

社会保障 (参考資料)

財務省

2023年11月1日

目次

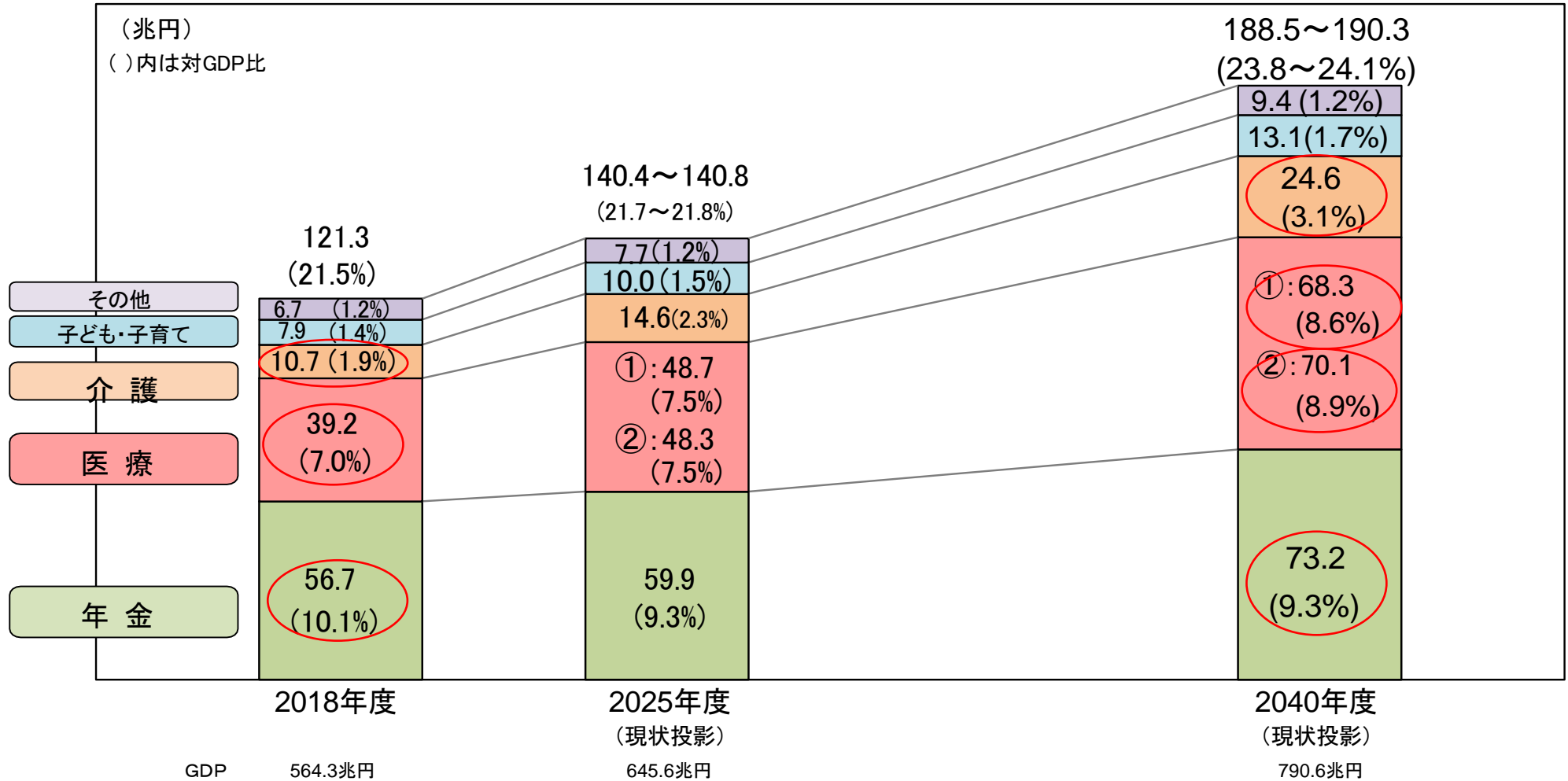
1. 総論・少子化対策
2. 診療報酬改定
3. 介護報酬改定
4. 障害報酬改定
5. 改革工程のとりまとめに向けた取組
6. その他

1. 総論・少子化対策

社会保障給付費の見通し

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

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



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

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

社会保障負担の抑制の必要性

◆経済財政運営と改革の基本方針2023（2023年（令和5年）6月16日）

第4章 中長期の経済財政運営

2. 持続可能な社会保障制度の構築

第2章3「少子化対策・こども政策の抜本強化」に基づく対策を着実に推進し、**現役世代の消費活性化による成長と分配の好循環を実現していくためには、医療・介護等の不断の改革により、ワイズスペンディングを徹底し、保険料負担の上昇を抑制することが極めて重要**である。このため、全ての世代で能力に応じて負担し支え合い、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全世代型社会保障の実現に向けて、改革の工程の具体化を進めていく。

◆岸田総理所信表明演説（2023年（令和5年）10月23日）

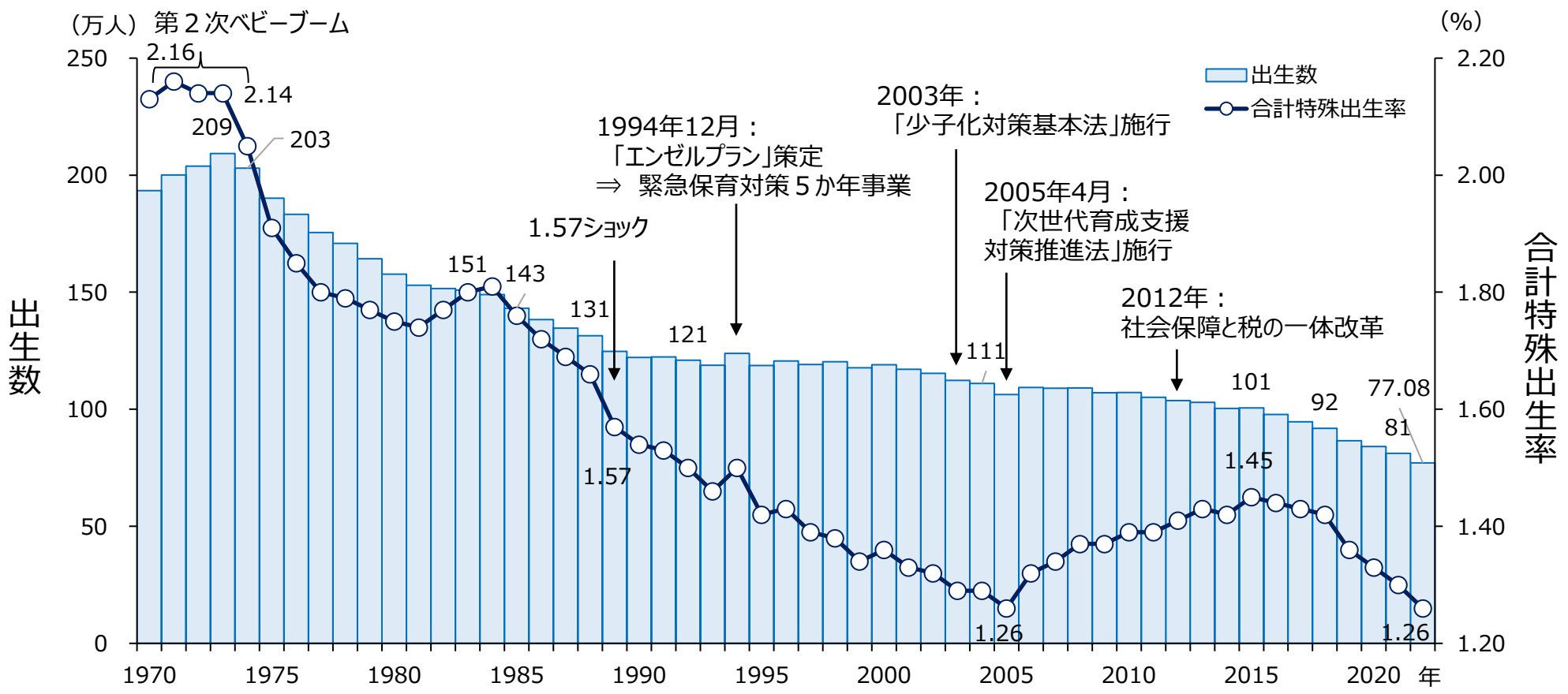
コロナ禍で国民負担率は高止まりしましたが、成長の成果もあって低下する見込みです。その低下を確かなものとし、岸田内閣として国民負担率をコロナ禍の水準に後戻りさせることなく、高齢化等による上昇に歯止めを掛けます。そのためにも所得の増加を先行させ、**税負担や社会保障負担を抑制することに重きを置いて経済財政運営を行います**。

（中略）

また、現場で働く方々の給与に関わる公定価格の見直しを進め、**高齢化等による事業者の収益の増加等が処遇改善に構造的につながる仕組みを構築**します。

出生数・合計特殊出生率の推移

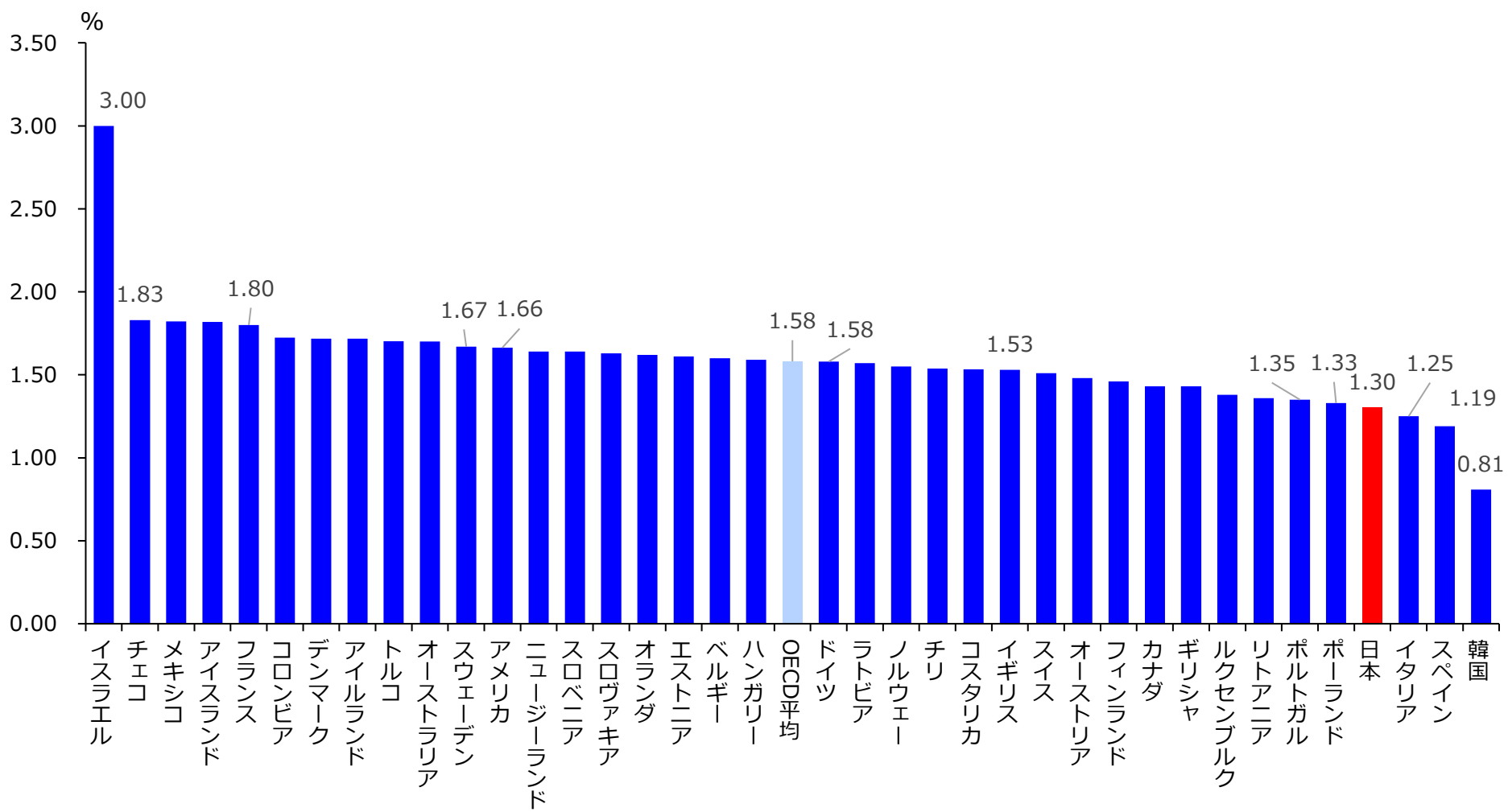
- 我が国では、戦後最低の出生率となった「1.57ショック」を契機に「少子化」が政策課題として認識され、2003年には「少子化対策基本法」が制定されるなど、少子化対策は政府全体の取組として位置付けられるようになった。
- その後も、社会保障と税の一体改革による安定財源の確保を背景に、待機児童対策、幼児教育・保育の無償化、高等教育の無償化などの取組が進められ、出生率は2005年の1.26をボトムに一定程度回復したが、近年、コロナ禍の影響もあり、再び低下してきている。



(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。

合計特殊出生率の国際比較

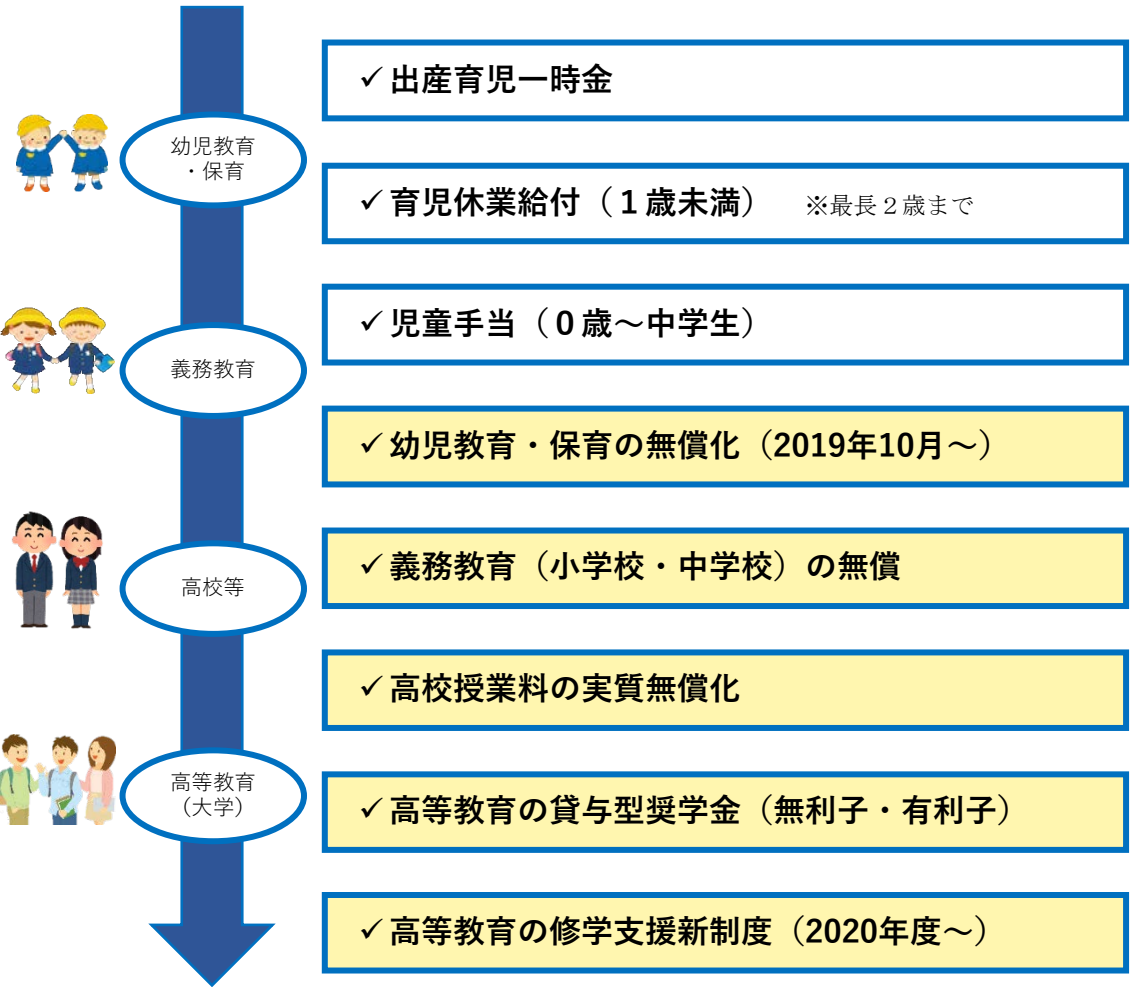
◆OECD諸国の合計特殊出生率（2021年）



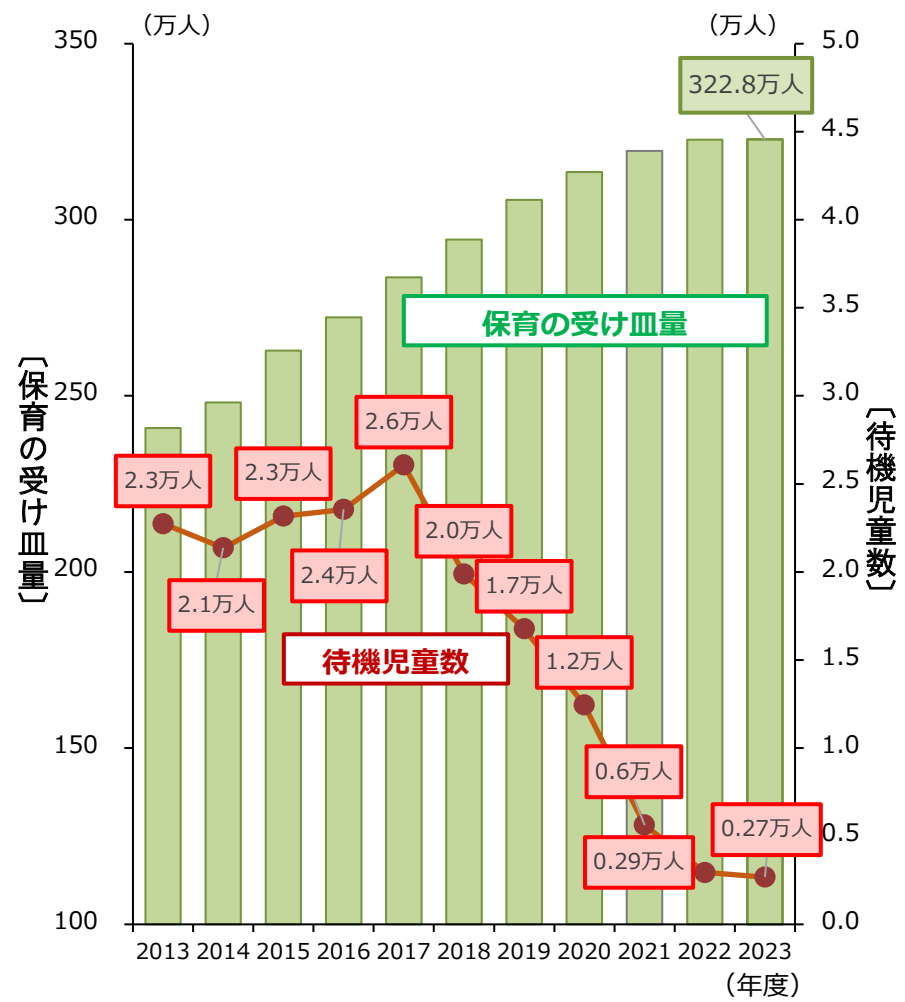
(出所) OECD “Family Database” (2023年10月17日時点)

子育て支援政策の現状

◆ 現行の主な子育て支援策



◆ 待機児童数の推移

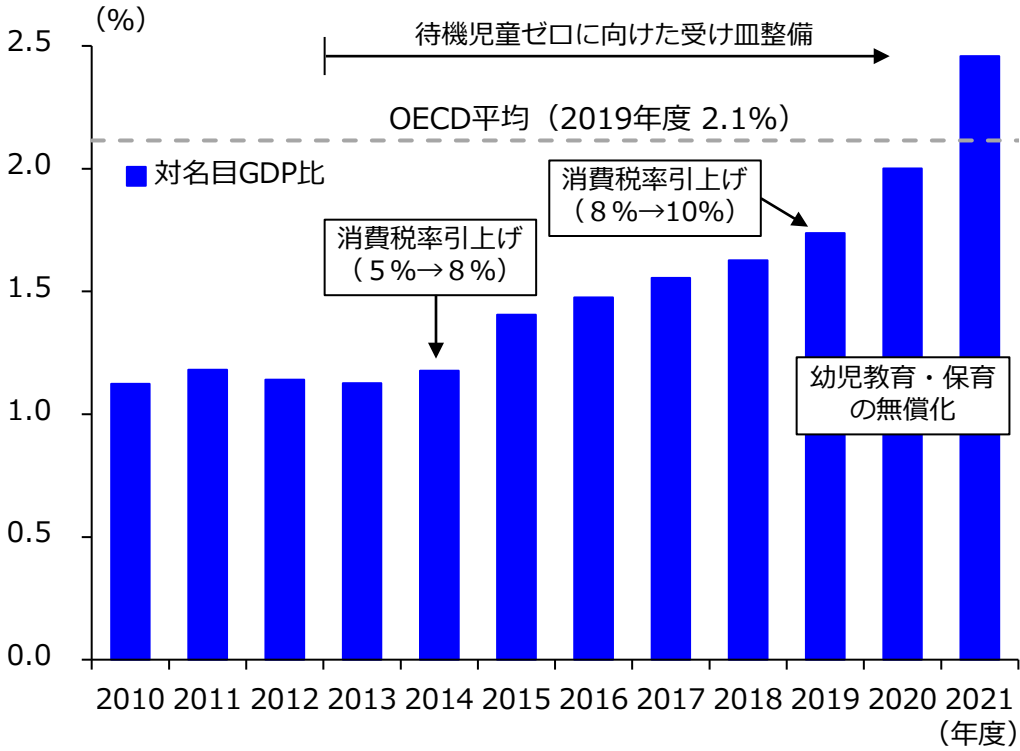


(出所) 厚生労働省 (令和4年度まで)、こども家庭庁 (令和5年度より) 「保育所等関連状況取りまとめ」及び「『新子育て安心プラン』集計結果」

家族関係社会支出の現状について

○ 近年、消費税財源等を活用し、保育の受け皿拡大や幼児教育・保育の無償化（3歳～5歳）などを実施。その結果、我が国の「家族関係社会支出」（対GDP比）は大きく増加。また、こども1人当たりで見れば、OECD平均を上回る。

◆ 家族関係社会支出の推移



(注) 2020年度及び2021年度の計数は、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。
 (出所) 国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」

◆ 家族関係社会支出の国際比較

家族関係社会支出 (対GDP比)		18歳以下人口1人当たり 家族関係社会支出 (対国民1人あたりGDP比)	
スウェーデン	3.4%	スウェーデン	15.4%
フランス	2.7%	ドイツ	13.9%
ドイツ	2.4%	フランス	11.8%
イギリス	2.4%	日本	11.0%
OECD平均	2.1%	イギリス	10.8%
日本	1.7%	OECD平均	10.1%
アメリカ	0.6%	アメリカ	2.6%

(注) 2019年・年度 (2023年4月4日時点)
 (出所) OECD “Social Expenditure Database”、OECD “Education at a Glance 2021”

「こども未来戦略方針」のポイント

POINT1 : 「車の両輪」にした大きなパッケージ

経済成長の実現

持続的で構造的な賃上げと
人への投資・民間投資

少子化対策

経済的支援の充実



若者・子育て世代の 所得を伸ばす

POINT 2 : 規模「3兆円半ば」



POINT 3 : スピード感

今年度から 出産育児一時金の引上げ・0～2歳の伴走型支援など

来年度から 児童手当の拡充・「こども誰でも通園制度」の取組など

さらに 先送り（段階実施）になっていた「高等教育の更なる支援拡充」
「貧困、虐待防止、障害児・医療的ケア児支援」を前倒し

- 「こども未来戦略方針」において、「加速化プラン」の財源については徹底した歳出改革等によって確保することとされており、加速化プランに記載されているこども・子育て政策の地方財源については、この中であわせて検討することとされている。
- こども・子育て政策については、地方自治体において既にさまざまな取組が行われており、加速化プランの実施に向けて関係を整理していく必要がある。

「こども未来戦略方針」（令和5年6月13日）（抜粋）

Ⅲ-2. 「加速化プラン」を支える安定的な財源の確保 （財源の基本骨格）

① 財源については、国民的な理解が重要である。このため、2028年度までに徹底した歳出改革等を行い、それらによって得られる公費の節減等の効果及び社会保険負担軽減の効果を活用しながら、実質的に追加負担を生じさせないことを目指す。

歳出改革等は、これまでと同様、全世代型社会保障を構築するとの観点から、歳出改革の取組を徹底するほか、既定予算の最大限の活用などを行う（注）。なお、消費税などこども・子育て関連予算充実のための財源確保を目的とした増税は行わない。

（注）こども・子育て政策の強化は、国と地方が車の両輪となって取り組んでいくべきであり、「加速化プラン」の地方財源についてもこの中で併せて検討する。

◆ 地方単独事業（ソフト事業）の状況（こども・子育て政策関連事業の例）

政策	内容	金額(R3) (億円)
私立保育所 (地方単独事業分) 助成に要する経費	私立保育所・特別保育事業の運営費への助成を目的とした事業に要する経費（国基準への上乗せ又は主食費等の実費負担分への単独助成分）	2,334
子どもに対する現金給付 に要する経費	地方公共団体独自の子どもに対する現金給付	540
放課後児童健全育成事業費 (地方単独事業分)	地方公共団体が単独で実施する放課後児童クラブ、放課後子ども教室等の放課後児童対策事業に要した経費	430
子育て支援に要する経費 (地方単独事業分)	子育て力の強化（一時預かり、子育てボランティア（保育ママ）等の支援）や仕事と生活の調和（ワークライフバランス）の推進、児童家庭相談、私立子育て支援施設に対する助成、子育て支援情報の発信など、子育て支援に要した経費	320

◆ 「1歳未満の子育て世帯へ訪問支援 = A市」 (2023.3.15 時事通信社)（抜粋）

A市は、子育てに不安を抱える満1歳未満の子どもを持つ世帯などを対象に、訪問して家事や育児を支援する事業に乗り出す。子どもを持つ母親の産後うつなどを防止し、養育環境を整える。「ヤングケアラー」への訪問支援事業を含めて、2023年度に1500万円を充てる。

国からの補助の対象であるヤングケアラーだけでなく、市独自として妊婦や満1歳未満の子育て世帯を対象に加えたことが特徴。市のケースワーカーや保健師らの訪問によって、支援が必要と判断した世帯を対象とする。

- 地方財政計画には、内訳や積算が明らかでない、いわゆる「枠計上経費」が多額の規模で存在しており、計上水準の必要性・適正性が不透明な状況。
- 地方創生推進費のうち人口減少等特別対策事業費は、「地方に安定した雇用を創出し新しい人の流れを作る」とともに「若い世代の結婚・出産・子育ての希望をかなえる」等のための財源として創設。今後のこども・子育て政策の地方財源を検討する上では、まずは導入後8年間の効果検証を行った上で、新規施策との関係を整理していくべき。

地方財政計画(令和5年度)

歳出 92.0兆円

給与関係費 19.9兆円
一般行政経費(補助等) 25.4兆円
一般行政経費(単独) 15.0兆円
デジタル田園都市国家構想事業 1.3兆円 (うち 地方創生推進費 1.0兆円 うち 地域デジタル社会推進費 0.25兆円)
地域社会再生事業費 0.4兆円
投資的経費(補助等) 5.7兆円
投資的経費(単独) 6.3兆円
公債費 11.3兆円
その他 6.8兆円

枠計上

【地方創生推進費】(H27～) ※R5年度に「まち・ひと・しごと創生事業費」から改称

○ 地方創生の深化に取り組むための経費として1.0兆円を計上。地域経済活性化に取り組むための財政需要を算定する「地域の元気創造事業費」(4,000億円)と、結婚・出産・子育ての充実や移住の促進等の人口減少対策等に取り組むための財政需要を算定する「人口減少等特別対策事業費」(6,000億円)で構成。

- 「人口減少等特別対策事業費」の算定にあたっては、人口を基本とした上で、人口増減率や年少者人口比率、出生率といった指標を補正係数として採用。

① 地域の元気創造事業費：4,000億円程度(うち100億円程度は特別交付税)

行革努力分：2,000億円程度の指標	地域経済活性化分：1,900億円程度の指標
ラスパルス指数、経常的経費削減率、地方税徴収率、業務システムに対するクラウド導入率	第一次産業(農業)産出額、製造品出荷額、小売業年間商品販売額、延べ宿泊者数、若年者就業率、女性就業率、高齢者就業率、従業員数、事業所数、一人当たり県民所得(地方税収)

② 人口減少等特別対策事業費：6,000億円程度

取組の必要度：3,200億円程度の指標	取組の成果：2,800億円程度の指標
人口増減率、転出入者人口比率、年少者人口比率、自然増減率、若年者就業率、女性就業率、有効求人倍率、一人当たり各産業の売上高	人口増減率、出生率、年少者人口比率、東京圏への転出入人口比率、転出入者人口比率、県内大学・短大進学率割合、新規学卒者の県内就職割合、若年者就業率、女性就業率

【地域デジタル社会推進費】(R3～)

○ 地方公共団体が地域のデジタル化を推進するための取組に要する経費として、2,500億円を計上。

【地域社会再生事業費】(R2～)

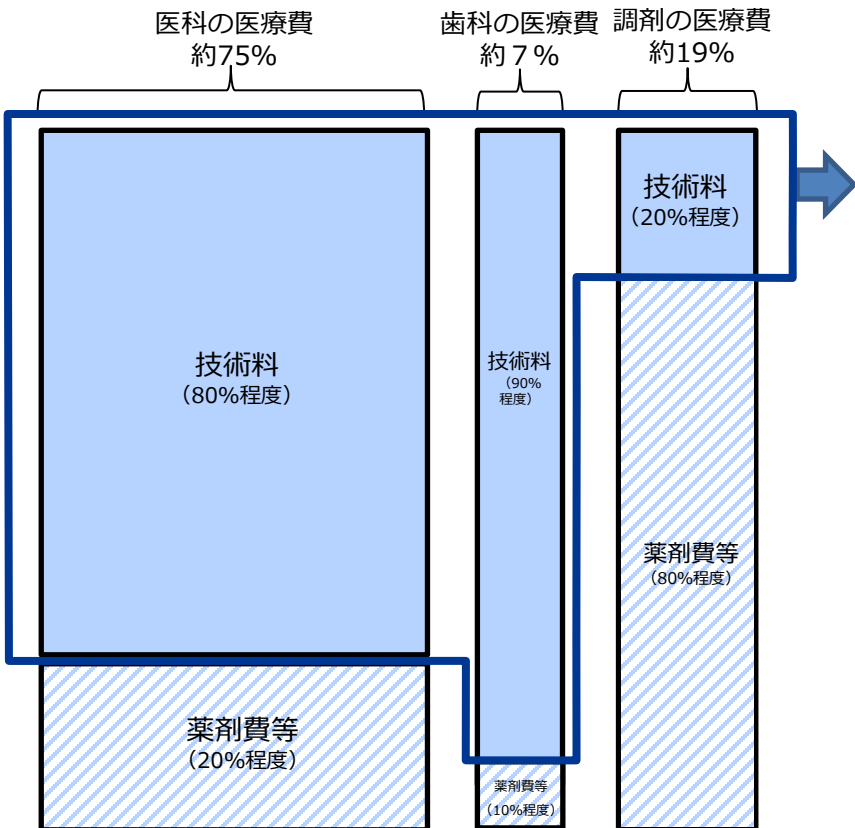
○ 地方創生を推進する基盤ともなる「地域社会の持続可能性」を確保するための経費として4,200億円を計上。

2. 診療報酬改定

診療報酬とその分配

○ 近年の診療報酬改定では医科・歯科・調剤の各科について、それぞれの技術料部分に対して同程度の伸びとなるように改定率が横並びで設定されており、硬直的な配分となっている。

◆ 診療報酬の構造



→ 医科・歯科・調剤の各科について、それぞれの技術料部分に対して同程度の伸びとなるように改定率が横並びで設定

1 : 1.1 : 0.3
(各科の診療報酬全体に対する配分割合)

◆ 診療報酬(本体)改定における各科の改定率の設定

04改定	+0.3% 程度	+0.3% 程度	+0.3% 程度
02改定	+0.7% 程度	+0.7% 程度	+0.7% 程度
30改定	+0.8% 程度	+0.8% 程度	+0.8% 程度
28改定	+0.7% 程度	+0.7% 程度	+0.7% 程度
26改定	+0.1% 程度	+0.1% 程度	+0.1% 程度
24改定	+2% 程度	+2% 程度	+2% 程度
	医科 (技術料)	歯科 (技術料)	調剤 (技術料)

1 : 1 : 1
(各科の技術料部分に対する配分割合)

※ 2016年6月の社会医療診療行為別統計を踏まえ、財務省作成

(注) 消費税対応分は除く。

看護、介護、保育等の処遇改善について

- 昨年2月から、看護、介護、保育等の分野において処遇改善を実施。それぞれ一定の要件の下、対象となる職員の3%程度の処遇改善を実施している（看護は2022年9月まで1%程度、10月以降3%程度）。
- その上で、更なる処遇改善を行う場合には、費用の使途の「見える化」を行った上で、全てを国民の負担にまわすのではなく、医療・介護費の中での分配を含めて検討することとされている。

◆ 昨年からの看護・介護・保育等の処遇改善

看護	介護・障害	保育
<p>○ 2022（令和4）年度診療報酬改定において、<u>地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象に、10月以降収入を月額1.2万円（3%程度）引き上げるための処遇改善の仕組みを創設。</u></p> <p><small>※1 2021（令和3）年度補正予算で2022年2～9月分を補助金措置（1%程度）。 ※2 「地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関」：一定の救急医療を担う医療機関（救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台／年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関）</small></p>	<p>○ <u>介護・障害福祉職員を対象に、月額0.9万円（3%程度）の処遇改善（臨時の介護・障害福祉サービス等報酬改定を行い2022年10月から介護保険等に対応）。</u></p> <p><small>※3 2021（令和3）年度補正予算で2022年2～9月分について介護は補助金、障害は交付金措置。</small></p>	<p>○ <u>保育士を対象に、月額0.9万円（3%程度）の処遇改善（2022年10月から公定価格で対応）。</u></p> <p><small>※4 2021（令和3）年度補正予算で2022年2～9月分を交付金措置。 ※5 社会的養護・放課後児童クラブ含む。このほか、幼稚園教諭も同様の対応。</small></p>
<p>2021（令和3）年度補正予算 216億円 2022（令和4）年度当初予算 100億円 2023（令和5）年度予算 240億円</p>	<p>2021（令和3）年度補正予算 1,414億円 2022（令和4）年度当初予算 281億円 2023（令和5）年度予算 674億円</p>	<p>2021（令和3）年度補正予算 934億円 2022（令和4）年度当初予算 206億円 2023（令和5）年度予算 413億円</p>

恒久的措置については社会保障の歳出改革等で財源確保

◆ 公的価格評価検討委員会中間整理（2021年12月21日）（抄）

（2）処遇改善の方向性

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

令和5年度薬価改定の骨子

令和5年度薬価改定の骨子 抄

(令和4年12月21日 中央社会保険医療協議会 了解)

2. 適用する算定ルール

令和5年度薬価改定において適用する算定ルールについては、以下のとおりとする。

(1) 基礎的医薬品

※ 令和4年度改定の際に基礎的医薬品とされたものと組成及び剤形区分が同一である品目について適用する。ただし、安定確保医薬品のカテゴリAに位置づけられた既収載品のうち、今回新たに基礎的医薬品の要件を満たすものは適用する。

※ 乖離率の要件(全ての既収載品の平均乖離率以下)を満たさない品目については、対象としない。

(2) 最低薬価

(3) 不採算品再算定

急激な原材料費の高騰、安定供給問題に対応するため、不採算品再算定について臨時・特例的に調査結果(※)に基づく全品を対象に適用する。

その際、適用に当たっては、通常の不採算品再算定の取扱いの「製造販売に要する原価等が著しく上昇したと認められるもの等」における要件のうち、「(当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬がある場合には、全ての類似薬について該当する場合に限る。)」又は「(当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬(新規後発品として薬価収載されたものに限る。))がある場合には、当該全ての類似薬について該当する場合に限る。」の規定は適用しない。

(※) 令和4年9月に実施した薬価収載医薬品を供給する業者に対して実施した、物価高騰等の影響による不採算品目の状況に関する調査。

(4) 新薬創出・適応外薬解消等促進加算(加算のみ)

イノベーションに配慮する観点から、新薬創出・適応外薬解消等促進加算(新薬創出等加算)の加算額を臨時・特例的に増額し、従前の薬価と遜色ない水準とする対応を行う。

このため、通常の当該加算の算定方式に基づき加算を行った後、改定前の薬価と当該加算適用後の価格の差に相当する額の95%を、当該加算適用後の価格に上乗せすることとする。

※ ただし、令和4年度改定以降に後発品が収載されるなどして対象から外れた品目については、同加算の対象としない。

※ 企業区分が定められていない場合(令和4年度改定後に、初めて新薬創出等加算の対象品目が収載された企業の場合)は、企業指標点数を算出し、令和4年度改定の際の分類の絶対値と比較して、暫定的に企業区分を判断する。

(5) 後発品等の価格帯

※ 改定の対象品目について、令和4年度改定時の価格帯集約の考え方を踏襲して適用する。

(6) 既収載品の外国平均価格調整

※ 最近の欧米における新薬の品目数の増加等の状況変化を踏まえ、令和5年度薬価改定において適用する。

(7) 新薬創出等加算の累積額控除及び長期収載品に関する算定ルールについては、令和5年度改定において適用しない。その上で、令和6年度改定において、「国民皆保険の持続可能性」と「イノベーションの推進」を両立する観点から、新薬創出等加算や長期収載品に関する薬価算定ルールの見直しに向けた検討を行う。

(8) その他の既収載品の算定ルールについては、評価に一定の時間を要することなどから、令和5年度改定において適用しない。

薬剤費の適正化（高額薬剤への対応）

薬価改定

- 近年医薬品市場においては、単価で見ると高額であるのみならず、**市場規模で見ると大きな医薬品も上市**されてきている。
 - これまでは市場拡大再算定、費用対効果評価や最適使用推進ガイドラインで対応してきたが、今後対応困難な薬剤が上市されることも考えられる。
 - こうした場合に備えて、**市場拡大再算定を始めとする現行の薬価改定ルール**の徹底や強化は避けられない。
- (注) 令和4年度薬価改定においては、今後、年間1,500億円の市場規模を超えると見込まれる品目が承認された場合には、通常の薬価算定の手続に先立ち、直ちに中医協総会に報告し、当該品目の承認内容や試験成績などに留意しつつ、薬価算定方法の議論を行うこととしている。
- 現在、革新的な作用機序を有する医薬品に対し、患者や医療機関等の要件を設定する最適使用推進ガイドラインを導入している。今後、医療費適正化の観点から、より幅広い医薬品について、休薬を含めた投与量の調整方法等についてもガイドラインが策定されるべきである。このためには、国が研究・調査を推進することも必要である。

市場拡大再算定		基準額	予想販売額比	薬価引下げ率	
				原価計算方式	類似薬効比較方式
薬価改定時の再算定	年間販売額が予想販売額の一定倍数を超えた場合等には、薬価改定時に価格を更に引き下げる	100億円超	10倍以上	10~25%	-
		150億円超	2倍以上	10~25%	10~15%
薬価改定時以外の再算定（四半期再算定）	効能追加等がなされた品目については、市場規模350億円超のものに限り、新薬収載の機会（年4回）を活用し、上記の算式に従い薬価改定を行う	350億円超	2倍以上	10~25%	10~15%
市場拡大再算定の特例（改定時・四半期）	年間販売額が極めて大きい品目の取扱いに係る特例	1000~1500億円	1.5倍以上	10~25%	
		1500億円超	1.3倍以上	10~50%	

◆市場拡大再算定の特例の対象品目（2018年4月以降）

ネキシウム（抗潰瘍薬）
マヴィレット（C型肝炎薬）
キイトルーダ（がん免疫療法薬）
リクシアナ（抗凝固薬）

◆四半期の市場拡大再算定の対象品目（2018年4月以降）

タグリッソ（抗がん剤）
ビンダケル（TTR型アミドローシス薬）
テセントリク（がん免疫療法薬）
オフエブ（肺線維症薬）

◆肺がん治療において、薬剤を減量して少ない副作用で同等の効果が得られた例

JAMA Oncology | Original Investigation

Low-Dose Erlotinib Treatment in Elderly or Frail Patients With EGFR Mutation-Positive Non-Small Cell Lung Cancer
A Multicenter Phase 2 Trial

EGFR遺伝子変異による肺がん治療について、高齢者に対して薬剤用量を減らし、少ない副作用で同等の効果が得られたとする研究。
The Journal of American Medical Association(JAMA) Oncology 掲載。
仮にこの論文を踏まえて治療を行った場合
・標準量150mg（1日11,000円）→50mg（1日4,000円）
・高い病状制御（90%）、少ない有害事象（薬剤性肺炎が5%→0%）

薬剤費の適正（費用対効果評価制度）

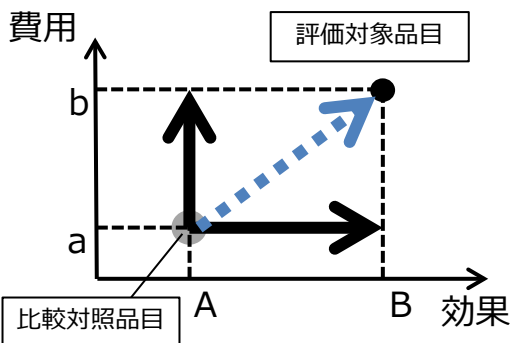
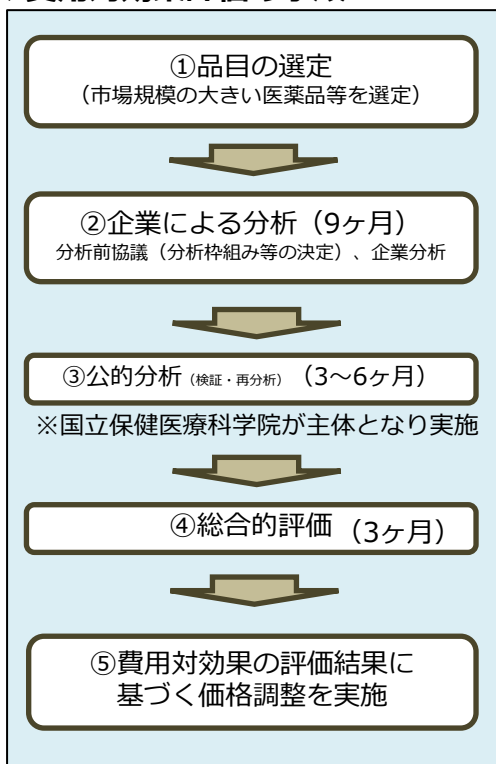
薬価改定

- 費用対効果評価制度については、2019年4月から運用を開始し、2021年3月に初めて2品目についての費用対効果評価が示された。今回の経験を踏まえ、より迅速・効率的に評価を行う手法について検討する必要がある。
- また、評価の対象とする品目について、市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品等とすることにされているが、**長期収載品も含めて広く分析の対象とする基準を設ける**べきである。
(注) 2019年3月以前に保険適用された品目については年間販売額1,000億円以上などが要件とされており、現在対象品目とされているものがない。
- 評価結果については、保険償還の可否の判断に用いるのではなく、一旦保険収載したうえで価格調整に用いることとされている。しかし、評価結果を適切に反映する観点から、**価格調整を行う対象範囲**について営業利益や加算部分に限定せず**に広げる**こと、費用対効果が低く他の医薬品で代替可能な場合には保険収載の対象から外すなど**保険償還の可否の判断にも用いる**こと、費用対効果に基づいて**医薬品使用の優先順位を定める仕組みを設ける**ことを検討すべきである。

◆費用対効果の評価が示された最初の薬剤

品目名	総会での指定日	調整前価格	調整後価格	適用日
テルリジ-100エリプタ	2019/5/15	4,183.50円（14吸入1キット） 8,853.80円（30吸入1キット）	4,160.80円（14吸入1キット） 8,805.10円（30吸入1キット）	2021/7/1
キムリア	2019/5/15	34,113,655円	32,647,761円	2021/7/1

◆費用対効果評価の手順

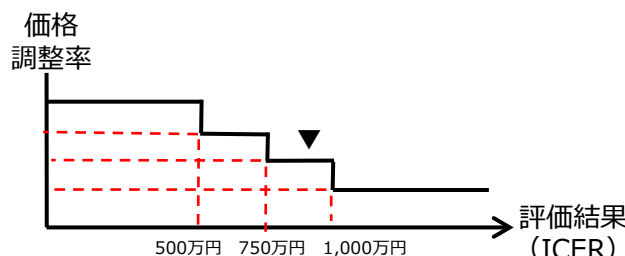


評価対象品目が、既存の比較対照品目と比較して、費用、効果がどれだけ増加するかを分析。

$$\text{増分費用効果比 (ICER)} = \frac{b-a}{B-A}$$

（費用がどのくらい増加するか）
（効果がどのくらい増加するか）

健康な状態での1年間の生存を延長するために必要な費用を算出。



評価結果に応じて対象品目の価格を調整

- ・費用対効果の悪い品目は価格を引下げ
- ・医療費の減少につながる品目等は価格を据置き又は引上げ

（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）

製品総原価	営業利益 ※1	加算部分 ※2
流通経費		
消費税		

※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

価格調整対象

(注) カッコ内の期間は、標準的な期間

- 新規医薬品の薬価算定については、真にイノベーションの推進に資するものとなっているか不断の検証が必要である。薬価算定組織の議事録の公開や原価計算方式における製造原価の開示度向上などの取組が進んでいるが、更なる見直しを進めていかなければならない。
- 具体的には、**新規性に乏しい新薬について類似薬効比較方式を採用する時の薬価算定の厳格化、原価計算方式の更なる適正化、補正加算の在り方の見直しを行うべき**である。
- 新規性に乏しい新薬である**類似薬効比較方式（Ⅱ）**については、後発品上市後に改めて高値の新薬が収載されることは適切ではなく、「類似薬の薬価」と比較して薬価を定める際に、**類似薬に後発品が上市されている場合はその価格を勘案して定めること**とすべきである。
- **原価計算方式における営業利益**については、製造業平均の営業利益が3%台（法人企業統計）にとどまる中、上場製薬企業の平成30年～令和2年（2018年～2020年）の平均営業利益率である16.1%と**高い水準を上乘せる仕組みとなっている**。当該営業利益には過去の補正加算により引き上げられた利益も含まれていることを踏まえ、**重畳的な加算になっているとも言え**、薬価に反映する営業利益の水準について**適正化すべき**である。**補正加算について**、そもそも新規性が認められる医薬品である以上は満たしているべきと考えられる要件について、要件を充足すれば加算が認められる仕組みになっている。このことを踏まえ、有用性加算（Ⅱ）における「製剤における工夫」などによる加算を除外するなど**要件の重点化を行うべき**である。同時に、類似薬がない場合の**原価計算方式において、新規性が認められる要件を充足しない場合は減算する**などの仕組みを導入すべきである。

◆類似薬効比較方式Ⅱの説明（薬価算定の基準について令和3年2月10日中医協）

第1章 定義 21 類似薬効比較方式（Ⅱ）

類似薬効比較方式（Ⅱ）とは、**新規性に乏しい新薬**の主たる効能及び効果に係る薬理作用類似薬を比較薬とし、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に規定する額を新薬の薬価とする算定方式をいう。
※薬理作用類似薬からは後発医薬品は除かれる。

◆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 A錠 90.8円

1997年収載 B錠 72.7円

↓ 後発品が収載

2009年収載 C錠 40.2円等
（A錠の後発品）

2010年収載 D錠 39.8円
E錠 26.8円等
（B錠の後発品）

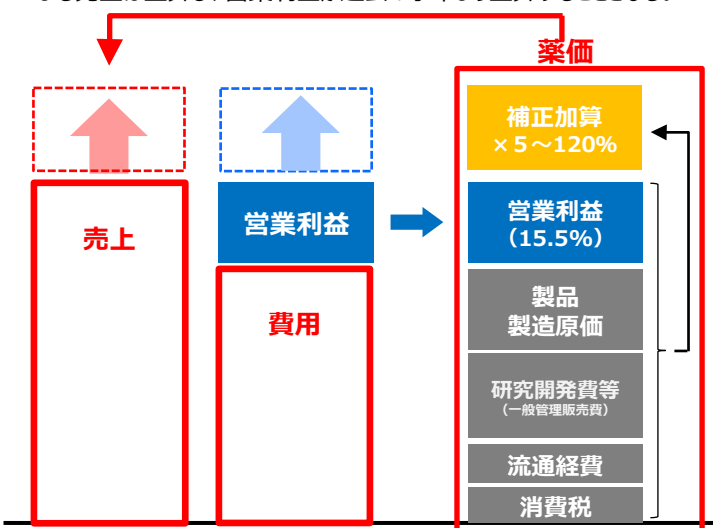
↓ 後発品のない先発品として
類似薬効比較方式Ⅱで収載

2011年収載 F錠 108.9円
（B錠を類似薬とする新薬）

2015年収載 G錠 187.5円

◆原価計算方式における営業利益と補正加算の関係

薬価算定時には、過去の平均的な営業利益による上乘せに加え、5～120%の範囲で補正加算がなされる。概念上、加算された薬価による売上は上昇し、営業利益が過去の水準より上昇することとなる。



◆新規医薬品の補正加算の内容

画期性加算（70～120%）

次の要件を**全て満たす**新規収載品

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

有用性加算（Ⅰ）（35～60%）

画期性加算の**3要件のうち2つの要件を満たす**新規収載品

有用性加算（Ⅱ）（5～30%）

次の**いずれかの要件を満たす**新規収載品

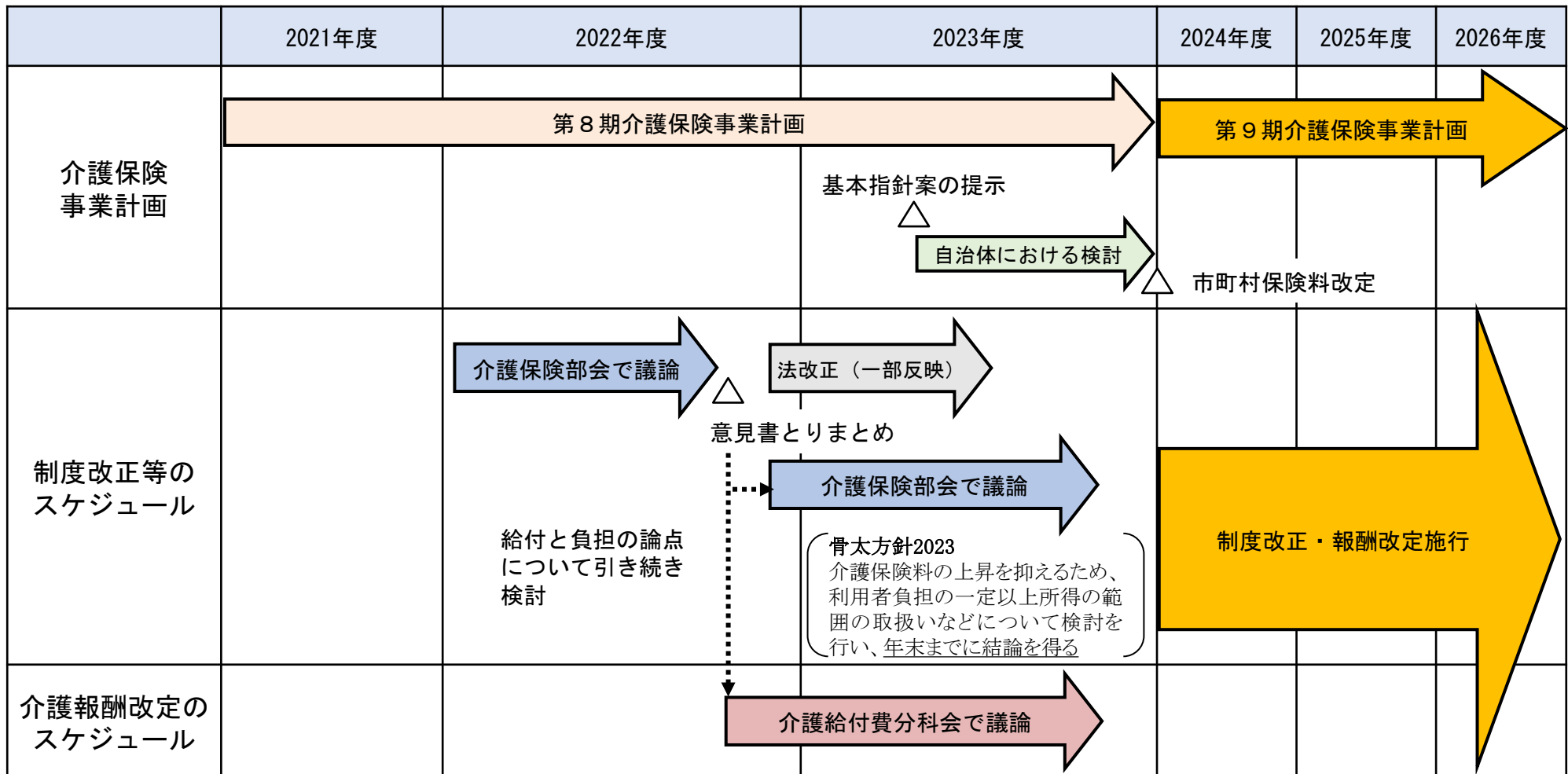
- イ 臨床上有用な新規の作用機序を有すること。
- ロ 類似薬又は既存治療に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること。
- ハ 当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること。
- ニ **製剤における工夫**により、類似薬又は既存治療に比して、高い医療上の有用性を有することが、客観的に示されていること。

- a 投与時の侵襲性が著しく軽減される
 - b 投与の簡便性が著しく向上する
 - c 特に安定した血中薬物濃度が得られる
 - d 上記のほか、特に高い医療上の有用性があると薬価算定組織が認める
- ※それぞれ5%の加算

3. 介護報酬改定

第9期介護保険事業計画と令和6年度介護報酬改定

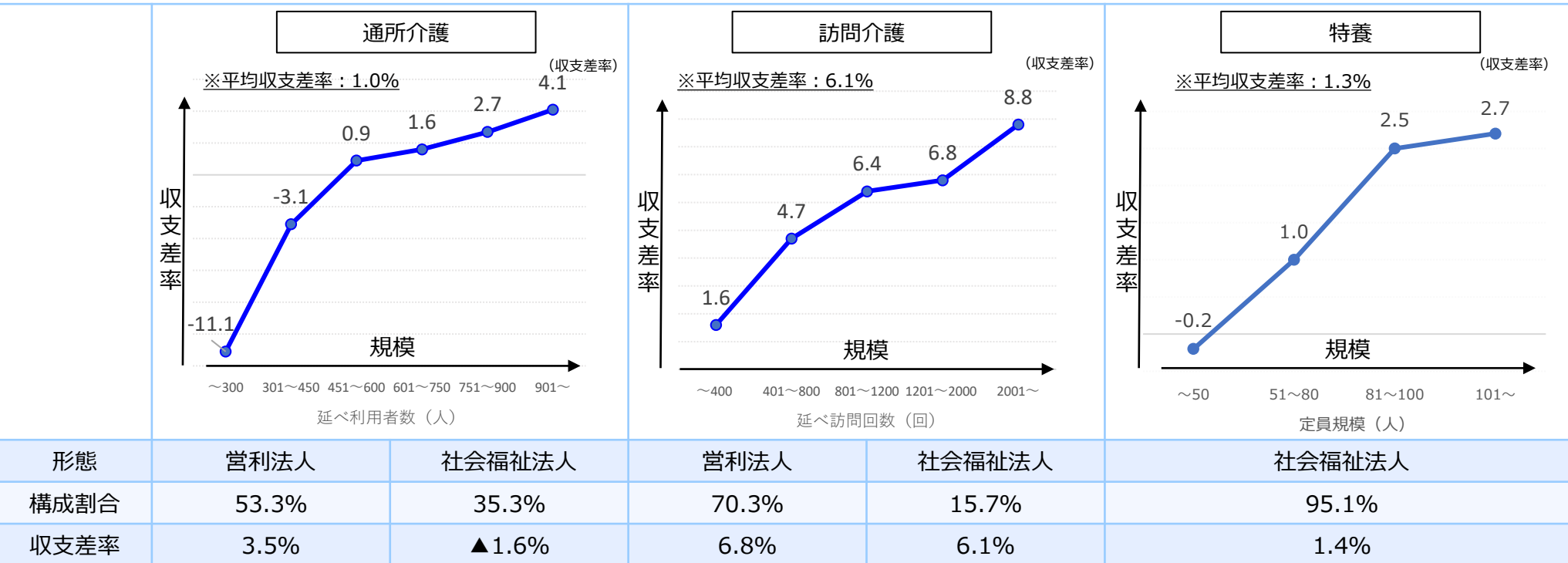
- 介護保険制度は**3年を1期**とするサイクルで財政収支を見直し、事業の運営を行っている。
- 次期（第9期）介護保険事業計画に係る制度改正については、介護保険部会で議論が行われ、昨年12月に「介護保険制度の見直しに関する意見」がとりまとめられたが、**給付と負担の見直しに係る論点**については引き続き検討となったことから、**本年末までに結論を出し、確実に改革を実行に移す必要**。
- あわせて、**介護報酬改定**を行い、2024年度から始まる次期（第9期）介護保険事業計画に反映させていく。



- 在宅・施設とも、**規模が大きいくほど収支差率が上昇**。この中で、営利法人と社会福祉法人を比較すると、**営利法人の方が収支差率が良好**。大手民間企業では100か所以上の事業所で通所・訪問介護を運営している例もあり、こうした取組が**効率的な運営**に繋がっていると考えられる。
- **社会福祉法人**については、**1法人1拠点**（1施設のみ）、**1法人2拠点**（施設+通所or訪問が典型）の法人が**過半**を占めているが、こうした法人の**利益率は低調**。

◆規模別の収支状況（通所介護、訪問介護、特養）

（出所）厚生労働省「令和4年度介護事業経営概況調査」、「令和3年介護サービス施設・事業所調査」（注）収支差率は税引き前の値。



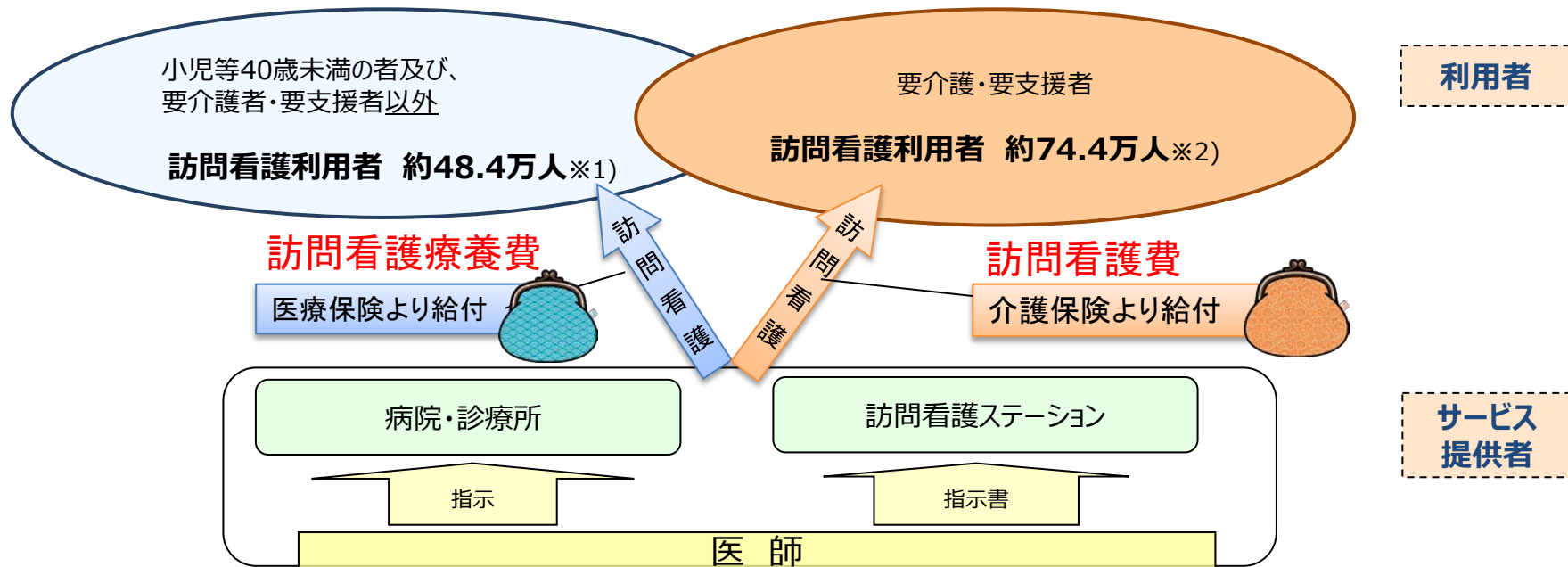
◆大手民間企業の事業所数（2023年4月30日時点）

企業名	ニチイ学館	SOMPO ケア	ツクイ	学研 ココファン
通所介護	382	55	548	44
訪問介護	1,489	205	133	157

◆主に介護保険事業を行う社会福祉法人（介護保険事業収益がサービス活動収益全体の90%超）の拠点数別割合（2021年度）（n = 3,763）

	1拠点	2拠点	3拠点	4拠点	5拠点以上
法人数	1,387 (36.9%)	697 (18.5%)	536 (14.2%)	376 (10.0%)	767 (20.4%)
利益率	▲0.3%	0.3%	0.8%	0.6%	2.0%

- 訪問看護は、疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。
- サービス提供は、病院・診療所と訪問看護ステーションの両者から行うことができる。
- 利用者は年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険の適応となるが、介護保険の給付は**医療保険の給付に優先すること**としており、**要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。**



(出所) 中央社会保険医療協議会資料 (令和5年10月20日)

(※1) 訪問看護療養費実態調査をもとに厚労省保険局医療課にて作成 (令和5年6月審査分より推計) (速報値)

(※2) 介護給付費等実態統計 (令和5年6月審査分)

【医療保険】

【介護保険】

小児等40歳未満の者、
要介護者・要支援者
以外

(原則週3日以内)

要支援者・要介護者

〔限度基準額内 無制限
(ケアプランで定める)〕

厚生労働大臣が定める者
(特掲診療料・別表第7※1)

特別訪問看護指示書^{注)}の交付を受けた者
有効期間:14日間 (一部、2回交付可※2)

厚生労働大臣が
定める者
〔特掲診療料・
別表第8※3〕

認知症以外の精神疾患

算定日数
制限無し

※1: 別表第7

末期の悪性腫瘍	プリオン病
多発性硬化症	亜急性硬化性全脳炎
重症筋無力症	ライソゾーム病
スモン	副腎白質ジストロフィー
筋萎縮性側索硬化症	脊髄性筋萎縮症
脊髄小脳変性症	球脊髄性筋萎縮症
ハンチントン病	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
進行性筋ジストロフィー症	後天性免疫不全症候群
パーキンソン病関連疾患	頸髄損傷
多系統萎縮症	人工呼吸器を使用している状態

※2: 特別訪問看護指示書を月2回交付できる者 (有効期間: 28日間)

- ・気管カニューレを使用している状態にある者
- ・真皮を超える褥瘡の状態にある者

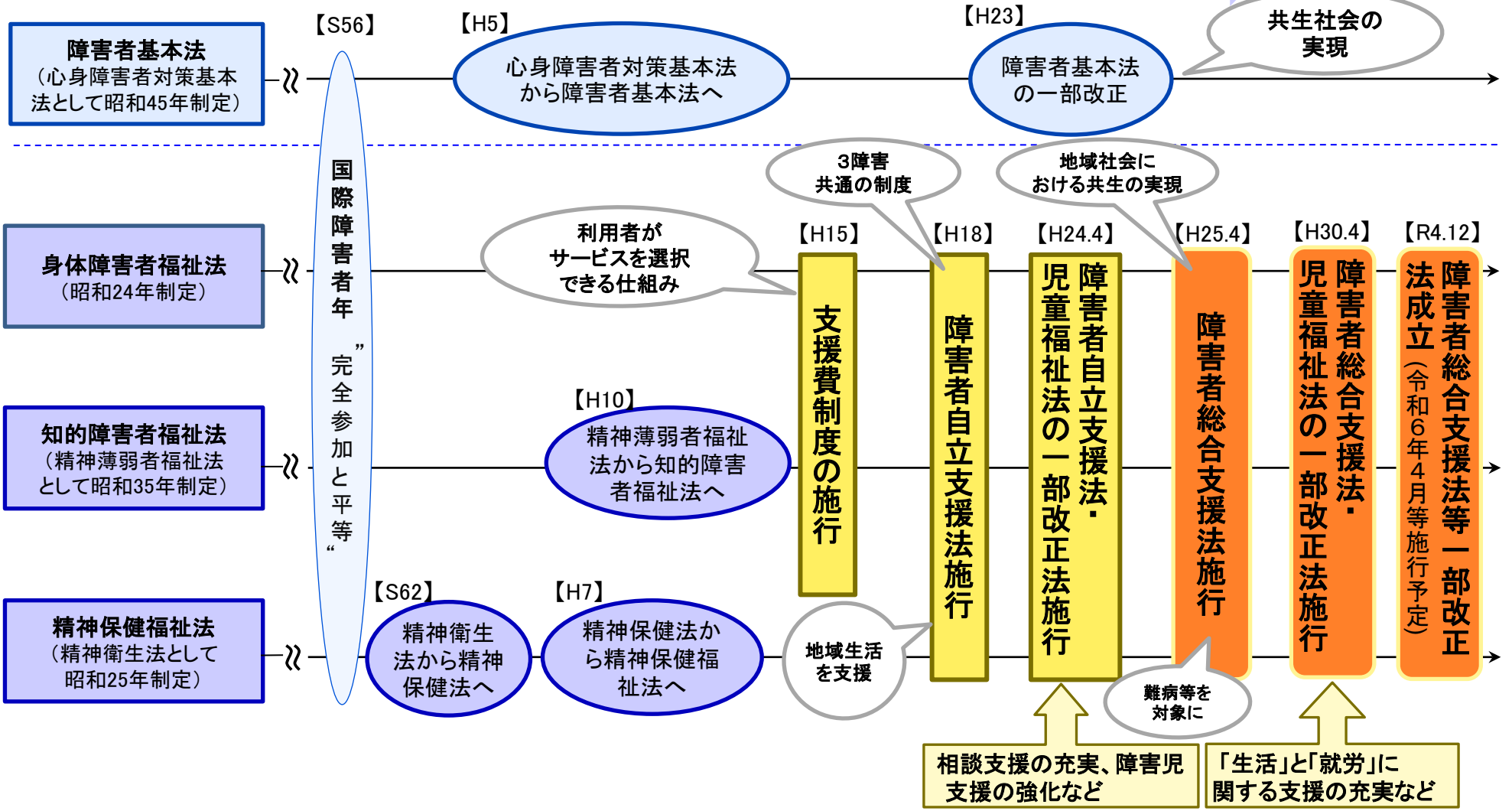
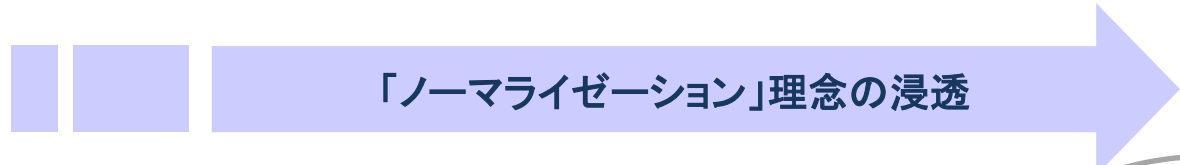
注): 特別訪問看護指示書

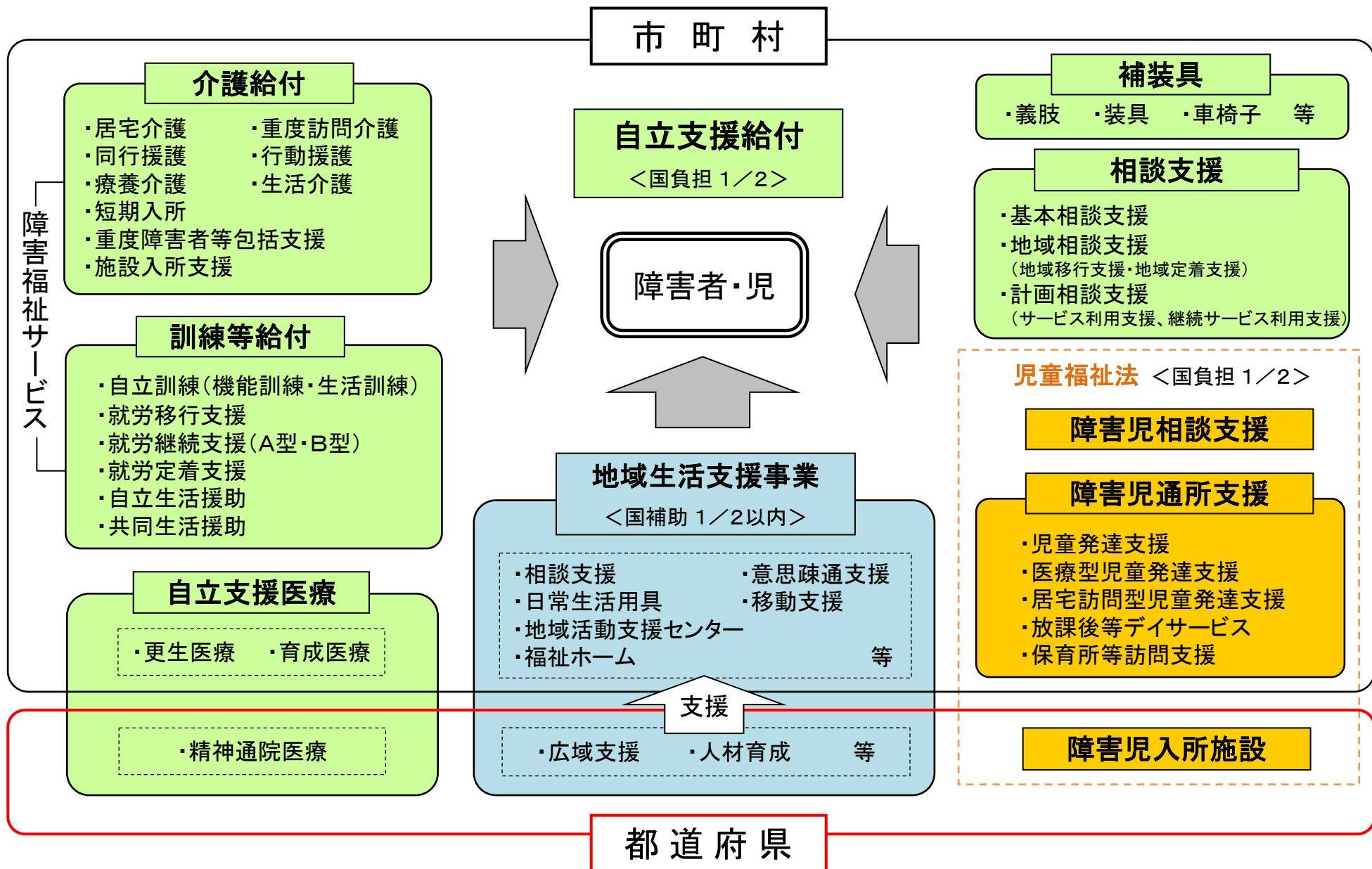
患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪等により一時的に頻回(週4日以上)の訪問看護を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに対して交付する指示書。

※3: 別表第8

- 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理
在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

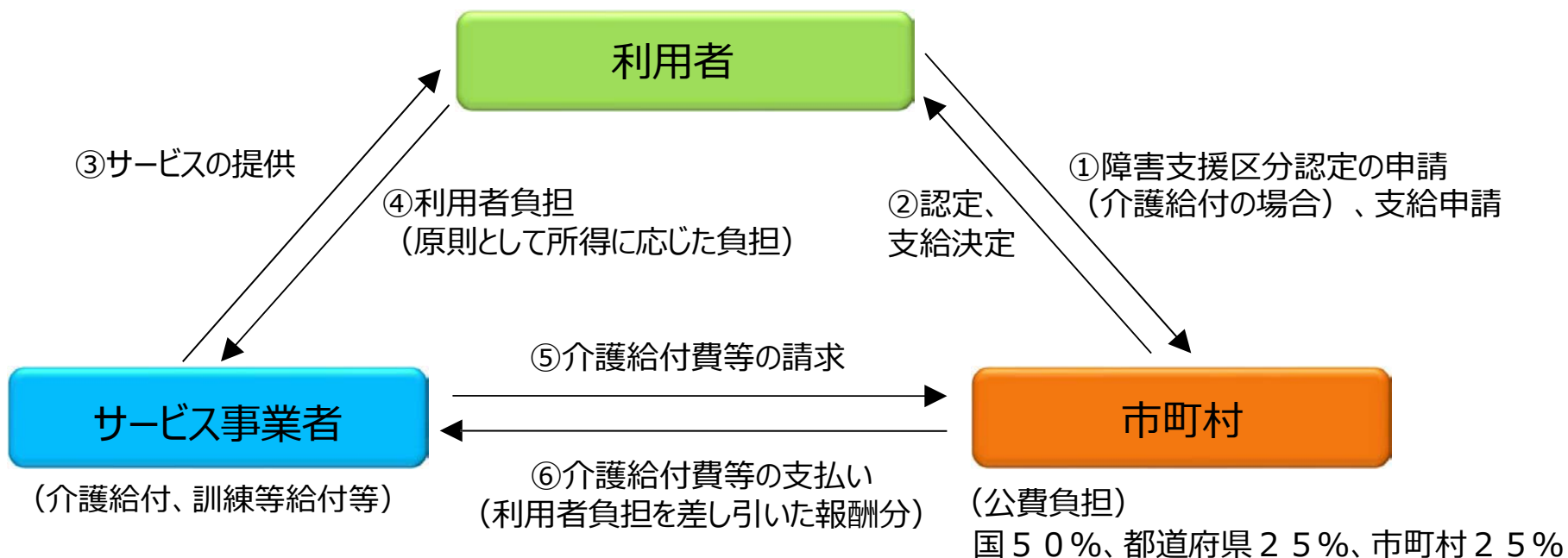
4. 障害報酬改定





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

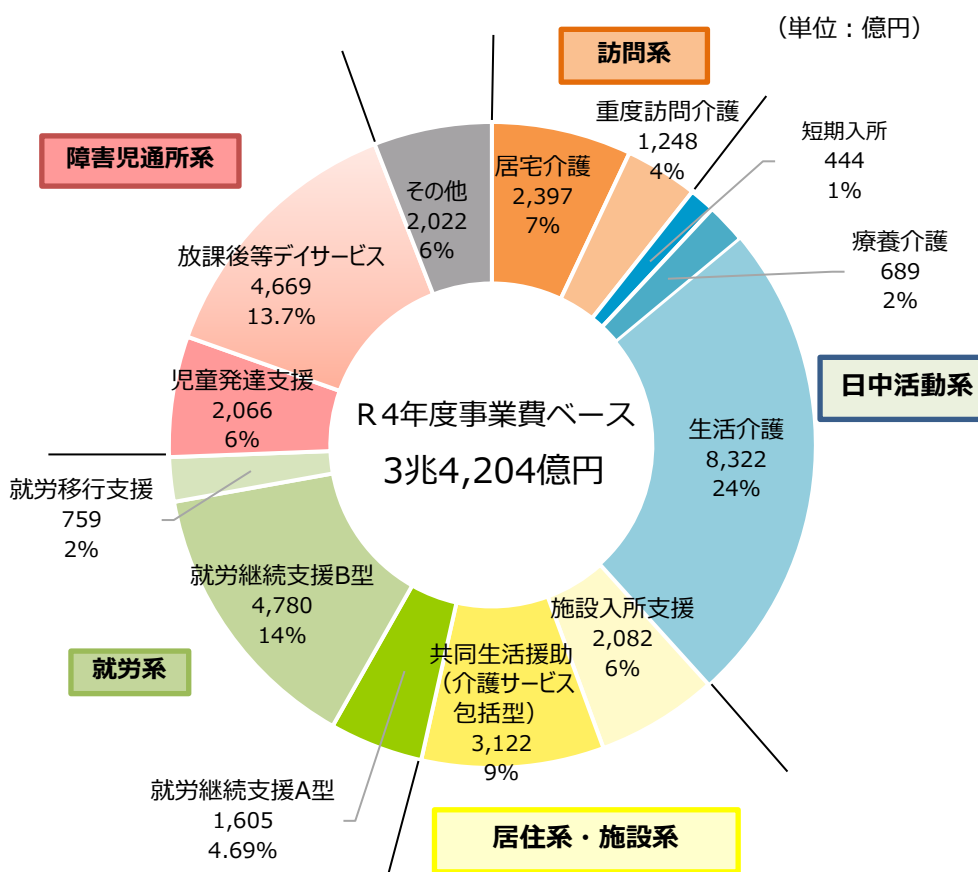
【障害福祉サービス等報酬の支払いの流れ（概要）】



障害福祉サービス等の現状

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

障害福祉サービス等の内訳



◆障害福祉サービス等と営利法人数の割合

(単位：億円)

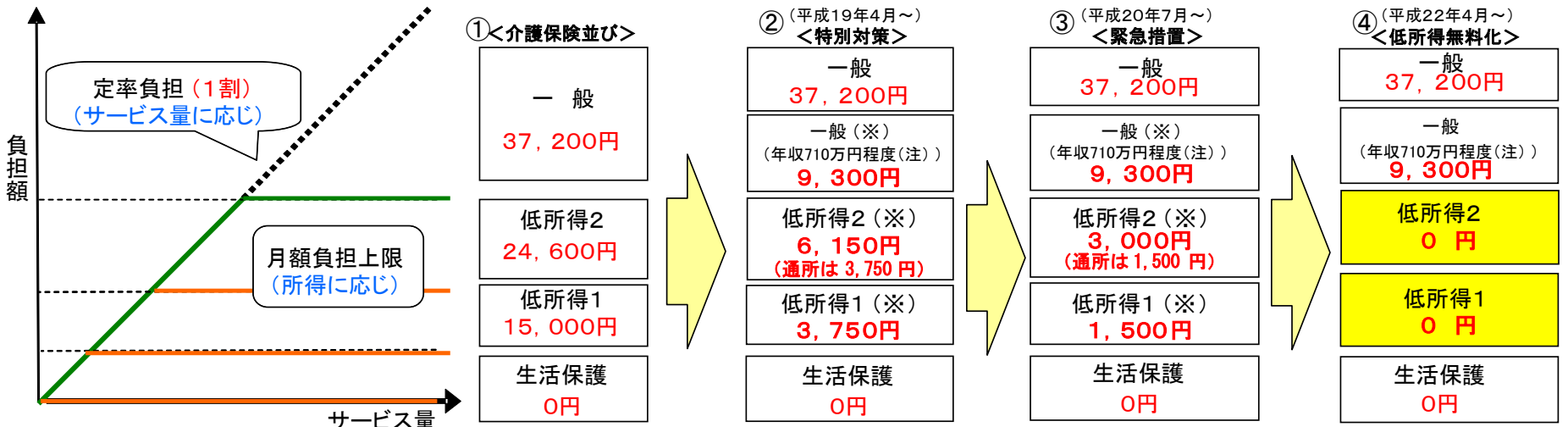
	H30年度	R4年度	伸び率 (5年間)	営利法人の割合 (R3年度)
居宅介護	1,825	2,397	+31%	67.9%
重度訪問介護	859	1,248	+45%	68.6%
短期入所	447	444	▲1%	-
療養介護	635	689	+8%	-
生活介護	7,365	8,322	+13%	6.7%
施設入所支援	1,943	2,082	+7%	-
共同生活援助 (介護サービス包括型)	1,993	3,122	+57%	22.2%
就労継続支援A型	1,121	1,605	+43%	54.2%
就労継続支援B型	3,531	4,780	+35%	15.8%
就労移行支援	636	759	+19%	39.0%
児童発達支援	1,130	2,066	+82%	24.0%
放課後等デイサービス	2,811	4,669	+66%	53.8%
その他	1,244	2,022	+63%	21.6%
合計	25,540	34,204	+34%	25.7%

(注) 総費用額は国保連データ、営利法人の割合は厚生労働省「令和4年度障害福祉サービス等経営概況調査」に基づき作成。

利用者負担の変遷

(居宅・通所サービスの場合【障害者・障害児】)

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



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

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

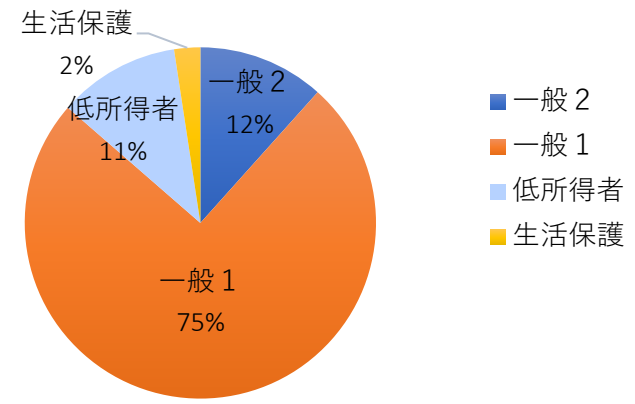
(注) 夫婦と児童2人(児童2人+年収103万円以下の配偶者の場合等)なお、障害児の場合、年収960万円程度の一般世帯は4,600円。ただし、無償化対象児童(満3～5歳児)の場合、利用者負担は0円。

利用者負担のあり方

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

◆ 利用者負担額（障害児サービス）

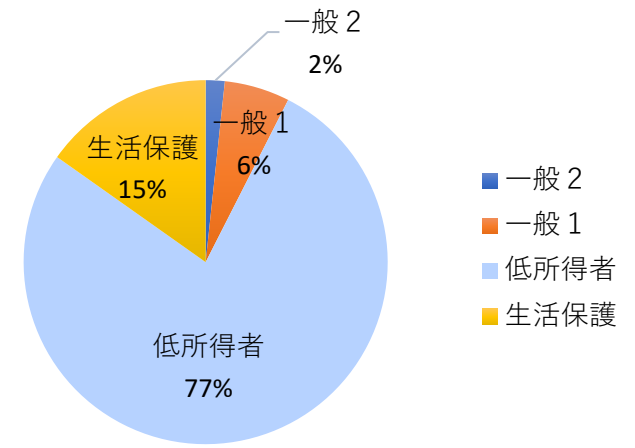
所得区分	負担上限額	令和5年3月				
		利用者数 (実数) (万人)	所得区分毎の 割合	総費用額 (億円)[A]	利用者負担額 (億円)[B]	負担割合 [B/A×100]
一般2	37,200円	5.8	12%	67	4.5	6.7%
一般1(※1)	4,600円	37.0	75%	496	10.3	2.1%
低所得者(※2)	0円	5.6	11%	83	—	—
生活保護	0円	1.2	2%	19	—	—
合計	—	49.5	100%	664	14.8	2.2%



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

◆ 利用者負担額（障害福祉サービス）

所得区分	負担上限額	令和5年3月				
		利用者数 (実数) (万人)	所得区分毎の 割合	総費用額 (億円)[A]	利用者負担額 (億円)[B]	負担割合 [B/A×100]
一般2	37,200円	1.7	2%	34	2.5	7.4%
一般1(※1)	9,300円	5.8	6%	91	3.4	3.8%
低所得者(※2)	0円	77.3	77%	1,988	—	—
生活保護	0円	15.2	15%	298	—	—
合計	—	100.0	100%	2,412	6.0	0.25%



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

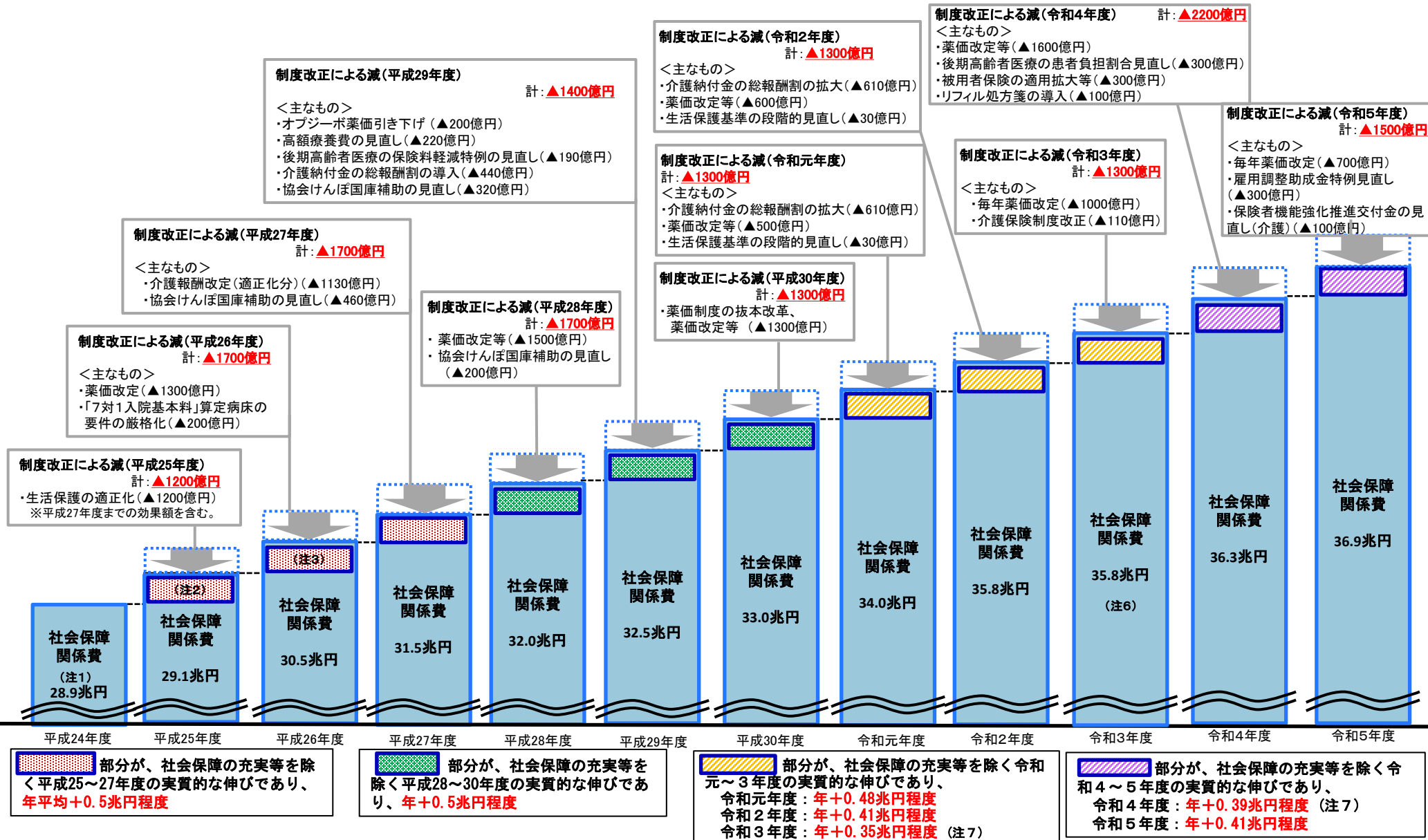
5. 改革工程のとりまとめに向けた取組

これまでの主な制度改革

2014年度	<ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬・薬価改定等 ・70～74歳の医療における窓口負担割合の見直し（1割⇒2割負担）
2015年度	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険制度改革（地域支援事業の充実、予防給付の一部を地域支援事業に移行、介護2割負担の導入等） ・介護報酬改定 ・協会けんぽ国庫補助の見直し
2016年度	<ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬・薬価改定等
2017年度	<ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入、介護納付金の総報酬割の導入 ・高額療養費の見直し ・後期高齢者医療の保険料軽減特例の見直し
2018年度	<ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬・薬価改定等、薬価制度の抜本改革 ・介護の高所得者への3割負担の導入
2019年度	<ul style="list-style-type: none"> ・介護納付金の総報酬割の拡大 ・診療報酬・薬価改定等（消費税率引上げに伴う対応）
2020年度	<ul style="list-style-type: none"> ・介護納付金の総報酬割の拡大 ・診療報酬・薬価改定等
2021年度	<ul style="list-style-type: none"> ・毎年薬価改定（1回目） ・介護保険制度改革（補足給付及び高額介護サービス費の見直し）
2022年度	<ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬・薬価改定等 ・後期高齢者医療における窓口負担割合の見直し（一定以上の所得のある者:1割⇒2割負担） ・被用者保険の適用拡大等
2023年度	<ul style="list-style-type: none"> ・毎年薬価改定（2回目） ・健保法等改正（高齢者医療に関する負担の在り方の見直し、出産育児一時金を全世代で支える仕組みの導入、かかりつけ医機能を発揮する制度整備）

社会保障関係費の伸び

改革工程



制度改革による減(平成29年度)
計: **▲1400億円**

<主なもの>

- ・オプジーボ薬価引き下げ (▲200億円)
- ・高額療養費の見直し (▲220億円)
- ・後期高齢者医療の保険料軽減特例の見直し (▲190億円)
- ・介護納付金の総報酬割の導入 (▲440億円)
- ・協会けんぽ国庫補助の見直し (▲320億円)

制度改革による減(令和2年度)
計: **▲1300億円**

<主なもの>

- ・介護納付金の総報酬割の拡大 (▲610億円)
- ・薬価改定等 (▲600億円)
- ・生活保護基準の段階的見直し (▲30億円)

制度改革による減(令和4年度)
計: **▲2200億円**

<主なもの>

- ・薬価改定等 (▲1600億円)
- ・後期高齢者医療の患者負担割合見直し (▲300億円)
- ・被用者保険の適用拡大等 (▲300億円)
- ・リフィル処方箋の導入 (▲100億円)

制度改革による減(令和5年度)
計: **▲1500億円**

<主なもの>

- ・毎年薬価改定 (▲700億円)
- ・雇用調整助成金特例見直し (▲300億円)
- ・保険者機能強化推進交付金の見直し(介護) (▲100億円)

制度改革による減(平成27年度)
計: **▲1700億円**

<主なもの>

- ・介護報酬改定(適正化分) (▲1130億円)
- ・協会けんぽ国庫補助の見直し (▲460億円)

制度改革による減(令和元年度)
計: **▲1300億円**

<主なもの>

- ・介護納付金の総報酬割の拡大 (▲610億円)
- ・薬価改定等 (▲500億円)
- ・生活保護基準の段階的見直し (▲30億円)

制度改革による減(令和3年度)
計: **▲1300億円**

<主なもの>

- ・毎年薬価改定 (▲1000億円)
- ・介護保険制度改革 (▲110億円)

制度改革による減(平成28年度)
計: **▲1700億円**

- ・薬価改定等 (▲1500億円)
- ・協会けんぽ国庫補助の見直し (▲200億円)

制度改革による減(平成30年度)
計: **▲1300億円**

- ・薬価制度の抜本改革、薬価改定等 (▲1300億円)

制度改革による減(平成26年度)
計: **▲1700億円**

<主なもの>

- ・薬価改定 (▲1300億円)
- ・「7対1入院基本料」算定病床の要件の厳格化 (▲200億円)

制度改革による減(平成25年度)
計: **▲1200億円**

- ・生活保護の適正化 (▲1200億円)
- ※平成27年度までの効果額を含む。

部分が、社会保障の充実等を除く平成25~27年度の実質的な伸びであり、年平均+0.5兆円程度

部分が、社会保障の充実等を除く平成28~30年度の実質的な伸びであり、年平均+0.5兆円程度

部分が、社会保障の充実等を除く令和元~3年度の実質的な伸びであり、
令和元年度: 年+0.48兆円程度
令和2年度: 年+0.41兆円程度
令和3年度: 年+0.35兆円程度 (注7)

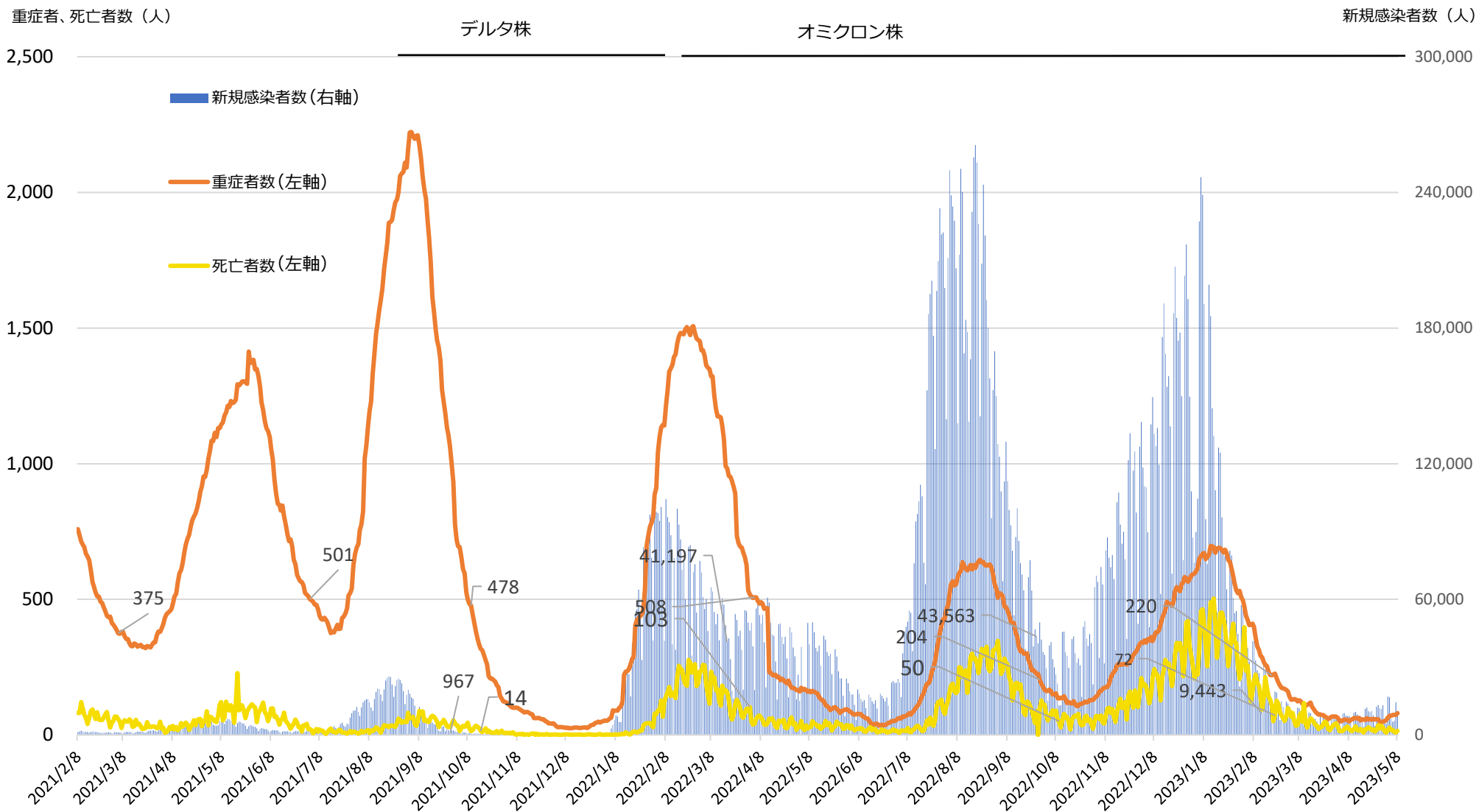
部分が、社会保障の充実等を除く令和4~5年度の実質的な伸びであり、
令和4年度: 年+0.39兆円程度 (注7)
令和5年度: 年+0.41兆円程度

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

6. その他

新型コロナウイルス感染症の新規感染者数等の推移（～R5.5.8）

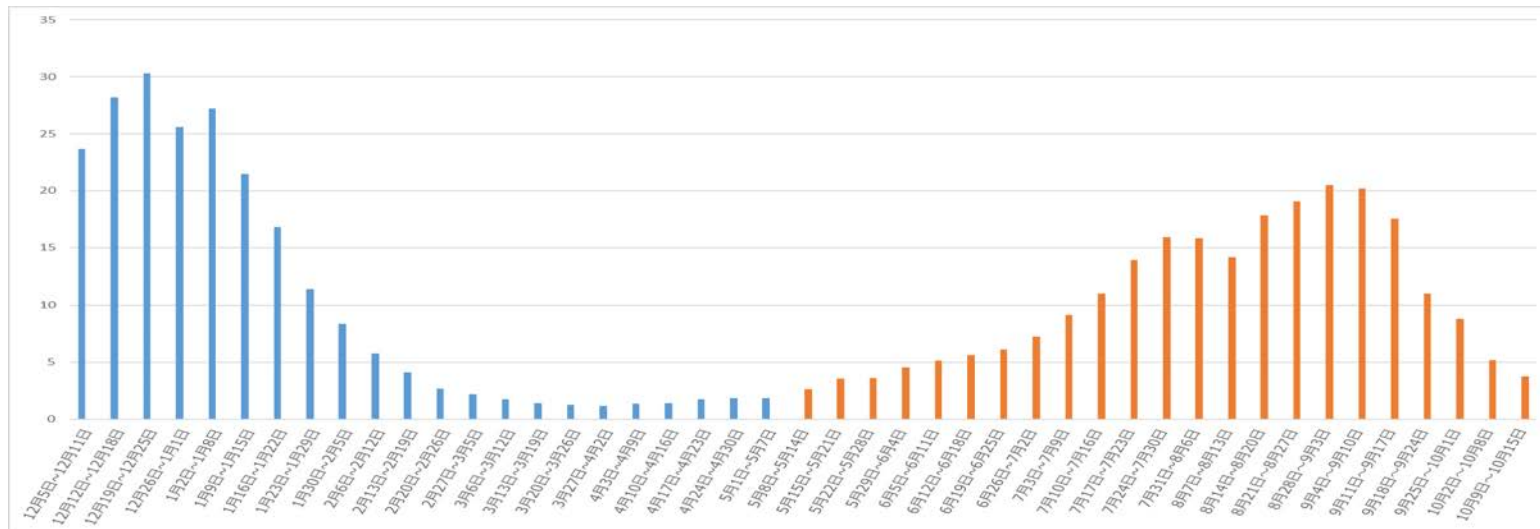
ワクチン



新型コロナウイルス感染症の新規感染者数等の推移（R5.5.9～）

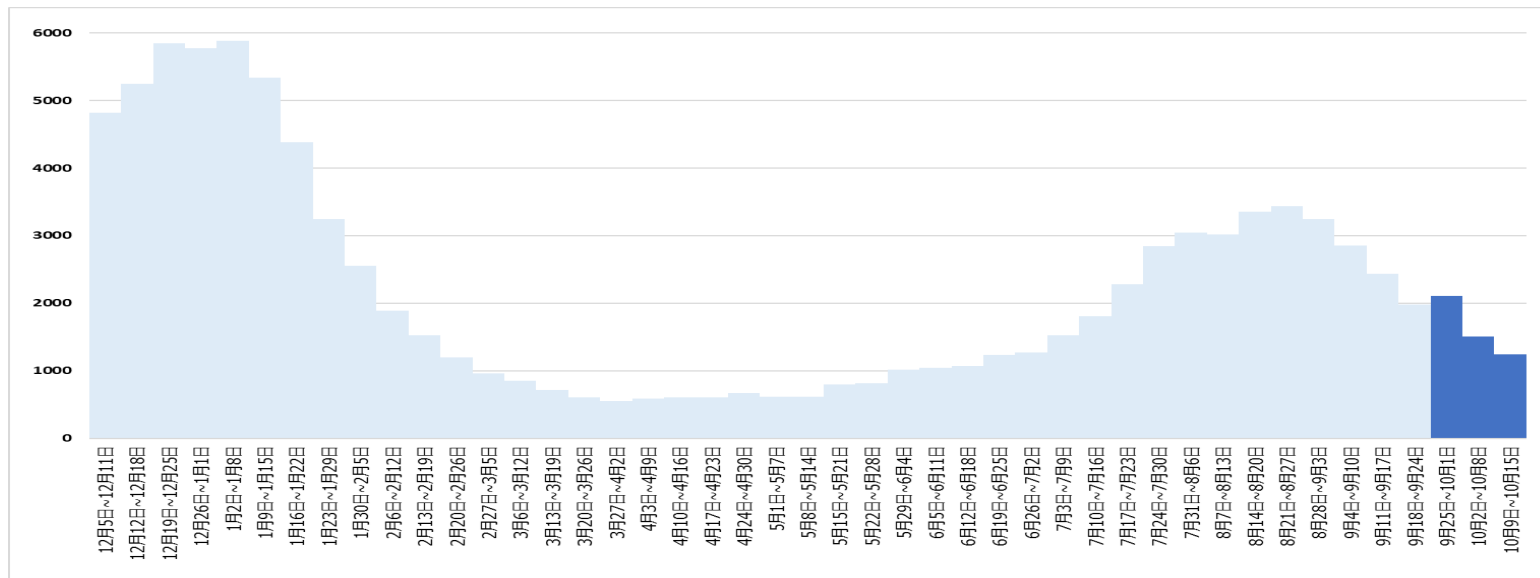
ワクチン

○ 新型コロナウイルス感染症（COVID19）定点当たり報告数推移



※5月7日以前の数値は、HER-SYSデータに基づく定点医療機関からの患者数（参考値）、一部の都道府県については、都道府県の集計に基づく。

○ 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による入院患者の推移



※9月24日以前の数値は、G-MISデータに基づく定点医療機関における新規入院患者数（参考値）である。

※G-MISに入力されたデータのうち、令和5年9月25日時点で各自治体が指定した基幹定点のリストに基づき抽出したデータを集計したものであるが、定点は、地域の実情に応じて、変更される可能性がある。

新型コロナウイルスワクチンの接種状況

ワクチン

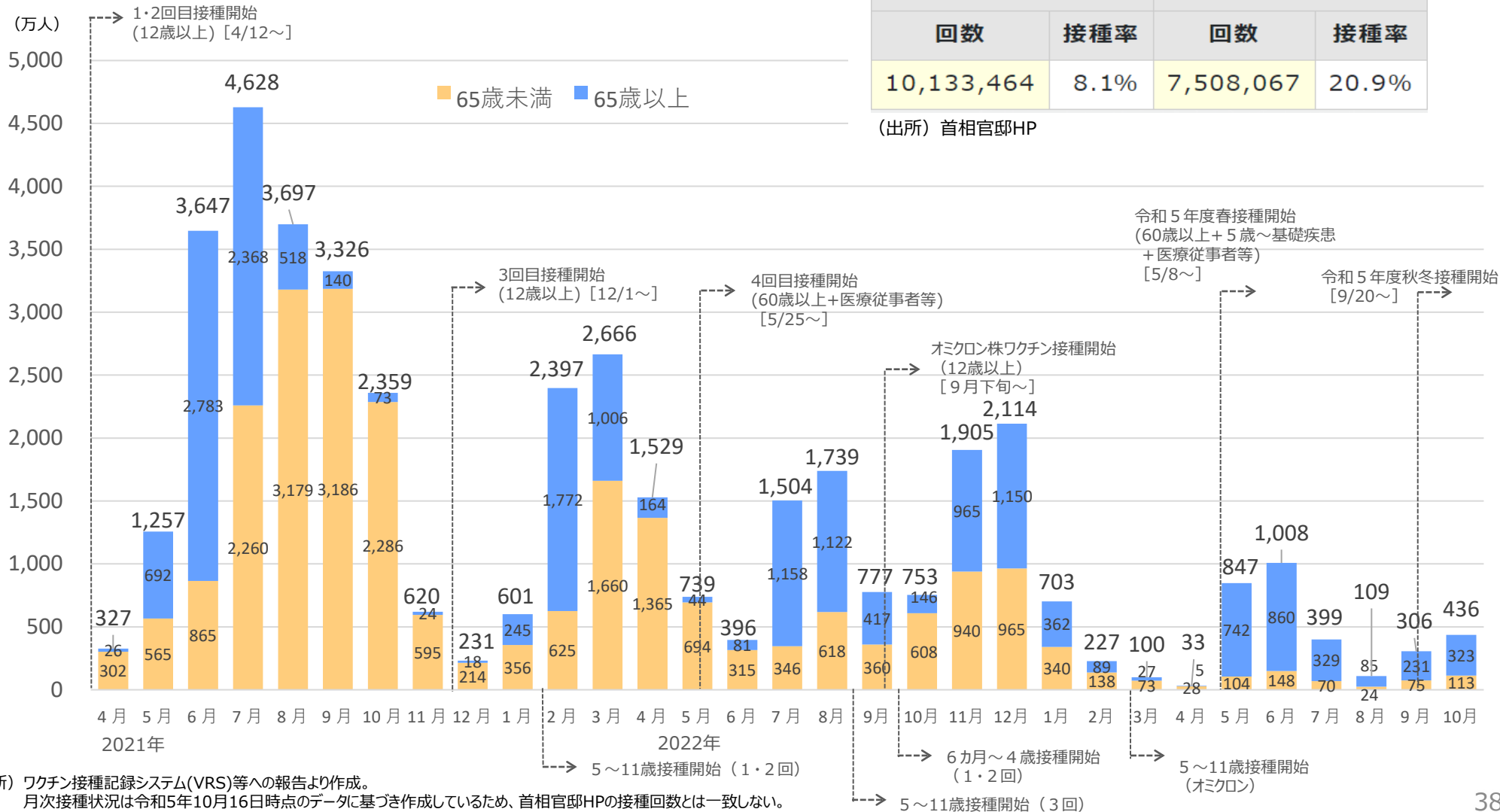
これまでの総接種回数：417,686,944回（10月24日公表：首相官邸HP）
 （うち、高齢者：181,693,354回）

（参考）令和5年秋開始接種の回数（10月24日公表）

全体		うち高齢者	
回数	接種率	回数	接種率
10,133,464	8.1%	7,508,067	20.9%

（出所）首相官邸HP

【接種状況（月次）】



（出所）ワクチン接種記録システム(VRS)等への報告より作成。

（注）月次接種状況は令和5年10月16日時点のデータに基づき作成しているため、首相官邸HPの接種回数とは一致しない。

【1】令和5年秋冬の接種について (3) 諸外国の状況について

2023年9月6日時点

追加接種に係る諸外国の状況（2023年春以降）②

	春接種		秋接種	
	接種が推奨される者	接種し得る者	接種が推奨される者	接種し得る者
米国 	該当者なし	<ul style="list-style-type: none"> 65歳以上（前回接種から4か月以上） 中等度から重度の免疫不全者（前回接種から2か月以上） 	未発表	未発表
英国※1 	<ul style="list-style-type: none"> 75歳以上の者 介護施設入居者 5歳以上の免疫不全者 	—	<ul style="list-style-type: none"> 重症化リスクが高い以下の者 <ul style="list-style-type: none"> 高齢者向け介護施設入居者及びスタッフ 65歳以上の者 生後6か月～64歳で臨床的リスクを持つ者 医療施設及び社会福祉施設で働く者 12～64歳で家庭で免疫不全者と接触する者 16～64歳の介護者 	—
カナダ 	<ul style="list-style-type: none"> 18歳以上で追加接種（3回目）未接種者 65歳以上の者や基礎疾患を有する者等の重症化リスクが高い2022年秋の追加接種未接種者 	<ul style="list-style-type: none"> 5～11歳の3回目接種未接種者 12～64歳の2022年秋の追加接種未接種者 65歳以上の者、基礎疾患を有する者のうち、2022年秋の追加接種から6か月以上が経過した以下の者 <ul style="list-style-type: none"> 80歳以上の者 高齢者施設及びその他のケア施設に入居の者 18歳以上の免疫不全者 65～79歳の未感染者 	<ul style="list-style-type: none"> 新たな組成のワクチンの適応として承認された年齢層に属し、前回接種又は感染から6か月以上が経過した者 	—
フランス※1 	<ul style="list-style-type: none"> 80歳以上の者 免疫不全者 介護施設入居者 その他医療従事者との共同意思決定に基づく医学的事由を有する者 	追加接種希望者	<ul style="list-style-type: none"> 65歳以上の者 生後6か月以上で重症化リスクが高くなる併存症を持つ者 免疫不全者 妊婦 医療施設及び長期療養施設入居者 医療従事者との共同意思決定に基づく医学的事由を有する者 高リスク者と同居又は定期的に接触する者（医療・社会福祉従事者を含む） 	未発表
ドイツ 	<ul style="list-style-type: none"> 最終接種又は感染から12か月以上経過した、重症化リスクが高い者 <ul style="list-style-type: none"> 60歳以上の者 — 介護施設入居者 — 妊婦 生後6か月以上の重症化リスクの高い基礎疾患を持つ者 ワクチンの免疫効果が無い者と同居している家族等 最終接種又は感染から12か月以上経過した医療介護従事者 	※ドイツについては、2023年以降の接種について終了時期を設けておらず、一定程度長期的な接種プログラムとして示しているものと考えられる。なお、接種の時期については秋の接種が望ましいとしている。		
(参考) 日本 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者（65歳以上） 基礎疾患を有する者（5～64歳） 	<ul style="list-style-type: none"> 医療従事者等 5～11歳の小児 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者（65歳以上） 基礎疾患を有する者（64歳以下） 	左記以外の全ての者

※1 フランスの秋接種の推奨範囲は現時点でHAS（医薬品の評価機関）の推奨であり、保健省の推奨ではない。

現在の定期接種対象ワクチンについて

ワクチン

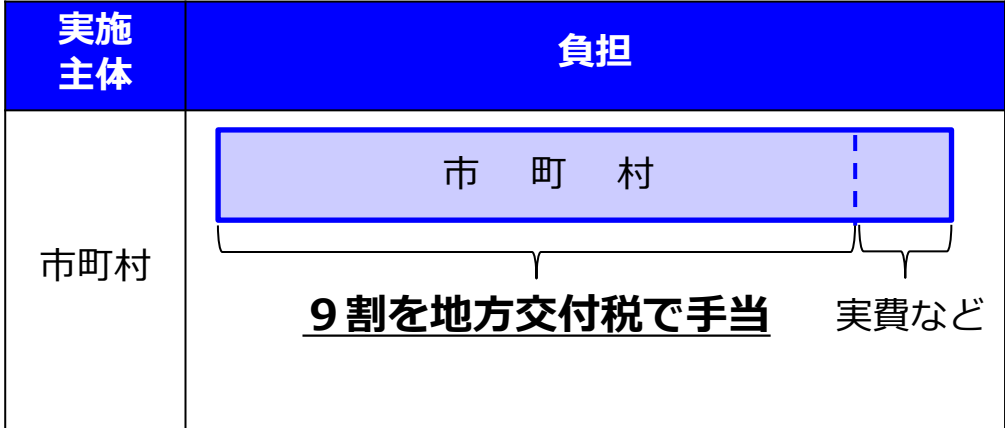
A
類
疾
病

B
類
疾
病

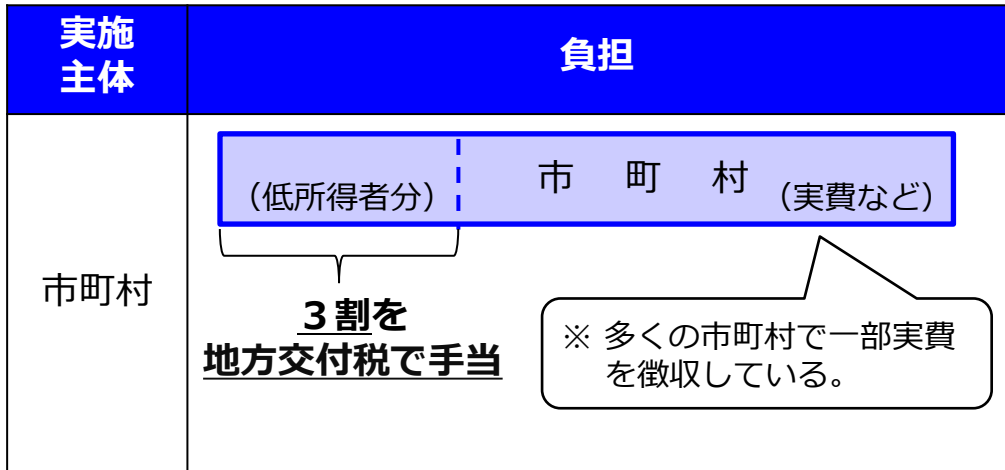
対象疾病	対象者（接種時期）※1
H i b感染症	生後2月から生後60月に至るまで
小児の肺炎球菌感染症	生後2月から生後60月に至るまで
B型肝炎 ＜政令＞	1歳に至るまで
ジフテリア・百日せき・急性灰白髄炎（ポリオ）・破傷風	第1期：生後3月から生後90月に至るまで 第2期：11歳以上13歳未満（第2期はジフテリア・破傷風のみ）
結核（BCG）	1歳に至るまで
麻しん・風しん ※2	第1期：生後12月から生後24月に至るまで 第2期：5歳以上7歳未満のうち、就学前1年
水痘	生後12月から生後36月に至るまで
日本脳炎※3	第1期：生後6月から生後90月に至るまで 第2期：9歳以上13歳未満
ヒトパピローマウイルス感染症	12歳となる日の属する年度の初日から16歳となる日の属する年度の末日まで
ロタウイルス感染症 ＜政令＞	1価：生後6週から生後24週に至るまで 5価：生後6週から生後32週に至るまで
インフルエンザ	①65歳以上の者 ②60歳から65歳未満の慢性高度心・腎・呼吸器機能不全者等
高齢者の肺炎球菌感染症 ＜政令＞ ※2	①65歳の者 ②60歳から65歳未満の慢性高度心・腎・呼吸器機能不全者等

定期接種の費用負担

A類疾病



B類疾病



※1 長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等によりやむを得ず接種機会を逃した者は、快復時から2年間（高齢者の肺炎球菌感染症のみ1年間。一部上限年齢あり）は定期接種の対象。

※2 風しんは令和3年度までの間、高齢者の肺炎球菌感染症は令和5年度までの間、対象者を拡大する経過措置を設けている。

※3 日本脳炎について、平成7年度～平成18年度生まれの者（積極的勧奨の差し控えにより接種機会を逃した者）は、20歳になるまで定期接種の対象。

1. 見直しの基本的な考え方

- 本年3月の政府決定時点では、病床確保料等の特例措置については、9月末までを目途とし、感染拡大への対応や医療提供体制の状況等の検証の結果に基づき、必要な見直しを行うこととしていた。
- これを踏まえ、10月以降の見直しの基本的な考え方は以下のとおり。

医療提供体制等

通常医療との両立を更に強化し、重点的・集中的な支援により、冬の感染拡大に対応しつつ、通常の医療提供体制へ段階的に移行



新たな体系に向けた取組の実施

○幅広い医療機関による自律的な通常の対応への移行

- ・冬の感染拡大に先立ち、対応医療機関の維持・拡大を促進(外来の拡大、軽症等の入院患者の受入)

取組の見直し・重点化

○冬の感染拡大に備えた重点的・集中的な入院体制の確保等

- ・確保病床の重点化(重症・中等症Ⅱ、感染拡大の状況に応じた対応)
- ・診療報酬特例、高齢者施設等への支援見直し・継続

診療報酬
介護報酬
同時改定

新たな体系の実施

○通常の対応へ完全移行

- ・確保病床に依らない形での体制
- ・新たな報酬体系(恒常的な感染症対応への見直し)

2. 医療提供体制の移行（外来・入院・入院調整）

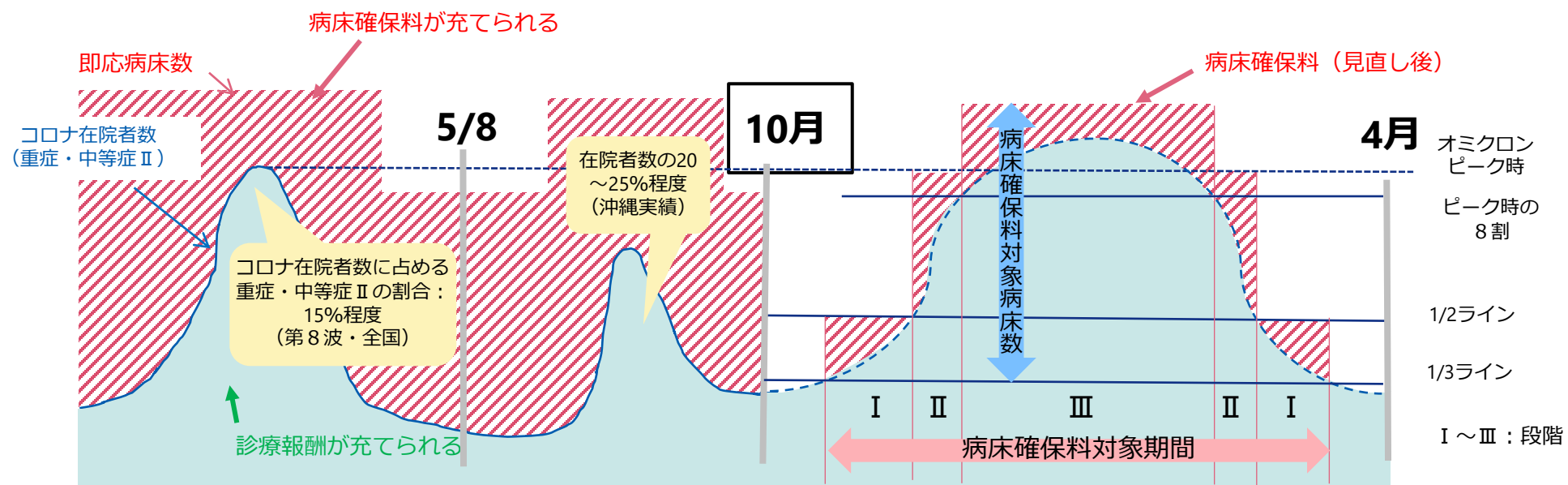
- 9月末に向けて、「移行計画」等に基づき、外来対応の拡大、確保病床によらない形での入院患者の受入、医療機関間での入院先決定等への移行を段階的に進めてきた。
- 来年4月の移行に向け、「移行計画」を延長して引き続き確保病床によらない形での受入を進めつつ、冬の感染拡大に対応するため、期間・対象者を重点化した上で確保病床の仕組みも継続可能とする。

	3/10本部決定	5類移行前	現行(8月)	具体的な措置（本年10月～翌年3月）
外来	最大6.4万の医療機関での対応を目指す	約4.2万の医療機関 (患者を限定しない約2.3万)	約4.9万の医療機関 (患者を限定しない約3.6万) 【8月23日】	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 新たに「移行計画」の対象に外来を追加 ⇒ 都道府県の実情に応じて、定期的に進捗管理しながら、対応医療機関を更に拡充 ➢ 設備整備や個人防護具の確保などの支援を継続
入院	約8,200の全病院での対応を目指す	約3,000の医療機関 最大入院者約5.3万人 (うち、確保病床 約3.1万人、確保病床外約2.2万人)	約7,300の医療機関 (うち、病院は約6,800、有床診療所は約500) 約5.9万人の受入 (うち、確保病床 約2.3万人、確保病床外 約3.6万人) 【移行計画】	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 「移行計画」を延長し、新たな医療機関による受入れを促進 ➢ 確保病床の対象・期間を重点化した上で継続 ➢ クラスタ発生時に休止せざるを得ない病床への補助 ➢ 設備整備や個人防護具の確保などの支援を継続
入院調整	原則、医療機関間による入院先決定	都道府県保健所設置市特別区	原則、医療機関間による入院先決定	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 引き続き、医療機関間で入院先決定 ➢ 病床状況共有のためG-MISなどITの活用推進 ➢ 円滑な移行のため、当面、行政による調整の枠組みを残す (感染拡大局面における困難ケースなど、必要に応じて支援)

3. 病床確保料の取扱い①

- 入院医療体制は、幅広い医療機関による対応が拡大。
- 引き続き、確保病床によらない形での入院患者の受入を進めつつ、冬の感染拡大を想定し、**対象等を重点化して病床を確保することを可能とする。**
- 通常医療との公平性等を考慮し、効率的・効果的な運用が必要であるため、病床確保料は、**対象範囲を「重症・中等症Ⅱの入院患者」**（約1.5万人（新型コロナの全入院者数の25%程度））**に重点化する。**また、**国において感染状況に応じた段階や即応病床数の目安を示し、それに応じて病床確保料の支給を行う。**（額は、診療報酬特例の見直しも参考にして見直し）

<病床確保のイメージ（重症・中等症Ⅱ）>



⇒10月中の経過措置等を導入

3. 病床確保料の取扱い②

<重点化した確保病床に係る段階運用の考え方>

- 国は、感染状況等に応じた段階・即応病床数の目安を示す
- 都道府県は、段階に応じ、この目安に基づき即応病床数等を設定し、それぞれの感染状況等に応じて運用
 - ⇒ オミクロン株流行の最大在院者数（第7波又は第8波）との比較で3つの段階に分類

段階	段階Ⅰ（※1）	段階Ⅱ	段階Ⅲ
移行基準 （目安）	① ピーク時の1/3の在院者 ⇒ ピークまで約6週間	② ピーク時の1/2の在院者 ⇒ ピークまで約4週間	③ ピーク時の8割の在院者 ※「直近ピーク時の約8割の在院者数」の段階から、即応病床数の試算を開始。
即応病床数 （上限目安）	（在院者数：1/2－1/3）×0.25	左記＋ （在院者数：ピーク－1/2）×0.25	左記＋ （在院者数：2週間後の試算－ピーク）×0.25

（※1）1/2に達する前に受入準備を始める観点から、1/3に達した時点で準備を始められるよう段階Ⅰを設定。段階Ⅰの前から感染状況の把握等を行うことが重要。段階の設定方法は、国の目安の範囲内で都道府県の実情に応じて検討し、地域の医療機関と確認する。

- 病床確保料は、一定の感染拡大を超える段階Ⅰ～Ⅲ～Ⅰ相当の期間に重点化する。（※2）

（※2）感染縮小局面では感染再拡大の見極めのために一定の病床確保を継続しておく必要があるため、段階Ⅰの基準に満たない水準に達した後も1週間以内に段階Ⅰに移行することを可能とする。

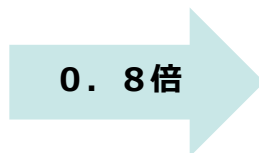
- ・ 経過措置として、10月の間は、段階Ⅰに達しない都道府県でも、段階Ⅰの即応病床数を上限に病床確保料の対象とすることを可能とする。

3. 病床確保料の取扱い③

- ① 重点医療機関の補助区分を廃止し、対象範囲を原則、重症者・中等症Ⅱ患者とする。
- ② 国において感染状況に応じたフェーズ・即応病床の目安を示し、それに応じて病床確保料の支給を行う。
(感染が落ち着いている段階は支給しない。)
- ③ 補助単価(上限)は診療報酬特例の見直しも参考にして見直し(0.8倍)を行う(令和6年3月末まで継続)。

令和5年5月8日～9月30日の補助上限額

病床区分	重点医療機関	
	(特定機能病院等)	(一般病院)
ICU	436,000円/日 → <u>218,000円/日</u> (①)	301,000円/日 → <u>151,000円/日</u> (②)
HCU	211,000円/日 → <u>106,000円/日</u> (③)	
その他病床	74,000円/日 → <u>37,000円/日</u> (④)	71,000円/日 → <u>36,000円/日</u> (⑤)



10月1日～の補助上限額

病床区分	医療機関	
	(特定機能病院等)	(一般病院)
ICU	<u>174,000円/日</u> (①)	<u>121,000円/日</u> (②)
HCU	<u>85,000円/日</u> (③)	
その他病床	<u>30,000円/日</u> (④)	<u>29,000円/日</u> (⑤)

(※) 原則、重症者・中等症Ⅱ患者用病床

休止病床の取扱い

- 休止病床の補助上限数については、**即応病床1床あたり休床1床 (ICU・HCU病床の場合は2床を上限)**

※院内感染が発生したことにより休止せざるを得ない病床への補助は感染状況にかかわらず実施

4. 診療報酬の取扱い①（新型コロナの診療報酬上の特例の見直し）

コロナ特例

○ 診療報酬上の特例措置について、現場の実態等も踏まえつつ、点数の見直しを行う（令和5年10月1日～）。

R6改定において恒常的な感染症対策への見直し

新型コロナの類型変更（令和5年5月）に伴う方向性・考え方		令和5年9月まで	令和5年10月～
外来	空間分離・時間分離に必要な人員、PPE等の感染対策を引き続き評価 その上で受入患者を限定しないことを評価する仕組みへ	① 300点 【対応医療機関の枠組みを前提として、院内感染対策に加え、受入患者を限定しない形に8月末までに移行】 又は、 ② 147点 【①に該当せず、院内感染対策を実施】	① 147点 【対応医療機関であって、院内感染対策を実施し、受入患者を限定しない】 又は、 ② 50点 【①に該当せず、院内感染対策を実施】
	届出の簡略化などの状況変化を踏まえて見直し	147点 【初診時含めコロナ患者への療養指導（注）】 ※ロナプリーブ投与時の特例（3倍）は終了 （注）家庭内の感染防止策や、重症化した場合の対応等の指導	終了
	位置付け変更に伴い医療機関が実施する入院調整等を評価	950点/回 【コロナ患者の入院調整を行った場合】	100点/回 【コロナ患者の入院調整を行った場合】
在宅	緊急往診は、重症化率の変化に伴う必要性の低下を踏まえて見直し	950点 【緊急の往診】 ※介護保険施設等への緊急往診は 2,850点	300点 【緊急の往診】 ※介護保険施設等への緊急往診は 950点
	介護保険施設等での療養を支援する観点から同施設等に対する緊急往診は引き続き評価	950点 【介護保険施設等において、看護職員とともに、施設入所者に対してオンライン診療を実施する場合】	300点 【介護保険施設等において、看護職員とともに、施設入所者に対してオンライン診療を実施する場合】
	往診時等の感染対策を引き続き評価	300点 【コロナ疑い/確定患者への往診】	50点 【コロナ疑い/確定患者への往診】

4. 診療報酬の取扱い②（新型コロナの診療報酬上の特例の見直し）

コロナ特例

R6改定において恒常的な感染症対策への見直し

新型コロナの類型変更（令和5年5月）に伴う方向性・考え方		令和5年9月まで	令和5年10月～
入院 	入院患者の重症化率低下、看護補助者の参画等による業務・人員配置の効率化等を踏まえて見直し 介護業務の増大等を踏まえ、急性期病棟以外での要介護者の受入れを評価	①重症患者 <u>ICU等の入院料：1.5倍</u> （+2,112～+8,159点/日） ②中等症患者等（急性期病棟等） <u>救急医療管理加算1：2～3倍</u> （1,900～2,850点/日） ※ 介護保険施設等からの患者等をリハビリ提供や入院退院支援体制が充実した病棟（例：地域包括ケア病棟等）が受け入れる場合は加算（+950点/日）	①重症患者 <u>ICU等の入院料：1.2倍</u> （+845～3,263点/日） ②中等症患者等（急性期病棟等） <u>救急医療管理加算2：2～3倍</u> （840～1,260点/日） ※ 介護保険施設等からの患者等をリハビリ提供や入院退院支援体制が充実した病棟（例：地域包括ケア病棟等）が受け入れる場合は加算（+420点/日）
		コロナ回復患者を受け入れた場合 <u>750点/日</u> （60日目まで。さらに14日目までは+950点）	コロナ回復患者を受け入れた場合 <u>500点/日</u> （14日目まで）
	必要な感染対策を 引き続き評価	<u>250～1,000点/日</u> （感染対策を講じた診療）	<u>125点～500点/日</u> （感染対策を講じた診療）
		<u>300点/日</u> （2類感染症の個室加算の適用）	<u>300点/日</u> （2類感染症の個室加算の適用）
		<u>250点/日</u> （必要な感染予防策を講じた上でリハビリを実施）	<u>50点/日</u> （必要な感染予防策を講じた上でリハビリを実施）
歯科	コロナ患者への歯科治療を 引き続き評価	<u>298点</u> （治療の延期が困難なコロナ患者に対する歯科治療の実施）	<u>147点</u> （治療の延期が困難なコロナ患者に対する歯科治療の実施）
調剤	コロナ患者への服薬指導等を引き続き評価	薬局におけるコロナ治療薬の交付 服薬管理指導料： <u>2倍（+59点又は+45点）</u> 自宅・介護施設等への対応を評価 （訪問対面500点、電話等200点を算定可）	薬局におけるコロナ治療薬の交付 服薬管理指導料： <u>1.5倍（+30点又は+23点）</u> 自宅・介護施設等への対応を評価 （訪問対面：500点/200点を算定可）

※このほか、令和5年5月8日から令和6年3月までの時限措置として、新型コロナ罹患後症状に関する診療報酬の特例（+147点/3月ごとに算定可）

5. 患者等に対する公費支援

- コロナ治療薬や入院医療費の自己負担分に係る公費支援については、患者の急激な負担増が生じないように配慮しつつ、見直しを行った上で継続する。

	9月までの取扱い	10月以降の対応
治療薬	コロナ治療薬の費用は全額公費支援（外来・入院）	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 他の疾病との公平性の観点も踏まえ、<u>自己負担なしの扱いから、一定の自己負担を求めつつ公費支援を継続。</u> ➤ 自己負担の上限額は、医療費の自己負担割合に応じて段階的に、<u>1割の方：3,000円、2割の方：6,000円、3割の方：9,000円とする。</u> 3割の方でも、重症化予防効果のあるラゲブリオ等の薬価（約9万円）の1割程度（9,000円）にとどまるように見直す。
入院医療費	高額療養費制度の自己負担限度額から2万円を減額	<ul style="list-style-type: none"> ➤ コロナの入院期間は、5類移行後、インフルエンザとほぼ同様な状態に近づいている。 ※平均入院日数 コロナ：約10日⇒約7日、インフル：約6日 一方で、診療報酬上の特例加算は見直されているものの、インフルエンザとはまだ差がある状況。 ➤ 他の疾病との公平性の観点も踏まえ、入院医療費については、<u>高額療養費制度の自己負担限度額から1万円の減額に見直して公費支援を継続。</u>

※冬の感染拡大に備える観点から、以下についても10月以降継続

- ・高齢者施設等における行政検査（陽性者発生時の検査、従事者への集中的検査）
- ・自治体が設置する受診相談（発熱時等の受診相談、陽性判明後の体調急変時の相談）の窓口への公費支援

(参考) 新型コロナ医療費の自己負担イメージ

<外来医療費>

		~R5/5/7	R5/5/8~	R5/10/1~	完全移行後
		外来治療費、治療薬とも全額公費支援	治療薬は全額公費支援	治療薬は一定の自己負担(定額)	外来治療費、治療薬とも通常の自己負担
医療費の負担割合	1割 (住民税非課税、~年収約200万)	0円	1,390円 (うち薬剤費0円)	4,090円 (うち薬剤費3,000円)	8,000円(※)~10,520円 (うち薬剤費9,430円)
	2割 (年収約200万~約370万)	0円	2,780円 (うち薬剤費0円)	8,180円 (うち薬剤費6,000円)	18,000円(※) (うち薬剤費18,860円)
	3割 (年収約370万~)	0円	4,170円 (うち薬剤費0円)	12,270円 (うち薬剤費9,000円)	31,570円 (うち薬剤費28,290円)

【前提】75歳以上の例。治療薬は重症化予防効果のあるラゲブリオ(1治療あたり薬価94,312円)を想定
※高額療養費を適用

<入院医療費>

	~R5/5/7	R5/5/8~	R5/10/1~	完全移行後
75歳以上(1割負担) ※「~年収約370万」の所得区分には2割負担も含まれる。				
住民税非課税(所得が一定以下)	0円	0円	5,000円	15,000円(※)
住民税非課税	0円	4,600円	14,600円	24,600円(※)
~年収約370万	0円	37,600円	39,800円~47,600円	39,800円~57,600円(※)

【前提】コロナは7日間、インフルは6日間の入院を想定。治療薬代は除く
R5/5/8~は自己負担上限額を2万円程度、10/1~は1万円程度減額する公費支援を適用
※高額療養費を適用

(参考) 新型コロナ治療薬の概要

<各治療薬の薬価>

販売名	投与対象	現行薬価	1治療当たり薬価
ラゲブリオカプセル200mg	<ul style="list-style-type: none"> ・軽症～中等症 I 患者で重症化リスクを有する患者 ・入院・死亡を30-50%減少 	2,357.80円	94,312.00円
パキロビッドパック600/300	<ul style="list-style-type: none"> ・軽症～中等症 I 患者で重症化リスクを有する患者 ・入院・死亡を89%減少 	19,805.50円 (300: 12,538.60円)	99,027.50円 (300: 62,693.00円)
ゾコーバ錠125mg	<ul style="list-style-type: none"> ・軽症～中等症 I 患者 ・5症状の回復までの期間を1日短縮 	7,407.40円	51,851.80円
ベクルリー点滴静注用	軽症～重症患者。軽症患者に使用する場合は重症化リスクを有する者	61,997.00円	247,988.00円※

※ 軽症患者に対して標準的な投与期間で使用した場合

<各治療薬の投与対象>

軽症		中等症 I		中等症 II	重症
重症化リスク:低	重症化リスク:高	重症化リスク:低	重症化リスク:高		
ゾコーバ	ラゲブリオ パキロビッド	ゾコーバ	ラゲブリオ パキロビッド		
ベクルリー (点滴)					

6. 高齢者施設等への支援

- 高齢者施設等への各種支援を実施する中で、新型コロナウイルス感染症の流行時はもとより、感染が落ち着いている状況においても、高齢者施設等における施設内療養が一定程度行われている。
- 今後の感染拡大において医療ひっ迫を避けることなども考慮し、施設内療養や、医療機関からの受入れを行う施設等への支援は、一部要件や金額等を見直した上で継続する。

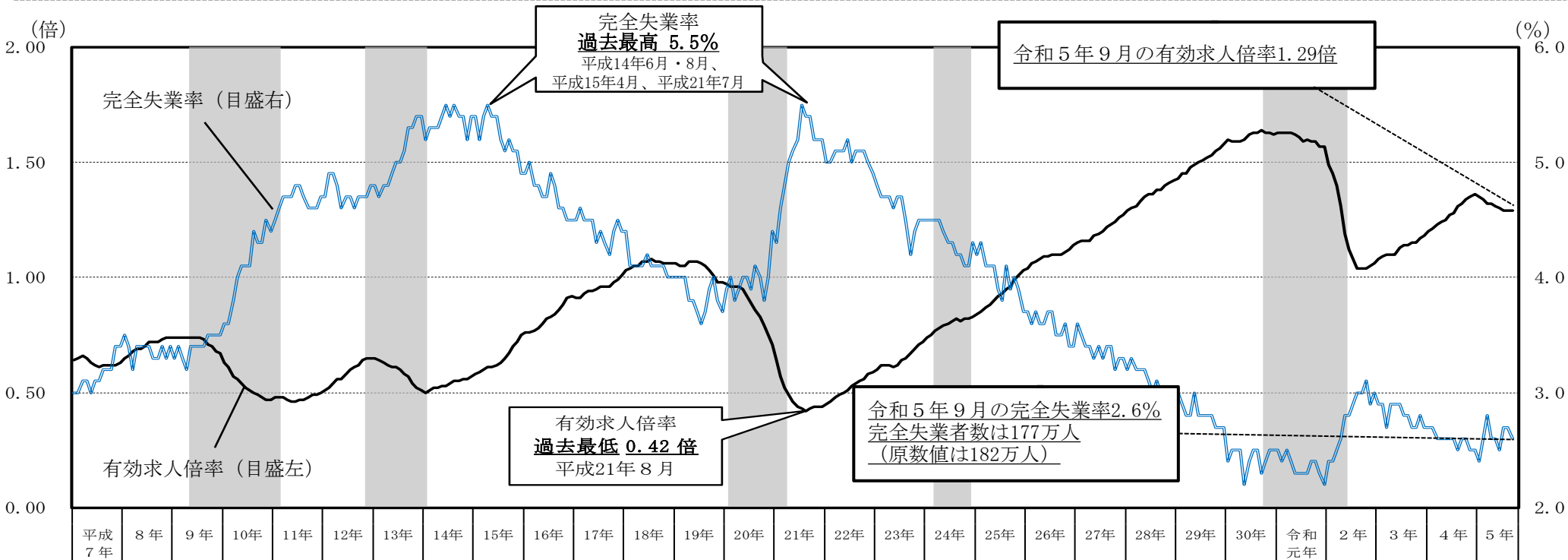
9月までの取扱い	10月以降の対応
感染者が発生した場合等の かかり増し経費の補助	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>新型コロナウイルス感染者への対応に係る業務手当について、1人あたりの補助上限を4,000円/日とする。</u>
施設内療養の補助 (通常の補助1万円/日、追加補助1万円/日)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>通常の補助及び追加補助の補助単価について、それぞれ1人あたり1万円/日⇒5,000円/日に見直す。</u> ➤ <u>追加補助の要件であるクラスターの発生人数について、大規模施設は5人以上⇒10人以上、小規模施設は2人以上⇒4人以上に見直す。</u>
医療機関から <u>コロナ回復患者の受入れの場合の加算</u> (退所前連携加算(500単位/日)を最大30日間算定可)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>算定可能日数を30日⇒14日に見直す。</u>

現在の雇用情勢（全国）

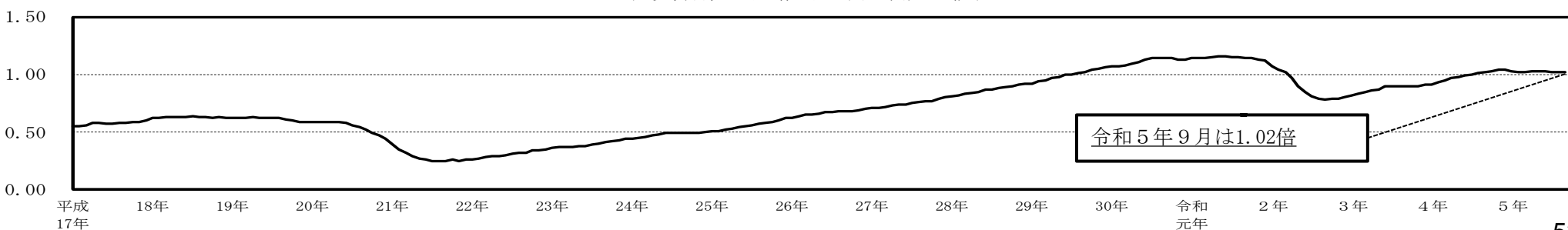
現在の雇用情勢は、求人が底堅く推移しており、緩やかに持ち直している。
物価上昇等が雇用に与える影響に留意する必要がある。

雇用

- 令和5年9月の完全失業率は2.6%と、前月より0.1ポイント低下。
- 令和5年9月の有効求人倍率は1.29倍と、前月と同水準。
- 正社員の有効求人倍率は、令和5年9月では1.02倍と、前月と同水準。



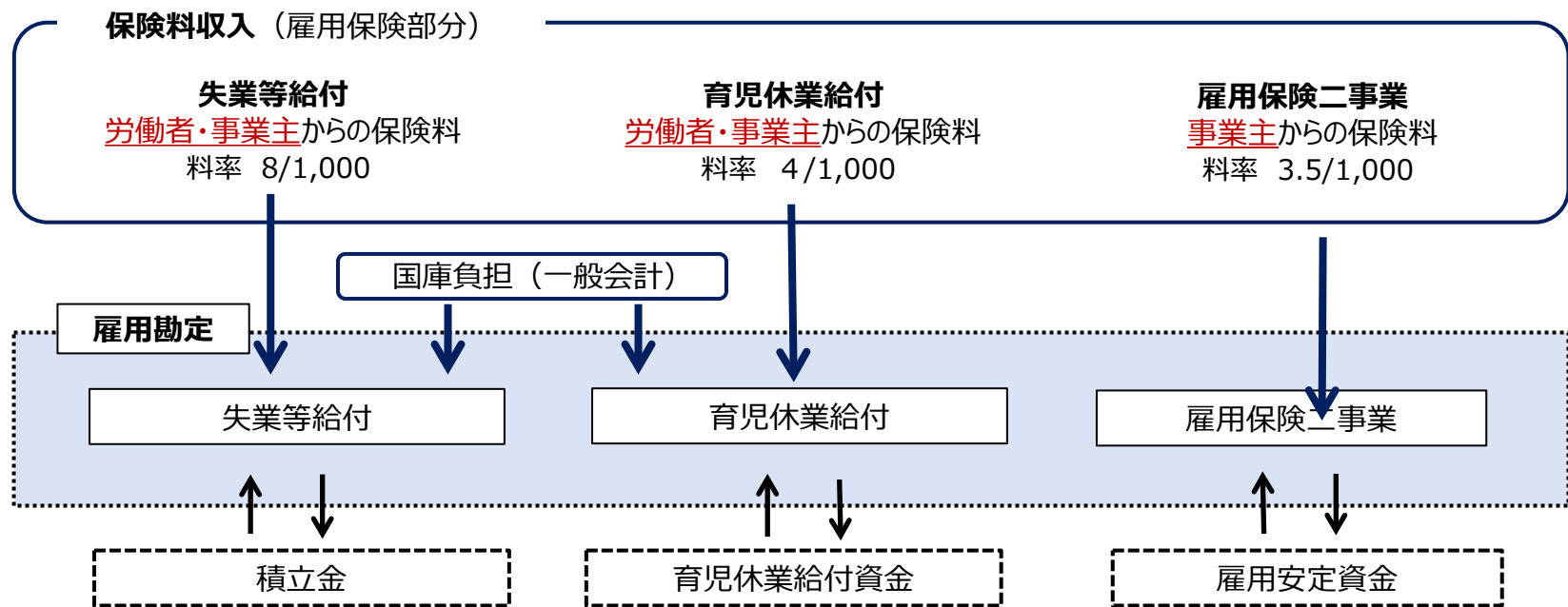
正社員有効求人倍率（季節調整値）



雇用保険制度の財政構造

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

労働保険特別会計（雇用勘定）の仕組み



雇用保険制度の概要（体系）

※【】内は令和5年度予算額



雇用調整助成金の特例について

雇用調整助成金

新型コロナウイルス感染症対応休業支援金

(休業手当を受け取っていない労働者への直接給付)

大企業

中小企業

一般会計 (繰入)

大企業

中小企業

雇用保険二事業 (雇用安定事業)

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

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

支給内容は雇用調整助成金と同じ	支給総額 0.5兆円
-----------------	-------------------

支給総額 0.2兆円	支給内容は休業支援金と同じ
-------------------	---------------

緊急雇用安定助成金

新型コロナウイルス感染症対応休業給付金

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

(注) 上記の日額上限及び助成率等は令和3年5月時点

地域特例：緊急事態措置区域、まん延防止等重点措置区域において、知事による、新型インフルエンザ等対策特別措置法第18条に規定する基本的対処方針に沿った要請を受けて同法施行令第11条に定める施設 (飲食店等) における営業時間の短縮等に協力する事業主 (各区域における措置の実施期間の末日の属する月の翌月末まで適用)
業況特例：生産指標 (売上等) が最近3か月の月平均で前年又は前々年同期比30%以上減少の全国の事業主