

# 社会保障について①

(総論、医療、子ども・子育て、雇用)

財務省

2020年10月8日 (木)

1. 総論

2. 医療

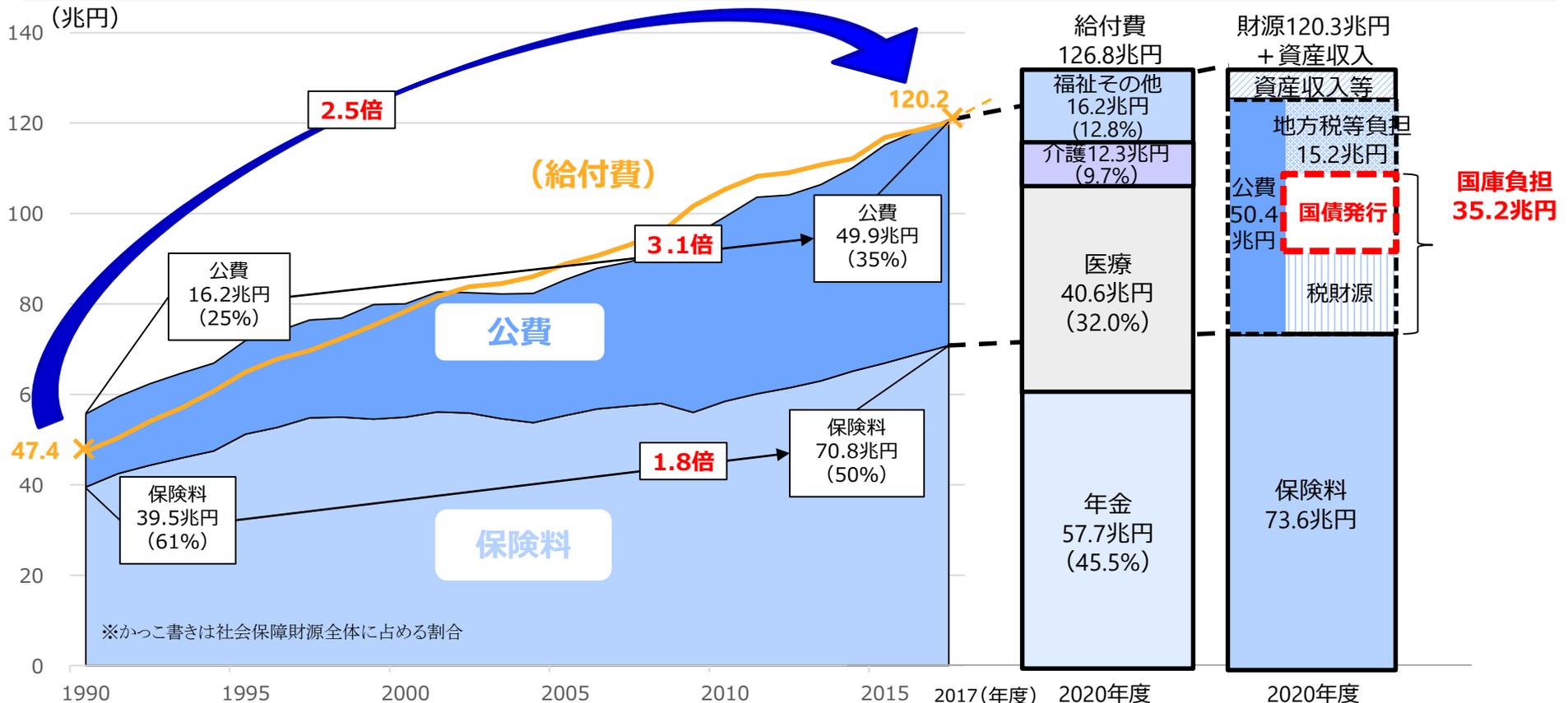
3. 子ども・子育て

4. 雇用

# 1. 総論

# 社会保障における受益（給付）と負担の構造①

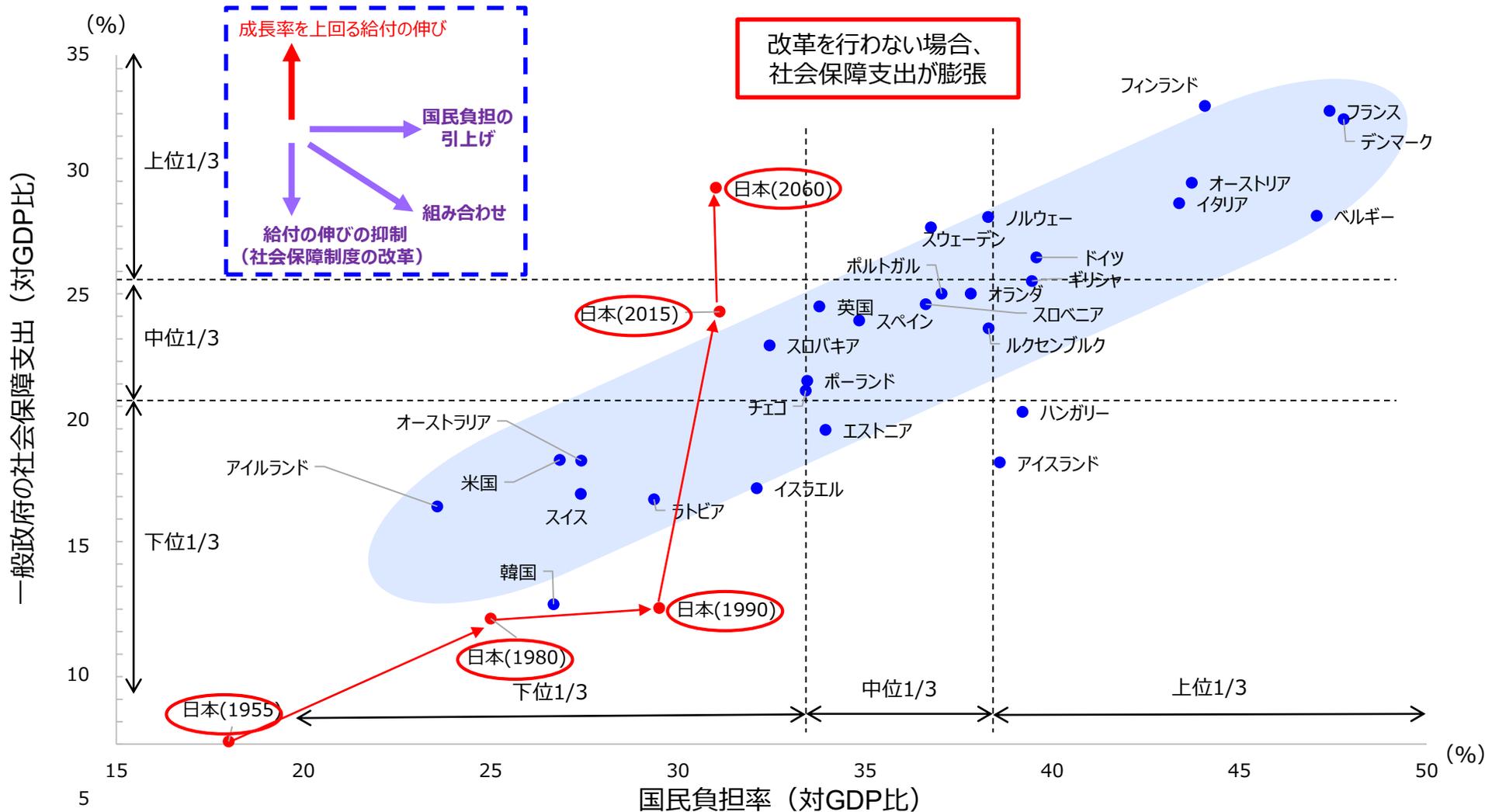
- **我が国の社会保障制度は、受益（給付）と負担の対応関係が本来明確な社会保険方式を採りながら、高齢者医療・介護給付費の5割を公費で賄うなど、公費負担（税財源で賄われる負担）に相当程度依存している。**その結果、近年、公費の比重の大きい高齢者医療・介護給付費の増に伴い、公費負担への依存度が著しく増加している。
- その際、**本来税財源により賄われるべき公費の財源について特例公債を通じて将来世代へ負担が先送りされている**ため、**負担増を伴わないままに受益（給付）が先行**する形となっており、受益（給付）と負担の対応関係が断ち切られている。負担の水準の変化をシグナルと捉えて受益の水準をチェ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



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

# 社会保障における受益（給付）と負担の構造②

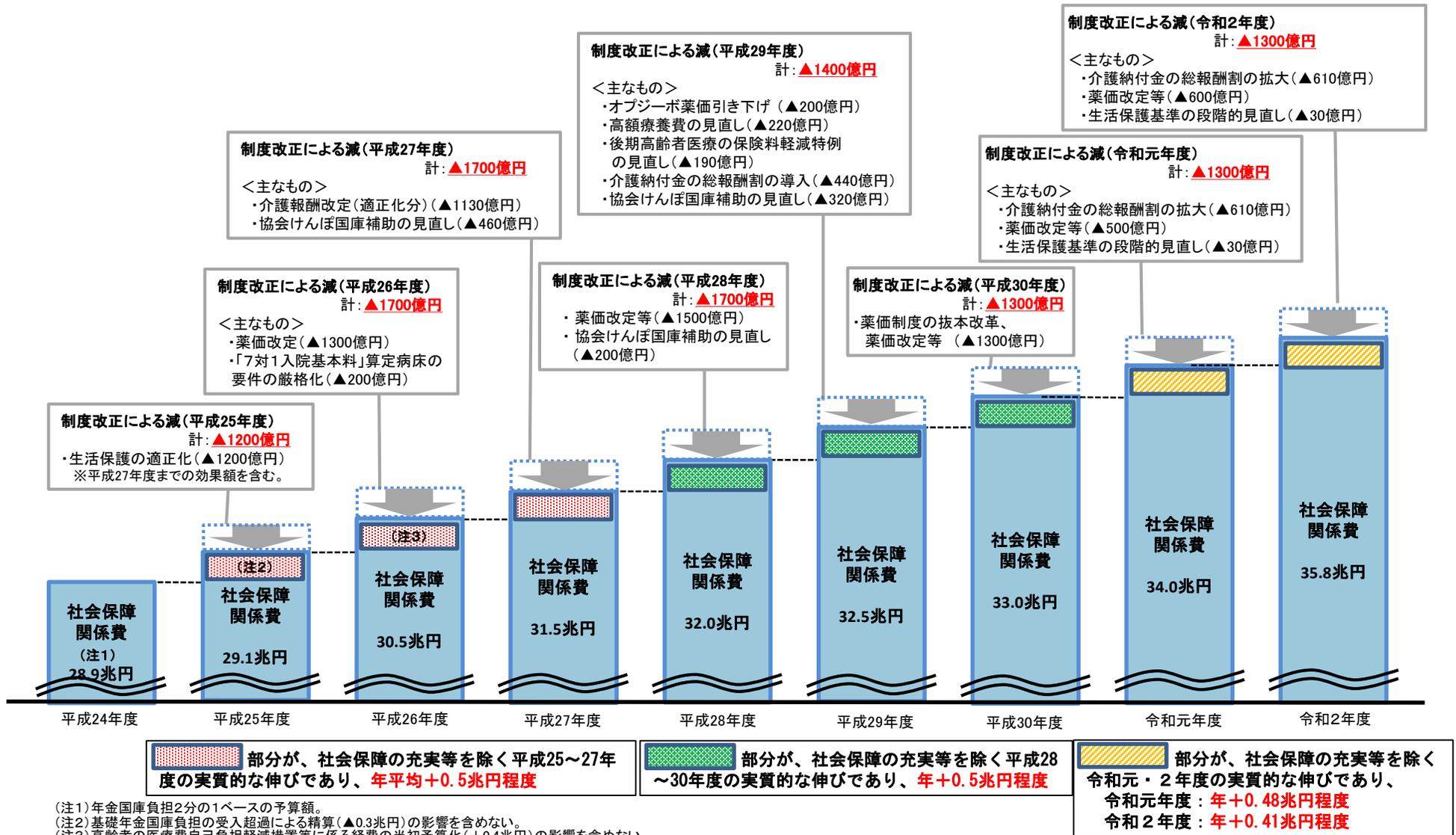
- 我が国の社会保障の現状は、OECD諸国と比較して、**受益（給付）と負担のバランスが不均衡の「中福祉、低負担」と言うべき状況**になっている。
- 今後、高齢化に伴い1人当たり医療費や要支援・要介護認定率が大幅に上昇すると、支え手を増やし成長への取組を行ってもなお、この不均衡は更に拡大すると見込まれる。**制度の持続可能性を確保するための改革が急務**である。



(出典) 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」。  
 (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①

○ こうした中、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。令和元・2年度の社会保障関係費の実質的な伸びには、年金スライド分を含む(令和元年度+100億円程度・令和2年度+100億円程度)。

# 社会保障関係費の伸び②

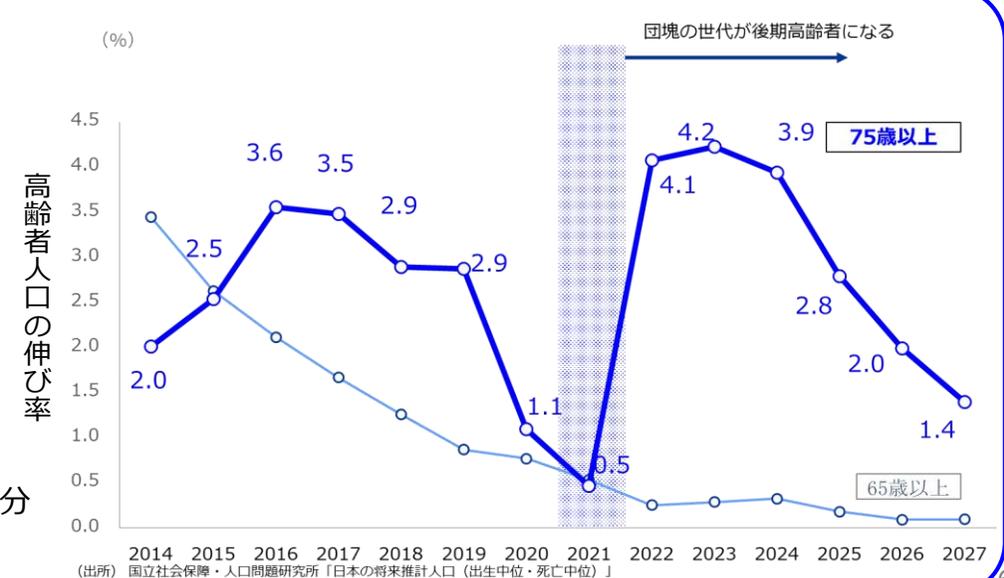
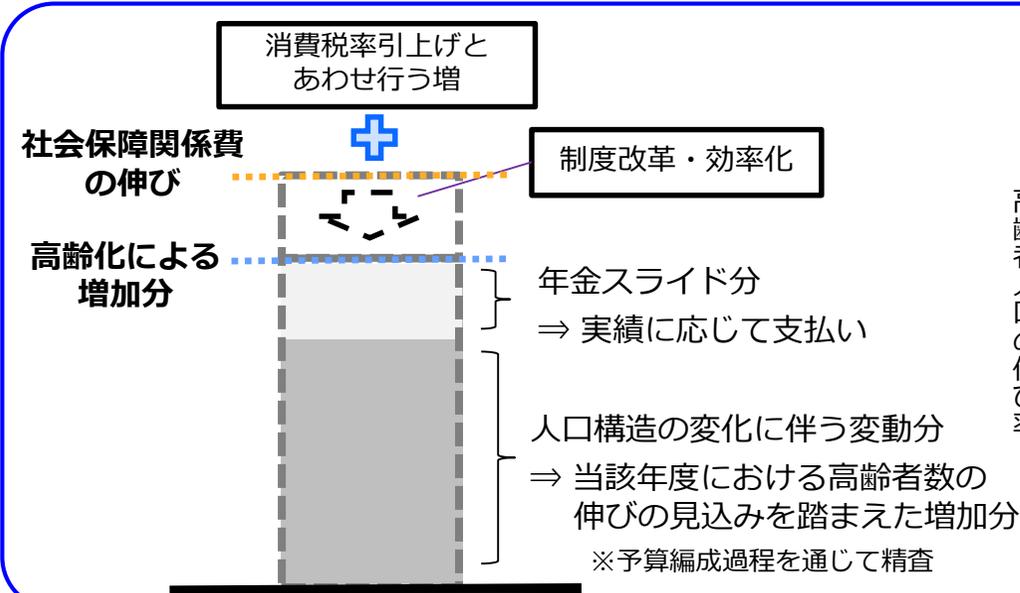
## 「経済財政運営と改革の基本方針2018（骨太2018）」（抄）（2018年6月15日閣議決定）

社会保障関係費については、再生計画において、2020年度に向けてその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ことを目指す方針とされていること、経済・物価動向等を踏まえ、2019年度以降、その方針を2021年度まで継続する（注）。

消費税率引上げとあわせ行う増（これまで定められていた社会保障の充実、「新しい経済政策パッケージ」で示された「教育負担の軽減・子育て層支援・介護人材の確保」及び社会保障4経費に係る公経済負担）については、別途考慮する。

なお、2022年度以降については、団塊世代が75歳に入り始め、社会保障関係費が急増することを踏まえ、こうした高齢化要因を反映するとともに、人口減少要因、経済・物価動向、社会保障を取り巻く状況等を総合的に勘案して検討する。

（注）高齢化による増加分は人口構造の変化に伴う変動分及び年金スライド分からなることとされており、人口構造の変化に伴う変動分については当該年度における高齢者数の伸びの見込みを踏まえた増加分、年金スライド分については実績をそれぞれ反映することとする。これにより、これまで3年間と同様の歳出改革努力を継続する。



## 2. 医療

### 総論

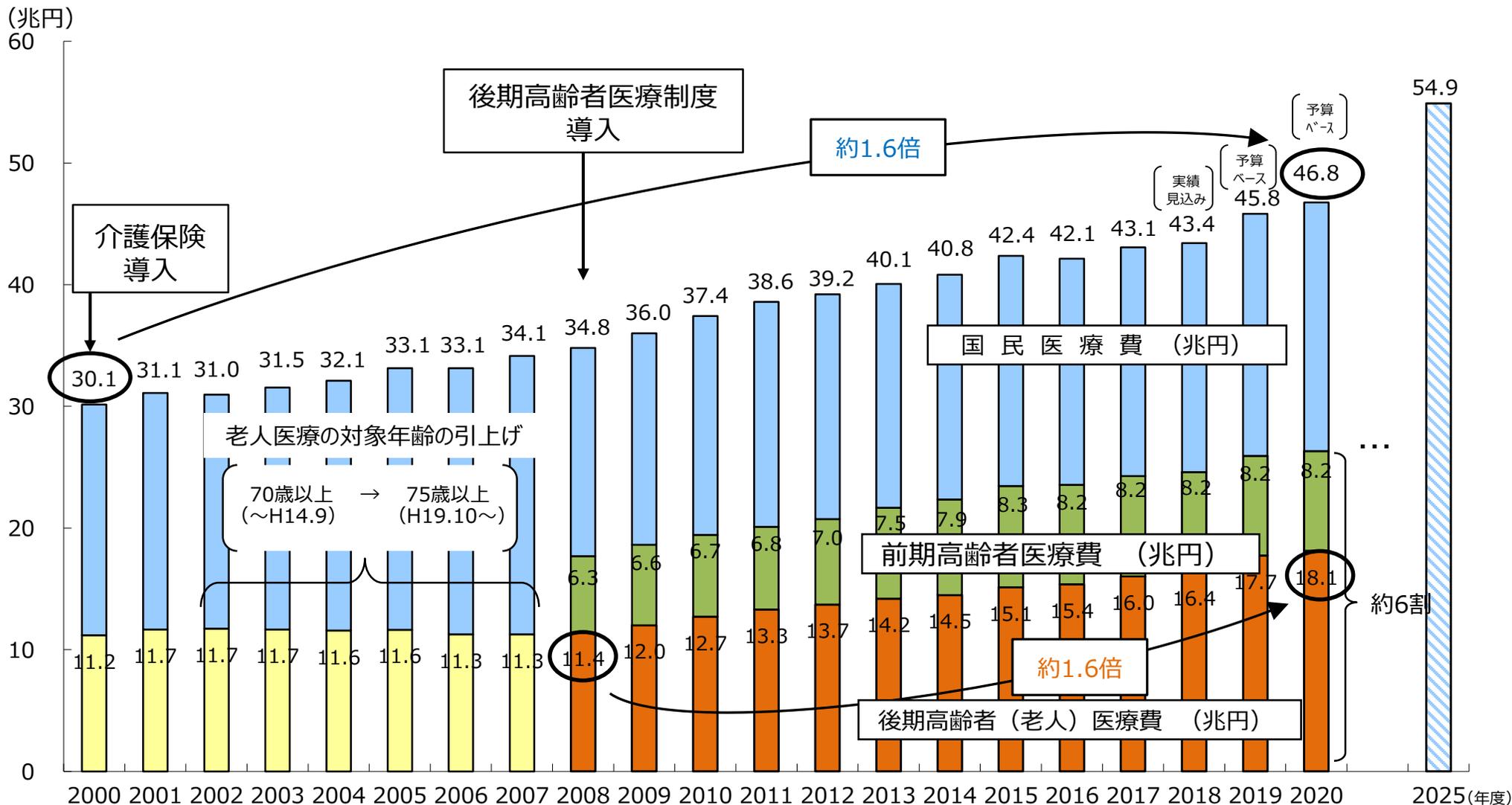
患者負担のあり方

薬剤費の適正化

ガバナンスの強化

医療扶助

# 医療費の動向

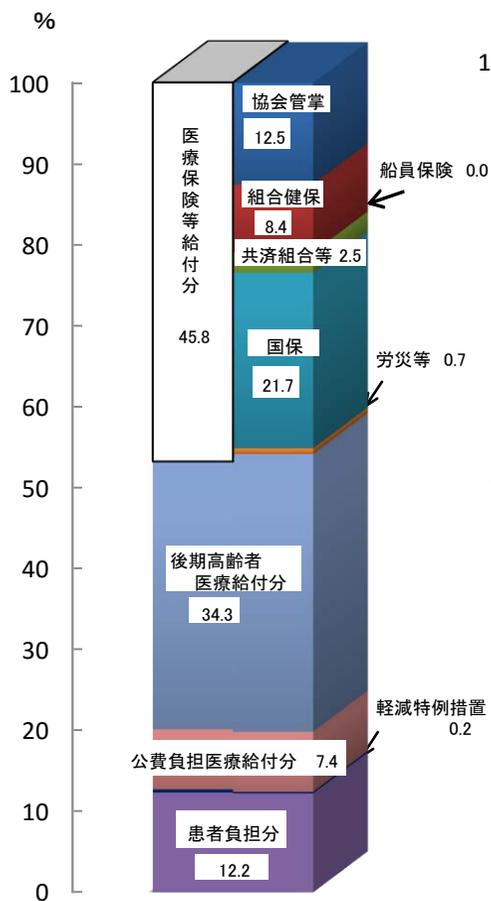


(注) 2018年は実績見込みであり、2019年度及び2020年度は予算ベースである。  
 国民医療費及び後期高齢者医療費の2018年度は、2017年度の実績に、概算医療費における2017年度から2018年度の変化率を乗じることによって推計している。  
 前期高齢者医療費の2017年度までは、「医療保険に関する基礎資料」(年次報告)の65~69歳・70~74歳(後期高齢者医療制度を除く)の医療費を機械的に合算したものである。2018年度は、2017年度の機械的な合算値に、「医療費の動向調査」の「医療保険医療費」の65歳以上75歳未満に係る医療費の変化率を乗じることによって推計している。  
 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。

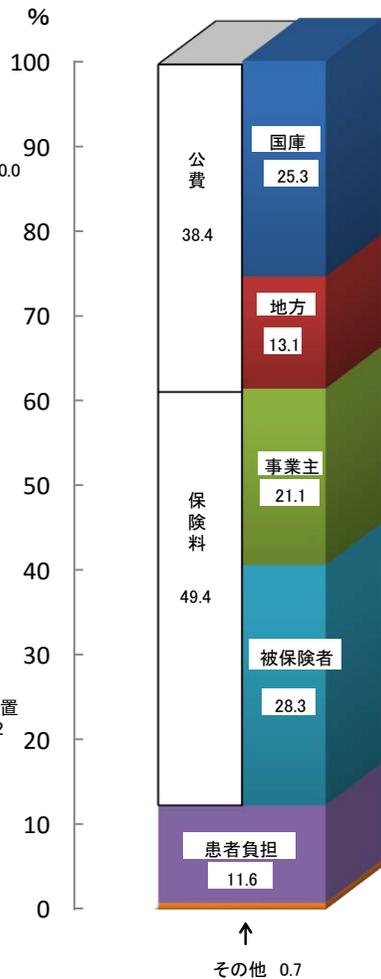
# 国民医療費の構造（平成29年度）

国民医療費 43兆710億円  
一人当たり医療費 339,900円

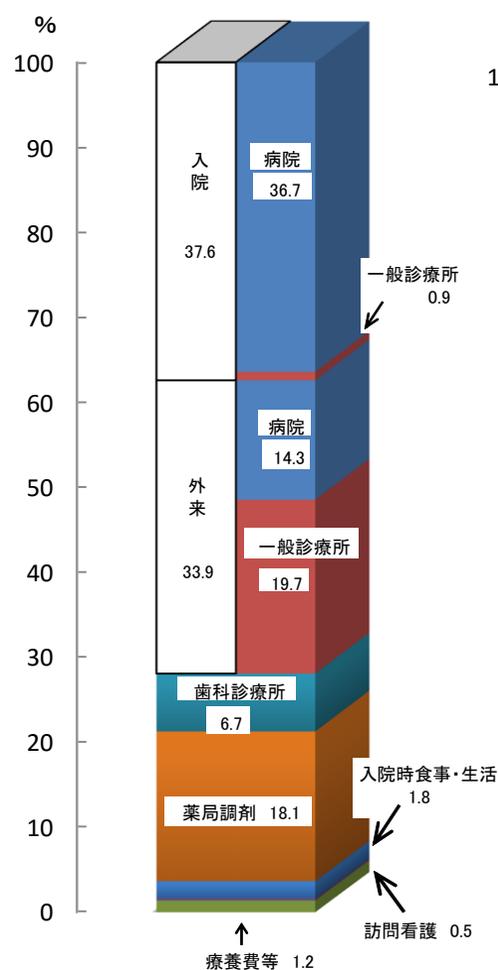
国民医療費の制度別内訳



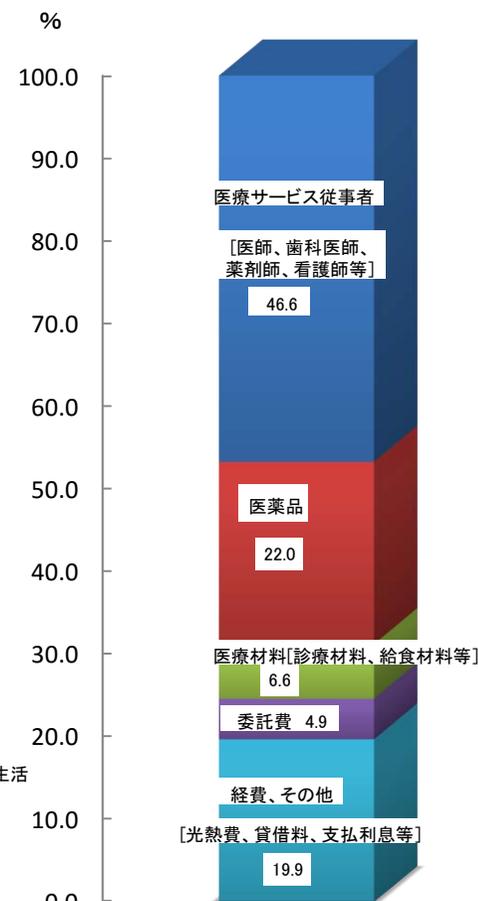
国民医療費の財源別内訳



国民医療費の分配



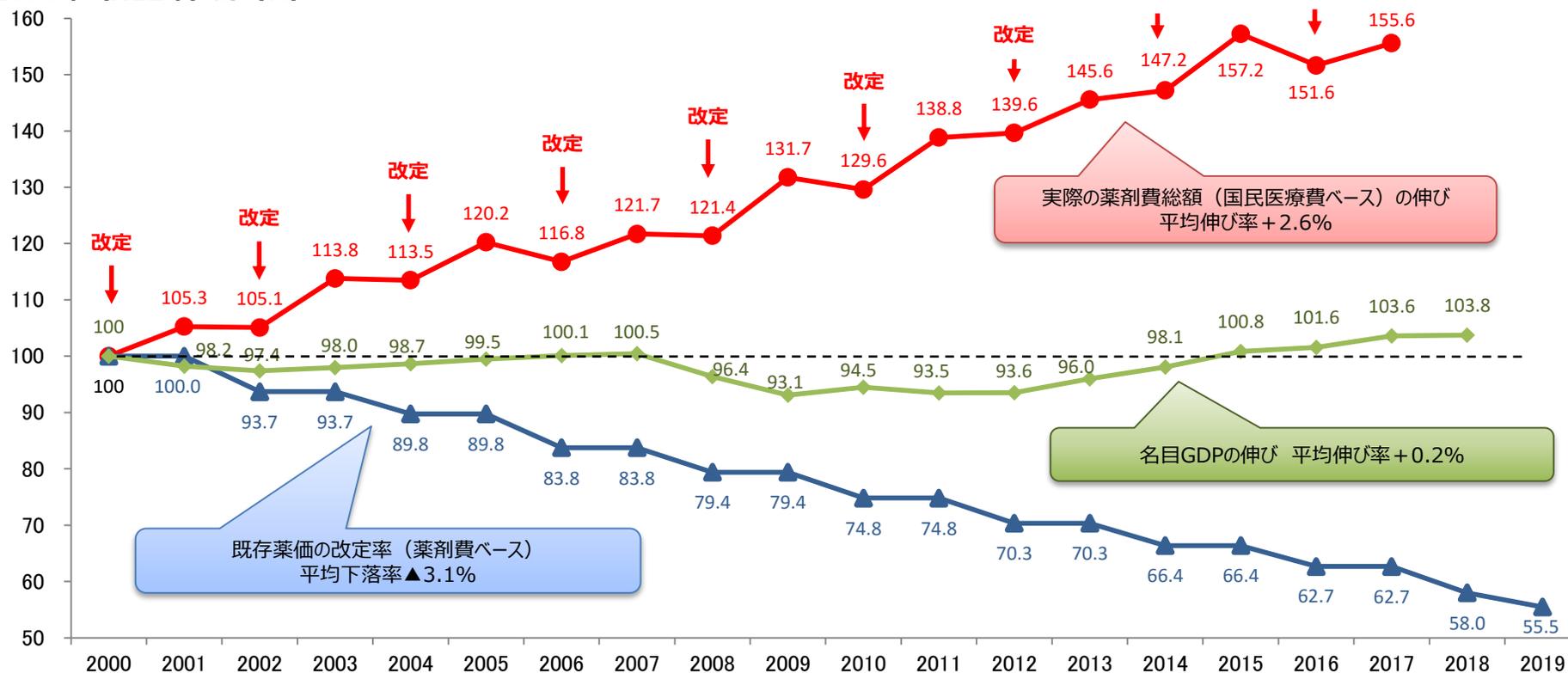
医療機関の費用構造



# 薬剤費の動向

○ 薬価については、これまでは2年に1回、すでに収載されている医薬品等について、実勢価格を反映した価格の引下げを行い、その影響については予算に反映させている。一方で、高齢化による使用量の増や年度中の新規保険収載等が生じるため、**薬剤費自体は増加**を続けており、その**伸びは名目GDP成長率を大きく上回っている**。

2000年（H12年）比（%）



新規収載 (品目ベース)	113	68	45	39	38	24	78	60	90	55	112	61	88	69	124	70	108	55	96	54
改定率(%)	▲7.0		▲6.3		▲4.2		▲6.7		▲5.2		▲5.75		▲6.00		▲5.64		▲5.57		▲7.48	▲4.35 (10/1~)

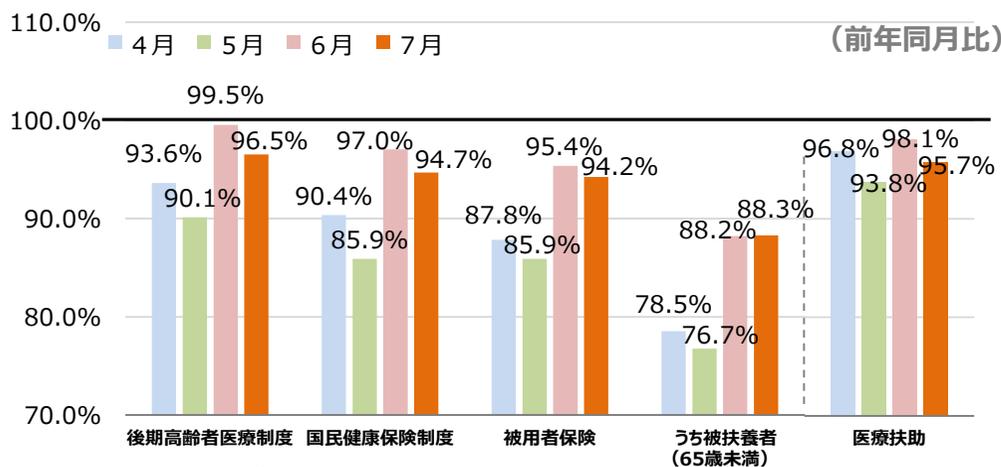
※ 1 2019年11月8日 中央社会保険医療協議会薬価専門部会参考資料等、内閣府「国民経済計算年次推計」を基に作成。

※ 2 2000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。

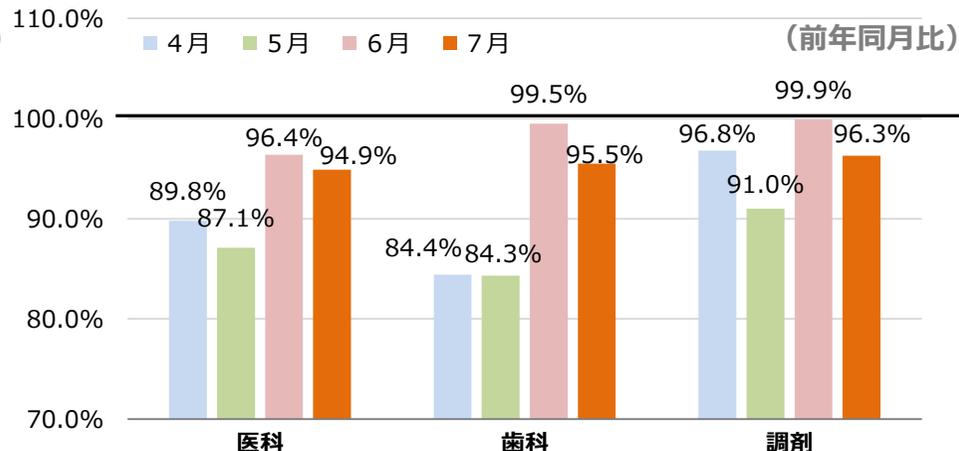
# 新型コロナウイルス感染症の影響を受けた医療費の動向

- 新型コロナウイルス感染症の影響により足元の医療費には変化が見られるものの、基本的には一時的な受診控えによるものと考えられ、中長期的な受診行動の変化を含むかどうかについては検証が必要。
- 制度別で見た高齢者医療に係る影響は相対的に小さく、高齢者に対する給付の偏りが増した面もある。また、薬剤費、医療扶助に対する影響も相対的には小さい可能性が高い。
- そのほか、新型コロナウイルス感染症による影響には、地域別、診療科別にばらつきがあることに留意する必要がある。

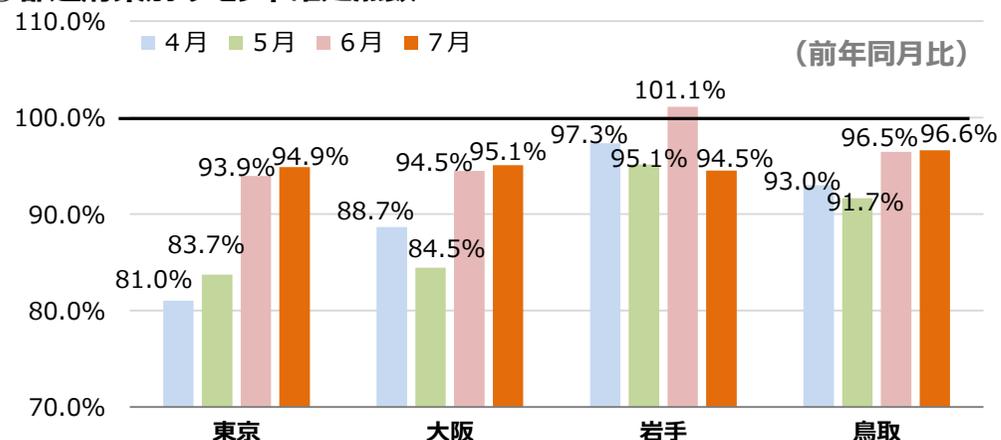
○ 制度別 レセプト確定点数



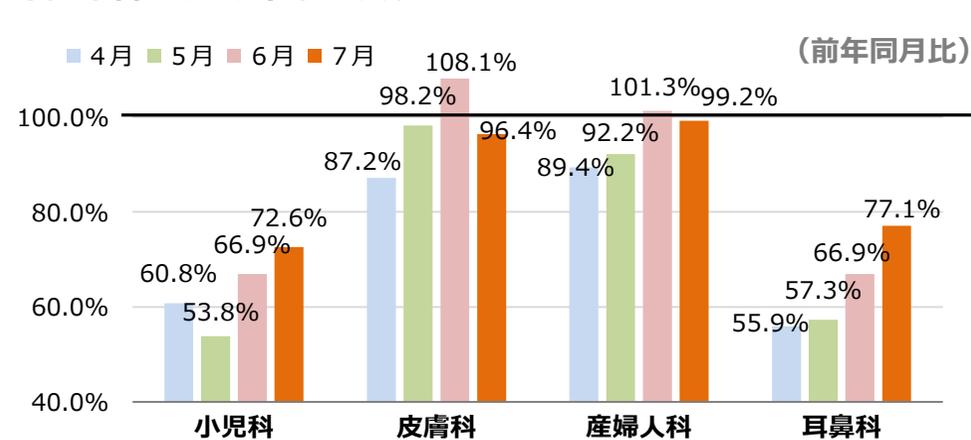
○ 診療種類別 レセプト確定点数



○ 都道府県別 レセプト確定点数



○ 診療科別 レセプト確定点数



※ 社会保険診療報酬支払基金ホームページ「統計月報」及び国民健康保険中央会ホームページ「国保連合会審査支払業務統計」によるレセプトの確定点数等を基に前年同月比を算出。都道府県別及び診療科別については、支払基金のデータのみを使用。

# 我が国の医療保険制度の特徴と課題

## 我が国の医療保険制度の特徴

国民皆保険

フリーアクセス

自由開業医制

出来高払い

### 患者・利用者側

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

### 医療機関施設側

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

供給サイドの増加に応じて  
医療費の増大を招きやすい構造

### 社会構造の変化

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

## 国民皆保険を維持しつつ、制度の持続可能性を確保していくための制度改革の視点

### 保険給付範囲のあり方の見直し

患者に係る保険給付範囲（患者負担）のあり方の見直し

医療技術や医薬品等に係る保険給付範囲のあり方の見直し

### 保険給付の効率的な提供

価格  
公定価格の適正化 等

供給  
医療提供体制の改革 等

ガバナンス  
保険者機能の強化、デジタル化の推進 等

# 我が国医療保険制度の構造

- 制度が分立している我が国医療保険制度のもとでは、所得が高く医療費の低い現役世代は被用者保険に多く加入する一方、退職して医療費が高い高齢期になると国保に加入することとなるため、**保険者間の構造的な財政力の格差**を免れがたい。
- このため、**75歳以上を対象とする後期高齢者医療制度**が設けられており、**現役世代からの支援金（4割）と公費（5割）**で約9割を賄うとともに、65歳から74歳については、保険者間の財政調整を行う仕組み（**前期高齢者に係る財政調整**）が設けられている（高齢者の医療の確保に関する法律）。

## 後期高齢者医療制度

- ・75歳以上
- ・約1,810万人
- ・保険者数:47(広域連合)

約17兆円

前期高齢者財政調整制度(約1,680万人)約7兆円(下記の各制度と重複)※3

### 国民健康保険

(都道府県・市町村国保+国保組合)

- ・自営業者、年金生活者、非正規雇用者等
- ・約3,050万人
- ・保険者数:約1,900

約9兆円

### 協会けんぽ(旧政管健保)

- ・中小企業のサラリーマン
- ・約4,090万人
- ・保険者数:1

約6兆円

### 健康保険組合

- ・大企業のサラリーマン
- ・約2,840万人
- ・保険者数:約1,400

健保組合・共済等 約5兆円

### 共済組合

- ・公務員
- ・約840万人
- ・保険者数:85

※1 加入者数・保険者数、金額は、令和2年度予算ベースの給付費の数値。

※2 上記のほか、法第3条第2項被保険者(対象者約2万人)、船員保険(対象者約10万人)、経過措置として退職者医療がある。

※3 前期高齢者数(約1,680万人)の内訳は、国保約1,240万人、協会けんぽ約330万人、健保組約90万人、共済組約10万人。

## 2. 医療

総論

患者負担のあり方

薬剤費の適正化

ガバナンスの強化

医療扶助

# 医療保険制度における患者負担の推移

- 医療保険制度における**患者負担の導入・強化**は、我が国の医療保険制度の特徴を踏まえ、**制度を持続可能なものとするべく、行われてきたもの**。
- 足元では、定率負担の患者負担のもと、負担割合が低い高齢者数の増加や、高額療養費制度等の影響により、**実効負担率が毎年下がっている**。団塊の世代が後期高齢者入りする2022年以降、こうした傾向が加速することが想定されるが、**制度の持続可能性を確保するためには、患者負担が果たすべき機能の低下は望ましくない**。
- **年齢が上がるほど患者負担割合が低く保険給付範囲が広がる構造を含め、患者負担のあり方を見直していく必要**。

～昭和47年12月		昭和48年1月～		昭和58年2月～		平成9年9月～		平成13年1月～		平成14年10月～		平成15年4月～		平成18年10月～		平成20年4月～	
老人医療費支給制度前		老人医療費支給制度(老人福祉法)		老人保健制度													
国保	3割	なし		入院300円/日 外来400円/月		→1,000円/日 →500円/日(月4回まで) +薬剤一部負担		定率1割負担(月額上限付き) *診療所は定額制を選択可 薬剤一部負担の廃止 高額医療費創設		定率1割負担(現役並み所得者2割)		定率1割負担(現役並み所得者3割)		75歳以上	後期高齢者医療制度 1割負担(現役並み所得者3割)		
被用者本人	定額負担	なし		入院3割 高額療養費創設(\$48～)		入院3割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割(H14年10月～))		入院2割 外来2割+薬剤一部負担		3割 薬剤一部負担の廃止		3割		70歳以上 74歳	2割負担(現役並み所得者3割) ※平成26年3月末までに70歳に達している者は1割(平成26年4月以降70歳になる者から2割)		
被用者家族	5割	国保	3割 高額療養費創設	→1割(\$59～) 高額療養費創設		入院2割 外来2割+薬剤一部負担		入院2割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割(H14年10月～))		3割		3割		70歳未満	3割(義務教育就学前2割)		

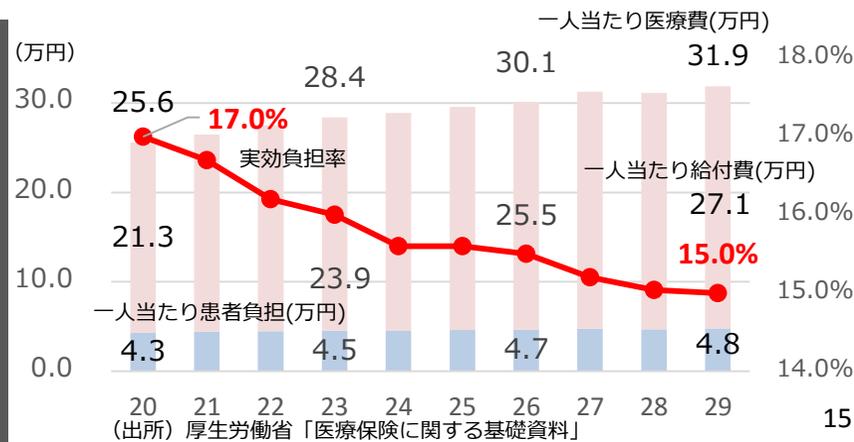
## ◆ 患者負担の趣旨「平成24年版厚生労働白書」(抜粋)

日本では、国民皆保険制度により、全ての人が、必要なときに、必要な医療を受けることを保障している。また、患者がどの医療機関にも制限なく受診できる「フリーアクセス」、原則出来高払いなどの特徴を持っている。

このような状況下では、もし一部負担がなければ、不安に駆られた**患者側は**、安心を得るために医学的・客観的に必要な回数以上に受診(過剰受診)してしまう**可能性がある**。他方、**医療サービス提供者側は**、診療報酬が原則出来高払いのため、患者から求めがあれば、念のため診察して、結果的に**過剰診療を**してしまう**可能性がある**。実際、1970年代に老人医療費の無料化が実施されたときは、高齢者が病院の待合室を憩いの場とする「**病院のサロン化**」や過剰診療が**問題**となり、保険財政も厳しい状態になった。

このような「**モラルハザード**」ともいえる事態を回避するための工夫の一つが、**患者の一部負担の導入**である。一部負担をしてもらうことで、患者側には、本当に必要なときに診察を受けようとする**インセンティブ**が働き、医療サービス提供者側にも、本当に診療を必要と考えて受診してきた患者を効率よく診療しようとする**インセンティブ**が働く。

## ◆ 実効負担率と一人当たり医療費、患者負担の推移

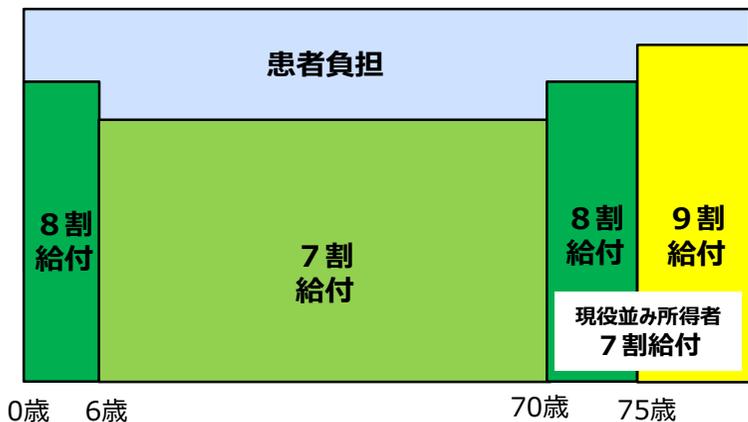


# 後期高齢者の患者負担割合のあり方①

- 後期高齢者医療制度及びこれを支える後期高齢者支援金の仕組みのもと、**団塊の世代が後期高齢者入りする2022年以降、現役世代の保険料負担がますます重くなると見込まれる。**
- **現在の患者負担の仕組みは年齢が上がるほど保険給付範囲が広がる仕組みであり、現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心という全世代型社会保障改革において問題とされるこれまでの社会保障の構造そのものである。**
- 全世代型社会保障への転換を図るからには、現在9割給付（1割負担）とされている後期高齢者について、**可能な限り広範囲で8割給付（2割負担）を導入**するとともに（高齢者の医療の確保に関する法律の改正）、遅くとも団塊の世代が75歳以上の高齢者入りする**2022年度初までに改革を実施**できるよう、施行時期を定めるべき。

（注）新型コロナウイルス感染症との関係では、後期高齢者医療制度における新型コロナウイルスの影響は相対的に小さいこと（P11参照）、年金収入は減少していないことも踏まえる必要。

## ◆ 医療費の給付割合

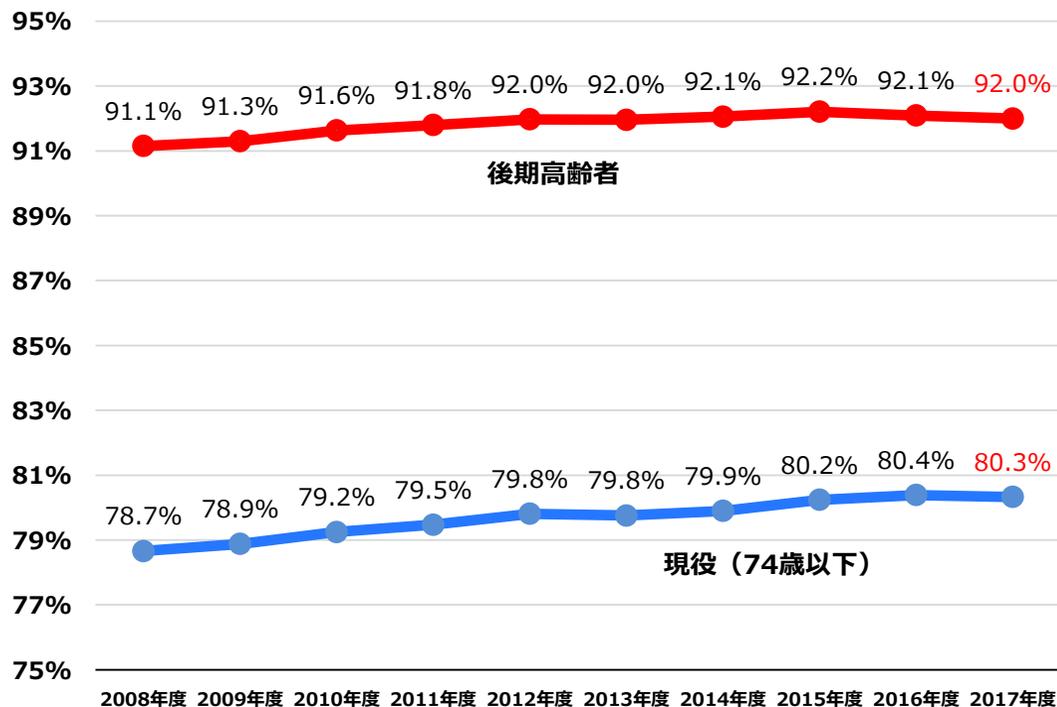


## ◆ 後期高齢者医療制度における被保険者の分布



（出所）厚生労働省「後期高齢者医療事業状況報告」（平成29年度実績ベース）

## ◆ 実効給付率の推移



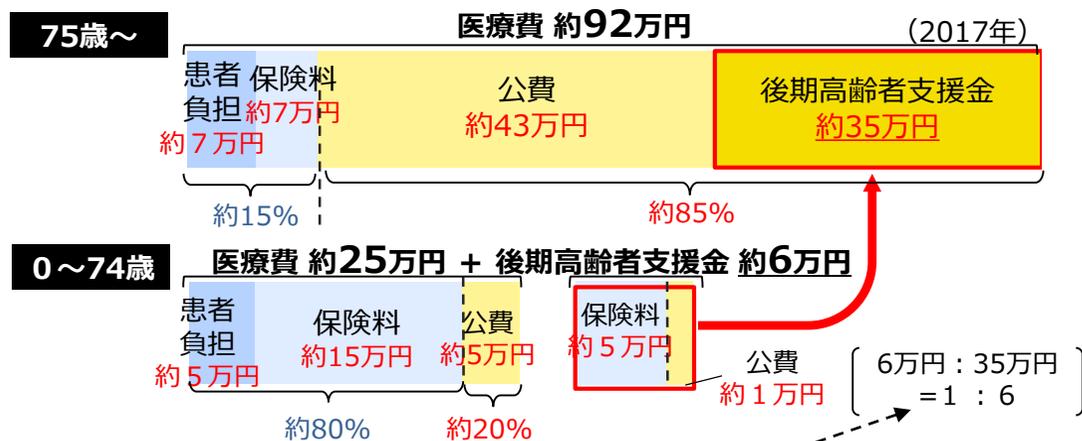
（注）公費による患者負担の軽減は含んでいない。

（出所）第4回全世代型社会保障検討会議資料 データ元：各制度の事業年報等

# 後期高齢者の患者負担割合のあり方②

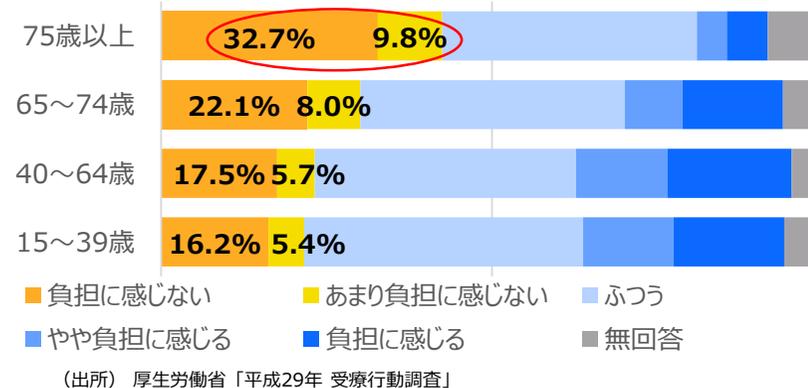
- 75歳以上の1人当たり医療費は現役世代の約4倍弱であり、その財源の8割強は公費と現役世代の支援金。現役世代は自らの医療費のほか後期高齢者支援金も負担。近年の高齢者の医療費の増加により、**支え手である現役世代の保険料負担は重くなっている状況。**
- これに対し、75歳以上の後期高齢者の約4割は、患者負担を「負担に感じない」または「あまり負担に感じない」と回答。外来では、1回当たりの患者負担は800円弱で、15～64歳の現役世代（2,100円）と大きな開きがある。

## ◆ 1人当たり医療費・後期高齢者支援金とその財源の内訳



## ◆ 世代別の患者負担額に係る負担感

「今日、病院で請求された金額は負担に感じますか」への回答



## ◆ 年齢別人口の推移

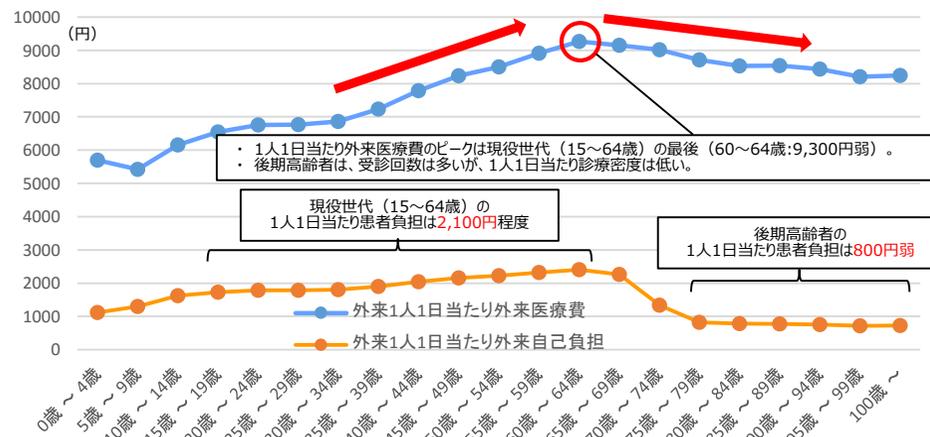
	75歳以上	0～74歳
2017年	1,749万人 <b>1 : 6</b>	10,904万人
2025年	2,180万人 <b>1 : 5</b>	10,074万人
2054年	2,449万人 <b>1 : 3</b>	7,385万人

## ◆ 1人当たり医療費と保険料の増加 (2009年→2017年)



(出所) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

## ◆ 年齢階級別の1人1日当たりの外来医療費・患者負担額

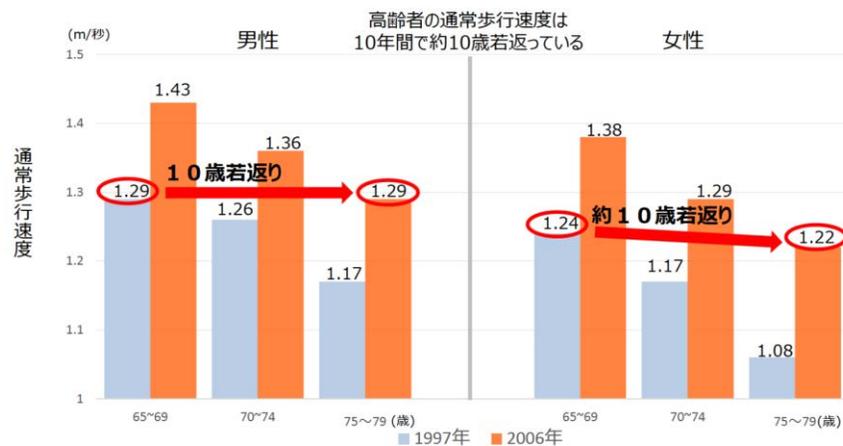


(出所) 第4回全世代型社会保障検討会議資料 データ元: 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

# 後期高齢者の患者負担割合のあり方③

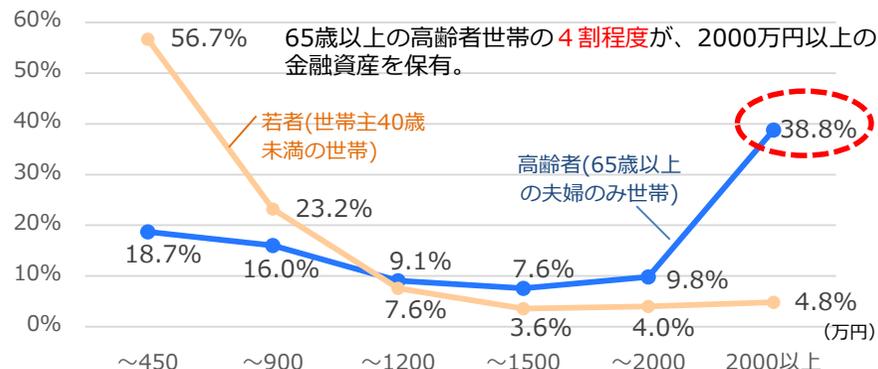
- 年齢を基準に「高齢者」を一括りにすることは現実にあわなくなっており、**元気で意欲ある高齢者が働き活躍できる環境整備を進めてきた**ところ。
- 後期高齢者の患者負担についても、年齢を基準に一括りにすることなく、負担能力を踏まえる必要。すなわち、**高齢者は、現役と比べて平均的に所得水準は低い一方で、貯蓄現在高は高い**こと、また、所得が低い高齢者の中にも相当の金融資産を保有するケースもあることを踏まえる必要。
- なお、医療保険・介護保険における負担のあり方全般について、所得のみならず、金融資産の保有状況も勘案して負担能力を判定するため、具体的な制度設計について検討を進めていくべき。

## ◆高齢者の通常歩行速度の変化



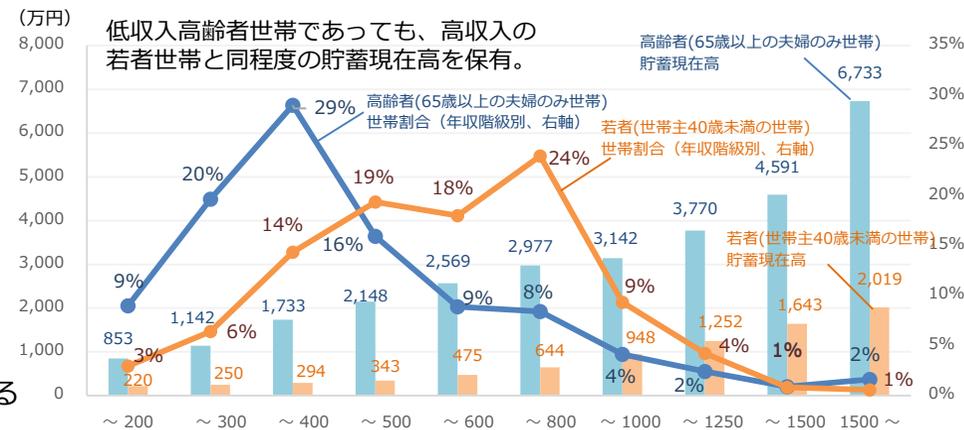
(出所) 日本老年学会・日本老年医学会 高齢者に関する定義検討ワーキンググループ 報告書

## ◆高齢者世帯・若者世帯の貯蓄現在高の割合



(出所) 総務省「平成26年全国消費実態調査」

## ◆高齢者世帯・若者世帯の年収階級別貯蓄現在高



(出所) 総務省「平成26年全国消費実態調査」

年収階級 (万円)

## ◆高齢者が働き活躍できる環境整備

- 高齢者就業の促進 (2021年4月~)
  - ・ 70歳までの就業確保措置を企業の努力義務とする
- 年金の受給開始時期の選択肢拡大 (2022年4月~)
  - ・ 60歳~70歳 → 60歳~75歳
- 在職老齢年金制度の見直し (2022年4月~)
  - ・ 60~64歳を対象者とする部分について、年金と賃金を受け取る場合の支給停止となる上限を引上げ

# 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

- 紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の拡大は、「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」への医療への転換を進める中で嚆矢となる取組である。
- 大病院は入院医療や専門外来に集中し、外来診療は紹介患者を基本として機能分化を進めることは重要であり、限りある医療資源の有効な活用や医師等の働き方改革にもつなげる改革となる。
- 機能分化の実効性が上がる拡充となるよう、対象病院の拡大、定額負担の増額を図るとともに、明確な形での医療保険財政へ寄与となるよう制度的対応を講ずるべき。

## 【現状】

- 定額負担は、徴収する金額の最低金額として、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）と設定している。
- 徴収される定額負担は、病院の収入の増加となり、公的医療保険の負担の軽減にはつながらない
- 令和2年度に対象となる医療機関を拡大

**400床以上の特定機能病院及び地域医療支援病院**

**200床以上の特定機能病院及び地域医療支援病院**

## 【今後の検討】

- 増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改める
- 対象病院を**病床数200床以上の一般病院**に拡大する  
(全世代型社会保障検討会議 中間報告(抄))

## 【定額負担の仕組み】



## 【病床規模別の病院数】

	病床数(※1)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
令和元年度まで	400床以上	86 (1.0%)	433 (4.1%) ※2	124 (1.5%)	538 (6.4%)
令和2年度以降	200~399床	0 (0%)	233 (2.8%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
今後の検討対象	200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7031 (83.6%)	7058 (83.9%)
	全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)

出典:厚生労働省

※1 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

※2 上記400床以上の地域医療支援病院数には、一般病床数は400床未満だが、一般病床の他に療養病床や精神病床等を有し、合計で400床以上となっている病院数(19病院)を含めている。

## ◆中間報告(令和元年12月19日)

### 3. 医療

(2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

#### ① 後期高齢者の自己負担割合の在り方

以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会においても検討を開始する。遅くとも団塊の世代が75歳以上の高齢者入りする2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- ・ 後期高齢者(75歳以上。現役並み所得者は除く)であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方については1割とする。
- ・ その際、高齢者の疾病、生活状況等の実態を踏まえて、具体的な施行時期、2割負担の具体的な所得基準とともに、長期にわたり頻繁に受診が必要な患者の高齢者の生活等に与える影響を見極め適切な配慮について、検討を行う。

#### ② 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会及び中央社会保険医療協議会においても検討を開始する。遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会等の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- ・ 他の医療機関からの文書による紹介がない患者が大病院を外来受診した場合に初診時5,000円・再診時2,500円以上(医科の場合)の定額負担を求める制度について、これらの負担額を踏まえてより機能分化の実効性が上がるよう、患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるとともに、大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する。

## ◆第2次中間報告(令和2年6月25日)

### 医療

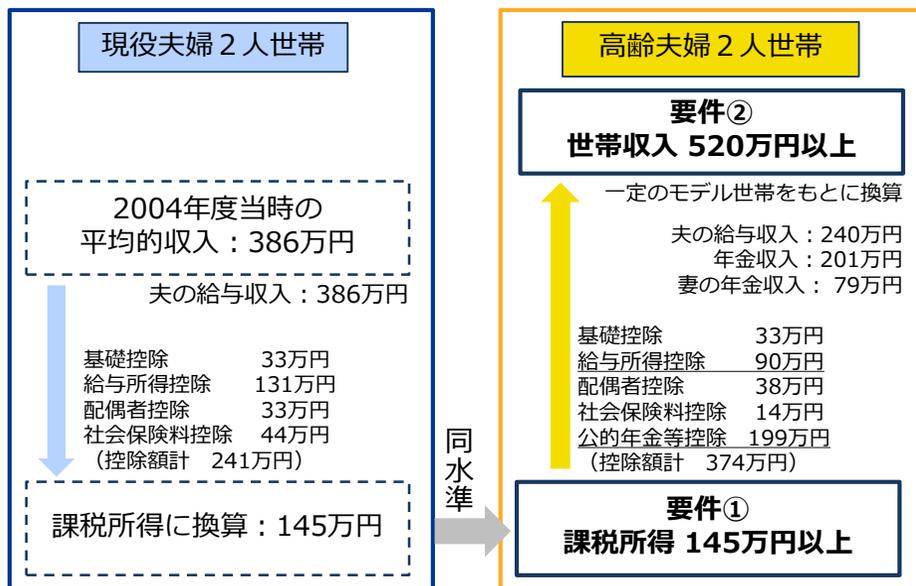
昨年12月の中間報告で示された方向性や進め方に沿って、更に検討を進め、本年末の最終報告において取りまとめる。

# 現役並み所得の判定基準の見直し

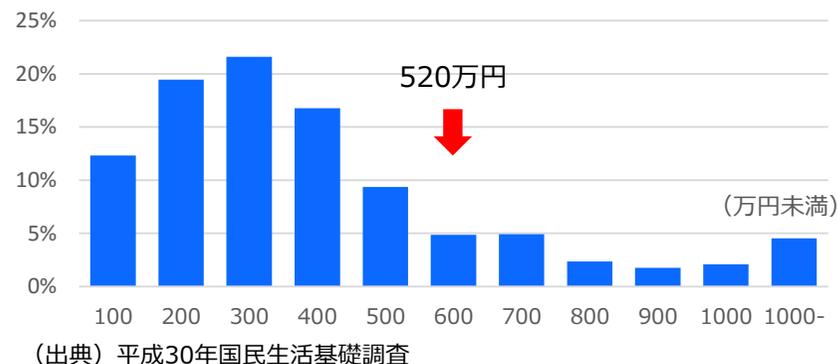
- 後期高齢者の患者負担は、「現役並み」（現役の平均）の所得水準を基準に、それ以上の所得があれば現役と同様3割負担を定めることとしている。
- しかしながら、実際の判定基準は、一定の仮定を置いた世帯収入要件もあわせて設けていることから、「現役並み」以上の課税所得があっても必ずしも「現役並み」とは評価されない仕組みとなっている。
- 後期高齢者に占める「現役並み所得者」の割合は減少傾向であり、実効負担率の減少の一因となっていることも踏まえ、「現役並み所得」の判定基準について、現役世代との公平性を図り、**世帯収入要件について見直しを行うべき。**

## ◆ 3割負担等の対象（現役並み所得以上）の判定方法

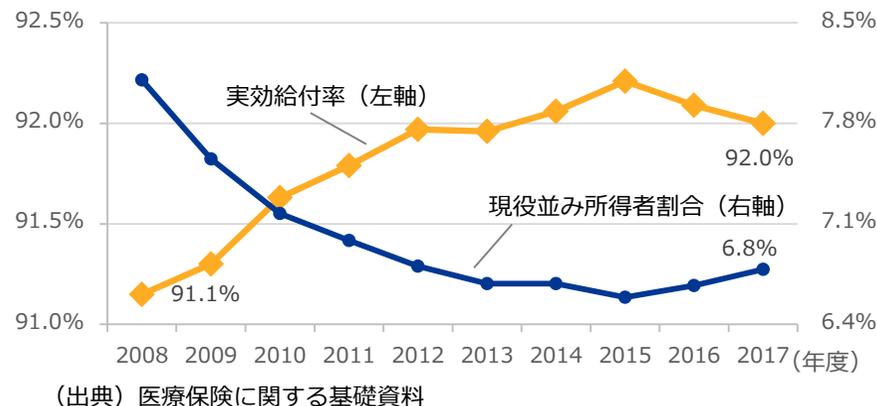
- 要件① 世帯内に課税所得の額が145万円以上の被保険者がいる  
かつ  
要件② 世帯の被保険者全員の収入の合計額が520万円以上である。  
(世帯の被保険者が一人の場合は、383万円以上である。)



## ◆ 所得金額階級別の世帯数割合（世帯主：75歳以上）



## ◆ 「現役並み所得者」割合と実効給付率（後期高齢者医療制度）



## 2. 医療

総論

患者負担のあり方

薬剤費の適正化

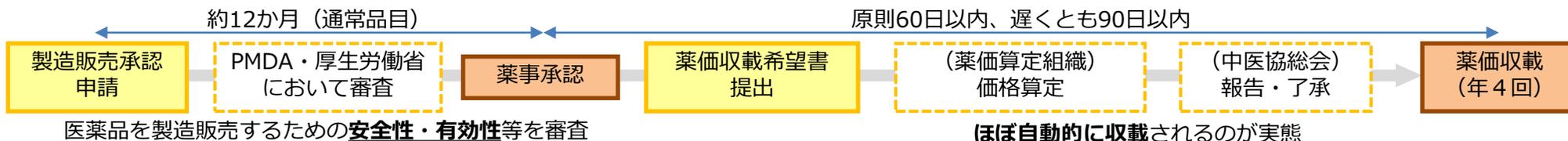
ガバナンスの強化

医療扶助

# 新規医薬品の保険収載と既存医薬品の見直し

- 既存医薬品の薬価下落に伴う薬価改定にかかわらず、薬剤費が大きく増加する背景として新規医薬品の保険収載がある。すなわち、新規医薬品については、**年4回、薬事承認が行われたものは事実上すべて収載**されており、保険収載により生ずる**財政影響は勘案されていない**。
- 医薬品の価格が高額になっている状況も踏まえ、財政影響を勘案して新規医薬品の保険収載の可否を判断することや、新規医薬品を保険収載する場合には保険収載と既存医薬品の保険給付範囲の見直しとを財政中立で行うことを含め、**医薬品に対する予算統制のあり方を抜本的に見直すべき**。

## ◆新規収載までのプロセスの概要（医薬品）



## ◆近年国内外で登場した高額薬剤の例

銘柄	収載年月	効能・効果	費用
ステミラック注	2019.2	脊髄損傷に伴う機能障害等の改善	約1,500万円 (1回投与)
キムリア点滴静注	2019.5	急性リンパ芽球性白血病 等	約3,350万円 (1回投与)
ゾルゲンスマ点滴静注	2020.5	脊髄性筋萎縮症	約1億6,710万円 (1回投与)

(出所) 中央社会保険医療協議会資料等に基づき作成。費用は新規収載時のもの。

米国での製品名	米国での承認年月等	米国での費用
イエスカルタ (リンパ腫)	2017.10	約4,000万円 (1回投与)
ラクスターナ (遺伝性網膜疾患)	2017.12	約9,100万円 (両眼1回投与)

(出所) 各社報道発表資料等に基づき作成。1米ドル=107円 (令和2年9月中において適用される基準外国為替相場)。

## ◆欧州における薬剤予算制度の例

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

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

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

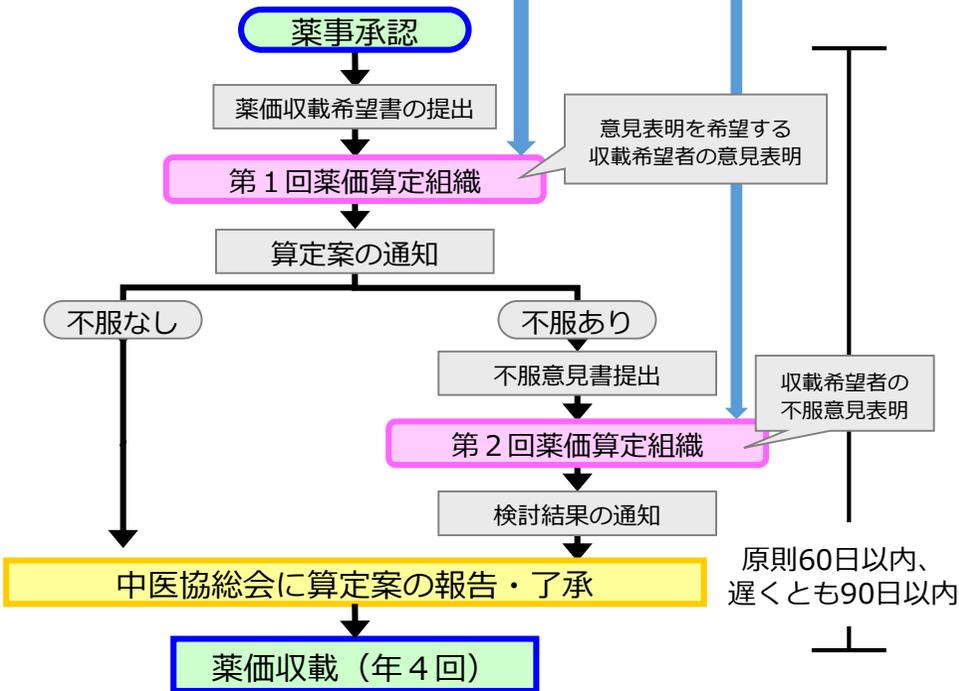
# 新規医薬品の薬価算定方式の妥当性・透明性の徹底

- 新規医薬品の薬価算定は、薬価算定組織の審議を経て中医協が了承する仕組みであるが、**審議経過の公開が不十分**となっている。**薬価算定プロセスの透明性を向上させ、薬価算定の根拠の明確化を図るべき。**
- 具体的な**薬価算定方式**についても、徒な国民負担の増大を抑止するため、開示が不十分なうえ高い営業利益率が上乗せされている**原価計算方式をはじめ、不断に見直しに取り組むべき。**

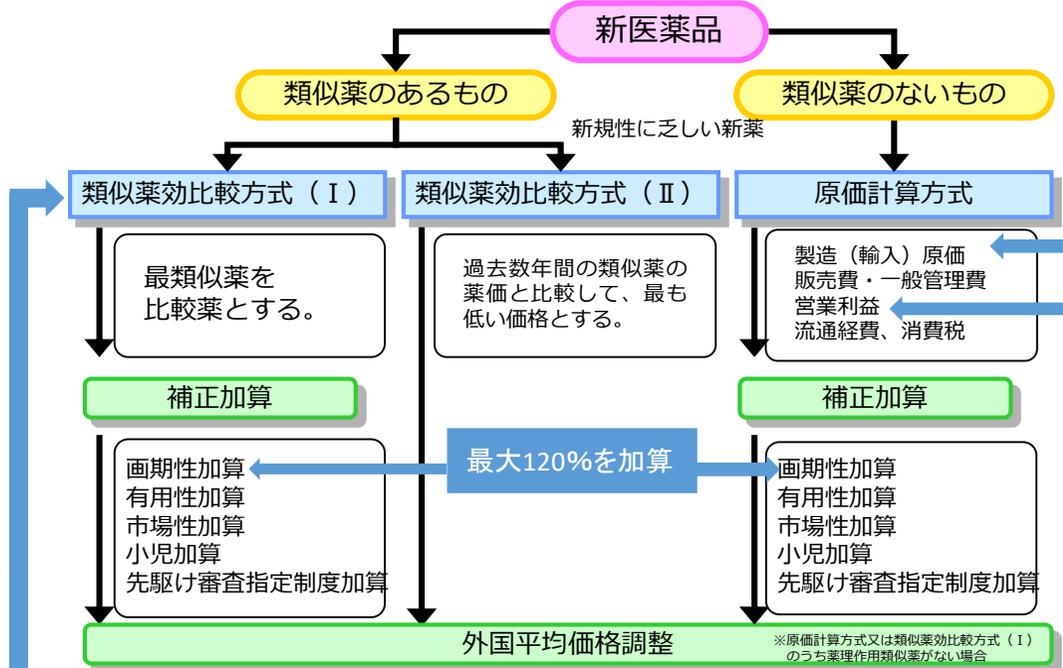
審議は非公開、議事録なし。にもかかわらず、右のとおり薬価算定組織に対する製造原価の開示すら不十分。

薬価算定組織での開示が可能な部分の割合（開示度）に応じて加算率に差を設けているが、低い加算率に甘んじて開示度が低いケースが多い。開示しないメリットが上回る製造原価の信頼性・妥当性が問われる。

## ○新規医薬品の薬価算定プロセス



## ○新規医薬品の薬価算定方式



既に加算が行われている類似薬を比較薬とする場合、当該類似薬における既往の加算が既得権益化するおそれ。

製造業平均の営業利益率が4%台（法人企業統計）にとどまる中、上場製薬企業の平成28年～30年の平均営業利益率14.8%を上乗せ。

# 既存医薬品の保険給付範囲の見直し

- 医薬品の保険給付範囲を見直す際、医薬品を保険給付範囲から除外するやり方と医薬品を保険収載したまま保険給付範囲を縮小するやり方がある。
- 前者については、現在、保険診療と保険外診療を併用して治療を行う場合には、原則として保険診療部分も含めて全額が自己負担とされているため、保険が適用されなくなる医薬品に係る薬剤料のみならず、初診料などの技術料も含めて全額が自己負担となりかねないことから、**保険外併用療養費制度に新たな類型を設ける**などの対応が必要。
- 後者については、**薬剤の種類に応じた患者負担の設定、薬剤費の一定額までの全額患者負担**などのやり方があり、これらの手法を幅広く検討すべき。

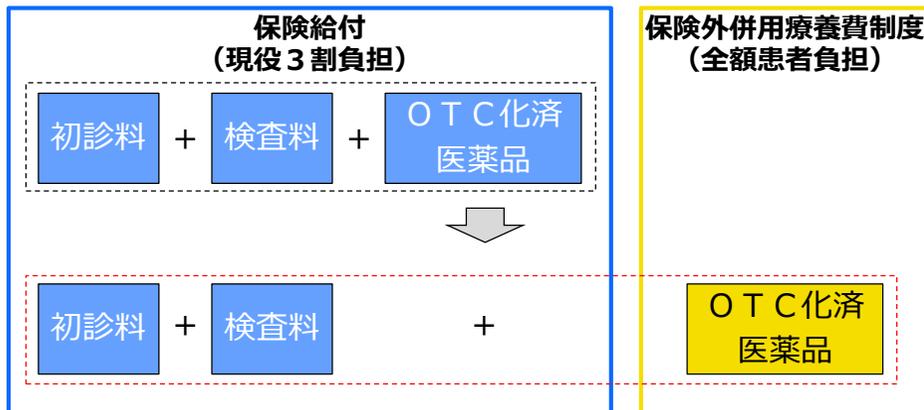
## ◆ 医薬品を保険給付対象から除外

過去の例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養補給目的のビタミン製剤（2012）</li> <li>・治療目的以外のうがい薬単体（2014）</li> <li>・70枚超の湿布薬（2016）</li> </ul>
今後の検討例※	<ul style="list-style-type: none"> <li>・花粉症治療薬（OTC類似薬を1分類のみ投薬する場合）</li> <li>・保湿剤（他の外用薬等との同時処方がない場合）</li> </ul>

※健康保険組合連合会「政策立案に資する レセプト分析に関する調査研究Ⅲ、Ⅳ」政策提言（2017,2019）を参照

## （参考）保険外併用療養費制度の活用

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



## ◆ 医薬品を保険収載したまま保険給付範囲を縮小

### ① 薬剤の種類に応じた患者負担割合の設定（フランスの例）

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

### ② 薬剤費の一定額までの全額患者負担（スウェーデンの例）

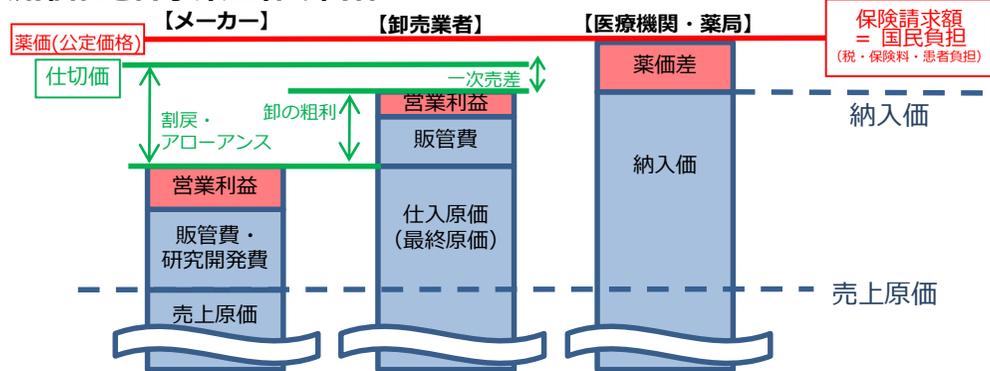
年間の薬剤費	患者負担額
1,150クローネまで	全額患者負担
1,150クローネから 5,645クローネまで	1,150クローネ + 超えた額の一定割合
5,645クローネ超	2,300クローネ

（注）1クローネ=12円（令和2年9月中において適用される裁定外国為替相場）

# 既記載医薬品の薬価改定（毎年薬価改定）

- 医薬品の取引価格（市場実勢価格）が下落しているにもかかわらず、保険からの償還価格が一定程度据え置かれれば、患者負担、保険料負担、公費負担がいたずらに高止まりする。**市場実勢価格を適時に薬価に反映することが国民負担の抑制の観点から極めて重要**である。
- 2021年度（令和3年度）は**毎年薬価改定の初年度**であり、国民負担の軽減や国民皆保険の持続性の観点から、**初年度にふさわしい改定を実現する必要がある**。
- その際、国民負担の抑制を最大限実現する観点から、薬価と市場実勢価格の乖離に着目して対象範囲を決定するとしても、形式的な乖離率や品目数のみではなく、**乖離額に着目**すべきであり、**全品改定を視野**に入れ、薬価の水準が高いため乖離率としては相対的に小さくなりがちな**先発医薬品も幅広く対象品目に含めるべき**。
- また、市場実勢価格の加重平均値に対して上乗せを行っている**調整幅**についても、流通安定のための最小限必要な調整比率とされているが、**一律に2%とされたまま、約20年間見直しがされておらず、その合理的な根拠（エビデンス）を含め、あり方を見直すべき**。

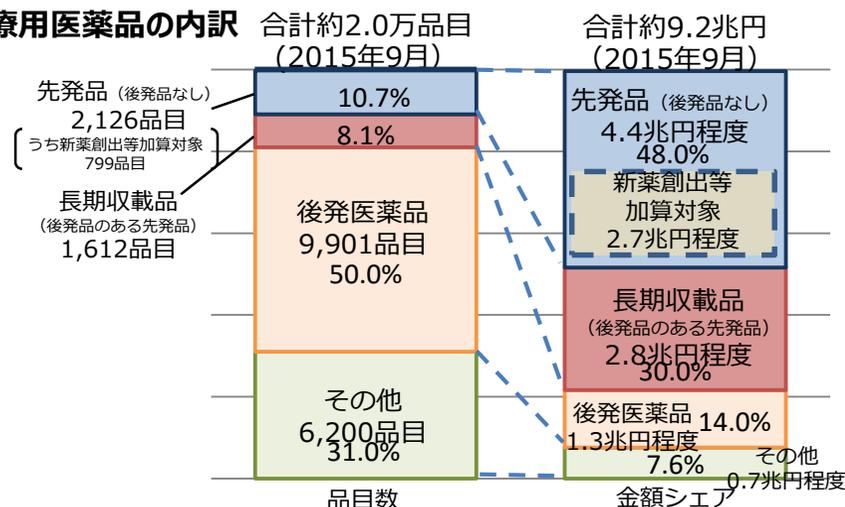
## ◆ 薬剤価格と各事業主体の関係



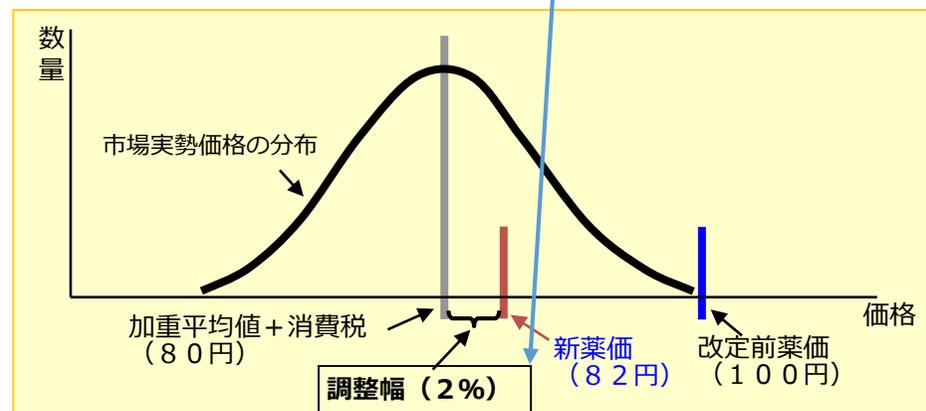
## ◆ 調整幅の推移

年月	調整幅
H4.4~	15%
H6.4~	13%
H8.4~	11%
H9.4~	10%
H10.4~	5%
H12.4~	2%

## ◆ 医療用医薬品の内訳



## ◆ 市場実勢価格加重平均値調整幅方式



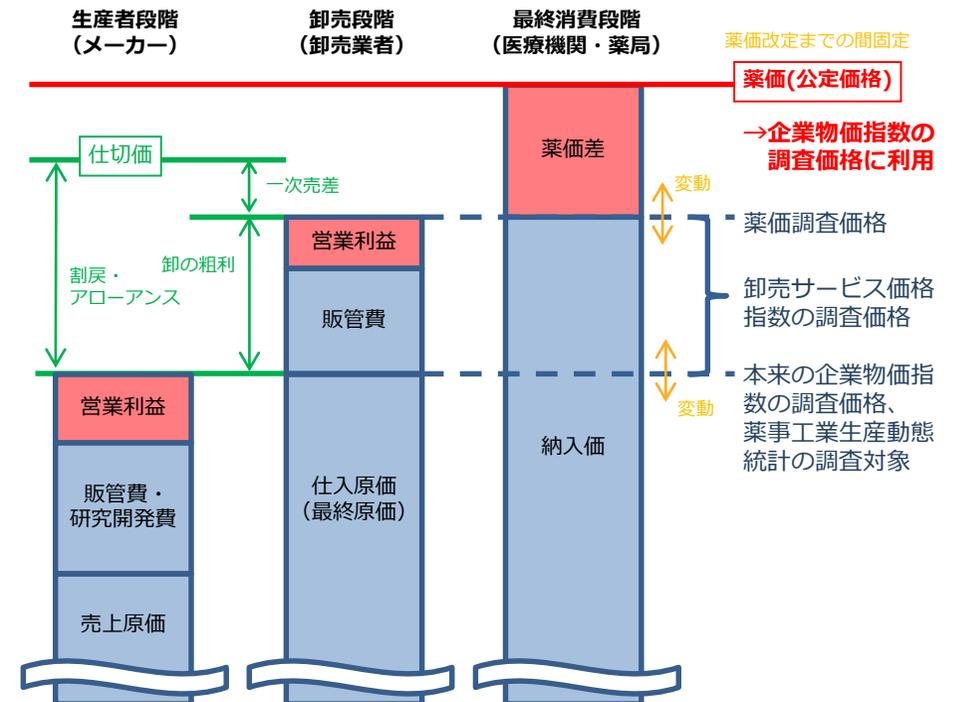
# 医薬品の価格を巡る公的統計の整備・精度向上

- 「国民経済計算」のGDP統計の基礎となる「国内企業物価指数」においては、原則として出荷時点の生産者価格の把握が求められているにもかかわらず、医家向け医薬品（医薬品に占めるウエイト：86.4%、全体に占めるウエイト：2.9%）については、最終消費段階の薬価が外部データとして用いられ、市場価格が下落しているにもかかわらず、薬価改定まではその値が据え置かれるなど、**医薬品価格を巡っては統計の歪みがみられる。**
- **毎年薬価調査・毎年薬価改定の実現を機に、医薬品の価格を巡る公的統計の改善を図り、薬価調査を待たずとも市場実勢価格の大まかな動向が「見える化」されるようにすべきである。**具体的には、
  - ・生産者段階では、「薬事工業生産動態統計」について、各品目の販売単価（＝生産者価格）を月次で公表すべきである。これを利用すれば、「国内企業物価指数」の統計精度の向上にもつながる。
  - ・卸売段階では、「企業向けサービス価格指数」の参考計数として四半期ごとに公表される「卸売サービス価格指数」について、調査先企業の必要な協力を得て、内訳としての医薬品卸売を公表できるようにすべきである。

## ◆ 医薬品を巡る公的統計における価格調査等の概要

生産者段階	薬事工業生産動態統計調査 (厚生労働省)	原則として、医薬品、医療機器等の製造販売業者に対して調査を実施し、 <b>毎月、月間生産金額や数量</b> を公表。生産金額を数量で除すれば、およその価格動向が把握可能。 ただし、 <b>医薬品について、月報では、生産金額の公表はあるが、生産数量の公表はなく、価格動向が把握できない。</b>
	国内企業物価指数 (日本銀行)	原則として、一定の考え方のもとで <b>選定した調査品目</b> について、生産・出荷額シェア等に応じて <b>選定した調査先企業</b> に対し、 <b>毎月</b> 価格調査を実施。
	医家向け医薬品	<b>価格調査に代えて、薬価（公定価格）を利用。</b>
	薬局向け医薬品	調査先企業に対し、 <b>毎月</b> 価格調査を実施。
卸売段階	薬価調査 (厚生労働省)	薬価基準収載の <b>全品目</b> について、 <b>全医薬品販売業者</b> <sup>(注)</sup> を対象に、 <b>年1回</b> 価格調査を実施。 (注) 毎年調査では、大手事業者を含め、調査対象を抽出。
	卸売サービス価格指数(参考計数) (日本銀行)	企業物価指数同様、 <b>調査品目を選定</b> 。原則として、調査先企業に対し、 <b>四半期ごと</b> に価格調査を実施。 <b>医薬品卸売業にかかる内訳の公表はなし。</b>

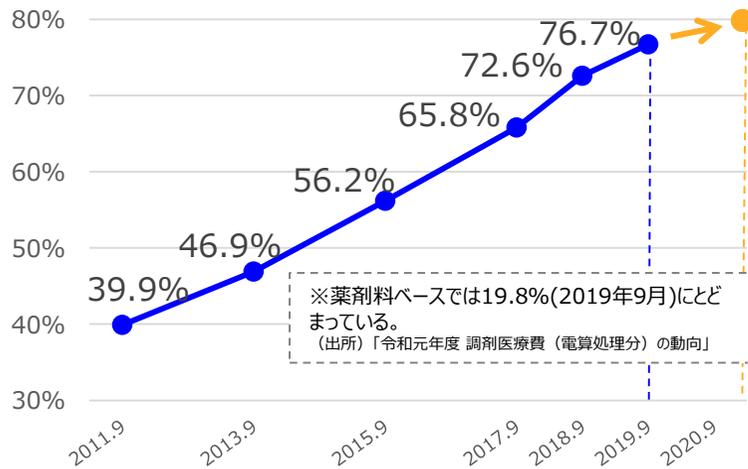
## ◆ 各価格調査等の対象（イメージ）



# 後発医薬品の更なる使用促進

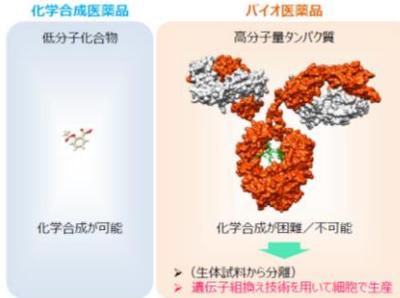
- **後発医薬品の80%シェア達成目標が2020年9月に設定されているが、達成の可能性が高い。後発医薬品の使用割合には地域による差及び保険者による差が大きいことも踏まえつつ、更に促進するための新たな目標を設定すべき。**
- その際、薬価の高い**バイオ医薬品**について、**後発品（バイオシミラー）の使用を促すための新たな数量目標の設定**や、現在保険者別にとどまっている**後発医薬品の使用割合の「見える化」による公表の医療機関別への拡大**、国において**フォーミュラリのガイドラインの策定**に取り組む中で**後発医薬品の選定基準**を設けることなどを検討すべき。
- また、後発医薬品調剤体制加算については約6割の薬局が算定しており、80%シェア達成にあわせて**加算の在り方について見直し**を行うべき。

## ◆ 後発医薬品調剤数量シェアの推移と目標値



## ◆ バイオシミラー

国内で既に承認されたバイオ医薬品と同等/同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる業者により開発される医薬品。バイオシミラーが収載されているバイオ医薬品のうち、バイオシミラーのシェアは金額ベースで20%程度(2019年)。薬価は先行品の70%。



(出所) 国立医薬品食品衛生研究所生物薬品部作成

## ◆ フォーミュラリ（推奨医薬品リスト）の例

薬効群	第一選択薬	第二選択薬	備考	削減効果
...	...	...	...	...
HMG-CoA還元酵素阻害薬	アトルバスタチン錠 (後発品) ピタバスタチン錠 (後発品)	プラバスタチン (後発品) クレストール (先発品)	新規導入には後発品を優先する	▼85.3万円
RAS系薬	ACE阻害薬 (後発品) ロサルタン (後発品) カンデサルタン (後発品)	ミカルディス、オルメテック、アジルバ (いずれも先発品)	新規導入にはACE阻害薬又は後発品を優先する	▼603.2万円
...	...	...	...	...

(出所) 経済財政諮問会議「社会保障改革の推進に向けて」  
聖マリアンナ医科大学の事例 (2017年10月26日)

## ◆ 後発医薬品調剤数量シェアの地域差

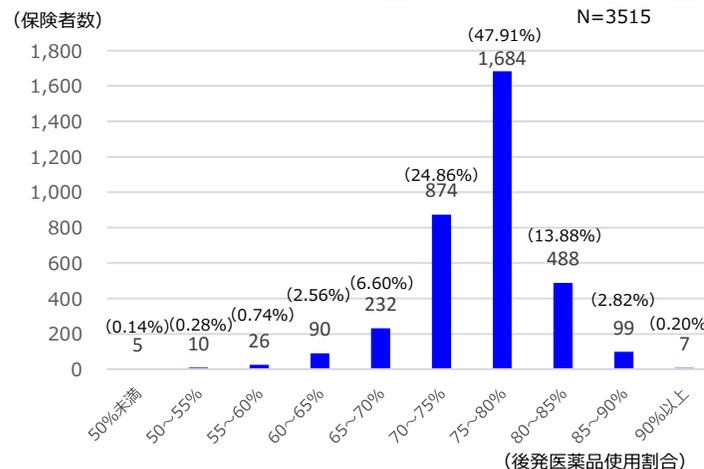


北青岩宮秋山福茨栃群均千東神新富石福山長岐静愛三滋京大兵奈和鳥島岡山徳香愛高福佐長熊大宮鹿児沖海道森手城田形島城木馬玉葉京川湯山川井梨野阜岡知重賀都阪庫良山取根山島口島川媛知岡賀崎本分崎島綿  
(出所)「令和元年度 調剤医療費（電算処理分）の動向」（令和2年3月時点、数量ベース、新指標）

## 後発医薬品調剤体制加算等 (後発医薬品の調剤数量割合による)

調剤基本料の減算 (原則40%以下)	▲2点
加算1 (75%以上)	15点
加算2 (80%以上)	22点
加算3 (85%以上)	28点

## ◆ 後発医薬品調剤数量シェアの保険者による差



# (参考) 毎年薬価調査・毎年薬価改定に関する政府方針

## 「経済財政運営と改革の基本方針2014」(2014年6月)

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

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

## 「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」

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

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

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

(注) 具体的内容について、来年中に結論を得る。

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

### 2. 毎年薬価調査、毎年薬価改定

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

## 「経済財政運営と改革の基本方針2018」(2018年6月)

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

## 「経済財政運営と改革の基本方針2020」(2020年7月)

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

## 2. 医療

総論

患者負担のあり方

薬剤費の適正化

ガバナンスの強化

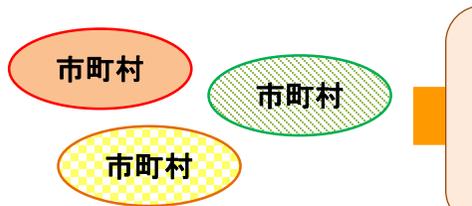
医療扶助

# 都道府県によるガバナンスの強化

- 近年の社会保障改革により、**都道府県は**、「地域医療構想」・「医師確保計画」・「外来医療計画」を含む「医療計画」の策定に加えて、「都道府県医療費適正化計画」の策定、国民健康保険の財政運営を一体的に担う主体となり、**地域における医療提供体制・医療費の水準と保険料負担の双方を俯瞰する存在**となりつつある。
- **国保の都道府県単位化**は、このように**都道府県が「住民が享受する給付」と「住民の負担」との結節点**となるための嚆矢ともいえるべき改革であり、**改革の趣旨を徹底する必要**。
- さらには、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**についても、財政運営の責任主体を都道府県に移すことを含め、**ガバナンスの強化に向けて、そのあり方の見直しを図るべき**。

## ◆ 国保改革による都道府県単位化

### 【改革前】 市町村が個別に運営



- ・ **国の財政支援の拡充**
- ・ **都道府県が、国保の運営に中心的役割を果たす**

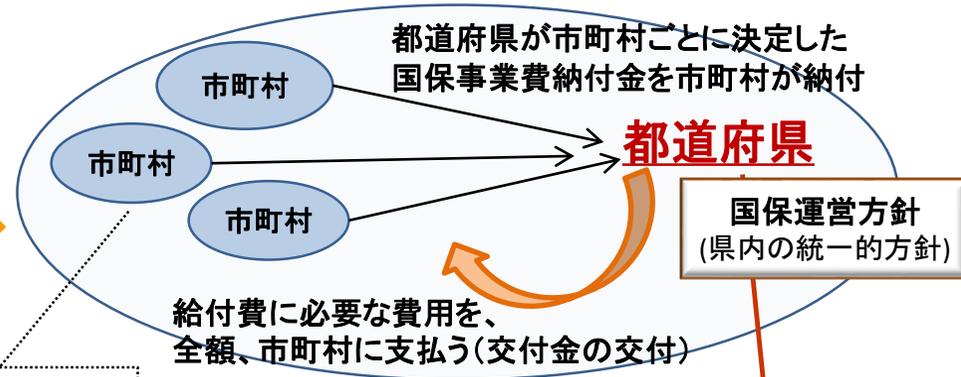
(構造的な課題)

- ・ 年齢が高く医療費水準が高い
- ・ 低所得者が多い
- ・ 小規模保険者が多い

- ・ 資格管理(被保険者証等の発行)
- ・ 保険料率の決定、賦課・徴収
- ・ 保険給付
- ・ 保健事業

※被保険者証は都道府県名のもの  
 ※保険料率は市町村ごとに決定  
 ※事務の標準化、効率化、広域化を進める

### 【改革後】 都道府県が財政運営責任を担うなど中心的役割



- ・ 財政運営責任(提供体制と双方に責任発揮)
- ・ 市町村ごとの納付金を決定
- ・ 市町村ごとの標準保険料率等の設定
- ・ 市町村が行った保険給付の点検、事後調整
- ・ 市町村が担う事務の標準化、効率化、広域化を促進

# 地域医療構想の推進①

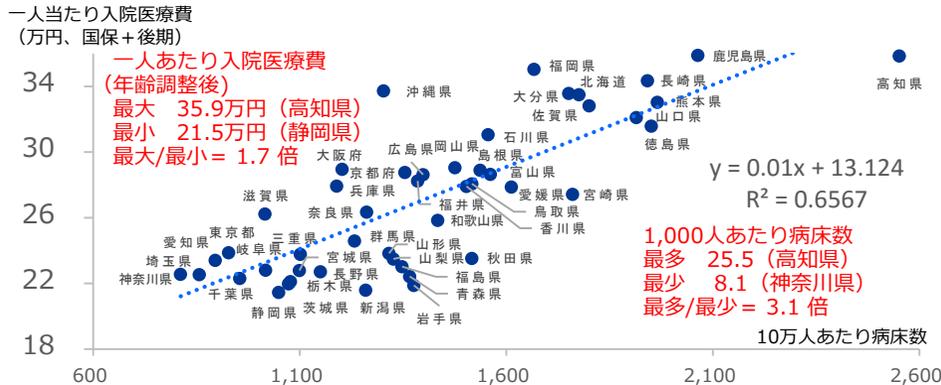
- 日本の人口当たり病床数は先進国と比較して多く、また、都道府県単位では、**病床数と入院医療費との強い相関**が認められる。
- このような状況のもと、2025年に向け、「**病院完結型**」の医療から、地域全体で治し、支える「**地域完結型**」の医療への転換を目指して、**地域医療構想の推進**が図られてきた。
- その進捗状況を踏まえ、厚生労働省は、昨秋、公立・公的病院等の診療実績を分析し、地域医療構想の実現に向け、具体的対応方針の再検証が必要な424病院の名称を公表（暫定版。その後精査により見直し）。再検証については、**2019年度中（医療機関の再編統合を伴う場合については遅くとも2020年秋頃まで）を基本として議論を進めることとされていた。**

## ①主要先進国における医療提供体制の比較

国名	平均在院日数 (急性期)	人口千人あたり 総病床数	人口千人あたり 臨床医師数	病床百床あたり 臨床医師数
日本	28.2 (16.2)	13.1	2.4 ※	18.5 ※
ドイツ	8.9 (7.5)	8.0	4.3	53.1
フランス	9.9 ※ (5.6) ※	6.0	3.2	52.8
イギリス	6.9 (5.6)	2.5	2.8	110.8
アメリカ	6.1 ※ (5.5) ※	2.8 ※	2.6	93.5 ※

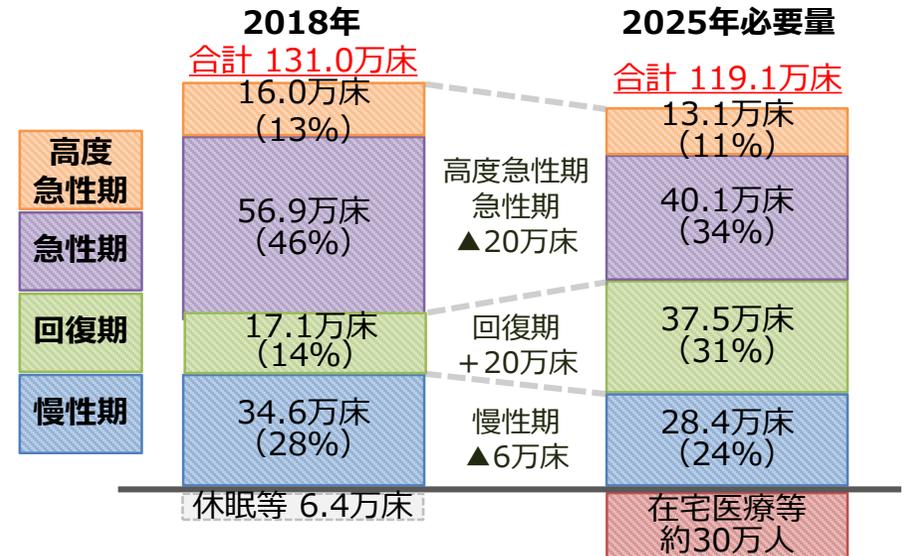
出典：「OECD HealthData2019」（2017年データ。※は2016年のデータ）  
注：平均在院日数の（ ）書きは、急性期病床（日本は一般病床）における平均在院日数。

## ②入院医療費（年齢調整後※）と病床数の関係



(出典)：病床数：厚生労働省「平成30年度医療施設調査」  
一人当たり入院医療費：厚生労働省「平成30年度医療費（電算処理分）の地域差分析」  
※ 各都道府県の年齢階級別一人当たり医療費をもとに、全国の年齢構成と同じと仮定して算出。高齢化率等の年齢構成の違いでは説明できない地域差である。

## ③地域医療構想に基づく病床の必要量



(出典)：厚生労働省「2018年度病床機能報告（2019年5月時点暫定値）」等

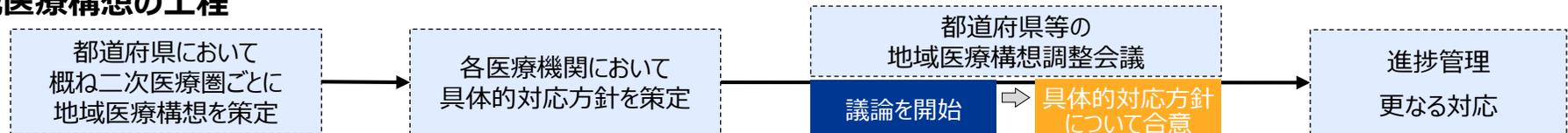
## ④具体的対応方針の再検証が求められた医療機関（2019年9月暫定版）

A 診療実績が特に少ない	B 機能が類似し地理的に近接
全国の構想区域を人口規模別のグループに分け、9領域の全てにおいて各グループ内で診療実績が下位33.3%	6領域の全てにおいて、区域内での診療実績が相対的に少なく、自動車で20分以内に一定の診療実績を有する病院が存在
277病院	147病院（Aに該当する先を除く）

## 地域医療構想の推進②

- 新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえ、公立・公的医療機関等の具体的対応方針の**再検証の期限については**、厚生労働省において**改めて整理**することとされている。
- 新型コロナウイルス感染症が我が国の医療提供体制に多大な影響を及ぼしていることは事実であり、万全の対応を講じていかなければならないとしても、**人口減少や高齢化という構造的課題は待ってはくれず、医療需要の質・量の変化とサービス提供人口の減少も同時に生じる。**  
 (注) 日本のICU等の人口当たり病床数は、特定集中治療室管理料を算定している病床等を含めれば、米国やドイツに及ばないものの諸外国と遜色ない。
- 都道府県による地域の医療提供体制の整備の責任がますます脚光を浴びているなか、国による技術的・財政的支援を集中的に行う重点支援区域の指定も進められており、**地域医療構想を医師の働き方改革や医師偏在対策の取組等とあわせて着実に進めるべき。**
- こうした地域医療構想の位置づけや工程を可能な限り早期に改めて明確にしたうえで、構想区域ごとの2025年の医療提供体制の検討、関係者との意見調整の促進のため、地域医療構想調整会議の議論の更なる活性化を図ることを含め、**取組を再加速させる方策を講ずるべき。**

### ◆ 地域医療構想の工程



### ◆ ICU等病床数の国際比較（人口10万人当たり）

日本	英国	スペイン	フランス	イタリア	ドイツ	米国
13.5	6.6	9.7	11.6	12.5	29.2	34.7

(出所) 厚生労働省資料（2020年5月6日）から引用

※日本については、特定集中治療室管理料、救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料を合計。

### ◆ 重点支援区域の指定

第1回（2020年1月31日）	第2回（2020年8月25日）
3県 5区域 宮城県 仙南区域 等	6道県 7区域 北海道 南空知区域 等

### ◆ 「経済財政運営と改革の基本方針2020」（2020年7月）

今後、感染症への対応の視点も含めて、質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の整備を進めるため、可能な限り早期に工程の具体化を図る。その際、地域医療構想調整会議における議論の活性化を図るとともに、データに基づく医療ニーズを踏まえ、都道府県が適切なガバナンスの下、医療機能の分化・連携を推進する。

# 都道府県医療費適正化計画①

- 「都道府県医療費適正化計画」は、診療報酬改定・薬価改定やそれによって影響される保険料等の負担面と連動しておらず、同計画における「医療費の見込み」は、6年間で1期とする計画期間中更新されない。
- このような仕組みのもと、第2期医療費適正化計画（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（計画期間中に薬価改定や制度改革が行われたため）。
- 第3期医療費適正化計画では、「都道府県医療費適正化計画」の毎年度のPDCA管理が求められているものの、足元で生じている感染症のまん延は勿論、診療報酬改定・薬価改定や制度改革を織り込んだ改訂がなされない「医療費の見込み」では、実効性を期待できない。

(注) 介護保険制度においては、住民の負担である保険料率は、市町村が受益（給付）の予想額や公費負担額等に照らしておおむね3年を通じ財政の均衡を保つことができるものでなければならずとされており、負担面と連動する関係になっている。このため、給付額が増えれば保険料率も上がるという意味で受益（給付）と負担の相互牽制関係が働く。こうした仕組みのもと、3年を1期とする「市町村介護保険事業計画」が立てられ、あわせて3年に1度の介護報酬改定が行われている。

## 介護保険法第129条第3項

前項の保険料率は、市町村介護保険事業計画に定める介護給付等対象サービスの見込量等に基づいて算定した保険給付に要する費用の予想額、財政安定化基金拠出金の納付に要する費用の予想額、第百四十七条第一項第二号の規定による都道府県からの借入金の償還に要する費用の予定額並びに地域支援事業及び保健福祉事業に要する費用の予定額、第一号被保険者の所得の分布状況及びその見通し並びに国庫負担等の額等に照らし、おおむね3年を通じ財政の均衡を保つことができるものでなければならない。

## ◆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)

(億円)

	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

令和元年度以降の第3期医療費適正化計画のPDCA管理等について

令和元年6月28日 厚生労働省保険局医療介護連携政策課長 事務連絡  
医療費適正化計画については、2018年度より、各都道府県において第3期医療費適正化計画（以下「第3期計画」という。）が開始されたところであり、高齢者の医療確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高確法」という。）第11条第1項においては、都道府県医療費適正化計画について、県は年度ごとに進捗状況を公表するよう、努力義務が規定されています。

### 1. 医療費適正化計画のPDCA管理体制

(1) 都道府県における連携体制

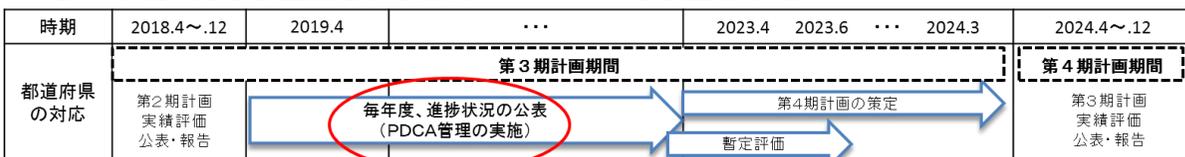
- 毎年度、第三期計画の進捗状況を把握・公表するとともに、必要な対策の検討を行い、実施することが望ましい。

(3) 保険者協議会について

① 保険者協議会の活用について

- 医療費適正化計画の実施においては、保険者協議会を活用してこれらの関係者に協力を求めることが望ましい。

## ◆第3期医療費適正化計画のPDCA管理の流れ

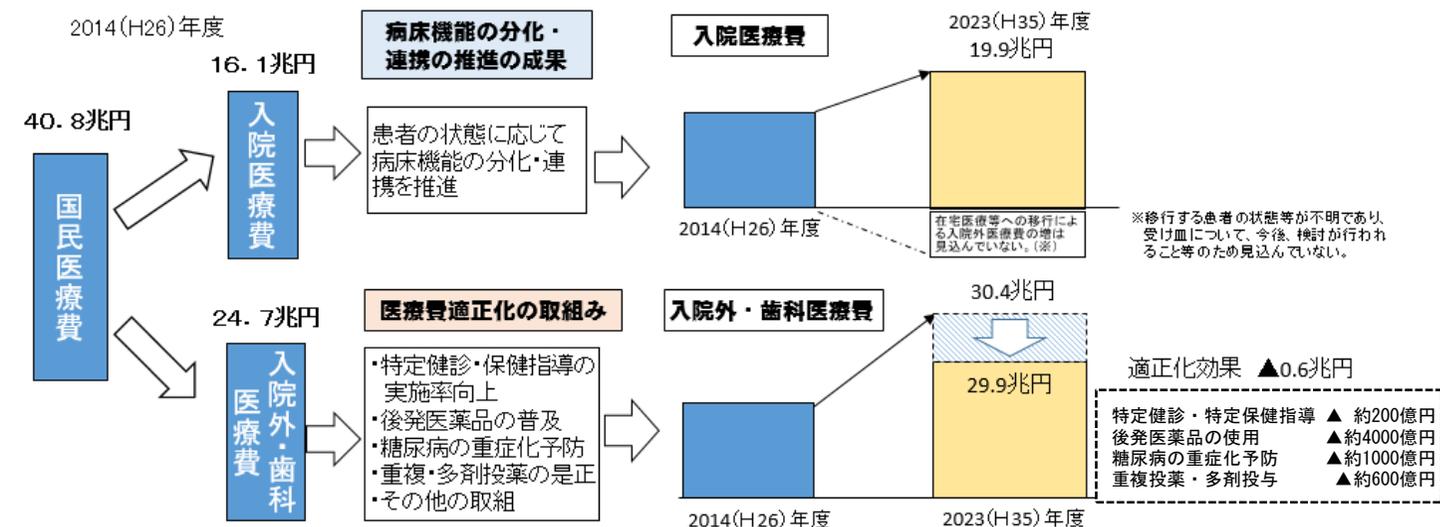


# 都道府県医療費適正化計画②

- 「都道府県医療費適正化計画」は、高齢者の医療の確保に関する法律の眼目となる計画でありながら、以下のとおり、**更に形骸化**している。
  - ① 医療費適正化に関して達成すべき**目標はあくまで個別の施策について設けることとされており、「医療費の見込み」**は見通しに過ぎず、達成すべき**「目標」でないとの位置づけ**とされている。
  - ② 医療費適正化のため推進すべき個別の施策についても、**地域医療構想の推進や「医療の効率的な提供」よりも「住民の健康の保持の推進」**が重視されている。
- このような状況のもと、「**医療費の見込み**」について、負担面との連動を求めるとははじめその**位置づけを見直す**とともに、定期改訂をするなど**毎年度のPDCA管理に馴染むものとすべき**である。また、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について見直す**とともに、**都道府県や保険者協議会の医療費を巡るPDCAサイクルへの関与を強化**すべき。

## 【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】

※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。



高齢者の医療の確保に関する法律  
 第九条  
 3 都道府県医療費適正化計画においては、前項に規定する事項のほか、おおむね都道府県における次に掲げる事項について定めるものとする。

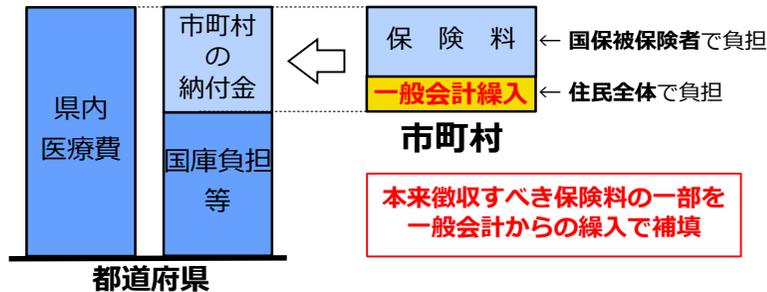
- 一 住民の健康の保持の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項
- 二 医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項
- 三 前二号の目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項

(以下略)

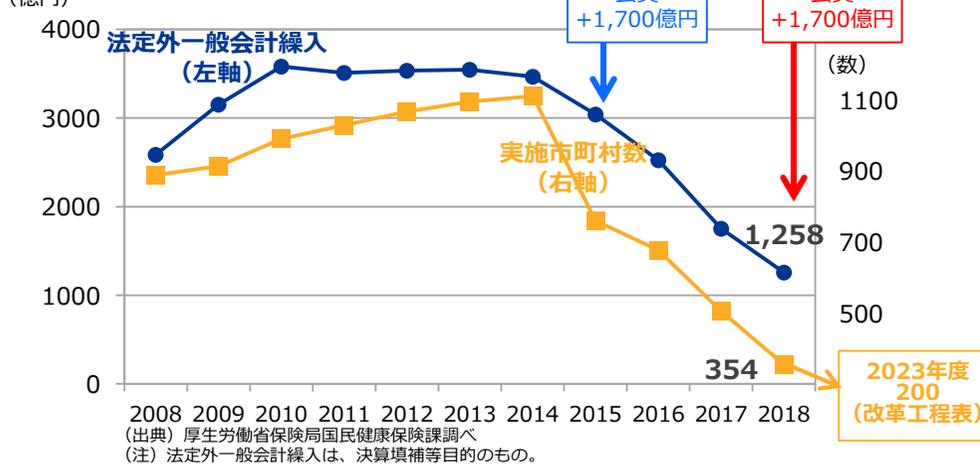
# 法定外一般会計繰入等の解消

- 国民健康保険では、制度上の公費に加えて、保険料の軽減等の目的で一般会計から総額約1,300億円の法定外繰入を実施（国保財政における給付と負担の相互牽制関係が毀損されている）。
- 法定外繰入の総額、実施市町村数（354市町村）は減少基調であるが、その解消に活用し得る公費が大幅に拡充されてきたこと等をも踏まえれば、**解消に向けた取組はまだまだ不十分**である。今後についても、「改革工程表」のK P Iにおける2023年度の実施市町村数が200とされるなど、**十分なスピードでの解消方針が示されている**とは言い難い。
- 介護保険制度では財政の均衡を保つ旨の規定の存在により一般会計からの**法定外繰入れの余地が生じない**こと等を踏まえ、**国民健康保険法についても同様の規定を導入することや都道府県国保運営方針において都道府県内の市町村における法定外繰入れの解消に向けた計画の記載を求め**るなど、**法定外繰入れの解消を一段と加速化するための制度的対応を講ずるべき**。

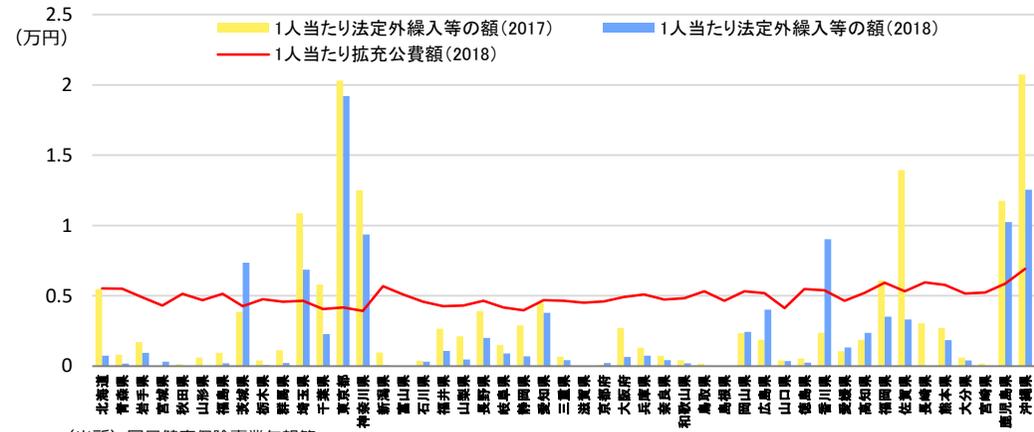
## ◆ 法定外一般会計繰入の構造（イメージ）



## ◆ 法定外一般会計繰入額等の推移



## ◆ 都道府県別の1人当たり法定外繰入等の額（2017・2018年度）と2018年度に投入された1人当たり拡充公費の額の比較



## ◆ 介護保険法 第129条

- 1 市町村は、介護保険事業に要する費用に充てるため、保険料を徴収しなければならない。
- 2 前項の保険料は、第一号被保険者に対し、政令で定める基準に従い条例で定めるところにより算定された保険料率により算定された保険料額によって課する。
- 3 前項の保険料率は、市町村介護保険事業計画に定める介護給付等対象サービスの見込量等に基づいて算定した保険給付に要する費用の予想額、財政安定化基金拠出金の納付に要する費用の予想額、第百四十七条第一項第二号の規定による都道府県からの借入金の償還に要する費用の予定額並びに地域支援事業及び保健福祉事業に要する費用の予定額、第一号被保険者の所得の分布状況及びその見通し並びに国庫負担等の額等に照らし、**おおむね三年を通じ財政の均衡を保つことができるものでなければならない。**

# 都道府県内保険料水準の統一

- 都道府県内で**国保の保険料水準を統一**することは、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、極めて重要。  
 (注) 都道府県内の国保の保険料水準の統一は、都道府県に給付水準の均霑化、そのための**医療提供体制の均霑化インセンティブ**をもたらす、地域内における公平かつ持続可能な**医療提供体制の整備の観点**からも好ましい影響をもたらす。
- しかし、現在、都道府県国保運営方針等において統一時期や検討時期等に係る記載を行っている都道府県が7都道府県にとどまるなど、**都道府県における保険料水準統一への動きは徐々に少ない**。厚生労働省は、こうした進捗の遅れの一因であったガイドラインを本年5月に修正するとともに、保険者努力支援制度においても取組状況を評価に組み込んだところであるが、十分なものであるとは言えない。
- **都道府県国保運営方針において実現に向けた工程や期限の記載を求める**など、国保の都道府県内の保険料水準の統一を**一段と加速させる方策を講ずるべき**。

	旧	新
国保運営方針策定要領	<ul style="list-style-type: none"> <li>保険料率については、市町村ごとに設定することを基本にしつつ、地域の実情に応じて、二次医療圏ごと、都道府県ごとに保険料率を一本化することも可能としている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保険料率については、市町村ごとの医療費水準や医療提供体制に差があることに留意しつつ、将来的には、都道府県での保険料水準の統一を目指すこととし、また、地域の実情に応じて、二次医療圏ごとに保険料水準を統一することも可能としている。</li> <li>都道府県は、県内の市町村との間で、保険料水準の統一に向けた議論を深めることが重要であり、統一化の定義や前提条件等、さらには保険料算定方式の統一や標準保険料率と実際の保険料率の見える化から検討することも考えられる。</li> </ul>
納付金算定等ガイドライン	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療費水準に差異がある都道府県においては、年齢調整後の医療費指数を各市町村の納付金に反映させることが原則となる (<math>a = 1</math>)。</li> <li>ただし、都道府県内で統一的な保険料水準とする観点から、医療費指数を反映させないこと (<math>a = 0</math>) …も可能とする。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療費水準に差異がある都道府県においては、年齢調整後の医療費指数を各市町村の納付金に反映させることが考えられる (<math>a = 1</math>)。</li> <li>将来的には、都道府県での保険料水準の統一を目指すこととし、<math>a</math>を徐々に0に近づけ、あるいは医療費指数を反映させないこと (<math>a = 0</math>) も可能とする。</li> </ul>

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

記載内容	該当都道府県
2024年度より統一	大阪府 奈良県 (激変緩和措置あり)
2024年度までを目標に検討	北海道※1 広島県※2 沖縄県 ※1: 納付金ベースでの統一 ※2: 収納率の差異によるバラツキを容認
2027年度までを目標に検討	和歌山県 佐賀県

年齢調整後の医療費水準を市町村の納付金に  
どの程度反映するかを調整する係数 (a)

係数 a	該当都道府県
$a = 0$	滋賀県 大阪府 奈良県 広島県
$a = 0.5$	北海道 宮城県
$a = 0.7$	三重県
$a = 0.75$	群馬県
$a = 1$	その他の39都府県



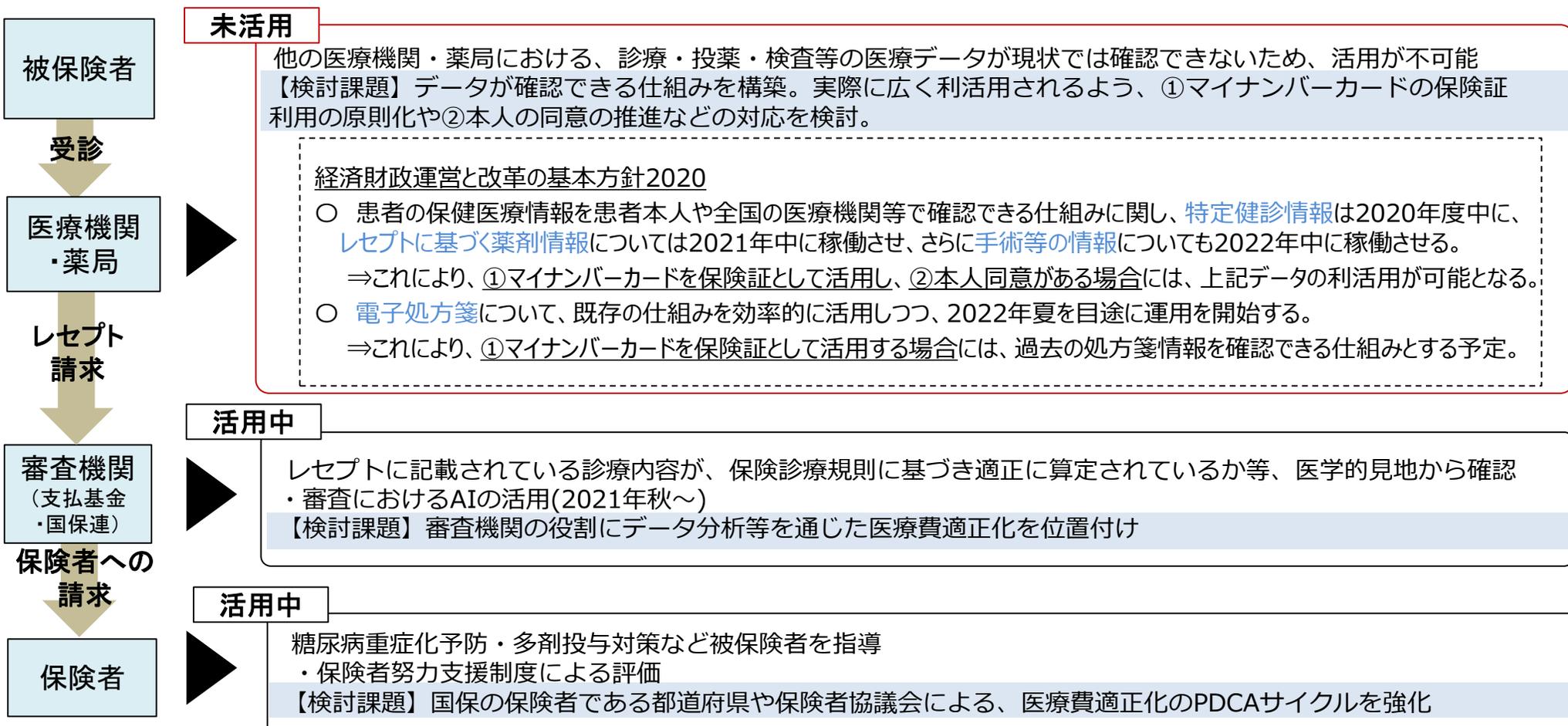
医療費水準を反映しない ( $a = 0$ )

医療費水準を反映する ( $a = 1$ )

# デジタル化の推進による適正受診・医療費適正化の推進

- 「骨太方針2020」に沿って、**患者の保健医療情報を医療機関・薬局等において確認できる仕組みを着実に構築**すべき。その際、実際に広く利活用されるよう、①マイナンバーカードの保険証利用の原則化や②本人の同意の推進などの対応を検討することが必要である。
- そのうえで、医療機関が、患者の過去の診療・処方箋情報等を参照可能である場合には、**重複投薬・重複検査などに対する診療報酬上の対応**を検討すべき。
- また、審査機関や保険者はデータを活用できる仕組みがあるものの、医療費適正化の役割や枠組みを十分に与えられていないため、折角のデータが「宝の持ち腐れ」に終わる可能性がある。審査機関や保険者によるデータの活用を促す環境整備として、**審査機関の役割強化や都道府県等による医療費を巡るPDCAサイクルの強化**を図るべき。

## ◆各機関での医療データの利活用状況



## 2. 医療

総論

患者負担のあり方

薬剤費の適正化

ガバナンスの強化

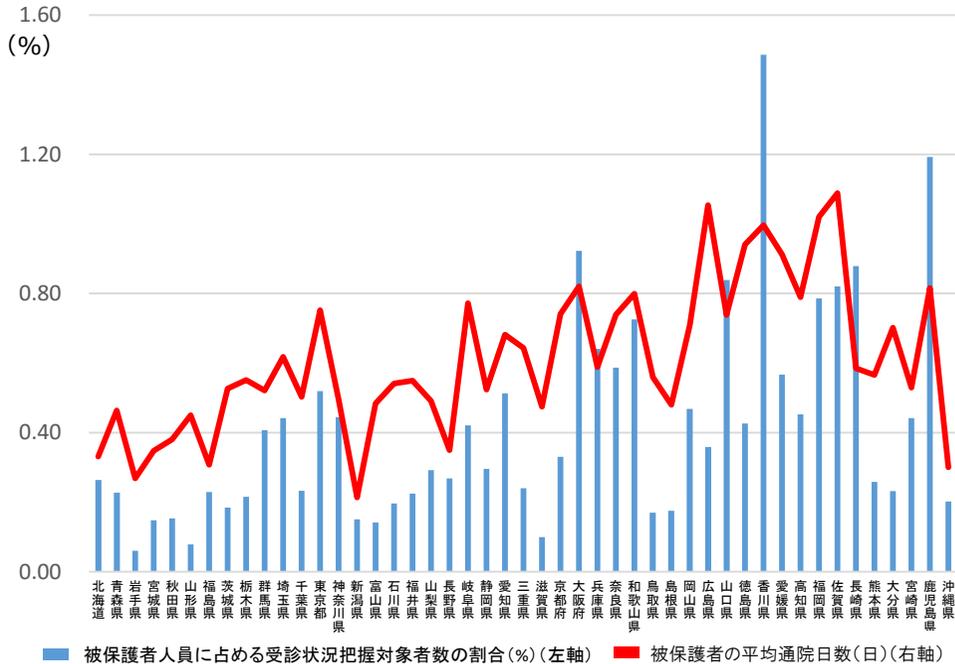
医療扶助



# 医療扶助における頻回受診

- 生活保護受給者のレセプト1件（1か月）の平均通院日数は地域によって偏りが見られる。平均通院日数が高い地域では、被保護者人員に占める受診状況把握対象者（注）の割合も高い傾向が見られる。
- （注）受診状況把握対象者とは、同一傷病について、同一月内に同一診療科目を15日以上受診している者（短期的・集中的な治療を行う者を除く）。
- また、レセプト請求件数の全件または大多数が生活保護受給者のレセプトである医療機関も見受けられる。
- 生活保護受給者の平均通院日数が生活保護受給者以外の平均通院日数に比べて長い医療機関が標榜している診療科は、特定の診療科に偏る傾向が見られる。
- 自治体（特に平均通院日数が多い自治体）は、頻回受診者が多く発生している医療機関に着目した対策を講じる、嘱託医を充実するなど、頻回受診対策を更に強化すべき。

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



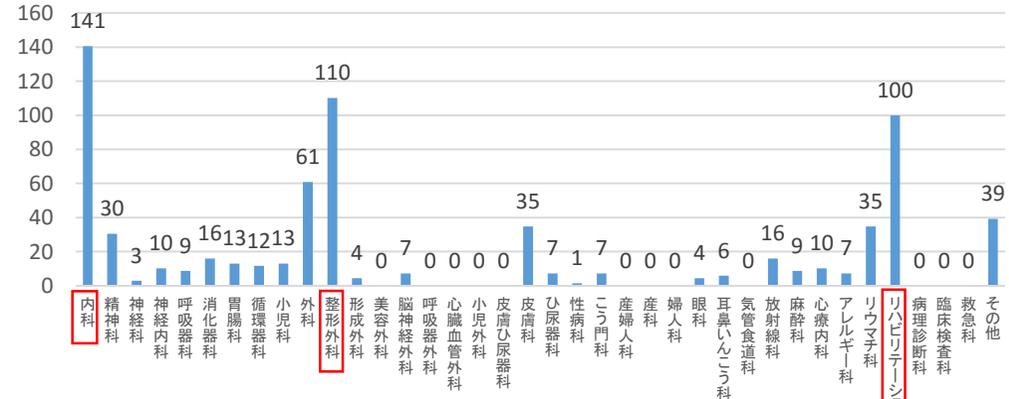
注）平均通院日数とは、レセプト1枚当たりの医療機関を利用した日数。  
 資料：第66回医療扶助実態調査（平成30年6月審査分）、平成30年度被保護者調査（年次調査、平成30年7月末時点）、平成30年度頻回受診者に対する適正受診指導結果について（厚生労働省調べ）

## ◆ 生活保護受給者の請求件数割合が高い医療機関

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

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

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



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

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

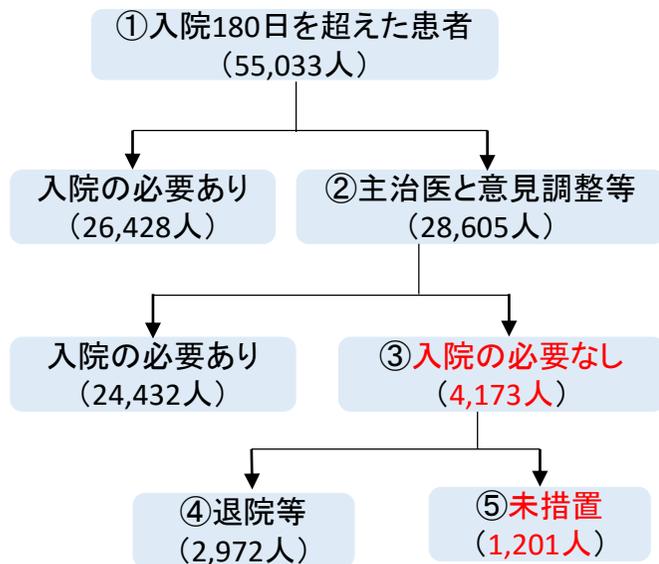
# 医療扶助における長期入院

- 入院期間が180日を超える医療扶助を受ける入院患者についての実態把握が毎年実施されている。平成30年度では、**入院の必要がないとされた患者のうち、退院等の措置がなされていない者の割合は約3割**になっている。
- また、自治体間で比較すると、入院180日を超えた患者のうち入院の必要がないとされた者の割合や、入院の必要なしとなったものの未措置となっている者の割合には、**地域差**が見られる。
- 生活保護は居宅保護が原則であり、自治体は、長期入院患者の**実態把握を強化し、入院の必要がない方の地域移行を更に促進**すべき。

## ◆ 長期入院患者の実態把握の状況

嘱託医は、診療報酬明細書等に基づき、医療扶助による入院継続の必要がある者、入院継続の必要性について主治医等の意見を聞く必要がある者に分類。ケースワーカーは主治医との意見調整等の結果、入院継続を要しないことが明らかになった者について、退院指導等を行うこととされている。

<平成30年度の結果>



⑤未措置／③入院の必要なし＝**28.8%**

(注) 厚生労働省「社会・援護局関係主管課長会議資料」(2020年3月4日)を一部更新して作成。

## ◆ 長期入院患者の多い自治体の状況

	入院180日を超えた者①	入院の必要なし③	③／①	未措置⑤	⑤／③
東京都	6,704人	654人	9.8%	64人	9.8%
大阪市	3,030人	170人	5.6%	85人	50.0%
北海道	2,620人	20人	0.8%	6人	30.0%
福岡県	1,997人	210人	10.5%	93人	44.3%
大阪府	1,616人	98人	6.1%	27人	27.6%
札幌市	1,489人	0人	0%	0人	—
千葉県	1,342人	124人	9.2%	94人	75.8%
埼玉県	1,308人	37人	2.8%	12人	32.4%
福岡市	1,122人	58人	5.2%	9人	15.5%
北九州市	1,035人	142人	13.7%	13人	9.2%

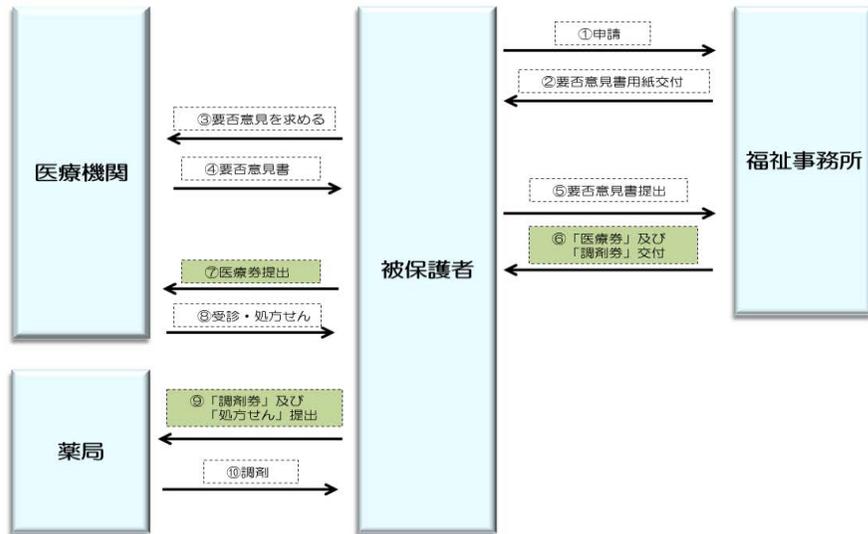
(注1) 厚生労働省「社会・援護局関係主管課長会議資料」(2020年3月4日)を一部更新して作成。

(注2) 政令指定都市、中核市及び都道府県(政令指定都市・中核市分を除く)について、長期入院患者が多い順に10自治体を抜粋して記載(平成30年度の結果)。なお、東京都の数値は八王子市の分を除く。北海道の数値は札幌市、旭川市、函館市の分を除く。福岡県の数値は福岡市、北九州市、久留米市の分を除く。大阪府の数値は大阪市、堺市、高槻市、東大阪市、豊中市、枚方市、八尾市、寝屋川市の分を除く。千葉県の数値は千葉市、船橋市、柏市の分を除く。埼玉県の数値はさいたま市、川越市、越谷市、川口市の分を除く。

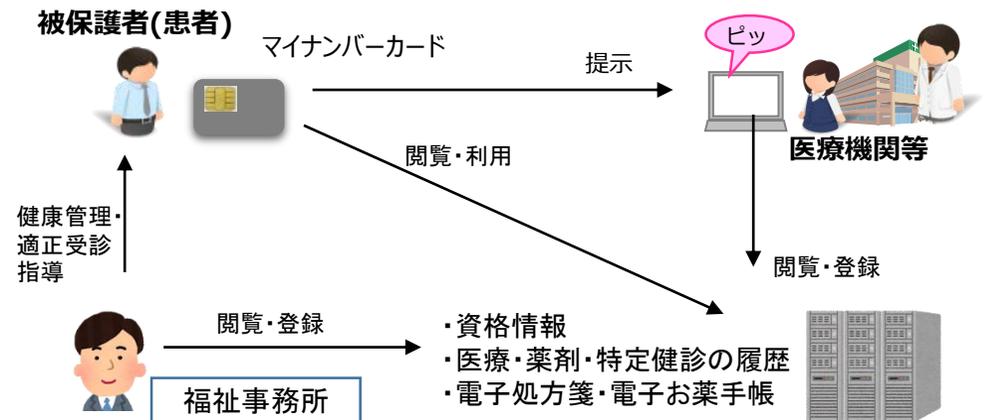
# 医療扶助におけるデジタル化の推進

- 医療扶助においては、生活保護受給者（被保護者）が、福祉事務所から医療券・調剤券の交付を受けた後に、医療機関で受診等することが原則。しかし、福祉事務所における実際の運用では、事務負担の軽減のため、医療券・調剤券の交付が事後に行われている事例が多い（福祉事務所から医療機関や薬局に医療券・調剤券を直接郵送等）。
- デジタルガバメント実行計画においては、医療扶助について**マイナンバーカードによるオンライン資格確認を進める**こととされている。これにより、将来的に、過去の医療・薬剤・特定健診の情報の把握や、処方箋・お薬手帳の電子化などの利用が可能となる方向であり、こうした**医療の質・利便性の向上**を被保護者が享受できるとともに、**効果的な健康管理・適正受診指導（頻回受診対策）**にもつながる。
- 医療保険制度において被保険者証に替えてマイナンバーカードの利用を推進しているため、これと足並みをそろえ、**医療扶助の資格確認は、原則としてマイナンバーカードにより行うべき**。

## ◆ 現在の医療券・調剤券の本来の事務手続き



## ◆ 将来のイメージ



デジタル化（マイナンバーカードによるオンライン資格確認）のメリット

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

## ◆ デジタル・ガバメント実行計画(令和元年12月20日改定(閣議決定))

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

	2019年度 (令和元年度)	2020年度 (令和2年度)	2021年度 (令和3年度)	2022年度 (令和4年度) ※ほとんどの住民が保有(想定)	2023年度~ (令和5年度~)
	1月~3月				
生活保護受給者の医療扶助の医療券・調剤券	フィジビリティ調査、制度的な検討	地方との協議	環境整備・システム開発		本格運用
	マイナンバーカードの利用促進、本人確認利用、メリットの広報周知、受給者の利便性向上				

生活保護法医療券・調剤券(年月分)	
公費負担者番号	有効期間 日から 日まで
受給者番号	種別 種別・使用
氏名	男・女 年 月 日生
居住地	
指定医療機関名	
備病名(1)	診療 入院 歯科
(2)	入院外 調剤
(3)	別 訪問看護
地区担当員名	取扱担当者名
	福祉事務所長 印
備考	社会保険 あり(健・共) なし
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条の2
	あり なし
その他	



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

# 生活保護受給者の国保等加入の検討

- 生活保護法では、**他法優先の原則**が規定されている。例えば、介護については、生活保護受給者は、介護保険に加入したまま、保険料や利用者負担分について介護扶助を受ける。しかし、医療については、**医療扶助と国民健康保険又は後期高齢者医療制度（以下「国保等」）では、自治体の業務の多くが重複**しているにもかかわらず、**国保等には入らず、医療扶助を受ける**こととなっている。
- 生活保護受給者が、年齢に応じて国保等へ加入する制度とすれば、生活保護の他法優先の原則や、**都道府県医療費適正化計画において医療扶助が適正化されるべき医療費に含まれていること、国民皆保険の考え方**とも整合的となると考えられる。さらに、国保等の担当部局と生活保護の担当部局の連携強化により、次のような効果が期待される。
  - ・医療提供体制整備や国保の財政運営等に係る**都道府県のガバナンスが医療扶助に及ぶ**ようになり、医療提供側への働きかけにより、頻回受診・長期入院への対応が強化される。
  - ・保護の前後における**資格移行**や、医療・薬剤・健診等の蓄積**データ活用がシームレス**なものとなり、生活保護受給者の利便性の向上や、保険者等による効果的な保健事業、頻回受診者への適正受診指導等が可能になる。
- このため、**生活保護受給者が国保等へ加入する制度を検討**するなど、**医療扶助に係るガバナンス強化**を図るべき。

## ◆ 生活保護受給者の各種制度への加入

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

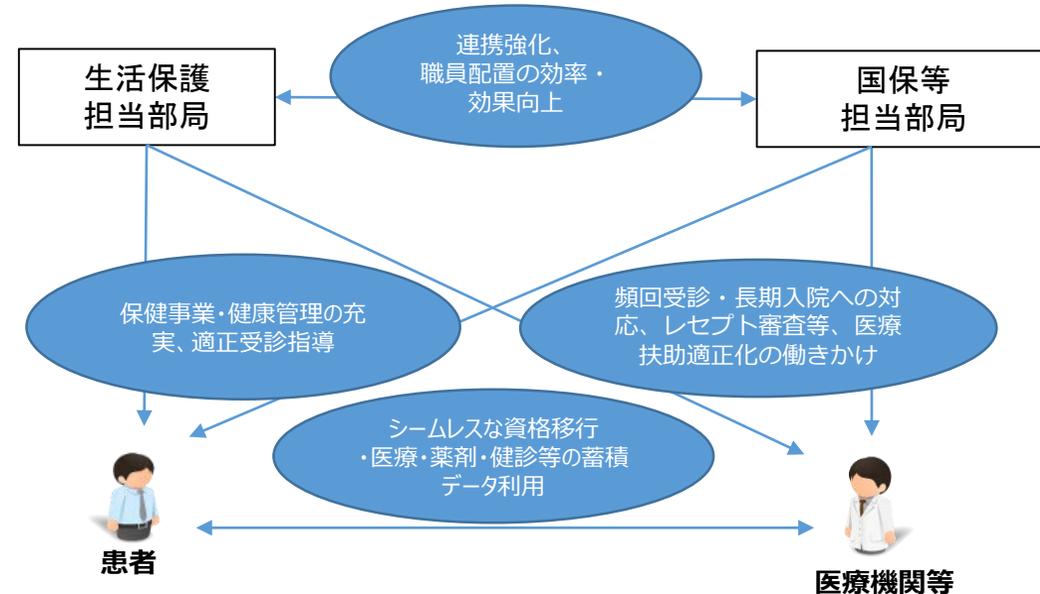
(参考) 生活保護法第4条第2項

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

## ◆ 生活保護（医療扶助）と国保等に関する自治体の業務

国保等のみ必要	国保等・生活保護ともに必要（重複）	生活保護のみに必要
<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険料の設定・徴収</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・資格管理</li> <li>・保健事業（健康管理指導・健診）、</li> <li>・適正受診指導</li> <li>・レセプト審査・支払</li> <li>・医療提供側への働きかけ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療券の発給等によるアクセス管理</li> </ul>

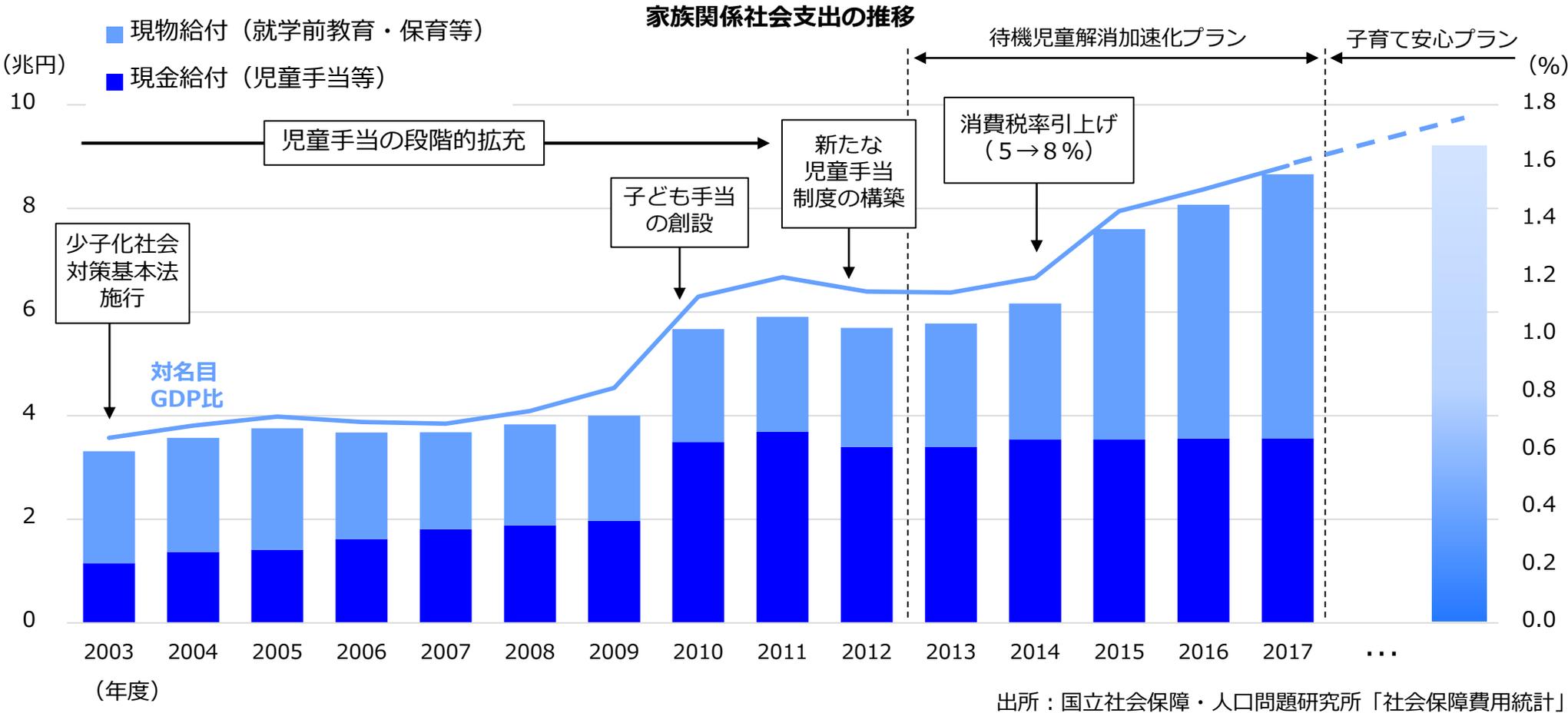
## ◆ 生活保護受給者の国保等加入により期待される効果



### 3. 子ども・子育て

# 子ども・子育て支援の推移

- 主に子ども・子育て支援のための公的支出である「**家族関係社会支出**」をみると、2003年以降、児童手当の段階的拡充や、待機児童解消加速化プラン等による保育の受け皿拡大により、**大きく増加してきた**。2019年10月からは、3～5歳児等の幼児教育・保育が無償化された。
- 子ども・子育て支援の取組は重要であるが、急速な公費支出の増が、**真に子どもや子育て世代のためになる支援となっているか**といった観点から、「**使い道**」の精査を行っていくことは不可欠。



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」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）。

- ◆ 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（推計）は86万4,000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＞  
昨年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押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

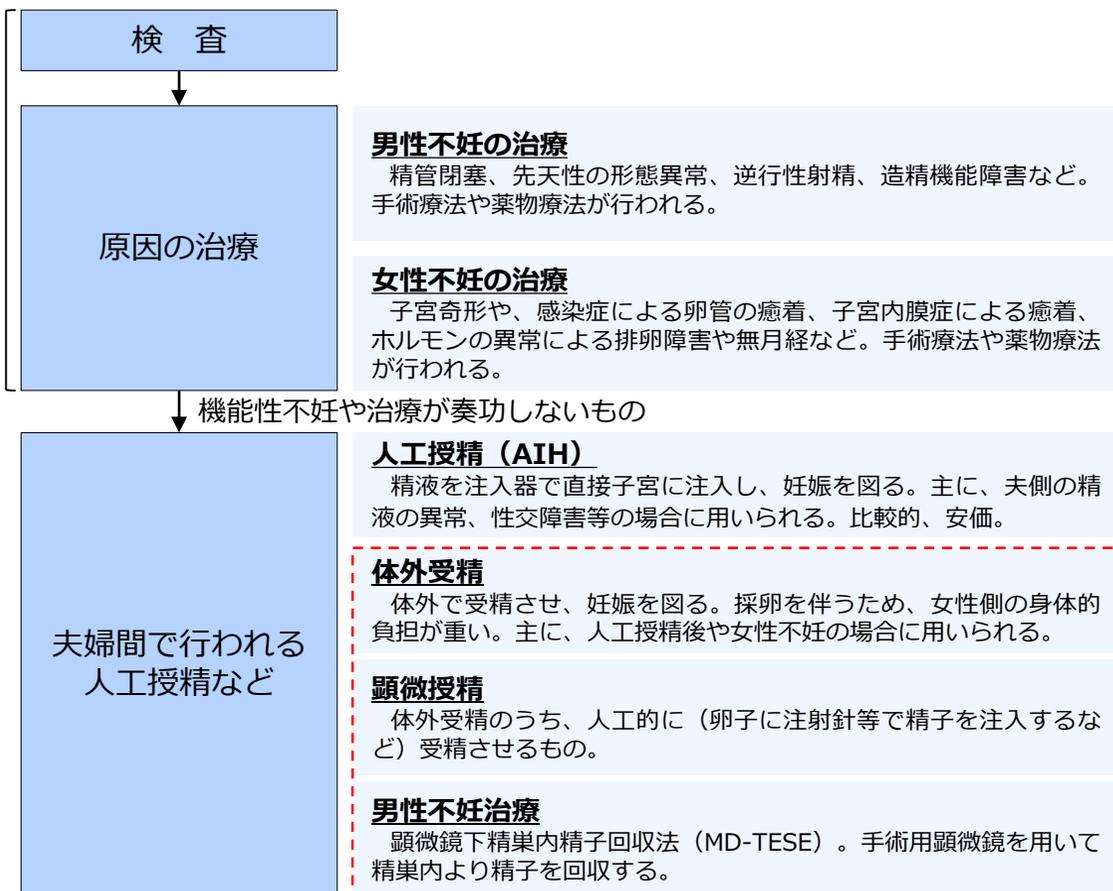
- 新型コロナウイルスの流行は、安心して子供を生き育てられる環境整備の重要性を改めて浮き彫りにした
- 非常時の対応にも留意しながら、事態の収束後に見込まれる社会経済や国民生活の変容も見通しつつ、総合的な少子化対策を進める

# 不妊治療①

- これまで、不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、高額な医療費がかかる不妊治療（体外受精、顕微授精及び男性不妊治療）に要する費用に対する助成を実施。
- 他方、不妊治療への保険適用については、少子化社会対策大綱（令和2年5月29日閣議決定）において「**適応症と効果が明らかな治療には広く医療保険の適用を検討し、支援を拡充する**」とされ、さらに、本年9月16日に閣議決定された「基本方針」においては「**不妊治療への保険適用を実現し、保育サービスの拡充により、待機児童問題を終わらせて、安心して子どもを生み育てられる環境をつくる**」とされたところ。
- 今後、こうした方針に沿って、**不妊治療への保険適用の実現に向けて取組を進めていく必要**。

## 不妊治療の流れ（概略図）

保険適用



国費で助成（不妊に悩む方への特定治療支援事業の対象）

## 不妊に悩む方への特定治療支援事業（2年度予算 151億円）

対象治療法	特定不妊治療 （体外受精、顕微授精及び男性不妊治療）
対象者	特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか、極めて少ないと医師に診断された法律上の婚姻をしている夫婦 （治療期間初日の妻の年齢が43歳未満）
給付の内容	① 1回15万円（初回は30万円） 初めて助成を受けた治療期間初日における妻の年齢が40歳未満の場合は通算6回、40歳以上43歳未満の場合は通算3回まで助成。  ② 男性不妊治療15万円（初回は30万円）
所得制限	730万円未満（夫婦合算の所得ベース）
指定医療機関	事業実施主体において医療機関を指定
実施主体	都道府県・指定都市・中核市 （負担割合：国1/2・地方1/2）
支給実績	約13.8万件（平成30年度）

# 不妊治療②

- **保険適用の実現には**、現行の保険外診療に対する助成よりも、本人にとって
  - ① **高額の不妊治療の場合の経済的負担の軽減**につながるほか、
  - ② 事前に定められた基準のもと、**一律な給付内容が保障され、治療内容の標準化・費用の明確化**が図られる、
  - ③ 保険料負担の見返りに給付を受けるという点において**給付の権利性が強まる**（給付を受けることが特別なことでなく当たり前になる）、
  - ④ 保険によるリスクの分散という考え方に立つことで**所得制限を伴わなくなる**、
  - ⑤ 通常の医療保険の医療サービス同様、**立替払（償還払）もなく保険証のみで手続きが完結する**メリットがある。
- なお、保険適用によって治療内容が標準化されることに伴い、一部の高度な不妊治療へのニーズに対応して、**保険外併用療養費制度の柔軟な活用も検討すべき**。また、**助成金**（不妊に悩む方への特定治療支援事業）**段階でも同制度を活用することにより**、患者負担の軽減を図るべき。

## 平成24年版 厚生労働白書（抜粋）

### （社会保険方式は、自立・自助という近現代の社会の基本原則に即した仕組みである）

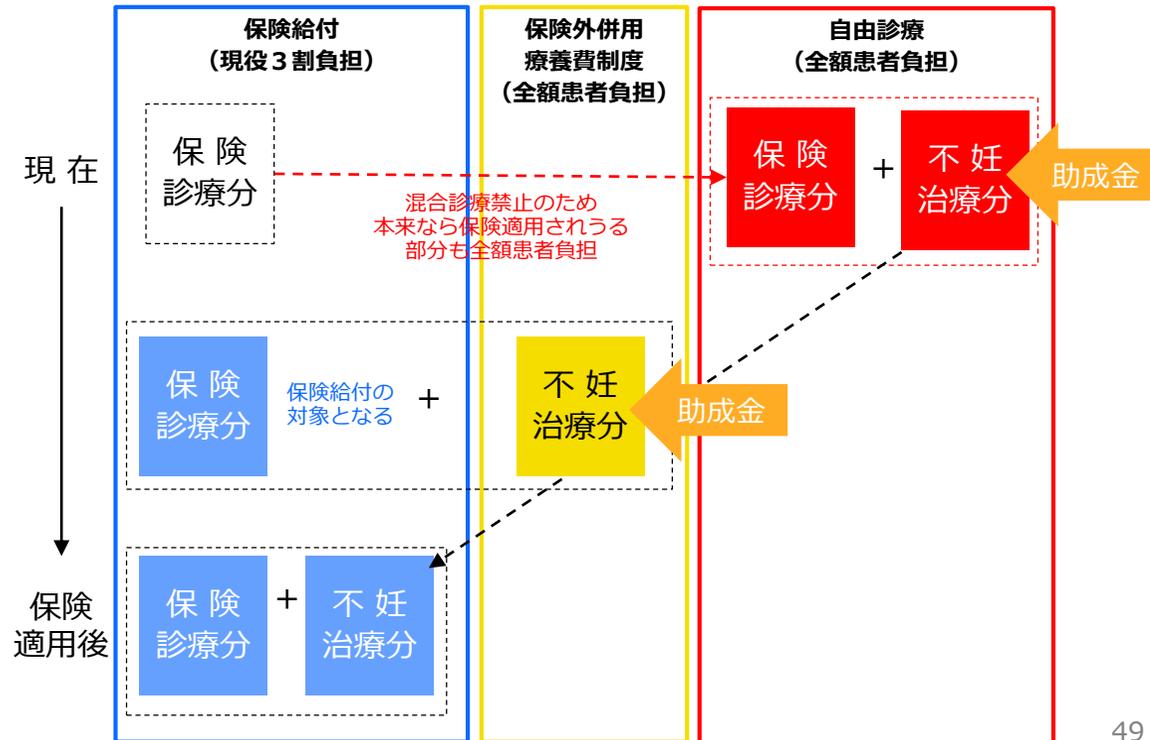
社会保険方式は、保険料の拠出と保険給付が対価的な関係にあり、保険料負担の見返りに給付を受けるという点において、税方式の場合よりも、給付の権利性が強いといえる。実際、医療保険で医療サービスを受けるように、給付を受けることが特別なことではなく、当たり前のことというイメージをもち、その受給に恥ずかしさや汚名（スティグマ）が伴わないというメリットがある。

また、財源面でも、会計的に保険料負担（収入）と給付水準（支出）とが連動していることから、一般財源としての租税よりも、給付と負担の関係について、国民の理解が得られやすい側面がある。

（中略）

社会保険の導入は、保険によるリスクの分散という考えに立つことで、社会保障の対象を一定の困窮者から、国民一般に拡大することを可能としたものといえる。

## 保険外併用療養費制度（健康保険法に定められた制度）の活用



# 育児休業給付

- 我が国における男性・女性共通の育児休業中の所得保障は、諸外国と単純比較はできないものの、概ね十分な水準となっている。
- 一方で、男性の育児休業取得率は近年大きく伸びているものの、政府目標には届いていない状況。また、男性の育児休業の取得期間は2週間未満で約7割、1月未満で約8割となっている。
- 男性の育児休業について、柔軟に取得しやすくすることで取得率の向上等を図るため、たとえば、育児休業を産後8週以内に限らず分割して複数回取得可能とするような制度を検討すべき。なお、男性の育児休業の取得促進という観点から所得保障の在り方について検討する際は、他の取組の進捗状況も見極めるべき。

(注) 男性の育児休業については、現在、配偶者の出産後8週間以内に取得開始・終了した場合のみ、再度の取得が可能(パパ休暇)。

## ◆ 育児休業中の所得保障の国際比較

日本	イギリス	ドイツ	フランス
両親それぞれ ・当初6ヶ月は給付率67% (上限月額約30.6万円) 【非課税なので、実質的には約8割】 ・7ヶ月以降は給付率50% (上限月額約22.8万円) 【非課税】	・両親合わせて52週間 (産後2週間は母親に取得義務) ・週151.20ポンド (約2.1万円) 又は休業前賃金の9割のうち低い額 【課税】 (*) ※父親には、産後8週間以内に最長2週間の休暇制度あり。所得保障は*に同じ。	・両親合わせて12ヶ月間 ・給付率は67% ・上限月額1,800ユーロ (約22.5万円) 【非課税】	・両親それぞれ6ヶ月間 (子が2人以上の場合は両親それぞれ24か月間) ・月額398.40ユーロ (約5万円) 【非課税】 ※父親には、出生時に3日間(有給)や産後4か月以内に11日間(給付率10割)の休暇制度あり。

(注) 金額は1 £ = 139円、1 € = 125円換算

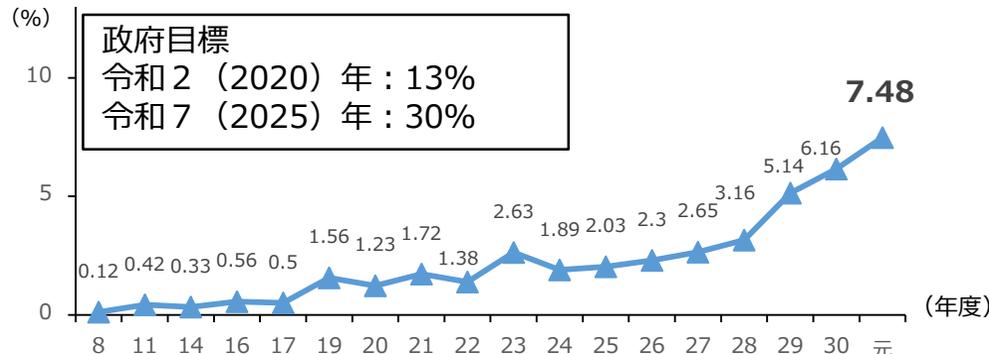
## ◆ 育児休業期間の状況

	5日未満	5日以上2週間未満	2週間以上1月未満	1月以上3月未満	3月以上6月未満	6月以上1年未満	1年以上2年未満	2年以上
女性	0.5%	0.3%	0.1%	2.8%	7.0%	51.0%	34.6%	3.8%
男性	36.3%	35.1%	9.6%	11.9%	3.0%	2.2%	1.7%	0.1%

1月未満が8割

(注) 平成29年度中に育児休業を終了・復職した者の状況  
出典：厚生労働省 平成30年度「雇用均等基本調査」

## ◆ 男性の育児休業取得率

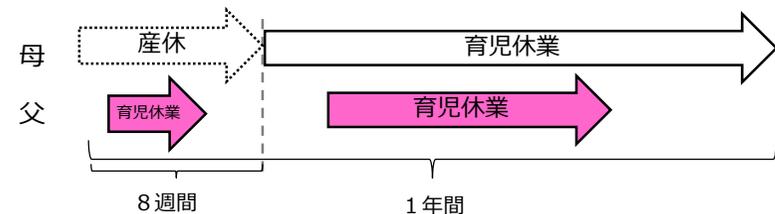


(注) 平成22年度以前調査においては、調査前年度の1年間。平成23年度の割合は、岩手県、宮城県及び福島県を除く全国の結果。

出典：厚生労働省「雇用均等基本調査」

## ◆ 出産後8週間以内の父親の育児休業取得の促進(パパ休暇)

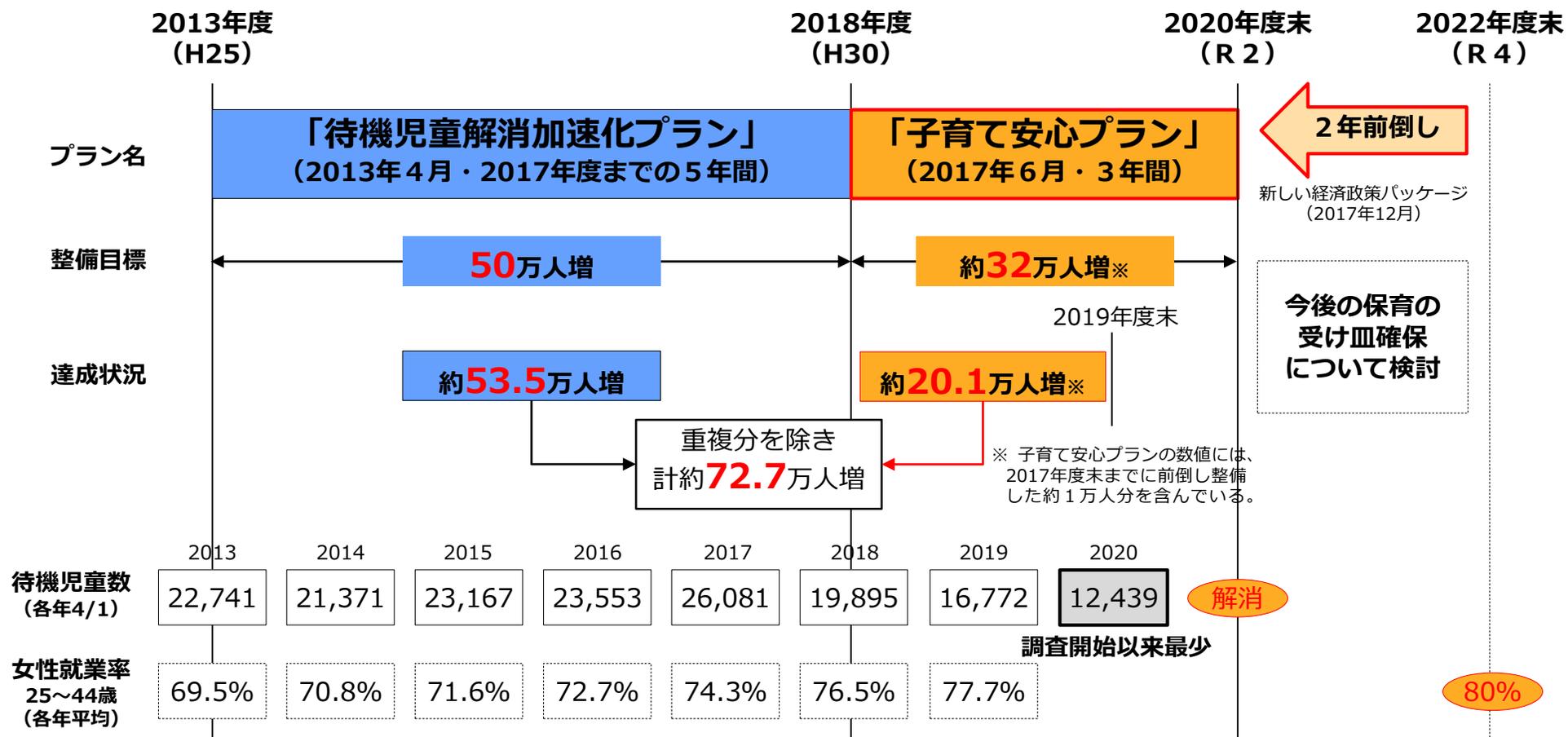
配偶者の出産後8週間以内の期間内に、父親が育児休業を取得開始・終了した場合に、再度の取得が可能。



(注) 育児休業は、子が1歳(保育所に入所できないなど、一定の場合は、最長2歳)に達するまで取得可能。父母ともに育児休業を取得する場合は、子が1歳2か月に達するまでの間の1年間取得可能【パパ・ママ育休プラス】 50

# 待機児童の解消①

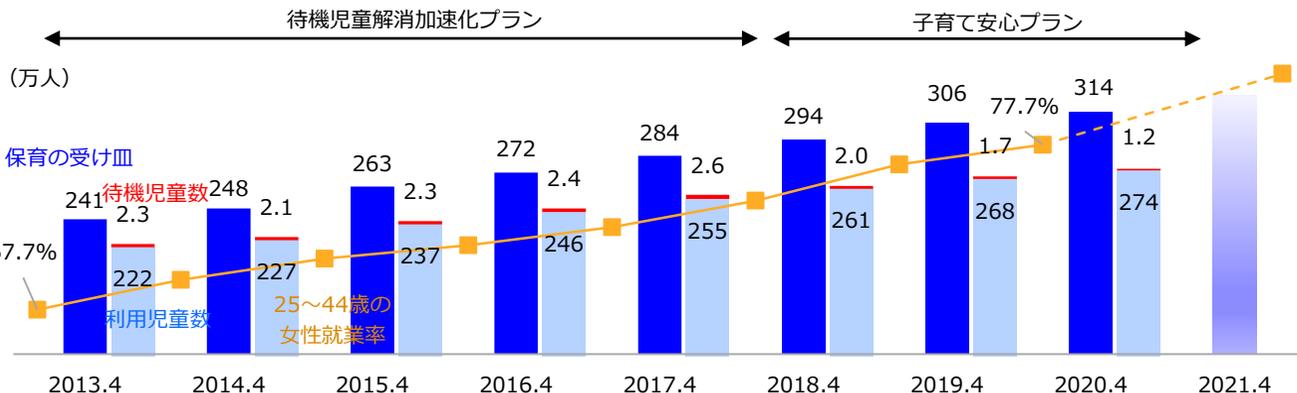
- 2018年度からの「子育て安心プラン」においては、遅くとも2020年度末までの3年間で全国の待機児童を解消するとともに、女性就業率80%に対応できる約32万人分の受け皿整備を行うこととされている（当初5年間の計画を2年前倒し）。
- これまで、2013年度からの「待機児童解消加速化プラン」と併せ、2019年度末までに約73万人分の保育の受け皿を整備。2020年4月の待機児童数は12,439人となり、調査開始以来最少となっている。
- 各市町村が定めた第2期市町村子ども・子育て支援事業計画の積上げ集計によれば、2024年度末までに最大約14万人分の受け皿整備が必要との結果になっている。



# 待機児童の解消②

- 待機児童問題については、両親の就労状況を重視する**保育所の利用調整基準**（保護者の状況などに応じ保育の必要性などから優先順位をつけ利用する施設などの調整を行うための基準）によって、**フルタイム労働者の子どもの方が保育所を利用しやすく、パートタイム労働者の子どもの方が待機児童になりやすい状況が生じている**との指摘がある。
- 特に待機児童が生じている中では、受け皿の整備を行った際に、相対的に所得が高いフルタイム労働者の（これまで申請されなかった）新たな保育需要に優先的に充てられる可能性もある。新型コロナウイルス感染症が非正規雇用に与えている影響も踏まえた上で、**利用調整基準の在り方など世帯の経済状況もより勘案した仕組みも検討**していくべきではないか。
- また、**待機児童数は着実に減少を続けているものの、都市部を中心に引き続き存在**。ただし、更なる受け皿整備が必要な自治体、保育提供区域内のマッチングや小規模な受け皿の活用が必要な自治体、待機児童はいないが人口減少が進んでいる自治体など地域ごとに状況が異なっており、**今後は地域の特性に応じた対応が求められる**。
- 2021年度以降の保育の受け皿確保については、こうした**保育における需要と供給のミスマッチの解消に丁寧に取り組む姿勢が重要**。足元の新型コロナウイルス感染症の影響も勘案し、**必要量の見込みを精査した上で、安定的な財源を確保しつつ検討**していくべき。

## 保育の受け皿と利用児童数・待機児童数の推移



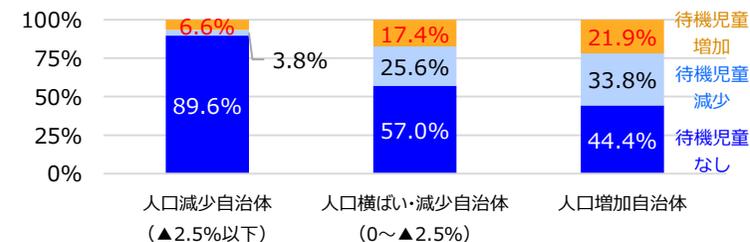
## 地域別の待機児童数と利用児童数

	待機児童数	利用児童数
7都府県・指定都市・中核市	7,896人 (63.5%)	166万人 (60.7%)
その他の道県	4,543人 (36.5%)	108万人 (39.3%)
全国計	12,439人 (100.0%)	274万人 (100.0%)

出所：厚生労働省「保育所等関連状況取りまとめ（令和2年4月1日）」  
 ※ 7都府県は、首都圏（埼玉・千葉・東京・神奈川）及び近畿圏（京都・大阪・兵庫）。

出所：厚生労働省「保育所等関連状況取りまとめ（令和2年4月1日）」

## 自治体の人口増減と待機児童数の動向



出所：厚生労働省「保育所等関連状況取りまとめ（令和2年4月1日）」

※ 人口増減率は2013~2018年度のもの。

## 地方団体における保育施設利用調整基準表の例（就労による区分・概要）

	基本指数
8時間以上	20
7～8時間未満	19
6～7時間未満	18
5～6時間未満	17
4～5時間未満	16
4時間未満	15
内職	16

	加算指数
週5日以上	3
週5日以上かつ1日8時間以上	1
居宅外	2

○ 両親ごとに点数を算出し、児童の保育状況や世帯状況（生活保護等受給世帯、兄弟姉妹・祖父母の状況等）による加算を行った上で**合計指数を算出**。

→ **合計指数が同じ場合、前年度市民税所得割額（住宅借入金等特別控除前の税額）の低い世帯から選考**する。

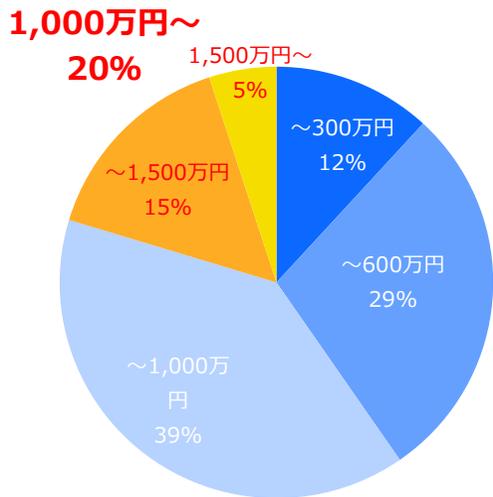
# 高所得者への児童手当（現金給付）の在り方の見直し

- 現行の児童手当制度においては、所得基準を超えている者に対しても、「当分の間」の措置として月額5,000円（年額6万円）の「特例給付」が支給されている。児童のいる世帯の世帯年収は、約20%が年収1,000万円以上、約5%が年収1,500万円以上となっている。
- 昨年10月から開始した幼児教育・保育の無償化（3～5歳）において、高所得世帯も含めて家計の負担を軽減させる効果が生じていることや、消費の実態や他制度の例も踏まえ、所得基準を超える者への特例給付については、廃止を含めた見直しを行うべき。

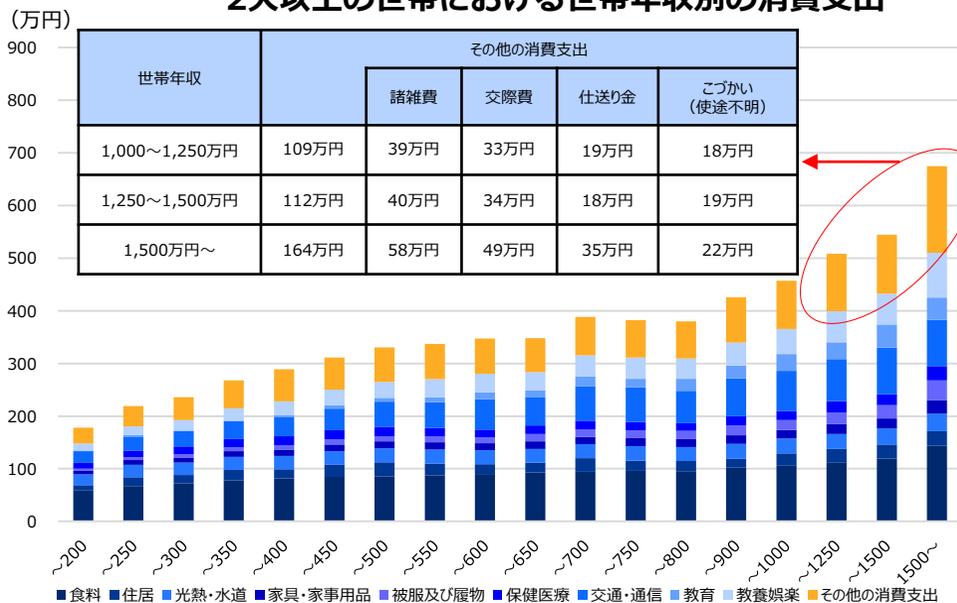
## 児童手当等の概要

主たる生計者の年収 (専業主婦世帯で子2人)	概要	対象児童数・国費 (2020年度予算)
～960万円未満	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 0～3歳未満 月1.5万円（年18万円）</li> <li>○ 3歳～小学校修了まで 第1子第2子 月1万円（年12万円） 第3子以降月1.5万円（年18万円）</li> <li>○ 中学生 月1万円（年12万円）</li> </ul>	1,449万人 (1兆1,262億円)
960万円～	○中学生以下 月0.5万円（年6万円）（当分の間の「特例給付」）	156万人（624億円）

## 児童のいる世帯の世帯年収



## 2人以上の世帯における世帯年収別の消費支出



## 高等学校等就学支援金制度の例

世帯構成	所得制限の内容
共働き世帯 子2人	世帯収入が約1,070万円を超える場合は対象外
専業主婦世帯 子2人	世帯収入が約950万円を超える場合は対象外

※ 収入は全て給与所得であり、共働き世帯の両親の収入は同額、子は高校生2人と仮定。

出所：厚生労働省「2019年国民生活基礎調査」

※ 「児童のいる世帯」とは、18歳未満の未婚の者のいる世帯であり、一部に児童手当等を受給していない世帯も含まれる。

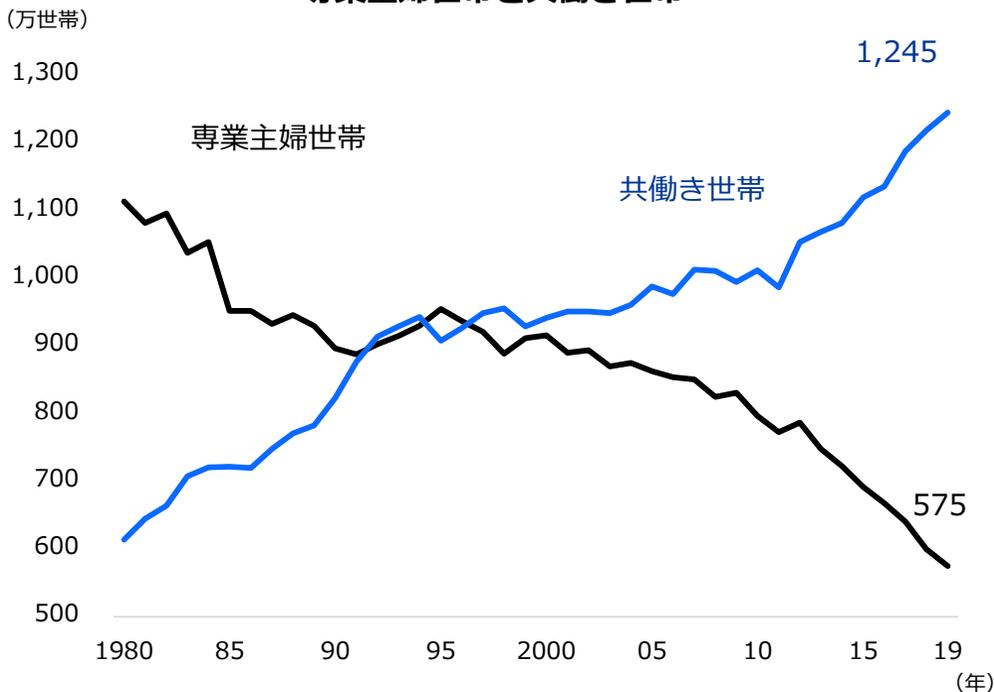
出所：総務省「家計調査 2019年（令和元年）平均」

※ 1世帯当たり1か月間の支出（用途分類）を12倍したもの。

# 世帯の就労形態の変化を踏まえた所得基準の見直し

- 児童手当は、**世帯の中で最も所得が高い者（主たる生計者）の所得のみで判定**するため、これが所得制限（夫婦子2人（扶養親族等の数が3名）で年収960万円未満）を超えなければ、世帯全体の所得に関わらず支給対象となる仕組み。
- 1992年以降、共働き世帯数が専業主婦世帯数を超えるなど、世帯における就労形態が多様化。
- 一方、他の制度においては、世帯合算の所得状況により給付額等の判断がなされる例も多い。
- 所得基準の見直しにあたっては、足元の状況変化や公平性の観点等を踏まえ、「主たる生計者」のみの所得で判断するのではなく、**世帯合算で判断する仕組みに変更すべき**ではないか。

## 専業主婦世帯と共働き世帯



(出所) 独立行政法人労働政策研究・研修機構「グラフでみる長期労働統計」

(注) 「専業主婦世帯」とは、夫が非農林業雇用者で、妻が非就業者（非労働力人口及び完全失業者）の世帯。「共働き世帯」とは、夫婦ともに非農林業雇用者の世帯。なお、出所の「グラフでみる長期労働統計」において、妻が非農林業雇用者で、夫が非就業者の世帯の集計結果は公表されていない。

## 児童手当の支給例（子2人（小学生1人、3歳未満1人）の場合）

収入の例	児童手当支給額（月額）
世帯収入1,200万円（夫収入1,000万円、妻収入200万円）	<b>特例給付10,000円</b> （小学生5,000円、3歳未満5,000円）
世帯収入1,200万円（夫収入800万円、妻収入400万円）	<b>児童手当25,000円</b> （小学生10,000円、3歳未満15,000円）

## 世帯合算の所得基準を設けている制度の例（算定方法は概要を示したもの）

制度	算定方法
不妊治療に対する助成（不妊に悩む方への特定治療支援事業）	<b>夫婦の所得の合計額</b> に基づき決定
保育料	原則として <b>父母の市町村民税所得割額の合計額</b> に基づき決定 ※ 父母が非課税の場合は、生計の中心者（同居祖父母等）の市町村民税所得割額も含めて算出
高等学校等就学支援金	原則として <b>父母の課税標準額（課税所得額）の合計額</b> に基づき決定
高等教育の修学支援（授業料等減免及び給付型奨学金）	原則として <b>本人と父母の課税標準額（課税所得額）等の合計額</b> に基づき決定

# 少子化対策の安定財源確保

- 社会保険制度においては、妊娠・出産、子育てに関する現金給付がかねてから存在している。
- 少子化対策は、賦課方式をとる我が国の社会保険制度の持続性の確保や将来の給付水準の向上につながるものであることを踏まえると、医療保険制度を含め、**保険料財源による少子化対策への拠出を拡充するという考え方も検討する余地があるのではないか。**
- 少子化対策の安定財源確保のあり方については、税財源の検討のみならず、こうしたことも含め幅広く検討を行っていくべき。

## 我が国の社会保険制度における現金給付の例（概要）

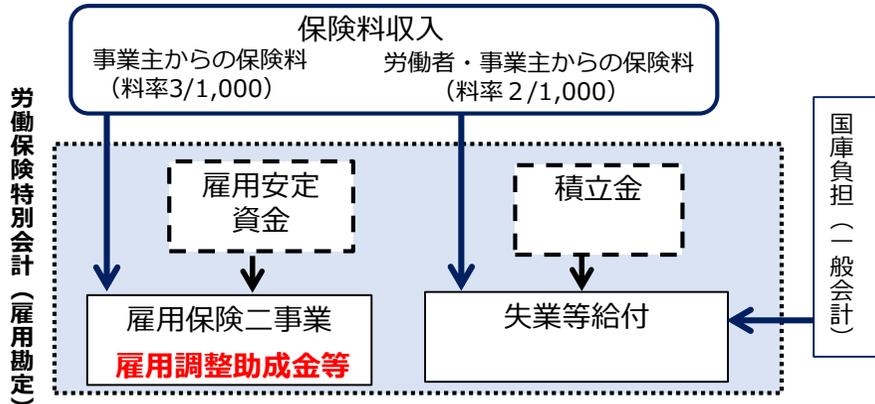
制度名	出産育児一時金	出産手当金	育児休業給付
概要	健康保険法等に基づく保険給付として、健康保険や国民健康保険などの被保険者またはその被扶養者が出産したとき、 <b>出産に要する経済的負担を軽減するため</b> 、一定の金額が支給される制度	健康保険法等に基づく保険給付として、被保険者が <b>出産の前後における一定期間内において労務に服さなかったことにより、所得の喪失又は減少をきたした場合</b> に、生活を保障するため、一定の金額が支給される制度	雇用保険法に基づく保険給付として、 <b>被保険者が育児休業を取得しやすくし</b> 、職業生活の円滑な継続を援助、促進するため、一定の金額が支給される制度
支給内容	定額42万円  ※ 産科医療補償制度に加入する分娩機関で出産した場合	出産日（出産日が出産予定日後の場合出産予定日）以前42日から、出産日後56日までの間において労務に服さなかった期間について、1日当たり以下の額を支給  給付前直近12か月間の標準報酬月額 の平均額 × 30分の1 × 3分の2	1歳未満（一定の場合は子が1歳2か月または最長2歳に達するまで）の子を養育するための育児休業を取得した場合に、1か月当たり以下の額を支給  休業開始時賃金日額 × 支給日数 × 50% (育児休業開始6か月は67%)
支給規模	約4,142億円（平成29年度）	約1,345億円（平成29年度）	約5,312億円（平成30年度）

## 4. 雇用

# 雇用調整助成金①

- 雇用調整助成金は、労働保険特別会計（雇用勘定）の雇用保険二事業のひとつであり、景気の変動などの経済上の理由により、事業活動の縮小を余儀なくされた事業主が、休業等により労働者の雇用の維持を図った場合に、休業手当等の費用を助成する制度。
- 新型コロナウイルス感染症対策のため、雇用調整助成金については、現在、上限額の引上げ（1日 8,370円⇒15,000円）、助成率最大10/10など、**リーマンショック時の対応を超える特例措置**が実施されている。
- 現在の特例は、緊急事態宣言も踏まえ、4月～9月末までであったが、8月28日に厚生労働省より、**12月末まで延長したうえで、来年については、雇用情勢が大きく悪化しない限り、特例措置は段階的に縮減を行っていくことが発表された。**

## ◆ 雇用調整助成金の位置づけ



## ◆ 厚生労働省プレスリリース（2020年8月28日）



### Press Release

令和2年8月28日（金）  
 【照会先】  
 職業安定局雇用開発企画課  
 課長：宮原 真太郎 課長補佐：長崎 誠（電話代表）03(5253)1111  
 職業安定局雇用保険課  
 課長：長良 健二 課長補佐：伏木 崇人（電話代表）03(5253)1111

報道関係者 各位

### 雇用調整助成金の特例措置等を延長します

9月末に期限を迎える雇用調整助成金の特例措置、緊急雇用安定助成金、新型コロナウイルス感染症対応休業支援金・給付金(以下「雇用調整助成金の特例措置等」という。)については、本年12月末まで延長します。

そのうえで、感染防止策と社会経済活動の両立が図られる中で、休業者数・失業者数が急増するなど雇用情勢が大きく悪化しない限り、雇用調整助成金の特例措置等は、段階的に縮減を行っていきます。

## ◆ 通常制度、リーマンショック時の特例、コロナ特例の比較

	通常制度	リーマンショック時の特例	コロナ特例
上限額	失業等給付基本手当の最高日額と同額	失業等給付基本手当の最高日額と同額	<b>15,000円</b>
助成率	・中小企業2/3 ・大企業1/2	・中小企業4/5（解雇なし9/10） ・大企業2/3（解雇なし3/4）	・中小企業4/5（解雇なし <b>10/10</b> ） ・大企業2/3（解雇なし3/4）

# 雇用調整助成金②

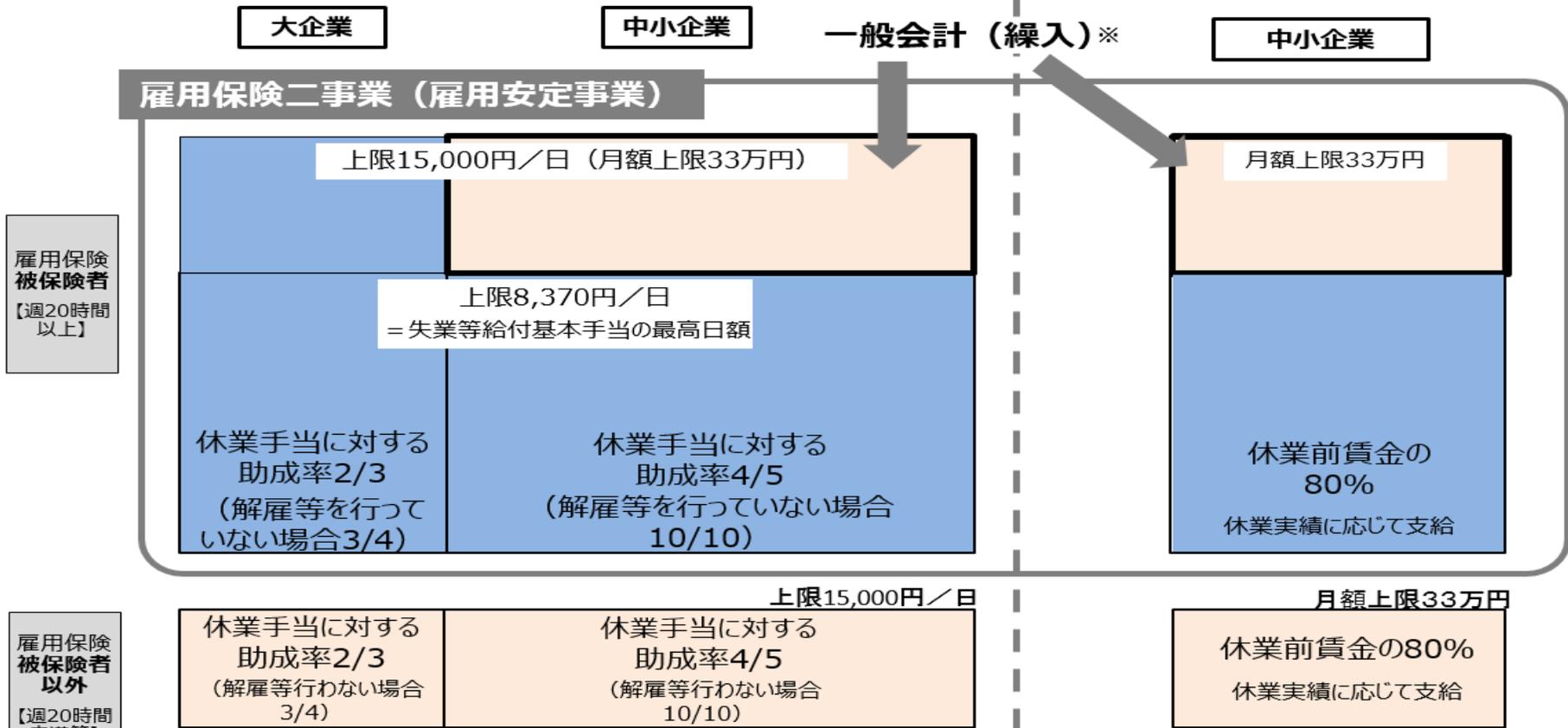
- 現在の雇用調整助成金の特例措置においては、上限額が通常時の8,370円（失業等給付基本手当の最高日額）から15,000円に引き上げられており、雇用保険臨時特例法に基づき、中小企業に係る助成の財源を賄うため、労働保険特別会計に一般会計から繰入を行っている。
- 休業手当を受け取っていない中小企業労働者への直接給付を行うため、雇用保険臨時特例法に基づき、新型コロナウイルス感染症対応休業支援金・給付金が創設されている。
- 短時間労働者（雇用保険被保険者以外）の休業にも雇用調整助成金と同様の給付を行うため、特例的に緊急雇用安定助成金が創設されている。

## 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中小企業労働者への直接給付）



## 緊急雇用安定助成金

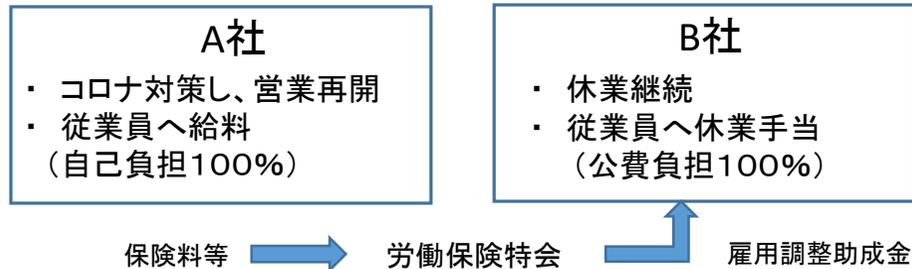
## 新型コロナウイルス感染症対応休業給付金※

※雇用保険臨時特例法に基づく

# 雇用調整助成金③

- **雇用調整助成金の特例措置等については、以下のような点を踏まえ、できる限り早期に段階的に廃止していくべき。**
  - ・ 緊急事態宣言が解除され、**感染防止策と社会経済活動の両立を目指す**中で、現在の「15,000円/日の休業手当・事業主負担ゼロ」といった異例の措置を継続することは、以下のように、**経済活動の円滑な回復にかえって支障となるおそれがある。**
    - － 様々な創意工夫・努力により営業再開して休業を解消している企業との**不公平**
    - － ウィズコロナ/ポストコロナをにらんだ**企業努力や労働移動を阻害するおそれ（モラルハザード）**
  - ・ 特例措置を講ずる際に参照した**英国**でも、時限措置として講じた臨時雇用維持制度（Job Retention Scheme）について、10月の期限に向けて**段階的に縮減**しつつある。
  - ・ **休業者数**（対前年同月増。役員除く雇用者）は5月以降、営業を再開する企業の増に伴って、**減少傾向**となっている。
  - ・ 雇用調整助成金は原則、事業主の保険料で賄っており、特例が長引くほど、**将来の事業主負担増**につながる。

## ◆ 不公平・モラルハザードのイメージ



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

	3～8月	9月	10月
公費負担	賃金の80% 上限額 月£2,500 (1日約1.5万円)	賃金の70% 上限額 月£2,187.5 (1日約1.3万円)	賃金の60% 上限額 月£1,875 (1日約1.1万円)
事業主負担	なし	賃金の10% 上限額 月£312.5 (1日約0.2万円)	賃金の20% 上限額 月£625 (1日約0.4万円)

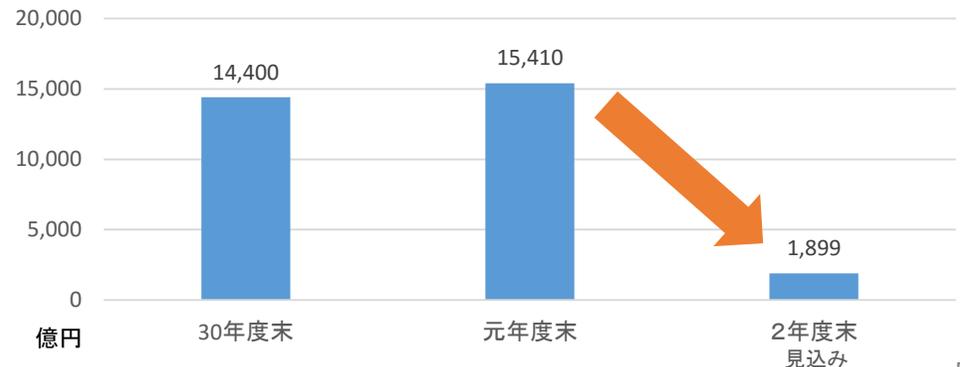
(注1) 日額 = 月額 / 22日。1ポンド = 132円で評価。  
 (注2) 7月以降は新規申請の受付中止（6月時点での休業者に限定）。  
 (注3) 11月～4月は、就業時間が通常より短くなる労働者（通常の33%以上の就業は必要）について、賃金の最大22%（上限月額£698：約9.2万円）の助成を新たに行う旨が9月24日に発表された。

## ◆ 休業者数は減少傾向

	4月	5月	6月	7月	8月
休業者数※ 万人 ( )内は対前年同月	493 (+353)	335 (+217)	182 (+62)	170 (+14)	167 (+1)
失業者数 万人 ( )内は対前年同月	189 (+13)	198 (+33)	195 (+33)	197 (+41)	206 (+49)
失業率 %	2.6	2.9	2.8	2.9	3.0
有効求人倍率 倍	1.32	1.20	1.11	1.08	1.04

※ 休業者数は、雇用者(役員を除く)ベース。

## ◆ 雇用調整助成金等の財源となる雇用安定資金は大きく減少



## 雇用調整助成金④

### (参考) 雇用調整助成金に関する研究・意見

① 星岳雄(東京大学大学院経済学研究科教授)日本経済新聞(2020年8月6日)『未来先取りの改革、今度こそ アフターコロナを探る』(抜粋)

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

② 田中秀明(明治大学教授)『コロナ対策、雇用調整助成金特例延長に潜む弊害』(日本経済研究センター政策ブログ(2020年9月2日)) (抜粋)

「最も大きな問題は、政府の補助金で企業を助成し続けると、企業活動や労働市場の活性化に遅れが出ることである。日本経済の持続的成長を目標とするならば、新型コロナのような感染症流行のもとで一時的な特例措置が必要だとしても、生産性が低く、不採算な企業には市場から退出してもらい、労働者が成長の見込まれる産業へ移っていくことも必要だ。」

日本の労働市場の問題は、リーマンショックを端緒とする世界金融恐慌でも指摘された。日本企業が雇用を維持することと引き換えに賃金の抑制を求めたこともあり、日本経済はデフレと消費低迷を招いた。スウェーデンを始めとする北欧諸国は手厚い社会保障で知られるが、景気後退期においても、労働者を支援しても企業は支援しない。政府が支援すれば、企業の新陳代謝が遅れ、経済成長ができなくなると考えるからだ。」

③ 近藤絢子(東京大学社会科学研究所教授)日本経済新聞(2020年9月3日)『再分配、効率性が重要』(抜粋)

「新型コロナ対策では現在、企業への休業補償などを手厚くすることで失業増を抑えている。しかし感染の流行が長く続けば、仕事のない業界から人手の足りない業界へと労働者の移動を進める必要がでてくる。」

④ 永濱利廣(第一生命経済研究所調査研究本部経済調査部首席エコノミスト)『Economic Trends テーマ:これから本格化する雇用・所得環境悪化』(2020年8月28日)(抜粋)

「今後の政府の政策としては、コロナ前の経済構造を支える政策から、非接触化に伴い逆に伸びる分野に業態転換を促すような規制緩和や支援へのシフトが求められる。雇用政策面では、既存企業に雇用を維持する政策から、デジタルスキル習得のための無償職業訓練の拡充や、訓練期間中の生活保障、中小企業等における実習型雇用・雇入れ等への助成、長期失業者などの就業支援といった失業者に対する就業支援へのシフトが求められよう。」

⑤ 労働政策研究・研修機構 労働政策研究報告書 No.187(2017年1月10日)『雇用調整助成金の政策効果に関する研究』(抜粋)

「第4章は、帝京大学経済学部の川上淳之准教授の執筆によるデータ分析である。(中略)雇調金は、「景気の変動、産業構造の変化その他の経済上の理由により、事業活動の縮小を余儀なくされた事業主が、一時的な雇用調整(休業、教育訓練又は出向)を実施することによって、従業員の雇用を維持した場合」に支給すると定めているが、その中に、本来想定している外的要因(マクロレベルの経済環境や取引先の経営状況)による雇用調整を行う事業所のほかに、内的要因として厳しい経営状況の事業所にも支給している可能性があるとしている。それらの事業所が、内的要因・外的要因により、業況が厳しい中、雇調金を長期的に受給し続け、その間に経営が改善されず受給終了後に退出し、雇用削減していることが予測されるとしている。」