

社会 保障

財務省

2023年11月 1 日

目次

1. 総論・少子化対策
2. 診療報酬改定
3. 介護報酬改定
4. 障害報酬改定
5. 改革工程のとりまとめに向けた取組
6. その他

1. 総論・少子化対策

2024年度予算編成における課題

全世代型社会保障制度の構築

- 全ての世代で能力に応じて負担し合い、必要な社会保障サービスが必要な方に適切に提供される制度を構築
- 「全世代」はこれから生まれる「将来世代」も含むものとして考える
(具体策)
 - ・こども未来戦略方針に基づく少子化対策の着実な実施（支援金制度の導入を含め制度詳細を決定。「実質的に追加負担を生じさせない」）
 - ・医療介護保険制度の持続性を確保するための改革（改革工程の策定）
改革の視点：保険給付の効率的な提供、保険給付範囲の在り方の見直し、高齢化・人口減少下での負担の公平化

今後3年間（変革期間）に対応する3報酬改定（医療・介護・障害）

【岸田総理所信表明演説（2023年10月23日）】

- 高齢化等による国民負担率の上昇に歯止めをかける。
- 所得の増加を先行させ、税負担や社会保障負担を抑制することに重きを置いて経済財政運営を行う。
- 高齢化等による事業者の収益の増加等が処遇改善に構造的につながる仕組みを構築する。
(具体策)
 - ・医療介護の保険料率について、雇用者報酬と伸びを同水準にすることを通じ、その上昇傾向に歯止めをかける。
 - ・担い手確保等の課題に対応しつつ、メリハリをつけた改定を行い、医療介護の保険料率の上昇を最大限抑制し、子育て世帯等現役世代の手取り所得を確保。

支え手減少下での人材確保

- ・経営情報の見える化の徹底
- ・賃上げ実績に応じた支援(処遇改善加算、強化される賃上げ税制等の活用)
- ・意識改革、職場環境の改善・生産性の向上、協働化等

DX推進・デジタル技術活用

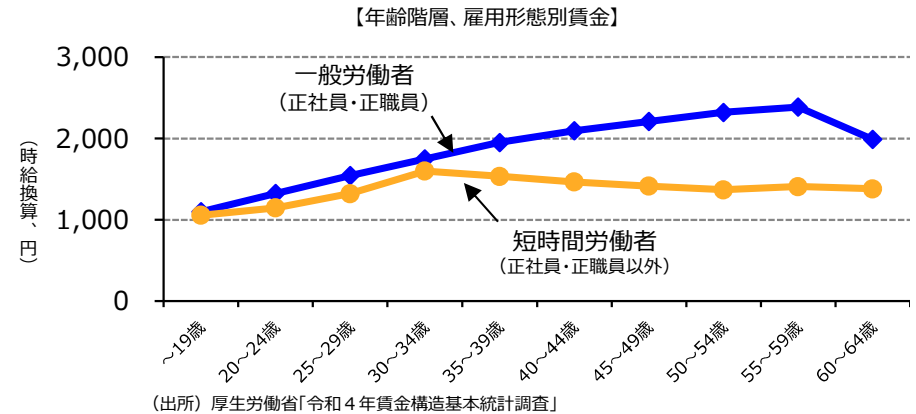
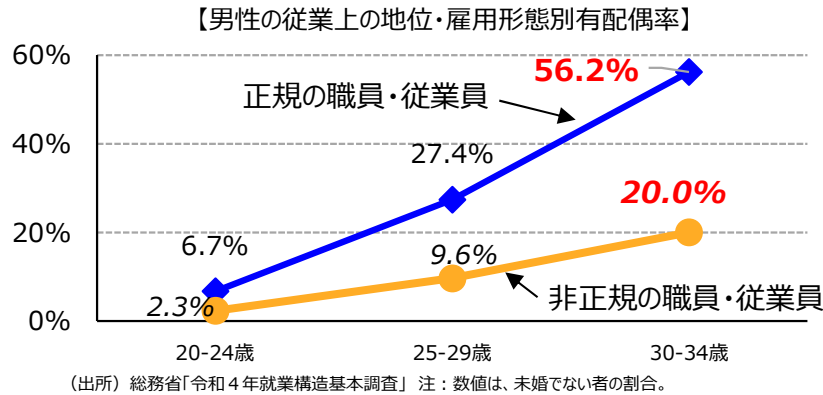
- ・マイナ保険証利用促進（窓口負担軽減等）
- ・オンライン資格確認、電子処方箋による効率化
- ・ICT機器、介護ロボット等の活用促進

メリハリをつけた報酬改定

- ・診療所・調剤など、各々の経営環境に応じた改定率の設定
- ・保有資産も含む経営状況を勘案した対応
- ・創薬支援強化と長期収載品等の自己負担の在り方の見直し

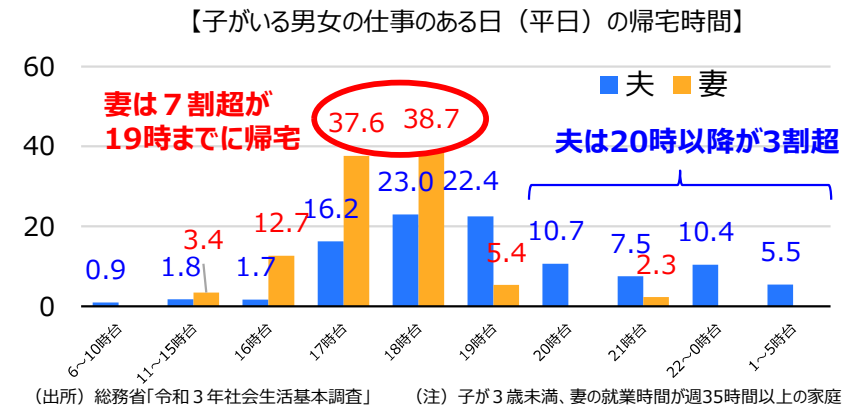
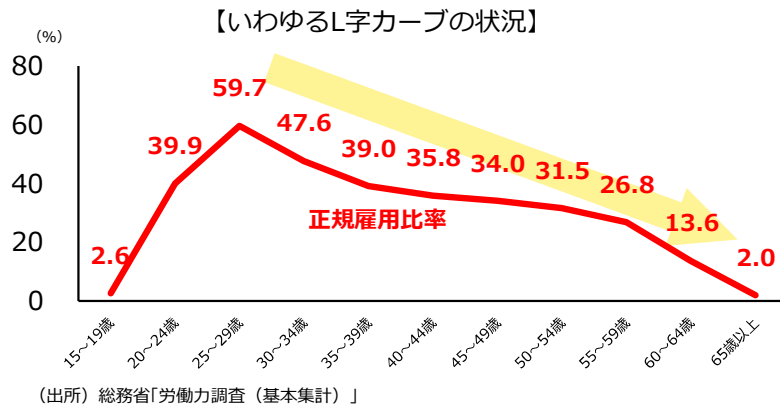
1 若い世代が結婚・子育ての将来展望を抱けない ⇒若い世代の所得向上に向けた取組

- 若い世代が結婚や子どもを生み、育てることへの希望を持ちながらも、所得や雇用への不安等から、将来展望を描けない状況。



2 子育てしづらい社会環境・職場環境がある ⇒社会全体の構造・意識を変える・共働き・共育ての推進

- 女性の正規雇用における「L字カーブ」が存在。育児負担が女性に集中する「ワンオペ」になっている傾向もある。



3 子育ての経済的・精神的負担感や不公平感が存在 ⇒全てのこども・子育て世帯を対象とする支援の拡充

- 理想のこども数を持たない理由は、経済的理由が最も高く、特に第3子以降を持ちたいという希望の実現の大きな阻害要因。

1. 若い世代の所得向上に向けた取組

- ✓ **賃上げ**（「成長と分配の好循環」と「賃金と物価の好循環」の2つの好循環）
- ✓ **三位一体の労働市場改革**（リ・スキリングによる能力向上支援、個々の企業の実態に応じた職務給の導入、成長分野への労働移動の円滑化）
- ✓ **正規・非正規問題への取組**（同一労働同一賃金の徹底、希望する非正規雇用者の正規化）

児童手当の拡充

2024年度中に開始予定

- ✓ **所得制限を撤廃**
すべてのこどもの育ちを支える
基礎的な経済支援としての位置づけを明確化
- ✓ **高校生年代まで延長**
- ✓ **第3子以降は3万円**

支給金額	0～3歳	3歳～高校生年代
第1子・第2子	月額1万5千円	月額1万円
第3子以降	月額3万円	

→ 3人の子がいる家庭では、
総額で最大400万円増の1100万円

妊娠・出産時からの支援強化

実施中

- ✓ **出産・子育て応援交付金**
子ども1人につき10万円相当の経済的支援
①妊娠届出時（5万円相当）
②出生届出時（5万円相当）
- ✓ **伴走型相談支援**
様々な困難・悩みに応え、ニーズに応じた支援につなげる
→ 妊娠時から出産・子育てまで一貫支援

子育て世帯への住宅支援

- ✓ **公営住宅等への優先入居等**
- ✓ **フラット35の金利優遇**
今後10年間で計30万戸

出産費用の軽減

実施中

- STEP 1 出産育児一時金の引き上げ
42万円 → 50万円に大幅引き上げ
「費用の見える化」・「環境整備」
- STEP 2 出産費用の保険適用
※2026年度を目途に検討

高等教育（大学等）

高等教育の負担軽減を拡大

- 世帯収入約600万円までの多子世帯等に拡充 ※2024年度から
- 授業料等減免の更なる拡充を検討
- ✓ 修士段階の授業料後払い制度の導入
- ✓ 貸与型奨学金の返還の柔軟化

2. 社会全体の構造・意識を変える・共働き・共育ての推進

育休を取りやすい職場に

男性の育休取得率目標 **85%**へ大幅引き上げ（2030年）
※2022年度：17.13%

- **男性育休を当たり前**
- ✓ **育児休業取得率の開示制度の拡充**
- ✓ **中小企業に対する助成措置を大幅に強化**
• 業務を代替する周囲の社員への**応援手当**の支給への助成拡充

育休制度の拡充

産後の一定期間に男女で育休を取得することを促進するため
給付率を手取り10割相当に ※2025年度からの実施を目指す

- ✓ **「親と子のための選べる働き方制度（仮称）」の創設**
• 時短勤務、テレワーク、フレックス勤務などを選択可能に
- ✓ **時短勤務時の新たな給付**
- **支援策の内容は世界トップレベル**

3. 全てのこども・子育て世帯を対象とする支援の拡充

切れ目なくすべての子育て世帯を支援

- ✓ **「こども誰でも通園制度（仮称）」を創設**
• 月一定時間までの利用可能枠の中で、**時間単位等で柔軟に通園が可能な仕組み**
※2024年度から制度の本格実施を見据えた形で実施
- ✓ **保育所：量の拡大から質の向上へ**
• **75年ぶりの配置改善**：（1歳児）6対1→5対1（4・5歳児）30対1→25対1
• 民間給与動向等を踏まえた**保育士等の更なる処遇改善**を検討
• 「小1の壁」打破に向けた放課後児童クラブの質・量の拡充
- ✓ **多様な支援ニーズへの対応**
• 貧困、虐待防止、障害児・医療的ケア児等への支援強化
• 予算編成過程で更なる拡充を検討

→ 「加速化プラン」は総額 **3兆円半ば**（大宗を3年間（2026年度まで）で実施）

- 「こども未来戦略方針」では、今後取り組む具体的な施策を「加速化プラン」として詳細に盛り込んでいる。
- さらに、一部施策について予算編成過程で施策の拡充を検討することで、予算規模は「3兆円半ば」となるとしている。

3兆円半ば

➡ 大宗を3年間（2026年度まで）で実施

おおむね3兆円

ライフステージを通じた子育てに係る 経済的支援の強化や 若い世代の所得向上に向けた取組

- 児童手当の拡充
 - ① 所得制限撤廃（全員本則給付）
 - ② 高校生年代まで延長
 - ③ 多子加算（第3子3万円）
- 出産等の経済的負担の軽減
（出産・子育て応援交付金、出産育児一時金の増額）
- 医療費等の負担軽減（自治体の取組への支援）
- 高等教育費の負担軽減
- 若い世代の所得向上に向けた取組
（リ・スキリング支援、いわゆる「年収の壁」への対応）
- 子育て世帯に対する住宅支援の強化 等

全てのこども・子育て世帯を 対象とする支援の拡充

- 妊娠期からの切れ目のない支援拡充
（伴走型支援と産前・産後ケアの拡充）
- 幼児教育・保育の質の向上
（75年ぶりの配置基準改善と更なる処遇改善）
- 全ての子育て家庭を対象とした保育の拡充
（こども誰でも通園制度（仮称）の創設）
- 新・放課後子ども総合プランの着実な実施
（「小1の壁」打破に向けた量・質の拡充）
- 多様な支援ニーズへの対応
（社会的養護、障害児、医療的ケア児等の支援基盤の充実とひとり親家庭の自立支援）

等

共働き・共育ての推進

- 育休給付率の引き上げ
- 時短勤務をした際の給付の創設
- 自営業者等に対する育児期間中の保険料免除制度の創設
- 体制整備を行う中小企業に対する助成の大幅強化
- 男性育休促進等による育休給付増

等

+

予算編成過程において施策の拡充 を検討

- 高等教育費の更なる支援拡充策
- 今後「こども大綱」の中で具体化する貧困、虐待防止、障害児・医療的ケア児に関する支援策

「加速化プラン」の具体化に向けて

- 特に、「加速化プラン」に盛り込まれた施策のうち法制化が必要なものは、来年通常国会での法案提出に向けて、制度設計等の具体化を図ることとされている。

◆第7回 こども未来戦略会議（令和5年10月2日）議事要旨（抄）

（武見厚生労働大臣）

- 厚生労働省としても、こども未来戦略方針に示された「**男性育休は当たり前**」になる社会の実現に向けた取組、育児期を通じた柔軟な働き方を推進するための制度の具体化など、関係審議会で議論を開始している。

（加藤内閣府特命担当大臣（こども政策・少子化対策・若者活躍・男女共同参画））

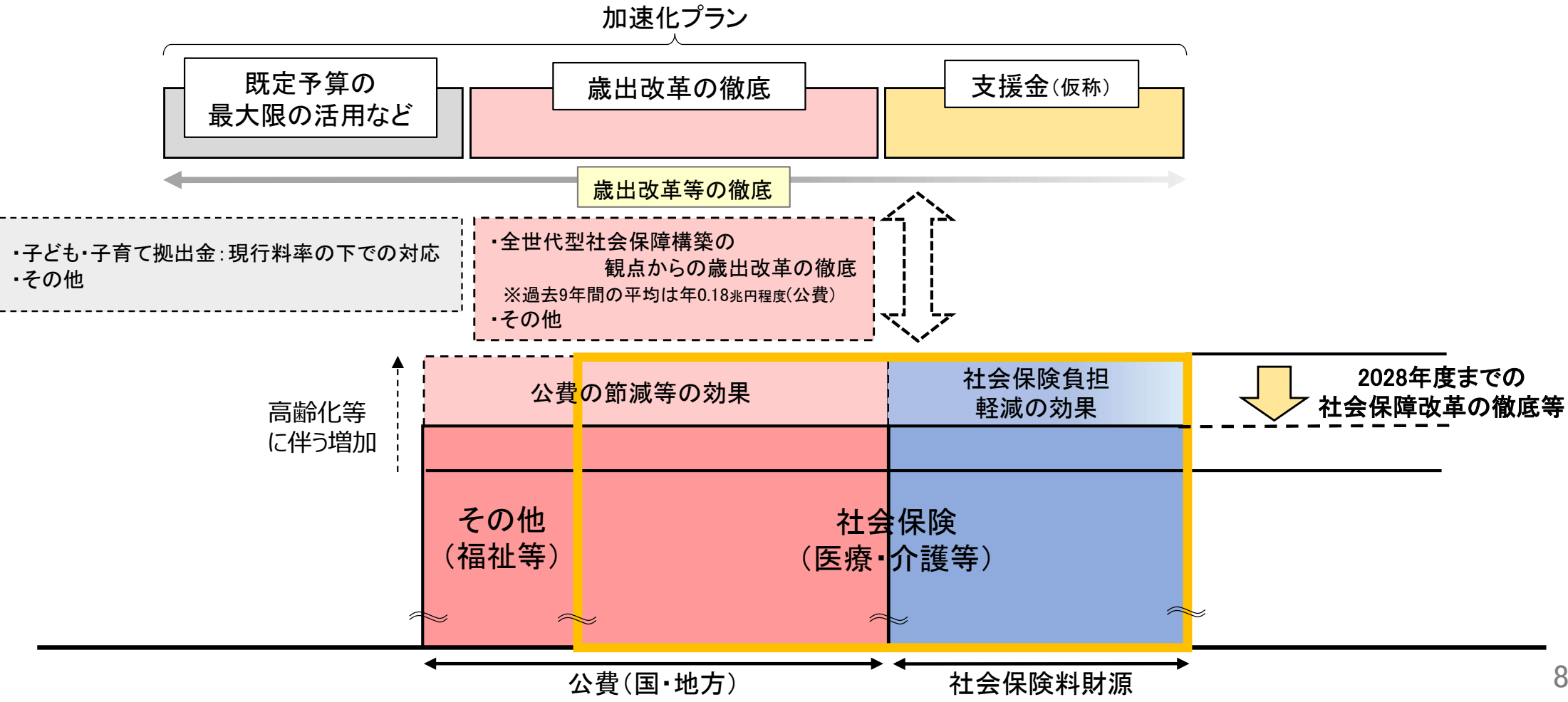
- こども家庭庁においては、「加速化プラン」に掲げる各種施策について、
 - ・ まず**児童手当の拡充、こども誰でも通園制度（仮称）の創設**などについて、具体的な要件をどう設計するか、
 - ・ 次にこども・子育て政策の全体像と費用負担の見える化を進めるために**新たに創設する特別会計、いわゆる「こども金庫」**をどう設計するか、
 - ・ 賦課対象者の広さを考慮しつつ社会保険の賦課・徴収ルートを活用することとされている**支援金の賦課・徴収方法**をどう設計するかなど、**来年通常国会での法案提出に向け、関係省庁と連携して、制度設計の具体化を丁寧に進めていく。**

（岸田内閣総理大臣）

- 「加速化プラン」に掲げる各種施策について、**法制化が必要なものは、来年通常国会での法案提出に向けて準備をし、制度設計等の具体化を急がねばなりません。**加藤大臣、新藤大臣、武見大臣はじめ関係大臣において、関係する会議体での議論を含め検討を進めていただき、**成案を得ていきます。**

「加速化プラン」を支える財源の基本骨格

- 「こども未来戦略方針」では、「加速化プラン」を支える財源の基本骨格として、
 - ・ **徹底した歳出改革等を行い、それらによって得られる公費の節減等の効果及び社会保険負担軽減の効果を活用しながら、実質的に追加負担を生じさせないことを目指す**
 - ・ 歳出改革等は、これまでと同様、**全世代型社会保障を構築するとの観点から、歳出改革の取組みを徹底するほか、既定予算の最大限の活用などを行う**
 - ・ 歳出改革等による財源確保、経済社会の基盤強化を行う中で、**企業を含め社会・経済の参加者全員が連帯し、公平な立場で、広く負担していく新たな枠組み（「支援金制度（仮称）」）を構築する**との方針が掲げられている。

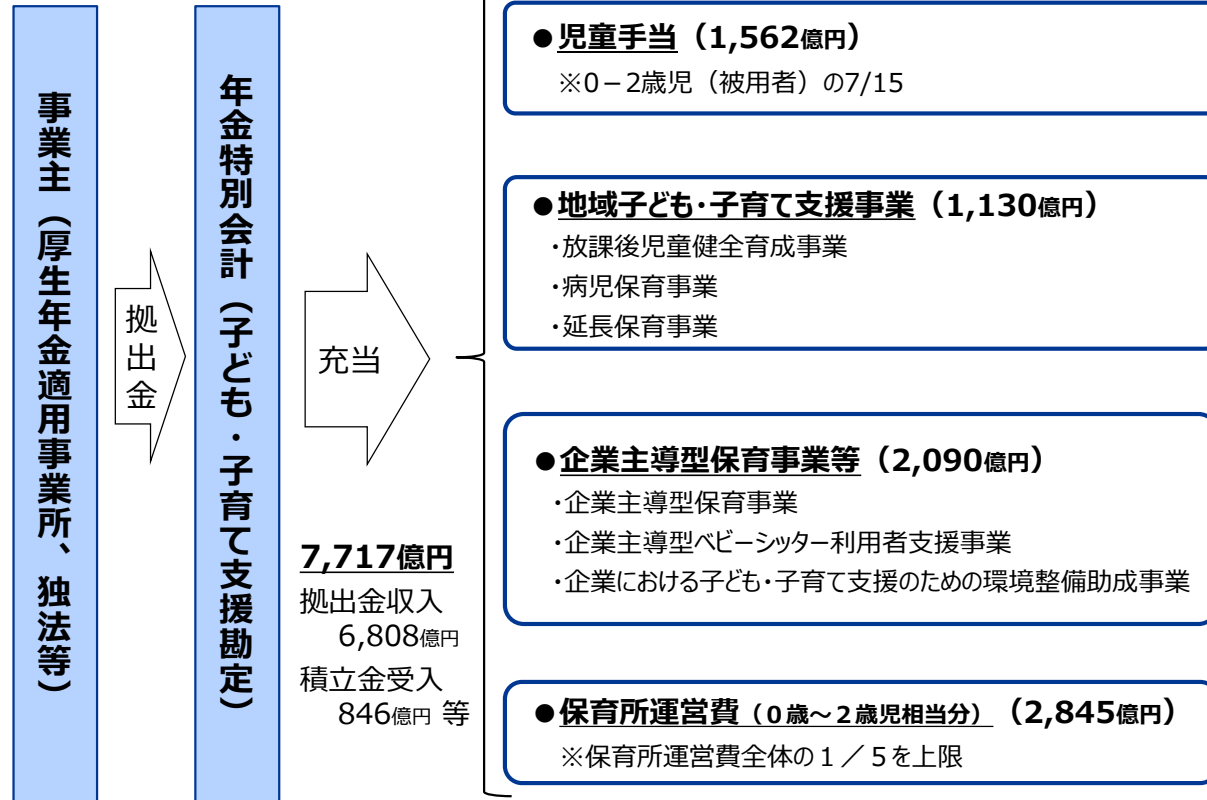
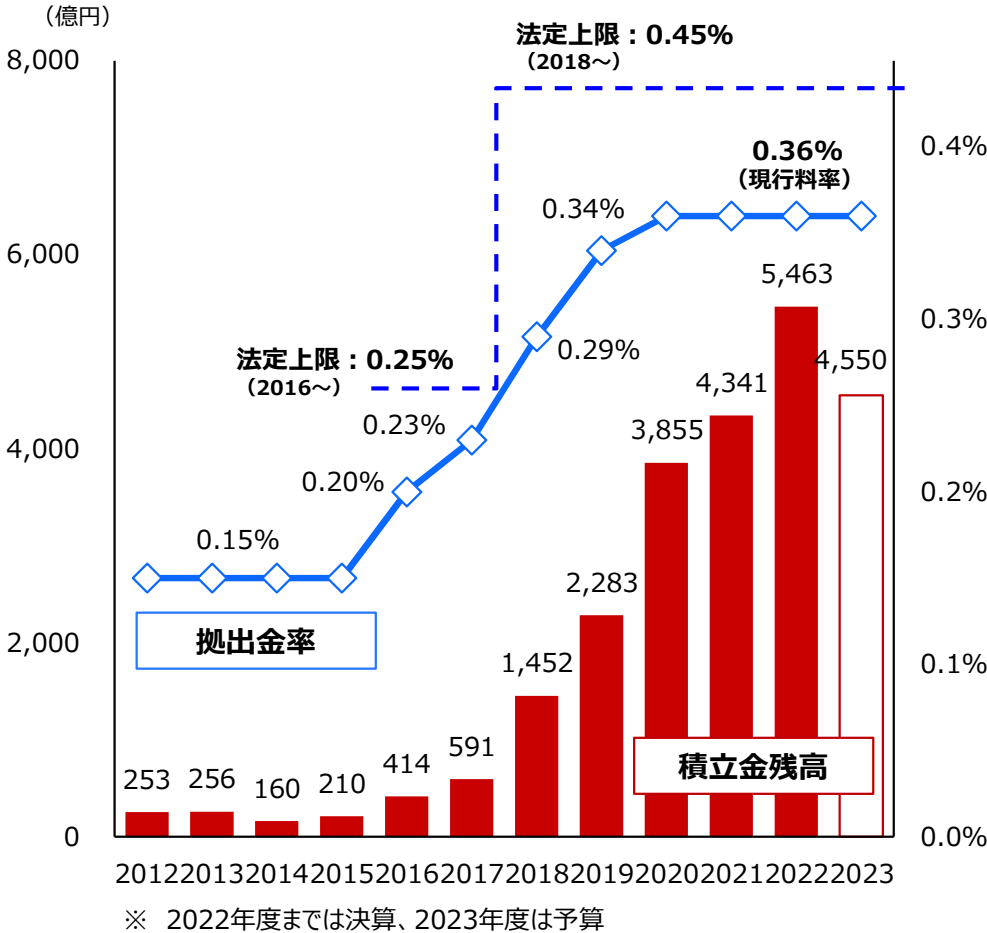


子ども・子育て拠出金（事業主拠出金）について

○ 子ども・子育て拠出金については、こども・子育て政策を社会全体で支援していく上で重要な役割を果たしているが、足下は賃上げ傾向の中、収入が増加し、積立金が積み上がっている状況にある。

◆ 拠出金の料率と積立金の推移

◆ 拠出金を充当する事業（2023年度予算）



※ 日本年金機構が厚生年金保険料、健康保険料等とともに事業主から徴収
※ 充当先は子ども・子育て支援法（第69条）で法定されている

【改革の方向性】（案）

○ こども・子育て政策強化の財源として、広く国民に支援金負担を求める以上、現行の事業主拠出金について、最大限の活用を図ることも必要不可欠であり、「加速化プラン」が完了する2028年度まで現行の料率（0.36%）を維持することを前提に、用途の拡充を検討すべき。

- これまで、**こども予算の充実**に向けて、消費税率引上げや子ども・子育て拠出金の増額により財源を確保してきたほか、**社会保障関係費の歳出の目安を達成する中で、毎年度、こども予算を増額させてきている。**（年平均：+0.18兆円（地方負担を含む公費ベース））
- 今後とも、全世代型の社会保障制度を構築するとの考え方の下、同様の歳出改革努力を継続し、こども予算の充実につなげていくことが必要。

◆2013→2022年度のこども関連予算（地方負担含む公費ベース）の推移

※ こども家庭庁予算+育児休業給付（厚生労働省）

■現金給付

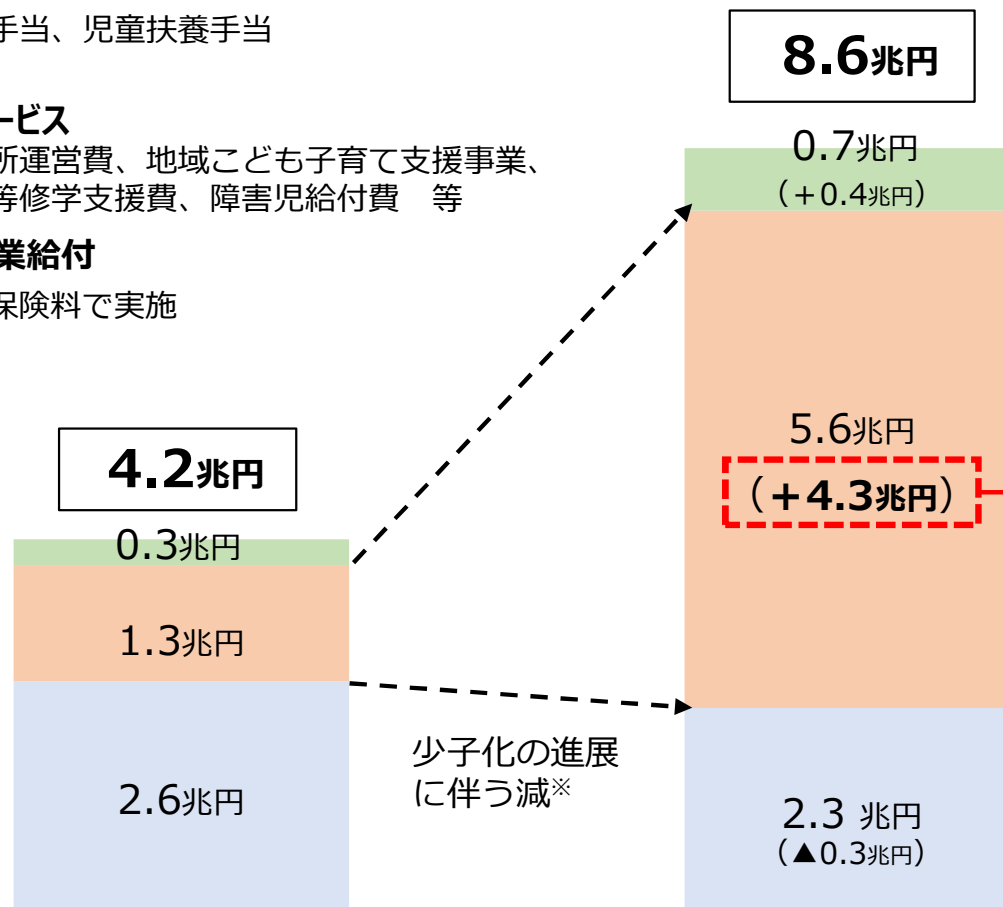
：児童手当、児童扶養手当

■現物サービス

：保育所運営費、地域こども子育て支援事業、大学等修学支援費、障害児給付費 等

■育児休業給付

：雇用保険料で実施



少子化の進展に伴う減※

+4.3兆円（9年間の累積）の財源

- 消費税率の引上げ +2.2兆円
 - 子ども・子育て拠出金の増額 +0.5兆円
 - 歳出の目安の下での歳出改革による予算確保 +1.6兆円
- ⇒ 年平均：**+0.18兆円**

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

2013年度

2022年度

※児童手当の特例給付対象者に係る所得上限の設定による減を含む

支援金制度（仮称）について

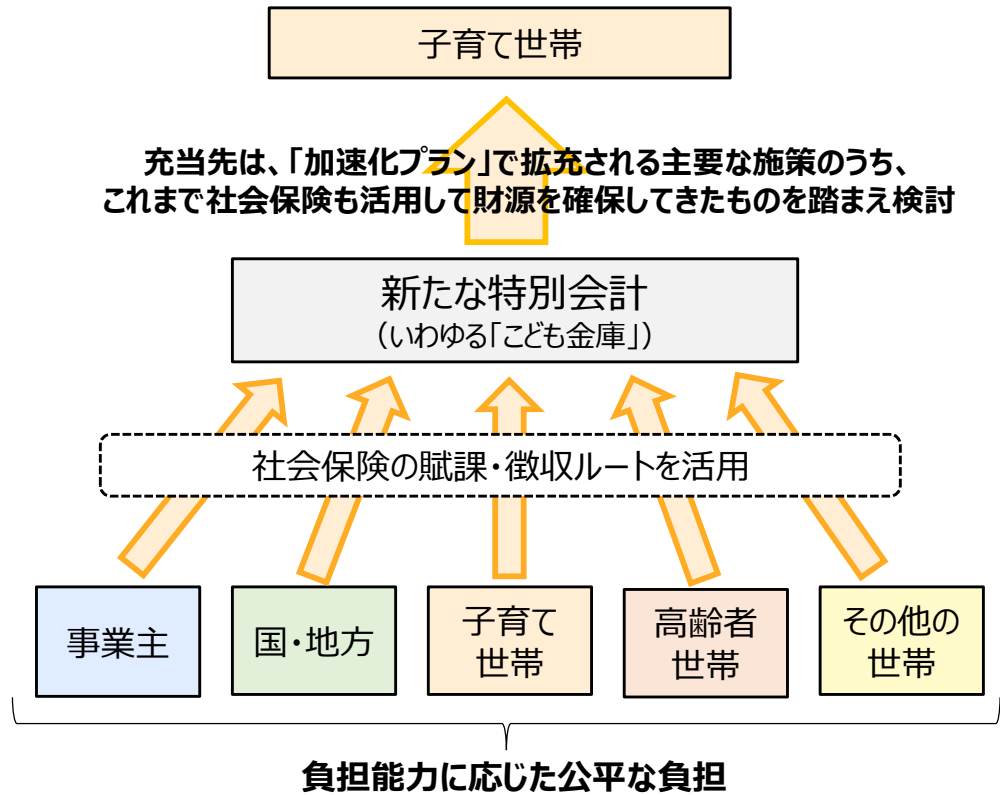
○ 企業を含め社会・経済の参加者全員が連帯し、公平な立場で、広く負担していく新たな枠組みである**支援金制度（仮称）の構築**に向け、**充当対象経費や賦課・徴収方法などの具体化を進めていく必要**。

◆こども未来戦略方針（令和5年6月13日閣議決定）（抄）

（脚注）支援金制度（仮称）については、以下の点を含め、検討する。

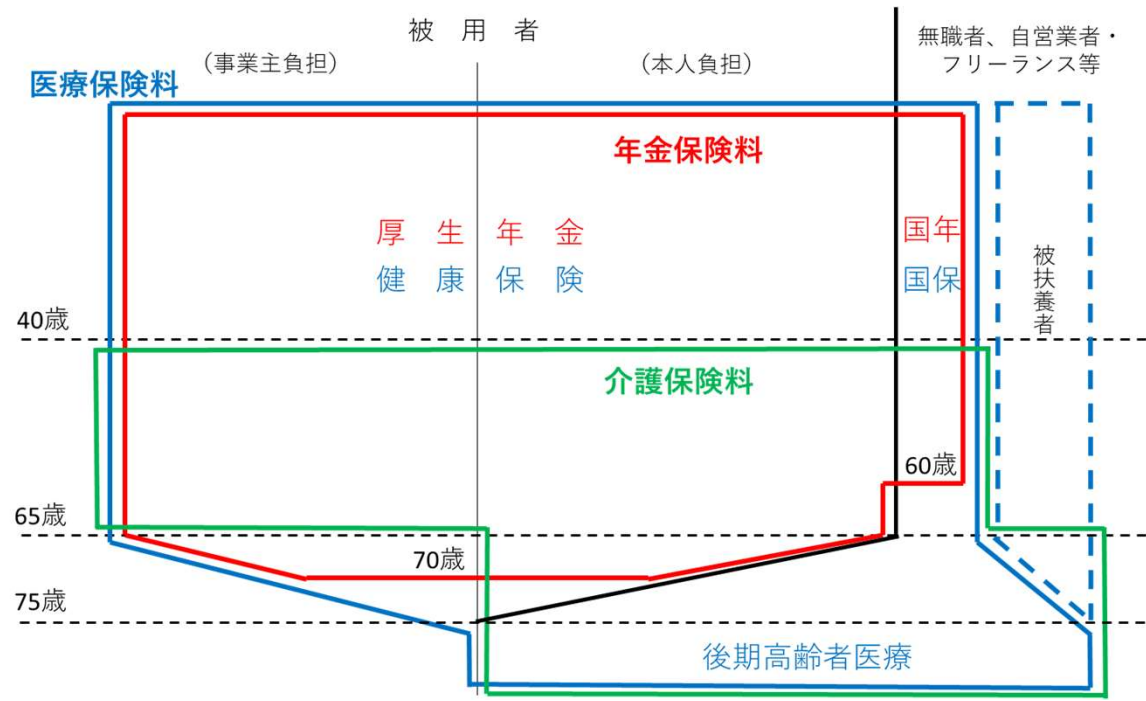
- ・ 現行制度において育児休業給付や児童手当等は社会保険料や子ども・子育て拠出金を財源の一部としていることを踏まえ、公費と併せ、「加速化プラン」における関連する給付の政策強化を可能とする水準とすること。
- ・ **労使を含めた国民各層及び公費で負担**することとし、その賦課・徴収方法については、賦課上限の在り方や賦課対象、低所得者に対する配慮措置を含め、負担能力に応じた公平な負担とすることを検討し、全世代型で子育て世帯を支える観点から、**賦課対象者の広さを考慮しつつ社会保険の賦課・徴収ルートを活用**すること。

◆支援金制度（仮称）のイメージ



◆各種保険料の賦課対象

医療保険には全世代が加入しており、賦課対象者の範囲が最も広い。



新たな特別会計（いわゆる「こども金庫」）の創設

- こども・子育て政策は、児童手当や幼児教育・保育給付のほか、雇用保険の育児休業給付など様々な制度が関わっており、**施策の全体像と費用負担の関係を可能な限り見える化していくことが重要。**
- 支援金や事業主拠出金、雇用保険料といった特定の財源を充当して実施することも・子育て政策に関する予算については、新たな特別会計（いわゆる「こども金庫」）を設け、資金の流れの「見える化」を進めるとともに、給付と負担の関係を分かりやすく示していくべき。

◆こども未来戦略方針（令和5年6月13日閣議決定）（抄）

（見える化）

- こども家庭庁の下に、こども・子育て支援のための**新たな特別会計（いわゆる「こども金庫」）**を創設し、既存の（特別会計）事業（脚注）を統合しつつ、**こども・子育て政策の全体像と費用負担の見える化を進める。**

（脚注）年金特別会計子ども・子育て支援勘定及び労働保険特別会計雇用勘定（育児休業給付）。

新特別会計（いわゆる「こども金庫」）

こども家庭庁所管

【現：年金特会子ども・子育て支援勘定】

主な歳出

児童手当

保育所運営費等

企業主導型保育

地域子ども・子育て支援
（放課後児童クラブ等）

主な歳入

- ・ 子ども・子育て拠出金
- ・ 税財源等
- ・ 子ども・子育て拠出金
- ・ 税財源等
- ・ 子ども・子育て拠出金
- ・ 子ども・子育て拠出金
- ・ 税財源等

厚生労働省所管

【現：労働保険特会雇用勘定】

主な歳出

育児休業給付

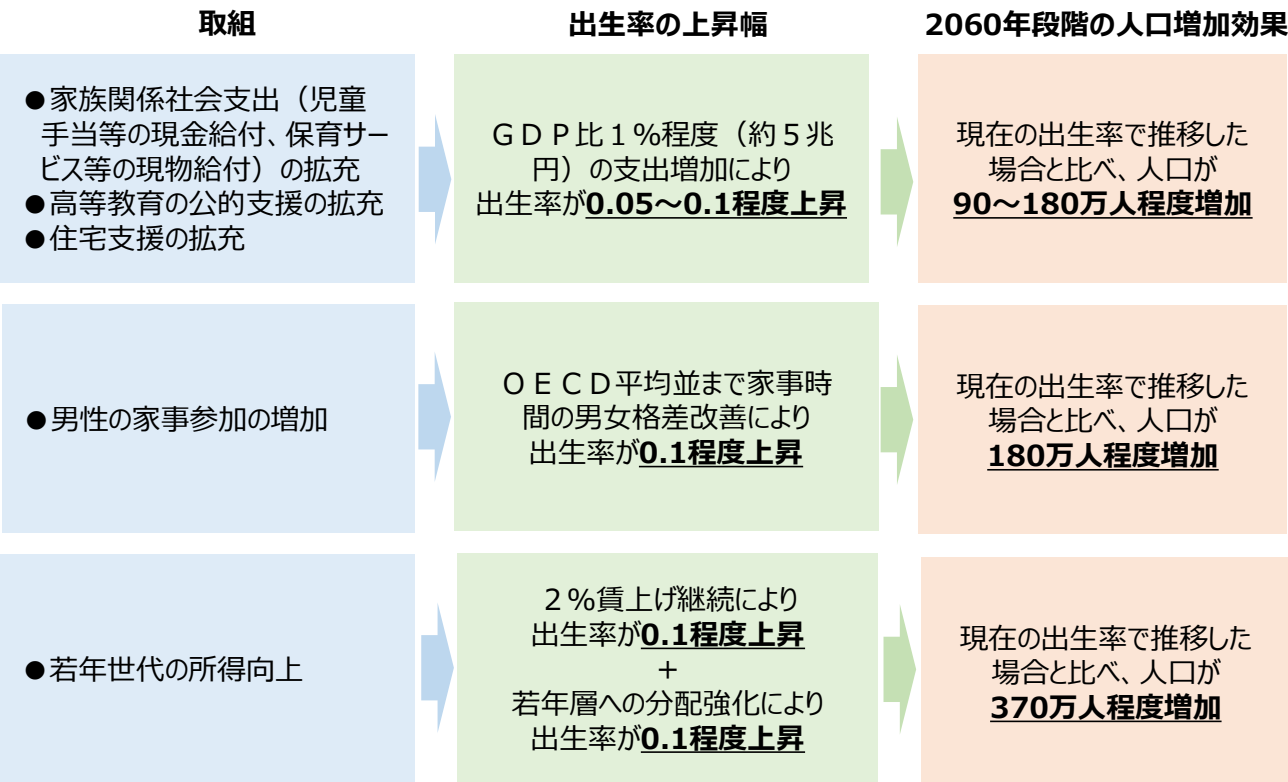
主な歳入

- ・ 雇用保険料
- ・ 税財源等

既存の特別会計を統合
+ 支援金（仮称）を経理

- 今回の「**加速化プラン**」（事業規模：3兆円半ば）によって、我が国の少子化対策は、**画期的に前進**することとなるが、広く国民の負担を求め、巨額の予算を投じる以上、政策が当初想定した効果を発揮しているか、**EBPMの観点も踏まえながら検証を行い、適切に見直しを行うなど、PDCAを推進しながら進めていくべき。**

◆少子化の傾向を反転させる取組についての機械的試算 （経済財政諮問会議における民間議員提出資料より作成）



（出所）2023年4月26日 経済財政諮問会議
資料2-1「成長と分配の好循環を生み出す経済財政政策に向けて（参考資料）」
3ページ「EBPMによる政策効果分析の活用可能性」より抜粋

◆データが語る子育て支援のワナ（渡辺安虎氏）（抄） （エコノミスト360°視点 日本経済新聞 令和5年8月10日）

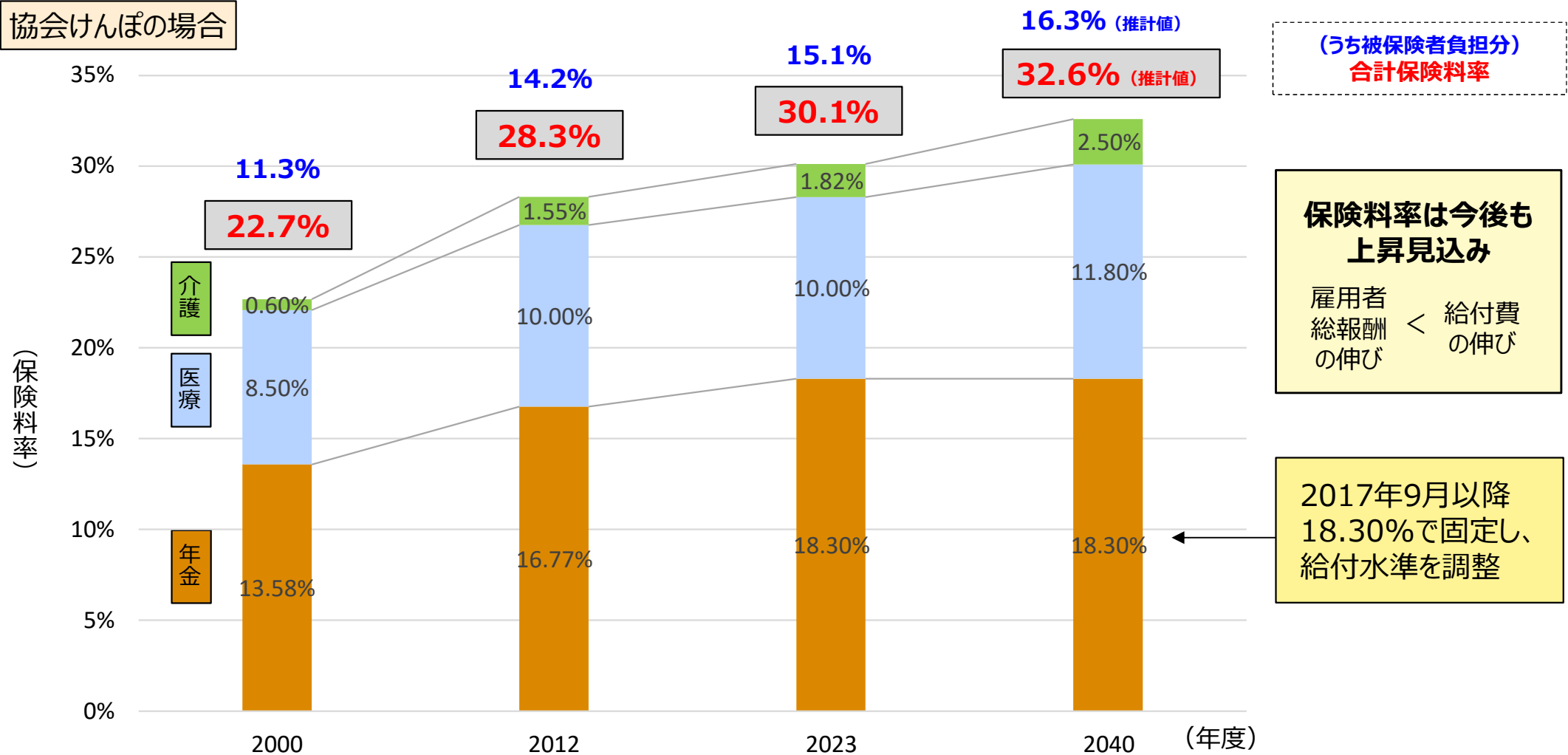
（前略）

- 子育て支援策のうち、この25年ほどで一気に広がったのが子ども医療費の無償化だ。一定年齢までの子どもについて、健康保険でカバーされない2割や3割の自己負担分を市区町村や都道府県が負担し、実質無償で医療や薬を受け取れる政策である。（中略）
- この政策はどのような効果をもたらしたのだろうか。実は無償化政策のデータに基づく効果検証を、政府はこれまで実施していない。
- 東大の飯塚敏晃教授と重岡仁教授は、市区町村レベルでの無償化の状況の推移データを作成した上で、患者レベルの治療の経過がわかるレセプト（診療報酬明細書）データと結合して**政策効果を推計する論文を発表**している。
- 結果は予想される通り、**子どもにかかる医療費が増加**していた。さらに健康な子供の受診回数が増え、不要な抗生物質の処方や、緊急性が低いのに救急外来を利用する「コンビニ受診」も増えていた。他方、**無償化の効果については、死亡率や入院確率に変化はなく、成長後の健康状態にも影響がなかった。**
- つまり**医療費の無償化は子どもの健康状態を特段改善しないにもかかわらず、過剰な医療費支出を生み出している**わけだ。将来的な財政負担を増やす非効率な政策はどのように広がったのだろうか。
- 重岡氏と筆者との共同研究からは、この政策が自治体の選挙を通じて広がってきたことが判明した。さらに単に選挙のタイミングで広がるのではなく、周囲の市区町村より無償化の対象年齢が低い選挙の場合に広がっていた。（中略）
- では、経済的ポピュリズムの結果ともいえる政策に改善余地はあるだろうか。飯塚氏と重岡氏の論文は、子どもの診療に1回200円の自己負担を設けるだけで、過剰な需要を抑えられることを示している。**自治体間の競争が広がってしまった現状を考えると、国が関与して政策を改善することが必要**だろう。
- より大きな問題は、このような分析を政府が行っていないことだ。異次元の少子化対策は新たな挑戦であり、間違いや失敗が生ずることは避けられない。であれば、**事業費の0.1%でよいのでデータに基づく政策改善のための予算を確保**するなど、政府が改善を進められる体制を整えることが重要だろう。

現役世代が負担する社会保険料負担

- 社会保障に係る負担を現役世代の社会保険料負担で見ると、現役世代の保険料率は報酬の3割を超える水準であり、今後も継続的に上昇する見込み。
- 医療介護の保険料率上昇を抑制する取組みを強化しないと、足下の構造的賃上げ等の動きを阻害するほか、中期的にも保険制度が持続できないおそれ。

協会けんぽの場合



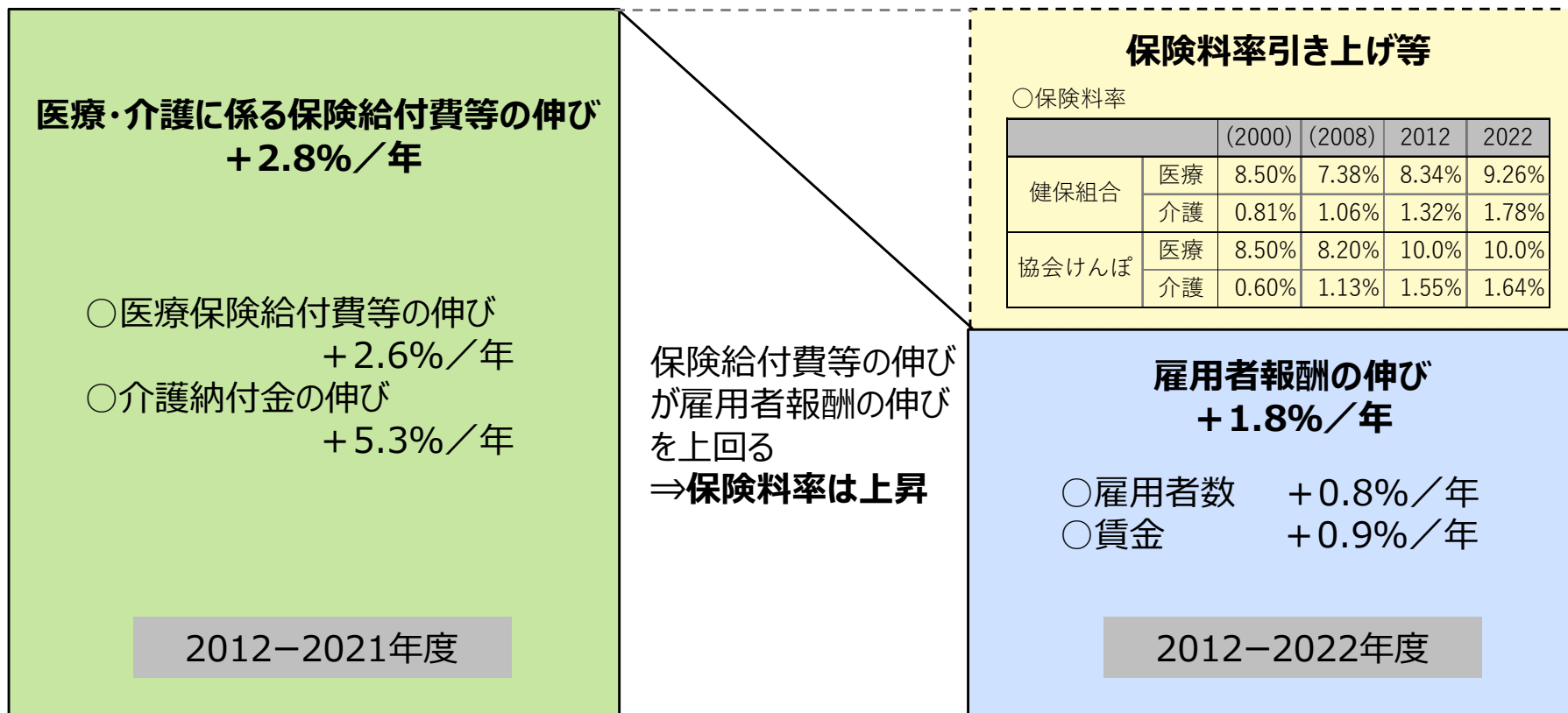
保険料率は今後も上昇見込み

雇用者総報酬の伸び < 給付費の伸び

2017年9月以降18.30%で固定し、給付水準を調整

(注) 2040年度の保険料率については、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」(平成30年5月21日)における経済ベースライン・現状投影・医療単価の伸び率が低い(=保険料総額が少ない)数値を用いている。

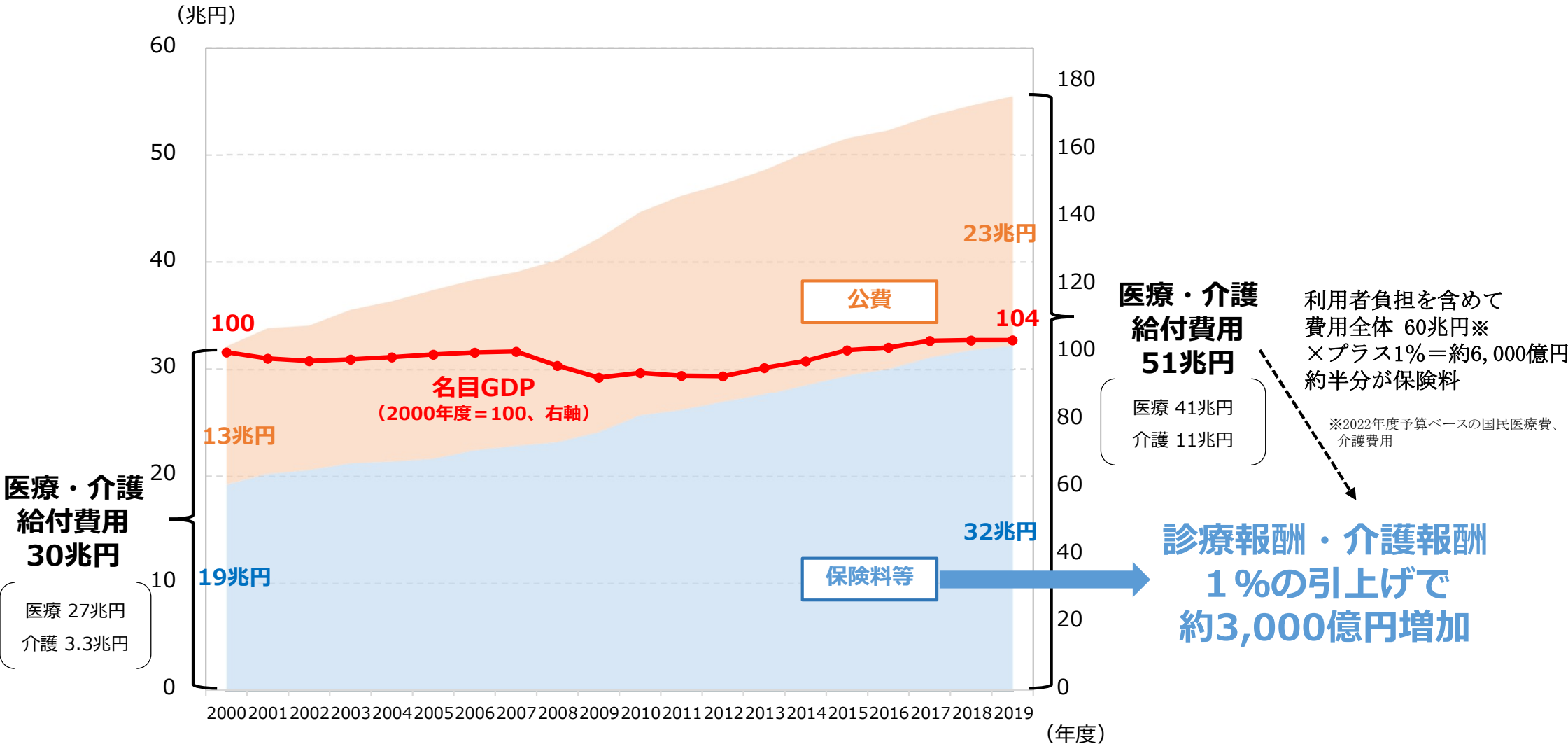
- 医療・介護に係る保険給付費等の伸びと雇用者報酬の伸びが同水準であれば、現役世代が負担する医療・介護保険料率の上昇に歯止めをかけることができる。
- このため、必要な医療・介護を提供しつつ、給付費等の伸びを抑制するとともに、構造的賃上げを通じて雇用者報酬を増加させ、給付と負担のバランスをとることが必要。



(注1) 年平均は始点から終点までの伸び率を年数で単純に除して算出
 (注2) 医療保険給付費等は、2012年度から2021年度にかけての全国健康保険協会及び健康保険組合における保険給付費及び拠出金等の総額（健康保険組合の2021年度実績については決算見込額）
 (注3) 介護納付金は、2012年度から2021年度にかけての全国健康保険協会及び健康保険組合における介護納付金の総額（健康保険組合の2021年度実績については決算見込額）
 (注4) 健康保険組合に係る保険料率は、平均設定保険料率であって、各組合の単純平均（加入する保険者数でウェイトがけしていない）
 (注5) 全国健康保険協会に係る保険料率は、全都道府県の平均値
 (注6) 2022年度における雇用者報酬、雇用者数及び賃金は推計値
 (出所) 内閣府「国民経済計算」（2021年度年次推計）、全国健康保険協会及び健康保険組合連合会決算関係資料 ※雇用者報酬に係る2022年度の推計値は総務省「労働力調査」、厚生労働省「毎月勤労統計調査」

医療・介護の効率的な提供の必要性

- 診療報酬・介護報酬の1%の引き上げにより、保険料負担は約3,000億円増加。
- 医療機関等の経営状況等を踏まえた適正な公定価格とすることが重要。



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「令和2年度社会保障費用統計」

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

我が国の医療保険制度の特徴

国民皆保険

フリーアクセス

自由開業医制

出来高払い

患者側

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

医療機関側

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

供給サイドの増加に応じて
医療費の増大を招きやすい構造

社会構造の変化

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

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

保険給付の効率的な提供

- 公定価格の適正化
- 医療・介護提供体制の改革
- 医療DXの推進

保険給付範囲の在り方の見直し

- 「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」の原則の徹底
- 高度・高額な医療技術や医薬品への対応

高齢化・人口減少下での負担の公平化

- 年齢ではなく能力に応じた負担

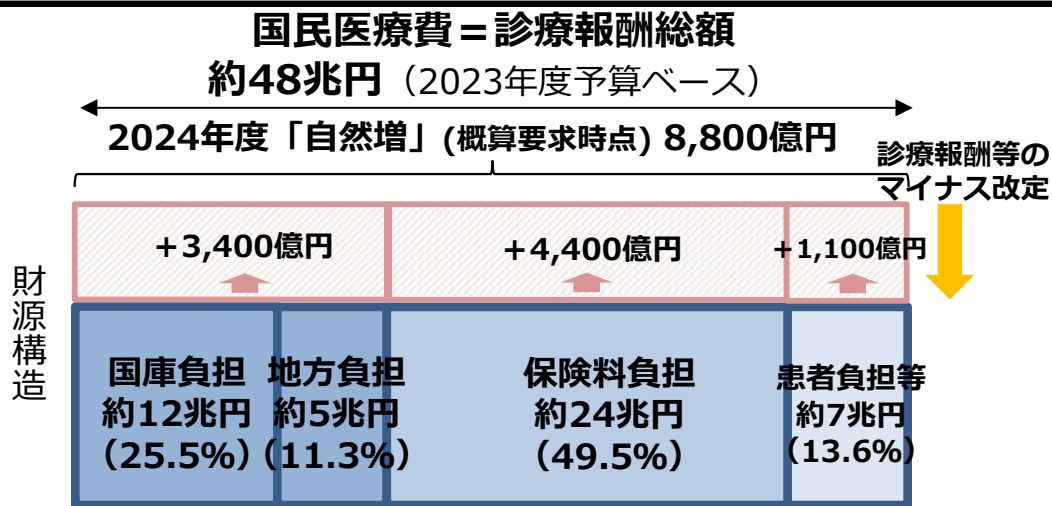
2. 診療報酬改定

- 総論
- 診療所
- 病院
- 調剤報酬
- 薬価改定
- 経営情報の見える化
- 医療DX

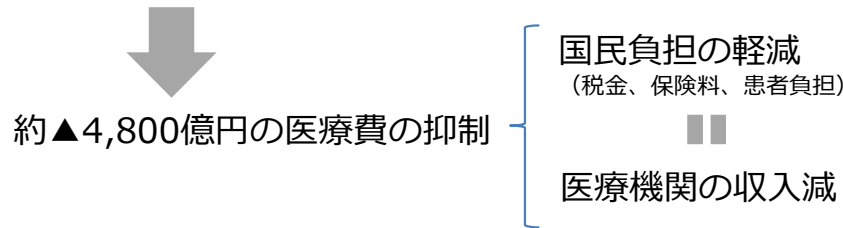
診療報酬改定（総括）

- 診療報酬本体、薬価など、保険償還の対象となるサービスの価格については、国民負担を軽減する観点から、できる限り効率的に提供するように、診療報酬の合理化・適正化等を進めていく必要。
- 2024年度改定においては、診療所の極めて良好な経営状況等を踏まえ、診療所の報酬単価を引き下げること等により、現場従事者の処遇改善等の課題に対応しつつ診療報酬本体をマイナス改定とすることが適当。

医療費の構造



診療報酬を▲1%適正化した場合



これまでに取り組んできた主な事項

- 診療報酬本体
 - ・ 急性期や長期療養に係る入院基本料の評価体系の見直しなど、機能に応じた適切な評価を実施
- 調剤報酬
 - ・ いわゆる大型門前薬局に対する評価の適正化を実施
- 薬価制度の抜本改革
 - ・ 新薬創出等加算の見直しや費用対効果評価制度の本格的導入、毎年薬価改定の実施

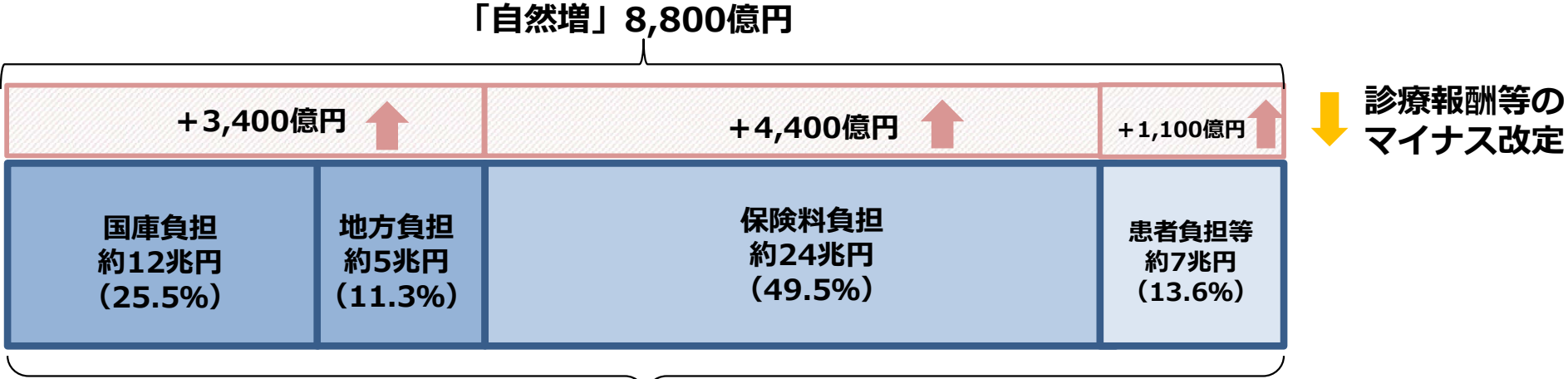
今後の主な改革の方向性

- 診療報酬・調剤報酬の合理化・適正化
 - ・ 診療所の極めて良好な経営状況等を踏まえ、診療所の報酬単価を引き下げること等により、診療報酬本体をマイナス改定とすることが適当
 - ・ 薬局に求められる機能を踏まえた調剤報酬の見直し
- 薬価改定
 - ・ イノベーションを推進しつつ、毎年薬価改定により薬価を実勢価にあわせることでの適正化を図る
- 高齢化等による事業者の収益等の増加が処遇改善につながる仕組みの構築

医療費の自然増による影響

- 令和6年度予算の概算要求における5,200億円のいわゆる「自然増」要求のうち、医療分については、2,200億円（国費ベース）の要求となっている。
- これは、医療費ベース（令和5年度予算ベース：48兆円程度）で8,800億円の増額要求であることになる。仮に改定率をゼロとした場合でも、保険料はこのため4,400億円程度増加することが見込まれる。

◆医療費の負担構造（国民への影響）



国民医療費 = 診療報酬総額（令和5年度予算ベース）：約48兆円

※各財源別の医療費の「自然増」については、概算要求における医療費（国費）の「自然増」を基に、「国民医療費の概況」（2020）の財源比率を用いて機械的に算出したもの。
（出所）厚生労働省「国民医療費の概況」による

経済財政運営と改革の基本方針2023（令和5年6月16日）

第2章3「少子化対策・子ども政策の抜本強化」に基づく対策を着実に推進し、現役世代の消費活性化による成長と分配の好循環を実現していくためには、医療・介護等の不断の改革により、ワズスペンディングを徹底し、**保険料負担の上昇を抑制することが極めて重要**である。

次期診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の同時改定においては、**物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者・利用者負担・保険料負担への影響を踏まえ**、患者・利用者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行う。

変革期間における診療報酬改定（総括）

- 診療所・病院・調剤の区分毎に経営状況や課題等が異なることを踏まえたメリハリをつけた改定とする。
- 診療所の極めて良好な経営状況等を踏まえ、診療所の報酬単価を引き下げること等により、現場従事者の処遇改善等の課題に対応しつつ診療報酬本体をマイナス改定とすることが適当。これにより、現役世代の保険料負担等の軽減による手取り所得を確保する（＝変革期間における経済政策との整合性）。
- 強化される賃上げ税制を含む処遇改善の実績に応じた配分や経営情報の見える化等を進め、高齢化等に伴う事業者の収益増等（全体として年+2～3%）が現場の従事者の処遇改善につながる構造を構築する。

診療所

- 近年の物価上昇率を大きく上回る単価増・収益増や、極めて良好な経営状況等を踏まえ、初診料・再診料を中心に報酬単価を引下げ

- ・ 診療所の1受診当たりの医療費：年+4.3%（過去3年間）
- ・ 診療所の収益：1.9億円（過去2年間で+12%）
- ・ 診療所の経常利益率：8.8%（2022年度）
- ・ 利益剰余金：1.24億円（過去2年間で約2割増加）

（具体策）

- 診療コストにきめ細かく対応する地域別単価の検討
- マイナ保険証利用時の患者負担の軽減
- リフィル処方箋の利用実績を踏まえた調整措置
 - ・ 処方箋料の時限的引下げ（*）
 - * リフィル処方箋の利用率見込みが達成されるまでの間の措置

病院

- 現場の従事者の処遇改善

- ・ 医師の働き方改革への対応（医療介護総合確保基金による支援）
- ・ 看護師等の処遇改善加算の成果の検証

- 地域医療構想の実現

- ・ 看護配置に過度に依存した報酬体系からの転換

- 公立病院改革の推進

- ・ 公立病院の経営改善を促す措置

調剤報酬

- 予算執行調査結果の反映

- ・ 調剤基本料、地域支援体制加算の見直し

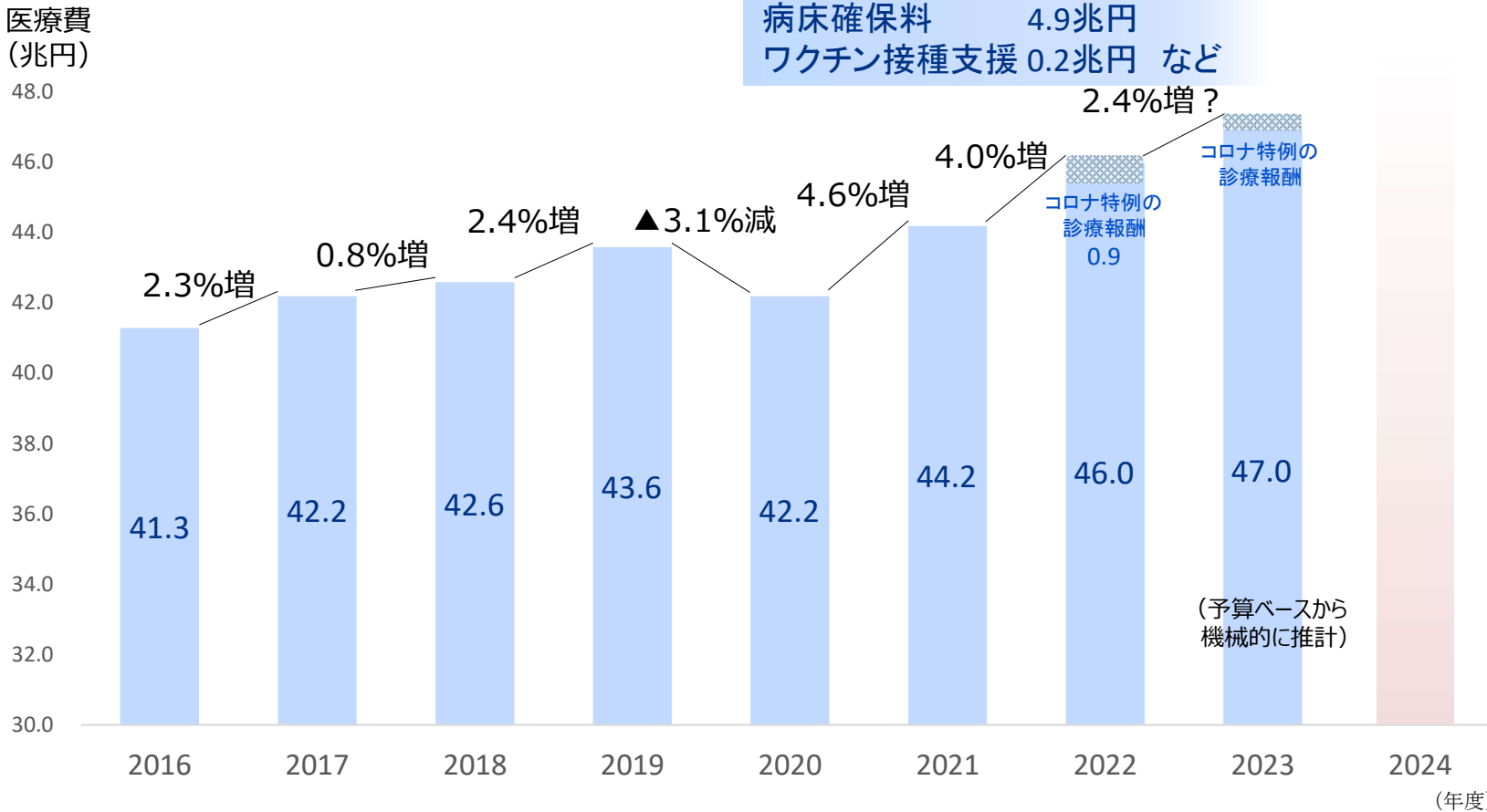
共通課題

- 高齢化等に伴う事業者の収益増等（全体として年+2～3%）が処遇改善（現場の従事者の賃上げ等）につながる構造の構築
 - ・ 処遇改善の実績に応じた配分：処遇改善加算の仕組みの活用、強化される賃上げ税制（減税措置）の活用
 - ・ 経営情報の見える化の強化：報酬上の加算取得に当たって職種別給与等の提出の要件化等
 - ・ コロナ禍で積みあがった内部留保の賃上げ原資等としての活用

最近の医療費の動向

- 新型コロナ初年度である2020年度は患者数の減少等により医療費（＝医療機関の収入）は一時的に落ち込んだが、それ以降は、コロナ前を上回るペースで医療費は増大。
- これに加えて、この3年間、巨額の国費（補助金等）が医療機関に交付されており、病床確保料、ワクチン接種支援だけでも過去3年間で5兆円に上ると見込まれる。
- 今後、病床確保が不要となれば、診療報酬の対象となる病床の稼働率が上昇し、更なる医療費の増加要因となる可能性。

◆医療費の動向



◆医療費の伸び率 (対前年同期比、%)

	総計		
	うち病院	うち診療所	
2022年 4月	+0.7	+0.3	+3.2
5月	+5.4	+5.5	+7.1
6月	+3.7	+4.4	+4.3
7月	+2.7	+1.0	+10.0
8月	+3.1	▲1.8	+15.4
9月	+3.4	+1.5	+9.2
10月	+2.6	+2.7	+5.4
11月	+2.8	+1.3	+8.5
12月	+2.0	▲1.6	+12.4
2023年 1月	+5.1	+4.0	+9.9
2月	+10.4	+13.4	+8.1
3月	+6.4	+7.9	+4.8
2022年度	+4.0	+3.1	+8.1

(注1) 医療費について、2022年度までは厚生労働省「医療費の動向」の概算医療費。2023年度は国民医療費(予算ベース)を2020年度の国民医療費と概算医療費の割合を基に概算医療費ベースに推計。
 (注2) 病床確保料及びワクチン接種支援については、2022年度までの都道府県の執行実績。

(注) 「総計」には内科・歯科・保険薬局・訪問看護ステーションが含まれる。「病院」及び「診療所」はそれぞれ内科のみ。
 (出所) 厚生労働省「医療費の動向」

今後の高齢化による医療費の増

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

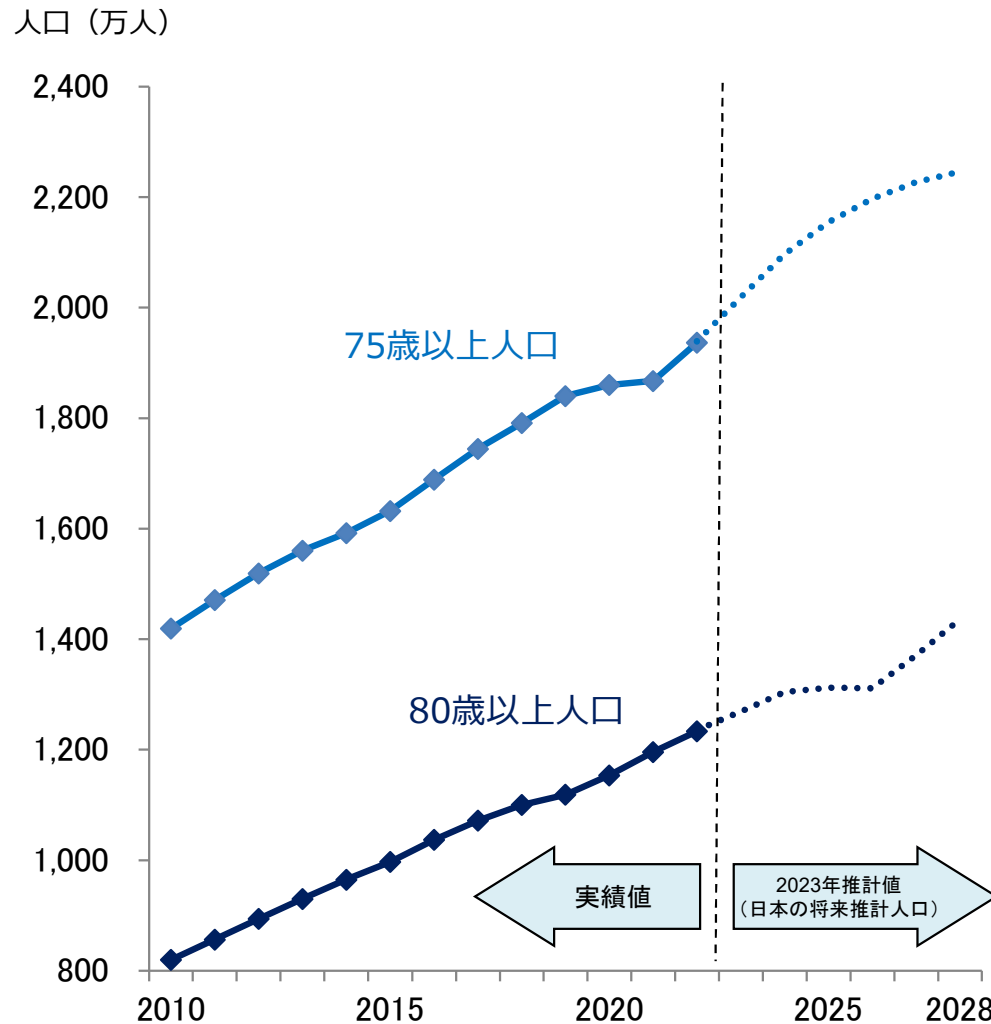
◆これまでの医療費の伸び率

	医療費の伸び率	診療報酬改定等	残差(①-②) ・高齢化・人口の影響 ・医療の高度化 ・制度改正 等
	①	②	
2010	3.9%	0.19%	3.7%
2011	3.1%		3.1%
2012	1.6%	0.004%	1.6%
2013	2.2%		2.2%
2014	1.9%	0.1%	1.8%
2015	3.8%		3.8%
2016	-0.5%	-1.33%	0.8%
2017	2.2%		2.2%
2018	0.8%	-1.19%	2.0%
2019	2.3%	-0.07%	2.4%
2020	-3.2%	-0.46%	-2.7%
2021	4.6%	-0.9%	5.5%
2022	4.0%	-0.94%	4.9%

平均毎年
2.4%増

平均毎年
2.6%増

◆75歳以上人口・80歳以上人口の推移・見通し



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

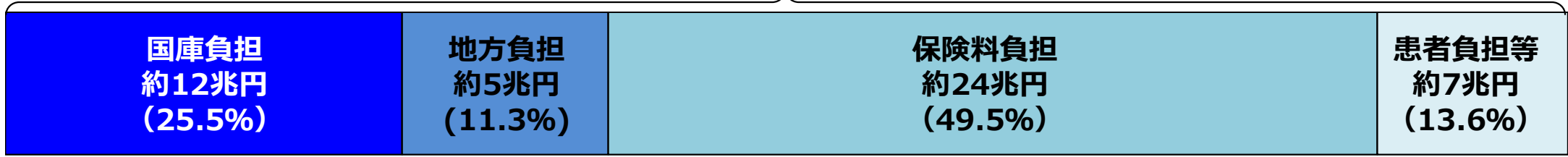
※「診療報酬改定等」は、診療報酬改定のほかに薬価改定を含む

国民医療費の内訳

- 医療費の財源内訳をみると、保険料が約 5 割、国・地方の公費負担が約 4 割、患者の自己負担等が約 1 割となっている。
- 費用構造を見ると、国民医療費の約 5 割を医師等の人件費、約 2 割を医薬品が占めている。
- 診療機関別には、病院が約 5 割、一般診療所が約 2 割となっている。

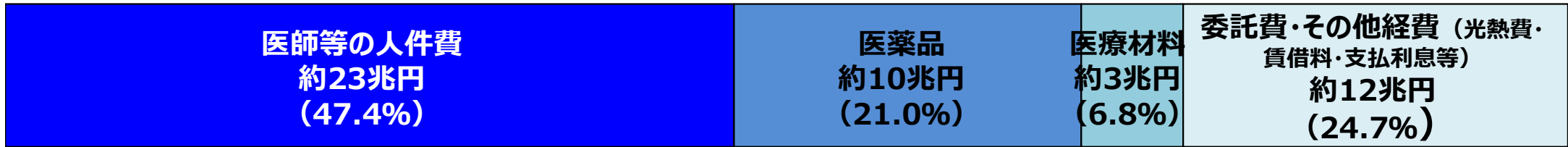
◆財源構成

国民医療費（令和 5 年度予算ベース）：約48兆円



公費負担：約18兆円（36.8%）

◆費用構造



◆診療機関別（令和3年度国民医療費ベース：約45兆円）

病院：約23兆円（51.7%） 一般診療所：約9兆円（20.3%） 歯科診療所：約3兆円（7.0%）
 薬局調剤：約8兆円（17.5%）

（出所）財源構造：令和 5 年度予算ベース、費用構造：「医療経済実態調査（令和2年度）」の結果等に基づき厚生労働省において推計、診療機関別：「令和3年度国民医療費」（厚生労働省）
 ※端数の関係上、全体と個別の項目の合計が一致しないことがある。

この3年間の医療関係の特例的な支援

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

- 病床確保料 : 4.9兆円（1床当たり1日最大43.6万円）〈実績〉
- ワクチン接種支援 : 0.2兆円（週100回以上接種した場合の上乗せ支援等）〈実績〉

- 病床確保のための緊急支援 : 0.3兆円（上記の病床確保料に加えて1床増やすごとに最大1,950万円の支援）
- 診療報酬特例 : 0.1兆円（新型コロナウイルス感染症の入院患者の特例的評価等）
- 医療従事者への慰労金支給 : 0.3兆円（医療従事者や職員に対し、最大20万円を慰労金として支給）
- 感染拡大防止支援
- その他緊急包括支援交付金 : 4.2兆円（医療機関・薬局において、感染防止対策等に要する費用の補助）
- ワクチン接種 : 3.0兆円（接種負担金（1回2,070円等）、接種体制確保補助金（会場費用、医師等の謝金等）等）
- 検査費用 : 0.9兆円（PCR等の行政検査、一定の高齢者・妊産婦等への検査等）

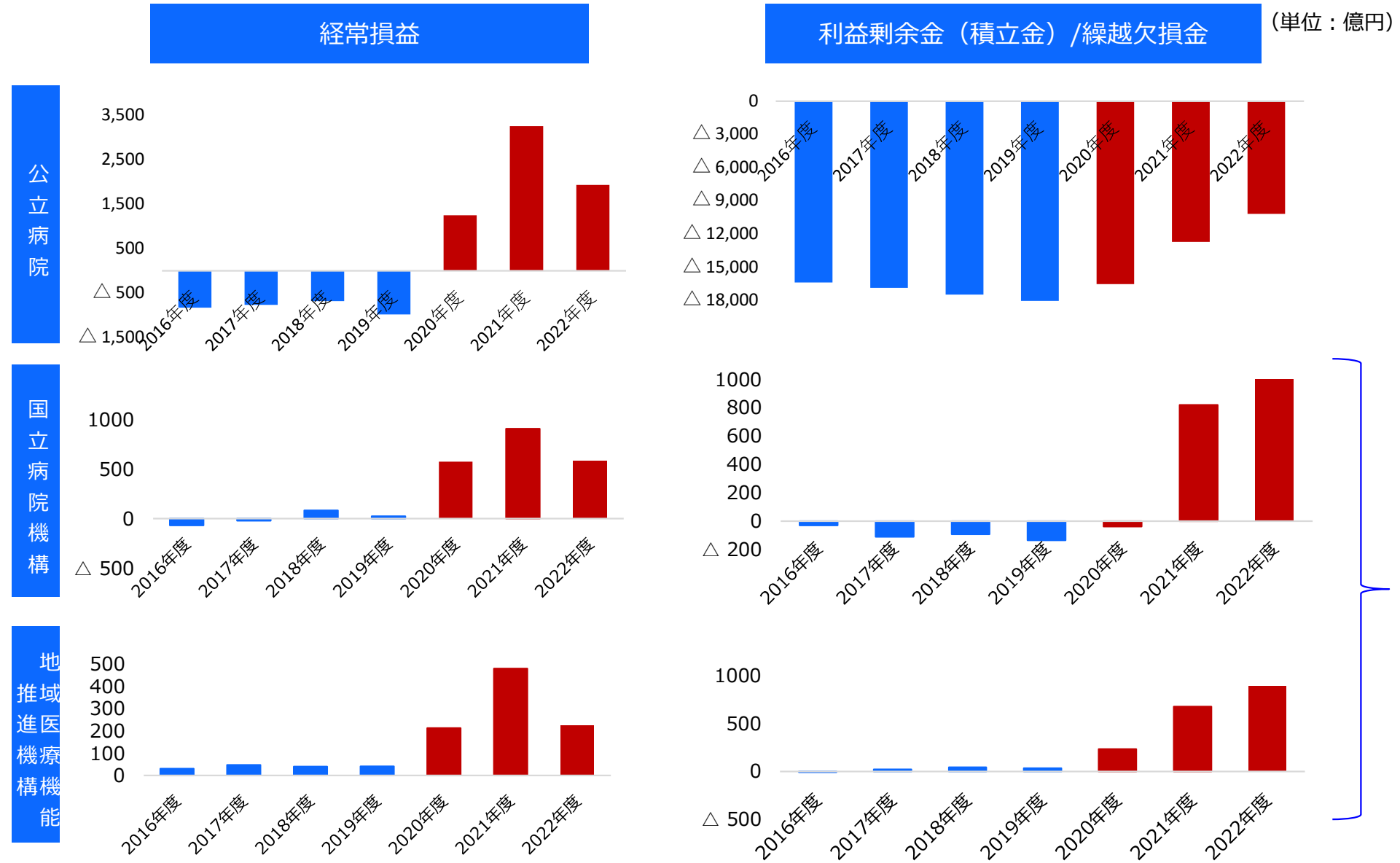
- 治療薬の確保 : 1.3兆円
- ワクチン購入・流通経費 : 2.9兆円
- ワクチンの開発・生産支援等 : 1.3兆円（ワクチン生産体制支援、研究開発支援、治験実施支援等）
- 検疫体制強化 : 0.4兆円
- 医療用物資・システム整備等 : 1.2兆円（医療用マスク・人工呼吸器の購入、物資の買い上げ等）

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

〔注2〕病床確保料及びワクチン接種支援については、2022(令和4)年度までの都道府県の執行実績。

公立病院等の状況

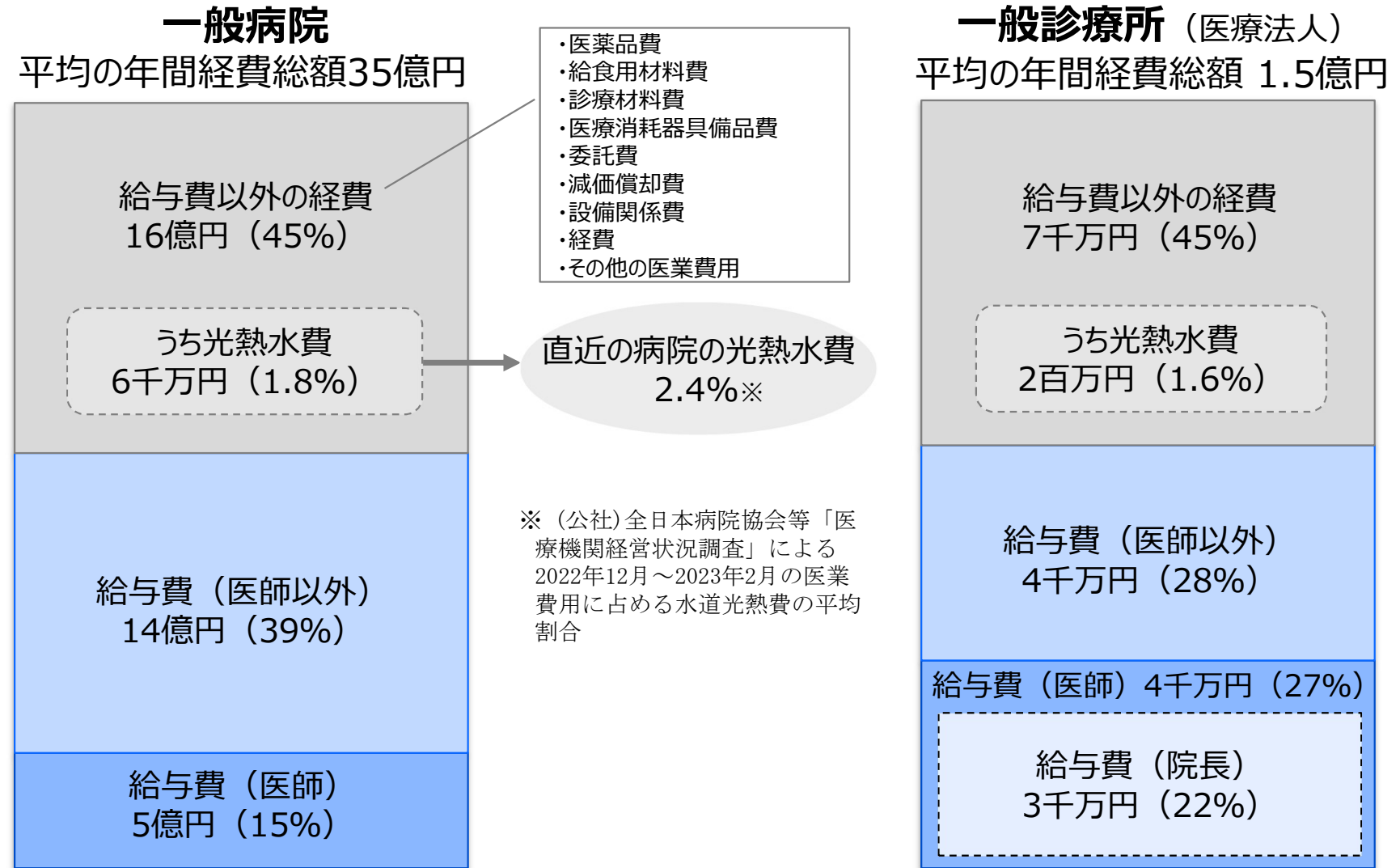
○ 公立病院、国立病院機構及び地域医療機能推進機構は、新型コロナ発生以来、国からのコロナ補助金もあり、大幅に収支が改善。国立病院機構及び地域医療機能推進機構においては、積立金が顕著に増加しており、その一部を今年度国庫返納予定。



(出所) 各法人財務諸表、総務省「地方公営企業決算状況調査」

病院・診療所の経費構造

- 病院・診療所の費用構造を見ると、高騰していると指摘されている光熱水費が経費に占める割合は、2%前後。
- 病院・診療所ともに経費の約半分は給与費であり、診療所においては、医師に係る給与費、特に院長の給与費の割合が高い。



(注1) カッコ書きは経費全体に占める割合。
 (注2) 一般病院の給与費(医師)には、病院長の給与費も含まれる。
 (注3) 給与費には、職員の給与・賞与のほか、退職金、法定福利費が含まれている。また、厚生労働省「第23回医療経済実態調査報告」2020年(度)の「職種別常勤職員1人平均給料年(度)額等」では、一般診療所(医療法人)の院長に係る平均給料年(度)額及び賞与の合計は2,730万円とされている。
 (出所) 各経費(光熱水費及び給与費の内訳を除く)については厚生労働省「第23回医療経済実態調査報告」2020年(度)。一般病院の光熱水費は(公社)全日本病院協会等「医療機関経営状況調査」の2021年12月～2022年2月の医業費用に占める水道光熱費の平均割合、一般診療所の光熱水費は厚生労働省「2020(令和2)年産業連関構造調査(医療業・社会福祉事業等投入調査)」の調査対象事業の経費に占める水道光熱費の割合を基に算出。給与費の内訳については、内閣官房「公的価格評価検討委員会」(2022年11月22日)資料における人件費(賞与を除く)の職種間の配分状況に基づき推計。

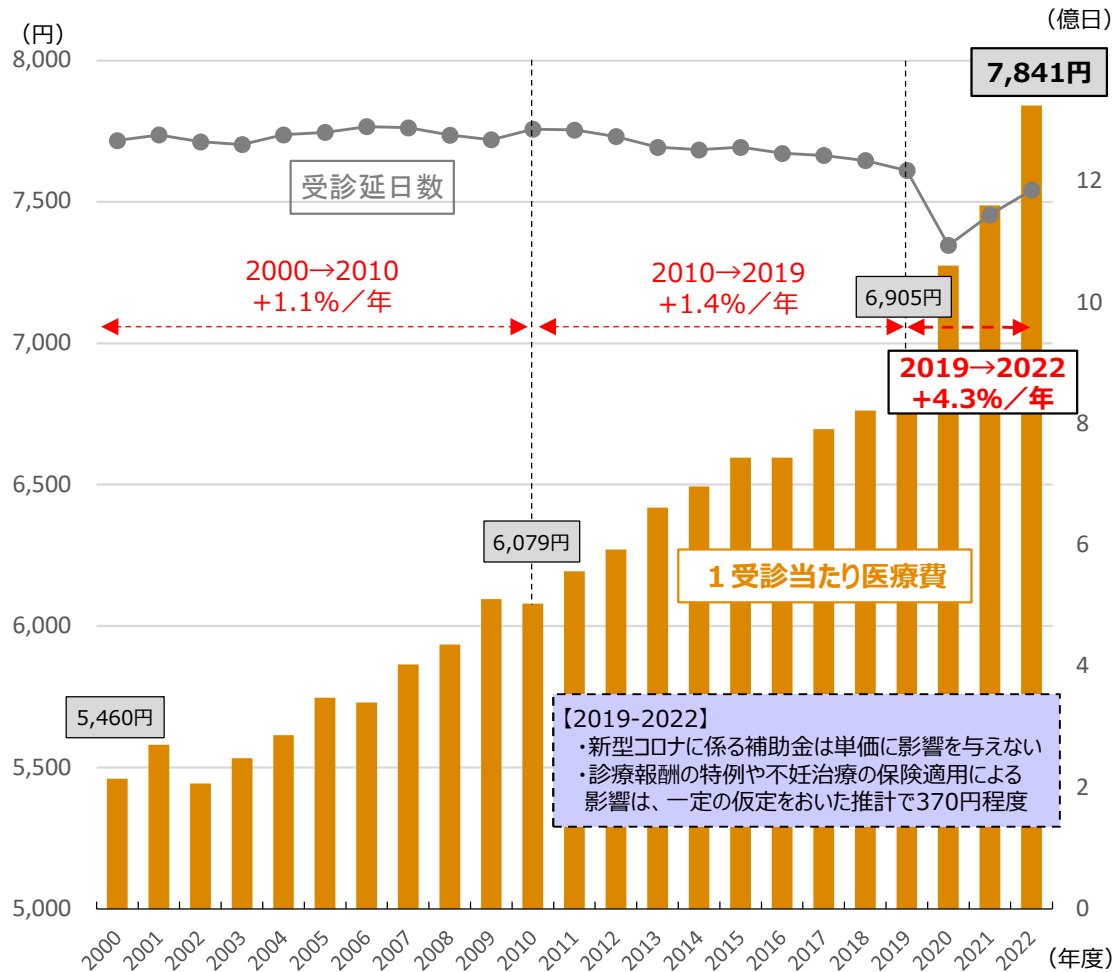
2. 診療報酬改定

- 総論
- 診療所
- 病院
- 調剤報酬
- 薬価改定
- 経営情報の見える化
- 医療DX

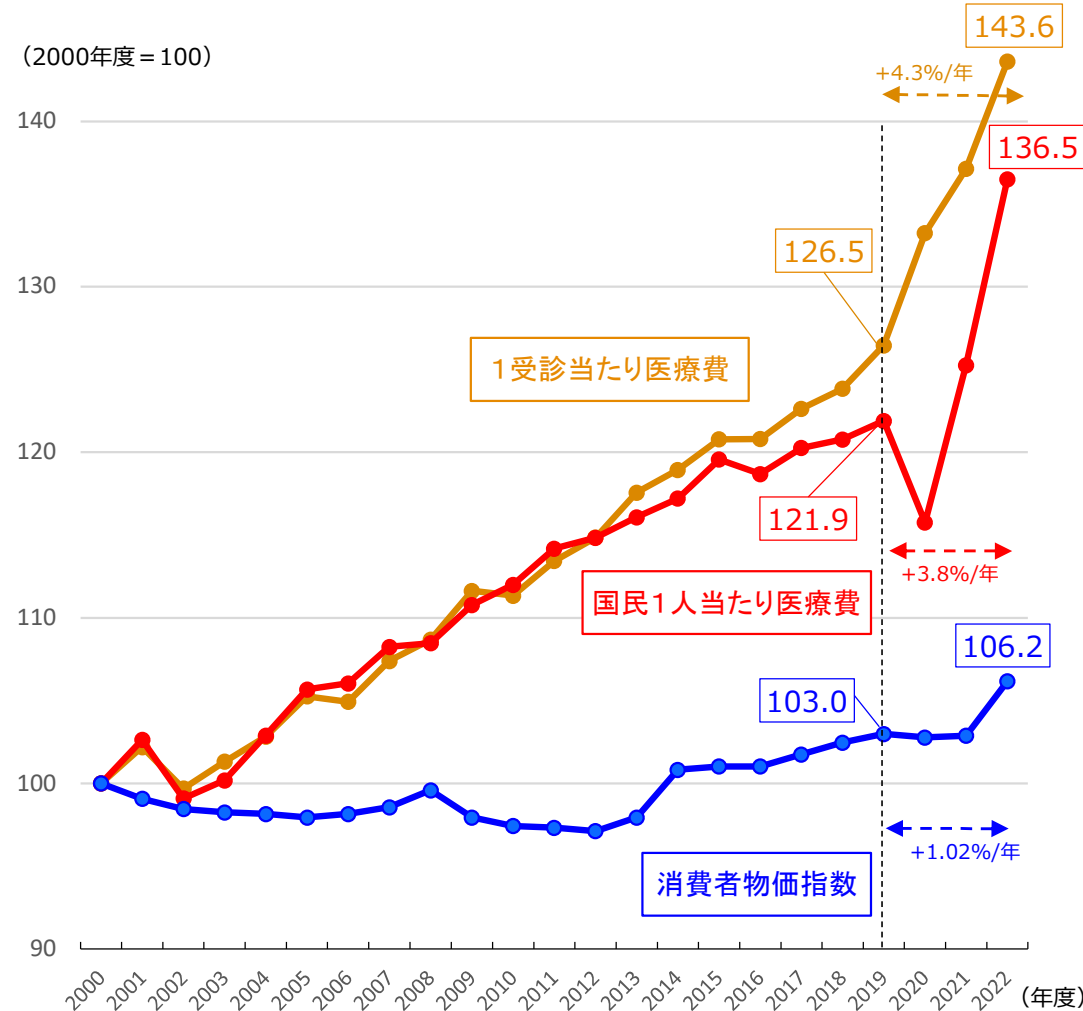
診療所における1受診当たりの医療費の推移及び物価上昇率との比較

- 過去20年間、医科診療所（入院外）における1受診当たりの医療費は、物価上昇率が低迷する中であっても、ほぼ一貫して増加。
- 特に、2019年度から2022年度にかけては+4.3%/年と、近年増加傾向にある物価上昇率（+1.02%/年）を大幅に超えた水準で急増（受診していない者も含めた国民1人当たりの医療費は+3.8%/年の増加）。

◆ 1受診当たりの医療費（医科診療所・入院外）
（薬剤費は院内処方の場合を除き含まれない）



◆ 医療費（医科診療所・入院外）の伸びと物価上昇率



(注1) 1受診当たりの医療費は、医療費の総額を受診延日数で除して得た値。
 (注2) 年平均増加率は、始点から終点までの増加率を年数のべき乗根で算出。
 (出所) 厚生労働省「医療費の動向調査」

(注1) 1受診当たりの医療費は、医療費の総額を受診延日数で除して得た値。
 (注2) 国民1人当たり医療費は、受診延日数を人口で除した「国民1人当たり受診日数」に1日当たり医療費を乗じて得た値。
 (注3) 消費者物価指数については、2020年基準の指数を用いており、便宜上、2000年度の指数を100としている。
 (出所) 厚生労働省「医療費の動向調査」、総務省「消費者物価指数（総合指数）」、総務省「人口推計」

診療所における収益・費用・利益の状況

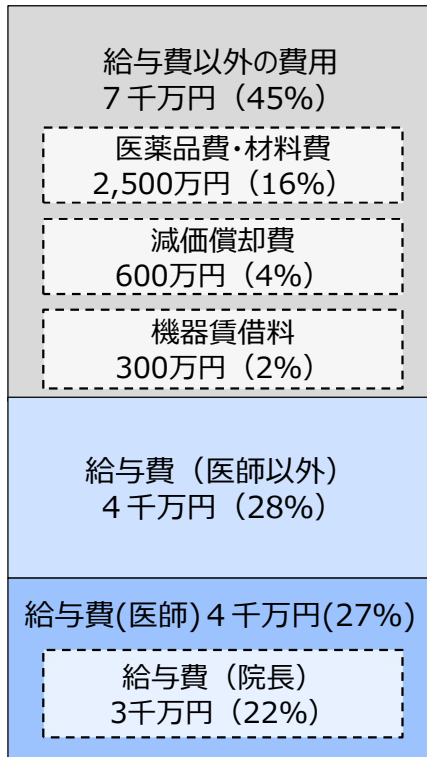
診療所

- **財務局を活用した機動的調査**(注1)において、直近3年間の医療法人の事業報告書等を収集し本省において集計。以下の点を確認。
 - ・診療所の収益(※1)は過去2年間で12%増加する一方、費用は6.5%増加し、**経常利益率は3.0%から8.8% (※2)へと急増**。
(※1) 機動的調査で集計した許可病床数0床の医療法人(18,207法人)の平均値。(※2) 診察を縮小している診療所を除くと経常利益率は更に高くなるとの指摘あり
 - ・この間、**利益剰余金は約2割増加**(看護師等の現場従事者の+3%の賃上げに必要な経費の約14年分に相当)

厚生労働省「医療経済実態調査報告」

(医療施設単位)

一般診療所の費用構造(2020年度)
(1.5億円)



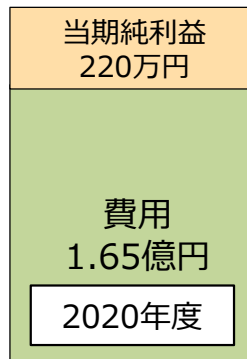
各医療法人における事業報告書等(許可病床数0床の18,207法人)を基に財務省において集計

(参考) 中小企業における平均経常利益率

	2020年度	2021年度	2022年度
全産業	2.6%	3.3%	3.4%
サービス産業	2.1%	2.8%	3.1%

収益: 1.68億円
経常利益率: 3.0%

(フロー)



利益剰余金
1.05億円

(ストック)

医療施設単位をベースに医療法人単位を推計

(医療法人単位)

収益: 1.78億円
経常利益率: 7.4%



利益剰余金
1.14億円

※【】は、2020年度からの増加率(額)

収益: 1.88億円【+12%】
経常利益率: 8.8%



利益剰余金
1.24億円
【+1,900万円】【+18%】

現場従事者の賃上げ(+3%)に必要な費用=140万円/年 約14年分

(注1) 各都道府県等が公表している事業報告書等を基に、2020事業年度から2022事業年度の医療法人の経営状況等を調査したもの(全都道府県及び一部の政令市等のうちデータ入手の困難性から調査困難と判断した自治体を除き、3事業年度分のデータが全て揃う法人について集計)。38都道府県から2023年9月中旬までに入手した21,939法人を対象。

(注2) 給与費には、職員の給与・賞与のほか、退職金、法定福利費が含まれている。給与費の内訳については、内閣官房「公的価格評価検討委員会」(2022年11月22日)資料における人件費(賞与を除く)の職種間の配分状況に基づき推計。

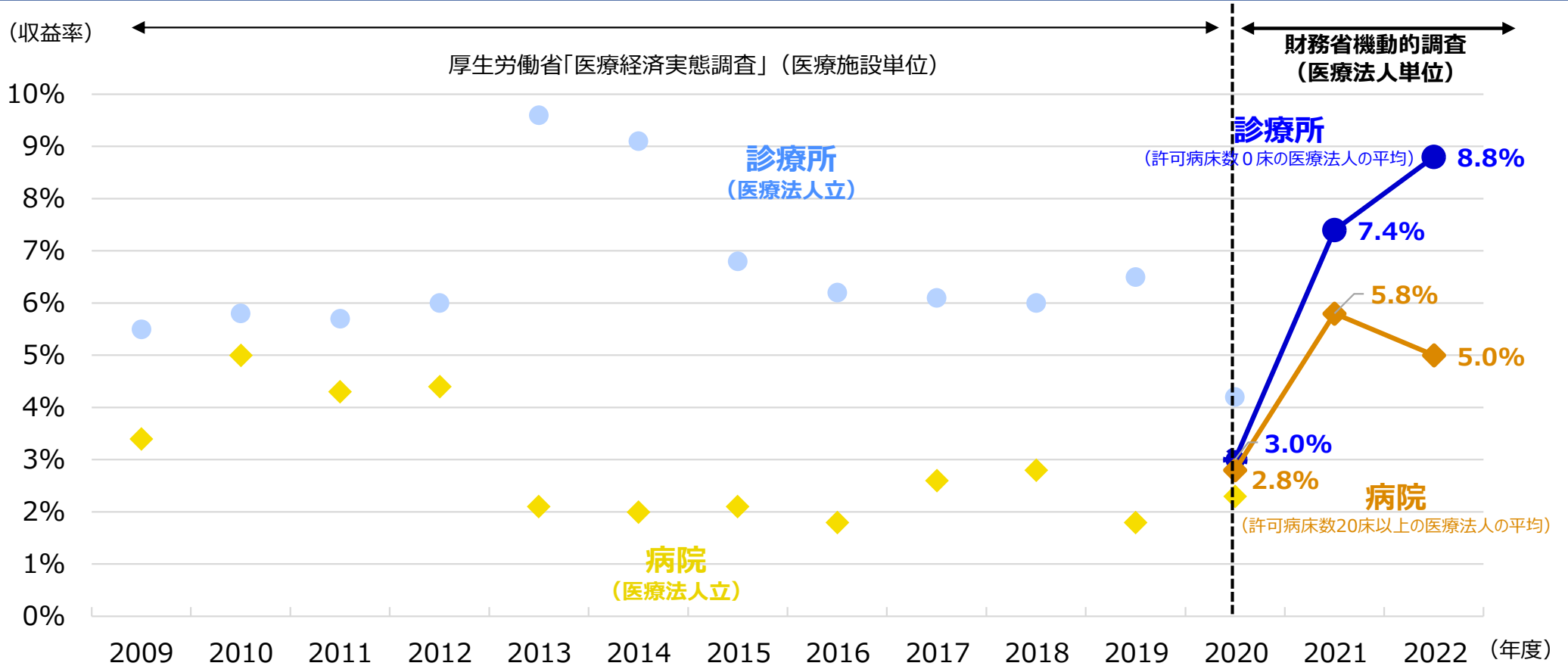
(注3) 上記の収益・費用は損益計算書における本来業務及び附帯業務の事業収益・事業費用の合計値。

(注4) 診療コスト加味して設定された新型コロナの診療報酬上の特例措置を含むものであり、平時の医療提供体制への移行は、収益・費用の双方に影響する。

(注5) 平均経常利益率は、資本金1億円未満の金融業・保険業以外の業種における売上高に占める経常利益の割合(財務省「法人企業統計」)

診療所と病院の収益率の比較（医療法人）

- 過去の「医療経済実態調査」において、診療所の収益率は、病院よりも一貫して高い傾向にあったが、直近3年間の医療法人の事業報告書等を集計した財務省の機動的調査においても、診療所の収益率（*）は病院より高いことが確認された。
（*）診察を縮小している診療所を除くと経常利益率は更に高くなるのと指摘がある。
- 直近2年間の診療所の平均的な収益率は極めて高水準にあることや、利益剰余金が積み上がっていることを踏まえ、診療所の報酬単価を引下げ、保険料負担減・窓口負担軽減につなげる必要。



（注1）医療経済実態調査は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。一方、直近3年間を対象とした財務省「機動的調査」は、同一の医療法人の事業報告書等の情報を集計しており、経年比較が可能。

（注2）医療経済実態調査に係る収益率は、一般病院及び一般診療所に係る補助金を含んだ収益率（業収益及び介護収益の合計額に対する損益差額の割合）。財務省「機動的調査」結果に係る収益率は、診療所については許可病床数0床の医療法人に係る経常利益率、病院については許可病床数20床以上の医療法人に係る経常利益率。

（出所）2009年度から2020年度の診療所及び病院（いずれも医療法人立）の収益率：厚生労働省「医療経済実態調査」、2020年度から2022年度までの診療所（許可病床数0床の医療法人18,207法人）及び病院（許可病床数20床以上の医療法人1,750法人）の収益率：財務省「機動的調査」

医療法人における直近の経営・財務状況（財務省機動的調査結果）

◆ 経常利益（百万円）

	2020	2021	2022
合計	10.4	24.1	25.3
0～19床	5.7	13.9	16.7
0床	5.0	13.2	16.4
1～19床	11.8	20.4	18.7
20床以上	65.4	142.1	125.3
20～199床	41.3	79.2	69.6
200～399床	142.2	319.0	293.4
400床以上	417.8	1129.0	966.3

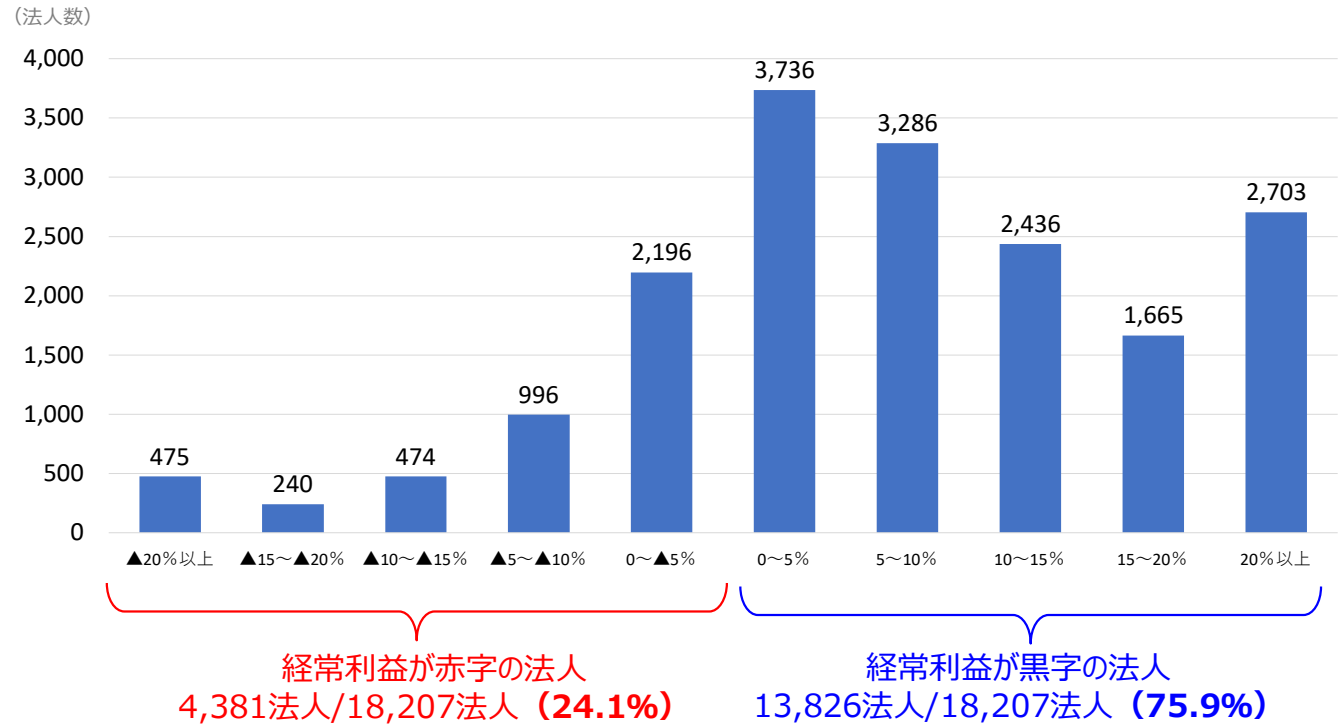
◆ 経常利益率

	2020	2021	2022
合計	2.9%	6.4%	6.5%
0～19床	3.0%	7.0%	8.0%
0床	3.0%	7.4%	8.8%
1～19床	3.1%	5.3%	4.8%
20床以上	2.8%	5.8%	5.0%
20～199床	2.7%	5.0%	4.3%
200～399床	2.9%	6.3%	5.7%
400床以上	2.9%	7.2%	6.0%

◆ 利益剰余金（百万円）

	2020	2021	2022
合計	175.1	190.5	204.7
0～19床	118.7	128.1	137.5
0床	104.7	113.8	123.6
1～19床	247.6	260.1	264.9
20床以上	825.9	910.4	980.0
20～199床	601.8	640.3	673.6
200～399床	1415.9	1652.2	1811.1
400床以上	4451.8	5194.0	5870.6

◆ 経常利益率別法人分布（許可病床数0床の医療法人）



【補足】医療法人を事業報告書における許可病床数で分類しており、病床数ごとの法人数は以下のとおり。
 0：18,207法人（83.0%）、1～19：1,982法人（9.0%）
 20～199：1,507法人（6.9%）、200～399：179法人（0.8%）、400以上：64法人（0.3%）

◆ 利益剰余金／費用

	2020	2021	2022
合計	49.5%	52.5%	54.7%
0～19床	64.1%	67.7%	70.3%
0床	63.4%	67.2%	70.2%
1～19床	67.0%	70.2%	70.6%
20床以上	35.9%	38.4%	40.3%
20～199床	39.9%	41.3%	42.5%
200～399床	29.8%	33.9%	36.3%
400床以上	31.4%	35.4%	38.5%

◆ 2020年度からの利益剰余金の増加額／当該年度費用

	2020→2021/2021	2020→2022/2022
合計	4.2%	7.9%
0～19床	5.0%	9.6%
0床	5.4%	10.7%
1～19床	3.4%	4.6%
20床以上	3.6%	6.3%
20～199床	2.5%	4.5%
200～399床	4.8%	7.9%
400床以上	5.1%	9.3%

(注1) 上記の費用は損益計算書における本来業務及び附帯業務の事業費用の合計値。

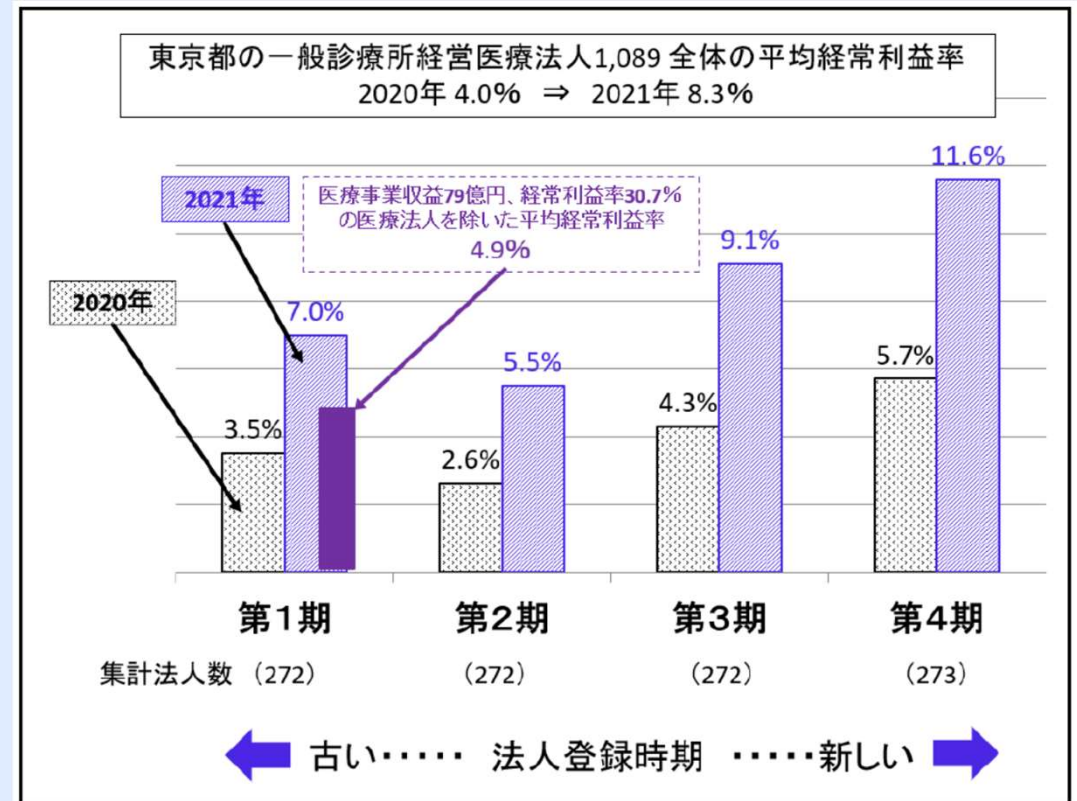
(注2) 診療コスト加味して設定された新型コロナウイルスの診療報酬上の特例措置を含むものであり、平時の医療提供体制への移行は、収益・費用の双方に影響する。

(参考) 医療法人の法人設立時期に基づく経常利益率の分析

松山 幸弘 武蔵野大学国際総合研究所 研究主幹 「東京都内の医療法人決算が示すコロナ禍公費バブル」(2022年3月)

一般診療所経営医療法人の財務データ集計を繰り返す中で、医療法人を法人登記時期によって四分割して観察すると直近10年間くらいに法人登記した一番若いグループの平均経常利益率が有意に高いことを発見した。これは、どの都道府県でも每期当てはまる事実である。図1は、今回集計した 東京都内一般診療所経営医療法人 1,089を四分割した結果を示している。2021年で見ると、**一番若い第4期 273法人の平均経常利益率が 11.6%であるのに対して、第3期 9.1%、第2期 5.5%と逡減**している。一番古参グループの第1期の平均経常利益率が 7.0%となったのは、「医療事業収益 79億円で経常利益率 30.7%」という医療法人が存在したからである。当該医療法人のホームページから判断すると、この好業績は PCR検査、ワクチン接種、発熱外来などコロナ医療に積極的に取り組んだ成果のようである。この医療法人を除いて**第1期の平均経常利益率を計算すると 4.9%**と第2期の5.5%より低くなる。

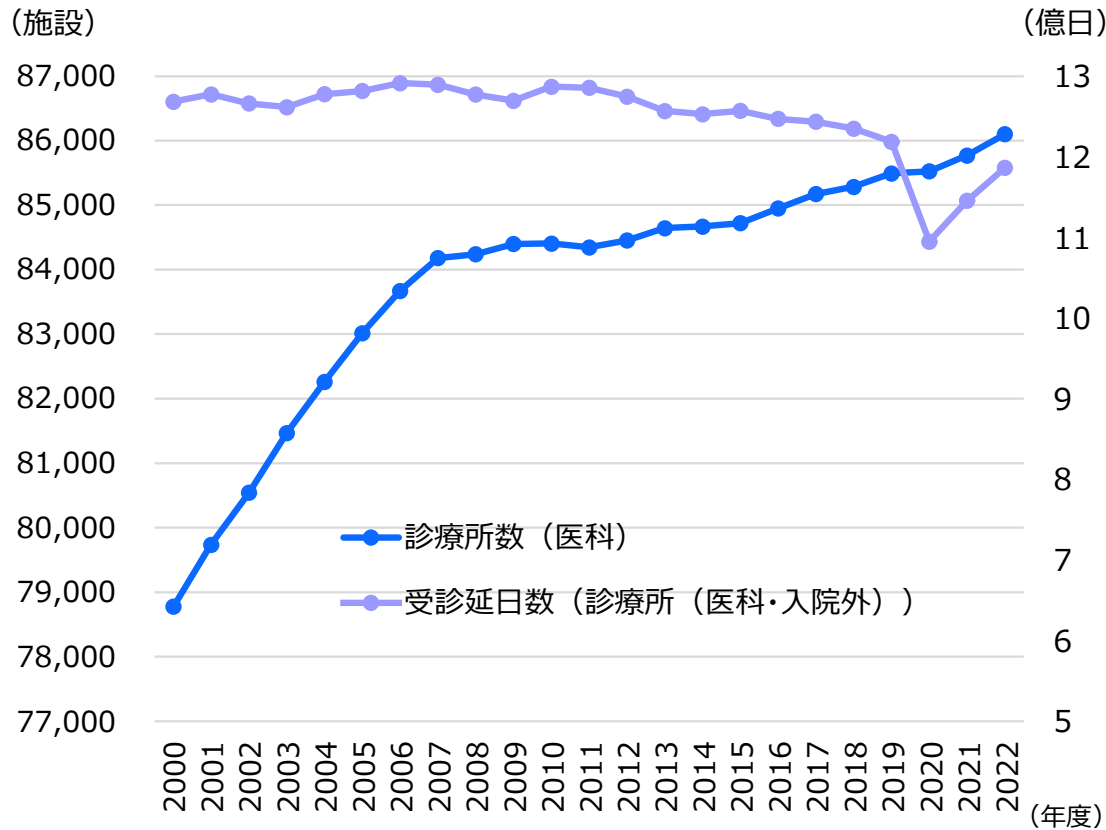
このように**法人登記が古い医療法人ほど経常利益率が低くなるのは、設置者である医師が内部留保を給与の形で取り崩しているからである。ちなみに第1期の 272法人のうち診察を縮小して医療事業収益を 5千万円以下とし内部留保を每期取り崩していると思われる法人が58確認でき、中には医療事業収益ゼロで医療事業費用（医師給与）を計上している法人もある。長年診療報酬改定の根拠とされてきた医療経済実態調査では、この内部留保取崩しによる経常利益率低下を看過して診療報酬引き上げをしてきたことになる。**



診療所数の推移

- 診療所の数は、総患者数は微減傾向にある中で、一貫して増加。そうした中で、地域間の偏在の問題は解消されてない。
- 医師偏在対策として、開業医から病院勤務医へシフトすれば、医師偏在は相当改善される旨の指摘もある。

◆ 診療所数と受診延日数の推移



1 受診当たりの
医療費の推移
(診療所(医科・入院外))

2000-2010
年平均+1.1%

2010-2019
年平均+1.4%

2019-2022
年平均+4.3%

(注1) 1受診当たりの医療費は、医療費の総額を受診延日数で除して得た値。
(注2) 年平均増加率は、始点から終点までの増加率を年数のべき乗根で算出。
(出所) 厚生労働省「医療費の動向調査」

◆ 人口10万人当たりの無床診療所数 (2021年)

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

(出所) 厚生労働省「医療施設調査」

【改革の方向性】(案)

- 診療所の報酬単価の引下げのほか、診療行為のコストによりきめ細かく対応する観点から地域別の報酬体系を検討する必要がある。

診療所の偏在是正のための地域別単価の導入について

○ 診療報酬の仕組みは、報酬点数×1点あたり単価（10円）となっているが、診療所の偏在は診療コストの違いも影響していると考えられる。

◆ 診療報酬の仕組み

全国一律 (注)		×	全国一律		= 医療費
診療報酬点数 (厚生労働大臣告示)			1点あたり単価	10円	
(例) 初診料	288点				
再診料	73点				
調剤基本料 1	42点				

(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。

- ※ 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。

◆ 1点単価の調整等により政策対応の幅が広がると考えられるケース

<医療費適正化>

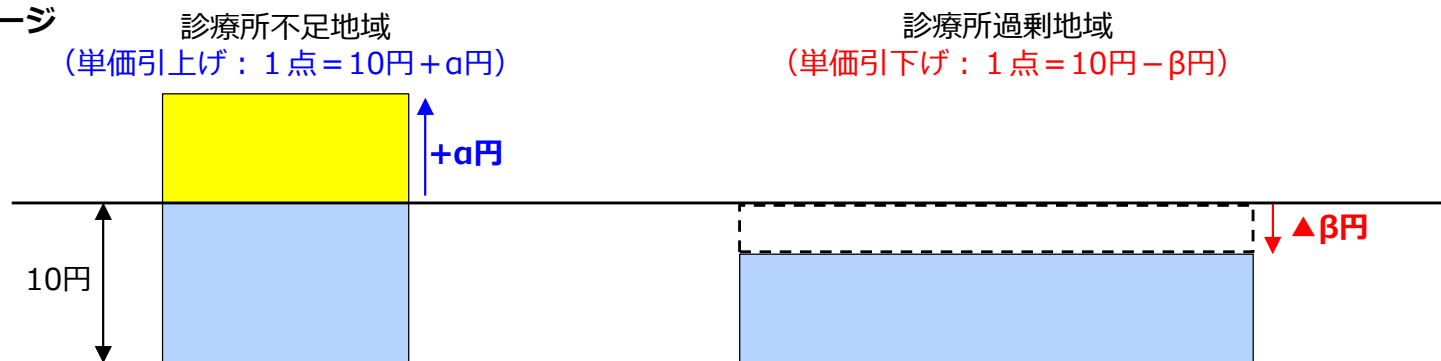
○ 保健医療2035提言書（抄）（厚生労働省 平成27年6月）
「診療報酬については、例えば、地域ごとのサービス目標量を設定し、不足している場合の加算、過剰な場合の減算を行うなど、サービス提供の量に応じて点数を変動させる仕組みの導入を検討する。都道府県において医療費をより適正化できる手段を強化するため、例えば、将来的には、医療費適正化計画において推計した伸びを上回る形で医療費が伸びる都道府県においては、診療報酬の一部（例えば、加算の算定要件の強化など）を都道府県が主体的に決定することとする。」

<医療機関の医業収入の安定>

○ 財政制度等審議会建議（抄）（令和3年5月）
「新型コロナ患者受け入れ病院に対する収入面への対応として、これまでも法律の改正を伴うことのない取扱いとして度々行われてきた災害時の「概算払い」を参考とし、前年同月ないし新型コロナ感染拡大前の前々年同月水準の診療報酬を支払う簡便な手法を検討すべきである。」

※前年同月ないし前々年同月水準からの減収相当額の支払い部分について実際に行われた診療行為への対価性を欠く点については、たとえば対前年同月ないし対前々年同月比で保険点数が2割減り、8/10となった場合に、1点単価を12.5円に補正することとすれば、診療行為への対価性を保持したまま、前年同月ないし前々年同月水準の診療報酬を支払うことは可能である。

◆ 診療所の偏在是正のための地域別単価のイメージ



【改革の方向性】(案)

○ 診療所不足地域と診療所過剰地域で異なる1点あたり単価を設定し、報酬面からも診療所過剰地域から診療所不足地域への医療資源のシフトを促すことを検討する必要がある。(その他の取組みについては「5. 改革工程のとりまとめに向けた取組 医療提供体制①医師偏在対策」を参照) 35

賃上げ促進税制の活用

- 現行の所得拡大促進税制（賃上げ促進税制）は、2022年度より実施。2024年度税制改正において強化が検討されている。所得拡大促進税制は、賃上げの実績に応じ一定の税額が控除される減税措置であり、黒字法人等に効果的と考えられる。（同制度は個人事業主にも適用される）
- 医療法人等における医療従事者の賃上げについては、全般的に経営状況が良好であることを踏まえ、今後強化される同制度の活用を基本に考える必要がある。

◆現行の賃上げ促進税制

		大企業向け		中小企業向け	
【適用要件】					
■ 給与総額の増加率		※1 継続雇用者の給与総額：対前年度増加率3%以上		雇用者全体の給与総額：対前年度増加率1.5%以上	
■ マルチステークホルダーへの配慮※2		従業員への還元や取引先への配慮を行うことを宣言していること			
【税額控除】		〔控除率最大30%〕		〔控除率最大40%〕	
■ 控除率を乗ずる対象		雇用者全体の給与総額の対前年度増加額		雇用者全体の給与総額の対前年度増加額	
■ 控除率	基本	15%		15%	
	上乗せ（賃上げ）	+10%	継続雇用者の給与総額：対前年度増加率4%以上	+15%	雇用者全体の給与総額：対前年度増加率2.5%以上
	上乗せ（教育訓練費）	+5%※3	教育訓練費の対前年度増加率20%以上	+10%※4	教育訓練費の対前年度増加率10%以上
■ 控除上限額		当期の法人税額×20%		当期の法人税額×20%	

※1 「継続雇用者」とは、当期及び前期の全期間の各月分の給与等の支給がある一定の雇用者をいう。

※2 資本金10億円以上、かつ、常時使用従業員数1,000人以上の大企業に対する要件とし、自社のウェブサイトの方針内容を公表したことを経済産業大臣に届出。

※3 控除率10%の上乗せ措置の適用を受けない場合は、合計20%

※4 控除率15%の上乗せ措置の適用を受けない場合は、合計25%

(注)賃上げ促進税制は個人事業主にも適用される。

さらなる経営情報の「見える化」

- 改正医療法が2023年8月に施行され、医療機関が特定されない形での「経営情報データベース」が導入されたが、特に「見える化」のコアとも言うべき、職員の職種別の給与・人数については、任意提出項目とされている。
- 医療機関の「経営情報データベース」については、匿名であること、国民への説明責任の観点を踏まえれば、職種別の給与・人数の提出の義務化が必要。

◆医療法人における職種ごとの給与の見える化について（2022年12月2日）

第7回公的価格評価検討委員会 増田座長提出資料（抄）

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

（中略）

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

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

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

【改革の方向性】（案）

- EBPMを推進していく観点からも、今後の処遇等に関わる施策を検討するための前提として、こうした各医療機関・事業者のデータの収集が必要であり、医療機関の「経営情報データベース」において、職種別の給与・人数の提出を義務化すべき。
- また、診療報酬の加算の算定に当たって職種別給与等の提出を要件化すべき。

マイナ保険証の利用促進

- マイナンバーカードを健康保険証として活用することで、過去の診療・投薬の履歴を患者や担当医が参照することが可能。一方で、マイナ保険証の利用率は低い水準。マイナ保険証の利用は、電子処方箋等をはじめ医療DX推進の基礎となるもの。
- 医療機関等に対する支援を十分に講じてきたことを踏まえ、利用者である国民にマイナ保険証のメリットを実感してもらう取組み（患者の窓口負担軽減）を強化する必要。

◆医療機関・薬局に対する支援

- 医療機関・薬局におけるオンライン資格確認の義務化（2023年4月～）
 - ・義務化対象施設における運用開始割合：94.8%
(2023年10月22日時点)
 - ・ICT基金によるオンライン資格確認の導入補助
(予算額：1,372億円)
- マイナ保険証利用促進に向けた支援措置
 - ・マイナ保険証利用率（2023年9月）：5%
(内訳) 病院11%、医科診療所5%
 歯科診療所10%、薬局2%
 - ・マイナ保険証利用率増加に応じた支援
(インセンティブ措置)：経済対策の中で検討中

◆マイナ保険証の利用に関する診療報酬点数

		現行の加算	特例措置 (令和5年4～12月)	
初診	マイナンバーカードを利用しない	4点	6点	
	// 利用する	2点	2点	
再診	マイナンバーカードを利用しない	—	2点	〔再診での算定は1月に1回〕
	// 利用する	—	—	
調剤	マイナンバーカードを利用しない	3点	4点	〔調剤での算定は6月に1回〕
	// 利用する	1点	1点	

※ この加算は、医療機関・薬局が薬剤情報等の患者情報を取得・活用を要件として、より質の高い診療を実施することを評価するもの

【改革の方向性】(案)

- 既に講じている医療機関・薬局に対する支援措置・インセンティブ措置とあわせ、患者の窓口負担の軽減策を検討する。あわせて、医療機関のマイナ保険証利用率にも着目した評価を設定する。

リフィル処方箋

- 2022年度診療報酬改定における大臣合意では、リフィル処方箋の導入・活用促進による医療費効率化効果を改定率換算で▲0.1%（医療費470億円程度）と見込んでいた。しかし、下記の調査（0.148%）に基づいて単純計算すると、医療費効率化効果は年間▲70億円程度（改定率換算で▲0.014%程度）にとどまる。

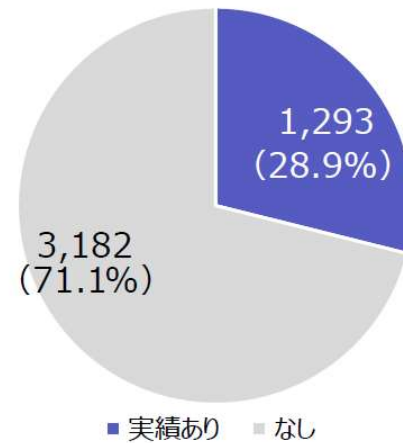
◆大臣折衝事項（2021年12月22日）

リフィル処方箋（反復利用できる処方箋）の導入・活用促進による効率化 ▲0.10%

症状が安定している患者について、医師の処方により、医療機関に行かずとも、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できる、分割調剤とは異なる実効的な方策を導入することにより、再診の効率化につなげ、その効果について検証を行う

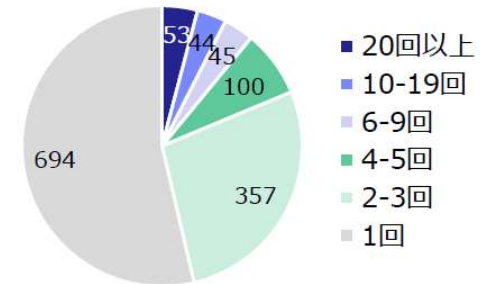
◆日本保険薬局協会による調査（2023年6月単月の応需実績）

「2023年6月単月」においてリフィル処方箋応需実績があった薬局（N=4,475薬局）

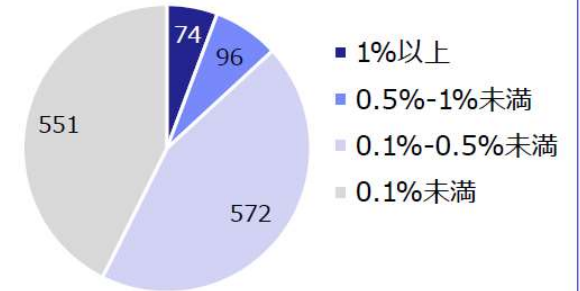


4,475薬局における2023年6月単月の
リフィル応需回数/総受付件数=リフィル割合 (%)
10,053/6,773,853=0.148%

リフィル応需回数分布（N=実績がある1,293薬局）



リフィル割合分布（N=実績がある1,293薬局）



（出所）管理薬剤師アンケート報告書（2023年9月、一般社団法人日本保険薬局協会）

【改革の方向性】（案）

- まずは、リフィル処方箋の普及促進に向けて周知・広報を図るべき。あわせて、積極的な取組を行う保険者を各種インセンティブ措置により評価していく必要。さらには、薬剤師がリフィル処方箋への切替を処方医に提案することを評価する仕組みや、例えばOTC類似薬については、薬剤師の判断でリフィルに切り替えることを認めることなどを検討すべき。
- 年末の診療報酬改定において、リフィル処方箋による適正化効果が未達成であることを踏まえ、処方箋料の時限的引下げ（*）など、その分を差し引く調整措置を講じる必要。（*）リフィル処方箋による適正化効果が達成されるまでの間の措置

2. 診療報酬改定

- 総論
- 診療所
- 病院
- 調剤報酬
- 薬価改定
- 経営情報の見える化
- 医療DX

医師の働き方改革

- 医師の働き方改革として、時間外労働の上限規制が2024年4月に施行される。大学病院等で勤務する医師の働き方への影響も見込まれる中、地域の医療提供体制を維持するため、大学病院等からの医師が不足する地域への医師の派遣の推進が求められる。そのため、地域医療介護総合確保基金を活用した更なる支援について、今後の予算編成過程において検討し、必要な措置を講じる。

◆医師の働き方改革

長時間労働を生む構造的な問題への取組

医療施設の最適配置の推進
(地域医療構想・外来機能の明確化)

地域間・診療科間の医師偏在の是正

国民の理解と協力に基づく適切な受診の推進

医療機関内での医師の働き方改革の推進

適切な労務管理の推進

タスクシフト/シェアの推進
(業務範囲の拡大・明確化)

<行政による支援>

- ・医療勤務環境改善支援センターを通じた支援
- ・経営層の意識改革（講習会等）
- ・医師への周知啓発等

時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用（2024.4～）

地域医療等の確保

医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成
↓
評価センターが評価
↓
都道府県知事が指定
↓
医療機関が計画に基づく取組を実施

医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保	
A （一般労働者と同程度）	960時間	義務	努力義務	
連携B （医師を派遣する病院）	1,860時間 ※2035年度末を目標に終了		義務	義務
B （救急医療等）				
C-1 （臨床・専門研修）	1,860時間			
C-2 （高度技能の修得研修）				

医師の健康確保

面接指導
健康状態を医師がチェック

休息時間の確保
連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制（または代償休息）

◆令和6年度概算要求（厚生労働省）

勤務医の働き方改革を推進するため、地域医療介護総合確保基金により、大学病院等からの医療機関に対する医師派遣の充実、医師の労働時間短縮に取り組む医療機関に対する勤務環境改善等のための更なる支援を行う。

看護職員等の処遇改善の検証

- 2022年10月から、看護職員等においては、一定の要件の下、3%程度（月12,000円程度）の処遇改善を実施。その上で、更なる処遇改善を行う場合には、費用の使途の「見える化」を行った上で、全てを国民の負担に回すのではなく、医療費の中での分配を含めて検討することとされている（公的価格評価検討委員会中間整理（2021年12月21日））。
- 2022年度実績においては、3割強の医療機関が評価料に加え一定の支出による賃金改善を実施。また、6割強の医療機関では、評価料により、看護職員に加えコメディカルの処遇改善も実施。

◆「看護職員処遇改善評価料」（診療報酬）の2022年度実績

《表中の記載》

- ① 1人あたりの賃金改善額、
- ② ①のうちベア等の金額、③ ベア等の割合

（注1）いずれも賃金改善額は、事業主負担相当額（16.5%）を抜いた賃金の上昇額を記載。

（注2）（1）・（2）の医療機関数は、算定しなかった医療機関を除いており報告医療機関数と一致しない。

（1）評価料により看護職員のみ賃金改善を実施：38%（968医療機関）

※実績報告は評価料による賃金改善の対象職員が報告される仕組み。これらの医療機関の中には、評価料によらずコメディカルの賃金改善を行った医療機関もあり得る。

医療機関の分類	医療機関数	①賃金改善額	②うちベア等	③ベア等割合
評価料による収入に占める賃金改善の実績額が105%未満の医療機関 （おおむね評価料のみを用いて賃金改善を行った医療機関）	653 (67.5%)	+12,241 円/月	+10,939 円/月	89.4 %
評価料による収入に占める賃金改善の実績額が105%以上の医療機関 （評価料に加え医療機関の一定の支出による賃金改善を行った医療機関）	315 (32.5%)	+15,053 円/月	+13,233 円/月	88.0 %

（2）評価料により看護職員に加えコメディカルの賃金改善も実施：62%（1,580医療機関）

医療機関の分類	医療機関数	看護職員の賃金改善			看護職員以外の賃金改善		
		賃金改善額	うちベア等	ベア等割合	賃金改善額	うちベア等	ベア等割合
評価料による収入に占める賃金改善の実績額が105%未満の医療機関 （おおむね評価料のみを用いて賃金改善を行った医療機関）	1,000 (63.3%)	+9,937 円/月	+8,739 円/月	87.9 %	+6,009 円/月	+5,352 円/月	89.1 %
評価料による収入に占める賃金改善の実績額が105%以上の医療機関 （評価料に加え医療機関の一定の支出による賃金改善を行った医療機関）	580 (36.7%)	+10,935 円/月	+9,454 円/月	86.5 %	+6,882 円/月	+6,111 円/月	88.8 %

◆公的価格評価検討委員会中間整理（2021年12月21日）（抄）

（2）処遇改善の方向性

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

病床機能報告（「急性期」「回復期」など）と診療報酬の関係

- 地域医療構想における「急性期」「回復期」という分類は、各病院が、フロアごとに定められた各病棟の主たる機能を報告するもの。
- これと診療報酬の分類を重ね合わせてみると、最も報酬が高い「急性期一般入院料1」（看護配置7：1などが要件）に偏っており、さらに、看護配置が比較的小さい病床でも「急性期」に分類されている例が多いことがわかる。

◆「病床機能報告」と診療報酬の関係（2022年7月1日時点）

該当する入院基本料・特定入院料	2022年7月1日時点の機能			
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
救命救急入院料等（ICU・HCUなど）	27,661	1,971	-	45
特定機能病院7対1入院基本料等	43,673	15,709	-	285
急性期一般入院料1（7対1以上）	69,937	253,072	803	79
急性期一般入院料2～7（10対1以上）	515	137,049	8,356	515
地域一般入院料等（13対1、15対1以上）	-	24,466	17,694	5,317
地域包括ケア病棟入院料等	32	13,409	53,394	2,305
回復期リハビリテーション病棟入院料	-	387	86,664	287
療養病棟入院料等	96	229	3,239	186,994
その他（障害者施設、診療所など）	15,347	87,184	29,345	112,589
計	157,261 13%	533,476 45%	199,495 17%	308,416 26%

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

◆「急性期一般入院料」の主な要件（2022年度）

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

※1 看護師比率は7割以上が要件

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

【改革の方向性】（案）

- 病床の役割分担を適切に進めるため、7：1といった看護配置に過度に依存した診療報酬体系から、患者の重症度、救急受入れ、手術といった「実績」をより反映した体系に転換していくべき。そうした中、10：1といった看護配置を要件とする急性期入院料は廃止し、回復期への転換を促すことを検討すべき。

- 公立病院は、これまで再編・ネットワーク化、経営形態の見直しなどに取り組んできたが、医師・看護師等の不足、人口減少・少子高齢化に伴う医療需要の変化等により、依然として、持続可能な経営を確保しきれない病院も多いのが実態。このため、令和4年3月、総務省は自治体に公立病院の経営強化プランの策定を要請。
- 令和2、3年度は顕著な収支改善が見られたが、この黒字は新型コロナ補助金等の要因によるものであり、自治体の普通会計で負担する繰出金の水準は維持されている。また、公立病院の建設改良費については、個々の収支状況に関わらず一定の割合で普通会計からの繰出が行われている。

● 「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」（令和4年3月、総務省）における経営強化プランの内容

1. 役割・機能の最適化と連携の強化

- ・ 地域医療構想等を踏まえた当該病院の果たすべき役割・機能
- ・ 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割・機能
- ・ 機能分化・連携強化

2. 医師・看護師等の確保と働き方改革

- ・ 医師・看護師等の確保（特に、不採算地区病院等への医師派遣を強化）
- ・ 医師の働き方改革への対応

3. 経営形態の見直し

4. 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

5. 施設・設備の最適化

- ・ 施設・設備の適正管理と整備費の抑制
- ・ デジタル化への対応

6. 経営の効率化等

- ・ 経営指標に係る数値目標

● 経費負担の原則（地方公営企業法第17条の2）

次に掲げる地方公営企業の経費で政令で定めるものは、地方公共団体の一般会計又は他の特別会計において、出資、長期の貸付け、負担金の支出その他の方法により負担するものとする。

- 一 その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費
- 二 当該地方公営企業の性質上能率的な経営を行なつてもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費

【改革の方向性】（案）

- 新型コロナ補助金といった一時的な要因による足下の黒字によって経営改革が阻害されることはあってはならず、経営強化プランを踏まえた取組を着実に進めていく必要。さらに、公立病院の経営者（院長）に経営マインド・コスト意識を持たせるための取組（研修等）を省庁横断的に取り組んでいく必要があるのではないかと。
- 公立病院の建設改良費について、地方公営企業法に定める「費用負担の原則」を踏まえ、公立病院に経営改革インセンティブを促す形となるよう、収支状況を反映したスキームを導入すべき。

● 公立病院への繰出額とその経営状況の推移

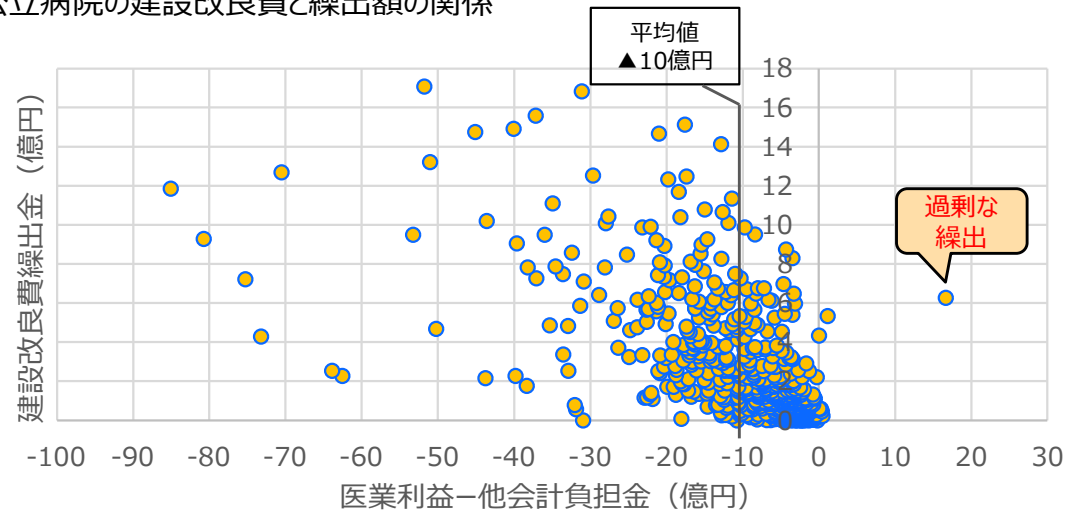
（億円）

	H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度
繰出額 (うち基準外繰出額)	7,924 (1,013)	8,083 (945)	8,266 (892)	8,269 (920)	8,494 (1,011)	8,411 (949)
収支	▲1,020	▲985	▲860	▲984	1,366	3,296

（出所）総務省「地方公営企業決算状況調査」

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

● 公立病院の建設改良費と繰出額の関係



（出所）総務省「地方公営企業決算状況調査」

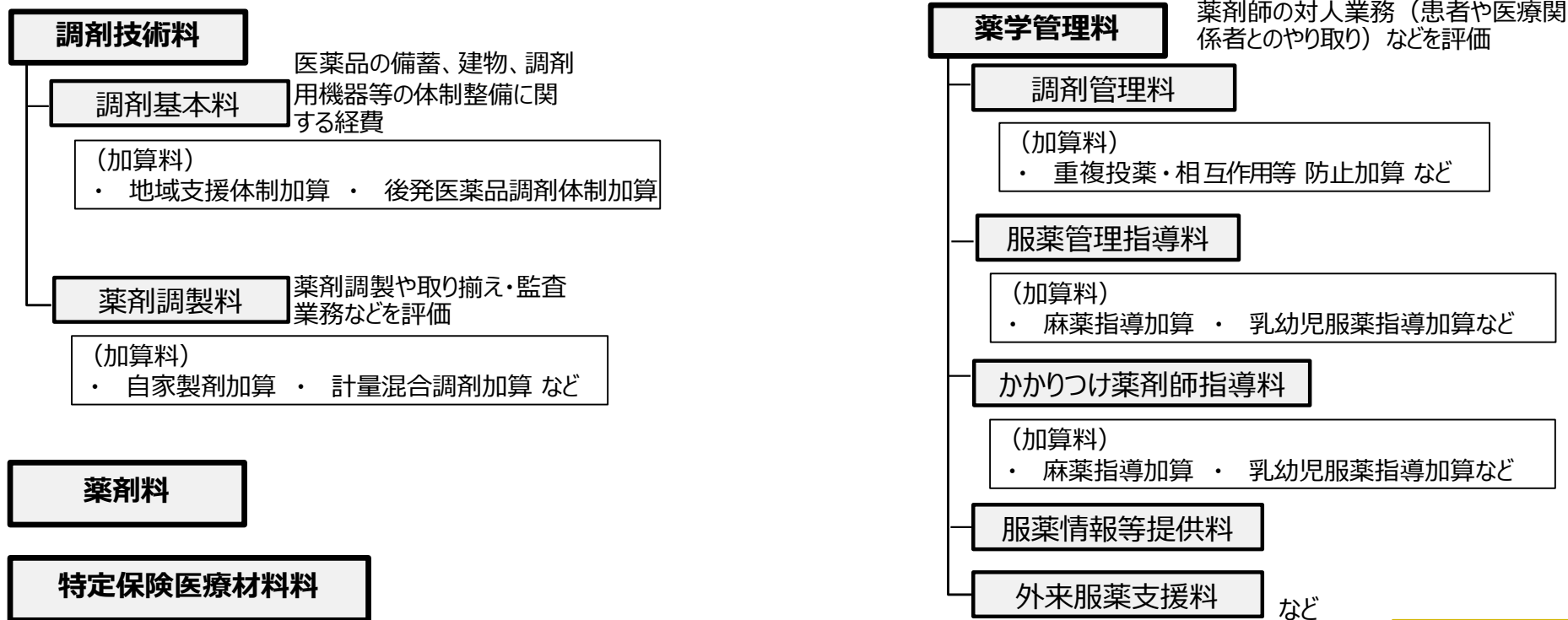
2. 診療報酬改定

- 総論
- 診療所
- 病院
- 調剤報酬
- 薬価改定
- 経営情報の見える化
- 医療DX

調剤報酬の体系

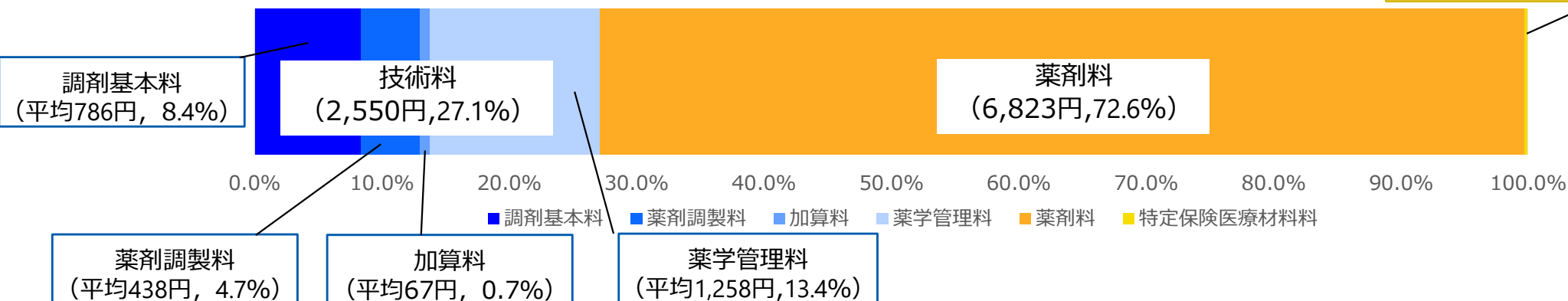
○ 調剤報酬は、調剤基本料、薬剤調製料、薬学管理料、薬剤料等から構成されている。

◆調剤報酬の構成



(参考) 処方箋 1 枚あたりの調剤報酬 (9,392円,令和4年度) の内訳

特定保険医療材料料
(平均19円, 0.2%)

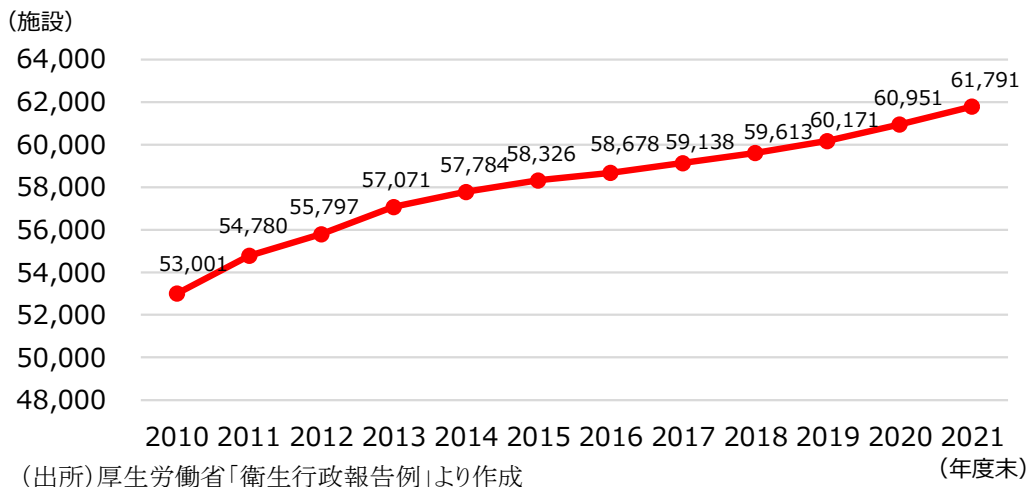


調剤を扱う薬局の状況

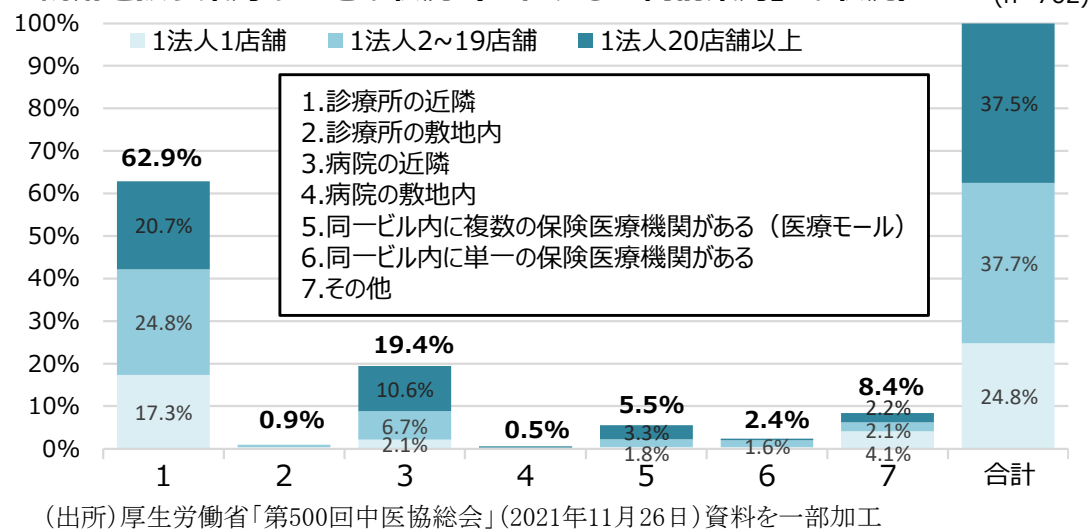
調剤報酬

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

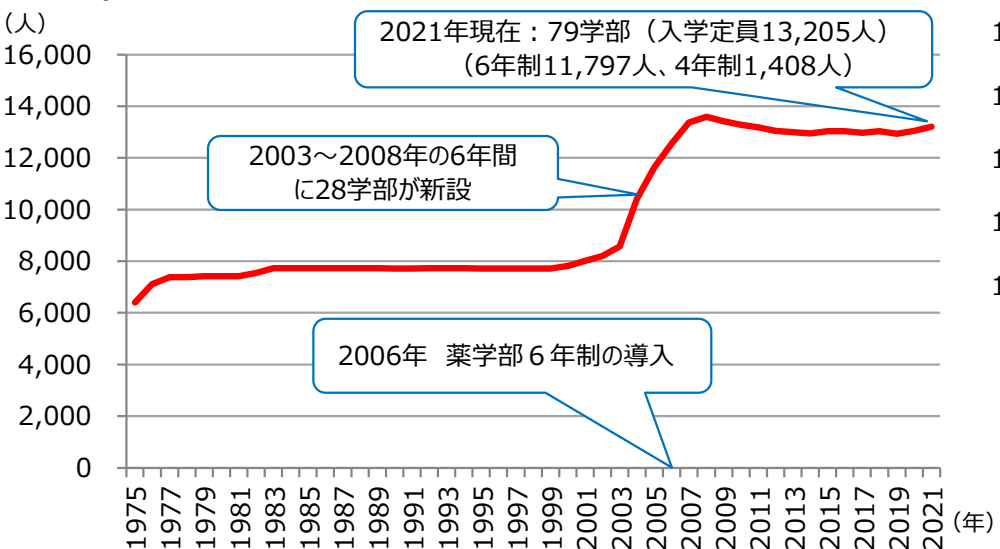
◆調剤を扱う薬局の数の増加



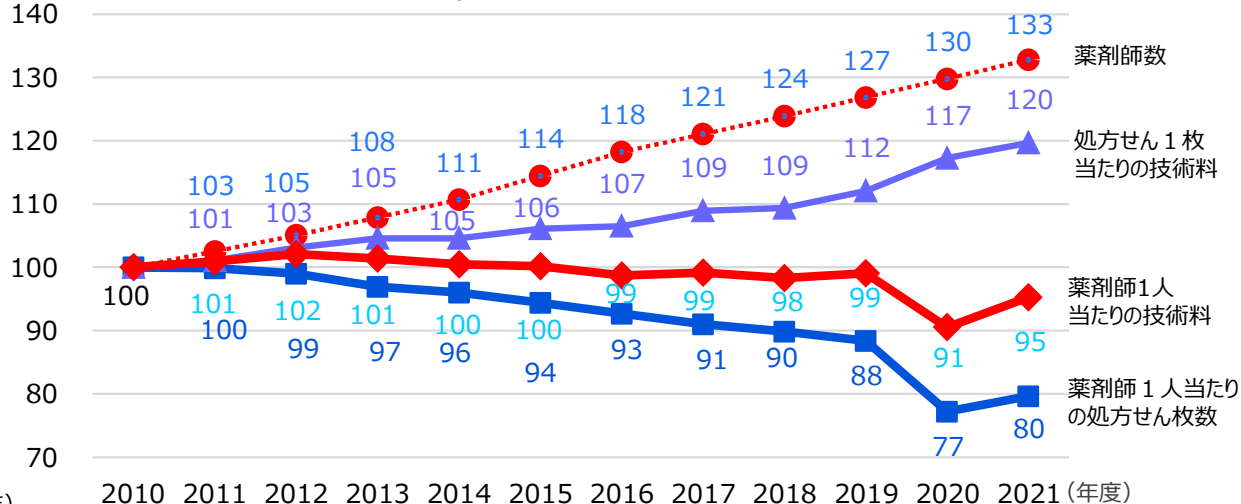
◆調剤を扱う薬局の立地の状況（いわゆる「門前薬局」の状況）



◆薬学部入学定員の推移



◆薬剤師数と処方せん1枚当たりの技術料の増加など（2010年=100）



「対人業務」への真の意味でのシフトの必要性

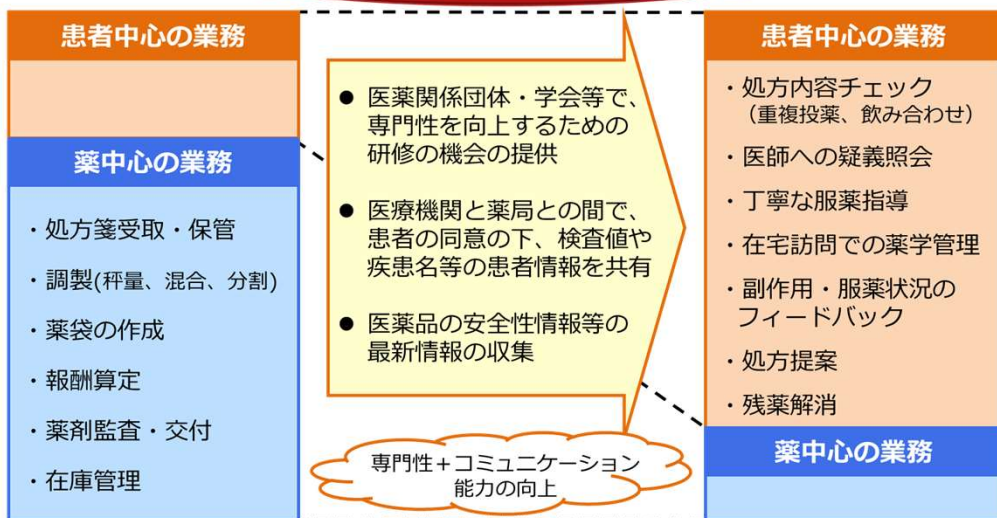
- かねてより厚生労働省は薬剤師について、医師に処方された薬の調製・交付などの「対物中心の業務」から、処方内容を確認し、医師への疑義照会などにより重複投薬・相互作用等の防止、患者への服薬指導など、「対人業務」へのシフトを目指してきた。
- 対人業務については、医療機関等への情報提供や在宅訪問への関与のように伸びているものもある一方で、多剤・重複投薬に係る患者や医師との調整を評価する点数といった算定回数が少ないものも存在する。また、2022年度改定では対人業務の評価体系の見直しが行われたが、既存の点数の一部を表面上対人業務と整理することとなっている。

◆厚生労働省「患者のための薬局ビジョン」（2015年10月）

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

○かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて

～対物業務から対人業務へ～

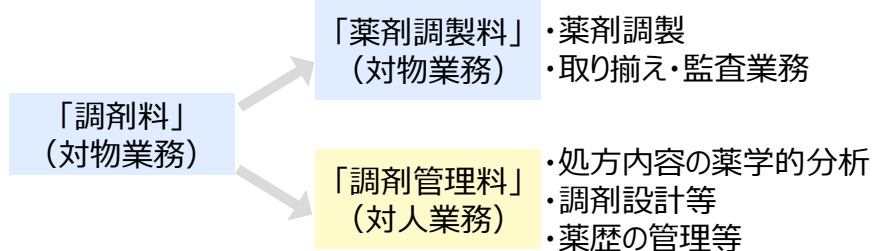


◆対人業務を評価する調剤報酬（2022年6月審査分）

項目	算定回数	概要
重複投薬・相互作用等防止加算(残薬調整)	225,551回	残薬調整に係る疑義照会等
重複投薬・相互作用等防止加算(残薬調整以外)	143,891回	残薬調整以外の疑義照会等
外来服薬支援料 1	22,913回	残薬調整業務
服用薬剤調整支援料 1	684回	多剤投薬の調整
服用薬剤調整支援料 2	1,241回	重複投薬の調整等
服薬情報等提供料 1	26,297回	医療機関からの求めが合った場合の情報提供
服薬情報等提供料 2	83,343回	薬剤師が必要性を認めた場合の情報提供等
在宅患者訪問薬剤管理指導料 1	31,785回	在宅訪問での薬学管理(単一建物 1人)
(参考) 調剤基本料1~3	62,428,675回	-

(出所)厚生労働省「社会医療診療行為別統計」

◆対人業務の評価体系の見直し（2022年度診療報酬改定）



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

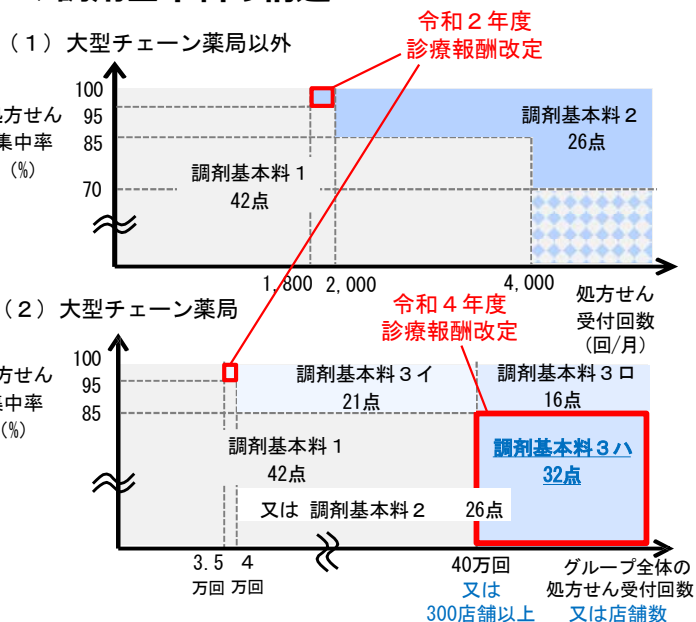
※日数ごとに改定前後で合計点数がほぼ一致するように、対物・対人に配分

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

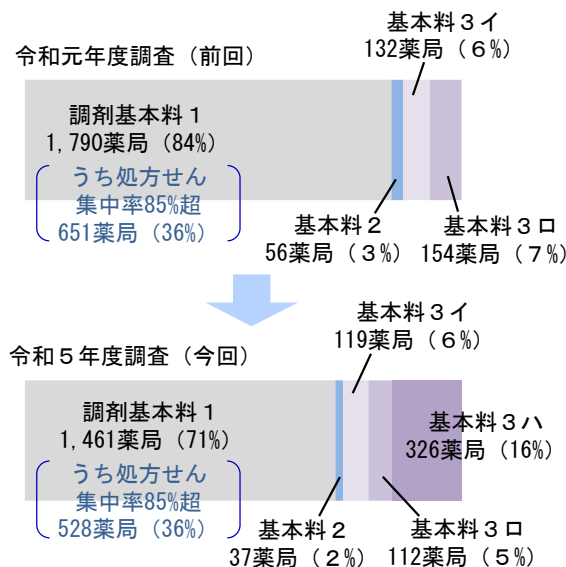
調剤基本料の見直し<令和5年度予算執行調査>

- 調剤基本料は、薬局の運営維持に要するコストを、処方せんの集中率と受付回数を含めた効率性の観点も含め、経営の実態を踏まえて評価したもの。実際に集中率が高い薬局は備蓄している医薬品目数が少ない傾向にあり、その点においては集中率の低い薬局に比べ低コスト。なお、いわゆる敷地内薬局については、誘致が過熱するなどの課題が生じている。
- 令和2年度診療報酬（調剤報酬）改定では、一部の処方せん集中率が高い薬局を調剤基本料2や調剤基本料3イの対象とする見直しを行っているが、その影響は極めて限定的であり、見直しは不十分である。
- 予算執行調査によれば、処方せん集中率が高い薬局であっても、集中率が低く小規模な薬局と同様に調剤基本料1が算定されている。

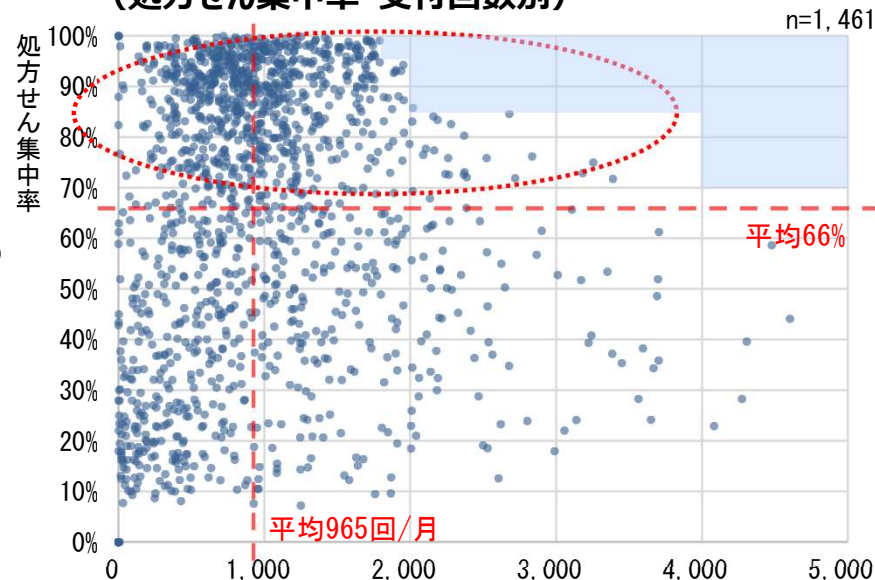
◆調剤基本料の構造



◆調剤基本料区分別の薬局数



◆調剤基本料1を算定している薬局 (処方せん集中率・受付回数別)



◆地域支援体制加算1又は2を算定している薬局の処方せん集中率と備蓄医薬品目数

処方せん集中率	備蓄医薬品目数平均
95%超	1,249品目 (n=55)
95%以下85%超	1,294品目 (n=140)
85%以下70%超	1,427品目 (n=188)
70%以下	1,587品目 (n=419)

※敷地内薬局における平均備蓄医薬品数は1,169品目 (2023年7月中医協資料)

【改革の方向性】(案)

- 経営の実態も踏まえながら、処方せん集中率が高い薬局等における調剤基本料1の適用範囲等を見直す。

地域支援体制加算の見直し〈令和5年度予算執行調査〉

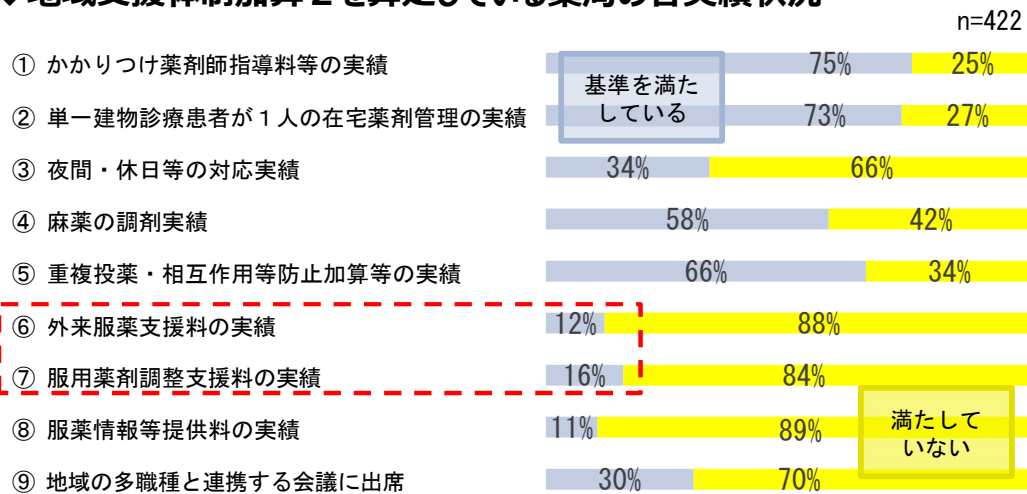
- 地域支援体制加算は、地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局を評価するもの。
- 調剤基本料1の薬局を対象とした地域支援体制加算1・2は、それ以外の調剤基本料の薬局を対象とした地域支援体制加算3・4に比べ、実績に係る要件が大きく緩和されている。

◆地域支援体制加算の施設基準

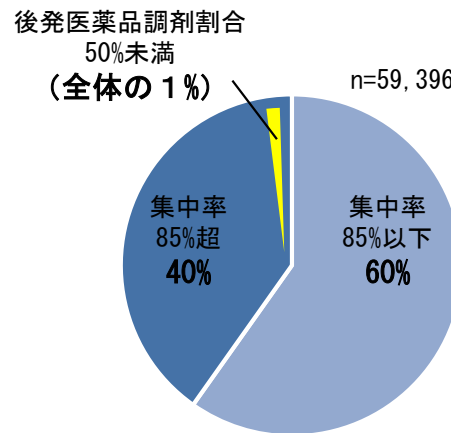
(1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す実績
(2) 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っている
(3) 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している
(4) 一定時間以上の開局
(5) 十分な数の医薬品の備蓄、周知
(6) 薬学的管理・指導の体制整備、在宅に係る体制の情報提供
(7) 24時間調剤、在宅対応体制の整備
(8) 在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制
(9) 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
(10) 医療安全に資する取組実績の報告
(11) 集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合50%以上

実績要件	調剤基本料1		調剤基本料1以外	
	加算1 39点	加算2 47点	加算3 17点	加算4 39点
① 麻薬小売業者の免許	○	○	○	
② 在宅薬剤管理の実績	24回以上	○		
③ かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出	○	○		
④ 服薬情報等提供料の実績	12回以上	1つ以上		
⑤ 地域の多職種と連携する会議に出席	1回以上	1つ以上		
① かかりつけ薬剤師指導料等の実績	40回以上		○	
② 単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績	24回以上		○	
③ 夜間・休日等の対応実績	400回以上			
④ 麻薬の調剤実績	10回以上			
⑤ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績	40回以上			
⑥ 外来服薬支援料の実績	12回以上			
⑦ 服用薬剤調整支援料の実績	1回以上			
⑧ 服薬情報等提供料の実績	60回以上			
⑨ 地域の多職種と連携する会議に出席	5回以上			

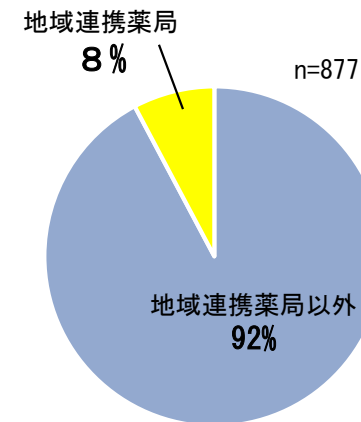
◆地域支援体制加算2を算定している薬局の各実績状況



◆処方せん集中率85%超の薬局のうち後発医薬品調剤割合50%未満の薬局



◆地域支援体制加算を算定している薬局のうち「地域連携薬局」に認定されている薬局



【改革の方向性】(案)

- 調剤基本料1の薬局を対象とした地域支援体制加算1・2の要件について、地域医療に貢献する薬局を重点的に支援する観点から抜本的に見直す。

(見直しの例)

処方せん集中率が高い薬局の後発品調剤割合要件の見直し、残薬への対応や減薬の提案に係る実績の必須化、「地域連携薬局」の認定を受けていることを要件化

2. 診療報酬改定

- 総論
- 診療所
- 病院
- 調剤報酬
- **薬価改定**
- 経営情報の見える化
- 医療DX

薬価改定（総括）

- 薬剤使用量の増加や新規医薬品の保険収載等により、薬剤費総額は年2%程度増加。高齢化の進展に伴い、さらなる薬剤費の増加が見込まれる中、毎年薬価改定を着実に実施していく必要。その下で、国民皆保険の持続可能性確保とイノベーションの推進を両立させる配分の見直し等を行う必要。

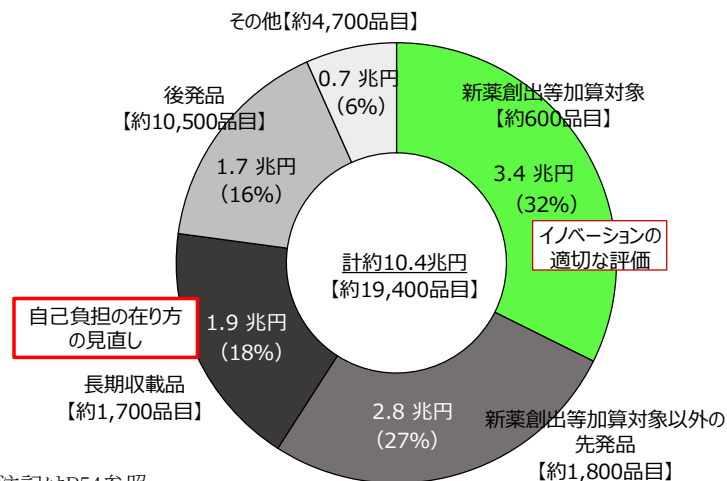
医薬品を取り巻く環境

◆ 薬剤費の動向（2010年比（%））



(注) 上図の注記はP53参照

◆ 薬剤費の構成（医薬品の市場規模・品目数）



(注) 上図の注記はP54参照

これまでに取り組んできた主な事項

- 薬価制度の抜本改革
 - ・ 革新性・有用性に着目した新薬創出等加算の見直し、費用対効果評価制度の本格的導入等
 - ・ 毎年薬価改定の実現
- 足下の供給不安に対する取組
 - ・ 供給量の増加、需要の適正化、配分の適正化を要請
 - ・ 供給不安が生じている医療上必要性の高い医薬品の増産に対する支援

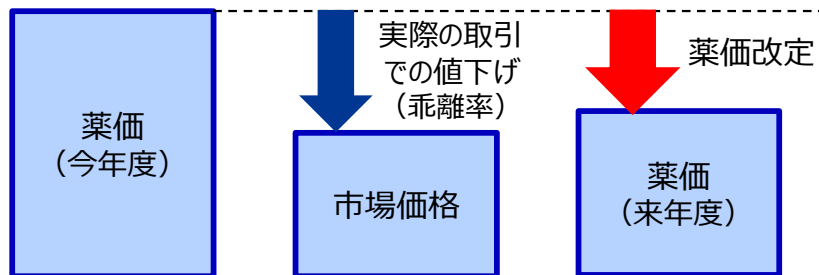
今後の主な改革の方向性

- 毎年薬価改定の着実な実施
- イノベーションの推進
 - ・ 保険収載時を始めとするイノベーションの適切な評価など
 - ・ 医療保険財政の中で、こうしたイノベーションを推進するため、長期収載品等の自己負担の在り方の見直しを併せて進める
- 安定供給確保に向けた取組
 - ・ 少量多品目生産といった構造的課題を解消する観点から総合的な検討を行う中で、流通実態を踏まえつつ、薬価の在り方を検討

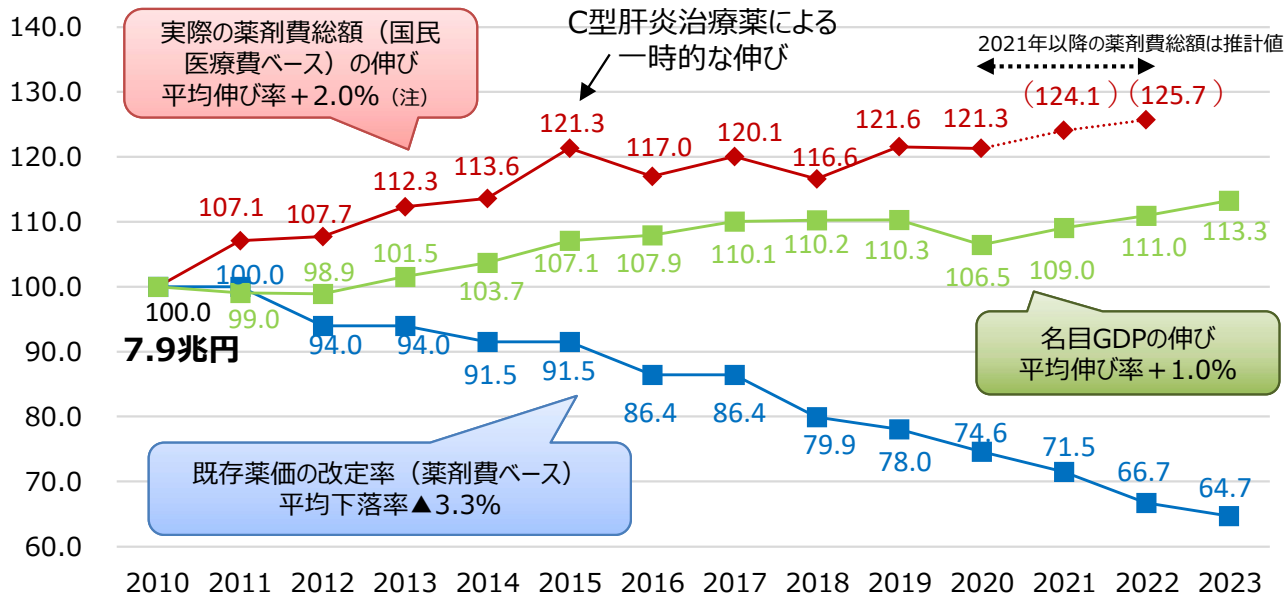
薬価改定の経緯

○ 既存薬価の改定率は例年マイナスとなっているが、薬剤使用量の増加や新規医薬品の保険収載により、薬剤費総額は拡大傾向にある。さらに、今後の高齢化の進展に伴い、更なる薬剤費の増加も見込まれる。

◆薬価改定

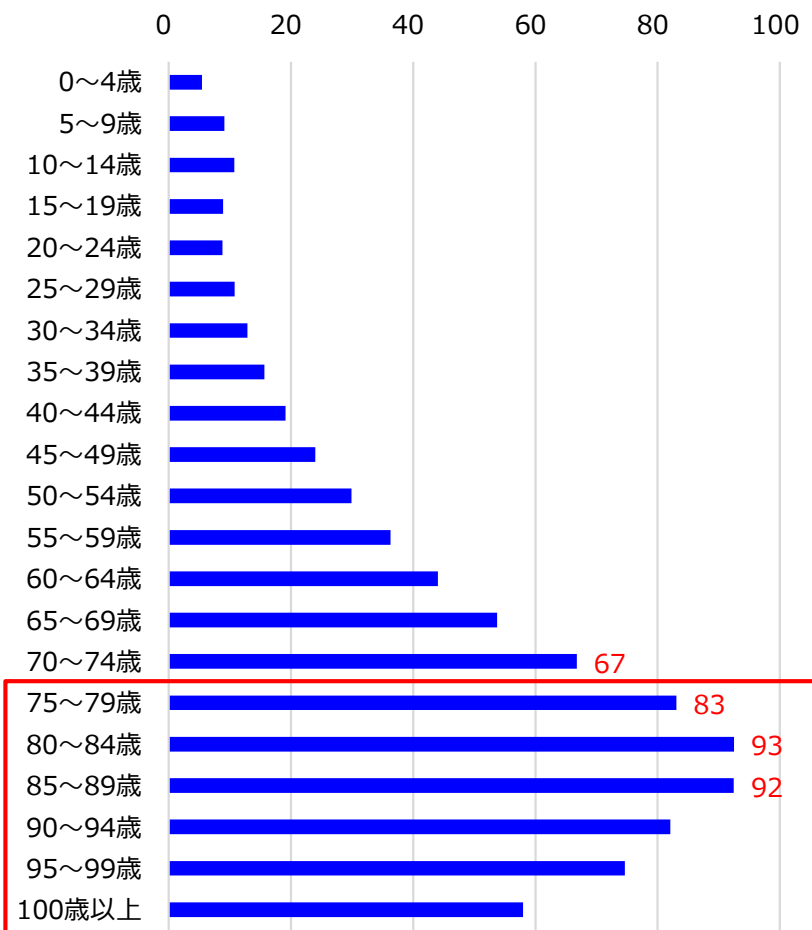


◆薬剤費の動向 (2010年比 (%))



◆年齢階級別の1人当たり薬剤料 [内服薬]

(2022年度)
(千円)



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

(出所)厚生労働省「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」「人口推計」を基に作成

(注) 2010~2020年度の平均伸び率。

※1 厚生労働省「中央社会保険医療協議会薬価専門部会」(2023年8月23日)資料、内閣府「国民経済計算年次推計」を基に作成。

※2 2010年を100とした指数で、当該年度の変動率及び改定率を前年度の指数に乗じたもの。

※3 2021年度以降の薬剤費総額については、2020年度の国民医療費及び薬剤費をベースに、「最近の医科医療費(電算処理分)の動向」及び「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」の薬剤料に係る2021年4月~2023年3月の伸び率を用いて機械的に推計。

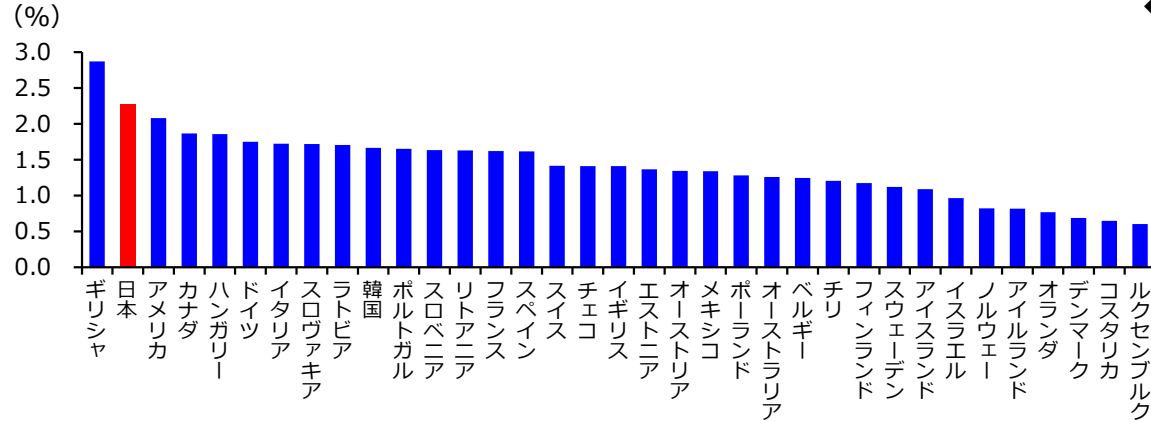
※4 名目GDPは2022年度は実績見込み、2023年度は見通し。

2023年度
薬価改定
↓
国民負担
▲3,100億円

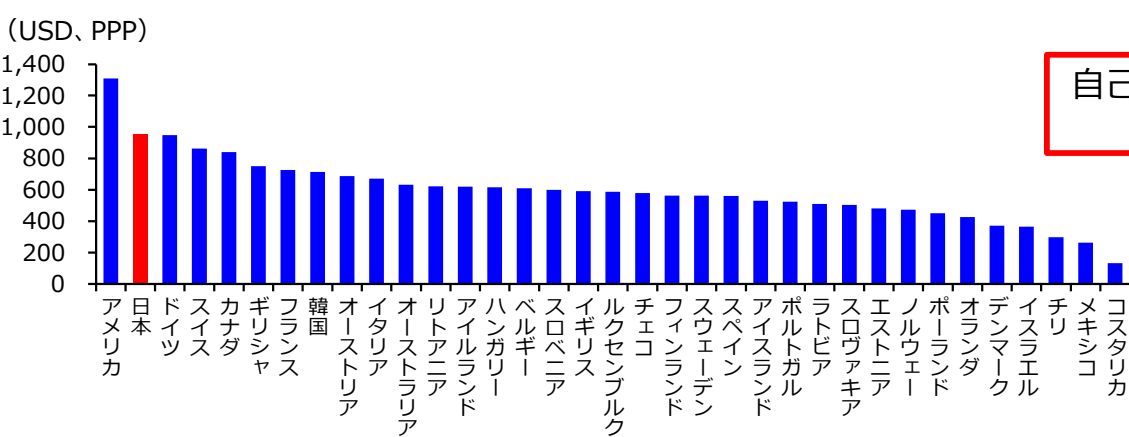
薬剤費の状況

○ 我が国の医薬品費等GDP比や1人当たり医薬品費等は先進国の中で極めて高い。こうした中、国民皆保険の持続可能性確保とイノベーション推進の両立が必要。

◆ 医薬品費等（対GDP比）の国際比較（2020年）

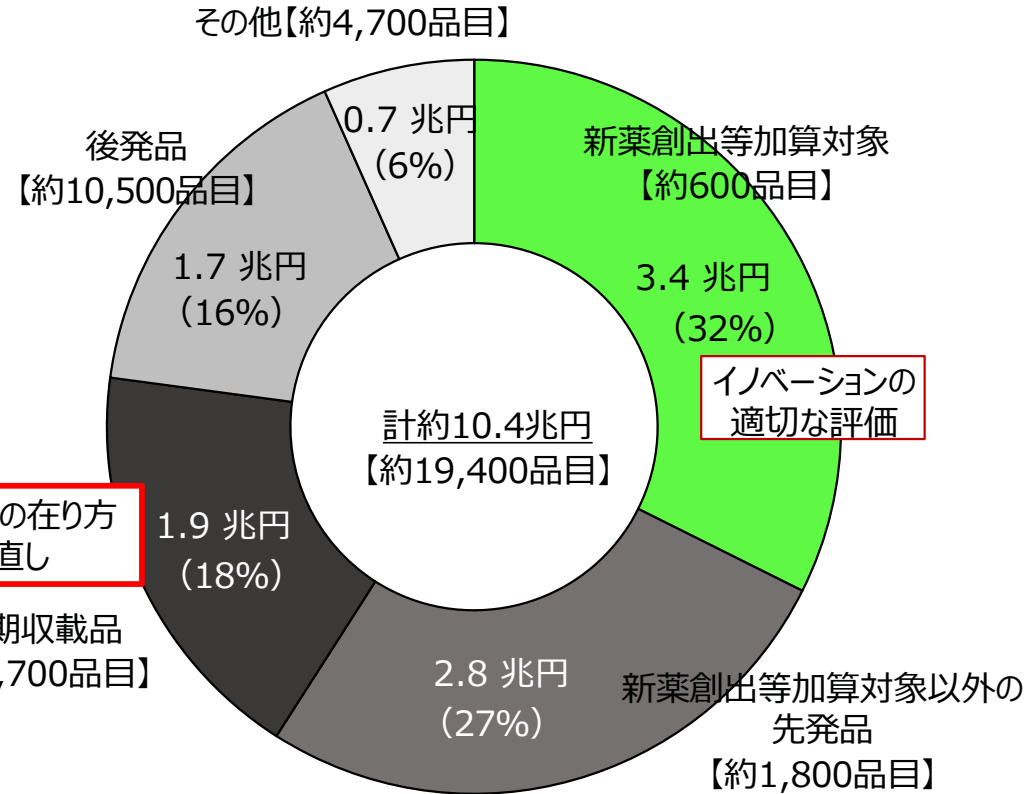


◆ 1人当たり医薬品費等の国際比較（2020年）



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

◆ 薬剤費の構成（医薬品の市場規模・品目数）



自己負担の在り方の見直し

イノベーションの適切な評価

(注1) 「新薬創出等加算対象」及び「新薬創出等加算対象以外の先発品」は後発品のない先発品であり、長期間収載されている先発品を含む。「その他」は昭和42年以前に収載された医薬品。
 (注2) 医薬品の市場規模について、記載している額は、2021年9月の薬価調査で得られた取引数量(調査月の1か月分)に薬価を乗じた上で12倍した数字(年間の数字に単純換算)。
 (注3) 品目数は2022年9月薬価調査時点のもの。
 (出所) 厚生労働省「中央社会保険医療協議会 薬価専門部会」(2022年10月5日、12月16日)資料を基に作成

【改革の方向性】(案)
 ○ イノベーションの適切な評価とともに、長期収載品等の自己負担の在り方を見直す必要。

毎年薬価改定の「完全実施」の必要性

- 令和5年度改定では、新薬創出等加算や不採算品再算定において臨時・特例的な対応を行う一方で、新薬創出等加算の累積額控除及び長期収載品に関する算定ルールについては適用されず、令和5年度薬価改定の骨子（令和4年12月21日 中医協了承）においては、「令和6年度改定において、「国民皆保険の持続可能性」と「イノベーションの推進」を両立する観点から、新薬創出等加算や長期収載品に関する薬価算定ルールの見直しに向けた検討を行う」とされた。また、追加承認項目等の加算などについては、評価に一定の時間を要することなどから、令和5年度改定では適用しないこととされた。

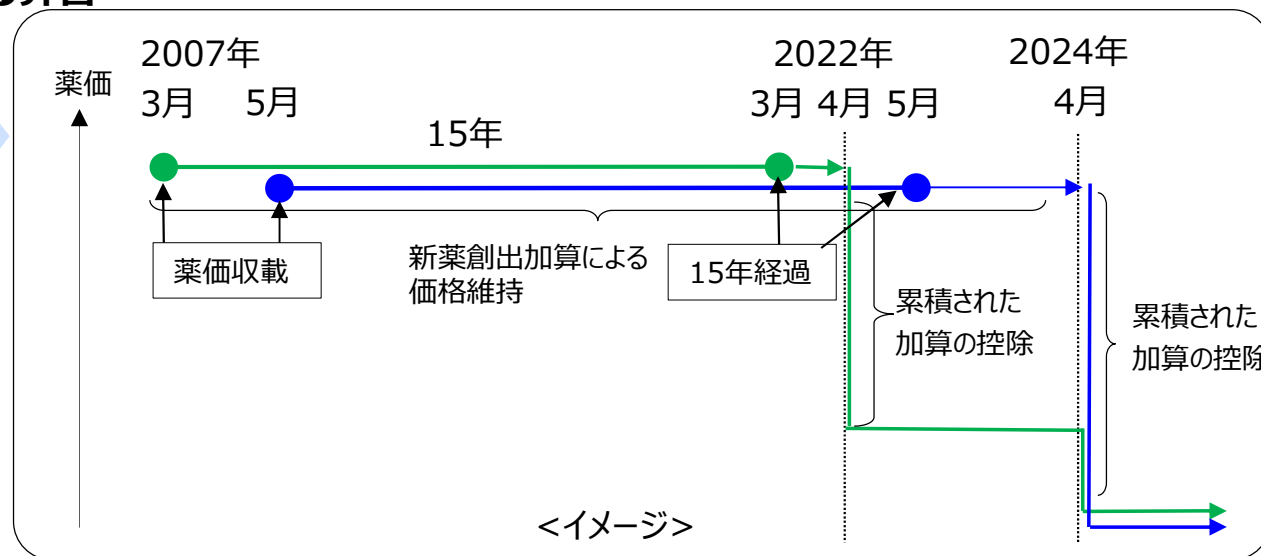
◆ 令和5年度改定で未適用となった主な薬価算定ルール

項目	概要
新薬創出等加算の累積額の控除	後発品収載又は上市後15年経過によるこれまでの加算の累積額を控除
長期収載品の薬価改定	後発収載後5 - 10年や10年超経過した先発品を後発品の置き換え率に応じて引下げ
追加承認項目等の加算	小児や希少疾患にかかる効能・効果が追加承認されたもの等に一定の加算

※最低薬価の維持、基礎的医薬品の薬価維持、新薬創出加算の加算、後発医薬品の価格帯集約、既収載品の外国平均価格調整については適用している

◆ 2年に1度しか適用されないルールがあることによる弊害

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

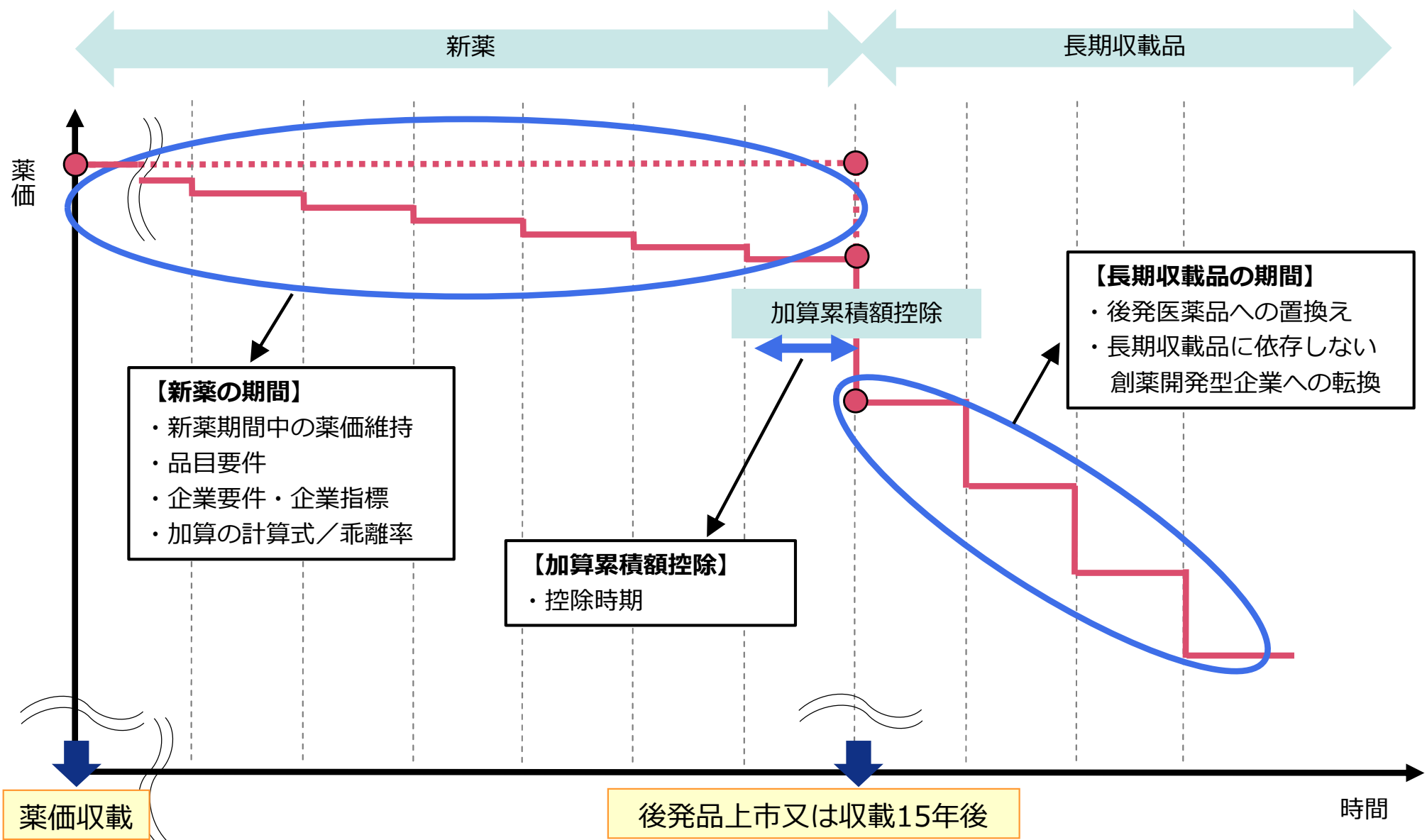


【改革の方向性】(案)

- 毎年薬価改定が行われる中で、2年に1度しか適用されないルールがあるのは説明が困難。例えば、新薬創出等加算の控除などについては、収載のタイミングによる不公平も生じる。こうしたことから、令和7年度改定では、既収載品の算定ルールについて、全て適用すべきである。

新薬のライフサイクルと薬価

○ 「国民皆保険の持続可能性」と「イノベーションの推進」を両立しながら、長期収載品に依存しない創薬開発型企業の転換を促していくためには、新薬のライフサイクルに着目しつつ、薬価制度の在り方を見直していく必要がある。



新薬開発促進のための措置

○ 真にイノベーションの推進に資すると認められる画期的な新薬については、薬価収載時に最大120%の加算が得られ、後発品が上市されるまでの間（または15年間）は加算後の薬価が維持される枠組みが設けられている。

◆新薬収載時（補正加算による薬価引上げ）

画期性加算（70～120%）

次の要件を全て満たす新規収載品

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

有用性加算（Ⅰ）（35～60%）

画期性加算の3要件のうち2つの要件を満たす新規収載品

有用性加算（Ⅱ）（5～30%）

+

市場性加算（Ⅰ）（10～20%）

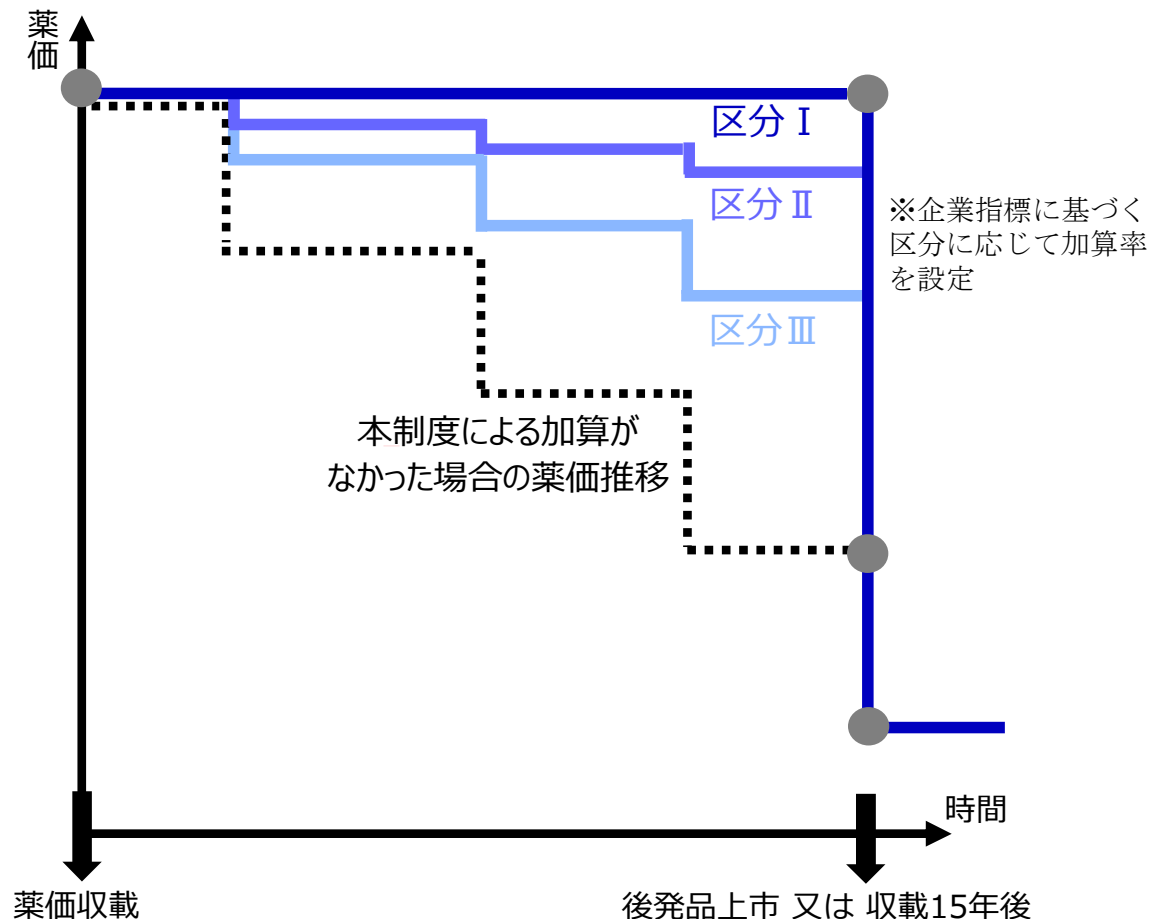
市場性加算（Ⅱ）（5%）

小児加算（5～20%）

先駆加算（10～20%）

※複数の補正加算に該当する場合
 加算額＝算定値×（ $\alpha_1 + \alpha_2 + \dots$ ）

◆既収載品の薬価改定時の「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」



※ なお、加算額について、乖離率に応じた上限を設定

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

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

後発医薬品等の安定供給

- 後発品等の安定供給の課題については、短期的な対応のみならず、後発医薬品の産業構造のあり方を含め、中期的な視点から総合的な対応策を講じる必要。その中で、流通実態も踏まえ、薬価における対応を検討。

直近の供給問題

- **2021年2月以降の行政処分を端緒**
 - ・ 約4000品目が供給停止又は限定出荷（2023年8月現在）
- **足下の対応策**
 - ・ 供給量の増加要請
 - ・ 需要の適正化（最小日数での処方等）
 - ・ 配分の適正化（在庫の偏在に対応するための相談体制強化等）
 - ・ 経済対策による支援（検討中）

薬価改定での対応

令和5年度（2023年度）薬価改定

- **不採算品再算定の特例的な適用**
 - ・ 安定供給問題に対応する観点等から、特例的に全品を対象を適用して薬価を引上げ
- **流通実態**（2023年4月の調査）
 - ・ 製薬企業が卸売販売業者に対して設定する仕切価率の状況
後発医薬品：低下した品目が増加（14%に増加）
不採算品再算定：低下した品目が1割弱（8%）

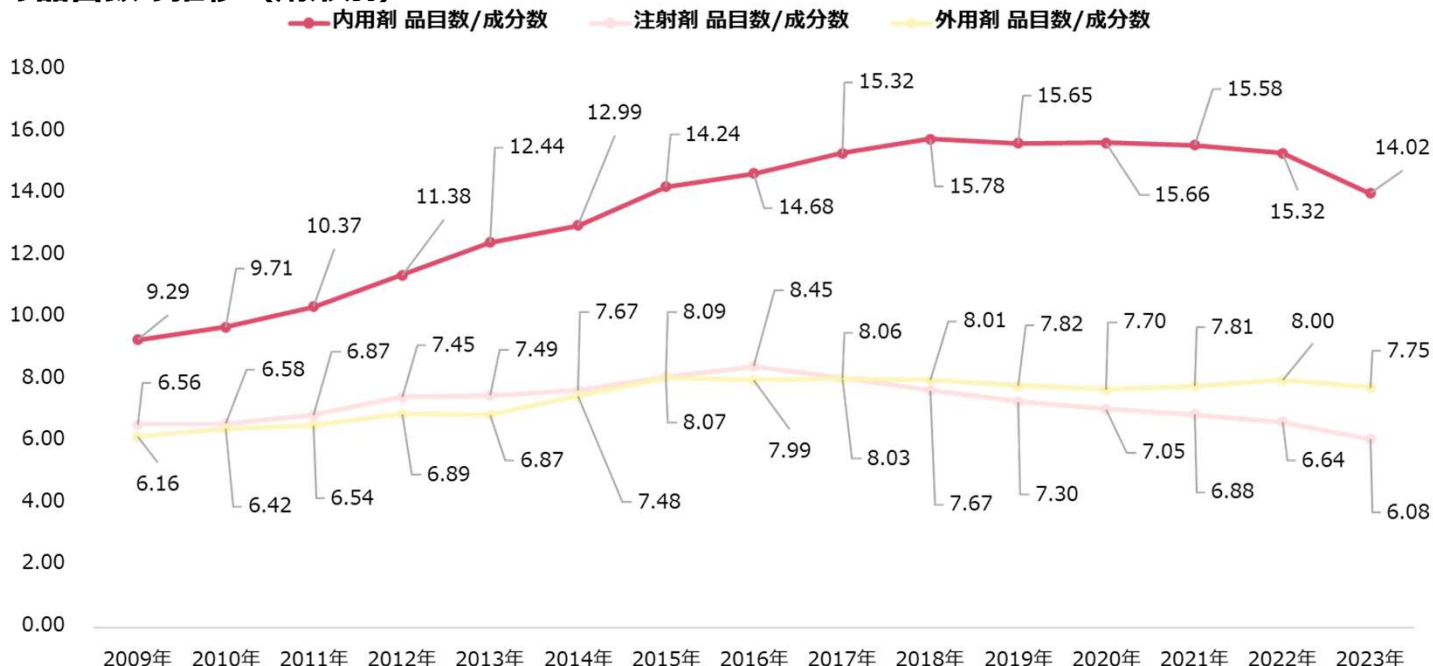
産業構造のあり方

- **後発医薬品の産業構造**
 - 品目数や供給総量が少ない企業が多いという特徴
 - ・ 約190社で11,000品目（医療用医薬品の約半数）を供給
 - ・ 上位8社で後発品市場の50%。50品目未満の企業は148社
- **少量多品目構造**
 - ・ 収載直後は比較的収益が高い
 - ・ 後発品の共同開発解禁（2005年薬事法改正）
 - ・ 安定供給義務
- **対応策（厚生労働省の検討会で検討。中間とりまとめ）**
 - ・ **安定供給等の企業情報の可視化**
 - ・ 品質が確保された後発品を安定供給できる企業が市場で評価され、結果的に優位となることを目指す
 - ・ 公表事項や企業情報を評価し、評価結果を薬価制度その他の医薬品に係る制度枠組みに活用することを検討
 - ・ **少量多品目構造の解消**
 - ・ 新規収載品目の絞り込み
 - ・ 既収載品の統合
 - ・ 供給停止・薬価削除プロセスの合理化等
 - ・ 安定供給の確保に資する薬価制度・その他医薬品に係る制度的枠組みの検討
(例)
 - ・ 品目数が多い場合の薬価引下げ（現行は10品目以上の場合）
 - ・ 上市の要件として安定供給能力を求める

後発品（ジェネリック医薬品）の品目数の状況

- 後発医薬品の1成分あたりの品目数は、内用剤が最も多い傾向にあり、2023年時点では平均14（品目/成分）となっている。
- 新規後発品の薬価算定においては、内用薬について10品目を超える場合に、薬価を下げる仕組みが存在している。
- 後発品への置換えは数量ベースで約8割に達しようとしているが、金額ベースでは約4割と諸外国と比較しても低い水準にある。

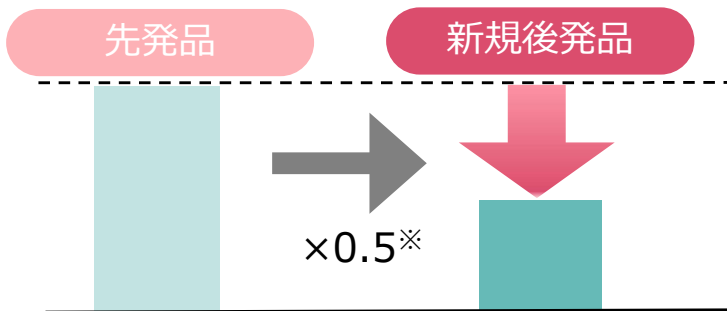
◆後発品1成分あたりの品目数の推移（剤形別）



(出所)厚生労働省「第1回後発医薬品の安定供給等の実現に向けた産業構造のあり方に関する検討会 資料」(2023年7月31日)

◆新規後発品の薬価算定

後発品が初めて掲載される場合、先発品の薬価に0.5を乗じた額。
ただし、内用薬について銘柄数が10を超える場合は、0.4を乗じた額



※10品目超えの内用薬の場合、0.4倍

◆後発品の置き換え状況（2021年）

	数量ベース	金額ベース
日本	79%(71%)(注)	41%
アメリカ	96%	40%
イギリス	81%	62%
ドイツ	90%	59%
フランス	78%	56%

(注)薬価調査に基づく置き換え率（2023年9月調査）は79%。国際間比較を行うため後発医薬品の定義を各国で揃える等をした場合は71%。

後発品（ジェネリック医薬品）の多品目の例

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

適応症：高血圧症、狭心症

先発医薬品：ノルバスク錠



後発医薬品



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

【参考】
2.5mg
OD錠の
後発品
→25品目

同じ成分で
計60品目
の後発品

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

仕切価の変化① (長期収載品、後発医薬品)

- 業界団体から後発医薬品等の薬価維持や下支えする仕組みについて要望がある一方で、2023年4月の調査において製薬企業が卸売販売業者に対して設定する仕切価率が下がっている品目も存在する。

注：日本製薬工業協会（製薬協）又は日本ジェネリック製薬協会（JGA）加盟企業から、全ての自社製品を他社に委託販売している企業を除いた92社中、回答は89社（製薬協64社、JGA25社）

【仕切価（率）の見直し状況②】

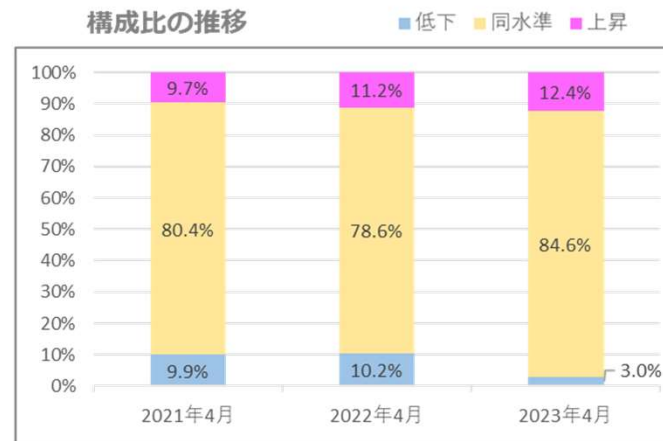
※メーカーに対する調査結果

- 長期収載品は、毎年、「上昇」が増加。後発医薬品は、「上昇」のポイントが増加している一方、「低下」も増加している。

<長期収載品>

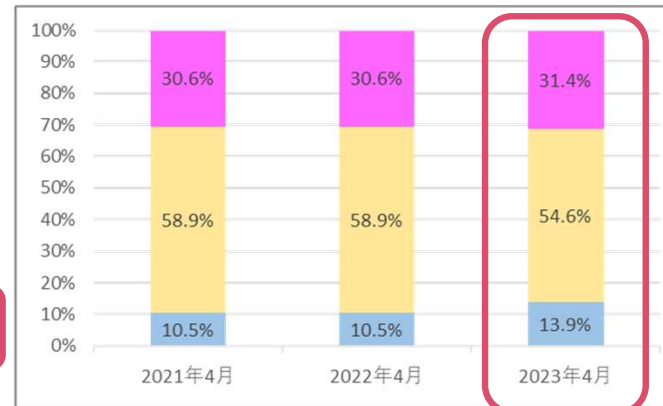
仕切価率	品目数	主な理由
上昇	212 (12.4%)	薬価引き下げに伴う、経営への影響を鑑みた対応（85品目） 製品価値を踏まえた対応（19品目） 原材料価格の高騰等の影響を踏まえた対応（40品目）
同水準	1,446 (84.6%)	-
低下	51 (3.0%)	市場実勢価の水準を踏まえた対応（38品目） 割戻しから仕切価への反映（2品目）

構成比の推移



<後発医薬品>

仕切価率	品目数	主な理由
上昇	2,517 (31.4%)	薬価引き下げに伴う、経営への影響を鑑みた対応（1,297品目） 製品価値を踏まえた対応（799品目） 原材料価格の高騰等の影響を踏まえた対応（403品目）
同水準	4,377 (54.6%)	-
低下	1,117 (13.9%)	市場実勢価の水準を踏まえた対応（843品目） その他（274品目）



仕切価の変化② (不採算品再算定対象品、後発品のない先発品)

- 令和5年度薬価改定で臨時・特例的に実施した不採算品再算定を受けた品目について、2023年4月の調査において製薬企業が卸売販売業者に対して設定する仕切価率を上昇させた品目がある一方で、下がっている品目も存在する。

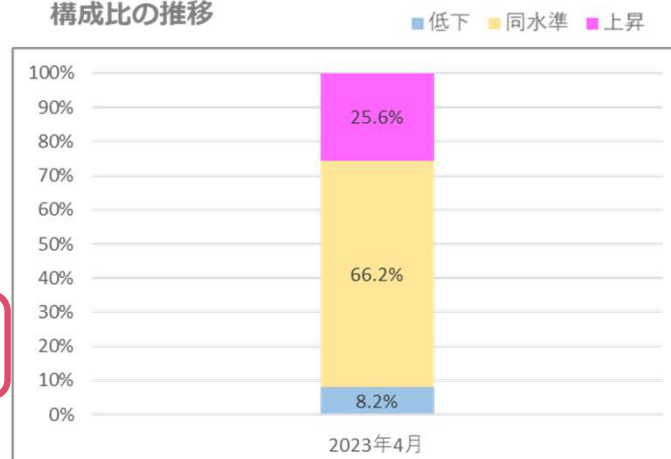
【仕切価（率）の見直し状況③】

※メーカーに対する調査結果

<不採算品再算定>

仕切価率	品目数	主な理由
上昇	187 (25.6%)	原材料価格の高騰等の影響を踏まえた対応 (109品目) 製品価値を踏まえた対応 (68品目)
同水準	484 (66.2%)	-
低下	60 (8.2%)	市場実勢価の水準を踏まえた対応 (33品目) その他 (27品目)

構成比の推移



<その他（後発品のない先発品）>

仕切価率	品目数	主な理由
上昇	192 (10.5%)	原材料価格の高騰等の影響を踏まえた対応 (102品目) 薬価引き下げに伴う、経営への影響を鑑みた対応 (44品目) 製品価値を踏まえた対応 (39品目)
同水準	1,522 (83.0%)	-
低下	119 (6.5%)	市場実勢価の水準を踏まえた対応 (104品目) その他 (15品目)



中間とりまとめの位置づけ

- 厚生労働省の他の会議体において後発医薬品に関する課題を含めた施策の検討が進められており、これらの会議体における検討の参考となるよう、**先だって薬事・薬価に関する事項について提言を行うもの。**
- 中間取りまとめ以降も検討会で議論を続け、後発医薬品産業を巡る構造的課題の解決に向けて取り得る一連の施策について提言を行う予定。**

安定供給等の企業情報の可視化

- 品質が確保された後発品を安定供給できる企業が市場で評価**され、結果的に優位となることを目指し、例えば以下の項目を公開すべきである。
 - 安定供給体制に関する情報：安定供給ツールの運用状況、共同開発の有無、製剤製造企業名（委託企業含む。）、供給不安発生時の事後対応 等／
 - 供給状況に関する情報：自社品目の出荷状況、出荷停止事例 等 / ● 自社の静置是供状況に関する情報：医療関係者への静置是供の状況 等／
 - 緊急時の対応手法に関する情報：余剰製造能力の確保又は在庫による対応 等 /
 - 業界全体の安定供給への貢献に関する情報：他社の出荷停止品目等に対する増産対応 等
- 公表事項について基準を設定した上で厚生労働省が評価するとともに、公表事項以外の企業情報（供給計画・実績 等）も評価に反映し、**評価結果を薬価制度・その他医薬品に係る制度的枠組みに活用**することを検討すべきである。
 - ※ 企業に求められる最低限の基準を満たさない場合は低評価、基準を超えるような指標を満たす場合は高評価といったメリハリをつける。
 - ※ 導入時期について、企業側の負担を考慮し、一部の公表を求めることや、経過措置を設けるなど、優先順位を設けて柔軟に対応する。

少量多品目構造の解消

- 新規収載品目の絞り込み**：安定供給に貢献しない企業の参入を抑制するため、新規収載に当たって企業に対し安定供給に係る責任者の指定を求めるとともに、継続的に供給実績を報告させる仕組み等を検討すべきである。
- 既収載品目の統合**：企業間の品目統合を促進するため、統合後の品目の増産が行いやすくなるよう、製造方法の変更に係る薬事審査等の合理化に係る検討を行うべきである。
- 供給停止・薬価削除プロセスの合理化等**：一定の条件に該当する品目（医療上の必要性や市場シェアが低い等）につき、医療現場への影響、採算性のみを理由とした供給停止等に配慮しつつ、供給停止プロセスの合理化・効率化の検討を行うべきである。
- 新規収載品の品目数の抑制や既収載品の品目数の削減等、**安定供給の確保に資するような薬価制度・その他医薬品に係る制度的枠組みを検討**すべきである。 ※ 例えば、後発品の内用薬について、現行の薬価制度上、10品目を超える場合に薬価を下げる仕組みがある。

2. 診療報酬改定

- 総論
- 診療所
- 病院
- 調剤報酬
- 薬価改定
- 経営情報の見える化
- 医療DX

- 費用配分の見える化は、EBPM推進や事業者の収入増を現場の従事者の賃上げに確実につなげていく観点から、抜本的に強化する必要。
- 機動的調査で行ったような医療法人の事業報告書等に基づく経営状況の分析・開示、医療法人の職種別給与・人数の把握、医療法人立以外の法人の経営状況の見える化を進めていく必要。

経営状況データの開示強化

- **医療経済実態調査について指摘される課題等を踏まえ、財務省の機動的調査を活用し、都道府県に提出されている医療法人の事業報告書等を分析し、公表**
 - ・対象：21,939医療法人
 - ・内容：2020年度～2022年度の事業報告書等
 - ・事業収益・費用等の分析が可能
 - ・趣旨：サンプルバイアスがなく、精緻な経年比較が可能。単月調査など期間限定の調査と異なり、医療機関の実態を正確に反映

現場の従事者の賃上げに向けた取組み

- 2023年度より全ての医療法人の給与費等の収益・費用の個別項目を収集し、データベースを整備することとなっているが、職種別の給与・人数の提出は任意とされており、現場の従事者の賃上げがどういう形で行われているか正確な把握が困難な状態となっている。

今後の対応

- 医療機関の経営状況の分析が容易に行えるよう、全都道府県において医療法人の事業報告書等のオンラインでの閲覧が可能となるよう要請することの検討
- 任意提出とされる職員の職種別の給与・人数の報告について、診療報酬上の加算取得の要件とすることの検討
- **医療法人立以外の法人に対する対応**
 - ・開業の実態調査及び結果の公表を行うこと
 - ・その上で、医療法人と同様の事業報告書等の提出・公表義務を課すことを検討

医療法人の経営状況に関する機動的調査について

見える化

- 医療法人の直近の3事業年度における経営状況等を把握するため、全財務局等と共に調査を実施。
各都道府県等が公表している事業報告書等をもとに、令和2年度から令和4年度の医療法人の経営状況等を調査。

<p>対象</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医療法第52条第1項の規定に基づき事業報告書等を都道府県知事に届け出た医療法人のうち、一般病院を経営する医療法人及び一般診療所を経営する医療法人（精神科病院を経営する医療法人及び歯科診療所を経営する医療法人は除く。） （注）一般病院、一般診療所、精神科病院、歯科診療所を複数経営する医療法人の場合は、収入に占める割合が最も大きいと思料される施設で区分。 ・全都道府県及び一部の政令市等のうちデータ入手の困難性から調査困難と判断した（※）自治体を除き調査を実施 ・直近の3事業年度分のデータが全て揃う法人に限る ・9月中旬までに各自治体から揃ったデータを集計 <p>⇒38/47都道府県から入手（全21,939法人） （参考）令和3年度医療経済実態調査の有効回答施設数は、病院：1,218施設、一般診療所：1,706施設</p>
<p>調査方法</p>	<ol style="list-style-type: none"> (1) 各都道府県等のホームページから入手 (2) 各都道府県等の「電子申請システム」により申請しデータを入手 (3) 各都道府県等から電子メール等によりデータを入手 (4) 各都道府県等が定める情報公開請求手続によりデータを入手
<p>調査単位</p>	<p>法人単位</p>
<p>調査対象期間</p>	<p>令和5年3月末までに終了する直近3事業年度（令和2～4年度）</p>
<p>調査項目</p>	<p>【事業報告書】 法人名称、開設している医療機関名称及び形態、許可病床数 【貸借対照表】 流動資産、利益剰余金、純資産 【損益計算書】 本来業務事業収益、附帯業務事業収益、本来業務事業費用、附帯業務事業費用、事業利益/損失、経常利益/損失、当期純利益/純損失</p>
<p>備考</p>	<p>（※）調査困難と判断した主な理由については以下のとおり。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・窓口でのみ対応（閲覧に時間制限がある、写しの交付が不可である等の制限がある自治体もあり） ・自治体ホームページで公表及び窓口で対応を実施しているが、ホームページでの公表が直近のデータに限られている ・電子メールでの受付及び窓口で対応を実施しているが、電子メールでの受付が直近のデータに限られている 等

(参考)収集したデータのイメージ

⇒令和2～4年度分を調査

				令和4年度														
都道府県	決算期	①法人名	②開設している医療機関名 及び形態 (例) ○○クリニック(診療 所)、○○施設(老健)	③許可病床数			貸借対照表			損益計算書							経常利益率	
				一般病床	療養病床	④流動資産	⑤利益剰余金	⑥純資産	事業収益			事業費用			⑪事業利益	⑫経常利益		⑬当期純利益
									⑦本来業務	⑧附帯業務	収益計	⑨本来業務	⑩附帯業務	費用計				
01北海道	3月	○○○整形外科 病院	○○○整形 外科病院(病院)															
01北海道	12月	○○○○会	○○○○会病院															
01北海道	7月	消化器科・内科 ○○医院	○○医院(診療所)															
01北海道	6月	○○内科医院	○○内科医院(診療所)															
01北海道	7月	○○会	○○医院(診療所) 他1診療所															
01北海道	6月	○○○	○○○○○病院															
01北海道	6月	○○会	○○クリニック(診療所)															
01北海道	11月	○○○○	○○クリニック(診療所)															
01北海道	12月	○○整形外科 医院	○○整形外科 医院(診療所)															
01北海道	7月	○○外科医院	○○外科医院(診療所)															
01北海道	6月	○○内科 クリニック	○○内科 クリニック(診療所)															
01北海道	4月	○○○	○○クリニック (診療所)ほか1老健															
01北海道	9月	○○会病院	○○会病院(診療所)															

}

21,939法人

(参考) 医療法人の事業報告書等について

- 医療法人が届け出る「事業報告書等」は、法人全体の事業収益・費用・利益など全体の経営状況を把握することは可能。
- 「事業報告書等」は2023年度から都道府県HP等による閲覧を可能としているが、方法は都道府県に委ねられている。HPから直接閲覧できる自治体は一部にとどまっている。

◆ 現行の事業報告書等様式 (損益計算書)

(単位: 千円)

科 目	金 額
I 事業 損 益	
A 本来業務事業損益	
1 事業 収 益	×××
2 事業 費 用	
(1) 事 業 費	×××
(2) 本 部 費	×××
本来業務事業利益	×××
B 附帯業務事業損益	
1 事業 収 益	×××
2 事業 費 用	×××
附帯業務事業利益	×××
C 収益業務事業損益	
1 事業 収 益	×××
2 事業 費 用	×××
他の事業外費用	×××
経 常 利 益	×××
IV 特 別 利 益	
固定資産売却益	×××
その他の特別利益	×××
V 特 別 損 失	
固定資産売却損	
その他の特別損失	
税 引 前 当 期 純 利 益	
法人税・住民税及び事業税	×××
法 人 税 等 調 整 額	×××
当 期 純 利 益	×××

施設ごとの経営状況までは把握不可能

費用の内訳 (給与費、材料費など) は把握できない

法人としての1会計期間の経営状況が把握可能

◆ 厚生労働省が提示したスケジュール

	10~12月	1~3月	2022年度 4~6月	7~12月	1~3月	2023年度 ~
システム改修	G-MIS改修					
省令改正	医療法施行規則改正					
事業報告書等 アップロード による届出				事業報告書等の アップロードによる届出		
都道府県HP等 での閲覧				従来通り、紙媒体で届け出た 事業報告書等の電子化 (入力等)		
データベース			令和4年度以降にアップロードにより届け出られたデータ及び紙媒体で届け出られたものを電子化したデータをデータベースとして蓄積・活用			

都道府県HP等での閲覧

(出所)「第1回医療法人の経営情報のデータベースの在り方に関する検討会」(2022年10月19日)資料を一部加工

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

医療機関等の経営のデータについて①

- 令和6年度診療報酬改定に向けて、11月下旬には、病院、一般診療所、歯科診療所及び保険薬局における医業経営等の実態を明らかにすることを目的とした「医療経済実態調査」（以下、「実調」という）が公表される予定。
- ただし、有効回答率が低い、主たる診療科別などの抽出率が低い、サンプルの入れ替えが毎回行われるため経年的推移を追うことができないなどの課題があり、サンプルバイアスなども指摘されている。

◆実調における抽出率と過去の有効回答率

対象	抽出率	有効回答数	調査年度	有効回答率
病院	1/3※	1,218	平成29年	56.2%
診療所	1/20	1,706	令和元年	54.0%
歯科診療所	1/50	625	令和3年	53.2%
薬局	1/25	904		

※特定機能病院、歯科大学病院及び子ども病院は全数、これらの病院は有効回答率の計算からも除外している。

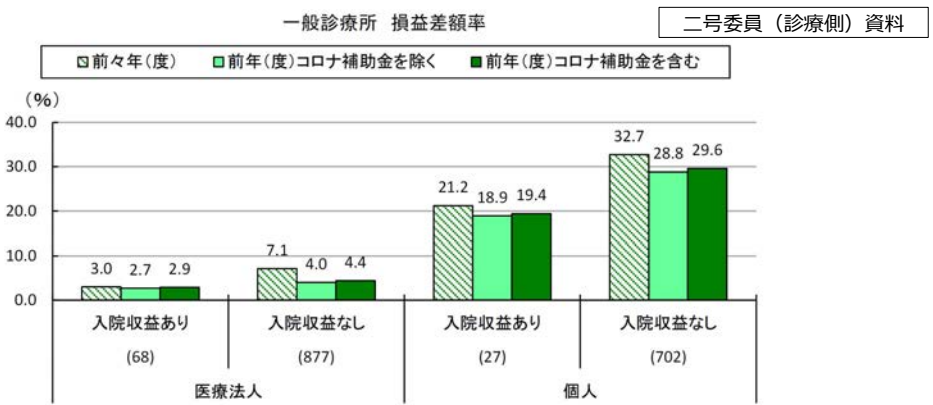
◆「実調」と「事業報告書等」での客体数の違い(平成27年度の資料を分析したもの)

「事業報告書等」は損益計算書等、全医療法人が医療法に基づき都道府県に事業年度ごとに提出する報告書。

主たる診療科 別診療所	無床診療所		客体数の 倍率	有床診療所		客体数の 倍率
	実調	事業報告書		実調	事業報告書	
内科	368	5261	1/14	20	501	1/25
小児科	52	1913	1/37	0	72	算出不能
精神科	26	502	1/19	1-2	68	1/68
外科	40	809	1/20	10	319	1/32
整形外科	79	2435	1/30	12	457	1/38
産婦人科	22	322	1/15	19	763	1/40
眼科	55	1692	1/31	9	353	1/39
耳鼻咽喉科	55	1653	1/30	1-2	40	1/40
皮膚科	47	1236	1/26	1-2	17	1/17

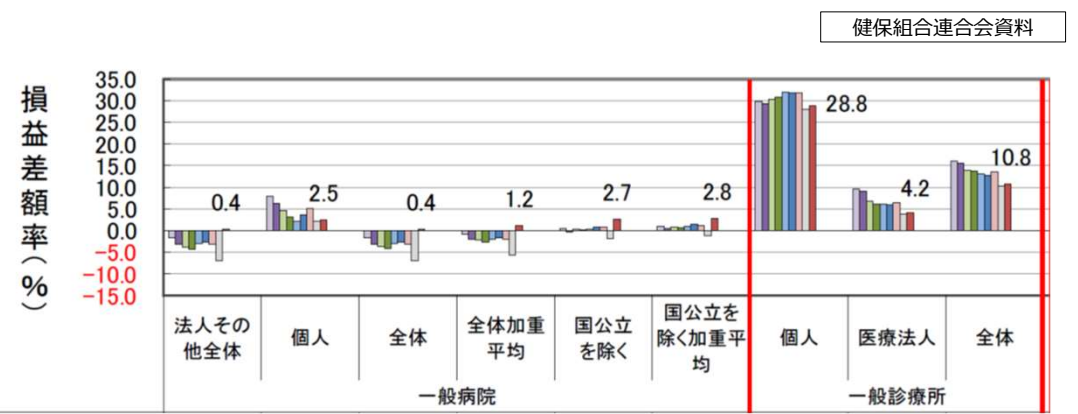
荒井耕「診療所の財務実態」、荒井耕・古井健太郎「主たる診療科別の診療所の実績把握のための仕組みの模索 -診療報酬改定のための財務情報基盤の充実に向けた試み-」から作成

◆令和2年度改定時に向けて中央社会保険医療協議会で示された実調の分析データ（2021年12月3日）



*中央社会保険医療協議会「第23回医療経済実態調査(医療機関等調査)報告-令和3年実施-」から作成
()内は施設数。青色申告者を含む。

⇒一般診療所11万事業所のうち、上記のとおり1/20の抽出率に有効回答率を掛けると数%に過ぎない個票を更に区分して分析を行っていることになる。



■H25年度 ■H26年度 ■H27年度 ■H28年度 ■H29年度 ■H30年度 □R元年度 □R2年度(補助金除く) ■R2年度(補助金含む)

⇒調査の都度、サンプルが入れ替わっているため、統計的に正しい手法とは言えないが、やむなく経年的な比較を行っている。

- 単月調査など、年度単位ではなく、期間が限定された調査については、収益の計上の期ズレ等の影響により、本来よりも悪化して見える傾向にあり、その結果は慎重に取り扱う必要がある。

◆2023年度版 病院経営定期調査（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会）
（2023年10月10日公表）

年度比較（2021年度/2022年度）及び前年同月比較（2022年6月/2023年6月）を実施
⇒このうち、2022年度調査と2022年6月調査を比較すると、同じ年度かつ概ね同じ対象病院にも関わらず結果に大きな差が見受けられる

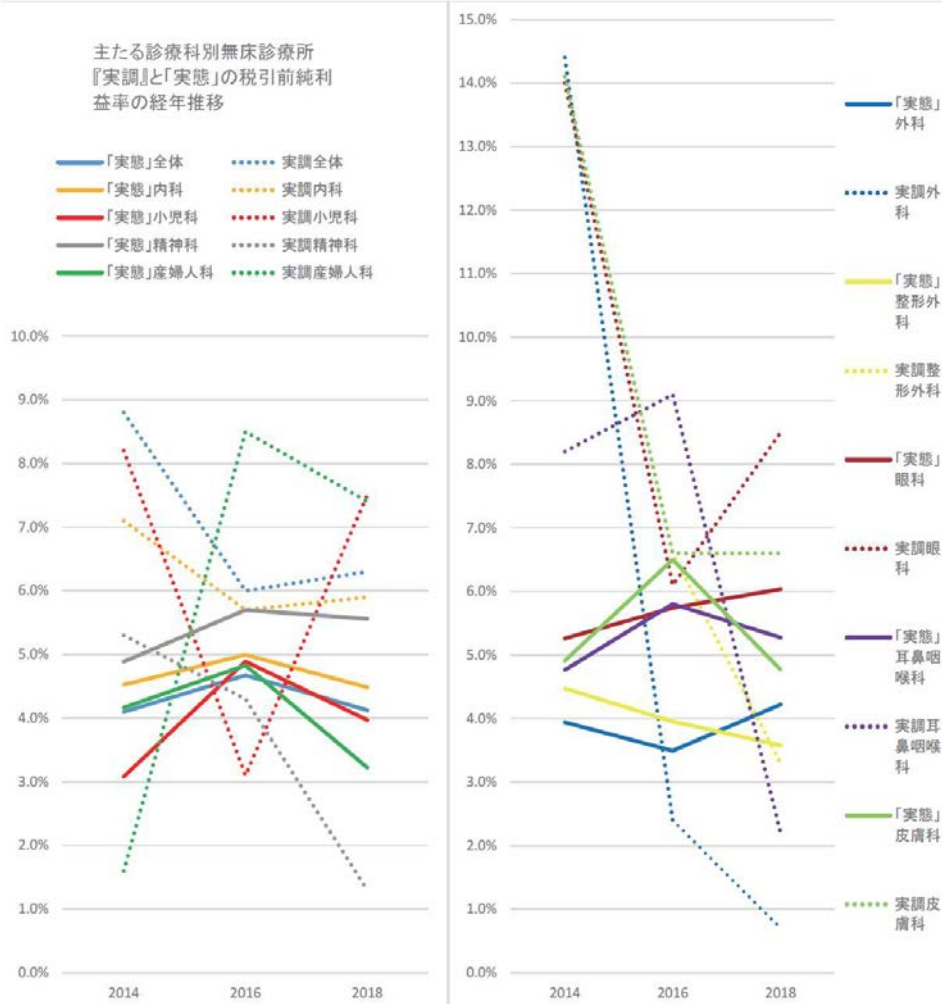
	2022年度調査 (n=662)	2022年6月調査 (n=610)
黒字病院割合（経常利益ベース）	76.6%	44.1%
経常利益率	+4.8%	▲6.1%
コロナ関連 緊急包括支援事業 補助金 (100床当たり平均)	2億370万円	90万円 (入金額)

⇒財務省の機動的調査結果においても、2022年度の病院（許可病床20床以上の医療法人）の経常利益率は+5.0%

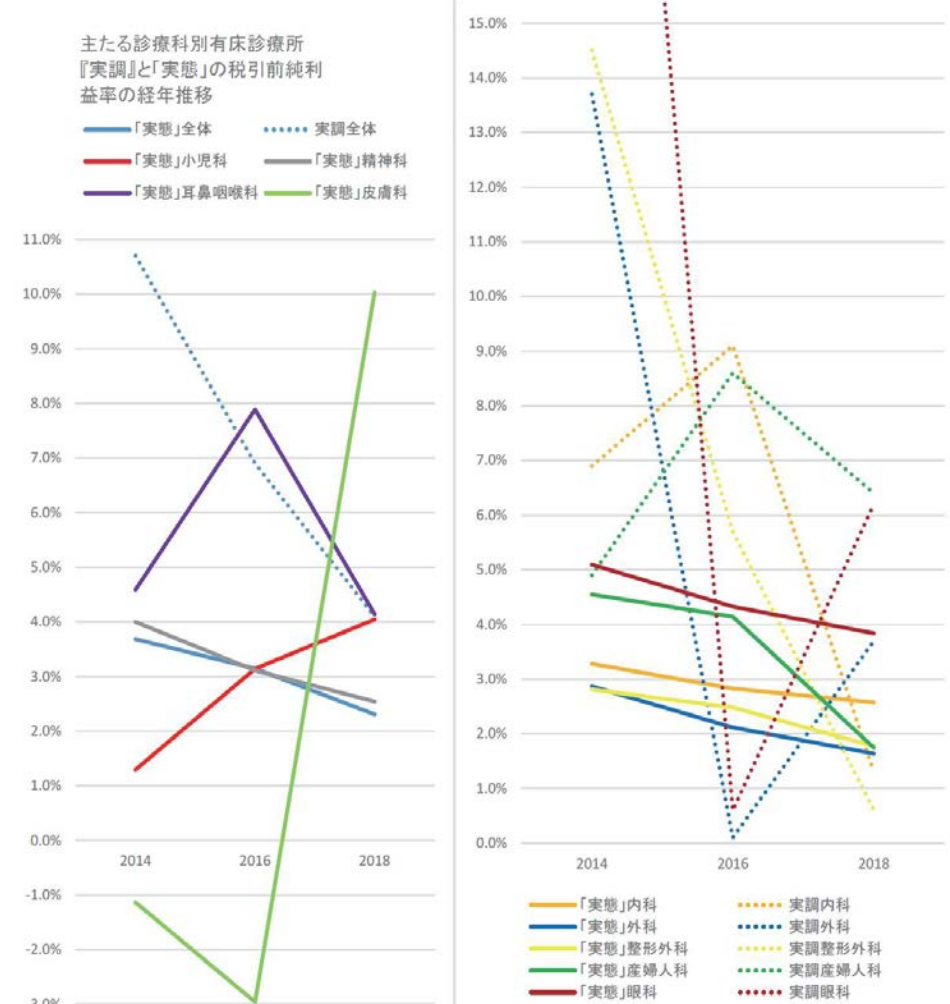
(参考) 医療経済実態調査の実態との乖離

- 「主たる診療科」別に利益率の経年推移を「実調」と「事業報告書等（全数のため実態を反映していると言える）」をグラフ化すると、実調の結果が実態（事業報告書等）と乖離していることが判明。
- 「実調」には、**客体数が非常に少ないことによる偶然的な結果の振れや調査客体群が毎回異なる限界が一つの背景**となって、全体でみても主たる診療科別にみても、利益率の経年変化状況が「実調」と「実態」とで経常的に大きく異なっている。

【主たる診療科】別無床診療所の利益率経年推移：「実調」と「実態」の比較



【主たる診療科】別有床診療所の利益率経年推移：「実調」と「実態」の比較



(参考) 医療経済実態調査と医療法人事業報告書等の比較

見える化

	医療経済実態調査	医療法人事業報告書等
対象	<p>病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局 <u>サンプル調査</u>により実施 ※抽出率 病院：1/3 一般診療所：1/20 等 ※任意回答であり、有効回答率は50%強 ⇒病院は1.5割、一般診療所は2%程度分の集計（サンプル数の少なさから主たる診療科別など属性別の把握が精度に欠ける）。 ⇒3月決算の診療所は更にそのうちの2割程度であり、厳密な診療報酬改定の影響把握ができない。 ⇒回答バイアスの指摘もみられる。</p>	<p>医療法人（全数）</p> <p>⇒全数が届出対象であるためサンプルバイアスがない。客体数が多いため、決算期別、診療科別など多様な属性別実態の分析が可能</p>
提出方法	<p>電子媒体又は紙媒体による提出 ※電子媒体による回答率：約50%</p>	<p>紙媒体による提出のみ ⇒ アップロードによる届出が可能（令和4年3月31日以降に決算期を迎える法人）</p>
回答単位	施設（病院、診療所又は薬局）単位	法人単位
調査・届出時期	<p>2年に1度、過去2事業年度分の内容を調査 ⇒例えば2021年度のデータは2023年11月頃(年度終了20か月後)まで明らかにならない</p>	<p>法人の会計年度終了後3か月以内に届出</p>
期間	<p>調査客体ごとに、2事業年度分を調査（サンプル調査であるため、経年的推移は把握不能）</p>	<p>個々の医療法人ごとに、毎会計年度届出 （同一法人について経年的推移が把握・分析可能）</p>
調査・届出項目	<ul style="list-style-type: none"> ・当該施設の収益、費用（内訳として入院・外来収益、給与費、医薬品費等） ・固定資産／負債、流動資産／負債（総額） ・許可病床数 ・設定している入院基本料等（一般病棟／療養病棟等） 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・本来業務、附帯業務による収益・費用（総額） ・固定資産／負債、流動資産／負債（内訳あり） ・許可病床数 ・設立年 ・開設する施設の種類の種類 等
開示方法	<p>厚労省HPに集計結果を掲載</p>	<p>個別の事業報告書等について、都道府県等に請求すれば閲覧可 ⇒ 都道府県HP等による閲覧（2023年度～） ※現時点でHPで閲覧可能な自治体は一部にとどまる</p>

さらなる経営情報の「見える化」

- 医療法人については、事業報告書・損益計算書等の届出を義務化し、G-MIS（医療機関等情報支援システム）へのアップロードによる届出も可能とした。ただし、当該損益計算書には事業収益・費用の合計のみが計上され、個別の項目が把握できない状態にあった。
- 2023年8月施行の法改正により、医療法人について、原則、全ての法人・事業者の給与費等の収益・費用の個別項目を収集し、そのためのデータベースを整備することとした。ただし、職員の職種別の給与・人数については、任意提出項目にとどまっている。

◆財務データの取扱い

	社会福祉法人 (社会福祉法)	医療法人 (医療法)
公表対象	計算書類、財産目録等 ※人件費等の内訳あり	事業報告書・損益計算書等 ※人件費等の内訳なし
届出・ 報告義務	所轄庁への届出義務	都道府県への届出義務
公表義務	全ての法人に公表義務	<ul style="list-style-type: none"> ・規模の大きい法人は公告義務あり ・それ以外の法人は備え付けの上、求められれば閲覧に供する義務
データ ベース化	<ul style="list-style-type: none"> ・インターネットで個々の法人についてのデータを閲覧可能 ・全法人の分析・集計も公表 	<p>【法改正】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・上記の事業報告書等とは別に、給与費等の個別項目を報告する義務を課し、データベースを整備。 (個々の法人のデータは非公表)

データベースに掲載する経営情報

※ 「見える化」のコアとも言うべき、職員の職種別の給与・人数については、任意提出項目として導入

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

施設別

- 医療収益 (入院診療収益、室料差額収益、外来診療収益、その他の医療収益)
- 材料費 (医薬品費、診療材料費・医療消耗器具備品費、給食用材料費)
- 給与費 (役員報酬、給料、賞与、賞与引当金繰入額、退職給付費用、法定福利費)
- 委託費 (給食委託費)
- 設備関係費 (減価償却費、機器賃借料)、○ 研究研修費
- 経費 (水道光熱費)
- 控除対象外消費税等負担額
- 本部費配賦額
- 医療利益 (又は医療損失)
- 医療外収益 (受取利息及び配当金、運営費補助金収益、施設設備補助金収益)
- 医療外費用 (支払利息)
- 経常利益 (又は経常損失)
- 臨時収益・費用
- 税引前当期純利益 (又は税引前当期純損失)
- 法人税、住民税及び事業税負担額
- 当期純利益 (又は当期純損失)
- 職種別の給与 (給料・賞与) 及び、その人数

(再掲) さらなる経営情報の「見える化」

- 改正医療法が2023年8月に施行され、医療機関が特定されない形での「経営情報データベース」が導入されたが、特に「見える化」のコアとも言うべき、職員の職種別の給与・人数については、任意提出項目とされている。
- 医療機関の「経営情報データベース」については、匿名であること、国民への説明責任の観点から踏まえれば、職種別の給与・人数の提出の義務化が必要。

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

第7回公的価格評価検討委員会 増田座長提出資料（抄）

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

（中略）

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

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

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

【改革の方向性】（案）

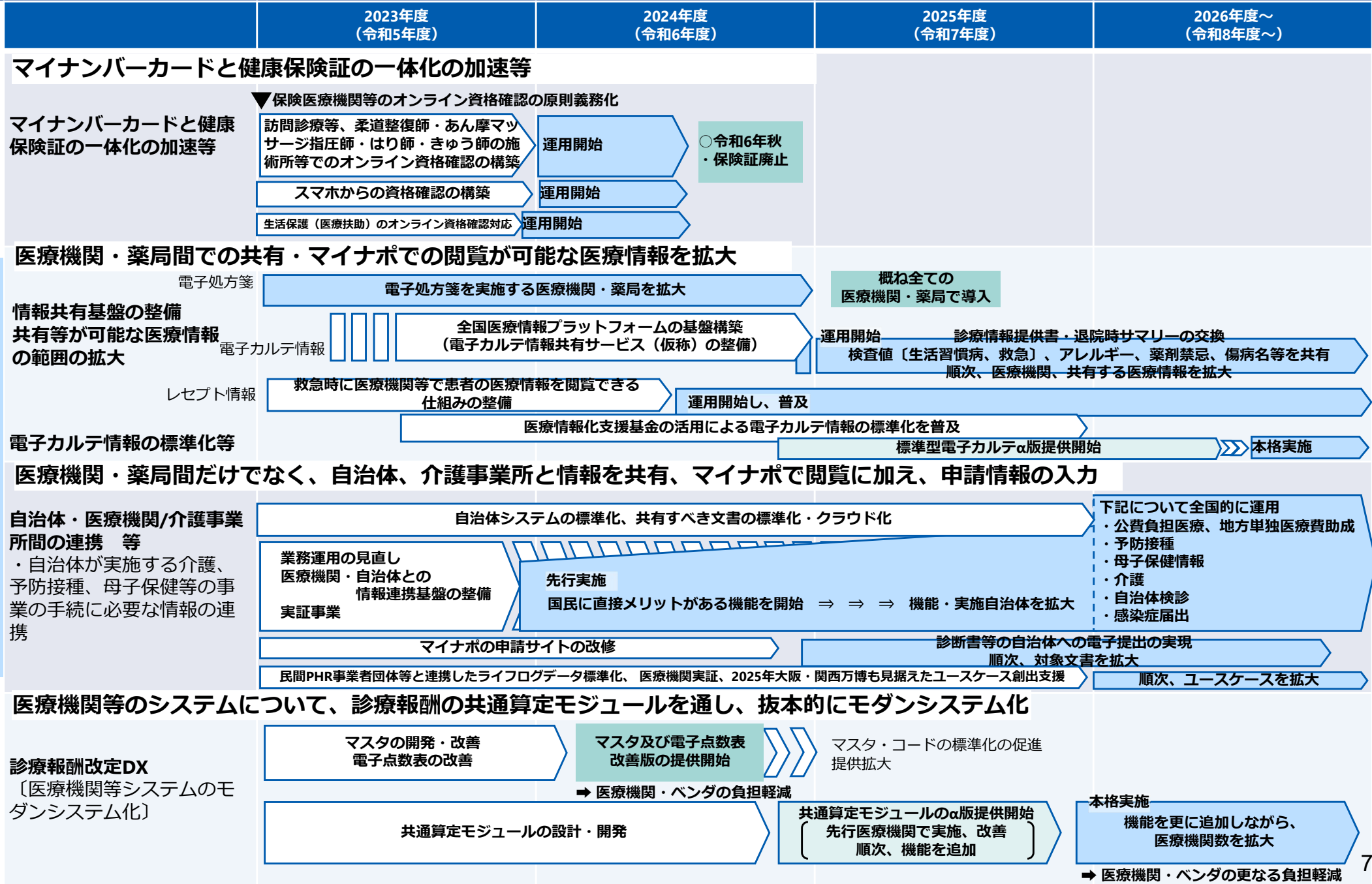
- EBPMを推進していく観点からも、今後の処遇等に関わる施策を検討するための前提として、こうした各医療機関・事業者のデータの収集が必要であり、医療機関の「経営情報データベース」において、職種別の給与・人数の提出を義務化すべき。
- また、診療報酬の加算の算定に当たって職種別給与等の提出を要件化すべき。

2. 診療報酬改定

- 総論
- 診療所
- 病院
- 調剤報酬
- 薬価改定
- 経営情報の見える化
- 医療DX

医療DXの推進

○医療DXについては、工程表に沿って着実に推進していく必要。



全国医療情報プラットフォームの構築

患者データの集約・活用の状況

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



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



医師・歯科医師・薬剤師等の有資格者等が診療/薬剤情報・特定健診等情報を閲覧



<閲覧イメージ：薬剤情報一覧>

薬剤情報											
氏名		厚労太郎		性別		男		年齢		50歳	
診療日	診療時間	処方	処方内容	処方薬剤	処方薬剤	処方薬剤	処方薬剤	処方薬剤	処方薬剤	処方薬剤	処方薬剤
10月	外来	5日	-	内服	アスターD錠20mg	アスターD錠	アスターD錠	アスターD錠	アスターD錠	アスターD錠	アスターD錠
10月	外来	5日	-	内服	プロリス錠12.12mg	プロリス錠	プロリス錠	プロリス錠	プロリス錠	プロリス錠	プロリス錠
10月	外来	5日	-	外用	ソノイローVQ軟膏0.12%	ソノイローVQ軟膏	ソノイローVQ軟膏	ソノイローVQ軟膏	ソノイローVQ軟膏	ソノイローVQ軟膏	ソノイローVQ軟膏
10月	外来	5日	-	注射	クレジリン10錠	クレジリン	クレジリン	クレジリン	クレジリン	クレジリン	クレジリン
10月	調剤	6日	6日	1日1回服用	アース錠10mg	アース錠	アース錠	アース錠	アース錠	アース錠	アース錠
10月	調剤	6日	6日	1日2回服用	ロソプロエン錠60mg	ロソプロエン錠	ロソプロエン錠	ロソプロエン錠	ロソプロエン錠	ロソプロエン錠	ロソプロエン錠
10月	調剤	18日	18日	1日1回服用	ナシロン錠10mg	ナシロン錠	ナシロン錠	ナシロン錠	ナシロン錠	ナシロン錠	ナシロン錠
10月	調剤	10日	10日	1日1回服用	トースト錠2mg	トースト錠	トースト錠	トースト錠	トースト錠	トースト錠	トースト錠
11月	入院	5日	-	-	シナチリ錠250mg	シナチリ錠	シナチリ錠	シナチリ錠	シナチリ錠	シナチリ錠	シナチリ錠

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

<閲覧イメージ：特定健診情報一覧>

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

特定健診等情報：医療保険者等が登録した5年分の情報が参照可能

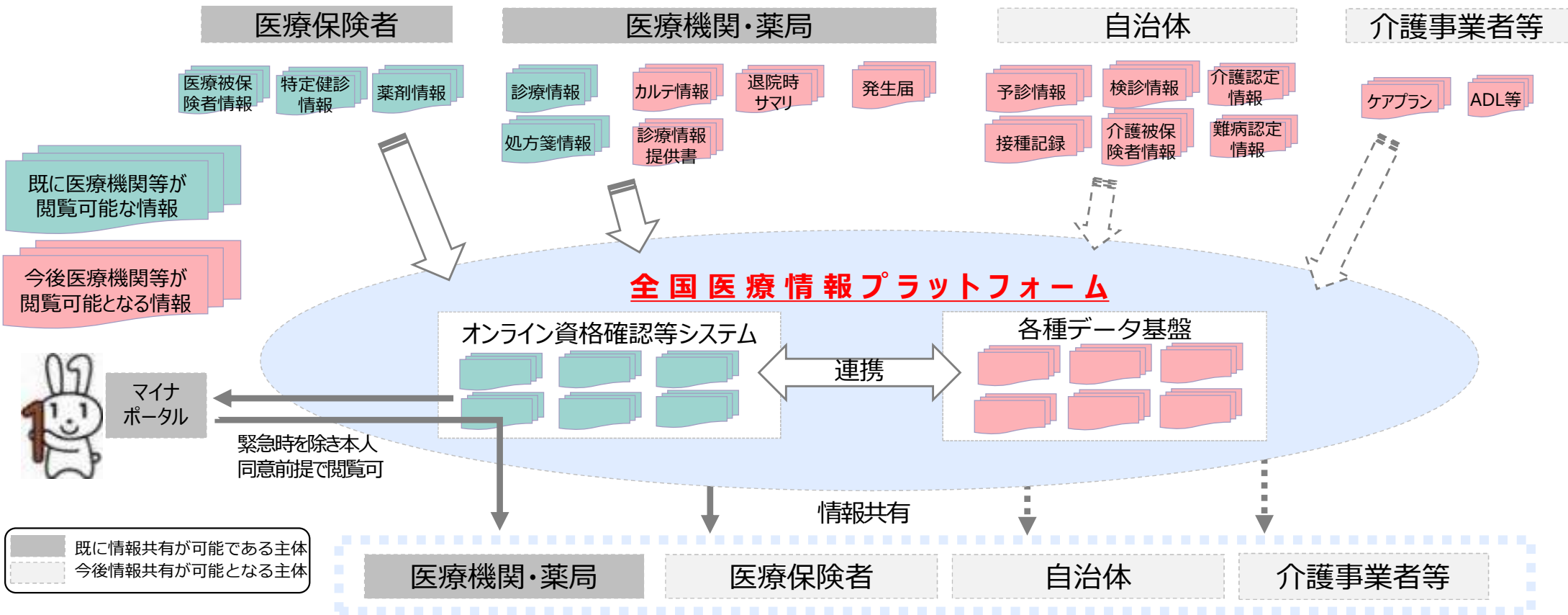
<閲覧イメージ：診療/薬剤情報一覧>

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

診療情報：レセプト情報を元にした3年分の情報が参照可能

「全国医療情報プラットフォーム」について

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



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

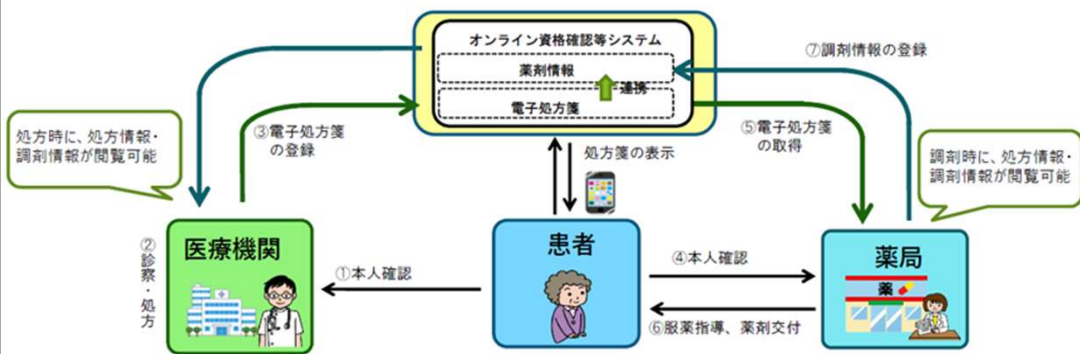
◆経済財政運営と改革の基本方針2022（2022年6月7日閣議決定）抄

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

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

- 医療DXについて、単に患者データを集約・共有するだけでなく、より質の高い、効率的な医療につなげることが重要である。
- 既に、マイナンバーカードの健康保険証活用を通じて、医療機関は患者の過去の診療・投薬の履歴を参照することが可能となっているが、さらに、「電子処方箋」が整備されれば、患者の処方箋情報をリアルタイムで把握することが可能となり、重複投薬、重複検査等の効率化も可能となる。

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



◆審査支払機関における医療費適正化の位置付け

国民健康保険法改正（2023年）

第85条の3 ※下線部分が改正箇所

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並びに医療費適正化に資する情報の収集、整理及び分析並びにその結果の活用に関する業務を行うことができる。

⇒支払基金についても同様の法改正、基本理念にも医療費適正化を明記

◆韓国における審査支払機関による適正化

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

韓国における国保法

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

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

(参考)審査評価院が公表する医療費の削減効果の事例

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

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

【改革の方向性】(案)

- 審査支払機関において少ない処方薬数を高く評価するといった他国の審査事例も参考にしつつ、医療費の適正化に取り組むべき。
- まずは、マイナ保険証の利用促進を進めていくことが必要。

(再掲) マイナ保険証の利用促進

- マイナンバーカードを健康保険証として活用することで、過去の診療・投薬の履歴を患者や担当医が参照することが可能。一方で、マイナ保険証の利用率は低い水準。マイナ保険証の利用は、電子処方箋等をはじめ医療DX推進の基礎となるもの。
- 医療機関等に対する支援を十分に講じてきたことを踏まえ、利用者である国民にマイナ保険証のメリットを実感してもらう取組み（患者の窓口負担軽減）を強化する必要。

◆医療機関・薬局に対する支援

- 医療機関・薬局におけるオンライン資格確認の義務化（2023年4月～）
 - ・義務化対象施設における運用開始割合：94.8%
(2023年10月22日時点)
 - ・ICT基金によるオンライン資格確認の導入補助
(予算額：1,372億円)
- マイナ保険証利用促進に向けた支援措置
 - ・マイナ保険証利用率（2023年9月）：5%
(内訳) 病院11%、医科診療所5%
 歯科診療所10%、薬局2%
 - ・マイナ保険証利用率増加に応じた支援
(インセンティブ措置)：経済対策の中で検討中

◆マイナ保険証の利用に関する診療報酬点数

		現行の加算	特例措置 (令和5年4～12月)	
初診	マイナンバーカードを利用しない	4点	6点	
	// 利用する	2点	2点	
再診	マイナンバーカードを利用しない	—	2点	〔再診での算定は1月に1回〕
	// 利用する	—	—	
調剤	マイナンバーカードを利用しない	3点	4点	〔調剤での算定は6月に1回〕
	// 利用する	1点	1点	

※ この加算は、医療機関・薬局が薬剤情報等の患者情報を取得・活用を要件として、より質の高い診療を実施することを評価するもの

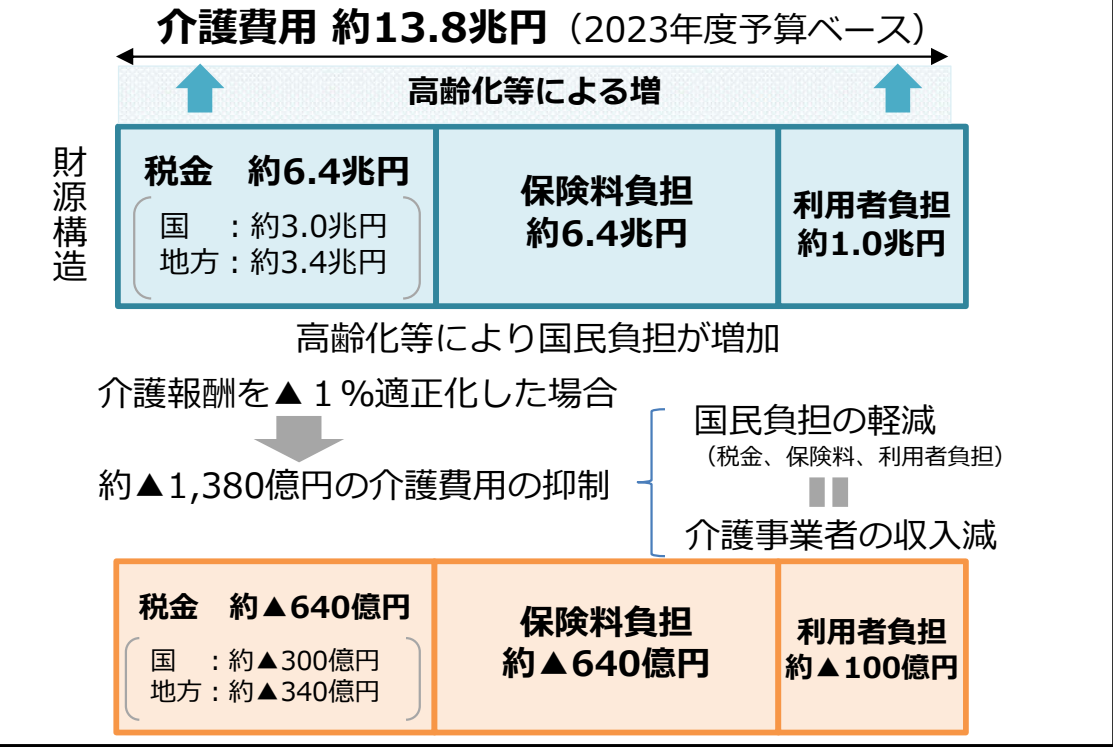
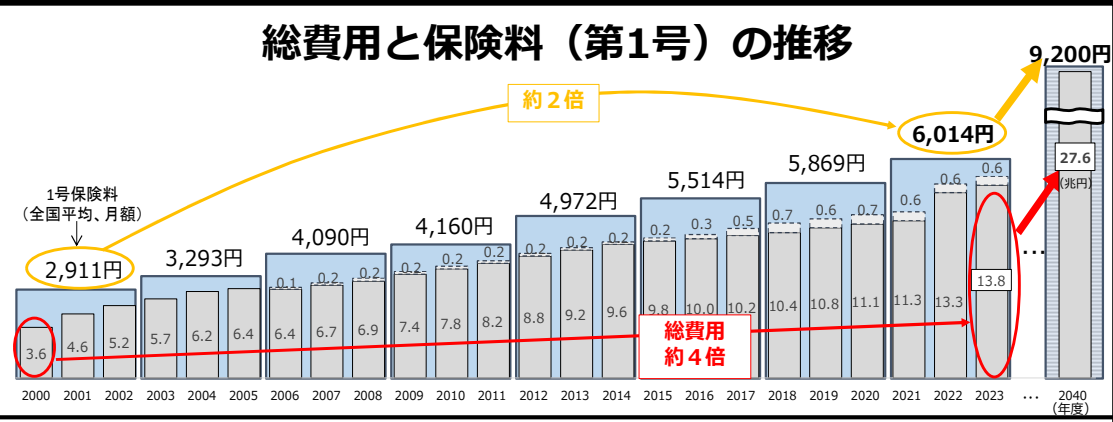
【改革の方向性】(案)

- 既に講じている医療機関・薬局に対する支援措置・インセンティブ措置とあわせ、患者の窓口負担の軽減策を検討する。あわせて、医療機関のマイナ保険証利用率にも着目した評価を設定する。

3. 介護報酬改定

○ 介護費用の総額は、高齢化等の要因により毎年増加。こうした中、介護報酬改定においては、必要な介護サービスを提供しつつ、国民負担を軽減する観点から、報酬の合理化・適正化等を進めていく必要。

介護費用の構造



これまでに取り組んできた主な事項

- **介護報酬本体**
 - ・ 収支状況等を反映した適正化
- **介護納付金の総報酬割の導入**
 - ・ 各医療保険者の介護納付金について、加入者数ではなく、報酬額に比例した負担へと段階的に移行
- **利用者負担の見直し**
 - ・ 所得に応じた2割負担、3割負担の導入
- **保険給付範囲の在り方の見直し**
 - ・ 多床室の室料負担（特養）の導入

今後の主な改革の方向性

- **担い手の確保**
 - ・ 高齢化等に伴う事業者の収益増等（全体として年+3%程度）が処遇改善（現場の従事者の賃上げ等）につながる構造の構築
- **給付の適正化**
 - ・ 高齢化等により介護給付費が毎年増加している中、国民負担の増加を抑制する観点から、介護報酬の合理化・適正化が必要
- **保険制度の持続性を確保するための改革**
 - ・ 1号保険料の在り方、利用者負担の範囲の見直し等

- 担い手確保等の課題に対応しつつ、給付の適正化や保険制度の持続性確保のための改革を実施する。
- 職場環境の改善・生産性の向上に向けた総合的な対策を講じ、高齢化等に伴う事業者の収益増等が処遇改善につながる構造を構築する。あわせて、中長期的に増大する介護需要に応えられる体制を構築する。
- 全体としてメリハリをつけた改定とすることにより、現役世代の保険料負担増等を最大限抑制する。

担い手の確保

高齢化等に伴う事業者の収益増等（全体として年+3%程度）が処遇改善（現場の従事者の賃上げ等）につながる構造の構築

- ◆ 職場環境の改善に向けた関係者の意識改革
 - ・好事例の横展開（内閣総理大臣表彰等）
- ◆ ICTの活用・人員配置の柔軟化の促進
- ◆ 経営の協働化・大規模化の促進
 - ・社会福祉連携推進法人の積極活用等
- ◆ 公的人材紹介の強化・人材紹介会社の規制強化
- ◆ 処遇改善加算の活用
 - ・賃上げの呼び水として実績に応じた加算を活用
- ◆ 経営情報の見える化の強化
 - ・処遇改善加算取得に当たって職種別給与等の提出の要件化等

給付の適正化

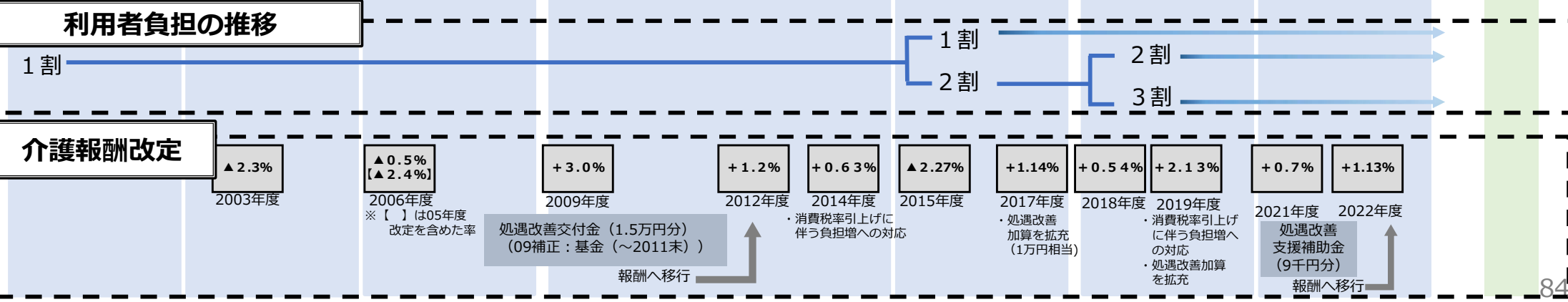
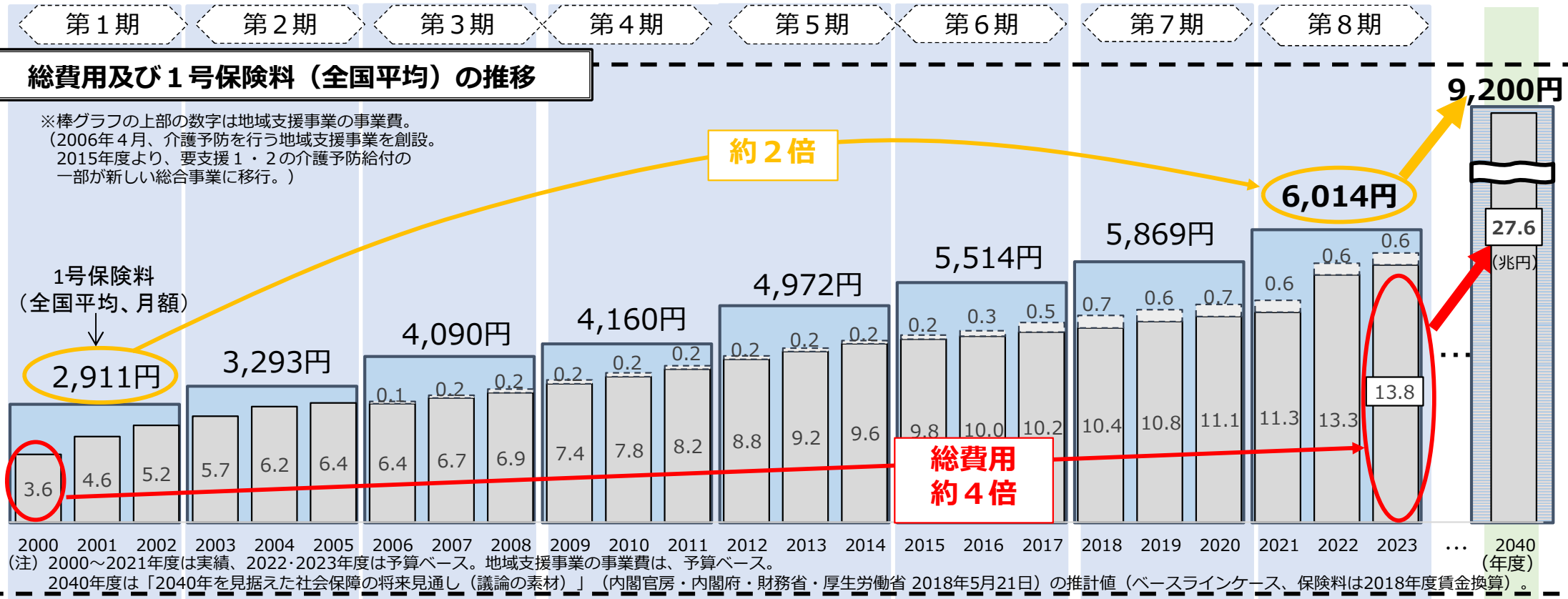
- ◆ 事業拡大等に伴う効率化の単価への反映
 - ・収支差が良好な分野の単価適正化など
- ◆ サービス付高齢者向け住宅等におけるケアマネジメントの適正化
 - ・画一的なケアプラン・利用者の困り込みの是正
 - ・訪問介護の同一建物減算の強化
- ◆ 急増する訪問看護への対応
 - ・提供実態等を踏まえた医療保険給付の適正化
- ◆ 真に有効な加算への重点化・整理統合

保険制度の持続性を確保するための改革

- ◆ 1号保険料の在り方の見直し
 - ・負担能力に応じた負担の徹底
- ◆ 利用者負担（2割負担）の範囲の見直し
- ◆ 多床室の室料負担（老健施設・介護医療院）の見直し
 - ・特養の多床室等とのバランス

介護保険費用等の推移

○ 介護保険制度については、高齢化の進展等により**総費用は約4倍**、**保険料も2倍強**に増加。今後の高齢者の増加、現役世代（支え手）の減少を見据え、制度の持続可能性を確保する観点から、更なる改革は不可避。

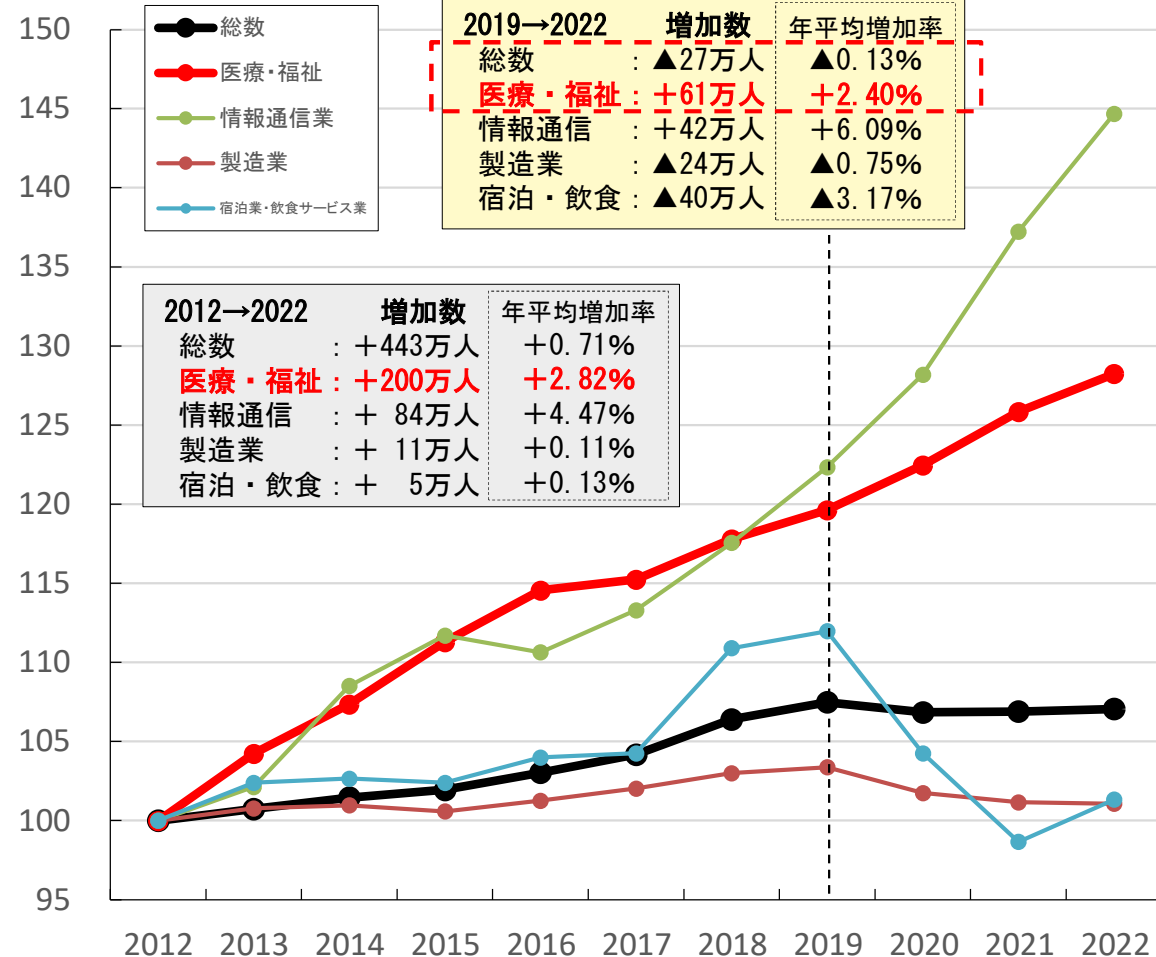


担い手の確保の必要性

- 労働力の確保が課題となる中、今後も増大し続ける介護ニーズに対応していくためには、テクノロジーの導入・活用促進や 人員配置基準の柔軟化を強力に進めていくことが不可欠。
- こうした施策を他の施策とあわせて実施し、生産性を高めることにより、介護サービスの質の向上や介護従事者の負担軽減を図り、増大する需要（事業者にとって収入増）を現場の従事者の賃上げにつなげる好循環を実現することが必要。

◆各分野の就業者数

(2012年 = 100)

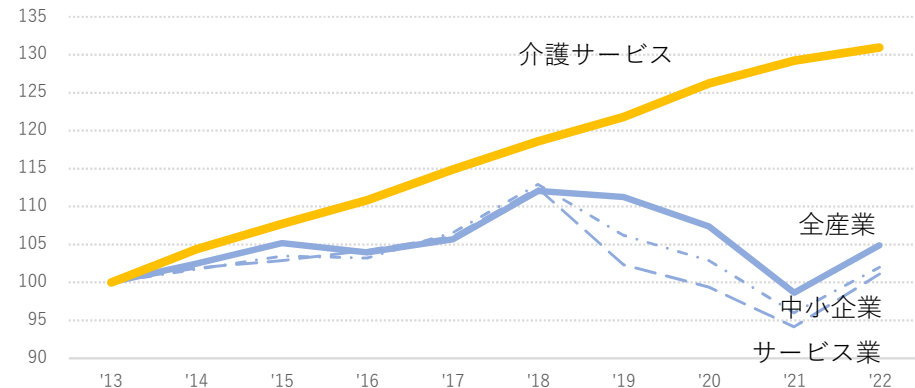


◆就業者数の見通し

	2022年	経済前提	2040年	2040年の就業率
就業者数	全体 6,723万人 医療・福祉 908万人	成長実現 ・労働参加 進展シナリオ	全体 6,024万人【▲699万人】 医療・福祉 974万人【+66万人】	男性 ・30-59歳：93.3%【+0.4】 ・60-69歳：77.8%【+5.4】 女性 ・30-59歳：87.8%【+9.6】 ・60-69歳：63.0%【+11.2】
		ベースライン ・労働参加 漸進シナリオ	全体 5,644万人【▲1,079万人】 医療・福祉 927万人【+19万人】	男性 ・30-59歳：92.3%【▲0.6】 ・60-69歳：66.6%【▲5.8】 女性 ・30-59歳：83.3%【+5.1】 ・60-69歳：53.3%【+1.5】
介護人材	[2021年度] 215万人	-	[2040年度] 280万人【+65万人】	-

(注1) 【】は2022年からの増減（介護人材については2021年度からの増減）であり、表示単位未満を考慮せずに機械的に算出した値である。
 (注2) 経済前提及び2040年における計数は、「労働力需給の推計-労働力需給モデル（2018年度版）による将来推計」による。
 (出所) 就業者数：総務省「労働力調査」、(独)労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計-労働力需給モデル（2018年度版）による将来推計」
 介護人材：厚生労働省「第8期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について」、「介護サービス施設・事業所調査」

◆介護事業の収益額の推移（2013年を100とした場合）



(注) 介護サービスは給付額（暦年）、その他産業は法人企業統計の売上額（年度）
 (出所) 厚生労働省「令和4年度介護事業経営概況調査」、財務省「法人企業統計」

(注1) 増加数は、始点から終点までの増加数であり、年平均増加率は、始点から終点までの増加率を年数で単純平均して算出。
 (注2) 「医療・福祉」には医療分野や介護以外の福祉分野の就業者も含まれている。
 (出所) 総務省「労働力調査」（長期時系列データ（基本集計）＜年平均結果—全国＞）

関係者の意識改革（好事例の横展開）

○ 介護現場では、介護ロボット・ICT機器の導入や、社会福祉連携推進法人の仕組みの活用により、業務の効率化や介護人材の確保・育成に取り組んでいる**好事例**も出ている。令和5年度から、優れた取組を行っている介護事業者に対する**総理大臣・厚生労働大臣表彰**が開始。

きぬた 砧ホーム

内閣総理大臣表彰

基本情報

- ◆ 社会福祉法人 友愛十字会
- ◆ 介護老人福祉施設
- ◆ 東京都世田谷区
- ◆ 利用者数:52名 従業員数:32名

※利用者数及び従業員数は令和5年2月1日時点

選考委員の総評

介護現場における生産性向上について、ガイドラインを有効活用することで、自施設の考えをうまく職員に浸透させており、他の模範となる取組といえる。

生産性向上に資するガイドラインが示す業務改善の取組(7つの項目)

インカムと移乗支援機器を活用した介護

取組概要

- 介護ロボットやICTの導入に先駆的に取り組み、見守りセンサーやインカム等のテクノロジーを効果的に活用することにより、**過去6年間(平成29年4月～令和5年3月)に入職した常勤介護職員(10人)の離職者ゼロや介護事故の発生件数の6割削減(平成30年度と31年度の比較)**といった効果を生み出している。
- 平成30年度に厚生労働省が作成した「生産性向上に資するガイドライン」を施設運営のバイブルとし、当該ガイドラインの要素を自施設の事業計画に盛り込むなどにより、生産性向上に対する職員の理解を促しながら介護現場改革を推進するとともに、**多職種協働原理(※)によるケアの質の向上**に取り組んでいる。

※介護職の質がケアの質に直結するという考えのもと、介護職をメイン職種と位置づけ、他職種が介護職をサポートすることで、その力を最大限引き出すという考え方

地域密着型特別養護老人ホームささづ苑かすが 内閣総理大臣表彰

基本情報

- ◆ 社会福祉法人 宣長康久会
- ◆ 地域密着型介護老人福祉施設
- ◆ 富山県富山市
- ◆ 利用者数:29名 従業員数:25名

※利用者数及び従業員数は令和5年2月1日時点

被介護者を抱え上げず移乗できるため、腰痛を予防するとともに、被介護者にとっても負担が少なく安全に移乗できる。

選考委員の総評

取組の成果を客観的にデータで分析し、他の事業所へ情報を開示するなど、介護業界へのICT・介護ロボットの導入等に大きく寄与している。

取組概要

- 腰痛予防に着目し、作成した介護マニュアル等を活用した研修を施設内外を問わず実施し、職場環境改善に取り組むほか、**介護ロボットやICTを効果的に活用し業務効率化を実現することで、紙文書や職員の時間外勤務費用を削減し、捻出した財源をテクノロジーの更なる導入に充てる**といった好循環を生み出している。
- 意欲ある準職員の正規職員への登用(9名)や出産、子育て、ハラスメント等に関する相談窓口の設置、女性職員同士のメンター制度の実施などにより、**女性管理職割合63.4%や育児休業後、100%の職員の復職を実現する**といった、多様な働き方を可能にする取組を強力に推進している。

端末・インカムを活用し、音声入力により記録

シフト作成ソフトによる勤務表の作成

(出所) 令和5年度「介護職員の働きやすい職場環境づくり内閣総理大臣表彰・厚生労働大臣表彰」優良受賞者の取組概要資料

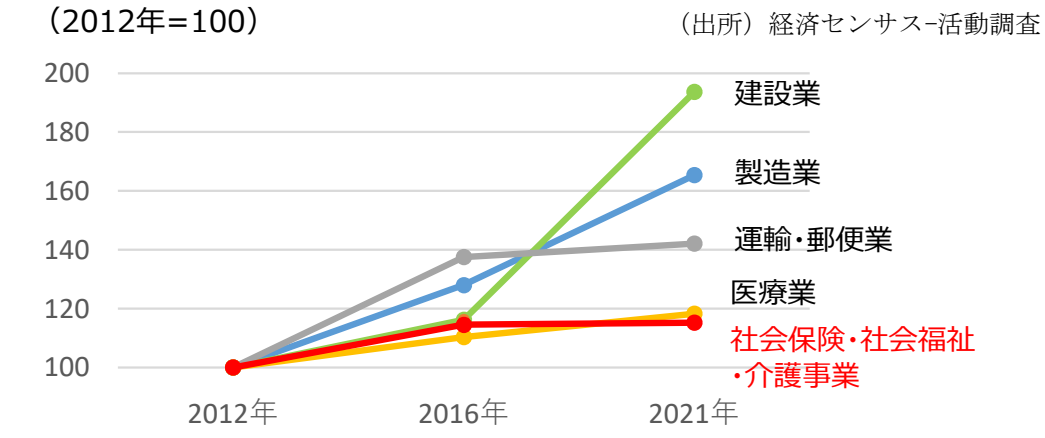
【改革の方向性】(案)

○ **好事例の横展開**を図り、**介護職員の処遇改善や働きやすい職場環境づくり**に繋げていくことが重要。

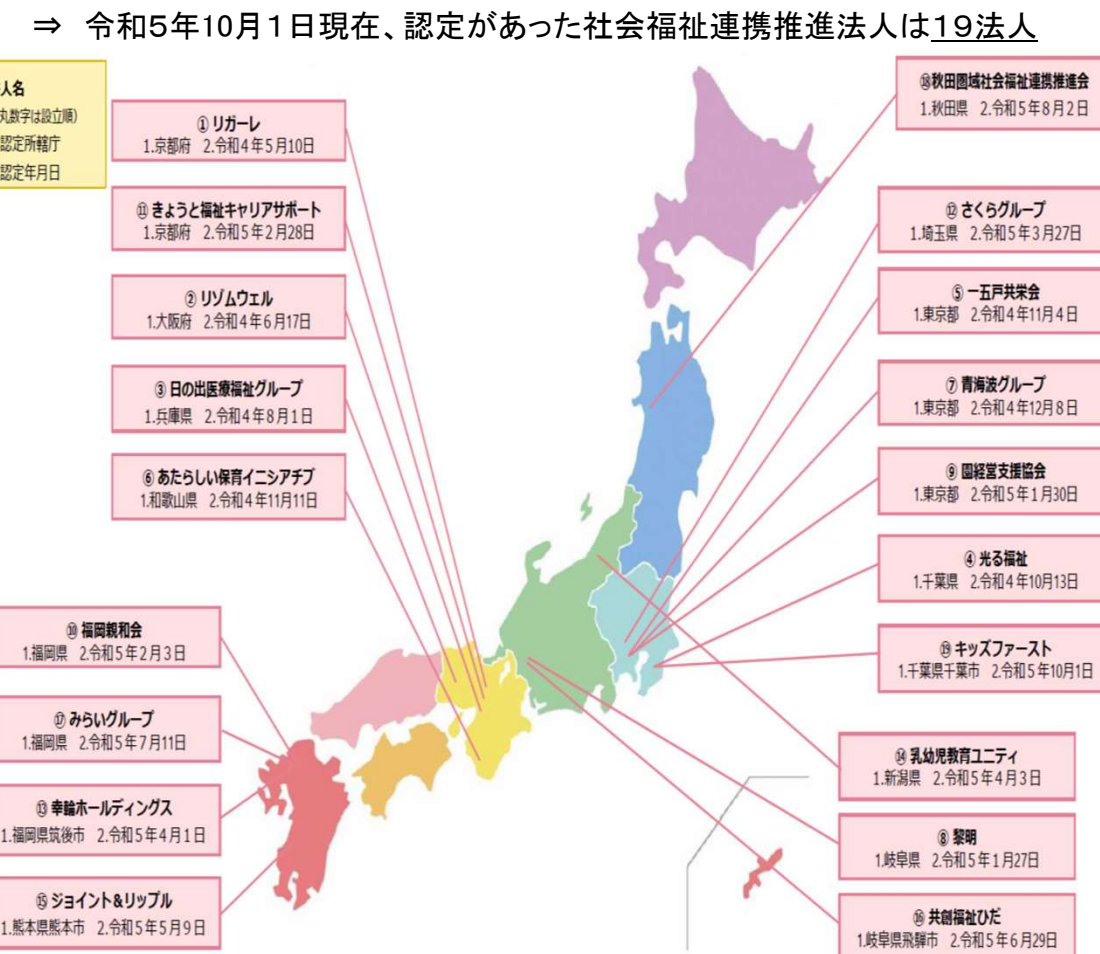
生産性向上の取組に関する現状

- 人手不足が先行きも続くとの見通しの下、ICT機器の活用や、経営の協働化・大規模化を推進することで、限られた介護人材のリソースを有効に活用し、生産性を向上させることは喫緊の課題。
- 他の産業ではデジタル技術を活用した省力化・効率化投資を進める動きが見られるが、介護業界においては相対的にソフトウェア投資額の伸びが小さい。また、介護ロボットの導入状況を見ても、事業所全体で幅広く普及してはいない状況。
- 介護業界の生産性向上の観点から、経営の協働化・大規模化を推進することも重要。社会福祉法人の経営基盤強化の新たな選択肢として、令和4年4月に「社会福祉連携推進法人」制度が導入され、19法人が設立されているが、制度の活用を一層促進する必要。

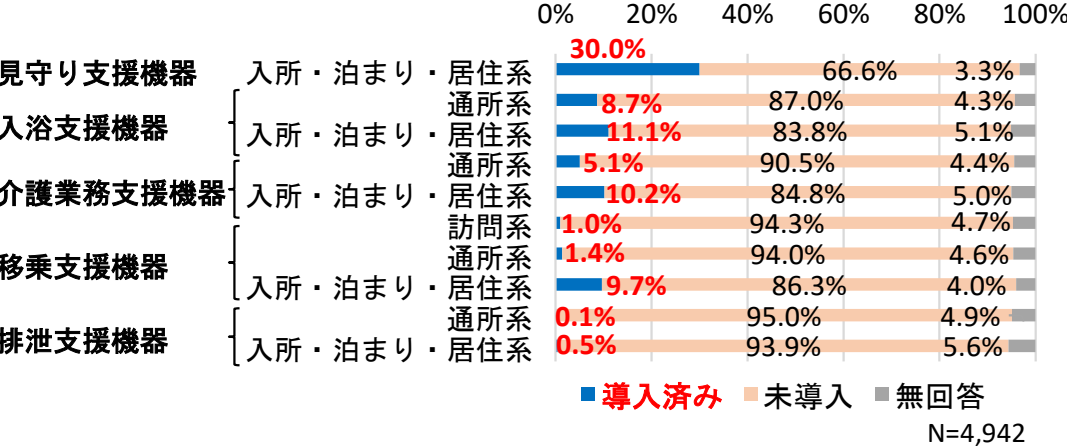
◆費用総額に占めるソフトウェア投資の割合の推移



◆社会福祉連携推進法人の設立状況



◆介護ロボットの導入状況



(出所) 介護現場でのテクノロジー活用に関する調査研究事業報告書 (厚労省令和4年度調査結果)

(出所) 厚生労働省ウェブサイト

ICT機器の活用による生産性の向上と人員配置基準の更なる柔軟化

担い手の確保

- 介護現場の生産性向上や業務の効率化を図るためには、**ICT機器・介護ロボットの利活用**が重要。また、介護事業所間の連携を効率化するため、**ケアプラン情報をオンラインでやり取りするシステム**の運用が令和5年4月より開始されたが、幅広く普及はしていない状況。
- 現在、テクノロジーを活用した介護施設において**人員配置基準の緩和**が認められているが、対象施設は一部にとどまっている。

◆主なICT機器・介護ロボットの例



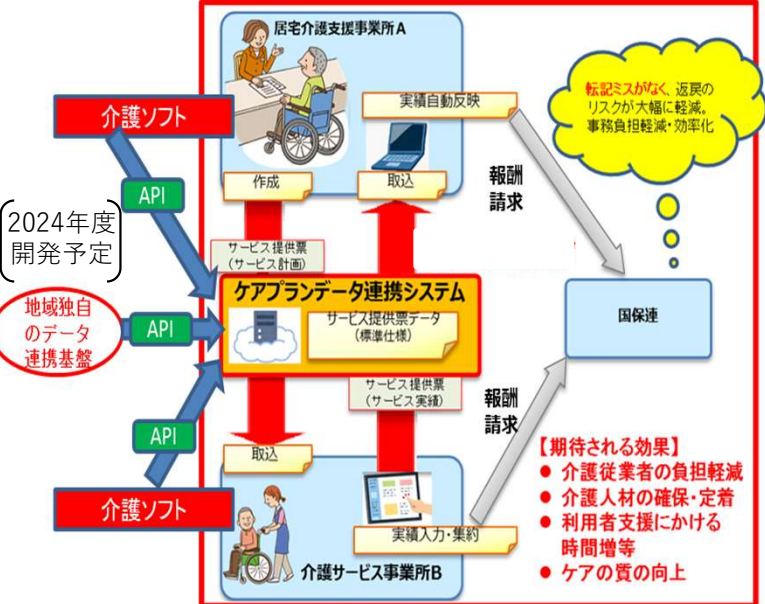
◆テクノロジー活用による配置基準の緩和 (令和3年度報酬改定)

- ・ 特別養護老人ホームについて、安全体制を確保の上、全床に**見守り機器**を導入し、**インカム等のICT機器**を使用する場合に夜間の人員配置基準を緩和

利用者数	配置人員数
26～60人	2人以上 → 1.6人以上
61～80人	3人以上 → 2.4人以上
81～100人	4人以上 → 3.2人以上

※ユニット型を除く個室や多床室

◆ケアプランデータ連携システム (出所) 厚労省資料等



【見込まれる効果】

- 作業時間：約3分の1に削減
 - ・ 提供票共有に係る時間 (1事業所) 52.4時間/月 → 18.1時間/月
- 費用軽減
 - ・ 合計 約68,000円/月 (1事業所) の削減効果 (人件費、印刷費、FAX通信費 等)

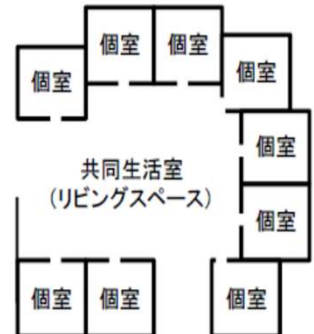
【導入率】

- 全国の事業所の5%未満

◆ユニット型特養の配置基準

「3：1」の人員配置基準に加え、以下が必要。

- ・ 1ユニットの定員は原則として概ね10人以下とし、15人を超えないもの
- ・ 昼間は1ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置
- ・ 夜間は2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を配置 等



◆通所介護の配置基準

- ・ 利用者数が15人まで：1人以上の介護職員を配置
- ・ 利用者数が15人超：「 $(利用者数 - 15) \div 5 + 1$ 」
(例) 利用者30人の場合 $(30 - 15) \div 5 + 1 = 4$ 名以上の配置必要 等

【改革の方向性】(案)

- 介護職員の業務負担の軽減、介護サービスの質の向上につなげる観点から、**介護事業者の業務や事務手続のデジタル化を推進**すべき。
- また、人員配置の効率化のため、**先進的な取組をしている介護事業者の人員配置基準を更に柔軟化**すべき。施設系サービスのいわゆる「3：1」基準の緩和の議論だけでなく、ユニット型特養の配置基準や、通所介護など施設系以外のサービスについても、見直しを検討すべき。88

- 限られた介護人材のリソースを有効に活用し、生産性を上げていくため、**経営の協働化・大規模化**は重要な取組。
- 協働化・大規模化により、人材育成を通じた**離職率の低下**、一括仕入れによる**コスト削減**、**利用者のニーズへの対応強化**といった成果が得られている好事例も出ている。また、社会福祉連携推進法人制度の活用の他にも、**協働化による業務改善の取組例**も生まれている。
- 給与面でも、**特養**では規模が大きくなるほど**職員1人当たりの給与が大きくなる傾向**にある。
- **今般の経済対策**において中期的な担い手確保の観点も含め、職場環境の改善等につながる介護事業者の協働化・大規模化を**支援**。

◆協働化・大規模化により得られた成果の例

協働化	
妻有地域包括ケア研究会 (12法人・164事業所)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 人財育成の協働化により、ケアの質向上、職員のやりがい・働きがいにつながり、離職率が2桁から1桁に落ち着いた。 ・ 備品の共同購入によりボリュームディスカウントを受けることができた。
大規模化	
社会福祉法人北筑前福祉会 (24事業所)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 緊急時などに法人内での職員や物資、車両などの融通が利きやすくなった。 ・ 事業拡大により、利用者の様々なニーズや困りごとに責任をもって対応できるようになった。 ・ 法人全体で食材を一括仕入れをすることで、年間1,000万円程度違いが出た。

(出所)令和3年度老人保健健康増進等事業「介護経営の大規模化・協働化に関する調査研究事業事例集」をもとに作成

◆協働化による業務改善の例 (出所)朝日新聞(令和5年10月5日(木))、承諾番号23-2969)

- 通所介護の共同送迎サービス「ゴイッショ」**
- ・ 朝夕の送迎業務について、複数の施設の利用者を共同で送り迎えすることで、効率化や職員の負担軽減を図る試み。
 - ・ 利用者は日によって変わるため、最適な送迎ルートを設定できる運行管理システムを活用。
 - ・ 昼間の時間帯に使われていない車を使って、高齢者に買い物等を楽しんでもらう移動支援事業も実施。
 - ・ これまでに香川県三豊市、滋賀県野洲市で実証実験。



(共同送迎サービスの効果)

・参加職員の**93%**が業務負担軽減を実感



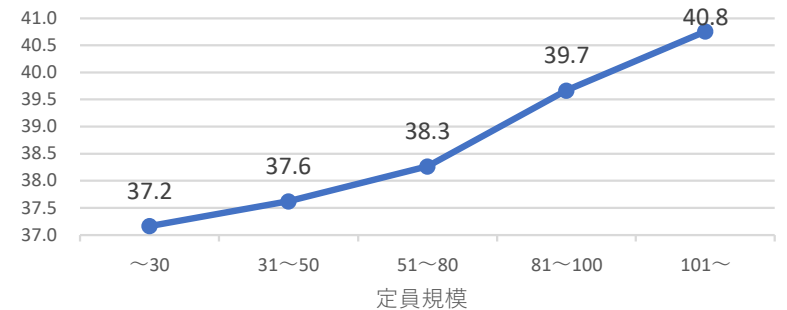
- 第1位 夕方の掃除効率のUP
- 第2位 朝の受入れ効率UP
- 第3位 事務作業ができた

・平均**75分/日**の送迎業務を削減

・施設送迎を共同化することで車両台数を**20%**削減 等

(出所)ダイハツ工業株式会社ウェブサイト

◆特養における常勤職員1人当たり給与費



(出所)厚生労働省「令和4年度介護事業経営概況調査」

◆衆・本会議における総理答弁(抜粋) (令和5年10月25日)

今般の経済対策における対応は(略)具体的な内容が固まっているわけではありません。引き続き、ICT機器の活用による生産性向上の取組や、**経営の協働化等を通じた職場環境改善**に加え、令和6年度の介護報酬改定に向けても、必要な処遇改善の水準の検討とあわせ、高齢化等による事業者の収益の増加等が処遇改善に構造的につながる仕組みを構築してまいります。

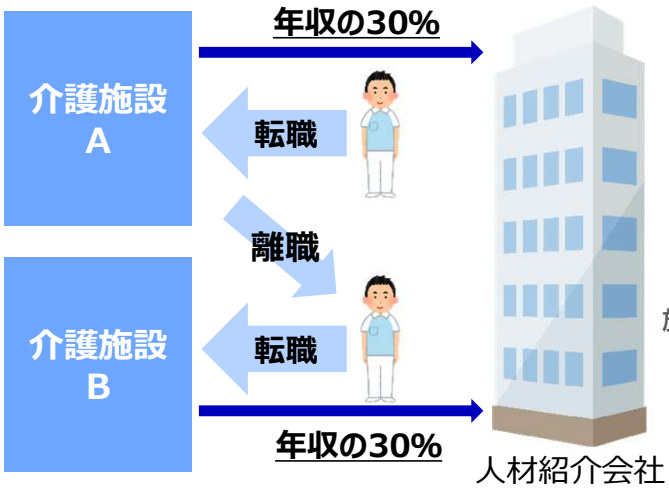
【改革の方向性】(案)

- 介護現場の職場環境改善や業務の効率化を図るため、引き続き、**経営の協働化・大規模化を推進**すべき。

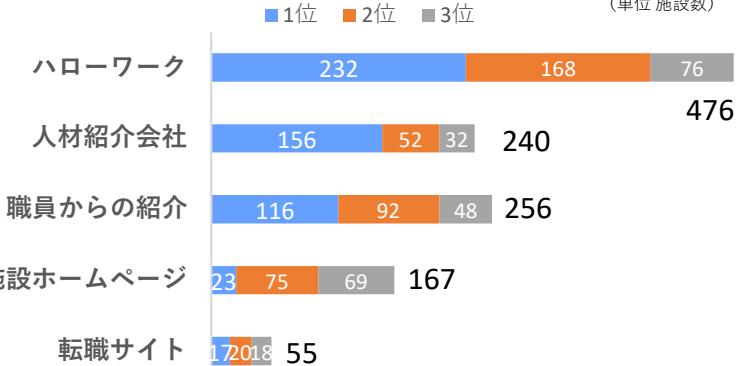
人材紹介会社の規制強化

- 介護事業者が民間の人材紹介会社を活用して人材を採用する場合、一部の事業者は高額の手数料を支払っている状況。また、人材紹介会社経由の場合、離職率が高いとする調査もあり、必ずしも安定的な職員の確保に繋がっているとは言い難い。
- 介護職員の給与は公費（税金）と保険料を財源としており、本来は職員の処遇改善に充てられるべきもの。介護事業者向けの人材紹介会社については、今後、本人への「就職祝い金」に関する集中的指導監督の実施等が行われる予定だが、更なる取組の強化が求められる。
- 介護分野は医療・保育と比べ、厚労省が認定する適正紹介事業者を通じた人材紹介の市場シェア率が低く、更なる対応が必要。

◆人材紹介会社を介した転職の例



◆正規職員（中途）の採用に結びつく効果の大きかった媒体・経路



(出所) 「2022年度 特別養護老人ホームの人材確保および処遇改善に関する調査結果」 独立行政法人福祉医療機構 (2023年)

◆介護従事者の離職率

	人材紹介会社経由		人材紹介会社以外	
	3か月以内	6か月以内	3か月以内	6か月以内
介護職員	28.2%	38.5%	17.9%	25.6%
看護職員	21.3%	32.5%	12.4%	22.3%

※全産業の離職率：15.0%

(出所) 「医療・介護分野における職業紹介事業に関するアンケート調査」 厚生労働省 (2019年)、「令和4年雇用動向調査結果」 (2023年)

◆厚労省における今後の対応（医療・介護・保育分野における職業紹介）

- 1. 悪質な職業紹介事業者の排除**
 - 『「医療・介護・保育」求人者向け特別相談窓口』の一層の周知
 - 転職勧奨・祝い金規制に係る集中的指導監督の実施 等
- 2. 有料職業紹介事業の更なる透明化**
 - 3分野の紹介手数料の平均値・分布、離職率について、地域毎、職種毎に公表
 - 離職状況の公表状況が不十分な事業主に対して追跡調査を徹底 等
- 3. 優良な紹介事業者の選択円滑化**
 - 3分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度の認定基準の見直し
- 4. ハローワークの機能強化**
 - ハローワーク毎の職種別就職実績を毎年度公表 等

(出所) 「介護保険部会資料」 (令和5年7月10日) から要約

◆適正認定事業者の市場シェア（医療・介護・保育分野）

分野	常用就職件数			保育
	医療	介護	介護サービス	
適正認定事業者 (①)	約15,200件	約43,200件	約22,500件	約14,500件
有料職業紹介事業者 (②)	約18,200件	約57,300件	約56,900件	約23,100件
シェア率 (①/②)	83.4%	75.4%	39.6%	62.9%

(出所) 「令和3年度職業紹介事業報告書の集計結果」より厚生労働省作成
 (注) 常用就職件数：4ヶ月以上の期間を定めて雇用される者または期間の定めなく雇用される者の就職件数の計

【改革の方向性】(案)
 ○ 人材紹介会社に対する指導監督の強化により一層取り組むべき。また、ハローワークや都道府県等を介した公的人材紹介を充実させるべき

処遇改善加算の活用

- 2022年10月の臨時報酬改定で創設された「介護職員等ベースアップ等支援加算」は約9割の事業所で取得されている。
- 同加算を取得した事業所においては、**介護職員**（月給・常勤の者）の平均給与額は1年間で**5.8%増**（月額+17,490円）と、**同加算（3%増**（月額平均+9,000円相当））を大きく上回る賃上げが実施されている。
- また、同加算の直接の対象でない**その他の職員**についても**賃上げ（+3.6%～5.1%）**が実施されている。
- 今後も継続的に介護従事者の賃上げ状況を調査・分析していく必要がある。

2022年度介護従事者処遇状況等調査結果

※ 厚生労働省 介護給付費分科会資料（令和5年9月8日）をベースに財務省で作成

【介護職員等ベースアップ等支援加算取得事業所】

○ 介護従事者等の平均給与額の状況（月給・常勤の者、職種別） （単位：円）

	令和3年12月	令和4年12月	差 (令和4年-令和3年)	
介護職員	300,740	318,230	17,490	(+5.8%)
看護職員	354,790	372,970	18,180	(+5.1%)
生活相談員・支援相談員	326,640	342,810	16,170	(+5.0%)
理学療法士、作業療法士、 言語聴覚士又は機能訓練指導員	342,740	355,060	12,320	(+3.6%)
介護支援専門員	347,950	362,700	14,750	(+4.2%)
事務職員	295,720	308,430	12,710	(+4.3%)
調理員	249,740	262,540	12,800	(+5.1%)
管理栄養士・栄養士	301,460	316,820	15,360	(+5.1%)

注1) 令和3年12月31日と令和4年12月31日ともに在籍している者の平均給与額を比較している。
 注2) 平均給与額は基本給(月額)+手当+一時金(1~12月支給金額の1/12) 注3) 平均給与額は10円未満を四捨五入している。

【改革の方向性】（案）

- 賃上げの呼び水として**処遇改善加算を活用**し、経営改善や生産性向上の取組を通じた成果とあわせ、**従業員の賃金に適切に還元すべき。**
- **賃上げ状況の継続的な調査・分析を行えるよう、処遇改善加算取得に当たって、職種別の給与等の報告を要件とすることを検討すべき。**

91

経営情報の見える化

担い手の確保

- **社会福祉法人**（約2万法人）については、社会福祉法により**財務状況の公表が義務付けられ、詳細なデータベースも整備**されている（99%の法人がWAM NET（社会福祉法人の財務諸表等電子開示システム）へのアップロードによる情報公開を行っている）。
- **社会福祉法人以外の介護サービス事業者**についても、**今後、経営情報の報告が義務付けられるとともに、データベースが整備**される予定。
- これまでの介護の経営状況や処遇改善状況に関する調査は、**有効回答率が必ずしも高くない**ため、より正確な情報収集・把握が必要。

◆財務状況の公表状況

	社会福祉法	介護保険法
報告義務	社会福祉法人は、 計算書類等を所轄庁に 届け出る義務	事業者は、 情報公表対象サービス等情報を 都道府県に報告する義務
公表義務	社会福祉法人は、 計算書類等を公表する義務 厚生労働大臣は、 社会福祉法人に係る データベースを整備	都道府県は、 報告を受けた後、報告内容を 公表する義務
報告対象 (財務状況)	計算書類、財産目録等	— (財務状況に係る規定なし)

◆各調査の有効回答率

- **介護事業経営実態調査**（令和2年度）
有効回答数 14,376
調査客体数 31,773 = **45.2%**
- **介護従事者処遇状況等調査**（令和4年度）
有効回答数 7,284
調査客体数 12,263 = **59.4%**

令和5年法改正により、介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で、当該情報に係るデータベースが令和6年度中に運用開始予定。

(※) データベースで収集する情報のうち、職種別の給与は任意項目となる予定。

◆主な介護サービス別の施設・事業所数、構成割合

令和3年10月1日現在

	施設・事業所数	実施主体			
		社会福祉法人	営利法人	医療法人	その他
居宅サービス					
訪問介護	35,612	15.7%	70.3%	5.4%	8.6%
通所介護	24,428	35.3%	53.3%	7.5%	3.9%
特定施設入居者生活介護	5,610	22.2%	68.9%	6.6%	2.3%
短期入所生活介護	11,790	84.9%	10.2%	2.8%	2.1%
施設サービス					
介護老人福祉施設（特養）	8,414	95.4%	-	-	4.6%
介護老人保健施設（老健）	4,279	15.5%	-	75.6%	8.9%
介護医療院	617	1.5%	-	89.3%	9.2%
地域密着型サービス					
認知症対応型共同生活介護	14,085	24.8%	54.4%	15.6%	5.2%
小規模多機能型居宅介護	5,614	32.2%	47.7%	11.4%	8.7%
地域密着型介護老人福祉施設	2,474	99.1%	-	-	0.9%
居宅介護支援	39,047	23.7%	52.6%	15.2%	8.5%

(出所) 令和3年 介護サービス施設・事業所調査

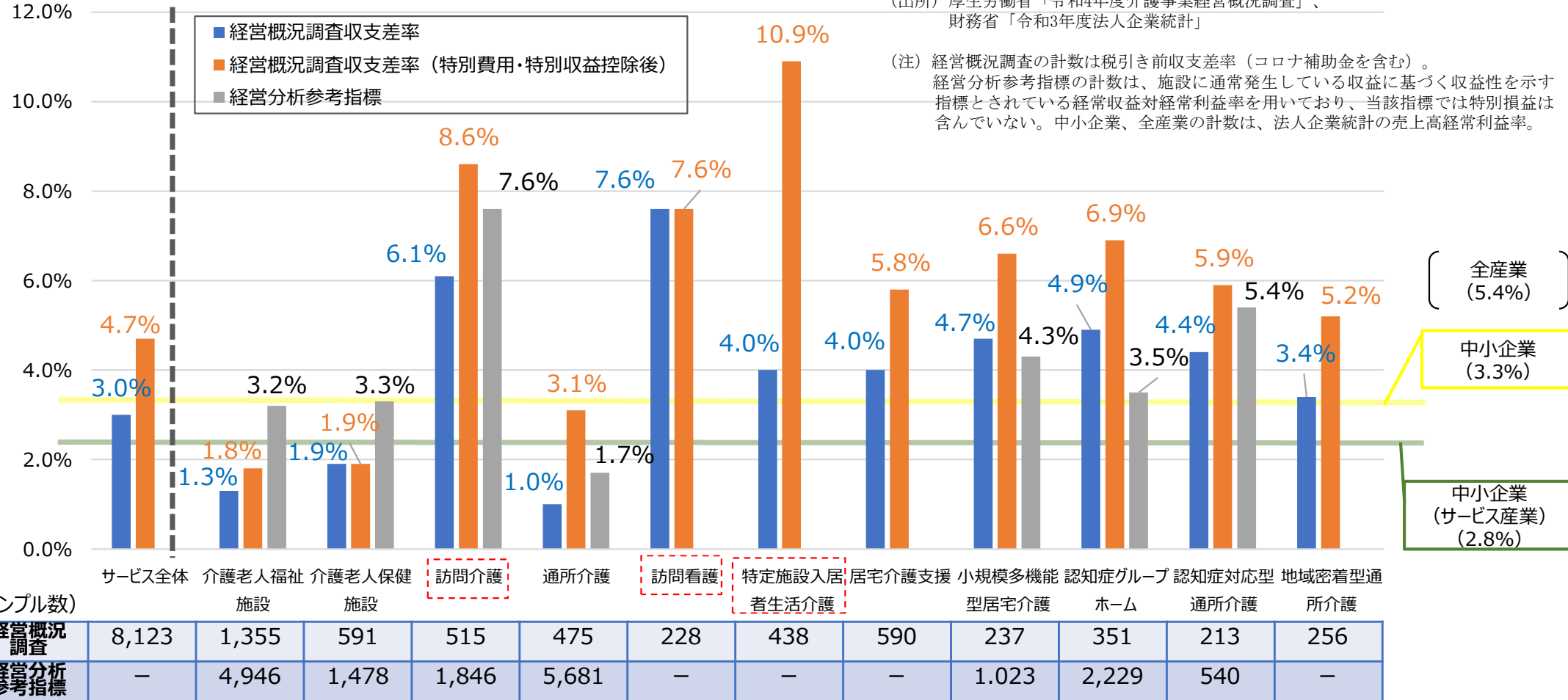
【改革の方向性】（案）
 ○ 介護事業者の**経営改善に向けた動機付け**の観点や、**より実態を踏まえた政策の検討**を行うためにも、介護サービス事業者全般について、**経営状況や処遇改善状況の見える化**を進めるべき。これに関連して、**職種別の給与等の報告を処遇改善加算の取得要件**とすることを検討すべき。 92

介護サービス事業者の経営状況

給付の適正化

- 昨年度の経営概況調査による令和3年度の収支差率は3.0%と中小企業全体（3.3%）をやや下回る水準。
- しかし、本調査の収支差は、特別費用である「事業所から本部への繰入」は反映（控除）されている一方で、特別収益が反映（合計）されていない。このため、特別費用を除いた収支差率で見ると、4.7%と中小企業全体の水準を上回る。
- 同様の特別費用・特別収益を除いた上での分析は、サンプル数がより豊富な福祉医療機構が公表する「経営分析参考指標」でも用いられており、こうした事業者のグループ内の資金移動を除外したデータを基にサービス類型ごとの収支差率で見ると、中小企業全体の水準を上回るサービスが多い。

◆介護サービス施設・事業所の収支差率（令和3年度決算）



【改革の方向性】（案）

- 令和6年度報酬改定においては、介護保険給付費の伸びや保険料負担の増を極力抑える観点から、令和5年度経営実態調査の結果も踏まえつつ、**収支差率の良好なサービス**については**報酬水準の適正化・効率化**を徹底して図るべき。

(参考) 介護サービス毎のデータ

	総費用額		収支差率		実施主体				従業員数	
	構成割合 (R3年度)	費用増加率 (H28→R3)	R3決算	R2決算	営利法人	社会福祉 法人	医療法人	その他	総数	うち 介護職員
居宅サービス	44.1%	(+17.9%)								
通所介護	11.9%	(+10.3%)	1.0%	3.8%	53.3%	35.3%	7.5%	3.9%	47.6万人	22.3万人
訪問介護	9.8%	(+24.9%)	6.1%	6.9%	70.3%	15.7%	5.4%	8.6%	54.4万人	51.3万人
特定施設入居者生活介護	5.6%	(+30.0%)	4.0%	4.6%	68.9%	22.2%	6.6%	2.3%	19.1万人	11.9万人
短期入所生活介護	3.9%	(+5.8%)	3.3%	5.4%	10.2%	84.9%	2.8%	2.1%	35.4万人	20.6万人
訪問看護	3.1%	(+53.0%)	7.6%	9.5%	59.2%	5.7%	21.9%	13.2%	14.9万人	-
施設サービス	33.4%	(+11.9%)								
介護老人福祉施設(特養)	18.7%	(+18.7%)	1.3%	1.6%	-	95.4%	-	4.6%	48.7万人	29.6万人
介護老人保健施設(老健)	12.5%	(+7.1%)	1.9%	2.8%	-	15.5%	75.6%	8.9%	27.4万人	12.8万人
介護医療院	1.7%	(-)	5.8%	7.0%	-	1.5%	89.3%	9.2%	3.2万人	1.2万人
介護療養型医療施設	0.5%	(▲79.2%)	0.6%	9.7%	-	1.0%	80.4%	18.6%	1.7万人	0.5万人
地域密着型サービス	17.7%	(+21.3%)								
認知症対応型共同生活介護	6.8%	(+16.9%)	4.9%	5.8%	54.4%	24.8%	15.6%	5.2%	25.7万人	21.2万人
地域密着型通所介護	3.8%	(+5.3%)	3.4%	4.0%	75.9%	12.0%	3.7%	8.4%	22.3万人	9.5万人
小規模多機能型居宅介護	2.6%	(+25.2%)	4.7%	4.1%	47.7%	32.2%	11.4%	8.7%	9.4万人	7.0万人
地域密着型介護老人福祉施設	2.2%	(+40.4%)	1.2%	1.1%	-	99.1%	-	0.9%	5.5万人	3.6万人
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0.7%	(+139.5%)	8.2%	8.4%	48.8%	27.3%	17.0%	6.9%	3.4万人	1.9万人
居宅介護支援	4.8%	(+18.3%)	4.0%	2.5%	52.6%	23.7%	15.2%	8.5%	13.8万人	-

(出所) 厚生労働省「令和3年度介護給付費等実態統計」、「令和4年度介護事業経営概況調査」、「令和3年介護サービス施設・事業所調査の概況」等

(注) 収支差率は、税引前(コロナ補助金を含む)。特別費用は控除していない。

- サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）等においては、同一の建物に居住する高齢者に対して特定の事業者が集中的にサービスを提供している場合に、画一的なケアプランや過剰なサービス等、いわゆる「困り込み」の問題が指摘されてきた。
- 前回の報酬改定時に、問題事例についてはケアプランを届け出る仕組みを導入したが、そもそも自治体による点検が十分に行われておらず、サービスの見直しにつながっていない状況。その背景の一つとして、サ高住の運営者との関係で見直しが進まないとの課題が指摘されている。

◆訪問介護の同一建物減算（2012年度改定で導入）

要件	減算
<ul style="list-style-type: none"> 介護事業所と同一建物の利用者、 同一建物の利用者20人以上（2015年度改定で追加） 	▲10%
<ul style="list-style-type: none"> 介護事業所と同一建物の利用者50人以上（2018年度改定で追加） 	▲15%

◆ケアマネジメントの特定事業所集中減算（2006年度改定で導入、2015年度改定で強化（90%⇒80%））

要件	減算
正当な理由のない特定の事業所へのサービス（訪問介護等）の偏りの割合が80%超	▲200単位

◆2021年度介護報酬改定における議論を踏まえたケアプランの届出に関する基準（2021年10月に導入）

居宅介護支援事業所ごとに見て、

- ①区分支給限度基準額の利用割合が7割以上、かつ、
- ②その利用サービスの6割以上が訪問介護サービスの場合であって、市町村からの求めがあった場合には、ケアマネジャーがケアプランの妥当性を検討し、訪問介護が必要な理由等を記載するとともに、市町村に届け出なければならない。

◆ケアプラン作成に当たり問題となり得ること（n = 336、現場のケアマネジャーへのアンケート）

事業者の都合により、同一住宅・ホーム内の利用者のケアプランが画一的なものになっている	全回答の40.2%
事業者の都合により、 区分支給限度基準額一杯まで 同一法人による介護保険サービスを設定したケアプランが多い	全回答の37.2%
事業者の都合を意識することで、 利用者にとって必要な介護保険サービスがケアプランに位置づけることが難しい 場合がある	全回答の31.8%

（出所）厚生労働省「サービス付き高齢者向け住宅等における適正なケアプラン作成に向けた調査研究 報告書（2022年3月）」

◆自治体におけるケアプラン点検（高齢者向け住まい対策等）の実施状況

○市町村

問. 高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検は実施（着手）していますか。

はい	24.0%
いいえ	75.2%
無回答	0.8%

（n = 662、広域連合による回答含む）

○都道府県

問. 市町村によるケアプラン点検の結果を受けて、高齢者向け住まいに対し指導を行った実績はありますか。

特に実績はない	96.3%
実績がある	1.9%
無回答	1.9%

（n = 54、複数部署による回答あり）

（出所）厚生労働省「高齢者向け住まい等における適切なケアプラン作成に向けた調査研究 報告書（2023年3月）」

◆ケアプラン検証の問題点や懸念（市町村等へのアンケート）

- ・ 届出に対して減算やサービスの見直しの義務等はなく助言のみで、ケアプラン検証行うことに効果は感じられない。そのような事例を作成している**ケアマネジャーに助言をしても、法人の方針に従って業務を行っているに過ぎず、根本的な見直しをしない限りはこのような事例の改善にはつながらない。**
- ・ ビジネスモデルとして既に成立してしまっているものを、保険者等が行うケアプラン点検のみで是正するのは困難だと思う。高齢者住宅と併設事業者による不適切なプラン状態を懸念するのであれば、**一定要件のもと報酬減算がかかる等の改正を行わないと規制不可能**だと思う。

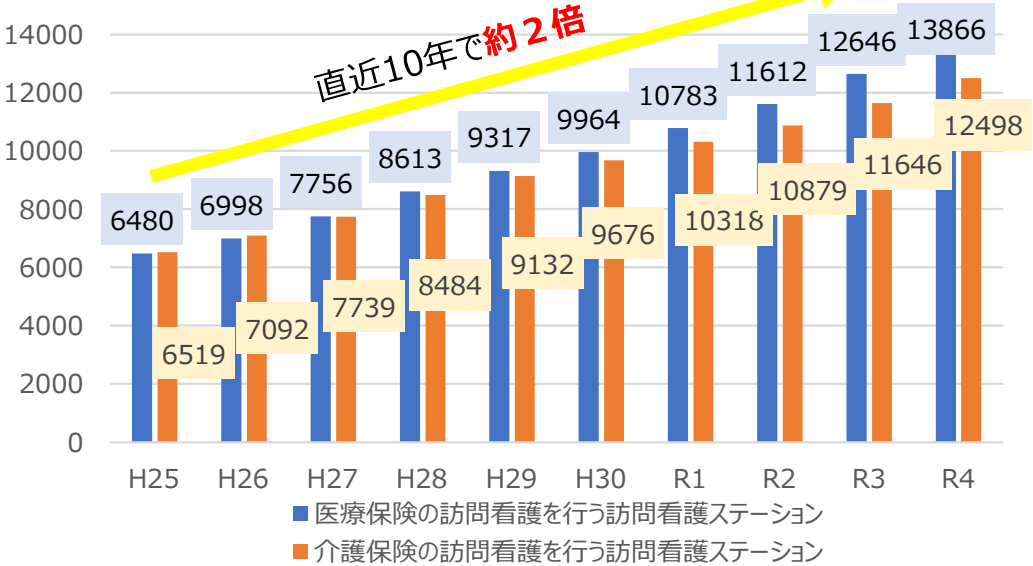
（出所）厚生労働省「地域ケア会議等におけるケアプラン検証の在り方に関する調査研究事業 報告書（2023年3月）」

【改革の方向性】（案）

- **ケアプランを届け出る仕組みによる効果が限定的であったことを踏まえ、より実効的になるよう見直すとともに、報酬の適正化による対応を図るべき。**具体的には、訪問介護等について、**利用者が同一建物に集中している場合、一層の減算を行うべき。**また、**ケアマネジメントサービスの偏りに対する減算も強化すべき。**

- 近年、慢性期・終末期の利用者に特化した施設（有料老人ホームやサ高住等）について、併設の訪問看護事業所からのサービス提供の在り方が課題となっている。
- 特に、医療保険からの訪問看護の提供は、介護保険のように**区分支給限度基準額**の概念がなく、**ケアプランの作成も努力義務にとどまるため、歯止めが効いていない**。実際、利用者の1月当たりの請求額を見ると、全体の1%強が60万円以上、最大値が116万円と高額。

◆訪問看護の実施事業所数の推移



◆法人種別の訪問看護ステーション数の推移

	H25年度	R4年度	
営利法人	2,301	7,476	(約3.2倍)
医療法人	3,304	3,505	(約1.1倍)

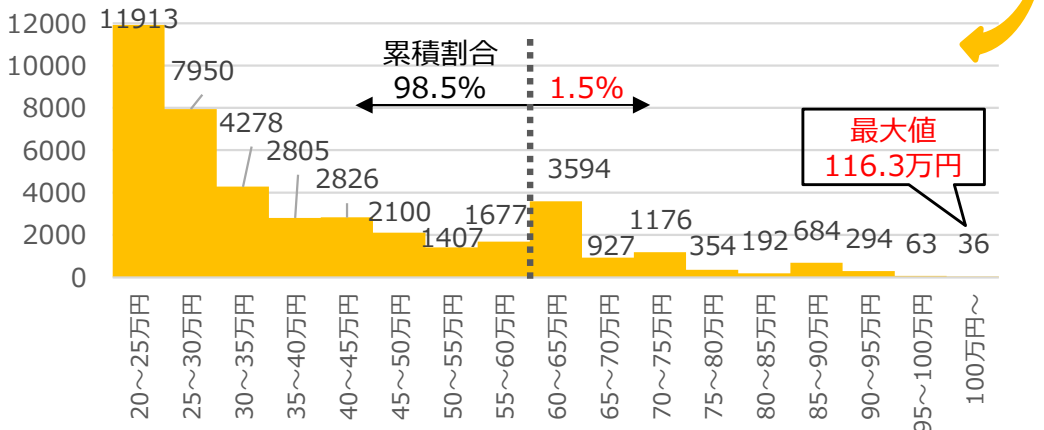
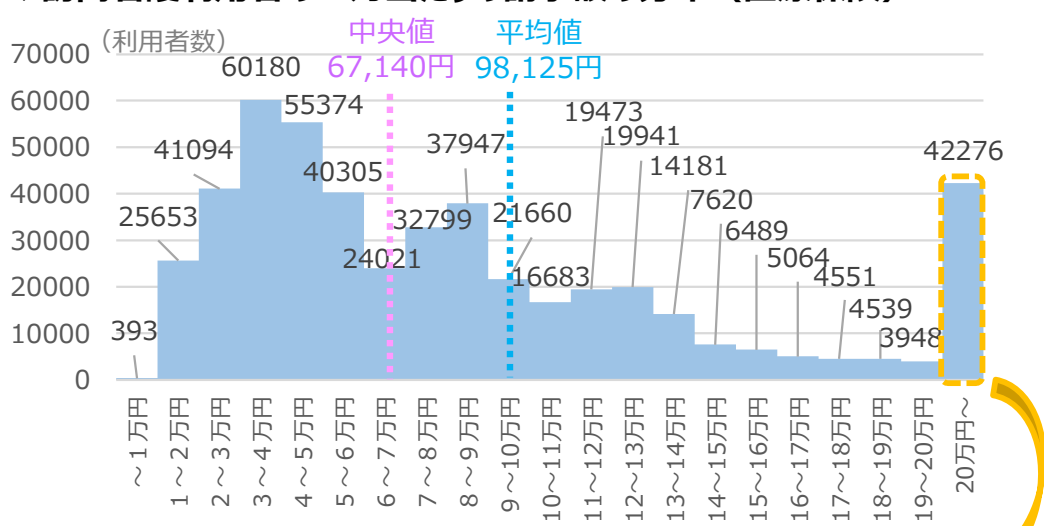
(出所) 厚生労働省「令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会(第3回)資料」

◆介護業界の民間企業の経常利益率

専門事業者		業界大手		
A社	B社	C社	D社	E社
26.3%	9.9%	6.3%	5.6%	3.9%

(出所) 各社IR資料より計算

◆訪問看護利用者の1月当たりの請求額の分布(医療保険)



(出所) 「中央社会保険医療協議会 総会(第560回)」資料(令和5年10月20日)

【改革の方向性】(案)

- 看取りの受け皿となっている現状はあるものの、極端に訪問看護のサービス提供量が高い事業者については、**医療保険上の訪問看護の提供実態等を踏まえた上で、適正化を図るべき**。

- **介護報酬**については、これまでも、「地域包括ケアシステムの推進」、「自立支援・重度化防止の取組の推進」、「介護人材の確保・介護現場の革新」、「制度の安定性・持続可能性の確保」といった観点から、事業者を適切に評価するために報酬改定の中で加算が設けられてきた。
- このような中で、制度創設当初から**加算の種類が大きく増加し、体系が複雑化**。
- 前回の報酬改定でも加算項目の整理が行われたが、依然として**算定率がゼロまたは低い加算項目が多数存在**。

◆ 加算の種類の変化

	平成12年（当初）	令和5年（現行）
訪問介護	3種類	22種類
通所介護	5種類	31種類
認知症GH	1種類	31種類
介護老人福祉施設	8種類	65種類
介護老人保健施設	8種類	71種類

◆ サービスコード数の変化

※ サービスコードとは、介護サービス毎の基本報酬・加算をコード化したもので、介護給付費の請求に使用するもの。

		平成12年（当初）	令和5年（現行）
介護給付	居宅	1,173	8,921
	居宅介護支援	6	97
	施設	581	7,849
	地域密着	—	2,007
予防給付		—	3,010
合計		1,760	21,884

（出所）介護給付費分科会資料（令和5年9月15日）

◆ 加算の算定状況

- 令和3年度から令和4年度の平均算定率が**80%を超える加算は12種類**（延べ54種類）
- 令和4年度に**算定がない加算は、20種類**（延べ194種類）
- 令和4年度の平均算定率が**1%未満の加算は、41種類**（延べ175種類）
（※1月あたりの算定事業所数が平均9事業所以下であるものに限る）

○ 加算の効果に係るエビデンスの整理・公表・検証

- 各種加算がサービスの質を反映したものになっているか。
- 各種加算が狙いとするインセンティブとして機能しているか。
- 利用者自身が、利用者負担等との関係で、自分にとって必要なサービスか否かを判断できる程度に簡素な制度となっているか。



○ 介護報酬体系の見直し

- より効果的な加算の在り方の再検討
- 政策目的達成又は一般化した加算の整理・統合 等

【改革の方向性】（案）

- **介護事業者の事務負担の軽減**や、利用者にとっての**分かりやすさ**の観点から、**整理統合**を図りつつ、**質の高い介護サービスの推進**に向けて、**自立度や要介護度の維持・改善**など、**アウトカム指標を重視した真に有効な加算へ重点化**すべき。

給付と負担

（１）高齢者の負担能力に応じた負担の見直し

○ 1号保険料負担の在り方

・国の定める標準段階の多段階化、高所得者の標準乗率の引上げ、低所得者の標準乗率の引下げ等について検討を行い、具体的な段階数、乗率、公費と保険料多段階化の役割分担等について、[次期計画に向けた保険者の準備期間等を確保するため、早急に結論を得る](#)

○「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準

・利用者負担が2割となる「一定以上所得」の判断基準の見直しについて、後期高齢者医療制度との関係や介護サービスは長期間利用されること等を踏まえつつ、高齢者が必要なサービスを受けられるよう、高齢者の生活実態や生活への影響等も把握しながら検討を行い、[次期計画に向けて結論を得る](#)

○補足給付に関する給付の在り方

・給付の実態やマイナンバー制度を取り巻く状況なども踏まえつつ、引き続き検討

（※）[次期計画に向けて結論を得るとされた事項については、遅くとも来年夏（＝本年夏）までに結論を得るべく引き続き議論](#)

（２）制度間の公平性や均衡等を踏まえた給付内容の見直し

○多床室の室料負担

・老健施設及び介護医療院について、在宅との負担の公平性、各施設の機能や利用実態等を踏まえつつ、介護給付費分科会において介護報酬の設定等も含めた検討を行い、[次期計画に向けて結論を得る](#)

○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、他サービスとの均衡等を踏まえ包括的に検討し、第10期計画期間の開始までに結論を得る

○軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方

・現在の総合事業に関する評価・分析等を踏まえ包括的に検討し、第10期計画期間の開始までに結論を得る

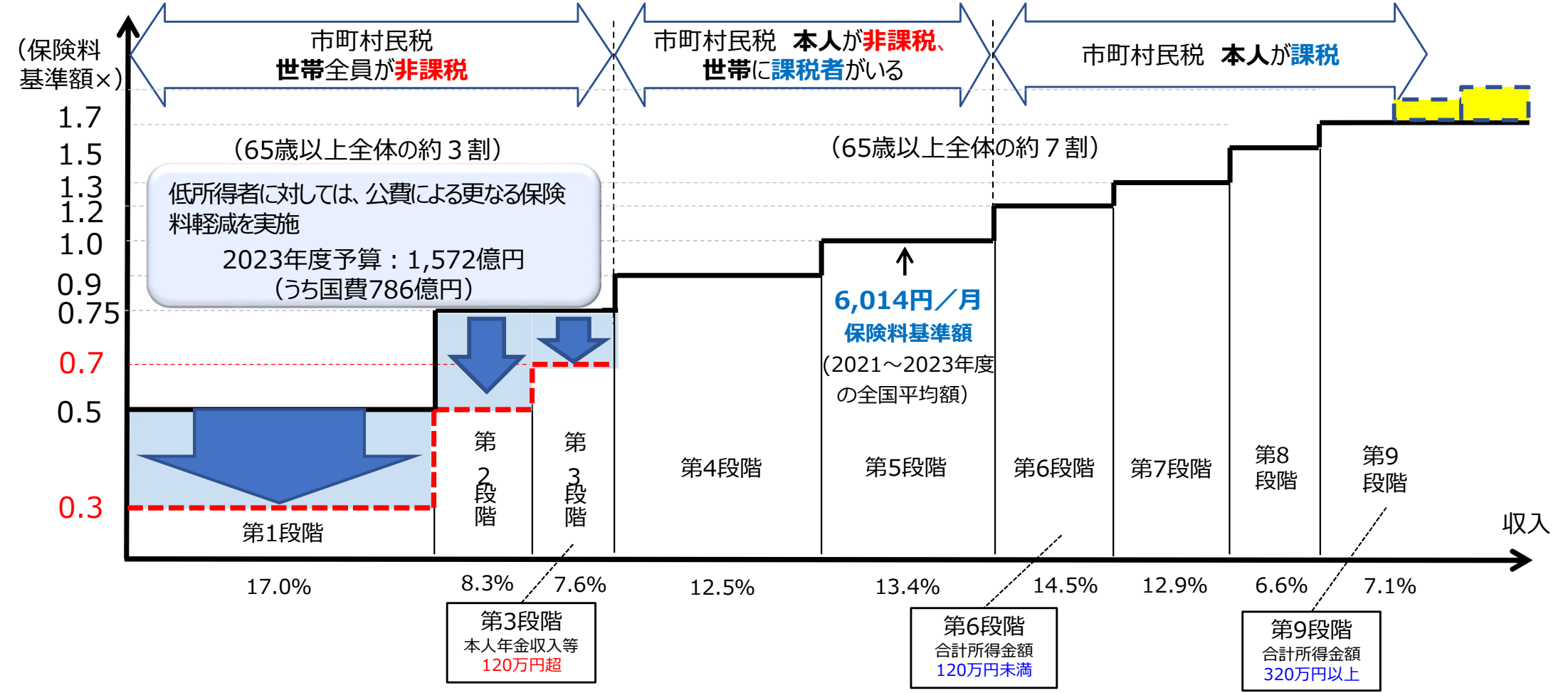
（３）被保険者範囲・受給者範囲

・第2号被保険者の対象年齢を引き下げることについて、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

介護保険の第1号保険料負担の見直し

制度の持続性確保

- 介護保険第1号保険料は、保険者ごとに介護サービスの利用見込み等を踏まえて基準額を設定した上で、所得段階別の保険料を決定。基本的に、基準額を上回る分の合計額と、基準額を下回る分の合計額を均衡させることとなっている。
- これに対し、低所得者の保険料負担の軽減を強化するため、2015年度より、公費による更なる負担軽減を実施。



(出所) 被保険者割合は「令和2年度介護保険事業状況報告」 (注) 具体的軽減幅は各割合の範囲内で市町村が条例で規定

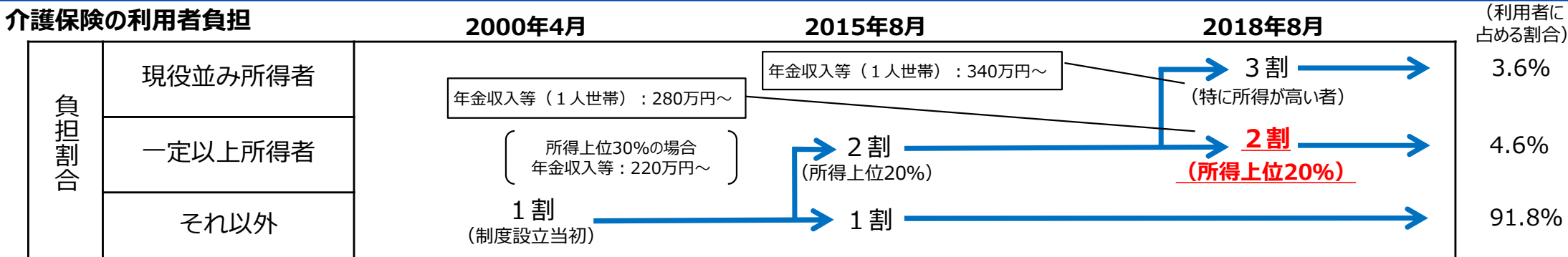
【改革の方向性】(案)

○ 今後、高齢化の進展による第1号被保険者数の増加や、給付費の増加に伴う保険料の上昇が見込まれる中で、低所得者の負担軽減に要する公費の過度な増加を防ぐため、負担能力に応じた負担の考え方に沿って、**高所得の被保険者の負担による再分配を強化**すべき。

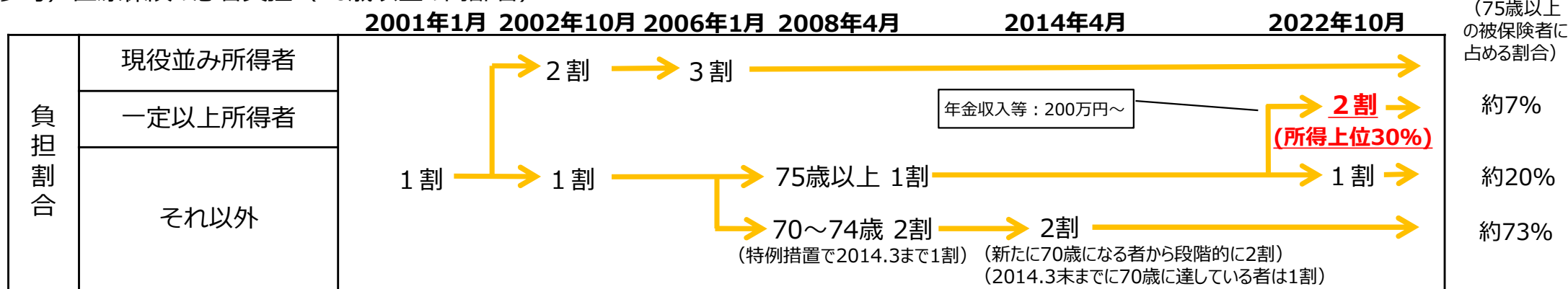
介護保険の利用者負担（2割負担）の見直し

制度の持続性確保

- 介護保険制度においては、制度創設時、利用者負担割合を一律 **1割** としていたが、保険料の上昇を可能な限り抑えながら、現役世代に過度な負担を求めず、高齢者世代内において負担の公平化を図るため、「**一定以上所得のある方**」（**第1号被保険者の上位20%相当**）について負担割合を **2割**、さらに、「**現役並みの所得**」を有する方の負担割合を **3割** に引き上げてきた。



(参考) 医療保険の患者負担（70歳以上の高齢者）



(出所) 年金収入等の数字は厚労省「介護保険部会」資料（令和5年7月10日）に基づく。

骨太の方針2023(2023.6.16 閣議決定)

第4章 中長期の経済財政運営

2. 持続可能な社会保障制度の構築

介護保険料の上昇を抑えるため、利用者負担の一定以上所得の範囲の取扱いなどについて検討を行い、年末までに結論を得る。

【改革の方向性】(案)

- 後期高齢者医療制度における2割負担の導入（所得上位30%）を受けて、**介護保険の利用者負担（2割負担）（現行：所得上位20%）の拡大**について、**ただちに結論を出す必要**。

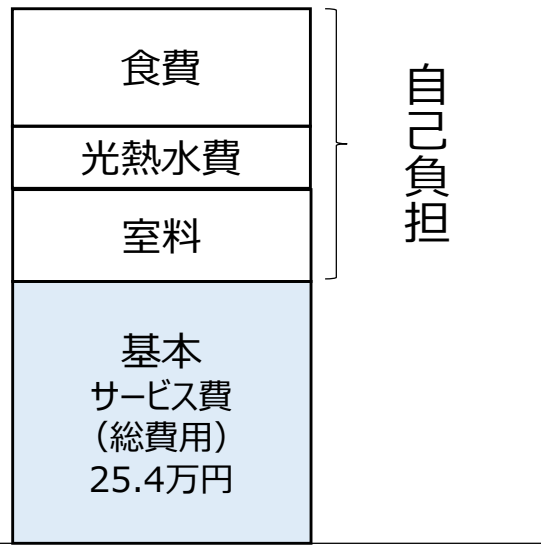
- さらに、利用者負担を原則2割とすることや、現役世代並み所得（3割）等の判断基準を見直すことについても検討していくべき。100

多床室の室料負担の見直し①

- 制度創設時から、「施設介護については、居宅介護とのバランスや高齢者の自立が図られてきている状況から見て、食費等日常生活費は、利用者本人の負担とすることが考えられる」とされていた（「高齢者介護保険制度の創設について」（1996））。
- このため、2005年度に、食費と個室の居住費（室料＋光熱水費）を介護保険給付の対象外とする見直しを実施（多床室は食費と光熱水費のみ給付対象外）。**2015年度に、介護老人福祉施設（特養老人ホーム）の多床室の室料負担を基本サービス費から除く見直しを実施。**
- しかしながら、**介護老人保健施設・介護医療院・介護療養病床の多床室については、室料相当分が介護保険給付の基本サービス費に含まれたままとなっている。**

介護老人福祉施設（特養老人ホーム）

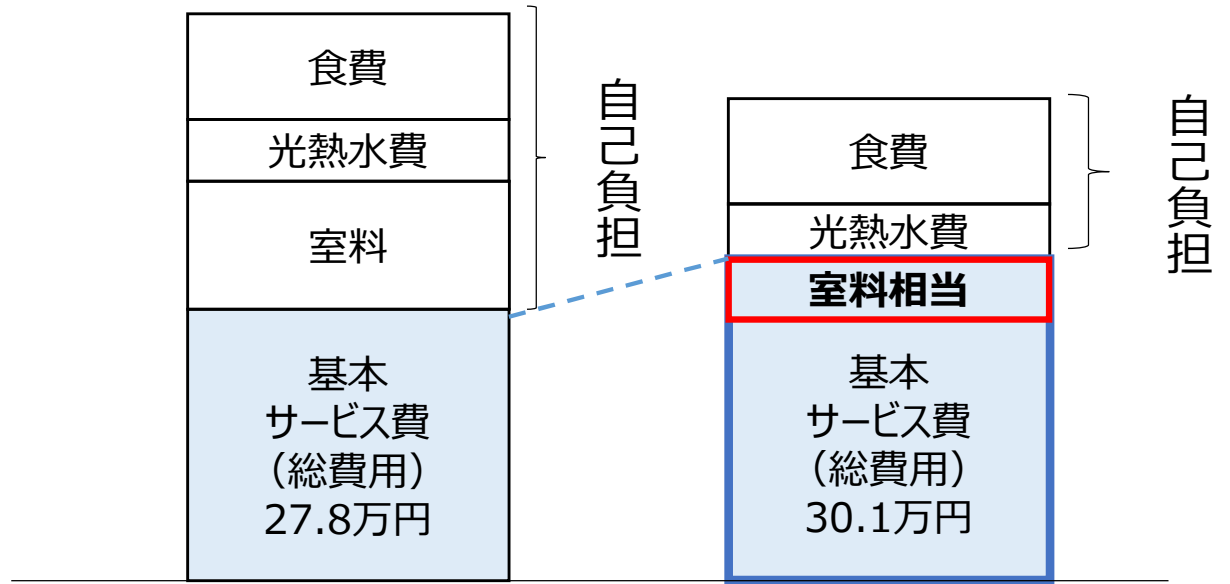
特養は2015年度改定で多床室の室料をサービス費から除外し、個室と多床室の報酬水準は同額。



個室・多床室

介護老人保健施設・介護医療院・介護療養病床

老健施設の多床室については、**室料相当額は基本サービス費に含まれたまま**であり、多床室の方が個室よりも基本サービス費が高い。



個室

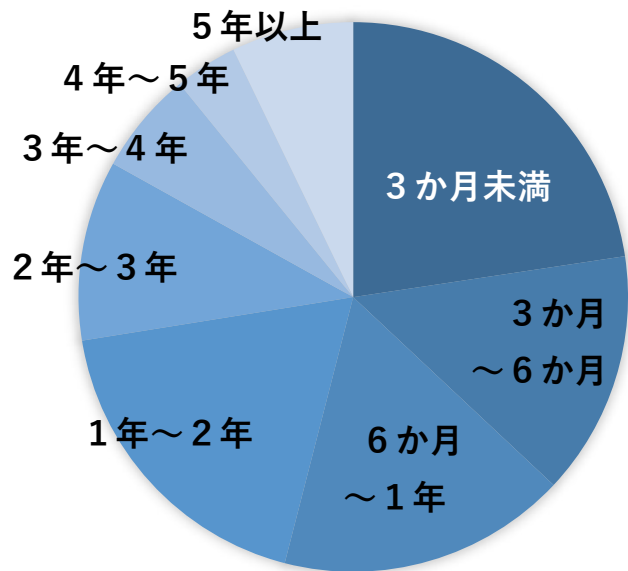
多床室

(注) 上記の特養老人ホーム、介護老人保健施設等の基本サービス費は要介護5の者が30日入所した場合の費用（利用者負担含む）。

多床室の室料負担の見直し②

- 介護医療院は、介護老人福祉施設（特養老人ホーム）と同様、家庭への復帰は限定的であり、利用者の「生活の場」となっている。
- 介護老人保健施設は、施設の目的が「居宅における生活への復帰を目指すもの」とされ、少なくとも3か月毎に退所の可否を判断することとされているが、一般的な医療機関でも長期入院の基準が180日となっている中、介護老人保健施設の平均在所日数は300日を超えている状況。
- さらに、入所当初の利用目的が「他施設への入所待機」や「看取り・ターミナル期への対応」という利用者が3割となっており、長期入所者の退所困難理由でも「特養の入所待ちをしている」が38%、「家族の希望」が25%となっている。

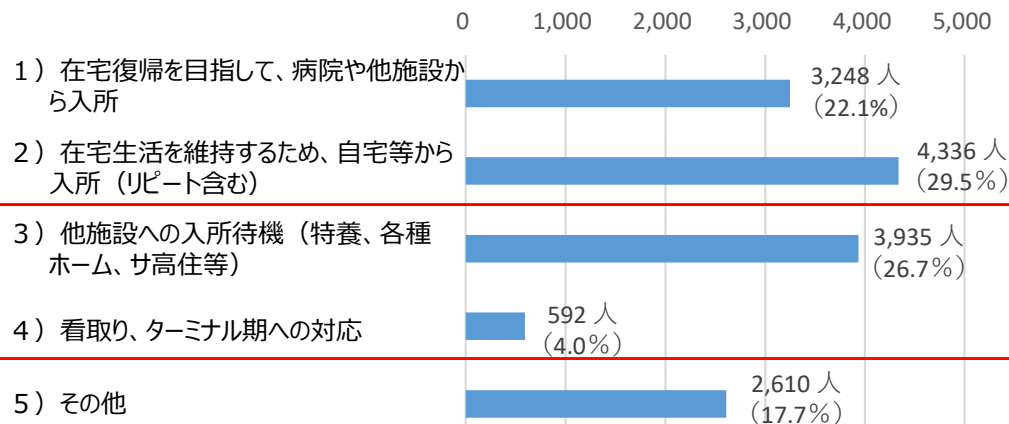
◆介護老人保健施設の在所日数別の利用者数（2019年9月末時点）



- 3か月を超えて入所している利用者：77%
- 6か月を超えて入所している利用者：63%
- 1年を超えて入所している利用者：46%

（出所）厚生労働省「令和元年介護サービス施設・事業所調査」（令和3年1月）

◆介護老人保健施設の入所サービス利用者の利用目的



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

◆長期入所者における退所の困難理由（在宅強化型）

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

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

【改革の方向性】（案）

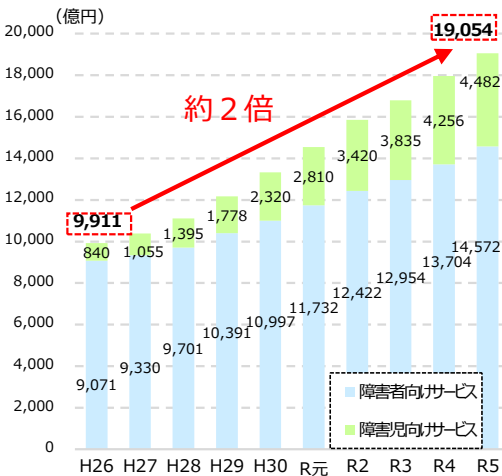
- こうした状況を踏まえ、居宅と施設の公平性を確保し、どの施設であっても公平な居住費（室料＋光熱水費）を求めていく観点から、給付対象となっている室料相当額について、次期計画期間から、基本サービス費等から除外する見直しを行うべきである。

4. 障害報酬改定

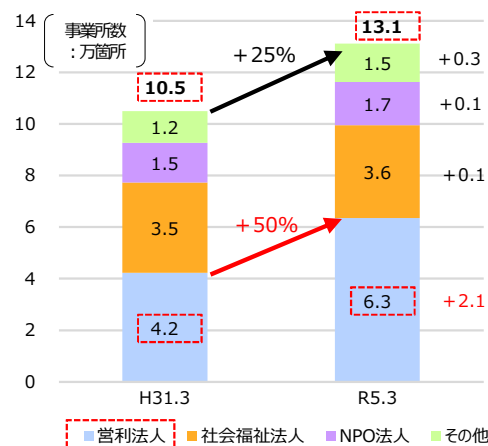
- 障害福祉サービス等の予算額は直近10年間で約2倍に増加。障害福祉サービス等の持続可能性を確保するためには、サービスの質を確保しながら総費用額を抑制する取組が不可欠。
- 需要サイドである利用者に牽制が働きにくく、供給サイドである事業所の増加に応じて総費用額が増加しやすい構造にある中で、報酬改定における収支差率を踏まえた報酬の適正化の徹底、総量規制によるサービス供給量の適正化の取組を強化する必要。

障害福祉サービスの現状

◆予算額の推移（当初予算）



◆事業所数の伸び



利用者側

- 利用者負担の割合は他のサービスと比べても僅少
- 自治体の支給決定が必要だが決定には地域差。

事業者側

- 利用者数の増加に伴い収入が増加
- 中小企業よりも高い収支差率となっている中で営利法人の伸び率が顕著

需要サイドの利用者に牽制が働きにくく、供給サイドの事業所の増加に応じて総費用額が増加しやすい構造

- ◆実施指導・行政処分
 - ・行政処分量数は増加（H27：118件 → R3：192件）
 - ・実施指導率は低下（R3は10%：10年に1度のペース）

今後の主な改革の方向性

○ R6 報酬改定における報酬の適正化

※ 報酬改定において、質の高いサービスを適切に評価しつつ、質の低いサービスを抑制するべく、収支差率を踏まえた報酬の適正化を徹底。

各論①：グループホーム

- ・サービスの質を考慮した報酬体系への見直し

各論②：就労継続支援

- ・サービスにおける生産活動収支や工賃などの成果をより考慮した報酬体系への見直し

各論③：生活介護

- ・サービス利用時間やサービスの質を考慮した報酬体系への見直し

各論④：障害児通所サービス

- ・サービス利用時間やサービスの質を考慮した報酬体系への見直し

○ 総量規制によるサービス供給の適正化

※ サービスの供給が計画的かつ効率的に行えるよう、自治体の事業所の指定に係る総量規制を見直し

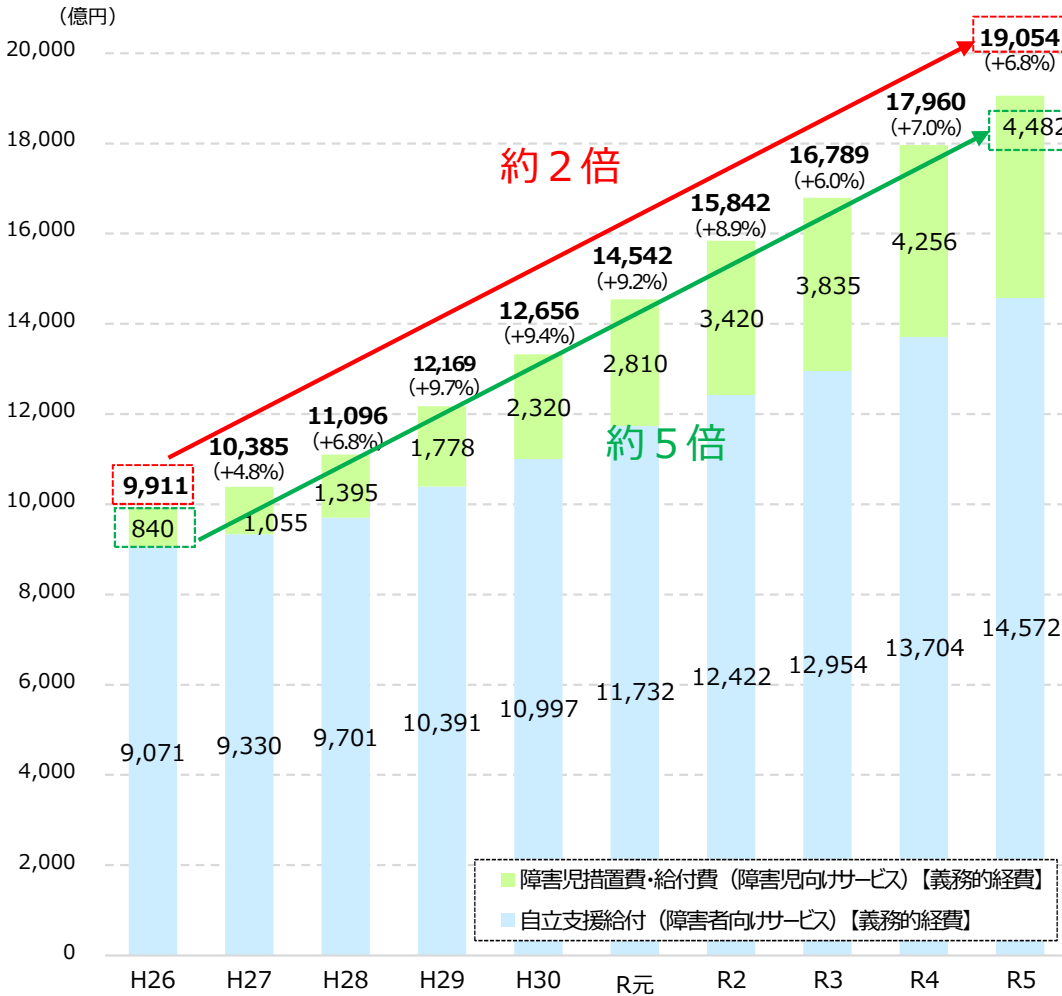
- ・地域差是正のための対象拡大（グループホーム等）

障害福祉サービス等の現状①（予算・利用者数・事業所数の推移）

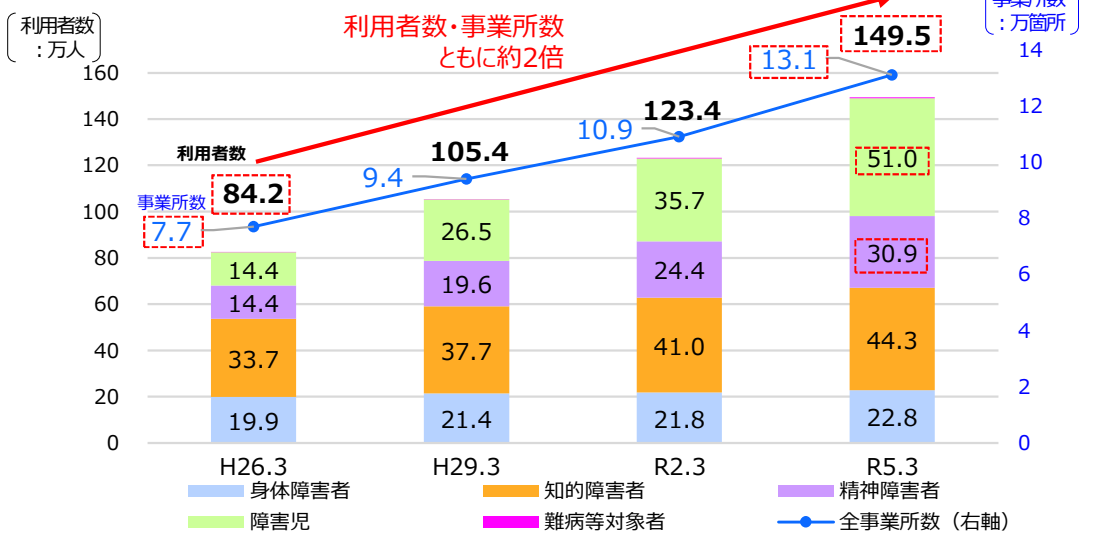
障害報酬改定

- 障害福祉サービス等の予算額は直近10年間で約2倍に増加（障害児向けサービスは約5倍に増加）しており、利用者数や事業所数も約2倍に増加。
- 障害福祉サービス等予算額の過去10年間平均の伸び率は、社会保障関係費全体に比して約4倍であり、著しく高い伸び。

◆障害福祉サービス等予算額の推移（当初予算）

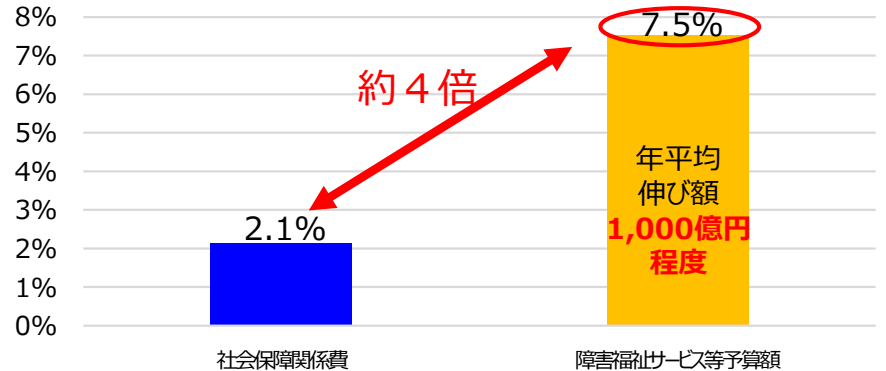


◆障害福祉サービス等の利用者数・事業所数の推移



(注) 国保連データを基に作成。利用者数・事業所数ともに各年3月時点。複数のサービスを実施している事業所については、それぞれのサービスで事業所数を計上している。

◆社会保障関係費の伸び率との比較（直近10年間）



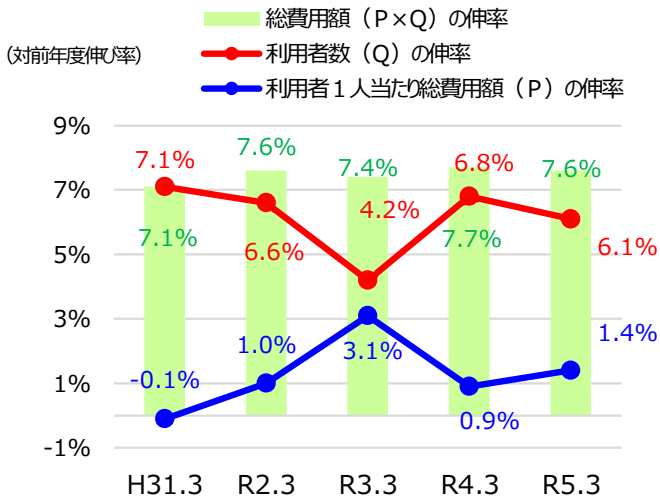
【改革の方向性】（案）

- 障害福祉サービス等の持続可能性を確保するため、サービスの質を確保しながら総費用額を抑制する取組を行っていくべき。

障害福祉サービス等の現状②（総費用額の増加の要因分析）

- 総費用額の伸びには、利用者数の増加が大きく寄与。高齢化による影響は限定的であり、とりわけ障害児の伸びが顕著。
- 事業所数の伸びを見ると、近年、大半が営利法人の増加によるものであるが、特に一部のサービスでは営利法人の参入が急増。
- 原則1割の利用者負担であるが、所得に応じて負担限度額が設定。利用者負担割合は他のサービスと比べても僅少。

◆障害福祉サービス等の総費用額の伸びの分析



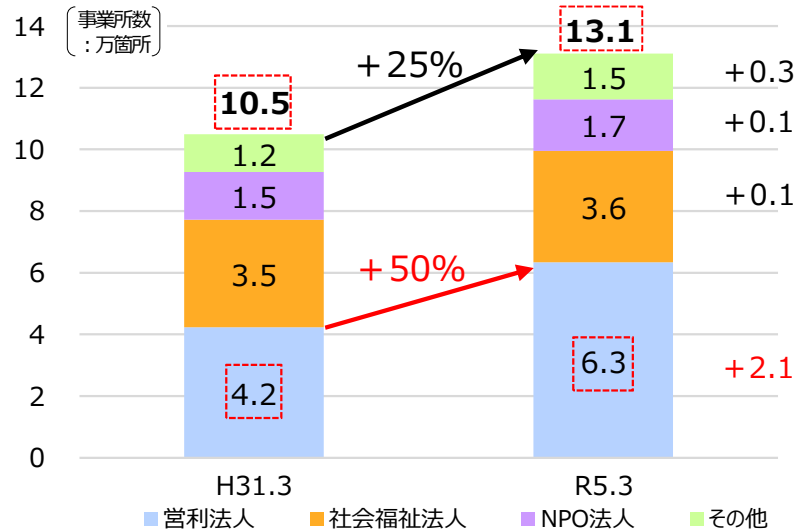
(注) 国保連データを基に作成。総費用額は各年度の年間費用額。利用者数は各年3月の実数。利用者1人当たり総費用額は各年度の月平均の値(相談系サービス除く)。

◆年齢別 利用者数の推移

(注) 国保連データを基に作成。

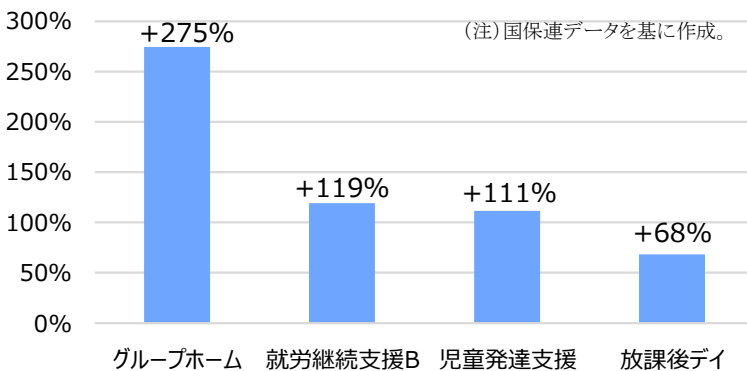
	H31.3	R5.3	増加人数 (増加率)
65歳以上	10.2万人	12.5万人	+2.3万人 (+22.1%)
18歳以上 65歳未満	75.4万人	86.8万人	+11.4万人 (+15.1%)
18歳未満	34.0万人	50.2万人	+16.2万人 (+47.6%)
利用者数 合計	119.6万人	149.5万人	+29.9万人 (+25.0%)

◆障害福祉サービス等事業所数の伸び（直近5年）とその内訳



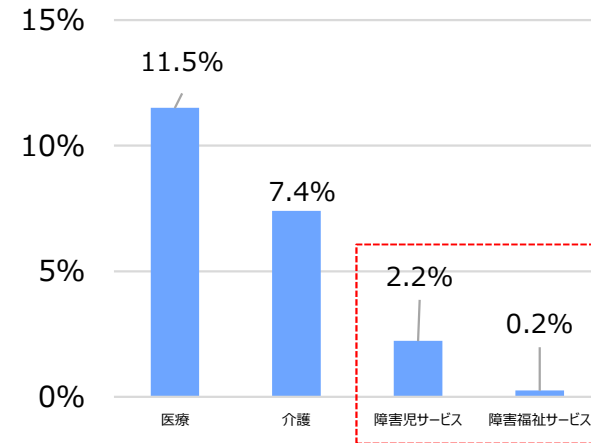
(注) 国保連データを基に作成。複数のサービスを実施している事業所については、それぞれのサービスで事業所数を計上している。

◆営利法人の事業所数伸び率（直近5年）



(注) 国保連データを基に作成。

◆費用額に占める自己負担額割合の比較



(注) 医療は「令和2年度国民医療費の概況」における国民医療費に占める患者負担、介護は「令和2年度介護保険事業状況報告(年報)」における費用額から給付費を控除して自己負担額を算出、障害児サービス及び障害福祉サービスは「国保連データ」を基に作成。

◆過去の利用者負担軽減措置

	H19	H20	H22	R5
利用者負担率	4.28%	2.86%	0.37%	0.25%
主な軽減措置	中低所得者の負担軽減	住民税非課税世帯の負担軽減	住民税非課税世帯の無償化	-

(注) 利用者負担率は、「障害児サービス」と「障害福祉サービス」の加重平均

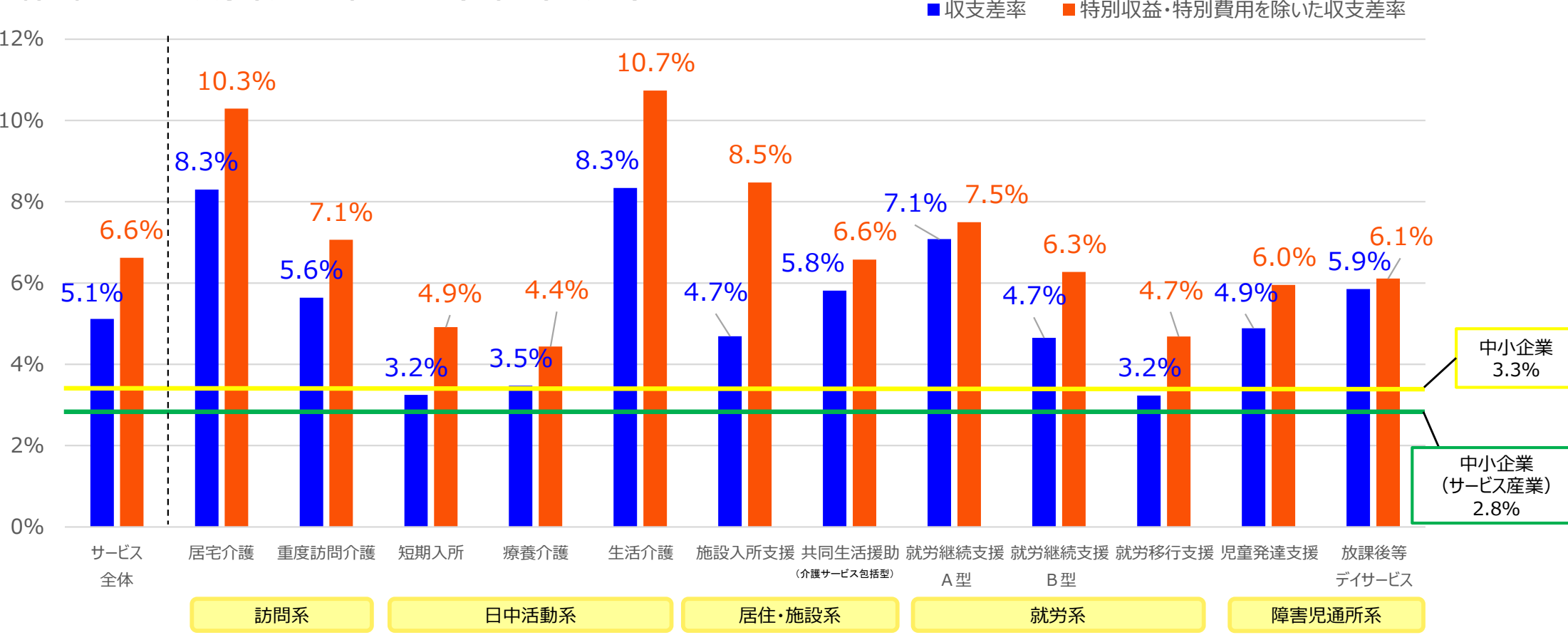
【改革の方向性】(案)

- 需要サイドの利用者に牽制が働きにくく、供給サイドの事業所の増加に応じて総費用額が増加しやすい構造を踏まえると、報酬改定によって報酬水準の適正化を徹底していくべき。

障害福祉サービス等の現状③（事業者の経営状況）

- 障害福祉サービス等事業者の収支差率は5.1%と中小企業を上回る水準。さらに、事業者の本部や他の事業との間の資金移動を除外するため特別費用・特別収益を除いた収支差率で見ると、通常の収支差率よりも1.5%高くなっている。
- また、サービスごとの収支差率を見ると、中小企業の2倍以上の高い収支差率となっているサービス類型も見られる。

◆障害福祉サービス事業所等の収支差率（令和3年度決算）



(出所) 厚生労働省「令和4年障害福祉サービス等経営概況調査」、財務省「法人企業統計」。

【改革の方向性】(案)

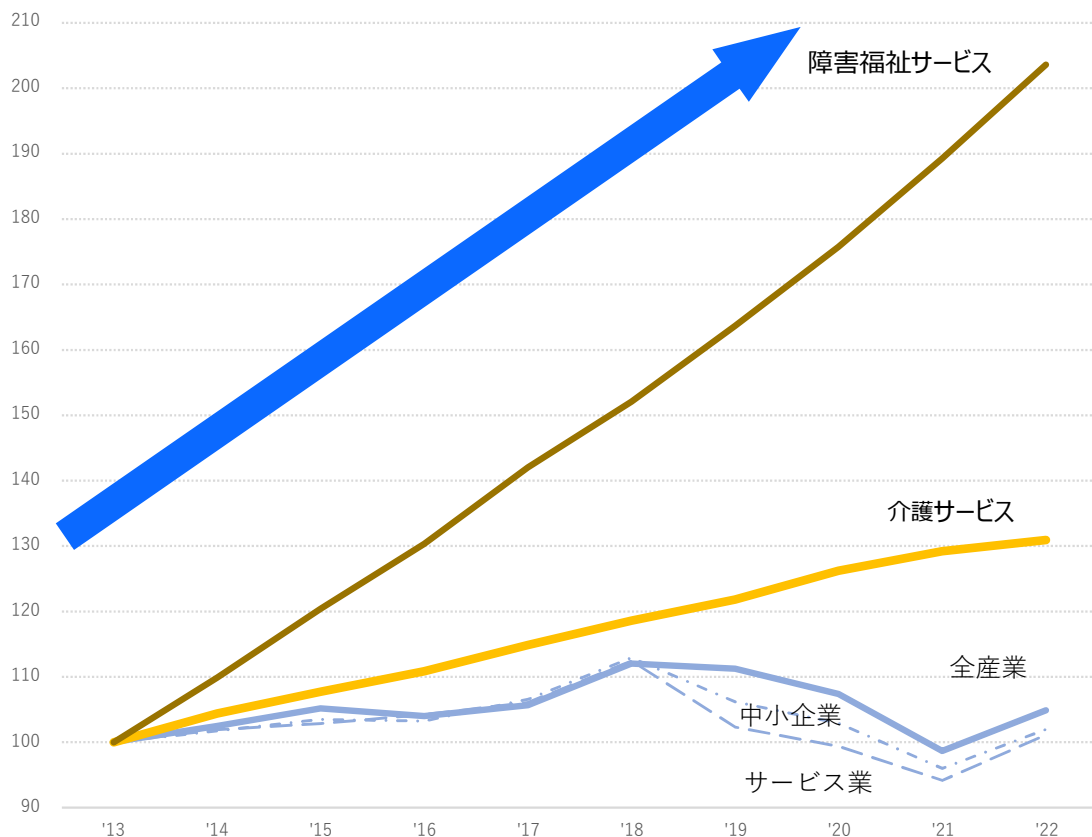
- 報酬改定においては、令和5年度経営実態調査結果も踏まえて検討することになるが、**収支差率を踏まえた報酬水準の適正化を徹底するとともに、サービスごとの状況を踏まえてメリハリのある対応を行うべき。**

障害福祉サービス等の現状④（事業者の売上げ・内部留保）

障害報酬改定

○ 障害福祉サービス等は業界全体として、コロナ禍においても一貫して収益が拡大している。障害福祉サービス等事業所を行っている社会福祉法人について見ると、事業者当たりの収益は増加傾向にあり、また、内部留保についても収益の増加に伴って積み上がっている状況。内部留保の割合も全産業・中小企業等と比べても高い水準。

◆障害福祉サービス等全体の収益相当額の推移（2013年を100とした場合）



(出所) 厚生労働省「令和4年度介護事業経営概況調査」、財務省「法人企業統計」
 (注) 障害福祉サービスは国保連データの給付額、介護サービスは介護事業経営概況調査の給付額、
 その他産業は法人企業統計の売上額（年度）

◆主に障害福祉サービス等事業所を行っている社会福祉法人の収益(サービス活動収益) (単位 百万円)

	2020年度	2021年度	2022年度
全法人平均	498	508	517

(出所) (独) 福祉医療機構「社会福祉法人の財務諸表等電子開示システム」を基に分析

◆主に障害福祉サービス等事業所を行っている社会福祉法人の内部留保 (単位 百万円)

事業規模	2020年度	2021年度	2022年度
全法人平均	390	409	420
～5億円	160	165	167
5億～10億円	584	610	612
10億円～	1,473	1,493	1,540

(出所) (独) 福祉医療機構「社会福祉法人の財務諸表等電子開示システム」を基に分析
 (注) 純資産の部に計上されている「次期繰越活動増減差額」を使用

◆総資本における内部留保の割合

	2020年度	2021年度	2022年度
全産業	26.5%	26.6%	27.4%
中小企業	26.8%	26.2%	26.6%
うちサービス業	24.1%	22.4%	22.5%
障害福祉サービス等事業者 (社会福祉法人)	37.4%	38.0%	38.6%

(出所) (独) 福祉医療機構「社会福祉法人の財務諸表等電子開示システム」を基に分析、財務省「法人企業統計」
 (注) 障害福祉サービス等事業者（社会福祉法人）以外の内部留保の割合は「利益剰余金」を用いて計算

【改革の方向性】（案）

○ 報酬改定においては、障害福祉サービス等事業者の安定した収益状況や、積み上がった内部留保の活用を考慮すべき。

障害福祉サービス等の現状⑤（処遇状況等調査結果）

障害報酬改定

- 2022年10月の臨時報酬改定で創設された「福祉・介護職員等ベースアップ等支援加算」は約7割の事業所で取得されている。
- 同加算を取得した事業所においては、福祉・介護職員（月給・常勤の者）の平均給与額は1年間で6.8%増（月額+20,130円）と、同加算（3%増（月額平均+9,000円相当））を大きく上回る賃上げが実施されている。
- また、同加算の直接の対象でないその他の職員についても賃上げ（+2.9%～6.1%）が実施されている。
- 今後も継続的に介護従事者の賃上げ状況を調査・分析していく必要がある。

【福祉・介護職員等ベースアップ等支援加算取得事業所】

○ 障害福祉サービス等従事者の平均給与額の状況（月給・常勤の者、職種別）（単位：円）

	令和3年12月	令和4年12月	差 (令和4年-令和3年)	
福祉・介護職員	295,160	315,290	20,130	(+6.8%)
サービス管理責任者	371,950	391,950	20,000	(+5.4%)
看護職員	393,580	412,450	18,870	(+4.8%)
理学療法士、作業療法士	375,370	386,150	10,780	(+2.9%)
機能訓練担当職員（言語聴覚士含む）	340,130	360,090	19,960	(+5.9%)
心理指導担当職員	376,930	398,120	21,190	(+5.6%)
管理栄養士・栄養士	339,740	354,320	14,580	(+4.3%)
調理員	266,840	283,060	16,220	(+6.1%)
事務員	321,350	339,690	18,340	(+5.7%)

注1)福祉・介護職員：ホームヘルパー、生活支援員、児童指導員、保育士、障害福祉サービス経験者、世話人、職業指導員、地域移行支援員、就労支援員、訪問支援員

注2)令和3年12月末日と令和4年12月末日ともに在籍している者の平均給与額を比較している。

注3)平均給与額は基本給(月額)+手当+一時金(年額の1/12)

(出所)厚生労働省「令和4年度障害福祉サービス等従事者処遇状況等調査結果」

注4)サービス管理責任者には、児童発達支援管理責任者、サービス提供責任者を含む。

注5)平均給与額は10円未満を四捨五入している。

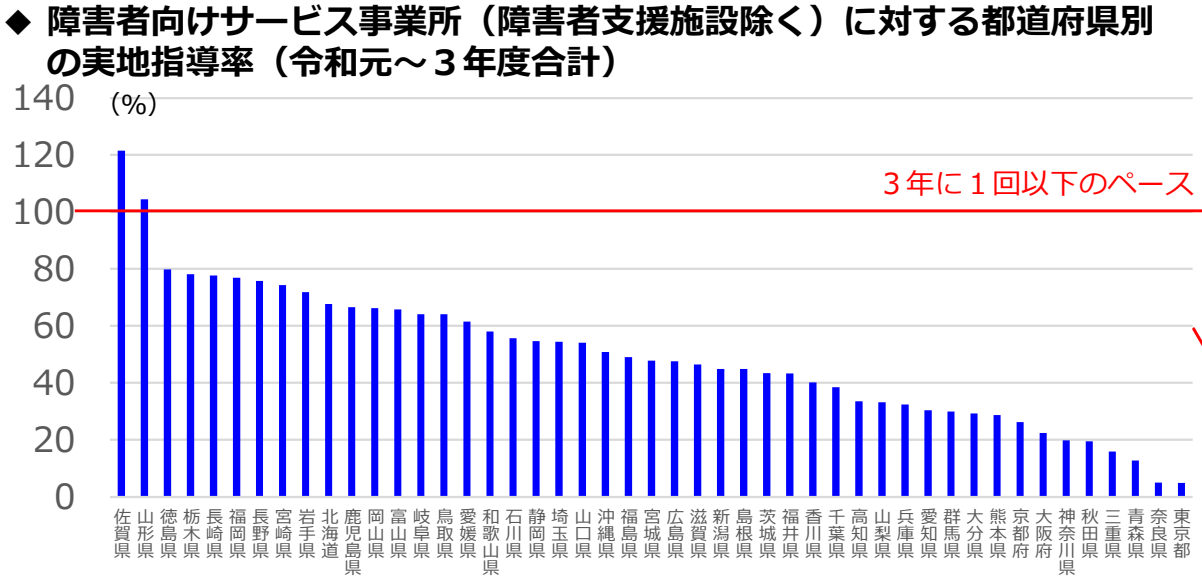
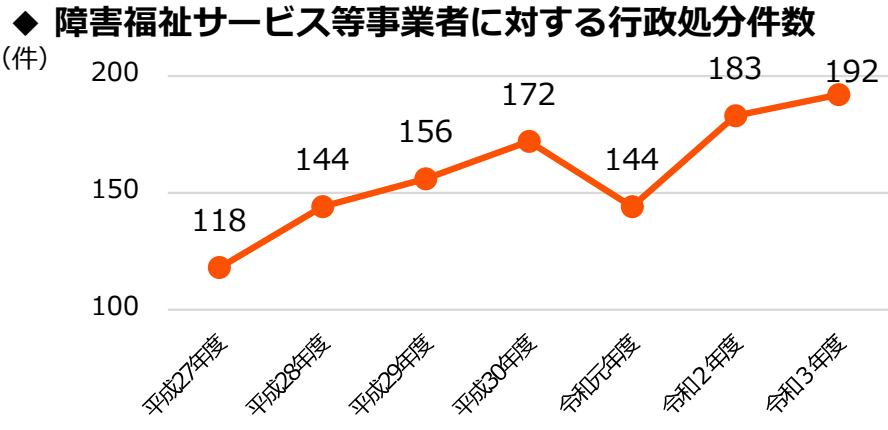
【改革の方向性】（案）

- 賃上げの呼び水として処遇改善加算を活用し、経営改善等の取組を通じた成果とあわせ、従業員の賃金に適切に還元すべき。
- 賃上げ状況の継続的な調査・分析を行えるよう、処遇改善加算取得に当たって、職種別の給与等の報告を要件とすることを検討すべき。

障害福祉サービス等の現状⑥（事業者に対する実地指導）

障害報酬改定

○ 障害福祉サービス等事業者に対する行政処分の件数が増加。事業者に対する都道府県等の実地指導については、厚生労働省の指導指針において概ね3年に1度の実施が求められているが、ほとんどの自治体でその水準を下回っている状況。足下では、コロナの影響もあり、事業所数が増加する一方で、実施指導件数は減少し、実施率は10%と、概ね10年に1度のペースまで落ち込んでいる。

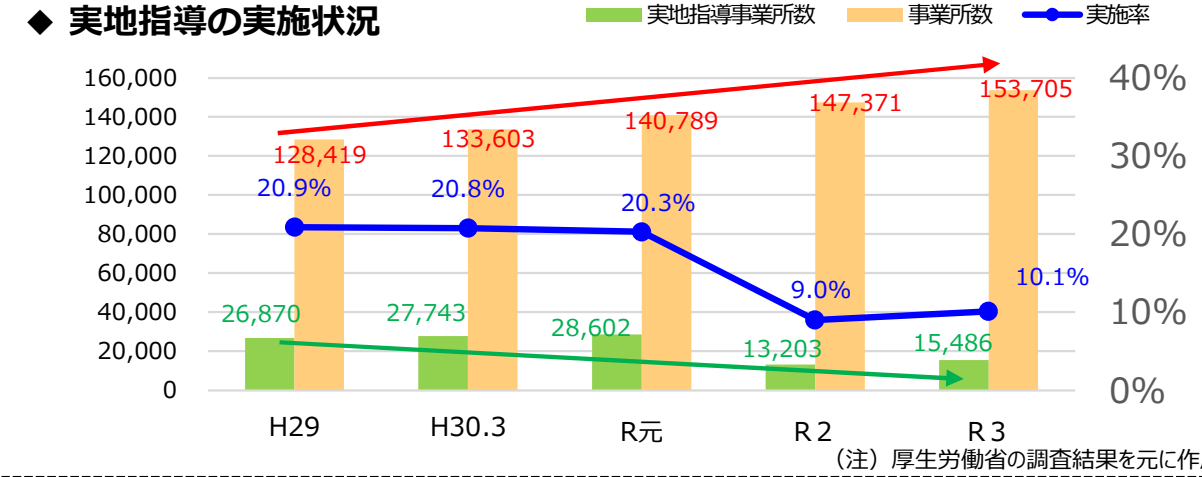


「放課後デイ」不正請求、甘いチェック…TV見せるだけの事業所も
（読売新聞社 2021年2月1日）

放デイはスタート当初から、テレビを見せるだけの事業所があるなど、サービスの質に差があることが国会で問題視されていた。厚生労働省は2015年、放デイの基本姿勢を示すガイドラインを策定。17年に職員の半数以上を児童指導員や保育士にすることを義務付けたが、それでも不正請求が増える背景にはチェックの甘さがある。

事業所は毎月、国民健康保険団体連合会に利用記録などを提出して利用料を請求する。同会はその書類を確認するだけで、現地で調査まではしない。国は指定権限がある自治体に3年に1回、実地指導を求めているが、自治体の調査も追いついていないという。

東京都では19年度、811か所ある事業所のうち実地指導したのは53か所だけ。職員数の水増しなどで計約3億円を不正請求したとして行政処分された事業者のケースでは、都は開業から6年間、一度も実地指導をしていなかった。（後略）



【改革の方向性】（案）
○ 実地指導の取組の強化とともに、報酬改定においても、悪質な事業者の参入を防ぐ観点からも、収支差率を踏まえた報酬の適正化を徹底するとともに、これまで以上にサービスの質を適切に評価する報酬体系を目指していくべき。

各論①：グループホーム（営利法人の参入・収支差率の偏り）

- グループホーム（共同生活援助）の収支差率は全サービス平均より高く、近年は営利法人が多数参入している。自治体からの意見の中には、障害福祉サービスの経験が少ない新規事業者の参入の増加に伴い、サービスの質が低下することを懸念する声も見られる。
- 障害支援区分ごとに見ると、支援区分が中程度（支援区分3・4）の場合の収支差率が高くなっているが、これらの区分の利用者の割合は全体の約4割を占めており、これらの収支差率が高い支援区分の方にサービスが偏っている可能性がある。

◆グループホームに関する地方自治体からの意見

- ・インターネット上に、グループホームの立ち上げ等を指南する情報が溢れており、近年ニーズの増加も相まってグループホームの数が増えているが、（中略）質の確保について、不安がある。
- ・コンサルティングが入った事業開設が容易であり、軽度な人を対象として安易に事業を開始している事業所が多い。
- ・これまで障害者福祉に係わりのない新規事業者の参入が目立つ。障害者支援のノウハウやスキルがないため、問題を起こす事業所が多い。

（出所）「グループホームの運営及び支援内容等の実態把握のための調査研究」

◆社会保障審議会障害者部会報告書

- ・グループホームについては、近年、障害福祉サービスの実績や経験が少ない事業所の参入が多く見受けられ、障害特性や障害程度を踏まえた支援が適切に提供されないといった支援の質の低下が懸念される。

（出所）社会保障審議会 障害者部会 報告書（令和4年6月13日）

◆グループホームの収支差率（入居者の平均障害支援区分別）

平均障害支援区分	～2未満	2～3未満	3～4未満	4～5未満	5～	合計
令和2年度	5.8%	5.8%	7.9%	9.9%	5.3%	7.4%
令和3年度	6.9%	8.0%	10.3%	12.3%	9.2%	9.7%

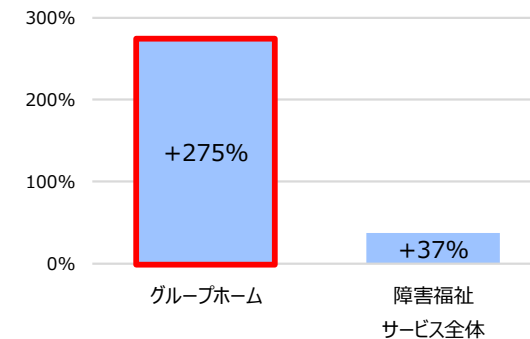
（出所）令和3年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査

◆グループホームの収支差率

サービスの種類	令和3年度決算
介護サービス包括型	5.8%
うち営利法人	15.6%
日中サービス支援型	6.9%
外部サービス利用型	8.1%
全サービス平均	5.1%

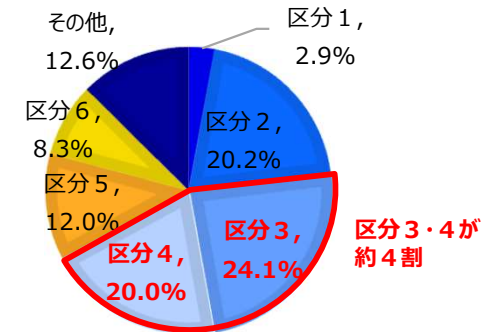
（出所）令和4年障害福祉サービス等経営概況調査

◆営利法人の事業所数伸び率（直近5年）



（注）国保連データを基に作成（各年3月時点）。

◆グループホーム入居者の障害支援区分別割合



（出所）令和3年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査

【改革の方向性】（案）

- 報酬改定において、グループホームについての現場の意見・実態を踏まえて、収支差率に応じた報酬の適正化を徹底するべき。

各論①：グループホーム（サービスの質の適正な評価）

- グループホームにおける具体的な支援内容について明確な基準がなく、事業者によるばらつきも見られ、支援の質に違いが見られる。
- サービス提供時間に基づく報酬となっているが、事業所が任意で設定可能な週所定労働時間に基づき算出される体系となっているため、短いサービス提供時間で高い報酬を得ている可能性がある。
- 訪問系サービスである居宅介護等を併用した場合の減算について、居宅介護等の利用時間が勘案されない体系になっているが、実際の利用時間にはばらつきが見られ、長時間の併用にも関わらず同額の減算にとどまっているケースがある。

◆グループホームに関する地方自治体からの意見

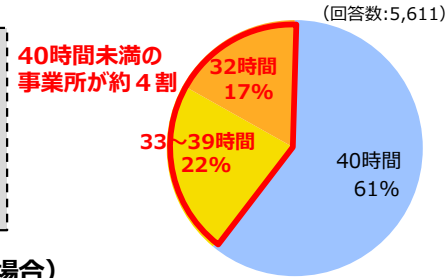
・ 共同生活援助が訓練等給付として位置付けられている意義は、共同生活援助で訓練を実施したのちに更なる地域移行を進めるためだと考えているが、サービス提供事業所がそこまで考慮した支援を行っている様子があまり見られない。

(出所)「グループホームの運営及び支援内容等の実態把握のための調査研究」

◆サービス提供時間数の考え方

サービス提供時間数 = 週所定労働時間 × (利用者数 ÷ 算定要件)
 ※事業所が就業規則で任意で設定可能
 (例) 利用者数 12人、算定要件 世話人 (6 : 1 以上)
 サービス提供時間数 = 40時間 × (12 ÷ 6) = 80時間

◆週所定労働時間【世話人】

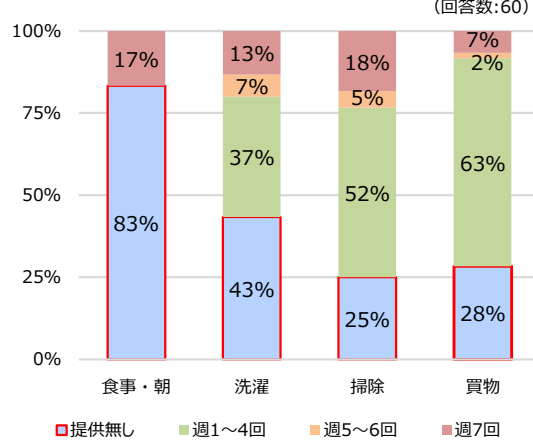
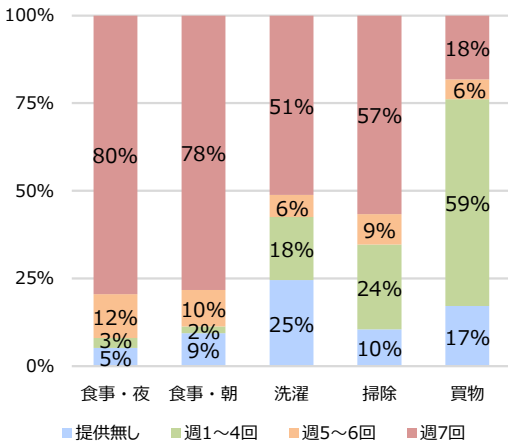


◆一週間の家事提供状況（全体）

(回答数:5,611)

◆週に1度も夜の食事を提供していない場合の他の家事提供状況（平均障害支援区分3）

(回答数:60)



世話人のサービス提供内容にはばらつきが見られる

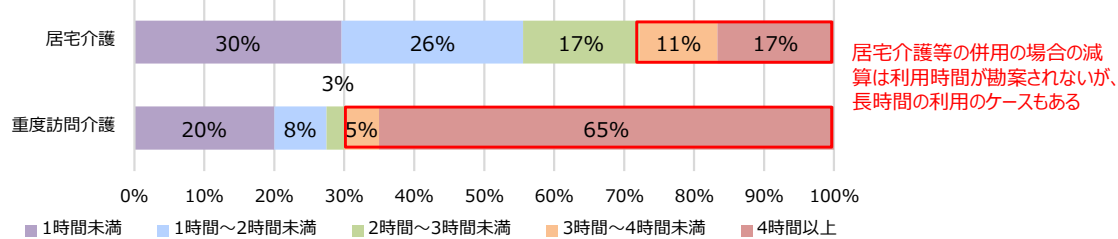
世話人のサービス提供をほとんど行っていない事業所も存在

◆世話人のサービス提供時間数が異なる例（利用者が12人の場合）

週所定労働時間	6 : 1 以上 (区分6 : 583単位/日)	5 : 1 以上 (区分6 : 616単位/日)
40時間	40時間 × (12 ÷ 6) = 80時間	40時間 × (12 ÷ 5) = 96時間
32時間	32時間 × (12 ÷ 6) = 64時間	32時間 × (12 ÷ 5) = 77時間

8割の提供時間で算定要件を満たす 80時間以下のサービス提供で上の区分の報酬が得られる

◆居宅介護等の併用の利用時間（平均障害支援区分6）



(出所) 財務省「令和5年度予算執行調査」

【改革の方向性】（案）

- グループホームにおける具体的な支援内容について明確な基準を定めるとともに、報酬についても支援内容に応じたものとするべき。
- 実態を踏まえ、サービス提供時間を勘案した報酬体系への見直し、居宅介護等の併用時の減算の見直し等を行うべき。

各論①：グループホーム（地域差の是正・総量規制）

- 利用者数の地域差を分析すると、総量規制がある生活介護よりも、総量規制のないグループホームの方が、地域差が大きい。
- 自治体からの意見の中には、グループホームの事業所の規制が行われていないため、質の低下が懸念されるという意見も見られ、質が担保されていないグループホームの過剰な供給が進んでいるケースがある可能性がある。

◆グループホームに関する地方自治体からの意見

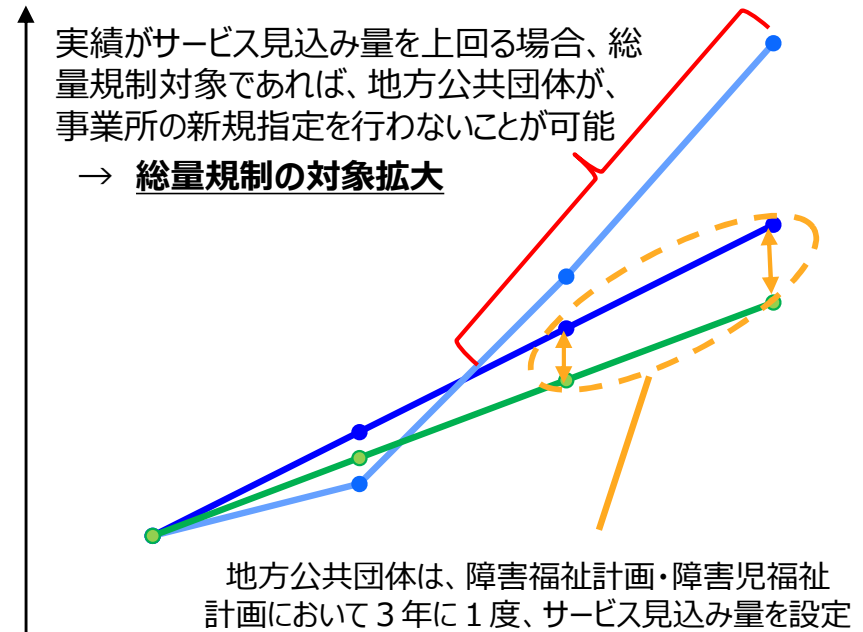
- ・グループホームの質を維持するために自治体の承認を受けた事業所に対してのみ指定を下ろすことが望まれるが、自治体の裁量により設置数を制限することは、総量規制に該当するという指摘を受けた。事業所の規制が行えないことにより、支援の質が維持できないなどの影響が懸念される。
- ・障害者総合支援法に基づく総量規制等の規定はないが、需要と供給のバランスを注視していく必要がある。

（出所）「グループホームの運営及び支援内容等の実態把握のための調査研究」

◆地域差縮小方策のイメージ

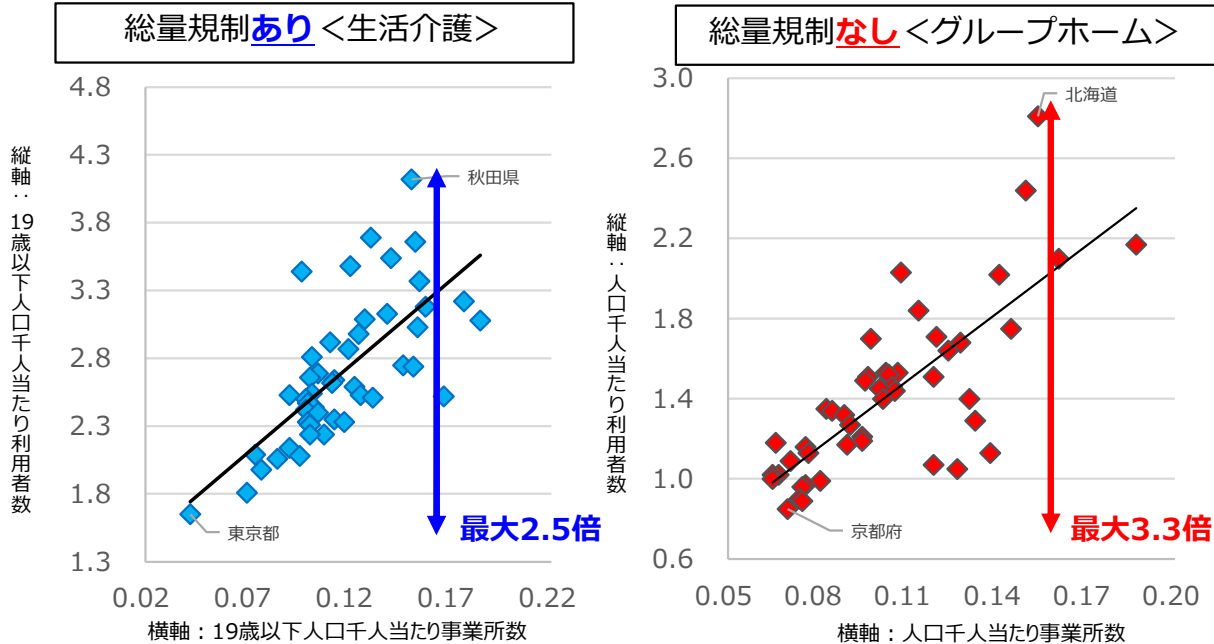
利用者数等
見込み量

● サービス ● 実績 ● 全国平均伸び率



- 現在の総量規制対象
- 放課後等デイサービス、児童発達支援、障害児入所施設
 - 生活介護、就労継続支援A型・B型、障害者支援施設

◆都道府県別・サービス別 人口千人当たりの利用者数と事業所数の関係



【改革の方向性】（案）

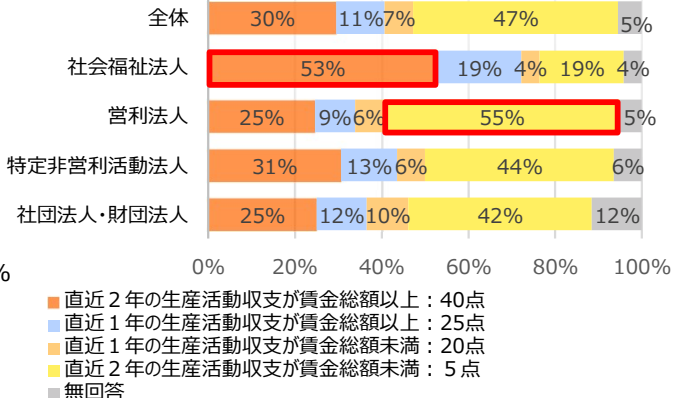
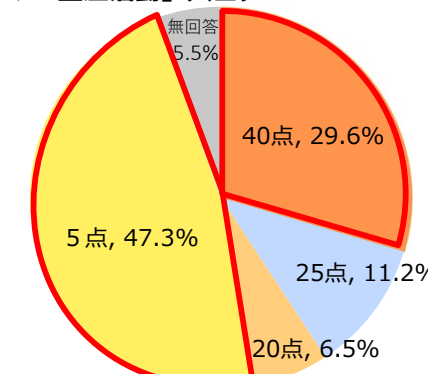
- 地域の実態を踏まえた事業所の指定を行うことにより、サービスの供給が計画的かつ効率的に行えるよう、自治体においてサービス見込み量を精査するとともに、総量規制の対象拡大を検討すべき。

各論②：就労継続支援A型（生産活動収支の二極化等）

障害報酬改定

- 就労継続支援A型（利用者と雇用契約を締結）は収支差率が全サービス平均よりも高く、事業所の半数が営利法人となっている。
 - 報酬上の「生産活動スコア」を見ると、生産活動収支から賃金を支払っている事業所（40点）と、賃金を支払っていない事業所（5点）に二極化。特に営利法人は後者が多く、設置基準でも求められる生産活動の経営改善に取り組んでいない可能性がある。
 - 「労働時間スコア」を見ると、短時間の労働時間（4時間以上4時間30分未満）の割合が最も高い。特に営利法人はこの割合が大きく、短時間のサービス提供時間に留まり、利用者への十分な就労継続支援が行えていない可能性がある。
 - 他方で、「地域連携活動スコア」を見ると、約6割の事業所が取得しており、特に営利法人は約7割の事業所が取得している。営利法人は、生産活動スコア・労働時間スコア以外のスコアを獲得することで、報酬額を決める全体のスコアを補っている可能性がある。
- (注)スコアの内訳：生産活動40点満点、労働時間80点満点、多様な働き方35点満点、支援力向上35点満点、地域連携活動10点満点

◆「生産活動」スコア



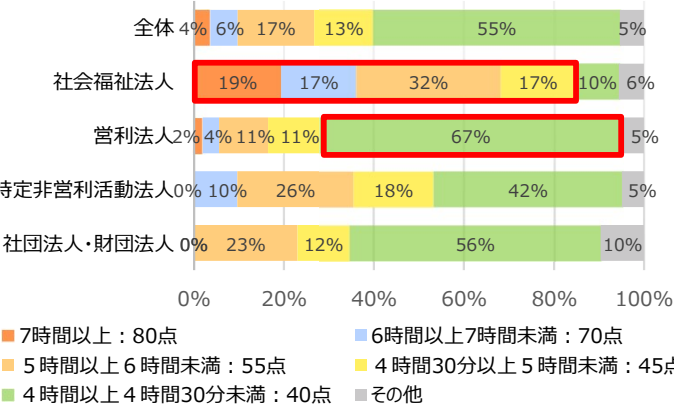
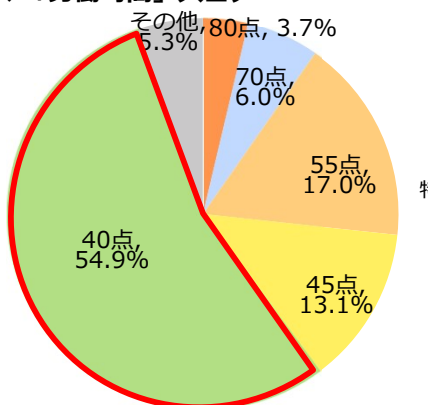
◆生産活動の経営状況（令和4年3月末時点）

就労継続支援A型事業所は、法令上、「生産活動に係る事業の収入から生産活動に係る事業に必要な経費を控除した額に相当する金額が、利用者に支払う賃金の総額以上となるようにしなければならない」とされており、指定権者である自治体は、事業所の状況把握を行い、事業所が当該指定基準を満たしていない場合、経営改善計画書を提出させることとしている。

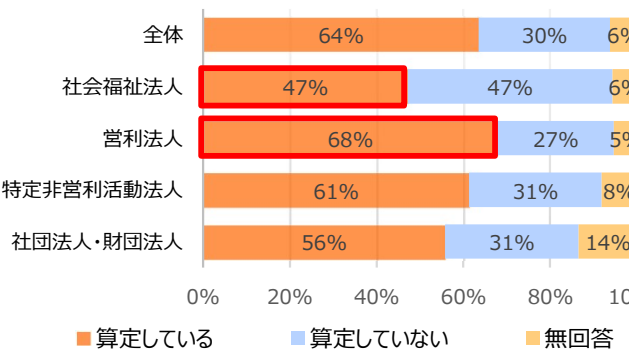
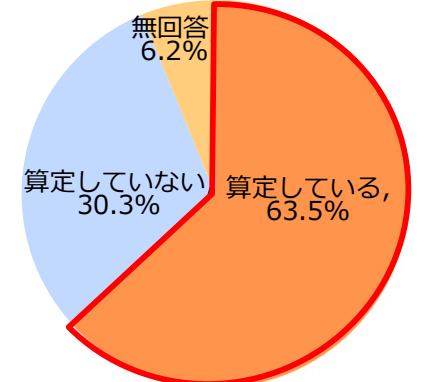
指定事業所	経営状況を把握した事業所	指定基準を満たしていない事業所	昨年度も満たしていない事業所
4,228	3,512	1,984 (56.5%)	1,357 (68.4%)

(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課調べ)

◆「労働時間」スコア



◆「地域連携活動」スコア



(出所) 令和3年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査

【改革の方向性】(案)

- 実態を踏まえて、サービスの質に応じた報酬体系とする観点から、「生産活動スコア」、「労働時間スコア」のより一層のメリハリ付け、経営改善の取組状況の評価、「地域連携活動スコア」等の見直しといったスコア全体の体系の見直しを行うべき。

各論②：就労継続支援B型（工賃向上の取組の評価）

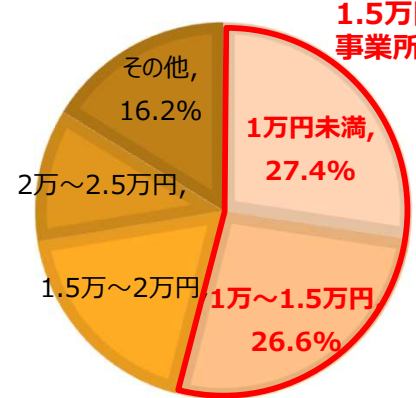
- 就労継続支援B型（利用者との雇用契約を結ばず工賃支払い）は、営利法人の伸び率が高く、直近5年間で2倍に増加している。
- 就労継続支援B型は、基本的に工賃向上の取組を評価する報酬体系となっているが、平均工賃区分別の事業所の内訳を見ると、低工賃が全体の5割強を占めており、さらに、足下では1万円未満の工賃区分の事業所が大きく増加している。
- 就労継続支援B型全体を見ると、前回報酬改定後に収支差率が伸びているが、平均工賃別に収支差率の伸びを見ると、1万円未満の工賃区分の収支差率が大幅に上昇している。また、報酬区分ごとの収支差率の内訳を見ると、工賃の水準に関わらず報酬が得られる参加型の区分（Ⅲ・Ⅳ）が、工賃の水準で報酬が決まる区分（Ⅱ）よりも収支差率が高くなっている。このように工賃向上の取組が十分に評価されない報酬体系になっている可能性がある。

◆収支差率及び収支差の伸び率

	就労継続支援B型	就労移行支援	就労定着支援
R2年度	6.4%	17.0%	16.2%
R3年度	11.9%	20.5%	17.9%
収支差の対前年度伸び率	+91.6%	+23.4%	+22.3%

(注) 収支差は事業収入から事業支出を控除したものであり、収支差率は収支差を事業収入に除したものである。

◆事業所数の内訳及び伸び率（平均工賃区分別）



	全体	うち1万円未満	うち1万～1.5万円
R3.12	13,956	3,421	3,953
R4.12	15,628	4,275	4,156
伸び率	+12.0%	+25.0%	+5.1%

(注) 国保連データを基に作成

◆収支差率の内訳（平均工賃区分別）

	全体	うち1万円未満	うち1万～1.5万円
R2年度	6.4%	1.3%	9.8%
R3年度	11.9%	10.2%	11.9%
収支差の対前年度伸び率	+91.6%	+771.5%	+22.1%

(出所) 令和3年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査

◆収支差率の内訳（基本報酬区分別）

	全体	I	II	III	IV
R2年度	6.4%	8.1%	0.8%	▲5.3%	6.9%
R3年度	11.9%	12.7%	6.8%	7.8%	9.3%
収支差の対前年度伸び率	+91.6%	+60.7%	+23.4%	-	+31.4%

(注) 報酬区分Ⅰ・Ⅱ：平均工賃月額に応じた報酬体系
報酬区分Ⅲ・Ⅳ：利用者の就労等への参加等をもって一律に評価する報酬体系

【改革の方向性】（案）

- 報酬改定において、工賃の金額に関わらず報酬が得られる区分の報酬の見直しを含め、工賃向上の取組をより評価する報酬体系への見直しを行うべき。

各論③：生活介護（サービスの質・利用時間に応じた報酬）

- 生活介護の収差率は全サービス平均よりも高く、特に営利法人の収支差率は高い水準となっている。この点、営利法人の経費を見ると、社会福祉法人と比べ、非常勤職員や、勤続年数が低い職員を雇うことで、給与費が低く抑えられている。
- 生活介護の報酬は、営業時間で設定され、利用者ごとのサービスの利用時間が考慮されていない。営業時間を見ると、大宗の9割強の事業所は6時間以上の営業時間であり減算の適用はされていない一方で、利用時間を見ると約3割の事業所は6時間未満となっており、短いサービス提供時間で高い報酬を得ている可能性がある。

◆生活介護の収支差率

	令和3年度
全体	8.3%
うち営利法人	16.8%
うち社会福祉法人	8.4%
全サービス平均	5.1%

(注) 収支差は事業収入から事業支出を控除したものであり、収支差率は収支差を事業収入に除したものである。

◆収支差率の内訳

	社会福祉法人	営利法人
収入	100.0%	100.0%
支出	91.6%	83.2%
うち給与費	66.3%	56.8%
うち特別費用(本部への繰入)	3.9%	0.2%
収支差	8.4%	16.8%

(出所) 令和4年度障害福祉サービス等経営概況調査

◆生活介護の報酬設定

営業時間	基本報酬
6時間以上	546単位
4～6時間	30%減算
4時間未満	50%減算

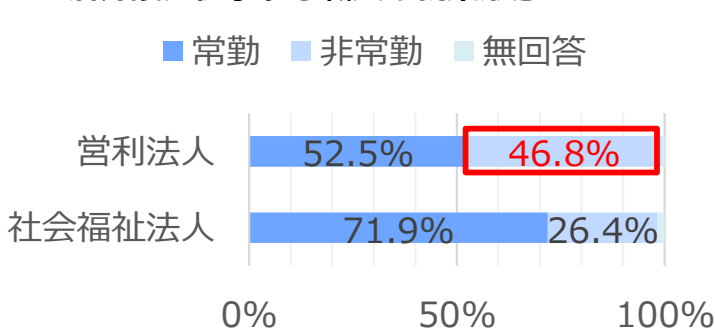
(注) 20人以下で、区分2以下の場合

◆通所介護の報酬設定

サービス提供時間	基本報酬
8時間以上9時間未満	1,339単位
7時間以上8時間未満	1,288単位
6時間以上7時間未満	1,150単位
5時間以上6時間未満	1,113単位
4時間以上5時間未満	682単位
3時間以上4時間未満	651単位
3時間未満	評価なし

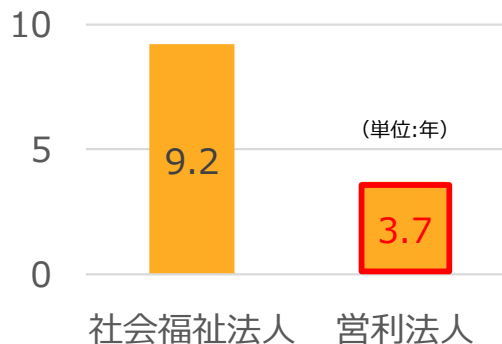
(注) 地域密着型(利用定員18人以下)、要介護度5の場合

◆生活介護に従事する職員の就業形態

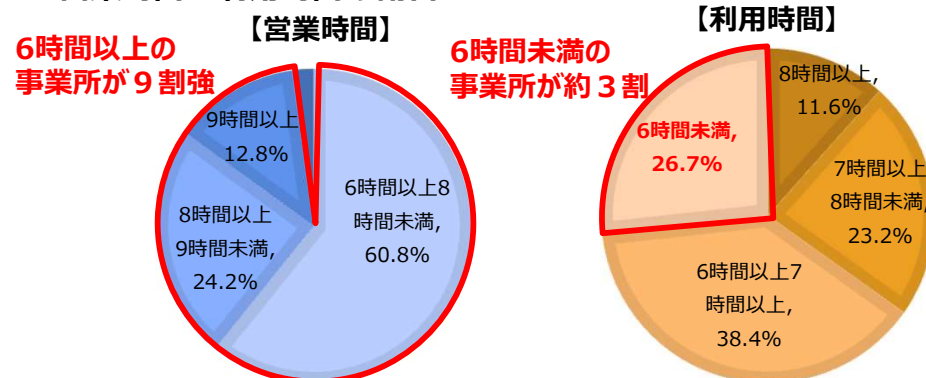


(出所) 令和4年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査

◆生活介護に従事する職員の平均勤続年数



◆営業時間・利用時間の割合



(出所) 令和元年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査 (出所) 令和4年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査

【改革の方向性】(案)

- 報酬改定において、営業時間ではなく、サービス利用時間に応じた報酬体系への見直しを行うとともに、サービスの質を適正に評価する報酬体系への見直しを行うべき。

各論④：障害児通所サービス（サービスの質・利用時間に応じた報酬）

障害報酬改定

- 放課後等デイサービス・児童発達支援は、総費用額が著しく伸びている。営利法人が事業所に占める割合も大きく、伸び率も高い。
- これらの障害児通所サービスは営業時間で設定され、利用者ごとのサービスの利用時間が考慮されていない。このため、利用者ごとの利用時間に大きなバラツキがあるにもかかわらず同額の報酬となっており、短いサービス提供時間で高い報酬を得ている可能性がある。

◆ 報酬設定

放課後等デイサービスの報酬設定

〔授業終了後のサービス提供〕

営業時間	基本報酬
3時間以上	604単位
3時間未満	591単位

〔学校休業日のサービス提供〕

営業時間	基本報酬
6時間以上	721単位
4時間以上6時間未満	15%減算
4時間未満	30%減算

通所介護の報酬設定

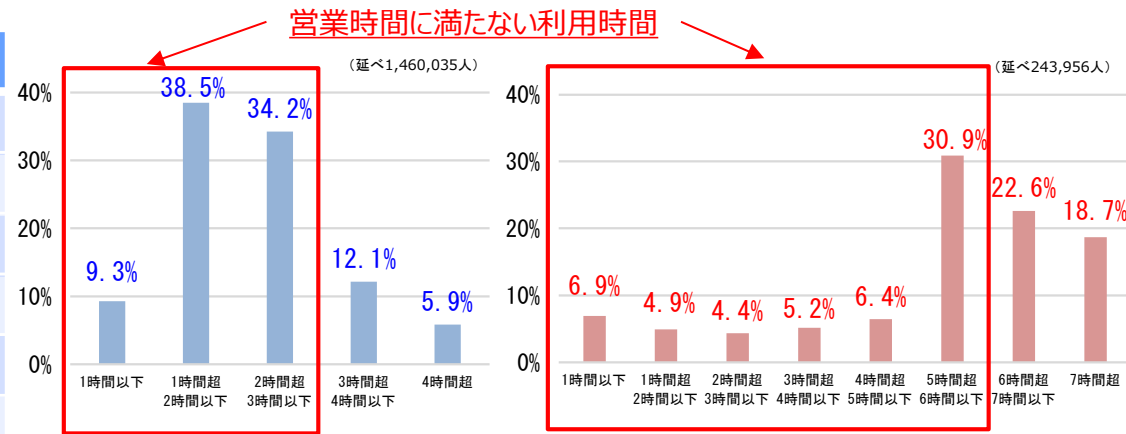
サービス提供時間	基本報酬
8時間以上9時間未満	1,339単位
7時間以上8時間未満	1,288単位
6時間以上7時間未満	1,150単位
5時間以上6時間未満	1,113単位
4時間以上5時間未満	682単位
3時間以上4時間未満	651単位
3時間未満	評価なし

(注) 利用定員10人以下の場合（医療的ケア区分に該当しない障害児）

(注) 地域密着型（利用定員18人以下）、要介護度5の場合

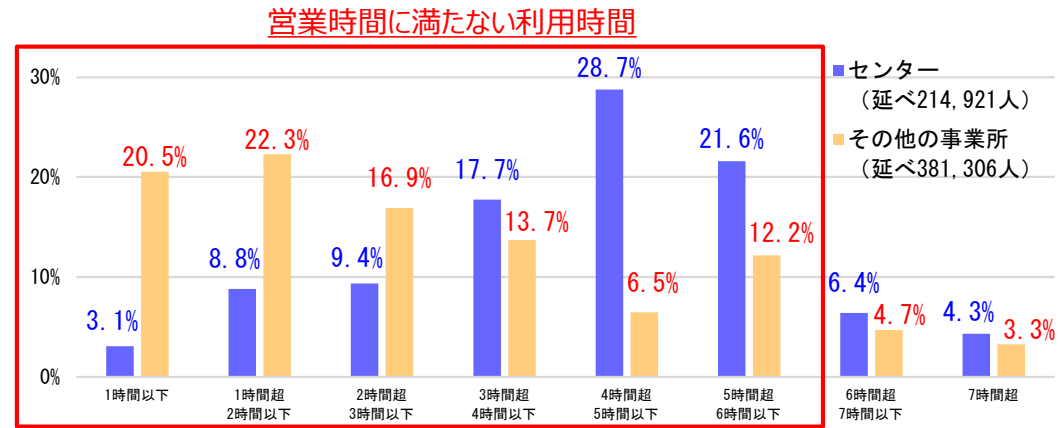
◆ 放課後等デイサービスにおける利用時間別の利用者の分布

＜平日：営業時間3時間以上の事業所＞ ＜休日：営業時間6時間以上の事業所＞



◆ 児童発達支援（未就学児）における利用時間別の利用者の分布

＜営業時間6時間以上の事業所＞



(出所) 財務省「令和3年度予算執行調査」

放課後等デイサービスの課題等についての自治体・事業所からの意見

＜自治体意見（抜粋）＞

- ・報酬単価が日あたりの設定となっており、サービス提供時間に応じた報酬ではないため、短いサービス提供時間で、1日約1万円という非常に高額な報酬単価となっている。開所時間減算はあくまで事業所の開所時間であり、利用者の都合によるサービス利用時間とはリンクしないため、児童の支援より営利を追求する事業者が後を絶たない悪循環となっている。

＜事業所意見（抜粋）＞

- ・開所時間が6時間以上としても個々の児童へのサービス提供時間数を1時間等と限定して支援をしている事業所と、我々のように数時間小集団でサービスを行う事業所との報酬制度が同じであることに納得がいかない。人員にかかる経費も施設面積に応じた家賃も全く違い、我々は薄利の中、出来る支援を模索中である。

(出所) 「放課後等デイサービスの実態把握及び質に関する調査研究報告書」(令和2年3月みずほ情報総研株式会社)

【改革の方向性】(案)

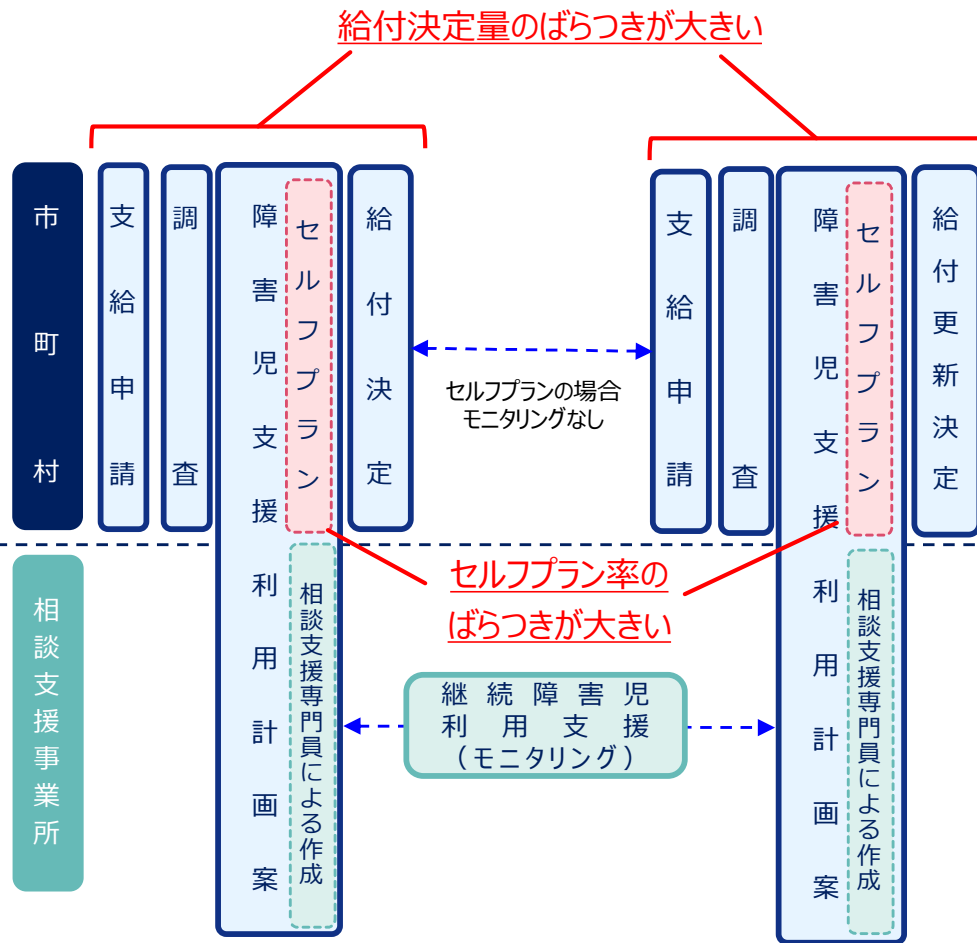
- 報酬改定において、営業時間ではなく、サービス利用時間に応じた報酬体系への見直しを行うとともに、サービスの質を適正に評価する報酬体系への見直しを行うべき。

各論④：障害児通所サービス（自治体の給付決定・セルフプラン）

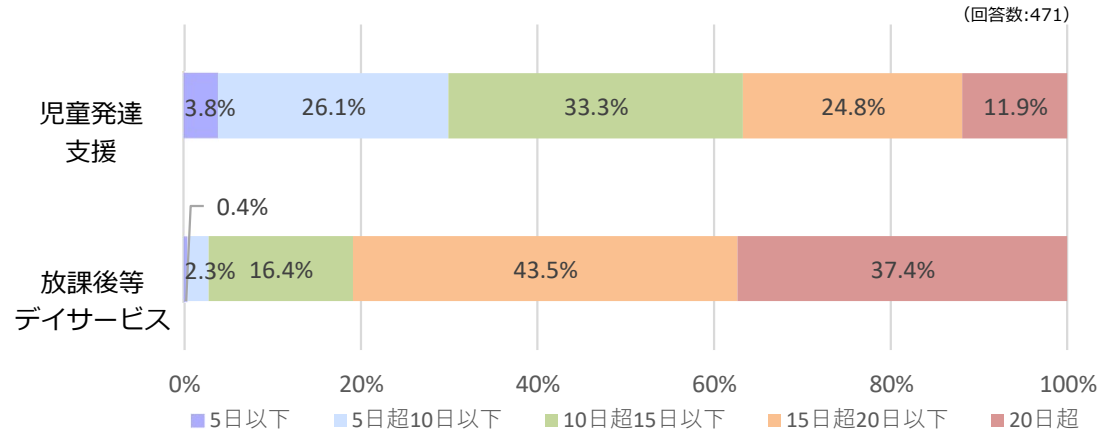
障害報酬改定

○ 障害児支援においては、利用者一人当たりの給付決定量において地域差が大きい。また、専門職である相談支援専門員の支援を受けずに利用計画案が策定されるセルフプランが著しく高い地域もある。

◆障害児支援サービスの給付決定プロセス

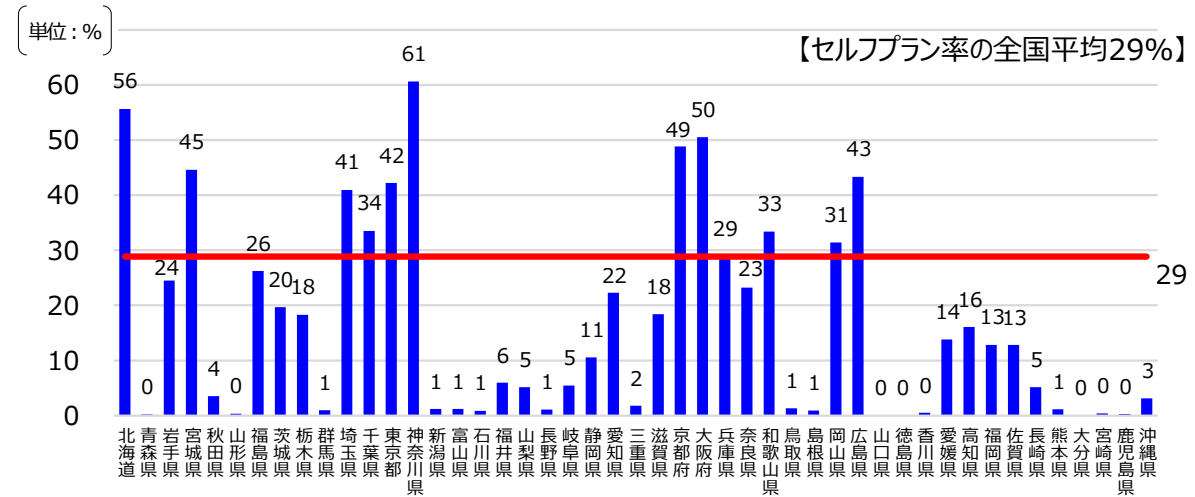


◆市町村の平均給付決定量の分布



(出所) 財務省「令和3年度予算執行調査」

◆障害児支援サービスのセルフプラン率



(出所) 障害者相談支援事業の実施状況等について (令和3年調査)

【改革の方向性】(案)

○ 地域差解消のため、国が給付決定における具体的な基準等を定めるとともに、相談支援専門員による計画作成を徹底しセルフプランの解消を推進すべき。また、国が自治体の実態を把握し、かい離が大きい自治体等に助言等を行うことで地域差解消を支援すべき。119

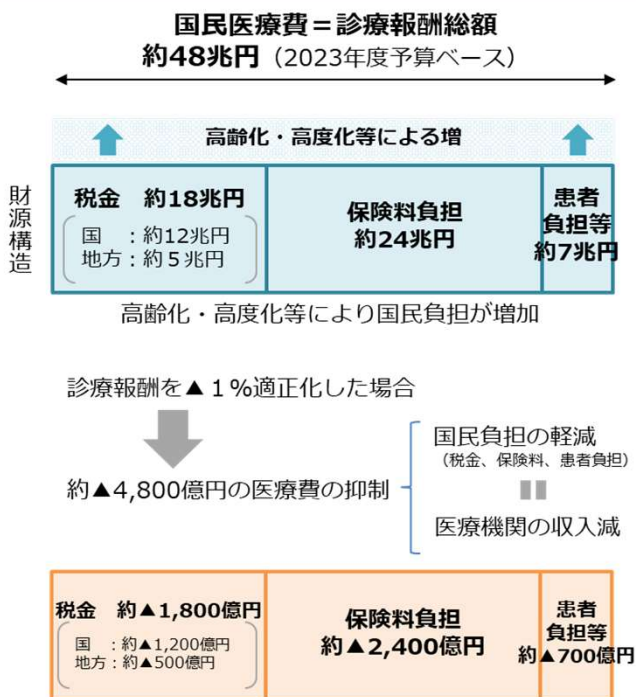
5. 改革工程のとりまとめに向けた取組

- 総論
- 医療提供体制
 - ① 医師偏在対策
 - ② かかりつけ医（平時からの効率的・効果的な医療提供体制の構築）
 - ③ 地域医療構想の推進
 - ④ 都道府県のカバナンス（国民健康保険の更なる改革）
- 保険給付の範囲の在り方の見直し
- 年齢ではなく能力に応じた負担

保険給付の効率的な提供

- 公定価格の適正化
 - ・メリハリの効いた報酬改定・薬価改定
- 医師偏在対策
- かかりつけ医機能が発揮される制度整備
- 地域医療構想の推進
- 経営情報の更なる見える化
- 都道府県のガバナンス強化
- 医療DX

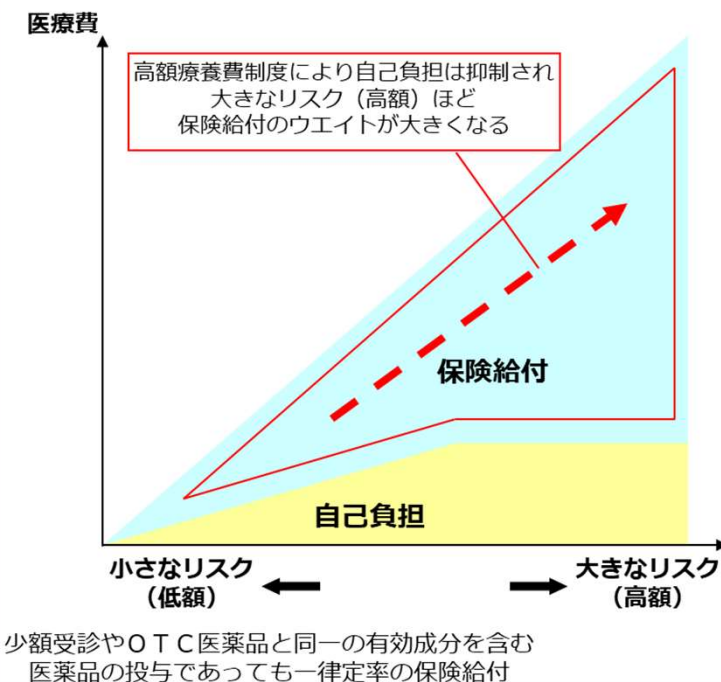
医療費の構造



保険給付範囲の在り方の見直し

- 薬剤の自己負担の引上げ
 - ・長期収載品等の自己負担の見直し
- OTC医薬品と同一の有効成分を含む医療用医薬品の保険給付の在り方の見直し
- 薬剤費の一定額までの全額患者自己負担
- 医薬品の有用性に応じた保険給付率設定
- 介護保険の制度間の公平性等を踏まえた見直し（多床室の室料負担 等）
- その他の保険給付範囲の見直し

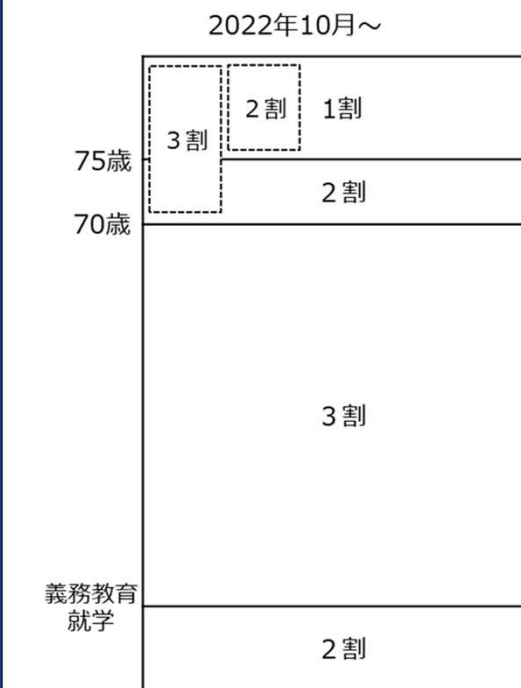
現状の保険給付のイメージ



高齢化・人口減少下での負担の公平化

- 年齢ではなく能力に応じた負担
 - ・介護保険の1号保険料の在り方、利用者負担の一定以上所得の判断基準の見直し
 - ・金融所得・金融資産を勘案した公平な負担
 - ・後期高齢者医療制度における「現役並み所得」の判定基準の見直し
 - ・後期高齢者の窓口負担の原則2割負担

医療費の窓口自己負担

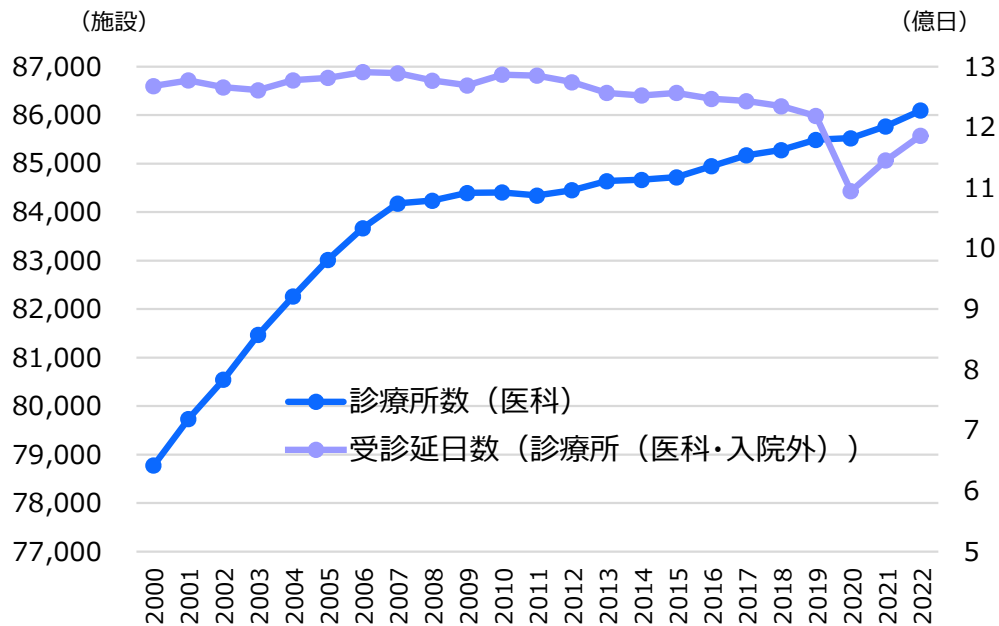


5. 改革工程のとりまとめに向けた取組

- ・ 総論
- ・ 医療提供体制
 - ① 医師偏在対策
 - ② かかりつけ医（平時からの効率的・効果的な医療提供体制の構築）
 - ③ 地域医療構想の推進
 - ④ 都道府県のカバナンス（国民健康保険の更なる改革）
- ・ 保険給付の範囲の在り方の見直し
- ・ 年齢ではなく能力に応じた負担

- 診療所数が増加の一途をたどる中で医師の偏在問題は解消されていない。
- 診療報酬や制度的対応を含め総合的な対策を講じる必要。

診療所数の推移



区分	無床診療所数 (人口10万人当たり,2021年)
特別区	112.5
政令市	84.8
中核市	79.9
その他	68.9
全国平均	78.2

これまでに取り組んできた主な事項

- **医師養成課程を通じた医師偏在対策**
 - ・ 医学部における地域枠の設定、臨床研修・専門研修における採用上限数の設定など
- **地域医療介護総合確保基金を活用した医師確保**
 - ・ 卒業後に地域医療に従事する意思を有する医学生に対する修学資金の貸与など
- **外来医療計画に基づく要請**
 - ・ 外来医師多数区域において新規開業を希望する者に対して不足する医療機能を担うように要請

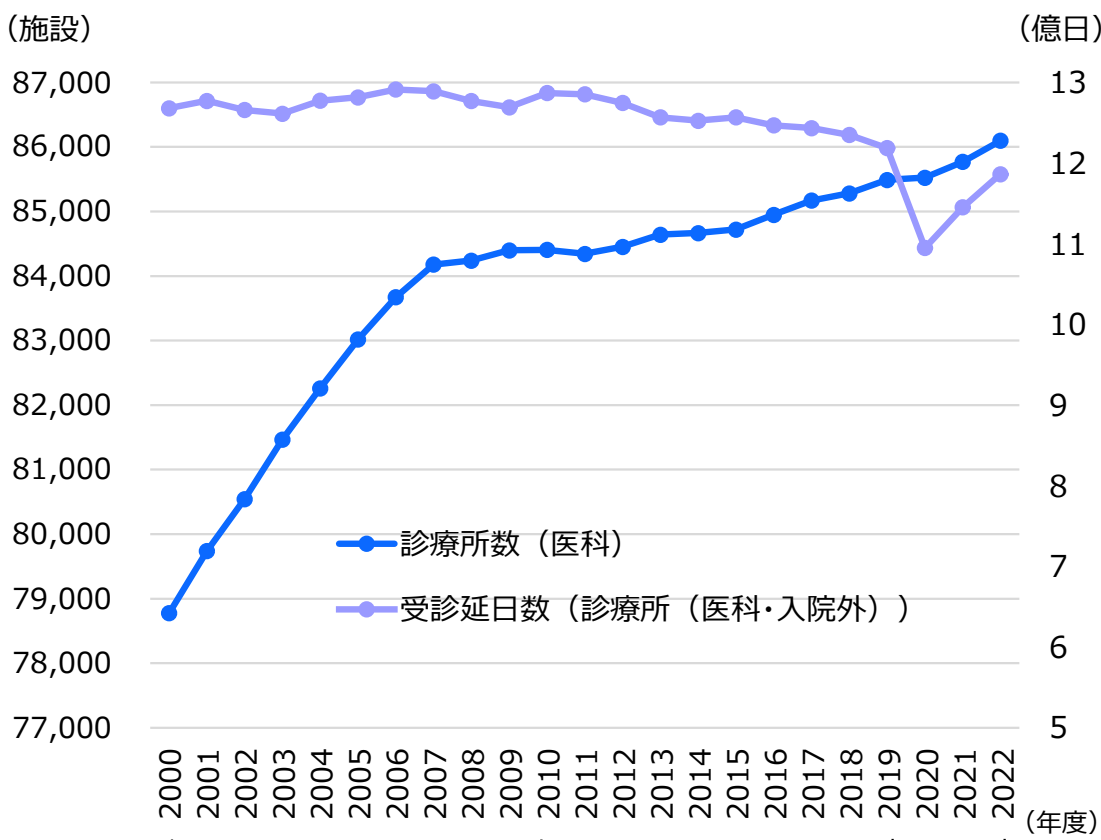
今後の主な改革の方向性

- **大学病院等からの医療機関に対する医師派遣の充実**
 - ・ 地域医療介護総合確保基金を活用した更なる支援
- **診療報酬の適正化**
 - ・ 診療所の報酬単価の適正化
 - ・ 診療コストにきめ細かく対応する地域別単価の導入
- **外来医療計画における都道府県知事の権限強化**
- **医学部の定員適正化**
- **自由開業・自由標榜の見直し**

診療所数と医師数の推移

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

◆ 診療所数と受診延日数の推移



1 受診当たりの医療費の推移 (診療所(医科・入院外))

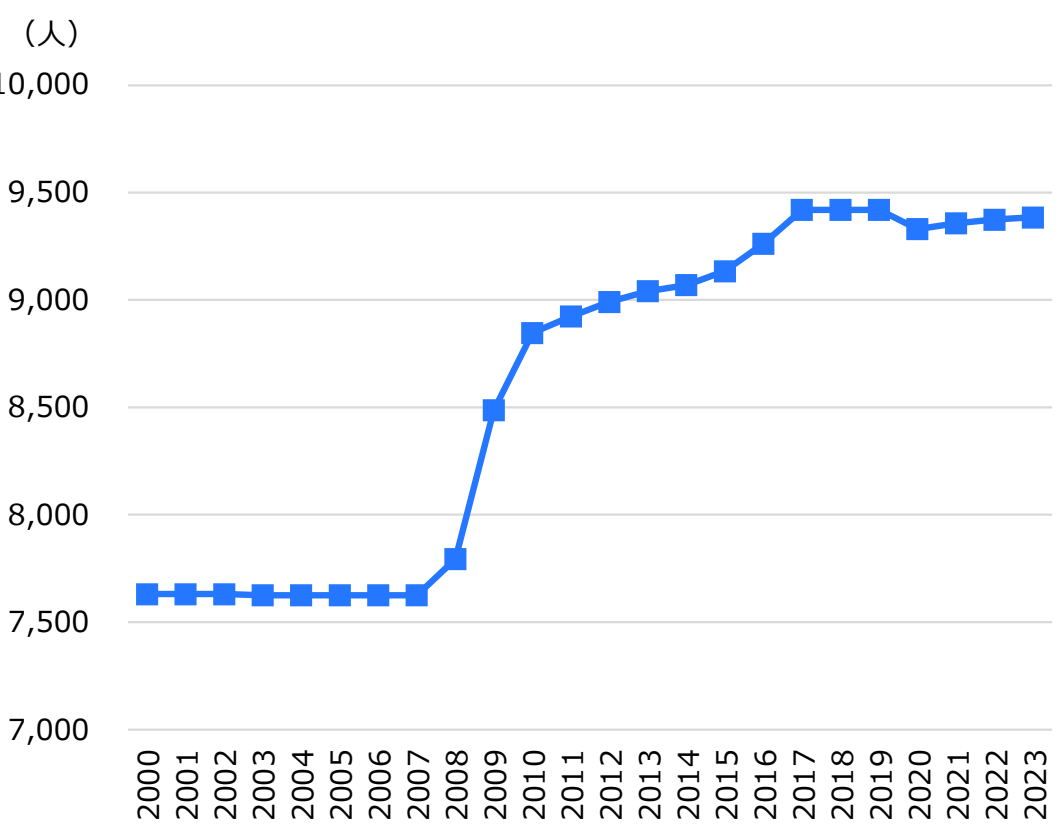
2000-2010 年平均+1.1%

2010-2019 年平均+1.4%

2019-2022 年平均+4.3%

(出所) 厚生労働省「医療費の動向」

◆ 医学部入学定員の推移



(出所) 文部科学省医学教育課調べ

都市・地方の医師の偏在について

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

◆ 1都3県の二次医療圏における医師偏在の状況

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

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

（注）医師偏在指標について

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

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

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

◆ 人口10万人当たりの無床診療所数（2021年）

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

（出所）厚生労働省「医療施設調査」

◆ 保健医療2035提言書（抄） （2015年6月「保健医療2035」策定懇談会）

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

(再掲) 診療所の偏在是正のための地域別単価の導入について

○ 診療報酬の仕組みは、報酬点数×1点あたり単価（10円）となっているが、診療所の偏在は診療コストの違いも影響していると考えられる。

◆ 診療報酬の仕組み

全国一律 (注)		×	全国一律		= 医療費
診療報酬点数 (厚生労働大臣告示)			1点あたり単価	10円	
(例) 初診料	288点				
再診料	73点				
調剤基本料 1	42点				

(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。

- ※ 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。

◆ 1点単価の調整等により政策対応の幅が広がると考えられるケース

<医療費適正化>

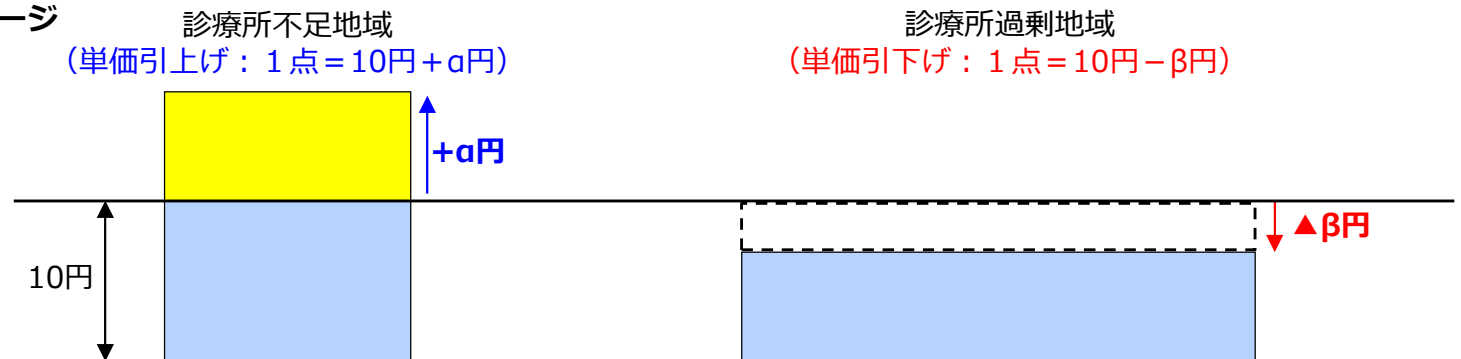
○ 保健医療2035提言書（抄）（厚生労働省 平成27年6月）
「診療報酬については、例えば、地域ごとのサービス目標量を設定し、不足している場合の加算、過剰な場合の減算を行うなど、サービス提供の量に応じて点数を変動させる仕組みの導入を検討する。都道府県において医療費をより適正化できる手段を強化するため、例えば、将来的には、医療費適正化計画において推計した伸びを上回る形で医療費が伸びる都道府県においては、診療報酬の一部（例えば、加算の算定要件の強化など）を都道府県が主体的に決定することとする。」

<医療機関の医業収入の安定>

○ 財政制度等審議会建議（抄）（令和3年5月）
「新型コロナ患者受け入れ病院に対する収入面への対応として、これまで法律の改正を伴うことのない取扱いとして度々行われてきた災害時の「概算払い」を参考とし、前年同月ないし新型コロナ感染拡大前の前々年同月水準の診療報酬を支払う簡便な手法を検討すべきである。」

※前年同月ないし前々年同月水準からの減収相当額の支払い部分について実際に行われた診療行為への対価性を欠く点については、たとえば対前年同月ないし対前々年同月比で保険点数が2割減り、8/10となった場合に、1点単価を12.5円に補正することとすれば、診療行為への対価性を保持したまま、前年同月ないし前々年同月水準の診療報酬を支払うことは可能である。

◆ 診療所の偏在是正のための地域別単価のイメージ



【改革の方向性】(案)

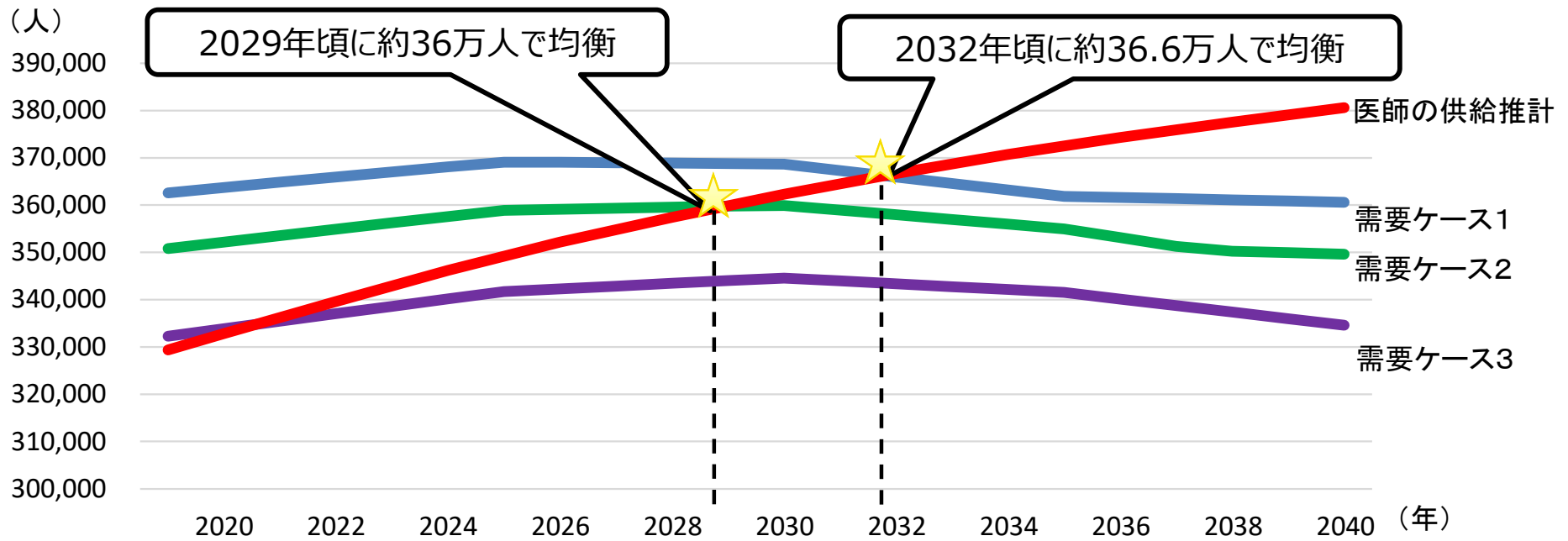
○ 診療所不足地域と診療所過剰地域で異なる1点あたり単価を設定し、報酬面からも診療所過剰地域から診療所不足地域への医療資源のシフトを促すことを検討する必要。

今後の医師の需給見込み

○ 2020年の医学部定員を前提とした厚生労働省の将来推計によれば、2029年頃にマクロでは医師需給が均衡し、その後は医師の供給過剰となることを見込まれる。それにもかかわらず、足下でも医学部定員は増加している。医学部定員の適正化が必要。

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

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



(出所) 厚生労働省「第35回医師需給分科会」(2020年8月31日)資料を一部加工

	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年(P)
医学部定員	9,330	9,357	9,374	9,384	9,403

「外来医師多数区域」における取組

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

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

1-2 外来医療計画の全体像

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

5-2 外来医師多数区域における新規開業者の届出の際に求める事項

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

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

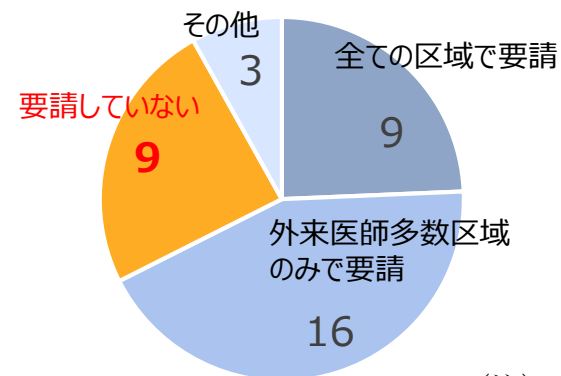
- ①夜間や休日等における地域の初期救急医療
- ②在宅医療
- ③産業医、予防接種等の公衆衛生等を挙げている。

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

◆都道府県の取組状況

地域で不足する医療機能を担うよう要請している区域

(n=37; 都道府県数*) *外来医師多数区域が存在しない10県を除く



(注)2021年度末時点

地域で不足する医療機能を担うことを合意した新規開業希望者

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

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

(出所) 厚生労働省医政局地域医療計画課調査

【改革の方向性】(案)

- 「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」が必ずしも徹底されていない現状を踏まえ、その実効性を担保するため都道府県知事の権限強化について検討すべき。

主要国における開業規制について

○ 例えば、ドイツやフランスは日本と同様に公的医療保険制度をとる中で、診療科別、地域別の定員を設ける仕組みをとっている。

◆ドイツの医師偏在対策

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

需要計画策定指針

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

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

需要計画（Bedarfsplan）

※州の保険医協会が疾病金庫州連合会等の合意を得て策定。

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

（保険医の種類ごとに）

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

◆フランスの専門医養成課程

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

医学部（6年課程）を修了

全国選抜試験（ECN）

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

成績順に専門医養成課程を選択
専門医養成課程での研修（3～5年）

論文審査

（出所）健康保険組合連合会「健保連海外医療保障」、「先進諸国におけるかかりつけ制度の比較及び我が国におけるかかりつけ医制度のあり方に関する研究」（2015（平成27）年度厚生労働省科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）報告書）、「医療制度改革 ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆」（2015年）を基に作成。

【改革の方向性】（案）

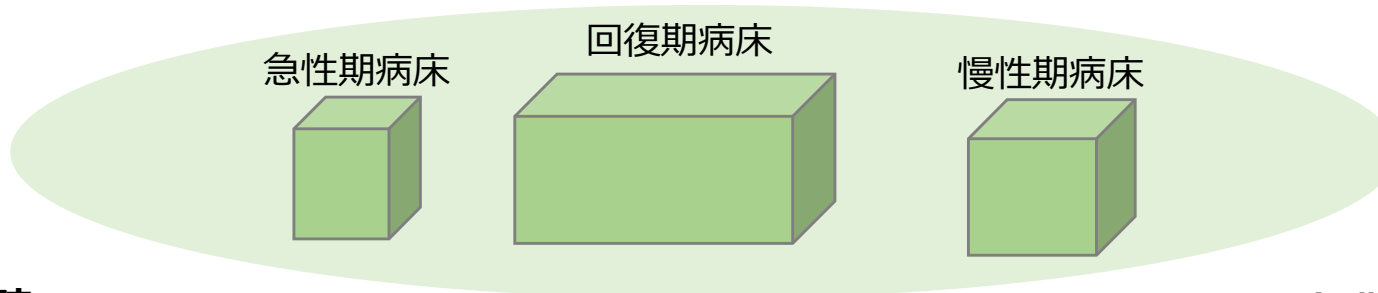
○ 今後、我が国でも、地域ごとに、病院ごと、病院・診療所間の役割分担を明確にしつつ、必要な医療人材を集中・確保していくことが求められる中で、診療所の新規開設についても、各国の例を参考にもう一步踏み込んだ対応が必要ではないか。

5. 改革工程のとりまとめに向けた取組

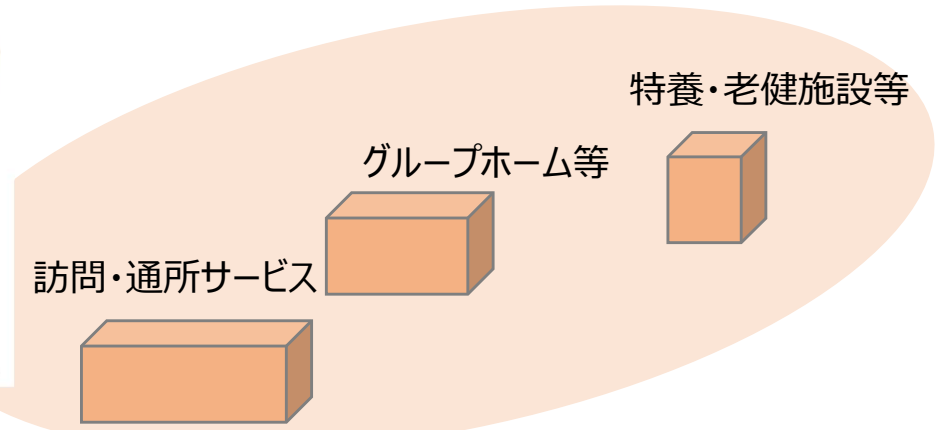
- ・ 総論
- ・ 医療提供体制
 - ① 医師偏在対策
 - ② かかりつけ医（平時からの効率的・効果的な医療提供体制の構築）
 - ③ 地域医療構想の推進
 - ④ 都道府県のカバナンス（国民健康保険の更なる改革）
- ・ 保険給付の範囲の在り方の見直し
- ・ 年齢ではなく能力に応じた負担

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

病院 役割分担＝「地域医療構想」（医療法）



介護



地域における連携＝「地域包括ケア」（医療介護総合確保法）

地域の診療所、中小病院

かかりつけ医機能

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

各医療機関が報告、都道府県が確認・公表

かかりつけ医機能を有する医療機関



在宅医療

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格

- 国民・患者はそのニーズに応じて医療機能情報提供制度等を活用して、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
- 医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、かかりつけ医機能の内容を強化。

国民・患者の医療ニーズ

- ◆ 日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆ 休日・夜間の対応
- ◆ 入院先の医療機関との連携、退院時の受入
- ◆ 在宅医療
- ◆ 介護サービス等との連携 等

制度整備の内容

医療機能情報提供制度の刷新

- 医療機関は、国民・患者による医療機関の選択に役立つわかりやすい情報及び医療機関間の連携に係る情報を都道府県知事に報告
 - ① 情報提供項目の見直し
 - ② 全国統一のシステムの導入

かかりつけ医機能報告による機能の確保

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表（※）。
- あわせて、外来医療に関する地域の協議の場で「かかりつけ医機能」を確保する具体的方策を検討・公表。

※ 医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関が、提供するかかりつけ医機能の内容を説明するよう努めることとする。

医療機能情報提供制度（H18）

入院	病床機能報告 (H26)
外来 有床診・病院	外来機能報告 (R3) (紹介受診重点医療機関の確認)
無床診	かかりつけ医機能報告 (新設)
在宅	

【改革の方向性】（案）

- かかりつけ医機能が発揮される制度整備に当たっては、医療サービスの質の向上につながるようにすることが重要。その際、例えば、生活習慣病は医療機関によって診療密度等が大きく異なる等の指摘があることも踏まえ、診療実績に関する情報提供の強化についても検討していく必要がある。

5. 改革工程のとりまとめに向けた取組

- ・ 総論
- ・ 医療提供体制
 - ① 医師偏在対策
 - ② かかりつけ医（平時からの効率的・効果的な医療提供体制の構築）
 - ③ 地域医療構想の推進
 - ④ 都道府県のカバナンス（国民健康保険の更なる改革）
- ・ 保険給付の範囲の在り方の見直し
- ・ 年齢ではなく能力に応じた負担

- 日本は、他の先進諸国と比較して人口当たりの病床数が非常に多く、都道府県ごとの地域差も大きい。こうした状況は、1人あたり医療費の地域差とも強い相関があり、また、病院勤務医の働き方改革も妨げている。
- 今後、地域医療構想の実現に向けて、診療報酬の適正化に加え、都道府県に実効的な手段・権限を付与しつつ取組の結果に応じた強力なインセンティブを設ける必要。

日本における病床の状況

◆ 人口1,000人当たりの病床数の国際比較 (OECD)

日本	ドイツ	フランス	イギリス	アメリカ
12.6	7.8	5.7	2.4	2.8

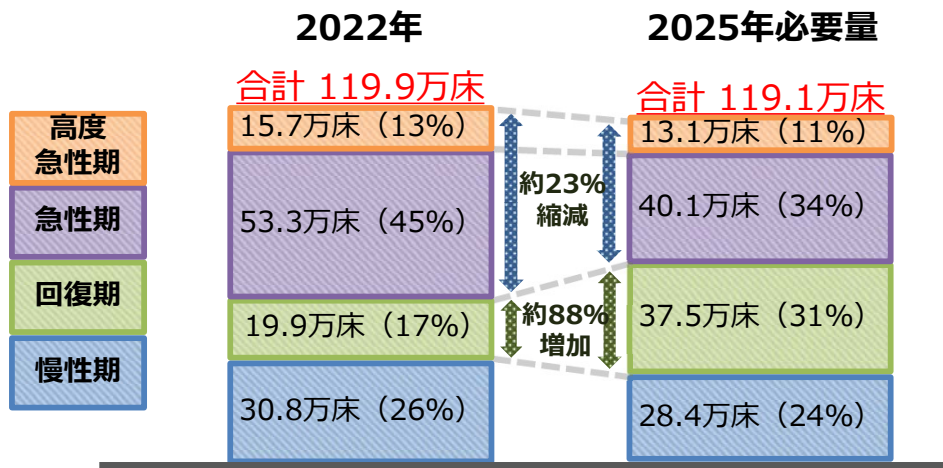
◆ 都道府県ごとの人口1,000人当たり病床数

高知県 (最大)	神奈川県 (最小)
25.1	8.0

3.1倍

⇒ 1人あたり医療費の地域差と正の相関

◆ 地域医療構想に基づく病床の必要量



これまでに取り組んできた主な事項

- **地域医療構想の推進**
 - ・ 各構想区域において2025年に向けた医療機関ごとの具体的対応方針を順次合意
 - ・ 病床機能の分化・連携に活用するための地域医療介護総合確保基金の創設・活用
- **急性期病床の適正化**
 - ・ 累次の診療報酬改定において、旧「7対1入院基本料」の適正化を実施

今後の主な改革の方向性

- **地域医療構想の推進**
 - ・ 具体的な対応方針について2025年における病床の必要量と整合的となるよう再検討を要請
 - ・ 都道府県の責務明確化等に関し必要な法制上の措置
 - ・ 地域医療構想に係る取組の進捗に応じた地域医療介護総合確保基金等の強力なメリハリ付け など

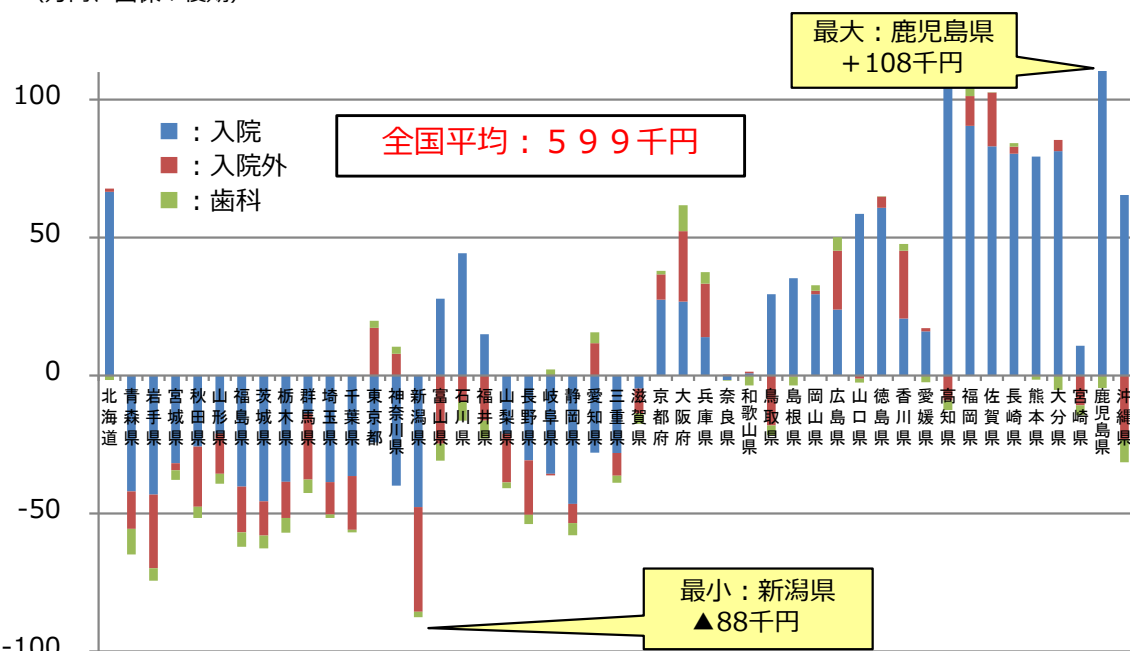
我が国の医療提供体制の問題点

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

(出所)「OECD Health Statistics 2022」、「OECD.Stat」より作成 (2020年データ。※は2019年のデータ)

◆ 一人あたり医療費(年齢調整後※)の地域差

(万円、国保+後期)

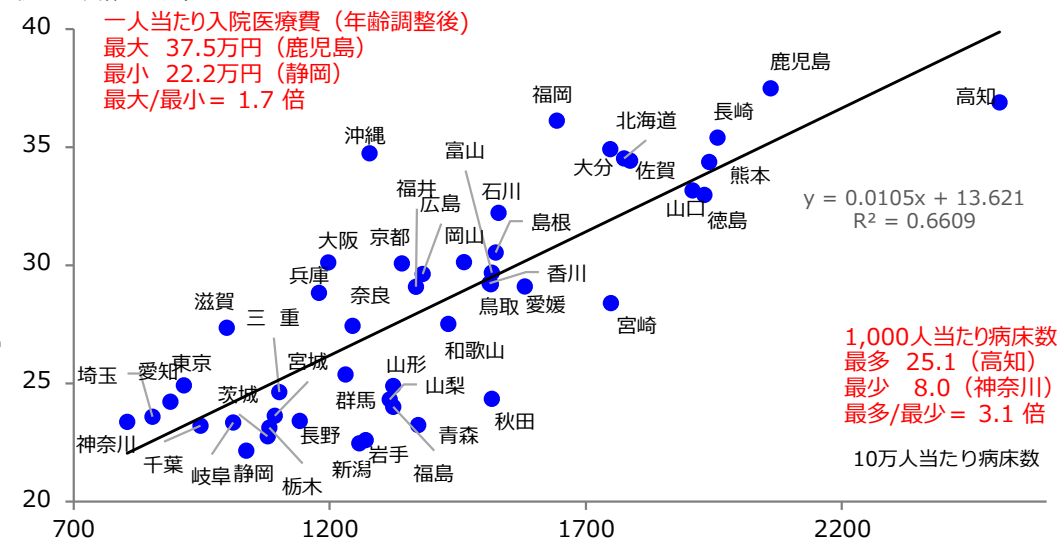


(出所)厚生労働省「令和3年度医療費(電算処理分)の地域差分析」

※ 各都道府県の年齢階級別1人あ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。

◆ 入院医療費(年齢調整後※)と病床数の関係

一人あたり入院医療費
(万円、国保+後期)



(出所)病床数：厚生労働省「令和元年医療施設調査」

一人あたり入院医療費：厚生労働省「令和元年度医療費(電算処理分)の地域差分析」

「地域医療構想」の進捗状況（1）

○ 地域医療構想の実際の進捗ははかばかしくない。

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

2015年度 「病床機能報告」

（各医療機関が病棟単位で報告）

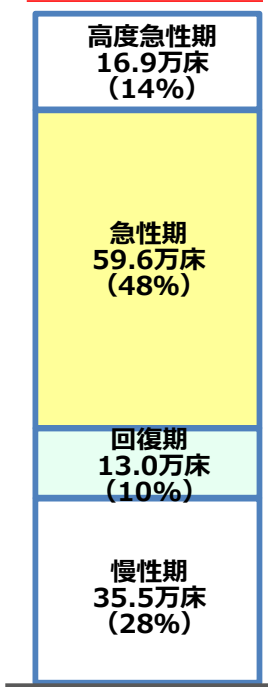
2022年度 「病床機能報告」

（各医療機関が病棟単位で報告）

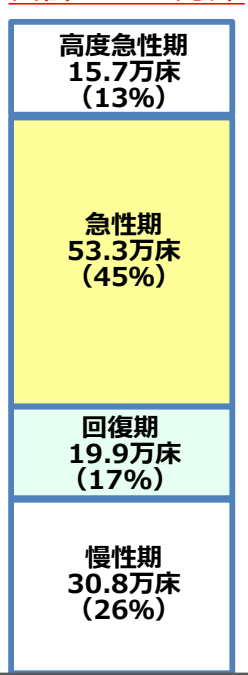
地域医療構想における 2025年の病床の必要量

（入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計（2016年度末時点））

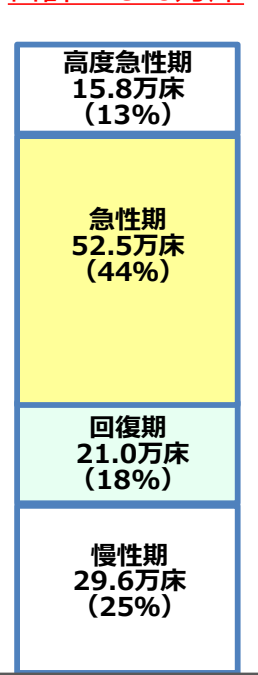
2015年
合計125.1万床



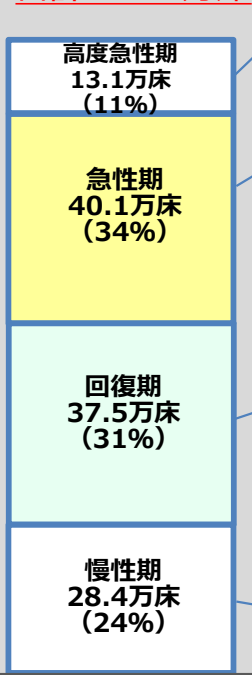
2022年
合計119.9万床



2025年見込※1
合計119.0万床



合計119.1万床 ※4



高度急性期機能

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

急性期機能

急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能。

回復期機能

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

慢性期機能

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

※1：2022年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数。

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

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

※4：平成25年度（2013年度）のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（平成25年（2013年）3月中位推計）』等を用いて推計。（出所）2022年度病床機能報告

「地域医療構想」の進捗状況（2）

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

- ・医療法改正（2014年6月公布、同年10月施行）

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

- ・全ての都道府県において地域医療構想を策定（2017年3月）

- ・医療法改正（2018年7月公布・施行）

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

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

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

- ・「経済財政運営と改革の基本方針2019」閣議決定（2019年6月）

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

- ※1 医療機関の再編統合を伴う場合については、遅くとも2020年秋頃まで。

- ・再検証に係る424の公立・公的病院（※2）を公表（2019年9月）

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

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

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

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

- ・「具体的対応方針の再検証等の期限について」（2020年8月通知）

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

- ・「地域医療構想の進め方について」（2022年3月通知）

- 2022年度及び2023年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行う。

- ・「経済財政運営と改革の基本方針2022」閣議決定（2022年6月）

- 地域医療連携推進法人の有効活用や都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進する。

- 地域医療連携推進法人については法改正し、地域医療構想については厚生労働大臣告示・医政局地域医療計画課長通知を本年3月に発出。

- 地域医療構想については、医療法において、地域の会議における協議が整わない場合には不足している病床機能を提供するよう、病院に指示・要請できるとの規定があるが、ほとんど発動実績はない。

◆医療法で定められている知事の権限

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

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

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

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

【改革の方向性】（案）

- 地域医療構想の実現の必要性、進捗の遅さを踏まえれば、2025年以降の確実な目標実現を見据えて、各医療機関において地域医療構想と統合的な対応を行うよう求めるなど知事の権限強化に向けた法制的対応が必要。

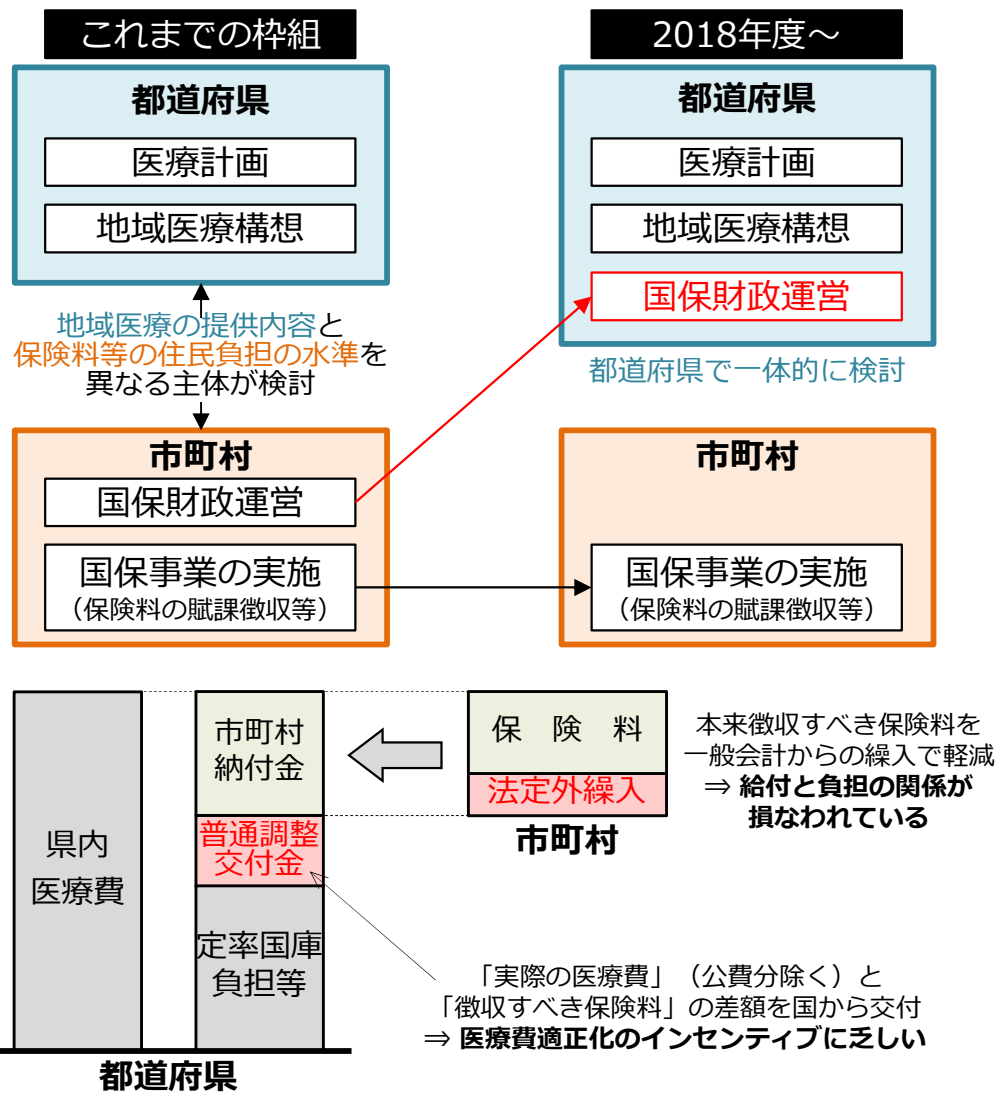
5. 改革工程のとりまとめに向けた取組

- ・ 総論
- ・ 医療提供体制
 - ① 医師偏在対策
 - ② かかりつけ医（平時からの効率的・効果的な医療提供体制の構築）
 - ③ 地域医療構想の推進
 - ④ 都道府県のカバナンス（国民健康保険の更なる改革）
- ・ 保険給付の範囲の在り方の見直し
- ・ 年齢ではなく能力に応じた負担

医療提供体制④ 都道府県のガバナンス（国民健康保険の更なる改革）（総括）

- 2018年度より国民健康保険の財政運営は都道府県単位化。管内の医療提供体制の確保に責任を有する都道府県が、医療提供体制と地域保険運営の双方で一体的に進めていくことが可能となった。
- 今後、更に、保険給付に応じた保険料負担を求める本来の仕組みとするとともに、地域差の是正など医療費の適正化に向けたインセンティブを強化する観点から、更なる改革を続けていく必要。

国民健康保険の状況



これまでに取り組んできた主な事項

- **財政運営の都道府県単位化**
- **財政基盤強化のための公費投入**
 - ・ 都道府県単位化を機に、2015年度から1,700億円（低所得者対策）、2018年度から更に1,700億円（保険者努力支援制度等）の公費を投入
- **法定外繰入等の解消**
 - ・ 国保改革に伴う財政支援の拡充等を活用した先進事例も参考にしつつ、法定外一般会計繰入等を段階的に解消

今後の主な改革の方向性

- **普通調整交付金の見直し**
 - ・ 実際の医療費ではなく、各自治体の年齢構成のみを勘案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転換
- **都道府県内の国保の保険料水準の統一**
- **高額医療費負担金の見直し**
- **生活保護受給者の国保加入**

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5,900億円は、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。

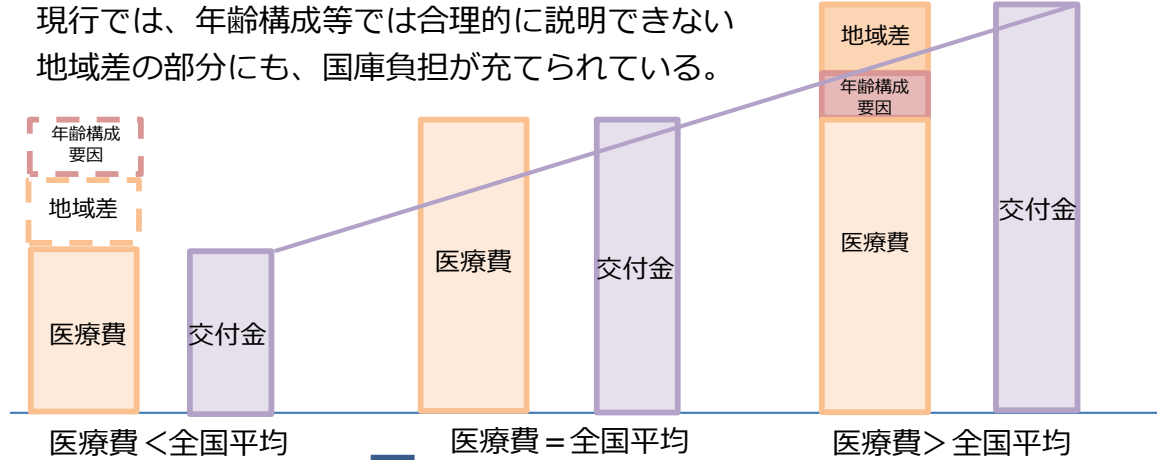
◆国民健康保険の財政（令和5年度予算）

保険料 (23,200億円)	調整交付金(国) (9%※) 7,600億円
	定率国庫負担 (32%※) 21,000億円
	都道府県繰入金 (9%) 5,900億円

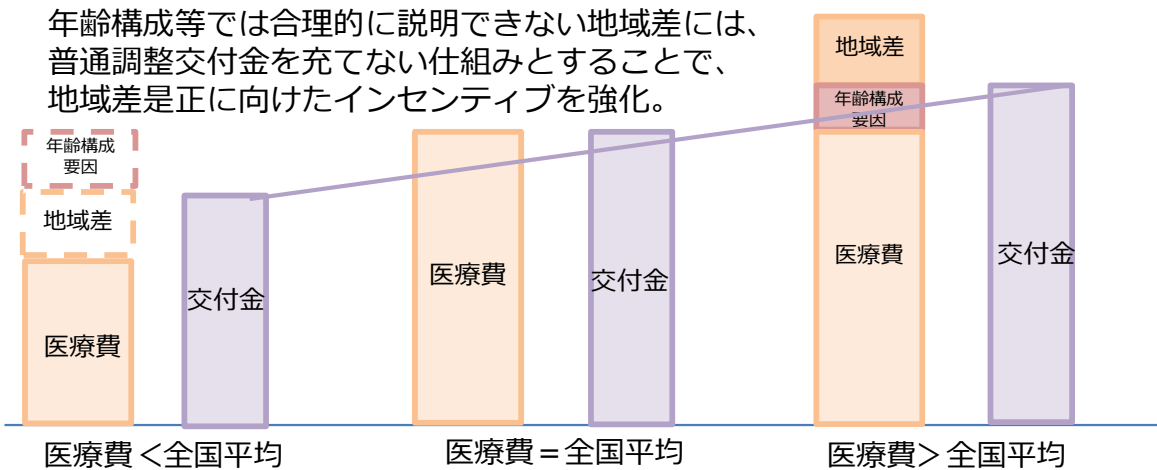
普通調整交付金
5,900億円
特別調整交付金
1,700億円
特例調整交付金
50億円

※ 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

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。



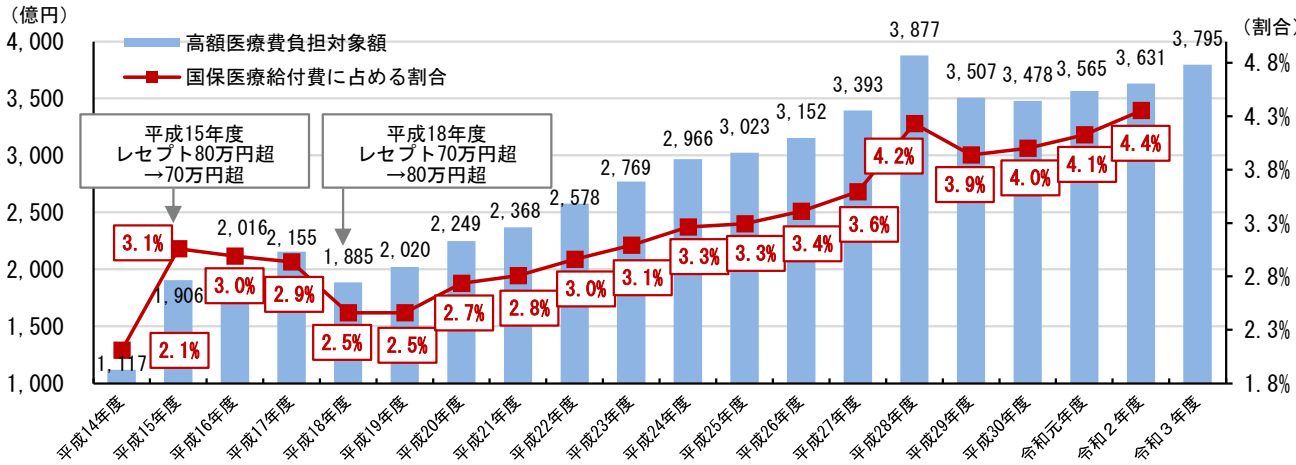
【改革の方向性】（案）

- 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。）

国民健康保険に対する財政支援の見直し〈予算執行調査〉

- 高額医療費負担金は、高額な医療費（1件80万円超）が発生した場合の国民健康保険財政の影響を緩和するため、国と都道府県が高額医療費負担対象額の1/4ずつを負担する、保険者支援のための負担金（国費950億円）。
※医療費の家計負担が重くならないよう、医療機関や薬局の窓口で支払う医療費が上限額を超えた場合、その超えた額を支給する「高額療養費制度」とは異なるもの。
- 国保医療給付費に占める高額医療費負担対象額の割合の増加や都道府県化による国保財政の安定化を踏まえ、平成18年度の割合を大きく下回るよう、対象となるレセプトの金額基準の引上げを速やかに実施し、予算規模を大幅に縮減すべきである。

◆高額医療費負担対象額及び国保医療給付費に占める割合の推移

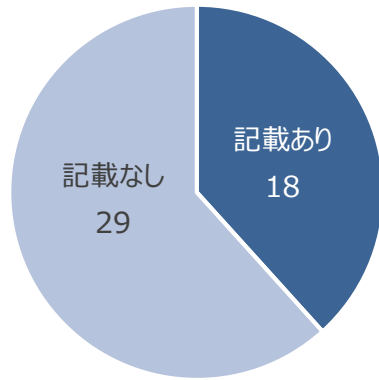


◆国民健康保険法（抄）

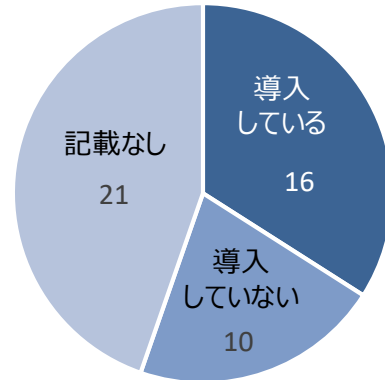
第70条

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

◆国保運営方針等における保険料水準の統一時期等に関する記載の有無



◆高額医療費を共同負担する仕組みの都道府県の導入状況



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

高額医療費負担金制度の主な経緯

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

【改革の方向性】（案）

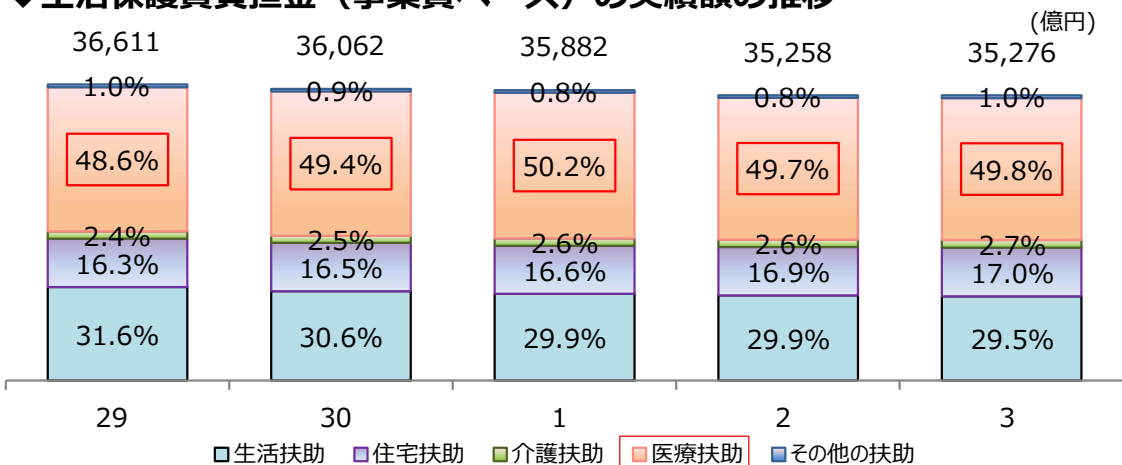
- 現在、取組を進めている**保険料水準の統一**や高額医療費の共同負担の仕組みにより、**高額医療費負担金が果たす機能は現時点においても極めて限定的であり、いずれその役割を終える。国保運営の予見可能性を高めるためにも、廃止に向けた道筋を工程化すべき。**

医療扶助の適正化（生活保護受給者の国保等への加入）

- **医療扶助は生活保護費の半分を占めているが、生活保護受給者は国保等から脱退して医療扶助を受けることになっているため、医療扶助の適正化**については、これまで福祉事務所を設置している市町村ごとに、**頻回受診対策等の取組**を進めてきているところ。
- **生活保護受給者が国保や後期高齢者医療制度に加入**することとし、**都道府県が保険者としての機能もあわせ持つこと**によって、**医療扶助を含めた地域の医療全体**について、**より実効的な適正化**を図ることができると考えられる。

※ 生活保護受給者については、介護分野では、65歳以上の方は介護保険の第1号被保険者になり、利用者負担分や保険料について介護扶助等を受けることになる。年金分野でも、生活保護受給者は国民年金の被保険者になり、さらに同じ医療保険制度の中でも被用者医療保険においては被保険者となる。

◆生活保護費負担金（事業費ベース）の実績額の推移



◆高齢者の保険制度別医療費と医療扶助



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

◆生活保護受給者の各種制度への加入

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

(参考) 生活保護法第4条第2項

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

◆経済財政運営と改革の基本方針2023

1人当たり医療費の地域差半減に向けて、都道府県が地域の実情に応じて地域差がある医療への対応などの医療費適正化に取り組み、引き続き都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進するとともに、都道府県のガバナンス強化²⁵²（中略）を図る

252 中長期的課題として、（中略）生活保護受給者の国保及び後期高齢者医療制度への加入を含めた医療扶助の在り方の検討を深めることなどを含む。

【改革の方向性】（案）

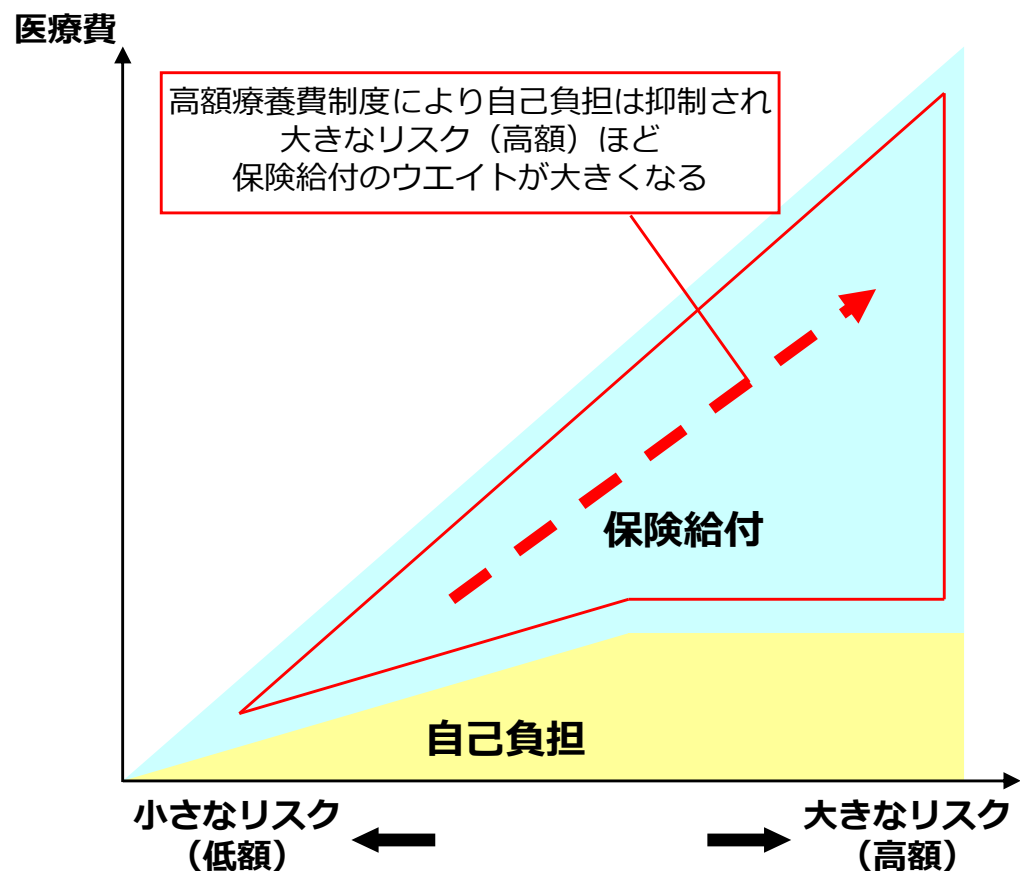
- 国保等に生じ得る財政悪化や支援金等を通じた現役世代の負担増の懸念を含め、**国が引き続き応分の財政責任を果たすことを当然の前提として、「骨太の方針2023」に盛り込まれたとおり、生活保護受給者の国保等への加入について検討を加速化すべき。**

5. 改革工程のとりまとめに向けた取組

- 総論
- 医療提供体制
 - ① 医師偏在対策
 - ② かかりつけ医（平時からの効率的・効果的な医療提供体制の構築）
 - ③ 地域医療構想の推進
 - ④ 都道府県のカバナンス（国民健康保険の更なる改革）
- 保険給付の範囲の在り方の見直し
- 年齢ではなく能力に応じた負担

- 高齢化・医療の高度化により医療費が年々増大する中、国民皆保険制度を維持していく観点から共助の対象として適切な保険給付の範囲の在り方を検討していく必要。
- その際「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」との考え方の下、現在の保険給付の範囲の在り方を見直し、より小さなリスクにおける保険給付のウエイトを引き下げていくべき。
- 保険収載を見合わせた際の受皿として保険外併用療養費制度や民間保険の積極的な活用も含めて検討していく必要。

現状の保険給付のイメージ



少額受診やOTC医薬品と同一の有効成分を含む
医薬品の投与であっても一律定率の保険給付

これまでに取り組んできた主な事項

- **医薬品の適正給付（下記を保険算定の対象外）**
 - ・ 単なる栄養補給目的のビタミン製剤の投与（2012年度）
 - ・ 治療目的以外のうがい薬単体の投与（2014年度）
 - ・ 必要性のない70枚超の湿布薬の投与（2016年度）
 - ・ 必要性のない63枚超の湿布薬の投与（2022年度）

今後の主な改革の方向性

高額医薬品や医療技術が登場し更なる医療費の増加が見込まれる中、高額医薬品や医療技術を引き続き収載していく場合には、「小さなリスク」について、

- **薬剤の自己負担の引上げ**
 - ・ 長期収載品等の自己負担の見直し
 - ・ OTC医薬品と同一の有効成分を含む医療用医薬品の保険給付の在り方の見直し（保険外併用療養費制度を活用する手法も検討）
 - ・ 薬剤費の一定額までの全額患者自己負担
 - ・ 医薬品の有用性に応じた保険給付率の設定
- **その他の保険給付範囲の見直し**

保険給付範囲の見直しの方向性①

- 単価が高額な医薬品の収載が増えており、今後の医療技術の進歩に伴い、さらに保険財政への影響が大きい医薬品が出てくとも想定される。
- こうした中で、保険給付が現状のままでは保険料や国庫負担の増大が避けられない。このため、公的医療保険の役割は基本的には大きなリスクをシェアすることであるとの観点から、見直しを進めるべき。
- 諸外国の動向をみると、高額な医薬品について費用対効果を見て保険対象とするか判断する、医薬品の有用性が低いものは自己負担を増やす、あるいは、薬剤費の一定額までは自己負担とするといった対応が採られている。

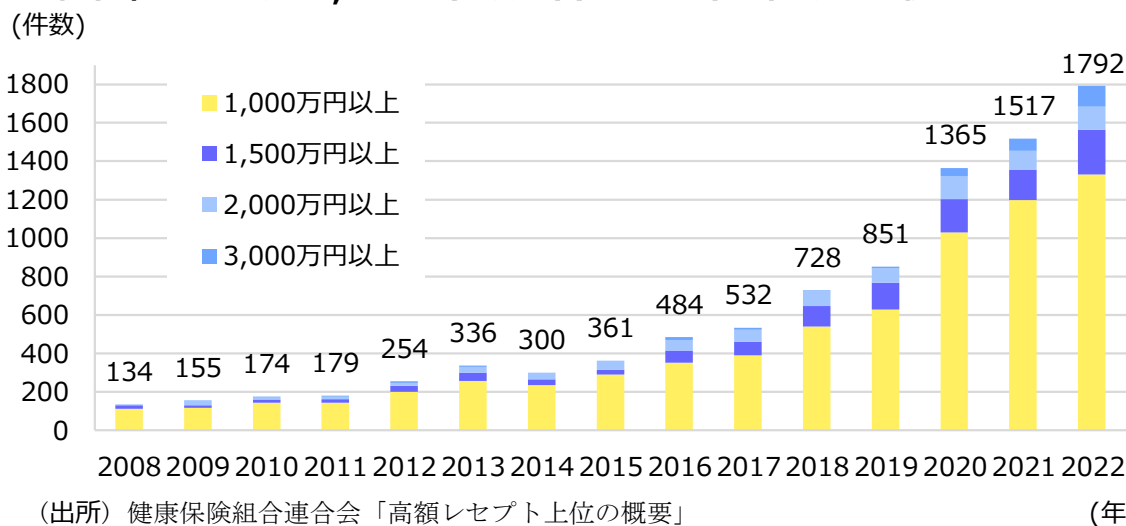
◆単価が高額な医薬品の例

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

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%

◆健保組合における1,000万円以上高額レセプトの件数の推移



② 薬剤費の一定額までの全額患者負担（スウェーデンの例）

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

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

保険給付範囲の見直しの方向性②

- 高額・有効な医薬品を一定程度公的保険に取り込みつつ、制度の持続可能性を確保していくためには「小さなリスク」への保険給付の在り方を検討する必要。
- OTC医薬品と同一の有効成分を含む医療用医薬品は、医療機関で処方されることにより自らOTC医薬品を購入するよりも大幅に低い負担で入手が可能である点で、セルフメディケーションの推進に逆行し、公平性も損ねている。

◆ 医療用医薬品と市販品（OTC医薬品）の比較

種 類	医療用医薬品				OTC医薬品	
	銘柄	薬価	3割負担（現役）	1割負担（高齢者）	銘柄	価格
湿布	AA	320円	96円	32円	A	2,551円
ビタミン剤	BB	520円	156円	52円	B	3,974円
漢方薬(感冒)	CC	1,010円	303円	101円	C	4,644円
皮ふ保湿剤	DD	1,100円	330円	110円	D	2,448円

※1 各区分における市販品と医療用医薬品は、いずれも同一の有効成分を含んでいる。ただし、同一の有効成分を含んでいる市販薬であっても、医療用医薬品の効能・効果や用法・用量が異なる場合があることには留意が必要。

※2 市販品の価格は、メーカー希望小売価格。

※3 医療用医薬品の価格については市販品と同じ数量について、病院・診療所で処方せんを発行してもらい、薬局で購入した場合の価格であり、別途再診料、処方料、調剤料等がかかる。

◆ 保険外併用療養費制度の柔軟な活用・拡大

OTC化済医薬品	技術料等	
保険給付	保険給付	現状では、技術料も薬剤も内容にかかわらず一定割合の負担
3割自己負担	3割自己負担	
OTC化済医薬品	技術料等	OTC化された医薬品を単に保険給付から外すと、技術料や他の薬剤も含めて全額が自己負担。
全額自己負担	全額自己負担	
OTC化済医薬品	技術料等	保険外併用療養費制度を活用し、OTC化された医薬品についてのみ全額自己負担。
全額自己負担	保険外併用療養費 3割自己負担	

【改革の方向性】（案）

- 諸外国の例も踏まえ、高額な医薬品について費用対効果を見て保険対象とするか判断する、医薬品の有用性が低いものは自己負担を増やす、あるいは、薬剤費の一定額までは自己負担とするといった対応を採るべき。
- 市販品と医療用医薬品とのバランス、リスクに応じた自己負担の観点等を踏まえ、OTC類似薬に関する薬剤の自己負担の在り方も検討すべき。その際、保険外併用療養費制度の柔軟な活用・拡大についても併せて検討を行うべき。
- また、高額な医薬品について保険対象外とする場合や、未承認薬の使用に関しては、民間保険の活用についても検討すべき。

5. 改革工程のとりまとめに向けた取組

- ・ 総論
- ・ 医療提供体制
 - ① 医師偏在対策
 - ② かかりつけ医（平時からの効率的・効果的な医療提供体制の構築）
 - ③ 地域医療構想の推進
 - ④ 都道府県のカバナンス（国民健康保険の更なる改革）
- ・ 保険給付の範囲の在り方の見直し
- ・ 年齢ではなく能力に応じた負担

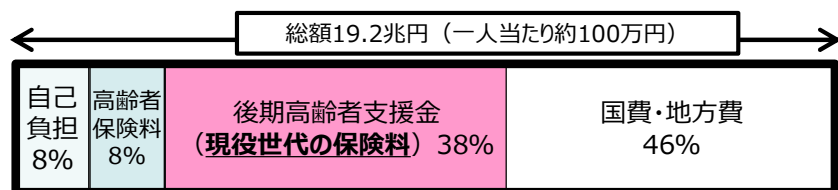
年齢ではなく能力に応じた負担（総括）

負担の在り方

- 75歳以上の者の1人当たり医療費は現役世代の約4倍であり、そのうち8割強は公費と現役世代の支援金で賄う構造。他方で現役世代は医療費のうち8割を患者負担と保険料で賄いつつ、加えて後期高齢者支援金も負担。
- 年齢ではなく能力に応じた負担とし、世代間の公平性を確保する観点から、75歳以上の後期高齢者の窓口負担を原則2割負担とすることも含めて検討すべき。

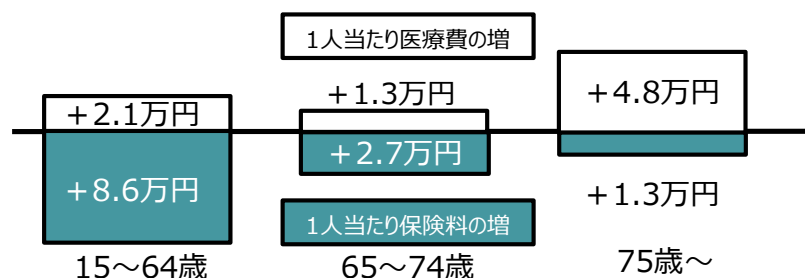
給付と負担のバランス

◆ 後期高齢者の医療費と財源

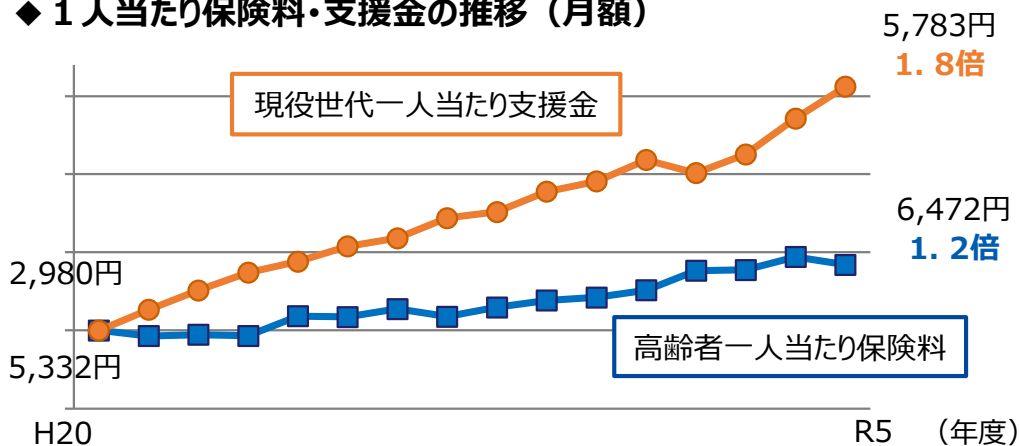


※令和5年度予算を基に作成。

◆ 1人当たり医療費と保険料の増加（H21→R2）



◆ 1人当たり保険料・支援金の推移（月額）



これまでに取り組んできた主な事項

- **70～74歳の者の窓口負担の引上げ（1割→2割）**
 - ・ 2014年4月以降に70歳に達した者から2割負担（2018年度末で完了）
- **70歳以上の者に係る高額療養費制度の見直し**
 - ・ 2017年8月以降、低所得者を除き、段階的に自己負担の限度額を引上げ
- **療養病床の65歳以上の者の光熱水費の負担見直し**
 - ・ 2017年10月以降、指定難病の者等を除き、段階的に光熱水費の負担を引上げ
- **一定の所得のある後期高齢者（75歳以上）の2割の窓口負担の導入**

今後の主な改革の方向性

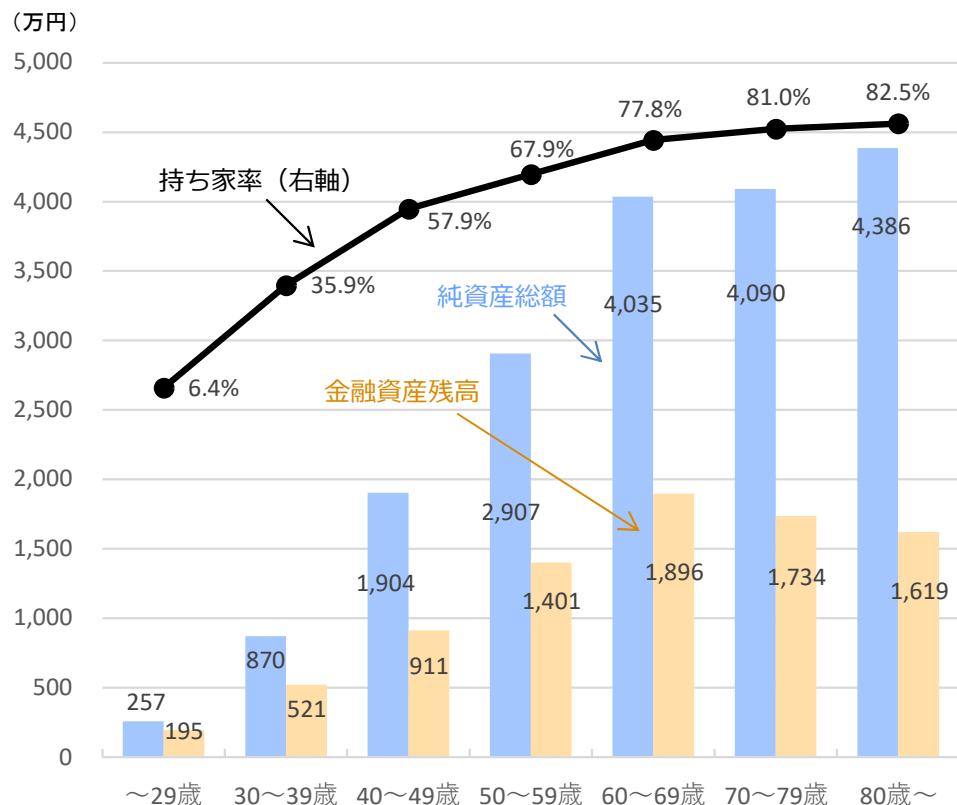
- **年齢ではなく能力に応じた負担**
 - ・ 金融資産の保有状況等も勘案して負担能力を判定するための具体的な制度設計の検討
 - ・ 後期高齢者医療制度における「現役並み所得」の判定基準の見直し
 - ・ 後期高齢者の窓口負担を原則2割負担とする

金融資産等を考慮に入れた負担を求める仕組み①

負担の在り方

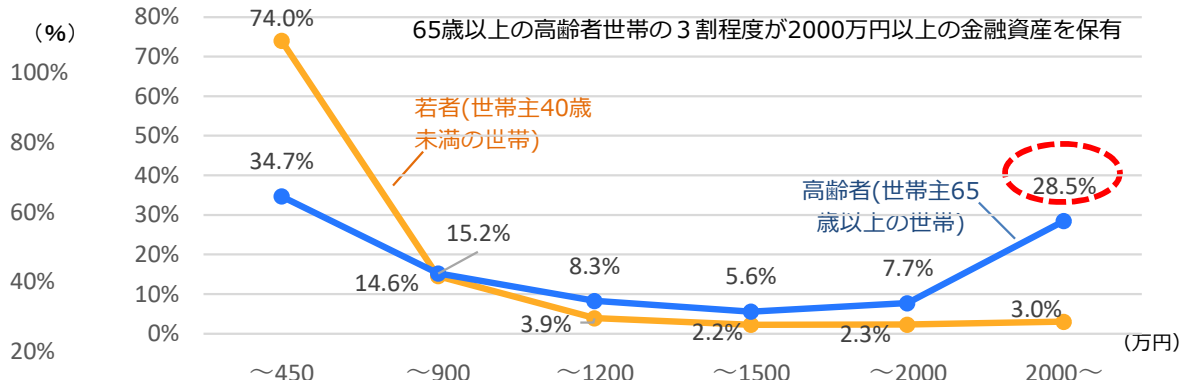
- 高齢者は、現役と比べて平均的に所得水準は低い一方で、貯蓄現在高は高い。また、所得が低い高齢者の中にも相当の金融資産を保有するケースもある。しかし、（介護保険における補足給付を除き）高齢者の負担能力の判断に際し、預貯金等の金融資産は勘案されていない。

＜世帯主の年齢階級別資産残高＞

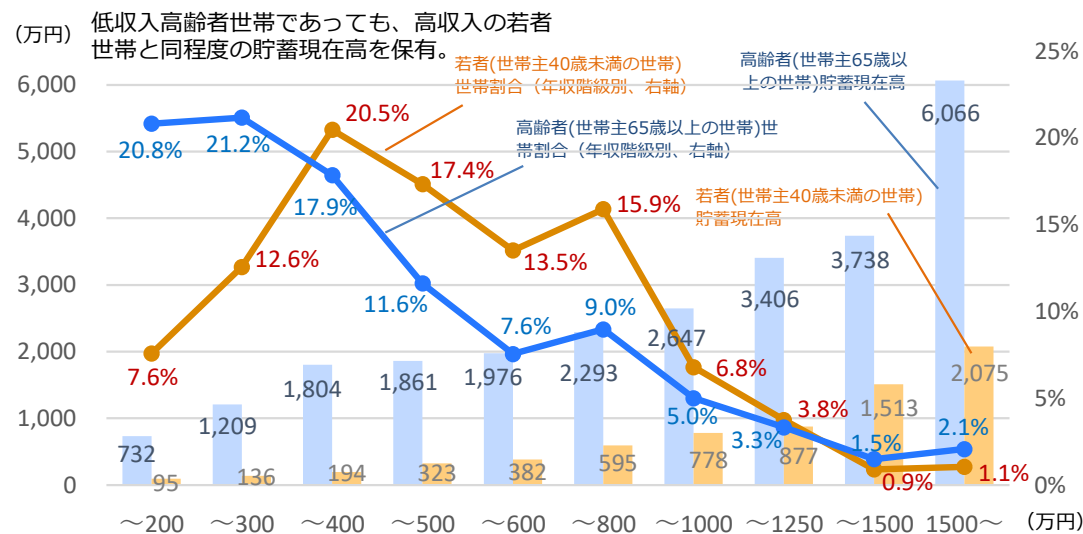


(注1) 金融資産残高には負債は含まない。
 (注2) 純資産総額は、金融資産残高から負債を除き、住宅・宅地に係る資産を加えたもの。
 (注3) いずれも総世帯に係る金額。
 (出所) 総務省「2019年全国家計構造調査」、総務省「平成30年住宅・土地統計調査」

＜高齢者世帯・若者世帯における金融資産残高別の世帯割合＞



＜高齢者世帯・若者世帯の年収階級別貯蓄現在高、世帯割合＞

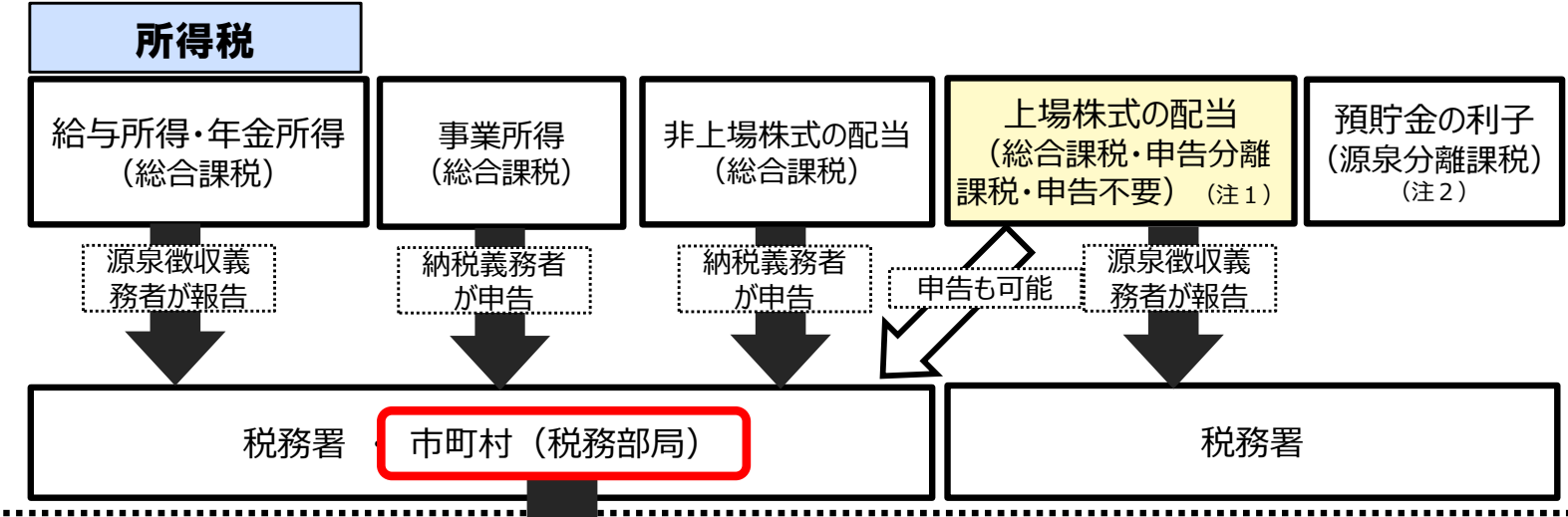


【改革の方向性】(案)

- まずは、現行制度の下での取組として、医療保険における入院時生活療養費等の負担能力の判定に際しても、介護保険の補足給付と同様の仕組みを適用すべき。さらに、医療保険・介護保険における負担の在り方全般について、マイナンバーを活用して、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の具体的な制度設計について検討を進めていくべき。

○ 後期高齢者等の保険料は税制における課税所得をベースに賦課する仕組みとなっているが、税制において源泉徴収のみで完結する金融所得に関しては、確定申告がされない場合、課税はされるが保険料の賦課対象となっていない。

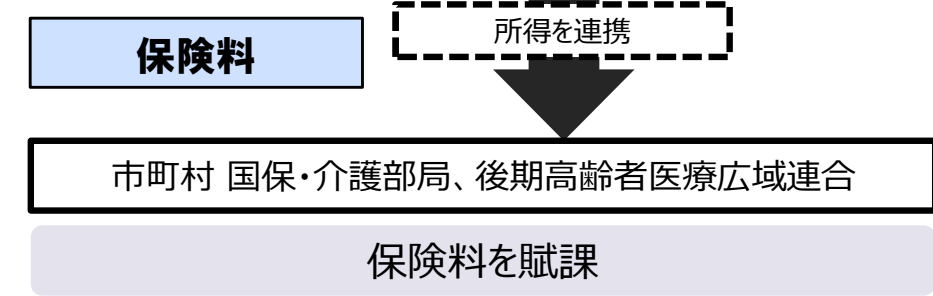
◆金融所得と課税所得との関係（イメージ）



(例) 上場株式の配当

課税方式	保険料
総合課税	対象
申告分離課税	対象
申告不要	対象外

} 選択可能 (※)



(例) 預貯金の利子

課税方式	保険料
源泉分離課税	対象外

課税方式は単一で選択不可

(注1) 上場株式の譲渡益について、源泉徴収口座（源泉徴収を選択した特定口座）を通じて取引が行われた場合は申告不要を選択可能。
 (注2) 預貯金の利子について、個別の預貯金者の情報については報告されない。

【改革の方向性】（案）

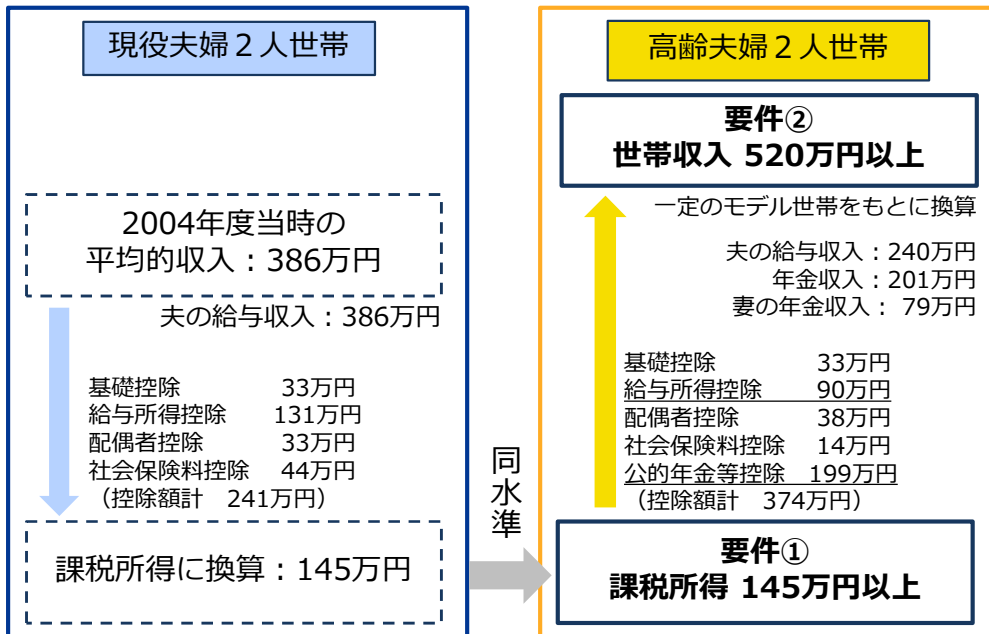
○ 現在保険料の賦課対象とされていない金融所得のうち、本人の選択によって保険料の賦課対象となるかどうかが変わり得るもの（上場株式の配当など（※）。預貯金の利子などは含まれない。）については、公平性の観点から、保険料の賦課ベースに追加し、負担能力の判定においても活用する仕組みについて検討すべき。

○ その際、NISAなどの非課税所得（NISA口座で管理される金融資産は1,800万円（簿価残高）まで非課税）は、保険料においても賦課対象としないことを前提とする必要がある。

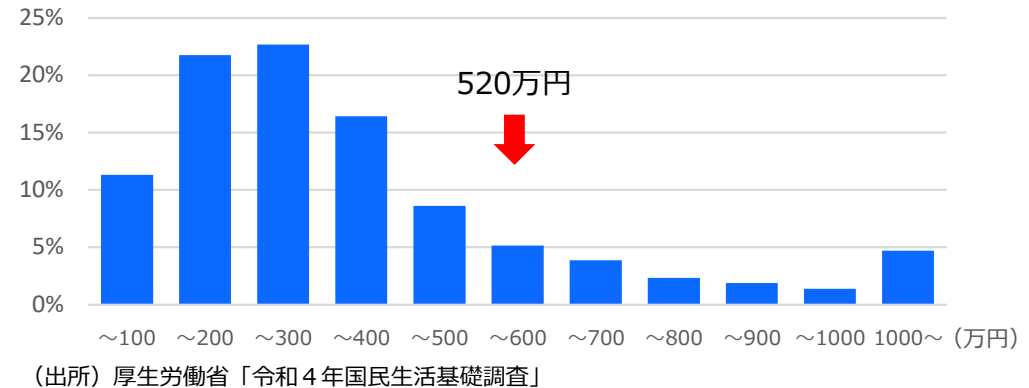
- 後期高齢者の患者負担は、「現役並み」（現役の平均）の所得水準を基準に、それ以上の所得があれば現役と同様3割負担を求めることとしている。
- しかしながら、実際の判定基準は、一定の仮定を置いた世帯収入要件もあわせて設けていることから、「現役並み」以上の課税所得があっても必ずしも「現役並み」とは評価されない仕組みとなっている。

◆ 3割負担等の対象（現役並み所得以上）の判定方法

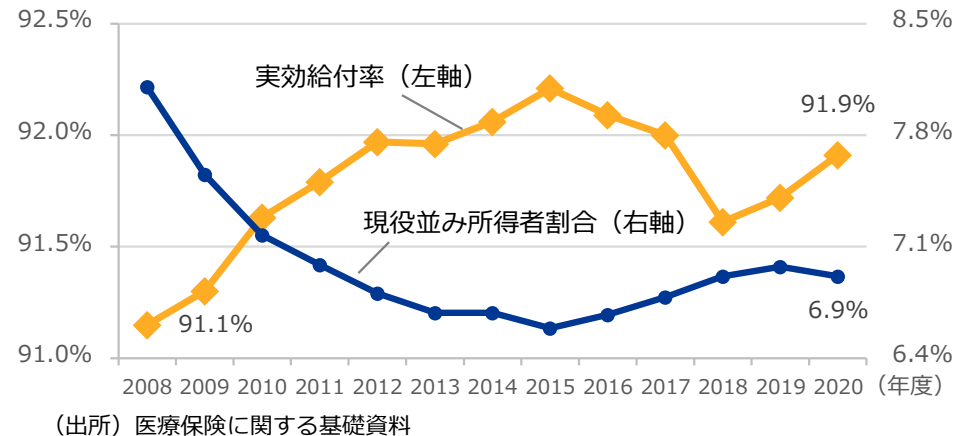
- 要件① 世帯内に課税所得の額が145万円以上の被保険者がいる
かつ
要件② 世帯の被保険者全員の収入の合計額が520万円以上である。
(世帯の被保険者が一人の場合は、383万円以上である。)



◆ 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）

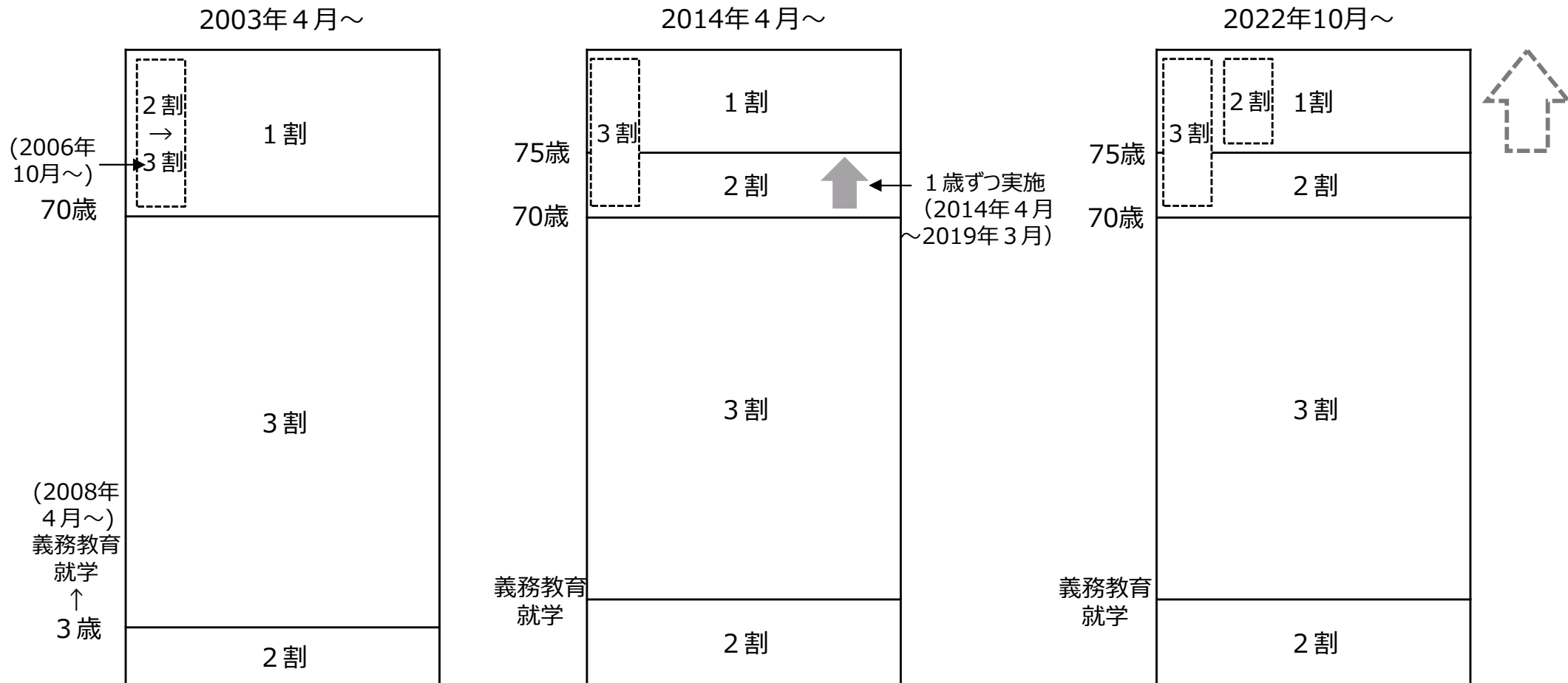


【改革の方向性】（案）

- 「現役並み所得者」の割合が実効負担率に影響することも踏まえ、「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。

- 高齢者については、所得や受診頻度への配慮という説明で、現役世代 3 割負担、高齢者 1 割負担と大きな差があったが、近年、現役世代との負担の公平性や、現役世代の負担軽減の観点から、負担能力に応じた負担体系への移行を進めている。

◆患者一部負担の推移



【改革の方向性】(案)

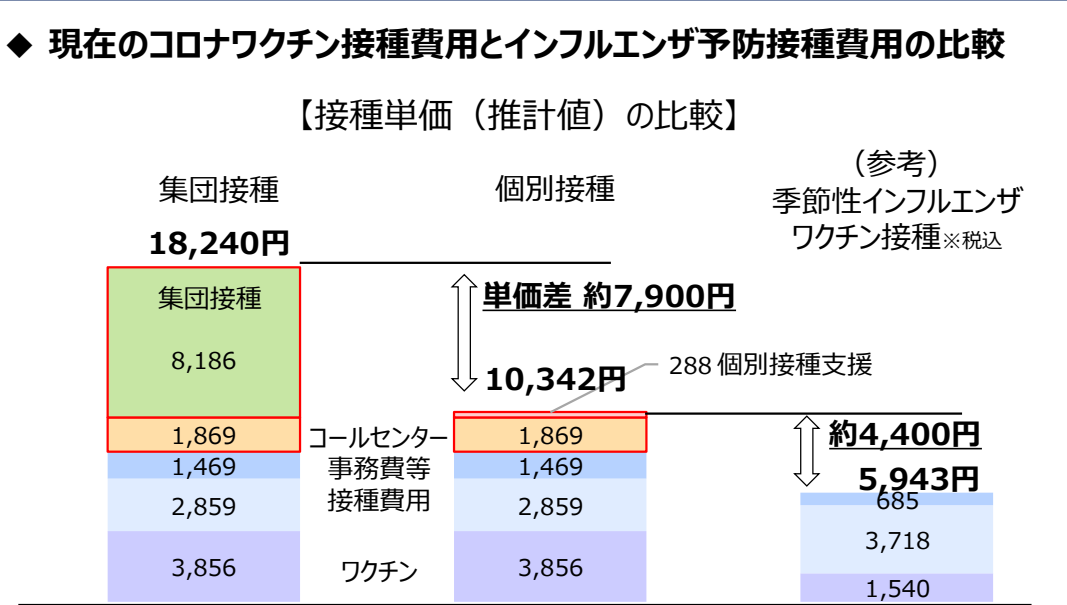
- 昨年10月には一定以上所得以上の後期高齢者に2割負担が導入されたが、年齢ではなく能力に応じた負担という考えに基づき、これを更に進め、原則2割負担とすることも今後の課題ではないか。

6. その他

- 令和6年度以降の新型コロナワクチンの接種
- 雇用保険財政等

- 現在実施されている、新型コロナワクチンの『特例臨時接種』については今年度末で終了することとなる。その上で、令和6年度以降は、安定的な制度の下で実施することが検討されている。
- 安定的な制度の下での実施を見据え、令和5年度に実施している事業の補助単価の適正化、ワクチン価格低廉化に向けた取り組み等について検討すべき。

現状のワクチン接種事業



（出所）令和5年度予算執行調査

◆ コロナワクチン価格と他のB類疾病ワクチン価格の比較

価格	コロナワクチン		インフルエンザ (交付税) ※税込	肺炎球菌 (交付税) ※税込
	予算単価 (R3予備費)	予算単価 (R4補正)		
価格	3,856円	5,278円	1,540円	4,719円

（注）予算単価は、予算措置額÷購入数量により機械的に算出

これまでに取り組んできた主な事項

- **新型コロナワクチン接種事業**
 - ・ 新型コロナワクチン接種開始（2021年2月）
 - ・ 特例臨時接種の1年間延長（2023年3月）
 - ・ 感染症法上の分類を5類に変更（2023年5月）
 - ・ ワクチン接種事業に上限単価を設定（2023年4月・9月）

今後の主な改革の方向性

- 令和6年度以降の安定的な制度の下での実施を見据え、
- **ワクチン接種事業の補助対象等の見直し**
 - ・ 令和6年1月～3月実施事業に係る補助対象項目及び補助単価等を見直し
 - **ワクチン価格の低廉化に向けた取り組み**

令和6年1月以降のコロナワクチン接種体制確保事業等について

ワクチン

- 新型コロナワクチンの『特例臨時接種』は、新型コロナウイルス感染症のまん延の防止を図ることを目的として実施しており、接種促進の観点から他の定期接種にない各種加算を実施しているが、令和5年5月から5類感染症に移行するなど、状況も変化。
- 令和5年度のコロナワクチン接種体制確保事業においては、事業の効率的な執行を促すために上限単価を設定。
- **令和6年1月に更なる単価の見直しを行う予定としており、その際、補助対象からの除外、単価引き下げも検討すべき。**

特例臨時接種（R6.3.31まで）におけるコロナワクチン接種体制確保事業費の単価

R5.12.31まで

R6.1.1~3.31 ⇒ 単価見直し予定

・R6年1月以降の集団接種実施予定自治体は350団体（R5春接種：1051団体）であり、**春接種時に比べ実施自治体が大幅に減少。**
 ・接種見込み人員は65万人、所要額25.8億円、@約737万円（@3,971円/回）

・R5春接種時見込7200機関 → 秋接種9500機関見込。**集団接種からの移行が進んだことにより対象機関が増加。**
 ・個別接種促進の支援であり、集団接種も減少していることから**当初目的は概ね達成。**

・R6年1月以降のコールセンター設置予定自治体数は1158団体（R5春接種：1468団体）で、**依然として多い。平均単価は縮小しており効率化は進んでいる。**
 ・自治体における平均設置費は約980万円で総額113.8億円（@949円）

・インフルエンザ予防接種に各種加算は無い
 ・各種加算措置後の1回当たり接種単価は平均2,699円でインフルよりも低い

集団接種
 ⇒ 原則対象から除外
 ※やむを得ないと認められる場合は、特異な経費として別途補助

個別接種加算
 ⇒ 対象から除外

コールセンター
 ⇒ 単価の引き下げ

コールセンター ×××円
 事務費 ⇒ 現状維持
685円

6歳未満加算 **726円**

接種単価 **3,718円?**

接種単価
 ⇒ 加算を統合（インフル並み）

(参考) インフルエンザ予防接種における交付税積算単価（R5年度）

- ・ 交付税積算ベースであり、実態は病院・診療所ごとに異なる
- ・ 事務費（685円）は交付税積算より推計したB類疾病にかかる1人当たり単価

事務費 (接種券、広報費等) 685円
接種単価 (初診料2,880円 +事務費150円 +接種費350円) 3,718円 (3,380円×1.1)

集団接種会場費 (都道府県実施含む) 4,338円 @集団接種回数(実績)
個別接種 (週100回を4週以上で2,000円/回) 413円 @個別接種回数(実績)
コールセンター 1,203円 @予定総接種回数
事務費 (接種券、広報費等) 685円 @予定総接種回数
時間外加算 803円 (730円×1.1)
休日加算 2,343円 (2,130円×1.1)
6歳未満加算 726円 (660円×1.1)
接種単価 2,277円 (2,070円×1.1)

(注) 予防接種事業の実施の際には、上記事業費のほか、ワクチン費用（コロナワクチン：R6.3.31までは国一括買い上げのため無料。インフルエンザ：1,540円）が加算される。

【改革の方向性】(案)

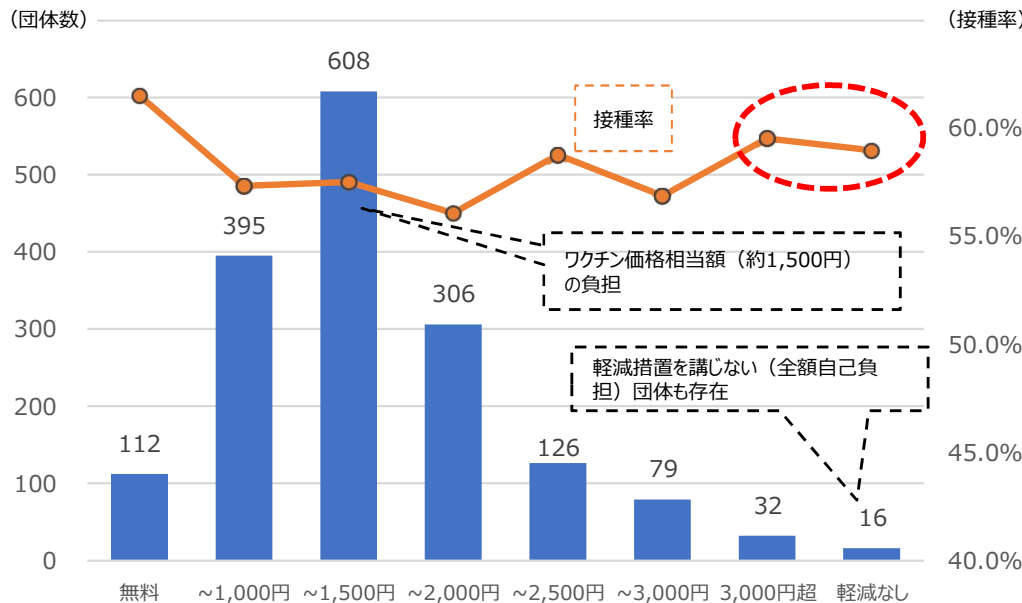
- **接種単価をインフルエンザ並みに見直すとともに、個別接種加算、コールセンター費用及び集団接種費用については、対象から除外又は単価引き下げすべきではないか**

令和6年度におけるコロナワクチン価格について

- 高齢者に対するインフルエンザ予防接種は自治体の実施しており、**低所得者以外は実費分を自己負担**。
- 接種費用に対し一部助成している自治体が多い一方、軽減措置を講じていない（助成していない）自治体もあり、負担額が高額でも接種率が他よりも高いなど、**自己負担額の多寡による接種率への影響は小さい**。
- 接種費用は各医療機関等の任意価格となるが、**価格設定にはワクチン価格が大きく影響**。令和6年度以降のコロナワクチン接種費用について、**ワクチン価格の低廉化に向けて関係者が努力することが重要**。

注：現在のコロナワクチンの購入価格は秘密保持契約の対象となっていることから、単価は公表されていない。

インフルエンザ予防接種における自己負担額の分布と接種率（R4年度）



(出所) 厚生労働省調査 (10/13時点)。自己負担は1674団体、接種率1401団体のデータを基に試算
 (注1) R4年度は、182団体が特例として全員無料としているが、このうち平時における自己負担額が把握できた152団体は上記分布に含んでいる。
 (注2) 定額助成を実施している自治体206団体のうち、132団体は交付税単価より機械的に自己負担額を計算。
 (注3) 接種率は一部無償化対象者を含んだ接種率となっている

B類疾病予防接種費用の比較

◆ コロナワクチン購入予算

	R2.9.8 予備費	R3.5.14 予備費	R3.8.27 予備費	R4.3.25 予備費	R4 補正②	合計
予算額 (億円)	6,714	5,120	4,296	6,670	4,750	27,550
購入数量 (万回)	31,400	27,500	12,000	17,300	9,000	97,200
予算単価 (円)	2,138	1,862	3,580	3,856	5,278	2,834

※ R3.8.27予備費措置額には一部流通経費等が含まれている。また、R2.9.15予備費及びR3補正①において、別途流通経費等として計1,237億円措置されており、上記予算額には含めていない。

◆ 予防接種費用（交付税単価ベース）

● コロナ予防接種は、他の定期接種単価及びこれまでの予算措置単価を基に試算

	接種単価※1	ワクチン価格	予防接種費用※3
インフルエンザ	3,718円	1,540円	5,258円
肺炎球菌	3,718円	4,719円	8,437円
コロナ	3,718円	5,278円※2	8,996円

※1) 交付税単価 (初診料2,880円+事務費150円+接種費350円)。コロナも他と同額としている
 ※2) 直近の予算措置積算 (R4補正：4,750億円/9,000万回) により単純計算
 ※3) あくまでも交付税単価ベースであり、実際の費用は実施する医療機関ごとに異なる
 (注) 米国におけるコロナワクチンの価格は120~130ドル (報道ベース) であり、1ドル139円で換算すると18,070円となる。

【改革の方向性】(案)

- 安定的な制度の下でコロナワクチン接種を実施するため、**ワクチン価格の低廉化に向けて関係者が努力することが重要**。

6. その他

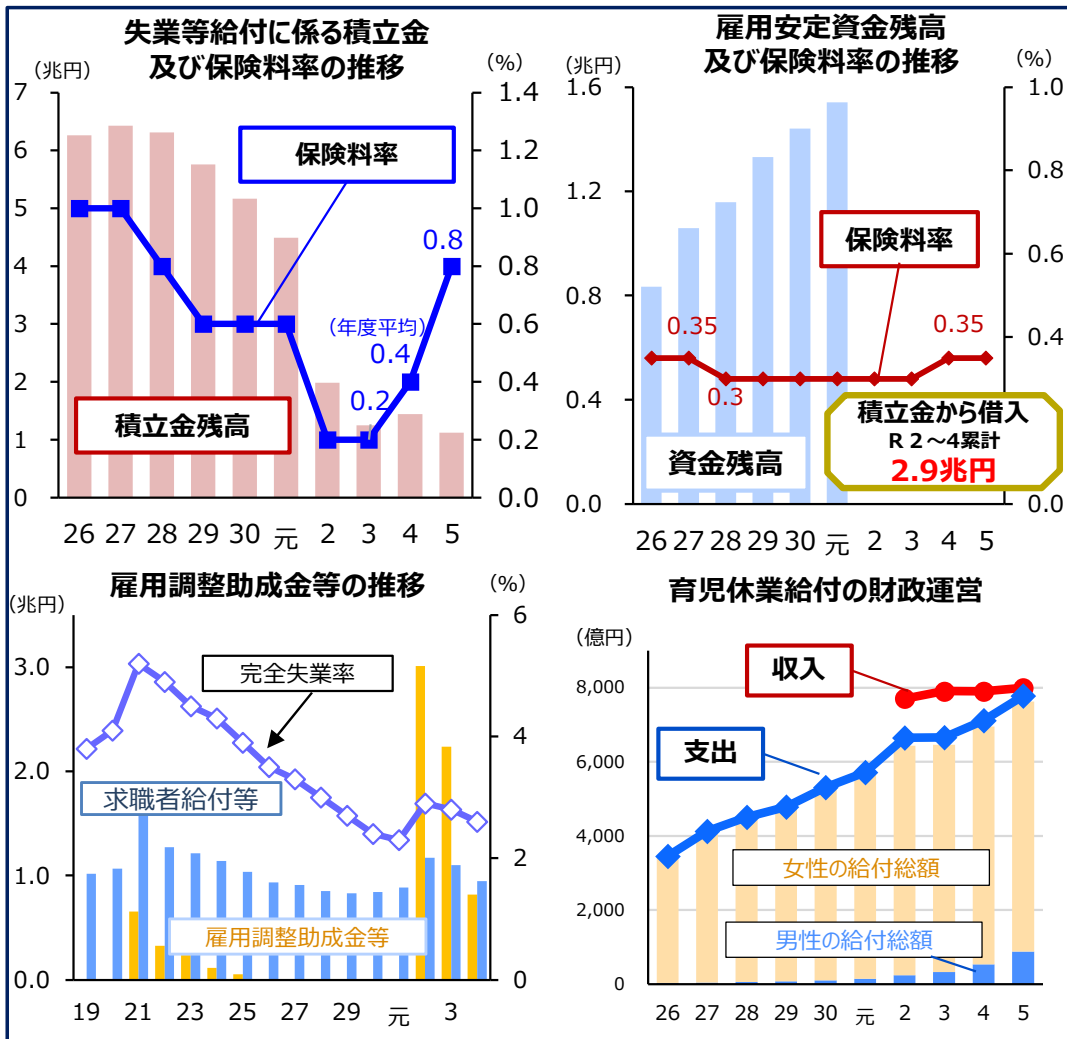
- ・ 令和6年度以降の新型コロナワクチンの接種
- ・ 雇用保険財政等

雇用保険財政等（総括）

- コロナ禍で雇用保険財政は急速に悪化。足下においては、失業等給付の積立金は僅少な規模にとどまり、また、雇用安定資金残高は「0」となり、失業等給付の積立金から約3兆円の借入れを行っている状況。
- 雇用調整助成金等の特例措置は約3年にわたって継続。この間、雇用保険被保険者以外への対応も含め、約6.8兆円が支給され、国庫からの約4.5兆円の繰入れを実施。
- コロナ禍での特例措置の検証を行いつつ、今後の雇用保険財政の安定的な運営を行っていくための取組を継続すべき。

現状の雇用保険財政・雇用調整助成金

これまでに取り組んできた主な事項



- 雇用調整助成金等の特例措置の廃止
 - ・ R 5年4月から通常制度へ移行
- 失業等給付に係る保険料率の引上げ
 - ・ R 4年10月～：0.2%→0.6%
 - ・ R 5年4月～：0.6%→0.8%

今後の主な改革の方向性

- 雇用調整助成金の見直し等
 - ・ 労働移動の円滑化・労働者のスキルアップの観点も踏まえた、雇用調整助成金の見直し。
 - ・ 不正受給の発覚も相次ぐ中で、不正に対してより一層厳正に対応。
- 二事業による失業等給付の積立金からの借入の取扱い
 - ・ 雇用保険財政の状況を踏まえながら確実に返済していく必要。
- 育児休業給付の早急な財政基盤の強化

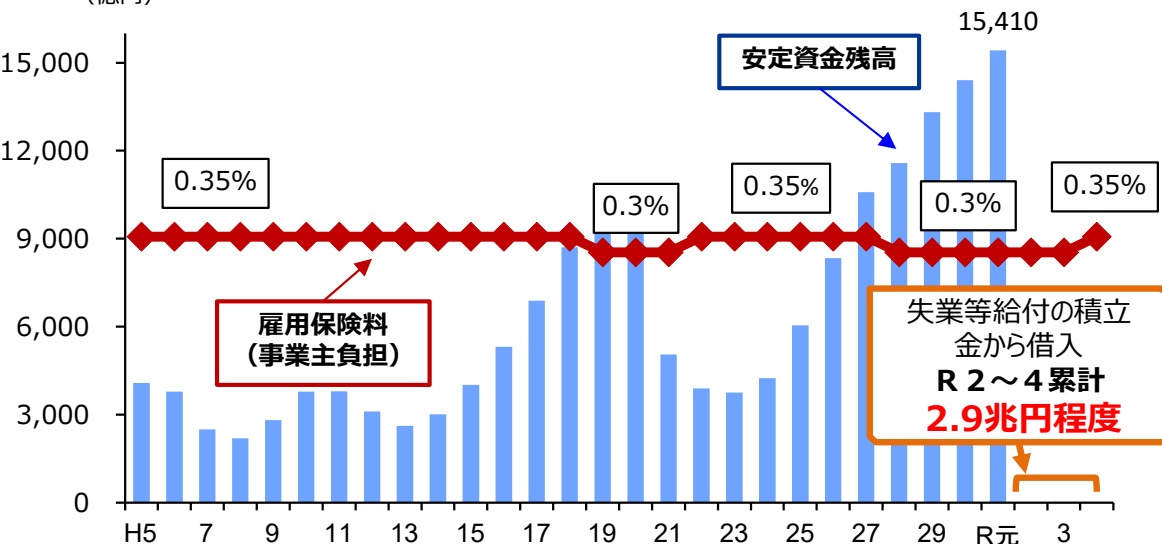
雇用保険の財政状況①（二事業による失業等給付の積立金からの借入）

雇用

○ 雇用調整助成金等の支給のため、雇用保険二事業は失業等給付の積立金から約3兆円を借り入れているが、この借入金については、雇用保険二事業の剰余金で返済することとされている。この点、失業等給付の積立金については、その金額の規模が、保険料率・国庫負担の水準にも影響することに留意が必要。

◆雇用安定資金残高の推移

(億円)



◆雇用保険料率等

	令和5年度
失業等給付等	8/1,000
育児休業給付	4/1,000
二事業	3.5/1,000
計	15.5/1,000

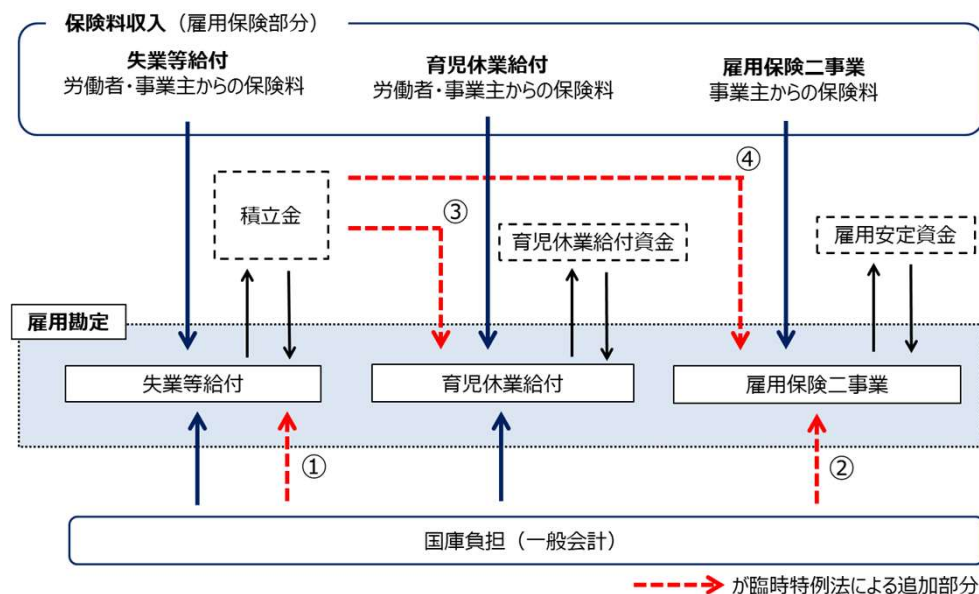
保険料率 0.8%

- 積立金等が一定水準を上回ると弾力条項により▲0.4%まで引下げが可能
- 積立金等が一定水準を下回ると弾力条項により+0.4%まで引上げが可能

国庫負担割合 1/4 or 1/40

- 雇用情勢が悪化し、積立金等が一定水準を下回った場合には1/4、それ以外は1/40

◆臨時特例法の概要



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

(注) ①及び②は令和4年度まで、③及び④は令和6年度までの措置

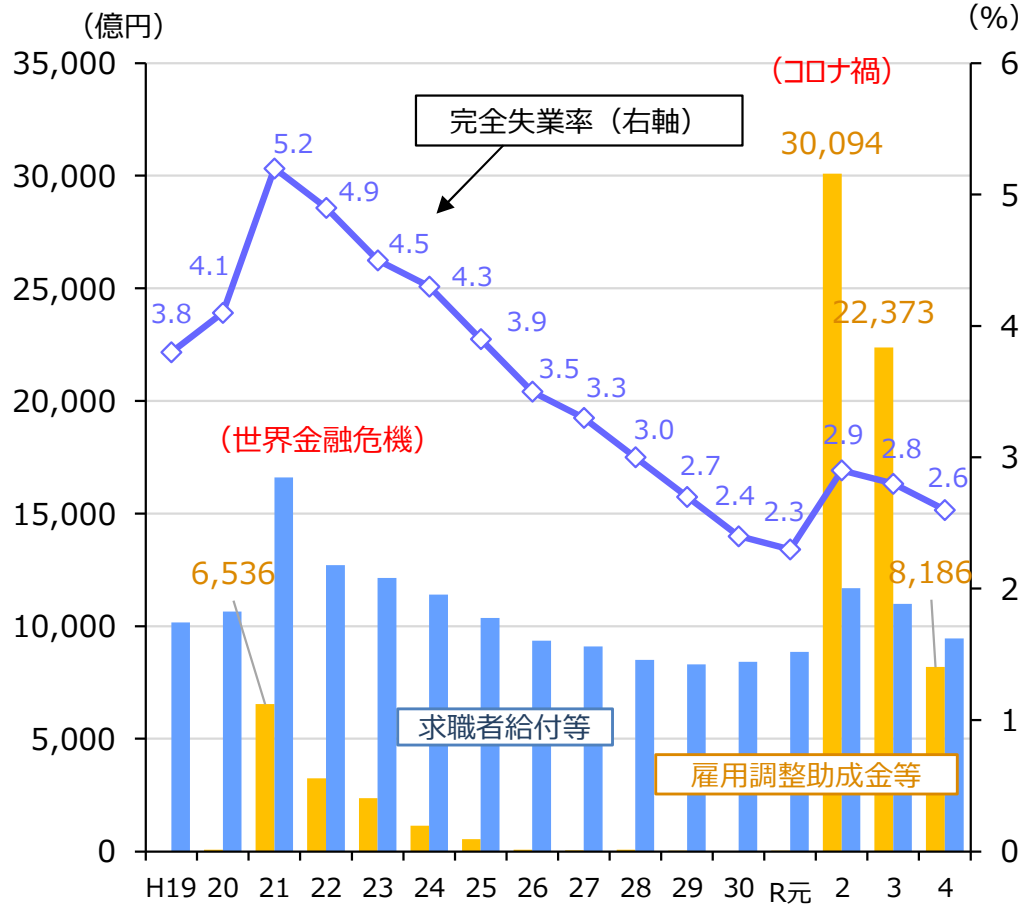
【改革の方向性】(案)

○ 雇用保険二事業による失業等給付の積立金からの借入は、雇用保険財政の状況を踏まえながら確実に返済していくべき。

雇用保険の財政状況②（雇用調整助成金等の特例措置）

○ **コロナ禍における雇用調整助成金等の特例措置**は、助成率や日額上限の大幅な引き上げ等を行った上で、**約3年にわたって継続**。この間、雇用保険被保険者以外への対応も含め、**6.8兆円が支給**され、その約3割となる**2.1兆円を国庫が負担**した。さらに、**国庫から労働保険特会（失業等給付）に繰り入れた2.5兆円**は雇用安定事業への貸出を通じて、雇用調整助成金の支給に充てられており、**実質的な国庫負担はさらに大きい**。

◆雇用調整助成金の推移



◆雇用調整助成金等の支給実績及び一般会計負担額

雇用調整助成金	A	5兆9,413億円	
うち一般会計	B	1兆3,450億円	(23%)
休業支援金	C	1,240億円	
うち一般会計	D	35億円	
緊急雇用安定助成金	E	4,832億円	
休業給付金	F	2,404億円	
2～4年度計	A+C+E+F	6兆7,889億円	
一般会計負担計	B+D+E+F	2兆721億円	(31%)
失業等給付への任意繰入 (→雇用安定事業への貸出)	G	2兆4,698億円	
任意繰入を含む 一般会計負担計	B+D+E+F+G	4兆5,419億円	

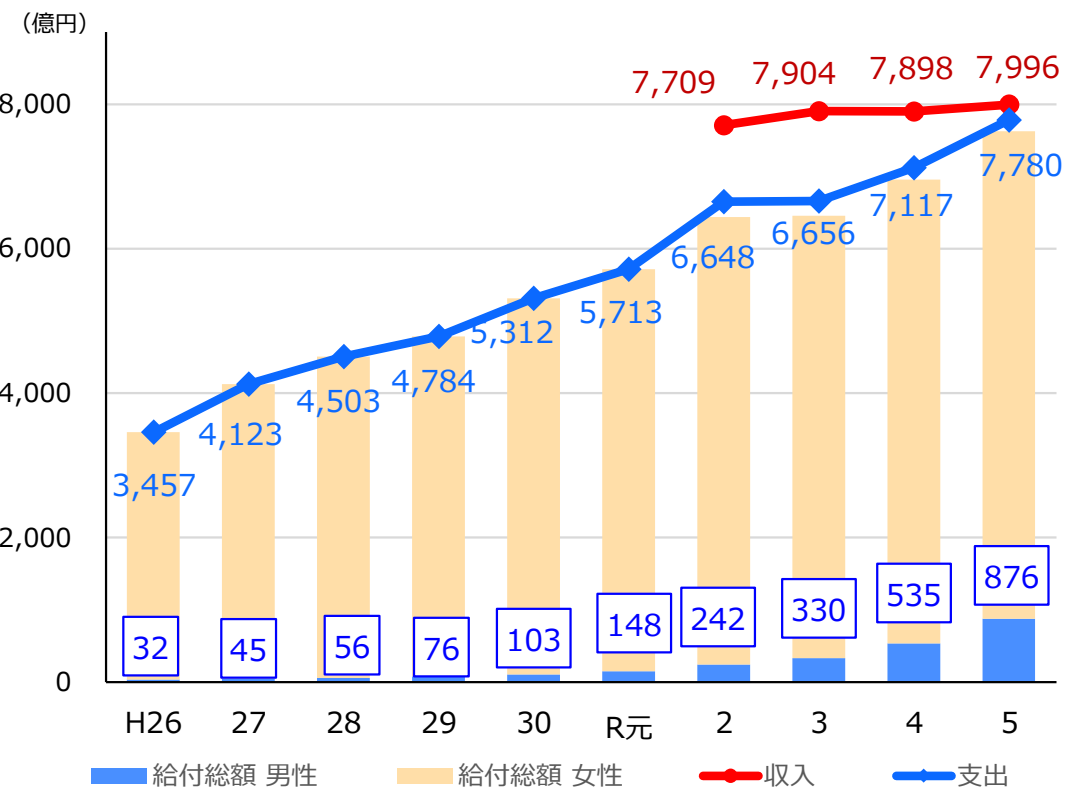
【改革の方向性】(案)

○ **国庫からの多額の繰入れにより継続したコロナ禍における雇用調整助成金等の特例措置**について、**次の危機に備える観点**からも、**実証的なデータに基づき、政策効果についての検証**を行うべき。

雇用保険の財政状況③（育児休業給付の増加への対応）

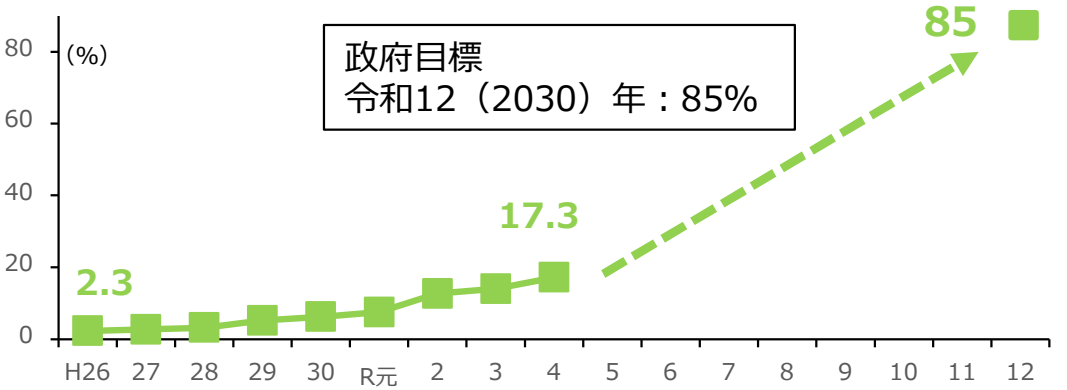
- 育児休業給付については、従前は失業等給付の中で一体的に経理していたが、給付総額が一貫して増加傾向にある中で、**令和2年度から**、給付と負担の関係を明確化するため、**失業等給付とは区分して、独自の保険料率（4/1,000）を設定。**
- 給付費がさらに増加した結果、**足下では保険料・国庫負担等の収入に迫る状況。**さらに、**男性育休の取得促進を進めていくと、育児休業給付の大幅な増加が見込まれることから、財政基盤の強化が不可欠。**

◆育児休業給付の財政運営

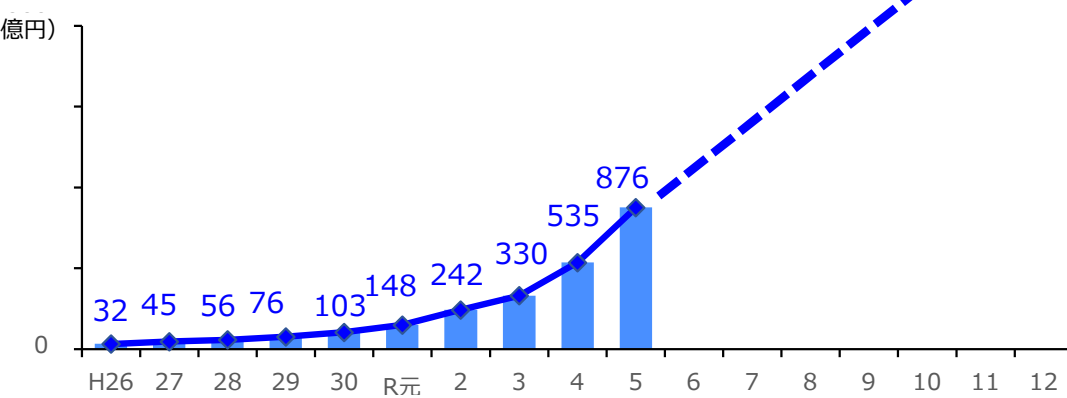


(注) 令和2年度以降の支出には、育児休業給付費に加えて事務費等を含めている。
令和4年度までは決算額、令和5年度は当初予算額。

◆育児休業取得率（男性）



◆育児休業給付費（男性）



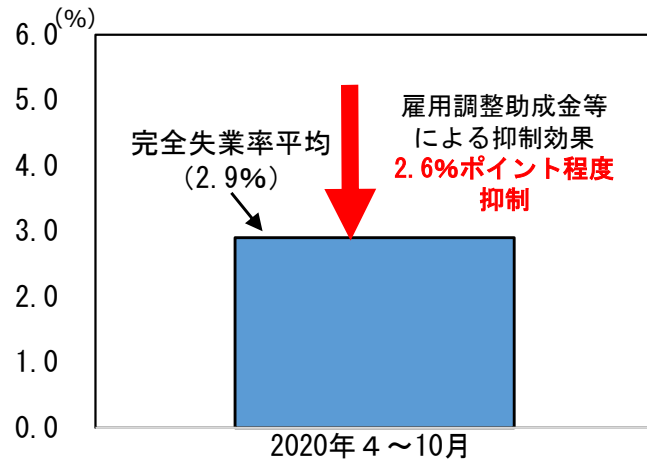
【改革の方向性】（案）

- 育児休業制度の拡充（給付率の引上げ、時短就業給付）に係る財源は別途検討することを前提に、**既存の育児休業給付については、男性の大幅な育休取得増等に対応できるよう、将来的な給付の増加の見込みを踏まえて、現在の保険料率（0.4%）・国庫負担割合（本則1/8のところ現行1/80）の見直しを含め、早急に育児休業給付を支える財政基盤を強化するべき。**

雇用調整助成金制度①（見直しの方向性）

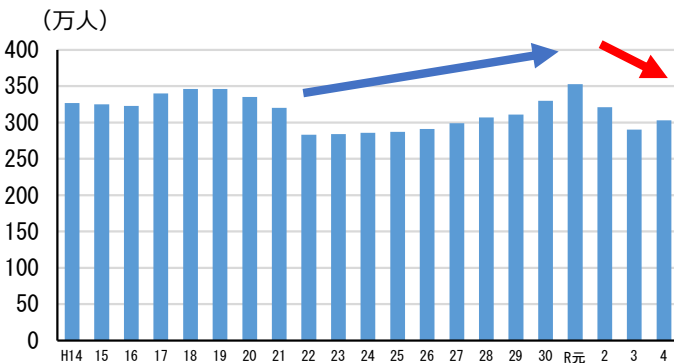
- 雇用調整助成金は、危機時の雇用維持に一定の効果を発揮する一方、健全な労働移動や労働者のスキルアップを阻害する一面もある。とりわけ、コロナ禍における特例対応の長期化によって、この懸念は顕著になった。
- 今後人口減少が進み、構造的に人手不足が深刻化していくと考えられる中で、労働市場の流動性を高め、個々の労働者が主体的に成長分野に移動できる環境整備が雇用の安定の観点からもより重要となる。

◆失業抑制効果



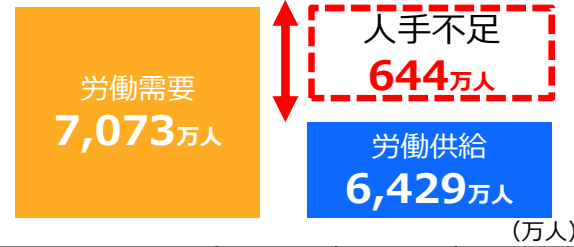
(出所) 厚生労働省「労働経済の分析」(令和3年7月)

◆転職者の推移



(出所) 総務省「労働力調査(詳細集計)」

◆人手不足の将来推計



	労働需要	労働供給	余剰/不足
サービス	2,101	1701	▲400
医療・福祉	1,367	1,180	▲187
卸売・小売	1,129	1,070	▲60
製造業	810	771	▲38
通信・サービス	206	175	▲31
教育	203	176	▲28
運輸・郵便	392	372	▲21
電力・ガス・水道	62	55	▲7
公務	185	181	▲4
農林水産業、鉱業	115	117	+2
金融・保険、不動産	228	258	+30
建設	275	374	+99

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

◆雇用調整助成金に関する研究・意見

①酒井正（法政大学経済学部准教授）

「大いに活用されて来た雇調金の特例措置であるが、それが長期にわたるなかで、さまざまな懸念も指摘されるようになっていた。長期間の休業による労働者の就業意欲の低下や、企業による不正受給の問題も看過できないが、最も大きな批判は、雇調金が経済のダイナミズムを失わせているというものだろう。もともと雇調金には、失業の未然の防止に資する一方で、**ゾンビ企業を延命することで産業の新陳代謝を遅らせ、本来行われるべき労働移動を阻害してしまう**との批判が常につきまわってきた。」

②星岳雄（東京大学大学院経済学研究科教授）

「この制度は、変化に対応するための雇用調整を助成するのではなく、**抜本的な雇用調整を行わずに休業などにより切り抜けようとする企業のための給付金**である。(中略)問題は雇用を守ろうとすること自体ではなく、その目的を企業の保護によって達成しようとするのだ。(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はできる。**」

③星野卓也（第一生命経済研究所経済調査部主任エコノミスト）

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

(出所) ①玄田 有史、連合総研編『セーフティネットと集団』(2023年5月24日) (抄)
 ②日本経済新聞(2020年8月6日)『未来先取りの改革、今度こそ アフターコロナを探る』(抄)
 ③第一生命経済研究所『コロナ禍が明らかにした失業者救済措置の課題』(2022年2月25日) (抄)

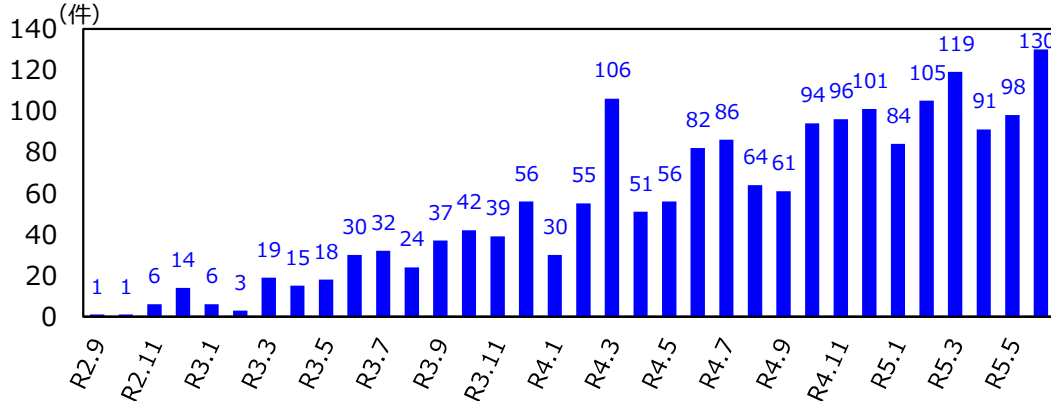
【改革の方向性】(案)

- 三位一体の労働市場改革の観点も踏まえ、雇用・労働施策の在り方を整理し、休業による雇用維持に重きを置いた現行の雇用調整助成金制度の見直しを含め、労働移動の円滑化・労働者のスキルアップに資する施策を強化していくべき。

雇用調整助成金制度②（不正事案への対応）

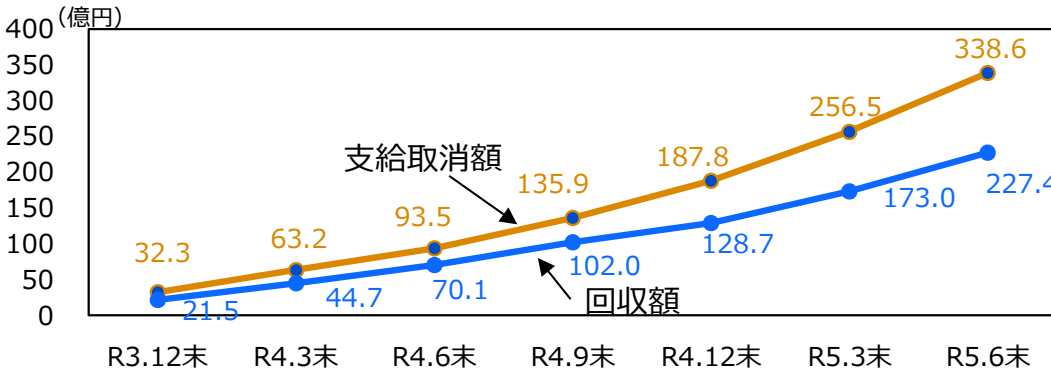
- 雇用調整助成金等の特例措置に関して、不正受給の発覚も相次いでおり、支給決定の取消金額は約339億円に達しているが、回収金額は約227億円にとどまっており、差額の約111億円は未返還となっている。
- 不正受給事案へは、事業所名・代表者名等の公表や、返還請求時の不正受給額の2割のペナルティーを科している。また、不正受給全体の約4%は刑事告発事案となっている。

◆不正受給による支給決定取消件数の推移（月次）



（注）緊急雇用安定助成金も含む。不正受給として処分を行った月ごとに支給取消決定件数を集計。
雇用調整助成金と緊急雇用安定助成金両方の不正の場合はそれぞれ1件ずつカウント（事業所数ではない）

◆不正受給による支給決定取消金額の推移（四半期）



◆不正受給事案への対応

（公表）	事業所名・代表者名等の公表
（返還請求）	不正受給した助成金額 + 延滞金 + 不正受給した助成金額の2割（ペナルティ）
（不支給措置）	雇用関係助成金の5年間の不支給
（刑事告発）	悪質な場合の刑事告発

◆不正受給事案の刑事告発

刑事告発の件数：56事業所・73件（不正受給全体の3.94%）

新型コロナウイルス対策の国の緊急雇用安定助成金1億7千万円超を詐取したとして、大阪府警は31日までに30～40代の男女5人を詐欺容疑で逮捕、30代の男性7人を同容疑で書類送検した。

12人の逮捕、書類送検容疑はそれぞれ共謀して2020年9月～21年3月、雇用実態のない従業員計180人分の休業手当を支払ったとして、東京と大阪の労働局に虚偽申請し、助成金計約1億7800万円をだまし取った疑い。

（出所）2023年7月31日日本経済新聞（共同通信配信）

【改革の方向性】（案）

- 不正受給の発覚も相次いでおり、厚生労働省において、不正は許されない旨の強いメッセージを発信するとともに、事後チェックを徹底するなど、不正に対してより一層厳正に対応していくべき。