

社会保障  
(参考資料)

財務省

2024年11月13日

# 目次

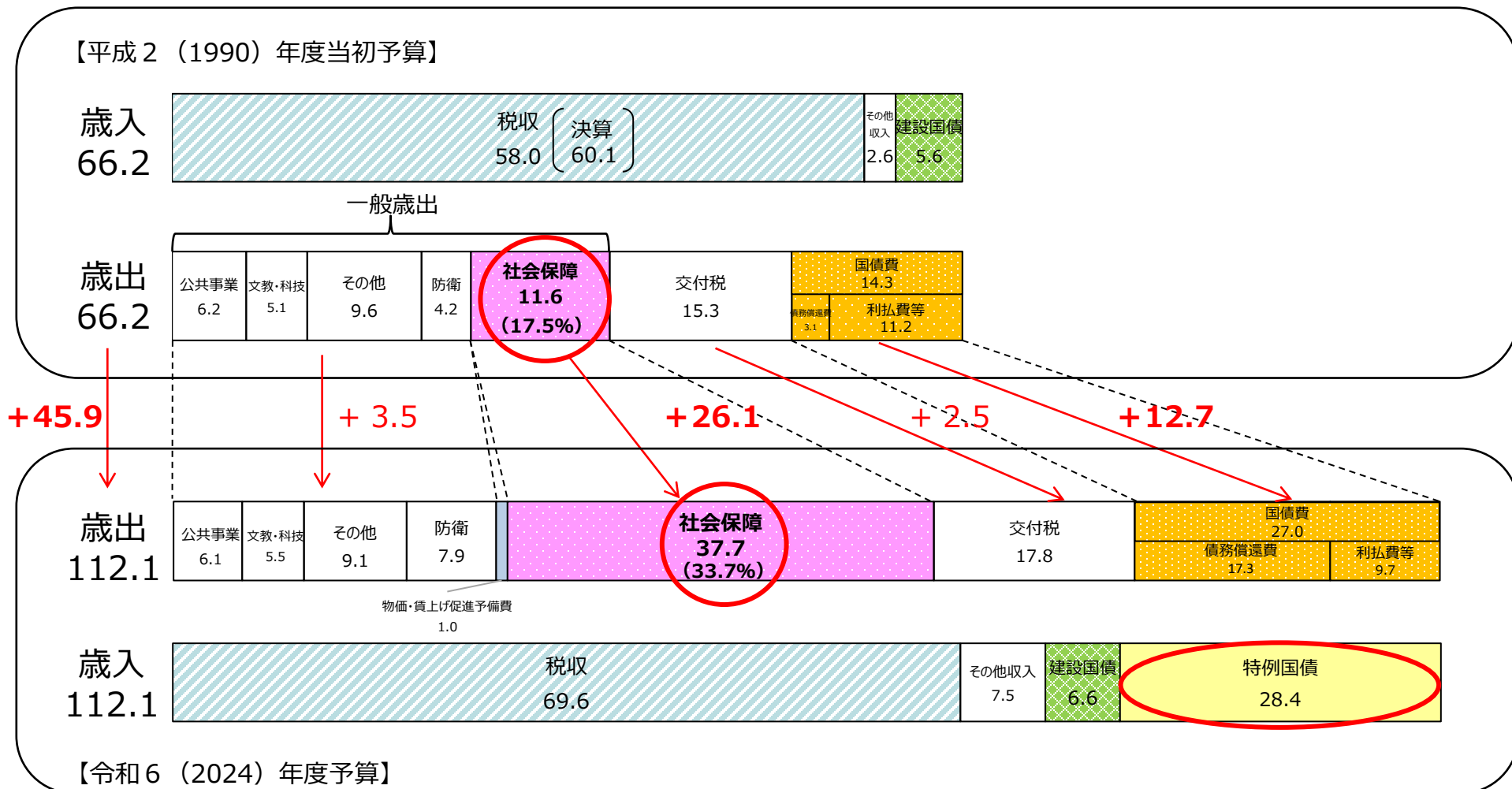
1. 総論
2. 少子化対策・子育て
3. 医療
4. 介護
5. 年金
6. 障害福祉
7. 生活保護等
8. 雇用

# 1. 総論

# 平成2年度と令和6年度における国の一般会計歳入・歳出の比較

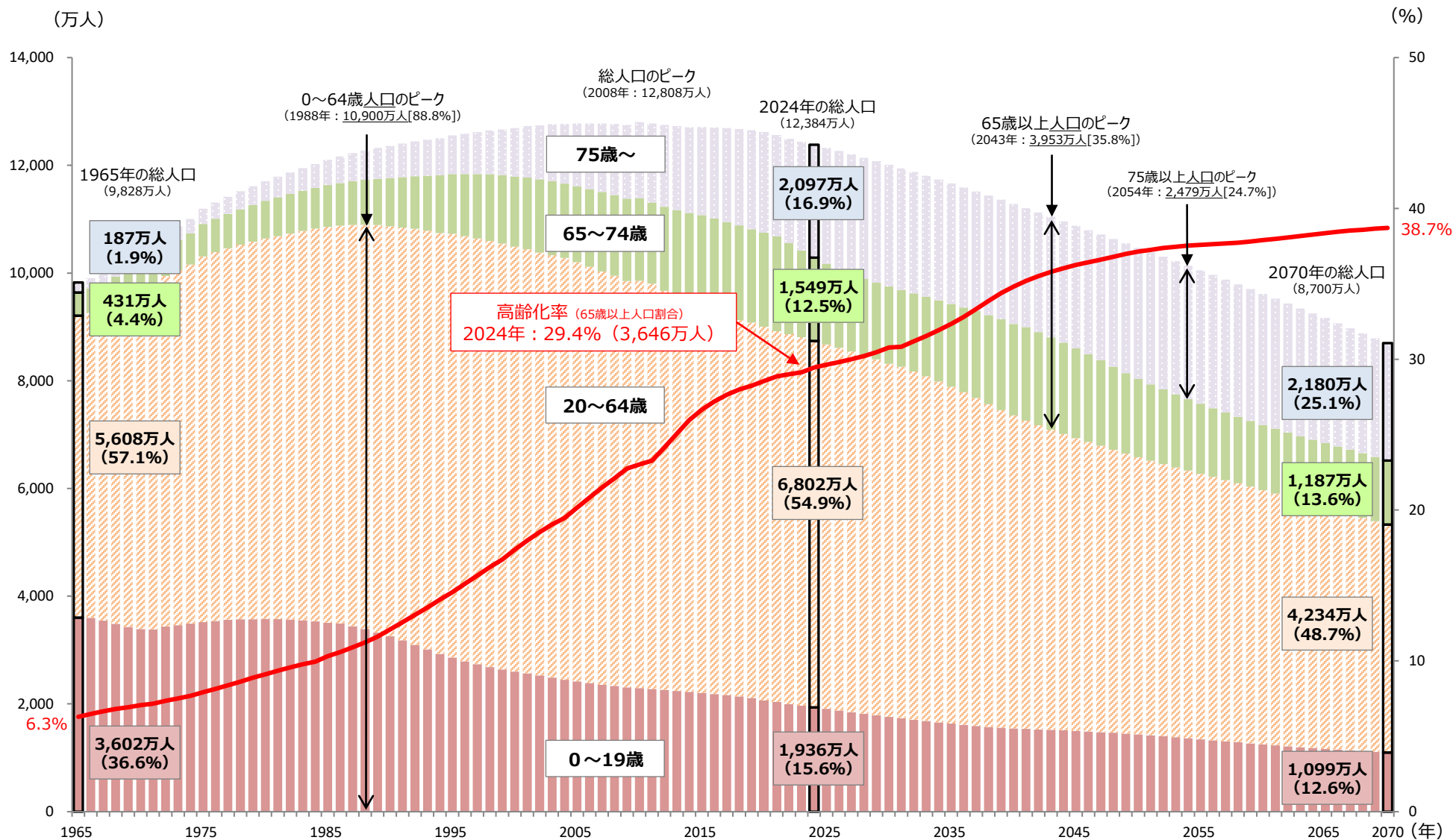
- 特例公債の発行から脱却することのできた平成2年度当初予算と比較すると、令和6年度予算では、社会保障関係費が大幅に増え、特例公債で賄っている。

(単位：兆円)



(注) 括弧内は一般会計歳出に占める社会保障関係費の割合。

# わが国経済の構造問題としての人口構成



(出所) 総務省「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年4月推計)」(出生中位・死亡中位仮定)

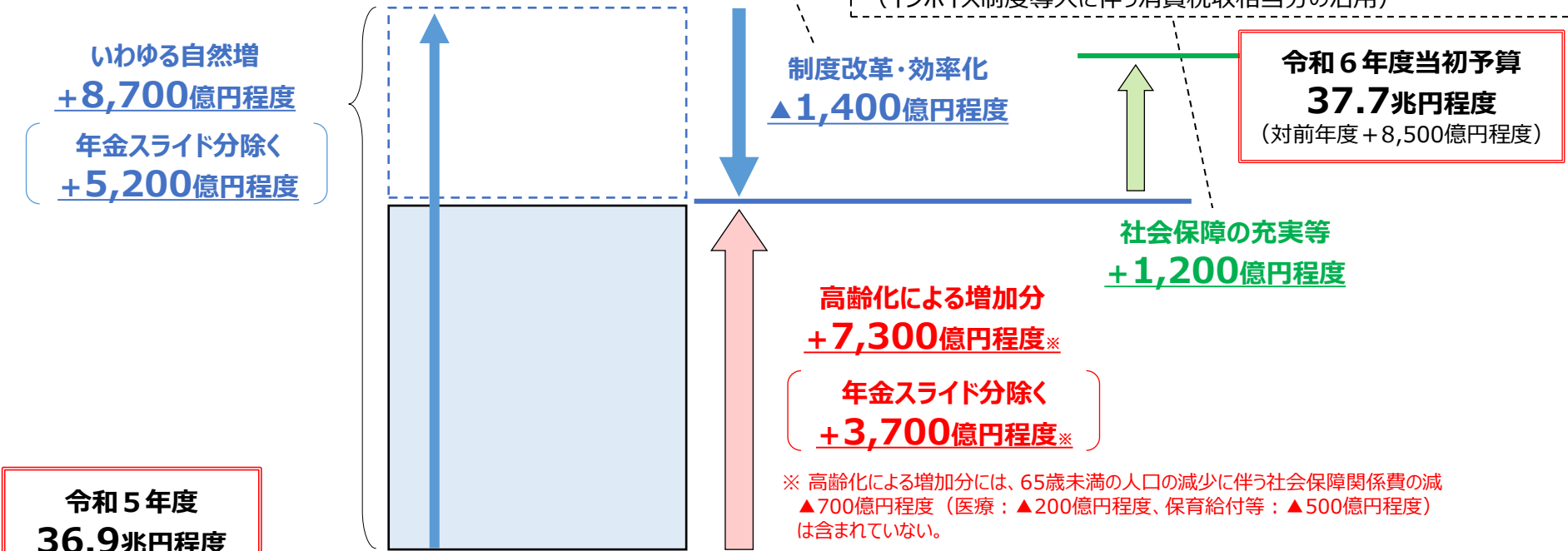
(注) カッコ書きの計数は構成比

# 令和6年度社会保障関係費の全体像

- 令和6年度の社会保障関係費は、前年度（36.9兆円）から+8,500億円程度の37.7兆円。経済・物価動向等を踏まえつつ、社会保障関係費の実質的な伸びを高齢化による増加分におさめる方針を達成（年金スライド分を除く高齢化による増は+3,700億円程度、年金スライド分の増は+3,500億円程度）。

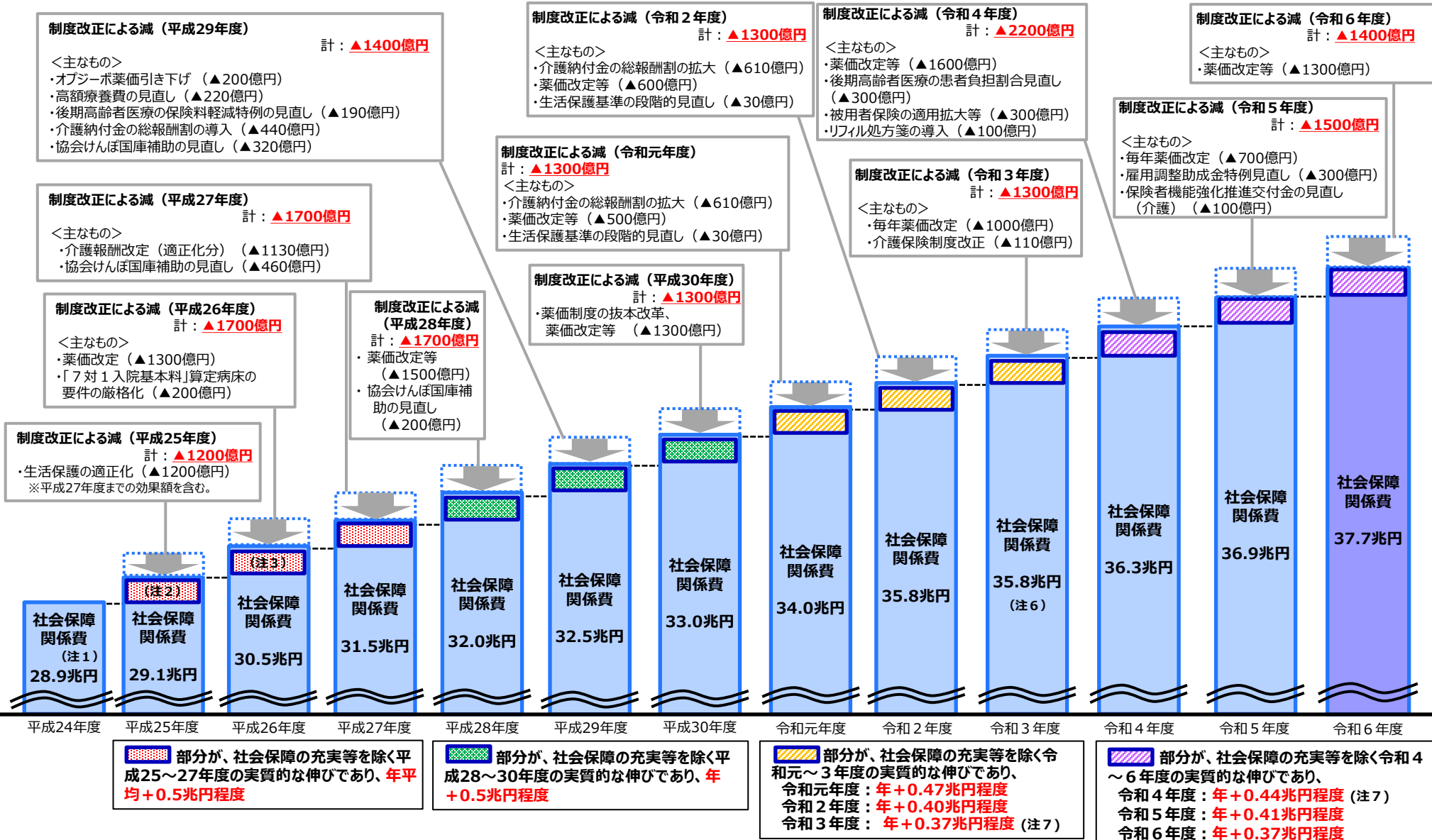
薬価等改定・薬価制度改革 ▲1,300億円程度  
 前期高齢者納付金の報酬調整 ▲1,300億円程度  
 被用者保険の適用拡大 ▲100億円程度  
 診療報酬改定 +600億円程度（800億円程度※）  
 介護報酬改定 +200億円程度（400億円程度※）  
 障害福祉サービス等報酬改定 +200億円程度  
 健保組合支援 +200億円程度（400億円程度※）等  
 ※消費税収による対応を含めた金額

社会保障の充実 ▲100億円程度  
 年金生活者支援給付金 ▲1,300億円程度  
 低所得者保険料軽減（介護） ▲200億円程度  
 医療介護総合確保基金（介護） ▲100億円程度  
 育児休業給付の国庫負担引き上げ +1,000億円程度  
 診療報酬改定（処遇改善） +300億円程度  
 介護報酬改定（処遇改善） +300億円程度 等  
 高等教育無償化（「新しい経済政策パッケージ」） +100億円程度  
 児童手当の抜本的拡充 +1,200億円程度  
 （インボイス制度導入に伴う消費税収相当分の活用）



※ 高齢化による増加分には、65歳未満の人口の減少に伴う社会保障関係費の減 ▲700億円程度（医療：▲200億円程度、保育給付等：▲500億円程度）は含まれていない。

# 最近の社会保障関係費の伸びについて

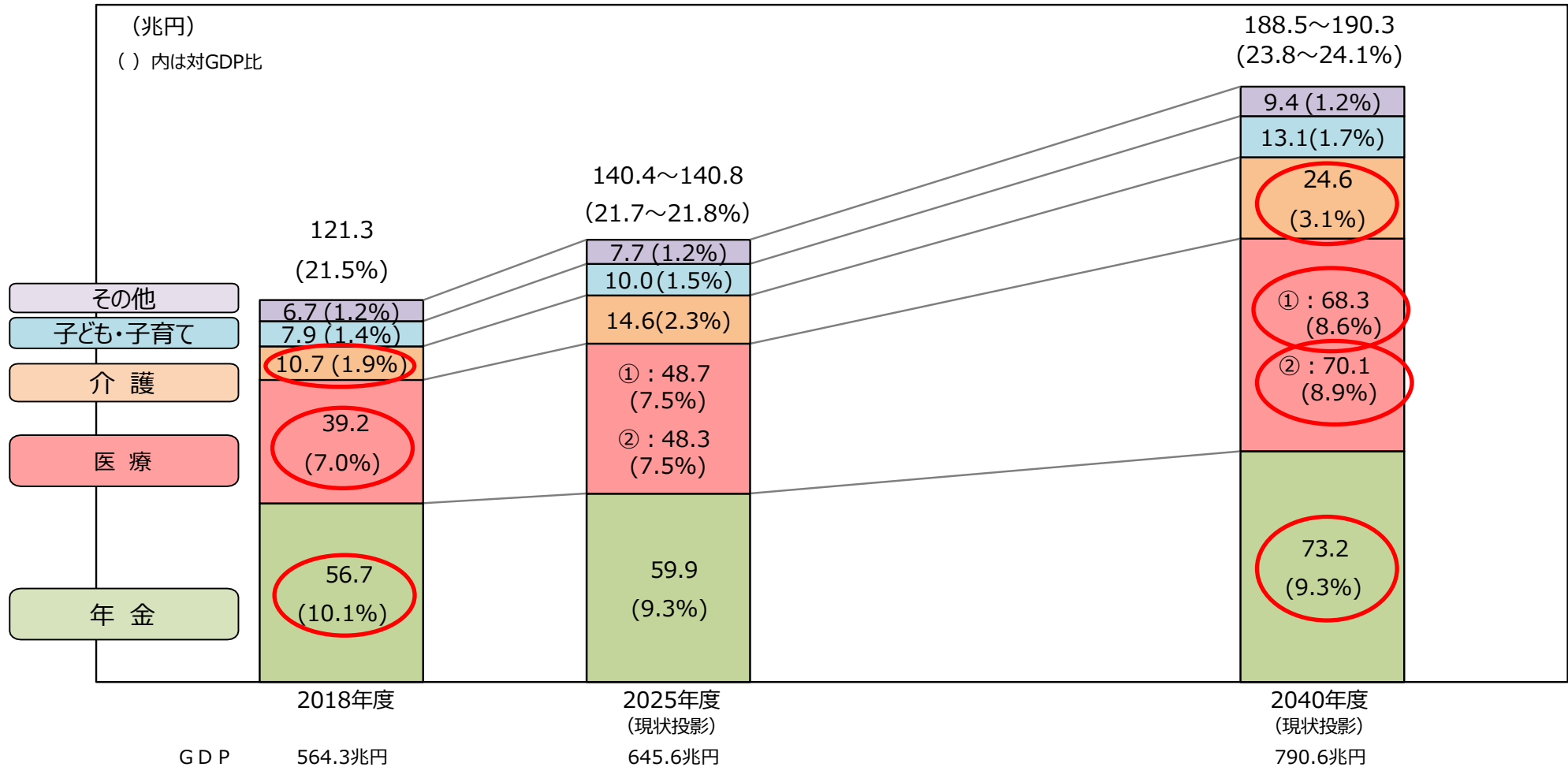


(注1) 年金国庫負担2分の1ベースの予算額。 (注2) 基礎年金国庫負担の受入超過による精算 (▲0.3兆円) の影響を含めない。  
 (注3) 高齢者の医療費自己負担軽減措置等に係る経費の当初予算化 (+0.4兆円) の影響を含めない。 (注4) 社会保障関係費の計数には、社会保障の充実等を含む。 (注5) 令和元・2年度の社会保障関係費の計数は、臨時・特別の措置を除く。  
 (注6) 令和2年度まで社会保障関係費として分類していた1,200億円程度の経費について、経費区分の変更を行ったため、除外している。  
 (注7) 新型コロナウイルス感染症の影響を受けた足元の医療費動向を踏まえ、医療費に係る国庫負担分を令和3年度においては▲2000億円、令和4年度においては▲700億円程度減少させたベースと比較している。  
 (注8) 令和元年度以降の社会保障関係費の実質的な伸びは、年金スライド分を除く。

# 社会保障給付費の見通し

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

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

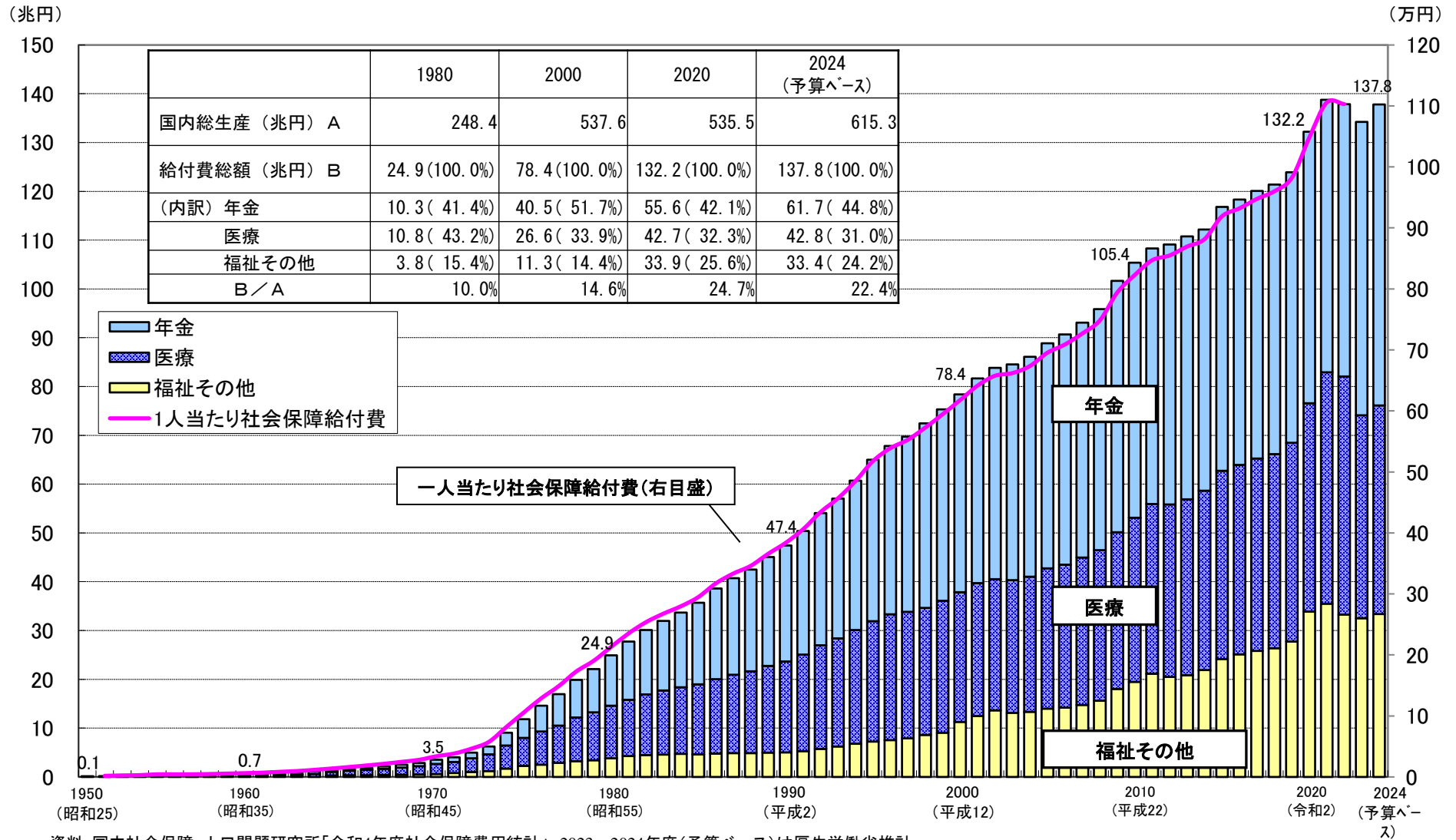


(注) 医療については、単価の伸び率の仮定を2通り設定しており、給付費も2通り(①と②)示している。

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



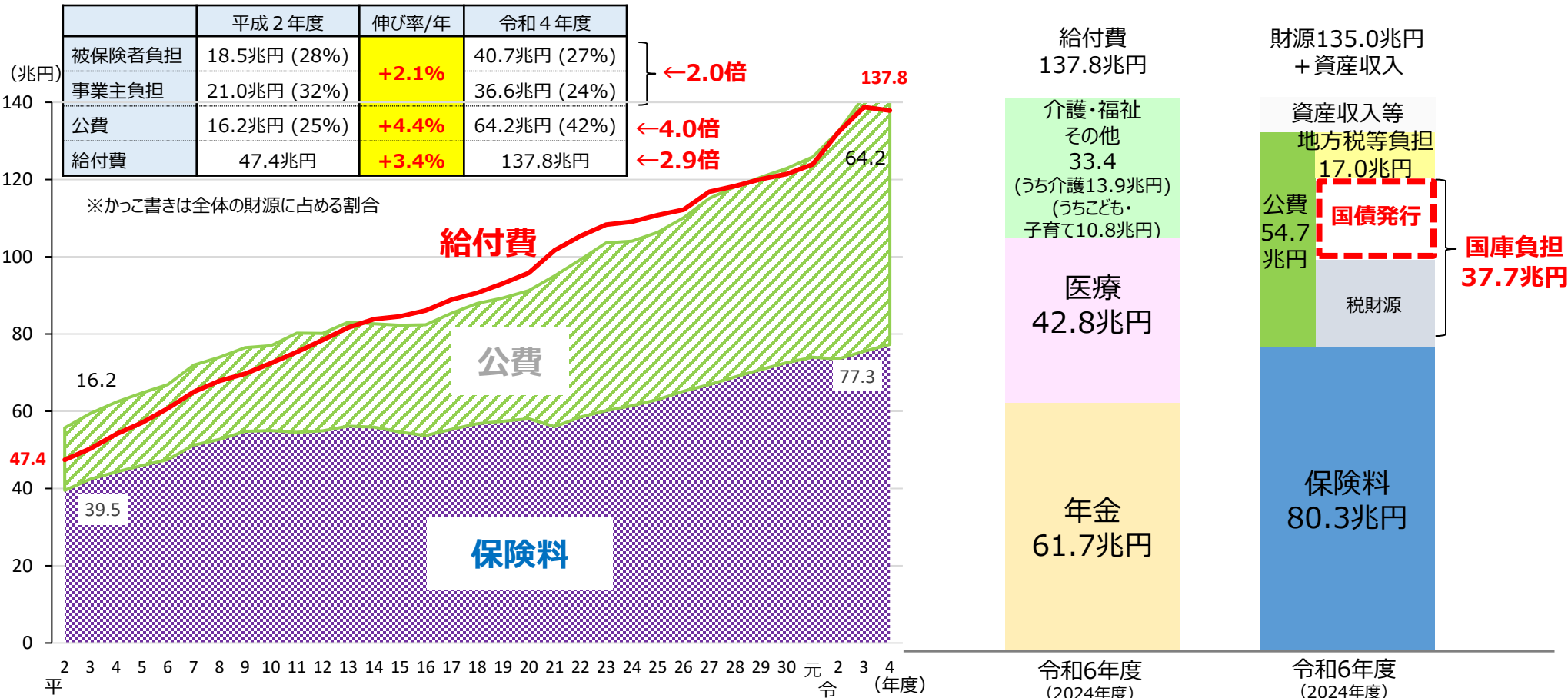
# 社会保障給付費の推移



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「令和4年度社会保障費用統計」、2023~2024年度(予算ベース)は厚生労働省推計、  
2024年度の国内総生産は「令和6年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(令和6年1月26日閣議決定)」  
(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000,2010,2020及び2024年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

# 社会保障における受益（給付）と財政の関係

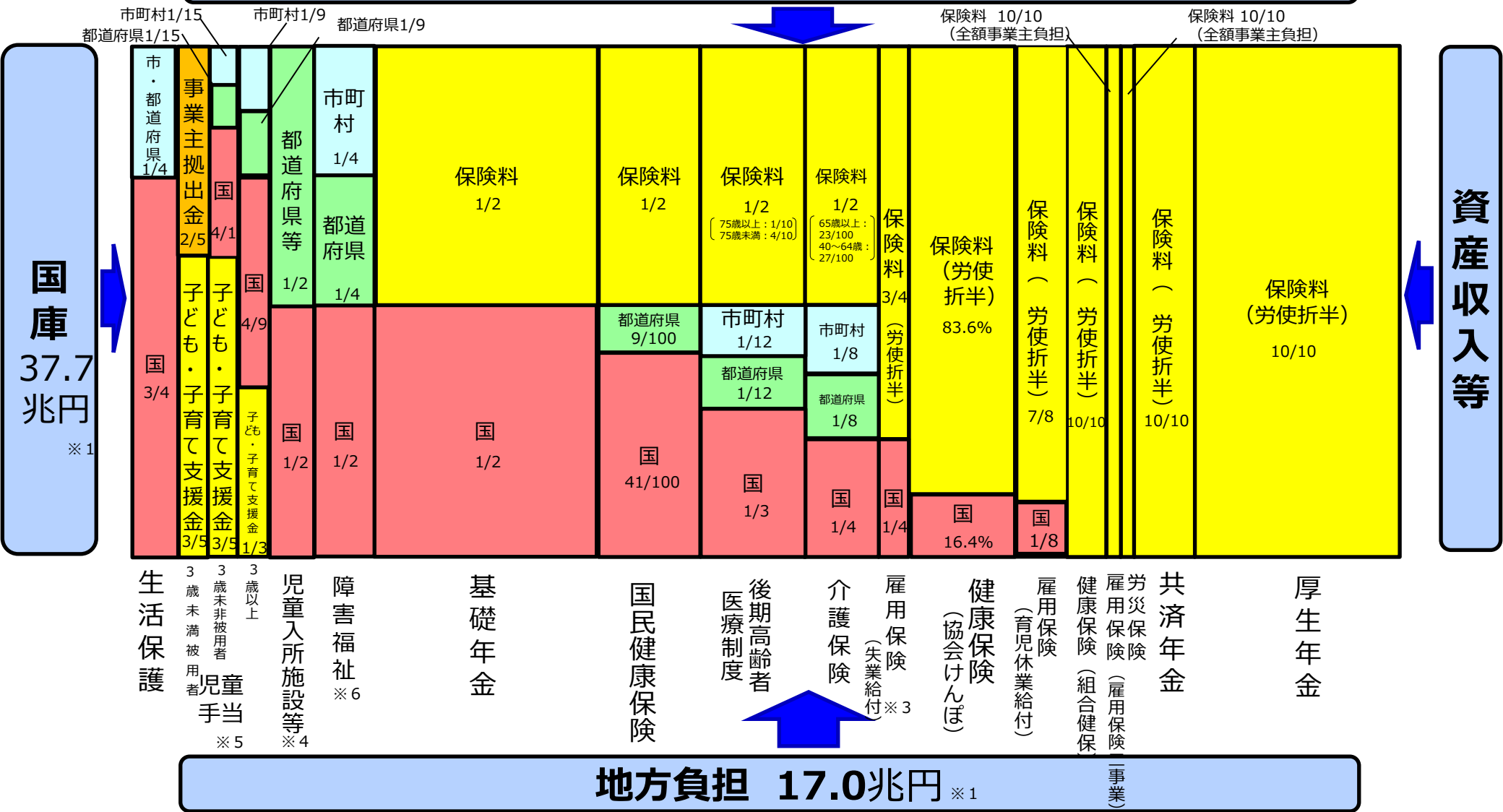
- **我が国の社会保障制度は、受益（給付）と負担の対応関係が本来明確な社会保険方式を採りながら、後期高齢者医療・介護給付費の5割を公費で賄うなど、公費負担（税財源で賄われる負担）に相当程度依存している。**その結果、近年、公費の比重の大きい後期高齢者医療・介護給付費の増に伴い、公費負担への依存度が著しく増加している。
- その際、**本来税財源により賄われるべき公費の財源について特例公債を通じて将来世代へ負担が先送りされているため、負担増を伴わないままに受益（給付）が先行する形となっており、受益（給付）と負担の対応関係が断ち切られている。**負担の水準の変化をシグナルと捉えて受益の水準をチェ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



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「令和4年度社会保障費用統計」、令和6年度の値は厚生労働省（当初予算ベース）  
 (注1) 令和4年度以前については決算ベース、令和6年度については当初予算ベースであり、新型コロナウイルス感染症対策に係る事業等に伴う支出の扱いが異なる点に留意。  
 (注2) 令和4年度の給付費については、社会保障給付費（公表値）から新型コロナウイルス感染症対策に係る事業等に係る費用（公表値）を除いた場合、129.3兆円となる。

# 社会保障財源の全体像（イメージ）

保険料 80.3兆円 ※1、2



(注) ※1 保険料、国庫、地方負担の額は2024年度当初予算ベース。 ※2 保険料には事業主拠出金及び子ども・子育て支援金を含む。 ※3 雇用保険（失業給付）の国庫負担割合については、雇用情勢及び雇用保険財政の状況に応じ、1/4又は1/40となるとともに、一定の要件下で一般会計からの繰入れが可能。 ※4 市及び福祉事務所設置町村が市町村立・私立の母子生活支援施設及び助産施設に入所させる場合等の負担割合は、国1/2、都道府県1/4、市町村1/4となっている。 ※5 児童手当については、公務員支給分を除いた割合である。また、負担割合は子ども・子育て支援法等の一部を改正する法律（令和6年法律第 号）による改正後のもの。なお、2028年度にかけて、必要に応じ、こども・子育て支援特例公債を発行。 ※6 障害児支援を含む。なお、障害児入所に係る負担割合は、国1/2、地方公共団体1/2となっている。

## 【「全世代型社会保障」とは】

- 給付は高齢者中心、負担は現役世代中心となっているこれまでの社会保障の構造を見直し、**年齢に関わりなく全ての世代が能力に応じて支え合い、必要な給付がバランスよく提供される、持続可能な社会保障を目指すもの**

## 【目指すべき方向性】

### (1) 議論の視野

- **2040年を視野 = 本格的な「人口減少」へ + 「超高齢社会」の進行**

### (2) 目指すべき方向性

- **現役世代の負担軽減**

少子化の流れを変えるため、子育て・若者への支援を強化するとともに増加する社会保障給付を重点化・効率化しつつ、能力に応じて皆で支え合う仕組みを構築

- **社会保障制度の支え手を増やす**

働き方に中立的な社会保障制度とすることで、女性や高齢者の就労を促進

# 全世代型社会保障の構築に関する検討体制

内閣官房「全世代型社会保障構築本部」  
(令和6年11月8日) 資料 1

## 全世代型社会保障構築本部 (総理・関係閣僚)

### 【構成員】

本部長 : 総理大臣  
副本部長 : 全世代型社会保障改革担当大臣  
本部員 : 官房長官、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)、総務大臣、財務大臣、厚労大臣

### 【開催経過】

令和4年1月以降計10回開催  
令和5年12月「こども未来戦略」「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋(改革工程)」を決定

### 【趣旨】

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、内閣に、その企画及び立案並びに総合調整を行う全世代型社会保障構築本部を設置する。

## 全世代型社会保障構築会議 (全世代型社会保障改革担当大臣(主宰)・有識者)

### 【構成員】

座長 : 清家篤 日本赤十字社社長/慶應義塾学事顧問  
座長代理 : 増田寛也 日本郵政株式会社取締役兼代表執行役社長  
構成員 : 有識者16名

### 【開催経過】

令和3年11月以降計18回開催  
令和4年12月 報告書とりまとめ  
令和5年12月 「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋(改革工程)」をとりまとめ

### 【趣旨】

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築する観点から、社会保障全般の総合的な検討を行うため、全世代型社会保障構築会議を開催する。

## こども未来戦略会議 (総理・関係閣僚・有識者)

### 【構成員】

議長 : 総理大臣  
副議長 : 全世代型社会保障改革担当大臣、  
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)  
構成員 : 全世代型社会保障構築本部の本部員、文部科学大臣、  
経済産業大臣、国土交通大臣、有識者19名

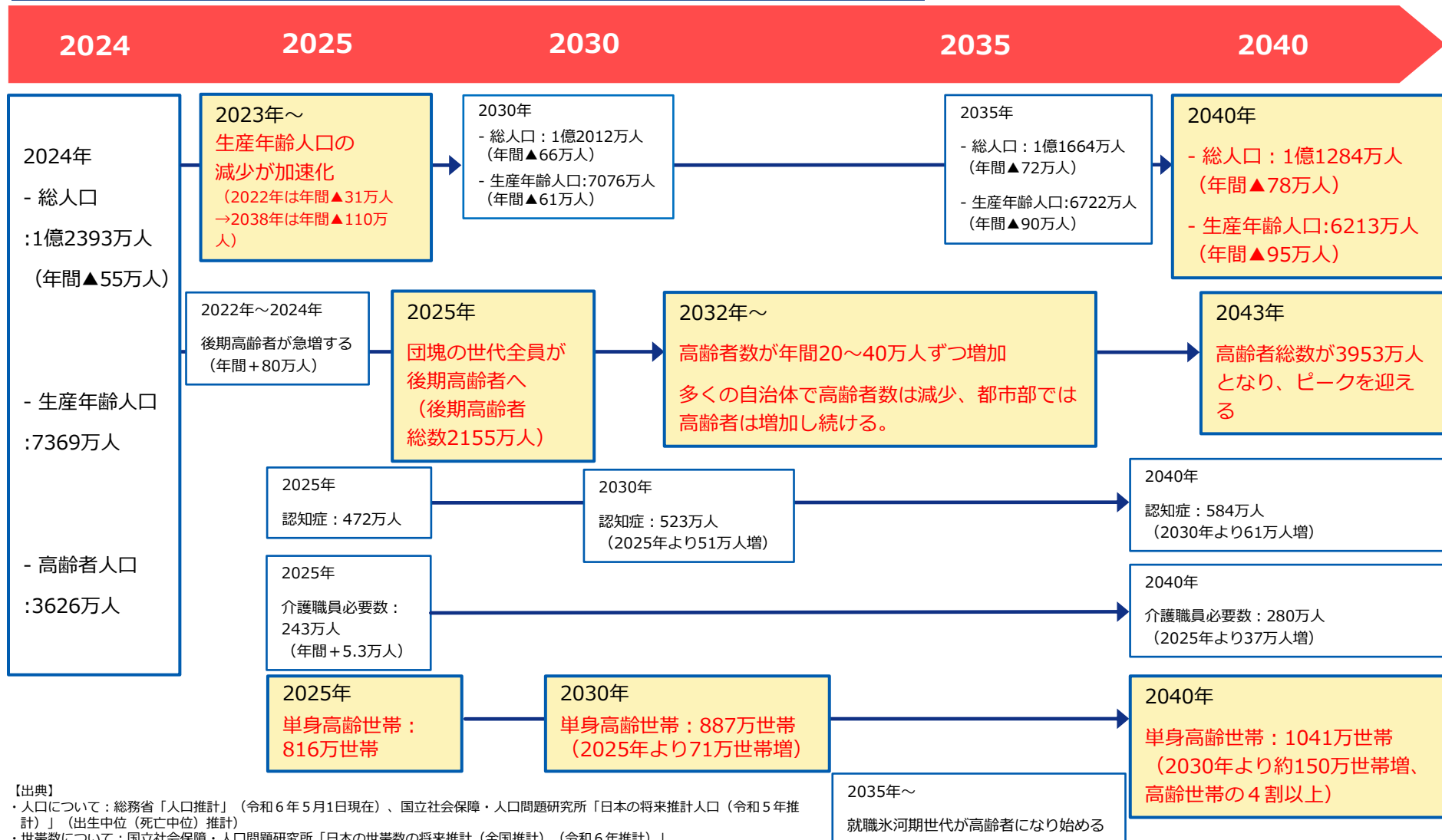
### 【開催経過】

令和5年4月以降計9回開催  
令和5年6月「こども未来戦略方針」  
12月「こども未来戦略」をとりまとめ

### 【趣旨】

こども・子育て政策の強化について、具体的な施策の内容、予算、財源の在り方について検討する必要があることから、こども・子育て政策に係る関係閣僚、有識者、子育ての当事者・関係者、さらには関係団体の参画を求めて、全世代型社会保障構築本部の下に、「こども未来戦略会議」を開催する。

# 2040年までの人口等に関する短期・中期・長期の見通し



【出典】

- ・人口について：総務省「人口推計」（令和6年5月1日現在）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）」（出生中位（死亡中位）推計）
- ・世帯数について：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）（令和6年推計）」
- ・認知症について：認知症施策推進関係者会議（第2回）資料9「認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究」（九州大学大学院医学研究院 衛生・公衆衛生学分野 二宮利治）。2022年の4地域（久山町、中島町、中山町、海士町）から得られた認知症の性年齢階級別有病率が2025年以降も一定と仮定した推計。
- ・介護職員数の必要数について：市町村により第8期介護保険事業計画に位置づけられたサービス見込み量（総合事業を含む）等に基づく都道府県による推計値を集計したもの。

## 2. 少子化対策・子育て



# こども未来戦略「加速化プラン」施策のポイント

## 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）
- ✓ 非正規雇用労働者の雇用の安定と質の向上（同一労働同一賃金の徹底、希望する非正規雇用労働者の正規化）

### 児童手当の拡充

拡充後の初回の支給は2024年12月（2024年10月分から拡充）

- ✓ 所得制限を撤廃
- ✓ 高校生年代まで延長  
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
- ✓ 第3子以降は3万円

支給金額	3歳未満	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 <small>* 多子加算のカウント方法を見直し</small>	

→ 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

2022年度から実施中（2025年度から制度化）

- ✓ 出産・子育て応援交付金  
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×こどもの数）
- ✓ 伴走型相談支援  
様々な不安・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  
今後10年間で計30万戸 実施中

### 出産等の経済的負担の軽減

2023年度から実施中

- 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の検討  
2026年度を目途に検討

### フラット35の金利引下げ

- ✓ フラット35の金利引下げ  
こどもの人数に応じて最大1%（5年間）の引下げ  
2024年2月から実施

### 高等教育（大学等）

#### 大学等の高等教育費の負担軽減を拡充

- ✓ 給付型奨学金等を世帯年収約600万円までの多子世帯、理工農系に拡充 2024年度から実施
- ✓ 多子世帯の学生等については授業料等を無償化 2025年度から実施
- ✓ 貸与型奨学金の月々の返還額を減額できる制度の収入要件等を緩和 2024年度から実施
- ✓ 修士段階の授業料後払い制度の導入 2024年度から実施

## 2. 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」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年度から本格実施を見据えた試行的事業を実施（2023年度からの実施も可能）  
※2025年度から制度化・2026年度から給付化し全国の自治体で実施
- ✓ 保育所：量の拡大から質の向上へ  
4・5歳児は2024年度から実施、1歳児は2025年度以降加速化プラン期間中の早期に実施  
・76年ぶりの配置改善：（4・5歳児）30対1→25対1（1歳児）6対1→5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 2023年度から実施  
・「小1の壁」打破に向けた放課後児童クラブの質・量の拡充 2024年度から常勤職員配置の改善を実施
- ✓ 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 2023年度から順次実施  
・児童扶養手当の拡充  
・補装具費支援の所得制限の撤廃 2024年度から実施  
拡充後の初回の支給は2025年1月（2024年11月分から拡充）

## 3. 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）  
→ 男性育休を当たり前 ※2022年度：17.13%
- ✓ 育児休業取得率の開示制度の拡充 2025年度から実施
- ✓ 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支給の助成拡充 2024年1月から実施  
✓ 出生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年度から実施

### 育児期を通じた柔軟な働き方の推進・多様な働き方と子育ての両立支援

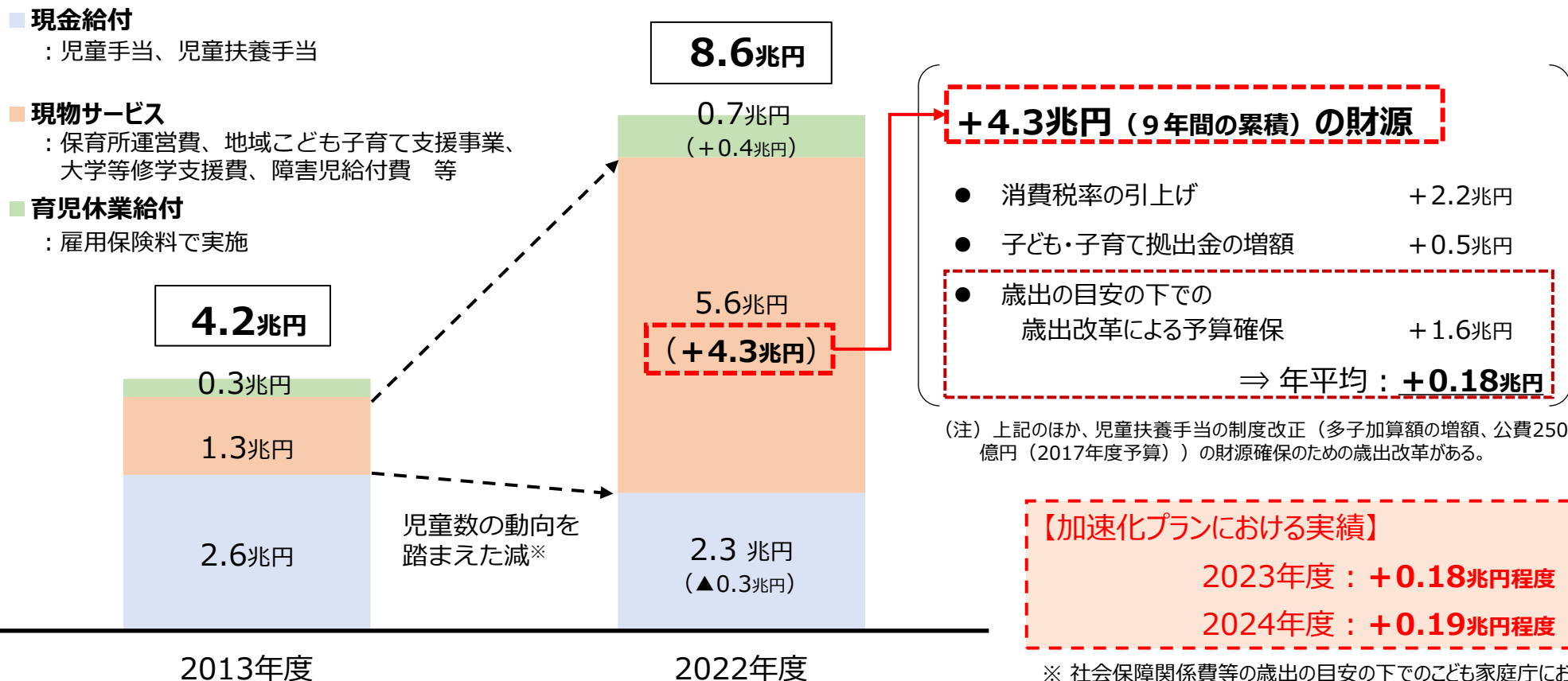
- ✓ 子が3歳以降小学校就学前までの柔軟な働き方を実現するための措置  
公布の日から1年6月以内に政令で定める日から実施  
・事業主が、テレワーク、時短勤務等の中から2以上措置
- ✓ 時短勤務時の新たな給付 2025年度から実施 → 利用しやすい柔軟な制度へ
- ✓ 国民年金第1号被保険者の育児期間に係る保険料免除措置 2026年10月から実施



# 歳出改革による公費節減（こども未来戦略）

- 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、**社会保障関係費等の歳出の目安の下での歳出改革により、2013年度から2022年度までの9年間で、こども・子育て関連予算（国・地方あわせた公費ベース）を年平均0.18兆円程度増加させてきている。**
- 「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」における医療・介護制度等の改革を実現することを中心に取り組み、これまでの実績も踏まえ、**2028年度までに、公費節減効果について1.1兆円程度の確保を図る。**

## ◆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



(注) 上記のほか、児童扶養手当の制度改正（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。

※ 社会保障関係費等の歳出の目安の下でのこども家庭庁における予算確保額など

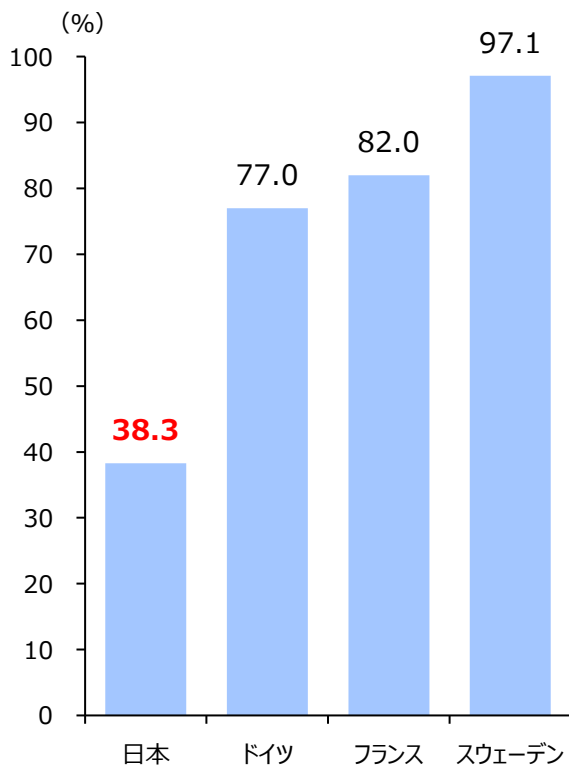
※児童手当の特例給付対象者に係る所得上限の設定による減を含む

# 社会全体の構造・意識の变革

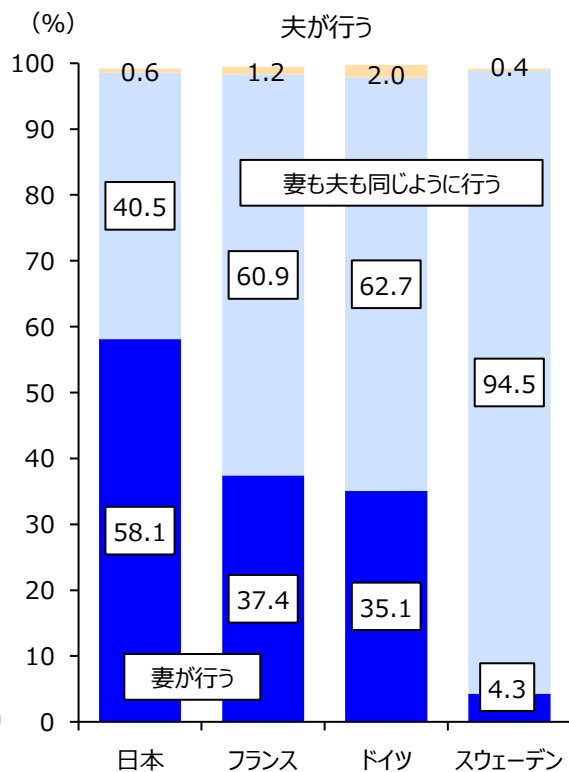
令和6年5月21日  
財政制度等審議会  
建議参考資料

- 我が国では、自国が「子どもを生き育てやすい国」と思う割合が低いほか、就学前の子ども育児について、「妻が行く」と考える割合が過半数に達している状況。社会全体で子ども・子育て世帯を応援するという気運を高めていくためにも、企業や男性、さらには地域社会、高齢者や独身者を含めて、皆が参加して、社会の構造や意識の变革に取り組んでいかなければならない。

## ◆ 自国が子どもを生き育てやすい国だと思う割合



## ◆ 小学校入学前の子どもの育児における夫・妻の役割についての考え



【岸田総理施政方針演説（2024年1月30日）（抄）】

単に制度や施策を策定するのではなく、**社会全体で、子どもや子育て世帯を応援する機運を高める取組を車の両輪として進めてまいります。**

【人口ビジョン2100（2024年1月 人口戦略会議）（抄）】

### 民間、地域の取り組みが重要

- ・ 人口問題には、働き方改革など社会規範をめぐる課題や個人の価値観にも関わるようなテーマが多く、その点で**企業をはじめとする民間や地域の取り組み、さらには国民的な論議が重要な意味を持てきます。**

また、出産・子育ては、ややもすると大変といったイメージが先行しがちです。子育ての楽しさや喜びを世の中に伝える明るいイメージづくり、広報にも配慮したいところですし、子どもの健やかな成長に資する書籍・劇・映画といった文化財や地域における身近な遊びの場の提供なども重要です。

- ・ こうしたテーマについて**政府が「上から指導する」かのような主導的役割を果たすことは、逆効果となりかねません。**したがって、政府とは別の組織として、有識者や経済界や労働界のリーダー、地方自治体などが自主的に参加する「国民会議」を立ち上げ、**民間及び地域ベースで積極的に取り組んでいくことが必要**です。

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

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

- 少子化・人口減少のトレンドを反転させるためには、3.6兆円の加速化プラン施策を着実に実行に移すとともに、その効果も見ながら、更なる政策展開を検討していくことが必要となる。
- 今後、今回の加速化プラン施策を含めた「こども・子育て支援政策」全般についてP D C Aを回していくとともに、「若い世代の所得向上に向けた取組」や「社会の意識改革」の取組状況をよく見極めた上で、少子化の背景にある構造問題を克服するために更に必要な施策はどのようなものか、しっかりと精査すべき。その上で、施策の充実に際しては、内容に応じて、社会全体でどう支えるかあらゆる選択肢を視野に入れて検討していくべき。

## ◆「こども未来戦略」（2023年12月22日閣議決定）（抜粋）

- こども・子育て政策の充実は、決して、「加速化プラン」で終わるものではない。こども・子育て予算倍増に向けては、「加速化プラン」の効果の検証を行いながら、政策の内容・予算を更に検討し、こども家庭庁予算で見て、2030年代初頭までに、国の予算又はこども一人当たりで見た国の予算の倍増を目指す。今後更に政策の内容の充実を検討し、内容に応じて、社会全体でどう支えるかあらゆる選択肢を視野に入れて更に検討する。

若い世代の所得向上に向けた取組

取組状況  
の見極め



こども・子育て支援政策

P D C A

社会全体で  
どう支えるか



社会の意識改革

取組状況  
の見極め

## 3. 医療

# 創薬力の向上により国民に最新の医薬品を迅速に届けるための構想会議 中間とりまとめ概要

## 課題認識

ドラッグ・ラグ／ドラッグ・ロス問題、我が国の医薬品産業の国際競争力の低下、産学官を含めた総合的・全体的な戦略・実行体制の欠如

医薬品産業・医療産業全体を我が国の科学技術力を活かせる重要な成長産業と捉え、政策を力強く推進していくべき

## 戦略目標

治療法を求める全ての患者の期待に応えて最新の医薬品を速やかに届ける

- 現在生じているドラッグ・ラグ／ドラッグ・ロスの解消
- 現時点で治療法のない疾患に対する研究開発を官民で推進

我が国が世界有数の創薬の地となる

- 豊かな基礎研究の蓄積と応用研究の進展
- 国内外の投資と人材の積極的な呼び込み

投資とイノベーションの循環が持続する社会システムを構築する

- アカデミアの人材育成や研究開発環境の整備、医薬品産業構造の改革
- スター・サイエンティストの育成、投資環境の整備、イノベーションとセルフケアの推進

## 1. 我が国の創薬力の強化

創薬は基礎から実用化に至るまでの幅広い研究開発能力とともに、社会制度や規制等の総合力が求められる。創薬エコシステムを構成する人材、関連産業、臨床機能などすべての充実と発展に向け、国際的な視点を踏まえながら、我が国にふさわしい総合的かつ現実的な対策を講じていくことが必要である。

- 多様なプレーヤーと連携し、出口志向の研究開発をリードできる人材
  - 海外の実用化ノウハウを有する人材や資金の積極的な呼び込み・活用
  - 外資系企業・VCも含む官民協議会の設置（政府・企業が政策や日本での活動にコミット）
  - 国内外のアカデミア・スタートアップと製薬企業・VCとのマッチングイベントの開催
- 国際水準の臨床試験実施体制
  - ファースト・イン・ヒューマン（FIH）試験実施体制の整備
  - 臨床研究中核病院の創薬への貢献促進
  - 国際共同治験・臨床試験の推進
  - 治験業務に従事する人材の育成支援・キャリアトラックの整備
  - 海外企業の国内治験実施の支援
  - Single IRBの原則化・DCTの推進・情報公開と国民の理解促進
- 新規モダリティ医薬品の国内製造体制
  - CDMOに対する支援強化とバイオ製造人材の育成・海外からの呼び込み
  - 国際レベルのCDMOとFIH試験実施拠点の融合や海外拠点との連携
- アカデミアやスタートアップの絶え間ないシーズ創出・育成
  - アカデミア・スタートアップの研究開発支援の充実、知財・ビジネス戦略の確立
  - 持続可能な創薬力の維持・向上のための基礎研究振興
  - AIやロボティクス×創薬や分野融合、再生・細胞医療・遺伝子治療等
  - 医療DX、大学病院等の研究開発力の向上に向けた環境整備

## 2. 国民に最新の医薬品を迅速に届ける

治療薬の開発を待ち望む患者・家族の期待に応えるためには、新薬が開発されにくい分野や原因を把握しつつ、薬事規制の見直しや運用の改善、国際的な企業への働きかけも含め、積極的な施策を講じていくことが求められる。

- 薬事規制の見直し
  - 国際共同治験を踏まえた薬事規制の見直しと海外への発信
- 小児・難病希少疾病医薬品の開発促進
  - 採算性の乏しい難病・希少疾病医薬品の開発の促進
- PMDAの相談・審査体制
  - 新規モダリティの実用化推進の観点からの相談・支援
  - 各種英語対応や国際共同審査枠組みへの参加等の国際化推進
  - 国際的に開かれた薬事規制であることの発信

## 3. 投資とイノベーションの循環が持続する社会システムの構築

患者に最新の医薬品を届けるためには、患者のニーズの多様化や新しい技術の導入などに対応し、広義の医療市場全体を活性化するとともに、医薬品市場が経済・財政と調和を保ち、システム全体が持続可能なものとなることが重要である。中長期的な視点から議論が継続して行われる必要がある。

- 革新的医薬品の価値に応じた評価
- 長期収載品依存からの脱却
- バイオシミラーの使用促進
- スイッチOTC化の推進等によるセルフケア・セルフメディケーションの推進
- 新しい技術について公的保険に加えた民間保険の活用
- ヘルスケア分野のスタートアップへの支援強化

中長期的に全体戦略を堅持しつつ、常に最新の情報を基に継続的に推進状況をフォローアップしていくことが重要



# 健康・医療戦略の推進体制

## 健康・医療戦略 参与会合

(医療関係機関・産業界等の有識者で構成)  
健康・医療分野の成長戦略、医療分野の研究開発の出口戦略等に関する専門的助言

政策的助言

## 健康・医療戦略推進本部

(本部長:内閣総理大臣、副本部長:内閣官房長官及び健康・医療戦略担当大臣、その他構成員:全閣僚)

- 健康・医療戦略の案の作成及び実施の推進
- 医療分野研究開発推進計画の作成
- 医療分野の研究開発の司令塔機能の本部の役割等

### 【事務局】

内閣府健康・医療戦略推進事務局  
健康・医療戦略の推進に係る企画立案・総合調整

専門的調査

## 健康・医療戦略推進 専門調査会

(医療分野の研究開発に関する専門家で構成)  
医療分野研究開発推進計画の作成及び実施の推進に関する調査・検討

## 健康・医療戦略推進会議

議長:健康・医療戦略担当大臣  
議長代行:健康・医療戦略担当副大臣  
副議長:健康・医療戦略担当大臣政務官  
構成員:関係府省局長クラス

関係府省が連携して  
戦略・計画を推進

### (\*)健康・医療戦略担当大臣

健康・医療戦略推進法第24条に、「内閣総理大臣の命を受けて、健康・医療戦略に関し内閣総理大臣を助けることをその職務とする国務大臣」として規定。

AMED  
所管府省

内閣府  
Cabinet Office, Government of Japan  
日本医療研究開発機構  
担当室

文科省

厚労省

経産省

総務省

その他関係省  
外務省  
農水省  
国交省  
etc...

理事長・監事の任命・解任

中長期目標の提示

補助金・運営費交付金の交付



国立研究開発法人  
日本医療研究開発機構  
(AMED)

本部の意を受けて予算の集約と一体的な研究開発の実行  
・研究費等のワンストップサービス化  
・基礎から実用化までの一貫した研究管理

### (\*)健康・医療戦略 (2020年3月27日閣議決定)

- 健康・医療戦略推進法に基づき、政府が総合的かつ長期的に講ずべき健康・医療に関する先端的研究開発及び新産業創出に関する施策の大綱として策定。
- 現行は第2期であり、対象期間は2020年度～2024年度。

### (\*)医療分野研究開発推進計画 (2020年3月27日本部決定)

- 健康・医療戦略推進法に基づき、健康・医療戦略推進本部が健康・医療戦略に即して医療分野の研究開発等の推進を図るため作成。
- 現行は第2期であり、対象期間は2020年度～2024年度。

# 国立研究開発法人日本医療研究開発機構 (AMED) の概要

## AMED: Japan Agency for Medical Research and Development

### 1. 目的

医療分野の研究開発における基礎から実用化までの一貫した研究開発の推進・成果の円滑な実用化及び医療分野の研究開発のための環境の整備を総合的かつ効果的に行うため、健康・医療戦略推進本部が作成する医療分野研究開発推進計画に基づき、医療分野の研究開発及びその環境の整備の実施、助成等の業務を行う。

◎設置根拠：国立研究開発法人日本医療研究開発機構法 (H26年法律第49号) に基づき設置される。

◎主務大臣：内閣総理大臣、文部科学大臣、厚生労働大臣及び経済産業大臣

2. 設立日 2015年4月1日

### 3. 組織等

#### ①役員

- ・ 理事長 三島 良直
- ・ 理事 屋敷 次郎
- ・ 監事 (非常勤) 稲葉 カヨ、白山 真一



三島理事長 (2020年4月～)

#### ②職員数 (2024年4月1日現在)

常勤職員数：465名

### 4. 予算 (2024年度)

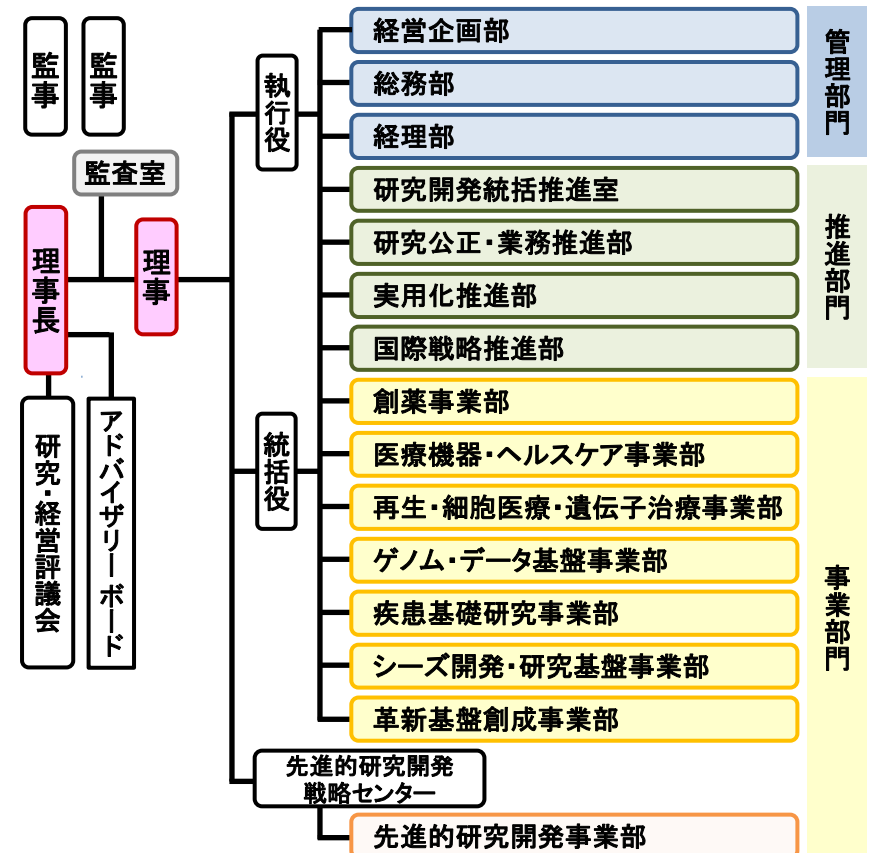
日本医療研究開発機構向け補助金等 1,245億円  
調整費 175億円\*

\*：科学技術イノベーション創造推進費の一部を充当

### 5. 所在地

東京都千代田区大手町1-7-1 読売新聞ビル20～24階

### ③組織図



**健康・医療戦略推進法**(平成26年法律第48号)第17条に基づき、国民が健康な生活及び長寿を享受することのできる社会(健康長寿社会)を形成するため、政府が講ずべき医療分野の研究開発及び健康長寿社会に資する新産業創出等に関する施策を総合的かつ計画的に推進するべく策定するもの。

\* 対象期間: **2020年度から2024年度までの5年間**。フォローアップの結果等を踏まえ、必要に応じて見直しを行う。

## 基本方針

### 世界最高水準の医療の提供に資する医療分野の研究開発の推進

- AMEDを核とした、基礎から実用化までの一貫した研究開発。
- モダリティ等を軸とした「統合プロジェクト」の推進。
- 最先端の研究開発を支える環境の整備。

### 健康長寿社会の形成に資する新産業創出及び国際展開の促進

- 予防・進行抑制・共生型の健康・医療システムの構築、新産業創出に向けたイノベーション・エコシステムの構築。
- アジア・アフリカにおける健康・医療関連産業の国際展開の推進、日本の医療の国際化。

## 具体的施策

### 1. 研究開発の推進

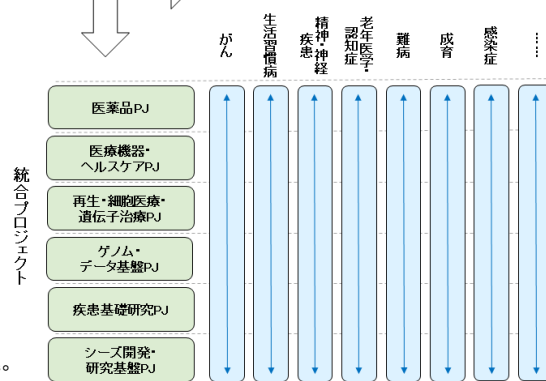
- 科学研究費助成事業、他の資金配分機関、インハウス研究機関と連携しつつ、AMEDを中核とした基礎から実用化まで一貫した研究開発の推進。特に**AMED及びインハウス研究機関**が推進する医療分野の研究開発について、健康・医療戦略推進本部において、有識者意見も踏まえて、関係府省に対して**一元的に予算要求配分調整**を実施。
- モダリティ等を軸とした6つの「統合プロジェクト」**を定め、プログラムディレクター(PD)の下で、関係府省の事業を連携させ、基礎から実用化まで一元的に推進。
- 多様な疾患への対応や感染症等への機動的対応が必要であることから、

**疾患研究は統合プロジェクトを横断する形で、各疾患のコーディネーターによる柔軟なマネジメント**ができるよう推進。

※我が国の社会課題である疾患分野は、戦略的・体系的に推進する観点から、具体的疾患に関してプロジェクト間の連携を常時十分に確保するとともに、予算規模や研究開発の状況等を把握し対外公表(がん、生活習慣病、精神・神経疾患、老年医学・認知症、難病、成育、感染症等)。

※基礎的な研究から、医薬品等の実用化まで一貫した研究開発。特に難病については、その特性を踏まえ、患者の実態を把握しつつ、厚生労働省の調査研究からAMEDの実用化を目指した研究まで、相互に連携して切れ目なく推進。

AMEDで特定疾患ごとに柔軟にマネジメント(PJ横断的に対応できる体制、各疾患のコーディネーターの下で推進)



- 健康寿命延伸を意識し、「**予防／診断／治療／予後・QOL**」といった開発目的を明確にした技術アプローチを実施。
- 野心的な目標に基づく**ムーンショット型**の研究開発をCSTIと連携して推進。

### 1. 新産業創出

- 公的保険外のヘルスケア産業の促進等
  - 職域・地域・個人の健康投資の促進。(健康経営の推進 等)
  - 適正なサービス提供のための環境整備。(ヘルスケアサービスの品質評価の取組促進 等)
  - 個別の領域の取組。「健康に良い食」、スポーツ、まちづくり 等)
- 新産業創出に向けたイノベーション・エコシステムの強化(官民ファンド等によるベンチャー等への資金支援 等)

### 2. 国際展開の促進

- アジア健康構想**の推進(規制調和の推進を含む)。
- アフリカ健康構想**の推進。
- 我が国の医療の国際的対応能力の向上。(医療インバウンド、訪日外国人への医療提供 等)

### 2. 研究開発の環境の整備

- 研究開発支援を行う拠点となる橋渡し研究支援拠点や臨床研究中核病院等の整備、強化。
- 国立高度専門医療研究センターの組織のあり方の検討。
- 共通基盤施設の利活用推進、研究開発で得られたデータの連携の推進。

### 3. 研究開発の公正かつ適正な実施の確保

### 4. 研究開発成果の実用化のための審査体制の整備等

### ○健康長寿社会の形成に資するその他の重要な取組

- 認知症施策推進大綱に基づく**認知症施策の推進**。
- AMR(薬剤耐性)や**新型コロナウイルス感染症対策**の推進。

### ○研究開発及び新産業創出等を支える基盤的施策

#### 1. データ利活用基盤の構築

- データヘルス改革の推進。
- 医療情報の利活用の推進。

#### 2. 教育の振興、人材の育成・確保等

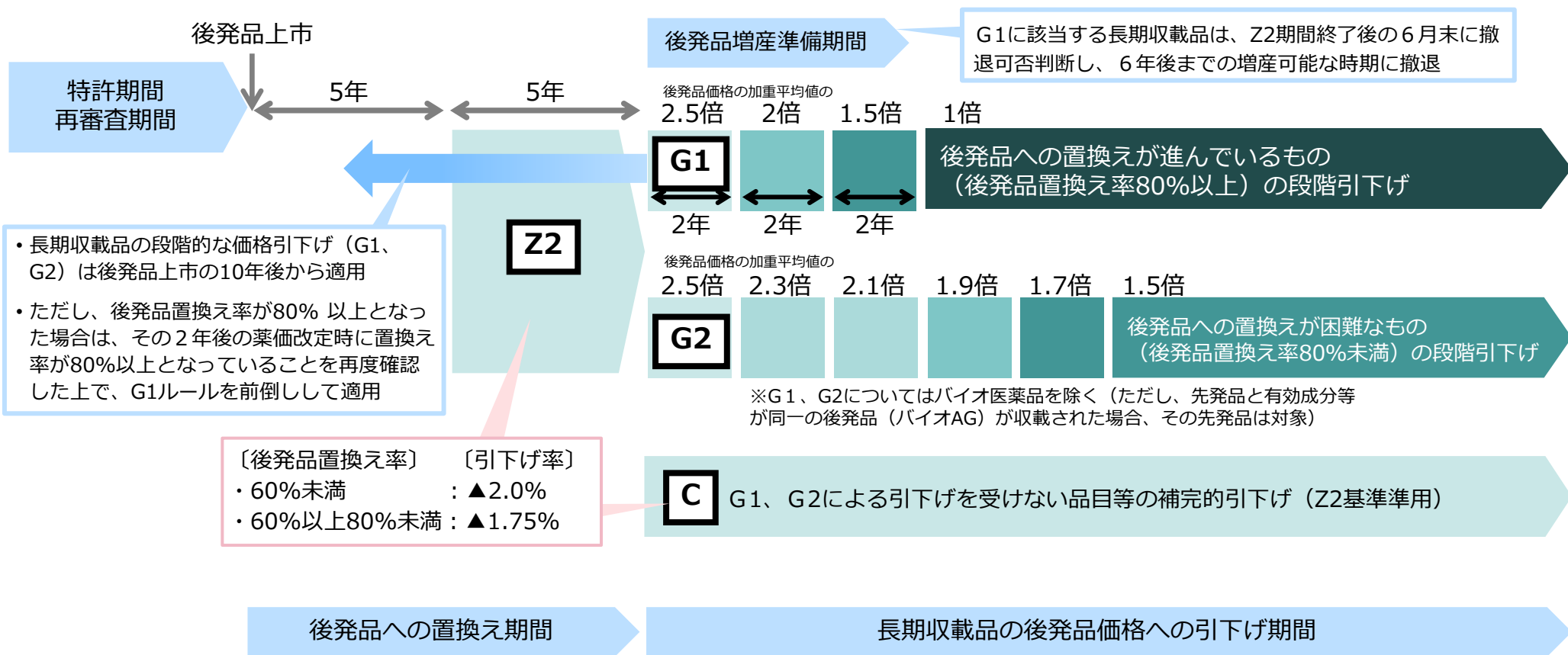
- 先端的研究開発の推進のために必要な人材の育成・確保等。
- 新産業の創出及び国際展開の推進のために必要な人材の育成・確保等。
- 教育、広報活動の充実等。



# 長期収載品の薬価の適正化 第3章第3節

長期収載品（特許切れ新薬）の薬価の更なる適正化を図る観点から、後発品上市後、後発品への置換率に基づき、長期収載品の薬価を段階的に引き下げることにしている。

【長期収載品の薬価の適正化の全体像】



## 費用対効果評価対象品目 (評価中のもの) (令和6年8月7日時点)

No.	総会指定	品目名	効能・効果	取載時価格※1	うち有用性系加算率	市場規模(ピーク時予測)	費用対効果評価区分	総会での指定日	現状
1	10	ゾルゲンスマ (パ®ルティスファーマ)	脊髄性筋萎縮症	167,077,222円	50%	42億円	H 3 (単価が高い)	2020/5/13	分析中断
2	40	パキロビッド (ファイザー)	SARS-CoV-2による感染症	12,538.60円 (3001シート) 19,805.50円 (6001シート)	5%	281億円	H 1 (市場規模が100億円以上)	2023/3/8	公的分析中
3	41	マンジャロ (日本イーライリッ)	2型糖尿病	1,924円 (2.5mg0.5mL 1キット) 3,848円 (5mg0.5mL 1キット) 5,772円 (7.5mg0.5mL 1キット) 7,696円 (10mg0.5mL 1キット) 9,620円 (12.5mg0.5mL 1キット) 11,544円 (15mg0.5mL 1キット)	10%	367億円	H 1 (市場規模が100億円以上)	2023/3/8	公的分析中
4	42	ゾコーバ (塩野義)	SARS-CoV-2による感染症	7,407.40円 (125mg 1錠)	5%	192億円	H 1 (市場規模が100億円以上)	2023/3/8	公的分析中
5	43	ベスレミ (ファーマエッセンシア®キャピル)	真性多血症	297,259円 (250µg0.5mL 1筒) 565,154円 (500µg1mL 1筒)	なし	163億円	H 1 (市場規模が100億円以上)	2023/5/17	公的分析中
6	44	ゴア CTAG 胸部大動脈 ステントグラフトシステム (日本ゴア合同会社)	※2	1,490,000円	5%	92億円	H 2 (市場規模が50億円以上)	2023/7/5	企業分析中
7	45	リットフォーロ (ファイザー)	円形脱毛症	5,802.40円 (50mg 1カプセル)	5%	156億円	H 1 (市場規模が100億円以上)	2023/8/23	企業分析中
8	46	フォゼベル (協和キリン)	透析中の慢性腎臓病患者における高リン血症の改善	234.10円 (5mg 1錠) 345.80円 (10mg 1錠) 510.90円 (20mg 1錠) 641.80円 (30mg 1錠)	40%	193億円	H 1 (市場規模が100億円以上)	2023/11/15	企業分析中
9	47	レクビオ (パ®ルティスファーマ)	※3	443,548円	40%	195億円	H 1 (市場規模が100億円以上)	2023/11/15	企業分析中
10	48	ウゴービ (パ®ルティスファーマ)	※4	1,876円 (0.25mg0.5mL 1キット) 3,201円 (0.5mg0.5mL 1キット) 5,912円 (1mg0.5mL 1キット) 7,903円 (1.7mg0.75mL 1キット) 10,740円 (2.4mg0.75mL 1キット)	5%	328億円	H 1 (市場規模が100億円以上)	2023/11/15	企業分析中
11	49	エプキンリ (ジェンマ®)	※5	137,724円 (4mg0.8mL 1瓶) 1,595,363円 (48mg0.8mL 1瓶)	10%	307億円	H 1 (市場規模が100億円以上)	2023/11/15	企業分析中
12	50	レケンビ (E-ザイ)	アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制	45,777円 (200mg 2mL 1瓶) 114,443円 (500mg0.5mL 1瓶)	45%	986億円	H 1 (市場規模が100億円以上)	2023/12/13	企業分析中

※1 取載時価格は、キット特徴部分の原材料費除いた金額。

※2 主な使用目的：本品は胸部下行大動脈病変のうち一定の要件をみたす疾患の治療に用いられるステントグラフト及びデリバリーカテーテルからなるステントグラフトシステムである。

※3 効能・効果：家族性高コレステロール血症、高コレステロール血症

ただし、以下のいずれも満たす場合に限り。

・心血管イベントの発現リスクが高い

・HMG-CoA還元酵素阻害剤で効果不十分、HMG-CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない

※4 効能・効果：肥満症

ただし、高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病のいずれかを有し、食事療法・運動療法を行っても十分な効果が得られず、以下に該当する場合に限る。

・BMIが27kg/m<sup>2</sup>以上であり、2つ以上の肥満に関連する健康障害を有する・BMIが35kg/m<sup>2</sup>以上

※5 効能・効果：再発又は難治性の大細胞型B細胞リンパ腫 びまん性大細胞型B細胞リンパ腫、高悪性度B細胞リンパ腫、原発性縦隔大細胞型B細胞リンパ腫、再発又は難治性の濾胞性リンパ腫

## 費用対効果評価対象品目（評価中のもの）（令和6年8月7日時点）

No.	総会指定	品目名	効能・効果	収載時価格※1	うち有用性系加算率	市場規模 (ピーク時予測)	費用対効果評価区分	総会での 指定日	現状
13	51	レプロジル (アリストル・マヤース <sup>®</sup> スカイ <sup>®</sup> )	骨髄異形成症候群に伴う貧血	184,552円 (25mg1瓶) 551,000円 (75mg1瓶)	45%	123億円	H1 (市場規模が 100億円以上)	2024/4/10	-
14	52	トルカブ (アストゼ <sup>®</sup> 初)	※6	9,263.50円 (160mg1錠) 11,244.30円 (200mg1錠)	35%	103億円	H1 (市場規模が 100億円以上)	2024/5/15	-
15	53	エルレフィオ (ファイバー)	再発又は難治性の多発性骨髄腫 (標準的な治療が困難な場合に限る)	558,501円 (44mg1瓶) 957,222円 (76mg1瓶)	10%	165億円	H1 (市場規模が 100億円以上)	2024/5/15	-
16	54	ビロイ (アステラス製薬)	CLDN18.2陽性の治癒切除不能な進行・再発の胃癌	54,502円 (100mg1瓶)	5%	145億円	H1 (市場規模が 100億円以上)	2024/5/15	-
17	55	ブリアビアクト (ユーシービー・ジャパン)	てんかん患者の部分発作 (二次性全般化発作を含む)	373.30円 (25mg1錠) 609.30円 (50mg1錠)	5%	178億円	H1 (市場規模が 100億円以上)	2024/8/7	-

※6 効能・効果：内分泌療法後に増悪したPIK3CA、AKT1又はPTEN遺伝子変異を有するホルモン受容体陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌

## 費用対効果評価終了品目 (令和6年8月7日時点)

No.	総会 指定	品目名	効能・効果	市場規模 (ピーク時予測)	費用対効果評価 区分	総会での 指定日	調整前価格	調整後価格	適用日
1	1	テリルジー100エリプタ (グラク・スミスクライン)	COPD (慢性閉塞性 肺疾患)	236億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2019/5/15	4,183.50円 (14吸入1キット) 8,853.80円 (30吸入1キット)	4,160.80円 (14吸入1キット) 8,805.10円 (30吸入1キット)	2021/7/1
2	2	キムリア (ノバルティスファーマ)	白血病	72億円	H 3 (単価が高い)	2019/5/15	34,113,655円	32,647,761円	2021/7/1
3	3	コルトミリス (アレクシオファーマ)	発作性夜間ヘモグロ ビン尿症	331億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2019/8/28	730,894円	699,570円	2021/8/1
4	4	ビレーズトリエアロスフィア (アストラゼネカ)	COPD (慢性閉塞性 肺疾患)	189億円	H 5 (テリルジーの 類似品目)	2019/8/28	4,150.30円	4,127.60円	2021/7/1
5	12	エナジア (ノバルティスファーマ)	気管支喘息	251億円	H 5 (テリルジーの 類似品目)	2020/8/19	291.90円 (中用量) 333.40円 (高用量)	290.30円 (中用量) 331.50円 (高用量)	2021/7/1
6	14	テリルジー200エリプ (グラク・スミスクライン)	COPD (慢性閉塞性 肺疾患)	130億円	H 5 (テリルジーの 類似品目)	2021/2/10	4,764.50円 (14吸入1キット) 10,098.90円 (30吸入1キット)	4,738.50円 (14吸入1キット) 10,043.30円 (30吸入1キット)	2021/7/1
7	16	イエスカルタ (第一三共)	リンパ腫	79億円	H 5 (キムリアの 類似品目)	2021/4/14	34,113,655円	32,647,761円	2021/4/21
8	20	ブレヤンジ (セルゲイ)	リンパ腫	82億円	H 5 (キムリアの 類似品目)	2021/5/12	34,113,655円	32,647,761円	2021/5/19
9	5	トリンテリックス (武田薬品工業)	うつ病・うつ状態	227億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2019/11/13	168.90円 (10mg錠) 253.40円 (20mg錠)	161.70円 (10mg錠) 242.50円 (20mg錠)	2021/11/1
10	6	コララン (小野薬品工業)	慢性心不全	57.5億円	H 2 (市場規模が 50億円以上)	2019/11/13	82.90円 (2.5mg錠) 145.40円 (5mg錠) 201.90円 (7.5mg錠)	変更なし	-
11	11	エンレスト (ノバルティスファーマ)	慢性心不全	141億円	H 5 (コラランの 類似品目)	2020/8/19	65.70円 (50mg錠) 115.20円 (100mg錠) 201.90円 (200mg錠)	変更なし	-
12	21	ベリキューボ (バイル薬品)	慢性心不全	95億円	H 5 (エンレストの 類似品目)	2021/8/4	131.50円 (2.5mg錠) 230.40円 (5mg錠) 403.80円 (10mg錠)	変更なし	-
13	7	ノクサフィル <sup>※1</sup> (MSD)	深在性真菌症 <sup>※2</sup>	112億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2020/4/8	3,109.10円 (100mg錠)	3,094.90円 (100mg錠)	2022/2/1
14	9	エンハーツ (第一三共)	乳癌、胃癌 <sup>※3</sup>	129億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2020/5/13	168,434円	164,811円	2022/7/1
15	8	カボメテイクス (武田薬品工業)	腎細胞癌、 肝細胞癌 <sup>※4</sup>	127億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2020/5/13	8,007.60円 (20mg錠) 22,333.00円 (60mg錠)	変更なし	-
16	13	リバルサス (ノボ・ルティイスクファーマ)	2型糖尿病	116億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2020/11/11	143.20円 (3mg錠) 334.20円 (7mg錠) 501.30円 (14mg錠)	139.60円 (3mg錠) 325.70円 (7mg錠) 488.50円 (14mg錠)	2022/11/1

※1 ノクサフィルは内用薬 (ノクサフィル錠100mg) のみが費用対効果評価対象。

※2 「造血幹細胞移植患者又は好中球減少が予測される血液悪性腫瘍患者における深在性真菌症の予防」及び「真菌症(侵襲性アスペルギルス症、フザリウム症、ムールコル症、コキシジオイデス症、クロモプラストミコーシス、菌腫)の治療(侵襲性アスペルギルス症については令和3年9月27日に効能追加)」

※3 胃癌については令和2年9月25日に効能追加。

※4 肝細胞癌については令和2年11月27日に効能追加。

## 費用対効果評価終了品目（令和6年8月7日時点）

No.	総会指定	品目名	効能・効果	市場規模 (ピーク時予測)	費用対効果評価 区分	総会での 指定日	調整前価格	調整後価格	適用日
17	15	エムガルディ (日本イライリ)	片頭痛	173億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2021/4/14	44,811円 (120mg 1mL 1筒) 44,943円 (120mg 1mL 1キット)	42,550円 (120mg 1mL 1筒) 42,675円 (120mg 1mL 1キット)	2023/6/1
18	22	アジヨビ (大塚製薬)	片頭痛	137億円	H 5 (エムガルディ の類似品目)	2021/8/4	41,167円 (225mg 1.5mL 1筒) 41,167円 (225mg 1.5mL 1キット)	39,090円 (225mg 1.5mL 1筒) 39,090円 (225mg 1.5mL 1キット)	2023/6/1
19	23	アイモビーグ (アムジエ)	片頭痛	153億円	H 5 (エムガルディ の類似品目)	2021/8/4	41,051円 (70mg 1mL 1キット)	38,980円 (70mg 1mL 1キット)	2023/6/1
20	17	ポライビー (中外製薬)	リンパ腫	120億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2021/5/12	298,825円 (30mg 1瓶) 1,364,330円 (140mg 1瓶)	変更なし	-
21	19	アリケイス (イヌメド)	肺非結核性抗酸菌症	177億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2021/5/12	42,408.40円	38,437.90円	2023/6/1
22	24	レベスティブ (武田薬品工業)	短腸症候群	60億円	H 2 (市場規模が 50億円以上)	2021/8/4	79,302円 (3.8mg 1瓶)	73,683円 (3.8mg 1瓶)	2023/6/1
23	25	ベクルリー (キアリト・サイエンス)	SARS-CoV-2による 感染症	181億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2021/8/4	63,342円 (100mg 1瓶)	61,997円 (100mg 1瓶)	2023/6/1
24	18	ダラキユーロ (マセコファーマ)	多発性骨髄腫、全身 性ALアミロイドー シス	370億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2021/5/12	445,064円	変更なし	-
25	28	パドセブ (アステラス製薬)	尿路上皮癌	118億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2021/11/17	99,593円	91,444円	2023/6/1
26	26	Micra 経カテーテルペーシ ングシステム (日本メドトロニク)	※ 5	77億円	H 2 (市場規模が 50億円以上)	2021/10/13	1,170,000円	1,070,000円	2023/11/1
27	29	Expedium Verse Fenestrated Screw システム (ジョンソン・イントロ・ジョンソン)	※ 6	76億円	H 2 (市場規模が 50億円以上)	2021/12/8	101,000円	97,900円	2023/11/1
28	30	リフヌア (MSD)	難治性の慢性咳嗽	160億円	H 1 (市場規模が 100億円以上)	2022/4/13	203.20円 (45mg 1錠)	187.50円 (45mg 1錠)	2023/11/1

※ 5 主な使用目的：本品は、カテーテルを用いて経皮的に右心室内に留置される電極一体型の挿込み型心臓ペースメーカーである。なお、本品は撮像可能条件に適合する場合にのみ限定的にMRI検査が可能となる機器である。

※ 6 主な使用目的：本品は、胸椎、腰椎および仙椎における、変性疾患（すべり症、脊柱管狭窄症等）、外傷、腫瘍等による不安定性を有する患者、または脊柱変形（脊椎側弯症等）を有する患者に対して、脊椎の一時的な固定、支持またはアライメント補正を目的に使用する。当該患者において、骨粗鬆症、骨量減少症又は悪性脊椎腫瘍により骨強度が低下し、骨内におけるスクリューの固定性が損なわれるおそれがある脊椎に対しては、骨セメントとともに使用する。

## 費用対効果評価終了品目（令和6年8月7日時点）

No.	総会指定	品目名	効能・効果	市場規模 (ピーク時予測)	費用対効果評価 区分	総会での 指定日	調整前価格	調整後価格	適用日
29	27	レットヴィモ (日本イライリ)	非小細胞肺癌、甲状腺癌※7、甲状腺髄様癌※7	156億円	H1（市場規模が100億円以上）	2021/11/17	3,680.00円（40mgカプセル） 6,984.50円（80mgカプセル）	3,674.10円（40mgカプセル） 6,973.30円（80mgカプセル）	2024/2/1
30	31	ビヴラツツ (トリスアファーマシューティカスジャパン)	※8	138億円	H1（市場規模が100億円以上）	2022/4/13	80,596円（150mg6mL1瓶）	変更なし	-
31	32	ピンゼレックス (ユニビージャパン)	尋常性乾癬、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症	120億円	H1（市場規模が100億円以上）	2022/4/13	156,408円（160mg1mL1キット） 156,408円（160mg1mL1筒）	変更なし	-
32	33	ウィフガート (アルジェニクスジャパン)	全身型重症筋無力症	377億円	H1（市場規模が100億円以上）	2022/4/13	421,455円（400mg20mL1瓶）	388,792円（400mg20mL1瓶）	2024/2/1
33	34	ジスバル (田辺三菱)	遅発性ジスキネジア	62億円	H2（市場規模が50億円以上）	2022/5/18	2,331.20円（40mgカプセル）	2,297.90円（40mgカプセル）	2024/2/1
34	35	オンデキサ (アレクソファーマ)	※9	66億円	H2（市場規模が50億円以上）	2022/5/18	338,671円（200mg1瓶）	変更なし	-
35	36	ケレンディア (バイル)	2型糖尿病を合併する慢性腎臓病	264億円	H1（市場規模が100億円以上）	2022/5/18	149.10円（10mg錠） 213.10円（20mg錠）	143.90円（10mg錠） 205.80円（20mg錠）	2024/7/1
36	37	ラゲブリオ (MSD)	SARS-CoV-2による感染症	138億円	H1（市場規模が100億円以上）	2022/8/10	2,357.80円（200mgカプセル）	2,164.90円（200mgカプセル）	2024/7/1
37	38	ソーティクツ (アリストル・マヤース・スクワ)	尋常性乾癬、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症	2,770.90円 (6mg錠)	H1（市場規模が100億円以上）	2022/11/9	2,770.90円（6mg錠）	2,533.40円（6mg錠）	2024/8/1
38	39	テゼスパイア (アストラゼネカ)	気管支喘息	145億円	H1（市場規模が100億円以上）	2022/11/9	176,253円（210mg1.91mL1筒） 178,182円（210mg1.91mL1キット）※10	169,058円（210mg1.91mL1筒） 170,987円（210mg1.91mL1キット）※10	2024/11/1

※7 甲状腺癌及び甲状腺髄様癌については令和4年2月25日に効能追加された。

※8 効能効果：脳動脈瘤によるくも膜下出血術後の脳血管痙攣、及びこれに伴う脳梗塞及び脳虚血症の発症抑制

※9 効能効果：直接作用型Xa因子阻害剤（アピキサパン、リバーロキサパン又はエドキサパントシル酸塩水和物）投与中の患者における、生命を脅かす出血又は止血困難な出血の発現時の抗凝固作用の中和

※10 テゼスパイア皮下注210mgペンは、テゼスパイア皮下注210mgシリンジの収載後、新キット製品として2023年11月22日に薬価収載され、H5区分として価格調整された。

# 後発品を製造販売する企業の評価指標及び評価方法

## 評価の指標

### 1. 後発品の安定供給に関連する情報の公表等

① 製造販売する品目の製造業者名の公表

本年7月1日より公表開始

② 製造販売する品目の原薬の製造国の公表

③ 他の製造販売業者と共同開発して承認された品目における共同開発先の製造販売業者名の公表

④ 厚生労働省ウェブサイトの「安定供給体制等を指標とした情報提供項目に関する情報提供ページ」における安定供給体制等に関する情報の掲載

⑤ 日本製薬団体連合会が作成した「ジェネリック医薬品供給ガイドライン」に準拠した内容である安定供給に係る文書（安定供給マニュアル）の作成と運用

### 2. 後発品の安定供給のための予備対応力の確保

① 製造販売する品目の原薬の複数の製造所を確保

② 製造販売する「安定確保医薬品」について、品目ごとの一定以上の余剰製造能力又は在庫量の確保

### 3. 製造販売する後発品の供給実績

① 製造販売する品目ごとの月単位の出荷実績（当該品目の製造計画と実際の出荷量を比較した情報を含む。）の公表

② 製造販売する「安定確保医薬品」の品目数

③ 製造販売業者自らの理由による製造販売する品目の出荷停止又は出荷量の制限の対応

④ 出荷量が増加した品目、出荷量が減少した品目の割合

⑤ 他の製造販売業者が出荷停止又は出荷量の制限を行った品目に関して、組成、剤形区分及び規格が同一の自らの品目の出荷量を増加させた実績

⑥ 他の製造販売業者の長期収載品のうちG 1区分の品目の市場撤退に伴う製造販売承認の承継、又は自らの品目の出荷量を増加させた実績

### 4. 薬価の乖離状況

① 製造販売業者が製造販売する後発品の全品目の平均乖離率が一定値を超えた実績

② 製造販売承認を取得した新規後発品について、薬価収載後の5年間における薬価改定時の当該品目の乖離率が一定値を超えた実績

③ 新規収載された後発品のうち、5年以内に市場撤退した品目数

④ 不採算品再算定を受けた品目について、その後の5年間における薬価改定時の当該品目の乖離率が一定値を超えた実績



# 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 報告書概要

## 後発医薬品産業の在るべき姿

- 品質の確保された医薬品を安定的に供給できるよう①製造管理・品質管理体制の確保、②安定供給能力の確保、③持続可能な産業構造の実現を目指す
- 5年程度の集中改革期間を設定して、実施できるものから迅速に着手しつつ、供給不安の早期の解消と再発の防止を着実に実施

## 対策の方向性

### 1 製造管理・品質管理体制の確保

#### ○徹底した自主点検の実施

- JGA会員以外も含む全企業の一斉自主点検の実施（令和6年4月～10月）
- 外部機関の活用を推奨・書面点検と従業員ヒアリング・点検結果公表・行政への報告

#### ○ガバナンスの強化

- 各社のクオリティ・カルチャーの醸成とそれを踏まえた人材育成
- 業界団体を中心に外部研修、ベストプラクティスの共有、企業間連携の際の知識・技能の伝達等を推進

#### ○薬事監視の向上

### 2 安定供給能力の確保

#### ①個々の企業における安定供給確保体制整備

- 安定供給責任者の指定、供給実績の確認
- 安定供給確保のため企業に求める対応措置を整理し遵守させる枠組みを整備
- 企業間の委受託関係の透明化・責任の明確化

#### ②医薬品等の安定供給確保に係るマネジメントシステムの確立

- 改正感染症法等を踏まえた、医薬品等の安定供給を確保するマネジメントシステムの制度的枠組みについて検討
- サプライチェーンの強靱化

### 3 持続可能な産業構造

#### ①少量多品目生産の適正化等生産効率の向上

- 製造方法等の変更に係る薬事手続の簡素化
- 既収載品目の市場からの撤退のための薬価削除等プロセスの明確化・簡素化
- 規格前原則の合理化
- 企業間の生産数量等の調整に係る独占禁止法との関係の整理

#### ②収益と投資の好循環を生み出す価格や流通

- 企業情報公表の仕組みの創設
- 企業情報の薬価制度等での活用等
- 改訂流通改善ガイドラインの遵守等

### 4 企業間の連携・協力の推進

- 対策を実行していくためには一定のコストが必要。ビジネスモデルを転換し、シェアの拡大や品目数の適正化により生産効率や収益性を向上させていくためには、ある程度大規模での生産・品質管理体制の構築も有効な選択肢。企業間の連携・協力や役割分担、コンソーシアムや企業統合などを検討すべき

- 他産業での業界再編に向けた取組も参考にしつつ、金融・財政措置等様々な面から政府が企業の取組を後押しする方策を検討

- 事例集等の作成、相談窓口の設置等、独占禁止法との関係整理が必要

- これらの対策を実施するため、厚生労働省において、法的枠組みの必要性も含めて検討を行い、早急に実行に着手すべき



# 安定供給の確保を基本として、後発医薬品を適切に使用していくためのロードマップ

## 概要

- 2013年（平成25年）に策定した「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」（旧ロードマップ）を改訂。
- 現下の後発医薬品を中心とした医薬品の供給不安に係る課題への対応を基本としつつ、後発医薬品を適切に使用していくための取組も整理。
- バイオ後続品の取組方針については、その特性や開発状況等が化学合成品である後発医薬品とは大きく異なるため、ロードマップの別添として別途整理。

## 数値目標

- 主目標：医薬品の安定的な供給を基本としつつ、後発医薬品の数量シェアを2029年度末までに全ての都道府県で80%以上（旧ロードマップから継続）
- 副次目標①：2029年度末までに、バイオシミラーが80%以上を占める成分数が全体の成分数の60%以上
- 副次目標②：後発医薬品の金額シェアを2029年度末までに65%以上

## 取組施策

### （１）安定供給・国民の信頼確保に向けた取組

#### ○品質確保に係る取組

- ・医薬品医療機器総合機構と都道府県による、リスクの高い医薬品製造所に対する、合同による、無通告立入検査の実施【令和5年度開始】
- ・全ての後発医薬品企業による、製造販売承認書と製造実態に係る自主点検の実施【令和6年度実施】
- ・日本ジェネリック製薬協会を中心とした、外部研修や人事評価等による、クオリティカルチャー醸成に向けた、企業の人材育成【令和6年度開始】等

#### ○安定供給に係る取組

- ・供給不足が生じるおそれがある場合（供給不安報告）又は生じた場合（供給状況報告）に、企業が厚労省へ報告する制度を整備【令和6年度開始】
- ・後発医薬品企業による、安定供給に係る情報の公表【令和6年度開始】
- ・自社の供給リスクを継続的に把握・分析することを可能とする、医薬品企業向けのマニュアルの作成【令和6年度実施】
- ・市場参入時に安定供給確保を求め、医薬品の需給状況の把握・調整を行うほか、供給不安発生時には供給不安解消策を講じる「安定供給確保に係るマネジメントシステム」の法的枠組の検討【令和6年度結論】
- ・日本ジェネリック製薬協会は、安定供給責任者会議を開催し、安定供給に係る各企業の好事例や競争政策上の観点に留意しつつ供給不安解消に向けた企業間での情報共有等を促す【令和6年度開始】等

### （２）新目標の達成に向けた取組

#### ○使用環境の整備に係る取組

- ・的を絞った使用促進を可能とするため、数量ベースに加え、金額ベースでの薬効分類別等の後発医薬品置換率情報の提供【令和6年度開始】
- ・都道府県協議会を中心として、金額ベースでの薬効分類別等の後発医薬品置換率も参考に、後発医薬品の使用促進を実施【令和6年度開始】
- ・都道府県医療費適正化計画への、後発医薬品の数量・金額シェア、普及啓発等の施策に関する目標や取組の設定等による、後発医薬品の使用促進【引き続き実施】
- ・差額通知事業の推進による、患者のメリットの周知【引き続き実施】等

#### ○医療保険制度上の事項に係る取組

- ・長期収載品について、保険給付の在り方を見直し、選定療養の仕組みを導入【令和6年10月から開始】
- ・後発医薬品の供給状況や医療機関や薬局における使用状況等も踏まえ、診療報酬における後発医薬品の使用に係る評価について引き続き中央社会保険医療協議会等で検討【引き続き実施】等

※（１）及び（２）の取組に加え、取組の実施状況や数値目標の達成状況は定期的にフォローアップするとともに、令和8年度末を目途に状況を点検し必要に応じ目標の在り方を検討

※「後発医薬品産業の在るべき姿」を実現するための対策に係る取組については、引き続き検討が必要であることから、別途、本ロードマップの別添として策定予定

# バイオ後続品の使用促進のための取組方針

## 概要

- バイオ後続品（バイオシミラー）は、先行バイオ医薬品とともに、医薬品分野の中でも成長領域として期待されている分野。医療費適正化の観点に加え、我が国におけるバイオ産業育成の観点からも、使用を促進する必要がある。
- 後発医薬品に係る新目標の副次目標としてバイオ後続品の数値目標が位置づけられたことも踏まえ、後発医薬品に係るロードマップの別添として、バイオ後続品の取組方針を整理した。

## 数値目標

主目標：医薬品の安定的な供給を基本としつつ、後発医薬品の数量シェアを2029年度末までに全ての都道府県で80%以上（旧ロードマップから継続）

**副次目標①：2029年度末までに、バイオシミラーが80%以上を占める成分数が全体の成分数の60%以上**

副次目標②：後発医薬品の金額シェアを2029年度末までに65%以上

## 取組施策

### （1）普及啓発活動に関する取組

- バイオ後続品は、がん等の特定領域での使用が中心であるため、特定の使用者を念頭においた取組が必要。また、高額療養費制度の対象となることがあり、自己負担額が変わらず患者にメリットがないことがあるため、医療保険制度の持続性を高める観点の周知も含め継続的な啓発活動が必要。
- ・バイオ後続品の対象患者や医療関係者、保険者等を対象に講習会を開催【引き続き実施】
- ・バイオ後続品の採否や先行バイオ医薬品からの処方切替え等を検討する際に必要な情報について、市販後データも含めて整理し公表【令和7年度開始】
- ・バイオ後続品の一元的な情報提供サイトの構築【令和6年度開始】
- ・保険者インセンティブ制度において、保険者によるバイオ後続品の普及啓発に係る指標の追加を検討【令和7年度結論】等

### （2）安定供給体制の確保に関する取組

- 我が国で販売されるバイオ後続品は、海外製原薬や製剤を使用するケースが多い。海外依存による供給途絶リスクを避けるため、企業は海外の状況等を注視しつつ必要な供給量を在庫として安定的に確保する必要がある。
- ・企業は、必要な原薬又は製剤の在庫の確保を行う【引き続き実施】等

### （3）使用促進に向けた制度上の対応に関する取組

- バイオ医薬品は薬価が高額であるものが多いため、バイオ後続品の使用を促進することは、医療保険制度の持続可能性を高める解決策の一つである。
- ・入院医療においてバイオ後続品の有効性や安全性について十分な説明を行い、バイオ後続品の一定の使用基準を満たす医療機関の評価を行う、バイオ後続品使用体制加算を新設【令和6年度開始】
- ・バイオ後続品について、国民皆保険を堅持しつつ、患者の希望に応じて利用できるよう、令和6年10月から施行される長期収載品の選定療養も参考にしつつ、保険給付の在り方について検討を行う【引き続き検討】
- ・都道府県医療費適正化計画へのバイオ後続品の数量シェアや普及啓発等の施策に関する目標や取組の設定等による、バイオ後続品の使用促進を図る【引き続き実施】等

### （4）国内バイオ医薬品産業の育成・振興に関する取組

- バイオ後続品の製造販売企業のうち、原薬の製造を海外で行う企業が7割以上あり、製剤化も海外で実施している企業が半数程度を占めている。バイオ医薬品が製造可能な国内の施設・設備の不足やバイオ製造人材の確保・育成が必要。
- ・バイオ後続品を含めたバイオ医薬品について、製造に係る研修を実施。更に、実生産スケールでの研修等の実施の検討を行う【研修について引き続き実施、実生産スケールでの研修等の取組については令和6年度開始】
- ・遺伝子治療製品等の新規バイオモダリティに関する製造人材研修を実施【令和6年度開始】等

※（1）～（4）の取組に加え、取組の実施状況や数値目標の達成状況は定期的にフォローアップするとともに、令和8年度末を目途に状況を点検し必要に応じ目標の在り方を検討

## 医師養成過程における取組

### 【大学医学部】

- 中長期的な観点から、医師の需要・供給推計に基づき、**全国の医師養成数**を検討
- **地域枠**（特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠）の医学部における活用方針を検討

### 【臨床研修】

- 全国の研修希望者に対する**募集定員の倍率を縮小**するとともに、都道府県別に、**臨床研修医の募集定員上限数**を設定
- その際、都市部や複数医学部を有する地域について、上限数を圧縮するとともに、医師少数地域に配慮した定員設定を行い、**地域偏在を是正**

### 【専門研修】

- 日本専門医機構において、将来の必要医師数の推計を踏まえた都道府県別・診療科別の**専攻医の採用上限数（シーリング）を設定**することで、**地域・診療科偏在を是正**（産科等の特に確保が必要な診療科や、地域枠医師等についてはシーリング対象外）

## 各都道府県の取組

### 【医師確保計画】

- 医師偏在指標により医師偏在の状況を把握  
計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を設定

### ＜具体的な施策＞

#### ●大学と連携した地域枠の設定

#### ●地域医療対策協議会・地域医療支援センター

- ・ 地域医療対策協議会は、**医師確保対策の方針**（医師養成、医師の派遣調整等）について協議
- ・ 地域医療支援センターは、**地域医療対策協議会の協議結果に基づき、医師確保対策の事務**（医師派遣事務、派遣される医師のキャリア支援・負担軽減、勤務環境改善支援センターとの連携等）を実施

#### ●キャリア形成プログラム（地域枠医師等）

- ・ 「医師不足地域の**医師確保**」と「派遣される**医師の能力開発・向上**」の両立を目的としたプログラム

#### ●認定医師制度の活用

- ・ 医師少数区域等に一定期間勤務した医師を**厚労大臣が認定**する制度を活用し、医師不足地域の医師を確保

## 医師の働き方改革

地域の医療を支えている勤務医が、安心して働き続けられる環境を整備することが重要であることから、都道府県ごとに設置された医療勤務環境改善支援センター等による医療機関への支援を通じて、適切な労務管理や労働時間短縮などの医師の働き方改革を推進。具体的には、

- 医療機関における医師労働時間短縮計画の作成や追加的健康確保措置等を通じて、労働時間短縮及び健康確保を行う
- 出産・育児・介護などのライフイベントを経験する医師が、仕事と家庭を両立できるよう勤務環境の改善を推進

●長期的には医師供給が需要を上回ると考えられるが、地域偏在や診療科偏在に引き続き対応する必要があることから、医師養成過程の様々な段階で医師の地域偏在・診療科偏在対策を進めている。

医師養成過程

6年

学部教育

## 大学医学部 – 地域枠の設定 (地域・診療科偏在対策)

医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会

- 大学が特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、都道府県が学生に対して奨学金を貸与する仕組みで、都道府県の指定する区域で一定の年限従事することにより返還免除される (一部例外あり)
- 令和8年度の医学部臨時定員については、令和6年度の医学部総定員数 (9,403人) を上限とし、臨時増員の枠組みを維持
- 令和9年度以降の医学部臨時定員については、各都道府県・大学の医師確保の現状を踏まえて改めて検討

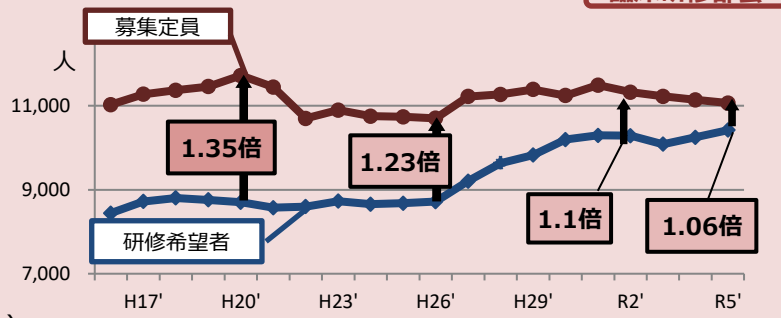
2年

臨床研修

## 臨床研修 – 臨床研修制度における地域偏在対策

臨床研修部会

- 都道府県別募集定員上限数の設定
- 全国の研修希望者に対する募集定員の倍率を縮小
- 医師少数区域へ配慮した都道府県ごとの定員設定方法への変更
- 地域医療重点プログラムの新設 (2022年～)



※臨床研修病院の指定、募集定員の設定権限を都道府県へ移譲 (2020年4月～)

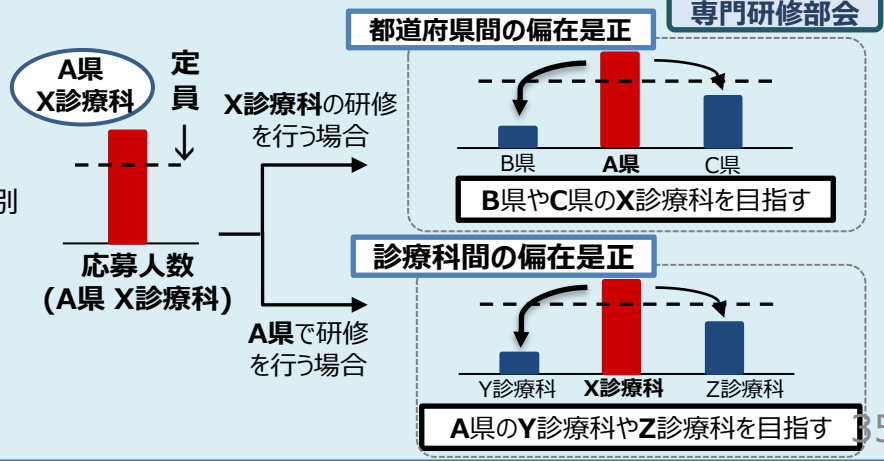
3年以上

専門研修

## 専門研修 – 専門医制度における地域・診療科偏在対策

専門研修部会

- 日本専門医機構が、都道府県別・診療科別採用上限数を設定 (シーリング)
- ※5大都市を対象としたシーリング→厚生労働省が算出した都道府県別・診療科別必要医師数に基づいたシーリングへ変更されている (2020年度研修～)
- 医師法の規定により、都道府県の意見を踏まえ、厚生労働大臣から日本専門医機構等に意見・要請を実施





# 令和6年度専攻医採用におけるシーリング

令和6年度第1回 医道審議会  
医師分科会 医師専門研修部会  
令和6年7月19日

資料1 (日本専門医機構資料)

	シーリング対象 の診療科数	内科	小児科	皮膚科	精神科	整形外科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	脳神経外科	放射線科	麻酔科	形成外科	リハビリ テーション科
北海道	1											20+3+[6]		
青森県	0													
岩手県	0													
宮城県	0													
秋田県	0													
山形県	0													
福島県	0													
茨城県	0													
栃木県	0													
群馬県	0													
埼玉県	0													
千葉県	0													
東京都	12	398+123+[52]	98+19+[11]	54+18+[11]	74+12+[14]+(5)	104+13+[9]	52+16+[6]	44+11+[3]		41+7+[6]	36+7+[5]	75+15+[11]	30+10+[6]	16+4+[15]
神奈川県	1			14+1+[1]										
新潟県	0													
富山県	0													
石川県	2				9+0+[2]	10+0+[1]								
福井県	0													
山梨県	0													
長野県	0													
岐阜県	0													
静岡県	0													
愛知県	1							16+1+[1]						
三重県	0													
滋賀県	1		7+0+[0]											
京都府	9	62+18+[8]	9+0+[2]	8+2+[2]		16+1+[1]	14+3+[2]	8+2+[1]	19+0+[0]		14+0+[0]	11+2+[4]		
大阪府	8	200+10+[21]				41+2+[4]	22+4+[5]	17+2+[1]	18+1+[0]		14+3+[2]	30+2+[6]	15+2+[2]	
兵庫県	4			13+0+[0]			12+1+[0]	14+0+[0]					13+0+[2]	
奈良県	0													
和歌山県	2	20+3+[2]				9+0+[1]								
鳥取県	1	15+1+[2]												
島根県	0													
岡山県	5	55+7+[6]	14+0+[0]		10+1+[2]						9+0+[0]	14+3+[6]		
広島県	0													
山口県	0													
徳島県	1	16+4+[2]												
香川県	0													
愛媛県	0													
高知県	0													
福岡県	8	118+29+[15]		11+1+[0]	17+5+[3]+(1)	33+10+[3]	11+0+[2]				15+0+[2]	20+4+[4]	7+0+[2]	
佐賀県	1				8+0+[1]									
長崎県	4	33+4+[4]	9+0+[0]			7+0+[0]						6+0+[0]		
熊本県	3	33+0+[3]			11+0+[2]	8+0+[1]								
大分県	0													
宮崎県	0													
鹿児島県	0													
沖縄県	2				7+0+[1]							8+0+[0]		

※都道府県の各診療科の数値は通常募集プログラム数+連携プログラム数+【特別地域連携プログラム数】(精神科のみ:精神保健指定医連携枠)

## 二次医療圏別の医師偏在指標 (令和6年1月公表版) ①

医師確保計画策定ガイドライン～第8次(前期)～に基づき、都道府県の医師確保計画の策定スケジュールを踏まえ、各都道府県の二次医療圏が確定する前の段階(2022年3月時点)の二次医療圏における指標の値について**上位1/3の閾値を217.6、下位1/3の閾値を179.3**と設定している(小数第2位以下略)。なお今後、都道府県における第8次医療計画の策定に当たり二次医療圏の見直し等が行われた場合は、見直し後の二次医療圏の医師偏在指標を再計算し、前述の閾値を用いて区分分けを行う。したがって、上位1/3、下位1/3に区分される二次医療圏の数は、全国の二次医療圏の総数の1/3と必ずしも一致しない場合があり得る。

(二次医療圏別)

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
00	全国	全国	255.6
0101	北海道	南渡島	205.5
0102	北海道	南檜山	139.0
0103	北海道	北渡島檜山	112.6
0104	北海道	札幌	282.4
0105	北海道	後志	205.9
0106	北海道	南空知	166.9
0107	北海道	中空知	195.1
0108	北海道	北空知	145.0
0109	北海道	西胆振	184.0
0110	北海道	東胆振	180.7
0111	北海道	日高	152.0
0112	北海道	上川中部	291.0
0113	北海道	上川北部	186.6
0114	北海道	富良野	135.3
0115	北海道	留萌	181.3
0116	北海道	宗谷	130.2
0117	北海道	北網	144.1
0118	北海道	遠紋	148.3
0119	北海道	十勝	192.8
0120	北海道	釧路	158.8
0121	北海道	根室	116.6
0201	青森県	津軽地域	253.2
0202	青森県	八戸地域	164.4
0203	青森県	青森地域	186.6
0204	青森県	西北五地域	126.3
0205	青森県	上十三地域	139.6
0206	青森県	下北地域	152.7
0301	岩手県	盛岡	244.6
0302	岩手県	岩手中部	135.4
0303	岩手県	胆江	144.9
0304	岩手県	両磐	151.1
0305	岩手県	気仙	144.1
0306	岩手県	釜石	107.8
0307	岩手県	宮古	134.5
0308	岩手県	久慈	142.4
0309	岩手県	二戸	200.9

■ 上位1/3 ■ 下位1/3

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
0401	宮城県	仙台	169.7
0403	宮城県	仙台	288.8
0406	宮城県	大崎・栗原	172.6
0409	宮城県	石巻・登米・気仙沼	164.0
0501	秋田県	県北	142.0
0502	秋田県	県央	243.4
0503	秋田県	県南	159.6
0601	山形県	村山	237.4
0602	山形県	最上	120.0
0603	山形県	置賜	189.2
0604	山形県	庄内	162.8
0701	福島県	県北	266.1
0702	福島県	県中	188.3
0703	福島県	県南	162.7
0706	福島県	相双	155.5
0707	福島県	いわき	123.2
0708	福島県	会津・南会津	168.9
0801	茨城県	水戸	231.2
0802	茨城県	日立	140.3
0803	茨城県	常陸太田・ひたちなか	140.3
0804	茨城県	鹿行	137.2
0805	茨城県	土浦	184.4
0806	茨城県	つくば	337.7
0807	茨城県	取手・竜ヶ崎	173.3
0808	茨城県	筑西・下妻	153.0
0809	茨城県	古河・坂東	148.8
0901	栃木県	県北	171.2
0902	栃木県	県西	168.1
0903	栃木県	宇都宮	207.6
0904	栃木県	県東	207.0
0905	栃木県	県南	345.3
0906	栃木県	両毛	179.3

(二次医療圏別)

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
1001	群馬県	前橋	340.2
1002	群馬県	渋川	175.8
1003	群馬県	伊勢崎	179.1
1004	群馬県	高崎・安中	210.8
1005	群馬県	藤岡	181.3
1006	群馬県	富岡	181.7
1007	群馬県	吾妻	154.4
1008	群馬県	沼田	206.4
1009	群馬県	桐生	174.5
1010	群馬県	太田・館林	149.7
1101	埼玉県	南部	203.7
1102	埼玉県	南西部	207.0
1103	埼玉県	東部	182.0
1104	埼玉県	さいたま	236.6
1105	埼玉県	県央	190.8
1106	埼玉県	川越比企	215.6
1107	埼玉県	西部	211.3
1108	埼玉県	利根	155.7
1109	埼玉県	北部	163.6
1110	埼玉県	秩父	157.5
1201	千葉県	千葉	268.6
1202	千葉県	東葛南部	199.5
1203	千葉県	東葛北部	203.1
1204	千葉県	印旛	210.3
1205	千葉県	香取海匠	196.4
1206	千葉県	山武長生夷隅	145.1
1207	千葉県	安房	322.6
1208	千葉県	君津	173.5
1209	千葉県	市原	200.1

■ 上位1/3 ■ 下位1/3

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
1301	東京都	区中央部	789.8
1302	東京都	区南部	380.4
1303	東京都	区西南部	413.7
1304	東京都	区西部	569.1
1305	東京都	区西北部	295.8
1306	東京都	区東北部	216.4
1307	東京都	区東部	307.6
1308	東京都	区西多摩	138.1
1309	東京都	南多摩	164.6
1310	東京都	北多摩西部	254.4
1311	東京都	北多摩南部	312.5
1312	東京都	北多摩北部	196.4
1313	東京都	島しょ	131.6
1404	神奈川県	川崎北部	285.3
1405	神奈川県	川崎南部	347.3
1406	神奈川県	横須賀・三浦	235.0
1407	神奈川県	湘南東部	202.4
1408	神奈川県	湘南西部	238.1
1409	神奈川県	県央	187.4
1410	神奈川県	相模原	217.7
1411	神奈川県	県西	177.1
1412	神奈川県	横浜	260.8
1501	新潟県	下越	156.0
1502	新潟県	新潟	234.3
1503	新潟県	県央	141.6
1504	新潟県	中越	158.2
1505	新潟県	魚沼	132.0
1506	新潟県	上越	159.6
1507	新潟県	佐渡	138.9
1601	富山県	新川	213.0
1602	富山県	富山	273.2
1603	富山県	高岡	211.5
1604	富山県	砺波	202.2
1701	石川県	南加賀	202.9
1702	石川県	石川中央	328.0
1703	石川県	能登中部	196.8
1704	石川県	能登北部	151.7

## 二次医療圏別の医師偏在指標 (令和6年1月公表版) ②

(二次医療圏別)

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
1801	福井県	福井・坂井	301.0
1802	福井県	奥越	146.0
1803	福井県	丹南	145.9
1804	福井県	嶺南	181.3
1901	山梨県	中北	271.6
1902	山梨県	峡東	179.7
1903	山梨県	峡南	198.7
1904	山梨県	富士・東部	222.5
2001	長野県	佐久	222.6
2002	長野県	上小	155.2
2003	長野県	諏訪	210.2
2004	長野県	上伊那	167.2
2005	長野県	飯伊	164.4
2006	長野県	木曾	162.3
2007	長野県	松本	330.5
2008	長野県	大北	200.6
2009	長野県	長野	193.9
2010	長野県	北信	186.7
2101	岐阜県	岐阜	275.6
2102	岐阜県	西濃	168.1
2103	岐阜県	中濃	190.5
2104	岐阜県	東濃	201.0
2105	岐阜県	飛騨	168.0
2201	静岡県	賀茂	144.4
2202	静岡県	熱海伊東	190.4
2203	静岡県	駿東田方	201.4
2204	静岡県	富士	157.9
2205	静岡県	静岡	234.4
2206	静岡県	志太榛原	191.8
2207	静岡県	中東遠	176.3
2208	静岡県	西部	258.0

■ 上位1/3 ■ 下位1/3

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
2302	愛知県	海部	207.7
2304	愛知県	尾張東部	333.2
2305	愛知県	尾張西部	214.9
2306	愛知県	尾張北部	185.2
2307	愛知県	知多半島	196.5
2308	愛知県	西三河北部	148.0
2309	愛知県	西三河南部西	194.7
2310	愛知県	西三河南部東	188.8
2311	愛知県	東三河北部	165.2
2312	愛知県	東三河南部	184.2
2313	愛知県	名古屋・尾張中部	305.4
2401	三重県	北勢	210.4
2402	三重県	中勢伊賀	259.8
2403	三重県	南勢志摩	217.8
2404	三重県	東紀州	162.3
2501	滋賀県	大津	373.5
2502	滋賀県	湖南	262.2
2503	滋賀県	甲賀	176.8
2504	滋賀県	東近江	218.3
2505	滋賀県	湖東	181.0
2506	滋賀県	湖北	217.6
2507	滋賀県	湖西	245.0
2601	京都府	丹後	155.6
2602	京都府	中丹	198.2
2603	京都府	南丹	177.1
2604	京都府	京都・乙訓	401.4
2605	京都府	山城北	207.1
2606	京都府	山城南	160.8
2701	大阪府	豊能	350.7
2702	大阪府	三島	277.5
2703	大阪府	北河内	232.4
2704	大阪府	中河内	205.5
2705	大阪府	南河内	286.0
2706	大阪府	堺市	225.6
2707	大阪府	泉州	218.8
2708	大阪府	大阪市	369.0

(二次医療圏別)

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
2801	兵庫県	神戸	323.3
2804	兵庫県	東播磨	231.6
2805	兵庫県	北播磨	206.6
2808	兵庫県	但馬	209.9
2809	兵庫県	丹波	203.8
2810	兵庫県	淡路	216.3
2811	兵庫県	阪神	279.7
2812	兵庫県	播磨姫路	214.4
2901	奈良県	奈良	266.3
2902	奈良県	東和	281.7
2903	奈良県	西和	210.8
2904	奈良県	中和	312.3
2905	奈良県	南和	262.2
3001	和歌山県	和歌山	347.0
3002	和歌山県	那賀	194.8
3003	和歌山県	橋本	217.2
3004	和歌山県	有田	180.8
3005	和歌山県	御坊	243.9
3006	和歌山県	田辺	216.5
3007	和歌山県	新宮	162.2
3101	鳥取県	東部	222.0
3102	鳥取県	中部	205.4
3103	鳥取県	西部	350.8
3201	島根県	松江	247.1
3202	島根県	雲南	128.5
3203	島根県	出雲	393.2
3204	島根県	大田	172.1
3205	島根県	浜田	238.7
3206	島根県	益田	176.0
3207	島根県	隠岐	203.7
3301	岡山県	県南東部	346.8
3302	岡山県	県南西部	292.8
3303	岡山県	高梁・新見	148.2
3304	岡山県	真庭	166.6
3305	岡山県	津山・英田	196.3

■ 上位1/3 ■ 下位1/3

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
3401	広島県	広島	298.9
3402	広島県	広島西	239.1
3403	広島県	呉	266.7
3404	広島県	広島中央	200.4
3405	広島県	尾三	198.2
3406	広島県	福山・府中	201.3
3407	広島県	備北	219.8
3501	山口県	岩国	223.9
3502	山口県	柳井	143.5
3503	山口県	周南	192.1
3504	山口県	山口・防府	223.4
3505	山口県	宇部・小野田	324.2
3506	山口県	下関	224.3
3507	山口県	長門	139.5
3508	山口県	萩	183.5
3601	徳島県	東部	332.4
3603	徳島県	南部	231.4
3605	徳島県	西部	153.2
3702	香川県	小豆	109.0
3706	香川県	東部	306.8
3707	香川県	西部	217.0
3801	愛媛県	宇摩	190.7
3802	愛媛県	新居浜・西条	199.4
3803	愛媛県	今治	198.4
3804	愛媛県	松山	292.0
3805	愛媛県	八幡浜・大洲	180.2
3806	愛媛県	宇和島	187.9
3901	高知県	安芸	206.8
3902	高知県	中央	300.3
3903	高知県	高幡	187.1
3904	高知県	幡多	159.7



## 二次医療圏別の医師偏在指標 (令和6年1月公表版) ③

(二次医療圏別)

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
4001	福岡県	福岡・糸島	399.0
4002	福岡県	粕屋	220.7
4003	福岡県	宗像	198.4
4004	福岡県	筑紫	224.7
4005	福岡県	朝倉	202.0
4006	福岡県	久留米	407.8
4007	福岡県	八女・筑後	216.3
4008	福岡県	有明	233.6
4009	福岡県	飯塚	341.3
4010	福岡県	直方・鞍手	184.4
4011	福岡県	田川	197.4
4012	福岡県	北九州	301.6
4013	福岡県	京築	151.6
4101	佐賀県	中部	363.5
4102	佐賀県	東部	165.5
4103	佐賀県	北部	241.4
4104	佐賀県	西部	157.5
4105	佐賀県	南部	254.1
4201	長崎県	長崎	365.0
4202	長崎県	佐世保県北	221.5
4203	長崎県	県央	270.6
4204	長崎県	県南	194.1
4206	長崎県	五島	199.7
4207	長崎県	上五島	200.8
4208	長崎県	壱岐	225.0
4209	長崎県	対馬	196.9
4302	熊本県	宇城	164.7
4303	熊本県	有明	198.5
4304	熊本県	鹿本	193.7
4305	熊本県	菊池	173.1
4306	熊本県	阿蘇	184.2
4308	熊本県	八代	244.8
4309	熊本県	芦北	248.5
4310	熊本県	球磨	182.5
4311	熊本県	天草	191.3
4312	熊本県	熊本・上益城	344.3

上位1/3 下位1/3

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
4401	大分県	東部	267.2
4403	大分県	中部	291.2
4405	大分県	南部	190.6
4406	大分県	豊肥	203.1
4408	大分県	西部	178.0
4409	大分県	北部	202.9
4501	宮崎県	宮崎東諸県	308.1
4502	宮崎県	都城北諸県	171.4
4503	宮崎県	延岡西臼杵	160.5
4504	宮崎県	日南串間	180.1
4505	宮崎県	西諸	164.7
4506	宮崎県	西都児湯	157.7
4507	宮崎県	日向入郷	149.8
4601	鹿児島県	鹿児島	349.0
4603	鹿児島県	南薩	200.1
4605	鹿児島県	川薩	220.0
4606	鹿児島県	出水	171.8
4607	鹿児島県	始良・伊佐	176.3
4609	鹿児島県	曾於	153.8
4610	鹿児島県	肝属	182.4
4611	鹿児島県	熊毛	129.7
4612	鹿児島県	奄美	164.7
4701	沖縄県	北部	247.3
4702	沖縄県	中部	257.3
4703	沖縄県	南部	329.2
4704	沖縄県	宮古	195.3
4705	沖縄県	八重山	249.6



- 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

### 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	

## 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。

➤ 国民・患者が、**かかりつけ医機能その他の医療提供施設の機能を十分に理解した上で**、自ら適切に医療機関を選択できるよう、「医療機能情報提供制度」（※）の充実・強化を図る。

（※）医療機能情報提供制度は、国民・患者による医療機関の適切な選択を支援するため、医療機関に対し、医療機能に関する情報（診療科目、診療日、診療時間、対応可能な治療内容等）について都道府県知事への報告を義務づけ、それを都道府県知事が公表する制度。

## 【見直しのポイント】

① 医療機能情報提供制度について、**かかりつけ医機能その他の医療提供施設の機能の理解に基づく、国民・患者の医療機関の適切な選択に資する**という制度趣旨を明確化

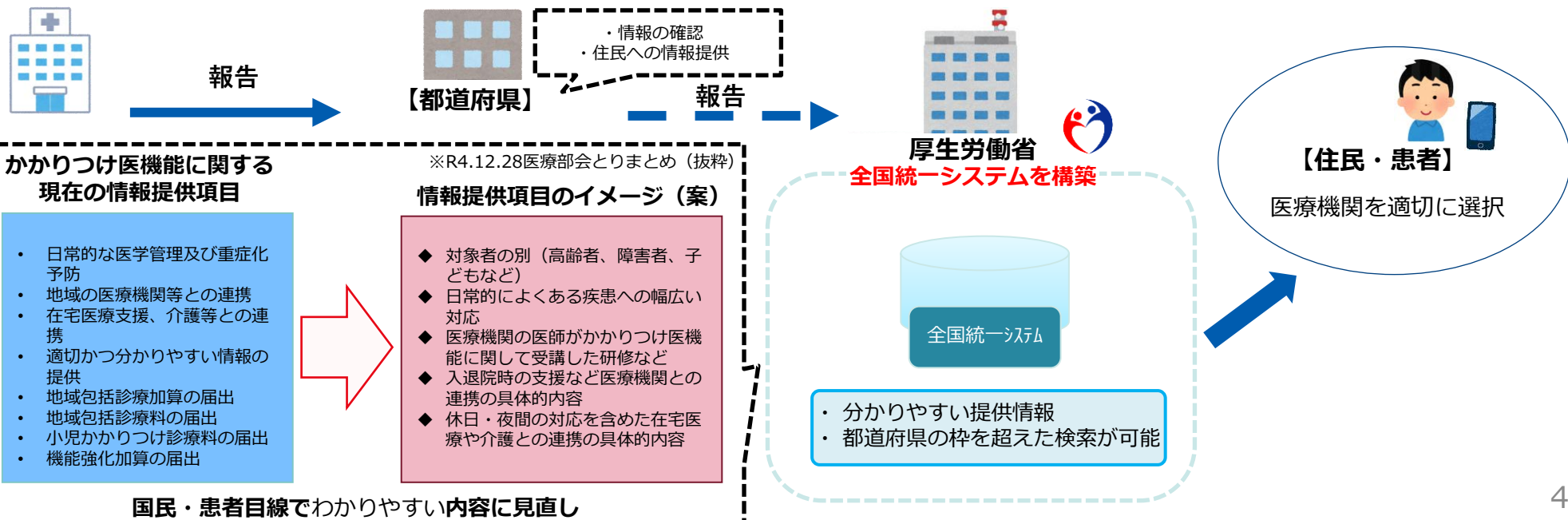
<かかりつけ医機能>

**身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能を「かかりつけ医機能」と定義**

② 全国の情報を一元化・標準化した**全国統一システムを構築**し、より検索性が高くわかりやすい情報を提供

③ 国民・患者へのわかりやすい情報提供ができるよう、**情報提供項目を見直す**（厚生労働省令）

（具体的な項目の内容については、今後、有識者等の参画を得て検討。）



## かかりつけ医機能報告概要

- 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。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



かかりつけ医機能報告  
対象医療機関

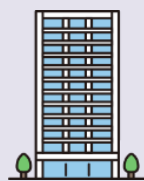
### ① かかりつけ医機能の報告

#### ◆継続的な医療を要する者に対する かかりつけ医機能の有無・内容

（第30条の18の4第1項）

#### <報告項目イメージ>

- 1: 日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能
- 2: 1を有する場合、  
(1)時間外診療、(2)入退院支援、(3)在宅医療、(4)介護等との連携、(5)その他厚生労働省令で定める機能



都道府県

### ② 報告の内容

（第30条の18の4第7項）

### ③ 都道府県の確認

2(1)～(4)等の機能の確保に係る体制を確認(※)。  
（第30条の18の4第2項）

・体制に変更があった場合は、再度報告・確認

（第30条の18の4第4項）

### ④ 確認結果

（第30条の18の4第3項、第5項）

公表

### ⑤ 確認結果の報告



### ⑥ 地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討（第30条の18の5）

#### 具体的方策の例

- ◆地域で不足する機能を担うための研修や支援の企画・実施
- ◆地域の医療機関に地域で不足する機能を担うよう働きかけ
- ◆地域の医療機関間の連携の強化 など



外来医療に関する  
地域の協議の場

※介護等に関する事項を協議する場合には、市町村の参加を求め、介護等に関する各種計画の内容を考慮。

※高齢者保健事業や地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の状況に留意。

### ⑦ 協議結果

公表

※医療機関の報告内容について、実際には体制を有していないことが明らかになった場合は、その機能については都道府県による公表の対象外医療機関の報告懈怠・虚偽報告等の場合は報告・是正の命令等(第30条の18の4第6項等)

## 制度施行に向けた基本的な考え方

厚生労働省 社会保障審議会医療部会（令和6年9月5日）資料

- 今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズ等がかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約がある中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性にに応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要。
- このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
  - ・ 「かかりつけ医機能を有する医療機関」のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要。
  - ・ また、当該内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域で不足する機能を確保する方策を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図るとともに、その際、「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型(モデル)の提示を行い、各医療機関が連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要。
- かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実、医療DXによる情報共有基盤の整備など、地域でかかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備等に取り組むことが重要。

## 報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

### 1号機能

- **継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能**
    - ・ 当該機能を有すること及び報告事項について院内掲示により公表していること
    - ・ かかりつけ医機能に関する研修※の修了者の有無、総合診療専門医の有無
    - ・ 診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、一次診療を行うことができる疾患
    - ・ 医療に関する患者からの相談に応じることができること
- ※ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。
- ※ 施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討する。

### 2号機能

- **通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供**
  - ※ 1号機能を有する医療機関は、2号機能の報告を行う。

### その他の報告事項

- **健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向 等**

## 地域における協議の場での協議

- 特に在宅医療や介護連携等の協議に当たって、市町村単位や日常生活圏域単位等での協議や市町村の積極的な関与・役割が重要。
- 協議テーマに応じて、協議の場の圏域や参加者について、都道府県が市町村と調整して決定。
  - ・ 在宅医療や介護連携等は市町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議、全体を都道府県単位で統合・調整など

## かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

### 医師の教育や研修の充実

- かかりつけ医機能の確保に向けて、医師のリカレント教育・研修を体系化して、行政による支援を行いつつ、実地研修も含めた研修体制を構築する。
- 知識（座学）と経験（実地）の両面から望ましい内容等を整理し、かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修を示す（詳細は厚労科研で整理）。
- 国において必要な支援を検討し、医師が選択して学べる「E-learningシステム」の整備を進める。

### 医療DXによる情報共有基盤の整備

- 国の医療DXの取組として整備を進めている「全国医療情報プラットフォーム」を活用し、地域の医療機関等や多職種が連携しながら、地域のかかりつけ医機能の確保を推進。
- 「全国医療情報プラットフォーム」による介護関連情報の共有が実施されるまでも、医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等が円滑に連携できるよう、活用できる民間サービスの活用などの好事例の周知等に取り組む。

## 患者等への説明

- 説明が努力義務となる場合は、在宅医療や外来医療を提供する場合であって一定期間以上継続的に医療の提供が見込まれる場合とする。
- 患者等への説明内容は、疾患名や治療計画、当該医療機関の連絡先等に加えて、当該患者に対する1号機能や2号機能の内容、連携医療機関等とする。

## 施行に向けた今後の取組

- 今後、制度の円滑な施行に向けて、関係省令・告示等の改正、かかりつけ医機能報告に係るシステム改修、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の詳細の整理、ガイドラインの作成、都道府県・市町村等に対する研修・説明会の開催等に取り組む。

## 4. 介護



## 定義

「訪問介護」とは、訪問介護員等（※）が、利用者（要介護者）の居宅を訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等を提供するものをいう。

### ※「訪問介護員等」

介護福祉士、実務者研修修了者（450h）、介護職員初任者研修修了者（130h）、生活援助従事者研修修了者（59h・生活援助中心型のみ提供可能）、居宅介護又は重度訪問介護を提供している者（共生型サービスのみ提供可能）、旧介護職員基礎研修修了者（500h）、旧訪問介護員1級課程修了者（230h）、又は旧訪問介護員2級課程修了者（130h）をいう

## 訪問介護のサービス類型

「訪問介護」は、その行為の内容に応じ、次の3類型に区分される。

- ① 身体介護    >>   利用者の身体に直接接触して行われるサービス等  
                  (例：入浴介助、排せつ介助、食事介助 等)
- ② 生活援助    >>   身体介護以外で、利用者が日常生活を営むことを支援するサービス  
                  (例：調理、洗濯、掃除 等)
- ③ 通院等乗降介助   >>   通院等のための乗車又は降車の介助（乗車前・降車後の移動介助等の一連のサービス行為を含む）

## 必要となる人員・設備等

○訪問介護サービスを提供するために必要な職員は次のとおり

訪問介護員等	常勤換算方法で2.5以上
サービス提供責任者 (※)	<p>介護福祉士、実務者研修修了者、旧介護職員基礎研修修了者、旧1級課程修了者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問介護員等のうち、利用者の数40人に対して1人以上 (原則として常勤専従の者であるが、一部非常勤職員でも可)</li> <li>・以下の要件を全て満たす場合には、利用者50人につき1人             <ul style="list-style-type: none"> <li>○常勤のサービス提供責任者を3人以上配置</li> <li>○サービス提供責任者の業務に主として従事する者を1人以上配置</li> <li>○サービス提供責任者が行う業務が効率的に行われている場合</li> </ul> </li> </ul> <p>※ 共生型訪問介護事業所においては、特例がある。</p>
<p>※サービス提供責任者の業務</p> <p>①訪問介護計画の作成、②利用申込みの調整、③利用者の状態変化やサービスへの意向の定期的な把握、④居宅介護支援事業者等に対する利用者情報の提供(服薬状況や口腔機能等)、⑤居宅介護支援事業者との連携(サービス担当者会議出席等)、⑥訪問介護員に対しての具体的援助方法の指示及び情報伝達、⑦訪問介護員の業務の実施状況の把握、⑧訪問介護員の業務管理、⑨訪問介護員に対する研修、技術指導等</p>	
管理者	常勤で専ら管理業務に従事するもの

○訪問介護事業所の設備及び備品等は次のとおり

- ・事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画(利用申込の受付、相談等に対応できるもの)を有していること
- ・訪問介護の提供に必要な設備及び備品を備え付けていること



# 訪問介護の報酬

## 指定訪問介護の介護報酬のイメージ (1回あたり)

※加算・減算は主なものを記載

### サービス提供内容・時間に応じた基本サービス費

20分未満  
163単位

20分以上30分未満  
244単位

30分以上1時間未満  
387単位

1時間以上  
567単位に30分を増すごとに  
82単位

20分以上  
45分未満  
179単位

45分以上  
220単位

〔**身体介護**：排せつ介助、食事介助、入浴介助、外出介助等

〕〔**生活援助**：掃除、洗濯、一般的な調理等

通院等乗降介助 (※) 97単位

※ 目的地が複数ある場合であっても、居宅が始点又は終点となる場合には、その間の病院等から病院等への移送や、通所系サービス・短期入所系サービスの事業所から病院等への移送といった目的地間の移送に係る乗降介助に関しても、同一の事業所が行うことを条件に、算定が可能

### 利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する加算・減算

初回時等のサービス提供責任者による対応 (200単位/月)

中山間地域等でのサービス提供 (5%・10%・15%)

身体介護に引き続いた生活援助の提供 (20分以上で65単位、45分以上で130単位、70分以上で195単位)

夜間(18:00~22:00)又は早朝(6:00~8:00)のサービス提供 (25%)  
深夜(22:00~6:00)のサービス提供 (50%)

専門的な認知症ケアの実施 (3単位、4単位/日)

リハビリテーション職等との連携 (100単位・200単位/月)

緊急時の対応 (100単位) ※身体介護のみ

特定事業所加算 (3%・5%・10%・20%)

- ①研修等の実施
- ②介護福祉士等や勤続年数7年以上の者の一定割合以上の配置
- ③重度要介護者等の一定割合以上の利用

介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)24.5% (Ⅱ)22.4% (Ⅲ)18.2% (Ⅳ)14.5%

口腔管理に係る連携の強化 (50単位/回)

同一敷地内建物等に対するサービス提供 (▲10%・▲15%・▲12%)

高齢者虐待防止措置未実施 (▲1%)

業務継続計画未策定 (▲1%)

※点線枠の加算は区分支給限度額の枠外

## 居宅療養管理指導の基本方針

居宅療養管理指導の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士又は管理栄養士が、通院が困難な利用者に対して、その居宅を訪問して、その心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより、その者の療養生活の質の向上を図るものでなければならない。

(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号第84条))

## 各職種が行う指導の概要

医師又は歯科医師	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 計画的かつ継続的な医学的管理又は歯科医学的管理に基づいて実施</li> <li>○ 居宅介護支援事業者に対する、居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供</li> <li>○ 居宅要介護者や家族等に対する、居宅サービスを利用する上での留意点や介護方法等についての指導及び助言</li> <li>○ 訪問診療又は往診を行った日に限る</li> </ul>
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医師又は歯科医師の指示に基づいて実施される薬学的な管理及び指導</li> <li>○ 居宅介護支援事業者に対する、居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供</li> </ul>
歯科衛生士	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 訪問歯科診療を行った歯科医師の指示及びその歯科医師の策定した訪問指導計画に基づいて実施される口腔内の清掃又は有床義歯の清掃に関する指導</li> </ul>
管理栄養士	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を30分以上行う</li> </ul>

※居宅療養管理指導の事業を行うことができるのは、病院、診療所、薬局等である。

# 居宅療養管理指導費の報酬

社保審一介護給付費分科会

第176回 (R2.3.16)

資料 2

## 居宅療養管理指導の報酬体系

職種等		報酬単価 (単位)		
		単一建物居住者が 1人の場合	単一建物居住者が 2～9人の場合	単一建物居住者が 10人以上の場合
医師 注1 (月2回を限度)	居宅療養管理指導費(Ⅰ)	514	486	445
	居宅療養管理指導費(Ⅱ)注2	298	286	259
歯科医師 (月2回を限度) 注1		516	486	440
薬剤師	病院又は診療所の薬剤師 (月2回を限度)	565	416	379
	薬局の薬剤師 (月4回を限度) 注3	517	378	341
	情報通信機器を用いて行う場合 (月1回を限度)	45		
管理栄養士 (月2回を限度)	居宅療養管理指導費(Ⅰ)	544	486	443
	居宅療養管理指導費(Ⅱ)	524	466	423
歯科衛生士等 (月4回を限度)		361	325	294
特別地域居宅療養管理指導加算		+15/100		
中山間地域等における小規模事業所加算		+10/100		
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算		+5/100		

注1: 訪問診療又は往診を行った日に限り算定できる。

注2: 診療報酬の「在宅時医学総合管理料」又は「施設入居時等医学総合管理料」を算定する場合。

これらの管理料は、通院困難な患者に対し、計画的医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に月1回に限り算定できる。

注3: 末期の悪性腫瘍の者、中心静脈栄養を受けている者に対しては、2回/週、かつ、8回/月を限度として算定。

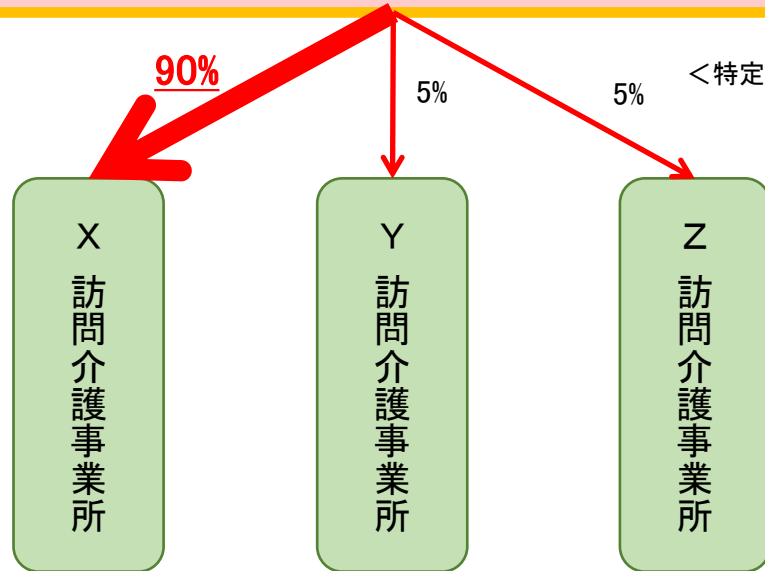
# 特定事業所集中減算

- ケアマネ事業所が作成するケアプランは、サービスが特定の事業者<sup>①</sup>に不当に偏ることのないようにすることが求められている。特定事業所集中減算は、ケアマネ事業所がその事業所の利用者に対して作成するケアプランにおいて、特定のサービス事業所に集中する正当な理由なく、集中割合が80%を超える場合に報酬を減算する仕組み。
- 令和4年4月審査分で特定事業所集中減算の適用を受けている請求事業所数は1,496事業所（全体の約4.0%）。

減算適用あり

## A ケアマネ事業所

(訪問介護を位置付けたケアプランの合計：100件)  
X法人／90件 Y法人／5件 Z法人／5件

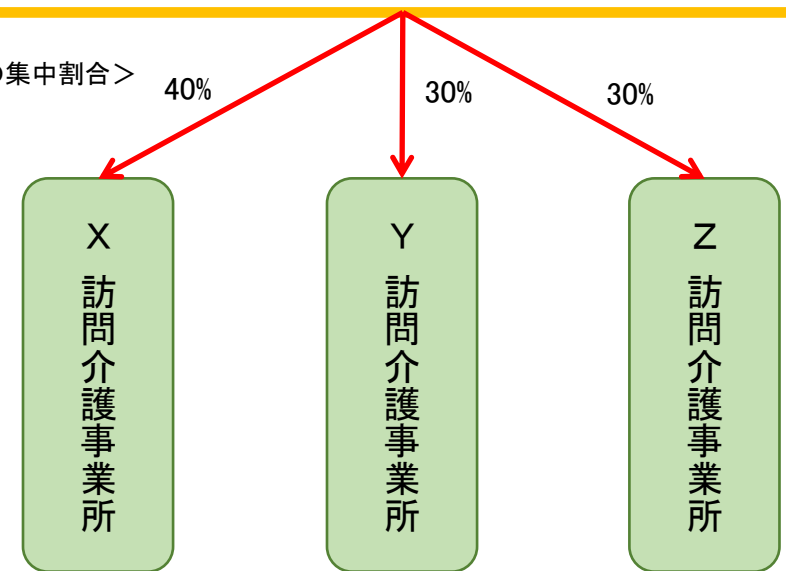


- 上記の場合、X法人への集中割合が90%となり、集中割合が80%を超えているため、特定事業所集中減算が適用される(1月につき200単位を所定単位数から減算)

減算適用なし

## B ケアマネ事業所

(訪問介護を位置付けたケアプランの合計：100件)  
X法人／40件 Y法人／30件 Z法人／30件



- 上記の場合、いずれの法人も集中割合が80%を超えていないため、特定事業所集中減算は適用されない。

※サービスが特定の事業所に集中することにつき正当な理由(地域にサービス事業所が少ないこと等)がある場合は、減算の適用は行われぬ。  
※居宅介護支援費(ケアマネ事業所への基本報酬)は、要介護度別に、1月につき1,076~1,398単位。

# 保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金

令和6年度当初予算額 (一般財源) 100億円 (150億円)  
(消費税財源) 200億円 (200億円)

## 1 事業の目的

- 平成29年の地域包括ケア強化法の成立を踏まえ、客観的な指標による評価結果に基づく財政的インセンティブとして、平成30年度より、保険者機能強化推進交付金を創設し、保険者（市町村）による高齢者の自立支援、重度化防止の取組や、都道府県による保険者支援の取組を推進。令和2年度からは、介護保険保険者努力支援交付金（社会保障の充実分）を創設し、介護予防・健康づくり等に資する取組を重点的に評価することにより、これらの取組を強化。
- 令和5年度においては、秋の行政事業レビューや予算執行調査などの結果を踏まえ、アウトカムに関連するアウトプット・中間アウトカム指標の充実や、評価指標の縮減など、制度の効率化・重点化を図るための見直しを行ったところであり、令和6年度においてもこれらを踏まえつつ、引き続き保険者機能強化の推進を図る。

## 2 事業スキーム・実施主体等

- 各市町村が行う自立支援・重度化防止の取組及び都道府県が行う市町村支援の取組に対し、評価指標の達成状況（評価指標の総合得点）に応じて、交付金を交付する。  
※ 介護保険保険者努力支援交付金（消費税財源）は、上記の取組の中でも介護予防・日常生活支援総合事業及び包括的支援事業（包括的・継続的ケアマネジメント支援事業、在宅医療介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業）に使用範囲を限定。

### 【実施主体】

都道府県、市町村

### 【交付金の配分に係る主な評価指標】

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

### 【交付金の活用方法】

<都道府県分>

高齢者の自立支援・重度化防止等に向けて市町村を支援する各種事業（市町村に対する研修事業、リハビリ専門職等の派遣事業等）の事業費に充当。

<市町村分>

国、都道府県、市町村及び第2号保険料の法定負担割合に加えて、介護保険特別会計に充当し、地域支援事業、市町村特別給付、保健福祉事業など、高齢者の自立支援、重度化防止、介護予防等に必要の事業を充実。

### 【補助率・単価】

定額（国が定める評価指標の達成状況（評価指標の総合得点）に応じて、交付金を配分）

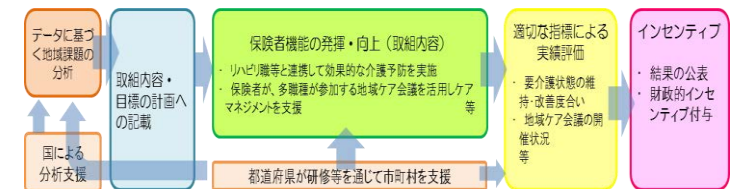
### 【負担割合】

国10/10

### 【事業実績】

交付先47都道府県及び1,571保険者（令和4年度）

### ＜交付金を活用した保険者機能の強化のイメージ＞



## 5. 年金

# 令和6年度の年金額の改定（スライド）について

- 年金額は、物価や賃金の変動に応じて毎年度改定を行う仕組みとなっており、物価変動率が名目賃金変動率を上回る場合は、支え手である現役世代の負担能力に応じた給付とする観点から、名目賃金変動率を用いて改定する。
- 令和6年度の年金額は、前年度から+2.7%のプラス改定となる。

## (1) 物価変動率と賃金変動率を比べ

前年の消費者物価指数（CPI）の変動率

↓ **【+3.2%】**（令和5年）

物価変動率

**【+3.2%】**

2～4年度前（直近3年度平均）の実質賃金変動率

+ **【▲0.1%】**（令和2～令和4年度平均実績値）

前年の消費者物価指数（CPI）の変動率

↓ **【+3.2%】**（令和5年）

名目賃金変動率

**【+3.1%】**

物価 > 賃金のため  
賃金変動率を用いる

## (2) マクロ経済スライドによる調整 **【▲0.4%】**

**【▲0.4%】**…令和6年度のマクロ経済スライド調整率（▲0.4%）

= 被保険者数の変化率（▲0.1%）+ 平均余命の伸び率を勘案した一定率（▲0.3%）

年金改定率 **【+2.7%】**



# マクロ経済スライド調整の状況

- マクロ経済スライドは、平成27年度・令和元年度・令和2年度・令和5年度・令和6年度の計5回発動。
- 近年、被保険者数の増加傾向が続いたため、マクロ経済スライド調整に用いる被保険者数の変化率は財政検証の見込みよりも小さくなっている。

改定年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	
年金額改定率の実績												
(A)	物価変動率 ※ 前年のCPI上昇率	0.4%	2.7%	0.8%	▲0.1%	0.5%	1.0%	0.5%	0.0%	▲0.2%	2.5%	3.2%
	賃金変動率 ※ 2~4年前の賃金上昇率等を基に計算	0.3%	2.3%	0.0%	▲1.1%	0.4%	0.6%	0.3%	▲0.1%	▲0.4%	2.8%	3.1%
(B)	実際に発動したマクロ経済スライド調整率	(※1) -	▲0.9%	-	-	(※3) ▲0.5%	▲0.1%	-	-	(※3) ▲0.6%	▲0.4%	
	被保険者の変化率×平均余命の伸びを勘案した一定率 (▲0.3%)	▲1.0%	▲0.9%	▲0.7%	▲0.5%	▲0.3%	▲0.2%	▲0.1%	▲0.1%	▲0.2%	▲0.3%	▲0.4%
(C)	特例水準の解消	▲1.0%	▲0.5%	-	-	-	-	-	-	-	-	
年金額改定率 (A-B-C) (※2)		▲0.7%	0.9%	0.0%	▲0.1%	0.0%	0.1%	0.2%	▲0.1%	▲0.4%	新2.2% 既1.9%	2.7%
(参考)	平成26年財政検証 労働市場への参加が進むケース					令和元年財政検証 労働参加が進むケース					令和6年度財政検証 労働参加進展シナリオ	
	▲1.0%	▲1.1%	▲1.1%	▲1.1%	▲1.0%	▲0.2%	▲0.2%	▲0.3%	▲0.5%	▲0.7%	▲0.4%	
	平成26年財政検証 労働市場への参加が進まないケース					令和元年財政検証 労働参加が一定程度進むケース					令和6年度財政検証 労働参加漸進シナリオ	
	▲1.0%	▲1.1%	▲1.2%	▲1.2%	▲1.1%	▲0.2%	▲0.2%	▲0.3%	▲0.5%	▲0.8%	▲0.4%	

※1 特例水準の解消のため、平成26年度は▲1.0%、平成27年度は▲0.5%の改定が行われている。このため、平成26年度はマクロ経済スライドが発動していない。

※2 Aの値は、物価・賃金の状況に応じ、▲の値（ただし、物価>ゼロ>賃金の、平成28年度と平成30年度はゼロ）を使用。

※3 平成28年に成立した年金改革法により、平成30年度に発生したマクロ経済スライドの未調整分（▲0.3%）は令和元年度に繰り越された。また、令和3年度・令和4年度に発生したマクロ経済スライドの未調整分（計▲0.3%）は令和5年度に繰り越された。

# 1. 被用者保険の更なる適用拡大を行った場合

- ①：被用者保険の適用対象となる企業規模要件の廃止と5人以上個人事業所の非適用業種の解消を行う場合（約90万人拡大）
  - ②：①に加え、短時間労働者の賃金要件の撤廃又は最低賃金の引上げにより同等の効果が得られる場合（約200万人拡大）
  - ③：②に加え、5人未満の個人事業所も適用事業所とする場合（約270万人拡大）
  - ④：所定労働時間が週10時間以上の全ての被用者を適用する場合（約860万人拡大）
- ・試算の便宜上、2027年10月に更なる適用拡大を実施した場合として試算。

## 将来の所得代替率

		現行制度	適用拡大① (90万人拡大)	適用拡大② (200万人拡大)	適用拡大③ (270万人拡大)	適用拡大④ (860万人拡大)
足下の所得代替率 (2024年度)  <b>61.2%</b> 〔 比例:25.0% 基礎:36.2% 〕	<b>移行・継続</b> 成長型経済	<b>57.6% (2037)</b> 〔 比例:25.0% (調整なし) 基礎:32.6% (2037) 〕	<b>58.6% (2035)</b> 〔 比例:25.0% (調整なし) 基礎:33.6% (2035) 〕 <b>+1.0%</b>	<b>59.3% (2034)</b> 〔 比例:25.0% (調整なし) 基礎:34.4% (2034) 〕 <b>+1.7%</b>	<b>60.7% (2028)</b> 〔 比例:25.0% (調整なし) 基礎:35.8% (2028) 〕 <b>+3.1%</b>	<b>61.2% (調整なし)</b> 〔 比例:25.0% (調整なし) 基礎:36.2% (調整なし) 〕 <b>+3.6%</b>
	<b>過去30年投影</b>	<b>50.4% (2057)</b> 〔 比例:24.9% (2026) 基礎:25.5% (2057) 〕	<b>51.3% (2054)</b> 〔 比例:24.8% (2027) 基礎:26.5% (2054) 〕 <b>+0.9%</b>	<b>51.8% (2052)</b> 〔 比例:24.6% (2028) 基礎:27.2% (2052) 〕 <b>+1.4%</b>	<b>53.1% (2048)</b> 〔 比例:24.5% (2029) 基礎:28.6% (2048) 〕 <b>+2.7%</b>	<b>56.3% (2038)</b> 〔 比例:23.1% (2038) 基礎:33.2% (2038) 〕 <b>+5.9%</b>

注1: 給付水準調整終了後の所得代替率であり、( )内は給付水準の調整終了年度である。

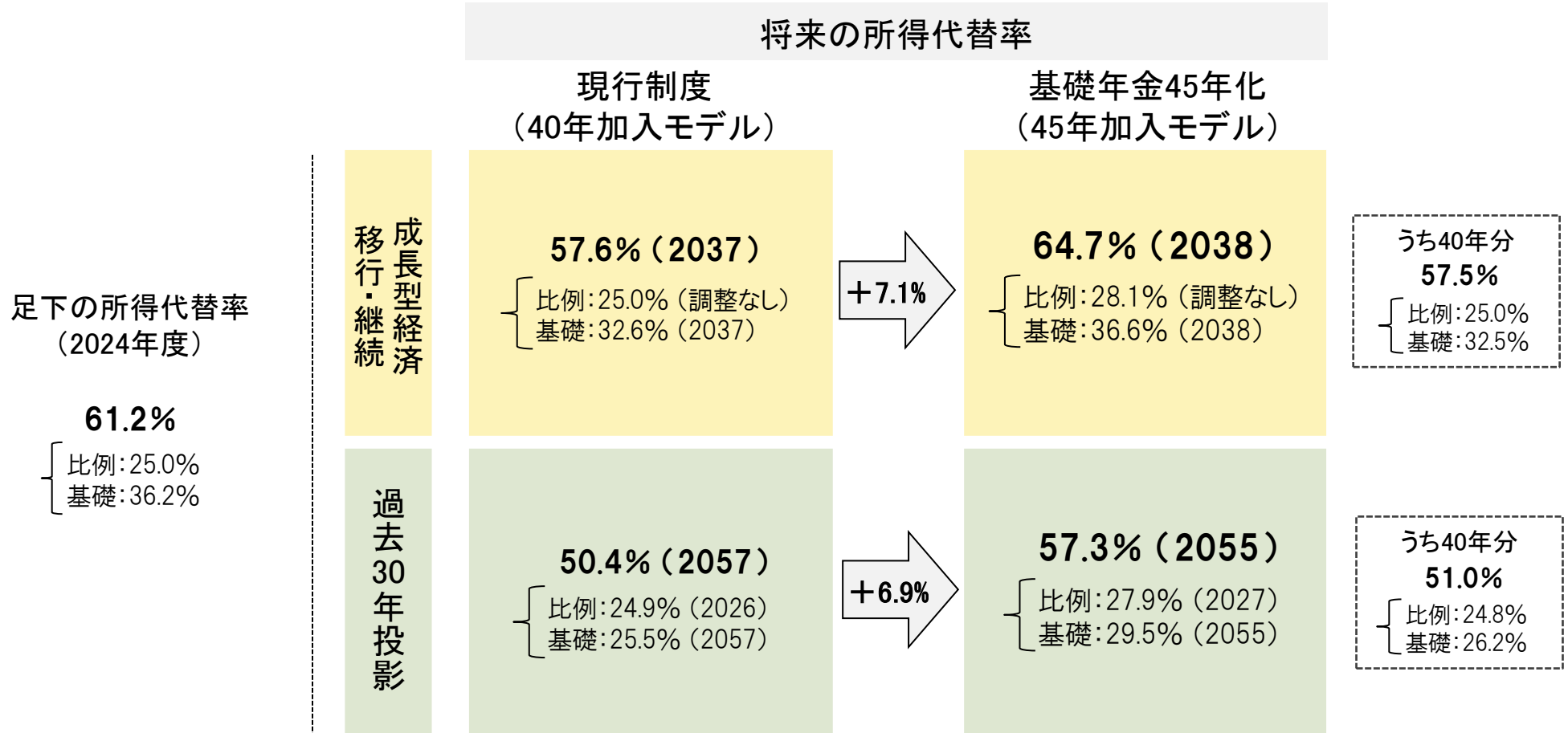
注2: 試算における人口の前提は、中位推計(出生中位、死亡中位、入国超過数16.4万人)。

## 2. 基礎年金の拠出期間延長・給付増額を行った場合

2024年7月3日  
第16回社会保障審議会年金部会

○ 基礎年金の保険料拠出期間を現行の40年(20～59歳)から45年(20～64歳)に延長し、拠出期間が伸びた分に合わせて基礎年金が増額する仕組みとした場合

- ・試算の便宜上、2031年度に60歳に達する者から、生年度が2年次あがるごとに1年ずつ拠出期間を延長した場合として試算。
- ・延長期間(60～64歳)に係る給付にも2分の1の国庫負担がある前提で試算している。
- ・マクロ経済スライドの調整率は、現行の仕組みの場合と同じものを用いている。



注1: 給付水準調整終了後の所得代替率であり、( )内は給付水準の調整終了年度である。

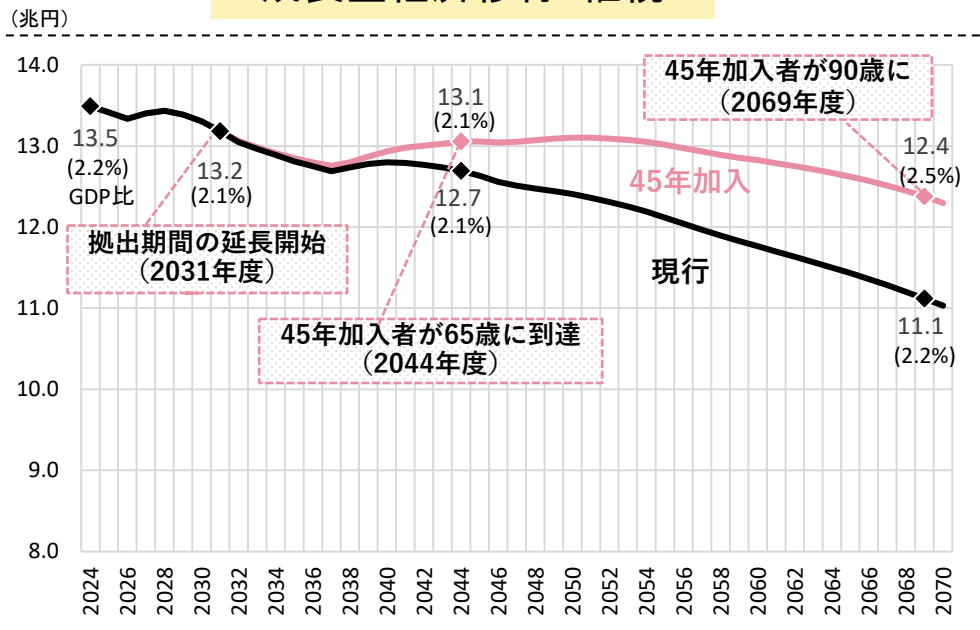
注2: 試算における人口の前提は、中位推計(出生中位、死亡中位、入国超過数16.4万人)。

注3: 現行の仕組みの下で厚生年金に20歳から64歳まで45年加入した場合は、報酬比例部分の給付水準のみ、40年加入した場合の45/40倍となる。

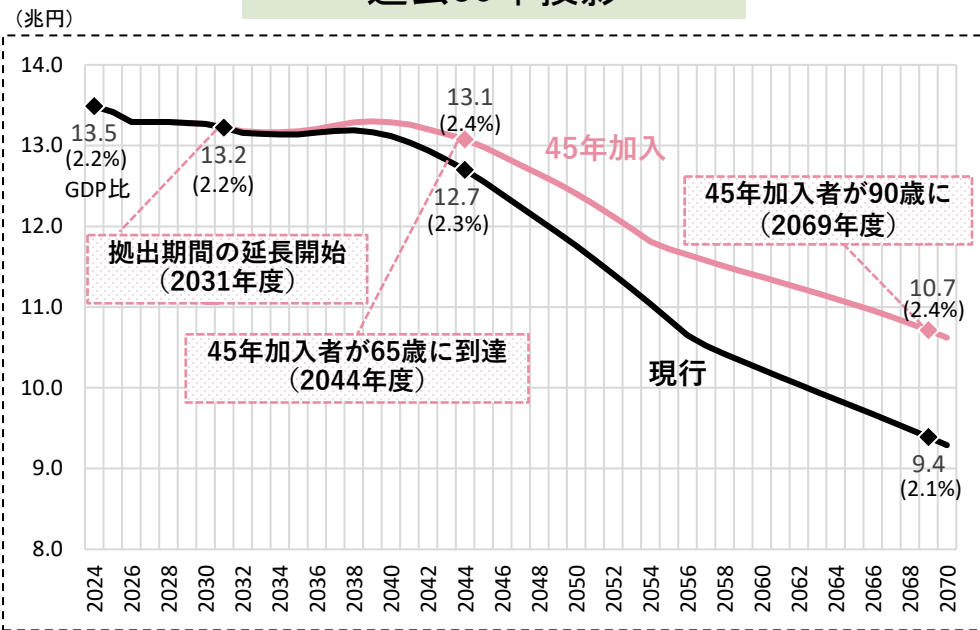
# (参考) 基礎年金の拠出期間延長・給付増額による国庫負担の見通しの変化

2024年7月3日  
第16回社会保障審議会年金部会

## 成長型経済移行・継続



## 過去30年投影



年度	現行		45年加入		45年加入による影響
	2024年度価格	(GDP比)	2024年度価格	(GDP比)	
2024	13.5	(2.2%)	13.5	(2.2%)	-
2031	13.2	(2.1%)	13.2	(2.1%)	【+0.0】
2040	12.8	(2.0%)	12.9	(2.0%)	【+0.1】
2044	12.7	(2.1%)	13.1	(2.1%)	【+0.4】
2050	12.4	(2.1%)	13.1	(2.3%)	【+0.7】
2060	11.8	(2.2%)	12.8	(2.4%)	【+1.1】
2069	11.1	(2.2%)	12.4	(2.5%)	【+1.3】
2070	11.0	(2.2%)	12.3	(2.5%)	【+1.3】

(単位:兆円)

年度	現行		45年加入		45年加入による影響
	2024年度価格	(GDP比)	2024年度価格	(GDP比)	
2024	13.5	(2.2%)	13.5	(2.2%)	-
2031	13.2	(2.2%)	13.2	(2.2%)	【+0.0】
2040	13.1	(2.3%)	13.3	(2.3%)	【+0.2】
2044	12.7	(2.3%)	13.1	(2.4%)	【+0.4】
2050	11.8	(2.2%)	12.4	(2.4%)	【+0.6】
2060	10.2	(2.1%)	11.4	(2.4%)	【+1.1】
2069	9.4	(2.1%)	10.7	(2.4%)	【+1.3】
2070	9.3	(2.1%)	10.6	(2.4%)	【+1.3】

(単位:兆円)

注1: 「2024年度価格」とは、賃金上昇率（国民年金の保険料改定率）により、2024年度の価格に換算したものである。

注2: 国庫負担額には、地方公務員共済組合の基礎年金拠出金に係る地方負担分等を含む。

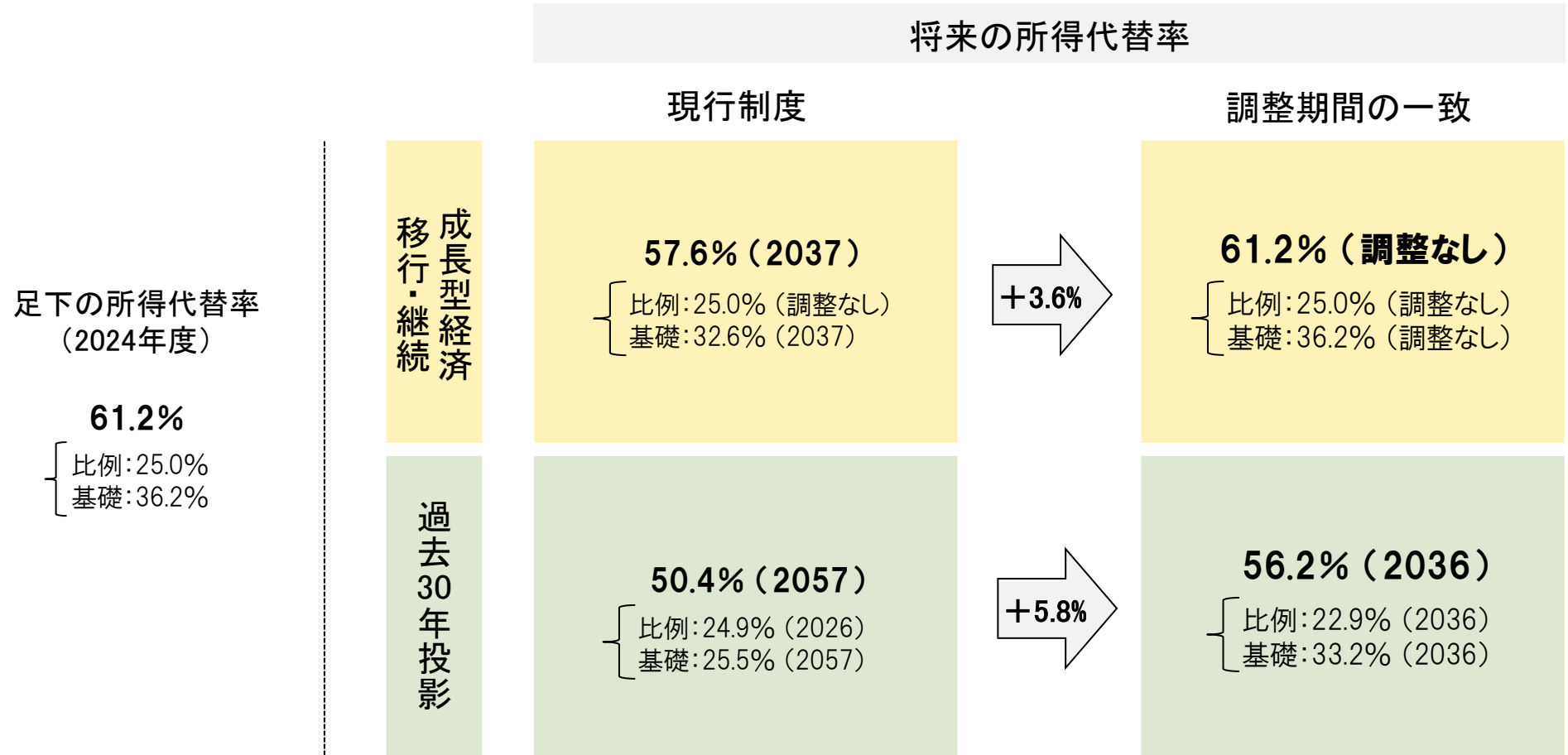
注3: ( )内は、2024年財政検証におけるGDPの見通しを分母として算出したGDP比の見通しである。

### 3. マクロ経済スライドの調整期間の一致を行った場合

#### ○ 基礎年金(1階)と報酬比例部分(2階)に係るマクロ経済スライドの調整期間を一致させた場合

※ マクロ経済スライドの調整終了年度の決定方法(2段階方式)を見直し、公的年金全体の財政均衡で決定する方法に変更。

なお、基礎・比例のマクロ経済スライドの調整期間を一致させるために必要となる基礎年金拠出金の仕組みの見直しについては、具体的な前提をおいていないが、どのように見直した場合でもマクロ経済スライドの調整期間を一致させた場合の給付と負担への影響は同じ。

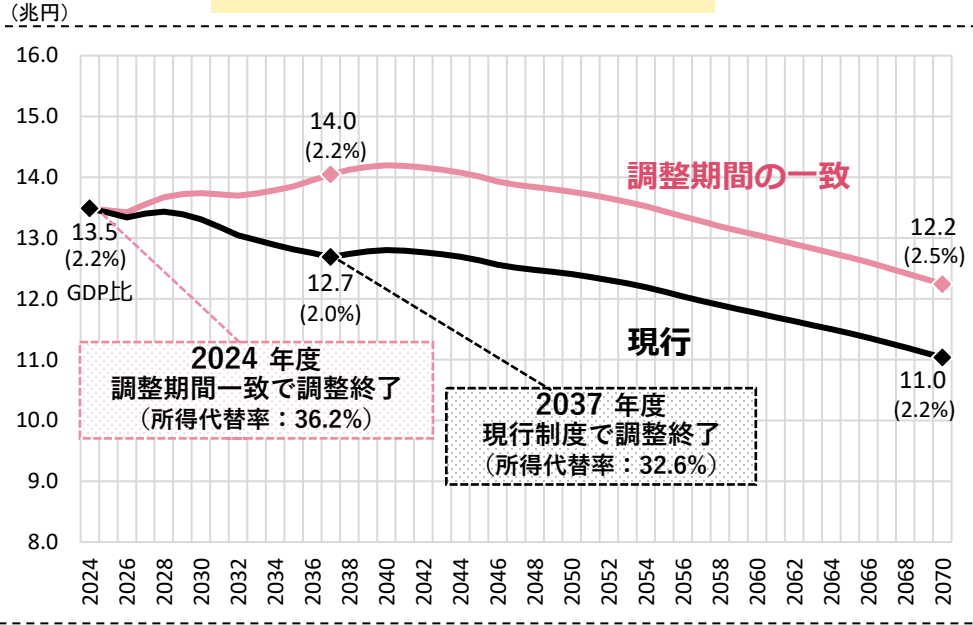


注1: 給付水準調整終了後の所得代替率であり、( )内は給付水準の調整終了年度である。

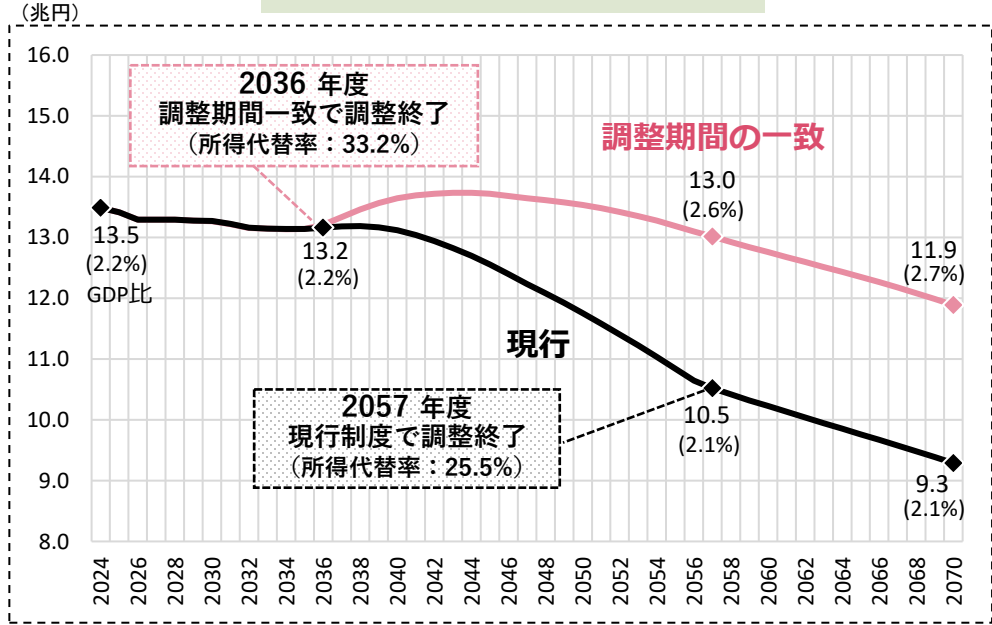
注2: 試算における人口の前提は、中位推計(出生中位、死亡中位、入国超過数16.4万人)。

# (参考) マクロ経済スライドの調整期間一致による国庫負担の見通しの変化

## 成長型経済移行・継続



## 過去30年投影



(単位:兆円)

	現行		調整期間一致		調整期間一致による影響
	2024年度価格	(GDP比)	2024年度価格	(GDP比)	
2024	13.5	(2.2%)	13.5	(2.2%)	-
2025	13.4	(2.2%)	13.5	(2.2%)	【+0.0】
2030	13.3	(2.1%)	13.7	(2.2%)	【+0.4】
2037	12.7	(2.0%)	14.0	(2.2%)	【+1.4】
2040	12.8	(2.0%)	14.2	(2.2%)	【+1.4】
2050	12.4	(2.1%)	13.8	(2.4%)	【+1.4】
2060	11.8	(2.2%)	13.0	(2.4%)	【+1.3】
2070	11.0	(2.2%)	12.2	(2.5%)	【+1.2】

(単位:兆円)

	現行		調整期間一致		調整期間一致による影響
	2024年度価格	(GDP比)	2024年度価格	(GDP比)	
2024	13.5	(2.2%)	13.5	(2.2%)	-
2025	13.4	(2.2%)	13.4	(2.2%)	-
2030	13.3	(2.2%)	13.3	(2.2%)	-
2036	13.2	(2.2%)	13.2	(2.2%)	【+0.0】
2040	13.1	(2.3%)	13.6	(2.4%)	【+0.5】
2050	11.8	(2.2%)	13.5	(2.6%)	【+1.8】
2057	10.5	(2.1%)	13.0	(2.6%)	【+2.5】
2060	10.2	(2.1%)	12.8	(2.7%)	【+2.5】
2070	9.3	(2.1%)	11.9	(2.7%)	【+2.6】

- ・「2024年度価格」とは、賃金上昇率（国民年金の保険料改定率）により、2024年度の価格に換算したものである。
- ・「所得代替率」は基礎年金2人分である。
- ・国庫負担額には、地方公務員共済組合の基礎年金拠出金に係る地方負担分等を含む。
- ・（ ）内は、2024年財政検証におけるGDPの見通しを分母として算出したGDP比の見通しである。



# 4. 65歳以上の在職老齢年金の仕組みを撤廃した場合

○ 就労し、一定以上の賃金を得ている65歳以上の老齢厚生年金受給者を対象に、当該老齢厚生年金の一部または全部の支給を停止する仕組み(在職老齢年金制度)を撤廃した場合

・ 試算の便宜上、2027年度より見直しをした場合として試算。また、在職老齢年金の見直しによる就労の変化は見込んでいない。

※ 厚生年金の給付の増加により報酬比例部分の所得代替率が低下(基礎年金への影響はない)。

⇒ 働く年金受給者の給付が増加する一方、将来の受給世代の給付水準が低下する。

【参考】65歳以上の在職老齢年金の支給停止基準額を変更した場合の影響  
(2022年度末データ)

支給停止基準額	支給停止者数	支給停止額	支給停止基準額見直しによる給付増
現行 [2022年度 47万円]	50万人 (16%)	4,500億円	—
53万円	37万人 (12%)	3,600億円	900億円
56万円	33万人 (11%)	3,200億円	1,300億円
59万円	29万人 (10%)	2,700億円	1,800億円
62万円	27万人 (9%)	2,300億円	2,200億円
65万円	25万人 (8%)	1,900億円	2,600億円
⋮	⋮	⋮	⋮
撤廃	—	—	4,500億円

## 高在老の撤廃

所得代替率への影響

比例：▲0.5%

※ 基礎は影響なし

【参考】高在老の撤廃による給付増  
(報酬比例部分)

2030年度：5,200億円

2040年度：6,400億円

2060年度：4,900億円

※ 賃金上昇率により2024年度の価格に換算したもの

注1: 所得代替率への影響は、過去30年投影ケースにおける給付水準調整終了後の所得代替率への影響を示している(人口の前提は、中位推計(出生中位、死亡中位・入国超過数16.4万人))。

過去30年投影ケースにおける給付水準調整終了後の所得代替率(比例): [現行]24.9%(2026年度)→[高在老撤廃]24.4%(2029年度) ※( )内は調整終了年度

なお、成長型経済移行・継続ケースにおいては現行制度の下で報酬比例部分の調整がかからない見通しとなっているため、所得代替率への影響を計測することができない。

注2: 右表の支給停止者数における( )内は、65歳以上の在職老齢年金受給権者(308万人)に対する割合である。

注3: 右表の支給停止者数には第2~4号厚生年金被保険者期間のみの者は含まれていないが、支給停止額には含まれている。



# 5. 標準報酬月額の上限の見直しを行った場合

○ 厚生年金の標準報酬月額上限(現行65万円)について、以下のとおり見直した場合

- ① 75万円(上限該当者4%相当)、② 83万円(上限該当者3%相当)、③ 98万円(上限該当者2%相当)

- ・試算の便宜上、2027年度より見直しをした場合として試算。・標準賞与の上限は、上限該当者の賞与の水準を踏まえ現行と同じと仮定。
- ・現行の上限該当者は6%程度。

※ 厚生年金の保険料収入の増加により報酬比例部分の所得代替率が上昇(基礎年金への影響はない)。

⇒ 上限該当者や企業の保険料負担は増加する一方、上限該当者の老齢厚生年金が増加することに加え、将来の受給世代の給付水準も上昇する。

標準報酬月額上限	上限該当者数 (注1) ※( )内は上限該当者の割合	保険料収入の増加額 (注2) ※( )内は事業主負担分	所得代替率への影響 (注3)
現行 65万円	259万人 (6.2%)	—	—



上限の見直し① 75万円	168万人 (4.0%)	4,300億円 (2,150億円)	<b>比例: +0.2%</b> ※ 基礎は影響なし
上限の見直し② 83万円	123万人 (3.0%)	6,600億円 (3,300億円)	<b>比例: +0.4%</b> ※ 基礎は影響なし
上限の見直し③ 98万円	83万人 (2.0%)	9,700億円 (4,850億円)	<b>比例: +0.5%</b> ※ 基礎は影響なし

<参考> 上限該当者に係る (注4) 老齢厚生年金の給付増
※10年間、見直し後の標準報酬上限に該当した場合の例
6.1万円/年 (終身)
11.0万円/年 (終身)
20.1万円/年 (終身)

注1: 上限該当者数は2022年度末時点における現行の上限(65万円)該当者数259万人(1号厚年のみ)を、「健康保険・船員保険被保険者実態調査(令和4年10月)」による健康保険・船員保険の標準報酬月額等級別被保険者数の分布をもとに按分して推計。( )内は被保険者全体(4,200万人)に占める上限該当者の割合。

注2: 保険料収入の増加額は満年度1年分。2022年度末時点におけるデータをもとに試算したもの。

注3: 所得代替率への影響は、過去30年投影ケースにおける給付水準調整終了後の所得代替率への影響を示している(人口の前提は、出生低位・死亡中位・入国超過数16.4万人)。過去30年投影ケース(出生低位・死亡中位・入国超過数16.4万人)における給付水準調整終了後の所得代替率(比例): ※( )内は調整終了年度 [現行]23.9%(2031年度) → [上限の見直し①: 75万円]24.2%(2030年度)、[上限の見直し②: 83万円]24.3%(2030年度)、[上限の見直し③: 98万円]24.5%(2029年度)

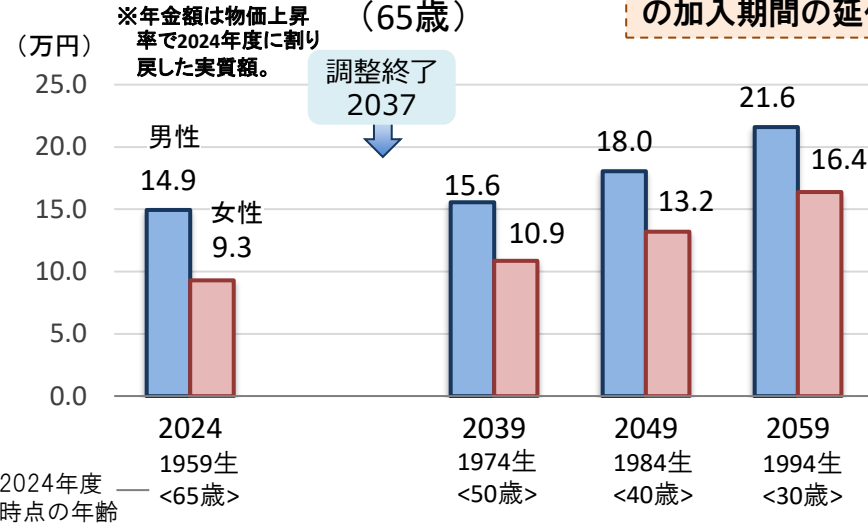
なお、成長型経済移行・継続ケースや、過去30年投影ケース(出生中位・死亡中位・入国超過数16.4万人)においては、現行制度の下で報酬比例部分の調整がかからない(又は調整期間が短い)見通しとなっているため、所得代替率への影響を計測することができない。

注4: 見直し後の上限該当者について、令和6年度の年金額を前提として試算したもの。

## 成長型経済移行・継続ケース (実質賃金上昇率(対物価)1.5%)

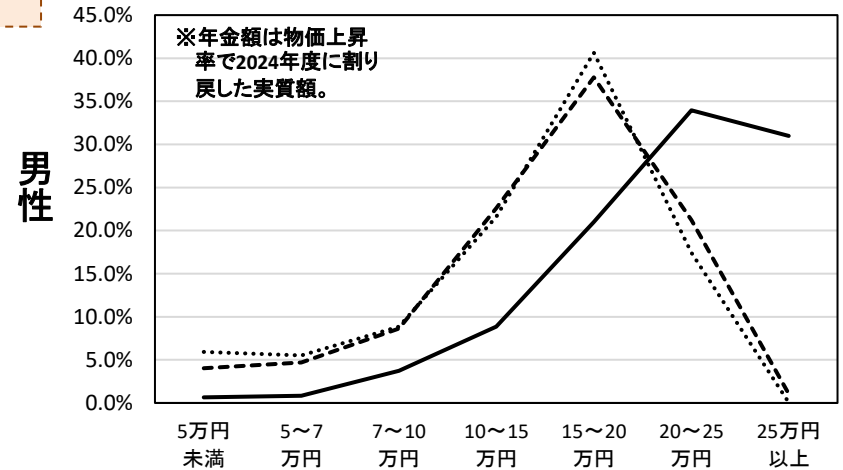
○ 年金額(物価上昇率で2024年度に割り戻した実質額)は、実質賃金上昇と、労働参加の進展による厚生年金の加入期間の延伸が上昇要因となる一方、マクロ経済スライド調整が低下要因となる。成長型経済移行・継続ケースでは、実質賃金上昇率が高いことからマクロ経済スライド調整期間においてもモデル年金、平均年金額は物価の伸びを上回って上昇し、低年金も減少していく見通し。

### 平均年金額【1人分】 (65歳)

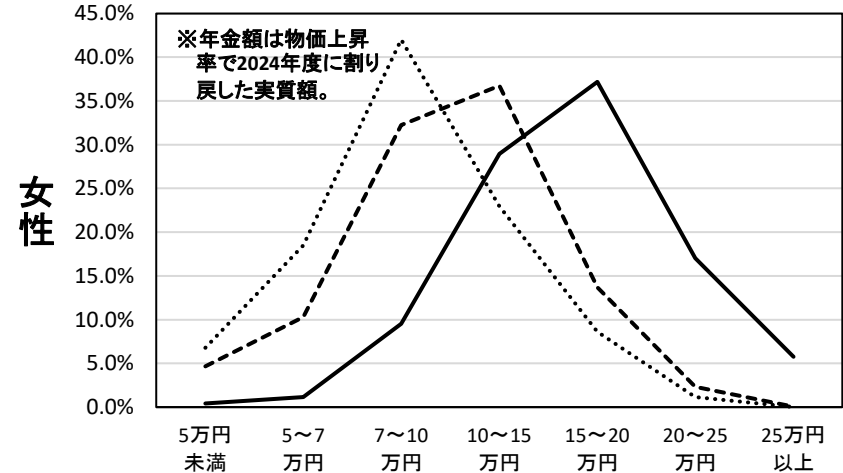
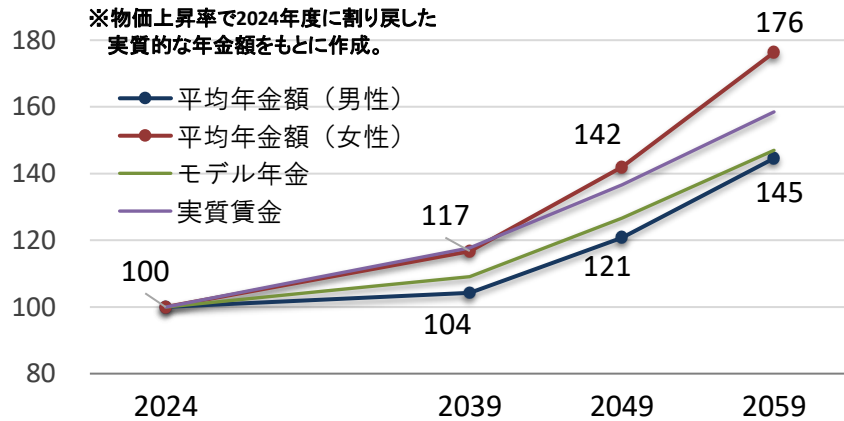


### 労働参加の進展による厚生年金の加入期間の延伸を反映

### 年金月額分布



### 年金の伸び



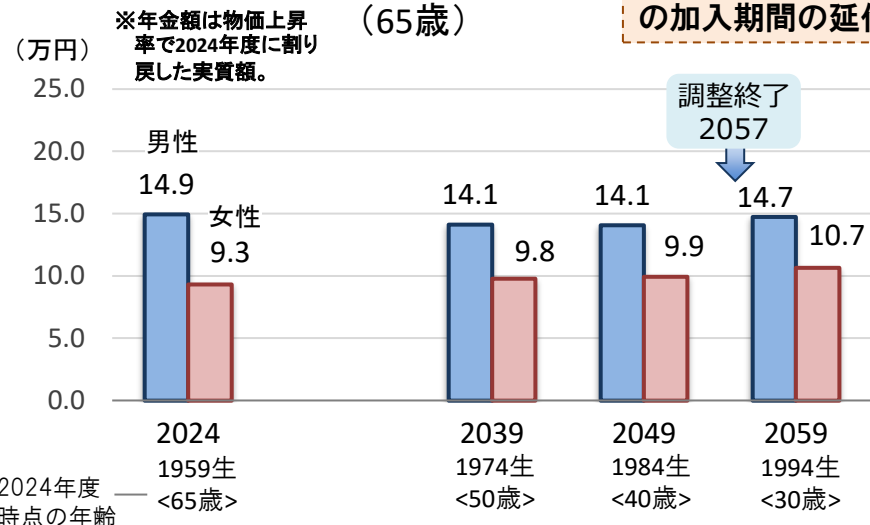
..... 1959年度生 <65歳>    - - - - 1974年度生 <50歳>    ——— 1994年度生 <30歳>

※1 試算における人口の前提は、中位推計(出生中位、死亡中位、入国超過数16.4万人)。  
※2 モデル年金については、平成16年改正法附則第2条の規定に基づき前年度までの実質賃金上昇率を全て反映したもの。

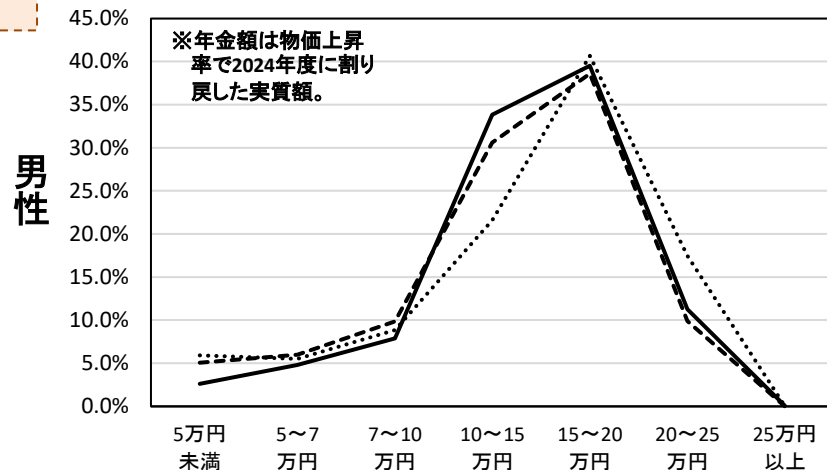
## 過去30年投影ケース (実質賃金上昇率(対物価)0.5%)

○ 年金額(物価上昇率で2024年度に割り戻した実質額)は、実質賃金上昇と、労働参加の進展による厚生年金の加入期間の延伸が上昇要因となる一方、マクロ経済スライド調整が低下要因となる。過去30年投影ケースでは、マクロ経済スライド調整期間におけるモデル年金(特に基礎年金)は物価の伸びを下回るものの、女性の平均年金額は、労働参加の進展に伴う厚生年金の加入期間の延長により物価の伸びを上回って上昇し、概ね賃金と同等の伸びとなる見通し。低年金も減少していく見通し。

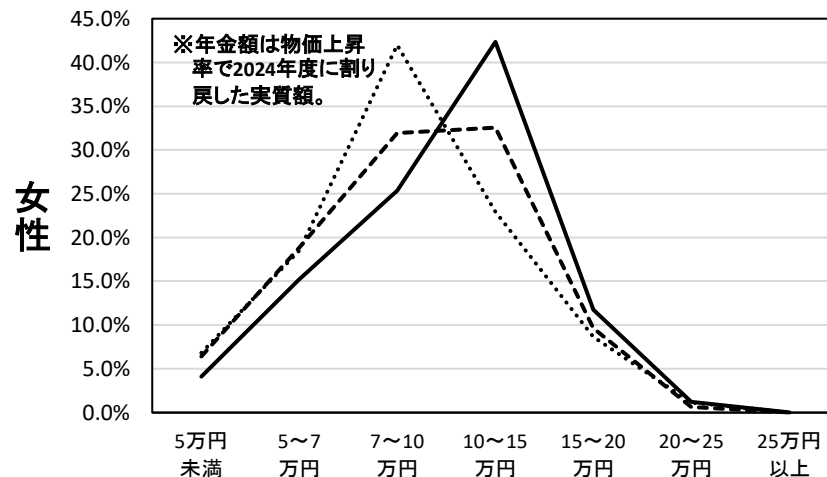
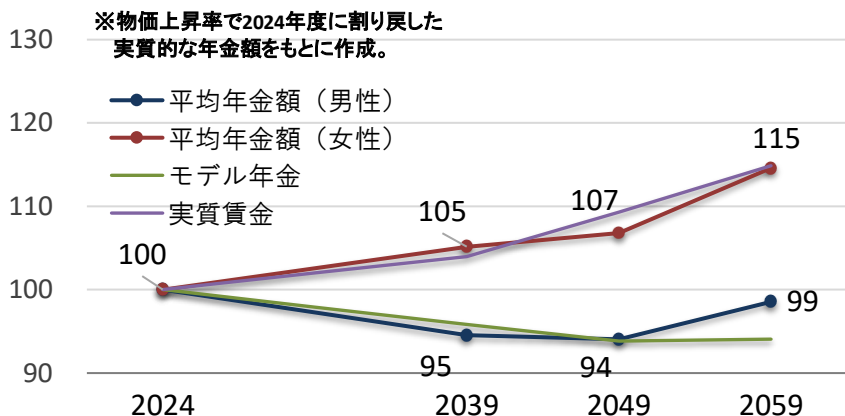
### 平均年金額【1人分】 (65歳)



### 年金月額分布



### 年金の伸び



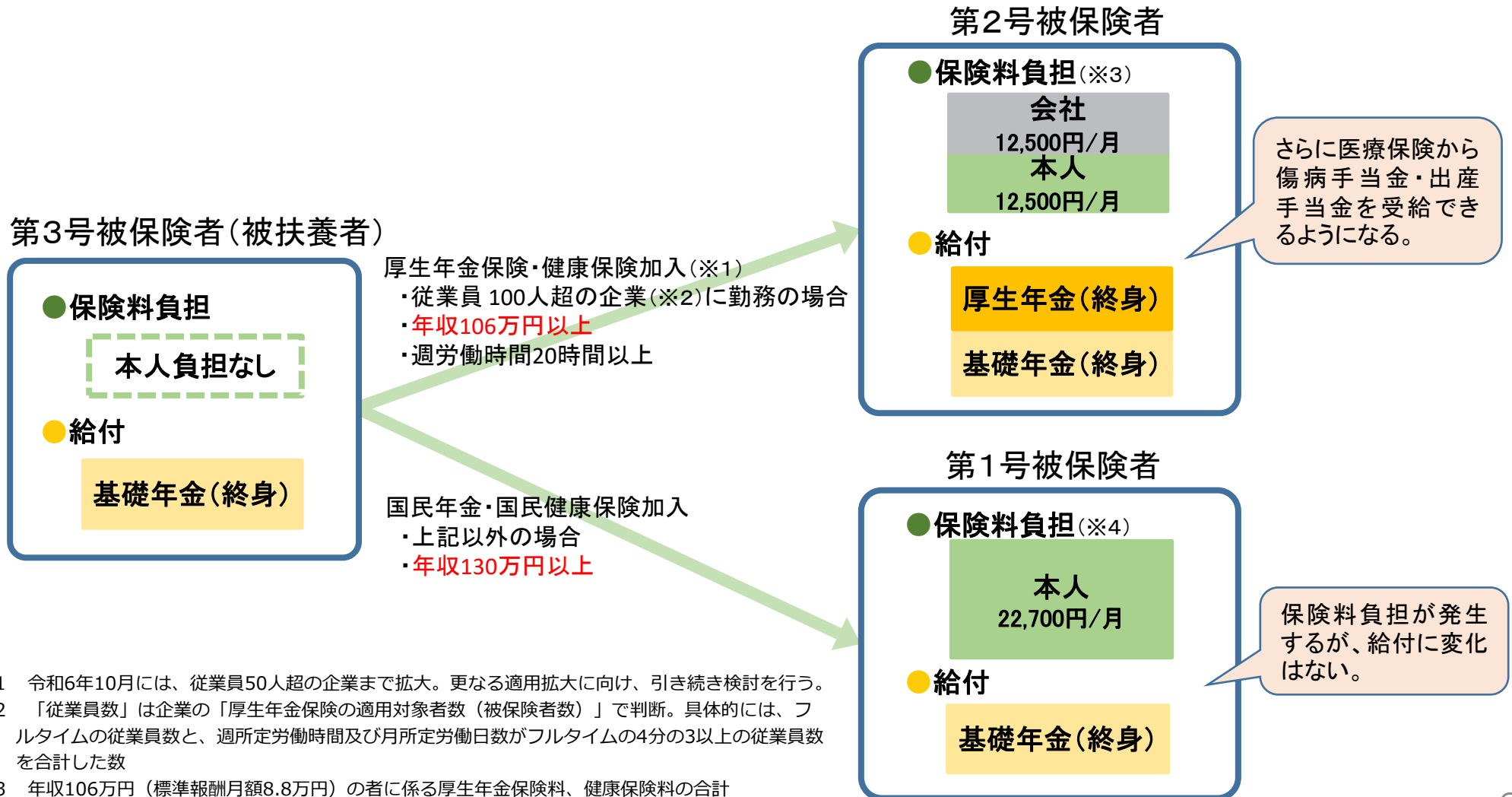
..... 1959年度生 <65歳>  
 - - - - - 1974年度生 <50歳>  
 ——— 1994年度生 <30歳>

※1 試算における人口の前提は、中位推計(出生中位、死亡中位、入国超過数16.4万人)。

※2 モデル年金については、平成16年改正法附則第2条の規定に基づき前年度までの実質賃金上昇率を全て反映したもの。

## いわゆる「年収の壁」に関する適用関係（イメージ）

第3号被保険者（被扶養者）の収入等が増加したことにより、被扶養者でなくなる場合、本人が①厚生年金保険・健康保険に加入するか、②国民年金・国民健康保険に加入することになり、社会保険料の負担が発生する。



※1 令和6年10月には、従業員50人超の企業まで拡大。更なる適用拡大に向け、引き続き検討を行う。  
 ※2 「従業員数」は企業の「厚生年金保険の適用対象者数（被保険者数）」で判断。具体的には、フルタイムの従業員数と、週所定労働時間及び月所定労働日数がフルタイムの4分の3以上の従業員数を合計した数  
 ※3 年収106万円（標準報酬月額8.8万円）の者に係る厚生年金保険料、健康保険料の合計  
 ※4 年収130万円の者に係る国民年金保険料、国民健康保険料の合計

# 「年収の壁」への当面の対応策（「年収の壁・支援強化パッケージ」）概要

人手不足への対応が急務となる中で、短時間労働者が「年収の壁」を意識せず働くことができる環境づくりを支援するため、当面の対応として下記施策（支援強化パッケージ）に取り組むこととし、早急に開始する。さらに、制度の見直しに取り組む。

## 106万円の壁への対応

### ◆キャリアアップ助成金

キャリアアップ助成金のコースを新設し、短時間労働者が被用者保険（厚生年金保険・健康保険）の適用による手取り収入の減少を意識せず働くことができるよう、労働者の収入を増加させる取組を行った事業主に対して、労働者1人当たり最大50万円の支援を行う。なお、実施に当たり、支給申請の事務を簡素化。

労働者の収入を増加させる取組については、賃上げや所定労働時間の延長のほか、被用者保険適用に伴う保険料負担軽減のための手当（社会保険適用促進手当）として、支給する場合も対象とする。

### ◆社会保険適用促進手当

事業主が支給した社会保険適用促進手当については、適用に当たっての労使双方の保険料負担を軽減するため、新たに発生した本人負担分の保険料相当額を上限として被保険者の標準報酬の算定において考慮しない。

## 130万円の壁への対応

### ◆事業主の証明による被扶養者認定の円滑化

被扶養者認定基準（年収130万円）について、労働時間延長等に伴う一時的な収入変動による被扶養者認定の判断に際し、事業主の証明の添付による迅速な判断を可能とする。

## 配偶者手当への対応

### ◆企業の配偶者手当の見直しの促進

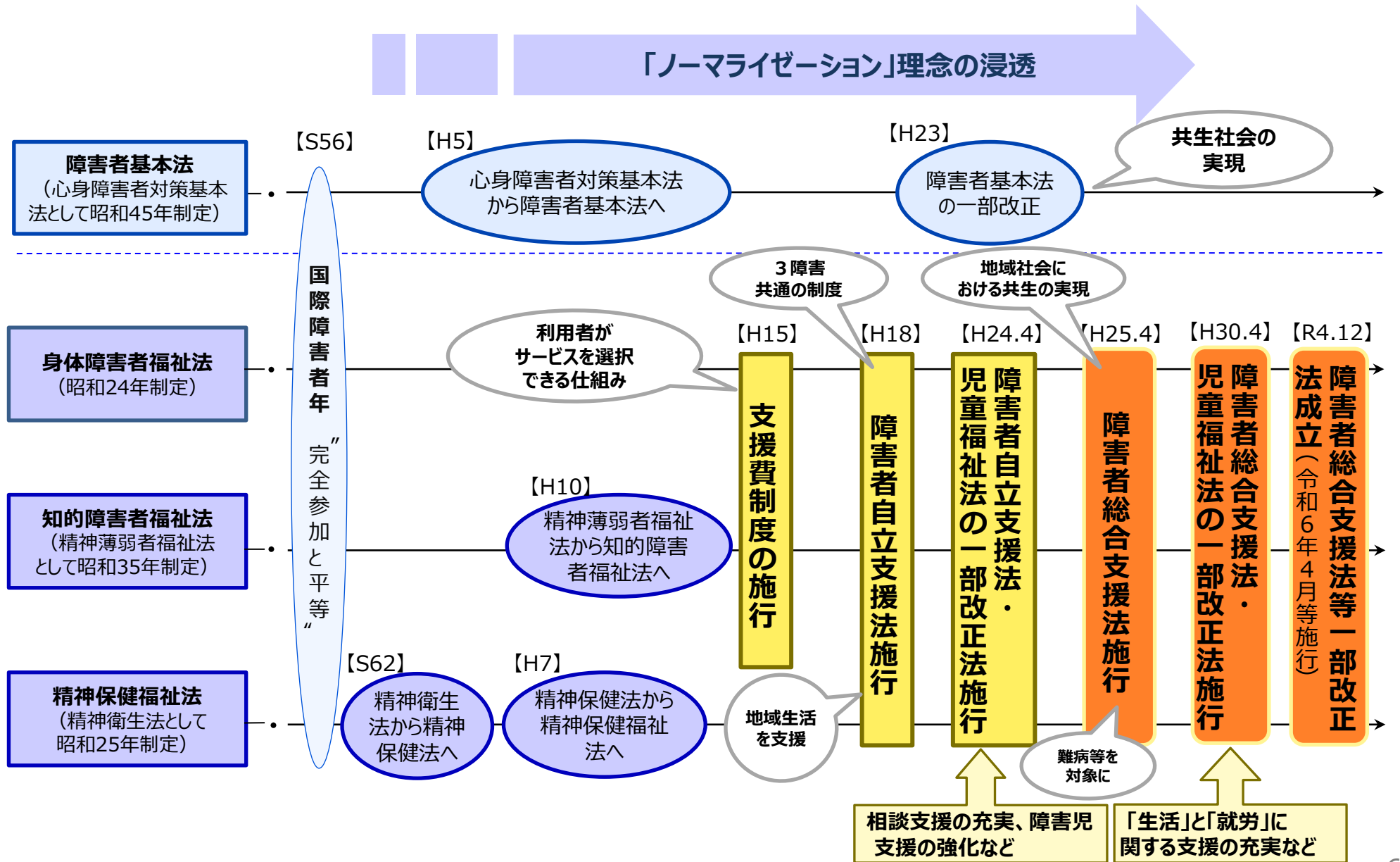
特に中小企業においても、配偶者手当の見直しが進むよう、

- (1) 見直しの手順をフローチャートで示す等わかりやすい資料を作成・公表するとともに、
- (2) 中小企業団体等を通じて周知する。

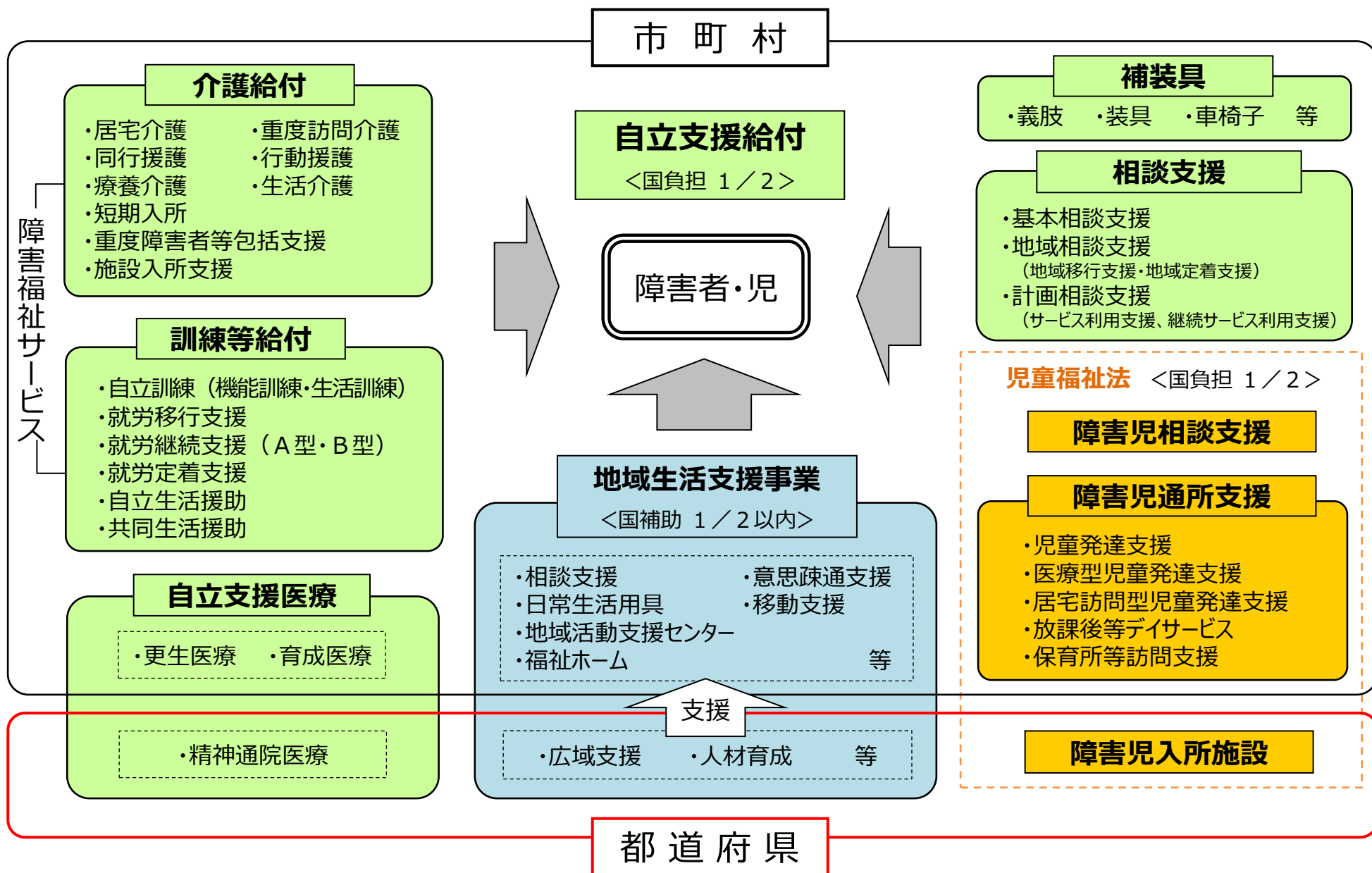
## 6. 障害福祉



# 障害保健福祉施策の歴史



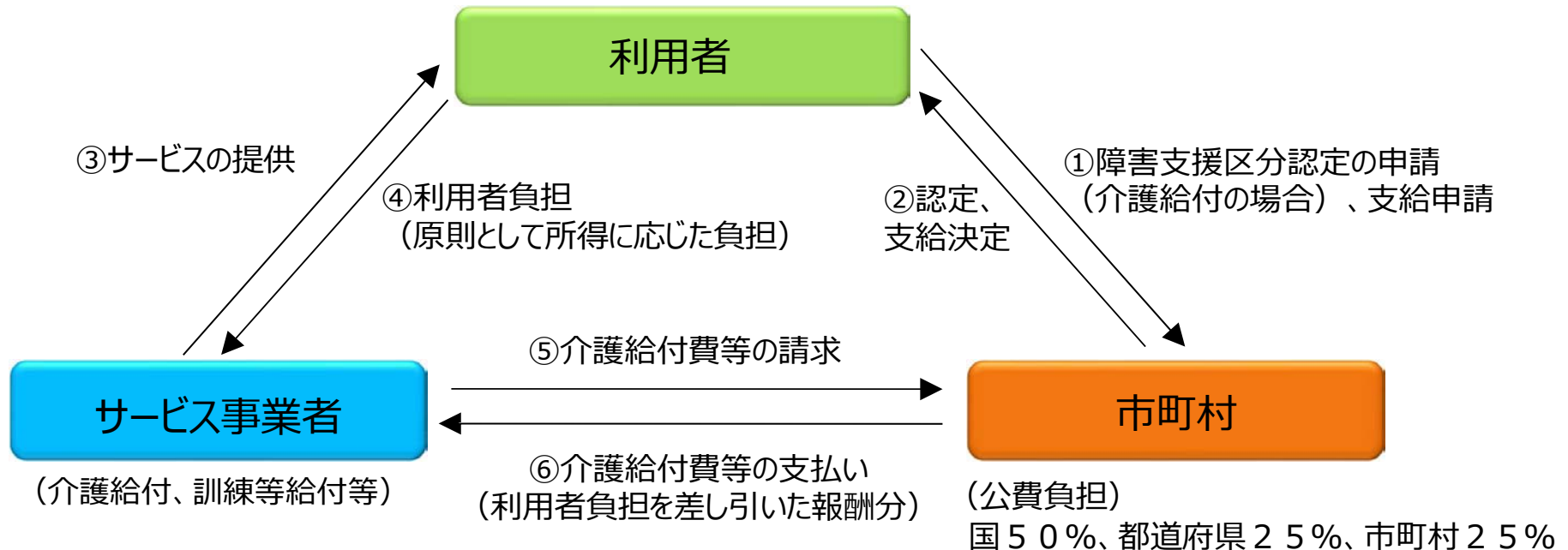
# 障害者総合支援法等における給付・事業



# 障害福祉サービス等報酬について

- 障害福祉等サービス報酬とは、事業者が利用者に障害福祉サービスを提供した場合に、その対価として事業者を支払われるサービス費用をいう。
- 障害福祉サービス等報酬は各サービス毎に設定されており、基本的なサービス提供に係る費用に加えて、各事業所のサービス提供体制や利用者の状況等に応じて加算・減算される仕組みとなっている。

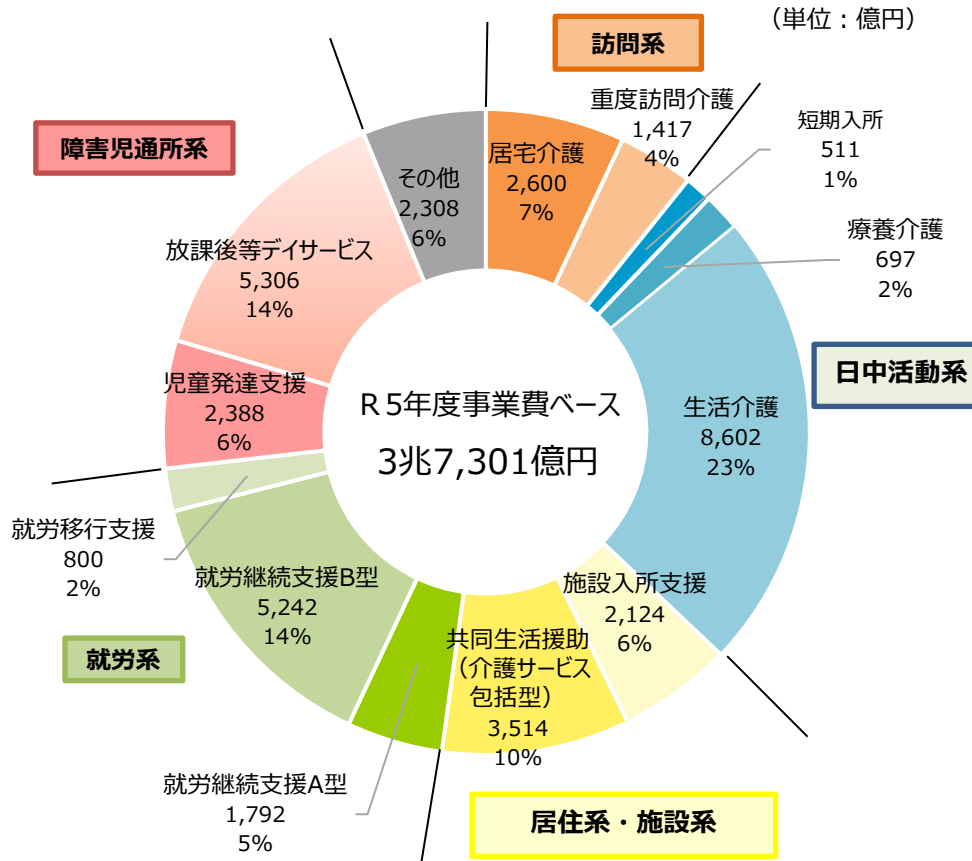
## 【障害福祉サービス等報酬の支払いの流れ（概要）】



# 障害福祉サービス等の現状

- 障害福祉サービス等の内訳を見ると、生活介護、グループホーム（共同生活援助）、就労継続支援（A型・B型）、障害児通所サービス（放課後等デイサービス・児童発達支援）の割合が大きいが、これらのサービスは予算の伸び率も大きく、かつ、営利法人が相当程度参入している傾向がある。

障害福祉サービス等の内訳



◆障害福祉サービス等と営利法人数の割合

(単位 億円)

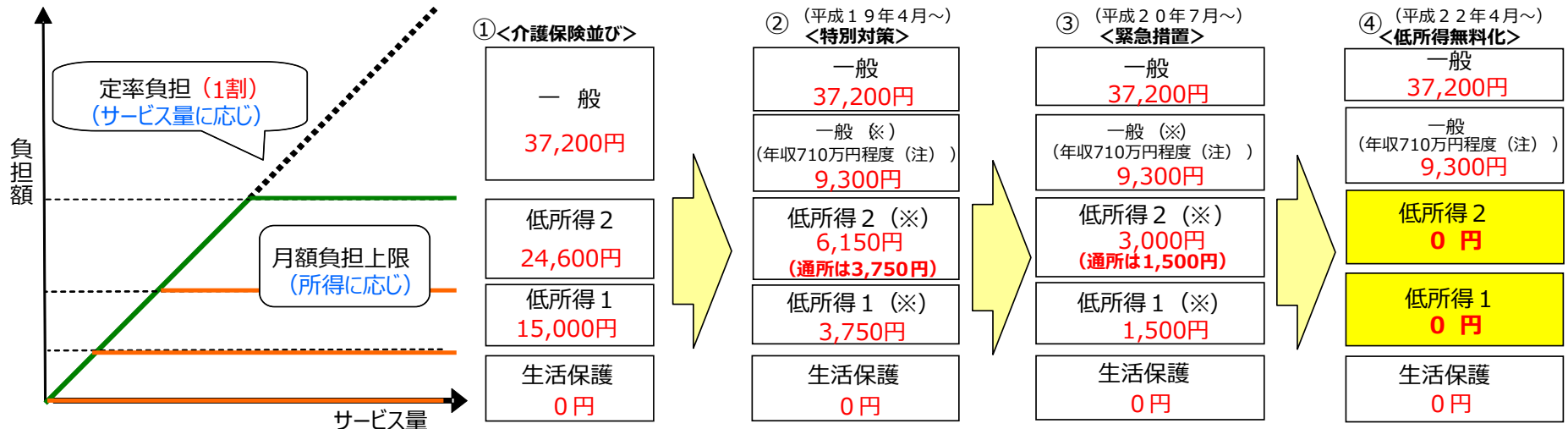
	R元年度	R5年度	伸び率 (5年間)	営利法人 の割合 (R4年度)
居宅介護	1,958	2,600	+33%	69.2%
重度訪問介護	924	1,417	+53%	72.8%
短期入所	462	511	+11%	-
療養介護	650	697	+7%	-
生活介護	7,673	8,602	+12%	10.4%
施設入所支援	1,965	2,124	+8%	-
共同生活援助 (介護サービス包括型)	2,228	3,514	+58%	18.4%
就労継続支援A型	1,211	1,792	+48%	53.3%
就労継続支援B型	3,814	5,242	+37%	23.4%
就労移行支援	651	800	+23%	43.3%
児童発達支援	1,277	2,388	+87%	39.3%
放課後等デイサービス	3,287	5,306	+61%	66.4%
その他	1,395	2,022	+65%	21.3%
合計	27,493	37,301	+36%	31.2%

(注) 総費用額は国保連データ、営利法人の割合は厚生労働省「令和5年障害福祉サービス等経営実態調査」に基づき作成。

# 利用者負担の変遷

(居宅・通所サービスの場合【障害者・障害児】)

- ① 定率負担が過大なものとならないよう、所得に応じて1月当たりの負担限度額を設定（介護保険並び）
- ② 平成19年4月からの「特別対策」による負担軽減（①の限度額を軽減。平成20年度まで。）
- ③ 平成20年7月からの緊急措置（対象世帯の拡大（障害児世帯）、②の限度額の更なる軽減とともに、世帯全体ではなく「本人及び配偶者」のみの所得で判断することに変更）
- ④ 平成22年4月から、低所得（市町村民税非課税）の利用者負担を無料化
- ⑤ 平成24年4月から法律上も応能負担となることが明確化  
(平成22年12月の議員立法による障害者自立支援法等の一部改正法により措置)
- ⑥ 令和元年10月から、3～5歳の障害児に対する児童発達支援等の利用者負担を無償化(全ての所得区分の世帯が対象)



- ・ 一般：市町村民税課税世帯
- ・ 低所得2：市町村民税非課税世帯（低所得1を除く）
- ・ 低所得1：市町村民税非課税世帯であって、利用者本人（障害児の場合はその保護者）の年収が80万円以下の方
- ・ 生活保護：生活保護世帯

(※) 資産要件あり（所有する現金及び預貯金等が1,000万円（単身の場合は500万円）以下等）。平成21年7月以降資産要件は撤廃。

(注) 夫婦と児童2人（児童2人+年収103万円以下の配偶者の場合等）  
なお、障害児の場合、年収960万円程度の一般世帯は4,600円。  
ただし、無償化対象児童（満3～5歳児）の場合、利用者負担は0円。

# 利用者負担のあり方

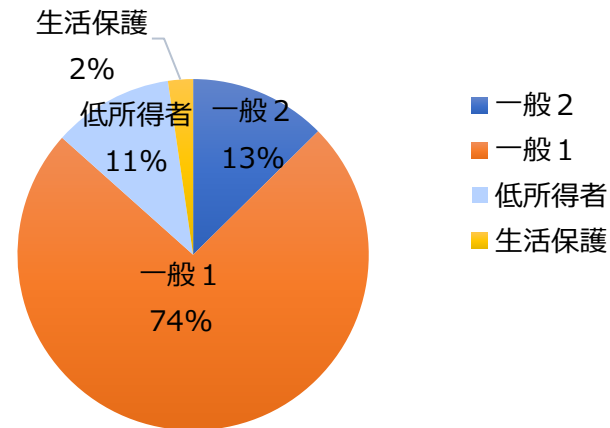
- 障害福祉サービスは、原則として費用の1割を利用者が負担することとされているが、所得に応じて負担限度額が設定されている。
- 実際には、**利用者負担割合が小さいため、サービスの必要性や費用額が意識されにくく、サービス利用量が伸びやすい構造**となっている。

## ◆ 利用者負担額（障害児サービス）

所得区分	負担上限額	令和6年3月				
		利用者数 (実数) (万人)	所得区分毎の 割合	総費用額 (億円) [A]	利用者負担額 (億円) [B]	負担割合 [B/A×100]
一般2	37,200円	6.9	12.6%	77.9	5.1	6.54%
一般1（※1）	4,600円	40.5	74.0%	522.1	11.0	2.11%
低所得者（※2）	0円	6.1	11.1%	86.2	-	-
生活保護	0円	1.3	2.3%	18.9	-	-
合計	-	54.7	100%	705.1	16.1	<b>2.29%</b>

※1 市町村民税所得割額28万円未満【両親（主たる生計維持者+被扶養配偶者）+子ども2人（うち障害児1人）：年収約970万円未満】

※2 市町村民税非課税世帯



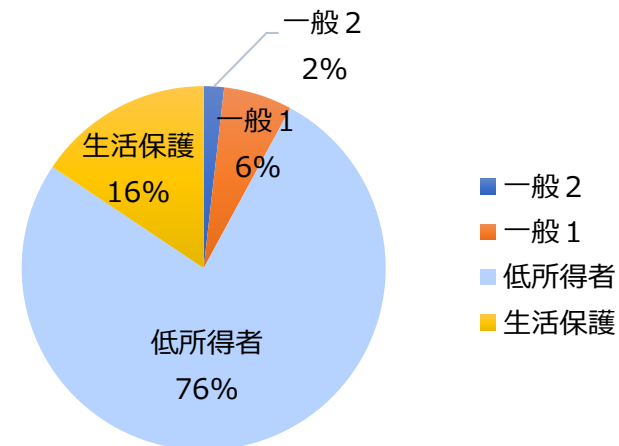
## ◆ 利用者負担額（障害福祉サービス）

所得区分	負担上限額	令和6年3月				
		利用者数 (実数) (万人)	所得区分毎の 割合	総費用額 (億円) [A]	利用者負担額 (億円) [B]	負担割合 [B/A×100]
一般2	37,200円	1.9	1.8%	38.2	2.8	7.46%
一般1（※1）	9,300円	6.4	6.1%	100.0	3.7	3.72%
低所得者（※2）	0円	79.8	76.4%	2,011.8	-	-
生活保護	0円	16.3	15.6%	323.8	-	-
合計	-	104.4	100%	2,473.8	6.6	<b>0.27%</b>

※1 市町村民税所得割額16万円未満【両親（主たる生計維持者+被扶養配偶者（障害者））+子ども1人：年収約670万円未満】

※2 市町村民税非課税世帯

(注) 国保連データを基に作成。



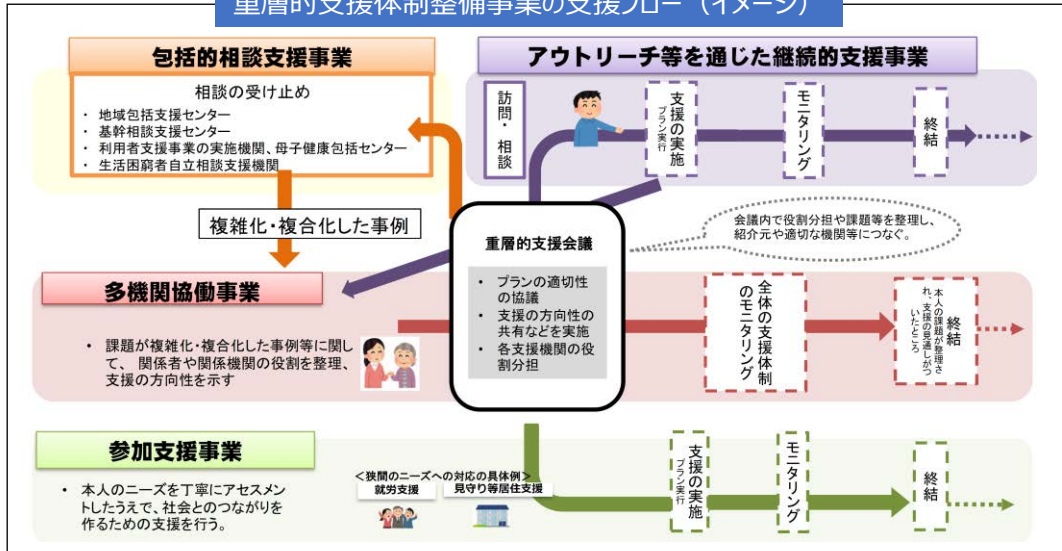


## 7. 生活保護等

# 重層的支援体制整備事業①（制度概要）

- 重層的支援体制整備事業は、市町村が地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を整備するため、令和2年の社会福祉法改正により創設された。
- 本事業に係る国からの財政措置については、介護、障害、子ども・子育て、生活困窮分野の相談支援及び地域づくりを行う既存事業の補助金等を一体化するとともに、多機関協働、アウトリーチ等を通じた継続的支援及び参加支援といった新たな機能を追加した上で、一括して重層的支援体制整備事業交付金を交付している。
- 事業創設から3年が経過し、事業実施自治体が年々増加（令和3年度:42団体→令和6年度：346団体）しており、多機関協働等に要する予算は増加してきている（令和3年度:10億円→令和6年度：53億円）。

重層的支援体制整備事業の支援フロー（イメージ）



## ◆重層的支援体制整備事業の概要

	事業名	事業の目的	補助率等
既存事業	包括的相談支援事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・属性や世代を問わず包括的に相談を受け止める</li> <li>・支援機関のネットワークで対応する</li> <li>・複雑化・複合化した課題については適切に多機関協働事業につなぐ</li> </ul>	各法等に基づく負担率・補助率
	地域づくり事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・世代や属性を超えて交流できる場や居場所を整備する</li> <li>・交流・参加・学びの機会を生み出すために個別の活動や人をコーディネートする</li> <li>・地域のプラットフォームの形成や地域における活動の活性化を図る</li> </ul>	
新たな機能	多機関協働事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村全体で包括的な相談支援体制を構築する</li> <li>・重層的支援体制整備事業の中核を担う役割を果たす</li> <li>・支援関係機関の役割分担を図る</li> </ul>	国：1/2 都道府県：1/4 市町村：1/4
	アウトリーチ等を通じた継続的支援事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援が届いていない人に支援を届ける</li> <li>・会議や関係機関とのネットワークの中から潜在的な相談者を見付ける</li> <li>・本人との信頼関係の構築に向けた支援に力点を置く</li> </ul>	
	参加支援事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・社会とのつながりを作るための支援を行う</li> <li>・利用者のニーズを踏まえた丁寧なマッチングやメニューをつくる</li> <li>・本人への定着支援と受け入れ先の支援を行う</li> </ul>	

## ◆重層的支援体制整備事業の実施自治体数・予算額の推移

		R3	R4	R5	R6
実施市町村数		42団体	134団体	189団体	346団体
予算額 (億円)	事業全体	76億円	232億円	322億円	543億円
	うち 多機関協働事業等	10億円	27億円	27億円	53億円

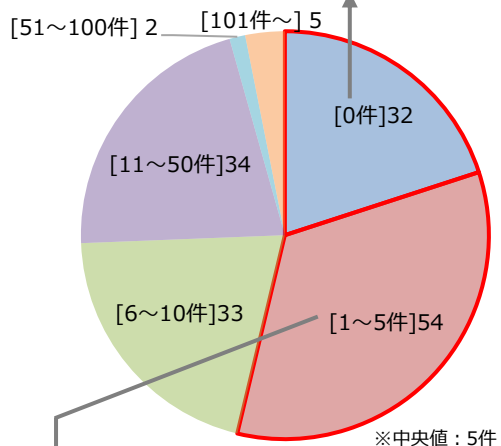
## 重層的支援体制整備事業②（各事業の実施状況）

- 多機関協働事業等は、関係機関の連携体制構築・対応力向上なども目的としたものではあるが、それがどのように支援実績につながっているかの確認を行ったところ、**いずれの事業についても実績0件の自治体があった**。特に、**多機関協働事業と参加支援事業については、実績0件の自治体が2割程度を占めていた**。実績0件の自治体では、多くが関係機関の連携体制の構築等の観点からは効果があったと回答をしているものの、**体制構築が支援実績につながっていない可能性が高い**。  
また、支援実績の中身を見ると、**支援実績が同数であるものの、自治体の規模が異なることから、事業費に大きな差が生じている**ケースもあった。
- 実施自治体の意見の中には、「事業の意義が関係各課等に浸透することにより、分野・立場を超えた支援体制が推進された」という声がある一方で、「重層的支援体制整備事業に移行したからと言って、現場的には何も変わっていない」「これまでの取組や他の事業により、相当する機能は充足している」という声もあった。
- このため、今後も新たに多機関協働事業等を実施する自治体の増加が見込まれる中で、これらの**自治体は予め支援ニーズの把握等を通じて事業実施の必要性を十分に検証することが必要であり、厚生労働省は、適切に助言・指導を行うべき**。

【図1】多機関協働事業における支援実績（重層的支援会議につながれた件数）

（注）有効回答が得られた160先について集計

A市：実績0件／人口107万人／事業費5,019万円



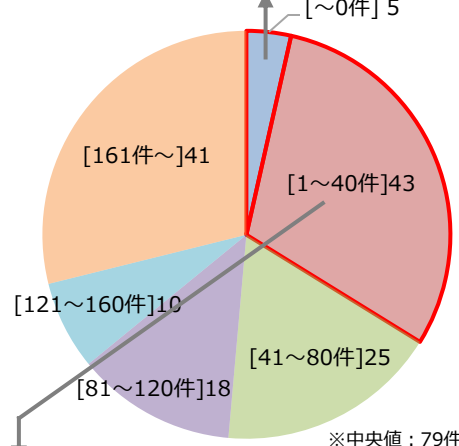
B市：実績5件／人口3万人／事業費539万円

C市：実績5件／人口15万人／事業費2,161万円

【図2】アウトリーチ等を通じた継続的支援事業における支援実績（訪問相談件数）

（注）有効回答が得られた142先について集計

D市：実績0件／人口35万人／事業費2,400万円



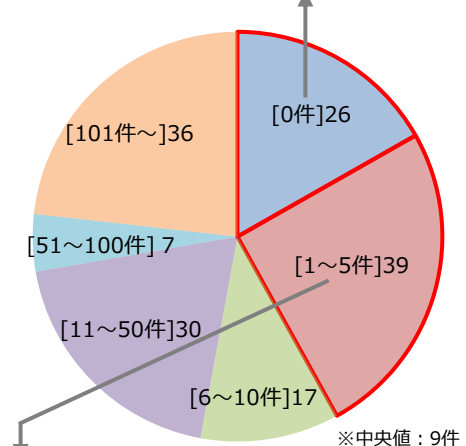
E市：実績35件／人口4万人／事業費228万円

F市：実績35件／人口13万人／事業費750万円

【図3】参加支援事業における支援実績（支援実施件数）

（注）有効回答が得られた155先について集計

G市：実績0件／人口50万人／事業費2,458万円



H市：実績5件／人口3万人／事業費237万円

I市：実績5件／人口11万人／事業費2,525万円

（注）左記の支援実績について、実績0件の自治体においても、

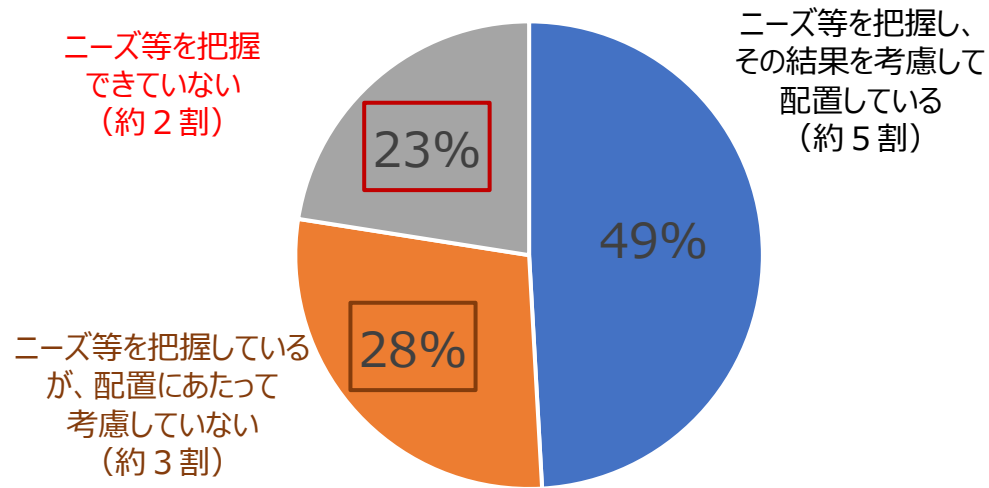
- ・ 多機関協働事業の効果として、「庁内での情報共有、役割分担、連携による支援がしやすくなった」、「外部の関係機関との情報共有、役割分担、連携による支援がしやすくなった」といった回答が大半の団体からなされていること、
- ・ 参加支援事業の効果として、「新たな社会資源の創出、あるいはそれに向けた情報収集や検討等につながっている」、「関係機関間の信頼関係が深まった」といった回答が半数程度の団体からなされていること

について、留意が必要。

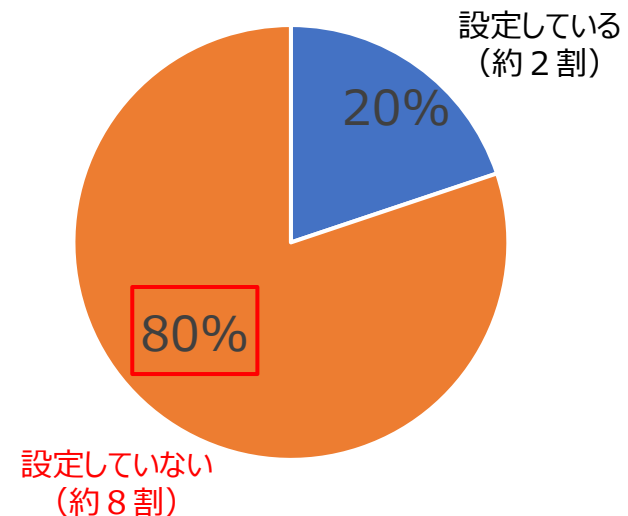
# 重層的支援体制整備事業③（定量的な目標設定・効果検証）

- 自治体が重層的支援体制整備事業の実施にあたり、支援ニーズの把握状況や定量的な目標設定の状況について確認したところ、
  - ・ まず、自治体が事業対象である地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズを把握し、その結果を支援員等の配置に考慮しているかを確認すると、**支援ニーズを把握しているが支援員等の配置に反映していない自治体が3割程度、支援ニーズを把握していない自治体が2割程度**あった。
  - ・ 多機関協働事業等における事業成果を把握するための定量的な目標を設定しているかを確認したところ、**8割程度の自治体が定量的な目標を設定せずに事業を実施**していた。
- このため、効果的・効率的に多機関協働事業等を実施し、関係機関の連携体制構築等や支援実績に結びつけることができるよう、**自治体は支援ニーズの把握や定量的な目標設定を適切に行うなど、PDCAの取組を確立・徹底すべき**。厚生労働省は、そのための支援ニーズの把握方法や定量的な目標設定の考え方などを明確化し助言等を行うべき。

◆ 支援ニーズの把握状況



◆ 定量的な目標設定の状況



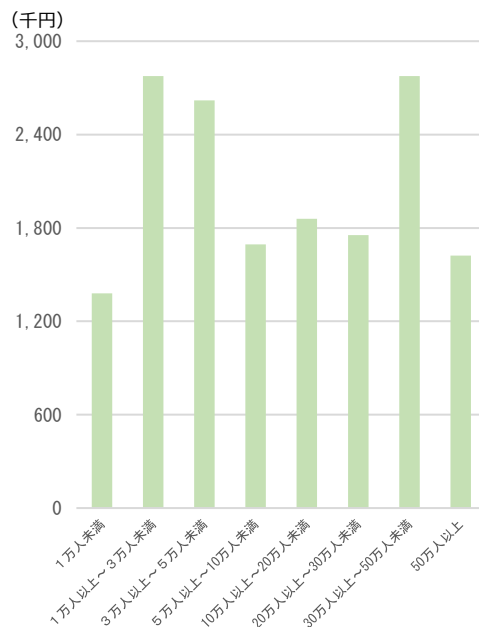
# 重層的支援体制整備事業④（補助基準の見直し）

- 多機関協働事業等の補助基準は、**人口規模のみに応じて補助**を行うものとなっている。これに対して、**支援実績 1 件当たり事業費について見ると**、人口規模別で同水準になっているとは言えず、**ばらつきが大きい結果**となっている。
- 支援実績が同じでも事業費に差が生じていることも踏まえれば、人口規模のみに応じた補助を行っていることで、**実績に対して過大な補助を行っているケースがある可能性**がある。
- このため、**現行の人口規模のみに応じた補助基準から、支援ニーズや支援実績などに重点を置いた効果的・効率的な補助に改めるべき**。

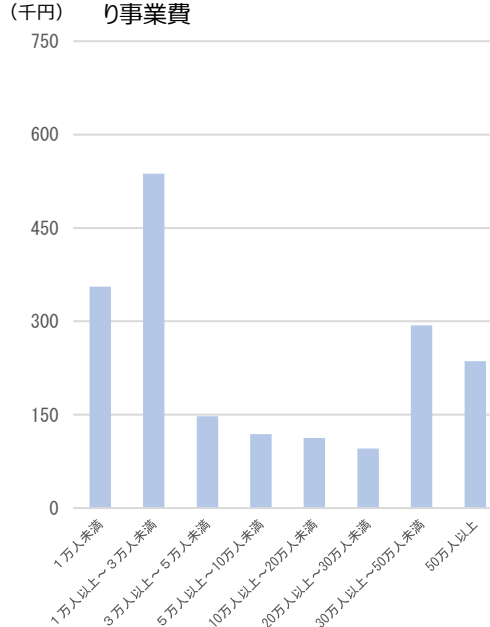
【表 1】多機関協働事業等の補助基準

人口区分	基本額 ※3事業合計
1万人未満	25,300,000円
1万人以上～3万人未満	28,000,000円
3万人以上～5万人未満	31,000,000円
5万人以上～10万人未満	33,800,000円
10万人以上～20万人未満	42,000,000円
20万人以上～30万人未満	50,500,000円
30万人以上～50万人未満	56,000,000円
50万人以上	61,800,000円

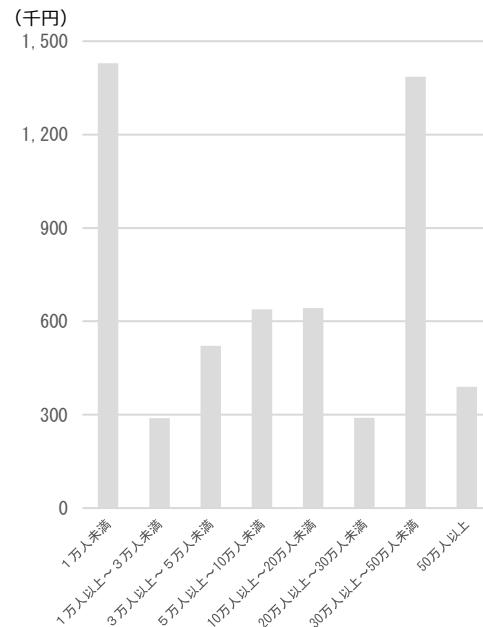
【図 1】多機関協働事業における人口規模別の支援実績 1 件当たり事業費



【図 2】アウトリーチ等を通じた継続的支援事業における人口規模別の支援実績 1 件当たり事業費



【図 3】参加支援事業における人口規模別の支援実績 1 件当たり事業費





# 重層的支援体制整備事業⑤（より中長期的な在り方）

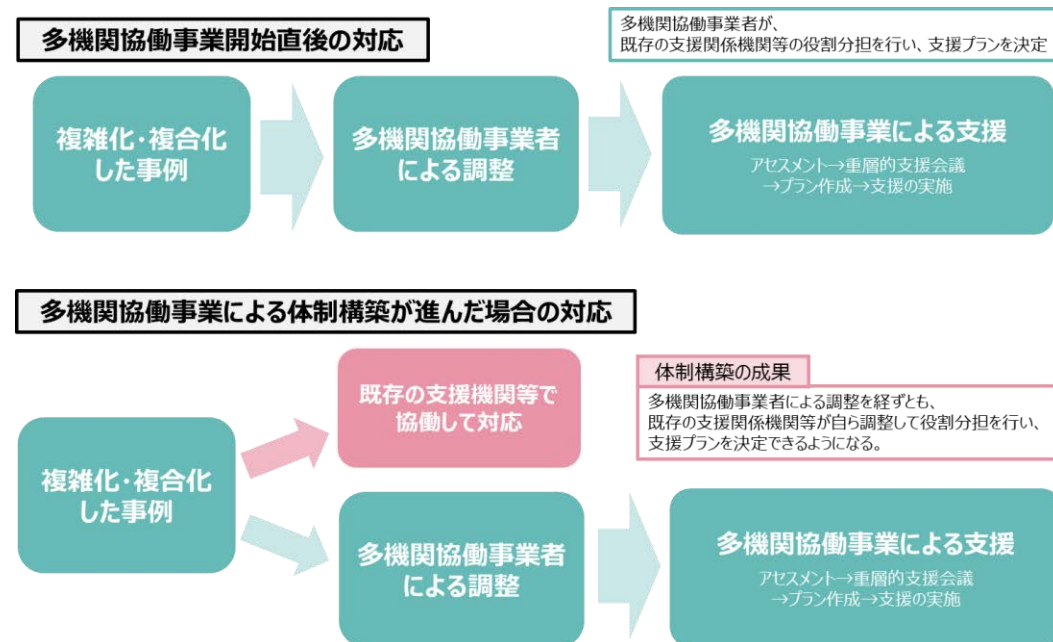
- 現在、厚生労働省の「地域共生社会の在り方検討会議」において、重層的支援体制整備事業の現状と今後の在り方の議論と並行して、身寄りのない高齢者等への対応など、各分野共通の課題についての議論が行われている。
- また、多機関協働事業等は、関係機関の連携体制構築・対応力向上なども目的としたものではあるが、現状、事業開始直後の対応として、多機関協働事業者が既存の支援関係機関等の役割分担を行い、支援プランを決定している。今後の制度の在り方・発展については、持続性の観点も踏まえ検討する必要がある。
- このため、多機関協働事業による体制構築が進んだ場合の対応として、既存の支援関係機関等が自ら調整して役割分担や支援方針を決定することとする制度の方向性を検討すべき。その際、各分野にまたがる課題への対応がなされる場合は、各分野の役割分担に応じた費用分担を求めることも検討すべき。

## ◆地域共生社会の在り方検討会議での議論の視点

### ①地域共生社会の実現に向けた取組について

- ◆包括的支援体制の整備の現状と今後の在り方について
  - ・包括的支援体制整備と重層事業の関係性
  - ・包括的支援体制整備における都道府県の役割
- ◆重層的支援体制整備事業の現状と今後の在り方について
  - ・重層事業のこれまでの取組状況等の実態把握・効果検証やその方策、財源の在り方を含む持続可能な制度設計
  - ・生活困窮者自立支援制度と重層事業との関係
- ◆分野横断的な支援体制づくり・地域づくりの促進等について
  - ・福祉分野内、福祉分野外の類似施策や関係施策との連携
  - ・災害時の被災者支援との連携

## ◆多機関協働事業による体制構築（イメージ）



（出所） 第一回地域共生社会の在り方検討会議（令和6年6月27日）  
 （注）「地域共生社会の在り方検討会議」では、②地域共生社会における、身寄りのない高齢者等が抱える課題等への対応、③成年後見制度の見直しに向けた司法と福祉との連携強化等の総合的な権利擁護支援策の充実等についても議論。

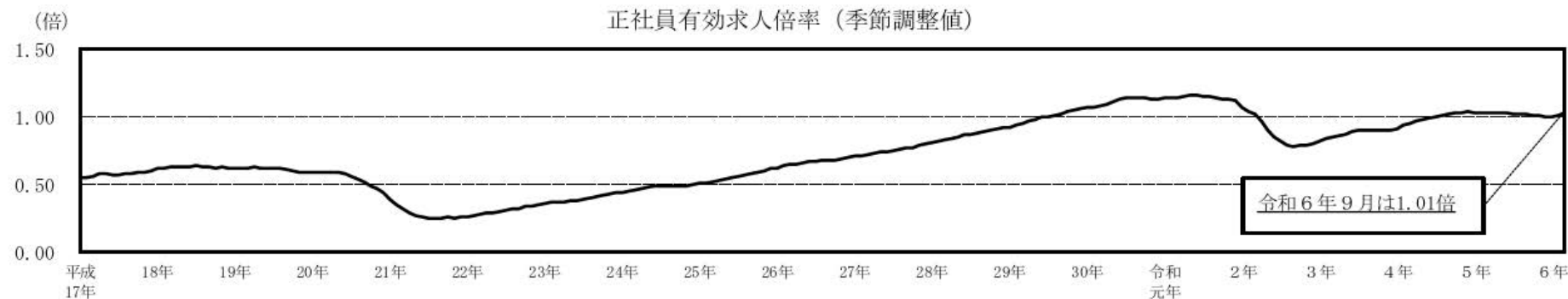
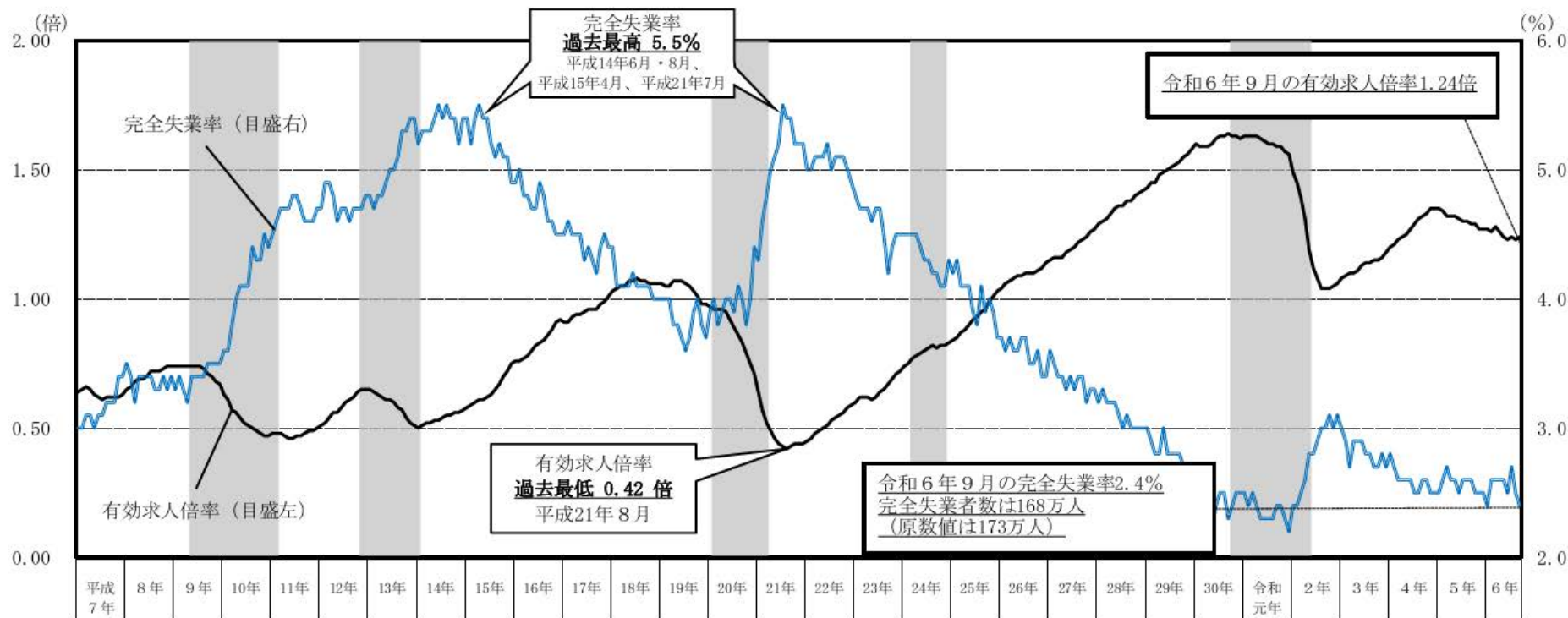


## 8. 雇用

# 現在の雇用情勢(全国)

現在の雇用情勢は、求人が底堅く推移しており、緩やかに持ち直している。  
物価上昇等が雇用に与える影響に留意する必要がある。

- 令和6年9月の完全失業率は2.4%と、前月より0.1%ポイント低下。
- 令和6年9月の有効求人倍率は1.24倍と、前月より0.01ポイント上昇。
- 正社員の有効求人倍率は、令和6年9月では1.01倍と、前月と同水準。

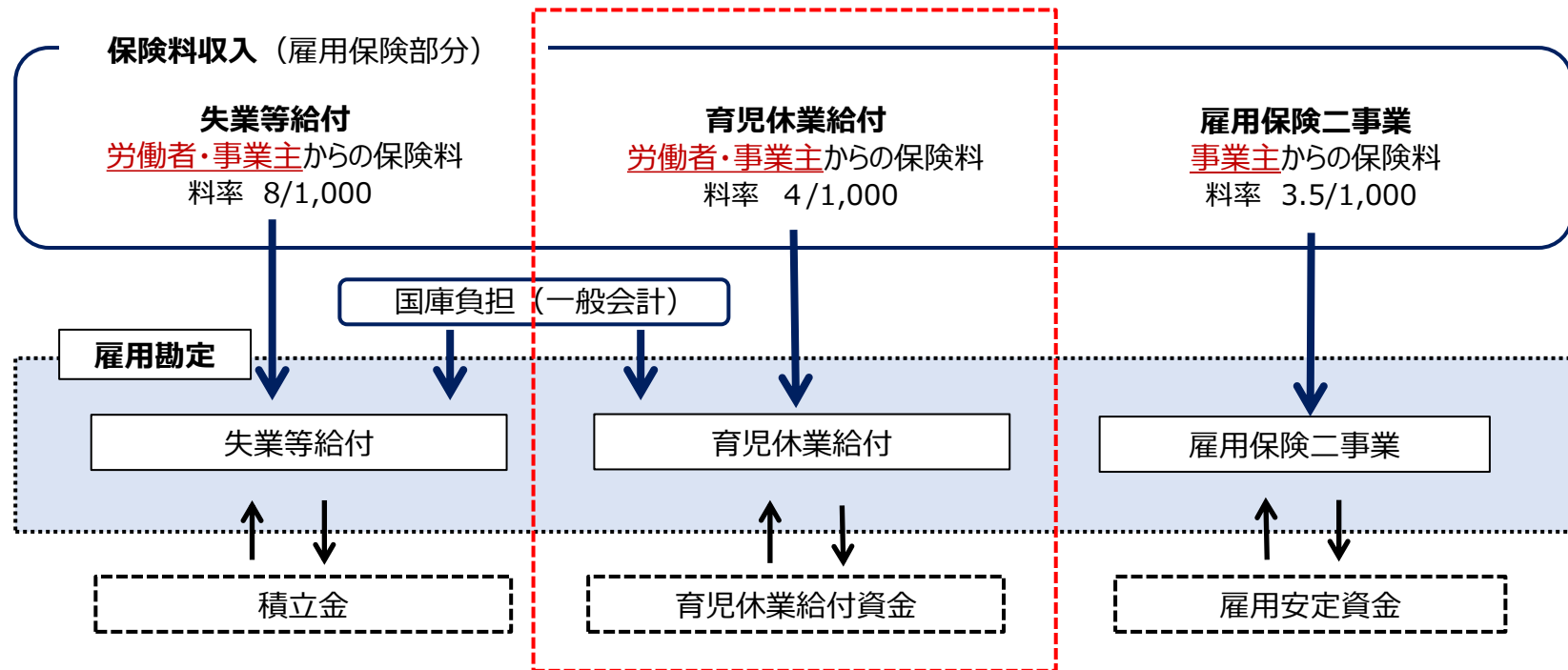


# 雇用保険制度の財政構造

- 雇用保険では、失業等給付、育児休業給付、雇用保険二事業を実施しており、これらを区分経理している。
  - ※ 令和2年改正法により、令和2年度から育児休業給付を失業等給付から切り離して区分経理（育児休業給付について給付と負担の関係を明確化して均衡の取れた財政運営とするとともに、その他の給付について景気の動向によりの確に対応できるようにするため。）
- 保険料負担は、失業等給付・育児休業給付は労働者・事業主折半。雇用保険二事業は事業主のみ。

## 労働保険特別会計（雇用勘定）の仕組み

令和7年度から子ども・子育て支援特別会計に移管



# 雇用保険制度の概要（体系）

※ 【】内は令和6年度予算額



# 雇用調整助成金の特例について

## 雇用調整助成金

## 新型コロナウイルス感染症対応休業支援金

(休業手当を受け取っていない労働者への直接給付)

大企業

中小企業

一般会計 (繰入)

大企業

中小企業

### 雇用保険二事業 (雇用安定事業)

原則：上限13,500円/日 地域・業況特例：上限15,000円/日	
通常の上限：8,370円/日 (失業等給付基本手当の上限額)	
休業手当に対する助成率	休業手当に対する助成率
○原則 2/3 (解雇等を行っていない場合3/4)	○原則 4/5 (解雇等を行っていない場合9/10)
○地域特例・業況特例 4/5 (解雇等を行っていない場合10/10)	○地域特例・業況特例 4/5 (解雇等を行っていない場合10/10)
<b>支給総額5.9兆円</b>	

原則：上限9,900円/日 地域特例：上限11,000円/日	
シフト労働者等 (注)シフト制、日々雇用、登録型派遣の労働者	休業前賃金の80% 休業実績に応じて支給
<b>支給総額 0.1兆円</b>	

雇用保険  
被保険者

【週20時間以上】

②

雇用保険  
被保険者以外

【週20時間未満等】

一般会計事業

①

支給内容は 雇用調整助成金 と同じ	<b>支給総額 0.5兆円</b>
-------------------------	-----------------------

### 緊急雇用安定助成金

<b>支給総額 0.2兆円</b>	支給内容は 休業支援金に 同じ
-----------------------	-----------------------

### 新型コロナウイルス感染症対応休業給付金

①：雇用保険被保険者以外 (所定労働時間週20時間未満の非正規労働者等) への対応 ②：事業主が適切な措置を講じない場合への対応

(注) 上記の日額上限及び助成率等は令和3年5月時点

地域特例：緊急事態措置区域、まん延防止等重点措置区域において、知事による、新型インフルエンザ等対策特別措置法第18条に規定する基本的対処方針に沿った要請を受けて同法施行令第11条に定める施設 (飲食店等) における営業時間の短縮等に協力する事業主 (各区域における措置の実施期間の末日の属する月の翌月末まで適用)

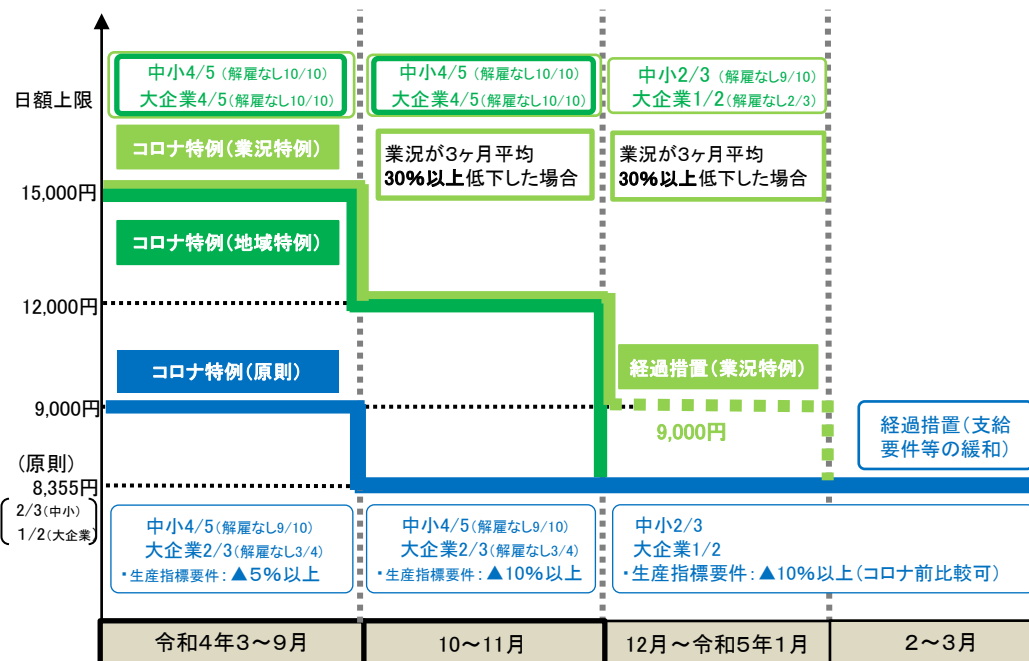
業況特例：生産指標 (売上等) が最近3か月の月平均で前年又は前々年同期比30%以上減少の全国の事業主

# 雇用調整助成金の令和6年4月以降の取扱いについて

○物価高克服・経済再生実現のための総合経済対策(令和4年10月28日 閣議決定)抄

これらの取組に併せて、雇用調整助成金については、「構造的な賃上げ」につながるリスキリングと労働移動の円滑化を実現するため、引き続き、令和4年12月以降、特例措置の段階的な縮減を図ることとし、業況の厳しい企業に配慮しつつ、通常制度へ移行する【注】。

【注】(中略)令和5年3月までの間、引き続き支給要件等の緩和を継続する



## 通常制度へ移行

○雇用調整助成金の特例措置については、令和5年4月以降、通常制度へ移行する。

(通常制度)

【ア】生産指標は前年同期と比較  
(コロナ前との比較は行わない)。

【イ】クーリング制度により最後の休業実施日から1年間は受給できない。

## 教育訓練を優遇

○令和6年4月以降、休業よりも教育訓練による雇用調整を選択しやすくする。

○通常制度に加え、累計支給日数が30日に達した場合の

教育訓練実施率が

- ・低い場合、助成率を引き下げ (中小2/3→1/2、大企業1/2→1/4)
- ・高い場合、教育訓練加算額の引き上げ (1,200円→1,800円)

中小2/3  
大企業1/2  
・生産指標要件: ▲10%以上  
(コロナ前比較不可)

中小2/3又は1/2  
大企業1/2又は1/4  
・生産指標要件: ▲10%以上  
(コロナ前比較不可)



- 「雇用保険法等の一部を改正する法律」により、リ・スキリング支援、成長分野への労働移動円滑化などを強化。
- 具体的には、①個人への直接支援を強化するため、「教育訓練給付」の受講費用に対する給付率の拡充、②労働者が生活費等に不安なく専念できるようにする「教育訓練中の生活を支えるための給付と融資制度」の創設、③成長分野への労働移動を円滑化するため、自己都合で離職した人がリ・スキリングに取り組んでいる場合の失業給付の給付制限の解除等を盛り込んでいる。

## ①教育訓練給付の拡充

- **専門実践教育訓練給付金**（中長期的キャリア形成の講座が対象）において、受講後に賃金が上昇した場合、**受講費用の10%を追加支給**
- **特定一般教育訓練給付金**（速やかな再就職及び早期のキャリア形成の講座が対象）において、資格取得し、就職等した場合、**受講費用の10%を追加支給**

【改正前後の支給率】

	専門実践	特定一般
本体給付	50%	40%
追加給付① (資格取得等)	20%	→ <b>10%</b>
追加給付② (賃金上昇)	→ <b>10%</b>	-
最大給付率	<b>70% → 80%</b>	<b>40% → 50%</b>

【対象資格・講座の例】

専門実践教育訓練給付金
・医療・社会福祉等の専門資格 (看護師、介護福祉士等) ・デジタル関連技術の習得講座 ・専門職大学院 等
特定一般教育訓練給付金
・運転免許関係 (大型第一種免許等) ・医療・社会福祉等の講座 (介護職員初任者研修等) 等

## ②教育訓練中の生活を支えるための給付と融資制度の創設

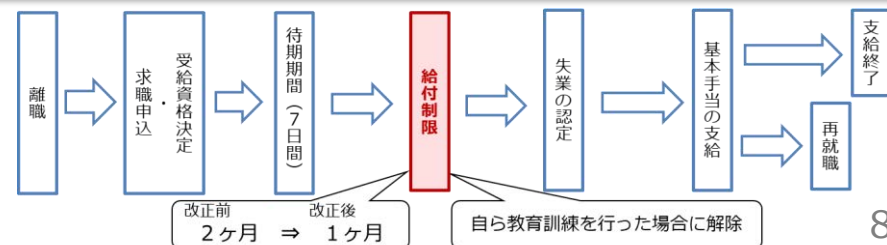
- 雇用保険被保険者が教育訓練を受けるための休暇を取得した場合、賃金の一定割合を支給する**教育訓練休暇給付金**を創設
- 雇用保険の被保険者ではない者に対し、**教育訓練費用や生活費を対象とする融資制度**を創設

	教育訓練休暇給付金	新たな融資制度
対象者	雇用保険被保険者	対象者 雇用保険の適用がない雇用労働者や離職者、雇用されることを目指すフリーランス等
支給要件	・教育訓練のための休暇を取得 ・被保険者期間が5年以上	融資対象 教育訓練費用及び生活費
給付内容	・離職した場合に支給される基本手当と同額 ・給付日数は被保険者期間に応じて90日、120日、150日のいずれか	融資内容(※) 貸付上限：年間240万円 (最大2年間) 利率：年2%
		その他 教育訓練修了後に賃金が上昇した場合は残債務の一部免除

(※)現時点での想定

## ③自己都合離職者の給付制限の見直し

- 原則の給付制限期間を2ヶ月から1ヶ月へ短縮 (ただし、5年間で3回以上の正当な理由のない自己都合離職の場合は3ヶ月)
- 離職期間中や離職日前1年以内に、自ら雇用の安定及び就職の促進に資する教育訓練を行った場合は、給付制限を解除



# 施行期日について（一覧）

## 【雇用保険法等の一部を改正する法律（令和6年法律第26号）等】

施行期日	改正内容
公布日 (令和6年5月17日)	<ul style="list-style-type: none"><li>○育児休業給付に係る国庫負担引下げの暫定措置の廃止</li><li>○介護休業給付に係る国庫負担引下げの暫定措置の令和8年度末までの継続</li></ul>
令和6年10月1日	<ul style="list-style-type: none"><li>○教育訓練給付金の給付率引上げ（受講費用の最大70%→80%）</li></ul>
令和7年4月1日	<ul style="list-style-type: none"><li>○自己都合退職者が、教育訓練等を自ら受けた場合の給付制限解除</li><li>○就業促進手当の見直し（就業手当の廃止及び就業促進定着手当の給付上限引下げ）</li><li>○育児休業給付に係る保険料率引上げ(0.4%→0.5%)及び保険財政の状況に応じて保険料率引下げ(0.5%→0.4%)を可能とする弾力的な仕組みの導入</li><li>○教育訓練支援給付金の給付率引下げ（基本手当の80%→60%）及び当該暫定措置の令和8年度末までの継続</li><li>○雇止めによる離職者の基本手当の給付日数に係る特例、地域延長給付の暫定措置の令和8年度末までの継続</li><li>○「出生後休業支援給付」・「育児時短就業給付」の創設（※1）</li><li>○子ども・子育て支援特別会計の創設（※1）</li><li>○高齢雇用継続給付の給付率引下げ（15%→10%）（※2）</li></ul>
令和7年10月1日	<ul style="list-style-type: none"><li>○「教育訓練休暇給付金」の創設</li></ul>
令和10年10月1日	<ul style="list-style-type: none"><li>○雇用保険の適用拡大（週所定労働時間「20時間以上」→「10時間以上」）</li></ul>

（※1）子ども・子育て支援法等の一部を改正する法律（令和6年法律第47号）

（※2）雇用保険法等の一部を改正する法律（令和2年法律第14号）