

# 持続可能な社会保障制度の構築 (財政各論Ⅱ)

財務省

2026年4月28日

# 目次

1. 総論
2. 医療
3. 介護
4. 障害福祉

# 1. 総論

# 社会保障関係費の歳出水準の考え方①

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

予算編成においては、2027年度までの間、骨太方針2024で示された歳出改革努力を継続しつつ、日本経済が新たなステージに移行しつつあることが明確になる中で、**経済・物価動向等を踏まえ、各年度の予算編成において適切に反映**する。とりわけ**社会保障関係費**<sup>（注）</sup>については、医療・介護等の現場の厳しい現状や税収等を含めた財政の状況を踏まえ、**これまでの改革を通じた保険料負担の抑制努力も継続**しつつ、2025年春季労使交渉における力強い賃上げの実現や昨今の物価上昇による影響等について、**経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう、的確な対応を行う**。具体的には、**高齢化による増加分に相当する伸びにこうした経済・物価動向等を踏まえた対応に相当する増加分を加算**する。

（注） 社会保障関係費の伸びの要因として高齢化と高度化等が存在する。

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

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

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

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

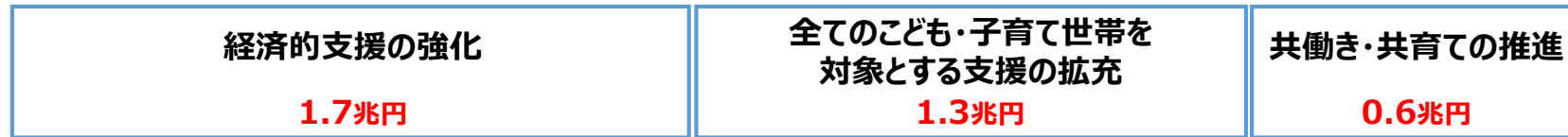
（注） 2013年度以降歳出改革を継続しており、「経済財政運営と改革の基本方針2021」（令和3年6月18日閣議決定）に基づく2022年度から2024年度までの3年間の歳出改革努力を継続。多年度にわたり計画的に拡充する防衛力強化とこども・子育て政策については、それぞれ2027年度まで又は2028年度まで歳出改革を財源に充てることとされている。なお、社会保障制度に係る歳出改革については、「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（令和5年12月22日閣議決定。以下「改革工程」という。）に基づく取組を進めることとされている。

# 社会保障関係費の歳出水準の考え方②

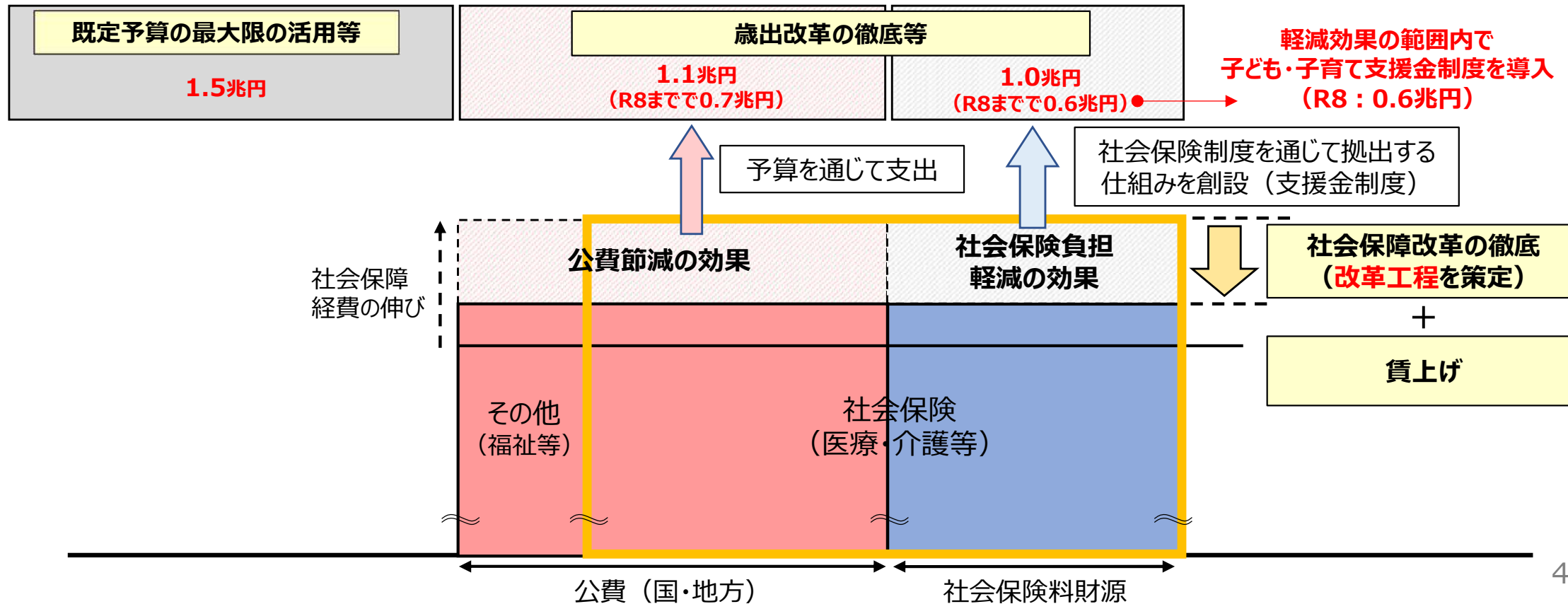
○ 加速化プランは安定財源を確保した上で実施。具体的には、既定予算の最大限の活用等を行うほか、2028年度までに徹底した歳出改革等を行い、それによって得られる公費節減の効果及び社会保険負担軽減の効果を活用することとされており、2024年6月に成立した子ども・子育て支援法等の改正法により、歳出改革と賃上げによって実質的な社会保険負担軽減の効果を生じさせ、その範囲内で支援金制度を構築する（※）との枠組みが法定されている。 ※2026年度から段階的に2028年度にかけて構築。

## ◆子ども・子育て政策の強化（加速化プラン）の財源の基本骨格（イメージ）

【歳出面】 加速化プラン完了時点 **3.6兆円**



【歳入面】 加速化プランの財源 = 歳出改革の徹底等



# 令和8年度社会保障関係費の全体像

○ R8年度の社会保障関係費は、前年度（38.3兆円）から+7,600億円の39.1兆円。骨太2025を踏まえて、これまでの歳出改革努力を継続し、社会保障関係費の実質的な伸びを高齢化による増加分におさめた上で、経済・物価動向等を踏まえた対応による増加分を加算。

- 薬価改定 ▲1,100億円
- 高額療養費制度の見直し ▲300億円
- 食品類似薬の保険給付の見直し ▲100億円
- 長期収載品の選定療養の拡大 ▲100億円 等

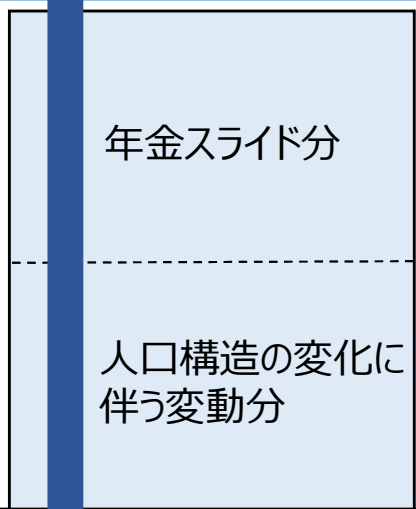
**R8年度予算**  
**39.1兆円**  
(+7,600億円)

いわゆる自然増  
**+6,300億円程度**  
(年金スライド分除く  
**+4,000億円程度**)

制度改革・効率化等  
**▲1,500億円程度**

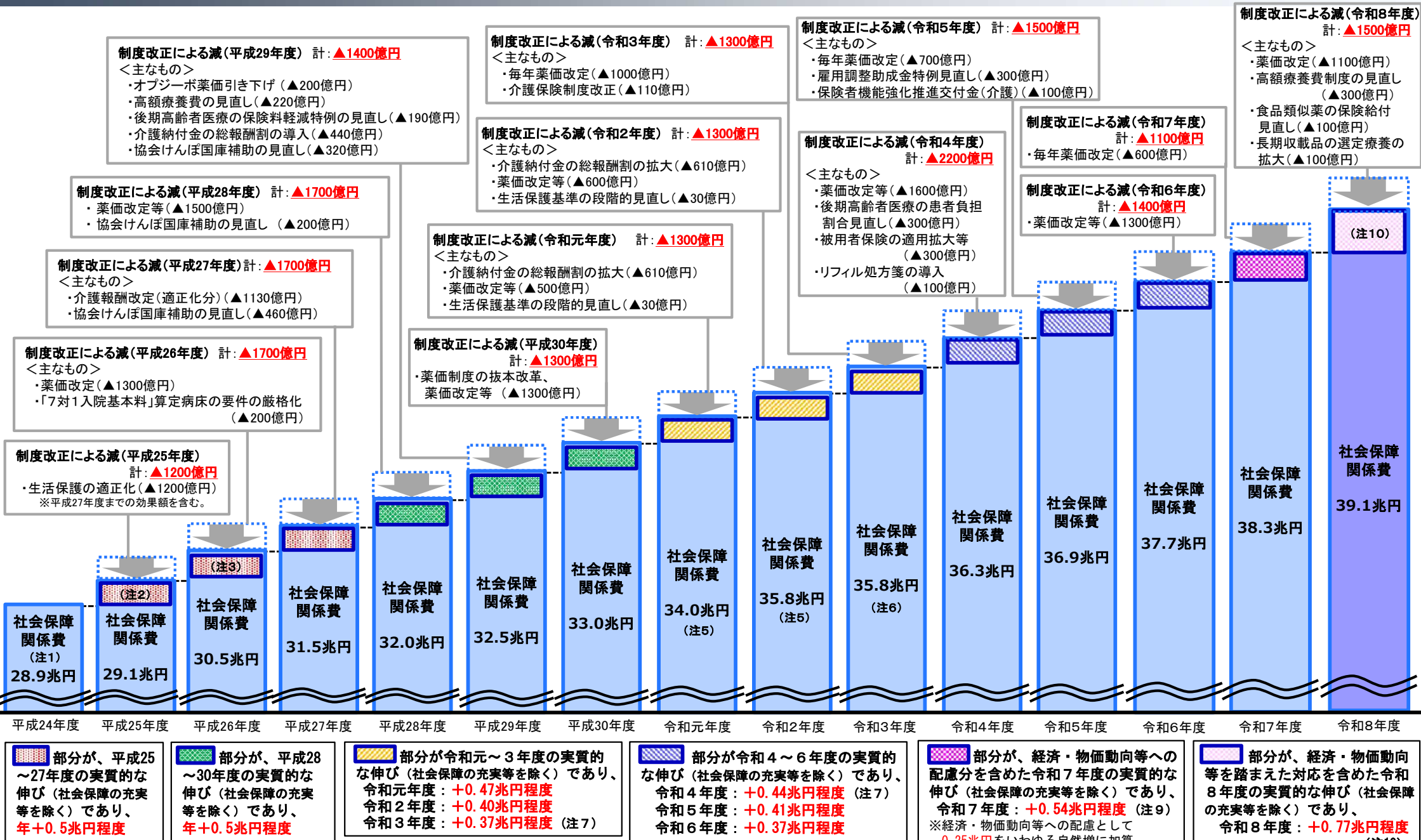
経済・物価動向等を踏まえた対応  
**+2,900億円程度**  
(年金スライド分含む  
**+5,200億円程度**)

- R8診療報酬改定 (今後の賃上げ・物価対応分) +1,800億円
- R8介護報酬改定 + 500億円
- R8障害福祉サービス等改定 + 300億円
- 生活扶助基準の見直し + 100億円 等



R7年度当初予算  
**38.3兆円**

# (参考) 社会保障関係費の伸び



(注1) 年金国庫負担2分の1ベースの予算額。(注2) 基礎年金国庫負担の受入超過による精算(▲0.3兆円)の影響を含めない。  
 (注3) 高齢者の医療費自己負担軽減措置等に係る経費の当初予算化(+0.4兆円)の影響を含めない。(注4) 社会保障関係費の計数には、社会保障の充実等を含む。(注5) 令和元・2年度の社会保障関係費の計数は、臨時・特別の措置を除く。  
 (注6) 令和2年度まで社会保障関係費として分類していた1,200億円程度の経費について、経費区分の変更を行ったため、除外している。  
 (注7) 新型コロナウイルス感染症の影響を受けた足元の医療費動向を踏まえ、医療費に係る国庫負担分を令和3年度においては▲2000億円、令和4年度においては▲700億円程度減少させたベースと比較している。  
 (注8) 令和元年度～令和6年度の社会保障関係費の実質的な伸びは、年金スライド分を除く。(注9) 令和7年度は国会における修正後。(注10) 経済・物価動向等を踏まえた対応による増加分0.29兆円(年金スライド分除く)を加算。

# 令和9年度の社会保険料負担について

○ 今般の診療報酬改定が令和8・9年度に対応するものであることを踏まえ、令和8・9年度を通じて、歳出改革を中心に取り組み、賃上げ努力の成果も活用することにより、令和9年度の社会保障負担率が令和7年度と比較して上昇しないよう取り組む。

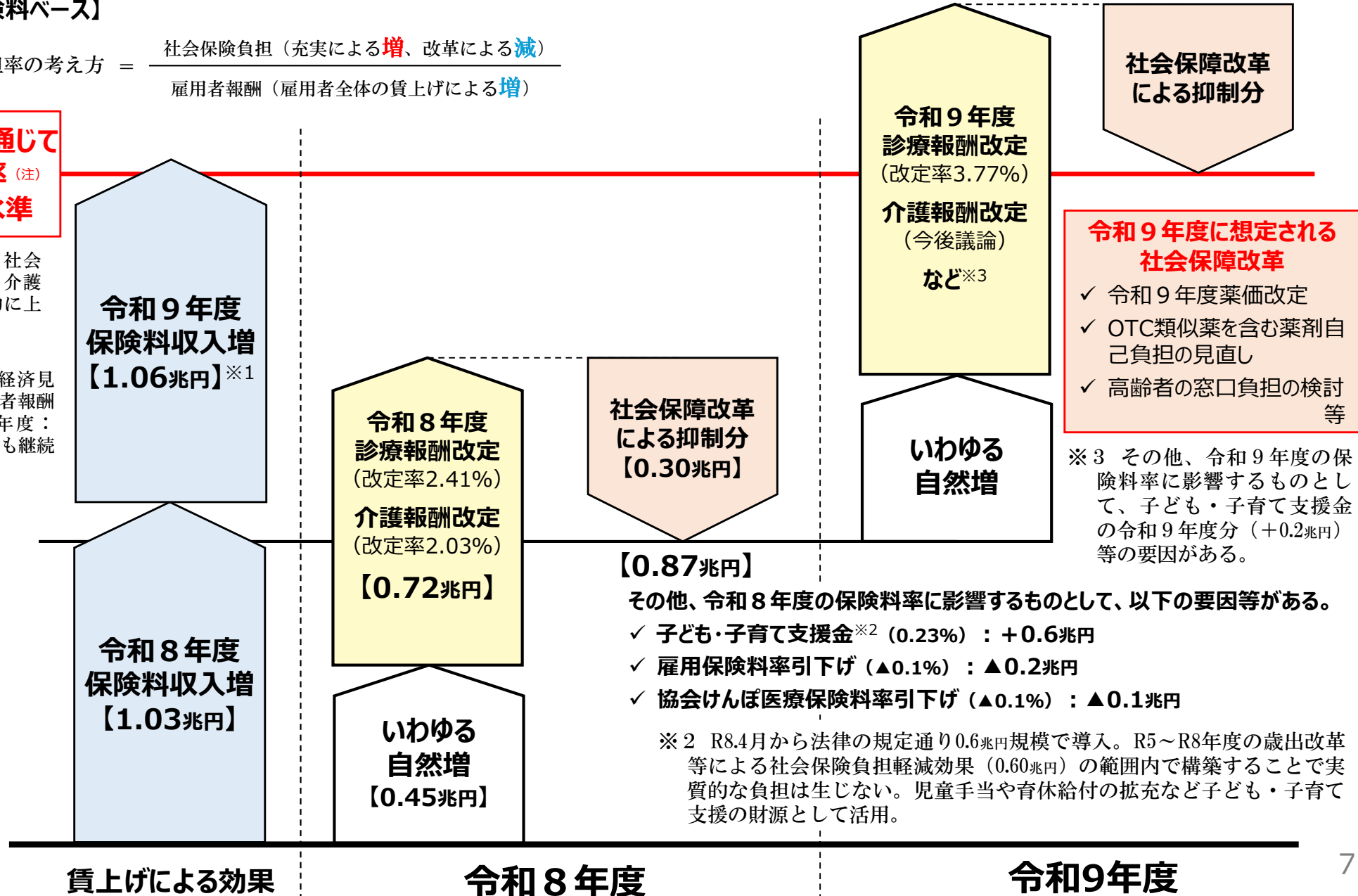
【金額はすべて保険料ベース】

$$\text{社会保障負担率の考え方} = \frac{\text{社会保障負担（充実による増、改革による減）}}{\text{雇用者報酬（雇用者全体の賃上げによる増）}}$$

令和8・9年度を通じて  
社会保障負担率<sup>(注)</sup>  
が上らない水準

(注) 国民所得に占める社会  
保険料負担（医療・介護  
等）の割合。長期的に上  
昇傾向。

※1 「令和8年度政府経済見  
通し」における雇用者報酬  
の見通し（令和8年度：  
3.7%）が令和9年度も継続  
すると想定



令和9年度に想定される  
社会保障改革

- ✓ 令和9年度薬価改定
- ✓ OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直し
- ✓ 高齢者の窓口負担の検討等

※3 その他、令和9年度の保険料率に影響するものとして、子ども・子育て支援金の令和9年度分 (+0.2兆円) 等の要因がある。

その他、令和8年度の保険料率に影響するものとして、以下の要因等がある。

- ✓ 子ども・子育て支援金<sup>※2</sup> (0.23%) : +0.6兆円
- ✓ 雇用保険料率引下げ (▲0.1%) : ▲0.2兆円
- ✓ 協会けんぽ医療保険料率引下げ (▲0.1%) : ▲0.1兆円

※2 R8.4月から法律の規定通り0.6兆円規模で導入。R5~R8年度の歳出改革等による社会保険負担軽減効果 (0.60兆円) の範囲内で構築することで実質的な負担は生じない。児童手当や育休給付の拡充など子ども・子育て支援の財源として活用。

## (参考) 社会保障分野における経済・物価動向等への対応等

### 医療

・R 8 診療報酬改定は、データに基づく施設類型ごとの費用構造を踏まえたきめ細やかな物価対応やR 8・R 9にベア3.2%を実現できる賃上げ対応を実施し、経済・物価動向等に的確に対応。物価・賃上げ対応にあたり、施設類型ごとのメリハリある配分をはっきりとわかる形で実現するとともに、R 8・R 9の改定率をそれぞれ定め、段階的にきめ細かく対応。

\* 改定率:3.09%(R8:2.41%、R9:3.77%)

・賃上げ措置については、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い医療関係職種での賃上げを確実にすべく、賃上げ対応拡充時の特例的な対応を図るとともに、今後の着実な賃上げにつなげるための措置を講じた上で医療従事者のベア3.2%(看護補助者・事務職員は上乘せ)を実現する措置を実施。

・物価対応については、物価対応本格導入時の特例的な対応として高度機能医療を担う病院向けの措置を講じるとともに、医療機関の施設類型ごとの費用構造を踏まえ、データに基づくきめ細やかな対応を実施。また、食費・光熱水費の上昇に対応する措置を実施。(食費:1食あたり40円、光熱水費:1日あたり60円)

### 介護

・R 8 介護報酬改定・障害福祉サービス等報酬改定は、3年に1度のR 9改定を待たずに、期中改定として実施。

\* 改定率:【介護】2.03%、【障害】1.84%

・介護分野においては、介護職員(139万人)から介護従事者(244万人)に対象を拡大し、幅広く月1.0万円の賃上げを実現する措置を実施。さらに、生産性向上や協働化に取り組む事業者で働く介護職員を対象に、月0.7万円の上乗せ措置を実施。

\* 合計で、介護職員について最大月1.9万円の賃上げ(定期昇給0.2万円込み)が実現する措置。

・あわせて、介護保険施設等における食費の基準費用額を引上げ(1日当たり100円)。

・障害福祉分野においては、福祉・介護職員(68万人)から障害福祉従事者(103万人)に対象を拡大し、幅広く月1.0万円の賃上げを実現する措置を実施。さらに、生産性向上や協働化に取り組む事業者で働く福祉・介護職員を対象に、月0.3万円の上乗せ措置を実施。

\* 合計で、福祉・介護職員について最大月1.9万円の賃上げ(定期昇給0.6万円込み)が実現する措置。

### 子ども子育て

・「子ども未来戦略」の加速化プラン(3.6兆円)を着実に実施。子ども誰でも通園制度の給付化、フリーランス等の方の育児期間中の年金保険料免除を実施。歳出改革等による社会保険負担軽減効果の範囲内で支援金制度を導入。

・R 元の3 - 5歳児無償化実現時から据え置かれていた認可外保育施設などの施設等利用給付について給付の上限額を引き上げ(認可外保育施設(0~2歳児)は月45,700円(+3,700円)、延べ約60万人の保護者負担を軽減。等

### 生活保護

・R 5から臨時・特例的に生活扶助基準に上乘せしている特例加算(現行:一人当たり月額1,500円)について、一般低所得世帯の消費実態や社会経済情勢等を総合的に勘案して1,000円引上げ(R8.10~:同2,500円)。等

\* 特例加算:R5~6年度に一人当たり月額1,000円として措置したものをR7年度見直しで500円引き上げ

# (参考) 令和8年度診療報酬改定等について

## 診療報酬

改定率 **+ 3.09%**

※ 令和8年度+2.41%、令和9年度+3.77%  
(令和8年度予算額：国費2,348億円)

① 令和8・9年度の賃上げ対応★ **+ 1.70%**

※ 令和8年度+1.23%、令和9年度+2.18%

- ✓ 医療従事者のベア3.2%（看護補助者・事務職員は5.7%）の賃上げを実現する措置。医療現場における一定の生産性向上等も想定
- ✓ 賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い医療関係職種での賃上げを確実にするための賃上げ対応拡充時の特例的な措置を実施

② 令和8・9年度の物価対応★ **+ 0.76%**

※ 令和8年度+0.55%、令和9年度+0.97%

- ✓ 令和8年度以降の物価上昇に対応するため、医療機関の施設類型ごとの費用構造に応じて、きめ細やかな対応を実施。
- ✓ 物価対応本格導入時の特例的な対応として高度機能医療を担う病院（大学病院を含む）向けの措置を実施。

③ 食費・光熱水費分 **+ 0.09%**

④ その他

・ 令和6年度改定以降の経営悪化への緊急対応分★

**+ 0.44%**

・ その他 **+ 0.25%**

各科改定率 医科 +0.28%、歯科 +0.31%、調剤 +0.08%

⑤ 効率化・適正化 **▲ 0.15%**

- ✓ 後発医薬品への置換えの進展を踏まえた対応、適切な在宅医療の推進のための対応、調剤報酬の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化など

※ ★の項目については、施設類型ごとのメリハリある配分をはっきりとわかる形で実現  
※ 実際の物価等が見通しから大きく変動し、医療機関等の経営に支障が生じた場合には令和9年度予算編成において加減算を含め更なる必要な調整を行う

## 薬価等

改定率 **▲ 0.87%**

(令和8年度予算額：国費▲1,063億円)

① 薬価 **▲ 0.86%** (国費▲1,052億円)

- ✓ 創薬イノベーションや医薬品の安定供給の確保を図りつつ、市場の実勢価格に応じた適正化を実施

② 材料価格 **▲ 0.01%** (国費▲ 11億円)

## 介護報酬改定

改定率 **+ 2.03%**

(令和8年度予算額：国費518億円)

・ 介護分野の職員の処遇改善 **+ 1.95%**

- ✓ 介護従事者を対象に幅広く1.0万円賃上げを実現する措置
- ✓ 協働化等に取り組む事業者の介護職員を対象に0.7万円上乗せ措置（定期昇給込みで最大月1.9万円の賃上げが実現）

・ 食費の基準費用額の引上げ **+ 0.09%**

## 障害福祉サービス等報酬改定

改定率 **+ 1.84%**

(令和8年度予算額：国費313億円)

- ✓ 障害福祉従事者を対象に幅広く1.0万円賃上げを実現する措置
- ✓ 協働化等に取り組む事業者の福祉・介護職員を対象に0.3万円上乗せ措置（定期昇給込みで最大月1.9万円の賃上げが実現）

# (参考) 大臣折衝事項 (令和8年度診療報酬改定関連) (抜粋) ①

- 令和8年度診療報酬改定の賃上げ・物価対応にあたっては、マクロ経済の見通しを踏まえつつ、施設類型ごとの職員の規模や職種構成、費用構造等に応じたきめ細かな配分を行った。
- さらに、こうした施設類型ごとのメリハリある配分が、従来の慣行とは異なるかたちで大臣折衝事項として明確に示されている。

	改定率 (2年平均)	考え方
賃上げ全体	+1.70%	(令和8・9年度の2年平均)
①医療現場での生産性向上の取組と併せ、令和8年度及び令和9年度においてベースアップ実現を支援するための措置	令和8年度 1.23% 令和9年度 2.18%	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 令和8年度及び令和9年度において、それぞれ+3.2%分のベースアップ実現を支援する。(看護補助者及び事務職員については+5.7%)</li> <li>● <b>施設類型ごとの職員の規模や構成に応じた配分</b>となるよう措置する。</li> </ul>
②うち、賃上げ対応拡充時の特例的な対応	+0.28%	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 令和6年度診療報酬改定においてベースアップ評価料の対象とされた職種に加えて、<b>入院基本料等で措置することとされた職種の賃上げ</b>についても、賃上げの実効性確保の取組と併せて賃上げ分として措置することも踏まえ、<b>医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い医療関係職種での賃上げ</b>を確実にすべく、特例的な対応として措置する。</li> </ul>

## ● 賃上げの実効性確保のための対応

今回の賃上げ措置は、幅広い医療関係職種において物価上昇を超える賃上げを実現するためのものであり、さらに、看護補助者と事務職員に対しては、他産業との人材獲得競争に直面していることも踏まえた上乗せ措置を講じるものである。こうした政策目的が確実に果たされるよう、令和6年度改定で入院基本料や初・再診料により賃上げ原資が配分された職種(40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者)についても、令和6年度改定でベースアップ評価料の対象とされた職種(看護職員、リハビリテーションを担う職員、病院薬剤師その他の医療関係職種(上記の入院基本料等で措置される職種を除く。))と同様に、実際に支給される給与(賞与を含む。)に係る賃上げ措置の実効性が確保される仕組みを構築する。これにより**賃上げ実績の迅速かつ詳細な把握を行うこととする。**

# (参考) 大臣折衝事項 (令和8年度診療報酬改定関連) (抜粋) ②

## 大臣折衝における記載 (抜粋)

①令和8年度以降の物価上昇への対応

※2 うち、物価対応分 +0.76% (令和8年度及び令和9年度の2年度平均。令和8年度 +0.55%、令和9年度 +0.97%)。  
 特に、令和8年度以降の物価上昇への対応としては、+0.62% (令和8年度 +0.41%、令和9年度 +0.82%) を充て、診療報酬に特別な項目を設定することにより対応することとし、それぞれの施設類型ごとの費用関係データに基づき、以下の配分とする。さらに、病院の中でも、その担う医療機能に応じた配分を行う。

病院	+0.49%
医科診療所	+0.10%
歯科診療所	+0.02%
保険薬局	+0.01%

②③令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応

【②基礎的支援分相当】

+

【③救急加算分相当】

※基礎的支援、救急加算は令和7年度補正予算における物価上昇支援での名称

※4 うち、令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%。  
 配分に当たっては、令和7年度補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持することとする。

病院	+0.40%
医科診療所	+0.02%
歯科診療所	+0.01%
保険薬局	+0.01%

④高度機能医療を担う病院 (大学病院を含む) への特例的な対応

※2 (略)  
 また、我が国経済が新たな「成長型経済」に移行する段階を迎え、賃金と物価がともに緩やかに上昇していくメカニズムが維持されるとの認識の下、今回の改定から本格的な物価対応を講じることとする中で、特に、高度機能医療を担う病院 (大学病院を含む。)については、医療技術の高度化等の進展の影響を先行的に受けやすい一方で、汎用性が低く、価格競争原理の働きにくい医療機器等を調達する必要性から物価高の影響を受けやすいこと等を踏まえ、+0.14%を物価対応本格導入時の特例的な対応として措置することとする。今後の関係調査において実績等を検証し、所要の対応を図る。

# (参考) 保険料負担抑制に向けた社会保障制度改革の全体像

## OTC類似薬等の薬剤給付の在り方の見直し

以下の4本柱パッケージで薬剤給付の在り方を見直し

### (1) OTC類似薬を含めた薬剤自己負担の見直し (R9.3~)

趣旨:

- ① OTC医薬品で対応している患者との公平性の確保
- ② 現役世代を中心とした保険料負担の抑制

見直し内容:

OTC類似薬など保険給付としての必要性が相対的に低い医薬品(77成分)について、その薬剤費の4分の1相当分について、患者に「特別の料金」を求める。(法改正事項)

### (2) 食品類似薬の保険給付の見直し (R8.6~)

対象医薬品: 6成分(6品目) 栄養保持目的の食品類似薬

見直し内容: 経管栄養の場合等を除き保険給付除外

### (3) 長期収載品の選定療養の拡大 (R8.6~)

対象医薬品: 長期収載品

見直し内容: 特別の料金を差額の1/2に引き上げ

### (4) 長期処方・リフィル処方の推進 (診療報酬改定の中で対応)

見直し内容: 長期処方・リフィル処方の院内掲示を必須要件とする医療機関を拡大

## 保険料負担

▲1,000億円程度 (R8~9)



## 金融所得の反映などの応能負担の徹底

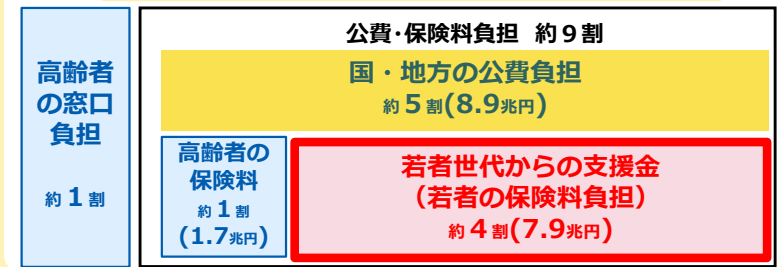
・ 現役世代に負担が偏りがちな構造の見直しの観点から、年齢にかかわらず公平な応能負担を実現するための第一歩として、まずは後期高齢者医療制度の窓口負担割合や保険料等への金融所得(上場株式の配当所得等)の反映を実現するため、令和8年通常国会において法案を提出。

・ 反映による保険料の増収分による高齢者間における負担の公平性の確保や現役世代から後期高齢者への支援金負担の軽減の在り方について、引き続き検討。

※ 保険料賦課等における現在の課題

- ・ 上場株式の配当所得等は、確定申告をしないことを選択可能。
- ・ 確定申告しない場合には所得に含まれず、窓口負担や保険料に反映されない不公平が存在。

### 後期高齢者医療制度の財源(約20兆円)の構成



## 高額療養費制度の見直し

### (1) 長期療養者への配慮

1. 多数回該当\*の金額を据え置き。
2. 多数回該当に該当しない方の経済的負担にも配慮する観点から新たに年単位の上限の導入(多数回該当限度額×12月)。

### (2) 低所得者への配慮

\*年4回以上制度を利用する者の自己負担限度額を更に軽減する仕組み

・住民税非課税ラインを若干上回る年収層である「年収200万円未満」の方の多数回該当の金額を引き下げ。

### (3) 自己負担限度額の引上げ

・1人当たり医療費の伸びを踏まえ、自己負担限度額を一定程度引上げ。その際、低所得者には配慮し、引上げ率を過去2年間の年金改定率の範囲内に留める。

### (4) 所得区分の細分化

・大括りとなっている所得区分を細分化し、所得に応じたきめ細かい仕組みとする。併せて、上記の(2)を実施。

### (5) 外来特例の見直し

・70歳以上の高齢者のみに設けられている外来診療にかかる特例措置について、自己負担限度額を一定程度引上げ。あわせて、従前の月額限度額×12月の年間上限を設定。

## 保険料負担

▲1,600億円程度 (R8~10)

## 薬価改定

・創薬イノベーションの推進や医薬品の安定供給の確保に十分に配慮しつつ、医薬品流通市場での実勢価格に応じた適正化を実施する。令和9年度の薬価改定は着実に実施することとする。(対象品目の範囲や適用ルールについて引き続き検討。)

・薬価等改定率は ▲0.87%

## 保険料負担

▲2,000億円程度 (R8)

## 有料老人ホームの入居者に係る利用者負担の導入

・ケアプラン作成を含めて利用者負担を求めている介護付き有料老人ホーム(特定施設入居者生活介護)等との均衡の観点から、令和10年度から、住宅型有料老人ホームの入居者に対して利用者負担を導入。

# 医療・介護に係る保険給付費等の伸びと現役世代の保険料負担

○ 医療・介護の給付の伸びが保険料の賦課ベースとなる雇用者報酬の伸びを上回っており、このギャップにより、保険料率は上昇してきた。

## 医療・介護 保険給付費等の伸び +2.8%/年

- 医療保険給付費等の伸び  
+2.6%/年
- 介護納付金の伸び  
+4.6%/年

2012-2024年度

保険給付費等の伸びが  
雇用者報酬の伸びを  
上回る  
⇒**保険料率は上昇**

## 保険料率引上げ等

健保組合	2012	2016	2020	2024
医療	8.3%	9.1%	9.2%	9.3%
介護	1.3%	1.4%	1.7%	1.8%

※労使合計の保険料率

※**現役世代一人当たり後期高齢者支援金**  
月2980円（2008）→ 5950円（2024）

## 雇用者報酬の伸び +2.0%/年

- 雇用者数 +0.8%/年  
※生産年齢人口 ▲0.7%/年
- 賃金 +1.1%/年

2012-2024年度

（出典）内閣府「国民経済計算」（2024年度年次推計）、総務省「人口推計」、全国健康保険協会及び健康保険組合予算・決算関係資料。

（注1）直近3年（2021年度～2024年度）の医療・介護に係る保険給付費等の伸びは+2.2%、雇用者報酬の伸びは+2.9%。

（注2）年平均は始点から終点までの伸び率を年数で単純に除して算出。

（注3）雇用者報酬には、医療・介護保険料の事業主負担分も含まれる点に留意。

（注4）医療保険給付費等は、2012年度から2024年度にかけての全国健康保険協会及び健康保険組合における保険給付費及び拠出金等の総額（健康保険組合の2024年度実績については決算見込額）。

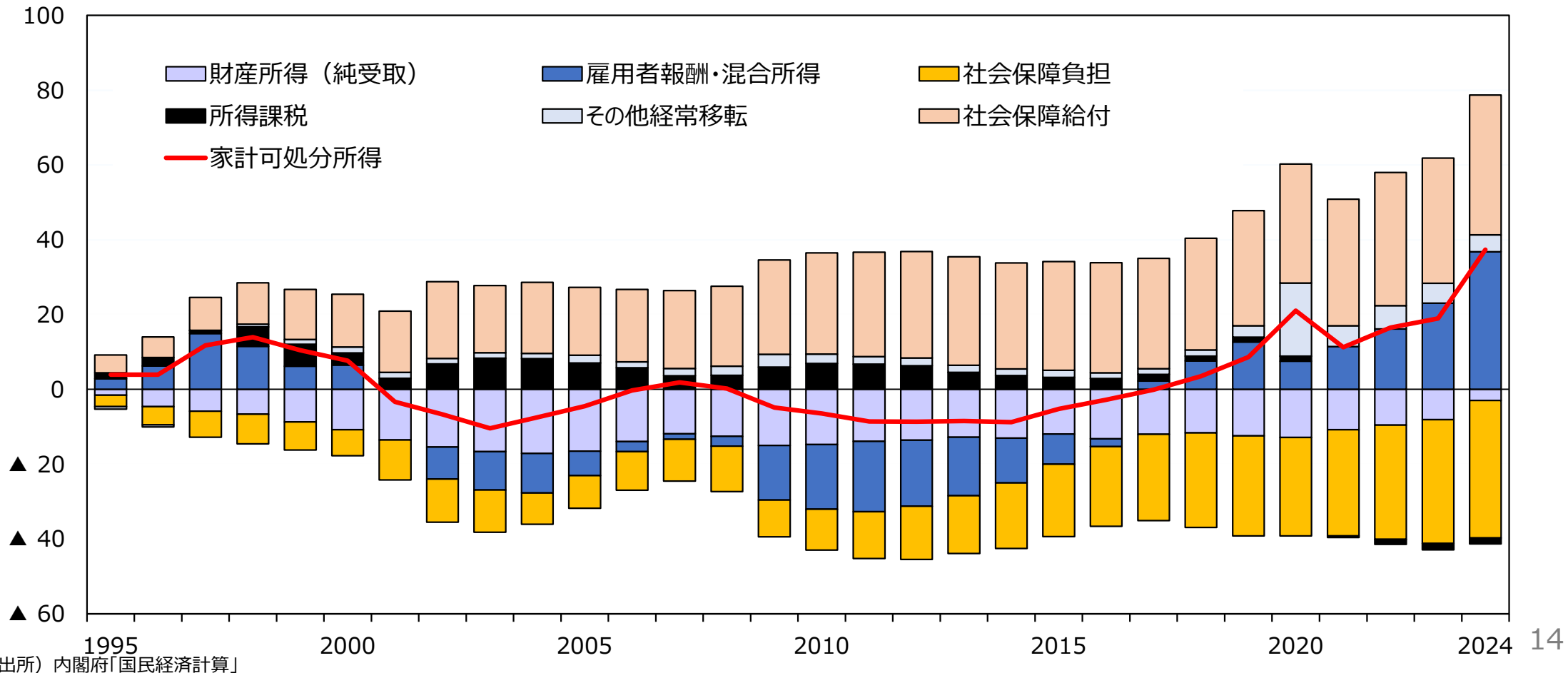
（注5）介護納付金は、2012年度から2024年度にかけての全国健康保険協会及び健康保険組合における介護納付金の総額（健康保険組合の2024年度実績については決算見込額）。

（注6）健康保険組合に係る保険料率は、平均設定保険料率であって、各組合の単純平均（加入する被保険者数でウェイトがけしていない）。2012年度は決算、2024年度は決算見込み。

# (参考) マクロの家計可処分所得の変動要因

- 経済の好循環を実現するためには、賃金の上昇にとどまらず、社会保険料等を差し引いた可処分所得の持続的な増加が不可欠。
- 過去30年間の家計可処分所得の変動要因を分析すると、社会保険料負担の増加が大きな影響を及ぼしている。社会保険料の背後には給付が存在するが、その多くは年金等の高齢者向け給付に充てられており、結果として社会保障給付の増加分を差し引くと、可処分所得の増加はほとんど相殺されてしまっている。
- 社会保険制度は、世代間扶養や社会的連帯を支える極めて重要な制度であるが、現役世代の納得感を得て、その持続可能性を確保していく上で、現役世代の保険料負担を抑制していくことが不可欠である。

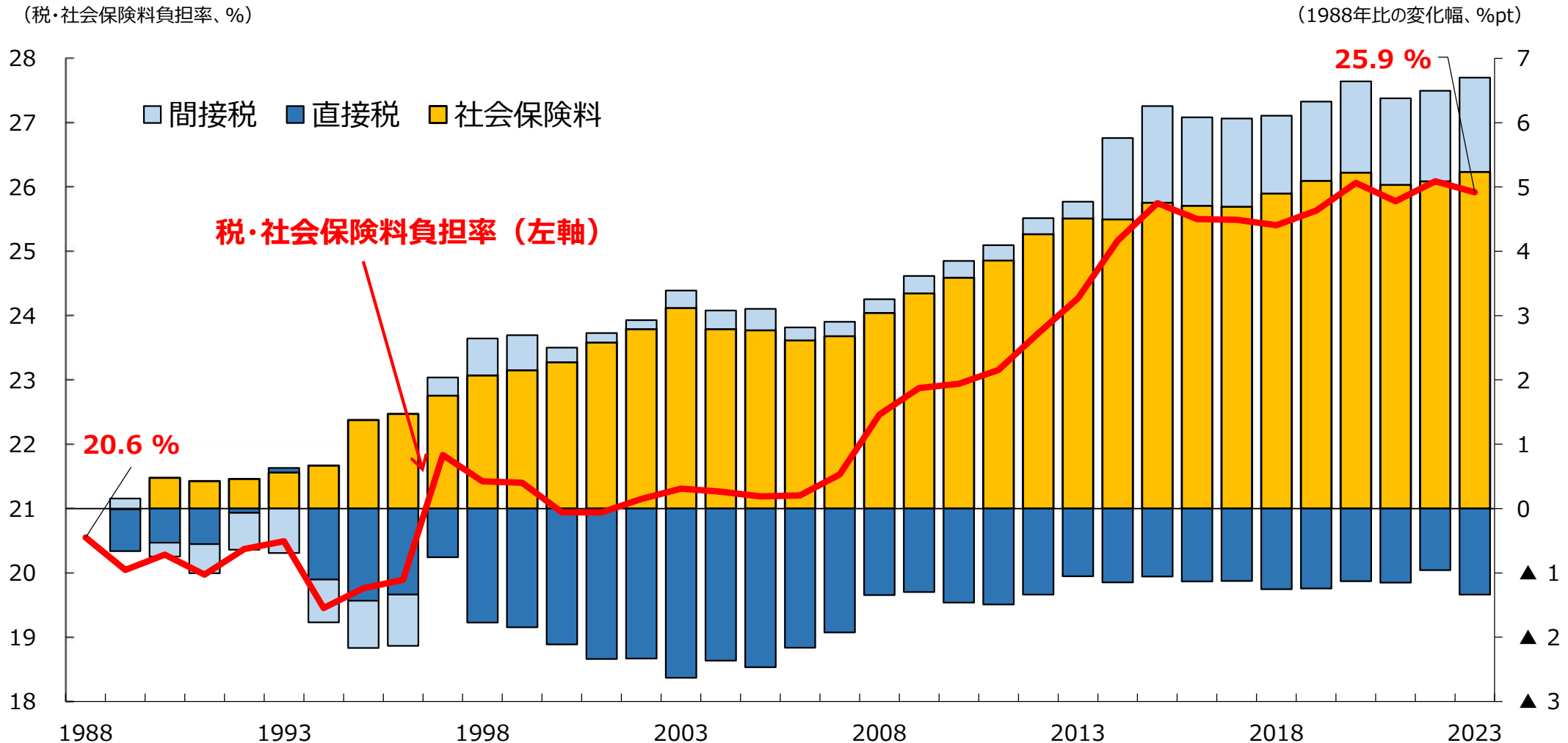
## ◆家計可処分所得の変動要因



# (参考) 勤労者世帯の税・社会保険料負担の推移

○ 勤労者世帯の税・社会保険料負担率は平成以降で5%強増加しており、その増加の大宗は社会保障給付の増加に伴う社会保険料負担の増加が占めている。

## ◆家計（二人以上の勤労者世帯・全国平均）の税・社会保険料負担率の推移（民間試算）



(出所) 是枝俊悟・平石隆太「平成以降の家計の税・社会保険料負担の推移」(『大和総研調査季報』2025年新春号)より作成。

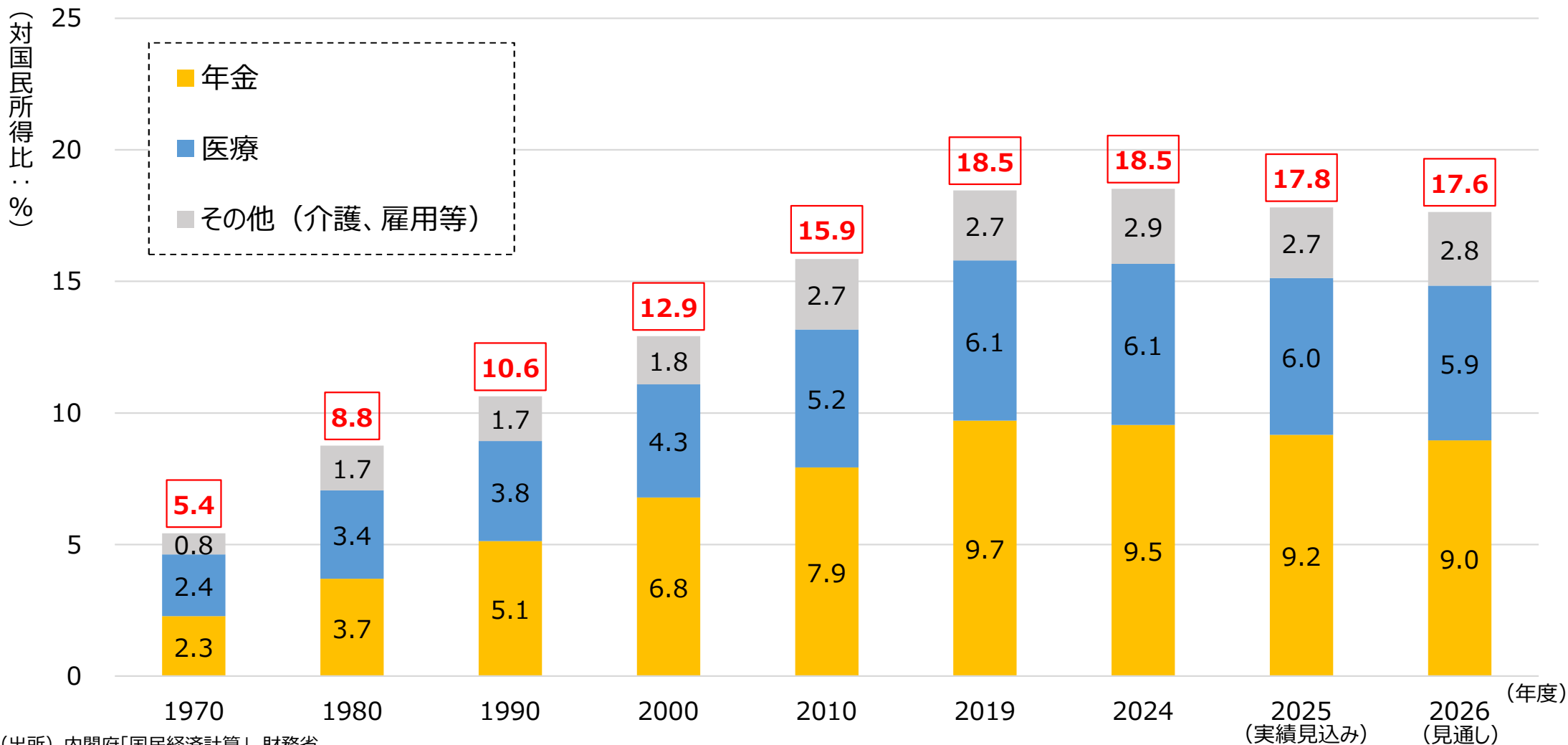
(注1) 税・社会保険料負担率 = (直接税 + 間接税 + 社会保険料) / 勤め先収入。

(注2) 棒グラフは1988年比の税社会保険料負担率の変化幅の内訳を指す(右軸)。

# 社会保障負担率の推移

- 社会保障負担率（保険料負担の国民所得\*に対する割合）は、社会保障給付費の増加に伴い長期的には上昇傾向にあったが、近年では賃上げの進展等により、国民所得の伸びが社会保障負担の伸びを上回っていることから、横ばいないし微減で推移している。
- 今後も一定の物価・賃金上昇が継続すると想定される中で、医療・介護を中心とした社会保障制度改革を着実に推進することにより、社会保障負担率の引下げを通じて現役世代の負担を軽減し、経済全体の賃上げ政策と相まって、家計の可処分所得の増加につなげていくことが重要である。

\*賃金の総額（雇用者報酬）に企業所得等も加えた概念



(出所) 内閣府「国民経済計算」、財務省

(注1) 2024年度までは実績、2025年度は実績見込み、2026年度は見通し。

(注2) 1970年度は68SNA、1980年度及び1990年度は93SNA、2000年度以降は08SNAに基づく計数。

## 2. 医療

# 医療政策のトリレンマ（医療制度改革の視点）

- 限られた医療資源を前提とすれば、**医療の質の確保（Quality）、患者アクセスの保障（Access）、医療提供のための負担の抑制（Cost）の3つを同時に達成することは極めて困難**と考えられる（いわゆる「医療政策のトリレンマ」）。
- これまで、**日本は医療の質の向上と良好な患者アクセスの確保に努めてきた**と評価できる。しかし、高齢化や人口減少、医療の高度化が進展する中、従来の枠組みを維持することには、**医療に係る公費（税）及び保険料負担の抑制の観点から一定の制約**があると認識すべき。
- 今後も一定の質が確保された医療を国民に届けることができるよう、特にAccessとCostの面でのバランス調整を図ることが重要であり、**効率的な医療提供体制の構築、保険給付範囲の在り方の見直し、負担の公平化に不断に取り組んでいく必要がある**。

## 医療の質 (Quality)

- ✓ 専門人材の能力発揮
- ✓ 革新的医薬品や高度技術の普及
- ✓ アウトカム評価に基づく医療提供

【ジレンマ】  
 >人材の専門性に見合う報酬が要請される  
 >画期的新薬や高度技術は高額となる傾向

【ジレンマ】  
 >質の確保のためには人材を含めた医療資源の集約が必要

## 医療提供の負担 (Cost)

- ✓ 低廉な患者自己負担
- ✓ 医療財政の持続性（税・保険料負担の抑制）

【ジレンマ】  
 >応分の負担がなければ、医療の質は担保されない  
 >過度な負担抑制のためには、診療報酬のコントロールや医療提供の効率化を追求する必要

## 患者アクセス (Access)

- ✓ 誰でもいつでも自由に受診が可能
- ✓ 全国各地での平等な医療提供
- ✓ 医薬品・医療技術への保険適用

【ジレンマ】  
 >患者アクセスを優先すれば、医療機関の立地が分散化し、医療の質の低下の恐れ。また、施設整備・維持のコストも増加  
 >迅速な保険適用では、医薬品や医療技術の費用対効果が十分に勘案されない

## 【トリレンマのイメージ】

イメージ①（Cost:○、Quality:○、Access:×）

- 医療の質が確保され、患者・国民負担も低い、受診には厳しいアクセス制限

イメージ②（Cost:○、Quality:×、Access:○）

- 低廉な患者・国民負担に加え、自由かつ容易に医療にかかることができるが、医療の質は低い

イメージ③（Cost:×、Quality:○、Access:○）

- 医療の質が確保されており、患者アクセスも良好だが、患者・国民の窓口負担や税・保険料負担が大きく、医療財政の健全性は不安定

## 【日本の医療制度に関する現状認識】

- ◆ 医療機関へのフリーアクセス、国民皆保険（＝保険制度への包摂性）、医薬品や医療技術の迅速かつ幅広い保険適用等の特徴を踏まえれば、**日本は医療の質と患者アクセスの確保を特に重視してきた**と考えられる。
- ◆ 質の高い医療への良好な患者アクセスを達成するには、**本来、国民・患者の相応の負担が必要**と考えられるが、実際は**年齢や所得に応じた患者自己負担の設定により低廉な自己負担も実現**。一方、**公費（税）や保険料負担の観点から、医療財政の持続性が課題**となっている。

# (参考) 我が国の医療保険制度の特徴と課題

## 我が国の医療保険制度の特徴

国民皆保険

フリーアクセス

自由開業医制

出来高払い

### 公的保険制度

- 公的保険でカバーする範囲が広い(薬事承認 ≒ 保険収載)
- 費用対効果評価の適用が限定的
- 少子・高齢化の下では現役世代の保険料負担が増加

### 患者側

- 患者負担が低く、コストを抑制するインセンティブが生じにくい構造
- 誰もがどんな医療機関・医療技術にもアクセス可能
- 患者側と医療機関側の情報の非対称性

### 医療機関側

- 患者数や診療行為数が増加するほど収入増
- 地域間、診療科間、病院・診療所間の医師の偏在
- 薬剤の適正使用等を促す仕組みの欠如

供給サイドの増加に応じて  
医療費の増大を招きやすい構造

### 社会構造の変化

- **高齢化**の進展による受給者の増加や疾病構造の変化
- 少子化の進展による「**支え手(現役世代)**」の減少
- イノベーション等による**医療の高度化・高額化**の進展

## 質の高い医療を提供しつつ国民皆保険の持続性を確保していくための医療制度改革の視点

### 質の高い医療の効率的な提供

- 医療提供体制の改革
- 公定価格の適正化
- 費用対効果評価の活用
- 診療・経営情報の更なる見える化

### 保険給付範囲の在り方の見直し

- 「大きなリスクは共助中心、小さなリスクは自助中心」の原則の徹底
- 高度・高額な医療技術や医薬品への対応

### 高齢化・人口減少下での負担の公平化

- 年齢ではなく能力に応じた負担
- 支え手が減少する下での医療費増加に対する総合的な対応

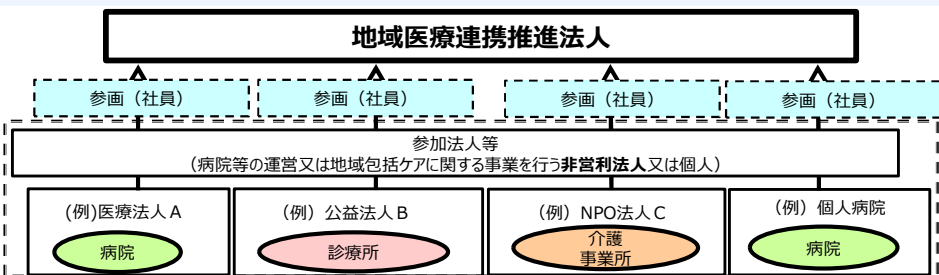


# 地域医療連携推進法人の普及促進

- 地域医療連携推進法人は、**参加する各主体が法人としての自主性を保ちつつ、機能分化・連携を通じ、組織の統合・大規模化により一般的に享受可能なメリットを得る**ことを実質的に可能とし、ひいては**地域単位での効率的な医療提供体制の構築にも貢献することが期待できる仕組み**と考えられる。例えば、**医薬品等の共同購入や医療機器の共同利用、人材・物資の融通等を通じたコスト削減**のほか、カルテ統一や患者紹介・逆紹介の円滑化をはじめとした**複数医療機関の一体的な運用**による患者の利便性の向上にもつながりうる。しかし、2026年1月1日現在、認定法人数は全国で58法人にとどまり、制度が十分に活用されているとはいえない。
- 厚生労働省は、好事例集をとりまとめるだけでなく、知見共有による横展開を図る観点から、先行事例を集約して**類型化とメリットの整理**を行ったうえで地域医療の課題解決に資するモデルケースを提示するといった工夫を行うことが必要。また、全国の地域医療連携推進法人のネットワーク化を図ることや、優良事例の表彰を行うこと等により、その**活用の機運を醸成していく**ことも重要ではないか。

## ◆ 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

## ◆ 既存の地域医療連携推進法人の状況

- 地域医療連携推進法人の在り方は、地域性・主導主体ごとに多種多様。類型によっては先行事例に乏しく、モデルケースとすべき事例が外部からはわかりづらいことが懸念される。
- 設立後、他の連携推進法人とコンタクトをとったことがあると回答した法人は**4割**にとどまった。

	都市部	地方
公立・民間混合型	3法人	5法人
大学病院主導型	3法人	-
民間主導型	20法人	2法人
公立・公的主導型	2法人	9法人

(注) 2025年1月1日現在。医療連携推進区域（中濃、西濃、岐阜）の垣根を超えた連携を進めている美濃国地域医療リンクージ（岐阜県）は除外。

(出所) 野村證券「地域医療連携推進法人が行う取組に関する調査研究」  
(令和6年度医療施設経営安定化推進事業報告書)

## ◆ 地域医療連携推進法人の周知・情報共有に関する意見の例

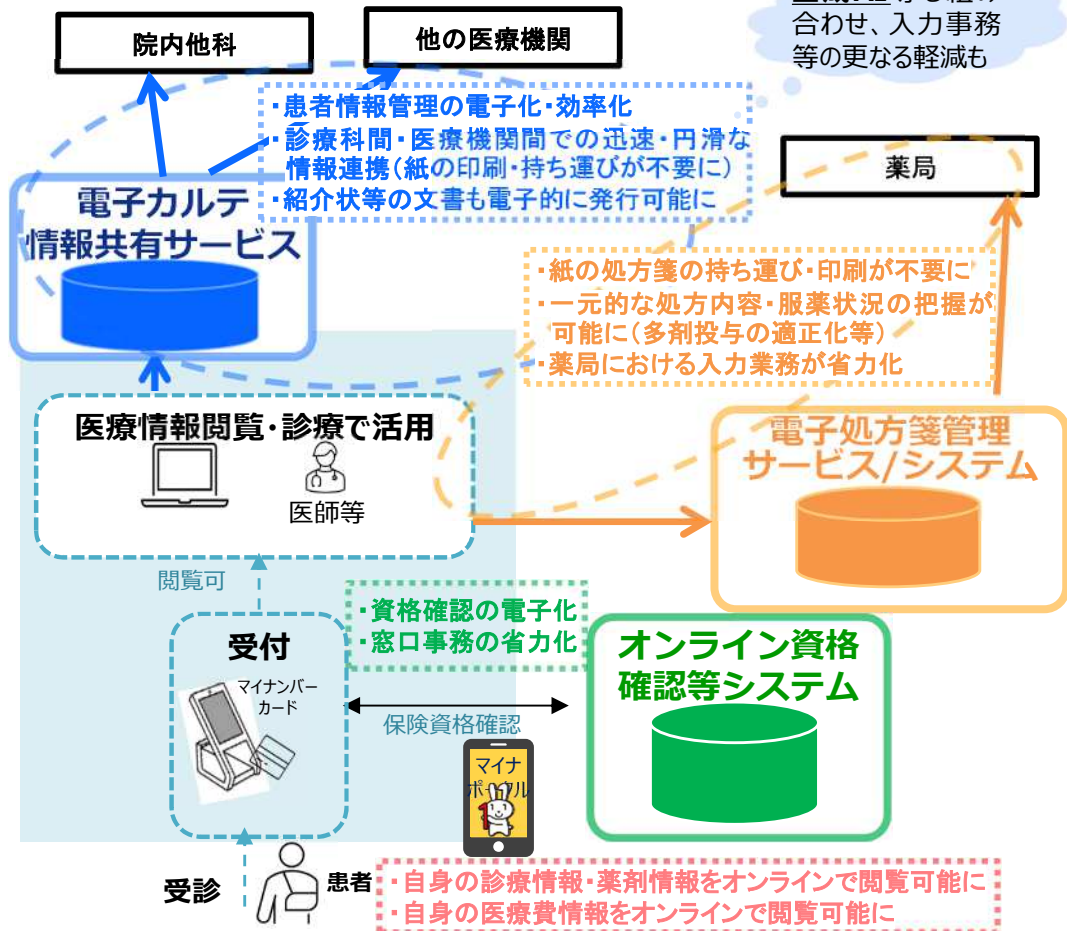
- ◆ 厚生労働省「地域医療連携推進法人制度に関するアンケート調査結果」（2021年12月）  
(アンケート自由記述より抜粋引用)
- 全てが参考にはできないが、**全国の活動報告、成功例を参考に地域の実情に合った活動を検討**し、医療圏内の医療機関の参加を促すメリットが必要（参加法人）
- 二次保健医療圏ごとに、**それぞれ抱えている課題や医療機関の特色も異なるため、地域ごとの意向を反映できることが必要**（都道府県）
- **全国の連携法人について、類型化とそのメリットを整理して議論できる場**があると良い（地区医師会）

# 医療分野の情報基盤の整備

- 効率的な医療提供体制の構築のため、2030年末までに電子カルテの普及率を約100%とすることが法定されるなど、**医療分野における情報基盤の整備に対する社会的要請は高い**。社会全体で急速にDX・AIの普及が進む中、**医療機関等の関係者が主体的に取組を進めることが必要**。
- 一方、各種システムの導入・普及は最終目的ではない。多額の公費投入の成果を国民に適切に還元する観点からは、**医療提供の効率化により患者の利便性が向上し、かつ、医療費適正化によって国民負担の軽減にもつながっていくことが重要**。とりわけ、今後は、より限られた人員で医療現場を支えていく必要があることを踏まえれば、システム導入等の体制整備を支援するという従来の発想を早急に転換させ、**医療現場でのDX・AIの普及・定着が実際に効果を生んでいる医療機関を重点的に支える財政支援のあり方や報酬上の仕組みを検討する必要**。
- 情報基盤が整備され、各種データベースも充実していく中、**医療情報の利活用の促進に向けた環境整備も重要**。NDB等のレセプトデータに加え、**電子カルテ情報の二次利用等が進めば、データに基づく政策立案が可能となり、医療提供体制の効率化にも寄与する面もある**と考えられる。

## ◆ 医療DXによる医療機関間の連携・効率化のイメージ

生成AI等も組み合わせ、入力事務等の更なる軽減も



## ◆ 医療情報の研究等への二次利用の促進

- ✓ 医療情報の利活用・蓄積により、医療の質の向上や患者自身による医療情報の把握のみならず、研究者等によるデータ分析を通じ、EBPMに資する研究が行われることで、効果的・効率的な医療提供体制の構築にも貢献する。
- ✓ 個人情報保護への配慮は前提としつつ、研究者等による円滑な二次利用を可能とする環境整備を進めることが必要。今後、電子カルテ情報の二次利用の推進など、更に豊富な医療情報の分析を可能とするための環境整備を進めていく際には、併せて、**利用手続の円滑化も図っていくことが重要**。

### 【課題及び解決の方向性の例】

- 公的DBが分散し、DBごとに利用手続が必要  
⇒ 一元的な利用申請受付体制の整備
- データを操作するための物理的要件が厳しい  
⇒ リモートアクセス可能な解析環境の整備
- データ利活用のための手数料が高額  
⇒ 公益性の観点からの減免規定の柔軟化等

### (参考) 代表的公的DBであるNDBの手数料減免規定

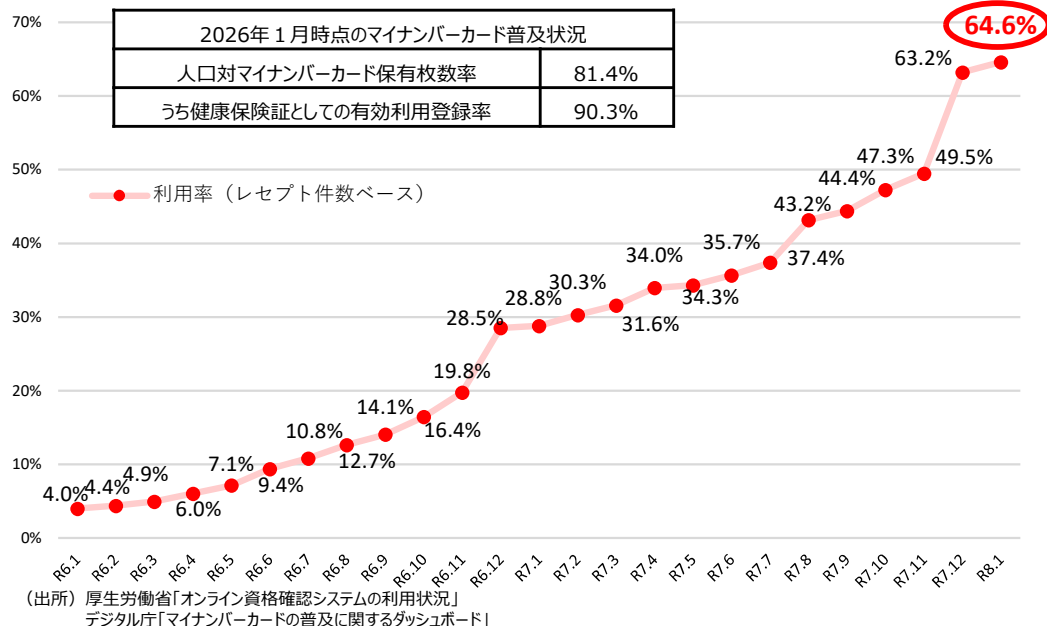
公的機関	減免率
厚労大臣が交付した補助金等によりNDBデータを利用する者	全額免除
目的が適正な保健医療サービスの提供に特に資すると厚労大臣の認めた研究を行う、国立研究開発法人、独立行政法人、大学、三師会	50%減免

例えば、保健医療サービスの向上に資する研究であれば民間シンクタンク等も対象とする、研究の公益性を踏まえて減免率を柔軟に上昇させるなどの改善の余地があるのではない。

# (参考) 医療DXの進捗状況

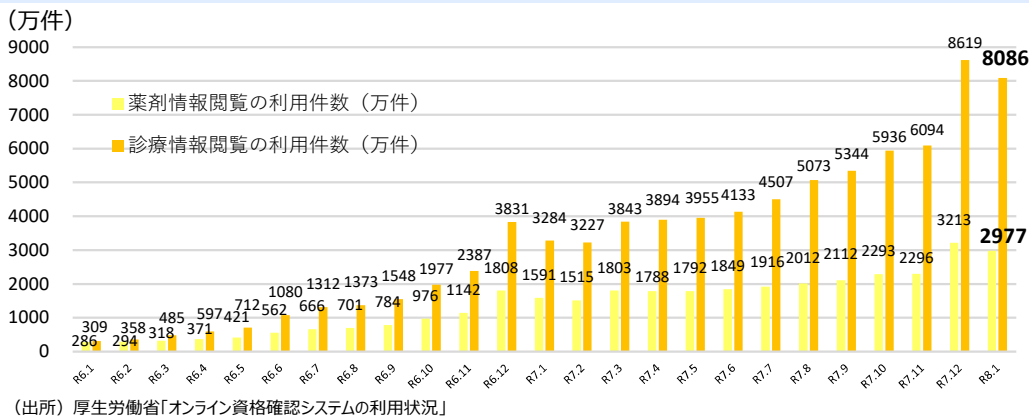
## ◆マイナ保険証の利用状況

- ✓ 医療DXの基盤となるマイナ健康保険証の利用登録率は、マイナンバーカード保有者の9割に達しているが、実際の利用率はレセプトベースで2/3程度であり、更なる普及が望まれる。



## ◆患者の診療情報や薬剤情報の閲覧数

- ✓ マイナ保険証を用いた患者の診療情報や薬剤情報の閲覧数は増加傾向。一方、マイナンバーカード利用回数（2026年1月時点で1億3777万件）とはなお乖離があり、質の高い効率的な医療のため、更なる活用が重要。



## ◆電子カルテシステムの普及状況 (2023年)

- ✓ 規模が大きい病院では導入が進展している一方、医療機関の大多数を占める小規模な病院及び診療所においては、電子カルテの普及は道半ばとなっている。

施設タイプ	普及率 (%)	件数 (導入/未導入)
一般病院全体	65.6%	(4,638/7,065)
400床以上	93.7%	(609/650)
200~399床	79.2%	(956/1,207)
200床未満	59.0%	(3,073/5,208)
一般診療所	55.0%	(57,662/104,894)

(出所) 厚生労働省「電子カルテシステム等の普及状況の推移」

## ◆電子処方箋の施設類型別導入率の推移

- ✓ 処方箋の受け手である薬局における導入率は9割近い一方、医療機関側の導入率は依然として低調。

施設類型ごとの導入率	2025年3月 (%)	2026年3月 (%)
薬局	76.5%	89.5%
病院	9.3%	19.4%
医科診療所	16.0%	25.8%
歯科診療所	3.5%	9.0%

(出所) デジタル庁「電子処方箋活用にに関するダッシュボード」(2026年4月14日閲覧)

## ◆電子処方箋の活用状況

- ✓ 薬局での高い導入率を背景に、調剤結果登録割合は8割を超えたが、医療機関による電子処方箋の発行は極めて低調であり、入力事務省力化や患者の利便性向上等、本来の効果を十分に発揮するために必要な処方内容の電子的な共有は進んでいない。

処方箋受付回数に占める割合	2025年3月 (%)	2026年3月 (%)
調剤結果登録割合	67.0%	82.8%
医療機関が電子処方箋管理サービスにデータ登録した割合	6.6%	17.0%
薬局における電子処方箋受付割合	0.3%	0.7%

(出所) デジタル庁「電子処方箋の導入状況に関するダッシュボード」(2026年4月14日閲覧)

(注) 「医療機関が電子処方箋管理サービスにデータ登録した割合」は、「薬局における電子処方箋受付数」と「医療機関からの紙処方箋データ登録数」の合計を、同月の「処方箋発行枚数(推計値)」で除して算出。「薬局における電子処方箋受付割合」は、「薬局における電子処方箋受付数」を、同月の「処方箋発行枚数(推計値)」で除して算出。

# (参考) AI等を活用した医療現場の生産性向上

○ 医療分野でのAIの開発・活用を積極的に進め、医療現場の効率化はもとより、患者の利便性を高め、医療の質の向上につなげていく必要。さらに、将来的には、必ずしも現在の制度を前提とせず、AIを中核に据えた、患者本位の医療提供体制の構築が期待される。

## ◆ 診療をとりまく各プロセスにおけるAI活用の可能性



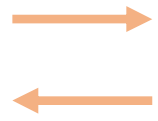
## ● 各プロセスにおけるAI活用事例・活用可能なAIの開発例

<b>【問診業務の代替】</b> 患者が自身の所有するスマートフォン・PC等を用い、AIとのチャット・会話を通じて問診を実施可能とする問診生成AIの開発 <small>(出所) 医薬基盤・健康・栄養研究所、大阪国際がんセンター、日本IBMプレスリリース(2025年10月1日)参照</small>	<b>【インフルエンザ等の判定の代替】</b> 患者情報と咽頭画像に基づき、インフルエンザウイルス感染症・新型コロナウイルス感染症の発症有無判定結果を示し、診断支援を実施する画像分析ソフトの開発 <small>(出所) アイリス株式会社プレスリリース(2025年10月9日等)参照</small>	<b>【音声入力による省力化】</b> 看護カンファレンスの記録に要する時間を、手入力による記録と比較して約40%短縮する看護音声入力生成AIの開発 <small>(出所) 医薬基盤・健康・栄養研究所、大阪国際がんセンター、日本IBMプレスリリース(2025年10月1日)参照</small>	<b>【診療報酬請求自動化】</b> 電子カルテの診療情報を取得し、診療報酬の自動算定とともにレセプトコンピューターへの反映、領収書・明細書の印刷までを実施するシステム <small>(出所) ファストドクター株式会社プレスリリース(2026年4月7日)参照</small>	<b>【診療報酬支払審査支援】</b> AI及びコンピュータチェックにより、人が目視審査すべきレセプトと、コンピュータチェックで完結するレセプトの振り分けを実施する審査システム <small>(出所) 社会保険診療報酬支払基金「AIによるレセプト振分機能について」参照</small>
<b>【問診を通じた病名や医療機関の提示】</b> AIとの継続的対話により患者の健康状態を把握し、症状から関連する病名や適切な医療機関を案内 <small>(出所) Ubie株式会社プレスリリース(2025年9月16日)参照</small>	<b>【大腸内視鏡検査の腫瘍鑑別支援】</b> 大腸内視鏡画像のリアルタイム解析による腫瘍・非腫瘍鑑別支援を行う内視鏡画像診断ソフトの開発 <small>(出所) オリンパス株式会社プレスリリース(2024年2月19日)参照</small>	<b>【転倒・転落リスク判定】</b> 電子カルテを解析し、入院患者の転倒・転落リスクを予測するAIを活用し、リスク判定業務負担を軽減するとともに、アラート情報に基づくケアで転倒・転落を減少 <small>(出所) NEC、東北大学病院、橋本市市民病院プレスリリース(2023年12月13日)参照</small>	<b>【退院時サマリ作成】</b> 退院時看護サマリの作成に生成AIを活用し、作成時間が平均42.5%減少、心理的負担が平均27.2%減少 <small>(出所) Ubie株式会社プレスリリース(2024年9月30日)参照</small>	

## 【医療提供体制の未来像のイメージ】

～AIを中核として、患者本位に最適化された医療提供システム～

- ウェアラブルデバイスで日常的に取得される患者のバイタルデータ等を踏まえ、AIが、自律的なモニタリングとプッシュ型の医療提供を実現
  - ✓ 診断を実施し、最適な治療・投薬の内容を伝達
  - ✓ 必要な医薬品はシステム自動配送
  - ✓ 日常生活習慣の改善を勧奨



- 直接的な処置を要する場合は医療機関に訪問するが、手術等を含めた医療提供も最大限AI・ロボットが実施

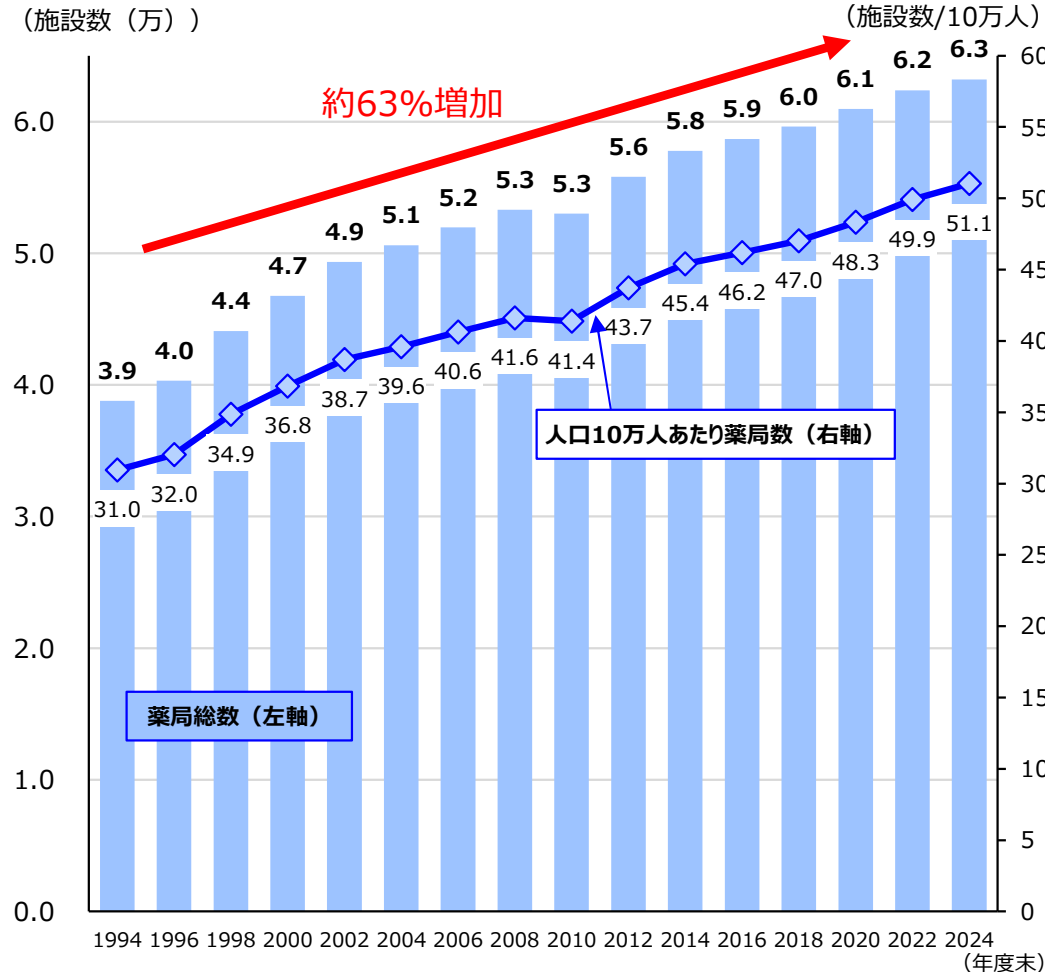
- 医療関係者は、医学知識のアップデートや、診断・検査解析、複雑な処置等を担う重圧からは解放
- AI・ロボットの医療技術の提供について、個々の患者向けにオーガナイズし最適化する仕事や、患者の生活全般を支える全人的ケアを担う

診断データがリアルタイムで蓄積され、日々AIの性能がアップデート  
 AIを前提にした医療提供体制の再編  
 医療に伴う刑事・民事の責任に関する法的整理  
 人間とAIの担うべき役割分担に関する倫理観・価値観の変容

# 調剤薬局に対する量的規制

- 調剤薬局（保険調剤の主体）が一貫して増加を続ける中、小規模乱立の提供体制や医療機関近隣への群集といった業界構造に変化は見られない。
- 旧薬事法上の薬局距離規制に対する違憲判決以降、薬局への量的規制については行われてこなかったのが実情であるが、一方で、**医療保険財政の観点からの病床規制を合憲とした事例**も見られ、規制の目的・手法に鑑み、量的規制に合理性が認められる可能性もあると考えられる。例えば、**薬局の開業そのものへの制約ではない保険調剤への参入規制の導入**や、単純な距離規制ではない**一定地域内の密集性に着目した規制**ならば、検討の余地があるのではないかと。

## ◆ 薬局数の推移



(出所) 厚生労働省「衛生行政報告例」、総務省「人口推計」に基づき作成。1994年及び1996年は年末時点。  
 (注1) 2010年の薬局数には宮城県及び福島県の一部地域が含まれていない。  
 (注2) 2024年度末の薬局数63,203に対し、診療報酬請求を行った保険薬局数は60,661であり、約96%が保険調剤を実施（厚生労働省「令和6年度衛生行政報告例」（令和7年10月21日時点で公表しているデータ）、厚生労働省「令和6年社会医療診療行為別統計」に基づく）

## ◆ 旧薬事法による薬局距離規制違憲判決

✓ 薬局の営業に対しては、かつて旧薬事法による薬局距離規制が存在したが、最高裁の違憲判決（最大判昭和50年4月30日）を受け、撤廃された。その後、薬局に対する立地に着目した量的規制は行われず、門前薬局等に対する診療報酬上の対応にとどまってきた。

### ◆ (参考) 旧薬事法による薬局距離規制への違憲判決（最大判昭和50年4月30日）の主なポイント

- 本件規制は、「主として国民の生命及び健康に対する危険の防止という消極的、警察的目的のための規制措置」であり、その必要性が全くないとはいえないというだけでは足りず、このような制限を施さなければ右措置による職業の自由の制約と均衡を失わない程度において国民の保健に対する危険を生じさせるおそれのあることが、合理的に認められることが必要。
- 流通機構の欠陥から生じる経済上の弊害は、「流通の合理化」や「不当な取引方法による弊害」防止等の、経済政策的問題として別途に検討されるべきであり、適正配置規制が、間接的には、無薬局地域または過少薬局地域への薬局の進出促進、分布の適正化を助長する機能を何程かは果たしうることを否定できないにしても、そのために設置場所の地域的制限のような強力な職業の自由の制限措置をとることは、目的と手段の均衡を著しく失するものであり、立法府の判断は、その合理的裁量の範囲を超えている。

(出所) 石川健治「薬事法違憲判決」（2019年11月憲法判例百選第7版）を参照し作成。

## ◆ 薬局に対する量的規制の可能性

- ✓ 旧薬事法による薬局距離規制への違憲判決（最大判昭和50年4月30日）は、医薬品の安全性確保等の消極的警察的な目的のために、単純な距離制限という薬局開設自体への大きな制約を課すことの合理性を認めなかったもの。例えば、保険財政上の必要性から、診療報酬上の措置により薬局に対する量的規制を行うことまでは否定されないのではないかと。
- ✓ 保険財政上の必要性に鑑み量的規制が認められた例として、不必要又は過剰な医療費を発生させ、医療保険の運営の効率化を阻害するおそれがあること等を理由に、医療法上の病院開設中止勧告に従わず病床過剰地域で開設した病院に対して保険医療機関の指定を拒否したことを合憲とした例が存在（最一小判平成17年9月8日）。当該判決で広範な立法裁量が認められた理由について、当該処分が開業の自由そのものを制約するものでなく、保険給付への参入資格のみを問題にしていることが挙げられうるとの指摘があり（原田大樹「保険医療機関指定拒否処分と憲法22条」（2025年2月社会保障判例百選第6版））、医療保険財政の観点からの医療分野における量的規制を検討する上で一定の示唆を有するのではないかと。

# 2026年度診療報酬改定における業界構造是正のための対応

- 2026年度診療報酬改定の検討過程では、**薬局が小規模乱立に陥っている**との問題提起がなされた結果、特に都市部を中心とした薬局の密集度に着目して、**新規に都市部に立地する薬局への減算措置**が導入された。今後、その効果について検証を行った上で、仮に効果を十分に発揮できていない場合には、対象となる地域の拡大や既存薬局も含めた対応など**業界の構造を変えるための更なる方策**を検討すべき。
- その際、実効的な対策とするために真に必要と判断される場合には、報酬上の措置にとどまらず、**薬局又は保険薬局の総量をコントロールする手法の導入も視野に入れて検討すべき**ではないか。

## ◆ 2026年度診療報酬改定における対応

◆ 中央社会保険医療協議会資料「調剤について（その2）」  
（2025年11月28日）（抄）

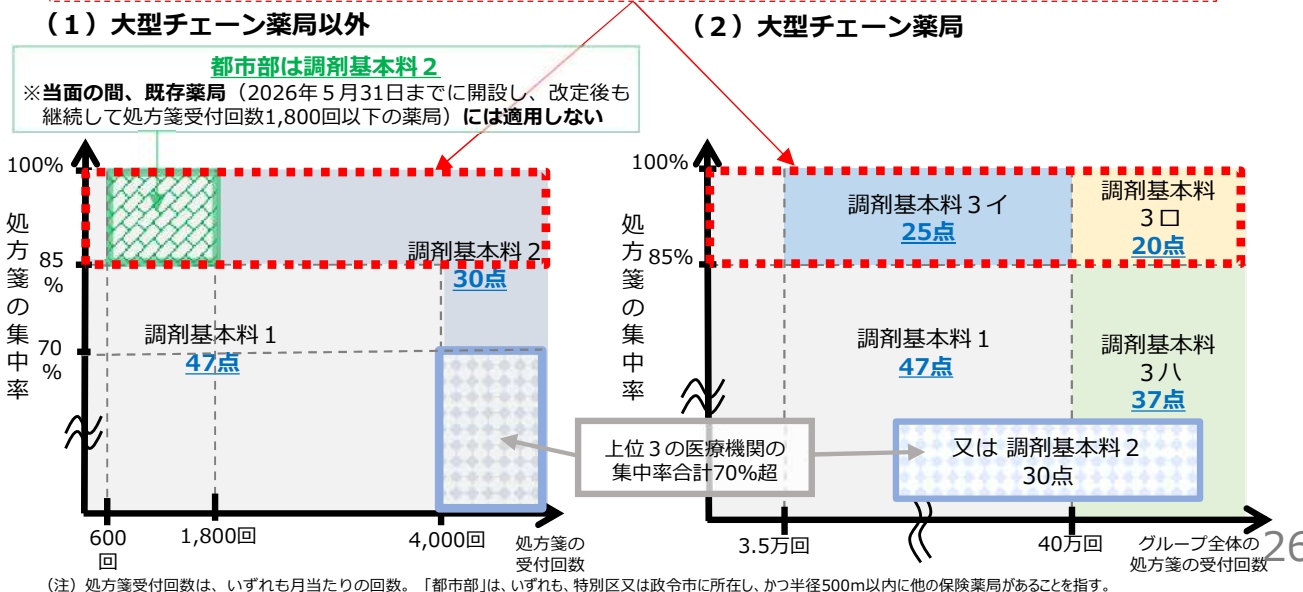
「薬局・薬剤師の偏在により生じる課題」

○ 都市部における薬局・薬剤師の集中

- 店舗内における組織的な対応や、在宅訪問等の高度な薬学管理など、**十分な機能を有さない小規模な薬局の設置を誘発するおそれがある（小規模乱立）**。
- 小規模乱立の結果、**薬局1つ当たりの受付処方箋枚数が減少し、地域における医療提供体制が非効率になる**。
- 小規模乱立の結果、医薬品配送先の薬局数が多くなるだけでなく1回あたりの配送数量も少なくなるため、**卸による医薬品の配送が非効率になるなど、流通に負荷**をかける。
- 小規模乱立の結果、多数の薬局がそれぞれ医薬品の在庫を持つことになるため、**過剰な流通在庫を生じさせるだけでなく、供給不安発生時に医薬品の供給不足を助長**する。
- 小規模乱立の結果、**患者が薬局を近さのみで選び、薬歴の一元化が成立しにくい**。
- 過当競争の結果、**効率的収入を求め、特定の医療機関の処方箋を集中的に調剤する門前薬局等が乱立し、結果として薬剤師の質の低下やかかりつけ薬剤師機能の脆弱化、医療アクセスの偏在等に伴う患者不利益の可能性**がある。

- ✓ 2026年度診療報酬改定では、処方箋集中度85%超で都市部に立地する薬局は、近隣に2以上の薬局が存在するなど一定の条件を満たす場合に調剤基本料の減算措置がなされる予定。
- ✓ しかし、対象が新規参入薬局に限られる当面の経過措置があり、既存の小規模乱立構造を是正する効果は限定的な可能性。また、都市部以外は最初から対象に含まれていない。
- ✓ 2026年度診療報酬改定による減算措置については、その効果を検証し、効果が不十分と認められる場合にはより強力な診療報酬上の対応や量的規制も含め、更なる対応を検討すべき。

・ **都市部かつ近隣に2以上の薬局が存在する薬局**（都市部立地門前の場合は、2以上の他の門前薬局が存在する場合を含む。）又は**医療モール内立地薬局は、集中度85%超の場合所定点数から一律15点減算**  
※当面の間、2026年5月31日で保険薬局指定を受けている場合は適用除外



# 2027年度薬価改定に向けて

- **薬価改定は、基本的には、既収載品の薬価を市場での実勢価格に合わせるもの。**現役世代の保険料負担の軽減、創薬イノベーションの推進、医薬品の安定供給の確保といった観点を踏まえつつ、2027年度薬価改定は着実に実施することとされている。
- その際、**奇数年度であることを理由に、対象品目や算定ルールを限定することなく、偶数年度における薬価改定と同様、完全実施されるべき。**

(参考) 令和8年度予算厚生労働大臣・財務大臣合意事項(2025年12月24日)(抄)

(4) 薬価制度関連事項

① 令和8年度薬価制度改革及び令和9年度の薬価改定の実施

(前略) 令和9年度の薬価改定を着実に実施する。その際の対象品目の範囲や適用される各種ルールの在り方については、創薬イノベーションの推進、医薬品の安定供給の確保、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減といった要請についてバランス良く対応するとの基本的な考え方を踏まえて検討する。

## ◆ 過去の奇数年度改定における対象品目の範囲

□ 乖離率の大きい医薬品に限定して実勢価連動の改定を実施。

### 【2021】

平均乖離率8.0%の0.5倍～0.75倍の間である0.625倍(=乖離率5%)を超える品目が対象

### 【2023】

平均乖離率7.0%の0.625倍(=乖離率4.375%)を超える品目が対象。

### 【2025】

平均乖離率5.2%(★)を基準とし、品目ごとの性格に応じて倍率をかけた乖離率を超える品目が対象

- ① 新薬創出等加算の対象品目 : ★の1.0倍(=乖離率5.2%)を超える品目
- ② 同加算の対象外品目の新薬 : ★の0.75倍(=乖離率3.9%)を超える品目
- ③ 長期収載品 : ★の0.5倍(=乖離率2.6%)を超える品目
- ④ 後発品 : ★の1.0倍(=乖離率5.2%)を超える品目
- ⑤ その他 : ★の1.0倍(=乖離率5.2%)を超える品目

## ◆ 2025年度薬価改定での主な算定ルール

□ 薬価算定ルールのうち適用されないルールが存在

2026年度薬価改定関連項目	判断要素	対象カテゴリー	2025年度改定
最低薬価の維持	市場実勢価格	主に後発品、その他品目	○
基礎的医薬品の薬価維持	市場実勢価格	主に後発品、その他品目	○
新薬創出等加算の加算(革新的新薬薬価維持制度)	市場実勢価格	新薬	○
後発品の価格帯集約	市場実勢価格	後発品	○
追加承認品目等の加算	薬事承認、市販後調査成績等	新薬	臨時
新薬創出等加算(革新的新薬薬価維持制度)の累積額控除	後発品の収載、もしくは、収載からの経過期間	新薬(長期収載品への移行直後等)	○
新薬創出等加算(革新的新薬薬価維持制度)対象品目を比較薬にした品目の控除	比較薬の加算継続状況、算定期間、累積額	当該比較薬を基準にした品目	○
不採算品再算定	製造コスト等(原価計算方式により算出された原価)	主に後発品、その他品目	臨時・特例
<b>市場拡大再算定</b>	<b>年間販売額(薬価×数量)</b>	<b>新薬</b>	<b>×</b>
効能変化再算定 / 用法用量変化再算定	薬事承認	新薬	×
<b>長期収載品の薬価改定</b>	<b>後発品収載からの経過期間、後発品置換率、後発品の薬価</b>	<b>長期収載品(新薬から移行して一定期間)</b>	<b>×</b>
収載後の外国平均価格調整	外国平均価格	新薬	○

# 医療機関の経営情報のさらなる「見える化」①（MCDBの報告項目の精緻化）

- 2026年度診療報酬改定は、「医療法人の経営情報のデータベース」(MCDB)を活用。医療機関の施設類型ごとの費用構造や経営実態についてのデータ分析に基づき、きめ細やかな対応を実施したことは、今後の報酬改定における経済・物価動向等の対応のモデルケースとなるもの。
- 一方、次期改定において更に精緻な対応を行うためには、MCDBにおける**必須報告項目の追加や細分化が必要**。また、医療機関の経営実態をより正確に分析する観点から、**経営上特別な利害関係にある法人との取引についても把握することができるよう検討**を行う必要がある。

## ◆令和8年度予算財務大臣厚生労働大臣折衝事項（2025年12月24日）

### ④更なる経営情報の見える化のための対応

（略）、**データ分析をより精緻化させ、保険料や税を負担する国民が納得できるよう、さらにエビデンスに基づく改定が実施されていく必要がある**。例えば、診療所の費用項目には「その他の医業費用」の占める割合が高いが、その実態は把握できず、また、職種別の給与・人数については法人によるデータ提出が任意となっている。

**令和10年度以降の診療報酬改定**に向けては、「**その他の医業費用**」の内容も含め、**医療機関の経営実態がより詳細に把握可能となるようなMCDB及び医療経済実態調査の報告様式の精緻化**に向けた検討を行う。**MCDBにおける職種別の給与・人数の報告の義務化**を含め、報告のあり方や内容について検討し、**令和8年中に必要な見直しについて結論を得る**。さらに、医療法人以外の設置主体による経営情報との連携、データの分析・公表の在り方等について、必要な対応を検討する。

## ◆データベースに掲載する経営情報（施設別）

赤文字は必須項目 緑文字は任意項目 青文字は病院は必須項目、診療所は任意項目  
黒文字は内訳費用のうち記載対象外となっている費用

### 医業収益

- ・入院診療収益（保険診療収益、公害等診療収益、その他の診療収益）
- ・料差額収益
- ・外来診療収益（保険診療収益、公害等診療収益、その他の診療収益）
- ・その他の医業収益（保健予防活動収益、運営費補助金収益）
- **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、検査・寝具・医事・清掃・保守の各委託費）
- **設備関係費**（減価償却費、器機賃借料、地代家賃、器機保守料）
- **研究研修費**
- **経費（診療所のその他の医業費用）**（水道光熱費、福利厚生費、租税公課、交際費、旅費交通費、職員被服費、通信費、広告宣伝費、消耗品費、消耗器具備品費、会議費、保険料、諸会費、医業貸倒損失、雑費）

### ○ 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日医政局長通知）に規定されている。

## ◆報告項目の細分化及び必須項目化の必要性

- ✓ 入院・外来診療収益のうち、**保険診療収益と自由診療収益の内訳の記載は任意**。自由診療の比率が高い診療科では、保険診療・自由診療の収益比率及び保険診療が経営に及ぼす影響の程度を正確に把握することが困難であり、診療報酬水準等の決定の政策判断に用いるデータとして課題。**医業収益の内訳として保険診療収益・自由診療収益の記載を必須化すべき**。併せて、診療材料費等の主要な費用項目についても、保険診療・自由診療の用途別に区分して記載を求めることの可否について検討すべき。
- ✓ **医業費用の内訳について、以下のとおり、ごく一部の項目のみが記載対象**で、一般的な費用項目でも記載対象外のものが存在。内訳費用の性質ごとに賃金・物価動向の影響は区々であり、各項目に係るコストの動向を踏まえた分析を可能とするためには、**記載対象とする内訳項目の細分化が必要**。
  - ・委託費：給食委託費のみが記載対象（清掃委託費、保守委託費等は対象外）
  - ・設備関係費：減価償却費、器機賃借料のみが記載対象（地代家賃、器機保守料等は対象外）
  - ・経費：水道光熱費のみが記載対象（交際費、消耗品費、通信費、旅費交通費等は対象外）

## ◆経営上特別な利害関係にある法人との取引に係る費用

- ✓ 検査委託費、医事委託費、清掃委託費、保守委託費等、その性質上、人件費要因が大部分を占める費用については、実態上医療法人における人件費に準ずるものとして評価すべき側面があるが、医療法人自ら実施した場合と比較してどの程度のコスト効率化/増加に繋がっているのか明らかではない。
- ✓ 特に、同族取引など経営上特別な利害関係にある法人との取引が多くを占める医療法人は、当該法人の表面的な収支・利益率等を把握するのみでは、その経営実態を正確に把握するには不十分であり、本来は同族法人グループ全体の収支・利益率等を踏まえた方がより実態に近い評価となると考えられる。
- ✓ 医療法人や医療機関以外の法人に対し、MCDBの報告を求めることは困難としても、「関係事業者との取引に係る報告」の更なる活用や、委託費等の内訳として関係法人との取引額の報告を求めることなどを通じ、より精緻な分析を行うことが可能となるデータベースの構築を行うことが必要ではないか。

# 医療機関の経営情報のさらなる「見える化」②（職種別給与の見える化）

- 医療機関の経営情報の「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はないことに加え、**保険料・税を財源に運営される医療提供施設としての説明責任を果たすため、職種別の給与・人数の提出の義務化は必須**。このことは、**今後、時代の要請である賃上げをよりきめ細かく科学的に行っていく前提としても重要であり**、職種別の給与水準をより精緻に把握する観点から、記載対象項目の追加の検討も求められる。
- 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り、医療機関ごとの処遇の比較を容易にし、本人の希望に応じた職場選択を後押しする観点からその**公表が進むことが望ましい**。

## ◆ 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） ◆ 役員報酬の把握の必要性 第7回公的価格評価検討委員会 増田座長提出資料（抄）

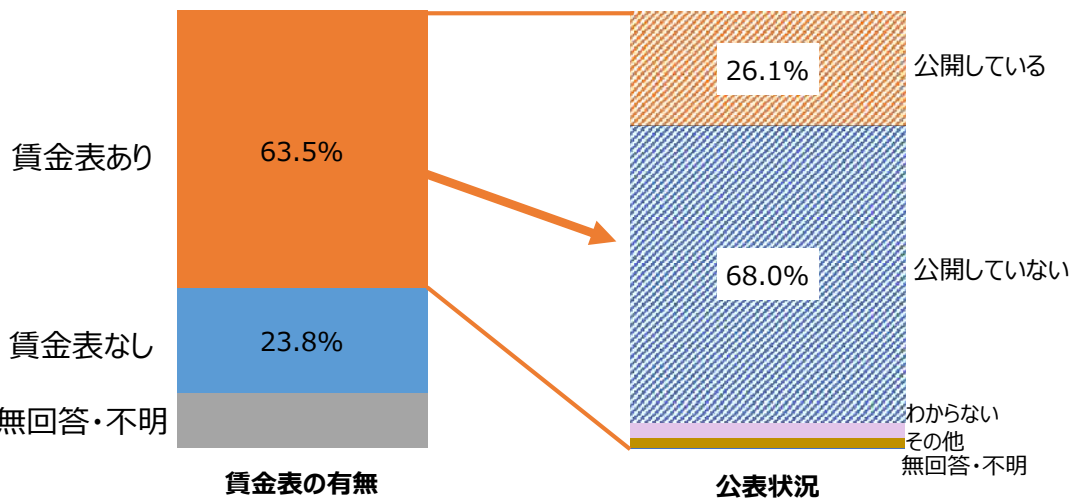
（略）公的価格評価検討委員会では、医療従事者等の処遇改善を行うために、9割近くを税や保険料で賄っている医療法人の職種ごとの給与の見える化を訴えてきた。（中略）  
こうした中、厚生労働省では、医療法人について、匿名情報として経営情報を把握・分析するとともに、国民に丁寧に説明するためのデータベースを構築する制度の検討を行ってきた。これは、「見える化」を進める中で極めて重要な制度改正と考えられる。

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から踏まえれば、職種ごとの年間1人当たりの給与額算定に必要なデータについては、確実に提出いただくべきものである**と考えられる。

制度の施行当初は提出を任意とするとしても、**施行後早期に提出状況や提出されたデータの内容をみて、「見える化」の趣旨から、義務化した場合と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。

- ✓ MCDBでは、診療等に従事している役員の場合は、役員報酬は除いた上で、給料・賞与についてのみ報告を行うことが求められている。よって、**診療等に従事する役員で、給料・賞与と役員報酬を同時に得ている場合、その役員が実際に得ている報酬の水準がMCDBでは把握できない状況**。
- ✓ また、**診療等に従事せず、職員として給料・賞与の支給を受けていない役員はそもそもMCDBの報告対象外**となっており、データの網羅性の観点からも問題がある。

## ◆ 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）



## ◆ 職員の労働時間の把握の必要性

- ✓ 現状では、職種別の年間の給料及び賞与の総額と人数のみが把握可能となっているため、ある職種における1人あたりの年間給与総額の水準を把握することはできているが、**ある職種における1人あたりの時給換算の給与水準はMCDBにおいては把握できていない**。
- ✓ 今後、医療分野において効率化・省力化投資が重要性を増し、その政策的効果の検証が必要になることを踏まえれば、**MCDBにおいて、職種別の時給換算の給与水準を把握可能とするのも重要**。そのためには、職種別の年間の労働時間を把握する必要があるのではないか。

（出所）日本看護協会「2024年度 看護職員の賃金に関する実態調査 報告書」（2025年6月24日）をもとに財務省において作成。

# 医療機関における窓口業務費用の保険給付外サービス化

- **医療（療養の給付）と直接関係のないサービスの提供**に際して、医療機関は**患者から費用（料金）を徴収することが可能**となっており、例えば、2026年度診療報酬改定では、**オンライン診療の受診に係るシステム利用料がその対象として明確化**されることとなった。このことは、今後、オンライン診療では明確に**受診時の窓口業務のコストを患者に転嫁**することができるようになったと解することが可能。
- 従前、医療機関を受診した際の窓口業務のコストは、初・再診料において評価されてきたと考えられるが、**本来、窓口業務は診療行為そのものではなく、そもそも診療報酬で評価される必然性はない**。初・再診料での評価は一律となるため、**デジタル化・省力化等による窓口業務効率化のインセンティブが働かない**ことも問題。今般の改正の考え方を発展させ、**通常の診療の際の窓口業務のコストについても保険給付外サービスとして請求できるようにすることを検討すべきではないか**。

## ◆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保険給付と直接関係ないサービスについて、社会通念上許容される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」（2026年3月5日保医発0305第6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とされている。

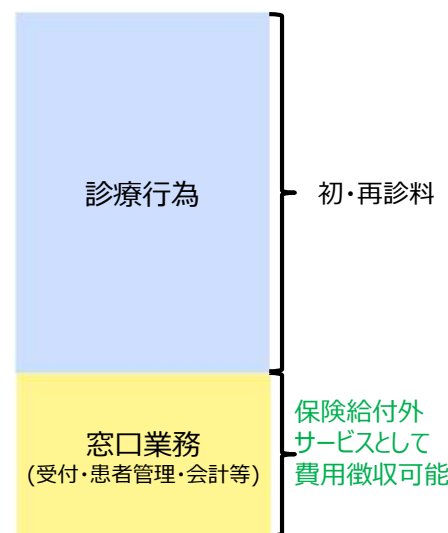
## ◆2026年度診療報酬改定で追加される保険給付外サービス

- ✓ 2026年度診療報酬改定においては、療養の給付と直接関係ないサービスとして、以下の4類型が追加・明確化される予定。
  - ① 予約や**オンライン診療の受診に係るシステム利用料**
  - ② 予約に基づく診察の患者都合によるキャンセル料（診察日の直前にキャンセルした場合に限る。なお、診察の予約に当たり、患者都合によるキャンセルの場合には費用徴収がある旨を事前に説明し、同意を得ること。）
  - ③ **Wi-Fi利用料**
  - ④ 在留外国人の診療に当たり必要となる多言語対応に要する費用（通訳の手配料や翻訳機の使用料など）

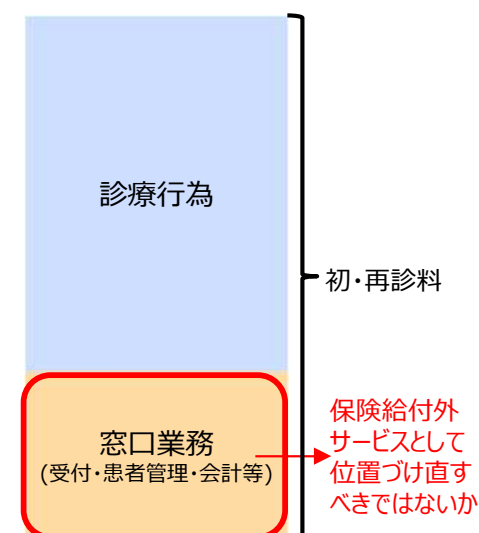
## ◆今後の受診時の費用負担のイメージ

- ✓ 2026年度診療報酬改定により「予約やオンライン診療の受診に係るシステム利用料」が医療と直接関係のないサービスの類型として明確に追加された。今後、オンライン診療を受診した際の窓口業務のコストを保険給付外サービスの対価として徴収可能となったと考えられる。
- ✓ 一方、通常の診療における同様の窓口業務のコストは引き続き初・再診料等で評価され、全ての医療機関で一律の価格設定となる。

### オンライン診療



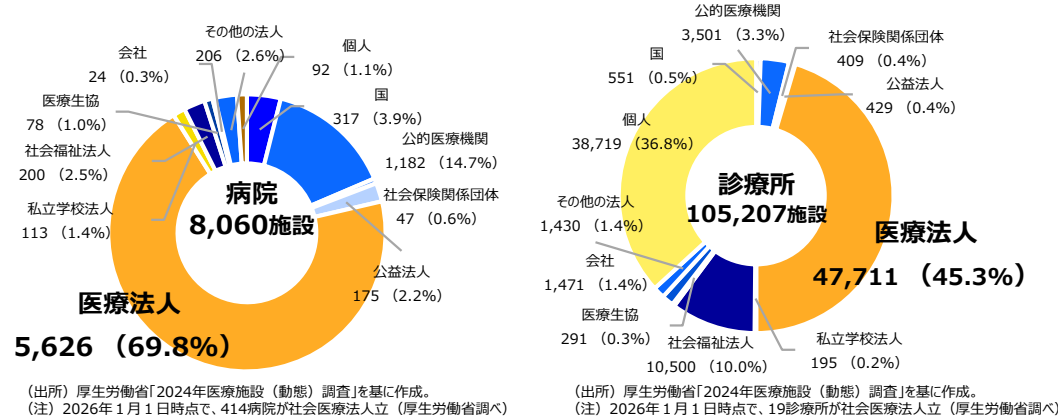
### 通常の診療



# 医療法人の業務範囲の拡大

- 日本の医療提供体制は、**民間主導で構築されてきた結果、病院の約7割、診療所の約5割が医療法人立**。医療法人は、**営利を目的としてならず、剰余金の配当も禁止**されている一方で、診療報酬に係る法人事業税が非課税であるなど、税制上の優遇を得ている。
- 医療法人の業務範囲については、現状、医療保健業務と整理できる業務であれば幅広く行うことができるものの、**収益業務は、社会医療法人として認定されない限り、実施できない**。
- 医療は公的財源（保険料、税）で支えられており、効率的な医療提供には「競争より協調」「拡大より撤退」が求められる場面もあるため、**医療法人の非営利性は担保されるべきだが、同時に、経営基盤強化の観点からも、医療法人による業務範囲の拡大は検討の余地がある**。例えば、社会医療法人の認定要件の緩和や医療法人の収益事業を条件付きで可能とするなどの方策が考えられる。その際には、医療法人・医療機関に対する税制上の特例措置とあわせて、そのあり方を検討すべきではないか。

## ◆病院／診療所の開設主体



## ◆医療法人の業務

	医療保健業務
<b>本来業務</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 病院、診療所</li> <li>● 介護老人保健施設 又は介護医療院</li> </ul>
<b>附随業務</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 患者・家族等を対象とし、医療提供等の向上の一環として行われる業務を実施可能</li> <li>✓ 敷地内で行われる<b>駐車場業</b></li> <li>✓ 施設内で行われる<b>売店の営業、自販機</b>の設置など</li> <li>✓ 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<b>医療や療養に直接的に連なるもの</b></li> </ul>
<b>附帯業務</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 本来業務に支障のない限り、以下の業務等を実施可能</li> <li>✓ 本来業務にない<b>医業</b></li> <li>✓ <b>医業に類する業務、介護・障害福祉サービス</b></li> <li>✓ 医療関係者の養成・再教育、研究所や疾病予防運動施設の設置</li> <li>✓ 社会福祉事業（介護、障害福祉以外）、その他</li> </ul>
<b>収益業務</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>社会医療法人</b>は、本来業務に支障のない限り、<b>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</b>（不動産賃貸業、宿泊・飲食業、生活関連サービス業、複合サービス事業など）</li> <li>● そのほかの<b>医療法人</b>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<b>収益業務を実施できない</b>。</li> </ul>

## ◆都道府県知事による社会医療法人の認定要件

□ 医療計画に記載された**救急医療等確保事業（★）の実績があること**

★救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療

□ 役員等についての同族性が排除されていること

□ 法人解散時の残余財産が国、地方公共団体又は他の社会医療法人に帰属する（持分がない）こと

□ 理事等に対する報酬について、支給の基準を定め、公開していること

□ **社会保険診療の収入が医療保健業務の収入の8割を超えること**

□ **医業収益が費用の額の1.5倍以下であること** 等

※ 社会医療法人は医療保健業に係る法人税が非課税となるとともに、救急医療等確保事業を行う病院・診療所の固定資産税等も非課税となる。

医療法人に収益業務を認める場合でも、非営利性の担保の観点からは、  
 ・法人の利益が最終的に個人に属さないこと（＝持分あり法人は不可）  
 ・医療以外で得た利益が、医療への投資に充てられること、  
 ・医療以外で生じた損失が、医療に悪影響を与えないようにすることが要請されると考えられる。

# (参考) 医療法人・医療機関に対する税制上の特例措置 (租税特別措置等)

- 病院や診療所に係る所得税・法人税については、小規模医療機関の事務処理の負担軽減を図ることを目的として、「社会保険診療報酬の所得計算の特例」により、一定の収入以下の医師や歯科医師は、実際の経費ではなく「概算経費率」を利用した金額を必要経費又は損金に算入可能となっている。この特例は、かつて、会計検査院から「特例適用者のほとんど(約85.7%)が実際の経費を計算した上で、概算経費と比較して有利な方を選択している」などと指摘されており、今なお、個人開業医のうち26%程度で適用されている(2023年分の推計値。国税庁調べ)。しかしながら、足元の医療DXの進展も踏まえれば、医療機関が概算経費率を使用できる合理性は低下していると考えられる。
- また、法人事業税については、①社会保険診療報酬の実質的非課税措置に加え、②特に医療法人に対しては、持分の有無に関係なく、社会保険診療報酬以外の所得に係る税率の軽減措置も認められている。

## ◆ 社会保険診療報酬の所得計算の特例 (1954年導入)

減収見込額：260億円程度 (2025年度予算ベース)

以下の双方を満たす場合に適用可能。

- ① 医業又は歯科医業を営む個人又は医療法人が、社会保険診療につき支払を受ける金額が5,000万円以下であり、
- ② 医業又は歯科医業から生ずる事業所得に係る総収入金額に算入すべき金額の合計額が7,000万円以下であるとき

※ ②は、会計検査院の指摘(2010年)を受けて2013年度税制改正により追加。

### <本来の所得計算>

$$\boxed{\text{社会保険診療報酬}} - \boxed{\text{実際の必要経費 (損金)}} = \boxed{\text{所得}}$$

### <特例>

$$\boxed{\text{社会保険診療報酬}} - \boxed{\text{社会保険診療報酬}} \times \boxed{\text{概算経費率}} = \boxed{\text{所得}}$$

### (概算経費率)

社会保険診療報酬	概算経費率 (%)
～ 2,500万円以下の部分	72
2,500万円超 ～ 3,000万円以下の部分	70
3,000万円超 ～ 4,000万円以下の部分	62
4,000万円超 ～ 5,000万円以下の部分	57

## ◆ 「社会保険診療報酬の事業税非課税措置」及び「医療法人の社会保険診療報酬以外部分の事業税軽減措置」(いずれも1952年導入)

減収見込額：1,190億円程度 (2026年度税制改正要望ベース)

※2026年度与党税制改正大綱において、「税負担の公平性を図る観点や、地域医療の確保を図る観点から、そのあり方について検討する。」とされている。

社会保険診療報酬	社会保険診療報酬以外			
	開設主体	400万円以下	400万円超 800万円以下	800万円超
非課税 (個人、医療法人、公益法人等)	特別法人 ※医療法人を含む	3.5% (約4.7%)	4.9% (約6.6%)	
	普通法人	3.5% (約4.8%)	5.3% (約7.3%)	7.0% (約9.6%)
	個人	5.0%		

(注) ( )内の数字は、2019年10月以降の事業年度から事業税と分離して課税される「特別法人事業税」(普通法人で事業税率の37%分・特別法人で事業税率の34.5%分)の税率を合算した税率

## ● (参考) 税制上の特例措置の要望理由 (例)

- ✓ 厚生労働省は、「医療法人の社会保険診療報酬以外部分の事業税軽減措置」を延長すべき理由として、医療法人は「剰余金の配当の禁止、原則的に収益事業を認めないなど、営利追求が禁止されている」こと等を踏まえ、「医療法人の社会保険診療報酬以外の部分について、本措置の存続による経営の下支えが必要」であることを挙げている。

(出所) 厚生労働省「令和8年度地方税制改正要望事項」を基に作成。

# 特定疾病制度について

- 1984年に導入された「特定疾病」制度は、人工透析患者等の特定の疾患について医療費の自己負担上限を低額に抑える制度。
- 現在は、高額薬剤の登場等の影響により、がん等の他の長期療養を要する慢性疾患でも、医療費が高額となる場合が増加している。  
**制度創設から長期間が経過していることや、他疾患の患者との公平性、負担能力に応じた負担の考え方に鑑み、特定の疾病についてのみ自己負担限度額を大きく抑制していることについて、見直しの必要性を含め検討していくべきではないか。**

## ◆ 制度の概要

□ 「特定疾病」制度は、著しく高額な治療をほとんど一生の間必要とする疾病（例：人工透析を実施する慢性腎不全）にかかった治療費について、通常よりも引き下げ、**月あたりの自己負担上限を1万円（※）**とすることにより、医療費の自己負担の軽減を図るもの。

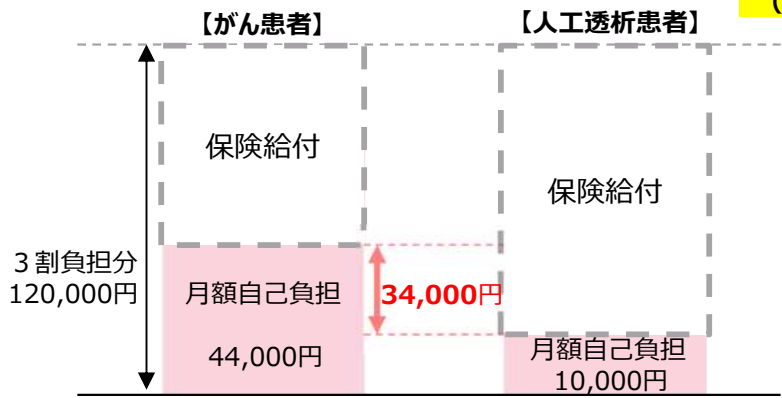
※人工透析患者の場合、**標準報酬月額53万円以上の所得を有する70歳未満の患者は2万円。**（2006年改正での見直し）

□ 1984年の健康保険法改正で被保険者本人の定率負担（1割）が導入された際、**国会審議の過程で、長期の療養を必要とする患者の自己負担増大が問題提起されたこと等を踏まえて創設された。**

□ 本特例は、上記2006年の見直し以外、創設から40年以上にわたり基本的には上限額の見直しが行われていない。

## ◆ 他の長期継続的療養を要する疾患の場合との比較

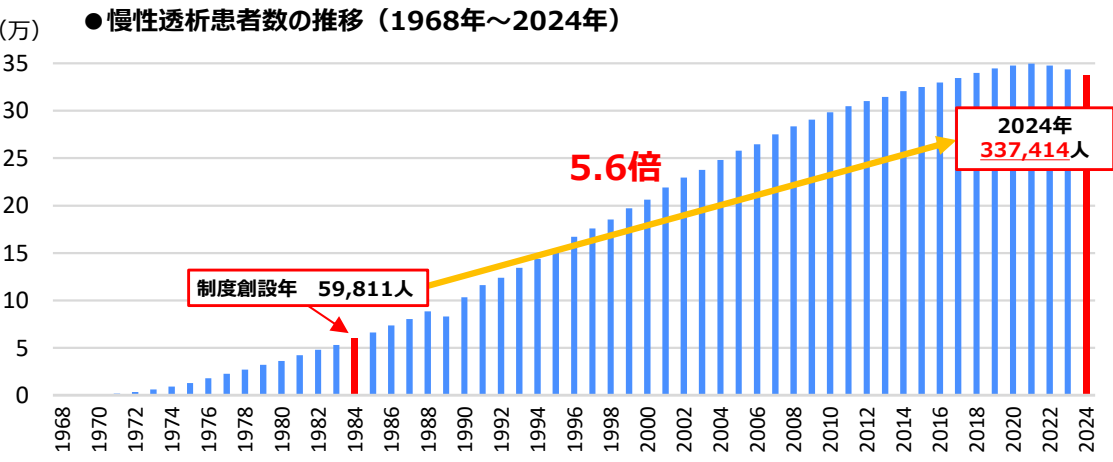
● **年収500万円・総医療費月40万円の治療を長期にわたり受ける必要がある場合のイメージ（2026年4月現在）**



（出所）2026年4月現在の制度に基づき財務省において試算。  
（注）いずれの疾患も、毎月継続的に総医療費月40万円の治療を受けている場合を想定。

## ◆ 特定疾病制度をとりまく環境の変化

✓ 慢性透析患者は、1984年の制度導入当時は約6万人だったが、現在では約34万人まで増加している。



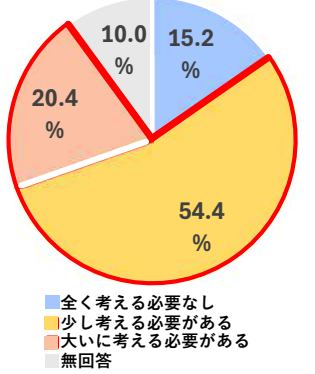
（出所）日本透析医学会統計調査委員会「2024年末の慢性透析患者に関する集計」より、慢性透析療養を受けている患者数。

## ◆ 人工透析患者に対する意識調査の結果

- ✓ 人工透析患者本人に対し、透析医療費の負担について考えるべきか質問したところ、約75%が必要があると回答。**当事者の多くも、医療費負担の分かち合い・支え合いのあり方に対し問題意識を持っていることがうかがえる。**
- ✓ なお、平均的な人工透析の総医療費は月約40万円と考えられる（※）。

（※）太田圭洋他「第25回透析医療費実態調査報告」における、慢性維持透析患者外来医学管理料が含まれる外来レセプト（2021年6月診療分）の請求合計点数の平均に、1点あたり10円を乗じて算出。人工透析以外の治療に要した費用も含まれる。

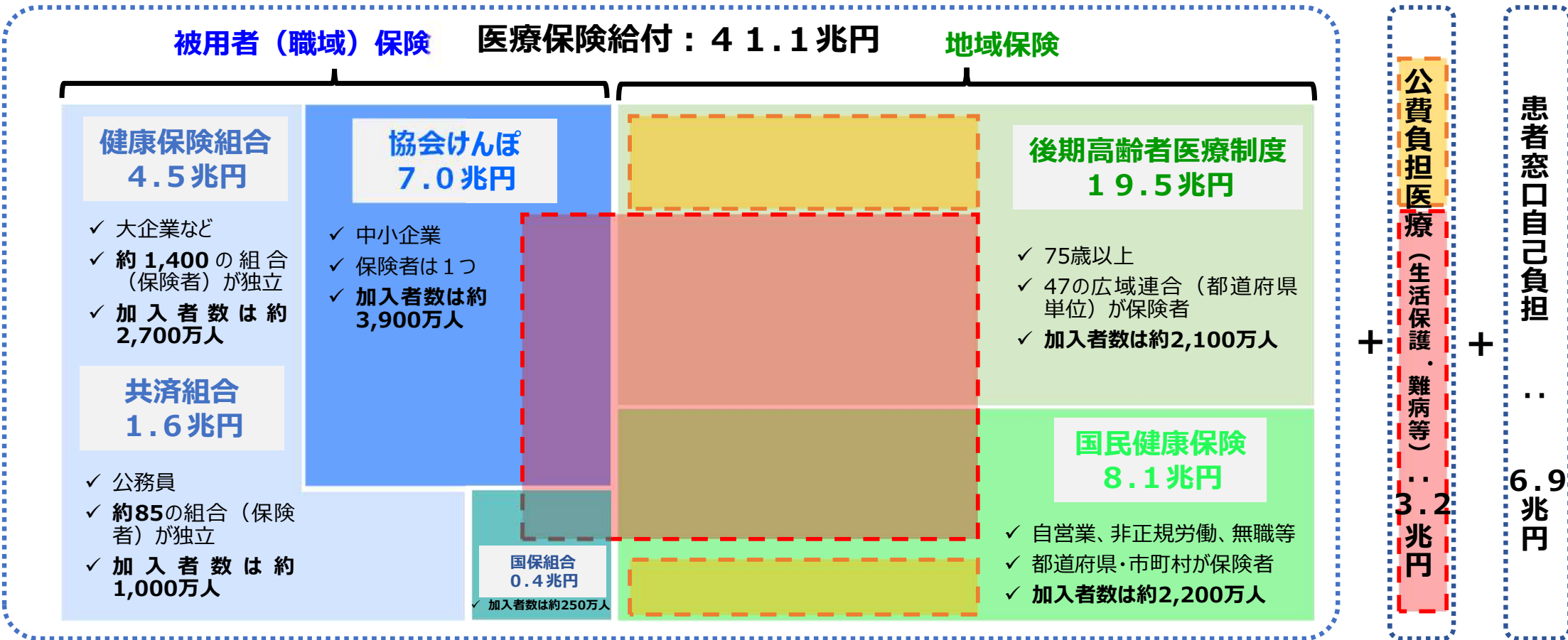
## ● 「透析医療費を誰がどの程度負担するべきか」



（出所）公益社団法人日本透析協会・血液透析患者実態調査検討ワーキンググループ「2021年度血液透析患者実態調査報告書」

# 医療費と医療保険

- 全ての国民が原則として公的保険に加入する「国民皆保険」の下、日本では、**必要な医療は保険診療として提供され、公的医療保険でファイナンス**されている。また、日本の医療保険制度は、**複数の医療保険者が分離・独立**しており、それぞれが自主的な運営を行うことで成立している。特に、**被用者（職域）保険と地域保険の二本立てで構成されているのが大きな特徴**である。
- 公的医療「保険」である以上、**保険料財源を中心に運営されるのが基本**となっているものの、地域保険を中心に、**巨額の公費（国庫・地方負担）**が投入されている。



(注) 2026年度予算ベース、給付面からの分析イメージであることに留意

【財源ベース】 **国庫負担：12.8兆円** + **地方負担：5.8兆円** + **保険料負担：25.4兆円** + **その他** = **医療費51.2兆円**

# (参考) 医療制度の国際比較

○ 諸外国においても、医療の質、アクセス、コストのバランスを図る中で、それぞれ独自の医療制度を構築している。

	日本	ドイツ	フランス	イギリス	アメリカ
<b>供給</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「民」中心 （「公」の占める病床の割合は約3割）</li> <li>フリーアクセス（ゲートキーパー機能は非常に弱い）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「公」中心 （「公」の占める病床の割合は約8割）</li> <li>ゲートキーパー機能は弱い （法的義務はないが9割がかかりつけ医を持つ）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「公」中心 （「公」の占める病床の割合は約7割）</li> <li>ゲートキーパー機能は弱い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ほぼすべてが「公」</li> <li>ゲートキーパー機能は非常に強い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「民」中心 （「公」の占める病床の割合は約25%）</li> <li>ゲートキーパー機能はマネージド・ケアのタイプの保険では強い</li> </ul>
<b>自己負担</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>年齢や所得により 3割～1割</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>外来は無料</li> <li>入院10€（/日、28日まで）</li> <li>薬剤10%定率</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>外来30%、入院20%、</li> <li>薬剤35%など（有効性等に応じて0～100%）</li> <li>※加え、外来1€（/回）、入院20€（/日）、薬剤1€（/箱）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般医療は無料</li> <li>歯科は3段階の定額負担</li> <li>外来処方薬は1処方あたり9.65£</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保険ごとに区々</li> </ul>
<b>財政</b>	「公」 （社会保険方式）	「公」 （社会保険方式（職域））	「公」 （社会保険方式（職域））	「公」 （税方式）	「民」 （メディケア・メディケイドを除く）
<b>(参考) 財政の制度設計</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>国民皆保険</li> <li>「保険料」のほか「税」の割合も約4割と高い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>国民の9割が公的医療保険に加入（自営業者等は公的医療保険に任意加入するか民間保険に加入）</li> <li>原則として保険料</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>全国民が対象</li> <li>保険料が約5割、その他一般社会拠出金等が約5割</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>全国民を対象</li> <li>国営の国民保健サービス（NHS）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>公的医療保障は高齢者・障害者（メディケア）、低所得者（メディケイド）のみ</li> <li>メディケアは社会保険方式、メディケイドは税方式</li> </ul>
	<p>75歳</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">後期高齢者医療制度</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">国民健康保険</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">被用者保険</div> </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">9割の国民を公的医療保険でカバー</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p style="text-align: center;">自営業者等は任意加入 か民間保険に加入</p> </div> <p>※高齢になってもそれまで属していた保険に引き続き加入するのが原則</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">民間セクターの被 用者保険（一般制度）</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p style="text-align: center;">公務員等の被用者 保険（特別制度）</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p style="text-align: center;">自営業者保険</p> </div> <p>※高齢になってもそれまで属していた保険に引き続き加入するのが原則</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>税方式で 国民全員を カバー</p> </div>	<p>65歳</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p style="text-align: center;">公的医療保険 （メディケア）</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p style="text-align: center;">民間保険に 任意加入</p> </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p style="text-align: center;">メディケイド</p> </div>

（出所）島崎謙治「日本の国民皆保険」（2025）、第197回社会保障審議会医療保険部会資料1-2（2025年9月18日）より作成

（注）医療における「ゲートキーパー機能」とは、患者が、まずは地域の医師（かかりつけ医）が診療し、必要に応じて高度専門医療機関へ繋ぐことで効率的な医療利用を調整する仕組み

# (参考) 各保険者における保険料の算定について

○ 保険料の算定方法は、制度ごとに大きく異なっており、医療保険制度の分かりづらさ、不公平感にもつながっていると考えられる。

制度	保険料の決定主体	保険料の計算方法の概要等	保険料率	特徴
協会けんぽ	健康保険協会 (1)	◎ <b>標準報酬月額×保険料率</b> ※標準報酬月額は「定時決定」方式（毎年7月1日時点で、月給は4～6月の月給の3ヶ月平均を基礎に決定）	9.9% (R8平均) 〔保険料総額/所得総額※:14.3% (R5) (事業主負担を含む)〕	✓ 保険料率は年齢・所得調整を行い、都道府県別に設定（最低9.21%（新潟県）、最高10.55%（佐賀県））
健康保険組合	各組合健保 (1,378) ※うち、単一・連合組合1,123、総合組合255	※個人負担は、事業主（or国・地方団体）と折半（1/2） ただし、組合健保は、組合ごとに1/2以上の事業主負担の設定可能 ※給与収入以外は除外	9.3% (R6平均) 〔保険料総額/所得総額※:12.4% (R5) (事業主負担を含む)〕	✓ 保険料率は組合ごとにばらつきが大きく、最低5.0%、最高12.0%(R6決算見込) ※保険料率が10.0%以上の健康保険組合は334組合、9.0～10.0%の組合は649組合、8.0～9.0%の組合は295組合、8.0%未満の組合は100組合。
共済組合	各共済組合 (85)	◆ 保険料収入の合計は、協会けんぽ：10.6兆円（R6年度決算）、組合健保：9.3兆円（R6年度決算見込）、共済：2.6兆円（R4年度決算） (参考)積立金等は、協会けんぽ：5.9兆円、組合健保：6.8兆円、共済：1.1兆円（R6年度決算）	9.04% (R4平均) 〔保険料総額/所得総額※:12.1% (R5) (事業主負担を含む)〕	✓ 国共済、地方共済、私学共済で構成
国民健康保険組合	各国保組合 (158)	※組合ごとに区々だが、72組合が事業主に対し、110組合が従業員に対し、「定額」の保険料を設定（R6） ▶定額の保険料額について、例えば東京弁護士国保は、月額29,800円×12か月＝35.8万円 ◆ 保険料収入の合計は、0.5兆円（R4年度決算） (参考) 積立金等は、0.5兆円（R6年度決算）	— ※医師国保の場合、2.9% 〔R5保険料調定額24.4万円（/人・年）/R7課税標準額827万円（/人）で計算〕	✓ 皆保険達成（1959年）以前に、医師・歯科医師・薬剤師、弁護士、税理士等が創設 ✓ 今後の新設は不可
国民健康保険	各市町村 (1,716) ※ただし、保険財政の運営主体は都道府県であり、現在、保険料水準統一に向けた取組が進捗中	◎ <b>所得割</b> （所得×所得割率） + <b>均等割</b> （均等割額×加入者数） + <b>平等割</b> （1世帯あたり定額） + <b>資産割</b> （固定資産税額×率） ※応能負担(所得&資産割):応益負担(均等&平等割) = 1:1が基本 ※所得は、前年の「旧ただし書き所得」（収入全体から必要経費・給与所得控除・公的年金等控除を除いた「総所得金額等」から基礎控除のみを控除したもの） ◆ 保険料収入の合計は、2.3兆円（R8年度予算）	応能割率：10.2% 応益割額：月額4,509円（R5） 〔保険料調定額/所得総額※：9.3% (R5)〕	✓ 世帯単位で計算 ✓ 「被扶養者」制度はない ✓ 3方式（所得割・均等割・平等割）が主流 ✓ 公費支援あり（低所得者への保険料軽減措置、子どもの均等割軽減措置）
後期高齢者医療制度	各広域連合 (47)	◎ <b>所得割</b> （所得×所得割率） + <b>均等割</b> （1人あたり定額） ※応能負担（所得割）：応益負担（均等割） = 52：48（広域連合ごとに見れば所得水準に応じて区々） ※所得は、前年の「旧ただし書き所得」（収入全体から必要経費・給与所得控除・公的年金等控除を除いた「総所得金額等」から基礎控除のみを控除したもの） ◆ 保険料収入の合計は、1.9兆円（R8年度予算）	所得割率：10.17% 均等割額：月額4,673円（R8・9） 〔保険料調定額/所得総額※：8.4% (R5)〕	✓ 個人単位で計算 ✓ 年金天引きが原則 ✓ 公費支援あり（低所得者の保険料軽減措置、元被扶養者への特別措置）

(注) 各保険制度・保険者の事業年報、決算資料、厚生労働省資料等を参照し作成。保険料率の欄における括弧内の記載は、保険料の算定基礎が異なる制度を比較する観点から、所得等について一定の仮定を置いて財務省において試算したものの、※部分の「所得」は、被用者保険においては標準報酬総額から給与所得控除相当額を除いたものであり、地域保険においては「総所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離課税所得金額」を加えたもの。

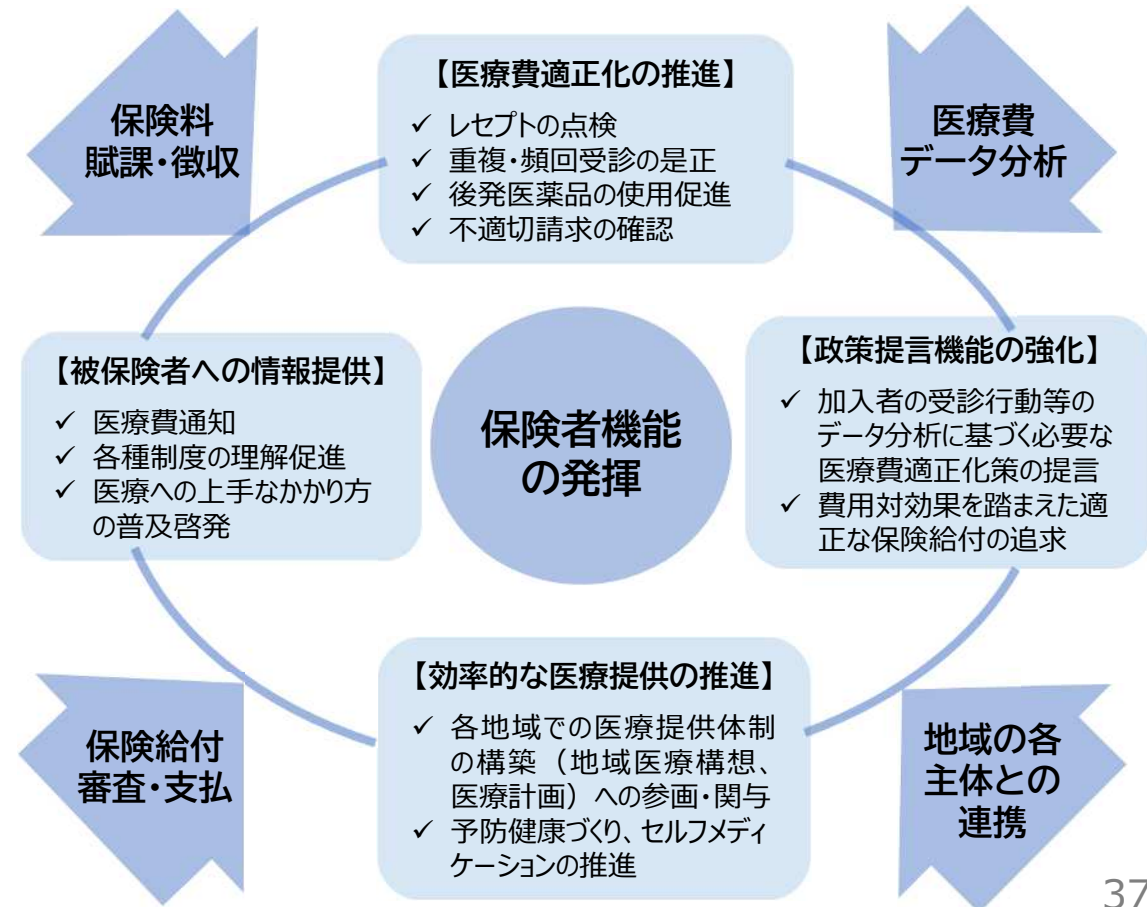
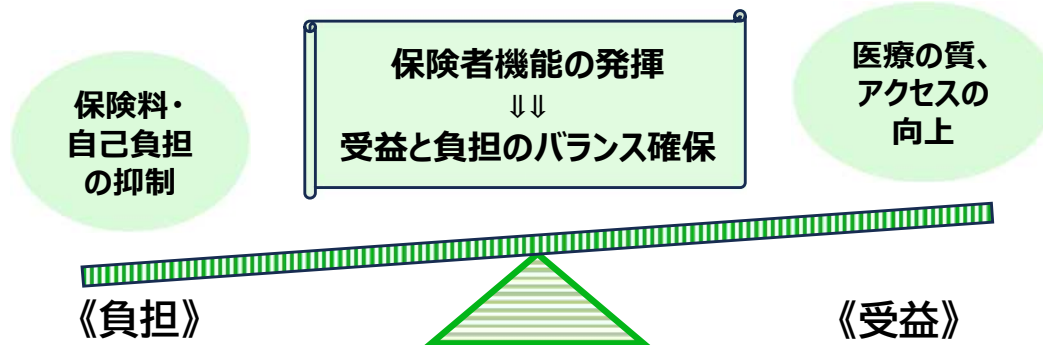
# 国民皆保険と保険者機能

- 日本の国民皆保険は、特定の職域団体や地域社会への帰属に基づく「共同体意識」をベースにして達成されたという歴史的な経緯がある一方、**同程度の負担能力でも保険料負担が異なる不公平さや、個々の保険者が小規模であるが故の非効率性**が指摘できる。国民の価値観やライフスタイル、働き方の多様化が進む中、「全国一律の保険給付」が保障されているにもかかわらず、転職等の度に保険者が異動するのは、手続きの煩雑さに加え、「**制度への信頼**」の前提として重要となる「**分かり易さ**」の点でも課題がある。**保険者が分立していることに起因するデメリットを解消し、働き方に中立で包摂性の高い国民皆保険の実現を不断に追求していくべき**である。
- **医療保険者が保険者機能を十分に発揮できていないことも問題**。保険者には、保険料の賦課・徴収や医療費の審査・支払いといった保険事務を行うことにとどまらず、**被保険者の保険料・自己負担の抑制という要請との緊張関係の中で、被保険者に対する医療提供の効率化と医療の質・アクセスの向上を図る責務がある**。こうした**保険者機能の発揮が、ひいては日本全体の医療保険制度の持続性確保にもつながり得る**とも考えられる。保険者機能の発揮を阻害する制度的な要因は可能な限り見直していくべきである。

## ◆医療保険者が分立していることのデメリット

公平性	▶同程度の負担能力で、同様の医療を受けても、帰属先により、保険料や窓口自己負担の支払い額が異なる
効率性	▶保険事務やシステム整備等が重複 ▶保険者間の異動での手続きが煩雑
持続性	▶小規模の保険者では高額医療等のリスク分散が困難 ▶データ分析に基づく医療提供の効率化の取組が不十分

## ◆保険料負担の抑制と保険給付の充実の緊張関係

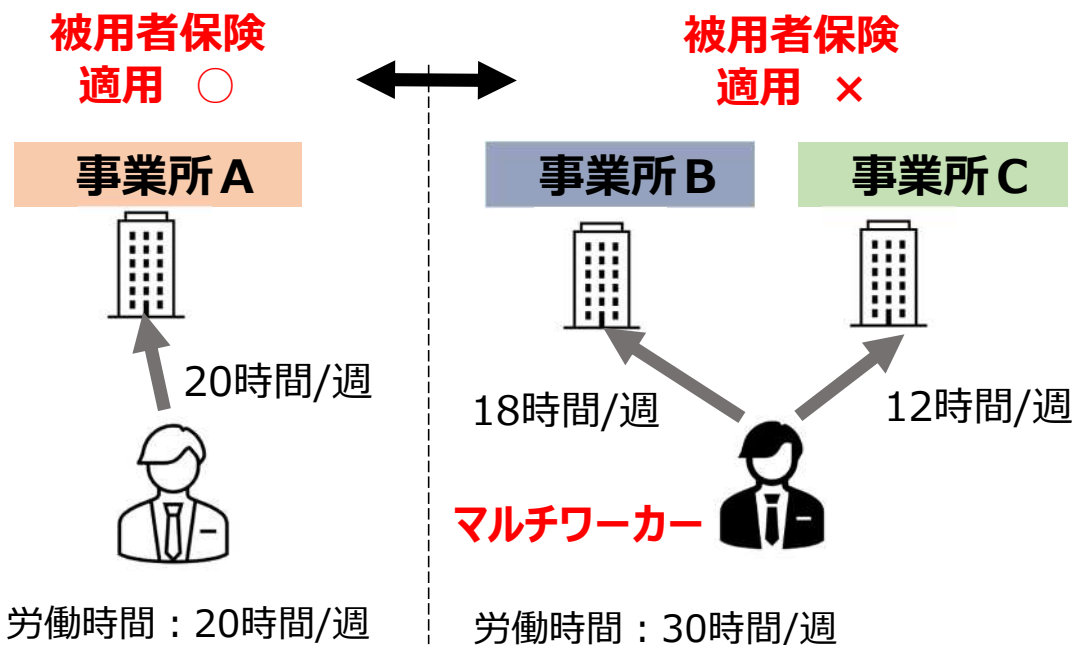


# 働き方に中立な国民皆保険の実現

- 国民の働き方が多様化する中で、「国民皆保険」の在り方も必要に応じて見直していく必要がある。特に、複数の保険者が分立し、保険料水準等も大きく異なっている実態も踏まえれば、**働き方に中立な仕組みとしていくことは、公平性の観点からも重要。**
- 現状、**複数事業所で勤務する短時間労働者（マルチワーカー）は、仮に合算した労働時間が週20時間を超えていても被用者保険の適用はない。**また、**地域保険（国保・後期高齢者医療制度）と被用者保険は完全に分離**しており、被用者保険間での調整制度のような仕組みも存在しない。これらの課題については、**マイナ保険証の活用など保険者間連携を進め、早急に解消すべき。**

## ◆マルチワーカー（複数事業所への勤務者）の社保適用

- ✓ これまで被用者保険の適用拡大を進めてきたにもかかわらず、**複数事業所で短時間勤務するマルチワーカーは、合計の労働時間が週20時間を超えても被用者保険が適用されない状況が続いている。**
- ✓ 労働基準法38条では「労働時間は、事業場を異にする場合においても、労働時間に関する規定の適用については通算する」と規定され、この「事業場を異にする場合」とは、事業主を異にする場合をも含むとの解釈が存在（1948年5月14日基発769号）。この考え方に倣えば、**被用者保険の適用についても本来は労働時間を通算して判断すべきと考えられる。**



## ◆被用者保険と地域保険（国保・後期高齢者医療制度）の関係

- ✓ 地域保険は、被用者保険の適用がない場合に限り加入する旨が法定。現状、仮に主な収入源が個人事業・フリーランスでも、別途、適用事業所から報酬を得ていれば、そちらの事業所で被用者保険に加入することとなる。
- ✓ 保険料賦課ベースの相違（「報酬」か「所得」か）の調整等の課題はあるものの、**両保険の分断を回避すべく実務的な検討を深めるべきではないか。**
- ✓ なお、被用者保険では、複数の適用事業所で勤務し、適用要件を満たす場合には、**それぞれの事業所で被用者保険に加入することとなっている。**例えば、A社で30時間勤務しつつ、B社の役員として報酬を得ている場合、A・B両社の被用者保険に加入。この際の調整の仕組みは以下のとおり。

※ 被用者は特定の事業所（保険者）を選択保険者として選択。以下ではA社が選択事業所と仮定。



- A社(保険者)において、両社の報酬月額を合算して標準報酬月額を決定
- 当該金額に(選択保険者の)A社の保険料率を掛け、それをA・B社それぞれの報酬月額の比で按分することでA・B社が負担する保険料を算出

	A社	B社
報酬月額	230,000円	350,000円
<b>合算した報酬月額</b>	<b>580,000円</b>	
標準報酬月額	<b>590千円</b>	
保険料率	<b>9%</b>	10%
保険料(按分前)	53,100円	
報酬月額で按分	×23万/58万	×35万/58万
保険料(按分後)	21,057円	32,043円

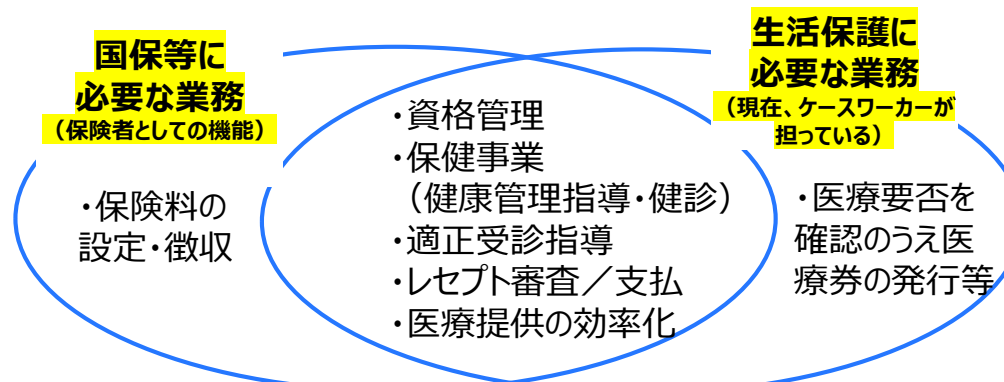
# 生活保護受給者と国民皆保険

- 日本在住者のうち、**医療保険（地域保険）への加入が認められないのは生活保護受給者（被保護者）のみ**。本来、被保護者であっても平等の地位を保障することが、**普遍性・包摂性を旨とする「国民皆保険」の理念に沿うもの**。実際、**介護保険、年金、労働保険、障害福祉サービスなどは、被保護者であっても制度の対象**である。保護決定により従来の医療保険から脱退し、保護が終了すれば改めて医療保険に加入するといった**制度の分断により生じる手続きの煩雑さも問題**。
- 被保護者が、国保や後期高齢者医療制度に加入することとなれば、保険料負担の抑制を志向する**保険者機能の発揮が促されること**で、**被保護者の頻回受診、長期入院、重複・多剤服薬への対応など**、生活保護ケースワーカーと緊密に連携しつつ、**医療扶助費の適正化・効率化**が進められることが期待される。特に、医療費適正化計画の策定主体であり、地域の医療提供体制の構築の責任主体である**都道府県のガバナンスが医療扶助にも及ぶことが重要**と認識すべき。
- 改革工程にも記載されている課題であり、**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、被保護者の国保・後期高齢者医療制度への加入について具体的な検討を進めるべきではないか**。

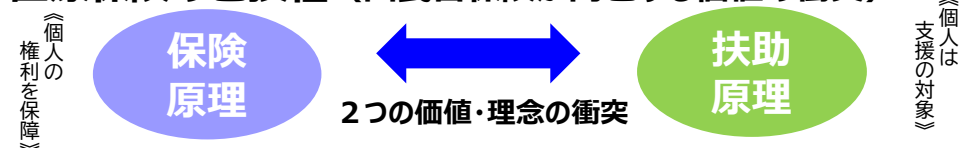
## ◆生活保護受給者の各種制度への加入

介護保険	国民年金	労働保険	障害福祉サービス	医療の被用者保険	医療の地域保険（国保・後期）
加入・利用が可能 ↓ 例えば、介護では、被保険者となったうえで、介護扶助（自己負担）・生活扶助（保険料）を受給					加入・利用は不可 ↓ 医療にかかった場合は医療扶助を受給

## ◆生活保護に必要な業務



## ◆医療保険の包摂性（国民皆保険が内包する価値の衝突）



- ✓ 抛出（保険料）なければ給付なし
  - ✓ リスクに応じた給付と負担
  - ✓ 相互扶助／連帯の精神
  - ✓ 社会統合機能
- 日本の医療保険制度は、保険原理を貫徹すれば実現することが難しい「国民皆保険」を目指して、**きめ細かな低所得者支援を制度に織り込んできた**。
- **被保護者についても**、必要な公費投入（自己負担・保険料分への扶助費に加えて、保険給付部分への財政支援）は前提として、**医療保険制度に包摂していくべきではないか**。

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

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

# 「被扶養者」制度の見直しについて

○ 被用者保険における被扶養者制度は、戦時中に誕生した後、家族観や扶養意識の変遷等の中で見直しが図られてきた。**核家族化や共働き世代の増加**も背景に、**社会保険制度の個人単位化**が求められる中、公的年金制度の第三号被保険者制度のみならず、医療保険における「被扶養者」のあり方についても見直しを検討すべきではないか。

## ◆被扶養者制度の経緯

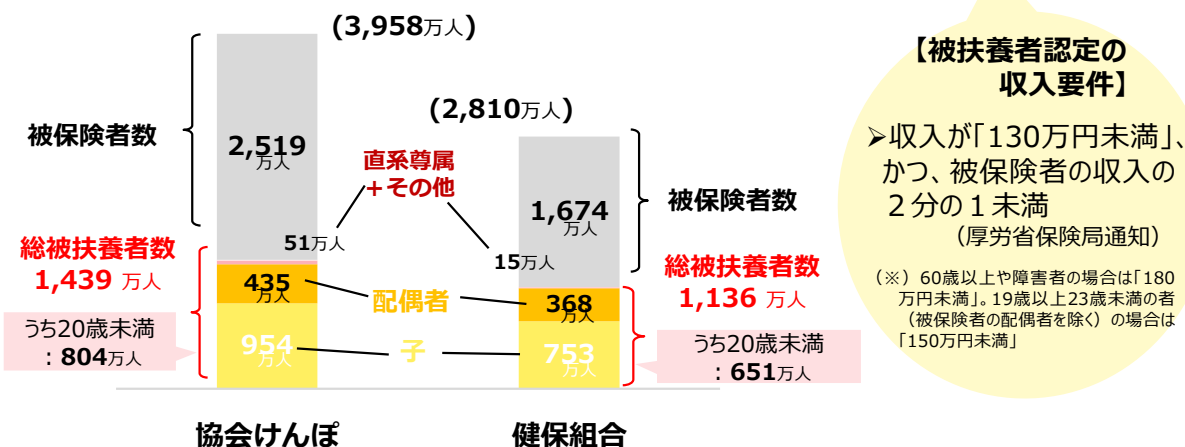
- 1922年** (大正11年)
  - ✓ 健康保険法制定
  - ✓ 保険給付の対象は被保険者本人のみ (全額給付)
- 1939年** (昭和14年)
  - ✓ 家族給付の導入 (任意給付)
  - ※「銃後の守り、あるいは職場挺身者の家族の生活の生活安定」が求められたのが背景
- 1942年** (昭和17年)
  - ✓ 被保険者本人への定額 (一部) 負担の導入
  - ✓ 家族給付の法定化 (「家族療養費」)
  - ※ 被用者家族の自己負担は5割負担
- 1948年** (昭和23年)
  - ✓ 被扶養者の範囲を法律で規定
  - ※ それまでは施行令 (勅令) で規定
- 1973年** (昭和48年)
  - ✓ 被用者本人は1割負担化
  - ✓ 被用者家族は3割負担化 → 入院を2割化 (S55～)
- 1997年** (平成9年)
  - ✓ 被用者本人を2割負担化
  - ✓ 薬剤一部負担の導入
- 2002年** (平成14年)
  - ✓ 被用者本人及び家族の負担割合の統合 = 3割負担化 + 薬剤一部負担の廃止

## (参考) 「元被扶養者」への配慮措置

- ✓ 被用者保険の被扶養者が75歳を迎え、後期高齢者医療制度に加入することになった場合、激変緩和の観点から、以下の特例が存在。
  - (i) 2年間、均等割保険料が5割軽減 (所得の多寡に関わらず)
  - (ii) 所得割保険料が賦課されない (期限なし)
- ✓ 扶養者 (被保険者) が後期高齢者医療制度に移行したことにより、被扶養者が国保に加入することとなった場合も同様の特例が適用。

## ◆被扶養者数について

□ 被用者保険の加入者の約6,800万人のうち、**2,500万人以上が被扶養者**



(出典) 健康保険・船員保険被保険者実態調査 (2023年10月)、健康保険組合連合会「年齢階級別加入者数調査」(2024年10月末現在) ※2023年10月末の数値を使用。  
 (注) 健康保険・船員保険被保険者実態調査 (2023年10月) における健康保険組合の数値は抽出調査であり、被扶養者の内訳は当該調査における構成比率を基に算出。

## ◆「被扶養者」についての一考察

健保法第110条には、「被保険者の被扶養者が保険医療機関等～から療養を受けたときは、被保険者に対し、～家族療養費を支給する」と規定されている。被扶養者は健康保険証を提示して医療機関に雇えば、直接給付が受けられているにもかかわらず、健保法では「被保険者に対し～支給する」となっている。保険制度は保険者と被保険者の関係であり、保険制度としては分かるが、**被扶養者には権利が与えられていない建て付けとなっていて、違和感は拭えない。**結果として、医療費通知も個人ではなく、被扶養者分も被保険者にまとめて通知されるケースもあり、**個人情報保護の観点からも問題がある。**現実にDV (家庭内暴力) の夫婦において、医療費通知の医療機関名で居場所が発覚して問題が起きたケースもある。

(出所) 本多伸行「加入者目線に立ち時代にかかった健保法改正を望む」(週刊社会保障 2020年7月6日) より 40

# 国民健康保険における保険料水準統一の加速化

- 2018年度に都道府県単位化された国保では、どの市町村に居住していても、同じ所得水準・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、現在、2030年度までの「納付金ベース」の保険料水準の統一、2036年度までの保険料水準の「完全統一」が目標とされている。しかし、「**保険料水準の完全統一**」については、**達成済は2府県にすぎず、目標年度を定める道県も19にとどまっている**状況。
- 国保においては、医療費適正化計画や地域医療構想の策定主体でもある都道府県が財政運営の主体であり、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責務を持つ。保険者機能の発揮の観点からも、**全国の都道府県で一刻も早く「保険料水準の完全統一」を実現すべき**。そのため、2027年度の国保運営方針の中間見直しにあたっては、**全ての都道府県において、完全統一の目標年度を設定することとすべき**。その際、**国が示す「保険料水準統一の目標年度」は前倒すこととすべき**。

## ◆「保険料水準統一加速化プラン」(2024年6月 厚生労働省策定)

今期国保運営方針策定期間  
(2024年度～2029年度)

次期国保運営方針策定期間  
(2030年度～2035年度)

2024年度～

2030年度

～2036年度  
※2033年度を目指す

- 都道府県、市町村間の共通認識醸成
- 目標年度の設定

- 納付金ベースの統一

- 完全統一

- ✓  $\alpha$  (医療費指数反映係数) の引下げ\*
- ✓ 激変緩和措置や医療費適正化の更なる取組

- ✓ 市町村個別の歳出/歳入項目の取扱いの整理
- ✓ 標準的な収納率による調整
- ✓ 保険料算定基準の統一

### 【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。

#### (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見直し年度である2027年度。2026年度の意思決定を目指し、取組の加速化を進める必要。**

- 特別調整交付金や保険者努力支援制度でインセンティブ強化 (2024年度～)
- 財政安定化基金について、保険料水準統一による保険料上昇の抑制のための取崩しを可能に (予定)

※  $\alpha$  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。  
 $\alpha = 0$  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、保険料を徴収のうえ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 19道県	納付金ベースの統一等の目標年度を定めている 16都県 (設定年度は記載省略)	納付金ベースの統一等の目標年度を定めていない 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、宮城県、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)岩手県、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。	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

# 国民健康保険の保険者努力支援制度

- **国民健康保険には、定率の国庫負担（給付費の32%）や自治体間格差を是正する調整交付金（給付費の9%）に加えて、本来は保険料によりファイナンスされる部分（保険給付費の50%相当）に対しても、低所得者等の保険料負担への支援や、保険者努力支援制度、高額医療費負担金による国費投入が行われている。**これら国の財政支援については、都道府県内の保険料水準が統一されていく中、ゼロベースで見直しを検討すべき。
- 国保の医療費適正化に向けた取組等を支援する**保険者努力支援制度は、**各国保が保険料を原資に地域の実情や被保険者の実態に応じて独自に取り組むべき内容について、**保険料軽減効果等のエビデンスの検証も十分でないままに国の支援が継続。**公費への依存が却って保険者機能の発揮を妨げている懸念もあることから、**保険者努力支援制度は廃止を含めた検討を始めるべき。**

## <趣旨・背景>

- 国保（市町村・都道府県）の**医療費適正化に向けた取組等を支援**するため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度を導入（2015年国保法等改正）
- 国保の都道府県化（2018年）と併せ、国として、**定率国庫負担、調整交付金、各種保険料軽減措置とは別途、消費税財源を活用して支援**することとなったもの

## <支援スキーム> ※金額は2026年度予算ベース

### ★取組評価分：912億円

- 医療費適正化に関する評価指標を用いて都道府県・市町村の達成状況に応じ交付

※ 被保険者一人当たり交付額（都道府県+市町村）は、全国平均で4,713円（最多は長野県6,695円、最少は島根県3,214円）

### ★予防・健康づくり支援分：380億円

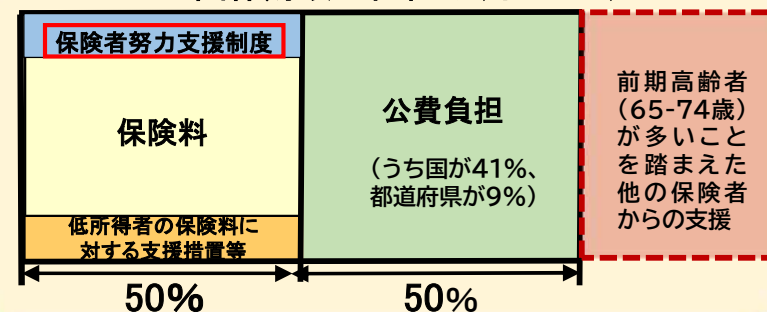
- 「事業費」として都道府県・市町村に交付（事業費分：162億円）
- 事業に関する評価指標を用いて都道府県に交付（事業費連動分：218億円）

※ 毎年度、各自治体の取組状況等を踏まえ、評価指標・配点割合の見直しが実施されている

## （参考）都道府県の繰入金について

- 都道府県は保険給付費等の9%分を負担しており、保険給付費等への充当分（1号繰入金）と、市町村の特殊事情に応じた調整等への活用分（2号繰入金）とで構成。1号繰入金と2号繰入金は相互に流用可能で、用途の制約はなく配分割合も規定されていないため、機動的に調整可能。
- 2号繰入金は、保険者努力支援制度を補完する形で活用することも可能となっており、国交付金の上乘せを含め、医療費適正化（保健事業等）の取組のインセンティブ措置としても機能している。

## 国保財政の仕組み（イメージ）



## 【取組評価分の例】

《市町村分》特定健診・保健指導の実施率、メタボ該当者・予備軍の減少率、重複投与・多剤投与への対策、後発医薬品使用促進、保険料収納率、子ども医療費の適正化、第三者求償の取組状況、法定外繰入れの解消、等

《都道府県分》市町村指標の都道府県単位評価、医療費のアウトカム評価、保険料水準の統一、保険事務の広域的・効率的な運営の推進、等

## 【予防・健康づくり支援分の例（事業費分）】

市町村の事業計画を踏まえて策定される都道府県計画の実施に対して支援（各種のモデル事業の実施や、データの利活用による質の高い保健事業の実施など）

◆ なお、別途、国保の実施する特定健診・保健指導に対する国庫負担金（負担割合：1/3）が存在（2026年度予算：132億円）。 42

# (参考) 特定健診・保健指導への支援について

- 特定健診・保健指導は、2008年度から、**高齢者医療確保法（高確法）に基づき、各医療保険者による実施が義務付けられており、40歳から74歳までの加入者を対象に、生活習慣病（メタボリックシンドローム）の予防に重点を置いた健康診査・保健指導が行われている。****都道府県による医療費適正化の取組の柱としても位置づけられ、各種インセンティブ措置の主要な評価項目となっている**ことに加え、国からの直接的な財政支援（2026年度予算で217億円の措置）も行われてきている。
- 他方、特定健診・保健指導の医療費適正化効果について、これまでも費用対効果の検証が求められてきたにもかかわらず、実際に、**コストを上回る医療費削減につながっているとの実証的・定量的なエビデンスが明らかになっていない**状況。予防・健康づくりが個人のQOL向上の観点から重要であり、保険者が果たすべき役割の一つであることは否定すべきではないものの、**多額の公費投入を続けることの是非や、高確法等に基づく医療費適正化のための各種取組の中での優先順位については、不断の検証を加えるべきではないか。**

## ◆ 日本の主な健診・保健指導

健診の種類	根拠法	主な目的
<b>特定健診</b>	<b>高齢者医療確保法</b>	<b>生活習慣病（メタボ）の予防</b>
労働安全衛生健診	労働安全衛生法	職場環境に起因する疾病の防止
がん検診	健康増進法	がんの早期発見・早期治療
学校健診	学校保健安全法	児童生徒等の健康の保持増進

## ◆ 特定健診・保健指導の根拠規定

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）（抄）

第1条（目的） この法律は、国民の高齢期における適切な医療の確保を図るため、医療費の適正化を推進するための計画の作成及び**保険者による健康診査等の実施に関する措置を講ずるとともに、高齢者の医療について、（略）**図ることを目的とする。

第20条（特定健康診査） **保険者は、特定健康診査等実施計画に基づき、厚生労働省令で定めるところにより、四十歳以上の加入者に対し、特定健康診査を行うものとする。**（後略）

第24条（特定保健指導） **保険者は、特定健康診査等実施計画に基づき、厚生労働省令で定めるところにより、特定保健指導を行うものとする。**

## ◆ 特定健診・保健指導に係る国の財政支援

○特定健診・保健指導	175 億円
（うち市町村国保）	（132.0億円）
（うち国保組合）	（5.9億円）
（うち健保組合）	（29.5億円）
（うち協会けんぽ）	（7.2億円）
○後期高齢者の健診・歯科健診	42 億円

## ◆ 日本の健康診断に関するOECDのレビュー

### ◆ OECD Reviews of Public Health : Japan

（公衆衛生白書：日本 明日のための健康づくり，2019年2月）

- ・（日本における）二次予防戦略は、OECD諸国の中でも独特のもの[unique]であり、多くの国民をカバーする、広範囲の検診や検査は、OECD諸国の医療制度全体を通して、一般的なものとはほど遠い[far from common]
- ・全ての健診が、**集団の健康と費用節減の両方の観点から、制度に価値をもたらしているか、明らかでない**[not clear that all tests are adding value to the system]
- ・現在の健康診断について**経済的な評価を行い、金額に見合う価値のない健康診断をなくすことを注視する。**

## ◆ 予防医療の医療費適正化効果に関する海外の論文

### ◆ 海外の論文等

- ① Joshua T. Cohen, Peter J, Neumann, Milton C. Weinstein 「Does Preventive Care Save Money? Health Economics and the Presidential Candidates」(2008年)の研究結果
  - ・ 予防医療の費用対効果に関する1500の研究結果のうち、**医療費削減の効果**を認めた**予防医療サービスは20%以下。**
- ② Louise B. Russell, Health Affairs (2009年) (抄訳)
  - ・ 過去40年間以上にわたり、数百の費用対効果の研究が行われたが、そのほとんどは、**予防医療は医療費を削減するのではなく、むしろ増加させることを示している。**

医療給付費等総額： 約102,000億円

市町村への地方財政措置：1,000億円

## 保険者努力支援制度

○ 都道府県・市町村の医療費適正化、予防・健康づくり等の取組状況に応じ支援。  
予算額：約1,300億円

## 特別高額医療費共同事業

○ 著しく高額な医療費（1件420万円超）について、都道府県から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負担。 国庫補助額：60億円

## 高額医療費負担金

○ 高額な医療費（1件90万円超）の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、国と都道府県が高額医療費の1/4ずつを負担。  
事業規模：3,600億円、国庫補助額：900億円

## 子ども保険料軽減制度

○ 未就学児に係る均等割保険料について保険料額の5割を公費で支援。  
事業規模：80億円、国庫補助額：40億円  
(国 1/2、都道府県 1/4、市町村 1/4)

## 保険者支援制度

○ 低所得者数に応じ、保険料額の一定割合を公費で支援。  
事業規模：2,800億円、国庫補助額：1,400億円  
(国 1/2、都道府県 1/4、市町村 1/4)

## 財政安定化支援事業

## 保険者努力支援制度

## 特別高額医療費共同事業

## 高額医療費負担金

## 保険料

(22,700億円)

法定外一般会計繰入  
約1,200億円 ※2

## 産前産後保険料免除制度

## 子ども保険料軽減制度

## 保険者支援制度

## 低所得者保険料軽減制度

調整交付金(国)  
(9%)※1  
7,600億円

定率国庫負担  
(32%)※1  
20,800億円

都道府県繰入金  
(9%)※1  
5,900億円

前期高齢者交付金  
33,500億円  
※3

## 調整交付金(国)

- 普通調整交付金(7%)  
都道府県間の財政力の不均衡を調整するために交付。
- 特別調整交付金(2%)  
画一的な測定方法によって、措置できない都道府県・市町村の特別の事情(災害等)を考慮して交付。

## 前期高齢者交付金

- 国保・被用者保険の65歳から74歳の前期高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を、各保険者の加入者数に応じて調整。

## 産前産後保険料免除制度

- 出産する被保険者に係る産前産後期間相当分の均等割保険料及び所得割保険料を公費で支援。  
事業規模：16億円、国庫補助額：8億円  
(国 1/2、都道府県 1/4、市町村 1/4)

## 低所得者保険料軽減制度

- 低所得者の保険料軽減分を公費で支援。  
事業規模：4,600億円  
(都道府県 3/4、市町村 1/4)

## 公費負担額

44,900億円

国計 : 32,100億円

都道府県計 : 10,900億円

市町村計 : 1,900億円 44

※1 それぞれ保険給付費等の9%、32%、9%の割合を基本とするが、定率国庫負担等のうち一定額について、財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振りかえる等の法律上の措置がある

※2 2023年度決算における決算補填等の目的の一般会計繰入の額

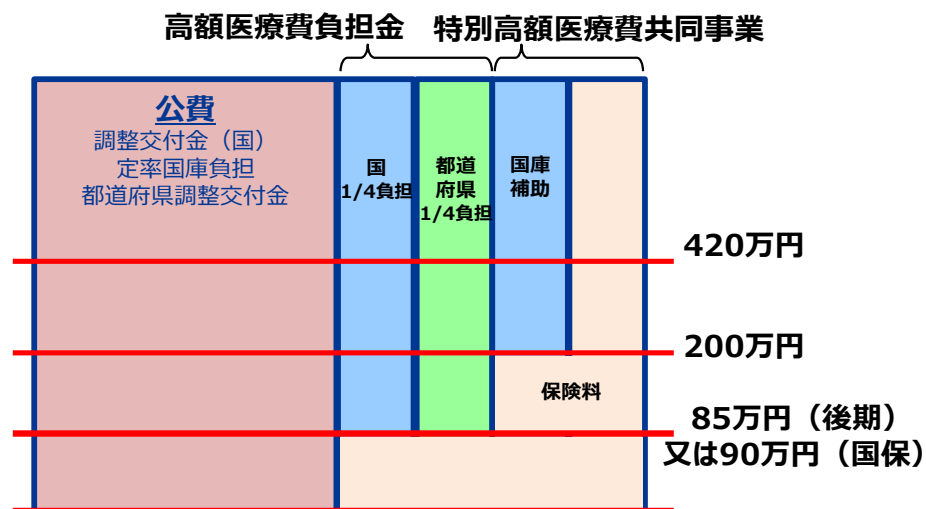
※3 退職被保険者を除いて算定した前期高齢者交付金額であり、実際の交付額とは異なる

# 高額医療費負担金の見直し

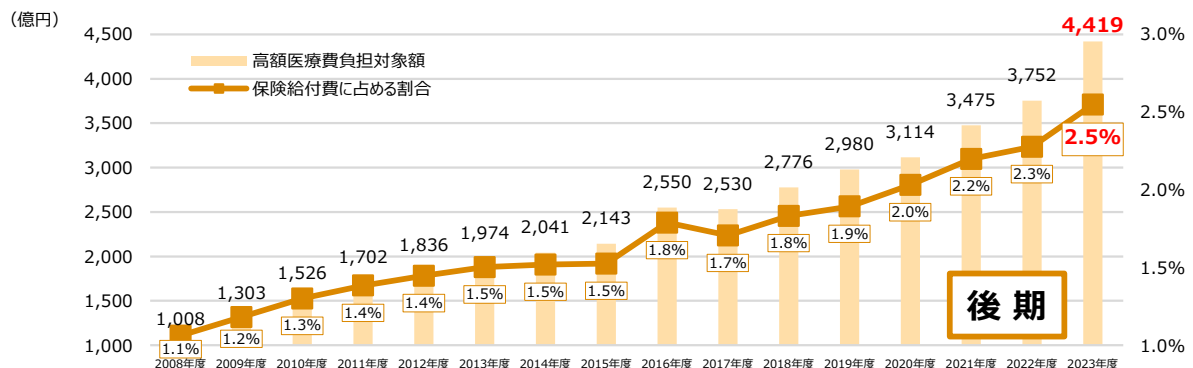
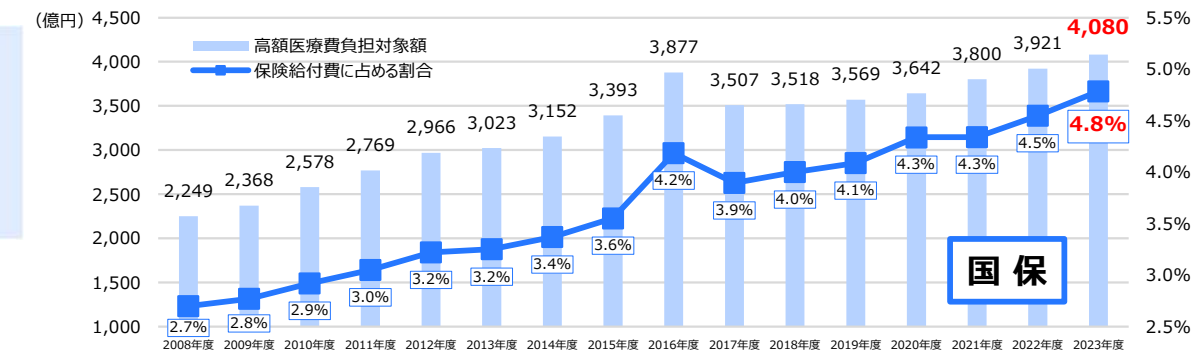
- 国民健康保険と後期高齢者医療制度における高額医療費負担金は、高額な医療費が発生した際の保険者への財政影響を緩和することを目的とした制度。しかし、**医療の高度化や薬剤費の上昇が進む中であって、当該負担金の対象となる高額レセプトに係る医療費は増加傾向**にある。現在、国保では1件あたり90万円超、後期では85万円超のレセプトが対象となっている。
- **国保において**、同制度は小規模な市町村国保の財政的脆弱性への対応のため設けられたものであるが、**今後、保険料水準が統一されていけば**、個別の市町村における医療費の変動は都道府県内でシェアされ、財政負担は平準化されるため、**その役割・意義は没却する。廃止を含めた抜本的な見直しを進めるべき**。
- また、**後期高齢者医療制度においても**、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、医療費適正化の取組を含め、**保険者機能の最大限の発揮を促していく観点からも、高額レセプト基準の見直しは不可避**と考えるべきであり、2026年度に実施された5万円の引上げ（80万→85万円）にとどまらず、**着実な引上げを行っていくべき**。

## ◆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85万円以上）に係る基準値超部分の一定割合を公費でカバー



## ◆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）



※高額医療費負担金のレセプト基準は、国保は2025年度から80万円→90万円に、後期は2026年度から80万円→85万円に見直し。

※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」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。

# 後期高齢者医療制度の運営主体の都道府県化

- 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、保険者機能を発揮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、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、形式的に圏内の首長が兼務している格好。本来は、保険料負担の軽減を含めた持続的な財政運営の実現に向けて、**後期高齢者への効率的な医療提供や医療費適正化を推進する責務を積極的に担うべき広域連合が、現在、その役割を十全に果たすことができているのか疑問**である。
- 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で保険者機能が最大限発揮されるようにすべきではないか**。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**である。

## ◆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> ※2026年度予算ベース

- 75歳以上の高齢者：約**2,100万人**
- **21.2兆円**（うち給付費：19.5兆円、患者負担：1.7兆円）

### <保険料額> ※2026・2027年度見込

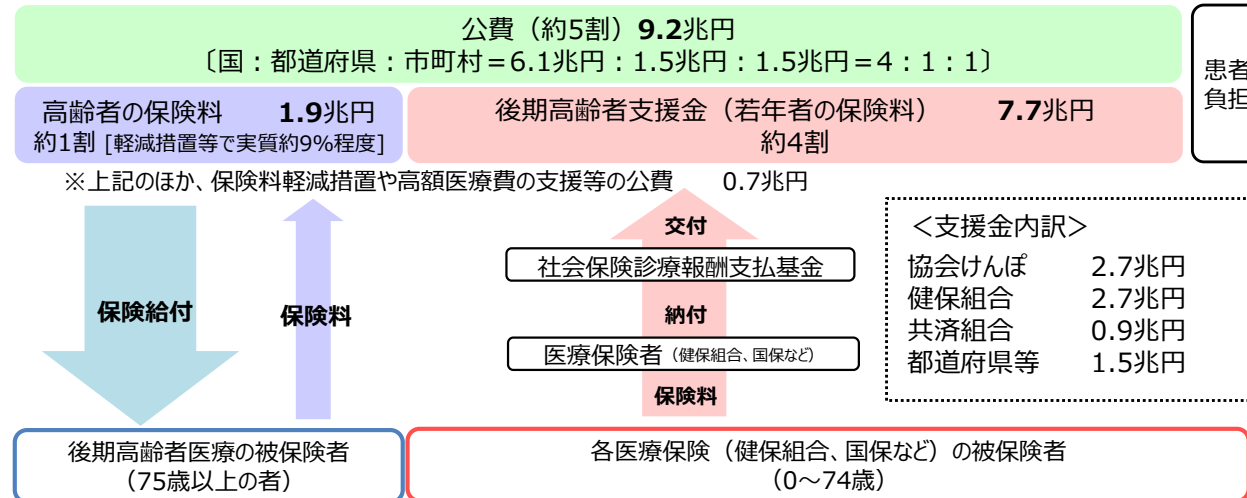
- 全国平均 約**7,989円**／月 ※基礎年金のみの受給者は約1,309円／月

## ◆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。2026年3月1日時点）
- ✓ **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2020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2026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

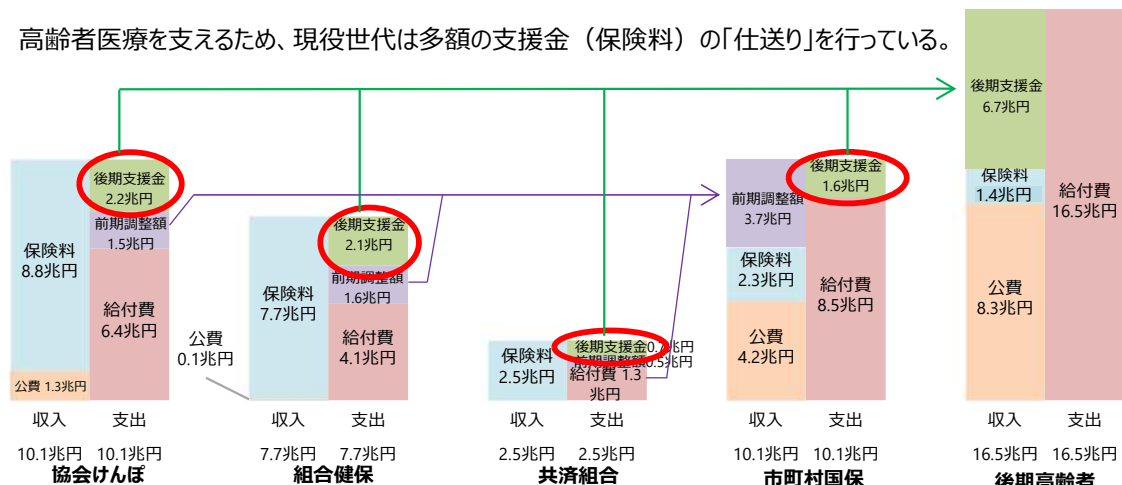
- ✓ 広域連合の事務局の職員は、市区町村、都道府県、国保連からの**短期派遣職員**により構成され、**大宗は市区町村職員**。県全域への帰属意識や専門能力の蓄積の観点から課題。
- ✓ 広域連合長は、市区町村の首長の中から、**市区町村の首長による間接選挙で選出**。都道府県域全体に保険者機能を発揮すべきリーダーシップの源泉たり得る選出プロセスか疑問。
- ✓ 広域連合の予算・条例を審議する**広域連合議会**についても、**市区町村議会による間接選挙で選出**され、首長や地方議会議員で構成されている。

# 後期高齢者の保険料負担のあり方

- 後期高齢者の保険料負担については、2023年健康保険法等改正で現役世代の保険料の上昇を抑制する観点からの見直しが行われた結果、後期高齢者負担率は上昇傾向にはあるものの、介護保険と比較しても依然として低水準であり、大幅に現役世代頼りの構造となっていることに変わりはない。
- 医療保険給付を受ける**後期高齢者本人の保険料負担の在り方を見直すことは、現役世代の負担軽減のみならず、後期高齢者医療制度による保険者機能を健全に働かせていくためにも重要な課題**。金融所得の勘案も含めた応能負担の徹底を図っていくことと併せて、**現役世代の支援金と後期高齢者自身の保険料との負担のバランスについて不断の見直しを図っていくべき**。

## ◆高齢者医療制度の財源について（2022年度）

▶ 高齢者医療を支えるため、現役世代は多額の支援金（保険料）の「仕送り」を行っている。



（出所）社会保障審議会医療保険部会（2025年9月18日）資料。なお、患者自己負担は含まないことに留意。

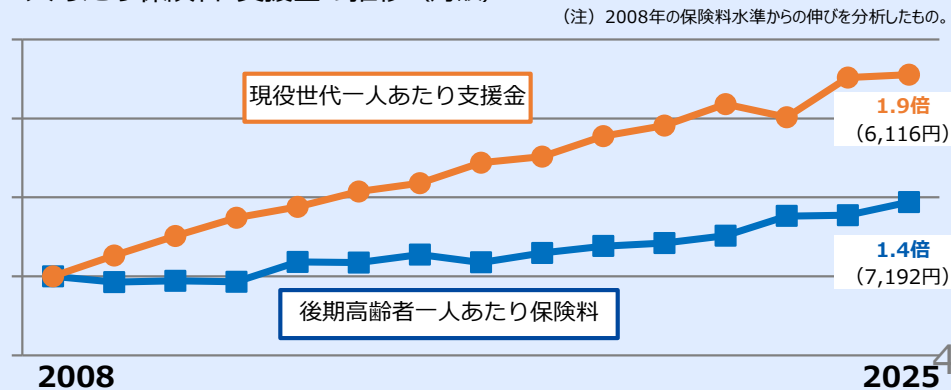
## ◆後期高齢者保険料及び現役世代1人あたり支援金の推移

- 後期高齢者医療制度では、現役世代の保険料を財源とする「支援金」により、その財源の約4割が賄われ、後期高齢者の保険料負担は大きく抑えられている。
- 2023年健康保険法等改正では、現役世代の負担上昇を抑制するため、後期高齢者の保険料負担割合を見直し、後期高齢者1人あたりの保険料について、現役世代1人あたりの支援金の伸びと同じとなるように設定することとされた。
- その結果、現在では**後期高齢者負担率は13.27%まで上昇している**。

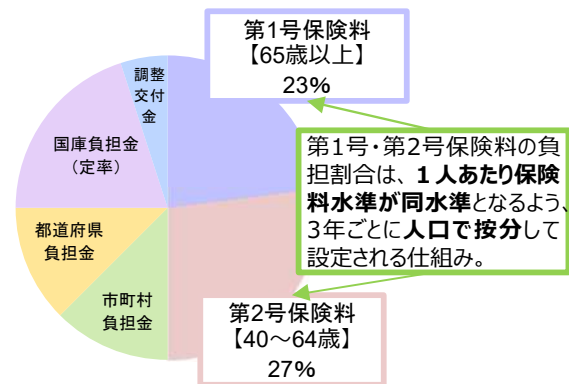
### ★後期高齢者負担率の推移（2年ごと）

	2008-2009年度	2010-2011年度	2012-2013年度	2014-2015年度	2016-2017年度	2018-2019年度	2020-2021年度	2022-2023年度	2024-2025年度	2026-2027年度
後期高齢者負担率	10%	10.26%	10.51%	10.73%	10.99%	11.18%	11.41%	11.72%	12.67%	13.27%

### ★一人あたり保険料・支援金の推移（月額）

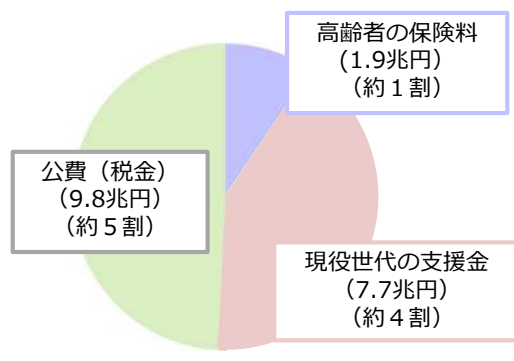


## ◆介護保険の財源構成



（出所）2026年度予算を基に作成。

## ◆後期高齢者医療制度の財源構成



（出所）2026年度予算を基に作成。

# 高齢者医療における患者自己負担の在り方① ～改革の背景～

- 2008年に後期高齢者医療制度・前期高齢者財政調整が導入されてから15年以上が経過し、**日本社会における高齢者の位置づけは大きく変化**。また、受診率が低下するなど、**高齢者の医療ニーズについても制度導入当時から変化**している。
- 社会経済環境の変化や医療ニーズの実態等を踏まえつつ、長寿社会にふさわしい医療保険制度における「高齢者」の扱いの在り方について検討を深め、**全ての世代が公平に支え合う高齢者医療制度の構築に必要な改革に早急に着手すべき**。

## ◆諸外国の高齢化状況・平均寿命

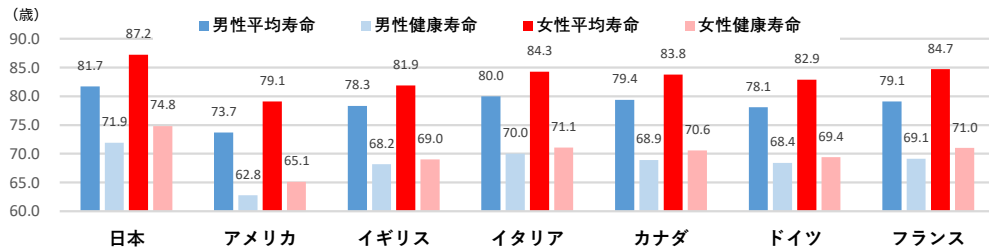
✓ 日本の75歳以上人口割合は、諸外国に比して突出して高く、世界的に見て高齢化の進んだ国。また、日本の平均寿命・健康寿命は先進7カ国で最長。

### ◆各国人口に占める75歳以上人口の割合（実績・予測）

（単位：％）

年	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン
1990年	4.8	5.2	6.9	7.1	6.8	8.0
2000年	7.1	5.6	7.3	7.1	7.3	8.9
2010年	11.0	6.0	7.7	8.9	9.0	8.5
2020年	14.7	6.6	8.7	11.5	9.7	9.5
2030年	18.8	9.6	10.9	12.7	13.0	11.6
2040年	19.7	12.5	13.3	16.7	15.5	12.8

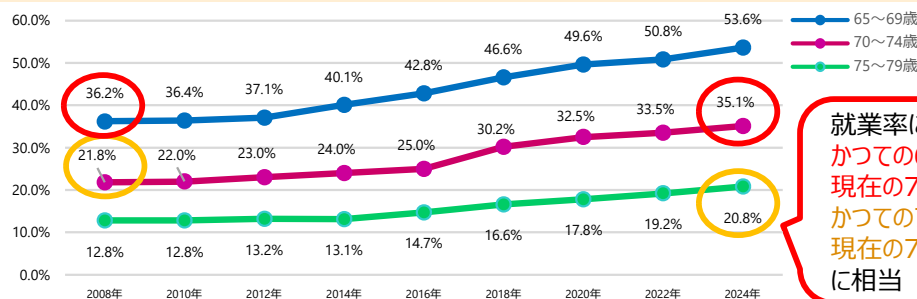
### ◆平均寿命・健康寿命の各国比較（2021年）



（出所）厚生労働省「第197回社会保障審議会医療保険部会」資料を基に財務省作成。

## ◆高齢者の就業率の推移

✓ 近年、高齢者の就業率は顕著に上昇傾向。

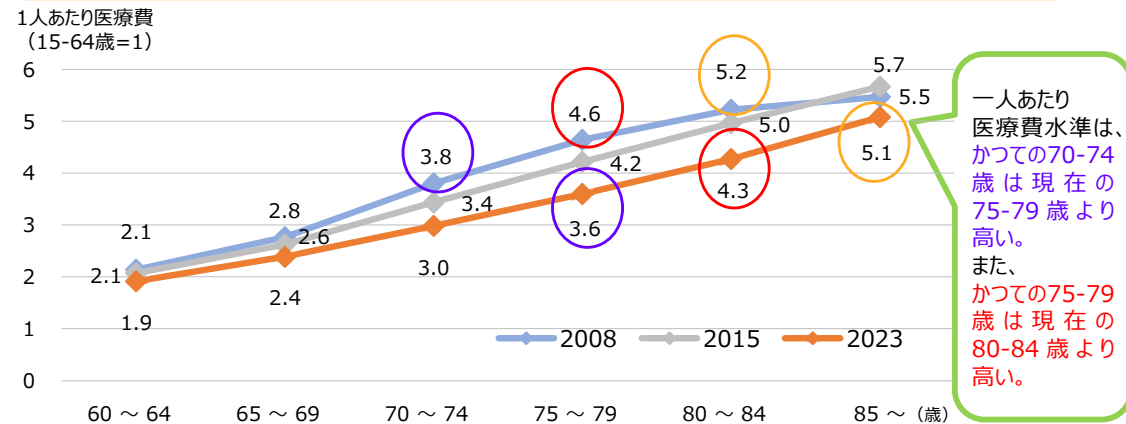


就業率について  
かつての65歳は  
現在の70歳、  
かつての70歳は  
現在の75歳  
に相当

（出所）総務省統計局「労働力調査」における年齢階級別就業率。（注）「就業率」とは、各年齢階級の人口に占める就業者の割合をいう。値は年平均。

## ◆若年層との比較における高齢者の一人あたり医療費水準の推移

✓ 高齢者の一人あたり医療費水準も若返りが顕著。

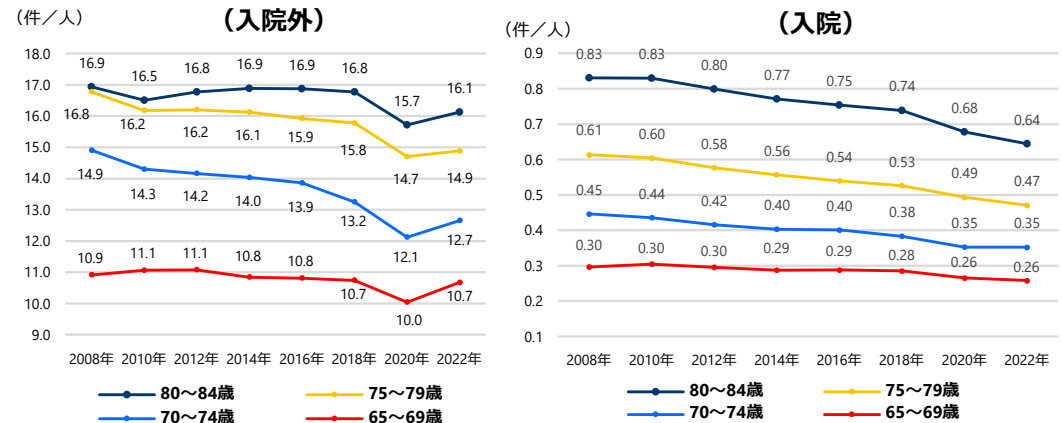


一人あたり医療費水準は、かつての70-74歳は現在の75-79歳より高い。また、かつての75-79歳は現在の80-84歳より高い。

（出所）厚生労働省「国民医療費」、総務省「人口推計」より作成。

## ◆高齢者の受診率の推移

✓ 近年、高齢者の受診率は低下傾向。



（出所）厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」（注）医療保険制度の年齢階級別医療費、件数、日数、加入者数及診療諸率を基に厚生労働省において作成。

# 高齢者医療における患者自己負担の在り方② ～原則 3 割負担化に向けて～

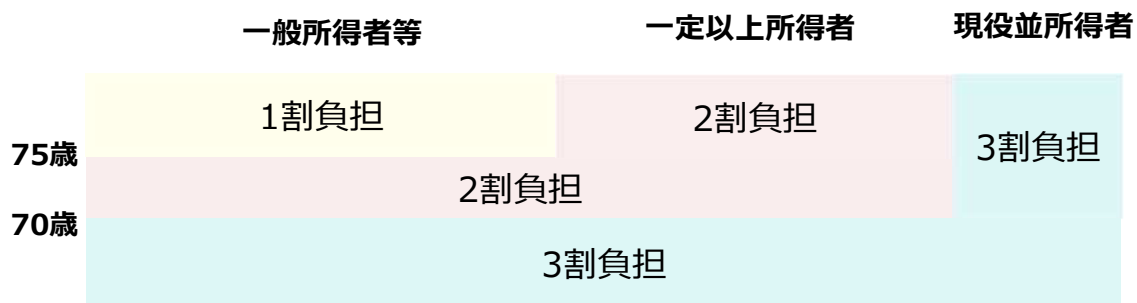
- 老人医療費の無償化以降、一定の見直しは進められてきたものの、**高齢者医療の患者自己負担は依然として 1 割または 2 割負担が大多数（9 割超）を占めている**。患者自己負担割合（医療保険の給付率）が、**負担能力の差を超えて年齢によって異なる現状は、「給付は高齢者中心、負担は現役世代中心」という構造の象徴と言える**。
- 年齢による自己負担割合の不公平を是正し、現役世代の保険料負担を軽減するため、負担能力に応じた負担とする観点から、**70歳以上の自己負担割合については、可及的速やかに現役世代と同様に原則 3 割とすべきであり、その実現に向けた具体的な道筋を明確に示すべき**。

## ◆ 高齢者医療の患者自己負担割合見直しの経緯

年度	見直し内容
1973年	老人医療費の <b>無料化</b>
1983・1984年	高齢者医療の <b>患者自己負担の導入</b> (老人保健制度・退職者医療制度(各医療保険制度の共同事業))
2001年	<b>定率1割負担の導入</b>
2002年	<b>対象年齢の引上げ(70歳→75歳)</b> <b>一定以上所得者の負担割合の引上げ(1割→2割)</b> <b>外来特例の導入</b>
2006年	<b>現役並所得者の負担割合の引上げ(2割→3割)</b>
2008年	<b>後期高齢者医療制度・前期高齢者財政調整の創設</b>
2014年	<b>70～74歳の患者自己負担を、新たに70歳になる方から2割負担へ</b>
2022年	<b>75歳以上(後期高齢者)の一定以上所得者について2割負担を導入</b>

(出所) 厚生労働省「第197回医療保険部会資料」を基に作成。

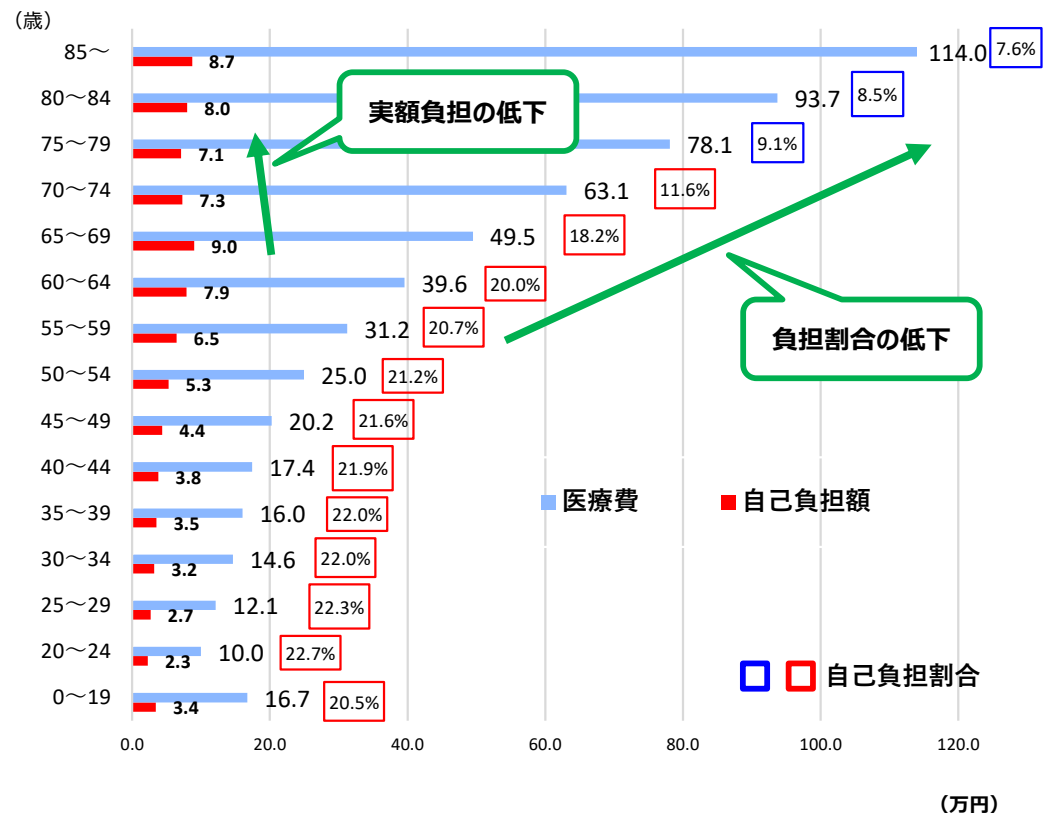
## ◆ 年齢・所得別自己負担割合



(注) 就学前の6歳未満は2割負担

## ◆ 年齢階級別 1 人あたり医療費及び自己負担額

- ✓ 高齢になるほど、1人あたり医療費が大きくなる一方、実際の自己負担額は低く抑えられている。例えば、**70歳以上の自己負担は、医療費水準の低い現役世代と比べ「割合」が大きく低下し、65～69歳との比較では「実額」でも下回る状況**。



(出所) 厚生労働省「第197回医療保険部会資料」を基に財務省において作成。

# 高齢者医療における患者自己負担の在り方③ ～早期に対応すべき優先課題～

- 高齢者医療制度は、年齢や所得水準で細かく線引きされており、70-74歳の方や75歳以上で「一定以上所得」のある方は2割、「現役並み所得」のある方は3割、その他の方は1割の自己負担となっている。**高齢者医療の自己負担の在り方については、「令和8年度中に具体的な制度設計を行い、順次実施する」とされており、その中で「原則3割負担化」の実現に向けた制度改革の工程表を作成すべき。**
- 就業率や医療ニーズの実態を踏まえれば、もはや一律に高齢者扱いすべきでないとも考えられる**70-74歳の方については負担能力に応じた負担とする観点から、原則3割負担とするとともに、高齢者のみに適用される外来特例は廃止とすべき。**そのうえで、**75歳以上の方の負担割合については、「原則3割負担化」を目指す過程で仮に経過的な措置として一定の線引きを残すとしても、現行の線引きをゼロベースで見直すとともに、例えば、新たに75歳以上となった方々の負担割合は74歳までの負担割合のまま維持することとすべき。**
- なお、「現役並み所得」のある75歳以上の医療費には公費負担がない中、制度改革で3割負担の対象が増えることにより、かえって現役世代の負担が増えることのないよう、**改革全体を通じて安定財源を確保し、現役世代の保険料負担が確実に軽減される制度設計とすべき。**

## ◆後期高齢者（75歳以上）の自己負担の割合・金額について（2023年）

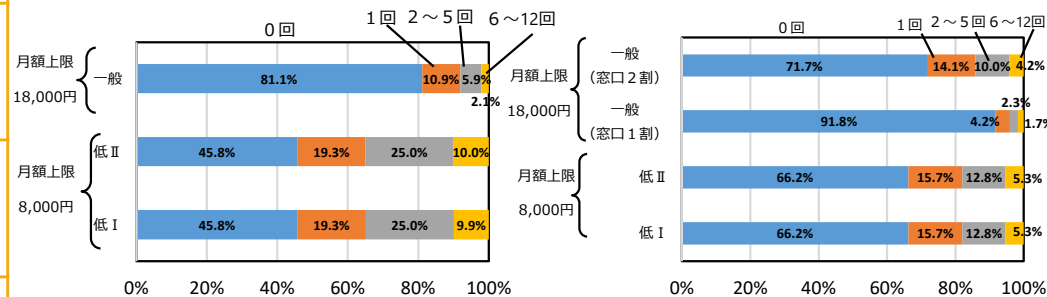
区分／判定基準	負担割合	高額療養費の上限額（世帯ごと）	外来特例（個人ごと）
<b>現役並み所得</b> 課税所得145万円以上かつ 単身：収入383万円以上 複数：収入520万円以上 約142万人（約7%）	3割	収入に応じて月80,100～252,600円 + 1% <多数回該当：44,400円～140,100円>	
<b>一定以上所得</b> 課税所得28万円以上かつ 単身：年金収入＋その他合計所得金額200万円 複数：年金収入＋その他合計所得金額320万円 約388万人（約20%）	2割	月57,600円 <多数回該当：44,400円>	月18,000円／年14.4万円
<b>一般</b> 約601万人（約31%）			月18,000円／年14.4万円
<b>低所得Ⅱ</b> 世帯全員が住民税非課税（年収約80万円超） 約505万人（約26%）	1割	月24,600円	月8,000円
<b>低所得Ⅰ</b> 世帯全員が住民税非課税（年収約80万円未満） 約306万人（16%）		月15,000円	

（出所）厚生労働省「第201回医療保険部会資料」を基に財務省において作成。

※70～74歳の方は2割負担（現役並み所得の場合3割）で、後期高齢者と同様に外来特例の対象。  
 なお、70～74歳のうち現役並所得者は約90万人（約11%）。

## ◆外来特例に該当する患者の割合

- ✓ 外来特例について、月額上限8,000円の方で見ると、70～74歳で半分以上、75歳以上でも1/3が制度を利用。



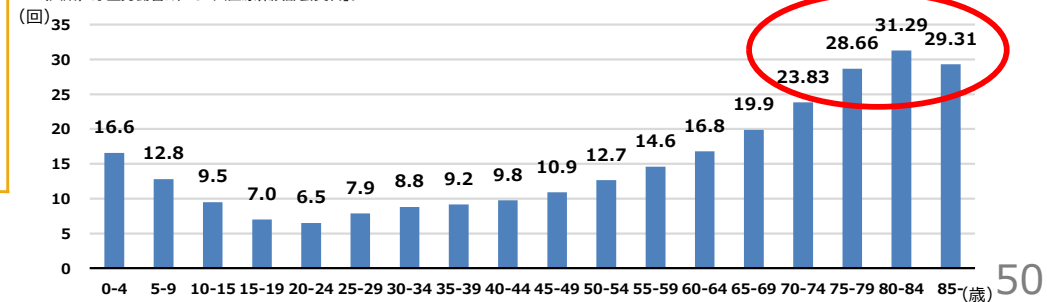
※外来の月額上限に該当する患者の割合は、1年間に1回以上外来特例に該当する者の患者数に占める割合を示している。

## ◆年齢階級別外来受診回数

（出所）厚生労働省「第9回高額療養費制度のあり方に関する専門委員会」資料

- ✓ 70歳以上の外来受診回数は、他の年齢層と比較して高い。

（出所）厚生労働省「第197回医療保険部会資料」。



### 3. 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、令和9年度介護報酬改定に当たり、**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**を実施すべき。

## 介護保険サービスの現状

◆介護費用の推移



◆介護保険料（月額）の推移

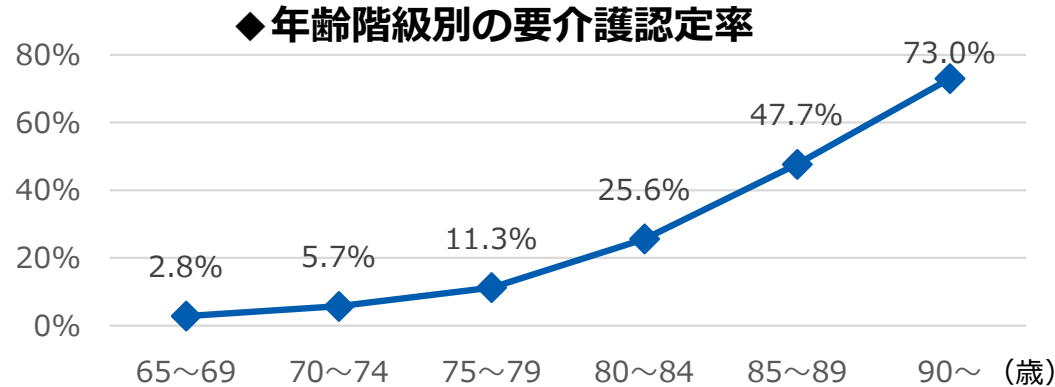
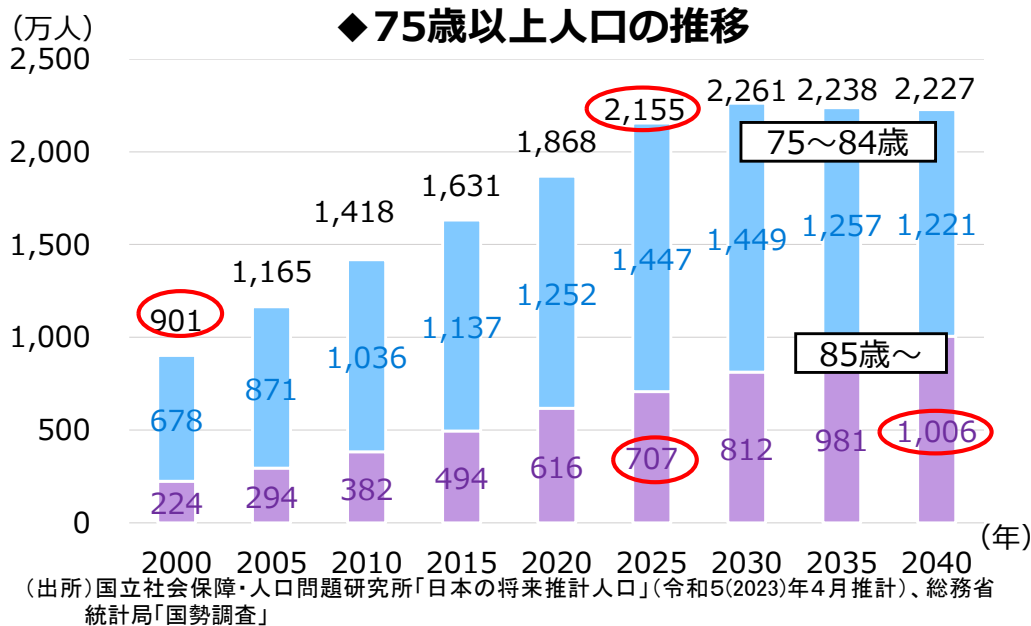


## 今後の主な改革の方向性

- **高齢化・人口減少下での負担の公平化**
  - ・利用者負担の2割負担の範囲拡大
  - ・ケアマネジメントの利用者負担の導入
  - ・補足給付の見直し
  - ・老健施設等の多床室の室料負担の見直し
- **担い手の確保**
  - ・介護分野の職員の処遇改善
  - ・介護現場の生産性向上
- **給付の効率化・適正化**
  - ・住宅型有料老人ホームにおける介護報酬の適正化
  - ・インセンティブ交付金の在り方の見直し
  - ・介護保険事務の広域化・都道府県の役割強化
  - ・軽度者に対する生活援助サービス等の地域支援事業への移行
  - ・人口減少地域におけるサービス提供体制の構築
  - ・保険外サービスの活用

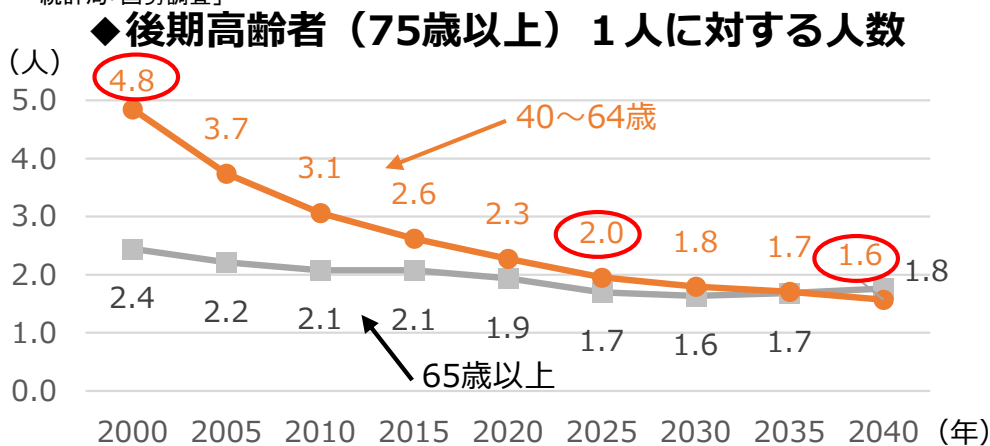
# 介護保険制度改革の必要性①

- 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。

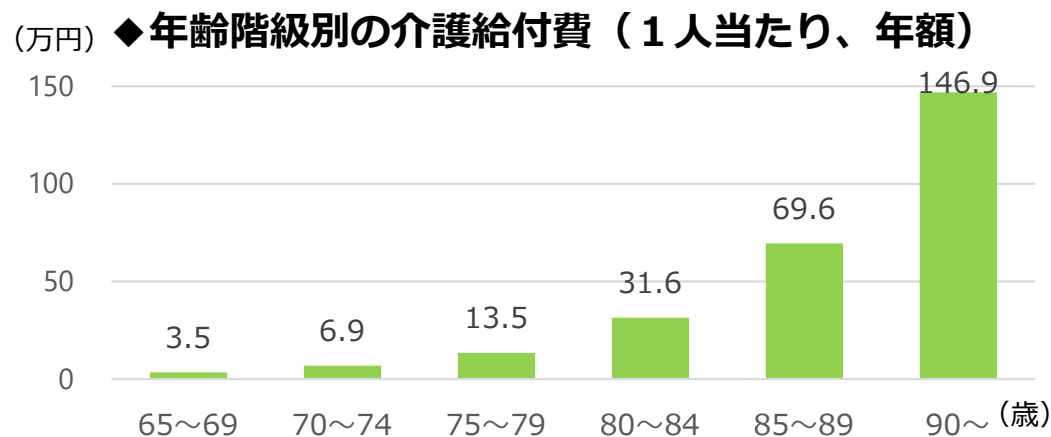


	65歳以上	75歳以上	85歳以上
認定率 (平均)	19.5%	30.8%	58.2%

(出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」(2024年9月末認定者数)、総務省統計局「人口推計」(2024年10月1日人口)



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(令和5(2023)年4月推計)、総務省統計局「国勢調査」



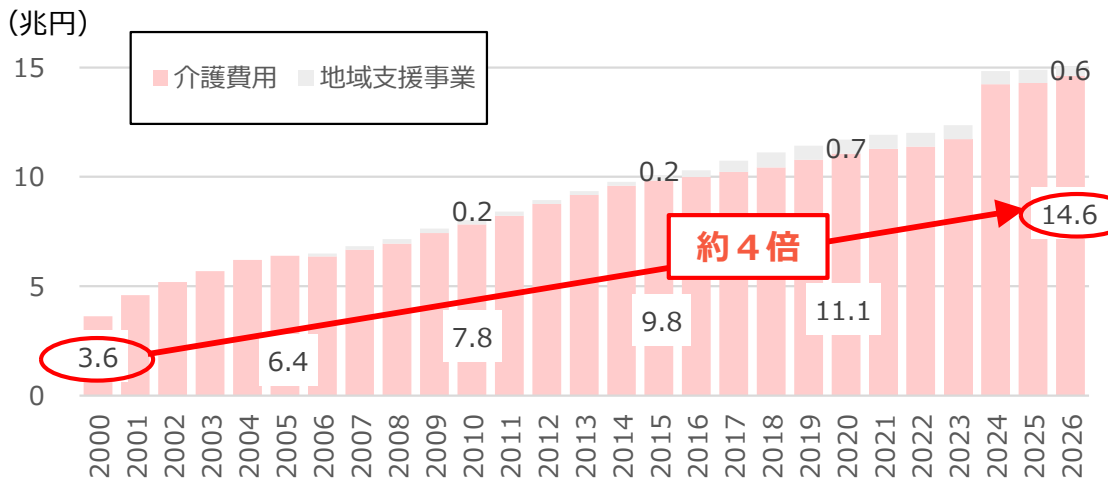
(出所) 厚生労働省「介護給付費等実態統計」(2024年度)、総務省統計局「人口推計」(2024年10月1日人口)

(注) 高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費は含まない。補足給付に係る費用は、サービスごとに年齢階級別受給者数に応じて按分。

# 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。**
- **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、令和9年度介護報酬改定に当たり、高齢化・人口減少下での負担の公平化や、給付の効率化・適正化を実施すべき。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。**

## ◆介護費用の推移



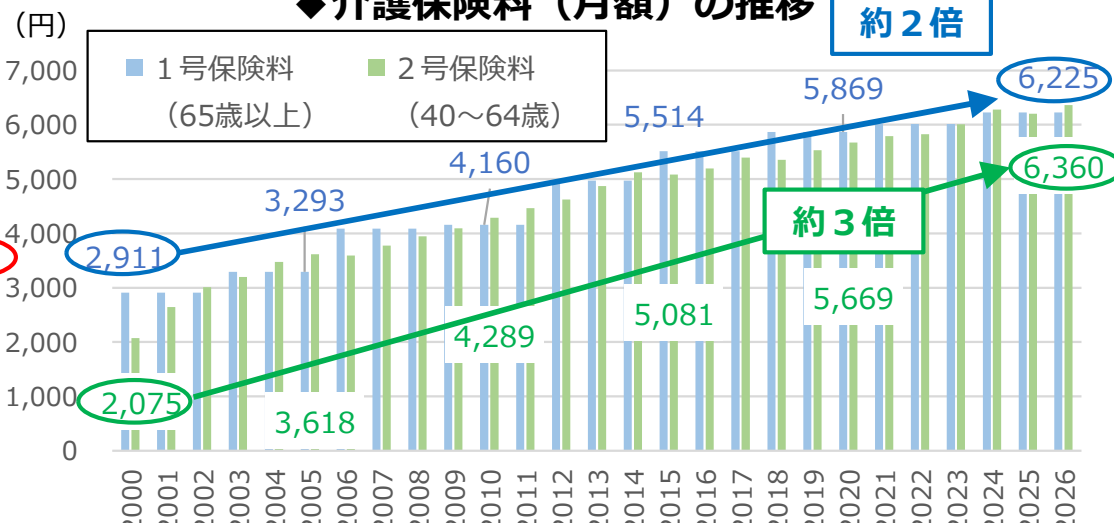
(出所)厚生労働省「介護保険事業状況報告」  
 (注)介護費用の2000～2023年度は実績、2024,2025,2026年度は予算ベース。地域支援事業は予算ベース。

## ◆介護費用・保険料の将来見通し

	2026年度	2040年度
介護費用	14.6兆円	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)	1.62%	2.60%

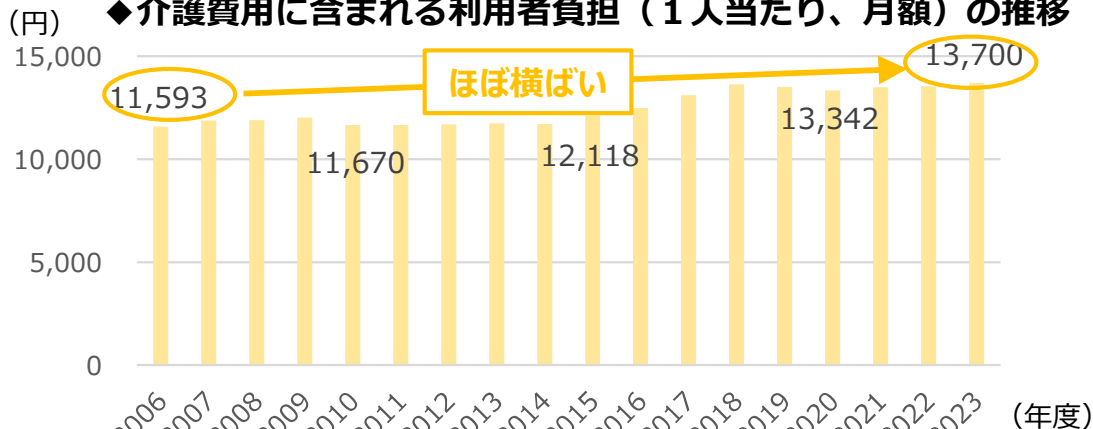
(出所)介護費用の2026年度は予算ベース。2040年度は、「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」(内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 2018年5月21日)の推計値(ベースラインケース、保険料は2018年度賃金換算)。

## ◆介護保険料(月額)の推移



(注)2号保険料には事業主負担等を含む。

## ◆介護費用に含まれる利用者負担(1人当たり、月額)の推移



(出所)利用者数は厚生労働省「介護給付費等実態統計」、自己負担額は厚生労働省「介護保険事業状況報告(年報)」  
 (注)2005年度以前は、介護施設の食費と個室の居住費が介護給付に含まれているため、除外。

# 利用者負担の2割負担の範囲拡大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

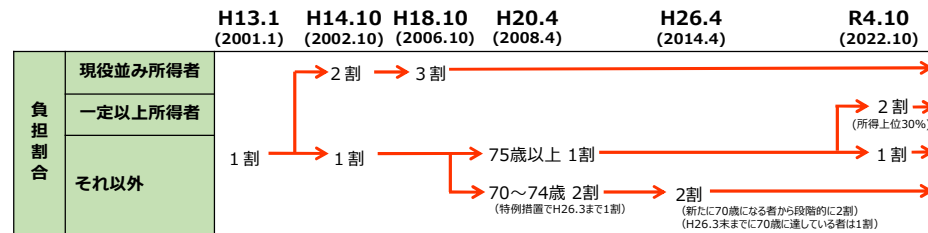
一定所得以上の利用者負担の見直し【平成27年（2015年）8月施行】
・ 保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、制度の持続可能性を高めるため、これまで一律1割に据え置いている利用者負担について、相対的に負担能力のある <b>一定以上の所得の方の自己負担割合を2割とする。</b>
現役世代並みの所得のある者の利用者負担割合の見直し【平成30年（2018年）8月施行】
・ 世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、 <b>2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。</b>

## ◆利用者負担割合の推移

### 介護保険の利用者負担



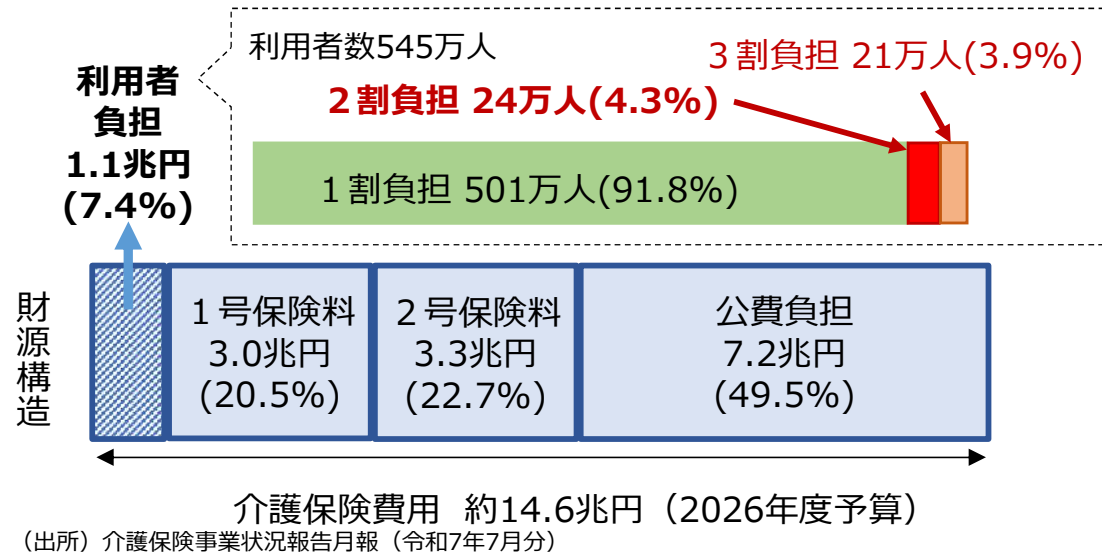
### (参考) 医療保険の患者負担 (70歳以上の高齢者)



## ◆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。

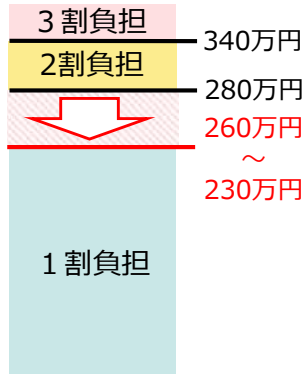
# 利用者負担の2割負担の範囲拡大②

- **利用者負担の2割負担の範囲拡大**については、年収基準を引き下げ、配慮措置について、案1：負担増を当分の間、最大月0.7万円に抑える、案2：預貯金が一定額以下の者は、申請により1割負担に戻す、という案で検討を進めてきた。令和8年度予算の大臣折衝において「令和9年度の前までに結論を得る」とされたことに基づき、**早急に結論を得て実施すべき**。
- 今回の範囲拡大の目安とされた**年金収入230～260万円**という層は、介護サービスの利用者に占める割合としては限定的であり、**現役時代の給与収入が730～870万円**だった、大企業の課長～部長級まで昇進した層に相当し、こうした層は**相応の金融資産を保有していることが多く**、（2号保険料を負担する現役世代と比べても）**一定の負担能力がある**と考えられる。

## ◆ 2割負担の範囲拡大の案（「社会保障審議会介護保険部会」において提示）

### 【引下げ幅】

### 【配慮措置】



**案1：負担増に上限付**  
急激な負担増を抑制するため、新たに2割負担になることによる**負担増を、当分の間、最大月0.7万円**（負担増の最大値2.2万円の約1/3）に抑える。

**案2：預貯金助案**  
利用者の負担能力を所得と資産の両方から判断する観点から、**預貯金が一定額以下の者は申請により1割負担**に戻す。

## ◆ 年金収入と現役時代の平均年収との関係

年金収入	現役時代の平均年収
260万円	870万円
250万円	830万円
240万円	780万円
230万円	730万円

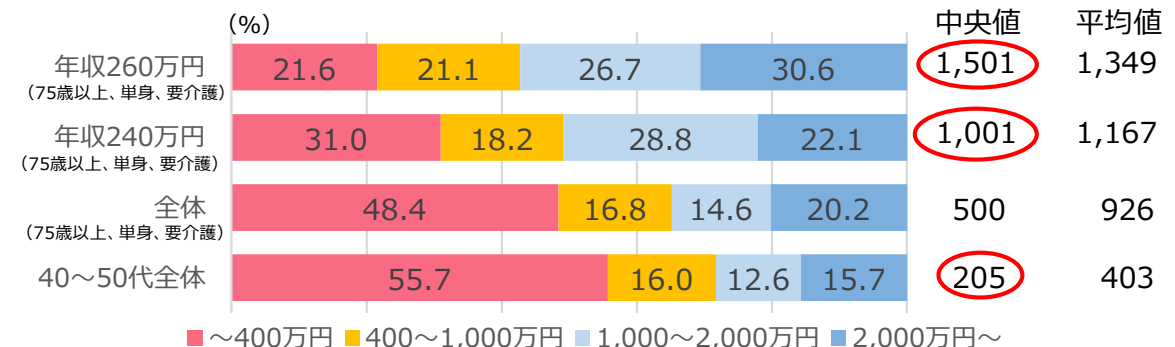
大企業で初任給（300万円）から部長級（1,300万円）まで昇進すると、平均年収は870万円。

大企業で初任給（300万円）から課長級（1,000万円）まで昇進すると、平均年収は710万円。

（出所）厚生労働省「社会保障審議会介護保険部会」（令和7年12月25日）資料を加工

（注）40年間会社員として働き、厚生年金・基礎年金を受給と仮定。年収は厚生労働省「賃金構造基本統計調査」による。

## ◆ 年収別の純金融資産の分布



（出所）厚生労働省「社会保障審議会介護保険部会」（令和7年12月25日）資料を加工

（注）総務省「全国家計構造調査（2019年）」老健局特別集計

## 【2割負担者の増加数等】

年金収入	2割負担者の増加数/利用者に占める割合の変化	
	案1	案2 (単身: 500万円、夫婦2人世帯: 1,500万円の場合)
260万円	+13万人/+2.5%	+8万人/+1.5%
250万円	+21万人/+3.8%	+13万人/+2.4%
240万円	+28万人/+5.2%	+16万人/+2.9%
230万円	+35万人/+6.5%	+19万人/+3.4%

（出所）厚生労働省「社会保障審議会介護保険部会」（令和7年12月25日）資料を加工

## （参考）大臣折衝事項（2025年12月24日）

### 5. 社会保障制度改革の推進 (5) 介護保険制度改革

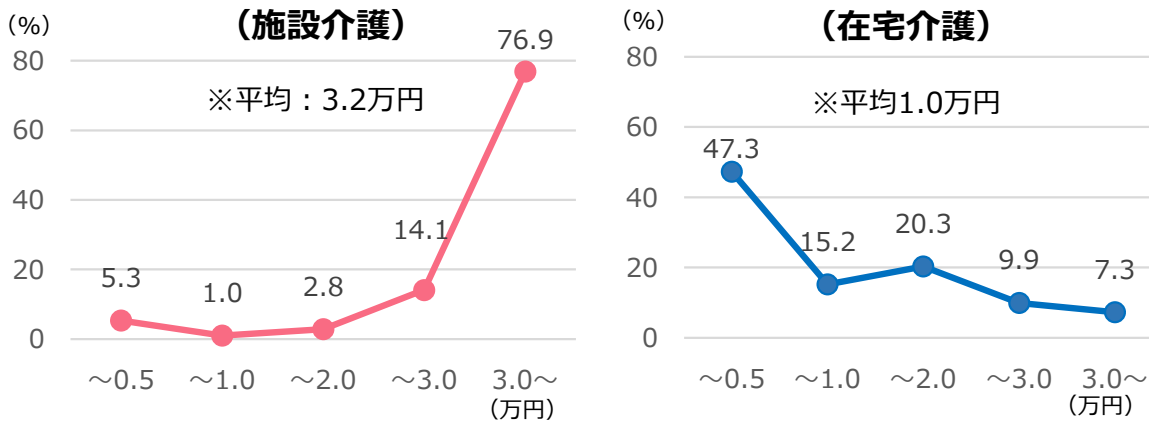
#### ① 利用者負担の「一定以上所得」（2割負担）の判断基準の見直し

能力に応じた負担と、現役世代を含めた保険料負担の上昇を抑える観点から、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検討する必要がある。検討に当たっては、介護サービスは長期間利用されること等を踏まえつつ、高齢者の方々が必要なサービスを受けられるよう、高齢者の生活実態や生活への影響等に加えて、令和8年度に見込まれる医療保険制度における給付と負担の見直し、現在補足給付について行われている預貯金等の把握に係る事務の状況等を踏まえ、**第10期介護保険事業計画期間の開始（令和9年度～）の前までに、結論を得る。**

# 利用者負担の2割負担の範囲拡大③

- 新たに2割負担になる際の負担増に関して、介護保険には、**高額介護サービス費**という、利用者負担額が上限（4.4万円/月）を超えた場合、超えた分を払い戻しする制度があるため、相対的に利用者負担が大きい施設介護の利用者（利用者負担は平均3.2万円/月）については、負担額が上限に達し、**負担増額が抑えられる**（負担増額は平均1.2万円/月）ことに留意が必要。
- 医療保険と合わせた負担に関しては、**高額医療介護合算サービス費**という、医療・介護の利用者負担額が上限（56万円/年。月換算で4.7万円）を超えた場合、超えた分を払い戻しする制度があるため、負担額が高額介護サービス費の上限（4.4万円/月）に達しているような利用者については、追加で負担する医療保険の負担額は限定的であり、外来特例の見直し等の**医療保険の給付と負担の見直しと合わせても、過度な負担増にはならない**と考えられる。
- 利用控えに対する懸念に関しては、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。

## ◆サービス類型別の利用者負担額（月額）の分布



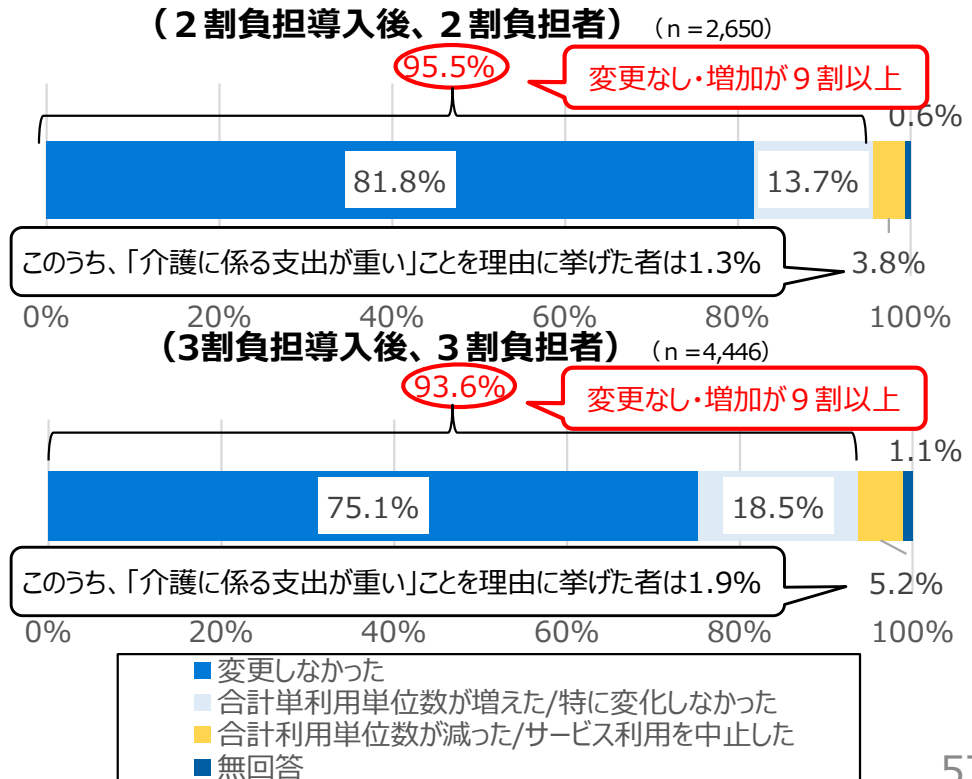
(出所) 厚生労働省「社会保障審議会介護保険部会」(令和7年12月25日) 資料を加工

(注) 介護DB特別集計(2025年7月データ)により作成

## ◆高額介護サービス費・高額医療介護合算サービス費の概要

	高額介護サービス費	高額医療介護合算サービス費
概要	介護保険の利用者負担額（月毎）が上限を超えた場合、申請により超えた分を払い戻し。	医療保険と介護保険の利用者負担額（年毎）が上限を超えた場合、申請により超えた分を払い戻し。
負担上限額（世帯単位）	4.4万円/月	56万円/年 (月換算で4.7万円/月)

## ◆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)



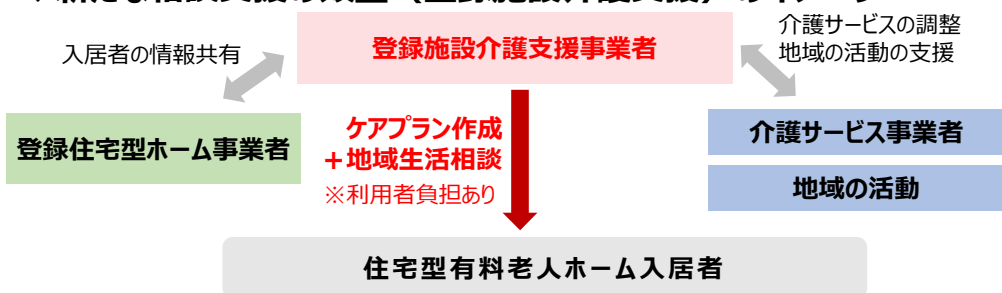
(出所) 平成29年度老人保健健康増進等事業、平成30年度老人保健健康増進等事業

# ケアマネジメントの利用者負担と給付の在り方

- ケアマネジメントについては、利用者負担を求めてこなかったが、登録制の対象となる**住宅型有料老人ホームの入居者に係る新たな相談支援の類型**を設けた上で、**利用者負担を導入**することとしている（今国会に提出している「社会福祉法等の一部を改正する法律案」に規定）。**住宅型有料老人ホーム**については、ケアマネジメントの利用者負担の導入に関する、**施設介護と在宅介護との不均衡**や、**ケアマネジメントの役割軽視**が、特に問題となっており、**確実に利用者負担を導入**すべき。
- 介護報酬は、**利用者の要介護度が進むにつれて報酬が高くなる構造**（注）だが、利用者のwell-beingや給付費抑制の観点からは、本来、**要介護状態からの自立や、要介護度の改善を促進する構造**にすべき。**ケアマネジメントの報酬における自立・要介護度改善へのインセンティブ付け**を検討すべき。

（注）例えば、ケアマネジメントの労働投入時間は、要支援1に対して要介護5は1.4倍だが、基本報酬は3.0倍となっている。

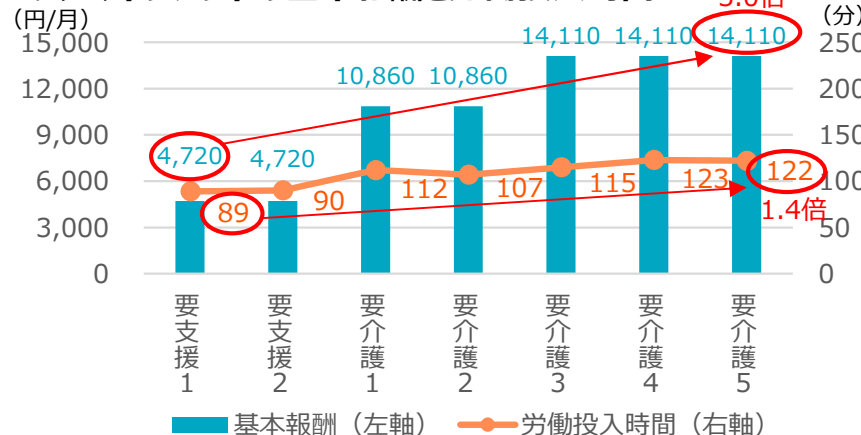
## ◆新たな相談支援の類型（登録施設介護支援）のイメージ



## ◆ケアマネジメントの利用者負担の導入に関する主な論点

施設介護と在宅介護との不均衡	特養等の介護施設においては、ケアプラン作成の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、 <b>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。</b> ※住宅型有料老人ホームにおける介護は、実態上、施設介護に近いため、 <b>不均衡が特に問題</b> となる。
ケアマネジメントの役割軽視	利用者負担がないことで、ケアマネジメントの <b>意義が利用者に認識されず、ケアマネジメントが本来果たすべき役割が軽視</b> されており、「事業者と利用者でサービスを決めて、プラン作成だけ依頼された」といったケースが確認されている。 ※住宅型有料老人ホームにおいては、「同一ホーム内の利用者の <b>ケアプランが画一的、限度額いっぱいまでサービスを設定したプランが多い</b> 」といった、 <b>特に問題があるケース</b> が確認されている。
利用者負担なしの経緯	ケアマネジメントという新しいサービスの導入に当たって、積極的に利用されるよう、 <b>制度創設時に特に利用者負担なし</b> となった。導入から25年が経ち、 <b>ケアマネジメントのサービス利用は定着</b> している。

## ◆ケアマネジメントの基本報酬と労働投入時間



（出所）厚生労働省「居宅介護支援及び介護予防支援における令和3年度介護報酬改定の影響に関する業務実態の調査研究事業報告書」（2023年3月）

（参考）大臣折衝事項（2025年12月24日）

### 5. 社会保障制度改革の推進 (5) 介護保険制度改革

#### ② ケアマネジメントの利用者負担の導入

ケアマネジメントについては、他の介護サービスとは異なり、利用者負担を求めてこなかったが、ケアプラン作成を含めて利用者負担を求めている介護付き有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護）等との均衡等の観点から、住宅型有料老人ホームの入居者に係る新たな相談支援の類型を設けた上で、利用者負担を導入する。

# 補足給付の見直し

- 介護施設に入居する低所得者の食費・居住費を軽減する仕組みである「補足給付」については、2005年にそれまで介護給付とされてきた**食費・居住費が給付の対象外**となったところ、介護施設に低所得者が多くいることを踏まえ、**経過的に設けられたもの**。その後、預貯金要件の追加や、所得区分の設定の精緻化など、累次の見直しが実施されてきた。令和8・9年度においても、所得区分の設定の精緻化と負担限度額のバランスをとる措置を実施する。
- **在宅で暮らす介護サービス利用者は、食費・居住費を全額自己負担**していることを踏まえると、補足給付は**公平性を欠く制度**といえる。また、介護給付の対象外となった食費・居住費を軽減するという、低所得者対策としての側面が強い施策を、介護保険財源で実施し続けることは合理性を欠いており、引き続き**見直しを実施**すべき。

## ◆補足給付の概要

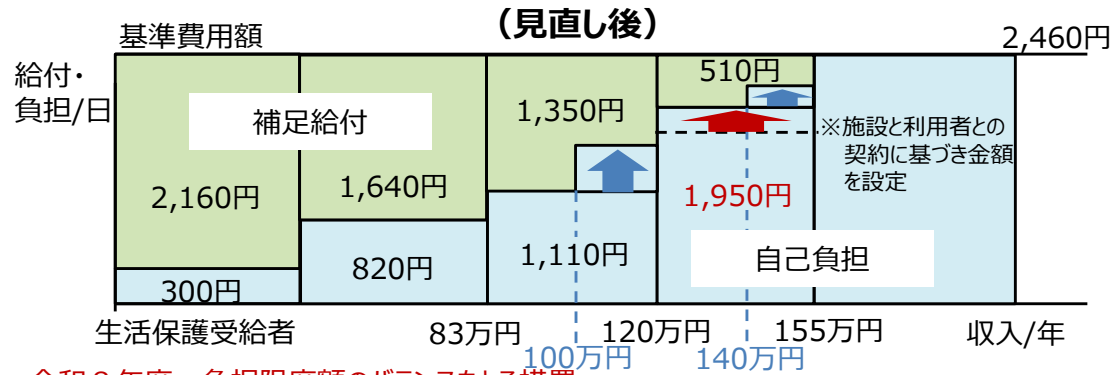
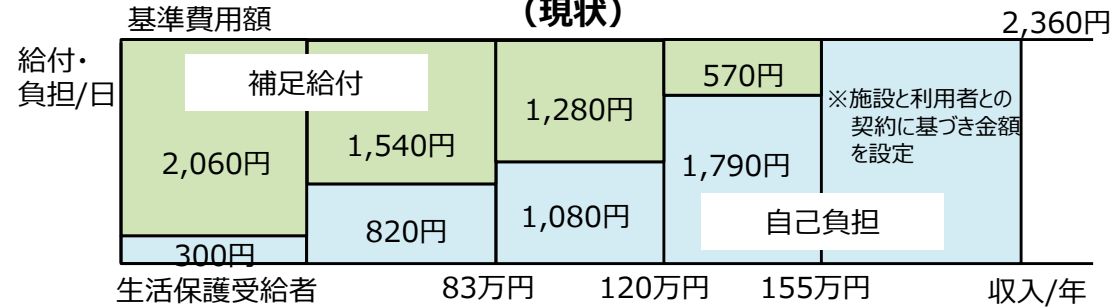
概要	介護施設の入居者の <b>食費・居住費</b> （原則自己負担）を、 <b>低所得者</b> について、 <b>年金収入や所得、預貯金等に応じて軽減</b> する仕組み。
仕組み	標準的な費用として設定した <b>基準費用額</b> と、 <b>年金収入や所得、預貯金等</b> に応じて設定された <b>負担限度額との差額</b> を給付。
認定者数	87.4万人（生保：7.7万人～83万円：24.7万人 ～120万円：18.9万人～155万円：36.2万人）
給付費	2,387億円（食費：1,282億円、居住費：1,104億円）

（出所）令和5年度介護保険事業状況報告年報

## ◆補足給付のこれまでの経緯

2005年（平成17年）施行	介護給付に含まれていた <b>介護施設の入居者の食費・居住費</b> を、在宅との公平性の観点から <b>給付の対象外</b> とした。あわせて、介護施設に低所得者が多くいることを踏まえ、 <b>経過的な措置</b> として、 <b>補足給付</b> を設ける。
2015年（平成27年）施行	在宅との公平性の観点から、 <b>一定額超の預貯金等</b> （単身：1,000万円、夫婦：2,000万円） <b>がある場合は対象外</b> 、非課税年金（遺族年金・障害年金）等を勘案する見直し。
2021年（令和3年）施行	能力に応じた負担の観点から、 <b>所得区分の設定を精緻化</b> （83～155万円の区分を2つに分割）、預貯金要件について所得区分ごとに設定（単身：500～1,000万円、夫婦：1,500～2,000万円）する見直し。

## ◆補足給付の見直し（特養・多床室の場合）



令和8年度：負担限度額のバランスをとる措置

※別途、食費の上昇を踏まえて基準費用額を100円引上げ（自己負担は据え置きや30～60円引上げ）

令和9年度：所得区分の設定を精緻化・負担限度額のバランスをとる措置

（参考）大臣折衝事項（2025年12月24日）

5. 社会保障制度改革の推進 （5）介護保険制度改革

### ③ 補足給付の見直し

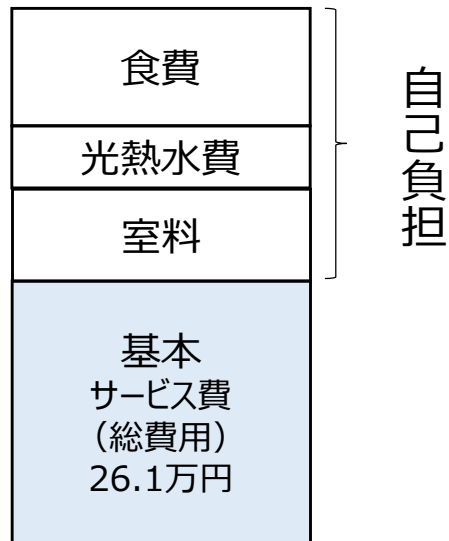
補足給付について、能力に応じた負担の観点から、所得区分の設定の精緻化を行うとともに、区分間の利用者の負担限度額のバランスをとる措置を講じる。具体的には、令和8年8月から、年金収入等120万円超の所得区分の居住費の負担限度額を月0.3万円引き上げる。令和9年度中に、所得区分の設定を精緻化し、年金収入等100万円超120万円以下及び140万円超の所得区分について、負担限度額の見直しを行う。

# 老健施設等の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）

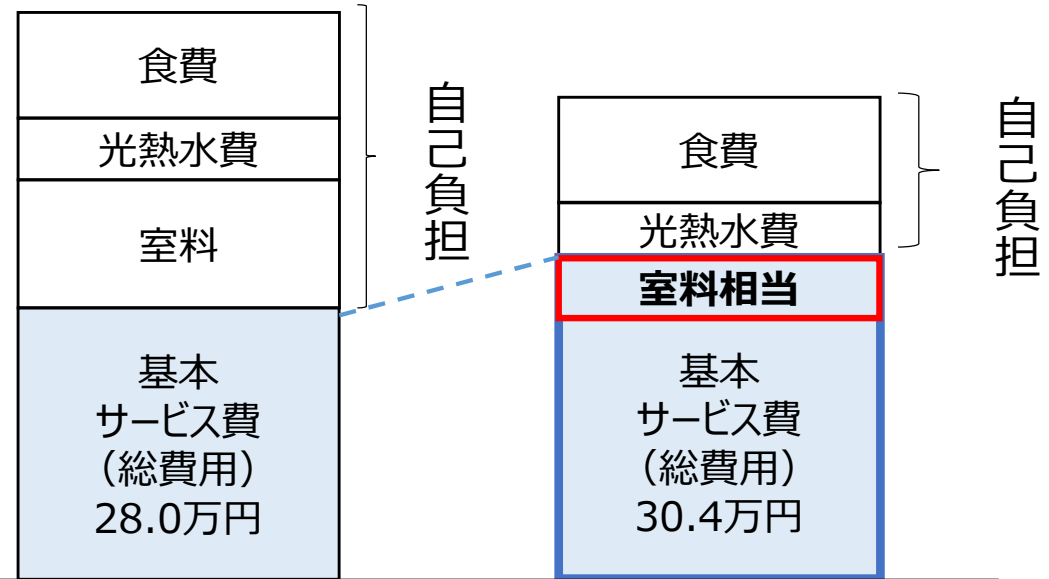
特養は2015年度改定で多床室の室料をサービス費から除外し、個室と多床室の報酬水準は同額。



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】

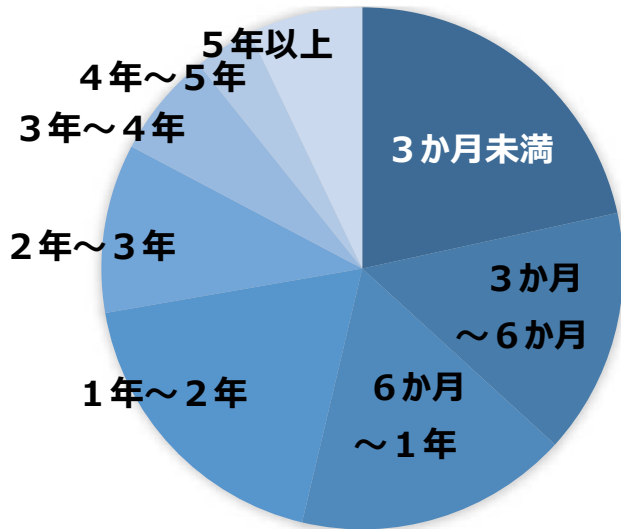
- **一部の老健施設・介護医療院**の多床室について、新たに室料負担を導入（月額8千円相当）
  - ・ 老健施設の**約6%**（「その他型」及び「療養型」のみ）、介護医療院の**約32%**（「II型」のみ）と対象は限定的
  - ・ さらに、いずれも面積要件あり（**8㎡/人以上**に限られる）

⇒ **更なる見直しが必要**

# 老健施設等の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。
- 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する観点から、**介護老人保健施設・介護医療院のうち、2024年度介護報酬改定において室料負担の導入が見送られた類型**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実施**することが考えられる。

## ◆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）

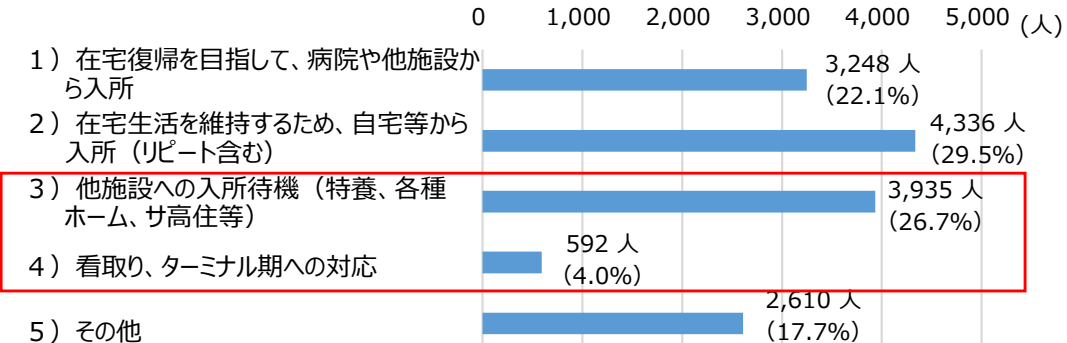


- 3か月を超えて入所している利用者：79%
- 6か月を超えて入所している利用者：63%
- 1年を超えて入所している利用者：47%

（出所）厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査（2019年、2022年）」

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

## ◆介護老人保健施設の入所サービス利用者の利用目的



（出所）全国老人保健施設協会「介護老人保健施設における多職種連携を通じた在宅復帰・在宅支援等に関する調査研究事業 報告書」（2022年3月）

## ◆長期入所者における退所の困難理由（在宅強化型）

- 認知度が重度である：20.6%
- 自宅等では療養困難な医療処置を必要とする：7.3%
- 自宅等では療養困難な精神疾患を有する：1.6%
- **特養の入所待ちをしている：38.1%**
- 在宅生活を支える介護サービスが乏しい：5.1%
- **家族の希望：25.0%**
- その他：6.7%

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

（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）

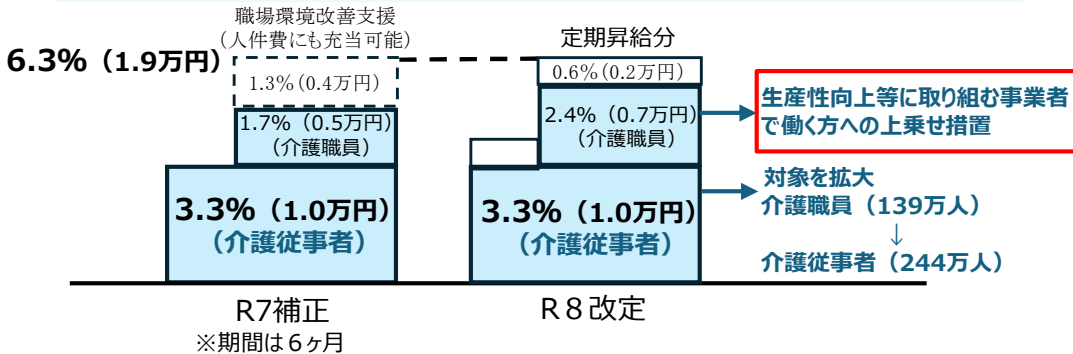
「令和6年度介護報酬改定で決定した、一部の介護老人保健施設及び介護医療院の多床室の室料負担の見直しを着実に実施する。その上で、引き続き、在宅との負担の公平性、各施設の機能や利用実態等を踏まえ、更なる見直しを含め必要な検討を行う。」

# 令和9年度介護報酬改定に向けて

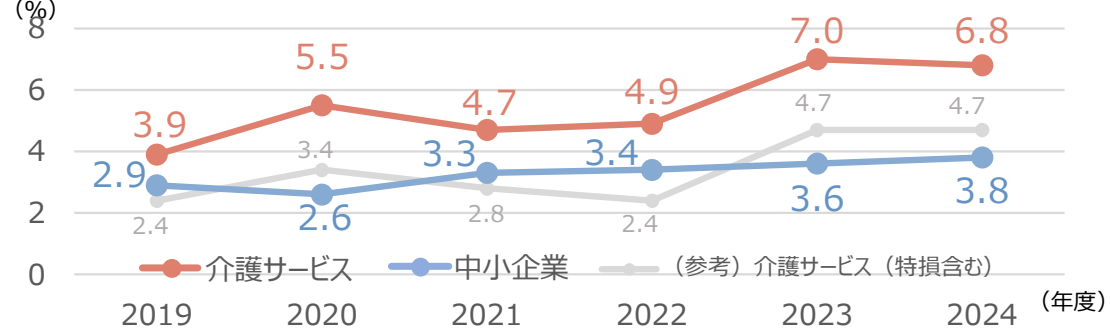
- 令和9年度介護報酬改定において、賃金・物価動向の変化に的確に対応する必要がある。
- 賃金に関しては、令和9年度の定例改定を待たず、令和8年度に期中改定を行い、介護現場の生産性向上を促進しつつ、介護分野の職員の処遇改善を実施する措置を講じた。介護人材の確保と、保険料負担の抑制の両立に向けて、介護報酬による賃上げのみならず、介護現場が生産性向上に取り組み、対応可能な利用者が増え、収益が増加することで、職員の賃上げと、さらなる生産性向上投資につながる、という好循環を実現することが重要。
- 介護サービスの利益率については、足元で、物価上昇の影響がある中でも、過去や他産業と比較して高い水準にあり、かつ、サービス類型ごとに大きな差がある状況。令和9年度改定においては、サービス類型や、サービス提供の実態に応じて、介護報酬を適正化する必要。

## ◆令和8年度介護報酬改定の概要

- ・ 介護従事者を対象に、幅広く月1.0万円（3.3%）の賃上げが実現する措置
- ・ 生産性向上等に取り組む事業者の介護職員を対象に、月0.7万円（2.4%）の上乗せ措置
- ※ 合計で、介護職員について最大月1.9万円（6.3%）の賃上げ（定期昇給0.2万円込み）が実現する措置

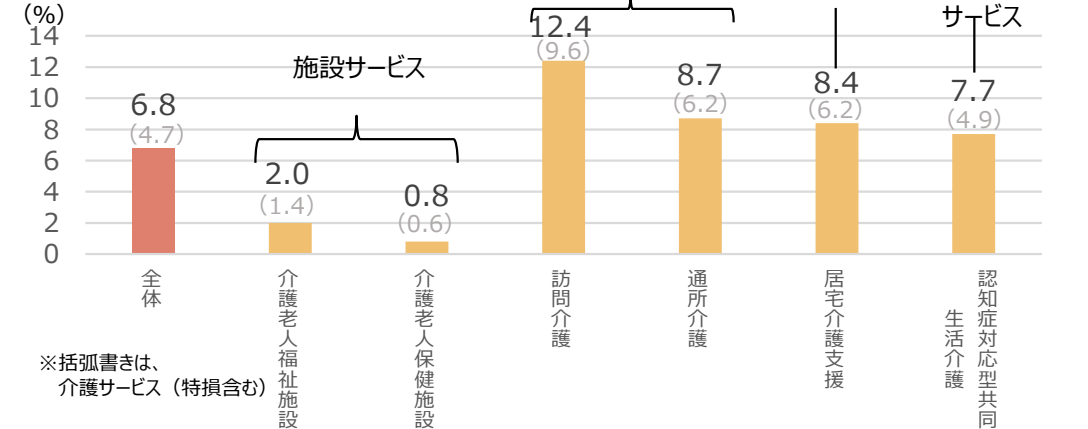


## ◆介護サービス事業所・中小企業の利益率の推移



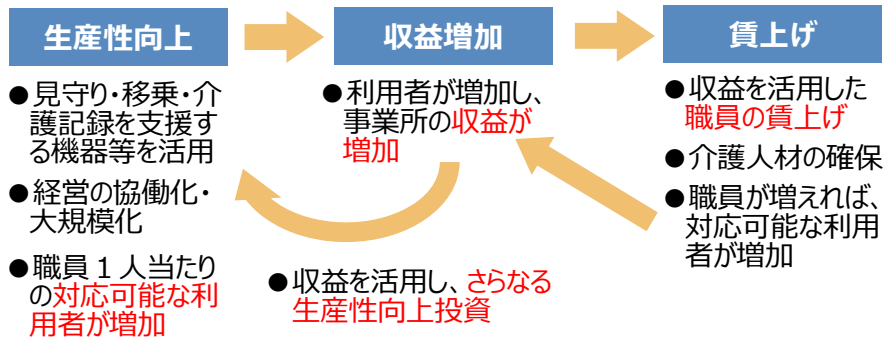
(出所) 厚生労働省「介護事業経営実態調査」「介護事業経営概況調査」、財務省「法人企業統計」  
 (注) 介護サービスの計数は、税引き前収支差率（コロナ補助金・物価高騰対策関連補助金を含む、特別損失を除く）。  
 中小企業の計数は、売上高経常利益率（金融保険業、純粹持株会社を除く）。  
 介護サービス（特損含む）の計数は、税引き前収支差率（コロナ補助金・物価高騰対策関連補助金を除き、特別損失を含む）。

## ◆介護サービス類型ごとの収支差率



(出所) 厚生労働省「令和7年度介護事業経営概況調査」  
 (注) 介護サービスの計数は、税引き前収支差率（コロナ補助金・物価高騰対策関連補助金を含む、特別損失を除く）。  
 介護サービス（特損含む）の計数は、税引き前収支差率（コロナ補助金・物価高騰対策関連補助金を除き、特別損失を含む）。

## ◆生産性向上と賃上げの好循環のイメージ



# 介護現場の生産性向上（経営の協働化・大規模化）

- 介護現場の生産性向上に向けては、事業所ごとの介護テクノロジーの導入（前回の財審で詳述）に加えて、**事業所間のデータ連携**により、ケアプランのやりとりをオンラインで完結する仕組みである「**ケアプランデータ連携システム**」の導入や、複数の社会福祉法人が参画し、各法人の自主性を保ちながら経営を協働化する「**社会福祉連携推進法人**」の設立等による**経営の協働化・大規模化**を推進していくべき。
- こうした観点から、R7補正・R8改定における**介護職員の賃上げの上乗せ措置**について、訪問・通所系サービスでは、「ケアプランデータ連携システム」の導入か、「社会福祉連携推進法人」への所属が**要件**とされたところ。（注）このことを受けて、「ケアプランデータ連携システム」の導入割合が足元で**顕著に上昇**しており、**職員の賃金の部分で生産性向上の取組をインセンティブ付け**ることが効果的であることが示唆される。R9改定では、こうした取組の効果を踏まえて、**さらなる生産性向上**につながるよう、例えば、訪問・通所系サービスについて、介護記録ソフトなどの介護テクノロジーの導入も要件に追加するなど、**要件の在り方を検討**すべき。

（注）施設系サービスについては、介護テクノロジーの導入等が要件となっている「生産性向上推進体制加算」の取得か、「社会福祉連携推進法人」への所属が要件とされた。

## ◆ケアプランデータ連携システムについて

【概要】事業所間のケアプランのやりとりをオンラインで完結する仕組み。

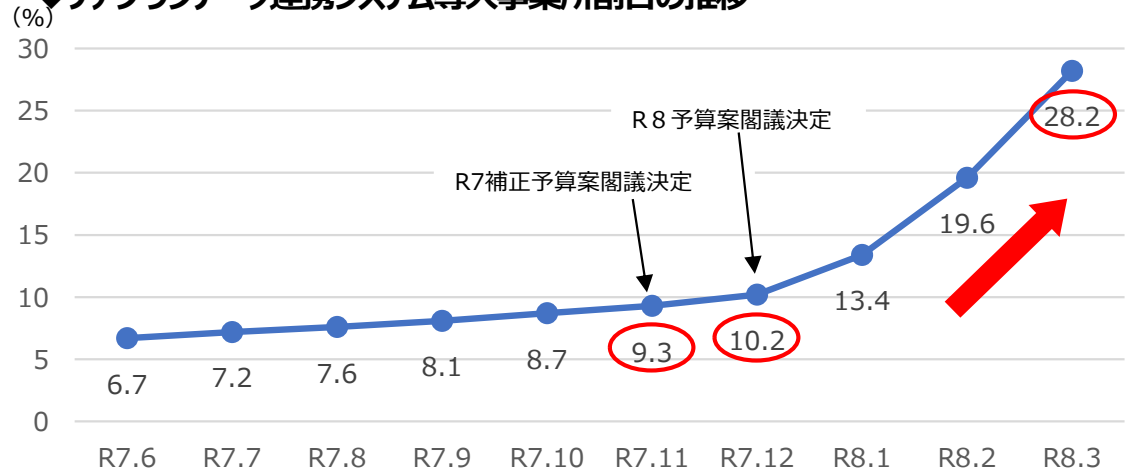


【メリット】

- ・ケアプランの**印刷・郵送が不要**となる。
- ・介護ソフトとの連携により、**ケアプランの転記が不要**となる。
- ⇒ケアプランデータ連携システムの導入により、ケアプランに関する**事務作業時間が3分の1に削減**（事業所ごと、52.4時間/月→18.1時間/月）

（出所）厚生労働省「介護分野の生産性向上に向けたICTの更なる活用に関する調査研究」（2021年3月）

## ◆ケアプランデータ連携システム導入事業所割合の推移



（注）上記の数値は、ケアプランデータ連携システムの対象事業所に占める、有効なライセンスを所有する事業者の割合。

## ◆社会福祉連携推進法人について

【概要】

- ・2以上の社会福祉法人等が参画して設立。
- ・連携推進法人は、個々の社会福祉法人等に対して、**事務処理代行、物資の一括調達、人材確保支援**等の業務を実施。
- ・同じ目的意識を持つ社会福祉法人等が、個々の**自主性を保ちながら連携し、規模の大きさを活かした法人運営が可能**となる。
- ・令和4年4月より認定が開始され、令和8年4月現在、**38法人**が認定。

【所在地】

※社会福祉連携推進法人が所在する都道府県



（注）青色は都道府県所轄、水色は市所轄

【メリット】

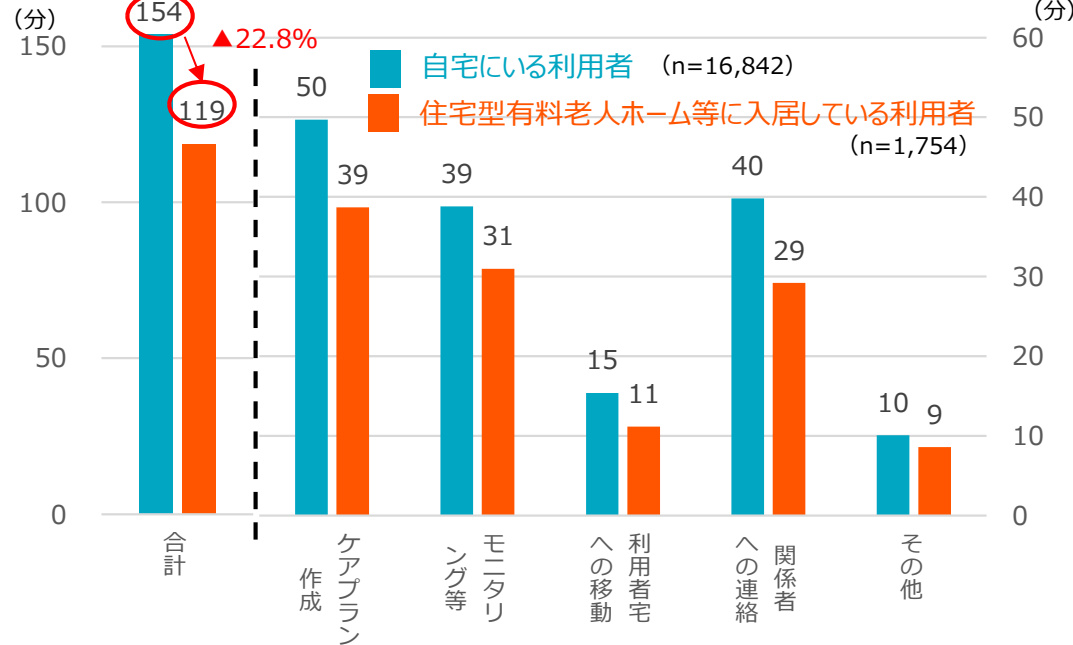
- ・連携推進法人が、介護保険サービスの**請求代行**や、**備品の一括購入**を実施することで、**事務負担や経費の削減効果**が生じている。
- ・複数法人が**合同で採用活動や研修**を実施することで、**人材の確保・育成業務においてスケールメリット**が生じている。
- ・小規模な社会福祉法人においては、**経理や労務の業務**について人材・ノウハウが不足しており、連携により、**人材・ノウハウが共有**され、法人の**経営改善・事業継続**につながっている。

（出所）PwCコンサルティング合同会社「社会福祉連携推進法人制度の活用の促進等に関する調査研究事業」（2023・2024年度版） **63**

# 住宅型有料老人ホームにおける介護報酬の適正化

- 住宅型有料老人ホームにおいては、併設しているケアマネジメントや訪問介護の事業所によるサービス提供が行われるケースが多く、点在する利用者宅に個別に訪問する場合と比べて、一カ所で集中的にサービス提供ができるため、**移動時間をはじめ、利用者1人当たりの労働投入時間が少ない。**
- 事業所と同一敷地内に居住する利用者にサービス提供する場合、「同一建物減算」が適用されるが、減算率は限定的（注）であり、**住宅型有料老人ホームでサービスを提供する事業者は、利用者宅に訪問する事業者に比して、対労働投入時間で多く介護報酬を得ており、収支差率も良い傾向にある。**（注）同一建物減算の減算率は、ケアマネジメントは▲5%、訪問介護は▲10~15%。
- 令和9年度介護報酬改定において、**住宅型有料老人ホームにおいて提供されるケアマネジメント（新たな相談類型）・訪問介護**について、点在する利用者宅に個別に訪問する場合との、サービス提供の実態の違い等を踏まえて、**介護報酬を適正化すべき。**

## ◆ケアマネジメントの労働投入時間（利用者1人あたり、1ヶ月間）



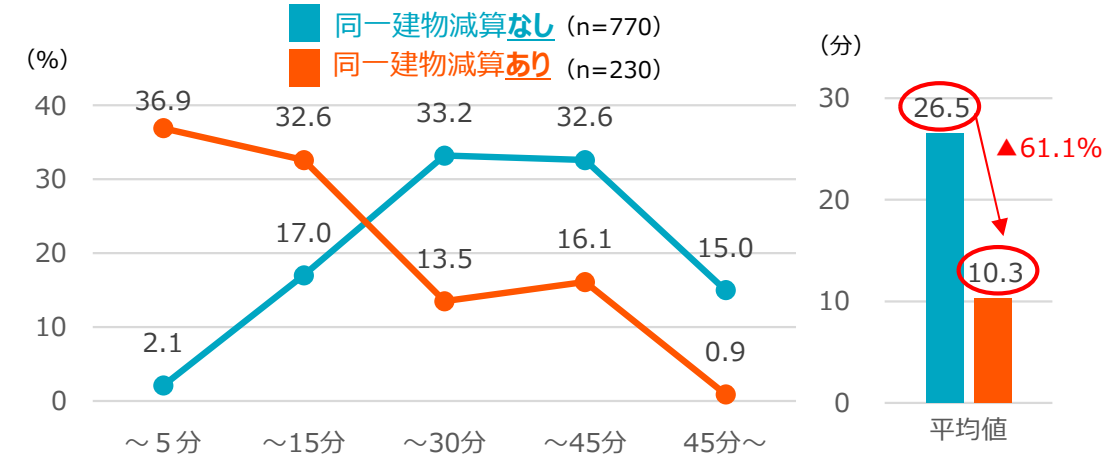
（出所）（株）三菱総合研究所「居宅介護支援事業所における介護支援専門員等の業務実態に関する調査研究事業」（2026年）

## ◆ケアマネジメント事業所の収支差率

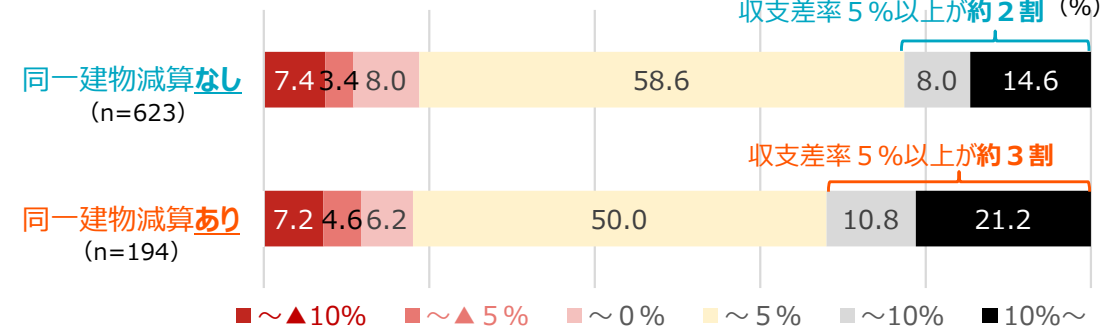
	全体	同一建物減算なし (n=420)	同一建物減算あり (n=87)
収支差率	6.2%	6.1%	6.9%

（出所）厚生労働省「令和7年度介護事業経営概況調査」より作成

## ◆訪問介護に要する移動時間の分布と平均値（訪問1回あたり）



## ◆訪問介護事業所の収支差率の分布



（出所）厚生労働省「地域の実情や事業所規模等を踏まえた持続的サービス提供の在り方に関する調査研究事業」（2025年4月）

（注）無回答を除いた集計。移動時間の平均値は加重平均で算出。

# インセンティブ交付金の在り方の見直し

- **インセンティブ交付金**（保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金）は、市町村・都道府県の、平均要介護度の変化等のアウトカム指標等に応じて交付する、介護予防等の事業に活用できる交付金である。
- **平均要介護度の変化等**は、**地域ごとの人口構造等の変化**による部分も大きく、**自治体の取組により改善するかは不透明**であり、改善するとしても**一定の期間を要する**と考えられる。したがって、自治体が、交付額を増やすために介護予防に取り組むという**インセンティブ構造が機能していない**のではないか。
- また、インセンティブ交付金は、**毎年交付額が異なるため、自治体にとって安定的な財源と見なすことができず**、事業の拡充や新規事業にはほとんど活用されずに、その8割以上が**第1号保険料の削減のために活用**されており、交付金により介護予防に取り組むという好循環が生まれていない。
- したがって、**インセンティブ交付金は縮小の上**、自治体独自の取組を促進する役割を果たしている保険者機能強化推進交付金の「**成果指向型配分枠**」に重点化するなど、効果的な介護予防の推進と、保険者機能の発揮に資する**見直しを実施**すべき。

## ◆インセンティブ交付金の概要

	保険者機能強化推進交付金 (平成30年度～)	介護保険保険者努力支援交付金 (令和2年度～)
概要	市町村・都道府県の、平均要介護度の変化等のアウトカム指標や、介護予防等の取組状況に関する指標の得点に応じて、介護予防等の事業に活用できる交付金を交付。	
財源	一般財源（R8予算：95億円）	消費税財源（R8予算：200億円）

## ◆交付金の配分の基準となる指標について

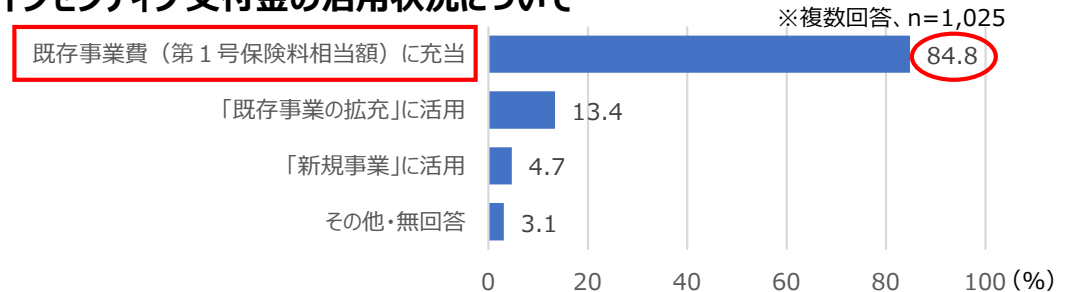
### 【アウトカム指標の例】

- 以下について、全保険者における位置（上位7割、5割、3割、1割）に応じて配点
- ・ 軽度者（要介護1・2）・中重度者（要介護3～5）の**平均要介護度の変化率**（短期：2023→2024年、長期：2020→2024年）
  - ・ **要介護2以上の認定率**（2024年）とその**変化率**（2023→2024年）等

### 【自治体へのアンケート調査で得られた意見】

- ・ 自治体が取組を行って**すぐ成果として表れるものではない**。
- ・ **地域の特性**で指標が良くなっているのか、**自治体の取組**で指標が良くなっているのか、**判別が難しい**。

## ◆インセンティブ交付金の活用状況について



### 【自治体へのアンケート調査で得られた意見】

- ・ 毎年度、交付額が異なるため、**安定的な財源になりえない**。
- ・ 人員不足により、新規事業や事業の拡充まで手が回らない。

## ◆成果指向型配分枠について

	成果指向型配分枠（保険者機能強化推進交付金の一部）（令和7年度～）
概要	市町村・都道府県が、自ら成果目標を設定し、その成果を達成するための独自の介護予防の取組を行う自治体に交付金を交付（R8予算：7億円）。
施策例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者に社会参加促進プログラムを提供する民間企業に対して、第三者評価機関による評価に応じて、自治体が報酬を支払う取組。介護給付費の抑制につながったと公表。（愛知県豊田市）</li> <li>・ 自立支援の強化に向けて、市町村が行う短期集中予防サービスや通いの場の充実の伴走支援や、リハ専門職の研修を実施。ベテラン専門職の視点・判断等をシステム化し、地域包括支援センターにおける介護予防ケアマネジメント業務に活用。（大分県）</li> </ul>

# 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、**介護給付費の適正化**のための**専門知識を有する人材が不足**、**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、介護保険の財政運営について、**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を解決するために、後期高齢者医療制度や国民健康保険制度における取組も踏まえつつ、**介護保険事務の広域化**や、介護サービス提供体制整備や介護保険の財政運営に対する**都道府県の役割強化**を進めるべきであり、さらに、**都道府県が、介護保険の財政運営の責任主体**となることについて、検討していく必要。

## ◆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。

### ○介護給付費の適正化（ケアプラン点検等）

- ・ 介護給付費の適正化のための**専門知識を有する人材が不足**。
- ⇒ 広域で取り組むことで、**人材の確保が可能**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**。

（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

## ◆事務の広域化・都道府県の役割強化の例

### ○後期高齢者医療制度

- ・ **都道府県**の区域ごとに全市町村が加入する**広域連合**の設置を義務付け（H18改正）。
- ⇒ 広域連合において保険料の徴収や医療給付を実施。

### ○国民健康保険制度

- ・ **都道府県**単位で**連合会**を設立。
- ⇒ 連合会において診療報酬の審査支払業務等を実施。
- ・ **都道府県が財政運営の責任主体**となる（H27改正）。
- ⇒
  - ・ 保険給付に必要な費用全額を市町村に交付（市町村は都道府県が決定する国保事業納付金を納付）。
  - ・ 市町村ごとの標準保険料率を提示。
  - ・ 国保の運営方針を定め市町村の事務の効率化・広域化を推進。

（出所）総務省「地方制度調査会 専門小委員会」（令和8年2月18日）資料より作成

## ◆都道府県の役割強化に向けた見直し

※今国会に提出している「社会福祉法等の一部を改正する法律案」に規定している内容

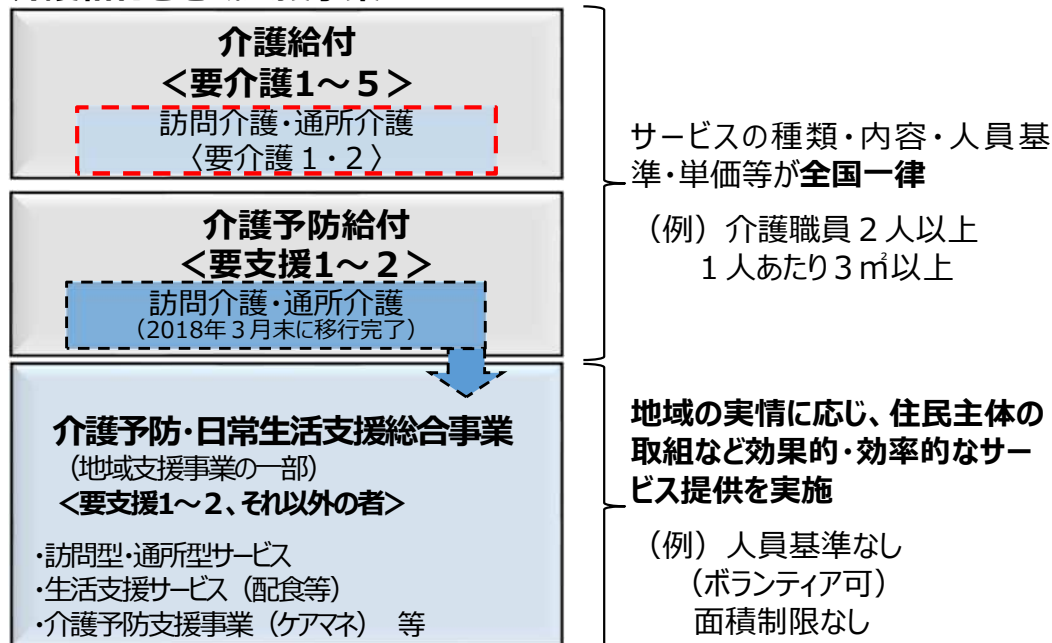
以下の項目を、**都道府県の介護保険事業支援計画の必須記載事項**に追加する。

- ・ 介護サービス量の中長期的な推計と、サービス提供体制の確保に関する施策
- ・ 介護分野の人材確保・生産性向上・経営改善の取組内容・目標

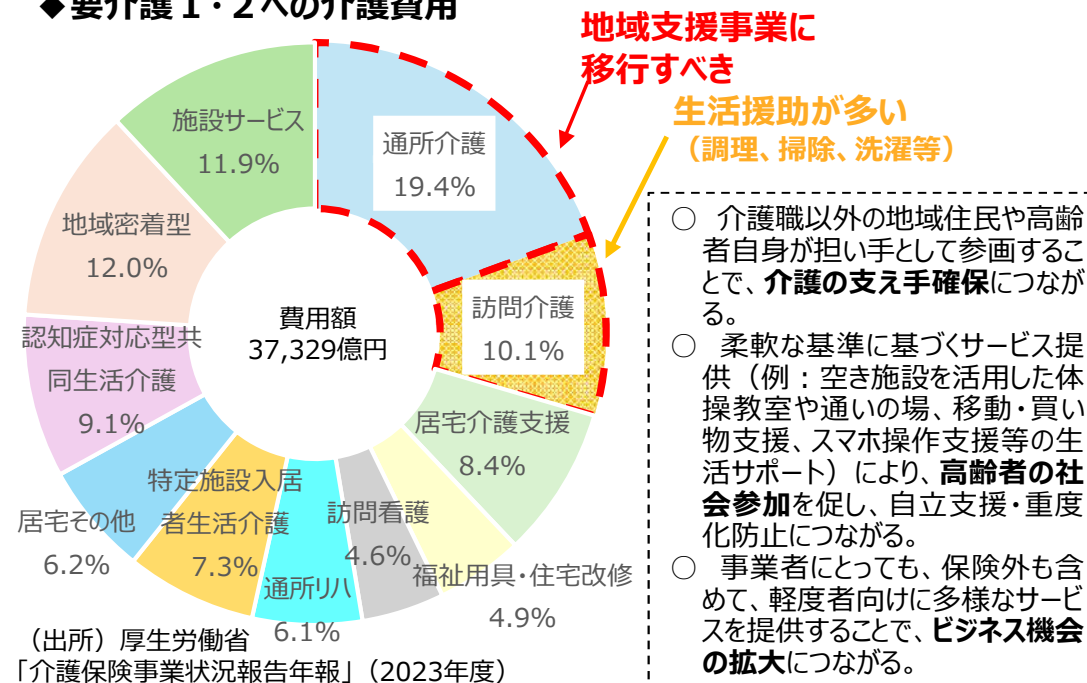
# 軽度者に対する生活援助サービス等の地域支援事業への移行

- 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。
- 介護の人材や財源に限りがある中で、要介護者の中でも専門的なサービスをより必要とする重度の方へ給付を重点化していくとともに、生活援助等は地域の実情に応じて効率的に提供していく必要。このため、**軽度者（要介護1・2）に対する訪問介護・通所介護**についても**地域支援事業への移行**を目指し、段階的に、**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。**

## ◆介護給付と地域支援事業



## ◆要介護1・2への介護費用



(※) 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%。

(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。」

# 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る提供可能。しかし、介護事業者による保険外サービスの活用に当たっては、**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。
- **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。

## ◆介護保険事業者による保険内・外サービスの組み合わせの例

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

<訪問介護サービスの提供>



==== 終了後 =====

<保険外サービスの提供>



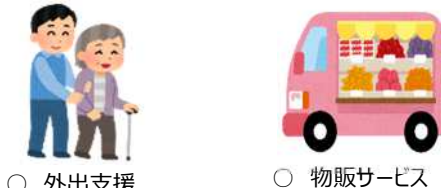
○ ペットの世話      ○ (同居家族のための) 買物

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

<通所介護 (デイ) サービスの提供>



==== 中抜け =====  
<保険外サービスの提供>



○ 外出支援      ○ 物販サービス

==== 中抜け =====  
<デイサービスの提供>



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

## ◆保険外サービスに関する事業者の意見

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

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

## ◆自治体における対応の違い (自治体へのアンケート)

- ケアマネジャーによる相談・要望対応 (保険外対応)

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

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

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

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

## 4. 障害福祉

# 障害福祉（総括）

- 障害福祉サービス等の総費用額（＝自立支援給付費等（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



### ◆総費用額の伸びの分析



（出所）国保連データ（年度ごとの実績）を基に作成。

（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」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

（2024年9月時点と2025年7月時点と2025の賃金の比較）※3

	2024年	2025年	増加額
基本給等※1	25.0万円	26.1万円	1.1万円（4.5%増）
平均給与額※2	31.6万円	33.3万円	1.7万円（5.4%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、策を講じる必要。

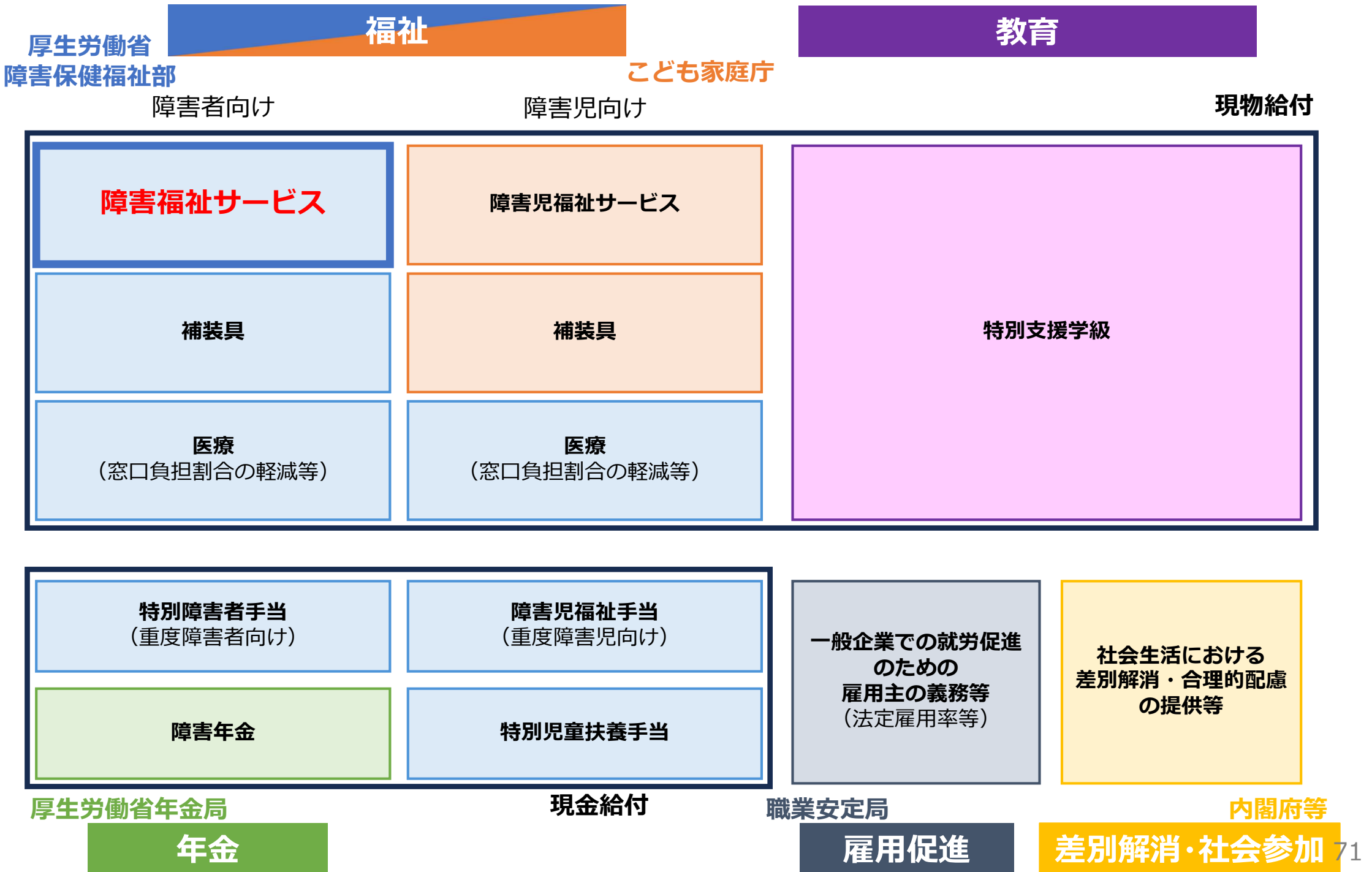
### ○ 障害福祉分野の職員の処遇改善

- ・ 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。
- ・ 令和8年度障害福祉サービス等報酬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、配置基準の厳格化を含む報酬体系の見直し、支給決定の在り方の見直しや重度障害者への重点化等、総合的な検討を行うべき。

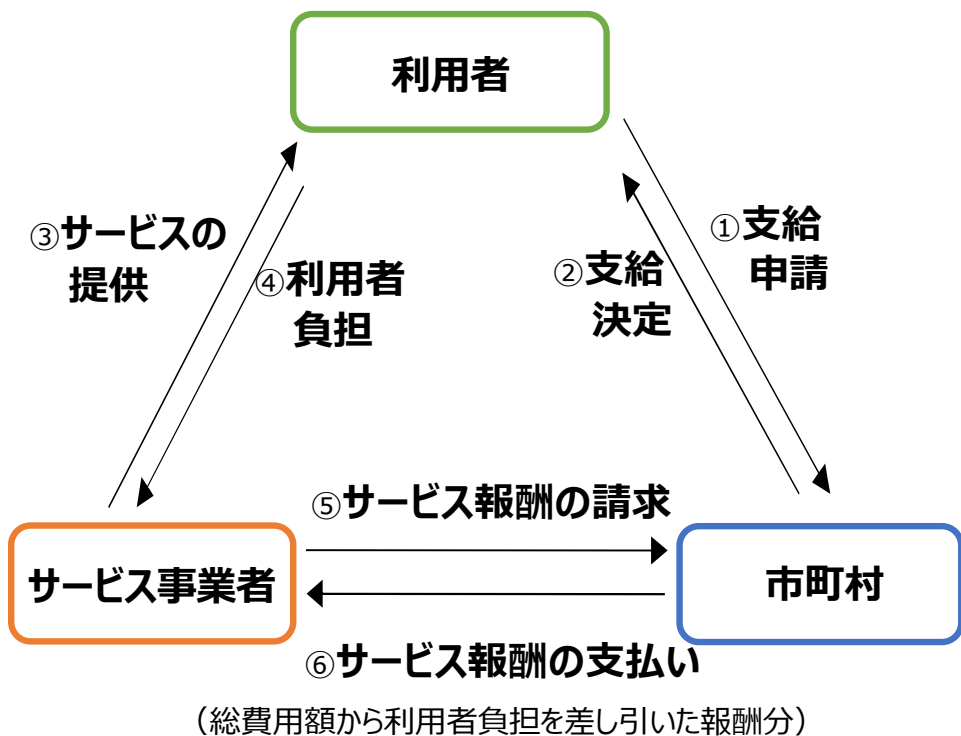
# 障害を持つ方を支援するための主な政策



# 障害福祉サービス等の概要

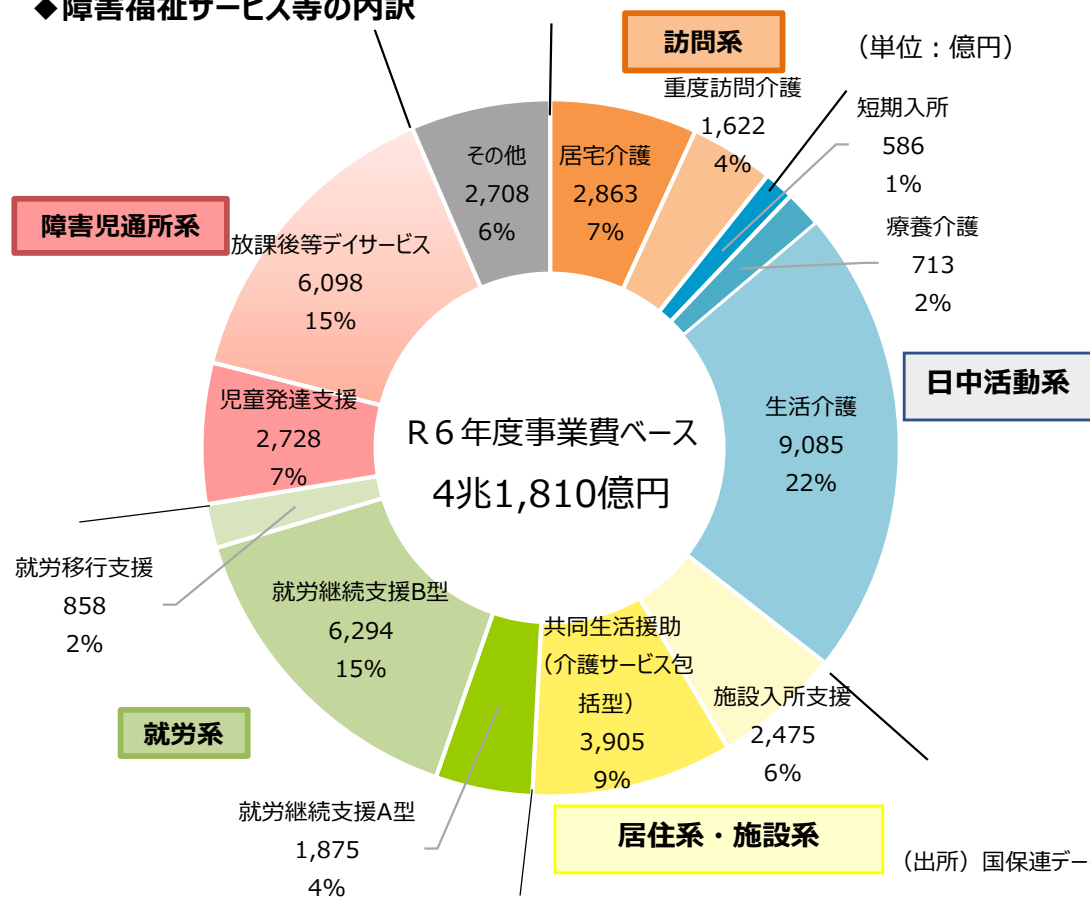
- 障害福祉サービスは、障害者の方が、自立した日常生活や社会生活を送れるように支援する公的なサービス。個々の障害者の障害の種類や程度、介護者、居住の状況、サービスの利用に関する意向等を踏まえ、利用計画を作成し、個々に支給決定が行われる。
- 各サービスは、都道府県等の指定を受けた事業者が提供する。利用者に各サービスを提供した場合に、その対価として、市町村は事業者 서비스에サービス費用（障害福祉サービス等報酬）を支払う。
- 障害福祉サービス等報酬は各サービス毎に設定されており、基本的なサービス提供に係る費用に加えて、各事業所のサービス提供体制や利用者の状況等に応じて加算・減算される仕組みとなっ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

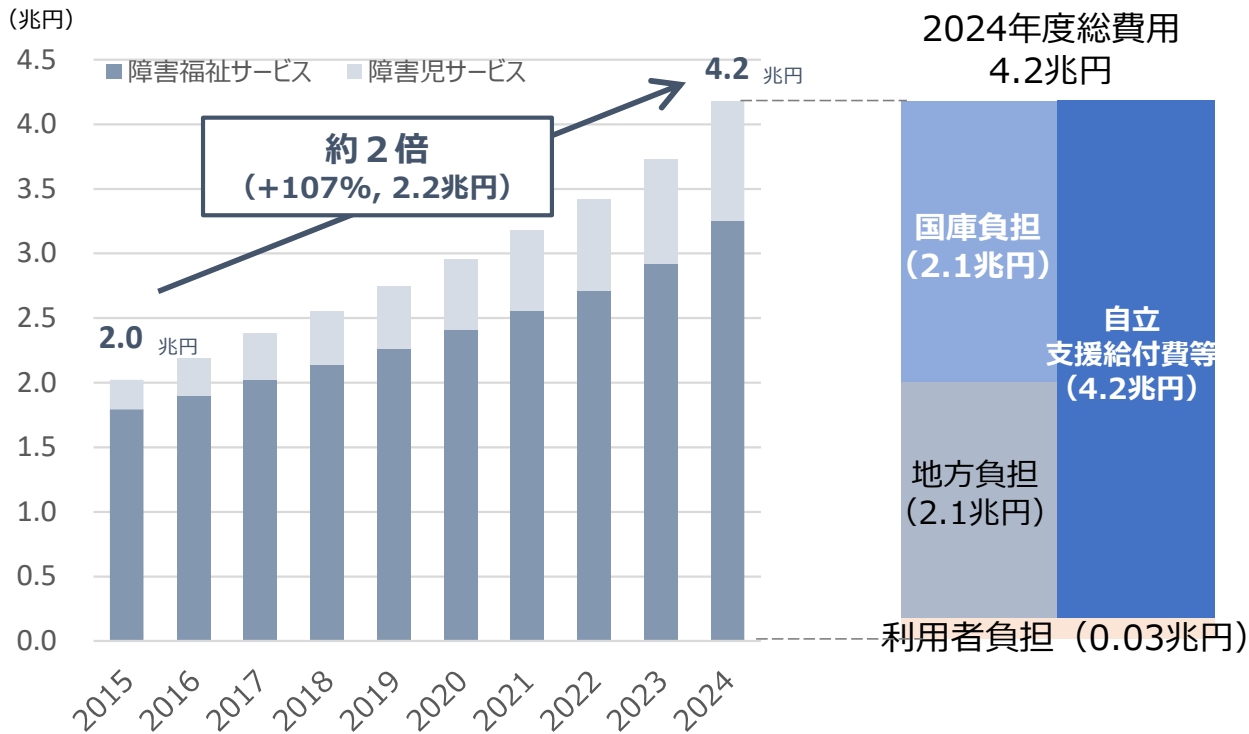
## ◆障害福祉サービス等の内訳



# 障害福祉サービスの改革の必要性

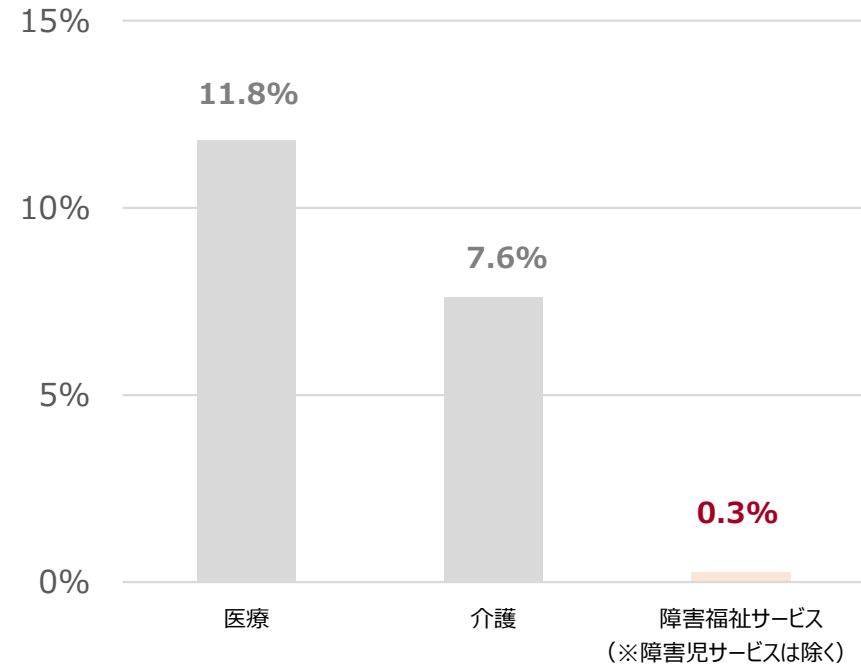
- 障害福祉サービス等の総費用額（＝自立支援給付費等（公費負担）＋利用者負担）は、利用者の増加や一人当たり利用額の増加により、直近10年間で約2倍に増加。
- **利用者負担割合は他のサービスと比べても僅少**であり、医療・介護保険制度にも増して**障害福祉サービス等報酬（＝サービス料金）の上昇や利用量の増加による負担増**を利用者が感じにくく、**供給サイドである事業所の増加に応じて総費用額が増加しやすい構造**。こうした中、**サービスの質の確保と総費用額の抑制**を両立し、制度の持続可能性をどのように確保していくかが大きな課題。

## ◆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

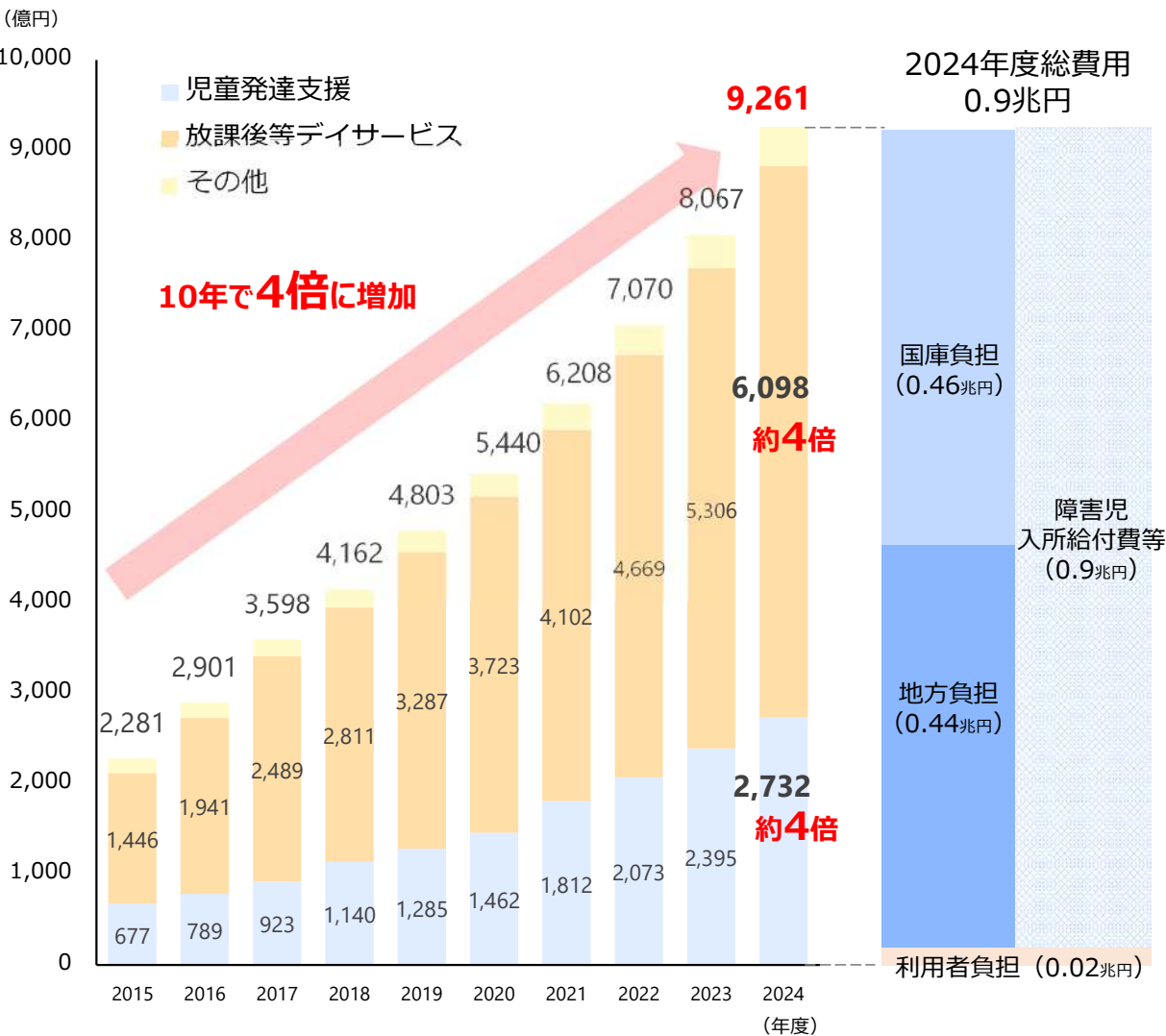


(出所) 医療は「令和5年度国民医療費の概況」における国民医療費に占める患者負担、介護は「令和5年度介護保険事業状況報告(年報)」における費用額から給付費を控除して自己負担額を算出、障害福祉サービスは「国保連データ」を基に作成。

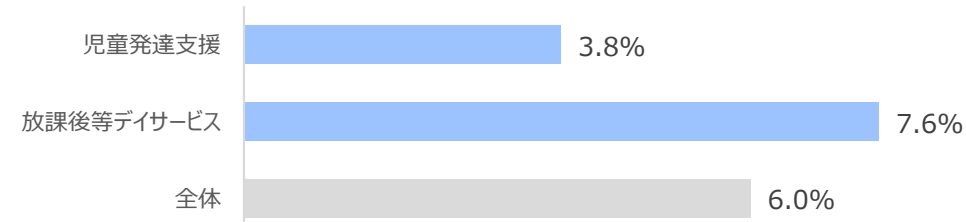
# 障害児支援の改革の必要性

- 障害児支援に係る費用は急激に増加。その間、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）は大幅に増加し、1事業所あたりの総費用も増加しており、収支差率は高い水準となっている。
- 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。

## ◆障害児支援 サービス別総費用額



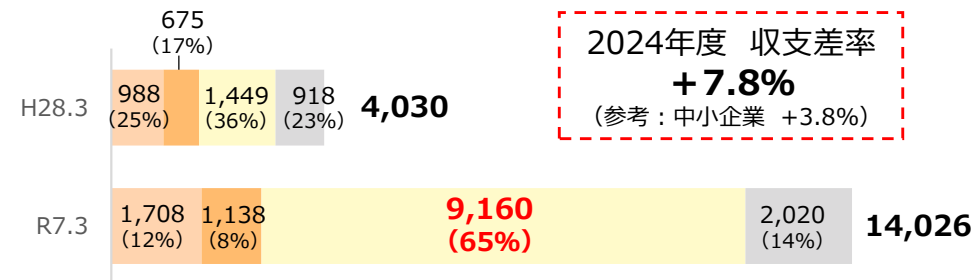
## ◆1事業所当たり総費用の伸び（2024年度、サービス類型別）



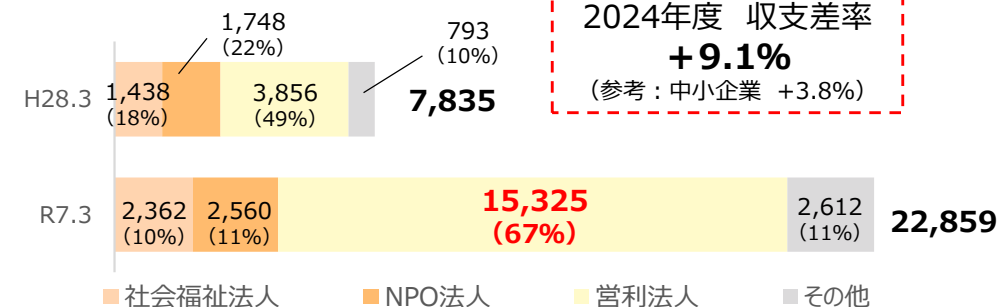
(出所) 国保連データ (各年度ごとの月平均) を基に作成。

## ◆事業所数の伸びと法人類型の割合の変化

### ①児童発達支援



### ②放課後等デイサービス



(出所) 事業所数は国保連データ、収支差率は厚生労働省障害福祉サービス等経営概況調査、中小企業の利益率は財務省法人企業統計

(注) 中小企業の計数は、売上高経常利益率（金融保険業、純粋持株会社を除く）。

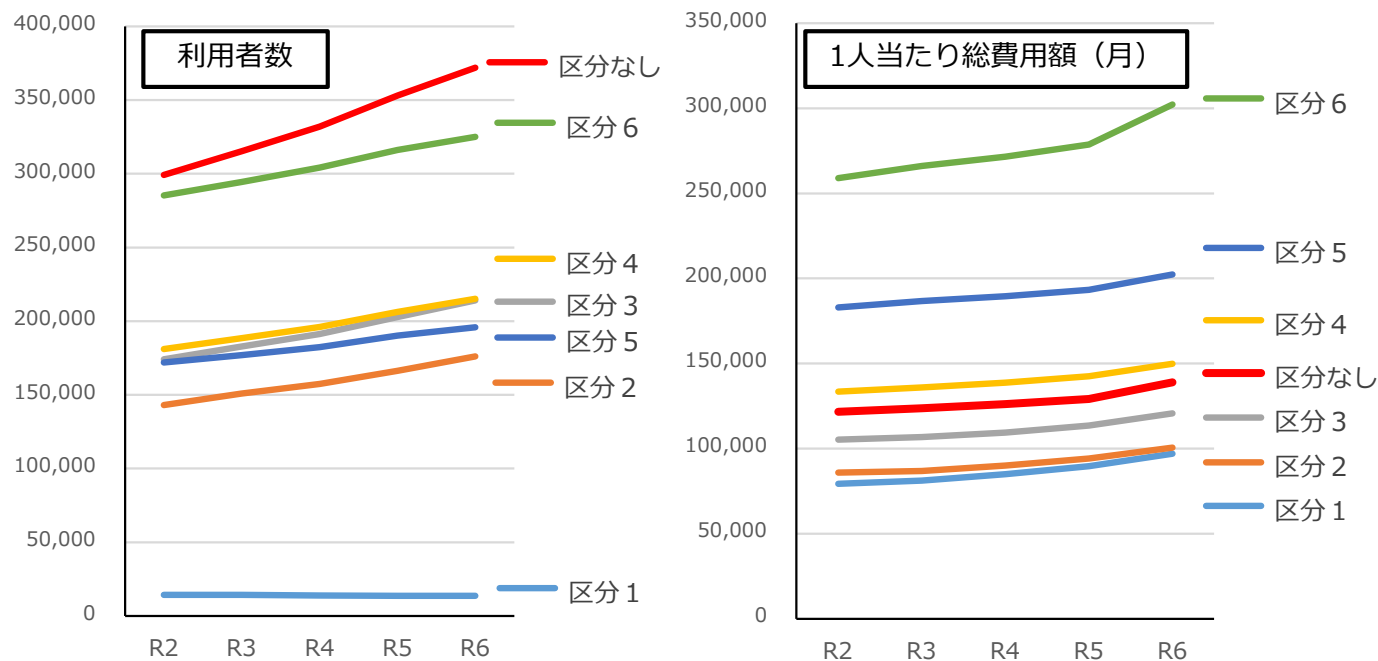
# 障害支援区分ごとの総費用額

- 障害者総合支援法に基づく「障害支援区分は」、障害者等の障害の多様な特性その他心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度を総合的に示すものとされている。
- 「区分なし」の利用者数が伸びている中で、支援区分毎の1人当たり総費用額は、**必要な支援の度合いが高い「区分4」の次に、「区分なし」が高い。**
- 真に必要とされるサービスの提供と制度の持続可能性の両立の観点からは、**重度の障害者への支援の重点化等、支援のメリハリ付けが課題。**

## ◆ 障害支援区分

障害支援区分 = 必要とされる標準的な支援の度合  
(身体障害、知的障害、精神障害共通)

## ◆ 障害支援区分毎の利用者数及び1人当たり総費用額(月)の推移



## (参考) 障害支援区分と各サービスの対象

		無	1	2	3	4	5	6
訪問	居宅介護							
	重度訪問介護							
	同行援護							
	行動援護							
	重度障害者等包括支援							
日中活動	生活介護							
	短期入所							
	療養介護							
施設	施設入所支援							
居住	共同生活援助							
就労	就労A・B							

(注) 支援区分の数字が大きいほど支援の必要性が高い。  
 (注) 障害児福祉サービス及び相談系サービスは含まれていない。  
 (注) 訓練等給付(就労支援、グループホーム等)については支援区分判定がなくてもサービスの提供を受けることができる。  
 「区分なし」は訓練等給付のみを受領する者で、支援区分認定を受けていない者。

(注) 生活介護は、原則区分3以上が対象で、50歳以上は区分2以上が対象  
 施設入所支援は、原則区分4以上が対象で、50歳以上は区分3以上が対象  
 療養介護は、区分ごとに別途規程あり

# (参考) 障害支援区分

## 障害支援区分 = 必要とされる標準的な支援の度合 (身体障害、知的障害、精神障害共通)

### ◆障害支援区分の認定プロセス

#### ①認定調査

市町村の認定調査員が、申請者本人等と面接し、3障害及び難病等対象者共通の調査項目（5分類80項目）等について調査

(調査項目の例)

移動や動作（立ち上がり等）、身の回りの世話や日常生活（入浴等）、意思疎通（視力等）、行動障害（徘徊等）、特別な医療（透析等）

#### ②医師意見書の取得

障害者の疾病、身体障害内容、精神の状況など、医学的知見から意見（主治医による医師意見書）

#### ③認定原案の作成

①・②をもとに判定ソフトにより自動判定

#### ④市町村審査会

③による一次判定や判定式で使用されない項目について総合的に勘案し、区分決定



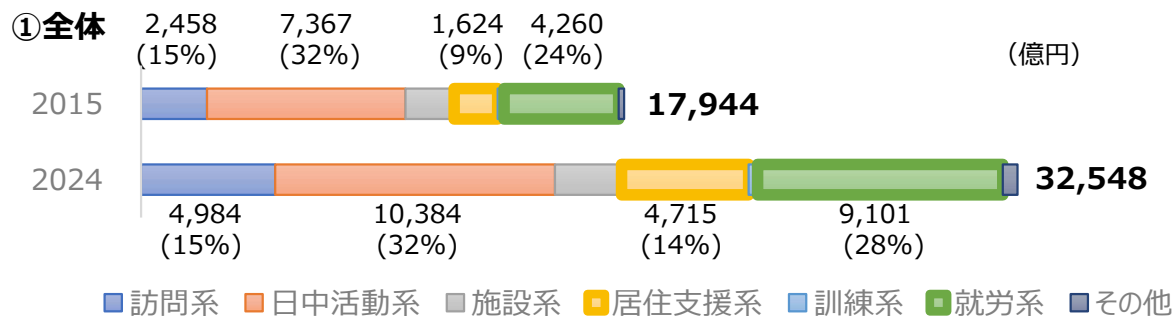
### ◆障害支援区分の認定調査項目（80項目）

1. 移動や動作等に関連する項目（12項目）				4. 行動障害に関連する項目（34項目）				
1-1 寝返り	1-2 起き上がり	1-3 座位保持	1-4 移乗	4-1 被害的・拒否的	4-2 作話	4-3 感情が不安定	4-4 昼夜逆転	4-5 暴言暴行
1-5 立ち上がり	1-6 両足での立位保持	1-7 片足での立位保持	1-8 歩行	4-6 同じ話をする	4-7 大声・奇声を出す	4-8 支援の拒否	4-9 徘徊	4-10 落ち着きがない
1-9 移動	1-10 衣服の着脱	1-11 じよくそう	1-12 えん下	4-11 外出して戻れない	4-12 1人で出たがる	4-13 収集癖	4-14 物や衣類を壊す	4-15 不潔行為
2. 身の回りの世話や日常生活等に関連する項目（16項目）				4-16 異食行動	4-17 ひどい物忘れ	4-18 こだわり	4-19 多動・行動停止	4-20 不安定な行動
2-1 食事	2-2 口腔清潔	2-3 入浴	2-4 排尿	4-21 自らを傷つける行為	4-22 他人を傷つける行為	4-23 不適切な行為	4-24 突発的な行動	4-25 過食・反すう等
2-5 排便	2-6 健康・栄養管理	2-7 薬の管理	2-8 金銭の管理	4-26 そう鬱状態	4-27 反復的行動	4-28 対人面の不安緊張	4-29 意欲が乏しい	4-30 話がまとまらない
2-9 電話等の利用	2-10 日常の意思決定	2-11 危機の認識	2-12 調理	4-31 集中力が続かない	4-32 自己の過大評価	4-33 集団への不適応	4-34 多飲水・過飲水	—
2-13 掃除	2-14 洗濯	2-15 買い物	2-16 交通手段の利用	5. 特別な医療に関連する項目（12項目）				
3. 意思疎通等に関連する項目（6項目）				5-1 点滴の管理	5-2 中心静脈栄養	5-3 透析	5-4 ストーマの処置	
3-1 視力	3-2 聴力	3-3 コミュニケーション	3-4 説明の理解	5-5 酸素療法	5-6 レスピレーター	5-7 気管切開の処置	5-8 疼痛の看護	
3-5 読み書き	3-6 感覚過敏・感覚鈍麻	—	—	5-9 経管栄養	5-10 モニター測定	5-11 じよくそうの処置	5-12 カテーテル	

# 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

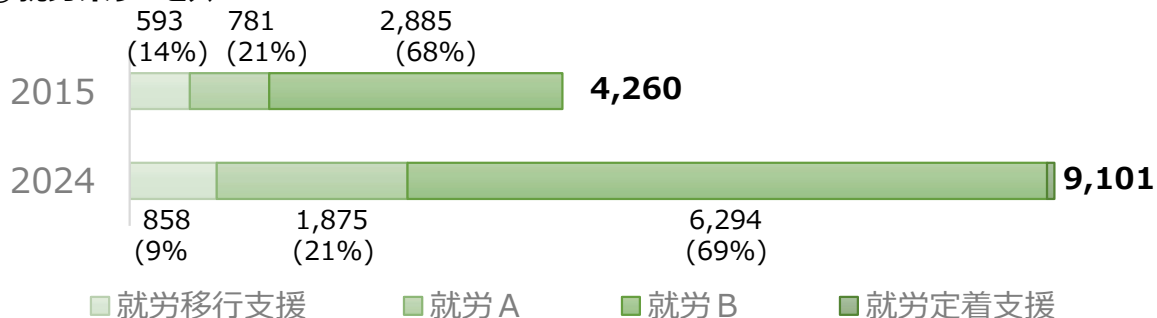


## ②居住支援系サービス（グループホーム等）

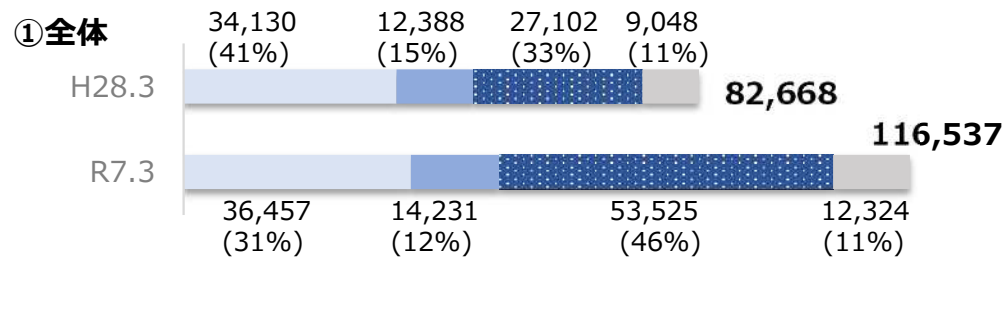


## ③就労系サービス

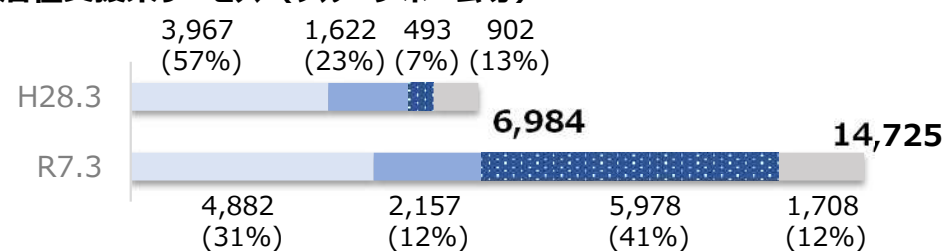
(注) 自立生活援助及びGH（日中サービス支援型）は2018年度から創設



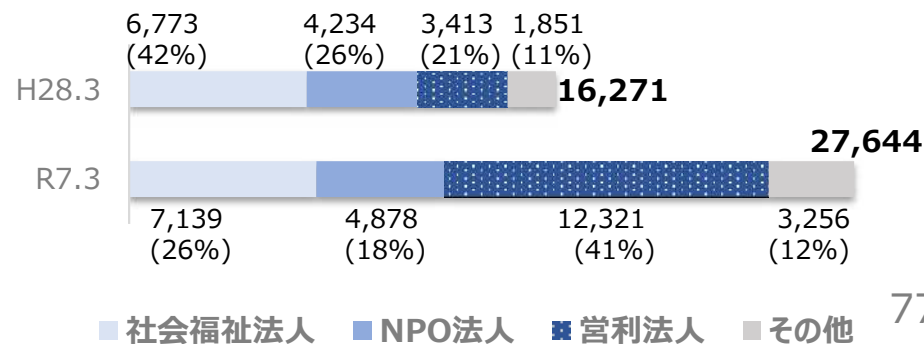
## ◆事業所数の伸びと法人類型の割合の変化



## ②居住支援系サービス（グループホーム等）



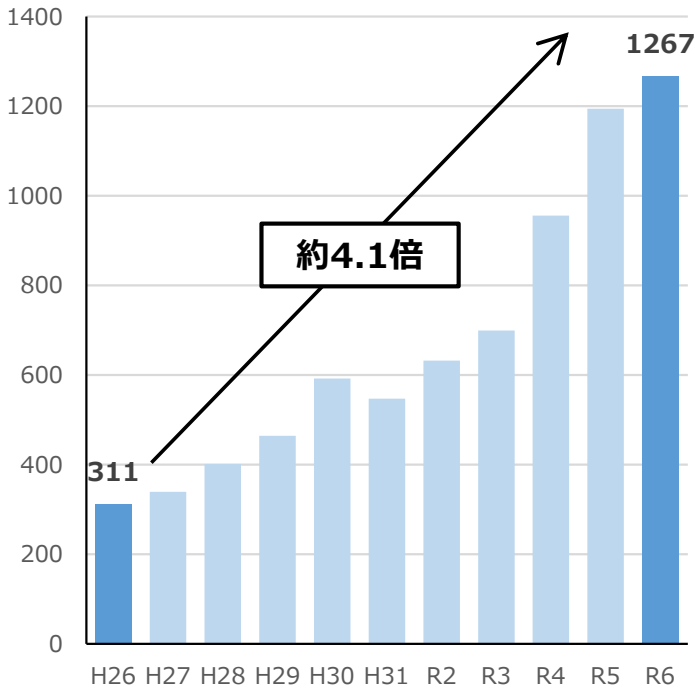
## ③就労系サービス



# 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4.1倍に増加。中でも、グループホームは約9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（16.3%）、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6年度障害者虐待対応状況調査

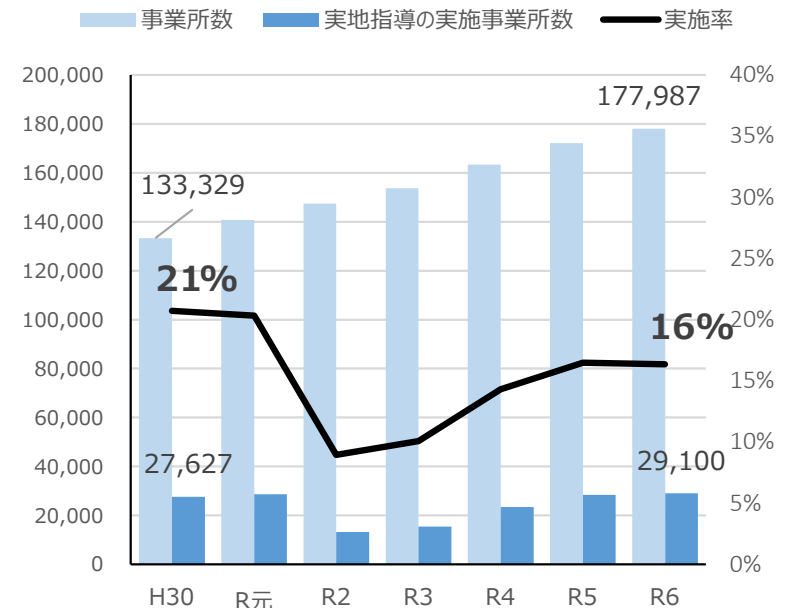
## ◆サービス類型別の虐待件数（令和6年度）

サービス種別	件数	割合
グループホーム	401	31.6%
障害者支援施設	243	19.2%
放課後デイ	157	12.2%
生活介護	143	11.3%
就労継続支援B型	99	7.8%
療養介護	44	3.5%
就労継続支援A型	40	3.2%
短期入所	33	2.6%
居宅介護	27	2.1%
児童発達支援	24	1.9%
その他	56	4.6%
合計	1,267	100.0%

(出所) 厚生労働省 令和6年度障害者虐待対応状況調査

## ◆運営指導（実地指導）の実施件数・実施率

実施率 = 実地指導の実施事業所数 / 事業所数



(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。

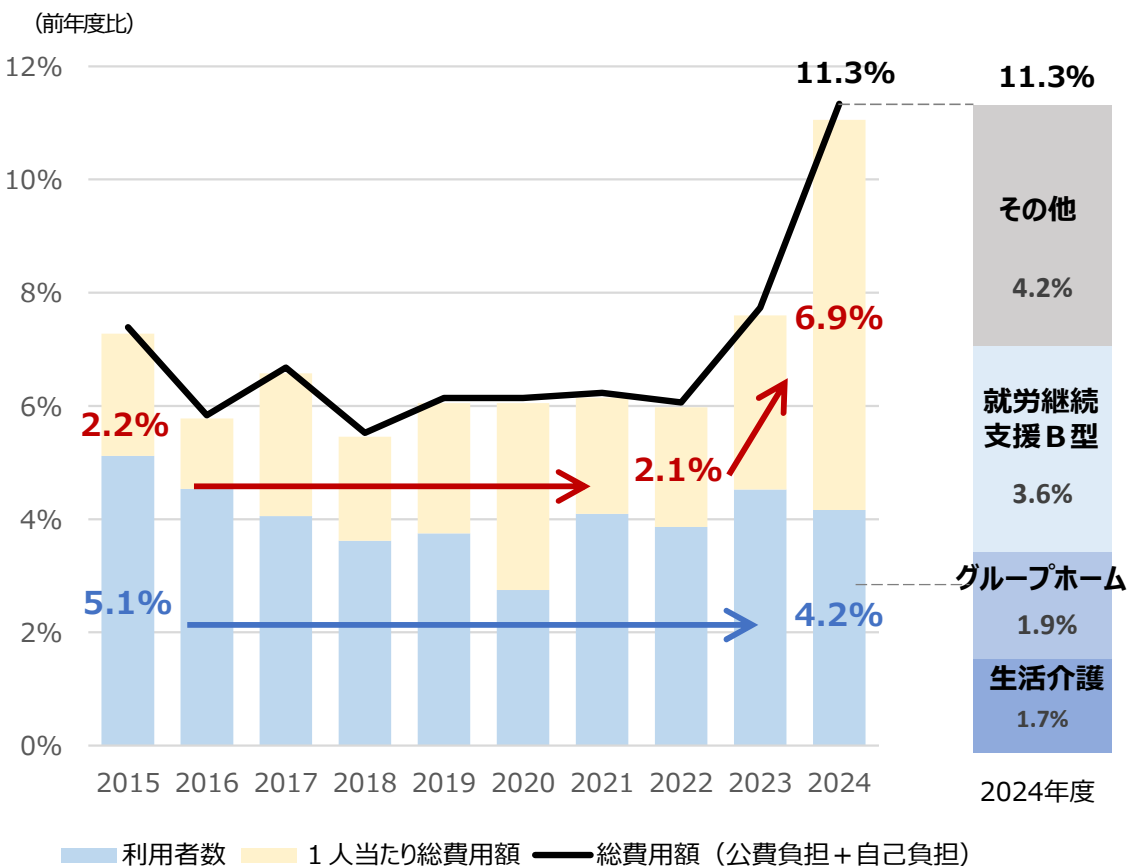
(出所) 厚生労働省第146回社会保障審議会障害者部会資料

# 障害福祉サービスの総費用額の増加要因

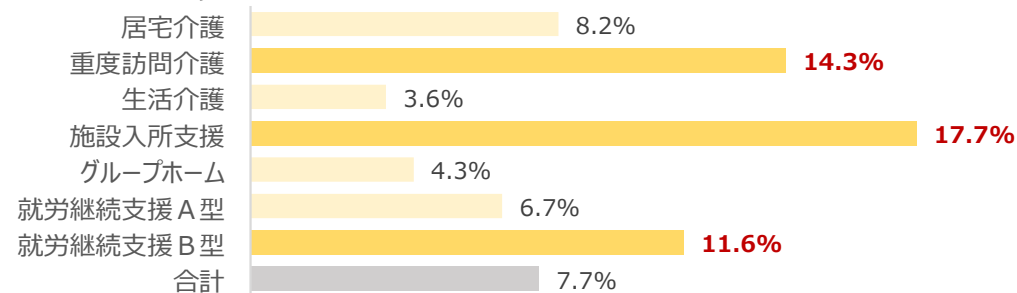
- 近年の障害福祉サービスの総費用額の伸びを分析すると、過去10年間、**利用者数の増加に加えて一人当たり総費用額も増加**。更に2024年度は総費用額が急上昇（+11.3%）しているが、その主な要因は、2024年度の障害福祉等サービス報酬（サービス料金）改定（+1.12%）を大きく上回る一人当たり費用額の伸び。
- このような状況も踏まえて、令和8年度改定において、喫緊の課題である従事者の処遇改善に加えて、利用者に提供されるサービスの質を確保しつつ、制度の持続可能性を確保する観点から、臨時応急的な見直し（\*）を実施したところであるが、令和9年度改定においては、更なる適正化策を講じる必要。

（\*）就労移行支援体制加算の見直し、就労継続支援B型の基本報酬区分の基準の見直し、応急的な報酬単価の特例の適用による適正化

## ◆障害福祉サービス等の総費用額の伸びの分析

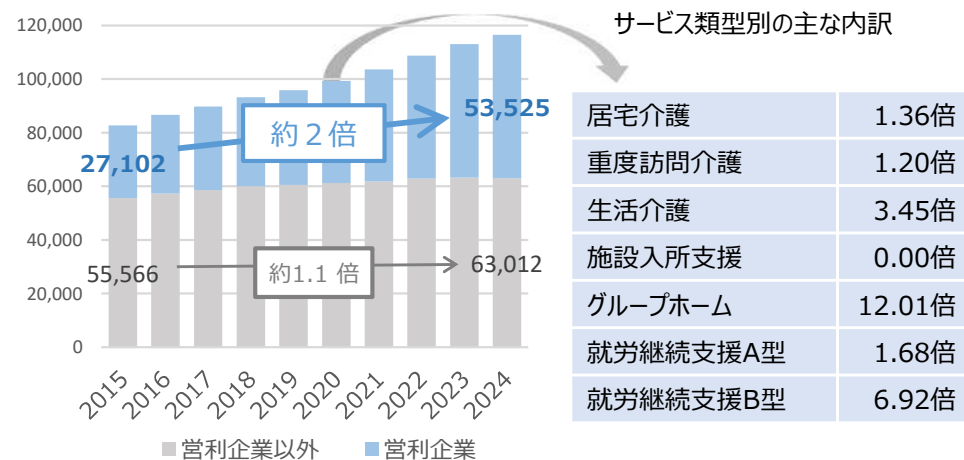


## ◆1事業所当たり総費用額の伸び（2024年度、サービス類型別）



（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。

（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。

# 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**。2025年には、福祉・介護職員の基本給等で4.5%、一時金等を含む平均給与額で5.4%の賃上げ（定期昇給込み）が実現したが、こうした賃上げを持続的なものとするため、令和8年度障害福祉サービス等報酬改定において、福祉・介護職員のみならず、**全ての障害福祉従事者を対象に、幅広く月1万円（+3.3%）の賃上げが実現できる措置**、生産性向上や協働化に取り組む事業者の**福祉・介護職員を対象に、月0.3万円（+1.0%）の上乗せ**を措置したところ。（※合計で、福祉・介護職員について、最大月1.9万円（6.3%）の賃上げ（定期昇給0.6万円込み）が実現する措置。）
- 令和9年度障害福祉サービス等報酬改定に向けては、令和8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、**1事業所当たりの総費用額**（＝自立支援給付費等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）が、**2024年度において7.7%増加**していることも踏まえつつ、**新たに利用可能となる経営情報データベース**も活用し、経営状況等の実態を把握・検証した上で、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。
- 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。

## ◆ 障害福祉分野の福祉・介護職員の給与等の変化

（2024年9月時点と2025年7月時点の賃金の比較）

	2024年	2025年	増加額
基本給等※1	25.0万円	26.1万円	1.1万円 (4.5%増)
平均給与額※2	31.6万円	33.3万円	1.7万円 (5.4%増)

【参考】介護分野の介護職員の給与等の変化

	2024年	2025年	増加額
基本給等※1	24.6万円	25.2万円	0.6万円 (2.5%増)
平均給与額※2	33.5万円	34.1万円	0.7万円 (2.0%増)

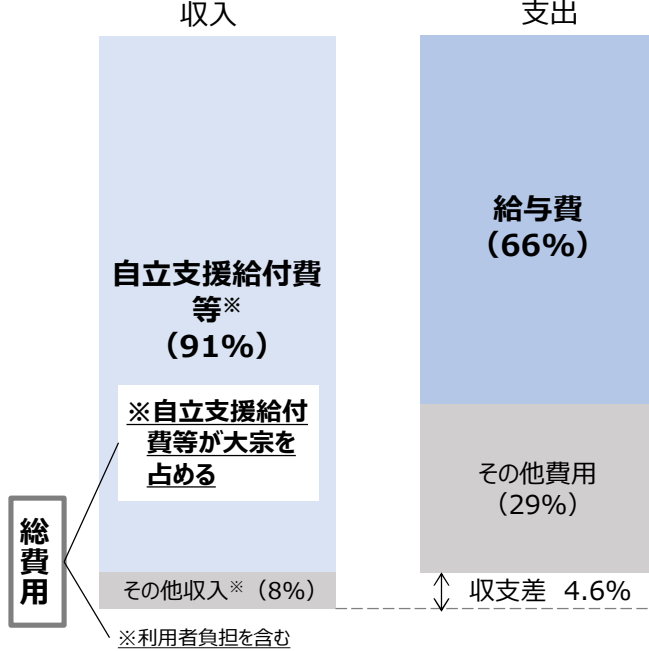
※1 基本給+毎月決まって支払われる手当

※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。

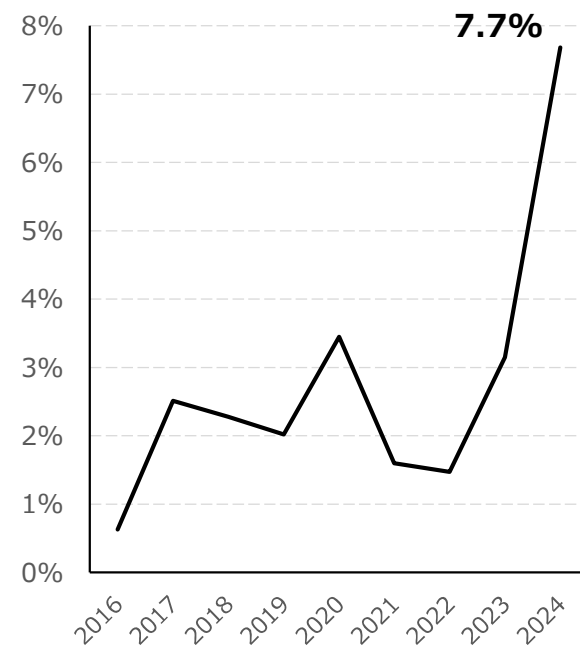
## ◆ 障害福祉サービス等の収支構造

（2024年度）【収入=100】



## ◆ 1事業所当たりの総費用額の伸び

（対前年度伸び率）



（出所）厚生労働省「令和7年度障害福祉サービス等従事者処遇状況等調査」「令和7年度介護職員等の職場環境や処遇に関する実態調査」

（出所）「令和7年障害福祉サービス等経営概況調査結果」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。

（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。

# 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。**
- 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、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。

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。

# 指定基準の見直し（グループホームの例）

- 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、グループホームについては、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。
- 厚生労働省の審議会において、サービスの質の確保のための方策として、**管理者の資格要件等**を設けることや従事者の研修受講義務化を検討しているが、令和9年度障害福祉サービス等報酬改定において、**指定基準として定める**べき。また、**代表者**については、介護保険制度を参考にし、法令上に位置づけ、**資格要件等を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年度障害福祉サービス等報酬改定において指定基準として定める**べき。

## ◆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

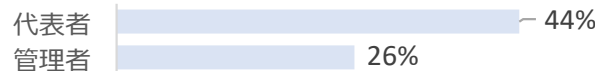
- ・ 世話人や生活支援員等には資格・実務要件がないため、**未経験者や適性のない者が配置されることが多く、事故や入居者とのトラブルがあとを絶たない**。必要な人員に**資格要件や必修の研修を設け**、事故防止と同時に質の低い共同生活援助事業所の指定申請を防ぎたい。
- ・ 事業所**管理者が知識・経験を有さない場合もある**ことから、**実務経験要件の設定や研修の実施**など、管理者として必要な知識等を備えた者の配置を求めた方がよい。

(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

# 総量規制

- 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。**
- 第8期障害福祉計画（令和9～11年度）に係る基本指針において、一定の要件を満たす市町村に対し、障害福祉計画及び障害児福祉計画において定める「必要な量の見込み」の算定に際し、従来の伸び率を採用した場合に全国平均の伸び率を上回る場合、**全国平均の伸びに止めて算定すること、総量規制・意見申出制度を活用、地域の実情に応じた提供体制とすることを、国から要請**することとしているが、総量規制を実際に活用した自治体の例も周知しつつ、実効性を確保し、適切に運用すべき。

## ◆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  
グループホーム（令和9年4月～）

## ◆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

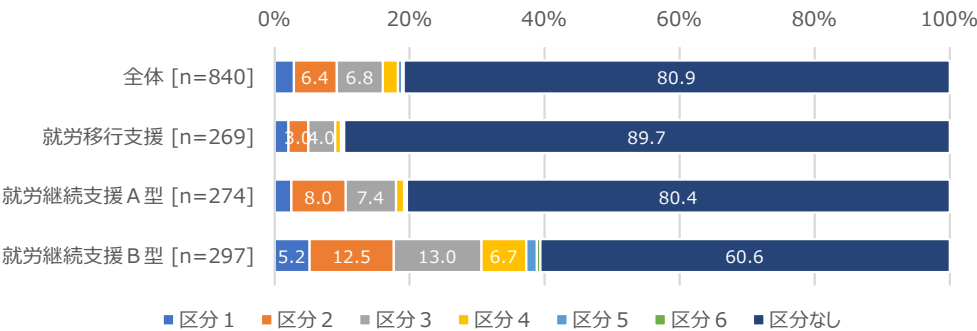
## （参考）大阪市での活用例

就労継続支援B型について、必要な見込量に対して、十分な供給量が確保されていることから、適切な量を維持し、サービスの質を確保することを目的として、新規指定および利用定員追加に係る申請の受付を停止（2026年3月31日）

# 障害者就労支援

- 障害者就労支援の利用者の多くが障害支援区分がなく、就労アセスメントも実施されていない状況。就労Bの利用者数が過去10年間で2倍近くになっていることを踏まえると、個別の障害者の本人の就労能力や適性等に合ったサービスの提供ができていない可能性（例えば、就労Bについては、年齢要件さえ満たせばサービス提供の対象者となり得る）。就労Bを新規に利用する場合は令和7年10月から、就労Aを新規に利用する場合は令和9年4月から、就労選択支援により就労に関する課題が把握されている者が原則対象となる。
- 現在の障害者就労支援については、**公費による就労支援の生産活動として適さないもの、就労支援の実態がないものが含まれている等**の指摘がある。
- 利用者の就労能力の向上に資さないような不適切な就労支援について、制定された「指定就労継続支援事業所の新規指定及び運営状況の把握・指導のためのガイドライン」に基づき指導監督を行うとともに、令和9年度障害福祉サービス等報酬改定において、**管理者の要件見直しを含め、不適切な事例を防ぐための指定基準等の見直し**を行うべき。
- 障害者就労支援サービス間の機能分化による障害者の能力や適性等に合ったサービスの提供という観点から、年齢による画一的な要件を含め、現行の対象者要件が適切か検証するとともに、既存利用者も、定期的な就労選択支援の利用等、利用するサービスがその能力や適性等に合っているか確認できる仕組みを構築すべき。

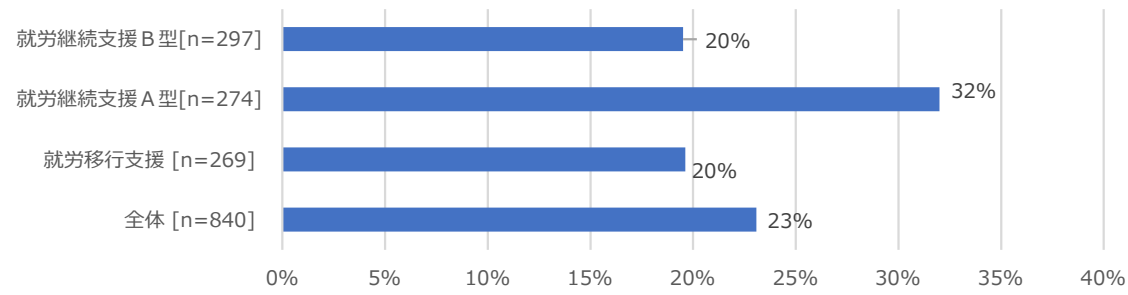
◆新規利用者数の障害支援区分別構成比



(出所) 令和6年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査

(注) nは事業所数

◆各事業所の新規利用者数に占める就労アセスメントを実施していた者の割合（令和5年4月～令和6年3月）



(出所) 令和6年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査より財務省作成

(注) nは事業所数

◆就労A・Bの対象者の要件（いずれか一つ以上に該当する障害者）

就労A	就労B
<ul style="list-style-type: none"> <li>① 就労移行支援事業を利用したが、企業等の雇用に至らなかった者</li> <li>② 特別支援学校を卒業して就職活動を行ったが、企業等の雇用に至らなかった者</li> <li>③ 企業等を退職した者等就労経験のある者で、現に雇用関係の状態にない者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 企業等や就労Aでの就労経験があつて、年齢や体力の面で雇用に困難となった者</li> <li>② 50歳以上</li> <li>③ 障害基礎年金1級受給者</li> <li>④ ①、②及び③以外で、就労選択支援事業者によるアセスメントにより、就労面の課題等が把握された者等</li> </ul>

◆就労A・Bの管理者の要件

(いずれか一つ以上に該当)

就労A・就労B
<ul style="list-style-type: none"> <li>① 社会福祉主事資格要件に該当する者</li> <li>② 社会福祉事業に2年以上従事した経験のある者</li> <li>③ 企業を経営した経験を有する者</li> <li>④ これらと同等以上の能力を有すると認められる者</li> </ul>

◆不適切な就労支援の例

- ・ 生産活動と称して、eスポーツ、植物の水やりを1日数回行うだけの活動、卓球教室や麻雀教室での手伝いに相当するような活動等、公費による就労支援の生産活動として適さない可能性がある活動や、**所定の場所に居ればよい**というような活動
- ・ 在宅支援と称して、公費による就労支援の生産活動として適さない可能性がある活動や、就労に必要な知識及び能力の向上に寄与しない自習を行わせているもの、実際には従事できる時間や機会が極端に少ないにも関わらず、パンフレットやホームページ等で当該事業所を利用すれば、その生産活動に常時取り組めると誤解を与えるもの、高賃金、高工賃を支払える生産活動を確保していないにもかかわらず、高賃金・高工賃の支払いを確約すると誤解を与えるもの、により利用者を募集するもの

(出所) 厚生労働省通知「指定就労継続支援事業所の新規指定及び運営状況の把握・指導のためのガイドラインについて」により財務省作成

# (参考) 障害者就労支援の全体像

障害者総合支援法  
に基づく就労支援

## 一般就労

- 雇用契約あり
- 労働法が適用

一般枠での就労

障害者枠での就労

※障害者雇用促進法において、法定雇用率の達成義務（特例子会社の設置によるもの含む）

## 福祉的就労

### 就労継続支援A型 (就労A)

(支援内容)  
就労・生産活動機会の提供  
※雇用契約あり  
※労働法（最低賃金等）が適用

(対象者)  
一般就労が困難な障害者等

### 就労継続支援B型 (就労B)

(支援内容)  
就労・生産活動機会の提供  
※雇用契約・労働法適用なし  
※工賃の支払い

(対象者)  
一般就労及び就労Aによる  
就労が困難な障害者等

支援  
の  
提供

### 就労定着支援

(支援内容)  
雇用に伴う生活上の課題への相談等

(対象者)  
就労移行支援等を経て、一般企業に新たに雇用された障害者

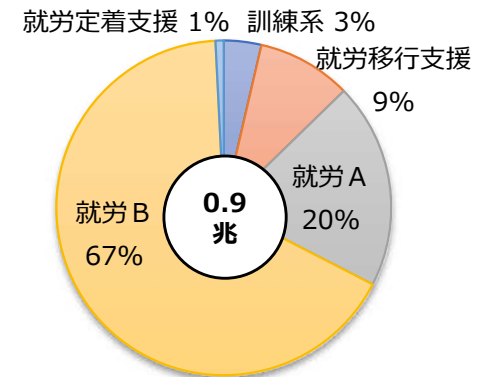
一般就労への移行

### 就労移行支援

(支援内容)  
一般就労移行に向けて、訓練や職場探し等のための支援

(対象者)  
一般就労を希望し、就労が見込まれる障害者

【訓練系・就労系総費用額に占める割合】



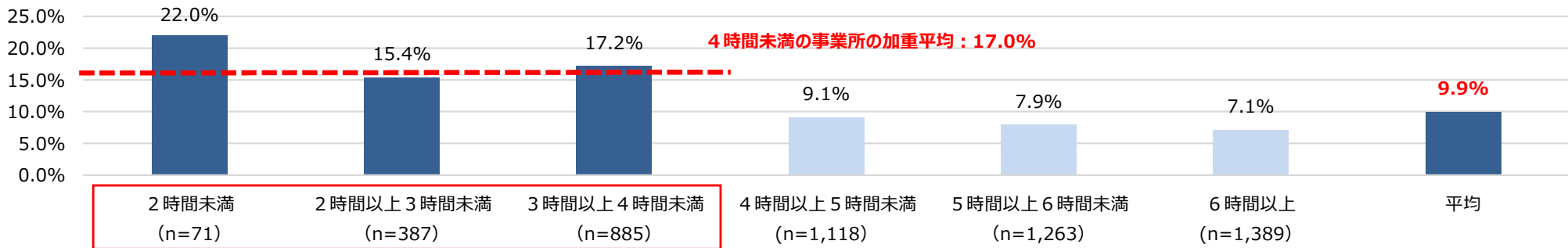
### 就労選択支援（令和7年10月～）

(支援内容)  
就労アセスメントの手法を活用し、本人の希望、能力や適性等に合った選択を支援

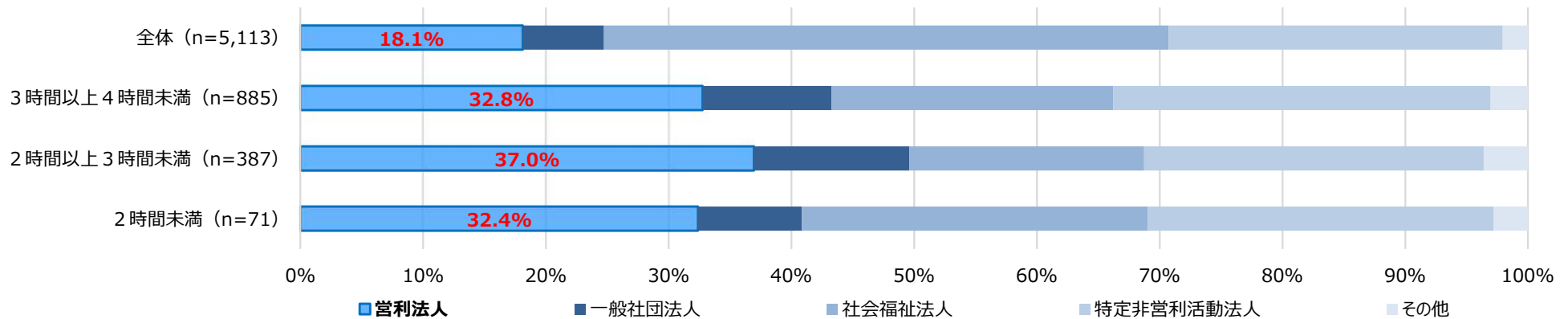
# 就労継続支援B型

- 就労継続支援B型（利用者と雇用契約を結ばず工賃支払い）について、利用者の平均利用時間と収支差率の関係に着目すると、利用時間が短い4時間未満の事業所における収支差率は、全事業所平均と比較して高くなっており、提供されるサービスに対して報酬が過大となっている可能性がある。また、**利用時間が4時間未満の事業所における営利法人の割合が高まっている。**
- 就労継続支援B型の報酬体系について、就労支援の実態のないものがあるという指摘も踏まえ、令和9年度障害福祉サービス等報酬改定に向けて、利用者の平均利用時間を勘案する等、**就労継続支援A型のスコア方式も参考に、サービスの質をよりきめ細やかに評価する報酬体系への見直しを検討すべき。**

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



## ◆ 平均利用時間別の事業運営主体（有効回答数：5,113か所）

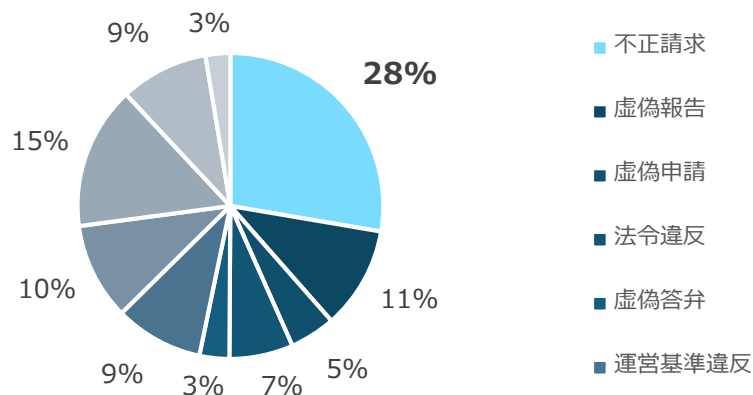


(出所) 財務省「予算執行調査」(令和6年10月公表)

# 不正請求

- 近年の**不正請求**の件数は、令和5年度を除き、150件程度であり、指定取消及び効力停止の主な事由の内訳を見ると、令和6年度では、**全体の約3割**を占める。大規模な不正もあり、令和8年3月27日には、大阪市において、大規模な不正請求が行われたとして、**指定取消及び訓練等給付費（約111億円）の返還請求**が行われた。
- 過去の不正請求事案に関連する利用者からの相談への対応や自治体からの照会への対応を検証し、不正請求を未然あるいはより早期に発見できる改善策がないか検証すべき。なお、雇用契約を伴う就労支援については、労働法制を所管する国（労働局等）と、障害福祉を所管する自治体の連携を強化し、利用者に対してワンストップで対応できる環境を整備すべき。
- 利用者本人や親族が、**利用したサービスの内容等を確認**することができるよう、事業所から利用者への**代理受領額の通知の義務**については**履行の徹底**を図るとともに、その**内容について利用者や親族への説明を求め**ることを検討すべき。

## ◆ 指定取消及び効力停止の事由の内訳（令和6年度）



（出所）厚生労働省「障害者支援施設等の指導監査の概況」及び「指定障害福祉サービス事業者等の指導・監査の概況」

## 【サービス提供記録の確認及び法定代理受領額の通知義務について】

（千葉県障害福祉サービス等に係る事業者説明会資料（令和7年3月21日））

事業者は、サービス提供内容等を記録し、利用者の確認を得ること、及び市から代理受領した給付費の額を利用者に通知することが義務付けられており、利用者は通知を確認することとなっています。このことにより、利用者は、自らが受けたサービス内容と、事業者が請求した内容が一致しているかどうかの確認を行うことができる仕組みとなっています。

運営指導などで、利用者への確認や通知がされていない例が見受けられますので、上記の趣旨に鑑み、適切に処理を行ってください。

## 【大阪市における指定取消の例】

大阪市は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。）の規定に基づき、次の事業所に対し監査を実施したところ、訓練等給付費の請求に関する不正があったことが判明しました。大阪市としては、障害者総合支援法による障がい福祉サービス事業者の指定の取消し（効力発生は令和8年5月1日）を行い、不正に請求し受領していた訓練等給付費（加算額を含む）11,076,507,073円の返還を求めます。（略）

## 2 処分内容及び処分理由

### （1）処分内容

1. 指定の取消し（指定取消年月日 令和8年5月1日）（略）

### （2）処分理由

1. 訓練等給付費の請求に関する不正

就労移行支援体制加算は、「一般就労への移行」に加え、「定着に向けた継続的な支援体制が構築されている」事業所を評価する趣旨の加算である。当該事業所では、独自の支援方針である36ヶ月プロジェクトのもと、就労継続支援A型事業所の利用に帰することを前提にした自社雇用の度、就労移行支援体制加算を請求したが、かかる自社雇用は事業所の支援計画のプロセスの一部にすぎず、「定着に向けた継続的な支援体制が構築されている」とは評価できないことから、当該加算要件を欠く不正な請求にあたる。

また、過去3年間に就労移行支援体制加算の算定対象とした利用者を複数回重複して算定対象とすることは、「市町村長が適当と認める」例外的な場合でない限り加算の要件を満たしたことはならない。しかしながら、「市町村長が適当と認める」場合でないにもかかわらず、就労定着者として本市へ届出し、過大に加算を請求したことも、不正にあたる。

以上のことから、令和6年4月から令和8年1月までの間、利用者272名（本市支給決定利用者に限る。）について、本市に対し就労移行支援体制加算を請求し、訓練等給付費である就労移行支援体制加算を受領したことは不正である。（略）

（出所）大阪市「障がい福祉サービス事業者の指定の取消し及び訓練等給付費の返還請求について（2026年3月27日付）」

# 障害福祉分野における不適切な勧誘への対応

- 障害福祉サービス等において、福祉コンサルティングやフランチャイズの親会社から、「特段の知識や経験は不要」「簡単にできる」「利益をあげることができる」として、新規の参入・事業実施や出資を働きかける例が見られる。
- 結果として、福祉未経験の営利事業者の新規参入が相次ぎ、トラブルが増加しているという指摘がある。
- 令和8年経営実態調査や就労支援に関する「指定就労継続支援事業所の新規指定及び運営状況の把握・指導のためのガイドライン」等に基づく自治体からの情報提供により実態把握を進める必要。
- 併せて、ガイドライン等に沿って、事業者が障害者支援や障害者福祉制度等の障害福祉サービスの円滑な運営に必要な不可欠な知識等を有しているかを適切に審査し、**適切なサービス提供を行うことができない事業者が事業を開始することがないよう適切に運用**すべき。
- その上で、行政指導の根拠となる広告規制の指針策定を検討すべき。

## 【働きかけのイメージ（例）】

### （グループホーム）

- グループホームの開業を、月々のコンサル料金だけで、フランチャイズ加盟金無料で気軽に始められるとするもの。
- 売上の大部分が給付金であり、●年で年商●億、すばらしいビジネスとうたうもの。
- 総量規制により、2027年からはもうグループホームは出せないといわずらに不安をあおるもの。
- 通常のフランチャイズビジネス事業等、または中規模以上の新規事業の起業と比較して、初期投資が少なく、収益性・安定性がとても高いとするもの。
- 年間の利回りが●●%も可能とし、障がい者グループホーム事業への出資を募るもの。

### （就労継続支援B型）

- eスポーツ支援について、急成長しており、社会性のあるビジネスモデルだとうたうもの。
- 非常に収益性が高い、新規フランチャイズ事業だとするもの。
- 障がい者支援と●●を融合した独自のビジネス、年間利益●●●●万円を目指せる、本部による手厚いサポートで未経験でも安心、社会貢献と安定経営を同時に実現とうたうもの。

### （児童発達支援・放課後等デイサービス）

- 売上のほとんどが給付費のため、未回収リスクがなく、ストック型ビジネスで安定収入が可能。初年度から黒字となるとうたうもの。
- 福祉業界が初めての方でも安定した運営が目指せるモデルとして、フランチャイズでの開業を勧めるもの。
- 学習支援は長く継続しての利用が多く、ストックビジネスとして安定収益が見込めるとして学習支援型を勧誘するもの。
- ピアノ教室等の音楽関係の職務に従事している方ならばすぐにできる新しいビジネスとして、音楽支援に特化した支援を勧誘するもの。
- 実態としては学童と同じように、こどもの預かりがメインとして、総合的支援を行う必要性がないことを示唆するもの。
- フランチャイズ事業が軌道に乗れば、利益率●●%以上を生み出せるとうたうもの。