

【石破総理所信表明演説（2024年10月4日）（抄）】

- 少子化とその結果生じる人口減少は、国の根幹に関わる課題、いわば「静かな有事」。
- こども未来戦略を着実に実施するとともに、社会の意識改革を含め、働き方改革を強力に推進。
- 社会保障制度は、様々な境遇にある国民の方々に安心を提供するセーフティネット。
- 次の時代に負担を先送りしない。それが今を生きる我々の責任。
- 今の時代にあった社会保障制度へと転換し、多様な人生の在り方、多様な人生の選択肢を実現できる柔軟な制度設計を行う。

こども未来戦略に基づく加速化プランの着実な実施

- 若い世代の所得向上に向けた取組、全てのこども・子育て世帯を対象とする支援の拡充、共働き・共育ての推進の一体的な強化
- 施策の強化だけでなく、社会全体でこども・子育て世帯を応援する気運を高めるための社会の構造・意識改革を車の両輪として推進（具体策）
 - ・ 令和7年度には、育休制度の拡充の施行・児童手当の拡充の満年度化等により、3.6兆円のうち3/4程度が実現予定

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
- 現役世代の保険料負担上昇の抑制（具体策）
 - ・ 昨年末に閣議決定した「改革工程」等に基づく、医療・介護保険制度の持続性を確保するための改革
 - 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

年金制度改革

- 働き方に中立的な制度の構築
- 高齢期の経済基盤の安定や所得保障・再分配機能の強化（具体策）
 - ・ 被用者保険の適用拡大、マクロ経済スライドの調整期間の一致、在職老齢年金制度 等

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

社会保障関係費については、再生計画において、2020年度に向けてその実質的な増加を高齢化による増加分に相当する伸びにおさめることを目指す方針とされていること、経済・物価動向等を踏まえ、2019年度以降、その方針を2021年度まで継続する（注）。

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

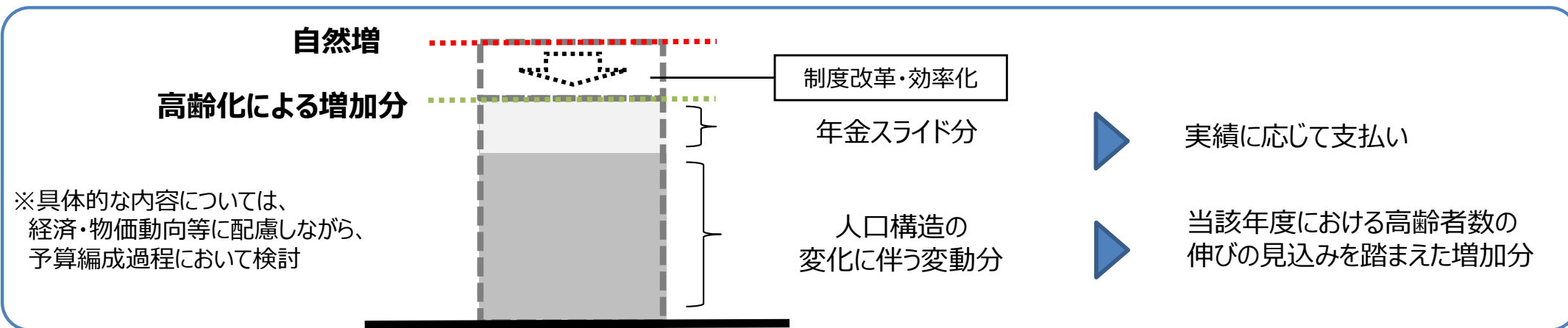
「経済財政運営と改革の基本方針2021（骨太2021）」（抄）（2021年6月18日閣議決定）

社会保障関係費については、基盤強化期間においてその実質的な増加を高齢化による増加分に相当する伸びにおさめることを目指す方針とされていること、経済・物価動向等を踏まえ、その方針を継続する。

「経済財政運営と改革の基本方針2024（骨太2024）」（抄）（2024年6月21日閣議決定）

予算編成においては、2025年度から2027年度までの3年間について、…これまでの歳出改革努力を継続（注）する。その具体的な内容については、日本経済が新たなステージに入りつつある中で、経済・物価動向等に配慮しながら、各年度の予算編成過程において検討する。

（注）2013年度以降歳出改革を継続しており、「経済財政運営と改革の基本方針2021」（令和3年6月18日閣議決定）に基づく2022年度から2024年度までの3年間の歳出改革努力を継続。多年度にわたり計画的に拡充する防衛力強化とこども・子育て政策については、それぞれ2027年度まで又は2028年度まで歳出改革を財源に充てることとされている。なお、社会保障制度に係る歳出改革については、「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（令和5年12月22日閣議決定。以下「改革工程」という。）に基づく取組を進めることとされている。



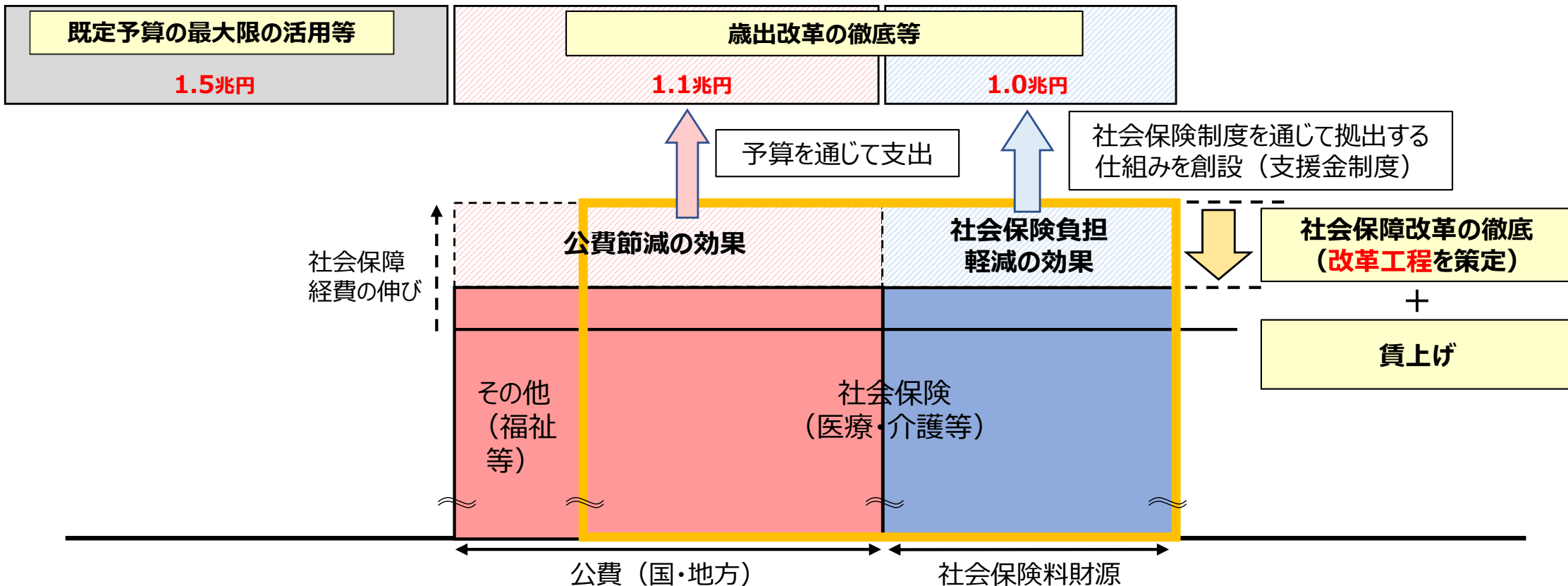
- 本年6月に成立した子ども・子育て支援法等の改正法により、歳出改革と賃上げによって実質的な社会保障負担軽減の効果を生じさせ、その範囲内で支援金制度を構築するとの枠組みが法定されており、2023年度から2028年度にかけて歳出改革等の取り組みを継続し、公費節減の効果だけでなく、社会保障負担軽減の効果を積み上げていく必要。

◆こども・子育て政策の強化（加速化プラン）の財源の基本骨格（イメージ）

【歳出面】 加速化プラン完了時点 3.6兆円



【歳入面】 加速化プランの財源 = 歳出改革の徹底等



全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）

- 能力に応じて全世代が支えあう「全世代型社会保障」の構築に向け、将来世代も含めた全世代の安心を保障し、社会保障制度の持続可能性を高めるため、「時間軸」に沿って、今後取り組むべき課題をより具体化・深化させた「改革工程」を取りまとめ。
- 加速化プランの実施が完了する2028年度までに実施について検討する取組について、各年度の予算編成過程において、着実に取組を進め、こども子育て政策強化の財源確保につなげていく必要。

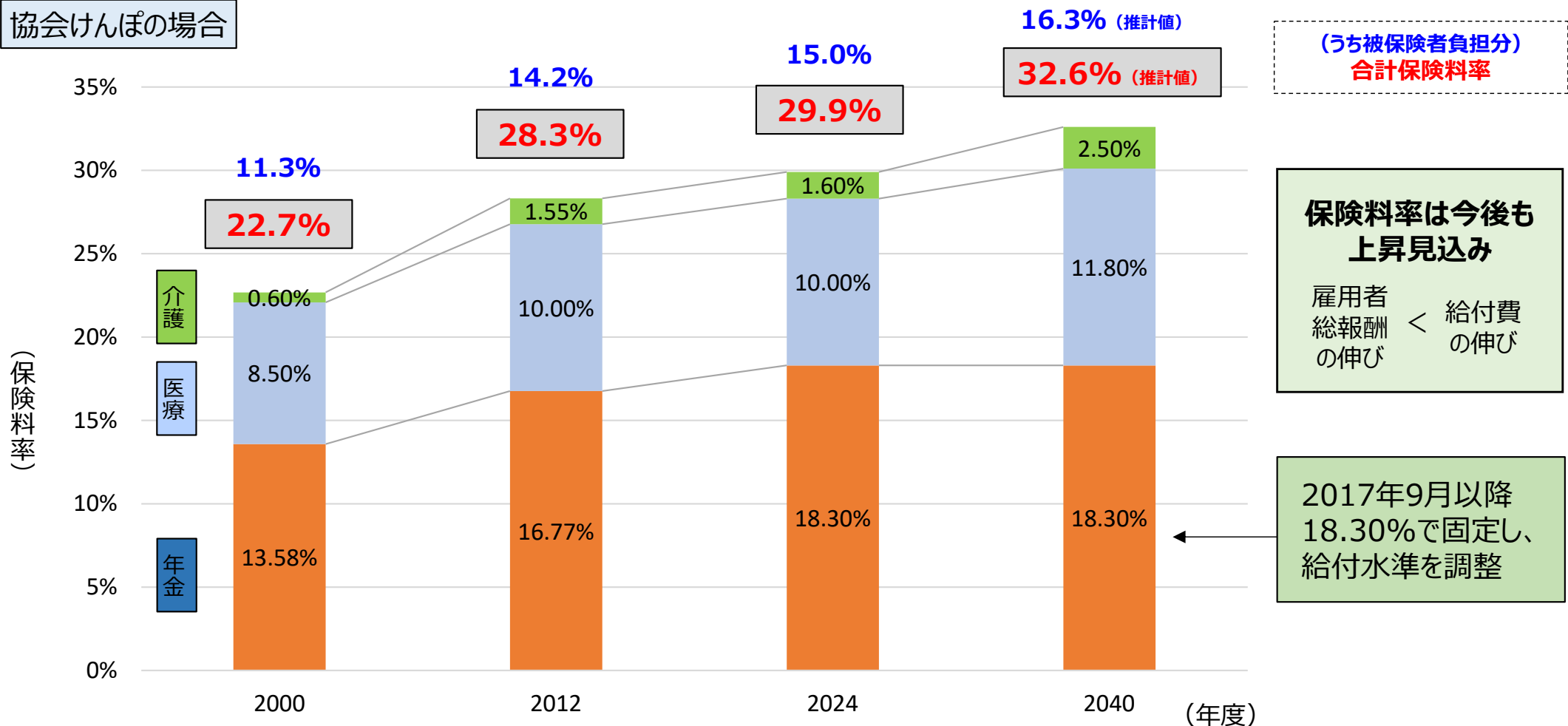
	2024年度に実施する取組	2028年度までに検討する取組
働き方に中立的な社会保障制度等の構築	<ul style="list-style-type: none"> （労働市場や雇用の在り方の見直し） ・「同一労働同一賃金ガイドライン」等の必要な見直しの検討 ・「多様な正社員」の拡充に向けた取組 等 	<ul style="list-style-type: none"> （勤労者皆保険の実現に向けた取組） ・短時間労働者への被用者保険の適用に関する企業規模要件の撤廃等 ・フリーランス等の社会保険の適用の在り方の整理 等 ・年収の壁に対する取組 等
医療・介護制度等の改革	<ul style="list-style-type: none"> ・前期財政調整における報酬調整の導入 ・後期高齢者負担率の見直し ※上記2項目は法改正実施済み ・介護保険制度改革（第1号保険料負担の在り方） ・介護の生産性・質の向上（ロボット・ICT活用、経営の協働化・大規模化、人員配置基準の柔軟化等） ・イノベーションの適切な評価などの更なる薬価上の措置を推進するための長期収載品の保険給付の在り方の見直し ・診療報酬改定、介護報酬改定、障害福祉サービス等報酬改定の実施 ・入院時の食費の基準の見直し等 ・生活保護制度の医療扶助の適正化 	<ul style="list-style-type: none"> （生産性の向上、効率的なサービス提供、質の向上） ・医療DXによる効率化・質の向上 等 ・生成AI等を用いた医療データの利活用の促進 ・医療機関、介護施設等の経営情報の更なる見える化 ・医療提供体制改革の推進（地域医療構想、かかりつけ医機能が発揮される制度整備） ・介護の生産性・質の向上 ・イノベーションの推進、安定供給の確保と薬剤保険給付の在り方の見直し ・国保の普通調整交付金の医療費勘案等 等 ・国保の都道府県保険料率水準統一の更なる推進 ・介護保険制度改革（ケアマネジメントに関する給付の在り方、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方） ・サービス付き高齢者向け住宅等における介護サービス提供の適正化 ・福祉用具貸与のサービスの向上 等 ・生活保護の医療扶助の適正化等 ・障害福祉サービスの地域差の是正（能力に応じた全世代の支え合い） ・介護保険制度改革（利用者負担（2割負担）の範囲、多床室の室料負担） ・医療・介護保険における金融所得の勘案や金融資産等の取扱い ・医療・介護の3割負担（「現役並み所得」）の適切な判断基準設定等 ・障害福祉サービスの公平で効率的な制度の実現（高齢者の活躍促進や健康寿命の延伸等） ・高齢者の活躍促進 等 ・疾病予防等の取組の推進や健康づくり等 ・経済情勢に対応した患者負担等の見直し（高額療養費自己負担限度額の見直し/入院時の食費の基準の見直し） 等
「地域共生社会」の実現	<ul style="list-style-type: none"> ・重層的支援体制整備事業の更なる促進 ・社会保障教育の一層の推進 ・住まい支援強化に向けた制度改革 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・孤独・孤立対策の推進 ・身寄りのない高齢者等への支援 等

※ 2040年頃を見据えた中長期的取組については、省略。

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、足元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。

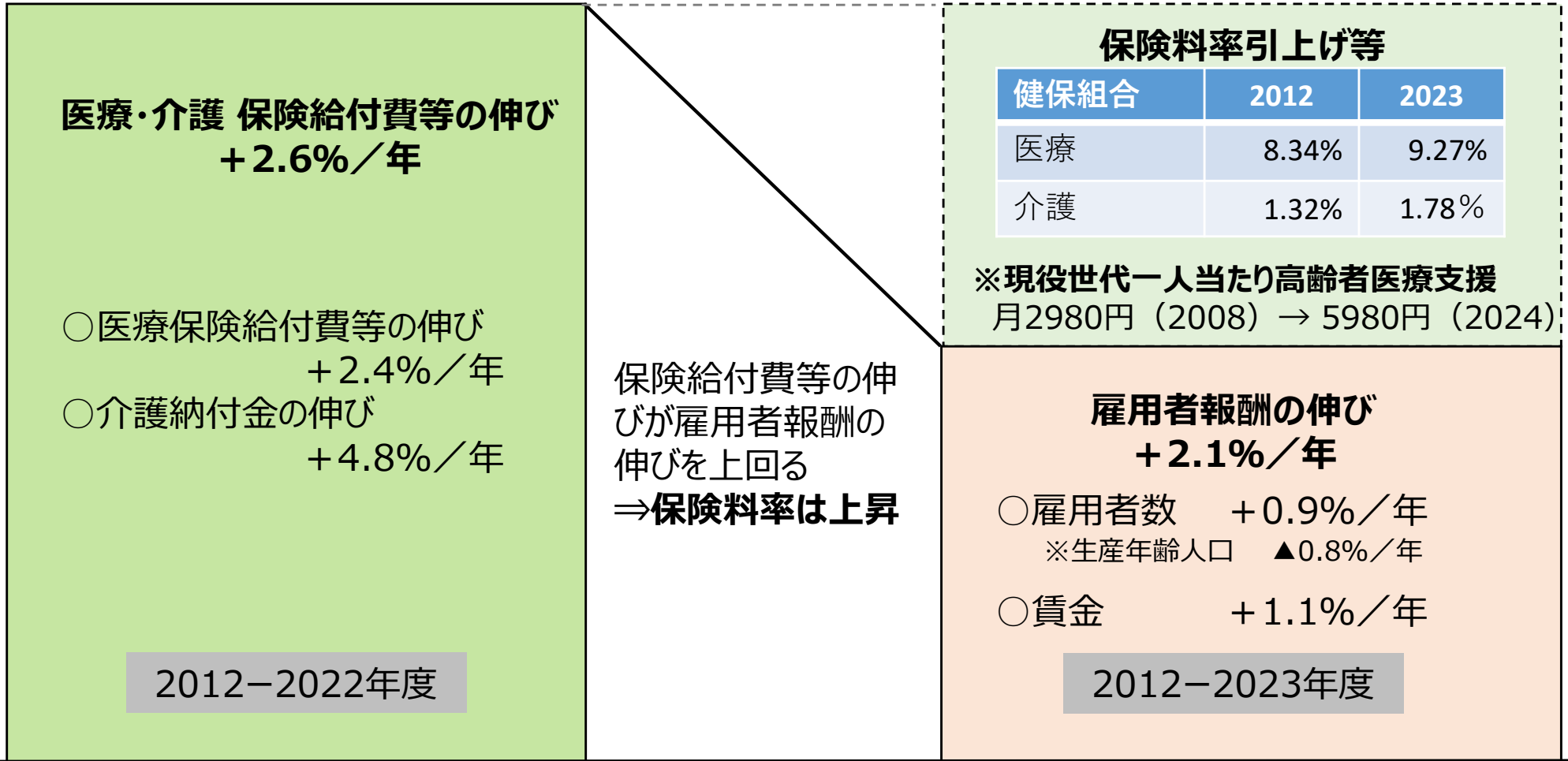
協会けんぽの場合



(出所) 日本年金機構ホームページ「厚生年金保険料額表」、全国健康保険協会ホームページ「健康保険料率等の推移」

(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・介護の給付の伸びが雇用者報酬の伸びを上回っており、結果として保険料率は上昇してきた。
- 若者・子育て世帯の手取り所得を増加させるとともに、社会保障制度の持続性を確保する観点から、医療・介護の保険料率の上昇を最大限抑制する必要がある。



(出所) 内閣府「国民経済計算」(2022年度年次推計)、総務省「人口推計」、全国健康保険協会及び健康保険組合決算関係資料

※雇用者報酬に係る2023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」

(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2022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2022年度実績については決算見込額）

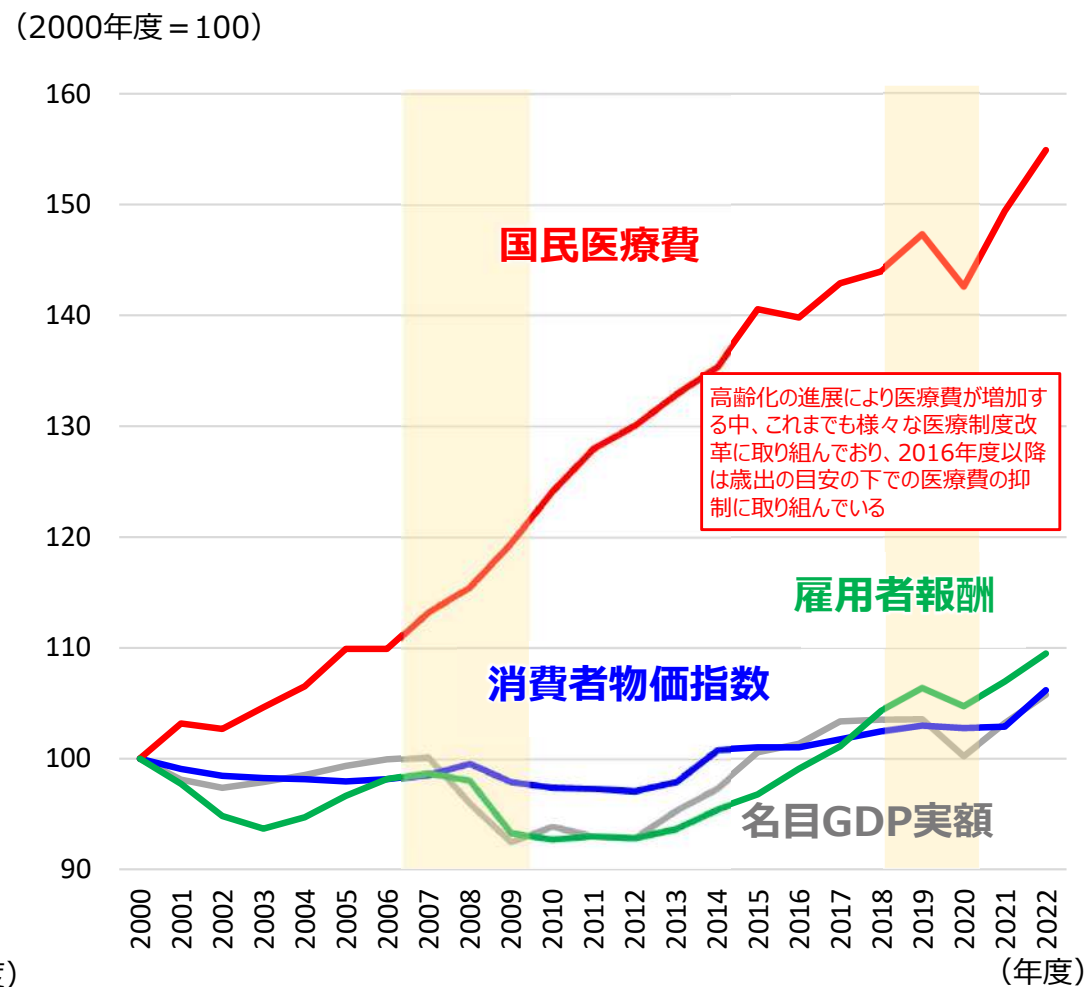
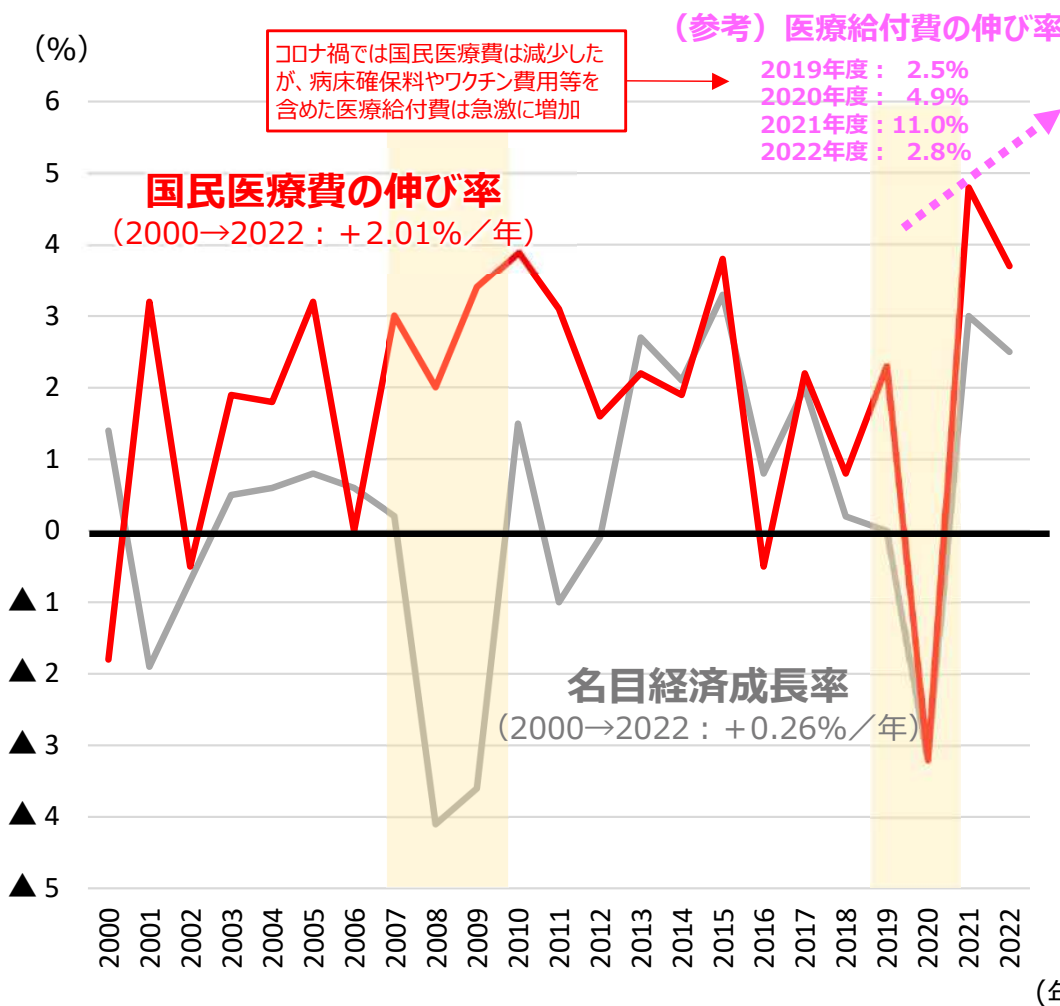
(注3) 介護納付金は、2012年度から2022年度にかけての全国健康保険協会及び健康保険組合における介護納付金の総額（健康保険組合の2022年度実績については決算見込額）

(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（加入する被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) 2023年度における雇用者報酬、雇用者数及び賃金は推計値

- 医療・介護の保険料率の上昇傾向に歯止めをかけるには、医療・介護給付費の伸びを雇用者報酬の伸びと同水準にする必要。
- この雇用者報酬を含む経済成長率は、（経済危機の発生等による）周期的な振幅が大きいですが、医療費は、経済状況にかかわらず安定的に増加する傾向にある。
- 医療費の伸びと経済成長率の関係を議論する際には、周期的な振幅を考慮に入れた中期的な成長率と比較すべきである。



(出所) 内閣府「国民経済計算」、総務省「消費者物価指数」、厚生労働省「国民医療費」。医療給付費は国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」による。

(注) 国民医療費及び医療給付費の伸び率は、対前年度比。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。

社会保障関係費のメリハリある予算編成

- 社会保障関係費については、過去９年間で、いわゆる歳出の目安の下で社会保障を持続可能なものとするための改革を行いながら、メリハリある予算編成を実施してきた。
- 2024年度予算においても、歳出の目安の下で、少子化対策の充実や経済・物価動向等を踏まえた年金スライド、報酬改定等について措置している。

(単位：億円)

	2018年度編成 (前回の同時改定)		2024年度編成 (医療・介護・障害福祉の報酬同時改定)	
	増減	主な制度改正等	増減	主な制度改正等
社会保障関係費	+5,000		+8,500	
年金	+2,000	年金スライドなし —	+3,200	年金スライド +2.9% (予算積算上の改定率) +3,500
医療	+400	診療報酬改定 +0.55% +600 薬価改定等 ▲1,900	+1,200	診療報酬改定 +0.88% +800 薬価改定等 ▲1,300 前期財政調整における報酬調整 ▲1,300
介護	+1,000	介護報酬改定 +0.54% +100	+300	介護報酬改定 +1.59% +400
福祉等	+1,600	障害報酬改定 +0.47% +100 こども子育て支援 +200	+3,800	障害報酬改定 +1.12% +200 児童手当の拡充 +1,200 育休国庫負担引き上げ +1,000 出産・子育て応援交付金 +300

- 2024年度の報酬改定等においては、医療・介護・障害福祉・保育の分野の現場で働く幅広い方々の処遇改善のための対応を実施。
- 医療・介護等については、R6年度2.5%、R7年度2.0%のベースアップを実現するために必要な水準を措置しており、これは、医療従事者の場合、定昇分を入れれば、R6年度4.0%程度、R7年度3.5%程度に当たる。さらに、これに加え、高齢化等に伴う医療・介護費等の増加による収入増を活用し、賃上げを行うことが可能。

<診療報酬>

改定率 + 0.88%
(※令和6年度予算額：国費+822億円)

- ① **看護職員、リハビリ専門職等の医療関係職種の賃上げ + 0.61%**
※ 2024年度ベア 2.5%、2025年度ベア 2.0%
- ② **入院時の食費の見直し + 0.06%**
※ 1食当たり30円の引上げ。
- ③ **効率化・適正化 ▲ 0.25%**
※ 診療所を中心に、生活習慣病等に関する管理料、処方箋料等の再編等による効率化・適正化を行う。
- ④ **その他本体改定率 + 0.46%**
(①以外の賃上げ分+0.28%程度を含む)
各科改定率
医科 + 0.52%
歯科 + 0.57%
調剤 + 0.16%
※ ①に含まれない、40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げ分を含む

<介護報酬改定>

改定率 + 1.59%
(※令和6年度予算額：国費432億円)

- ・ **介護職員の処遇改善 + 0.98%**
※ 2024年度ベア 2.5%、2025年度ベア 2.0%
- ・ **その他の改定率 + 0.61%**
※ 賃上げ税制を活用しつつ、介護職員以外の処遇改善を実現できる水準
- **このほか、改定率の外枠 + 0.45%相当**
 - ・ 処遇改善加算の一本化による賃上げ効果
 - ・ 光熱水費の基準費用額の増額による介護施設の増収効果
- **合計 + 2.04%相当**

<保育士等の処遇改善>

- **人事院勧告に準拠した処遇改善 + 5.2%**

<障害福祉サービス等報酬改定>

改定率 + 1.12%
(※令和6年度予算額：国費162億円)
※介護並びの処遇改善の実施を含む

- **このほか、改定率の外枠**
 - ・ 処遇改善加算の一本化による賃上げ効果等
- **合計 + 1.5%を上回る水準**

- 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」のコアとも言えるべき、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。

(参考) 全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋 (改革工程) (2023年12月22日閣議決定)

◆ 医療機関、介護施設等の経営情報の更なる見える化

- ・ 医療法人の経営情報に関するデータベースについて、医療法人の会計年度が原則4月から翌年3月までとされており、2024年3月に決算を迎える医療法人からの報告状況等を踏まえ、必要な対応について検討を行う。

データベースに掲載する経営情報

- 施設別
- 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
- 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**

◆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、義務化した場合と遜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)

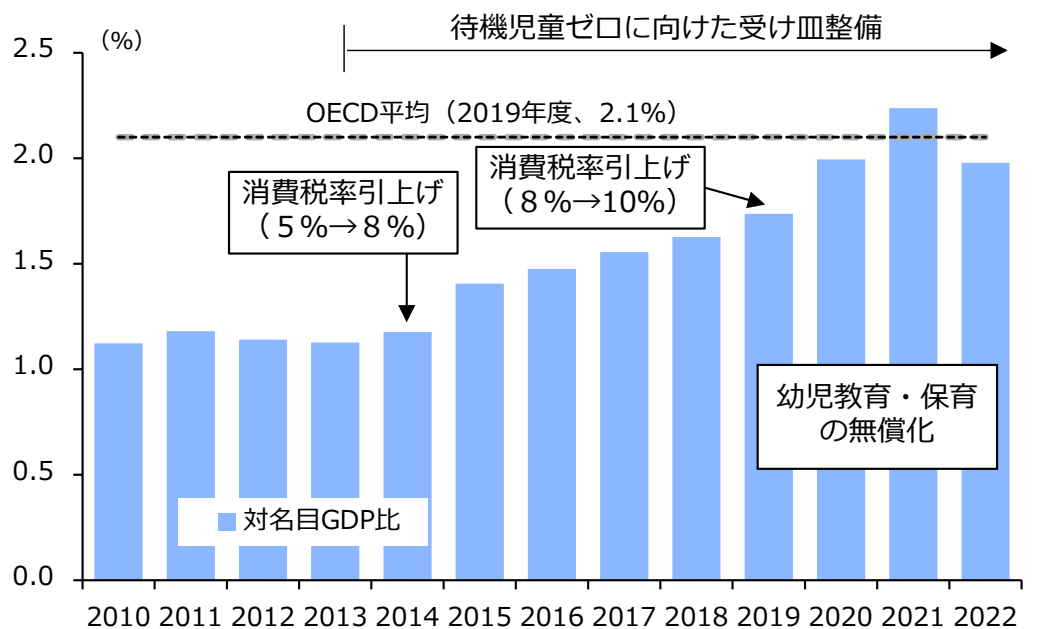
- EBPMを推進していく観点からも、今後の処遇等に関わる施策を検討するための前提として、こうした各医療機関・事業者のデータの収集が必要である。
- また、改正医療法の施行状況を踏まえて、医療機関の「経営情報データベース」において、職種別の給与・人数の提出を義務化すべき。

- 足もと、少子化のスピードはさらに加速化。少子化・人口減少に歯止めをかけなければ、経済・社会システムは維持できなくなる可能性。まさに、国の根幹に関わる「静かな有事」。
- こども未来戦略に基づく加速化プランをスピード感を持って着実に実行するとともに、若者の結婚、出産、子育ての希望の実現を阻む社会構造や意識を変え、皆が参加して、こども・子育てを応援する社会を築くための意識醸成にも取り組んでいく必要。

少子化対策・子育て支援の現状

- 少子化対策・子育て支援に関する予算は、**安定財源を確保しつつ、着実に増加**。
- **一定の効果が出ている一方、いまだに多くの方のこどもを生き育てたいという希望の実現には至っていない状況**。

◆我が国の家族関係社会支出の推移



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」
 (注) 2020年度以降の計数は、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う影響(臨時の給付やGDPの減少等)により、実態より上振れている可能性がある。

これまでに取り組んできた主な事項

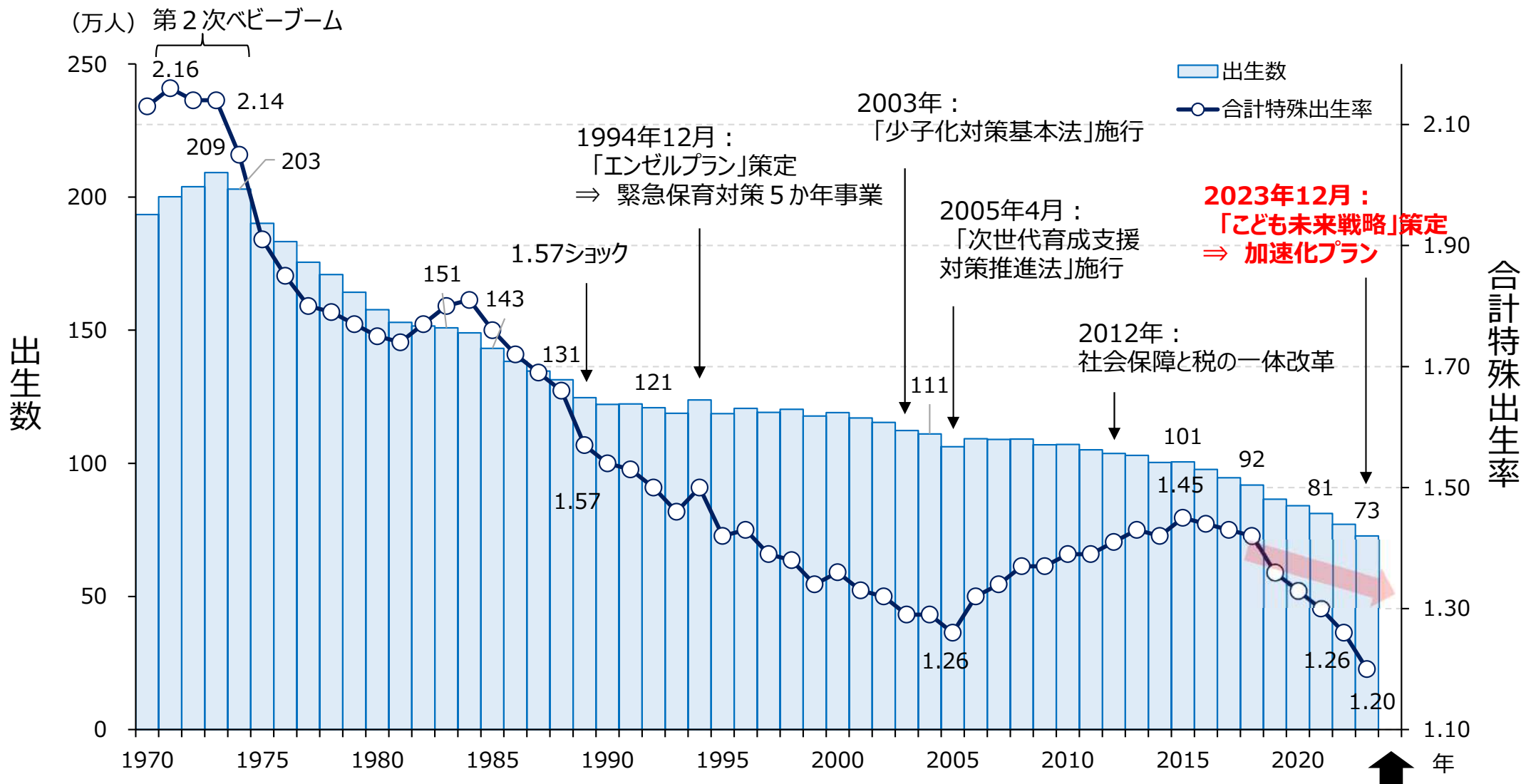
- **社会保障と税の一体改革による少子化対策の充実**
 - ・ 子ども・子育て支援新制度の施行 (2015～)
 - ・ 待機児童対策 (2017: 2.6万人→2024: 0.3万人)
 - ・ 幼児教育・保育の無償化 (2019.10～)
- **こども未来戦略「加速化プラン」によるこども・子育て政策の抜本強化**
 - ・ 出産育児一時金の増額 (42万円→50万円) (2023～)
 - ・ 児童手当の拡充 (2024.10～)

今後の取組の方向性

- **こども未来戦略「加速化プラン」の着実な実現と財源確保**
- **EBPMの取組強化による政策の適切な見直し**
- **社会全体でこども・子育て世帯を応援する機運を高めていくための社会の構造・意識の変革**

出生数・合計特殊出生率の推移

○ 年間出生者数の推移を見ると、2000年代に入るまでは120万人程度、2010年代に入るまでは110万人程度で推移していたが、2016年に100万人を下回って以降、急速に減少し、2023年は73万人となっている。



(出所) 厚生労働省「人口動態統計」
 (注) 出生数は日本における日本人。

2024年上半期 (概数) は **32万9998人**

○ 累次の政策強化により、少子化対策・子育て関連予算の規模は着実に増加。加速化プランの実施により、さらなる充実が図られることとなる。一方で、いまだに多くの方のこどもを生き育てたいという希望の実現には至っておらず、今後は、施策の充実を図りながら、EBPMの取組を強化し、より効果の高い政策に重点化していくことが求められている。

◆ 社会保障関係費（国の予算）の内訳（令和6年度一般会計）（注1）

◆ こども未来戦略「加速化プラン」の内容と規模（国・地方の合計）

（単位：億円）

1. 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

1.7兆円

- 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

2. 全てのこども・子育て世帯を対象とする支援の拡充

1.3兆円

- 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）

3. 共働き・共育ての推進

0.6兆円

- 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

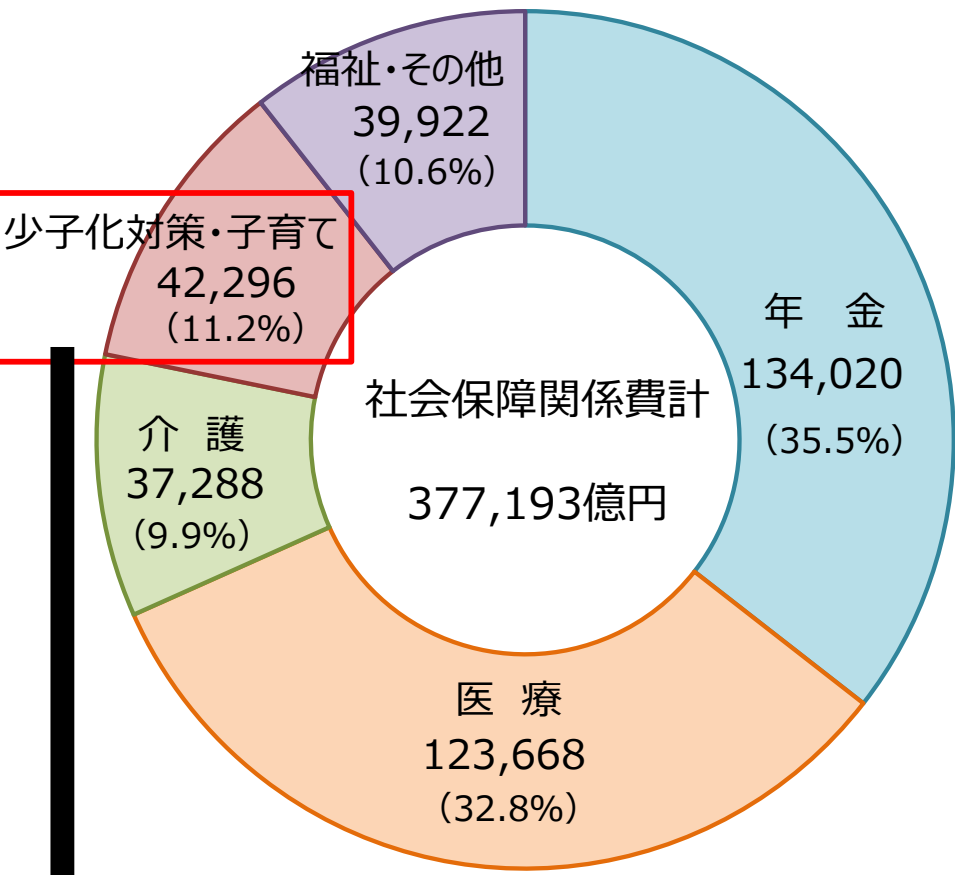
少子化対策・子育て



特別会計を合わせると6.1兆円（注2）

※ 「加速化プラン」の実施により、国のこども家庭庁予算は令和4年度から約5割増加する見込み（こども未来戦略）

（注1） 計数については、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計とは合致しないものがある。
（注2） 育児休業給付を含む。



○ 待ったなしの政策課題である少子化対策を進めるにあたっては、指標（KPI）を適切に設定し、政策の効果等を検証しながら進めていくことは当然。その際、政策全体の目標も意識しながら、個別施策のKPI設定を行うことで、政策を体系化することが重要。

◆少子化対策のKPI（素案）のポイント（こども家庭庁2024年6月発表）

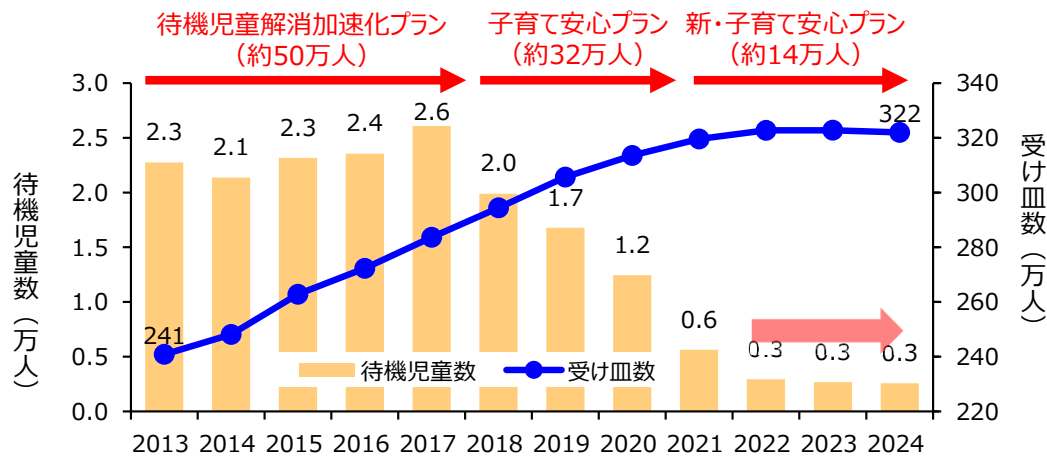


【改革の方向性】（案）

○ 今般取りまとめられた「少子化対策のKPI（素案）」について、経済財政諮問会議や行政事業レビューの枠組みとの連携の下、政策の実施状況を踏まえ、随時、見直しを図るとともに、これらを活用して効果検証を行い、必要な見直しを不断に行っていくべき。

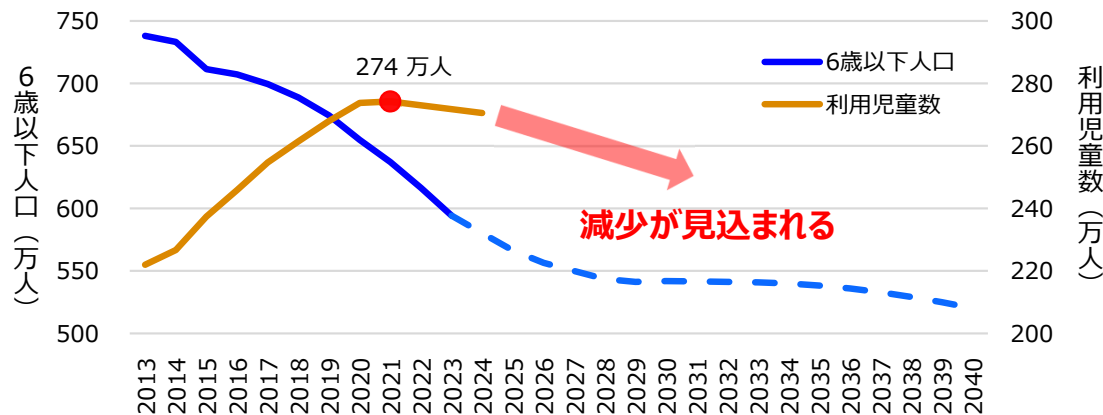
○ これまでの累次の取組の結果、保育の受け皿整備は大きく進捗し、待機児童は大幅に減少。一方で、足もとでは、保育所の利用児童数が減少に転じ、保育所の定員充足率は低下。この傾向は地方においてより鮮明。

◆待機児童数の推移



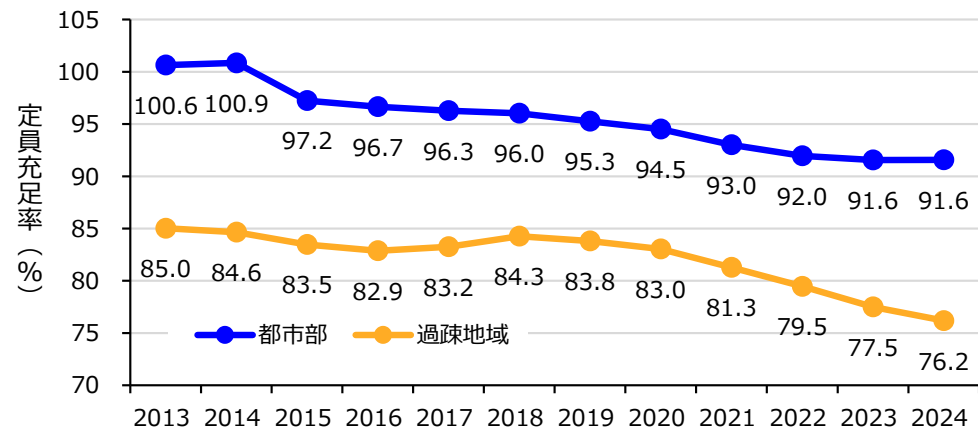
(出所) こども家庭庁「保育所等関連状況取りまとめ」 ※待機児童は各年4月1日時点

◆人口推計と保育所等利用児童数の推移



(出所) こども家庭庁「保育所等関連状況取りまとめ」、総務省「人口推計」、総務省「国勢調査報告」
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)

◆定員充足率(利用児童数/利用定員数)



(出所) こども家庭庁「保育所等関連状況取りまとめ」

(注) 2013・2014年は、認可保育所のみ。2015年以降は、認定子ども園や地域型保育事業を含む。

◆こども家庭庁における検討の方向性

こども家庭審議会 第7回子ども・子育て支援等分科会 (2024年10月17日)

【「新子育て安心プラン」の後の保育提供体制について(方向性と取組例)】

1. 地域ニーズに対応した質の高い教育・保育の確保・充実

地域の課題に応じたきめ細やかな待機児童対策、保育提供体制の強化、人口減少地域における保育機能の確保・強化、保育の質の向上 等

2. 全てのこどもの育ちと子育て家庭を支援する取組の支援

こども誰でも通園制度の推進、多様なニーズに対応した保育の充実、家族支援の充実、地域の子ども・子育て支援の取組の推進 等

3. 保育人材の確保・テクノロジーの活用等による業務改善

保育士等の処遇改善、働きやすい職場づくり、新規資格取得と就労の促進、離職者の再就職・職場復帰の促進等、保育DXの推進による業務改善 等

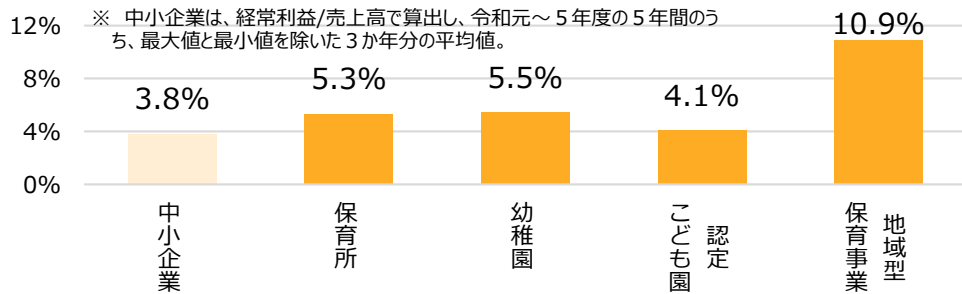
【改革の方向性】(案)

○ 今後も児童数の減少が見込まれるとともに、人手不足が深刻化する中で、これまでの受け皿増を優先する政策を転換し、地域ごとのニーズに応じた保育提供体制の在り方について検討していく必要。

○ 保育の公定価格については、5年に一度見直しが行われることとされており、本年はその改定年にあたる。また、本年の法改正により、経営情報のさらなる「見える化」が制度化されている。

◆ 予算執行調査「子どものための教育・保育給付」（令和6年10月財務省公表）

① 施設類型別の収支差率を見ると、いずれの類型も中小企業を上回る収支差率となっていた。特に、地域型保育事業の収支差率が突出して高いことが確認された。



（出所）中小企業：中小企業実態基本調査（中小企業庁）
※ 地域型保育事業とは0-2歳児を対象に定員19人以下の小規模保育や家庭的保育等を提供する事業

施設類型別の収支差率に開きがあることを踏まえ、公定価格の単価設定の水準を検証し、適正化すべき。特に、収支差率が突出して高い地域型保育事業は、…、令和7年度の公定価格見直しへの反映を検討すべき。

② 同一地域区分かつ平均実員数が同数程度であり、定員数が異なる2つの施設を比較したところ、支出額は同程度であるものの、収入額について定員超過の施設が定員未達の施設を上回り、定員超過の施設の収支差率が高くなっているケースが確認された。

	定員数 (人)	平均 実員数 (人)	収入 (百万円)	支出 (百万円)	収支 差率
A 保育所	60	69	175	152	13.5%
B 保育所	70	69	155	148	4.5%

恒常的に定員を超過している施設の収支差率が高く、減額調整が趣旨に沿わない運用実態となっている可能性がある。適正な定員管理を実施するとともに、定員を超過している施設に対しては、実員に応じて機動的に減額調整を行うべき。

【改革の方向性】（案）

○ 予算執行調査では、収支差率の高さや恒常的に定員を超過している施設への対応が提言されており、適切に反映していくべき。また、今後、経営情報や職員の処遇について継続的に把握し、必要な見直しは5年に1度の改定年を待つことなく、機動的に実施すべき。

◆ 保育所等における継続的な経営情報の見える化について

- 制度構築のための法改正（子ども・子育て支援法）が2024年通常国会で成立。
- 令和6年4月1日以降に始まる事業年度から報告対象。
- 事業者は①人員配置、②職員給与、③収支の状況等について報告
- ①グルーピングした集計・分析結果、②個別の施設・事業者単位を公表
⇒ **公定価格の改善をはじめとする政策検討**に活用、保護者による施設・事業者の選択を支援

○ 特定教育・保育提供者に、**教育・保育施設の経営情報を都道府県知事に報告**することを求める。

・ **施設型給付・地域型保育給付を受けるすべての施設・事業者が対象。**

・ **毎事業年度の経営情報**（収支計算書、職員給与の状況等）について報告を求める。

○ 都道府県知事には、特定教育・保育提供者から報告された**経営情報を公表**することを求める。

・ **職員の処遇等に関する情報であって、保護者の施設・事業者の選択等に必要情報を個別施設・事業者単位で公表。**

（モデル賃金や人件費比率等を想定。）

※ 個別の施設・事業者単位での収支計算書等の公表は行わない。

・ **経営情報の集計・分析とその結果の公表に努める。**

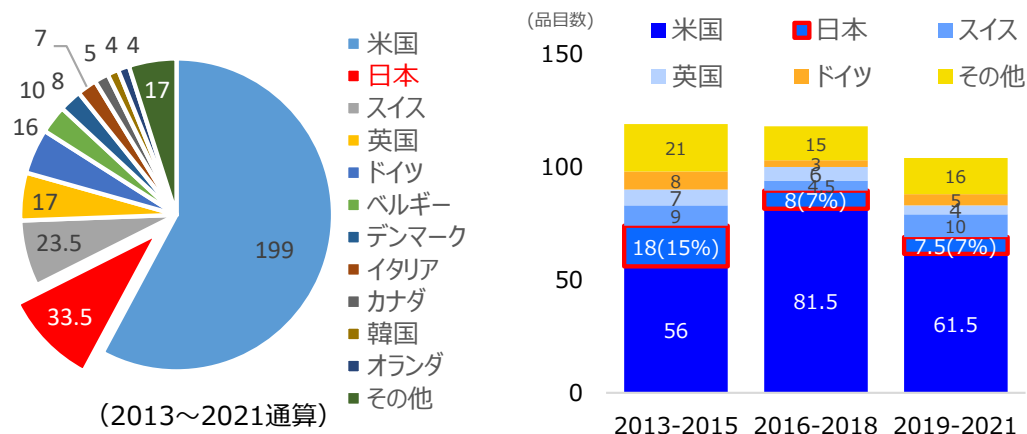
（施設・事業者の類型、経営主体の類型、地域区分の設定、定員規模などに応じて集計した、人件費や人件費比率の平均値や分布状況等を想定。）

○ 「**ここdeサーチ**」において、施設・事業者からの報告、都道府県における確認・公表等を簡便かつ効率的に実施。

- 日本の創薬力の低下が指摘される中、近年の薬価制度改革では、革新的な先発品（新薬）を手厚く評価する一方、特許期間が切れた長期収載品の評価を適正化する等、よりイノベティブな医薬品を重点的に評価する報酬体系へと見直しが図られている。
- また、公的保険制度外の対応として、医療分野の研究開発の司令塔となる日本医療研究開発機構（AMED）を通じた創薬支援等が行われているが、施策・事業間の縦割り解消の必要性などが指摘されている。

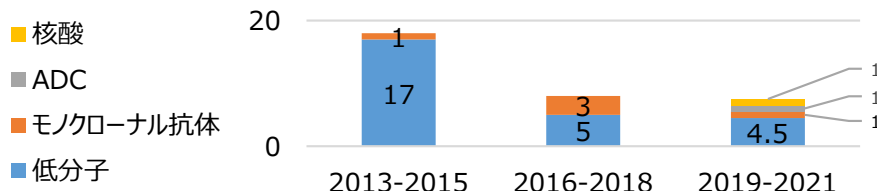
創薬を巡る現状

○ グローバル承認品目の創出国籍と年次推移（2013年～2021年）



（出所）「日米欧NME承認品目の特許創出機関の国籍」,JPMA NEWS LETTER 2024 2024年1月号 No.219を基に作成。
 ※ 数は品目数。出願人として複数の機関が記されている場合、国籍別に均等割している。
 ※ グローバル承認品目：日米欧2極以上で承認され、2013年以降にいずれかの審査機関で初めて承認を受けた品目。

○ 日本創出のグローバル承認品目におけるモダリティの変化（日本）



（出所）「日米欧NME承認品目の特許創出機関の国籍」,JPMA NEWS LETTER 2024 2024年1月号 No.219を基に作成。

○ ベンチャー企業の育成やエコシステムの構築が不十分

- 創薬スタートアップ数が少なく、その規模も欧米に比べ各段に小さい
- スタートアップを外から支える、インキュベーション機能やアクセラレーター機能が、資金面、人材面、開発能力面で海外に比べ大きく立ち遅れているとの指摘

医薬品の評価のメリハリ付けや創薬支援

【公的保険制度における対応】

- イノベーションに対する薬価制度上の評価の充実
- 長期収載品依存からの脱却を通じたイノベーション促進
 - 長期収載品の選定療養化（2024年10月～）
- 費用対効果評価の一定の活用
 - 費用対効果の低い一部の医薬品に係る部分的な価格の引下げ

【公的保険制度の外における対応】

- 薬事上の対応（承認審査の迅速化等）
- 日本医療研究開発機構（AMED）を通じた研究開発支援

今後の改革の方向性

【公的保険制度における対応】

- 新薬創出等加算の在り方の不断の見直しを含め、革新的新薬とそうでないもの間での更なるメリハリを効かせた評価
- 保険収載の可否判断への活用も含めた、薬価制度における費用対効果評価の一層の活用の推進
- 医薬品の有用性等を踏まえた給付範囲の在り方の見直し

【公的保険制度の外における対応】

- アカデミア等のシーズを創薬ベンチャーや製薬企業につなげる橋渡し機能の強化
- 実用化志向の観点からの日本医療研究開発機構（AMED）の一層の機能強化
- 事業化フェーズに応じたリスクマネーの厚みの確保
- 創薬・市場環境等の変化を踏まえた製薬業界の構造改革

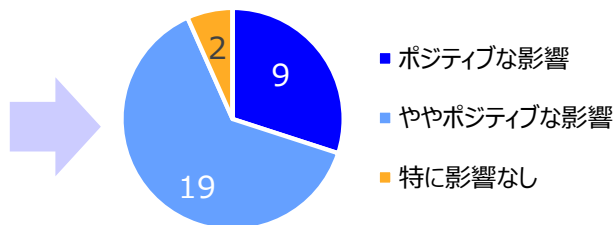
- 近年の薬価改定等を経て、革新的な新薬を評価する一方、長期収載品（特許が切れ後発品が収載されている医薬品）の評価等を見直すことにより、全体として、よりイノベティブな医薬品への評価に重点化する報酬体系へと見直しが行われてきている。こうした薬価制度上の対応は、製薬企業にとって、長期収載品依存から脱却し、革新的新薬を生み出すインセンティブにつながっていると考えられる。

◆ 2024年度薬価制度改革における主な対応

- **革新的新薬の特許期間中の薬価維持**
(新薬創出等加算の見直し) ※詳細は右図
- **日本に迅速導入された新薬の評価**
(加算新設)
- **小児用医薬品の開発促進**
(成人と同時開発する小児適応の評価、収載時・改定時の加算充実等)
- **革新的新薬の有用性評価等の充実**
(収載時・改定時の加算充実等)
- **市場拡大再算定の見直し**
(一部領域における類似品の適用除外)

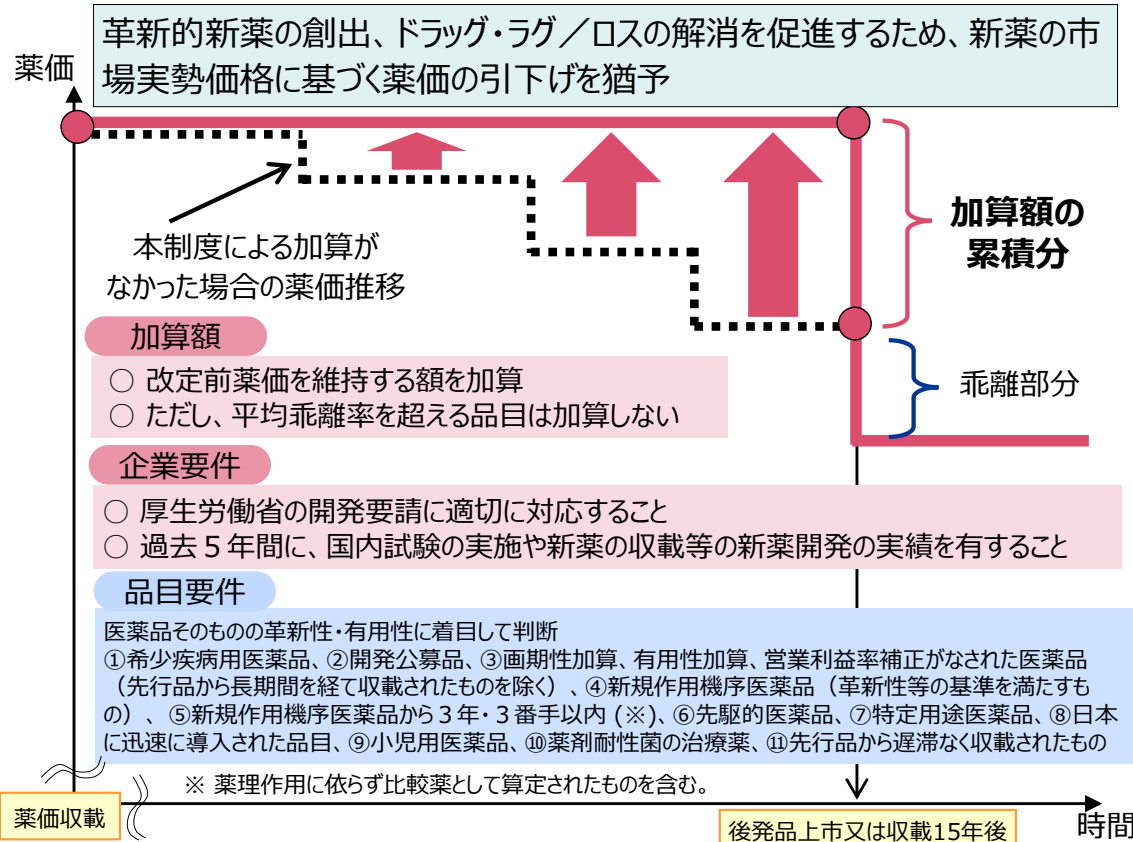
◆ 改革に対する評価（米国研究製薬協会調べ）

30社中28社が、新薬開発に、「ポジティブ/ややポジティブな影響」が生じると回答。



(出所) 中央社会保険医療協議会薬価専門部会 (令和6年8月7日) 米国研究製薬工業協会提出資料 (薬-1) を基に作成。

◆ イノベーションの評価に対する支援（新薬創出等加算）

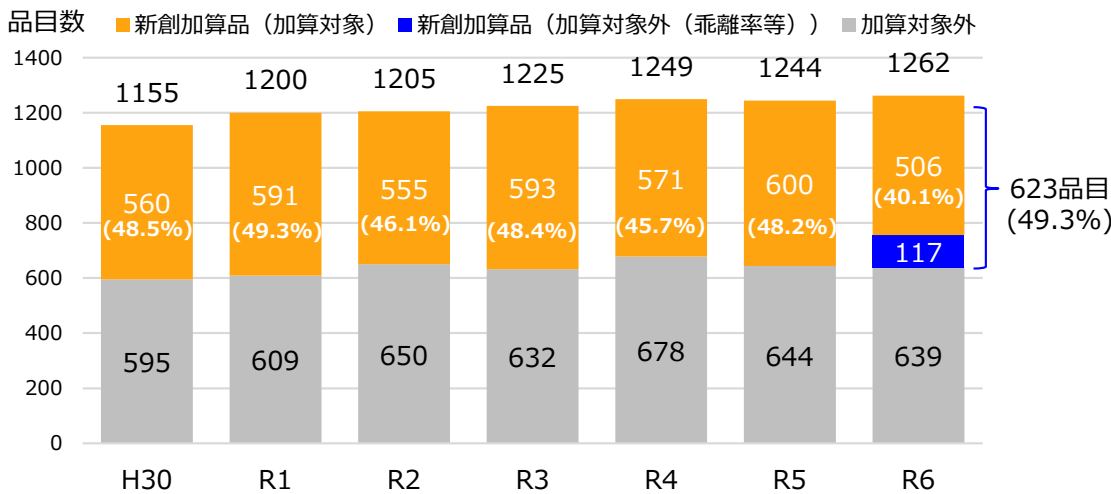


【改革の方向性】(案)

- 薬価制度による医薬品への評価は貴重な医療保険財源を原資として行われるもの。今後とも、製薬業界のあるべき将来像も視野に入れつつ、薬価制度上の評価のメリハリ付けを一層推進することで、革新的新薬を開発・製造する製薬企業の成長をより一層促していくとともに、革新性の低い新薬や長期収載品に依存する企業の再編を促していくべき。
- 新薬創出等加算は、そのための重要なツールであるが、同加算の対象となる品目が真に革新的なものとなっているか、不断に検証すべき。

○ 令和6年度の薬価改定で大幅な充実が図られた新薬創出等加算については、引き続き、我が国の創薬イノベーションの推進にとって重要な役割を果たすものと考えられるが、同時に、真に革新的な新薬の創出を促進するにふさわしい要件となっているか、不断に検証を加えることが必要。

新薬全体の約半数は、特許期間中の薬価が維持される新薬創出等加算の対象品目となっている。



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
 - ① 希少疾病用医薬品【243品目】
 - ② 開発公募品【22品目】
 - ③ 画期性加算、有用性加算(I)(II)、営業利益率補正がなされた医薬品（先行品から長期間を経て収載されたものを除く）【173品目】
 - ④ **新規作用機序医薬品（革新性等の基準を満たすもの）【40品目】**
 - ⑤ **新規作用機序医薬品から3年・3番手以内【25品目】**
 - ⑥ 先駆的医薬品
 - ⑦ 特定用途医薬品
 - ⑧ 日本に迅速に導入された品目
 - ⑨ 小児用医薬品【3品目】
 - ⑩ 薬剤耐性菌の治療薬
 - ⑪ 先行品から遅滞なく収載されたもの
- ・ 品目数は、令和6年度改定の新薬創出等加算対象品目数
 ・ 複数区分に該当する場合は、①～⑤、⑨に分類
 ・ ⑥、⑦、⑧、⑩は該当なし

企業要件

- 厚生労働省の開発要請に適切に対応すること
- 過去5年間に、国内試験の実施や新薬の収載等の新薬開発の実績を有すること

加算額

- 改定前薬価を維持する額を加算
- ただし、全品目の**平均乖離率を超える品目は加算しない**

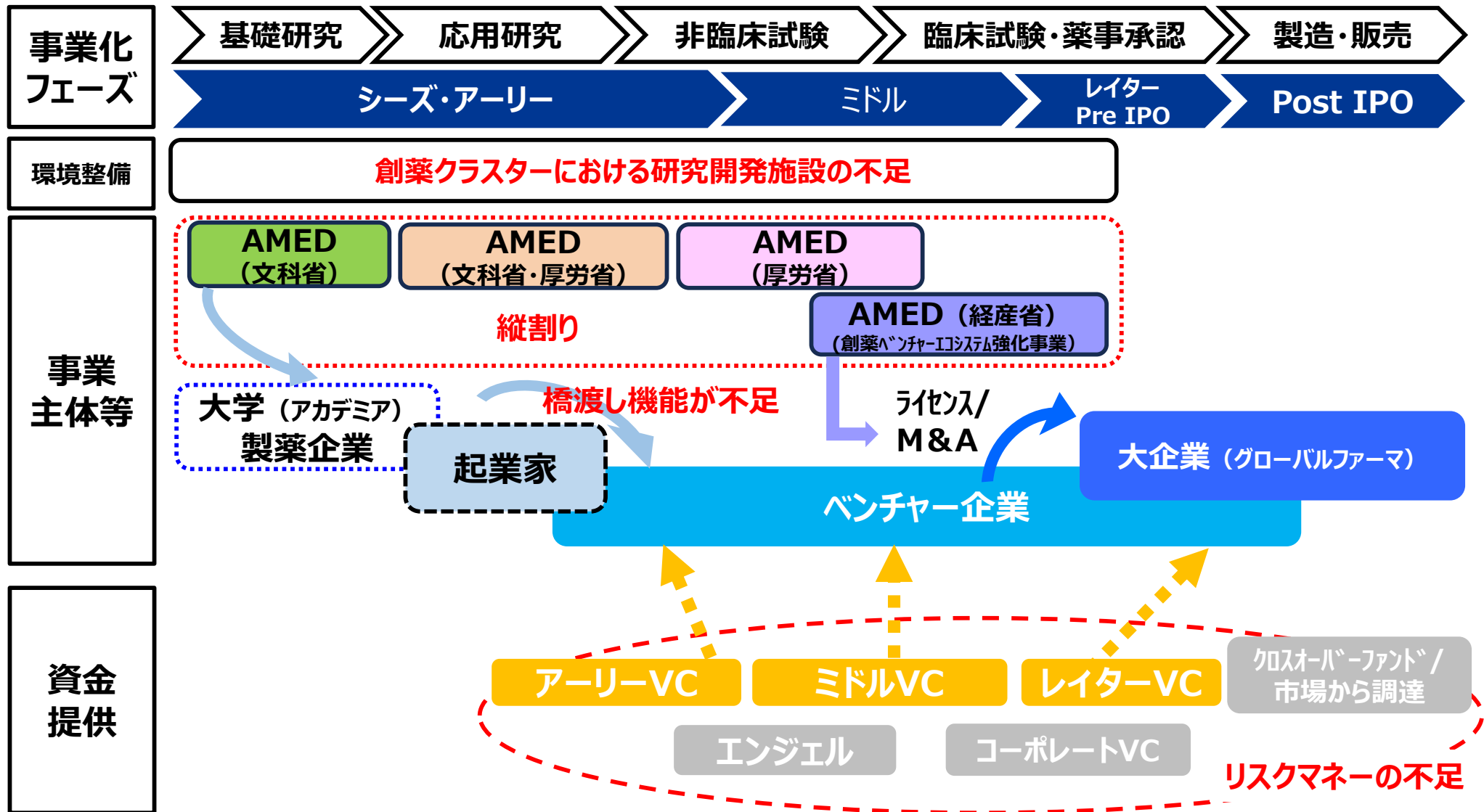
乖離率の大きい品目は、市場で価値が低いと評価され、大きく値引きされたということ。令和6年度改定からは、平均乖離率を超える場合には新薬創出等加算の対象外となったが、真に同加算の対象とするに値する医薬品として、どこまでの値引きが許容されるべきか、不断の検証が必要。

これまで、新薬創出等加算の対象として手厚く評価されてきたことにより、実際に、どの程度、対象企業による創薬イノベーションの促進につながったか、真摯な効果検証が不可欠。

新薬創出等加算の対象を品目要件ごとに見ると、その大宗は、①希少疾病用医薬品や③加算適用品で占められる。その他の要件に該当する医薬品のうち、特に④新規作用機序医薬品や、⑤3年以内かつ3番手以内の医薬品については、特許期間中を通じ手厚く評価されることが妥当かどうか、当該要件の見直しを含め検討する必要。

(出所) 厚生労働省「令和6年度薬価基準改定の概要」を基に作成

- ドラッグラグ／ドラッグロス問題、医薬品産業の国際競争力低下などを背景として、創薬力強化に対する支援強化が求められる中、7月の創薬エコシステムサミットにおいて、岸田総理（当時）から、「医薬品産業を成長産業・基幹産業と位置付け、政府として、民間の更なる投資を呼び込む体制・基盤の整備に必要な予算を確保」する旨が表明された。
- 具体的には、創薬の事業化の各段階に対応した包括的なものとすると共に、財政規律の観点からも、民間企業にとっての予見可能性を高める観点からも、必要な財源を確保しながら、包括的な支援を継続的に実施していく必要。

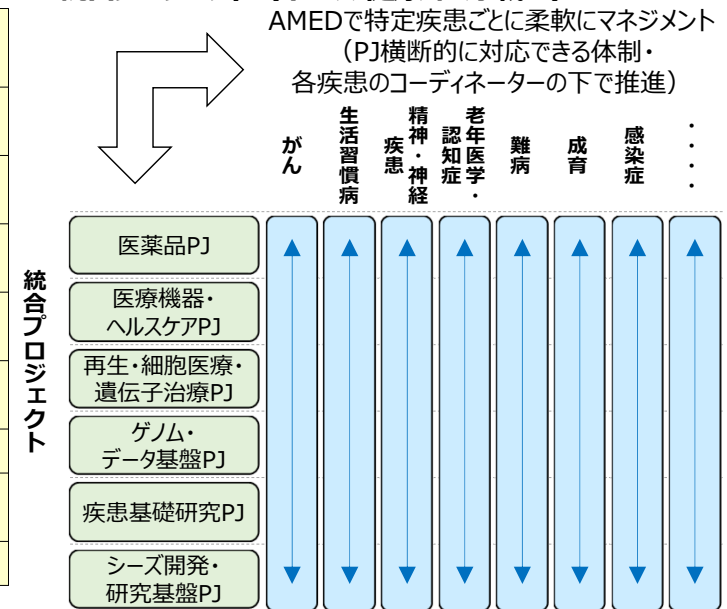


- 医療分野の研究開発及びその環境の整備の実施、助成等の業務を行うため、平成27年に日本医療研究開発機構（AMED）を設置。「研究費等のワンストップサービス化」と「基礎から実用化までの一貫した研究管理」を行うため、それまで文部科学省、厚生労働省、経済産業省等に計上されてきた医療分野の研究開発に関する「予算の集約と一体的な実行」を行うこととされた。
- 第二期健康・医療戦略においては、モダリティ等を軸とした6つの統合プロジェクトによって研究目的を明確化した上で、各疾患の研究を推進。期間中の成果として、40件の薬事承認、企業へのシーズ導出件数434件のほか、新型コロナウイルス感染症対応として、4件のワクチン、23件の医療用検査薬、2件の医療機器の承認につなげてきたところ。
- 他方、AMED研究開発事業については、関係各省庁の縦割りや重複、アカデミアと企業間のギャップ、ハンズオン支援を担う人材の不足といった問題が「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」（令和6年5月22日）においても指摘されている。

◆ 医療分野の研究開発関連予算

医療分野の研究開発関連予算	R6当初	革新的研究開発推進基金 先端国際共同研究推進基金	R1補正① ～R5当初	R5補正	R6当初	合計
日本医療研究開発機構（AMED）対象経費 <small>（AMEDに対すること家庭庁・総務省・文科省・厚労省・経産省からの補助金等）</small>	1,245億円	健康・医療分野におけるムーンショット型研究開発等事業（内、文、厚、経）	240億円	365億円	3.75億円 <small>（文、厚、経各1.25）</small>	608.75億円
インハウス研究機関経費 <small>（国の研究機関に対する運営費交付金等の研究開発予算）</small>	805億円	ワクチン・新規モダリティ研究開発事業 <small>（内、文、厚、経）</small>	1,510.5億円			1,510.5億円
AMED調整費 <small>（科学技術イノベーション創造推進費（555億円）の一部）</small>	175億円	ワクチン開発のための世界トップレベル研究開発拠点の形成（文）	515億円			515億円
AMEDへの出資金	H28年度補正② ～R2年度補正③	大学発医療系スタートアップ支援プログラム（文）		152.2億円		152.2億円
		創薬ベンチャーエコシステム強化事業（経）	3,500億円			3,500億円
		ワクチン開発推進事業（厚）	505.1億円			505.1億円
		先端国際共同研究推進プログラム（文）	60.5億円			60.5億円
医療研究開発革新基盤創成事業（CICLE）	1,480億円	合計	6,331億円	517.2億円	3.75億円	6,852億円

◆ 統合プロジェクト（第二期健康・医療戦略）



◆ 「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」（令和6年5月22日）

- AMEDの研究開発支援において、各省庁に紐づく施策・事業の間に壁が存在するという指摘を真摯に受け止め、基礎・応用研究の段階から創薬という開発目的を見据えたプロジェクトを推進するため、資金の配分先や使い方、ファンディングの仕組み等について検討を行うべきである。また、AMEDの研究開発支援に限らず、内閣官房・内閣府が司令塔機能を十分に発揮し、政府一体として我が国の創薬力の向上に向けた施策・事業を推進すべきである。

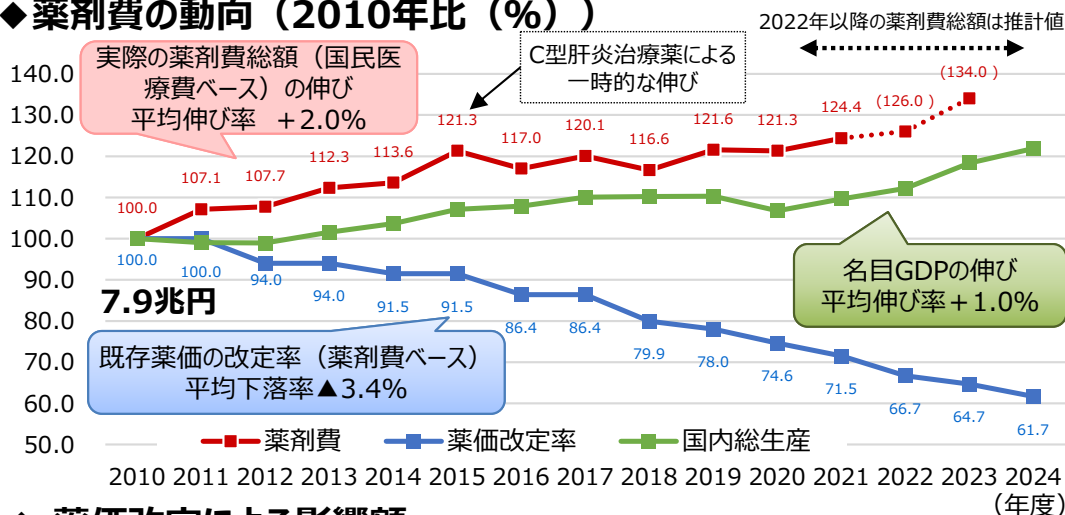
【改革の方向性】（案）

- 令和7年4月からの第三期健康・医療戦略においては、AMED調整費の柔軟な活用等により、各省補助等事業の間の連携を確保し切れ目ない支援を行うとともに、事業の検討段階から出口志向の研究開発マネジメントを行うことで、有望な創薬シーズの企業導出の加速を推進することが重要。

- 薬剤使用量の増加や新規医薬品の保険収載により、薬剤費総額は年2%程度増加。高齢化の進展に伴い、更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。
- 近年の薬価制度改革は、革新的な先発品（新薬）と、特許期間が切れ、後発医薬品が収載されている長期収載品との間で薬価上の評価等に関するメリハリ付けをより一層進展させている。
- こうした制度の下で薬価改定を実施することは、製薬企業にとって、革新的な新薬を創出するインセンティブに繋がる一方、長期収載品に依存したような経営の在り方の見直しを促すことにもつながる。
- また、貴重な医療保険財源をメリハリのある形で配分することにより、現役世代を含む国民の負担軽減につながり、医療保険制度の持続可能性確保にも資することになる。

薬価改定を通じた国民負担の軽減

◆ 薬剤費の動向（2010年比（%））



◆ 薬価改定による影響額

マクロの負担軽減 ※材料価格除く

令和5年度薬価改定 約▲3,100億円（国費約▲800億円）

令和6年度薬価改定 約▲4,800億円（国費約▲1,300億円）

ミクロの負担軽減（薬価改定1%あたりの一人当たり保険料額への影響）（注）

協会けんぽ：約2,300円、健保組合：約2,900円、市町村国保：約1000円、
国保組合：約1,700円、後期高齢者：約800円

（注）一定の仮定をおいて計算したものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。

医薬品の評価のメリハリ付けに係るこれまでの取組（再掲）

- **イノベーションに対する薬価制度上の評価の充実**
 - ・ 新薬創出等加算の見直しによる、革新的新薬の特許期間中の薬価維持
 - ・ 日本に迅速導入された新薬の評価
 - ・ 小児用医薬品の開発促進
 - ・ 革新的新薬の有用性評価等の充実
 - ・ 市場拡大再算定の見直し
- **長期収載品依存からの脱却を通じたイノベーション促進**
 - ・ 長期収載品の選定療養化（2024年10月～）
- **費用対効果評価の一定の活用**
 - ・ 費用対効果の低い医薬品の評価を見直すための価格の一定程度の引下げ

今後の方向性

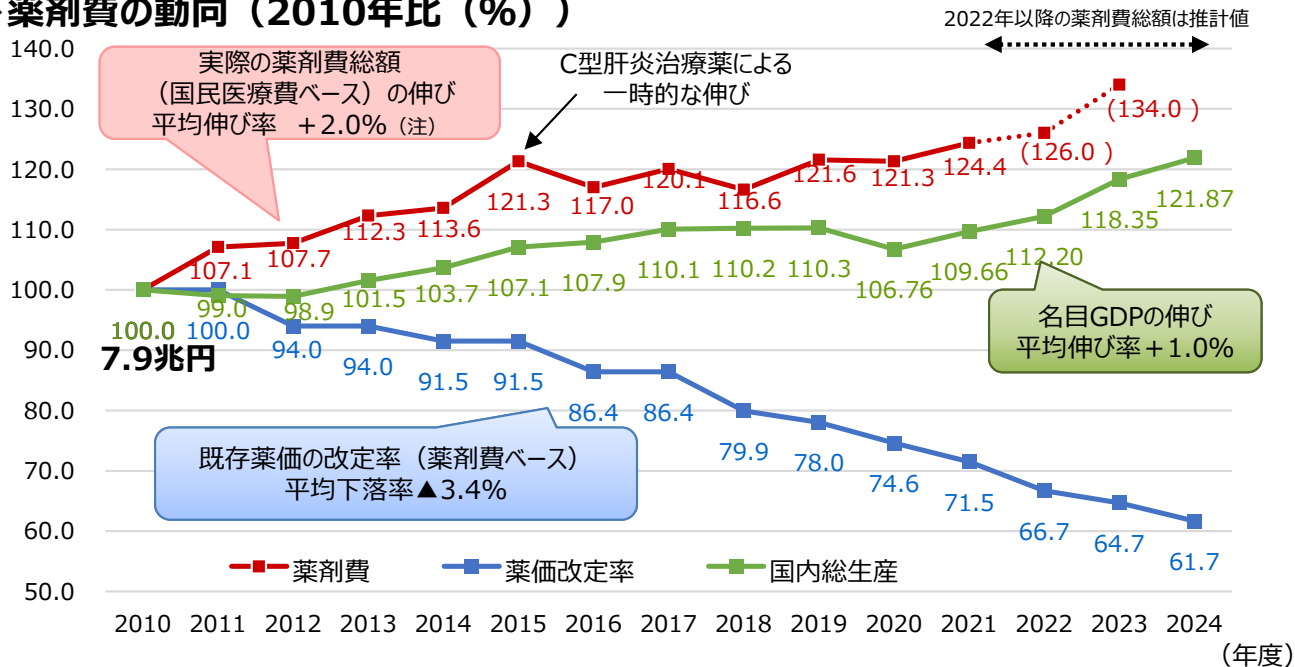
- 毎年薬価改定の着実な実施
- 新薬創出等加算の在り方の不断の見直しを含め、革新的新薬とそうでないもの間での更なるメリハリを効かせた評価
- 保険収載の可否判断への活用も含めた、薬価制度における費用対効果評価の一層の活用の推進
- 安定供給確保に向けた薬価上の対応

○ 薬価改定は、基本的には、市場で決定される実勢価格に応じて既存医薬品の価格を引き下げる仕組みとなっているため、「改定率」としては例年マイナスとなるが、薬剤使用量の増加や新規医薬品の保険収載により、医療保険財政で支えられている薬剤費総額自体は一貫して拡大傾向にある。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

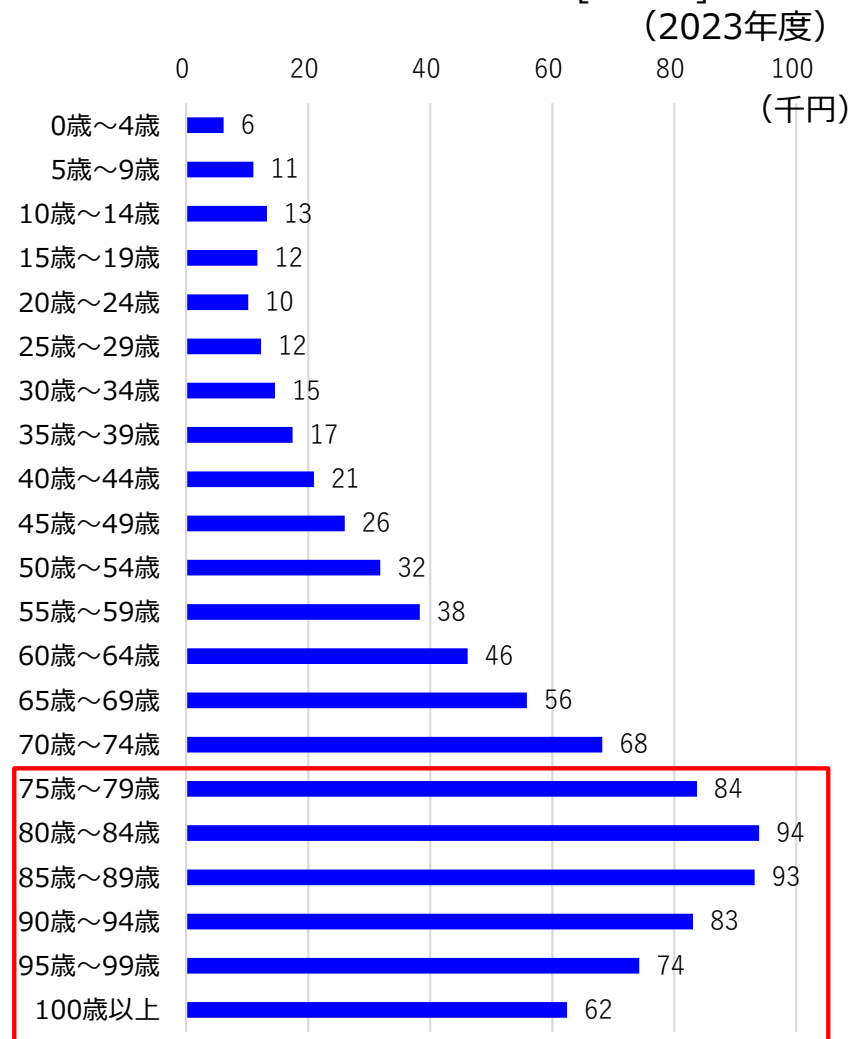


◆薬剤費の動向（2010年比（%））



(注) 既存薬価の改定率 (薬剤費ベース) 及び名目GDPの伸びについては、2010～2021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」(2024年8月7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 2022年度以降の薬剤費総額は、2021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2022年4月～2024年3月の伸び率を用いて機械的に推計。
 ※4 名目GDPは2023年度は実績見込み、2024年度は見通し。

◆年齢階級別の1人当たり薬剤料 [内服薬]

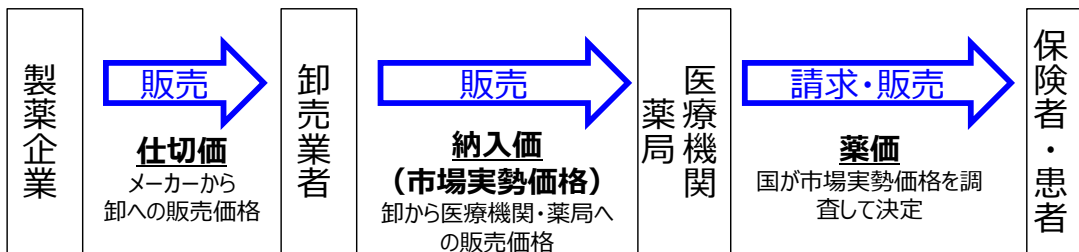


(出所) 厚生労働省「最近の調剤医療費 (電算処理分) の動向」、総務省「人口推計」を基に作成

※「薬剤料」とは、調剤報酬明細書の「処方」欄に記録された用量、「調剤数量」欄に記録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。

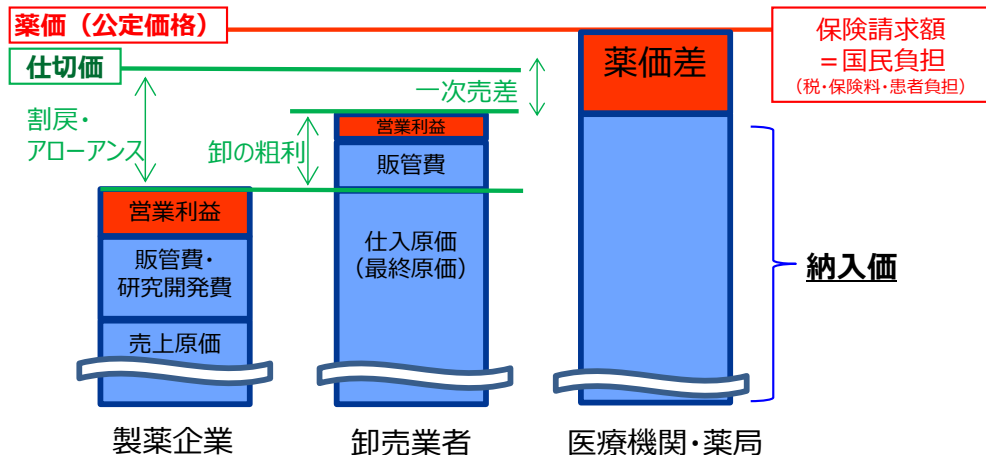
- 薬価改定については、現役世代の保険料負担軽減を含め、国民皆保険制度の持続可能性を確保するとともに、創薬イノベーションの推進を着実に図っていく観点から、毎年、確実に実施する必要。
- これまでの「診療報酬改定のない年の薬価改定」では、平均乖離率に基づく機械的な計算で改定対象品目を限定してきた。しかしながら、新薬創出等加算がある中では、実質的な改定対象は長期収載品等に限られることを踏まえれば、乖離率に基づき改定対象品目を限定することについては、国民負担軽減等の観点からも、長期収載品依存からの脱却等の観点からも、政策的合理性が乏しい。

◆ 医薬品流通の概要



◆ 薬剤価格と各事業主体の関係

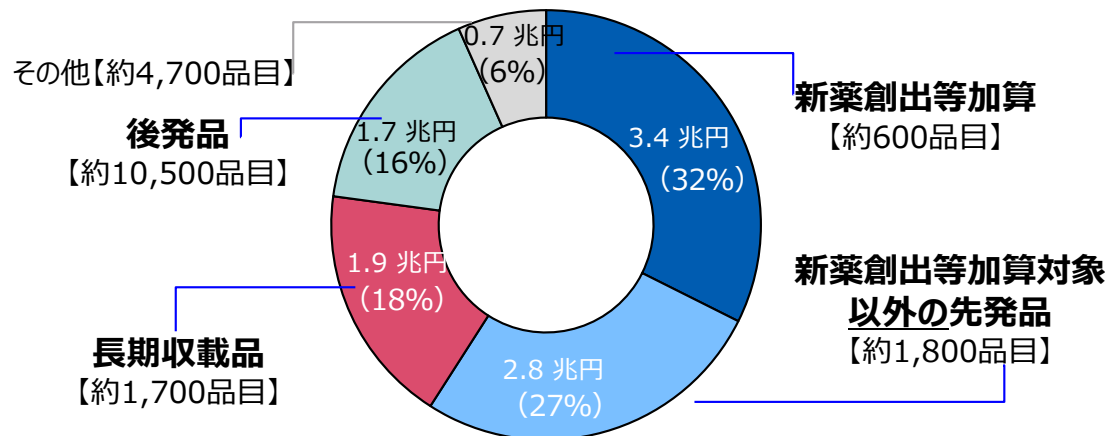
納入価（市場実勢価格）は、製薬企業・卸売業者が必要な利益を確保した上で、市場で決定されるものであることから、薬価との差額（薬価差益）については、薬価改定により適正化が図られる必要がある。



◆ R3・R5年度薬価改定における対象品目の考え方

- 【R3】 平均乖離率 8.0% の 0.5 倍～0.75 倍の間である 0.625 倍（乖離率 5%）を超える、乖離率の大きな品目が対象。
- 【R5】 平均乖離率 7.0% の 0.625 倍（乖離率 4.375%）を超える品目が対象。

◆ 薬剤費の構成



(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
 (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1967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。

【改革の方向性】(案)

- 令和7年度薬価改定については、原則全ての医薬品を対象にして、実勢価格に合わせた改定を実施すべき。仮に、一定の品目を除外するとしても、安定供給確保に資する医薬品など、政策的対応の合理性があるものに限定すべき。

- 直近の「診療報酬改定のない年の薬価改定」である令和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等については適用されず、また、追加承認項目等の加算など他の多くのルールについても適用しないこととされた。

◆既収載品目の主な算定ルール

項目	判断要素	対象カテゴリー	R5改定
最低薬価の維持	市場実勢価格	主に後発品、その他品目	○
基礎的医薬品の薬価維持	市場実勢価格	主に後発品、その他品目	○
新薬創出等加算の加算	市場実勢価格	新薬	○
後発品の価格帯集約	市場実勢価格	後発品	○
追加承認品目等の加算	薬事承認、市販後調査成績等	新薬	×
新薬創出等加算の累積額控除	後発品の収載、あるいは収載からの経過期間	長期収載品への移行直後等	×
不採算品再算定	製造コスト等（原価計算方式により算出された原価）	主に後発品、その他品目	臨時・特例
市場拡大再算定	年間販売額（薬価×数量）	新薬	×
効能変化再算定	薬事承認	新薬	×
用法容量変化再算定	薬事承認	新薬	×
長期収載品の薬価改定	後発品収載からの経過期間、後発品置換率、後発品の薬価	長期収載品	×
収載後の外国平均価格調整	外国平均価格	新薬	○

【改革の方向性】（案）

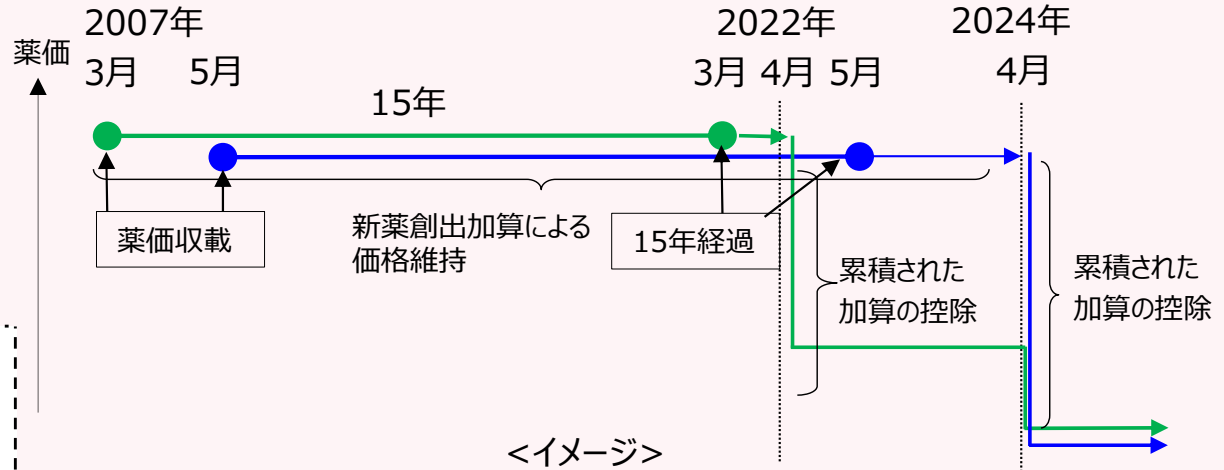
- 毎年薬価改定が行われる中で、2年に1度しか適用されないルールがあるのは合理的な説明が困難。例えば、「新薬創出等加算の累積額控除」や「長期収載品の薬価改定」などについては、革新性を失った医薬品の評価を適切に見直すルールであり、現役世代を含む国民負担軽減の観点や、収載のタイミングによる不公平の解消の観点から、2025年度改定では、既収載品の算定ルールについて、全て適用すべきである。

- これまでの「診療報酬改定のない年の薬価改定」において適用されなかったルールのうち、特に、新薬創出等加算の累積額の控除や長期収載品の薬価改定については、真にイノベティブな医薬品に評価を重点化するとともに、国民負担の軽減を図る観点からも重要。また、これらのルールの適用が2年に1度であること自体に、公平性の観点からの弊害が認められる。

◆ ルール適用の視点（革新的新薬に対する評価の重点化・国民負担の軽減）

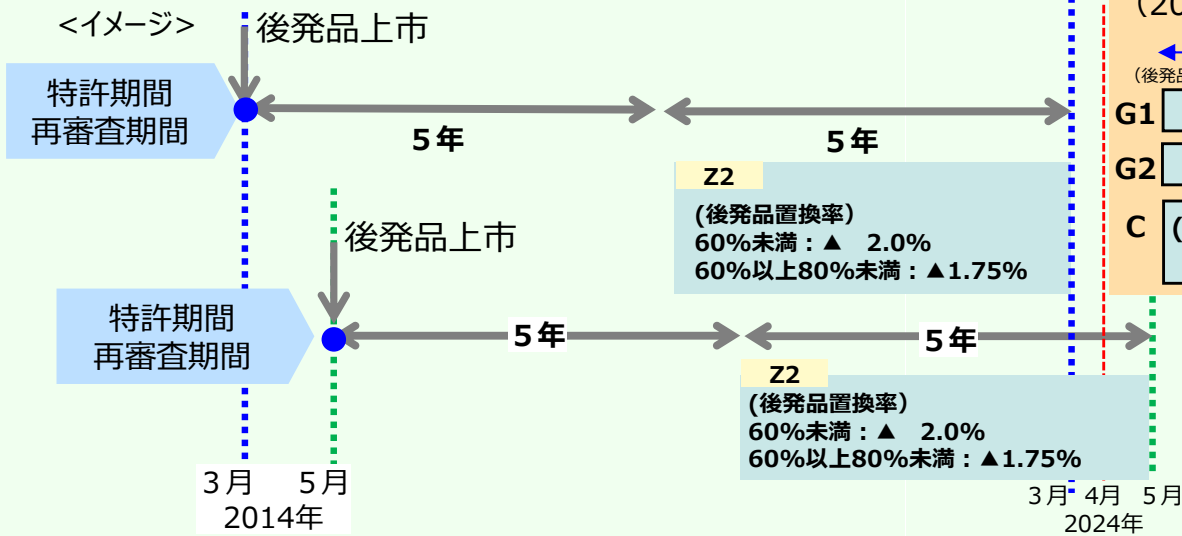
（新薬創出等加算の累積額の控除）

- 既に後発品が上市され、または収載から15年が経過して、革新性が乏しくなった医薬品の評価を見直し、更なるイノベーションにつなげる。
- 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。



（長期収載品の薬価改定）

- 長期収載品への依存を防ぎ、革新的な新薬の開発への重点化を促し、更なるイノベーションにつなげる。
- 後発品等上市のタイミングによって、最大2年間程度の適用の差が生じる。



（2024.4～）長期収載品の段階的な価格引下げルール 適用

2年 2年 2年 2年 2年

(後発品価格の加重平均値に、以下の倍数をかけた金額)

G1	2.5倍	2倍	1.5倍	1倍		
G2	2.5倍	2.3倍	2.1倍	1.9倍	1.7倍	1.5倍
C	(後発品置換率) 60%未満		: ▲ 2.0%			
	60%以上80%未満		: ▲ 1.75%			

〔(G1)後発品置換え率80%以上、(G2)後発品置換え率80%未満
(C) G1,G2による引下げを受けない品目等の補完的引下げ (Z2基準準用)〕

毎年改定
で適正化

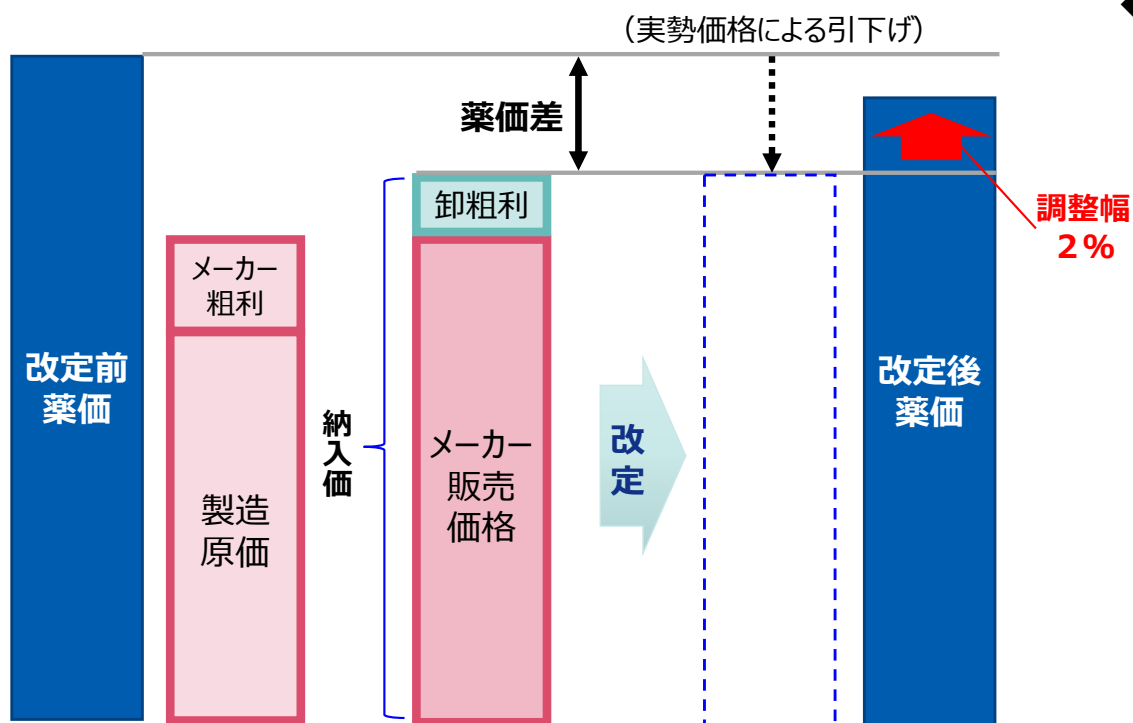
(2026.4～) G1/G2/C
いずれかのルール適用 (同上)

2026年4月

薬価改定（調整幅について）

- 我が国の薬価制度は、現状、流通コスト等も含めて保険償還される仕組みとなっており、「薬価」と薬局・医療機関が医薬品を購入する際に実際に支払う「納入価」との間に乖離（＝薬価差益）があるならば、それは「保険財源からの不当利得」とも考えられる。
- 現役世代の保険料負担の上昇に直結する調整幅（2%）の在り方については、その制度趣旨にまで遡って、見直しを検討すべき時期に来ているのではないか。

◆ 市場実勢価格加重平均調整幅方式のイメージ



【参考】市場実勢価格加重平均値調整幅方式の計算方法

$$\text{新薬価} = \left[\frac{\text{医療機関・薬局への販売価格の加重平均値 (税抜の市場実勢価格)}}{\text{納入価}} \right] \times (1 + \text{消費税率}) + \text{調整幅}$$

調整幅：薬剤流通の安定のための調整幅とし、改定前薬価の2%に相当する額

◆ 調整幅の経緯

【平成4年度改定～平成12年度改定以前】

大多数の医療機関等において改定前どおり薬剤購入したとしても、取引価格差による経済的損失を生じさせない「実費保障」という考え方の下、市場実勢価格の加重平均値に一定の合理的価格幅（R幅）を加算

【平成12年度改定～】

「医療機関の平均的な購入価格の保障」という新たな考え方に基づき、R幅に代わる一定幅として「薬剤流通の安定のため」の調整幅（2%）を設定

改定年度	改定方式等
平成4年度	加重平均値一定価格幅方式（R幅方式） （R幅15%）
平成6年度	R幅方式（R幅13%）
平成8年度	R幅方式（R幅11%）
平成9年度	R幅方式（R幅10%）※長期収載品はR幅8%
平成10年度	R幅方式（R幅5%）※長期収載品はR幅2%
平成12年度～	加重平均値調整幅方式（調整幅2%）

【改革の方向性】（案）

- 現役世代の保険料負担軽減を含め、国民皆保険制度の持続可能性を確保する観点から、少なくとも、価格や薬剤の種類によらず調整幅を一律に2%としていることについて、その在り方の検討が必要。

- 日本では、費用対効果評価や追加的有用性評価を経ることなく、薬事承認された医薬品は原則として公的保険の対象となり薬価収載されるが、このことは、同じく税や保険料で支えられている諸外国の医療制度には見られない我が国の医療保険制度の大きな特徴である。さらに、日本の医療現場では、高額療養費制度の下で、患者側・医療機関側ともに高額医療に対するコスト意識が働かない中で、医師の判断に基づき自由に診療・薬剤処方が行われている。
- 日本の医薬品市場は、ドラッグラグ・ドラッグロスの課題が指摘される一方で、承認された新薬の製品数は米国と遜色なく、むしろカントリードラッグ（日本でしか流通していない新薬）が多いとの指摘もある。また、例えば、効果を維持しつつ減薬・休薬を含む医薬品の適正使用を行うことは副作用の軽減にもつながるものであり、こうした患者本位の治療の確立に向けて一層の努力が必要との指摘もある。
- 現役世代の保険料負担軽減を含め、国民皆保険制度の持続可能性を確保するとともに、創薬イノベーションの推進を図っていく観点から、諸外国の例も踏まえ、費用対効果などの経済性や患者利益を考慮した保険診療が効率的に行われる仕組みを構築すべき。

経済性が勘案されない医療の構造

薬事承認
(有効性・安全性)

薬価収載
(= 公的医療制度で
使用可能)

薬事と公的保険とで対象
医薬品の差がなく、保険収
載の段階で経済性が勘案
されない

一部の医薬品については費用対
効果評価による価格調整

費用対効果評価は保険収載の
可否判断には用いられず、薬価
の部分的な調整にとどまる

(医薬品市場への影響)

- ・承認される新薬品目数は米国と比べ遜色ない
- ・ドラッグラグ・ドラッグロスの指摘
- ・カントリードラッグ（日本でしか流通しない新薬）が多いとの指摘
(診療の現場)
- ・患者本位の治療の確立に向けた取組みの強化が必要との指摘
- ・医薬品の適正使用に向けた取組みが十分でないとの指摘

これまでに取り組んできた主な事項

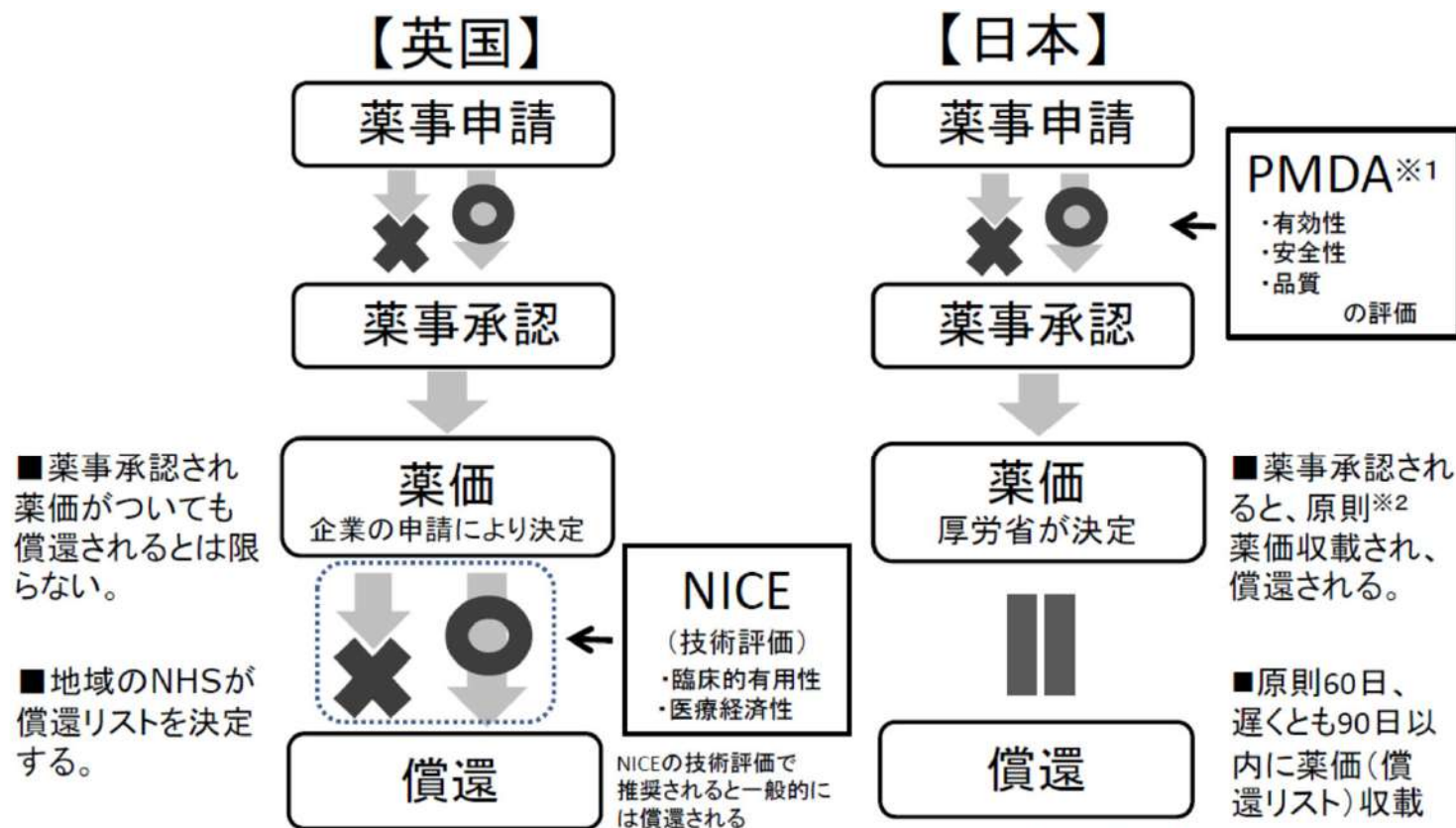
- 最適使用推進ガイドラインの導入（2017年～）
- 費用対効果評価の導入（2019年4月～）
- 地域フォーミュラの活用

今後の主な改革の方向性

- 費用対効果評価を実施する薬剤の範囲や価格調整対象範囲の拡大、検証する体制の強化
- 費用対効果評価の結果を保険償還の可否の判断にも用いる方向での検討
- 医薬品の適正使用に関するガイドラインを導入し、経済性の観点も考慮した患者本位の診療を推進
- 減薬・休薬を含む治療の最適化に向けた調査・研究の推進
- リフィル処方箋の活用

- 日本では、現在、有効性・安全性が認められ薬事承認された医薬品は、年4回、事実上すべて公的保険に収載されている。年度途中の保険収載により生じる財政影響は、予算編成においては勘案されておらず、予算統制の枠外となっている。また、保険収載された新薬に対する費用対効果評価の適用も極めて限られている。
- 公的な医療保険等が中心となっている諸外国を見ると、例えば英国では薬事承認後、費用対効果評価を行い、その結果に応じて、公的医療制度での償還についても判断される。また、仏・独では追加的有用性評価を幅広く適用し、新薬の価格を決定・調整している。

◆英国と日本の償還制度の違い（医療用医薬品の場合）



※1 (独) 医薬品医療機器総合機構

※2 保険医療上での使用がなじまないもの等を除く

- 公的な医療保険等が医療の財源の中心である国においては、薬事承認のほかに、薬価のコントロール手段として、①費用対効果分析（英等）や②追加的有用性評価（仏、独等）により、保険償還の有無や償還価格を決める仕組みを採用しているのが一般的。
- 例えば、①英では1割強の新薬について保険収載が非推奨となっているほか、3割の新薬の適用場面を限定した上で保険収載を推奨している。推奨された新薬について費用対効果の結果を踏まえて償還価格の調整・決定がなされる。②仏独では新薬の5～6割程度について追加的有用性無と評価されている。こうした評価の結果に基づきメリハリの効いた表面価格が決定される。

公的な医療保険等が中心の国

①費用対効果分析 (英、加等)

・費用対効果分析を償還の可否に活用

英

費用対効果評価



推奨

適用限定
付き推奨

非推奨

(49%)

(30%)

(13%)

(注)

②追加的有用性評価 (仏、独等)

・標準治療と比した追加的有用性の有無を確認し、償還価格決定

仏、独

追加的有用性評価



追加的有用性有

(4割程度)

追加的有用性無

(5～6割程度)

価格交渉

・国際薬価比較
・国内薬価比較

参照価格等

・既存比較薬より
価格引下げ

③保険者の交渉 (米)

・医療保険者と製薬企業間の価格交渉により償還価格を決定

(参考) 近年の主な動き

Inflation Reduction Act (2022)

・Medicareに償還価格交渉権限を付与
・高額10治療薬を先行(2024年秋に価格上限を公表、2026年実施)させ、その後4年間で90治療薬を追加(出所) US Department of Health and Human Resourcesホームページ

仏: 5段階評価(2009年～2016年の平均)のうち

・上位3段階評価: 計15%
・4段階評価(minor improvement): 26%
・5段階評価(No improvement): 60%

出所: Marc R Downin, Commonwealth Fund, Nov 2019

独: 6段階評価(2011年～2022年1月)のうち

・上位2段階評価: 計21%
・3段階評価(minor improvement): 16%
・4段階評価(not quantifiable): 17%
・5～6段階評価(No additional benefit/ less benefit): 46%

(出所) 医療経済研究機構, 2023年3月

(注) 2024年3月24日現在で実施された1173評価の累計値(2000年以降)。上記のほか、Cancer Drugs Fundでの使用(5%)や調査研究での使用(3%)がある。
NICE (National Institute for Health and Care Excellence) ホームページ参照。

- 仏は追加的有用性評価に基づき新薬の表面価格 (list prices)を設定。新薬の6割が評価5 (追加価値なし) とされるなど厳格に運用されている。
- 追加的有用性がある新薬 (評価1～評価3とされた新薬) については、価格交渉が行われ、表面価格 (list prices)から値引きされる (値引き後価格は対外秘)。
- 薬剤費が規定値を超えた場合は製薬業界が売上超過額の一定額等を払戻す仕組みを採用。

新薬の償還・値付けに関する仕組み

①追加的有用性評価 (ASMR)

- 表面価格 (list prices) の設定



②価格交渉 ⇒ 価格引下げ

- 費用対効果評価結果とあわせて価格交渉
- 評価1～評価3の新薬は値引契約を含む個別契約が必須
- 外来薬は品目ごとに個別協定を締結 (個別協定は最長4年間 (価格、売上量等))
- 病院薬は表面価格設定後、製薬企業と病院が直接交渉



③政府予算額による統制 (ONDAM)

- 医療保険支出増に目標値設定 (1997年～)
- 製薬業界における成長目標
 - 2022年 + 2%、2023年 + 1%
- 全体の薬剤費支出が規定値を超えた場合のクローバック (製薬業界が払戻し)

制度の運用状況等

追加的有用性評価 ASMR : 2009年～2016年

新薬数
(年平均)
85

(参考) 価格の考え方

評価1

Major Improvement

1.4

(2%)

評価2

Important Improvement

3.3

(4%)

評価3

Moderate improvement

8

(9%)

評価4

Minor improvement

22

(26%)

評価5

No improvement

51

(60%)

○ 表面価格 : 欧州価格保証

- 英、独、伊、西の価格 (*) を参照
* 長期収載品や後発品の価格も含む

○ 表面価格からの値引契約が必須

- 10%～30%の割引価格 (対外秘) で購入するのが通常
- 病院は更なる割引を得ることもある

仏の最も安い比較薬の治療コストを増加させないネット価格

以前登録された評価5 (同じ比較薬) より経済的な価格

- 比較薬から5～10%引下げ

クローバックの運用状況

- 規定値以上の売上上昇が生じた場合、売上高の70%、売上高の伸率の30%の拠出金が製薬業界から払い戻される。
- 2021年の製薬業界の払戻額 : 7.8億ユーロ

- 2019年4月から運用が開始された費用対効果評価制度については、その対象が市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器に、2024年8月時点で、38品目の費用対効果評価の実施に留まっている。
- その結果、評価結果を反映させる価格調整範囲は、薬価全体ではなく、有用性系加算や営業利益に関する部分に限られており、これまでの薬価の引下げ幅は最大▲9.4%にとどまる。また、保険償還の可否の判断に用いられていない。

(参考) 経済財政運営と改革の基本方針2024 (骨太方針2024) (令和6年6月21日閣議決定)

引き続き迅速な保険収載の運用を維持した上で、イノベーションの推進や現役世代等の保険料負担に配慮する観点から、費用対効果評価の更なる活用の在り方について、医薬品の革新性の適切な評価も含め、検討する。

◆費用対効果の測り方

- ・既存の治療法と比較し、「費用」と「効果」のバランスを考える
- ・計算式：「追加の費用」を新たに得られる「追加の効果」で割る
- ・ICER (Incremental Cost-Effectiveness Ratio)

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

※A・a：既存の治療法、B・b：評価対象品目
 ※QALY：健康状態と生存年を勘案して効果を数値化

- ・「追加の効果」：QALY (Quality-Adjusted Life Year)
 QOL (Quality of Life) × 生存年数
 (例) 完全に健康な状態で1年間生存：1 × 1 = 1 QALY
 QOLは患者に対する質問票の結果を数値化 (0 ~ 1)
- ・ICERが500万円/QALYを超えると薬価を引下げ
 (抗がん剤など配慮が必要な医薬品については750万円を超えると引下げ)
 出所：国立保健医療科学院ホームページ (<https://c2h.niph.go.jp>)

◆費用対効果評価における価格調整範囲

(類似薬効比較方式の場合)

- ・価格調整は有用性系加算部分のみ

(原価計算方式の場合)

- ・価格調整は有用性系加算部分 + 営業利益の範囲 (開示度低い場合※1)

製品総原価	営業利益 ※1	加算部分 ※2
流通経費		
消費税		

価格調整対象

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

◆価格調整の方法

- ・算出されたICERの値に応じて、有用性系加算部分は最大▲90%、営業利益 部分は最大▲50%の価格調整
- ・ただし、下げ止めの仕組みが設けられており、価格調整は有用性系加算の 加算率に応じて、調整前薬価の10%~15%が限度
 また、ICER 500万円/QALYとなる価格 (抗がん剤等では750万円/QALYとなる価格) を下回らない価格とする

【改革の方向性】(案)

- 費用対効果評価を実施する薬剤の範囲や価格調整対象範囲を拡大するとともに、諸外国の例も踏まえ、費用対効果評価の結果を保険償還の可否の判断に用いることも検討すべき。併せて、費用対効果評価を実施する体制を強化する必要がある。
- 費用対効果評価の結果については、各学会が定める診療ガイドラインや厚生労働省が作成する最適使用推進ガイドラインなどの各種ガイドラインに反映し、経済性の観点を診療の現場にも徹底させるべき。

- 日本で承認された新薬の製品数は米国と遜色なく、むしろカントリードラッグ（日本でしか流通していない新薬）が多いとの指摘があるが、その背景には、費用対効果が顧みられることなく、原則、薬事承認された医薬品がすぐさま保険収載されるという日本の薬価制度の特徴があると考えられる。
- 諸外国では、費用対効果評価や追加的有用性評価を本格適用して保険収載・薬価設定に活用していることも踏まえれば、今後、日本でも、真に革新的な新薬とそうでないものを区分し差別化した価格設定を行うことは、我が国の医薬品市場の魅力を高め、製薬企業の国際競争力の強化にもつながるとともに、ひいては国民の革新的な医薬品へのアクセス改善につながると考えられる。

◆カントリードラッグの状況

『薬剤給付制度の薬価偏重からの脱却を－給付対象の限定と医師の処方行動への働きかけを－』（日本総研調査部主任研究員 成瀬道紀氏）（抜粋）

承認された新薬が原則すべて保険収載されることにより以下のような影響が生じている。 澁口 [2021] によれば、**2010～2019年に承認されたNME（新有効成分含有医薬品）の数は、わが国は398品目と世界最大の医薬品市場を誇るアメリカ（378品目）をも上回る**（注23）。世界でよく売れている新薬でドラッグ・ラグ、ドラッグ・ロスが生じている現象と一見矛盾するようであるが、**要は海外では通用しない新薬がわが国で多数承認されているのである。既存薬とさほど効果が変わらないような費用対効果が悪い新薬は、海外では給付対象とならない可能性が高い。**こうした新薬でも**承認されれば自動的に保険収載されるわが国の市場は、費用対効果に劣る新薬にとっては魅力的であり、わが国だけで開発・申請されている新薬も少なくないとみられる。**

（注23）集計期間が2013～2019年と日米と異なるが、EUの医薬品承認審査機関である欧州医薬品庁（EMA）が承認したNMEの品目数は275品目である。

参考文献：澁口朋之 [2021] . 「日米欧NME承認品目の創出企業の国籍—2010～2019年の承認品目を中心に—」政策研ニュース No.62

◆新薬の上市状況に関する国際比較

米国と他の高所得国（26か国）の新薬の上市状況（2018年～2022年）を調査した米国調査機関のレポートでは、以下の指摘がなされている。

- 半数以上の新薬はまず米国で販売される
- 米国で販売された新薬は約1年後に他の主要国（*）で販売されるのが典型的である。* 豪、加、仏、独、日、英
- **ほとんどの国において、新薬のうち米国で販売されていないものが占める割合は小さい。日本はこの割合が39%（122新薬のうち47新薬）と顕著な例外である**

【米国で販売されてない新薬の新薬総数に占める割合（注）】

（注）独、仏、英についてはレポート記載のデータから財務省で計算

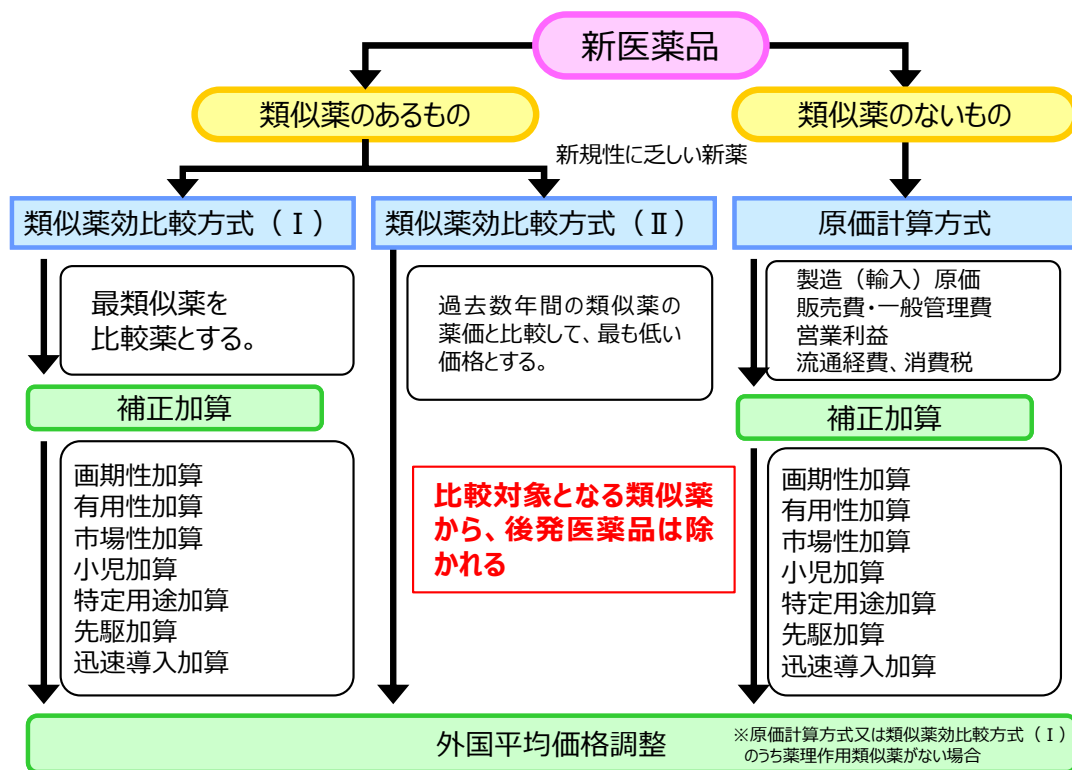
- **日本 : 39%（122新薬のうち47新薬）**
- 独 : 13%（149新薬のうち20新薬）
- 仏 : 12%（98新薬のうち12新薬）
- 英 : 11%（122新薬のうち14新薬）
- カナダ : 5%（80新薬のうち4新薬）

（出所）Mulcahy, Andrew W., *Comparing New Prescription Drug Availability and Launch Timing in the United States and Other OECD Countries*, RAND Corporation, RR-A788-4, 2024. As of April 3, 2024:

https://www.rand.org/pubs/research_reports/RRA788-4.html

- 我が国では、すでに後発医薬品が使用可能で、新規性に乏しい新薬であっても、類似薬効比較方式（Ⅱ）により、比較的高い薬価で新薬として収載されることが可能となっている。
- こうした薬価算定方式は、新規性に乏しい新薬を開発するインセンティブを製薬企業に与え、我が国のドラッグラグ・ドラッグロスやカントリードラッグが多いとの指摘が生まれる要因の一つとなっている可能性がある。

◆新規医薬品の薬価算定方式



◆類似薬効比較方式（Ⅱ）の適用例

（プロトンポンプ阻害薬の主な医薬品）

1992年収載 タケブロン 39.7円

1997年収載 パリエット 43.6円

↓ 後発品が収載

2009年収載 ランソプラゾール 36.0円等
（タケブロンの後発品）

2010年収載 ラベプラゾールナトリウム 26.9円等
（パリエットの後発品）

2011年収載 ネキシウム 69.7円
（パリエットを類似薬とする新薬）

2015年収載 タケキャブ 144.8円
（ネキシウムを類似薬とする新薬）

新規性に乏しい新薬に適用される類似薬効比較方式（Ⅱ）により薬価を算定（比較対象となる類似薬からは後発医薬品は除かれる）

※価格は2024年度、胃潰瘍の通常1日あたりの薬価

【改革の方向性】（案）

- 現役世代の保険料負担軽減を含め、国民皆保険制度の持続可能性を確保するとともに、創薬イノベーションの推進を着実に図っていく観点から、費用対効果評価の対象範囲を拡充し、薬価の一層のメリハリ付けを促進していくべき。特に、新規性に乏しい新薬に係る薬価収載時の評価方式である類似薬効比較方式（Ⅱ）については、比較対象となる類似薬として後発医薬品も勘案することも含め、具体的な見直しを早急に検討すべき。

- 質の高い医療の効率的な提供という観点からは、患者本位の良識ある腫瘍治療研究の確立に向けて、将来ビジョンや基本的考え方を共有しようとする専門家の取組（Common Sense Oncology）がカナダを起点に世界の腫瘍治療研究専門家により実践されている。
- そこでは、患者の立場に立って、専門家として意味ある改善が期待できない治療を推奨しないことや、患者や政策当局者のがん治療の選択肢に対する理解を深めていくことが目指されている。
- 我が国においても、患者本位の治療、研究の確立という考え方に沿って、幅広く対策を講じていく必要がある。

◆良識ある腫瘍治療・研究（Common Sense Oncology: outcomes that matter）の取組み

- 質の高いがん治療を推進するための草の根の運動
- 2023年4月にカナダ・クイーン大学での準備会合で開始
- 医師、保健専門家、患者、患者団体、学会、メディア、規制当局、政策当局の誰もが参加できる
- 患者本位の効果ある治療の研究、患者本位の研究結果の解釈、研究結果のコミュニケーション・がん治療の選択肢に対する理解促進

対応すべき課題（ポイントを抜粋）

- がん治療方針の決定は患者と診療側にとってより複雑になっている
 - 大きな恩恵をもたらす新薬もあるが、**承認された新薬の多くは寿命を延ばしたり症状を改善したりしない。**
 - **全てのがん治療は副作用を伴い、大きな経済負担**が生じ、病院で過ごすことで**家族や友人と過ごす時間を少なくする。**
 - 生存期間延長とQOL改善をもたらす治療を研究し促進することも大事だが、**そうでないものを見極めることも重要。**
- 公的費用で賄う治験から業界負担の治験に変わり、患者の便益ではなく**業界の利益ががん治療と研究を動かしている。**
- 治療の便益とリスクに関する明確なコミュニケーションが不足している。治癒しないがん治療において、予後と治療手法を議論する際に、**治療者と患者の双方にとって希望と現実のバランスを取ることが難しい。**
- 患者はもっと治療に関する情報を知り、質の高い治療を受けられるべき。教育、研究手法、研究投資、政策、メディア、コミュニケーション、治療について**発想の転換が必要。**

Vision（ポイントを抜粋）

- 患者は有意な改善を示すがん治療にアクセスできる
- 患者にとって重要な成果が全ての治験等の中心である
- 治験報告の透明性。（患者等が明確に理解できる言葉で）
- 患者の意思決定に資する明確なコミュニケーション
- 患者の生活改善に資する治療だけが推奨される 等

Guiding Principles（ポイントを抜粋）

1. 質の高いがん治療へのアクセスは基本的な人権
2. 患者と社会のニーズががん研究と治療を動かすべき
3. 政策決定には患者と国民が関与すべき
4. 患者は推奨されるがん治療が有意に生存期間を延長するかQOLを改善するものと期待すべき
5. 患者と腫瘍専門家間の意思決定は患者の価値観、エビデンスに基づく医薬品と評価に基づくべき
6. がん治療は適切な価格で行われるべき
7. 質の高い治療へのアクセスを優先すべき
8. 総合的な患者本位のがん治療は適切なタイミングでの精神腫瘍学、発病後の生活等の指南、緩和ケアを含む

- 休薬・減薬に係る研究は、新薬開発の研究とは異なり活発とは言えないが、治療の質を維持しつつ、医薬品の投与量を減らすことができるのであれば、患者にとっての意義も大きい。ただし、高額療養費制度があるため、患者側・医療機関側ともに高額医療に対するコスト意識が働きづらく、仮に同等の効果を得られる医療をより低廉に受けられるとしても、現場でそれが実際に選択されるとは限らない。
- 現在、革新的な作用機序を有する医薬品に対し、最適使用推進ガイドラインが導入されており、患者や医療機関等に関する要件が設けられているが、同ガイドラインの対象医薬品は限定的であり、そもそも、減薬・休薬を含む患者本位の治療の実現や経済性の観点は盛り込まれていない。

（参考）経済財政運営と改革の基本方針2024（骨太方針2024）（令和6年6月21日閣議決定）（抄）
 休薬・減薬を含む効果的・効率的な治療に関する調査・研究を推進し、診療のガイドラインにも反映していく。

◆肺がん治療での薬剤投与を減量した場合も同等の効果が得られた例

① EGFR変異陽性非小細胞肺がん治療に用いる分子標的薬剤の用量を減らした場合でも、効果が同等以上であると示唆される研究。

Jänne, PA, et al. AZD9291 in EGFR inhibitor-resistant non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2015;372:1689-1699
 Brown, K, et al. "Population pharmacokinetics and exposure - response of osimertinib in patients with non - small cell lung cancer." *British Journal of Clinical Pharmacology* 83.6 (2017): 1216-1226.
 Awano N, et al. "Outcome of osimertinib-treated patients with EGFR mutation-positive NSCLC requiring dose reduction." *Jpn J Clin Oncol* 2024, in press

【仮に、こうした論文の検証研究が日本でも結実し、臨床に反映された場合】

- 標準量80mg（18,540円/日）→ 40mg（9,670円/日）
- 当該医薬品の2023年度売上高は1,070億円。一定の仮定の下、年間約150億円の適正化効果。

② 非小細胞肺がん治療に用いる免疫チェックポイント阻害薬を（患者の体重に応じて）減らした場合でも、効果が同等以上であると示唆される研究。

Low, JL, et al. "Low - dose pembrolizumab in the treatment of advanced non - small cell lung cancer." *Int J Cancer* 2021; 149: 169-176.
 Malmberg, R, et al. "Alternative dosing strategies for immune checkpoint inhibitors to improve cost-effectiveness: a special focus on nivolumab and pembrolizumab." *Lancet Oncol* 2022;: e552-e561
 Grit, GF., et al. "Real-world overall survival after alternative dosing for pembrolizumab in the treatment of non-small cell lung cancer: A nationwide retrospective cohort study with a non-inferiority primary objective." *Lung Cancer* 2024; 196: 107950.

【仮に、こうした論文の検証研究が日本でも結実し、臨床に反映された場合】

- 標準量200mg（42万円/回）→ 100mg（21万円/回）
- 当該医薬品の2023年度売上高は1,650億円。一定の仮定の下、年間約140億円の適正化効果。

◆最適使用推進ガイドライン

対象医薬品	・新規作用機序を有する革新的な医薬品及びその類薬 ※現在23種類（59適応）の医薬品についてガイドラインを策定	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">より幅広い医薬品についてガイドラインを策定すべき</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">対象患者の状態に応じた投与量の調整など治療最適化の観点からの使用方法も盛り込むべき</div>
ガイドラインに盛り込む内容	・対象医薬品の使用が最適だと考えられる患者の選択基準 ・対象医薬品を適切に使用できる医師・医療機関等の要件	

【改革の方向性】（案）

- 患者本位の治療の確立に向けては、民間による調査研究が活発に行われにくい、減薬・休薬に係る研究など、コスト面を含む治療の最適化に関する研究・調査について、国として積極的に進めていく必要がある。
- 最適使用推進ガイドラインについて、より幅広い医薬品を対象とするとともに、各学会が定める診療ガイドラインも含めた各種のガイドラインにおいて、費用対効果評価の結果に基づく経済性の反映のほか、減薬・休薬を含めた投与量の調整方法など治療の最適化に関する事項についても盛り込むべき。

- リフィル処方は、患者の通院負担の軽減や利便性の向上、医療機関の効率的な経営、医療費の適正化の「三方よし」となりうるもの。
- しかしながら、国民の認知率の低さ等を背景にして、リフィル処方の利用率は極めて低調であり、リフィル処方箋の実績は0.05%にとどまっている。今後、国民各層への周知徹底と医療関係者への一層の普及により、「リフィルが当たり前」の世の中になることが期待される。

(参考1) 経済財政運営と改革の基本方針2024 (骨太方針2024) (令和6年6月21日閣議決定) (抄)

リフィル処方について、活用推進に向けて、阻害要因を精査し、保険者からの個別周知等による認知度向上を始め機運醸成に取り組む。

(参考2) 令和6年6月18日 デジタル行財政改革会議 岸田内閣総理大臣 (当時) 発言 (抄)

3本柱で、デジタルによる社会変革を進めてまいります。(中略)第3に、デジタルを活用しつつEBPM(証拠に基づく政策立案)を強力に推進します。5,434の全行政事業について、行政事業レビューシートシステムによる見える化を充実・強化するとともに、リフィル処方、電子処方箋を含め、重点DXプロジェクトのKPI(重要業績評価指標)の設定と進捗モニタリング・改善に取り組んでください。

◆ リフィル処方箋の概要

症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下で、一定期間内に、最大3回まで反復利用できる処方せんによる処方(令和4年度診療報酬改定で新設)

◆ 第四期医療費適正化基本方針(抄)(2024年11月1日)

第4 医療費適正化に関するその他の事項

二 国の取組

2 医療の効率的な提供の推進に係る施策

リフィル処方箋については、(中略)今後、具体的な指標の設定を検討し、必要な対応を速やかに行う。

◆ リフィル処方箋の実績

		令和4年5月	令和4年11月	令和5年3月
病院	リフィル処方箋 (割合)	6,267 (0.05%)	14,436 (0.10%)	17,060 (0.11%)
	全処方箋	13,579,110	14,822,495	15,976,167
診療所	リフィル処方箋 (割合)	14,750 (0.03%)	16,133 (0.03%)	18,854 (0.03%)
	全処方箋	46,171,939	50,746,364	57,243,117
合計	リフィル処方箋 (割合)	21,025 (0.04%)	30,569 (0.05%)	35,914 (0.05%)
	全処方箋	59,798,382	65,538,290	73,183,370

◆ 病院・診療所別の処方箋料(リフィル)の算定医療機関数

	令和4年5月	令和4年11月	令和5年3月
病院	910	937	981
診療所	2,368	2,463	2,583

(出所) 中央社会保険医療協議会 総会(令和5年11月10日) 資料

【改革の方向性】(案)

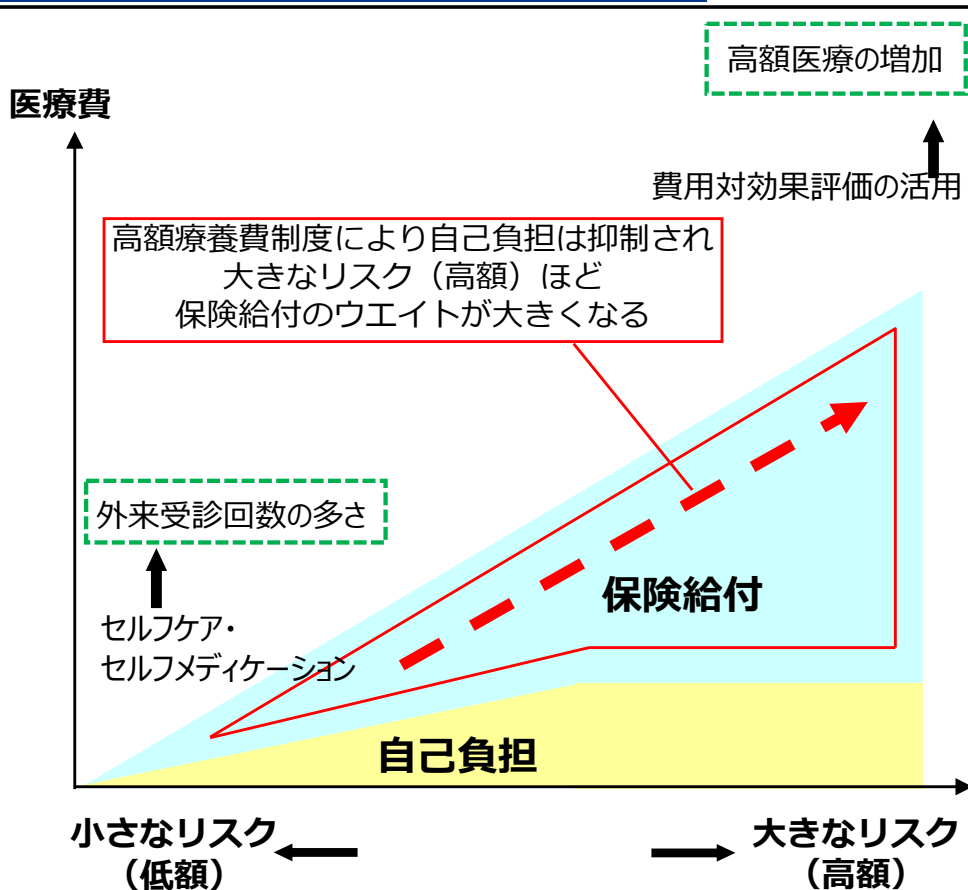
- 医療上の問題がないという医師の判断や、リフィル期間中の薬剤師による適切なフォローが大前提であるが、今後、政府を挙げて、リフィル処方を短期的に強力に推進していく観点から、早急に的確なKPIを設定するとともに、更なる利用促進のため必要な政策対応を検討すべき。

- 現役世代の保険料負担軽減を含め、国民皆保険制度の持続可能性を確保するとともに、創薬イノベーションの推進を着実に図っていく観点から、自助・公助を適切に組み合わせていく必要。
- セルフケア・セルフメディケーションの推進や、費用対効果評価の本格適用により「薬事承認されたが保険収載されていない医薬品」の範囲が拡大していくこと等と整合的な制度改革を検討する必要。

（参考）経済財政運営と改革の基本方針2024（骨太方針2024）（令和6年6月21日閣議決定）（抄）

更なるスイッチOTC化の推進等によりセルフケア・セルフメディケーションを推進しつつ、薬剤自己負担の見直しについて引き続き検討を進める。

現状の保険給付のイメージと課題



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）
- **長期収載品に選定療養の仕組みを導入**（2024年10月～）

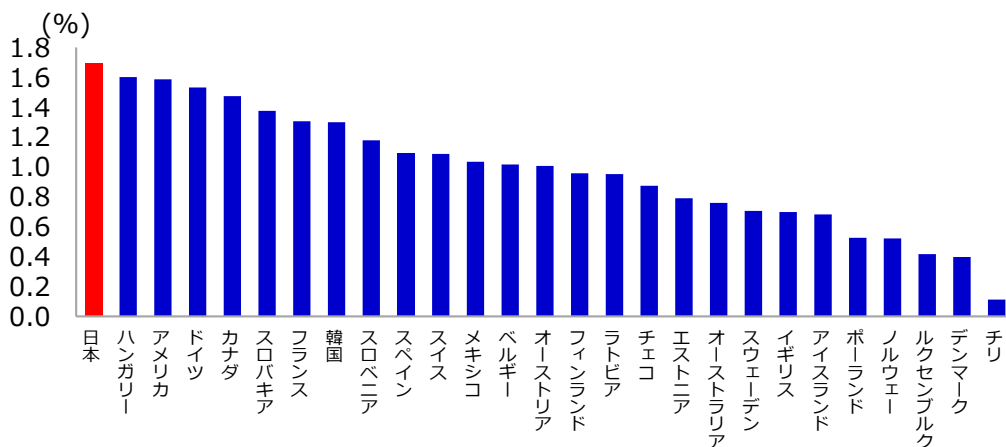
今後の主な改革の方向性

- **セルフケア・セルフメディケーションの推進を支える制度改革**
 - ・ OTC医薬品の対象拡大
 - ・ 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範囲の在り方の見直し
- **薬剤の自己負担の更なる見直し**
 - ・ 医薬品の有用性に応じた保険給付率の設定
 - ・ 薬剤費の一定額までの全額患者自己負担
- **費用対効果評価の本格適用と整合的な制度改革**
 - ・ 保険外併用療養費制度の活用
 - ・ 民間保険の活用

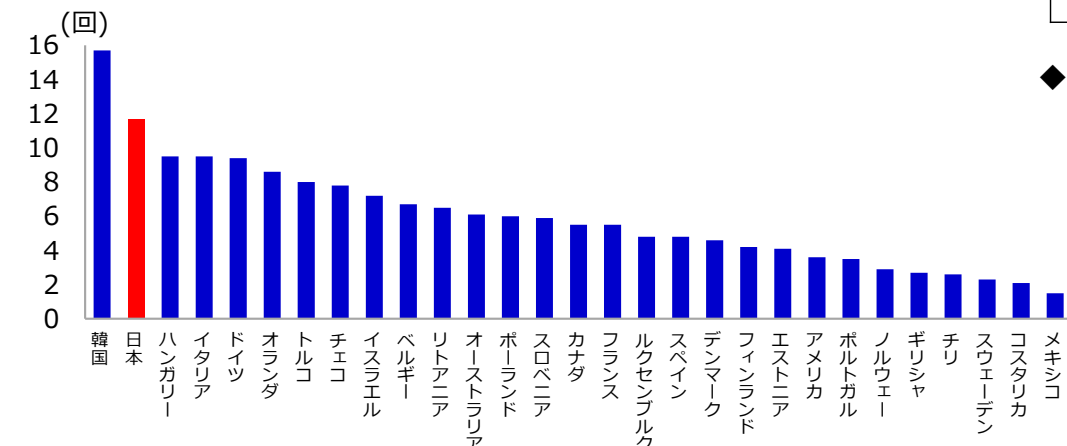
保険給付範囲の見直しの考え方

- 我が国の外来薬剤費や国民1人当たり外来受診回数は諸外国と比べて高い水準にあり、セルフケア（自分の身体は自分のために自分で守る）、セルフメディケーション（軽微な身体的不調は自分自身で対応する）を推進する余地があると考えられる。
- 医療技術の進歩に伴い高額な医薬品の収載が増加傾向にあり、今後も、保険財政への影響が大きい医薬品が出てくることも想定される。
- こうした状況を踏まえ、イノベーションの推進や質の高い医薬品へのアクセスの確保、国民皆保険の持続性確保を両立する観点から、費用対効果評価の対象範囲の拡充に加えて、自助・公助の適切な組み合わせの観点から、保険給付範囲の在り方を検討する必要がある。

◆外来薬剤費（対GDP比）の国際比較（2021年）



◆1人当たり外来受診回数の国際比較（2021年）



（出所） OECD Data Explore “Health expenditure and financing”
（2024年10月22日時点）

◆高額薬剤の例

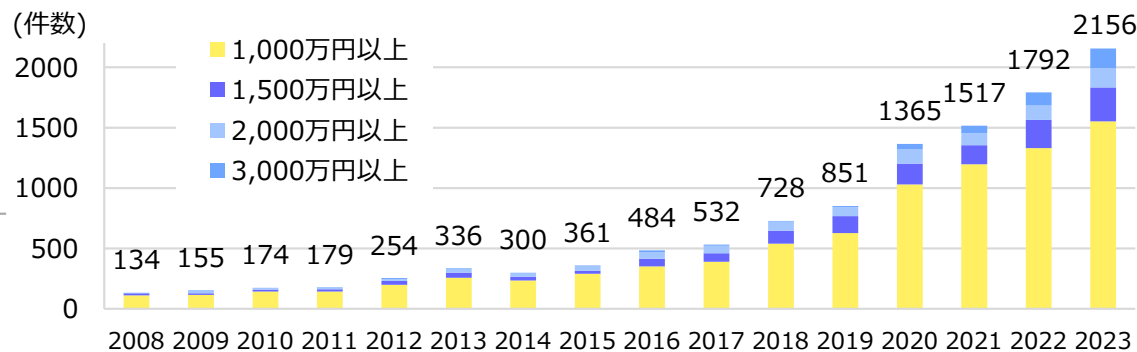
（単価が高額な品目）

品目例	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
ルクスターナ注0.5mL	遺伝性網膜ジストロフィー	約5,000万円	5億円
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
イエスカルト点滴静注	びまん性大細胞型B細胞リンパ腫 等	約3,400万円	79億円

（複数回投与が必要など収載時用法等により、通算では患者一人当たりの影響が大きくなりうる品目）

品目例	効能・効果	薬価 （収載時）	患者当たり最大金額 （収載時）	ピーク時市場規模 （収載時予測）
オブジーボ点滴静注	悪性黒色腫 等	約70万円	約1,000万円	31億円
キイトルーダ点滴静注	悪性黒色腫 等	約40万円	約600万円	544億円

◆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



（出所）健康保険組合連合会「高額レセプト上位の概要」

- セルフケア・セルフメディケーションは、国民の利便性向上に資するほか、国民自らの予防・健康意識の向上にもつながるものであることから、政府としても、積極的に推進していく必要がある。
- なお、診療や調剤に係る医療費を含めた合計の自己負担額でみても、OTC薬を購入した方が安くなるケースもある。

◆医療用医薬品を処方された場合とOTC薬を購入した場合の比較（2020年時点）

	医療用医薬品を処方された場合					OTC薬を購入した場合
	薬剤費※1	その他の医療費※2	医療費の合計	患者自己負担額（3割負担）	保険者の負担額	OTC価格※3
花粉症薬 （フェキソフェナジン60mg 14日分）	420～ 1,400	5,670	6,090～ 7,070	1,830～ 2,142	4,270～ 4,998	565～ 2,075
漢方薬（感冒） （葛根湯（顆粒）※4 4日分）	160～ 240	5,670	5,830～ 5,910	1,755～ 1,776	4,095～ 4,144	657～ 1,980
湿布薬 （ロキソプロフェン50mg 14枚）	170～ 290	5,220	5,390～ 5,510	1,617～ 1,653	3,773～ 3,857	1,730～ 1,737
保湿剤 （ベピリン類似物質0.3% 50g（1本））	220～ 1,080	5,220	5,440～ 6,300	1,632～ 1,890	3,808～ 4,410	1,134～ 2,494

（出所）第133回社会保障審議会医療保険部会資料（2020年11月12日）

保険者がヘルスケアポイント（例えば1,000円分）を付与する場合、その分負担は減少する。

- ※1 複数銘柄がある場合は最も薬価の安いものと最も高いものを記載（薬価は2020年4月時点のもの）。薬剤費は診療報酬点数として算定した場合の費用を記載。
- ※2 初診料(288点)、処方箋料(68点)、調剤基本料(42点)、薬剤服用歴管理指導料(57点)、調剤料(処方日数に対応した点数)、後発医薬品調剤体制加算2(22点)を算定したケースで算出。
- ※3 OTC薬は購入先やメーカーの違い（ブランド品、それ以外）によって価格は大きく異なる。確認できた範囲における最安値からメーカー希望小売価格までの範囲を記載。
- ※4 葛根湯（顆粒）の場合、OTC薬は医療用医薬品に比べて、1/4～1/3程度成分の含量が少ない場合がある。

【改革の方向性】（案）

- 国民の利便性向上に資する医薬品のスイッチOTC化を進め、薬局で自ら購入できる医薬品の選択肢を増やしていく必要がある。

- 諸外国の動向を見ると、軽度な症状に対する医薬品の処方 に一定の制限をかけている国や、医薬品の有用性が低いものは自己負担を増やす、薬剤費の一定額までは自己負担とするといった仕組みを持つ国が存在している。

◆ 軽度な症状に対する医薬品の処方制限（イギリスの例）

医療費の抑制のため、**重症ではない症状を有する患者に対する処方医薬品の交付を減らし、OTC医薬品の購入を促すようにするため**、2019年、NHS England による**ガイダンスが発行**されている²⁵。

25 NHS、Guidance on conditions for which over the counter items should not routinely be prescribed in primary care.

（出所）「国民が安心してセルフメディケーションできるICTやIoT技術を活用したOTC医薬品の販売・授与に関する調査研究」（研究代表者 昭和大学薬学部 赤川圭子氏）

◆ 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%

◆ 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=14円（2024年4月中において適用される裁定外国為替相場）

◆ 日本における保険外併用療養費制度の柔軟な活用・拡大について

OTC化済医薬品	技術料等	
保険給付 3割自己負担	保険給付 3割自己負担	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
OTC化済医薬品 全額自己負担	技術料等 全額自己負担	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。
OTC化済医薬品 全額自己負担	技術料等 保険外併用療養費 3割自己負担	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。

【改革の方向性】（案）

- セルフメディケーションの推進、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。
- 諸外国の例も踏まえ、医薬品の有用性に応じた自己負担率の設定や、薬剤費の定額自己負担の導入について検討を進めるべき。

- 現在、保険診療と保険外診療を併用して治療を行う場合には、原則として保険診療部分も含めて全額が自己負担。「全ての診療行為を保険適用とする」か「全ての診療行為を保険適用としない」のいずれかしか選択肢がない硬直的な制度。未承認薬を使用すると、薬剤料だけでなく、技術料も含めて全額自己負担となり、患者にとって大きな負担となり得る。
- 今後、費用対効果評価を本格的に活用していく場合には、「薬事承認されたものの保険収載はされていない」医薬品の範囲が拡大すると見込まれる。

◆ 保険外併用療養費制度の概要（現行制度）

- 例外的に、保険外併用療養費制度として認められている治療であれば、保険診療と併用することが可能。例えば、差額ベッド代は全額自己負担であっても、それ以外の入院料などは通常の負担。

保険診療部分	保険外診療部分
保険から給付	全額自己負担
3割自己負担	

保険外併用療養費制度の分類

評価療養	保険導入のための評価を行うもの (例：先進医療)
患者申出療養	患者からの申出に基づき 保険導入のための評価を行うもの
選定療養	保険導入を前提としないもの (例：差額ベッド、歯科の金合金)

◆ 保険適用外とする高額医薬品や未承認薬に活用する場合

- 薬剤費は全額自己負担、当該医薬品以外の部分（初診料や検査料など）は従来通りの負担。

初診料や検査料	保険外医薬品
保険から給付	全額自己負担
3割自己負担	

◆ 高額医薬品の価格の一部に活用する場合

- 経済性の面からの評価に見合う価格を超える高額医薬品の処方について、①当該価格までを保険適用とし、②当該価格を超える部分については全額自己負担とすることが可能。

初診料や検査料	高額医薬品	
	①効果に見合う価格分	②超過する価格分
保険から給付	保険から給付	全額自己負担
3割自己負担	3割自己負担	

【改革の方向性】（案）

- 費用対効果の本格活用の検討とあわせ、保険外併用療養費制度の柔軟な活用・拡大、民間保険の活用について検討を行う必要。

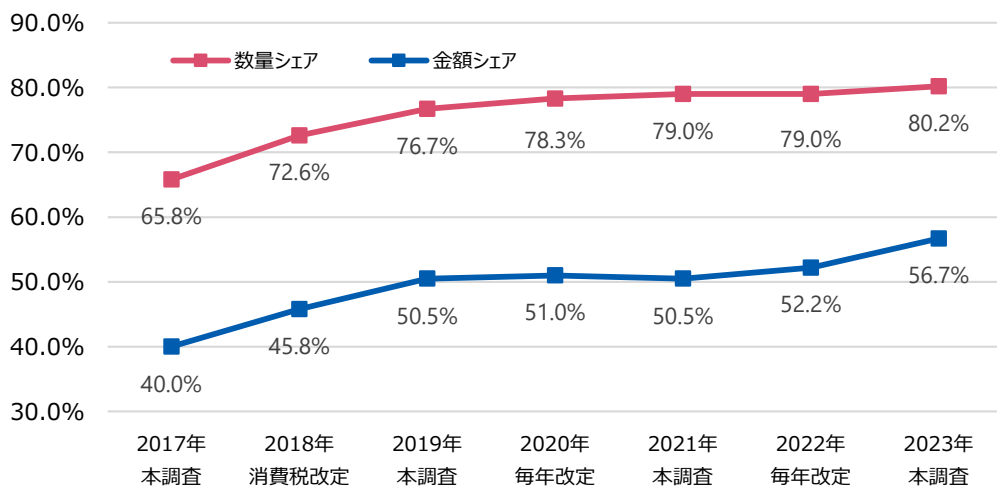
- 後発医薬品の使用数量の割合は80%となっており、後発医薬品は今や国民への医療サービスを支える重要な構成要素の1つとなっているが、近年、後発医薬品の出荷停止や限定出荷が広がっており、国民の医薬品へのアクセスの観点から課題となっている。
- こうした問題の背景として、少量多品目生産による、業界全体の非効率性が指摘されている。

（参考）経済財政運営と改革の基本方針2024（骨太方針2024）（令和6年6月21日閣議決定）（抄）

足下の医薬品の供給不安解消に取り組むとともに、医薬品の安定的な供給を基本としつつ、後発医薬品業界の理想的な姿を見据え、業界再編も視野に入れた構造改革を促進し、安定供給に係る法的枠組みを整備する。

医薬品産業の現状

○ 後発医薬品の使用割合（数量／金額）



※ 後発医薬品がある医薬品全体を分母とする。

○ 後発品メーカーの状況（少量多品目生産）

- ・ シェア5%未満の品目が半数超（1%未満の品目：26%）
- ・ 1成分当たりの品目数（内服薬）：14品目

○ 出荷停止等の状況

- ・ 限定出荷品目：1,822品目
- ・ 供給停止品目：1,244品目 ※令和6年9月時点

これまでの取組

【公的保険制度上の対応】

- 薬価の下支え制度の充実
 - ・ 基礎的医薬品の対象範囲の拡大
 - ・ 不採算品再算定の対象品目の拡大
- 企業指標による安定供給が確保できる企業の評価（試行）

【公的保険制度の外での対応】

- 制度上・予算上の対応
 - ・ 供給状況報告及び公表、増産要請へ対応する企業への緊急的、特例的支援
 - ・ 安定供給に関連する情報の公表

今後の改革の方向性

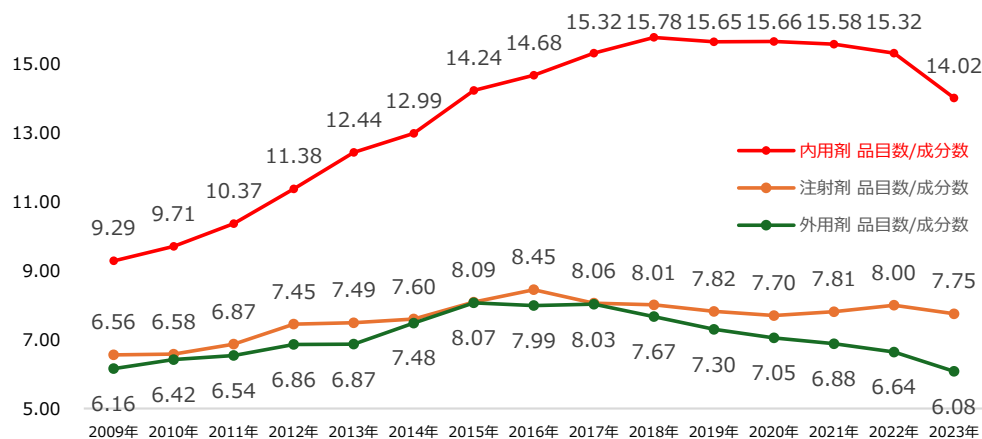
○ 後発医薬品の安定供給に向けた取組

- ・ 品目統合や企業統合を通じた業界再編を促す施策の推進
- ・ 安定供給に資する企業の評価の完全実施
- ・ 真に安定供給に資する後発品を評価する薬価制度の構築

- 高額なバイオ医薬品の後続医薬品（バイオシミラー）の使用促進に向けた医療保険上の取組

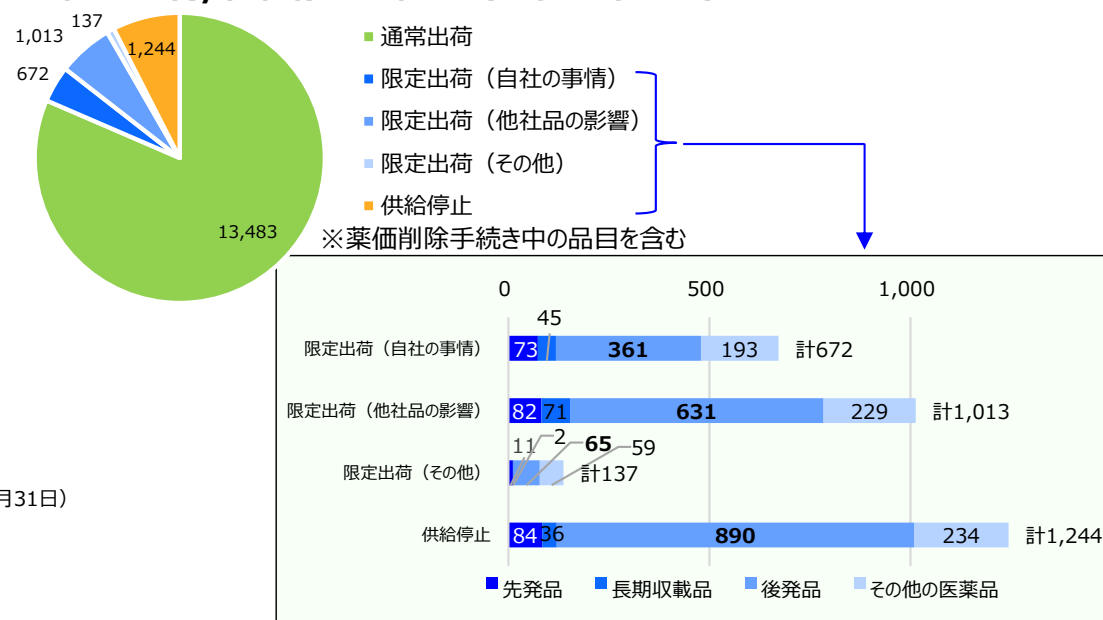
- 令和5年度の薬価調査によれば、後発医薬品については、同成分同規格内でのシェアが5%未満の品目が半数超を占めており、また、1成分当たりの品目数で見ても、例えば内用薬については14品目にも及ぶなど、少量多品目生産の構造が課題とされている。
- 後発医薬品を製造する企業数は約180社も存在しており、後発医薬品市場全体での安定供給確保の観点からは、企業間の過当競争を適正化し、生産性の向上等を図っていくことが求められる。

◆後発品 1成分当たりの品目数の推移（剤形別）



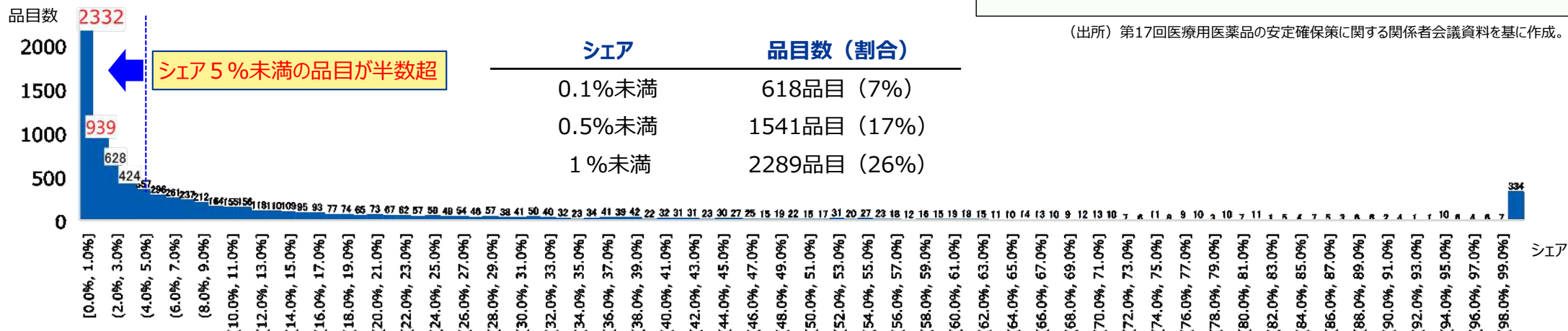
(出所) 厚生労働省「第1回後発医薬品の安定供給等の実現に向けた産業構造のあり方に関する検討会 資料」(2023年7月31日)

◆ 限定出荷/供給停止の状況（令和6年9月）



(出所) 第17回医療用医薬品の安定確保策に関する関係者会議資料を基に作成。

◆ 後発品における同成分同規格内シェア別品目数（2023年度）



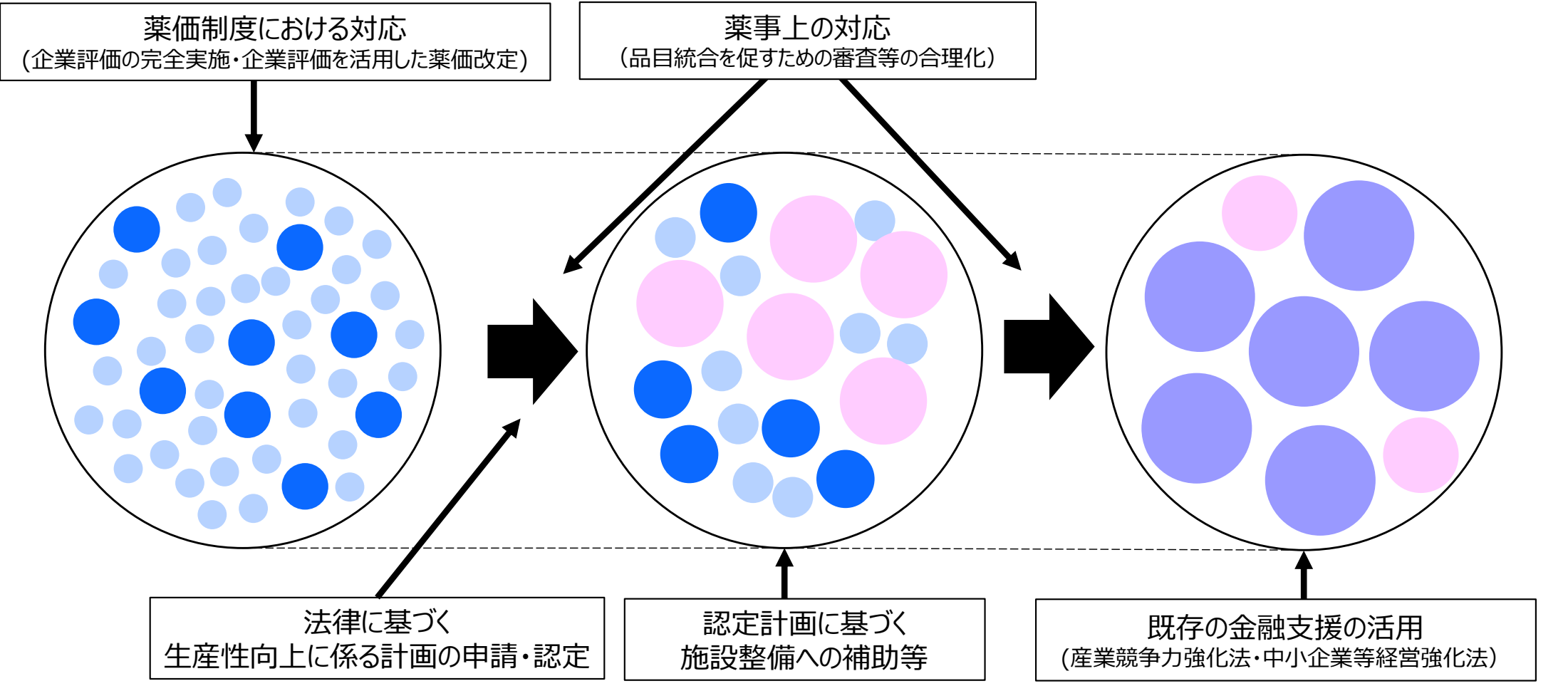
(出所) 厚生労働省「第7回後発医薬品の安定供給等の実現に向けた産業構造のあり方に関する検討会 資料」(2023年12月25日)

※令和5年度薬価調査結果

※後発医薬品を対象として、シェア0%（販売実績無し）の品目を除外

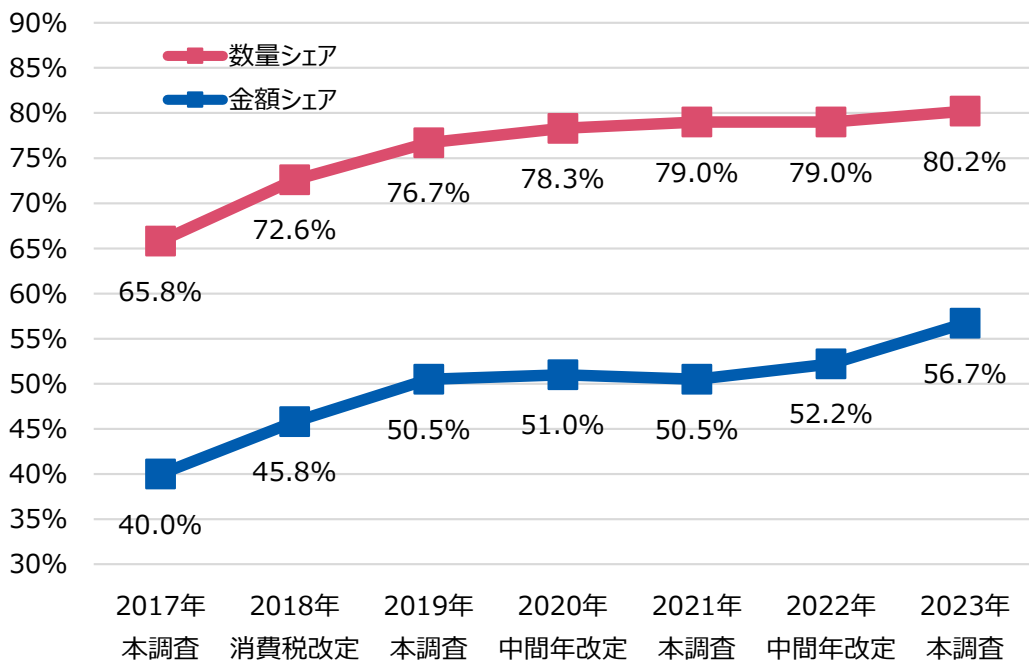
- 後発医薬品の安定供給に向けた産業構造改革については、企業統合やコンソーシアム形成等により、品目統合を行い、効率的な生産体制を確保していく必要。
- このため、機運醸成やインセンティブ付けによる支援のみならず、円滑な再編に資する薬事上の対応や、安定供給に貢献しない場合のディスインセンティブ措置も含めた総合的な対応が必要。

※後発医薬品の産業構造改革に向けた厚生労働大臣要請（抄）（令和6年7月4日）
 また、1つの成分について多くの企業が参入し、少ないシェアを持ち合う状況は、安定供給や生産性の向上に資するとは言えません。成分ごとの過当競争を適正化することにより、過度な価格の下落を防いだり、生産性の向上を促す必要性がございます。安定供給の観点からは、成分ごとに適正な供給社数は、理想的には5社程度が適当であるのではないかと考えております。



- 後発医薬品については、これまでの政策的な後押しもあり、有効性・安全性が先発品と同等であり、患者の自己負担の軽減となることが広く普及され、足元の利用率は80%を超えている。また、2024年10月から導入された長期収載品の一部選定療養化も、後発医薬品の使用促進につながるものと考えられる。引き続き、地域間での利用率の格差是正や、金額ベースでの新目標の達成を目途として、後発医薬品の利用促進を図っていくことが必要であるが、同時に、今後は、業界を挙げて、質の確保を含む後発医薬品の安定供給の確保に努めていくことが肝要。
- バイオ後続品（バイオシミラー）については、主に入院での注射剤として使用され、高額療養費制度の対象となる場合が多いため、患者側に使用のインセンティブが働きづらい面がある一方、別途、臨床試験が行われるため、その他の後発医薬品と比べて、病院・医師側に有効性・安全性の懸念が生じづらく、また、単価が大きい分、保険者としての使用促進のメリットが大きい。2024年9月には、使用促進に向けたロードマップが策定され、新たにバイオシミラーの使用促進に係る数値目標も設定されている。

◆ 薬価調査における数量シェア及び金額シェアの推移



※ 後発医薬品がある医薬品全体を分母とする。

◆ 安定供給を基本とした後発医薬品の使用促進のためのロードマップ^①（抄）

R6.9.30

（後発医薬品・バイオ後続品の使用促進に係る数値目標）

- 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**

（バイオ後続品使用促進に向けた主な取組施策）

- 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】
 - **バイオ後続品等代替の医薬品が存在し、保険診療で選択可能な医薬品等について、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、検討を行う【引き続き検討】**

【改革の方向性】（案）

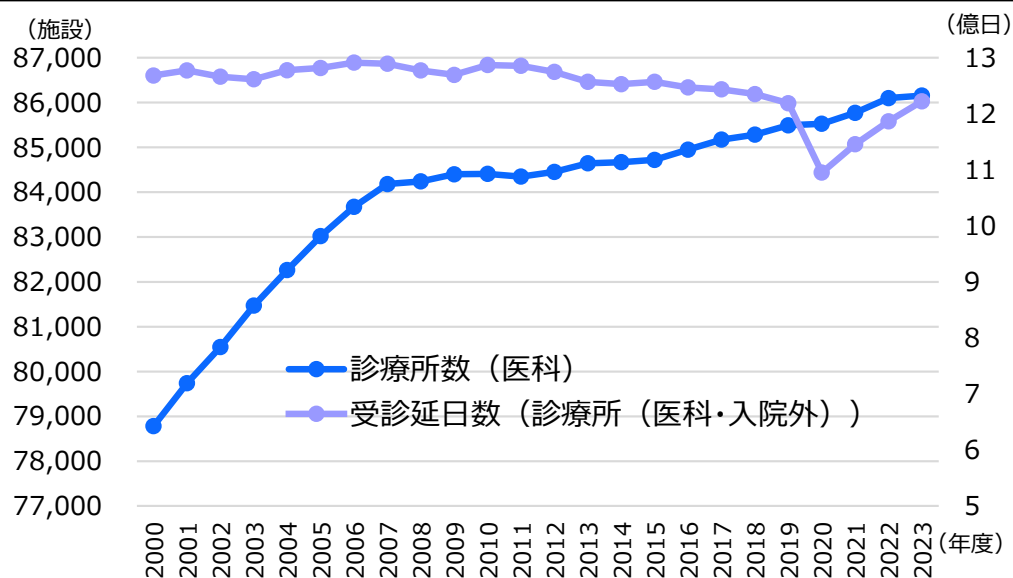
- 後発医薬品については、安定供給確保の観点も踏まえつつ、その使用促進を継続的に進めるとともに、バイオシミラーについては、「バイオ先発品の一部選定療養化」も含めて、その推進に資する幅広い取組を強力に推進していくべき。

- 2030年頃には医師は供給過剰になると見込まれており、日本社会全体の人口減少に対応した医学部定員の適正化が必要。
- あわせて、「骨太2024」に基づき、医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在是正に向けた強力な対策を講じる必要。

（参考）経済財政運営と改革の基本方針2024（骨太方針2024）（令和6年6月21日閣議決定）

医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在の是正を図るため、医師確保計画を深化させるとともに、医師養成過程での地域枠の活用、大学病院からの医師の派遣、総合的な診療能力を有する医師の育成、リカレント教育の実施等の必要な人材を確保するための取組、経済的インセンティブによる偏在是正、医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の大幅な拡大等の規制的手法を組み合わせた取組の実施など、総合的な対策のパッケージを2024年末までに策定する。あわせて、2026年度の医学部定員の上限については2024年度の医学部定員を超えない範囲で設定するとともに、今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う。

診療所数の推移



区分	無床診療所数 (人口10万人当たり,2022年)
特別区	115.4
政令市	85.9
中核市	80.5
その他	70.0
全国平均	79.4

（出所）厚生労働省「医療費の動向」（令和5年度）、「医療施設調査」（令和4年）

これまでに取り組んできた主な事項

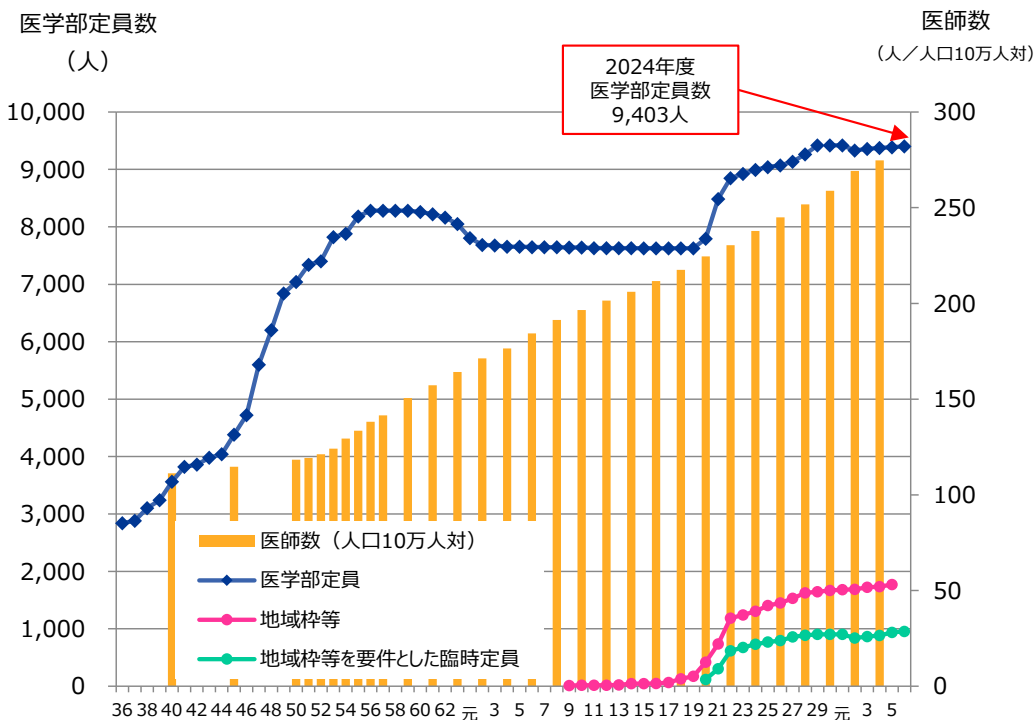
- **医師養成過程を通じた医師偏在対策**
 - ・ 医学部における地域枠の設定、臨床研修・専門研修における採用上限数の設定など
- **地域医療介護総合確保基金を活用した医師確保**
 - ・ 卒業後に地域医療に従事する意思を有する医学生に対する修学資金の貸与など
- **外来医療計画に基づく要請**
 - ・ 外来医師多数区域において新規開業を希望する者に対して不足する医療機能を担うように要請
- **大学病院等からの医療機関に対する医師派遣の充実**
 - ・ 地域医療介護総合確保基金を活用した支援

今後の主な改革の方向性

- **全体の人口減少に対応した医学部定員の適正化**
- **経済的インセンティブ**
 - ・ 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診療報酬上の措置
- **規制的手法**
 - ・ 外来医療計画における都道府県知事の権限強化
 - ・ 自由開業・自由標榜の見直し

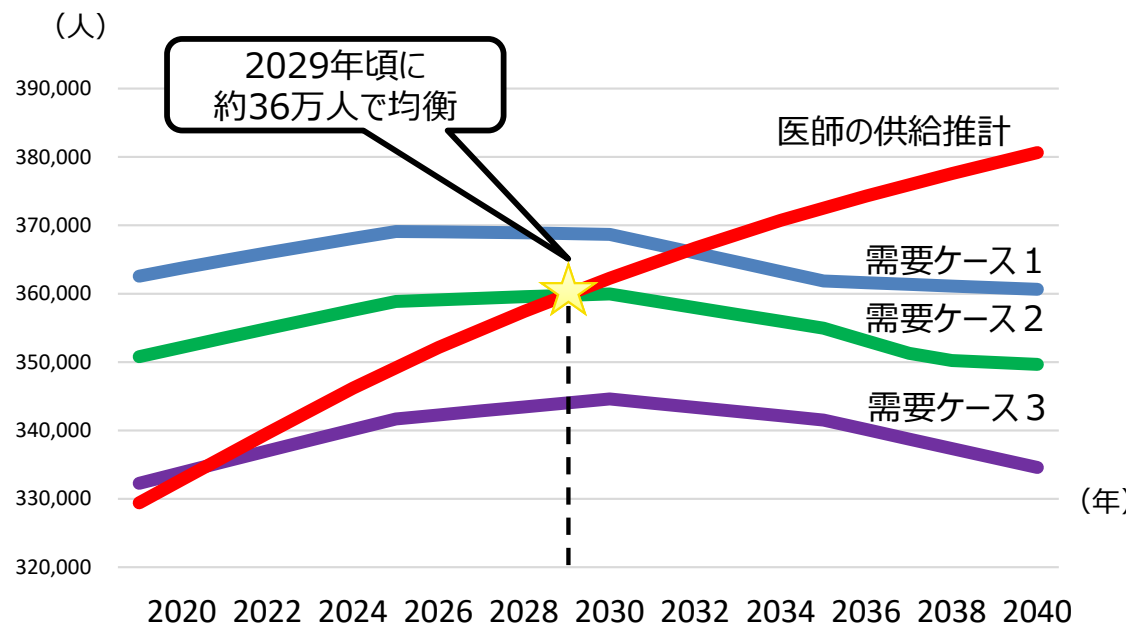
- 日本の医師数は、1980年代以降の「一県一医大構想」に基づく医学部の新設・定員増や、2000年代に入ってから臨時枠を含めた定員増などの対応により、一貫して増加を続けている。医師には定年がないこともあり、人口減少や医療ニーズの変化が想定されるにも関わらず、このまま医学部定員を抑制できなければ、早晩、医師数が過剰となることが見込まれる。
- 医療現場を支える専門人材である看護職やリハ職の数も増加を続けており、また、高齢者の医療・介護の複合ニーズを支える介護サービスの充実も図られていることを踏まえれば、限られた地域人材を最大限活用し、2040年を見据えた医療提供体制を構築する観点からは、地域偏在対策を講ずることは当然としても、日本の医師数をこのまま単純に増加させていくことは適当ではないと考えられる。

◆医学部定員の推移と人口10万人対医師数



※ 地域枠等：地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠

◆医師の需給推計（2020年の医学部定員を前提）



(注) 供給推計 今後の医学部定員を2020年度の9,330人として推計。
 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。
 ・ケース1（労働時間を週55時間に制限等≒年間720時間の時間外労働相当）
 ・ケース2（労働時間を週60時間に制限等≒年間960時間の時間外労働相当）
 ・ケース3（労働時間を週78.75時間に制限等≒年間1860時間の時間外労働相当）

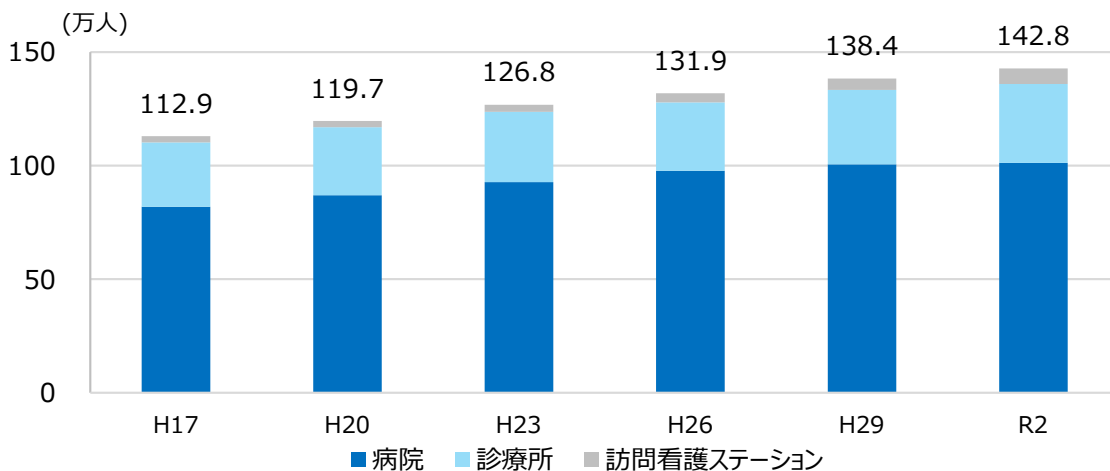
(出所) 厚生労働省「第2回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」（2024年2月26日）資料を一部加工

【改革の方向性】（案）

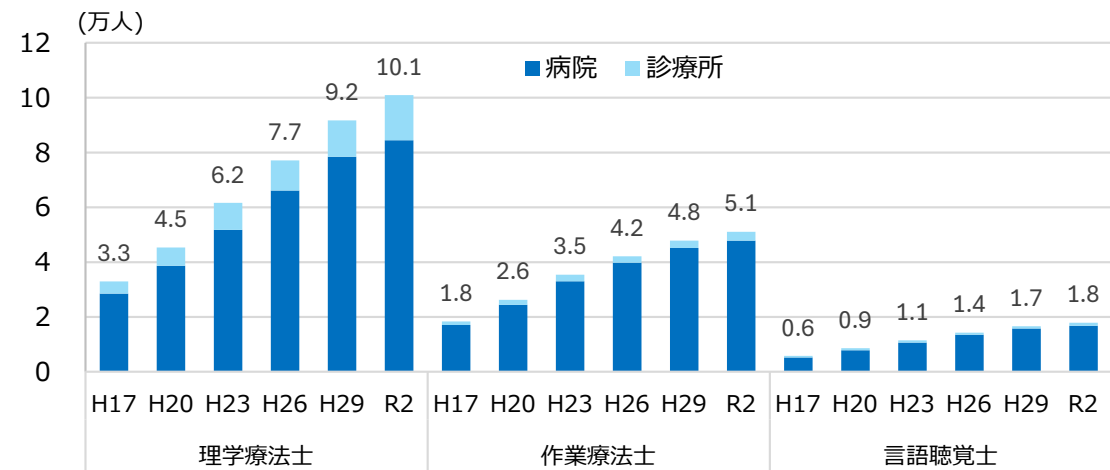
- 医師偏在対策の策定と併せて、「骨太の方針2024」において、「2026年度の医学部定員の上限については2024年度の医学部定員を超えない範囲で設定するとともに、今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う」とされたことを踏まえた対応が必要。その際、日本の社会経済全体での人材の有効活用との観点も踏まえて、医師の担うべき業務の重点化や包括化を進めることも不可欠。

○ 生産年齢人口が減少する中であって、医師に加え、医療現場を支える専門人材である看護職やリハ職（POS）の数も増加傾向が続いている。

◆看護職員



◆リハ職（POS）



(出所) 看護職員は、厚生労働省「第2回看護師等確保基本指針検討部会」(令和5年7月7日) 資料「看護師等(看護職員)の確保を巡る状況」、リハ職(POS)は、厚生労働省「医療施設調査」に基づき作成
 (注)「看護職員」は、看護師、准看護師、保健師、助産師のこと

◆タスクシフト・シェアの例

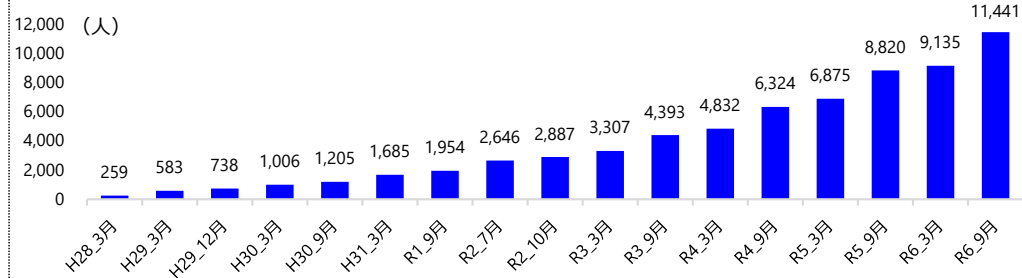
(看護師)

- 特定行為 (38行為21区分)

(例)

- ✓ 気管カニューレの交換
- ✓ 人工呼吸器からの離脱
- ✓ 心嚢ドレーン、胸腔ドレーン、腹腔ドレーンの抜去
- ✓ 褥瘡等の治療における血流のない壊死組織の除去

(参考) 特定行為研修修了者の推移 (厚生労働省医政局看護課調べ)



(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)

- リハビリテーションに関する各種書類の 記載・説明・書類交付
- 【作】作業療法を実施するに当たっての運動、感覚、高次脳機能、ADL等の評価
- 【言】侵襲性を伴わない嚥下検査
- 【言】嚥下訓練・摂食機能療法における患者の嚥下状態等に応じた食物形態等の選択
- 【言】高次脳機能障害、失語症、言語発達障害、発達障害等の評価に必要な臨床心理・神経心理学検査種目の実施 等

(出所) 医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会 議論の整理 (令和2年12月23日) 等を基に作成。

【改革の方向性】(案)

- 希少な医療資源を可能な限り有効活用する観点からも、医療関係職種の間でのタスクシフト・シェアを進める必要がある。

○ 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」における一定の取組が進められているが、全体の診療所数の増加は止まっていない。一方で、病院の勤務医不足の課題が指摘されている。

◆診療所数と受診延日数の推移

◆厚生労働省 第8回医療従事者の需給に関する検討会及び第40回医師需給分科会（2022年1月12日）

○相澤構成員

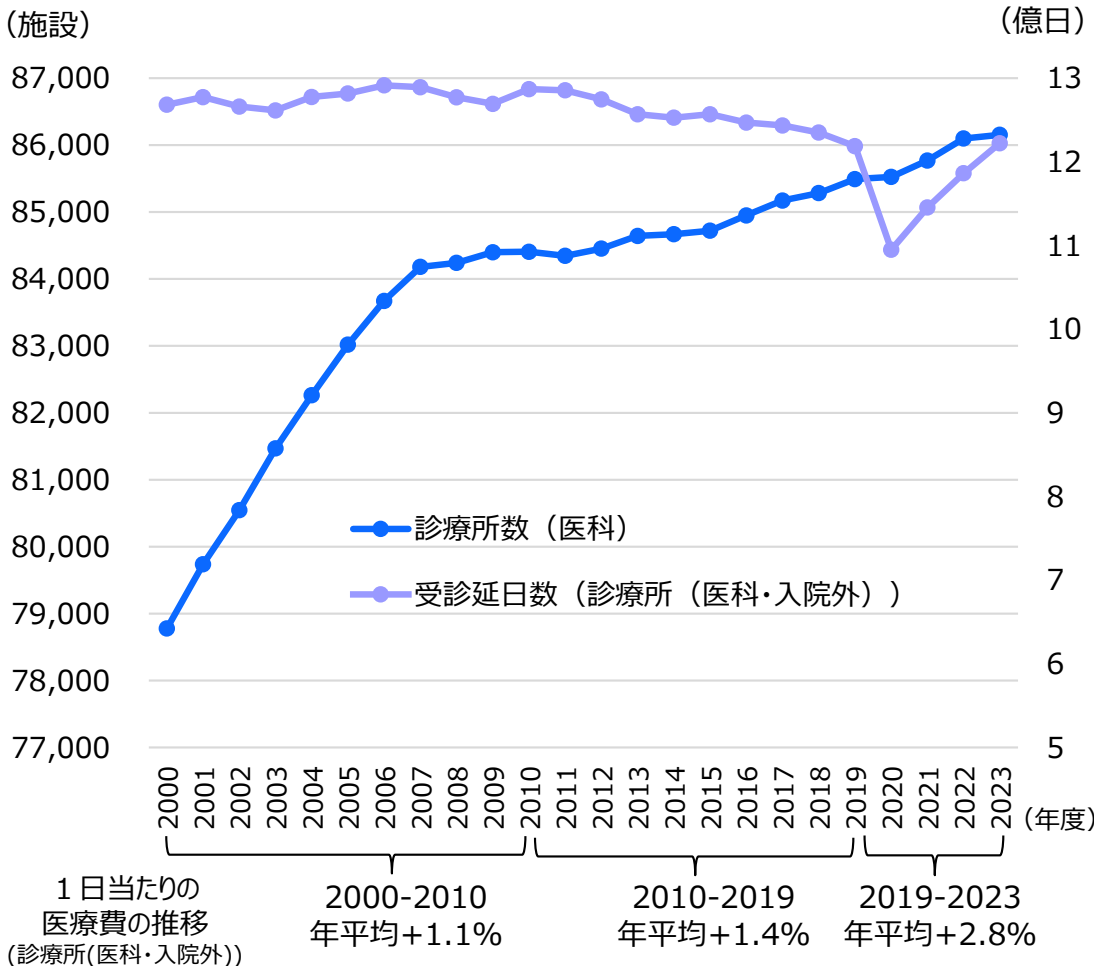
恐らく病院から出ている委員の皆様、そして多くの人々が思っているのだけれども、大変言いにくいことを私が代表して言わせていただきます。その1つは、**どこの場所で働いている医師が足りないのかという、病院で働いている医師が足りないのです。今、病院は、病院数も減り、ベッド数も減っているにもかかわらず、開業医の先生、診療所は毎年増えています。減らないのです。開業医の方が減って困るという話はあまり聞こえてきません。**ということは、ここに全く書かれていないのですが、医師の働く場の偏在を考えなければならぬということではないかと思うのです。

私は最近、地方の診療所をやらせてもらって感じたこと、住民2,000人を大体1つの診療所でカバーすることができます。かかりつけ医機能をもってやればできます。日本の人口は1億2000万ですね。2,000で割ると**6万か所のかかりつけ医の診療所があれば、いわゆる診療所としてのかかりつけ医機能は果たせるのです。**とすると、今、**10万か所あれば4万あまるのですよ。4万人の方が病院に勤めてもらえば、かなり病院の勤務の不足は解消されるのです。**ここにどうしても書かれていなくて、3ページの○の2番目（※）のところ、新規開業希望者に対し、地域に必要とされる医療機能を担うように求める等の対策を講じていると書かれていますが、到底講じられているとは思えない状況です。

ですから、やはり勤務する場所の偏在ということも考えつつやっていかないと、私はこの医療提供体制を守るということの医師需給をしっかりと検討することはできないと思います。これは大変言いにくいことで、こんなことを言うのは僕ぐらいしかいないので、ちょっと言わせていただきました。働く場所の検討というのをぜひ一文どこかに入れていただきたいと強くお願いを申し上げます。

（※）同分科会資料1「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会第5次中間とりまとめ（案）」

○ 地域における外来医療機能の不足・偏在等については、外来医療機能に関する情報の可視化、外来医療機能に関する協議等について盛り込んだ外来医療計画を策定するとともに、新規開業希望者に対し、地域に必要とされる医療機能を担うよう求める等の対策を講じている。



（出所）厚生労働省「医療費の動向」

【改革の方向性】（案）

○ 病院勤務医から開業医へのシフトを促すことのないよう、診療報酬体系を適正化していく必要。

- 診療所の開設状況が都市部に偏っていることや、診療科の専門分化が進んでいること等を踏まえ、外来医療機能に関する情報の可視化、同機能に関する協議の場の設置等の対応に加え、特に外来医師多数区域での新規開業希望者に対しては、地域で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、十分に機能しているとはいえない状況。

◆ 外来医療機能に関するこれまでの取組

外来医療機能に関する情報の可視化

- 地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握を行うために、診療所の医師の多寡を外来医師偏在指標*として可視化。
- 外来医師偏在指標の上位33.3%に該当する二次医療圏を、外来医師多数区域と設定。

* 医師偏在指標と同様、医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化、患者の流入・流出、へき地などの地理的条件、医師の性別・年齢分布、医師偏在の単位の5要素を考慮して算定。

新規開業希望者等に対する情報提供

- 外来医師偏在指標及び、外来医師多数区域である二次医療圏の情報を、医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータと併せて公表し、新規開業希望者等に情報提供。

外来医療機能に関する協議及び協議を踏まえた取組

- 地域ごとにどのような外来医療機能が不足しているか議論を行う、協議の場を設置。
- **少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、協議の内容を踏まえて、初期救急（夜間・休日の診療）、在宅医療、公衆衛生（学校医、産業医、予防接種等）等の地域に必要とされる医療機能を担うよう求める。**

外来医療計画の実効性を確保するための方策例

- 新規開業希望者が開業届出様式を入手する機会を捉え、地域における地域の外来医療機能の方針について情報提供
- 届出様式に、地域で定める不足医療機能を担うことへの合意欄を設け、協議の場で確認
- 合意欄への記載が無いなど、新規開業者が外来医療機能の方針に従わない場合、新規開業者に対し、臨時的協議の場への出席要請を行う
- 臨時的協議の場において、構成員と新規開業者で行った協議内容を公表等

◆ 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 ～第8次（前期）～（2023年3月）（抄）

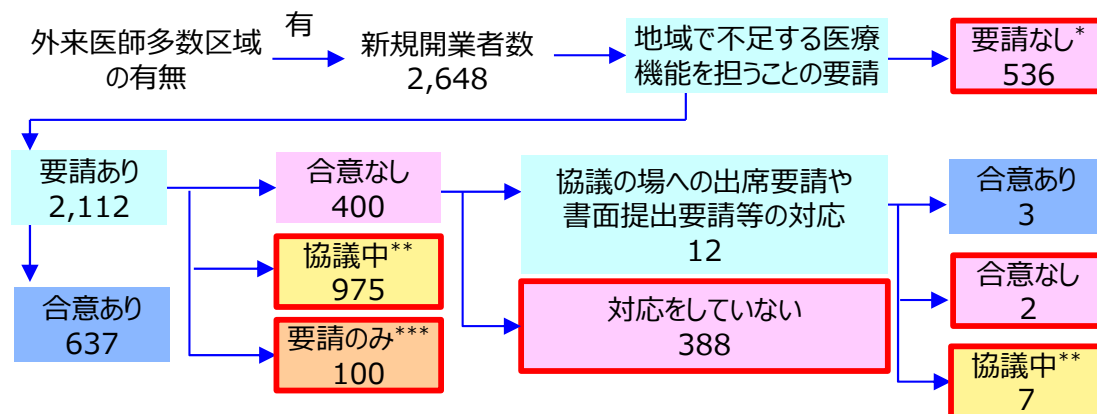
1-2 外来医療計画の全体像

- **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。**

◆ 外来医師多数区域における新規開業希望者への要請状況



* 「要請なし」には、要請をしていない自治体における新規開業者に加え、一部、単に施設移転の開業であるため要請していない場合を含む。

** 「協議中」は、要請に応じない場合に、協議の場への出席要請等を継続しているもの。

*** 「要請のみ」は、要請のみ行っており、要請後に合意の有無を確認していないもの。

（出所）第9回新たな地域医療構想等に関する検討会 資料1「医師偏在是正対策について」（令和6年9月30日）

- 地域間、診療科間、病院・診療所間の医師偏在を解決するためには、外来診療所の配置の適正化が不可欠であるが、医師による自由開業制を前提とするこれまでの取組では十分な成果が出ているとは言えない。
- 日本と同様に公的医療保険制度をとるドイツやフランスでは、診療科別、地域別の定員を設ける仕組みを採用しており、こうした諸外国の例を参考に取組を進める必要。

◆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）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）

- 新たな規制的手法の導入に当たっては、需給のバランスを見て一定の場合には保険医の許可制限を実施している外国の例もあることを参考に、外来医師多数区域での保険医の新規参入に一定の制限を設けることはもとより、更に、既存の保険医療機関も含めて需給調整を行う仕組みを創設するなど、真に実効性のある医師偏在対策となるよう、これまでにない踏み込んだ対応を行うべき。

- 医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在を是正するための経済的インセンティブ措置として、地域別診療報酬の仕組みの活用を検討する必要がある。
- 具体的には、報酬点数×1点あたり単価（10円）となっている診療報酬について、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することが考えられる。

◆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	
（例）初診料	288点		10円		
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>

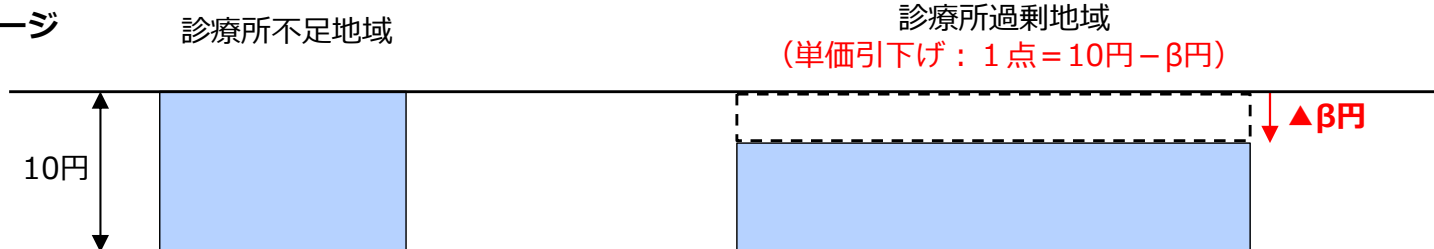
○保健医療2035提言書（抄）（2015年6月「保健医療2035」策定懇談会）
 「診療報酬については、例えば、地域ごとのサービス目標量を設定し、不足している場合の加算、過剰な場合の減算を行うなど、サービス提供の量に応じて点数を変動させる仕組みの導入を検討する。都道府県において医療費をより適正化できる手段を強化するため、例えば、将来的には、医療費適正化計画において推計した伸びを上回る形で医療費が伸びる都道府県においては、診療報酬の一部（例えば、加算の算定要件の強化など）を都道府県が主体的に決定することとする。」

<医療機関の医療収入の安定>

○財政制度等審議会建議（抄）（2021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、たとえば前年同月ないし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当面の措置のイメージ



【改革の方向性】（案）

- 医師偏在対策として、地域別診療報酬の仕組みを活用し、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していくべき。なお、当面の措置として、診療所過剰地域における1点あたり単価（10円）の引下げを先行させ、それによる公費の節減効果を活用して医師不足地域における対策を別途強化することも考えられる。

- 地域別診療報酬単価の導入が、仮に中期的な課題となる場合であっても、足元で、真に実効性ある医師偏在対策を進めていくにあたっては、診療科ごとにきめ細かく医師偏在の状況が把握できる客観的な基準が不可欠と考えられる。
- 一方で、現時点で活用されている「医師偏在指標」については、医師多数区域と医師少数区域を相対的に区分する形でしか活用されておらず、また、そもそも診療科ごとの「医師偏在指標」については、産科・小児科に限って作成されている状況。

◆ 「医師偏在指標」について

- 「人口10万対医師数」に代わる指標として、2020年度～2023年度の医師確保計画から盛り込まれた。
- 二次医療圏ごとに指標を算出し、上位1/3を医師多数区域、下位1/3を医師少数区域と定義し、各種施策に活用。
- 医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に理解した上で、数値を絶対的な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に理解した上で活用する必要がある、とされている。

(医師偏在指標の計算方法)

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

外来医師偏在指標 =

標準化診療所医師数

$[\text{地域の人口} / 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比}] \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}$

◆ 診療科別医師偏在指標について

- **診療科別の医師偏在については、基本的対応として、まずは診療科と疾病・診療行為との対応を整理する必要があり、検討のための時間を要する。**
- しかしながら、特に周産期医療、小児医療は、医療計画上、政策的に医療の確保を図るべきものとして位置づけられており、一方で産科・産婦人科、小児科の医師数は、医師全体に比べ増加割合が少なく、労働時間も長時間となる傾向にあることから、地域偏在に早急に対応する必要がある。また、一定の前提の下、診療科と疾病・診療行為との対応を現時点で整理することが可能である。こうした観点から、**暫定的に、産科、小児科について診療科別医師偏在指標を示し、地域偏在是正に向けた対応等を行うこととする。** (出所) 医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第4次中間取りまとめ (平成31年3月22日)



- 医師偏在指標を診療科別に算出するためには、それぞれの診療科について、標準化医師数及び患者数が必要となる。診療科別医師数は三師統計により把握可能であるが、労働時間（医師の勤務実態調査）については診療科によってはサンプル数が十分ではない。また、患者数（患者調査の受療率）は、診療科別ではなく傷病名別となっており、傷病名と診療科の対応関係は明確でない。このため、**診療科別の偏在指標の算出は、現時点では困難**である。

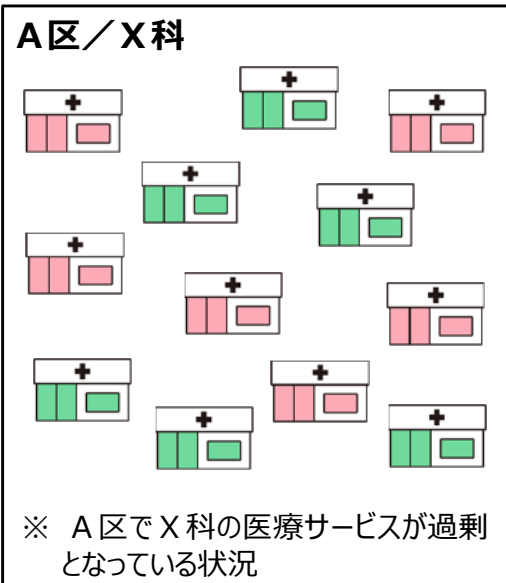
(出所) 第7回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ (令和4年9月21日)

【改革の方向性】(案)

- 医師偏在対策をエビデンスベースで進めるためには、「診療科毎などの医師偏在指標」がそもそも存在しないことが問題。既存の統計データの制約を言い訳にするのではなく、近似的な手法を含め、診療科毎などの医師偏在指標を早急に世に示すべき。
- その上で、例えば「〇〇科のサービスが特に過剰な地域」について、都道府県や地域医療関係者が客観的・絶対的な形で判断できるような「医師偏在指標」に拠った基準を速やかに策定すべき。

- 医師偏在対策のための経済的インセンティブについては、医師少数区域での勤務を促す財政上の支援に加えて、新たな診療報酬上のディスインセンティブ措置を組み合わせることが有効と考えられる。このことは、メリハリの効いた政策誘導という観点のみならず、医師少数区域への財政支援を継続的に実施していくに当たり、国民負担を軽減する観点からも重要。
- 具体的には、客観的な基準に照らして、ある地域の特定の診療科に係る医療サービスが過剰であると判断される場合には、需要の掘り起こしが発生しているとみなし、当該医療サービスを「特定過剰サービス」として減算の対象とすることが考えられる。
- ただし、一律の減算は必ずしも適当ではないと考えられることから、特定過剰サービスを対象とした（診療科ごとの）アウトカム指標を設定・評価した上で、当該評価においてアウトカムが良好と判定された場合には、付加価値を適正に生んでいるとみなし、当該減算措置の対象から除外するといったことも考えられる。なお、「かかりつけ医機能」やNDBデータをアウトカム指標の設定・評価に活用することも考えられる。

◆ 「特定過剰サービス」における減算（イメージ）



特定地域の特定診療科について、アウトカム指標を設定の上、第三者等によりアウトカムを評価・公表。

【アウトカム指標を満たさない場合】
「特定過剰サービス」に該当すると判断され、かつ、アウトカムが良好と言えないことから、当該医療機関における診療報酬1点単価の引下げや、診療報酬上の減算を行う。

【都道府県に報告されるかかりつけ医機能の内容】
令和7年度から始まる「かかりつけ医機能報告制度」では、地域医療の質の向上の観点から、「日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能」（1号機能）を有する医療機関に対し、「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」（2号機能）の報告を求めるとされている。

◆ 医療機関の機能の評価を行っている例

《病院機能評価（公益財団法人 日本医療機能評価機構）》

【評価対象領域（4領域）】

第1領域 【患者中心の医療の推進】	○ 主に患者の安全確保や倫理面などに対する病院組織の検討内容、意思決定といった基本的な姿勢などを確認
第2領域 【良質な医療の実践1】	○ 主に病棟での患者への診療・ケアの実践状況などを様々な視点から確認
第3領域 【良質な医療の実践2】	○ 主に各部門・各部署の機能の発揮状況や取り組み状況などを確認
第4領域 【理念達成に向けた組織運営】	○ 主に病院全体の基盤となる病院組織の運営・管理状況などを確認

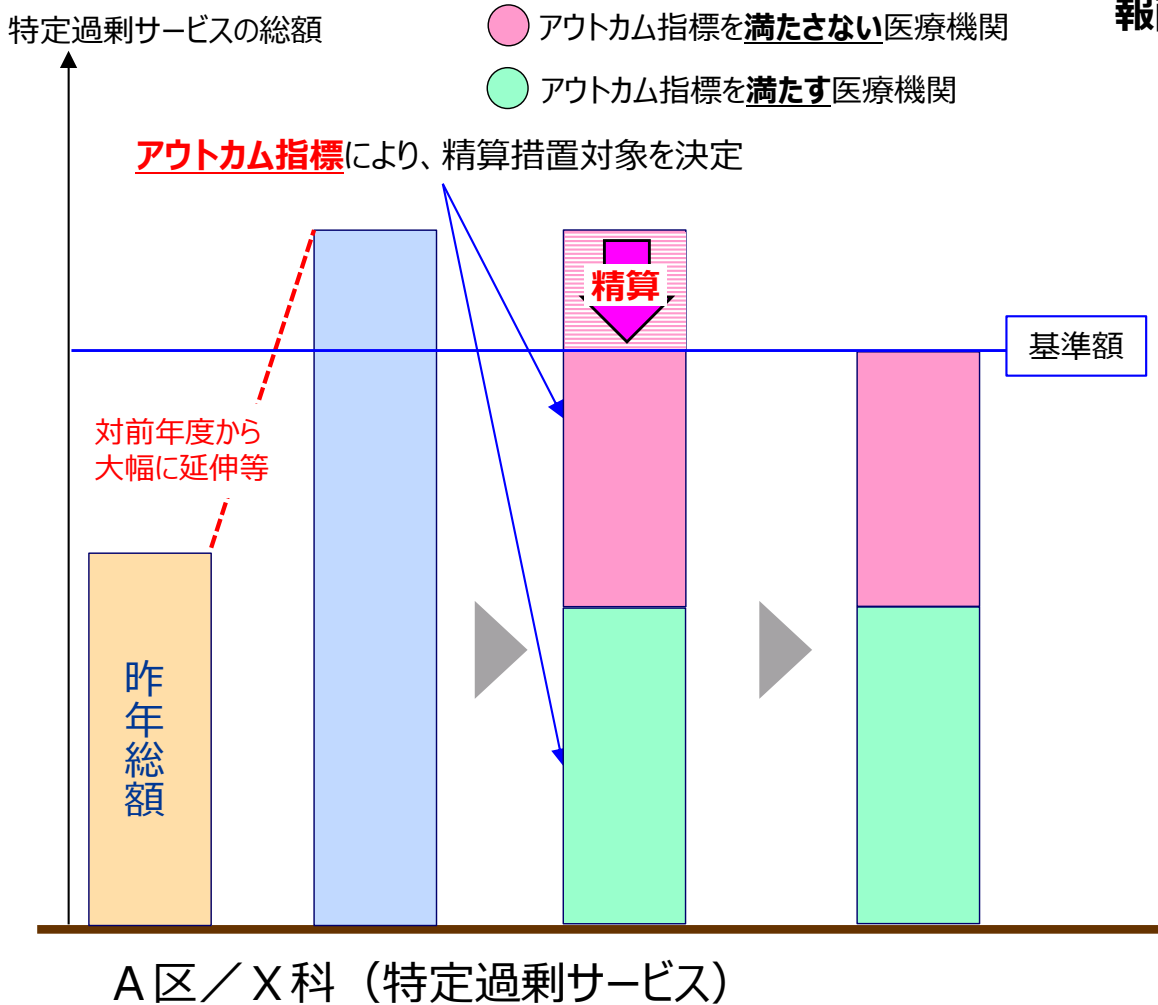
（出所）公益財団法人 日本医療機能評価機構 HPより

【改革の方向性】（案）

- 実効性ある医師偏在対策のためには、診療報酬上のディスインセンティブ措置が不可欠。適切なアウトカム指標導入とセットで、「特定過剰サービス」に対する減算措置を導入すべき。

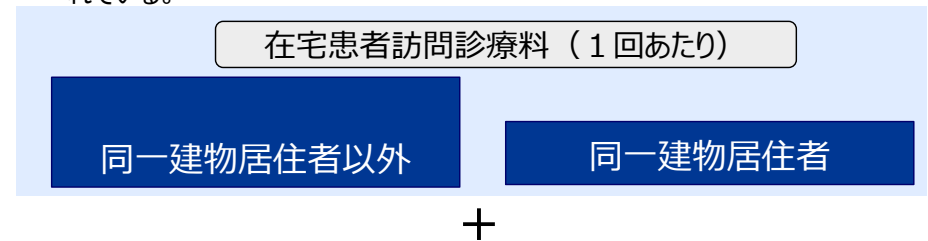
○ 「特定過剰サービス」単位ごとに見た医療費について、例えば対前年度から大幅に延伸するなど、一定の「基準額」を超過した場合には、アウトカム指標を満たさない医療機関を中心に、超過額の保険償還分を精算するといった仕組みを併せて導入することも検討の余地がある。

◆ 医療サービスの偏在の是正（イメージ）

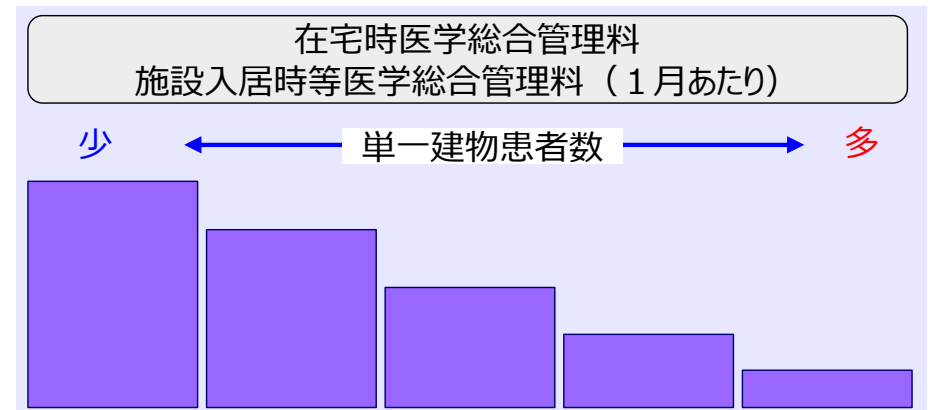


◆ 需要の集約により効率的なサービス提供ができる場合の診療報酬上の評価の例（訪問診療の評価体系）

① 定期的に訪問して診療を行った場合の評価
※ 同一建物内での訪問診療の場合は、在宅患者訪問診療料の点数が低く算定されている。



② 総合的な医学的管理等を行った場合の評価
※ 単一建物での訪問診療対象患者数等により、段階的に評価している。



③ 指導管理料等に対する評価

【改革の方向性】（案）

○ 「特定過剰サービス」に係る保険給付については、アウトカム指標に応じた減算措置に加えて、各年度の「基準額」を超過した場合の精算措置の導入についても検討すべき。

- 外来機能については、慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要となるかかりつけ医機能を強化する観点から、診療所・病院間、地域間の医師の偏在対策の強化のほか、分散している医療資源の集約化、診療実績に関する情報提供の強化が必要。
- 入院機能については、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。

（参考）経済財政運営と改革の基本方針2024（骨太方針2024）（令和6年6月21日閣議決定）

2040年頃を見据えて、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少等に対応できるよう、地域医療構想の対象範囲について、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体に拡大するとともに、病床機能の分化・連携に加えて、医療機関機能の明確化、都道府県の責務・権限や市町村の役割、財政支援の在り方等について、法制上の措置を含めて検討を行い、2024年末までに結論を得る。

日本における病床の状況

◆ 外来機能の国際比較（OECD）

国名	外来薬剤費 対GDP比 (※1)	1人当たり 外来受診回数 (※1)	人口百万人当たり MRI台数	人口百万人当たり CTスキャナー台数
日本	1.7%	11.7	57.4 (※2)	115.7 (※2)
ドイツ	1.5%	9.4	34.9	36.3
フランス	1.3%	5.5	17.9	20.2
イギリス	0.7%	—	7.2 (※3)	9.5 (※3)
アメリカ	1.6%	3.6	38.0 (※1)	42.6 (※1)

（出所）OECD Data Explore “Health”より作成（2022年データ。（※1）は2021年、（※2）は2020年、（※3）は2014年のデータ）

◆ 人口1,000人当たりの病床数の国際比較（OECD）（2022年）

日本	ドイツ	フランス	イギリス	アメリカ
12.6	7.7	5.5	2.5	2.8

◆ 都道府県ごとの人口1,000人当たり病床数(2022年)

高知県 (最大)	神奈川県 (最小)
23.3	8.0

2.9倍

⇒ 1人当たり医療費の地域差と正の相関

これまでに取り組んできた主な事項

- **かかりつけ医機能報告制度の創設（R7年4月施行）**
- **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
 - ・ 推進区域、モデル推進区域の設定によるアウトリーチの伴走支援
- **急性期病床の適正化**
 - ・ 累次の診療報酬改定で、旧「7対1入院基本料」の適正化を実施

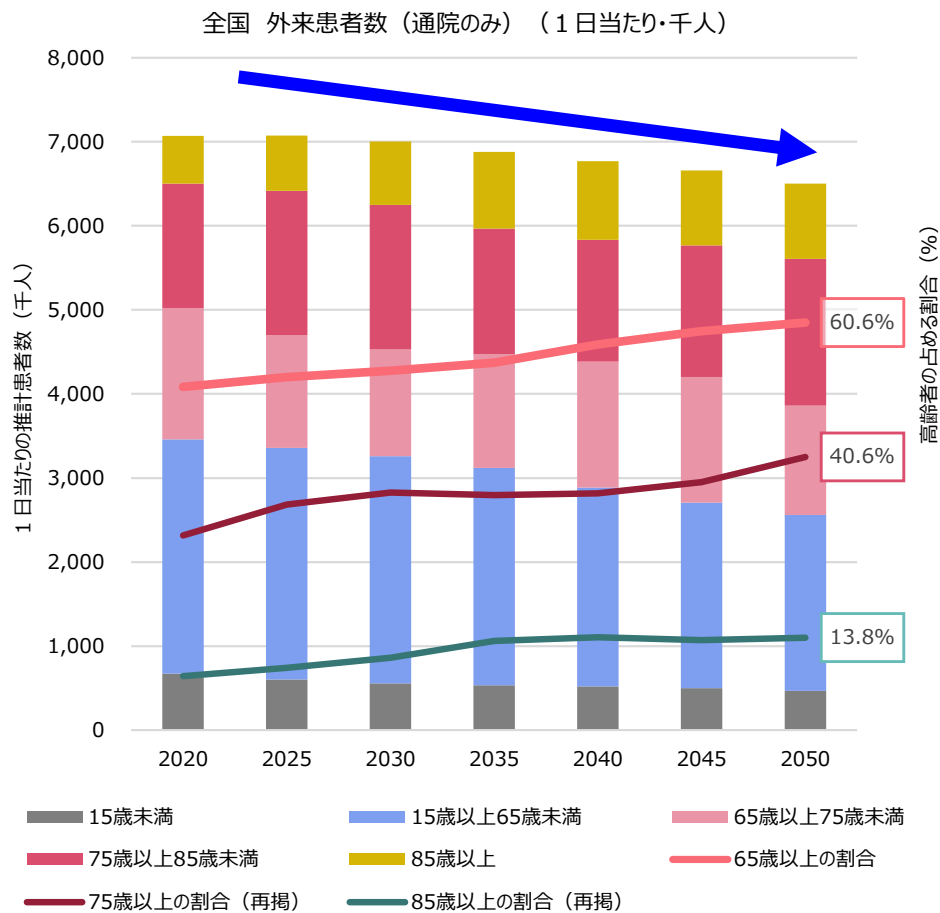
今後の主な改革の方向性

- **新たな地域医療構想の策定に向けた検討**
 - ・ 地域の希少な医療資源を可能な限り効率的に活用し、持続可能な地域医療提供体制を構築
- **入院機能**
 - ・ 患者像の変化やコロナ後の受診行動の変化に対応した病院機能の再編統合、分化・連携
 - ・ 都道府県の責務明確化や権限強化等に関し必要な法制上の措置
- **外来機能**
 - ・ 日常的によくある幅広い疾患に対して、地域全体で効率的に対応できるよう、分散している医療資源を集約化
 - ・ 患者の選択に資するよう、診療実績に関する情報提供の強化

○ 全国の外来患者数は2025年にピークを迎え、既に減少局面にある医療圏が多い。

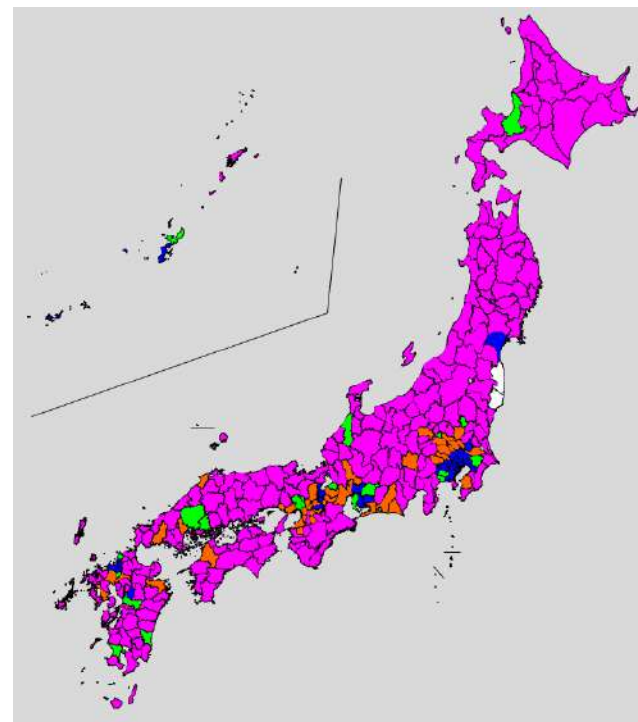
◆ 外来患者数の推計

外来患者数は、今後、減少傾向にある。



◆ 外来患者数が最大となる年

2020年～2025年頃までに、ほとんどの二次医療圏において、外来需要はピークアウトする。



凡例

- ：2020年以前に最大
- ：2025年に最大
- ：2030年に最大
- ：2035年に最大
- ：2040年以降に最大

※ 厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。
 ※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
 ※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く328の二次医療圏について集計。
 ※ 外来患者数は通院のみであり、訪問診療、往診等を含まない。

（出所）2024年8月26日 第7回新たな地域医療構想等に関する検討会資料を基に作成。

【改革の方向性】（案）

○ 今後、外来患者数が減少することを踏まえ、地域の外来機能における医療資源の集約化が不可欠。

- 日本の外来の医療提供体制をみると諸外国と比べてMRIやCTスキャナーの台数が極めて多く、1人当たりの外来受診回数も多い。一方で、診療所については、医師一人で運営するところが多く、複数の医師で医療を提供する場合と比べて事務職員の割合が高くなり、効率的ではないとの指摘もある。

◆ 医療提供体制等の国際比較

国名	人口千人当たり 臨床医師数	人口百万人当たり MRI台数	人口百万人当たり CTスキャナー台数	外来薬剤費 対GDP比 (※1)	1人当たり 外来受診回数 (※1)
日本	2.7	57.4 (※2)	115.7 (※2)	1.7%	11.7
ドイツ	4.6	34.9	36.3	1.5%	9.4
フランス	3.2	17.9	20.2	1.3%	5.5
イギリス	3.2	7.2 (※3)	9.5 (※3)	0.7%	—
アメリカ	2.7	38.0 (※1)	42.6 (※1)	1.6%	3.6

(出所) OECD Data Explore “Health”より作成 (2022年データ。(※1)は2021年、(※2)は2020年、(※3)は2014年のデータ)

◆ 医療費の決定要因に関する研究

<医師関係> (日本にも当てはまる)

- ① 医師誘導需要仮説：医師の増加が医療需要を喚起
- ② アバーツ・ジョンソン仮説：医師間の競争が激しくなるほど、価格競争ではなく設備投資競争（MRI等）が起きる
(設備投資により、働きたい医師 + 患者を引きつけることができる)

(出所) 第2回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 資料2 (印南構成員・野口構成員資料)

◆ 1診療所（無床）当たりの平均従事者数

区分	1診療所当たりの人数
医師	1.3
看護師	1.4
准看護師	0.7
事務職員	1.7

(出所) 厚生労働省「2020年医療施設調査」

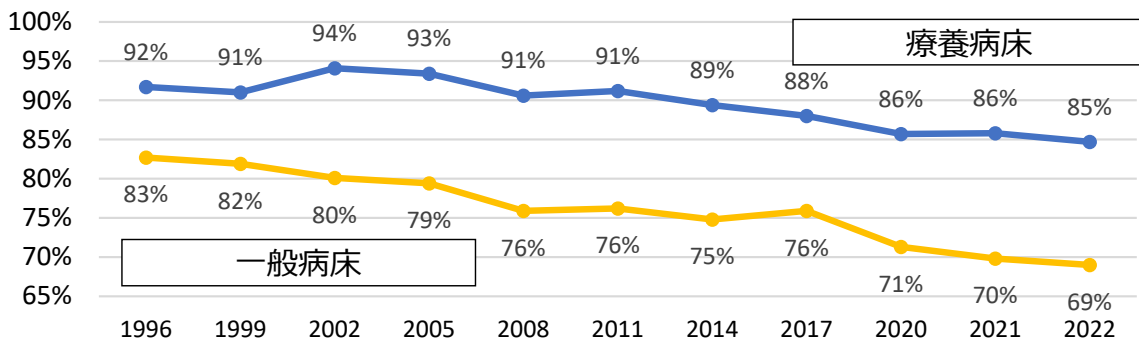
(注) 1診療所（無床）当たりの従事者数は、2020年度の各区分従事者数を同年度の無床診療所数で除して得た数。

【改革の方向性】(案)

- 生産年齢人口の減少により、人材確保も難しくなる中、質の高い医療を効率的に提供する体制を構築する観点からは、各地域の実情に応じて、診療所を含めた外来の医療機能の転換・集約を推進していくべき。

- 入院については、全体として、病床利用率が低下傾向にあることや、入院延べ日数の低下などが見られる。
- 地域ごとに入院患者数が最大となる時期についてみると、二次医療圏ごとにばらつきがみられるものの、総じて2040年までにピークを迎える地域が多い。

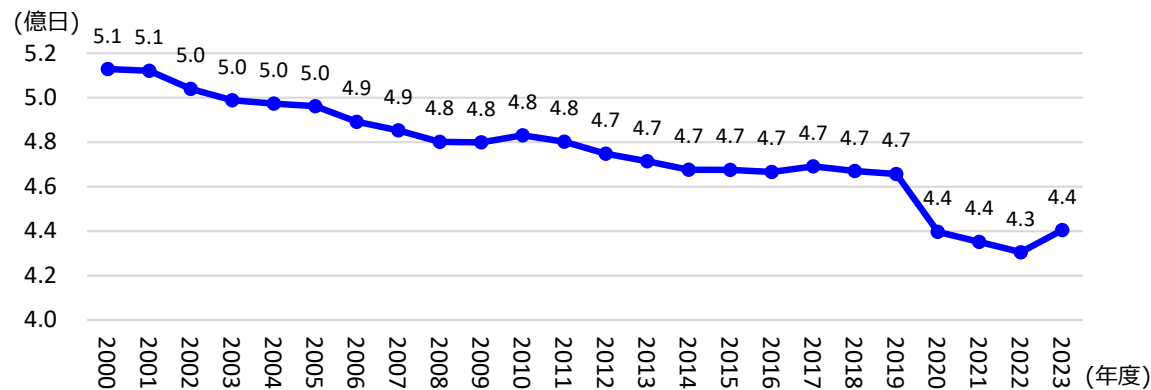
◆ 病床利用率の推移



(出所) 厚生労働省「病院報告」(令和4年)

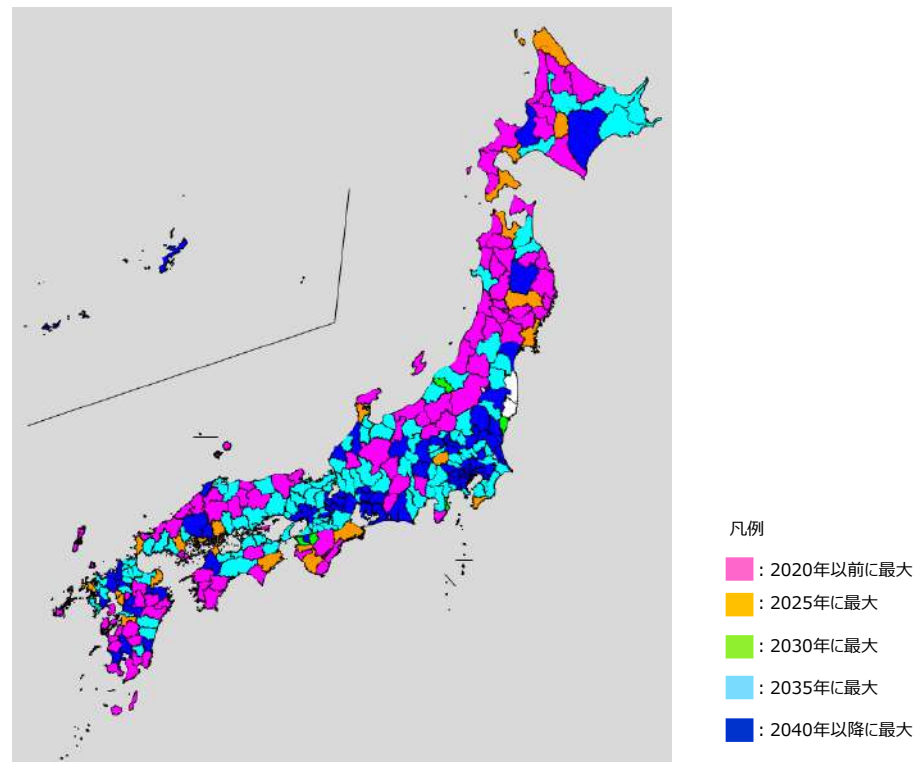
- 療養病床については、平成8～11年は療養型病床群、平成14年は療養病床及び経過的旧療養型病床群の数値である。
- 一般病床については、平成8～11年まではその他の病床(療養型病床群を除く。)、平成14年は一般病床及び経過的旧その他の病床(経過的旧療養型病床群を除く。)の数値である。

◆ 受診延べ日数(入院)



(出所) 厚生労働省「医療費の動向」(令和5年)

◆ 入院患者数が最大となる年



(出所) 2024年8月26日 第7回新たな地域医療構想等に関する検討会資料

- ※ 厚生労働省「患者調査」(2017年)、総務省「住民基本台帳人口」(2018年)、「人口推計」(2017年)及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2023年推計)」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。
- ※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
- ※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について集計。

【改革の方向性】(案)

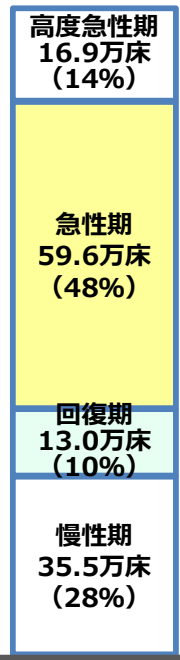
- 入院医療の需要の低下に合わせ、地域医療構想の枠組みにおいて、病床全体の縮小をより一層進める必要。

- 日本の病床数は諸外国比で過剰であると見られ、特に急性期とされる病床については、地域医療構想に基づく取組の進捗が不十分なこともあり、今なお適正化の余地が大きい。コロナ後の受診行動の変化も踏まえつつ、病床削減を着実に進めていくことが重要。
- 2040年に向けて策定される「新たな地域医療構想」は、入院医療だけでなく、外来や在宅医療、介護連携も対象とすることとなっているが、その前提となる将来の必要病床数や外来・在宅医療・介護サービスの必要量は、人口減少や超高齢化、医療機関・薬局へのかかり方の変化に伴う外来需要の減少に加えて、診療所医師の高齢化・減少も含めた地域医療の資源制約を見据えたものとする必要がある。

◆ 2023年度病床機能報告（速報値）

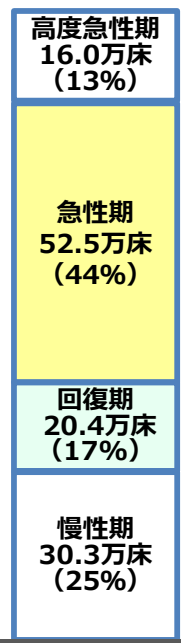
2015年度 「病床機能報告」

2015年
合計125.1万床

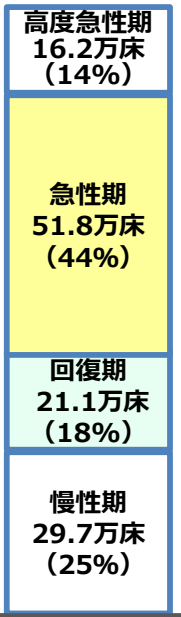


2023年度 「病床機能報告」

2023年
合計119.3万床



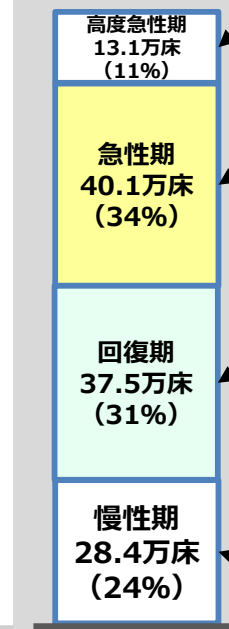
2025年見込
合計119.0万床



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))

合計119.1万床



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

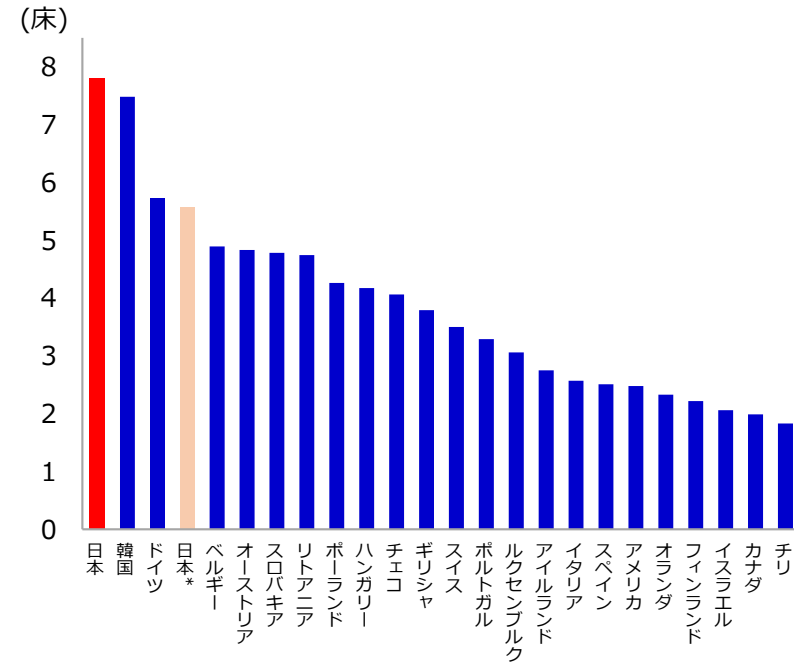
急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能

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)

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

◆ 急性期機能を提供する病床数（人口1,000人対）

日本は諸外国と比べて、人口当たりの急性期病床が多い



(出所) OECD Data Explore “Hospital beds by function of healthcare”、「日本*」については、厚生労働省「病床機能報告(2022年度)」、総務省「人口推計(2022年)」
(注) グラフ内の「日本」は、医療施設調査の病院・有床診療所の一般病床、結核病床、感染症病床の許可病床数の合計。「日本*」は病床機能報告における高度急性期・急性期の許可病床数の合計。

【改革の方向性】(案)

- 新たな地域医療構想については、単に、現状投影に基づく医療ニーズを入院・外来・在宅医療・介護の間で割り当てるといった発想ではなく、患者像の変化(需要面での変容)に加えて、希少な医療資源を最大限活用する観点から、各医療機関における入院・外来機能の役割分担の明確化・集約化を加速させることによる地域医療提供体制の効率化(供給面での取組)をしっかりと反映した必要病床数や外来需要等の推計に立脚したものであるべき。

○ 急性期病床として報告されている病床（病棟）の中には、診療報酬上は地域包括ケア病棟入院料等や療養病棟入院料等を算定しているものも見られるが、こうした実態は、将来の地域医療の在り方を関係者で議論する前提として不適切なだけでなく、不必要な入院を含む過剰医療を誘発する要因ともなり得ることが懸念される。

◆ 特定の機能を有する病棟等における病床機能報告の取扱い

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

※ 高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例
救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟

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

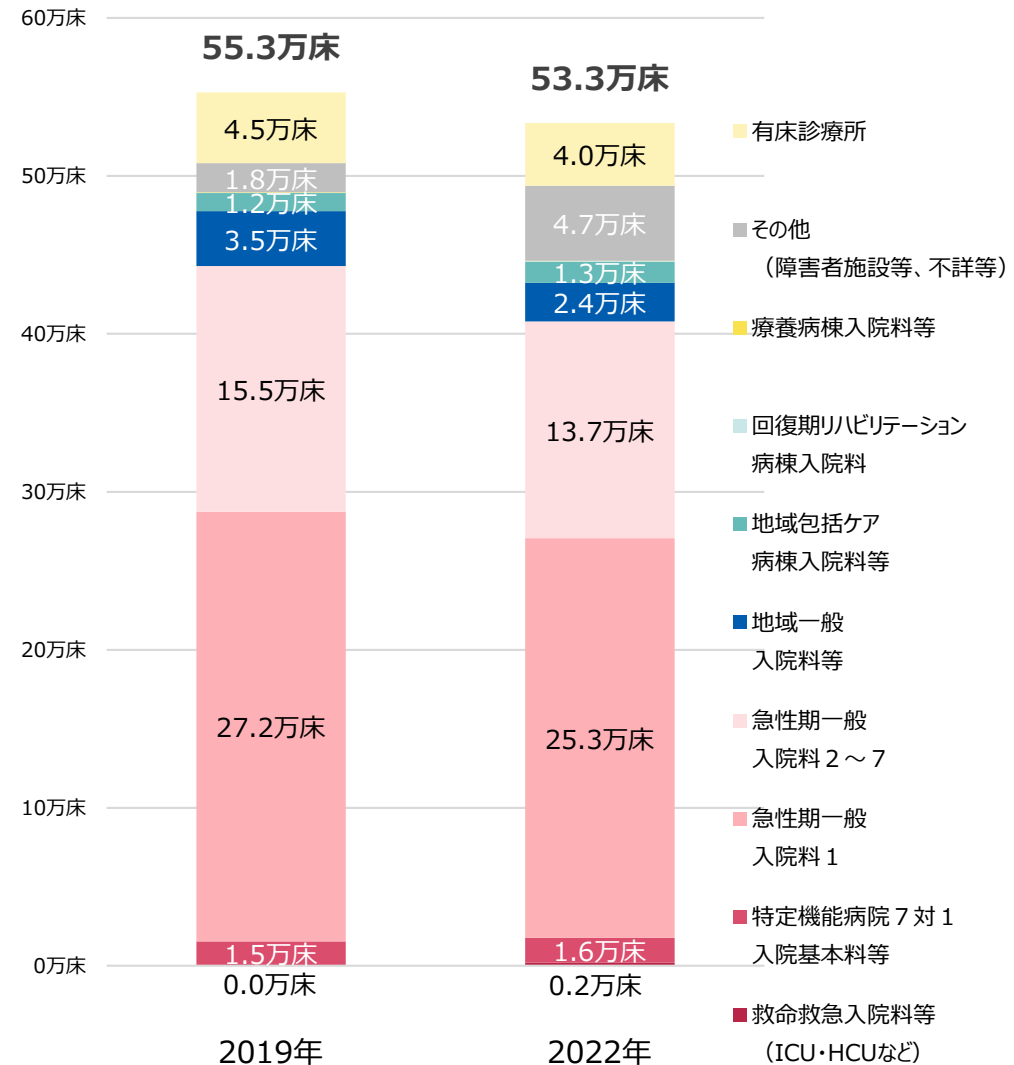
○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能
○ 特に、急性期を経過したの脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）

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

- ・救命救急入院料
- ・特定集中治療室管理料
- ・ハイケアユニット入院医療管理料
- ・脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- ・小児特定集中治療室管理料
- ・新生児特定集中治療室管理料
- ・総合周産期特定集中治療室管理料
- ・新生児治療回復室入院医療管理料
- ・地域包括ケア病棟入院料※
- ※ 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択
- ・回復期リハビリテーション病棟入院料
- ・特殊疾患入院医療管理料
- ・特殊疾患病棟入院料
- ・療養病棟入院基本料
- ・障害者施設等入院基本料

◆ 病床機能報告で【急性期】と報告された病床の入院料別の病床数



(出所) 厚生労働省「第1回新たな地域医療構想に関する検討会」(令和6年3月29日) 資料

(出所) 厚生労働省「第9回新たな地域医療構想に関する検討会」(令和6年9月30日) 資料

- 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、地域で不足している病床機能を提供するよう、個別の病院に指示・要請・勧告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：121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、2024年3月末時点（①・④は2022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、それぞれ累計）。

※ 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。

（厚生労働省医政局地域医療計画課調べ）

【改革の方向性】（案）

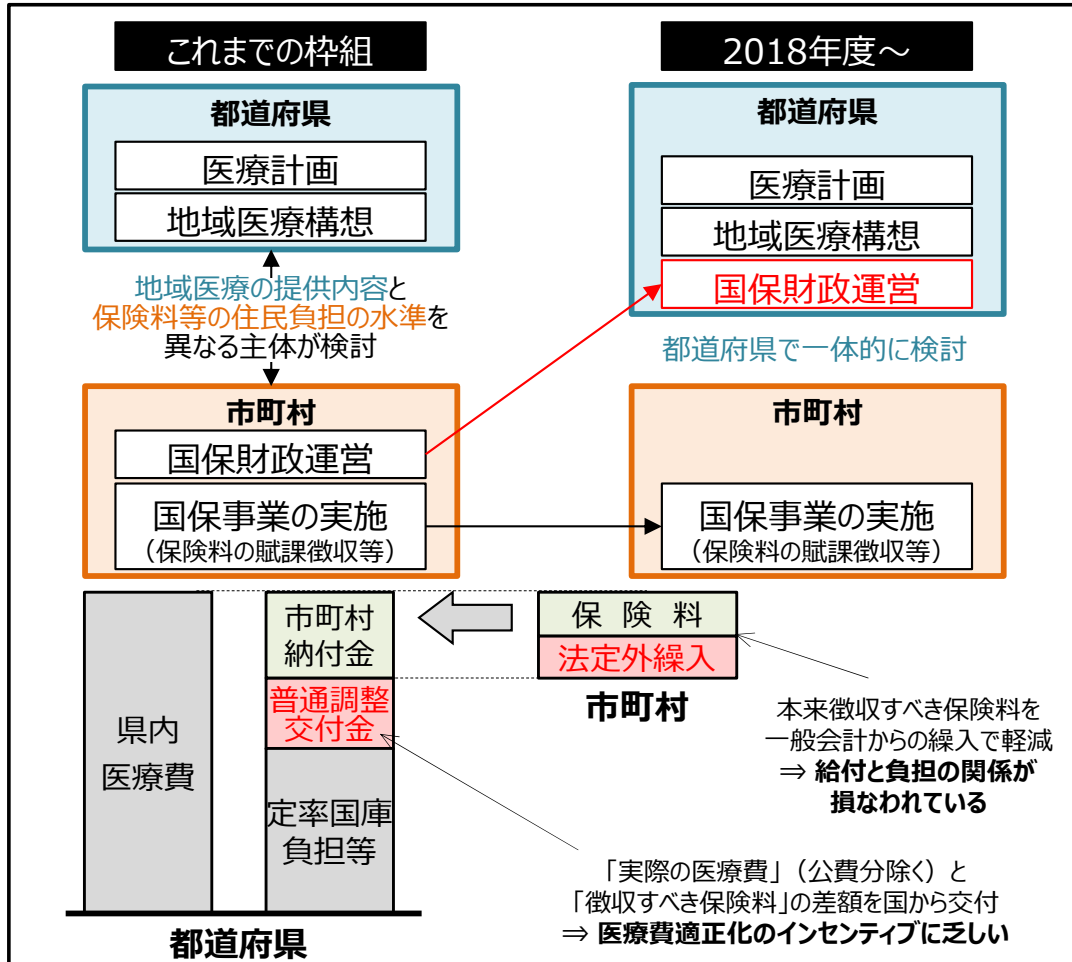
- 今後策定される新たな地域医療構想がより実効性あるものとなるよう、各医療機関が構想と整合的な対応を行うよう求めるなど、知事の権限強化を図るべき。

- 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、一体的に必要な改革を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被保険者に求める」という、保険制度としての本来の仕組みとしていくとともに、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していく必要。
- また、こうした状況を踏まえ、国民健康保険と同様に、後期高齢者医療制度についても、財政運営の主体を都道府県とすることにより、ガバナンスをより一層強化することを検討すべき。

（参考）経済財政運営と改革の基本方針2024（骨太方針2024）（令和6年6月21日閣議決定）

国民健康保険制度については、都道府県内の保険料水準の統一を徹底するとともに、保険者機能の強化等を進めるための取組を進め、人口動態や適用拡大による加入者の変化等を踏まえ、医療費適正化や都道府県のガバナンス強化等にも資するよう、調整交付金や保険者努力支援制度その他の財政支援の在り方について検討を行う。

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（国保）

- 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
- 1人当たり医療費の地域差の解消
- 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等への加入

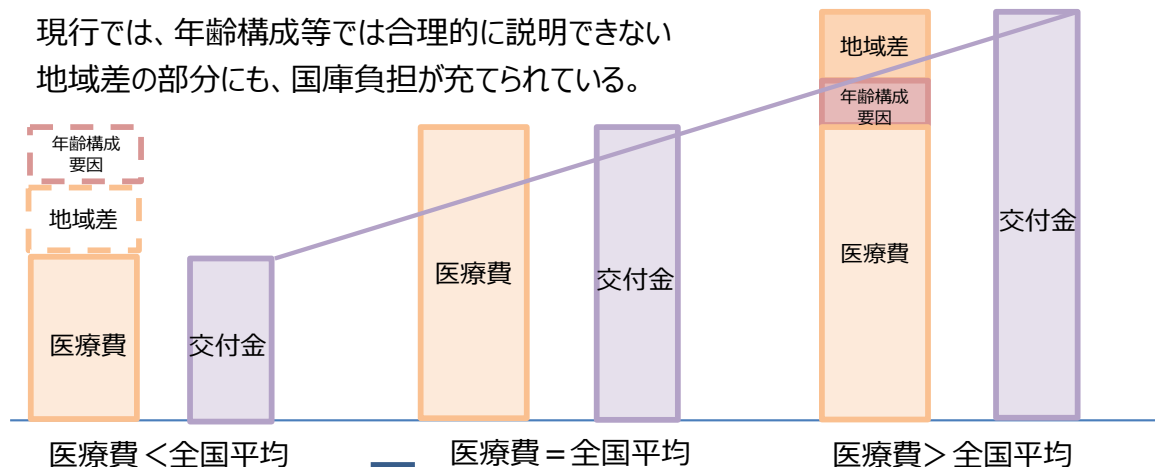
- 国民健康保険の給付のうち前期高齢者調整分を除く5割超は公費で賄われており、このうち5,900億円は、自治体間の財政力の格差（医療費、所得等）を調整するため、普通調整交付金として国から都道府県に配分されている。
- 地域間の医療費の差は、高齢化など年齢構成により生じるものと、いわゆる「地域差」（年齢構成では説明できないもの）があるが、現行制度では、理由にかかわらず、医療費に応じて普通調整交付金が増減額される仕組みとなっており、医療費適正化のインセンティブが働かない。

◆国民健康保険の財政（2024年度予算）

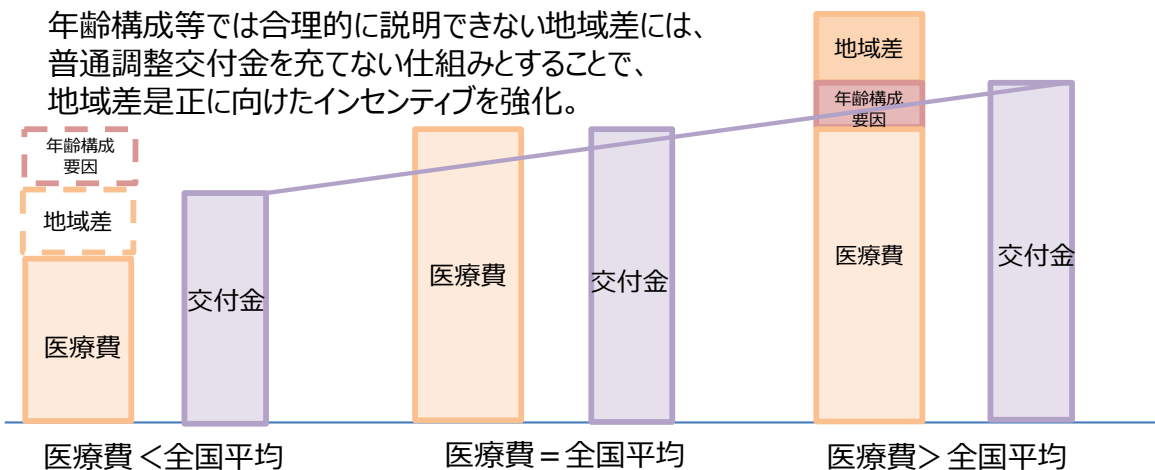
保険料 (23,100億円)	調整交付金（国） (9%※) 7,600億円
	定率国庫負担 (32%※) 20,900億円
	都道府県繰入金 (9%) 5,900億円

普通調整交付金
5,900億円
特別調整交付金
1,700億円

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



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



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

（参考）全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程） （2023年12月22日閣議決定）

- ・ 医療費適正化のより一層の推進に向け、国民健康保険制度の普通調整交付金の配分について、所得調整機能の観点や、加入者の特性で調整した標準的な医療費を基準とする観点から、論点や改善点を整理しつつ、保険者努力支援制度の活用と併せて、地方団体等との議論を深める。

【改革の方向性】（案）

- 普通調整交付金の配分方法に当たっては、実際に要した医療費ではなく、各都道府県の年齢構成等を勘案して算出した標準的な医療費を前提として交付額を決定する仕組みに改めるべきである。
- 改革工程表において、長く検討が進んでいない項目であり、まずは、こうした仕組みに改めた場合の試算を示して議論を深めるべきではないか。

- 国民健康保険の都道府県化にあたっては、都道府県が国保の財政運営を担うことで、医療費の水準及びそれと相関が高い医療提供体制といった住民が享受する受益（給付）と住民の負担である保険料水準の双方を俯瞰し、保険者としてのガバナンスの発揮を通じて医療費適正化をより実効あるものにする事が期待されている。
- 他方、後期高齢者医療制度では、同じ都道府県域において、都道府県とは別の地方公共団体として「後期高齢者医療広域連合」が設置され、医療費適正化計画や地域医療構想の推進主体と、保険財政の運営主体とが切り離される形となっており、ガバナンス機能を発揮すべき責任主体が曖昧となっている。

◆後期高齢者医療制度の概要

運営主体：全市町村が加入する**後期高齢者医療広域連合**

<対象者数>

75歳以上の高齢者 約2,030万人

<後期高齢者医療費>

20.0兆円（令和6年度予算ベース）

給付費 18.4兆円

患者負担 1.6兆円

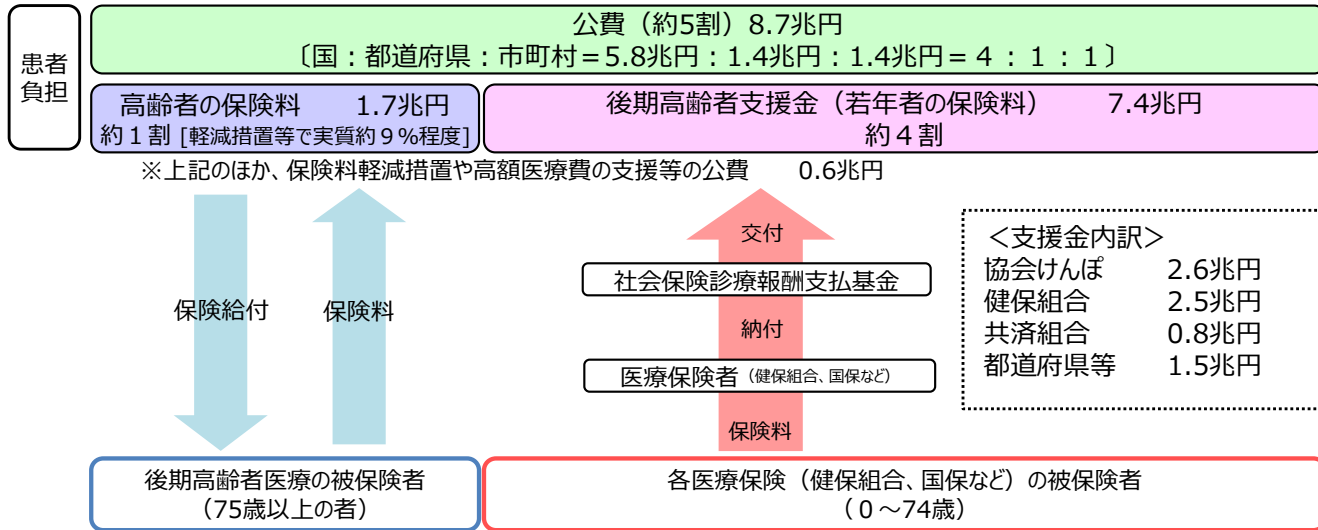
<保険料額（令和6年度見込）>

全国平均 約7,080円/月

※ 基礎年金のみを受給されている方は約1,260円/月

【全市町村が加入する広域連合】

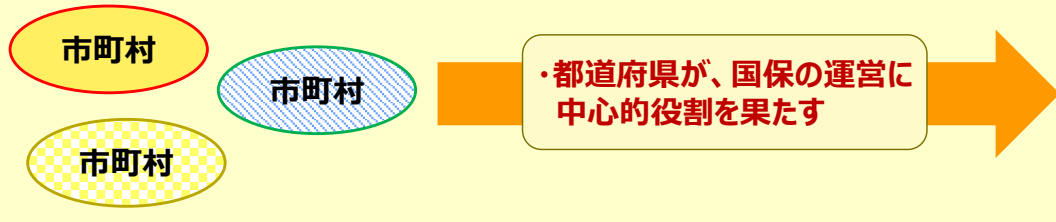
※ 数値は令和6年度予算ベース



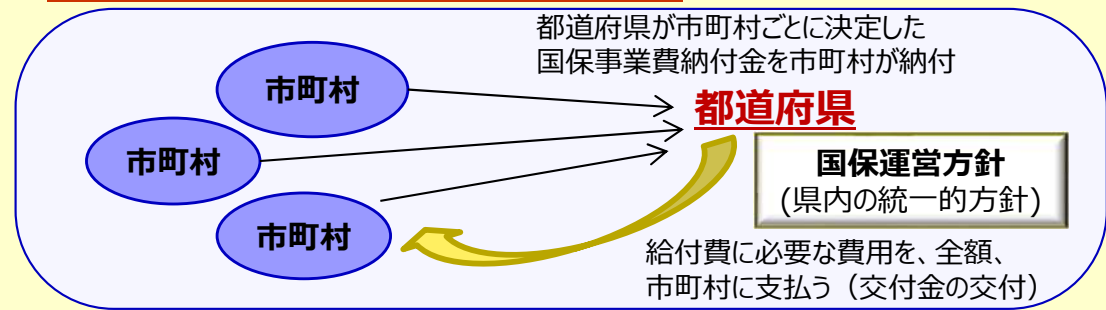
※各医療保険者が負担する後期高齢者支援金は、後期高齢者支援金に係る前期財政調整を含む。

◆国保改革による都道府県単位化

【改革前】 市町村が個別に運営



【改革後】 都道府県が財政運営責任を担うなど中心的役割（提供体制と双方に責任発揮）



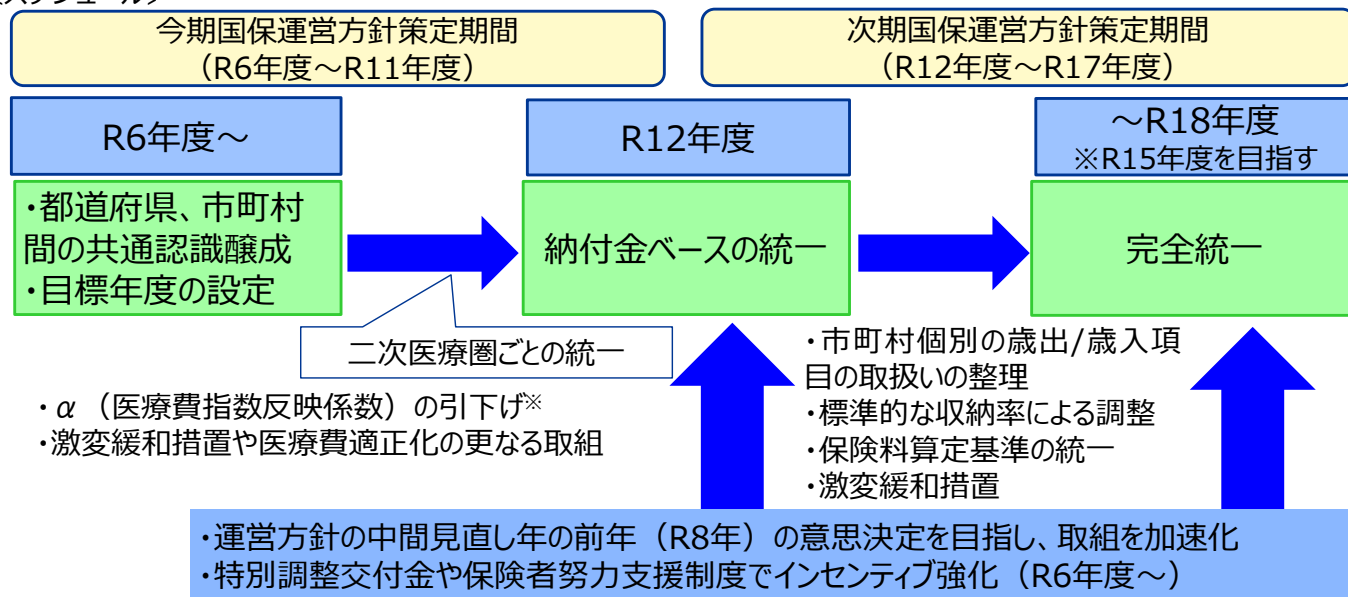
【改革の方向性】（案）

- 後期高齢者医療制度においても、財政運営の主体を都道府県とすることを検討すべき。

- 平成30年度から都道府県単位化された国民健康保険制度においては、都道府県内のどの市町村に居住していても、同じ所得水準・同じ世帯構成であれば、同じ保険料額となるよう、保険料水準の統一に向けた取組が進められており、令和6年6月に策定された「保険料水準統一加速化プラン（第2版）」（厚生労働省）では、令和12年度までに全ての都道府県で保険料水準（納付金ベース）の統一を目指すべきことが明記された。

◆「保険料水準統一加速化プラン」（R6.6）

〔スケジュール〕



【統一の定義】

（納付金ベースの統一）
 各市町村の納付金に各市町村の医療費水準を反映させない

（完全統一）
 同じ所得水準、同じ世帯構成であれば同じ保険料とする

【統一の目標年度】

納付金ベースの統一
 令和12年度保険料算定までの達成を目標とする。今期国保運営方針の中間見直し年度の前年（令和8年）に向けた取組の加速化を進める。

完全統一

全国において、次期国保運営方針期間（令和12～17年度）の中間年度（令和15年度）までの移行を目指しつつ、遅くとも令和17年度（令和18年度保険料算定）までの移行を目標とする。

※ αは、各市町村の年齢調整後の医療費水準のばつきをどの程度各市町村が県に支払う納付金の配分に反映させるかを調整する係数。
 α = 0であれば、各市町村は、年齢調整後の医療費水準の高低に左右されず、保険料を徴収の上、納付金を支払うこととなる。

◆各都道府県国保運営方針における取組予定

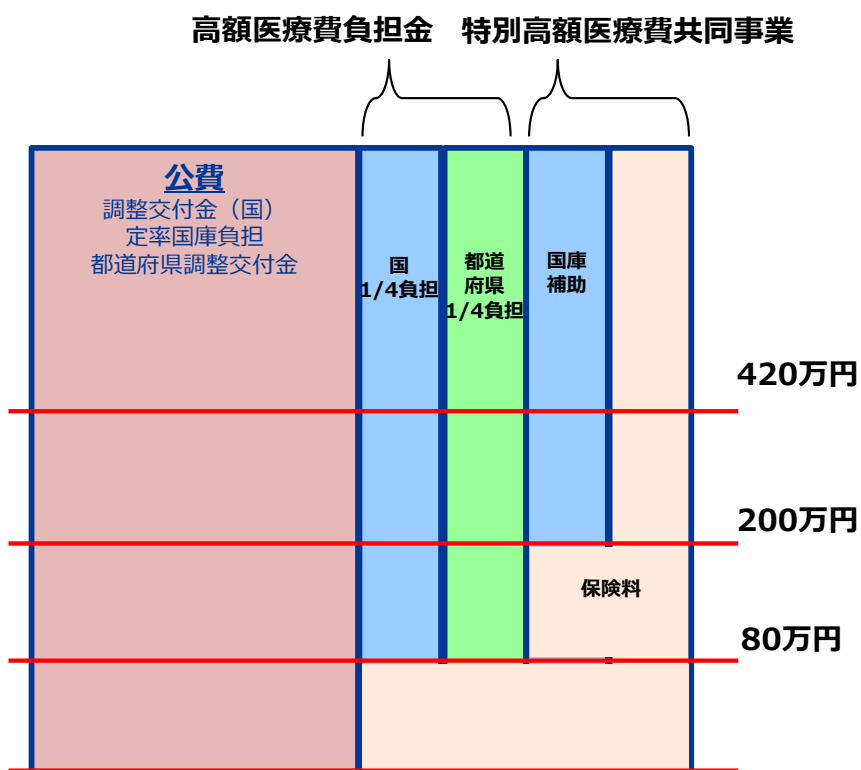
完全統一をR6年度に達成予定 2府県	完全統一の目標年度を定めている 19道県 ※（ ）内は年度	納付金ベースの統一等の目標年度を定めている 16都県（設定年度は記載省略）	納付金ベースの統一等の目標年度を定めていない 10府県
大阪府、奈良県	(9)滋賀県、(11)福島県、大分県、(12)北海道、青森県、埼玉県、福井県、山梨県、兵庫県、和歌山県、高知県、佐賀県、熊本県、(12～17)広島県、(15)群馬県、(18)神奈川県、香川県、(未設定※納付金ベースは達成)三重県、長崎県	岩手県、宮城県、秋田県、山形県、栃木県、千葉県、東京都、富山県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県、山口県、徳島県、愛媛県、鹿児島県	茨城県、新潟県、石川県、京都府、鳥取県(方針策定予定)、島根県、岡山県、福岡県、宮崎県、沖縄県

【改革の方向性】（案）

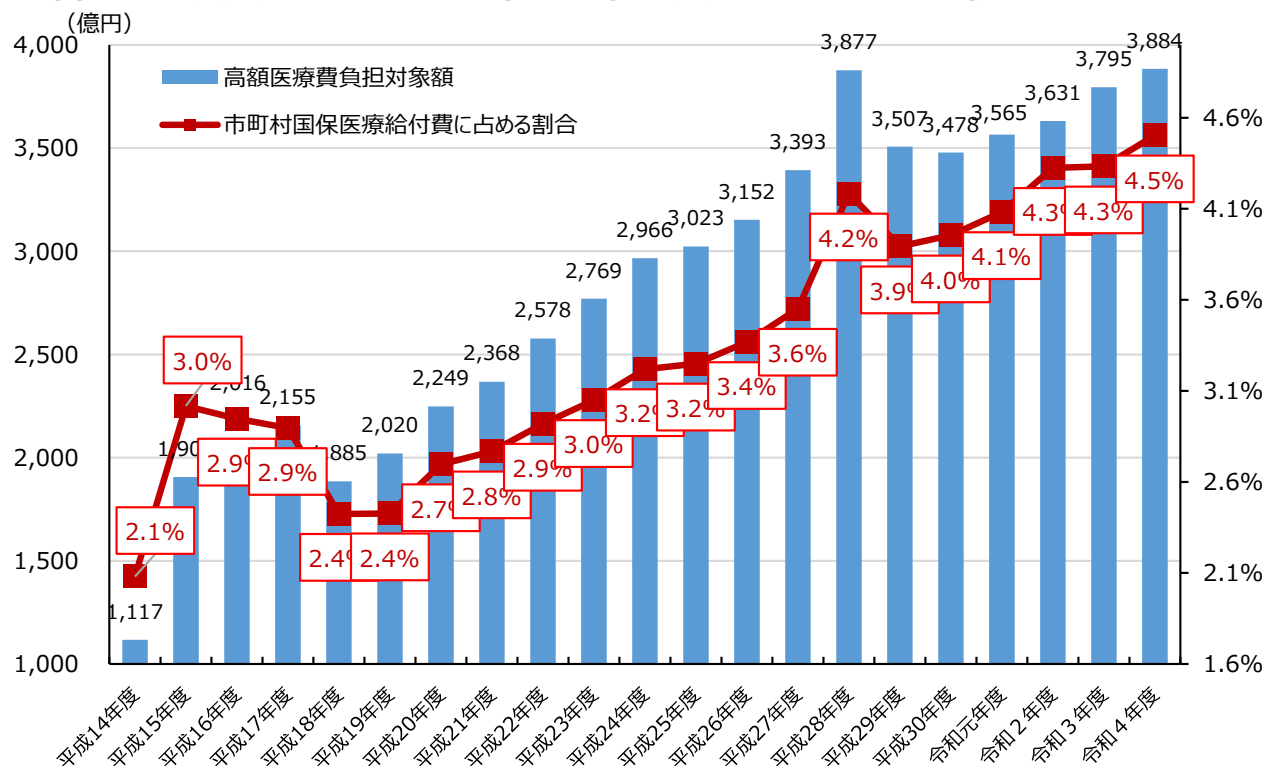
- 国民健康保険における保険料水準については、各都道府県内での被保険者間の受益と負担の公平性を確保する観点から、遅くとも令和12年度までに全ての都道府県で「納付金ベースでの保険料水準の統一」が実現するよう、必要な取組を早急に進めるべき。

- 国民健康保険制度における高額医療費負担金は、高額な医療費（レセプト1件80万円超）が発生した保険者の財政運営の不安定化を緩和する観点から必要とされてきた制度であり、国民健康保険制度の保険料水準が納付金ベースで統一されれば、各市町村で生じる医療費の変動は都道府県内の全体でシェアされ、財政負担は平準化されることになる。
- 医療の高度化や薬剤費の上昇を背景にして、医療費全体で見ても、高額レセプト対象の医療は増加傾向が続いていることも踏まえれば、元来、小規模な市町村国保を想定して発展した制度である高額医療費負担金は抜本的な見直しを検討すべき時期に来ていると考えるべきであり、このことは、今後、各保険者によって医療費適正化の取組が十全に実施されるようにする観点からも重要と考えられる。

◆国民健康保険における高額医療費負担金のイメージ



◆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



※「高額医療費負担対象額」は、高額医療費負担金（国費）から国費負担割合で割り戻して算出。平成29年度までは「国民健康保険事業年報」集計表のデータの高額医療費共同事業の国庫支出金による。ただし、平成14年度は共同事業交付金の金額。平成30年度からは厚生労働省保有の高額医療費負担金（国費）の交付決定額による。
 ※「国保医療給付費に占める割合」は、「高額医療費負担対象額」÷「国保医療給付費」で算出。平成19年度以前の国保医療給付費は「国民健康保険事業年報」集計表の保険給付費を基に算出。

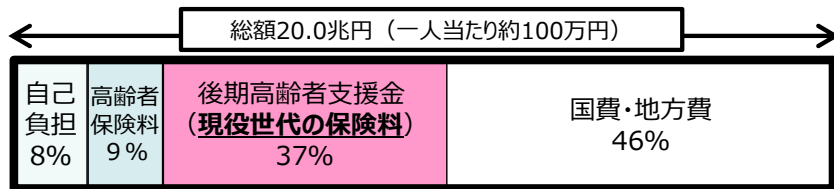
【改革の方向性】（案）

- 遅くとも令和12年度には全都道府県で達成されることが期待される保険料水準の統一（納付金ベース）により、国民健康保険の高額医療費負担金の本来の役割・意義は没却することになることから、その廃止も含め、抜本的な見直しを早急に検討すべき。

- 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、改革工程に基づき、金融所得の勘案、金融資産等の取扱い等について検討を深めるべき。

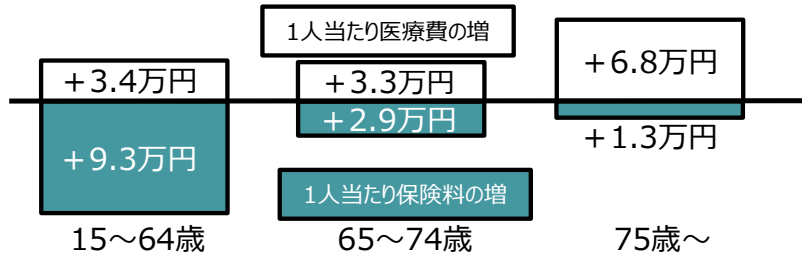
給付と負担のバランス

◆ 後期高齢者の医療費と財源

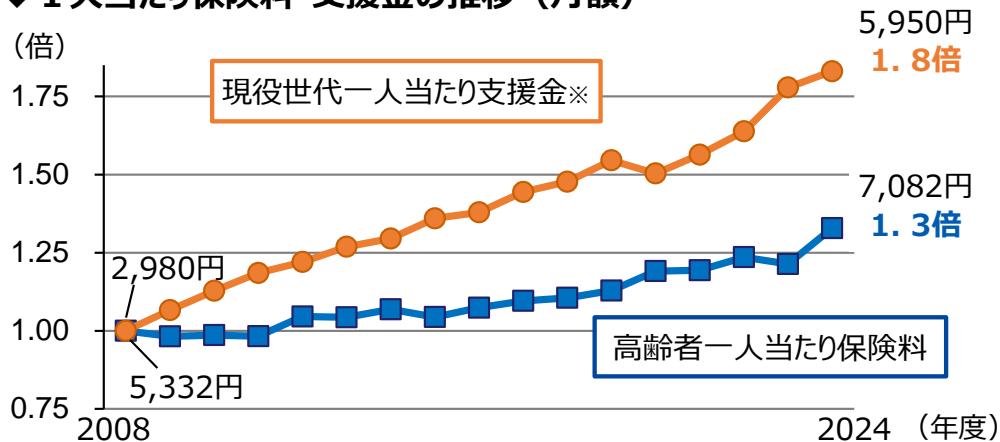


※2024年度予算を基に作成。

◆ 1人当たり医療費と保険料の増加（2009→2021）



◆ 1人当たり保険料・支援金の推移（月額）



※2008年度の数値を1とした場合の倍数
(満年度化の影響排除のため2008年度の金額に12/11を乗じたものを基準に計算)

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**
- **後期高齢者医療を支える現役世代の支援金と高齢者の保険料との負担割合の見直し**

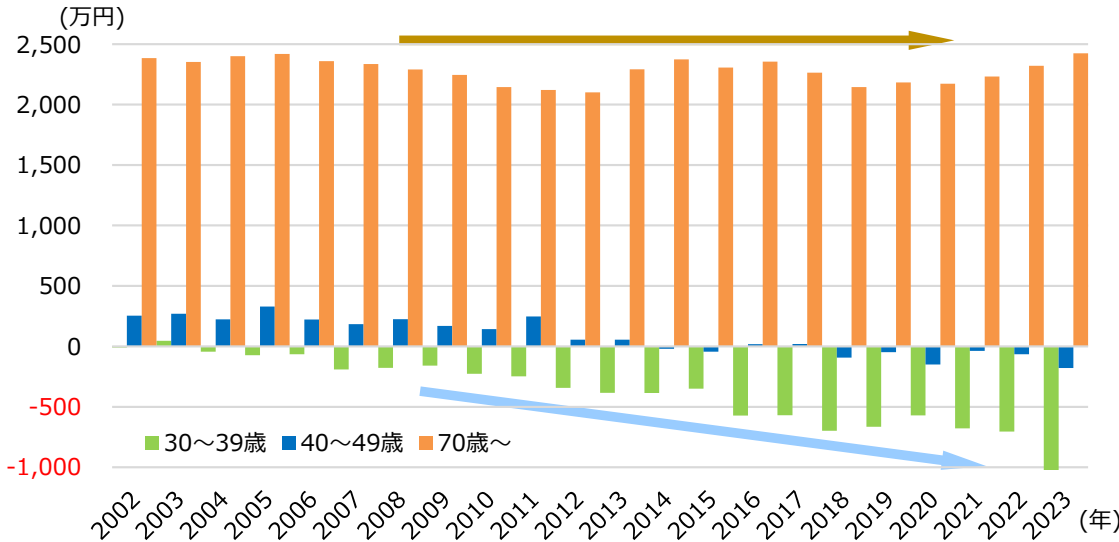
今後の主な改革の方向性

- **年齢ではなく能力に応じた負担**
 - 金融所得の勘案
 - 金融資産等の取扱い
 - 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
- **患者負担等の見直し（入院時の食費の基準の見直し等）**

○ 世帯ごとに事情が異なることには留意が必要であるが、①貯蓄から負債を引いた額の高齢者世帯での平均は、2,000万円以上で推移、②高齢者世帯の約3割は預貯金等の金融資産額が2,000万円以上、③モデル年金と同程度の収入がある高齢者世帯の年間の収支状況は黒字となっている。

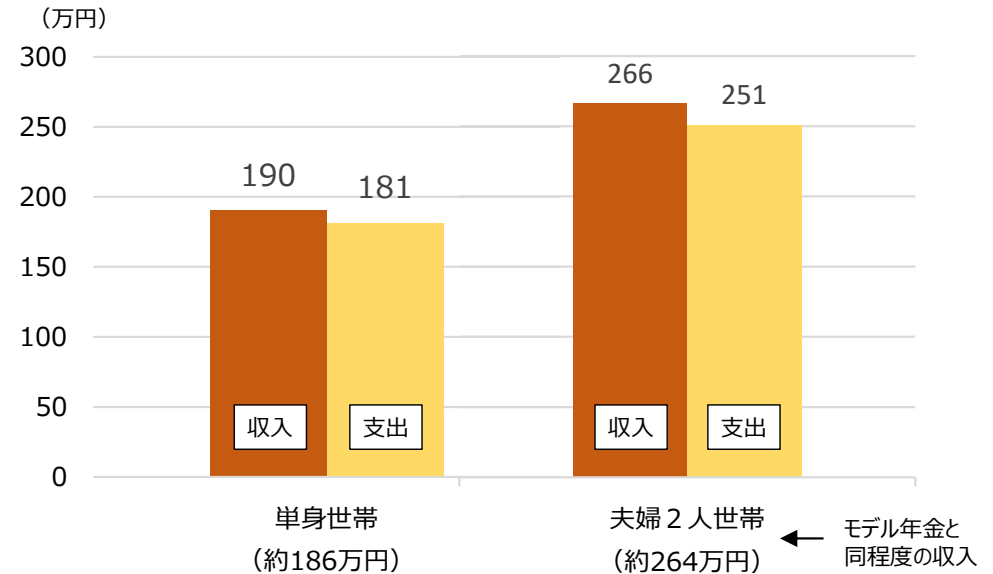
【① 貯蓄額－負債額】

平均的な高齢者世帯の貯蓄から負債を引いた額は2,000万円以上で推移



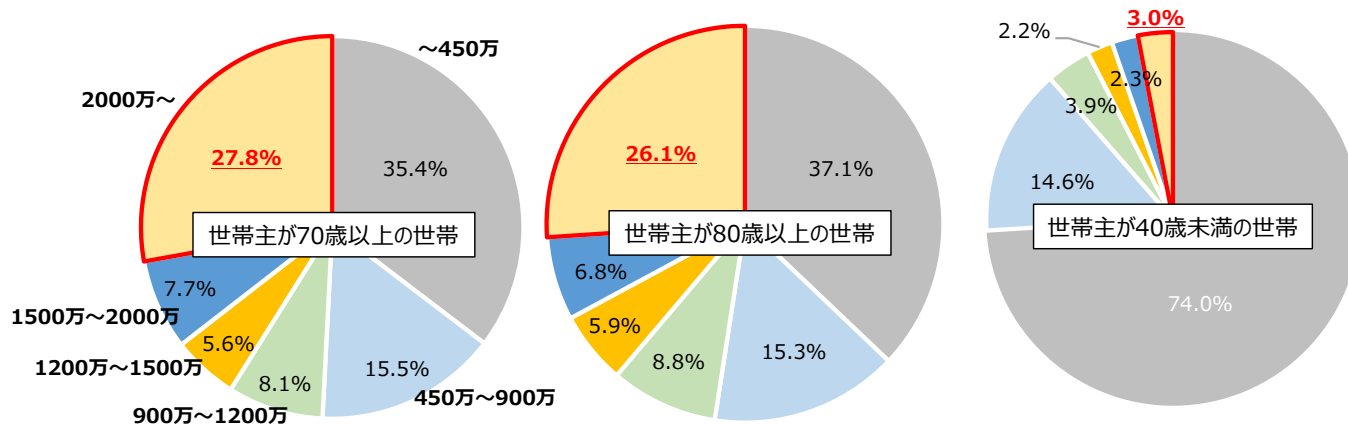
【③ 75歳以上世帯の収支状況】

モデル年金と同程度の収入がある高齢者世帯の年間の収支状況は黒字



【② 金融資産残高別の世帯割合】

高齢者世帯の約3割は預貯金等の金融資産額が2,000万円以上



【① 貯蓄額－負債額】

(出所) 総務省「家計調査」
(注) 2人以上世帯。貯蓄額については、負債を有しない世帯も含み、グラフの凡例は、世帯主の年齢による。

【② 金融資産残高別の世帯割合】

(出所) 総務省「2019年全国家計構造調査」
(注) 総世帯に係る金額であり、負債は含まない。

【③ 75歳以上世帯の収支状況】

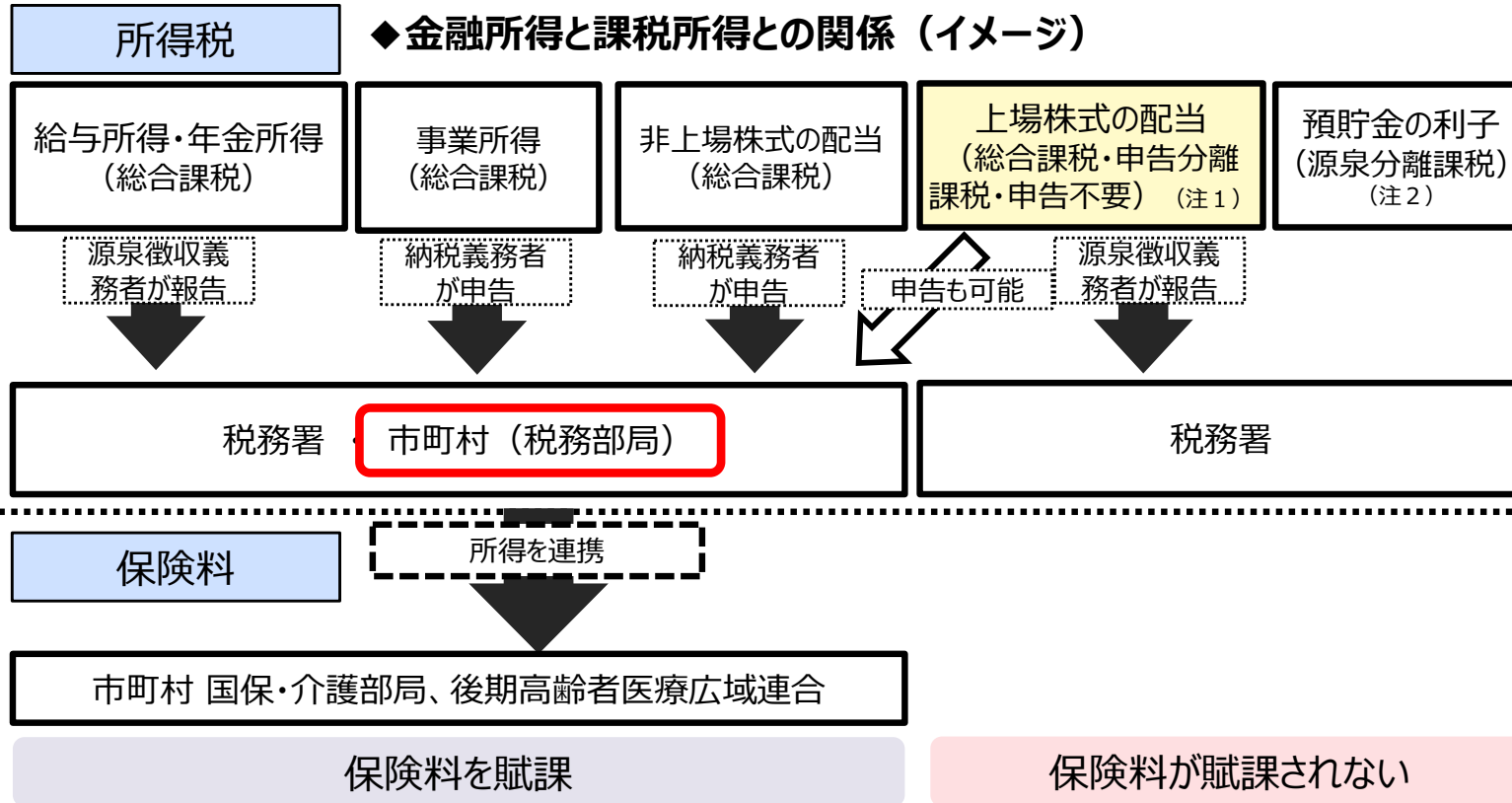
(出所) 第109回厚生労働省社会保障審議会介護保険部会(2023.12.7)資料
(注1) モデル年金と同程度の収入は、厚生労働省が公表している2022年度における年金月額から概算した数値。単身世帯については、モデル年金から1人分の老齢基礎年金を除いて算出している。また、両世帯ともに厚生労働省老健局作成資料における年取額のうち最も近いものを引用している。

(注2) 支出額には、住居費、食料費、保健医療費等の消費支出のほか、租税及び社会保険料などの非消費支出も含んでいる。

- 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。

(参考) 全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋(改革工程) (2023年12月22日閣議決定)

- ・ 国民健康保険制度、後期高齢者医療制度及び介護保険制度における負担への金融所得の反映の在り方について、税制における確定申告の有無による保険料負担の不公平な取扱いを是正するため、どのように金融所得の情報を把握するかなどの課題も踏まえつつ、検討を行う。



(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

【改革の方向性】(案)

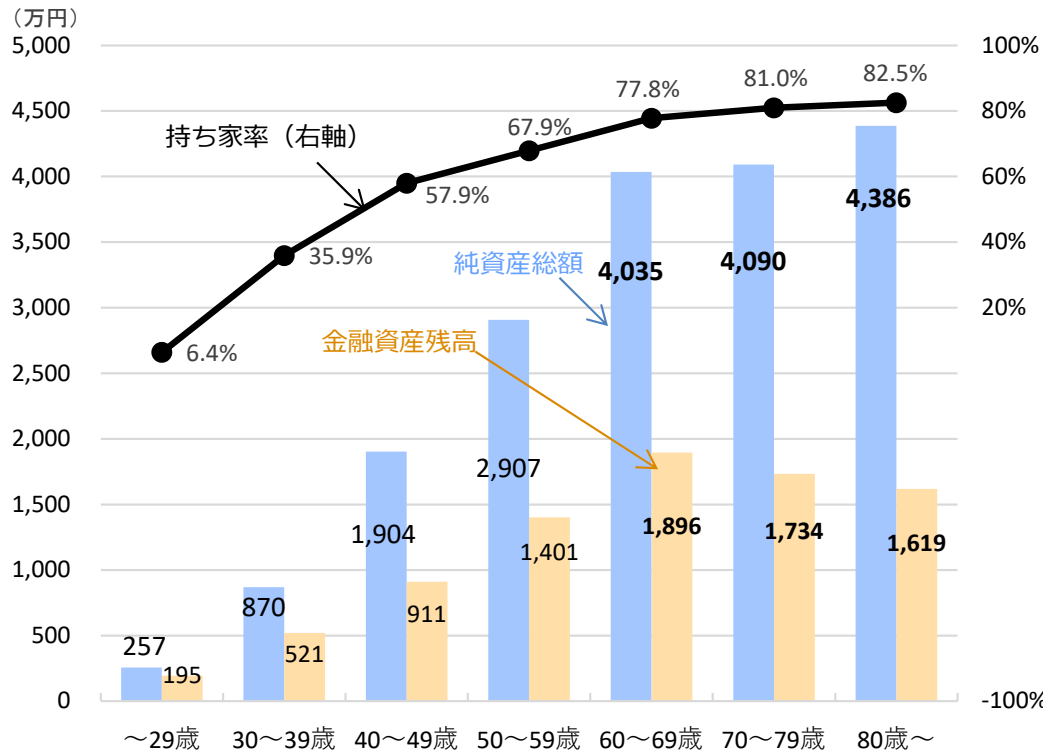
- 現在保険料の賦課対象とされていない金融所得のうち、本人の選択によって保険料の賦課対象となるかどうかが変わり得るもの(上場株式の配当など。預貯金の利子などは含まれない。)については、公平性の観点から、保険料の賦課ベースに追加し、負担能力の判定においても活用する仕組みについて検討すべき。
- その際、NISAなどの非課税所得(NISA口座で管理される金融資産は1,800万円(簿価残高)まで非課税)は、保険料においても賦課対象としないことを前提とする必要がある。

- 高齢者は、現役と比べて平均的に所得水準は低い一方、貯蓄現在高は高い。また、低所得であっても相当の金融資産を保有する高齢者も存在。しかし、（介護保険での補足給付を除き）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。

（参考）全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）（2023年12月22日閣議決定）

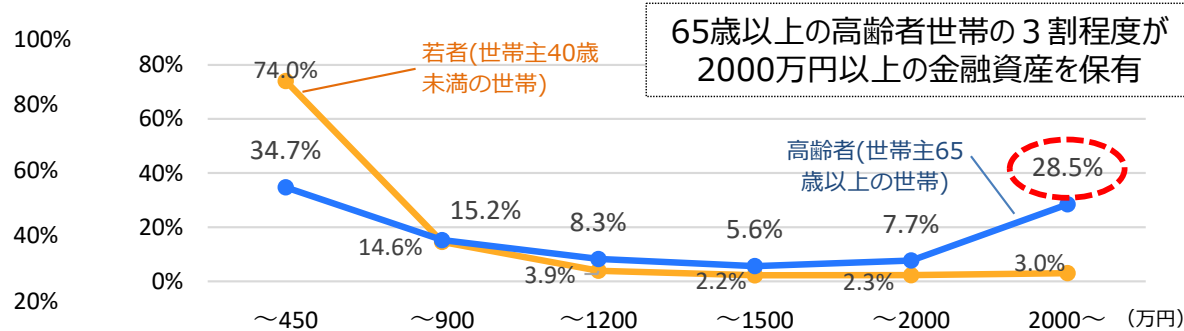
- ・ 預貯金口座へのマイナンバー付番の状況等を踏まえつつ、資産運用立国に向けた取組や国民の安定的な金融資産形成の促進などにも配慮しながら、医療・介護保険における負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方について検討を行う。介護保険の補足給付の仕組みがあるところ、医療保険では、保険給付と補足給付の仕組みの差異や、加入者数が多く保険者等の事務負担をどう考えるかといった指摘があることも踏まえ、検討を行う。

＜世帯主の年齢階級別資産残高＞



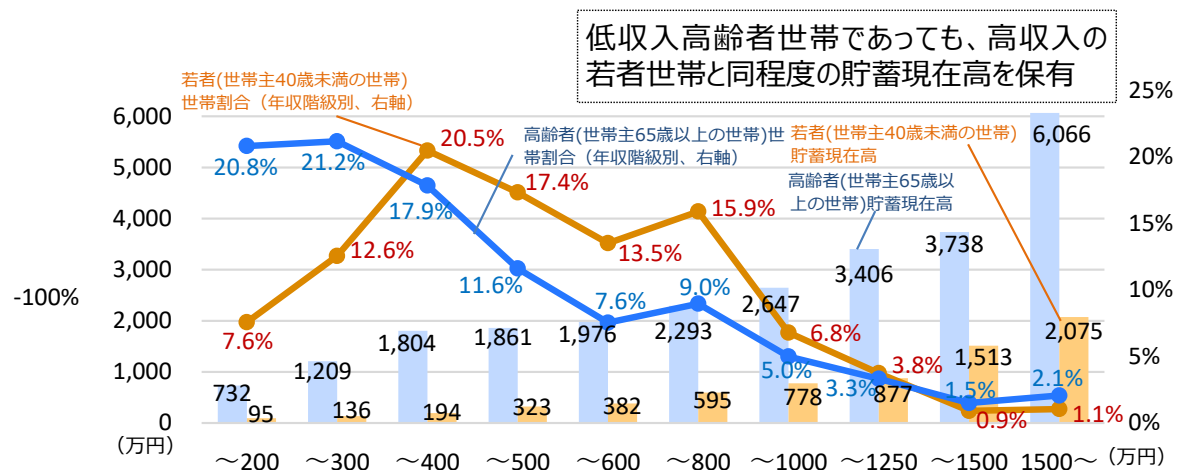
（出所）総務省「2019年全国家計構造調査」、総務省「2018年住宅・土地統計調査」
 （注1）金融資産残高には負債は含まない。
 （注2）純資産総額は、金融資産残高から負債を除き、住宅・宅地に係る資産を加えたもの。
 （注3）いずれも総世帯に係る金額。

＜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＞



65歳以上の高齢者世帯の3割程度が2000万円以上の金融資産を保有

＜高齢者世帯・若者世帯の年収階級別貯蓄現在高、世帯割合＞



低収入高齢者世帯であっても、高収入の若者世帯と同程度の貯蓄現在高を保有

【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、介護保険の補足給付との違いや保険者の事務負担等も踏まえつつ、金融資産を勘案する方策について早急に検討すべき。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。

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

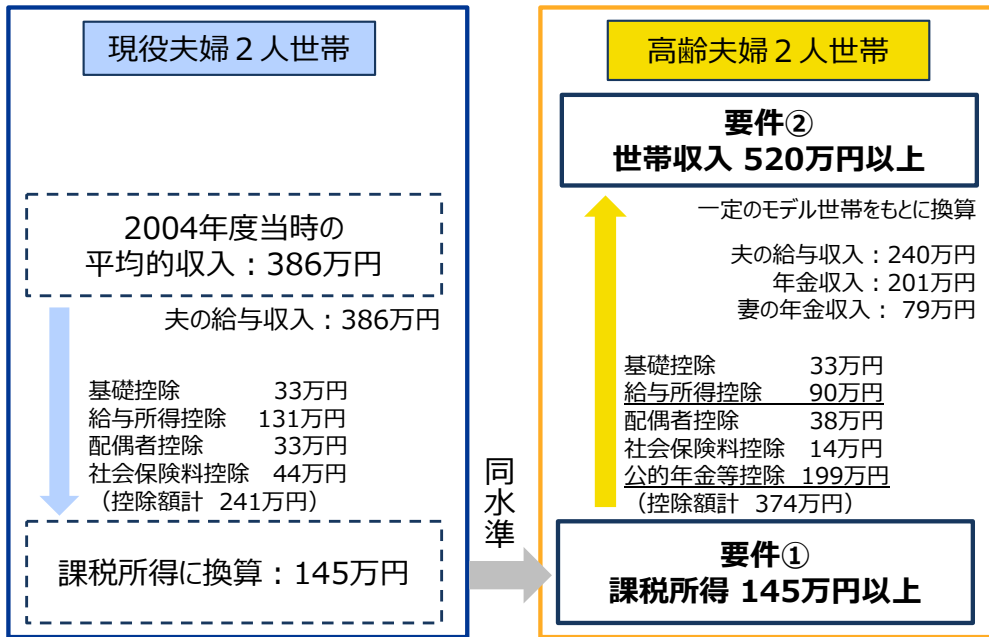
（参考）全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）（2023年12月22日閣議決定）

- ・ 年齢に関わりなく、能力に応じて支え合うという観点から、医療における「現役並み所得」の判断基準の見直し等について、検討を行う。「現役並み所得」の判断基準や基準額の見直しに当たっては、現役世代の負担が増加することや、2022年10月に施行された後期高齢者医療制度における窓口負担割合の見直し（一定以上所得のある者への2割負担の導入）の施行の状況等に留意する。

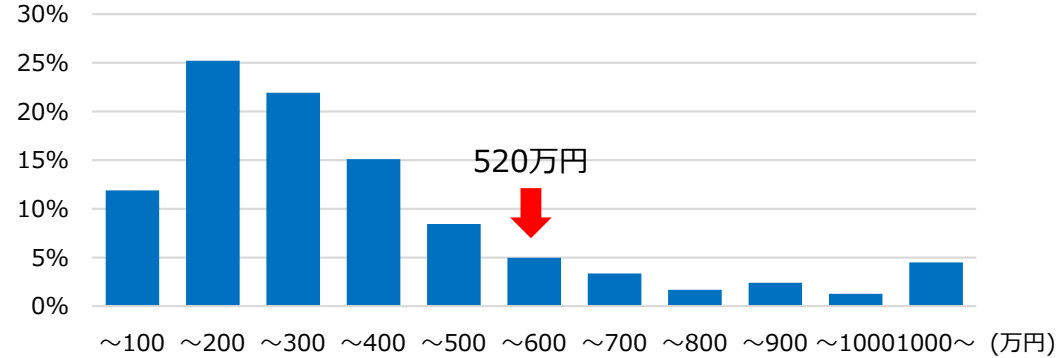
◆ 3割負担等の対象（現役並み所得以上）の判定方法

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。)

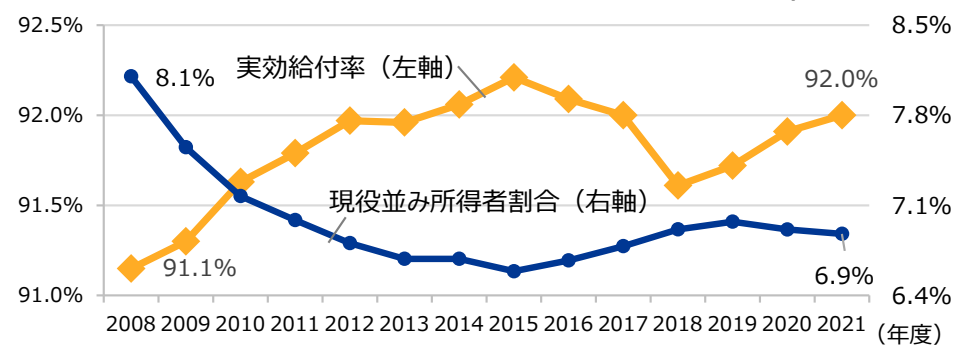


◆ 所得金額階級別の世帯数割合（世帯主：75歳以上）



(出所) 厚生労働省「国民生活基礎調査」(2023年)

◆ 「現役並み所得者」割合と実効給付率（後期高齢者医療制度）



(出所) 医療保険に関する基礎資料

【改革の方向性】（案）

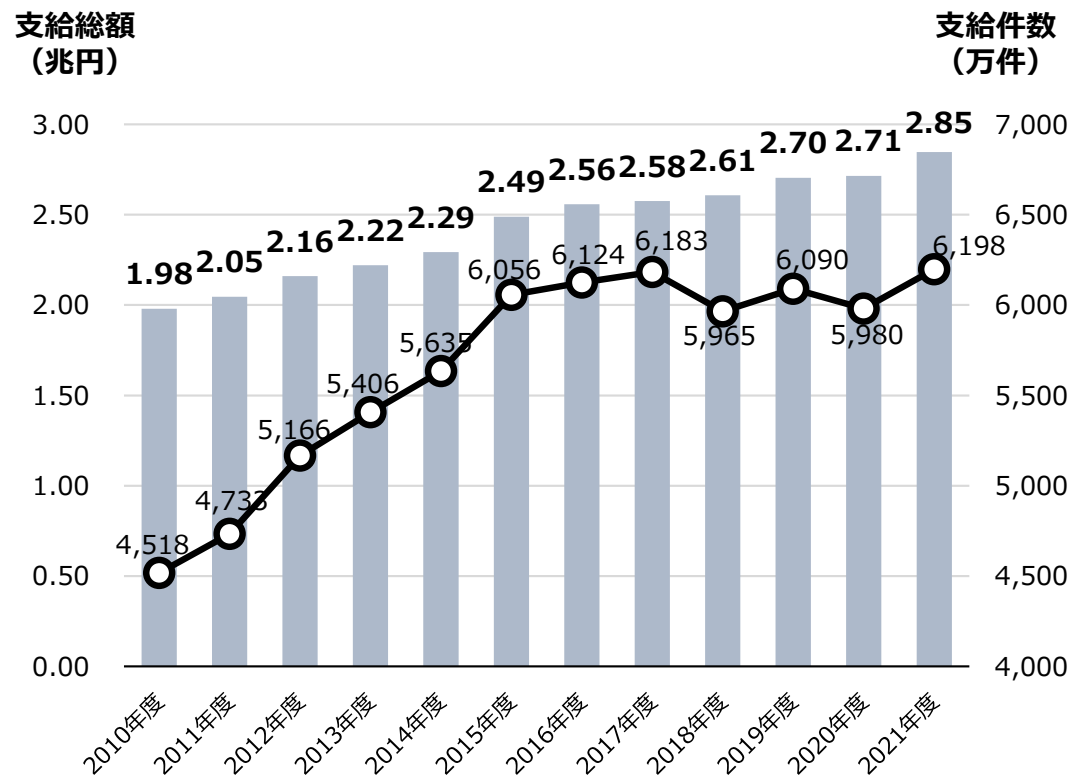
- 「現役並み所得者」の割合が実効負担率に影響することも踏まえ、「現役並み所得」の判定基準について、現役世代との公平性を図り、世帯収入要件について見直しを行うべき。

○ 高齢化や医療の高度化により医療費が増加しているが、高額療養費制度により患者負担が抑えられてきたことなどにより、患者の実効負担率が低下している。

(参考) 全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋(改革工程) (2023年12月22日閣議決定)

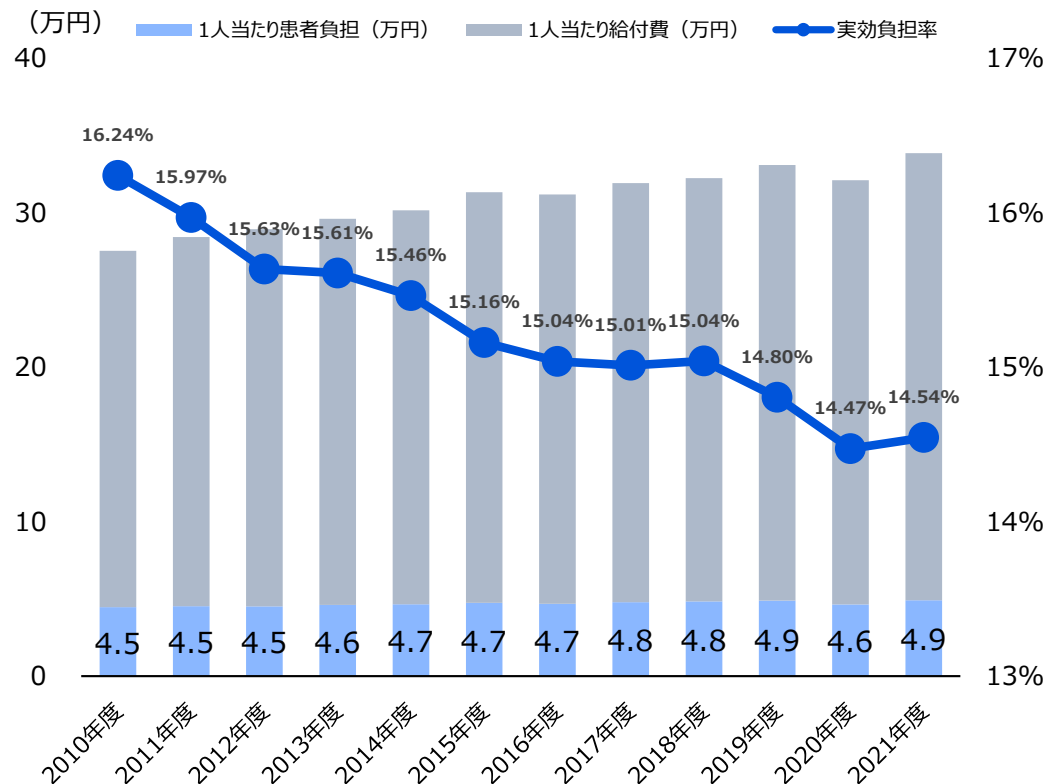
・「新経済・財政再生計画 改革工程表2022」において「世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点からの検討」を行う事項として位置付けられている高額療養費制度の在り方について、賃金等の動向との整合性等の観点から、必要な見直しの検討を行う。

◆ 高額療養費の推移



(出所) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」(年次報告)を基に作成。

◆ 実効負担率と1人当たり給付費・患者負担の推移



(出所) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」(年次報告)を基に作成。

【改革の方向性】(案)

○ 高額療養費制度については、世代間・世代内での負担の公平化を図り、負担能力に応じた負担を求めることを通じ、現役世代をはじめとする被保険者の保険料負担の軽減を図る観点から、物価・賃金の上昇など経済環境の変化も踏まえ、必要な見直しを検討すべき。

質の高い医療の効率的な提供

- 公定価格の適正化
- 費用対効果評価に基づく給付
- 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等
- 保険者機能の発揮
- 国保組合に対する財政支援の在り方の見直し
- 職種別の給与を含めた医療機関の診療・経営情報の更なる見える化
- 医療DX

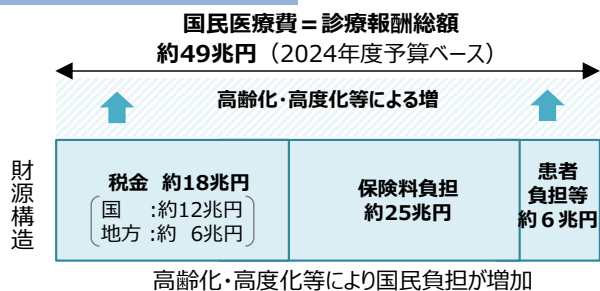
保険給付範囲の在り方の見直し

- 薬剤の自己負担の引上げ
 - 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
- 医療費単価が増加する一方、支え手となる現役世代が減少するなかで、実効給付率に着目した、支え手の負担軽減につながる仕組みの導入
- 患者負担等の見直し（入院時の食費の基準の見直し、入院時の部屋代 等）

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
 - 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
- 高齢者が益々活躍することのできる長寿社会にふさわしい高齢者医療制度の在り方の見直し
- 後期高齢者医療制度における現役世代からの支援金に係る負担増の更なる抑制
- コロナ関連債務について、現在の世代で返済を開始するために、医療サービスの受給と紐づいた債務返済の仕組みの構築

医療費の構造



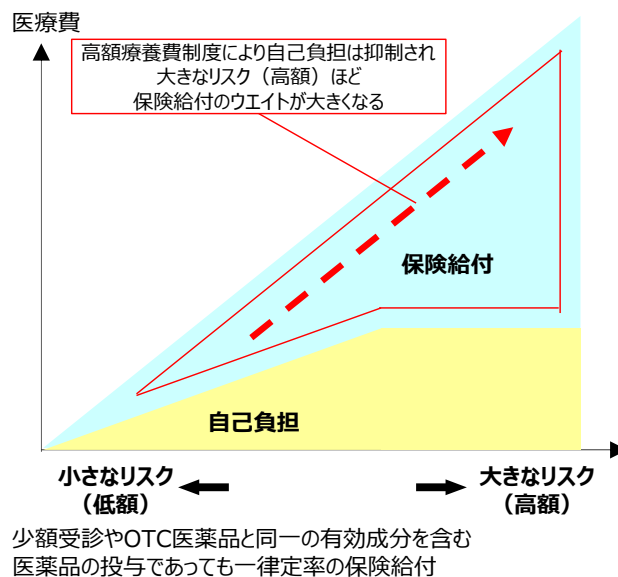
診療報酬を▲1%適正化した場合

約▲4,900億円の医療費の抑制

国民負担の軽減
(税金、保険料、患者負担)
||
医療機関の収入減

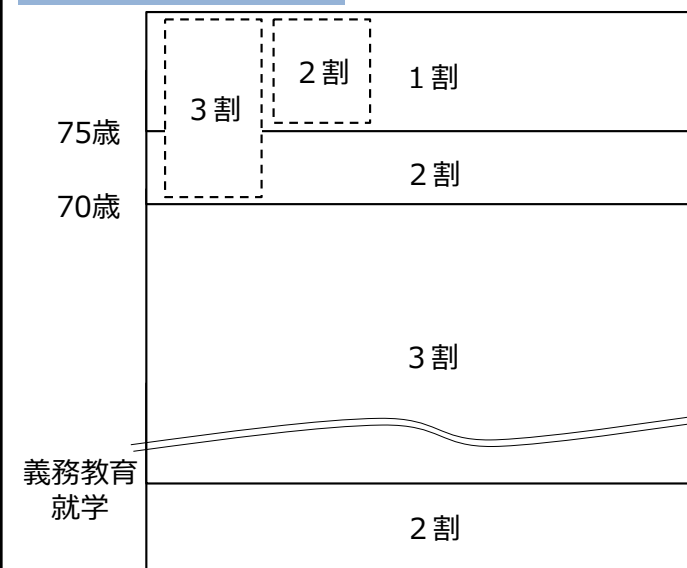
税金 約▲1,800億円 国 : 約▲1,200億円 地方 : 約▲600億円	保険料負担 約▲2,500億円	患者負担等 約▲600億円
---	-----------------	---------------

現状の保険給付のイメージ



医療費の窓口自己負担

2022年10月～



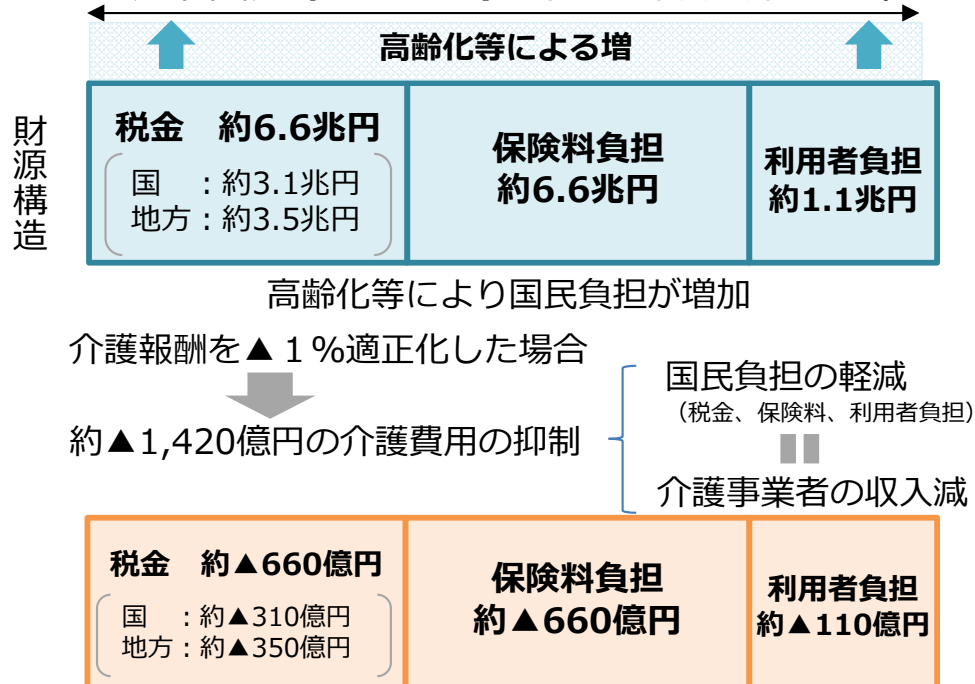
- 介護費用の総額は、高齢化等の要因により毎年増加。こうした中、引き続き、必要な介護サービスを提供しつつ、国民負担を軽減する観点から、報酬の合理化・適正化等を進めていく必要。

介護費用の構造

総費用と保険料（第1号）の推移



介護費用 約14.2兆円（2024年度予算ベース）



これまでに取り組んできた主な事項

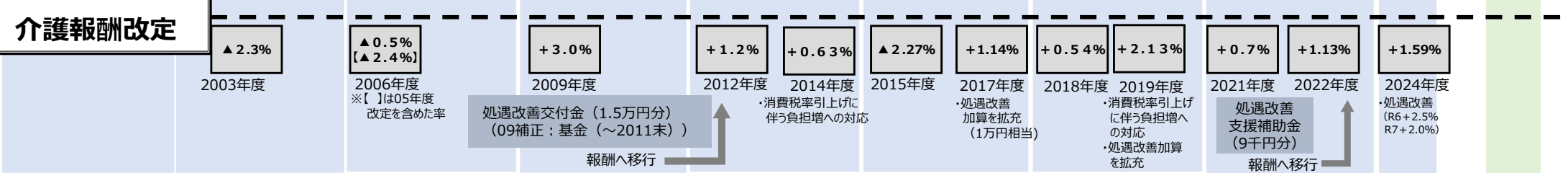
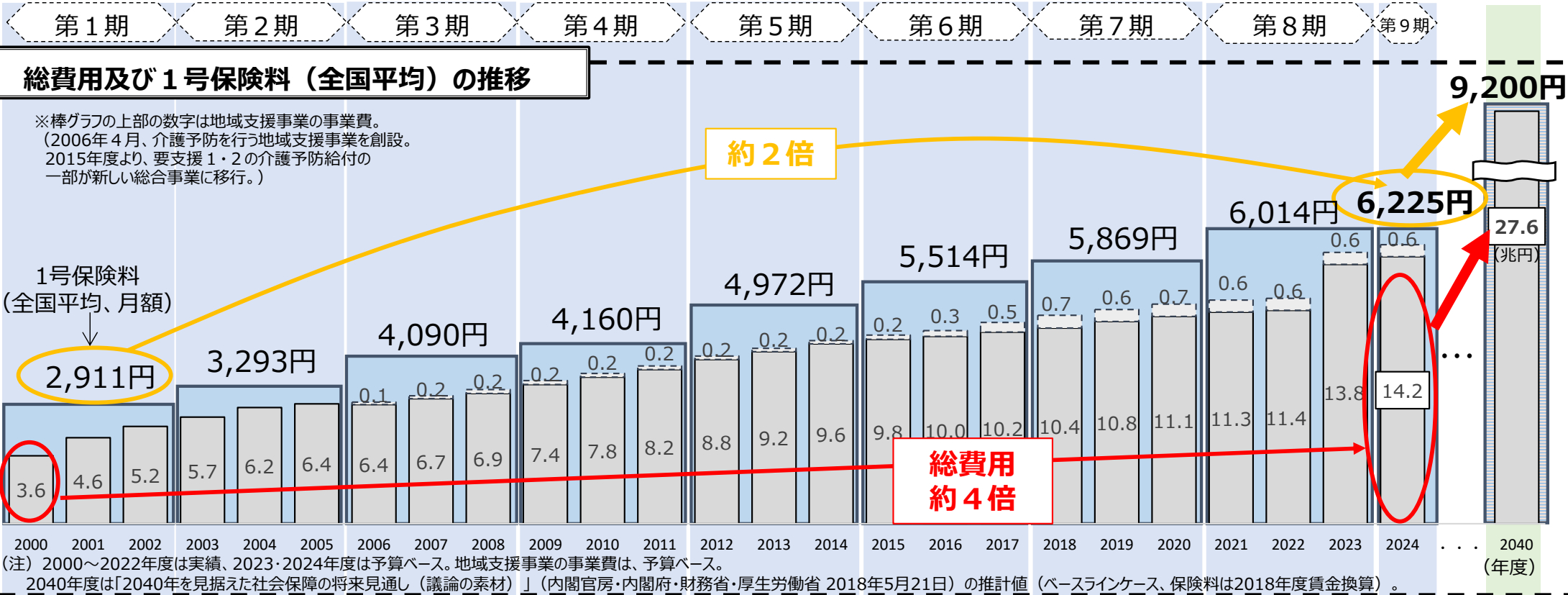
- 介護報酬本体
 - ・ 収支状況等を反映した適正化
- 介護納付金の総報酬割の導入
 - ・ 各医療保険者の介護納付金について、加入者数ではなく、報酬額に比例した負担へと段階的に移行
- 利用者負担の見直し
 - ・ 所得に応じた2割負担、3割負担の導入
- 保険給付範囲の在り方の見直し
 - ・ 多床室の室料負担（特養）の導入

今後の主な改革の方向性

- 生産性の向上によるサービスの質の確保と職場環境改善
 - ・ 高齢化等に伴う事業者の収益増等が処遇改善（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
 - ・ 利用者負担の範囲の見直し、軽度者に対する生活援助サービス等の地域支援事業への更なる移行等

介護保険費用の推移

○ 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。



- 介護保険制度については、これまでも給付の適正化等の改革を実施してきたが、一人当たり介護給付費が急増する85歳以上人口が増加を続けることや、現役世代（支え手）の減少を見据え、以下の3つの視点から制度の持続性確保のための見直しを進めることで、中長期的に増大する介護需要に応えられる体制を構築していく必要。

保険給付の効率的な提供

◆ これまでに取り組んできた主な事項

- サービス付き高齢者向け住宅等における利用者の囲い込み・画一的なケアプラン是正
 - ・ 訪問介護・居宅介護支援の同一建物減算の導入
- 要支援者の訪問・通所介護の地域支援事業への移行
 - ・ 2018年3月末に移行完了
- 頻回のサービス利用についてのケアプランチェック
 - ・ 2018年10月より導入
- インセンティブ交付金の活用
 - ・ アウトカム指標への配点重点化、評価結果の「見える化」等の見直し等

◆ 今後の改革の主な方向性

- 生産性の向上（ICT機器を活用した人員配置の効率化、経営の協働化・大規模化）
- 高齢者向け住まい等の報酬体系の見直し
- 人材紹介会社の規制強化
- 軽度者に対する生活援助サービス等の地域支援事業への更なる移行
 - ・ 生活援助サービスに関するケアプラン検証の見直し

保険給付範囲の在り方の見直し

- 特別養護老人ホームの重点化
 - ・ 2015年4月より、入所者を原則として要介護度3以上の高齢者に限定
- 福祉用具・住宅改修に係る給付の適正化
 - ・ 2018年10月より、福祉用具等の価格の上限を設定
 - ・ 2024年度より、一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制を導入等

- ケアマネジメントの利用者負担の導入
- 福祉用具の貸与と販売の選択制導入等の効果検証
- 多床室の室料負担の更なる見直し
- 保険外サービスの活用

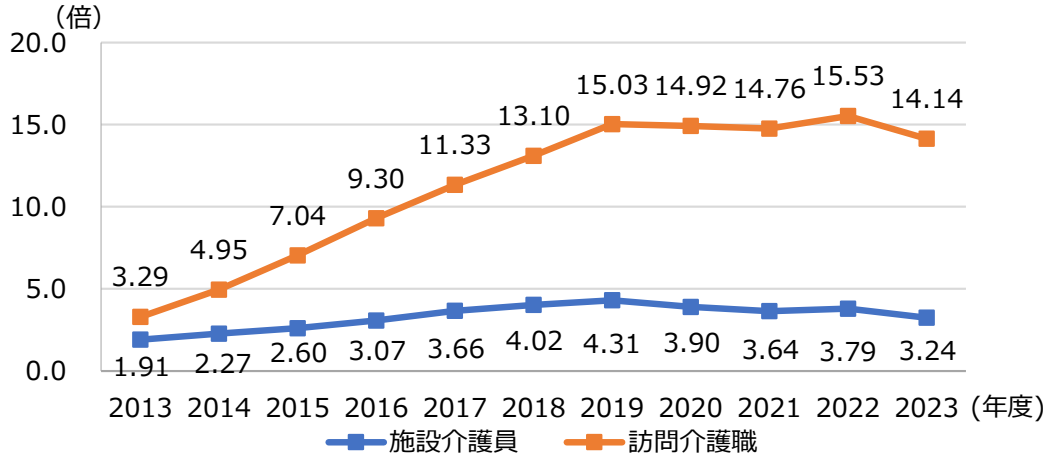
高齢化・人口減少下での負担の公平化

- 利用者負担の引上げ
 - ・ 所得額に応じて、2割負担、3割負担を導入
- 補足給付の要件見直し
 - ・ 2015年8月に預貯金等を勘案する資産要件を追加
- 介護納付金（2号保険料）の総報酬割導入
 - ・ 2017年8月分より、段階的に移行し、2020年度に全面移行
- 1号保険料負担の見直し
 - ・ 2024年度より、所得再分配機能を強化等

- 利用者負担の更なる見直し
 - ・ 2割負担の範囲の見直し
 - ・ 金融資産、金融所得の勘案

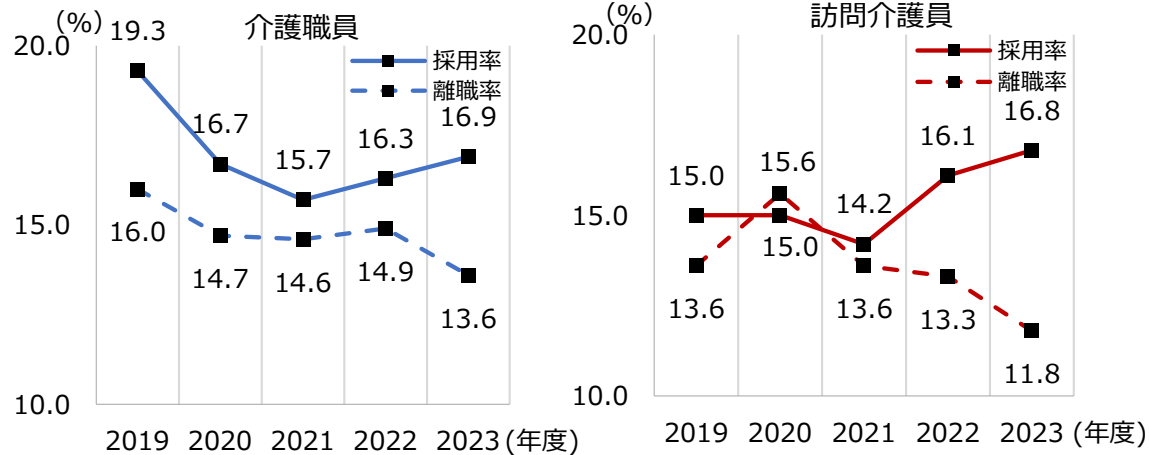
- 介護人材の人手不足については引き続き厳しい状況にある中、足下では入職超過となり、離職率は低下。
- 高齢化・人手不足等を理由とした倒産が増加する一方で、新設法人は増加を続けており、差し引きで介護事業者は増加している。

◆介護職員・訪問介護員の有効求人倍率



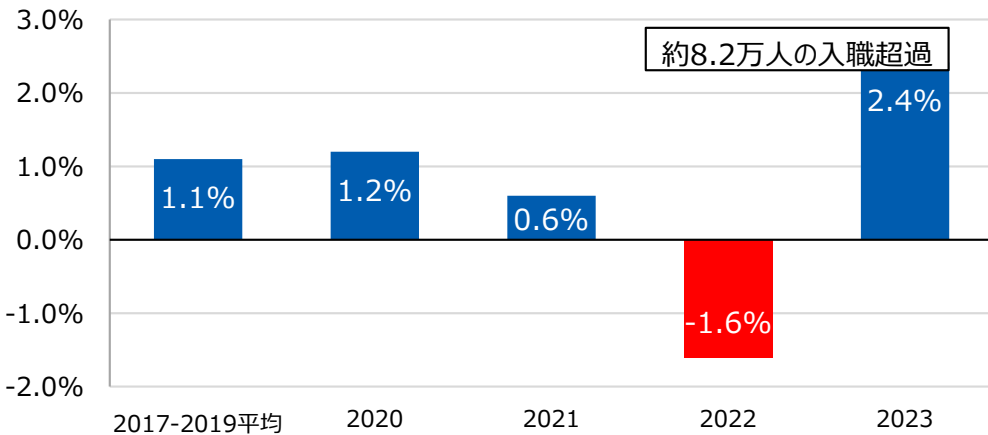
(出所) 厚生労働省 第242回社会保障審議会介護給付費分科会 (2024年9月12日)
資料2「訪問介護事業への支援について (報告)」

◆介護職員・訪問介護員の採用率・離職率の経年推移 (5力年)



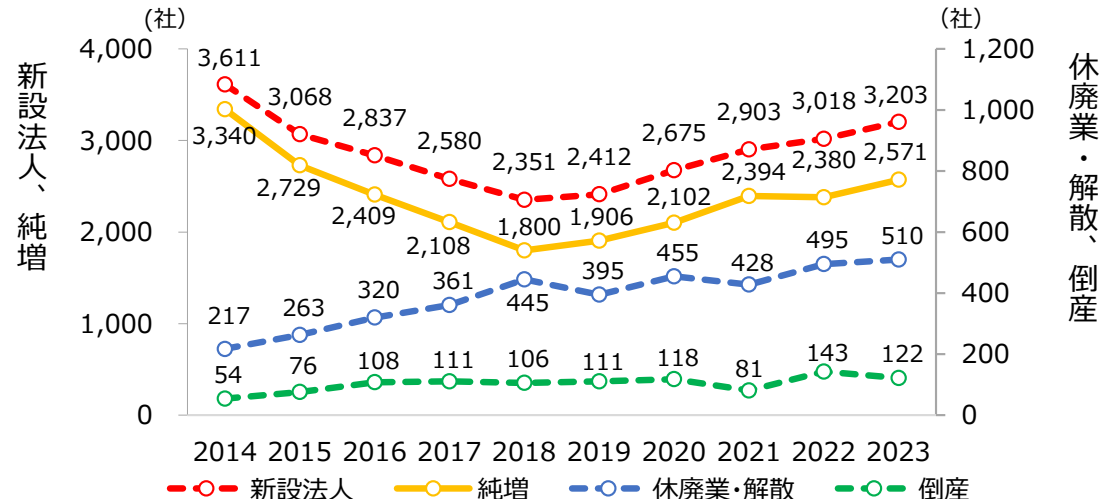
(出所) 厚生労働省 第242回社会保障審議会介護給付費分科会 (2024年9月12日)
資料2「訪問介護事業への支援について (報告)」

◆介護等分野の入職超過率 (入職率 - 離職率) の推移



(出所) 厚生労働省「雇用動向調査」より作成
(注) 「介護等分野」は、「社会保険・社会福祉・介護事業」

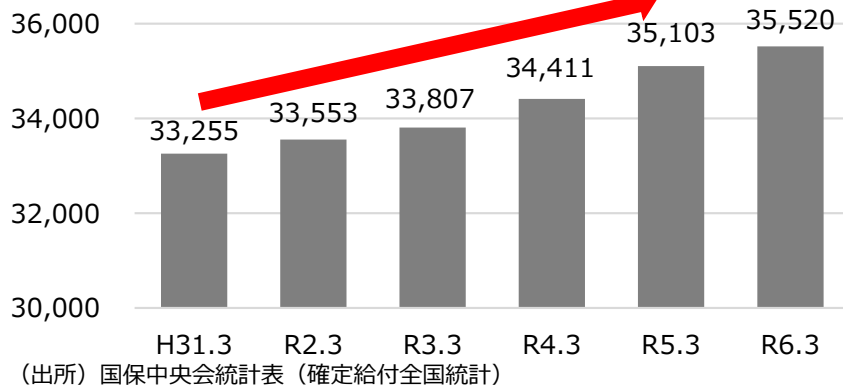
◆介護事業者新設、休廃業・解散、倒産の状況



(出所) 東京商工リサーチ 2023年「老人福祉・介護事業者」新設法人調査を元に作成
(注) 「純増」数は、「新設法人」数から「休廃業・解散」「倒産」数を引いたもの

- 訪問介護事業者については、倒産件数が増加しているという指摘があるが、施設事業に比べ新規参入も容易であり、事業所数は増加。
- 令和6年度報酬改定においては、他のサービスに比べ介護職員以外の比率が低いという特性から、高い処遇改善加算率を措置。
- 新規入職希望者が少ないことについては「一人で利用者に対応することへの不安」等、訪問介護事業特有の理由があげられている。

◆訪問介護事業所数の推移

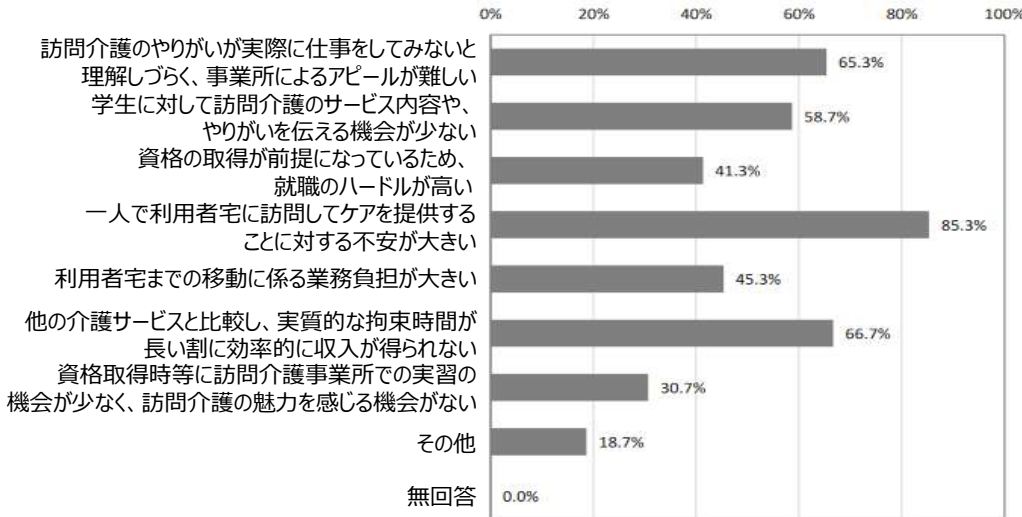


◆令和6年度報酬改定におけるサービス区分ごとの処遇改善加算率の例

サービス区分	介護職員等処遇改善加算			
	I	II	III	IV
訪問介護・夜間対応型訪問介護・定期巡回・随時対応型訪問介護看護	24.5%	22.4%	18.2%	14.5%
訪問入浴介護	10.0%	9.4%	7.9%	6.3%
通所介護・地域密着型通所介護	9.2%	9.0%	8.0%	6.4%
認知症対応型共同生活介護	18.6%	17.8%	15.5%	12.5%
介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設・短期入所生活介護	14.0%	13.6%	11.3%	9.0%
介護老人保健施設・短期入所療養介護(介護老人保健施設)	7.5%	7.1%	5.4%	4.4%
介護医療院・短期入所療養介護(介護医療院)・短期入所療養介護(病院等)	5.1%	4.7%	3.6%	2.9%

※ 令和6年度報酬改定においては、介護職員の賃上げのみならず、介護職員以外の職員の賃上げが可能とするよう対応。介護職員については処遇改善加算で措置する一方で、介護職員以外の賃上げについては基本報酬で対応。

◆訪問介護事業所への就業希望者が少ない理由として考えられること



(出所) 令和3年度老人保健健康増進等事業「訪問介護事業のサービス提供体制の見直しに関する調査研究事業」(株式会社浜銀総合研究所) 回答事業所数75



訪問介護特有の要因を踏まえた対応が必要

(対応例)

- 処遇改善加算の取得ハードルが高い小規模事業所に対する加算取得・職場環境改善支援
- 離島・中山間地など移動に係る業務負担が大きい地域に配慮した施策
- 介護業界団体や都道府県労働局等と連携した、職業説明会や職場見学会・体験会等の開催
- 介護のやりがいや実際のケアのイメージなどを広報する取組
- 新規採用ヘルパーへの職員同行支援に係るかかり増し経費の支援 等

【改革の方向性】(案)

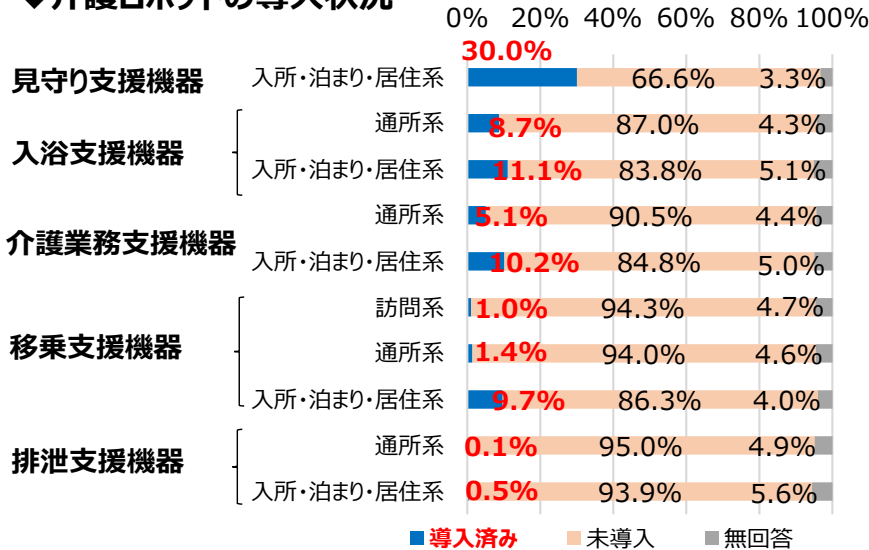
- 訪問介護事業については、引き続き処遇改善加算の確実な取得を促しつつ、人手不足に対しては現場のニーズ等を踏まえた人材確保策を推進すべき。

- 日本全体で**労働力の確保**が課題となる中、限られた介護人材を有効活用し、**生産性を向上**させることは喫緊の課題。**増大し続ける介護ニーズ**に対応していくため、**ICT機器を活用した人員配置の効率化や経営の協働化・大規模化**を強力に進めていくことが不可欠。

(参考) 全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋(改革工程)(2023年12月22日閣議決定)

「より多くの事業所で、サービスの質を高めつつ、介護職員の負担軽減や事務の効率化を図るため、KPIを設定し、生産性向上に向けた取組を推進する。(中略)あわせて、ICT化による生産性向上等を踏まえて、介護付き有料老人ホーム以外の介護施設(特別養護老人ホーム等)についても、今後の実証事業によって、介護ロボット・ICT機器の活用等による人員配置基準の特例的な柔軟化が可能である旨のエビデンスが確認された場合は、次期介護報酬改定を待たずに、社会保障審議会介護給付費分科会の意見を聴き、人員配置基準の特例的な柔軟化を行う方向で、更なる見直しの検討を行う。」

◆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(厚生労働省2022年度調査結果)

◆効果測定事業の実証結果

○老健施設(夜間)

・業務時間：平均**29.3%減少**
(31.5分/人→22.3分/人)

・職員1人当たり対応可能な利用者
⇒ 平均**45.4%増加**

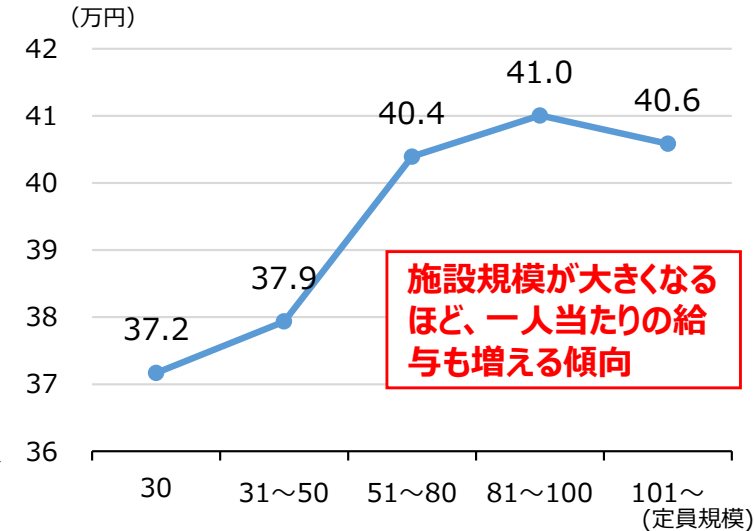
(出所) 介護給付費分科会資料(2023年11月30日)

○特養、老健施設等(昼間)

・介護福祉士の主要な直接介護業務時間
 > 日常的にICT活用している施設：262分
 > これまでICT活用していない施設：218分
 ⇒ **1.2倍**程度大きい

(出所) 介護給付費分科会資料(2020年11月9日)

◆特養における常勤職員1人当たり給与費



施設規模が大きくなるほど、一人当たりの給与も増える傾向

(出所) 厚生労働省「令和5年度介護事業経営実態調査」
 (※) 定員30名以上の広域型が対象。定員29名以下の地域密着型特養は37.1万円。

【2024年度介護報酬改定における見直し】

- **特定施設(介護付き有料老人ホーム等)**における人員配置基準の特例的な柔軟化 ⇒ 利用者数：介護職員数 = **3：1 → 3：0.9**
(ICT機器の利活用によりケアの質の確保や職員の負担軽減等が行われていること、などが要件)
- **介護老人保健施設**における**夜間**の人員配置基準の柔軟化 ⇒ 配置人員数 = **2人以上 → 1.6人以上**
(全ての利用者への見守りセンサーの導入、夜勤職員全員のインカム等のICT機器使用、などが要件)
 ※特養における夜間の人員配置基準の柔軟化については、2021年度介護報酬改定で既に見直し

【改革の方向性】(案)

- 2023年度補正予算で措置(351億円)した介護テクノロジー導入・協働化等支援事業等を活用し、ICT機器の導入・活用を引き続き推進するとともに、**経営の協働化・大規模化を早急に進める**べき。あわせて、**特養等における人員配置基準の更なる柔軟化**に引き続き取り組むべき。

○ 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、業務の効率化による職員の負担軽減や介護人材の確保・育成に取り組み、利用者満足度の向上や離職率の低下などの成果を上げている好事例も出ている。

◆働き方改革や人材確保・定着の取組例

【株式会社ウエルフェア三重】

- ・介護福祉士による「直接業務」とシルバー人材らによる「間接業務」の分業
- ・週休3日、夜勤専従、10時間勤務の導入 等



↑ 介護福祉士による直接業務 ↑ 非専門職による間接業務

（出所）令和6年度「労働経済白書」

【特別養護老人ホーム六甲の館】

- ・ノーリフティングケアによる腰痛対策
- ・利用者の状態に応じたテクノロジーの選択



睡眠状態	ほぼ寝たきり	やや動きあり	離床事故リスクあり
センサータイプ	バイタル (心拍・呼吸)	カメラ	カメラ
見守り機器			

（出所）令和6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

【地域密着総合ケアセンターきたおおじ】

- ・地域住民による非専門職「介護アテンド職」の導入
- ・社会福祉連携推進法人の設立による法人間連携による人材育成・確保



（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」取組事例集

【砧ホーム】

- ・介護テクノロジーの活用による利用者満足度の向上、残業時間の削減、離職者ゼロ



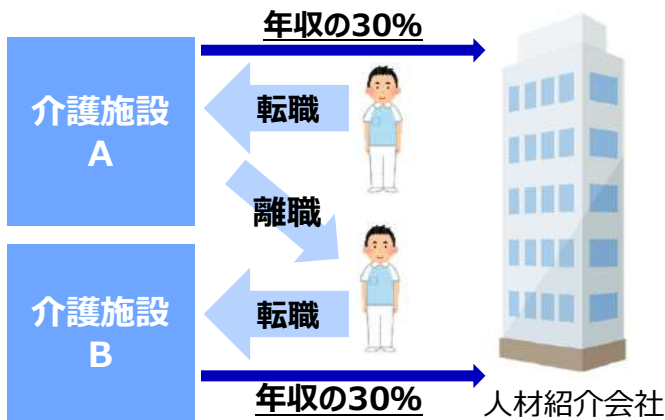
（出所）令和5年度「介護職員の働きやすい職場環境づくり内閣総理大臣表彰・厚生労働大臣表彰」取組事例集

【改革の方向性】（案）

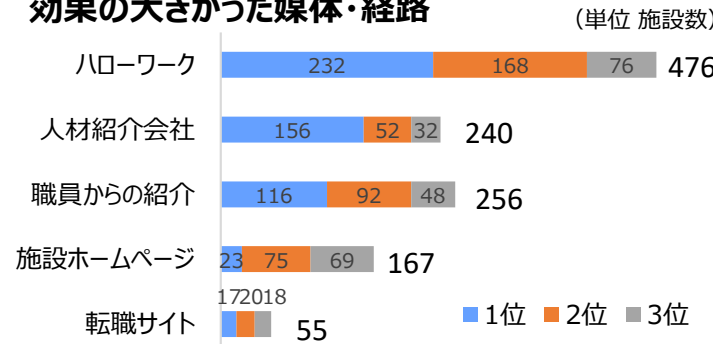
- 引き続き、処遇改善加算の取得促進とあわせて、好事例の横展開による職場環境の整備や生産性向上等に取り組むことで、人材の定着を推し進めるべき。

- 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な経費（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。
- 介護報酬は公費（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。また、介護分野は医療・保育と比べ、適正認定事業者（※）を通じた人材紹介の市場シェア率が低い。
※法令遵守をはじめ一定の基準を満たす適正な事業者として厚生労働省から認定を受けた職業紹介事業者
- 厚生労働省において、令和7年から規制強化の対応が行われる予定であり、その着実な推進が必要。そうした取組による効果も踏まえ、必要に応じ、更なる規制強化を検討する必要。

◆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) 独立行政法人福祉医療機構「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」(2023年)

◆介護従事者の離職率

※全産業の離職率：15.0%

	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%

(出所) 厚生労働省「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」(2019年)、「雇用動向調査結果」(令和4年)

◆集中的な指導監督結果等を踏まえた労働力需給調整機能強化のための追加的対応

1. 法令遵守徹底のためのルールと施行の強化

- お祝い金・転職推奨禁止の実効的確保
 ・職業紹介事業の許可条件に追加【令和7年1月～適用】
 (指導監督にも関わらず違反が継続・反復する場合に許可取消)
- 募集情報等提供事業に係る対応
 ・労働者の登録から就職・定着までの全ての過程における金銭等の提供を原則禁止

一部を除き令和7年4月～適用

2. 雇用仲介事業の更なる見える化

- 職種ごとの紹介手数料実績の見える化
 ・職業紹介事業者の手数料実績の公開義務化
- 違約金等に係るトラブルの対応
 ・募集情報等提供事業者の利用料金・違約金規約の明示義務化

(出所) 厚生労働省「労働政策審議会・職業安定分科会」(令和6年9月17日) 資料より要約

◆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	保育	
区分	医師	看護師	介護サービス	保育士
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)

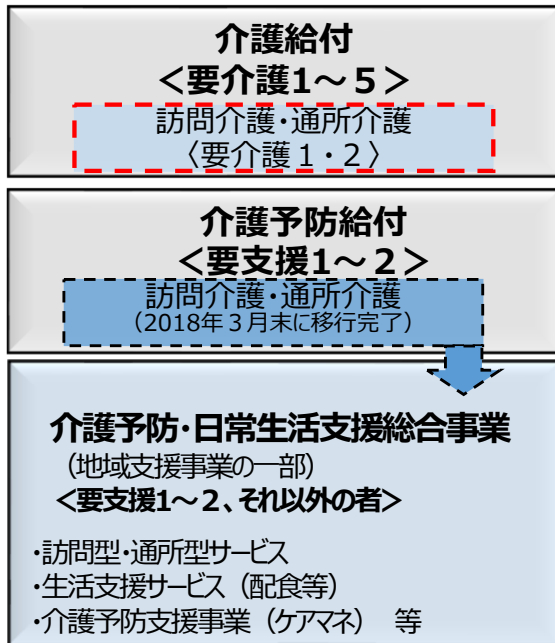
- 人材紹介会社に対する指導監督の強化により一層取り組むべき。また、ハローワークや都道府県等を介した公的人材紹介を充実させるべき。

- 要支援者に対する訪問介護・通所介護については、地域の実情に応じた多様な主体による効果的・効率的なサービス提供を行う観点から、地域支援事業へ移行（2018年3月末に移行完了）。
- 今後も介護サービスの需要の大幅な増加が見込まれる中、生活援助型サービスをはじめ、**全国一律の基準ではなく、人員配置や運営基準の緩和等**を通じて、**地域の実情**に合わせた**多様な人材や資源の活用**を図り、**必要なサービスを効率的に提供するための枠組みを構築する必要**。

（参考）全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）（2023年12月22日閣議決定）

「軽度者（要介護1及び2の者）への生活援助サービス等に関する給付の在り方については、介護サービスの需要が増加する一方、介護人材の不足が見込まれる中で、現行の介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）に関する評価・分析や活性化に向けた取組等を行いつつ、第10期介護保険事業計画期間の開始（2027年度）までの間に、介護保険の運営主体である市町村の意向や利用者への影響等も踏まえながら、包括的に検討を行い、結論を出す。」

◆ 介護給付と地域支援事業



サービスの種類・内容・人員基準・単価等が**全国一律**

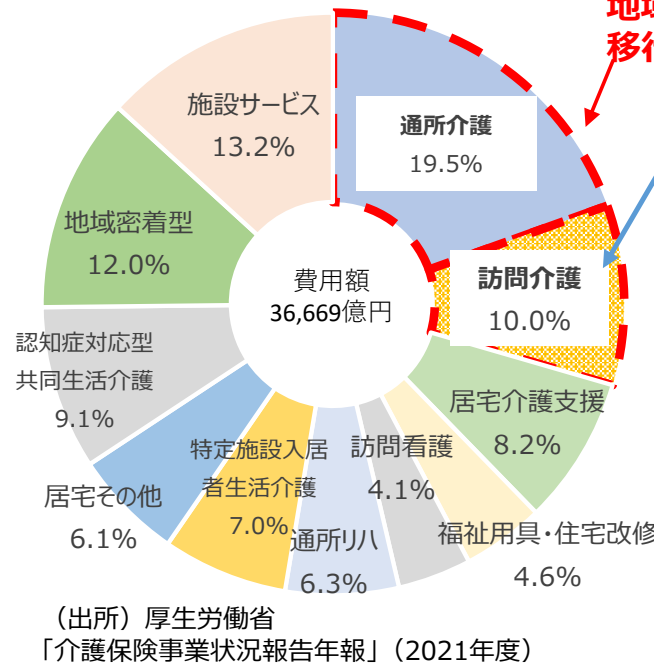
（例）介護職員2人以上
1人あたり3㎡以上

地域の実情に応じ、住民主体の取組など効果的・効率的なサービス提供を実施

（例）人員基準なし
(ボランティア可)
面積制限なし

（※）いずれも、財源構成は、国25%、都道府県12.5%、市町村12.5%、1号保険料23%、2号保険料27%。

◆ 要介護1・2への介護費用



地域支援事業に移行すべき

生活援助が多い
(調理、掃除、洗濯等)

- 介護職以外の地域住民や高齢者自身が担い手として参画することで、**介護の支え手確保**につながる。
- 柔軟な基準に基づくサービス提供（例：空き施設を活用した体操教室や通いの場、移動・買い物支援、スマホ操作支援等の生活サポート）により、**高齢者の社会参加**を促し、自立支援・重度化防止につながる。
- 事業者にとっても、保険外も含めて、軽度者向けに多様なサービスを提供することで、**ビジネス機会の拡大**につながる。

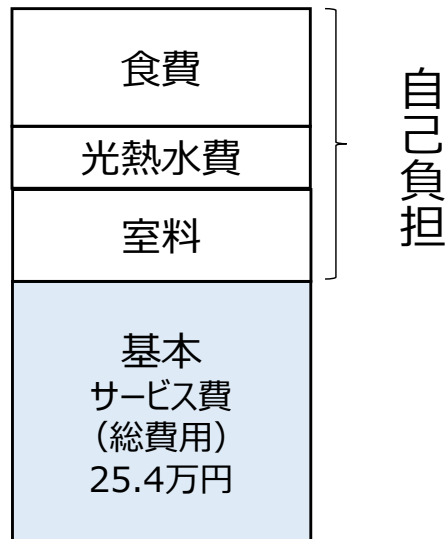
【改革の方向性】（案）

- 介護の人材や財源に限りがある中で、要介護者の中でも専門的なサービスをより必要とする重度の方へ給付を重点化していくとともに、生活援助等は地域の実情に応じて効率的に提供していく必要。このため、**軽度者（要介護1・2）に対する訪問介護・通所介護についても地域支援事業への移行**を目指し、段階的にでも、**生活援助型サービスをはじめ、地域の実情に合わせた多様な主体による効果的・効率的なサービス提供を可能にすべき**である。

- 介護施設の費用については、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、**介護老人保健施設・介護医療院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だった。**2024年度介護報酬改定において見直しが行われたが、新たに室料負担が導入された対象施設は一部に限定。

介護老人福祉施設（特養老人ホーム）

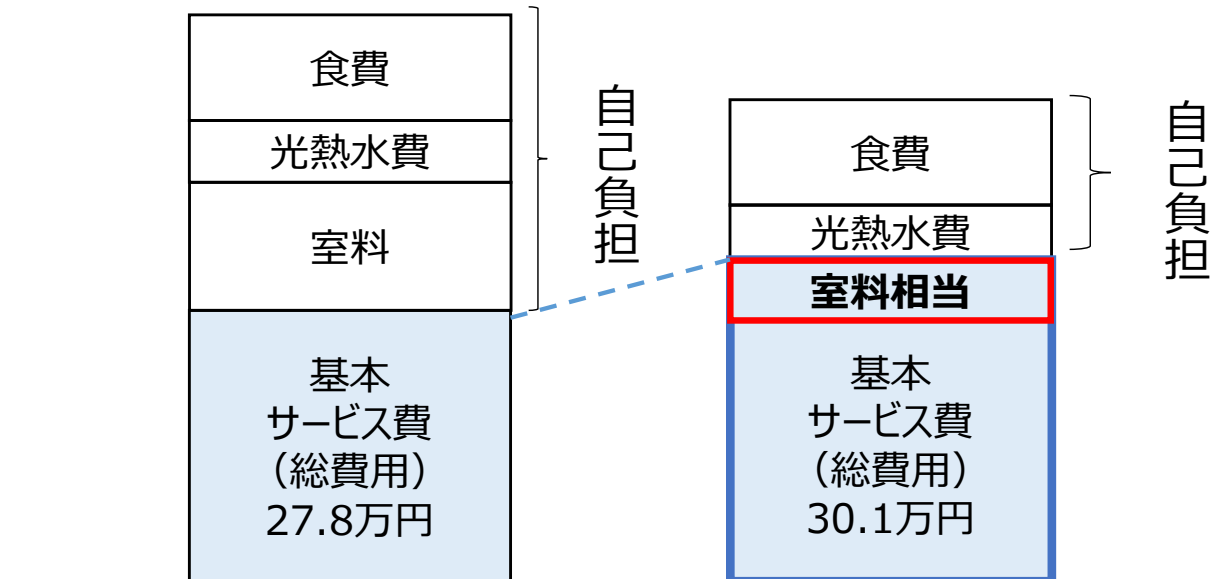
特養は2015年度改定で多床室の室料をサービス費から除外し、個室と多床室の報酬水準は同額。



個室・多床室

介護老人保健施設・介護医療院

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

(※) 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）

【2024年度介護報酬改定における見直し】

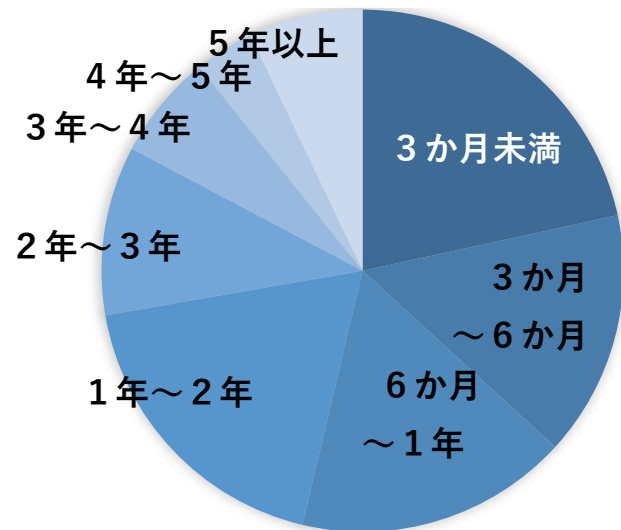
- **一部の老健施設・介護医療院**の多床室について、新たに室料負担を導入（月額8千円相当）
 - ・ 老健施設の**約6%**（「その他型」及び「療養型」のみ）、介護医療院の**約32%**（「Ⅱ型」のみ）と対象は限定的
 - ・ さらに、いずれも面積要件あり（**8㎡/人以上**に限られる）
- ⇒ **更なる見直しが必要**

- **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400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。

（参考）全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）（2023年12月22日閣議決定）

「令和6年度介護報酬改定で決定した、一部の介護老人保健施設及び介護医療院の多床室の室料負担の見直しを着実に実施する。その上で、引き続き、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、更なる見直しを含め必要な検討を行う。」

◆介護老人保健施設の在所日数別の利用者数（2022年10月時点）

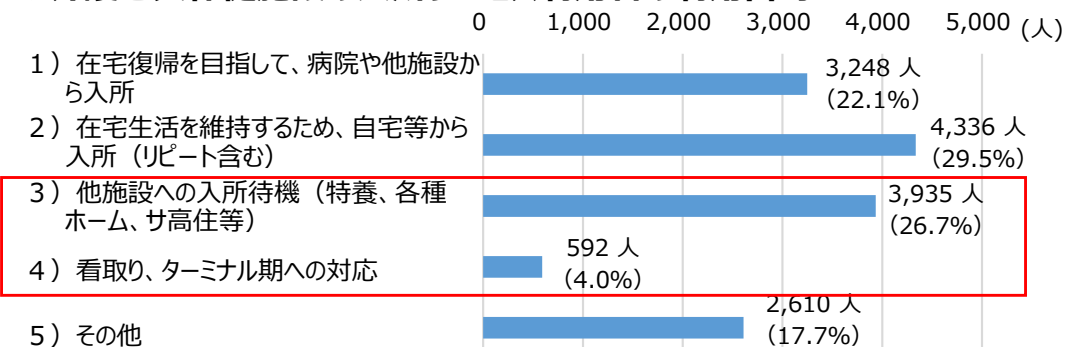


- 3か月を超えて入所している利用者：79%
- 6か月を超えて入所している利用者：63%
- 1年を超えて入所している利用者：47%

（出所）厚生労働省 2022年、2019年「介護サービス施設・事業所調査」

平均在所日数
 2019年：約310日
長期化 ↓
 2022年：約404日

◆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」（2022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%

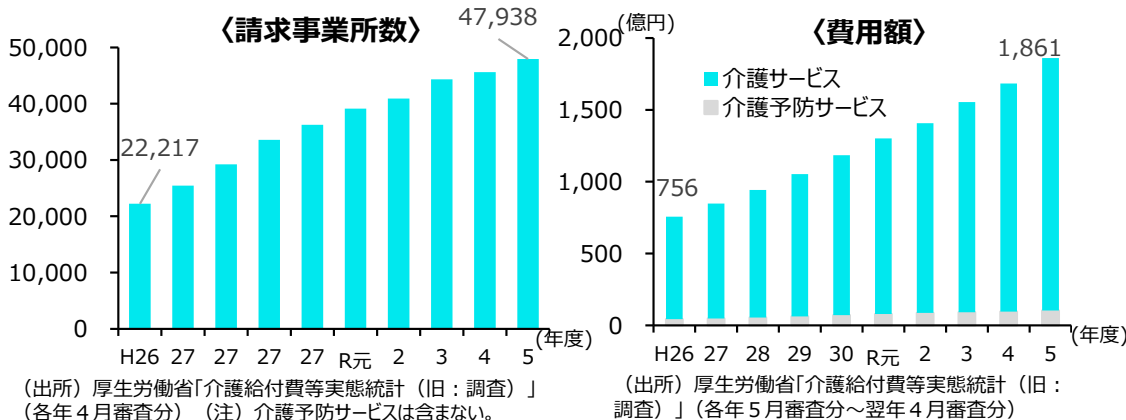
（出所）全国老人保健施設協会「介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の強化へ向けて」（2018年3月）

【改革の方向性】（案）

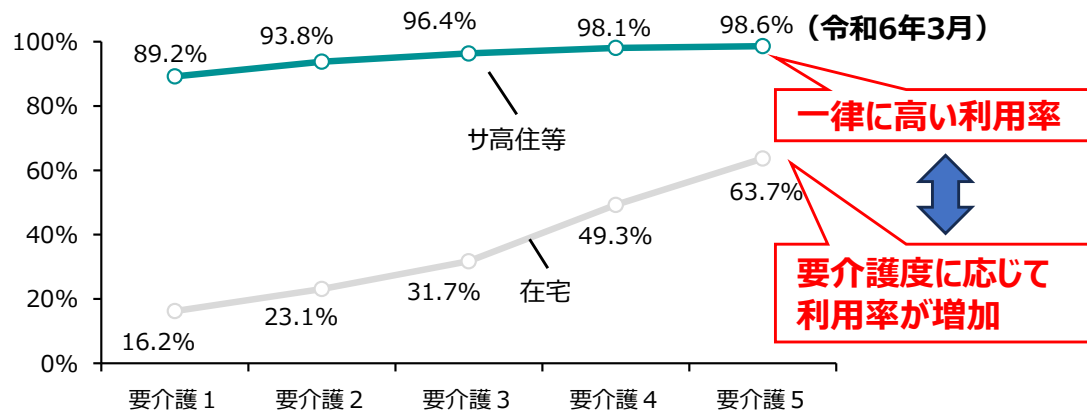
- こうした利用実態等を踏まえ、居宅と施設の公平性を確保し、どの施設であっても公平な居住費（室料＋光熱水費）を求めていく観点から、**残りの介護老人保健施設・介護医療院についても、多床室の室料相当額を基本サービス費等から除外する見直しを更に行うべきである。**

- 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。
- 予算執行調査において、居宅療養管理指導の利用状況について調査を行ったところ、サ高住等における画一的な利用があり、ケアマネジャーや自治体が適切に関与することができていないこと等により、不適切な介護給付費が発生していることがうかがわれる。

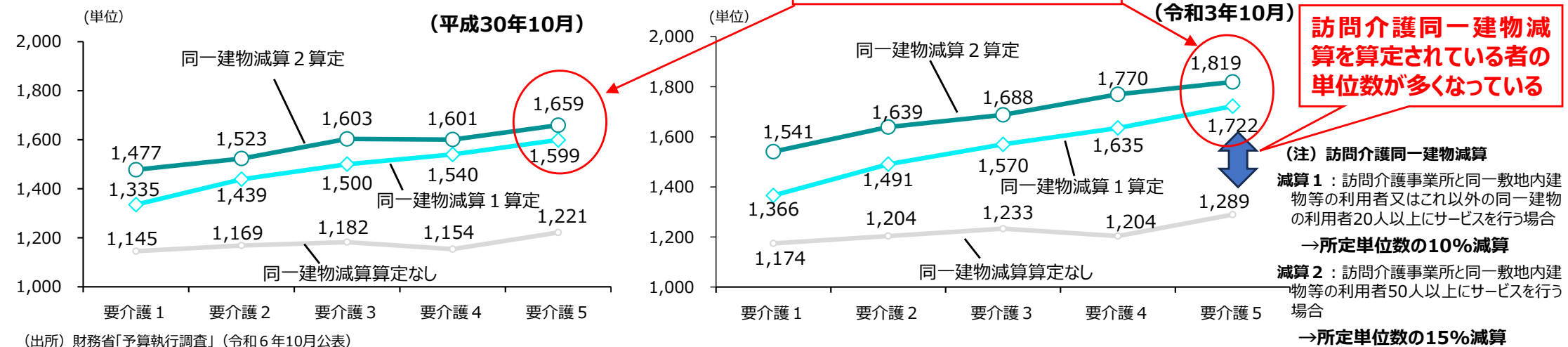
◆居宅療養管理指導の現状



◆居宅療養管理指導の利用割合（居宅介護支援事業所への調査）



◆居宅療養管理指導を算定されている者の平均単位数（介護DB分析結果）



【改革の方向性】(案)

- 居宅療養管理指導のサービス利用時に、ケアマネジャーによる給付管理が確実に行われ、自治体による適切な運営指導が行われるよう、制度の運用や在り方について検討が必要。

ケアマネジメントの利用者負担の導入

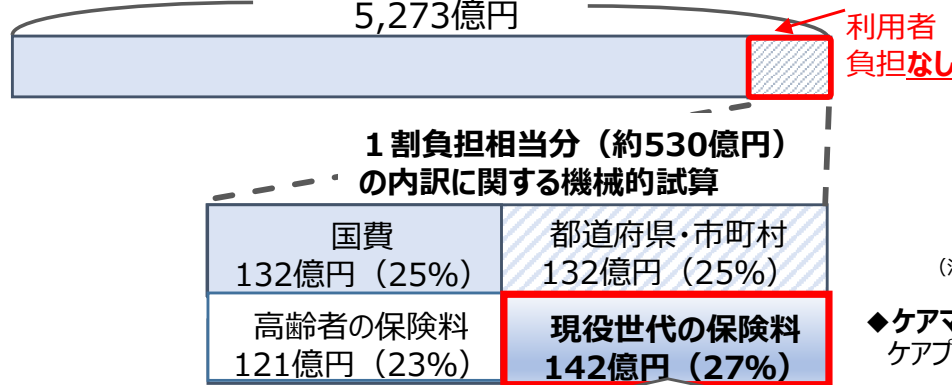
- 介護保険サービスの利用にあたっては、一定の利用者負担を求めているが、居宅介護支援については、制度創設時以来、ケアマネジメントの利用機会を確保する観点等から利用者負担を取らない取扱いとされてきた。しかし、介護保険制度創設から20年以上が経ち、現状では、ケアマネジメントに関するサービス利用が定着。利用者が本来負担すべきケアマネジメントに係る費用を現役世代の保険料で肩代わりし続けることは、世代間の公平の観点からも不合理。
- また、ケアマネジメントについて利用者負担を取らない取扱いは、利用者側からケアマネジャーの業務の質へのチェックが働きにくい構造。ケアマネジメントの質の評価とあわせて、利用者自身が自己負担を通じてケアプランの質に関心を持つ仕組みとした方が、サービスの質の向上につながるのではないかと。

(参考) 全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋 (改革工程) (2023年12月22日閣議決定)

「ケアマネジメントに関する給付の在り方 (利用者負担等) については、利用者やケアマネジメントに与える影響、他のサービスとの均衡等も踏まえながら、包括的に検討を行い、第10期介護保険事業計画期間の開始 (2027年度) までの間に結論を出す。」

◆ケアマネジメントに係る費用のイメージ

○ケアマネジメント (居宅介護支援) に係る費用額 (2020年度実績)
5,273億円



現役世代の負担 (毎年)

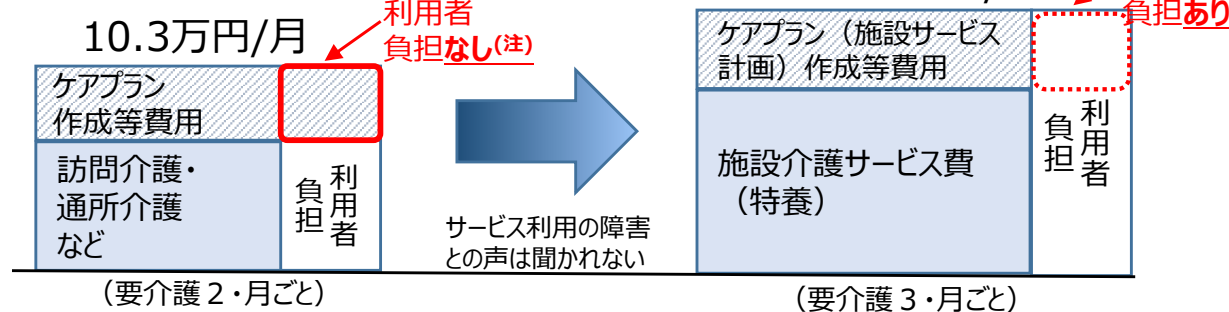
(注) 自己負担は、所得の状況に応じて1~3割となることに留意。

◆ケアマネジメントに自己負担がない理由

「介護保険制度の見直しに関する意見」 (2016年12月介護保険部会)

現在、居宅介護支援や介護予防支援のいわゆるケアマネジメントサービスには利用者負担はない。これは、要介護者等の相談に応じ、その心身の状態等に応じた適切なサービスを利用できるよう支援する新しいサービスの導入にあたり、要介護者等が積極的に本サービスを利用できるよう、制度創設時に特に10割給付のサービスと位置づけたものである。

◆受給者一人当たり介護サービス費用



(注) 仮に1割自己負担を導入した場合の受給者1人当たり費用額から粗く計算できる要介護2の者の月ごと自己負担額は1,400円程度 (「介護給付費等実態統計」 (2023年4月審査分))。

◆ケアマネジメントの公正中立性に対する懸念

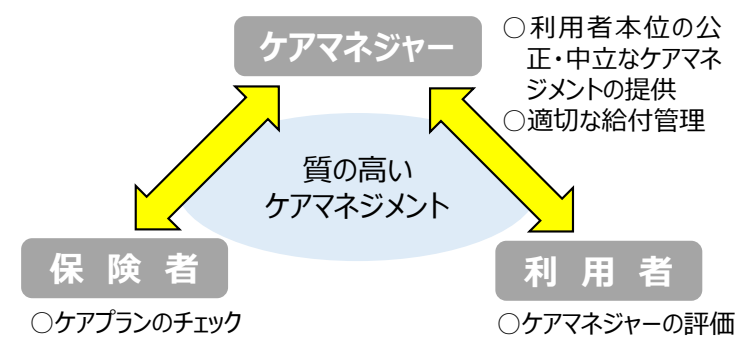
ケアプラン作成に当たり問題となり得ること

(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 なものとなっている	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)」

◆ケアマネジメントの質の向上に向けたイメージ



【改革の方向性】 (案)

- 質の高い介護サービスを提供する上で、利用者の立場に立ってケアプランを作成するケアマネジャーは重要な役割を果たしており、公正・中立なケアマネジメントを確保する観点から、質を評価する手法の確立や報酬への反映と併せ、居宅介護支援に利用者負担を導入することで、質の高いケアマネジメントが選ばれる仕組みとする必要。

- 今後も増大し続ける多様な介護需要に対して、介護保険事業と**介護保険外**の民間企業による関連サービスで対応していくことが有益と考えられる。
- 介護保険事業者が**保険内と保険外のサービスを柔軟に組み合わせ**てサービス提供することは、**高齢者の多様なニーズ**に応え、**国民の利便性向上**に資するだけでなく、事業者にとっても**効率的なサービス提供**や、**収益の多様化**、**経営基盤の強化**に資すると考えられ、**職員の賃上げにも還元可能**。
- 現在、利用者保護や保険給付の適正な担保の観点から、**サービスの明確な区分**や**説明責任の徹底**といった**ルール**を順守することで、介護事業者は保険内外のサービスを組み合わせる提供可能。しかし、介護事業者による保険外サービスの活用にあたっては、**自治体によってルールの解釈が異なり、保険外サービスが認められないところもある**（いわゆるローカルルール）、といった声も聞こえる。

◆介護保険事業者による保険内・外サービスの組み合わせの例

例1) 訪問介護の提供の後、ペットの世話のサービスや、同居家族のための買い物のサービスを提供

<訪問介護サービスの提供>



==== 終了後 =====

<保険外サービスの提供>



○ ペットの世話 ○ (同居家族のための)買物

例2) 通所介護の提供時間中に中抜けし、個人の希望する外出先へ同行や物販サービスを提供

<通所介護(デイ)サービスの提供>



==== 中抜け =====
<保険外サービスの提供>



○ 外出支援 ○ 物販サービス

==== 中抜け =====
<デイサービスの提供>



(出所)「介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせる場合の取扱いについて」
(2018年9月28日付厚生労働省通知)

◆保険外サービスに関する事業者の意見

- **介護保険以外の部分で、許認可のハードル**があり、事業運営ができないケースがある(例：送迎車の空きスペースを使ったクリーニングのデリバリー、送迎車を用いた移動支援の収益化)。(移動支援事業者、マッチング事業者等)

(出所) (株)日本総研「令和4年度ヘルスケアサービス社会実装事業」概要報告書

◆自治体における対応の違い (自治体へのアンケート)

- ケアマネジャーによる相談・要望対応 (保険外対応)

	原則、費用を徴収しても良い	条件によっては費用を徴収しても良い	費用を徴収すべきではない	回答数
通院の付き添い	17.9%	31.6%	20.0%	95

- 施設系サービスにおける管理者の人員配置基準 (介護保険外の事業との兼務)

	兼務可能	同一敷地内であれば可	兼務不可	回答数
	16.0%	54.3%	12.8%	94

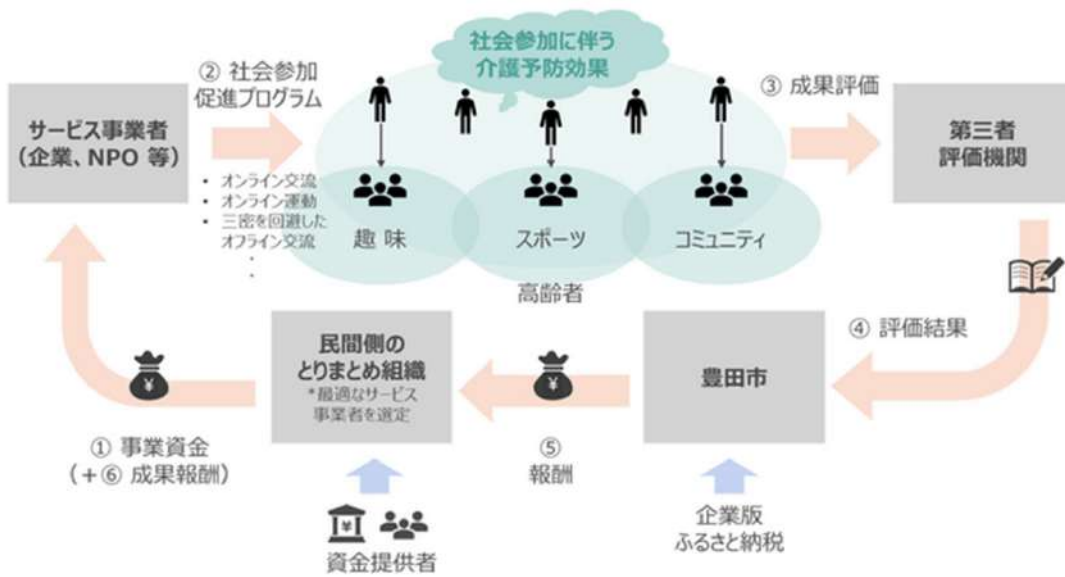
(出所) 2020、2021年度老人保健健康増進等事業(株)日本総合研究所、(株)エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所)

【改革の方向性】(案)

- **自治体のローカルルールの実態把握**を行った上で、国民の利便性向上に資するよう、**介護保険外サービスの柔軟な運用**を認めるべき。

○ 自治体において民間企業と連携して介護予防を行う取組や、事業者エリアの見える化を行い戦略的に地域資源整備を行う取組が行われている。

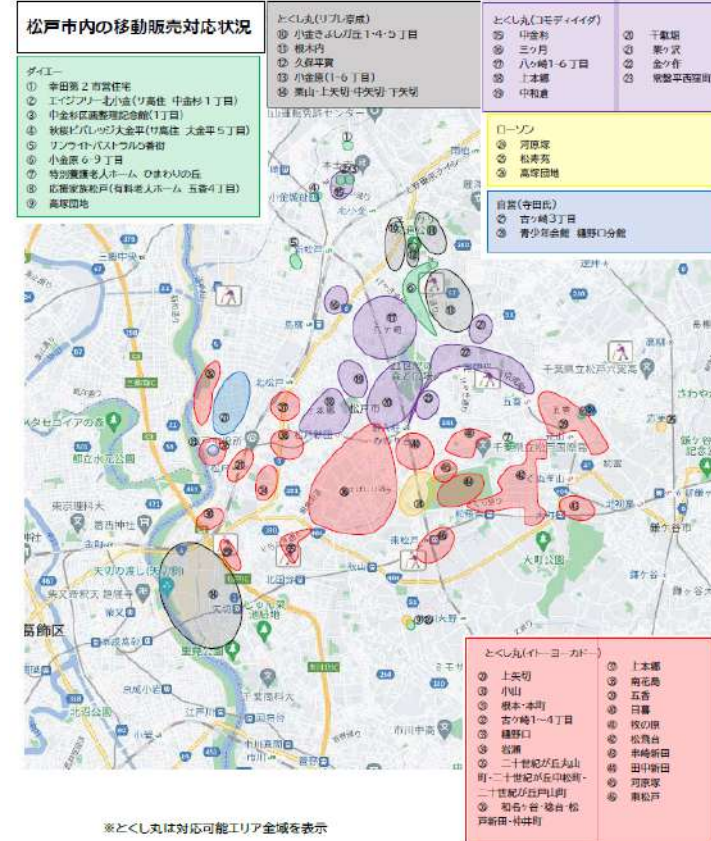
◆民間企業と連携して介護予防を行う取組（愛知県豊田市）



(出所) (株) ドリームインキュベータ

- 民間事業者は、市内在住の65歳以上の方を対象に「スポーツ・健康」、「趣味・エンタメ」などに分類されたオンラインプログラムや対面プログラムなどを提供する。
 - 事業の評価・報酬については、同プログラムへの参加者数や継続率などについて第三者評価機関が事業を評価し、豊田市は成果に応じて報酬を支払う。
- ⇒ 2年間で約3.7億円の介護給付費の抑制につながったと公表。

◆自治体による戦略的地域資源開発の事例（千葉県松戸市）



- 食料品小売店舗を中心とした移動販売の状況をマップに表すことで、「地域資源」を可視化するとともに、地域の生活ニーズに対する資源の充実度合いを把握し、自治体としての対応を検討する取組。
- ⇒ 民間事業者等の立地や生活ニーズ見える化することで、自治体における戦略的な地域資源開発・整備の検討に資するへの対応状況等を。

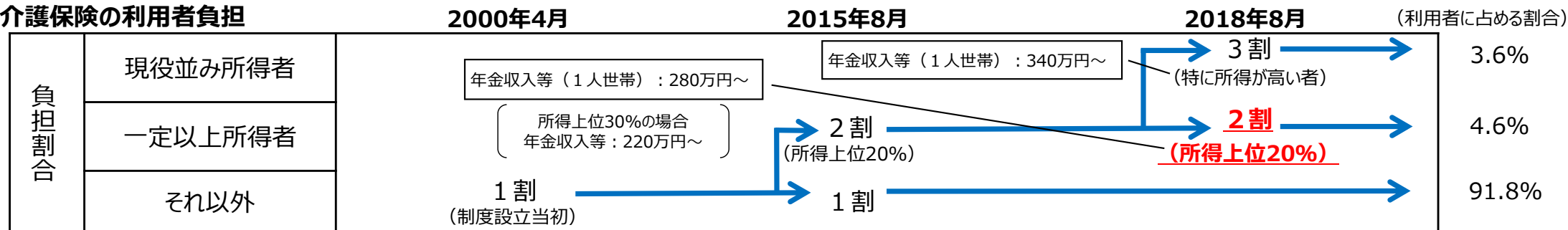
【改革の方向性】(案)

- 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を推進するインセンティブ交付金の配分等においては、介護給付費の抑制に向けた民間企業と連携した介護予防の取組や、地域資源の有効活用に向けた取組が推進されるよう、メリハリを効かせた支援を行うべき。

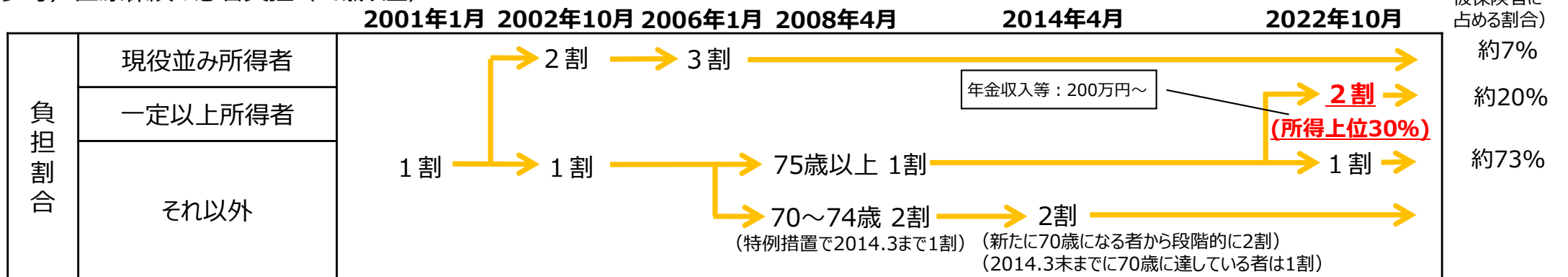
介護保険の利用者負担（2割負担）の見直し

○ 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。

◆介護保険の利用者負担



(参考) 医療保険の患者負担 (70歳以上)



(出所) 「年金収入等」の数字は、厚生労働省「介護保険部会」(令和5年7月10日) 資料に基づく。

(参考) 全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋 (改革工程) (2023年12月22日閣議決定)

・ 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は、以下の内容につき、引き続き早急に、介護サービスは医療サービスと利用実態が異なること等を考慮しつつ、改めて総合的かつ多角的に検討を行い、第10期介護保険事業計画期間の開始(2027年度~)の前までに、結論を得る。

(i) 利用者負担の「一定以上所得」(2割負担)の判断基準について、以下の案を軸としつつ、検討を行う。

ア: 直近の被保険者の所得等に応じた分布を踏まえ、一定の負担上限額を設けずとも、負担増に対応できると考えられる所得を有する利用者に限って、2割負担の対象とする。

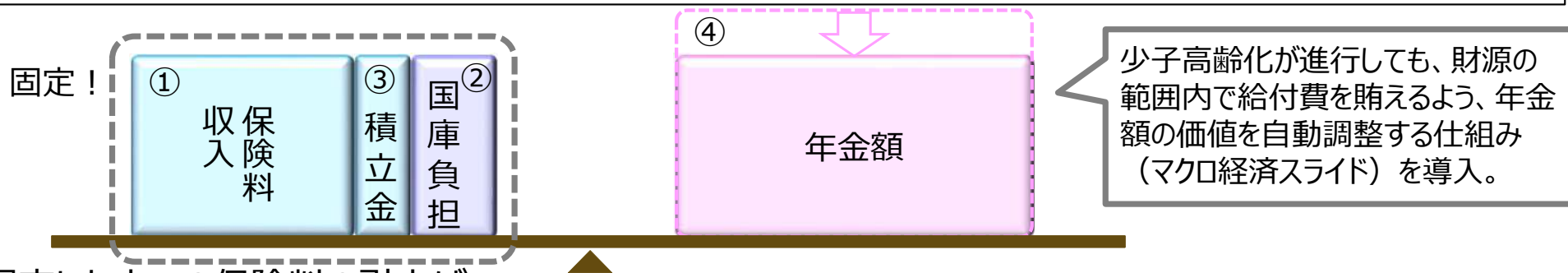
イ: 負担増への配慮を行う観点から、当分の間、一定の負担上限額を設けた上で、アよりも広い範囲の利用者について、2割負担の対象とする。その上で、介護サービス利用等への影響を分析の上、負担上限額の在り方について、2028年度までに、必要な見直しの検討を行う。

(ii) (i)の検討に当たっては、介護保険における負担への金融資産の保有状況等の反映の在り方や、きめ細かい負担割合の在り方と併せて早急に検討を開始する。

【改革の方向性】(案)

○ 負担能力に応じて、増加する介護費をより公平に支え合う観点から、「改革工程」に沿って、所得だけでなく**金融資産の保有状況等の反映の在り方や、きめ細かい負担割合の在り方と併せて検討した上で、2割負担の対象者の範囲拡大について早急に実現すべき**。また、医療保険と同様に、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。

- 平成16年の制度改正で、今後、更に急速に進行する少子高齢化を見据えて、将来にわたって、制度を持続的で安心できるものとするための年金財政のフレームワークを導入。保険料の引上げが終了したことで、基礎年金国庫負担の2分の1への引上げと合わせ、収入面では、財政フレームは完成をみている。
- 今回の改正では、働き方に中立的な制度の構築を目指すとともに、高齢期の経済基盤の安定や所得保障・再分配機能の強化を図ること等が課題。



① 上限を固定した上での保険料の引上げ

平成29（2017）年度以降の保険料水準の固定。（保険料水準は、引上げ過程も含めて法律に明記）

- ・厚生年金：18.3%（労使折半）（平成16年10月から毎年0.354%引上げ）
- ・国民年金：16,900円※平成16年度価格（平成17年4月から毎年280円引上げ）※現在の国民年金保険料：16,980円（令和6年4月～）

※産前産後期間の保険料免除の開始に伴い、令和元年度以降は17,000円(平成16年度価格)

② 基礎年金国庫負担の2分の1への引上げ

平成21年度以降、基礎年金給付費に対する国庫負担割合を2分の1とする。

平成24年「社会保障・税一体改革」により消費税財源確保。

③ 積立金の活用

概ね100年間で財政均衡を図る方式とし、財政均衡期間の終了時に給付費1年分程度の積立金を保有することとして、積立金を活用し後世代の給付に充てる。

平成24年年金額の特例水準の解消（法改正）により、マクロ経済スライドが機能する前提条件を整備。

④ 財源の範囲内で給付水準を自動調整する仕組み（マクロ経済スライド）の導入

現役世代の人口減少とともに年金の給付水準を調整。標準的な年金の給付水準について、今後の少子高齢化の中でも、年金を受給し始める時点で、現役サラリーマン世帯の平均所得の50%を上回る。

※所得代替率：61.2%（令和6年度）

⇒ 56.9%（2039年度）【高成長実現ケース】、57.6%（2037年度）【成長型経済移行・継続ケース】、50.4%（2057年度）【過去30年投影ケース】

- ①女性や高齢者の労働参加による被保険者の増加や②好調な積立金運用の結果、1人当たりゼロ成長ケースを除き、将来的な所得代替率が50%を上回ることが確認された。他方、スライド期間の長期化による基礎年金の水準低下が課題。

足下の所得代替率※（2024年度）

61.2% { 比例：25.0%
基礎：36.2%

※ 公的年金の給付水準を示す指標。現役男子の平均手取り収入額に対する年金額の比率により表される。

$$\text{所得代替率} = (\text{夫婦2人の基礎年金} + \text{夫の厚生年金}) / \text{現役男子の平均手取り収入額}$$

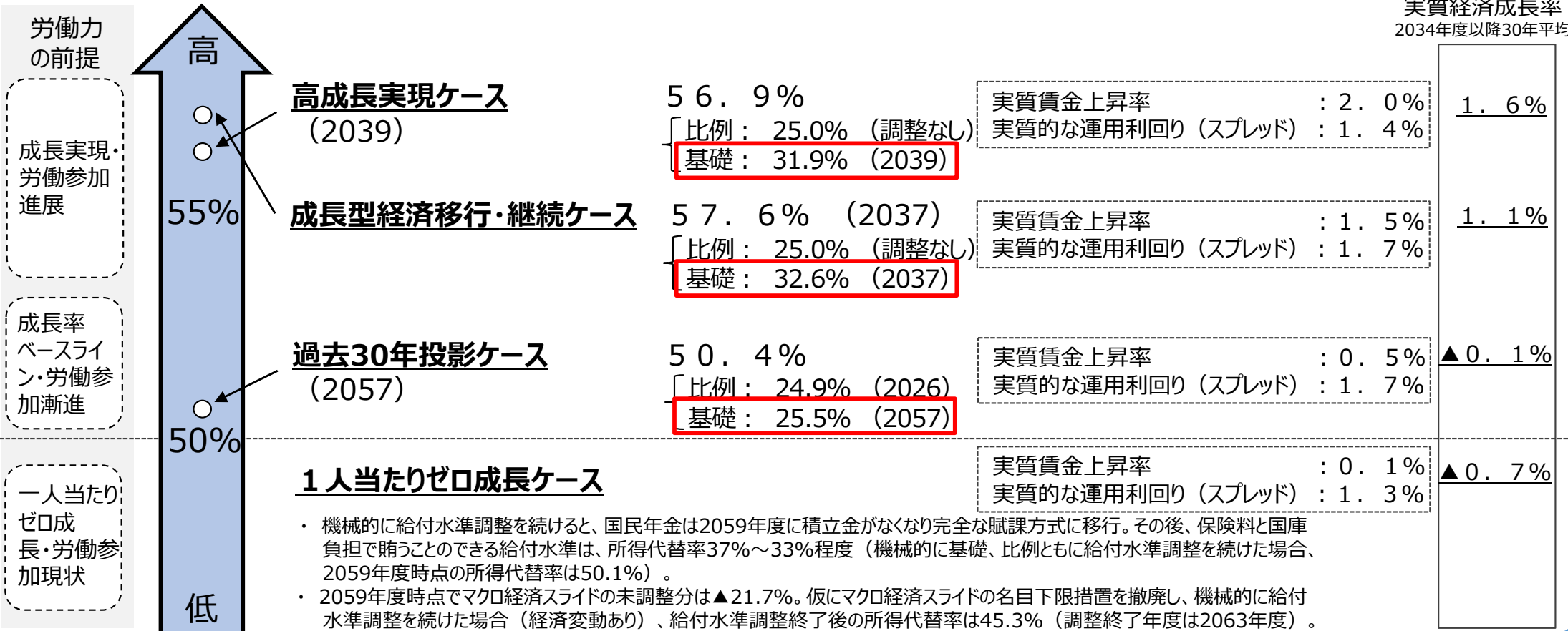
2024年度： 61.2% 13.4万円 9.2万円 37.0万円

注：所得代替率に用いる年金額は、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。

将来の所得代替率

※ 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。

実質経済成長率
2034年度以降30年平均



(出所) 第16回社会保障審議会年金部会(2024年7月3日)資料を一部加工

※ 最低賃金が2030年代半ばに1,500円(全国加重平均)となった場合、短時間労働者の厚生年金適用が増加する効果により基礎年金に係る所得代替率はさらに上昇。

(高成長実現ケース：+0.4%ポイント、成長型経済移行・継続ケース：+0.4%ポイント、過去30年投影ケース：+0.3%ポイント)

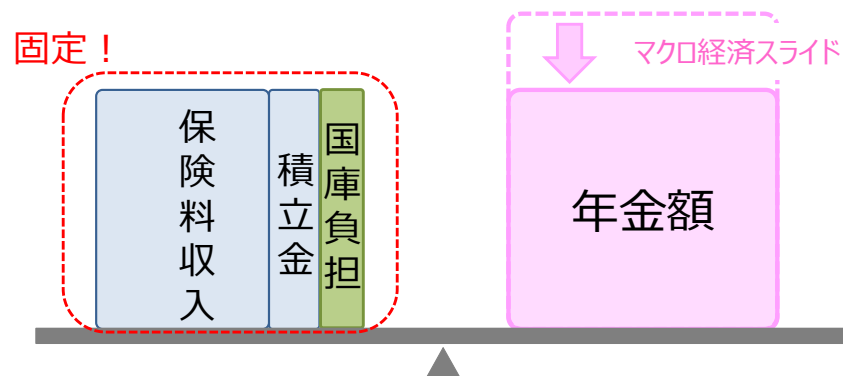
注1：試算における人口の前提は、中位推計(出生中位、死亡中位、入国超過数16.4万人)。

注2：高成長実現ケースの実質経済成長率や実質賃金上昇率は成長型経済移行・継続ケースより高いものの、賃金を上回る実質的な運用利回り(スプレッド)が低いため、所得代替率は成長型経済移行・継続ケースより低くなっている。なお、平成26(2014)年財政検証においても同様の結果が生じている。

- 年金制度は、2004年改正に基づく改革により、基本的な仕組みは概ね完成している。
- 今回の改正では、働き方に中立的な制度の構築を目指すとともに、高齢期の経済基盤の安定や所得保障・再分配機能の強化を図ること等が課題。
- 国費を要する見直し（マクロ経済スライドの調整期間の一致等）は、安定財源を確実に確保する必要。

年金の仕組み

◆2004年改正後の年金財政フレーム



- 上限を固定した上での保険料の引上げ
（保険料（率）国民年金17,000円（2004年度価格）、厚生年金18.3%）
- 積立金の活用
（おおむね100年間で財政均衡を図る方式とし、積立金を活用して後世代の給付に充てる）
- 基礎年金国庫負担の2分の1への引上げ
- 負担の範囲内で給付水準を自動調整する仕組み
（マクロ経済スライド）の導入
- 5年に1度の財政検証の実施

これまでに取り組んできた主な事項

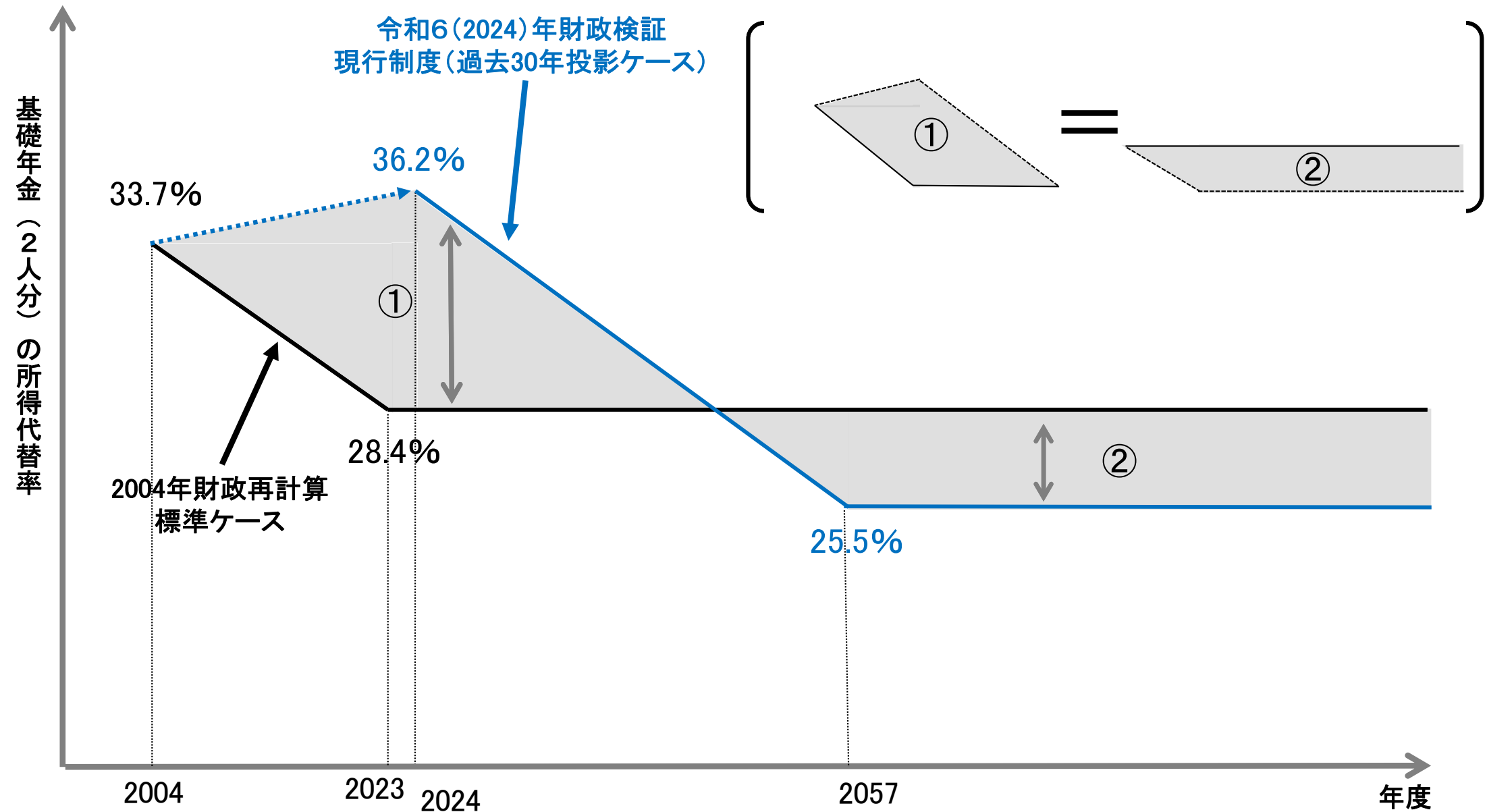
- **適用拡大**
 - ・ 短時間労働者への保険適用時の企業規模要件の見直し（企業規模51人以上まで対象とする）
 - ・ 弁護士・税理士等を個人事業所の適用業種に追加
- **年金改定額のルールの見直し**
 - ・ マクロスライド未調整分を事後調整する仕組みの導入
 - ・ 賃金・物価スライドの見直し
- **受給開始時期の選択肢の拡大**
 - ・ 75歳まで繰下げ受給可能

今後の主な改革の方向性

- **被用者保険の適用拡大**
 - ・ 短時間労働者への保険適用時の企業規模要件の撤廃
 - ・ 個人事業所の非適用業種の解消
- **基礎年金の給付水準の低下への対応**
 - ・ マクロ経済スライドの調整期間の一致等について、安定財源を確実に確保する方策とあわせて検討する必要
- **在職老齢年金制度**
 - ・ 見直す場合、低中所得者への影響（所得代替率の低下や所得再分配の観点から踏まえた対応）も併せて検討する必要

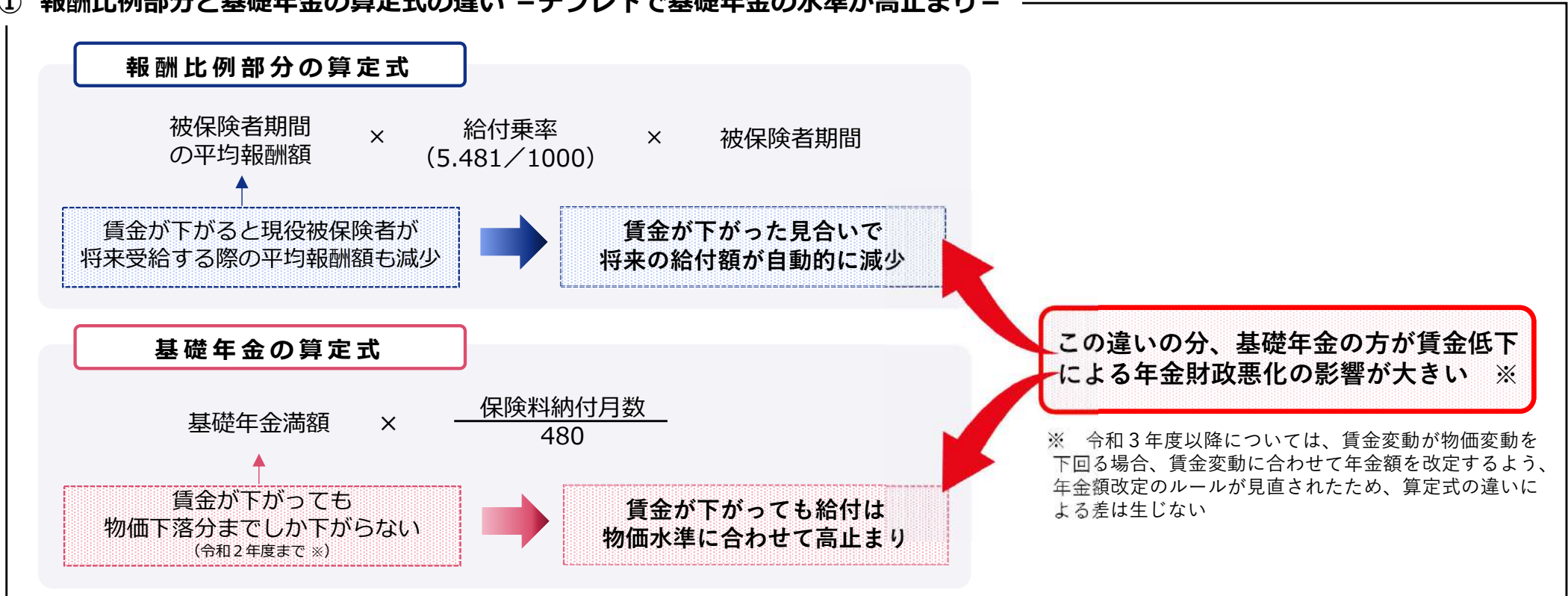
マクロ経済スライドの発動時期による所得代替率への影響 （基礎年金部分のイメージ）

- マクロ経済スライドの発動が遅れ、足下の給付水準が高止まりした結果、調整期間が長期化し、調整終了後の給付水準が低下



- ① デフレ下で賃金が下がっても基礎年金の水準は物価水準に合わせて高止まり → 国民年金の財政が悪化
- ② 女性や高齢者の労働参加の進展により、想定より厚生年金被保険者の増加や第3号被保険者の減少が進む → 厚生年金の財政が改善

① 報酬比例部分と基礎年金の算定式の違い - デフレ下で基礎年金の水準が高止まり -



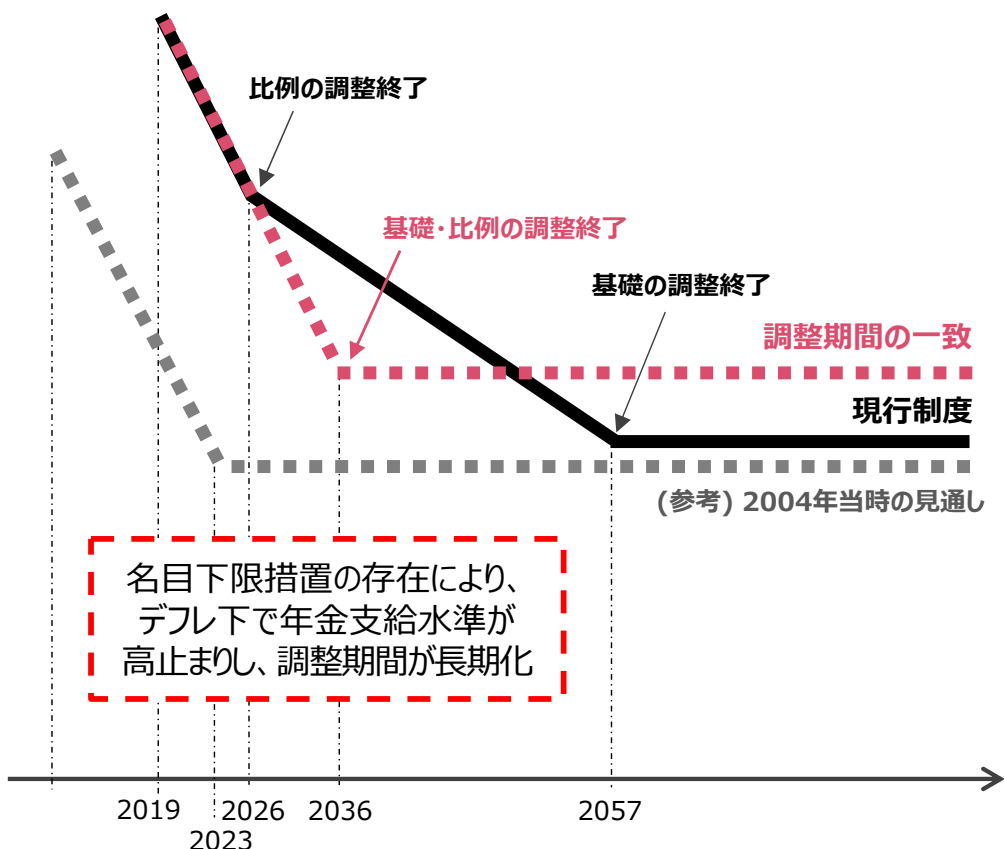
② 被保険者の構成の変化 - 厚生年金被保険者の増加と第3号被保険者の減少 -

	第1号被保険者数		厚生年金被保険者数		第3号被保険者数	
	実績	2004年財政再計算	実績	2004年財政再計算	実績	2004年財政再計算
2005	2,180 万人	2,189 万人	3,772 万人	3,699 万人	1,094 万人	1,117 万人
2020	1,427 万人	1,857 万人	4,534 万人 ← 増加	3,458 万人	803 万人 ← 減少	1,017 万人

- デフレの影響によりマクロ経済スライドが当初の想定より長期化する結果、基礎年金の給付水準の低下が見込まれている。対応策として、マクロ経済スライドの調整期間の一致が議論されている。調整期間を一致させる場合は、基礎年金の給付水準が上昇することから、現行制度の下での見通しに比べ国庫負担が増加する。

◆ 調整期間の一致のイメージ

基礎年金 + 報酬比例部分

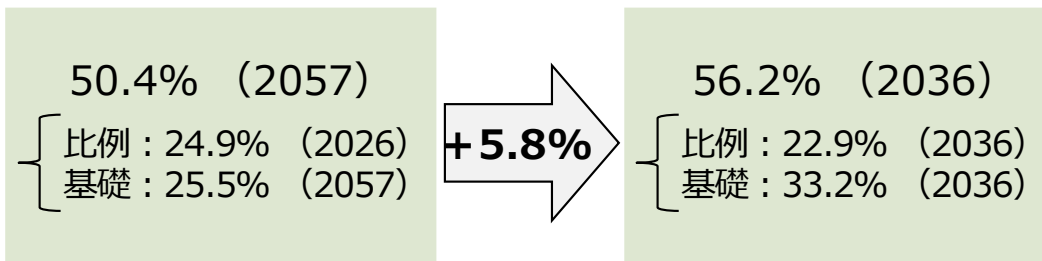


(出所) 第9回社会保障審議会年金部会 (2023年11月21日) 資料を一部修正

※ 1 上記はモデル年金の場合のイメージ

※ 2 調整終了年度は、令和6年財政検証 (過去30年投影ケース) に基づく。

◆ 調整期間の一致に伴う所得代替率への影響と国費の増加見込み



	現行		調整期間一致		調整期間一致による影響	(単位:兆円)
	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】	調整期間一致で調整終了
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】	現行制度で調整終了
2060	10.2	(2.1%)	12.8	(2.7%)	【+2.5】	
2070	9.3	(2.1%)	11.9	(2.7%)	【+2.6】	

(出所) 第16回社会保障審議会年金部会 (2024年7月3日) 資料

※ 上記の所得代替率及び国庫負担額の見込みは過去30年投影ケースに基づく。

【改革の方向性】(案)

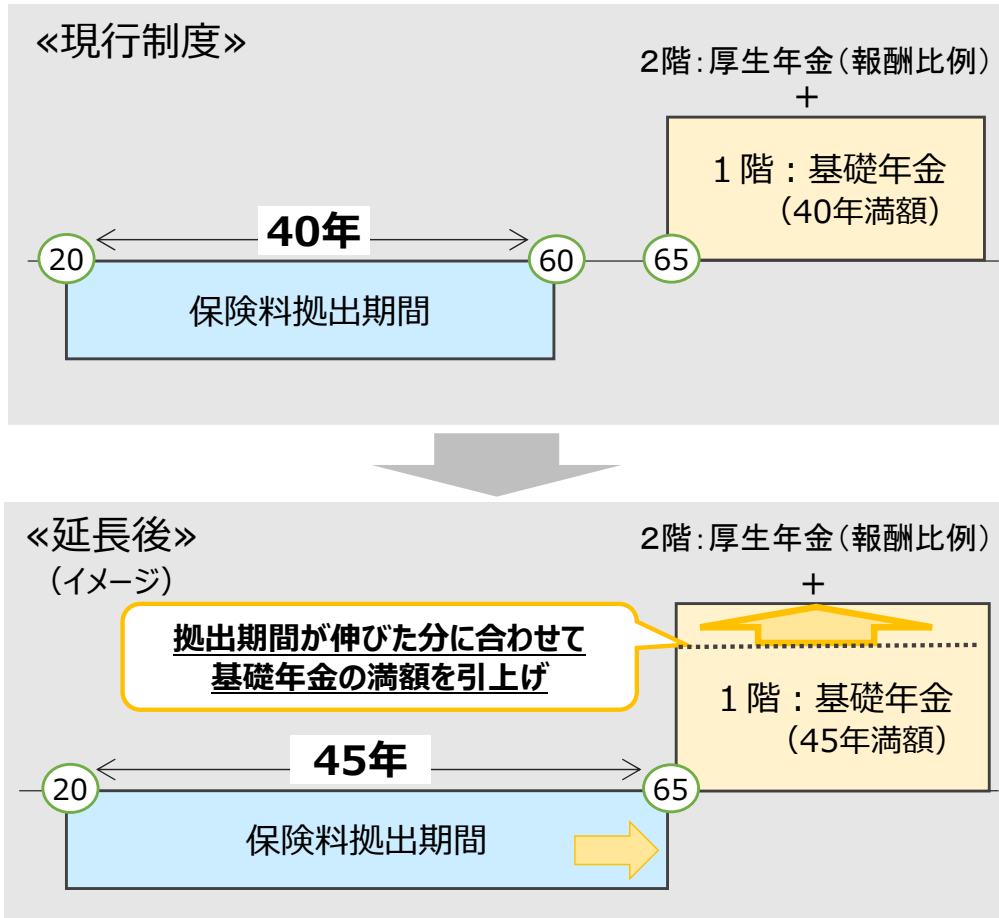
- 調整期間の一致に伴い現行制度の下での見通しに比べ増加すると見込まれる国庫負担に対応した安定財源を確実に確保する方策とあわせて検討を行う必要。

基礎年金の拠出期間延長・給付増額

- 高齢者の就業実態も踏まえ、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、拠出期間の延長期間に合わせて基礎年金を増額する仕組みとすることが検討されているが、次期年金制度改革において対応する必要性は乏しいとの見解が示されている。

(注) 基礎年金の水準の上昇に伴い、国庫負担の増加が見込まれる（2070年時点で+1.3兆円（過去30年投影ケースにおける2024年度価格の所要額））。

◆ 基礎年金の拠出期間延長・給付増額した場合のイメージ

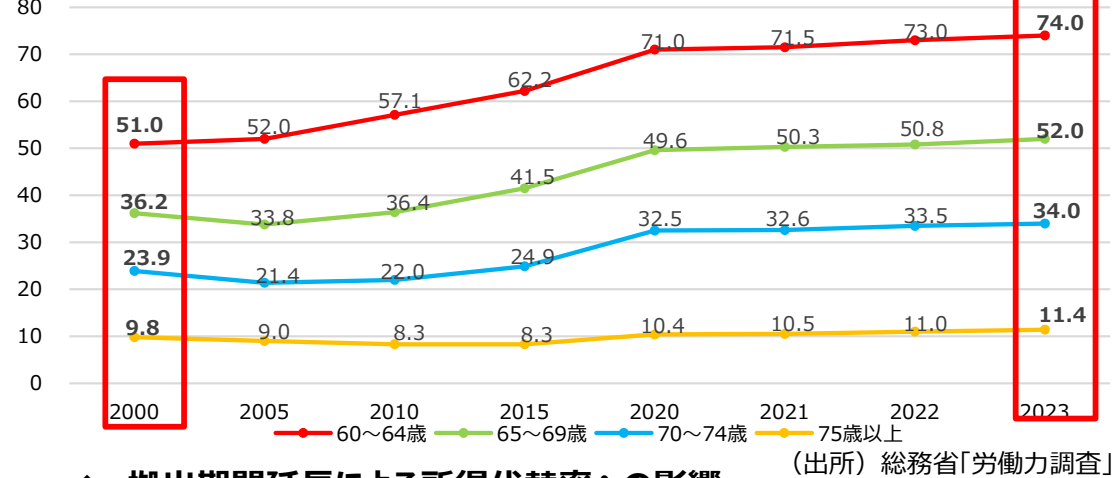


(出所) 第16回社会保障審議会年金部会（2024年7月3日）資料

【改革の方向性】（案）

- 基礎年金の拠出期間延長について、高齢者の就業率の上昇等を踏まえ引き続き検討を深めるべき。その際、基礎年金の水準の上昇に伴い現行制度の下での見通しに比べ国庫負担の増加が見込まれることから、その増加に対応する安定財源を確実に確保する方策とあわせて検討を行う必要。

◆ 高齢者の就業率推移



◆ 拠出期間延長による所得代替率への影響



(出所) 第16回社会保障審議会年金部会（2024年7月3日）資料

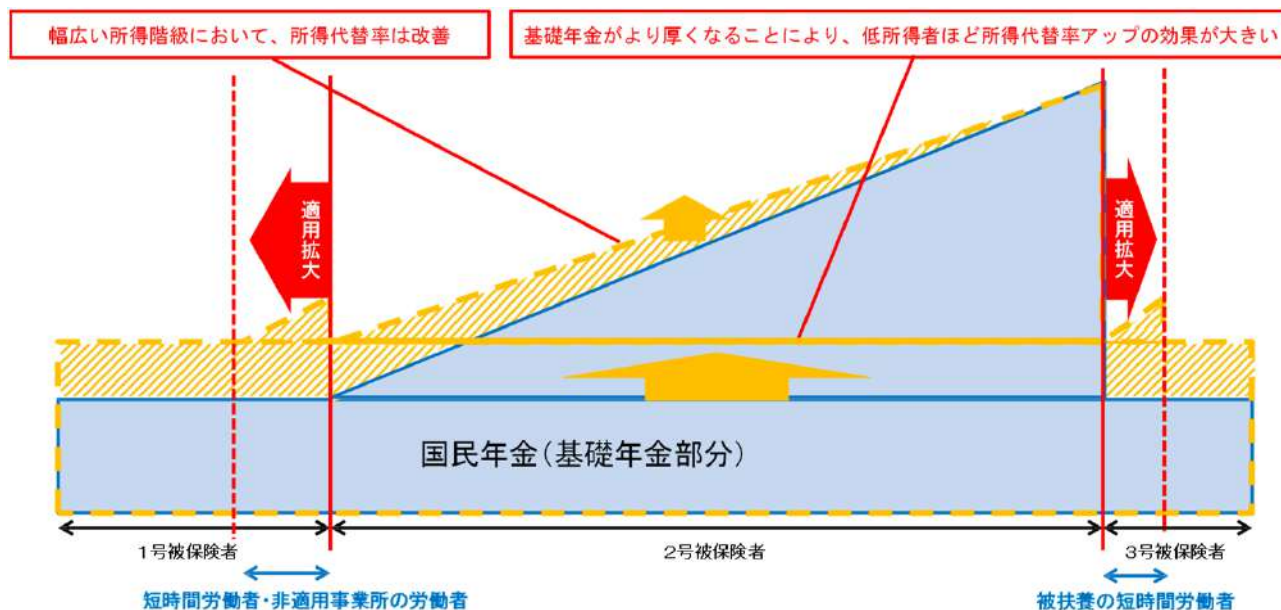
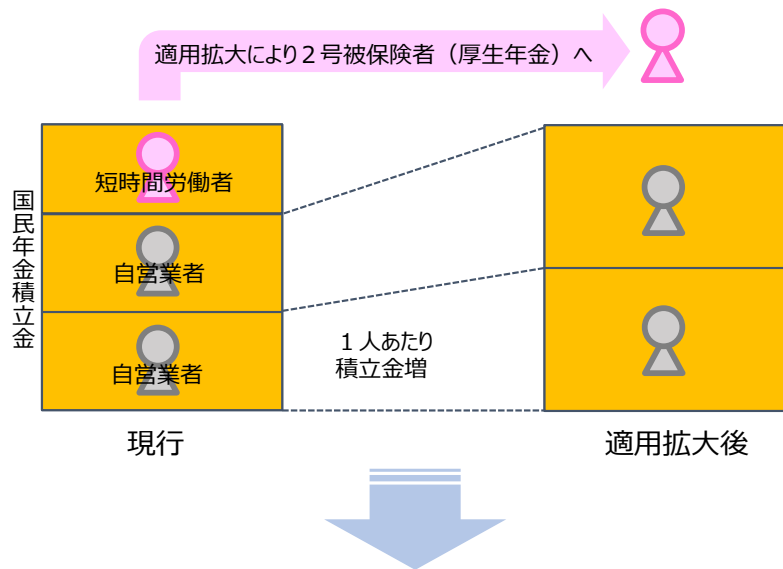
◆ 令和6年7月3日の武見前厚生労働大臣の会見概要（抄）

記者：納付期間延長の見送りの判断についてはいかがでしょうか。
大臣：基礎年金の給付水準については、被用者保険の更なる適用拡大等を通じた改善は必要だと考えています。ただ、本日公表した今回の財政検証及びオプション試算の結果を踏まえると、次期改正において、**基礎年金の拠出期間を延長し、国民に追加的な保険料負担を求めてまで給付水準を改善する必要性は乏しい**という受け止めをしました。

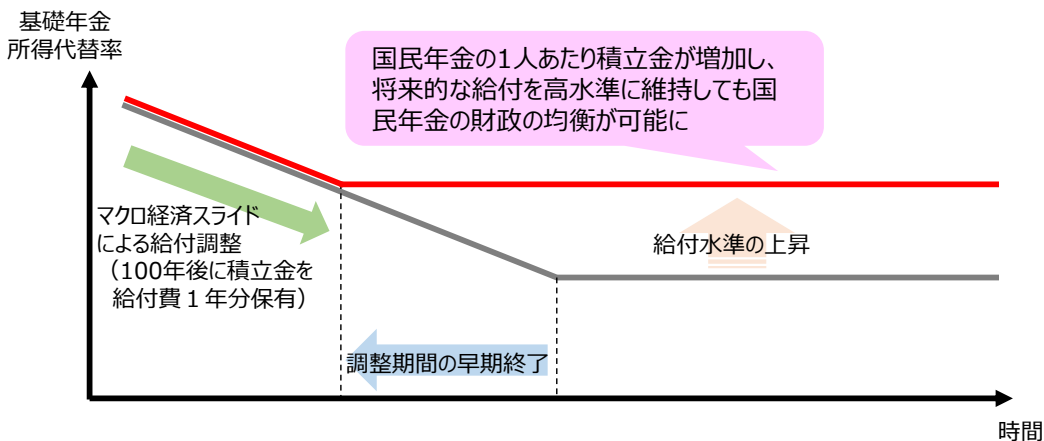
- 被用者保険の適用拡大を行うことにより、短時間労働者が厚生年金加入者となることに伴い、国民年金の1人当たり積立金は増加。この結果、将来的に、基礎年金の給付水準は上昇。また、定額給付である基礎年金の水準が高くなることで、所得再分配機能の維持にも寄与。

(注) 被用者保険の適用拡大は、国保に加入する短時間労働者等の被用者保険への加入に伴う短期的な国庫負担の減少をもたらす一方、将来的には年金の給付水準の上昇に伴う国庫負担増を伴うことに留意。

◆適用拡大による基礎年金の給付水準の改善（イメージ）



(出所) 第4回社会保障審議会年金部会（2018年9月14日）資料を一部修正



2024年の財政検証の試算結果

(給付水準調整後の所得代替率)

	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)
過去30年投影	50.4% (2057) [比例: 24.9% (2026) 基礎: 25.5% (2057)]	51.3% (2054) [比例: 24.8% (2027) 基礎: 26.5% (2054)]	51.8% (2052) [比例: 24.6% (2028) 基礎: 27.2% (2052)]	53.1% (2048) [比例: 24.5% (2029) 基礎: 28.6% (2048)]	56.3% (2038) [比例: 23.1% (2038) 基礎: 33.2% (2038)]
		+0.9%	+1.4%	+2.7%	+5.9%

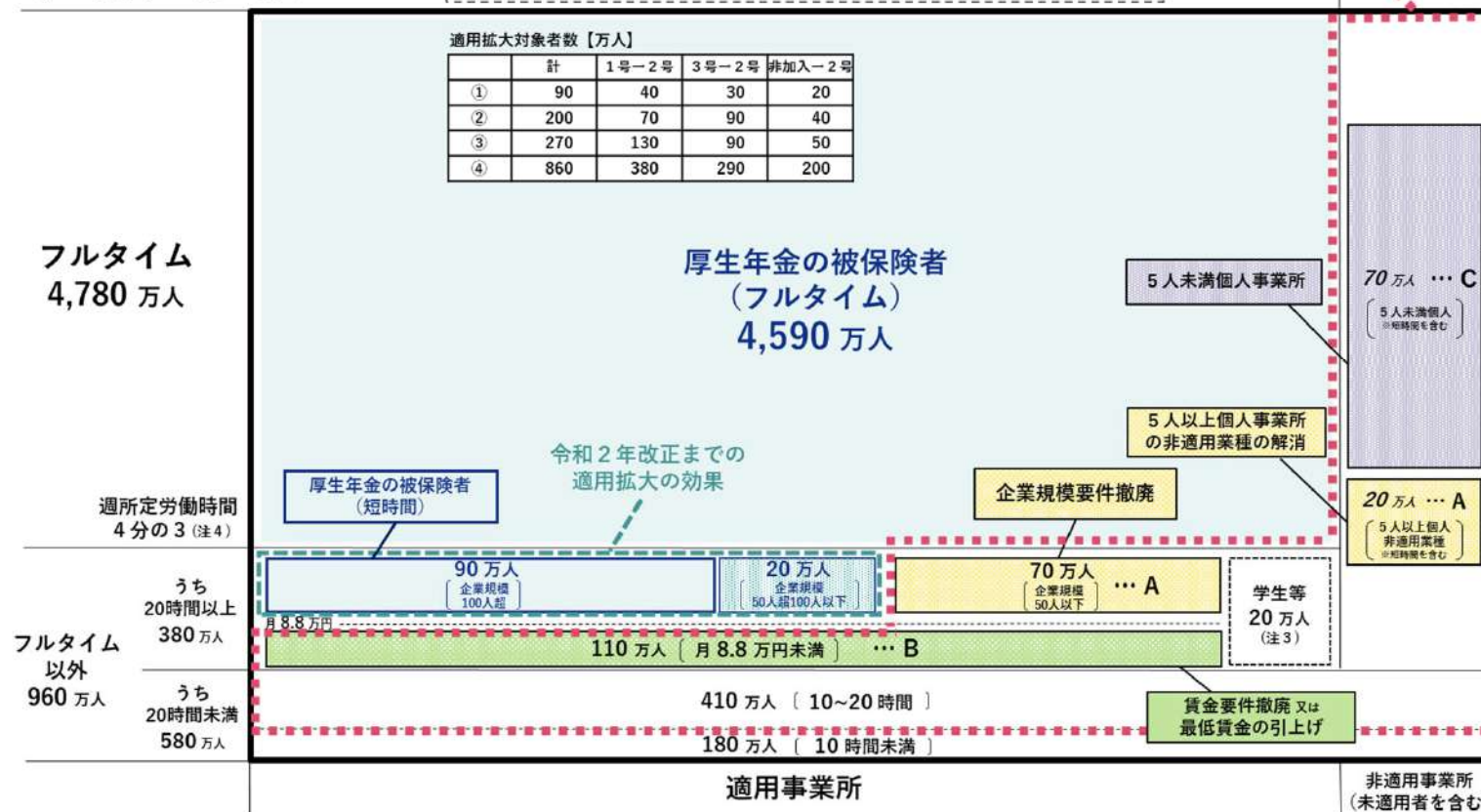
(出所) 第16回社会保障審議会年金部会（2024年7月3日）資料

被用者保険の適用拡大

- 多様な働き方に中立的な年金制度の構築等の観点から、被用者保険の適用拡大について議論がなされており、骨太方針においても企業規模要件の撤廃や非適用業種の解消等について結論を得る方針が示されている。

雇用者全体 (2023年度時点)
5,740万人 ※70歳以上を除く

- ① 90万人・・・企業規模要件撤廃+非適用業種の解消 (A)
② 200万人・・・①+賃金要件撤廃又は最低賃金の引上げ (A+B)
③ 270万人・・・②+5人未満個人事業所 (A+B+C)
④ 860万人・・・週10時間以上の全ての被用者へ適用拡大 (D)



(出所) 厚生労働省「第16回社会保障審議会年金部会」(2024年7月3日) 資料

注1. 「労働力調査2023年平均」、「令和4年公的年金加入状況等調査」、「令和4年就業構造基本調査」、「令和3年経済センサス」等の特別集計等を用いて推計したものの。

注2. 斜体字は、「令和3年経済センサス」等を基にした推計値であり、他の数値と時点が異なることに留意が必要。

注3. 学生等には、雇用契約期間2ヶ月以下の者(更新等で同一事業所で2ヶ月以上雇用されている者は除く)が含まれている。

注4. 通常の労働者の週所定労働時間は、「令和5年就労条件総合調査」における労働者1人平均の値(39時間04分)としている。

◆経済財政運営と改革の基本方針2024(令和6年6月21日)(抄)

公的年金については、働き方に中立的な年金制度の構築等を目指して、今夏の財政検証の結果を踏まえ、2024年末までに制度改正についての道筋を付ける。**勤労者皆保険の実現のため、企業規模要件の撤廃を始め短時間労働者への被用者保険の適用拡大の徹底、常時5人以上を使用する個人事業所の非適用業種の解消等について結論を得るとともに**、いわゆる「年収の壁」を意識せずに働くことができるよう、「年収の壁・支援強化パッケージ」の活用促進と併せて、制度の見直しに取り組む。

【改革の方向性】(案)

- 今般の改正において、企業規模要件の撤廃及び常時5人以上を使用する個人事業所の非適用業種の解消について確実に実現すべき。

在職老齢年金制度

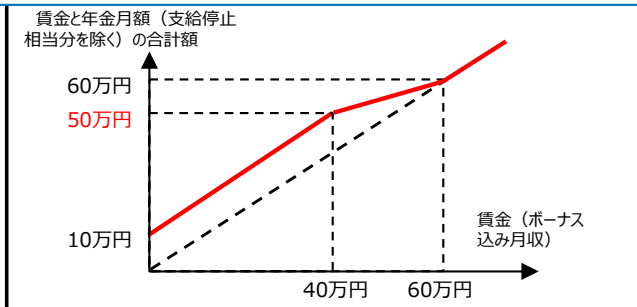
- 一定以上の賃金を得ている65歳以上の老齢厚生年金受給者を対象に、当該老齢厚生年金の支給を停止する仕組み（在職老齢年金制度（在老））について、高齢者の就労を促進する等の観点から、その見直しが議論されている。
- 在老の縮小・撤廃は年金給付の増加を通じた所得代替率の低下に繋がることが確認されており、低中所得者の給付水準を低下させる一方、一部の高所得者への給付を増加させることになる（支給停止の対象者は受給権者全体の1.7%）。

◆ 制度概要

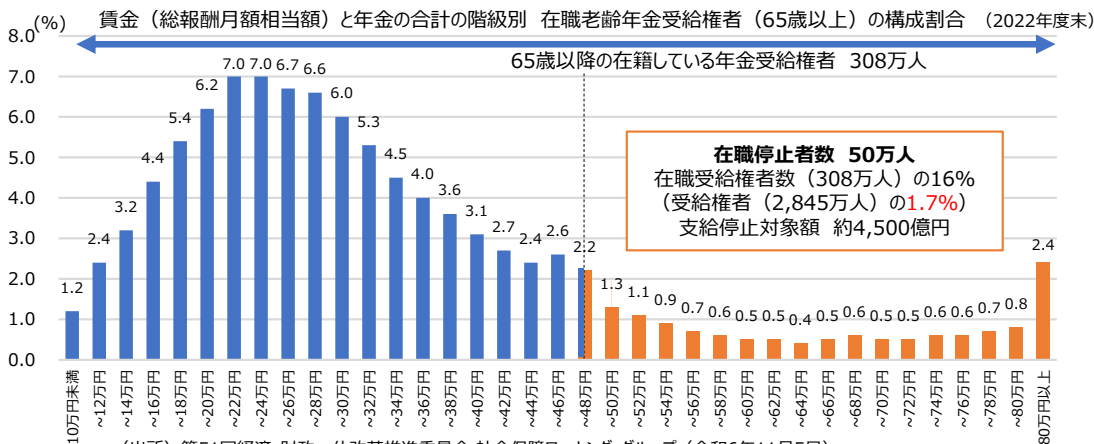
賃金 + 老齢厚生年金 > 50万円（令和6年度）

→ 賃金上昇額の1/2相当の厚生年金保険給付を支給停止

支給額のイメージ（令和6年度・老齢厚生年金が月額10万円の場合）



◆ 支給停止の対象者



◆ 在老見直しによる所得代替率への影響

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

【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

（出所）第16回社会保障審議会年金部会（2024年7月3日）資料

◆ 標準報酬月額の上限見直しによる所得代替率への影響

標準報酬月額上限	上限該当者数 ※ 0 内は上限該当者の割合	保険料収入の増加額 ※ 0 内は事業主負担	所得代替率への影響	＜参考＞ 上限該当者に係る 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
現行 65万円	259万人 (6.2%)	-	-	6.1万円/年 (終身)
上限の見直し① 75万円	168万人 (4.0%)	4,300億円 (2,150億円)	比例：+0.2% ※基礎は影響なし	11.0万円/年 (終身)
上限の見直し② 83万円	123万人 (3.0%)	6,600億円 (3,300億円)	比例：+0.4% ※基礎は影響なし	20.1万円/年 (終身)
上限の見直し③ 98万円	83万人 (2.0%)	9,700億円 (4,850億円)	比例：+0.5% ※基礎は影響なし	

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等級別被保険者数の分布をもとに算出して推計。0 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齢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）：※ 0 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つかない（又は調整期間が短い）見直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。

（出所）第16回社会保障審議会年金部会（2024年7月3日）資料

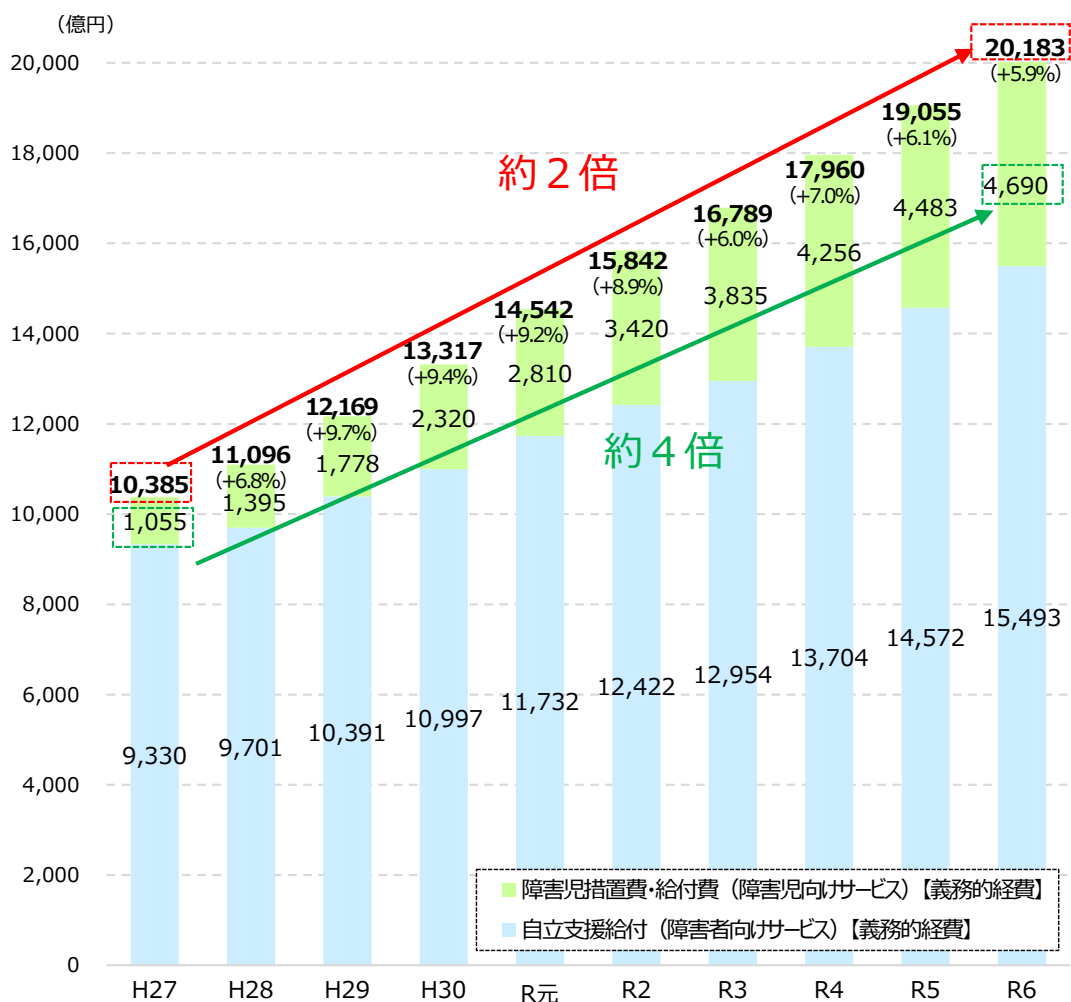
【改革の方向性】（案）

- 高齢者の就労促進の観点から在老を見直す場合、低中所得者への影響（所得代替率の低下や所得再分配の観点）を踏まえた対応も併せて検討すべき。

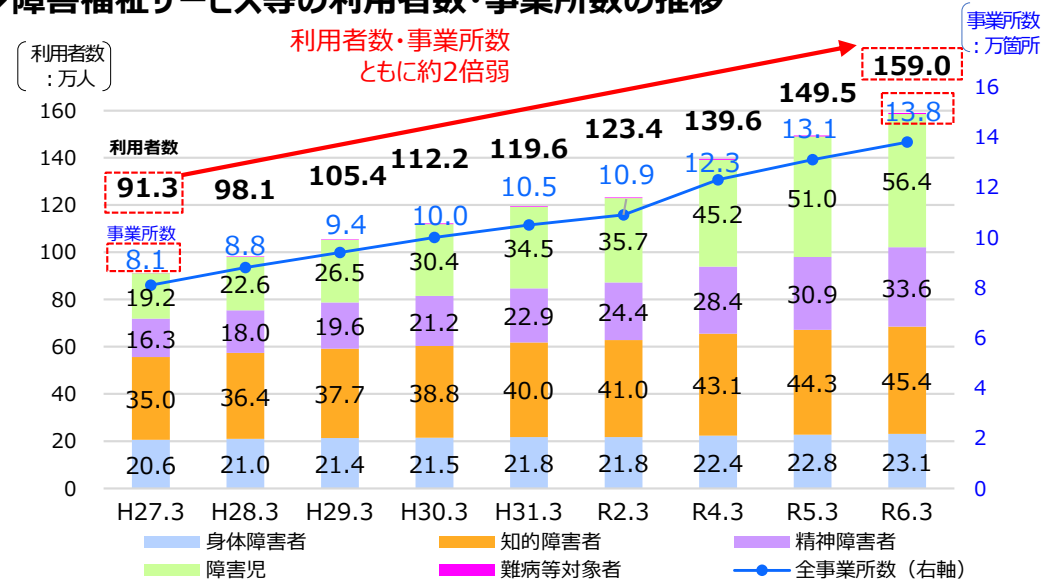
障害福祉サービス等の現状①（予算・利用者数の推移）

- 障害福祉サービス等の予算額は直近10年間で倍増（うち、障害児向けサービスは約4倍に増加）しており、利用者数や事業所数も約2倍弱に増加。
- 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3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）

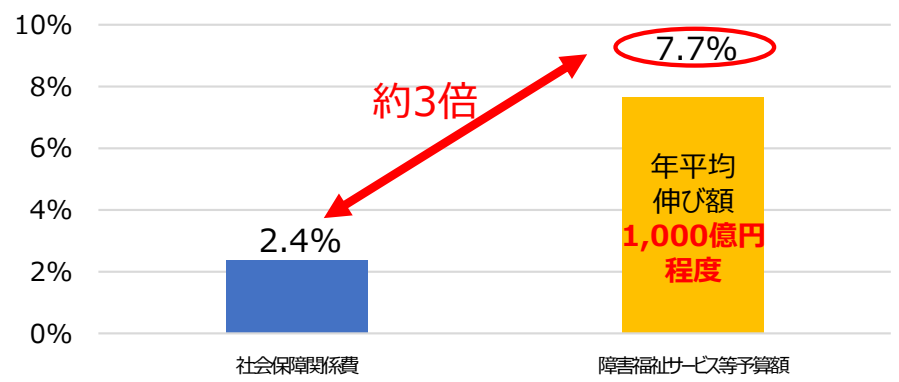


◆障害福祉サービス等の利用者数・事業所数の推移



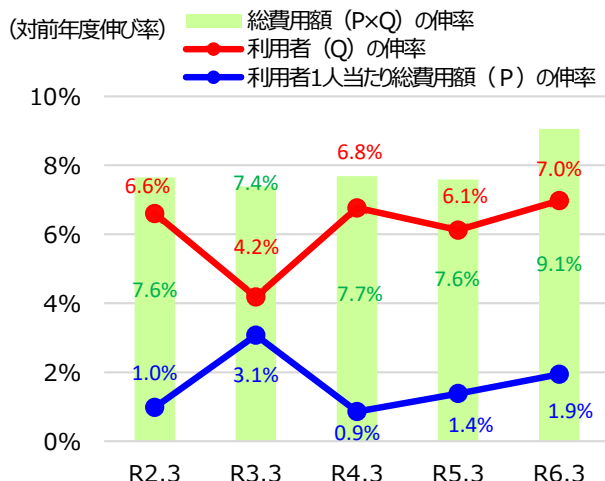
(出所) 国保連データを基に作成。
 (注) 利用者数・事業所数ともに各年3月時点。複数のサービスを実施している事業所については、それぞれのサービスで事業所数を計上している。

◆社会保障関係費の伸び率との比較（H27年度～R6年度）



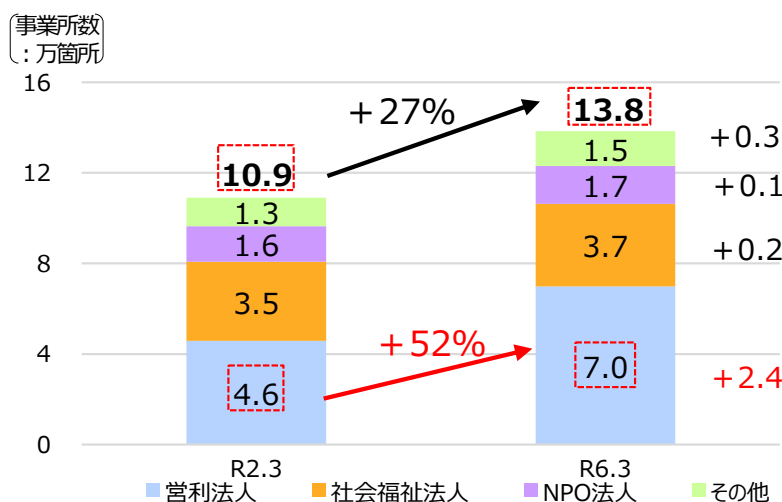
- 総費用額の伸びには、利用者数の増加が大きく寄与。高齢化による影響以上に障害児の伸びが顕著。
- 事業所数の伸びを見ると、近年、大半が営利法人の増加によるものであるが、特に一部のサービス（グループホームなど）では営利法人の参入が急増。
- 原則 1 割の利用者負担であるが、所得に応じて負担限度額が設定。利用者負担割合は他のサービスと比べても僅少。

◆障害福祉サービス等の総費用額の伸びの分析



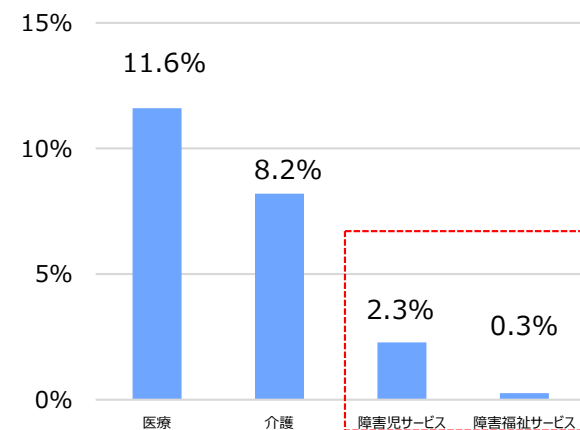
(出所) 国保連データを基に作成。
 (注) 総費用額は各年度の年間費用額。利用者数は各年 3 月の実数。利用者 1 人当たり総費用額は各年度の月平均の値。

◆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



(出所) 国保連データを基に作成。
 (注) 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。

◆費用額に占める自己負担額割合の比較



(出所) 医療は「令和 3 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 3 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。

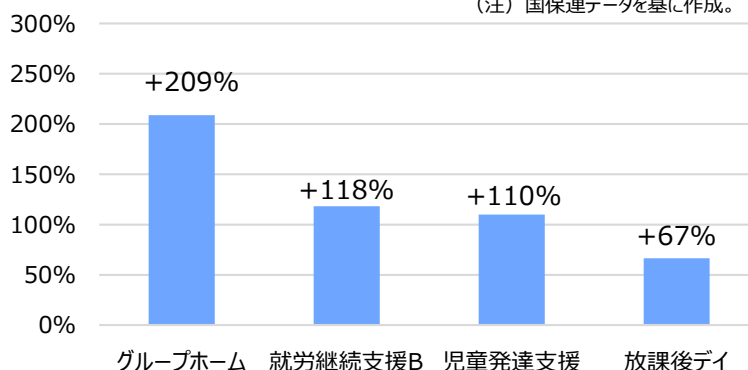
◆年齢別 利用者数の推移

(注) 国保連データを基に作成。

	R2.3	R6.3	増加人数 (増加率)
65歳以上	10.7万人	13.2万人	+2.5万人 (+23.4%)
18歳以上 65歳未満	77.5万人	90.2万人	+12.7万人 (+16.4%)
18歳未満	35.2万人	55.6万人	+20.4万人 (+58.0%)
利用者数 合計	123.4万人	159.0万人	+35.6万人 (+28.9%)

◆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。



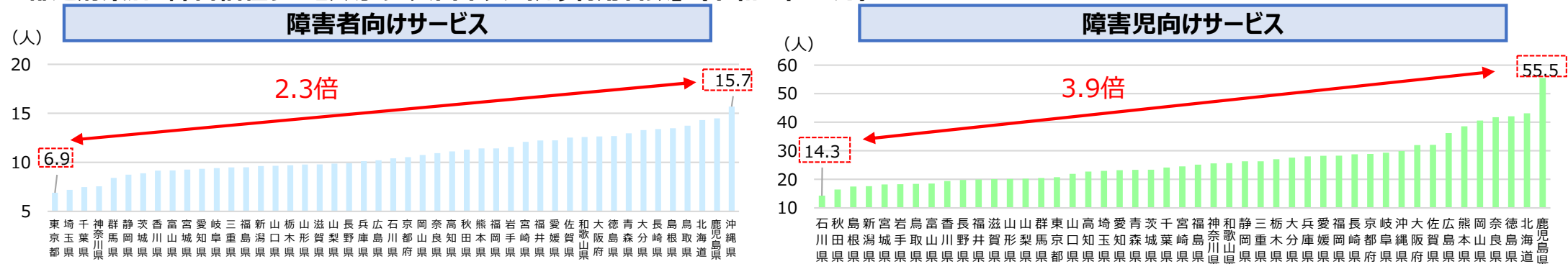
	H19.11	H20.7	H22.4	R6.3
利用者負担率	4.28%	2.86%	0.37%	0.27%
主な軽減措置	中低所得者の負担軽減	住民税非課税世帯の負担軽減	住民税非課税世帯の無償化	-

(注) 利用者負担率は、「障害福祉サービス」の値。

障害福祉サービス等の現状③ (地域差)

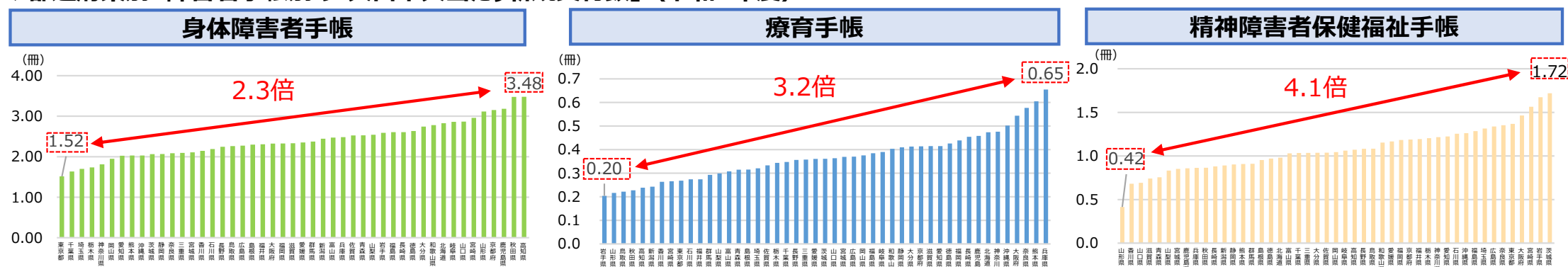
- 都道府県別に人口当たりの利用者数を比較すると、障害者向けサービスで最大2.3倍、障害児向けサービスで最大3.9倍の地域差が存在。また、障害者手帳についても、都道府県別の人口当たりの新規交付数を比較すると、身体障害者手帳で最大2.3倍、療育手帳で最大3.2倍、精神障害者保健福祉手帳で最大4.1倍の地域差が存在。
- このため、改革工程（令和5年12月22日閣議決定）では、「障害福祉サービスの地域差を是正し、供給が計画的かつ効率的に行われる方策について、必要な障害福祉サービスが公平かつ適正に提供されるよう」諸般の検討を行うこととされている。

◆都道府県別 障害福祉サービス等の「人口千人当たり利用者数」(令和5年10月)



(出所) 利用者数は令和5年10月時点の国保連データ、人口は総務省統計局の「人口推計」(令和5年10月1日現在)に基づき作成。

◆都道府県別 障害者手帳別の「人口千人当たり新規交付数」(令和4年度)



(出所) 福祉行政報告例、衛生行政報告例を基に作成。(注) 身体障害者手帳の交付数には政令市及び中核市の数字を含んでおり、療育手帳、精神障害者手帳の交付数には政令市の数字を含んでいる。

◆ 全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋 (改革工程) (令和5年12月22日閣議決定) (抄)

◆ 障害福祉サービスの地域差の是正

・**障害福祉サービスの地域差を是正し、供給が計画的かつ効率的に行われる方策について、必要な障害福祉サービスが公平かつ適正に提供されるよう、2024年度から創設される、都道府県知事が行う事業所指定の際に市町村長が意見を申し出る仕組みを推進するとともに、共同生活援助における総量規制も含めた地域の実態や地域移行の状況を踏まえた事業所指定の在り方について検討を行う。**また、自治体の給付決定について、相談支援の利用を促進しセルフプランの適正化を図るとともに、国が助言を行うこと等により利用者の状況に応じた適切な給付決定を推進する仕組みを検討する。

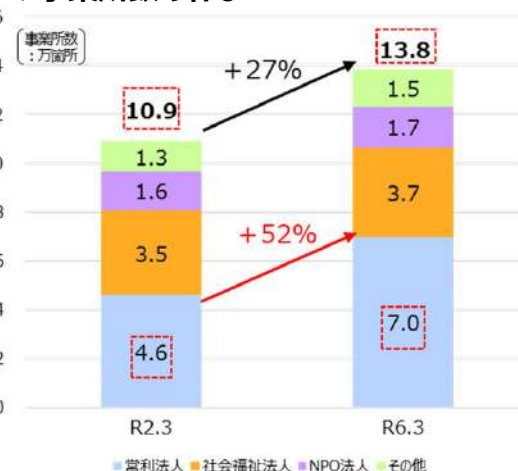
- 障害福祉サービス等の予算額は直近10年間で倍増（障害児向けサービスは約4倍）。障害福祉サービス等の持続可能性を確保するためには、サービスの質を確保しながら総費用額を抑制する取組が不可欠。
- 需要サイドである利用者に牽制が働きにくく、供給サイドである事業所の増加に応じて総費用額が増加しやすい構造にある中で、①持続可能性の確保等に向けた自治体の取組の促進、②就労継続支援サービスの適正化等、③グループホームにおける総量規制の導入等といった改革を進めるべき。

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僅少
- 自治体の支給決定が必要だが決定に地域差

事業者側

- 利用者数の増加に伴い収入が増加
- 当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

◆行政処分

- ・行政処分件数は増加（H27：118件 → R4：185件）
- ・行政処分に伴う給付費の返還請求額（R元：7億円 → R4：26億円）

今後の主な改革の方向性

○ 持続可能性の確保等に向けた自治体の取組

- ・ 給付適正化や制度の持続可能性確保の観点から位置づけ、取り組むべき事項を障害福祉計画において位置づけ、自治体の取組を促すべき
- ・ 障害福祉データベースの活用による「見える化」を進め、データに基づく障害福祉計画策定に取り組む環境整備を行い、総量規制や意見申出制度の運用に活用すべき

○ 就労継続支援

- ・ 就労継続支援A型について、①報酬体系における一般就労への移行を加味したメリハリづけや②経営実態調査において勘案されていない可能性がある助成金等の取扱いの明確化
- ・ 就労継続支援B型の報酬体系における利用時間の勘案
- ・ 自治体の効率的・実効的な実地指導への見直しや支給決定基準の明文化

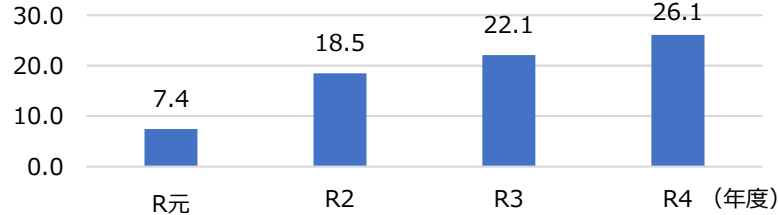
○ 共同生活援助（グループホーム）

- ・ 利用者に対するサービスの維持・向上を図る観点からのガイドラインの策定や総量規制の対象化

○ 障害福祉サービスは費用に加え不正受給額も増加傾向。医療・介護分野では、費用等の増加を背景に、その適正化の観点から計画の策定を求めた上で、各自治体の取組を促す枠組みが導入されている。他方、障害福祉計画では障害福祉サービス等に関する提供体制の確保に係る目標や必要量の見込み等を記載することとされているが、適正化に係る事項の記載は求められていない。

◆ 行政処分に伴う給付費の返還請求額の状況

(返還請求額 (億円))



(出所) 厚生労働省「障害保健福祉関係会議」資料

◆ 医療・介護における計画の事例

	医療	介護
計画名	医療費適正化計画	介護給付適正化計画
策定主体	国・都道府県	都道府県・市町村
根拠法	高齢者の医療の確保に関する法律	介護保険法
策定期間	6年	3年
策定の目的	国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、今後医療に要する費用が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていくこと	介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要な過不足のないサービスを、事業者が適切に提供するように促すことにより、適切なサービスの確保とその結果としての費用の効率化を通じて介護保険制度への信頼を高め、持続可能な介護保険制度の構築に資する
記載事項(例)	医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県における医療費適正化の推進のために達成すべき目標に関する事項	介護給付等に要する費用の適正化に関し、取り組むべき事項

◆ 障害者総合支援法（平成十七年法律第二百二十三号）（抄）

(市町村障害福祉計画)

第八十八条 **市町村は**、基本指針に即して、障害福祉サービスの提供体制の確保その他この法律に基づく業務の円滑な実施に関する計画（以下「**市町村障害福祉計画**」という。）を定めるものとする。

2 **市町村障害福祉計画**においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

- 一 **障害福祉サービス、相談支援及び地域生活支援事業の提供体制の確保に係る目標に関する事項**
- 二 **各年度における指定障害福祉サービス、指定地域相談支援又は指定計画相談支援の種類ごとの必要な量の見込み**
- 三 **地域生活支援事業の種類ごとの実施に関する事項**

3～12 (略)

(都道府県障害福祉計画)

第八十九条 **都道府県は**、基本指針に即して、**市町村障害福祉計画の達成に資するため**、各市町村を通ずる広域的な見地から、障害福祉サービスの提供体制の確保その他この法律に基づく業務の円滑な実施に関する計画（以下「**都道府県障害福祉計画**」という。）を定めるものとする。

2 **都道府県障害福祉計画**においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

- 一 **障害福祉サービス、相談支援及び地域生活支援事業の提供体制の確保に係る目標に関する事項**
- 二 **当該都道府県が定める区域ごとに当該区域における各年度の指定障害福祉サービス、指定地域相談支援又は指定計画相談支援の種類ごとの必要な量の見込み**
- 三 **各年度の指定障害者支援施設の必要入所定員総数**
- 四 **地域生活支援事業の種類ごとの実施に関する事項**

3～10 (略)

◆ 改革工程（令和5年12月22日閣議決定）（抄）

- ◆ 障害福祉サービスの公平で効率的な制度の実現
- ・ **障害福祉サービスについて**、障害者が希望する地域生活を実現するとともに、多様化する利用者のニーズに応じて質の確保・向上を図る必要がある。こうした中で、**制度の持続可能性を確保する観点から、サービス間・制度間の公平性を踏まえ、報酬改定におけるサービスの質等に応じたメリハリある報酬設定等、公平で効率的な制度の実現に向けた検討を行う。**

【改革の方向性】（案）

○ 障害福祉サービスに係る費用や不正が増加する中、他制度の取組も参考としつつ、給付適正化の観点や制度の持続可能性の確保を踏まえて取り組むべき事項を障害福祉計画において位置づける法制上の措置を講じた上で、自治体の取組を促すべき。

○ データの利活用を通じた障害福祉計画の作成等に資することを目的として、令和5年度より障害福祉DBの運用が開始されている。障害福祉計画におけるサービス量の見込みは、総量規制や意見申出制度（都道府県による事業所指定の際に市町村長が意見を申し出る仕組み）の活用判断の根拠となる。

地域包括ケア「見える化」システム（介護）では地域間の比較を容易に行えるが、障害福祉DBでは自治体ごとかつ調査項目ごとにデータを出力する必要がある。

◆ 地域包括ケア「見える化」システム（介護）



○現状分析画面では、介護保険事業関連のデータ等を分かりやすくグラフ化し、地域間比較や時系列比較が可能な状態で情報提供する。

- 1 : 本エリアで指標を選択すると、グラフが中央に表示される。
- 2 : 本メニューボタンから、グラフのカラー/白黒表示の切替えや、グラフ画像のダウンロードが可能。
- 3 : グラフ上に表示したい地域名が表示される。
- 4 : 比較したい地域を、地名による検索や条件から選択可能。

（出所） 地域包括ケア「見える化」システムを用いた地域分析

◆ 障害福祉データベースの位置づけ

障害福祉分野において、将来的にサービスの質の更なる向上等を図る観点も含め、**障害福祉計画の作成、実施及び評価並びに障害者の動向の把握等に資するため、「介護保険総合データベース」に相当するデータ基盤を整備することが必要**である。

（出所） 社会保障審議会 障害者部会報告書（令和4年6月）

国は、障害福祉DBの給付費明細情報等と障害支援区分認定データを連結できる形で匿名化して収集します。**国が収集したデータは各自治体に提供し、各自治体において計画の進行管理や地域分析等を行い、データの利活用等通じた障害福祉計画等の作成・見直しに資するものとします。**

（出所） 障害福祉サービスデータベース本格運用の開始について（令和5年3月29日）

◆ 障害者総合支援法（平成十七年法律第二百二十三号）（抄）

（指定障害福祉サービス事業者の指定）
第三十六条（略）

2 **就労継続支援その他の主務省令で定める障害福祉サービス**（以下この条及び次条第一項において「**特定障害福祉サービス**」という。）に係る第二十九条第一項の指定障害福祉サービス事業者の**指定は、当該特定障害福祉サービスの量を定めてするものとする。**

3・4（略）

5 **都道府県知事は、特定障害福祉サービスにつき第一項の申請があった場合において、当該都道府県又は当該申請に係るサービス事業所の所在地を含む区域（第八十九条第二項第二号の規定により都道府県が定める区域をいう。）における当該申請に係る種類ごとの指定障害福祉サービスの量が、同条第一項の規定により当該都道府県が定める都道府県障害福祉計画において定める当該都道府県若しくは当該区域の当該指定障害福祉サービスの必要な量に既に達しているか、又は当該申請に係る事業者の指定によってこれを超えることになると認めるとき、その他の当該都道府県障害福祉計画の達成に支障を生ずるおそれがあると認めるときは、第二十九条第一項の指定をしないことができる。**

→総量規制

6（略）

7 **関係市町村長は、前項の規定による通知を受けたときは、主務省令で定めるところにより、第二十九条第一項の指定障害福祉サービス事業者の指定に関し、都道府県知事に対し、当該関係市町村の第八十八条第一項に規定する市町村障害福祉計画との調整を図る見地からの意見を申し出ることができる。** →意見申出制度

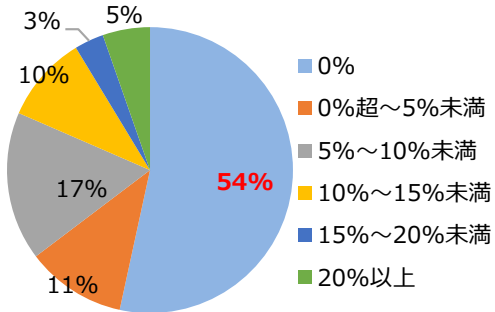
【改革の方向性】（案）

○ 障害福祉DBの活用により、他の自治体との比較をより簡便に行うことができるよう「見える化」を進めるとともに、次期障害福祉計画の策定にあたっては、同DBを活用した分析方法を示すなど、自治体がデータに基づく計画策定に取り組むための環境整備を進めるべき。また、こうした取組を通じて得られたデータを、総量規制や意見申出制度の運用に活用していくべき。

就労継続支援① (A型)

- 就労継続支援A型（利用者と雇用契約を締結）は一般就労への移行支援が含まれるサービス。しかし、一般就労への移行割合が0%の事業所が半数以上。加えて、一般就労を希望する者の割合が2割未満であることや、サービスの利用申請にあたり一般就労を検討していない自治体の割合が4割強であることを踏まえれば、利用者は適切なサービス選択を行うことができていない可能性。
- 就労継続支援A型は、助成金等を目当てにした事業所開設が行われているとの指摘もあるところ、事業活動収入として計上されおらず、経営実態調査において勘案されていない可能性がある助成金等を加味すると収支差が改善。

◆一般就労への移行割合(注) (有効回答数: 1,028か所)



◆一般就労への希望割合及び令和5年度における一般就労への移行割合(注) (有効回答数: 1,028か所)

一般就労への希望割合	18.7%
一般就労への移行割合	5.1%

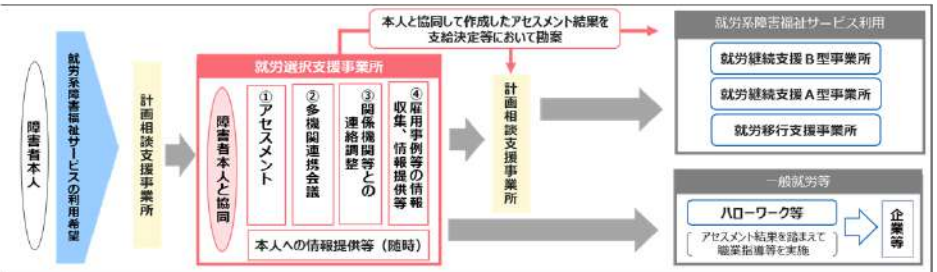
(注) 全事業所(1,028か所)の一般就労への希望人数及び移行人数の総合計を利用者数の総合計で割って算出している。

◆市区町村における利用者から就労系新規サービス利用の申請がされた際の一般就労検討状況 (有効回答数: 1,173か所)

一般就労への移行を検討している	665 (56.7%)
一般就労への移行を検討していない	508 (43.3%)

◆就労選択支援サービス(令和7年10月1日施行)の概要

- 障害者本人が就労先・働き方について、より良い選択ができるよう、就労継続支援を利用する意向を有する者等を対象に就労アセスメントの手法を活用して、本人の希望、就労能力や適性等に合った選択を支援。



障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(抄)

第5条

14 この法律において「就労継続支援」とは、通常の事業所に雇用されることが困難な障害者及び通常の事業所に雇用されている障害者であって主務省令で定める事由により当該事業所での就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とするものにつき、就労の機会を提供するとともに、生産活動その他の活動の機会の提供を通じて、その知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の主務省令で定める便宜を供与することをいう。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準(抄)

第194条 指定就労継続支援A型事業者は、公共職業安定所での求職の登録その他の利用者が行う求職活動の支援に努めなければならない。

2 指定就労継続支援A型事業者は、公共職業安定所、障害者就業・生活支援センター及び特別支援学校等の関係機関と連携して、利用者の就労に関する意向及び適性に応じた求人の開拓に努めなければならない。

福祉事業で公費(自立支援給付費、特開金等)という安定した収入があるため、金融機関からの融資が受けやすかった。また、別法人を立ち上げれば、融資を受けやすく、新たな法人で事業所を開設していた。

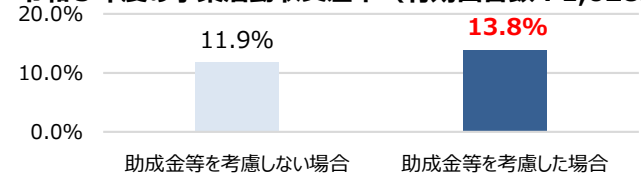
※特開金とは、ハローワーク等の紹介により障害者等を継続して雇用する事業主に対して支給される「特定求職者雇用開発助成金」のこと。

(出所) 就労継続支援A型事業所に係る検証報告書(2019年6月 倉敷市)

厚生労働省によると、導入当初から企業が運営する事業所を中心に、給付金や助成金を目当てにろくに事業を行わないケースが横行。閉鎖と開設を繰り返して障害者1人につき数百万円の助成金を不正に得ていた事業者も確認されたという。

(出所) 2018年6月22日 読売新聞 障害者雇用事業所「火の車」

◆経営実態調査に含まれていない可能性がある助成金等を考慮した令和5年度の事業活動収支差率(有効回答数: 1,028か所)



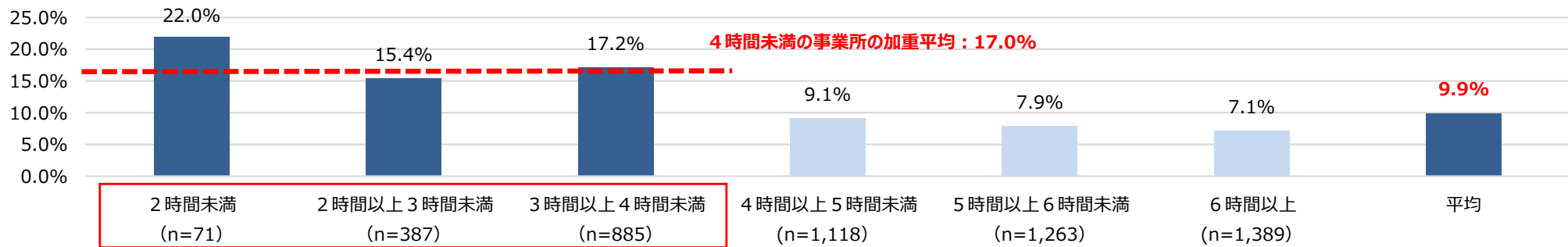
(出所) 財務省「予算執行調査」(令和6年10月公表)

【改革の方向性】(案)

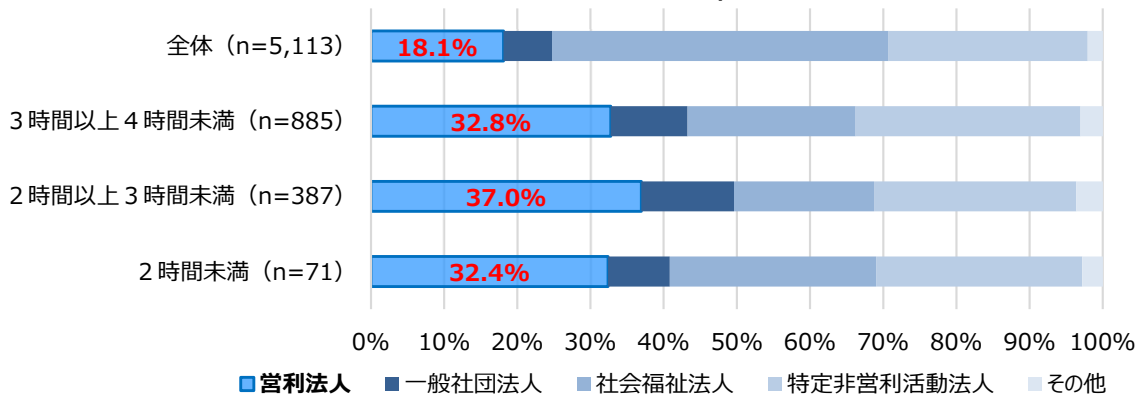
- 障害者の方々の雇用の受け皿となっていることにも留意しつつ、次期報酬改定に向けて一般就労への移行をより一層加味したメリハリのある報酬体系となるよう検討すべき。加えて、来年10月施行の就労選択支援サービスの適切な利用がなされるようにすべき。
- 次期報酬改定に向けて、経営実態調査における助成金等の取扱いについて、同調査における記載要領において明示的に示すなど、助成金等が適切に勘案されるようにすべき。

- 就労継続支援B型（利用者と雇用契約を結ばず工賃支払い）について、利用者の平均利用時間と収支差率の関係に着目すると、利用時間が短い4時間未満の事業所における収支差率は、全事業所平均と比較して高くなっており、提供されるサービスに対して報酬が過大となっている可能性がある。
- また、①利用時間が4時間未満の事業所における営利法人の割合が高くなっている、②報酬体系別に区分すると参加型の収支差率は工賃型と比較して高くなっており、参加型のうち営利法人に限ると参加型全体の平均の2倍超となっている。

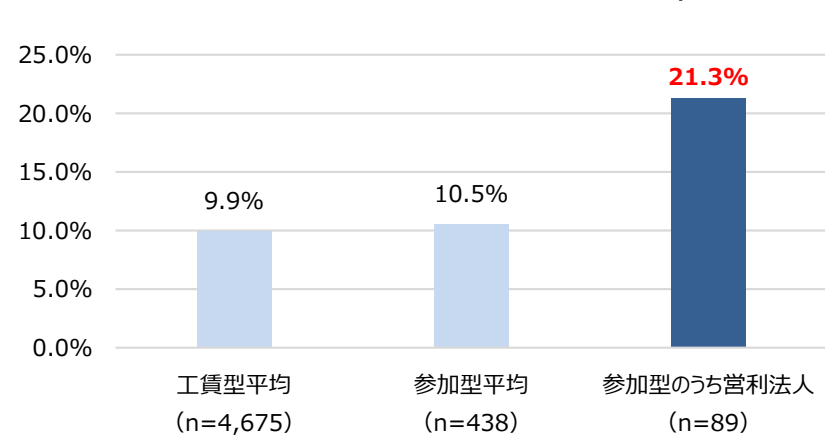
◆ 就労継続支援B型事業所のうち、利用者の平均利用時間別の事業活動収支差率（有効回答数：5,113か所）



◆ 平均利用時間別の事業運営主体（有効回答数：5,113か所）



◆ 報酬体系別の事業活動収支差率（有効回答数：5,113か所）



（出所）財務省「予算執行調査」（令和6年10月公表）

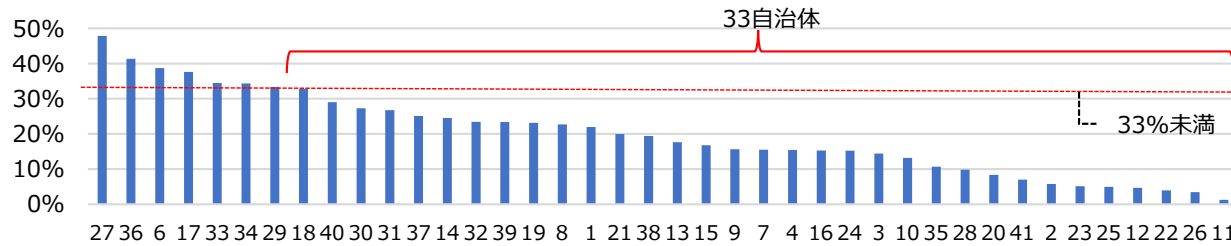
（注）利用者の就労や生産活動等への参加等をもって一律に評価する報酬体系を「参加型」と、平均工賃月額に応じた報酬体系を「工賃型」と表記している。

【改革の方向性】（案）

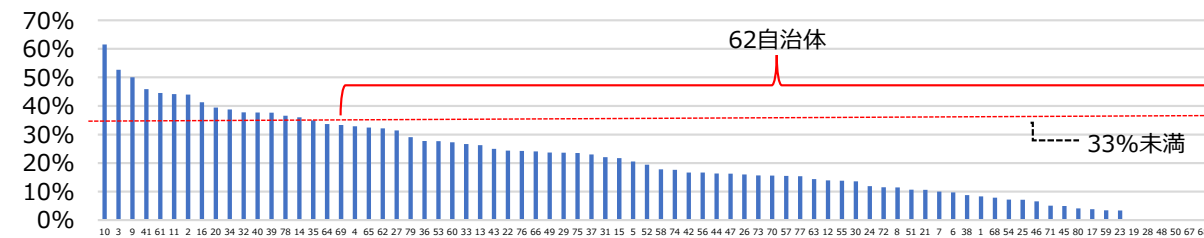
- 就労継続支援B型の報酬体系について、次期報酬改定に向けて、利用者の平均利用時間をよりきめ細やかに勘案する報酬体系への見直しを検討すべき。その際、特に参加型の収支差率が高くなっていることにも留意すべき。

- 適切なサービス提供を担保する観点から、自治体（都道府県等）は事業者に対する実地指導（運営指導）を概ね3年に1度実施するよう求められているが、就労継続支援について実施割合を見ると、33%（＝3年に1度）に満たない自治体が都道府県では80%超、政令指定都市・中核市では70%超存在。
- 就労継続支援に関する地域差（3.8倍）を見ると、障害者向けサービス全体の地域差（2.3倍）よりも大きくなっている。こうした中、市区町村における就労系サービスの支給決定について明文化した基準等が存在しないと回答した自治体が6割超にのぼる。

◆就労継続支援での都道府県の実地指導割合（有効回答数：41か所）



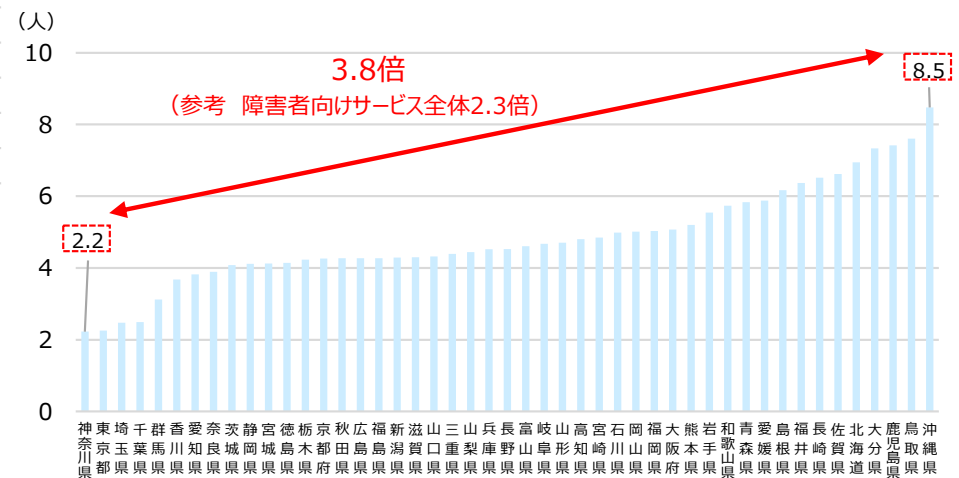
◆就労継続支援での政令指定都市及び中核市の実地指導割合（有効回答数：80か所）



（出所）財務省「予算執行調査」（令和6年10月公表）

（注）令和5年度に実施した実地指導件数を令和6年3月31日現在稼働している事業所数で除して機械的に算出している。便宜上、自治体名に番号を振って記載している。

◆都道府県別 就労継続支援の「人口千人当たり利用者数」（令和5年10月）



（出所）利用者数は令和5年10月時点の国保連データ、人口は総務省統計局の「人口推計」（令和5年10月1日現在）に基づき作成。

国は不正防止のため、自治体に対し、**B型事業所**に出向く「**実地指導**」をおおむね**3年に1度**行うよう指針で示しているが、このペースで実施できていない自治体は東京都や大阪市など45自治体に上った。仙台市は**事業所数が10年で2倍以上**となり、「**実地指導は10年に1度がやっと**」とする。

（出所）2024年3月21日 読売新聞「B型事業所で不正受給9億円超、行政チェック手回らず…書類の体裁確認で精いっぱい」

◆就労系サービスに関する市区町村の支給決定基準等の策定状況（有効回答数：1,173か所）

明文化した基準等があり、要綱等の形式で公表している。	131 (11.2%)
明文化した基準等があるが、部内限りのもので、公表していない。	280 (23.9%)
明文化した基準等はないが、支給決定に当たって担当係内での考え方がある	511 (43.6%)
明文化した基準等はなく、個々の担当による判断としている。	251 (21.4%)

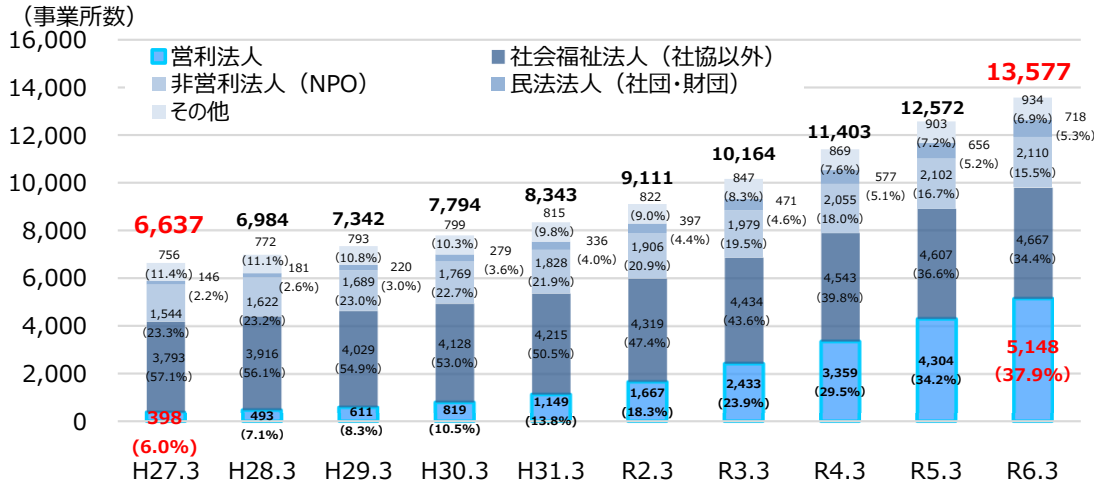
（出所）財務省「予算執行調査」（令和6年10月公表）

【改革の方向性】（案）

- 効率的・実効的な実地指導を行う観点から、より重点的に実地指導を行うべき事業所を都道府県等が選定するための基準について具体化するなど、実地指導のあり方を見直すべき。また、就労系サービスに関する支給決定の基準について、地域差の是正の観点からも、支給決定基準を設けるなど、その基準を明文化すべき。

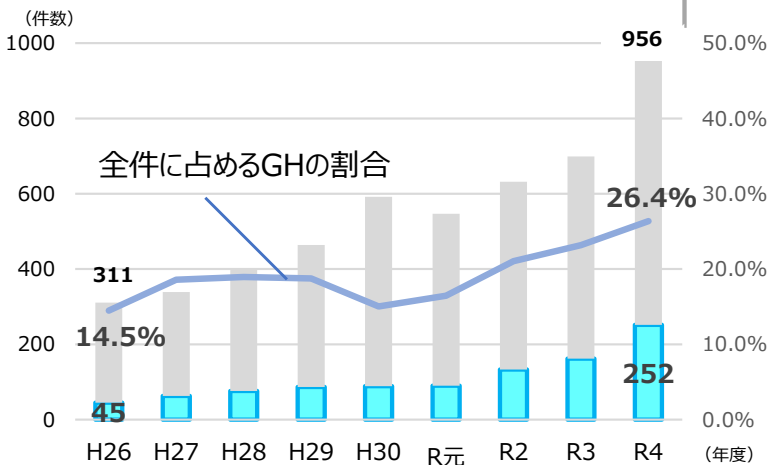
○ グループホーム（GH）について、入所施設からの地域移行を進めるといった政策的要請の中、営利法人の増加を中心に事業所数は10年で2倍に急増。GHによる虐待件数の増加や連座制の適用を受ける事案も発生しており、サービスの質について自治体からも懸念の声があがっている。こうした中、サービスの質の向上に向けた取組やサービスを公平かつ適正に行う観点からの総量規制の検討の方針が示されている。

◆ グループホームの事業所数の推移と運営主体の内訳



(出所) 国保連データを基に作成。

◆ 障害者の虐待判断件数とグループホームが占める割合



サービス種別	件数	割合
共同生活援助	252	26.4%
障害者支援施設	214	22.4%
生活介護	131	13.7%
就労継続支援B型	113	11.8%
放課後デイ	93	9.7%
就労継続支援A型	33	3.5%
療養介護	24	2.5%
児童発達支援	20	2.1%
居宅介護	17	1.8%
短期入所	17	1.8%
重度訪問介護	10	1.0%
就労移行支援	7	0.7%
地域活動支援センター	7	0.7%
自立訓練	5	0.5%
相談支援	5	0.5%
移動支援	4	0.4%
行動援護	3	0.3%
同行援護	1	0.1%
合計	956	100.0%

(出所) 厚生労働省「障害者虐待対応状況調査」(障害者福祉施設従事者等による障害者虐待)

【改革の方向性】(案)

○ グループホームについて、利用者に対するサービスの維持・向上を図る観点から、支援に関するガイドラインの策定といった取組を着実に進めるとともに、必要なサービスが公平かつ適正に提供されるよう総量規制の対象とすべき。

◆ 株式会社等の不正行為等への対応について

障害者グループホーム等を運営する株式会社等について、本日、愛知県及び名古屋市において、同社の運営するグループホーム事業所（5事業所）の指定取消処分が行われました。厚生労働省においては、当該指定取消処分の理由である食料費の過大徴収について株式会社等の本社等による組織的な関与が認められることから、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。）に基づく、いわゆる連座制を適用することとし、本日その旨を、同社及び関係自治体に通知しました。

(※) 障害者総合支援法における、いわゆる連座制とは、一事業所等の指定取消において、当該障害福祉サービス事業者の取消の理由となった事実について、組織的な関与が認められた場合は、その障害福祉サービス事業者の同一サービス等類型内の他事業所等の指定又は更新の拒否につながる仕組みをいう。(出所) 厚生労働省HPより抜粋

◆ グループホームに関する地方自治体の声

- ・GHの事業所自体も他分野からの参入と業務拡大、支援の質の低下が目立ちます。障害分野の基礎知識は全くない方も多く、障害特性に合わない支援や現場のスタッフが短期間での異動を繰り返す場合もあります。
- ・総量規制ができないため、事業所指定基準を満たせば指定せざるを得ないため支援スキルの低いグループホームが増えていくことが懸念される。

(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」(令和4年3月)

共同生活援助における支援の質の確保について

- 共同生活援助における障害者の特性に応じた支援や、サービスの質を評価するための具体的な基準の在り方について、支援に関するガイドラインの策定や、管理者、従業員等に対する資格要件や研修の導入等について、令和6年度以降検討する。

障害福祉サービスの地域差の是正について

- 障害福祉サービスの地域差を是正し、サービスの供給が計画的かつ効率的に行われる方策について、必要なサービスが公平かつ適正に提供されるよう、共同生活援助における総量規制も含めた地域の実態や地域移行の状況を踏まえた事業所指定の在り方について検討する。

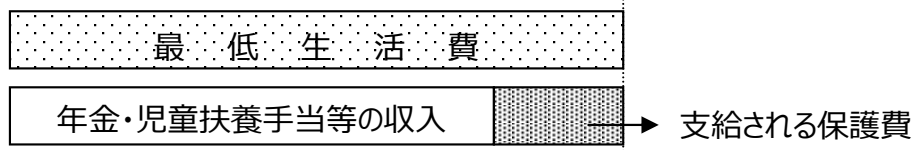
(出所) 厚生労働省障害保健福祉部 障害福祉サービス等報酬改定検討チーム(令和6年2月6日) 資料

最低生活費の考え方

- 生活保護制度においては、最低限度の生活を保障するとともにその自立を助長することが目的（生活保護法第1条）とされており、生活保護法において様々な原則や義務が設けられている。
- 最低生活費は、日常的に必要な食費、被服費、光熱水費等に対応するものとして生活保護受給者の年齢、世帯構成及び地域に応じた生活扶助（第1・2類費と各種加算）のほか、必要に応じた住宅扶助、教育扶助、介護扶助、医療扶助等を支給。
- これらは最低限度の生活の需要を満たすに十分なものであって、かつ、これを超えないものである必要。

◆最低限度の生活の保障

- ① 資産、能力等あらゆるものを活用することが保護の前提。
扶養義務者による扶養などは保護に優先される。
 - ・不動産、自動車、預貯金等の資産
 - ・稼働能力の活用
 - ・年金、手当等の社会保障給付
 - ・扶養義務者からの扶養 等
- ② 支給される保護費の額
 - ・厚生労働大臣が定める基準で計算される最低生活費から収入を差し引いた差額を保護費として支給



◆生活扶助基準の概要

- 生活扶助費は、**食費・被服費・光熱水費等の日常生活に必要な経費**に対応する扶助費。
- 生活扶助基準の具体的な金額は**世帯単位**で決まることとなっており、
【第1類費】食費等の**個人的費用**（**年齢階級別**に個人単位で定められた金額の世帯合計）
【第2類費】光熱水費等の**世帯共通的费用**（**世帯人員別**に定められた金額）を合算して算出。
- 第1類費については、**所在地域に応じて6段階の基準**が定められている。
- 第2類費については、令和5年10月の基準改定から、所在地域によらず全国一律。
- 障害者世帯、母子世帯など**特定の世帯には加算**がある。
（例）東京23区（1級地-1）夫婦2人世帯（35歳、30歳、9歳、4歳）の場合

生活保護基準額（月額）：274,110円

※このほか、医療扶助等の現物給付や一時扶助等の必要に応じた給付を実施。

（内訳）

生活扶助	: 181,330円
児童養育加算	: 20,380円
教育扶助	: 2,600円
住宅扶助	: 69,800円

生活保護法（昭和三十五年法律第百四十四号）

（保護の補足性）

第四条 保護は、生活に困窮する者が、その利用し得る資産、能力その他あらゆるものを、その最低限度の生活の維持のために活用することを要件として行われる。

（基準及び程度の原則）

第八条 保護は、厚生労働大臣の定める基準により測定した要保護者の需要を基とし、そのうち、その者の金銭又は物品で満たすことのできない不足分を補う程度において行うものとする。

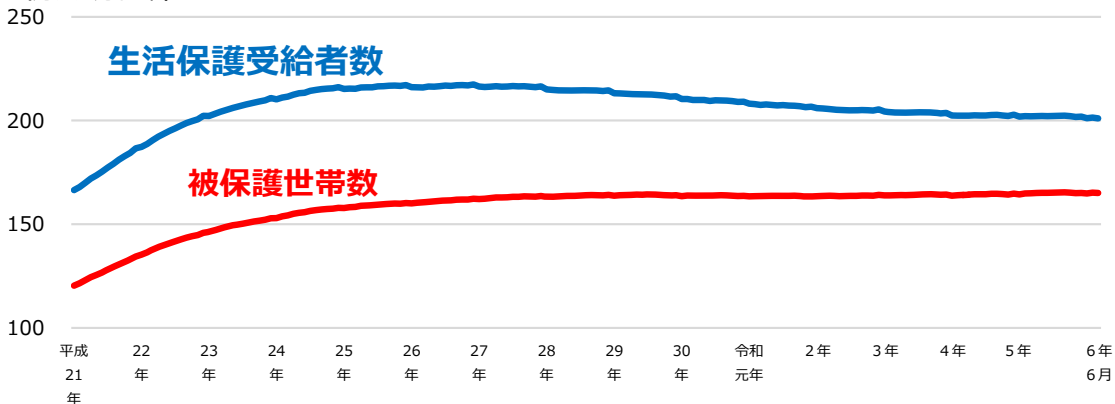
2 前項の基準は、要保護者の年齢別、性別、世帯構成別、所在地域別その他保護の種類に応じて必要な事情を考慮した最低限度の生活の需要を満たすに十分なものであって、且つ、これをこえないものでなければならない。

生活保護の現状

- 生活保護受給者数は平成27年3月をピークに減少に転じ、緩やかな減少傾向が継続。受給世帯数も横ばい。
- 高齢化に伴い高齢者世帯が増加傾向。受給世帯、受給人員ともに過半数が高齢者。リーマンショック以降、その他の世帯が高止まり。
- 生活保護費は令和4年度実績で3.5兆円（国費2.6兆円）。その約半分を医療扶助、約3割を生活扶助が占める。

◆生活保護受給者数の推移

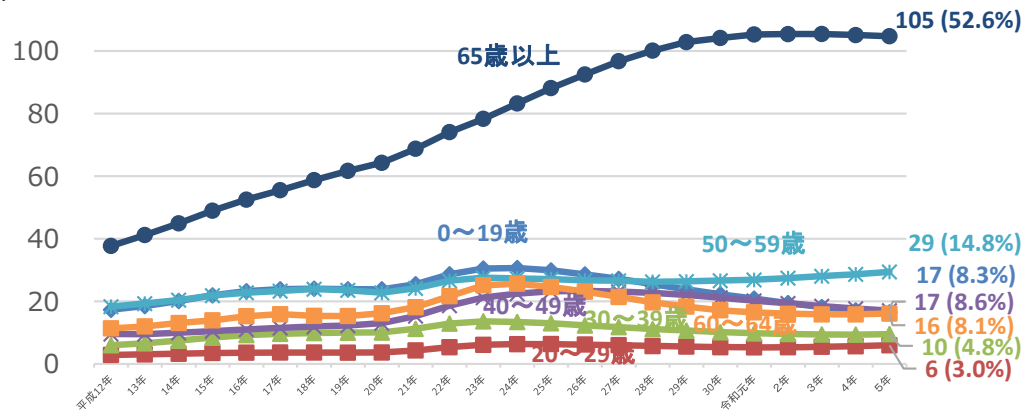
(万人、万世帯)



(出所) 被保護者調査 月次調査 (厚生労働省) (平成23年度以前は福祉行政報告例) (令和5年度以降は速報値)

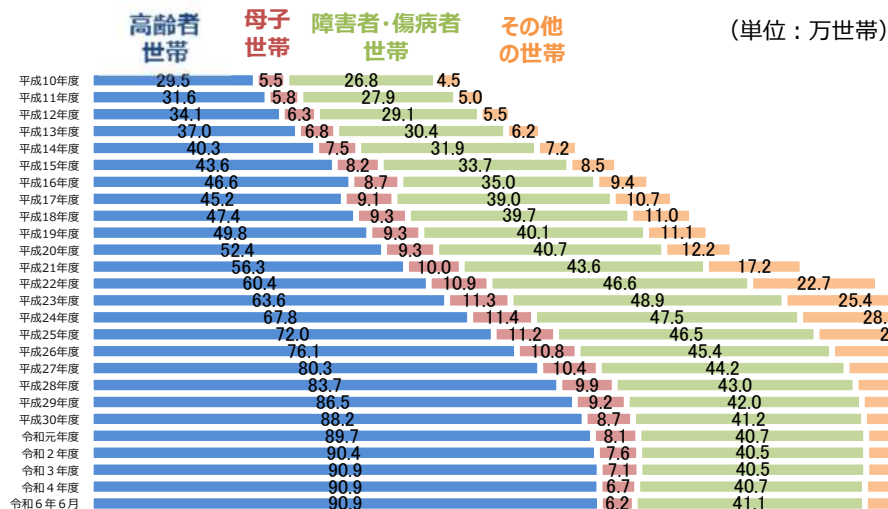
◆年齢階層別被保護人員の推移

(万人)120



(出所) 被保護者調査 年次調査 (厚生労働省) (平成23年度以前は被保護者全国一斉調査) (注) 各年7月調査日時点

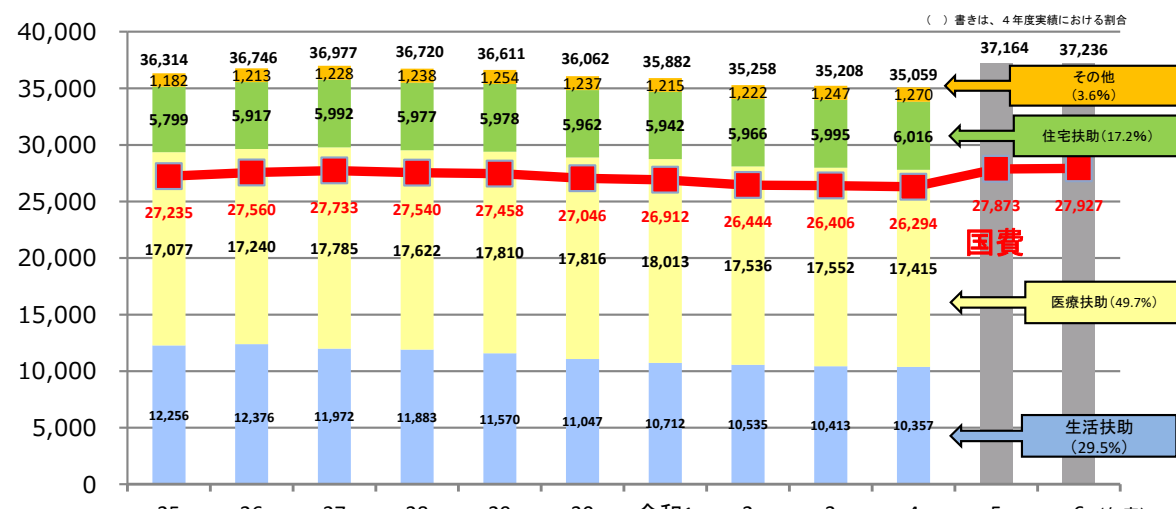
◆世帯類型別の生活保護受給世帯数の推移



(出所) 被保護者調査 月次調査 (厚生労働省) (平成23年度以前は福祉行政報告例) (令和6年6月は速報値)

(注) 世帯数は各年度の1か月平均であり、保護停止中の世帯は含まない。

◆生活保護費 (事業費ベース) の推移

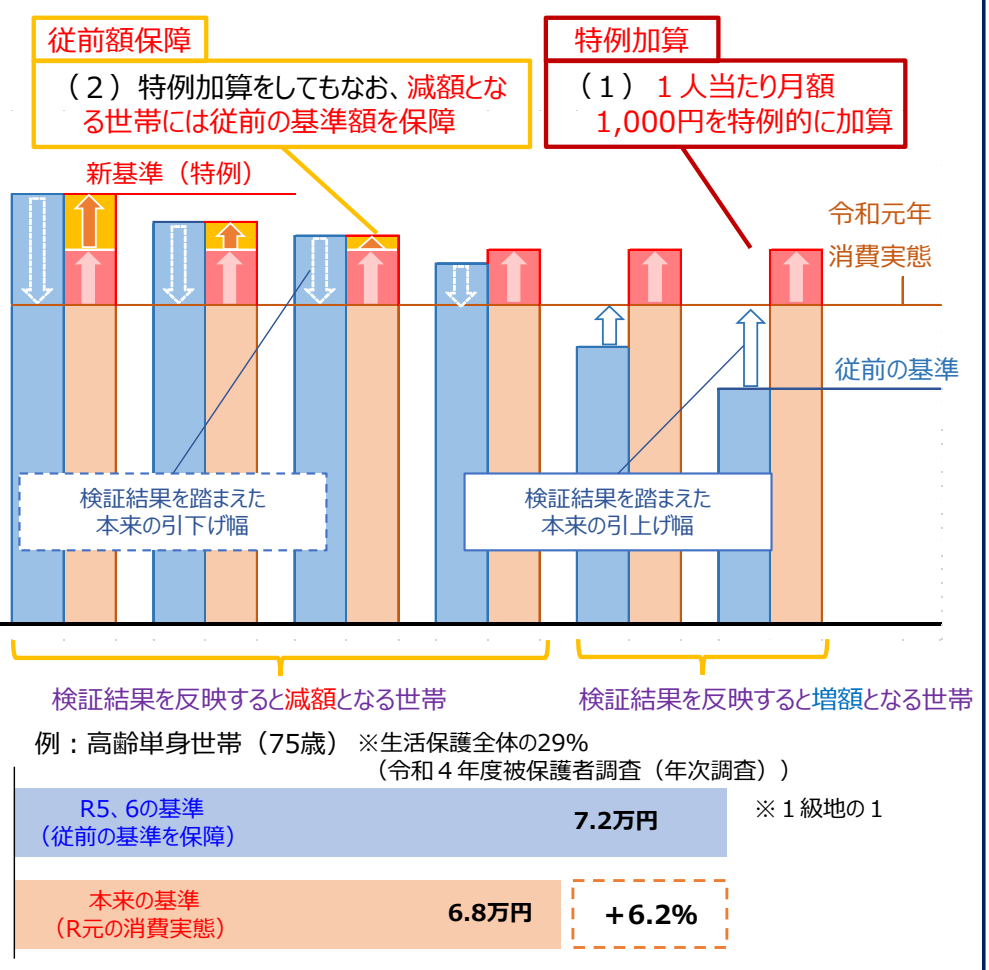


(出所) 生活保護費負担金事業実績報告

(注) 令和4年度までは実績額、5年度は補正後予算額、6年度は当初予算額

- 生活扶助基準については、従来、一般低所得者世帯の消費水準との均衡を図るように設定。令和5年度予算編成においては、社会保障審議会生活保護基準部会の検証結果を反映しつつ、令和5～6年度の臨時的・特例的な対応として、①特例加算と②従前額保障を実施。令和7年度以降の基準については、一般低所得者世帯の消費実態との均衡を図るため、基準部会の検証結果を適切に反映することとした上で、社会経済情勢等を踏まえた必要な対応を検討する必要。
- 物価対策としては、生活保護世帯を含む低所得者世帯に対して各種支援措置が講じられていることも踏まえ、最低限度の生活保障との制度趣旨や国民の理解を得る観点から、特例加算は一般低所得者世帯の消費実態との均衡を図るべきであり、合理的な算定根拠のない従前額保障は解消を図るべき。

生活扶助基準の現状（R5年10月以降）



これまでの取組（R5・R6年度の臨時的・特例的な対応）

- 令和4年の基準部会での検証結果を反映しつつ、足下の物価高騰等も踏まえ、**当面2年間（令和5～6年度）は臨時的・特例的な措置**を実施。
 (1) 令和元年当時の消費実態の水準（検証結果の反映後）から**一定額（月1000円/人）を特例的に加算【特例加算】**
 (2) (1)の措置をしても従前の基準から減額となる世帯については、**従前の基準額を保障（下限0%）【従前額保障】**

改革の方向性（案）

- **一般低所得者世帯の消費実態との均衡を図るべき。**
 - ・ 令和元年から5年にかけてのCPIの伸びは+5.6%に対して、一般低所得者世帯の消費水準（生活扶助相当支出）の伸びは+1.6%と特例加算（令和元年の消費水準に対して+2.1%相当の上乗せ）の範囲内。
 加えて、物価上昇に対しては、その影響を緩和する対策が機動的かつ重層的に講じられている。
 - ・ 従前額保障により、一般低所得者世帯の消費実態と大きな不均衡が発生。
 （例：高齢単身世帯では、一般低所得者世帯より6.2%高い水準）
 ⇒(1) **特例加算は、一般低所得者世帯の消費の伸び（R元→R5年）を上回る水準**であり、一般低所得者世帯の消費実態との**均衡を図るべき。**
 ⇒(2) 一般低所得者世帯との均衡の観点では、**合理的な算定根拠のない従前額保障は解消を図るべき。**

○ 物価上昇下でも消費が伸びるとは限らず、令和元～5年にかけてのCPIの伸び+5.6%に対して、一般低所得者世帯の消費水準の伸びは+1.6%。従来、生活扶助基準は、最低生活保障の観点から一般低所得者世帯の消費実態との均衡を図っており、**足下の物価上昇を理由にした生活扶助基準の一律引上げは、一般低所得者世帯との間で不公平を生じさせる。**

※1 仮に物価に応じて生活保護の被保護者の消費能力のみが機械的に高まることとなれば、一般低所得者世帯との間に不均衡が生じるとともに被保護者の就労等の自立の意欲をそぎかねない。また、物価下落時には減額等の対応の検討も必要。

※2 年金受給世帯は、物価動向のみならず平均余命の伸びと労働力の減少を勘案したマクロ経済スライドによって緩やかに年金の給付水準が調整される一方で、被保護者について生活扶助基準を物価上昇に応じて機械的に引き上げることは、一般の年金受給世帯との不均衡を生じさせるおそれ。

○ 厳しい世帯への配慮は必要だが、近年、物価上昇に対しては、生活保護世帯を含む低所得者への給付金のほか、電気・ガス料金の負担軽減策などが措置される等、**その影響を緩和する対策が機動的かつ重層的に講じられている**（いずれも、収入認定から除外）。

物価の動向【消費者物価指数（CPI）】

	令和元年 (①)	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年 (②)	令和元年→ 5年伸び率
総合	100.0	100.0	99.8	102.3	105.6	(②/①)
前年比	-	0.0%	▲0.2%	+2.5%	+3.2%	+5.6%

一般低所得者世帯の消費動向【家計調査】

(2人以上 勤労世帯の生活扶助相当支出)

	令和元年 (①)	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年 (②)	令和元年→ 5年伸び率
年収第1・ 十分位	164,462	160,025	158,079	166,235	167,163	(②/①)
前年比	-	▲2.7%	▲1.2%	+5.2%	+0.6%	+1.6%

(出所) 消費者物価指数、家計調査

(注) 生活扶助相当支出は、消費支出額から学校給食、住居、保健医療サービス、自動車等購入、自動車等維持、授業料等及び教科書・学習参考教材を除いた概算値

◆令和4・5年度の生活困窮者等への給付金

➡ 生活保護受給者にも支給（収入認定からは除外）

主な給付年度	給付金	支給額
R4	低所得の子育て世帯に対する子育て世帯生活支援特別給付金 ・令和4年度新型コロナウイルス感染症対策予備費（令和4年4月28日）	子ども1人あたり 5万円
R4	電力・ガス・食料品等価格高騰緊急支援給付金 ・令和4年度新型コロナウイルス感染症及び原油価格・物価高騰対策予備費（令和4年9月20日）	1世帯あたり 5万円
R5	電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援地方交付金 ・令和4年度新型コロナウイルス感染症及び原油価格・物価高騰対策予備費（令和5年3月28日）	1世帯あたり 3万円
R5	低所得の子育て世帯に対する子育て世帯生活支援特別給付金 ・令和4年度新型コロナウイルス感染症及び原油価格・物価高騰対策予備費（令和5年3月28日）	子ども1人あたり 5万円
R5	物価高騰対応重点支援地方創生臨時交付金 ・令和5年度第1次補正予算（令和5年11月29日成立）	1世帯あたり 7万円
R5～6	物価高騰対応重点支援地方創生臨時交付金（子ども加算） ・令和5年度原油価格・物価高騰対策及び賃上げ促進環境整備対応予備費（令和5年12月22日）	子ども1人あたり 5万円

・ 上記以外にも新型コロナ禍以降、特別定額給付金（一人あたり10万円）など生活困窮者等への給付金を措置しているが、いずれも収入認定が行われていない。

・ 令和6年の総合経済対策においても、物価高の影響を特に受ける低所得者世帯向けの給付金や、地域の実情に応じたきめ細かい対応のための重点支援地方交付金を始め、総合的な対応を図るとされている。（令和6年10月4日 総合経済対策の策定について（内閣総理大臣指示））

【改革の方向性】（案）

○ 物価対策としては、生活保護世帯を含む低所得者世帯に対して各種支援措置が講じられていることも踏まえ、生活扶助基準については、最低限度の生活保障との制度趣旨や国民の理解を得る観点から、一般低所得者世帯の消費実態との均衡を図るべき。

○ 令和5・6年度の特例加算1人あたり月額1,000円は、基準検証のモデル世帯（夫婦子1人世帯）についてみると、令和元年当時の消費水準（検証結果）の2.1%に相当する金額の上乗せ。

※ 入院患者・介護施設入所者に対しても、一律に足下の物価上昇等も踏まえた特例加算が行われているが、入院患者・介護施設入所者には食費・光熱費等が現物給付されており、物価の影響を直接受ける日常生活費の額に対して多い加算となっている点にも留意が必要。

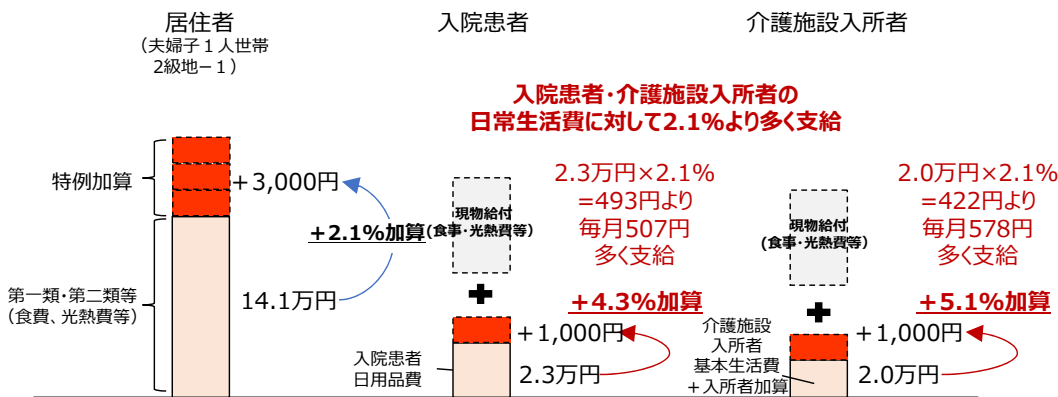
○ 一般低所得者世帯（モデル世帯に近い2人以上勤労第1・十分位）の令和元年から令和5年までの消費水準の伸びは+1.6%程度と特例加算（2.1%）の範囲内。加えて、低所得者世帯向けの給付金が講じられている状況。

◆ 1人月額1,000円加算の令和元年消費水準に対する割合

【夫婦子1人世帯（モデル世帯）】

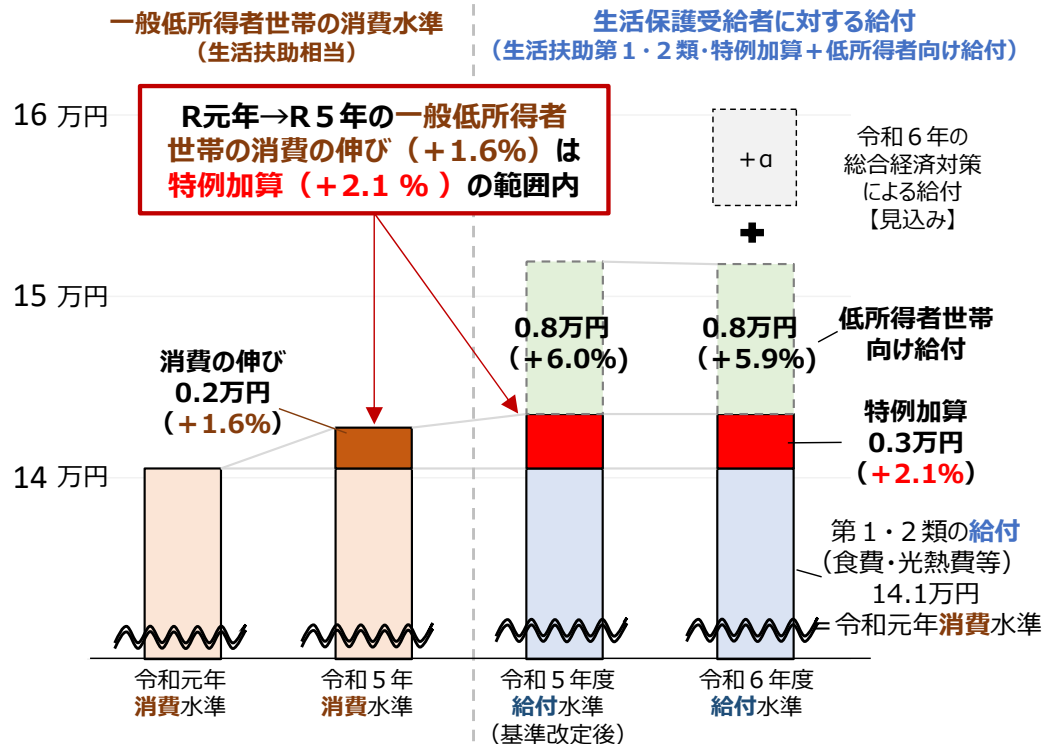
- ① 加算額：月額1,000円×3人＝月額3,000円
- ② 検証結果（令和元年度時点）：月額140,514円
- ①/②＝月額3,000円/月額140,514円 ≒ 2.14%
- ⇒ 特例加算1,000円は、現在、令和元年の一般低所得者世帯の消費実態（基準部会の検証結果）に2.14%を加算した水準を支給

◆ 入院患者・介護施設入所者への1,000円加算の支給イメージ



（注）現物給付以外の給付に対する特例加算1,000円の割合を、入院患者日用品費の上限額（月額2万3,110円）、又は、介護施設入所者基本生活費及び加算の上限額（ともに月額9,880円）の合計額で特例加算額1,000円を除くことで計算。各上限額は、1級地-1の場合の令和6年4月基準額。

◆ 一般低所得者世帯の消費実態の伸び（月額換算）



（注）消費の伸びは、家計調査の2人以上勤労世帯の生活扶助相当支出の第1・十分位のR元年からR5年の伸び。低所得者世帯向け給付は、夫婦子1人世帯に対する給付を前提。「電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援地方交付金」及び「低所得の子育て世帯に対する子育て世帯生活支援特別給付金」については、令和5年3月28日の予備費の閣議決定に基づく給付であること等を踏まえ、令和5年度に全額を按分。「物価高騰対応重点支援地方創生臨時交付金」、「物価高騰対応重点支援地方創生臨時交付金（こども加算）」の令和5年度・6年度への按分については、支給実績に応じて、支給後12ヶ月間で月額換算し機械的に計算。

【改革の方向性】（案）

○ 特例加算は、一般低所得者世帯の消費の伸びを上回る水準であり、一般低所得者世帯との消費実態との均衡を図るべき。

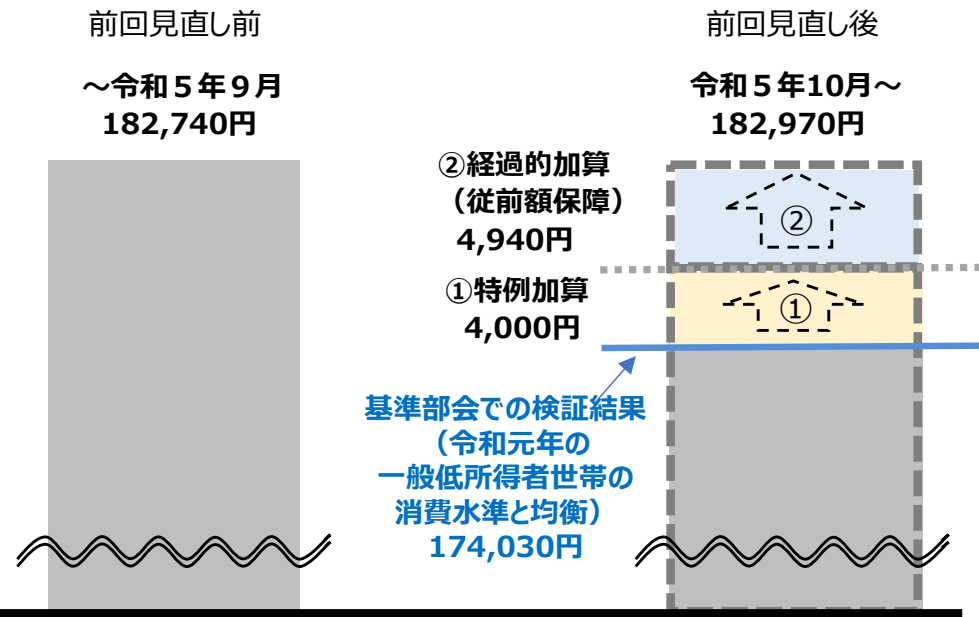
- 生活扶助の臨時的・特例的加算により、1人当たり1,000円の加算を行ってもなお令和4年度までの基準額から減額となる世帯について、令和4年度までの**従前の基準額を保障しており、一般低所得者世帯の消費実態との間で大きな不均衡が生じている。**
- 例えば、従前額保障と特例加算により、4人世帯（65・45・35・13歳、1級地-1）では5.1%、高齢単身世帯（75歳、1級地-1）では6.2%、それぞれ基準額が基準部会の検証結果（一般低所得者世帯の消費実態）を上回っている。

◆ 4人世帯（65、45、35、13歳）、1級地-1の場合

※第1・2類費、特例加算（一人当たり1,000円加算）あり、
経過的加算（従前額保障）あり

一般低所得者世帯の消費水準に①**特例加算4,000円**をしてもなお
前回基準から下がる分を②**従前額保障として4,940円加算**

⇒ **一般低所得者世帯の消費実態より8,940円（5.1%）高い支給水準**

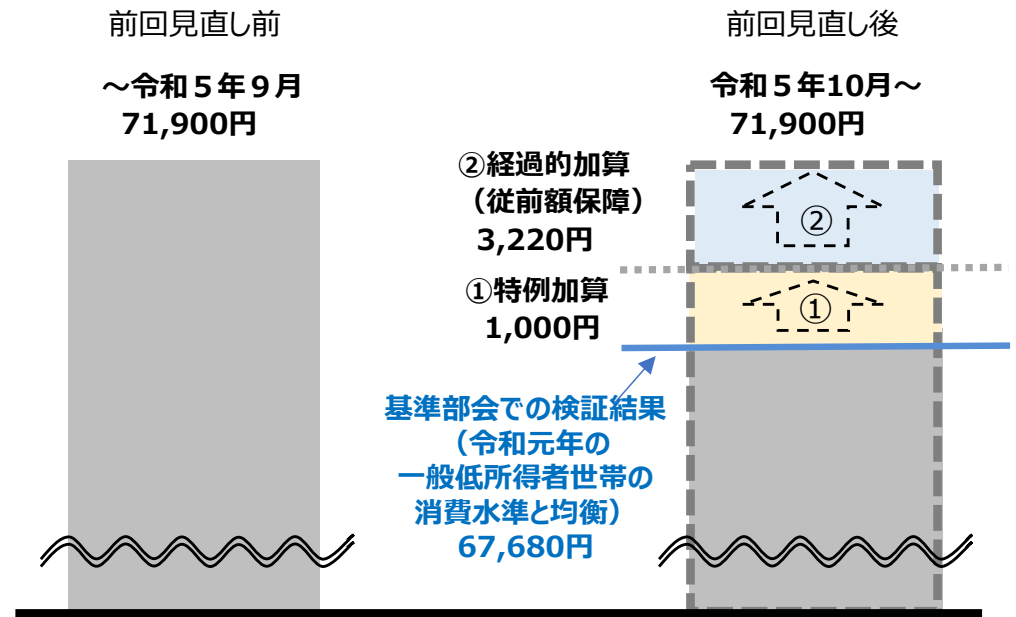


◆ 高齢単身世帯（75歳）、1級地-1の場合

※第1・2類費、特例加算（一人当たり1,000円加算）あり、
経過的加算（従前額保障）あり

一般低所得者世帯の消費水準に①**特例加算1,000円**をしてもなお
前回基準から下がる分を②**従前額保障として3,220円加算**

⇒ **一般低所得者世帯の消費実態より4,220円（6.2%）高い支給水準**



※従前額保障の額は、年齢・世帯人数・地域区分別に額を設定し、世帯員毎に算定するため、世帯員の構成によっては、世帯で合算した基準額が、見直し前後で一致しないことがある。
※このほか、生活扶助費として、児童加算、冬季加算を給付するとともに、教育扶助、住宅扶助などを給付。

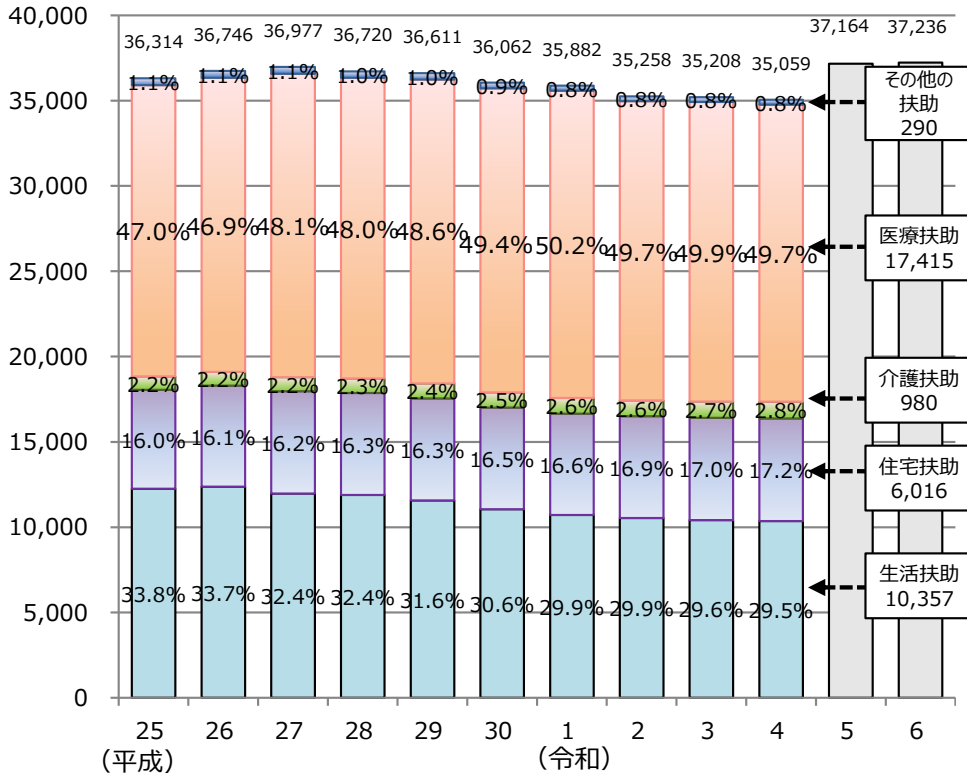
【改革の方向性】（案）

- **一般低所得者世帯との均衡の観点では、合理的な算定根拠のない従前額保障は解消を図るべきではないか。**

- 生活保護受給者は国民健康保険の被保険者から除外され、ほとんどの生活保護受給者の医療費は、その全額を医療扶助で負担。医療扶助費は、生活保護費（令和4年度実績）3.5兆円のうち、その約半分となる1.7兆円（国費はこの3/4）を占める。
- **頻回受診等の対策**については、これまでも福祉事務所から受給者側への指導を中心に取組を進めてきたが、頻回受診等の改善割合は横ばい推移し、依然地域差も大きいなど、**既存の取組には一定の限界があり更なる適正化の取組を進める必要**。

◆生活保護費（事業費ベース）実績額の推移

（億円）



（出所）生活保護費負担金事業実績報告

- ※1 施設事務費を除く
- ※2 令和4年度までは実績額、令和5年度は補正後予算、令和6年度は当初予算
- ※3 国と地方における負担割合については、国3/4、地方1/4

これまでの取組

- ケースワーカー等による指導等
 - ・レセプト等を活用し、頻回受診・多剤・重複投薬者を特定・指導
 - ・頻回受診指導での未改善者を対象に、有効期限が1箇月より短い医療券を発行し、指導機会を創出
- 後発医薬品の使用原則化
 - ・平成30年10月から、医学的知見に基づき問題がない場合は、後発医薬品の使用を原則化
- オンライン資格確認の導入等のデジタル化やデータ活用
 - ・令和6年3月からオンライン資格確認を導入し、その実績ログを頻回受診傾向者の早期把握に活用
 - ・都道府県が医療扶助の状況等に関するデータを分析し、市町村の取組を支援する仕組みを創設（令和7年4月施行）
- 健康管理事業の推進
 - ・被保護者健康管理支援事業を令和3年1月から必須事業化等

現状・課題

- ・ 頻回受診等の改善割合は横ばいで推移、依然地域差も大きいなど、**これまでの取組には一定の限界があり、更に取組を進める必要**。
- ・ 更に取組を進めるに当たっては、**福祉事務所の事務負担への配慮や（受診側だけではなく）医療機関への働きかけ強化等が必要**。

更なる取組の方向性（案）

- デジタル化・客観的データ活用等による取組の効率化・有効化
- 都道府県等による医療機関への働きかけ・ガバナンス強化 等

【改革の方向性】（案）

- 福祉事務所の事務負担に配慮し、より効率的・効果的な対策となるよう、**デジタル化・客観的データ活用を更に進めるとともに、受給者への働きかけだけではなく、地域医療体制に責任を有する都道府県等による医療機関への働きかけ・ガバナンス強化等が必要**。

○ 頻回受診対策には、**頻回受診定着前の早期指導が重要**と言われており、令和6年3月から**オンライン資格確認の実績ログを用いた早期把握の取組を開始**している。他方、その導入は**3割程度**に留まっており、また、オンライン資格確認（実績ログ）では、現状、**福祉事務所は、診療科、薬の処方内容等の詳細までは把握できず**、頻回受診者等への指導には**情報量が不足**。

◆ オンライン資格確認を活用した頻回受診対策

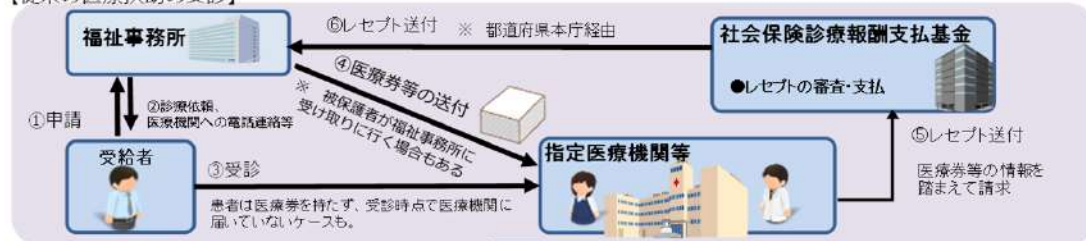
【従来】

- ・ 頻回受診指導は、レセプトから対象者を抽出。
⇒受診から指導までに2か月程度のタイムラグ。頻回受診定着前の効果的な指導等が困難。

【オンライン資格確認導入後】

- ・ 福祉事務所には、システムから被保護者の受診状況を連携。
⇒福祉事務所において早期に頻回受診の傾向がある者を把握可能。
当該者に対する助言等を実施することにより適正な受診を推進することが可能。

【従来の医療扶助の受診】



【オンライン資格確認の導入】



【施行時期】：令和6年3月1日

【改革の方向性】（案）

- **オンライン資格確認の導入促進により、頻回受診傾向者への早期指導の取組を進めるべき。** 加えて、**医療機関等における電子カルテや電子処方箋等の情報活用を促す**とともに、**福祉事務所への効率的・効果的な情報提供の方策を検討すべき。**

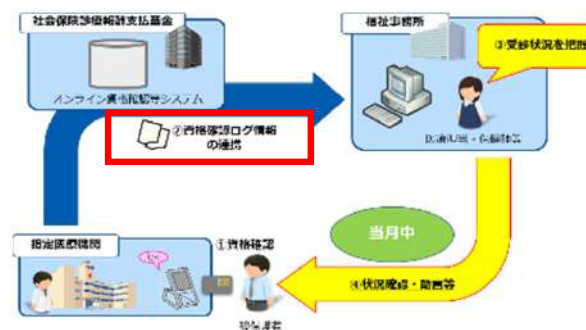
◆ オンライン資格確認の対応状況（導入済み医療機関数）

	医療保険 (R6.7.28時点)	医療扶助 (R6.8月末時点)
病院・診療所	89,260	29,818
歯科診療所	60,390	16,884
薬局	59,600	21,472
合計 (オン資導入率)	209,250 (94.1%)	68,174 (31.4%)

（出所）厚生労働省調べ

◆ オンライン資格確認の課題（情報の制約）

- ・ 現状、福祉事務所は実績ログ情報（誰がいつどの医療機関を受診したか）までは分かるが、受診した診療科、薬剤の処方内容までは分からず、頻回受診、多剤投薬の指導には一定の限界。
- ・ 全国医療情報プラットフォームの構築に合わせて、電子カルテ・電子処方箋との情報連携・活用が進めば、頻回受診者等への指導にも有益。



※福祉事務所は、現状、電子カルテ・電子処方箋の情報まではアクセスできないが、医療機関側ではアクセス可能。

⇒ 今後、医療機関側における情報活用や福祉事務所との連携等を進める必要。

- 令和3年度から、レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)を活用して、被保護者の医療の利用状況や健康状態を把握するために必要な全国データ分析を実施。データ分析による市町村の取組状況等の見える化の取組が進められている。
- 他方で、現状、福祉事務所単位でのデータ分析は可能であるものの、医療機関等の単位では分析はできず、頻回受診対策等として、指定医療機関等への働きかけには活用しづらいという課題がある。

◆レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)を活用した分析内容

◆活用イメージ

- 令和6年生活保護法改正により、都道府県が医療扶助の実施状況等に関するデータ分析を行い、市町村の取組を支援する仕組みを創設（令和7年4月施行）。
- 今後、各都道府県は福祉事務所単位の地域差の可視化や市町村との間での課題認識や目標の共有を通じて、PDCAサイクルを実践することが期待されている



※（株）野村総合研究所「厚生労働省 令和5年度社会福祉推進事業 医療扶助における都道府県のデータ分析に基づくPDCAサイクル実践に関する調査研究事業—データ分析支援マニュアル（案）」（2024年3月）

◆NDB分析の課題（情報の制約）

- 福祉事務所単位での傾向分析は可能だが、情報が匿名化されており、**国保データベース（KDB）システムとは異なり、医療機関単位、患者個人での分析は不可。**
⇒福祉事務所から患者や指定医療機関への働きかけには活用しづらい。（現在は、レセプトデータから頻回受診者等のリストを作成し働きかけ）

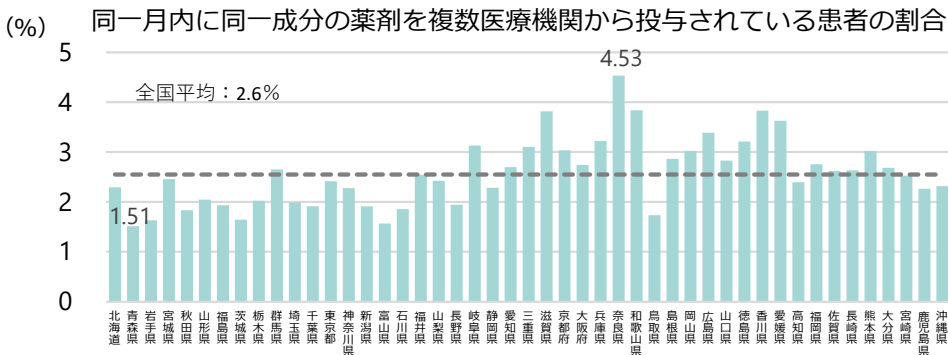
主な分析内容	対象レセプトの範囲	対象レセプトの保険種別	対象レセプトの期間
地域別に見た医療扶助費の状況(地域差分析)			
- 1人当たり実績医療費及び対全国比	医科入院、医科入院外、DPC、調剤、歯科	医療扶助	4月～翌年3月診療分
- 1人当たり年齢調整後医療費及び地域差指数			
- 地域差指数に対する各種寄与度			
公的医療保険加入者との比較			
- 受診者1人当たり件数・日数・医療費	医科入院、医科入院外、DPC、調剤、歯科	医療扶助、市町村国保、後期高齢者医療	6月審査分（4・5月診療分）
- 受診者1人当たり傷病件数・医療機関数	医科入院、医科入院外		
- 薬局利用者1人当たり医薬品種類数等	調剤		
糖尿病・高血圧症・脂質異常症の有病状況等			
- 各疾患の1人当たり医療費・有病割合・受診者1人当たり医療費	医科入院外	医療扶助、市町村国保、後期高齢者医療	6月審査分（4・5月診療分）

【改革の方向性】（案）

- データ分析による市町村の取組状況等の見える化の取組が進められていることも踏まえ、福祉事務所による指定医療機関への働きかけが的確に行えるよう、医療機関単位での分析・活用が可能となる方策の検討を進めるべきではないか。また、医療DXの進展状況等も勘案しつつ、指導・支援対象者の選定（スクリーニング）をより効率的・効果的に実施する方策の検討も進めるべきではないか。

- 同一月内に同一成分の薬剤を複数の医療機関から処方される、**重複投薬については依然地域差が大きく、各地で取組に差がある可能性。**
- 重複投薬防止の観点から、投薬情報の一元管理を進めるため、令和元年度からステッカーを貼付した専用のお薬手帳を持参するモデル事業を行っているが、専用の手帳を紙で持参・提示する心理的なハードル等から、令和6年度は4自治体の活用に留まる。この点、今後、オンライン資格確認を起点に**電子版お薬手帳の普及が進めば、投薬情報の一元管理が容易になり、福祉事務所と薬局が連携した適正受診指導が強化されると考えられる。**

◆医療扶助における重複処方の状況



(出所) 厚生労働省「社会・援護局関係主管課長会議資料」(令和6年3月)を基に作成。
 (注) 1 令和3年6月診療分の医療扶助に該当するレセプトから、受診者数、重複処方(同一診療年月に同一成分の医薬品が2つ以上の医療機関から処方されている状態)の発生した医療機関数別の受診者数を求め、都道府県別に算出した。
 2 処方日数を考慮していないため、例えば、1週間ごとに同一成分の薬剤を2つの医療機関から処方されている場合についても「重複処方」として判別されている。

薬効分類別、重複処方の発生状況 (処方数量・薬剤費の多い上位3品目)

薬価基準収載 医薬品コード 上3桁	薬効分類名	処方数量		薬剤費	
		重複処方の割合*1	順位	重複処方の割合*2	順位
264	鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤	16.8%	1	17.0%	1
114	解熱鎮痛消炎剤	12.1%	2	11.9%	2
232	消化性潰瘍用剤	9.7%	3	8.3%	3

*1 処方数量の合計のうち、複数医療機関から処方された数量の合計の割合。
 *2 薬剤費の合計のうち、複数医療機関から処方された薬剤費の合計の割合。

(出所) 第8回医療扶助に関する検討会 (令和4年8月25日) 厚生労働省提出資料

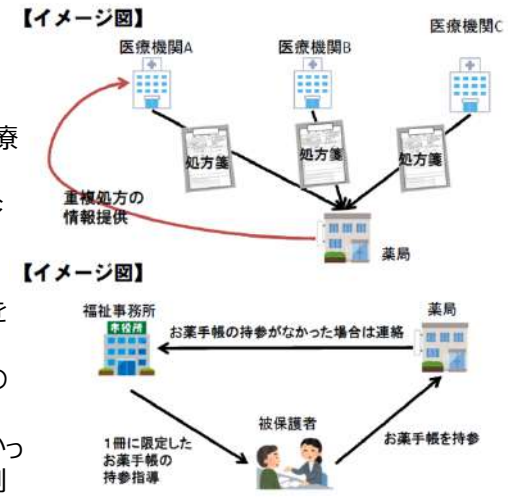
◆お薬手帳を活用した適正受診指導

【薬局を一か所にする事業】

- ① 受給者の希望も参考に対象者1人につき薬局を1か所選定
- ② 薬局において、薬学的管理・指導を実施、必要に応じて、医療機関へ重複処方等の情報提供を実施
- ③ 福祉事務所は、重複処方等が確認された者に対し適正受診指導を行う。

【お薬手帳を活用した事業の実施方法】

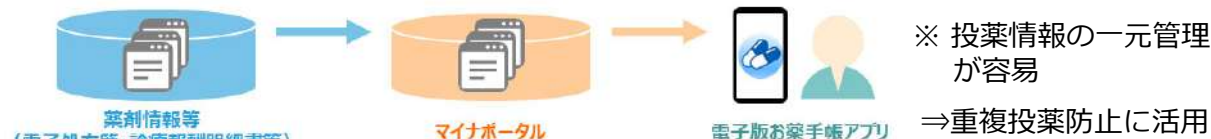
- ① 福祉事務所は、受給者に対して、1冊に限定したお薬手帳を持参するよう指導
- ② 薬局において、こうしたお薬手帳を持参していない場合は、その旨を福祉事務所に連絡
- ③ 福祉事務所は、ステッカーが貼付されたお薬手帳を持参しなかった生活保護受給者に対して、持参するように指導。重複調剤が確認された者に対しては適正受診指導を行う。



(出所) 第1回医療扶助に関する検討会 (令和2年7月15日) 厚生労働省提出資料

◆電子版お薬手帳の活用イメージ

マイナポータルと連携した電子版お薬手帳の活用により各医療機関・薬局で交付された薬剤記録を一括管理



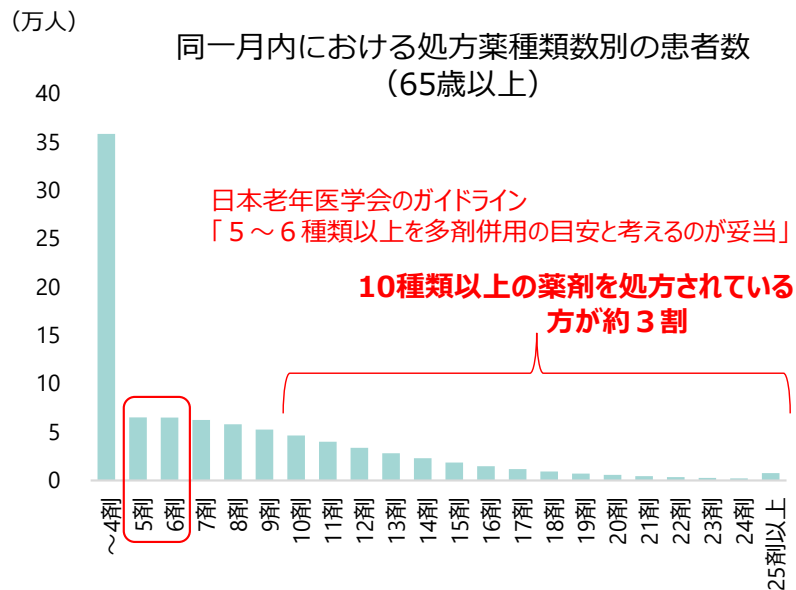
(出所) 厚生労働省HP「電子版お薬手帳」

【改革の方向性】(案)

- **重複投薬対策として、投薬情報の一元管理化が重要**であり、**電子版お薬手帳の利用促進の取組を進めるとともに、将来的には、生活保護受給者が利用可能な場合における電子版お薬手帳の利用原則化も検討してはどうか。**

○ 日本老年医学会のガイドラインでは「5～6種類以上を多剤併用の目安と考えるのが妥当」とされている中、医療扶助においては、65歳以上の患者の約3割が10種類以上の薬剤を処方されているなど、**医療保険分野の対策と差が生じている。**

◆医療扶助における多剤処方の状況



(出所) 厚生労働省「社会・援護局関係主管課長会議資料」(令和6年3月)を基に作成。
「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015」(平成27年11月4日日本老年医学会)

- ※1 種類数の判別には薬価基準収載医薬品コード上7桁を用いた。
- ※2 令和3年6月診療分の医療扶助に該当するレセプトから、受診者数、処方された薬剤の種類数別の受診者数を求めた。
- ※3 患者の状態を勘案していないため、処方された種類数の適否を一概に判断することはできない。

◆医療保険分野と医療扶助分野における多剤投薬対策の比較

	医療保険	医療扶助
多剤投薬者の定義	<ul style="list-style-type: none"> ○健康保険法に基づくデータヘルス計画の策定・実施等に係る指針において、「多剤投与率(6剤・15剤)」という共通評価指標を設定している。 ○医療費適正化基本方針において、都道府県は「9種類以上の投薬を受けている65歳以上の高齢者」についての効果額を算定することとされる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○通知において、指導対象者について、「同一月内に15種類以上の医薬品の投与を受けている者」としている。
目標設定	<ul style="list-style-type: none"> ○医療費適正化基本方針において、都道府県に対して、その是正を含め、医薬品の適正使用のための目標設定を促している。* 	<ul style="list-style-type: none"> ○現状、特段示していない。
具体的取組例	<ol style="list-style-type: none"> ① 診療報酬において減薬した医療機関を評価 ② 診療報酬において薬局が減薬を提案し、処方の変更された場合に評価 ③ 国保データベース(KDB)を通じたレセプト分析 ④ 薬局一元化、お薬手帳の利用推進 ⑤ 対象者への個別通知 	<ol style="list-style-type: none"> ① 福祉事務所がレセプトを通じた定義該当者の抽出 ② 嘱託医等によるスクリーニングを経た上、改善が必要な者に対し、ケースワーカー等が訪問等による指導を実施 ③ 薬局一元化、お薬手帳の利用推進 <p>※左記①、②は医療扶助にも適用</p>

日本老年医学会のガイドラインによれば、「**高齢者に対する処方の実態から考えると、5～6種類以上を多剤併用の目安と考えるのが妥当**」としている。
※医療保険か医療扶助かに関らず共通の内容

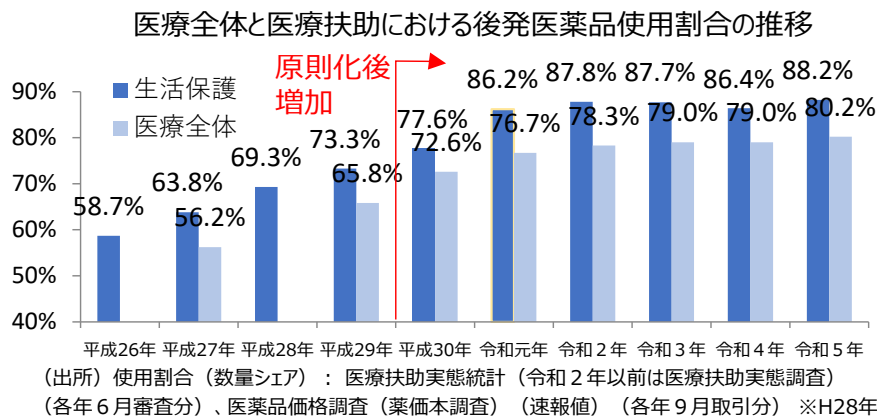
※ 国が定める医療費適正化基本方針を受けて、都道府県で医療費適正化計画を策定。

【改革の方向性】(案)

○ 給付財源が医療保険か医療扶助かによって医学的に適切な投薬処方量が異なることには、合理的理由が認められないことから、スクリーニングの電子化・効率化を進めることとあわせて、**医療保険の多剤投薬の取組と並びを取り、より多くの対象者への指導を検討すべき。**また、**医療扶助についても、都道府県の医療費適正化計画の中で、医薬品の適正使用のための目標設定を促進すべき。**

- 生活保護受給者は、「医学的知見」に基づき、後発医薬品が使用可能な場合は、後発医薬品による給付を行うことが原則。平成30年度生活保護法改正による原則化後、使用割合は増加も、そのうちバイオ後続品の使用割合は未だ低い水準。
- また、令和6年10月から、医療保険では、「医療上の必要性」がないにもかかわらず、患者が後発医薬品ではなく先発医薬品（長期収載品）を希望した場合に両者の差額の4分の1を患者負担する選定療養を開始。併せて、「医療上の必要性」がある場合の判断基準を明確化。他方、医療扶助の「医学的見地」についてはこれまで具体的な判断基準は示されてこなかった。

◆後発医薬品原則化による効果



◆バイオ後続品の使用割合（数量シェア）

使用割合が低い薬剤も存在

販売名	主な効能	剤形	発売日	使用割合
インスリンアスパルトBS注	糖尿病の治療	注射液、キット	2021.5	3.3%
インスリンリスプロBS注	糖尿病の治療	注射液、キット	2020.6	17.8%
インスリングルアルギンBS注	糖尿病の治療	注射液、キット	2015.8	73.2%
ダルベポエチンアルファBS注	貧血の治療	キット	2019.11	79.6%
ベバシズマブBS点滴静注	悪性腫瘍の治療	注射液	2019.12	17.2%

（出所）NDBデータに基づき厚生労働省集計。

（注）バイオ後続品のある薬剤15種のうち、薬剤の総数（投薬量×回数）が多い順に上位5種を記載

◆医療保険における後発医薬品のある先発医薬品（長期収載品）の選定療養

- ・ 令和6年10月から後発医薬品がある薬で、先発医薬品の処方希望の場合は、特別の料金（価格差の4分の1）を患者負担。
- ・ ただし、①医療上の必要性があると認められる場合（例：医療上の必要性により医師が銘柄名処方（後発品への変更不可）をした場合）や、②薬局に後発医薬品の在庫が無い場合など、後発医薬品を提供することが困難な場合については、選定療養とはせず、引き続き、保険給付の対象。

厚生労働省【医療機関・薬局の方向けのチラシ】（抜粋）

Q1. 医療上の必要があると認められるのは、どのような場合ですか。

A. 医師又は歯科医師において、次のようなケースで、長期収載品の処方等又は調剤をする医療上の必要があると判断する場合です。

- ① 長期収載品と後発医薬品で薬事承認された効能・効果に差異がある場合であって、その患者の疾病の治療のために必要な場合
- ② その患者が後発医薬品を使用した際に、副作用があったり、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと判断する場合であって、安全性の観点等から必要な場合
- ③ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されている場合
- ④ 後発医薬品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化できないなどの場合（単に剤形の好みという理由では認められません。この場合の判断は薬剤師が行うこともできます）

※このほか、流通の問題などにより、医療機関や薬局に後発医薬品の在庫がない場合には、「特別の料金」を徴収する必要はありません。

Q3. 生活保護を受給している患者が、単にその好みから長期収載品を希望した場合は、特別の料金を徴収することになりますか。

A. 生活保護受給者である患者には、単にその嗜好から長期収載品を希望した場合であっても、後発医薬品を処方等又は調剤することとなります。そのため、特別の料金を徴収するケースは生じません。

医療上の
必要性の
判断基準

医療扶助
にも本来
共通すべき
内容

生活保護
受給者の
取扱い

【改革の方向性】（案）

- 医療扶助におけるバイオ後続品処方の実態・課題を把握し、使用率向上に向けた取組を強化すべき。
- 厚生労働省は、今回選定療養において明確化された先発医薬品処方の医療上の必要性の判断基準について、医療扶助においても、それに則った対応がなされるよう、指定医療機関における運用実態の把握を含め、取組の徹底を図るべき。

- 頻回受診の改善割合は5割程度と横ばい推移し、現状の適正受診指導には一定の限界。平均通院日数は地域差があり、同日数が高い地域では頻回受診が疑われる者の割合も高い傾向。請求件数の大多数が被保護者という医療機関も見受けられ、供給側の医療機関への働きかけも重要。
- この点、都道府県等による医療機関の関与には、生活保護法による指定、指導、検査、指定取消等があり、令和6年度より指導対象となる医療機関の選定に当たって、頻回受診等の割合の高さを総合的に勘案することとしている。

◆頻回受診の指導対象者の把握状況（令和4年度）

把握月のレセプトにより、同一傷病について、同一月内に同一診療科目を15日以上受診している者を抽出し、そのうち、把握月の通院日数と把握月の前月及び前々月の通院日数の合計が40日以上になる者

①受診状況把握対象
(10,278人)

①のうち、治療にあつた
医師や嘱託医が必要
以上の受診と認められた者

適正受診指導非対象
(8,227人)

②適正受診指導対象
(2,051人)

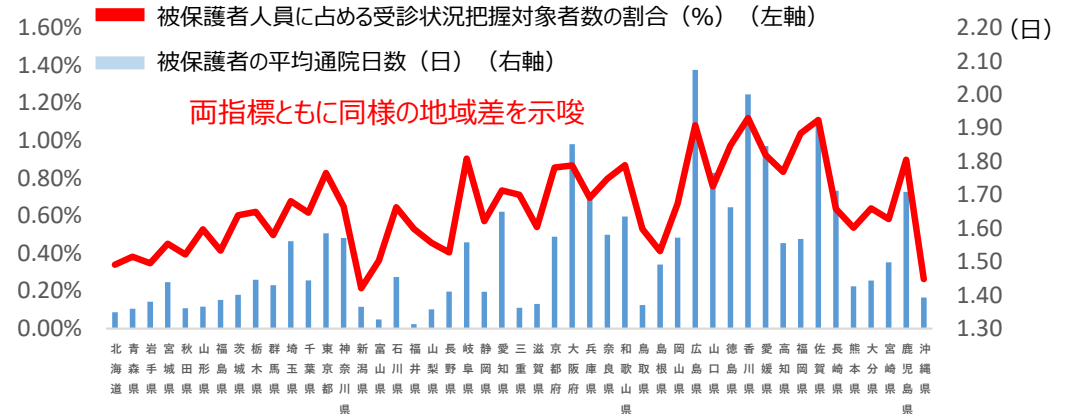
適正な受診日数に改善
(973人)

③適正な受診日数に改善されず
(1,078人)

③／②未改善者割合 = 52.6%

	H30	R元	R2	R3	R4
未改善者割合	45.9%	51.0%	51.0%	55.2%	52.6%

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



(出所) 令和4年医療扶助実態統計（令和4年6月審査分）、令和4年度被保護者調査（年次調査、令和4年7月末時点）、令和4年度頻回受診者に対する適正受診指導結果について（厚生労働省調べ）
(注) 平均通院日数とは、レセプト1枚当たりの医療機関を利用した日数

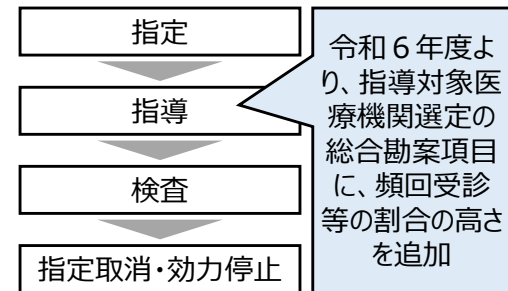
◆生活保護受給者の請求件数割合が高い医療機関

被保護者が患者の大多数を占める病院も存在

件数割合	医療機関数
100%	11
90～100%	108
80～90%	205

(出所) 社会保険診療報酬支払基金の入院外のデータ（病院及び診療所）（対象診療年月：令和5年7月～9月）に基づき厚生労働省において集計

◆都道府県等による医療機関への関与



【改革の方向性】（案）

- 厚生労働省は、頻回受診の割合が高い医療機関に対する都道府県等による指導（令和6年度より開始）の実態把握を進めるべき。その上で、不正が疑われる場合など、指定医療機関に対する検査や指定取消等の実効的な運用を行うべき。

○ 入院期間が180日を超える者の実態把握を実施。入院の必要がないと判断された患者のうち、退院等の措置がなされていない患者は約2割。自治体間で比較すると、入院180日を超えた患者のうち入院の必要がないとされた患者の割合や入院の必要なしとなったものの未措置となっている者の割合には地域差が大きい。

◆長期入院患者の実態把握の状況

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

<令和4年度の結果>

①入院180日を超えた患者 (49,964人)

入院の必要あり (27,497人)

②主治医との意見調整等 (22,467人)

入院の必要あり (19,412人)

③入院の必要なし (3,055人)

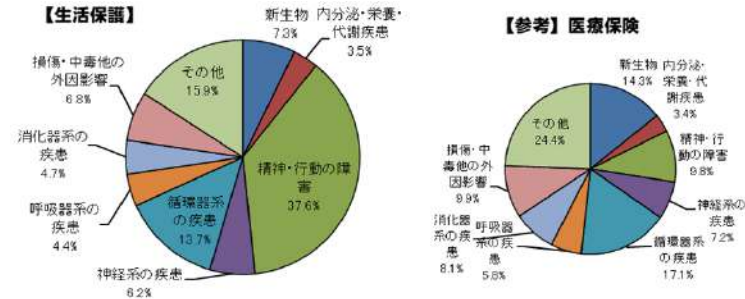
④退院等 (2,396人)

⑤未措置 (659人)

⑤未措置 / ③入院の必要なし = 21.6%

	H30	R元	R2	R3	R4
未改善者割合	28.8%	25.4%	23.4%	25.7%	21.6%

◆医療扶助（入院）における傷病分類別レセプト件数の構成割合



(出所) 医療扶助実態統計(令和4年6月審査分)、令和3年度医療給付実態調査

◆長期入院患者の多い自治体の状況

	入院180日超の患者	入院の必要なし③	③/①	未措置⑤	⑤未措置 / ③入院の必要なし
東京都	5,940人	427人	7.2%	47人	11.0%
大阪市	2,380人	129人	5.4%	97人	75.2%
北海道	2,275人	10人	0.4%	0人	0.0%
福岡県	1,680人	143人	8.5%	52人	36.4%
大阪府	1,415人	143人	10.1%	13人	9.1%
千葉県	1,287人	79人	6.1%	19人	24.1%
札幌市	1,280人	0人	0.0%	0人	-
埼玉県	1,182人	44人	3.7%	10人	22.7%
名古屋市	1,156人	156人	13.5%	8人	5.1%
福岡市	1,016人	48人	4.7%	7人	14.6%

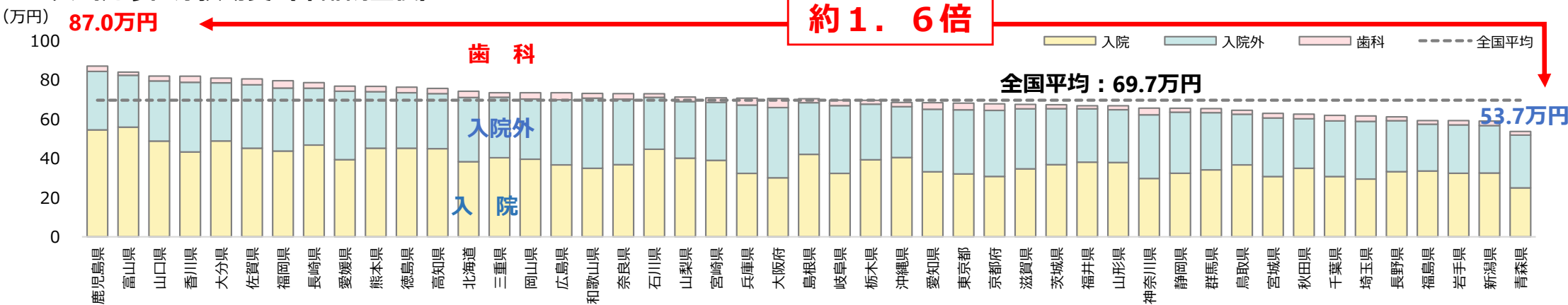
(注1) 厚生労働省「社会・援護局関係主管課長会議資料」(令和6年3月)を基に作成。
 (注2) 政令指定都市、中核市及び都道府県(政令指定都市・中核市を除く)について、長期入院患者が多い順に10自治体を抜粋して記載(令和4年度の結果)。なお、東京都の数値は八王子市の分を除く。北海道の数値は札幌市、旭川市、函館市の分を除く。福岡県の数値は福岡市、北九州市、久留米市の分を除く。大阪府の数値は、大阪市、堺市、高槻市、東大阪市、豊中市、枚方市、八尾市、寝屋川市、吹田市の分を除く。千葉県の数値は千葉市、船橋市、柏市の分を除く。埼玉県の数値はさいたま市、川越市、越谷市、川口市の分を除く。

【改革の方向性】(案)

○ 長期入院の実態把握を強化し、入院の必要がない患者の地域移行を更に進める必要。また、精神・行動障害での入院が多いことも踏まえれば、医療扶助を含む医療費適正化計画の策定主体であり、地域医療提供体制の整備に責任を有する都道府県の関与を強めるべき。

- 生活保護受給者に対する医療扶助は、頻回受診や長期入院などの課題があり、医療費の地域差も大きい。糖尿病に関する一人当たり医療費については、国保等と比較し、ほぼ全ての年代で医療扶助費が高い。
- 地域における医療提供体制の整備に関する都道府県の権限を強化していく際には、医療扶助に対しても都道府県のガバナンスを及ぼし、その適正化に取り組んでいくことが重要。

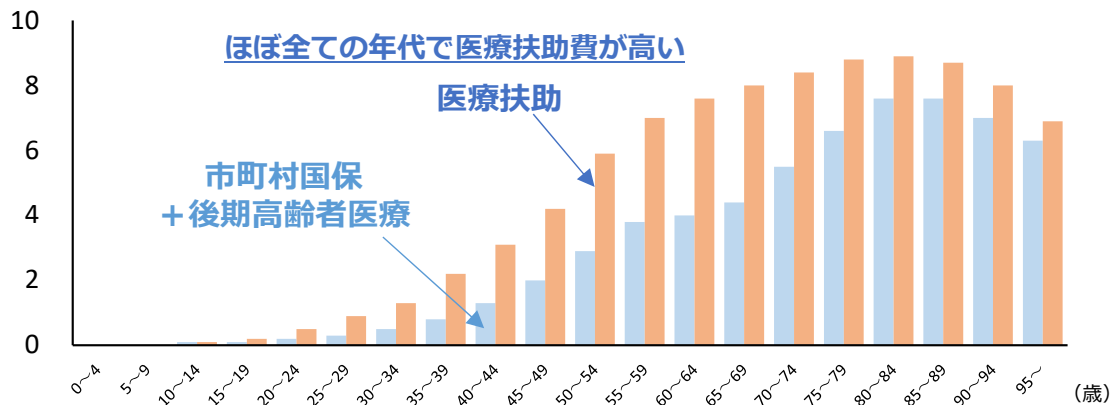
◆ 1人当たり医療扶助費 (年齢調整後)



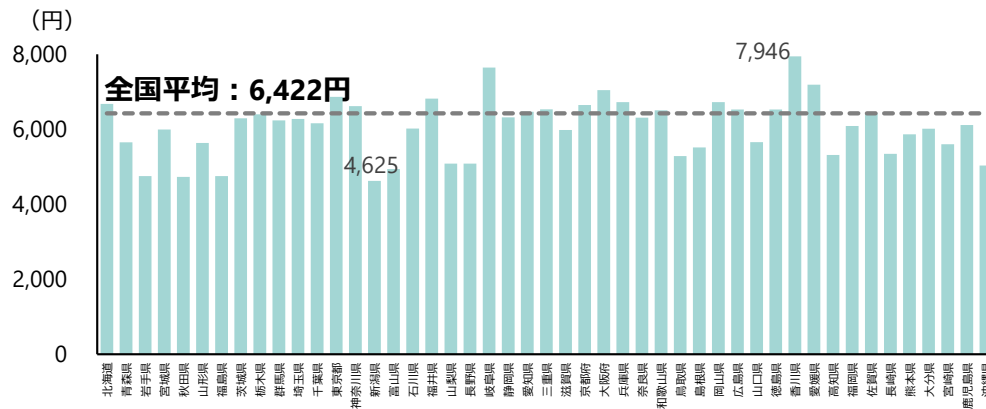
※ 医科診療医療費(入院)と入院時食事・生活療養に係る医療費の合計を「入院」、医科診療医療費(入院外)と調剤医療費の合計を「入院外」、歯科診療医療費を「歯科」としている。訪問看護医療費及び療養費等はいずれにも含まれない。
 (出所) NDBデータ(令和3年4月～令和4年3月診療分)を用いて、厚生労働省社会・援護局保健課保護事業室で集計

◆ 糖尿病に関する医療費の状況

【制度別の1人当たりの糖尿病有病者医療費】



【都道府県別の被保護者1人当たりの糖尿病有病者医療扶助費】



※ 1 糖尿病の抽出条件は、医科入院外レセプトの主傷病や副傷病等全ての傷病を対象として糖尿病対象傷病名がある場合、または、調剤レセプトで糖尿病対象医薬品が処方されている場合にレセプト抽出を行い、それぞれ抽出した入院外レセプトと調剤レセプトを単純集約した。
 ※ 2 制度別の1人当たりの糖尿病有病者医療費は、令和3年6月審査分のレセプトから求めた当該疾患に係る医療費を被保護者数(市町村国保・後期高齢者医療加入者数)で除したものの。
 ※ 3 都道府県別の被保護者1人当たりの糖尿病有病者医療扶助費は、糖尿病有病者に係る医療扶助費を令和3年6月審査分のレセプトの受診者数で除し、全国の当該レセプトの受診者の年齢構成比率に合わせる形で調整したもの。

○ 生活保護受給者は、現状、国保等に加入せず、医療扶助を受けるものとされているが、**国保等に加入することとすれば、都道府県**のガバナンスが医療扶助に及び、**頻回受診・長期入院への対応が強化され、医療扶助費の適正化につながり得る。**

◆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。

◆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、2021年度医療保険に関する基礎資料
医療扶助については、2021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

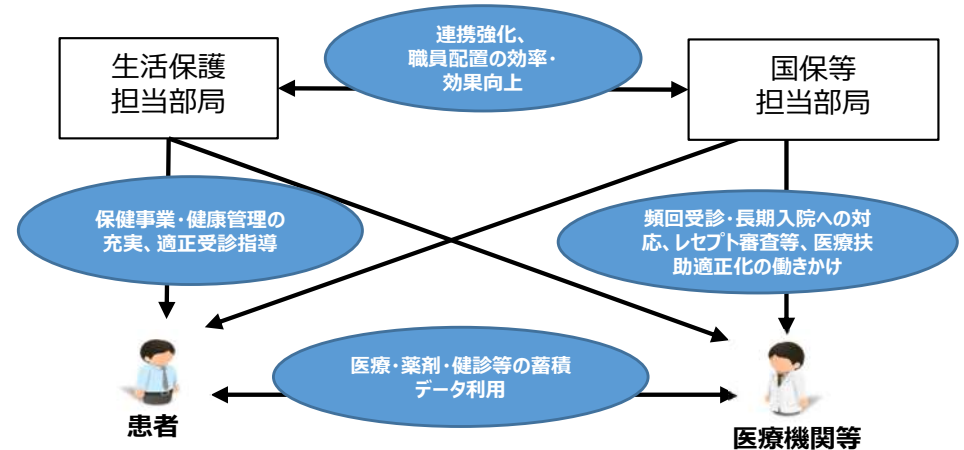
(参考) 全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）
(2023年12月22日閣議決定)

- 医療扶助について、都道府県が広域的な観点から、市町村に対して頻回受診対策や重複・多剤投薬等の取組目標の設定・評価やデータ分析等に係る必要な助言その他の援助を行う仕組みを創設して推進するとともに、オンライン資格確認の仕組みも活用して頻回受診対策等を推進するほか、医療費全体に関する都道府県のガバナンス強化の観点から、生活保護受給者が国民健康保険制度や後期高齢者医療制度に加入することについて、検討を深める。

◆生活保護（医療扶助）と国保等に関する自治体の業務

国保等のみ必要	国保等・生活保護ともに必要（重複）	生活保護のみ必要
・保険料の設定・徴収	・資格管理 ・保健事業（健康管理指導・健診）、 ・適正受診指導 ・レセプト審査・支払 ・医療提供側への働きかけ	・医療要否を確認のうえ医療券の発行等

◆生活保護受給者の国保等加入により期待される効果

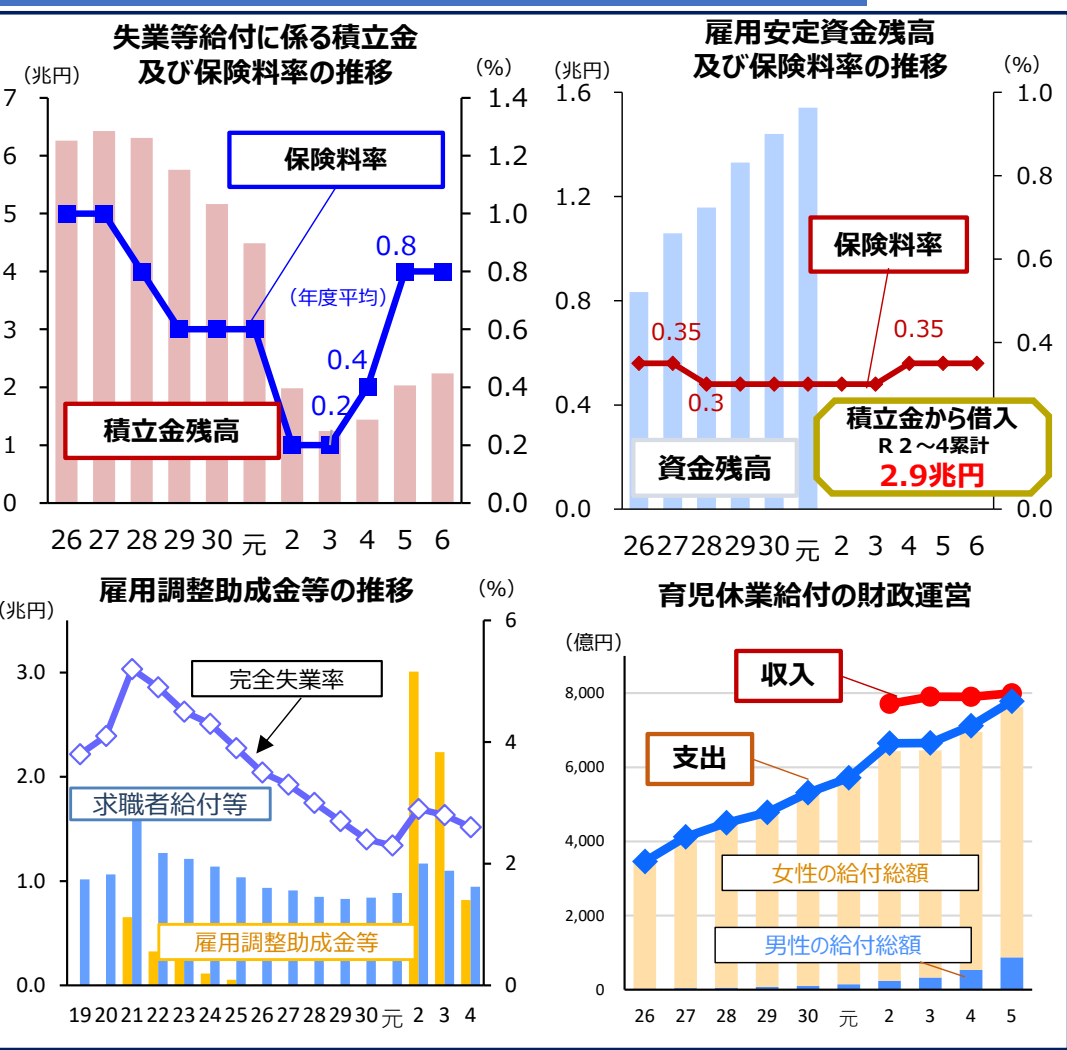


【改革の方向性】（案）

- 国が引き続き応分の財政責任を果たすことを前提として、改革工程にも記載されたとおり、都道府県のガバナンス強化の観点から、**生活保護受給者が国民健康保険制度や後期高齢者医療制度に加入することについて、検討を深めるべき。**

- 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以前より低い水準にとどまり、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。
- こうした中、雇用調整助成金の見直し等を行うとともに、令和6年度の雇用保険法の改正では、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。これらの影響も見据え、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



令和5年度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%

令和6年度での対応

- 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（令和5年度の二事業の剰余金は全額返還に充当）
- 育児休業給付の早急な財政基盤の強化

改革の方向性（案）

- 雇用保険財政の安定的な運営のための取組を継続
 - ・ 弾力条項を用いた失業等給付の保険料率引下げは慎重に検討
 - ・ 二事業による失業等給付の積立金からの借入を確実に返済

- 失業等給付に係る雇用保険料率は、原則0.8%（労使折半）だが、財政状況に照らして一定の要件を満たす場合には、雇用保険料率の変更が可能。現在、失業等給付の保険料率は原則の0.8%だが、令和7年度においては、弾力条項を用いた保険料率（最大0.4%）の引下げが可能となる見込み。
- 他方、失業等給付の積立金はいまだコロナ禍からの回復段階にあり、また、コロナ対応で一般会計から累計2.5兆円の任意繰入を行って間もない雇用保険財政の状況を踏まえれば、今後の失業等給付への対応力を高め、新たな一般会計からの任意繰入に安易に繋がらないようにする必要。

◆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%

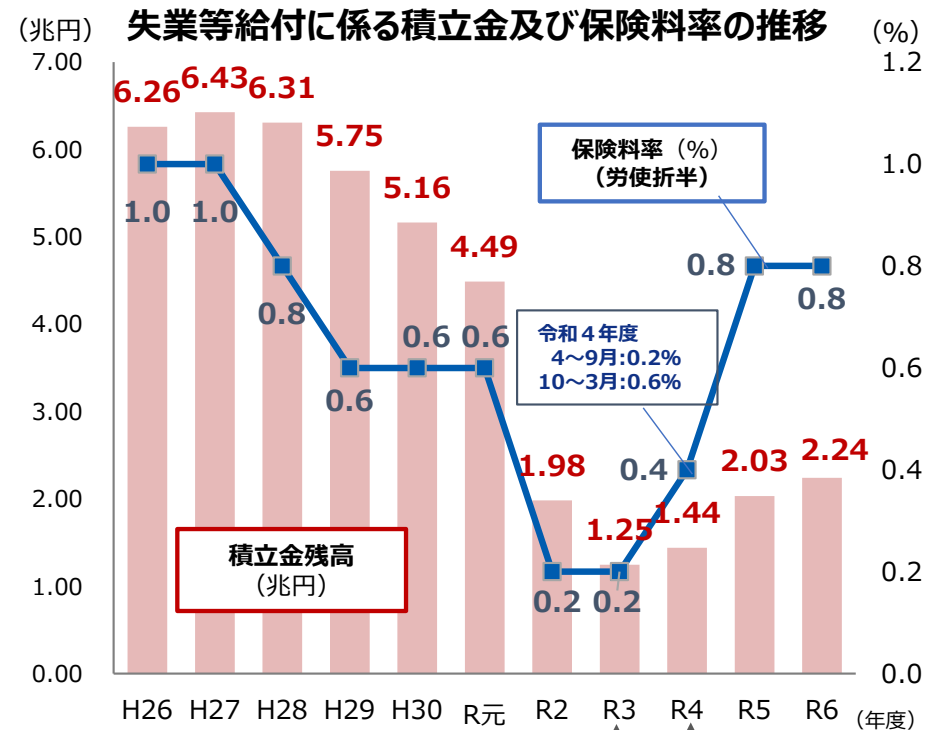
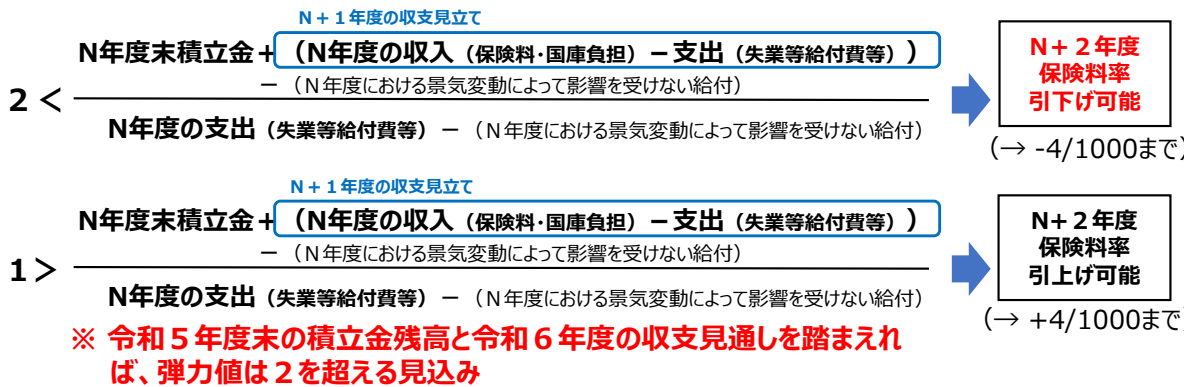
- ・ 積立金等が一定水準を上回ると弾力条項により▲0.4%まで引下げが可能
- ・ 積立金等が一定水準を下回ると弾力条項により+0.4%まで引上げが可能

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

⇒積立金の残高は、保険料率・国庫負担水準に影響

失業等給付に係る弾力条項【原則：8/1000】



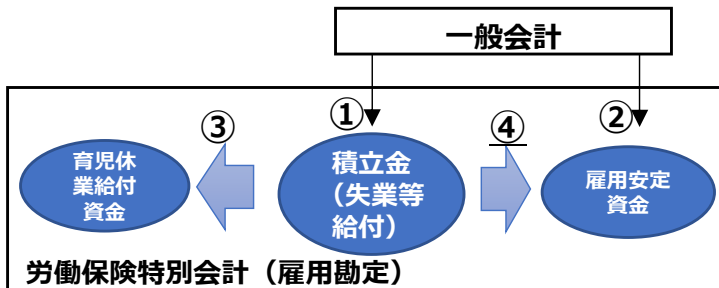
※令和2年度から育児休業給付にかかる雇用保険料率(0.4%)を切り離している。
 (注) 積立金残高は、令和5年度までは決算額、令和6年度は前年度の決算及び令和6年度当初予算を踏まえた見込額。

【改革の方向性】(案)

- 弾力条項を用いた失業等給付の保険料率の引下げは、積立金がコロナ禍から回復段階にあることや、コロナ対応で一般会計から任意繰入を行った経緯等も踏まえ、慎重に検討すべき。

- 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2.9兆円を借り入れているが、借入金は、雇用保険二事業の剰余金で返済するとされている。雇用保険財政や雇用保険二事業の実施状況等を勘案してその一定額を返済免除可能だが、返済免除は失業等給付の積立金の減要因となり、将来の保険料率・国庫負担水準に影響することに留意が必要。
- コロナ禍における雇用調整助成金の特例措置では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、一般会計から労働保険特会（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。

◆臨時特例法の概要



※①②は令和4年度まで、③④は令和6年度までの措置

- 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。（二事業借入金 約2.9兆円）**

◆二事業借入金の取扱いの概要

- ・ 借入金の返済は、雇用保険二事業収支の剰余を活用。ただし、剰余額の1/2の範囲内で、雇用安定資金への積立が可能。（特会法附則第20条の3第6項）
- ・ 加えて、雇用保険財政や雇用保険二事業の実施の状況等を勘案して、厚生労働大臣が財務大臣に協議して、返済必要額から一定額の控除（返済免除）することが可能。（同法同条第8項）
- ・ 令和6年度までを目処に、雇用保険財政等を踏まえ、控除の在り方を検討。（令和4年改正雇用保険法附則第9条第3項）

◆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	

◆雇用調整助成金・雇用保険法改正の見直し

- 雇用調整助成金についての令和5年4月以降の危機時特例から通常制度への移行、令和6年4月以降の休業よりも教育訓練による雇用調整を促す見直しは、雇用保険二事業の財政改善要因と考えられる一方、令和6年雇用保険法等の改正には、自己都合退職者に係る給付制限期間の見直し（令和7年4月施行）、教育訓練休暇給付金の創設（同年10月施行）等の失業等給付の財政悪化要因も含まれることから、まずは、これらの見直し・改正がもたらす効果・財政的な影響の検証・見極めが必要。

【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。**