

社会 保障 ②

財務省

2025年11月11日

ポイント（社会保障②）

【少子化対策・子育て支援】

- こども未来戦略「加速化プラン」の進捗に伴い、こども家庭庁予算は大幅に増加している一方、少子化は加速化し、多くの方のこどもを生み育てたいという希望の実現には至っていない。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る。

【医療】

- 物価・経済動向等への対応は、医療機関の機能・種類別の経営状況、収益費用構造等を踏まえ、データに基づき検討する必要。診療所の利益率や利益剰余金は全体として高水準であり、足下で赤字施設が顕著に増加しているとも評価できない。開業医の報酬水準の高さは国際的にも際立っている。**診療所への診療報酬は適正化しつつ、高度急性期・急性期を中心とする病院への対応に重点化**すべき。
- **医療提供の効率化**のため、医療の質・アウトカムを重視しつつ、人員配置の適正化、病床数の削減、入院機能の高密度化、外来機能の機能分化・連携・集約化、地域医療連携推進法人の活用、リフィル処方箋の拡充など、あらゆる方策を実行すべき。また、国保の保険料水準の統一や後期高齢者医療制度の都道府県化など、**保険者機能や都道府県のガバナンスの強化**を図るべき。

【介護】

- **介護分野の職員の処遇改善や業務の効率化**を通じて、担い手の確保等の課題に対応しつつ、**制度の持続可能性を確保**するため、**利用者負担（2割負担）の範囲の見直し、ケアマネジメントの利用者負担の導入**などの高齢化・人口減少下での負担の公平化や、**軽度者に対する介護サービスの在り方**の見直しや**介護保険事務の広域化・都道府県の役割強化、高齢者向け住まい等の報酬体系の見直し**などの給付の効率化・適正化のための制度改革を進める必要。

【医療・介護分野における人材紹介】

- 保険料・公費で賄われている医療機関・介護事業者の経営原資が、人材紹介手数料に過度に圧迫されないよう、**民間人材紹介**について、**必要に応じて更なる規制強化**や、**報酬制度上の対応**も検討する必要。また、**ハローワークなど公的人材紹介が適切に機能するような工夫と配置基準の運用柔軟化**も組み合わせて対応すべき。

【障害福祉】

- 障害福祉サービス等の総費用額は**10年間で約2倍に増加**し、中でも2024年度は11.3%増加。**職員の処遇改善**などの喫緊の課題に対応しつつ、**サービスの質の確保と総費用額の抑制を両立させる取組**が必要。

【生活保護】

- 生活扶助基準について、一般低所得者世帯の消費水準との均衡を図るため、**消費データの充実**に取り組む必要。また、保護費の半分を占める医療扶助について、**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**や、**都道府県によるガバナンスや市町村支援の強化**を通じ、効率的かつ効果的な対策を推進する必要。

目次

1. 少子化対策・子育て支援
2. 医療・介護の理想像
3. 医療
4. 介護
5. 医療・介護分野における人材紹介
6. 障害福祉
7. 生活保護

1. 少子化対策・子育て支援

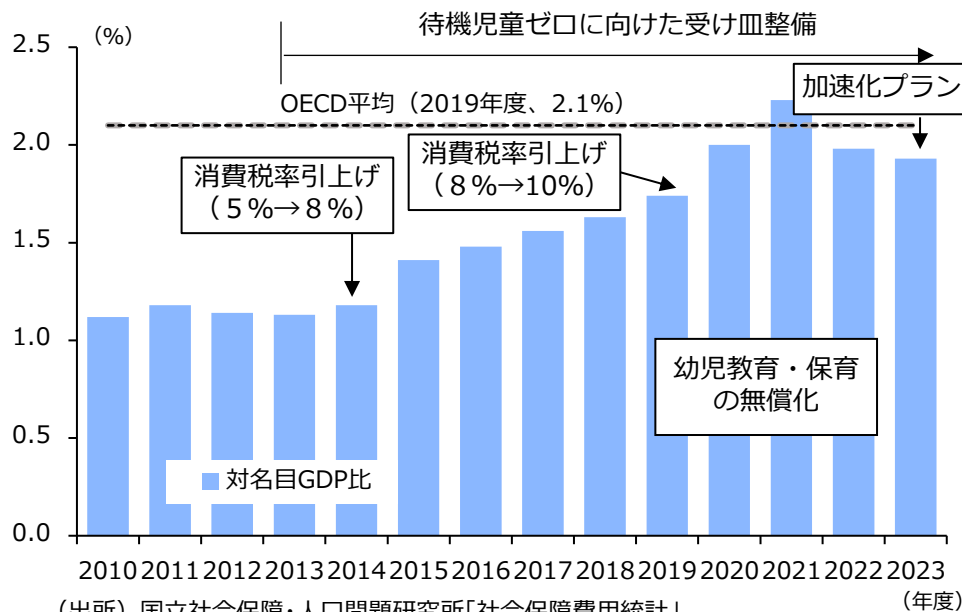
少子化対策・子育て支援（総括）

- 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み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



これまでに取り組んできた主な事項

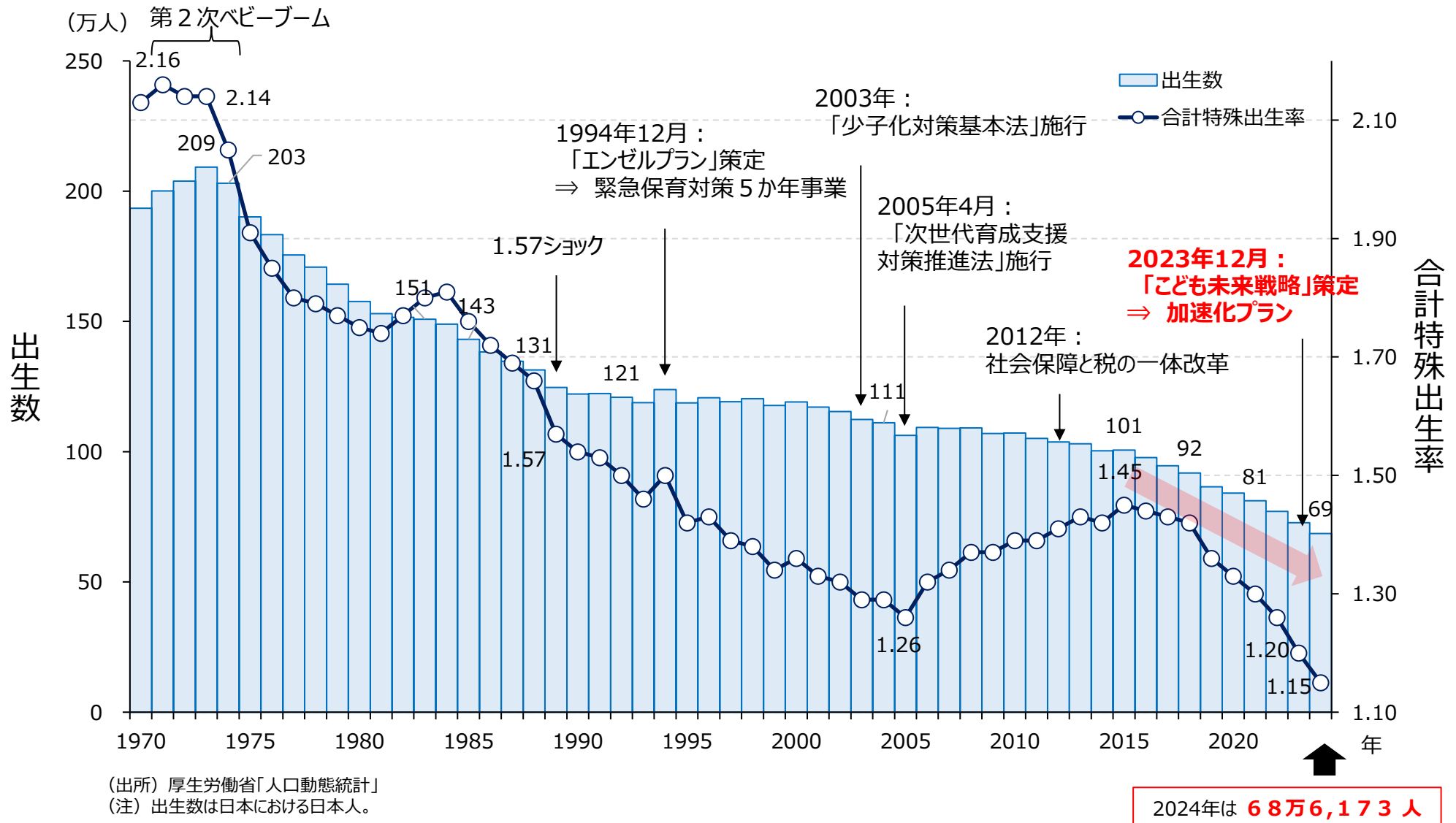
- **社会保障と税の一体改革による充実**
 - ・ 子ども・子育て支援新制度の施行（2015～）
 - ・ 待機児童対策（2017：2.6万人→2025：0.2万人）
 - ・ 幼児教育・保育の無償化（2019.10～）
- **こども未来戦略「加速化プラン」による抜本強化**
 - ・ 出産育児一時金の増額（42万円→50万円）（2023～）
 - ・ 児童手当の拡充（2024.10～）
 - ・ 妊婦のための支援給付の創設、育休給付の拡充等（2025～）

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

○ 年間の出生者数は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、2024年は69万人。10年で30万人以上も減少しており、少子化のペースが加速している。



少子化対策・子育て関連予算の現状

- 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。令和7年度予算においては、3.6兆円規模の加速化プランの実施の8割強の3.0兆円が実施され、こども家庭庁予算は加速化プラン前から4割増の7.3兆円に達している。一方で、いまだに多くの方のこどもを生み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。

◆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）

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 等

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

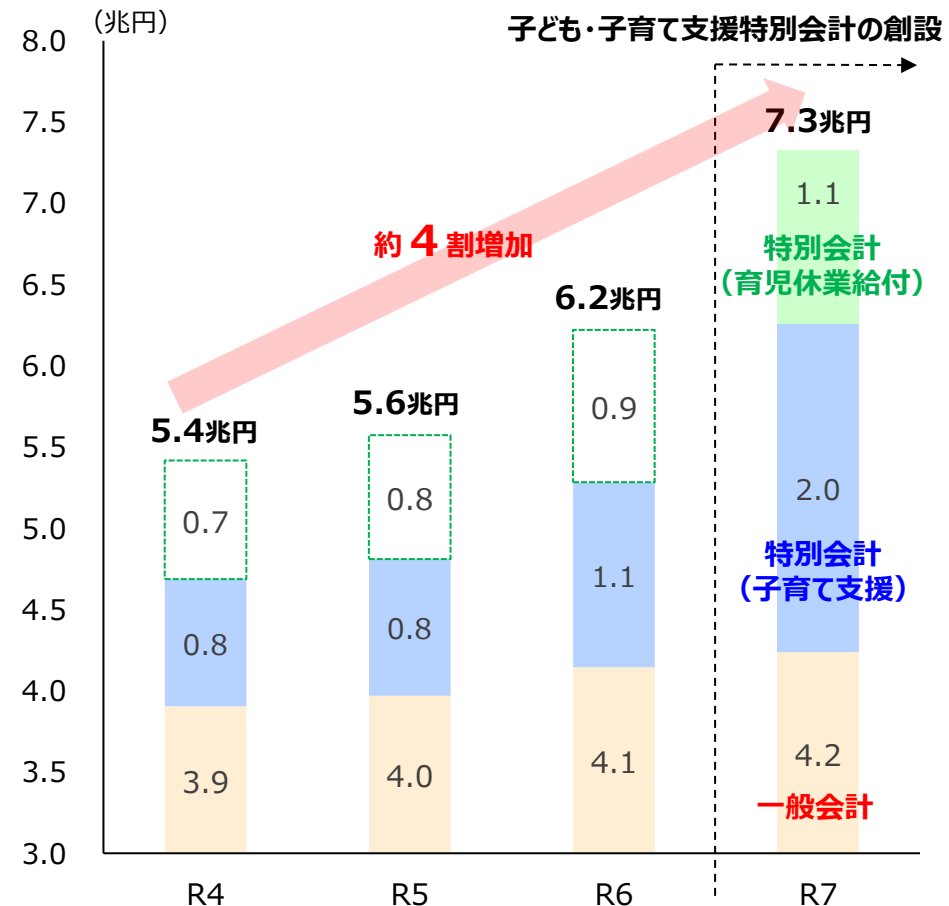
- 妊娠期からの切れ目のない支援拡充(伴走型支援と産前・産後ケアの拡充)
- 幼児教育・保育の質の向上(75年ぶりの配置基準改善と更なる処遇改善)
- 全ての子育て家庭を対象とした保育の拡充(こども誰でも通園制度の創設) R8.4~
- 新・放課後子ども総合プランの着実な実施(「小1の壁」打破に向けた量・質の拡充)
- 多様な支援ニーズへの対応
(社会的養護、障害児、医療的ケア児等の支援基盤の充実とひとり親家庭の自立支援) 等

3. 共働き・共育での推進

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 R8.10~
- 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

◆こども家庭庁予算（国分）の推移



(注1) 計数は純計ベース(歳出合計額から一般会計からの繰入額を差し引いた金額)。

(注2) 令和4年度予算は、こども家庭庁移管分。

(注3) 子ども・子育て支援特別会計育児休業等給付勘定の計数について、令和4年度及び令和5年度の計数は、厚生労働省所管の労働保険特別会計雇用勘定における育児休業給付費の歳出額。令和6年度の計数は、令和7年度との比較のために組替えた後の歳出額。

少子化対策におけるEBPMの強化

- 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（概要）（こども家庭庁2025年2月発表）

政策目標

加速化プランのPDCA
を進める際の4原則
（こども未来戦略）

KPI第2階層

少子化の トレンドの反転

こどもを産み
たい、育て
たいの希望が
叶う社会の
実現

こどもたちが健
やかに育まれる
社会の実現

こどもを生み、
育てることを経
済的理由で諦
めない

身近な場所で
サポートを受け
ながらこどもを
育てられる

どのような状況
でもこどもが健
やかに育つとい
う安心感を持
てる

こどもを育てな
がら人生の幅
を狭めず、夢を
追いかける

1年以内に結婚をするとした場合に「結婚資金」を結婚の障害と選択する人の割合：減少を目指す

若年層の実質賃金：増加を目指す
注）19歳、20～24歳、25～29歳

若年層の被雇用者に占める、正規の職員・従業員の割合：増加を目指す
注）15～24歳、25～34歳

理想のこども数を持たない理由として「子育てや教育にお金がかかりすぎるから」を挙げる夫婦の割合：減少を目指す

保護者の子育てが地域で支えられていると思う人の割合：増加を目指す

「こどもの世話や看病について頼れる人がいる」と思う子育て当事者の割合：90%

ひとり親家庭に属するこどもの進学率：増加を目指す

ひとり親家庭の親の就業率、ひとり親家庭の親の正規の職員・従業員の割合：増加を目指す

養育費受領率：全体の受領率 40%、養育費の取り決めをしている場合の受領率 70%

社会的養護下にあるこどもの権利擁護に関し、日頃から意見を表明できるこどもの割合及び満足度：増加を目指す

里親等委託率：乳幼児75%、学童期以降のこども 50%

「障害のあるこども・若者、発達に特性のあるこども・若者の地域社会への参加・包容（インクルージョン）が推進されていると思う人」の割合：増加を目指す

第1子出産前後の女性の継続就業率：向上を目指す

結婚、妊娠、こども・子育てに温かい社会の実現に向かっていてと考えている人の割合：70%

若い世代の所得向上

同一労働同一賃金の徹底

成長分野への労働移動の円滑化

リ・スキリングによる能力向上支援

いわゆる「年収の壁（106万円/130万円）への対応

希望する非正規雇用労働者の正規化

子育てに係る経済的負担の軽減

出産等の経済的負担の軽減

児童手当の拡充

医療費等の負担軽減

高等教育費の負担軽減

子育て世帯に対する住宅支援の強化

すべてのこども・子育て世帯を支援

妊娠期からの切れ目ない支援の拡充

虐待の未然防止

こども・若者視点からの新たなニーズへの対応

早期発見・早期支援等の強化

幼児教育・保育の質の向上

全ての子育て家庭を対象とした保育の拡充

放課後児童クラブの受け皿整備の推進

多様な支援ニーズへの対応

こどもの健やかな育ちの支援

貧困を解消し、貧困の連鎖を断ち切るためのこどもへの支援

ひとり親の就労支援等を通じた自立促進や経済的支援等

児童虐待への支援現場の体制強化

虐待を受けたこどもの生活環境等の整備

地域における支援体制強化とインクルージョンの推進

専門的な支援の強化等

共働きと共育での推進

男性育休の取得推進

多様な働き方と子育ての両立支援

育児期を通じた柔軟な働き方の推進

社会の意識改革

こども・子育てにやさしい社会づくりのための意識改革

こども未来戦略の施策

（政策目標について状況を把握するための指標（例））

- 希望出生率
- 合計特殊出生率
- 夫婦の平均理想こども数
- 夫婦の平均予定こども数
- 「いずれ結婚するつもり」と考えている未婚者の割合
- 未婚者の平均希望こども数

※進捗を測るKPI第1階層は割合。

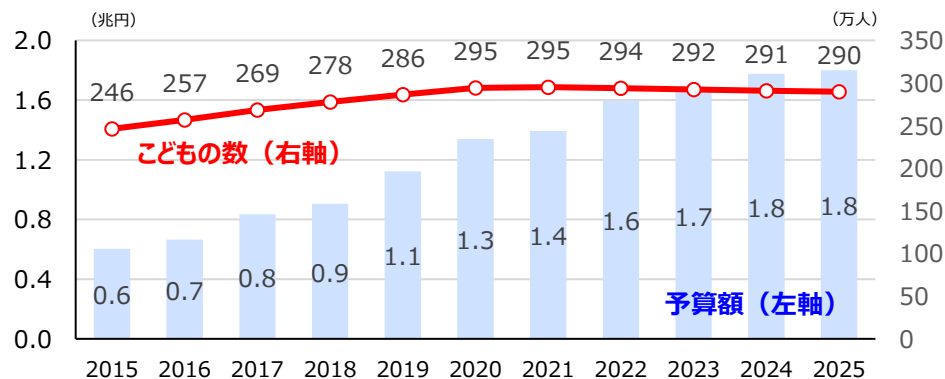
【改革の方向性】（案）

- 今般取りまとめられた「少子化対策のKPI」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。

EBPMの観点からの見直し① – 保育の公定価格

- 保育の公定価格に係る予算は待機児童対策や幼児教育・保育の無償化により近年大幅に増加。
- 保育士の処遇改善に継続的に取り組んで来た結果、着実に賃金は上昇している。一方で、措置した処遇改善がタイムリーに現場に届いていない現状がある。

◆公定価格に係る予算額等の推移



(注1) 予算額については、R6年度までは補正後予算額。R7年度は当初予算額。

(注2) 「子どもの数」は、以下①と②の合計値。

- ① 保育所、認定こども園、特定地域型保育事業の利用児童数（「保育所等関連状況取りまとめ」の人数のため、公定価格の対象ではない公立の保育所及び認定こども園の人数を含む）。
- ② 幼稚園の在籍児童数（「学校基本調査」の私立幼稚園（私学助成園を含む。）の在籍児童数をもとに、「私立幼稚園の子ども・子育て支援新制度への移行状況等調査」の施設型給付を受ける幼稚園に移行した割合を乗じた推計値）。

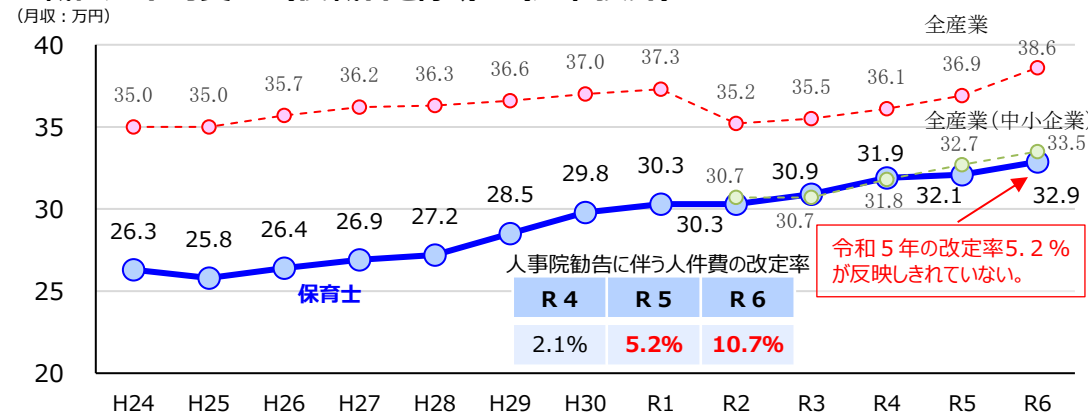
◆保育所等における継続的な経営情報の見える化について

- 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
(令和8年度予算編成から活用可能となる予定)

※令和7年10月末時点で集計中

◆職種別平均賃金（役職者を除く）（月収換算）



(出所) 「賃金構造基本統計調査」(各年度6月分の賃金等(賞与、期末手当等特別給与額については調査前年1年間))

(注1) 「月収」とは、賃金構造基本統計調査における「きまって支給する現金給与額」に、「年間賞与その他特別給与額」の1/12を足した額。

(注2) 「保育士」は、役職者を除いた職種別データの保育士(男女)の数値。

(注3) 「全産業」は、令和元年までは100人以上の企業の役職者、令和2年からは10人以上の事業所の役職者を除いた数値。

(注4) 「全産業(中小企業)」は、10人以上100人未満の事業所の役職者を除いた数値。

◆職員の処遇改善に係る実態調査

全体：25,340カ所

■ 令和7年7月現在、令和6年人動増額分は職員に支払ったか。

全額支払い済み：

18,369
(72.5%)

一部支払い済み：

4,421
(17.4%)

今後支払う予定：

2,550
(10.1%)

■ いつ(残りを)支払う予定か。

1：令和7年7月	741
2：令和7年8月	720
3：令和7年9月	500
4：令和7年10月	430
5：令和7年11月	208
6：令和7年12月以降	4,372

2割近い施設が支払完了に1年以上要している

(出所) こども家庭庁「特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業所における職員の処遇改善に係る実態調査」

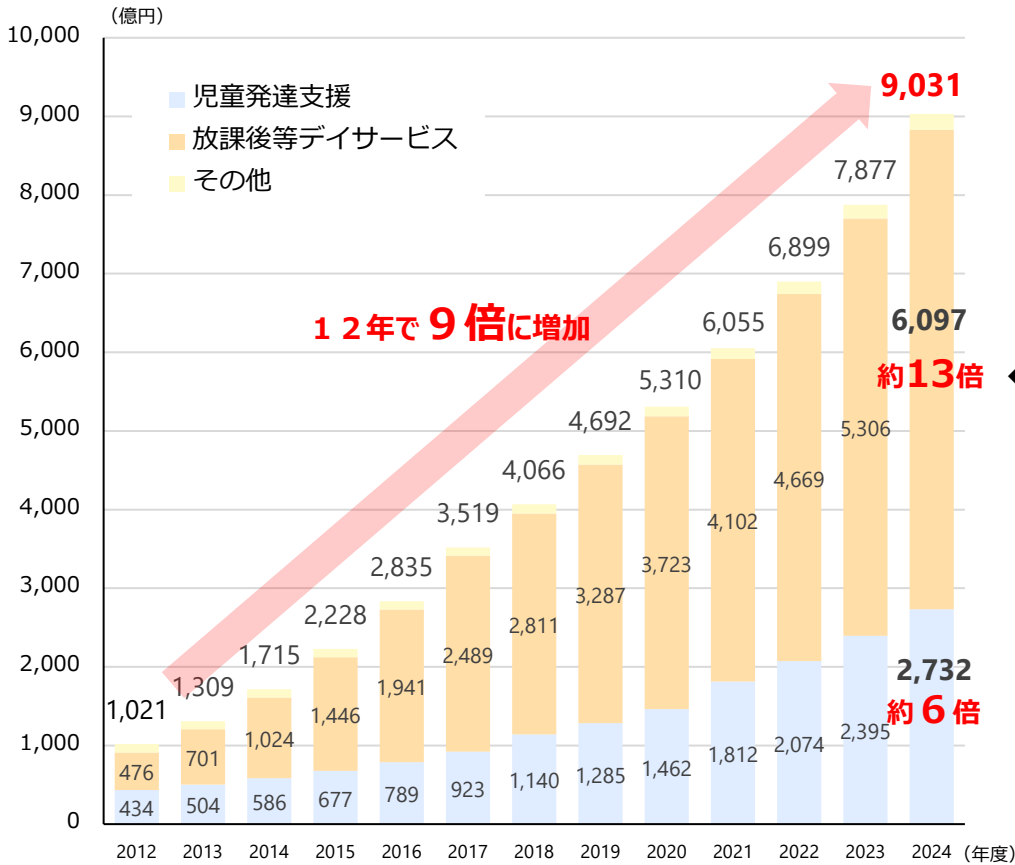
【改革の方向性】(案)

- 利用するこどもの数の動向や経済・物価の動向等を踏まえ、新たに構築された経営情報の「見える化」インフラを適切に活用して、機動的に公定価格を見直していくべき。あわせて、見直しによる効果が現場に速やかに行き届くために必要な対応を行うべき。

EBPMの観点からの見直し② – 障害児支援

- 障害児支援に係る費用は急激に増加。児童発達支援や放課後等デイサービスといった通所系サービスの事業所数（特に営利法人が設置する事業所）・利用児童数の増加がその伸びの主な原因となっている。
- 自治体における給付決定に際して明文化された基準がなく、個々の担当者が判断しているケースもあり、中には児童の状況にかかわらず一律20日以上給付を行っている自治体も存在。

◆障害児支援 サービス別総費用額



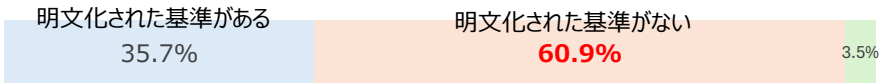
◆児童発達支援、放課後等デイサービスの利用者数等

		2020年度	2024年度	増減（4年間）
放課後等 デイサービス	利用児童数	250,964	377,599	126,635（+50.5%）
	事業所数	15,994	22,584	6,590（+41.2%）
	【うち営利法人が設置】	【9,629】	【15,087】	【5,458】【+56.7%】
児童発達支援	利用児童数	133,192	198,690	65,498（+49.2%）
	事業所数	8,498	13,566	5,068（+59.6%）
	【うち営利法人が設置】	【4,686】	【8,806】	【4,120】【+87.9%】

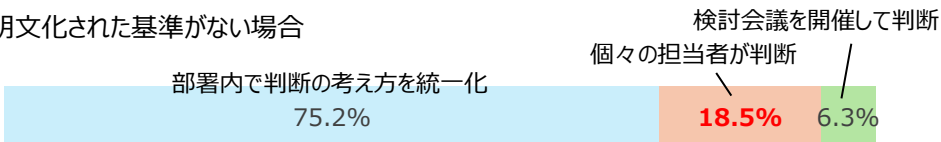
（注）利用児童数は2024年12月と2020年12月時点との比較、事業所数は2024年12月と2021年3月時点の比較

◆自治体における給付決定プロセス（こども家庭庁調査）

○障害児通所給付費を給付決定する際の給付決定基準



○明文化された基準がない場合



○障害児通所給付費を月20日以上一律給付している自治体

	児童発達支援	放課後等デイサービス
自治体数	85	111
自治体割合	4.9%	6.4%

【改革の方向性】（案）

- 障害児支援に係る総費用の増加は制度の持続性に関わる課題であり、サービスの質を確保しつつ、費用の抑制にも取り組む必要。全国の自治体における給付決定事務の標準化に取り組むとともに、総量規制の積極活用など事業所指定の適正化を進めるべき。

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）

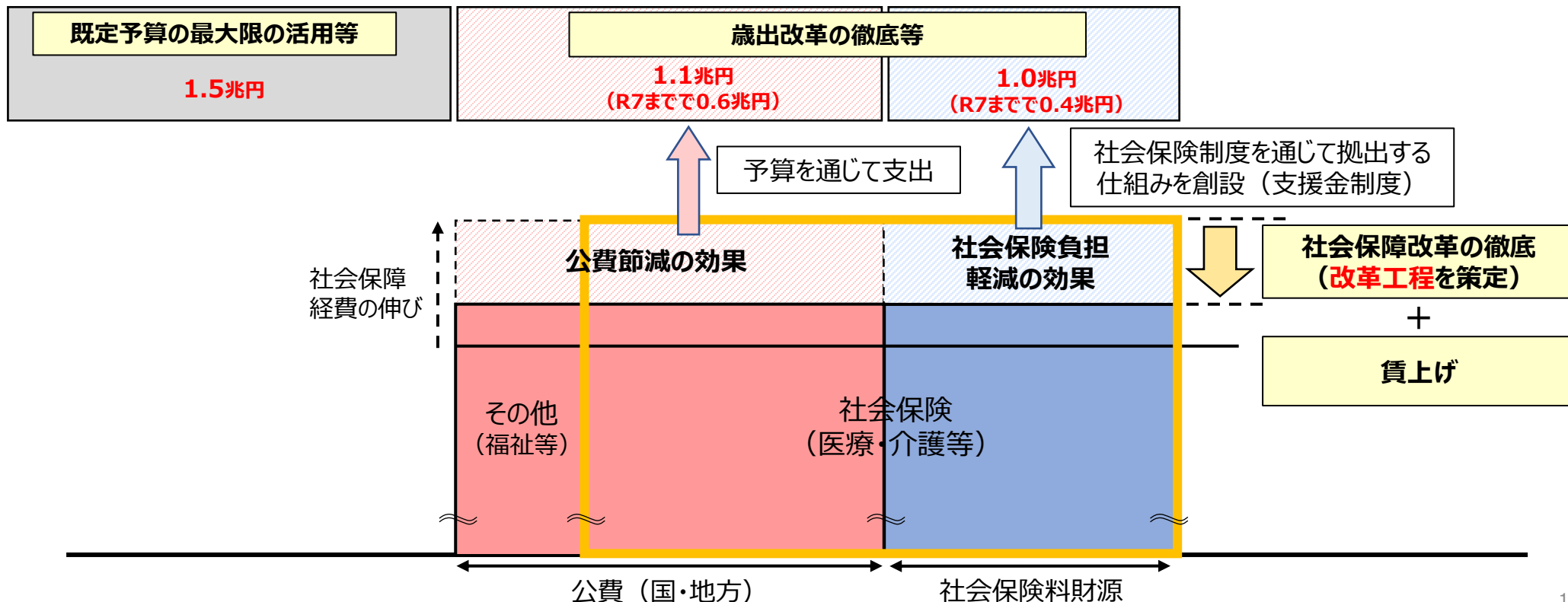
- 加速化プランは安定財源を確保した上で実施。具体的には、既定予算の最大限の活用等を行うほか、2028年度までに徹底した歳出改革等を行い、それによって得られる公費節減の効果及び社会保険負担軽減の効果を活用することとされており、2024年6月に成立した子ども・子育て支援法等の改正法により、歳出改革と賃上げによって実質的な社会保険負担軽減の効果を生じさせ、その範囲内で支援金制度を構築する（※）との枠組みが法定されている。 ※2026年度から段階的に2028年度にかけて構築。

◆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**

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



2. 医療・介護の理想像

あるべき医療・介護分野の理想像①（共通認識の醸成）

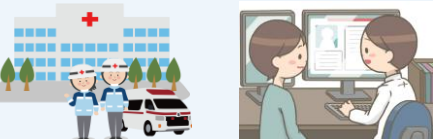
- 我が国の医療・介護は社会保険で運営されている。社会全体で人手不足が一層進行していく中で、医療・介護サービスの持続性を確保していくためには、ICTやAIを日常的に活用しつつ、医療・介護従事者の価値を最大化できる環境の醸成が必要。このためには、患者・被保険者、医療・介護従事者が、社会保障の基本理念である「自助・共助・公助」の共通認識を持ち、資源の全体最適が実現していることが理想。

◆医療・介護分野の関係者の共通認識（イメージ）

- 医療従事者は、ICT、AI等を活用することにより高い生産性を発揮。対人的ケアに注力。
 - ✓ 診療の前提はAIで対応（①問診、一次診断案の作成や、②健康診断結果などの検査データの分析・疾病リスクの数値化など）。
 - ✓ 医師はAIの情報を踏まえ判断（医師はデータを基に患者と対話し、きめ細やかな予防策を提案）。
 - ✓ 電子カルテ・電子処方箋が普及し、患者情報が医療機関の間で共有され、患者に必要な十分かつ一貫した医療が提供。
 - ✓ 介護サービスではICTが活用され、少ない人数でも効率的に良質なサービスが提供。
- 経済的な負担に配慮しつつ、患者・利用者の意向を尊重したサービスが提供。各職種の専門性を尊重しながら、連携・分担。
- かかりつけ医、ケアマネジャーが、患者・利用者の状態やニーズを的確に把握し、必要に応じて機動的に他機関と連携しつつ、過不足のないサービスを提供。

医療

高度・急性期医療（病院）
かかりつけ医（診療所、薬局、歯医者）



信頼できる品質管理・
安定供給の体制が確保

供給・販売

製薬

創薬イノベーション・安定供給
（メーカー、卸売、投資家、アカデミア等）

良質で安価な薬が開発・供給
創薬イノベーションにより国際競争力が確保
人・モノ・金・知恵（技術）が循環

公的保険に頼る部分と自身の健康管理
（セルフケア・セルフメディケーション）で
賄う部分の適切なバランス

住まい



遠隔地の人などには
オンライン診療も活用

入院・通院

自助の土台

予防・健康づくり

趣味、習い事、ボランティア
（NPO法人、自治体など）



介護

在宅系サービス（ショートステイ等）
施設系サービス（老人ホーム等）
保険外サービス（買い物、同行支援等）



入所・通所

ケアマネジャー

訪問

利用者のチェックにより質が担保された
ケアマネジメント

地域に根付いたコミュニティで、安心安全な暮らし
孤独ではなく人とのつながりを感じられる憩いの場

あるべき医療・介護分野の理想像②（制度の在り方）

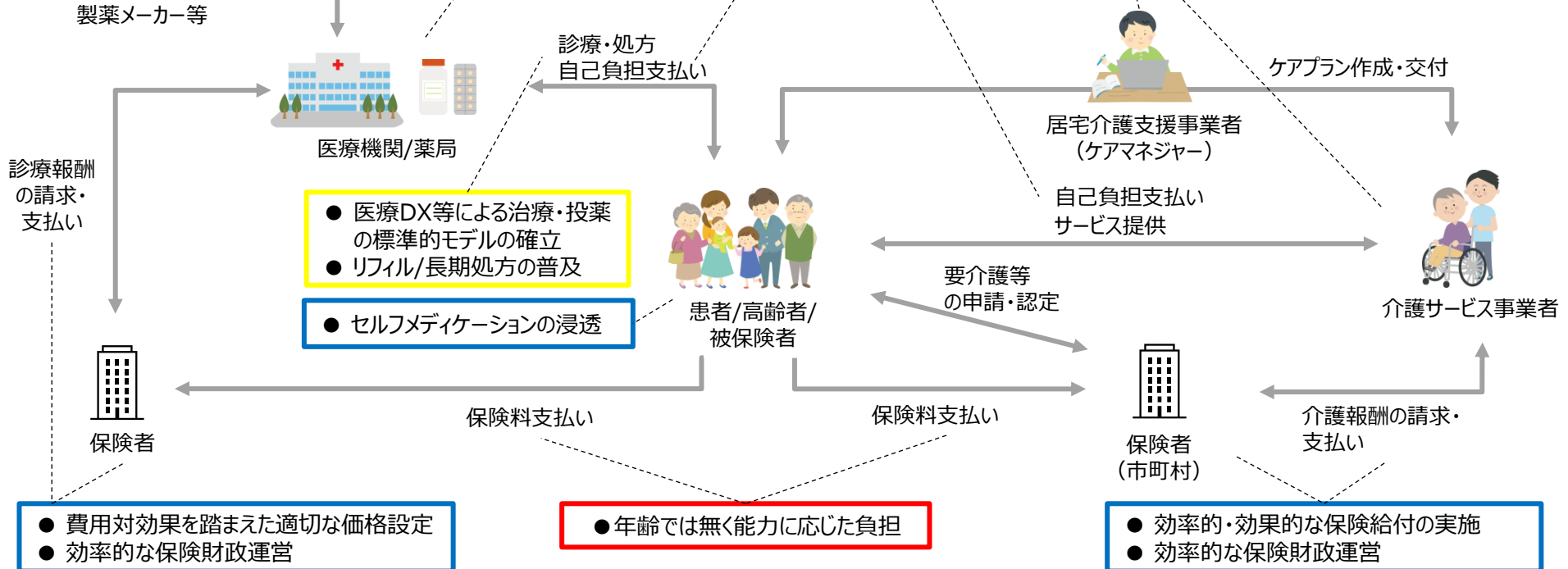
- 関係者における共通認識の醸成とそれに基づく行動変容を、制度面でも後押しすることが重要。そのためには、質の高い医療・介護サービスの効率的な提供、保険給付範囲の適切な設定、年齢では無く能力に応じた負担等を実現することが、制度の持続性確保の観点からも重要。
- 必要な制度改革の検討に当たっては、こうした理想像を描きながらバックカスティング的に議論することが有用。

◆医療・介護制度の理想的な姿

- 創薬エコシステムの確立
- 筋肉質で国際競争力のある産業構造への転換

- 医療機関・薬局・介護事業者の適切な連携・分業による資源の効率化と偏在の是正
- 医療・介護現場の職場環境整備
- 経営の協働化・大規模化による生産性向上
- 経営情報の見える化による効率化・サービスの質の向上

- 年齢では無く能力に応じた負担



質の高い医療・介護の効率的な提供

保険給付範囲の適切な設定

負担の公平化

あるべき医療・介護分野の理想像③（関係者からの見え方）

○ 将来の医療・介護分野の理想像を考えるに当たっては、主なステークホルダー（患者、被保険者、高齢者、医療・介護関係者、保険者、将来世代）の目線に立って見たときに、一定の納得感が得られるものである必要。

◆各ステークホルダーから見た医療・介護分野の理想的な姿

■ 質の高い医療・介護の効率的な提供 ■ 保険給付範囲の適切な設定 ■ 負担の公平化

患者/
高齢者
/被保
険者/
将来世
代

- 自身の電子カルテや電子処方箋の情報を自ら一元的に確認でき、必要に応じて適切な医療サービスを受けることができている。
- 医師の判断や薬剤師のフォローの下、リフィル処方や長期処方が普及。オンライン診療の活用もあいまって、患者の通院負担の軽減や利便性向上につながっている。
- 保険内と保険外の適切な組合せにより、利用者の多様なニーズに即した医療・介護サービスへのアクセスが確保されている。
- 医療・介護報酬体系において、不正請求等を行う不適正な事業者が排除されることで、公費（税金）・保険料の使途への懸念が払拭されている。
- 患者の診療・処方箋情報は医療機関や薬局との間で共有され、治療や投薬方法の標準的なモデルが確立・公開。医療サービス提供者との間の情報の非対称性は解消され、患者は自身の健康管理や予防意識を高く持ち、軽度な症状であれば自身で対応するなどセルフケア・セルフメディケーションが浸透している。
- 保険料の上昇が賃金の伸びの範囲内にとどまり、持続可能な皆保険制度が維持されている。
- マイナンバー活用等により被保険者の資産・所得の把握が可能となり、応能負担に基づく保険料・利用者負担の設定が実現している。
- 政策決定プロセスにおいて患者・被保険者等の意見が尊重されている。

医療・
介護関
係者

医療
機関

- 地域ごとに病院と診療所の機能は分化され、相互に連携する体制が確立。診療所がかかりつけ医として幅広く患者の症状やニーズをくみ取るとともに、高度・急性期医療を扱う病院に資源が集中。
- 医療資源の集約化・協働化が進み、医療サービスは効率的に提供され、地域に必要な医療を提供する医療機関の安定的な経営につながっている。
- 診療の前提となる行為にはAIを活用し、医師はAIの情報を踏まえ対人的ケアに注力することにより、高い生産性を発揮できている。
- 患者の電子カルテや処方箋は医療機関や薬局との間で共有され、治療や投薬方法の標準的なモデルが確立。特に慢性疾患や生活習慣病の分野では全国統一のフォーマットが存在。地域間や同じ症状の患者に対する医療サービスのばらつきも存在せず、より実効性ある重複投薬の防止や適切な薬学的管理が可能となっている。
- 医療関係職種の間でタスクシフト・タスクシェアが進み、例えば看護師や薬剤師が在宅医療や訪問診療の現場で一層活躍している。
- 患者側のセルフケア・セルフメディケーションの浸透により、医療従事者の負担は軽減。良好な職場環境の確保につながっている。
- 保険外併用療養や民間保険も活用しながら、患者にとって最適な医療サービスが保険内外にかかわらず提供できている。

調剤
薬局

- 薬剤師の中心的な役割は調剤から服薬管理となっており、医師に代わり薬の処方を行うなど薬剤師の活躍の場が広がっている。患者も薬局で自身の症状の相談や適切な処方を受けることができている。
- 処方箋に依存した経営では無く、薬剤師による質の高い対人業務が収益の源泉となっている。地域における医薬品の安定供給にも貢献している。

製薬
業界

- 産官学の連携により、人・モノ・金・知恵（技術）が途切れなく循環する創薬エコシステムが確立。革新的な医薬品を継続的に生み出すことにより、創薬イノベーションを評価する薬価制度の下で、医薬品産業が発展している。
- 創薬環境や市場動向の変化にも柔軟に対応し、国際競争力を有する産業構造に転換。グローバルで見て日本のプレゼンスが向上している。
- 経済合理性も踏まえた保険収載時の判断や収載後の定期的な薬価調整が行われ、良質で費用対効果の高い医薬品が提供されている。

介護
事業者

- ICT活用による生産性向上や協働化・大規模化により、介護サービスは効率的に提供され、介護事業者の安定的な経営につながっている。
- 職場環境が整備され、多様な人材が安心して働き続けることが可能となっている。
- ケアマネジャーとの適切な連携により、利用者の状態やニーズを的確に把握した上での過不足のないサービスが提供されている。
- 保険外サービスが充実し、高齢者の多様なニーズに即した介護サービスが保険内と保険外の適切な組合せにより提供されている。
- 地域社会での介護予防の取組は、高齢者の住民のコミュニティ形成の役割も果たしており、児童福祉・社会教育の分野とも密接に連携しながら、地域住民の支え合いの基盤となっている。

保険者

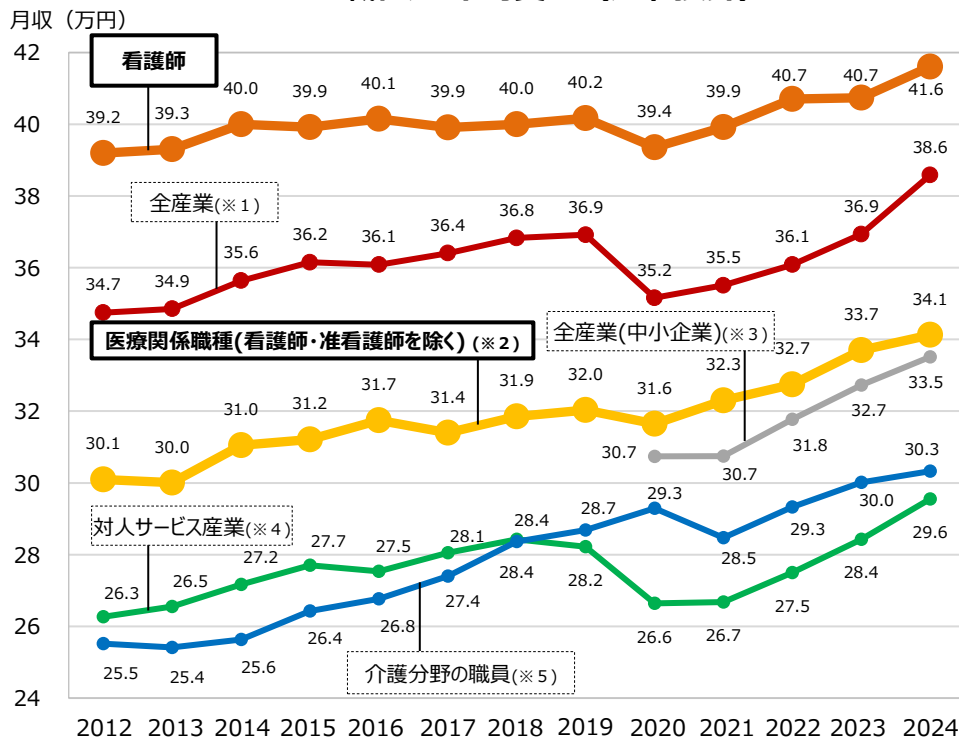
- 国民健康保険、後期高齢者医療制度では都道府県によるガバナンスの下、保険財政運営と医療費適正化が一体となって進められている。
- 小規模な市町村では介護関係事務の共同化により効率的な運営がなされている。
- マイナンバー活用等により被保険者の資産・所得の把握が可能となり、応能負担に基づく保険料・利用者負担の設定が実現。保険財政運営が持続可能となっている。

3. 医療

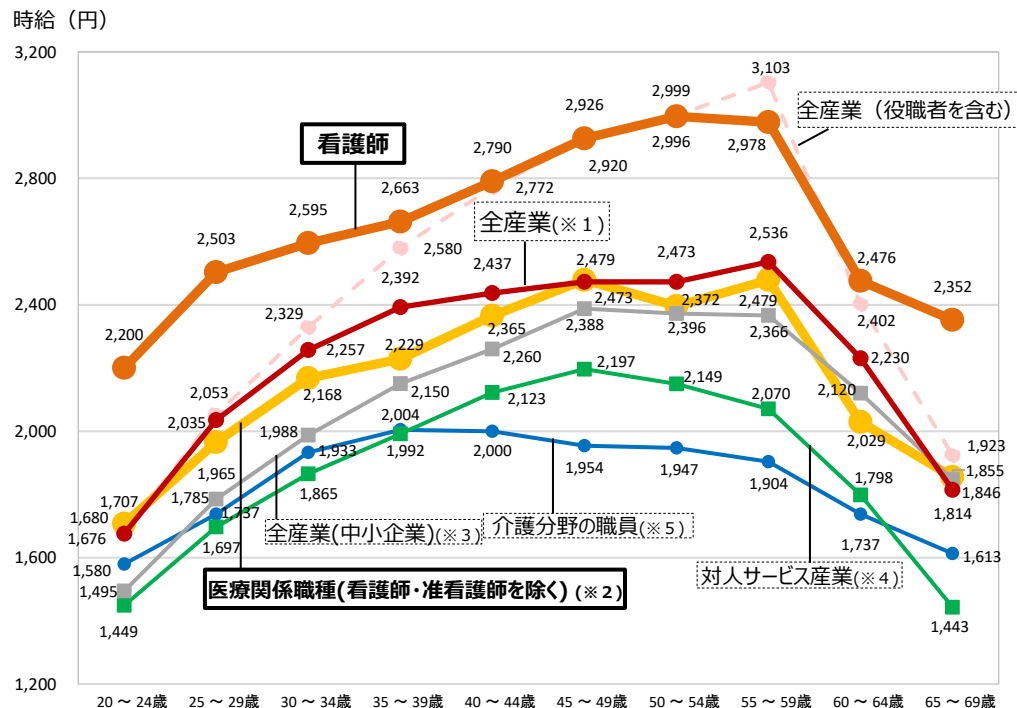
医療現場の賃上げ

- 医療現場で働く幅広い方々の着実な賃上げにつながるよう、2026年度診療報酬改定において対応を行うことは不可欠。その際には、職種毎にデータに基づき丁寧に対応方策を検討する必要。

◆職種別 平均賃金（月収換算）



◆2024年 職種別・年齢階級別 平均賃金（時給換算）



- (出所) 厚生労働省「賃金構造基本統計調査」（2012年から2019年までは2020年の調査変更に伴う遡及集計の数値、2020年以降は各年で公表された数値を使用）を基に作成。いずれも一般労働者（短時間労働者を含まないもの）。
- (注1) 職種別平均賃金（月収換算）は、役職者を除いた数値。「全産業」「全産業(中小企業)」及び「対人サービス産業」は、2019年までは100人以上の企業の役職者、2020年以降は10人以上の事業所の役職者を除いた数値。
- (注2) 「月収」とは、賃金構造基本統計調査における「きまって支給する現金給与額」に、「年間賞与その他特別給与額」の1/12を足した額。「時給」とは、同調査における「きまって支給する現金給与額」に「年間賞与その他特別給与額」の1/12を足した額を、「所定内実労働時間数」に「超過実労働時間数」を足した数で割った数値。「きまって支給する現金給与額」とは、労働協約又は就業規則などにあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって6月分として支給される現金給与額（基本給、職務手当、精進手当、家族手当が含まれるほか、時間外勤務、休日出勤等超過労働給を含む）のこと。いわゆる手取り額でなく、税込月額。
- (※1) 「全産業」は、産業別データの「産業計」から役職別データの「役職計」を除いて算出したもの。
- (※2) 「医療関係職種（看護師・准看護師を除く）」は診療放射線技師・臨床検査技師・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、歯科衛生士、歯科技工士、栄養士、看護補助者（看護助手）の加重平均。医師、歯科医師、薬剤師、看護師、准看護師は計算に入っていない。
- (※3) 「全産業(中小企業)」は、10人以上100人未満の事業所の数値（職種別平均賃金（月収換算）について、2019年までは、10人以上100人未満の事業所の役職別データが存在しない）。
- (※4) 「対人サービス産業」は、産業別データの「宿泊業、飲食サービス業」及び「生活関連サービス業、娯楽業」を加重平均したもの。
- (※5) 「介護分野の職員」は、2019年までは「ホームヘルパー」及び「福祉施設介護員」を、2020年以降は「訪問介護従事者」及び「介護職員（医療・福祉施設等）」をそれぞれ加重平均したもの。
- (参考) 2024年度平均賃金（月収換算）
医師：92.3万円 大学教授（高専含む）：90.7万円
歯科医師：81.4万円 法務従事者：60.7万円
薬剤師：47.3万円 公認会計士、税理士：47.9万円

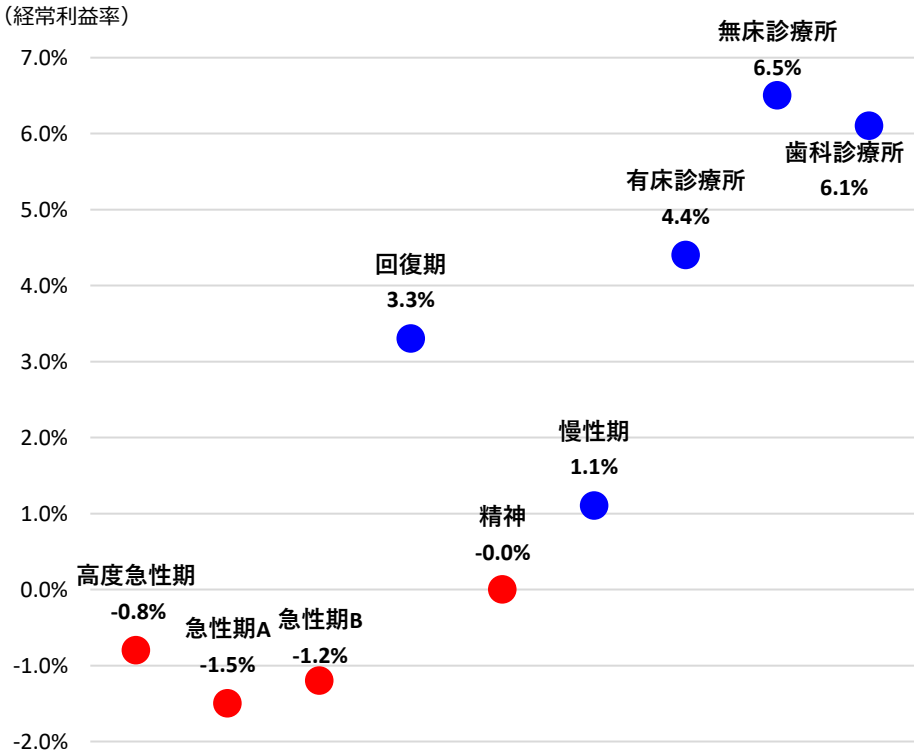
【改革の方向性（案）】

- 医療現場の賃上げを実現するにあたっては、職種別の賃金水準の格差を十分に考慮した上で、的確な対応を図るべき。

医療機関の機能・種類別の経営状況

○ 医療機関の経営状況について、機能分類別にその平均値をみると、急性期の病院は経常利益率が低い一方、回復期・慢性期の病院は黒字であり、診療所は経常利益率が高い。また、急性期機能が強い病院ほど、費用のうち材料費の占める割合が高い傾向にある。

◆ 病院・診療所の機能・種類別経常利益率（1施設あたり）



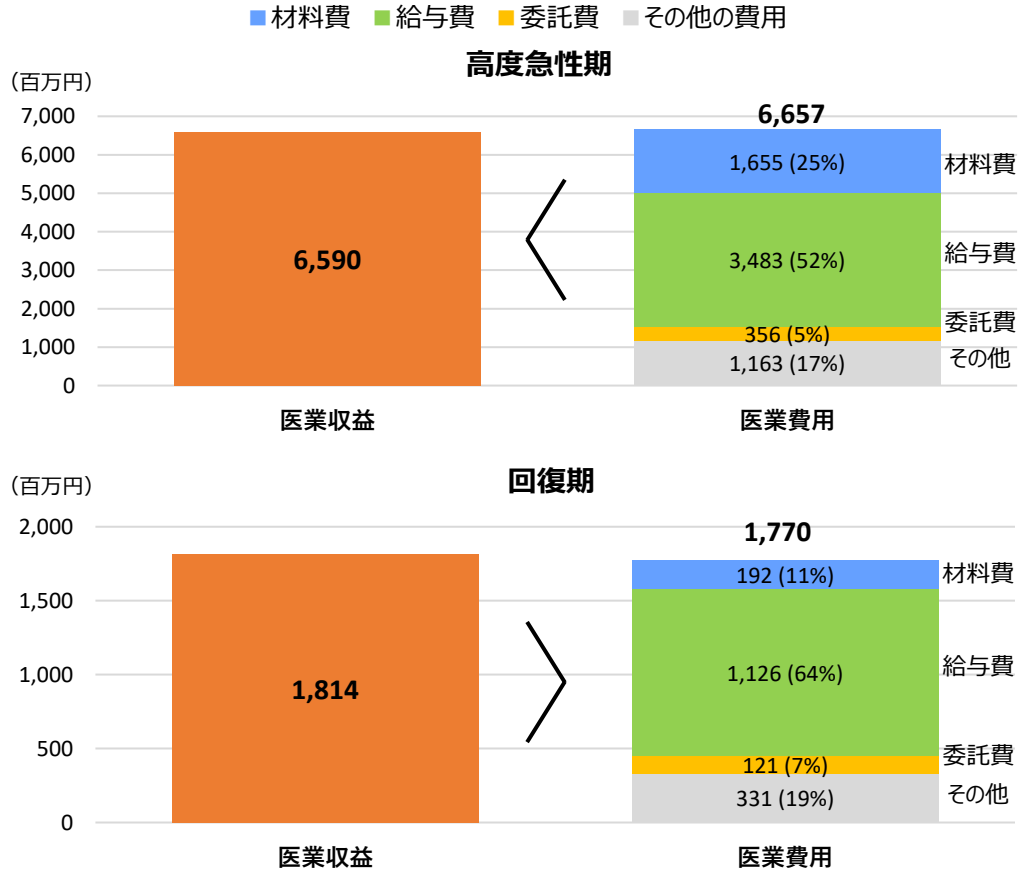
(出所) 厚生労働省「中央社会保険医療協議会総会」資料（2025年10月29日）
(注1) 厚生労働省の分析過程におけるデータ処理の関係で、「経営情報データベース」（2025年10月24日福祉医療機構公表分）に基づくデータとは計数に差異がある項目が存在することに留意が必要。
(注2) 高度急性期:急性期充実体制加算、総合入院体制加算、救命救急、ICU、HCU、SCUのいずれかを届出している病院。急性期A:急性期一般1の届出病床が50%を超える病院。急性期B:急性期一般2若しくは3の届出病床、急性期一般4～6の届出病床、地域一般1～3の届出病床のいずれかが50%を超える病院。回復期:地域包括ケア入院料の届出病床又は回復期リハビリテーション入院料の届出病床が50%を超える病院。精神:全病床に占める精神病床の割合が80%以上の病院。慢性期:療養病棟入院料の届出病床が50%を超える病院。

【改革の方向性】（案）

○ メリハリある診療報酬改定を実現するためには、医療機関の機能・種類に応じ、それぞれの経営状況や収益費用構造を勘案したきめ細やかな配分が不可欠。

◆ 病院の機能分類による収益費用構造の違い

✓ 高度急性期と回復期の費用構造を比較すると、高度急性期の方が費用に占める材料費の割合が高く、人件費の割合が低い。



病院の費用構造

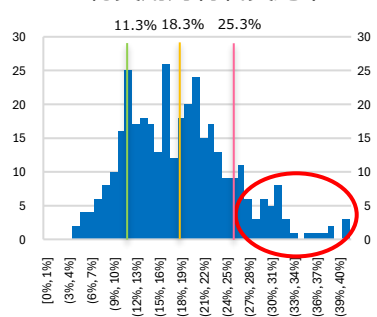
○ 患者に対して標準的かつ安定的な医療サービスを提供するという観点からは、同等の機能を有する病院間においては、費用構造（各経費の構成比率）は一定の近似性を持つことが想定される。しかしながら、実際には医業費用に占める各経費の割合には病院間で大きな差が見られ、費用構造にバラツキが生じているのが現状である。

◆ 厚生労働省「経営情報データベース」で把握可能な病院（1,516病院（医療法人立））について、病院機能ごとの、医業費用に対する材料費、給与費及び委託費の割合の分布は以下のとおり。

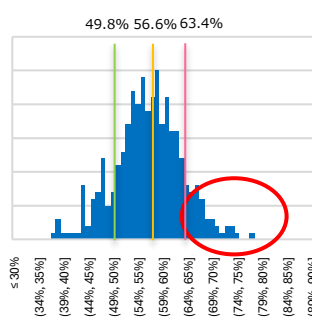
— 偏差値40
— 平均値（偏差値50）
— 偏差値60

【急性期】

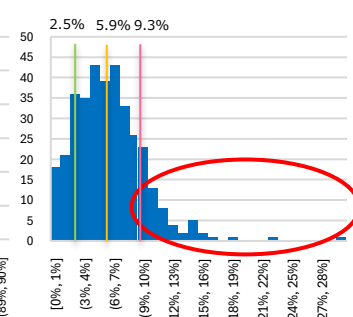
総費用対材料費比率



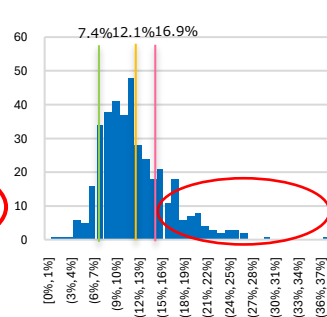
総費用対給与費比率



総費用対委託費比率

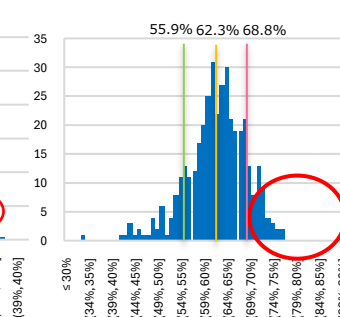


総費用対材料費比率

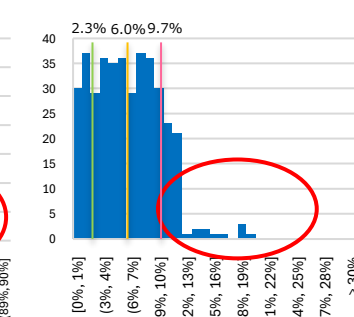


【慢性期】

総費用対給与費比率

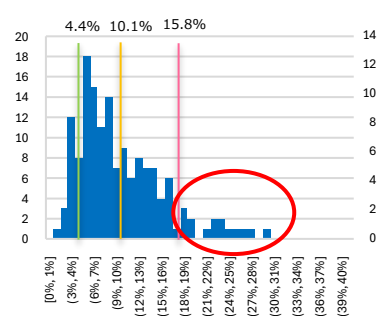


総費用対委託費比率

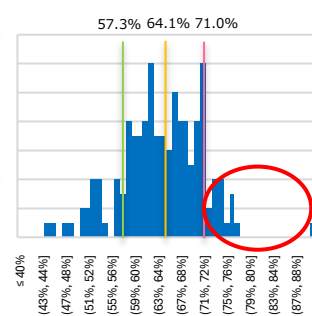


【回復期】

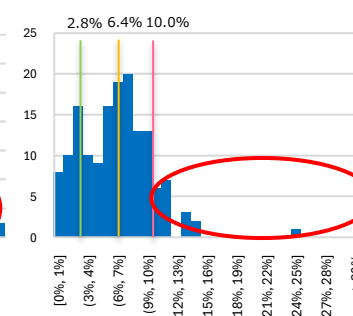
総費用対材料費比率



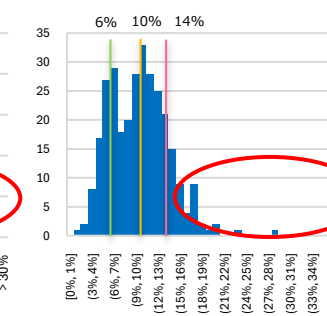
総費用対給与費比率



総費用対委託費比率

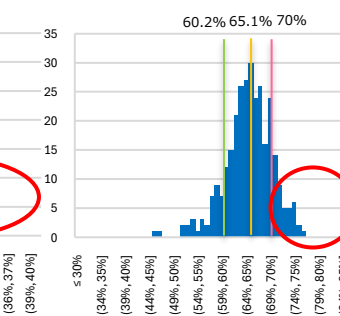


総費用対材料費比率

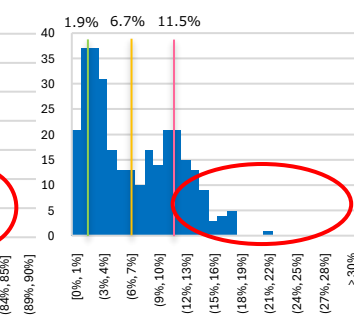


【精神】

総費用対給与費比率



総費用対委託費比率



（出所）「経営情報データベース」（2025年10月24日福祉医療機構公表分）を厚生労働省において集計。

（注）赤円は、平均値から正方向に10以上の偏差のある病院を囲んだもの。

【改革の方向性】（案）

○ 同等の機能を有する病院の平均的な費用構造と比較して、医業費用に占める各経費の割合が著しく高いような病院については、経営資源の適正化の観点から、費用構造の見直しに取り組む必要があるのではないか。

医療機関の経営情報のさらなる「見える化」

- 「経営情報データベース」の運用は開始されたものの、「見える化」のコアとも言うべき、職員の職種別の給与・人数については、任意提出項目とされている。情報は匿名化されており、個人情報保護の観点から問題がないこと、保険料・税を財源として運営される医療提供施設としての国民への説明責任があることを踏まえれば、職種別の給与・人数の提出の義務化が必要。これは、医療従事者の処遇等に関する今後の政策立案に際し、EBPMを推進する観点からも重要。
- また、医療法人立の医療機関における俸給表の作成・公開状況をみると、作成は63.5%、そのうち公開は26.1%にとどまるとの報告もある。

◆ データベースに掲載する経営情報

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

- 施設別**
- **医業収益**（入院診療収益、**室料差額収益**、外来診療収益、その他の医業収益）
 - **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**
 - **医業利益**（又は医業損失）
 - **医業外収益**（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）
 - **医業外費用**（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**

必須項目・任意項目は、「医療法人に関する情報の調査及び分析等について」（2023年7月31医政局長通知）に規定されている。

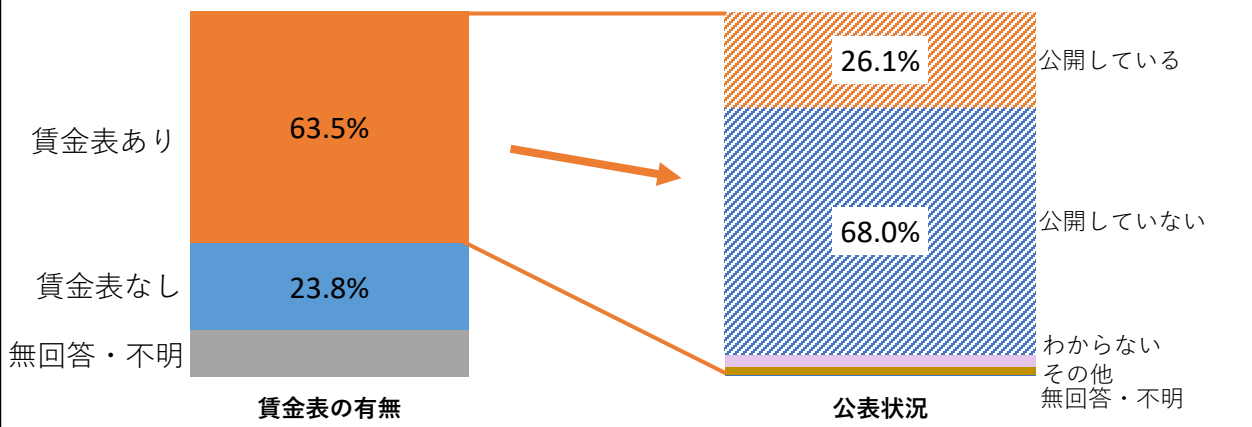
◆ 医療法人における職種ごとの給与の見える化について（2022年12月2日） 第7回公的価格評価検討委員会 増田座長提出資料（抄）

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正と考えられる。

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

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

◆ 医療法人立病院における看護職員の賃金表の有無・公表状況（日本看護協会調べ）



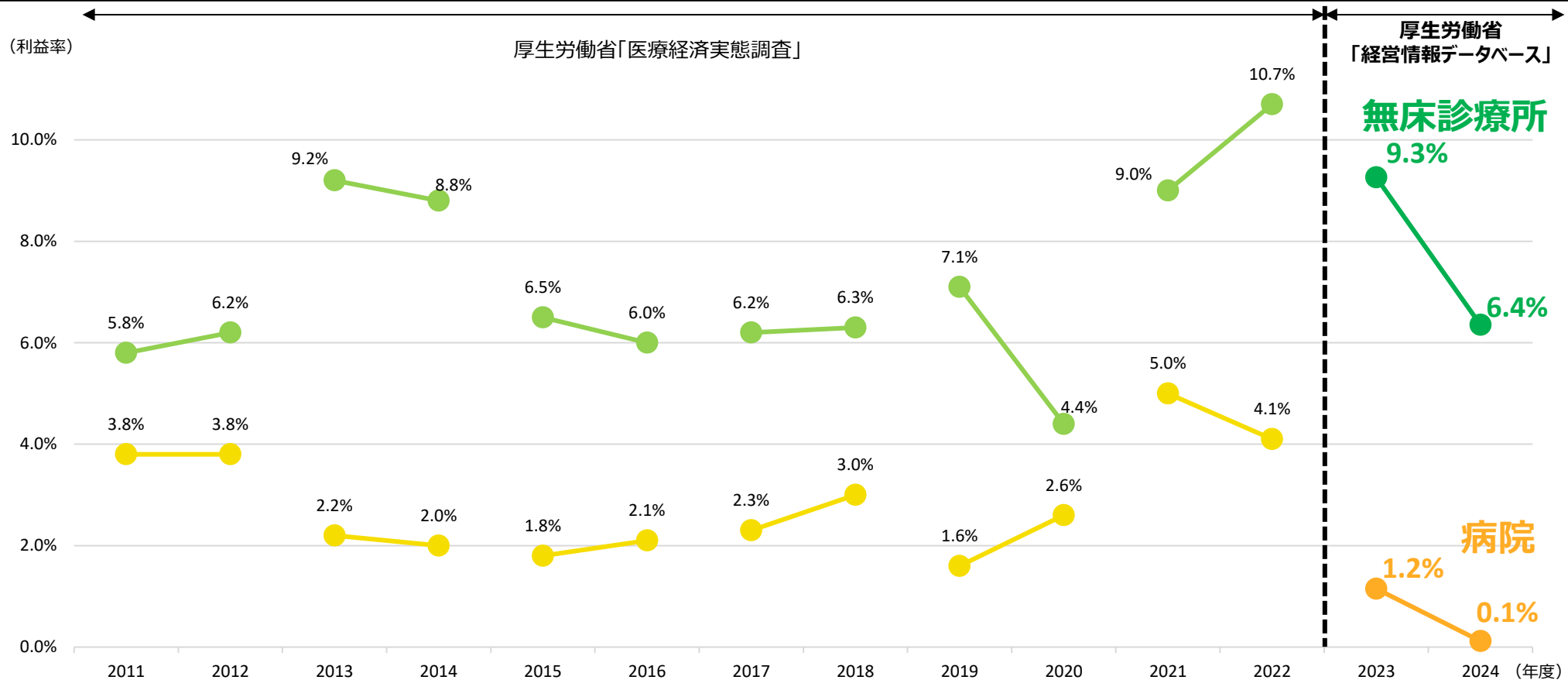
【改革の方向性】（案）

- 医療機関の経営情報の更なる見える化を実現する観点から、「経営情報データベース」における職種別の給与・人数の提出を義務化すべき。また、各医療機関において賃金表の作成・公開が進むことも必要。

診療所を巡る状況

2025年11月5日
財政制度等審議会
財政制度分科会 資料

- 近年、日本の診療所の数は増加傾向が続いているが、そのような状況下においても、無床診療所の平均利益率は、2023年度に9.3%、2024年度に6.4%と依然として高水準を維持している。さらに、財務省の機動的調査によれば、無床診療所の利益剰余金は、1施設あたりで、2023年度に1.31億円、2024年度に1.35億円と高水準を保っており、多くの診療所に経営余力が引き続き存在すると考えられる。



- (注1) 医療経済実態調査は2年に1回(西暦の奇数年)実施され、その前年度と前々年度の経営状況を調査しているが、調査回ごとに対象の医療機関が異なるため、異なる調査回の間での比較は困難。一方、厚生労働省「経営情報データベース」は、同一の母集団に対する悉皆調査であり、各年の集計結果同士を経年比較可能と考えられる。
- (注2) 医療経済実態調査に係る利益率は、一般病院(医療法人立)及び一般診療所(医療法人立・入院診療収益なし)に係る補助金を含んだ利益率(医業収益及び介護収益の合計額に対する総損益差額(診療所は損益差額)の割合)。厚生労働省「経営情報データベース」に係る利益率は、それぞれ一般病院(医療法人立)及び一般診療所(医療法人立・入院収益なし)に係る経常利益対経常収益。
- (出所) 2011年度から2022年度の無床診療所及び病院の利益率: 厚生労働省「医療経済実態調査」(病院:集計1、診療所:集計2)。2023年度から2024年度までの無床診療所及び病院の利益率: 厚生労働省「経営情報データベース」(2025年10月24日福祉医療機構公表分)。

【改革の方向性】(案)

- 診療所については、依然として高水準にある利益率や利益剰余金を踏まえ、適正化の方向で検討すべき。

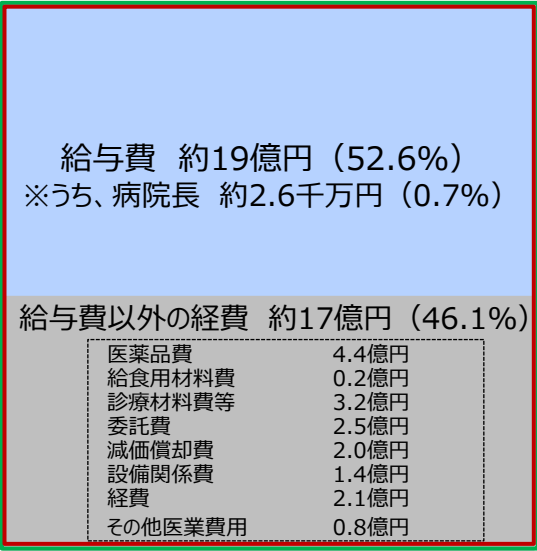
病院・診療所の収益に対する費用構造

- 病院および診療所（医療法人・個人）の収益に対する費用構造を見ると、いずれも人件費（給与費等）が全体の約 5 割を占めている。
- 特に診療所においては、院長報酬（約 3 千万円）が大きな割合を占め、医療法人立では13.7%、個人立では32.8%に達する。

病院（全体）

平均の年間経費総額 **約36億円**
（対収益 約99%）

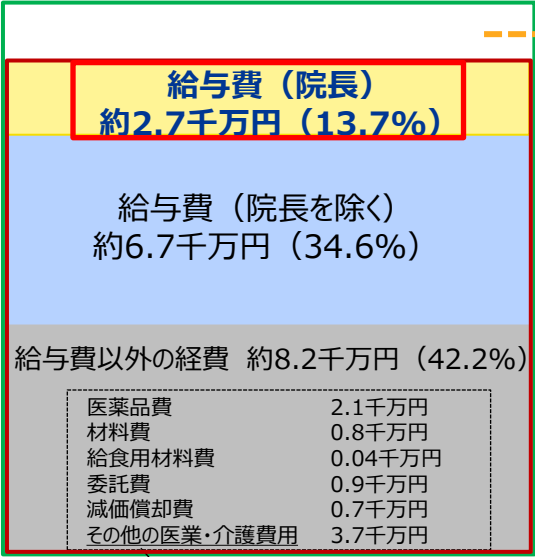
平均の年間収益総額 約36億円



診療所（医療法人）

（診療所全体の約45%）
平均の年間経費総額 **約1.7億円**
（対収益 約90%）

平均の年間収益総額 約1.9億円



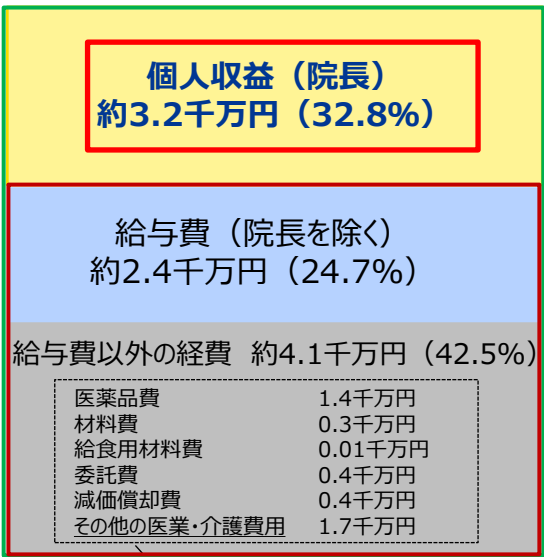
うち設備機器賃借料	0.2千万円
うち医療機器賃借料	0.1千万円
うち水道光熱費	0.2千万円

以上を除いた残費用 3.1千万円

診療所（個人）

（診療所全体の約37%）
平均の年間経費総額 **約6.5千万円**
（対収益 約67%）

平均の年間収益総額 約1億円



うち設備機器賃借料	0.1千万円
うち医療機器賃借料	0.1千万円
うち水道光熱費	0.1千万円

以上を除いた残費用 1.3千万円

（出所）厚生労働省「第24回医療経済実態調査報告」2022年（度）（以下、単に「医療実調報告2022」という。）に基づき財務省作成。数字はいずれも1施設あたり。病院は「集計1」、診療所は「集計2」。

（注1） 括弧書きは収益全体に占める割合。収益には、新型コロナウイルス感染症関連の補助金が含まれる。

（注2） 給与費には、職員の給料・賞与のほか、退職金、法定福利費等が含まれている。

（注3） 病院長、一般診療所（医療法人）の院長の給与は、医療実調報告2022における「職種別常勤職員1人平均給与年（度）額等」における、病院長及び院長に係る平均給料年（度）額及び賞与の合計額。

（注4） 一般診療所（個人）の「個人収益（院長）」には、建物、設備について現存物の価値以上の改善を行うための内部資金に充てられる部分が存在する場合もある。

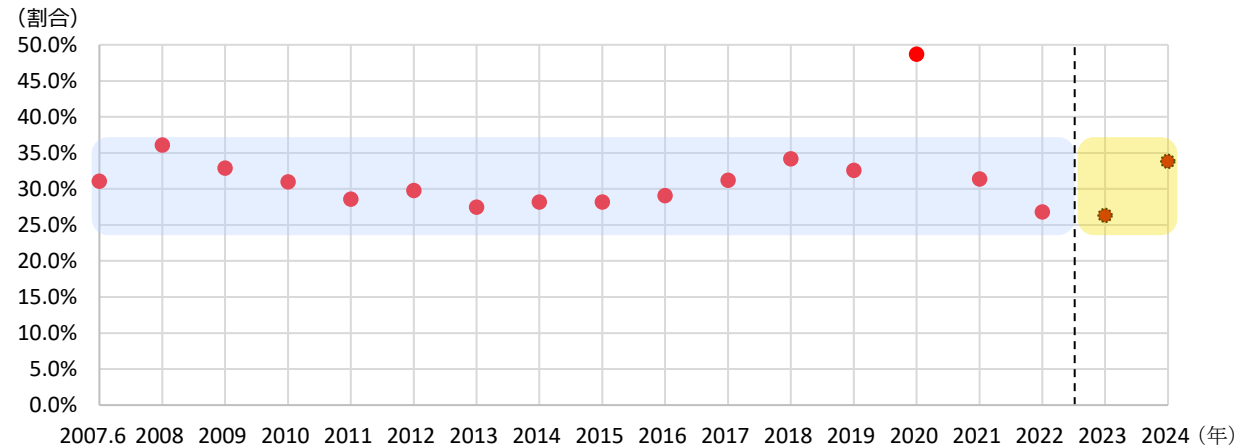
（注5） 一般診療所における「その他の医業・介護費用」には、福利厚生費、消耗品費、光熱水費、賃借料、事業税、固定資産税等、支払利息、雑費等が含まれる。

（注6） 診療所全体に対する医療法人立及び個人立の診療所の割合について、これら以外に「その他」の類型があるため、合計が100%にならない。

2024年度赤字診療所（医療法人立）の分析

- 2024年度の診療所の赤字の割合は33.8%だが、従来、赤字の割合は26.3%～48.7%で推移。
- 2024年度の診療所の経営データを見ると、赤字であっても自己資本比率は高い傾向。また、開設からの年数が長い診療所ほど、赤字の割合が高い。

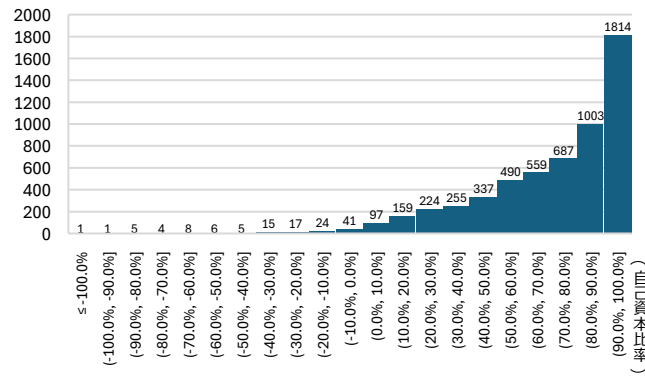
◆ 赤字診療所（法人立）の割合の推移



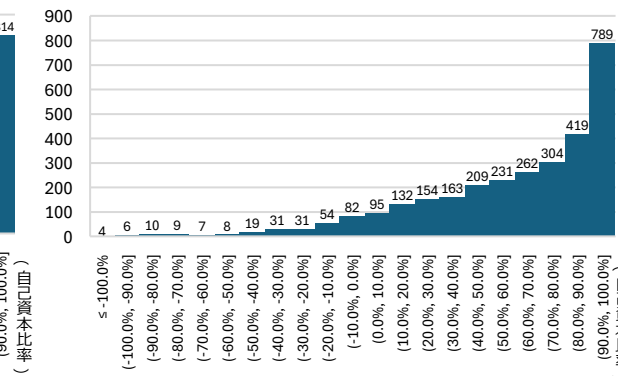
(出所) 第16回～第24回「医療経済実態調査」に基づき作成。一般診療所（医療法人）において、損益率が0%未満の各階級の割合を集計。
2023年度及び2024年度については、「経営情報データベース」（2025年10月24日福祉医療機構公表分）における「経常赤字割合」に基づく。
(注) 2007年については、2007年6月分の集計である。

◆ 2024年度における無床診療所（黒字・赤字）の自己資本比率

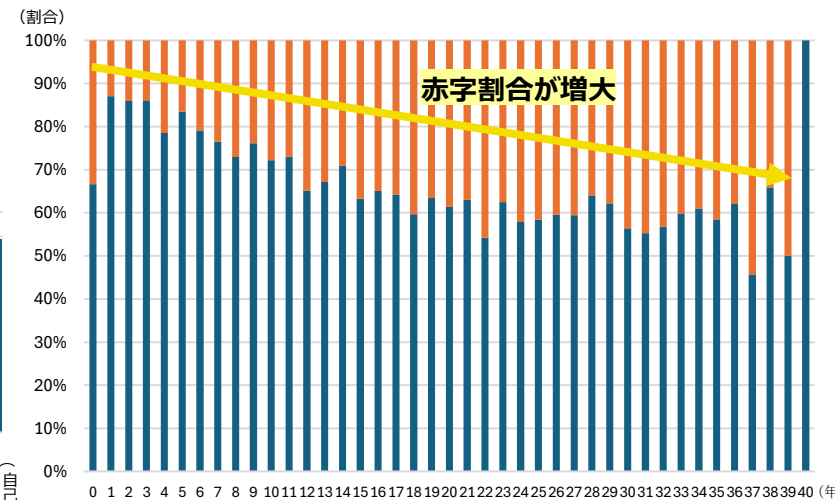
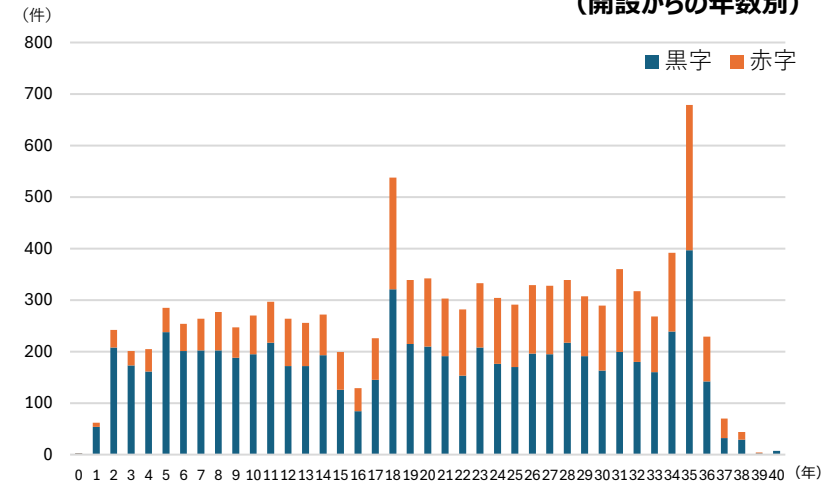
黒字決算の無床診療所が属する医療法人の自己資本比率
(法人数：件) N=5,845（1法人につき1診療所の法人のみ）



赤字決算の無床診療所が属する医療法人の自己資本比率
(法人数：件) N=3,139（1法人につき1診療所の法人のみ）



◆ 2024年度における黒字・赤字の無床診療所の数・割合（開設からの年数別）



(出所) 2024年度における黒字・赤字の診療所の数・割合（開設からの年数別）及び無床診療所（黒字・赤字）の自己資本比率は、「経営情報データベース」（2025年10月24日福祉医療機構公表分）を厚生労働省において集計。
(注) 1985年医療法改正により1人医師による医療法人の設立が可能となり、法人数が急増したため、40年前以降に設立された法人で比較。

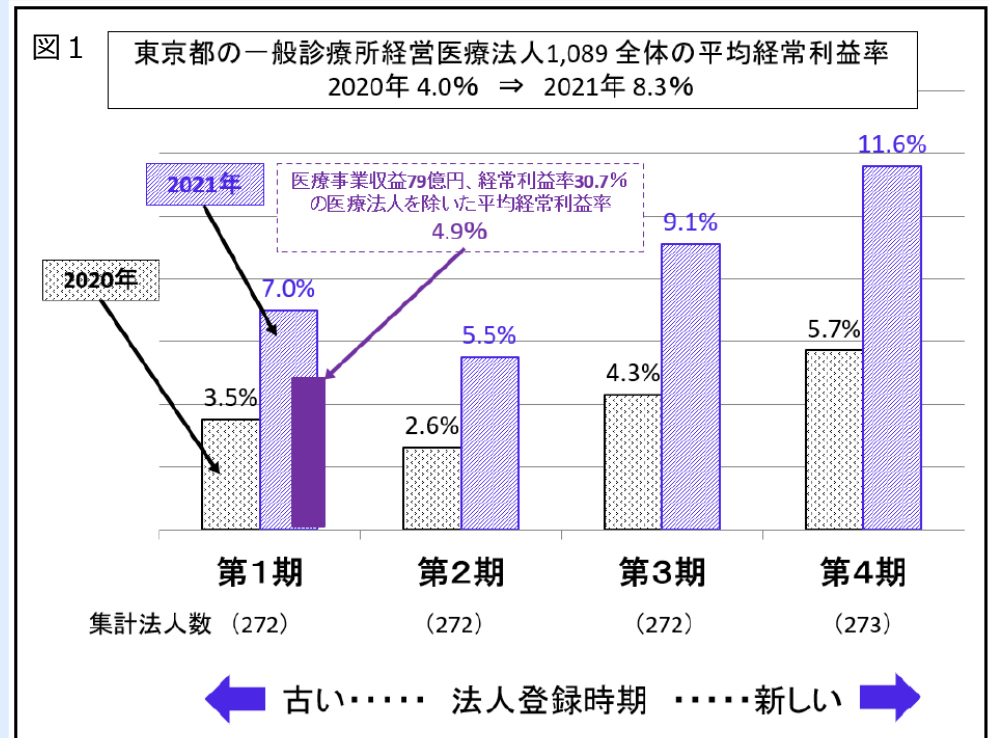
(参考) 医療法人の法人設立時期に基づく経常利益率の分析

2023年11月20日
財政制度等審議会
建議参考資料 一部編集

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

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

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

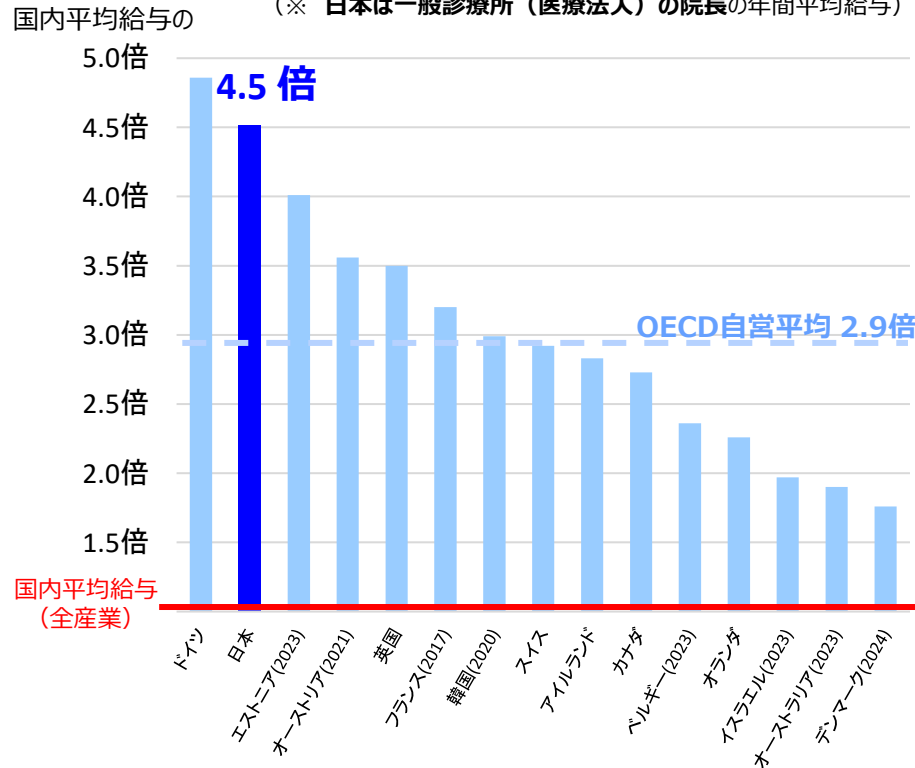


医師給与の国際比較

- 世界各国ともに医師の給与水準は国内（全産業）の平均給与水準と比較して高い傾向にあると言えるが、日本の開業医（診療所の院長）の給与水準は国内（全産業）の平均と比べて4.5倍、勤務医のそれは2.5倍であり、医師の給与水準は高い。
- OECD諸国の医師給与は、国内（全産業）の平均と比較して、開業医（自営）が2.9倍、勤務医が2.1倍であり、日本における医師給与の相対的な水準は国際的に見ても高い。
- 特に、日本の開業医（診療所の院長）の給与水準については、日本の勤務医の給与や、OECDの開業医（自営）の給与と比較して、大きく乖離しているのが特徴と評価できる。

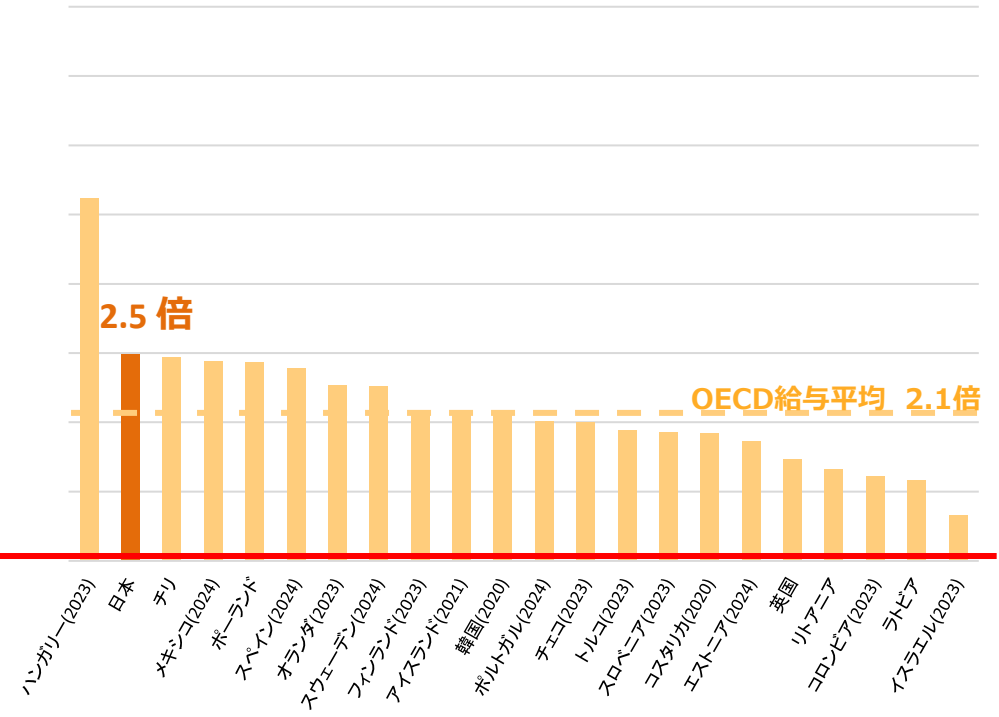
<自営 (Self-employed)>

(※ 日本は一般診療所（医療法人）の院長の年間平均給与)



<給与 (Employee)>

(※ 日本は一般病院（全体）の医師（病院長を除く）の年間平均給与)



(出所) 日本：厚生労働省「第24回医療経済実態調査報告」2022年（度）、2022年賃金構造基本統計調査。OECD各国（日本を除く）：OECD「Healthcare human resources」。

(注1) OECD自営平均及びOECD給与平均は、OECD諸国の自営及び給与指数を単純平均したもの。日本の数値は含まない。

(注2) OECD諸国の数字は、公表されている最新の年/年度の数字を使用。年/年度の記載がないものは2022年/年度の数字。

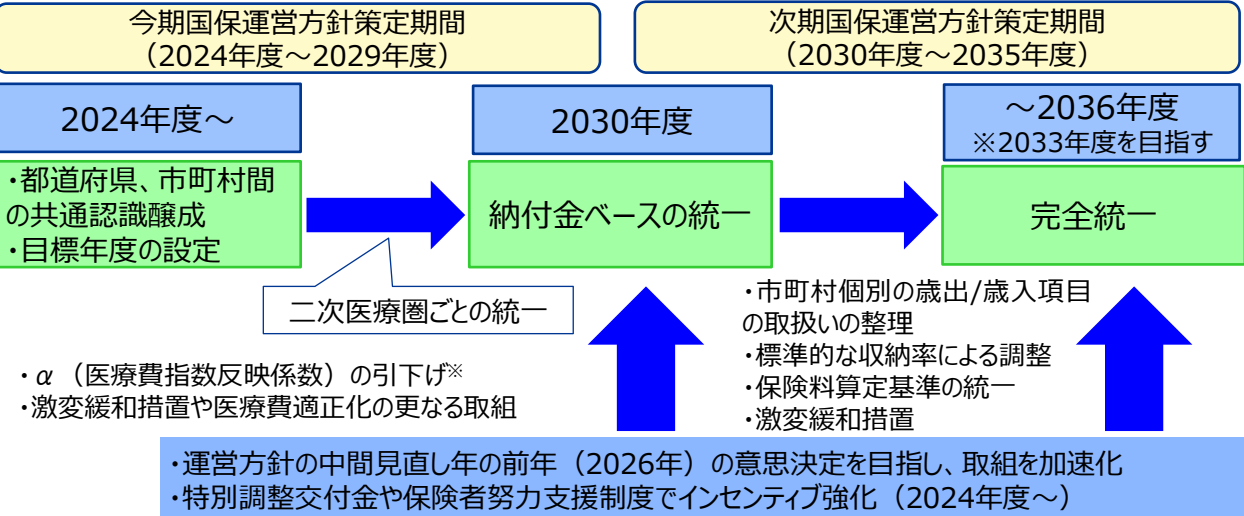
(注3) OECD自営及びOECD給与の算出対象者は、各国による整理の違いなどにより、日本における一般診療所（医療法人）の院長及び一般病院（全体）の医師（病院長を除く）と必ずしも一致するものではないと考えられる。

(注4) 日本の国内平均給与は、大学卒かつ企業規模10人以上の男女計の平均給与（「きまって支給する現金給与額」（月額）に12を乗じた額に「年間賞与その他特別給与額」を加えた額。なお、学歴計かつ企業規模10人以上の男女計の平均給与とした場合、左図における日本の計数は「5.3」倍、右図における日本の計数は「2.9」倍となる。）。

国民健康保険における保険料水準統一の加速化

- 2018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、各市町村の医療費水準（年齢調整後）にかかわらず、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、2024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、2030年度までに全ての都道府県で保険料水準（納付金ベース）の統一を目指すことが明記された。
- しかし、医療費以外の要素も含めた「保険料水準の完全統一」については、達成済は2府県にとどまっており、目標年度を定める道県も17にとどまっている。

◆「保険料水準統一加速化プラン」（2024年6月）



【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）

2030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（2026年）に向けた取組の加速化を進める。

（完全統一）

次期国保運営方針期間（2030～2035年度）の中間年度（2033年度）までの移行を目指しつつ、**遅くとも2035年度（2036年度保険料算定）までの移行を目標**とする。

※ 各都道府県が目標年度の設定を更新する次のタイミングは、国保運営方針の中間年度での改定年である2027年度

※ 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

完全統一を達成済 2府県	完全統一の目標年度を定めている ※（ ）内は年度 17道県	納付金ベースの統一等の目標年度を定めている 18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 8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、 ※三重県、長崎県については、納付金ベースの統一は達成済だが、完全統一の目標年度は未設定。	岩手県、宮城県、秋田県、山形県、栃木県、千葉県、東京都、新潟県、富山県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県、鳥取県、山口県、徳島県、愛媛県、鹿児島県	茨城県、石川県、京都府、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、一刻も早く「保険料水準の完全統一」を全国で実現すべき。具体的には、まずは「納付金ベースの統一」についての目標年度を前倒しさせつつ、先進自治体の例を横展開することにより、2030年度までの「完全統一」を実現すべき。

後期高齢者医療制度のガバナンス

- 国民健康保険については、都道府県が財政運営を担う体制が定着。住民の受益（医療提供体制の整備、医療費水準）と住民の負担（保険料水準）の双方を俯瞰しつつ、保険者としてのガバナンス機能を発揮し、医療費適正化の取組を推進していくことが期待されている。
- 一方、後期高齢者医療制度は、後期高齢者医療広域連合が運営主体であり、地域医療構想や医療費適正化計画を策定する都道府県とは主体が切り離されている。また、広域連合の職員の大半は市区町村からの派遣で構成され、トップは圏内の首長が兼務する形となっている中、効率的な医療提供体制の構築と整合性を図りつつ、医療費適正化に向けたガバナンス機能を発揮することが困難となっていることが懸念される。

◆後期高齢者医療制度の概要（2008年（平成20年）4月～）

<運営主体>

- 各都道府県内の全ての市区町村が加入する**後期高齢者医療広域連合**

※高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、都道府県とは別個に設置される、地方自治法上の特別地方公共団体。

<対象者数・医療費> ※令和7年度予算ベース

- 75歳以上の高齢者：約**2,070万人**

- **20.4兆円**（うち給付費：18.7兆円、患者負担：1.7兆円）

<保険料額> ※令和7年度見込

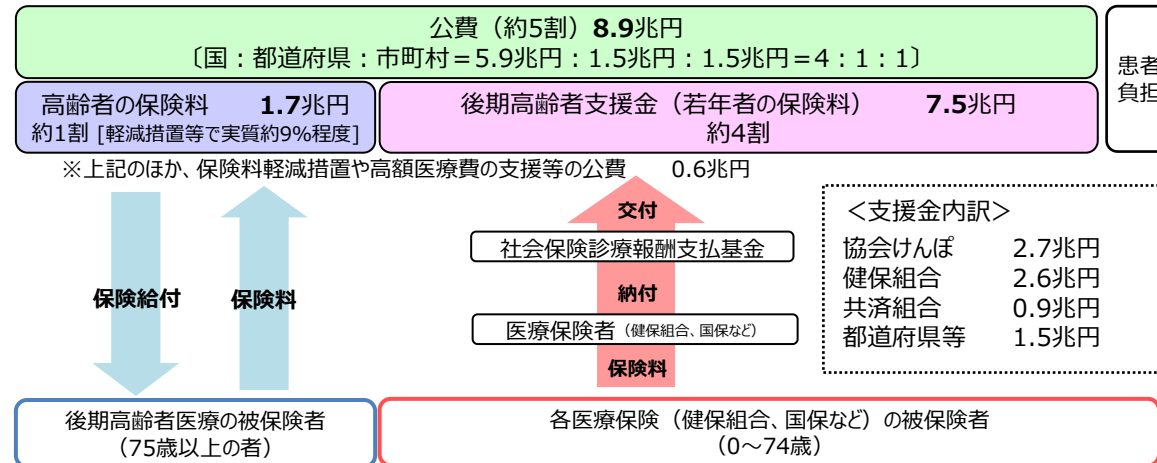
- 全国平均 約**7,190円／月** ※基礎年金のみの受給者は約1,260円／月

◆都道府県と高齢者医療制度の関わり

- ✓ 現状でも、都道府県は後期高齢者医療制度に関する事務を所管しており、46の都道府県では、国保と同一の課が担当。（各都道府県のHP等より）
- ✓ 広域連合が実施する保健事業について、都道府県・市町村が担う「国保の保健事業」及び「介護予防」の取組と一体的に実施する取組（所謂「一体的実施」）が令和2年度からスタート。多くの都道府県では、県内での「一体的実施」を促進する予算事業を展開。

◆後期高齢者医療制度の資金の流れ

※ 数値は令和7年度予算ベース



◆47の後期高齢者医療広域連合の組織体制について

- ✓ 広域連合長は、市区町村の首長の中から、市区町村の首長による間接選挙で選出され、全ての広域連合長が市区町村の首長となっている。
- ✓ 広域連合の予算・条例を審議する広域連合議会についても、市区町村議会による間接選挙で選出され、首長や地方議会議員で構成されている。
- ✓ 広域連合の事務局の職員は、市区町村、都道府県、国保連からの短期での派遣職員により構成されており、そのほとんどは市区町村職員。

【改革の方向性】（案）

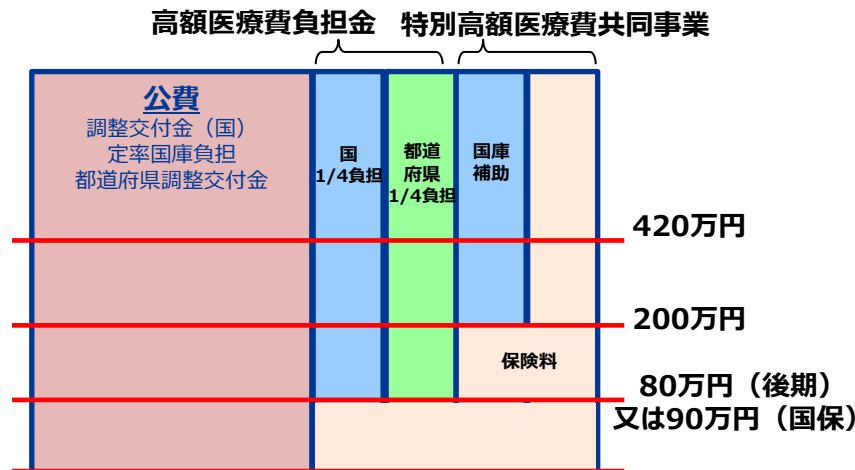
- 後期高齢者医療制度においても、国保と同様、都道府県を財政運営の主体とすることにより、ガバナンス機能が最大限に発揮されるようにすべき。都道府県の事務負担等にも十分に配慮しつつ、そのための具体的な道筋について早急に検討を深めるべき。

高額医療費負担金の見直し

- 国民健康保険および後期高齢者医療制度における高額医療費負担金は、高額な医療費が発生した場合に、保険者の財政運営に与える影響を緩和することを目的とした制度である。しかしながら、医療の高度化や薬剤費の上昇が進む中において、当該負担金の対象となる高額レセプトに係る医療費は増加傾向にある。現在の基準は、国保では、1件あたり90万円超、後期では80万円超のレセプトが対象となっている。
- 国保において、同制度は小規模な市町村国保の財政的脆弱性への対応のため設けられたものだが、今後、保険料水準が統一されていけば、個別の市町村における医療費の変動は都道府県内でシェアされ、財政負担は平準化されるため、その本来の役割・意義は没却する。後期においても、高額医療費の増加や、その保険給付費に占める割合の上昇が顕著であり、保険者による医療費適正化の取組を促していく観点からも、高額レセプト基準の在り方について、一定の見直しを検討すべき時期にきているのではないかと。

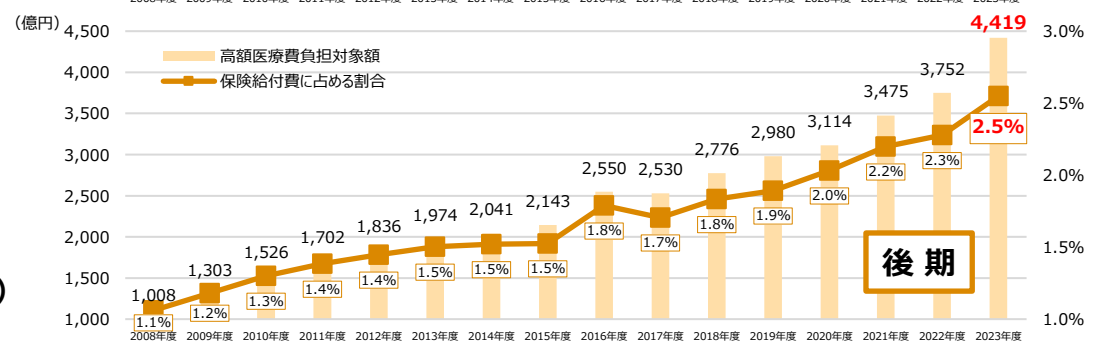
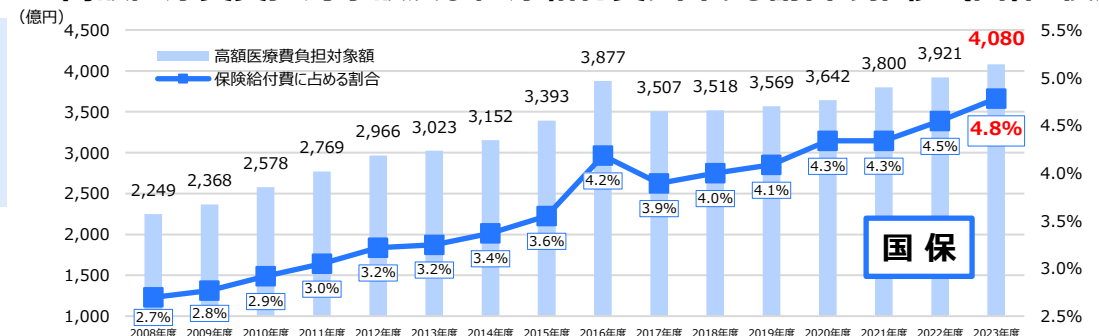
◆ 国保・後期における高額医療費負担金のイメージ

- ✓ 高額な医療について、財政影響の緩和（リスク分散）の観点から、国・都道府県・保険料で負担を分担・平準化する仕組み。
- ✓ 通常の公費負担（約50%）に加え、高額レセプト（国保90万円、後期80万円以上）に係る基準値超部分の一定割合を公費でカバー。



※ 国保の高額医療費負担金のレセプト基準は、2025年度から80万→90万円に見直し。
 ※ 420万円以上のレセプト（特別高額医療）については、都道府県（国保）・広域連合（後期）の拠出金を財源に全国で費用負担を調整。国は予算の範囲内で一部を補助。

◆ 高額医療費負担対象額及び医療給付費に占める割合の推移（国保・後期）



※ 「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。高額医療費負担金（国費）は、「国民健康保険事業年報」集計表及び「後期高齢者医療事業状況報告（年報）」集計表における国庫支出金のうち高額医療費負担金（又は高額医療費共同事業負担金）による。
 ※ 「保険給付費に占める割合」は、「高額医療費負担対象額」÷「保険給付費」で算出。保険給付費は、「国民健康保険事業年報」集計表及び「後期高齢者医療事業状況報告（年報）」集計表による。

【改革の方向性】（案）

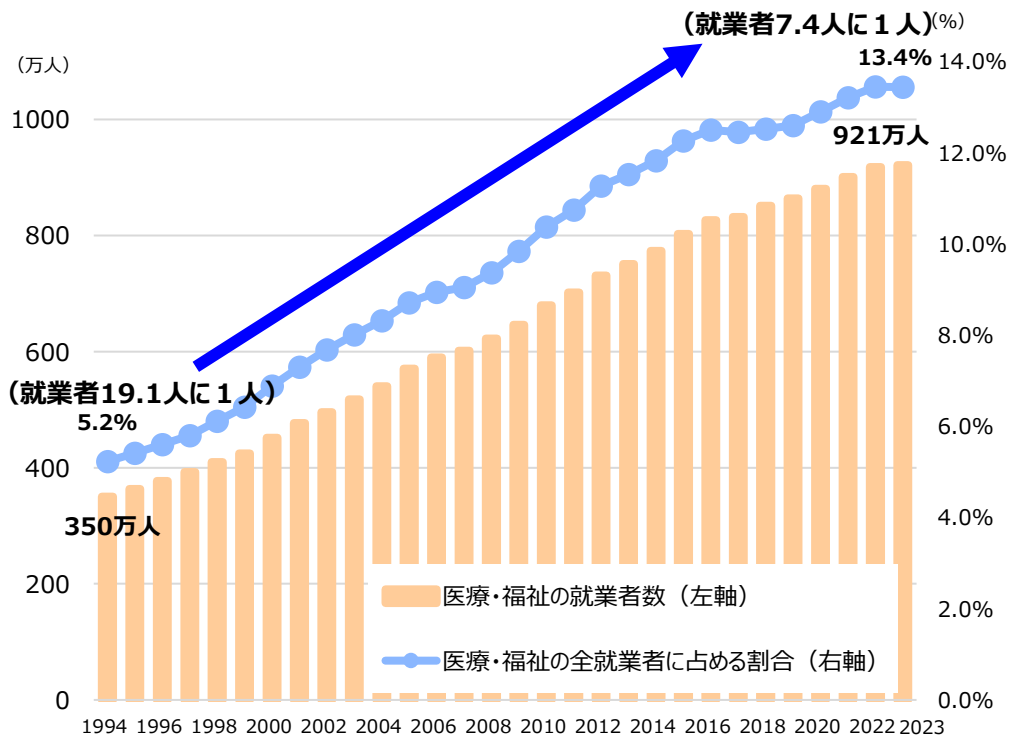
- 国保の高額医療費負担金については、保険料水準の統一と併せて、その廃止を含めた見直しを検討すべき。後期の高額医療費負担金についても、レセプト基準の見直しに早急に着手すべき。

医療提供の効率化 ①総論

- 医療関係職種は増加の一途を辿っており、全産業に占める割合も増加。病床100床あたり従事者で見ても増加傾向が見られる。
- 人材は貴重な経営資源であり、医療機関の経営上、人件費は最大の費用項目（薬剤費を除けば約6割）。「一人当たり賃金」を着実に引き上げていく必要があること、日本全体の人的資源配分の最適化が今後重要であることを考慮すれば、我が国における医療提供のあり方を可能な限り効率化させていくことが喫緊の課題。

◆医療・介護等分野の就業者数及び全産業に占める割合の推移

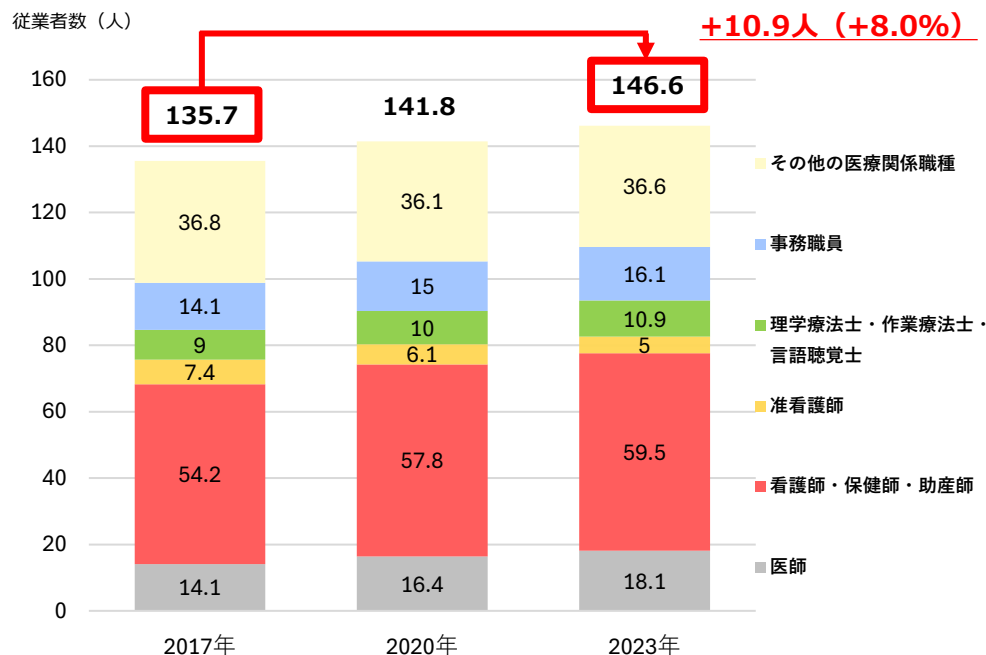
- ✓ 医療・介護を含む保健衛生・社会事業分野の就業者数は過去30年間で**約571万人増加**。（1994年：350万人⇒2023年：921万人）2023年の**就業者の13.4%**（就業者7.4人に1人）が医療・介護等分野で就業している状況。



（出所）内閣府「国民経済計算」。

◆病床100床あたり従業者数の推移

- ✓ 病院の100床あたり常勤換算従業者数について、2023年は2017年と比較して**+10.9人（+8.0%）**。内訳は、**医師が+4.0人、看護師等が+5.3人**、リハ職が+1.9人、事務職員が+2.0人など。
- ✓ 背景には、全国的に進んでいる病床数の減少に対して、個々の施設で見た場合に職員配置の適正化が十分に進んでいない状況がある可能性。



（出所）厚生労働省にて「医療施設調査・病院報告」を基に作成（2025年8月27日中央社会保険医療協議会総会資料）

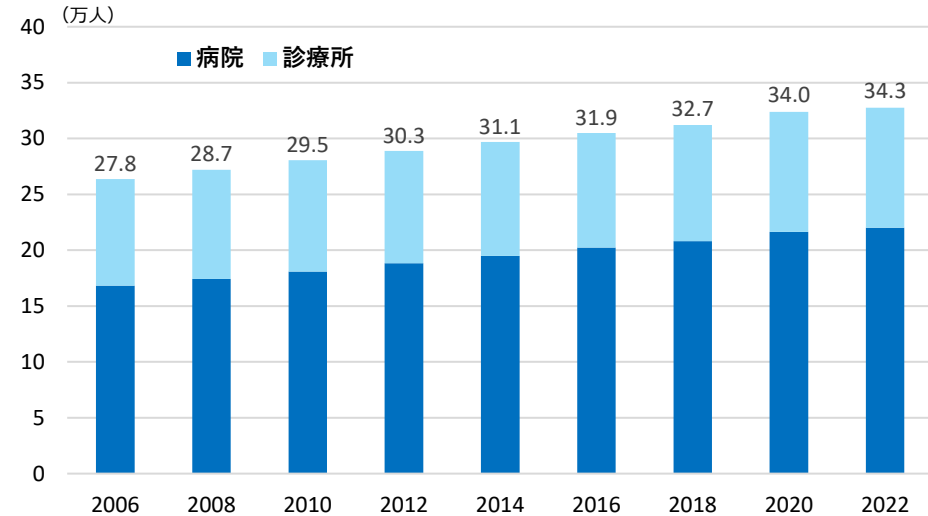
【改革の方向性】（案）

- 全体が人手不足に直面する中で、医療機関単位での人材配置の適正化、ICT化等と、地域単位での効率的な医療提供体制の構築という両面からの取組を強力に進めていく必要。

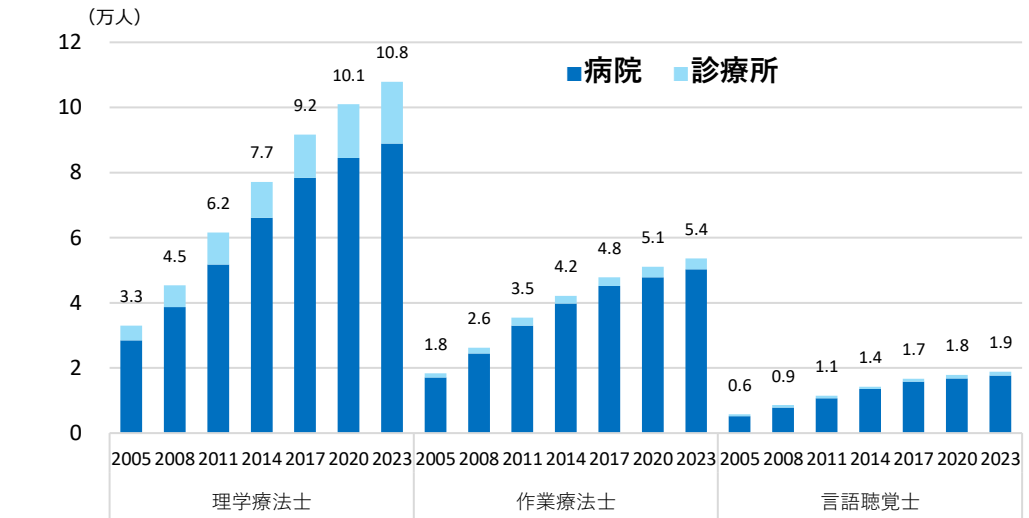
(参考) 医療関係職種の動向

○ 医師、看護職員、リハ専門職、薬剤師など、医療関係職種の数は一貫して増加傾向が続いている。

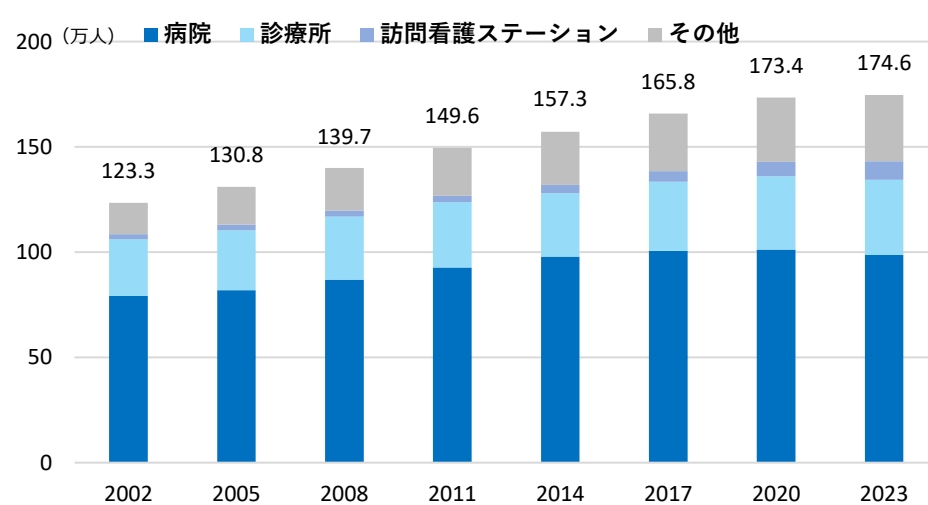
◆医師



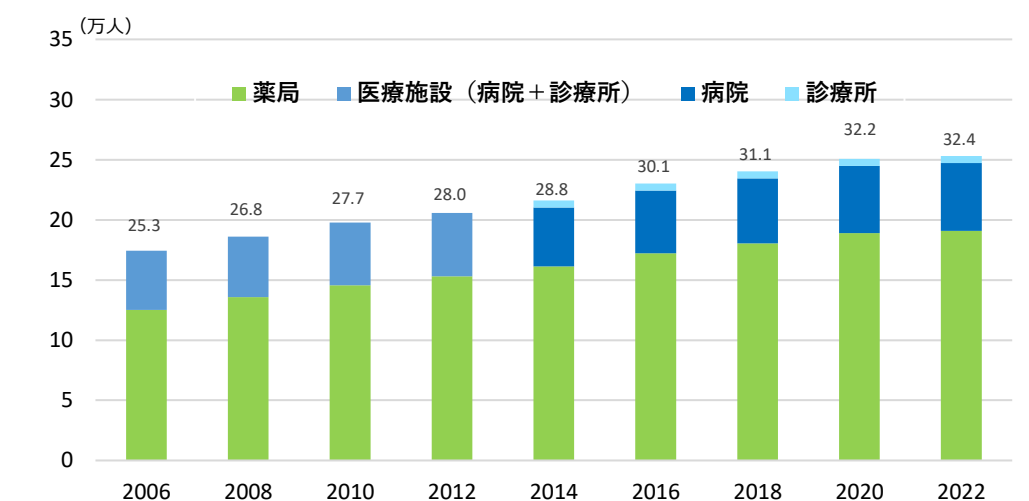
◆リハ職 (POS)



◆看護職員



◆薬剤師



(出所) 医師・薬剤師は、厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」、看護職員は厚生労働省データ、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

(注) 2012年以前の医療施設は病院と診療所を区別していない。2014年以降は両者を区別した統計である。

医療提供の効率化 ②質の評価

- 医療の価値は、必ずしも投入された人材に比例するものではない。しかしながら、価値の評価（≡アウトカム評価）に基づき医療の価格を客観的に設定することを回避してきたため、診療報酬体系は、「診療に要する経費を補填する」との考え方を基本とし、ストラクチャー評価を基礎として構築されてきた。
- 診療報酬でのストラクチャー評価は、他の福祉分野と比べてもその厳格さが際立つ。例えば、看護職員の配置は、医療法上で定められた最低基準に加え、入院患者の特性等に応じて診療報酬上で上乘せの配置が要請されている。この診療報酬上の基準は、「実質配置」を求めるものであり、常時一定の職員が配置されることが基本となっている。リハビリ職員等についても同様で、常勤や専従を条件とする加算が多く設定されている。
- 人手不足が深刻化し、職員の質上げの必要性が高まる中、ストラクチャー評価によって手厚い人員配置がインセンティブ付けされていることは、できるだけ少ない人手で質の高い医療を提供しようとする努力を阻害しているおそれ。今後の医療の質の評価のあり方として、アウトカム評価に重心を移していくことと併せ、配置基準の見直しを検討していくべき。さらに、出来高払いから包括払いへと、報酬体系を見直していくことも必要ではないか。

◆ ストラクチャー評価・アウトカム評価

- ✓ 医療の質を評価するためのドナベディアン・モデルにおいては、①ストラクチャー、②プロセス、③アウトカムの3つの評価の観点が存在。
- ✓ ストラクチャー及びプロセスは、それぞれ医療提供体制の整備度合い及び診療行為の過程を評価するものであり、最終的な医療の「質」との関連性は間接的であるが、客観的かつ定量的な計測可能性が高いため、診療報酬上の評価基準に多く採用されている。
- ✓ アウトカムは、医療の提供が患者に及ぼした影響に着目するため、「質」の評価に最も近いが、客観的・定量的計測が難しく、診療報酬上の評価基準にはあまり採用されていない。

◆ 医療法上の衛生規制及び診療報酬上の実質配置基準について

- ✓ 医療法上、適正な医療の実施のため、医療機関において有すべき人員の「基準」が示されている（注1）。病院（一般病床）における看護職員の「基準」は、「実質配置」換算で **15 : 1** に相当する（注2）。
- （注1） 満たさない場合には、都道府県の改善指導・業務停止命令等の対象となる（医療法第21条、同法第23条の2、医療法施行規則第19条）。
- （注2） 医療法上の「雇用配置」3:1から「実質配置」15:1への換算は、1日の労働時間を8時間、年間労働日数を225日とし、 $\frac{24}{8} \times \frac{365}{225}$ をかけることにより換算している。
- ✓ 一方で、診療報酬の看護職員の配置基準（実質配置）は、多くの病棟で、医療法で要請される人員配置への加配を必要とするもの。急性期1病棟の配置基準は **7 : 1** であり、医療法の2倍以上の人員配置が求められることとなっている。

診療報酬上の機能分類（主なもの）	診療報酬上の配置基準（実質配置）	入院料別の40床当たり必要人員数（人）
急性期一般入院料1	7 : 1	28
急性期一般入院料2～6	10 : 1	20
地域包括ケア病棟入院料	13 : 1	15
回復期リハビリテーション病棟入院料	13 : 1又は15 : 1	15又は13
療養病棟入院基本料	20 : 1	10
障害者施設等入院基本料	7 : 1～15 : 1	28～13

（出所）厚生労働省「2024年度診療報酬改定の概要 入院Ⅰ～Ⅳ」。必要人員数は財務省算出。

（注） 衛生規制に基づく40床あたりの必要人員数は、一般病床の場合14人、療養病床の場合10人（財務省算出）。

ストラクチャー

（例）医療従事者の配置数
医療設備の質・量
救急医療体制の整備状況
電子カルテの導入状況 等

プロセス

（例）薬剤の適正投与率
リハビリの実施回数
検査の実施率

アウトカム

（例）生活の質の改善
患者やその家族の満足度
平均在院日数・在宅復帰率

【改革の方向性】（案）

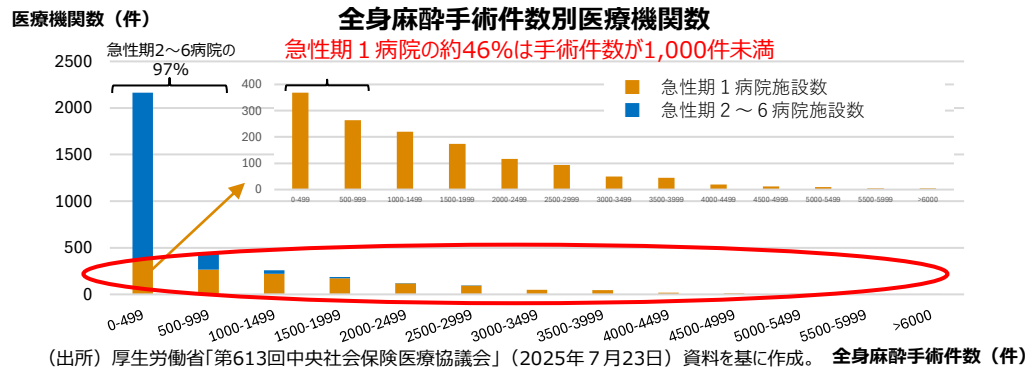
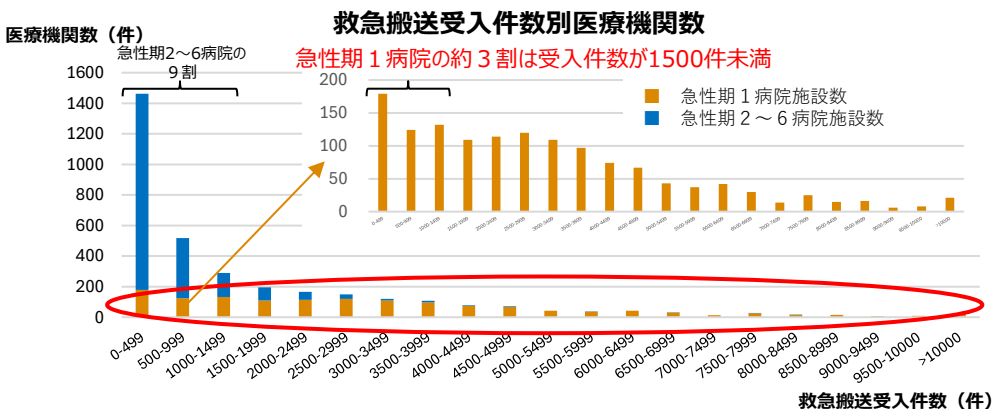
- アウトカム評価の導入・拡充と併せ、配置基準の緩和や柔軟化を図るとともに、診療報酬上の評価の包括化を進めていくべき。

医療提供の効率化 ③人員配置の適正化

- 急性期1の入院料を算定する病院（看護職員の配置7：1）であっても、救急搬送受入や全身麻酔手術の件数が低位にとどまる医療機関が存在。貴重な看護人材の有効な活用と病院経営の効率性向上の両面から、算定入院料の見直しが必要な急性期病院が一定数存在すると考えられる。
- 地域包括ケア病棟や回復期リハ、療養病棟については、個々の病院で事情が異なると思われるものの、配置基準を超える人員が配置されている状況にある施設も多いと見られることから、人員配置の適正化余地が十分に存在すると考えられる。

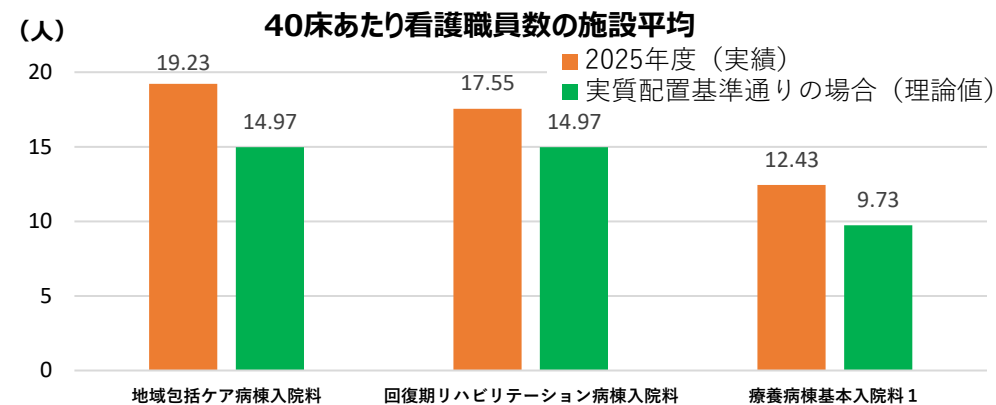
◆ 急性期病棟の実態

- ✓ 急性期1病院（看護職員7:1配置）の中には、救急搬送受入数や全身麻酔手術実施件数が急性期2～6病院（同10:1）と同等程度にとどまる病院が一定数存在。（2024年9月DPCデータ。厚生労働省「第614回中央社会保険医療協議会資料総1参考1」（2025年8月6日）より）

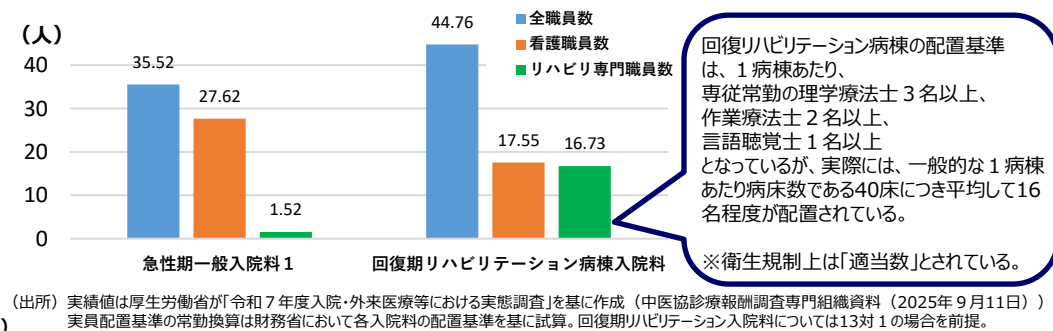


◆ 配置基準と職員数の関係

- ✓ 40床あたり看護職員数をみると、病院によっては、配置基準を超えて加配していることが伺える。
- ✓ また、回復期リハビリテーション病棟入院料については、リハビリ専門職を配置基準上の必要数を超えて加配し、全職員数で急性期一般入院料1を上回っている。



40床あたりリハビリ専門職員数の施設平均（2025年度）



【改革の方向性】（案）

- 算定している入院料を、その病院が果たしている機能の実態に沿ったものと見直すとともに、現状の入院料の配置基準上の必要数を超えて専門職を配置している病院は、人員配置の適正化を徹底すべき。

医療提供の効率化 ④タスクシフト・シェアの推進

- 医療現場で働く方々の数は一貫して増加傾向にある一方で、特に、医師の働き方が課題となっている中、看護師やリハ職に対するタスクシフト・シェアを進めていく必要がある。

◆ 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（2020年12月23日）（抄）

3. 基本的な考え方

- （1）タスク・シフト/シェアを進める上での基本的な認識について
- （略）医師の業務については、日進月歩の医療技術への対応や、より質の高い医療やきめ細かな患者への対応に対するニーズの高まり等により、より高度な業務が求められてくるとともに、書類作成等の事務的な業務についても増加の一途をたどっている。
- このような状況を打破し、**医師の労働時間を短縮するためには、医師の業務のうち、他の職種に移管可能な業務について、タスク・シフト/シェアを早急に進めていく必要がある。**

5. 推進の方策について

- （1）具体的な推進の方法について
- 過去の様々な通知等を経てもなお、**タスク・シフト/シェアが十分に進んでいない現状を踏まえ、更なるタスク・シフト/シェアを推進するための具体的な普及策を検討し、医療機関だけでなく、地方自治体や厚生労働省、評価機能が一体となってタスク・シフト/シェアに取り組んでいくこととする。**
- 特に、看護師等医療スタッフ間の業務分担が進んでいない状況にも鑑み、**医師からのタスク・シフト/シェアを特に期待されている看護師からその他の職種へのタスク・シフト/シェアも行うなど担当職種の見直しを図ることにより一連の業務の効率化を促すことが重要である。**
- （略）
- さらに、医療機関でタスク・シフト/シェアされる側である医療従事者の余力の確保のために、ICT 機器導入等による業務全体の縮減、現行担当している職種からその他の職種へのタスク・シフト/シェアの推進、一連の業務の効率化と現行担当職種の見直し等を不断に行う必要がある。

◆ タスクシフト・シェアの例

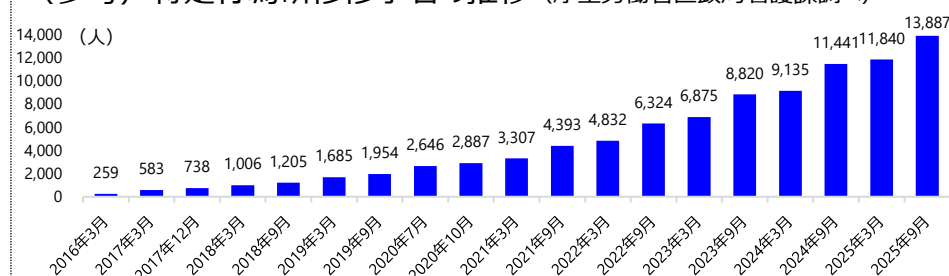
（看護師）

- 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

（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」（2020年12月23日）等を基に作成。

（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あたっての運動、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

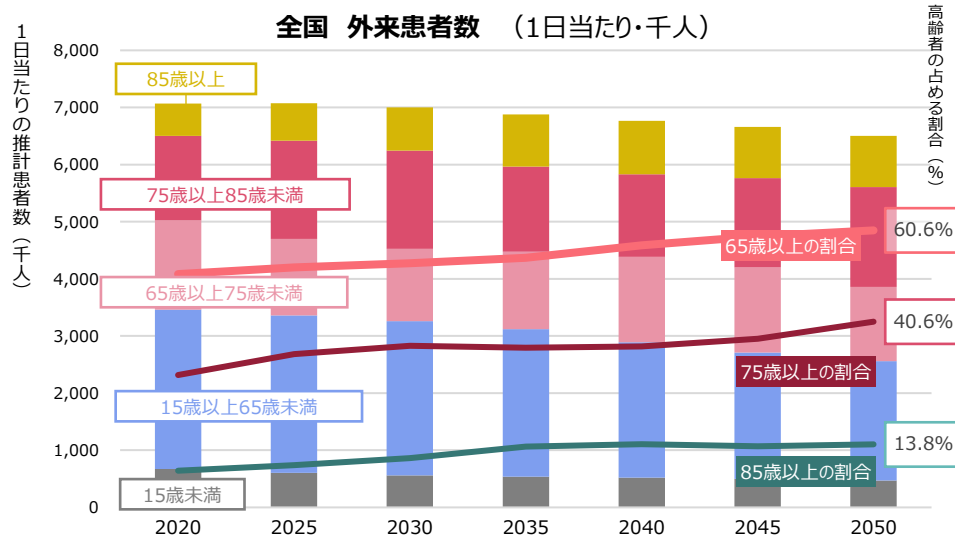
【改革の方向性】（案）

- 効率的・効果的な業務遂行の観点から、医療関係職種の間でのタスクシフト・シェアを強力に進めるべき。

(参考) 外来診療所を取り巻く基本環境

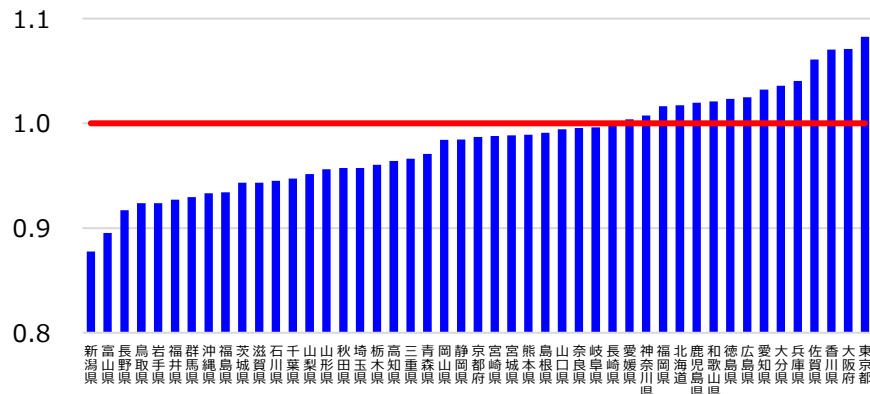
- 今後、全国の外来患者数は減少局面に入ることが見込まれているにも関わらず、近年、特に都市部における診療所の増加が顕著であり、また、外来医療費は、地域差はあるものの地方部も含めて増加している。

✓ 外来患者数は、今後、減少傾向となる。



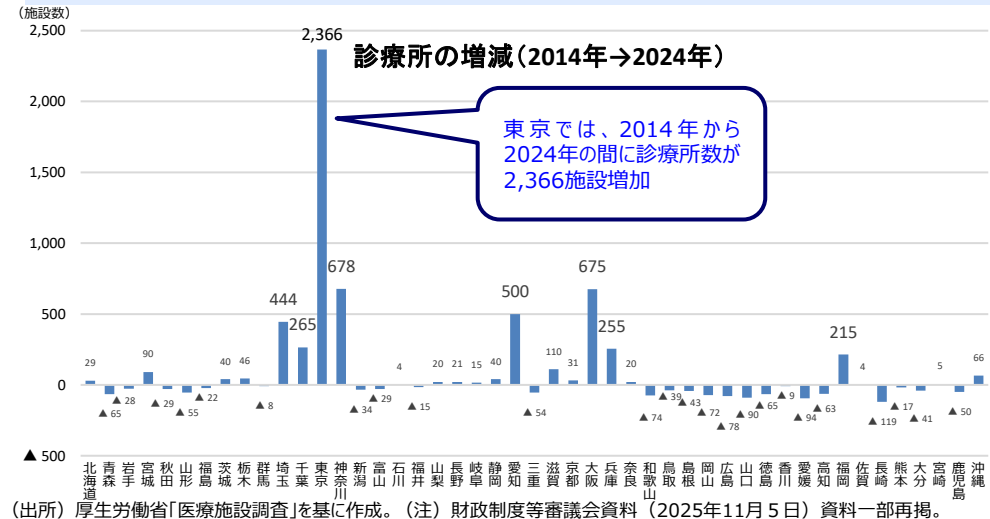
(出所) 厚生労働省「第7回新たな地域医療構想に関する検討会」資料（2024年8月26日）

✓ 1人当たり外来医療費(入院外・全国平均対比)には一定の地域差。



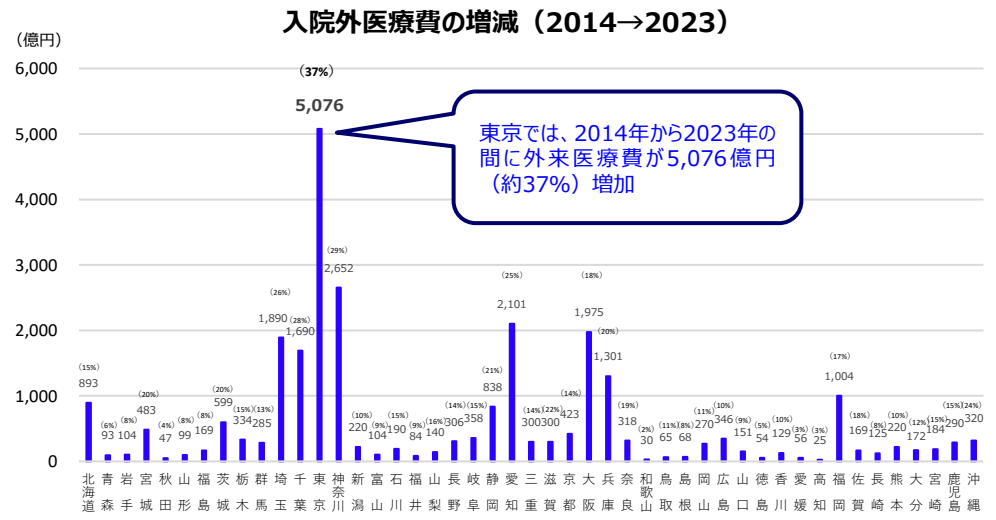
(出所) 厚生労働省「令和5年度医療費（電算処理分）の地域差分析」より作成

✓ 診療所数は、近年、都市部で顕著に増加している。



(出所) 厚生労働省「医療施設調査」を基に作成。(注) 財政制度等審議会資料（2025年11月5日）資料一部再掲。

✓ 外来医療費（入院外）は、近年、地方部も含めて増加している。

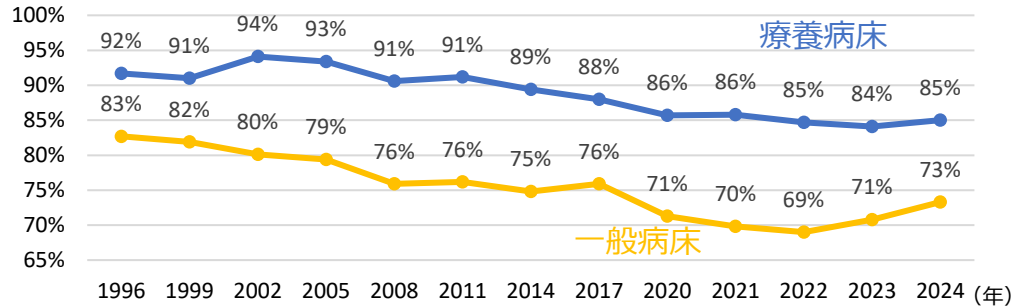


(出所) 厚生労働省「国民医療費」

(参考) 病院を取り巻く基本環境

- 病院における患者数は減少傾向にある中、全体として、病床利用率は低下傾向にあり、入院延べ日数の低下も見られる。
- 2040年における手術件数を見ると、全ての診療領域において、半数以上の地域医療構想区域で手術件数が少なくなると見込まれている。

◆ 病床利用率の推移

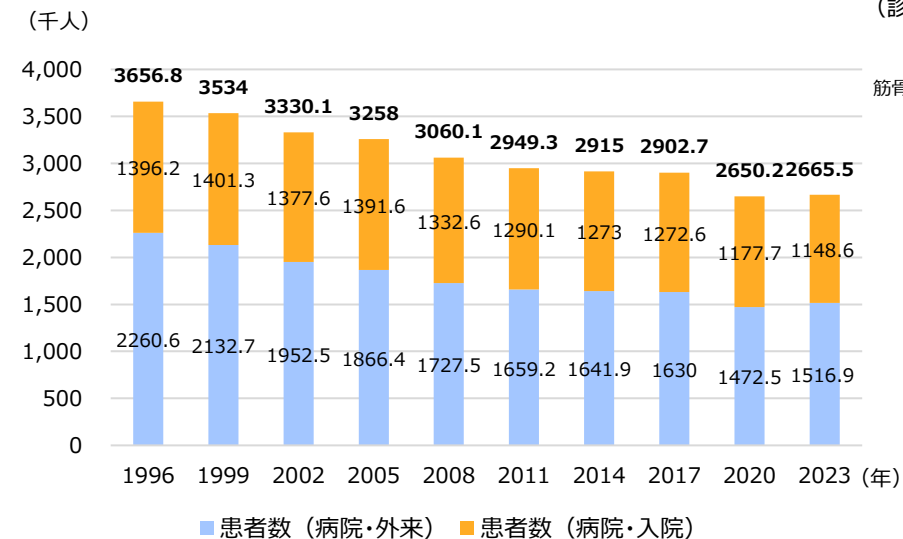


(出所) 厚生労働省「病院報告」(2024年)

(注1) 療養病床は、1996～1999年は療養型病床群、2002年は療養病床及び経過期的旧療養型病床群の数値。

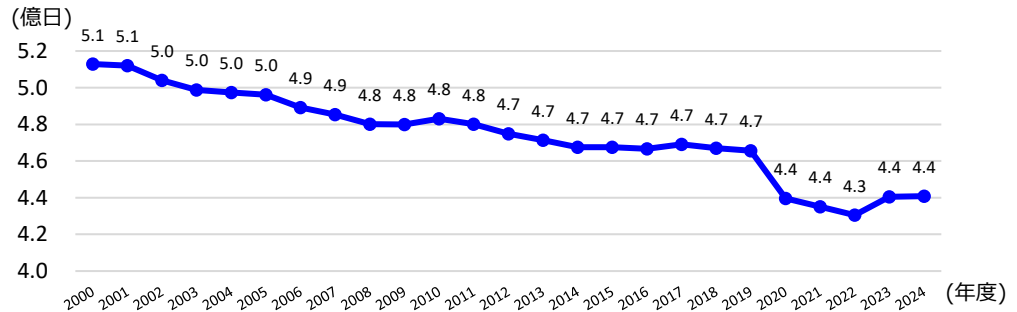
(注2) 一般病床は、1996～1999年まではその他の病床(療養型病床群を除く。)、2002年は一般病床及び経過期的旧その他の病床(経過期的旧療養型病床群を除く。)の数値。

◆ 患者数の推移 (病院)



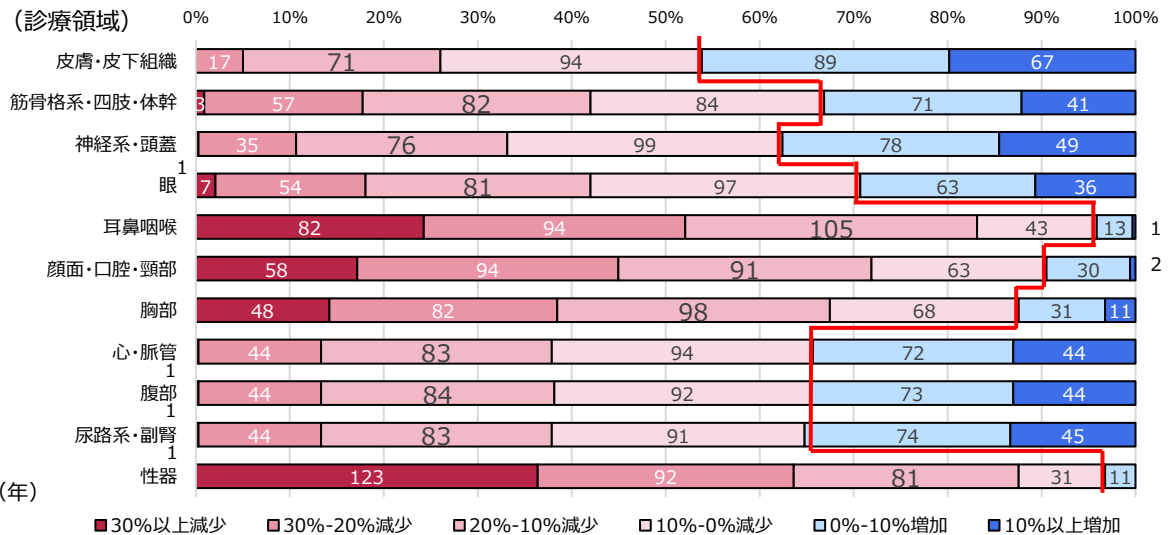
(出所) 厚生労働省「患者調査」(2023年)

◆ 受診延べ日数 (入院)



(出所) 厚生労働省「医療費の動向」(2024年)

◆ 2040年における手術件数の変化 (対2020年比の変化率別構想区域数)



(出所) 厚生労働省「NDBオープンデータ」(2022年度)、総務省「人口推計」2022年、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」を用いて、厚生労働省にて作成。推計は、年齢構成の変化による需要の変化をみるため、全国計の性・年齢階級別の領域別の算定回数を分子、全国の性・年齢階級別人口を分母として受療率を作成し、これを構想区域別の性・年齢階級別の2020年、2040年時点のそれぞれの人口に適用して作成しているものであり、地域別の受療行動の変化の実態を織り込んでいないことに留意が必要。

医療提供の効率化 ⑤効率的な医療提供体制の構築（現状と課題）

- 日本では、諸外国と比べて、総病床数が多く、平均在院日数も長い。人口千人当たりの医師数は少なくないが、病床百床当たりの医師数は少ない。また、MRIやCTスキャナーの台数が極めて多く、1人当たり外来受診回数も多い。医療費と相関性が高いとされる病床数は西高東低の傾向。
- 更に、診療所については、都市部で増加傾向にある一方、1診療所当たりの従事者数が少なく、非効率な運営体制となっているとの指摘もある。

◆医療提供体制に関する各種指標の国際比較

国名	平均在院日数	平均在院日数 (急性期)	人口千人当たり 総病床数	人口千人当たり 臨床医師数	病床百床当たり 臨床医師数	1 病院当たり 臨床医師数	人口百万人当り MRI台数	人口百万人当り CTスキャナー台数	外来薬剤費 対GDP比	1 人当たり 外来受診回数
日本	27.3	16.1	12.6	2.7	21.0	40.6	57.4 (2020年)	115.7 (2020年)	1.7% (2021年)	11.7 (2021年)
ドイツ	8.9	7.5	7.7	4.6	59.4	127.9	34.9	36.3	1.5%	9.6
フランス	9.1	5.6	5.5	3.2	58.1	73.1	17.9	20.2	1.3%	5.5
イギリス	7.7	7.5	2.5	3.3 (2023年)	130.2	107.4	7.2 (2014年)	9.5 (2014年)	0.7%	—
アメリカ	6.6	6.0	2.8	2.7	98.9	148.1	38.0 (2021年)	42.6 (2021年)	1.6%	3.6 (2021年)

(注) 記載がない場合は2022年データ。(出所) OECD Data Explorerより作成(2025年3月31日閲覧)。

◆人口千人当たりの病院病床数(2023年)

都道府県	病院病床数 (人口千人当たり)
高知県	23.5
鹿児島県	20.2
長崎県	19.8
徳島県	19.0
熊本県	18.8

(中略)

千葉県	9.6
東京都	8.9
愛知県	8.7
埼玉県	8.6
神奈川県	7.9

◆1診療所（無床）当たりの従事者数(2023年)

区分	1診療所当たりの人数
医師	1.4
看護師	1.6
准看護師	0.6
事務職員	1.7

(注) 1診療所（無床）当たりの従事者数は、2023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。(出所) 厚生労働省「2023年医療施設（静態・動態）調査」を基に作成。

◆人口10万人当たりの無床診療所数（2023年）

区分	無床診療所数 (人口10万人当たり)
特別区	116.6
政令市	89.5
中核市	79.9
全国平均	79.8

◆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）から抜粋

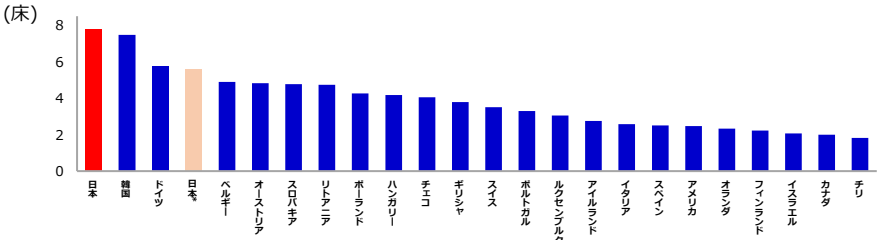
【改革の方向性】（案）

- 人材確保も困難となる中、できる限りコストを縮減し、医療資源を効率的に活用することで、質の高い医療を提供する必要。地域の実情に応じ、病床数の適正化を図り、入院機能の高度医療への重点化を図るとともに、診療所を含めた外来機能の集約を推進していくべき。

医療提供の効率化 ⑤効率的な医療提供体制の構築（新たな地域医療構想の策定）

- これまで地域医療構想に基づく取組が進められてきたものの、日本の病床数は諸外国比で過剰。特に急性期病床は今なお適正化の余地が大きい。さらに、コロナ後の受診行動の変化もあり、病床利用率は低下傾向。病床削減を着実に進めることも含め、患者の状態に応じ、過不足のない形で、質の高い医療が提供されるよう、それぞれの地域において効率的な医療提供体制を構築していくことが求められる。
- 今後策定される新たな地域医療構想では、現役世代・働き手の減少、入院・外来需要の低下などの患者の受診行動の変化を的確に捉え、地域の医療関係の資源が有効に活用されるよう、未来志向での医療提供体制の構築を進めていく必要。

◆ 急性期機能を提供する病床数（人口1,000人対）

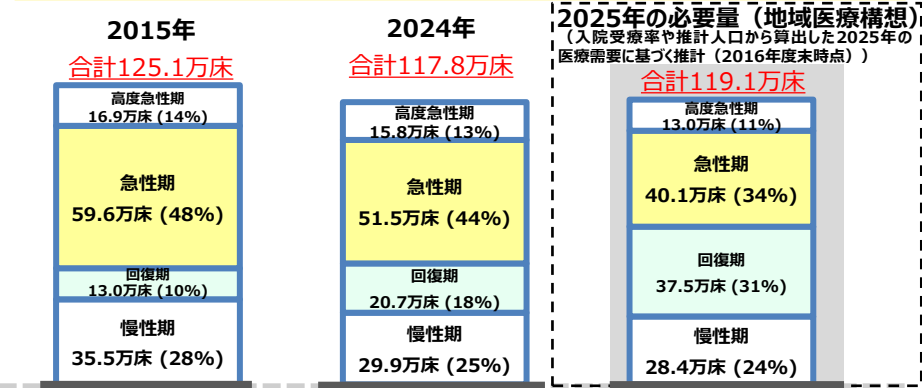


（出所）OECD Data Explorer “Hospital beds by function of healthcare”、「日本*」については、厚生労働省「病床機能報告（2022年度）」、総務省「人口推計（2022年）」

（注）グラフの日本は、医療機関の入院・外来・在宅医療・介護の一般病床、感染症病床、救急応急対応病床の合計。日本*は、病床機能報告における高度急性期・急性期・回復期・慢性期の合計。

◆ 病床機能の変化（2024年度病床機能報告）

- ✓ 過去の地域医療構想に基づく取組により、人員配置の手厚い高度急性期・急性期の病床は減少傾向だが、いまだ急性期病床は過剰。



（出所）厚生労働省第119回社会保障審議会医療部会（2025年10月3日）資料等を基に作成。

【改革の方向性】（案）

- 新たな地域医療構想のガイドラインで国が示す必要病床数や外来需要の推計は、各地域の医療提供体制改革を後押しできる実効的なものとする必要。具体的には、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のではなく、今後生じる患者像の変化（需要面での変容）を織り込むとともに、各医療機関の機能分化・連携・集約化等を通じた地域医療の効率化（供給面での取組）についてあるべき姿を反映した推計とすべき。

◆ 新たな地域医療構想

【基本的な考え方／施行スケジュール】

- 「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築。
- 2040年に向け、外来・在宅、介護連携、人材確保等も含めた「あるべき医療提供体制」の実現に資するよう構想を策定・推進。精神医療も包含。
- 新たな構想は2027年度から順次開始。
 - ✓ 2025年度に国のガイドライン作成（必要病床数や外来需要等の推計モデルを提示）、2026年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等を提示、2028年度までに医療機関機能に着目した協議等を開始。

【医療機関の役割分担】

- 各医療機関は、新たに「医療機関機能」を都道府県に報告することが義務となる。
 - ✓ 急性期拠点機能、高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、専門等機能、医育及び広域診療機能
- 引き続き報告させる病床機能のうち「回復期機能」は、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」が追加され、名称は「包括期機能」となる。

【都道府県知事の権限強化】

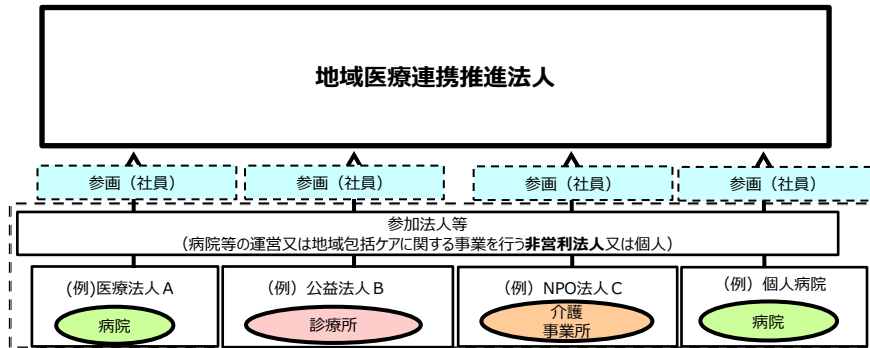
- 増床後の地域の病床数が基準病床数に満たない場合であっても、必要病床数を超えた増床の際は、調整会議等を踏まえて許可を与えないことができる。
- 既存病床数が基準病床数を上回る際には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を要請。

医療提供の効率化 ⑤効率的な医療提供体制の構築（地域医療連携推進法人の普及促進）

- 「アウトカム重視」および「質重視」の患者本位の医療を実現するためには、医療機関同士が面的・機能的・ネットワーク的に連携・協働し、「横連携」型の体系へシフトしていくことが重要。地域の貴重な医療資源を有効活用し、医療機関相互の役割分担と連携が適切に発揮される体制を構築する観点からも、地域医療連携推進法人は、有力な選択肢の一つとなりえるもの。2025年7月現在、57法人存在する。
- 具体的には、①診療機能の集約化と役割分担の明確化、②全体としての病床規模の適正化、③医療介護従事者の人材交流や人材育成の共同化、④地域フォーミュラ活用による薬物治療の標準化と薬剤購入・在庫管理の効率化などが期待される。

◆地域医療連携推進法人の構造

- 地域医療連携推進法人の活用により、地域医療を構成する複数の主体（病院・診療所・介護事業所等）を一つの法人に参画させることが可能。



◆地域医療連携推進法人のメリット

【法制度面】

- ✓ 病床過剰地域でも、地域医療構想の達成のために必要な病床融通を、参加法人間で実施可能
- ✓ 地域医療連携推進法人から参加法人への資金貸付が可能（※）
- ✓ 一定の要件により介護サービス等を行う事業者に対し出資可能（※）

※個人立医療機関等が参加する連携推進法人では実施不可

【法人運用面】

- ✓ カルテ統一、重複検査の防止、スムーズな転院の実現による患者紹介・逆紹介の円滑化
- ✓ 医薬品・医療機器等の共同購入交渉による経営効率向上
- ✓ 医療従事者の共同研修による医療の質の向上
- ✓ 医師等医療従事者の再配置を通じた、法人内病院間での適正配置実現
- ✓ 病床の融通、診療科別医師の融通

◆地域医療連携推進法人活用の具体例（イメージ）

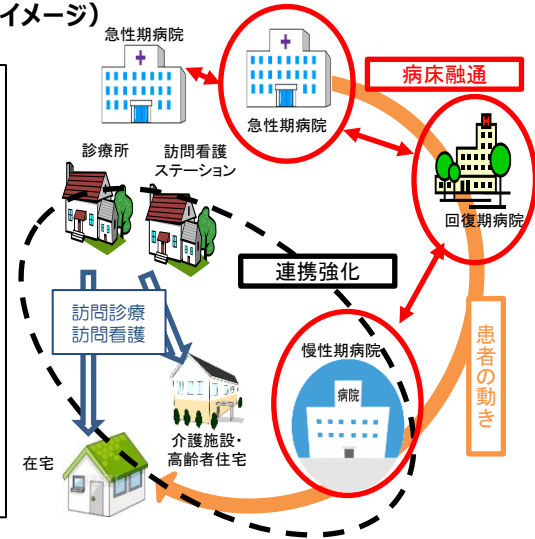
■地域の医療機関の機能分化・連携強化

■課題：病院・診療所ごとに、地域の医療需要に応じた適正な提供体制とのギャップが存在。

- ・急性期病院：過剰（過剰な設備投資・医療従事者確保競争）
- ・回復期病院：不足（在宅復帰への橋渡し役の不足）
- ・慢性期病院：過剰（在宅復帰ではなく長期入院）
- ・在宅医療機関：不足（在宅医療への対応体制不十分）

■活用のイメージ：参画医療機関の統一的な方針を調整・決定して課題に対応

- 具体的な対応の例：
 - ・急性期病院から回復期病院へ病床融通
⇒急性期病院の減床・回復期病院の増床
 - ・慢性期病院の機能転換による在宅医療の充実
⇒慢性期病院の減床・在宅医療の体制強化、医療従事者の研修
 - ・医療機関と介護施設・高齢者住宅の連携の強化
⇒入所者・在宅の訪問看護・診療等



■地域の複数の総合病院の機能分化・連携

■課題：病院間の役割分担の欠如

- ・診療内容が競合
- ・診療規模・質が中途半端
- 医師が適正配置されていない等
- ・医療機器を別々に購入
- ・高難度症例が分担されていない

■活用のイメージ：参画医療機関の統一的な方針を決定して病院間の役割分担推進

- 具体的な対応の例：
 - ・診療内容の重点化
 - ・医師の集約化による、医師の確保、質の向上
 - ・共同研修による専門性向上、共同購入による効率化
 - ・専門性の高い病院への患者紹介の円滑化

（実際の活用例：川西・猪名川地域ヘルスケアネットワーク）

（2021年4月1日設立）

市立川西病院 250床		協立病院 313床		今井病院 111床	
急性期	250床	急性期	313床	回復期	30床
				慢性期	81床
川西市立総合医療センター 405床				市立川西病院跡地に移転 川西リハビリテーション病院 160床	
高度急性期	100床			回復期	120床
急性期	305床			慢性期	40床

（出所）兵庫県川西市HP「今井病院移転案について」を基に作成

【改革の方向性】（案）

- 制度導入から一定期間が経過した今こそ、地域の医療ネットワークを活性化させる観点から、好事例の横展開を進めることにより、地域医療連携推進法人の適切な活用を積極的に推進すべき。その際、保険者インセンティブの活用や、新たな地域医療構想における位置づけなども検討すべき。

医療提供の効率化 ⑥リフィル処方箋の一層の拡充

- リフィル処方箋は、患者の通院負担の軽減や利便性の向上、医療機関の経営効率化、医療費の適正化という「三方良し」を実現するもの。しかしながら、国民の認知度の低さなどを背景に、利用率は依然として極めて低く、実績はわずか0.07%にとどまっている。今後は、国民各層への周知徹底と医療関係者の理解促進を通じて、「リフィルが当たり前」となる社会の実現が期待される。
- そうした中、政府としては、リフィル処方を推進していく観点から、まずは実効性のあるKPIを早急に設定することが不可欠。しかしながら、関連政府文書では「2025年度中速やかに検討」とされながら、いまだKPIの設定には至っていない。

（参考1）経済財政運営と改革の基本方針2025（骨太方針2025）（2025年6月13日閣議決定）（抄）
リフィル処方箋の普及・定着や多剤重複投薬や重複検査の適正化を進めるとともに、保険外併用療養費制度の対象範囲の拡大や保険外診療部分を広くカバーし、公的保険を補完する民間保険の開発を促す。

（参考2）2024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。

◆政府文書における目標設定の状況

- **経済・財政新生計画改革実行プログラム2024（抄）**（2024年12月26日）
・リフィル処方箋について、2024年度診療報酬改定による影響の調査・検証を行うとともに、2026年度診療報酬改定において、報酬上の対応を含め適切な運用や活用策について検討する。
- ・ **リフィル処方に係る具体的なKPIの設定を検討し、必要な対応を速やかに行う。**
- ・各都道府県において地域の関係者で連携して普及に取り組めるよう、国から都道府県へ関係データの提供等を行うとともに、引き続き国民向けにリフィル処方箋を広く周知する。
- **経済・財政新生計画 進捗管理・点検・評価表2025（抄）**（2025年5月26日）
社会保障-1.効率的な医療・介護サービスの提供体制の構築-2.医療費適正化
- **リフィル処方箋**
※ **リフィル処方を推進していく観点から、定量的な指標の在り方について2025年度中速やかに検討する。**

◆リフィル処方の発行の検討に消極的な理由

- リフィル処方箋の発行の検討に消極的な理由（複数回答）
- ・「医師が患者の症状の変化に気付きにくくなるから」 54.6%
 - ・「薬を処方する際には医師の判断が毎回必須と考えるから」 48.7%
- （出所）中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会（2025年4月9日）資料

◆リフィル処方箋の実績

		2022年7月	2023年7月	2024年7月
病院	リフィル処方箋 （割合）	12,091 (0.08%)	17,652 (0.12%)	20,941 (0.14%)
	全処方箋	14,404,923	14,763,527	15,449,650
診療所	リフィル処方箋 （割合）	15,034 (0.03%)	17,080 (0.03%)	29,255 (0.05%)
	全処方箋	48,049,131	53,225,694	55,827,371
合計	リフィル処方箋 （割合）	28,443 (0.04%)	35,612 (0.05%)	51,048 (0.07%)
	全処方箋	65,840,641	70,044,503	73,176,800

◆病院・診療所別の処方箋料（リフィル）の算定医療機関数

	2022年7月	2023年7月	2024年7月
病院	929	944	970
診療所	2,367	2,444	3,289

（出所）中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会（2025年4月9日）資料

【改革の方向性】（案）

- 早期に、リフィル処方の推進に資する実効的なKPIを設定し、その利用促進に向けた必要な政策対応を検討・実行すべき。

医療機関における多様なサービス提供の可能性（総論）

- それぞれの地域や患者の実態に応じて、必要な医療がすべての患者に対して適切に届けられるべきとの理念は堅持する必要。一方で、国民の価値観やライフスタイルが多様化する中、患者側の選択肢として、医療機関による多様なサービス提供が行われることは重要である。また、患者の選択に伴う応分の負担の下、多様なサービス提供を行うことは、医療機関の経営戦略上も重要となり得ると考えられる。
- 現状でも、選定療養の仕組みにより、特別な医療サービスの提供が可能となっており、また、医療と直接関係のないサービスの提供に際して、患者から料金を徴収することができる運用が行われている。しかしながら、選定療養の範囲は限定的であり、費用徴収が認められるサービスの内容についても明瞭ではなく、現場の創意工夫を活かす観点からは改善の余地があると考えられる。

◆選定療養について（概要）

- ✓ 選定療養とは、利便性・快適性等を求める患者が、自分自身で選択する特別な医療サービス。選定療養として位置付けられることで、「混合診療」として保険診療部分まで全額自己負担となる事態を避けることが可能。
- ✓ **現在**、厚労省告示で、特別な療養環境（「差額ベッド」）、**予約診療、時間外診療、紹介状なしの200床以上の病院での初・再診**（再診については、他の医師を紹介したにも関わらず患者が希望した場合）、**180日以上入院、制限回数を超える医療行為**（一定の要件の下での月13単位を超えるリハビリ料など）、**長期収載品**、など**15類型**が設定。

◆医療法人の業務について

本来業務	附帯業務	収益業務	附随業務
・ 病院 ・ 医師若しくは歯科医師が常時勤務する診療所 ・ 介護老人保健施設又は介護医療院	・ 本来業務に支障のない限り、以下の業務等を実施可能 ✓ 医療関係者の養成・再教育 ✓ 研究所の設置 ✓ 疾病予防運動施設の設置 ✓ その他の保健衛生に関する業務	・ 社会医療法人は、本来業務に支障のない限り、その収益を本来業務の経営に充てることを目的に、収益業務を実施可能。 ・ 医療法人は、医療の非営利性に反するとの考え方で、本来業務と関係ない収益業務を実施できない。	・ 以下の業務を実施可能。 ✓ 敷地内で行われる駐車場業 ✓ 施設内で行われる売店の営業、自販機の設置など ✓ 施設外で行われる業務のうち、通院患者の搬送業務など、その病院等の医療や療養に直接的に連なるもの

【改革の方向性】（案）

- 本来業務に支障のない範囲で、医療機関における多様なサービス提供が可能となるよう、「非営利」の医療機関が実施できる業務内容や費用の徴収ができるサービスについて明確に整理・公表するとともに、時代に合わせてその範囲の拡充を図っていくべき。

◆医療機関における保険給付外のサービスに係る費用の徴収について

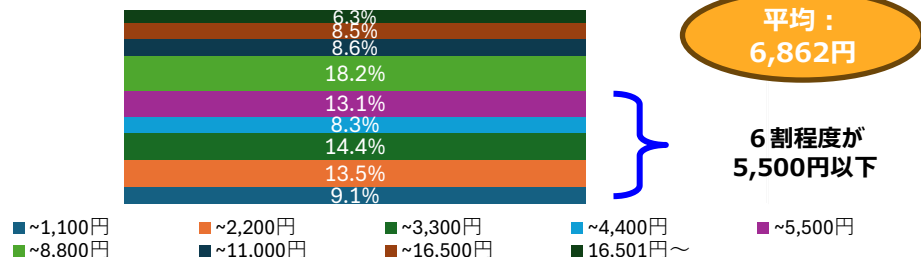
- ✓ 厚労省は、「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」（2005年9月1日保医発第0901002号 医療課長通知）にて、医療機関が、患者から一定の手続きと要件の下で費用を徴収することを許容。
- ✓ 具体的には、「日常生活上のサービスに係る費用」（おむつ代や病衣貸与代、テレビ台やクリーニング代、パソコン（インターネットの利用等）等の貸出し、等）の他、在宅医療に係る**交通費や薬剤費の容器代、患者宅への薬剤の郵送代、患者都合による検査のキャンセル代、公的な手続き等の代行に係る費用**などについて、費用の徴収ができることとされている。
- ✓ また、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（2020年3月5日保医発0305001号 医療課長通知）にて、**オンライン診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用**についても費用の徴収ができることとされている。

医療機関における多様なサービス提供の可能性（選定療養の拡充）

- 医療機関へのフリーアクセスと低廉な自己負担の下では、患者の自発的な受診行動の結果として、必要な医療が効率的に提供されることが困難となる場合がある。この点で、選定療養の仕組みを活用し、患者の行動変容を促すことは、医療政策として重要な手段となり得る。実際、差額ベッド代や大病院への受診に伴う追加負担の運用実態を見ても、選定療養には改善・拡充の余地が十分にあると考えられる。

全国の差額ベッド代（日額）の割合

（2024年8月1日現在。対象病床数 合計**264,707**床。
【当該医療機関の総病床数（1,275,612床の**20.8%**）】



紹介なしでの大病院の受診の実態

- ✓ 200床以上の大病院であっても、紹介状なしで受診するケースがいまだ多くを占めており、**外来の機能分化連携は道半ば**と評価せざるを得ない。（特定機能病院、地域医療支援病院ですら、それぞれ34.0%、58.5%の患者が該当。）
- ✓ 外来機能の分化・連携を進めるため、大学病院・大規模総合病院から地域への逆紹介は極めて重要だが、大病院に一度かかるとその後は逆紹介されないまま（選定療養費の徴収なしで）大病院を受診できているのが実態。

（紹介なしで外来受診した患者の割合（2023年 病床規模別）（出所）2025年7月16日中医協資料）

200-299床	300-399床	400-499床	500-699床	700床以上
77.0%	73.3%	61.5%	48.0%	44.7%

（200床以上の病院での初・再診に係る選定療養の報告（2024年8月1日現在）（出所）2025年7月23日中医協資料）

	初診（1,157施設）	再診（896施設）
報告医療機関の徴収額（医科）	200円～16,500円（平均6,516円）	330円～11,000円（平均3,359円）

- 特定機能病院、200床以上の地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関は、初診7,000円、再診3,000円を徴収することが義務づけられているが、それ以外の大病院（200床以上）は選定療養として特別の料金を徴収「できる」こととなっている。

救急車の利用に対する対応（自治体による独自の対応の例）

- ✓ 三重県松坂市は、2024年6月より、入院が必要でない状態で救急車を呼んだ場合には、選定療養費として7,700円を徴収することを決定。茨城県も、2024年12月から、緊急性の認められない者が救急車を呼んだ場合には、一部の大病院において7,700円の徴収を開始。

【改革の方向性】（案）

- 患者・家族の個別のニーズ・要請へのきめ細かな対応と、医療機関が執りうる経営戦略上の選択肢の拡大との双方の観点から、さらには、効率的・効果的な医療提供体制の構築を推進していく観点から、選定療養の更なる拡充について柔軟に検討すべき。

入院時の部屋代

- 医療機関への入院コストのうち、「光熱水費」や「室料」については、「医療」そのものではないと考えられる。
- 現状、65歳以上の一般病床・精神病床の入院患者と、65歳未満の患者は、「室料」、「光熱水費」の負担がない。65歳以上の療養病床の入院患者は、「光熱水費」の負担はあるが、「多床室の室料」の負担はない。これら自己負担となっていない部分の費用については、医療保険でカバーされている。
- 在宅医療を受ける患者との公平性の観点や、医療法上の病床区分間での診療報酬上の取扱いを変えることについての公平性の観点に立てば、患者の負担能力に応じて、光熱水費・室料を自己負担として求めることを検討すべきではないか。

◆ 現行制度

(医療法上の病床区分)	65歳以上	65歳未満
療養病床	370円（光熱水費相当）	0円
一般病床・精神病床	0円	0円

※ 別途、入院患者から「差額ベッド代」を徴収可能。

◆ 病床区分と診療報酬の関係

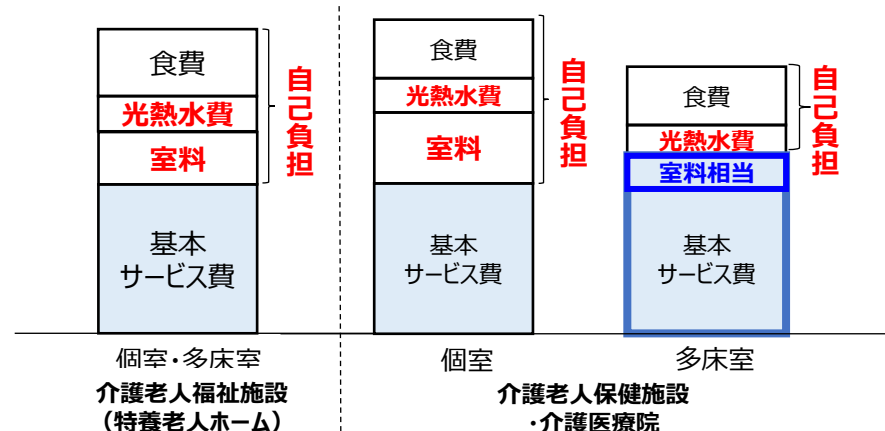
- ✓ 療養病床でも一般病床でも、診療報酬上は、例えば、回復期リハビリテーション病棟入院料や地域包括ケア病棟入院料のどちらでも算定（届出）可能となっている。つまり、病床区分と当該病床に入院する患者実態は明確に紐付いていないのが実態。
- ✓ 同じ65歳以上でも、例えば、ともに地域包括ケア病棟入院料を算定しており、機能・評価が同等の医療を受けているにも関わらず、入院先が療養病床か否かで、光熱水費負担の有無が変わるのは不合理ではないか。

◆ 在宅との均衡

- ✓ これまで、「地域完結型」の医療を目指し、病床機能の分化・連携と、在宅医療・介護までの切れ目ない提供体制の構築が目指されてきた。
- ✓ 「居住コスト」という生きていく上での基本的な費用について、入院患者であるか、在宅療養者であるかで負担の在り方が異なるのは、（少なくとも医療政策としては）不公平であり、患者にとっての最適な医療選択を歪めるおそれもあるのではないか。

◆ 介護保険制度での取扱い

※ 補足給付対象外の入居者であれば、自己負担額は自由に設定可能。



【介護保険制度における「補足給付」の仕組み】

- 介護保険では、食費及び居住費（光熱水費・室料）に係る自己負担額について、負担能力に応じた軽減措置を実施。
- 介護保険の給付範囲ではないとの前提で、その対象に対して、暫定的・例外的・福祉的な措置として、介護保険から給付。
- 応能負担の徹底の観点から、保有資産を勘案の上で、補足給付の対象の可否・給付額を決定。

【改革の方向性】（案）

- 医療機関の入院患者に係る光熱水費・室料については、介護保険制度での取扱いも参考にしつつ、患者の負担能力に応じた形での自己負担とすべき。

高額薬剤への対応

- 高額な薬剤や治療手段については、近年その登場・普及が多くみられ、保険料負担の軽減を含め、医療保険財政の持続可能性の確保が課題。最適な医療が適切に患者に提供されるべきことを前提に、能力に応じて負担を分かち合うための制度見直しと併せ、高額な最先端医療へのアクセスを確保すべきか、自助・共助・公助のバランスを如何に図るかの観点から幅広く検討する必要。

（参考）新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画2025年改訂版（2025年6月13日閣議決定）（抄）

iii) 保険外併用療養費制度の運用改善（迅速なアクセス）

有効性評価が十分でない最先端医療等（再生医療等製品、がん遺伝子パネル検査等）について、国民皆保険の堅持とイノベーションの推進を両立させつつ、希望する患者が保険診療の対象となるまで待つことなく利用できるよう、保険診療と保険外診療の併用を認める保険外併用療養費制度の対象範囲を拡大する。あわせて、一定の質が確保された自由診療を対象とする民間保険が近年誕生しており、一定の評価を得ていることも踏まえ、患者の負担軽減・円滑なアクセス確保の観点から、民間保険会社による多様な商品開発が一層促進されるよう、保険外診療部分を広くカバーし、公的保険を補完する民間保険の開発を推進していく。有効性評価が十分に求められる公的保険の手前の段階として民間保険に委ねられる分野に関する共通理解を醸成するため、保険外併用療養費制度等の各種制度に関する基本理解（プリンシプル）について、民間保険会社等と対話を深めることを通じ、民間保険会社等による自主的な商品開発の取組を促していく。

◆ 保険外併用療養費制度

- 国民皆保険の下、必要な医療は等しく提供する役割を堅持しつつ、保険外併用療養費制度について、①医療技術の進歩、②患者ニーズの高度化・多様化に対応する観点から、これまで順次拡大。

① 医療技術の進歩

⇒**評価療養**（患者申出療養を含む）

※治験など、有効性・安全性を確認し保険導入のための評価を行うもの

② 患者ニーズの高度化・多様化

⇒**選定療養**（代替手段の選択が可能であることが基本）

※患者の選択に任せるものとして、保険適用を前提としないもの

- 今後、費用対効果評価を本格的に活用していくこととなれば、「薬事承認されたものの保険収載はされていない」医薬品が拡大すると見込まれる。

◆ 市場拡大再算定

- 年間販売額が、薬価決定時点の予想販売額の一定倍数を超えた場合に薬価を引下げ。

市場拡大再算定		年間販売額 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 《2年に一度》	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引下げ	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 《4半期ごと》	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	350億円超	2倍以上	10～25%	10～15%
再算定の特例 《4半期ごと》	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%	

例えば、

① タイミングを偶数年改定時に限定せず、再算定の頻度を高めること、

② 4半期ごとの再算定の対象となる医薬品の要件を広げること、

など、国民負担軽減の観点から見直しをする余地があると考えられる。

【改革の方向性】（案）

- 高額薬剤については、費用対効果評価制度等の一層の活用を含めた薬価制度上の最大限の対応が必要。また、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進めるべき。

(参考) 他国における民間保険活用の状況

- 高額な薬剤・治療方法が続々と登場・普及し、保険財政が圧迫される中で、患者が希望する場合には医療へのアクセスを確保しつつ、公的保険制度の持続可能性を確保する観点から、民間保険の活用は、その重要な選択肢。
- 国ごとの歴史的経緯により、公的保険と民間保険の役割分担が様々であることに留意は必要であるが、他国においては実際に民間保険が公的保険を補完する役割を果たしている。

	(参考)日本	ドイツ	フランス
制度類型	○国民皆保険 ○職域もしくは地域ごとに公的医療保険に加入 ○民間医療保険は任意加入	○国民皆保険 ※公的医療保険競争強化法により、公的医療保険又は民間医療保険に加入することを2009年から義務付け ○職域もしくは地域ごとに公的医療保険に加入（2023年時点で国民の約89%が加入） ※被用者は職域もしくは地域ごとに公的医療保険に加入 ○公的医療保険が強制適用されない者（※）は、公的医療保険に任意加入または民間医療保険に加入（≒事実上の国民皆保険） ※年間の労働報酬が保険加入限度額（年収73,800ユーロ）を超えた被用者、公務員、自営業者等	○国民皆保険 ※1999年に国民皆保険化 ○職域ごとに被用者制度、非被用者制度（自営業者）等に参加（国民の99.9%が参加） ※強制適用の対象とならない者は、普遍的医療給付制度の対象 ※国民健康保険のような地域保険は存在しないため、退職後も就労時に加入していた職域保険に参加 ○自己負担分を補填する「補足的医療保険」への参加を2016年より一部義務化（国民の96%が参加） ※補足的医療保険には、共済組合、労使共済組合、民間営利保険会社の3つの販売主体が存在
自己負担	・年齢に応じて1～3割の定率負担。 ・そのほか、高額療養費制度が存在。	・外来：なし ・入院：1日につき10ユーロ（年28日を限度） ・薬剤：10%定率負担（上限10ユーロ、下限5ユーロ）	・外来：30% ・入院：20% ・薬剤：35%（代替的な効果を持つものがない極めて高額な薬剤0%、基本的な薬剤35%、精神安定剤等の軽度な疾病に使用される薬剤等70%、有用性が低いと判断される薬剤等85%、有用性不十分と判断される薬剤等100%（給付対象外）） ※上記の定率負担のほか、外来診療受診時負担金（1回2ユーロ）、入院時定額負担金（1日20ユーロ）、薬剤（一箱1ユーロ）等

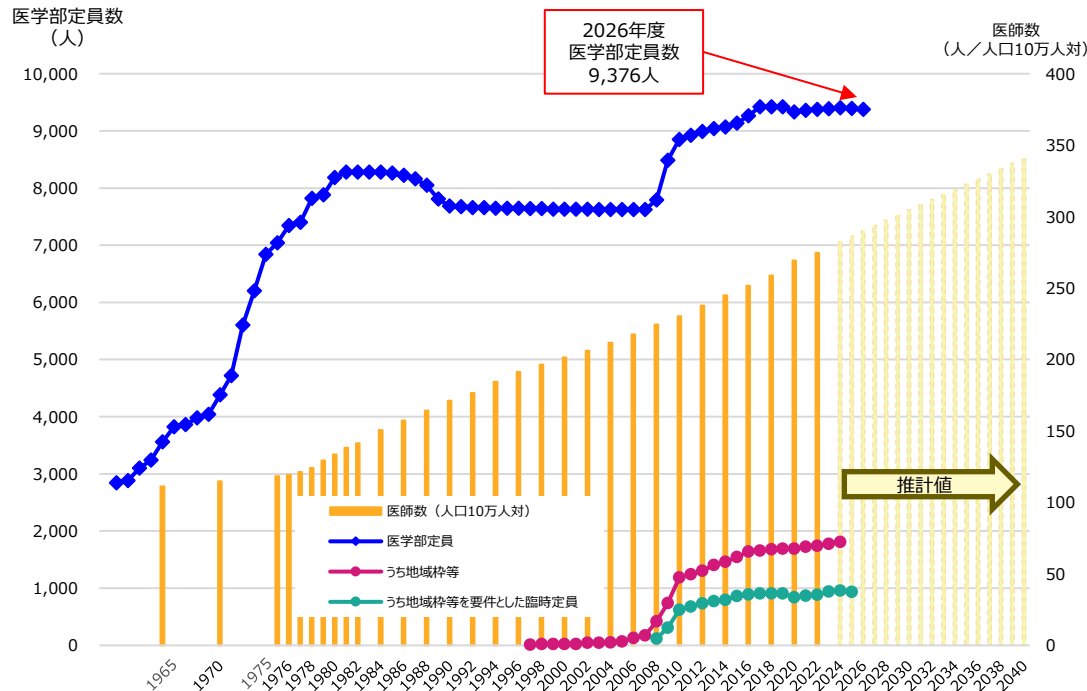
医学部定員の推移と今後の医師の需給見込み

- 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。
- 最新の医師の需給推計によれば、2029年～2032年の間で需給が均衡することが見込まれており、医学部6年制を踏まえると、既に、医師数が過剰となることが確定的な状況。人口減少やコロナ後の受診行動の変容による医療ニーズの変化も踏まえれば、医学部定員を相当程度適正化し、医師数をコントロールすることは不可欠。

（参考）経済財政運営と改革の基本方針2025（骨太方針2025）（2025年6月13日閣議決定）

地域の医師確保への影響にも配慮し、医師偏在是正の取組を進め、医師需給や人口減少等の中長期的な視点に立ち、2027年度以降の医学部定員の適正化を進める。

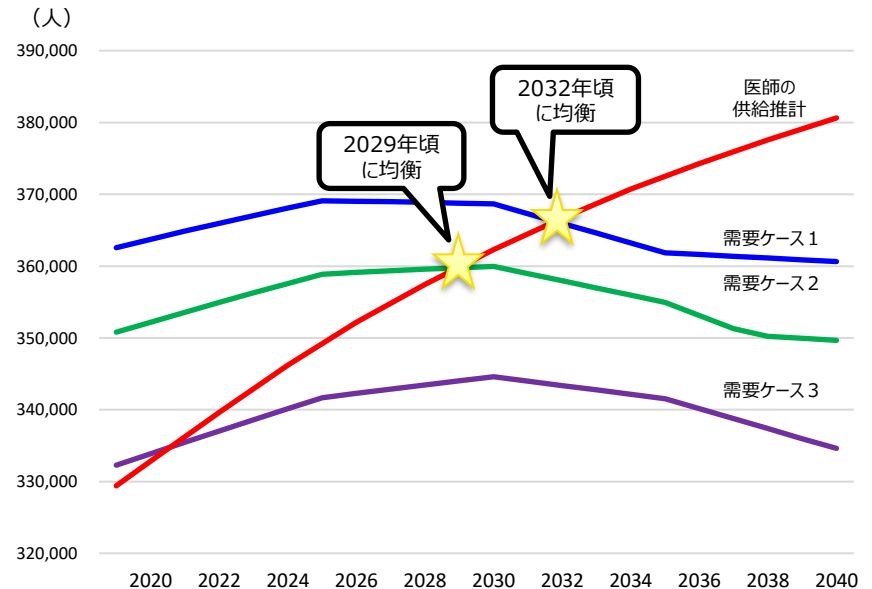
◆医学部定員の推移と人口10万人対医師数



※ 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

（注）2024年度以降の人口10万人対医師数は、「医師の需給推計」（厚生労働省）における各年の対前年伸び率及び総務省「人口推計」を基に、財務省において2022年度までの実績を延伸する形で推計。

◆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9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」（2025年1月21日）資料を一部加工

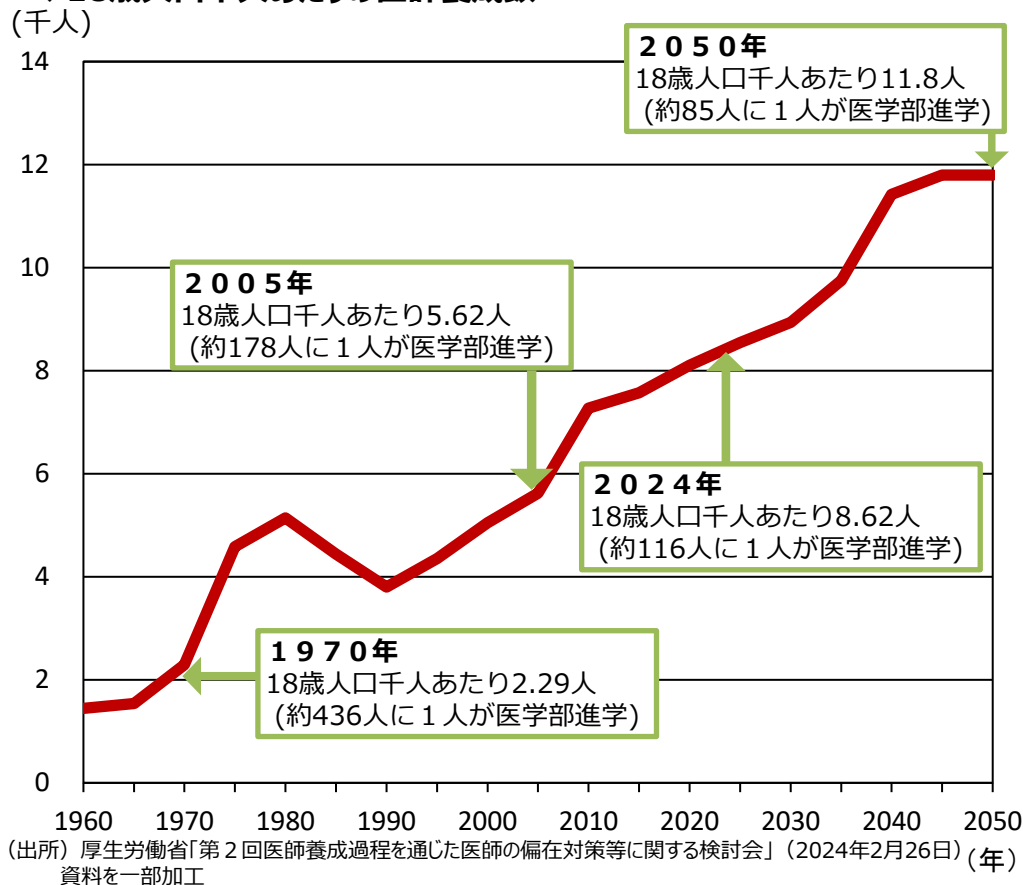
【改革の方向性】（案）

- 「骨太方針2025」に沿って、医師偏在の是正には着実に取り組みつつ、一刻も早く、思い切った医学部定員の適正化を進めていく必要。

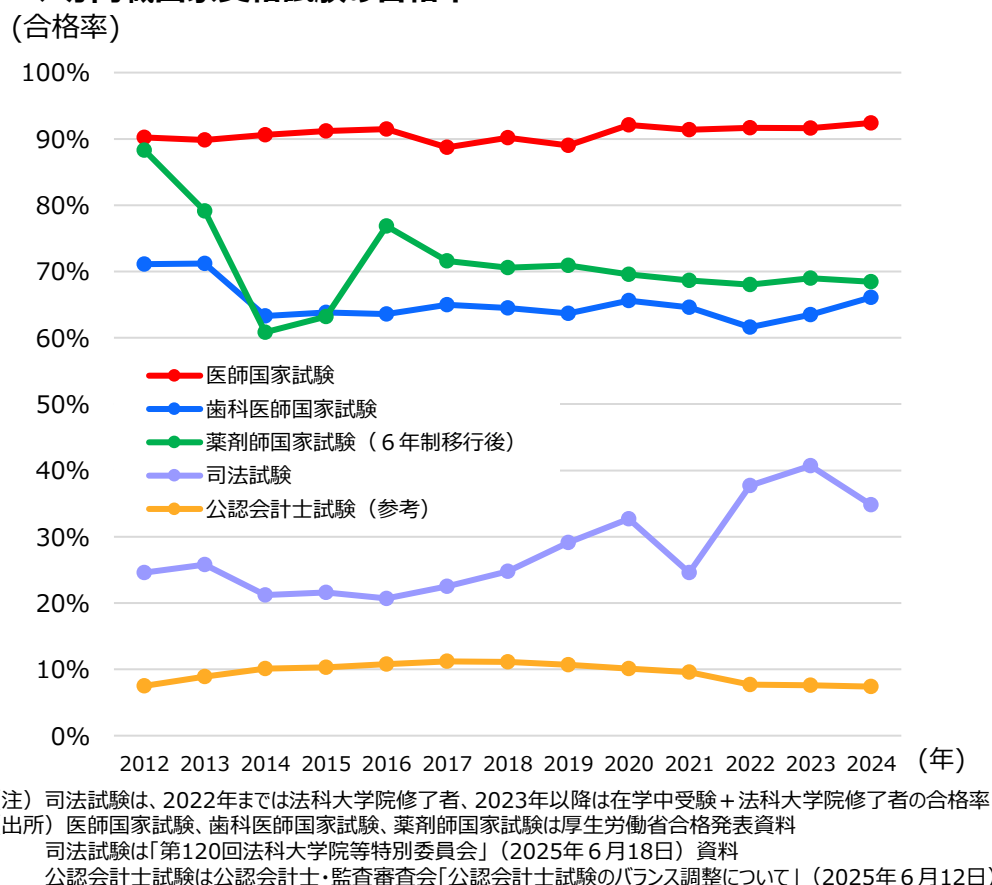
18歳人口当たりの医師養成数

- 足元の医学部定員が今後も維持されると、2050年には約85人に1人（1970年の約5倍）が医学部に進学する見込み。人口減少下において、同世代内で人材が特定の業種に偏ることは、他分野への専門人材の供給に大きな制約となり、経済政策上も悪影響を及ぼしかねない。
- 医師国家資格試験の合格率は90%前後と、他の専門職国家資格試験と比べても高い水準で推移。医学部卒業者数が高止まりし、早晚、医師数が過剰となることが明らかとなった近年においても、合格率低下の動きは見られない。

◆18歳人口千人あたりの医師養成数



◆専門職国家資格試験の合格率



【改革の方向性】(案)

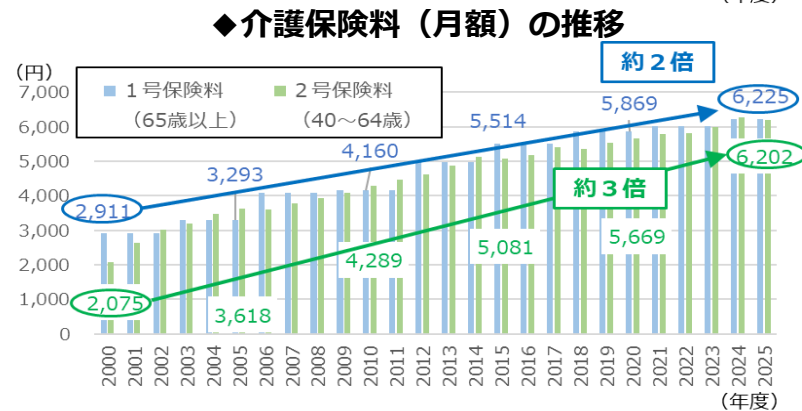
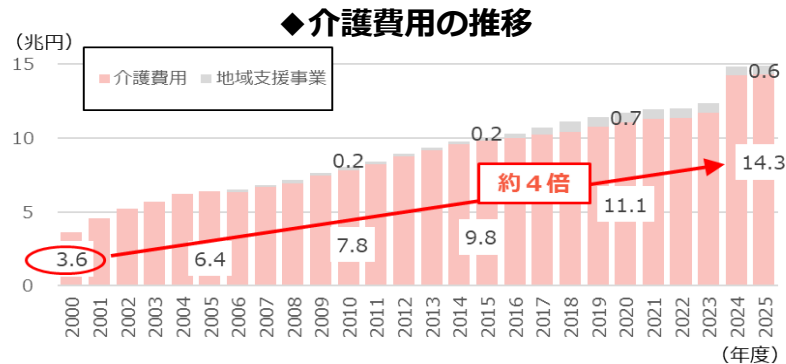
- 日本の社会経済全体における希少な人材の最適配分を実現する観点からも、医学部定員数の適正化は「待ったなし」と認識すべきであり、仮に、定員数の抑制が進まない場合には、国家試験の合格率により医師の供給数をコントロールすることも含めあらゆる選択肢を検討すべきではないか。

4. 介護

今後の介護保険制度改革の方向性（総括）

- **介護保険制度**が2000年に創設されてから**四半世紀が経過**した。高齢者を社会全体で支え合うという役割を果たしてきた一方で、高齢化の進展により**介護費用・保険料は大幅に増加**しており、**制度の持続可能性が危ぶまれる状況**にある。
- 介護分野の職員の処遇改善を通じて**担い手の確保等**の課題に対応しつつ、**現役世代の保険料負担の増加を抑制**し、**制度の持続可能性を確保**するため、3年に1度の制度改革の年にあたり、**高齢化・人口減少下での負担の公平化や、給付の効率化・適正化**のための制度改革を実施すべき。

介護保険サービスの現状



◆介護職員の給与等の変化（9月時点の賃金の比較）※3

	令和5年	令和6年	増加額
基本給等※1	24.3万円	25.4万円	1.1万円 (4.6%増)
平均給与額※2	32.4万円	33.8万円	1.4万円 (4.3%増)

※1 基本給+毎月決まって支払われる手当

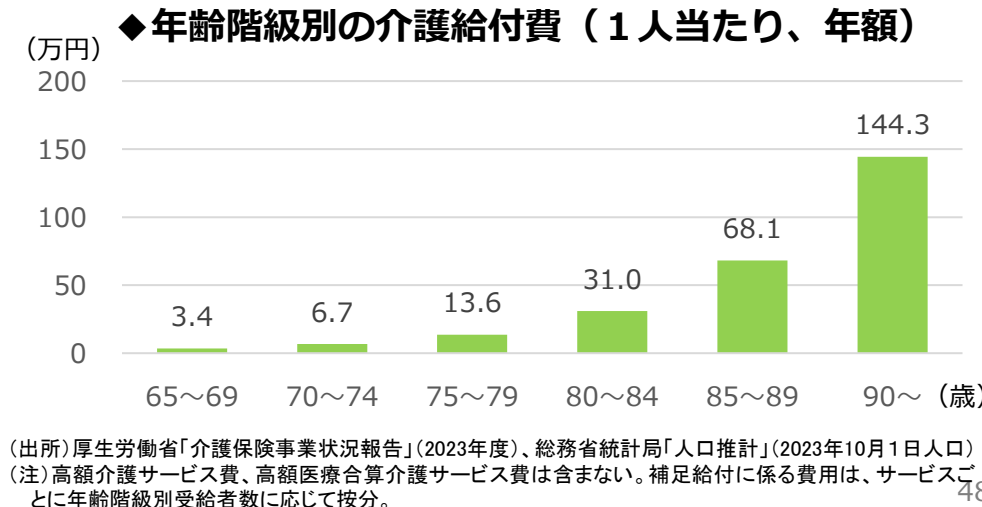
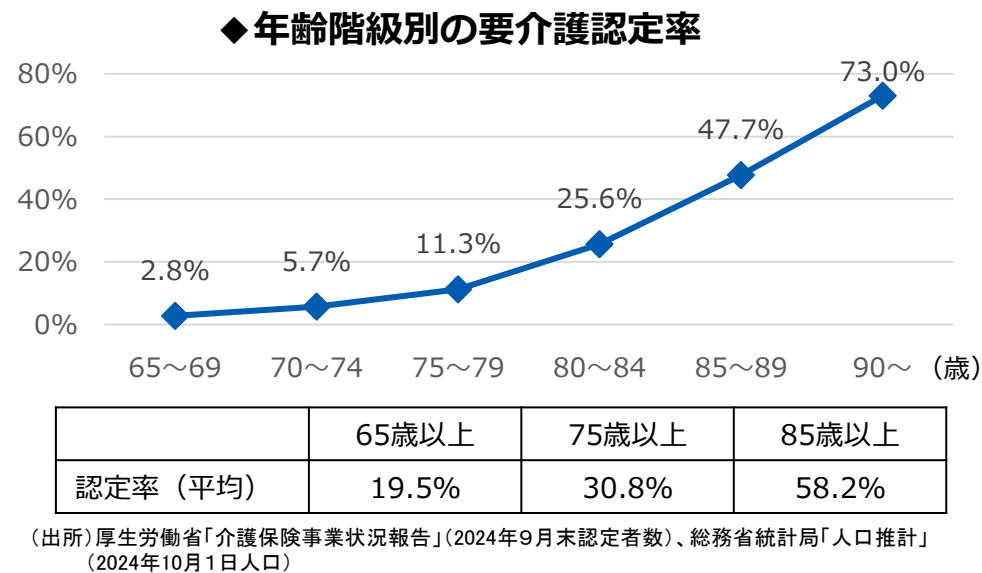
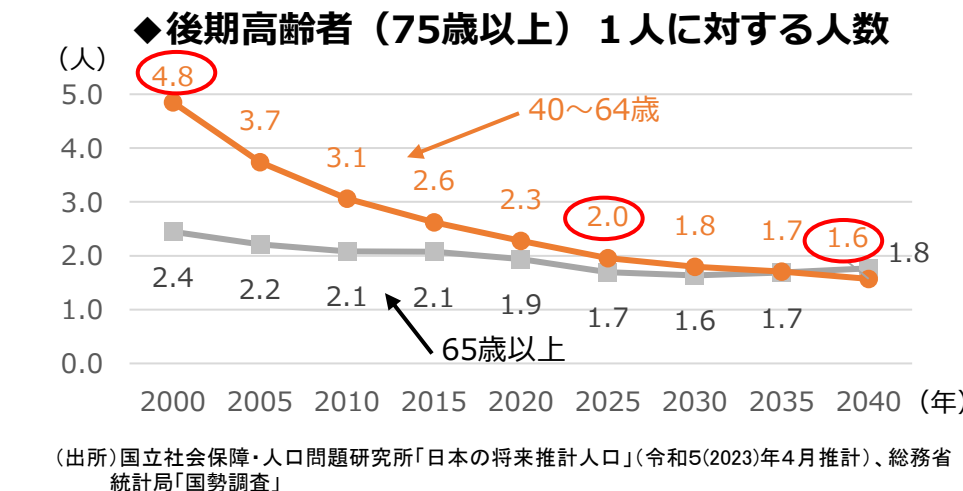
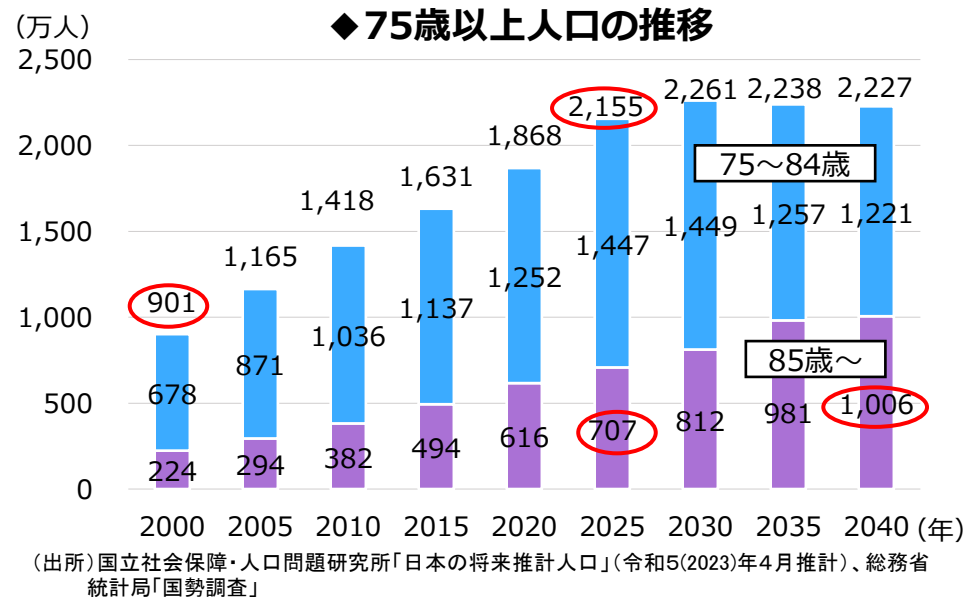
※2 基本給+手当+一時金 ※3 処遇改善加算を取得している施設・事業所における、両年とも在籍している職員の比較。

今後の主な改革の方向性

- **高齢化・人口減少下での負担の公平化**
 - ・利用者負担（2割負担）の範囲の見直し
 - ・ケアマネジメントの利用者負担の導入
 - ・多床室の室料負担（老健施設・介護医療院）の見直し
- **担い手の確保**
 - ・介護分野の職員の処遇改善
 - ・業務の効率化
- **給付の効率化・適正化**
 - ・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移行
 - ・人口減少地域におけるサービス提供体制の構築
 - ・介護保険事務の広域化・都道府県の役割強化
 - ・保険外サービスの活用
 - ・高齢者向け住まい等の報酬体系の見直し

介護保険制度改革の必要性①

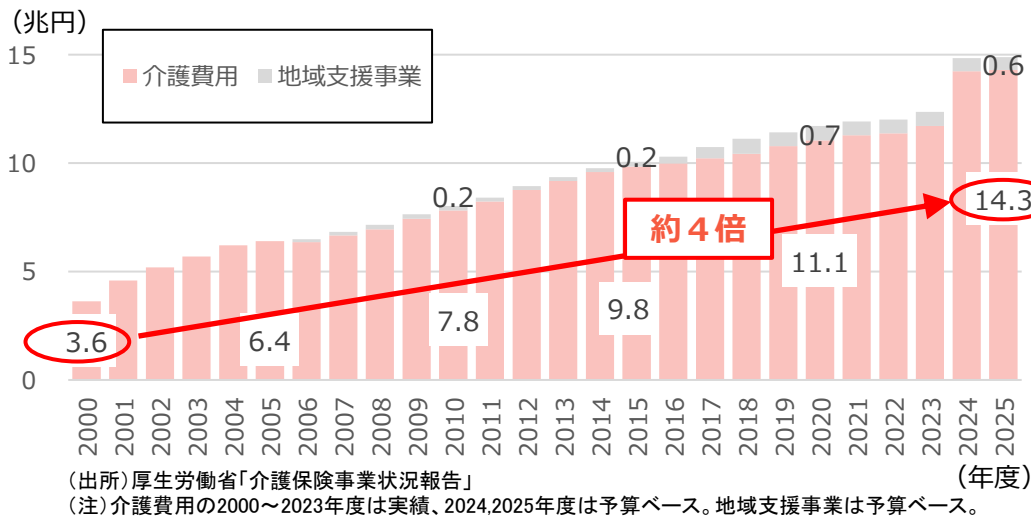
- 介護保険制度が創設された**2000年以降、75歳以上人口が急速に増加**してきた。今後は、**2040年に向けて、特に85歳以上人口が増加**していく見込み。また、75歳以上1人に対する、介護保険料の負担者である40歳以上の人数は、急速に減少しており、今後も減少していく見込み。
- こうした人口構造の変化により、介護費用・保険料は増加の一途を辿ってきたが、**85歳以上は、要介護認定率や1人当たりの介護給付費が特に高い**ため、今後も、85歳以上人口の増加に伴い、**介護費用・保険料は増加**していく見込み。



介護保険制度改革の必要性②

- **介護保険制度が2000年に創設されてから四半世紀が経過した。高齢者を社会全体で支え合うという役割を果たしてきた一方で、高齢化の進展により介護費用・保険料は大幅に増加しており、制度の持続可能性が危ぶまれる状況にある。**

◆介護費用の推移

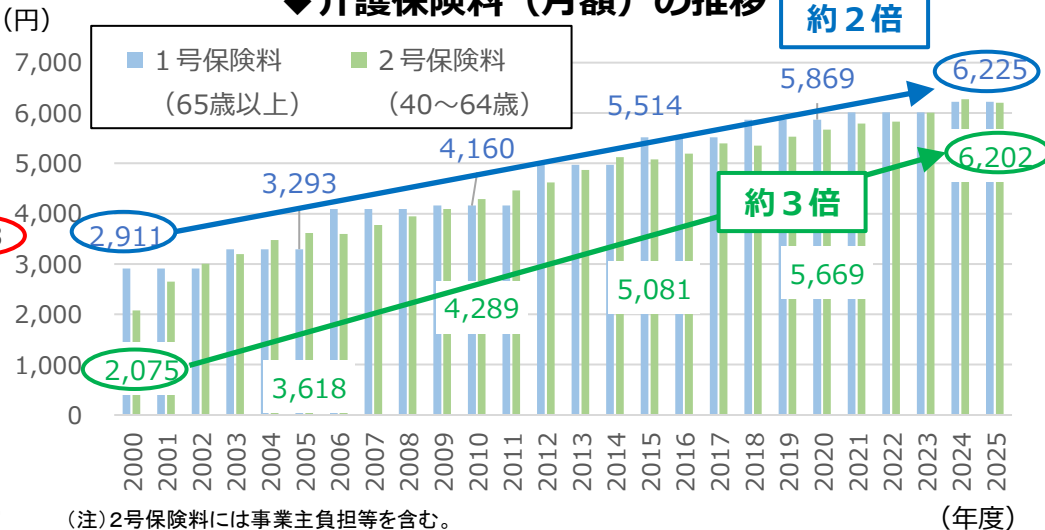


◆介護費用・保険料の将来見通し

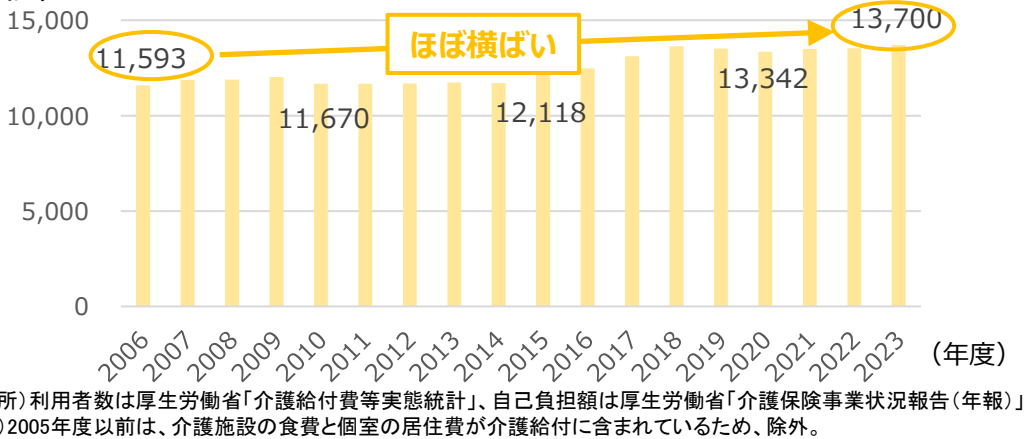
	2025年度	2040年度
介護費用	14.3兆円	27.6兆円
1号保険料	6,225円	9,200円
2号保険料 (協会けんぽ)	1.59%	2.60%

(出所) 介護費用の2025年度は予算ベース。2040年度は、「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」（内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 2018年5月21日）の推計値（ベースラインケース、保険料は2018年度賃金換算）。

◆介護保険料（月額）の推移



◆介護費用に含まれる利用者負担（1人当たり、月額）の推移



【改革の方向性】（案）

- 今後、**現役世代の保険料負担の増加を抑制しつつ、制度の持続可能性を確保**するため、3年に1度の制度改革の年にあたり、**制度改革を進めていく必要がある**。特に、保険料が増加する一方で、利用者負担がほぼ横ばいで推移していることを踏まえると、**負担能力に応じた負担の在り方について検討するべき**。

利用者負担（2割負担）の見直し①

- 介護保険の利用者負担については、2割・3割負担の導入を進めてきたが、今後も、高齢化による介護費用の増加が見込まれる中で、給付と負担のバランスを確保し、保険料の伸びの抑制を図る観点から、利用者負担の更なる見直しを進めていくことが必要。
- 具体的には、負担能力に応じて、増加する介護費用をより公平に支え合う観点から、**2割負担の対象者の拡大**を図るべき。

◆利用者負担のこれまでの経緯

一定所得以上の利用者負担の見直し【平成27年（2015年）8月施行】

- ・ 保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、制度の持続可能性を高めるため、これまで一律1割に据え置いている利用者負担について、相対的に負担能力のある**一定以上の所得の方の自己負担割合を2割とする**。

現役世代並みの所得のある者の利用者負担割合の見直し【平成30年（2018年）8月施行】

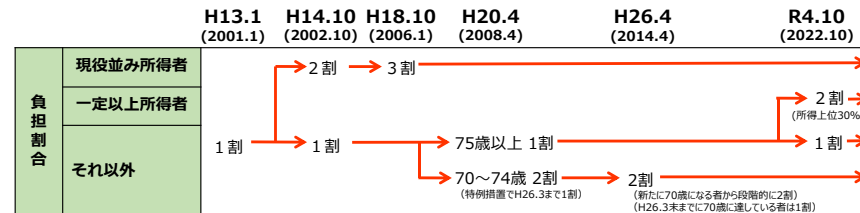
- ・ 世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、**2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする**。

◆利用者負担割合の推移

介護保険の利用者負担



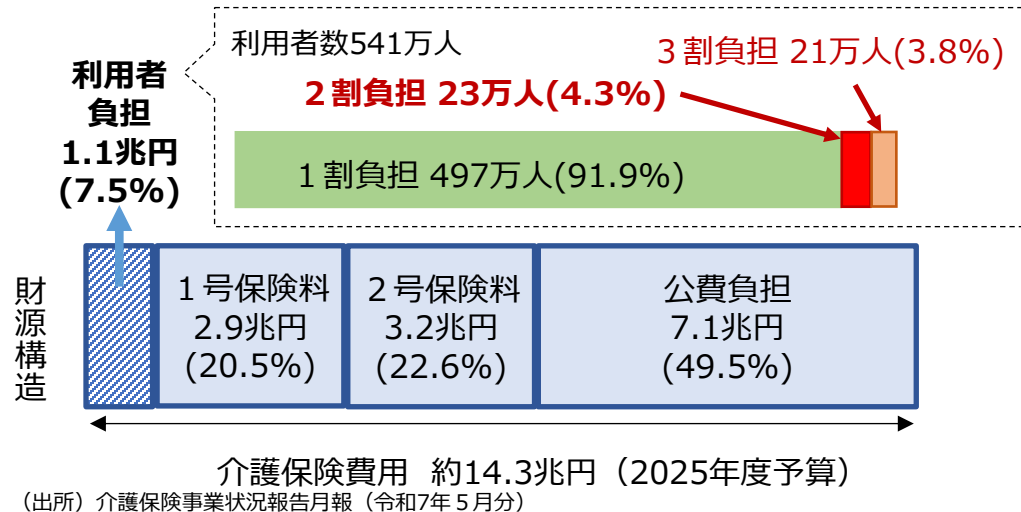
（参考）医療保険の患者負担（70歳以上の高齢者）



◆利用者負担の現行区分

1割負担	下記以外の者
2割負担	単身280万円以上、2人以上346万円以上 (合計所得160万円以上) 【所得上位20%】
3割負担	単身340万円以上、2人以上463万円以上 (合計所得220万円以上) 【現役並み所得】

◆利用者負担の現状



（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。

利用者負担（2割負担）の見直し②

- 2割負担の対象者の範囲拡大に当たっては、高齢者世帯の金融資産保有状況も考慮に入れて検討すべき。この点、**所得上位30%の高齢者世帯では、平均で1,000万円以上の貯蓄があること**や、足もとで、**高齢者世帯の平均貯蓄額は増加傾向にあること**に留意が必要。
- 過去、2割負担・3割負担導入による介護サービス利用への影響は限定的であり、一定以上の所得・資産のある利用者に対して、2割負担の範囲を一定程度拡大したとしても、**介護サービスの利用控えに与える影響は限定的**と考えられる。

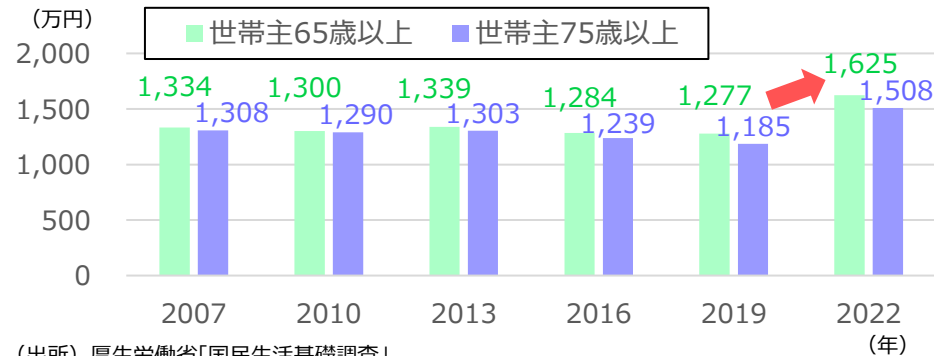
◆高齢者世帯（世帯主65歳以上）の年収階級別貯蓄現在高



※例えば、被保険者の所得上位30%のラインは、
年金収入等が単身世帯：220万円以上、2人以上世帯：286万円以上

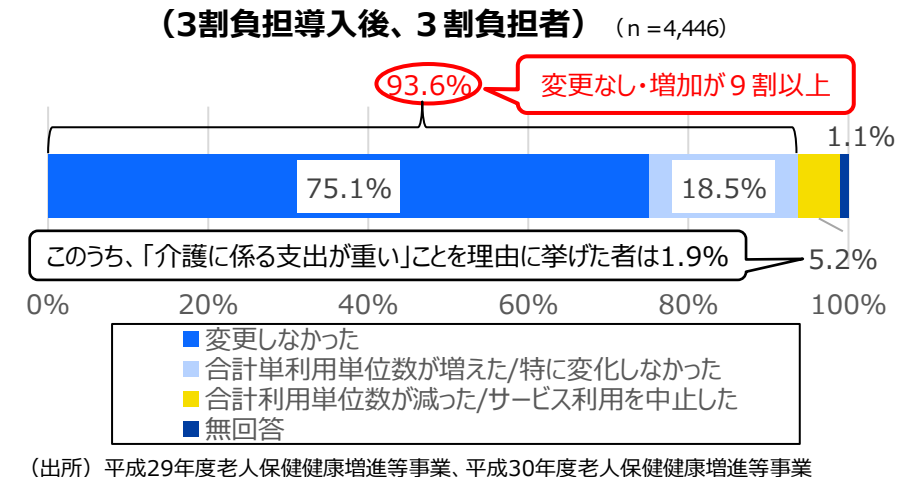
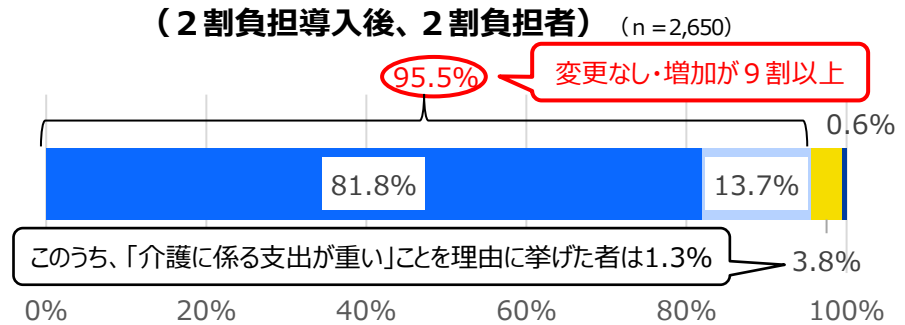
（出所）総務省「2019年全国家計構造調査」

◆高齢者世帯の平均貯蓄額の推移



（出所）厚生労働省「国民生活基礎調査」

◆介護保険の2割負担・3割負担導入による影響 （サービス計画上の利用単位数の合計値の変化）



（出所）平成29年度老人保健健康増進等事業、平成30年度老人保健健康増進等事業

【改革の方向性】（案）

- 負担能力に応じて、増加する介護費用をより公平に支え合う観点から、当分の間、一定の負担限度額を設けることや、金融資産の保有状況等の反映の在り方、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を実現すべき**。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が考えられる。

ケアマネジメントの利用者負担の導入①

- 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（ケアマネジメント）**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25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**している。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であり、**利用者負担を導入すべき**。
- なお、特養等の介護施設においては、介護支援専門員（ケアマネジャー）が行うケアプラン作成等に係る費用については基本サービスの一部として利用者負担が生じており、**施設介護と在宅介護との間でケアマネジメントの利用者負担について不均衡が生じている状況にも留意が必要**。

◆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。

◆ケアマネジメントサービスの請求事務所数・受給者数

	2001年5月	2025年4月
事業所数	18,582件	43,121件
受給者数	129万人	385万人

（出所）厚生労働省「介護給付費等実態統計」

◆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（2024年度実績）

5,523億円

利用者
負担なし

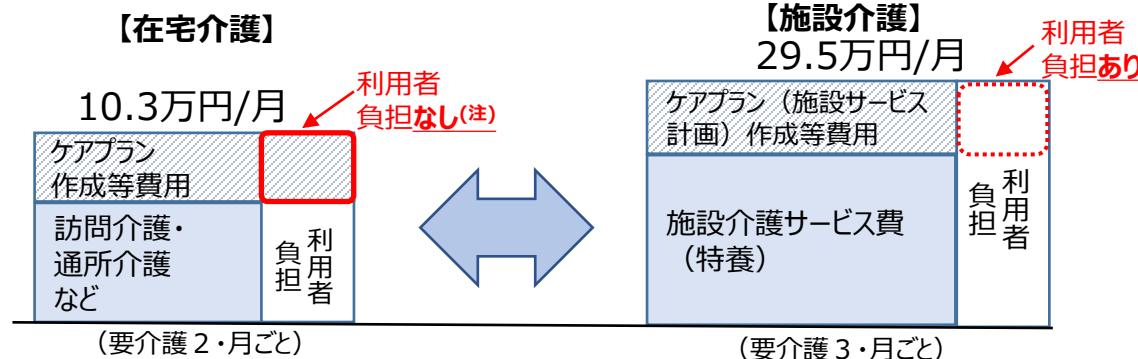
1割負担相当分（約552億円）
の内訳に関する機械的試算

国費 138億円（25%）	都道府県・市町村 138億円（25%）
高齢者の保険料 127億円（23%）	現役世代の保険料 149億円（27%）

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。

◆介護サービス費用の比較（在宅介護と施設介護）



（注）自己負担額は1,400円程度（要介護2、1割負担を前提に、受給者1人当たり費用額から計算）

（出所）厚生労働省「介護給付費等実態統計」（2025年4月審査分）。

（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。」

ケアマネジメントの利用者負担の導入②

- 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、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**。ケアマネジャーへのアンケートによると、「事業者と利用者でサービスを決めてきて、プラン作成だけ依頼された」、「事業者の都合により、同一ホーム内の利用者のケアプランが画一的、限度額いっぱいまで介護保険サービスを設定したケアプランが多い」といった、**ケアマネジメントが本来果たすべき役割が軽視され、その公正・中立性が懸念されるケースも確認される**。

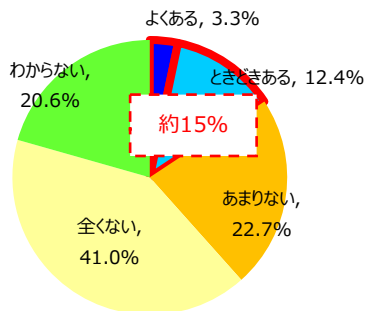
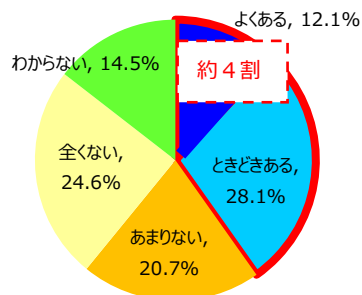
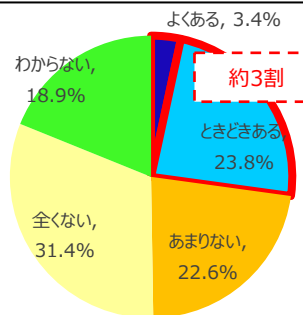
◆ケアマネジャーへのアンケート

Q.過去1年間に以下のような経験をしているケアマネジャーについて見たり聞いたりしたことがあるか。(n=1,303)

事業者と利用者（家族）でサービスを決めてきて、後からプラン作成だけ依頼された

法人・上司からの圧力により、自法人のサービス利用を求められた

介護報酬算定のため、必要のない福祉用具貸与等によりプランを作成した



(出所)「ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組や質に関する指標のあり方に関する調査研究 報告書」
一般社団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構 (令和2年3月)

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

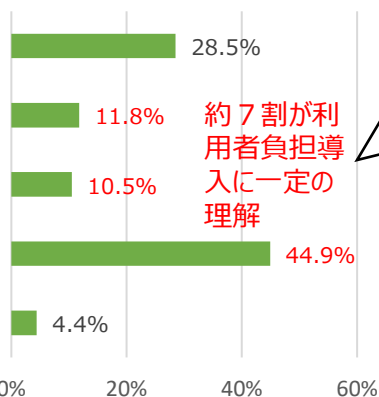
Q.あなたが担当される利用者が居住する住宅・ホームについて、あてはまると思われるもの。(n=336)

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いっぱいまで 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)」

◆介護従事者を対象とした「ケアマネジメント給付の利用者負担導入」に関するアンケート (n=3,935)

現行の10割給付を維持し、利用者負担を導入しないほうがよい
利用者負担を導入し、現行の10割給付を維持しないほうがよい
支給限度基準額に含まれなければ、利用者負担を導入したほうがよい
利用者の所得に応じる配慮があれば利用者負担を導入したほうがよい
その他の方法を検討するのがよい



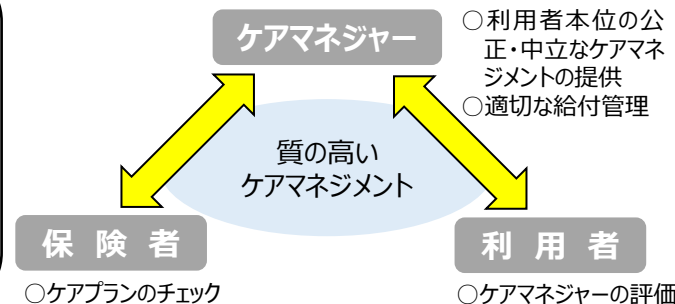
約7割が利用者負担導入に一定の理解

【理由】

- ケアマネジメントの費用が保険から支払われていることを利用者・家族に知ってもらう必要がある。**ケアマネジメントの質を担保するためにも利用者負担を導入すべき**。
- ケアプランを作成するのに時間や手間がかかっている。**ケアマネの意欲の向上につながる**のではないかと。
- プラン料金の一部を負担することで、ケアプラン作成や利用に関して「**ご自身が参加している**」という意識を**しっかり持ていただく**ため。

(出所)「2022年度 就業意識実態調査」JUAセンセン日本介護クラフトユニオン
(注) 月給制組合員の回答。

◆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)

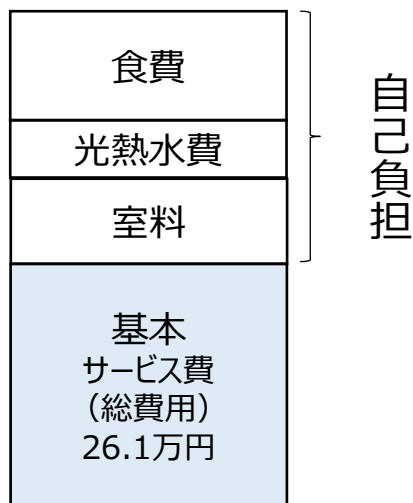
- 利用者負担を導入することで、利用者がケアマネジメントの意義を認識するとともに、ケアプランの質に関心を持つようになり、サービスの質の向上にも資すると考えられるため、**ケアマネジメントに利用者負担を導入すべき**。

多床室の室料負担の見直し①

- 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）

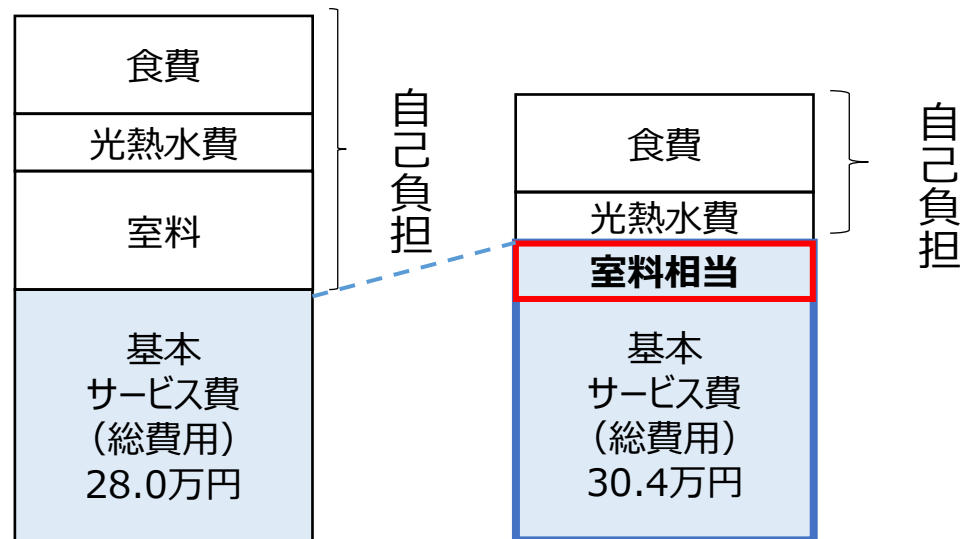
特養は2015年度改定で多床室の室料をサービス費から除外し、個室と多床室の報酬水準は同額。



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**

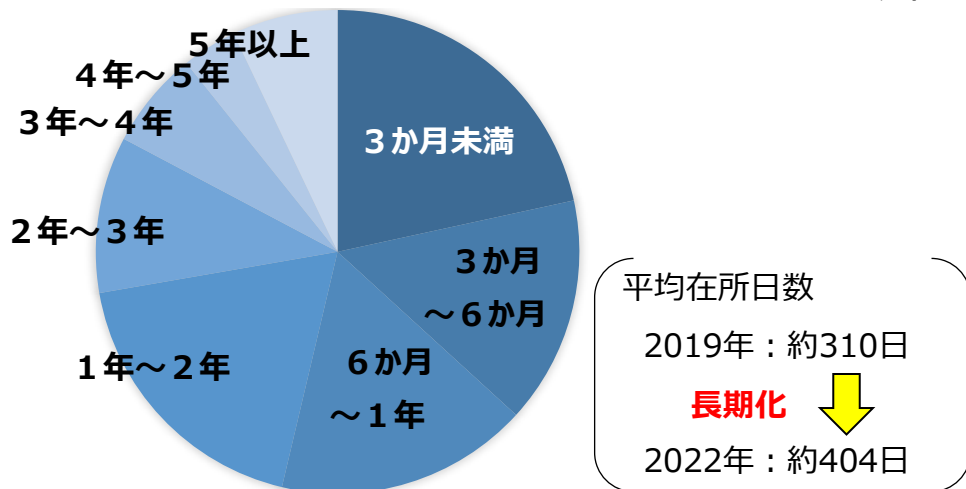
多床室の室料負担の見直し②

- 介護医療院は、介護老人福祉施設（特養老人ホーム）と同様、家庭への復帰は限定的であり、利用者の「生活の場」となっている。
- 介護老人保健施設は、施設の目的が「居宅における生活への復帰を目指すもの」とされ、少なくとも3か月毎に退所の可否を判断することとされているが、一般的な医療機関でも長期入院の基準が180日となっている中、介護老人保健施設の**平均在所日数は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」等という利用者が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。」

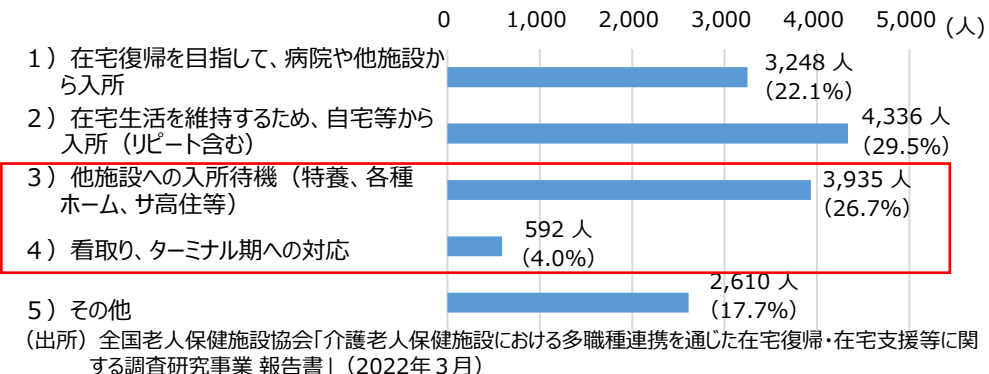
◆介護老人保健施設の在所日数別の利用者数（2022年10月時点）



- 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「介護サービス施設・事業所調査（2019年、2022年）」

◆介護老人保健施設の入所サービス利用者の利用目的



◆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）

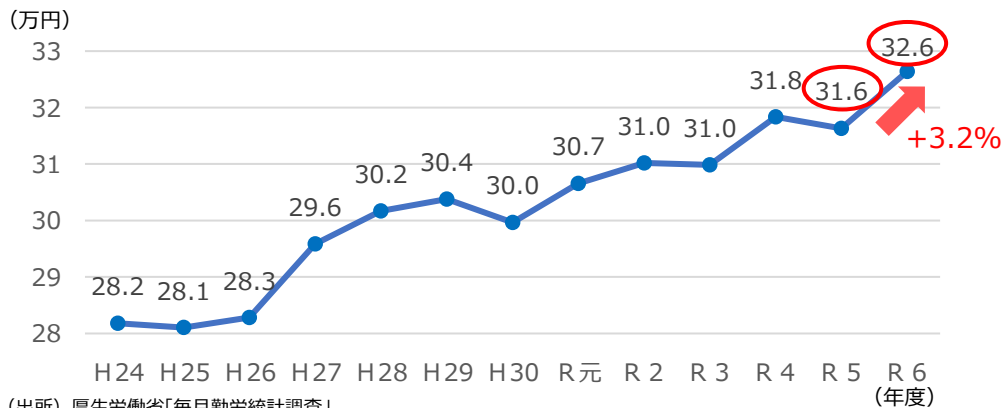
【改革の方向性】（案）

- 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実施することが考えられる。

介護分野の職員の処遇改善

- 物価・経済動向が変化する中で、**介護分野の職員の処遇改善が喫緊の課題**となっている。こうした対応による**現役世代の保険料負担の増加を抑制**するために、しっかりとした**制度改革が必要**。
- その上で、日本の生産年齢人口が減少する中で、今後増加する介護サービスの需要をカバーする必要があることを踏まえると、介護テクノロジーの活用や経営の大規模化等による**業務の効率化が不可欠**であり、**効率化分を賃上げ原資としていくことが重要**。必要な処遇改善の水準の議論に当たっても、こうした考え方を反映していく必要。
- 必要な処遇改善の水準については、令和6年度介護報酬改定において、**令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%のベースアップ分を措置したところ、令和6年度に、全体で3.2%の賃上げ**（毎月勤労統計調査）、**個々の職員に着目すると4.6%の賃上げ**（処遇状況調査、定期昇給込み）が実現していることに留意が必要であり、今後明らかになる令和7年度における賃上げの状況も踏まえて検討する必要。
- また、目指すべき賃上げ率・額については、現状、**介護分野の事業所は小規模**であることを踏まえて、介護職員の賃金の比較対象として、**同様の規模の企業の従業員の賃金を参照**することも検討する必要。

◆ 介護職員（老人福祉・介護事業）の賃金の推移（毎月勤労統計調査）

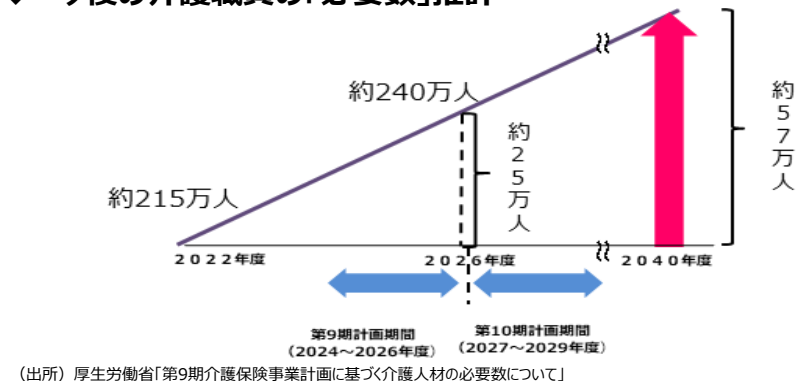


◆ 介護職員（常勤・月給の者）の賃金の変化（処遇状況調査）

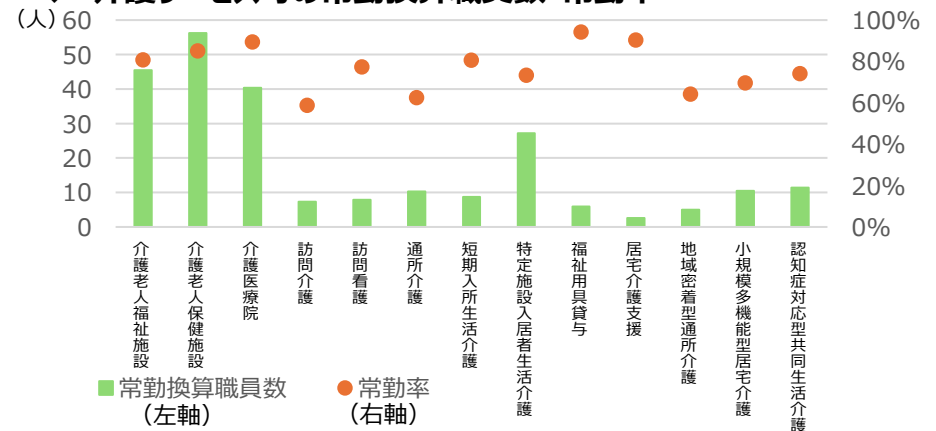
	令和5年9月	令和6年9月	増加額
基本給等	24.3万円	25.4万円	1.1万円 (4.6%増)
平均給与額	32.4万円	33.8万円	1.4万円 (4.3%増)

（出所）厚生労働省「令和6年度介護事業者処遇状況等調査」
 （注1）基本給等＝基本給（月額）＋毎月決まって支払われる手当（通勤手当、扶養手当、超過労働給与等とは含まない）
 （注2）平均給与額＝基本給（月額）＋手当＋一時金（4～9月の支給金額の1/6。賞与等含む。）
 （注3）処遇改善加算を取得している施設・事業所における、両年とも在籍している職員の比較。

◆ 今後の介護職員の「必要数」推計



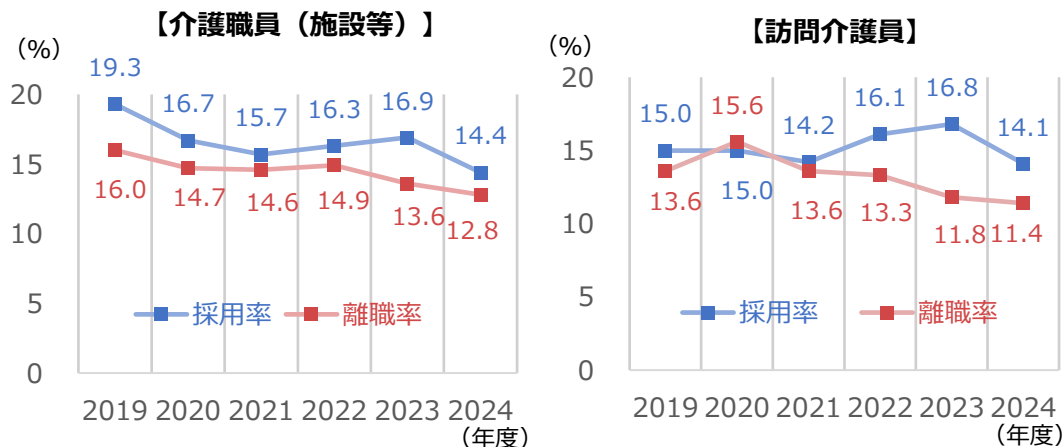
◆ 介護サービス毎の常勤換算職員数・常勤率



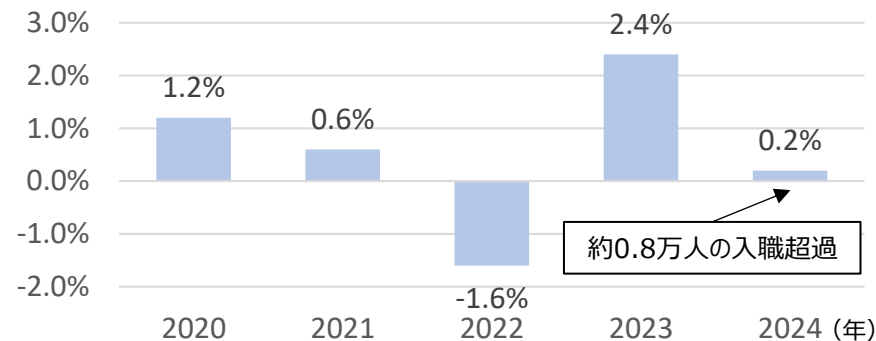
介護事業者・介護職員の状況と対応

- 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、足もとでは**離職率が低下**しており、**入職超過**の状況。
- **賃金以外にも、働きやすさが離職に影響している**。賃上げのみならず、**職場環境整備**に取り組むことで、**人材の定着**を推し進める観点が重要。
- 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**している状況。

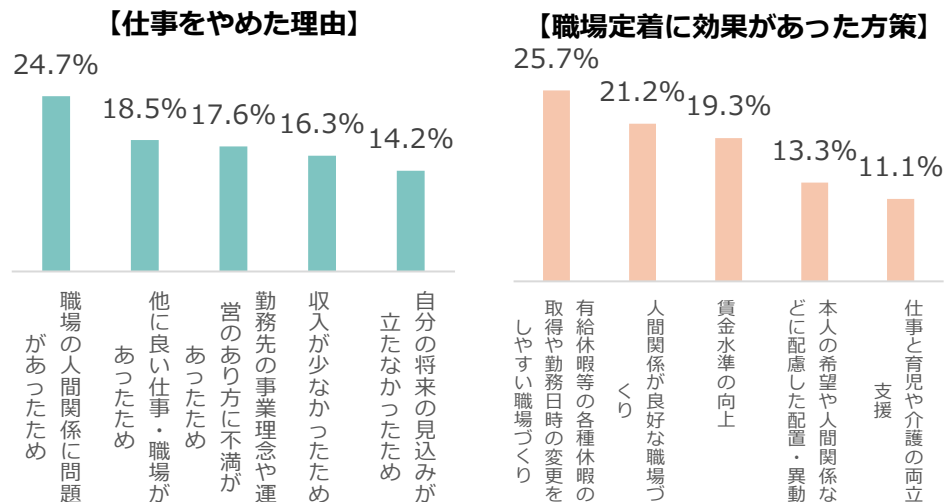
◆介護職員等の採用率・離職率の推移



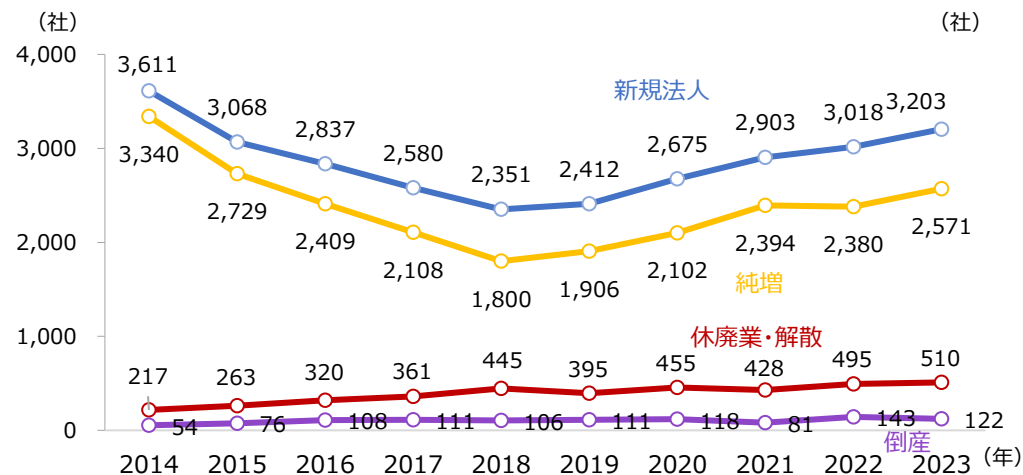
◆介護等分野の入職超過率（入職率－離職率）の推移



◆介護職員をとりまく状況



◆介護事業者新設、休廃業・解散、倒産の状況



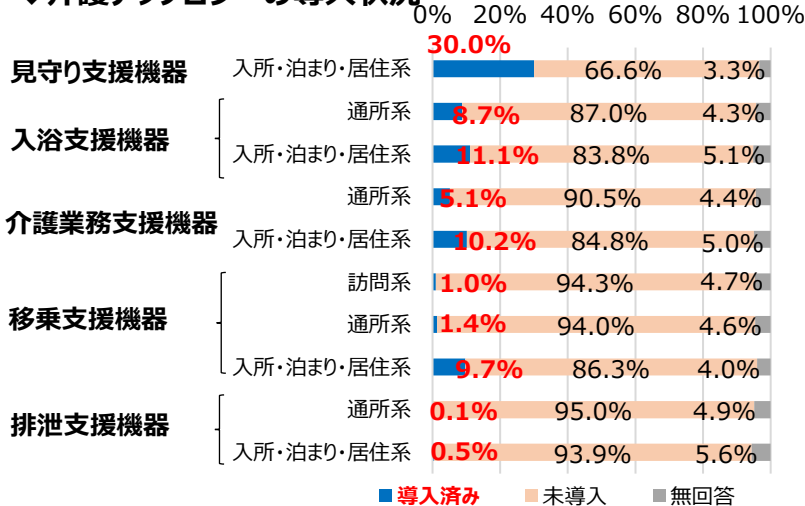
業務の効率化：ICT機器の活用・人員配置の効率化等

- 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、**業務を効率化**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。」

◆介護テクノロジーの導入状況



(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**

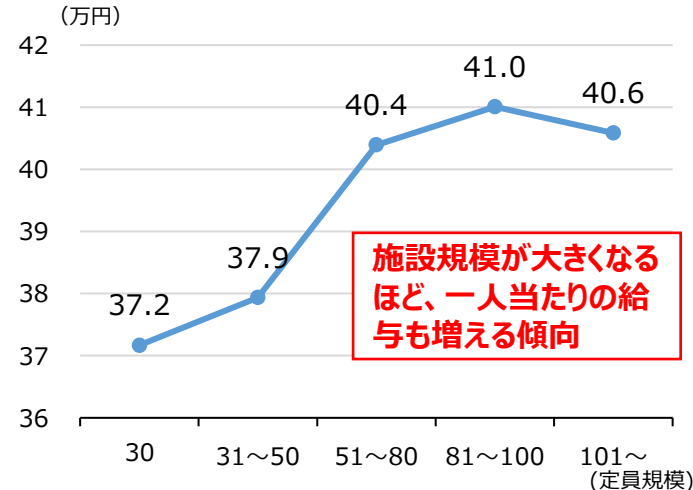
(出所) 介護給付費分科会資料(2023年11月30日)

○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) 厚生労働省「介護給付費分科会資料」
(2020年11月9日)

◆特養における常勤介護職員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」
(注) 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)

- 2024年度補正予算で措置(200億円)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。

職場環境整備の好事例

- 介護現場では、介護テクノロジー・ICT機器の導入や、ケアプランデータ連携システムの導入などにより、**業務を効率化し、職員の負担軽減や職員の賃上げに取り組んでいる好事例**も出ている。

◆特別養護老人ホーム もくせい（介護老人福祉施設）

- ・見守り機器を全床導入し、夜間宿直の廃止など負担を軽減

⇒ 夜勤の巡視時間：53分→26分 排泄介助時間：180分→90分



（出所）令和7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及び厚生労働大臣表彰」概要資料

◆特別養護老人ホーム サンシティ北条（介護老人福祉施設）

- ・AI排泄ケアシステムを全床に導入し、夜間の対応回数が減

⇒ おむつ交換空振り回数：107回/週→11回/週



（出所）令和7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及び厚生労働大臣表彰」概要資料

◆トライドケアマネジメント（居宅介護支援）

- ・ケアプランデータ連携システムを導入、業務分担を見直し、ケアマネジャーの業務効率化

⇒ ケアマネの平均担当件数：34.5名→43.7名 平均年収：427万円→491万円



居宅介護支援事業所と居宅サービス事業所とのケアプランのやりとりをオンラインで完結できる仕組みです。

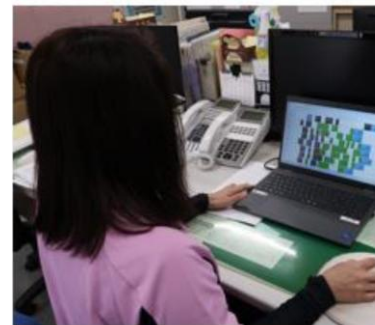


（出所）令和7年度「介護職員の働きやすい職場環境づくり内閣総理大臣表彰及び厚生労働大臣表彰」概要資料

◆福祉の里 尾張営業所（訪問介護）

- ・全職員にスマートフォンを貸与し、記録システムを導入し、介護記録業務をDX化

⇒ 訪問件数（1人当たり）：6.5件/日→7.4件/日



（出所）令和7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及び厚生労働大臣表彰」概要資料

【改革の方向性】（案）

- こうした**好事例の横展開**を図るとともに、処遇改善加算の取得促進とあわせて、2024年度補正予算で措置した介護人材確保・職場環境改善等事業（806億円）や介護テクノロジー導入・協働化等支援事業（200億円）等も活用し、**介護現場の効率化と、職員の賃上げを含めた職場環境整備**に取り組むべき。

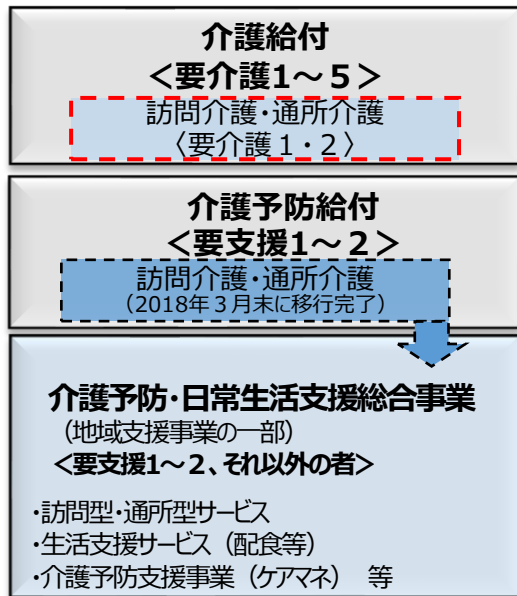
軽度者に対する生活援助サービス等の地域支援事業への移行

- 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**

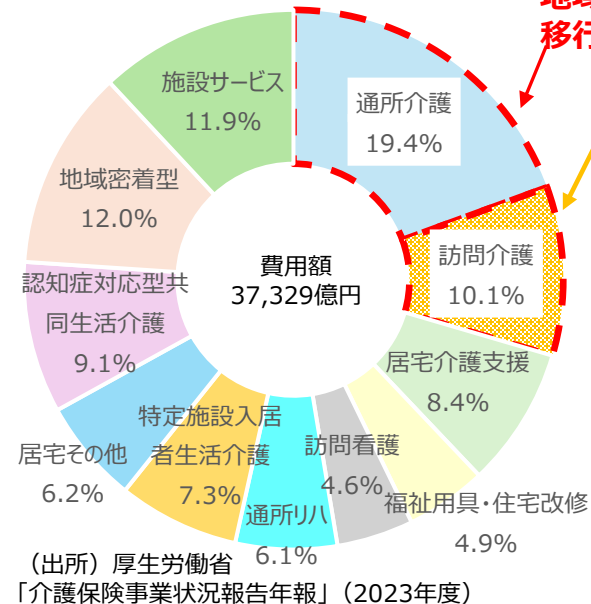
（例）介護職員2人以上
1人あたり3㎡以上

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。

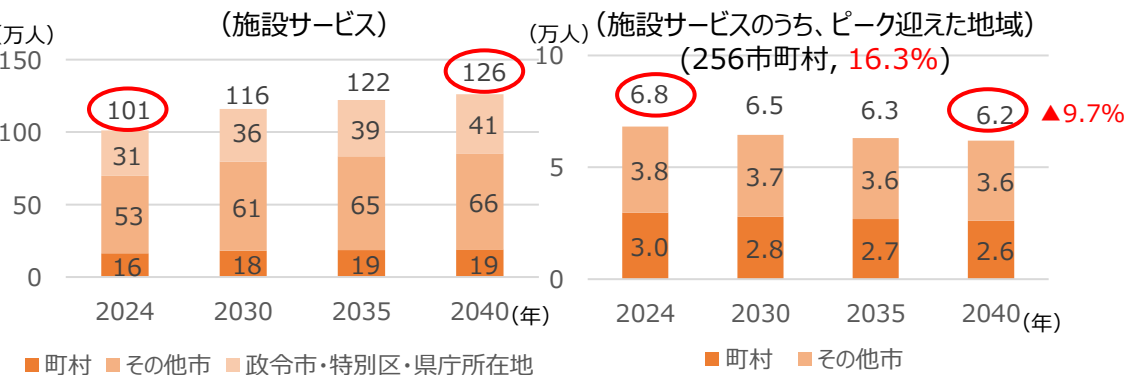
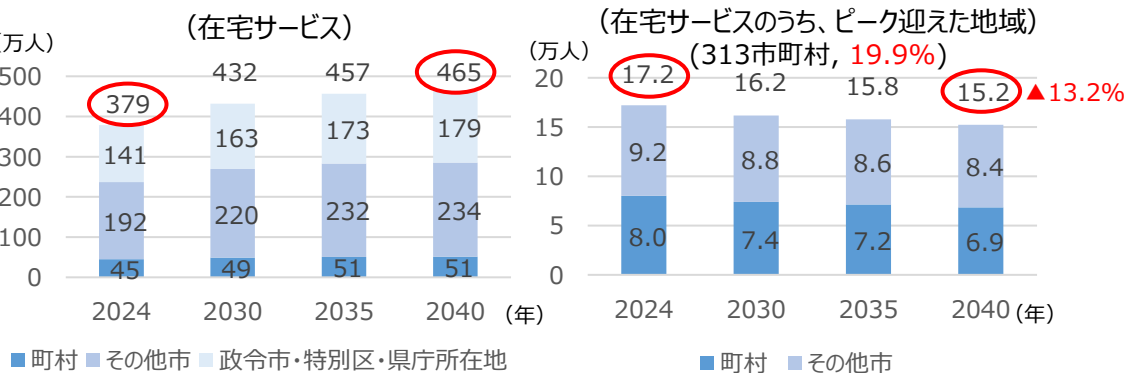
【改革の方向性】（案）

- 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す**、段階的に、**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ることが考えられる**。

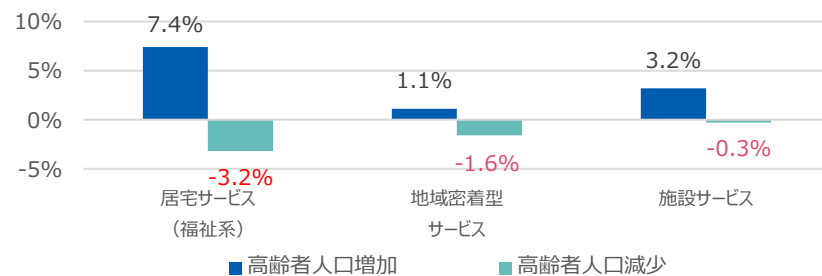
人口減少地域におけるサービス提供体制の構築

- **介護サービス利用者数**は、全国で見ると2040年のピークに向けて増加する見込みだが、地域別にみると、**2割近くの市町村で既にピークを迎えており**、こうした市町村では、2040年に向けて、**1割程度利用者数が減少**する見込み。また、2040年に**高齢者人口の減少が見込まれる地域**では、足元で**介護事業所の減少**がみられる。
- こうした中、需要の変化に応じたサービス提供体制を構築する上で、基準該当サービスを活用することにより、**柔軟化した配置基準に基づき、利用者が減少する中でも、事業継続が可能となった事例**がある。

◆介護サービス利用者数（1月あたり）の推計



◆介護事業所の増減率（2019年→2024年）



(出所) 厚生労働省「社会保障審議会介護保険部会」(令和7年5月19日) 資料を加工
(注) 2040年における65歳以上推計人口が2020年と比較して増加または減少により分類し、それぞれに該当する市町村内に所在する事務所数の増減率を比較。

◆基準該当サービスの概要

	指定サービス	基準該当サービス
地域	全国（地域限定なし）	全国（地域限定なし）
指定・登録	指定権者による指定	市町村（保険者）に登録
人員配置基準	国で定める基準に従い都道府県が条例で規定 (例) 訪問介護員：常勤換算2.5以上	国で定める基準（指定サービスより緩和）に従い都道府県が条例で規定 (例) 訪問介護員：職員3人以上
報酬	全国一律の介護報酬	全国一律の介護報酬を基準に市町村で設定
類型	施設・居宅サービス等	居宅サービス等

【導入後のメリット（現場の声）】
・人員不足でも一定の質を保ちサービスの提供ができる。
・事業継続が可能となり、空き時間を別サービスの人員に当てることができ、シフトが組みやすくなった。

(出所) 厚生労働省「社会保障審議会介護保険部会」(令和7年5月19日) 資料を加工

【改革の方向性】(案)

- 高齢者人口が減少し、介護サービス需要が減少する地域においては、市町村や都道府県が、将来の介護サービス需要を見極め、需要に対してサービスの供給が過剰にならないように留意しつつ、**配置基準のさらなる柔軟化、介護事業所の多機能化・広域化を推し進めること**で、地域の実情に応じて、介護サービス提供を効率化しつつ、必要な介護サービスが維持されるサービス提供体制を構築することが考えられる。

介護保険事務の広域化・都道府県の役割強化

- 市町村が実施する介護保険事務については、特に小規模な市町村において、要介護認定のための**介護認定審査会の委員の確保が困難**であることや、**事業者への指導のノウハウが蓄積されない**といった課題があり、**介護保険事務を広域で取り組む**ことでこれらの課題を解決している事例がある。
- 都道府県が行政の主体である医療との連携を含め、介護サービス提供体制整備や、介護保険財政運営について、**都道府県が一層の役割を果たす**ことが求められる。

◆市町村の介護保険事務の課題と取組

○要介護認定（介護認定審査会）

- ・ 医師、看護師、保健師、介護福祉士など**委員の確保が困難**
 - ・ 半数以上の市町村（1,063団体）で介護認定審査会事務の共同処理が行われている。
- ⇒ 広域で取り組むことで、**委員の安定的な確保が可能**に。

○介護サービス等の提供事業者に対する指導

- ・ 中小規模の市町村では十分に実施できておらず、件数の少なさから**ノウハウが蓄積されていない**。
- ⇒ 広域で取り組むことで、**件数の増加によるノウハウの蓄積が可能**に。

○医療・介護の連携

- ・ 医療と介護のニーズを抱える高齢者が急増する中、地域包括ケアシステムを深化させ、**医療・介護の連携を進める必要**。
- ⇒ 医療行政の主体である**都道府県**が市町村と連携しながら、**介護分野においても一層の役割を果たす**ことが求められる。

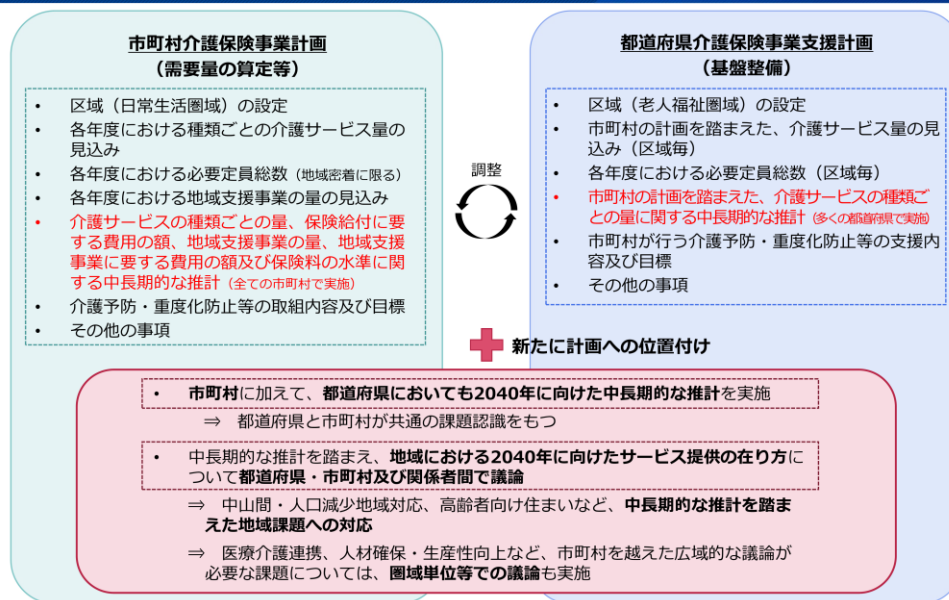
（参考）介護保険事務の共同処理の例（福岡県介護保険広域連合）

- ・ 33市町村（圏域人口計約70万人）で構成
- ・ 介護保険事務のほぼ全てを共同処理
- ・ 介護認定審査会については、年間で約1,500回開催も、審査員確保に概ね課題はなく、事業者指導については、年間100件程度の運営指導を実施するためノウハウが蓄積するなど、介護保険事務の共同化により**スケールメリットが発揮**。

◆都道府県の役割強化に向けた見直し方針

- ※ 介護保険部会において、介護サービス量の中長期的推計や地域課題への対応について、都道府県の介護保険事業支援計画に新たに位置づける旨の見直しが議論されている。

地域包括ケアシステムの実現・深化に向けた支援体制の整備（全体像）



（出所）総務省「持続可能な地方行財政のあり方に関する研究会 報告書」（令和7年6月）を要約

（出所）厚生労働省「社会保障審議会介護保険部会」（令和7年9月29日）資料

【改革の方向性】（案）

- 市町村の介護保険事務の課題を解決するために、**介護保険事務の広域化を進めていく必要**。また、介護サービス提供体制整備や、介護保険財政運営について、都道府県がより一層の役割を果たすべきであり、**都道府県が、介護保険の財政的な責任主体となり、提供体制の整備に責任を持つこと**について、検討していく必要。

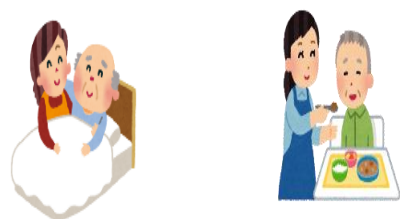
保険外サービスの活用

- 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当たっては、**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>



◆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、送迎車を利用し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）「介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせて提供す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）

（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）

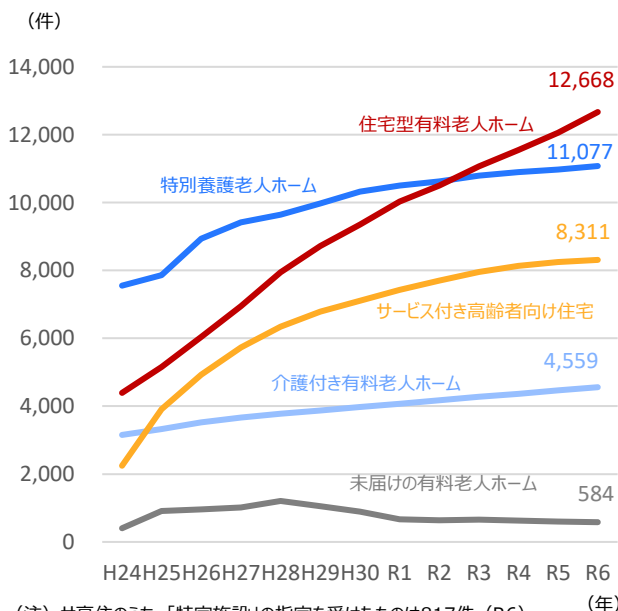
【改革の方向性】（案）

- **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。

高齢者向け施設・住まいにおけるサービス提供の在り方①

- 高齢者向け施設・住まいとしては、①**特別養護老人ホーム（特養）**、②（「特定施設」の指定を受ける）**介護付き有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）**、③（「特定施設」の指定を受けない）**住宅型有料老人ホーム・サ高住**があるが、近年は、特に③が増加。
- ①特養については、2015年より原則として入所者を要介護度3以上に限定。③**住宅型有料老人ホーム・サ高住**は、比較的軽度の方向けの住まいとして整備が進められたが、足元では**要介護度3以上の入居者が約3～5割**を占めており、**特養と同等の機能を有する**ようになってきている。
- しかし、③**住宅型老人ホーム・サ高住の整備**は、①特養や②介護付き有料老人ホーム等と異なり、**市町村・都道府県が策定する介護保険事業計画において任意の記載事項に留まっている**ほか、**総量規制の対象外**となっている。

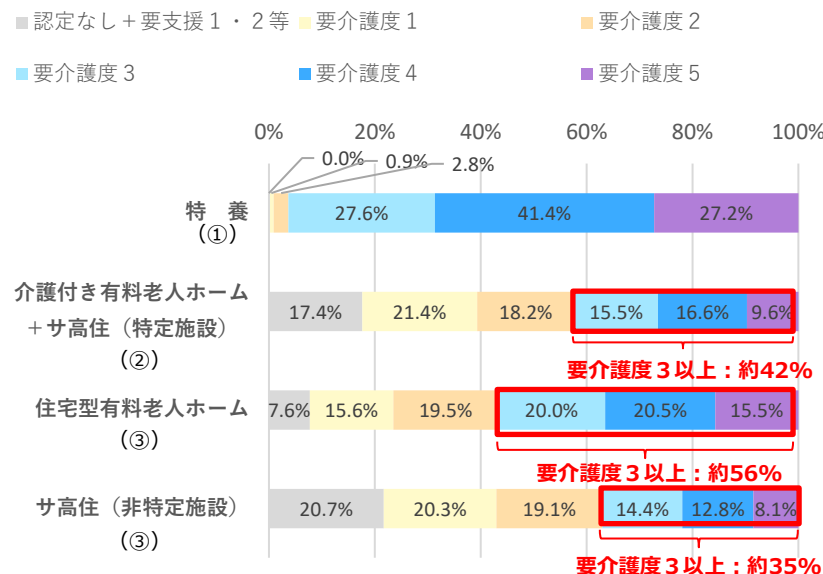
◆高齢者向け施設・住まいの数の推移



(注) サ高住のうち、「特定施設」の指定を受けたものは817件 (R6)

(出所) 厚生労働省「有料老人ホームにおける望ましいサービス提供のあり方に関する検討会」(令和7年9月16日) 参考資料

◆サービス毎の入居者の要介護度割合



(※) 「認定なし+要支援1・2等」には、「不明・申請中等」を含む。

(出所) 特養のデータ: 令和6年度介護給付費等実態統計の概況(2025年4月審査分)、その他のデータ: 厚生労働省令和6年度老健事業「高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究」

◆介護保険事業計画の基本方針

市町村・都道府県の介護保険事業計画

基本的記載事項

- 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み

総量規制の対象(①・②)

任意的記載事項

- 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数

総量規制の対象外(③)

【改革の方向性】(案)

- **介護保険施設の指定を受けている特養等(①・②)と、指定を受けていない高齢者向け住まい(③)の役割分担・住み分け**について検討し、**自治体の介護保険事業計画において、有料老人ホーム・サ高住も含めた高齢者向け住まいの整備計画も明確に位置付ける**ことが考えられる。地域包括ケアの推進の観点からも、**有料老人ホーム・サ高住における要介護者に対する介護サービスの需給を勘案した上で、一体となった整備方針を定める**ことが考えられる。

高齢者向け施設・住まいにおけるサービス提供の在り方②

- 有料老人ホーム・サ高住の提供事業者は、介護報酬の仕組み上、自ら介護サービスを提供する（包括報酬）よりも、関連法人が外付けで介護サービスを提供した方（出来高払い）がより多くの報酬を得ることが可能となっており、こうした構造が、利用者に対する「囲い込み」の原因になっている、との指摘がある。
- また、自ら介護サービスを提供する施設よりも外付けで介護サービスを活用する施設の方が家賃などが安い傾向。安い入居者負担で利用者を囲い込み、関連法人による外付けサービスを活用した介護報酬で利益を上げるビジネスモデルが成立している可能性がある。

（注）住宅型有料老人ホーム等について、ホームごとに、要介護度（平均）と限度額に対する利用率（平均）をプロットすると、介護度に関わらず80%以上の利用率の施設が一定程度存在し、必要性に関わらず、限度額に近い介護サービス利用が行われているホームがあることがうかがえる。

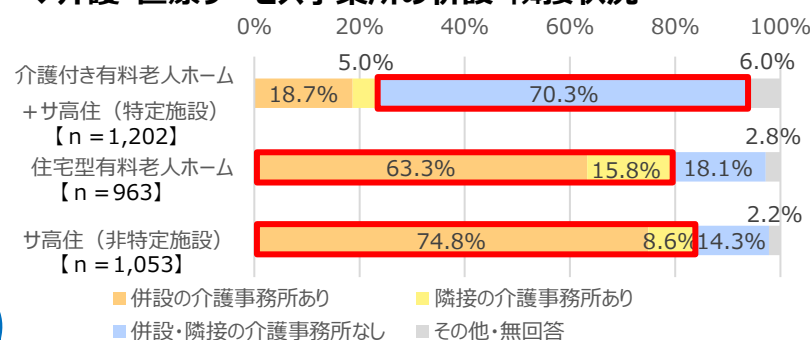
◆高齢者向け住まいの類型毎にみた月額費用の違い（要介護度5の場合）

	I. 介護付き有料老人ホーム +サ高住（特定施設）	II. 住宅型 有料老人ホーム	III. サ高住 （非特定施設）
居住費・食費・光熱費等 （介護保険サービス費以外）	26.2万円	11.8万円	15.4万円
介護保険サービス費 I は、「特定施設（一般型）」の包括報酬額 II・III は、区分支給限度基準額（上限額）	24.4万円 （包括報酬額）	36.2万円 （区分支給限度基準額）	
合 計	50.5万円	48.0万円	51.6万円
（利用者負担額：1割負担の場合）	（28.6万円）	（15.4万円）	（19.0万円）

介護事業者にとっては合計の収益はあまり変わらないが、利用者の自己負担は低くなるケースがある。

（出所）厚生労働省「高齢者向け住まいにおける運営形態の多様化に関する実態調査研究」報告書（2025年3月）のデータを基に計算

◆介護・医療サービス事業所の併設・隣接状況



（※）併設・隣接事業所が介護サービス事業所の場合、その運営主体の約8～9割が「関連法人」。

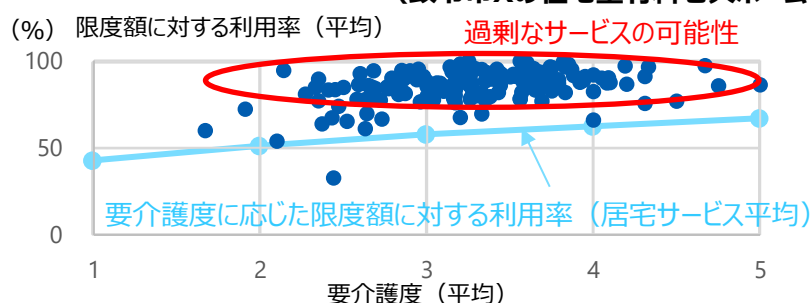
（出所）厚生労働省「高齢者向け住まいにおける運営形態の多様化に関する実態調査研究」報告書（2025年3月）

◆高齢者向け住まいの比較

	介護付き有料老人ホーム	住宅型有料老人ホーム	サービス付き高齢者向け住宅
施設概要	介護等のサービスが付いた高齢者向けの住まい （「特定施設入居者生活介護」として介護保険法に基づく自治体の指定を受ける必要）	生活支援等のサービスが付いた高齢者向け住まい （「特定施設」の指定を受けない）	少なくとも安否確認・生活相談サービスを提供するバリアフリーの高齢者向け住まい （「特定施設」の指定を受けて介護保険サービスを提供するかどうかは住まいによる）
介護保険サービスを提供する場合の方法	介護保険サービスはホームが直接提供	介護保険サービスを受けたい場合は、別途外部の介護サービス事業所と個別に契約・利用	指定を受けている場合：介護付きホームと同じ 指定を受けていない場合：住宅型ホームと同じ
介護報酬の支払方法	ホームに包括報酬で支払い	各事業所にサービス利用量に応じて出来高払い	同上

◆要介護度に応じた限度額に対する利用率の分布

（政令市Xの住宅型有料老人ホーム等）



【改革の方向性】（案）

- 有料老人ホーム・サ高住における利用者の「囲い込み」の問題に対しては、訪問介護の同一建物減算といった個別の対応策にとどまらず、外付けで介護サービスを活用する場合も、施設自ら介護サービスを提供する場合の包括報酬額を利用上限とする形に介護報酬の仕組みを見直すべき。

制度の持続可能性を確保していくための介護保険制度改革

- 介護保険制度については、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、**制度の持続可能性の確保のための更なる改革を中長期的に検討していく必要がある**。以下の3つの視点から制度改革を進めることで、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ことが考えられる**。

保険給付の効率的な提供

○ 業務の効率化

- ・ 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
- ・ 業務の効率化等に取り組む介護施設・事業所が適切に評価される報酬体系の構築

○ 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

○ 介護サービス施設・事業所の総量規制の範囲見直し

○ ケアプラン点検の厳格化

○ 要介護認定事務の効率化

○ アウトカム評価に基づく給付

○ 介護保険事務の広域化・都道府県の役割強化

○ 介護事業者の経営情報の見える化

保険給付範囲の在り方の見直し

○ 保険外サービスの活用

○ 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移行

- ・ 生活援助サービス（調理等）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

○ 高額介護サービス費の見直し

○ 区分支給限度基準額の見直し

○ 補足給付の見直し

○ 福祉用具・住宅改修に係る給付の適正化

高齢化・人口減少下での負担の公平化

○ 利用者負担の見直し

- ・ 2割負担の範囲の見直し
- ・ 利用者負担の原則2割化
- ・ 現役世代並み所得（3割）の範囲の見直し
- ・ 金融所得、金融資産の勘案

○ ケアマネジメントの利用者負担の導入

○ 多床室の室料負担の見直し

○ 1号保険料の見直し

- ・ 金融所得、金融資産の勘案
- ・ 再分配機能の強化

○ 2号保険料の見直し

- ・ 金融所得、金融資産の勘案
- ・ 対象年齢の見直し

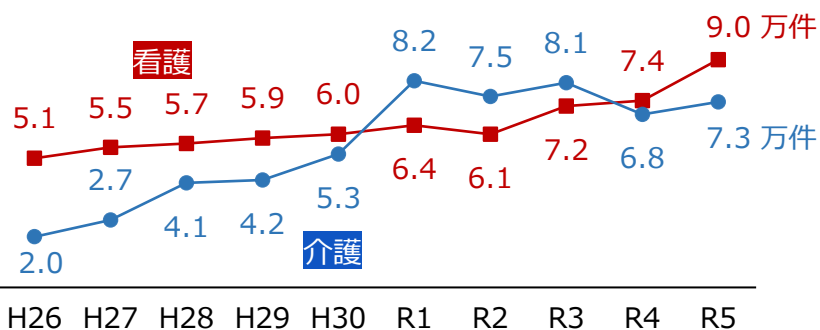
5. 医療・介護分野における人材紹介

医療・介護分野における人材紹介（全体像）

- 看護・介護人材の確保等に当たっては、民間の人材紹介会社が活用されるケースがあり、これによる就職件数は近年増加傾向。他方で、医療機関や介護事業者からは、人材紹介手数料が経営上大きな負担になっているとの声も聞かれる。

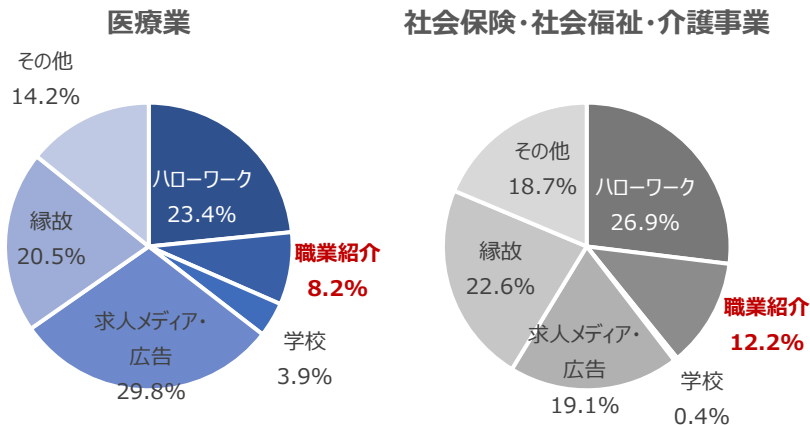
現状

民間人材紹介による就職件数



（出所）厚生労働省「職業紹介事業報告」

入職経路に占める比率（新卒以外）



（出所）厚生労働省「令和6年 雇用動向調査」

これまでの取組

- 人材紹介会社による手数料表の情報提供義務、就職後2年間の転職勧奨の禁止（H30.1～）
- 人材紹介会社経由で雇用した労働者が早期退職した際、手数料の一部を求人者に返還する仕組みを人材紹介会社においてルール化すること（返戻金制度）の推奨（H30.1～）
- 人材紹介会社が求職者に支払う「就職お祝い金」の禁止（R3.4～）
- 医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者の認定制度の創設（R3.8～）
- 人材紹介会社の法令違反の疑いについて、医療・介護・保育求人者向け特別相談窓口を都道府県労働局に設置（R5.2～）
- 「就職お祝い金」の禁止、転職勧奨の禁止について、有料職業紹介事業の許可条件に追加（R7.1～）
- 人材紹介会社において職種別の平均手数料の実績公開を義務化（R7.4～）

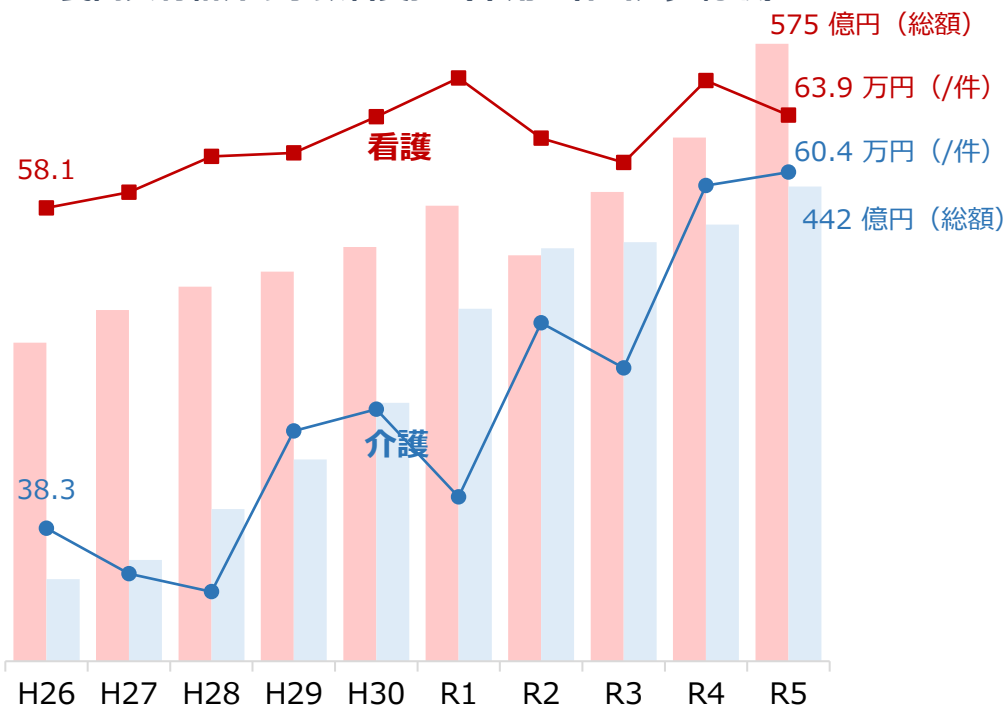
改革の方向性（案）

- 民間人材紹介については、これまで講じた対策が、医療・介護分野における人材紹介事業の適正化につながっているか、効果検証を行うとともに、その結果を踏まえ、必要に応じて更なる規制強化や、認定事業者の活用促進に向けた報酬制度上のインセンティブ付け等の対応も検討すべき。
- ハローワークにおいて医療・福祉に特化した窓口を設けること等により、求人への対応を迅速に行うべき。あわせて、配置基準に係る時間的猶予の緩和など柔軟な運用等についても検討すべき。

医療・介護分野における人材紹介①（民間人材紹介）

- 医療・介護分野における民間人材紹介の1件当たり手数料水準や手数料負担総額は増加傾向。求人側には手数料負担について強い不満がある状況。
- 令和3年度より、適正な民間人材紹介事業者を認定する仕組みが創設されたが（認定社数53社、うち医療40社、介護25社（令和7年9月現在））、認定事業者が医療・介護分野において占めるシェアが必ずしも高いとはいえない状況。

民間人材紹介の手数料負担（常用1件当たり・総額）



求人側の民間人材紹介への不満（上位3つ）

医療*	介護
紹介手数料（47%）	紹介手数料（64%）
早期退職に関する保証期間・返金割合（30%）	担当者の求職者に関する情報の事前把握・理解（33%）
担当者の求職者に関する情報の事前把握・理解（26%）	早期退職に関する保証期間・返金割合（32%）

（出所）一般社団法人日本人材紹介事業協会（委託調査）「顧客推奨度調査分析レポート」（2024）

※質問項目「紹介事業者に改善してほしいこと」への回答（複数選択）。

*「医療」は、看護師採用に限定していない。

適正認定事業者の市場シェア（看護・介護分野・常用就職件数）

	看護師	介護サービス
適正認定事業者（①）	67,647件	21,775件
有料職業紹介事業者（②）	88,561件	42,117件
シェア率（①／②）	76.4%	51.7%

（出所）「令和5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）

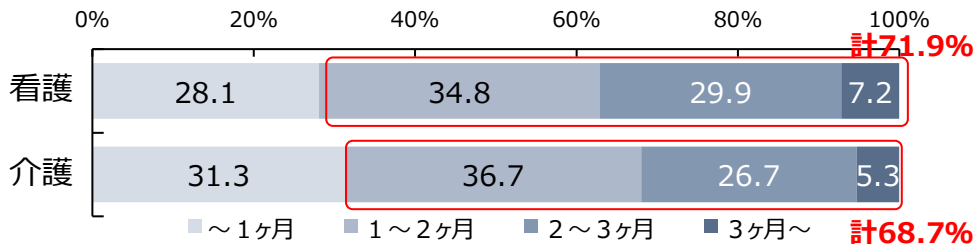
- これまで講じた対策の効果検証を行うとともに、その結果を踏まえ、必要に応じて更なる規制強化や、認定事業者の活用促進に向けた報酬制度上のインセンティブ付け等の対応も検討すべき。

医療・介護分野における人材紹介②（ハローワーク）

○ ハローワークでは求人掲載から実際に就職に至るまでの期間が1か月超のケースが7割程度。こうした中、求人側は、迅速かつ確実に人材を確保するために、民間人材紹介を利用している可能性がある。

※ 診療報酬・介護報酬等においては、一定の期間を超えて配置基準を満たさない場合における減算等の仕組みが設けられている。

求人掲載～就職までにかかる期間



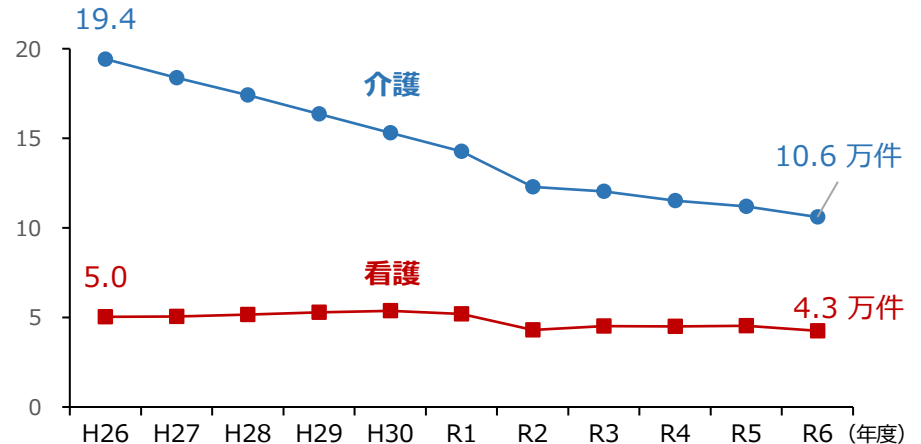
（出所）厚生労働省においてサンプル集計（東京、愛知、大阪、北海道、宮城、福岡、栃木、滋賀、山口、宮崎の10労働局でR7.6月中に受理した求人のうち、9月末時点までで充足し、かつ雇入予定日が確認できたものを対象）
※求人掲載期限が一度切れ、再度掲載した後に就職に至ったケースや、求人掲載から就職決定までの期間は短期間であったものの、求人者・求職者の都合により実際に就職するまでに期間が空いたケースなどが含まれている可能性。

求人側が民間人材紹介を利用した理由（上位3つ）

看護	介護
他の採用手段（無料）では採用できなかった（62.1%）	他の採用手段（無料）では採用できなかった（64.9%）
迅速に求職者を確保できる（39.6%）	他の採用手段では間に合わない（40.2%）
確実に求職者を紹介してもらえる（39.3%）	迅速に求職者を確保できる（38.0%）

（出所）三菱UFJリサーチ&コンサルティング「職業紹介業に関するアンケート調査 報告書」（令和4年度厚生労働省委託）
※質問項目「主な職種の採用において、有料職業紹介事業者を利用した理由」への回答（複数選択）。

ハローワーク経由の就職件数



（出所）厚生労働省「職業安定業務統計」

（参考）報酬算定上の配置基準を一時的に下回った場合の対応猶予

看護：1ヶ月以内（100床未満は3ヶ月以内）に解消すれば報酬減算なし
介護：翌月末日までに解消すれば報酬減算なし
※いずれも1割超の欠員の場合を除く

【改革の方向性】（案）

○ ハローワークにおいて医療・福祉に特化した窓口を設けること等により、求人への対応を迅速に行うべき。あわせて、配置基準に係る時間的猶予の緩和など柔軟な運用等についても検討すべき。

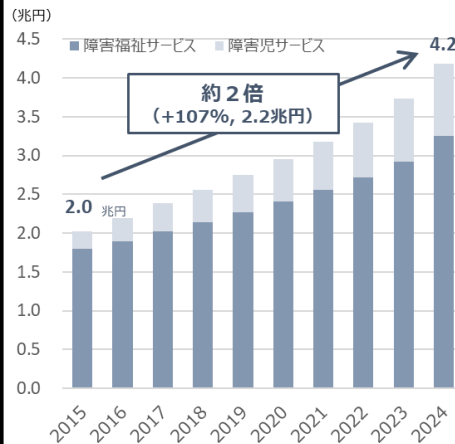
6. 障害福祉

障害福祉（総括）

- 障害福祉サービス等の総費用額（＝自立支援給付費（公費負担）＋利用者負担）は、利用者の増加や一人当たり利用額の増加により、直近10年間で約2倍に増加。
- **利用者負担割合は他のサービスと比べても僅少であり、医療・介護保険制度にも増して障害福祉サービス等報酬（＝サービス料金）の上昇や利用量の増加による負担増**を利用者が感じにくく、**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**。こうした中、**サービスの質の確保と総費用額の抑制**を両立し、制度の持続可能性をどのように確保していくかが大きな課題。

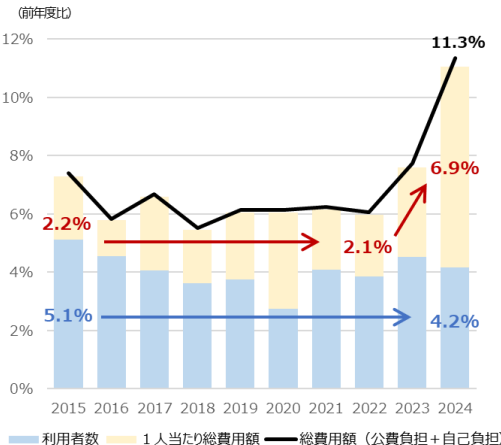
障害福祉サービスの現状

◆総費用額の推移



（出所）国保連データ（年度ごの実績）を基に作成。

◆総費用額の伸びの分析



（出所）国保連データを基に作成。障害児向けのサービスの費用は含まない。
（注）総費用額は各年度の年間費用額。利用者数は各年度ごの月平均。「利用者数の伸び＋利用者1人当たり総費用額の伸びの和」と「総費用額の伸び」の差は、「利用者数の伸び×利用者1人当たり総費用額の伸び」の積であり、2024年度は0.3%。
グループホーム（共同生活援助）は、介護サービス包括型、日中サービス支援型、外部サービス利用型の合計。

◆障害福祉分野の福祉・介護職員の給与等の変化（9月時点の賃金の比較）※3

	令和5年	令和6年	増加額
基本給等※1	24.1万円	25.4万円	1.3万円（5.3%増）
平均給与額※2	30.8万円	32.8万円	2.0万円（6.5%増）

※1 基本給＋毎月決まって支払われる手当

※2 基本給＋手当＋一時金

※3 処遇改善加算を取得している事業所における、両年とも在籍している職員の比較。

今後の主な改革の方向性

○ 2024年度の総費用額の急上昇への対応

- ・ 2024年度は総費用額が急上昇（＋11.3%）。主な要因は、2024年度の報酬（サービス料金）改定（＋1.12%）を大きく上回る一人当たり費用額の伸び。
- ・ 総費用額急増の具体的な要因や背景を速やかに分析し、早急に対策を講じる必要。

○ 障害福祉分野の職員の処遇改善

- ・ 障害福祉分野の職員の処遇改善は喫緊の課題。同時に、生産性向上を通じた業務の省力化・効率化が不可欠。
- ・ 2024年度改定を踏まえた処遇改善や経営の状況等を把握・検証し、介護分野の対応を睨みつつ、経営形態やサービス内容に応じた効果的な対応を検討する必要。

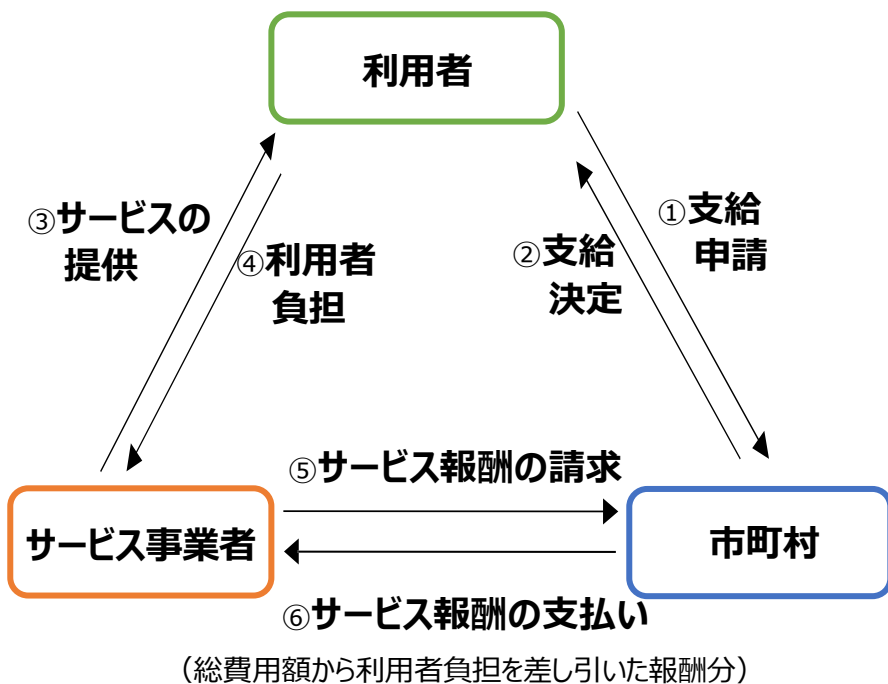
○ 制度改革

- ・ サービスの質の確保と総費用額の抑制を両立させるための改革の実施が必要。
- ・ 具体的には、総量規制のグループホームへの対象拡大を含む事業者指定のあり方の見直しや、配置基準の厳格化を含む報酬体系の見直し等、総合的な検討を行うべき。

障害福祉サービス等の概要

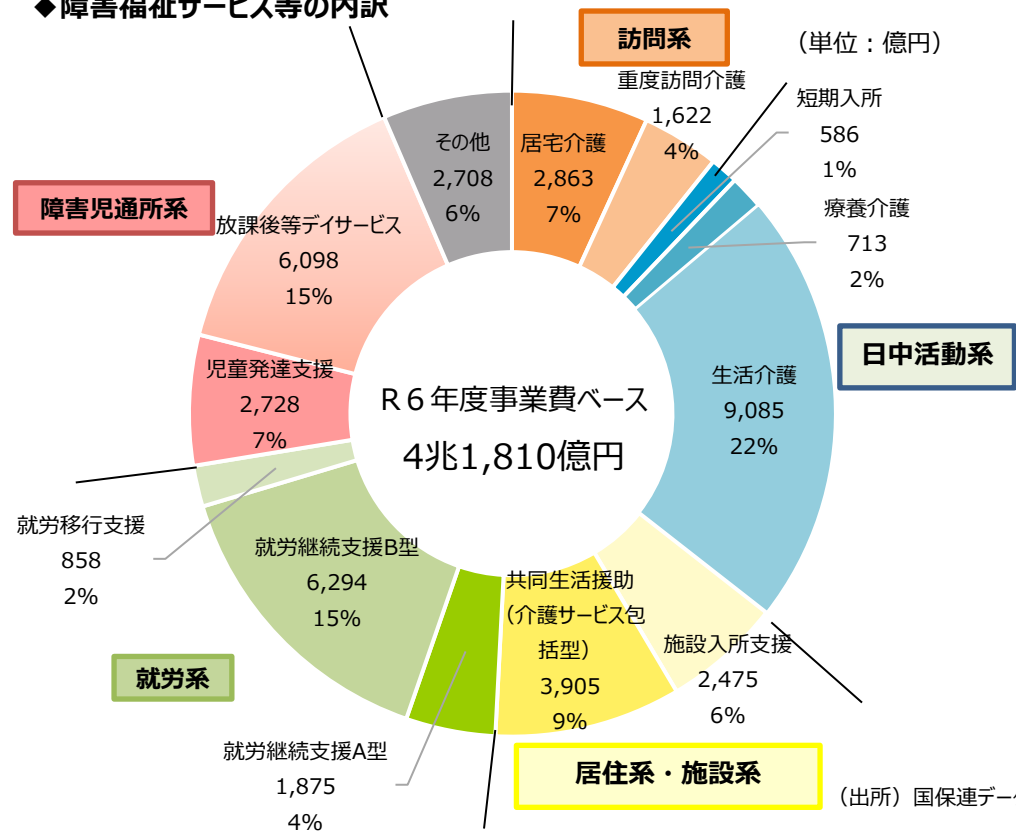
- 障害福祉サービスは、障害者の方が、自立した日常生活や社会生活を送れるように支援する公的なサービス。個々の障害者の障害の種類や程度、介護者、居住の状況、サービスの利用に関する意向等を踏まえ、利用計画を作成し、個々に支給決定が行われる。
- 各サービスは、都道府県等の指定を受けた事業者が提供する。利用者に各サービスを提供した場合に、その対価として、市町村は事業者にサービス費用（障害福祉等サービス報酬）を支払う。
- 障害福祉サービス等報酬は各サービス毎に設定されており、基本的なサービス提供に係る費用に加えて、各事業所のサービス提供体制や利用者の状況等に応じて加算・減算される仕組みとなっている。
- 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。

◆障害福祉サービス等報酬の支払いの流れ（概要）



※公費負担：原則、国50%、都道府県25%、市町村25%

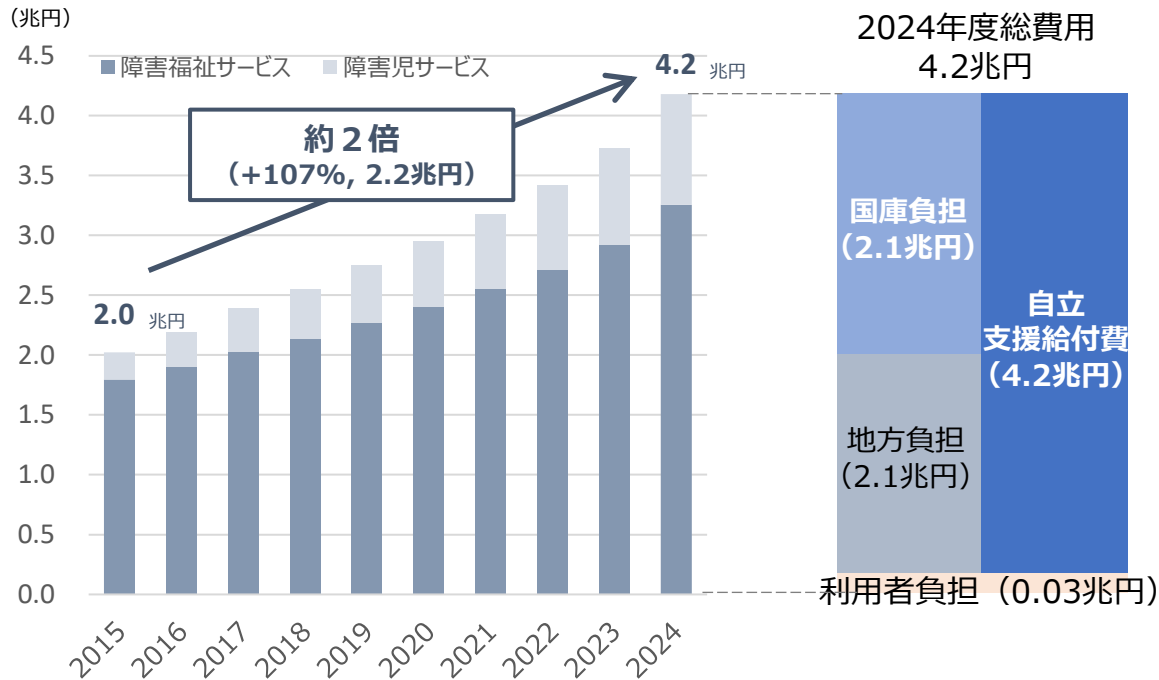
◆障害福祉サービス等の内訳



障害福祉サービスの改革の必要性

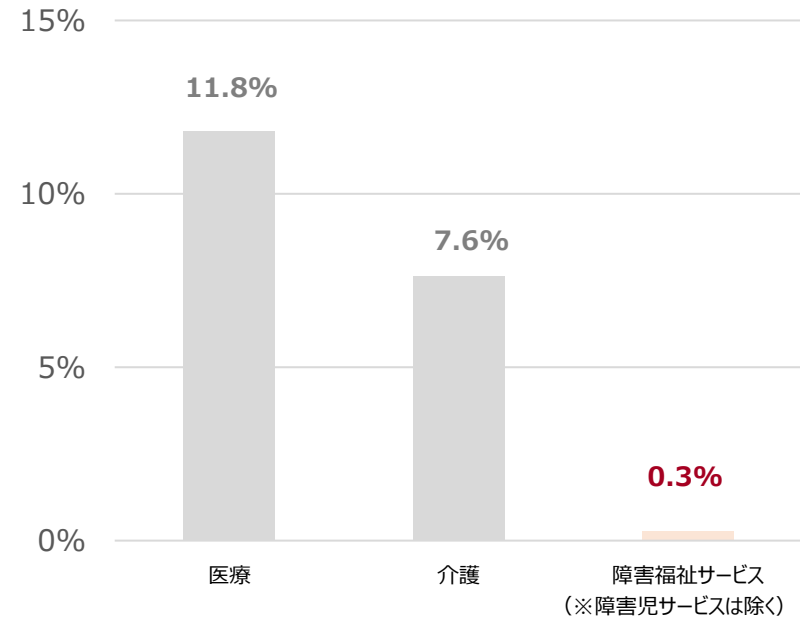
- 障害福祉サービス等の総費用額（＝自立支援給付費（公費負担）＋利用者負担）は、利用者の増加や一人当たり利用額の増加により、直近10年間で約2倍に増加。
- **利用者負担割合は他のサービスと比べても僅少**であり、医療・介護保険制度にも増して**障害福祉サービス等報酬（＝サービス料金）の上昇や利用量の増加による負担増**を利用者が感じにくく、**供給サイドである事業所の増加に応じて総費用額が増加しやすい構造**。こうした中、**サービスの質の確保と総費用額の抑制**を両立し、制度の持続可能性をどのように確保していくかが大きな課題。

◆障害福祉サービス等の総費用額の推移と負担の内訳



(出所) 国保連データ（年度ごとの実績）を基に作成。

◆総費用額に占める自己負担額割合の比較

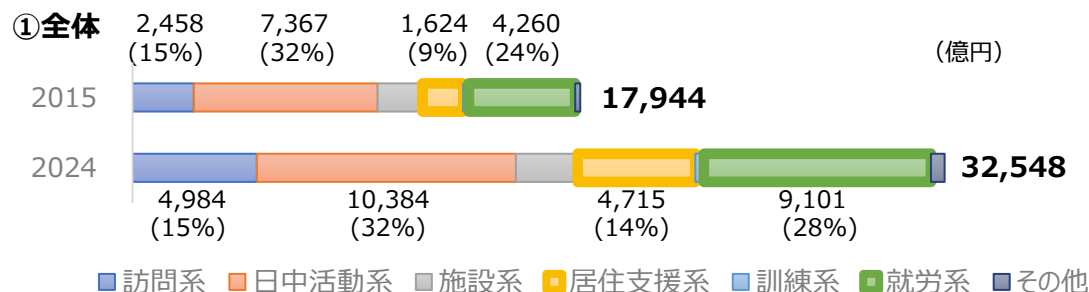


(出所) 医療は「令和5年度国民医療費の概況」における国民医療費に占める患者負担、介護は「令和5年度介護保険事業状況報告（年報）」における費用額から給付費を控除して自己負担額を算出、障害福祉サービスは「国保連データ」を基に作成。

障害者福祉サービスの類型別の状況

- 障害福祉サービスは、従来、施設系や日中活動系の割合が高かったが、就労系や居住支援系の割合が増加。（障害福祉サービスの総費用の伸びに対する寄与度も大きい。）
- こうした総費用額の伸びが大きいサービスでは、営利事業所数の参加も大きい。

◆障害福祉サービス総費用額に占める割合の変化

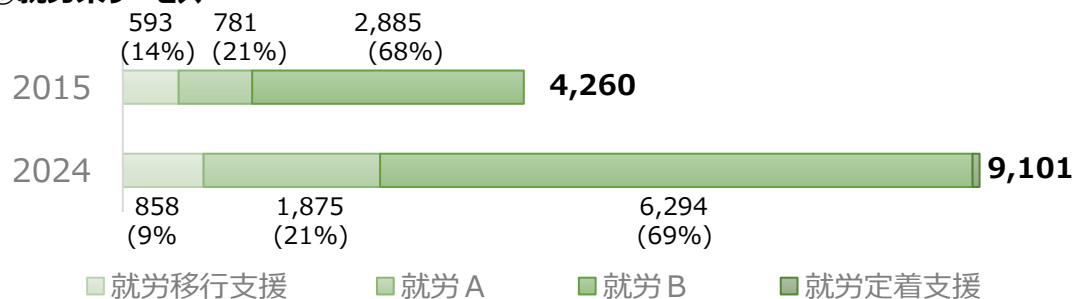


②居住支援系サービス（グループホーム等）

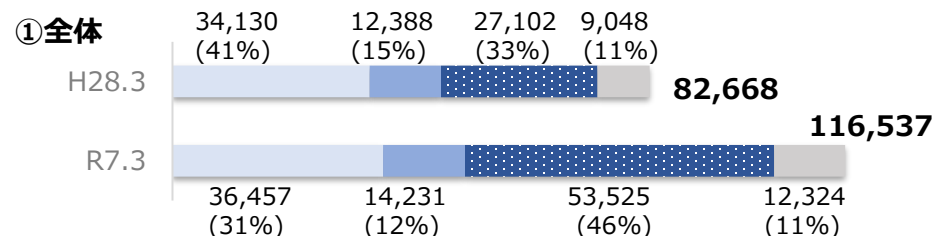


③就労系サービス

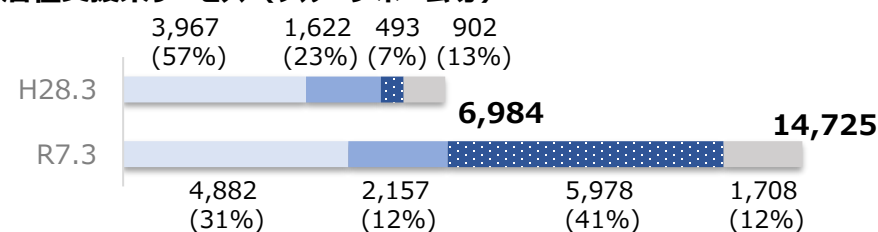
(注) 自立生活援助及びGH（日中サービス支援型）は2018年度から創設



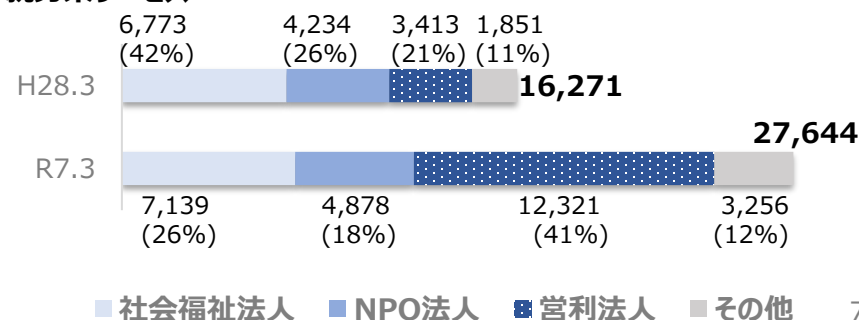
◆事業所数の伸びと法人類型の割合の変化



②居住支援系サービス（グループホーム等）



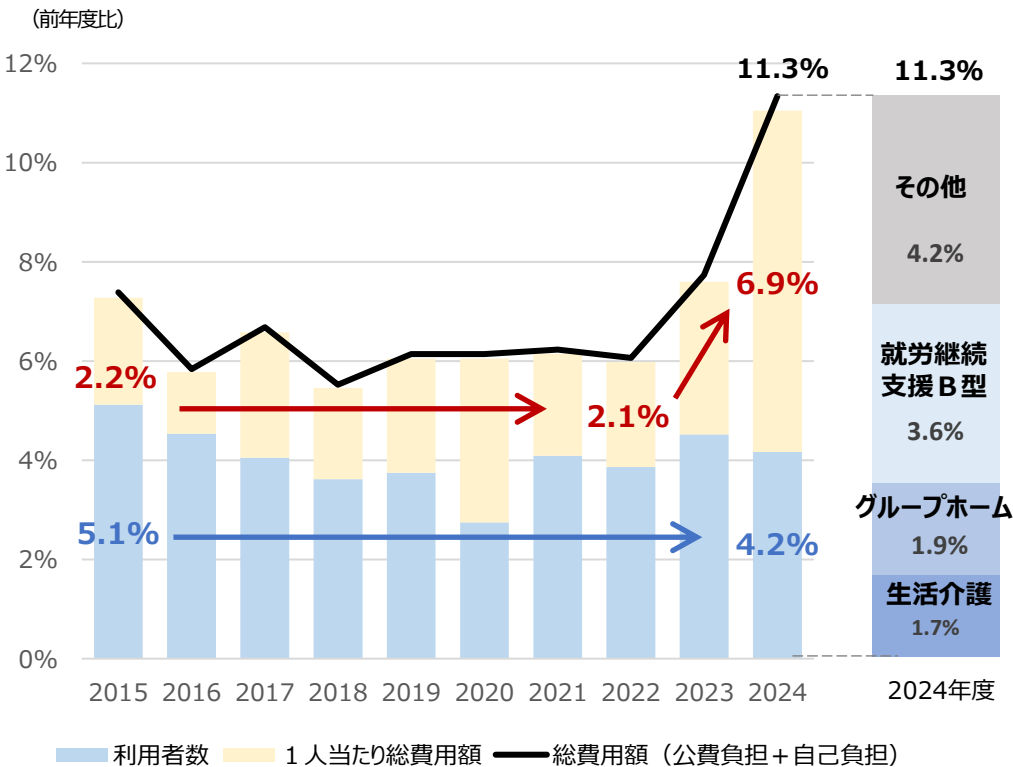
③就労系サービス



障害福祉サービスの総費用額の増加要因

- 近年の障害福祉サービスの総費用額の伸びを分析すると、過去10年間で、**利用者数の増加に加えて一人当たり総費用額も増加**。更に2024年度は総費用額が急上昇（+11.3%）しているが、その主な要因は、2024年度の障害福祉等サービス報酬（サービス料金）改定（+1.12%）を大きく上回る一人当たり費用額の伸び。

◆障害福祉サービス等の総費用額の伸びの分析



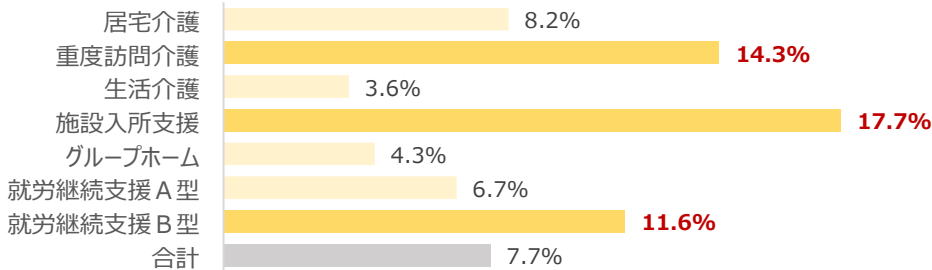
(出所) 国保連データを基に作成。障害児向けのサービスの費用は含まない。

(注) 総費用額は各年度の年間費用額。利用者数は各年度ごとの月平均。「利用者数の伸び+利用者1人当たり総費用額の伸びの和」と「総費用額の伸び」の差は、「利用者数の伸び×利用者1人当たり総費用額の伸び」の積であり、2024年度は0.3%。
グループホーム（共同生活援助）は、介護サービス包括型、日中サービス支援型、外部サービス利用型の合計。

【改革の方向性】（案）

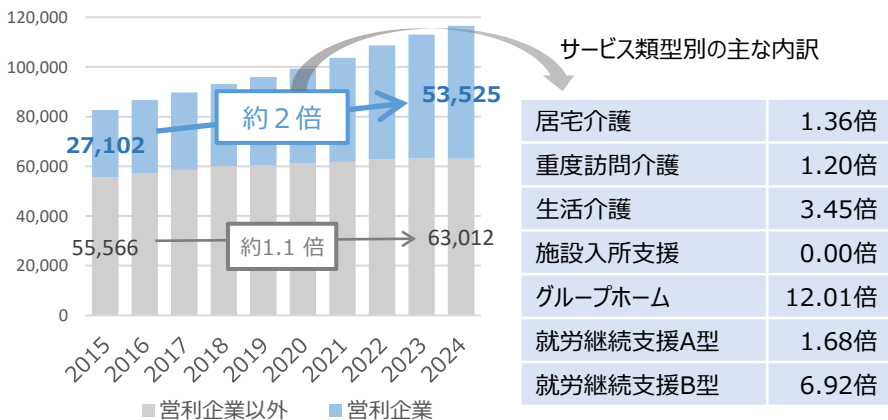
- 今後、総費用額急増の具体的な要因や背景を速やかに分析した上で、2024年度障害福祉等サービス報酬改定等の政策意図に沿わないものがある場合には、早急に対策を講じる必要。

◆1事業所当たり総費用額の伸び（2024年度、サービス類型別）



(出所) 国保連データ（各年度ごとの月平均）を基に作成。障害児向けのサービスの費用は含まない。

◆障害福祉サービス等の事業所数の推移



(出所) 国保連データ（各年度3月の実績）を基に作成。障害児向けのサービスの費用は含まない。

(注1) グループホーム（共同生活援助）は、介護サービス包括型、日中サービス支援型、外部サービス利用型の合計。

(注2) 営利企業以外とは、社会福祉法人、特定非営利活動法人等。

障害福祉分野の職員の処遇改善

- 経済・物価動向が変化する中で、障害福祉分野の職員の処遇改善は喫緊の課題。
- 2024年には、福祉・介護職員の基本給等で5.3%、一時金等を含む平均給与額で6.5%の賃上げ（定期昇給込み）が実現する一方で、1事業所当たりの総費用額（＝自立支援給付と利用者負担の合計であり、施設・事業所の収益の大宗を占める）は、2024年度において7.7%増加。

◆障害福祉分野の福祉・介護職員の給与等の変化

（9月時点の賃金の比較）

	2023年	2024年	増加額
基本給等※1	24.1万円	25.4万円	1.3万円 (5.3%増)
平均給与額※2	30.8万円	32.8万円	2.0万円 (6.5%増)

【参考】介護分野の介護職員の給与等の変化

	2023年	2024年	増加額
基本給等※1	24.3万円	25.4万円	1.1万円 (4.6%増)
平均給与額※2	32.4万円	33.8万円	1.4万円 (4.3%増)

※1 基本給+毎月決まって支払われる手当

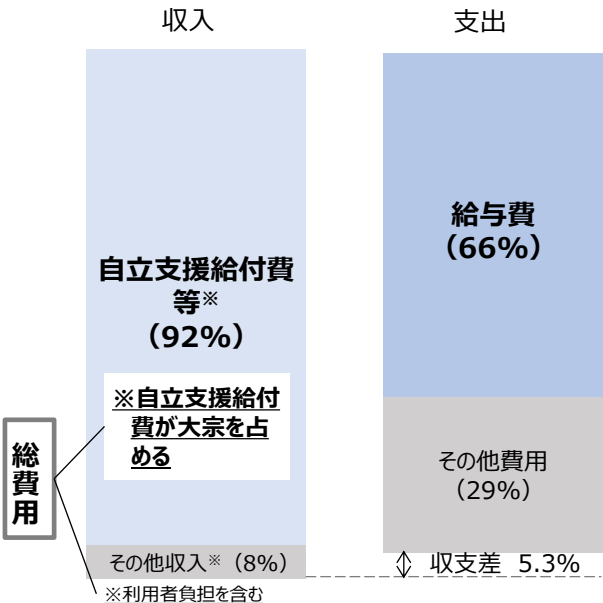
※2 基本給+手当+一時金

※3 処遇改善加算を取得している事業所における、両年とも在籍している職員の比較。

（出所）厚生労働省「令和6年度障害福祉サービス等従事者処遇状況等調査」
「令和6年度介護従事者処遇状況等調査」

◆障害福祉サービス等の収支構造

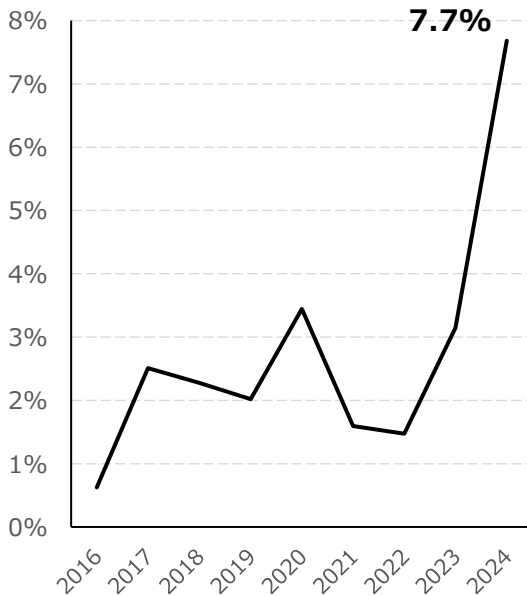
（2022年度）【収入=100】



（出所）「令和5年度障害福祉サービス等経営実態調査結果」を基に作成。「その他収入」には、「自立支援費等・措置費・運営費収入」以外の「事業活動収益」（例、「利用料収入」）や「事業活動外収益」等を含む。「その他費用」には、「給与費」以外の「事業活動費用」（例、「減価償却費」）や「事業活動外費用」等を含む。

◆1事業所当たりの総費用額の伸び

（対前年度伸び率）



（出所）国保連データを基に作成。障害児向けのサービスの費用は含まない。

【改革の方向性】（案）

- 2024年度障害福祉サービス等報酬改定を踏まえた処遇改善の状況や、経営状況等の実態※を把握・検証した上で、介護分野の処遇改善に向けた対応を睨みつつ、事業者の経営形態やサービス内容に応じた効果的な対応を検討する必要。

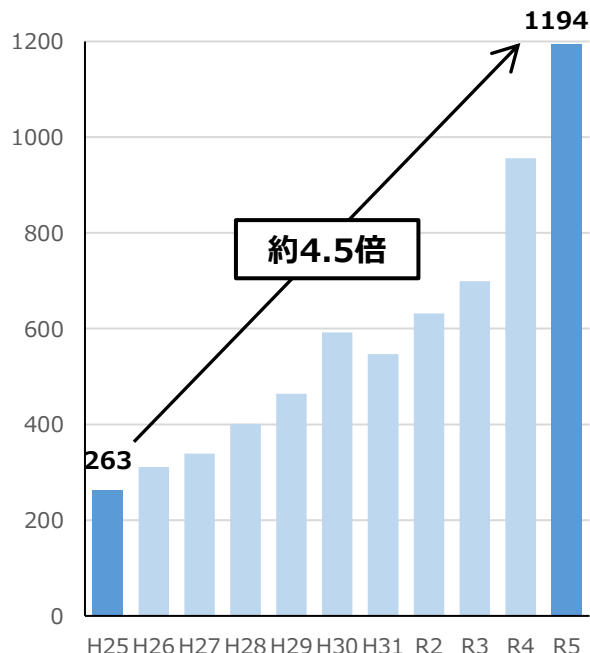
※ 今後公表される障害福祉サービス等経営概況調査（無作為抽出された事業所のうち一定割合が調査に回答）結果の国保連データ（1事業所当たり総費用額の算出根拠）との整合性等を勘案しつつ、経営状況等の実態を把握していく必要。

- 同時に、今後労働力人口が減少していく中において、サービスの質を維持・向上していくためには、生産性向上を通じた業務の省力化・効率化が不可欠。

障害福祉サービスの質の確保

- 障害福祉サービスの事業所数が増加する中で、虐待件数も10年間で約4.5倍に増加。中でも、グループホームは約34倍となっており、全体の約3割を占めるに至っている。
- 他方で、都道府県等による事業所への運営指導の実施率は低く（16.5%）、厚生労働省の指針で定める水準（3年に一度）に未達。

◆障害福祉サービス等における虐待件数



（注）件数は各年度の実績

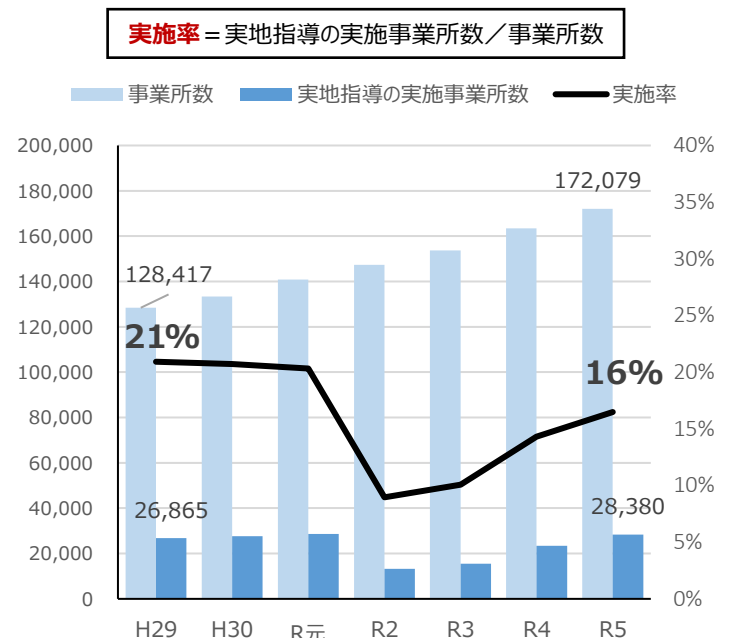
（出所）厚生労働省 令和5年度障害者虐待対応状況調査

◆サービス類型別の虐待件数（令和5年度）

サービス種別	件数	割合
グループホーム	338	28.3%
障害者支援施設	244	20.4%
生活介護	152	12.7%
放課後デイ	146	12.2%
就労継続支援B型	124	10.4%
就労継続支援A型	46	3.9%
居宅介護	27	2.3%
短期入所	31	2.6%
児童発達支援	24	2.0%
療養介護	18	1.5%
その他	44	3.7%
合計	1,194	100.0%

（出所）厚生労働省 令和5年障害者虐待対応状況等調査

◆運営指導（実地指導）の実施件数・実施率



（出所）厚生労働省「障害者支援施設等に係る指導監査の実施状況等の報告」

- ・都道府県、指定都市及び中核市（以下「都道府県等」という。）における障害福祉サービス事業所等（障害児通所支援事業所、障害者支援施設及び障害児入所施設を含む。）に対する令和5年度の運営指導の実施率（実施件数／全事業所数）は16.5%（1.0%～48.8%の平均値）であり（※1）、指導指針においておおむね3年に1度の実施を求めている（※2）ことと比較して実施率が低い。

（※1）令和5年度の運営指導実施率…指定障害福祉サービス事業者等の事業所：15.8%、指定障害児通所支援等事業者等の事業所：18.8%

（※2）介護の運営指導については、原則は少なくとも指定の有効期間（6年）に1回の頻度で行い、施設系サービスや居住系サービスについては、利用者の生活の場であること等を考慮し、3年に1回の頻度で運営指導を行うことが望ましいこととされている。

（出所）厚生労働省第146回社会保障審議会障害者部会資料

サービスの質の確保のための自治体の権限強化

- 令和7年度予算執行調査に当たって自治体の意見を聴取したところ、事業所の指定等に関して自治体の権限を強化すべきと考える自治体が多く、その具体的な方法としては、**指定基準の見直しや総量規制等を掲げる自治体が多かった。**

Q. 事業所の急増がサービスの質の低下につながっているため、その対応として事業所指定のあり方の見直しや指定に際しての自治体の権限の強化を行うべきであるとの指摘がありますが、こうした指摘についてどうお考えになりますか。

	そう思う	どちらかと言えばそう思う	どちらかと言えばそう思わない	そう思わない	わからない
都道府県	20%	43%	5%	14%	18%
指定都市	47%	35%	12%	0%	6%
中核市	45%	32%	7%	5%	12%
その他市区町村	8%	29%	20%	12%	30%

Q. 上記の問で、「そう思う」、「どちらかと言えばそう思う」と回答した場合は、その具体的な方法として有効と考えられるものを選択してください。

	総量規制の拡大	意見申出制度の活用	指定基準の見直し	指定権限を有する自治体における審査プロセスの見直し	その他
都道府県	36%	61%	89%	29%	7%
指定都市	50%	7%	64%	29%	21%
中核市	52%	15%	80%	35%	11%
その他市区町村	31%	35%	62%	45%	6%

(注) 有効回答数は1,059か所。都道府県、指定都市、中核市は指定権者。

(出所) 令和7年度財務省予算執行調査

※複数選択可であるため合計は100%を超える。

【改革の方向性】(案)

- 厚生労働省においては、こうした自治体の意見などを踏まえつつ、今年度中に行うこととされている第8期障害福祉計画（令和9～11年度）に係る基本指針の策定や令和9年度障害福祉サービス等報酬改定に向けて、具体的な議論を開始すべき。

グループホーム①（指定基準の見直し）

- 介護保険制度の認知症グループホームでは各職務について要件が定められている一方で、障害福祉サービスのグループホームにおいては、一部の職務（サービス管理責任者等）を除き、**資格や実務経験、研修受講等の要件が定められていない**。
- また、他の障害福祉サービスと比較しても、管理者に要件がない点や、資格等の要件があるサービス管理責任者に常勤が求められていないなど、指定基準は緩やかに設定されている。
- 実際に、資格や実務経験を有さない従事者が多いことが明らかになっており、こうした**資格・職務経験等の欠如が、安易な事業参入やサービスの質の低下、利用者とのトラブルの原因となっているとの指摘**がある。

◆介護保険制度との要件の比較

	障害福祉	介護保険制度※1
代表者	— (配置基準において定めなし) ※4	認知症の介護従事経験又は介護事業の経営経験があり、認知症対応型サービス事業管理者研修等を修了
管理者※2	なし※4	3年以上認知症の介護従事経験があり、認知症対応型サービス事業管理者研修等を修了
直接処遇職員※3	なし※4	無資格の場合、認知症介護基礎研修を修了

※1 認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）

※2 事業所の運営や直接処遇職員のマネジメントを実施

※3 障害福祉の場合、利用者の日常生活をサポート（例：料理）する世話人及び身体介助（例：入浴）を行う生活支援員。介護保険の場合、介護従事者。

※4 障害福祉のグループホームの管理者・世話人・生活支援員の要件は、指定基準において以下のとおり定められている（代表者については定めなし）が、具体的な要件の定めはない。

・管理者：適切な指定共同生活援助を提供するために必要な知識及び経験を有する者でなければならない

・世話人及び生活支援員：障害者の福祉の増進に熱意があり、障害者の日常生活を適切に支援する能力を有する者でなければならない

◆自治体の意見

- ・ **世話人や生活支援員等には資格・実務要件がないため、未経験者や適性のない者が配置されることが多く、事故や入居者とのトラブルがあとを絶たない**。必要な人員に**資格要件や必修の研修を設け**、事故防止と同時に質の低い共同生活援助事業所の指定申請を防ぎたい。
- ・ **事業所管理者が知識・経験を有さない場合もあることから、実務経験要件の設定や研修の実施など、管理者として必要な知識等を備えた者の配置を求めた方がよい**。

（出所）令和7年度財務省予算執行調査

◆資格を保有していない代表者等の割合



◆従事経験がない代表者等の割合



◆サービス管理責任者（役割・要件は各サービス共通）

グループホーム	生活介護、施設入所、就労A・B
常勤は求められていない（注）	常勤である必要

（注）厚生労働省の解釈通知上、「業務を適切に遂行する観点から必要な勤務時間が確保されている必要がある」とされている

【参考】サービス管理責任者とは

役割：①個々のサービス利用者の個別支援計画の作成、一連のサービス提供プロセス全般に関する責任、②他のサービス提供職員に対する指導的役割

要件：サービス管理責任者研修（基礎・実践）修了、社会福祉士等の国家資格及び3年以上の実務経験等

【改革の方向性】（案）

- サービスの質の確保の観点からは、介護保険制度も参考にし、管理者、世話人及び生活支援員の資格要件や障害福祉サービスに従事した実務経験要件、研修修了要件等を、既存の利用者に予期せぬ影響がないよう留意しつつ、令和9年度報酬改定において指定基準として定めるべき。
- サービス管理責任者については、常勤要件について再考のうえ、例えば、最低勤務時間を、令和9年度報酬改定において指定基準として定めるべき。

グループホーム②（総量規制）

- グループホームについては、事業所（特に営利法人）数が急増している中、支援の質の低下が懸念されるといった指摘がなされている一方、他のサービスは対象となっている**総量規制の対象サービスとなっていないが**、地方自治体からは対象化を求める声がある。
- 総量規制にあたり参照されるサービス提供量の「見込み」については、過去の変化率（実績）により定めている自治体が多く、伸び率の高いサービスについては、**仮に総量規制を導入したとしても、伸び率の抑制が効きにくい状況**。

◆障害福祉サービスにおける総量規制の対象サービス

生活介護、就労継続支援A型・B型、障害者支援施設

◆総量規制の対象サービスについての地方自治体の意見

総量規制の対象に加えた方がよいサービスとして、グループホームと回答した割合が38%と最も高い（特に都道府県・政令市）

グループホームを総量規制の対象として加えたほうがよいと考える理由

- ・他のサービスと比較して特に事業所数の増加率が高い。
- ・事業者の知識や理解が乏しい、サービスの提供自体が疑わしい場合がある。
- ・軽度の障害者向け施設は多く参入があるが、重度の障害者向け施設が不足。
- ・事業者はニーズ調査をせずにどんどん参入し、先行して開設した後に利用者を募集。
- ・株式会社の参入が多く、開設しても利用者が集まらずにすぐ廃止してしまう事業所が多くみられるため、質を確保するためにも何らかの規制は必要。
- ・若い知的や軽度の精神等、在宅で可能な人たちもグループホームに囲い込まれている。
- ・地域で必要とされるサービス量以上の供給は不要。しかし、近年新規事業者の参入が相次いでおり、特に家賃の安いエリアの空き家を活用した事業者がみられる。空室を埋めるべく、都心部や他地域から利用者を募る事例もある。

（出所）厚生労働省「障害福祉サービスにおける支給決定等に関する調査研究」より財務省作成

◆総量規制の仕組み

事業所等から指定申請があった場合に、以下の（１）・（２）のいずれかに該当する場合は、指定を拒否できる。

- （１）サービス提供量（実績）が、サービスの見込み量を上回るとき

サービス提供量
（実績）

≥

サービスの
見込み量

- （２）その他、都道府県等の障害福祉計画・障害児福祉計画の達成に支障を生じるおそれがあると認めるとき

◆障害福祉サービスの見込み量の推計方法（単位%、複数回答）

<市町村>

回答自治体数 （団体）	過去のサービス量 の変化率平均	人口当たり 利用率	その他	未回答
742	82.5	2.2	7.4	8.0

<都道府県>

回答自治体数 （団体）	過去のサービス量 の変化率平均	人口当たり 利用率	管内市町村の 見込量を合計	その他
47	0.0	0.0	95.7	4.3

（出所）厚生労働省社会保障審議会第148回障害者部会資料

【改革の方向性】（案）

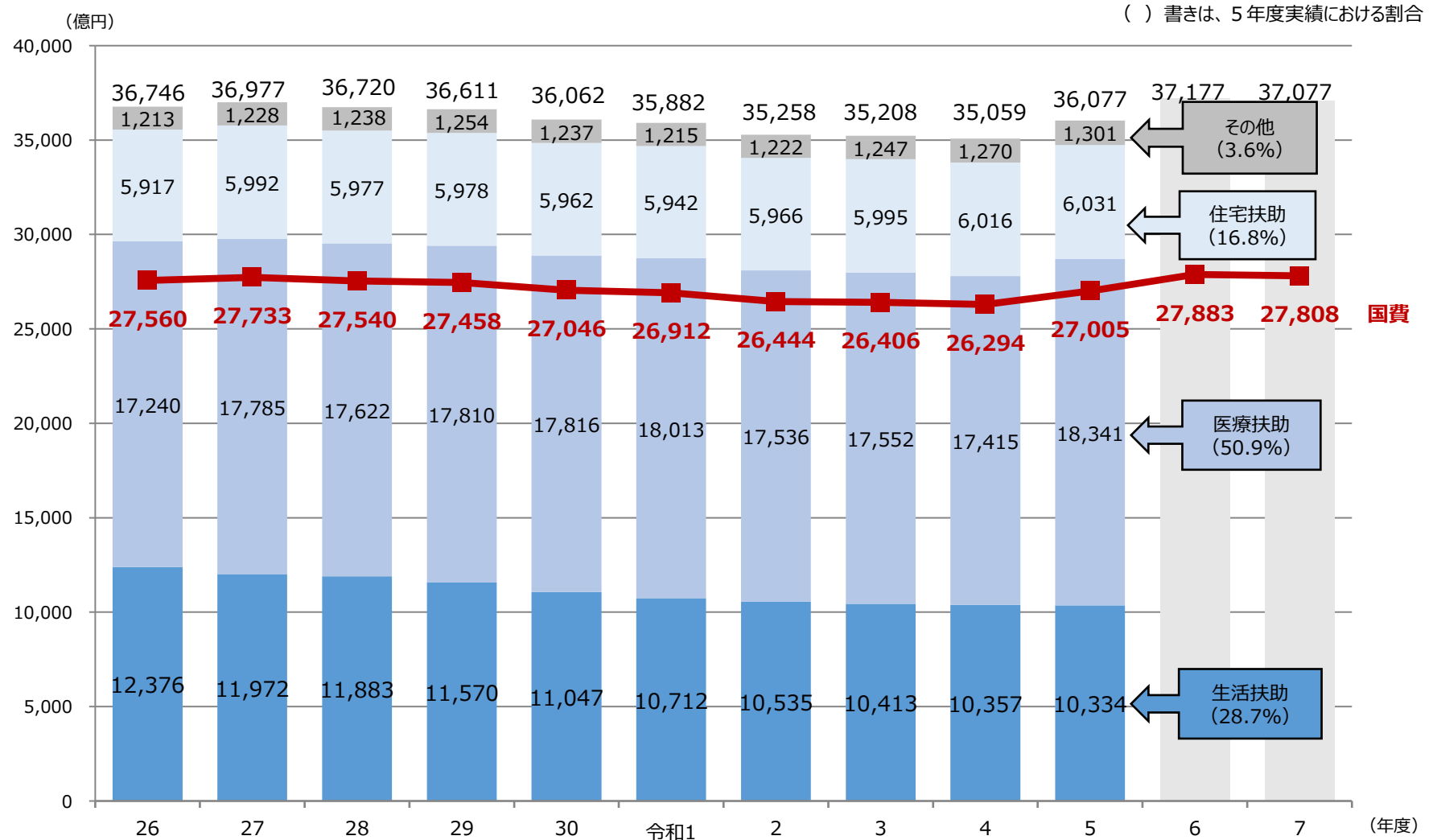
- 現在厚生労働省社会保障審議会障害者部会で議論が行われているが、グループホームについても、総量規制の対象に加え、指定等を行う自治体が、各自の判断により、地域の事情に合わせた指定を行うことができるようすべき。
- 地域差の解消等の観点からは、過去の実績のみに依らない「見込み量」の推計方法を、厚生労働省が統一的に示すべき。

7. 生活保護

生活保護の現状①

○ 生活保護費は令和5年度実績で3.6兆円（国費2.7兆円）。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



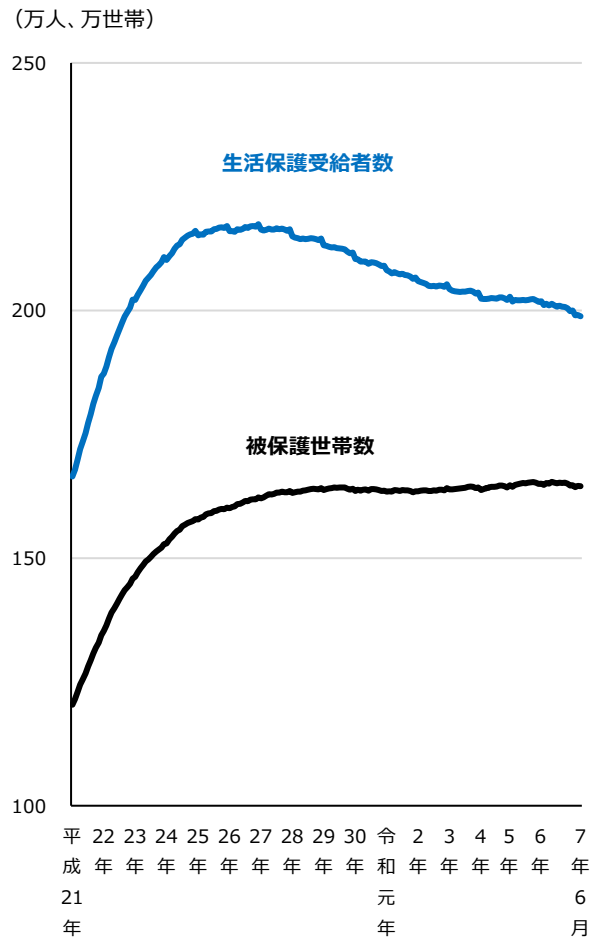
(出所) 生活保護費負担金事業実績報告

(注) 令和5年度までは実績額、6年度は補正後予算額、7年度は当初予算額

生活保護の現状②

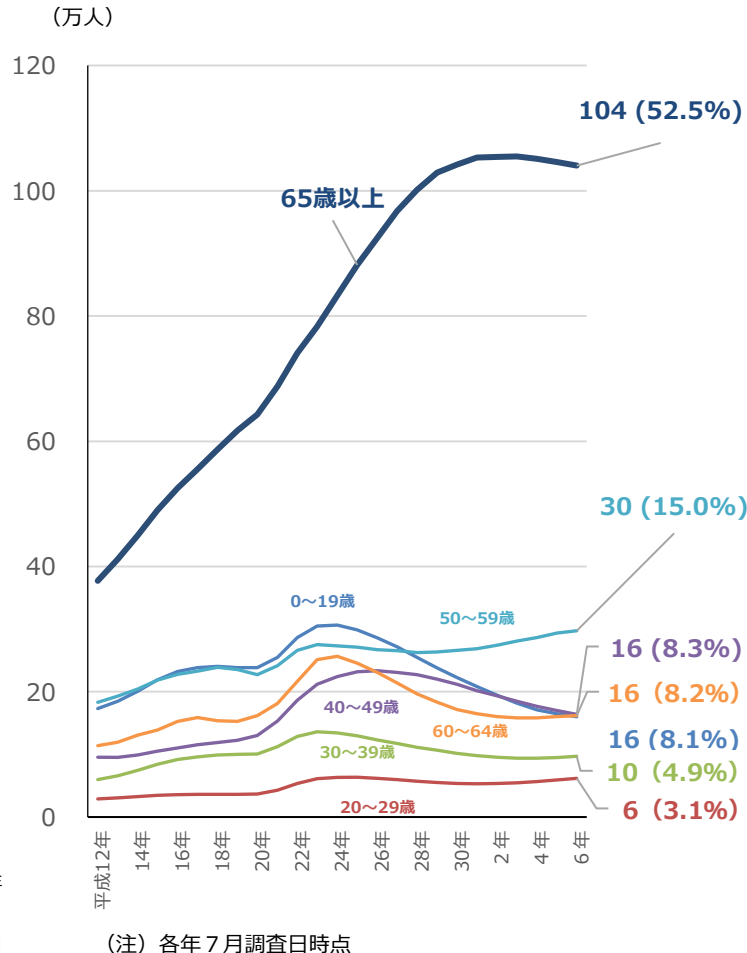
- 生活保護受給者数は平成27年3月をピークに減少に転じ、緩やかな減少傾向が継続。受給世帯数も横ばい。
- 高齢化に伴い高齢者世帯が増加傾向。受給世帯、受給人員ともに過半数が高齢者。リーマンショック以降、その他の世帯が高止まり。

生活保護受給者数の推移



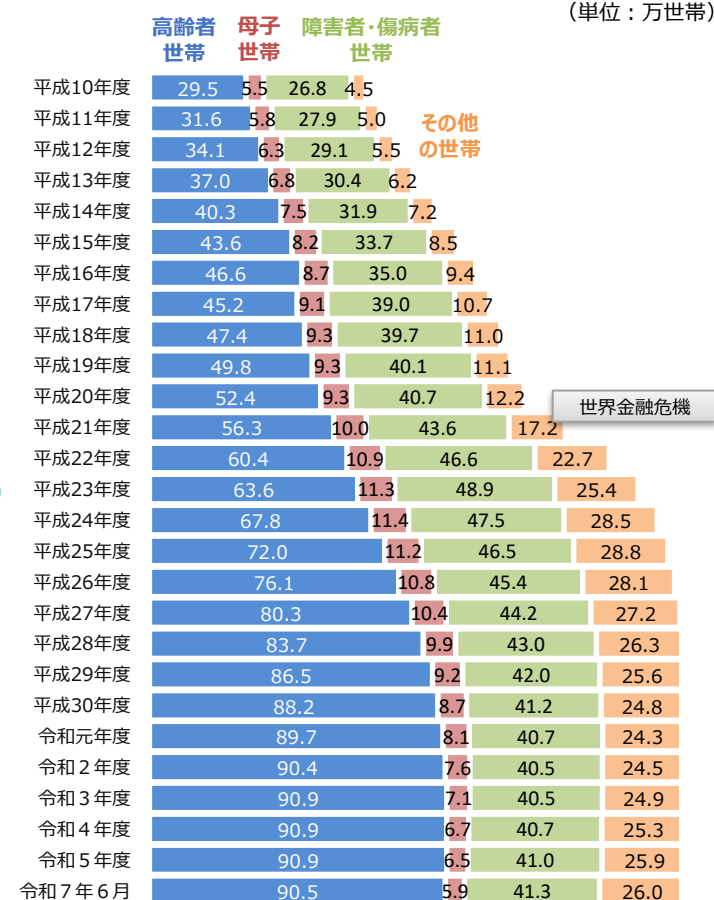
(出所) 被保護者調査 月次調査 (厚生労働省)
(平成23年度以前は福祉行政報告例) (令和6年度以降は速報値)

年齢階層別被保護人員の推移



(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) (令和6年度以降は速報値)

世帯類型別の生活保護受給世帯数の推移



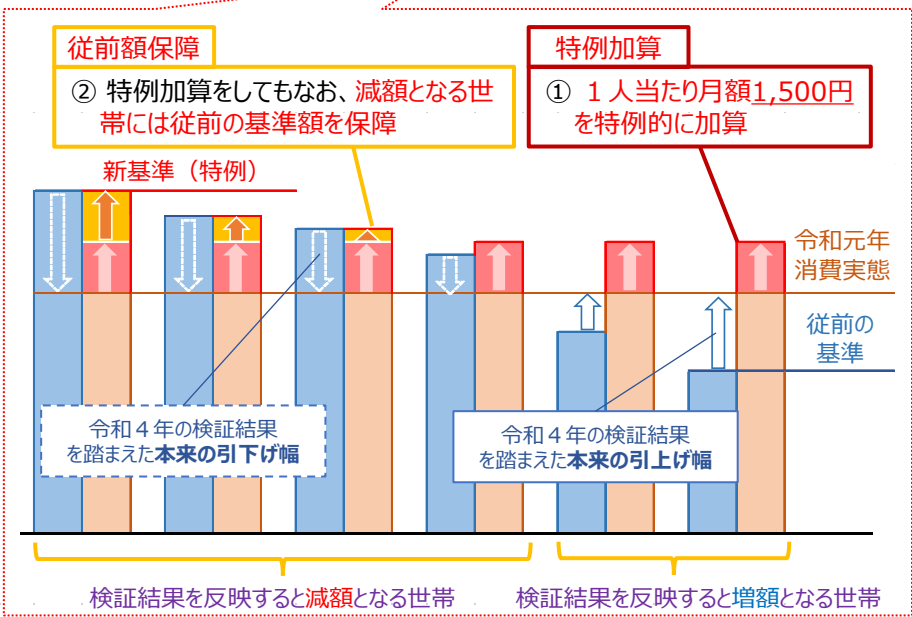
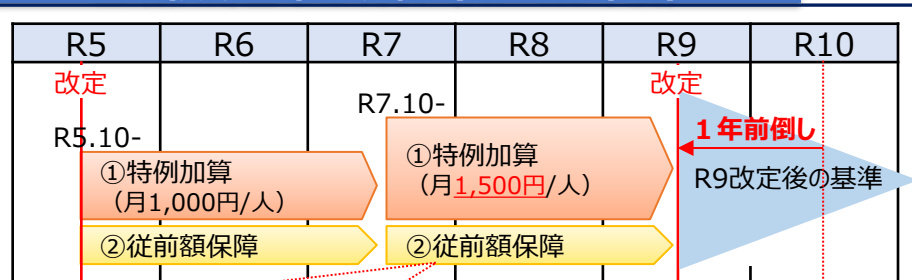
(注) 世帯数は各年度の1か月平均であり、保護停止中の世帯は含まない。

(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年度以降は速報値)

生活扶助基準（全体像）

- 足下の社会経済情勢等も踏まえ、令和5年度・令和7年度予算編成において、それぞれ当面2年間の臨時的・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9年度以降については、一般低所得世帯の消費データの充実・活用を図った上で、次回定期検証・基準改定を1年前倒して対応（令和8年に検証し、令和9年度に改定）することとしている。
- 最低生活保障という制度趣旨との関係や、国民の理解を得る観点からも、生活扶助基準は一般低所得世帯の消費実態との均衡を保つことが重要。生活扶助基準の見直しに当たっては、一般低所得世帯の消費実態等に関するデータの充実に取り組むべき。

生活扶助基準の現状（R7・R8年度）



これまでの取組

【令和5年度予算編成】

- 当面2年間（令和5～6年度）の臨時的・特例的な措置を実施。
 - ① 令和元年当時の消費実態の水準（令和4年検証結果の反映後）から一定額（月1,000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【従前額保障】

【令和7年度予算編成】

- 当面2年間（令和7～8年度）の臨時的・特例的な措置を実施。
 - ① 特例加算を増額（月1,500円/人）した上で継続
 - ② 従前額保障も継続
- 次回定期検証・改定の1年前倒し、消費データの充実・活用を図ることとした。

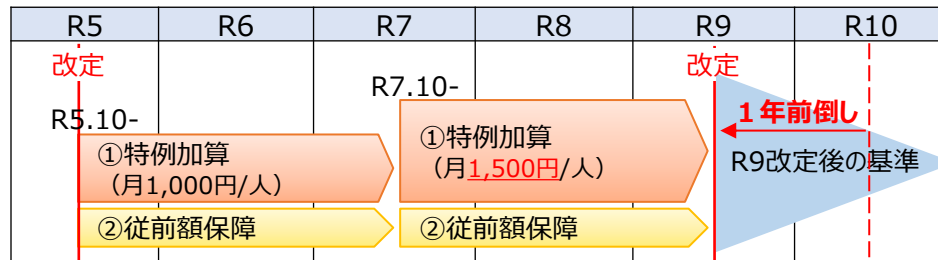
改革の方向性（案）

- 生活扶助基準について、定期検証結果の反映に加えて足下の社会経済情勢等を踏まえた対応の要否・内容を検討するためには、現在よりも充実した消費データが不可欠。
- 生活扶助基準の見直しに当たっては、一般低所得世帯の消費実態等に関するデータの充実に取り組むべき。

生活扶助基準（R9改定に向けて）

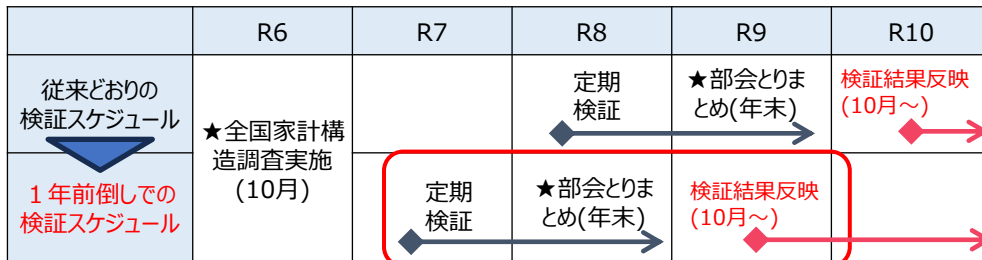
- 生活扶助基準の検証に当たって利用される「全国家計構造調査」は、年齢階級・世帯人員・級地別の詳細な分析が可能だが、5年ごとの調査であるため調査実施時点から改定までにタイムラグが生じる（前回の定期改定では、令和元年の調査結果に基づき令和5年度に改定）。一方で、足下の月次データ等を確認できる「家計調査」は、一般低所得世帯のサンプル数が少ないという課題がある。
- こうした中、令和5・6年度については、当時の経済・物価動向等を踏まえた臨時的・特例的な対応（特例加算等）を実施（R5.10～：月1,000円/人）。更に令和7年度予算編成において、令和7・8年度についても特例加算等を実施することを大臣間で合意するとともに（R7.10～：月1,500円/人）、一般低所得世帯の消費実態等に関するデータの充実に取り組むこととされた。

令和5～8年度の臨時的・特例的対応



- ・ R5・6年度は、R4年の検証結果（R元年の消費水準）に①1人当たり月額1,000円の特例加算を行った上で、②加算後もなお減額となる世帯には従前額保障を実施。
- ・ R7・8年度は、①特例加算を1,500円に増額した上で、②従前額保障を継続。

次期定期検証の前倒し実施のイメージ



主な消費指標の特徴

各種指標	特徴（留意点等）
全国家計構造調査（5年毎）	一般低所得世帯について、年齢・世帯人員・地域別の詳細分析が可能。⇒定期検証に活用
家計調査（月次、年次等）	定期検証のような詳細分析を行うにはサンプル数が少ない（全国家計構造調査の4分の1以下。定期検証のモデル世帯に近い、2人以上勤労世帯の年収第1十分位では約4百世帯）。

（参考）社会保障審議会生活保護基準部会報告書（令和4年12月9日）

令和元年以降の新型コロナウイルス感染症による影響や足下の物価上昇等を含むこうした社会経済情勢の変化については、2019年全国家計構造調査による検証結果に、令和3年にかけての動向を確認した家計調査等の経済指標により機械的な調整を加えて消費実態との均衡を評価することは難しいと考えられるが、足下の実態を捉えるにあたって考慮しなければならない重要な事項である。

（参考）大臣折衝事項（令和6年12月25日）

生活扶助基準の見直しに当たっては、一般低所得世帯の消費実態等に関するデータの充実に取り組むこととし、当該データを活用して検討を行うこととする。

【改革の方向性】（案）

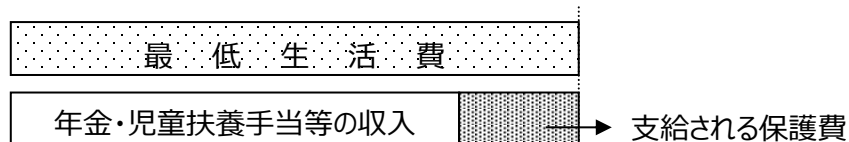
- 令和9年度以降の生活扶助基準の見直しに向けては、一般低所得世帯の消費実態等に関するデータの充実に取り組み、当該データを活用して検討を行うべき。

(参考 1) 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。
- このうち生活扶助基準については、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。社会保障審議会生活保護基準部会において 5 年に一度検証を行っている（前回は、令和 4 年に行った検証の結果を踏まえ、令和 5 年に基準改定）。

◆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



生活保護法（昭和二十五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つて、且つ、これをこえないものでなければならない。

◆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）：275,910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 : 182,330円
児童養育加算 : 20,380円
教育扶助 : 3,400円
住宅扶助 : 69,800円

(参考2) 近年の物価高対策について

- 近年は、物価高対策として、生活保護世帯を含む低所得者への給付金（収入認定から除外）、食料品価格対策、電気・ガス料金の負担軽減策などが講じられている。

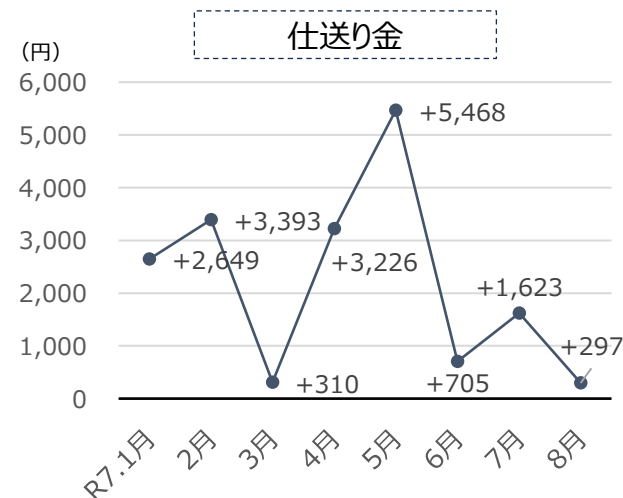
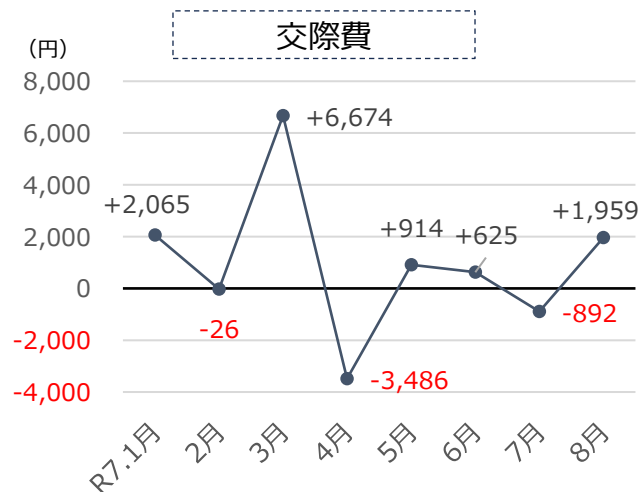
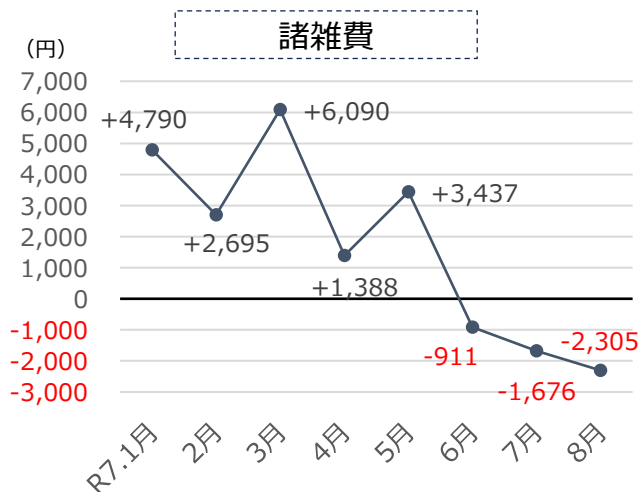
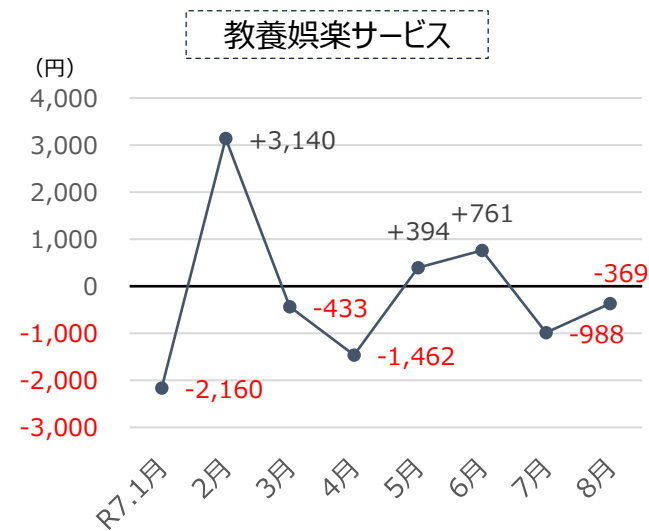
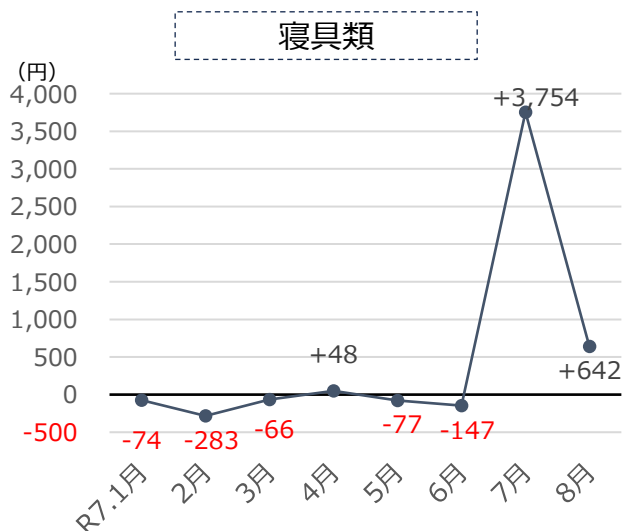
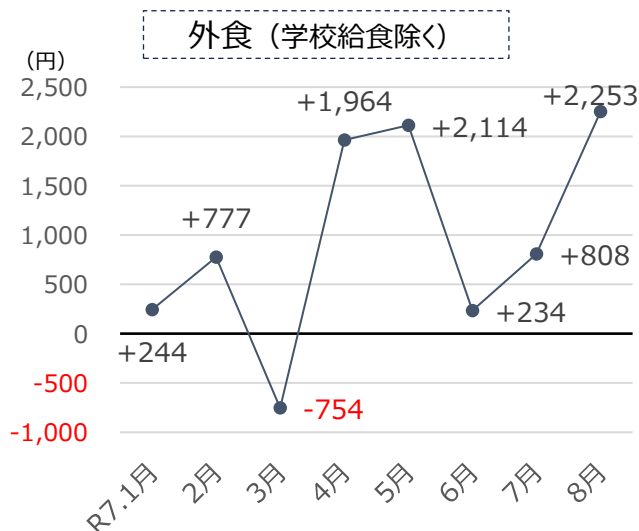
物価高対応の主な施策の取組状況

	事業名	事業内容	取組状況・今後の見込み
総合	重点支援地方交付金 ・低所得世帯支援枠	住民税非課税世帯に対し、給付金を支給することにより支援	✓ 3万円/世帯＋子ども一人当たり2万円 ✓ 令和7年9月までに、全市区町村で給付開始。 → 生活保護受給者にも支給（収入認定からは除外）
	重点支援地方交付金 ・推奨事業メニュー	生活者や事業者に対し、地方公共団体が地域の実情に応じて行う物価高対策を支援	✓ 令和7年3月14日、47都道府県及び1,250市区町村に交付決定（3,760億円）。 ✓ 8月5日、45道府県及び1,442市区町村に交付決定（2,729億円）。
食料品	政府備蓄米の売渡し	米の円滑な流通の確保を図るため、政府備蓄米の売渡しを実施	✓ 令和7年4月までに、入札により売渡し（31万トン）。 ✓ 5月26日以降、随意契約による売渡しを実施中（28万トン（契約数量ベース））。
エネルギー価格	電気・ガス料金負担軽減支援事業	家庭の電力使用量が最も大きい1～3月、暑くなる夏への対応として7～9月の電気・ガス料金を支援	✓ 令和7年1～3月：1・2月で月1,300円程度、3月で670円程度料金引下げ ✓ 令和7年7～9月：3か月で3,000円程度料金引下げ（※標準的なご家庭の例）
	地方公共団体の実施する原油価格高騰対策に係る特別交付税措置	地方公共団体に対し、その実施する原油価格高騰対策を支援	✓ 令和7年3月21日、令和6年度特別交付税の3月交付で交付決定（48億円）。

(参考3) 消費統計の課題

○ 家計調査の生活扶助相当支出を構成する品目の中には、前年同月比で大きく変動が生じている品目が多数あり、留意が必要。

家計調査上の消費水準の変動が大きい品目の例（前年同月との差額）



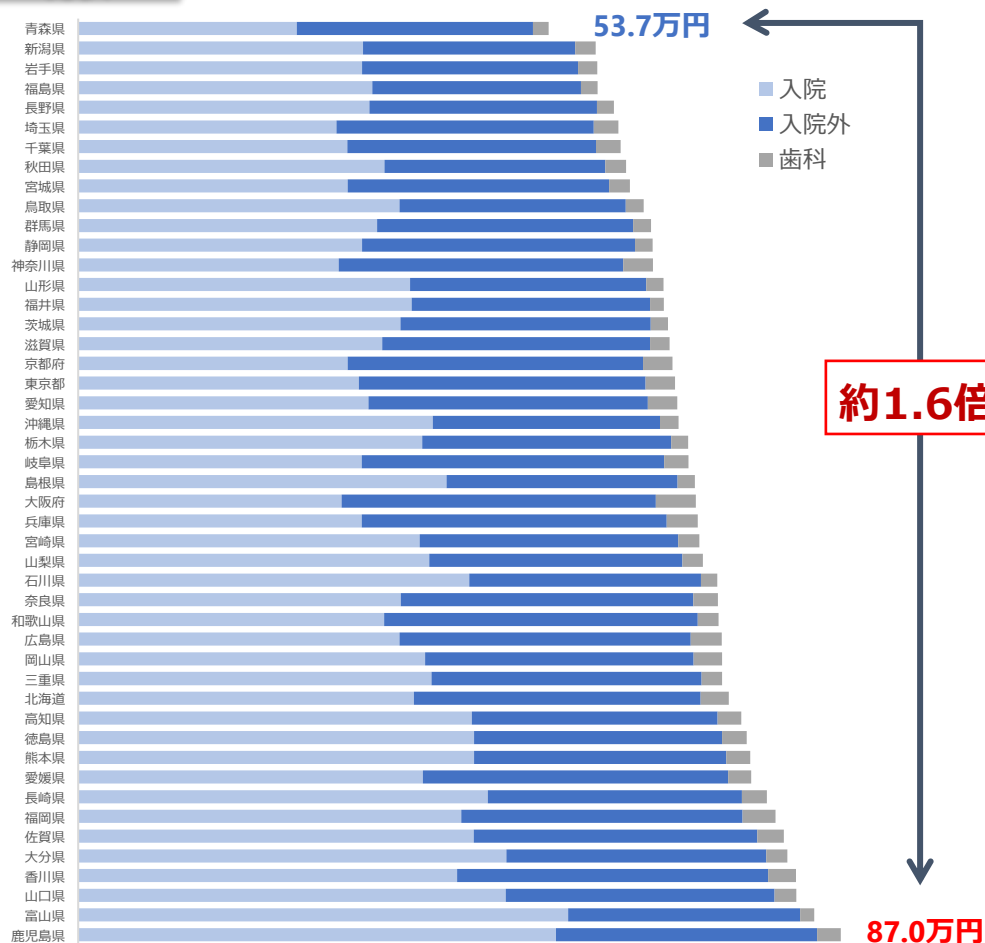
※「諸雑費」には、理美容関係、たばこ、冠婚葬祭費等が含まれる

医療扶助の適正化（全体像）

- 医療扶助費は、生活保護費（令和5年度実績）3.6兆円のうち、その約半分となる1.8兆円（国費はこの3/4）を占める。
- 頻回受診等の対策については、これまで福祉事務所から被保護者への指導を中心に取組を進めてきたが、依然として1人当たり医療扶助費の地域差も大きく、既存の取組には一定の限界。更なる適正化の取組が必要。

現状

1人当たり医療扶助費（都道府県別）



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か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
 - ・ 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・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、その実績口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旨の努力義務規定を創設

改革の方向性（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

※ 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・援護局保護課保護事業室で集計

医療扶助の適正化①（データ活用の推進：総論）

- 頻回受診や重複・多剤投与の対策に当たっては、被保護者による医療機関の受診に当たってのオンライン資格確認の導入や、自治体におけるレセプトの分析等などDXを活用しつつあるものの、それぞれ一定の課題が存在。

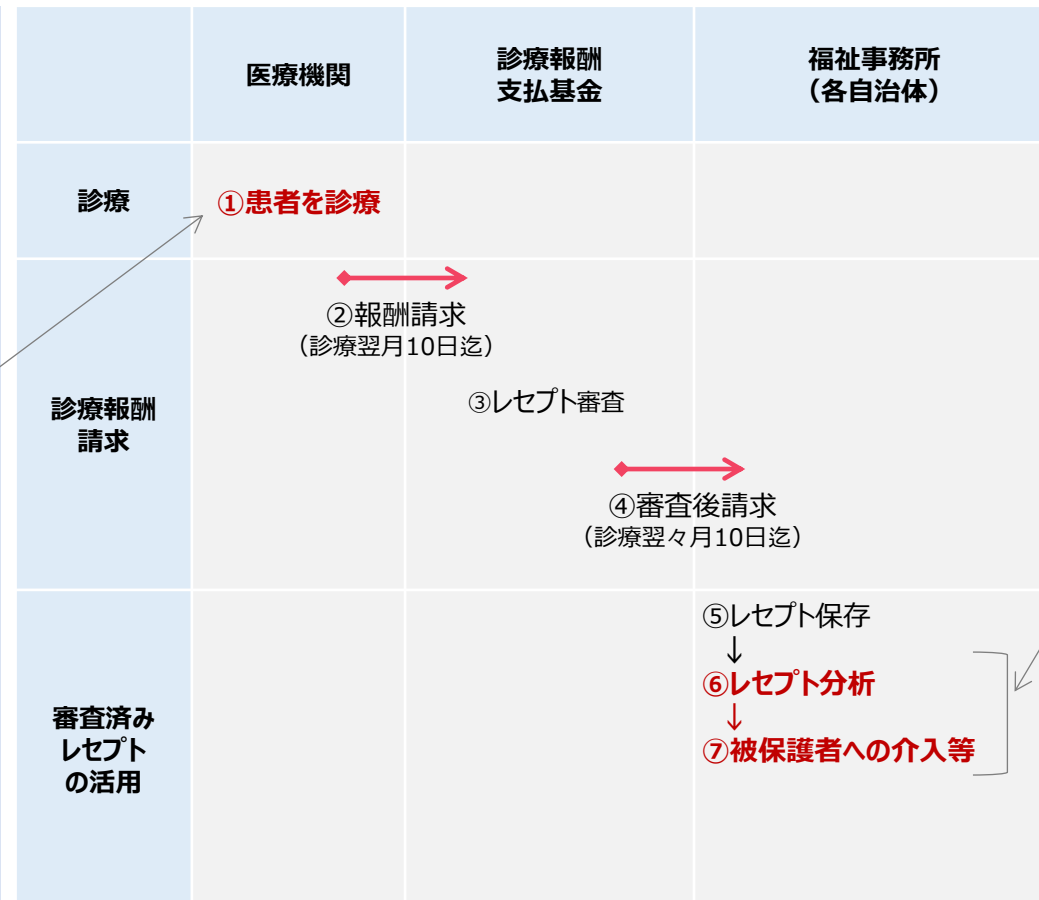
診療～データ活用の流れ

現状

- ✓ オンライン資格確認の導入により、自治体（福祉事務所等）において、被保護者による医療機関の受診状況を速やかに把握可能（＝頻回受診の端緒を迅速に把握可）。

課題

- ① 被保護者のマイナンバーカードの保有率や、医療扶助のオンライン資格確認に対する医療機関側の対応状況が不十分
- ② オンライン資格確認の普及が不十分であることや※、お薬手帳の活用が不十分であるため、医療機関側において、必ずしも被保護者による過去の受診・服薬等の履歴把握が困難



現状

- ✓ レセプト分析により、自治体において、頻回受診や重複・多剤投与者の抽出等が可能。

課題

- ✓ レセプト管理システムの抽出機能に課題がある自治体が存在。

⇒ 例えば、多剤投与の傾向がある被保護者の抽出は可能である一方で、多剤投与の傾向のある医療機関の抽出機能が備わっていないところが多い。

※ オンライン資格確認の場合、被保護者本人の同意があれば、医療機関・薬局側で薬剤情報等が閲覧可能

医療扶助の適正化②（データ活用の推進：オンライン資格確認）

- 医療扶助のオンライン資格確認の導入により、オンライン資格確認の実績ログを用いて、頻回受診の早期把握に向けた取組が可能となっているほか、被保護者本人の同意があれば、医療機関・薬局側で薬剤情報等が閲覧可能となるため、多剤・重複投与等に一定の効果が期待できる。
- オンライン資格確認の利用促進については一定の進展が見られるが、依然として、医療機関における医療扶助オンライン資格確認システムの導入割合は6割弱、被保護者の中でマイナンバーカードを医療機関受診用に利用登録している者の割合は4割に留まっている。

頻回受診の早期把握の流れ



頻回受診者数・改善状況

	R1	R2	R3	R4	R5
頻回受診者数	12,753	11,681	10,723	10,278	9,464
指導対象者数(A)	2,835	2,320	2,354	2,051	1,800
改善者数(B)	1,388	1,136	1,054	973	943
非改善率(1 - B/A)	51.0%	51.0%	55.2%	52.6%	47.6%

（出所）厚生労働省調べ

※ 頻回受診者：同一傷病・同一診療科目を月15日以上受診かつ前2か月との合計が40日以上の方

指導対象者：頻回受診者のうち、主治医や嘱託医が必要以上の受診と認めた者

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 (R7.9.28時点)	医療扶助	
		(R7.3月末時点)	(R7.10.6時点)
病院・診療所	91,321	43,271	52,640
歯科診療所	61,006	21,671	25,095
薬局	60,661	35,456	44,169
合計 (オン資導入率)	212,988 (96.0%)	100,398 (47.3%)	121,904 (57.4%)

（出所）厚生労働省調べ

マイナンバーカード利用登録状況（＝被保護者側の状況）

	全体 (R7.7月末時点)	被保護者 (R7.10.5時点)
カード保有率	79.2%	60.0%
保有者中の利用登録率	86.6%	70.4%
利用登録率	68.6%	40.8%

（出所）厚生労働省調べ

【改革の方向性】（案）

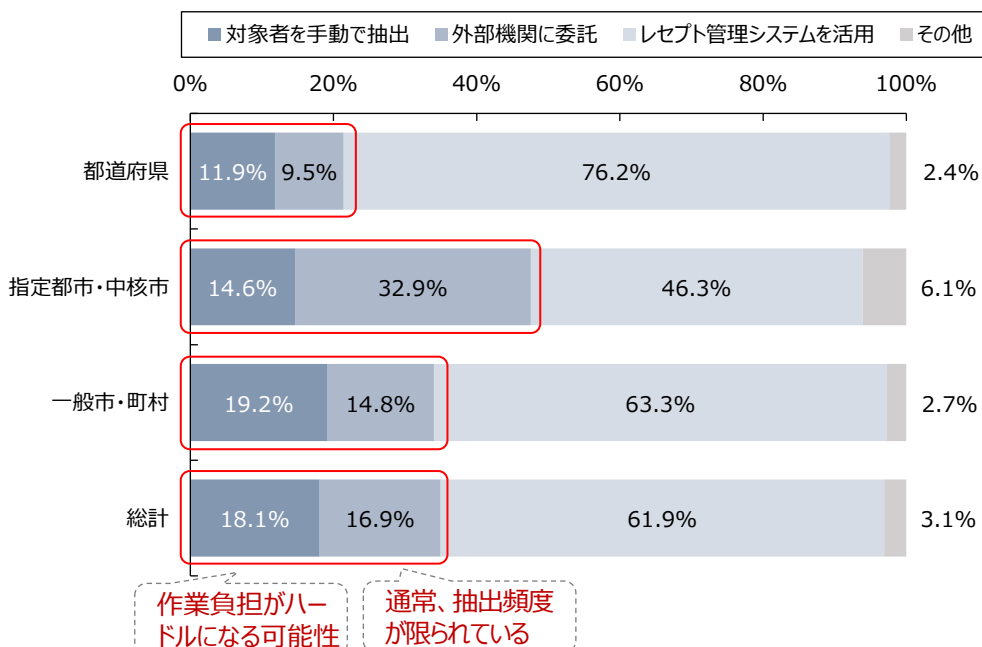
- オンライン資格確認の推進（医療機関側の導入促進、被保護者の利用登録促進）により、頻回受診傾向者への早期指導の取組を進めるべき。

医療扶助の適正化③（データ活用の推進：レセプト管理システムの改善）

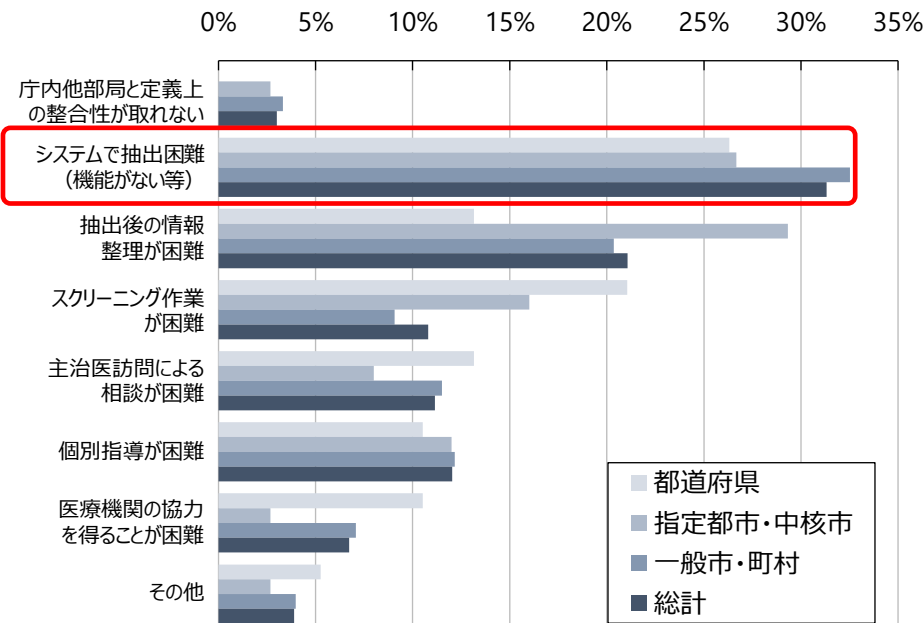
○ 頻回受診や重複・多剤投与の対策に当たっては、審査済みのレセプトを活用した指導対象者の抽出が必要となるが、レセプト管理システムの抽出に課題を抱える自治体が一定数存在。

- 重複・多剤投与者の抽出の際、システム対応ではなく、手動や外部委託（通常、抽出頻度が限られており、システム対応による場合に比して、被保護者等への介入に時間を要する可能性）を活用する自治体が相当程度存在。
- 多剤投与の指導対象の基準を現行から拡大することも必要と考えられるが、システムに柔軟性がなく、抽出が困難とする自治体が多い。
- 被保護者本人に加え、適正な処方・調剤を行っていない医療機関側に働きかけを行うことも有効と考えられるが、通常、自治体のレセプト管理システムには、医療機関単位で抽出する機能は備わっていない。

重複・多剤投与者を抽出する際の手法



指導対象者を拡大する際のボトルネック



（出所）健康管理支援・医療扶助等に関する福祉事務所アンケート（厚生労働省（R7.6実施））に基づき財務省作成。一般市には特別区を含む。

【改革の方向性】（案）

- レセプト管理システムによる指導対象者抽出機能の普及を推進するとともに、頻回受診、重複・多剤投与に係る指導対象者の抽出要件を柔軟に設定できる機能や処方・調剤に課題のある医療機関を抽出できる機能を、各福祉事務所のレセプト管理システムが標準的に備えるべき機能として、厚生労働省が策定する標準仕様書上位置付けるべき。

医療扶助の適正化④（重複・多剤投薬）

- 重複・多剤投薬については、被保護者の健康管理上の観点からも、状況を把握し、適切に服薬管理・指導を行う必要。
- 例えば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」とされているが、医療扶助においては、約5割の者が6種類以上の薬剤を処方されている状況。
- ※ なお、都道府県が市町村を支援するに当たって目標設定を行う指標の1つとして、「多剤投薬率（6剤）」が掲げられているが、一方で、福祉事務所設置市町村において、被保護者に対する指導の基準として6剤以上の多剤投与率が必ずしも位置づけられているわけではない。

（万人） 同一月内における処方薬種類数別の患者数（65歳以上）



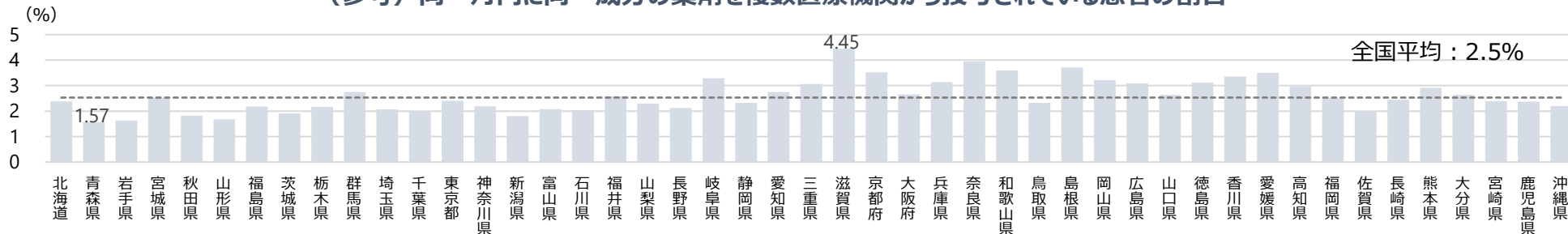
（出所）第2回医療扶助・健康管理支援等に関する検討会資料を基に作成。

（注）令和4年6月診療分の医療扶助に該当するレセプトから算出。

（参考）お薬手帳活用促進事業（R1～）

- 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。

（参考）同一月内に同一成分の薬剤を複数医療機関から投与されている患者の割合



（出所）第2回医療扶助・健康管理支援等に関する検討会資料を基に作成。

（注）令和4年6月診療分の医療扶助に該当するレセプトから、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）の発生した受診者数を算出。

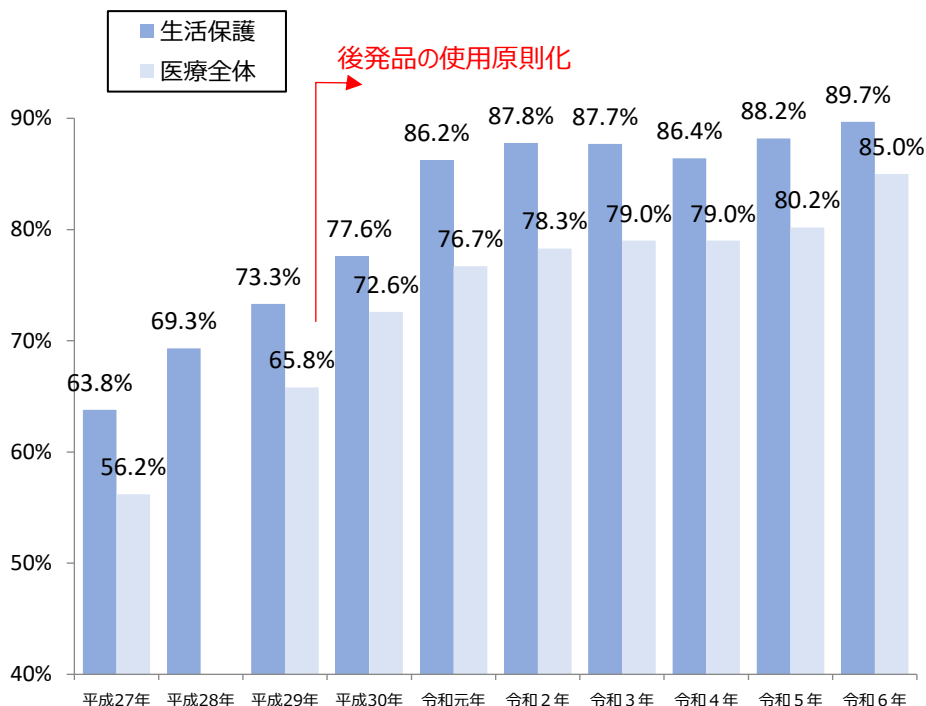
【改革の方向性】（案）

- 多剤投薬については、被保護者に対する処方薬種別数の実態、各種ガイドライン等における位置づけ、都道府県の設定する目標を踏まえつつ、服薬指導の対象範囲を拡大すべき。その際、オンライン資格確認の普及状況等を踏まえつつ、お薬手帳持参の義務化等を検討することも一案。

医療扶助の適正化⑤（後発医薬品の使用促進）

- 生活保護受給者は、平成30年10月以降、「医学的知見」に基づき先発医薬品の使用が必要な場合を除き、後発医薬品の使用が原則化。これにより、後発医薬品使用割合が増加。さらに、令和6年度末には、「医学的知見」の具体的内容を明確化。
- 一方、医療保険では、令和6年10月より、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、両者の差額の4分の1を患者負担する選定療養を開始。

後発医薬品使用割合の推移



（出所）使用割合（数量シェア）：医療扶助実態統計（令和2年以前は医療扶助実態調査）
（各年6月審査分）、医薬品価格調査（薬価本調査）（速報値）（各年9月取引分） ※H28年分除く

厚生労働省社会・援護局保護課長通知（令和7年3月）

生活保護制度では、（略）医師又は歯科医師が**医学的知見**に基づき先発医薬品を使用する必要があると認める場合を除き、後発医薬品による給付を原則としている。この「**医学的知見**」と上記（注：医療保険における）「**医療上の必要性**」は、いずれも先発医薬品使用の必要性に関する医学的判断であり、同一のものと捉えるべき。

医療保険において「**医療上の必要性**」が認められる場合

- ① 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・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

（出所）厚生労働省パンフレット

【改革の方向性】（案）

- 引き続き、後発医薬品の使用割合の実績や、医療保険制度における対応状況等を踏まえつつ、後発医薬品の利用促進を図っていく必要。

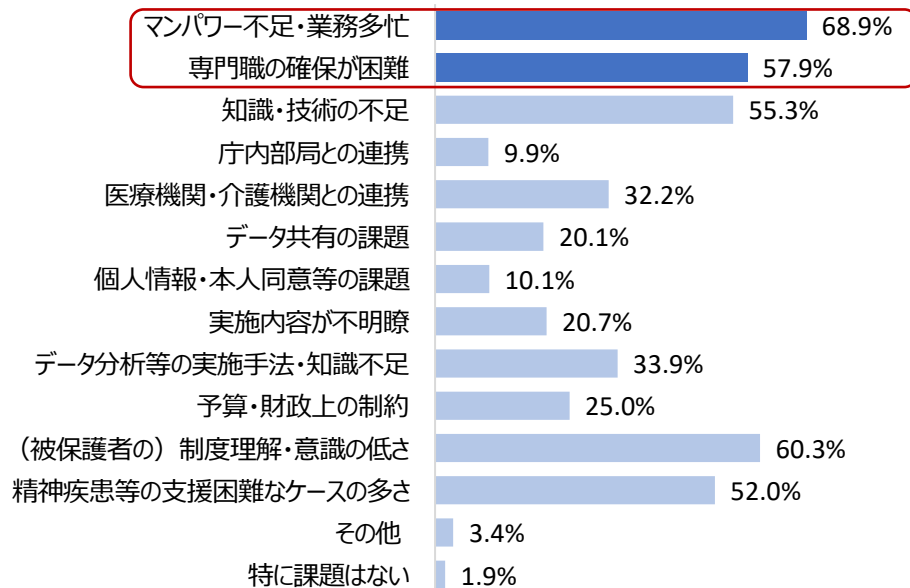
医療扶助の適正化⑥（自治体の取組促進）

- 医療扶助適正化に取り組む際の課題としては、マンパワー、専門性の不足が主。特に中小自治体（一般市等・町村）では、医療扶助を主に担当する医療職職員を配置していない自治体が多い。今後、人口が減少していく中で、より深刻なものになる可能性。
- こうした中、都道府県による市町村支援が重要となるが、現状、市町村支援の「予定なし」とする都道府県が多い。

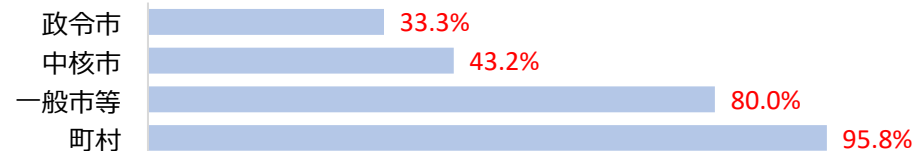
（参考）生活保護法 第81条の2（R7.4.1施行）

都道府県知事は、市町村長が行う医療扶助及び被保護者健康管理支援事業について、市町村の区域を超えた広域的な見地から調査、分析及び評価（以下この条において「調査等」という。）を行い、市町村長に対し、医療扶助の適正な実施及び被保護者健康管理支援事業の効果的かつ効率的な実施に関する技術的事項について、当該調査等に基づく情報の提供その他必要な援助を行うよう努めるものとする。

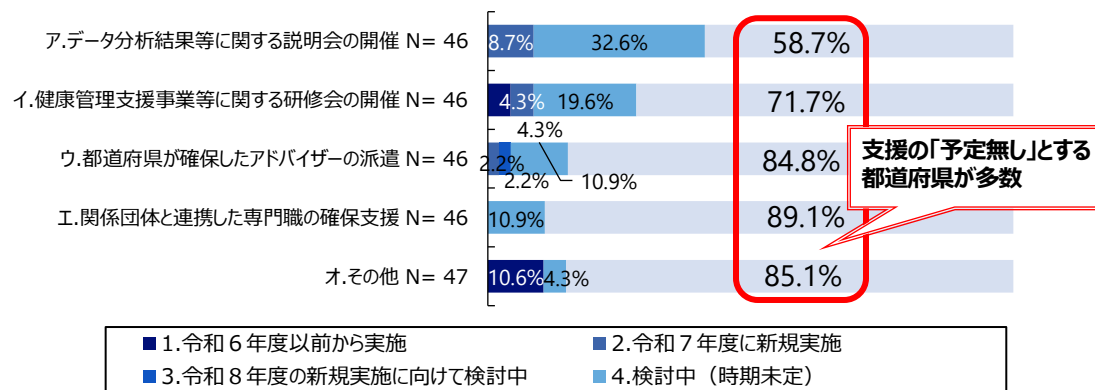
①医療扶助適正化に取り組む際の課題（複数選択）



②医療扶助等を専担で行う職員のうち医療職職員がゼロの自治体の割合



③管内市町村への技術的助言の実施状況（R7.6厚生労働省調査）



（注1）「一般市等」には特別区を含む

（注2）専担＝生活保護所管課室内で、ケースワークとは別に、医療扶助等業務を中心に（概ね半分以上）行っている者。

（出所）①、②：財務局を活用した機動的調査による自治体アンケート（福祉事務所設置自治体（906自治体）に調査票を发出し、537自治体（28都道府県、15政令市、44中核市、426一般市等、24町村）から有効回答。）、③：健康管理支援・医療扶助等に関する福祉事務所アンケート（厚生労働省（R7.6実施））

【改革の方向性】（案）

- 人口が減少していく中であっても専門職確保が困難な自治体においても医療扶助の適正化が効果的に行われるよう、各自治体内の庁内連携（特に、国保担当等の他課室の医療職との連携）や都道府県による市町村支援を促進すべき。

医療扶助の適正化⑦（生活保護受給者の国保等の加入）

- 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、都道府県のが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。
- 国保等加入によって、システムや人員面で国保との連携が進めば、指導対象者抽出や専門職確保も効率的になると期待される。

（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）（抄）

医療費全体に関する都道府県のが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

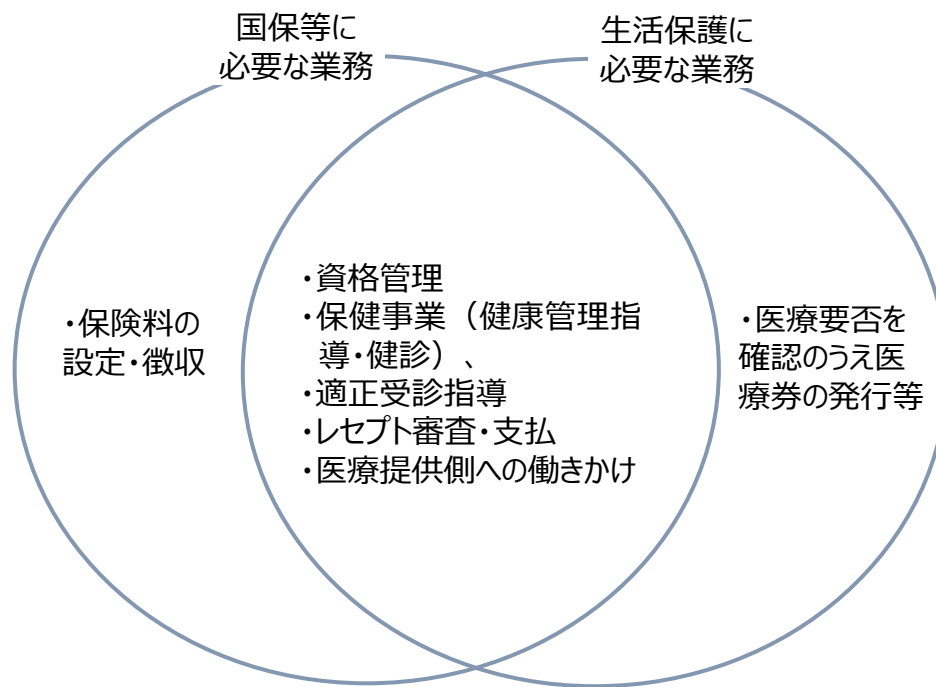
高齢者の保険制度別医療費と医療扶助

75歳以上	後期高齢者医療制度 17.3兆円				生活保護 医療扶助 0.7兆円
65歳以上 74歳以下	0.6 兆円	国保 6.3兆円	被用者保険 2.1 兆円		0.4兆円

（出所）医療保険については、「医療保険に関する基礎資料（令和4年度）」

医療扶助については、令和4年度生活保護費負担金事業費実績報告、NDBデータをもとに推計

生活保護（医療扶助）と国保等に関する自治体の業務



【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、都道府県のが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、検討を深める必要。