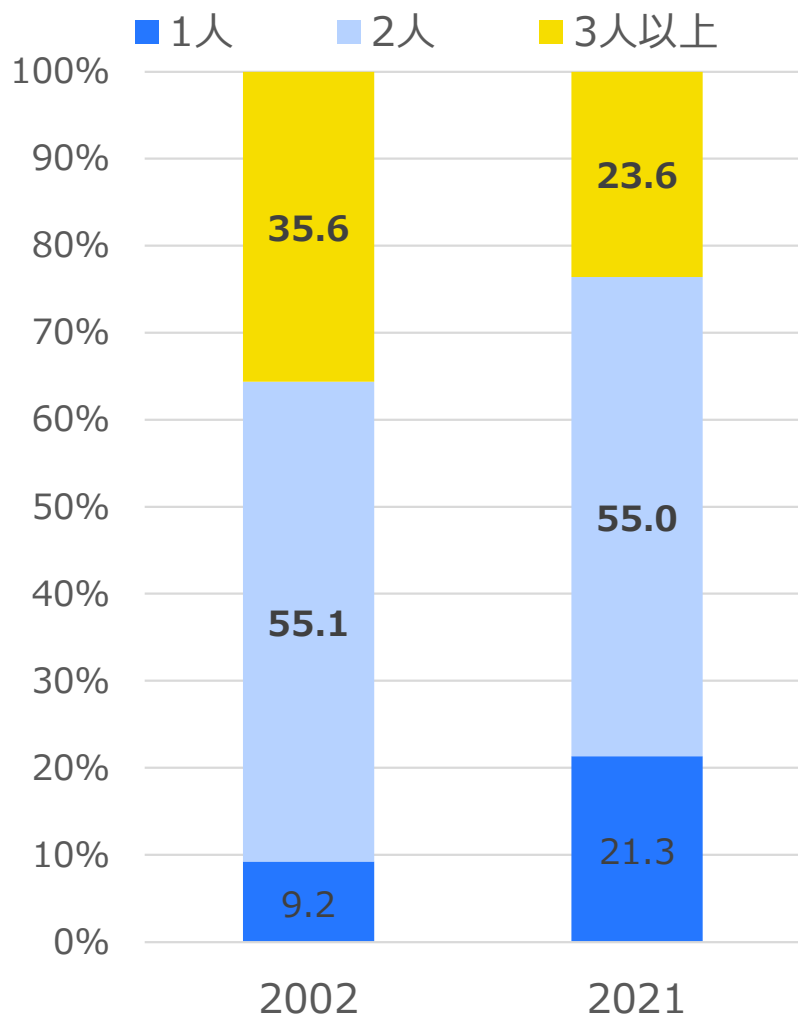
◆ 扶養控除の概要

- 2010年(平成22年)に、「所得控除から手当へ」等の観点から、中学生まで支給する子ども手当の創設とあいまって、年少扶養親族に対する扶養控除(38万円)を廃止
- また、高校の実質無償化に伴い、16～18歳までの特定扶養親族に対する扶養控除の上乗せ部分(25万円)を廃止



- 過去20年のこどもがいる夫婦の出生こども数の推移をみると、こどもが2人いる夫婦は5割超の水準を維持する一方で、こども3人以上の夫婦の割合が大きく低下。
- 「こども1人」の世帯と「こども2人」の世帯との間に経済的困窮度にあまり差は見られないが、「こども3人以上」の多子世帯については経済的困窮を感じている割合が高い。このような中で、多子世帯への支援のあり方について、どのように考えるか。

### ◆ こどもがいる夫婦の出生こども数の推移 (結婚持続期間15～19年)



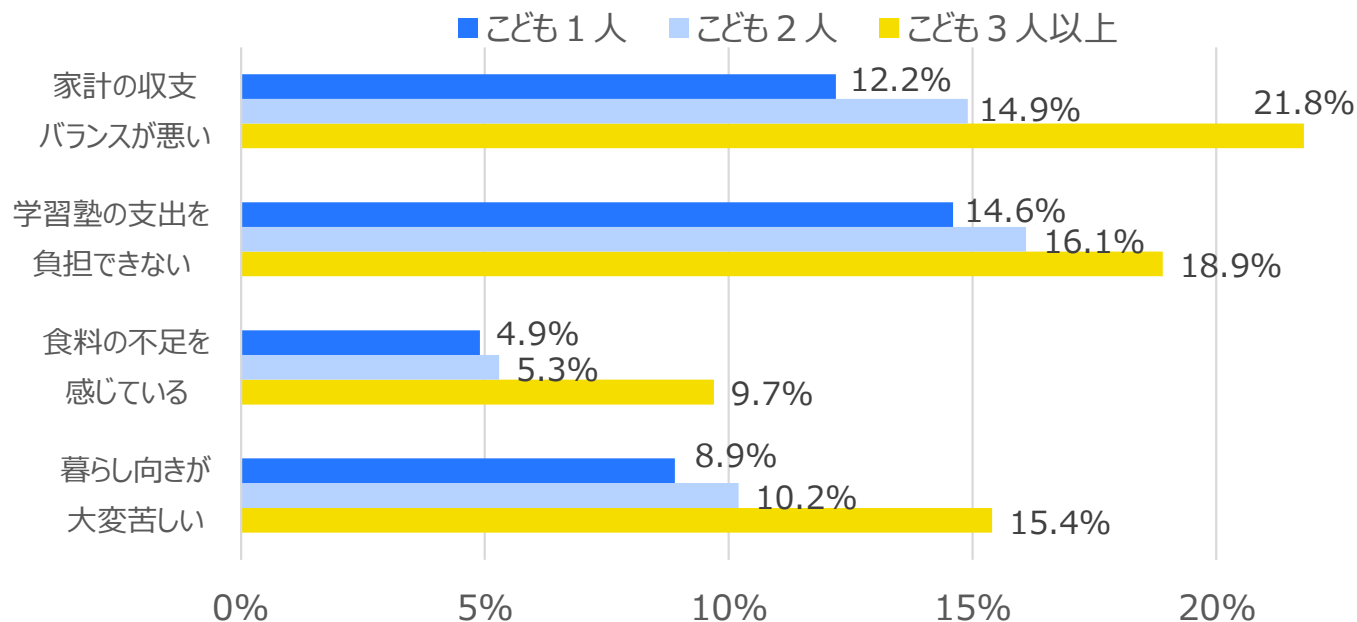
(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「出生動向基本調査」

### ◆ 生活が「苦しい」と感じている世帯の割合



(出典) 厚生労働省「2021(令和3)年国民生活基礎調査」

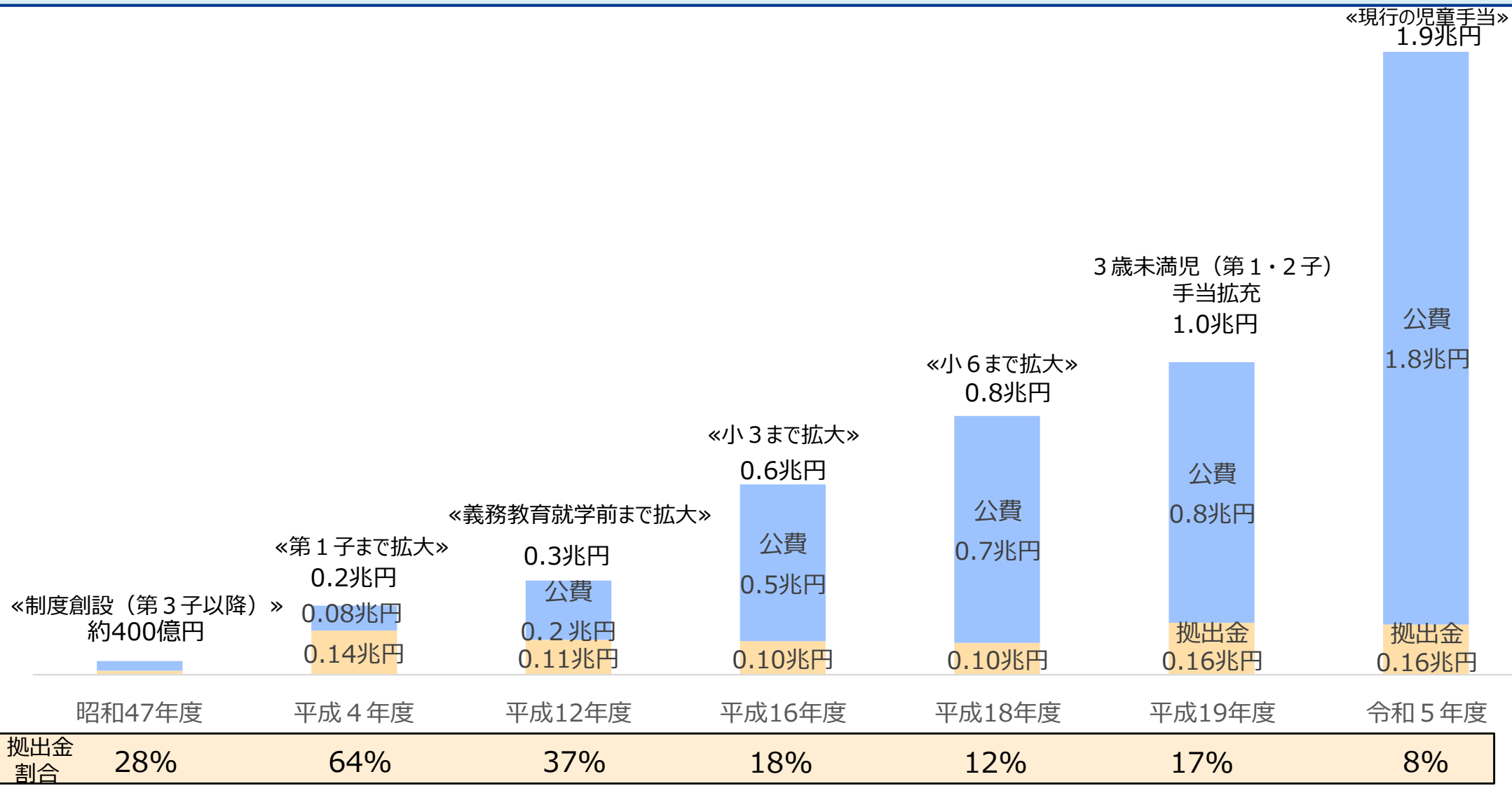
### ◆ 経済的困窮を感じている子育て世帯の割合



(出典) 労働政策研究・研修機構「第5回子育て世帯全国調査(2018)」のふたり親世帯

# 児童手当の財源構成

- 児童手当について、将来的な充実の可能性等を考慮して、事業主拠出金の制度が導入された。その後、公費財源を中心に拡充が行われてきている。その結果、事業主負担の割合は6割（1992年）から1割以下（2023年）まで低下。なお、近年、その用途は、0～2歳児の保育の受け皿整備に拡充されている。
- 若い世代の所得を増やす持続的・構造的な賃上げ等の政策とあわせて検討することとなる児童手当について、適切な財源構成をどう考えるか。



《現行の児童手当》  
1.9兆円

3歳未満児（第1・2子）  
手当拡充  
1.0兆円

《小6まで拡大》  
0.8兆円

《小3まで拡大》  
0.6兆円

《義務教育就学前まで拡大》

《第1子まで拡大》  
0.2兆円

《制度創設（第3子以降）》  
約400億円

## (事業主拠出金の導入)

「事業主からの拠出金を導入することとしたのは、公費の一部を肩代わりするという消極的な見地からではなく、従来の我が国の社会保障制度の実態や諸外国の制度についてみると、一般に、拠出制の制度は比較的その給付水準が高く、また充実発展が行われていることが伺えることから、本制度においても、拠出金を財源に加えることにより、拠出制と同様なメリットが期待されたものである。

なお、事業主から拠出を求めることとしたのは、本制度が次代の社会を担う児童の健やかな成長に資することにより、将来の労働力の維持、確保にもつながる効果が期待されるからである。

事業主拠出金は、賃金や報酬を賦課標準とすることにおいて、事業主が負担する社会保険料と共通の性格を有しているが、児童の養育という保険事故になじみにくい恒常的な支出に対処するものであること、個々の被用者のための拠出という従来の給付と拠出の関連が全くないこと等において、従来の社会保険の事業主負担とは異なる新しい社会保障拠出金としての性格を持つものである。」

引用「五訂 児童手当法の解説」(平成25年5月10日発行、中央法規出版株式会社)

## 第65回・参 - 本会議(昭和46年3月24日)

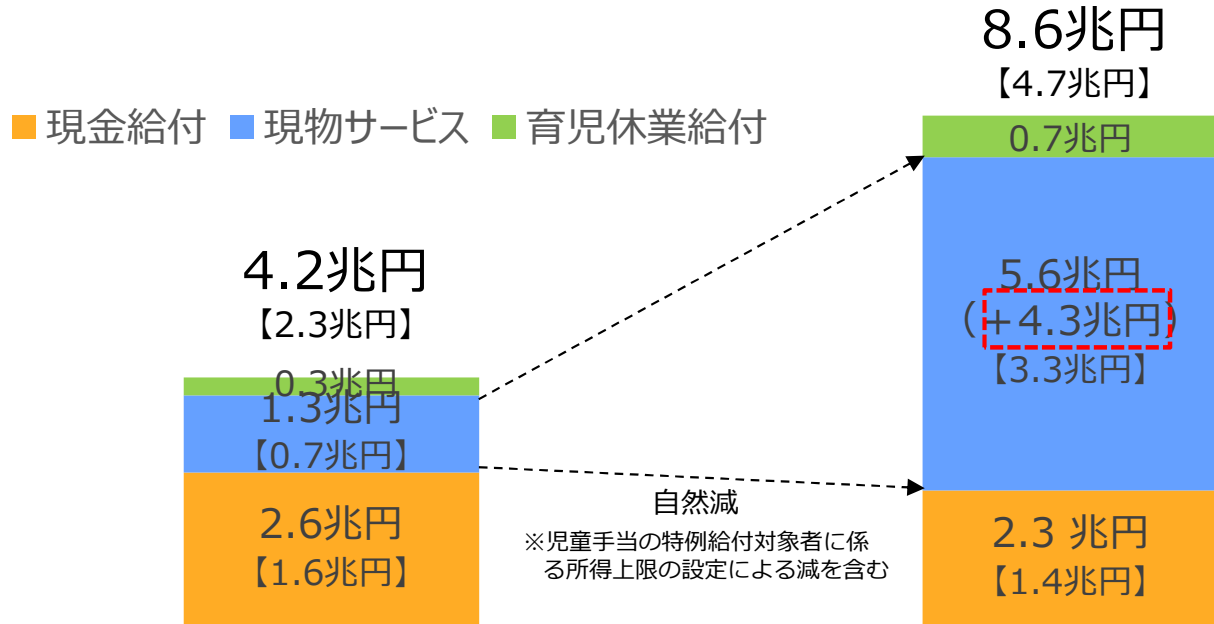
### ○国務大臣(福田赳夫君)

児童手当の財源調達方式についてであります。児童手当は、児童福祉的社会保障制度、その一環であるという理解をしております。したがって、第一次的には国が財政的責任を負う。そういうことから、被用者でないものに対する児童手当は、これは無拠出、全額公費負担、その公費の中では、六分の四を国が、六分の二を地方が、こういうふうにいたしました。ただ、諸外国でこれを行っているのを見て見ますと、これはどうも全額公費負担というところどうも硬直化の傾向が出てくる。そこで批判がずいぶん起こるのです。やめようかというような国さえも出てきております。そこでくふうをいたしまして、被用者に対するものは企業者において相当額を負担してもらい、こういうことを考えたわけでありまして、どうもこのほうが児童手当が長続きをするゆえんではあるまいか、かように考えた次第でございます。それから、今後国庫負担率を上げるかどうか、こういうようなお話でございますが、そういうようないきさつから、十分権衡をとりましてこの率をきめたわけでありまして、当面、ただいま国庫負担率を引き上げるというような考え方はいたしておりません。(略)



○ こども予算充実の財源については、全世代型の社会保障制度を構築するとの考え方の下、消費税率引上げの増収分や子ども・子育て拠出金の増額のほか、社会保障関係費の歳出の目安の下での歳出改革により、確保してきている。

## ◆過去9年間のこども関連予算（地方負担含む公費ベース）の推移



※ こども家庭庁予算+育児休業給付（厚労省計上）  
【 】内の計数はこども家庭庁予算の特会出口ベース

- 雇用保険 +0.4兆円
  - 消費税率引上げ +2.2兆円
  - 子ども・子育て拠出金の増額 +0.5兆円
  - 歳出の目安の下でのこども予算の増 +1.6兆円
- ※ 9年間累積
- ◀+4.3兆円の財源▶

(注) 上記のほか、児童扶養手当の制度改革（多子加算額の増額、公費250億円（2017年度予算））の財源確保のための歳出改革がある。

2013年度

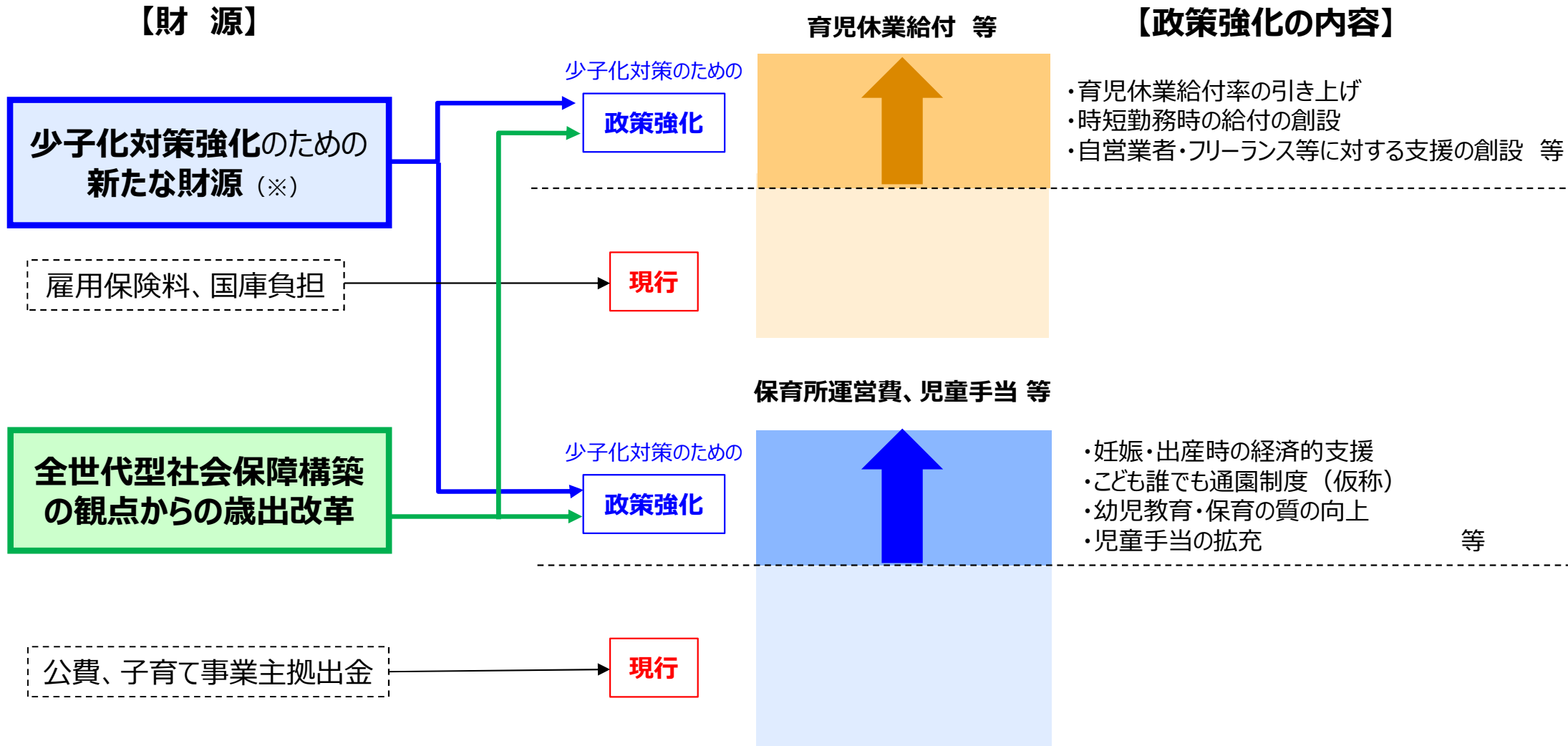
2022年度

| 現物サービス                                   | 2013年度 | 2022年度 | 増減         | 内訳   |
|--|--------|--------|------------|--|
| 保育所運営費、地域子ども・子育て支援事業等<br>(子ども・子育て拠出金を除く) | 1.0兆円  | 3.1兆円  | +2.1兆円     | 受け皿整備等（～2024年度）+0.8兆円程度<br>幼児教育・保育の無償化+0.9兆円程度 |
| 大学等修学支援費                                 | -      | 0.6兆円  | +0.6兆円     |  |
| 障害児給付費                                   | 0.1兆円  | 0.9兆円  | +0.8兆円     |  |
| 0-2歳児保育所運営費、企業主導型保育等<br>(子ども・子育て拠出金分)    | 0.1兆円  | 0.6兆円  | +0.5兆円     | 0-2歳児保育の受け皿整備 +0.3兆円程度、<br>企業主導型保育 +0.2兆円程度    |
| 現金給付                                     | 2013年度 | 2022年度 |            |  |
| 児童手当（公務員分を除く）                            | 2.1兆円  | 1.8兆円  | ▲0.3兆円     |  |
| 児童扶養手当                                   | 0.5兆円  | 0.5兆円  | ▲0.05兆円(注) |  |

※ 計数については、推計によるものを含む。

(注) 制度改革による増を除く自然減は▲0.07兆円

○ 少子化対策の観点から制度横断的に政策を強化していく必要があり、その際の財源については、全世代型社会保障制度構築の観点から、歳出改革の取組みを継続しつつ、骨太2022に沿って、企業を含め社会・経済の参加者全員が公平な立場で広く負担する新たな枠組みについて検討する必要がある。

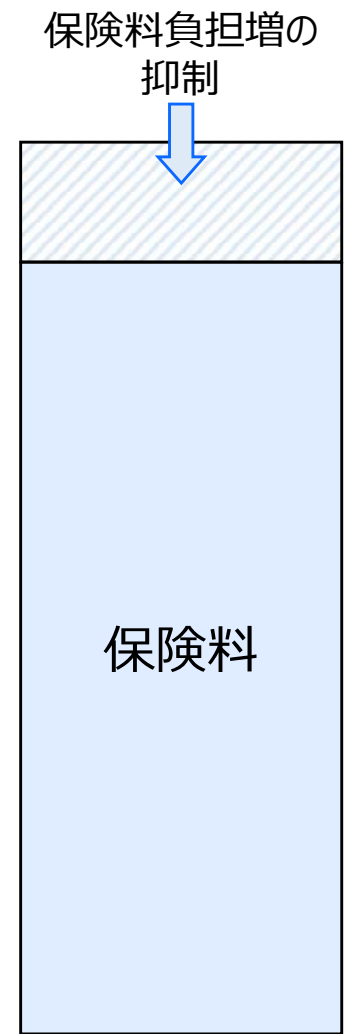
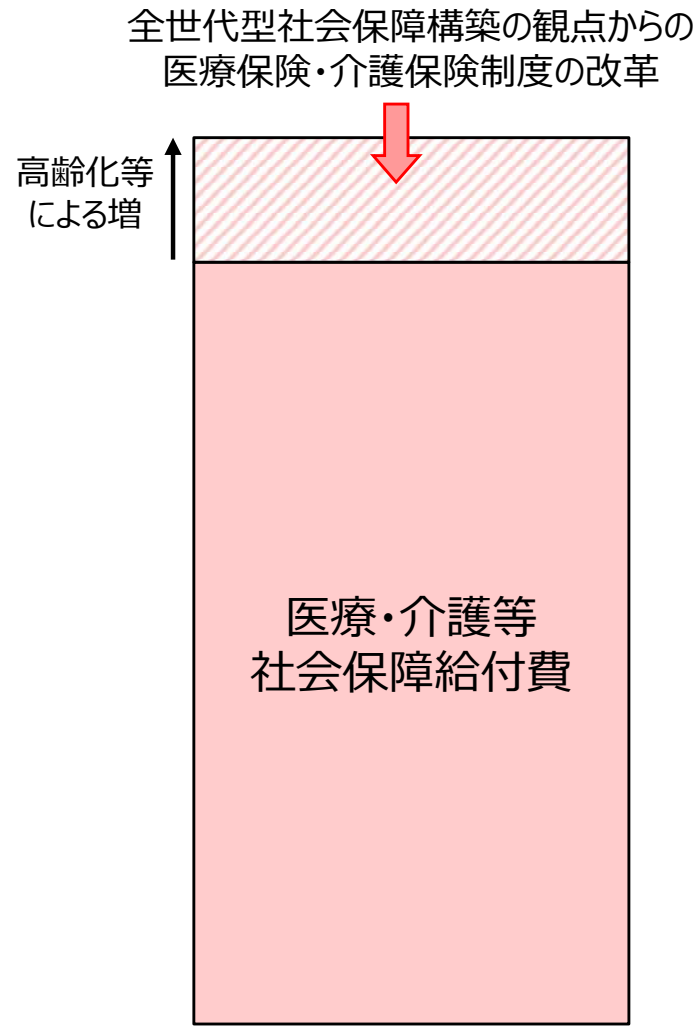
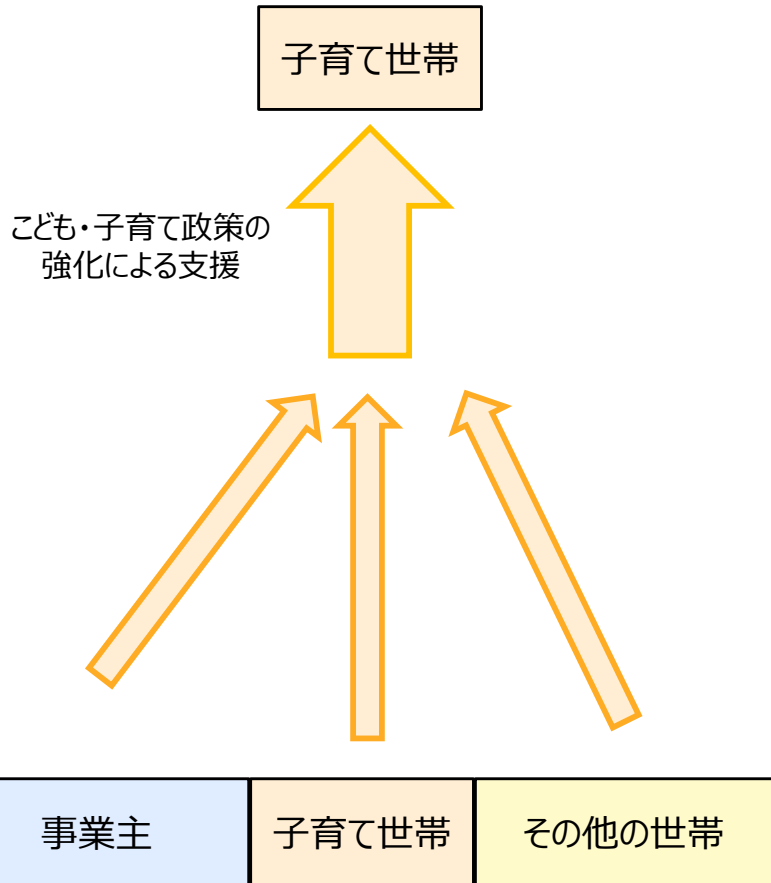


(※) 「経済財政運営と改革の基本方針2022」(令和4年6月7日閣議決定) (抄)

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。

- 少子化対策の安定財源を確保する際には、現在の持続的・構造的な賃上げの取組みと整合的になるよう、
  - ① 企業を含め社会・経済の参加者全員が広く負担することにより、子育て世帯が子育て期間全体として見て手取り増（給付増が負担増を上回る）となるようにすること
  - ② 医療保険・介護保険制度を持続可能とする改革を継続することにより、現役世代等の保険料負担の増加を極力抑制する取組みを行うこと、
 が必要と考えるが、どうか。

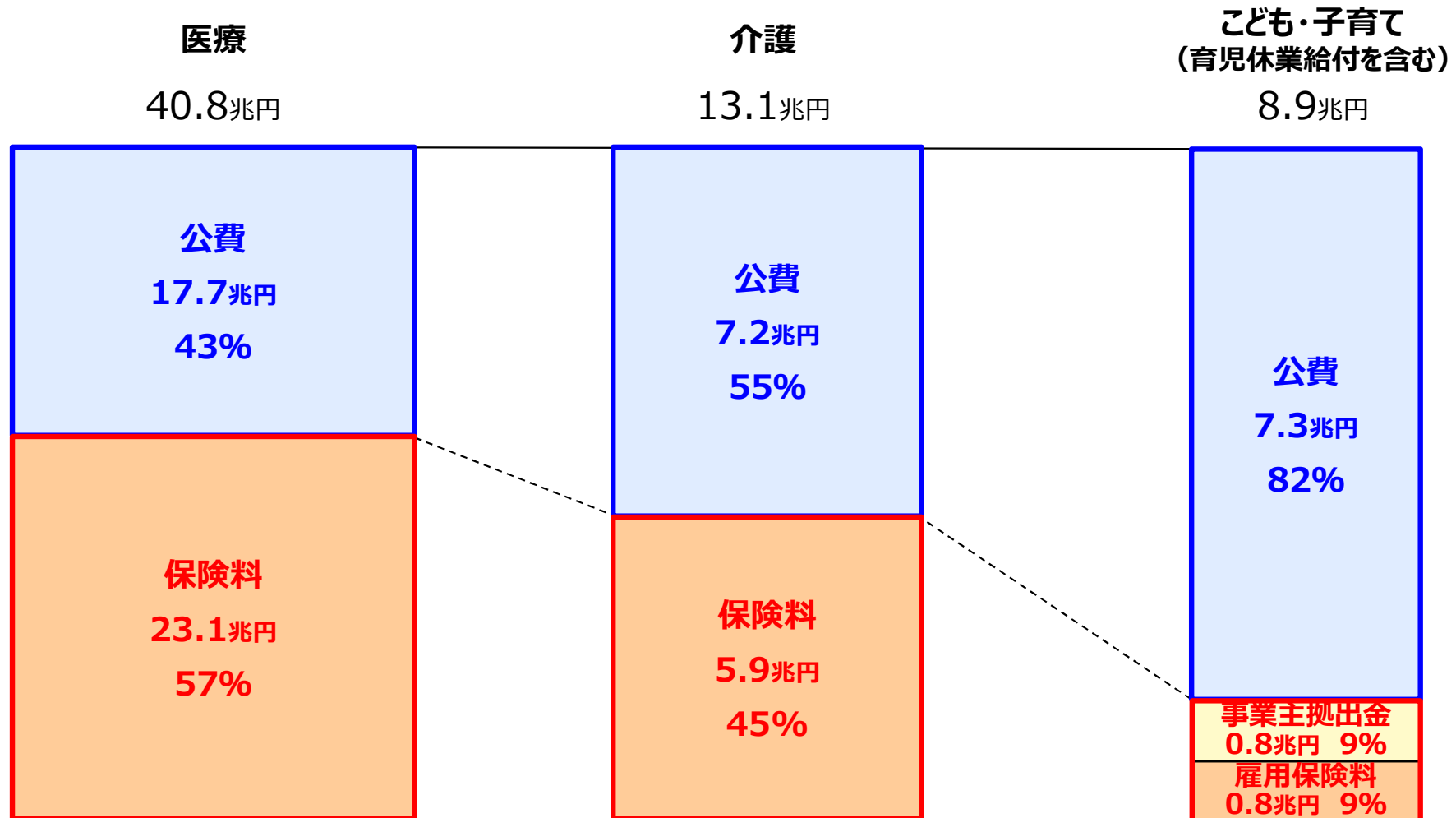
◆ 子育て世帯にとっては給付増が負担増を上回る。



(※)「経済財政運営と改革の基本方針2022」  
 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。

○ こども・子育て予算は、他の社会保障分野と比べ、公費財源の割合が高い。

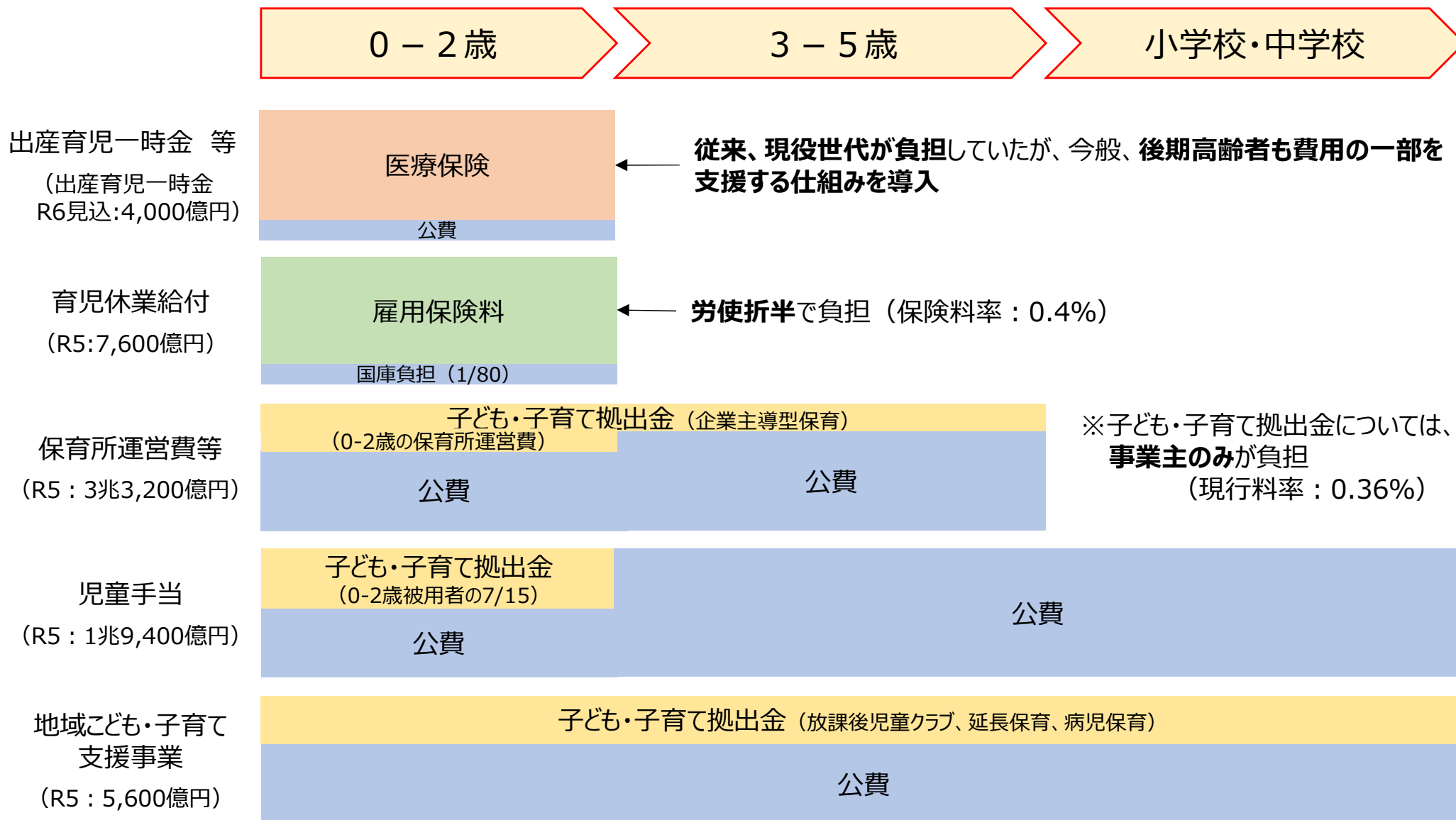
## ◆各分野の財源内訳



(注) 医療・介護は令和4年度当初予算ベース。こども・子育ては令和5年度当初予算ベース。

# (参考2) 各種のこども・子育て支援に関連する政策の財源構成 資料IV - 1 - 33

○ こども・子育て支援に関連する政策の財源として、一部に保険料や事業主拠出金が活用されている。



※上記のほか、教育、住宅に関するもの、社会的養護や障害児等の多様な支援ニーズに関するもの等については、基本的に公費で賄っている。



- こども・子育て政策の充実・強化に必要な安定財源を確保するに当たっては、地方においては歳出改革に取り組む中で、こども・子育て政策の全国的な充実・強化と、地方一般財源総額の現行水準の下、自治体が単独事業として実施している事業との重複排除などを含めて整理していくことも必要。

## ◆地方単独事業（ソフト事業）の状況（こども・子育て政策関連事業の例）

（億円）

| 政策                             | 内容   | 金額(R3) |
|--------------------------------|--|--------|
| 私立保育所<br>（地方単独事業分）<br>助成に要する経費 | 私立保育所・特別保育事業の運営費への助成を目的とした事業に要する経費（国基準への上乗せ又は主食費等の実費負担分への単独助成分）  | 2,334  |
| 子どもに対する現金給付<br>に要する経費          | 地方公共団体独自の子どもに対する現金給付   | 540    |
| 放課後児童健全育成事業費<br>（地方単独事業分）      | 地方公共団体が単独で実施する放課後児童クラブ、放課後子ども教室等の放課後児童対策事業に要した経費   | 430    |
| 子育て支援に要する経費<br>（地方単独事業分）       | 子育て力の強化（一時預かり、子育てボランティア（保育ママ）等の支援）や仕事と生活の調和（ワークライフバランス）の推進、児童家庭相談、私立子育て支援施設に対する助成、子育て支援情報の発信など、子育て支援に要した経費 | 320    |

## ◆「特集・23年度施策展開（上）＝子ども・子育て関連施策に重点」（2023.3.27 時事通信社）（抜粋）

都道府県・政令市の2023年度当初予算では、岸田文雄首相が子ども予算の倍増を掲げる中、同様に関連施策に重点を置くケースが目立った。

A県は、「レスパイトサービスモデル事業費」として約1400万円を計上。ヤングケアラーが安心して自分の時間を過ごせるように、家庭向けに家事支援サービスなどを提供するモデル事業に当たる。

B県は0～1歳児保育について、国基準以上の保育士を配置する私立保育所などを支援する。事業費は約1億8400万円で、国基準を超えて配置される保育士は160人を超える。

## ◆「1歳未満の子育て世帯へ訪問支援＝C市」（2023.3.15 時事通信社）（抜粋）

C市は、子育てに不安を抱える満1歳未満の子どもを持つ世帯などを対象に、訪問して家事や育児を支援する事業に乗り出す。子どもを持つ母親の産後うつなどを防止し、養育環境を整える。「ヤングケアラー」への訪問支援事業を含めて、2023年度に1500万円を充てる。

国からの補助の対象であるヤングケアラーだけでなく、市独自として妊婦や満1歳未満の子育て世帯を対象に加えたことが特徴。市のケースワーカーや保健師らの訪問によって、支援が必要と判断した世帯を対象とする。

- 主なこども・子育て予算については、こども家庭庁所管の年金特会子ども・子育て支援勘定や厚生労働省所管の労働保険特会雇用勘定に計上されている。
- こども家庭庁の発足に伴い、制度横断的に少子化対策を強化する中で、給付と財源構成の見える化を更に進める必要があると考えるが、どうか。

## こども家庭庁所管

### 【年金特会子ども・子育て支援勘定】

#### 主な歳出

児童手当

保育所運営費等

企業主導型保育

地域子ども・子育て支援  
(放課後児童クラブ等)

#### 主な歳入

・ 子ども・子育て拠出金  
・ 税財源等

・ 子ども・子育て拠出金  
・ 税財源等

・ 子ども・子育て拠出金

・ 子ども・子育て拠出金  
・ 税財源等

## 厚生労働省所管

### 【労働保険特会雇用勘定】

#### 主な歳出

育児休業給付

#### 主な歳入

・ 雇用保険料  
・ 税財源等

- 当審議会において繰り返し指摘してきた、コロナ特例からの「正常化」については、最後に医療分野の特例が大きく残っている状態。
- 今般（５月８日～）、感染症法上の分類が季節性インフルエンザと同じく「５類」とされたことに伴い、３年にわたって続いてきた診療報酬の特例的な上乘せ、病床確保料、ワクチン接種支援などが縮減されることとなった。
- 疾病の類型が変更されたことを踏まえ、予定されている経過的な取り扱いを経て、早急に特例を解消する必要。

## ◆歴史の転換点における財政運営（2022年5月25日）財政制度等審議会（抄）

### （４）新型コロナにおける財政措置について

財政支出の効果について当審議会ですたびたび議論になったものが、令和２年度（2020年度）以来の新型コロナの中での財政支出である。（中略）これまで医療提供体制等の強化のために主なものだけで16兆円程度の国費による支援が行われてきた結果として、地域医療の確保に当然に責任を果たすべき国公立病院で、コロナ前から一転し、好調な決算となっている事実は指摘しておかなければならない。これなどは、病床確保料などの財政支援の在り方についての問題の所在を示唆するものである。

（中略）

現在も、こうした新型コロナ対応の予算の執行は続いている。新型コロナウイルス感染症対策予備費によるものも含めこれらの予算が多額の支出に見合う成果を挙げられたのか、検証を続け、「正常化」に向けた今後の政策対応や、将来の危機対応にいかしていくべきである。

- この3年間、病床確保料、ワクチン接種支援に加えて、感染防止対策、ワクチン接種・検査の費用など医療提供体制のために主なもので21兆円程度の国費による支援が行われている。

- 病床確保料 : 5.0兆円（1床当たり1日最大43.6万円）〈実績見込み〉
- ワクチン接種支援 : 0.3兆円（週100回以上接種した場合の上乗せ支援等）〈実績見込み〉
  
- 病床確保のための緊急支援 : 0.3兆円（上記の病床確保料に加えて1床増やすごとに最大1,950万円の支援）
- 診療報酬特例 : 0.1兆円（新型コロナウイルス感染症の入院患者の特例的評価等）
- 医療従事者への慰労金支給 : 0.3兆円（医療従事者や職員に対し、最大20万円を慰労金として支給）
- 感染拡大防止支援
- その他緊急包括支援交付金 : 4.0兆円（医療機関・薬局において、感染防止対策等に要する費用の補助）
- ワクチン接種 : 3.0兆円（接種負担金（1回2,070円等）、接種体制確保補助金（会場費用、医師等の謝金等）等）
- 検査費用 : 0.9兆円（PCR等の行政検査、一定の高齢者・妊産婦等への検査等）
  
- 治療薬の確保 : 1.3兆円
- ワクチン購入・流通経費 : 2.9兆円
- ワクチンの開発・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）
- 検疫体制強化 : 0.4兆円
- 医療用物資・システム整備等 : 1.2兆円（医療用マスク・人工呼吸器の購入、物資の買い上げ等）

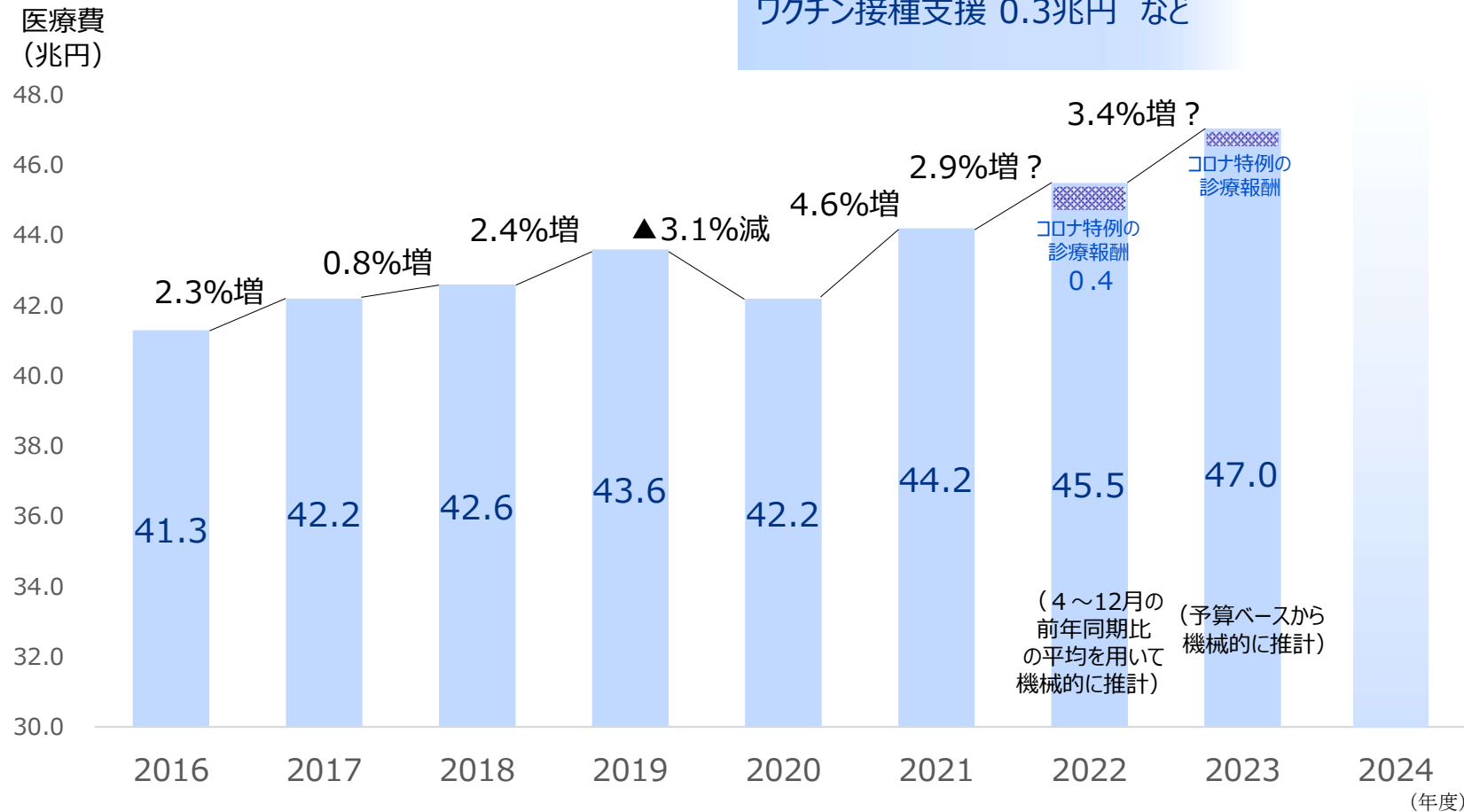
（注1）上記は、2020(令和2)年度補正予算及び予備費、2021・2022(令和3・4)年度当初・補正予算及び予備費並びに2023(令和5)年度予算を一定の考え方のもと整理したものであり、今後変更がありうる。

（注2）病床確保料及びワクチン接種支援について、2021(令和3)年度までは都道府県の執行実績又は国の支出済額。2022(令和4)年度は決算確定前のため2021(令和3)年度と同額を見込んでいる。

# 最近の医療費の動向

- 新型コロナ初年度である2020年度は患者数の減少等により医療費（＝医療機関の収入）は一時的に落ち込んだが、それ以降は、コロナ前を上回るペースで医療費は増大。
- これに加えて、この3年間、巨額の国費（補助金等）が医療機関に交付されており、病床確保料、ワクチン接種支援だけでも過去3年間で5兆円に上ると見込まれる。

## ◆医療費の動向



## ◆医療費の伸び率 (対前年同期比、%)

|              | 総計          | うち病院        | うち診療所       |
|--------------|-------------|-------------|-------------|
| 2022年 4月     | +0.7        | +0.3        | +3.2        |
| 5月           | +5.4        | +5.5        | +7.1        |
| 6月           | +3.7        | +4.4        | +4.3        |
| 7月           | +2.7        | +1.0        | +10.0       |
| 8月           | +3.1        | ▲1.8        | +15.4       |
| 9月           | +3.4        | +1.5        | +9.2        |
| 10月          | +2.6        | +2.7        | +5.4        |
| 11月          | +2.8        | +1.3        | +8.5        |
| 12月          | +2.0        | ▲1.6        | +12.4       |
| <b>4～12月</b> | <b>+2.9</b> | <b>+1.4</b> | <b>+8.4</b> |

(年度)

(注)「総計」には内科・歯科・保険薬局・訪問看護ステーションが含まれる。「病院」及び「診療所」はそれぞれ医療のみ。

(出所)厚生労働省「医療費の動向」

(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。2022年度は厚生労働省「医療費の動向」の概算医療費(4～12月の対前年同期比)を用いて機械的に推計。2023年度は国民医療費(予算ベース)を2020年度の国民医療費と概算医療費の割合を基に概算医療費ベースに推計。

(注2)病床確保料及びワクチン接種支援について、2021年度までは都道府県の執行実績又は国の支出済額。2022年度は決算確定前のため2021年度の金額と同額を見込んでいる。



## ◆「医療経済実態調査」によるこれまでの病院・診療所の収益率

| 年(度) | 一般病院<br>(医療法人) | 一般診療所<br>(医療法人) |
|------|----------------|-----------------|
| 2015 | 2.1%           | 6.8%            |
| 2016 | 1.8%           | 6.2%            |
| 2017 | 2.6%           | 6.1%            |
| 2018 | 2.8%           | 6.0%            |
| 2019 | 1.8%           | 6.5%            |

(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、調査回ごと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) 「一般病院」は国公立病院等を除く。

(注3) 上記の収益率は、全体の収益(医業・介護収益)のうち損益差額が占める割合。

## ◆一般病院(医療法人)の直近の経営状況(一施設あたり)〈東京都〉

|                   | 2020年度 | 2021年度             |
|-------------------|--------|--------------------|
| 事業収益              | 49.7億円 | 53.1億円             |
| 事業費用              | 48.3億円 | 50.2億円             |
| 事業利益              | 1.4億円  | 2.9億円              |
| 経常利益              | 1.5億円  | 3.3億円              |
| 純資産<br>(増加額)      | 24.4億円 | 27.1億円<br>(+2.7億円) |
| 経常利益/事業費用         | 3.2%   | 6.6%               |
| 純資産の増加が事業費用に占める割合 | —      | 5.4%               |

(注) n=126施設

(出所) 武蔵野大学国際総合研究所 松山幸弘研究主幹による東京都の医療法人の事業報告書等の集計データ

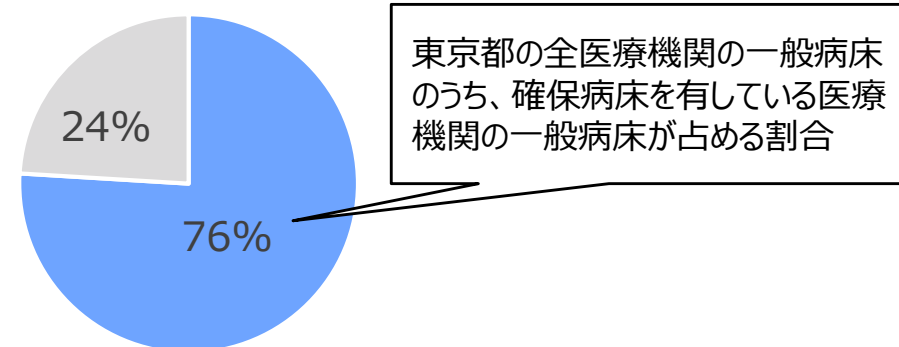
## ◆「病院経営定期調査」によるコロナ前後の病院の経常利益率

| 年度   | 病院の経常利益率<br>※国公立病院等を含む | コロナ関連緊急包括支援事業<br>補助金<br>(一般病床100床あたり平均) |
|------|------------------------|---|
| 2018 | ▲0.6%                  | —                                       |
| 2019 | ▲0.6%                  | —                                       |
| 2020 | 3.7%                   | 2.3億円                                   |
| 2021 | 7.5%                   | 2.9億円                                   |

(注) 病院の経常利益率: n=211施設、コロナ関連緊急包括支援事業補助金: n=461施設

(出所) (公社)全日本病院協会等「2022年度病院経営定期調査」資料を基に作成

## ◆コロナ受け入れ病院の病床数



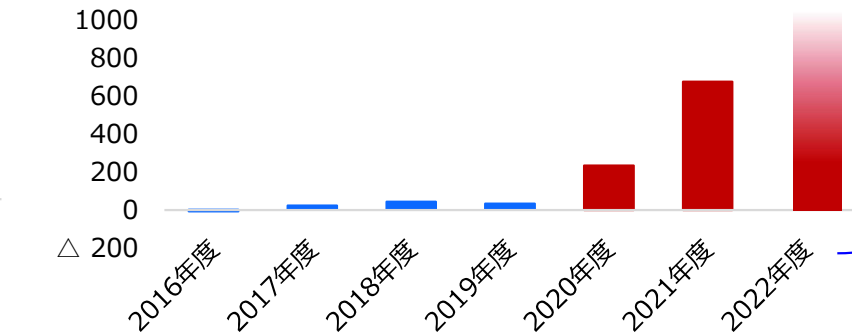
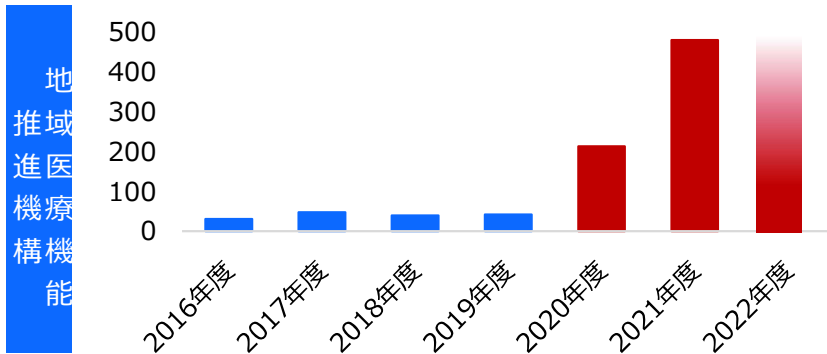
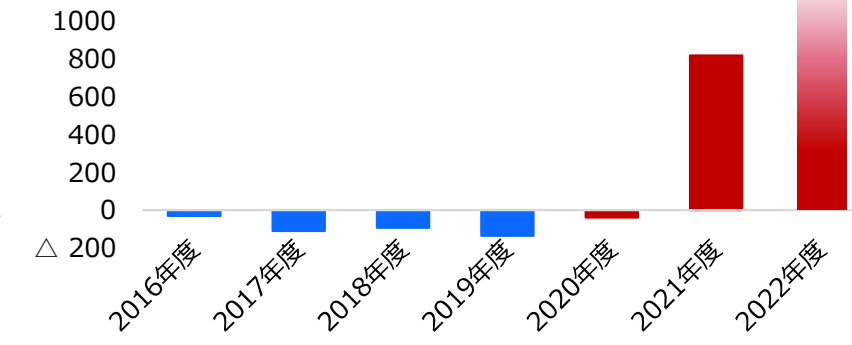
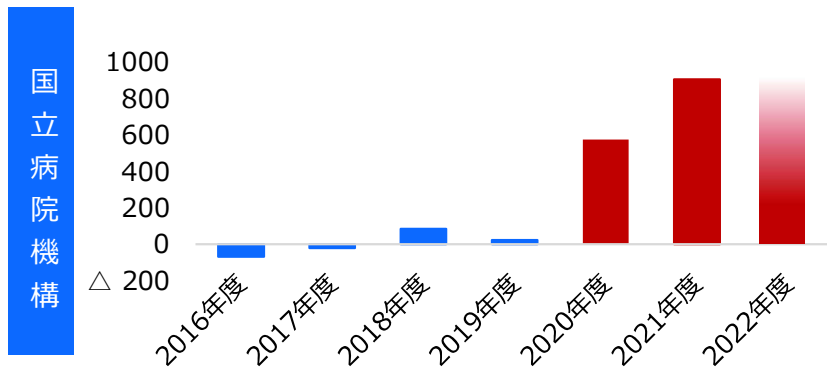
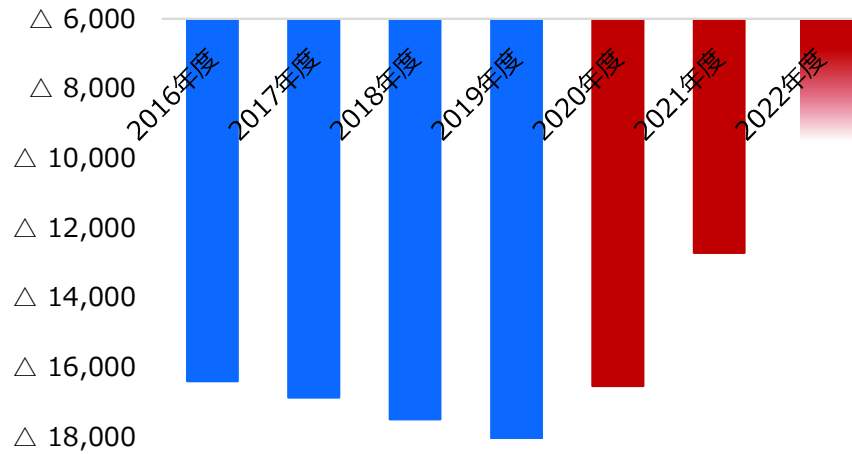
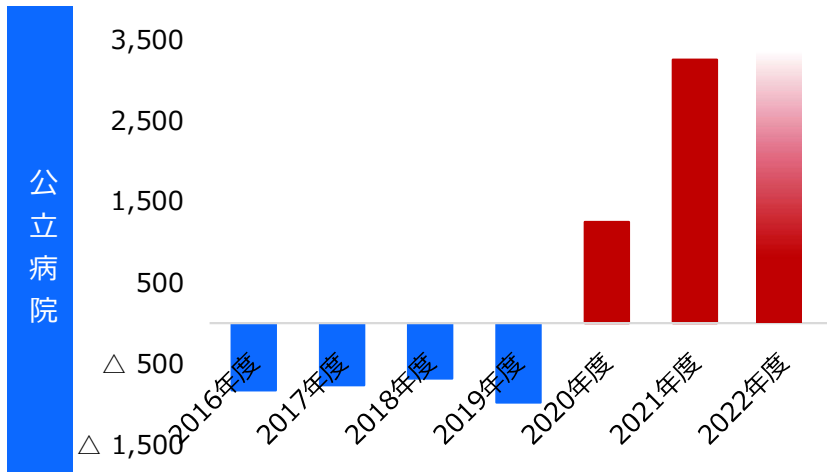
(出所) G-MIS「新型コロナウイルス感染症対策に係る各医療機関内の病床の確保状況・使用率等の報告」、(一財)医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構資料を基に作成

# 公立病院等の状況

(単位：億円)

経常損益

利益剰余金（積立金）/繰越欠損金

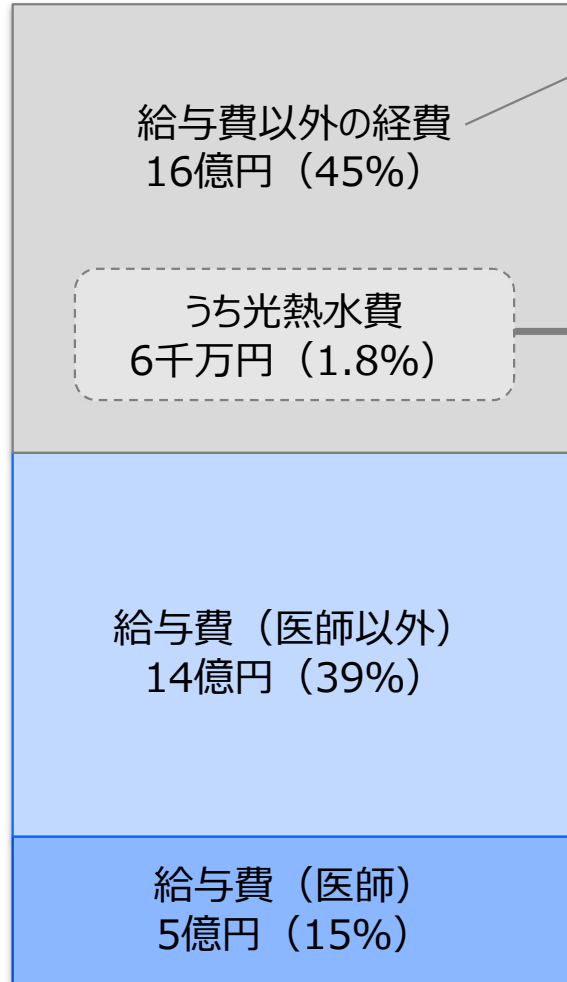


積立金や収支の状況をもて、病床確保料の範囲内で、防衛財源に拠出予定（法案国会審議中）

(出所)各法人財務諸表、総務省「地方公営企業決算状況調査」

## 一般病院

平均の年間経費総額35億円



- ・医薬品費
- ・給食用材料費
- ・診療材料費
- ・医療消耗器具備品費
- ・委託費
- ・減価償却費
- ・設備関係費
- ・経費
- ・その他の医業費用

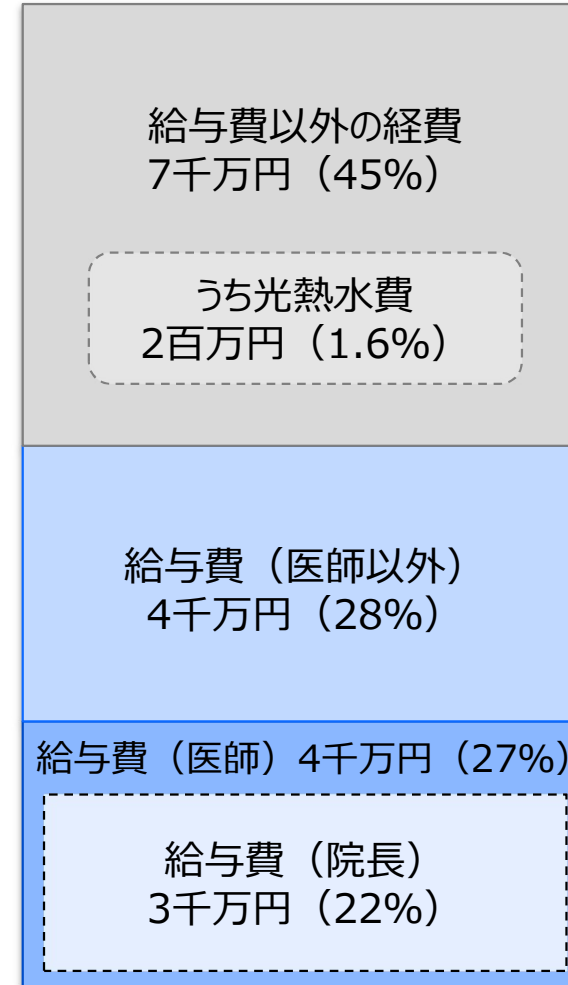
直近の病院の光熱水費  
2.4%※

※ (公社)全日本病院協会等「医療機関経営状況調査」による2022年12月～2023年2月の医業費用に占める水道光熱費の平均割合

## 一般診療所

(医療法人)

平均の年間経費総額 2億円



(注1)カッコ書きは経費全体に占める割合。

(注2)一般病院の給与費(医師)には、病院長の給与費も含まれる。

(注3)給与費には、職員の給与・賞与のほか、退職金、法定福利費が含まれている。また、厚生労働省「第23回医療経済実態調査報告」2020年(度)の「職種別常勤職員1人平均給料年(度)額等」では、一般診療所(医療法人)の院長に係る平均給料年(度)額及び賞与の合計は2,730万円とされている。

(出所)各経費(光熱水費及び給与費の内訳を除く)については厚生労働省「第23回医療経済実態調査報告」2020年(度)。一般病院の光熱水費は(公社)全日本病院協会等「医療機関経営状況調査」の2021年12月～2022年2月の医業費用に占める水道光熱費の平均割合、一般診療所の光熱水費は厚生労働省「2020(令和2)年産業連関構造調査(医療業・社会福祉事業等投入調査)」の調査対象事業の経費に占める水道光熱費の割合を基に算出。給与費の内訳については、内閣官房「公的価格評価検討委員会」(2022年11月22日)資料における人件費(賞与を除く)の職種間の配分状況に基づき推計。

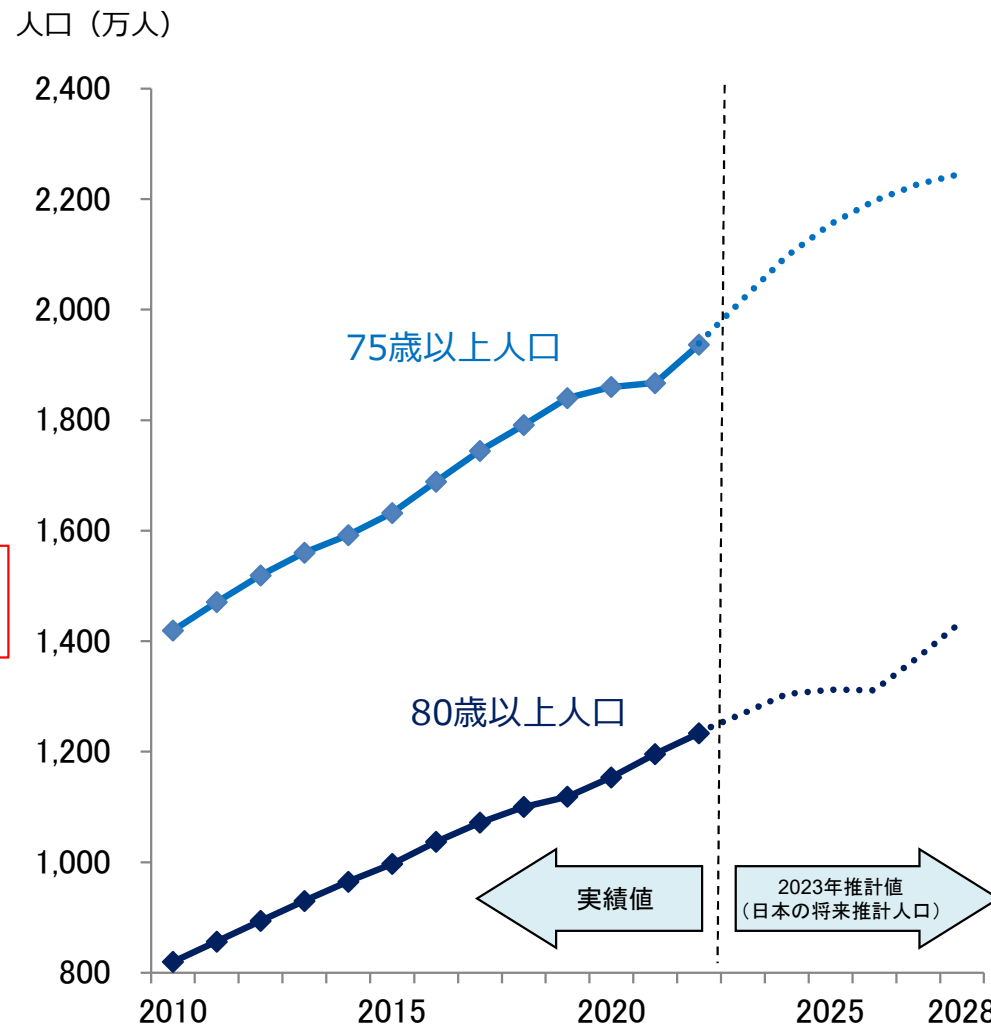
# 今後の高齢化による医療費の増

○ これまで医療費は、高齢化や医療の高度化などにより、毎年2～3%増加している。今後も75歳以上人口の増加をはじめ、高齢化が続くことから、医療費の増加が見込まれる。

## ◆これまでの医療費の伸び率

|      | 医療費の伸び率 | 診療報酬改定等 | 残差(①-②)                          |
|------|---------|---------|----------------------------------|
|      | ①       | ②       | ・高齢化・人口の影響<br>・医療の高度化<br>・制度改革 等 |
| 2010 | 3.9%    | 0.19%   | 3.7%                             |
| 2011 | 3.1%    |         | 3.1%                             |
| 2012 | 1.6%    | 0.004%  | 1.6%                             |
| 2013 | 2.2%    |         | 2.2%                             |
| 2014 | 1.9%    | 0.1%    | 1.8%                             |
| 2015 | 3.8%    |         | 3.8%                             |
| 2016 | -0.5%   | -1.33%  | 0.8%                             |
| 2017 | 2.2%    |         | 2.2%                             |
| 2018 | 0.8%    | -1.19%  | 2.0%                             |
| 2019 | 2.3%    | -0.07%  | 2.4%                             |
| 2020 | -3.2%   | -0.46%  | -2.7%                            |
| 2021 | 4.6%    | -0.9%   | 5.5%                             |

## ◆75歳以上人口・80歳以上人口の推移・見通し



(出典)2022年までは総務省「人口推計」(各年10月1日現在)等  
2023年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2023年推計)」(出生中位(死亡中位))

※「診療報酬改定等」は、診療報酬改定のほかに薬価改定を含む

- 昨年２月から、看護、介護、保育等の分野において処遇改善を実施。それぞれ一定の要件の下、対象となる職員の３％程度の処遇改善を実施している（看護は２０２２年９月まで１％程度、１０月以降３％程度）。
- その上で、更なる処遇改善を行う場合には、費用の使途の「見える化」を行った上で、全てを国民の負担にまわすのではなく、医療・介護費の中での分配を含めて検討することとされている。

## ◆ 昨年からの看護・介護・保育等の処遇改善

| 看護   | 介護・障害  | 保育  |
|--|--|---|
| <p>○ ２０２２（令和４）年度診療報酬改定において、<u>地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象に、１０月以降収入を月額１．２万円（３％程度）引き上げるための処遇改善の仕組みを創設。</u></p> <p>※１ ２０２１（令和３）年度補正予算で２０２２年２～９月分を補助金措置（１％程度）。<br/>                     ※２ 「地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関」：一定の救急医療を担う医療機関（救急医療管理加算を算定する救急搬送件数２００台／年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関）</p> | <p>○ <u>介護・障害福祉職員を対象に、月額０．９万円（３％程度）の処遇改善（臨時の介護・障害福祉サービス等報酬改定を行い２０２２年１０月から介護保険等に対応）。</u></p> <p>※３ ２０２１（令和３）年度補正予算で２０２２年２～９月分について介護は補助金、障害は交付金措置。</p> | <p>○ <u>保育士を対象に、月額０．９万円（３％程度）の処遇改善（２０２２年１０月から公定価格で対応）。</u></p> <p>※４ ２０２１（令和３）年度補正予算で２０２２年２～９月分を交付金措置。<br/>                     ※５ 社会的養護・放課後児童クラブ含む。このほか、幼稚園教諭も同様の対応。</p> |
| <p>２０２１（令和３）年度補正予算 ２１６億円<br/>                     ２０２２（令和４）年度当初予算 １００億円<br/>                     ２０２３（令和５）年度予算 ２４０億円</p>   | <p>２０２１（令和３）年度補正予算 １，４１４億円<br/>                     ２０２２（令和４）年度当初予算 ２８１億円<br/>                     ２０２３（令和５）年度予算 ６７４億円</p>                           | <p>２０２１（令和３）年度補正予算 ９３４億円<br/>                     ２０２２（令和４）年度当初予算 ２０６億円<br/>                     ２０２３（令和５）年度予算 ４１３億円</p>  |

↑

恒久的措置については社会保障の歳出改革等で財源確保

## ◆ 公的価格評価検討委員会中間整理（２０２１年１２月２１日）（抄）

### （２）処遇改善の方向性

こうした処遇改善を行うに当たっては、全てを国民の負担に回すのではなく、既存予算の見直しや高齢化に伴って増加する医療・介護費の中での分配のあり方などを含め、幅広く検討を行うべきである。従来は、前述のとおり、主に財政措置等を財源として処遇改善を進めてきた。今後は、更なる財政措置を講じる前に、医療や介護、保育・幼児教育などの分野において、国民の保険料や税金が効率的に使用され、一部の職種や事業者だけでなく、現場で働く方々に広く行き渡るようになっているかどうか、費用の使途の見える化を通じた透明性の向上が必要である。また、デジタルやＩＣＴ技術、ロボットの活用により、現場で働く方々の負担軽減と業務の効率化を進めていくことも必要である。



- 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た。ただし、当該損益計算書には事業収益・費用の合計のみが計上され、個別の項目が把握できない状態にあった。
- 今般の法改正により、医療法人と介護サービス事業者について、原則、全ての法人・事業者の給与費等の収益・費用の個別項目を収集し、そのためのデータベースを整備することとした。
- また、介護サービス事業者について、これまで財務書類が報告・公表の対象とされていなかったため、省令を改正し、事業所等の財務状況を公表させることとしている。

## ◆財務データの取扱い

|         | 社会福祉法人<br>(社会福祉法)                            | 医療法人<br>(医療法)   | 介護サービス事業者<br>(介護保険法)   |
|---------|--|---|--|
| 公表対象    | 計算書類、財産目録等<br>※人件費等の内訳あり                     | 事業報告書・損益計算書等<br>※人件費等の内訳なし  | <b>【省令改正予定】</b><br>・事業所等の財務状況を公表対象に追加する予定<br>※人件費等の内訳も求める予定                            |
| 届出・報告義務 | 所轄庁への届出義務                                    | 都道府県への届出義務  | 都道府県への報告義務   |
| 公表義務    | 全ての法人に公表義務                                   | ・規模の大きい法人は公告義務あり<br>・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                              | 都道府県に報告内容を公表する義務   |
| データベース化 | ・インターネットで個々の法人についてのデータを閲覧可能<br>・全法人の分析・集計も公表 | <b>【法改正】</b><br>・上記の事業報告書とは別に、給与費等の個別項目を報告する義務を課し、データベースを整備。<br>(個々の法人のデータは非公表) | <b>【法改正】</b><br>・医療法人に倣い、上記の財務状況とは別に、給与費等の個別項目を報告する義務を課し、データベースを整備。<br>(個々の法人のデータは非公表) |

- 医療法人が届け出る「事業報告書等」は法人全体の事業収益・費用・利益など全体の経営状況を把握することは可能。
- 「事業報告書等」は今年度から都道府県HP等による閲覧を可能としているが、方法は都道府県に委ねられている。HPから直接閲覧できる自治体は一部にとどまり、半数程度の自治体では、未だ窓口での閲覧等の対応を行っている。

## ◆ 現行の事業報告書等様式（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       | ××× |
| 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

費用の内訳（給与費、材料費など）は把握できない

法人としての1会計期間の経営状況が把握可能

## ◆ 厚生労働省が提示したスケジュール

|                           | 10～12月    | 1～3月 | 2022年度<br>4～6月   | 7～12月                            | 1～3月 | 2023年度<br>～ |
|---------------------------|-----------|------|--|----------------------------------|------|-------------|
| 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<br>アップロード<br>による届出 |           |      |  | 事業報告書等の<br>アップロードによる届出           |      |             |
| 都道府県HP等<br>での閲覧           |           |      |  | 従来通り、紙媒体で届け出た<br>事業報告書等の電子化（入力等） |      |             |
| データベース                    |           |      | 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及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 |                                  |      |             |

都道府県HP等での閲覧

(出所)「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」(2022年10月19日)資料を一部加工

(出所)厚生労働省「第82回社会保障審議会医療部会」(2021年11月2日)資料を基に作成

- 今般の法改正により、医療機関が特定されない形での「経営情報データベース」が導入されるが、特に「見える化」のコアとも言うべき、職員の職種別の給与・人数については、任意提出項目として導入される予定。

## 経営情報

※ 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）
- **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）
- **控除対象外消費税等負担額**
- **本部費配賦額**
- **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・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）**
- **職種別の給与（給料・賞与）及び、その人数**

- 医療機関の「経営情報データベース」については、匿名であること、国民への説明責任の観点から、職種別の給与・人数の提出は義務化すべき。
- 介護事業者についても今回の法改正によって、同様の経営情報データベースが導入されることとなるので、医療と同様に職種別の給与・人数等の提出を求めるべき。
- EBPMを推進していく観点からも、今後の処遇等に関わる施策を検討するための前提として、こうした各医療機関・事業者のデータの収集が必要となる。

## ◆医療法人における職種ごとの給与の見える化について（2022年12月2日）

### 第7回公的価格評価検討委員会 増田座長提出資料（抄）

新しい資本主義を掲げ、分配政策に重点を置く岸田内閣の下、公的価格評価検討委員会では、医療従事者等の処遇改善を行うために、9割近くを税や保険料で賄っている医療法人の職種ごとの給与の見える化を訴えてきた。

（中略）

こうした中、厚生労働省では、医療法人について、匿名情報として経営情報を把握・分析するとともに、国民に丁寧に説明するためのデータベースを構築する制度の検討を行ってきた。これは、「見える化」を進める中で極めて重要な制度改正と考えられる。

しかし、11月9日にとりまとめられた厚生労働省の「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報告書」では、職種ごとの年間1人当たりの給与額算定に必要なデータについて「提出を任意とすべき」とされた。この点について、雇い主であれば医師や看護師の給与の把握が可能であり、また匿名であれば個人情報の問題は生じないことから、国民への説明責任の観点から踏まえれば、職種ごとの年間1人当たりの給与額算定に必要なデータについては、確実に提出いただくべきものであると考えられる。

制度の施行当初は提出を任意とするとしても、施行後早期に提出状況や提出されたデータの内容をみて、「見える化」の趣旨から、義務化した場合と遜色のない正確なデータを把握できているかの確認が必要であり、その上で、提出の在り方や内容について、義務化も含め検討すべきと考えており、当委員会において継続的に実施状況を厚生労働省から聴取し、議論を続けるべきと考えている。

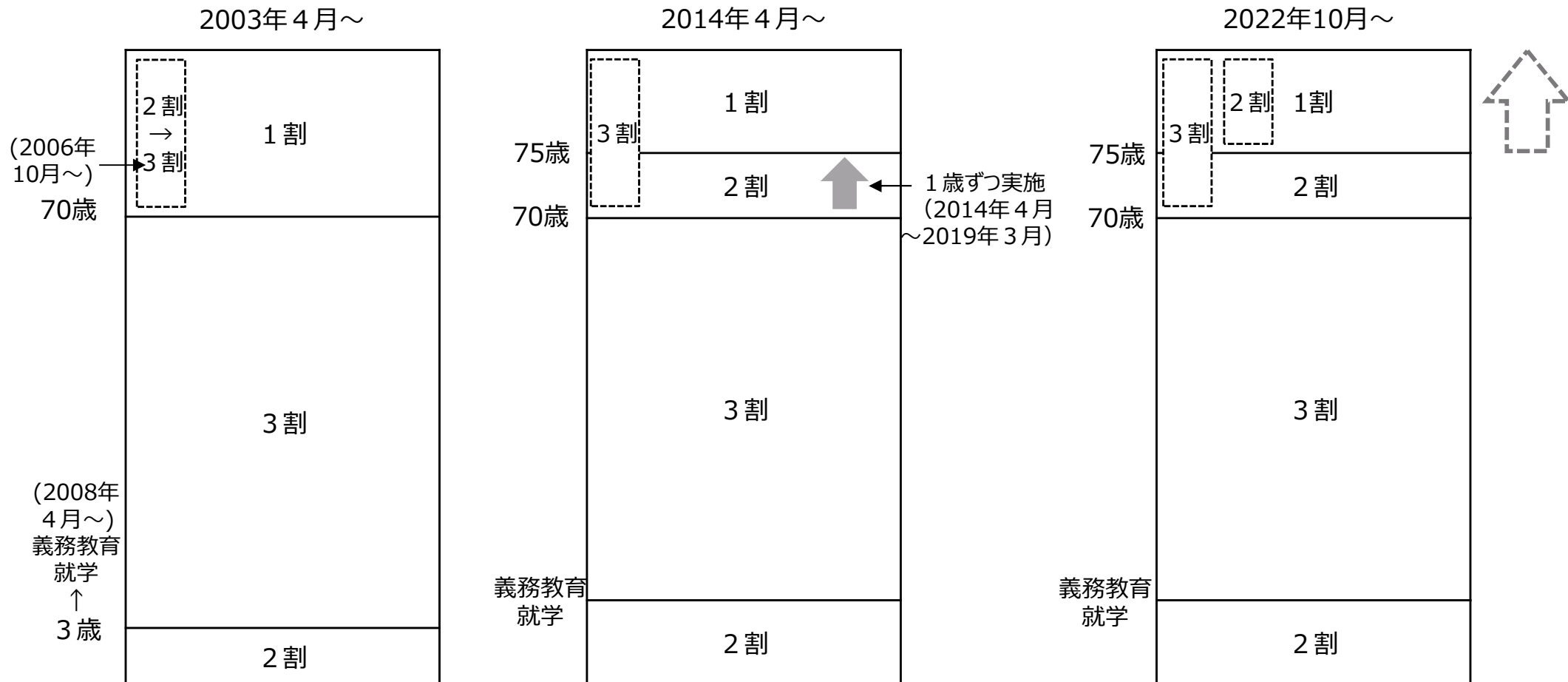
## ◆介護保険制度の見直しに関する意見（2022年12月20日）社会保障審議会介護保険部会（抄）

（財務状況等の見える化）

- 医療法人の経営情報に係る検討状況も踏まえ、介護サービス事業者の経営状況を詳細に把握・分析し、介護保険制度に係る施策の検討等に活用できるよう、介護サービス事業者が財務諸表等の経営に係る情報を定期的に都道府県知事に届け出ることとし、社会福祉法人と同様に、厚生労働大臣が当該情報に係るデータベースを整備するとともに、介護サービス事業者から届け出られた個別の事業所の情報を公表するのではなく、属性等に応じてグルーピングした分析結果を公表することが適当である。その際、介護サービス事業者の事務負担等に十分に配慮する必要がある。

- 高齢者については、所得や受診頻度への配慮という説明で、現役世代 3 割負担、高齢者 1 割負担と大きな差があったが、近年、現役世代との負担の公平性や、現役世代の負担軽減の観点から、負担能力に応じた負担体系への移行を進めている。
- 昨年10月には一定以所得以上の後期高齢者に 2 割負担が導入されたが、これを更に進め、原則 2 割負担とすることも今後の課題ではないか。

## ◆患者一部負担の推移





- 当審議会において指摘してきたように、新型コロナにおいて十分な数の病床が提供されたとはいえない。その中で病床ひっ迫を回避する必要もあり、緊急事態宣言などにより、経済・社会活動を人為的にストップせざるを得なかった。その結果、多くの国民が甚大な影響を被ることとなった。
- しかしこれは新型コロナに始まった問題ではなく、それ以前から求められていた医療機関や病床の役割分担が進んでいなかった問題が新型コロナにおいて顕在化したものとも言える。

## ◆令和4年度予算の編成等に関する建議（2021年12月3日） 財政制度等審議会（抄）

まずは前提として、昨年来の新型コロナへの対応の経験を今後の対応に活かすことである。

昨年来の感染拡大局面においては、全国の都道府県で、十分な数の新型コロナ病床が提供されたとはいえない。新型コロナ病床として補助金を申請しながら、患者受入れに使用されなかった病床の存在も顕在化した。当審議会はこれまで、医療機関や病床の役割分担を徹底する必要性を繰り返し指摘してきたが、改革が十分に進んでこなかったことが、その一因と言わざるを得ない。今後、再度の感染拡大に備えつつ、あるべき医療提供体制に向けて、診療報酬をはじめ諸制度の見直しを幅広く、そして力強く推し進めるべきである。

## ◆第2回全世代型社会保障構築会議（2022年3月9日）香取構成員発言

「今回、COVID-19で様々な問題が露呈したわけですが、言ってみれば、これは20年後の日本の医療・介護の姿を我々は目の前で見たということなのではないかと思えます。したがって、20年後に我々がどういふ社会を迎えることになるのか、どういふ社会を作っておかなければいけないのか、ということを考えて、そこからバックキャストで、今何を用意しなければいけないか、そういう思考回路が必要なのではないかと思えます。

（中略）特に我々は今ある有限の医療・介護の資源の中でこれを受け止めていくということが必要なので、提供体制をいかに改革していくかという視点からこの問題を考えることが必要なのではないかと思えます。」

## ◆第3回全世代型社会保障構築会議（2022年3月29日）権丈構成員発言

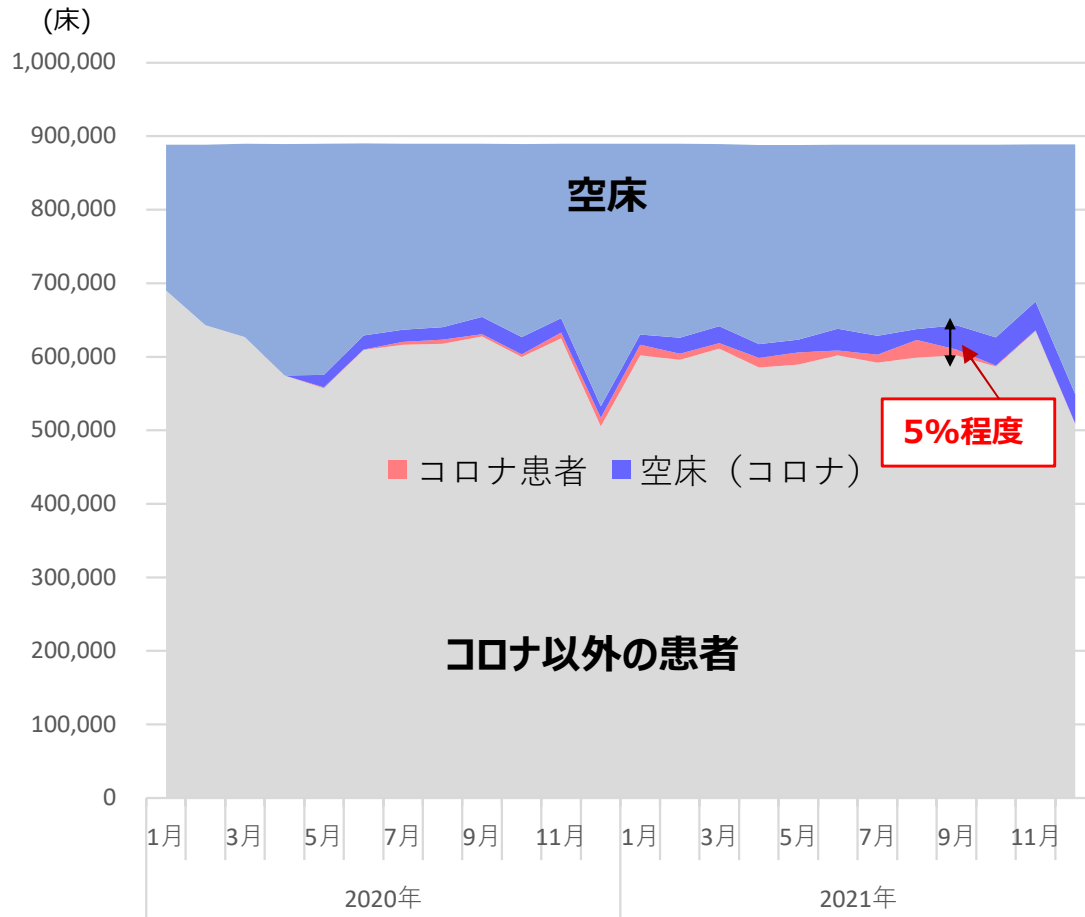
「2013年の国民会議のときに改革の道筋が示されて、それ以降、新たに地域医療構想がつくられ、また、それまで介護の世界にあった地域包括ケアを医療の世界にまで拡張し、さらに、医療法の中で「地域医療構想と地域包括ケアシステムの構築に資する役割を積極的に果たすよう努めなければならない」と規定された地域医療連携推進法人などが生まれました。2013年から9年たって、その間パンデミックがあった中、あのときに示された改革の方向性の正しさは十分に認識されたと思えます。

問題は、当時意図されたほどに改革が進まなかったことです。

（中略）また、長く医師偏在の深刻が言われてきました。ただ、医師の地域偏在とか診療科偏在は、自由開業医制、自由標榜制、フリーアクセスの条件がそろえば起こります。また、日本の医療は薄く広く配置していることが弱点ということが今回広く知られたわけですが、出来高払い的な医療の下では、支払い側は単価を下げようとするのは当然ですし、提供側は薄利多売で対抗するのも当然です。結果、どうしても薄く広くという特徴が生まれます。」

- わが国では、政府や都道府県からの要請に加えて、巨額の病床確保料などのインセンティブによって病床確保に取り組んだ。
- 一般病床と急性期病床の合計 90 万床程度のうち、確保したコロナ病床は全体の 5 %程度。確保病床においても実際にはコロナ患者の入院対応ができない医療機関も発生したと指摘されている。

## ◆新型コロナ発生時期の日本の病床の状況



### 病床確保を巡るこれまでの経緯

2020年

3月 厚生労働省から医療機関に対し、新型コロナ入院患者用の医療機関と病床の確保を依頼

4月 診療報酬の特例措置や緊急包括支援交付金による病床確保料による支援を開始 (⇒以後随時拡充)

6月 「病床・宿泊療養施設確保計画」の策定を都道府県に依頼

12月 「感染拡大に伴う入院患者増加に対応するための医療提供体制パッケージ」のとりまとめ、1床当たり最大1,950万円の支援などを開始。

2021年

4月 感染症法に基づき、病床確保の協力要請の実施 (⇒以後順次実施)



### 2024年4月 改正感染症法施行

- ・ 都道府県は深刻な感染症発生・まん延時に確保すべき病床の総数を予め計画に規定
- ・ 都道府県は具体的な病床の割り当てを含め、各医療機関と協定を締結
- ・ 公立・公的医療機関等は病床確保を含め、感染症発生・まん延時に担うべき医療の提供を義務付け
- ・ 民間医療機関は協定締結の協議に応じる義務を課す

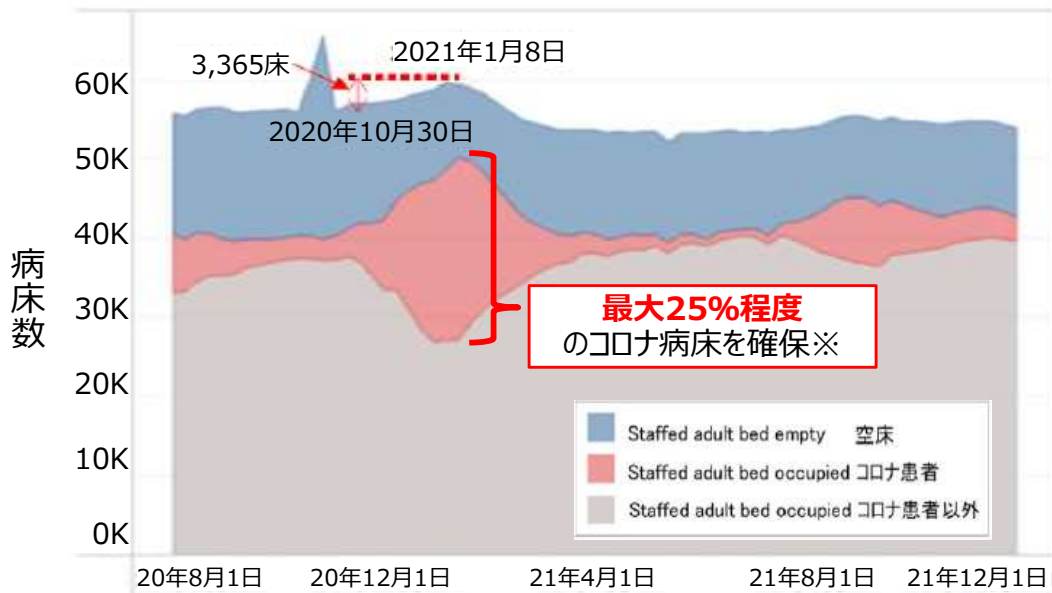
⇒平時から計画や協定において、各病院が確保する病床数を具体的に定め、実効性を持った仕組みとすべき

新型コロナ患者数及び確保病床数は毎週の厚生労働省の報告のうち、月末に近い時点のデータを使用。コロナ以外の患者及び空床は、病院報告における各月末時点の病床数、患者数からコロナ患者、確保病床を差し引いて算出。

(出所)「病院報告」、「療養状況等及び入院患者受入病床数等に関する調査」

- 米国カリフォルニア州では、行政命令に基づき、一時的に相当規模（最大で全体の25%程度）の一般病床をコロナ患者向けに振り向けることができた。
- フランスでは、予め法律により策定が義務づけられている緊急時の医療提供体制（ホワイトプラン）に基づき、病床を増強。

## ◆米国（カリフォルニア州）の事例



※図表は、カリフォルニア州内のコロナ受入れ病院の病床数。それ以外も含めた医療機関の急性期病床（Community hospitals の病床数）は約7万床。7万床を分母として、25%程度のコロナ病床を確保している。

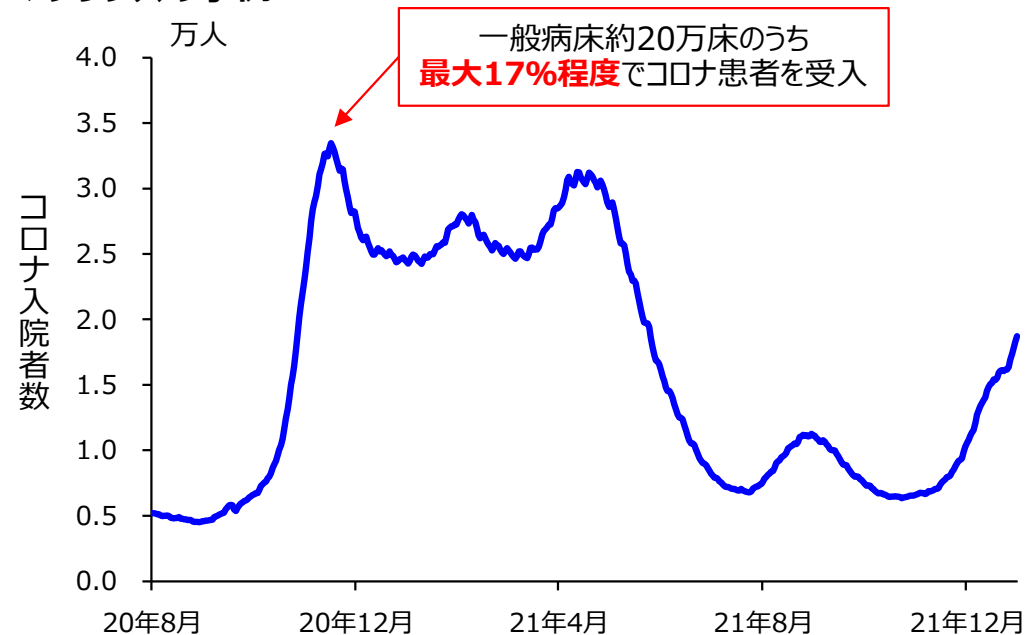
- ✓ 米国では、地域ごとに病院のネットワーク化と連携が確立。その過程で機能分化が進み、中核となる病院は大規模ICUを備えた超急性期化が進展。医師・看護師などのマンパワーを集中。

(出所) Global Health Consulting Japan アキ吉川 分析及び「新型コロナウイルス感染症に対応する各国の医療提供体制の国際比較研究」(令和3年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(厚生労働科学特別研究事業)研究代表者 松田晋哉)などより作成

### カリフォルニア州当局による行政命令の例(2021年1月 State Public Health Officer Order)

- ✓ (対象地域のICUの受入可能数が10%以下のとき) 全ての病院と外来手術センターは、待機手術を緊急性に応じて分類し、優先度が低い手術は遅延させなければならない。
- ✓ 州内の全ての病院は、受け入れ余地があり、かつ、医学的に適切な範囲において、当局の指示に従って移送患者を受け入れなければならない。

## ◆フランスの事例



(出所) Our World in Data, OECD Health Statistics 2022 (2023年4月18日時点)

(注) 図表中の比率の分母には、フランスの2020年時点のCurative somatic care bedsを使用。

- ✓ フランスでは、各医療機関はホワイトプランという緊急時の医療提供体制を定めておくことが、法律によって義務づけられている。
- ✓ ホワイトプランでは、スタッフの再配置、将来の患者に対応するための追加のベッドの増設、緊急でない手術の延期などが可能。
- ※ フランスでは、地方医療計画において、ホワイトプランを含め、各地方における機能分化と連携に関する計画が定められており、地方の医療政策を担当する地方医療庁と各医療施設は、計画の内容に基づく複数年契約を締結。

(出所) 「新型コロナウイルス感染症に対応する各国の医療提供体制の国際比較研究」(2021(令和3年)年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(厚生労働科学特別研究事業)研究代表者 松田晋哉)より作成

- 我が国ではコロナ発生以来3年間にわたり、コロナ病床確保のインセンティブとして、総額約5兆円の病床確保料が各病院に交付されている。
- 本年5月から新型コロナが感染症法上、季節性インフルエンザと同じ5類に分類変更となったことを受けて、病床確保料の単価を半額に見直している。本年9月末までに行政による入院調整と病床確保の枠組みからの移行を行うこととなっており、早急な取り組みが求められる。

## ◆ 病床確保料の概要

<重点医療機関（特定機能病院等）>

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

← 12倍  
← 6倍  
← 2倍

<平時の入院診療収益（病床1床当たり）>

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

（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。

<5月8日以降>

※診療報酬の見直しに連動して単価を半額に見直し  
※9月末までを目途とした措置

| 病床の種別    | 病床確保料      |
|----------|------------|
| I C U 病床 | 218,000円/日 |
| H C U 病床 | 106,000円/日 |
| その他病床    | 37,000円/日  |

<都道府県から医療機関への病床確保料の交付実績>

| 2020年度 | 2021年度 | 2022年度（見込額） | 合計  |
|--------|--------|-------------|-----|
| 1.1兆円  | 1.9兆円  | 1.9兆円       | 5兆円 |

（注）病床確保料の交付実績について、2021年度までは都道府県の執行実績。2022年度は決算確定前のため2021年度と同額を見込んでいる。

## ◆ 事務連絡「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について」抄 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症対策推進本部（2023年3月17日）

（2）移行計画の記載内容について

…冬の感染拡大に先立ち重点的に取組を進めるという「移行計画」の狙いから、**10月以降は、病床確保の要請をせず、入院調整を医療機関間で行う体制に移行することを想定し、そうした体制に移行するための計画としていただきたい。**9月末までの間は、病床確保の仕組みは残るものの、…これまで、確保病床外であっても対応できる能力を有する医療機関の増加を図る取組を進めていただいていた結果、…直近では、コロナ確保病床外での入院受入れは全体の約3分の1を占めるに至っている実態を踏まえ、今後は、より一層、病床確保によらずにコロナの入院患者の受入れが行われるように取組を進めていただくことが必要になる。



# 病床確保料の見直し（２）

- 病床確保料については、特に新型コロナ発生当初、一定の病床確保のため必要な対策だったと考えられる。一方で、金額の水準や一般医療へのしわ寄せをはじめ問題を指摘され続けてきたが、一旦こうした特例を導入すると、見直しはなかなか進まなかった。

■ 毎日新聞 2022年5月10日

## 見えない予算：コロナ病床、民間鈍く 3兆円、公的病院は潤う

（中略）巨額の公費をばらまいた結果、コロナ患者を積極的に受け入れた公的病院の経営が著しく改善するという結果も招いた。特に全国853ある公立病院は2019年度決算では980億円の経常赤字だったが、20年度決算で1,251億円の経常黒字に転じた。140病院を運営する国立病院機構は23億円から576億円に、57病院を抱える地域医療機能推進機構も42億円から213億円に経常黒字を大きく伸ばす結果となった。

■ 日本経済新聞 2022年10月14日

## 「第7波 一般医療への影響、検証を」愛知県病院協会長

ー 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。一般医療にしわ寄せが来てしまった。本来なら脳卒中や心筋梗塞の患者が入院治療を受けられたはずなのに、コロナ病棟を設けるとできなくなる。地域医療として大きな問題で、影響を検証しなければならない」

## ◆令和5年度予算の編成等に関する建議（2022年11月29日） 財政制度等審議会 抄

そうした中でも、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になる。新型コロナのための空床確保が通常医療を圧迫しているとの指摘も見られ、通常診療との公平性も考えれば、制度の在り方や支援額の水準について、更なる見直しが必要と考えられる。

## ◆病床確保料の見直しの経緯

### ■ 2022年10月1日 病床確保料の見直し

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措置（1.1倍を超える分を調整）を導入。

（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。）

### ■ 2022年10月25日 全国知事会資料（国との意見交換会）抄

1. 即応病床使用率については、当該地域の平均的な病床使用率と比較して相当程度低い値その他都道府県の認める値と50%を比較し、低い数値を採用するなど柔軟な対応を可能とすること。
2. 医療機関は年度計画を立てコロナ患者受入れ体制を整えている中、年度途中の大幅な制度改正により病床確保料が減額となった場合、医療従事者の解雇、処遇改善の打切り、業務に関する様々な契約変更などが必要になり、経営に大きな影響を与えるため、経過措置期間を設けること。

### ■ 2022年11月21日 10月の見直し内容の変更

以下のア～ウについては、都道府県知事の判断で病床確保料の調整対象としないことができる。

ア 周産期、小児、透析、精神の4診療科

イ 地域のコロナ病床確保に中核的な役割を果たす基幹的医療機関、構造上の事情により病棟単位でコロナ病床を確保・運用する医療機関、都道府県知事がそれらに類する特段の事情があると認める医療機関

ウ 令和4年10月1日（都道府県知事の判断により令和4年11月1日からの病床確保料を調整することとした場合は、令和4年11月1日とする。）から令和5年3月31日までの即応病床使用率が50%以上の医療機関

### ■ 2023年2月8日 全国知事会・日本医師会 共同声明 抄

幅広い医療機関における入院患者の受け入れ体制が整備されるまでには一定の期間を要することから、当該体制が整うまではそれぞれの地域において必要な医療を提供することができるよう、急激に減らすことなく十分な数の病床を確保することとし、病床確保料等をはじめとした病床の確保のための支援を継続すること。

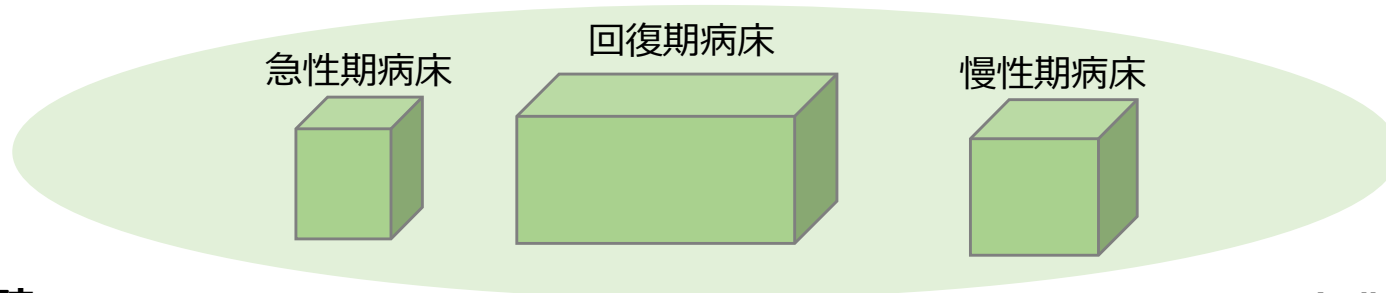
### ■ 2023年3月10日 5類移行後の病床確保料の見直しを通知

### ■ 2023年3月28日 新型コロナ緊急包括支援交付金7,365億円を含む 予備費使用決定

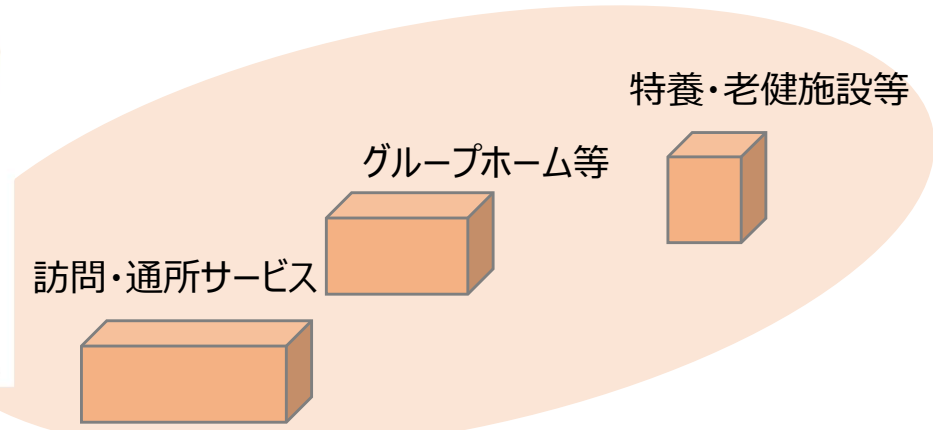


- 医療機関の役割分担は、今回の新型コロナにおいて問題が顕在化したが、超高齢化が進む中で平時から益々大きな課題となっている。
- 患者の高齢者が進んで疾病を持つ者が増える一方で、人口減少により医療資源としての人材が先細る中で、医療制度を持続可能にするためには、給付と負担のバランスだけでなく、医療提供体制そのものを効果的・効率的なものにする必要がある。
- ①病院の役割分担（＝地域医療構想）、②診療所等のかかりつけ医機能の確保・強化、③地域包括ケア（地域における医療・介護の連携）をあわせて進めていく必要。

## 病院 役割分担＝「地域医療構想」（医療法）



## 介護



## 地域の診療所、中小病院

### かかりつけ医機能（今回の医療法改正）

- ◆ 日常的によくある疾患への幅広い対応
  - ◆ 休日・夜間の対応
  - ◆ 入院先の医療機関との連携、退院時の受入
  - ◆ 在宅医療
  - ◆ 介護サービス等との連携
- かかりつけ医機能を有する医療機関
- 在宅医療



各医療機関が報告、都道府県が確認・公表

## 地域における連携＝「地域包括ケア」（医療介護総合確保法）

○ 主要国と比較した日本の医療提供体制の特徴としては、

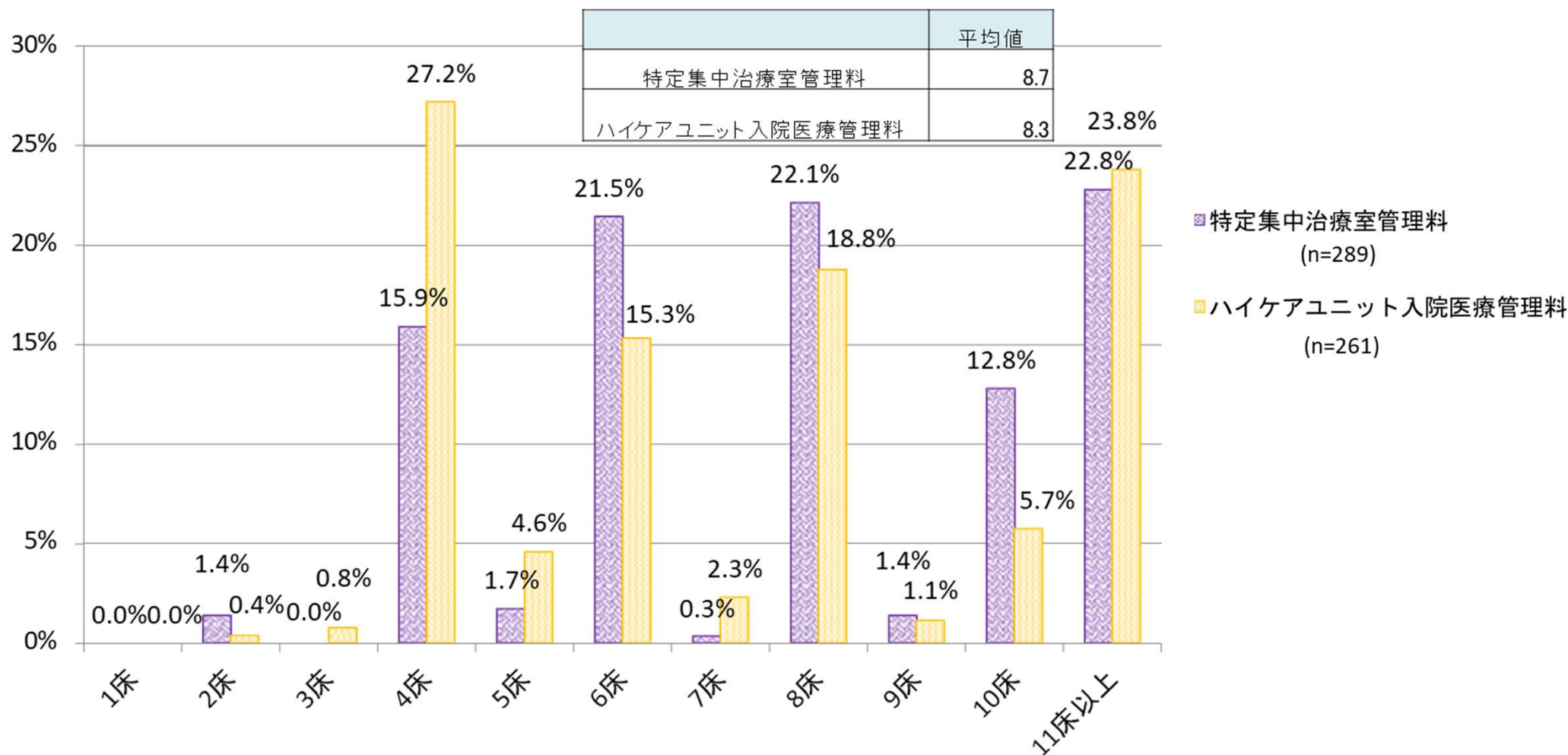
- ・ 人口当たりの病床数が多い
- ・ 病床数当たりの臨床医師数が少ない（人口当たり臨床医師数は他国並）
- ・ 個々の病院の規模が小さい

→結果として、他国に比べて、医療資源が薄く広く散在している状態にあり、医療資源としての人材確保が難しくなる中で、機能の集中・再編が不可避の課題となっている。

| 国名   | 平均<br>在院日数<br>(急性期) | 人口千人<br>当たり<br>総病床数 | 人口千人<br>当たり<br>臨床<br>医師数 | 病床百床<br>当たり<br>臨床<br>医師数 | 1病院<br>当たり<br>臨床<br>医師数 |
|------|---------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| 日本   | 28.3<br>(16.4)      | 12.6                | 2.6                      | 20.5                     | 39.7                    |
| ドイツ  | 8.7<br>(7.4)        | 7.8                 | 4.5                      | 57.1                     | 123.6                   |
| フランス | 9.1<br>(5.5)        | 5.7                 | 3.2                      | 55.4                     | 71.7                    |
| イギリス | 6.9 ※<br>(6.2) ※    | 2.4                 | 3.0                      | 125.1                    | 105.9                   |
| アメリカ | 6.2 ※<br>(5.4) ※    | 2.8 ※               | 2.6 ※                    | 94.2 ※                   | 142.3 ※                 |

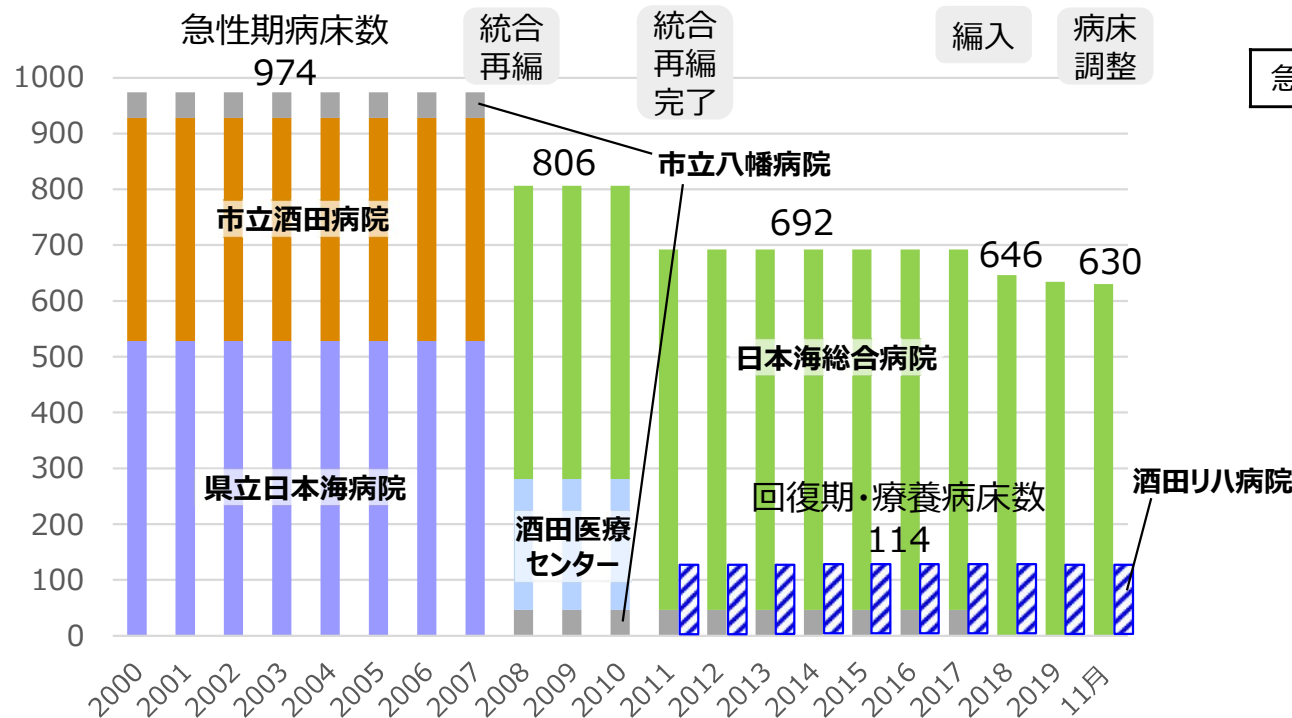
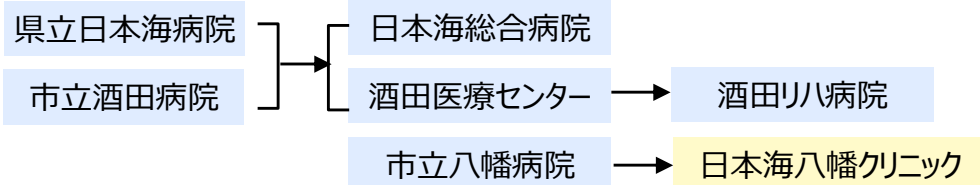
○ ICU・HCUの病床規模を見ると、病床数が少ない治療室が相当割合、存在。救命救急等を担う医療人材を集約することができれば、1人あたりの医師の負担が減る一方で、提供される医療の質も向上するのではないか。

## ◆ 特定集中治療室管理料・ハイケアユニット入院医療管理料の病床規模別の分布



- 病院・病床の機能再編、医療資源の散在の問題を解決する方策の一つとして導入されたのが「地域医療連携推進法人」。
- 現在、全国に33あり、例えば日本海ヘルスケアネットでは、①診療機能等の集約化・機能分担、②病床規模の適正化、③医療介護従事者の人材交流、共同での人材育成、④「地域フォーミュラ」の推進などが行われている。
- 人口減少の中で地域の医療機能を維持・確保し、ひいては地域の医療機能を魅力的なものにするひとつの方向性と考えられる。

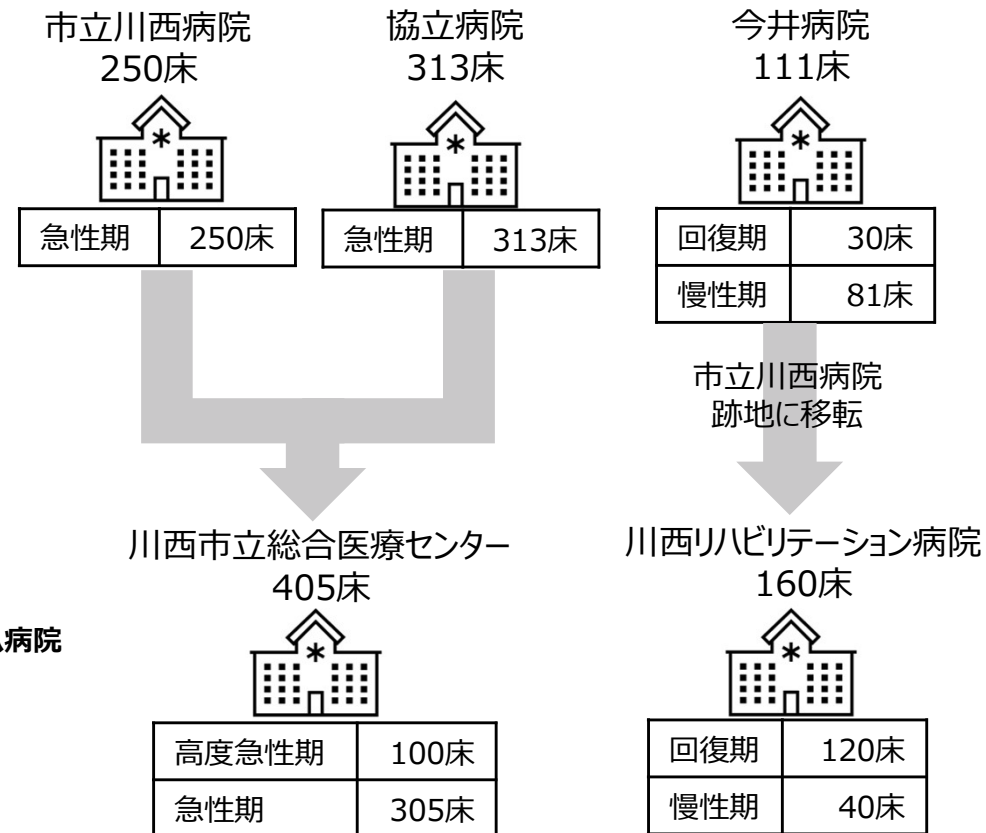
## ◆日本海ヘルスケアネット（2018年4月1日設立）



○ 2018年11月には「地域フォーミュラ（※）」を開始。

（※）有効性、安全性、経済性などの観点から推奨される医薬品リスト

## ◆川西・猪名川地域ヘルスケアネットワーク（2021年4月1日設立）



出所：兵庫県川西市HP「今井病院移転案について」を基に作成



○ 後期高齢者が急増する「2025年」を目指して、各地域において病院・病床の役割分担を進めるために「地域医療構想」がスタート（2014年医療法改正）。その後、公立・公的病院について先行して対応方針を策定するが、その内容が構想の実現に沿っていない可能性があったことから、再検証を要請。コロナの影響で対応が遅れたが、ようやく2022年に民間医療機関も含めた対応方針の策定や検証・見直しを行うことを通知。

## ・医療法改正（2014年6月公布、同年10月施行）

\* 病床機能報告制度の導入、地域医療構想の策定、協議の場の設置  
\* 都道府県知事が講ずることができる措置を規定（地域で既に過剰になっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、転換の中止の命令（公的医療機関等）及び要請・勧告（民間医療機関）ができる等）

## ・全ての都道府県において地域医療構想を策定（2017年3月）

## ・医療法改正（2018年7月公布・施行）

\* 地域医療構想の実現のため知事権限の追加（既に将来の病床の必要量に達している場合、開設・増床の許可を与えないこと（民間医療機関には勧告）ができる）

## ・公立・公的医療機関等において、先行して具体的対応方針を策定し、地域医療構想調整会議で合意（～2019年3月）

「急性期」からの転換が進んでいない。トータルの病床数は横ばい。  
→ 具体的対応方針の合意内容が地域医療構想の実現に沿っていないのではないかと懸念。

## ・「経済財政運営と改革の基本方針2019」閣議決定（2019年6月）

全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について、診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が、民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、（略）原則として2019年度中（※1）に対応方針の見直しを求める。

※1 医療機関の再編統合を伴う場合については、遅くとも2020年秋頃まで。

## ・再検証に係る424の公立・公的病院（※2）を公表（2019年9月）

※2 「診療実績が特に少ない」または「類似かつ近接（構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している）」の要件のいずれかをすべての項目で満たす

## ・「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」（2020年1月通知）

当面、都道府県においては、「経済財政運営と改革の基本方針2019」における一連の記載（※3）を基本として、地域医療構想調整会議での議論を進めていただくようお願いする。

※3 医療機関の再編統合を伴う場合：遅くとも2020年秋頃、左記以外の場合：2019年度中

## ・「具体的対応方針の再検証等の期限について」（2020年8月通知）

再検証等の期限を含め、地域医療構想に関する取組の進め方について、「経済財政と改革の基本方針2020」、社会保障審議会医療部会における議論の状況や地方自治体の意見等を踏まえ、厚生労働省において改めて整理の上、お示しすることとする。

## ・「地域医療構想の進め方について」（2022年3月通知）

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。

## ・「経済財政運営と改革の基本方針2022」閣議決定（2022年6月）

地域医療連携推進法人の有効活用や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。

→法改正は行われず、厚生労働大臣告示・医政局地域医療計画課長通知を本年3月に発出。



# 「地域医療構想」の進捗状況（2）

○ 地域医療構想の実際の進捗ははかばかしくない。

→急性期・回復期をはじめとする病床の役割分担が進まないと、今後、各地域で治療に長い期間を要する高齢者が増える中で、質の高い急性期医療、回復期における適切なケアの提供ができなくなる。

## 2015年度 「病床機能報告」

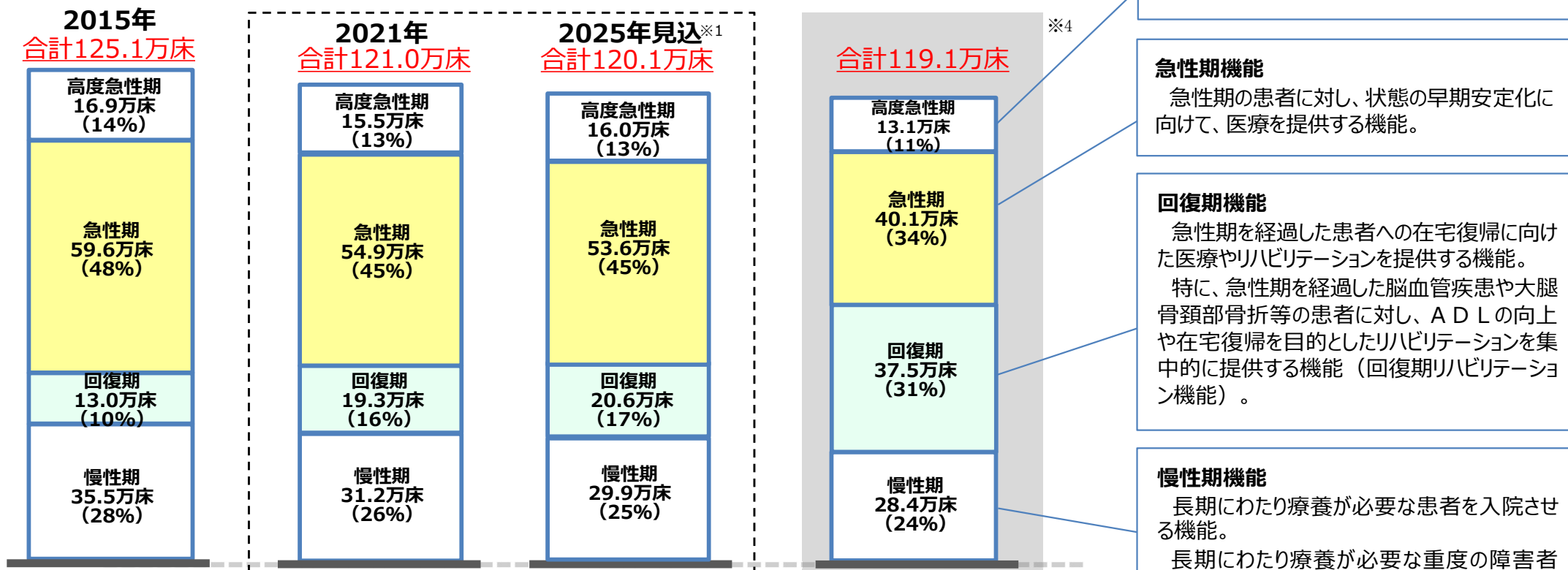
（各医療機関が病棟単位で報告）

## 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（2016年度末時点））



**高度急性期機能**  
急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能。

**急性期機能**  
急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能。

**回復期機能**  
急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。  
特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。

**慢性期機能**  
長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能。  
長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能。

（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。

# 病床機能報告（「急性期」「回復期」など）と診療報酬の関係 資料Ⅳ－２－２５

- 地域医療構想における「急性期」「回復期」という分類は、各病院が、フロアごとに定められた各病棟の主たる機能を報告するもの。
- これと診療報酬の分類を重ね合わせてみると、最も報酬が高い「急性期一般入院料 1」（看護配置 7 : 1 などが要件）に偏っており、さらに、看護配置が比較的小さい病床でも「急性期」に分類されている例が多いことがわかる。
- 病床の役割分担を適切に進めるため、7 : 1 といった看護配置に過度に依存した診療報酬体系から、患者の重症度、救急受入れ、手術といった「実績」をより反映した体系に転換していくべきではないか。そうした中で、10 : 1 といった看護配置を要件とする急性期入院料は廃止を検討すべきではないか。

## ◆「病床機能報告」と診療報酬の関係（2021年7月1日時点）

| 該当する入院基本料・特定入院料       | 2021年7月1日時点の機能 |                |                |                |
|-----------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|                       | 高度急性期          | 急性期            | 回復期            | 慢性期            |
| 救命救急入院料等（ICU・HCUなど）   | 28,322         | 2,530          | -              | 24             |
| 特定機能病院 7対1 入院基本料等     | 45,010         | 16,133         | -              | 60             |
| 急性期一般入院料 1（7対1以上）     | 71,589         | 269,227        | 527            | 87             |
| 急性期一般入院料 2～7（10対1以上）  | 518            | 144,930        | 7,275          | 466            |
| 地域一般入院料等（13対1、15対1以上） | -              | 31,312         | 16,185         | 6,468          |
| 地域包括ケア病棟入院料等          | 49             | 14,589         | 53,880         | 2,349          |
| 回復期リハビリテーション病棟入院料     | -              | -              | 89,468         | 285            |
| 療養病棟入院料等              | -              | 142            | 3,496          | 201,706        |
| その他（障害者施設、診療所など）      | 9,755          | 70,416         | 22,125         | 100,634        |
| 計                     | 155,243<br>13% | 549,279<br>45% | 192,956<br>16% | 312,079<br>26% |

|              |               |               |               |               |
|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 2025年の病床の必要量 | 13.1万床<br>11% | 40.1万床<br>34% | 37.5万床<br>31% | 28.4万床<br>24% |
|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|

## ◆「急性期一般入院料」の主な要件（2022年度）

|                                    | 入院料<br>1  | 入院料<br>2 | 入院料<br>3 | 入院料<br>4 | 入院料<br>5 | 入院料<br>6         |
|------------------------------------|-----------|----------|----------|----------|----------|------------------|
| 看護職員<br>（※1）                       | 7対1<br>以上 | 10対1以上   |          |          |          |                  |
| 重症度、医療・<br>看護必要度Ⅱ<br>の患者割合<br>（※2） | 28%       | 24%      | 21%      | 17%      | 14%      | 測定し<br>ている<br>こと |
| 平均在院<br>日数                         | 18日<br>以内 | 21日以内    |          |          |          |                  |
| 在宅復帰・<br>病床機能<br>連携率               | 8割<br>以上  | -        |          |          |          |                  |
| 点数                                 | 1,650点    | 1,619点   | 1,545点   | 1,440点   | 1,429点   | 1,382点           |

※1 看護師比率は7割以上が要件

※2 輸血などの処置の状況や、患者の状況、手術等の状況を勘案して重症度、医療・看護必要度が高い患者の割合。上記は許可病床200床以上の場合。このほか重症度、医療・看護必要度Ⅰによる患者割合の基準がある。

- 地域医療構想については、医療法において、地域の会議における協議が整わない場合には不足している病床機能を提供するよう、病院に指示・要請できるとの規定があるが、ほとんど発動実績はない。
- 地域医療構想の実現の必要性、進捗の遅さを踏まえれば、2025年以降の確実な目標実現を見据えて、例えば、各医療機関において地域医療構想と統合的な対応を行うよう求めるなど、もう一步踏み込んだ法制的対応が必要ではないか。

## ◆医療法で定められている知事の権限

- ① 地域で既に過剰になっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、転換の中止の命令（公的医療機関等）及び要請・勧告（民間医療機関）  
⇒命令・要請・勧告：0件
- ② 協議が調わない等の場合に、地域で不足している医療機能を担うよう指示（公的医療機関等）及び要請・勧告（民間医療機関）  
⇒指示・勧告：0件、要請：4件
- ③ 病院の開設等の許可申請があった場合に、地域で不足している医療機能を担うよう、開設等の許可に条件を付与  
⇒条件付き開設許可：114件
- ④ 稼働していない病床の削減を命令（公的医療機関等）及び要請・勧告（民間医療機関）  
⇒命令・要請・勧告：0件

※ 各件数については、2022年9月末時点（①・④は2021年度病床機能報告後から調査日までの、②・③は当該規定の施行日から調査日までの累計）。

※ ①～④の実施には、都道府県の医療審議会の意見を聴く等の手続きを経る必要がある。

※ 勧告、命令、指示に従わない医療機関には、医療機関名の公表や地域医療支援病院・特定機能病院の承認の取消し等を行うことができる。

- 公立病院については、新型コロナ発生以来、国からのコロナ補助金もあり、大幅に収支が改善しているが、依然として自治体からの巨額の補助（「繰出金」）も継続されている状況。
- まずは地域の先頭にたって地域医療構想と統合的な医療提供体制を実現するために、地域の他の病院との連携・再編を進めるべき。
- 「公立病院経営強化プラン」を令和5年度中に策定することとされているが、策定予定年度を「検討中」としている公立病院が1割存在。また、特に重要である病院の機能分化・連携強化について「検討予定なし」等や「今後検討」が7割に上る状況であり、検討を加速化すべき。
- なお、公立病院の経営改善に当たり、収入増がメインとなるケースが多いが、それは地域の医療費の増加につながり、地域の医療費適正化の取組と齟齬を来しかねない。例えば、薬剤・医療材料等の共同購入、委託業務の効率化、人件費の抑制など費用面からの具体的取組を進めるべき。

## ◆自治体から公立病院への補助（「繰出金」）と各公立病院の収支状況 (億円)

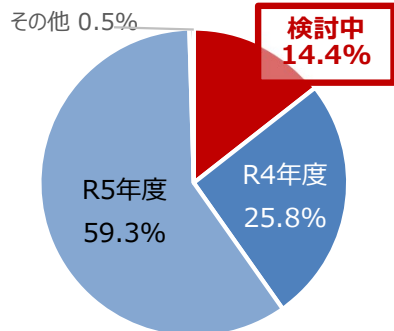
| 項目                | 年度 | 2016             | 2017           | 2018           | 2019           | 2020             | 2021           |
|-------------------|----|------------------|----------------|----------------|----------------|------------------|----------------|
| 繰出額<br>(うち基準外繰出額) |    | 7,924<br>(1,013) | 8,083<br>(945) | 8,266<br>(892) | 8,269<br>(920) | 8,494<br>(1,011) | 8,411<br>(949) |
| 収支                |    | ▲1,020           | ▲985           | ▲860           | ▲984           | 1,366            | 3,296          |

(出所) 総務省「地方公営企業決算状況調査」

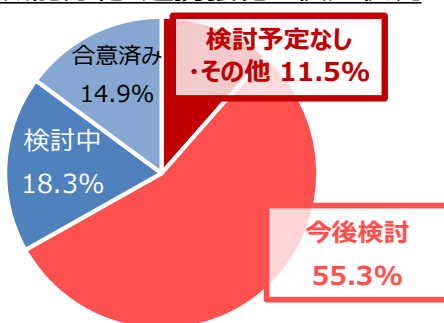
(注1) 地方独立行政法人(病院事業)を含む。(注2) 収支は、総収益から総費用を差し引いた額。

## ◆各公立病院の「改革プラン」策定状況

### ①改革プラン策定予定年度

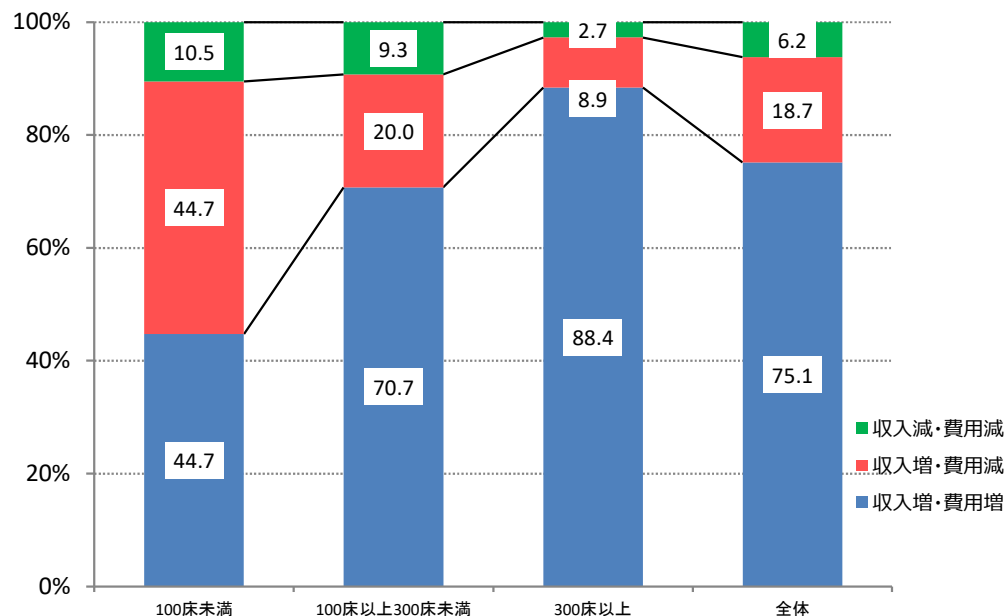


### ②機能分化・連携強化の検討状況



n = 853 (公立病院)

## ◆前「改革プラン」(2007年策定) 前後における収支改善要因

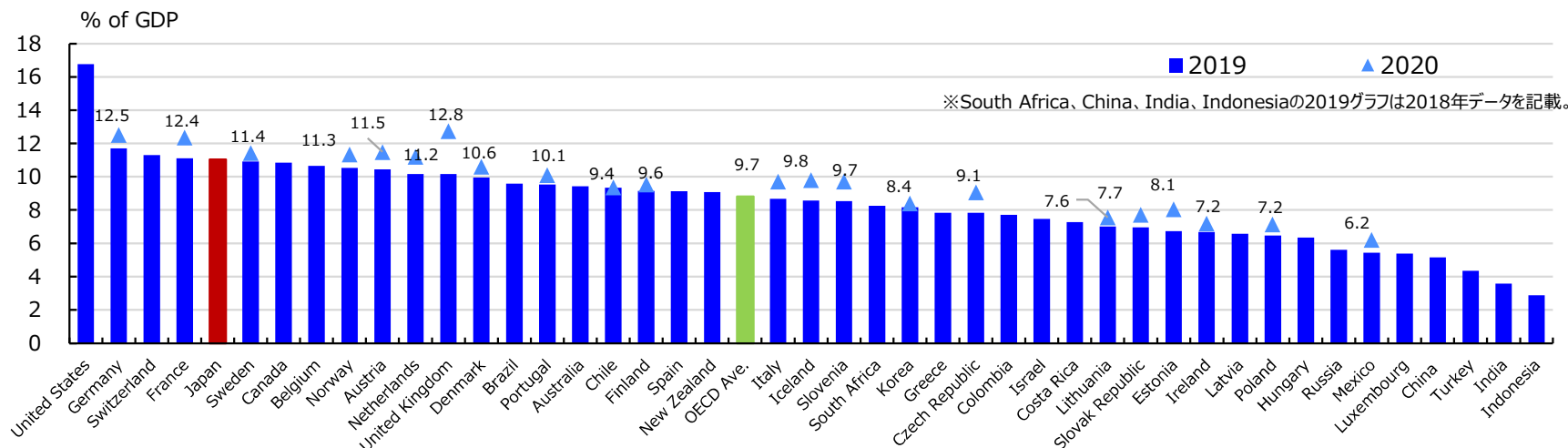


2008年度決算から2013年度において医療収支比率が5%以上改善した病院 (地方独立行政法人及び指定管理者制度導入病院を除く)

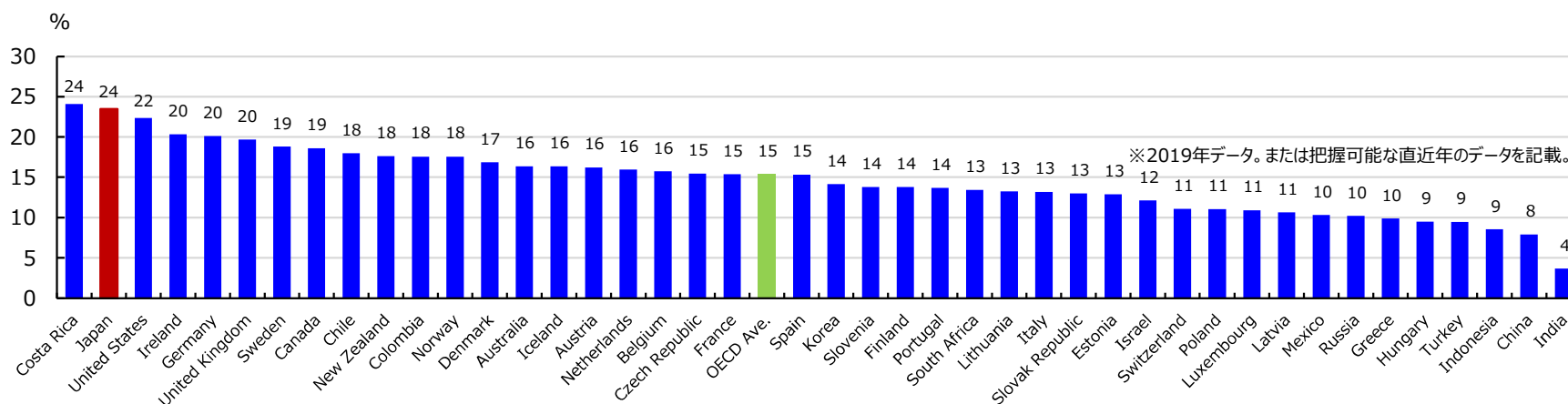
(出所) 総務省「公立病院経営改革事例集」(2016年3月)

○ 我が国の医療保険制度は、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。こうした中で、我が国の保健医療支出GDP比はOECDで５番目に高く、政府支出に占める公的保健医療支出の割合はOECDで２番目に高い状況にある。

## ◆GDPに占める保健医療支出



## ◆政府支出に占める公的保健医療支出の割合

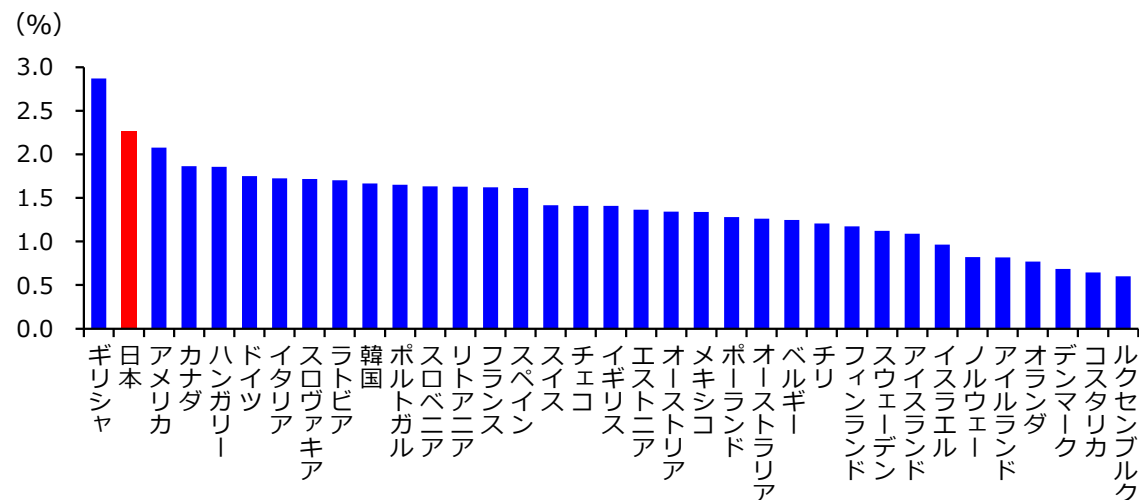


※保健医療支出(Health Expenditure)は入院、外来、介護(Long-term Care)、医薬品、予防、制度の事務費用を含む  
(出所) OECD Health at a Glance 2021

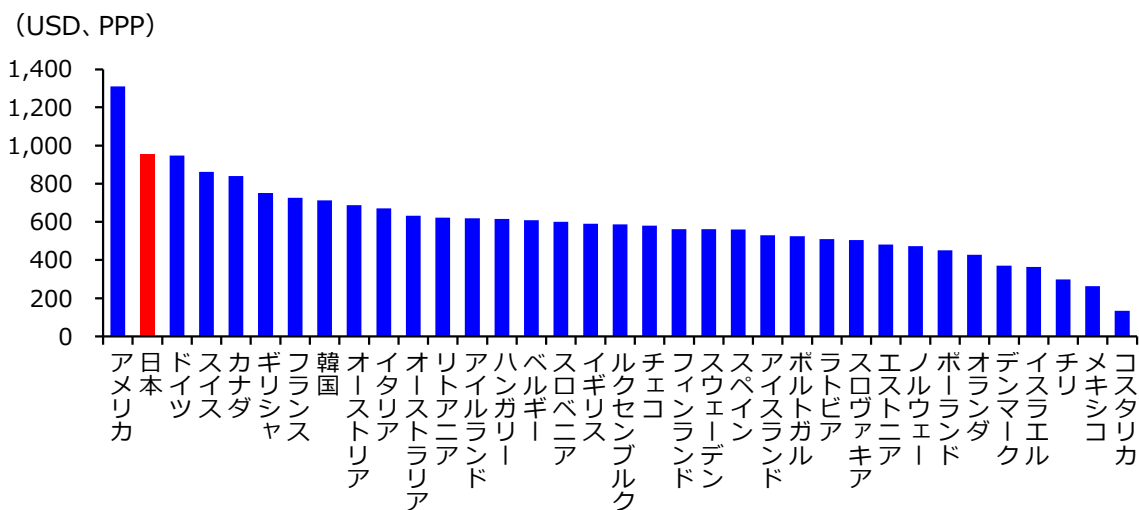


○ 我が国の医薬品費等GDP比や1人当たり医薬品費等は先進国の中で極めて高い。

## ◆ 医薬品費等（対GDP比）の国際比較（2020年）

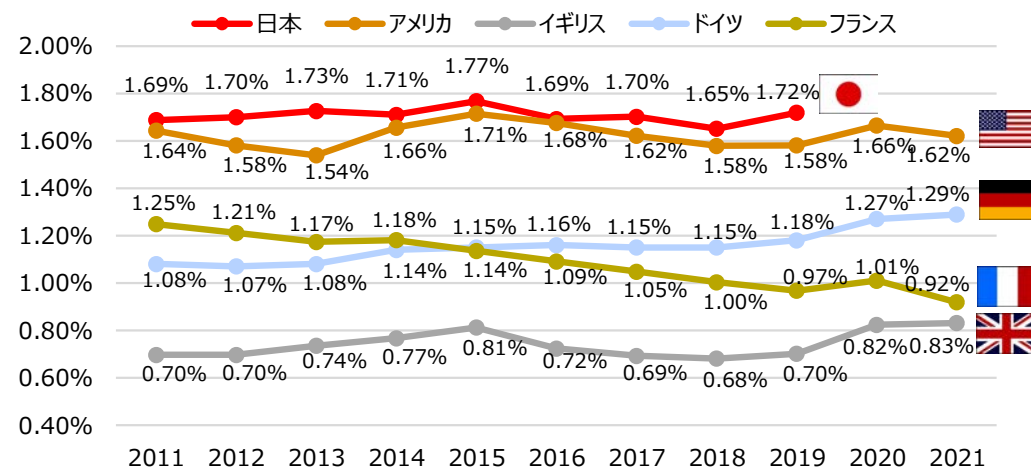


## ◆ 1人当たり医薬品費等の国際比較（2020年）



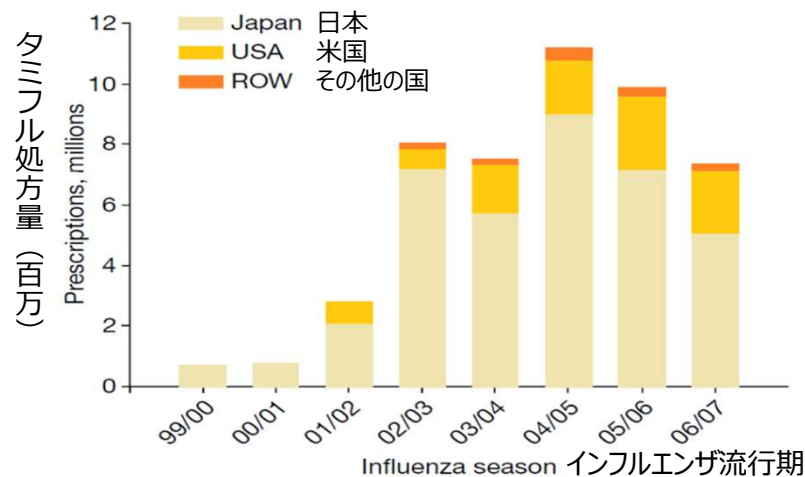
(出所) “OECD Health Statistics 2022” (2023年4月11日時点)  
 (注1) 日本・オーストラリアは2019年、イスラエルは2018年。医薬品費等は、医薬品およびその他非耐久性医療剤支出。政府支出・私的支出の合計。  
 (注2) 日本の医薬品費等の内訳は処方薬86%、OTC薬13%、その他非耐久性医療剤1%。

## ◆ 薬剤費（対GDP比）の国際比較



(注) 上記薬剤費は、各国における公的医療保険制度の対象となる薬剤費として、厚生労働省において整理したもの。  
 (出所) 第11回「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」厚生労働省提出資料を基に作成。

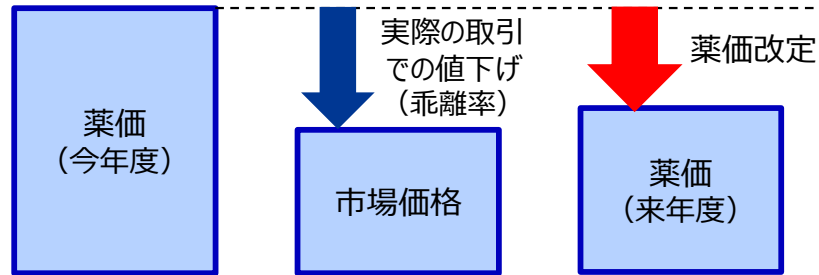
## ◆ タミフルの使用量



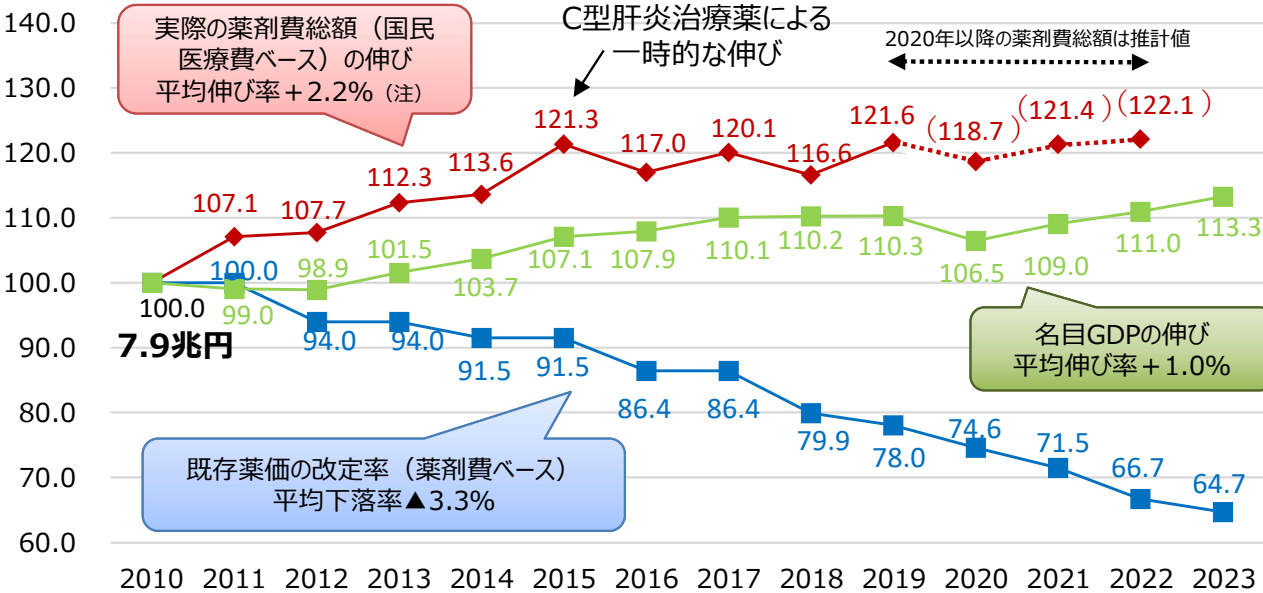
(出所) Masato Tashiro, Jennifer L McKimm-Breschkin, Takehiko Saito, Alexander Klimov, Catherine Macken, Maria Zambon and Frederick G Hayden for the Neuraminidase Inhibitor Susceptibility Network. 2009. “Surveillance for neuraminidase-inhibitor-resistant influenza viruses in Japan, 1996-2007.” Antiviral Therapyより作成。

○ 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、薬剤費総額は拡大傾向にある。さらに、今後の高齢化の進展に伴い、更なる薬剤費の増加も見込まれる。

## ◆薬価改定



## ◆薬剤費の動向（2010年比（%））



（注）2010～2019年度の平均伸び率。

※1 厚生労働省「中央社会保険医療協議会薬価専門部会」（2021年8月4日）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乗じたもの。

※3 2020年度以降の薬剤費総額については、2019年度の国民医療費及び薬剤費をベースに、「最近の医科医療費（電算処理分）の動向」及び「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」の薬剤料に係る2020年4月～2022年12月の伸び率を用いて機械的に推計。

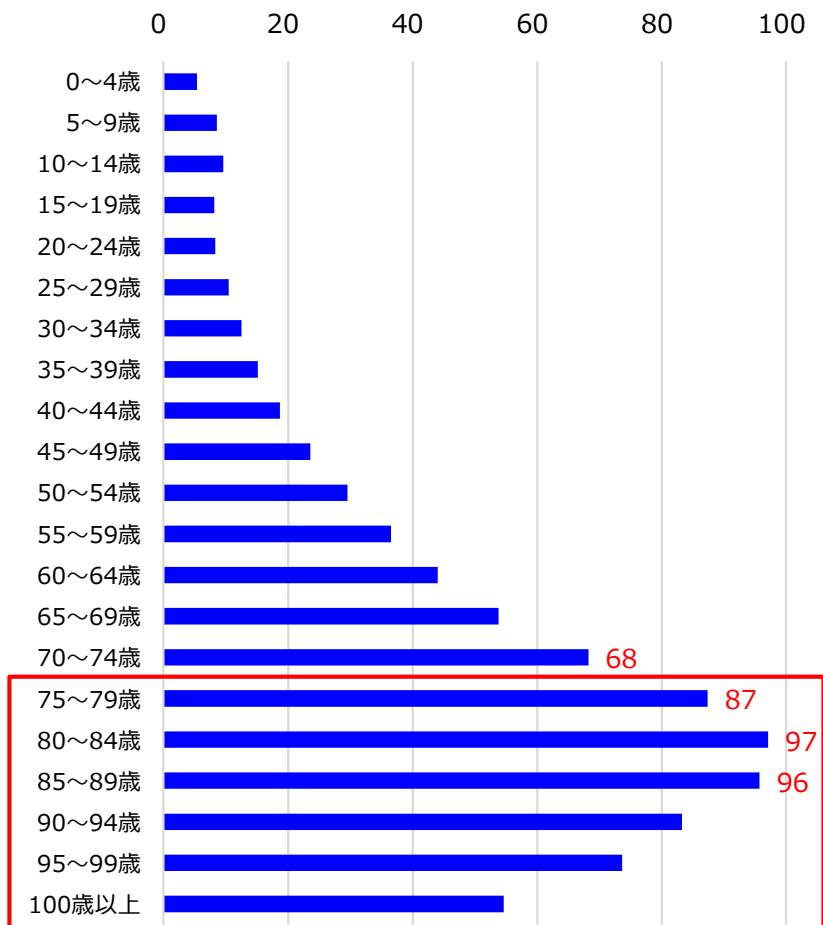
※4 名目GDPは2022年度は実績見込み、2023年度は見通し。

2023年度  
薬価改定  
↓  
国民負担  
▲3,100億円

## ◆年齢階級別の1人当たり薬剤料〔内服薬〕

（2021年度）

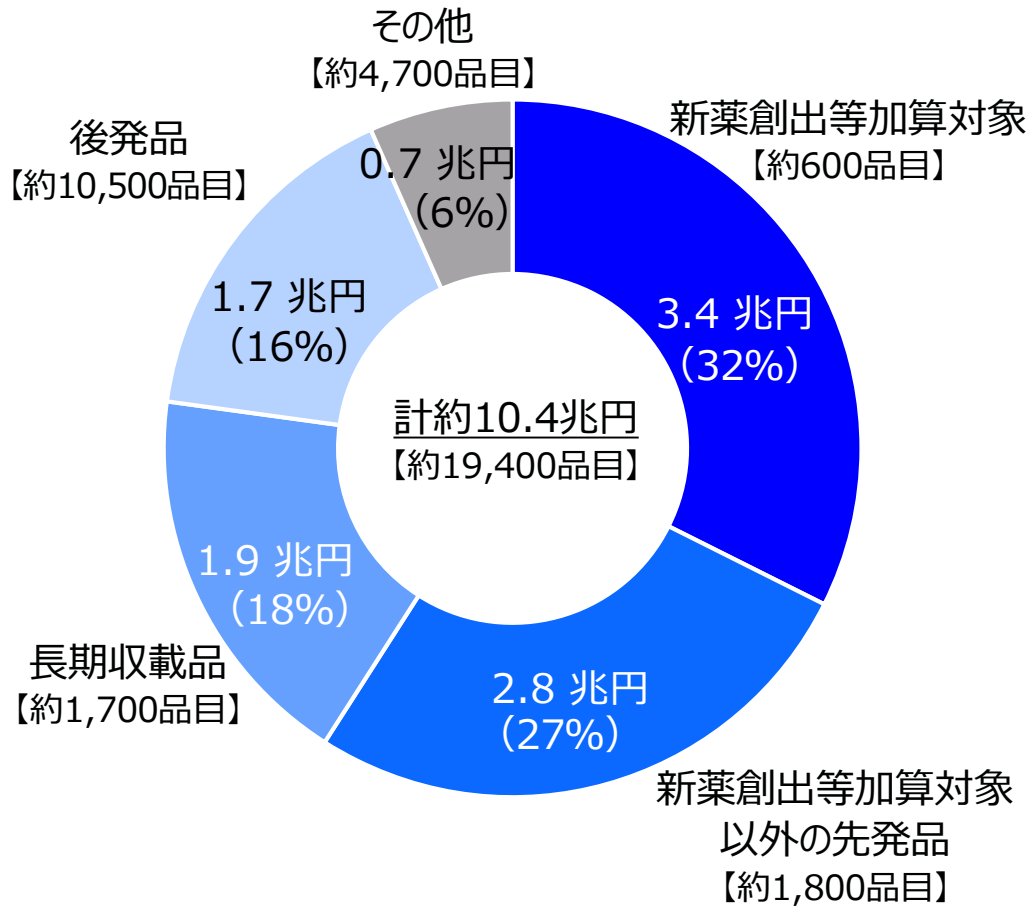
（千円）



※「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」を基に作成

## ◆ 薬剤費の構成（医薬品の市場規模・品目数）



※「新薬創出等加算対象」及び「新薬創出等加算対象以外の先発品」は後発品のない先発品であり、長期収載されている先発品を含む。「その他」は昭和42年以前に収載された医薬品。

※医薬品の市場規模について、記載している額は、2021年9月の薬価調査で得られた取引数量（調査月の1か月分）に薬価を乗じた上で12倍した数字（年間の数字に単純換算）。

※品目数は2022年9月薬価調査時点のもの。

（出所）厚生労働省「中央社会保険医療協議会 薬価専門部会」（2022年10月5日、12月16日）資料を基に作成

## ◆ 厚生労働省「医薬品の迅速・安定供給に向けた総合対策に関する有識者検討会」抄（2022年10月21日）

（論点案）

### ○ 今後の薬価制度の在り方に関する全体的課題

- ・ 良質な医療や医療技術の成果を国民に確実に提供するため、医療保険制度の持続可能性を確保した上で、革新的な医薬品の創薬力の強化や迅速導入、医薬品の安定的な供給を図る観点から、今後の薬価制度の在り方についてどう考えるか。加えて、マクロ的な視点から総薬剤費の在り方についてどう考えるか。

### （1）革新的な医薬品の迅速な導入について

#### ① 産業構造を起因とする課題

- ・ 長期収載品のカテゴリや製造方法等の実態を踏まえつつ、先発企業が長期収載品から収益を得る構造から脱却し、新薬の研究開発への再投資を促進するための方策について、どのような取組が必要か。
- ・ 今後の成長が期待されているアカデミア・バイオベンチャー企業等におけるシーズの開発・導出を促進するためには、どのような取組が必要か。

#### ② 薬価制度を起因とする課題

- ・ 革新的医薬品の国内への迅速な導入を促進するため、企業における予見性の向上を図る観点から、現在の新薬創出等加算や市場拡大再算定の運用や制度の在り方、経営や投資計画に影響を与える薬価改定ルール改定頻度についてどう考えるべきか。
- ・ 医薬品の開発コストに加え、再生医療等製品を含め、新規モダリティ（治療手段）等のイノベーションや医薬品としての価値を踏まえた適切な薬価の算定を行うためには、どのような考え方・方法により評価を行うことが望ましいか。

## ◆新薬収載時（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%）

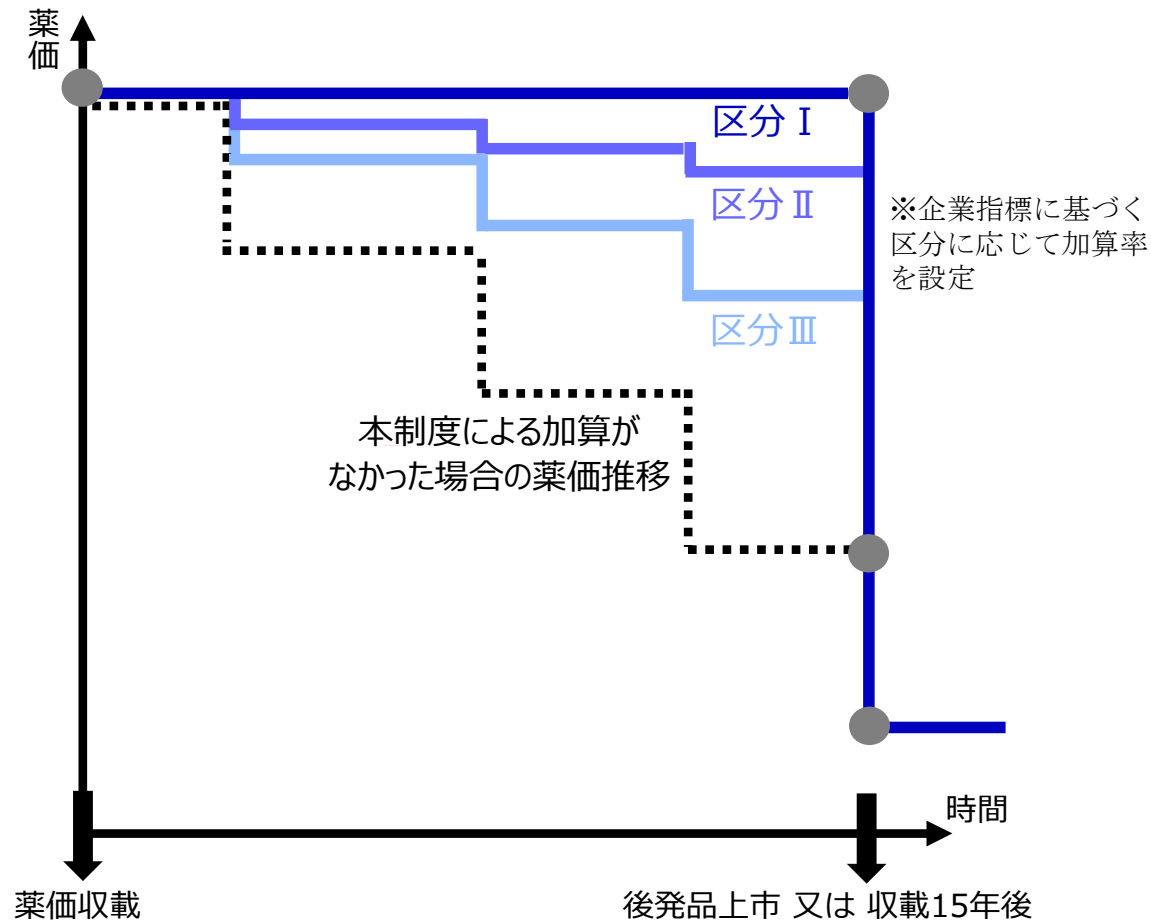
### 市場性加算（Ⅱ）（5%）

### 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  
 加算額＝算定値×（α1＋α2＋…）

## ◆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」



※ なお、加算額について、乖離率に応じた上限を設定

#### 品目要件：

医薬品そのものの革新性・有用性に着目して判断  
 （画期性加算、有用性加算、営業利益率補正がなされた医薬品など）

#### 企業指標：

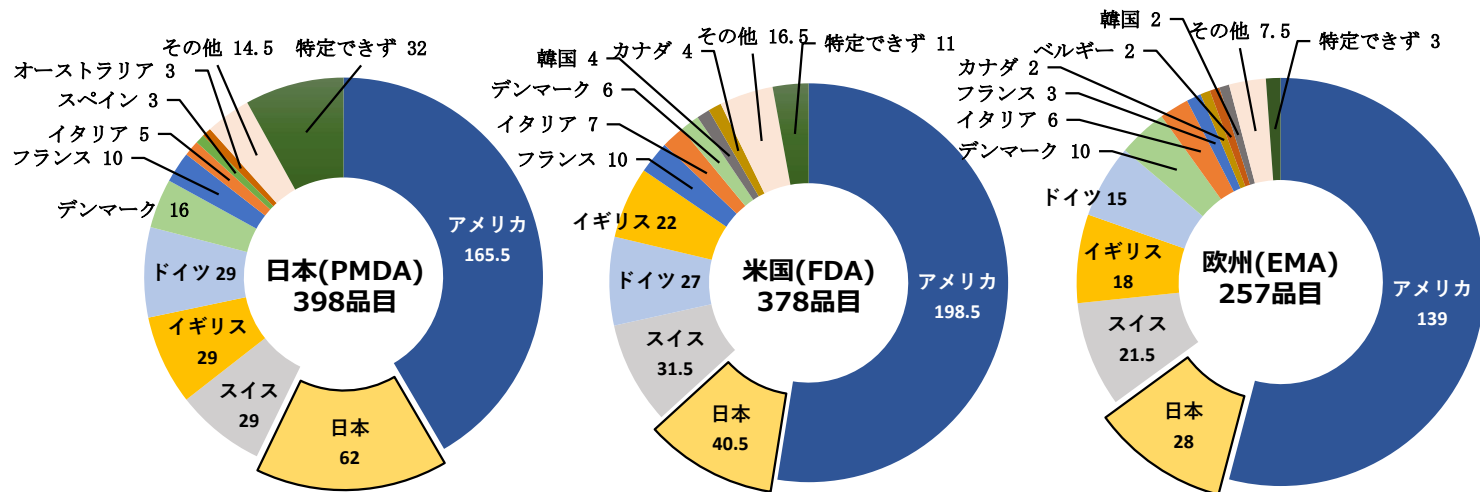
次に掲げる指標の達成度・充足度に応じた加算率（区分Ⅰ～Ⅲ）とする。  
 (A) 革新的新薬創出 (B) ドラッグ・ラグ対策 (C) 世界に先駆けた新薬、特定用途医薬品の開発  
 ※改定の都度評価。厚生労働省の開発要請に適切に対応することが前提。

- 世界の大手製薬企業の売上高を見ると、日本企業と比較して、多くの場合1ケタ以上の差がある状況。特に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各社の寡占状態。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。
- グローバル市場への輸出によって稼げるよう、産業競争力を獲得する必要。

## ◆内外の大手製薬企業の売上高

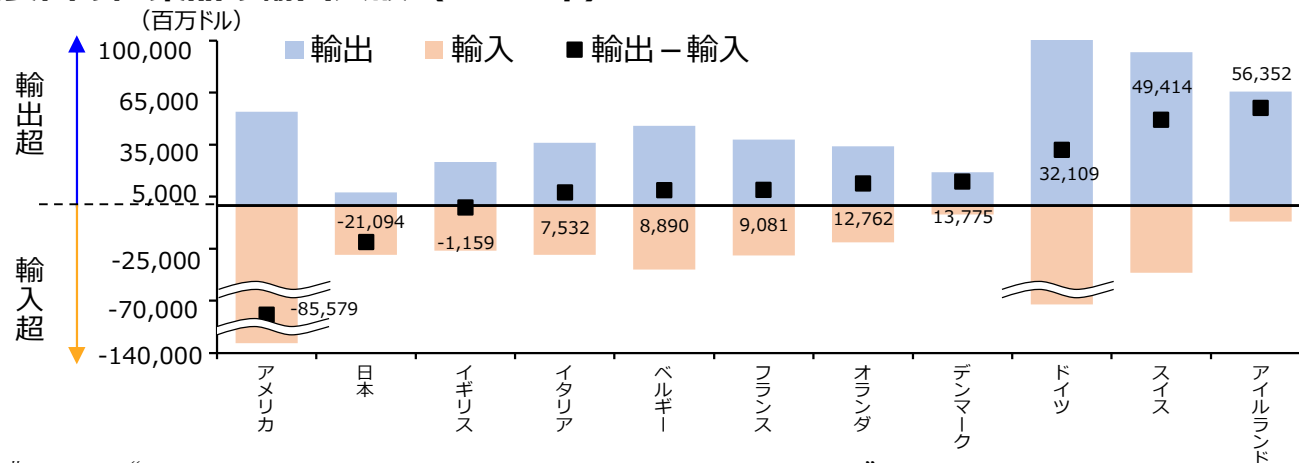
|                     | 企業名<br>※赤字はワクチン開発企業     | 売上高<br>(億米ドル) |
|---------------------|-------------------------|---------------|
| 世界<br>上位<br>10<br>社 | ファイザー (アメリカ)            | 796           |
|                     | アッヴィ (アメリカ)             | 562           |
|                     | ジョンソン&ジョンソン (アメリカ)      | 521           |
|                     | ノバルティス (スイス)            | 516           |
|                     | ロシュ (スイス)               | 493           |
|                     | プリストル・マイヤーズ スクイブ (アメリカ) | 464           |
|                     | メルク (アメリカ)              | 428           |
|                     | サノフィ (フランス)             | 394           |
|                     | アストラゼネカ (イギリス)          | 374           |
|                     | グラクソ・スミスクライン (イギリス)     | 337           |
| 日本<br>上位<br>10<br>社 | 武田薬品工業                  | 266           |
|                     | アステラス製薬                 | 97            |
|                     | 第一三共                    | 78            |
|                     | 中外製薬                    | 75            |
|                     | 大塚ホールディングス              | 73            |
|                     | エーザイ                    | 47            |
|                     | 住友ファーマ                  | 39            |
|                     | 田辺三菱製薬                  | 29            |
|                     | 小野薬品工業                  | 27            |
|                     | 協和キリン                   | 26            |

## ◆日米欧における画期的新薬 (NME) の創出企業の国籍 (2010～2019年、欧州は2013～2019年)



※ 数は品目数。出願人として複数の企業・機関が記されている場合、国籍別に均等割している。  
(出所) 医薬産業政策研究所「政策研ニュース(日米欧NME承認品目の創出企業の国籍)」を基に作成

## ◆主要国の医薬品の輸出入額 (2020年)



出典: OECD, "International Trade by Commodity Statistics Volume 2021 Issue 1-6"  
(Harmonised System 2012 classification 分類 No.30) を基に作成

※2021会計年度ベース、売上高は2021年度末時点のレート(121円)でドル換算。  
(出所) SPEEDA(株式会社ユーザベース)、アニュアルレポート、有価証券報告書、決算情報  
(出典) 日本製薬工業協会 DATA BOOK 2023



# 後発品（ジェネリック医薬品）の多品目の例

|   |                       |                 |
|---|-----------------------|-----------------|
| 例 | 一般名：アムロジピンベシル酸塩錠2.5mg | 成分名：アムロジピンベシル酸塩 |
|---|-----------------------|-----------------|

適応症：高血圧症、狭心症

先発医薬品：ノルバスク錠



後発医薬品



|    | 品名                 | メーカー名      | 薬価<br>(円) | 備考                               |
|----|--------------------|------------|-----------|----------------------------------|
| 先発 | ノルバスク錠2.5mg        | ファイザー      | 29.90     |                                  |
| 先発 | アムロジン錠2.5mg        | 大日本住友製薬    | 29.00     |                                  |
| 後発 | アムロジピン錠2.5mg「EMEC」 | エルメッド エーザイ | 17.40     | 2.5mg錠<br>(普通錠)<br>の後発品<br>→35品目 |
| 後発 | アムロジピン錠2.5mg「F」    | 富士製薬工業     | 17.40     |                                  |
| 後発 | アムロジピン錠2.5mg「JG」   | 日本ジェネリック   | 17.40     |                                  |
| 後発 | アムロジピン錠2.5mg「KN」   | 小林化工       | 17.40     |                                  |
| 後発 | アムロジピン錠2.5mg「MED」  | メディサ新薬     | 17.40     |                                  |
| 後発 | アムロジピン錠2.5mg「NS」   | 日新製薬       | 17.40     |                                  |
| 後発 | アムロジピン錠2.5mg「あすか」  | あすか製薬      | 17.40     |                                  |
| 後発 | アムロジピン錠2.5mg「アメル」  | 共和薬品工業     | 17.40     |                                  |
| :  | :                  | :          | 17.40     |                                  |
| 後発 | アムロジピン錠2.5mg「CH」   | 長生堂製薬      | 13.00     |                                  |
| 後発 | アムロジピン錠2.5mg「NP」   | ニプロ        | 13.00     |                                  |
| 後発 | アムロジピン錠2.5mg「TCK」  | 辰巳化学       | 13.00     |                                  |
| 後発 | アムロジピン錠2.5mg「TYK」  | バイオテックベイ   | 13.00     |                                  |
| 後発 | アムロジピン錠2.5mg「YD」   | 陽進堂        | 13.00     |                                  |
| :  | :                  | :          | 13.00     |                                  |
| 後発 | アムロジピン錠2.5mg「クニヒロ」 | 皇漢堂        | 9.60      |                                  |
| 後発 | アムロジピン錠2.5mg「ZJ」   | ザイダスファーマ   | 9.60      |                                  |

2.5mg錠  
(普通錠)  
の後発品  
→35品目

【参考】  
2.5mg  
OD錠の  
後発品  
→25品目

同じ成分で  
計60品目  
の後発品

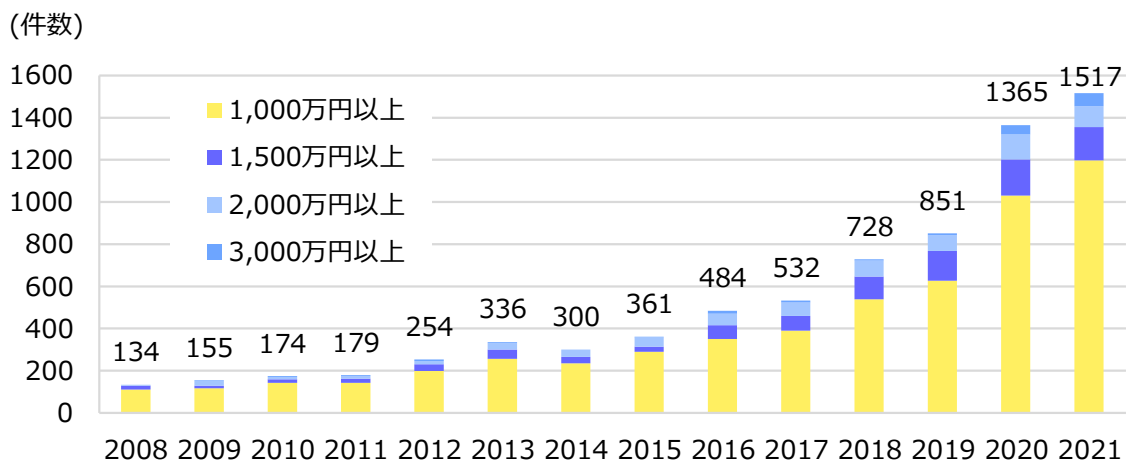
※薬価収載医薬品を取扱う企業（329社）のうち、後発品を取扱う企業は約6割（196社）（2021年9月調査時点）

- 単価が高額な医薬品の収載が増えており、今後の医療技術の進歩に伴い、さらに保険財政への影響が大きい医薬品が出てくることも想定される。
- こうした中で、保険給付がいまのままでは保険料や国庫負担の増大が避けられない。基本的には、公的医療保険の役割は大きなリスクをシェアするということであり、それを前提に考えるべき。諸外国の動向をみると、高額な医薬品について費用対効果を見て保険対象とするか判断する、医薬品の有用性が低いものは自己負担を増やす、あるいは、薬剤費の一定額までは自己負担とする方向性が考えられ、早急な対応が必要。

## ◆単価が高額な医薬品の例

|            | 効能・効果             | 薬価<br>(収載時) | ピーク時市場規模<br>(収載時予測) |
|------------|-------------------|-------------|---------------------|
| ゾルゲンスマ点滴静注 | 脊髄性筋萎縮症           | 約1億6,700万円  | 42億円                |
| キムリア点滴静注   | 急性リンパ芽球性白血病 等     | 約3,300万円    | 72億円                |
| イエスカルタ点滴静注 | びまん性大細胞型B細胞リンパ腫 等 | 約3,400万円    | 79億円                |
| ステミラック注    | 脊髄損傷に伴う機能障害等の改善   | 約1,500万円    | 37億円                |

## ◆健保組合における1,000万円以上高額レセプトの件数の推移



(出典) 健康保険組合連合会「高額レセプト上位の概要」

(年度)

## 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)

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

## ② 薬剤費の一定額までの全額患者負担 (スウェーデンの例)

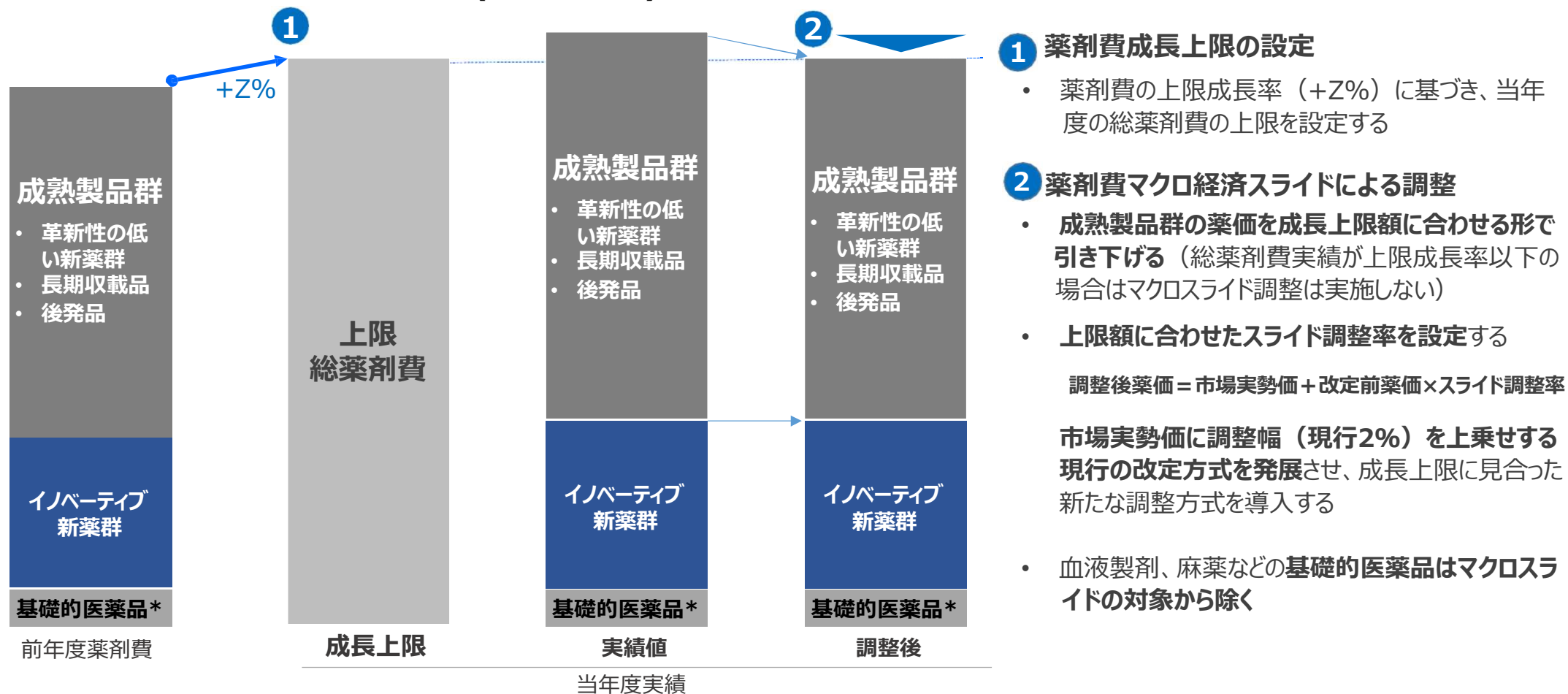
| 年間の薬剤費                 | 患者負担額                 |
|------------------------|-----------------------|
| 1,150クローネまで            | 全額患者負担                |
| 1,150クローネから5,645クローネまで | 1,150クローネ + 超えた額の一定割合 |
| 5,645クローネ超             | 2,300クローネ             |

(注) 1クローネ=13円 (2023年5月中において適用される裁定外国為替相場)

- 当面、コロナの影響や物価上昇率の推移を見極める必要があるが、中長期的に薬剤費を持続可能、負担可能なものにしていくには、総額自体をわが国の経済規模の推移と整合的なものにしていくことについては一定の合理性がある。
- すでに昨春、当審議会でも紹介しているが、民間団体から具体的提案もなされており、関係者において建設的な議論が進展することを期待したい。

2022年4月13日  
財政制度等審議会資料

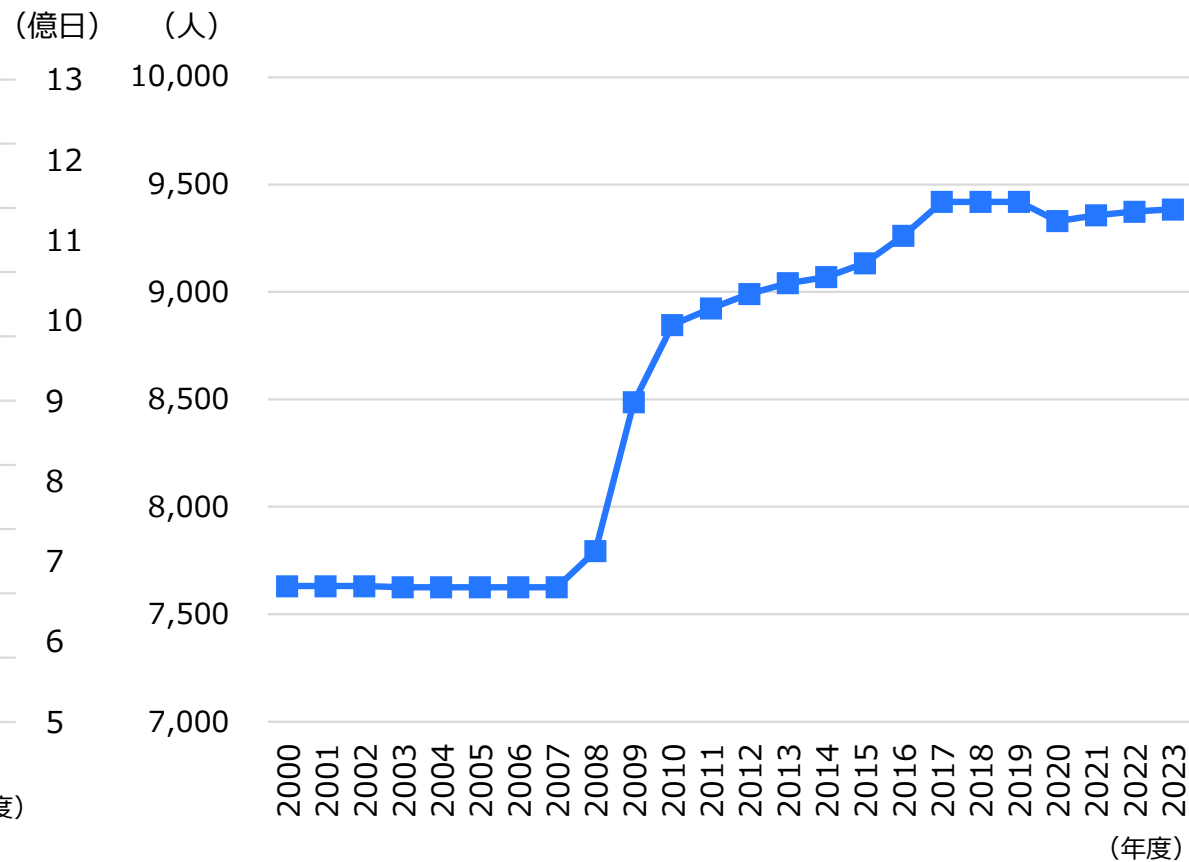
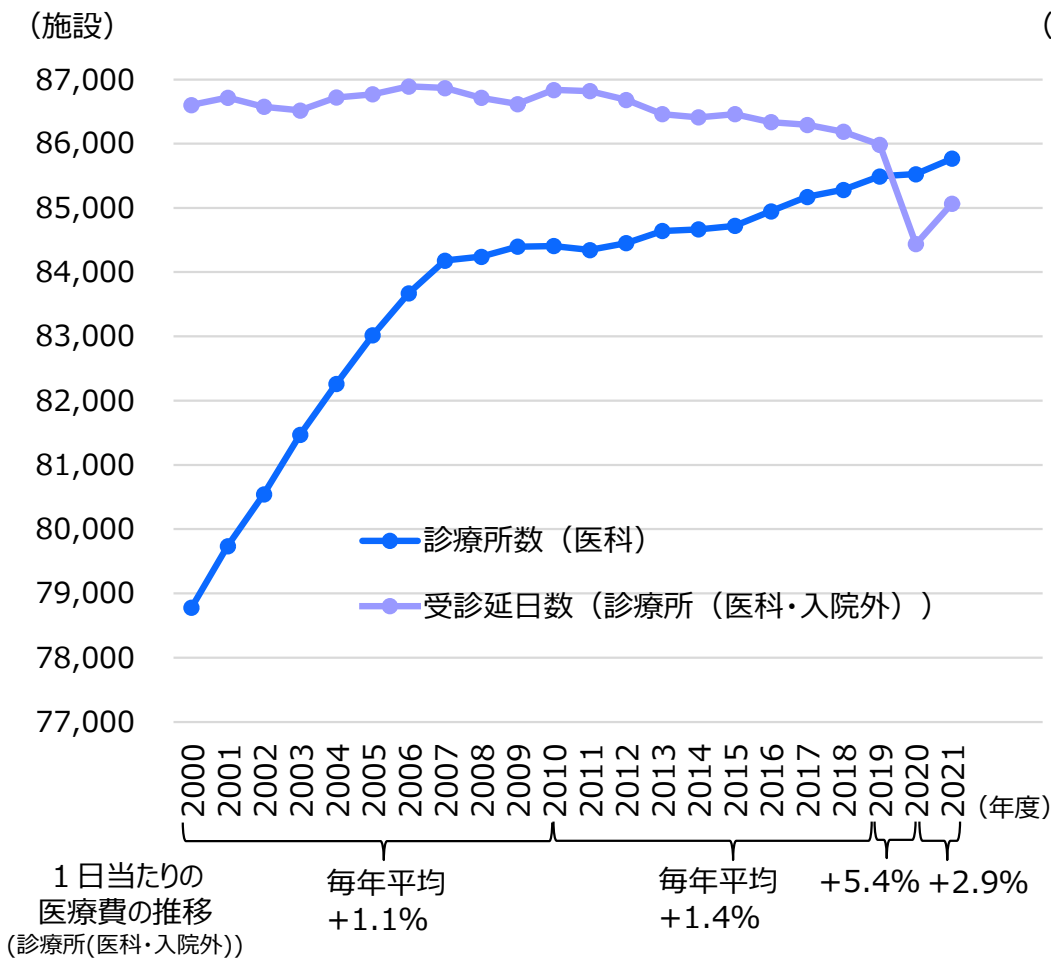
## ◆新時代戦略研究所（INES）「中長期的な経済成長の水準と連動した薬剤費総枠マネジメントとイノベーティブな医薬品の適正評価を両立させた薬価制度改革案」（2021年5月）



- 近年、総患者数は伸びていないが、診療所数は増加の一途をたどっている。
- 2020年度からスタートした「外来医療計画」に基づき、「外来医師多数区域」においては一定の取り組みが始まっているが、全体の診療所数の増加は止まっていない。

## ◆ 診療所数と受診延日数の推移

## ◆ 医学部入学定員の推移



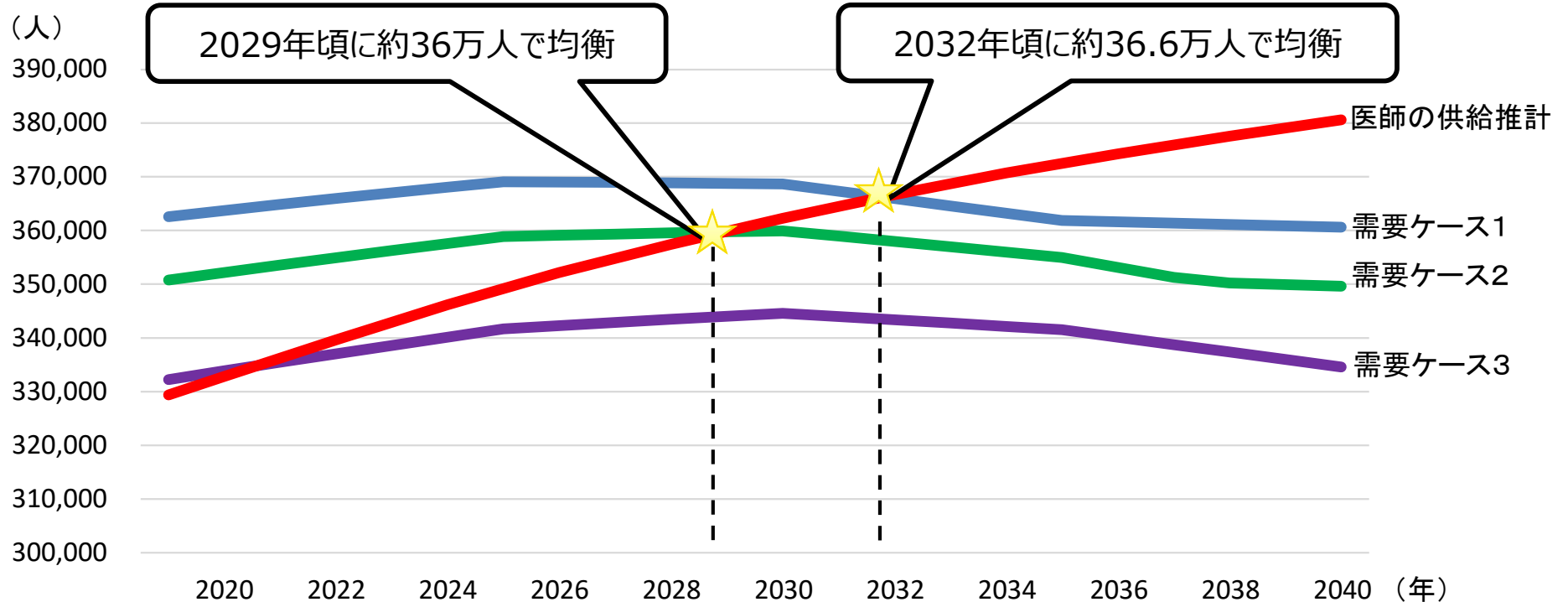
(出所) 文部科学省医学教育課調べ



○ 厚労省の将来推計によれば、2029年頃にマクロでは医師需給が均衡し、その後は医師の供給過剰となることが見込まれる。

医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおく「需要ケース2」において、2023年（令和5年）の医学部入学者が医師となると想定される2029年（令和11年）頃に均衡すると推計される。

- ・供給推計 今後の医学部定員を令和2年度の9,330人として推計。  
 ※ 性年齢階級別に異なる勤務時間を考慮するため、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とし、仕事量換算した。
- ・需要推計 労働時間、業務の効率化、受療率等、一定の幅を持って推計を行った。
  - ・ケース1（労働時間を週55時間に制限等） ≒年間720時間の時間外・休日労働に相当
  - ・ケース2（労働時間を週60時間に制限等） ≒年間960時間の時間外・休日労働に相当
  - ・ケース3（労働時間を週78.75時間に制限等） ≒年間1860時間の時間外・休日労働に相当





○ 現状のままでは、大都市部において医師や診療所数が過剰となり、地方はそれらが過少となる傾向が続くことになる。

## ◆ 1都3県の二次医療圏における医師偏在の状況

| 上位5 | 都道府県 | 二次医療圏       | 医師偏在指標 |
|-----|------|-------------|--------|
| 1   | 東京都  | 区中央部（港区等）   | 789.8  |
| 2   | 東京都  | 区西部（杉並区等）   | 569.1  |
| 3   | 東京都  | 区西南部（世田谷区等） | 413.7  |
| 4   | 東京都  | 区南部（大田区等）   | 380.4  |
| 5   | 神奈川県 | 川崎南部（中原区等）  | 347.3  |

| 下位5 | 都道府県 | 二次医療圏        | 医師偏在指標 |
|-----|------|--------------|--------|
| 41  | 東京都  | 島しょ（大島町等）    | 131.6  |
| 40  | 東京都  | 西多摩（青梅市等）    | 138.1  |
| 39  | 千葉県  | 山武長生夷隅（茂原市等） | 145.1  |
| 38  | 埼玉県  | 利根（久喜市等）     | 155.7  |
| 37  | 埼玉県  | 秩父（秩父市等）     | 157.5  |

（注）医師偏在指標について

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\text{地域の人口} \div 10\text{万}} \times \text{地域の標準化受療率比}$$

※ 医師数を性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整。  
 ※ 人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整。

（出所）厚生労働省HP掲載「医師偏在指標（二次医療圏）」（2023年4月28日公表）及び「医師確保計画策定ガイドライン（2023年3月）」を基に作成

## ◆ 人口10万人当たりの無床診療所数（2021年）

| 区分   | 無床診療所数<br>（人口10万人当たり） |
|------|-----------------------|
| 特別区  | 112.5                 |
| 政令市  | 84.8                  |
| 中核市  | 79.9                  |
| その他  | 68.9                  |
| 全国平均 | 78.2                  |

（出所）厚生労働省「医療施設調査」

## ◆ 保健医療2035提言書（抄）

### （2015年6月「保健医療2035」策定懇談会）

さらに、将来的に、仮に医師の偏在等が続く場合においては、保険医の配置・定数の設定や、自由開業・自由標榜の見直しを含めて検討を行い、プロフェッショナルとしての医師のキャリアプランを踏まえつつ、地域住民のニーズに応じて、地域や診療科の偏在の是正のための資源の適正配置を行うことも必要となる。

- 2020年度の「外来医療計画」に基づくガイドラインにおいては、「外来医師多数区域」において新規開業を希望する者に対しては、不足する医療機能を担うよう要請することとされているが、一部の都道府県では、そもそも要請を行っておらず、また、要請を行っている場合でも、新規開業者に担うことを求める機能が不明瞭な場合もある。厚労省の調査によれば要請に従っている新規開業希望者は7割程度。

## ◆外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン (2019年3月) (抄)

### 1-2 外来医療計画の全体像

- **都道府県は、外来医師多数区域において新規開業を希望する者に対しては、当該外来医師多数区域において不足する医療機能を担うよう求め、新規開業を希望する者が求めに応じない場合には協議の場への出席を求めるとともに、協議結果等を住民等に対して公表することとする。**外来医師偏在指標の値及び協議の場における協議プロセス、公表の方法等については、外来医療計画に盛り込み、あらかじめ公表しておくこととする。

### 5-2 外来医師多数区域における新規開業者の届出の際に求める事項

- **新規開業者の届出様式には、地域で不足する外来医療機能を担うこと（地域ごとに具体的に記載）に合意する旨の記載欄を設け、協議の場において合意の状況を確認することとする。**

- ・ 国のガイドラインでは、新規開業者に求める事項である地域で不足する外来医療機能について協議の場で検討する必要があるとし、項目としては、

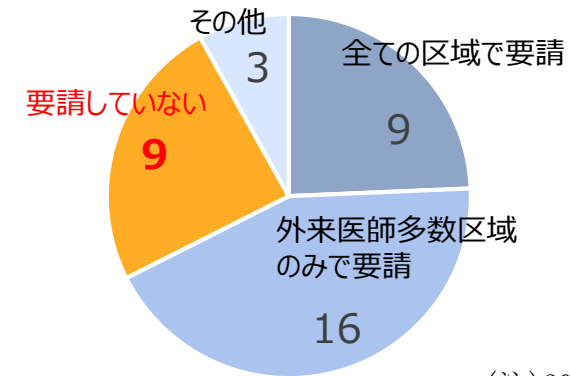
- ①夜間や休日等における地域の初期救急医療
- ②在宅医療
- ③産業医、予防接種等の公衆衛生等を挙げている。

→ 例えば東京都では、こうした不足する外来医療機能を具体的には明示しておらず、新たに開業を希望する医師に「地域の外来医療機能の状況を理解し、必要に応じて地域医療へ協力していくこと」を求めることとしている。

## ◆都道府県の取組状況

### 地域で不足する医療機能を担うよう要請している区域

(n=37; 都道府県数\*) \*外来医師多数区域が存在しない10県を除く



(注)2021年度末時点

### 地域で不足する医療機能を担うことを合意した新規開業希望者

|                   |        |
|-------------------|--------|
| 新規開業希望者（外来医師多数区域） | 1,063件 |
| うち、合意した新規開業希望者    | 706件   |

(注)外来医師多数区域がある37都道府県のうち有効回答があった22都道府県における2021年度中の実績。

(出所)厚生労働省医政局地域医療計画課調査

- 例えば、ドイツやフランスは日本と同様に公的医療保険制度をとる中で、診療科別、地域別の定員を設ける仕組みをとっている。
- 今後、我が国でも、地域ごとに、病院ごと、病院・診療所間の役割分担を明確にしつつ、必要な医療人材を集中・確保していくことが求められる中で、例えば診療所の新規開設についても、各国の例を参考にもう一步踏み込んだ対応が必要ではないか。

## ◆ドイツの医師偏在対策

- 開業には医師免許に加え、卒後研修を修了し、保険医としての許可が必要
- 許可は、保険医の種類毎・地域毎の供給水準を定める需要計画で調整

### 需要計画策定指針

※連邦共同委員会（連邦保険医協会、ドイツ病院協会、疾病金庫中央連合会）で組織が制定。

- 「一般的な需要に適合した供給水準」として、医師1人当たりの住民数（一般比率）を規定
- 一般比率は、14種類の保険医（麻酔科医、眼科医、外科医、内科医など）について、人口密度などに応じた10種類の地域タイプ（人口稠密地域の中核都市、農村地域の人口が密な郡など）毎に規定

### 需要計画（Bedarfsplan）

※州の保険医協会が疾病金庫州連合会等の合意を得て策定。

- 州内の市や郡に対応した計画区域を設定し、需要計画策定指針の地域タイプに分類して、各計画区域における保険医の種類毎の一般比率を設定
- 2012年以降は州レベルの裁量の余地が拡大。策定指針とは異なる計画区域の範囲（専門医はより広い範囲を計画区域とするなど）や一般比率（高齢化が進んだ地域では医師の比率を高くするなど）の設定も可能

### （保険医の種類ごとに）

- ・ 供給水準が一般比率の110%超：過剰供給 → 許可制限
- ・ 供給水準が一般比率の家庭医は75%未満、専門医は50%未満：過少供給

## ◆フランスの専門医養成課程

- 専門医として医療行為を行うためには、専門医養成課程の修了と国による認定が必要（他の診療科の診療はできない）
- 専門医養成課程は、地域毎・診療科毎に定員が設定。全国選抜試験（ECN）の成績順に、進める専門医養成課程が選択可能

医学部（6年課程）を修了

全国選抜試験（ECN）

- 受験時に、研修を希望する大学病院、診療科等を登録
- 各学生は、インターネット上で、希望する大学病院・診療科における自分の順位を確認可能
- 研修ポスト数は各地域の医療の状況に応じて設定

成績順に専門医養成課程を選択

専門医養成課程での研修（3～5年）

論文審査

- 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。



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  |      |
| 診療日/時間 | 処方  | 処方内容 | 処方内容    | 処方内容 | 処方内容            | 処方内容       | 処方内容 | 処方内容 | 処方内容 | 処方内容 | 処方内容 |
| 10月 外来 | 5日  | -    | -       | 内服   | アスターD錠20mg      | アスターD錠     | 2錠   | 7    | 2錠   | 7    | 2錠   |
| 10月 外来 | 5日  | -    | -       | 内服   | プロリス錠12 12mg    | プロリス錠      | 1錠   | 7    | 1錠   | 7    | 1錠   |
| 10月 外来 | 5日  | -    | -       | 外用   | ソノイロー-VG軟膏0.12% | ソノイロー-VG軟膏 | 5g   | 1    | 5g   | 1    | 5g   |
| 10月 外来 | 5日  | -    | -       | 注射   | アムピシリン10錠       | アムピシリン     | 1錠   | 1    | 1錠   | 1    | 1錠   |
| 10月 調剤 | 6日  | 6日   | 1日1回夕食後 | 内服   | アース錠10mg        | アース錠       | 1錠   | 23   | 1錠   | 23   | 1錠   |
| 10月 調剤 | 6日  | 6日   | 1日1回夕食後 | 内服   | ロソピロキシム錠60mg    | ロソピロキシム錠   | 23錠  | 1    | 23錠  | 1    | 23錠  |
| 10月 調剤 | 18日 | 18日  | 1日1回夕食後 | 内服   | ナシロン錠10mg       | ナシロン錠      | 23錠  | 1    | 23錠  | 1    | 23錠  |
| 10月 調剤 | 10日 | 10日  | 1日1回夕食後 | 内服   | トースト錠2mg        | トースト錠      | 1錠   | 23   | 1錠   | 23   | 1錠   |
| 11月 入院 | 5日  | -    | -       | 内服   | シナキリ錠250mg      | シナキリ錠      | 2錠   | 1    | 2錠   | 1    | 2錠   |

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的环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  | 血中脂質検査 | 中性脂肪       | 140  |   |  |    |  |     |  |
|        | 体重       | 63.6   |        | HDLコレステロール | 125  |   |  |    |  |     |  |
|        | 腰囲       | 79.5   |        | LDLコレステロール | 154  |   |  |    |  |     |  |
|        | BMI      | 21.8   |        | 空腹時血糖      | 97   |   |  |    |  |     |  |
| 血圧等    | 血圧       | 67~106 | 血糖検査   | HbA1C      | 5.1  |   |  |    |  |     |  |
|        |          |        |        | 随時血糖       | 120  |   |  |    |  |     |  |
| 肝機能検査  | GOT(AST) | 23     | 血清学検査  | CRP        | 0.07 |   |  |    |  |     |  |
|        | GPT(ALT) | 22     |        | RF定量       | 3未満  |   |  |    |  |     |  |
|        | 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

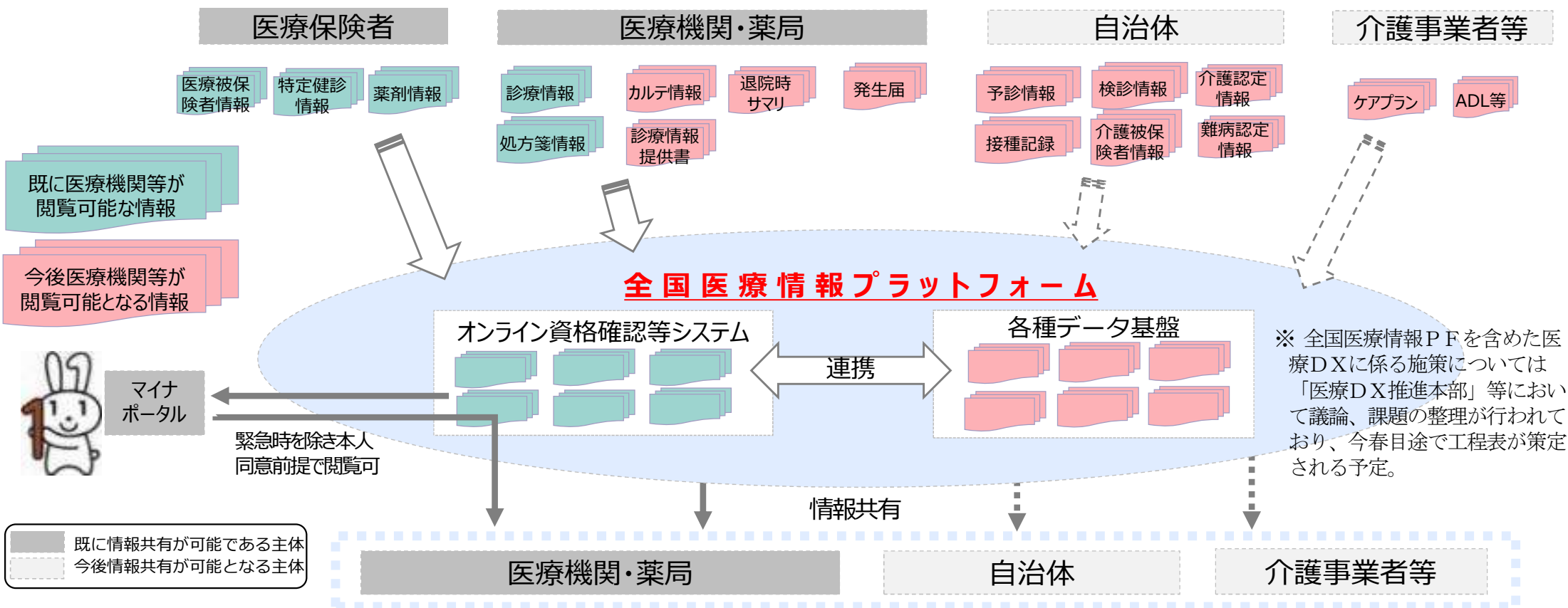
## <閲覧イメージ：診療/薬剤情報一覧>

| 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         | 入外 | 診療種別           | 診療行為名/医薬品名  |   |  |    |  |     |  |
| Aクリニック  | 21年12月<br>21年11月<br>21年10月 | 21年12月<br>17日 | 外  | 外 医学管理<br>検査病理 | 特定疾患療養管理科(診療所)<br>T-M(組織切片)<br>病理診断科  |   |  |    |  |     |  |
| Bクリニック  | 21年10月<br>21年9月            |               |    |                |   |   |  |    |  |     |  |
| C病院     | 21年11月<br>21年7月            | 21年11月<br>8日  | 内  | F薬局<br>院外 店頭   | 1. センシド錠 1.2mg「サワイ」<br>(センシド)<br>【1日1回朝食後】<br>2. オルケディア錠 1mg<br>(エボカルセト)<br>【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



- 現状、国民本人及び医療機関・薬局（本人の同意が前提）は、薬剤情報や特定健診情報などのレセプト情報や電子処方箋情報について閲覧可能。さらに、国民本人は予防接種情報、自治体検診情報等の閲覧が可能。
- 今後は、本人同意の下で、情報共有が可能となる主体に自治体や介護事業者等を追加する予定。また、共有する情報に電子カルテ情報や予防接種情報等を追加する予定。



(出所)第2回「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム(2022年12月22日)資料を一部加工

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

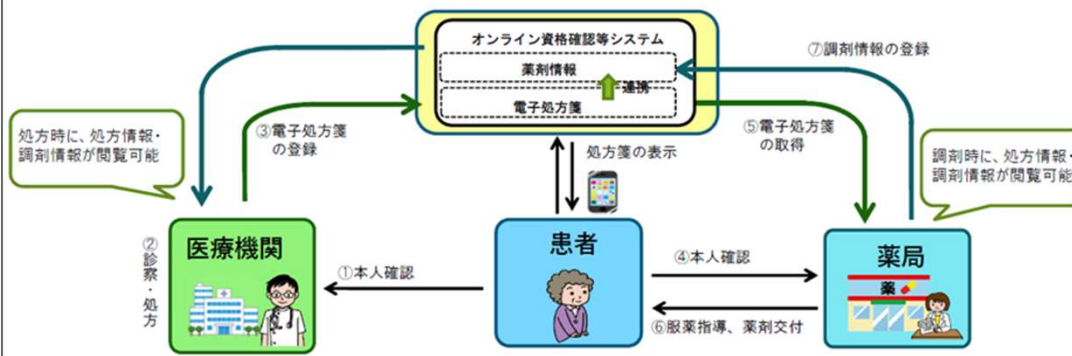
「全国医療情報プラットフォーム<sup>143</sup>の創設」、「電子カルテ情報の標準化等」及び「診療報酬改定DX」の取組を行政と関係業界が一丸となって進めるとともに、医療情報の利活用について法制上の措置等を講ずる。

143 オンライン資格確認等システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診等情報に加え、予防接種、電子処方箋情報、自治体検診情報、電子カルテ等の医療(介護を含む)全般にわたる情報について共有・交換できる全国的なプラットフォームをいう。



- 医療DXについて、単に患者データを集約・共有するだけでなく、より質の高い、効率的な医療につなげることが重要である。
- すでに、マイナンバーカードの健康保険証活用を通じて、医療機関は患者の過去の診療・投薬の履歴を参照することが可能となっているが、さらに、「電子処方箋」が整備されれば、患者の処方箋情報をリアルタイムで把握することが可能となり、重複投薬、重複検査等の効率化も可能となる。
- 韓国においてはすでに審査支払機関において、少ない処方薬数を高く評価するなど医療費適正化の観点からの審査を行っており、そうした取り組みも参考にすべき。

## ◆電子処方箋の仕組み（2023年1月より運用を開始） 処方情報・調剤情報を他の医療機関・薬局で閲覧することを可能とする仕組みを構築



## ◆審査支払機関における医療費適正化の位置付け

### 国民健康保険法改正案

新 8 5 条の 3 ※下線部分が改正箇所

連合会は、前二項に規定する業務のほか、診療報酬請求書及び特定健康診査等に関する記録に係る情報その他の国民の保健医療の向上及び福祉の増進並びに**医療費適正化**に資する情報の収集、整理及び分析並びにその結果の活用の促進に関する**業務**を行うことができる。

⇒支払基金についても同様の法改正、基本理念にも医療費適正化を明記

## ◆韓国における審査支払機関による適正化

- 韓国においては1999年に健康保険審査評価院[HIRA, Health Insurance Review Agency (日本でいう支払基金、国保連)]の役割について、「審査基準の適合性」の評価に加え、「療養給付の適正性」を評価すると法定した。
- 評価結果は各医療機関の診療報酬への反映についても法定。取組を進めた結果、医療費削減効果があったとしている。

### 韓国における国保法

62条 療養給付費用を審査し、療養給付の適正性を評価するために健康保険審査評価院を設立する。

47条 5 項 公団は審査評価院が63条に基づき療養給付の適正性を評価し、それを公団に報告したならば、その評価結果に応じて診療報酬を加算・減算の調整をして支払うことができる。

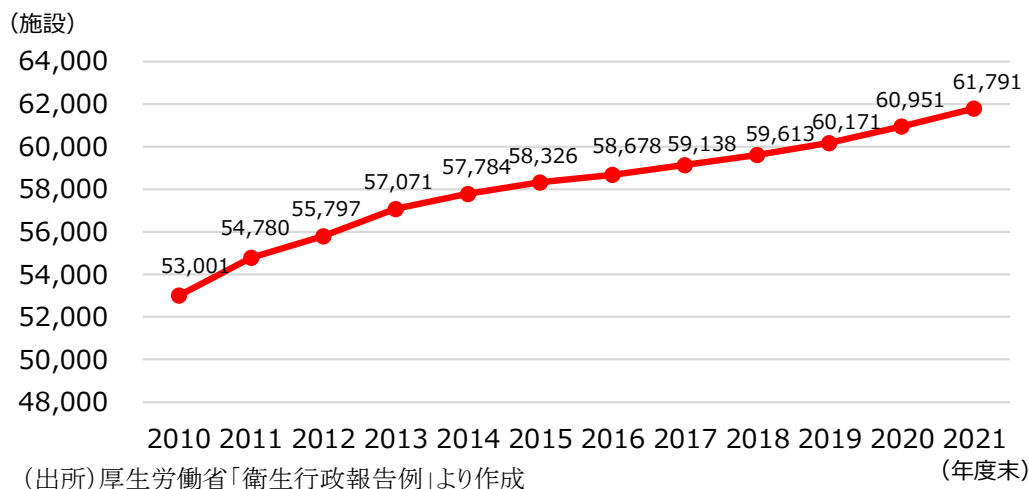
(参考)審査評価院が公表する医療費の削減効果の事例

|                | 2002年  | 2013年  |
|----------------|--------|--------|
| 処方 1 件あたりの薬品目数 | 4.32品目 | 3.76品目 |
| 外来患者の注射剤処方率    | 38.6%  | 19.0%  |

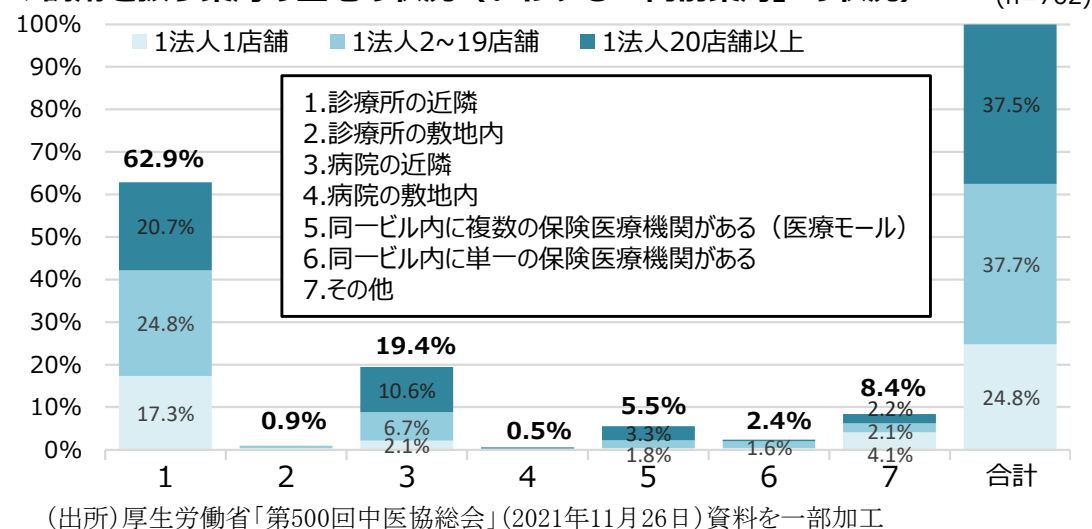
健康保険組合連合会「韓国医療制度の現状に関する調査研究報告書」(2017)等に基づく

- 医師の処方した処方箋に従い調剤を扱う薬局については、近年、薬局数が大幅に増加。また、薬学部定員も大幅に増加。
- この中で、薬局の立地をみると、診療所・病院の近隣・敷地内（いわゆる「門前薬局」との指摘）が大半。
- また、薬剤師数が増えて、薬剤師1人当たりの処方箋枚数が減少する中でも、処方箋1枚当たりの技術料が上昇し、薬剤師1人当たりの技術料の水準は維持されている。

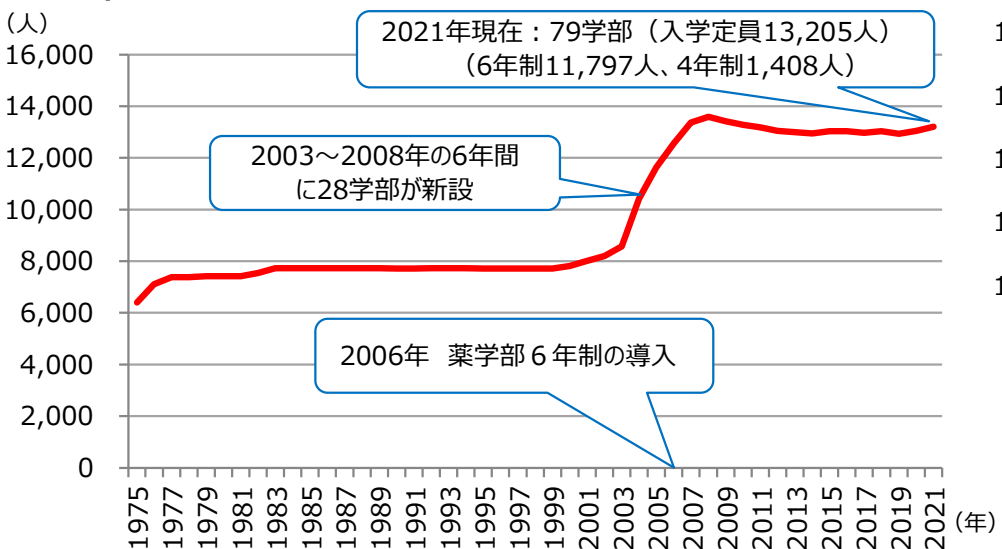
## ◆調剤を扱う薬局の数の増加



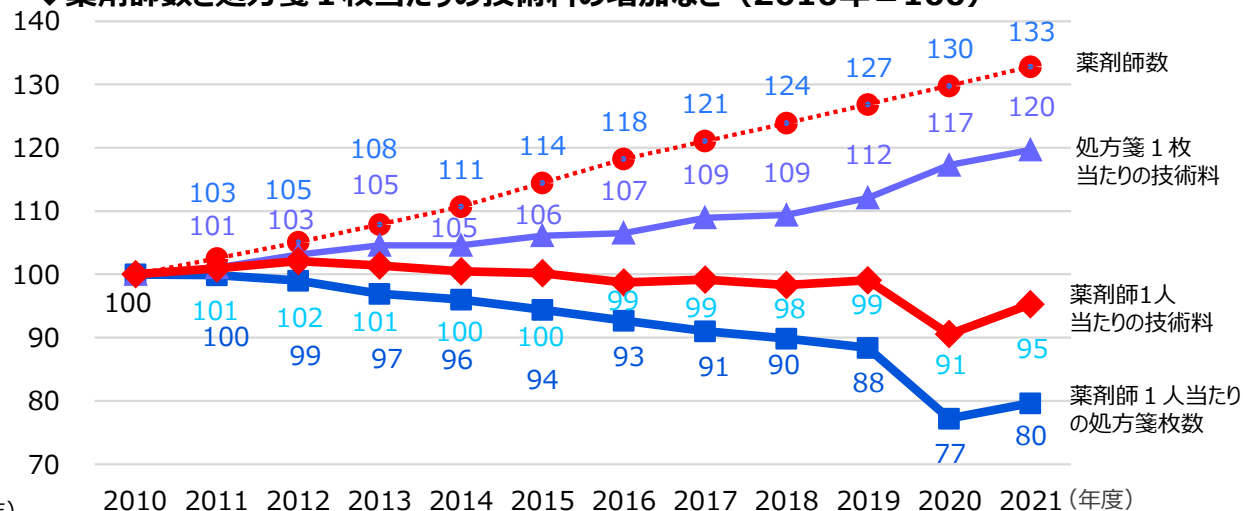
## ◆調剤を扱う薬局の立地の状況（いわゆる「門前薬局」の状況）



## ◆薬学部入学定員の推移



## ◆薬剤師数と処方箋1枚当たりの技術料の増加など（2010年=100）



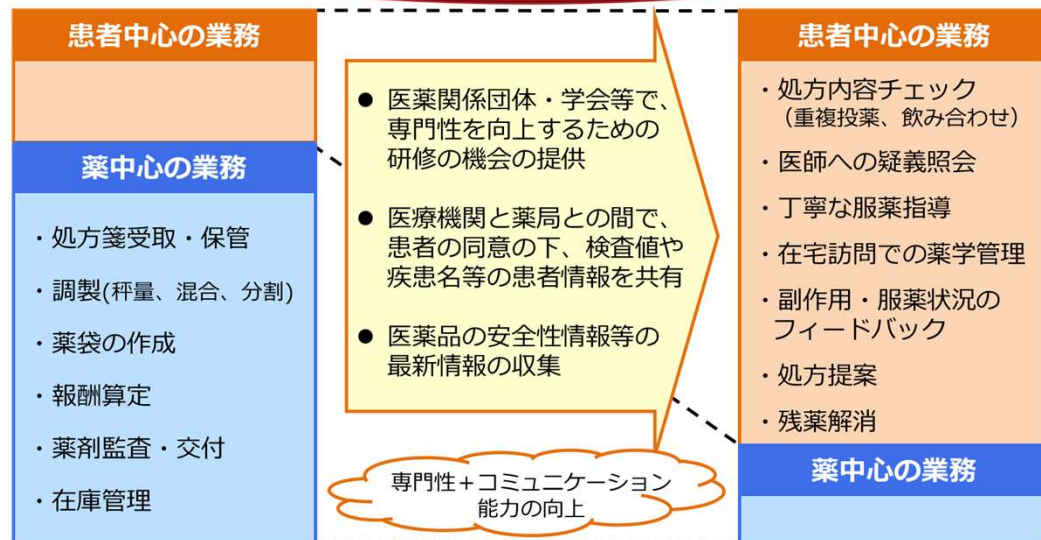
- かねてより厚生労働省は薬剤師について、医師に処方された薬の調製・交付などの「対物中心の業務」から、医師への疑義照会などによる重複投薬・相互作用等の防止、患者への服薬指導など、「対人業務」へのシフトを目指してきた。
- しかし、例えば、多剤・重複投薬にかかる患者や医師との調整を評価する調剤報酬は、極めて少ない算定回数にとどまっている。また、2022年度改定では対人業務の評価体系の見直しが行われたが、既存の点数の一部を表面上対人業務と整理したことにとどまっている。

## ◆厚生労働省「患者のための薬局ビジョン」（2015年10月）

「患者のための薬局ビジョン」～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～

○かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて

～対物業務から対人業務へ～



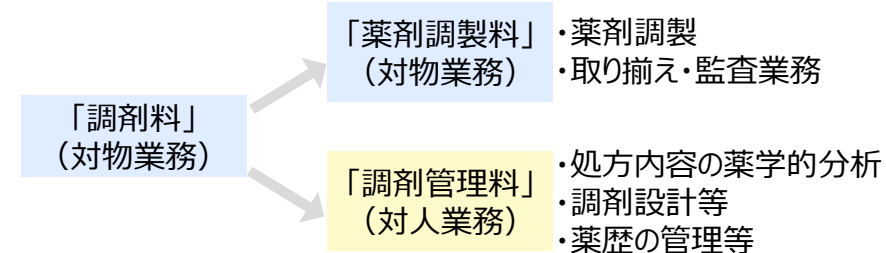
## ◆対人業務を評価する調剤報酬（2021年6月審査分）

| 項目                                    | 算定回数        | 概要  |
|---------------------------------------|-------------|---|
| 服用薬剤調整支援料1<br>(多剤投薬の調整)<br>〈月1回まで〉    | 303回        | 6種類以上の内服薬を調剤している患者について、処方医に減薬の提案を行い、処方される内服薬が減少した場合に算定  |
| 服用薬剤調整支援料2<br>(重複投薬の調整等)<br>〈3月に1回まで〉 | 548回        | 複数の保険医療機関より6種類以上の内服薬が処方されていた患者について、患者等の求めに応じて、①服用中の薬剤について一元的把握を行うとともに、②重複投薬等の解消に係る提案を検討し、当該提案や服用薬剤の一覧を含む報告書を作成し、処方医に送付した場合に算定 |
| (参考) 調剤基本料1～3                         | 59,731,244回 | -   |

(注) 上記は2020年4月～2022年3月の内容であり、2022年4月以降は2022年診療報酬改定により一部内容が変更されている。

(出所) 厚生労働省「社会医療診療行為別統計」

## ◆対人業務の評価体系の見直し（2022年度診療報酬改定）



| 処方日数 | ～7日 | 8～14日 | 15～21日 | 22～28日 | 29～30日 | 31日～ |
|------|-----|-------|--------|--------|--------|------|
| 調剤料  | 28点 | 55点   | 64点    | 77点    |        | 86点  |

※日数ごとに改定前後で合計点数がほぼ一致するように、対物・対人に配分

|       |        |     |     |     |  |     |
|-------|--------|-----|-----|-----|--|-----|
| 薬剤調製料 | 一律 24点 |     |     |     |  |     |
| 調剤管理料 | 4点     | 28点 | 50点 | 60点 |  | 84点 |
|       | 28点    | 52点 | 74点 |     |  |     |



- 2022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）と見込んでいた。
- 例えば、下記の調査（0.102%）に基づいて単純計算すると、医療費効率化効果は年間▲50億円程度（改定率換算で▲0.01%程度）にとどまる。
- まずは、リフィル処方箋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。
- さらには、薬剤師がリフィル処方箋への切替を処方医に提案することを評価する仕組みや、例えばOTC類似薬については、薬剤師の判断でリフィルに切り替えることを認めることなど検討すべき。

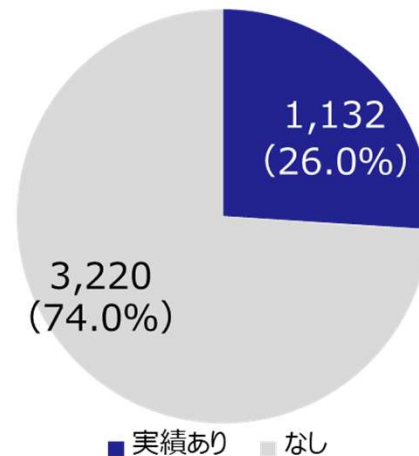
## ◆大臣折衝事項（2021年12月22日）

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（2022年10月単月の応需実績）

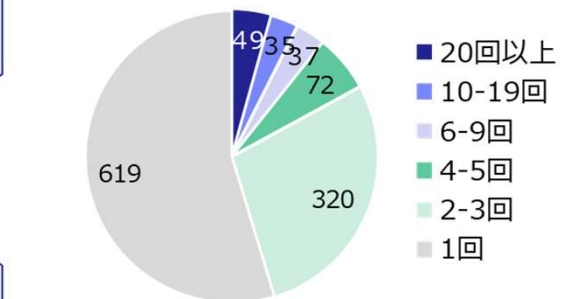
「2022年10月単月」においてリフィル処方箋応需実績があった薬局（N=4,352薬局）



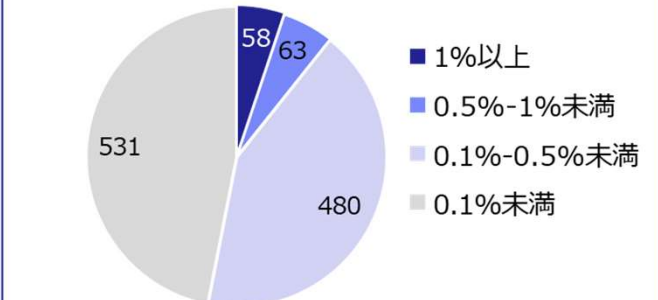
4,352薬局における2022年10月単月のリフィル応需回数/総受付件数=リフィル割合 (%)  
 $8,769 / 8,584,374 = 0.102\%$

上記のリフィル応需と合わせて、オンライン服薬指導が実施されたのは「12薬局において18回」であった

リフィル応需回数分布（N=実績がある1,132薬局）

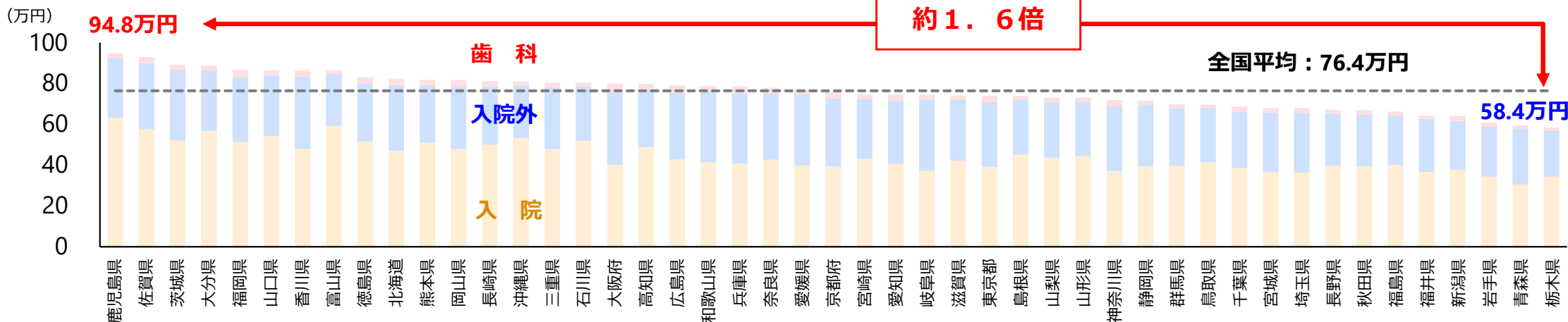


リフィル割合分布（N=実績がある1,132薬局）



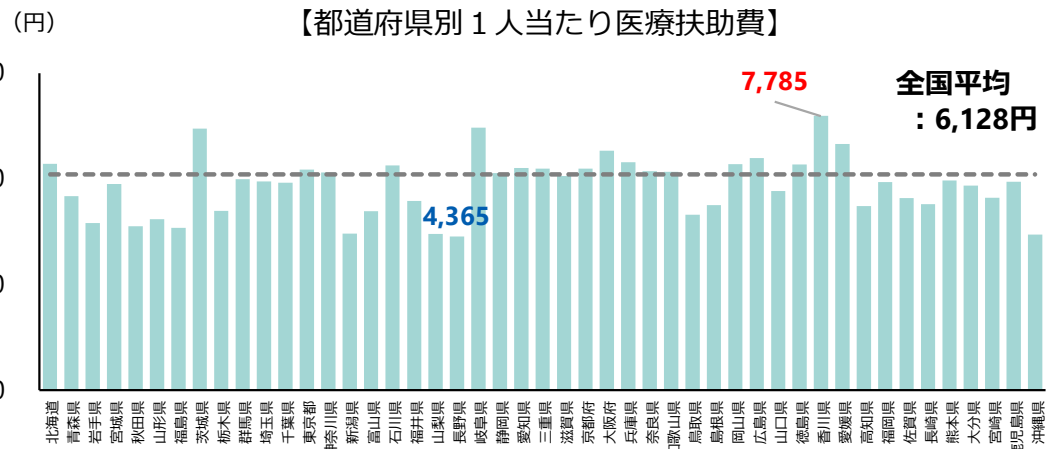
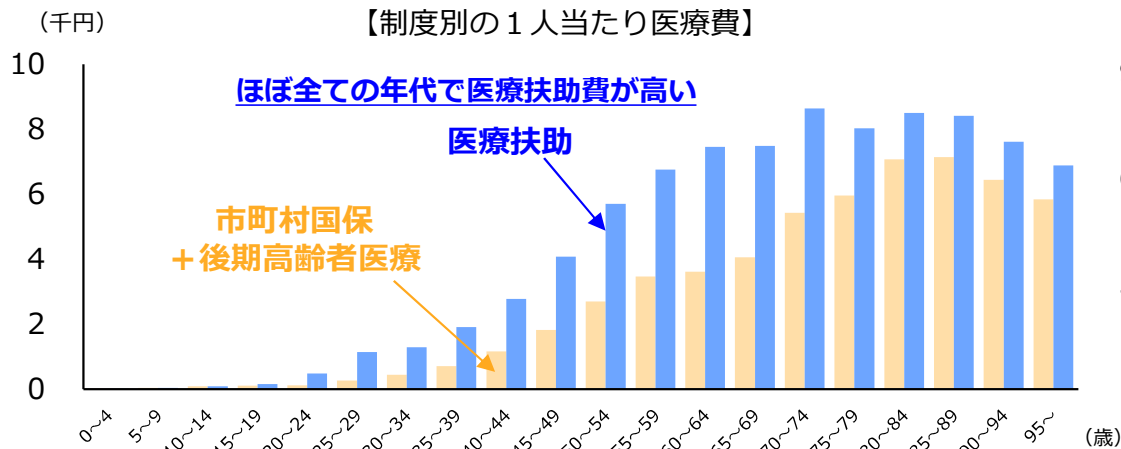
- 生活保護受給者に対する医療扶助は、頻回受診や長期入院などの課題があり、医療費の地域差も大きい。
- 地域における医療提供体制の整備に関する都道府県の権限を強化していく際には、医療扶助に対しても都道府県のガバナンスを及ぼし、その適正化に取り組んでいくことが重要。

## ◆ 1人当たり医療扶助費（年齢調整後）



※ 医科診療医療費(入院)と入院時食事・生活療養に係る医療費の合計を「入院」、医科診療医療費(入院外)と調剤医療費の合計を「入院外」、歯科診療医療費を「歯科」としている。訪問看護医療費及び療養費等はいずれにも含まれない。  
 (出所) NDBデータ(2020年4月～21年3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

## ◆ 糖尿病に関する医療費の状況



※1 年齢調整を行っていない。  
 ※2 糖尿病の抽出条件は、医科入院外レセプトの主傷病や副傷病等全ての傷病を対象として当該疾患対象傷病名がある場合、または、調剤レセプトで当該疾患対象医薬品が処方されている場合にレセプト抽出を行い、それぞれ抽出した入院外レセプトと調剤レセプトを単純集約した。  
 ※3 1人当たり医療費は、2020年6月審査分のレセプトから求めた当該疾患に係る医療費を被保護者数(市町村国保・後期高齢者医療加入者数)で除したものの。



- その一環として、生活保護受給者が国保や後期高齢者医療制度（以下「国保等」という）に加入することとし、都道府県が保険者としての機能もあわせ持つことによって、医療扶助を含めた地域の医療全体について、より実効的な適正化を図ることができるのではないか。
  - ※ 生活保護受給者については、介護分野では、65歳以上の方は介護保険の第1号被保険者になり、利用者負担分や保険料について介護扶助等を受けることとされている。年金分野でも、生活保護受給者は国民年金の被保険者になり、さらに同じ医療保険制度の中でも被用者医療保険においては被保険者となる。
- 国保等に生じ得る財政悪化や支援金等を通じた現役世代の負担増の懸念を含め、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。

## ◆経済財政運営と改革の基本方針2022

～都道府県のガバナンスの強化など関連する医療保険制度等の改革<sup>139</sup>とあわせて、これまでの骨太方針2021等に沿って着実に進める。

139 中長期的課題として、現在広域連合による事務処理が行われている後期高齢者医療制度の在り方、生活保護受給者の国保及び後期高齢者医療制度への加入を含めた医療扶助の在り方の検討を深めることなどを含む。

## ◆高齢者の保険制度別医療費と医療扶助

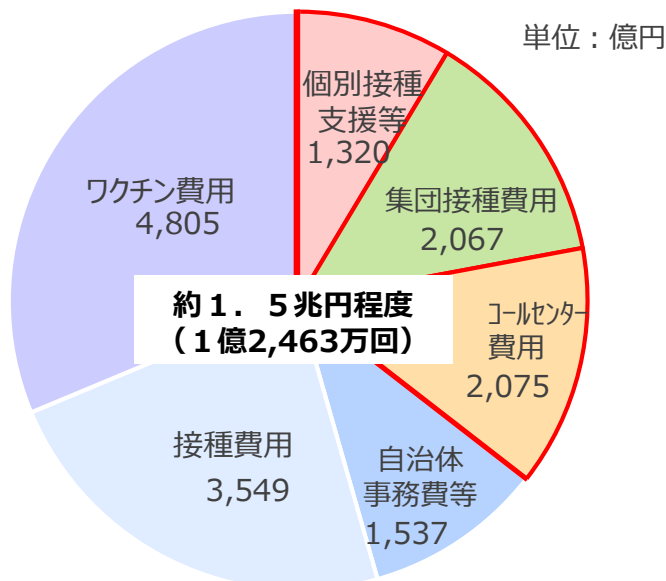


(出所) 医療保険については、令和2年度医療保険に関する基礎資料  
医療扶助については、令和2年度生活保護費負担金事業費実績報告、被保護者調査、医療扶助実態調査をもとに推計

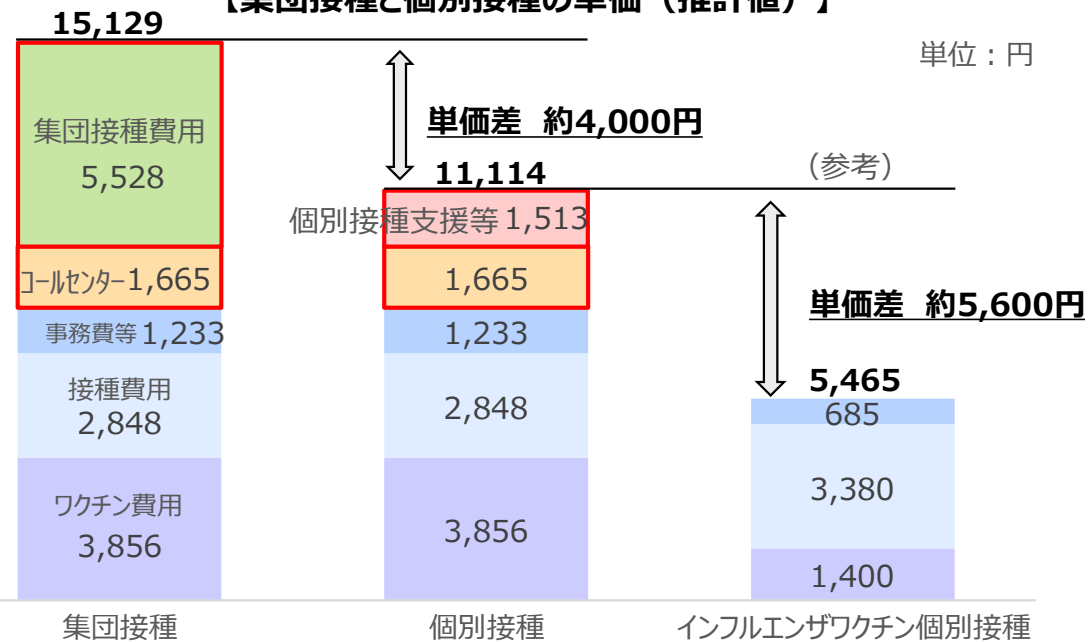
# 新型コロナウイルスワクチン接種関連支出

- 2022年度のワクチン接種関連支出は約1.5兆円程度（総接種回数1億2,463万回）となっている。また、集団接種と医療機関における個別接種の単価を比べると集団接種の方が約4,000円高くなっている。
- 2023年度は、特例臨時接種を1年延長し、高齢者等は年2回、それ以外は年1回の接種を行うこととされている。足元の接種率や高齢者等以外は努力義務・接種勧奨の対象から外れること等を踏まえれば、総接種回数は2022年度より減少することが見込まれる。
- こうした状況や安定的な制度への移行の可能性も見据えると、2023年度は、個別接種への移行を更に進めつつ、全体として効率化を行うことが必要。

【2022年度 ワクチン接種関連支出（実績見込※一部推計）】



【集団接種と個別接種の単価（推計値）】



（注1）ワクチン費用は、2022年3月25日の予備費使用額6,670億円をその際の購入予定数量1.73億回で機械的に除した単価3,856円に、2022年度の総接種回数1億2,463万回（VRSデータ）を乗じて算出したものであり、実際の購入単価、所要額とは異なることに留意。接種費用は、平均単価2,848円に総接種回数に乗じて算出したものであり、決算ベースでは異同を生ずることに留意。

（注2）そのほかの経費の金額は、2022年12月末時点の実績見込み（厚労省調査）を基に試算したものであり、決算ベースでは異同を生ずることに留意。

（注1）接種費用、自治体事務費等及びコールセンターの金額は、左の円グラフの金額を総接種回数で除して算出。集団接種費用（集団接種経費のうち、接種費用単価を超える額）及び個別接種支援等の単価は、左の円グラフの金額をそれぞれの接種回数（集団3割、個別7割）で除して算出。

（注2）インフルエンザワクチン接種の単価は、交付税算定ベース。

【足元の接種状況と2023年度接種見込み（粗い試算）】

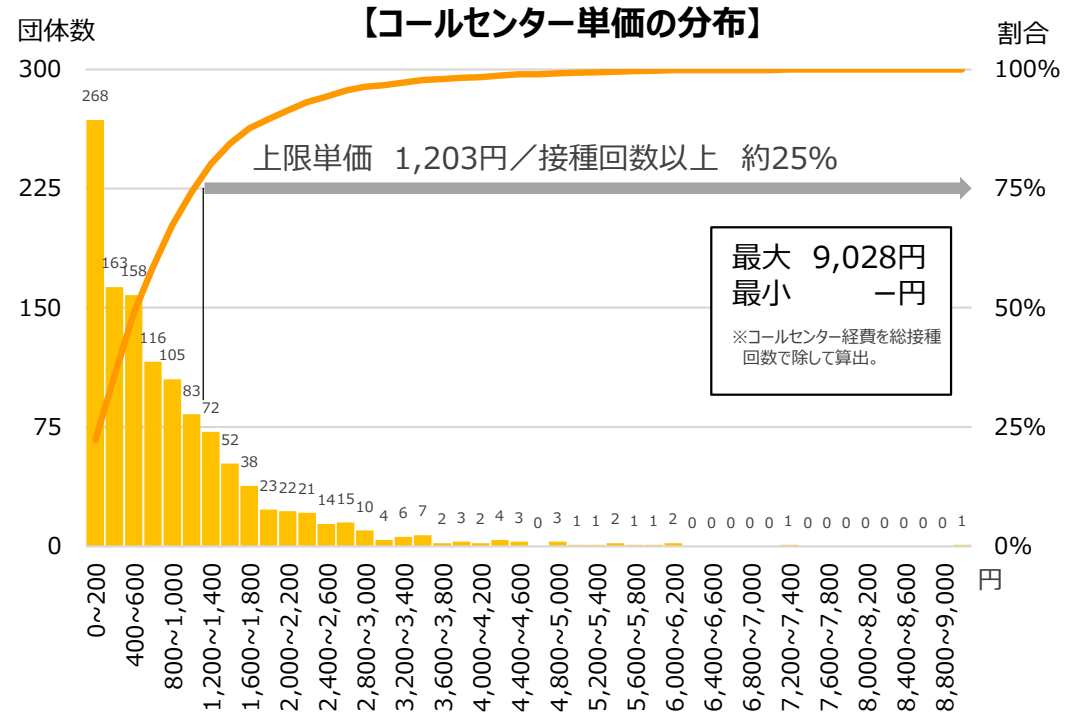
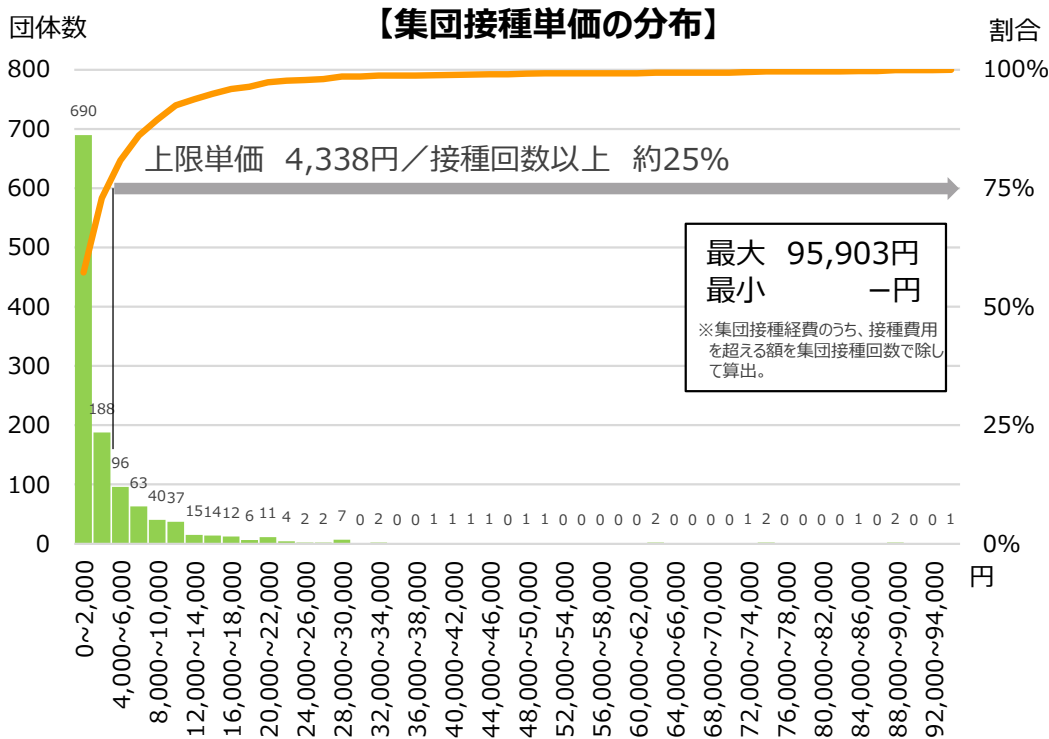
|      | オミクロン株ワクチン（～3月末） |         |         | 2023年度見込み（推計） |         |             |        |
|------|------------------|---------|---------|---------------|---------|-------------|--------|
|      | 64歳以下            | 65歳以上   | 合計      | 64歳以下         | 65歳以上   | 基礎疾患、医療従事者等 | 合計     |
| 接種回数 | 2,905万回          | 2,724万回 | 5,629万回 | 2,905万回       | 5,448万回 | 1,400万回     | 約1億回程度 |
| 接種率  | 34%              | 76%     | 46%     | 34%           | 76%     | 100%        | —      |

（注）2023年度見込みは、65歳以上は年2回、接種率76%、64歳以下は年1回、接種率34%、基礎疾患、医療従事者1,400万人、接種率100%と仮定して機械的に算出。

○ 実施方法や医師等の人件費、着電数等の違いにより、集団接種単価及びコールセンター単価にバラツキが生じている。また、一部、著しく高額となっている自治体も散見される。

(参考) 集団接種に要する費用を接種費用単価の範囲内で実施し、接種体制確保補助金の交付を受けていない自治体もある。コールセンター未設置又は委託せず自前で実施している自治体もある。

○ これらを踏まえ、2023年度については、上限単価（75%の自治体がカバーされる値）の設定等を行ったところであり、実施方法の見直しや接種状況に応じた柔軟な契約内容への変更等を行い、上限単価の範囲内でより効率的に実施する必要。



### 【医師等の時給】

|                    | 医師       | 看護師     | 事務員    |
|--------------------|----------|---------|--------|
| 最大                 | 179,800円 | 20,000円 | 5,000円 |
| 平均                 | 18,884円  | 4,581円  | 1,898円 |
| 最小                 | 3,404円   | 1,235円  | 890円   |
| (参考) 定期接種委託単価 (東京) | 7,550円   | 2,760円  | 1,560円 |

### 【従事者1人に対する1時間あたりの着電数】

|        | 団体数   | 割合   |
|--------|-------|------|
| 0～3件未満 | 875   | 87%  |
| 3～5件未満 | 77    | 8%   |
| 5件以上   | 52    | 5%   |
| 合計     | 1,004 | 100% |

※2022年度の実績見込み（厚生労働省調査、12月末時点）を基に作成。

※2022年度の実績見込み（厚生労働省調査、2023年3月）を基に、コールセンター業務を委託している市町村の着電件数をオペレーター従事延べ時間で除して算出。