

社会保障について①
(参考資料)

財務省

2020年10月8日

1. 総論

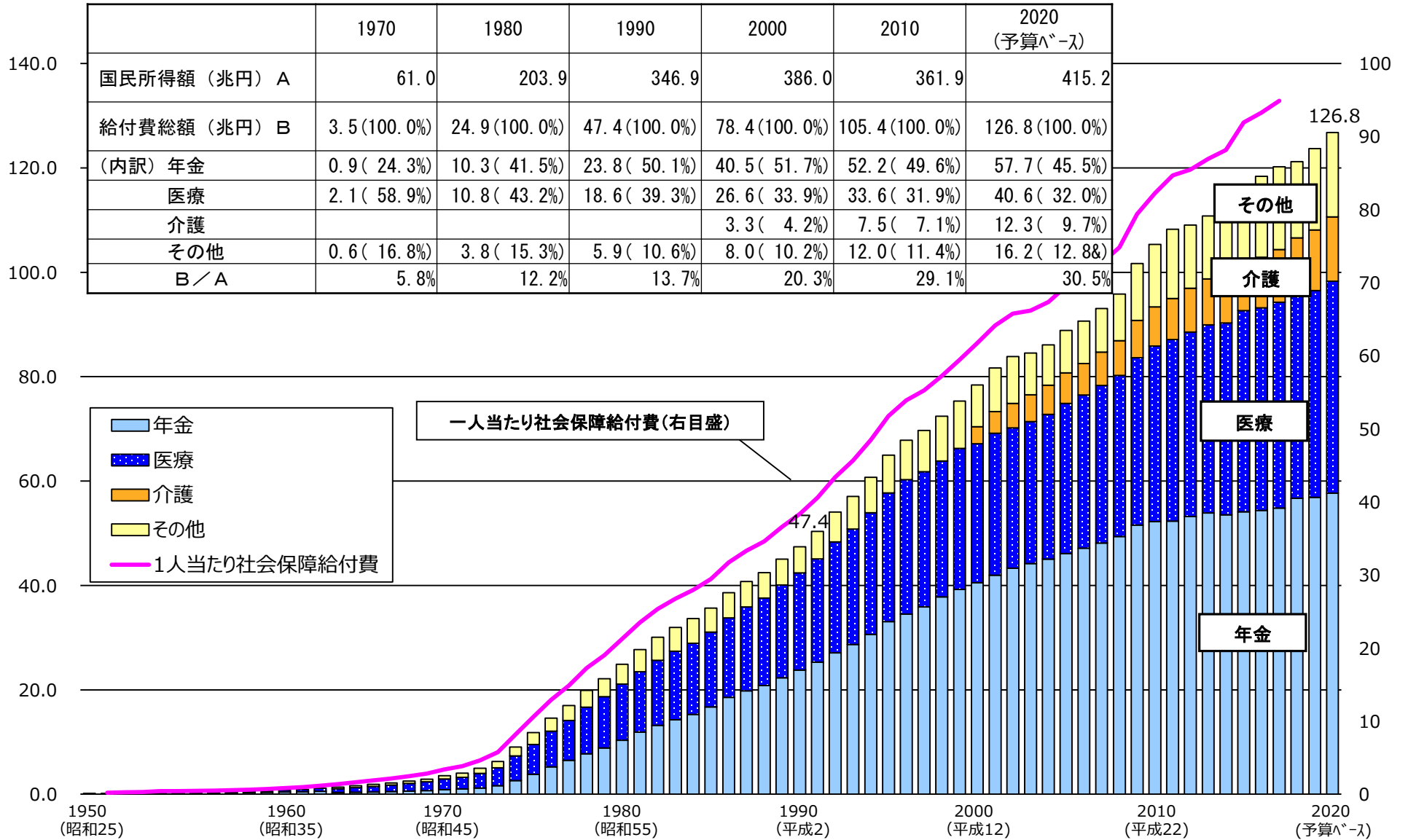
2. 医療

3. 子ども・子育て

4. 雇用

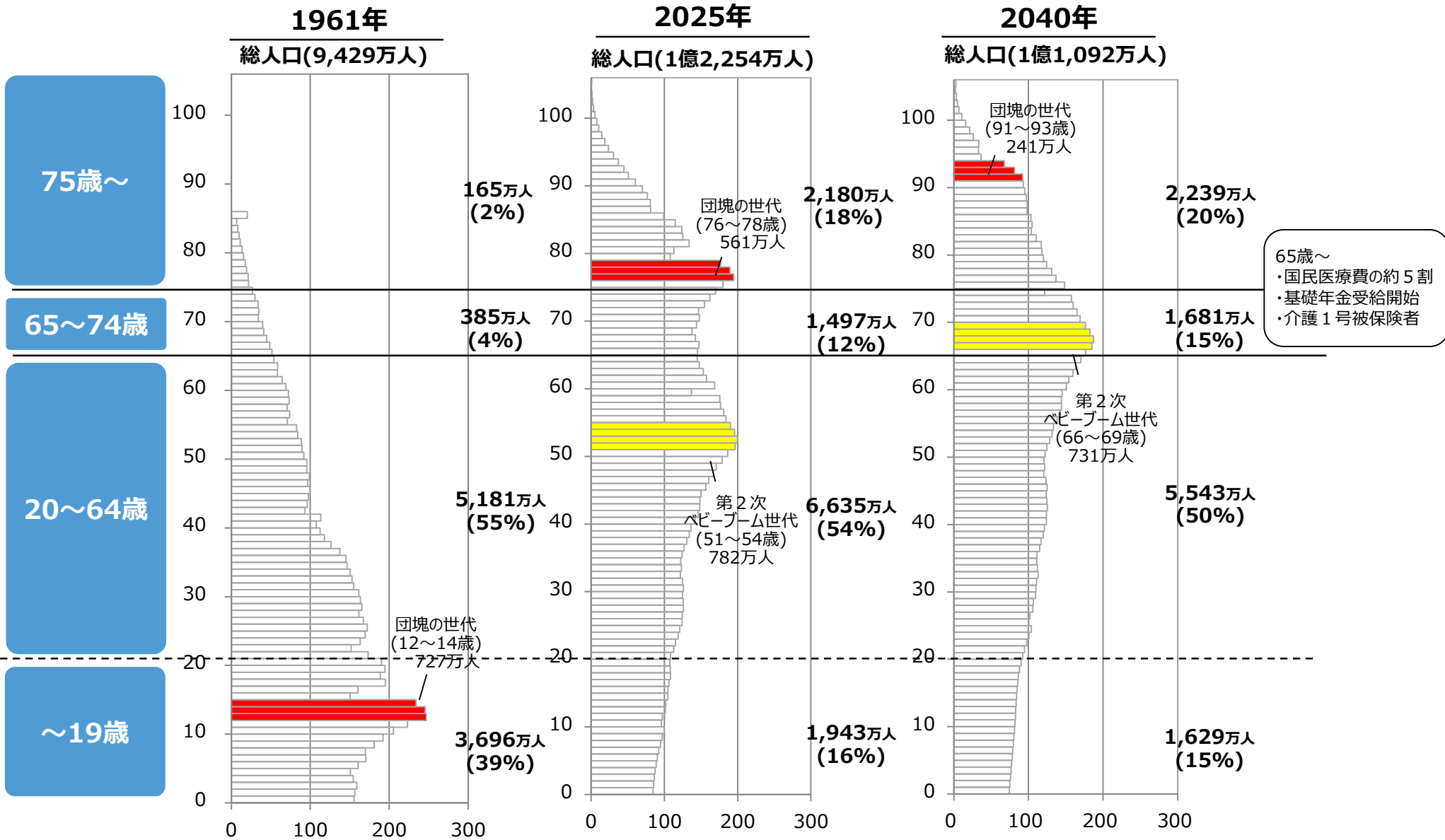
1. 総論

社会保障給付費の推移



資料：国立社会保障・人口問題研究所「平成29年度社会保障費用統計」、2018～2020年度（予算ベース）は厚生労働省推計、
 2020年度の国民所得額は「令和2年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度（令和2年1月20日閣議決定）」
 （注）図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2010並びに2020年度（予算ベース）の社会保障給付費（兆円）である。

将来の社会保障給付の見通し①（人口ピラミッドの変化）



(出典) 総務省「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）」

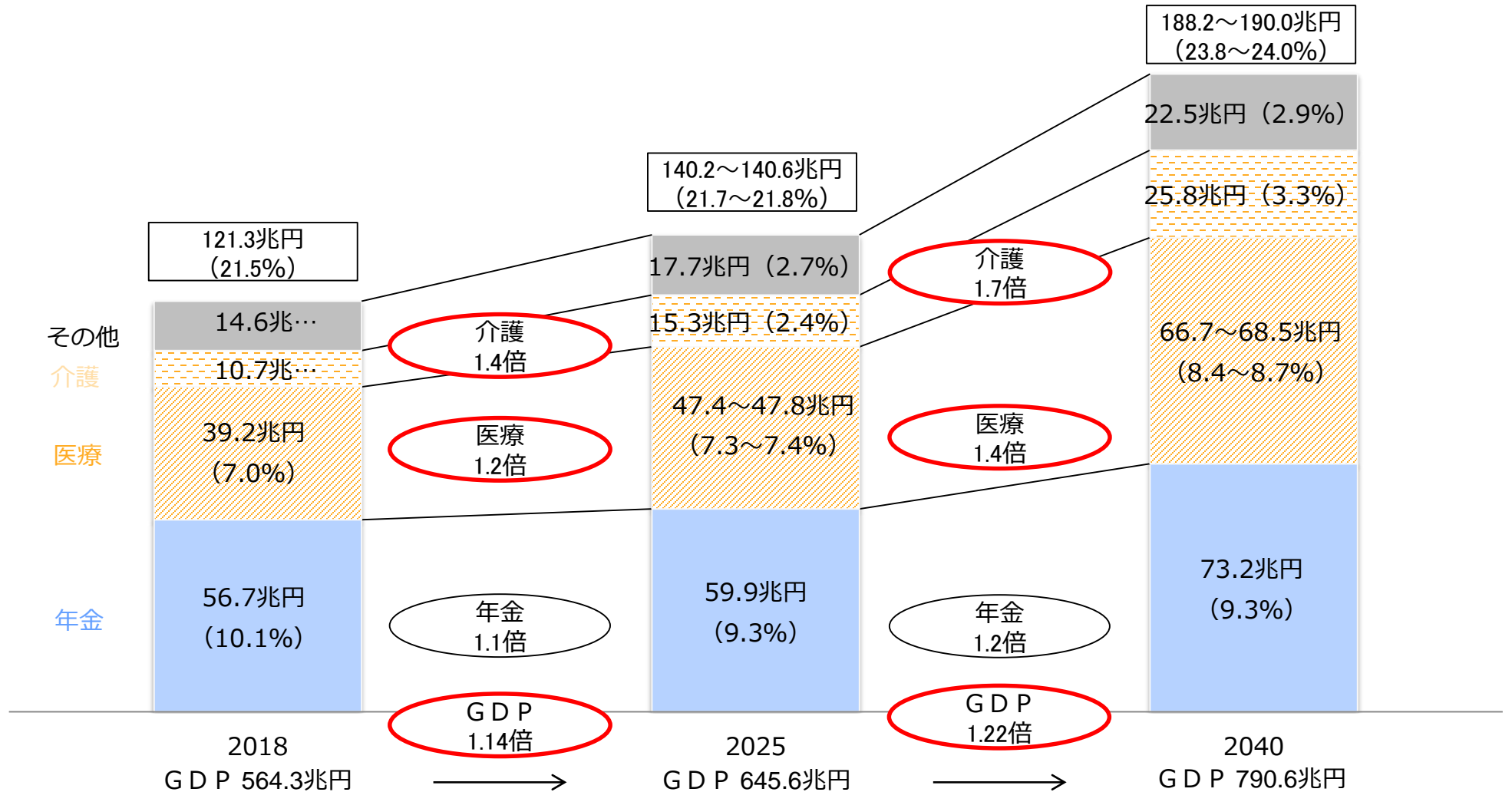
(注) 団塊の世代は1947~49(S22~24)年、第2次ベビーブーム世代は1971~74(S46~49)年生まれ。1961年は沖縄県を含まない。

グラフにおいて、1961年の85歳人口、2025年と2040年の105歳人口は、それぞれ85歳以上人口、105歳以上人口の合計。

将来の社会保障給付の見通し②

- **75歳以上になると他の世代に比べ、1人当たり医療費や要支援・要介護認定率は大幅に上昇。**
2025年、2040年にかけて、医療・介護費用は大きく増加していくことになる。この期間、20～64歳の現役世代が大幅に減少することにも留意が必要。

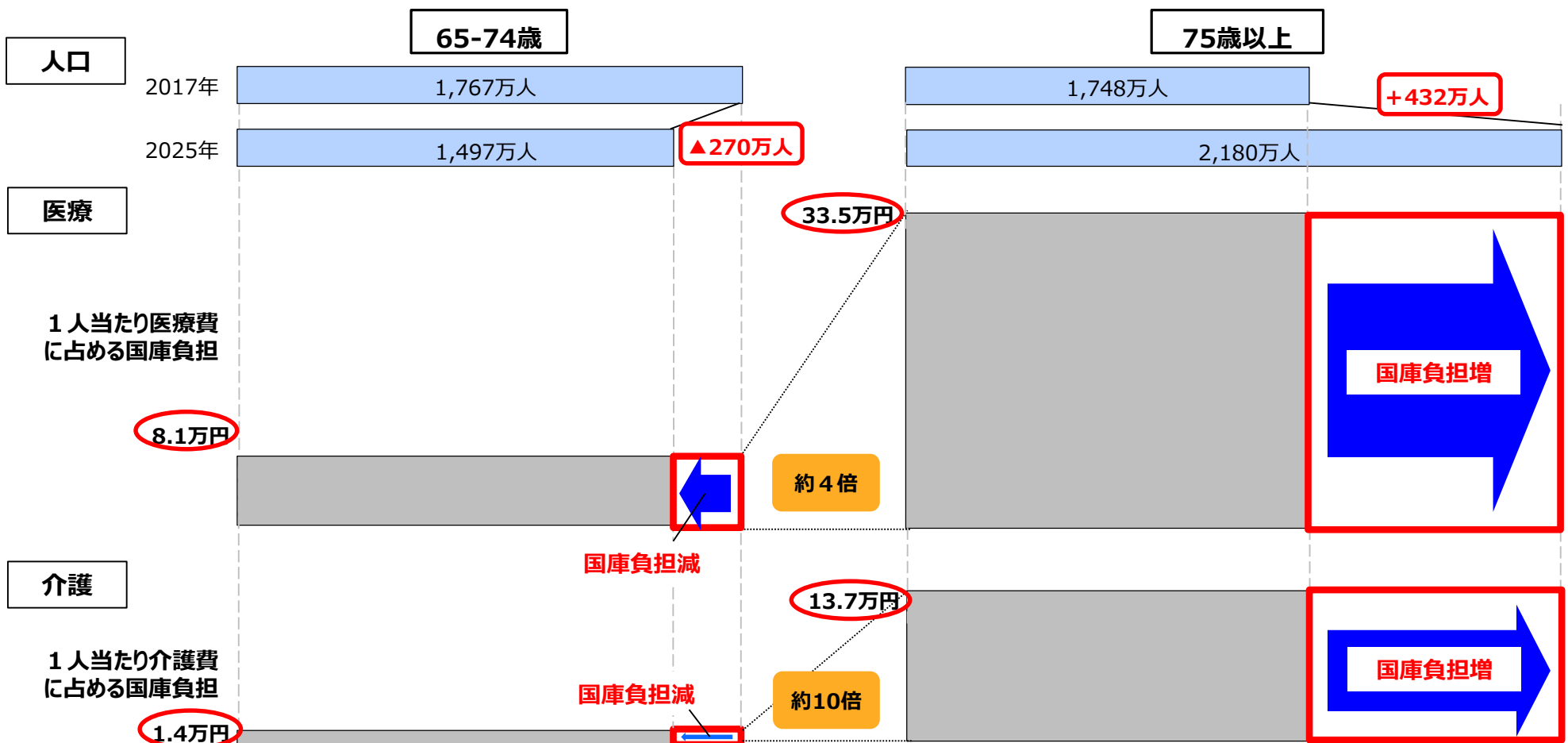
※括弧内は対GDP比



(出典) 内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」(計画ベース・経済ベースラインケース) (2018年5月公表)

高齢化の進展が財政（社会保障関係費）に与える影響

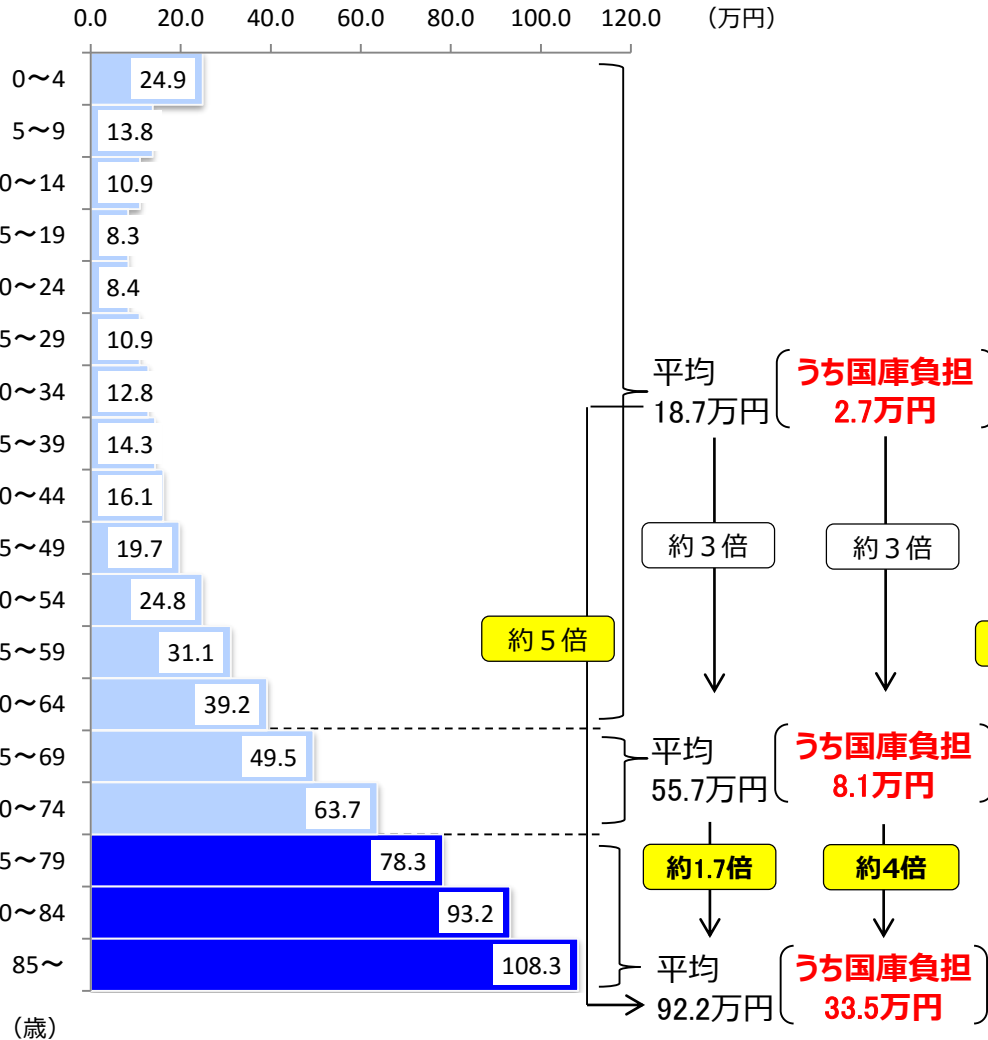
- 75歳以上になると、医療・介護に係る1人当たり国庫負担額が急増する。このため、高齢化の進展に伴い、仮に今後、年齢階級別の1人当たり医療・介護費が全く増加しないと仮定しても、2025年にかけて、医療・介護に係る国庫負担は急増する見込み。国庫負担への依存を強めながら、医療費・介護費が大幅に増加していくことになる。



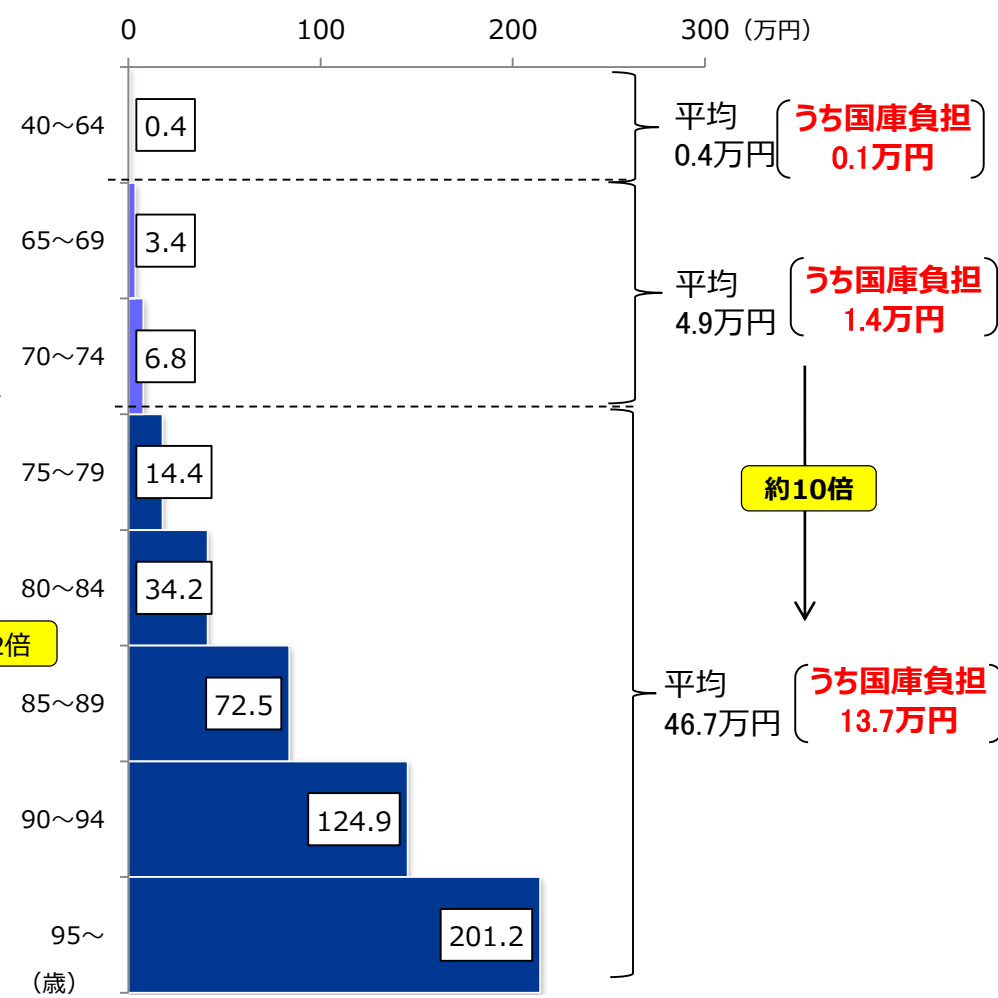
(出所) 総務省「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口（出生中位・死亡中位）」、厚生労働省「国民医療費の概況」、「介護給付費等実態調査」等

年齢階級別 1人あたり医療・介護費

年齢階級別 1人あたり国民医療費 (2017年)



年齢階級別 1人あたり介護費 (2017年)

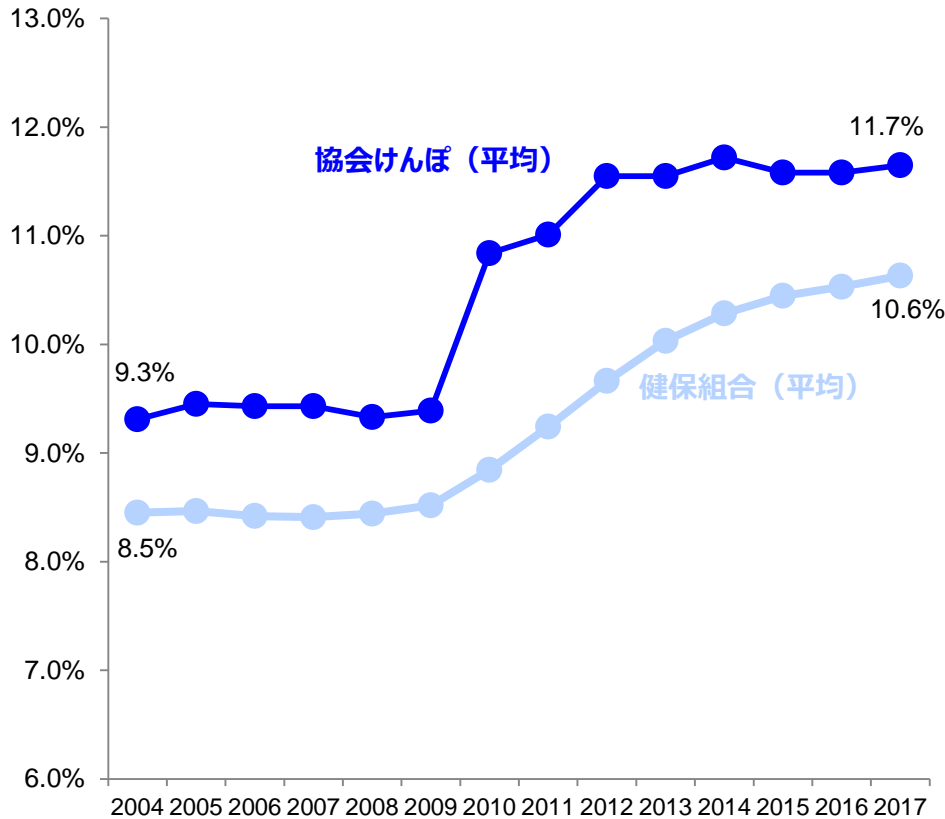


(出所) 厚生労働省「国民医療費の概況」、「介護給付費等実態調査」等

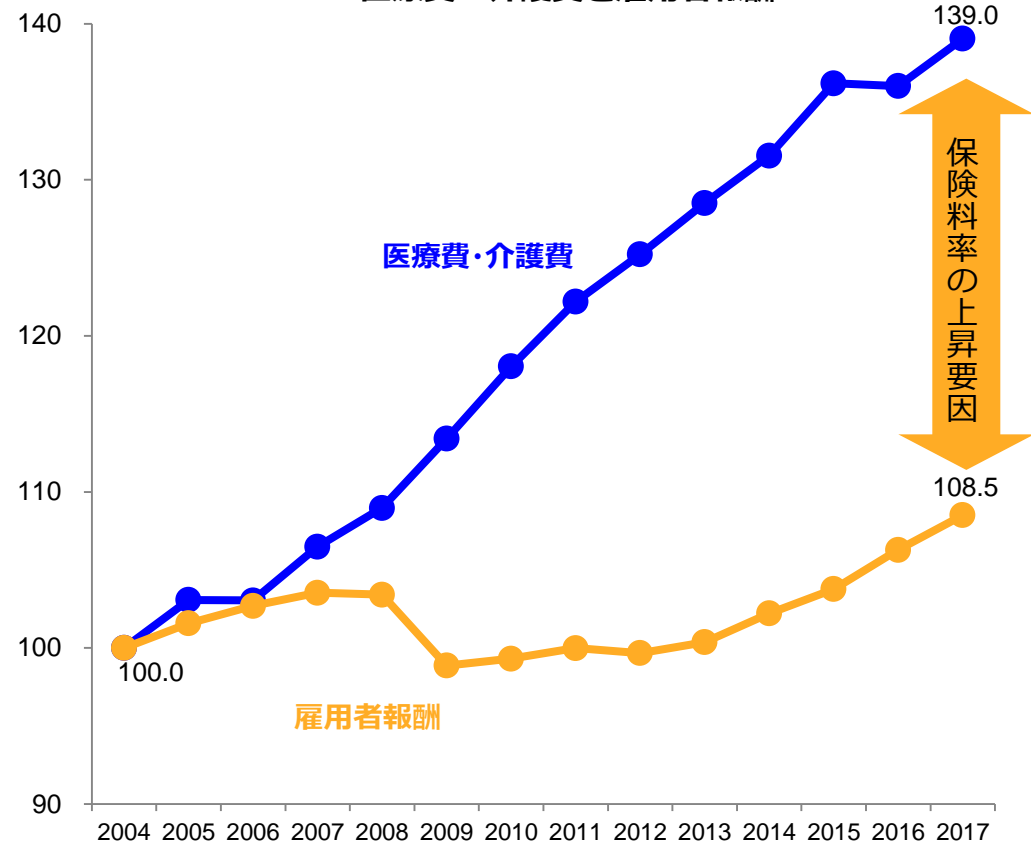
医療・介護に係る保険料負担

○ 今後とも高齢化により医療費・介護費の伸びは増加が見込まれるのに対し、雇用者の総報酬は、生産年齢人口の減少に伴い大幅な増加は見込めない。したがって、仮に**医療費・介護費の伸びを放置すれば**、今後も保険料負担の増加は免れず、**雇用者の実質賃金の伸びは抑制される**ことになる。

協会けんぽと健保組合の保険料率



医療費・介護費と雇用者報酬



(注1) 医療費は、国民医療費の実績見込み値。

(注2) 介護費は、介護サービス費用、介護予防サービス費用及び特定入所者介護サービス保険給付額それぞれの実績値の合計。

(注3) 雇用者報酬は、内閣府「国民経済計算」における雇用者報酬の計数。

(出所) 厚生労働省「国民医療費」「介護給付費実態調査」、内閣府「国民経済計算」ほか

今後の人口動態の変化（高齢化と支え手の減少）

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

◆ 中長期的な人口の変化（1年あたり）

団塊の世代が
後期高齢者に
なり始める

団塊の世代が
すべて後期高
齢者になる

団塊ジュニアが
後期高齢者に
なり始める

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

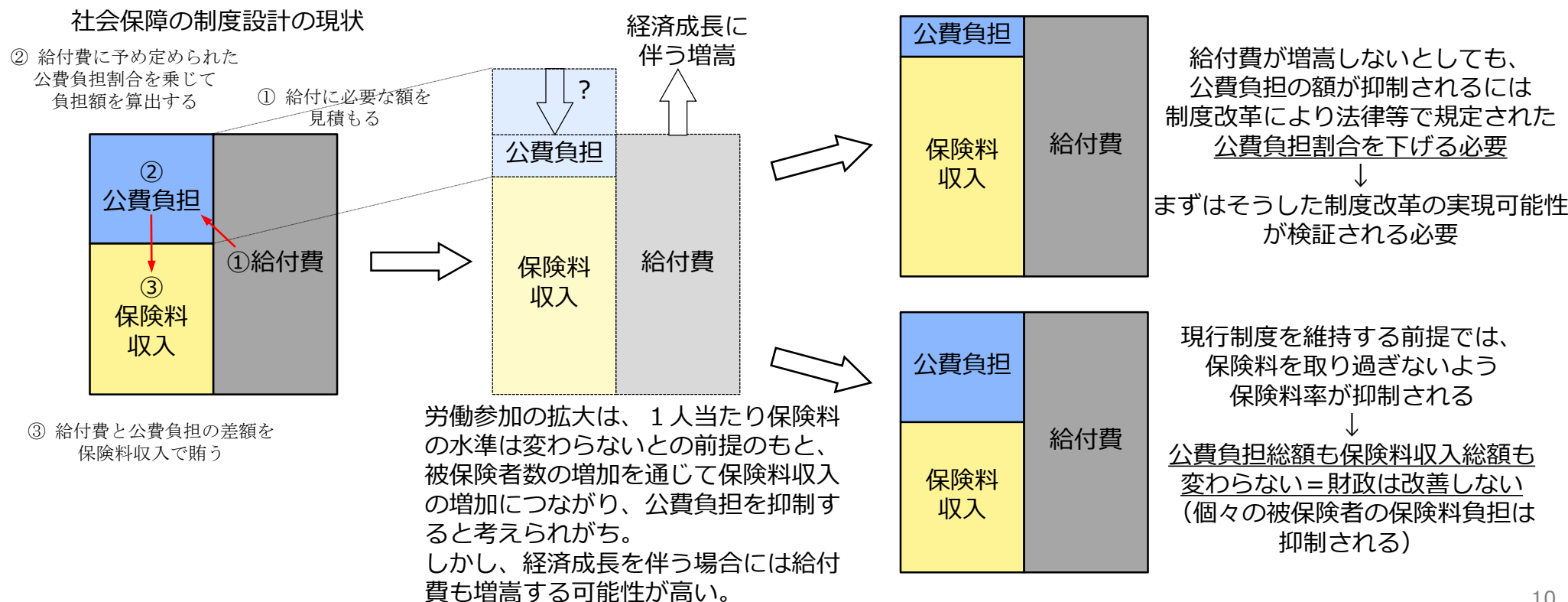
後期高齢者急増

支え手の急減

保険料収入の増加による受益（給付）と負担の不均衡是正の可能性

令和時代の財政の在り方に関する建議」（令和元年6月19日財政制度等審議会）

- 労働参加の拡大と経済成長の関係については既に述べたが、更に**保険料収入の増加による財政収支の改善という経路に期待することは、社会保障制度の制度設計の現状を踏まえれば、拙速な議論である。**
- 我が国財政の悪化は社会保障の公費部分の財源を賄うことができていないことにより生じており、仮にその部分に期待される保険料収入の増加が充てられるのであれば確かに財政収支の改善に寄与する。しかし、そのことは、現行の社会保障制度を改革し、給付費総額に対する公費負担割合を引き下げていくことを意味する。このため、まずはそうした制度改革の実現可能性が検証される必要がある。
- 他方、公費負担割合が引き下げられず、社会保障制度の制度設計の現状が維持されるのであれば、給付費総額の増高の見込みが変わらない限り必要となる公費負担総額は変わらず、財政収支の改善も生じないことになる。



(参考) 社会保障と税の一体改革

- 「**社会保障と税の一体改革**」により、消費税収を社会保障財源と位置付けるとともに、消費税増収分を活用した社会保障制度改革の推進など「**社会保障の充実**」により**受益（給付）と負担の対応関係が強化**された。**負担の先送りに歯止めを掛け、社会保障制度の持続可能性を確保する「社会保障の安定」**が図られた。

平成20年：社会保障改革国民会議

- 「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた中期プログラム」(H20.12)
- 平成21年度税制改正法附則第104条(H21.3)
「経済状況を好転させることを前提として、遅滞なく、かつ、段階的に消費税を含む税制の抜本的な改革を行うため、平成23年度までに必要な法制上の措置を講ずるものとする。」
「消費課税については、その負担が確実に国民に還元されることを明らかにする観点から、消費税の全額が制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用に充てられることが予算及び決算において明確化されることを前提に、消費税の税率を検討する」

平成24年5月～：社会保障・税一体改革関連法案の国会審議

- 社会保障制度改革推進法（自民党・民主党・公明党の3党合意に基づく議員立法）
 - 社会保障改革の「基本的な考え方」、年金、医療、介護、少子化対策の4分野の「改革の基本方針」を明記、社会保障制度改革国民会議の設置を規定
- 8月：税制抜本改革法（消費税率の引上げ）／子ども・子育て支援関連3法／年金関連4法 が成立

平成24年11月～：社会保障制度改革国民会議、平成25年8月6日：国民会議報告書とりまとめ

- 社会保障制度改革推進法により設置され、20回にわたり議論。
- 総論のほか、少子化、医療、介護、年金の各分野の改革の方向性を提言。

平成25年10月15日：社会保障制度改革プログラム法案の提出、同年12月5日：成立、同13日：公布・施行

- 改革の全体像・進め方を明らかにする法律として、社会保障4分野の講ずべき改革の措置等について、スケジュール等を規定
- 改革推進体制の整備等を規定

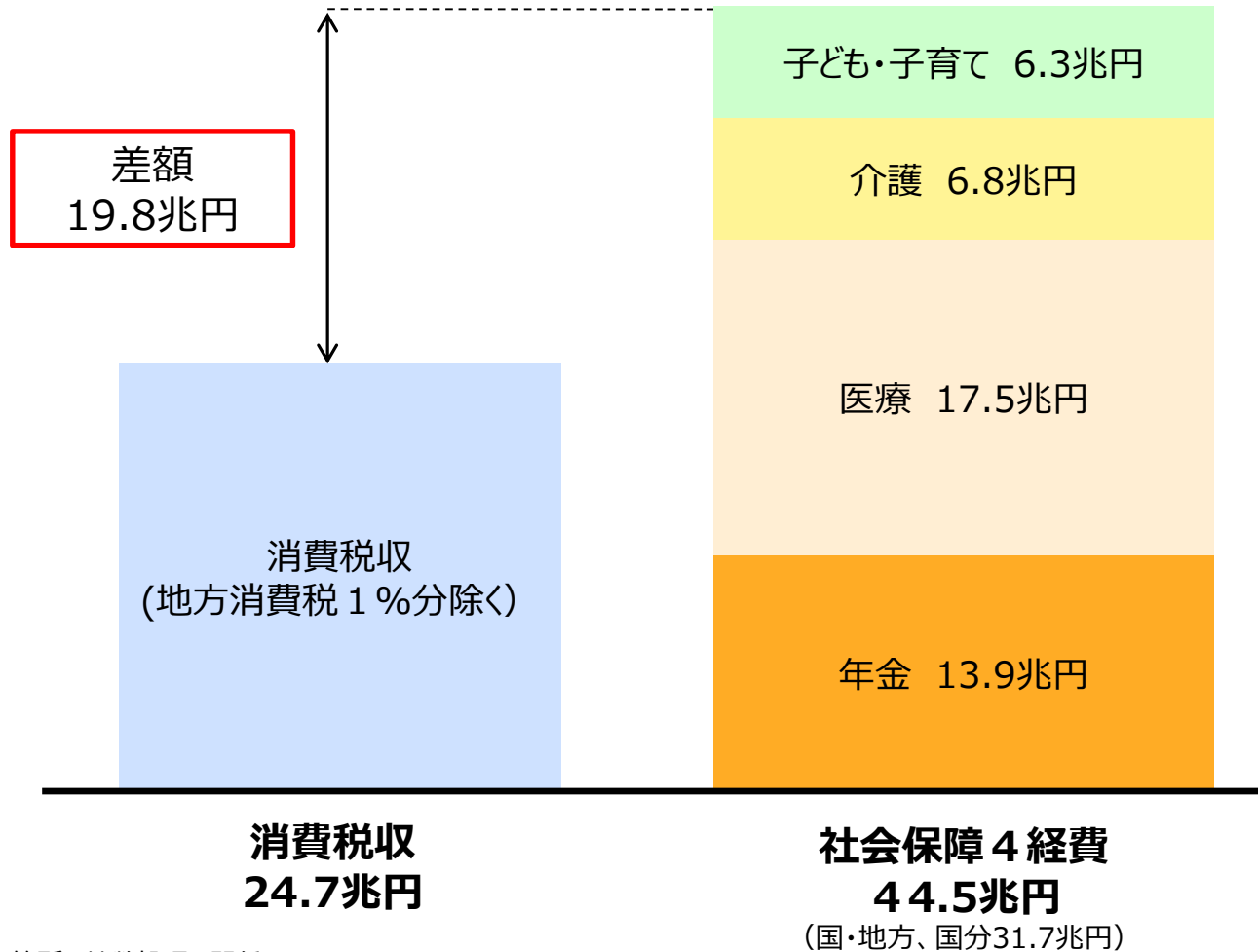
平成26年の通常国会以降：順次、個別法改正案の提出

- 平成26年通常国会では、医療法・介護保険法等の改正法案、難病対策・小児慢性特定疾病対策の法案、雇用保険法の改正法案等が成立。
- 平成27年通常国会では、医療保険制度改革のための法案が成立。
- 平成28年臨時国会では、年金改革法案、年金受給資格期間短縮法案が成立

平成29年12月8日：新しい経済政策パッケージ閣議決定

消費税率10%への引上げによる財源を活用し、幼児教育の無償化、待機児童の解消、保育士の処遇改善、高等教育の無償化、介護人材の処遇改善を実施。

(参考) 社会保障 4 経費と消費税込の関係



(注 1) 合計額が一致しない箇所は端数処理の関係による。

(注 2) 年金の額には年金特例公債に係る償還費等約 0.3 兆円を含む。

(注 3) 上図の社会保障 4 経費のほか、「社会保障 4 経費に則った範囲」の地方単独事業がある。

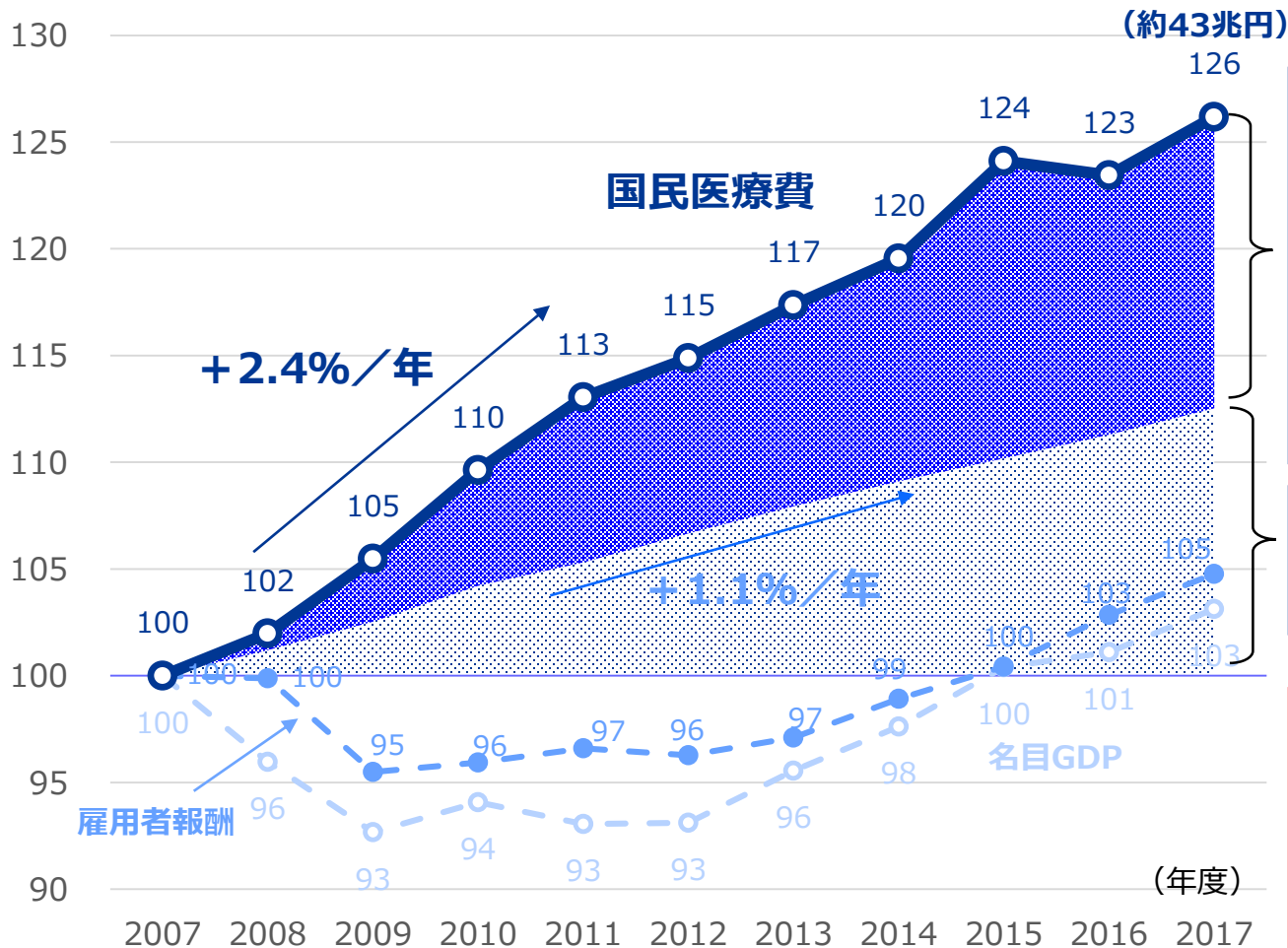
(注 4) 令和 2 年度予算における社会保障の充実は消費税増収分 3.89 兆円と社会保障改革プログラム法等に基づく重点化・効率化による財政効果 0.4 兆円を活用し、合計 4.29 兆円の財源を確保している。

(注 5) 消費税収及び社会保障 4 経費の各数値は、軽減税率制度の影響を反映した令和 2 年度予算ベースの国・地方の数値である。

2. 医療

医療費の伸びの現状

- 国民医療費は過去10年間で平均2.4%/年のペースで増加。このうち、高齢化等の要因による増加は平均1.1%/年であり、残りの半分程度は人口増減や高齢化の影響とは関係のない要素によるもの。
- こうした医療費の伸びは、これを賄う雇用者報酬等の伸びを大きく上回り、保険料率引上げ等の要因となっている。医療保険制度の持続可能性の確保の観点から対応を検討すべき。



「その他」の影響

- ・新規医薬品等の保険収載
- ・医師数、医療機関数の増加
- ・診療報酬改定
- ・過去の改定で収載された高額な医療へのシフト

※ 政策的に対応できる余地があると考えられる部分が多い。

人口増減/高齢化の影響とされる部分
⇒ 2022年以降は、団塊の世代が順次75歳に到達し、更に増加率が上昇。

国民医療費の増加は、国民負担の増加を意味する。
⇒ これ以上の負担増を防ぐためには、医療費の増加を抑制することが必要。

(出典) 内閣府「国民経済計算」、厚生労働省「国民医療費」 (注) 2017年度の影響割合は、概算医療費を基礎にした推計値

高齢者医療制度の構造

- 後期高齢者医療制度については、現役世代からの支援の仕組みとして、給付費の約4割に対して後期高齢者支援金が充当される。
- 前期高齢者に係る財政調整においては、各保険者の前期高齢者給付費と前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、前期高齢者加入率が全国平均であるとみなして算定された額を負担している。前期高齢者加入率が全国平均より低い場合には、全国平均である場合との差を納付し、全国平均より高い場合には、その差分の交付を受けることとなり、保険者間で高齢者が偏在する（65～74歳の約8割が国民健康保険）ことによる負担の不均衡が是正される。

後期高齢者医療制度

<対象者数>

75歳以上の高齢者 約1,810万人

<後期高齢者医療費>

18.1兆円(2020年度予算ベース)

↑ 1.4倍

12.7兆円(2010年度実績)

<保険料額(令和2・3年度見込)>

全国平均 約6,400円/月

※ 基礎年金のみを受給されている方は約1,180円/月

前期高齢者に係る財政調整

<対象者数>

65～74歳の高齢者
約1,680万人

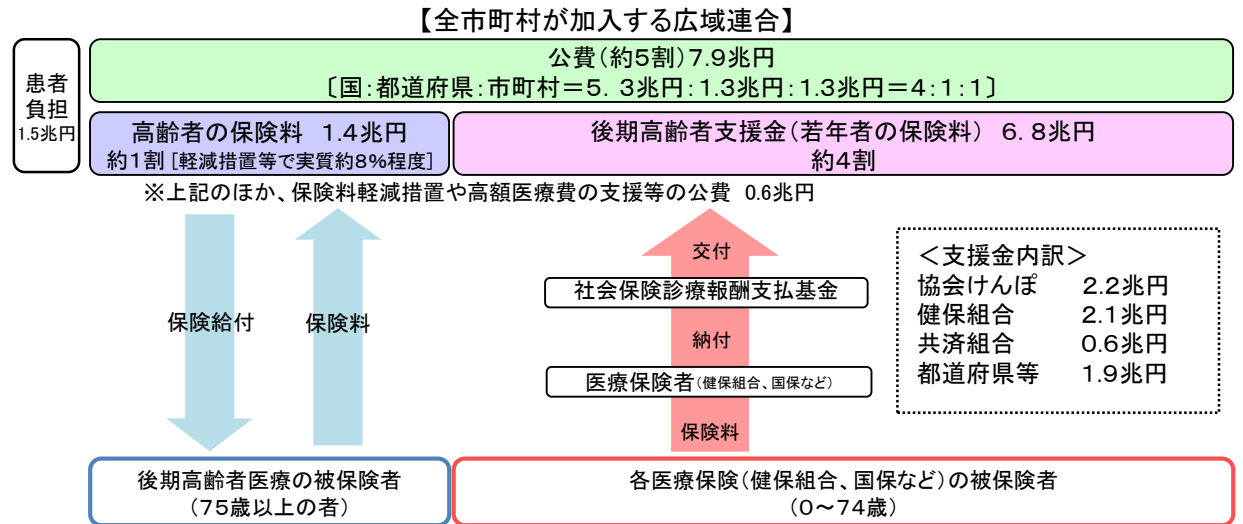
<前期高齢者医療費>

8.2兆円(令和2年度予算ベース)

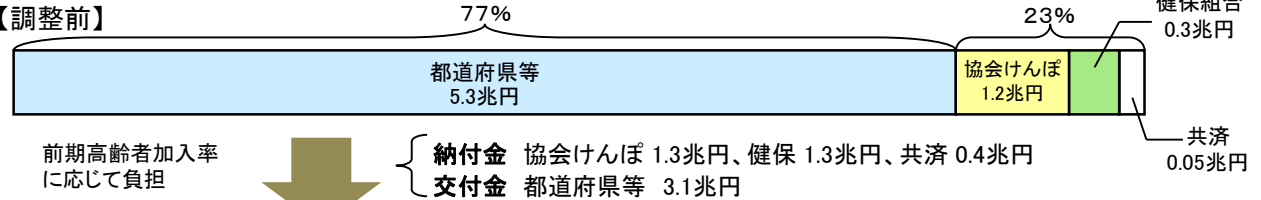
うち国保6.2兆円 協会けんぽ1.5兆円

↑ 1.2倍

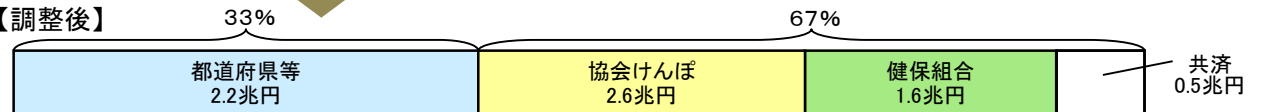
6.7兆円(2010年度実績)



【調整前】



【調整後】



※各医療保険者が負担する後期高齢者支援金は、後期高齢者支援金に係る前期財政調整を含む。

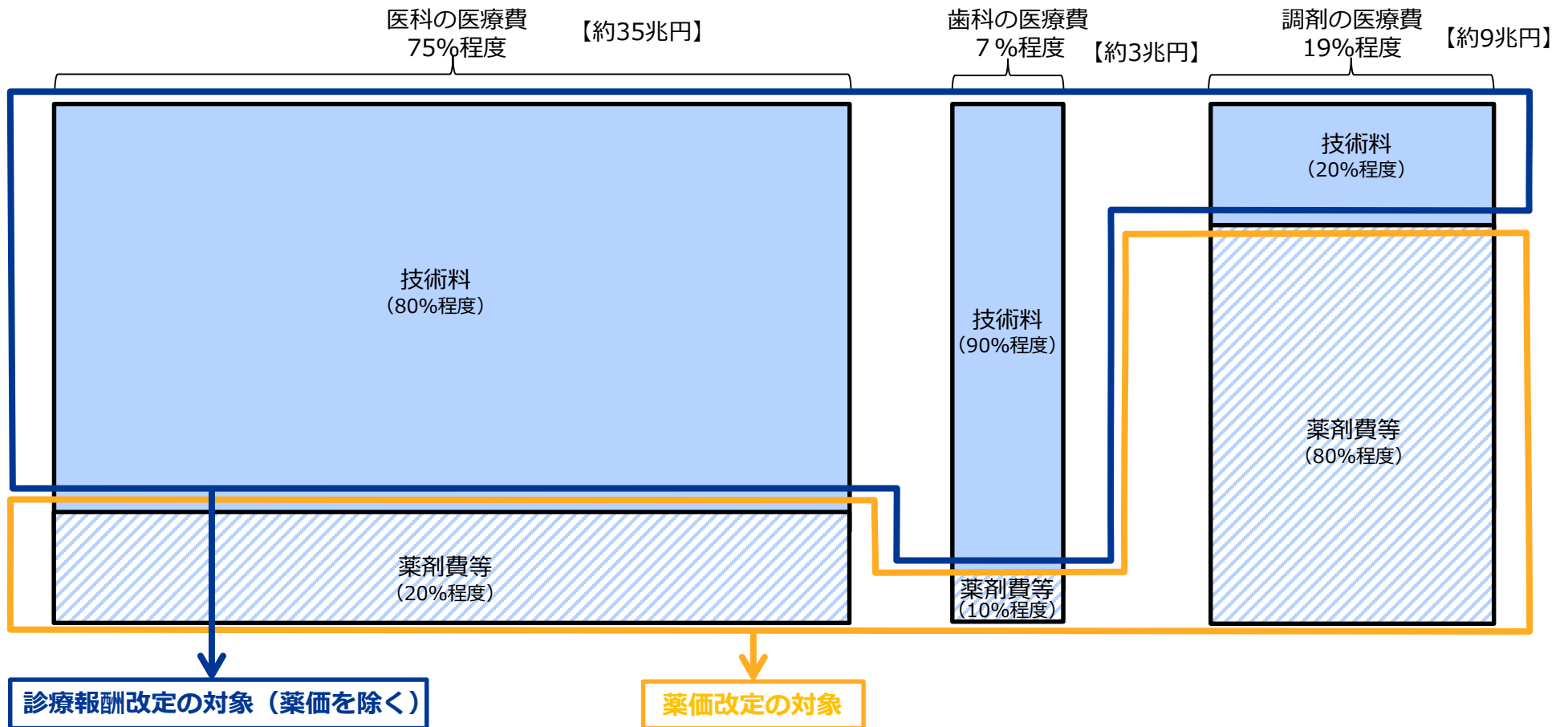
※ 数値は令和2年度予算ベース。

診療報酬

- 診療報酬とは、診療行為等の対価として、病院や薬局が患者・保険者から受け取る報酬（公定価格）。
- 診療報酬は、①医師の person 費等の「技術・サービスの評価」と、②薬の値段等の「物の価格評価」（薬価等）からなっており、個々の技術・サービスを点数化して表示（1点は10円）。

（例）初診料：288点（2,880円） 急性期一般入院料1：1,650点/日（16,500円/日）

診療報酬改定・薬価改定の対象範囲（イメージ）



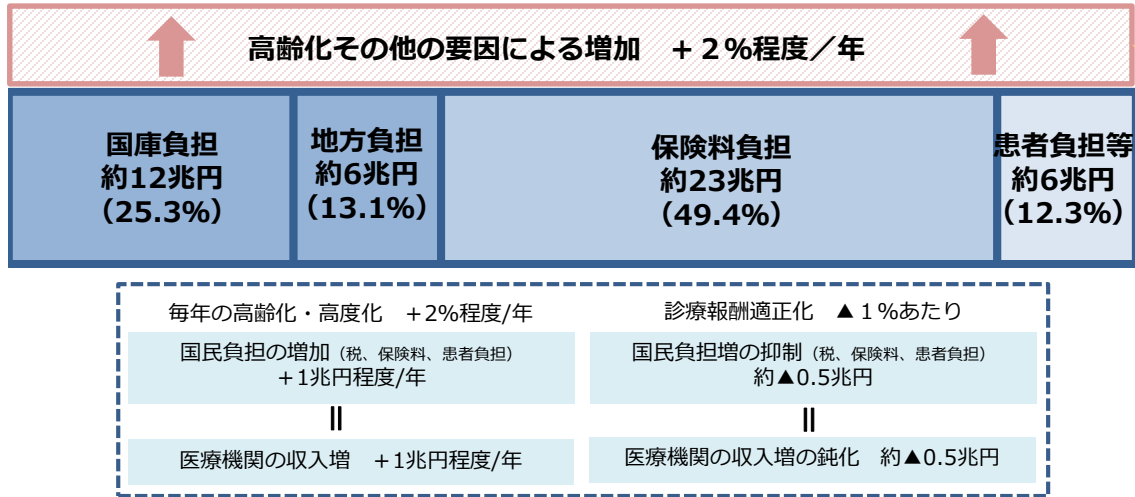
※ 2016年6月の社会医療診療行為別統計を踏まえ、財務省作成。

【 】の数字は、2020年度予算ベースの国民医療費（約47兆円）を上記の構成比で機械的に分割した値。

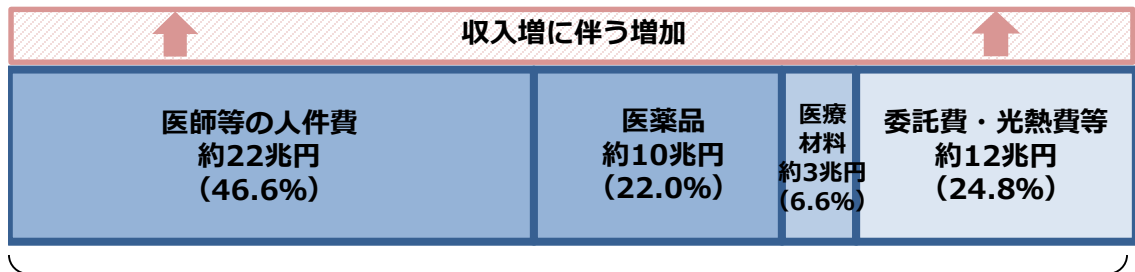
診療報酬と医療費の関係

- 診療報酬総額（医療費の総額）は、高齢化その他の要因により毎年増加。診療報酬改定はこうしたトレンドの下で「単価」を更に増減させるものであり、**国民負担の増加を抑制する観点からは診療報酬単価を抑制していくことが必要。**
- また、診療報酬改定が一定程度マイナスであったとしても、診療報酬総額は増加するため、医療機関の増収は確保される。

◆ 医療費の負担構造（国民への影響）



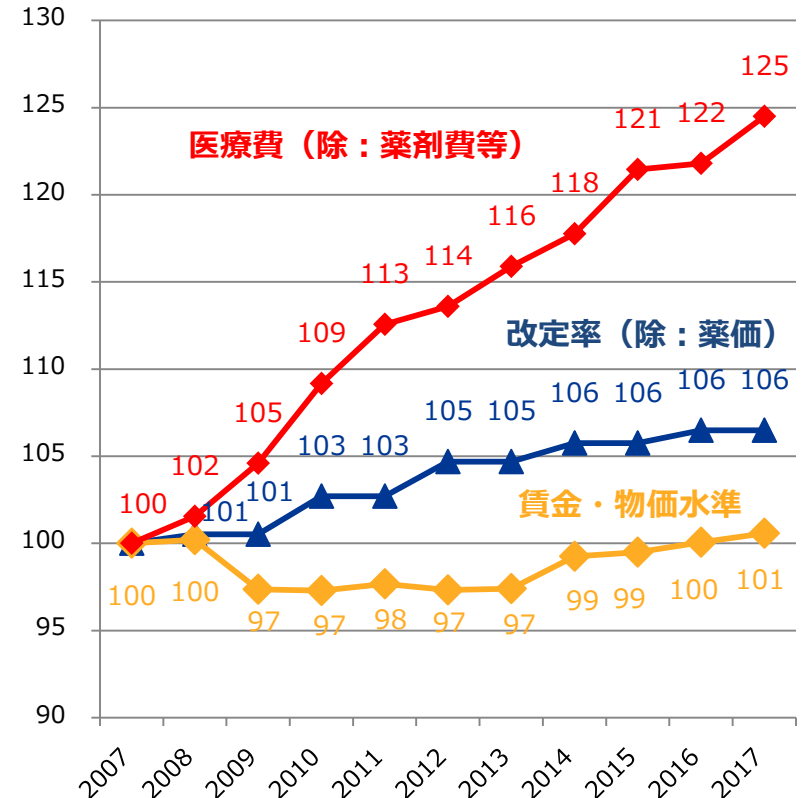
◆ 医療機関の費用構造（医療機関への影響）



国民医療費 = 診療報酬総額（令和2年度予算ベース）：約47兆円

（出所）財源構成比：厚生労働省「国民医療費の概況」、費用構成比：厚生労働省保険局資料による

◆ 医療費（薬剤費等除く）の推移（2007年度=100）

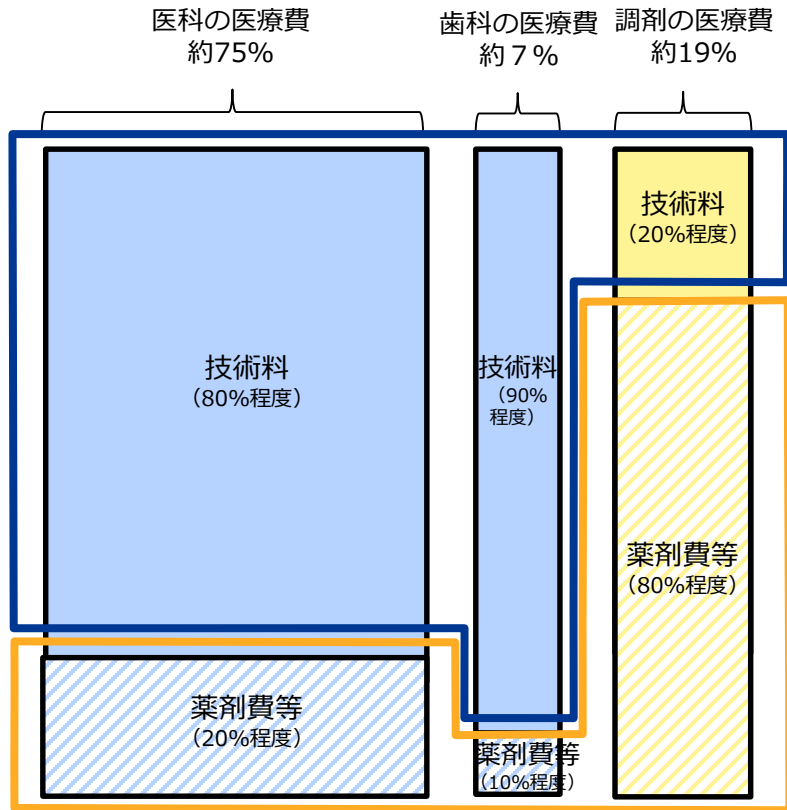


（出所）厚生労働省「平成29年度国民医療費の概況」等

診療報酬の配分①（医科・歯科・調剤）

○ 近年の診療報酬改定では、**医科・歯科・調剤の各科について**、それぞれの技術料部分に対して**同程度の伸びとなるように改定率が横並びで設定**されており、各科を取り巻く状況にかかわらず、**硬直的**となっており、**見直しが必要**。

◆診療報酬の構造



◆診療報酬改定における各科の改定率の設定

02改定	+0.7% 程度	+0.7% 程度	+0.7% 程度
30改定	+0.8% 程度	+0.8% 程度	+0.8% 程度
28改定	+0.7% 程度	+0.7% 程度	+0.7% 程度
26改定	+0.1% 程度	+0.1% 程度	+0.1% 程度
24改定	+2% 程度	+2% 程度	+2% 程度
	医科 (技術料)	歯科 (技術料)	調剤 (技術料)

1 : 1.1 : 0.3
(各科の診療報酬全体に対する配分割合)

1 : 1 : 1
(各科の技術料部分に対する配分割合)

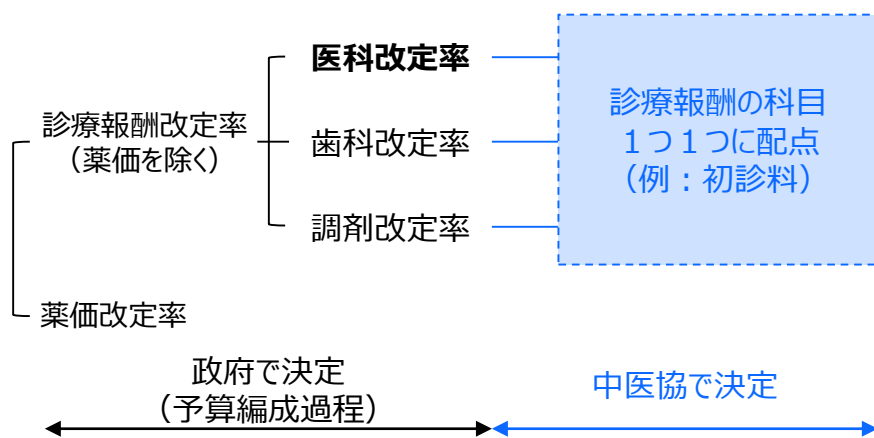
※ 2016年6月の社会医療診療行為別統計を踏まえ、財務省作成

(注) 消費税対応分は除く。

診療報酬の配分②（病院と診療所）

- 予算編成過程においては、基本的に**医科・歯科・調剤**というそれぞれの改定率が決定されるのみ。その中で改定財源がどの分野にどのように配分されているのかは明らかにされておらず、「見える化」が不可欠。
- その上で、令和2年度改定において、勤務医の働き方改革のための診療報酬による特例的な対応が行われたように、**メリハリをつけて財源の配分を行っていくことが重要**であり、これまでの収益の動向なども踏まえて**病院と診療所**の間の配分見直しを行うべき。

◆ 診療報酬における改定率の構造



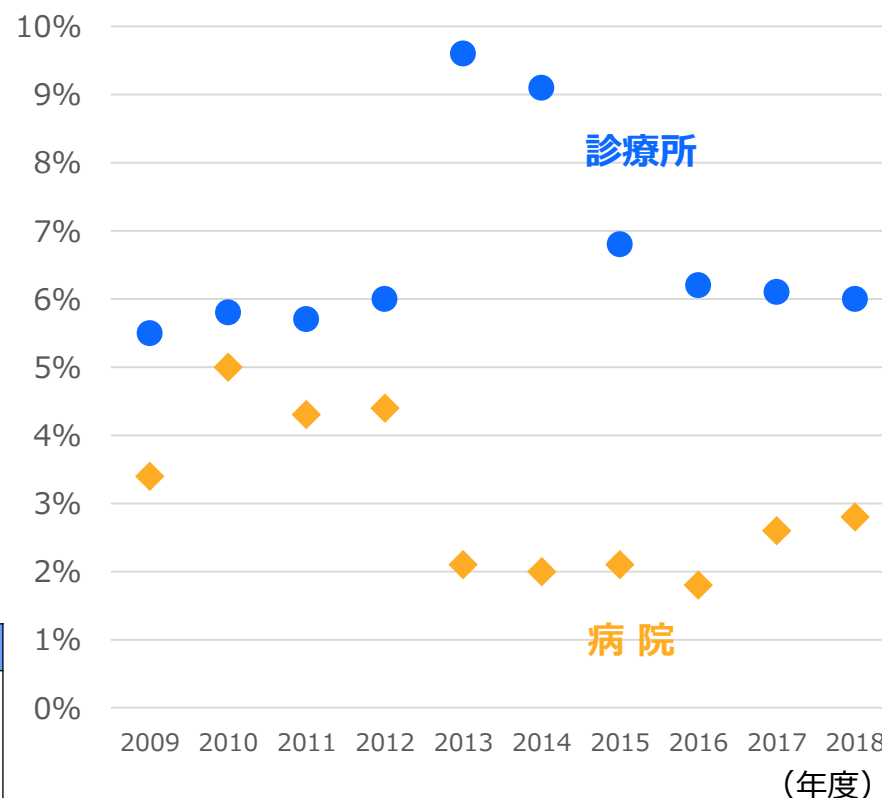
◆ 診療報酬改定における医科の改定率

2010年度	2012年度	2014年度	2016年度	2018年度	2020年度
+1.74% (入院+3.03% 外来+0.31%)	+1.55%	+0.11%	+0.56%	+0.63%	+0.53%

(注) 消費税対応分は除く。

◆ 一般病院と一般診療所の収益率の比較（医療法人）

⇒ 結果として必要な点数配分がなされていないのではないかと



(出典) 厚生労働省「医療経済実態調査」

(注) 上記調査は2年に1回（西暦の奇数年）実施され、その前年度と前々年度の経営状況を調査しているが、調査回ごとに対象の医療機関が異なるため、異なる調査回の間での比較は困難。

(参考) 令和2年度診療報酬・薬価等改定

診療報酬

+0.55% (国費+605億円)

※1 うち、※2を除く改定分 **+0.47%**
(国費+517億円)

各科改定率 医科 +0.53%
歯科 +0.59%
調剤 +0.16%

※2 うち、消費税財源を活用した救急病院における
勤務医の働き方改革への特例的な対応
+0.08% (国費+88億円)

薬価等

① **薬価** **▲0.98%** (国費▲1,083億円)

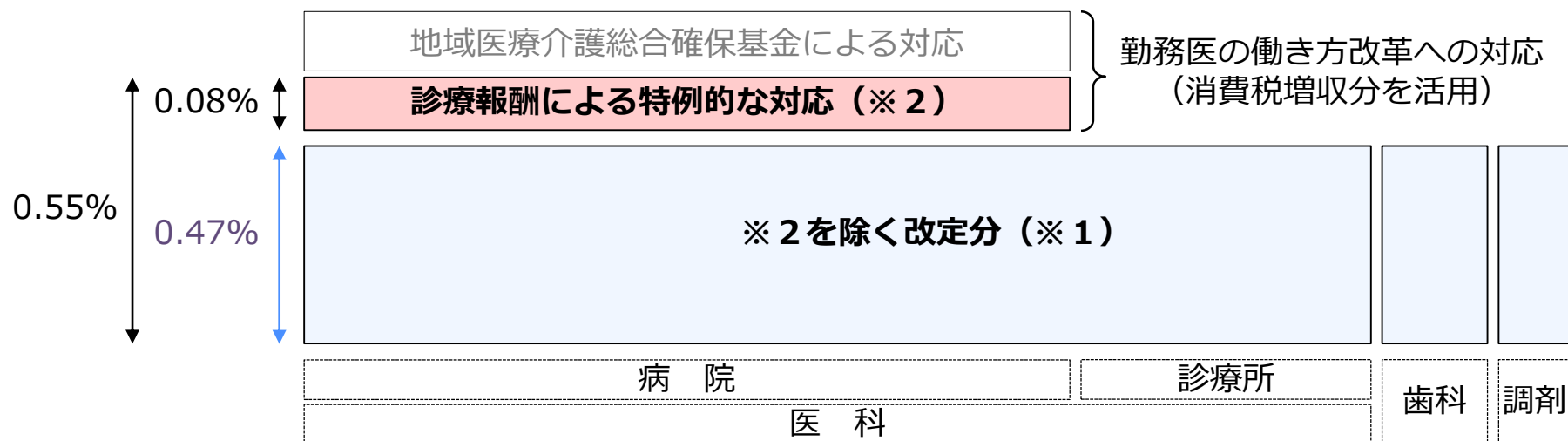
※ うち、実勢価等改定
▲0.43% (国費▲478億円)

※ 市場拡大再算定の見直し等の効果を含めた影響は▲0.99%

② **材料価格** **▲0.02%** (国費▲27億円)

※ うち、実勢価等改定
▲0.01% (国費▲12億円)

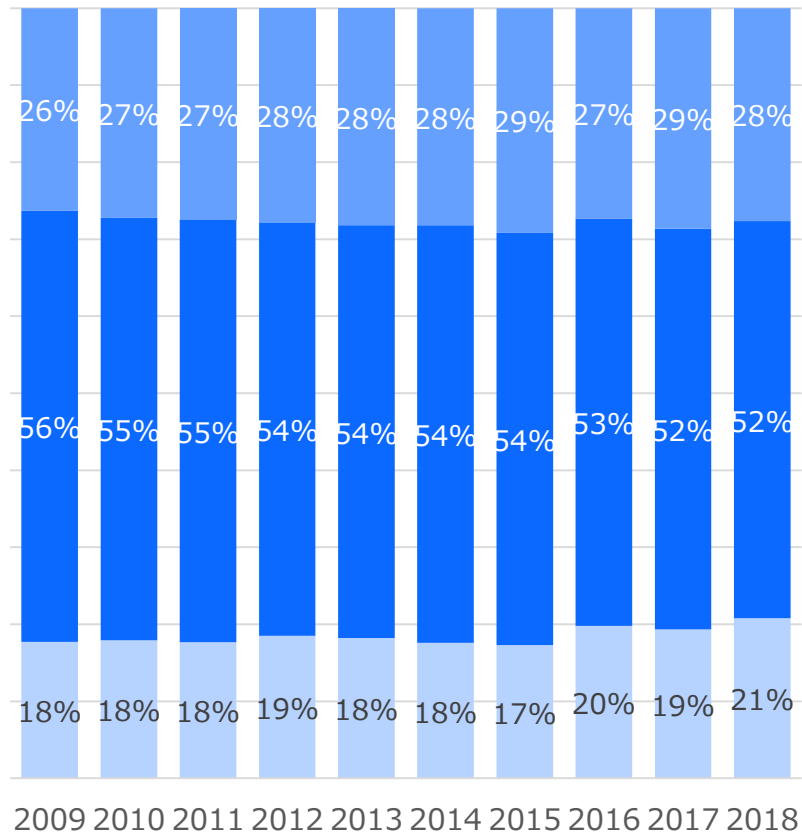
診療報酬改定のイメージ



調剤報酬

- 対物業務から対人業務への転換が求められる中で、調剤基本料、調剤料及び薬学管理料のウエイトはここ10年でほとんど変化がなく、**調剤料に依存した収益構造は依然として継続**。
- 薬剤師の業務を**対物業務から対人業務中心へシフト**させていく中で、**全体として水準を下げつつ**、調剤基本料、調剤料及び薬学管理料といった**調剤報酬全体の在り方について見直し**を行っていくべき。特に、**調剤料**については、**剤数や日数に比例した算定方法を適正化し大胆に縮減**すべき。

◆ 技術料に占める調剤基本料、調剤料及び薬学管理料の比率の推移



◆ 技術料の構成と考えられる改革の例

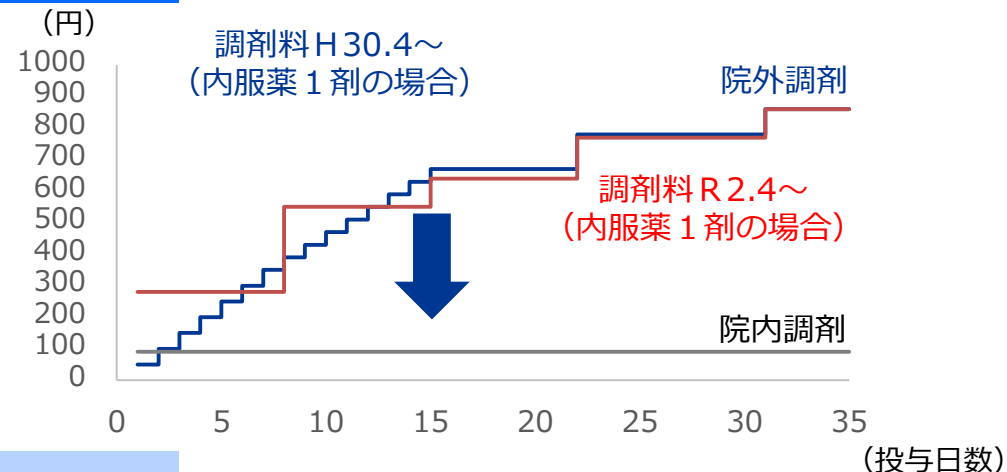
調剤基本料

〔0.5兆円〕薬局の運営維持費を評価

- ・ 調剤基本料 1 の要件見直し
- ・ 地域支援体制加算の要件見直し
- ・ 後発医薬品調剤体制加算の要件見直し

調剤料

〔1.0兆円〕医薬品調剤を行う際の技術を評価



薬学管理料

〔0.4兆円〕服薬指導、情報提供等を評価

- ・ 在宅業務や継続的なアフターフォローによる実績を重視する報酬構造への転換

薬価制度の更なる見直し

- 新薬創出等加算について、2018年度の要件見直しにも関わらず、**2020年度改定でも加算額が770億円と高止まり**している。**対象・企業指標の厳格化**によりメリハリを一層強化するなど、更なる見直しを行う必要。
- 2020年度改定において**新薬創出等加算対象品目を比較薬とする薬価算定**のあり方について見直しを行ったが、**収載当初から、比較薬の新薬創出等加算の累積加算額を控除して薬価算定**を行うべき。
- 2020年度改定において、長期収載品については、
 - ・後発品上市後10年を経過する前であっても、後発品への置換え率が80%以上となった長期収載品は、その2年後の薬価改定時に置換え率が80%以上となっていることを再度確認した上でG1ルールを前倒し適用するとともに、
 - ・一定期間を経ても後発品への置換えが図られていない場合の特例引下げ(Z2)及び補完的引下げ(C)の置換え率の基準を引き上げることとしたが、毎年薬価改定の開始を踏まえ、段階引き下げのスピードも早めるなど、**長期収載品依存の構造から早期に転換する観点から更なる見直し**を行うべき。

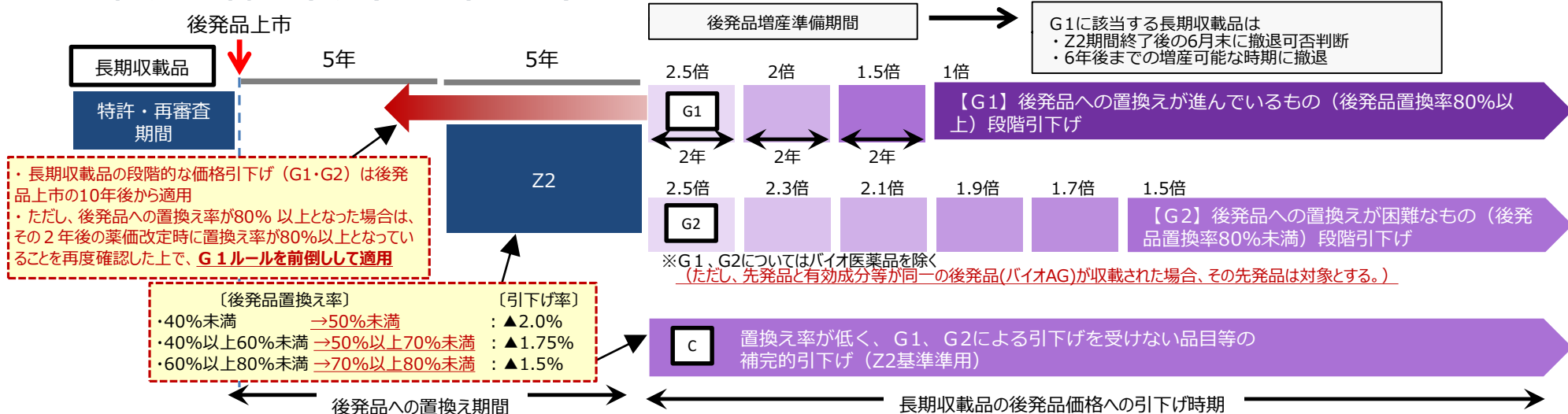
◆ 新薬創出等加算の要件

①医薬品の革新性・有用性等を踏まえた対象品目について、②厚生労働省の開発要請等に従う企業が製造販売する場合に、収載から15年の経過や後発薬が収載されるまで等の期間について加算を行うことにより、市場実勢価格に基づく薬価の引下げを猶予する制度。加算率については、革新的新薬創出の実績・取組等の企業指標に応じたものとしている。

◆ 新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定（2020年度改定）

類似薬効比較方式(I)等で算定された新薬で、新薬創出等加算対象外のものについては、収載から4年を経過した後の初めての薬価改定の際に収載時点での比較薬の累積加算分を控除。

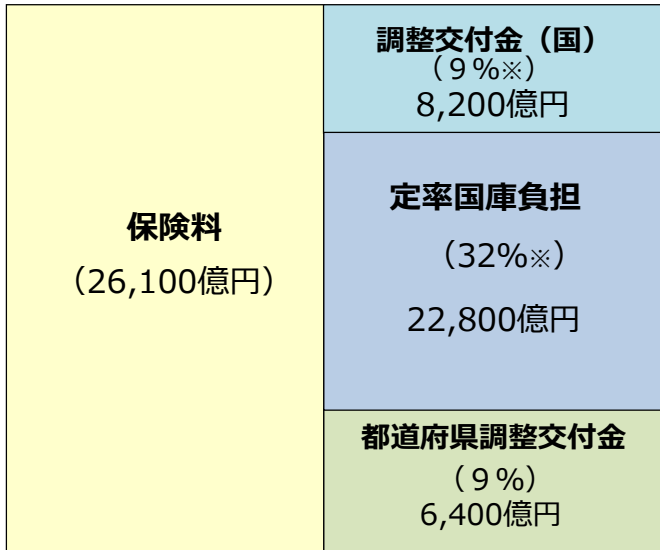
◆ 長期収載品の薬価引下げ（2020年度改定）



普通調整交付金の配分方法の見直し

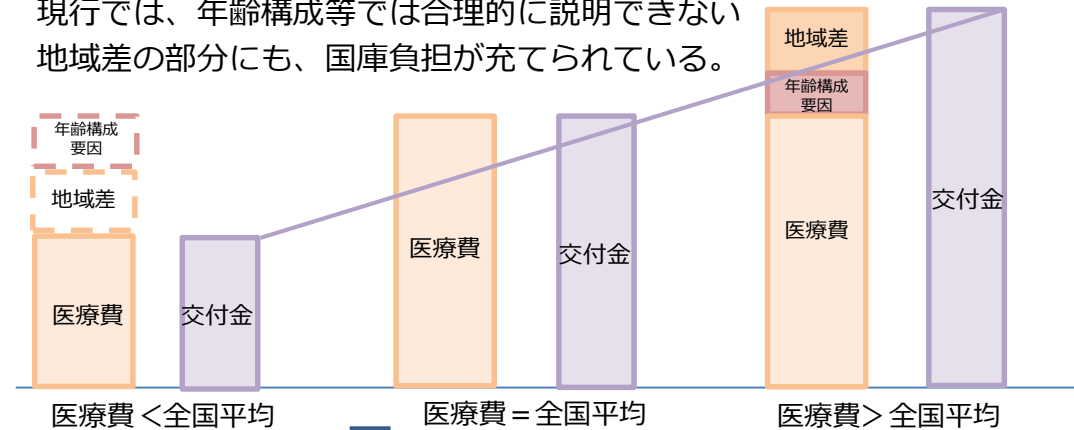
- 国民健康保険の給付のうち前期高齢者調整分を除く5割超は公費で賄われており、このうち6,100億円は、自治体間の財政力の格差（医療費、所得等）を調整するため、普通調整交付金として国から都道府県に配分されている。
- 地域間の医療費の差は、高齢化など年齢構成により生じるものと、いわゆる「地域差」（年齢構成では説明できないもの）があるが、現行制度では、理由にかかわらず、医療費に応じて普通調整交付金が増減額される仕組みとなっており、**医療費適正化のインセンティブが働かない**。
- 実際の医療費ではなく、**各都道府県の年齢構成を勘案してデータに基づき算出した標準的な医療費水準を前提として交付額を決定する仕組み**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（2020予算）

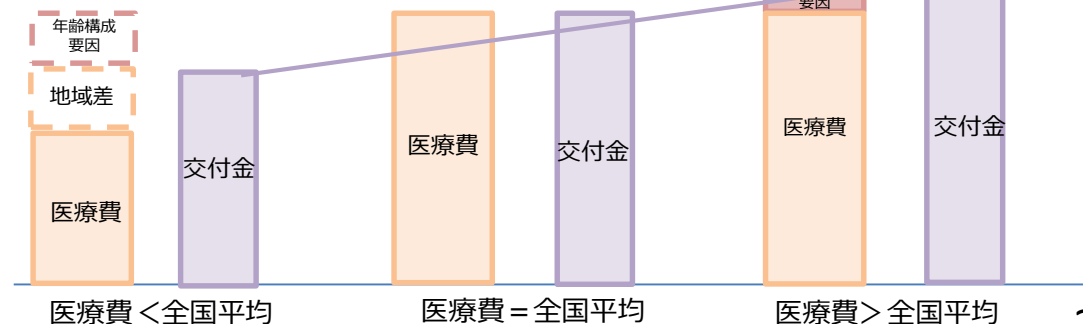


普通調整交付金
6,100億円
特別調整交付金
1,800億円
特例調整交付金
300億円

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

都道府県医療費適正化計画と高齢者の医療の確保に関する法律

【新経済・財政再生計画改革工程表2019】

各都道府県において、第3期医療費適正化計画に基づき、医療費適正化の取組を推進するとともに、毎年度P D C A管理を実施し、国において、高齢者の医療の確保に関する法律第14条に基づく地域独自の診療報酬について、都道府県の意向を踏まえつつ、その判断に資する具体的な活用策を検討し、提示。

◆高齢者の医療の確保に関する法律(抜粋)

(都道府県医療費適正化計画)

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。

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

(計画の実績に関する評価)

第十二条 都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該計画の目標の達成状況及び施策の実施状況の調査及び分析を行い、当該計画の実績に関する評価を行うものとする。

(診療報酬に係る意見の提出等)

第十三条 都道府県は、前条第一項の評価の結果、第九条第三項第二号の目標の達成のために必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対し、健康保険法第七十六条第二項の規定による定め及び同法第八十八条第四項の規定による定め並びに第七十一条第一項に規定する療養の給付に要する費用の額の算定に関する基準及び第七十八条第四項に規定する厚生労働大臣が定める基準(次項及び次条第一項において「診療報酬」という。)に関する意見を提出することができる。

2 厚生労働大臣は、前項の規定により都道府県から意見が提出されたときは、当該意見に配慮して、診療報酬を定めるように努めなければならない。

(診療報酬の特例)

第十四条 厚生労働大臣は、第十二条第三項の評価の結果、第八条第四項第二号及び各都道府県における第九条第三項第二号の目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

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

全国一律 (注)

診療報酬点数 (厚生労働大臣告示)

(例) 初診料	282点
急性期一般入院料 1	1,591点
調剤基本料 1	41点

×

全国一律

1点あたり
単価
10円

= 医療費

(注) 入院基本料への地域加算(都市部に加算)など、例外的に地域ごとに異なる取扱いもある。

(参考)

- ①介護報酬では地域によって1点単価で最大14%の差異が設けられている。
- ②かつて診療報酬も地域別に単価が設定されていた。

保健医療2035提言書(平成27年6月)

「診療報酬については、例えば、地域ごとのサービス目標量を設定し、不足している場合の加算、過剰な場合の減算を行うなど、サービス提供の量に応じて点数を変動させる仕組みの導入を検討する。都道府県において医療費をより適正化できる手段を強化するため、例えば、将来的には、医療費適正化計画において推計した伸びを上回る形で医療費が伸びる都道府県においては、診療報酬の一部(例えば、加算の算定要件の強化など)を都道府県が主体的に決定することとする。」

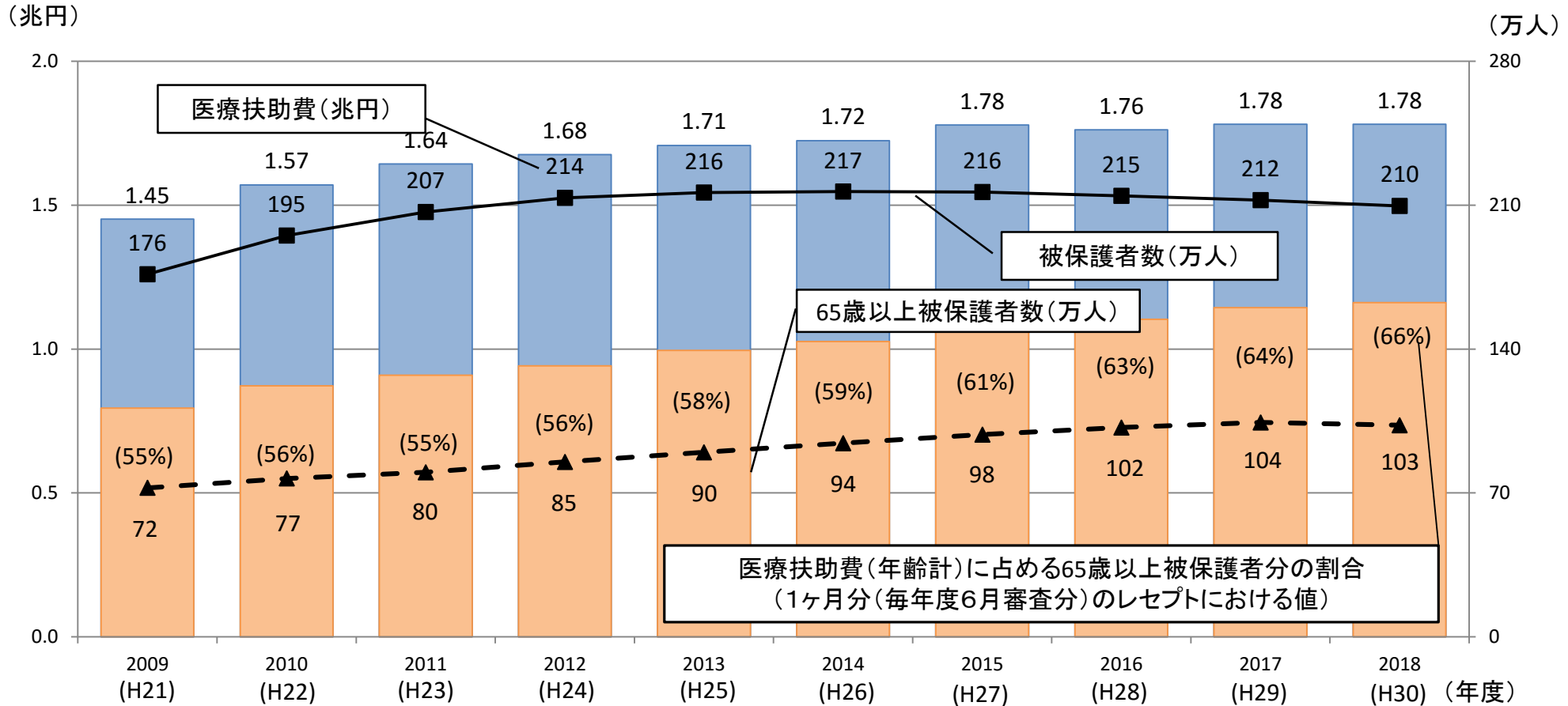
「仮に都道府県が医療費の地域差を負担することとなった場合、疾病予防という取組み以外にも医療費を都道府県自らが適正化できる具体的な権限を有することが望ましいため、診療報酬に係る一定の権限を都道府県に付与することが考えられる。」

医療扶助費の動向

厚生労働省 第1回医療扶助に関する検討会（令和2年7月15日）資料

○ 医療扶助費については

- ・ 世界金融危機（2007～2008年度）後、被保護者数の増加に伴い増加した。
- ・ 被保護者の高齢化の影響により、近年は高齢者が占める割合の増加傾向が顕著である。



注1：医療扶助費（年齢計）に占める65歳以上被保護者分の割合については、医療扶助実態調査における医科及び調剤の決定点数の計に占める65歳以上の者に係る決定点数の割合としている。

注2：65歳以上被保護者数は、被保護者数（年齢計）に被保護者調査（年次調査）における65歳以上被保護者割合を乗じた形で推計している。

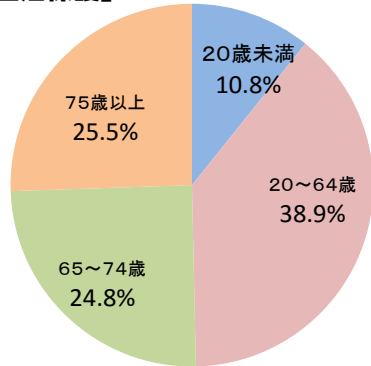
資料：生活保護費負担金事業実績報告、被保護者調査（平成23年度以前は被保護者一斉調査）、医療扶助実態調査

医療扶助の特性

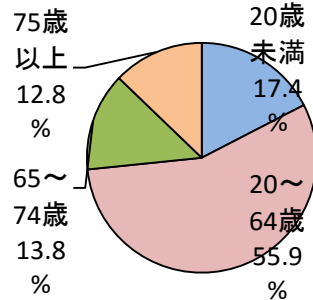
○年齢階級別被保護者数構成割合（平成30年7月）

被保護者の年齢別の割合をみると、65歳以上の者が4割以上を占めている。

【生活保護】



【参考】総人口

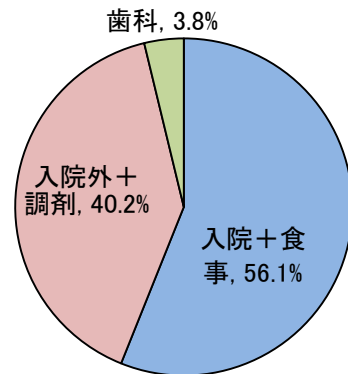


資料：被保護者調査（平成30年）、国勢調査（平成27年）

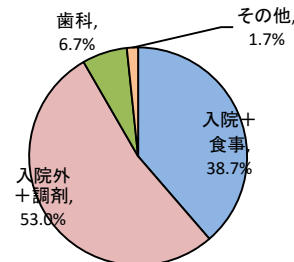
○診療種別医療扶助費構成割合

医療扶助費の約6割を入院が占めている。

【生活保護】



【参考】国民医療費



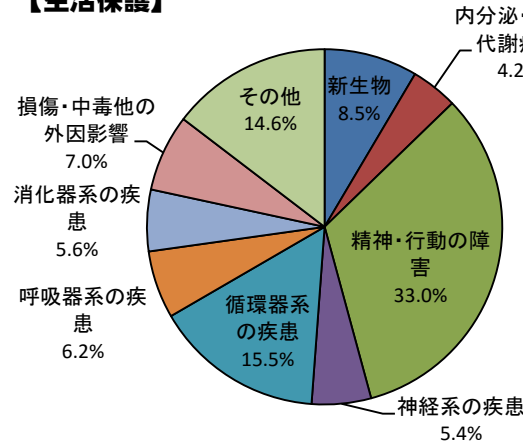
資料：医療扶助実態調査（令和元年）、国民医療費の概況（平成29年）

○医療扶助における傷病分類別レセプト件数の構成割合

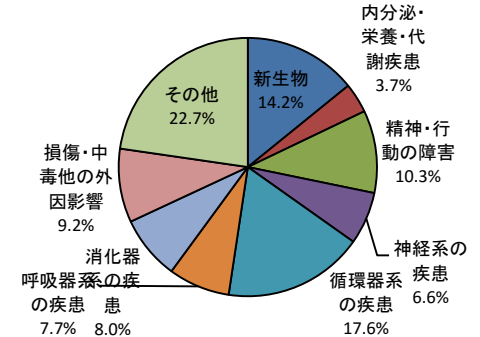
<入院>

医療保険に比べ、精神・行動の障害の割合が高い。

【生活保護】



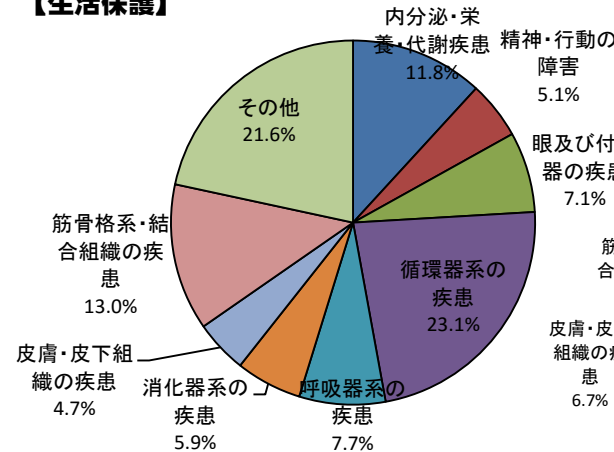
【参考】医療保険



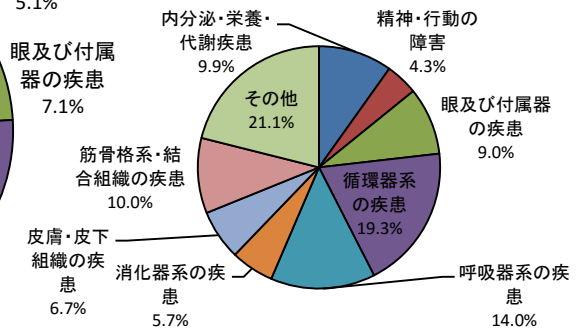
<入院外>

医療保険とほぼ同様の構成割合となっている。

【生活保護】



【参考】医療保険



注：医療扶助については、自立支援医療（精神通院医療等）等、他の法令等による給付がある場合は当該給付が優先される。
資料：医療扶助実態調査（平成29年6月審査分）、平成28年度医療給付実態調査

医療扶助における頻回受診

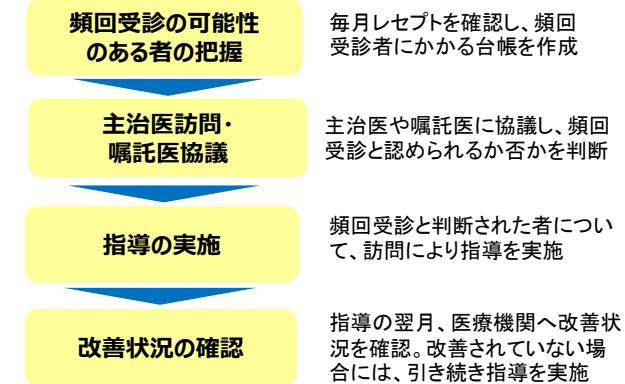
- 頻回受診者の定義は、同一傷病について、同一月内に同一診療科目を15日以上受診しており、短期的・集中的な治療（※）を行う者を除き、治療にあたった医師や嘱託医が必要以上の受診と認めた者とされている。月15日以上受診とは、土日休みの医療機関でいえば連日又は隔日での受診を意味している。
 - ※ 15日以上受診している者を抽出し、その前2ヶ月との合計が40日未満の者
- 現在の定義での頻回受診の対象者がどのように推移するかにも留意しつつ、今後、**頻回受診の定義を見直し、より範囲を広げて対策を実施していくべきではないか。**
- 頻回受診の取組を更に強化していくべきであり、適正受診指導を受けてもなお改善の見られない者に対しては、たとえば、一定の自己負担（償還払い）を求めるなど、実効性ある対策の検討が必要と考えられる。

◆ 頻回受診の改善の状況

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30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	15,462人	13,548人	12,837人	11,594人	10,604人
適正受診指導対象者数(B)	3,809人	3,020人	2,557人	2,637人	2,387人
改善者数(適正な受診日数に改善された者数)(C)	1,749人	1,365人	1,338人	1,422人	1,292人
改善者数割合(C/B)	45.92%	45.20%	52.33%	53.92%	54.13%

厚生労働省 第1回医療扶助に関する検討会（令和2年7月15日）資料より抜粋

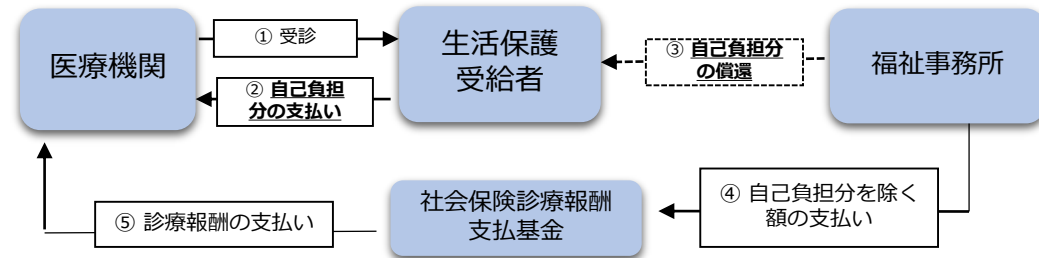
◆ 頻回受診の適正化の流れ



◆ 頻回受診対策の令和2年度取組

- 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）→健康管理支援事業の準備事業
- 頻回受診指導を行う医師の委嘱促進
- 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可能に

◆ 頻回受診に係る自己負担（償還払い）スキーム



(参考) 新経済・財政再生計画改革工程表2019 (抜粋)

	取組事項/措置内容	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
再生計画の改革工程表の全44項目の	④⑩ 就労支援を通じた保護脱却の推進のためのインセンティブ付けの検討など自立支援に十分取り組む	生活保護からの就労・増収等を通じた脱却を促進するため、就労支援を着実に実施しつつ、各種制度について、効率的かつ効果的なものとなるよう、就労意欲の向上の観点等を踏まえて不断に見直し、生活保護制度の適正化を推進。 《厚生労働省》				○就労支援事業等に参加した者のうち、就労した者及び就労による収入が増加した者の割合【2021年度までに50%】 ○「その他の世帯」の就労率（就労者のいる世帯の割合）【2021年度までに45%】
	④⑪ 生活保護の適用ルールの確実かつ適正な運用、医療扶助をはじめとする生活保護制度の更なる適正化	<p>頻回受診等に係る適正受診指導の徹底、生活保護受給者に対する健康管理支援の実施等により、医療扶助の適正化を推進。頻回受診者に対する窓口負担について、頻回受診対策に向けた更なる取組の必要性、最低生活保障との両立の観点なども踏まえつつ、いわゆる償還払いの試行も含めた方策の在り方について検討する。</p> <p>生活保護受給者に対する健康管理支援の実施等に向けた必要な措置を講ずる。</p> <p>生活保護からの就労・増収等を通じた脱却を促進するため、就労支援を着実に実施しつつ、各種制度について、効率的かつ効果的なものとなるよう、就労意欲の向上の観点等を踏まえて不断に見直し、生活保護制度の適正化を推進【再掲】</p> <p>級地制度について、地域ごとの最低生活費を測るための適切な指標の検討を行い、速やかに抜本的な見直しを行う。</p> <p>《厚生労働省》</p>			<p>○就労支援事業等に参加可能な者の事業参加率【2021年度までに65%】</p> <p>○就労支援事業等に参加した者のうち、就労した者及び就労による収入が増加した者の割合の自治体ごとの状況【見える化】</p> <p>○医療扶助の適正化に向けた自治体における後発医薬品使用促進計画の策定率【毎年度100%】</p> <p>○頻回受診対策を実施する自治体【毎年度100%】</p>	<p>○就労支援事業等を通じた脱却率【見える化】</p> <p>○就労支援事業等に参加した者のうち、就労した者及び就労による収入が増加した者の割合の自治体ごとの状況【見える化】</p> <p>○「その他の世帯」の就労率等の自治体ごとの状況【見える化】</p> <p>○生活保護受給者の後発医薬品の使用割合【毎年度80%】</p>
着実な推進	④⑫ 平成29年度の次期生活扶助基準の検証に合わせた年齢、世帯類型、地域実態等を踏まえた真に必要な保護の在り方や更なる自立促進のための施策等、制度全般について予断なく検討し、必要な見直し	<p>生活保護からの就労・増収等を通じた脱却を促進するため、就労支援を着実に実施しつつ、各種制度について、効率的かつ効果的なものとなるよう、就労意欲の向上の観点等を踏まえて不断に見直し、生活保護制度の適正化を推進【再掲】</p> <p>級地制度について、地域ごとの最低生活費を測るための適切な指標の検討を行い、速やかに抜本的な見直しを行う。【再掲】</p> <p>《厚生労働省》</p>				<p>○頻回受診者に対する適正受診指導による改善者数割合【2021年度において2017年度比2割以上の改善】</p> <p>○生活保護受給者一人当たり医療扶助の地域差【見える化】</p> <p>○後発医薬品の使用割合の地域差【見える化】</p>

生活保護における後発医薬品の使用促進の取組

平成30年法改正(後発医薬品使用原則化)の概要

○医師等が医学的知見等に基づいて、後発医薬品を使用することができるものと認めたもの(※1)については、原則(※2)として、後発医薬品による給付を行うことを法律に規定(平成30年10月1日施行)

第34条第3項 (略)医療を担当する医師又は歯科医師が医学的知見に基づき後発医薬品・・・を使用することができるものと認めたものについては、原則として、後発医薬品によりその給付を行うものとする。

※1 具体的には、処方医が一般名処方を行っている場合又は銘柄名処方であって後発医薬品への変更を不可としていない場合。

※2 例外としては、後発医薬品の薬価が先発医薬品の薬価と比べて同額以上となっている場合や、薬局に後発医薬品の在庫が無い場合。

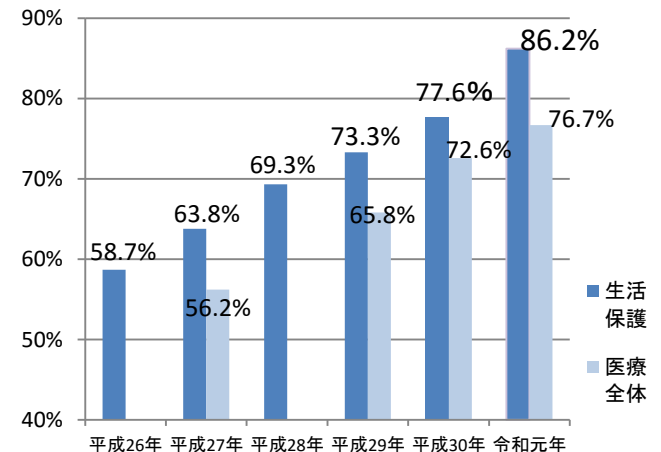
後発医薬品使用原則化による効果

○後発医薬品の使用が原則化されて以後、最初の調査結果(※)となる、令和元年6月社会保険診療報酬支払基金審査分レセプトにおける、後発医薬品使用割合は、86.2%(前年比8.6%増)となった。

※令和元年医療扶助実態調査

○これにより、生活保護受給者の後発医薬品の使用割合80%という政府目標は達成された。

○使用割合の伸びについては、前年度(4.3%増)の2倍となっており、後発医薬品の使用を原則化した効果があったものといえる。



使用割合(数量シェア)の出典:
医療扶助実態調査(各年6月審査分)、
医薬品価格調査(薬価本調査)(速報値)(各年9月取引分)

参考:前回法改正時の見直し

○後発医薬品の使用を促すことを規定(平成26年1月1日施行)

※ 後発医薬品の使用が可能であるにもかかわらず、先発医薬品を希望する受給者に対しては、

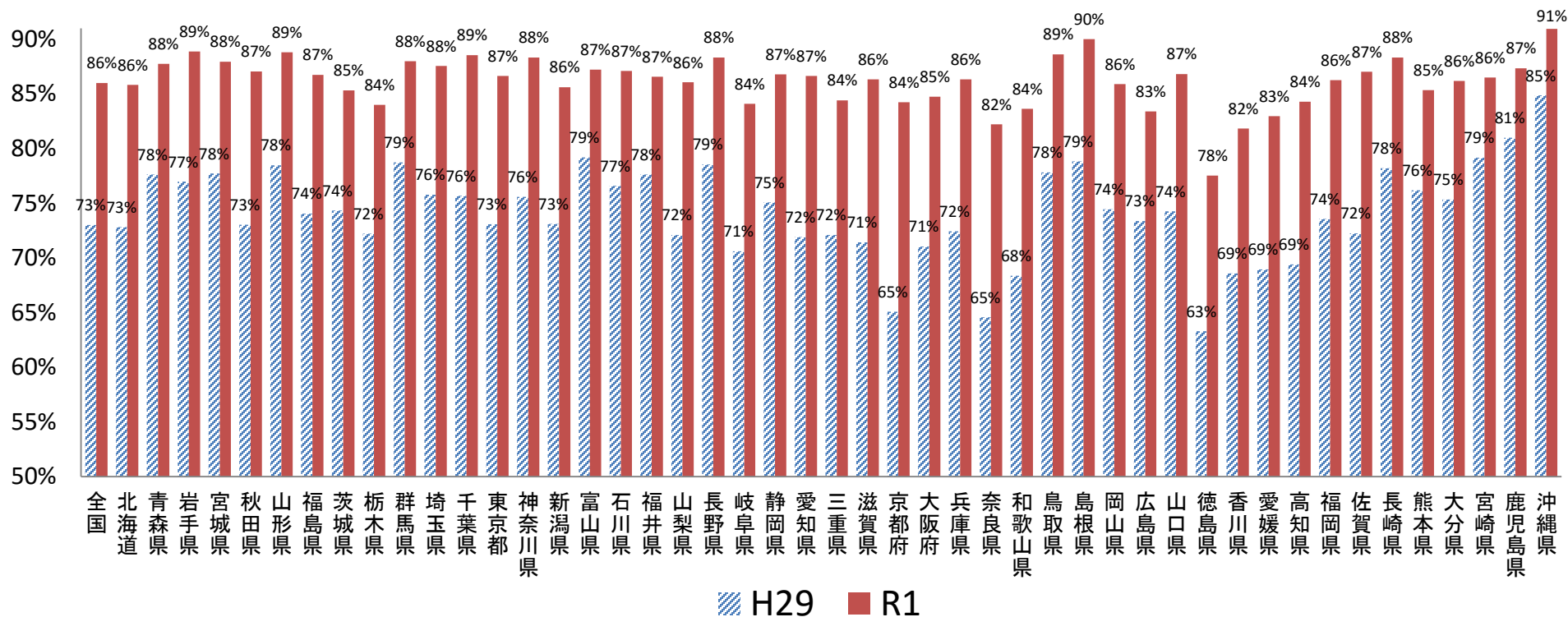
- ・ 薬局は、先発医薬品を希望する理由を確認した上で、先発医薬品を一旦調剤する。
- ・ その理由が「先発医薬品の方が高額だから」「理由を言わない」等の場合については、福祉事務所の健康管理指導の対象とする。

医療扶助における後発医薬品使用状況の地域差

○ 医療扶助における後発医薬品使用割合(数量ベース)を都道府県別にみると、平成29年6月審査分では、最も高い県と低い県との間には約22%ポイントの差があったが、令和元年6月審査分(後発医薬品使用原則化後)には、約13%ポイントの差に縮減されている。

医療扶助における後発医薬品使用割合(数量ベース)の地域差
(令和元年6月審査分と平成29年6月審査分の比較)

全国平均:86.2%
(R1.6)



注1:後発医薬品使用割合は[後発医薬品の数量]÷([後発医薬品のある先発医薬品の数量]+[後発医薬品の数量])で算出している。

注2:指定都市・中核市を含む。

資料:医療扶助実態調査(各年6月審査分)

(参考) 健康予防と医療費の関係①

令和2年度予算の編成等に関する建議（令和元年11月25日）

- 依然として、**予防・健康づくり**を行うことでも医療費適正化が期待できるといった主張がある。
 - ・ 今般の議論において紹介された推計^(※1)を含め、**むしろ医療費は増加するとの指摘も多い**。
 - ・ また、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**といった**生活習慣病予防の取組**について、**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^(※2)**。
- 確かに**予防・健康づくり**は個々人のQOL（Quality of Life）の向上という大きな価値をもたらすものであり、エビデンスに基づくKPIの設定や費用対効果の検証を前提として、**今後も推進すべきであることは変わらない**。しかしながら、**予防・健康づくりの推進を理由に改革の手を緩めることなく、給付と負担のバランスの回復に向けた取組を着実に進めるべき**である。

※1 「未来社会構想2050」（三菱総研）において示された長期推計

※2 政府は毎年度国費200億円強を投じて特定健診・保健指導を推進してきているが、その実施率向上による効果額については、今後更にデータを蓄積して分析を深める必要がある等の諸点を指摘しつつ、一定の仮定の下で機械的に試算したものと、医療費ベースで200億円とされている（平成29年1月12日医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会とりまとめ）。

◆三菱総研「未来社会構想2050」の長期推計 全世代型社会保障検討会議有識者プレゼン資料（2019年11月8日）

健康寿命延伸は人々の生活の質を高めるものの、高額化する医療技術の適用を伴うため、一人当たり医療費の上昇から、医療費を中心に医療・介護給付は増加する見通し

◆第3期医療費適正化計画（平成30～35年度）の算定式に織り込まれている医療費適正化効果（厚生労働省）

取組	目標（平成35年度）	効果額（平成35年度）
後発医薬品の普及	数量シェア:80%	▲約4,000億円
特定健診・保健指導の実施率向上	特定健診:70% 特定保健指導:45%	▲約200億円
糖尿病の重症化予防	40歳以上の糖尿病の1人当たり医療費の平均を上回る都道府県の平均との差を半減。	▲約800億円
重複・多剤投与	3医療機関以上、15剤以上の薬剤投与については是正	▲約600億円
合計		▲約6,000億円

◆「次世代ヘルスケア産業協議会 新事業創出WG」提出 予防を行った場合の2034年の60歳以上医療費への影響（経済産業省）

がん（一次予防）	+360億円
----------	--------

※がん一次予防は2034年でがん患者を約4万人程度減少させるが、その他疾患に関連した医療費が増加するため、全体としては増加

(参考) 健康予防と医療費の関係②

◆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、医療費削減を効果を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。

◆人口減少社会での社会保障のあるべき姿 日本医師会医療政策会議 (2020年3月)

- ・ 寿命の延伸については、有病状態の拡大(expansion of morbidity)説と有病状態の圧縮(compression of morbidity)説が古くからある。予防で医療を抑制できるとする、最近政策の表舞台に出てきた説は、後者に依存したものである。しかし、厳密な研究では、前者の有病状態の拡大が現実に即していることが示されている。
- ・ 2019年4月1日に日本医師会は「医療のグランドデザイン2030」をまとめている。そこで予防医療について次のように論じられている。

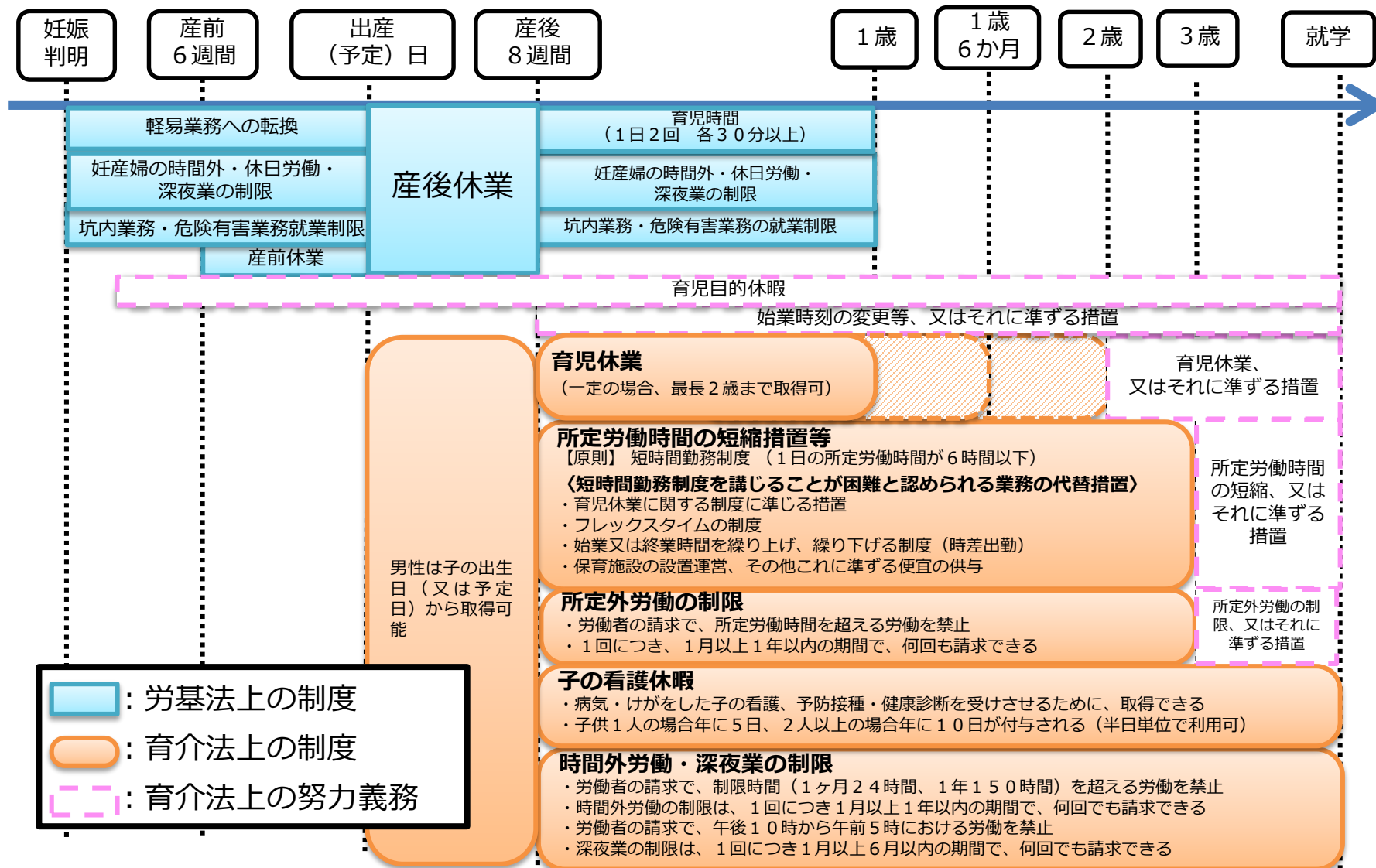
- ・ 嗜好品、食品や運動にターゲットを絞った一次予防は、一定の定義があるものの「絶対ではない」。
- ・ 「世界の動向」(ランダム化比較試験(RCT)の結果)に基づけば、二次予防(健診・検診)の健康増進効果は確認されていない。
- ・ 「話を日本の検診に戻すと、本来ならある一つの健診の本格導入の前に、RCT等で一定の効果を確認してから開始すべきであったはずだが、『早期発見はできるし、それを早期に治療すれば、予後は必ずいいはず』と臨床的な経験に基づいて開始されたものがほとんどである。しかし、(中略)科学的には明確に健診・検診の効果を証明できないまま今日に至っている」。

◆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面から、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。
- ・ 日本での、健康状態の見守りと疾患の早期発見の両方の予防活動への支出は、OECD平均よりも60%以上高かった。しかしながら、これらの日本のデータは、…過小評価されている可能性。…自治体レベルで提供される健康診断および検査の費用は特定健康診査を除き、支出データに含まれていない。

3. 子ども・子育て

妊娠・出産・育児期の両立支援制度



育児休業中の経済的支援

育児休業給付（雇用保険からの給付）

○ 原則として休業開始時賃金月額×50%（休業開始後6月は67%）が支給される。

（一定の要件あり）

- ※ 法定の育児休業制度の期間（子が1歳、一定の場合は2歳に達するまで。パパ・ママ育休プラスの場合には子が1歳2か月に達するまでの1年間）
- ※ 給付は非課税。

育児休業中の社会保険の扱い

○ 育児休業中の社会保険料（健康保険・厚生年金保険）の免除

事業主が申し出ることにより、被保険者本人負担分及び事業主負担分が共に免除され、免除期間に係る給付は休業前の給与水準に応じた給付が保障される。

免除期間は、育児休業を開始した日から、終了した日の翌日が含まれる月の前月までの期間。

○ 育児休業等終了後の社会保険料（健康保険・厚生年金保険）の特例

育児休業等終了後、育児等を理由に報酬が低下した場合、被保険者が事業主を経由して保険者に申し出ることにより、社会保険料の賦課対象となる標準報酬月額を低下後の額（育児休業終了日の翌日が含まれる月以降の3か月間に受けた報酬の平均額）に改定する。

○ 3歳未満の子を養育する期間についての年金額計算の特例

3歳未満の子を養育する方で養育期間中（子が3歳に達するまでの期間）の各月の給与水準が、養育を始めた月の前月と比べて低下した期間に係る年金の給付については、子の養育を始めた月の前月の給与水準に応じた給付が保障される。

現行の児童手当制度

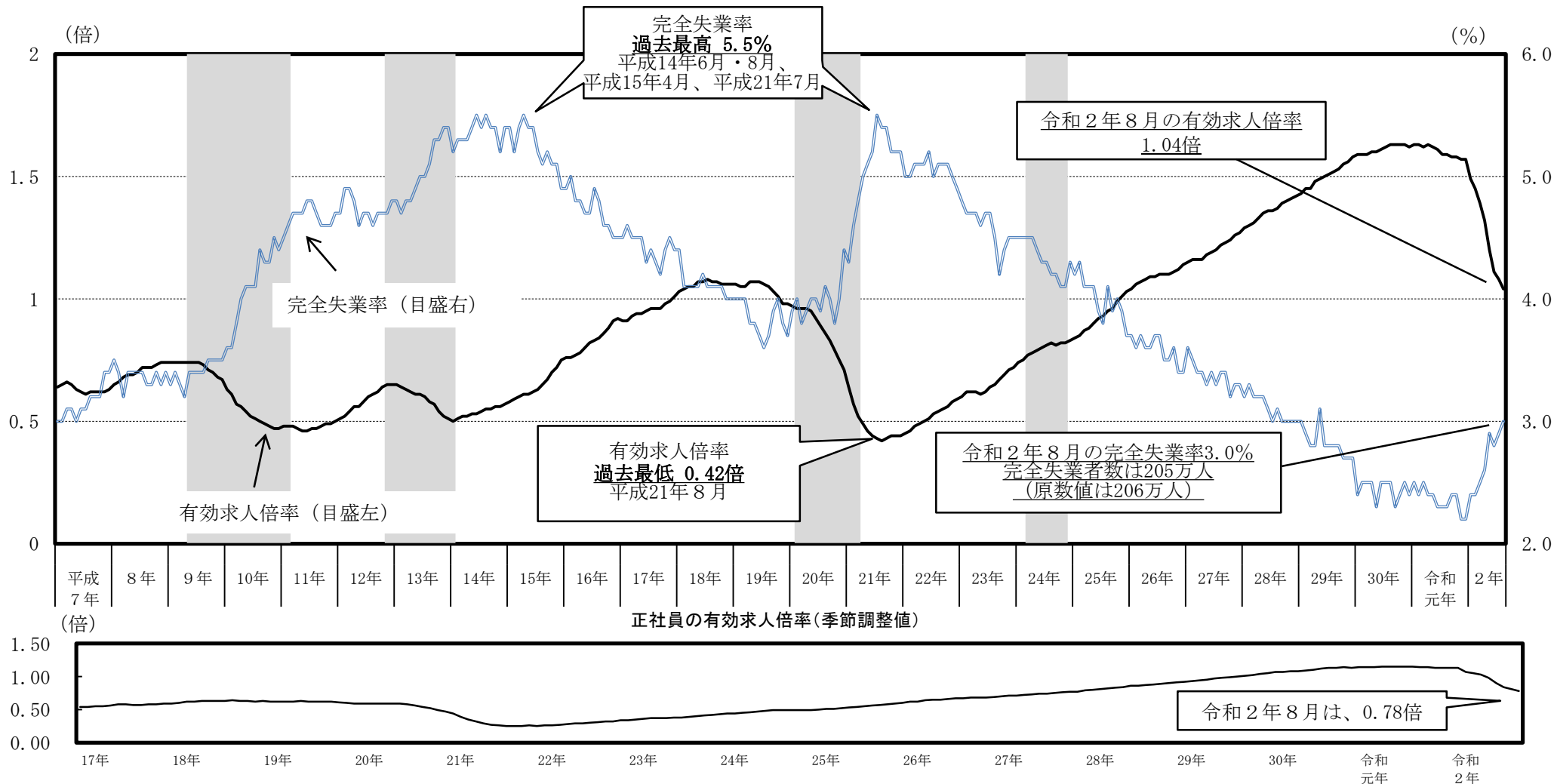
制度の目的	家庭等の生活の安定に寄与する ・ 次代の社会を担う児童の健やかな成長に資する				
対象児童	国内に住所を有する中学校修了まで (15歳に到達後の最初の年度末まで) の児童(住基登録者:外国人含む) ※対象児童1660万人 (30年度年報(31年2月末))	受給資格者	<ul style="list-style-type: none"> 監護・生計同一(生計維持)要件を満たす父母等 ※所得制限限度額(年収ベース) 960万円(夫婦と児童2人の場合) 児童が施設に入所している場合は施設の設置者等 		
手当月額 (一人当たり)	0～3歳未満	一律15,000円			
	3歳～小学校修了まで	第1子・第2子:10,000円	第3子以降:15,000円		
	中学生	一律10,000円			
	所得制限限度額以上	一律5,000円(特例給付)			
支払月	毎年2月、6月、10月(前月までの4か月分を支払)				
実施主体	市区町村(法定受託事務) ※公務員は所属庁で実施				
費用負担	国、地方(都道府県・市区町村)、事業主拠出金で構成 ※事業主拠出金は、標準報酬月額・標準賞与額を基準とし、拠出金率(3.6/1000)を乗じて得た額を徴収し、児童手当等に充当				
		被用者	非被用者 公務員		
費用負担	0歳～ 3歳未満	児童手当	事業主 7/15 国 16/45 地方 8/45	国 2/3 地方 1/3	所属庁 10/10
		特例給付	国 2/3 地方 1/3	国 2/3 地方 1/3	所属庁 10/10
	3歳～中学生	国 2/3 地方 1/3	国 2/3 地方 1/3	所属庁 10/10	
給付総額	令和2年度予算:2兆929億円 (国負担分:1兆1,496億円、地方負担分:5,748億円) (事業主負担分:1,765億円、公務員分:1,919億円)				

4. 雇用

現在の雇用情勢 (全国)

求人が減少から増加に転じる中、求人が求職を上回って推移しているものの、求職者が引き続き増加しており、厳しさがみられる。有効求人倍率が1倍を下回る地域が増加している等、新型コロナウイルス感染症が雇用に与える影響により一層注意する必要がある。

- 令和2年8月の完全失業率は3.0%と、前月より0.1ポイント上昇。
- 令和2年8月の有効求人倍率は1.04倍と、前月より0.04ポイント低下。
- 正社員の有効求人倍率は、令和2年8月では0.78倍と、前月より0.03ポイント低下。



(備考) 1. 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。
 2. 平成23年3月～8月の完全失業率は、岩手県、宮城県及び福島県の推計結果と同3県を除く全国の結果を加算することにより算出した補完推計値。
 3. シャド一部分は景気後退期であり、平成9年5月～平成11年1月、平成12年2月～平成14年1月、平成20年2月～平成21年3月、平成24年3月～11月を示す。

新型コロナウイルス感染症にかかる雇用調整助成金の特例措置の拡大

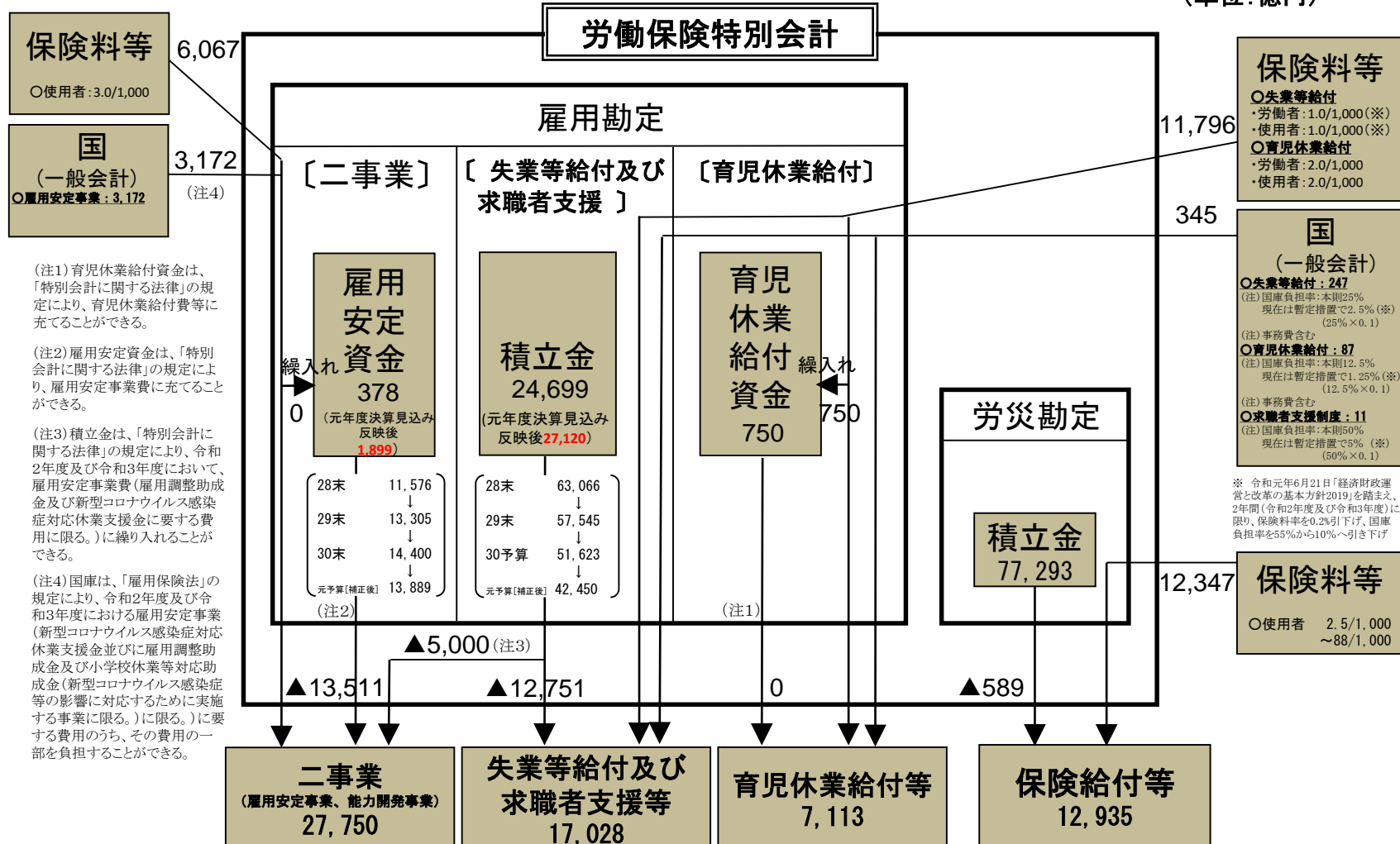
■ 雇用調整助成金：経済上の理由により、事業活動の縮小を余儀なくされた事業主が、雇用の維持を図るための休業手当に要した費用を助成する制度

特例以外の場合の雇用調整助成金	新型コロナウイルス感染症特例措置 (4月1日から 12月31日まで) ※8月28日に9月末から12月末に延長発表
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	新型コロナウイルス感染症の影響を受ける事業主【全業種】
生産指標要件：3か月10%以上低下	生産指標要件を緩和：1か月5%以上低下
被保険者が対象	雇用保険被保険者でない労働者の休業も助成金の対象
助成率：2/3(中小) 1/2(大企業)	助成率：4/5(中小) 2/3(大企業) ※ 解雇等を行わない場合： 10/10 (中小) 3/4(大企業)
助成額の上限額は基本手当日額の最高額 (8,370円)	助成額の上限額は基本手当日額の最高額に6,630円加算した額 (15,000円)
計画届は事前提出	計画届の提出 撤廃
1年のクーリング期間が必要	クーリング期間 撤廃
6か月以上の被保険者期間が必要	被保険者期間要件 撤廃
支給限度日数 1年100日、3年150日	同左 + 上記対象期間 (別枠扱い)
短時間一斉休業のみ 休業規模要件：1/20(中小) 1/15(大企業)	短時間休業要件 緩和 (一斉でなくても可) 休業規模要件：1/40(中小) 1/30(大企業)
残業相殺	残業相殺 停止
教育訓練が必要な被保険者に対する教育訓練 助成率：2/3(中小) 1/2(大企業) 加算額：1,200円	助成率：4/5(中小) 2/3(大企業) ※ 解雇等を行わない場合 10/10 (中小) 3/4(大企業) 加算額：2,400円(中小) 1,800円(大企業)
出向期間要件：3か月以上1年以内	出向期間要件：1か月以上1年以内

令和2年度2次補正後 労働保険特別会計の概要

- 労働保険特別会計雇用勘定は、失業等給付及び求職者支援部分と育児休業給付部分、二事業部分に分かれている。
- 失業等給付及び求職者支援の積立金は令和2年度2次補正後予算ベースで2.5兆円(元年度決算反映で2.7兆円)。

(単位:億円)



(注1) 育児休業給付資金は、「特別会計に関する法律」の規定により、育児休業給付費等に充てることができる。

(注2) 雇用安定資金は、「特別会計に関する法律」の規定により、雇用安定事業費に充てることができる。

(注3) 積立金は、「特別会計に関する法律」の規定により、令和2年度及び令和3年度において、雇用安定事業費(雇用調整助成金及び新型コロナウイルス感染症対応休業支援金に要する費用に限る。)に繰り入れることができる。

(注4) 国庫は、「雇用保険法」の規定により、令和2年度及び令和3年度における雇用安定事業(新型コロナウイルス感染症対応休業支援金並びに雇用調整助成金及び小学校休業等対応助成金(新型コロナウイルス感染症等の影響に対応するために実施する事業に限る。))に限る。)に要する費用のうち、その費用の一部を負担することができる。

雇用調整助成金、新型コロナウイルス感染症対応休業支援金等