

こども・高齢化 (参考資料)

財務省

2024年4月16日

参考資料目次

1. 社会保障総論
2. 少子化対策
3. 医療
4. 年金

1. 社会保障総論

全世代型社会保障の基本理念

◆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）

I. 今後の基本的な方向性

（1）「将来世代」の安心を保障する

「全世代型社会保障」とは、全ての世代にとって安心できる社会保障である。この「全世代」は、これから生まれる「将来世代」も含むものとして考える必要がある。将来にわたって社会保障制度を持続させるためには、負担を将来世代へ先送りせず、同時に、社会保障給付の不断の見直しを図る必要がある。

（2）能力に応じて、全世代で支え合う

「全世代型社会保障」は、年齢に関わりなく、全ての国民が、その能力に応じて負担し、支え合うことによって、それぞれの人生のステージに応じて、必要な保障がバランスよく提供されることを目指すものであり、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心となっているこれまでの社会保障の構造を見直ししていく必要がある。

（3）個人の幸福とともに、社会全体を幸福にする

社会保障は、元来、個人の力だけでは備えることに限界がある課題や、リスク、不確実性に対して、社会全体での支え合いによって、個人の幸福増進を図るためのものであるが、同時に、社会全体も幸福にするものであり、社会的に大きな効果をもたらすものである。

（4）制度を支える人材やサービス提供体制を重視する

今後、労働力が更に減少していく中で、人材の確保・育成や働き方改革、経営情報の見える化と併せた処遇改善、医療・介護現場の生産性の向上、業務の効率化がますます重要になってくる。その上で、医療・介護などのサービス提供体制については、機能分化と連携をより一層進め、国民目線での改革に取り組むことが重要となる。

（5）社会保障のDX（デジタルトランスフォーメーション）に積極的に取り組む

データの連携、総合的な活用は、社会保障の各分野におけるサービスの質の向上等に重要な役割を果たすものである。また、幅広い主体によって保有される関係データを連携し、活用を推進することによって、個別の社会保障政策におけるEBPMの実現を目指す必要がある。あわせて、デジタル技術の積極的な導入によって、給付に要する事務コストを大幅に効率化するとともに、プッシュ型による現金給付や個別サービスの提供を行える環境を整備していくことが重要である。こうしたことを含め、社会保障全体のDXを進めるべきである。

令和6年度社会保障関係費

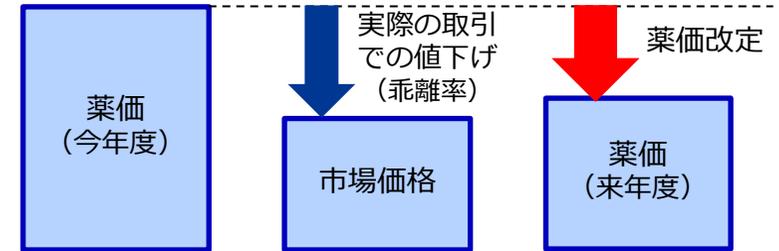
○ 令和6年度の社会保障関係費は、前年度（36.9兆円）から+8,500億円程度の37.7兆円。経済・物価動向等を踏まえつつ、社会保障関係費の実質的な伸びを高齢化による増加分におさめる方針を達成（年金スライド分を除く高齢化による増は+3,700億円程度、年金スライド分の増は+3,500億円程度）。

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

(令和6年度薬価等改定・薬価制度改革)

薬価・材料価格改定率 ▲1.00%

○市場実勢価格の反映等のほか、イノベーションの更なる評価や、後発医薬品等の安定供給確保にも対応。また、長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行う。



いわゆる自然増
+8,700億円程度

年金スライド分除く
+5,200億円程度

制度改革・効率化
▲1,400億円程度

令和6年度当初予算
37.7兆円程度
(対前年度+8,500億円程度)

児童手当の拡充等への措置
(制度改正による消費税収の活用)
+1,200億円程度

高齢化による増加分
+7,300億円程度

年金スライド分除く
+3,700億円程度

令和5年度
36.9兆円程度

(令和6年度診療報酬改定)
改定率 +0.88%

うち 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%

※上記以外の者の賃上げ分(+0.28%程度)は別途措置
うち 効率化・適正化(管理料、処方箋料等の再編等)
▲0.25%

(令和6年度介護報酬改定)
改定率 +1.59%

うち 介護職員の処遇改善 +0.98%

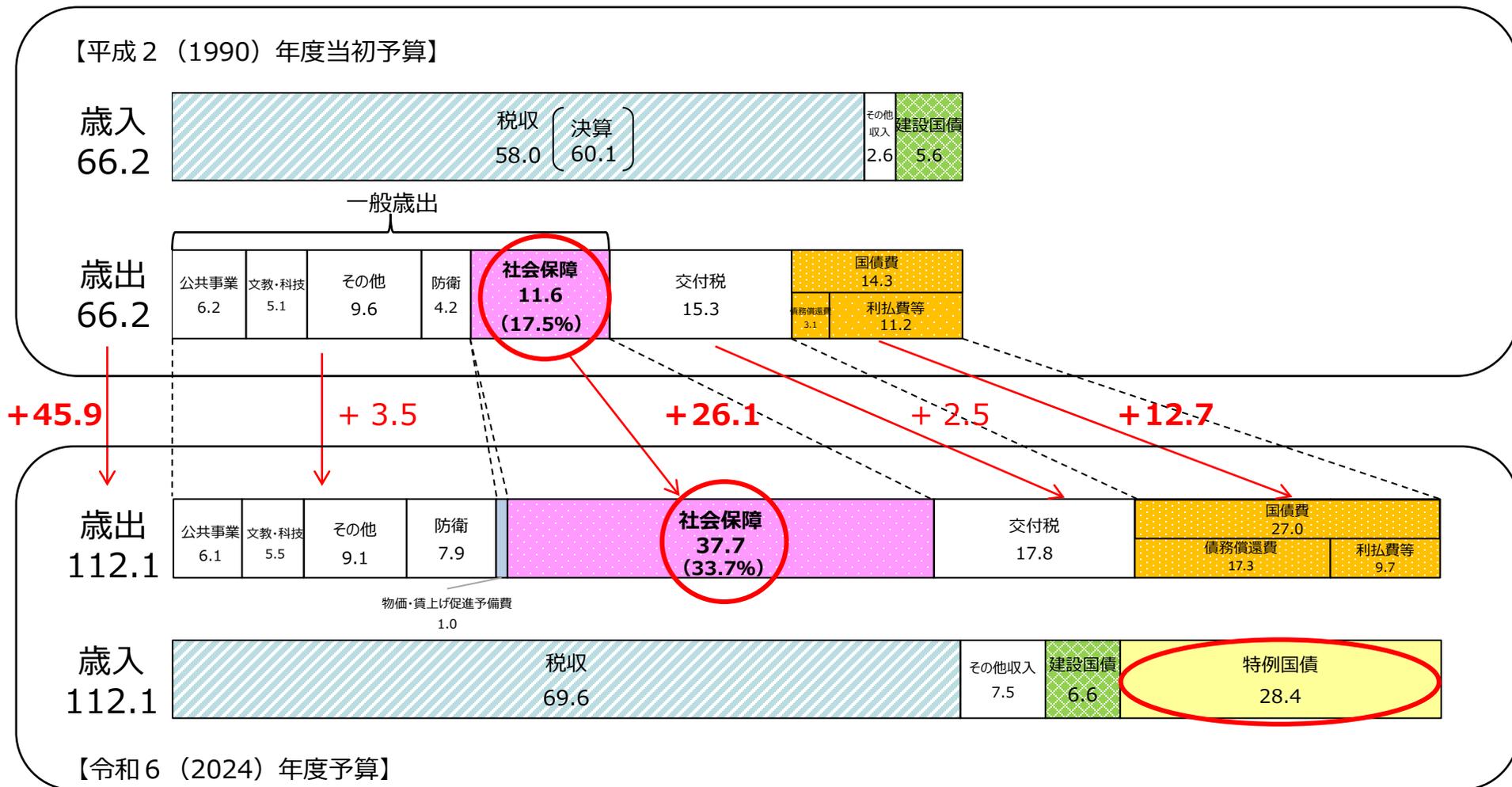
※上記以外の者の処遇改善を実現できる水準を別途措置

(令和6年度障害福祉サービス等報酬改定) 改定率+1.12%

平成2年度と令和6年度における国の一般会計歳入・歳出の比較

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

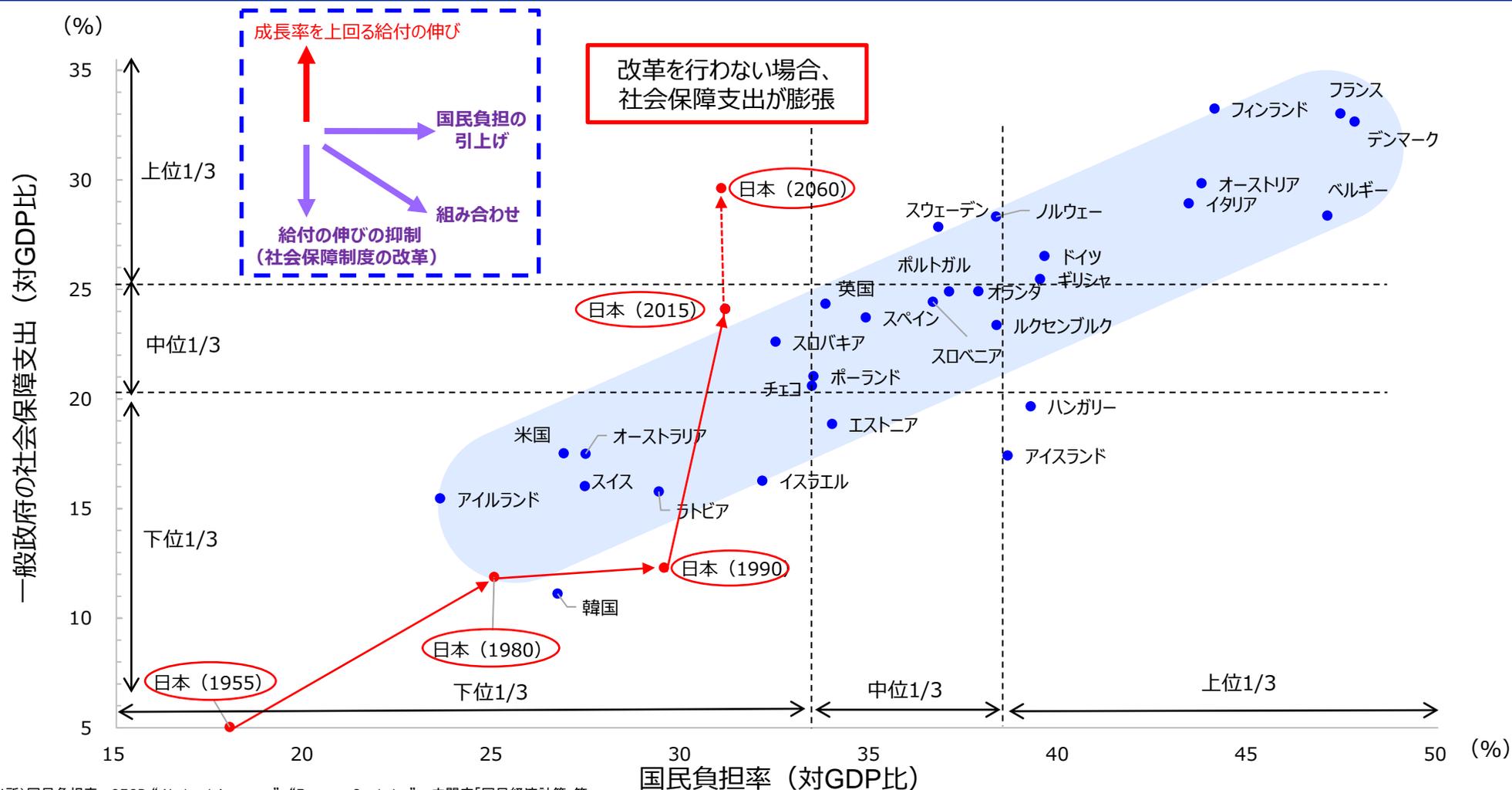
(単位：兆円)



(注) 括弧内は一般会計歳出に占める社会保障関係費の割合。

社会保障における受益（給付）と負担の構造

- 我が国の社会保障の現状は、OECD諸国と比較して、受益（給付）と負担のバランスが不均衡の「中福祉、低負担」と言うべき状況になっている。
- 今後、高齢化に伴い1人当たり医療費や要支援・要介護認定率が大幅に上昇すると、支え手を増やし成長への取組を行ってもなお、この不均衡は更に拡大すると見込まれる。**制度の持続可能性を確保するための改革が急務**である。

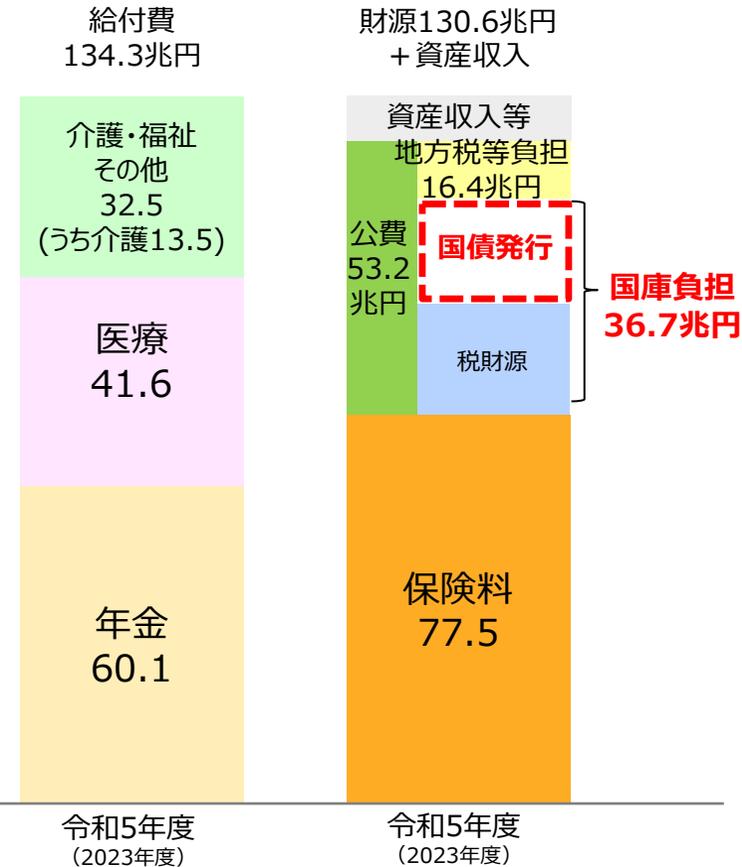
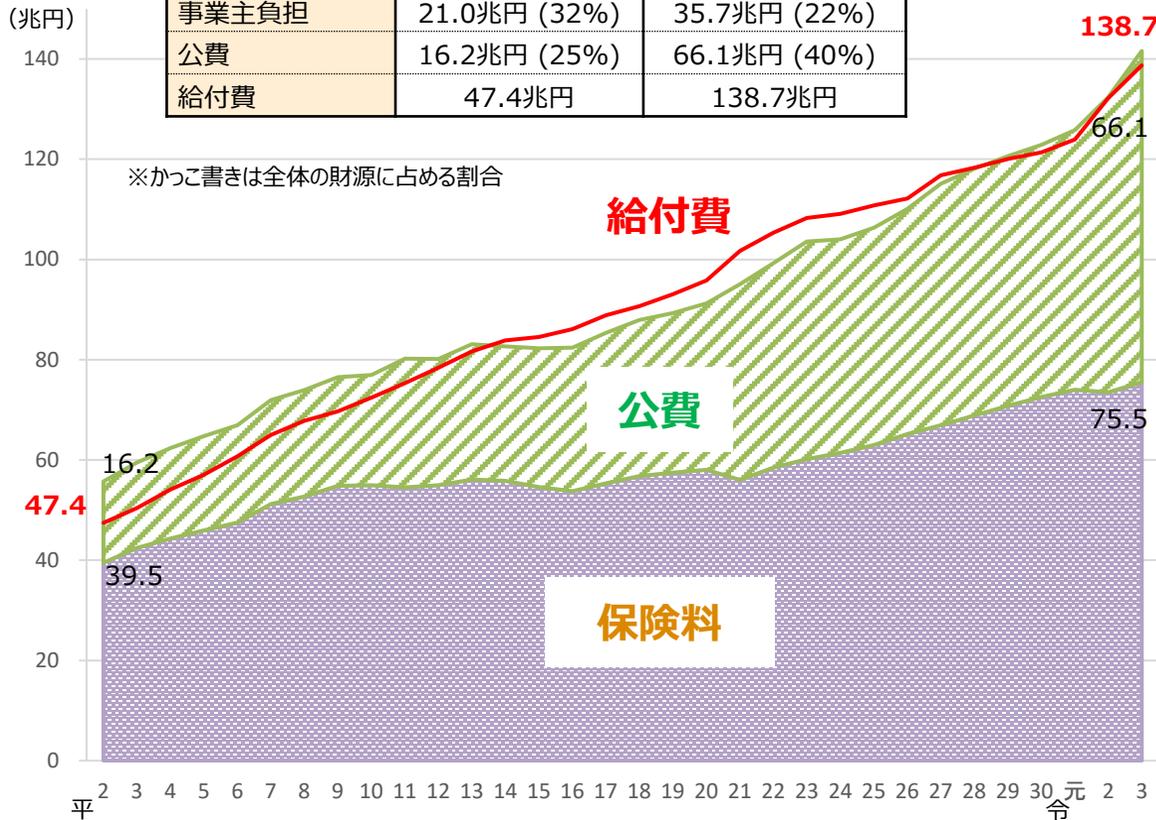


(出所) 国民負担率: OECD “National Accounts”、“Revenue Statistics”、内閣府「国民経済計算」等。
 社会保障支出: OECD “National Accounts”、内閣府「国民経済計算」。ただし、1955年の日本の値については国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」における社会保障給付費。
 (注1) 数値は、一般政府(中央政府、地方政府、社会保障基金を合わせたもの)ベース。(注2) 日本は、2015年度まで実績、諸外国は2015年実績(アイスランド、ニュージーランド、オーストラリアについては2014年実績)。
 (注3) 日本の2060年度は、財政制度等審議会「我が国の財政に関する長期推計(改訂版)」(2018年4月6日 起草検討委員提出資料)より作成。

社会保障における受益（給付）と財政の関係

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

	平成2年度	令和3年度
被保険者負担	18.5兆円 (28%)	39.8兆円 (24%)
事業主負担	21.0兆円 (32%)	35.7兆円 (22%)
公費	16.2兆円 (25%)	66.1兆円 (40%)
給付費	47.4兆円	138.7兆円



(90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (00) (01) (02) (03) (04) (05) (06) (07) (08) (09) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21)

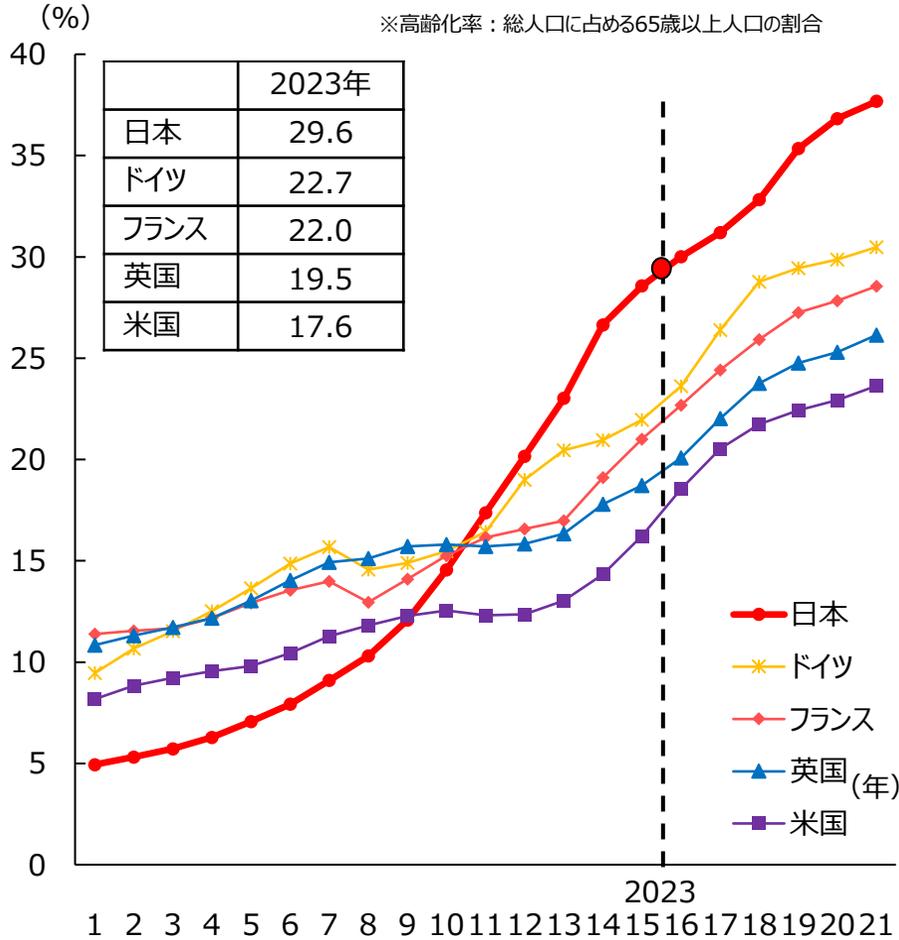
(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「令和3年度社会保障費用統計」、令和5年度の値は厚生労働省（当初予算ベース）

(注1) 令和3年度以前については決算ベース、令和5年度については当初予算ベースであり、新型コロナウイルス感染症対策に係る事業等に伴う支出の扱いが異なる点に留意。

(注2) 令和3年度の給付費については、社会保障給付費（公表値）から新型コロナウイルス感染症対策に係る事業等に係る費用（公表値）を除いた場合、126.8兆円となる。

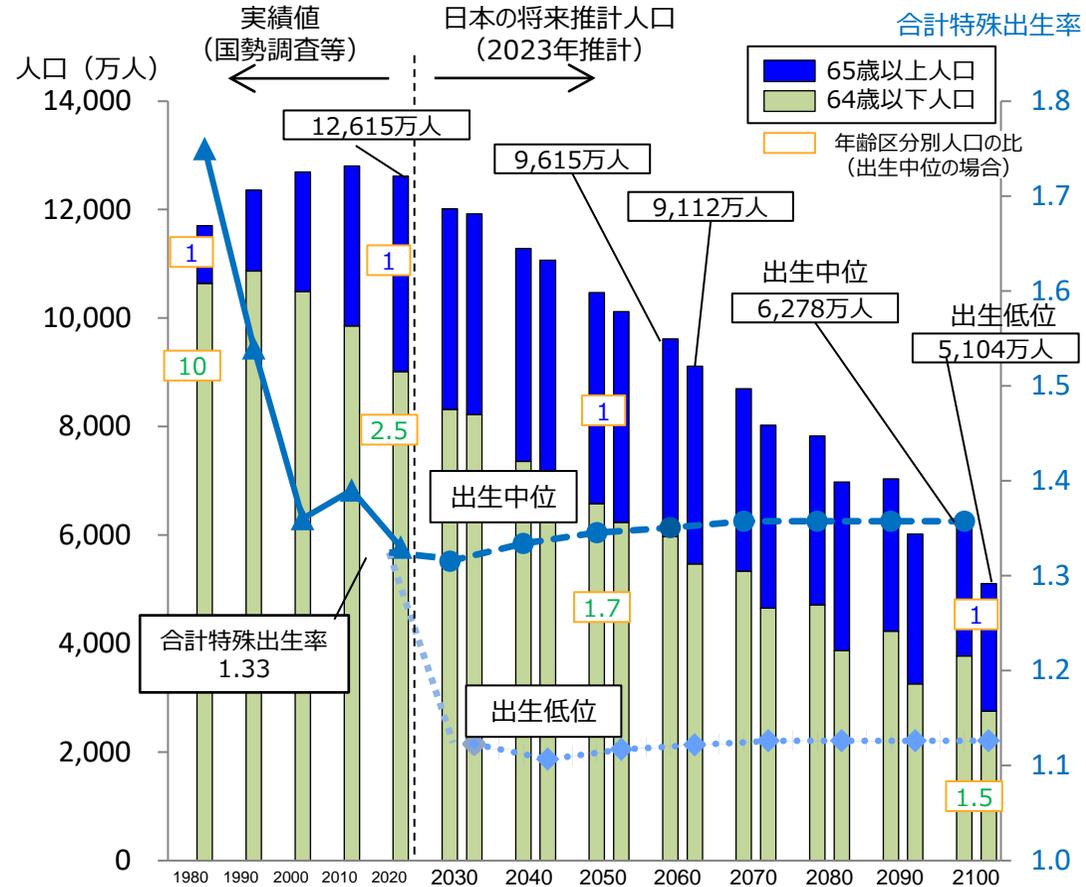
人口構造の変化

<高齢化率の国際比較>



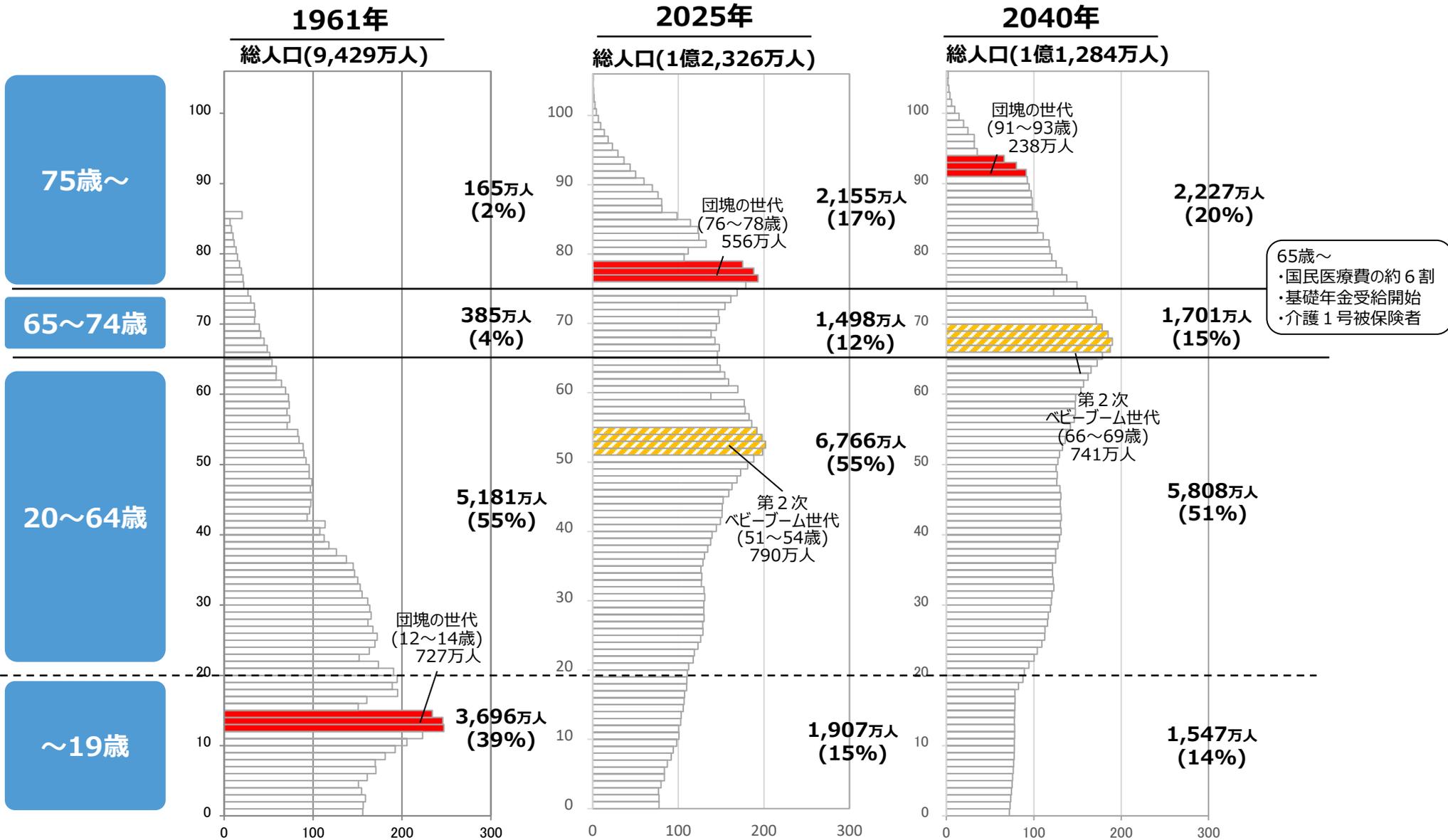
(出所) 日本は～2021：総務省「人口推計」
2022～2050：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）」（出生中位・死亡中位仮定）。
諸外国は国連「World Population Prospects 2022」

<我が国の将来推計人口>



(出所) 2020年までの人口は総務省「人口推計」（各年10月1日現在）等、合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、2030年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2023年推計）」（左：出生中位（死亡中位） 右：出生低位（死亡中位））

将来の社会保障給付の見通し（人口ピラミッドの変化）



65歳～

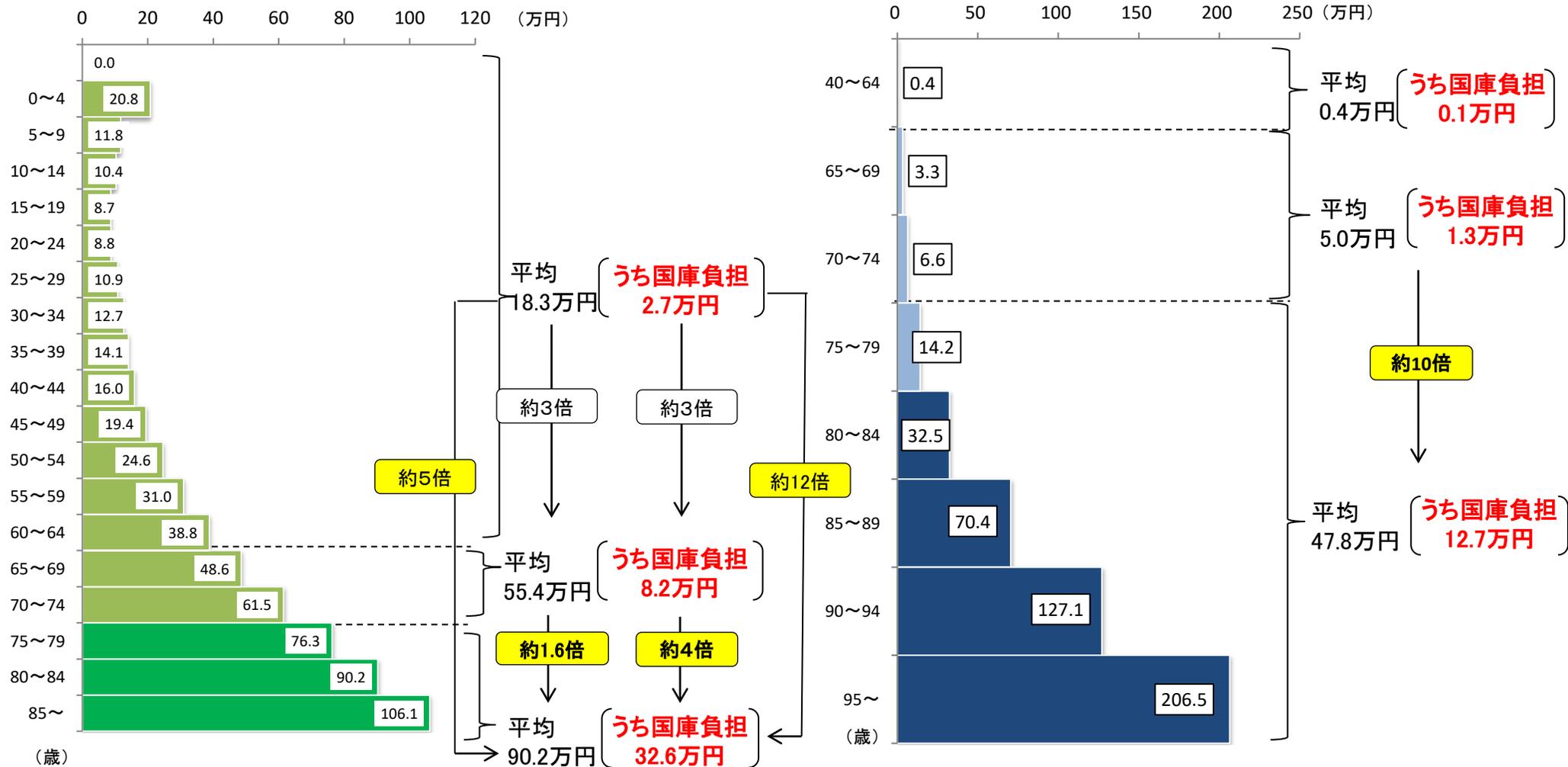
- ・国民医療費の約6割
- ・基礎年金受給開始
- ・介護1号被保険者

(出所) 総務省「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年4月推計）」（出生中位・死亡中位仮定）
 (注) 団塊の世代は1947～49(昭和22～24)年、第2次ベビーブーム世代は1971～74(昭和46～49)年生まれ。1961年は沖縄県を含まない。
 グラフにおいて、1961年の85歳人口、2025年と2040年の105歳人口は、それぞれ85歳以上人口、105歳以上人口の合計。

年齢階級別 1人あたり医療・介護費について

年齢階級別 1人あたり国民医療費 (2020年)

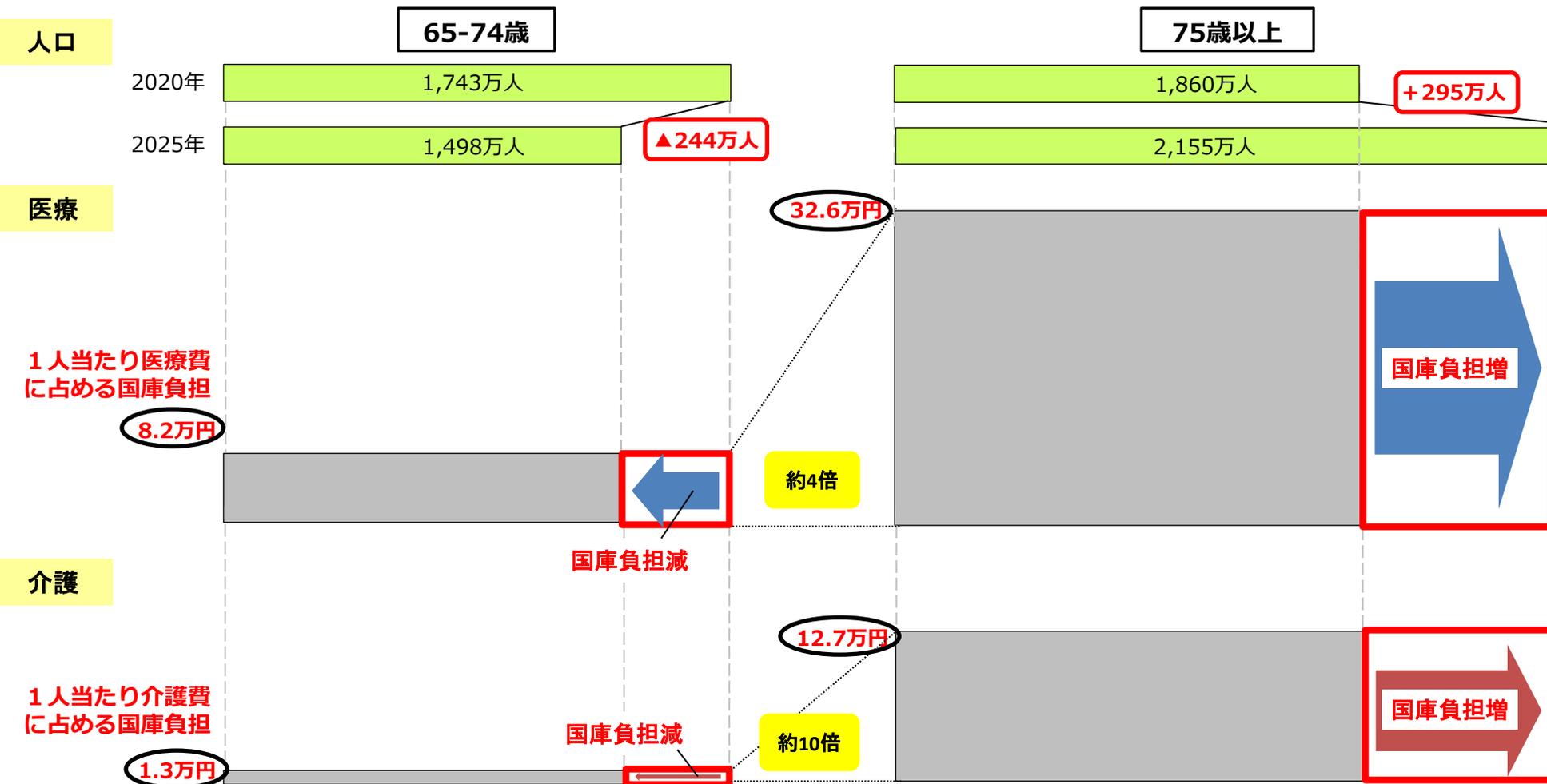
年齢階級別 1人あたり介護費 (2020年)



(出所) 厚生労働省「国民医療費の概況」、「介護給付費等実態統計」等

高齢化の進展が財政に与える影響

- 75歳以上になると、医療・介護に係る **1人当たり国庫負担額**が急増する。このため、高齢化の進展に伴い、仮に今後、**年齢階級別の1人当たり医療・介護費が全く増加しないと仮定**※しても、**2025年にかけて、医療・介護に係る国庫負担は急増する見込み**。国庫負担への依存を強めながら、医療費・介護費が大幅に増加していくことになる。
- ※ 実際の医療・介護費の伸びを要因分解すると、**高齢化のほか、高度化等による影響**がある。

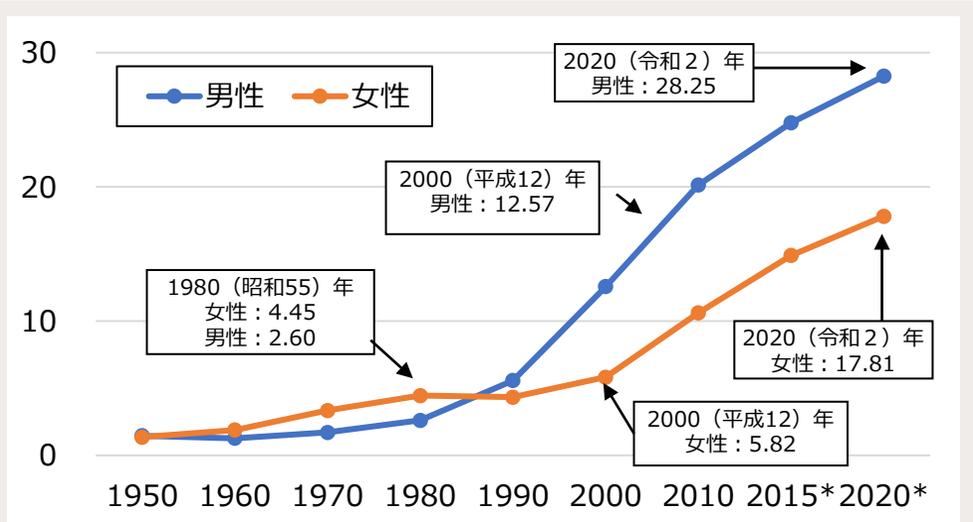


2. 少子化対策

未婚率と夫婦の子供数の状況

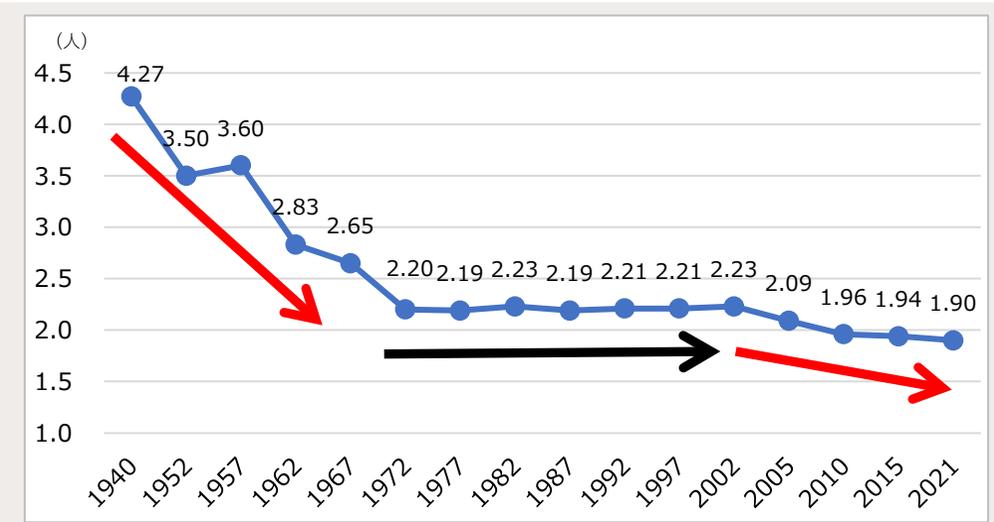
- 合計特殊出生率は、**有配偶率**と**有配偶者出生率**に分解できる。(☆)
 - 50歳時の未婚割合は、1980年に男性2.60%、女性4.45%であったが、直近の2020年には男性28.25%、女性17.81%に上昇している。この傾向が続けば、いずれ、男性で3割近く、女性で2割近くになると推計されている。
 - 夫婦の完結出生児数は、1970年代から2002年まで2.2人前後で安定的に推移していたが、2005年から減少傾向となり、直近の2021年には過去最低である1.90人になった。
- ⇒ 「結婚の希望の実現」と「希望どおりの人数の出産・子育ての実現」に向けた対策が必要

◆50歳時の未婚割合の推移



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集2022」。
 注: 総務省統計局「国勢調査報告」により算出。45～49歳と50～54歳未婚率の平均値。
 注: * 配偶関係不詳補充結果に基づく。

◆夫婦の完結出生児数



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「第16回出生動向基本調査(夫婦調査)」(2021年)
 注: 対象は結婚持続期間15～19年の初婚どうしの夫婦(出生子供数不詳を除く)。各調査の年は調査を実施した年である。
 注: 第15回以前は妻の調査時年齢50歳未満、第16回は妻が50歳未満で結婚し、妻の調査時年齢55歳未満の夫婦について集計。

☆ 合計特殊出生率の算定式 (その年における15～49歳の女性について年齢ごとの出生率を積み上げたもの)

$$\text{合計特殊出生率} = \sum_{n=15}^{49} \text{出生率 (母親}n\text{歳)} = \sum_{n=15}^{49} \frac{\text{生まれた子供数 (母親}n\text{歳)}}{\text{女性人口 (}n\text{歳)}} = \sum_{n=15}^{49} \frac{\text{有配偶者女性人口 (}n\text{歳)}}{\text{女性人口 (}n\text{歳)}} \times \frac{\text{生まれた子供数 (母親}n\text{歳)}}{\text{有配偶者女性人口 (}n\text{歳)}}$$

↓
①有配偶率
↓
②有配偶者出生率

- 出生数の低下の要因について、
 - ①人口要因（女性数自体の減少）
 - ②有配偶率要因（結婚の減少）
 - ③有配偶出生率要因（夫婦の出産の減少）
 という三つに要因分解した場合、

- 2005年以降の出生数の減少に対しては
 - ①**人口要因**（＝過去の少子化の影響）で女性の人口自体が減少していることにより生じる下押しの影響が最も大きい。
 - ②**有配偶率要因**も1990年代以降継続して下押しに寄与している。
 - ③**有配偶出生率要因**は、2015年頃までは押し上げ要因となっていたが、直近の5年間は下押しに寄与している。

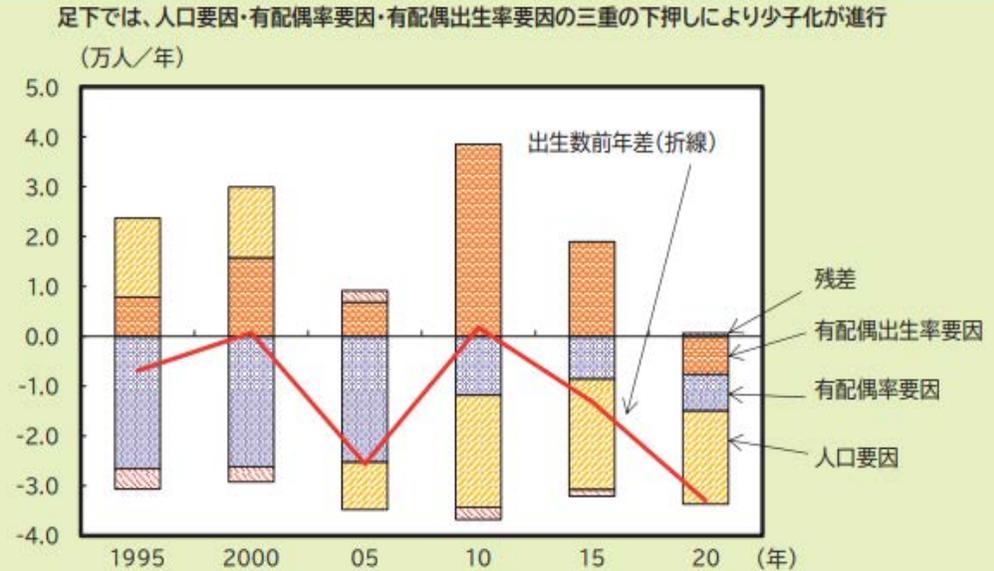


2015年から2020年にかけての出生数の減少は、

- ①**女性人口の減少**
- ②**非婚化の進行**
- ③**夫婦の出生率の低下、**

の三重の要因により進んだと言える。

第2-2-4図 出生数の要因分解



(備考) 1. 総務省「国勢調査」、厚生労働省「人口動態統計」により作成。
 2. 母の年齢が15歳から49歳までの出生が対象。各年の数値は、5年前との数値差を年率換算したものである。
 各要因については、
 出生数=Σ_a人口_a×有配偶率_a×有配偶出生率_a
 (添字aは年齢aにおける値であることを表し、Σ_aは年齢別値の総和を表す。)
 であることから
 人口要因=Σ_aΔ人口_a×有配偶率_a×有配偶出生率_a
 有配偶率要因=Σ_a人口_a×Δ有配偶率_a×有配偶出生率_a
 有配偶出生率要因=Σ_a人口_a×有配偶率_a×Δ有配偶出生率_a
 とした。ここで、Δは5年間の増減の年率換算値を表す。

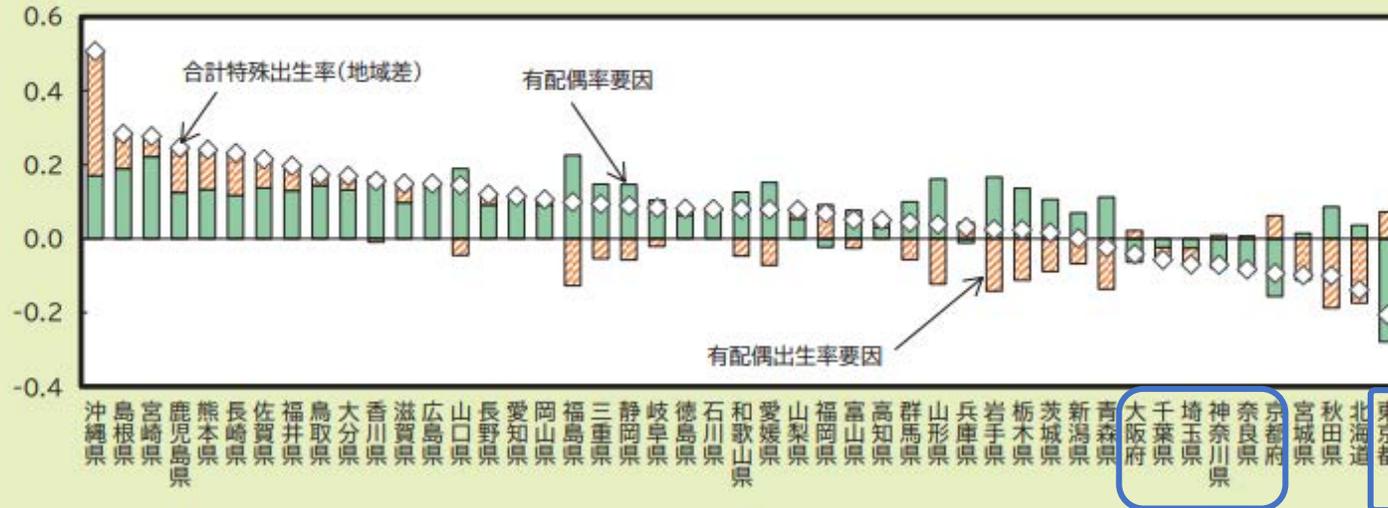
資料：内閣府「令和5年度年次経済財政報告」

非正規と出生率の関係（経済財政白書）

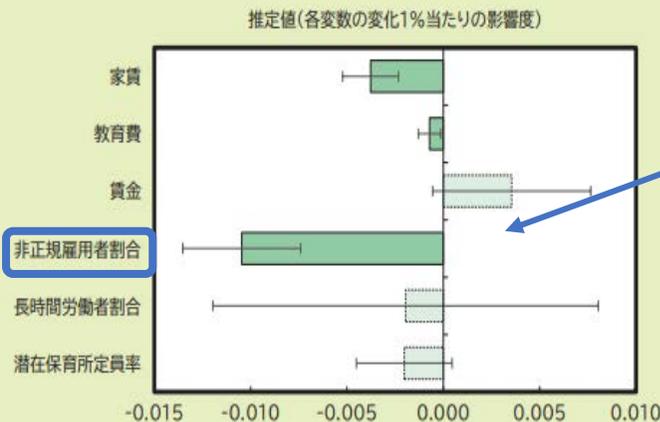
(図) 都道府県別にみた有配偶率・有配偶出生率の決定要因(令和5年度経済財政白書)

所得水準や、家賃・教育コスト、保育所の整備状況などが地域間の出生率の差に影響

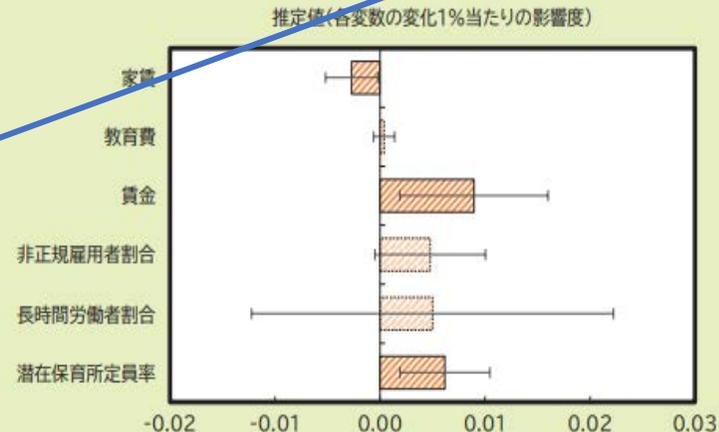
(1) 都道府県別にみた全国平均との出生率の差の要因分解



(2) 有配偶率要因への影響推計



(3) 有配偶出生率要因への影響推計



こども未来戦略「加速化プラン」施策のポイント

1. 若い世代の所得向上に向けた取組

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

児童手当の拡充

拡充後の初回の支給は2024年12月(2024年10月分から拡充)

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

支給金額	3歳未満	3歳～高校生年代
第1子・第2子	月額1万5千円	月額1万円
第3子以降	月額3万円	* 多子加算のカウント方法を見直し

→ 3人の子がいる家庭では、
総額で最大400万円増の1100万円

妊娠・出産時からの支援強化

2022年度から実施中(2025年度から制度化)

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

出産等の経済的負担の軽減

2023年度から実施中

STEP 1 出産育児一時金の引き上げ
42万円 → 50万円に大幅引き上げ
「費用の見える化」・「環境整備」

STEP 2 出産費用の保険適用の検討
2026年度を目途に検討

高等教育(大学等)

大学等の高等教育費の負担軽減を拡充

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

子育て世帯への住宅支援

- ✓ 公営住宅等への優先入居等
今後10年間で計30万戸
実施中

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

2. 全てのこども・子育て世帯を対象とする支援の拡充

切れ目なくすべての子育て世帯を支援

- ✓ 「こども誰でも通園制度」を創設
・ 月一定時間までの利用可能枠の中で、時間単位等で柔軟に通園が可能な仕組み
※2024年度から本格実施を見据えた試行的事業を実施(2023年度からの実施も可能)
※2025年度から制度化・2026年度から給付化し全国の自治体で実施
- ✓ 保育所：量の拡大から質の向上へ
4・5歳児は2024年度から実施、1歳児は2025年度以降加速化プラン期間中の早期に実施
・ 76年ぶりの配置改善：(4・5歳児)30対1→25対1 (1歳児)6対1→5対1
・ 民間給与動向等を踏まえた保育士等の更なる処遇改善 2023年度から実施
・ 「小1の壁」打破に向けた放課後児童クラブの質・量の拡充 2024年度から常勤職員配置の改善を実施
- ✓ 多様な支援ニーズへの対応
・ 貧困、虐待防止、障害児・医療的ケア児等への支援強化 2023年度から順次実施
・ 児童扶養手当の拡充
拡充後の初回の支給は2025年1月(2024年11月分から拡充)
・ 補装具費支援の所得制限の撤廃 2024年度から実施

3. 共働き・共育ての推進

育休を取りやすい職場に

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

→ 男性育休を当たり前

- ✓ 育休休業取得率の開示制度の拡充 2025年度から実施
- ✓ 中小企業に対する助成措置を大幅に強化
・ 業務を代替する周囲の社員への応援手当支給の助成拡充 2024年1月から実施
- ✓ 出生後の一定期間に男女で育休を取得することを促進するため給付率を手取り10割相当に 2025年度から実施

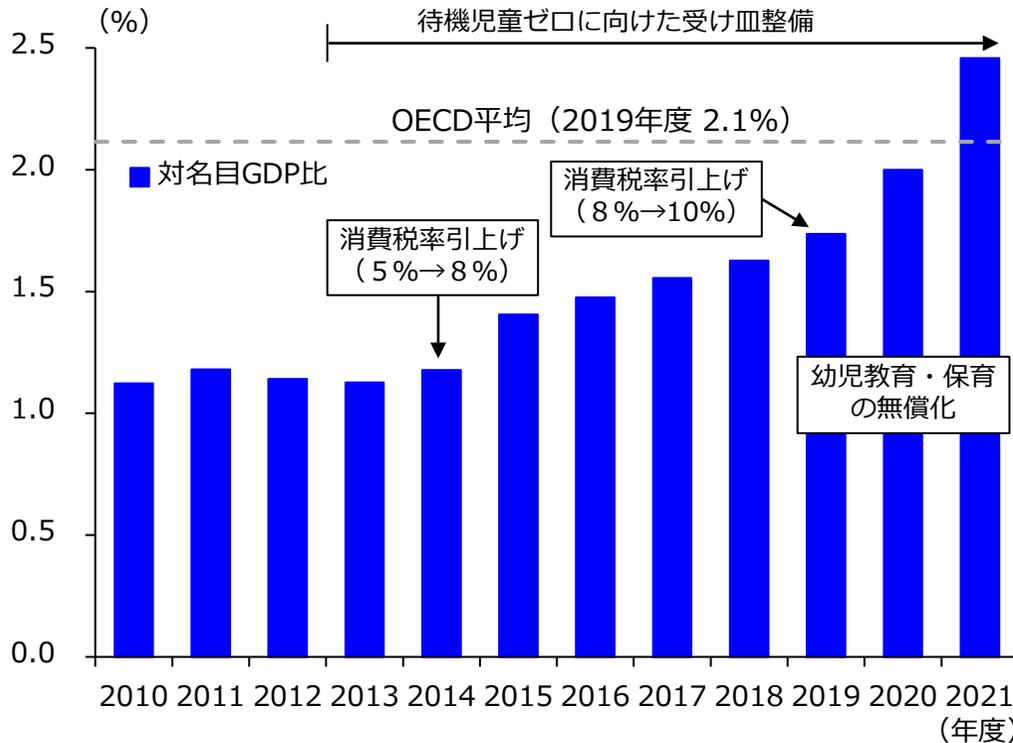
育児期を通じた柔軟な働き方の推進

- ✓ 子が3歳以降小学校就学前までの柔軟な働き方を実現するための措置
・ 事業主が、テレワーク、時短勤務等の中から2以上措置
公布の日から1年6月以内に政令で定める日から実施
- ✓ 時短勤務時の新たな給付 2025年度から実施 → 利用しやすい柔軟な制度へ

家族関係社会支出の国際比較

- 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平均を上回っている。
- 「加速化プラン」を実施することにより、こども1人当たりの家族関係社会支出で見て、OECDトップ水準のスウェーデンに達する水準（一定の前提を置いて試算すると16%程度）となる。 ※家族関係社会出(対GDP比)は2.4%となり、イギリスやドイツの水準に達すると見込まれる。

◆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	10.9%
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 (2024年1月1日時点)
 (出所) OECD “Social Expenditure Database”、OECD “Education at a Glance 2021”

共働き・共育ての推進のための施策①

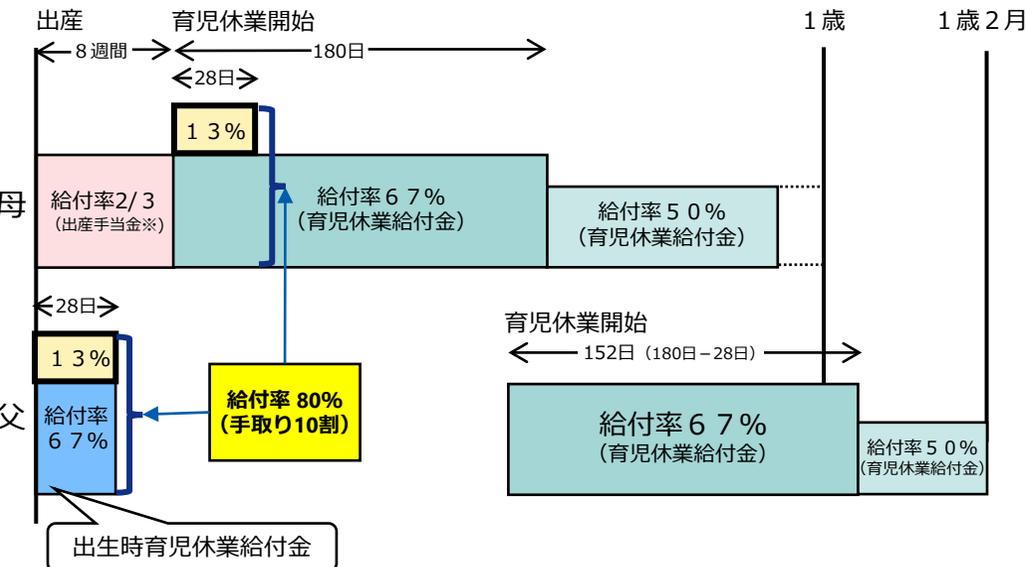
- 夫婦ともに働き、育児を行う「共働き・共育て」を推進には、特に男性の育児休業取得の更なる推進が必要。このため、子の出生後の一定期間内に両親ともに育児休業の取得を促進するため、給付率を80%（手取りで10割相当）へ引き上げを行う。
- あわせて、多様な働き方を組み合わせて男女で育児・家事を分担可能とすることで、育児期の男女がともに希望に応じてキャリア形成との両立を可能とするため、テレワークや短時間勤務などを選択し柔軟な働き方を実現するための措置を創設する。

◆育児休業給付の給付率引上げ（雇用保険法改正）

給付率：休業開始から180日までは休業前賃金の67%、それ以降は50%。

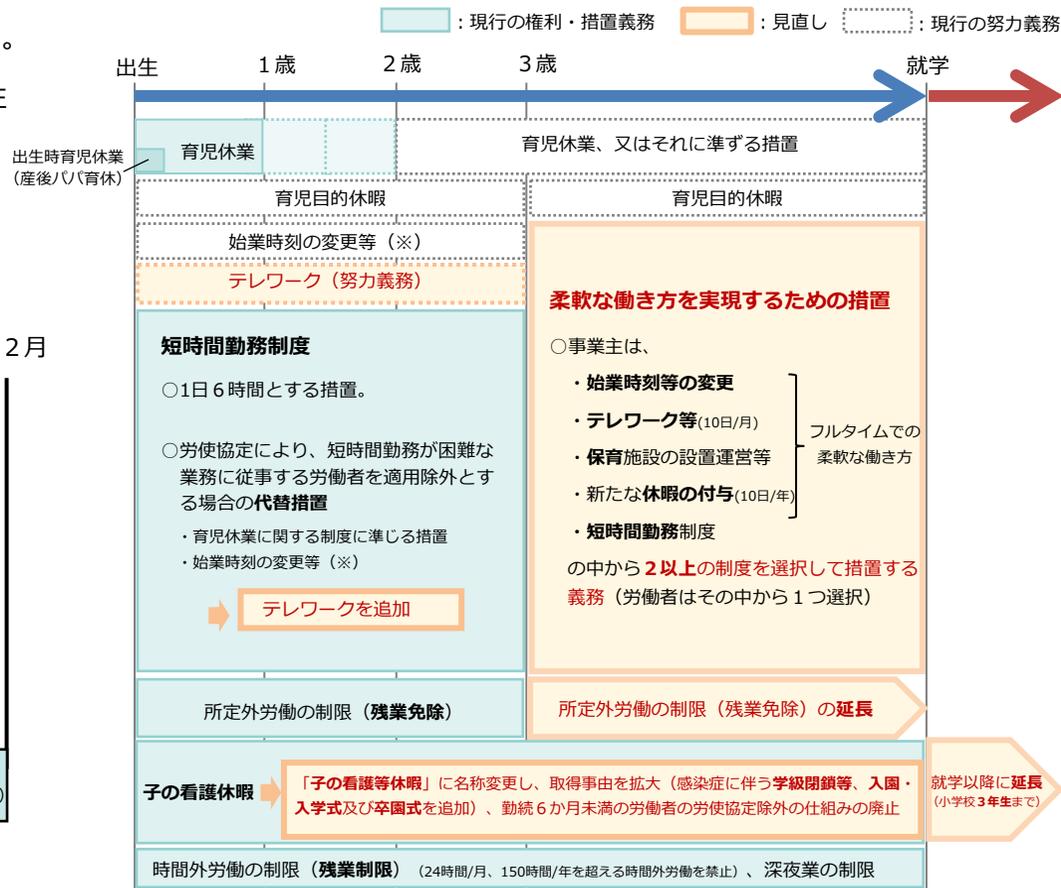
拡充（R7年度開始）：子の出生後（男性は子の出生後8週間以内、女性は産後休業後8週間以内）、双方が14日以上育児休業を取得する場合、**最大28日間、休業前賃金の13%相当額を給付**（※）
 （※）現行給付とあわせて**給付率80%（手取りで10割相当）**

○育児休業給付の給付イメージ



※健康保険等により、産前6週間、産後8週間について、過去12ヶ月における平均標準報酬月額額の2/3相当額を支給。

◆子の年齢に応じた柔軟な働き方の実現の措置の拡充（育児・介護休業法改正）



※始業時刻の変更等：フレックスタイム制、時差出勤、保育施設の設置運営その他これに準ずる便宜の供与 18

共働き・共育ての推進のための施策②

- 育休を促進する体制整備を行う中小企業に対する支援を強化するため、業務を代替する周囲の社員への応援手当の支給に関する助成の拡充や、「くるみん認定」の取得など、各企業の育児休業の取得状況に応じた加算によるインセンティブ強化を行う。
- 企業による仕事と家庭の両立に向けた取組を促すとともに、若者世代が両立支援に積極的な企業を選択できるよう、有価証券報告書等を通じた開示等の「見える化」を進める。この観点から、男性育休取得率の開示義務の対象を300人超の企業に拡大する。

◆仕事と子育てを両立できる環境整備に取り組む事業主への支援

■両立支援等助成金（令和6年度予算：181億円、雇用保険二事業）

●育休中等業務代替支援コース（新設）

- ① 育児休業中の業務代替職員への手当支給 **最大125万円助成**
- ② 育短勤務中の業務代替職員への手当支給 **最大110万円助成**
- ③ 育児休業中の代替職員の新規雇用 **最大67.5万円助成**

●出生時両立支援コース（拡充）

- ・ 男性が育児休業取得した場合の環境整備 **1人目20万円助成**
2～3人目10万円助成

●加算措置（拡充）

- ・ 育休中等業務代替支援コースについて、プラチナくるみん認定事業主は、上記①の助成率を3/4から4/5に割り増し、上記③の助成額を最大67.5万円から**最大82.5万円に割り増し**。
- ・ 出生時両立支援コースについて、1人目で一定の雇用環境整備措置をとった場合に10万円加算。

【プラチナくるみん認定（子育てサポート企業の認定）の主な基準】

- ✓ 男性労働者の育休等取得率 30%以上
- ✓ 女性労働者の育休等取得率 75%以上
- ✓ 3歳から小学校就学前の子どもを育てる労働者に対して、育休や残業免除、始業時刻変更等の措置を講じている
- ✓ 法定時間外・休日労働の平均が月45時間未満



◆有価証券報告書における人的資本の開示の義務化

- 2023年3月期より、**人的資本・多様性**等に関する開示の拡充等を実施。

有価証券報告書（主な項目）

- 第一部 企業情報
 - 第1 企業の概況
 - 従業員の状況等
 - 第2 事業の状況
 - ・
 - ・
 - 第3 設備の状況
 - ・
 - ・
 - 第4 提出会社の状況
 - ・
 - ・
 - 第5 経理の状況
 - ・
 - ・

既存の項目に加えて、以下の項目の開示を求める。

・男性育児休業取得率

⇒「育児・介護休業法」の改正により、常用労働者数が**300人超の企業**に開示義務を拡大（現行1,000人超）

・男女間賃金差異

⇒「女性活躍推進法」に基づき、常用労働者数が**300人超の企業**に開示を義務づけ

・女性管理職比率

⇒「女性活躍推進法」における情報公表の選択項目

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）

- 既定予算の最大限の活用等を行うほか、2028年度までに徹底した歳出改革等を行い、それによって得られる公費節減の効果及び社会保険負担軽減の効果を活用する。
- 歳出改革と賃上げによって実質的な社会保険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ことにより、実質的な負担が生じないこととする。

【歳出面】 加速化プラン完了時点 3.6兆円

経済的支援の強化

1.7兆円

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

共働き・共育での推進

0.6兆円

【歳入面】 加速化プランの財源 = 歳出改革の徹底等

既定予算の最大限の活用等

1.5兆円

歳出改革の徹底等

1.1兆円

1.0兆円

予算を通じて支出

社会保険制度を通じて拠出する
仕組みを創設（支援金制度）

社会保障
経費の伸び

公費節減の効果

社会保険負担
軽減の効果

社会保障改革の徹底
（改革工程を策定）

+

賃上げ

その他
（福祉等）

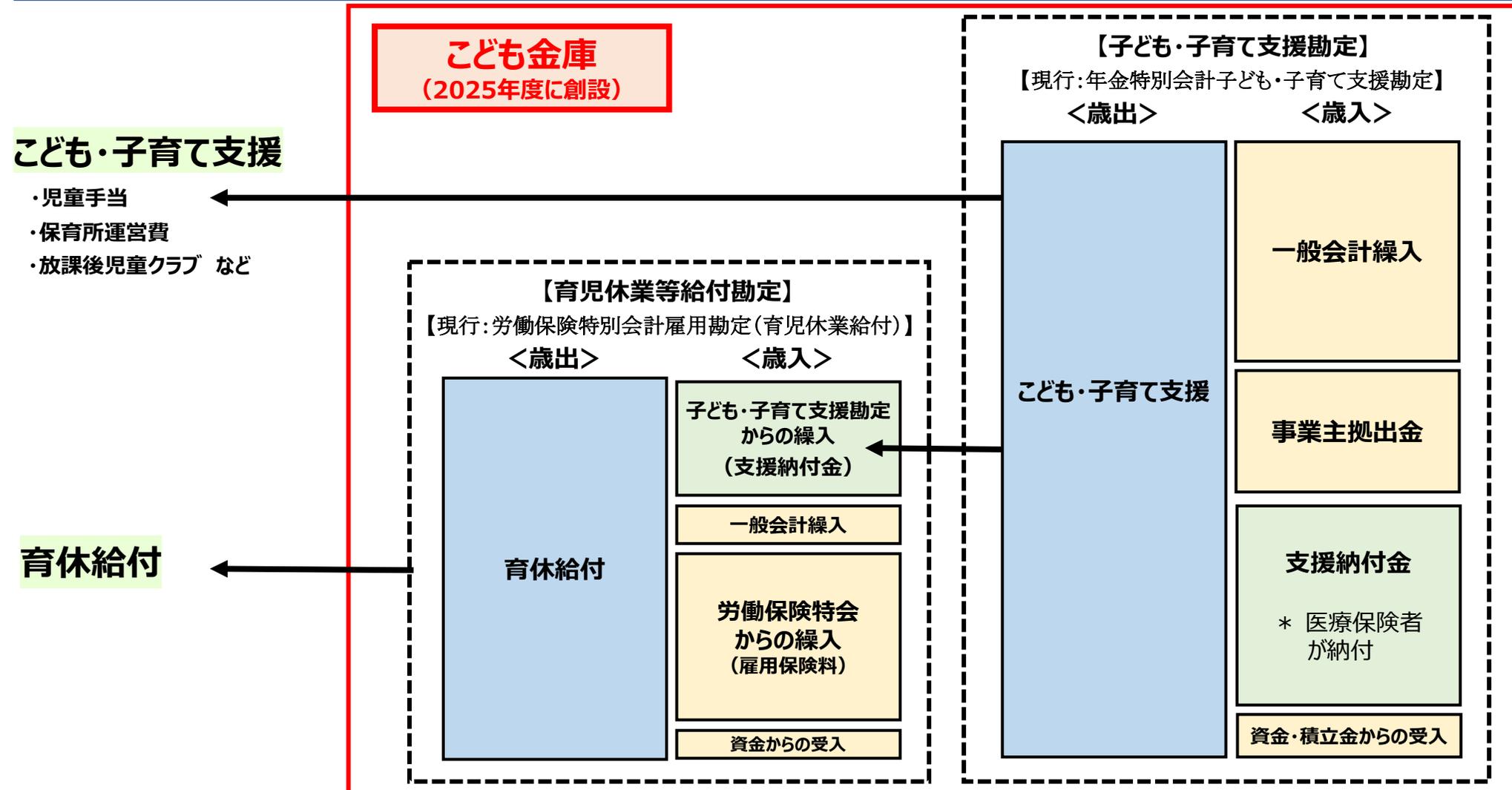
社会保険
（医療・介護等）

公費（国・地方）

社会保険料財源

子ども・子育て支援特別会計（いわゆる「こども金庫」）のイメージ

○ こども家庭庁の下に、2025年度に、子ども・子育て支援特別会計（いわゆる「こども金庫」）を創設し、既存の（特別会計）事業を統合しつつ、こども・子育て政策の全体像と費用負担の見える化を進める。



* 支援納付金は、出産・子育て応援交付金、育休給付（今回の制度改正による拡充分）、こども誰でも通園制度、児童手当の一部に充当

* 支援納付金が満年度化するまでの間、つなぎとして、子ども・子育て特例公債を発行（支援納付金はその償還にも充当できる）

こども未来戦略<加速化プラン>に基づく給付等の拡充

1. ライフステージを通じた経済的支援の強化

◎は支援納付金充当事業

○ **児童手当の抜本的拡充** (◎) ⇒全てのこどもの育ちを支える**基礎的な経済支援**としての位置付けを明確化 [令和6年10月分から]

- ・ 所得制限を撤廃
 - ・ 高校生年代まで延長
 - ・ 第3子以降は3万円
- + 支給回数を年6回に

* 多子加算のカウント方法は、22歳年度末までの子で親等に経済的負担がある場合にはカウントするよう見直し

	3歳未満	3歳～高校生年代
第1子・第2子	月額1万5千円	月額1万円
第3子以降	月額3万円	

○ **妊婦のための支援給付の創設** (◎) 10万円相当の経済的支援 ⇒ 2の妊婦等包括相談支援事業との効果的な組合せによる支援 [令和7年4月制度化]

2. 全てのこども・子育て世帯への支援の拡充

○ **妊婦等包括相談支援事業の創設** [令和7年4月]
・ 様々な不安、悩みに応え、ニーズに応じた支援につなげる

○ **乳児等のための支援給付(こども誰でも通園制度)の創設**
・ 月一定時間までの枠の中で**時間単位等で柔軟に通園が** (◎)
可能な仕組み [令和8年4月給付化]

○ **児童扶養手当の第3子以降の加算額の引上げ** [令和6年11月分から]

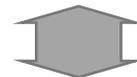
3. 共働き・共育ての推進

○ **出生後休業支援給付(育休給付率を手取り10割相当に)**
・ 子の出生後の一定期間に男女で育休を取得することを促進 (◎)
[令和7年4月]

○ **育児時短就業給付(時短勤務時の新たな給付)** (◎)
・ 2歳未満の子を養育するため、時短勤務中に支払われた賃金額の10%を支給 [令和7年4月] [令和8年10月]

○ **育児期間中の国民年金保険料免除措置の創設** (◎)

※これらのほか、産後ケア事業の提供体制の整備、教育・保育施設の経営情報の見える化、ヤングケアラーに対する支援の強化等を実施。



給付等を支える財政基盤の確保と見える化の推進

- **支援金制度の創設** ～少子化対策に受益を有する全世代・全経済主体が子育て世帯を支える新しい分かち合い・連帯の仕組み～
 - ・ 令和8年度に創設、令和10年度までに段階的に導入(8年度0.6兆円、9年度0.8兆円、10年度1兆円※)。医療保険料とあわせて徴収
※支援納付金総額のうち公費負担分を除いた被保険者・事業主の拠出額の目安
 - ・ 歳出改革と賃上げによって実質的な社会保険負担軽減の効果を生じさせ、その範囲内で構築
 - ・ 令和6～10年度の各年度に限り、つなぎとして子ども・子育て支援特例公債を発行

- **こども・子育て政策の見える化の推進**
 - ・ 令和7年度に子ども・子育て支援特別会計の創設(子ども・子育て支援勘定、育児休業等給付勘定)

給付拡充と財政基盤の確保を一体的に整備

「加速化プラン」における少子化対策の抜本的強化に当たり、**少子化対策に受益を有する全世代・全経済主体が、子育て世帯を支える新しい分かち合い・連帯の仕組み**として、**医療保険の保険料とあわせて拠出いただく子ども・子育て支援金制度を令和8年度に創設**する。

【子ども・子育て支援法】

① 政府は、**支援納付金対象費用（※）に充てるため、令和8年度から毎年度、医療保険者から支援納付金を徴収**すること、医療保険者は、支援納付金を納付する義務を負うことを定める。

（※支援納付金対象費用）

- 出産・子育て応援給付金の制度化（妊婦支援給付金）（R7.4～）
- 共働き・子育てを推進するための経済支援（出生後休業支援給付金・育児時短就業給付金（R7.4～）、国民年金第1号被保険者の育児期間中保険料免除（R8.10～））
- こども誰でも通園制度（乳児等支援給付）（R8.4～）
- 児童手当（R6.10～） ■ 子ども・子育て支援特例公債の償還金等

* 支援納付金に関する重要事項について、こども家庭審議会の意見聴取規定を設ける。

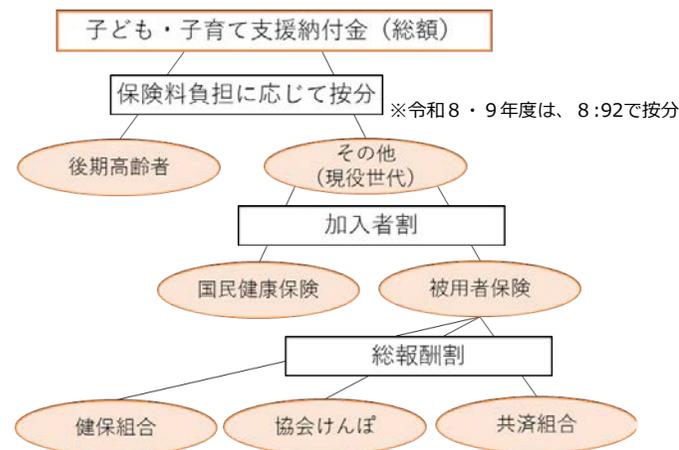
② 医療保険者から毎年度徴収する**支援納付金の額の算定方法等を定める（※医療保険者間には、右図のとおり按分）**。

③ 内閣総理大臣は、**社会保険診療報酬支払基金に、支援納付金の徴収等の事務を行わせる**ことができることとし、その業務等を定める。

④ 政府は、**令和6～10年度までの各年度に限り**、支援納付金対象費用の財源について、子ども・子育て支援勘定の負担において**子ども・子育て支援特例公債を発行することができる**こととする。※償還期限は、令和33年度とする。

⑤ 附則において支援納付金の導入に当たっての経過措置・留意事項を定める。

- **全世代型社会保障改革と賃上げによって実質的な社会保険負担軽減の効果を生じさせ、支援金制度の導入による社会保障負担率の上昇の効果がこれを超えないようにすること**
- **令和8～10年度までの支援納付金の総額のうち被保険者又は事業主が全体として負担する具体的な額の目安（令和8年度概ね6,000億円、9年度概ね8,000億円、10年度概ね1兆円）**
- 「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（R5.12.22閣議決定）を着実に進めること



【医療保険各法等】

① 医療保険者は、医療保険制度上の給付に係る保険料や介護保険料とあわせて、子ども・子育て支援金を徴収する。

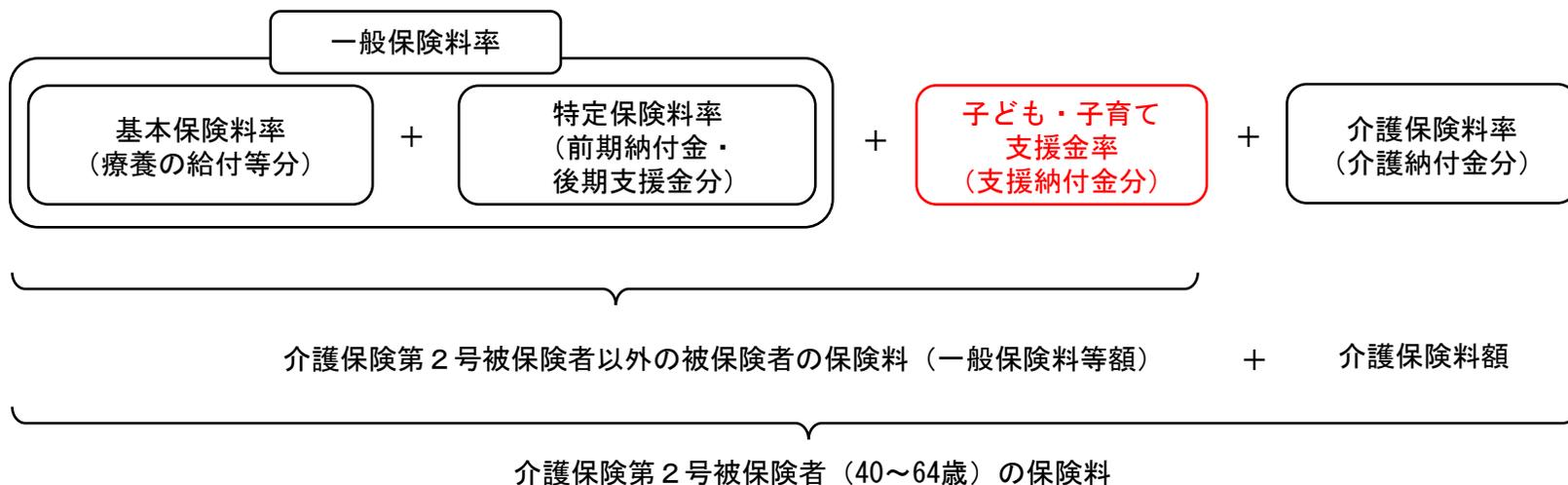
※ 健康保険法において、保険料の規定に、一般保険料率と区分して子ども・子育て支援金率を規定。子ども・子育て支援金率は、政令で定める率の範囲内において、保険者が定める（総報酬割であることを踏まえ、実務上、国が一律の率を示すこととする）。

② 医療保険制度の取扱いを踏まえ、**支援金の被保険者等への賦課・徴収の方法、国民健康保険等における低所得者軽減措置、医療保険者に対する財政支援等を定める**。

※ 国民健康保険においては、18歳以下の支援金均等割額の全額軽減措置を講ずる。

- 社会保険制度は、社会連帯の理念を基盤にしてともに支え合う仕組みである。子ども・子育て支援金制度もこうした連帯によって、将来を担う子どもたちや子育て世帯を全世代・全経済主体で支える仕組みであり、支援金は保険料と整理される。
- 健康保険法においては、子ども・子育て支援金に係る料率は、医療保険上の給付や介護保険に係る保険料率とは区分した上で、保険料の一部として規定することとしている。

(参考) 改正後の健康保険法上の保険料に係る整理



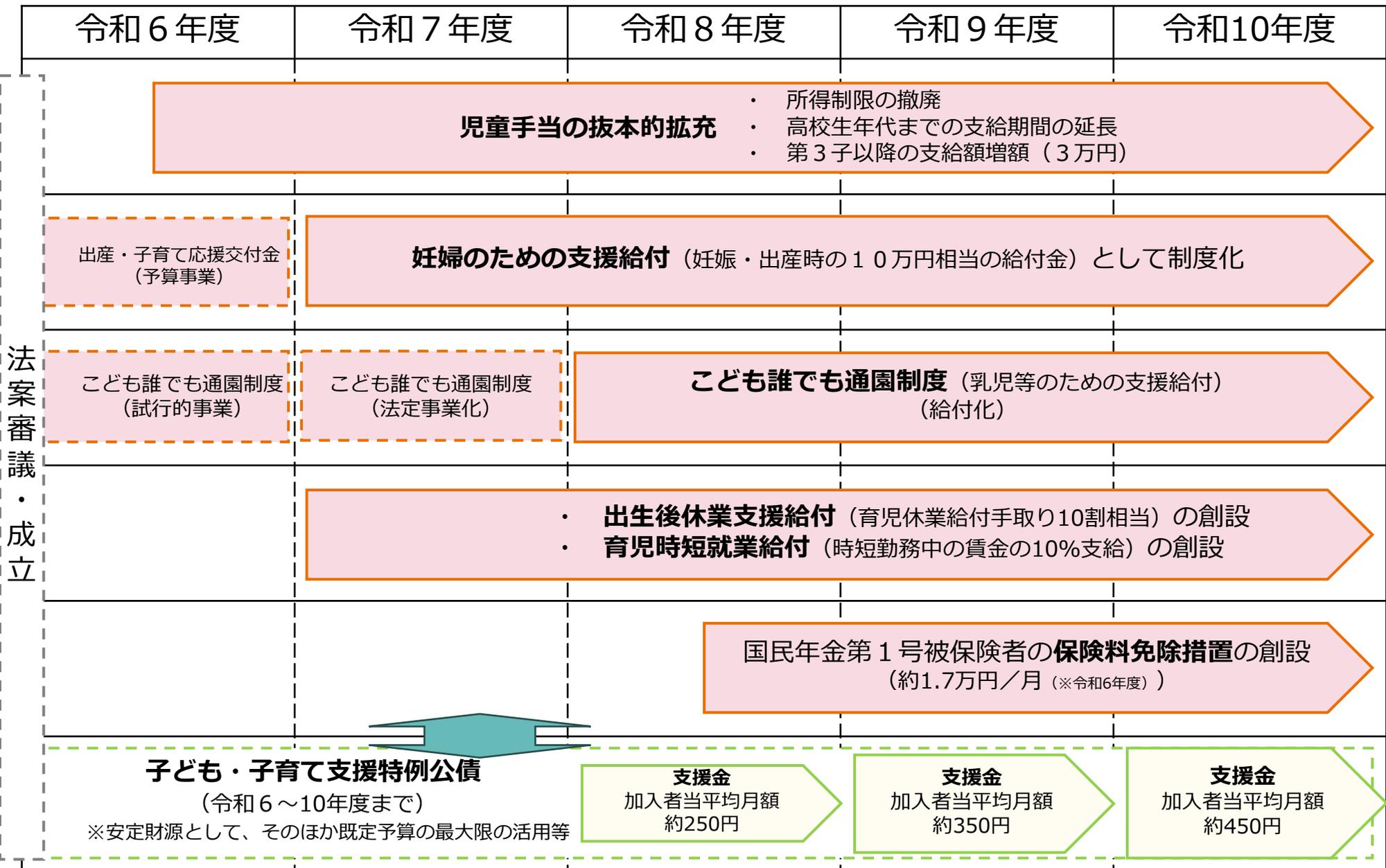
※ 我が国の社会保険制度は、民間の保険制度を参照しつつ、国民の生活保障という社会政策目的達成の見地から修正したものであり、その具体的な給付・反対給付の在り方については様々な例がある。

また、医療保険制度は、疾病、負傷等のみならず出産に関する保険給付を行うことを目的とし、出産に関する保険給付には、出産を理由とする所得補償（出産手当金）も含むなど、その射程が広範であり、加えて、近年、介護納付金や出産育児支援金といった仕組みが加わるなど、歴史的にも徐々に広がりをもってきている。加えて、医療保険制度は賦課対象者が広く、全ての世代による連帯の仕組みとなっている。

今回支援金を充てることとしている事業は、幅広く給付されるものであるとともに、その実施により、少子化・人口減少に歯止めをかけ担い手を維持することを通じて医療保険制度の持続可能性を高め、その存立基盤に係る重要な受益となる。これはひいては被保険者としても受益するものと考えており、医療保険制度の射程内とみなすことができるもの。

※ 他方で、法律上保険料として規定しても、少子化対策のために法定される事業に充てるものとして、一般保険料とは区分されており（介護保険料と同様）、医療保険料の流用には当たらない。

加速化プランの実施に向けたスケジュール（支援金制度関係）

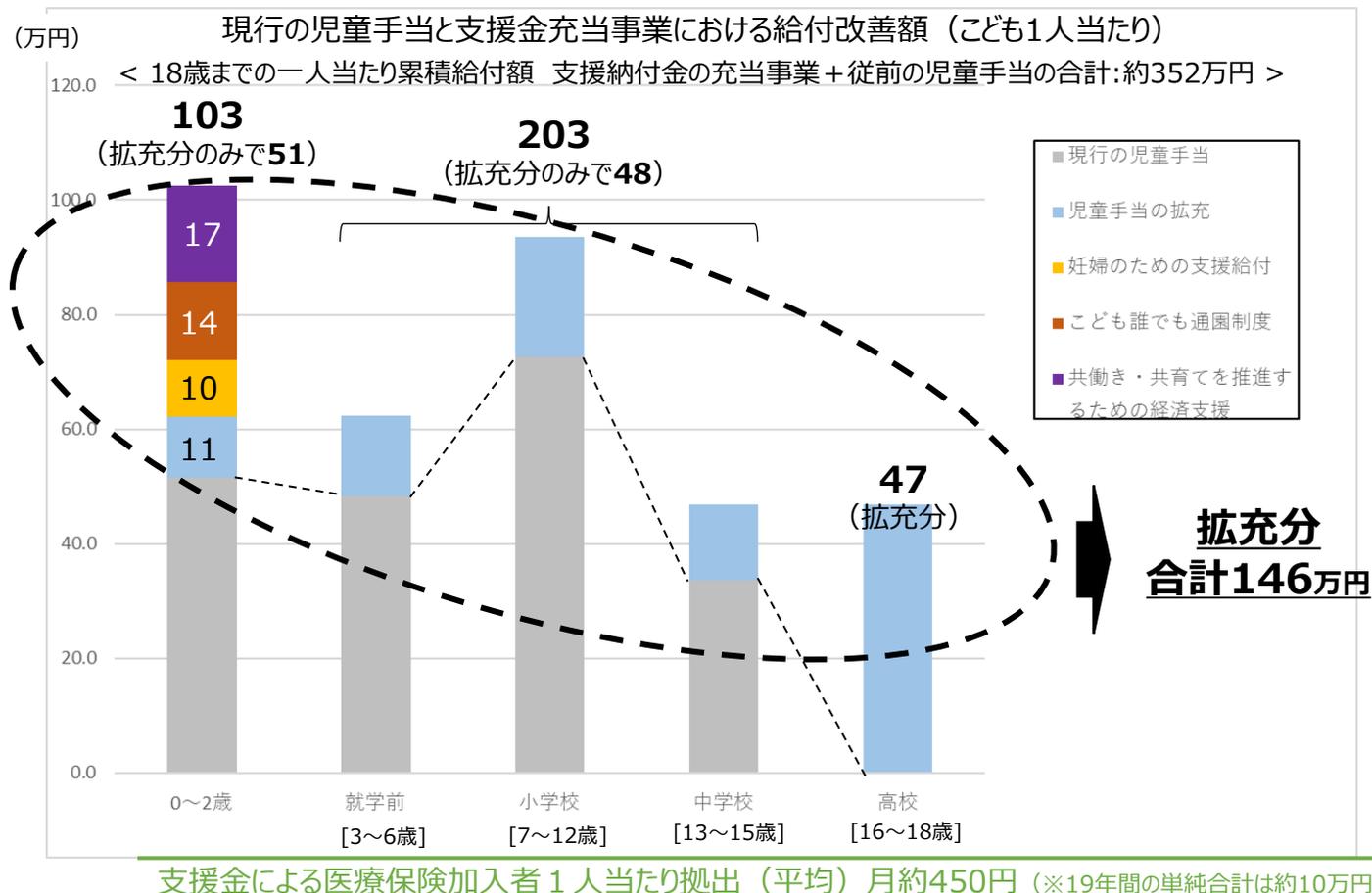


歳出改革・賃上げに向けた取組を先行・継続

○ 子ども・子育て支援金制度の創設によるこども一人当たりの給付改善額（高校生年代までの合計）は約146万円。なお、現行の平均的な児童手当額約206万円とあわせると、合計約352万円となる。

※ 子ども・子育て支援納付金の充当事業（児童手当（今般の拡充分に限る）、妊婦のための支援給付（出産・子育て応援給付金の制度化）、こども誰でも通園制度、共働き・共育てを推進するための経済支援）について、実際の給付状況はこどもや世帯の状況により様々であるが、各給付の事業費を対象となるこどもの数で割って合計。

※ 「加速化プラン」（総額3.6兆円）の支援強化には、これら以外にも様々なものがある。



※年齢別にそれぞれの制度における1人当たり給付の平均額（令和10年度所要額（見込）を基とした対象年齢ごとの単純平均額）を算出し、各期間について合計したもの。現行の児童手当額は、令和2年度児童手当事業年報の実績値に基づく平均単価を計上。

※共働き・共育てを推進するための経済支援は、出生後休業支援給付、育児時短就業給付、国民年金第1号被保険者の育児期間中の保険料免除を指す。

※児童手当については拡充分（所得制限撤廃、高校生年代への延長、多子加算の増額）を含む全体に支援納付金が充当されるほか、子ども・子育て拠出金・公費も充当。こども誰でも通園制度については、支援納付金・公費を充当。また、支援金の総額1.0兆円（令和10年度）をベースに、低所得者軽減等のために投入される公費や各給付に充当される公費等も加えた給付額（総額約1.5兆円）をベースに試算。

子ども・子育て支援金に関する試算（医療保険加入者一人当たり平均月額）

令和6年3月29日
子ども家庭庁公表資料

（月額、支援金額は50円丸め、保険料額は100円丸め）

	加入者一人当たり支援金額			（参考）加入者一人当たり 医療保険料額 （令和3年度実績） （2）	（参考） ①/②
	令和8年度見込み額	令和9年度見込み額	令和10年度見込み額（①）		
全制度平均	250円	350円	450円	9,500円	4.7%
被用者保険	300円 〔（参考）被保険者一人当たり 450円〕	400円 〔（参考）被保険者一人当たり 600円〕	500円 〔（参考）被保険者一人当たり 800円〕	10,800円 〔（参考）被保険者一人当たり 17,900円〕	4.5%
協会けんぽ	250円 〔（参考）被保険者一人当たり 400円〕	350円 〔（参考）被保険者一人当たり 550円〕	450円 〔（参考）被保険者一人当たり 700円〕	10,200円 〔（参考）被保険者一人当たり 16,300円〕	4.3%
健保組合	300円 〔（参考）被保険者一人当たり 500円〕	400円 〔（参考）被保険者一人当たり 700円〕	500円 〔（参考）被保険者一人当たり 850円〕	11,300円 〔（参考）被保険者一人当たり 19,300円〕	4.6%
共済組合	350円 〔（参考）被保険者一人当たり 550円〕	450円 〔（参考）被保険者一人当たり 750円〕	600円 〔（参考）被保険者一人当たり 950円〕	11,800円 〔（参考）被保険者一人当たり 21,600円〕	4.9%
国民健康保険 （市町村国保）	250円 〔（参考）一世帯当たり 350円〕	300円 〔（参考）一世帯当たり 450円〕	400円 〔（参考）一世帯当たり 600円〕	7,400円 〔（参考）一世帯当たり 11,300円〕	5.3%
後期高齢者 医療制度	200円	250円	350円	6,300円	5.3%

（注1）本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもつてみる必要がある。金額は事業主負担分を除いた本人拠出分であり、被用者保険においては別途事業主が労使折半の考えの下で拠出。なお、被用者保険間の按分は総報酬割であることを踏まえ、実務上、国が一律の支援金率を示すこととする。

（注2）国民健康保険の1世帯当たりの金額は令和3年度における実態を基に計算している。

（注3）国民健康保険の支援金については、医療分と同様に低所得者軽減を行い、例えば夫婦1人の3人世帯（夫の給与収入のみ）における一人当たり支援金額（50円丸め、月額、令和10年度）でみると、年収80万円の場合50円（応益分7割軽減）、同160万円の場合200円（同5割軽減）、同200万円の場合250円（同2割軽減）、同300万円の場合400円（同2割軽減）。なお、支援金制度が少子化対策にかかるとともに、子どもがいない世帯の拠出額が増えないよう、子ども（18歳に達する日以後の最初の3月31日以前である者）についての均等割額は全額軽減。

（注4）後期高齢者医療制度の支援金についても、医療分と同様に低所得者軽減を行い、例えば単身世帯（年金収入のみ）における一人当たり支援金額（50円丸め、月額、令和10年度）でみると、年収80万円の場合50円（均等割7割軽減）、同160万円の場合100円（同7割軽減）、同180万円の場合200円（同5割軽減）、同200万円の場合350円（同2割軽減）。

（注5）介護分の保険料額は、第1号被保険者（65歳～）の1人当たり月額（基準額の全国加重平均）で6,014円（令和5年度）、第2号被保険者（40～64歳）の1人当たり月額（事業主負担分、公費分を含む）で6,276円（令和6年度見込額）

(参考) 子ども・子育て支援納付金の按分 (イメージ)

※数字はR10年度の見込み

令和6年3月29日
子ども家庭庁公表資料

支援納付金の総額

(充当事業の予算額として毎年度決定)

個人・事業主拠出の総額 1兆円 + 公費 (※) の計 1.3兆円程度

※現行の医療保険に準じて、国保・後期の低所得者負担軽減等や、共済組合（公務員）の事業主負担分等のため所定の公費を投入。

後期高齢者とそれ以外の医療保険料負担総額により按分

後期高齢医療制度 とそれ以外

後期高齢者

【8.3%】 ※R10見込み。
R8・9は8% (法定)

後期高齢者以外 【91.7%】

1,100億円程度

(現行制度に準じた
低所得者への負担軽減あり)

国保と被用者保険の加入者数により按分

国保と被用者保険

2,500万人

国保
【23%】

7,400万人

被用者保険
【68%】

3,000億円程度

(現行制度に準じた公費投入
及び低所得者への負担軽減あり)

総報酬により按分

被用者保険間

3,800万人

協会けんぽ
【30%】

3,900億円程度

2,700万人

健保組合
【28%】

3,700億円程度

940万人

共済
組合等
【10%】

1,300億円程度

(労使折半)

事業主が0.4兆円程度を拠出

(共済組合（公務員）の事業主負担分は公費)

3. 医療

今後の高齢化による医療費の増

令和5年11月1日
財政制度等審議会
提出資料

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

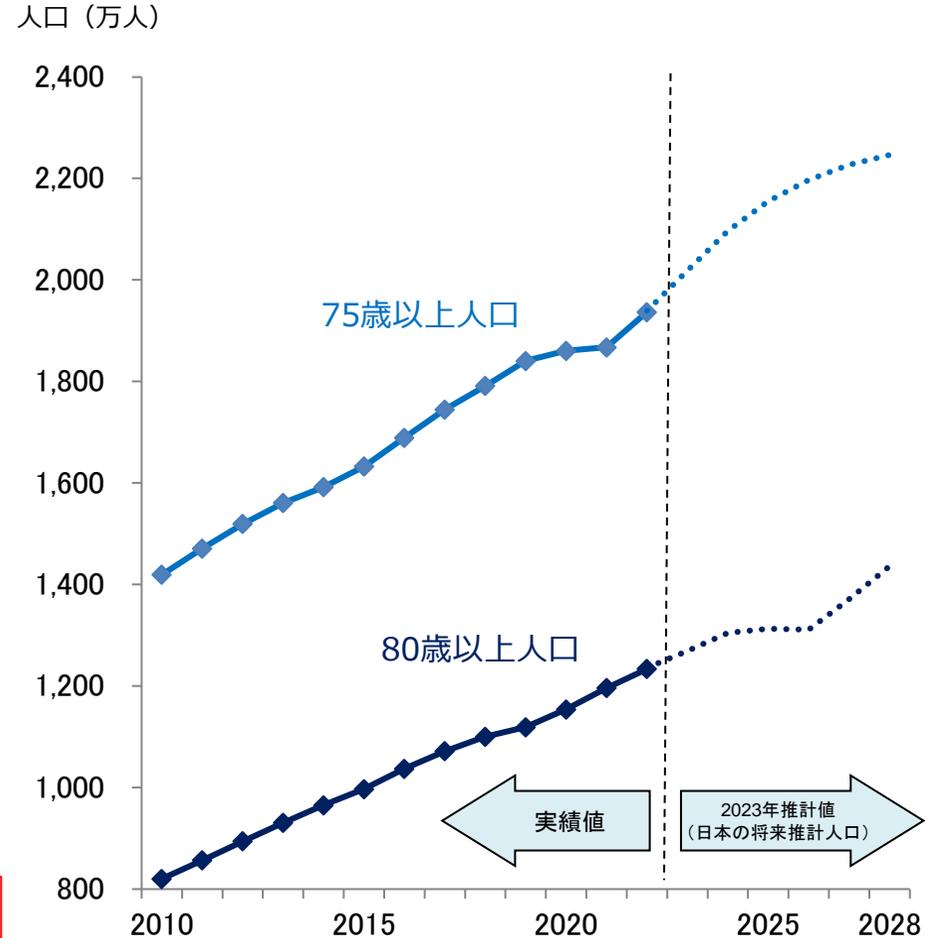
◆これまでの医療費の伸び率

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

平均毎年
2.4%増

平均毎年
2.6%増

◆75歳以上人口・80歳以上人口の推移・見通し



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

※「診療報酬改定等」は、診療報酬改定のほかに薬価改定を含む

賃上げに係る評価の全体像

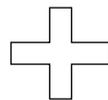
ベースアップ評価料

看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（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を除く）について賃上げを実施していくための評価

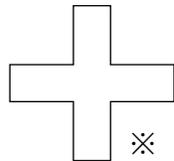
① 外来・在宅医療の患者に係る評価、訪問看護ステーションの利用者に係る評価

外来・在宅ベースアップ評価料(I)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)、訪問看護ベースアップ評価料(I)
 ・ 届け出が必要、初再診料等に評価を上乗せ（区分は設けない）

（新）外来・在宅ベースアップ評価料（I）初診時 6点 再診時 2点 等



※ ①による対象職員の賃上げが、一定の水準（給与総額の1.2%増）に達しないと見込まれる無床診療所、訪問看護ステーションのみ



※ 入院に携わる職員のための評価

①' 賃金増率が低い場合の①への上乗せ評価

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)、訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)
 ・ 一定の水準（対象職員の給与総額の1.2%）に達するため、評価の区分（8区分）を計算し、届出を行った施設について、①の評価へ上乗せ

（新）外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 等

病院、有床診療所

② 入院患者に係る評価

入院ベースアップ評価料

・ 必要な評価の区分（165区分）を計算し、届出を行った施設について、入院料等に評価を上乗せ

（新）入院ベースアップ評価料（1日につき）

1	入院ベースアップ評価料 1	1点
2	入院ベースアップ評価料 2	2点

↓	165	入院ベースアップ評価料165	165点
----------	------------	----------------	-------------

- ・ 対象職員の賃上げの計画及び実績について、毎年報告
- ・ ベースアップ評価料においては、算定した評価は、対象職員の賃上げ（ベースアップ等）に用いる必要（令和6年度から令和7年度への繰り越しは可）

初再診料、入院基本料等の引き上げ

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に資する措置

・ 賃上げの計画及び毎年の実績（各年）についてベースアップ評価料①～②に伴う報告や抽出調査等により把握

生活習慣病に係る疾病管理のイメージ

- 脂質異常症、高血圧、糖尿病の生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組についての疾病管理に関して下記のとおり見直す。

現行

【生活習慣病管理料】 ※検査等の費用を包括

- 1 脂質異常症を主病とする場合 570点
- 2 高血圧症を主病とする場合 620点
- 3 糖尿病を主病とする場合 720点

【特定疾患療養管理料（月2回算定可）】

- 1 診療所の場合 225点 2 100床未満の病院 147点 3 100床以上200床未満の病院 87点



特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、**脂質異常症、高血圧及び糖尿病を除外**する。

改定後

【生活習慣病管理料（Ⅰ）】（月1回）

- 1 脂質異常症を主病とする場合
- 2 高血圧症を主病とする場合
- 3 糖尿病を主病とする場合

610点
660点
760点

【（新）生活習慣病管理料（Ⅱ）】（月1回） **333点**

※ 検査等を包括しない出来高算定可能な医学管理料

（今後の生活習慣病管理料における診療のイメージ）



医療DXを活用した情報共有の推進

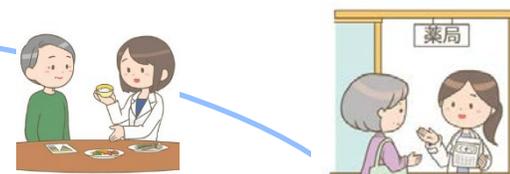
診療ガイドライン等を参考とした
質の高い疾病管理



治療に係る情報についての
療養計画書を用いた説明



リフィル処方及び長期処方の活用



歯科医師、薬剤師、看護師、
管理栄養士等による**多職種連携**

糖尿病患者に対する歯科受診の推奨



処方等に関する評価の見直し

リフィル処方及び長期処方の推進

- リフィル処方及び長期処方を適切に推進する観点から、以下の見直しを行う。
- リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、**28日未満の処方を行った際の特定疾患処方管理加算1を廃止し、特定疾患処方管理加算2の評価を見直す(66点→56点)**。また、**特定疾患処方管理加算について、リフィル処方箋を発行した場合も算定を可能とする**。
- かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、リフィル処方及び長期処方の活用を推進する観点から、患者の状況等に合わせ医師の判断により、**リフィル処方や長期処方を利用することが可能であることを、患者に周知することを要件に追加**する。

処方箋料の見直し及び後発医薬品の使用促進等の推進

- 後発医薬品の使用促進を推進する等の観点から、以下の見直しを行う。

現行	改定後
<p>【一般名処方加算】</p> <p>一般名処方加算1 7点</p> <p>一般名処方加算2 5点</p>	<p>【一般名処方加算】</p> <p>一般名処方加算1 10点</p> <p>一般名処方加算2 8点</p>
<p>【後発医薬品使用体制加算】</p> <p>後発医薬品使用体制加算1 47点</p> <p>後発医薬品使用体制加算2 42点</p> <p>後発医薬品使用体制加算3 37点</p>	<p>【後発医薬品使用体制加算】</p> <p>後発医薬品使用体制加算1 87点</p> <p>後発医薬品使用体制加算2 82点</p> <p>後発医薬品使用体制加算3 77点</p>
<p>【外来後発医薬品使用体制加算】</p> <p>外来後発医薬品使用体制加算1 5点</p> <p>外来後発医薬品使用体制加算2 4点</p> <p>外来後発医薬品使用体制加算3 2点</p>	<p>【外来後発医薬品使用体制加算】</p> <p>外来後発医薬品使用体制加算1 8点</p> <p>外来後発医薬品使用体制加算2 7点</p> <p>外来後発医薬品使用体制加算3 5点</p>
<p>【薬剤情報提供料】 10点</p>	<p>【薬剤情報提供料】 4点</p>
<p>【処方箋料】</p> <p>1 向精神薬他剤投与を行った場合 28点</p> <p>2 1以外の場合の他剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合 40点</p> <p>3 1及び2以外の場合 68点</p>	<p>【処方箋料】 ※処方箋料を包括している評価も同様</p> <p>1 向精神薬他剤投与を行った場合 20点</p> <p>2 1以外の場合の他剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合 32点</p> <p>3 1及び2以外の場合 60点</p>

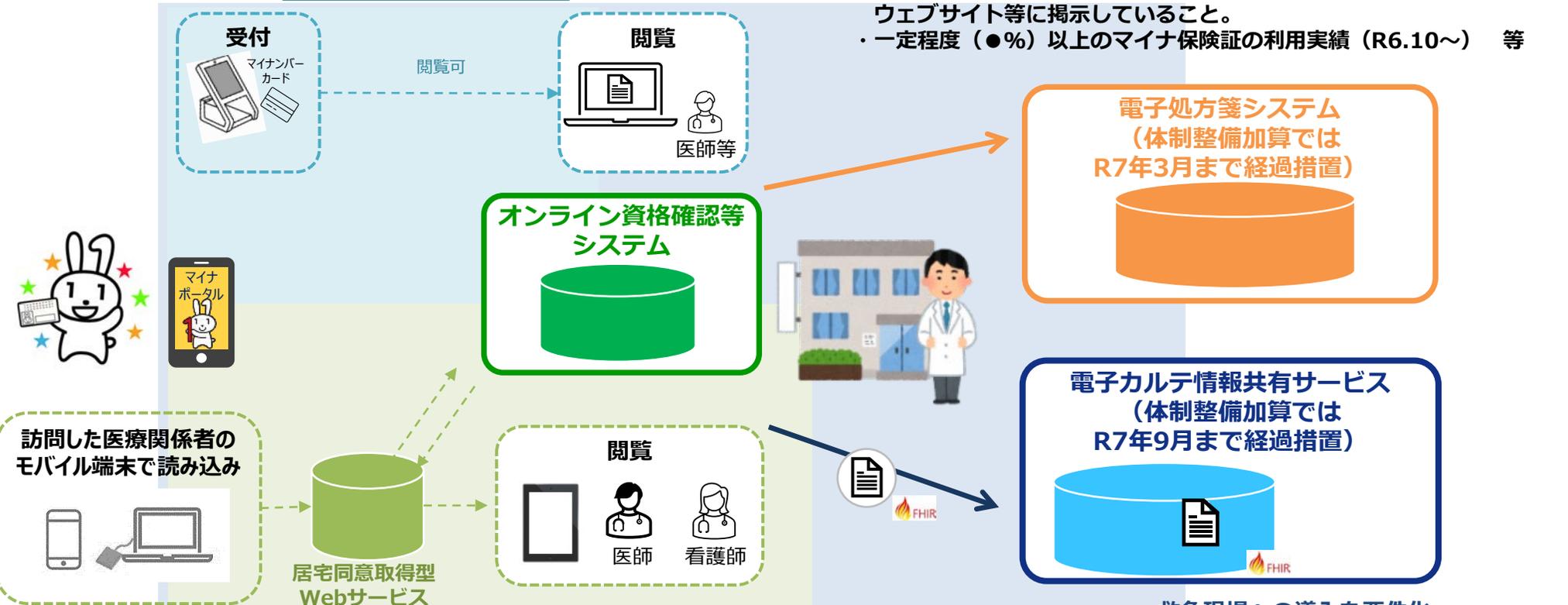
令和6年度診療報酬改定における医療DXに係る全体像

➤ 医療DX推進体制整備加算により、マイナ保険証利用により得られる薬剤情報等を診察室等でも活用できる体制を整備するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備、マイナ保険証の利用率を要件とし、医療DXを推進する体制を評価する。（電子処方箋等は経過措置あり）

(新) 医療情報取得加算 初診3/1点 再診2/1点 (3月に1回)
調剤3/1点 (6月に1回)

(新) 医療DX推進体制整備加算 8点、6点(歯科)、4点(調剤)

- ・医療DX推進の体制に関する事項等について、見やすい場所、ウェブサイト等に掲示していること。
- ・一定程度(●%)以上のマイナ保険証の利用実績(R6.10～)等



電子処方箋システム
(体制整備加算では
R7年3月まで経過措置)

電子カルテ情報共有サービス
(体制整備加算では
R7年9月まで経過措置)

救急現場への導入を要件化
急性期充実体制加算・総合入院体制加算
・救命救急入院料
(救急時医療情報閲覧機能の評価)

(新) 在宅医療DX情報活用加算 10点
(新) 訪問看護医療DX情報活用加算 5点
(新) 在宅医療DX情報活用加算(歯科) 8点

※答申書附帯意見 令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、令和6年度早期より、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の在り方について見直しの検討を行うとともに、医療DX推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けた検討を行うこと。

地域包括医療病棟の新設による今後の医療提供体制のイメージ

現行

令和6年度診療報酬改定後

急性期医療

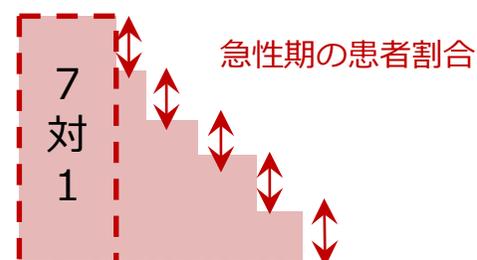
回復期医療

急性期医療

回復期医療

平均在院日数
18日

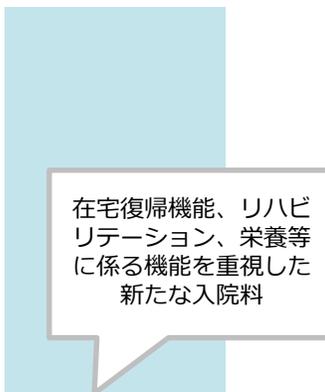
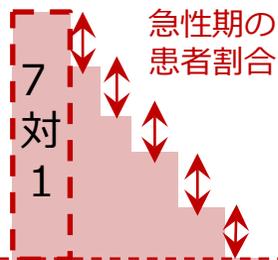
平均在院日数
16日



急性期一般病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料
(包括評価)

重症度、医療・看護必要度及び平均在院日数の見直し



地域包括医療病棟入院料
(包括評価)



地域包括ケア病棟入院料
(包括評価)

看護職員配置
(10対1)

平均在院日数
21日

看護職員配置
(13対1)

算定可能日数
60日

看護職員配置
(10対1)

平均在院日数
21日

看護職員配置
(10対1)

平均在院日数
21日

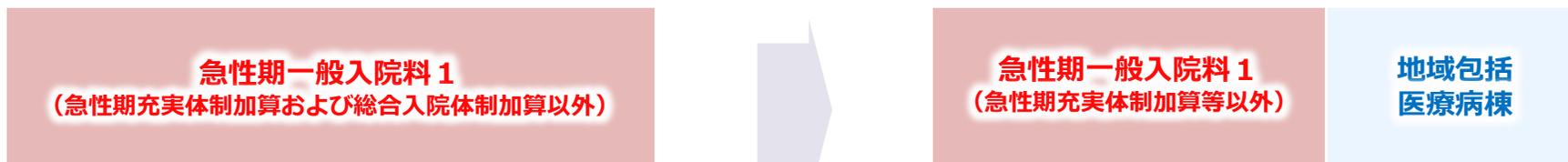
看護職員配置
(13対1)

算定可能日数
60日
(40日目を降減算)

想定される地域包括医療病棟への移行のイメージ

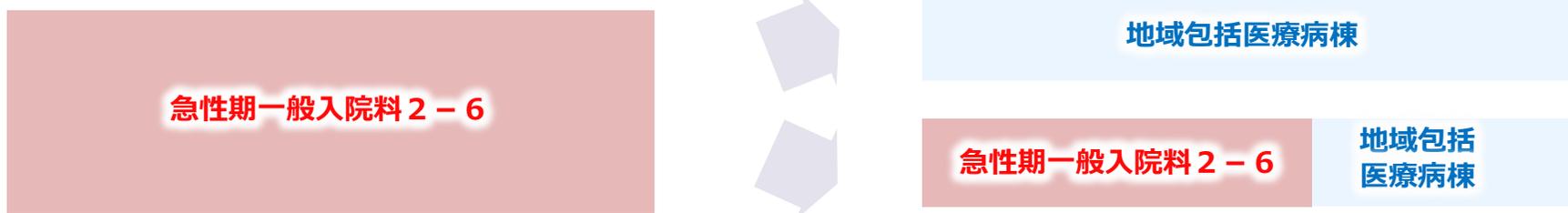
- 地域における、高齢化、救急医療提供体制、リハビリテーション等の提供体制等を踏まえて、急性期入院基本料1（7対1）、急性期入院基本料2-6を算定する急性期病棟、あるいは一定の救急医療の実績のある地域包括ケア病棟等から転換することが想定されている。

①急性期入院基本料1からの一部転換



救急医療の実績が十分であり、既に後期高齢者の緊急入院が多く、急性期医療の中における機能分化が必要であるケースにおいては、一部の病棟を地域包括病棟に転換することなどが考えられる。

②急性期入院基本料2-6からの転換



急性期医療が充実している医療機関であり、リハビリ職、栄養関係職種の確保とADLに関連する実績評価が十分である場合は、急性期の全病棟や一部の病棟を転換することが考えられる。

③地域包括ケア病棟からの転換



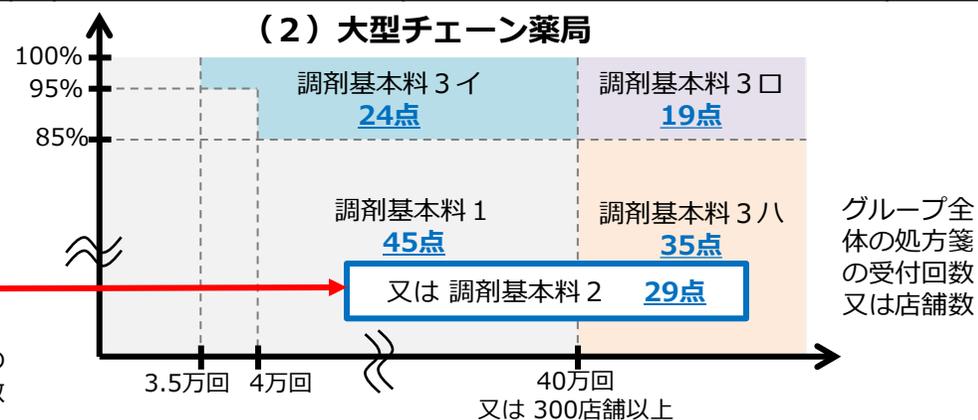
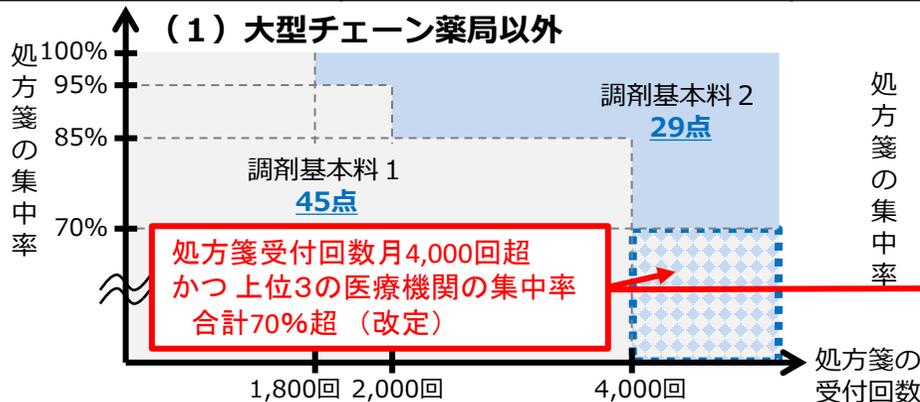
既に在宅復帰機能が十分である地ケアの中で、救急搬送の受入が可能である病棟においては、転換が可能。

調剤基本料の見直し

調剤基本料の見直し

- 調剤基本料2の算定対象となる薬局に、1月における処方箋の受付回数が4,000回を超え、かつ、処方箋受付回数が多い上位3の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が7割を超える薬局を加える。

		処方箋受付回数等及び処方箋集中度	点数		
調剤基本料1	調剤基本料2・3、特別調剤基本料以外		45点		
調剤基本料2	① 処方箋受付回数が月2,000回超～4000回かつ処方箋集中度85%超 ② 処方箋受付回数が月4,000回超かつ 上位3の医療機関の処方箋集中度の合計70%超 ③ 処方箋受付回数が1,800回超～2,000回かつ処方箋集中度95%超 ④ 特定の医療機関からの処方箋受付枚数が4,000回超		29点		
調剤基本料3	イ	同一グループで処方箋受付回数が月3万5千回超～4万回かつ処方箋集中度95%超	24点		
		同一グループで処方箋受付回数が月4万回超～40万回かつ処方箋集中度85%超			
	ロ	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上かつ処方箋集中度85%超	19点		
	ハ	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上かつ処方箋集中度85%以下	35点		
特別調剤基本料A	いわゆる同一敷地内薬局	5点	特別調剤基本料B	基本料の届出がない薬局	3点



地域支援体制加算の見直し

青字：変更・新規の要件

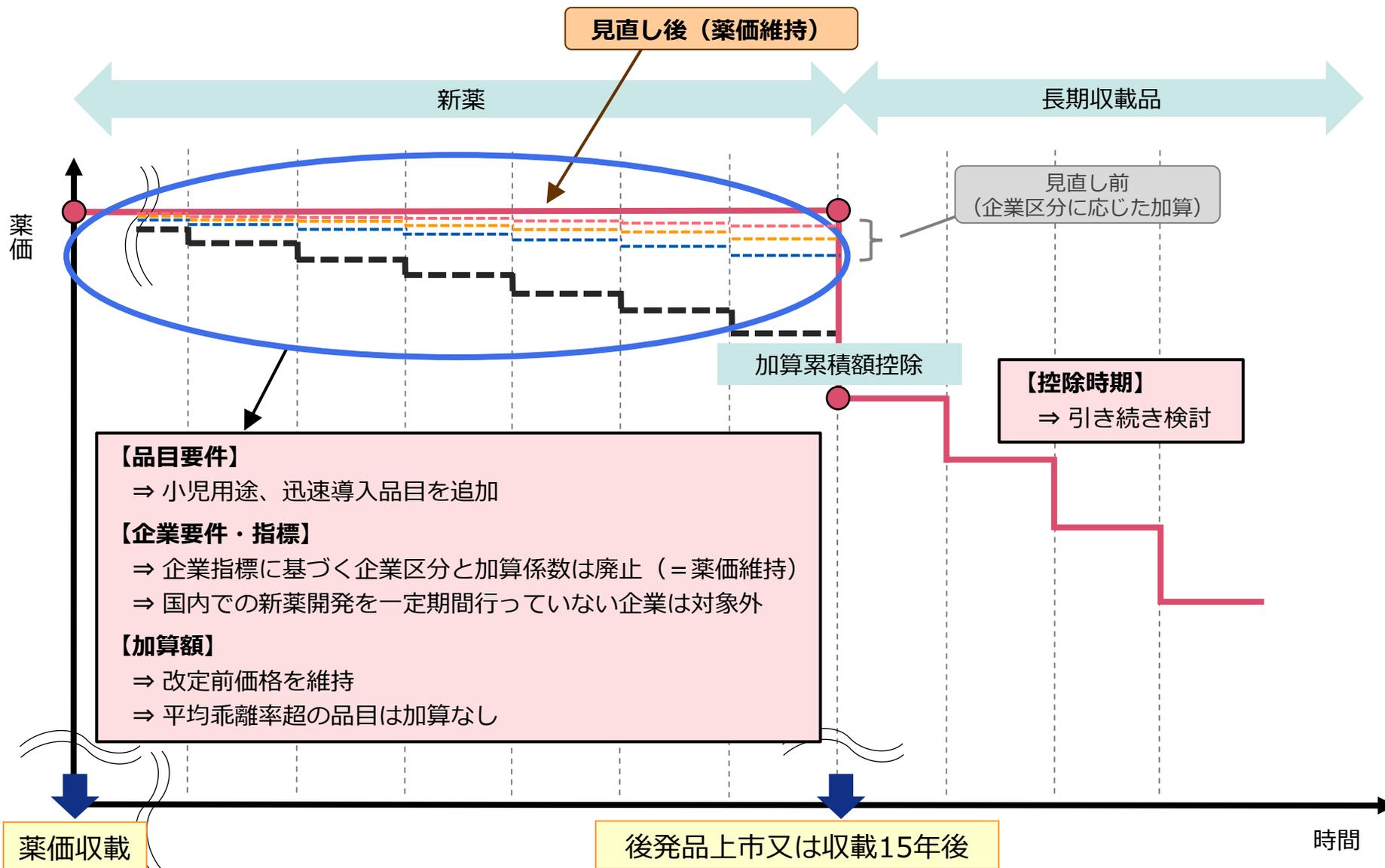
○地域支援体制加算の施設基準 ((4) のウは薬局当たりの年間の回数)

(1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す実績 (下記の要件)	(5) 医療安全に関する取組の実施 ア プレアボイド事例の把握・収集 イ 医療安全に資する取組実績の報告 ウ 副作用報告に係る手順書を作成
(2) 地域における医薬品等の供給拠点としての対応 ア 十分な数の医薬品の備蓄、周知 (医療用医薬品1200品目) イ 薬局間連携による医薬品の融通等 ウ 医療材料及び衛生材料を供給できる体制 エ 麻薬小売業者の免許 オ 集中度85%超の薬局は、後発品の調剤割合 70% 以上 カ 取り扱う医薬品に係る情報提供体制	(6) かかりつけ薬剤師の届出
(3) 休日、夜間を含む薬局における調剤・相談応需体制 ア 一定時間以上の開局 イ 休日、夜間の開局時間外の調剤・在宅業務に対応できる体制 ウ 当該薬局を利用する患者からの相談応需体制 エ 夜間・休日の調剤、在宅対応体制 (地域の輪番体制含む) の周知	(7) 管理薬剤師要件
(4) 在宅医療を行うための関係者との連携体制等の対応 ア 診療所又は病院及び訪問看護ステーションと円滑な連携 イ 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制 ウ 在宅薬剤管理の実績 24回以上 エ 在宅に係る研修の実施	(8) 患者毎に服薬指導の実施、薬剤服用歴の作成
	(9) 研修計画の作成、学会発表などの推奨
	(10) 患者のプライバシーに配慮、椅子に座った状態での服薬指導
	(11) 地域医療に関連する取組の実施 ア 一般用医薬品及び要指導医薬品等 (基本的な48薬効群) の販売 イ 健康相談、生活習慣に係る相談の実施 ウ 緊急避妊薬の取扱いを含む女性の健康に係る対応 エ 当該保険薬局の敷地内における禁煙の取扱い オ たばこの販売禁止 (併設する医薬品店舗販売業の店舗を含む)

○上記の (1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す実績 (①~⑨は処方箋1万枚当たりの年間回数、⑩は薬局当たりの年間の回数)

要件	基本料1	基本料1以外	
①夜間・休日等の対応実績	40回以上	400回以上	【調剤基本料1の薬局】 ・ 地域支援体制加算1 32点 ④を含む3つ以上 ・ 地域支援体制加算2 40点 ①~⑩のうち8つ以上 【調剤基本料1以外の薬局】 ・ 地域支援体制加算3 10点 ④、⑦を含む3つ以上 ・ 地域支援体制加算4 32点 ①~⑩のうち8つ以上
②麻薬の調剤実績	1回以上	10回以上	
③重複投薬・相互作用等防止加算等の実績	20回以上	40回以上	
④かかりつけ薬剤師指導料等の実績	20回以上	40回以上	
⑤外来服薬支援料1の実績	1回以上	12回以上	
⑥服用薬剤調整支援料の実績	1回以上	1回以上	
⑦単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績	24回以上	24回以上	
⑧服薬情報等提供料に相当する実績	30回以上	60回以上	
⑨小児特定加算の算定実績	1回以上	1回以上	
⑩薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議への出席	1回以上	5回以上	

新薬創出・適応外薬解消等促進加算の見直し（見直しイメージ）



薬価制度の抜本改革に向けた基本方針

(平成28年12月20日、内閣官房長官、経済財政政策担当大臣、財務大臣、厚生労働大臣決定)

昨今、革新的かつ非常に高額な医薬品が登場しているが、こうした医薬品に対して、現在の薬価制度は柔軟に対応できておらず、国民負担や医療保険財政に与える影響が懸念されている。

「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、国民が恩恵を受ける「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現する観点から、薬価制度の抜本改革に向け、P D C Aを重視しつつ、以下のとおり取り組むものとする。

1. 薬価制度の抜本改革

(1) 保険収載後の状況の変化に対応できるよう、効能追加等に伴う一定規模以上の市場拡大に速やかに対応するため、新薬収載の機会を最大限活用して、年4回薬価を見直す。

(2) 市場実勢価格を適時に薬価に反映して国民負担を抑制するため、全品を対象に、毎年薬価調査を行い、その結果に基づき薬価改定を行う。

そのため、現在2年に1回行われている薬価調査に加え、その間の年においても、大手事業者等を対象に調査を行い、価格乖離の大きな品目(注)について薬価改定を行う。

(注) 具体的内容について、来年中に結論を得る。

また、薬価調査に関し、調査結果の正確性や調査手法等について検証し、それらを踏まえて薬価調査自体の見直しを検討し、来年中に結論を得る。

(3) 革新的新薬創出を促進するため、新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度をゼロベースで抜本的に見直すこととし、これとあわせて、費用対効果の高い薬には薬価を引き上げることを含め費用対効果評価を本格的に導入すること等により、真に有効な医薬品を適切に見極めてイノベーションを評価し、研究開発投資の促進を図る。

なお、費用対効果評価を本格的に導入するため、専門的知見を踏まえるとともに、第三者的視点に立った組織・体制をはじめとするその実施のあり方を検討し、来年中に結論を得る。

2. 改革とあわせて今後の取組み

(1) 薬価算定方式の正確性・透明性を徹底する。具体的には、製薬企業にとって機密性の高い情報に配慮しつつ、薬価算定の根拠の明確化や薬価算定プロセスの透明性向上について検討し、結論を得る。また、特に高額医薬品等について、制度の差異を踏まえつつ外国価格をより正確に把握するなど、外国価格調整の方法の改善を検討し、結論を得る。

(2) 薬価制度の改革により影響を受ける関係者の経営実態についても機動的に把握し、その結果を踏まえ、必要に応じて対応を検討し、結論を得る。

(3) 我が国の製薬産業について、長期収載品に依存するモデルから、より高い創薬力を持つ産業構造に転換するため、革新的バイオ医薬品及びバイオシミラーの研究開発支援方策等の拡充を検討するとともに、ベンチャー企業への支援、後発医薬品企業の市場での競争促進を検討し、結論を得る。

(4) 安定的な医薬品流通が確保されるよう、経営実態に配慮しつつ、流通の効率化を進めるとともに、流通改善の推進、市場環境に伴う収益構造への適切な対処を進める。特に、適切な価格形成を促進するため、単品単価契約の推進と早期妥結の促進について効果的な施策を検討し、結論を得る。

(5) 評価の確立した新たな医療技術について、費用対効果を踏まえつつ国民に迅速に提供するための方策の在り方について検討し、結論を得る。

費用対効果評価対象品目（評価中のもの）（令和6年4月10日時点）

No.	総会指定	品目名	効能・効果	収載時価格※1	うち有用性系加算率	市場規模（ピーク時予測）	費用対効果評価区分	総会での指定日	現状
1	10	ゾルゲンスマ (ノバルティスファーマ)	脊髄性筋萎縮症	167,077,222円	50%	42億円	H3(単価が高い)	2020/5/13	分析中断
2	38	ソーテイクツ (ブリストル・マイヤーズ スクイブ)	尋常性乾癬、膿疱性乾癬、 乾癬性紅皮症	2,770.90円(6mg錠)	40%	225億円	H1(市場規模が100億円以上)	2022/11/9	公的分析中
3	39	テゼスパイア (アストラゼネカ)	気管支喘息	176,253円(210mg1.91mL1筒)	5%	145億円	H1(市場規模が100億円以上)	2022/11/9	公的分析中
4	40	パキロビッド (ファイザー)	SARS-CoV-2による感染症	12,538.60円(3001シート) 19,805.50円(6001シート)	5%	281億円	H1(市場規模が100億円以上)	2023/3/8	公的分析中
5	41	マンジャロ (日本イーライリリー)	2型糖尿病	1,924円(2.5mg0.5mL1キット) 3,848円(5mg0.5mL1キット) 5,772円(7.5mg0.5mL1キット) 7,696円(10mg0.5mL1キット) 9,620円(12.5mg0.5mL1キット) 11,544円(15mg0.5mL1キット)	10%	367億円	H1(市場規模が100億円以上)	2023/3/8	公的分析中
6	42	ゾコーバ (塩野義)	SARS-CoV-2による感染症	7,407.40円(125mg1錠)	5%	192億円	H1(市場規模が100億円以上)	2023/3/8	公的分析中
7	43	ベスレミ (ファーマエッセンシアジャパン)	真性多血症	297,259円(250μg0.5mL1筒) 565,154円(500μg1mL1筒)	なし	163億円	H1(市場規模が100億円以上)	2023/5/17	公的分析中
8	44	ゴア CTAG 胸部大動脈 ステントグラフトシステム (日本ゴア合同会社)	※2	1,490,000円	5%	92億円	H2(市場規模が50億円以上)	2023/7/5	企業分析中
9	45	リットフォーロ (ファイザー)	円形脱毛症	5,802.40円(50mg1カプセル)	5%	156億円	H1(市場規模が100億円以上)	2023/8/23	企業分析中
10	46	フォゼベル (協和キリン)	透析中の慢性腎臓病患者にお ける高リン血症の改善	234.10円(5mg1錠) 345.80円(10mg1錠) 510.90円(20mg1錠) 641.80円(30mg1錠)	40%	193億円	H1(市場規模が100億円以上)	2023/11/15	企業分析中
11	47	レクビオ (ノバルティスファーマ)	※3	443,548円	40%	195億円	H1(市場規模が100億円以上)	2023/11/15	企業分析中
12	48	ウゴービ (ノバルティスファーマ)	※4	1,876円(0.25mg0.5mL1キット) 3,201円(0.5mg0.5mL1キット) 5,912円(1mg0.5mL1キット) 7,903円(1.7mg0.75mL1キット) 10,740円(2.4mg0.75mL1キット)	5%	328億円	H1(市場規模が100億円以上)	2023/11/15	企業分析中

※1 収載時価格は、キット特徴部分の原材料費除いた金額。

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

※3 効能・効果：家族性高コレステロール血症、高コレステロール血症

ただし、以下のいずれも満たす場合に限る。

・心血管イベントの発現リスクが高い

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

※4 効能・効果：肥満症

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

・BMIが27kg/m²以上であり、2つ以上の肥満に関連する健康障害を有する

・BMIが35kg/m²以上

費用対効果評価対象品目（評価中のもの）（令和6年4月10日時点）

No.	総会指定	品目名	効能・効果	収載時価格※1	うち有用性系加算率	市場規模 (ピーク時予測)	費用対効果評価区分	総会での 指定日	現状
13	49	エプキンリ (ジェンマブ)	※5	137,724円(4mg0.8mL1瓶) 1,595,363円(48mg0.8mL1瓶)	10%	307億円	H1(市場規模が 100億円以上)	2023/11/15	企業分析中
14	50	レケンビ (エーザイ)	アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制	45,777円(200mg2mL1瓶) 114,443円(500mg0.5mL1瓶)	45%	986億円	H1(市場規模が 100億円以上)	2023/12/13	企業分析中
15	51	レプロジル (ブリストル・マイヤーズ・スクイブ)	骨髄異形成症候群に伴う貧血	184,552円(25mg1瓶) 551,000円(75mg1瓶)	45%	123億円	H1(市場規模が 100億円以上)	2024/4/10	—

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

費用対効果評価終了品目 (令和6年4月10日時点)

No.	総会 指定	品目名	効能・効果	市場規模 (ピーク時予測)	費用対効果評価 区分	総会での 指定日	調整前価格	調整後価格	適用日
1	1	テリルジー100エリブタ (グラク・スミスクライン)	COPD(慢性閉塞性 肺疾患)	236億円	H1(市場規模が100 億円以上)	2019/5/15	4,183.50円(14吸入1キット) 8,853.80円(30吸入1キット)	4,160.80円(14吸入1キット) 8,805.10円(30吸入1キット)	2021/7/1
2	2	キムリア (ノバルティスファーマ)	白血病	72億円	H3(単価が高い)	2019/5/15	34,113,655円	32,647,761円	2021/7/1
3	3	ユルトミリス (アレクシオンファーマ)	発作性夜間へモグロ ビン尿症	331億円	H1(市場規模が100 億円以上)	2019/8/28	730,894円	699,570円	2021/8/1
4	4	ビレーズトリエアロスフィア(アストラ ゼネカ)	COPD(慢性閉塞性 肺疾患)	189億円	H5(テリルジーの類 似品目)	2019/8/28	4,150.30円	4,127.60円	2021/7/1
5	12	エナジア (ノバルティスファーマ)	気管支喘息	251億円	H5(テリルジーの類 似品目)	2020/8/19	291.90円(中用量) 333.40円(高用量)	290.30円(中用量) 331.50円(高用量)	2021/7/1
6	14	テリルジー200エリブ (グラク・スミスクライン)	COPD(慢性閉塞性 肺疾患)	130億円	H5(テリルジーの類 似品目)	2021/2/10	4,764.50円(14吸入1キット) 10,098.90円(30吸入1キット)	4,738.50円(14吸入1キット) 10,043.30円(30吸入1キット)	2021/7/1
7	16	イエスカルタ (第一三共)	リンパ腫	79億円	H5(キムリアの 類似品目)	2021/4/14	34,113,655円	32,647,761円	2021/4/21
8	20	ブレヤンジ (セルジーン)	リンパ腫	82億円	H5(キムリアの 類似品目)	2021/5/12	34,113,655円	32,647,761円	2021/5/19
9	5	トリンテリックス (武田薬品工業)	うつ病・うつ状態	227億円	H1(市場規模が 100億円以上)	2019/11/13	168.90円(10mg錠) 253.40円(20mg錠)	161.70円(10mg錠) 242.50円(20mg錠)	2021/11/1
10	6	コララン (小野薬品工業)	慢性心不全	57.5億円	H2(市場規模が 50億円以上)	2019/11/13	82.90円(2.5mg錠) 145.40円(5mg錠) 201.90円(7.5mg錠)	変更なし	—
11	11	エンレスト (ノバルティスファーマ)	慢性心不全	141億円	H5(コラランの類 似品目)	2020/8/19	65.70円(50mg錠) 115.20円(100mg錠) 201.90円(200mg錠)	変更なし	—
12	21	ベリキューボ (バイエル薬品)	慢性心不全	95億円	H5(エンレストの類 似品目)	2021/8/4	131.50円(2.5mg錠) 230.40円(5mg錠) 403.80円(10mg錠)	変更なし	—
13	7	ノクサフィル※1 (MSD)	深在性真菌症※2	112億円	H1(市場規模が 100億円以上)	2020/4/8	3,109.10円(100mg錠)	3,094.90円(100mg錠)	2022/2/1
14	9	エンハーツ (第一三共)	乳癌、胃癌※3	129億円	H1(市場規模が 100億円以上)	2020/5/13	168,434円	164,811円	2022/7/1
15	8	カボメティクス (武田薬品工業)	腎細胞癌、 肝細胞癌※4	127億円	H1(市場規模が 100億円以上)	2020/5/13	8,007.60円(20mg錠) 22,333.00円(60mg錠)	変更なし	—
16	13	リベルサス (ノバルティスファーマ)	2型糖尿病	116億円	H1(市場規模が 100億円以上)	2020/11/11	143.20円(3mg錠) 334.20円(7mg錠) 501.30円(14mg錠)	139.60円(3mg錠) 325.70円(7mg錠) 488.50円(14mg錠)	2022/11/1

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

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

※3 胃癌については令和2年9月25日に効能追加。

※4 肝細胞癌については令和2年11月27日に効能追加。

費用対効果評価終了品目 (令和6年4月10日時点)

No.	総会指定	品目名	効能・効果	市場規模 (ピーク時予測)	費用対効果評価 区分	総会での 指定日	調整前価格	調整後価格	適用日
17	15	エムガルディ (日本イーライリリー)	片頭痛	173億円	H1(市場規模が 100億円以上)	2021/4/14	44,811円(120mg1mL1筒) 44,943円(120mg1mL1キット)	42,550円(120mg1mL1筒)42,675円 (120mg1mL1キット)	2023/6/1
18	22	アジヨビ (大塚製薬)	片頭痛	137億円	H5(エムガルディの類 似品目)	2021/8/4	41,167円(225mg1.5mL1筒) 41,167円(225mg1.5mL1キット)	39,090円(225mg1.5mL1筒) 39,090円(225mg1.5mL1キット)	2023/6/1
19	23	アイモビーグ (アムジェン)	片頭痛	153億円	H5(エムガルディの類 似品目)	2021/8/4	41,051円(70mg1mL1キット)	38,980円(70mg1mL1キット)	2023/6/1
20	17	ボライビー (中外製薬)	リンパ腫	120億円	H1(市場規模が 100億円以上)	2021/5/12	298,825円(30mg1瓶) 1,364,330円(140mg1瓶)	変更なし	—
21	19	アリケイス (インスメット)	肺非結核性抗酸菌症	177億円	H1(市場規模が 100億円以上)	2021/5/12	42,408.40円	38,437.90円	2023/6/1
22	24	レベスティブ (武田薬品工業)	短腸症候群	60億円	H2(市場規模が 50億円以上)	2021/8/4	79,302円(3.8mg1瓶)	73,683円(3.8mg1瓶)	2023/6/1
23	25	ベクルリー (キリアド・サイエンシス)	SARS-CoV-2による 感染症	181億円	H1(市場規模が 100億円以上)	2021/8/4	63,342円(100mg1瓶)	61,997円(100mg1瓶)	2023/6/1
24	18	ダラキューロ (ヤンセンファーマ)	多発性骨髄腫、全身 性ALアミロイドーシス	370億円	H1(市場規模が 100億円以上)	2021/5/12	445,064円	変更なし	—
25	28	パドセブ (アステラス製薬)	尿路上皮癌	118億円	H1(市場規模が 100億円以上)	2021/11/17	99,593円	91,444円	2023/6/1
26	26	Micra 経カテーテルペースティング システム (日本外トロニク)	※5	77億円	H2(市場規模が 50億円以上)	2021/10/13	1,170,000円	1,070,000円	2023/11/1
27	29	Expedium Verse Fenestrated Screw システム (ジョンソン・エンド・ジョンソン)	※6	76億円	H2(市場規模が 50億円以上)	2021/12/8	101,000円	97,900円	2023/11/1
28	30	リフヌア (MSD)	難治性の慢性咳嗽	160億円	H1(市場規模が 100億円以上)	2022/4/13	203.20円(45mg1錠)	187.50円(45mg1錠)	2023/11/1

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

※6 主な使用目的：本品は、胸椎、腰椎および仙椎における、変性疾患（すべり症、脊柱管狭窄症等）、外傷、腫瘍等による不安定性を有する患者、または脊柱変形（脊椎側弯症等）を有する患者に対して、脊椎の一時的な固定、支持またはアライメント補正を目的に使用する。

当該患者において、骨粗鬆症、骨量減少症又は悪性脊椎腫瘍により骨強度が低下し、骨内におけるスクリューの固定性が損なわれるおそれがある脊椎に対しては、骨セメントとともに使用する。

費用対効果評価終了品目 (令和6年4月10日時点)

No.	総会指定	品目名	効能・効果	市場規模 (ピーク時予測)	費用対効果評価 区分	総会での 指定日	調整前価格	調整後価格	適用日
29	27	レットヴィモ (日本イーライリリー)	非小細胞肺癌、甲状腺癌※7、甲状腺髄様癌※7	156億円	H1(市場規模が100億円以上)	2021/11/17	3,680.00円(40mgカプセル) 6,984.50円(80mgカプセル)	3,674.10円(40mgカプセル) 6,973.30円(80mgカプセル)	2024/2/1
30	31	ビヴラツツ (イドリシアファーマシューティカルズジャパン)	※8	138億円	H1(市場規模が100億円以上)	2022/4/13	80,596円(150mg6mL1瓶)	変更なし	—
31	32	ピンゼレックス (ユーシービージャパン)	尋常性乾癬、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症	120億円	H1(市場規模が100億円以上)	2022/4/13	156,408円(160mg1mL1キット) 156,408円(160mg1mL1筒)	変更なし	—
32	33	ウィフガート (アルジェニクスジャパン)	全身型重症筋無力症	377億円	H1(市場規模が100億円以上)	2022/4/13	421,455円(400mg20mL1瓶)	388,792円(400mg20mL1瓶)	2024/2/1
33	34	ジスバル (田辺三菱)	遅発性ジスキネジア	62億円	H2(市場規模が50億円以上)	2022/5/18	2,331.20円(40mgカプセル)	2,297.90円(40mgカプセル)	2024/2/1
34	35	オンデキサ (アレクシオンファーマ)	※9	66億円	H2(市場規模が50億円以上)	2022/5/18	338,671円(200mg1瓶)	変更なし	—
35	36	ケレンディア (バイエル)	2型糖尿病を合併する慢性腎臓病	264億円	H1(市場規模が100億円以上)	2022/5/18	149.10円(10mg錠) 213.10円(20mg錠)	143.90円(10mg錠) 205.80円(20mg錠)	2024/7/1
36	37	ラゲブリオ (MSD)	SARS-CoV-2による感染症	138億円	H1(市場規模が100億円以上)	2022/8/10	2,357.80円(200mgカプセル)	2,164.90円(200mgカプセル)	2024/7/1

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

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

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

病床機能報告（「急性期」「回復期」など）と診療報酬の関係

令和5年11月1日
財政制度等審議会
提出資料

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

◆「病床機能報告」と診療報酬の関係（2022年7月1日時点）

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

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

◆「急性期一般入院料」の主な要件（2022年度）

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

※1 看護師比率は7割以上が要件

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

【改革の方向性】（案）

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

「地域医療構想」の進捗状況（2）

令和5年11月1日
財政制度等審議会
提出資料

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

・医療法改正（2014年6月公布、同年10月施行）

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

・全ての都道府県において地域医療構想を策定（2017年3月）

・医療法改正（2018年7月公布・施行）

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

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

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

・「経済財政運営と改革の基本方針2019」閣議決定（2019年6月）

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

※1 医療機関の再編統合を伴う場合については、遅くとも2020年秋頃まで。

・再検証に係る424の公立・公的病院（※2）を公表（2019年9月）

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

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

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

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

・「具体的対応方針の再検証等の期限について」（2020年8月通知）

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

・「地域医療構想の進め方について」（2022年3月通知）

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

・「経済財政運営と改革の基本方針2022」閣議決定（2022年6月）

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

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

経営情報の見える化（総括）

令和5年11月1日
財政制度等審議会
提出資料

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

経営状況データの開示強化

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

現場の従事者の賃上げに向けた取組み

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

今後の対応

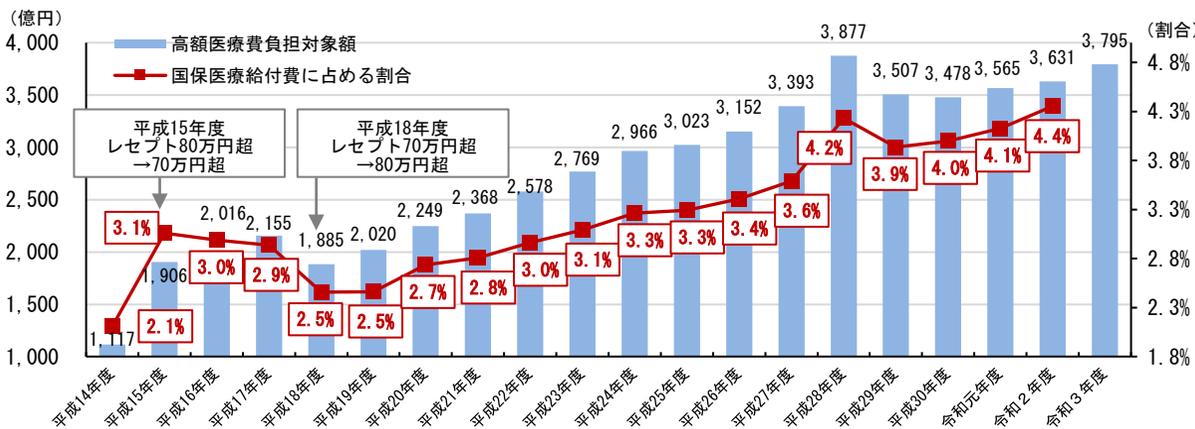
- **医療機関の経営状況の分析が容易に行えるよう、全都道府県において医療法人の事業報告書等のオンラインでの閲覧が可能となるよう要請することの検討**
- **任意提出とされる職員の職種別の給与・人数の報告について、診療報酬上の加算取得の要件とすることの検討**
- **医療法人立以外の法人に対する対応**
 - ・ 開業の実態調査及び結果の公表を行うこと
 - ・ その上で、医療法人と同様の事業報告書等の提出・公表義務を課すことを検討

国民健康保険に対する財政支援の見直し＜予算執行調査＞

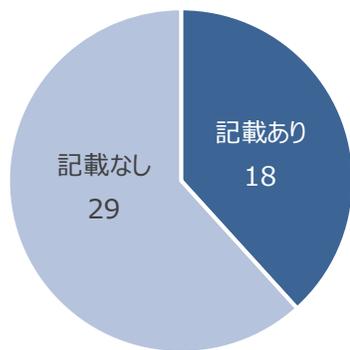
令和5年11月1日
財政制度等審議会
提出資料

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

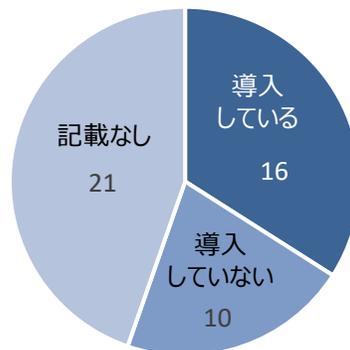
◆高額医療費負担対象額及び国保医療給付費に占める割合の推移



◆国保運営方針等における保険料水準の統一時期等に関する記載の有無



◆高額医療費を共同負担する仕組みの都道府県の導入状況



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

◆国民健康保険法（抄）

第70条

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

高額医療費負担金制度の主な経緯

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

【改革の方向性】（案）

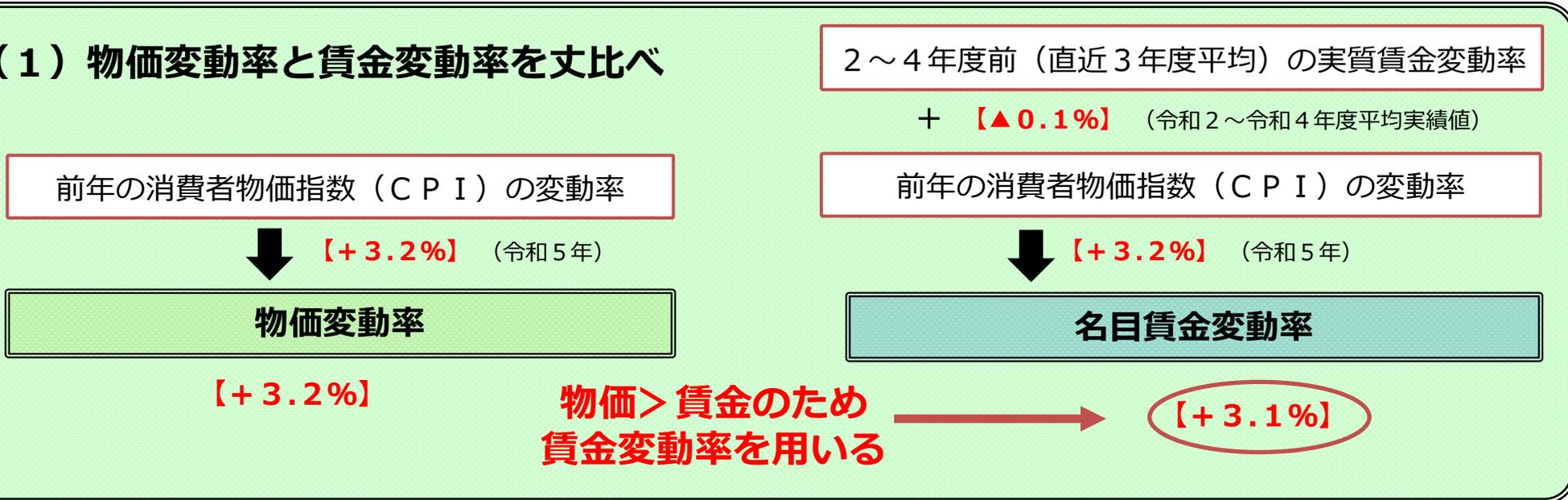
- 現在、取組を進めている**保険料水準の統一**や**高額医療費の共同負担の仕組み**により、**高額医療費負担金が果たす機能は現時点においても極めて限定的であり、いずれその役割を終える。国保運営の予見可能性を高めるためにも、廃止に向けた道筋を工程化すべき。**

4. 年金

年金額改定のイメージ

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

(1) 物価変動率と賃金変動率を比べ



(2) マクロ経済スライドによる調整 **【▲0.4%】**

【▲0.4%】 …令和6年度のマクロ経済スライド調整率（▲0.4%）
= 被保険者数の変化率（▲0.1%）+ 平均余命の伸び率を勘案した一定率（▲0.3%）

年金額改定率 **【+2.7%】**

賃金変動率と物価変動率の推移

改定年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
物価変動率	0.0%	▲0.3%	0.3%	0.0%	1.4%	▲1.4%	▲0.7%	▲0.3%	0.0%	0.4%
賃金変動率	0.3% ※1	▲0.4% ※1 ※2	0.0%	▲0.4%	0.9%	▲2.6%	▲2.2%	▲1.6%	▲0.6%	0.3%
年金額改定率	0.0%	▲0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	▲0.4%	▲0.3%	0.0% (▲1.0%) ※3	▲0.7%

改定年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
物価変動率	2.7%	0.8%	▲0.1%	0.5%	1.0%	0.5%	0.0%	▲0.2%	2.5%	3.2%
賃金変動率	2.3%	▲0.2%	▲1.1%	▲0.4%	0.6%	0.3%	▲0.1%	▲0.4%	2.8%	3.1%
年金額改定率	0.9% ※4	0.0%	▲0.1%	0.0%	0.1% ※5	0.2% ※6	▲0.1%	▲0.4%	2.2%※7 (67歳以下) ----- 1.9%※8 (68歳以上)	2.7% ※9

※1 平成17年度・18年度の基礎年金の「実質手取り賃金変動率」は、16年改正法附則11条に基づき0.0%とされていることから、年金額改定に用いる賃金改定率は、平成17年度0.0%・18年度▲0.3%となる。

※2 物価改定率と賃金改定率を比較して低い方を網掛けにしている。

※3 平成25年度は、特例水準解消のため、10月に▲1.0%の改定が行われた。

※4 平成27年度の改定率は、賃金変動率(2.3%)から特例水準の解消分(▲0.5%)とマクロ経済スライド調整率(▲0.9%)を差し引いて0.9%。

※5 令和元年度の改定率は、賃金変動率(0.6%)からマクロ経済スライド調整率(▲0.2%)と平成30年度に発生したマクロ経済スライドの未調整分(▲0.3%)を差し引いて0.1%。

※6 令和2年度の改定率は、賃金変動率(0.3%)からマクロ経済スライド調整率(▲0.1%)を差し引いて0.2%。

※7 令和5年度の67歳以下の者の改定率は、賃金変動率(2.8%)からマクロ経済スライド調整率(▲0.3%)と令和3・4年度に発生したマクロ経済スライドの未調整分(▲0.3%)を差し引いて2.2%。

※8 令和5年度の68歳以上の者の改定率は、物価変動率(2.5%)からマクロ経済スライド調整率(▲0.3%)と令和3・4年度に発生したマクロ経済スライドの未調整分(▲0.3%)を差し引いて1.9%。

※9 令和6年度の改定率は、賃金変動率(3.1%)からマクロ経済スライド調整率(▲0.4%)を差し引いて2.7%。

GPIFによる積立金の運用が制度を一定程度支えている

■ 2023（令和5）年度第3四半期の運用収益は、円高が進行したものの内外株式の上昇及び内外金利の低下（債券価格は上昇）等により、以下のとおりとなった。

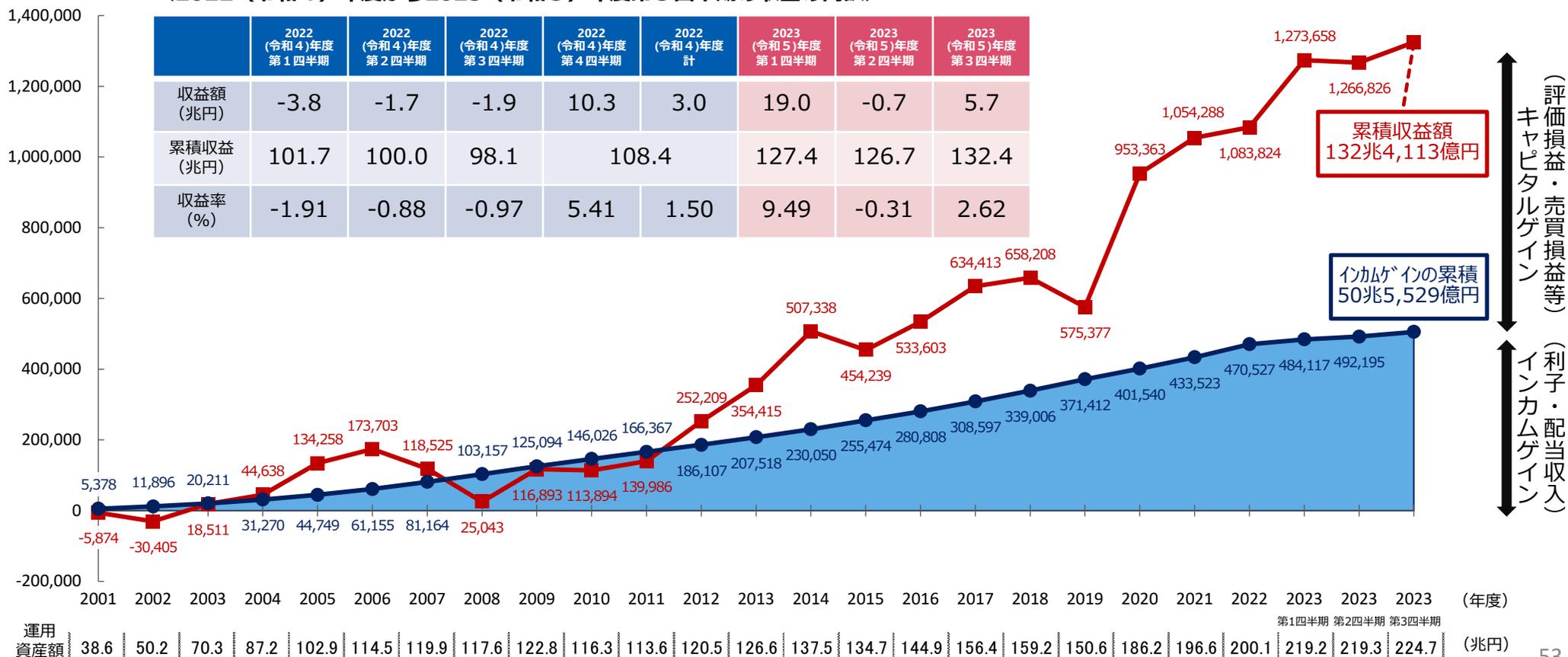
- 収益額 **5.7兆円**
- 収益率 **2.62%**

■ 自主運用開始以降の収益率は+3.99%（年率）、累積運用収益は約**132.4兆円**

- ※ GPIFのような長期運用を行う投資家は、複数資産に分散して長期保有することで、世界の経済成長の果実を着実に獲得することが可能。
- ※ インカムゲイン（利子・配当収入）は、株価下落時等でも収益として入り、複利効果を得るため再投資。

（億円） <2022（令和4）年度から2023（令和5）年度第3四半期の収益の内訳>

	2022 (令和4)年度 第1四半期	2022 (令和4)年度 第2四半期	2022 (令和4)年度 第3四半期	2022 (令和4)年度 第4四半期	2022 (令和4)年度 計	2023 (令和5)年度 第1四半期	2023 (令和5)年度 第2四半期	2023 (令和5)年度 第3四半期
収益額 (兆円)	-3.8	-1.7	-1.9	10.3	3.0	19.0	-0.7	5.7
累積収益 (兆円)	101.7	100.0	98.1	108.4		127.4	126.7	132.4
収益率 (%)	-1.91	-0.88	-0.97	5.41	1.50	9.49	-0.31	2.62

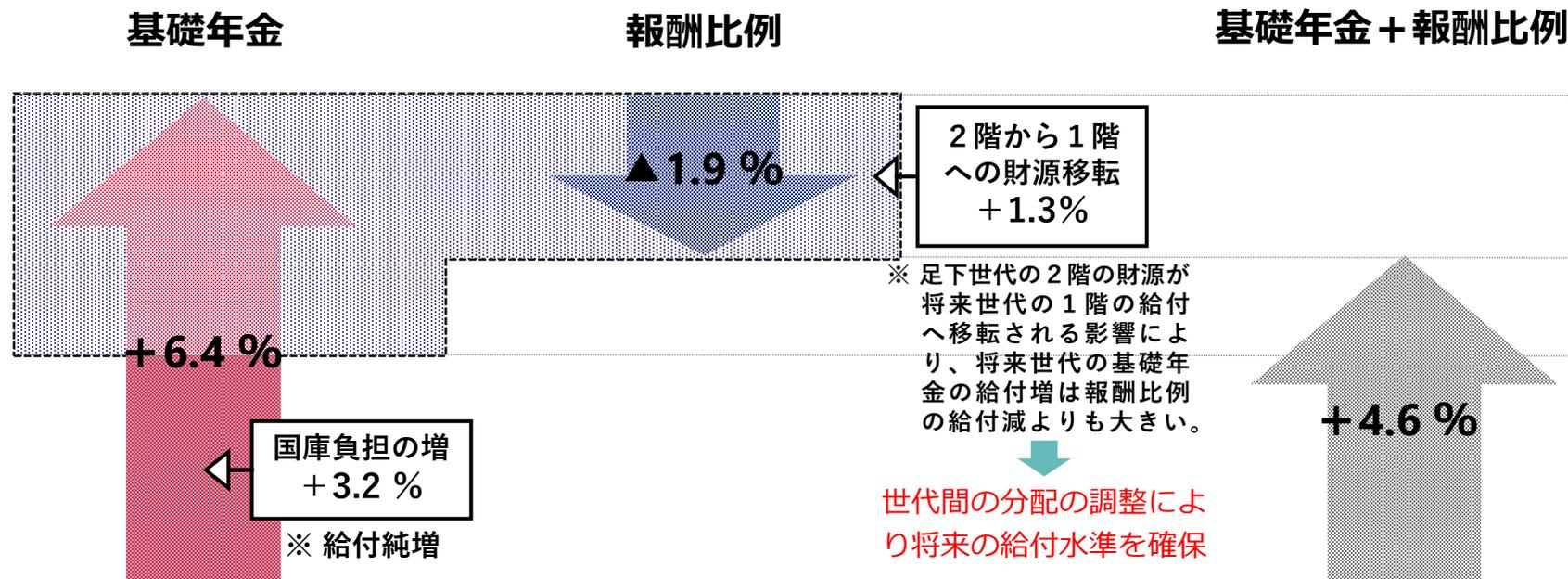


調整期間一致に伴う給付水準の変化

所得代替率の変化（給付水準調整終了後）

	現行制度		調整期間一致	
	51.0 %	→	55.6 %	[+ 4.6 %]
報酬比例	24.5 %	→	22.6 %	[▲ 1.9 %]
基礎年金	26.5 %	→	32.9 %	[+ 6.4 %]

注：2019年財政検証追加試算 経済前提ケースⅢ



年金部会における議論の進め方（案）

