

社会保障 (参考資料)

財務省

2022年11月7日

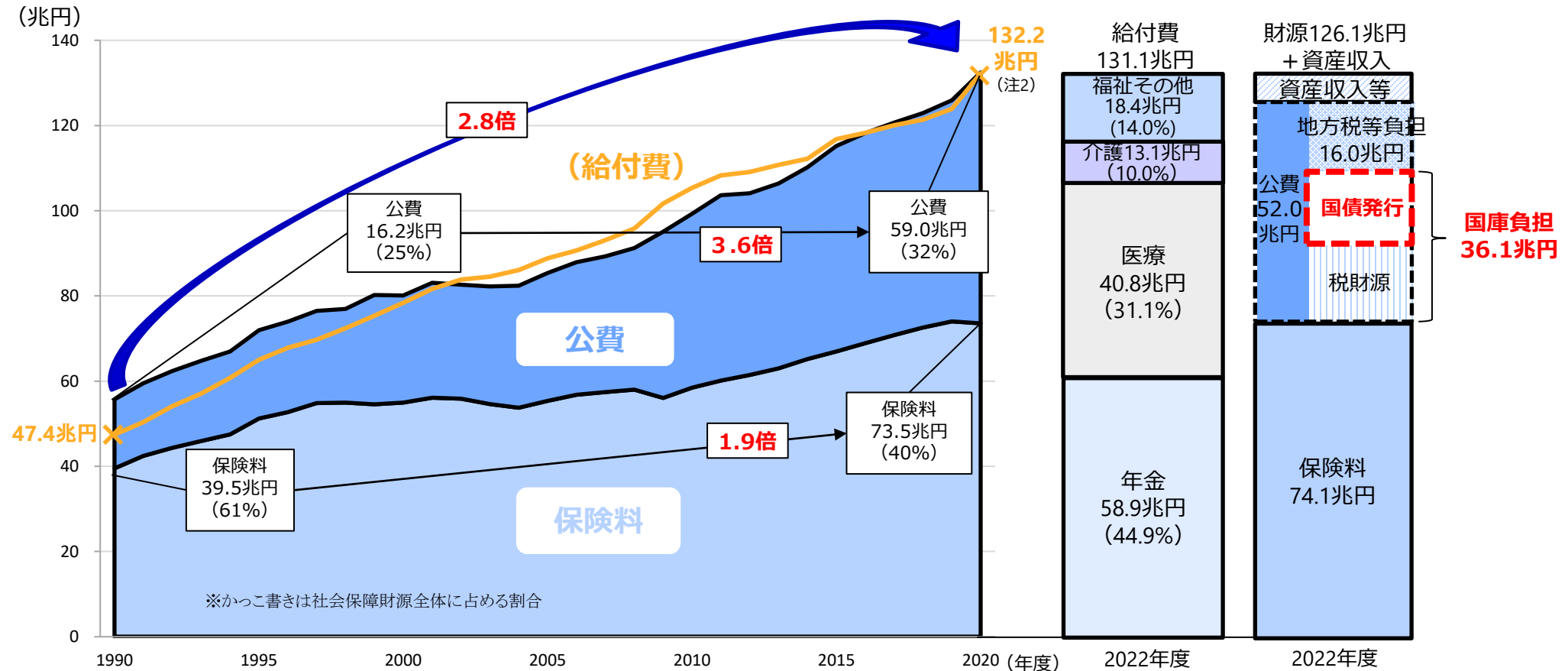
目次

1. 総論（ウィズコロナへの移行と全世代型への制度改革）
2. こども・子育て
3. 医療
4. 介護
5. 雇用
6. 生活保護

1. 総論（ウィズコロナへの移行と全世代型への制度改革）

社会保障における受益（給付）と財政の関係

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



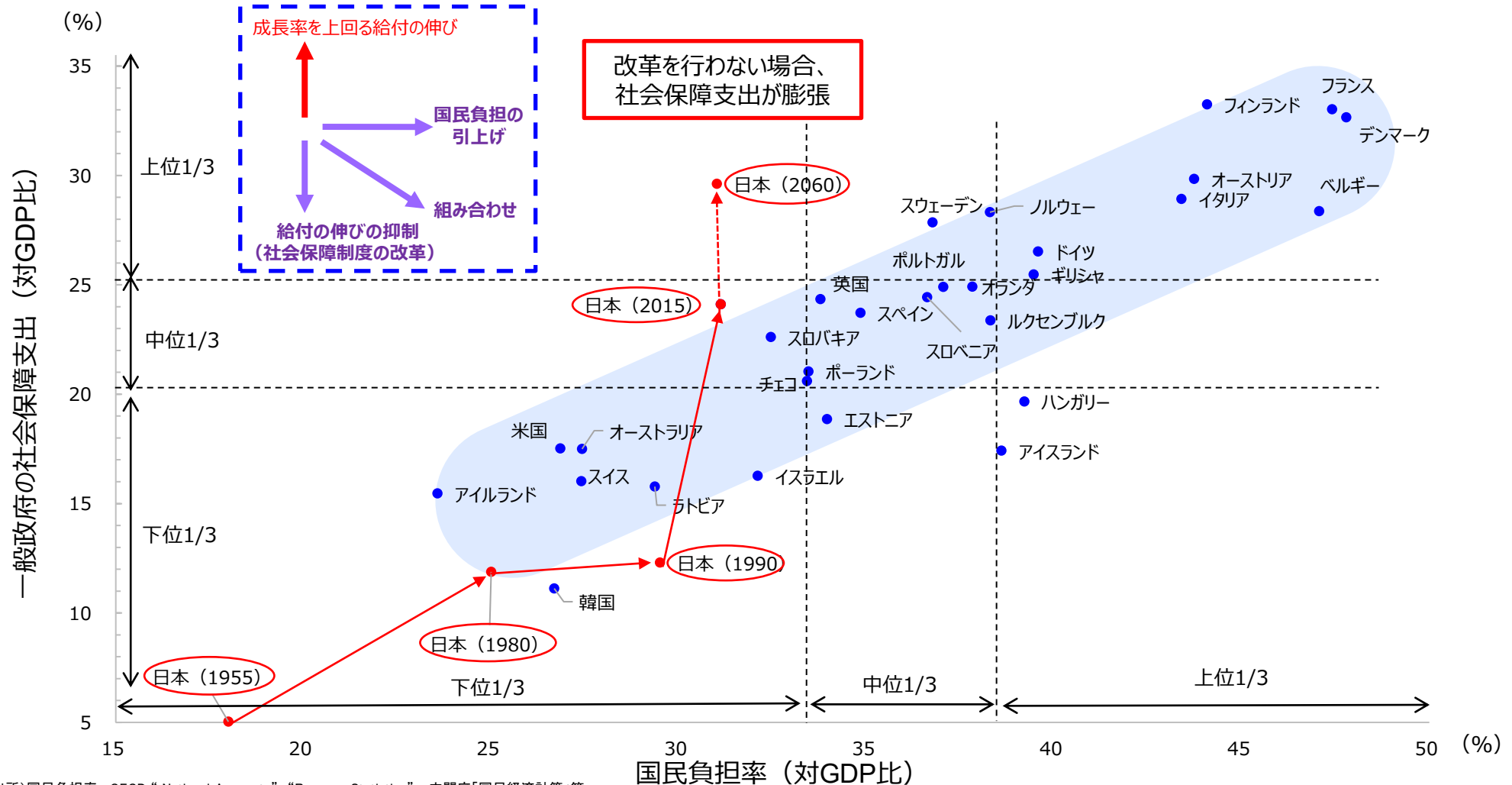
(出所) 2020年度以前は国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」。2022年度は厚生労働省（当初予算ベース）による。

(注1) 2020年度以前については決算ベース、2022年度については当初予算ベースであり、新型コロナウイルス感染症対策に係る事業等に伴う支出の扱いが異なる点に留意。

(注2) 2020年度の給付費については、社会保障給付費（公表値）から新型コロナウイルス感染症対策に係る事業等に係る費用（公表値）を除いた場合、125.0兆円となる。

社会保障における受益（給付）と負担の構造

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



(出所) 国民負担率: OECD “National Accounts”、“Revenue Statistics”、内閣府「国民経済計算」等。

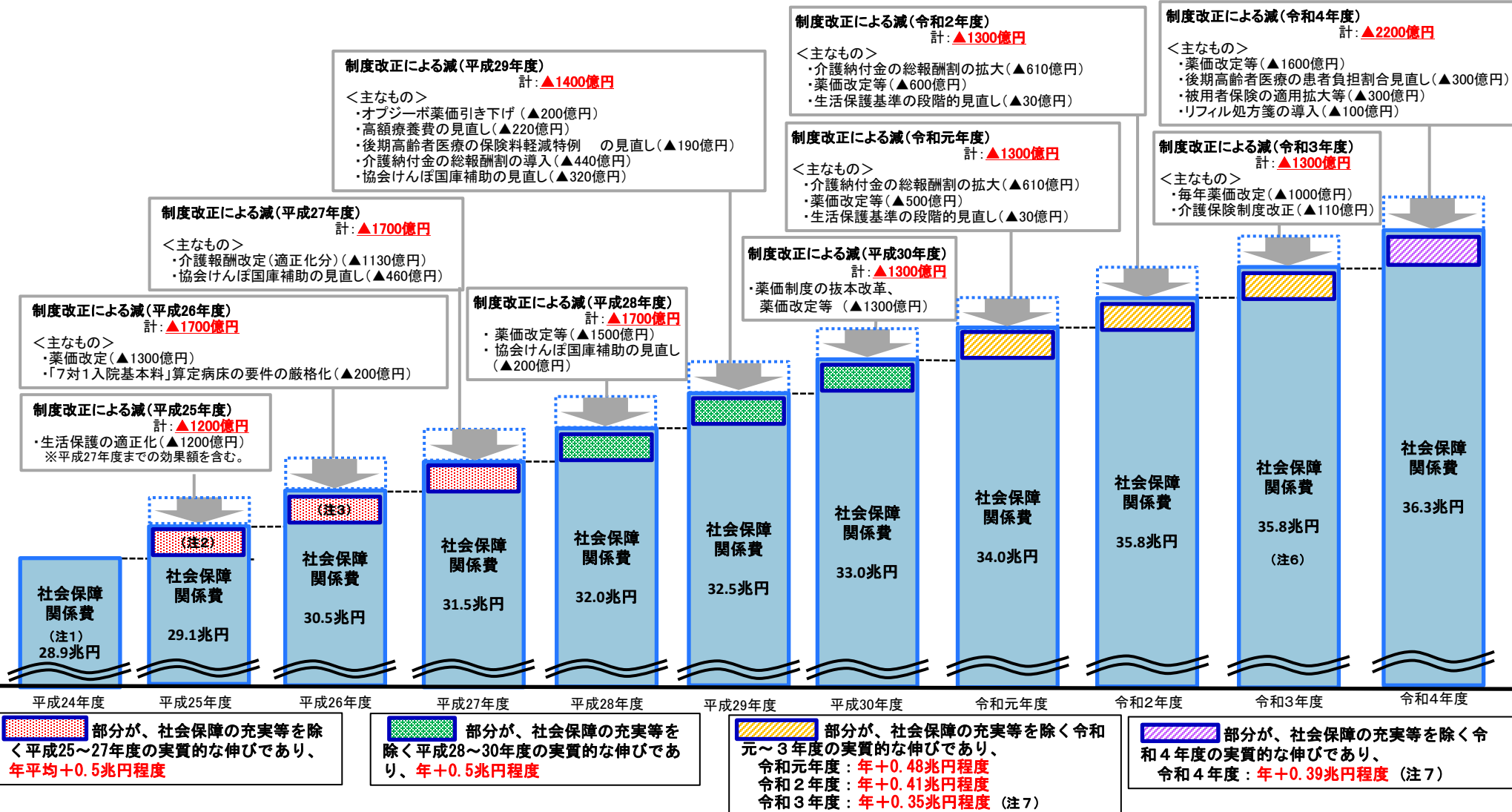
社会保障支出: OECD “National Accounts”、内閣府「国民経済計算」。ただし、1955年の日本の値については国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」における社会保障給付費。

(注1) 数値は、一般政府(中央政府、地方政府、社会保障基金を合わせたもの)ベース。(注2) 日本は、2015年度まで実績、諸外国は2015年実績(アイスランド、ニュージーランド、オーストラリアについては2014年実績)。

(注3) 日本の2060年度は、財政制度等審議会「我が国の財政に関する長期推計(改訂版)」(2018年4月6日 起草検討委員提出資料)より作成。

社会保障関係費の伸び

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



(注1) 年金国庫負担2分の1ベースの予算額。(注2) 基礎年金国庫負担の受入超過による精算(▲0.3兆円)の影響を含めない。(注3) 高齢者の医療費自己負担軽減措置等に係る経費の当初予算化(+0.4兆円)の影響を含めない。(注4) 社会保障関係費の計数には、社会保障の充実等を含む。(注5) 令和元・2年度の社会保障関係費の計数は、臨時・特別の措置を除く。(注6) 令和2年度まで社会保障関係費として分類していた1,200億円程度の経費について、経費区分の変更を行ったため、除外している。(注7) 新型コロナウイルス感染症の影響を受けた足元の医療費動向を踏まえ、医療費に係る国庫負担分を令和3年度においては▲2000億円、令和4年度においては▲700億円程度減少させたベースと比較している。

感染症法の対象となる感染症の分類と考え方

分類	規定されている感染症	分類の考え方
一類感染症	エボラ出血熱、ペスト、ラッサ熱等	感染力及び罹患した場合の重篤性からみた <u>危険性が極めて高い感染症</u>
二類感染症	結核、SARS、MERS、 鳥インフルエンザ（H5N1、 H7N9）等	感染力及び罹患した場合の重篤性からみた <u>危険性が高い感染症</u>
三類感染症	コレラ、細菌性赤痢、腸チフス 等	<u>特定の職業への就業によって感染症の集団発生を起し得る感染症</u>
四類感染症	狂犬病、マラリア、デング熱 等	<u>動物、飲食物等の物件を介してヒトに感染する感染症</u>
五類感染症	インフルエンザ、性器クラミジア感染症 等	国が感染症発生動向調査を行い、その結果等に基づいて必要な情報を国民一般や医療関係者に提供・公開していくことによって、発生・まん延を防止すべき感染症
新型インフルエンザ等感染症	新型インフルエンザ、再興型インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症、再興型新型コロナウイルス感染症	<ul style="list-style-type: none"> ・インフルエンザ又はコロナウイルス感染症のうち新たに人から人に伝染する能力を有することとなったもの ・かつて世界的規模で流行したインフルエンザ又はコロナウイルス感染症であってその後流行することなく長期間が経過しているもの
指定感染症	※政令で指定	現在感染症法に位置付けられていない感染症について、 <u>1～3類、新型インフルエンザ等感染症と同等の危険性があり、措置を講ずる必要があるもの</u>
新感染症		<u>人から人に伝染する未知の感染症であって、り患した場合の症状が重篤であり、かつ、まん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあるもの</u>

感染症法に基づく主な措置の概要

	新型インフルエンザ等感染症	一類感染症	二類感染症	三類感染症	四類感染症	五類感染症	指定感染症
規定されている疾病名	新型インフルエンザ・再興型インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症・再興型コロナウイルス感染症	エボラ出血熱・ペスト・ラッサ熱 等	結核・SARS 鳥インフルエンザ (H5N1) 等	コレラ・細菌性赤痢・腸チフス 等	黄熱・鳥インフルエンザ (H5N1 以外) 等	インフルエンザ・性器クラミジア感染症・梅毒等	※政令で指定 (現在は該当なし)
疾病名の規定方法	法律	法律	法律	法律	法律・政令	法律・省令	政令
疑似症患者への適用	○	○	○ (政令で定める感染症のみ)	—	—	—	具体的に適用する規定は、感染症毎に政令で規定
無症状病原体保有者への適用	○	○	—	—	—	—	
診断・死亡したときの医師による届出	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (7日以内)	
獣医師の届出、動物の輸入に関する措置	○	○	○	○	○	—	
患者情報等の定点把握	—	—	△ (一部の疑似症のみ)	△ (一部の疑似症のみ)	△ (一部の疑似症のみ)	○	
積極的疫学調査の実施	○	○	○	○	○	○	
健康診断受診の勧告・実施	○	○	○	○	—	—	
就業制限	○	○	○	○	—	—	
入院の勧告・措置	○	○	○	—	—	—	
検体の収去・採取等	○	○	○	—	—	—	
汚染された場所の消毒、物件の廃棄等	○	○	○	○	○	—	
ねずみ、昆虫等の駆除	○ (※)	○	○	○	○	—	
生活用水の使用制限	○ (※)	○	○	○	—	—	
建物の立入制限・封鎖、交通の制限	○ (※)	○	—	—	—	—	
発生・実施する措置等の公表	○	—	—	—	—	—	
健康状態の報告、外出自粛等の要請	○	—	—	—	—	—	
都道府県による経過報告	○	—	—	—	—	—	

感染症の医療提供

感染症類型	医療体制	公費負担医療
新感染症	特定感染症指定医療機関 (国が指定、全国に数ヶ所)	全額公費※ 2 (医療保険の適用なし) 負担割合：国3/4 県1/4
一類感染症	第一種感染症指定医療機関 (都道府県知事が指定、各都道府県に1ヶ所)	医療保険を適用。 自己負担を公費負担※ 2 (自己負担なし) 負担割合：国3/4 県1/4
二類感染症 ※1	第二種感染症指定医療機関 (二次医療圏に1ヶ所)	
三類感染症	一般の医療機関	
四類感染症		
五類感染症		
新型インフルエンザ等感染症	特定、第一種、第二種感染症指定医療機関	医療保険を適用。 自己負担を公費負担※ 2 (自己負担なし) 負担割合：国3/4 県1/4
指定感染症	一～三類感染症に準じた措置	

※ 1 結核については原則として医療法上の結核病床に入院

※ 2 患者等に負担能力がある場合、その限度内で自己負担

予防接種法における予防接種の類型

改正前

改正後

	改正前		改正後	
	定期接種	臨時接種	新臨時接種	臨時接種 (コロナ特例)
根拠	予防接種法 第5条第1項	予防接種法 第6条第1項 予防接種法 第6条第2項	予防接種法 第6条第3項	予防接種法 附則第7条
趣旨等	平時のまん延予防 ・ A類：集団予防 ・ B類：個人予防	疾病のまん延予防上緊急の必要	B類疾病のうち 病原性が低い疾病 のまん延予防上緊急 の必要	新型コロナ感染症 のまん延予防上緊急 の必要
主体	市町村長	市町村長又は 都道府県知事 〔都道府県知事が 市町村長に指示〕	都道府県知事 〔厚労大臣が指示〕	市町村長 〔厚労大臣が指示〕
対象者の 決定	政令	都道府県知事	都道府県知事	厚労大臣
費用 負担	○ 市町村実施 A類： 地方交付税9割 B類： 地方交付税3割	○ 都道府県実施 国 1/2 都道府県 1/2 ○ 市町村実施 国 1/3 都道府県 1/3 市町村 1/3	○ 都道府県実施 国 1/2 都道府県 1/2	○ 市町村実施 国 1/2 都道府県 1/4 市町村 1/4 国が全額
自己 負担	実費徴収可	自己負担なし	実費徴収可	自己負担なし
公的 関与	A類： 勸奨○ 努力義務○ B類： 勸奨× 努力義務×	勸奨○ 努力義務○	勸奨○ 努力義務○	勸奨○(※2) 努力義務○(※2)

	改正前		改正後	
	定期接種	臨時接種	新臨時接種	臨時接種 (コロナ特例)
根拠	予防接種法 第5条第1項	予防接種法 第6条第1項 予防接種法 第6条第2項	予防接種法 第6条第3項	予防接種法 第6条第3項
趣旨等	平時のまん延予防 ・ A類：集団予防 ・ B類：個人予防	疾病のまん延予防上緊急の必要	B類疾病のうち 病原性が低い疾病 のまん延予防上緊急 の必要	A類疾病のうち全国的か つ急速なまん延により国民 の生命・健康に重大な 影響を与える疾病のまん 延予防上緊急の必要 ※ 新型インフルエンザ等 感染症等を想定
主体	市町村長	市町村長又は 都道府県知事 〔都道府県知事が 市町村長に指示〕	都道府県知事 〔厚労大臣が指示〕	市町村長 〔厚労大臣が指示〕
対象者の 決定	政令	都道府県知事	厚労大臣	厚労大臣
費用 負担	○ 市町村実施 A類： 地方交付税9割 B類： 地方交付税3割	○ 都道府県実施 国 1/2 都道府県 1/2 ○ 市町村実施 国 1/3 都道府県 1/3 市町村 1/3	○ 都道府県実施 国 1/2 都道府県 1/2	○ 市町村実施 国 1/2 都道府県 1/4 市町村 1/4 国が全額
自己 負担	実費徴収可	自己負担なし	実費徴収可	自己負担なし(※1)
公的 関与	A類： 勸奨○ 努力義務○ B類： 勸奨× 努力義務×	勸奨○(※2) 努力義務○(※2)	勸奨○(※2) 努力義務○(※2)	勸奨○(※2) 努力義務○(※2)

(※1) B類疾病のうち当該疾病にかかった場合の病状の程度を考慮して厚労大臣が定めるものについては実費徴収可 (※2) 政令で定めるものは除く
 (※3) B類疾病のうち当該疾病にかかった場合の病状の程度を考慮して厚労大臣が定めるものについては努力義務なし/左記以外のB類疾病については、政令で定めるものは除く
 *新型コロナワクチン接種については、全国的かつ急速なまん延により国民の生命・健康に重大な影響を与える疾病のまん延予防上緊急の必要があるものとして、改正後の予防接種法第6条第3項の規定を適用することを想定

新型インフルエンザワクチン開発・生産体制整備事業について

- 本事業は、全国民分の新型インフルエンザワクチンの生産期間について、鶏卵培養法では1年半から2年程度の期間を要するところ、これを約半年に短縮するため、日本国内において細胞培養法による新型インフルエンザワクチンの生産・供給体制の構築を目指すもので、平成21年度から平成30年度末まで事業を実施した。
- 目標設定の困難さから企業の撤退や目標未達があったが、最終的に武田、化血研、第一三共の3社で薬事承認を取得し、約1億1千万人分の製造設備を確保。鶏卵培養法では1年半～2年を要する全国民分のワクチン生産期間を約半年に短縮。

公募	目的	採択企業	結果： A⇒問題なし B⇒やや問題あり C⇒重大な問題あり
第一次公募 (H22.2)	細胞培養法を開発するため、①実験用生産施設整備事業により細胞培養新型インフルエンザワクチンの実験用生産施設の整備、②増殖性試験等基礎研究実施事業により基礎研究の実施をするもの（～30億円程度の事業費）	①一般財団法人 化学及血清療法研究所 ②北里第一三共ワクチン株式会社 ③武田薬品工業株式会社 ④株式会社UMNファーマ	A：概ね計画通り A：概ね計画通り A：概ね計画通り B：検討課題が残った
第二次公募 (H23.3)	各法人で、これまでに実施されてきた細胞培養法による新型インフルエンザワクチンに係る基礎研究、非臨床・品質試験、実生産規模での製法の検討を基に、①細胞培養法による新型インフルエンザワクチンの実生産施設の整備、②臨床開発（治験）等の促進をするもの（200億～400億円程度の事業費）	①一般財団法人 化学及血清療法研究所（GSK社技術供与）：4000万人分以上/約240億円 ②北里第一三共ワクチン株式会社：4000万人分以上/約300億円 ③武田薬品工業株式会社（バクスター社技術供与）：2500万人分以上/約240億円 ④一般財団法人 阪大微生物病研究会：2500万人分以上	A：目標達成 C：2000万人分の生産体制確保に失敗（約150億の返還） A：目標達成 -：事業から撤退
追加公募 (H24.12)	二次募集の事業撤退により生じた2,500万人分を補填すべく、ワクチン生産のための治験の実施及び実生産施設の構築等を行うもの（250億円以下）	○採択基準を満たす企業が集まらず不採択となる ※要綱に「薬事承認が得られない場合と目標数の生産体制が確保出来ない場合は補助金の返還が生じる」旨のペナルティの記載が追加された	-
再追加公募 (H25.12)	二次募集の事業撤退により生じた2,500万人分を補填すべく、第2次事業の再追加公募。（240億円以下）	①一般財団法人化学及血清療法研究所：1700万人以上/約180億円 ②武田薬品工業株式会社：800万人以上/約70億円	A：目標達成 A：目標達成

ワクチン開発・生産体制強化戦略(概要) 令和3年6月1日閣議決定

ワクチンを国内で開発・生産出来る力を持つことは、国民の健康保持への寄与はもとより、外交や安全保障の観点からも極めて重要
 今回のパンデミックを契機に、我が国においてワクチン開発を滞らせた要因を明らかにし、解決に向けて国を挙げて取り組むため、政府が
 一体となって必要な体制を再構築し、長期継続的に取り組む国家戦略としてまとめたもの

研究開発・生産体制等の課題

- ・最新のワクチン開発が可能な研究機関の機能、人材、産学連携の不足
- ・ワクチン開発への戦略的な研究費配分の不足
- ・輸入ワクチンを含め迅速で予見可能性を高める薬事承認の在り方等
- ・特に第Ⅲ相試験をめぐる治験実施の困難性
- ・ワクチン製造設備投資のリスク
- ・シーズ開発やそれを実用化に結び付けるベンチャー企業、リスクマネー供給主体の不足
- ・ワクチン開発・生産を担う国内産業の脆弱性
- ・企業による研究開発投資の回収見通しの困難性

ワクチンの迅速な開発・供給を可能にする体制の構築のために必要な政策

- ①世界トップレベルの研究開発拠点形成<フラッグシップ拠点を形成>
 - ・ワクチン開発の拠点を形成、臨床及び産業界と連携し、分野横断的な研究や、新規モダリティを活用
- ②戦略性を持った研究費のファンディング機能の強化<先進的研究開発センターをAMEDに新設・機能強化>
 - ・産業界の研究開発状況、国内外の新規モダリティ動向を踏まえ、ワクチン実用化に向け政府と一体となって戦略的な研究費配分を行う体制をAMEDに新設
- ③治験環境の整備・拡充<国内外治験の充実・迅速化>
 - ・臨床研究中核病院の緊急時治験の要件化や治験病床等の平時からの確保
 - ・アジア地域の臨床研究・治験ネットワークを充実
- ④薬事承認プロセスの迅速化と基準整備
 - ・新たな感染症に備えて、あらかじめ臨床試験の枠組みに関する手順を作成
 - ・緊急事態に使用を認めるための制度の在り方を検討
- ⑤ワクチン製造拠点の整備<平時にも緊急時にも活用できる製造設備の整備>
 - ・ワクチンとバイオ医薬品の両用性(デュアルユース設備)とする施設整備、改修支援
- ⑥創業ベンチャーの育成<創業ベンチャーエコシステム全体の底上げ>
 - ・創業ベンチャーにとって特にリスクの大きな第Ⅱ相試験までの実用化開発支援等
- ⑦ワクチン開発・製造産業の育成・振興
 - ・新たな感染症発生時の国によるワクチン買上げなど国内でのワクチン供給が円滑に進むよう検討、国際的枠組みを通じた世界的供給やODAの活用等を検討
 - ・ワクチンの開発企業支援、原材料の国産化、備蓄等を担う体制を厚生労働省に構築
- ⑧国際協調の推進
 - ・ワクチン開発、供給、薬事承認の規制調和の国際的合意形成、COVAX等への貢献
- ⑨ワクチン開発の前提としてのモニタリング体制の強化

以上を実現するため研究開発を超えた総合的な司令塔機能や関係閣僚での議論の場を構築すべき

喫緊の新型コロナウイルス感染症への対応

- ・ 第Ⅲ相試験の被験者確保の困難性等に対応するため、薬事承認はICMRA(薬事規制当局国際連携組織)の議論を踏まえ、コンセンサスを先取りし、検証試験を開始・速やかに完了できるよう強力に支援
- ・ 国産ワクチンの検証試験加速のため、臨床研究中核病院の機能拡充に加え、臨床試験受託機関等も活用 等

2. こども・子育て

我が国の家族関係社会支出の内訳

○ 日本の家族関係社会支出（給付費ベース）は、2020年度で10.8兆円。現金給付が4.0兆円、現物給付が6.8兆円相当。

◆我が国の家族関係社会支出（2020年度（令和2年度））

項目		金額 (億円)	主なもの
現金給付	家族手当 (Family allowances)	26,769	
	児童手当	20,340	(R2 決算)
	その他	6,429	児童扶養手当 (0.5兆円 (R2 決算))
	出産、育児休業 (Maternity and Parent leave)	9,755	育児休業給付 (0.6兆円 (R2 決算)) 出産手当金 (0.1兆円 (R元決算))
	その他の現金給付 (Other cash benefits)	3,502	生活保護 (教育扶助)
	小 計	40,026	
現物給付	就学前教育・保育 (Early childhood education and care)	50,571	私立保育所等の運営費等 (2.9兆円 (R2 決算) (国費1.3兆円、地方負担1.3兆円、事業主拠出金0.4兆円)) 公立保育所等の運営費 (0.5兆円 (R2 決算))
	ホームヘルプ・施設 (Home help / Accommodation)	9,063	放課後等デイサービス等 (0.6兆円 (R2 決算))
	その他の現物給付 (Other benefits in kind)	7,875	放課後児童クラブ (0.2兆円 (R2 決算)) 児童養護施設等 (0.2兆円 (R2 決算))
	小 計	67,510	
合 計		107,536	

(注) 1 国立社会保障・人口問題研究所がOECDの家族関係社会支出の基準に従い集計。国費負担だけでなく、地方負担や事業主拠出分等を含む。決算ベース（ただし、地方負担分については、補助率を踏まえて機械的に算出しているものもある。）。なお、「家族関係社会支出」は、社会保障費用統計（毎年8月頃に公表）の1分野であり、同統計の公表後に「項目」「金額」がOECDに報告されている。

2 計数については、それぞれ四捨五入している。地方単独分も含めて集計している。

3 子育て世帯への医療サービス（例：出産育児一時金（約0.4兆円）、乳児医療費助成（約0.2兆円））等は保健関係社会支出に分類されており、含まれていない。

こども家庭庁に移管予定の主な予算（令和4年度予算ベース）

令和4年度予算 約4.7兆円

内 閣 府	<p>【内閣官房(一般会計)】 約11億円</p>
内 閣 府	<p>【政策調整担当(一般会計)】 約9億円</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域子供の未来応援交付金 <p>【子子本部(一般会計)】 約5,200億円</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域少子化対策重点推進交付金 ・大学等修学支援費 <p>【子子本部(年金特会子子勘定)】 約32,800億円</p> <ul style="list-style-type: none"> ・子どものための教育・保育給付等 ・子ども・子育て支援交付金 ・企業主導型保育 ・児童手当 など
厚 生 労 働 省	<p>【子ども家庭局(一般会計)】 約4,500億円</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保育所関係整備費、事業費 ・母子保健関係事業費 ・児童虐待・養護関係事業費 ・里親・児童養護施設等措置費、整備費 ・ひとり親関係事業費 ・児童扶養手当 <p>【障害保健福祉部等(一般会計)】 約4,400億円</p> <ul style="list-style-type: none"> ・障害児入所給付費等 など
文 科 省 等	<p>【文部科学省(一般会計)】 約50億円</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認定こども園施設整備費 <p>【消費者庁(一般会計)】 約0.1億円</p> <p style="text-align: right;">など</p>

※主な経費内訳:年金・医療等に係る経費 約3兆1,600億円、義務的経費 約5,300億円、裁量的経費 約2,200億円、事業主拠出金 約7,000億円
 ※人件費、一般行政経費等は、「など」と記載。計数は、それぞれ四捨五入によっているため、端数において合計と一致しないものがある。

こども家庭庁予算と少子化対策関係予算のイメージ

こども家庭庁 予算

4.7兆円

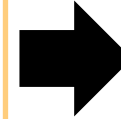


育児休業給付 0.7兆円

高校生等への修学支援 0.4兆円

無利子奨学金事業 0.1兆円

等



少子化対策
関係予算^(※)

6.1兆円

(※1) 上記の計数は、令和4年度当初予算の計数。

(※2) 少子化対策関係予算は、「少子化社会対策大綱」(令和2年5月29日閣議決定)に基づき、整理した予算。

- ◆ 新たな「少子化社会対策大綱」を、令和2年5月29日に閣議決定。
- ◆ 基本的な目標として「希望出生率1.8」の実現を掲げ、目標実現のための具体的な道筋を示す狙い。

背景

- 2019年の出生数は86万5,239人と過去最少（「86万ショック」）
- 少子化の進行は、人口の減少と高齢化を通じて社会経済に多大な影響を及ぼす、国民共通の困難
- 少子化の背景にある、個々人の結婚や出産、子育ての希望の実現を阻む隘路の打破に強力に取り組む必要

主な施策

- 「希望出生率1.8」の実現に向けて、ライフステージに応じた総合的な少子化対策を大胆に進める

【結婚しない理由】 男女とも「適当な相手にめぐり会わない」が最多	【理想の子供数を持たない理由(理想1人)】 欲しいけれどもできないから (74.0%) 高齢で生むのはいやだから (39.0%)	【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】 家事・育児時間なし：10.0% 6時間以上：87.1%	【理想の子供数を持たない理由(理想3人)】 子育てや教育にお金がかかりすぎるから (69.8%)
-------------------------------------	--	---	---

結婚支援

地方公共団体が行う総合的な結婚支援の一層の取組を支援

結婚に伴う新生活のスタートアップに係る経済的負担を軽減

妊娠・出産への支援

＜不妊治療＞
不妊治療の費用助成を行うとともに、適応症と効果が明らかな治療には広く医療保険の適用を検討し、支援を拡充

＜切れ目のない支援＞
産後ケア事業の充実等

仕事と子育ての両立

＜男性の家事・育児参画促進＞
男性の育休取得30%目標に向けた総合的な取組の推進

＜育児休業給付＞
上記取組の推進状況を踏まえ、中長期的な観点から、その充実を含め、効果的な制度の在り方を総合的に検討

＜待機児童解消＞
保育の受け皿確保

地域・社会による 子育て支援

保護者の就業の有無等にかかわらず多様なニーズに応じて、全ての子育て家庭が、それぞれが必要とする支援にアクセスでき、安全かつ安心して子供を育てられる環境を整備

経済的支援

＜児童手当＞
財源確保の具体的な方策と併せて、子供の数や所得水準に応じた効果的な給付の在り方を検討

＜高等教育の修学支援＞
多子世帯に更に配慮した制度の充実を検討

＜幼児教育・保育の無償化＞
2019年10月からの無償化を着実に実施

- 更に強力に少子化対策を推し進めるために必要な安定財源の確保について、国民各層の理解を得ながら、社会全体での費用負担の在り方を含め、幅広く検討を進める

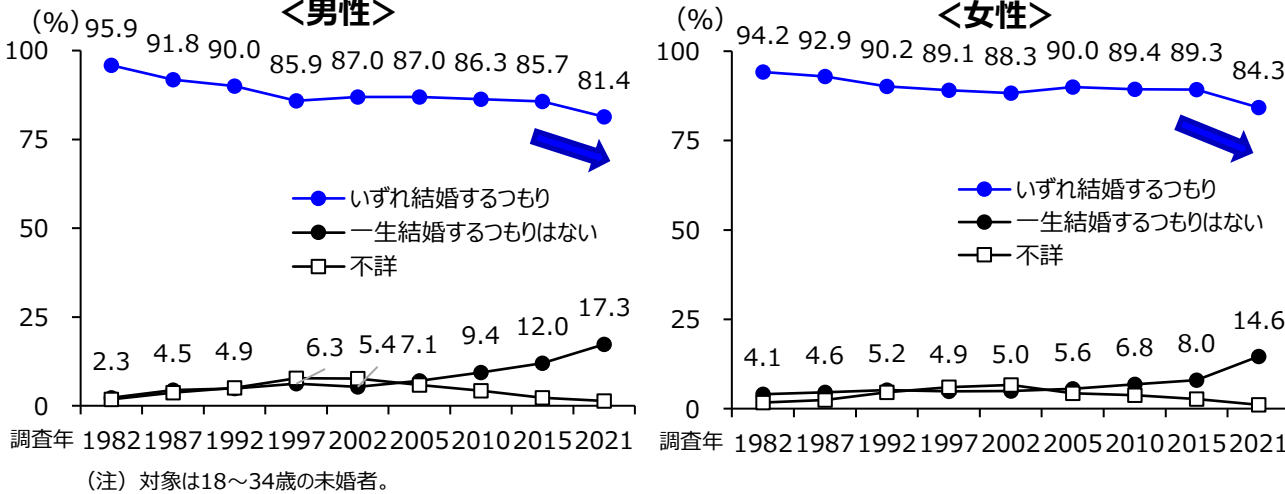
新型コロナウイルス

- 新型コロナウイルスの流行は、安心して子供を生み育てられる環境整備の重要性を改めて浮き彫りにした
- 非常時の対応にも留意しながら、事態の収束後に見込まれる社会経済や国民生活の変容も見通しつつ、総合的な少子化対策を進める

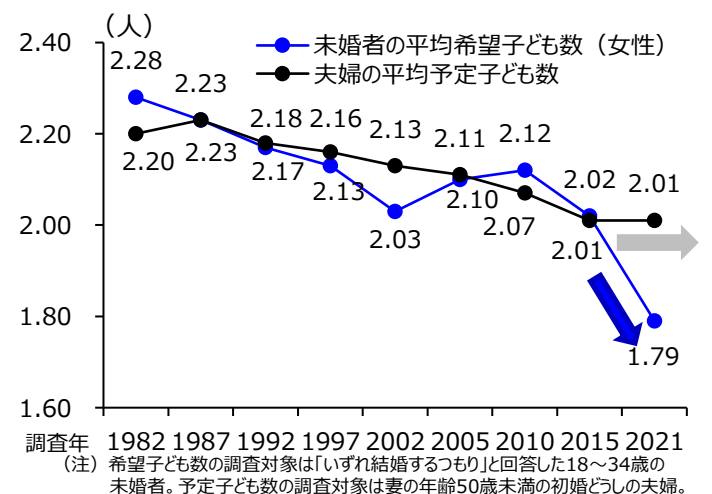
出生動向基本調査（2021）のポイント

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

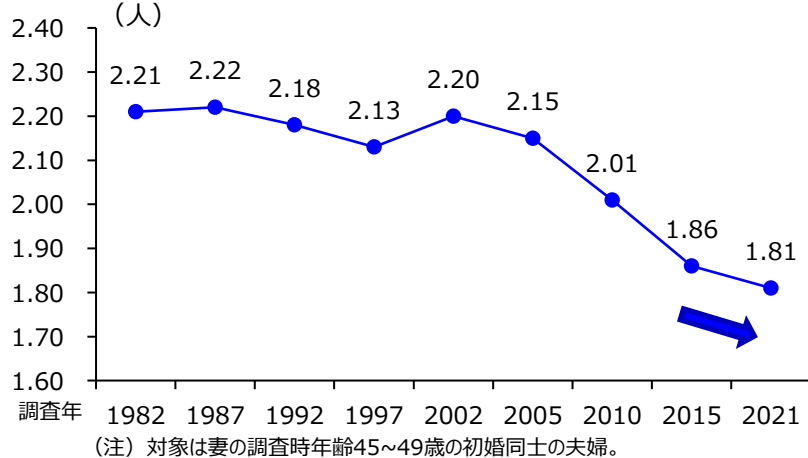
◆ 未婚者の生涯の結婚意思



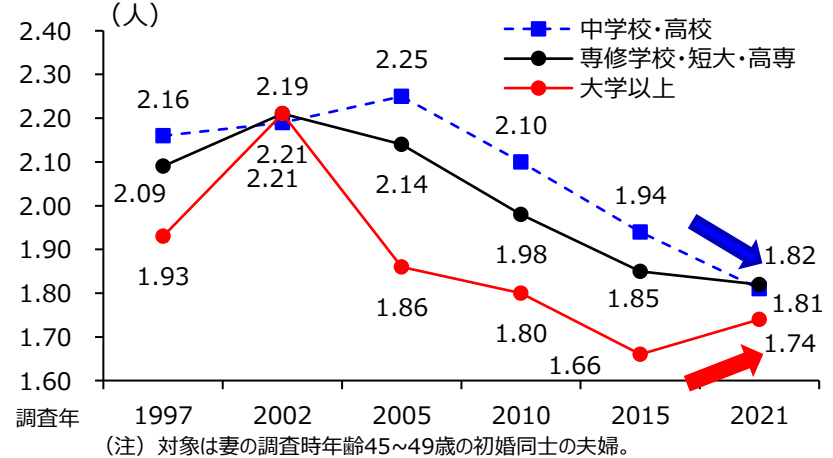
◆ 平均希望子ども数・平均予定子ども数



◆ 出生子ども数



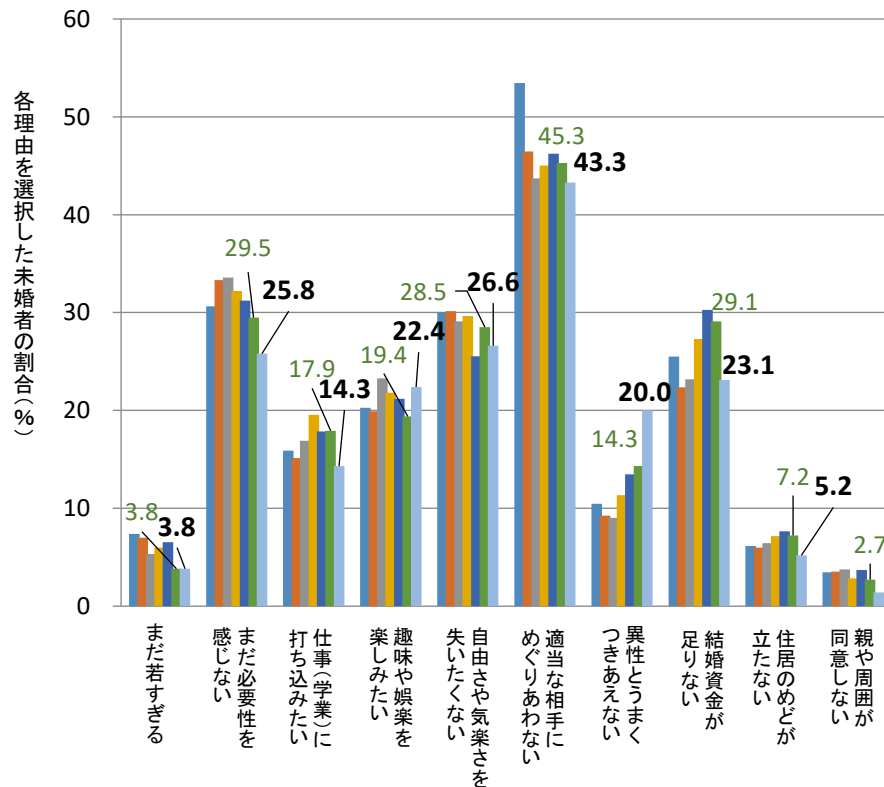
◆ 妻の最終学歴別出生子ども数



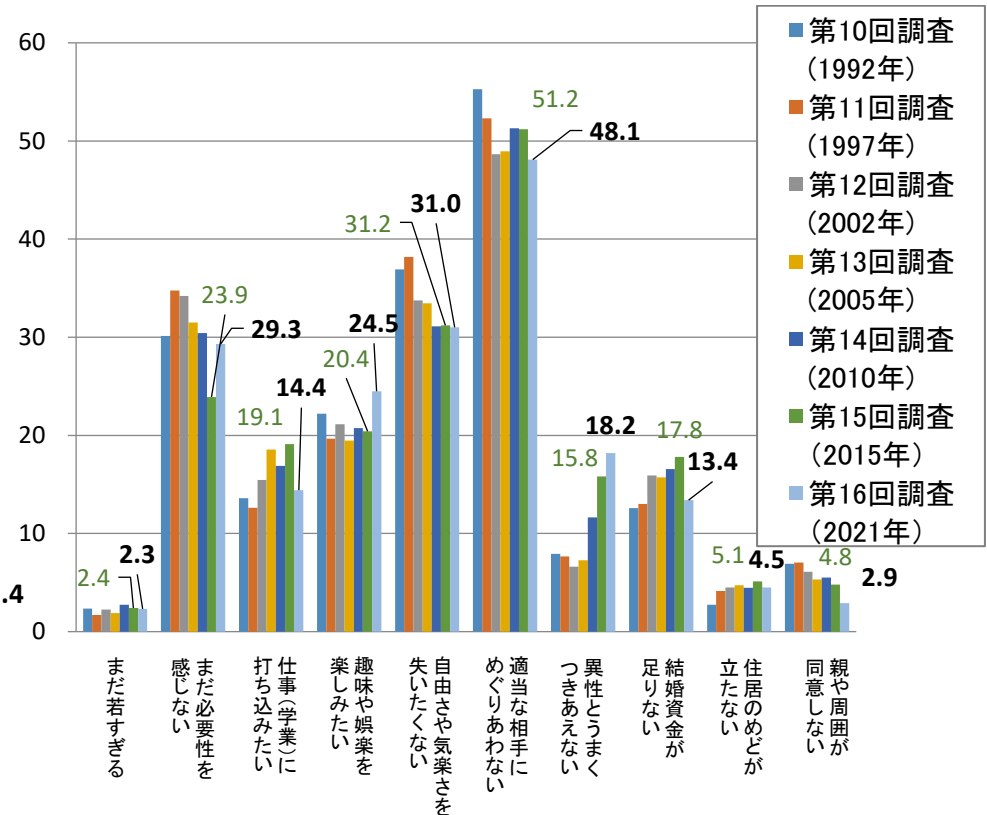
若者が結婚しない理由

- 25～34歳の未婚者に独身でいる理由を尋ねると、男女ともに「適切な相手にめぐりあわない」が最も多い（男性43.3%、女性48.1%）。次いで「自由さや気楽さを失いたくない」「まだ必要性を感じない」が多い。
- 「異性とうまくつき合えないから」の選択率は、2005年（第13回）調査以降、上昇している。その他、最新の調査では「今は、趣味や娯楽を楽しみたいから」が男女ともに増加した。

男性



女性

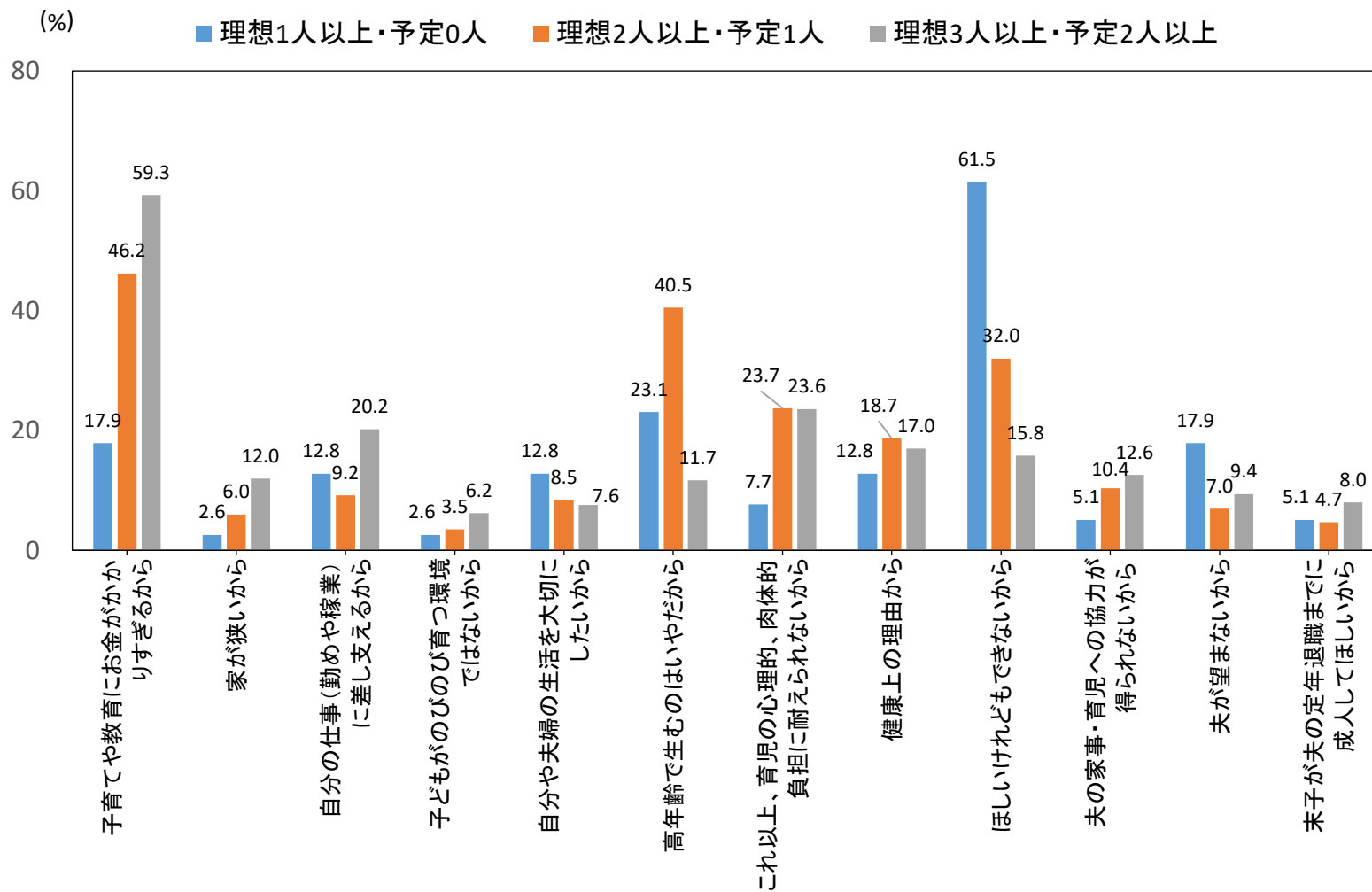


出典：国立社会保障・人口問題研究所「出生動向基本調査」（独身者調査）

※対象は、25～34歳の未婚者。未婚者のうち何%の人が各項目を独身にとどまっている理由（3つまで選択可）としてあげているかを示す。

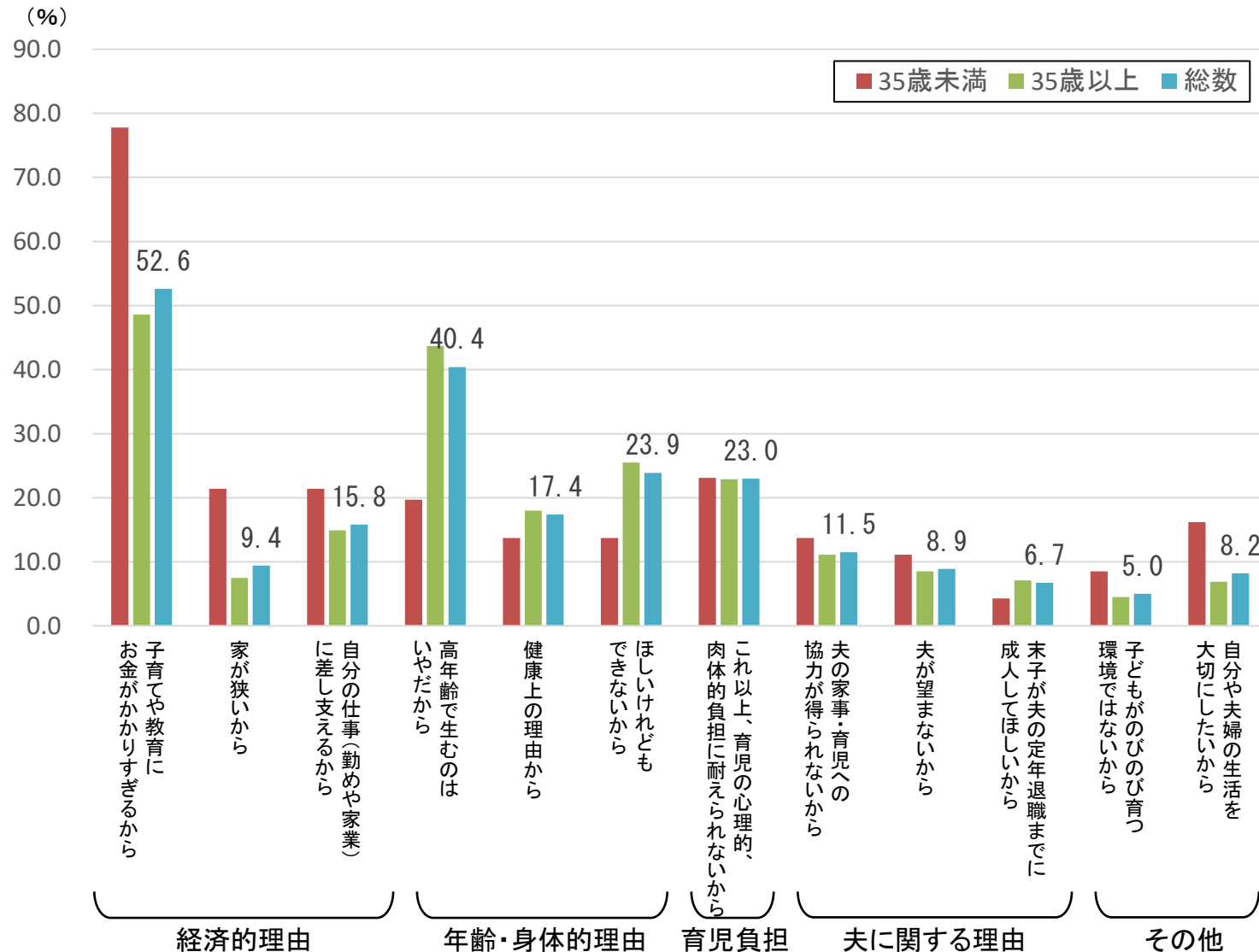
グラフ上の数値は第16回調査の結果。

理想の子供数を持たない理由(理想・予定子供数の組み合わせ別)



(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)」

妻の年齢別にみた、理想の子供数を持たない理由



資料: 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)」(2021年)を基に内閣府作成。
 注: 対象は予定子ども数が理想子ども数を下回る、妻の調査時年齢50歳未満の初婚どうしの夫婦。
 複数回答のため合計値は100%を超える。

すべての妊婦・こども・子育て家庭に対する伴走型支援の充実の経緯

物価高克服・経済再生実現のための総合経済対策 【令和4年10月28日閣議決定】

(1) 少子化対策、こども・子育て世代への支援

少子化については、コロナ禍の中で、婚姻件数が2年間で約10万組減少し、出生数が将来人口推計よりも7年程度早く減少するなど、危機的な状況にある。このため、結婚支援や、全ての妊婦・こども・子育て世帯に対する支援を充実させる。

支援が手薄な0歳から2歳の低年齢期に焦点を当て、妊娠時から出産・子育てまで一貫した伴走型相談支援の充実を図るとともに、地方自治体の創意工夫により、妊娠・出産時の関連用品の購入費助成や産前・産後ケア・一時預かり・家事支援サービス等の利用負担軽減を図る経済的支援を一体として実施する事業を創設し、継続的に実施する²⁴。また、令和5年度当初予算において出産育児一時金の大幅な増額を図る。

「新子育て安心プラン」の実現に向けて、保育所や幼稚園等の整備を図るほか、困窮するひとり親家庭等や要支援世帯のこども等を対象としたこども食堂など、こどもの居場所や食への支援を行う。

放課後児童クラブと放課後子供教室の連携促進について効果検証を行い、学校施設の利用促進の観点も含め首長部局・教育委員会に対し働きかけを行う。その結果を新たな放課後のプランに反映する。

こどもの成長環境にかかわらず誰一人取り残すことなく健やかな成長を保障するため、ひとり親家庭等の自立に向けた支援を行う。

送迎バスにおける事故を繰り返さないよう、こどもの安全・安心対策の充実を図る。

2023年4月に「こども家庭庁」を創設し、こども政策については、こどもの視点に立って、必要な政策を体系的に取りまとめた上で、その充実を図り、強力に進めていく。

²⁴ 経済的支援については、妊娠届出時及び出生届出時を通じて計10万円相当とする。来年初を基準日として前倒しで実施し、継続的に実施するために必要な安定財源確保や効率的な事業実施方法等について、令和5年度当初予算編成過程において検討し、必要な措置を講ずる。来年初を基準日とした前倒し実施に当たり、基準日以降の出産に妊娠届出時の経済的支援を、令和4年4月以降の出産に妊娠届出時及び出生届出時の経済的支援をそれぞれ遡及適用する経過措置を設ける。

出産育児一時金の経緯

平成6年10月～ 出産育児一時金の創設（支給額30万円）

- 「分娩」という保険事故に対する一時金である「分娩費（標準報酬月額半額相当（最低保障額24万円））」と「育児手当金（2千円）」を廃止し、出産前後の諸費用の家計負担が軽減されるよう、出産育児一時金を創設。
- 支給額の考え方：分娩介助料（国立病院の平均分娩料26.4万円（H5））、出産前後の健診費用（2.7万円）、育児に伴う初期費用等を総合的に勘案して、30万円に設定された。

平成12年医療保険制度改革 30万円を据え置き

- 平成12年医療保険制度改革に際して、平成9年の国立病院の平均分娩料が30万円、健診費用が3.6万円であったが、引き上げた場合の保険財政への影響を勘案して、出産育児一時金は分娩料のみを補填するものと位置づけ、引き上げを行わなかった。

平成18年10月～ 35万円に引き上げ

- 支給額の考え方：国立病院機構等における平均分娩料34.6万円（H17.3）

平成20年4月～ 後期高齢者医療制度の創設に伴う負担の仕組みの変更

- 後期高齢者医療制度の創設に伴い、全世代が負担する仕組みから75歳未満の者のみで負担する仕組みに転換。

平成21年1月～ 原則38万円に引き上げ

- 支給額に産科医療補償制度の掛金分3万円上乘せ

平成21年10月～ 原則42万円に引き上げ（平成23年3月までの暫定措置）

- 支給額の考え方：全施設の平均出産費用約39万円（H19.9）※差額ベッド代、特別食、産後の美容サービス等は対象外
- 出産育児一時金の直接支払制度を導入

平成23年4月～ 原則42万円を恒久化

平成27年1月～ 原則42万円（本人分39万円→40.4万円に引上げ）

- 産科医療補償制度の掛金を3万円から1.6万円に引き下げ
- 支給額の考え方：公的病院の出産費用40.6万円（平成24年度）※「室料差額」「その他」（祝膳等）「産科医療補償制度の掛金」は除く

令和4年1月～ 原則42万円（本人分40.4万円→40.8万円引上げ）

- 産科医療補償制度の掛金を1.6万円から1.2万円に引き下げ

一時預かり事業

1. 事業概要

○ 日常生活上の突発的な事情や社会参加などにより、一時的に家庭での保育が困難となった乳幼児を保育所等で一時的に預かる事業。

実施主体：市町村（特別区を含む。）

補助率：国1/3（都道府県1/3、市町村1/3）

<事業類型>

(1) 一般型

家庭において保育を受けることが一時的に困難となった乳幼児について、保育所その他の場所で一時的に預かり、必要な保護を行う事業。

(2) 余裕活用型（平成26年度創設）

保育所等において、利用児童数が定員に達していない場合に、定員まで一時預かり事業として受け入れる事業。

(3) 幼稚園型Ⅰ（平成27年度創設）

幼稚園、認定こども園に在籍している園児を主な対象として、教育時間の前後又は長期休業日等に預かり必要な保護を行う事業。

(4) 幼稚園型Ⅱ（平成30年度創設）

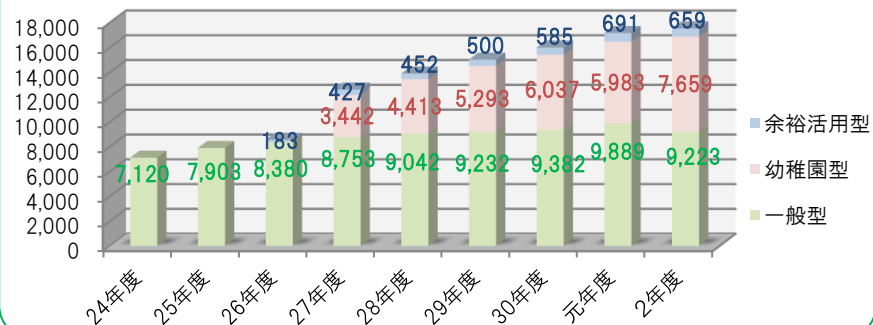
幼稚園において、保育を必要とする0～2歳児の受け皿として、定期的な預かりを行う事業。

(5) 居宅訪問型（平成27年度創設）

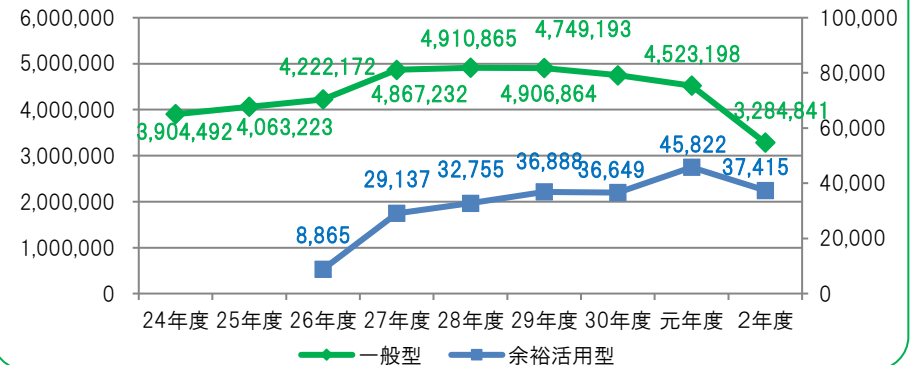
家庭において保育を受けることが一時的に困難となった乳幼児について、乳幼児の居宅において一時的に預かり、必要な保護を行う事業。

2. 事業実績

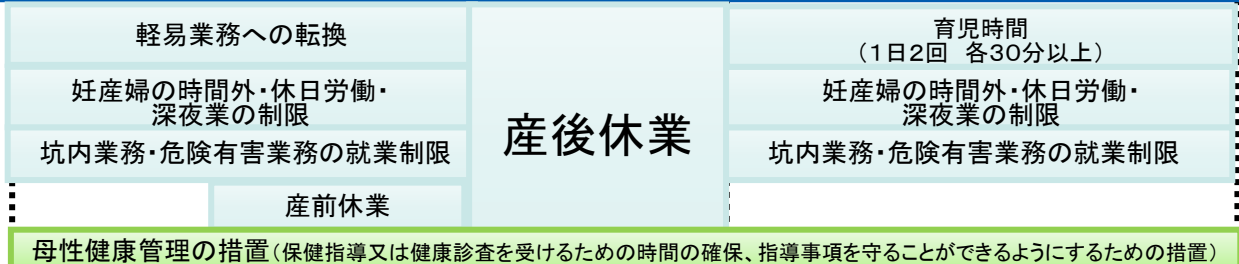
<実施か所数>



<延べ利用児童数>



妊娠・出産・育児期の両立支援制度



出生時育児休業(産後パパ育休)

男性は子の出生日(又は予定日)から取得可能

育児休業
(一定の場合、最長2歳まで取得可)

所定労働時間の短縮措置等
【原則】短時間勤務制度(1日の所定労働時間が6時間以下)
〈短時間勤務制度を講じることが困難と認められる業務の代替措置〉
・育児休業に関する制度に準じる措置
・フレックスタイムの制度
・始業又は終業時間を繰り上げ、繰り下げの制度(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

所定外労働の制限
・労働者の請求で、所定労働時間を超える労働を禁止
・1回につき、1月以上1年以内の期間で、何回も請求できる

子の看護休暇
・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
・子供1人の場合年に5日、2人以上の場合年に10日が付与される(時間単位で利用可)

時間外労働・深夜業の制限
・労働者の請求で、制限時間(1ヶ月24時間、1年150時間)を超える労働を禁止
・時間外労働の制限は、1回につき1月以上1年以内の期間で、何回でも請求できる
・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
・深夜業の制限は、1回につき1月以上6月以内の期間で、何回でも請求できる

育児休業、又はそれに準ずる措置

所定労働時間の短縮、又はそれに準ずる措置

所定外労働の制限、又はそれに準ずる措置

- : 労基法上の制度
- : 育介法上の制度
- : 育介法上の努力義務
- : 均等法上の制度

育児休業制度の概要

労働者は、その養育する1歳に満たない子について、事業主に申し出ることにより育児休業を取得することができる。

	育児休業	産後パパ育休（出生時育児休業） ※令和4年10月から
対象労働者	<p>○労働者（日々雇用を除く）</p> <p>※ 有期雇用労働者は、休業の申出時点に、子が1歳6か月までに労働契約期間が満了し、更新されないことが明らかでないことが必要。</p> <p>※ 労使協定を締結した場合は以下に該当する労働者は対象外とすることができる。</p> <p>① 申出時点で継続雇用期間が1年未満 ② 申出から1年以内に雇用関係が終了することが明らか ③ 週の所定労働日数が2日以下</p>	<p>○産後休業をしていない労働者（日々雇用を除く）</p> <p>※ 有期雇用労働者は、休業の申出時点に、子の出生日又は出産予定日のいずれか遅い方から8週間を経過する日の翌日から6か月を経過する日までに労働契約期間が満了し、更新されないことが明らかでないことが必要。</p> <p>※ 労使協定を締結した場合は以下に該当する労働者は対象外とすることができる。</p> <p>① 申出時点で継続雇用期間が1年未満 ② 申出から8週間以内に雇用関係が終了することが明らか ③ 週の所定労働日数が2日以下</p>
対象となる子	<p>○法律上の親子関係がある子（養子を含む）</p> <p>※ 特別養子縁組の監護期間中の子、養子縁組里親に委託されている子等も含む。</p>	
対象となる期間	<p>○子が1歳に達するまでの連続した期間</p> <p>※ 2回に分割して取得可能（令和4年10月から）</p>	<p>○子の出生後8週間以内の期間内で通算4週間まで</p> <p>※ 2回に分割して取得可能</p>

育児休業期間に関する特例

✓ パパ・ママ育休プラス

配偶者が同時または先に育児休業を開始している場合は、子が1歳2か月に達するまでの間に1年間取得できる。（出産した女性の場合は、1年間に出生日と産後休業期間を含む。）

✓ 期間の延長

子が1歳に達する日において、いずれかの親が育児休業中であり（①、②のみ）、かつ、次の事情がある場合には、子が1歳6か月に達するまで休業期間の延長が可能（同様の条件で、1歳6か月から2歳までの延長も可能）

- ① 保育所等への入所を希望しているが、入所できない場合
- ② 1歳以降子を養育する予定であった配偶者が死亡、負傷、疾病等により子を養育することが困難になった場合
- ③ 新たな産前・産後休業、産後パパ育休、育児休業又は介護休業の開始により育児休業が終了した場合で、当該休業に係る子又は家族が死亡したこと。（令和4年10月から）

育児休業給付の概要

1) 概要

労働者の職業生活の円滑な継続を援助、促進するため、労働者が1歳※1(子が1歳を超えても休業が必要と認められる一定の場合※2には最長で2歳に達するまで)未満の子を養育するための育児休業を行う場合に、育児休業給付(育児休業給付金※3)を支給。

※1 当該労働者の配偶者が、子の1歳に達する日以前のいずれかの日において、当該子を養育するための休業をしている場合は、1歳2か月。

※2 『一定の場合』とは、保育所の申込みを行ったが利用できない場合や、子の養育を行っている配偶者が死亡した場合等

※3 子の出生後8週間以内に4週間まで取得することができる産後パパ育休を取得した場合、出生時育児休業給付金が支給される(令和4年10月～)。

2) 支給要件

雇用保険の被保険者が、育児休業をした場合に、当該休業を開始した日前2年間に、賃金の支払の基礎となった日数が11日以上ある月が通算して12か月以上あること。

3) 給付額

育児休業開始から180日までは休業開始前賃金の67%相当額※1、それ以降は50%相当額。

※1 給付は非課税であること、また、育休期間中は社会保険料免除があることから、**休業前の手取り賃金と比較した実質的な給付率は8割程度。**

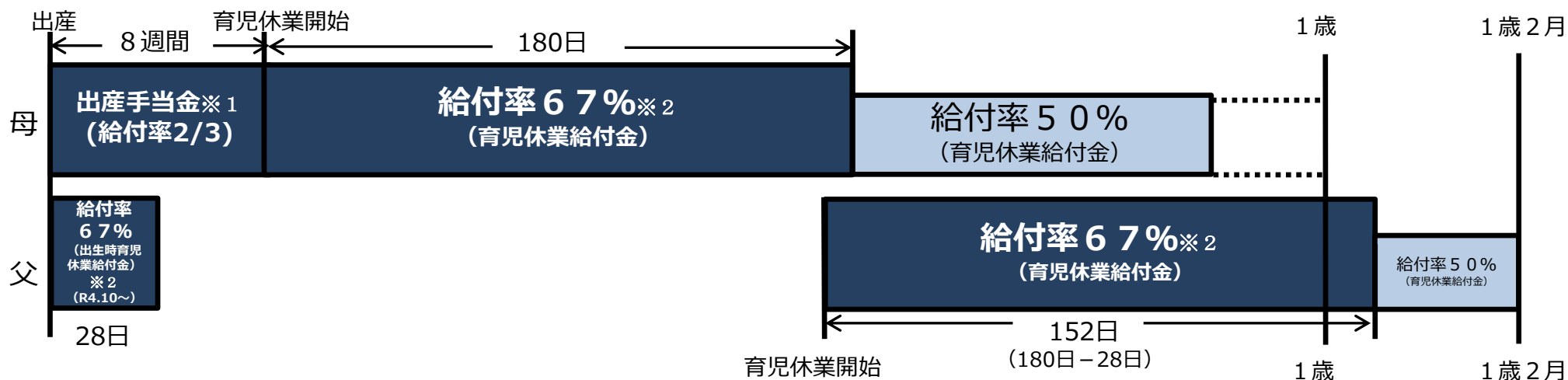
なお、出生時育児休業給付金の支給日数は、支給率67%の日数である180日に通算される。

※2 賃金と給付の合計額が休業開始時賃金月額80%を超える場合は、超える額を減額。

4) 申請手続

事業主が申請。ただし、やむを得ない理由のため、事業主を経由して提出することが困難な場合や被保険者本人が自ら申請手続を行うことを希望する場合は、被保険者である労働者本人が申請することも可能。

「参考」男女ともに育児休業を取得する場合の給付のイメージ



※1 健康保険等により、産前6週間、産後8週間において、1日につき標準報酬日額の2/3相当額が出産手当金として支給。

※2 育児休業及び産後パパ育休はそれぞれ2回まで分割して取得が可能であり、それぞれの休業について育児休業給付金又は出生時育児休業給付金を受けられる(令和4年10月～)。26

育児休業給付に係る主な制度変遷

	平成12年改正以前 (平成7年4月創設)	平成12年改正 (平成13年1月施行)	平成19年改正 (同年10月施行)	平成21年改正 (22年4月施行)	平成26年改正 (同年4月施行)	令和2年改正 (同年4月施行)
給付率	25%	40%	50%	50%	67% (50%)	67% (50%)
	(育児休業基本給付金： 20% 職場復帰給付金： 5%)	(育児休業基本給付金： 30% 職場復帰給付金： 10%)	(育児休業基本給付金： 30% 職場復帰給付金： 20% ※平成21年度末まで (暫定措置)	※全額休業期間中 に支給 ※暫定措置の期限 を「当分の間」 に延長	※育児休業開始から6月ま では休業開始前賃金の 67%に引上げ (それ以降は休業開始前 賃金の50%)	※暫定措置を本則化

平成7年4月1日 (育児休業給付創設)

給付率25% (育児休業基本給付金20%、育児休業職場復帰給付金5%)

平成13年1月1日

給付率を25% → 40%に引上げ (育児休業基本給付金 20%→30%、育児休業者職場復帰給付金 5%→10%)

平成17年4月1日

給付期間の延長 (養育する子が1歳まで → 一定の場合には1歳6か月まで)

平成19年10月1日

少子化対策及び雇用の安定に資するとして、給付率を40% → 50%に引上げ

(育児休業基本給付金 30%(変更無し)、育児休業者職場復帰給付金 10%→20%) <平成21年度末までの暫定措置>

平成22年4月1日

・少子化対策としての要請等を勘案し、暫定措置の期限を「当分の間」に延長

・休業中と復帰後6ヶ月に分けて支給していた給付を統合し、全額(50%)を休業中に支給

平成22年6月30日

同一の子について配偶者が休業をする場合については、子が「1歳2ヶ月」に達する日まで最長1年間支給 (パパ・ママ育休プラス)

平成26年4月1日

男女ともに育児休業を取得することを更に促進するため、休業開始後6月につき、給付割合を67%に引上げ

平成29年10月1日

給付期間の延長 (一定の場合には1歳6か月に達する日まで → 一定の場合には2歳に達する日まで)

令和2年4月1日

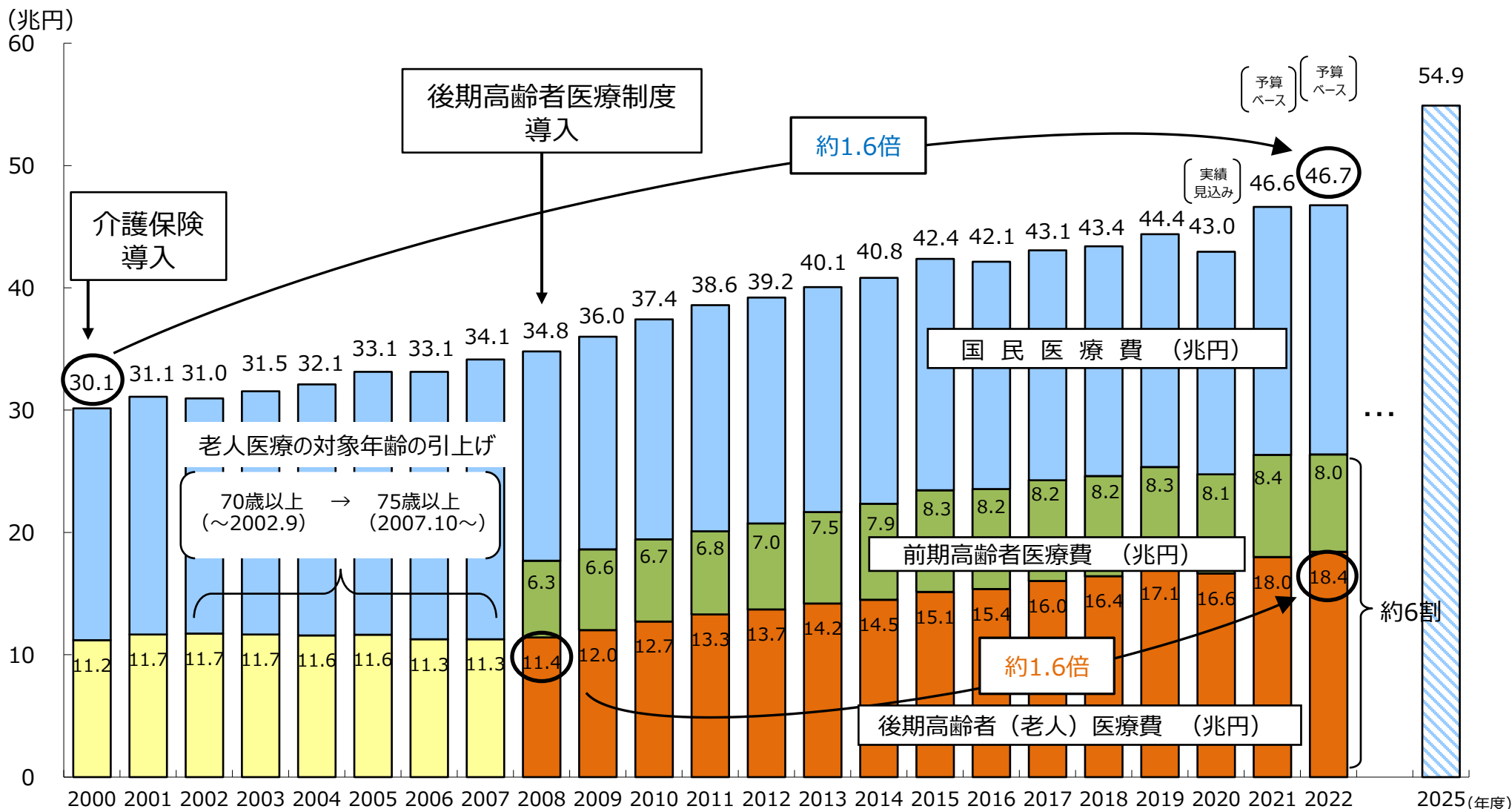
育児休業給付を他の失業等給付とは異なる給付体系に位置付け、育児休業給付の収支を失業等給付とは区分

令和4年10月1日

育児休業給付を2回まで分割支給可能にするとともに出生時育児休業給付金を創設

3. 医療

医療費の推移



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

2021年度及び2022年度は予算ベースである。

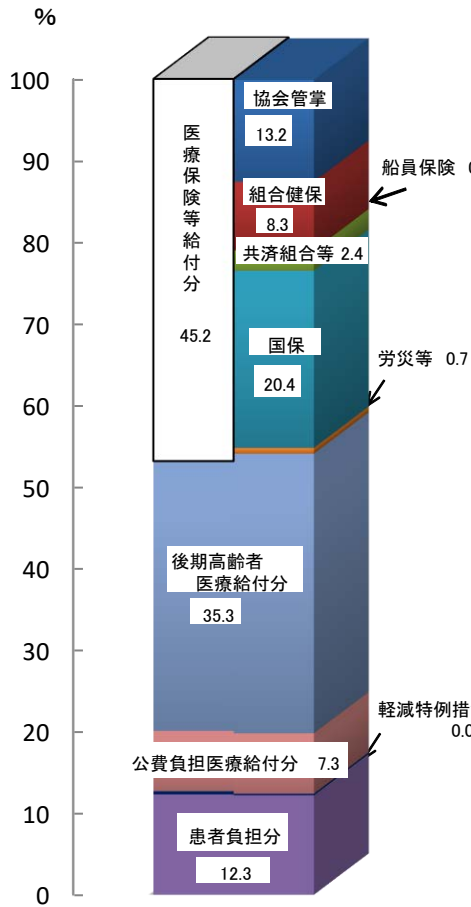
前期高齢者医療費の2019年度までは、「医療保険に関する基礎資料」(年次報告)の65～69歳・70～74歳(後期高齢者医療制度を除く)の医療費を機械的に合算したものである。

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

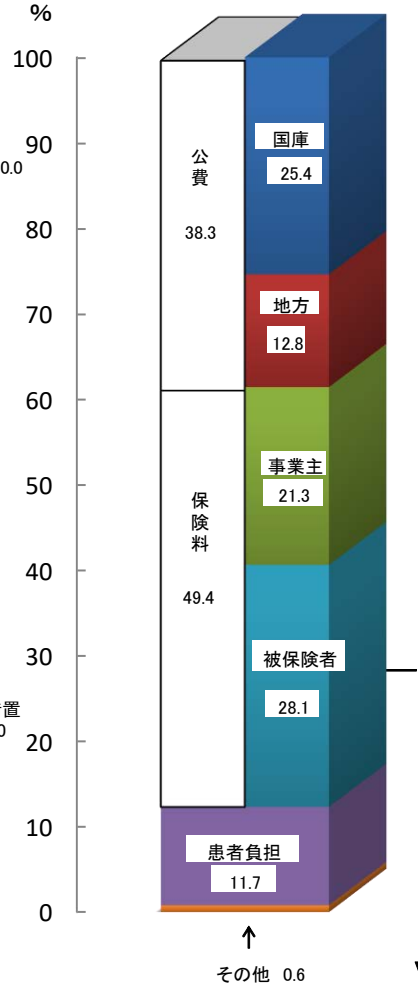
国民医療費の構造（令和元年度）

国民医療費 44兆3,895億円
一人当たり医療費 351,800円

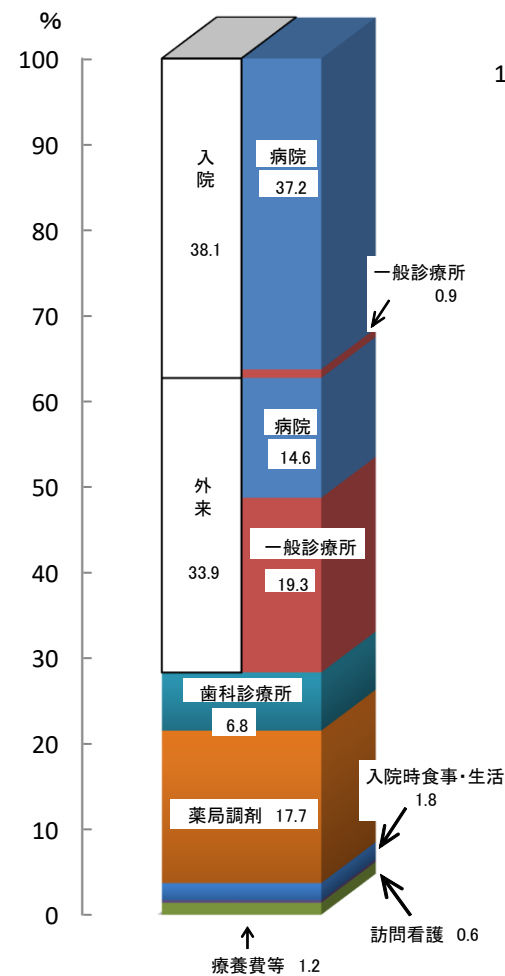
国民医療費の制度別内訳



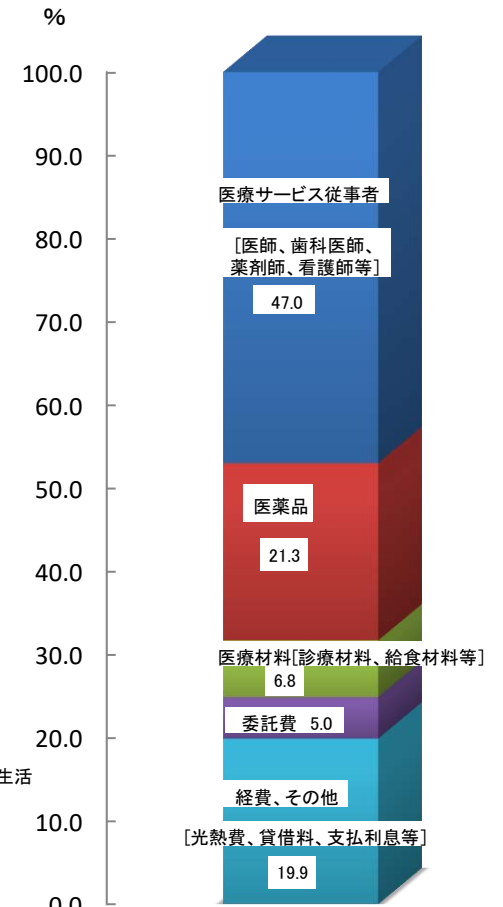
国民医療費の財源別内訳



国民医療費の分配



医療機関の費用構造



●被保険者負担には、国民健康保険の保険料が含まれている。

●令和元年度国民医療費、医療経済実態調査（令和元年）の結果等に基づき推計

医療分野等における社会保障給付費の規律の必要性

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

【検討すべき事項】

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

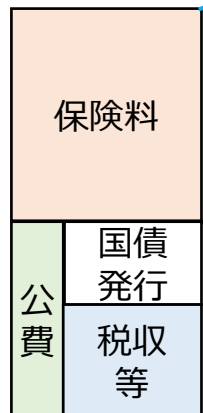
自然体での給付費の伸び

受益と負担のバランスが取れた水準へ給付費を抑制

自然体での公費の伸び

歳出改革の継続・強化

医療給付費



【現行の規律】

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

FY2021 FY2022 FY2023 FY2024 FY2025 ...

地域医療連携推進法人の活用

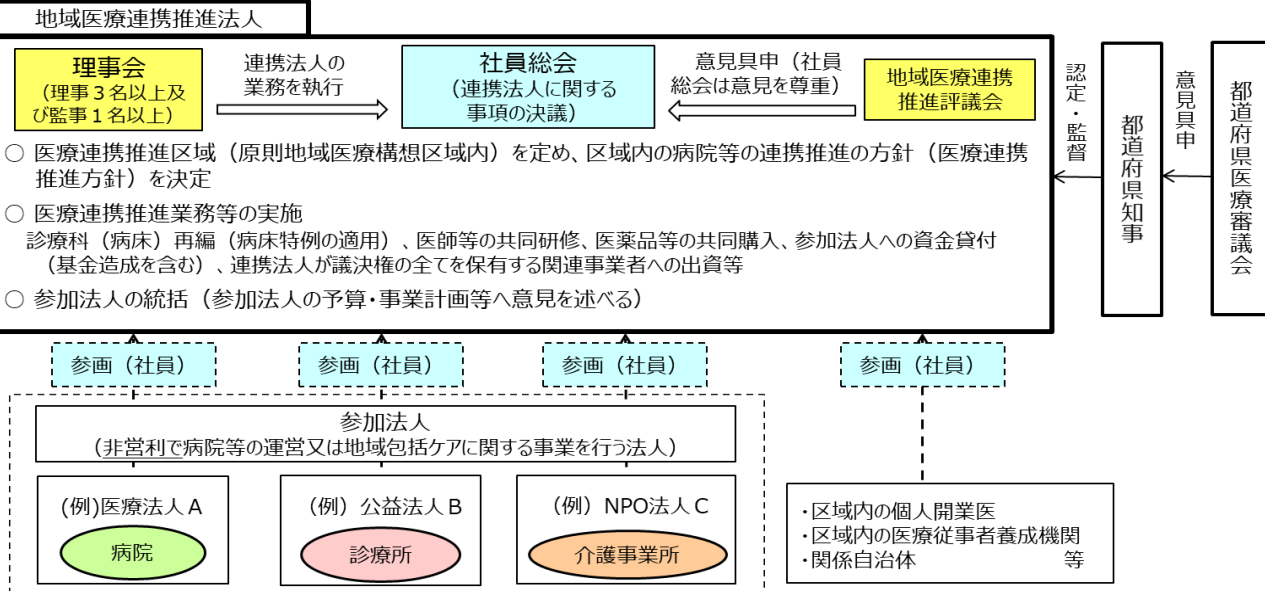
- 「競争よりも協調」という考え方に立って医療機関相互間の機能の分担および業務の連携を推進するために創設された制度として、**地域医療連携推進法人制度が存在する**。2017年に導入され、本年4月1日現在で31法人が認定されている。
- 同制度は、参加する医療機関等に関する統一的な連携推進方針を決定し、横の連携を強化するとともに、グループの一体的運営によりヒト・モノ・カネ・情報を有効に活用することを目指しており、実際、多くの地域医療連携推進法人で、医療従事者の派遣・人事交流、共同研修、医薬品の共同購入、医療機器の共同利用が行われている。
- 地域医療構想を達成するための選択肢としても、医療費の適正化の観点から医薬品の共同購入・医療機器の共同利用を推進する観点からも、**地域医療連携推進法人制度の活用は望ましく、その普及を徹底すべき**である。
- なお、昨年12月の当審議会では、**診療報酬体系を医療機関等相互の面的・ネットワーク的な連携・協働をより重視する「横連携」型の体系へシフト**させていくことが提言されている。地域医療連携推進法人制度の普及に当たっては、そうしたシフトの一環として、患者単位でエピソードを評価し、患者の転帰に際し、地域医療連携推進法人に参加する複数の医療機関等に対し、一体として包括報酬を支払うことを含め、「競争よりも協調」の具現を後押しする手法を幅広く検討すべきである。

◆ 地域医療連携推進法人制度の概要

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

◆ 地域医療連携推進法人一覧(令和4年4月1日現在)

【北海道】南檜山メディカルネットワーク	【滋賀県】滋賀高島
上川北部医療連携推進機構	湖南メディカル・コンソーシアム
【青森県】上十三まごネット	東近江メディカルケアネットワーク
【山形県】日本海ヘルスケアネット	【大阪府】北河内メディカルネットワーク
【福島県】医療戦略研究所	弘道会ヘルスネットワーク
ふくしま浜通り・メディカル・アソシエーション	泉州北部メディカルネットワーク
【茨城県】桃の花メディカルネットワーク	【兵庫県】はりま姫路総合医療センター整備推進機構
【栃木県】日光ヘルスケアネット	川西・猪名川地域ヘルスケアネットワーク
【神奈川県】さがみメディカルパートナーズ	【岡山県】岡山救急メディカルネットワーク
横浜医療連携ネットワーク	【島根県】江津メディカルネットワーク
【岐阜県】県北西部地域医療ネット	雲南市・奥出雲町地域医療ネットワーク
【千葉県】房総メディカルアライアンス	【広島県】備北メディカルネットワーク
【静岡県】ふじのくに社会健康医療連合	【高知県】清水令和会
静岡県東部メディカルネットワーク	高知メディカルアライアンス
【愛知県】尾三会	【佐賀県】佐賀東部メディカルアライアンス
	【鹿児島県】アンマ
	計31法人



「令和4年度予算の編成等に関する建議」令和3年12月3日 財政制度等審議会

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

薬剤費の適正化（高額薬剤への対応）

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

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

◆市場拡大再算定の特例の対象品目（2018年4月以降）

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

◆四半期の市場拡大再算定の対象品目（2018年4月以降）

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

◆肺がん治療において、薬剤を減量して少ない副作用で同等の効果が得られた例

JAMA Oncology | [Original Investigation](#)

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

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

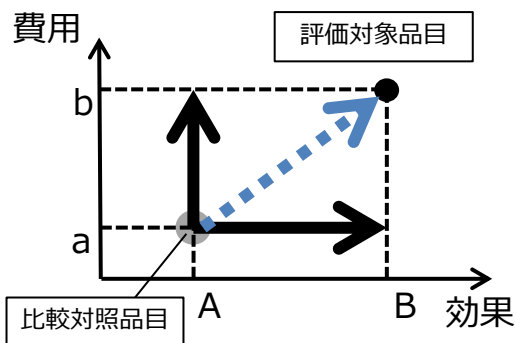
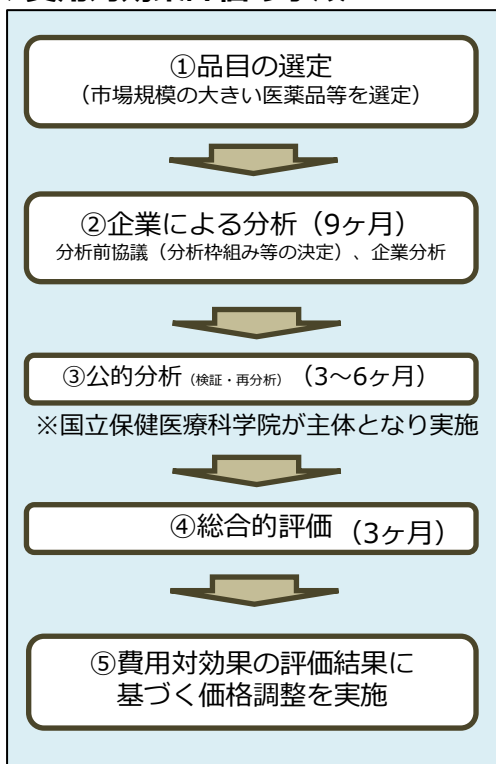
薬剤費の適正（費用対効果評価制度）

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

◆費用対効果の評価が示された最初の薬剤

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

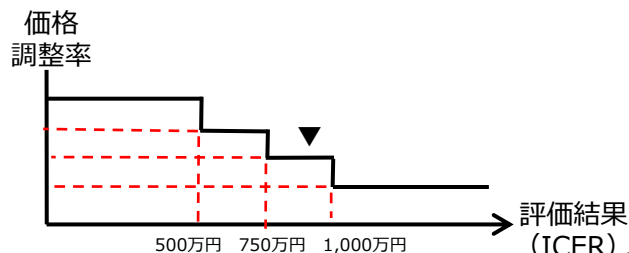
◆費用対効果評価の手順



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

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

健康な状態での1年間の生存を延長するために必要な費用を算出。



評価結果に応じて対象品目の価格を調整
 ・費用対効果の悪い品目は価格を引下げ
 ・医療費の減少につながる品目等は価格を据置き又は引上げ

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

製品総原価	営業利益 ※1	加算部分 ※2
流通経費		
消費税		

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

価格調整対象

(注) カッコ内の期間は、標準的な期間

薬剤費の適正化（新規医薬品の薬価算定の透明化・厳格化）

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

◆類似薬効比較方式Ⅱの説明（薬価算定の基準について令和3年2月10日中医協）

第1章 定義 21 類似薬効比較方式（Ⅱ）

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

◆類似薬効比較方式Ⅱの適用例

（プロトンポンプ阻害薬の主な医薬品）

1992年収載 A錠 90.8円

1997年収載 B錠 72.7円

↓ 後発品が収載

2009年収載 C錠 40.2円等
(A錠の後発品)

2010年収載 D錠 39.8円
E錠 26.8円等
(B錠の後発品)

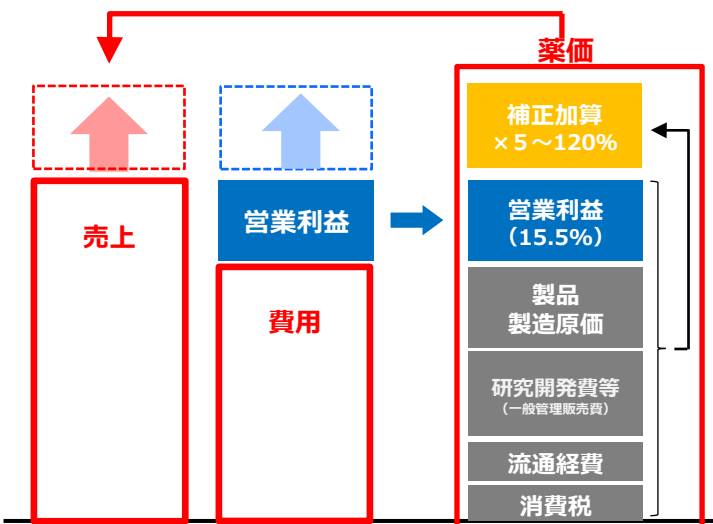
↓ 後発品のない先発品として
類似薬効比較方式Ⅱで収載

2011年収載 F錠 108.9円
(B錠を類似薬とする新薬)

2015年収載 G錠 187.5円

◆原価計算方式における営業利益と補正加算の関係

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



◆新規医薬品の補正加算の内容

画期性加算（70～120%）

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

有用性加算（Ⅰ）（35～60%）

画期性加算の**3要件のうち2つの要件を満たす**新規収載品

有用性加算（Ⅱ）（5～30%）

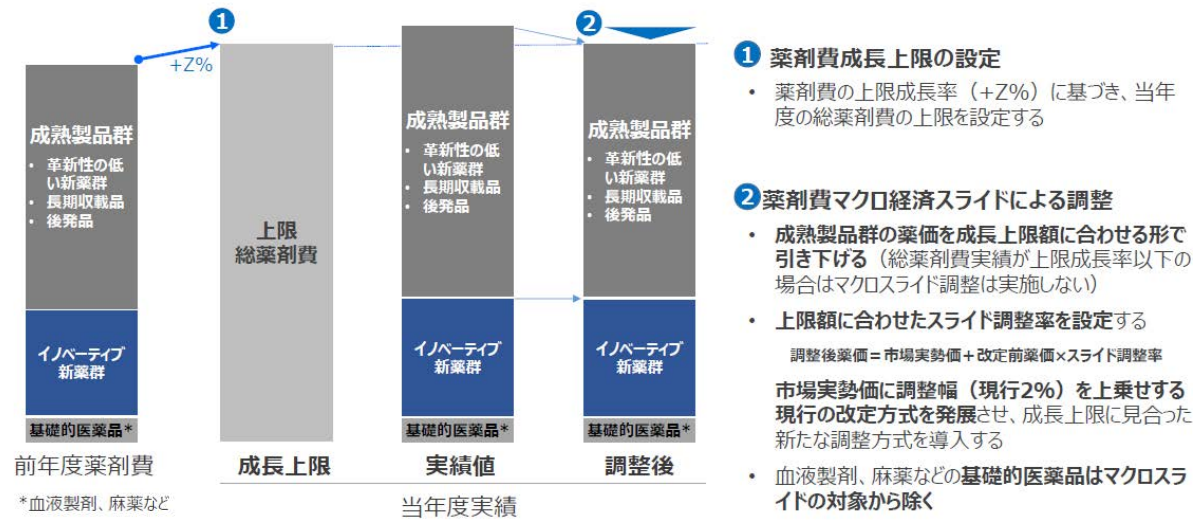
- 次の**いずれかの要件を満たす**新規収載品
- イ 臨床上有用な新規の作用機序を有すること。
 - ロ 類似薬又は既存治療に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること。
 - ハ 当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること。
 - ニ **製剤における工夫**により、類似薬又は既存治療に比して、高い医療上の有用性を有することが、客観的に示されていること。

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

薬剤費の適正化（薬剤費総額に係るマクロ経済スライド制度の検討）

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

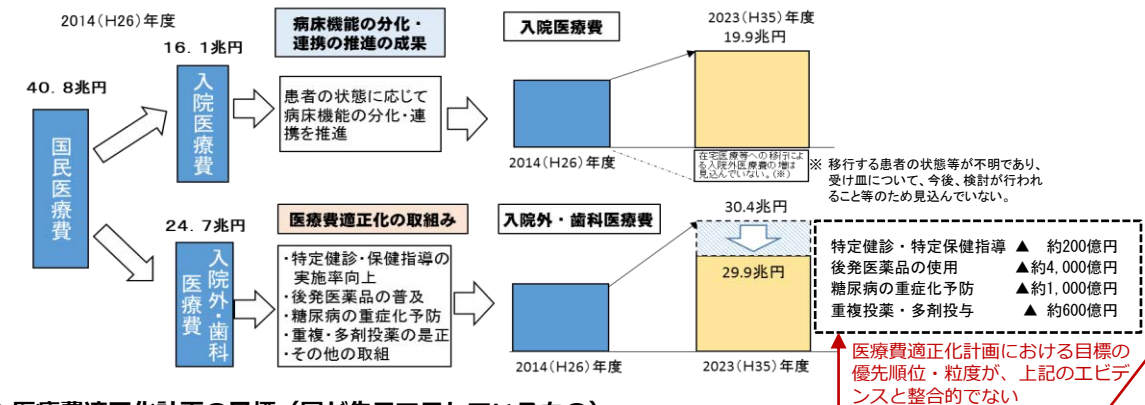
◆新時代戦略研究所（INES）「中長期的な経済成長の水準と連動した薬剤費総枠マネジメントとイノベティブな医薬品の適正評価を両立させた薬価制度改革案」（2021年5月）



都道府県医療費適正化計画のあり方の見直し①

- 医療費適正化の観点から、医療提供体制を効率化していく視点が不可欠であり、実際、高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高確法」という。）に基づいて都道府県が策定する都道府県医療費適正化計画においては、地域医療構想の取組によって効率的な医療提供体制が実現すれば入院医療費が適正化されることを前提に「医療費の見込み」が計算されている。
- とろが、**都道府県医療費適正化計画において、医療費適正化のため推進すべき個別の施策としては、地域医療構想の推進や「医療の効率的な提供の推進」よりも「住民の健康の保持の推進」が重視されている。**
- その背景には、**予防・健康づくりを行うことで医療費適正化が期待できるとの考え**がある。しかし、既に述べたとおり、そのエビデンスは乏しく、むしろ医療費は増加すると指摘・研究も多い。現在の都道府県医療費適正化計画の枠組みのもとで相当の財政支出を追加して進めてきた**特定健診・特定保健指導**でさえ、かなりの医療費適正化効果を期待されていたものの、**コストを上回る実証的・定量的な医療費適正化効果はいまだ示されていない**のが実情である。なお、特定健診・特定保健指導については、一昨年行政改革推進会議でも事業効果について検証し、在り方を検証することとされている。
- **地域医療構想の推進を必須事項として位置付けることを含め、都道府県医療費適正化計画において推進すべき施策の優先順位を見直すことは不可欠である。**
- とりわけ、医療費適正化を可能とするための施策として考えるにはエビデンスが乏しいにもかかわらず、**予防・健康づくりを「医療の効率的な提供」より重視している結果、都道府県において「医療の効率的な提供」の推進が図られにくい状況が生じている。**予防・健康づくりの推進を理由に他の医療費適正化策の手を緩めることがあってはならない。
- 都道府県医療費適正化計画において、後発医薬品の使用促進のみならず、地域フォーミュラの策定、多剤・重複投薬の解消、長期Do処方からリフィル処方への切替え、都道府県域における公立病院における費用構造の改善など、**「医療の効率的な提供の推進に関し、達成すべき目標」について充実・具体化を図り、都道府県における医療費適正化努力を促していくべき**である。

【第3期全国医療費適正化計画における医療費の見込みのイメージ】 ※医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第2次報告に原案が提示されたもの
※奈良県は、入院外・歯科医療費の適正化前の額を算出していないため、国が示した算出方法により、国において算出。



◆医療費適正化計画の目標（国が告示で示しているもの）

	第1期 (H20～24)	第2期 (H25～H29)	第3期 (H30～R5)
住民の健康の保持の推進	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査の実施率 特定保健指導の実施率 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率 	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査の実施率 特定保健指導の実施率 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率 たばこ対策 	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査の実施率 特定保健指導の実施率 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率 たばこ対策 予防接種 生活習慣病等の重症化予防の推進 その他予防・健康づくりの推進
医療の効率的な提供の推進	<ul style="list-style-type: none"> 療養病床の病床数 ※第1期期間中に行わないこととした 平均在院日数 	<ul style="list-style-type: none"> 平均在院日数の短縮 後発医薬品の使用促進 	<ul style="list-style-type: none"> 後発医薬品の使用割合 医薬品の適正使用

◆行政改革推進会議による指摘（通告） 2020年12月9日

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

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

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

◆地域フォーミュラの例（日本海ヘルスケアネット）

地域医療連携推進法人の日本海ヘルスケアネットが、2018年11月に地域フォーミュラを開始。地域の患者に対して有効性、安全性、経済性などの観点から推奨された医薬品リストを示した。

	薬剤名	備考
胃酸の分泌を抑える薬 プロトンポンプ阻害薬 PPI	ランソプラゾール	ジェネリック薬
	ラベプラゾール	
	オメプラゾール	
食後血糖を抑える薬 α-グルコシダーゼ阻害薬 α-GI	ボグリボース	ジェネリック薬
	ミグリトール	
高血圧治療薬 アンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬 ARB	テルミサルタン	第1推奨
	オルメサルタン	第2推奨
	カンデサルタン	第3推奨

(出所) 日本海ヘルスケアネットウェブサイトより主な例を抜粋

都道府県医療費適正化計画のあり方の見直し②

- 都道府県医療費適正化計画においては、現状、**計画上の「医療費の見込み」が保険料等の負担と連動せず**、かつ、計画期間中診療報酬・薬価改定や制度改革の影響が生じて**更新されない仕組み**となっている。このような仕組みのもと、第2期医療費適正化計画（平成25年度～平成29年度（2013年度～2017年度））では、実績が計画策定時の「医療費の見込み」を上回った都道府県はないとされるなど、PDCAサイクルはないに等しい。
- このような都道府県医療費適正化計画の形骸化について、当審議会で累次にわたって指摘いただいており、「**医療費の見込み**」について、負担面との連動を求めることをはじめ**その位置付けを見直し**、定期改訂をするなど**毎年度のPDCA管理に馴染むものとする**ことは必須の課題である。その他の点を含めた都道府県医療費適正化計画の**見直しの方向性は、「経済財政運営と改革の基本方針2021」に盛り込まれており、令和6年度（2024年度）から始まる第4期医療費適正化計画の策定に向け、着実に高確法の改正に反映させなければならない。**
- その際、国、都道府県、保険者や医療の担い手等が各地域における状況を分析し、連携して医療費の適正化に向けて取り組むことで、都道府県医療費適正化計画のPDCAサイクルが実効的に回るようにする必要がある。このような都道府県と関係団体との適切な連携・協働体制を構築すべく、**都道府県の役割や保険者協議会の関与を法制上強化すべき**である。
あわせて、健康・予防に重点を置いてレセプトデータ等の分析を行っている**審査支払機関の業務運営の理念やデータ分析等に関する業務の目的として「医療費適正化」を法制上明示**し、保険者と協働した医療費適正化に向けたデータの分析・活用を促進すべきである。

◆第2期医療費適正化計画の医療費推計と実績の差異

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

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

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

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

経済財政運営と改革の基本方針2021（2021年6月18日）

（医療費適正化関係）

- ・都道府県計画における医療費の見込みについて、定期改訂等の精緻化、保険料率設定の医療費見通しや財政運営の見通しとの整合性の法制的担保
- ・医療費の見込みを医療費が著しく上回る場合の都道府県の役割や責務の明確化
- ・医療費の見込みについて、取組指標を踏まえた医療費を目標として代替可能であることを明確化
- ・先進的な都道府県の優良事例を横展開（適切な課題把握と取組指標の設定、取組指標を踏まえた医療費の目標設定）
- ・都道府県計画の必須事項追加（「医療の効率的な提供の推進」に係る目標、「病床の機能の分化及び連携の推進」）
- ・医療費適正化の取組を都道府県国保運営方針の必須事項に追加
- ・保険者協議会を必置化し、都道府県計画への関与を強化
- ・審査支払機関の業務運営の目的等に、医療費適正化を明記

⇒ これらの医療費適正化計画の在り方の見直し等について、第4期医療費適正化計画期間（2024年度から）に対応する都道府県計画の策定に間に合うよう、必要な法制上の措置を講ずる

	支払基金（社会保険診療報酬支払基金法）	国保連合会（国民健康保険法）
業務運営に関する理念規定	第一条の二 基金は、診療報酬請求書の審査における公正性及び中立性の確保並びに 診療報酬請求書情報等の分析等を通じた国民の保健医療の向上及び福祉の増進、…その他の取組を行うよう努めなければならない。	第八十五条の二 連合会は、診療報酬請求書の審査における公正性及び中立性の確保並びに 診療報酬請求書情報等の分析等を通じた国民の保健医療の向上及び福祉の増進、…その他の取組を行うよう努めなければならない。
データ分析等に関する業務	第十五条 基金は、第一条の目的を達成するため、次の業務を行う。 八 診療報酬請求書及び特定健康診査等に関する記録に係る情報その他の 国民の保健医療の向上及び福祉の増進に資する情報の収集、整理及び分析並びにその結果の活用 の促進に関する事務を行うこと。	第八十五条の三 3 連合会は、前二項に規定する業務のほか、診療報酬請求書及び特定健康診査等に関する記録に係る情報その他の 国民の保健医療の向上及び福祉の増進に資する情報の収集、整理及び分析並びにその結果の活用 の促進に関する事務を行うことができる。

都道府県医療費適正化計画と保険者のあり方

- 医療費適正化における**予防・健康づくりの重視は、保険者のあり方にも影響を与えている。**
- すなわち、保険者にとっては、医療費適正化効果が明確な取組は、保険料負担の抑制を通じ、被保険者全体が裨益することになるため、事業として取り組む正当性が高い。
ところが、予防・健康づくりは、こうした観点からの検証が不十分なまま、各種制度で保険者による取組が強力に推進されており、日本の健診はOECDでも厳しい指摘を受けている。
- もちろん、予防・健康づくりは個々人のQOLの向上という大きな価値をもたらすものである。ただし、企業等が従業員等の福利厚生のために行う事業や市町村が住民福祉の向上のために行うべき保健事業として推進すべきものであって、**保険者が他の医療費適正化策より優先して行うべき事業として位置づけることは妥当でなく、「保険」と「保健」を徒に混同しないことが求められている。**

◆保険者における予防・健康づくり等のインセンティブ制度

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（都道府県・市町村）	後期高齢者医療広域連合
手法等	後期高齢者支援金の加算・減算制度 ⇒ 加算率：最大10% 減算率：最大10%	加入者・事業主等の行動努力に係る評価指標の結果を都道府県支部ごとの保険料率に反映	保険者努力支援制度 (1,500億円※) ※うち以下の共通指標・独自指標に関する部分は、1,000億円程度。	各広域連合の取組等を特別調整交付金に反映 (100億円)
共通指標	①特定健診・保健指導、②特定健診以外の健診（がん検診、歯科健診など）、③糖尿病等の重症化予防、④ヘルスケアポイントなどの個人へのインセンティブ等、⑤重複頻回受診・重複投薬・多剤投与等の防止対策、⑥後発医薬品の使用促進			
独自指標	・被扶養者の健診実施率向上 ・事業主との連携(受動喫煙防止等)等の取組を評価	医療機関への受診勧奨を受けた要治療者の医療機関受診率等	保険料収納率向上等	高齢者の特性（フレイルなど）を踏まえた保健事業の実施等

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

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

◆海外の論文等

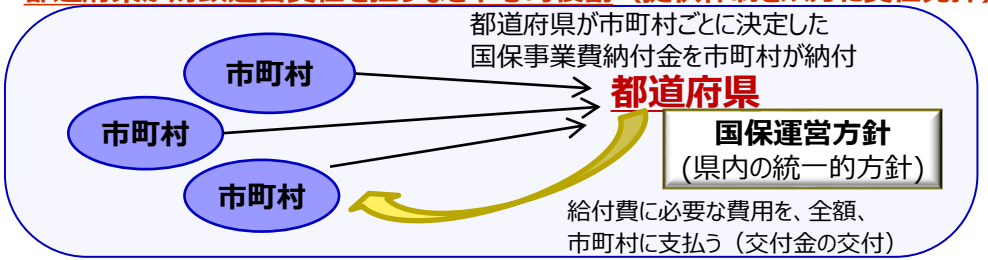
- ① Joshua T. Cohen, Peter J, Neumann, Milton C. Weinstein 「Does Preventive Care Save Money? Health Economics and the Presidential Candidates」(2008年)の研究結果
 - ・ 予防医療の費用対効果に関する1500の研究結果のうち、医療費削減を効果と認めた予防医療サービスは20%以下。
- ② Louise B. Russell, Health Affairs（2009年）（抄訳）
 - ・ 過去40年間以上にわたり、数百の費用対効果の研究が行われたが、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

国民健康保険制度の見直し

- 国民健康保険（以下「国保」という。）の都道府県化により、国保の財政運営を担うこととなったことで、**都道府県は、医療費の水準及びそれと関が高い医療提供体制といった住民が享受する受益（給付）と住民の負担である保険料水準の双方を俯瞰する存在となりつつある。**都道府県によるガバナンスの発揮を通じて医療費適正化がより実効あるものとなることが期待される状況となっている。
- 国保財政における給付と負担の関係の「見える化」を図り、都道府県を給付と負担の相互牽制関係のもとで両者の総合マネジメントを行う主体としていくうえで、**都道府県内の国保の保険料水準の統一や法定外繰入等の解消等が重要であり、達成時期を区切るなどその一層の加速化を図るべきである。**
- 更には、財政単位の広域化を徹底することで、高額医療費負担金や特別高額医療費共同事業の機能が代替されること等を踏まえ、**制度の複雑さを解消し、給付と負担の対応関係をより分かりやすくするための制度の更なる見直しも検討すべきである。**その際、年齢構成等により合理的に説明できない医療費の地域差が各都道府県の保険料水準に反映されるよう、普通調整交付金の配分方法も見直すべきである。
- 近年拡充されてきた**保険者努力支援制度**も聖域ではない。とりわけ予防・健康づくりへの評価については、既に述べたとおり医療費適正化効果以上の公費が投入されているにもかかわらず、更に公費を注ぎ込むこととなりかねない。保健事業の支援よりもアウトカムとしての医療費水準の抑制や、エビデンスや費用対効果に照らしてそれに直接的に結びつく取組（長期Do処方からリフィル処方への切替えなどを含め、**都道府県医療費適正化計画における見直し後の「医療の効率的な提供の推進に関し、達成すべき目標」と整合的な取組**）、更には都道府県内の国保の保険料水準の統一や法定外繰入等の解消等を評価する仕組みに**重点化・簡素化**するとともに、そうした見直しにあわせて、**規模や交付される公費の使い途についても見直すことが求められる。**

◆ 国保改革による都道府県単位化

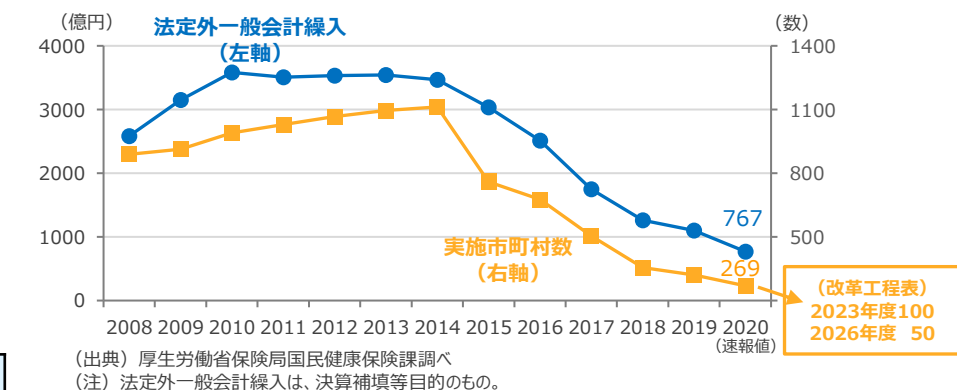
都道府県が財政運営責任を担うなど中心的役割（提供体制と双方に責任発揮）



◆ 国保運営方針等における具体的な統一時期や検討時期等に係る記載

都道府県	運営方針への記載状況等	都道府県	運営方針への記載状況等
北海道	・納付金ベースの統一：R 6年度 ・完全統一：R 12年度	静岡県	・到達可能な段階の保険料水準の統一：R 9年度 ・完全統一：段階的に実施
青森県	・納付金ベースの統一：R 7年度 ・完全統一：引き続き協議	三重県	・納付金ベースの統一：R 5年度 ・完全統一：段階的に進める
秋田県	・納付金ベースの統一：R 15年度 ・完全統一：長期的課題	大阪府	・完全統一：H 30年度（R 5年度まで経過措置あり）
福島県	・完全統一：R 11年度（当分の間、例外措置あり）	兵庫県	・納付金ベースの統一：R 3年度 ・完全統一：可能なものから段階的な目標設定を検討
群馬県	・納付金ベースの統一：R 6年度 ・完全統一：今後協議	奈良県	・完全統一：R 6年度
埼玉県	・納付金ベースの統一：R 6年度 ・市町村毎の収納率を反映した統一：R 9年度 ・完全統一：収納率格差が一定程度まで縮小された時点	和歌山県	・到達可能な段階の保険料水準の統一：R 9年度
山梨県	・納付金ベースの統一：R 12年度	広島県	・市町村毎の収納率を反映した統一：R 6年度 ・完全統一：収納率が市町村間で均一化したと見なされる段階
長野県	・概ね二次医療圏での医療費指数の統一と応益割額の平準化：R 9年度	佐賀県	・完全統一：R 9年度（R 11年度まで経過措置あり）
		長崎県	・納付金ベースの統一：R 6年度
		沖縄県	・完全統一：R 6年度 (出所) 厚生労働省資料

◆ 法定外一般会計繰入額等の推移



◆ 制度の見直しを検討すべき事業

- 高額医療費負担金 事業規模3,700億円、国費900億円**
高額な医療費（1件80万円超）の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、国と都道府県が高額医療費の1/4ずつを負担
- 特別高額医療費共同事業 国費60億円**
著しく高額な医療費（1件420万円）について、都道府県からの拠出金を財源に全国で費用負担を調整。国は予算の範囲内で一部を負担。
- 保険者努力支援制度 国費1,500億円 ※特別調整交付金を含む**
都道府県・市町村の医療費の適正化、予防健康づくり等の取組状況に応じた支援。国が全額負担。

普通調整交付金の配分方法の見直し

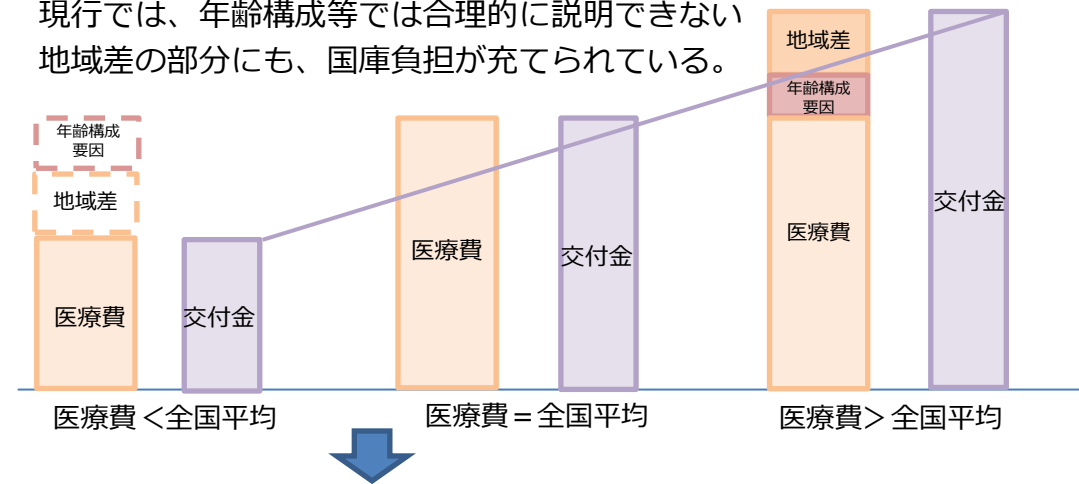
- 国民健康保険の給付のうち前期高齢者調整分を除く5割超は公費で賄われており、このうち6,100億円は、自治体間の財政力の格差（医療費、所得等）を調整するため、普通調整交付金として国から都道府県に配分されている。
- 地域間の医療費の差は、高齢化など年齢構成により生じるものと、いわゆる「地域差」（年齢構成では説明できないもの）があるが、現行制度では、理由にかかわらず、医療費に応じて普通調整交付金が増減額される仕組みとなっており、**医療費適正化のインセンティブが働かない。**
- 実際の医療費ではなく、**各都道府県の年齢構成を勘案してデータに基づき算出した標準的な医療費水準を前提として交付額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

◆国民健康保険の財政（令和4年度予算）

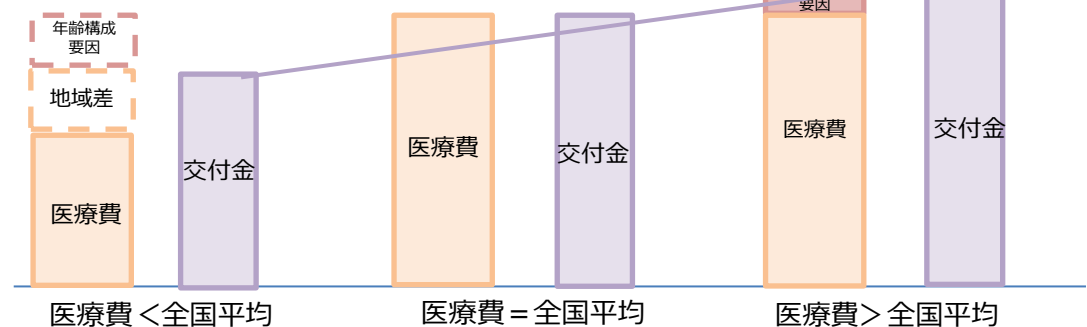
保険料 (24,700億円)	調整交付金（国） (9%※) 7,900億円
	定率国庫負担 (32%※) 22,000億円
	都道府県調整交付金 (9%) 6,200億円

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

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



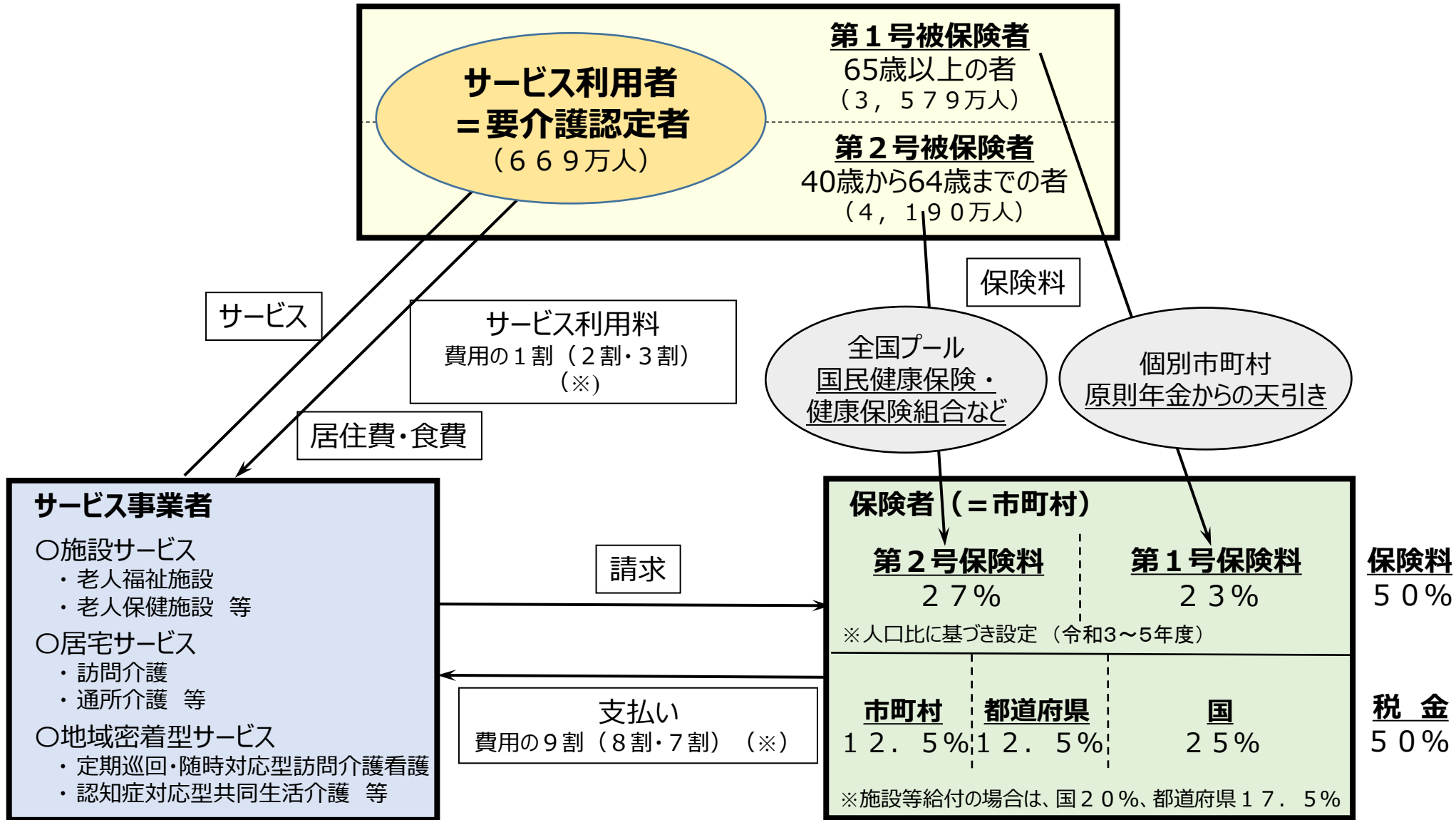
年齢構成等では合理的に説明できない地域差には、普通調整交付金を充てない仕組みとすることで、地域差是正に向けたインセンティブを強化。



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

4. 介護

介護保険制度の基本的な仕組み



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

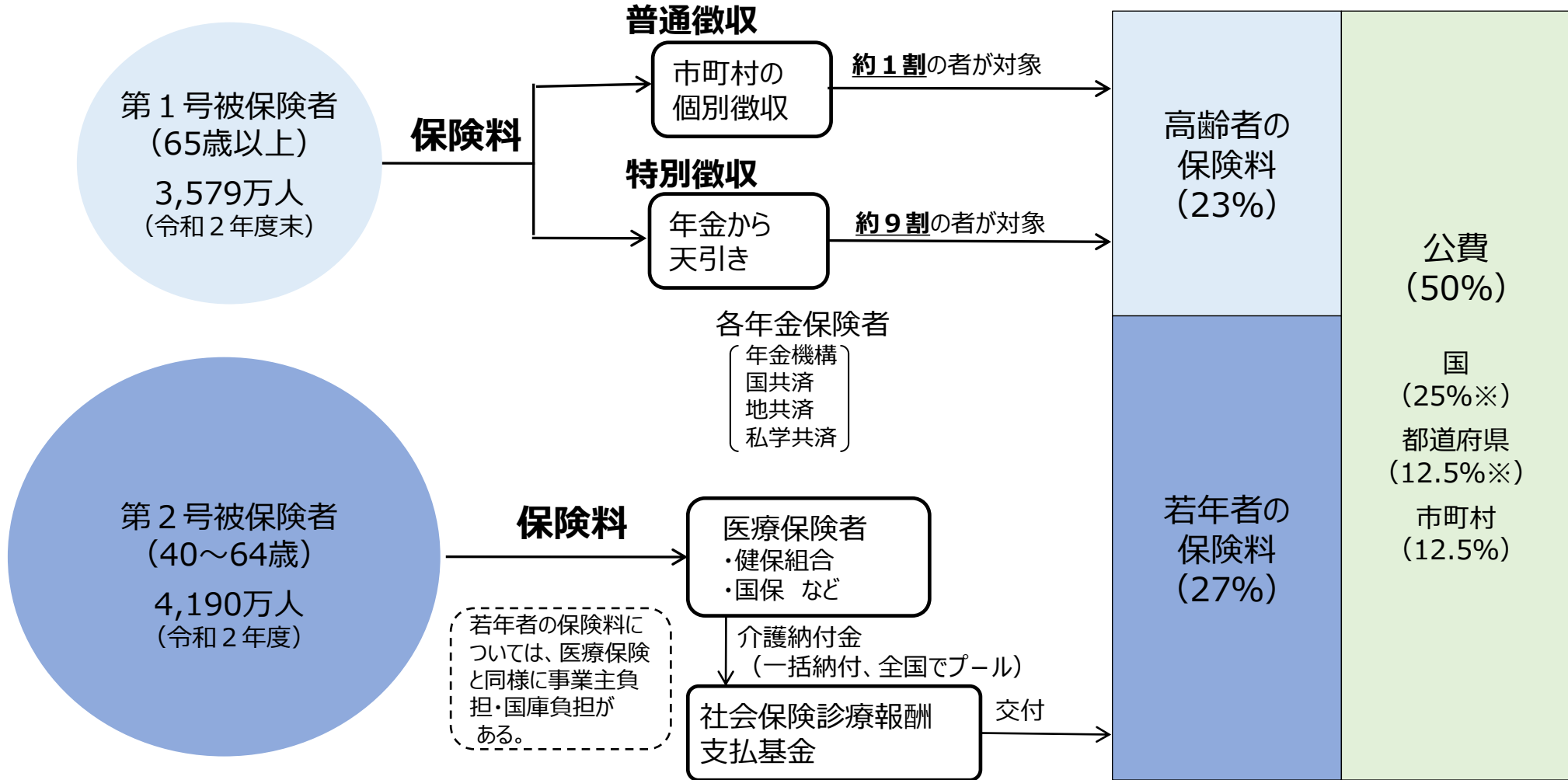
第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、令和2年度内の月平均値である。

要介護認定者数は、介護保険事業報告より、令和2年4月末の数字

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

保険料徴収の仕組み

○ 介護保険の給付費の50%を65歳以上の高齢者（第1号被保険者）と40～64歳（第2号被保険者）の人口比で按分し、保険料をそれぞれ賦課。

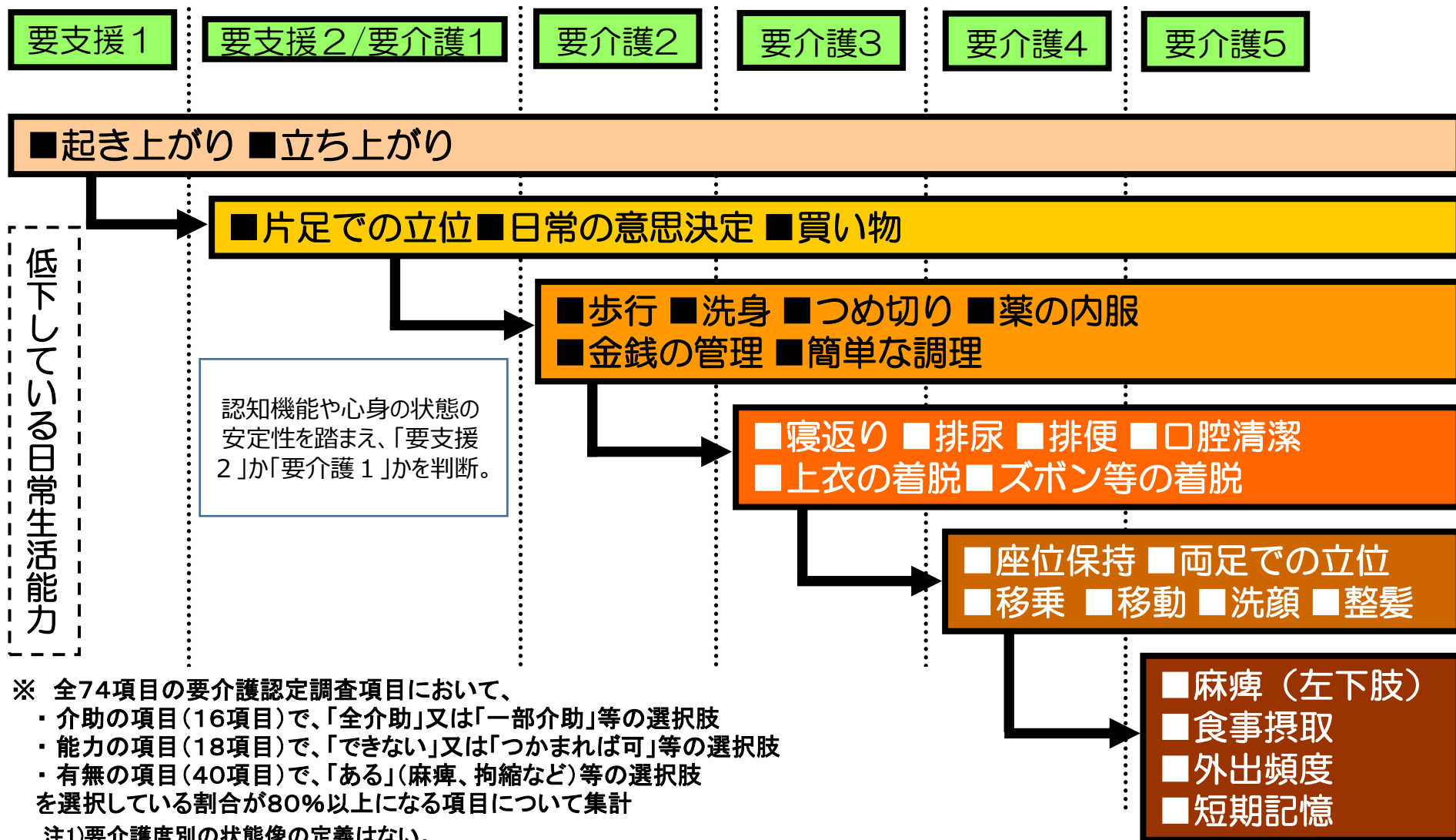


(注) 第1号被保険者の数は、「介護保険事業状況報告令和3年3月月報」によるものであり、令和2年度末現在の数である。
第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、令和2年度内の月平均値である。

※ 国の負担分のうち5%は調整交付金であり、75歳以上の方の数や高齢者の方の所得の分布状況に応じて増減。
※ 施設等給付費（都道府県が指定権限を有する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、特定施設に係る給付費）は国20%、都道府県17.5%。

要介護状態区分別の状態像

(80%以上の割合で何らかの低下が見られる日常生活能力(※))



※ 全74項目の要介護認定調査項目において、
 ・ 介助の項目(16項目)で、「全介助」又は「一部介助」等の選択肢
 ・ 能力の項目(18項目)で、「できない」又は「つかまれば可」等の選択肢
 ・ 有無の項目(40項目)で、「ある」(麻痺、拘縮など)等の選択肢
 を選択している割合が80%以上になる項目について集計

注1)要介護度別の状態像の定義はない。

注2)市町村から国(介護保険総合データベース)に送信されている平成26年度の要介護認定情報に基づき集計(平成28年2月15日時点)

注3)要介護状態区分は二次判定結果に基づき集計

注4)74の各調査項目の選択肢のうち何らかの低下(「全介助」、「一部介助」等)があるものについて集計

介護保険制度の見直しに関する意見（2019年12月 社会保障審議会介護保険部会）

(1)被保険者範囲・受給者範囲

介護保険を取り巻く状況の変化も踏まえつつ、引き続き検討

(2)補足給付に関する給付の在り方

負担能力に応じた負担とする観点から、施設入所者に対する補足給付、ショートステイの補足給付及び補足給付の支給要件となる預貯金等の基準の精緻化を図る

(3)多床室の室料負担

介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設の機能や医療保険制度との関係も踏まえつつ、負担の公平性の関係から引き続き検討

(4)ケアマネジメントに関する給付の在り方

利用者やケアマネジメントに与える影響を踏まえながら、自立支援に資する質の高いケアマネジメントの実現や他のサービスとの均衡等幅広い観点から引き続き検討

(5)軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方

総合事業の実施状況や介護保険の運営主体である市町村の意向、利用者への影響等を踏まえながら、引き続き検討

(6)高額介護サービス費

負担上限額を医療保険の高額療養費制度の負担上限額に合わせる

(7)「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準

利用者への影響等を踏まえつつ、引き続き検討

(8)現金給付

現時点で導入することは適当ではなく、「介護離職ゼロ」の実現に向けた取組や介護者（介護）支援を推進

利用者の自己負担

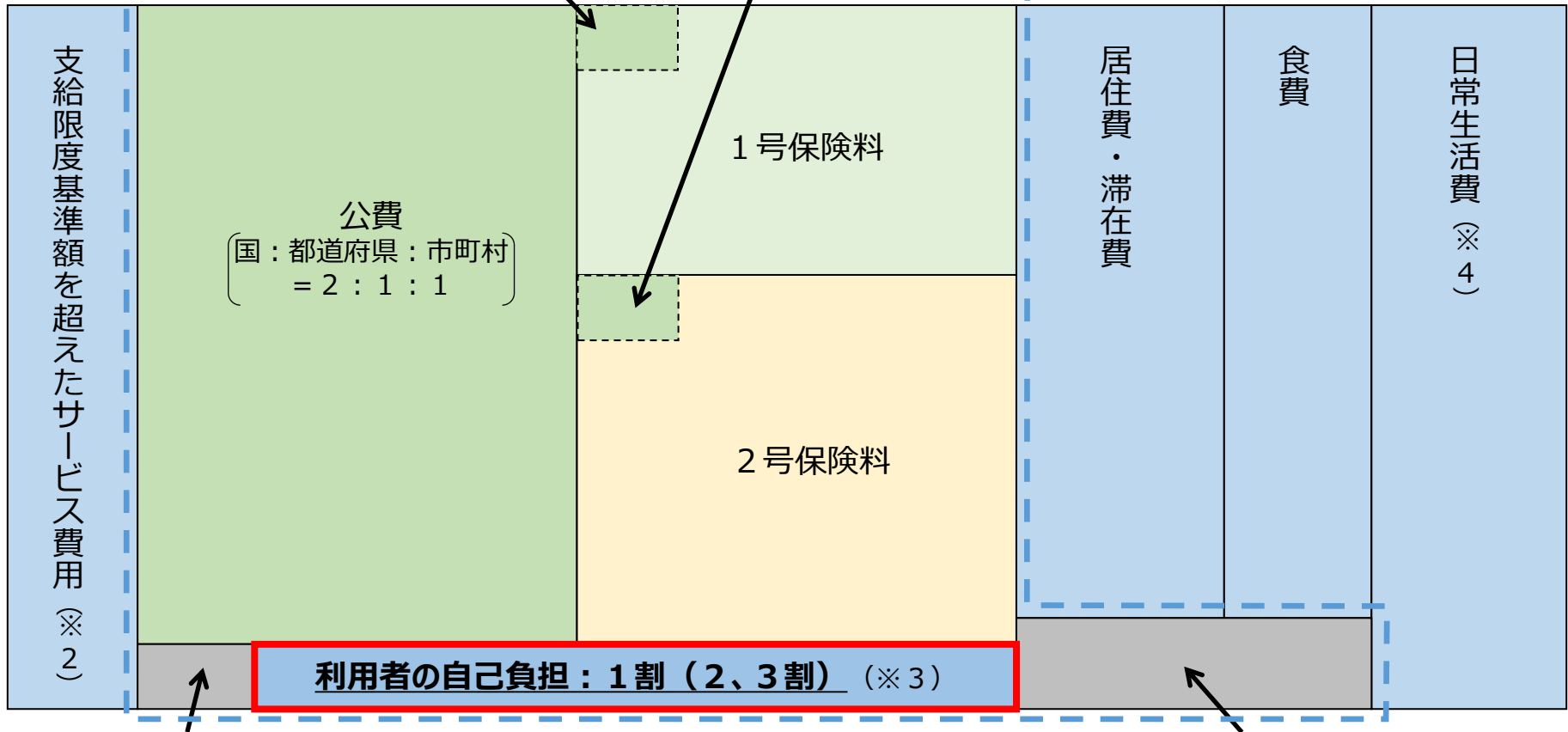
1号保険料の低所得者負担軽減強化
(国：都道府県：市町村 = 2 : 1 : 1)

介護納付金負担金等

【都道府県国保】国41%、都道府県9%、【国保組合（土木建築以外）】国31.9%

※各保険者が負担すべき介護納付金に対する比率（令和4年度予算）

介護費用（※1）



高額介護サービス費や高額医療合算介護サービス費による1割負担の軽減

特定入所者介護サービス費（補足給付）による居住費・滞在費、食費の軽減

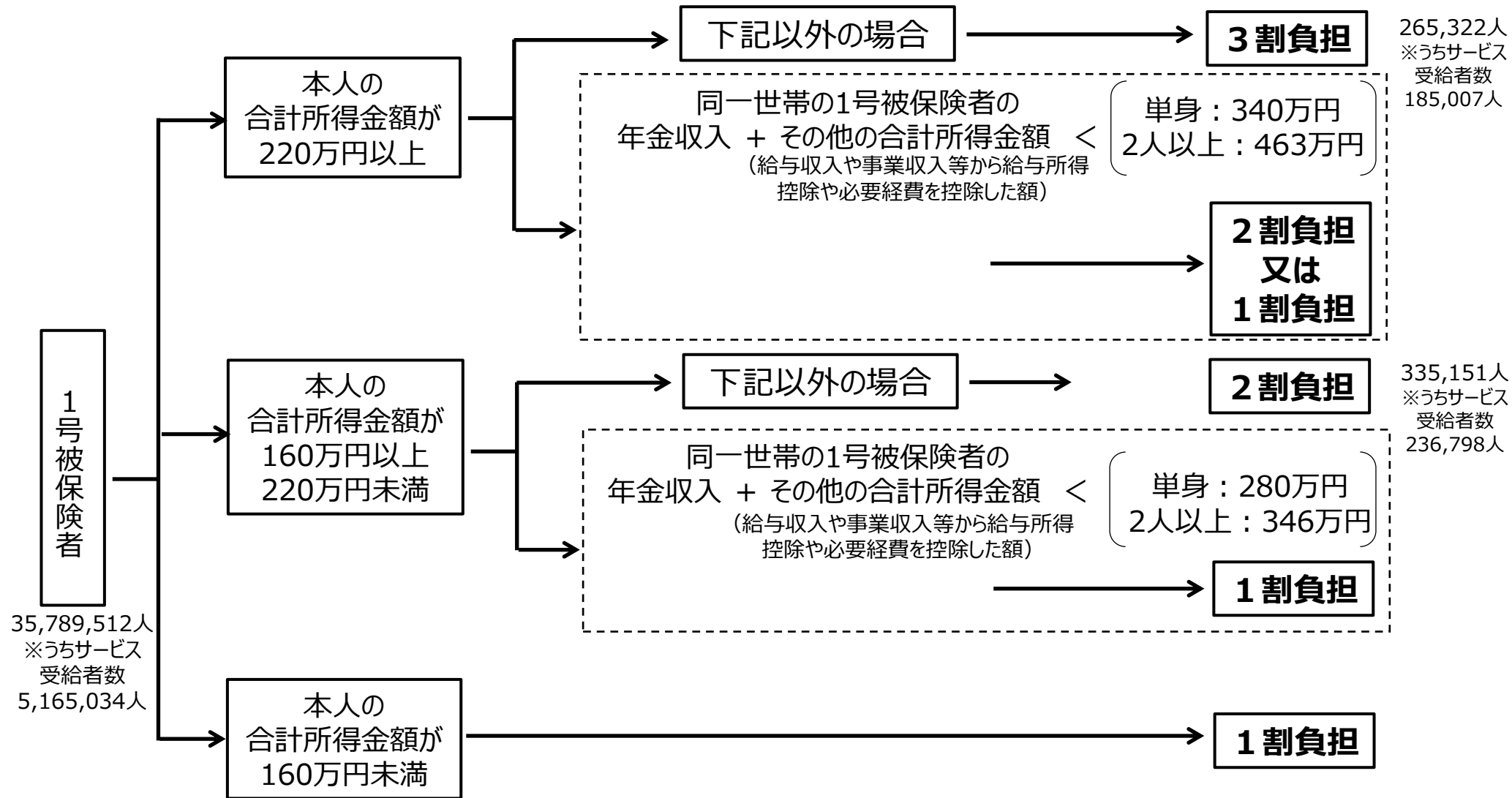
※1 介護費用から利用者の自己負担部分（上図の赤枠部分）を除いたものが介護給付費。

※2 在宅サービスについては、要介護度に応じた支給限度基準額（保険対象費用の上限）が設定されている。

※3 **居宅介護支援・介護予防支援は全額が保険給付される。**

※4 日常生活費とは、サービスの一環で提供される日常生活上の便宜のうち、日常生活で通常必要となる費用（例：理美容代、教養娯楽費用、預かり金の管理費用など）

自己負担割合の判定基準



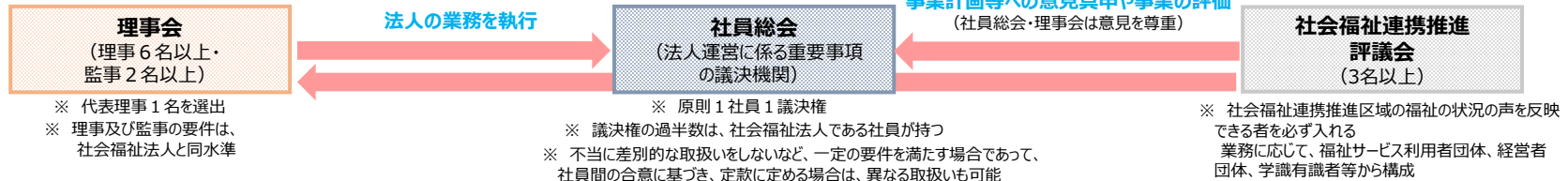
※第2号被保険者、市町村民税非課税者、生活保護受給者の場合、上記のフローにかかわらず、1割負担。

※第1号被保険者数、うち2割負担対象者及び3割負担対象者の数は「介護保険事業状況報告（令和4年3月月報）」によるもの。

社会福祉連携推進法人

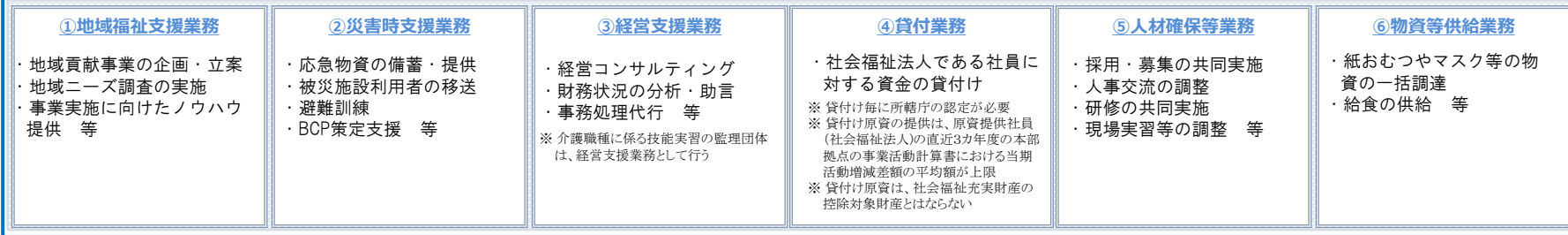
- 社会福祉連携推進法人は、①社員の社会福祉に係る業務の連携を推進し、②地域における良質かつ適切な福祉サービスを提供するとともに、③社会福祉法人の経営基盤の強化に資することを目的として、福祉サービス事業者間の連携方策の新たな選択肢として創設。
 - 2以上の社会福祉法人等の法人が社員として参画し、その創意工夫による多様な取組を通じて、地域福祉の充実、災害対応力の強化、福祉サービス事業に係る経営の効率化、人材の確保・育成等を推進。
- ⇒ 社会福祉連携推進法人の設立により、**同じ目的意識を持つ法人が個々の自主性を保ちながら連携し、規模の大きさを活かした法人運営が可能**となる。

社会福祉連携推進法人(一般社団法人を認定)



【法人運営のポイント】

- **社会福祉連携推進区域** (業務の実施地域。実施地域の範囲に制約なし。)を定め、**社会福祉連携推進方針** (区域内の連携推進のための方針)を決定・公表
- **社会福祉連携推進業務**の実施 (以下の6業務の中から全部又は一部を選択して実施)
- 上記以外の業務の実施は、社会福祉連携推進業務の実施に支障のない範囲で実施可 (社会福祉事業や同様の事業は実施不可)
- 社員からの**会費、業務委託費等**による業務運営 (業務を遂行するための寄附の受付も可)
- 社員である法人の業務に支障が無い範囲で、**職員の兼務や設備の兼用可** (業務を遂行するための財産の保有も可)



会費等を支払い、社員として参画、社員総会において議決権を行使

社会福祉連携推進業務等を通じた便益を享受

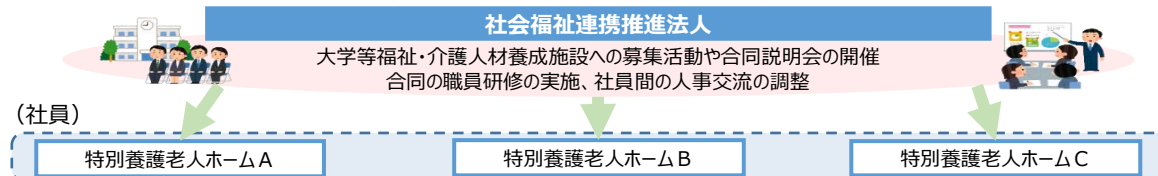
【社員として参画できる法人の範囲】

※ 2以上の法人が参画し、参画する社員の過半数は社会福祉法人であることが必要



※ 各法人は、複数の社会福祉連携推進法人に参画することが可能

【社会福祉連携推進法人のイメージ(介護施設における人材確保に活用する場合)】



⇒ 学生等への訴求力の向上、福祉・介護人材の資質向上、採用・研修コストの縮減が期待

所轄庁(都道府県知事、市長(区長)、指定都市の長、厚生労働大臣のいづれか)
 認定・指導監督

保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金の概要

趣 旨

- 平成29年地域包括ケア強化法において、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組や都道府県による保険者支援の取組が全国で実施されるよう、P D C Aサイクルによる取組を制度化
- この一環として、自治体への財政的インセンティブとして、市町村や都道府県の様々な取組の達成状況を評価できるよう客観的な指標を設定し、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進するための保険者機能強化推進交付金を創設
- 令和2年度においては、公的保険制度における介護予防の位置付けを高めるため、保険者機能強化推進交付金に加え、介護保険保険者努力支援交付金（社会保障の充実分）を創設し、介護予防・健康づくり等に資する取組を重点的に評価することにより配分基準のメリハリ付けを強化

概 要

各市町村が行う自立支援・重度化防止の取組及び都道府県が行う市町村に対する取組の支援に対し、それぞれ評価指標の達成状況（評価指標の総合得点）に応じて、交付金を交付する。

- 【主な指標】
- | | |
|-----------------------------|-------------------|
| ① P D C Aサイクルの活用による保険者機能の強化 | ④ 介護予防の推進 |
| ② ケアマネジメントの質の向上 | ⑤ 介護給付適正化事業の推進 |
| ③ 多職種連携による地域ケア会議の活性化 | ⑥ 要介護状態の維持・改善の度合い |

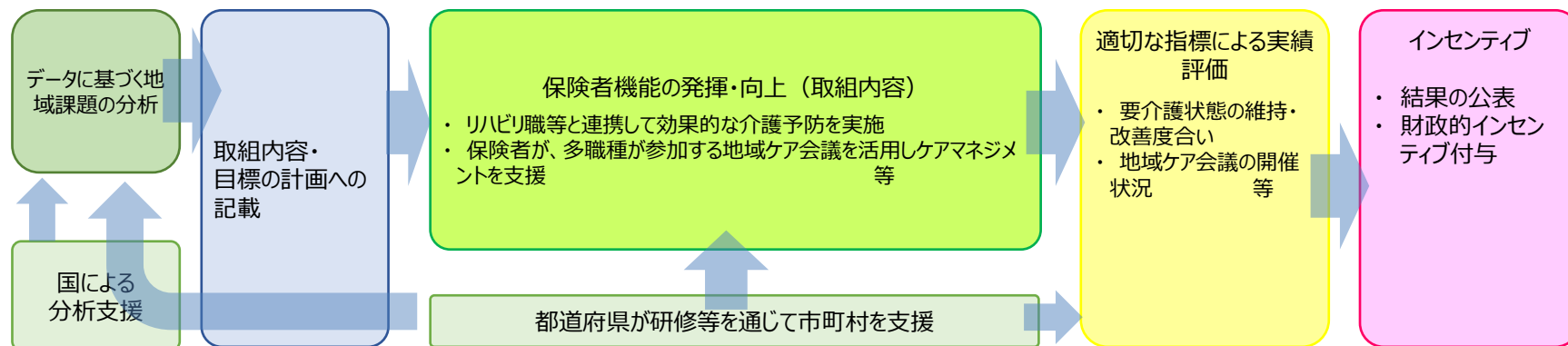
<市町村分>

- 1 配分** 保険者機能強化推進交付金200億円のうち190億円程度
介護保険保険者努力支援交付金200億円のうち190億円程度
- 2 交付対象** 市町村（特別区、広域連合及び一部事務組合を含む。）
- 3 活用方法** 国、都道府県、市町村及び第2号保険料の法定負担割合に加えて、介護保険特別会計に充当
なお、交付金は、高齢者の市町村の自立支援・重度化防止等に向けた取組を支援し、一層推進することを趣旨としていることも踏まえ、各保険者は、交付金を活用し、地域支援事業、市町村特別給付、保健福祉事業を充実し、高齢者の自立支援、重度化防止、介護予防等に必要な取組を進めていくことが重要。

<都道府県分>

- 1 配分** 保険者機能強化推進交付金200億円のうち10億円程度
介護保険保険者努力支援交付金200億円のうち10億円程度
- 2 交付対象** 都道府県
- 3 活用方法** 高齢者の自立支援・重度化防止等に向けて市町村を支援する各種事業（市町村に対する研修事業や、リハビリ専門職等の派遣事業等）の事業費に充当。

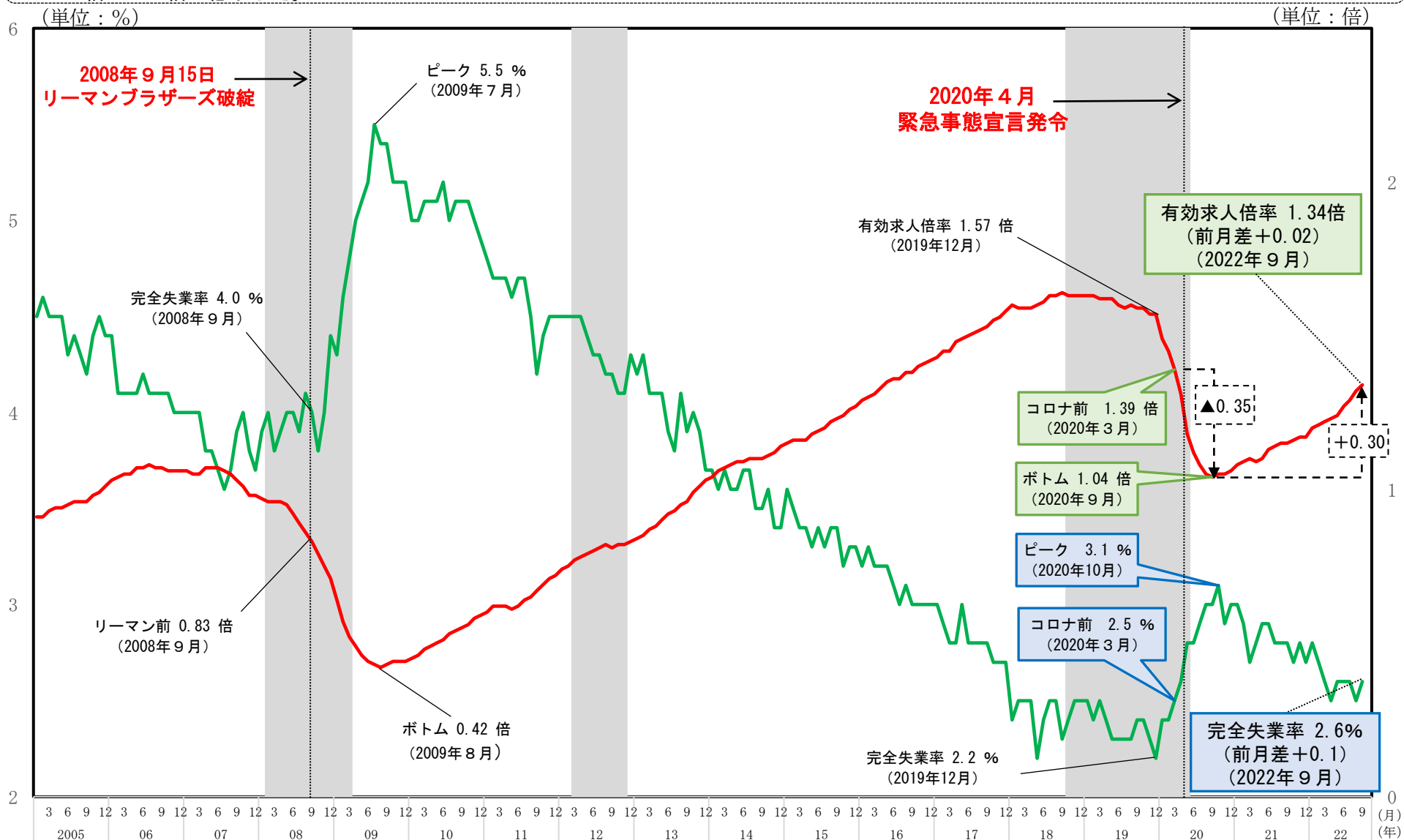
<参考> 平成29年介護保険法改正による保険者機能の強化



5. 雇用

現在の雇用情勢について

- 現在の雇用情勢は、求職者が引き続き高水準にあるなど、一部に厳しさがみられるものの、緩やかに持ち直している。
新型コロナウイルス感染症や物価上昇が雇用に与える影響に留意する必要がある。
- なお、リーマン・ブラザーズの経営破綻（2008年9月15日）後には、完全失業率は10か月で4.0%→5.5%にまで悪化し、有効求人倍率は11か月で0.83倍→0.42倍に低下した。



(資料出所) 総務省「労働力調査」、厚生労働省「職業安定業務統計」により作成

(注) 完全失業率及び有効求人倍率は季節調整値。シャドー部分は景気後退期。

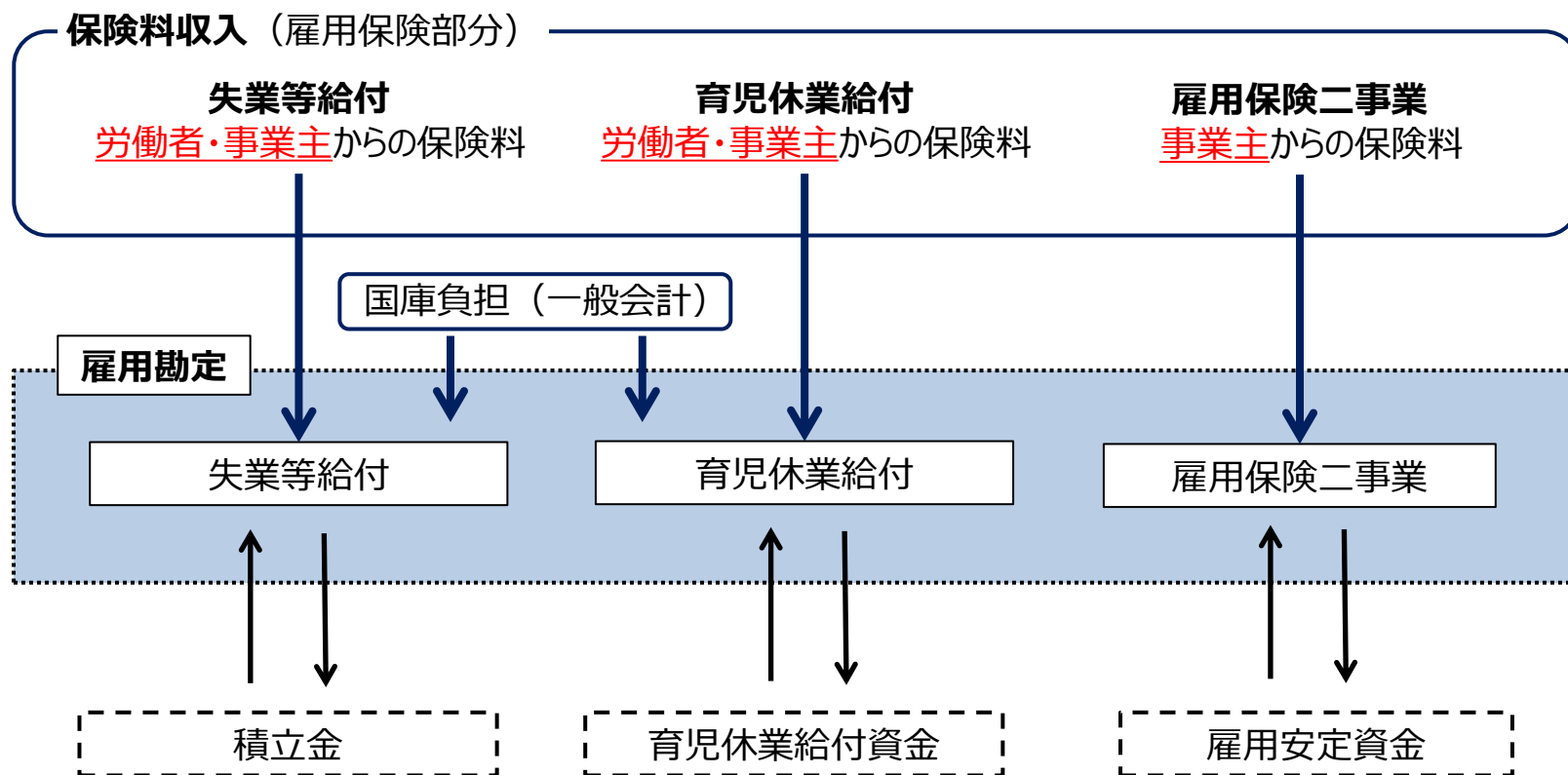
雇用保険制度について

雇用保険は、

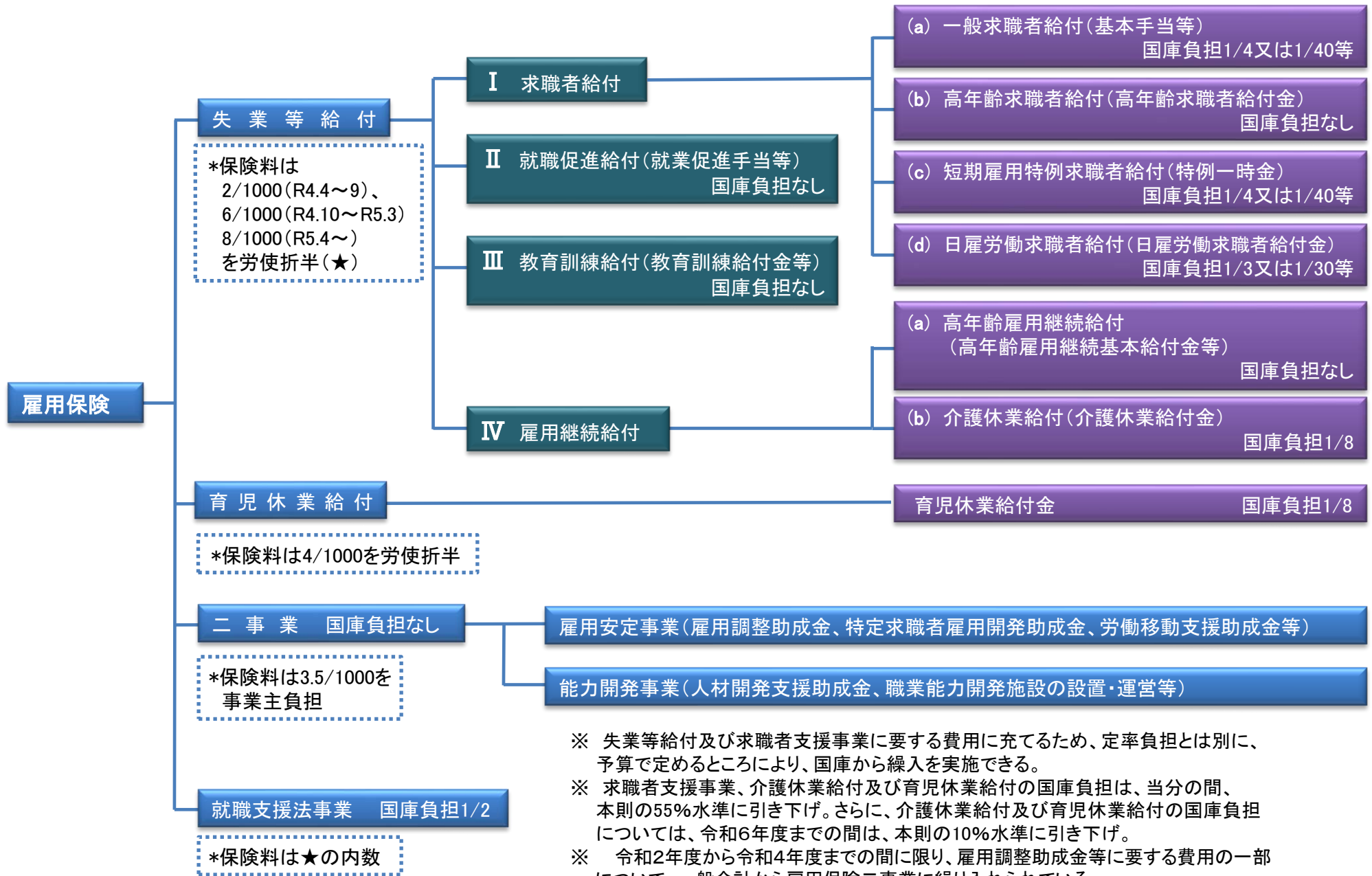
- ① 労働者が失業してその所得の源泉を喪失した場合等に、生活及び雇用の安定並びに就職の促進のために**失業等給付**を支給する、
- ② 労働者が子を養育するために休業した場合に、生活及び雇用の安定のために**育児休業給付**を支給する、
- ③ 失業の予防、雇用状態の是正及び雇用機会の増大、労働者の能力の開発及び向上その他労働者の福祉の増進を図るための**雇用保険二事業**を行う、

雇用に関する総合的機能を有する制度である。

労働保険特別会計（雇用勘定）の仕組み



雇用保険制度の体系



- ※ 失業等給付及び求職者支援事業に要する費用に充てるため、定率負担とは別に、予算で定めるところにより、国庫から繰入を実施できる。
- ※ 求職者支援事業、介護休業給付及び育児休業給付の国庫負担は、当分の間、本則の55%水準に引き下げ。さらに、介護休業給付及び育児休業給付の国庫負担については、令和6年度までの間は、本則の10%水準に引き下げ。
- ※ 令和2年度から令和4年度までの間に限り、雇用調整助成金等に要する費用の一部について、一般会計から雇用保険二事業に繰り入れられている。

費用の負担(雇用保険料)

○ 原則

15.5/1000 (徴収法第12条第4項柱書本文)

失業等給付分	: 8/1000	※ 労使折半 (徴収法第31条第1項)
育児休業給付分	: 4/1000	※ 労使折半 (徴収法第31条第1項)
二事業分	: 3.5/1000 (徴収法第12条第6項)	※ 事業主負担 (徴収法第31条第3項)

○ 暫定措置 (令和4年度)

令和4年4月～9月 9.5/1000 (徴収法附則第11条第3項)

10月～令和5年3月 13.5/1000 (徴収法附則第11条第1項)

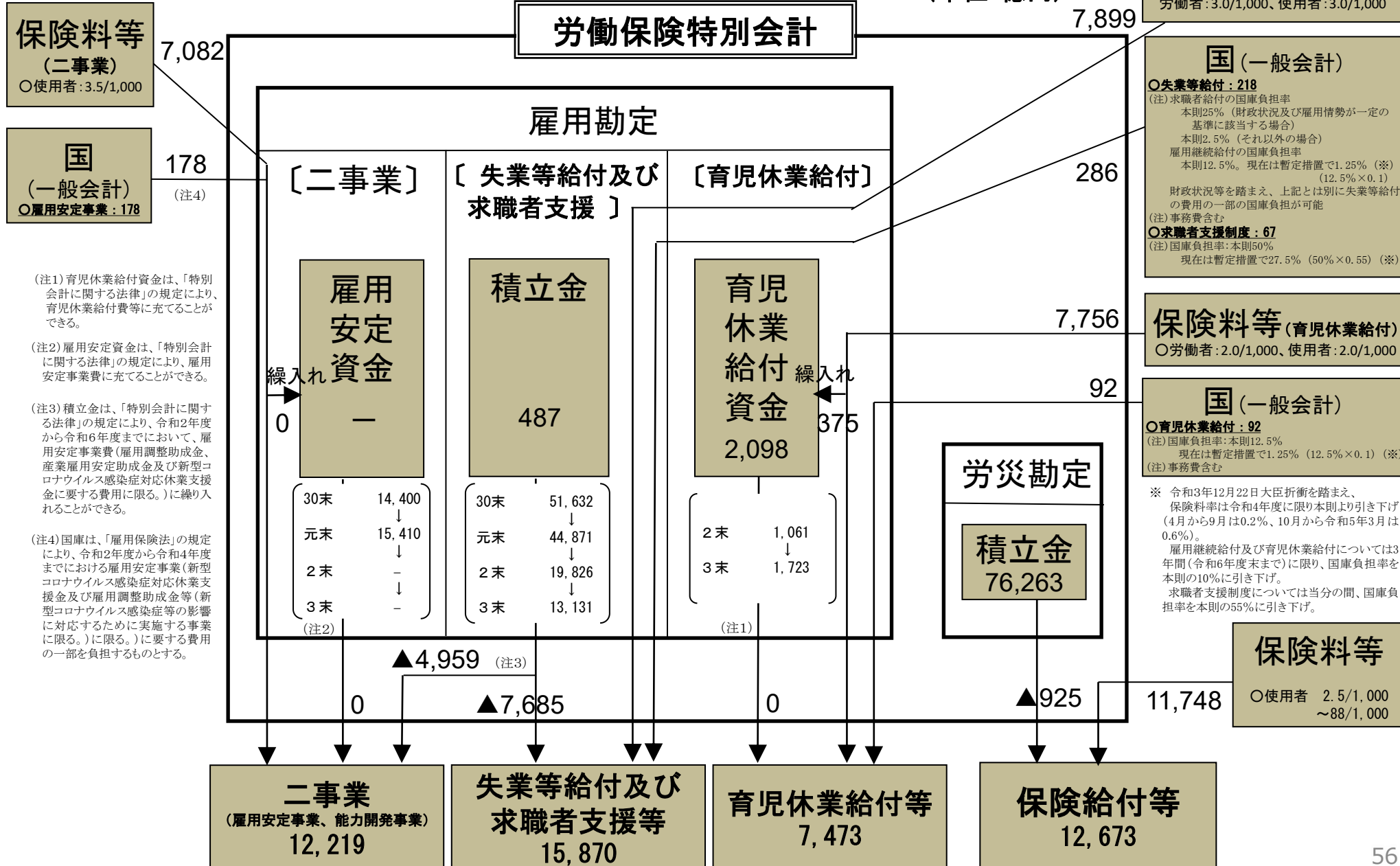
失業等給付分	: 8/1000 → 2/1000 (令和4年4月～9月)、6/1000 (10月～令和5年3月)
育児休業給付分	: 4/1000
二事業分	: 3.5/1000

* このほか、積立金などの状況に応じて保険料率を変更することができる弾力条項がある (令和4年度は発動なし)

	事業主負担	労働者負担	計
失業等給付のための保険料及び 就職支援法事業のための保険料率	1/1,000 (R4.4～9) 3/1,000 (R4.10～R5.3)	1/1,000 (R4.4～9) 3/1,000 (R4.10～R5.3)	2/1,000 (R4.4～9) 6/1,000 (R4.10～R5.3)
育児休業給付のための保険料率	2/1,000	2/1,000	4/1,000
二事業のための保険料率	3.5/1,000	なし	3.5/1,000
計	6.5/1,000 (R4.4～9) 8.5/1,000 (R4.10～R5.3)	3/1,000 (R4.4～9) 5/1,000 (R4.10～R5.3)	9.5/1,000 (R4.4～9) 13.5/1,000 (R4.10～R5.3)

令和4年度 労働保険特別会計の概要

(単位:億円)



雇用調整助成金の特例等について (2022年10・11月)

雇用調整助成金

(休業手当を支払った企業向け助成)

新型コロナウイルス感染症対応休業支援金*

(休業手当を受け取っていない労働者への直接給付)

※
一般会計 (繰入)

大企業

中小企業

大企業

中小企業

雇用保険二事業 (雇用安定事業)

	地域・業況特例：上限12,000円/日
雇用保険被保険者 【週20時間以上】	<p>休業手当に対する助成率</p> <ul style="list-style-type: none"> ○原則 2/3 (解雇等を行っていない場合3/4) ○地域特例・業況特例 4/5 (解雇等を行っていない場合10/10)
	<p>休業手当に対する助成率</p> <ul style="list-style-type: none"> ○原則 4/5 (解雇等を行っていない場合9/10) ○地域特例・業況特例 4/5 (解雇等を行っていない場合10/10)

	地域特例：上限8,800円/日
シフト労働者等 (注)シフト制、日々雇用、登録型派遣の労働者	<p>休業前賃金の80% 休業実績に応じて支給</p>
	<p>原則の上限：8,355円/日</p>

6.2兆円
(2年度からの支給
決定額累計;
10月28日時点)

雇用保険被保険者以外

【週20時間未満等】

	支給内容は雇用調整助成金に同じ
--	-----------------

緊急雇用安定助成金

	支給内容は休業支援金に同じ
--	---------------

新型コロナウイルス感染症対応休業給付金*

一般会計事業

(注) 地域特例：緊急事態措置区域、まん延防止等重点措置区域において、知事による、新型インフルエンザ等対策特別措置法第18条に規定する基本的対処方針に沿った要請を受けて同法施行令第11条に定める施設（飲食店等）における営業時間の短縮等に協力する事業主（各区域における措置の実施期間の末日の属する月の翌月末まで適用）
業況特例：生産指標（売上等）が最近3か月の月平均で前々年又は3年前同期比30%以上減少の全国の事業主

※雇用保険臨時特例法に基づく

雇用調整助成金等・休業支援金等の助成内容

12月以降通常制度とするとともに、業況が厳しい事業主については、一定の経過措置（支給要件の緩和、日額上限・助成率を通常制度よりも高率とする等）を設ける。

雇用調整助成金等

（括弧書きの助成率は解雇等を行わない場合）（※1）

		令和4年 10～11月	令和4年12月～ 令和5年1月	令和5年 2～3月
中小企業	原則的な措置 （※2、5）	$\frac{4}{5}$ （9/10） 8,355円	$\frac{2}{3}$ 8,355円	
	地域特例（※3） 業況特例（※4）	$\frac{4}{5}$ （10/10） 12,000円	-	
	特に業況が厳しい事業主（※6）（経過措置）	-	$\frac{2}{3}$ （9/10） 9,000円	-
大企業	原則的な措置 （※2、5）	$\frac{2}{3}$ （3/4） 8,355円	$\frac{1}{2}$ 8,355円	
	地域特例（※3） 業況特例（※4）	$\frac{4}{5}$ （10/10） 12,000円	-	
	特に業況が厳しい事業主（※6）（経過措置）	-	$\frac{1}{2}$ （2/3） 9,000円	-

休業支援金等

		令和4年 10～11月	令和4年12月～ 令和5年3月
中小企業	原則的な措置	<u>8割</u> 8,355円	<u>6割</u> 8,355円
	地域特例（※8）	<u>8割</u> 8,800円	-
大企業（※7）	原則的な措置	<u>8割</u> 8,355円	<u>6割</u> 8,355円
	地域特例（※8）	<u>8割</u> 8,800円	-

（※1）令和3年1月8日以降の解雇等の有無で適用する助成率を判断。

（※2）生産指標が前年同期比（令和5年3月までは、令和元～4年までのいずれかの年の同期又は過去1年のうち任意月との比較でも可）で1か月10%以上減少している事業主。なお、令和4年12月以降に対象期間が1年を超える事業主については業況を再確認する。

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

重点措置区域については、知事が定める区域・業態に係る事業主が対象。

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

（※4）生産指標が最近3か月の月平均で前年、前々年又は3年前同期比で30%以上減少している事業主。なお、令和4年4月以降は毎月業況を確認している。

（※5）令和4年12月～令和5年3月について、※2の措置のほか、以下の措置を講じる。

・クーリング期間制度（直前の対象期間満了日の翌日から1年経過するまで新たに受給できない制度）を適用しない。

・クーリング期間制度の適用除外となる事業主については、令和4年12月1日～令和5年3月31日の間において支給限度日数である100日まで受給可能。

・その他、申請書類の簡素化等の特例を継続する。

・これまでコロナ特例を利用せず、令和4年12月以降の休業等について新規に雇用調整助成金を利用する事業主は、経過措置ではなく通常制度による申請を行う。

（※6）生産指標が最近3か月の月平均で前年、前々年又は3年前同期比で30%以上減少している事業主。なお、毎月業況を確認する。

（※7）大企業はシフト制労働者等のみ対象。

（※8）休業支援金の地域特例の対象は、雇用調整助成金と同じ（左記※3）。

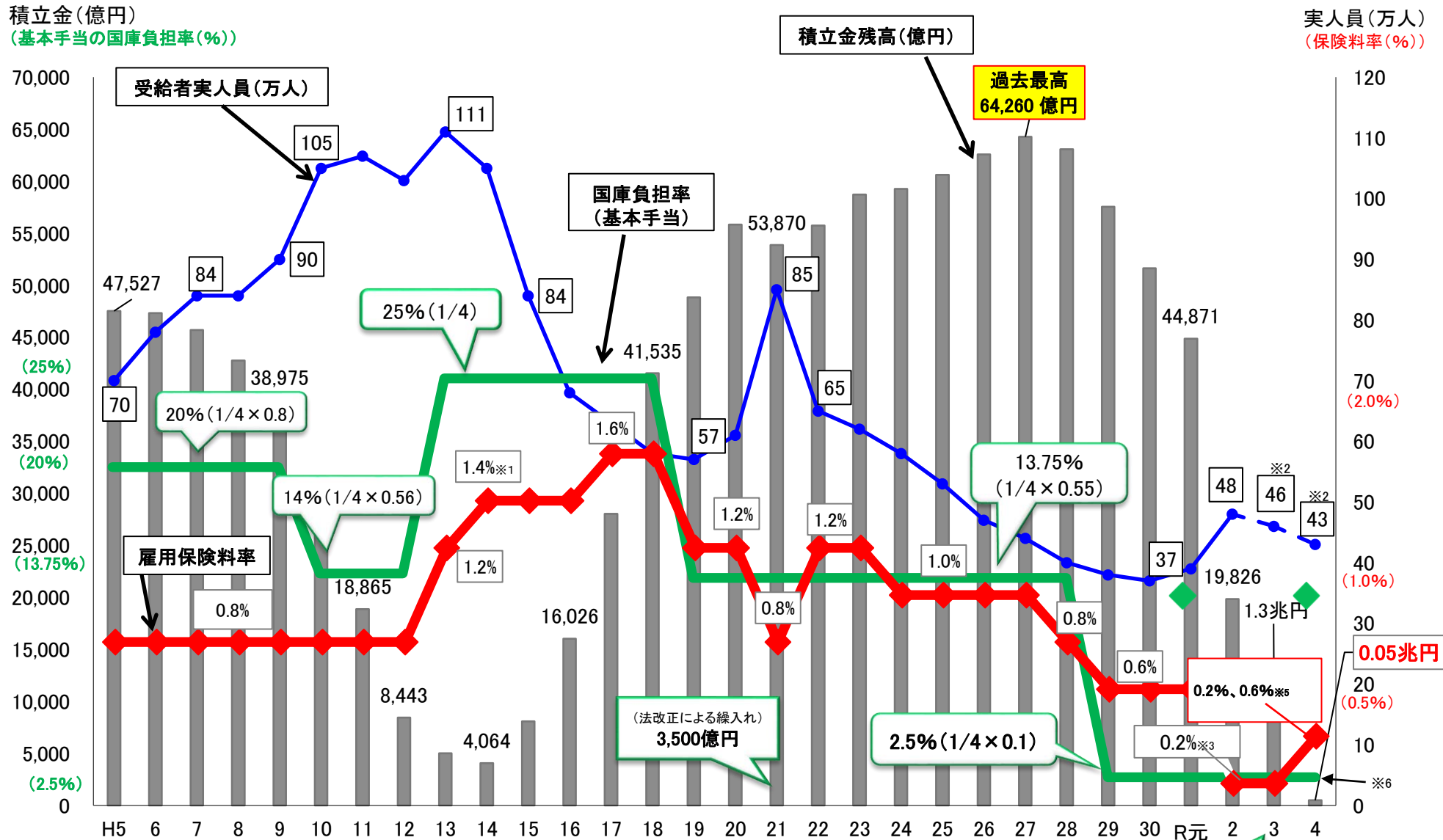
なお、地域特例については月単位での適用とする。

（例：5月10日から5月24日までまん延防止等重点措置

→5月1日から6月30日（解除月の翌月末）までの休業が地域特例の対象）

（注）注釈中の下線部は経過措置。

失業等給付に係る雇用保険料率、国庫負担率、受給者実人員及び積立金の推移



(注) 積立金残高は、令和2年度までは決算額、令和3年度以降は見込ベースであり、また雇用安定事業への貸し出し額（令和2年度：1兆3,951億円、令和3年度：1.2兆円程度、令和4年度：0.5兆円程度）を織り込んだ額。

※1 平成14年度は10月から弾力条項により0.2%引上げ。

※2 令和3年度は4～11月実績の平均値、令和4年度は予算上の年度月平均。

※3 令和2年度から育児休業給付費にかかる雇用保険料率（0.4%）を切り離している。 ※4 国庫負担率は、基本手当分について掲記している。

※5 令和4年度の保険料率は、4～9月=0.2%、10～3月=0.6%であり、平均して0.4%としている。

※6 令和4年度以降の国庫負担割合は、雇用情勢及び雇用保険の財政状況に応じて1/4又は1/40（別途一般会計からの繰入れも可能）であり、令和4年度は1/40。

〈臨時特例法による繰入れ〉
1.7兆円

6. 生活保護

生活保護制度

○ 生活保護制度の目的

- 最低生活の保障
⇒ 資産、能力等すべてを活用してもなお生活に困窮する者に対し、困窮の程度に応じた保護を実施
- 自立の助長

最低生活の保障

① 資産、能力等あらゆるものを利用することが保護の前提。また、扶養義務者による扶養などは、保護に優先される。

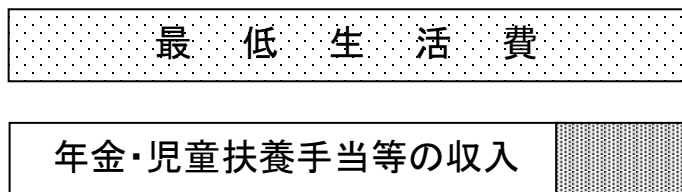
- ・不動産、自動車、預貯金等の資産
- ・稼働能力の活用
- ・年金、手当等の社会保障給付
- ・扶養義務者からの扶養 等



- ◇保護の開始時に調査
(預貯金、年金、手当等の受給の有無や可否、傷病の状況等を踏まえた就労の可否、扶養義務者の状況及び扶養能力等)
- ◇保護適用後にも届出を義務付け

② 支給される保護費の額

- ・厚生労働大臣が定める基準で計算される最低生活費から収入を差し引いた差額を保護費として支給



収入としては、就労による収入、年金等社会保障の給付、親族による援助等を認定。
預貯金、保険の払戻し金、不動産等の資産の売却収入等も認定するため、これらを消費した後に保護適用となる。

自立の助長

支給される保護費

- ・ケースワーカーや就労支援員による就労指導・支援
- ・被保護者就労支援事業（法第55条の7）、被保護者就労準備支援事業（予算事業）、生活保護受給者等就労自立促進事業（ハローワークと連携したチーム支援）、その他自立支援プログラムを実施

生活保護の要件等（法4条）

基本的な考え方

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

資産の活用

・ 土地・家屋は、原則売却

（ただし、現に居住の用に供されているものについては、処分価値が著しく大きいものを除き、保有を容認）

・ 自動車については、原則売却

（ただし、障害者や公共交通機関の利用が著しく困難な地域に居住する者等が通勤、通院、通所及び通学のため必要とする場合は、保有を容認）

・ 預貯金は、原則収入認定

（ただし、保護開始時に保有する金銭のうち、最低生活費の5割は保有を容認）

・ 年金、児童扶養手当等

本人が手続をすれば受給できる給付等は活用することが必要

能力の活用

稼働能力を活用しているか否かについては、①稼働能力を有するか否か、②その稼働能力を活用する意思があるか否か、③実際に稼働能力を活用する就労の場を得ることができるか否か、の3つの要素により判断。

現実に稼働能力があり、本人の有している資格、生活歴、職歴等から適切と判断され得る職場があるにもかかわらず、働く意思がない者は要件を欠くと判断するが、稼働能力も働く意思もあり、求職活動を行っているが現実に働く場がない者については要件を満たしているものと判断。

扶養の優先

福祉事務所は、民法に定める扶養義務者（三親等以内の直系血族、兄弟姉妹等）について扶養の可能性を調査。特に、親子関係にある者に対しては、実地調査も行うなど重点的に実施。扶養義務者からの仕送り等があればこれを収入認定する。

生活保護の概要等①

○ 生活保護基準の内容

生活保護基準は、要保護者の年齢別、性別、世帯構成別、所在地域別その他保護の種類に応じて必要な事情を考慮した最低限度の生活の需要を満たすに十分なものであつて、且つ、これをこえないものでなければならない。
(生活保護法第8条第2項)

生活を営む上で生じる費用	対応する 扶助の種類	支給内容
日常生活に必要な費用 (食費・被服費・光熱水費等)	生活扶助	基準額は、 ①食費等の個人的費用（年齢別に算定） ②光熱水費等の世帯共通的費用（世帯人員別に算定） を合算して算出。 特定の世帯には加算がある。（障害者加算等）
アパート等の家賃	住宅扶助	定められた範囲内で実費を支給
義務教育を受けるために必要な学用品費	教育扶助	定められた基準額を支給
医療サービスの費用	医療扶助	費用は直接医療機関へ支払（本人負担なし）
介護サービスの費用	介護扶助	費用は直接介護事業者へ支払（本人負担なし）
出産費用	出産扶助	定められた範囲内で実費を支給
就労に必要な技能の修得等にかかる費用 (高等学校等に就学するための費用を含む。)	生業扶助	〃
葬祭費用	葬祭扶助	〃

※勤労控除：就労収入のうち一定額を控除する仕組みであり、就労収入額に比例して控除額が増加。

⇒ 就労収入15,000円までは全額控除、全額控除以降の控除率は10%

生活保護の概要等②

○ 生活扶助額の例（令和4年4月1日現在）

	東京都区部等	地方郡部等
3人世帯(33歳、29歳、4歳)	158,760円	139,630円
高齢者単身世帯(68歳)	77,980円	66,300円
高齢者夫婦世帯(68歳、65歳)	121,480円	106,350円
母子世帯(30歳、4歳、2歳)	190,550円	168,360円

※ 児童養育加算及び母子加算を含む。

(注)上記以外に、その世帯の状況や必要な事情に応じて、「冬季加算」などの各種加算や「住宅扶助費(家賃)」や「教育扶助費(教育費)」が現金給付されるとともに、「医療扶助費(医療費)」や「介護扶助費(介護費)」が現物給付される。

○ 保護の実施機関と費用負担

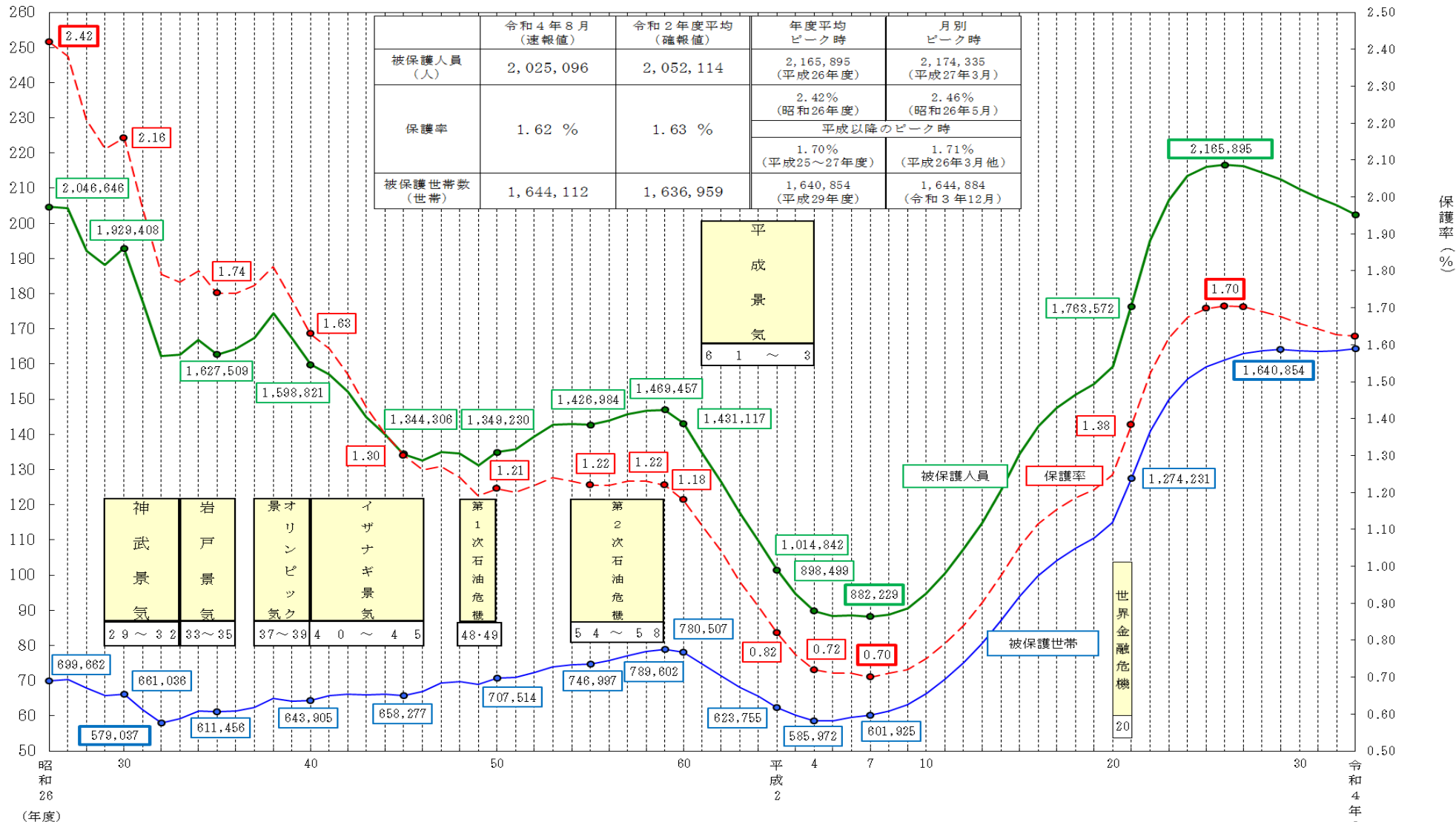
- ・ 都道府県、市、福祉事務所を設置する町村（保護の実施機関）が実施。
- ・ 保護の実施機関は、福祉事務所を設置し、被保護世帯に対して担当のケースワーカーを設定。
- ・ 保護費については、国が3／4、地方自治体が1／4を負担。

被保護人員、保護率、被保護世帯数の年次推移

○生活保護受給者数は約203万人。平成27年3月をピークに減少に転じた。

○生活保護受給世帯数は約164万世帯。高齢者世帯が増加している一方、母子世帯は減少傾向が続いている。

(万)

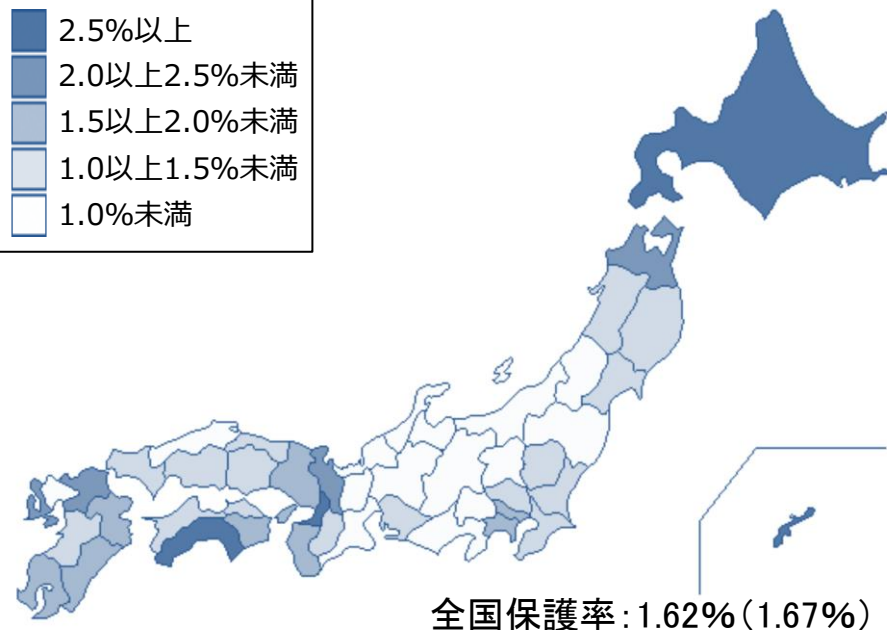
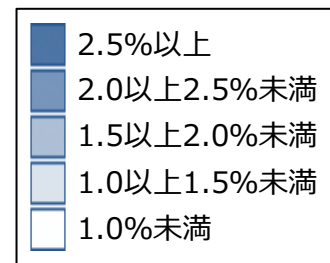


資料：被保護者調査（月次調査）（厚生労働省）（平成23年度以前の数値は福祉行政報告例）

都道府県別保護率(令和4年8月時点)

1 大阪府	3.04% (3.42%)	26 鳥取県	1.19% (1.25%)
2 北海道	2.92% (3.14%)	27 香川県	1.08% (1.17%)
3 沖縄県	2.67% (2.32%)	28 岩手県	1.04% (1.12%)
4 高知県	2.53% (2.84%)	29 栃木県	1.04% (1.04%)
5 福岡県	2.33% (2.60%)	30 山口県	1.02% (1.20%)
6 青森県	2.28% (2.24%)	31 茨城県	1.01% (0.87%)
7 京都府	2.10% (2.36%)	32 愛知県	1.01% (1.05%)
8 長崎県	2.02% (2.19%)	33 福島県	0.95% (0.89%)
9 東京都	1.99% (2.17%)	34 新潟県	0.95% (0.86%)
10 鹿児島県	1.84% (1.93%)	35 佐賀県	0.91% (0.93%)
11 兵庫県	1.82% (1.91%)	36 静岡県	0.90% (0.77%)
12 徳島県	1.76% (1.93%)	37 三重県	0.89% (0.97%)
13 大分県	1.68% (1.74%)	38 山梨県	0.87% (0.72%)
14 神奈川県	1.66% (1.69%)	39 島根県	0.81% (0.86%)
15 宮崎県	1.60% (1.57%)	40 群馬県	0.78% (0.69%)
16 和歌山県	1.58% (1.50%)	41 滋賀県	0.77% (0.78%)
17 愛媛県	1.49% (1.55%)	42 山形県	0.74% (0.63%)
18 広島県	1.43% (1.72%)	43 石川県	0.63% (0.63%)
19 千葉県	1.43% (1.25%)	44 岐阜県	0.59% (0.57%)
20 熊本県	1.39% (1.39%)	45 福井県	0.55% (0.48%)
21 秋田県	1.39% (1.48%)	46 長野県	0.54% (0.54%)
22 奈良県	1.38% (1.47%)	47 富山県	0.41% (0.33%)
23 埼玉県	1.33% (1.28%)		
24 宮城県	1.32% (1.15%)		
25 岡山県	1.26% (1.35%)		

※ 括弧内は10年前(平成24年度)の保護率



(参考)

※ 指定都市・中核市分は各都道府県に含まれている

指定都市 上位5市

中核市 上位5市

1 大阪市	4.78% (5.71%)
2 札幌市	3.60% (3.76%)
3 堺市	2.98% (3.04%)
4 神戸市	2.82% (3.18%)
5 京都市	2.80% (3.22%)

1 函館市	4.48% (4.68%)
2 那覇市	4.18% -
3 尼崎市	3.74% (3.98%)
4 旭川市	3.57% (3.93%)
5 東大阪市	3.41% (4.19%)

指定都市 下位5市

中核市 下位5市

16 仙台市	1.71% (1.59%)
17 新潟市	1.49% (1.39%)
18 さいたま市	1.45% (1.57%)
19 静岡市	1.38% (1.17%)
20 浜松市	0.91% (0.93%)

58 松本市	0.79% -
59 豊橋市	0.64% (0.67%)
60 富山市	0.63% (0.42%)
61 岡崎市	0.59% (0.58%)
62 豊田市	0.56% (0.59%)

資料: 被保護者調査 月次調査(厚生労働省)をもとに作成
※ 令和4年8月分は速報値

生活困窮者自立支援法及び生活保護法の見直しの枠組み

生活困窮者自立支援

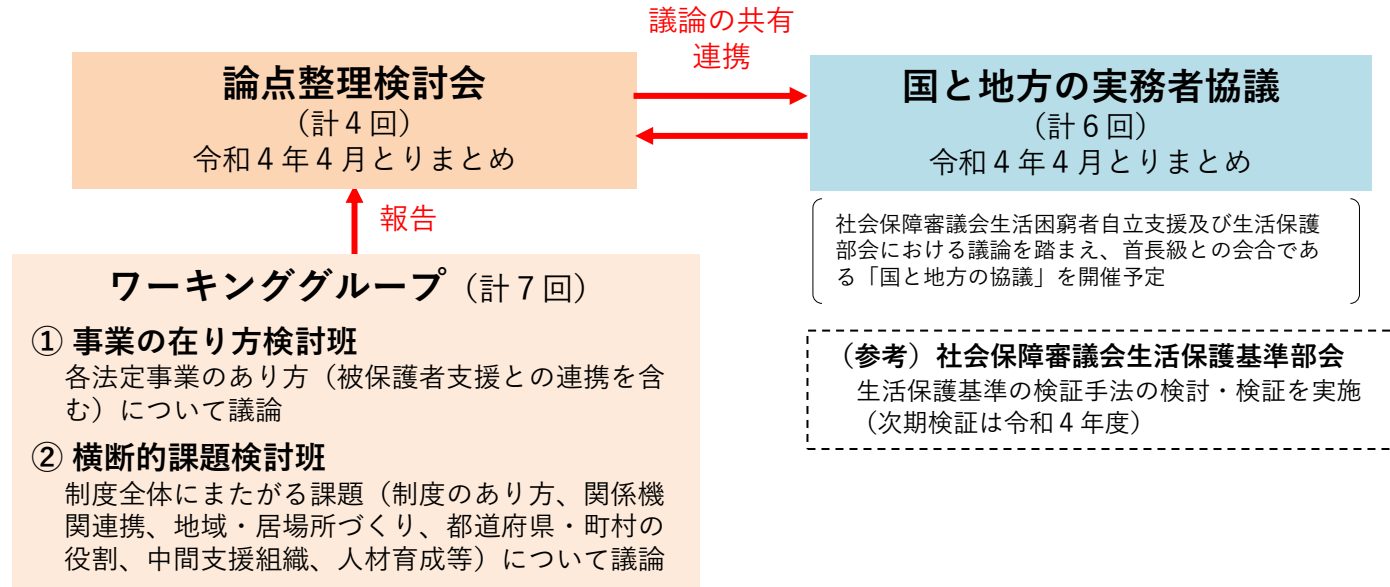
生活保護

見直し 規定

生活困窮者等の自立を促進するための生活困窮者自立支援法等の一部を改正する法律（平成30年法律第44号）附則第8条（※）に基づく検討

（※）政府は、この法律の施行後5年を目途として、この法律の規定による改正後の規定の施行の状況について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

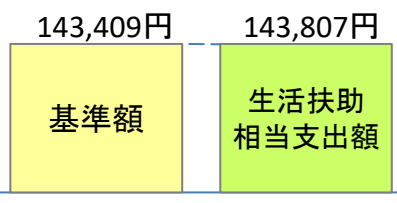
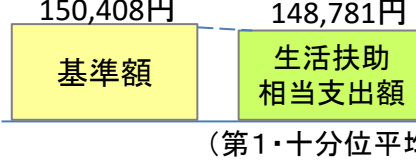
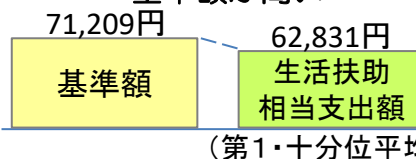
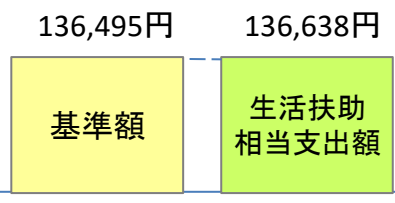
検討の場



令和4年6月
以降

社会保障審議会生活困窮者自立支援及び生活保護部会における議論

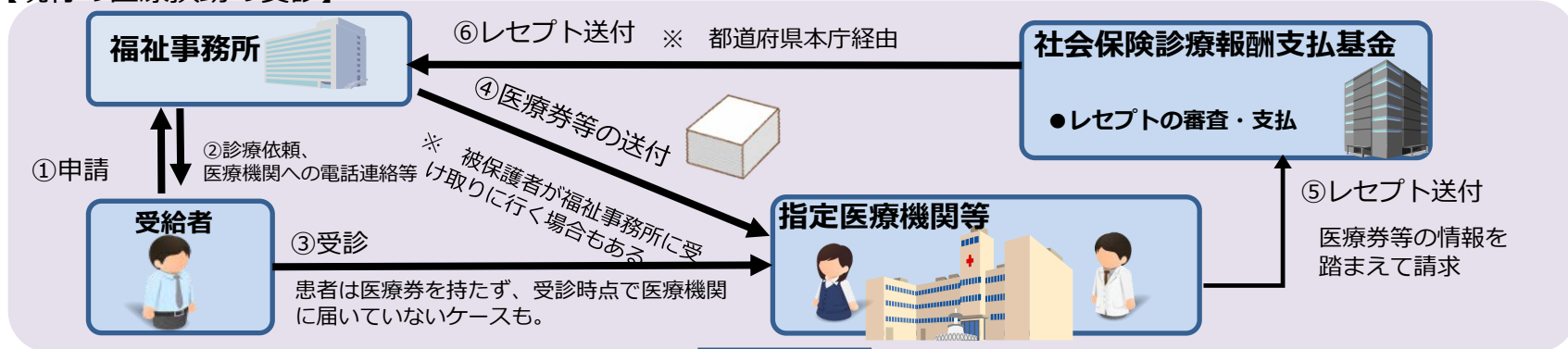
生活扶助基準の定期検証における検証結果と検証結果等を踏まえた見直し

	平成16年	平成19年	平成24年	平成29年
検証会議体	社会保障審議会福祉部会 生活保護制度の在り方に関する専門委員会	生活扶助基準に関する検討会	社会保障審議会 生活保護基準部会	社会保障審議会 生活保護基準部会
モデル世帯	・夫婦1人世帯(勤労者)	①夫婦1人世帯(有業あり) ②高齢単身世帯(60歳以上)	<div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px;"> <p><検証内容> (ゆがみ是正)</p> <ul style="list-style-type: none"> 従来から生活扶助基準の比較対象としていた年収階級第1・十分位に属する世帯における年齢・世帯人員、級地別の消費水準と生活扶助基準の間どの程度乖離が生じているか検証を行った。 <p>※ 平成24年検証は、基準額表の体系に着目した検証を行い、給付水準の検証(高さ比べ)は行わなかった。</p> </div>	・夫婦1人世帯(勤労者)
一般低所得世帯(所得分位)の範囲	年収階級第1・十分位	年収階級第1・十分位		年収階級第1・十分位
給付水準の検証結果	<p>・夫婦1人世帯(勤労者)</p> <p>概ね均衡</p>  <p>143,409円 143,807円</p> <p>基準額 生活扶助相当支出額</p> <p>(第3~5・五十分位平均)</p>	<p>①夫婦1人世帯(有業あり)</p> <p>基準額がやや高い</p>  <p>150,408円 148,781円</p> <p>基準額 生活扶助相当支出額</p> <p>(第1・十分位平均)</p> <p>②高齢単身世帯(60歳以上)</p> <p>基準額が高い</p>  <p>71,209円 62,831円</p> <p>基準額 生活扶助相当支出額</p> <p>(第1・十分位平均)</p>	<div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px;"> <p><検証内容> (ゆがみ是正)</p> <ul style="list-style-type: none"> 従来から生活扶助基準の比較対象としていた年収階級第1・十分位に属する世帯における年齢・世帯人員、級地別の消費水準と生活扶助基準の間どの程度乖離が生じているか検証を行った。 <p>※ 平成24年検証は、基準額表の体系に着目した検証を行い、給付水準の検証(高さ比べ)は行わなかった。</p> </div>	<p>・夫婦1人世帯(勤労者)</p> <p>概ね均衡</p>  <p>136,495円 136,638円</p> <p>基準額 生活扶助相当支出額</p> <p>(第1・十分位平均) ※3σの場合</p>
検証結果等を踏まえた見直し内容	<ul style="list-style-type: none"> 検証結果を踏まえ、基準額は据え置き。 5年に1度実施される<u>全国消費実態調査等を基に定期的に検証することをルール化。</u> 	<ul style="list-style-type: none"> 当時の原油価格高騰の動向を勘案し、消費に与える影響等を見極めるため、基準額は据え置き。 		<ul style="list-style-type: none"> 検証結果を踏まえ、基準額と消費実態との乖離を是正(ゆがみ是正分)。 前回の検証から、基準額を据え置きとしていたことを踏まえ、平成20年から23年までの物価の変動分を反映(デフレ分(▲4.78%))。 減額世帯に配慮して激変緩和措置を適用。

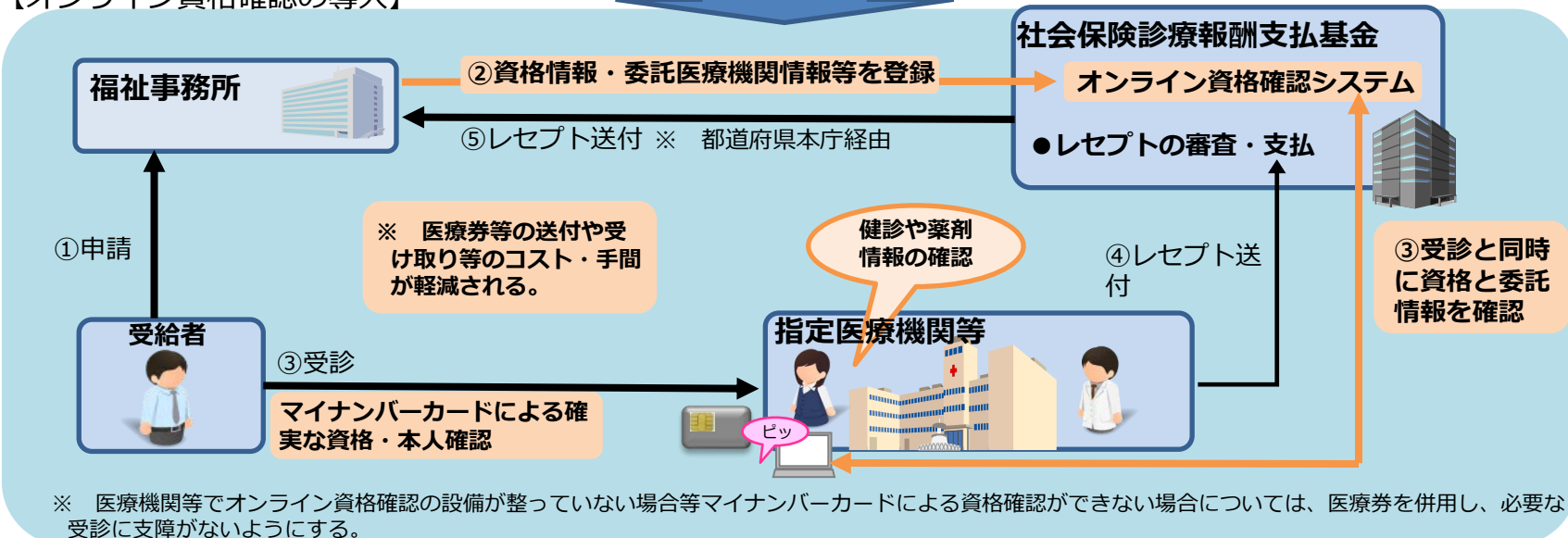
医療扶助におけるオンライン資格確認の導入

- 生活保護の医療扶助にマイナンバーカードによるオンライン資格確認を導入し、①マイナンバーカードによる確実な資格・本人確認を実現するとともに、②医療券の発行・送付等の事務を省力化し、利用者の利便性も高める。
- 適正な医療の実施を確保するため、福祉事務所が委託した医療機関を受診する仕組みを維持。
 - ※ これに併せ、医療扶助の受給者番号等について医療保険の被保険者番号等と同様に受給者番号等の告知要求制限等の個人情報保護に係る法的整備を行う。

【現行の医療扶助の受診】



【オンライン資格確認の導入】



【施行時期】：公布の日（令和3年6月11日）から起算して3年を超えない範囲内において政令で定める日（一部を除く）

頻回受診の適正化について

頻回受診の指導対象者

同一傷病について、同一月内に同一診療科目を15日以上受診しており、短期的・集中的な治療(※)を行う者を除き、治療にあたった医師や嘱託医が必要以上の受診と認めた者

※ 15日以上受診している者を抽出し、その前2ヶ月との合計が40日未満の者

適正化の対応

頻回受診の可能性のある者の把握

毎月レセプトを確認し、頻回受診者にかかる台帳を作成

主治医訪問・嘱託医協議

主治医や嘱託医に協議し、頻回受診と認められるか否かを判断

指導の実施

頻回受診と判断された者について、訪問により指導を実施

改善状況の確認

指導の翌月、医療機関へ改善状況を確認。
改善されていない場合には、引き続き指導を実施

【頻回受診の改善の状況】

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
受診状況把握対象者数（指導対象者の定義に該当する者の数）（A） ※平成29年度までは旧定義（15日以上が3箇月続いた者）、平成30年度は移行期間のため混在	13,548人	12,837人	11,594人	10,604人	12,753人	11,681人
適正受診指導対象者数(B)	3,020人	2,557人	2,637人	2,387人	2,835人	2,320人
改善者数（適正な受診日数に改善された者数）(C)	1,365人	1,338人	1,422人	1,292人	1,388人	1,136人
改善者数割合(C/B)	45.20%	52.33%	53.92%	54.13%	48.96%	48.97%

令和4年度以降の取組

- 令和3年度に引き続き、令和4年度予算に以下の事業を計上
 - ・ 頻回受診者の適正受診指導の強化（福祉事務所による同行指導の実施等）
 - ・ 頻回受診指導を行う医師の委嘱促進
 - ・ レセプトを活用した医療扶助適正化事業 → レセプトデータから頻回受診者等のリスト作成
- 適正受診指導を行ってもなお改善されない者に対する追加的な指導の方策として、有効期限が1箇月よりも短い医療券を本人に対して発行し、健康管理に向けた支援と並行することで、指導のタイミングを増やす取り組みを推進

生活困窮者自立支援制度の概要

H30年度予算:432億円 H31年度予算:438億円
 R 2年度予算:487億円 R 3年度予算:555億円
R4年度予算:594億円 ※重層的支援体制整備事業分を含む

包括的な相談支援

◆**自立相談支援事業**
 (全国906福祉事務所設置自治体で1,388機関)
 (令和4年4月1日時点) **国費3/4**

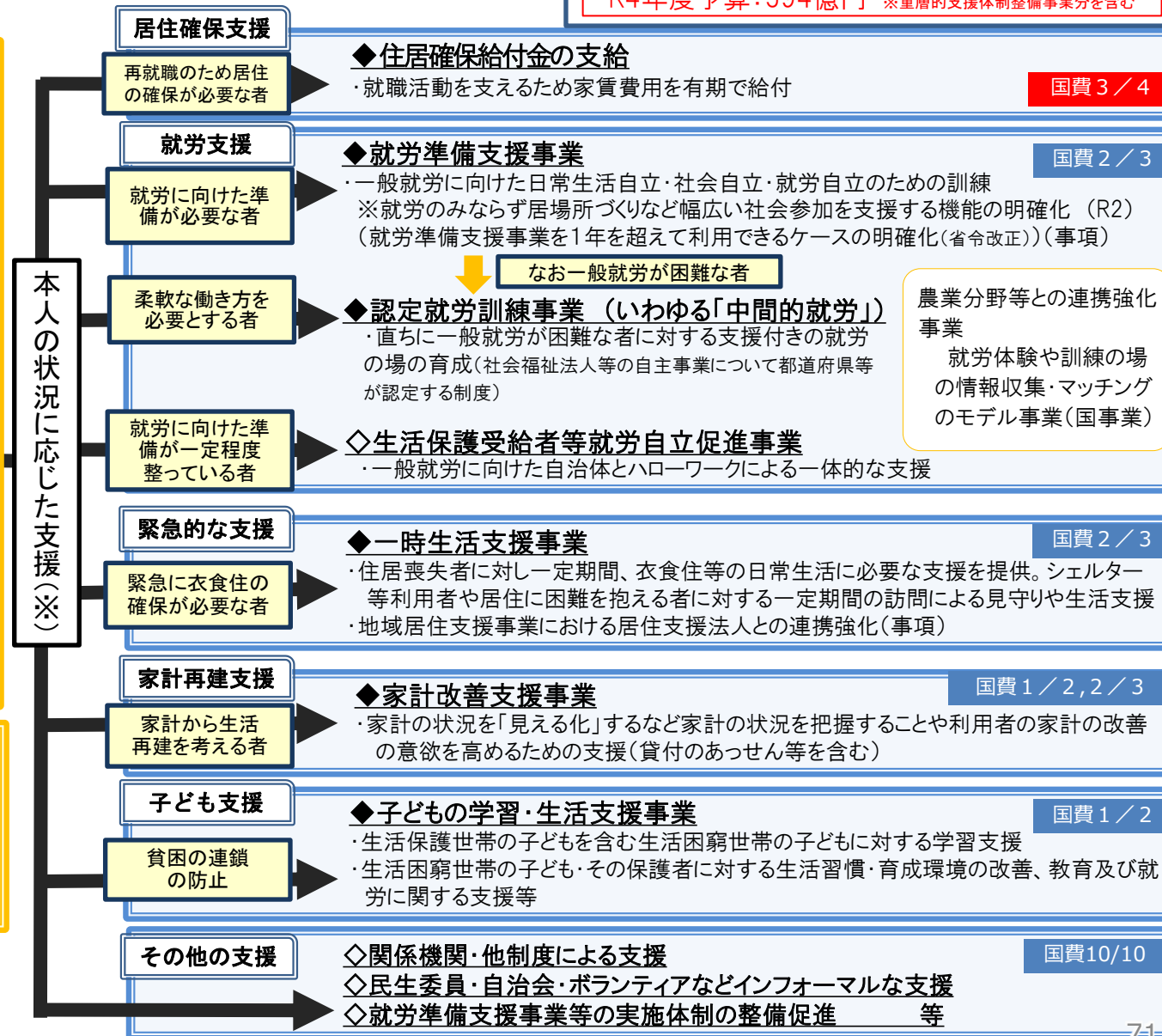
- 〈対個人〉
 ・生活と就労に関する支援員を配置し、ワンストップ型の相談窓口により、情報とサービスの拠点として機能
 ・一人ひとりの状況に応じ自立に向けた支援計画(プラン)を作成
- 〈対地域〉
 ・地域ネットワークの強化・社会資源の開発など地域づくりも担う

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

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

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

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



農業分野等との連携強化事業
 就労体験や訓練の場の情報収集・マッチングのモデル事業(国事業)

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

任意事業の実施状況

- 令和3年度の任意事業の実施自治体数は、前年度の実施自治体数と比較して徐々に増加している。
- 就労準備支援事業、家計改善支援事業の実施率は令和3年度において約7割となっている。

平成30年改正で努力義務化

就労準備支援事業

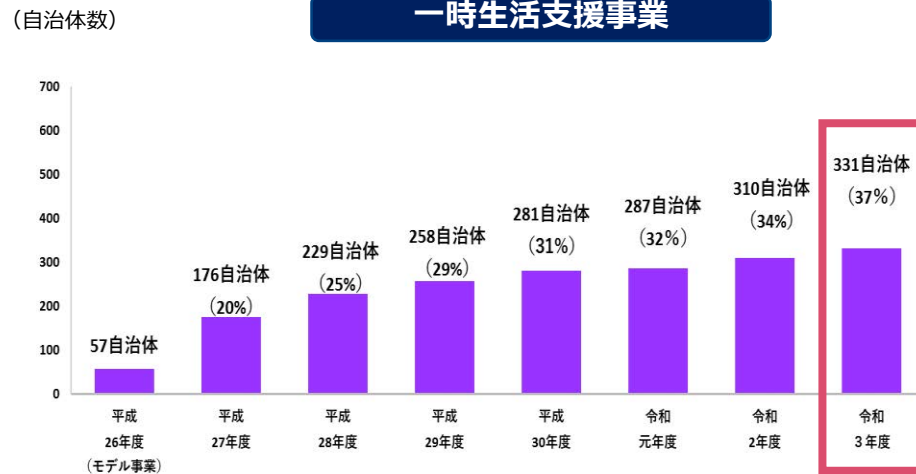


家計改善支援事業



(n=906)

一時生活支援事業



子どもの学習・生活支援事業

