

「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**^{（注）}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。

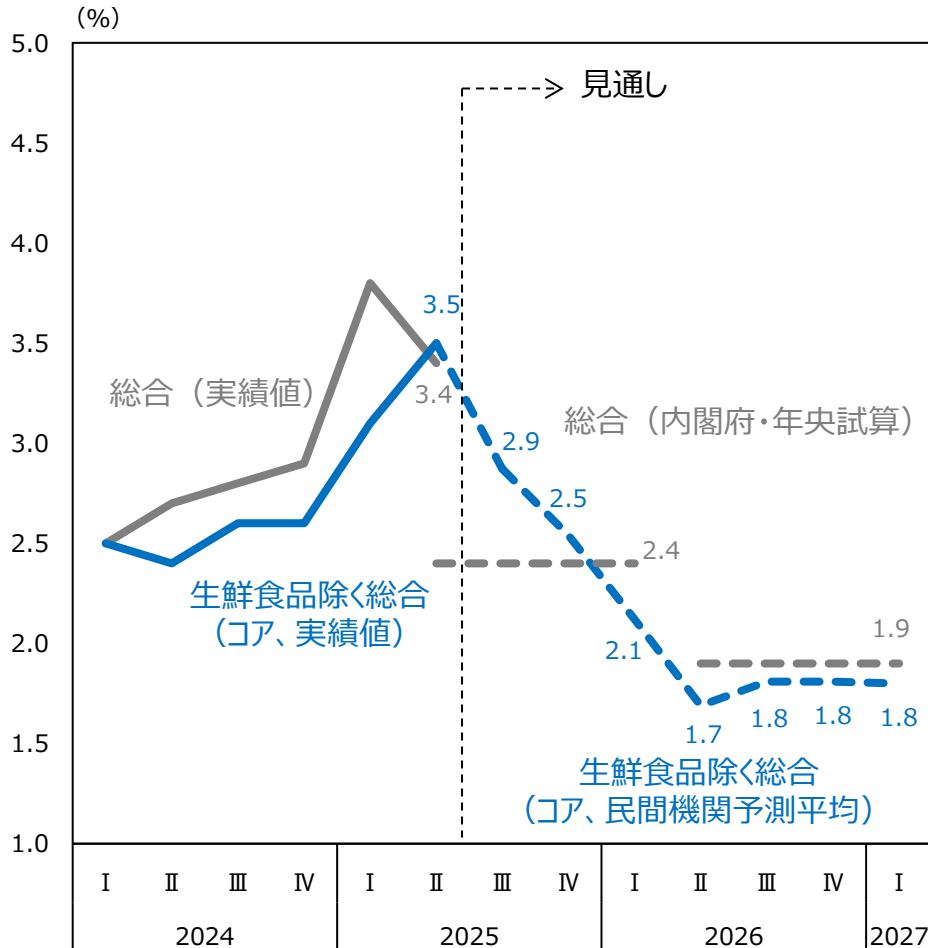
（参考）「経済財政運営と改革の基本方針2024（骨太2024）」（抄）（2024年6月21日閣議決定）

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^{（注）}する。その具体的な内容については、日本経済が新たなステージに入りつつある中で、経済・物価動向等に配慮しながら、各年度の予算編成過程において検討する。

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

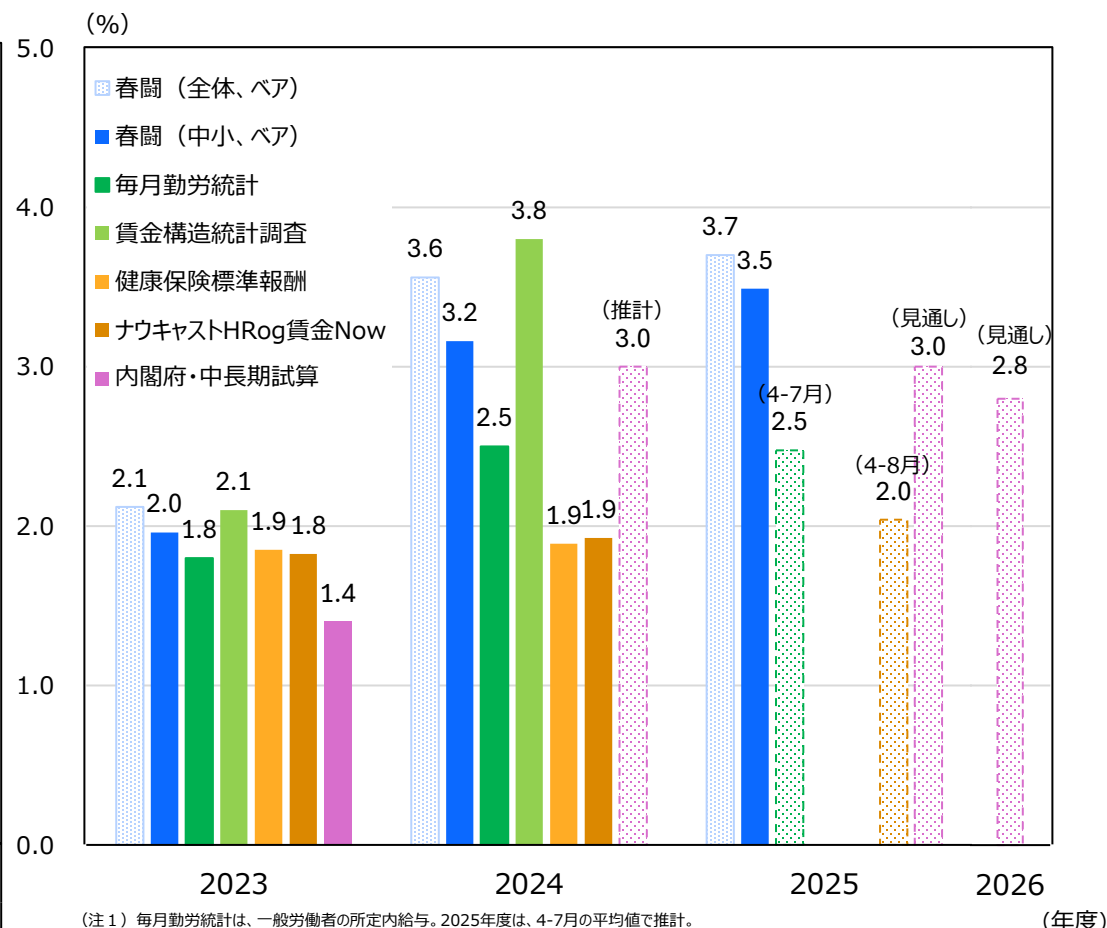
- 物価については、足元までは上昇してきているが、民間機関の予測では、生鮮食品除く総合でみると、2025年後半から上昇テンポが鈍化し、2026年度は2%近傍で推移する見通し。
- 賃金については、全体的な賃金水準の引き上げの観点からはベースアップの取組が重要。各種の賃金指標がある中、経済政策全体との整合性に留意しつつ取り組む必要。

◆消費者物価の動向



（出所）総務省「消費者物価指数」、内閣府「年央試算」、ESPフォーキャスト（2025年10月9日）

◆賃上げの動向



（注1）毎月勤労統計は、一般労働者の所定内給与。2025年度は、4-7月の平均値で推計。

（注2）健康保険標準報酬は、協会けんぽ（一般）と健保組合を加重平均（被保険者数）。2024年度は速報値。

（注3）Hrog賃金Nowは、正社員募集賃金の民間集計データ。2025年度は4-8月の平均値で推計。

（注4）内閣府・中長期試算は、賃金上昇率（過去投影ケース）。

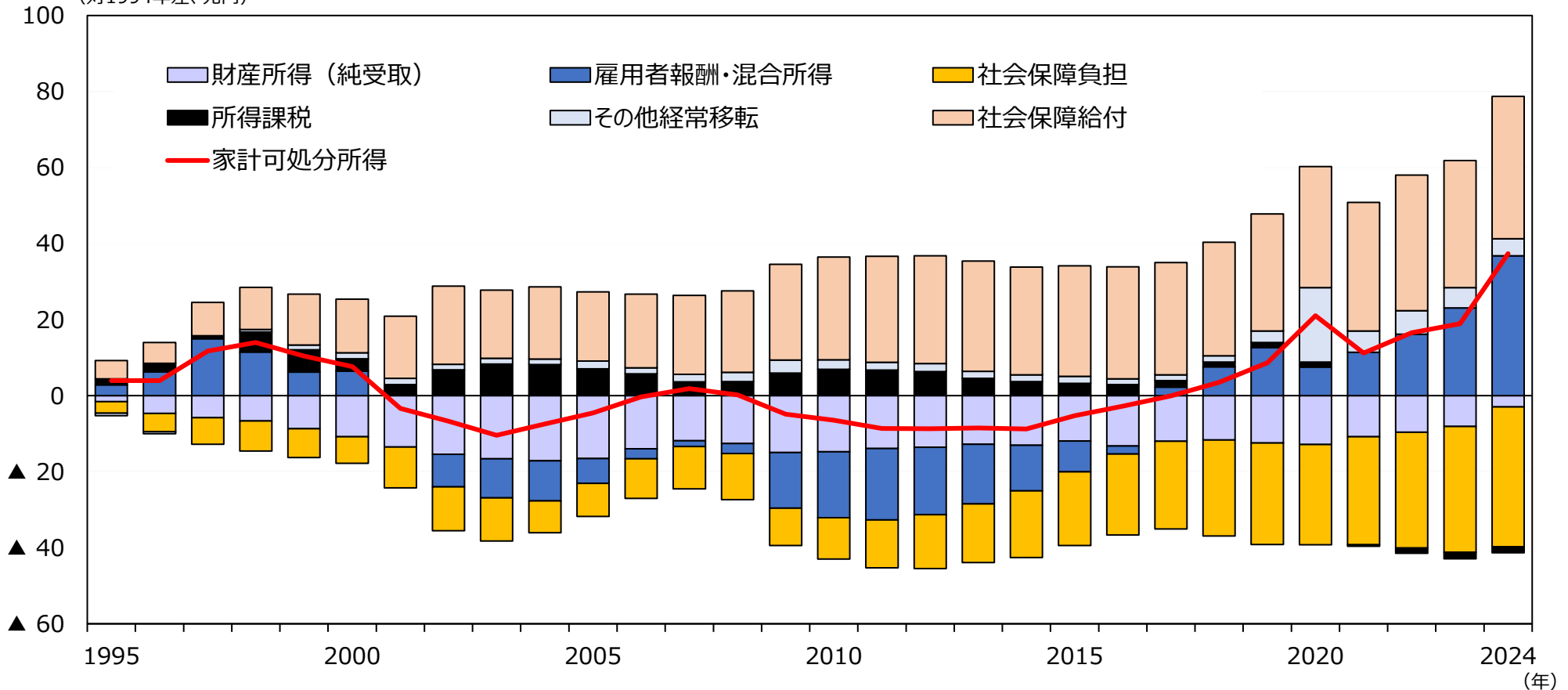
（出所）厚生労働省「毎月勤労統計」「賃金構造統計調査」「健康保険・船員保険事業状況報告」、連合「春季労使交渉集計結果第7回（最終）回答集計」、株式会社ナウキャスト「Hrog賃金Now」、内閣府「中長期の経済財政に関する試算」より作成。

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

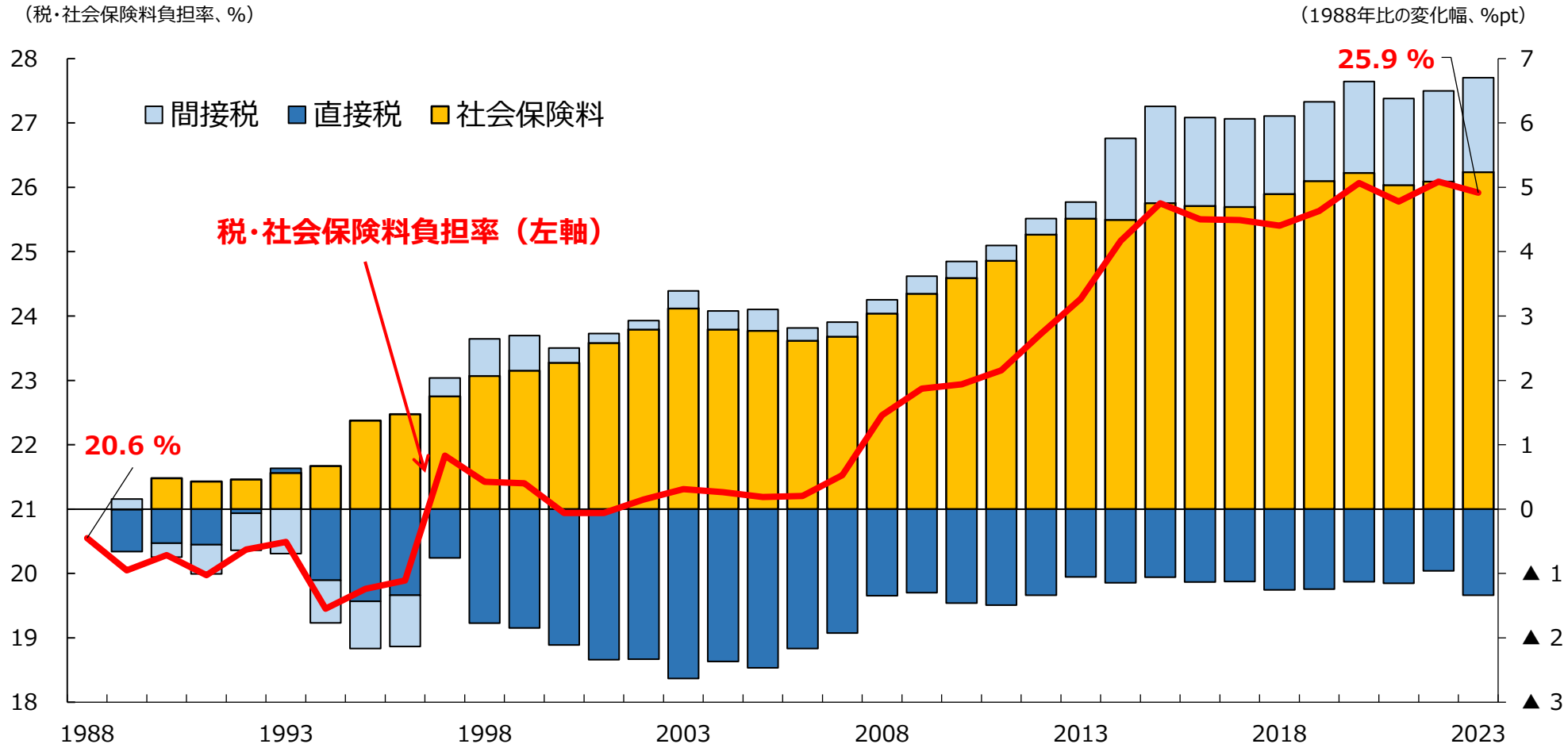
◆家計可処分所得の変動要因

(対1994年差、兆円)



○ 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。

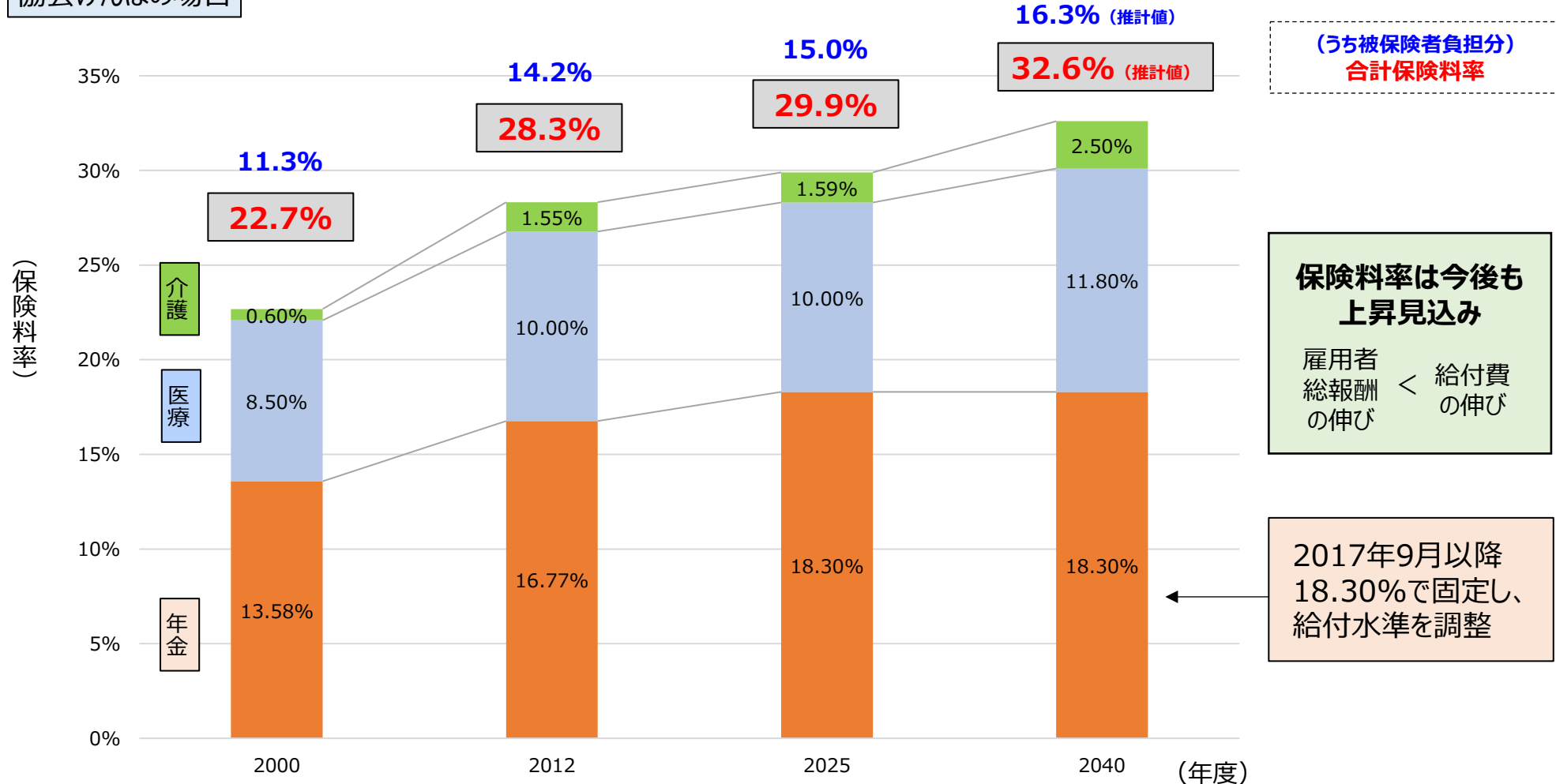
(注2) 棒グラフは1988年比の税社会保険料負担率の変化幅の内訳を指す(右軸)。

現役世代が負担する社会保険料負担

資料Ⅱ－１－５

- 社会保障に係る負担を現役世代の社会保険料負担で見ると、現役世代の保険料率は報酬の３割に迫る水準であり、今後も継続的に上昇する見込み。

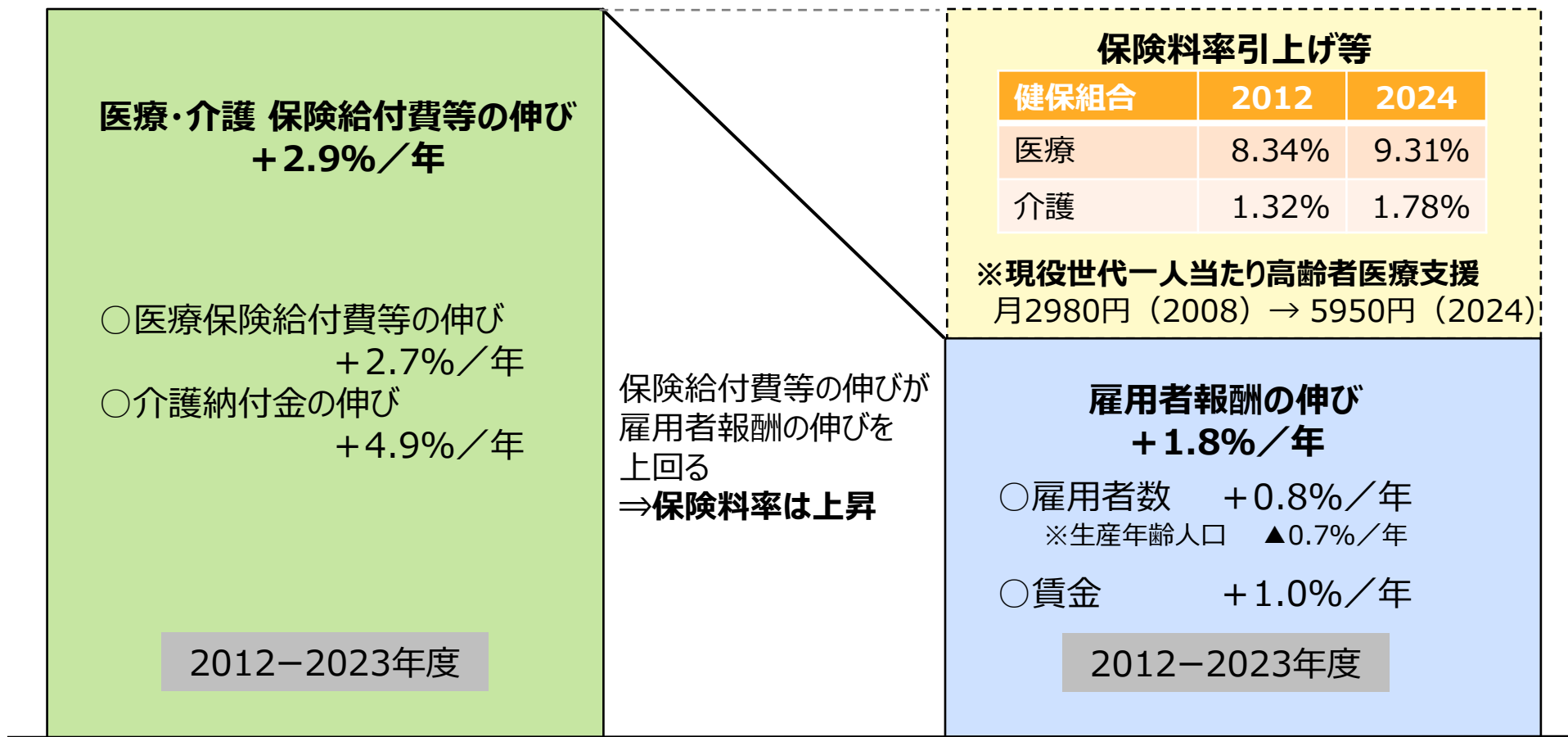
協会けんぽの場合



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

(注) 2040年度の保険料率については、内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」(平成30年5月21日)における経済ベースライン・現状投影・医療単価の伸び率が低い(＝保険料総額が少ない)数値を用いている。

- 医療・介護の給付の伸びが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。
- 若者・子育て世帯の可処分所得を増加させるためにも、歳出改革と賃上げによりこのギャップを縮小し、医療・介護の保険料率の上昇を最大限抑制する必要がある。



（出所）内閣府「国民経済計算」（2023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）年平均は始点から終点までの伸び率を年数で単純に除して算出

（注２）医療保険給付費等は、2012年度から2023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2023年度実績については決算見込額）

（注３）介護納付金は、2012年度から2023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2023年度実績については決算見込額）

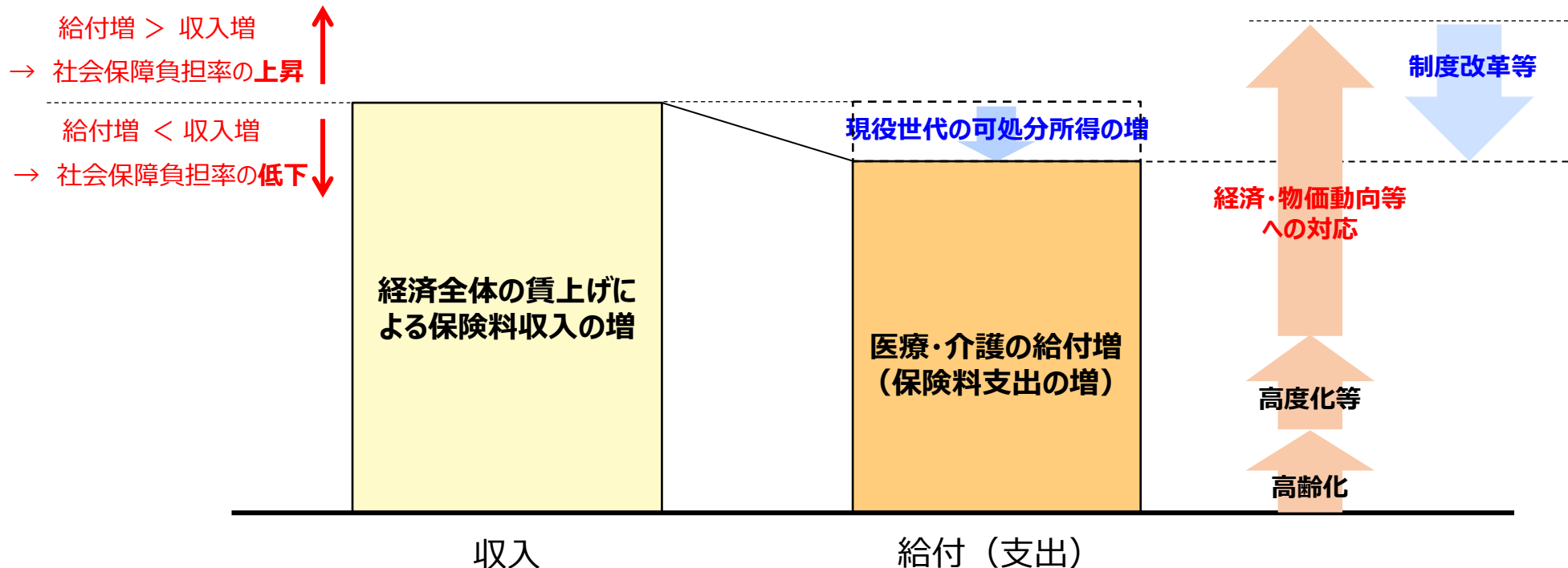
（注４）健康保険組合に係る保険料率は、平均設定保険料率であって、各組合の単純平均（加入する被保険者数でウェイトがけしていない）。2012年度は決算、2024年度は決算見込み。

- 社会保障について、「骨太方針2025」では、改革を通じた保険料負担の抑制努力の継続と経済・物価動向等への的確な対応が求められており、その双方に応えるものとする必要。
- 「経済・物価動向等への対応」については、予算編成過程において客観的データに基づく精査を徹底し、必要なものを措置していくことになる。その際、官民を挙げた賃上げの成果を損なわないよう、現役世代の保険料負担の増による可処分所得の抑制を回避することが最低限の要請。賃上げ努力の成果や保険料負担の抑制努力とあわせて、極力、可処分所得の拡大につながる内容としなければならない。
- 仮に、経済・物価動向等への対応によって、給付の伸びが、経済全体の賃上げによる保険料収入の増加を上回りそうな場合（すなわち社会保障負担率が上昇しそうな場合）には、さらなる医療・介護の制度改革等に取り組むことで可処分所得の増加につながるよう給付の伸びを抑制していくことが必要となる。

（参考）令和7年10月24日 高市内閣総理大臣 所信表明演説（抄）

社会保障制度改革を進めていく中で、現役世代の保険料負担を抑えます。当面の対応が急がれるテーマについては、早急に議論を進めます。

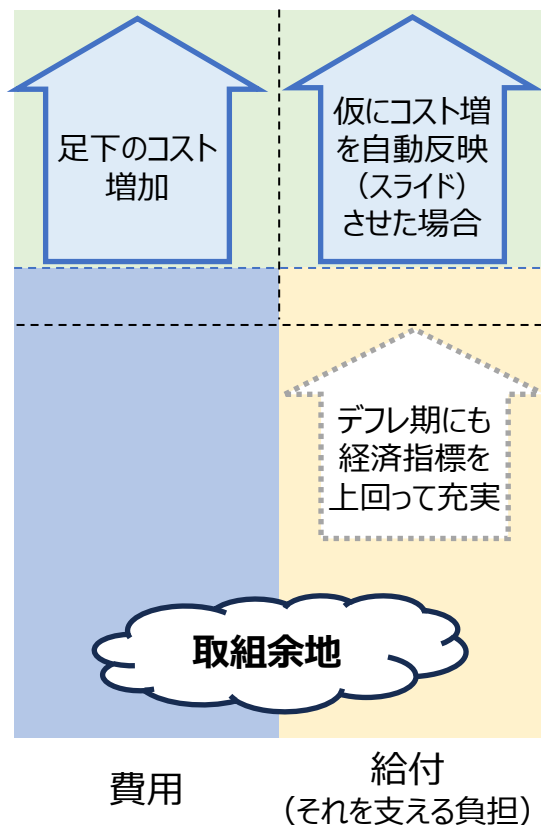
■医療・介護の保険料収入・支出（イメージ）



- 経済・物価動向等への対応にあたって、各サービス主体におけるコスト抑制の取組余地を残したまま、コストの増分を給付に自動的に反映（スライド）させると、保険料負担など給付を支える負担も増加し、現役世代を中心とする家計や企業の活力を奪いかねない。
- 医療・介護分野においては、①高齢化による給付増が継続しており、一定のコスト増を吸収する余地があるほか、②病院・診療所・介護施設の経営、人件費、薬剤費などコストに関係する取組や③保険給付範囲の見直しを引き続き実施しつつ、経済・物価等に適切に配慮することで、現役世代の保険料負担増を可能な限り抑制することが重要。

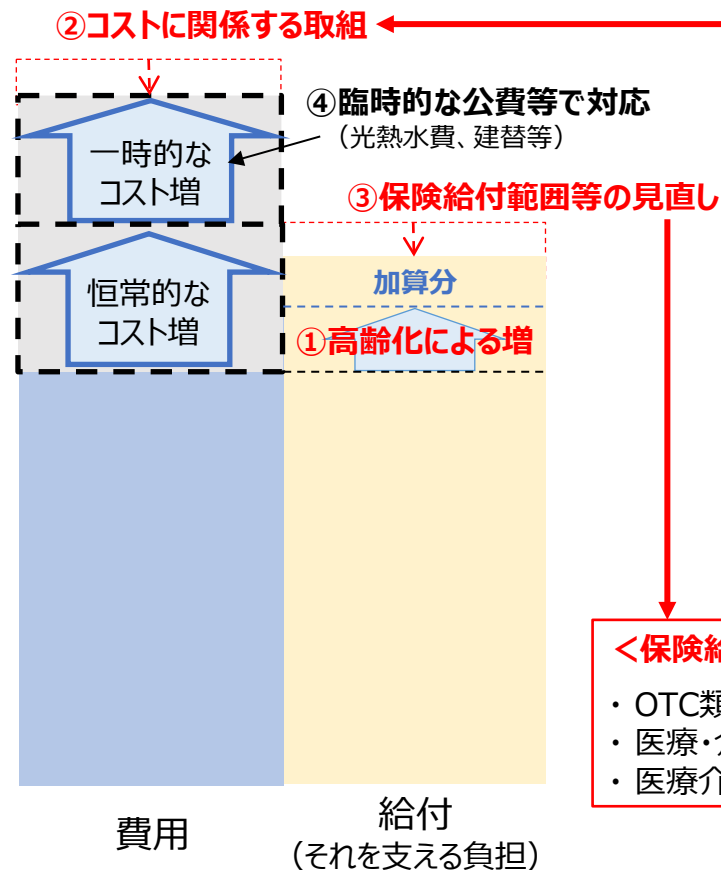
【取組なしの場合】

現役世代等の保険料負担の
一層の増



【取組ありの場合】

現役世代等の保険料負担の
抑制



<コストに関する取組の例>

【病院・診療所・介護施設の経営等】

- ・ コストの共通化
(例) 地域医療連携推進法人等の活用
- ・ 外来診療における出来高払いから包括払いへの転換
- ・ リフィル処方の一層の推進
- ・ 高額な医療機器等の導入時の費用対便益の精査
- ・ 病床等の機能別適正配置の推進

【人件費等】

- ・ タスクシェア・タスクシフトの推進
- ・ 介護テクノロジーの活用
- ・ 地域間、診療科間等の偏在是正
- ・ 人材紹介の規制のあり方の更なる見直し

【薬剤費等】

- ・ 地域フォーミュラの普及を通じた標準的な治療の促進
- ・ 患者本位の治療の確立
- ・ 市場拡大再算定の一層の強化
- ・ 費用対効果評価の適用範囲の拡大

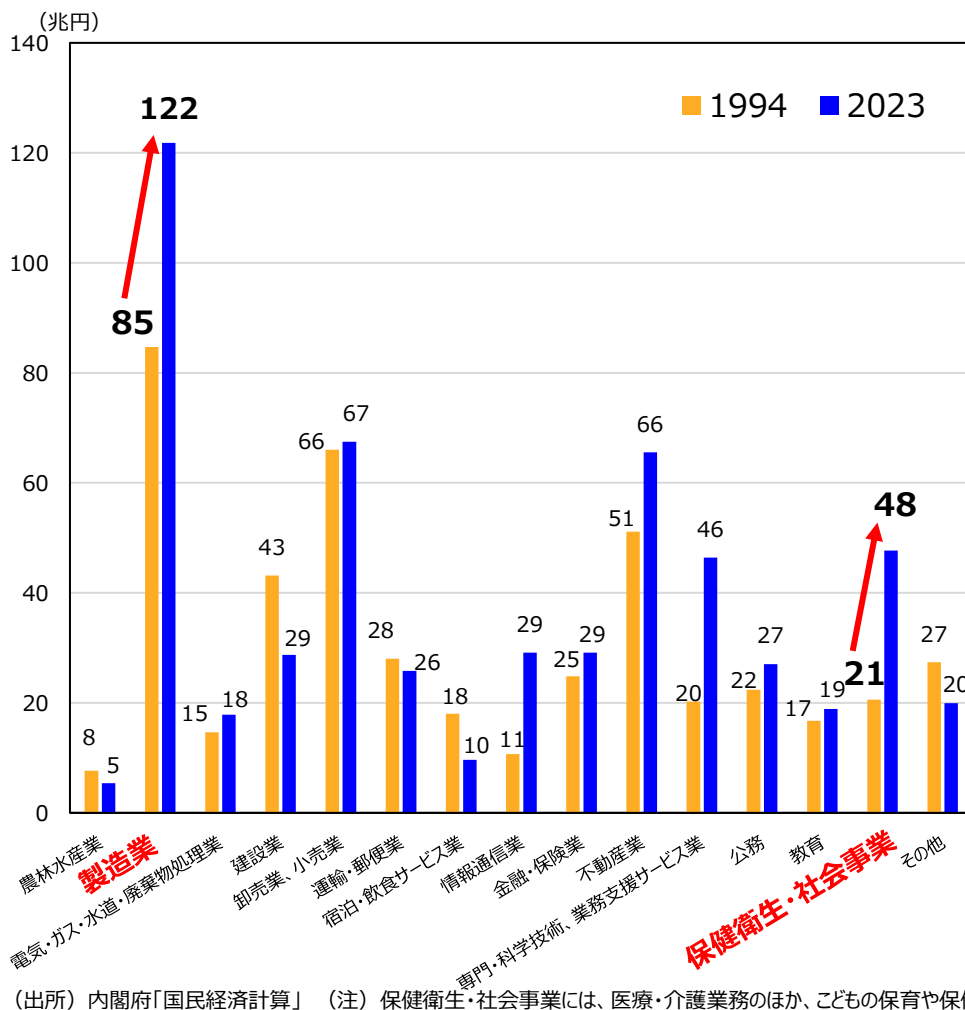
<保険給付範囲等の見直しの例>

- ・ OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直し
- ・ 医療・介護保険における金融所得の勘案
- ・ 医療介護の利用者負担（２割、３割）の適切な判断基準設定

- 過去30年間の実質付加価値額の増加に最も寄与したのは製造業であり、その次が医療・介護等を含む保健衛生・社会事業である。しかし、就業者数で見ると製造業は350万人以上減少している一方、保健衛生・社会事業は1994年の350万人から2023年921万人と急拡大した。この間、総就業者数の増加が約160万人にとどまることを踏まえれば、医療・介護産業への労働投入の増加は際立っている。

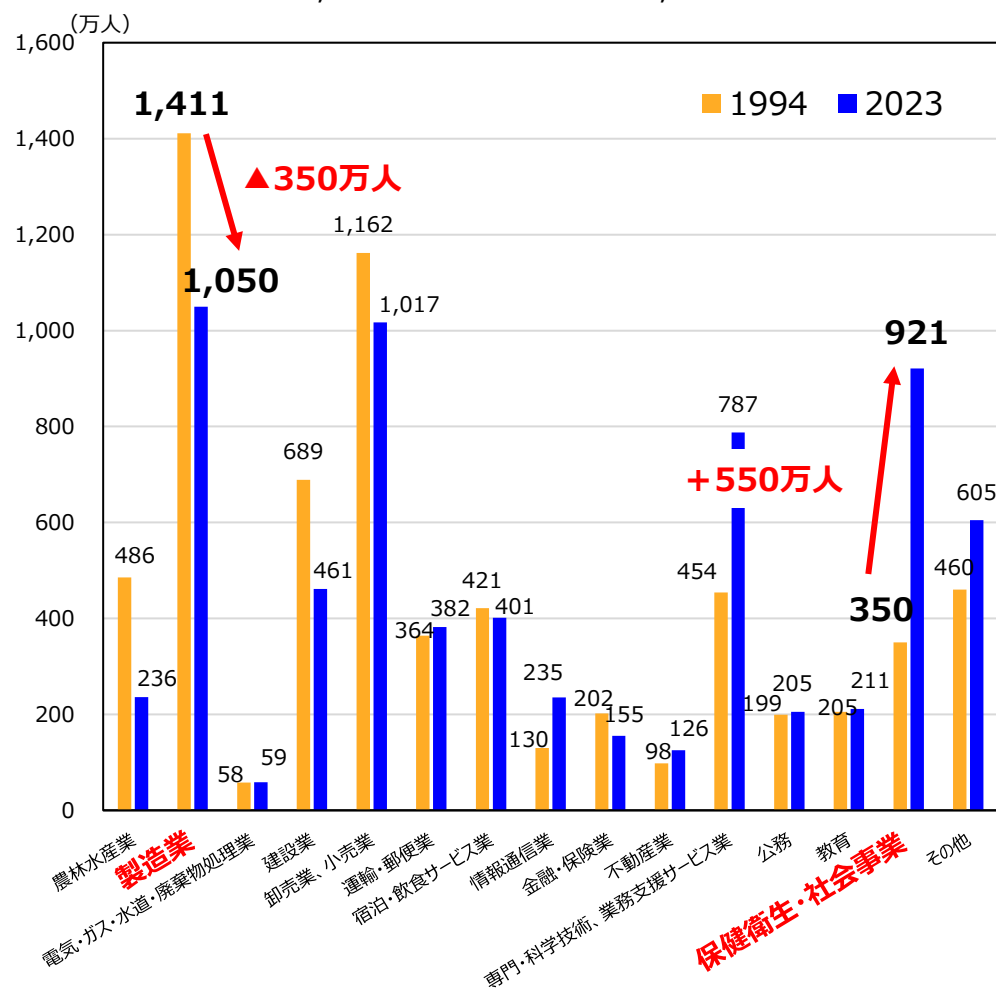
◆付加価値額（実質）の変化

実質GDP 1994年約447兆円⇒2023年約557兆円



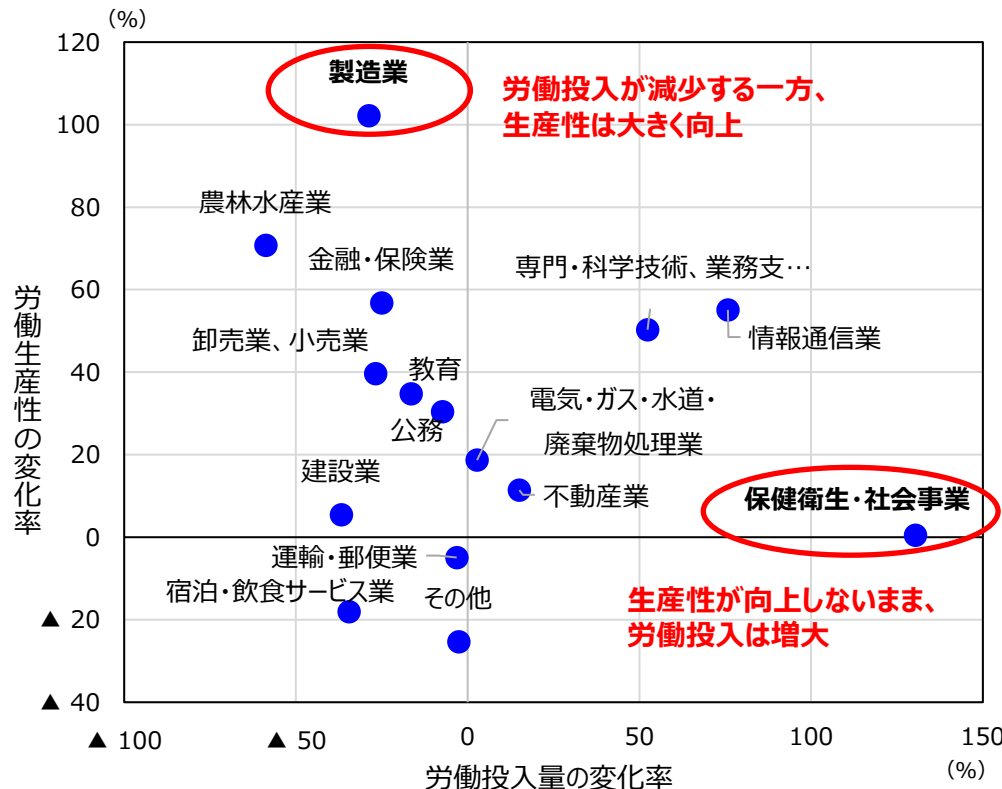
◆就業者数の変化

総数：1994年約6,698万人⇒2023年約6,855万人（+157万人）



- 労働供給制約が強まる中で、人口増加期に作り上げられた経済社会システムを中長期的に持続可能な構造へと転換していくことは避けられない。とりわけ、生産性が伸び悩むまま労働投入を集中させてきた医療・介護産業が、成長型経済の実現に寄与していくためには、より少ない労働投入量で質の高いサービスを提供可能とするなど、効率的で持続可能な産業構造への転換が不可欠である。
- 医療分野の場合、過去30年間、経済全体では物価・賃金がともに停滞する中であって、価格が上昇し、医療費は増加した一方、医療従事者の賃金に十分還元されず、労働投入が増加してきた。こうしたこれまでの医療産業のあり方への検証的な評価や、今後の構造転換の方向性への視点を欠いたまま、足元における物価・賃金動向やそれに伴う経営環境の変化のみに着目して対応を講じることが適当でなく、業務の効率化やそのための資源配分の適正化を軸として必要なコスト構造の改革を推進すべきである。

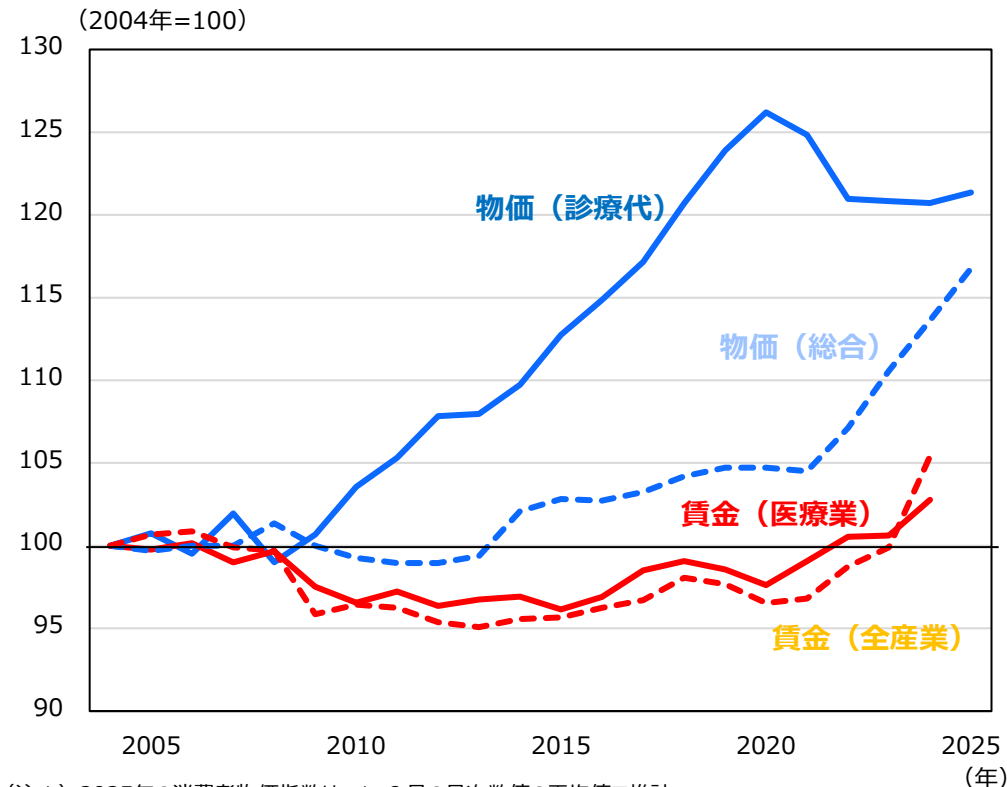
◆労働生産性と労働投入量の変化率（1994年→2023年）



(注) 労働生産性 = 実質付加価値額 ÷ (就業者数 × 平均労働時間) で計算。

(出所) 内閣府「国民経済計算」

◆消費者物価指数と賃金の推移



(注1) 2025年の消費者物価指数は、1-8月の月次数値の平均値で推計。

(注2) 消費者物価指数 (診療代) は、各年の実効給付率で割り戻した数値。ただし、2023年以降は2022年度の実効給付率を用いて割り戻している。

(出所) 総務省「消費者物価指数」、厚生労働省「毎月勤労統計」等

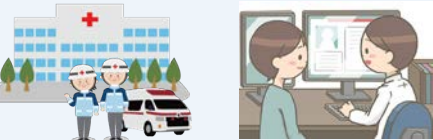
- 我が国の医療・介護は社会保険で運営されている。社会全体で人手不足が一層進行していく中で、医療・介護サービスの持続性を確保していくためには、ICTやAIを日常的に活用しつつ、医療・介護従事者の価値を最大化できる環境の醸成が必要。このためには、患者・被保険者、医療・介護従事者が、社会保障の基本理念である「自助・共助・公助」の共通認識を持ち、資源の全体最適が実現していることが理想。

◆医療・介護分野の関係者の共通認識（イメージ）

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

医療

高度・急性期医療（病院）
かかりつけ医（診療所、薬局、歯医者）



信頼できる品質管理・
安定供給の体制が確保

供給・販売

製薬

創薬イノベーション・安定供給
（メーカー、卸売、投資家、アカデミア等）

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

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

住まい



遠隔地の人などには
オンライン診療も活用

入院・通院

自助の土台

予防・健康づくり

趣味、習い事、ボランティア
（NPO法人、自治体など）



入所・通所

ケアマネジャー

訪問

介護

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



利用者のチェックにより質が担保された
ケアマネジメント

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

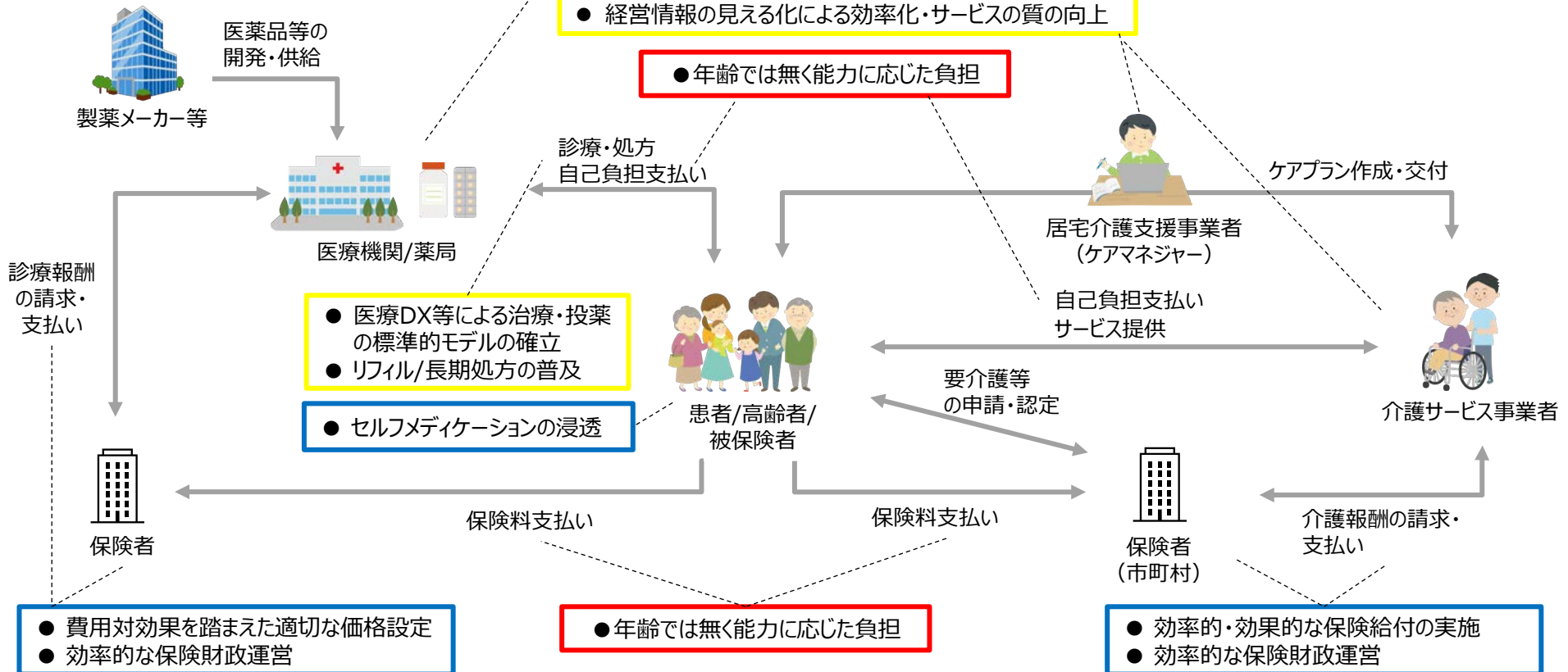
- 関係者における共通認識の醸成とそれに基づく行動変容を、制度面でも後押しすることが重要。そのためには、質の高い医療・介護サービスの効率的な提供、保険給付範囲の適切な設定、年齢では無く能力に応じた負担等を実現することが、制度の持続性確保の観点からも重要。
- 必要な制度改革の検討に当たっては、こうした理想像を描きながらバックカスティング的に議論することが有用。

◆医療・介護制度の理想的な姿

- 創薬エコシステムの確立
- 筋肉質で国際競争力のある産業構造への転換

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

- 年齢では無く能力に応じた負担



質の高い医療・介護の効率的な提供

保険給付範囲の適切な設定

負担の公平化

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

◆各ステークホルダーから見た医療・介護分野の理想的な姿

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

患者/
高齢者/
被保
険者/
将来世
代

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

医療・
介護関
係者

医療
機関

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

調剤
薬局

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

製薬
業界

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

介護
事業者

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

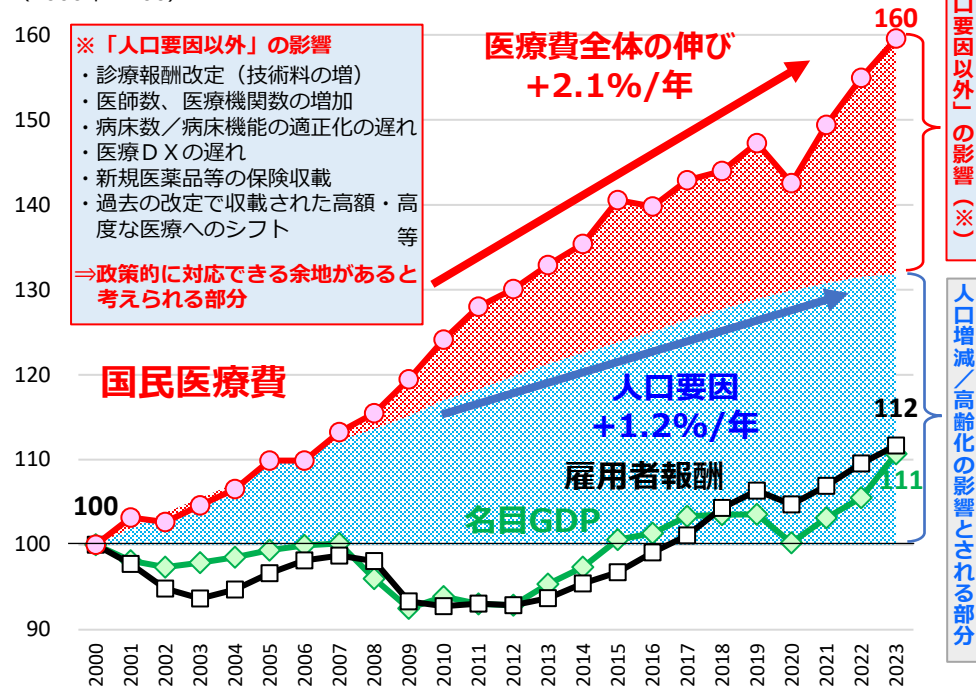
保険者

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

- 我が国の医療費は、過去30年間、物価や賃金が停滞する中でも概ね増加傾向にあった。その背景には、人口要因に加え、政策的な対応余地があったにもかかわらず、適切な対策が十分に講じられてこなかったことが挙げられる。医療費の増加は、現役世代の保険料負担を含む国民負担の増加に直結するものであり、誇るべき国民皆保険を堅持するためにも、効率的で質が高く、患者本位の医療提供体制を構築していくことと併せ、診療報酬の不断の合理化・適正化を進めていくことが求められる。
- 2026年度診療報酬改定は、日本経済の新たなステージへの移行が明確になる中での最初の診療報酬改定であり、今後の道しるべとなる大変重要なもの。経済・物価動向等への対応と保険料負担の抑制努力を両立させるモデルを示す必要。その際、
 - ✓ 「経済・物価動向等への対応」にあたっては、経営の改善や従事者の処遇改善につながる的確な対応を図っていく必要。その際、今回の改定から活用可能となった医療機関の経営データに基づき、医療機関ごとの費用構造や医療機能に応じたきめ細やかな対応とする必要。
 - ✓ 「現役世代の保険料負担の軽減」の観点からは、病院に比べ、診療所が高い利益率を維持している現状を踏まえ、病院への重点的な支援のため、診療所の報酬の適正化が不可欠。また、調剤薬局が増加を続け、調剤技術料が一貫して顕著に伸びている中、調剤報酬の適正化も必須。あわせて、医療保険制度改革の歩みを揺るぎなく進め、加速していくことも重要。

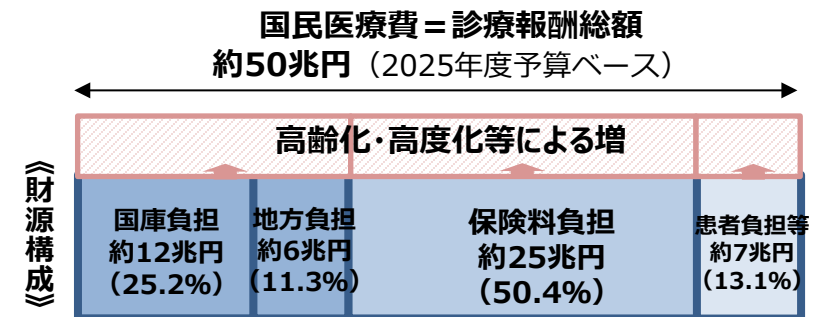
◆ 医療の伸びと政策的対応可能性

(2000年=100)



◆ 医療費の財源構成と診療報酬改定の関係

診療報酬を1%改定した場合の影響は、公費約1,800億円、保険料約2,500億円



診療報酬を1%引き上げた場合

約5,000億円の医療費の増加

国民負担の増
(税金、保険料、患者負担)

医療機関の収入増

税金 約1,800億円

国：約1,200億円
地方：約600億円

保険料負担
約2,500億円

患者負担等
約700億円

- 診療報酬の改定率は、高齢化や医療の高度化などの影響で伸び続けている医療費の増加トレンドを前提として設定される。つまり、仮に改定率がゼロであっても、2026年度の医療費は増加し、その分、現役世代の保険料負担を含めた国民負担の増大につながる。この点は、改定率を巡る議論の大前提として共有されるべき認識である。
- 具体的には、2026年度予算要求において、医療費ベースで1兆円相当、いわば改定率+2%相当の伸びが既に織り込まれている。また、この医療費増加の要因を分解（P×Q）すると、受診延日数（≒患者数＝Q）の増より、1日あたり医療費（＝P）の増加が大きく寄与していることがわかる。なお、このPの増加は医療の高度化等によるものであり、医療機関にとってみれば必ずしも医療従事者の増（費用増）を伴うべきものではないと考えられる。

◆ 医療費の推移と構成要素

医療費 = 人口 × 受診率 × 1件あたり日数 × 1日あたり医療費
⇒「受診延日数」【Q】 【P】

【2019年⇒2024年の平均】
医療費伸び率： +1.9%
受診延日数： ▲0.3%
1日あたり医療費： +2.2%

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
医療費の推移（兆円）	36.6	37.8	38.4	39.3	40.0	41.5	41.3	42.2	42.6	43.6	42.2	44.2	46.0	47.3	48.0	49.6	50.6
医療費の対前年伸び率（%）	3.9	3.1	1.7	2.2	1.8	3.8	▲0.4	2.3	0.8	2.4	▲3.1	4.6	4.0	2.9	1.5	—	+2.0%
受診延日数の推移（億日）	26.3	26.2	26.0	25.8	25.7	25.8	25.6	25.6	25.4	25.2	23.1	23.9	24.3	24.8	24.9		
受診延日数の伸び率（%）	0.1	▲0.1	▲0.9	▲0.8	▲0.3	0.2	▲0.7	▲0.1	▲0.5	▲0.8	▲8.5	3.3	2.0	2.0	0.3		
1日あたり医療費の推移（千円）	13.9	14.4	14.8	15.2	15.5	16.1	16.1	16.5	16.7	17.3	18.3	18.5	18.9	19.0	19.3		
1日あたり医療費の伸び率（%）	3.8	3.2	2.6	3.1	2.1	3.6	0.3	2.4	1.3	3.2	5.9	1.3	2.0	0.8	1.1		

コロナ影響及び
その反動による増減
（例外的動き）

【トレンド増】
+1兆円
（+2.0%）

※ 2024年度までは概算医療費（労災、全額自費等の医療費を含まない）、2025年度は予算ベースの国民医療費、2026年度は予算要求上の国費の伸び（いわゆる「自然増」）が国民医療費全体に及ぶものと仮定して推計。

（参考）医療費の伸び率の要因分解

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
医療費の伸び率 ①	3.9%	3.1%	1.6%	2.2%	1.9%	3.8%	-0.5%	2.2%	0.8%	2.3%	-3.2%	4.8%	3.7%	3.0%	1.5%
人口増の影響 ②	0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.1%	-0.1%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.3%	-0.5%	-0.4%	-0.5%	-0.4%
高齢化の影響 ③	1.6%	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%	1.0%	1.0%	1.2%	1.1%	1.0%	1.0%	1.1%	0.9%	0.7%	0.6%
診療報酬改定/薬価改定等 ④	0.19%		0.004%		0.1%		-1.33%		-1.19%	-0.07%	-0.46%	-0.9%	-0.94%	-0.64%	-0.30%
その他（①-②-③-④）	2.1%	2.1%	0.4%	1.1%	0.7%	2.9%	-0.1%	1.2%	1.1%	1.6%	-3.5%	5.1%	4.2%	3.4%	1.6%
・医療の高度化/受療行動の変化等															

注：2023年度までは国民医療費、2024年度は概算医療費。

- 個々の医療機関においては、賃金や物価の上昇により、必要な医療提供に伴う不可避的なコスト増に直面している場合もあると考えられる。こうした場合には、診療報酬において適正な対応が図られることが求められる。ただし、その際には希少な医療資源の有効活用観点から、従業員の適正配置を含む医療機関の経営改善と地域医療提供体制の効率化が必須となる。また、現役世代の保険料負担の軽減を図る観点から、医療分野における診療報酬財源の最適配分を実現すべく、各セクターの経営状況に基づいた大胆かつメリハリのある対応が不可欠である。
- 具体的には、例えば高度急性期を担う病院群と、高齢者の長期入院を受け入れる病院群では、それぞれに応じた対応策が必要である。さらに、診療所や調剤薬局は費用構造が病院と大きく異なる上、過去から継続的に高い利益率を維持してきた。物価・賃金上昇への対応を病院に重点的に措置するためにも、診療所や調剤薬局に対しては相応の適正化が求められている。

◆ 2026年度改定で必要となるメリハリ付け（イメージ）

【病院】

技術料：20.5兆円

- 高度急性期（大学病院や総合病院）／高齢者救急を主に担う一般病院／慢性期・回復期の病院／療養病床／精神病床といった**病床・病院機能ごとに異なる経営実態に応じきめ細かく対応する必要**
 - ✓ 物価上昇の影響の度合いが区々で要精査
 - ✓ 持続的な賃上げ実現の前提として医療現場における業務改善の余地を残さないよう要注意
- 個々の施設で閉じず、**地域全体で効率的な医療を提供するための取組を促す必要**

※ 技術料の金額は、2025年度予算ベースの国民医療費を2023年度国民医療費における各科の医療費の割合で按分した上で、各医療費を社会医療診療行為別統計（2024年8月）における技術料と薬剤費等の点数の割合で按分して算出。なお、薬剤費等は約12.7兆円（病院：4.9兆円、診療所：1.2兆円、歯科：0.3兆円、調剤：6.3兆円）

【診療所】

技術料：9.1兆円

- ✓ 過去一貫して病院に比して**高い利益率**
- ✓ 諸外国比でも、病院勤務医との比較でも、**院長の所得水準は高水準**
- ✓ 小規模で分散された**非効率な提供体制**が残存
- ✓ 2024年度改定で創設された賃上げ措置（ベースアップ評価料）の算定率は**4割止まり**

※地域医療で代替不可能な役割を果たす有床診療所には配慮が必要。

【歯科】

技術料：3.1兆円

- ✓ 過去一貫して病院に比して**高い利益率**
- ✓ 個人立が多く、小規模・分散で**非効率な提供体制**が残存

【調剤薬局】

技術料：2.4兆円

- ✓ 改定率を大幅に超える伸びが**適正化されないまま継続**
- ✓ **門前に群集する全体「非」最適な提供体制**

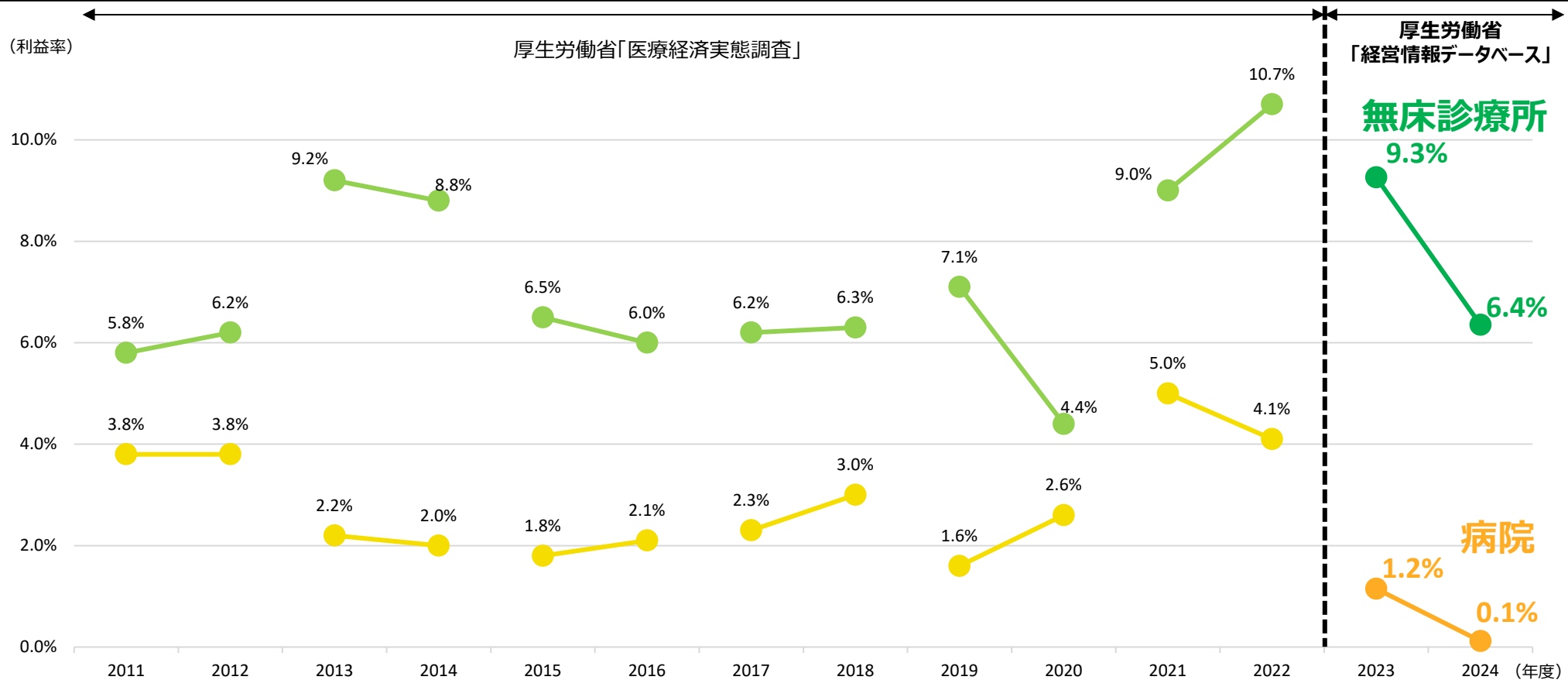
【改革の方向性】（案）

- 2026年度診療報酬改定は、医療機関の経営状況のデータを精緻に分析する中で、特に物価・賃金対応については、医療機関ごとの費用構造に着目したきめ細やかな対応を図る必要。現役世代を含む保険料負担の軽減と必要な医療の保障のバランスを図るべく、本来は過去の改定の際に切り込むべきだった適正化・効率化を遂行することも含め、メリハリある対応を期するべき。

診療所を巡る状況

資料Ⅱ－１－１７

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



(注1) 医療経済実態調査は2年に1回(西暦の奇数年)実施され、その前年度と前々年度の経営状況を調査しているが、調査回ごとに対象の医療機関が異なるため、異なる調査回の間での比較は困難。一方、厚生労働省「経営情報データベース」は、同一の母集団に対する悉皆調査であり、各年の集計結果同士を経年比較可能と考えられる。

(注2) 医療経済実態調査に係る利益率は、一般病院(医療法人立)及び一般診療所(医療法人立・入院診療収益なし)に係る補助金を含んだ利益率(医業収益及び介護収益の合計額に対する総損益差額(診療所は損益差額)の割合)。厚生労働省「経営情報データベース」に係る利益率は、それぞれ一般病院(医療法人立)及び一般診療所(医療法人立・入院収益なし)に係る経常利益対経常収益。

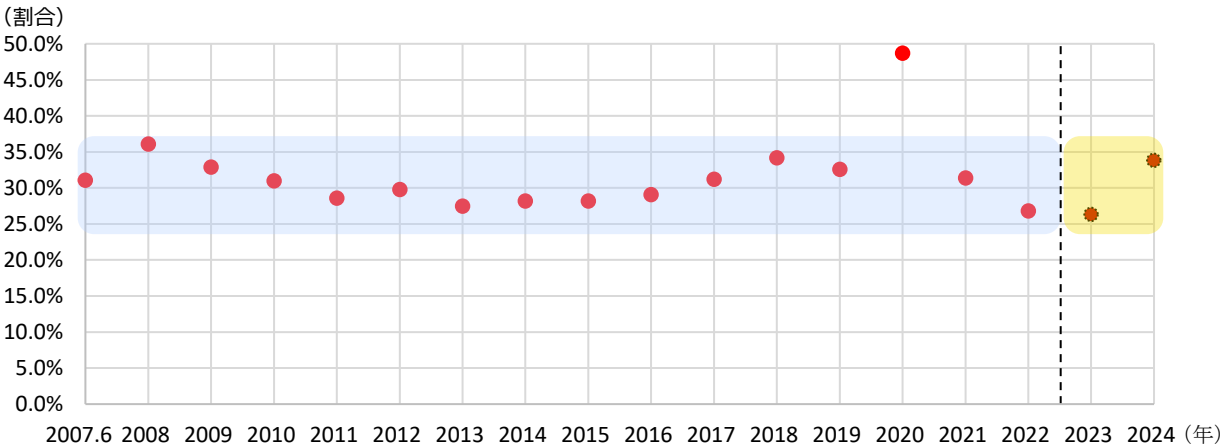
(出所) 2011年度から2022年度の無床診療所及び病院の利益率：厚生労働省「医療経済実態調査」(病院：集計1、診療所：集計2)。2023年度から2024年度までの無床診療所及び病院の利益率：厚生労働省「経営情報データベース」(2025年10月24日福祉医療機構公表分)。

【改革の方向性】(案)

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

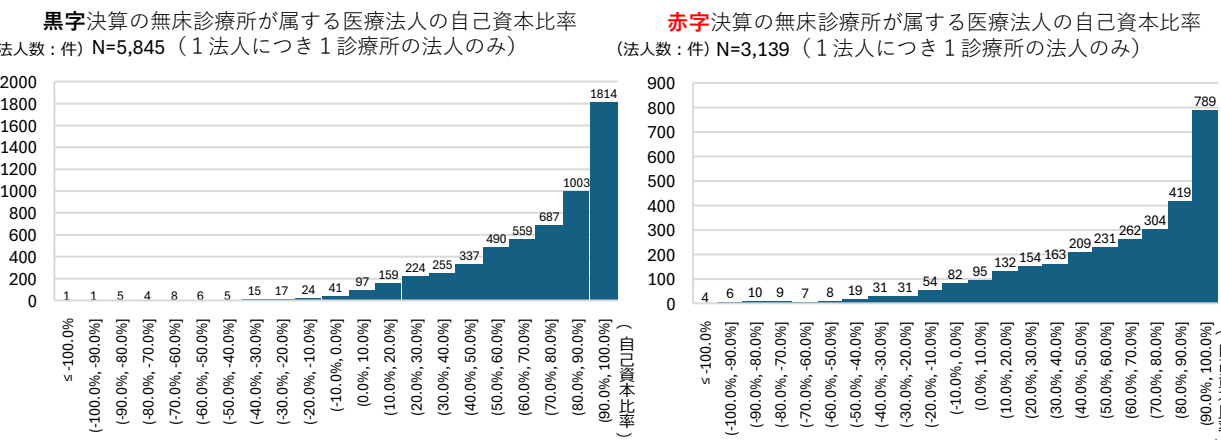
- 2024年度の診療所の赤字の割合は33.8%だが、従来、赤字の割合は26.3%～48.7%で推移。
- 2024年度の診療所の経営データを見ると、赤字であっても自己資本比率は高い傾向。また、開設からの年数が長い診療所ほど、赤字の割合が高い。

◆ 赤字診療所（法人立）の割合の推移

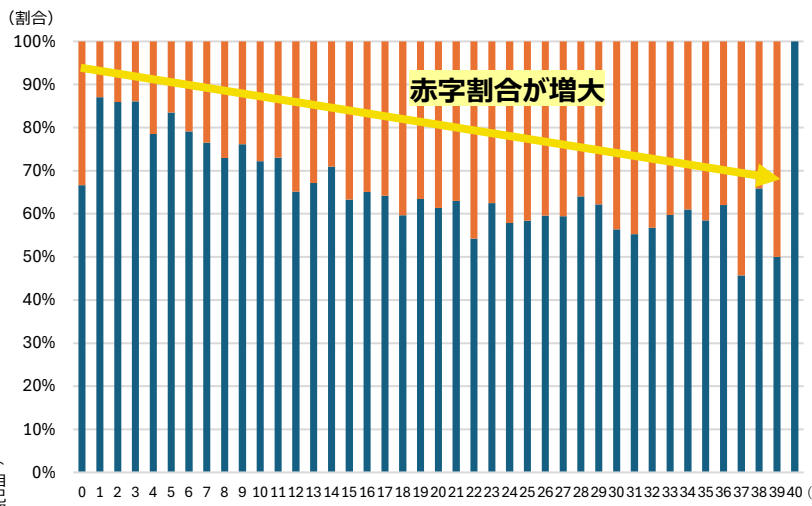
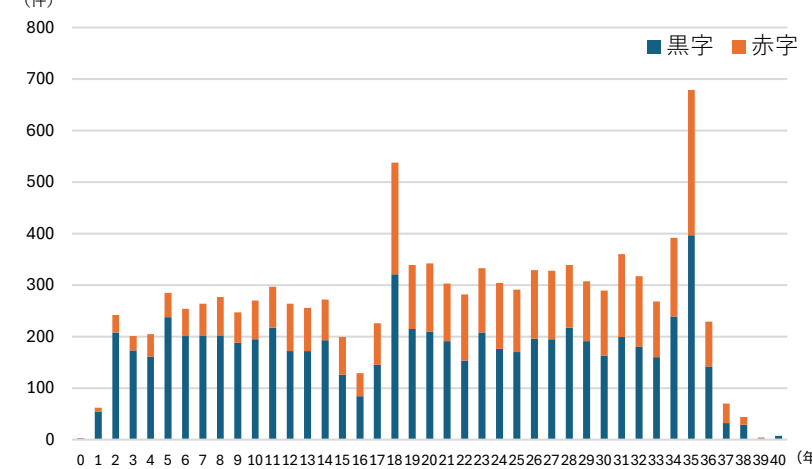


(出所) 第16回～第24回「医療経済実態調査」に基づき作成。一般診療所（医療法人）において、損益率が0%未満の各階級の割合を集計。
2023年度及び2024年度については、「経営情報データベース」（2025年10月24日福祉医療機構公表分）における「経常赤字割合」に基づく。
(注) 2007年については、2007年6月分の集計である。

◆ 2024年度における無床診療所（黒字・赤字）の自己資本比率



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



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

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

病院（全体）

診療所（医療法人）

診療所（個人）

平均の年間経費総額 **約36億円**
(対収益 約99%)

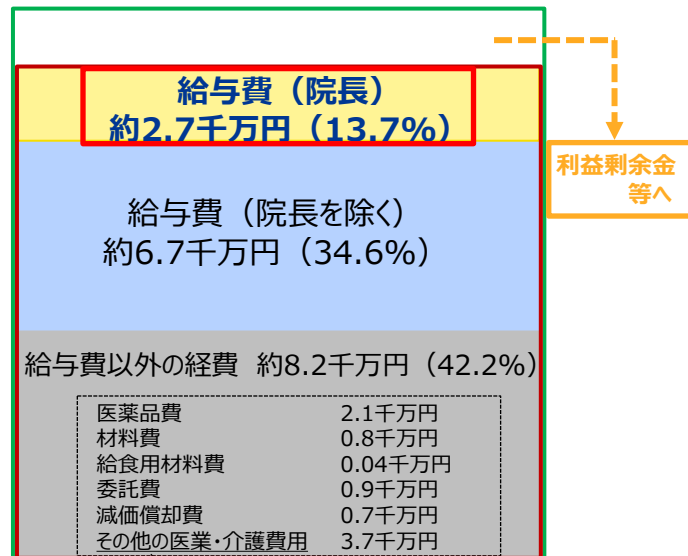
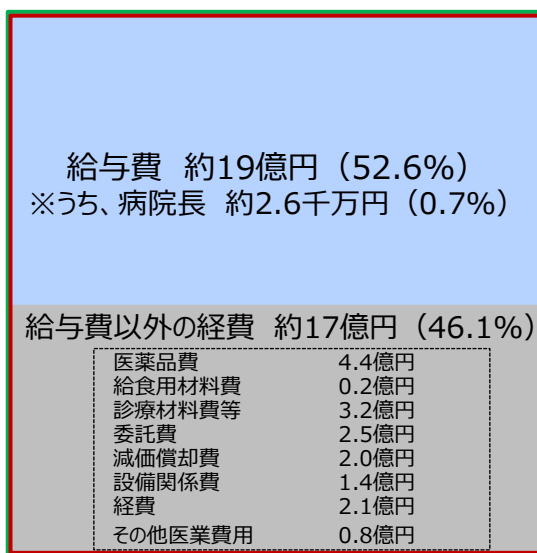
平均の年間収益総額 約36億円

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

平均の年間収益総額 約1.9億円

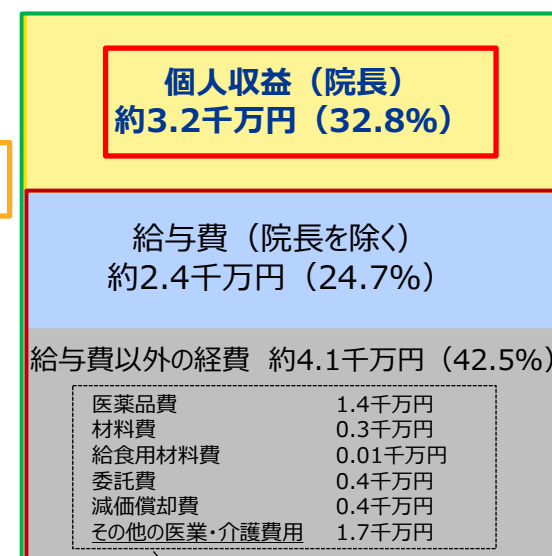
(診療所全体の約37%)
平均の年間経費総額 **約6.5千万円**
(対収益 約67%)

平均の年間収益総額 約1億円



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

以上を除いた残費用 3.1千万円



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

以上を除いた残費用 1.3千万円

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

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

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

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

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

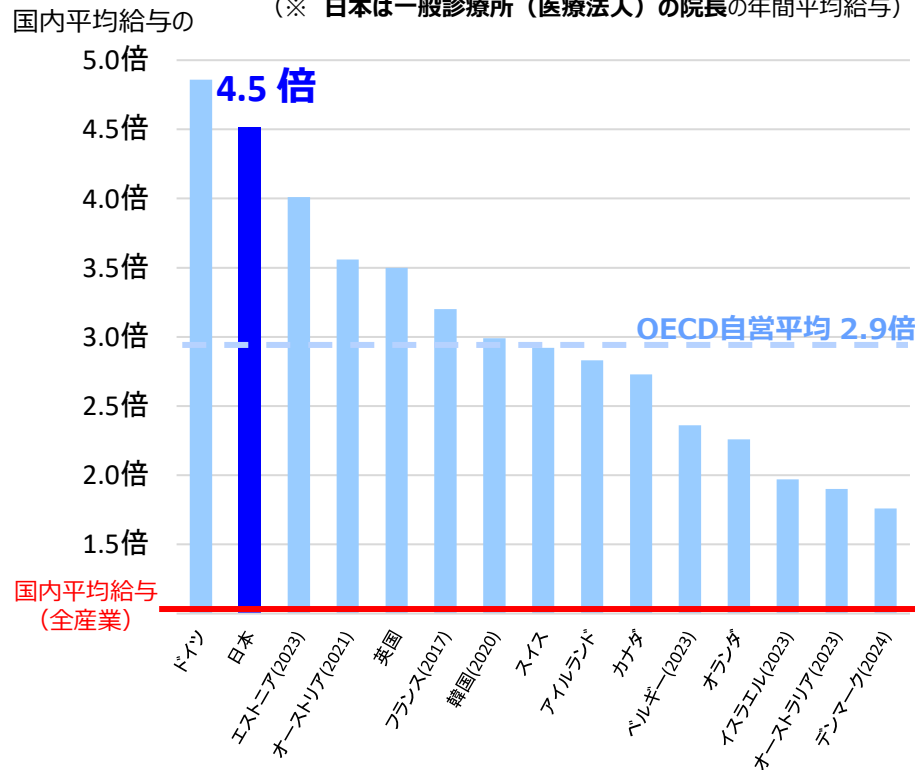
(注5) 一般診療所における「その他の医業・介護費用」には、福利厚生費、消耗品費、光熱水費、賃借料、事業税、固定資産税等、支払利息、雑費等が含まれる。

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

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

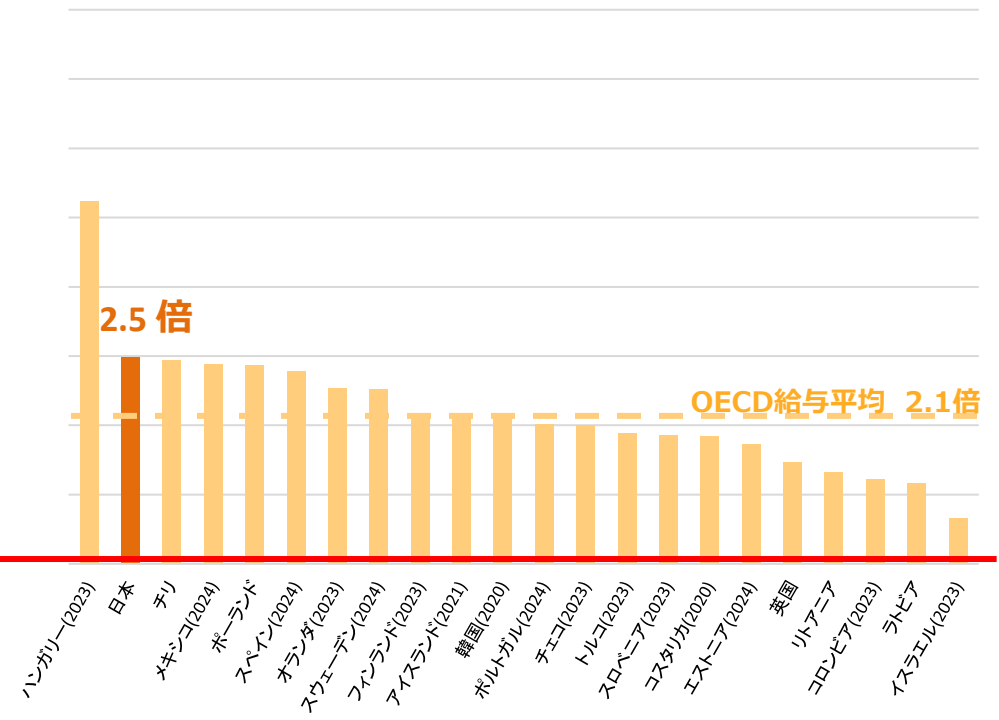
<自営（Self-employed）>

（※ 日本は一般診療所（医療法人）の院長の年間平均給与）



<給与（Employee）>

（※ 日本は一般病院（全体）の医師（病院長を除く）の年間平均給与）



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

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

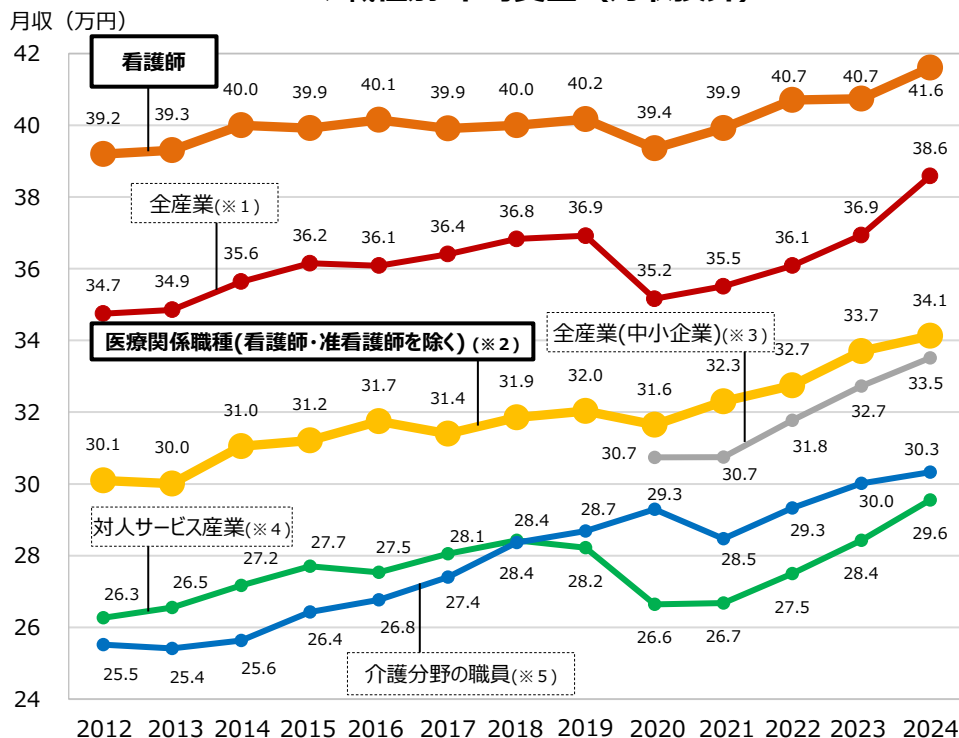
（注2）OECD諸国の数字は、公表されている最新の年/年度の数字を使用。年/年度の記載がないものは2022年/年度の数字。

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

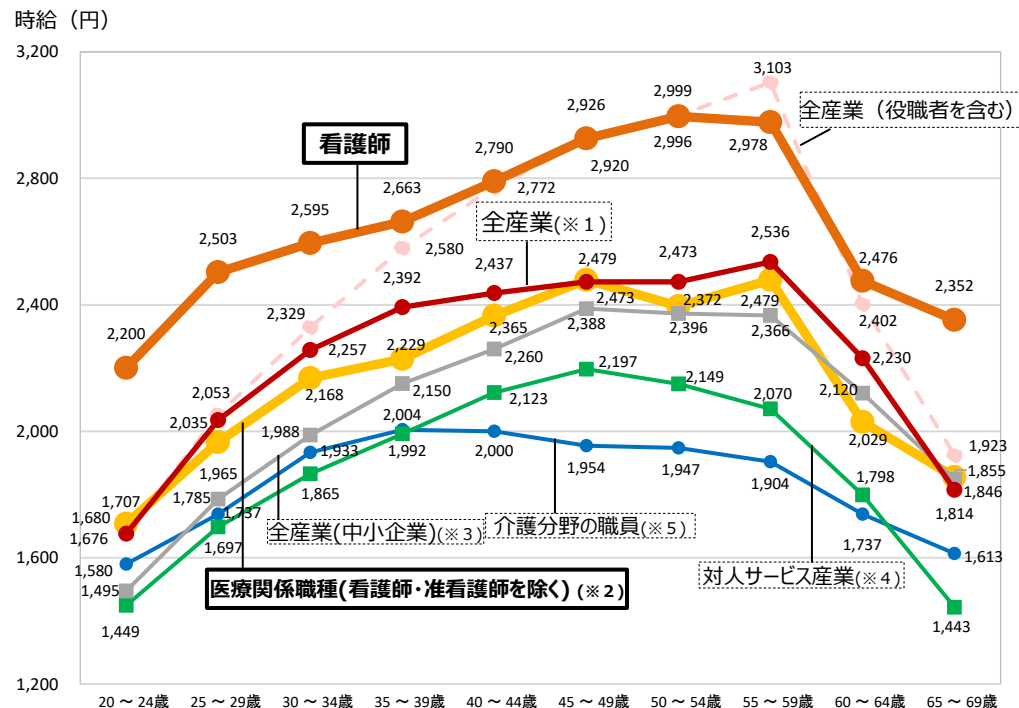
（注4）日本の国内平均給与は、大学卒かつ企業規模10人以上の男女計の平均給与（「きまって支給する現金給与額」（月額）に12を乗じた額に「年間賞与その他特別給与額」を加えた額。なお、学歴計かつ企業規模10人以上の男女計の平均給与とした場合、左図における日本の計数は「5.3」倍、右図における日本の計数は「2.9」倍となる。）。

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

◆職種別 平均賃金（月収換算）



◆2024年 職種別・年齢階級別 平均賃金（時給換算）



（出所）厚生労働省「賃金構造基本統計調査」（2012年から2019年までは2020年の調査変更に伴う遡及集計の数値、2020年以降は各年で公表された数値を使用）を基に作成。いずれも一般労働者（短時間労働者を含まないもの）。

（注1）職種別平均賃金（月収換算）は、役職者を除いた数値。「全産業」「全産業(中小企業)」及び「対人サービス産業」は、2019年までは100人以上の企業の役職者、2020年以降は10人以上の事業所の役職者を除いた数値。

（注2）「月収」とは、賃金構造基本統計調査における「きまって支給する現金給与額」に、「年間賞与その他特別給与額」の1/12を足した額。「時給」とは、同調査における「きまって支給する現金給与額」に「年間賞与その他特別給与額」の1/12を足した額を、「所定内実労働時間数」に「超過実労働時間数」を足した数で割った数値。「きまって支給する現金給与額」とは、労働協約又は就業規則などにあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって6月分として支給される現金給与額（基本給、職務手当、精進手当、家族手当が含まれるほか、時間外勤務、休日出勤等超過労働給を含む）のこと。いわゆる手取り額でなく、税込み額。

（※1）「全産業」は、産業別データの「産業計」から役職別データの「役職計」を除いて算出したもの。

（※2）「医療関係職種（看護師・准看護師を除く）」は診療放射線技師・臨床検査技師・理学療法士・作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、歯科衛生士、歯科技工士、栄養士、看護補助者（看護助手）の加重平均。医師、歯科医師、薬剤師、看護師、准看護師は計算に入れていない。

（※3）「全産業(中小企業)」は、10人以上100人未満の事業所の数値（職種別平均賃金（月収換算）について、2019年までは、10人以上100人未満の事業所の役職別データが存在しない）。

（※4）「対人サービス産業」は、産業別データの「宿泊業、飲食サービス業」及び「生活関連サービス業、娯楽業」を加重平均したもの。

（※5）「介護分野の職員」は、2019年までは「ホームヘルパー」及び「福祉施設介護員」を、2020年以降は「訪問介護従事者」及び「介護職員（医療・福祉施設等）」をそれぞれ加重平均したもの。

（参考）2024年度平均賃金（月収換算）

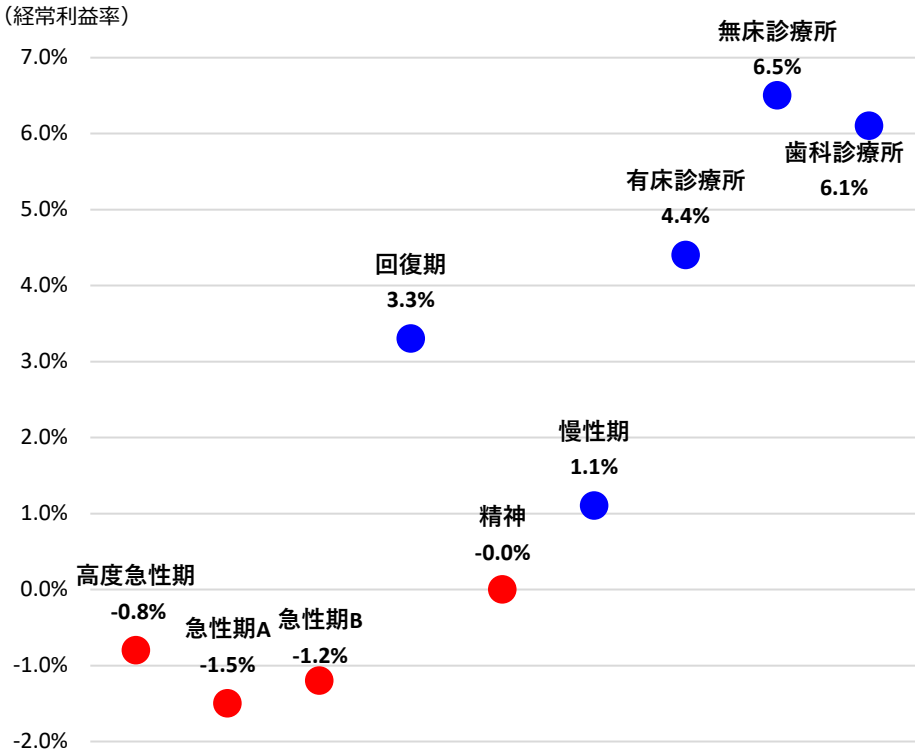
医師：92.3万円 大学教授（高専含む）：90.7万円
 歯科医師：81.4万円 法務従事者：60.7万円
 薬剤師：47.3万円 公認会計士、税理士：47.9万円

【改革の方向性（案）】

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

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

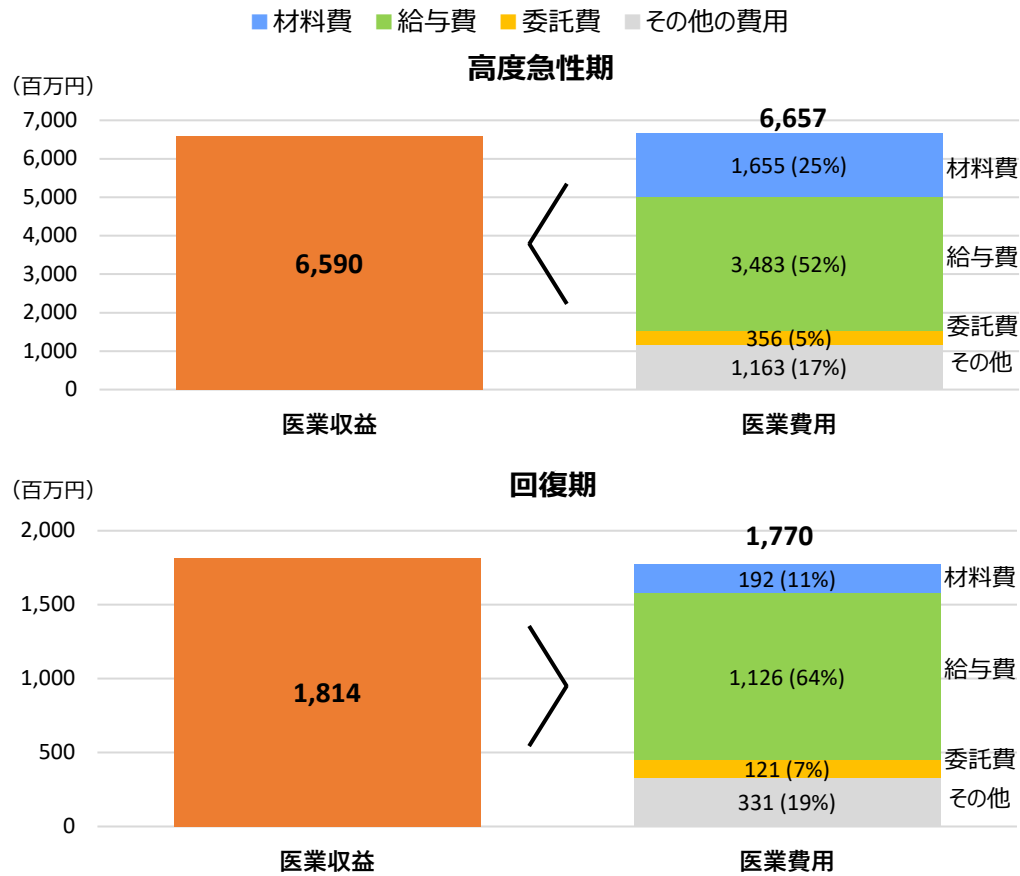
◆ 病院・診療所の機能・種類別経常利益率（１施設あたり）



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

◆ 病院の機能分類による収益費用構造の違い

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



【改革の方向性】（案）

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

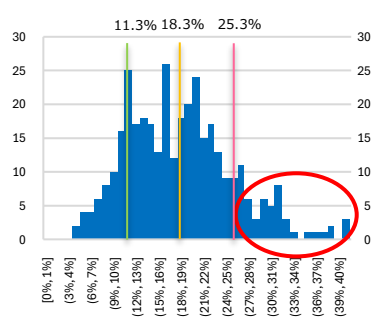
○ 患者に対して標準的かつ安定的な医療サービスを提供するという観点からは、同等の機能を有する病院間においては、費用構造（各経費の構成比率）は一定の近似性を持つことが想定される。しかしながら、実際には医業費用に占める各経費の割合には病院間で大きな差が見られ、費用構造にバラツキが生じているのが現状である。

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

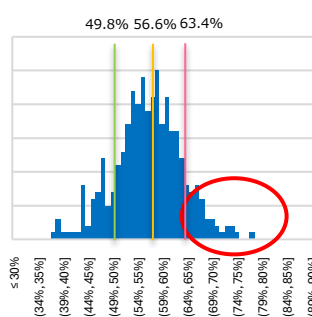
— 偏差値40
— 平均値（偏差値50）
— 偏差値60

【急性期】

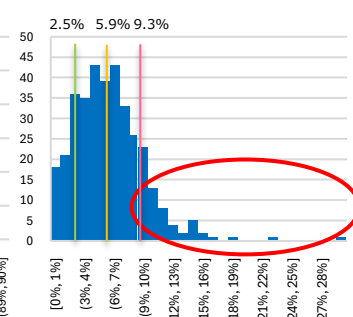
総費用対材料費比率



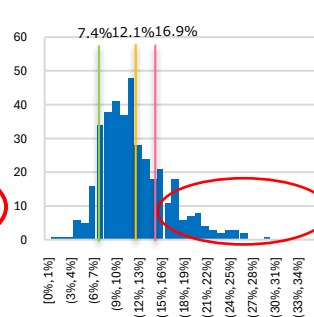
総費用対給与費比率



総費用対委託費比率

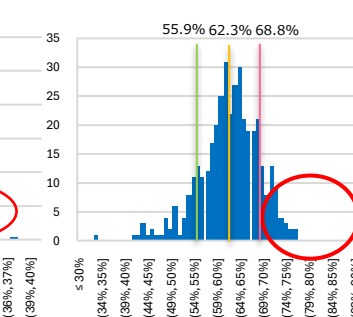


総費用対材料費比率

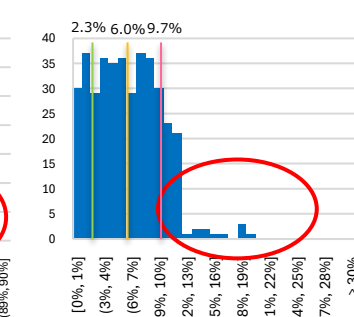


【慢性期】

総費用対給与費比率

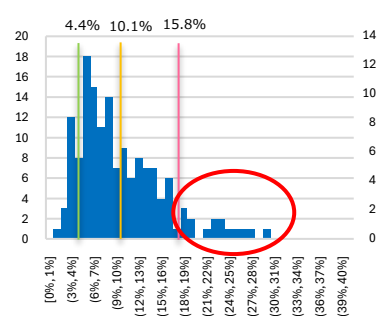


総費用対委託費比率

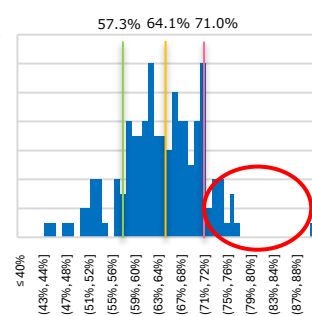


【回復期】

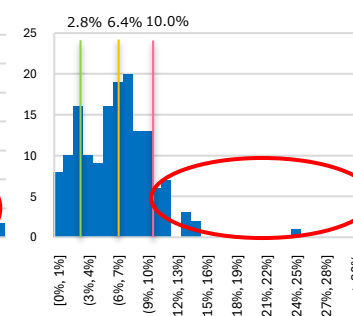
総費用対材料費比率



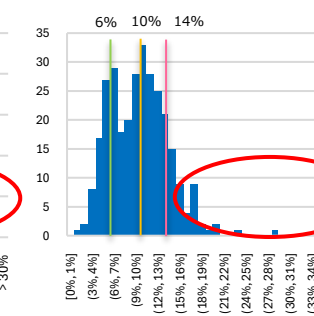
総費用対給与費比率



総費用対委託費比率

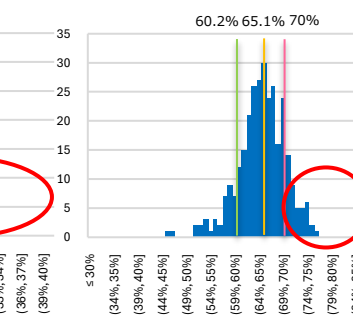


総費用対材料費比率

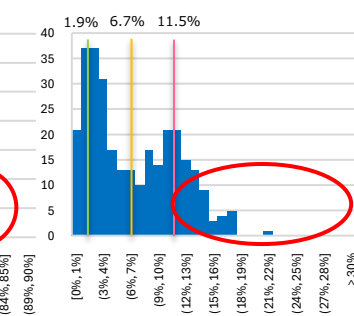


【精神】

総費用対給与費比率



総費用対委託費比率



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

（注）赤円は、平均値から正方向に10以上の偏差のある病院を囲んだもの。

【改革の方向性】（案）

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

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

◆ データベースに掲載する経営情報

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

- 施設別
- 医療収益（入院診療収益、**室料差額収益**、**外来診療収益**、その他の医療収益）
 - 材料費（医薬品費、診療材料費・医療消耗器具備品費、給食用材料費）
 - 給与費（役員報酬、給料、賞与、賞与引当金繰入額、退職給付費用、法定福利費）
 - 委託費（給食委託費）
 - 設備関係費（減価償却費、機器賃借料）
 - 研究研修費
 - 経費（水道光熱費）
 - 控除対象外消費税等負担額
 - 本部費配賦額
 - 医療利益（又は医療損失）
 - 医療外収益（受取利息及び配当金、運営費補助金収益、施設設備補助金収益）
 - 医療外費用（支払利息）
 - 経常利益（又は経常損失）
 - 臨時収益・費用
 - 税引前当期純利益（又は税引前当期純損失）
 - 法人税、住民税及び事業税負担額
 - 当期純利益（又は当期純損失）
 - 職種別の給与（給料・賞与）及び、その人数

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

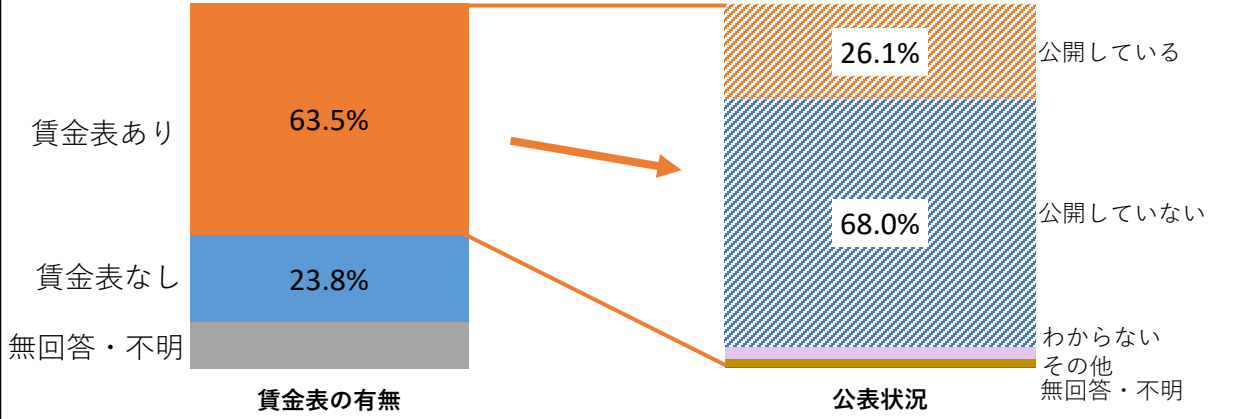
◆ 医療法人における職種ごとの給与の見える化について（2022年12月2日）
第7回公的価格評価検討委員会 増田座長提出資料（抄）

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

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

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

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



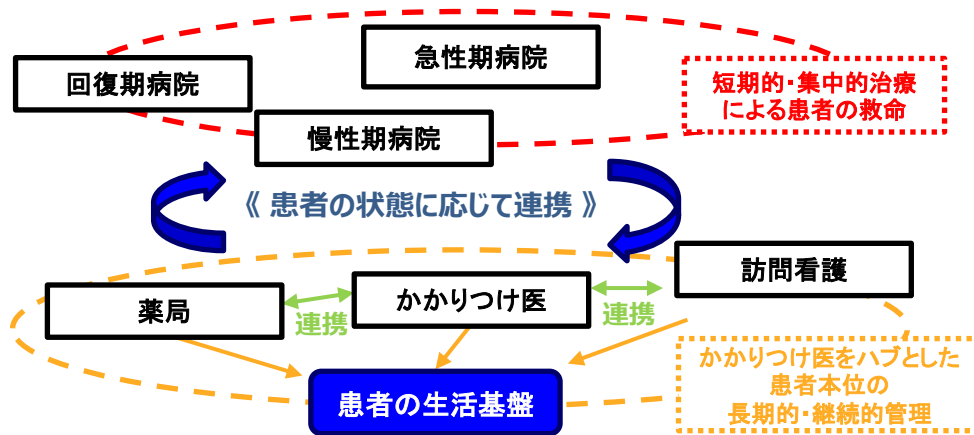
（出所）日本看護協会「2024年度 看護職員の賃金に関する実態調査 報告書」（2025年6月24日）をもとに財務省において作成。

【改革の方向性】（案）

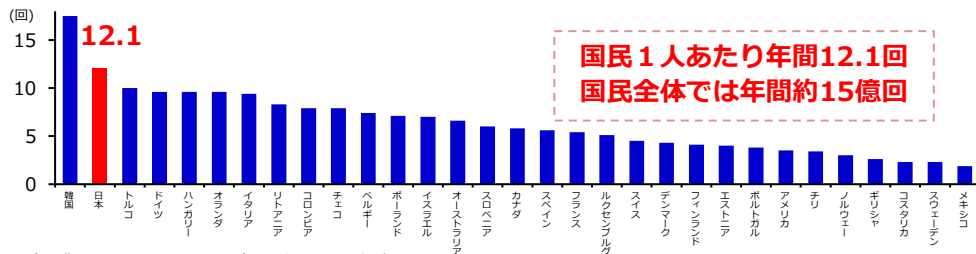
- 医療機関の経営情報の更なる見える化を実現する観点から、「経営情報データベース」における職種別の給与・人数の提出を義務化すべき。また、各医療機関において賃金表の作成・公開が進むことも必要。

- 高齢化・人口減少が進む中、より少ない就業者で質の高い医療サービスが提供できるよう、効率的な医療提供体制を構築していくことが必須。分散した小規模な病院を集約・再編し、入院機能を強化するとともに、外来においても、地域の診療所のかかりつけ医機能を強化し、頻回受診を必ずしも前提とせず、必要な時に必要な医療にアクセスできる体制を確保していく必要。短期的・集中的治療を担う病院と、長期的・継続的な健康管理を担うかかりつけ医との役割分担の下、地域全体で効率的かつ効果的に患者を支える体制を整備していくことが求められている。
- 入院・外来の機能強化と役割分担を促し、医療機関同士の「横連携」型の体系を構築していくためには、診療報酬の体系も、「アウトカム重視」「質重視」に転換していくべき。「出来高払い」から「包括払い」の仕組みに変えていくとともに、医療資源の有効活用と慢性疾患の患者への継続的な健康管理を両立させる観点から、リフィル処方等を推進する診療報酬としていくことが不可欠。

◆ 地域における医療機関間の機能分担と連携のイメージ



◆ 1人あたり外来受診回数の国際比較（2022年）



(出所) OECD Data Explorer (2025年8月20日時点)

【改革の方向性】(案)

- 入院・外来の機能強化と役割分担、「横連携」の推進により、効率的で質の高い医療提供体制を構築していくことを通じ、医療産業のコスト構造の見直しを図る必要。そのため、診療報酬改定において、アウトカムを重視する「包括払い」への転換や、リフィル処方の促進のための措置を講じるべき。

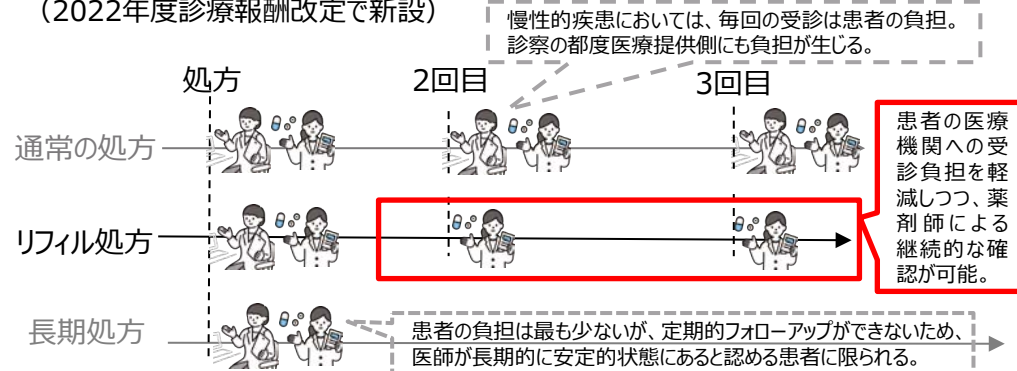
◆ 外来報酬体系の包括払い化の重要性

慢性疾患へのケアにおいては、本来、検査の量や受診回数など、医療提供の量ではなく、患者の状態を安定させQOL（生活の質）を維持・向上させるというアウトカムでの評価こそが望ましいと考えられる。

アウトカム評価との親和性に加え、地域の医療資源を有効に活用しつつ、病院・診療所・薬局による連携の下で患者を適時適切にフォローアップする体制を総合的に評価する観点からも、「包括払い」を進めていくことが重要。

◆ リフィル処方箋の概要

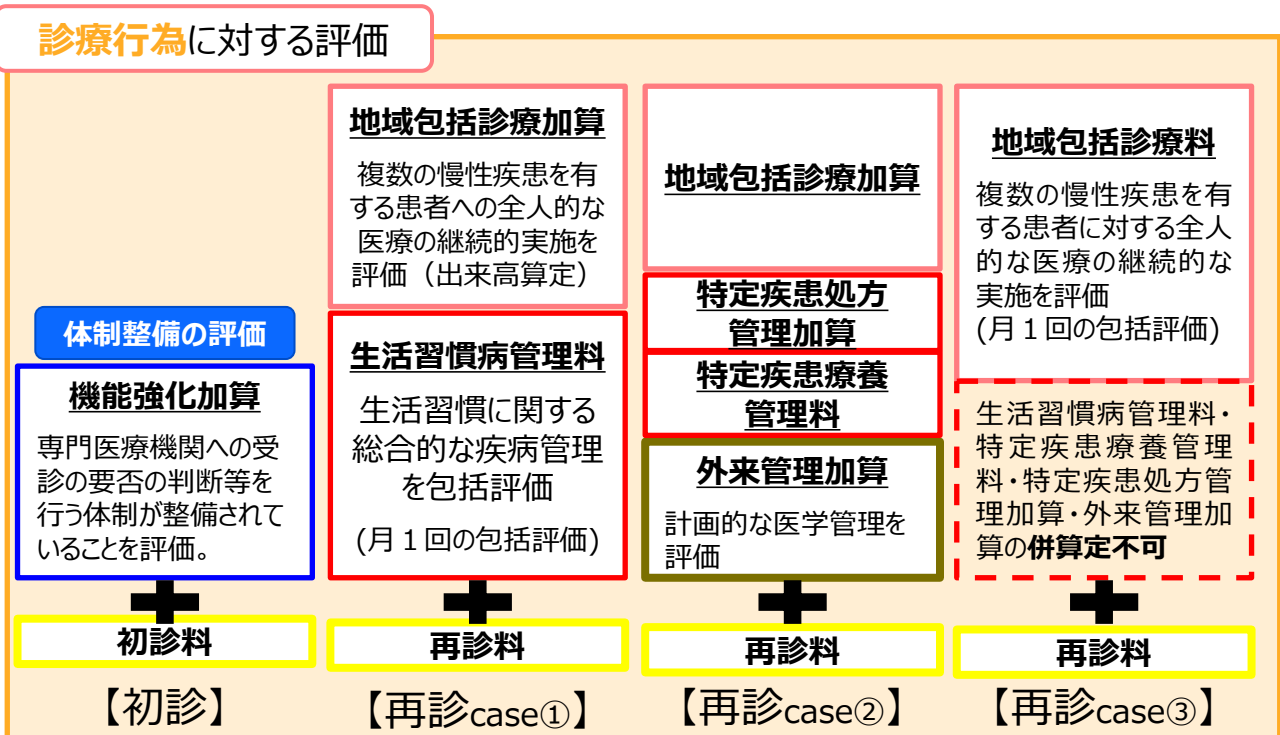
症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下で、一定期間内に、最大3回まで反復利用できる処方せんによる処方（2022年度診療報酬改定で新設）



- 「かかりつけ医」は、平時から緊急時まで、地域住民に最も身近な立場で「全人的なケア」を提供する存在であり、地域の医療提供体制の基盤を担うべきである。その確立に向けて、まずは、制度面・規制面の改革を着実に実行していく必要。
- 2025年4月より「かかりつけ医機能報告制度」が導入されたものの、医療機関側の自主的な運用に委ねられている部分が多く、実質的な機能強化には未だ課題が残る。今後、かかりつけ医機能の一層の強化・定着を図るためには、「かかりつけ医」の制度化に向けた検討を継続的に進めるとともに、診療報酬上の評価は、かかりつけ医機能を発揮する医療機関を適切に評価できるものとする必要。
- 現在は過渡期にあるものの、2026年度診療報酬改定では、患者本位のかかりつけ医機能の実現のために必要な制度の姿を見据えながら、報酬体系を再構築していくべき。まずは、①出来高払いを原則とする現行制度の中で、これまで増改築を繰り返して複雑化した評価項目をできる限り簡素化するとともに、②かかりつけ医機能の発揮を直接的かつシンプルに評価する報酬体系とすることが重要。

<従来>	<過渡期（現在）>	<あるべき姿>
制度 なし	制度 ◆ かかりつけ医機能報告 ✓ 機能を保有するか否かは 任意 ✓ 機能の有無を 自発的に開示 ✓ 診療報酬との 連動なし	制度 <国民側> ✓ 多くの国民が自分の「かかりつけ医」を持つ ⇒ 登録制 • 日常の健康管理を適切に行う • 地域における医療機関（病院、薬局等）を適切に把握する • 状態が変化したときに適切な機関に連絡・受診する <医療側> 偏在対策も強化 ✓ 質の高い「かかりつけ医」が各地域に存在する ⇒ 十分な数の 総合診療医 が確保され、偏在も生じないよう、公的な第三者機関が 認定 する
診療報酬 ✓ 出来高払い、薄利多売 ✓ 医療界等からの個々の要望の結果、評価項目が複雑に新設・変更	診療報酬 ✓ あるべき姿を見据えながら、かかりつけ医機能の評価に係る報酬体系を再構築 ✓ まずは現在の複雑な評価項目を平易に ✓ 発揮された機能をできるだけ直接的かつシンプルに評価	診療報酬 ✓ 制度で裏打ちされた「かかりつけ医」の診療行為を包括的に評価（地域包括診療料で適切に点数付け）。 制度との連動

- 2025年4月、かかりつけ医機能報告制度がスタートし、患者・国民は、かかりつけ医機能を有する医療機関を自ら選択することが可能となる。今後は、医療機関間の役割分担・連携が進められる中、地域住民に対し身近な立場で、その医療ニーズに寄り添った「全人的なケア」を総合的かつ継続的に行うことができる医療機関が患者から選ばれていくことが期待される。
- 2026年度診療報酬改定は、全人的なケアを担う医療機関を重点的に評価できる報酬体系に変えていく契機とすべきであり、複雑化した「かかりつけ医機能の評価」を整理した上で、抜本的に見直すべき。具体的には、外来診療の初診・再診料に係る各種加算や「日常的な健康管理」を評価する各報酬項目を大胆に統廃合した上で、地域の患者を「治し、支える」役割を的確かつ包括的に評価する報酬体系とすべき。



（参考）医療法上のかかりつけ医機能

（1号機能）

【日常的な診療の総合的・継続的な実施】

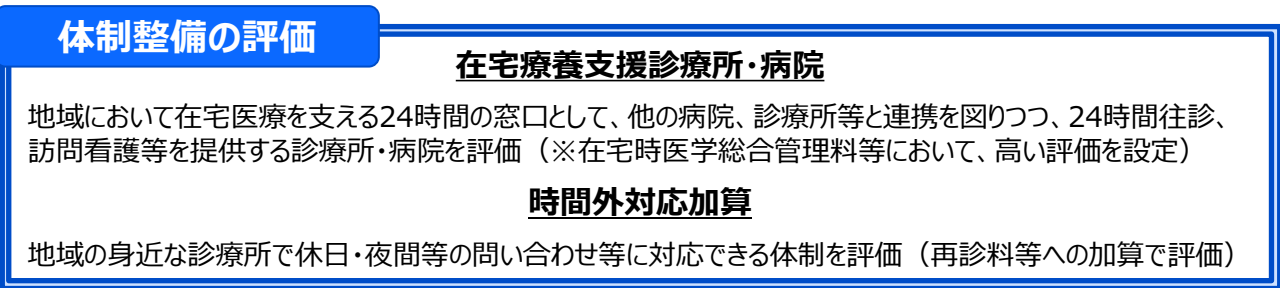
かかりつけ医機能の院内掲示による公表、かかりつけ医機能に関する研修等の修了、一次診療の対応が可能な診療領域・疾患、全国医療情報プラットフォームの参加・活用、服薬の一元管理の実施

（2号機能）

通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護サービス等との連携

（その他報告事項）

健診・検診、定期予防接種、学校医・警察医、産業医、臨床研修医等の教育



◆院内掲示が義務づけられた「かかりつけ医機能」（1号機能を有する医療機関）

□「具体的な機能」（継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療を行うとともに、継続的な医療を要する者に対する日常的な診療において、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する機能）を有すること

- 「かかりつけ医機能の報酬上の評価」の再構築に向けて、まずは、かかりつけ医機能報告上、基本的な機能を有していない診療所への減算措置を導入すべき。また、「体制整備への評価」と「診療行為への評価」を明確に区分し、初診に係る機能強化加算については廃止を軸に検討すべき。これらは「かかりつけ医機能」が法制上明確化された中で、患者・国民の分かりやすさの観点からの要請でもあると考えるべき。
- その上で、診療行為への評価については、全人的な医療を包括的に評価するものとして創設された地域包括診療料をベースに報酬体系を見直すことが適当であり、既存の報酬項目（外来管理加算、特定疾患管理料、生活習慣病管理料）はゼロベースで見直しを図るべき。

機能強化加算

- ✓ 機能強化加算（80点）は、**初診への加算**。初診患者の中でも特に継続的な管理が必要な疾患を有する患者に対し、専門医療機関への受診の要否の判断を含めた確で質の高い診療機能を発揮することを評価するために2018年に設けられたもの。
- ✓ 「体制への評価」であるため、施設基準さえ満たせば、**患者実態によらず、また、当該医療機関をかかりつけ医としない患者に対しても、一律に算定される。**

かかりつけ医機能を持つ医療機関の体制整備を評価するための仕組みが別途存在する中で、全ての患者に対して初診時の追加負担を求めることになる機能強化加算は、有効性・効率性の観点から疑問と言わざるを得ない。**廃止を軸に検討すべき。**

外来管理加算

- ✓ 外来管理加算（52点）は、「**計画的な医学管理**」を評価し、**再診料に加算**。検査・処置・リハビリ・精神科精神療法・手術等の実施を行わないことや、**丁寧な問診や詳細な身体診察**などが要件。
- ✓ 特定疾患療養管理料、特定疾患処方管理加算、地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算と**併算定可**。

事実上「無駄な検査等を行わないこと」を評価するもの。より重点的にかかりつけ医機能の評価する報酬項目が存在する中、幅広い併算定を認めつつ残存させてきたことの正当性が問われる。**即刻廃止とするか、地域包括診療料等に包括化すべき。**

地域包括診療料・加算／認知症地域包括診療料・加算

- ✓ **複数の慢性疾患**（高血圧、糖尿病、脂質異常症、認知症、慢性心不全又は慢性腎臓病の6つのうち2つ以上）を有する患者に対し、**継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価**。（「診療料」は月1回の包括点数。「加算」は診療所のみ算定でき、出来高。）
- ✓ かかりつけ医機能の評価するため創設された基幹的・代表的な報酬項目であるにもかかわらず、**必要な体制整備が困難との理由で、算定実績は低調**。

地域での医療・介護の複合ニーズを総合的に受け止め、認知症を含めた複数の慢性疾患を有する患者に全人的なケアを実施する医療機関を的確に評価するにふさわしい報酬として**発展的改組を試みるべき**。
例えば、認知症地域包括診療料・加算と統合した上で、個々の医療機関の担うかかりつけ医機能をよりきめ細かに評価できる報酬体系に再構築すべき。

□ 併せて、生活習慣病の患者に全人的なケアを実施する際、地域の医療機関において、かかりつけ医機能が最大限に発揮され、より適正な疾病管理が可能となるよう、2024年度改定に続き、**特定疾患療養管理料・生活習慣病管理料の更なる見直しを断行**すべき。

【改革の方向性】（案）
○ 外来診療の機能分化・連携や、全人的ケアを提供する医療機関に対する適切な評価が促進される方向で、各種加算等を改めて精査・整理してはどうか。診療側の提供体制や経営上の事情への配慮より、真に患者本位の治療を目的とした報酬体系へ再構築すべき。

- 2025年度より、かかりつけ医機能報告制度がスタートした。今後、医療機関は自らの有するかかりつけ医機能を都道府県に報告し、患者は医療機能情報提供制度（ナビイ）等で確認できるようになる。国民一人ひとりのニーズに寄り添い、患者本位のかかりつけ医機能を実現するためには、公的にかかりつけ医療機関を認定する仕組みや、かかりつけ医療機関に患者を登録する仕組みなどが必要と考えられることから、我が国におけるかかりつけ医療機関の普及・定着に向けては道半ばではあるが、それでも、重要な一歩とも考えられる。
- 2026年度診療報酬改定においては、かかりつけ医機能を十全に果たす医療機関を重点的に評価する報酬体系の構築が必要だが、その前提として、「1号機能」をすら有さない医療機関には厳しく対応すべき。

◆かかりつけ医機能報告 1号機能とその報告事項

- 1号機能を有する医療機関であるかは、（★）が付記されている報告事項について、「実施している」あるいは「実施できる」ことが要件となる。

① 継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を 総合的かつ継続的に行う機能（1号機能）	
具体的な機能	継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療を行うとともに、継続的な医療を要する者に対する日常的な診療において、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する機能
背景及び政策課題	複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加を背景として、発生頻度が高い疾患に係る診療や患者の生活背景を把握した上で適切な診療や保健指導等を行うニーズが高まっていくことから、よくある疾患への一次診療や医療に関する患者からの相談への対応など、患者の多様なニーズに対応できる体制を構築できるようにすること。
報告事項	○ 「具体的な機能」を有すること及び「報告事項（※下記の「その他の報告事項」は除く）」について院内掲示による公表をしていること（★） ○ かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無、総合診療専門医の有無 ○ 17の診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること（★） ○ 一次診療を行うことができる疾患 ○ 医療に関する患者からの相談に応じることができること（継続的な医療を要する者への継続的な相談対応を含む）（★）
その他の報告事項	○ 医師数、外来の看護師数、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師数 ○ かかりつけ医機能に関する研修の修了者数、総合診療専門医数 ○ 全国医療情報プラットフォームに参加・活用する体制の有無 ○ 全国医療情報プラットフォームの参加・活用状況、服薬の一元管理の実施状況

（出所）厚生労働省「かかりつけ機能の確保に関するガイドライン」（2025年6月）に基づき作成。

【改革の方向性】（案）

- かかりつけ医機能報告制度上の1号機能を有しない医療機関については、初診・再診料の減算を行うべき。

- 2024年度診療報酬改定では、生活習慣病に係る報酬の適正化として、月2回算定可能な特定疾患療養管理料から、高血圧性疾患・糖尿病・脂質異常症を除外し、月1回のみ算定可、外来管理加算・特定疾病処方管理加算との併算定不可の「生活習慣病管理料(Ⅱ)」を新設。
- 薬物療養で病状が安定している生活習慣病患者の疾病管理については、諸外国等でのガイドラインでは数ヶ月に一度の経過観察が適当とされるケースもあることを踏まえた算定頻度の妥当性、特定疾患療養管理料の対象疾患の適切性など、更なる適正化に向けた検討の余地があると考えられる。

【月2回算定】【2024改定前】

特定疾患療養管理料

- ✓ 治療計画に基づき、服薬・運動・栄養等の療養上の管理を行った場合を包括評価

1 診療所の場合 225点
2 病院（100床未満） 147点
3 病院（100床以上、200床未満） 87点

※ 再診料に対する**外来管理加算**、処方料・処方箋料に対する**特定疾患処方管理加算**が算定可

<改定前>
 ・再診料 73点
 ・外来管理加算 52点
 ・特定疾患療養管理料 225点
 ・処方箋料 68点
 ・特定疾患処方管理加算2 66点

【2024改定後】

特定疾患療養管理料

1 診療所の場合 225点
2 病院（100床未満） 147点
3 病院（100床以上、200床未満） 87点

※ **糖尿病・脂質異常症・高血圧を除外**

※ **上記3疾患以外は特定疾患処方管理加算の算定可**

※ **外来管理加算は引き続き算定可**

【特定疾患療養管理料の対象疾患（主なもの）】

● ~~糖尿病・脂質異常症・高血圧~~

- 結核
- 悪性新生物
- 甲状腺障害
- 処置後甲状腺機能低下症
- 虚血性心疾
- 不整脈
- 脳血管疾患
- 肺気腫
- 喘息
- 胃炎及び十二指腸炎

【改善すべき論点】

- ✓ 3疾患以外に除外すべき疾患はないか？
- ✓ 各加算との併算定は妥当なのか？

【月1回算定】

【2024改定前】

生活習慣病管理料

- ✓ 生活習慣に関する総合的な疾病管理を包括評価
- ✓ **検査、注射、病理診断の費用は全て所定点数に包括。**

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

※療養計画書による丁寧な説明、患者の同意、計画書への患者の署名が必要

【2024改定後】

生活習慣病管理料(Ⅰ)

- ※ **引き続き、検査等は包括**
- ※ **外来管理加算の併算定は不可に**

1 脂質異常症を主病とする場合 610点
2 高血圧症を主病とする場合 660点
3 糖尿病を主病とする場合 760点

生活習慣病管理料(Ⅱ)

- ※ **検査等は出来高算定 333点**
- ※ **外来管理加算の併算定は不可に**

<改定後>

- 再診料 75点
- ~~外来管理加算~~ 52点
- **生活習慣病管理料2 333点**
- 処方箋料 60点
- ~~特定疾患処方管理加算2~~ 66点

◆ 諸外国等の生活習慣病の経過観察中のガイドライン

高血圧

2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension

8.4. 薬物による血圧降下療法の対象となる患者の選択

…患者が確定高血圧（持続血圧 $\geq 140/90\text{mmHg}$ ）と診断された場合、…生活習慣介入と薬物療法を同時に組み合わせた血圧降下治療を開始することが推奨されます。…治療開始後は、**血圧がコントロールされるまで、患者を頻繁に診察する必要があります（例：1～3か月ごとに一般開業医または専門医に診察を受ける）**。血圧は、できれば3か月以内にコントロールする必要があります。…

8.5. 血圧降下療法の強度と理想的な治療目標

8.5.4薬物療法の期間とモニタリング

血圧降下療法は通常慢性的で、多くの場合は生涯にわたる。…**血圧がコントロールされたら、少なくとも1年に1回のフォローアップが推奨**されます。

Hypertension Canada's 2020 Comprehensive Guidelines for the Prevention, Diagnosis, Risk Assessment, and Treatment of Hypertension in Adults and Children

高血圧のフォローアップのガイドライン

3. 降圧治療薬を受けている患者は、血圧のレベルに応じて、2回連続の診察で測定値が目標値を下回るまで、毎月または2か月ごとに診察を受ける必要があります…。**目標血圧に達したら、患者は3～6か月間隔で診察を受ける必要**があります。

脂質異常症

動脈硬化性疾患予防ガイドライン（2022年版）（日本動脈硬化学会）

4.4 薬物療法のフォローアップ BQ21 薬物療法開始後には定期的な検査が必要か？

薬物療法開始後は、副作用に関連する症状に留意するとともに薬剤効果の確認と用量調節、生化学的検査による副作用確認と生活指導への活用のため、**投与開始後半年間は2～3回程度、その後は3～6か月に一回程度、定期的に検査を行うのが望ましい**。

糖尿病

Standards of Care in Diabetes (American Diabetes Association)

2型糖尿病に対する薬物療法

推奨事項

9.17 投薬プランと投薬行動は、治療に影響を与える要素を勘案するため、**定期的（例：3～6か月ごと）に再評価され、必要に応じて調整を受けるべき**である。（エビデンスレベル E：専門家のコンセンサス又は臨床経験）

【改革の方向性】（案）

- 特定疾患療養管理料については、頻回受診を誘発する要因となりかねないことから、特定疾患処方管理加算等との併算定を一律で不可とすべき。また、同管理料から除外し、生活習慣病管理料で評価すべき疾患がないか更に精査すべき。さらに、生活習慣病管理料の算定要件は一般的な診療ガイドラインに沿う形で厳格化すべき。例えば、血圧のコントロール状況など患者の状態に応じて算定可能回数の頻度を下げる等の対応を図ってはどうか。

- ## ◆2022年度改定の概要

◆届出・算定状況

■機能強化加算の届出施設数は、2024年も引き続き微増。算定回数も2024年に大きく続伸し、コロナ禍前を超えている状況。

次のいずれかを満たしていること。

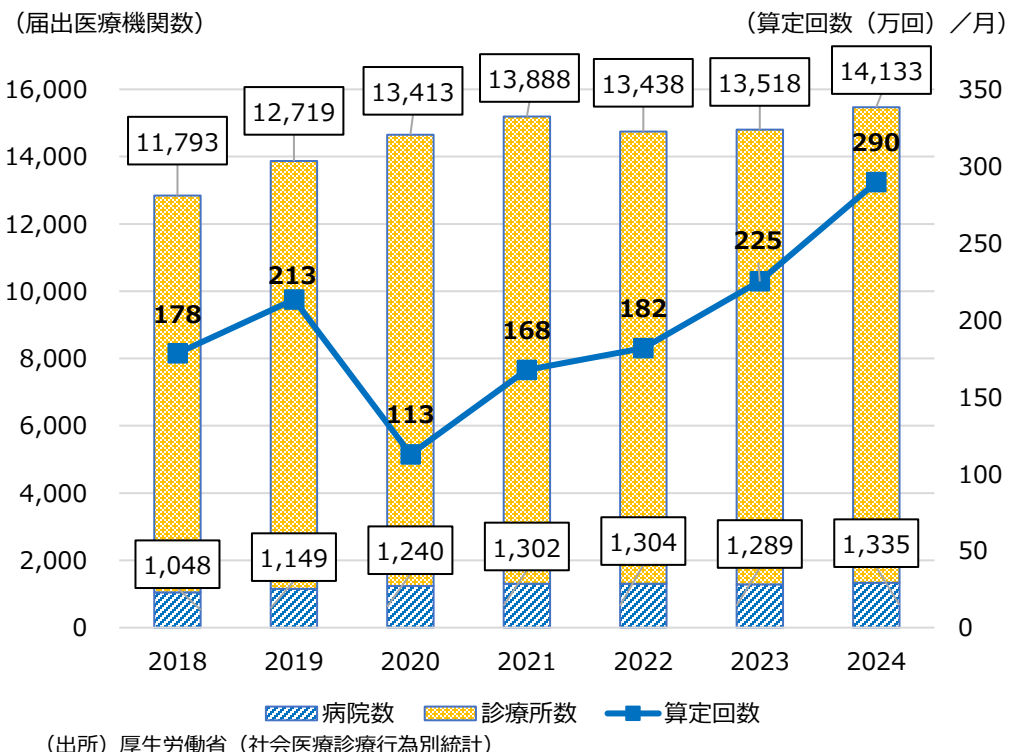
- ・ 地域包括診療加算 2 / 地域包括診療料 2 の届出を行っていること。
- ・ 直近 1 年間に於いて、次のいずれかを満たしていること。
 - 地域包括診療加算 2 / 地域包括診療料 2 を算定した患者が 3 人以上。
 - 在宅患者訪問診療料 (Ⅰ) の「1」、在宅患者訪問診療料 (Ⅱ) 又は往診料を算定した患者の数の合計が 3 人以上。

小児かかりつけ診療料の届出を行っていること。

以下のいずれも満たすものであること。

- 在宅時医学総合管理料／施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型以外の在支診又は在支病であること。
- 過去1年間において、以下のいずれかを満たしていること。
 - （在支診の場合）緊急往診の実績3件以上。
 - （在支病の場合）緊急往診の実績又は在支診からの緊急受入の実績の合計が3件以上。
 - 在宅における看取りの実績又は15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が1件以上。

- ・ 以下のいずれかを行っている常勤の医師を配置すること。
ア 介護保険制度の利用等の相談への対応、主治医意見書の作成 イ 警察医として協力
ウ 乳幼児健診を実施 エ 定期予防接種を実施 オ 幼稚園の園医等 カ 地域ケア会議に出席
キ 一般介護予防事業に協力



【改革の方向性】（案）

- 機能強化加算は、廃止を軸に検討すべき。

各論④：外来管理加算

- 外来管理加算は、再診料に加算される代表的・基本的な加算であるが、近年、外来診療所によるかかりつけ医機能を評価するための管理料・加算が創設・充実されてきている中で、その評価対象が極めて不明瞭。事実上、「無駄な検査等を行わない」ことを評価するものとなっており、国民目線で、多額の患者自己負担・保険料・税を財源にして残存する価値のある加算として納得感が得られるのか疑問。
- 歴史的に内科系の診療所における「全人的な患者管理」を評価してきたものだが、かかりつけ医機能の発揮をメリハリを持って評価していくとの観点からは、既にその役割を終えていると評価すべき。2024年度改定で生活習慣病管理料等との併算定が不可となった一方で、依然として地域包括診療加算や特定疾病療養管理料との併算定は可能となっているが、見直しを行うべき。

◆ 現行制度

- ✓ 外来管理加算（52点）は、「計画的な医学管理」を評価して、再診料に加算されるもの。検査・処置・リハビリ・精神科精神療法・手術等の実施を行わないことや、丁寧な問診や詳細な身体診察などが要件。

◆ 経緯

年度	見直し内容
1967年 (昭和42年)	理学療法、精神病特殊療法並びの処置・手術を行った場合に算定しうる評価として、内科加算（甲表）を新設
1969年 (昭和45年)	内科加算（甲表）を廃止し、内科再診料を新設（乙表）
1977年 (昭和53年)	内科診療料について、内科的診療を主に行う医療機関で行われた内科的疾患に係る処置以外の臨時的処置（通常2-3回の処置で治癒が予想される軽度の傷病に対する処置）を行った場合でも算定可に。
1992年 (平成4年)	内科再診料を廃止し、一定の処置や検査等が不要な患者に対し、計画的な医学管理を行った場合の評価として外来管理加算を創設
2000年 (平成12年)	外来管理加算の引き上げ（42点⇒52点）
2008年 (平成20年)	医師が患者の療養上の疑問に答え、概ね5分を越えて疾病・病状や療養上の注意等に係る説明を懇切丁寧に行うことを要件化
2010年 (平成22年)	<u>算定要件における時間の目安（いわゆる「5分ルール」）を廃止</u>
2024年 (令和6年)	<u>生活習慣病管理料との併算定を不可に</u>

◆ 算定状況／算定要件について

- 外来管理加算は、再診料が算定された場合の3分の1以上で算定されており、年間医療費換算で1,700億円分に達している。
（注）「社会医療診療行為別統計」（2024年8月）における外来管理加算の一月あたり算定総点数を年間換算して算出。
- かかりつけ医機能を評価する加算である地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算、特定疾患療養管理料、特定疾患処方管理加算が併算定可能。なお、生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）については、2024年度診療報酬改定で併算定が不可となったが、生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）が算定された日と別日であれば算定可能。

◆ 基本料への「包括化」について

- 加算は、基本的な診療行為に比して付加価値のある質の高いサービス等の実施に必要な「かかり増し」費用を賄うため設定されるもの。社会環境や診療実態の変化等により、別途の評価が不要となれば、基本的な評価項目に包括化されるのが自然な対応。
- 包括化の例として、2024年度改定においては、外来診療における標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となったこと等を踏まえ、初診料を3点、再診料をそれぞれ2点引き上げたところ。
- なお、慢性疾患の患者への継続的ケアに対し、検査等を包括する形で評価するものとして、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料、生活習慣病管理料（Ⅰ）がある。

【改革の方向性】（案）

- 外来管理加算については、かかりつけ医機能を評価する各種の管理料・加算も含めた診療報酬体系全体を見直す中で、廃止又は地域包括診療料等への包括化を行うべき。

各論⑤：地域包括診療料・加算

○ 地域包括診療料・加算は、かかりつけ医機能を重点的に評価するために導入された報酬項目だが、その算定実績は低調と言わざるを得ない。特に、「包括評価」として、今後の拡充が期待される地域包括診療料については、体制整備が困難と指摘されている。しかしながら、同診療料の算定が進まない背景には、一定のハードル（施設基準）を越えて、地域住民に対し、より充実した形でかかりつけ医機能を発揮するより、要件の厳しくない既存の各種加算・管理料の算定を積み上げて報酬を得る方が経済合理的となっていることもあるのではないか。

◆現行制度

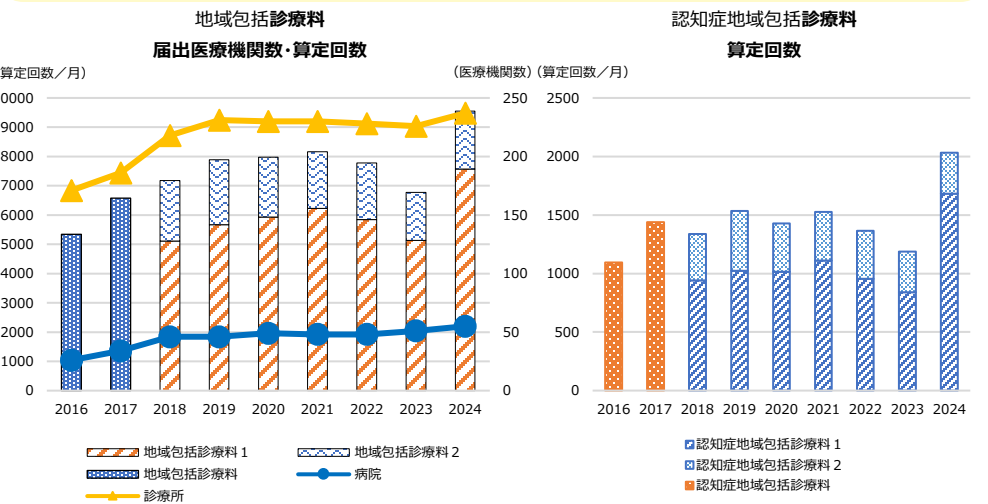
- ✓ 地域包括診療料・認知症地域包括診療料は、診療所又は（200床未満の）病院のかかりつけ医機能を包括的に評価するもの。（月1回算定）
地域包括診療料 1：1,660点、地域包括診療料 2：1,600点
認知症地域包括診療料 1：1,681点、認知症地域包括診療料 2：1,613点
- ✓ 地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算は、診療所が出来高で算定できるもの（1回につき）。病院は算定できない。
地域包括診療加算 1：28点、地域包括診療加算 2：21点
認知症地域包括診療加算 1：38点、認知症地域包括診療加算 2：31点
- ✓ 「診療料」と「加算」との要件の違いは、以下の3つの要件のうち、全てを満たすか、いずれか一つを満たすか、という点。
 - ①時間外対応加算の届出、②常勤換算2名以上の医師の配置（うち1人以上が常勤医師）、③在宅療養支援診療所の届け出

	地域包括診療料・加算	認知症地域包括診療料・加算
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症の6疾病のうち2つ以上（疑いは除く。）	以下の全ての要件を満たす認知症患者 ・ 認知症以外に1以上の疾病を有する（疑いは除く） ・ 同月に「1処方につき5種類を超える内服薬」等の投薬を受けていない患者

【参考】地域包括診療料を届け出していない理由
「24時間対応薬局との連携」、「常勤医師の配置」が困難との理由に加え、「在宅療養支援診療所でない」ことを算定できない理由に挙げた施設が多かった。（出所：入院・外来医療等における実態調査（2022年度・外来施設票））

◆算定状況について

- 地域包括診療料、認知症地域包括診療料については、足元で伸びが見られるものの、依然として低い実績水準。
- 地域包括診療加算の算定回数は増加傾向である一方、認知症地域包括診療加算の算定回数は低迷している。



	地域包括診療加算	認知症地域包括診療加算
算定回数（2018⇒2024）	(2018) 1,259,825 (2024) 1,725,565	(2018) 34,530 (2024) 30,697
(出所) (届出医療機関数) 各年 7月 1日 (2024年は 8月 1日) 時点の主な施設基準の届出状況 (算定回数) 社会医療診療行為別統計		

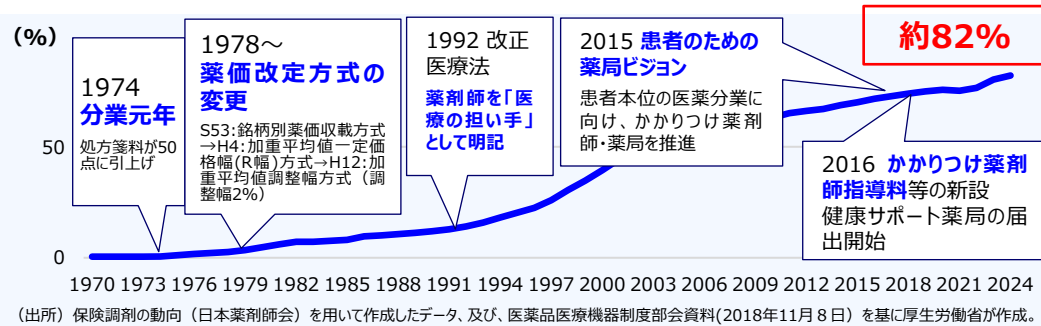
【改革の方向性】（案）

○ 機能強化加算や外来管理加算等の抜本的な見直しと併せて、地域包括診療料・加算については、地域での医療・介護の複合ニーズを総合的に受け止め、全人的なケアを実施する医療機関を的確かつ包括的に評価するにふさわしい報酬として、発展的改組を試みるべき。例えば、かかりつけ医機能の発揮を前向きに志向させるインセンティブの働く報酬として、地域包括診療料をベースとしつつ、かかりつけ医機能をよりきめ細かに評価できる報酬体系へと再構築してはどうか。なお、その際、認知症地域包括診療料・加算との統合も検討してはどうか。

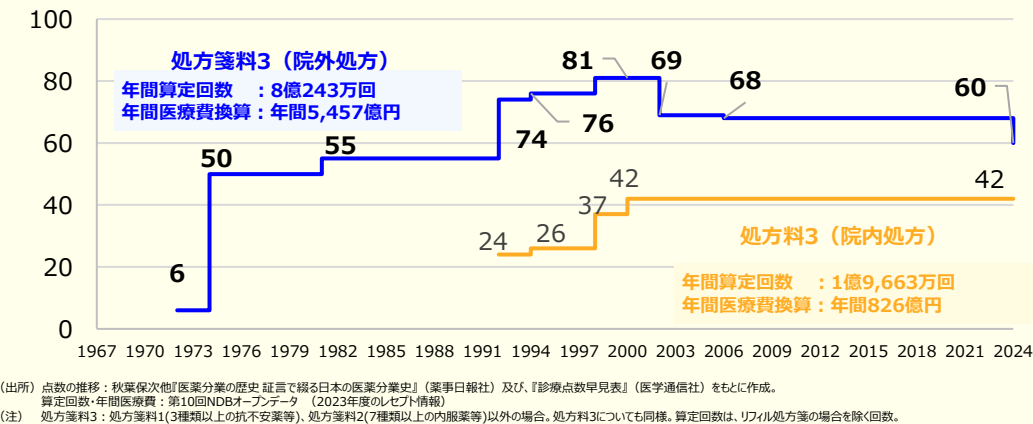
処方料・処方箋料の見直し

- 薬剤の処方に係る各種施策は、医師の行動変容に依存せざるを得ず、診療報酬による誘導が常態化。医師と薬剤師の業務分担により医療の質の向上を目指す医薬分業は、薬価差益に代わる利益を医療機関に付与する観点から、処方箋料（院外処方）の設定・引上げにより実現が図られたと評価できる。後発医薬品の利用促進も医療機関の体制整備や一般名（成分名）での処方を評価する加算等が措置されてきた。
- 足元、処方箋受取率（院外処方の割合）は8割を超え、医薬分業は相当な進捗を見せている。後発医薬品の使用割合も9割に達している。
- 医師による薬剤処方に係るこれらの報酬面での評価の在り方は、医師の自発的協力又は規制的手法であれば不要だった多大な財政的な負担（患者自己負担、保険料、税）を伴うものであったことを踏まえ、再考すべき時期に来ている。

◆ 処方箋受取率全国平均の推移



◆ 院外処方と院内処方の報酬上の評価の推移



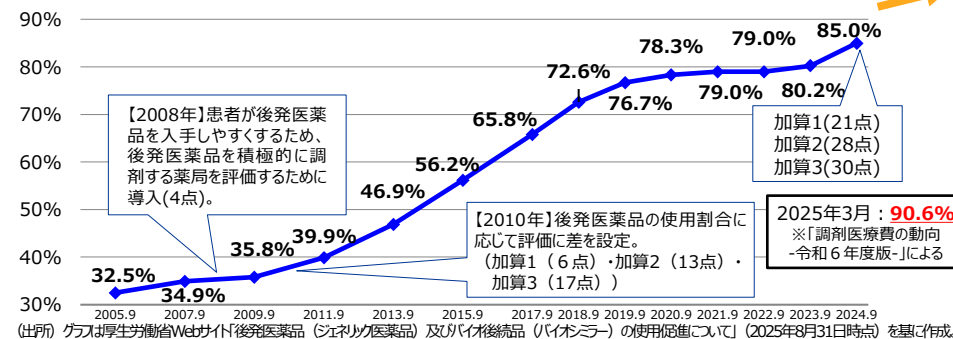
◆ 一般名処方加算/後発医薬品に係る体制加算の概要・算定状況

- 一般名処方加算とは、医療機関において、後発医薬品のある医薬品について、薬価基準に収載されている品名に代えて医薬品の一般的名称を記載して処方箋を交付した場合に、処方箋料（院外処方）に上乗せして算定できる加算。
- 後発医薬品使用体制加算（外来後発医薬品使用体制加算）は、医療機関（診療所）が調剤した後発医薬品の使用数量割合に応じ、入院患者（院内処方される患者）に対し入院基本料（処方料）に上乗せして算定できる加算。

	算定回数	年間医療費換算
一般名処方加算	5億4,160万回	396億円
後発医薬品使用体制加算	600万回	37億円
外来後発医薬品使用体制加算	5,788万回	30億円

(出所) 算定回数は厚生労働省「第10回NDBオープンデータ」(2023年度のレセプト情報)。

◆ 後発医薬品の使用割合の推移と主な経緯



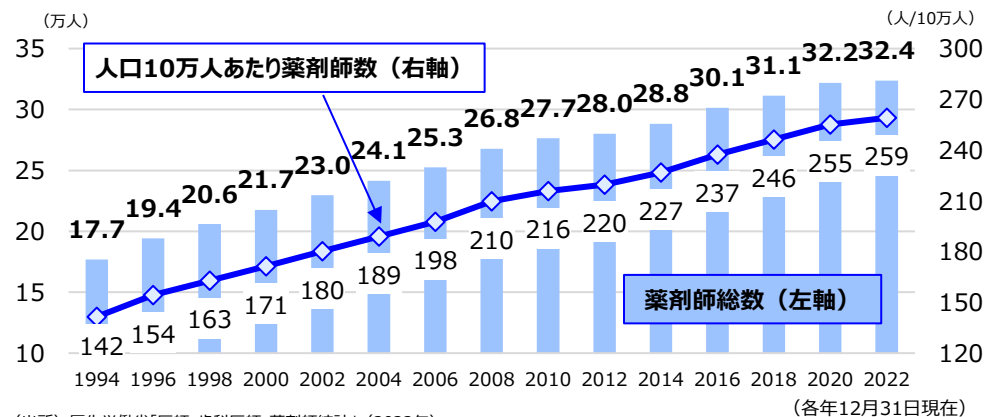
【改革の方向性】(案)

- 医薬分業の進捗状況を踏まえ、処方箋料（院外処方）の水準は、処方料（院内処方）の水準と同程度とすべき。また、後発医薬品の利用状況に鑑み、一般名処方加算は廃止し、後発医薬品に係る体制加算は減算措置に振り替えるべき。（更なる後発医薬品の促進は、先発品との価格差に係る選定療養化の拡大により図っていくこととしてはどうか。）

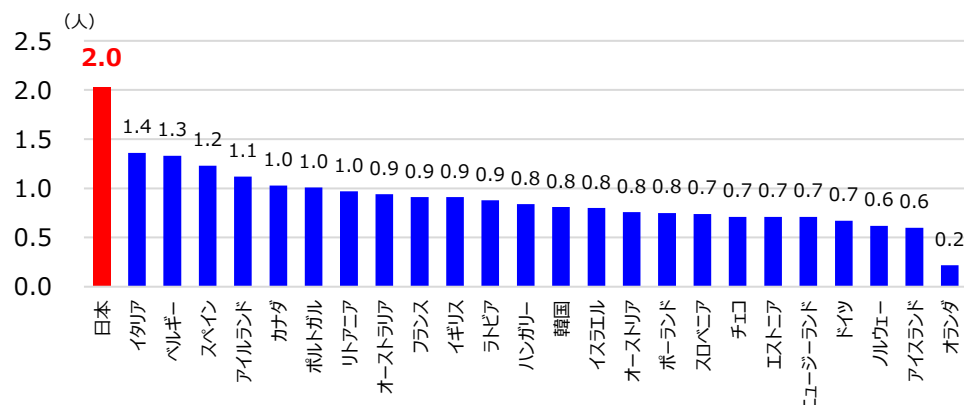
- 日本の薬剤師数は一貫して増加しており、その結果、先進国の中でも人口あたりの薬剤師数が際立って多い水準に達している。医療関係職種におけるタスクシフト・シェアの進展を考慮するとしても、人口減少が進む中で、この人数が適正であるかにはなお疑問が残る。
- また、薬剤師数の増加に伴い調剤薬局も増加の一途を辿っているが、小規模な施設が乱立し、診療所や病院の近隣に群集する現状は、業界の非効率性を象徴している。今後は、薬局の集約化や大規模化に向けた取組が不可避である。

◆薬剤師数の推移

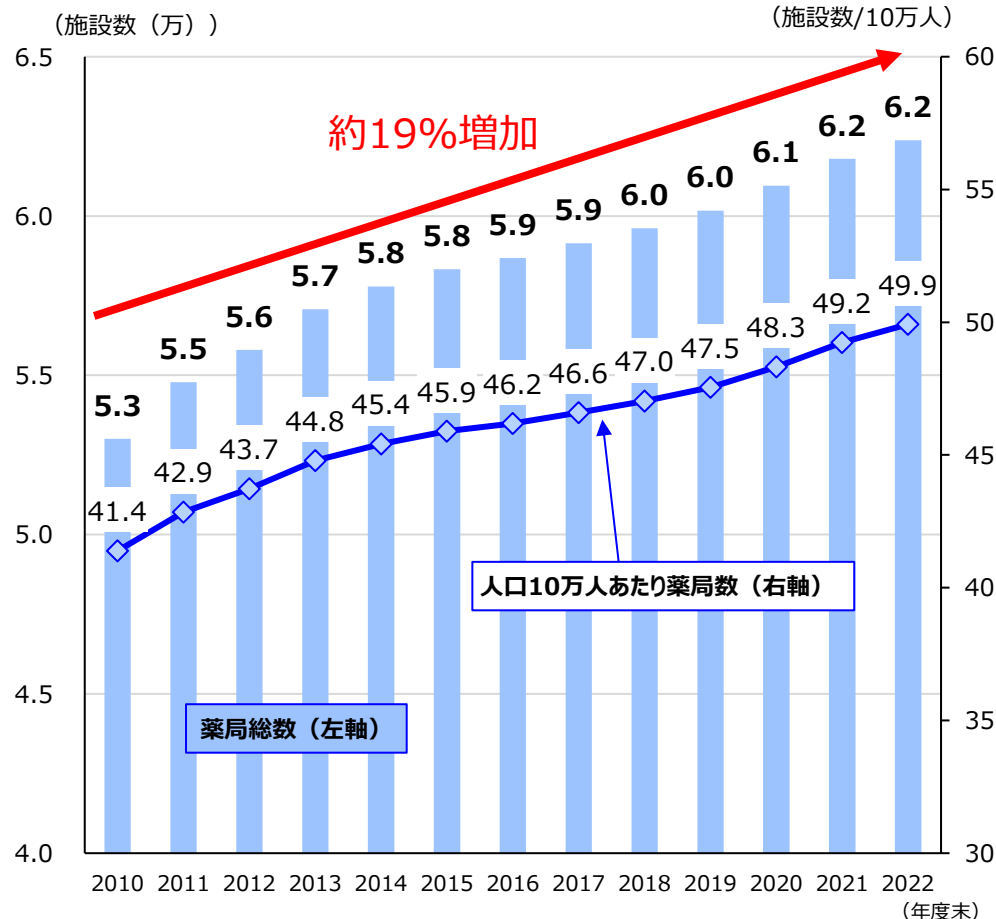
✓日本における薬剤師数の推移



✓人口千人あたり薬剤師数の国際比較（2022年度）



◆調剤薬局数の推移



【改革の方向性（案）】

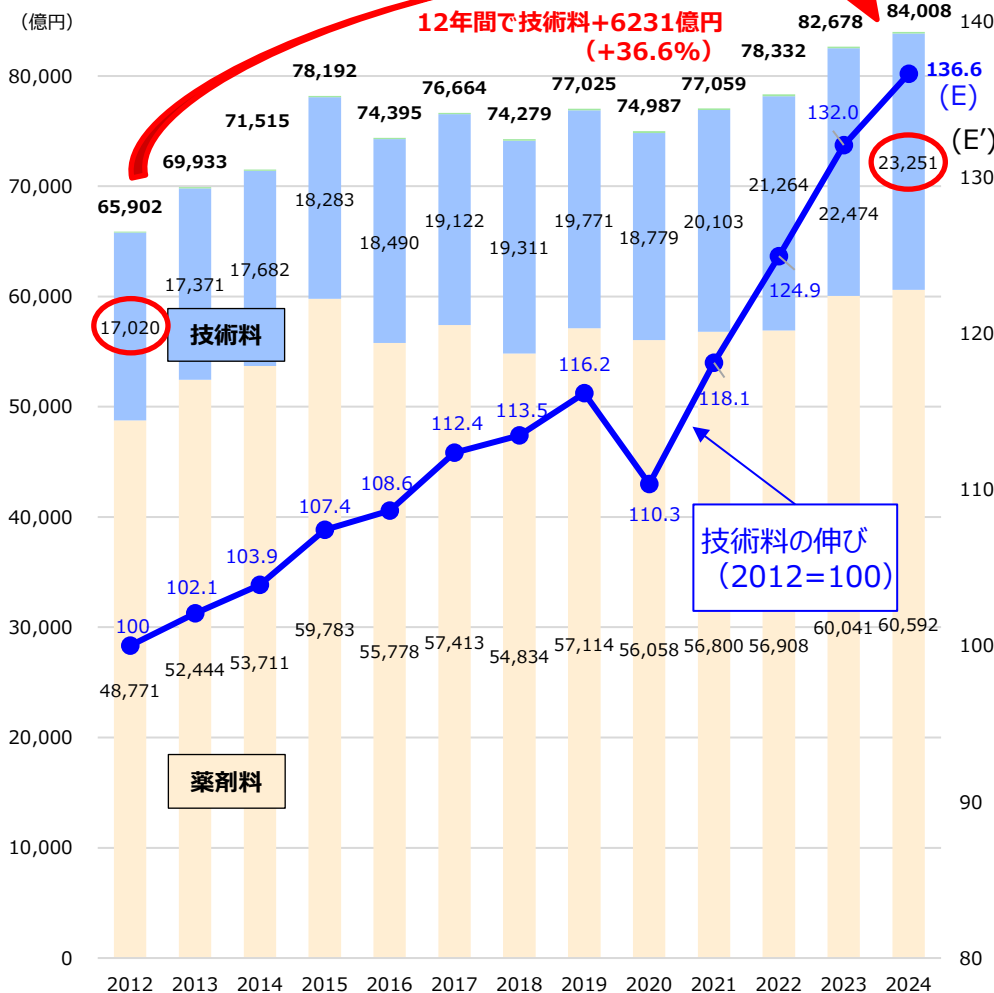
- 薬剤師と薬局の増加に歯止めがかからないのは、希少な医療資源の適正配分の観点からも問題。産業構造の改革が急務である。

調剤技術料の適正化の必要性①

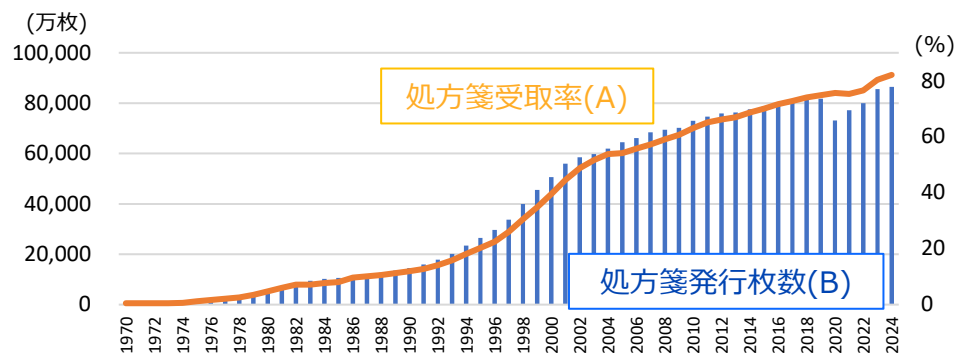
資料Ⅱ－１－３６

- 医薬分業が進み、処方箋受取率(A)が上昇する中で、処方箋発行枚数(B)は増加傾向。この間、薬剤師数(C)の増加と薬剤師1人あたり技術料(D)の増加とが相まって、調剤医療費のうち技術料(E,E')が大きく伸びている状況。
- 薬剤師1人あたり技術料の増加は、薬剤師1人あたり処方箋枚数(F)の水準が長期的には変わっていないことを踏まえれば、処方箋1枚あたり技術料(G)が増加傾向にあることがその原因と分析できる。今後は、処方箋1枚あたり技術料の伸びを抑制することが不可欠。

◆ 調剤医療費総額の推移

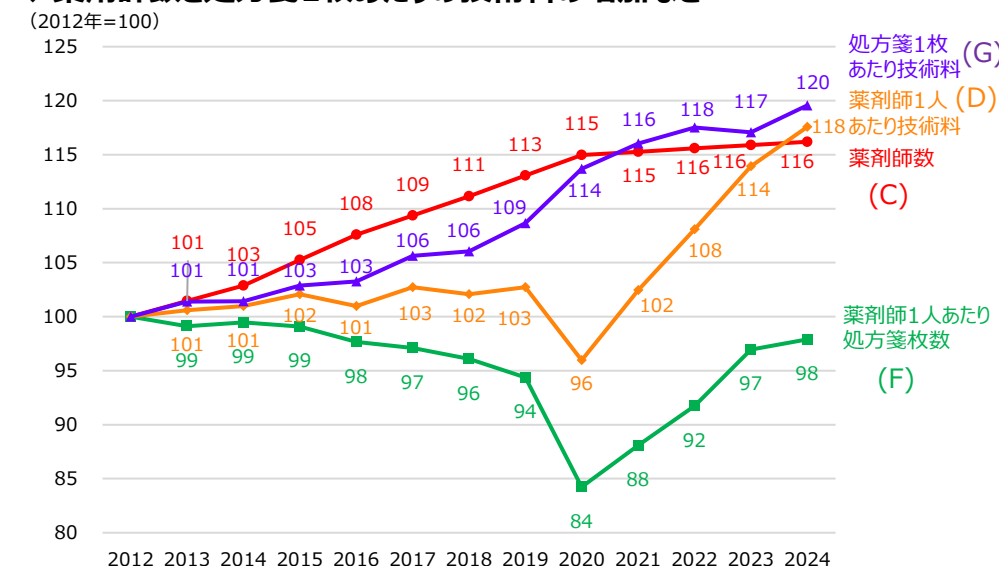


◆ 処方箋受取率の年次推移



(注) 処方箋受取率 (%) = $\frac{\text{処方箋枚数 (薬局での受付回数)}}{\text{医科診療 (入院外) 日数} \times \text{医科投薬率} + \text{歯科診療日数} \times \text{歯科投薬率}} \times 100$
 (出所) 厚生労働省が「保険調剤の動向 (日本薬剤師会)」を用いて作成したデータ。

◆ 薬剤師数と処方箋1枚あたりの技術料の増加など



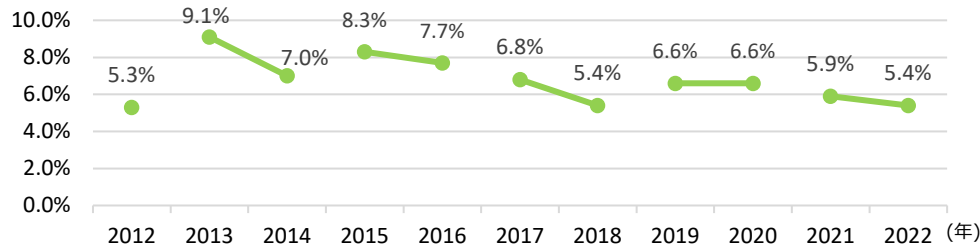
(出所) 厚生労働省「調剤医療費 (電算処理分) の動向」、厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

(注) 薬剤師数の奇数年度及び2024年度は、直近年度からの推計値。

(出所) 厚生労働省「調剤医療費 (電算処理分) の動向～令和6年度版～」

- 調剤薬局の利益率は一貫して高水準で推移してきたにもかかわらず、これまでの診療報酬改定で十分な適正化が行われることはなく、調剤報酬は、医科・歯科と同水準で技術料が伸びるよう、改定率が設定されてきた。
- さらに、処方箋 1 枚あたりの技術料の伸びは、過去の報酬改定における調剤報酬（技術料）の改定率を大きく上回って伸長しており、予算によるコントロールが機能していない。

◆ 調剤薬局 1 施設あたり利益率の推移

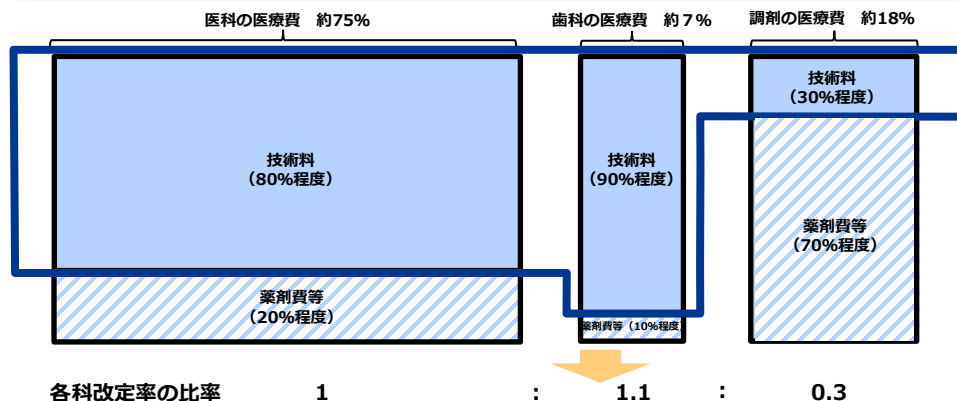


(出所) 2011年度から2022年度の調剤薬局（いずれも法人立）の利益率：厚生労働省「医療経済実態調査」

(注) 中小企業における平均経常利益率は、財務省「法人企業統計」より作成（資本金 1 億円未満の金融業・保険業以外の業種における、売上高に占める経常利益の割合）

◆ 調剤報酬改定率設定の経緯

- 過去十数年に渡る診療報酬改定においては、医科：歯科：調剤の比率を 1：1.1：0.3 とすることで、各科の技術料の伸びが同水準となるよう、各科の改定率が決定されてきた。

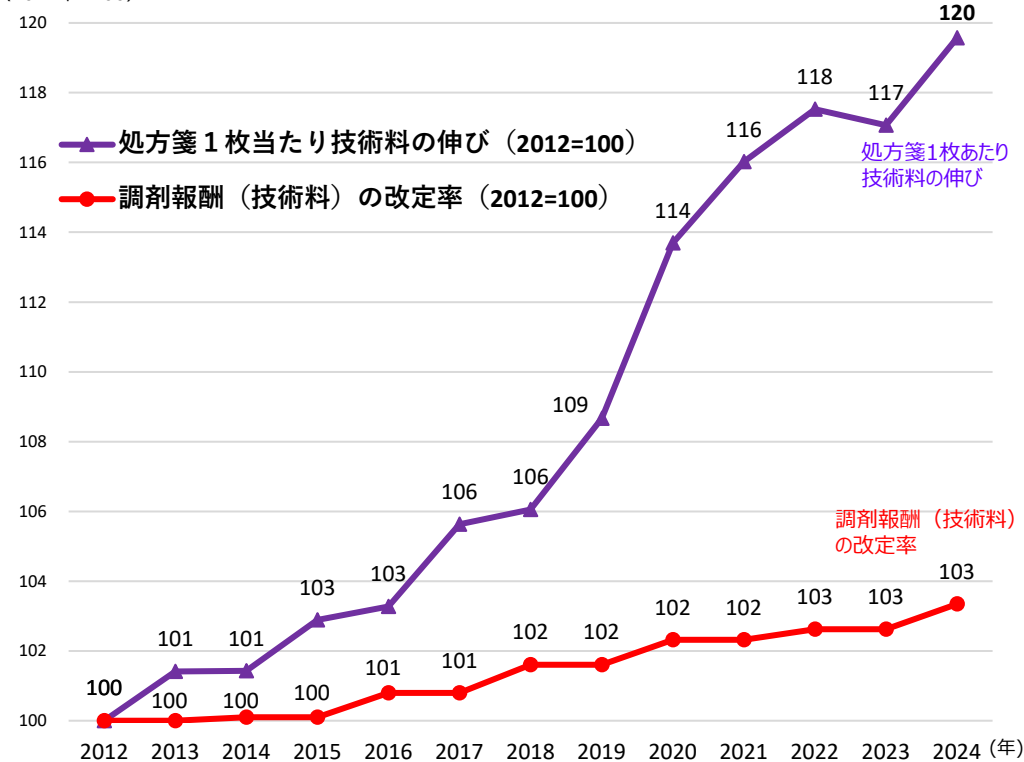


※ 2024年8月の社会医療診療行為別統計を踏まえ、財務省作成。

◆ 調剤技術料の増加幅について（一部再掲）

- 処方箋 1 枚あたり技術料の伸びの実績を見ると、調剤報酬の技術料の改定率を大きく上回って伸び続けている。

(2012年=100)



(出所) 処方箋 1 枚あたり技術料は、厚生労働省「調剤医療費（電算処理分）の動向」及び日本薬剤師会「保険調剤の動向」

調剤報酬（技術料）の改定率は、過去の診療報酬改定における調剤報酬の改定率を技術料の改定率に換算し、財務省が作成。
(注) 消費税率引上げ時の報酬改定に係る改定率分は含んでいない。

【改革の方向性（案）】

- 調剤報酬については、過去の改定率を大きく超えて実際の技術料が伸びてきたことも踏まえれば、適正化の方向で検討すべき。

- 調剤基本料は、薬局の運営維持に要するコストについて、効率性の観点から、処方箋の集中率と受付回数の側面において、経営の実態も踏まえて評価したもの。特に、集中率が高い薬局は備蓄している医薬品の品目数が少ない傾向にあり、その点で、集中率の低い薬局に比べ低コストである。実際、経営効率の良さから、病院・診療所の近隣には多数の調剤薬局が群集している状況。
- 過去の診療報酬改定でも、処方箋の集中率に着目した報酬の適正化が図られてきたが、現在でも、受付回数次第では集中率が高い場合にも高い点数（調剤基本料１）が算定されることとなっており、更なる適正化の余地があると考えられる。

◆ 調剤基本料の算定要件と直近の改定状況

■ 2020年度改定

- 基本料２の算定要件に、「受付回数 1,800 回超～2,000 回、処方箋集中率 95%超」を追加
- 基本料３の算定要件に、「同一グループで処方箋受付回数 3.5 万回超～4 万回、集中率 95%超」を追加

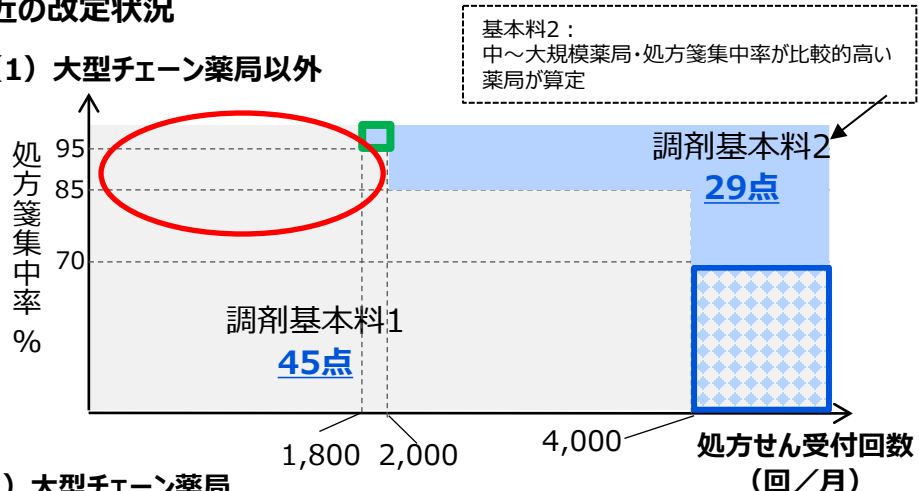
■ 2022年度改定

- 基本料３ロの算定要件に、「同一グループで 300 店以上」を追加
- 基本料３ハを新設

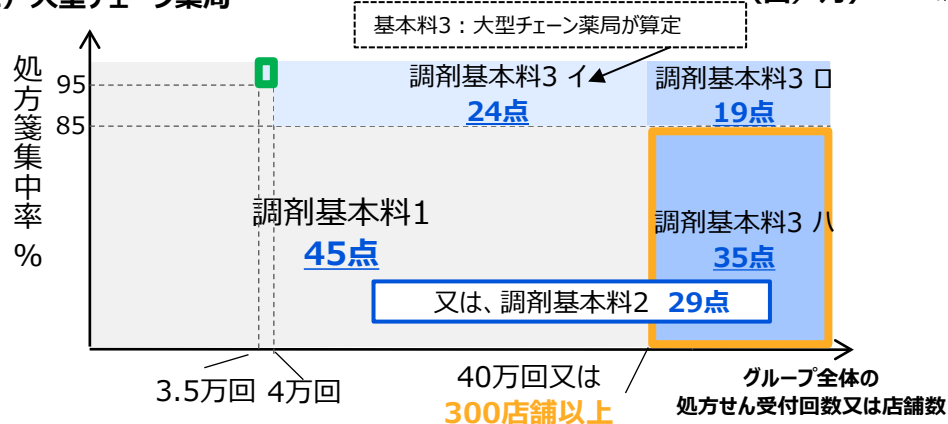
■ 2024年度改定

- 受付回数月 4,000 回超の場合に基本料２を算定する要件を「上位 1 の医療機関の集中率合計 70% 超」から「上位 3 の医療機関の集中率合計 70% 超」に変更

(1) 大型チェーン薬局以外



(2) 大型チェーン薬局



◆ 地域支援体制加算 1 又は 2 を算定している薬局の処方箋集中率と備蓄医薬品数

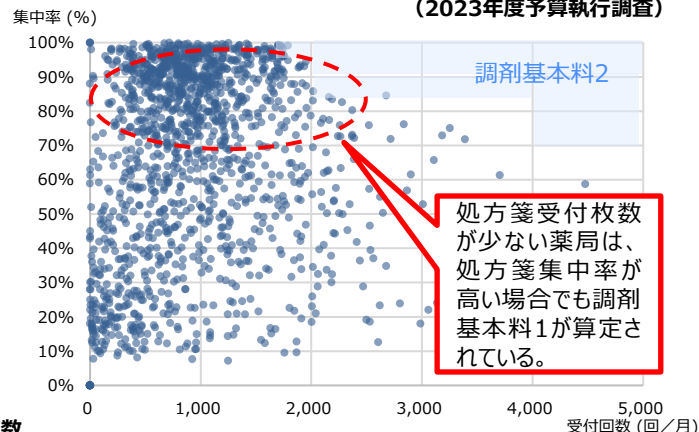
(2023年度予算執行調査)

処方箋集中率	備蓄医薬品品目数平均
95%超	1,249品目 (n=55)
95%以下85%超	1,294品目 (n=140)
85%以下70%超	1,427品目 (n=188)
70%以下	1,587品目 (n=419)

※ 数地内薬局における平均備蓄医薬品数は、1,169品目 (2023年7月中医協資料)

◆ 処方箋集中率と受付回数の分布

(2023年度予算執行調査)



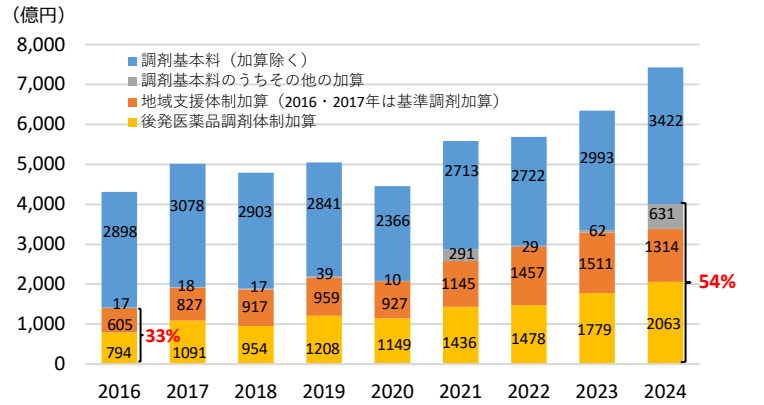
【改革の方向性】(案)

- 処方箋受付回数の多寡にかかわらず、処方箋の集中率が高い薬局は、調剤基本料 1 の適用対象から除外する方向性を徹底すべき。

調剤基本料の在り方②

- 調剤基本料の内訳を見ると、加算の割合が過半となっており、調剤薬局に求められる標準的な機能を評価する基本料部分と政策的な観点から設ける加算部分とが明確に区分されていない状況。加算の大半は後発調剤体制加算と地域支援体制加算が占めている。
- 後発医薬品の使用割合が９割を超える中、後発調剤体制加算の算定割合は８割に達している。また、地域医療への貢献を評価するはずの地域支援体制加算は、調剤基本料の区分で要件が変わる。いずれもメリハリのある評価体系となっているとは言い難い。

◆ 調剤基本料の点数構成の推移（年次ベース換算）



（出所）厚生労働省「社会医療診療行為別統計」（2016年から2023年まで6月審査分、2024年は8月審査分）に基づき積算した各基本料・加算別の単月の総点数を12倍し、1点10円で換算。

◆ 後発医薬品調剤体制加算・地域支援体制加算の算定状況

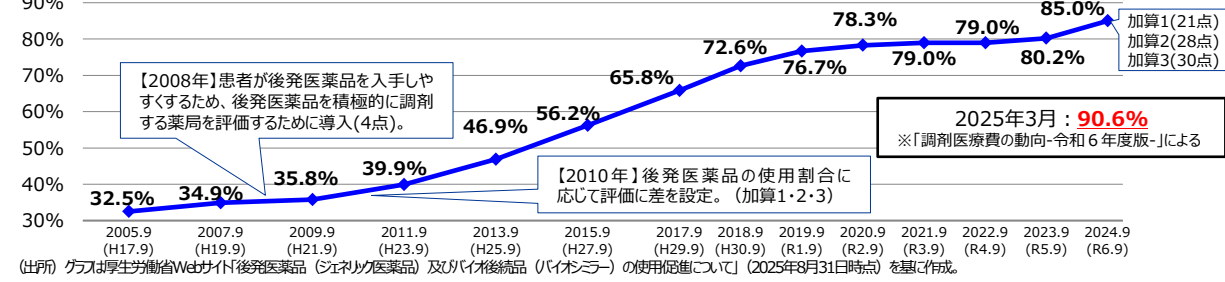
- 後発医薬品調剤体制加算は約8割の調剤行為において算定。
- 地域支援体制加算は約5割の調剤行為において算定。

	算定回数/調剤基本料比	薬局の届出割合
後発医薬品調剤体制加算	7億1,765万回 / 81%	83%
地域支援体制加算	4億2,069万回 / 48%	38%

（参考）調剤基本料の算定回数	8億8,474万回
----------------	-----------

（出所）算定回数は厚生労働省「第10回NDBオープンデータ」（2023年度のレセプト情報）。薬局の届出割合は第616回中央社会保険医療協議会総会資料（2025年9月10日）

◆ 後発医薬品の使用割合の推移と主な経緯



◆ 地域支援体制加算の算定要件

- 地域支援体制加算は、調剤基本料1の薬局のみ要件緩和・点数優遇がなされている。処方箋集中率の多寡にかかわらず、地域医療への貢献や医薬品供給拠点としての取り組みをより適切に評価する要件に見直すべき。

(1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す実績（右の要件）	(1) の要件を満たすために必要な実績要件	基本料1	基本料1 以外
(2) 地域における医薬品等の供給拠点としての対応	① 夜間・休日等の対応実績	40回以上	400回以上
ア 十分な数の医薬品の備蓄、周知（医療用医薬品1200品目）	② 麻薬の調剤実績	1 回以上	10 回以上
イ 薬局間連携による医薬品の融通等	③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績	20回以上	40 回以上
ウ 医療材料及び衛生材料を供給できる体制	④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績	20回以上	40回以上
エ 麻薬小売業者の免許	⑤ 外来服薬支援料 1 の実績	1 回以上	12回以上
オ 集中度85%超の薬局は、後発品の調剤割合70%以上	⑥ 服用薬剤調整支援料の実績	1 回以上	1 回以上
カ 取り扱う医薬品に係る情報提供体制	⑦ 単一建物診療患者が 1 人の在宅薬剤管理の実績	24回以上	24回以上
(3) 休日、夜間を含む薬局における調剤・相談応需体制	⑧ 服薬情報等提供料に相当する実績	30回以上	60回以上
(4) 在宅医療を行うための関係者との連携体制等の対応	⑨ 小児特定加算の算定実績	1 回以上	1 回以上
(5) 医療安全に関する取組の実施	⑩ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議への出席	1 回以上	5 回以上
(6) かかりつけ薬剤師の届出			
(7) 管理薬剤師要件	【調剤基本料 1 の薬局】		
(8) 患者毎に服薬指導の実施、薬剤服用歴の作成	・地域支援体制加算 1：32点	・地域支援体制加算 2：40点	
(9) 研修計画の作成、学会発表などの推奨	要件：④を含む 3 つ以上	要件：①～⑩のうち 8 つ以上	
(10) 患者のプライバシーに配慮、椅子に座った状態での服薬指導			
(11) 地域医療に関連する取組の実施	【調剤基本料 1 以外の薬局】		
ア 一般用医薬品及び要指導医薬品等（基本的な48薬効群）の販売	・地域支援体制加算 3：10点	・地域支援体制加算 4：32点	
イ 健康相談、生活習慣に係る相談の実施	要件：④、⑦を含む 3 つ以上	要件：①～⑩のうち 8 つ以上	
ウ～オ（略）			

【改革の方向性（案）】

- 調剤基本料に係る加算は抜本的に見直すべき。役割を終えた後発医薬品調剤体制加算は廃止することとし、地域支援体制加算については、調剤基本料1の薬局への優遇を廃しつつ、地域フォーミュラへの参画や、OTC薬の普及啓発、リフィル処方の促進などを評価対象に加え、地域の医療資源の有効活用や薬剤安定供給の拠点としての機能を重点的に評価できる加算に再編すべき。

- 薬局の基本的な運営費を賄う調剤基本料や「対物業務」を評価する薬剤調製料からなる調剤技術料に対し、薬剤師による「対人業務」を評価するため、薬学管理料が設けられている。しかしながら、その中心である調剤管理料は、実態として真に対人業務を評価するものになっていない。
- これまでの改定で対人業務を真に評価するものとの位置づけで導入・拡充されてきた報酬項目の算定回数は低迷している。特に、残薬の適切な管理は、患者の負担抑制はもとより、薬剤の廃棄を防ぎ、医療費を適正化する観点から必要な取組として、一層強く推進されるべき。

◆ 調剤管理料の概要

- 調剤管理料は、対人業務を評価する薬学管理料の中心的な報酬科目であり、その算定額は薬学管理料全体の５割を占める。
- 一方、この調剤管理料は、実態上、例えば服薬状況等の確認や記録といった表面的な対人業務を要件としたものにとどまっており、その背景には、2022年度改定で本管理料が創設された際、外形的な区分変更にとどまったことがある。

【調剤管理料】
保険薬剤師が、患者又はその家族から収集した投薬歴・副作用歴・アレルギー歴・服薬状況等の情報・手帳医薬品リスク管理計画・薬剤服用歴等に基づき、受け付けた処方箋の処方内容について、薬学的分析及び評価を行った上で、患者ごとに薬剤服用歴への記録その他必要な薬学的管理を行った場合に算定。
(出所) 社会保険研究所「調剤報酬点数表の解釈(2024年6月)」

	算定回数	年間医療費換算 ※括弧内は薬学管理料の総額に占める割合
調剤管理料	21億4,695万回	6,112億円 (55.6%)

(参考) 薬学管理料の総額	11,002億円
---------------	----------

(出所) 厚生労働省「第10回NDBオープンデータ」(2023年度のレセプト情報)、「調剤医療費(電算処理分)の動向-令和6年度版-」
(注) 調剤管理料の算定回数及び年間医療費には、加算等は含まない。また、電算処理分のみである。

◆ 2022年度改定における調剤管理料創設時の経緯

【改定前区分】
「調剤料」(対物業務)

【改定後区分】
「薬剤調製料」(対物業務)
「調剤管理料」(対人業務)

・調剤調整
・取り揃え・監査業務等
・処方内容の薬学的分析
・調剤設計等

【R4改定前】

処方日数	～7日	8～14日	15～21日	22～28日	29～30日	31日～
調剤料	28点	55点	64点	77点		86点

【R4改定後】

薬剤調製料	一律24点				
調剤管理料	4点	28点	50点	60点	
(合計)	28点	52点	74点	84点	←改定前と同程度

※R6改定：変更なし

◆ 対人業務の評価の主な経緯

年度	経緯
2016	・ かかりつけ薬剤師指導料(70点)、かかりつけ薬剤師包括指導料(270点)の新設 ・ 服薬情報等提供料を新設し、長期投薬情報提供料等の報酬を一元化
2018	・ かかりつけ薬剤師指導料・包括指導料の点数の充実(70点→73点、270点→280点) ・ 服用薬剤調整支援料及び地域支援体制加算を新設 ・ 重複投薬・相互作用等防止加算について在宅時の評価として、在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を新設
2020	・ 服用薬剤調整支援料2の新設
2022	・ かかりつけ薬剤師指導料・包括指導料(点数充実) ・ 服薬情報等提供料に、入院予定患者に対して情報提供した場合の評価を新設

◆ 対人業務を評価する主な調剤報酬の算定状況(1か月あたり)

項目 2024年8月審査分	算定回数(回) かかりつけ薬剤師基本料 に対する比率(%)	概要
重複投薬・相互作用等防止加算 (残薬調整)	255,390 (0.34%)	残薬調整に係る疑義照会等
重複投薬・相互作用等防止加算 (残薬調整以外)	182,177 (0.24%)	残薬調整以外の疑義照会等
かかりつけ薬剤師指導料	1,319,017 (1.76%)	かかりつけ薬剤師が、保険医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で、患者に対して服薬指導等を行った場合
外来服薬支援料1	37,067 (0.05%)	残薬一包化・服薬カレンダー等による整理
外来服薬支援料2	17,158,280 (22.93%)	多剤投薬時の一包化及び指導
服用薬剤調整支援料1	1,131 (0.002%)	服薬アドヒアランス及び副作用の可能性等を確認した上で、処方医に減薬の提案を行い、その結果、処方される内服薬が減少した場合
服用薬剤調整支援料2イ・ロ	2,755 (0.004%)	重複投薬等の解消の検討・処方医への報告を行った場合に算定
服薬情報等提供料1	34,597 (0.05%)	医療機関から求めがあった場合の辞書提供
服薬情報等提供料2	94,071 (0.13%)	薬剤師が必要性を認めた場合の辞書提供
(参考) 調剤基本料1・2・3、 特別調剤基本料A・B	74,828,186	-

(出所) 厚生労働省「令和6年社会医療診療行為別統計」

【改革の方向性(案)】

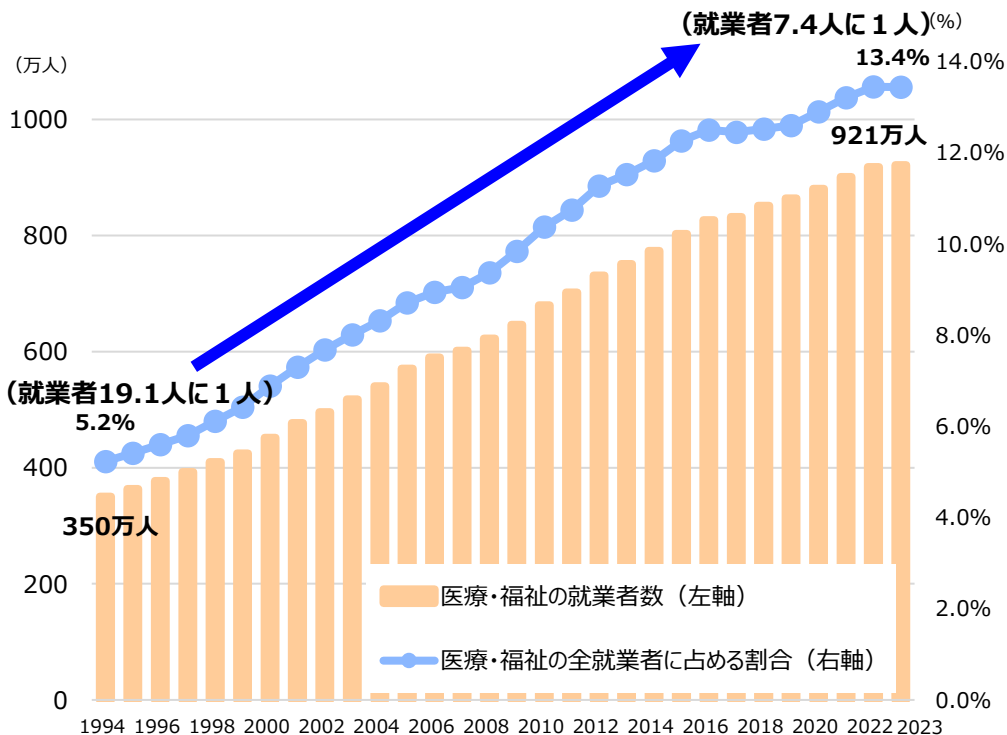
- 対人業務を評価することとされている薬学管理料の中でのメリハリ付けが不十分であることを踏まえ、調剤管理料の適正化と併せ、残薬管理をはじめとした患者本位の服薬指導を重点的に評価すべき。

医療提供の効率化 ①総論

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

◆医療・介護等分野の就業者数及び全産業に占める割合の推移

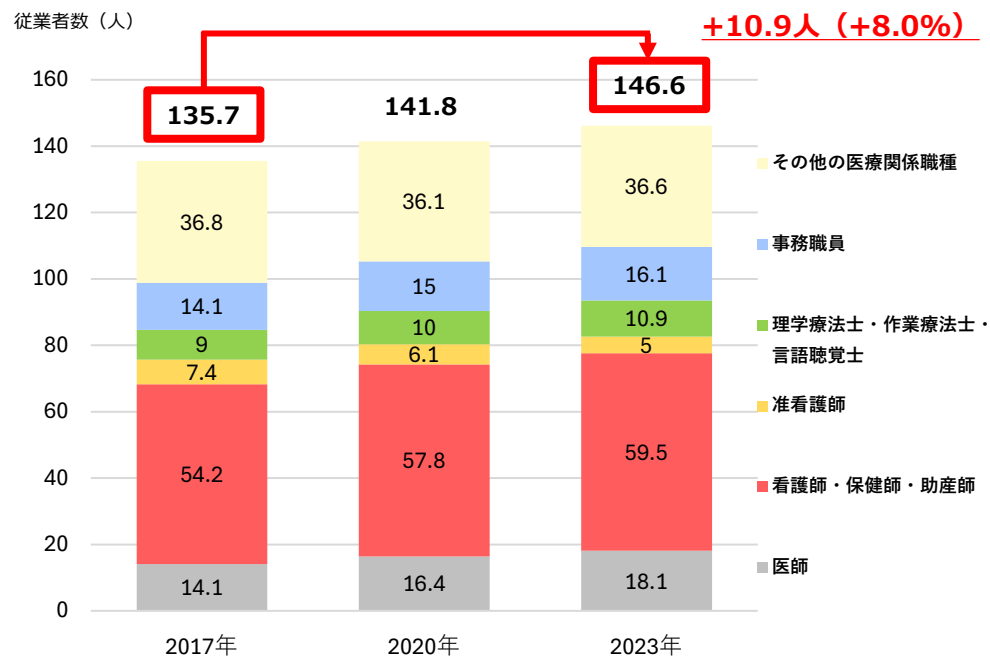
- ✓ 医療・介護を含む保健衛生・社会事業分野の就業者数は過去30年間で約**571万人増加**。（1994年：350万人⇒2023年：921万人）2023年の**就業者の13.4%**（就業者7.4人に1人）が医療・介護等分野で就業している状況。



（出所）内閣府「国民経済計算」。

◆病床100床あたり従業者数の推移

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



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

【改革の方向性】（案）

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

医療提供の効率化 ②質の評価

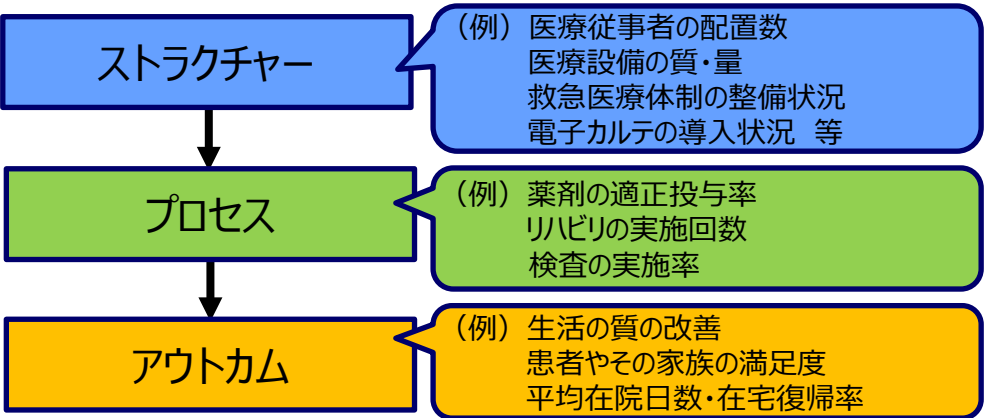
- 医療の価値は、必ずしも投入された人材に比例するものではない。しかしながら、価値の評価（≡アウトカム評価）に基づき医療の価格を客観的に設定することを回避してきたため、診療報酬体系は、「診療に要する経費を補填する」との考え方を基本とし、ストラクチャー評価を基礎として構築されてきた。
- 診療報酬でのストラクチャー評価は、他の福祉分野と比べてもその厳格さが際立つ。例えば、看護職員の配置は、医療法上で定められた最低基準に加え、入院患者の特性等に応じて診療報酬上で上乘せの配置が要請されている。この診療報酬上の基準は、「実質配置」を求めるものであり、常時一定の職員が配置されることが基本となっている。リ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

◆ ストラクチャー評価・アウトカム評価

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

◆ 医療法上の衛生規制及び診療報酬上の実質配置基準について

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



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

（出所）厚生労働省「2024年度診療報酬改定の概要 入院Ⅰ～Ⅳ」。必要人員数は財務省算出。
（注） 衛生規制に基づく40床あたりの必要人員数は、一般病床の場合14人、療養病床の場合10人（財務省算出）。

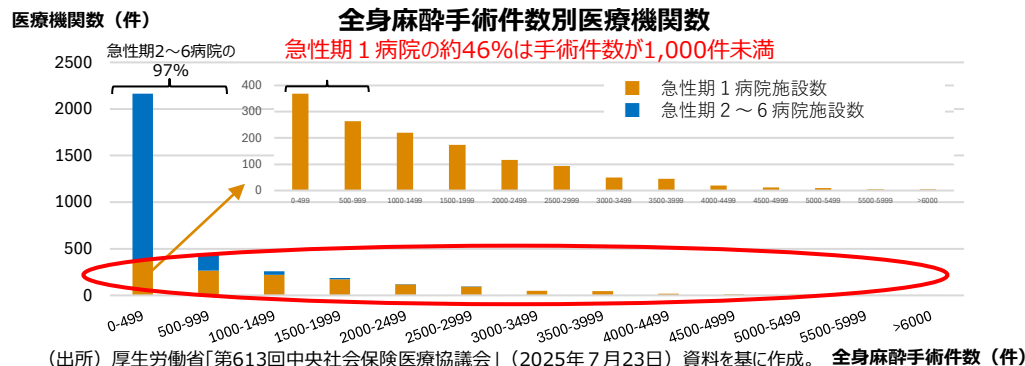
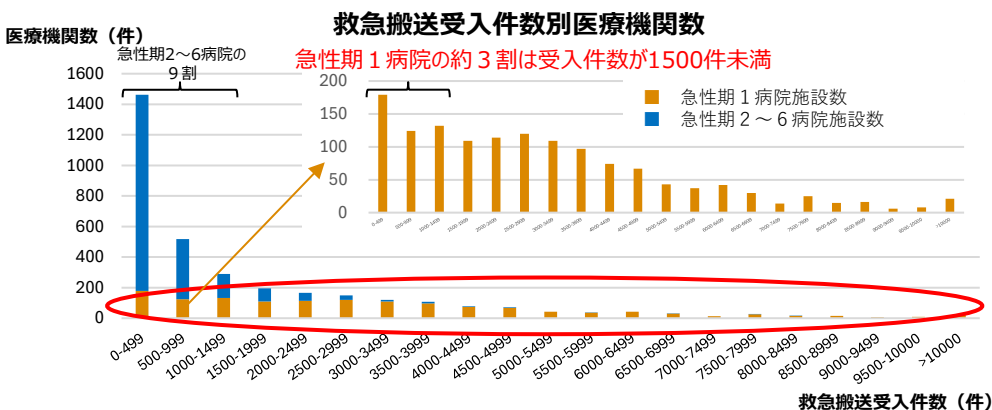
【改革の方向性】（案）

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

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

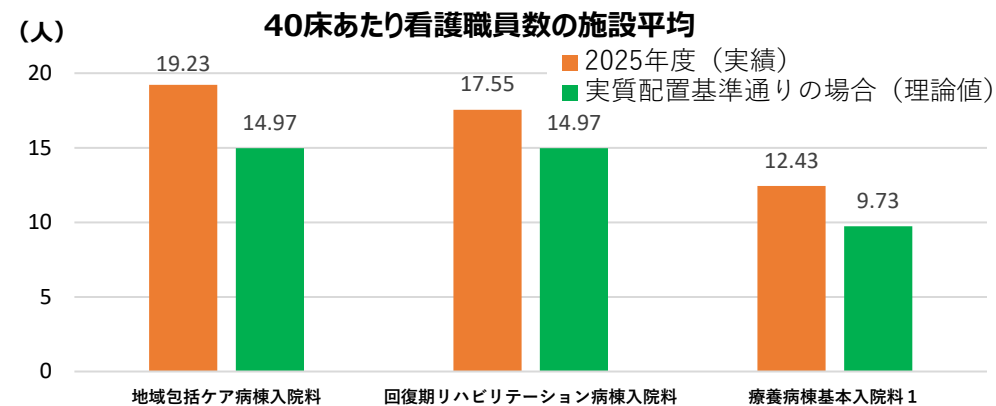
◆ 急性期病棟の実態

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

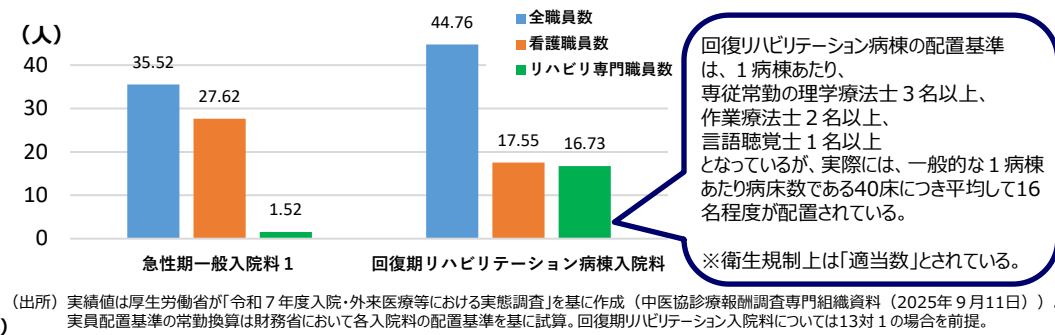


◆ 配置基準と職員数の関係

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



40床あたりリハビリ専門職員数の施設平均（2025年度）



【改革の方向性】（案）

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

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

◆ 医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会議論の整理（2020年12月23日）（抄）

3. 基本的な考え方

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

5. 推進の方策について

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

◆ タスクシフト・シェアの例

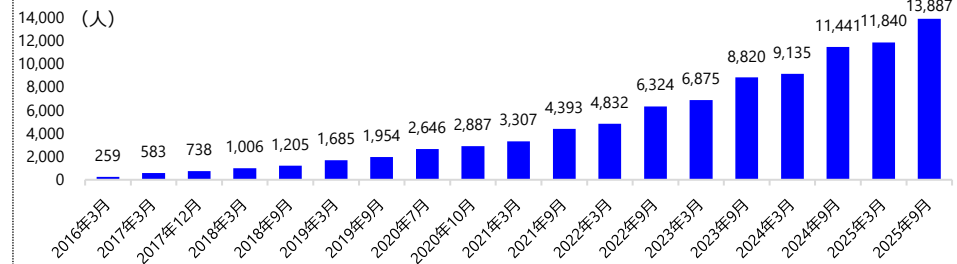
（看護師）

- 特定行為（38行為21区分）
（例）

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

（出所）「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会議論の整理」（2020年12月23日）等を基に作成。

（参考）特定行為研修修了者の推移（厚生労働省医政局看護課調べ）



（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）

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

【改革の方向性】（案）

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

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

◆医療提供体制に関する各種指標の国際比較

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

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

◆人口千人当たりの病院病床数
(2023年)

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

(中略)

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

◆1診療所（無床）当たりの従事者数
(2023年)

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

(注) 1診療所（無床）当たりの従事者数は、2023年度の各区分従事者数を同年度の無床診療所数で除して得た数。(出所) 厚生労働省「2023年医療施設（静態・動態）調査」を基に作成。

◆人口10万人当たりの無床診療所数（2023年）

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

◆医療費の決定要因に関する研究

<医師関係>（日本にも当てはまる）

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

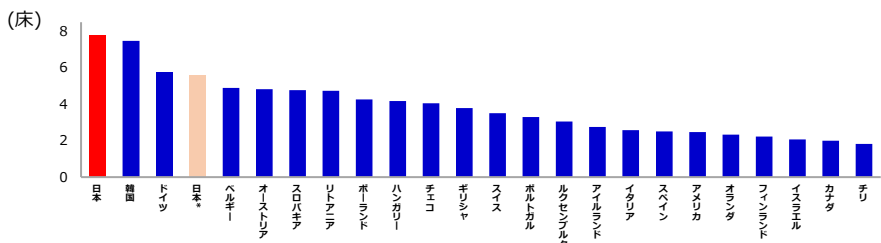
(出所) 第2回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会 資料2（印南構成員・野口構成員資料）から抜粋

【改革の方向性】（案）

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

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

◆ 急性期機能を提供する病床数（人口1,000人対）

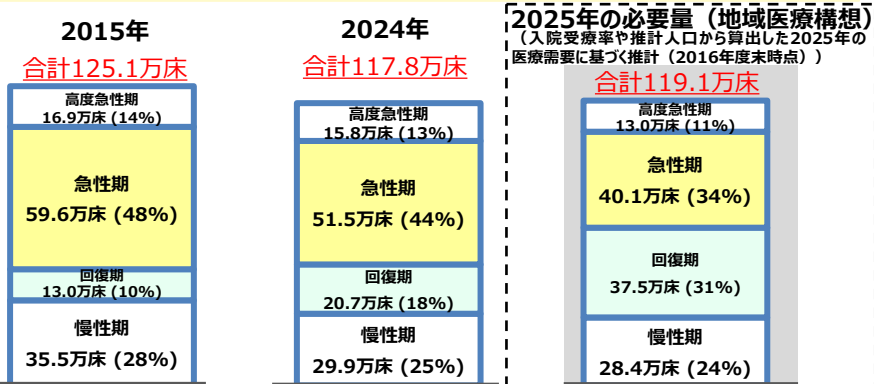


（出所）OECD Data Explorer “Hospital beds by function of healthcare”、「日本*」については、厚生労働省「病床機能報告（2022年度）」、総務省「人口推計（2022年）」

（注）グラフの日本は、医療機能別（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）の病床数の合計。日本*は、病床機能別（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）の病床数の合計。

◆ 病床機能の変化（2024年度病床機能報告）

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



（出所）厚生労働省「第119回社会保障審議会医療部会」（2025年10月3日）資料等をとり作成。

【改革の方向性】（案）

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

◆ 新たな地域医療構想

【基本的な考え方／施行スケジュール】

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

【医療機関の役割分担】

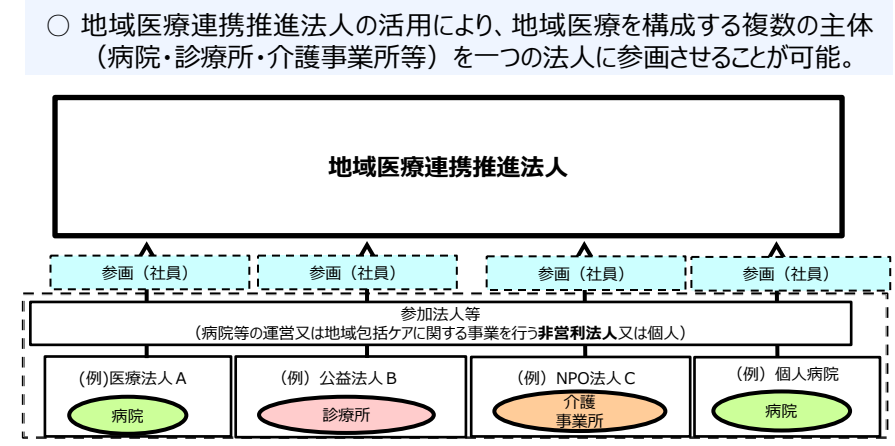
- 各医療機関は、新たに「医療機関機能」を都道府県に報告することが義務となる。
 - ✓ 急性期拠点機能、高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、専門等機能、医育及び広域診療機能
- 引き続き報告させる病床機能のうち「回復期機能」は、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」が追加され、名称は「包括期機能」となる。

【都道府県知事の権限強化】

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

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

◆地域医療連携推進法人の構造



◆地域医療連携推進法人活用の具体例（イメージ）

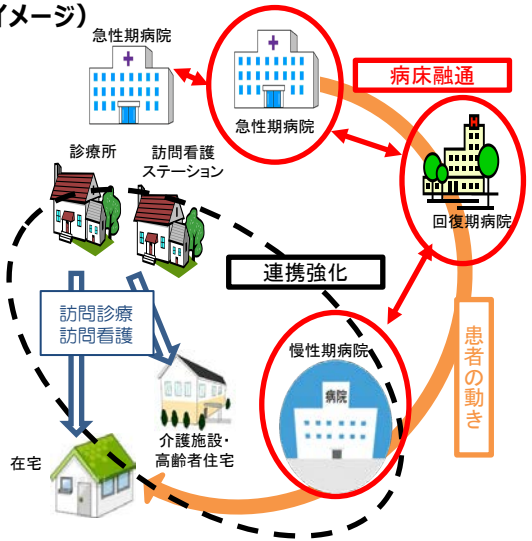
■地域の医療機関の機能分化・連携強化

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

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

■活用のイメージ：参画医療機関の統一的な方針を調整・決定して課題に対応

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



◆地域医療連携推進法人のメリット

【法制度面】

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

※個人立医療機関等が参加する連携推進法人では実施不可

【法人運用面】

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

■地域の複数の総合病院の機能分化・連携

■課題：病院間の役割分担の欠如

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

■活用のイメージ：参画医療機関の統一的な方針を決定して病院間の役割分担推進

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

（実際の活用例：川西・猪名川地域ヘルスケアネットワーク）

（2021年4月1日設立）

市立川西病院 250床	協立病院 313床	今井病院 111床
急性期 250床	急性期 313床	回復期 30床
		慢性期 81床
市立川西病院跡地に移転		
川西リハビリテーション病院 160床		
回復期 120床		
慢性期 40床		

川西市立総合医療センター 405床
高度急性期 100床
急性期 305床

（出所）兵庫県川西市HP「今井病院移転案について」を基に作成

【改革の方向性】（案）

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

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

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

（参考２）2024年６月18日 デジタル行財政改革会議 岸田内閣総理大臣（当時）発言（抄）
３本柱で、デジタルによる社会変革を進めてまいります。（中略）第３に、デジタルを活用しつつEBPM（証拠に基づく政策立案）を強力に推進します。5,434の全行政事業について、行政事業レビューシートシステムによる見える化を充実・強化するとともに、リフィル処方、電子処方箋を含め、重点DXプロジェクトのKPI（重要業績評価指標）の設定と進捗モニタリング・改善に取り組んでください。

◆政府文書における目標設定の状況

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

◆リフィル処方の発行の検討に消極的な理由

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

◆リフィル処方箋の実績

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

◆病院・診療所別の処方箋料（リフィル）の算定医療機関数

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

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

【改革の方向性】（案）

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

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

◆選定療養について（概要）

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

◆医療法人の業務について

◆医療機関における保険給付外のサービスに係る費用の徴収について

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

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

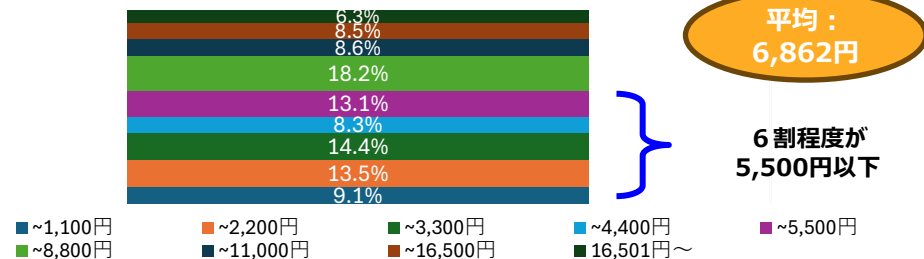
【改革の方向性】（案）

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

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

全国の差額ベッド代（日額）の割合

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



紹介なしでの大病院の受診の実態

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

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

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

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

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

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

救急車の利用に対する対応（自治体による独自の対応の例）

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

【改革の方向性】（案）

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

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

◆現行制度

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

※ 別途、入院患者から「差額ベッド代」を徴収可能。

◆病床区分と診療報酬の関係

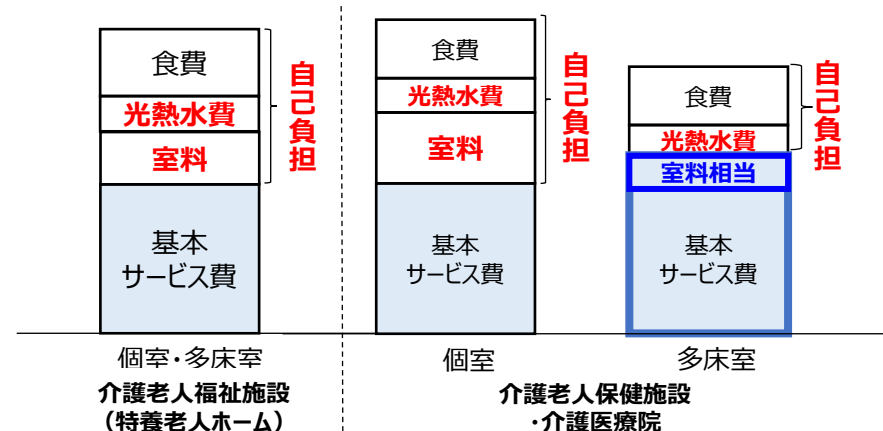
- ✓ 療養病床でも一般病床でも、診療報酬上は、例えば、回復期リハビリテーション病棟入院料や地域包括ケア病棟入院料のどちらでも算定（届出）可能となっている。つまり、病床区分と当該病床に入院する患者実態は明確に紐付いていないのが実態。
- ✓ 同じ65歳以上でも、例えば、ともに地域包括ケア病棟入院料を算定しており、機能・評価が同等の医療を受けているにも関わらず、入院先が療養病床か否かで、光熱水費負担の有無が変わるのは不合理ではないか。

◆在宅との均衡

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

◆介護保険制度での取扱い

※ 補足給付対象外の入居者であれば、自己負担額は自由に設定可能。



【介護保険制度における「補足給付」の仕組み】

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

【改革の方向性】（案）

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

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

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

iii) 保険外併用療養費制度の運用改善（迅速なアクセス）

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

◆ 保険外併用療養費制度

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

① 医療技術の進歩

⇒**評価療養**（患者申出療養を含む）

※治験など、有効性・安全性を確認し保険導入のための評価を行うもの

② 患者ニーズの高度化・多様化

⇒**選定療養**（代替手段の選択が可能であることが基本）

※患者の選択に任せるものとして、保険適用を前提としないもの

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

◆ 市場拡大再算定

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

市場拡大再算定		年間販売額 基準額	予想販売額 比	薬価引下げ率	
				原価計算 方式	類似薬効 比較方式
薬価改定時 《2年に一度》	年間販売額が予想販売額の一定倍数を超えた場合等には、薬価改定時に価格を引下げ	100億円超	10倍以上	10～25%	－
		150億円超	2倍以上	10～25%	10～15%
薬価改定時以外の 再算定 《4半期ごと》	効能追加等がなされた品目については、市場規模350億円超のものに限り、新薬収載の機会（年4回）を活用	350億円超	2倍以上	10～25%	10～15%
再算定の特例 《4半期ごと》	年間販売額が極めて大きい品目の取扱いに係る特例	1000～1500億円	1.5倍以上	10～25%	
		1500億円超	1.3倍以上	10～50%	

例えば、
① タイミングを偶数年改定時に限定せず、再算定の頻度を高めること、
② 4半期ごとの再算定の対象となる医薬品の要件を広げること、
など、国民負担軽減の観点から見直しをする余地があると考えられる。

【改革の方向性】（案）

- 高価薬品については、費用対効果評価制度等の一層の活用を含めた薬価制度上の最大限の対応が必要。また、保険外併用療養費制度の柔軟な活用・拡大、民間保険の活用について検討を進めるべき。

- 現役世代の保険料負担の軽減と質の高い医薬品へのアクセス確保を両立するためには、ＯＴＣ類似薬や日常的な疾病管理の中で処方される医薬品などに対する自己負担のあり方を見直すことが必要。しかしながら、近年の見直しは緩慢なものにとどまってきた。
- 薬剤自己負担に係る改革が先延ばしされてきた結果、効能・効果等が同等であるにもかかわらず、薬局やドラッグストアなどで自らＯＴＣ薬を購入する場合と医療機関でＯＴＣ類似薬の処方を受ける場合との間で自己負担額に格差が生じており、公平性の観点からも課題。

(参考) 2025年10月24日 高市内閣総理大臣 所信表明演説(抄)
これまでの政党間合意も踏まえ、ＯＴＣ類似薬を含む薬剤自己負担の見直しや、電子カルテを含む医療機関の電子化、データヘルス等を通じた効率的で質の高い医療の実現等について、迅速に検討を進めます。

◆諸外国の例（医薬品に対する保険給付の在り方）

【英国の例】～軽度な症状に対する医薬品の処方制限～

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

25 NHS、Guidance on conditions for which over the counter items should not routinely be prescribed in primary care. (出所)「国民が安心してセルフメディケーションできるICTやIoT技術を活用したOTC医薬品の販売・授与に関する調査研究」
(研究代表者 昭和大学薬学部 赤川圭子氏)

◆過去の保険給付の見直し（適正使用の観点からの保険除外）

- ・単なる栄養補給目的のビタミン製剤の投与（2012年度）
- ・治療目的以外のうがい薬単体の投与（2014年度）
- ・必要性のない**70枚超の湿布薬**の投与（2016年度）
- ・必要性のない**63枚超の湿布薬**の投与（2022年度）

【仏国の例】～薬剤の種類に応じた患者負担割合の設定～

抗がん剤等の代替性のない高額医薬品		0%
国民連帯の観点から負担を行うべき医療上の利益を評価して分類（医薬品の有効性等）	重要	35%
	中程度	70%
	軽度	85%
	不十分	100%

【スウェーデンの例】～薬剤費の一定額までの全額患者負担～

年間の薬剤費	患者負担額
2,000クローネまで	全額患者負担
2,000クローネから7,117クローネまで	2,000クローネ＋超えた額の一定割合
7,117クローネ超	3,800クローネ

(注) 1クローネ＝16円（2025年11月中において適用される裁定外国為替相場）

【改革の方向性】（案）

- 諸外国の例（医薬品の処方制限、有用性に応じた自己負担割合の設定、定額自己負担）も参考に、必要な医療の保障とのバランスを確保しつつ、ＯＴＣ類似薬を含む薬剤の自己負担の在り方を見直すべき。

○ 薬剤費について、別途、自己負担を求める仕組みは、かつて日本にも存在したが、高齢者の１割負担の導入や被用者保険の３割自己負担化の過程で廃止されるに至っている。一方、日本の外来薬剤費は諸外国比で高水準であり、今後とも、高額薬剤の保険収載が進むことが見込まれる中で、特に、日常的な疾病管理の中で処方される薬剤などリスクの高くない医薬品については、別途の自己負担を求めることを改めて議論すべき。その際、仮に、2002年健保法等改正法附則第２条との関係が問題となるのであれば、その改正も視野に入れ、正面から国民的な議論を喚起すべきではないか。

◆薬剤一部負担金の経緯

医療保険法 改正年度	薬剤自己負担関係	その他の主な改正内容
1997年 (平成9年)	薬剤一部負担金の導入	✓ 被用者保険本人の自己負担の増加（１割負担→２割負担）
2000年 (平成12年)	高齢者の薬剤一部負担金の廃止	✓ 高齢者の「月額上限付き１割負担」の導入
2002年 (平成14年)	薬剤一部負担金の完全廃止	✓ 被用者保険の３割負担化 ✓ 高齢者１割負担に係る上限の廃止（＝定率１割負担の徹底）

※ 薬剤一部負担金の廃止は、1997年改正に反発した日本医師会が、1998年参議院選挙の際、自民党との間で（若者も含めて）同負担金の廃止に合意したことを踏まえてのもの。2000年改正では高齢者のみが廃止されたが、改正法附則により、若人の薬剤一部負担金も2002年度までに廃止することとされた。

※ 2002年改正にあたっては、改正法附則において、**将来にわたり自己負担割合が３割を超えないこととする旨が明記されることとなった。**

（参考）健康保険法等の一部を改正する法律（平成14年法律第102号）附則（抄）

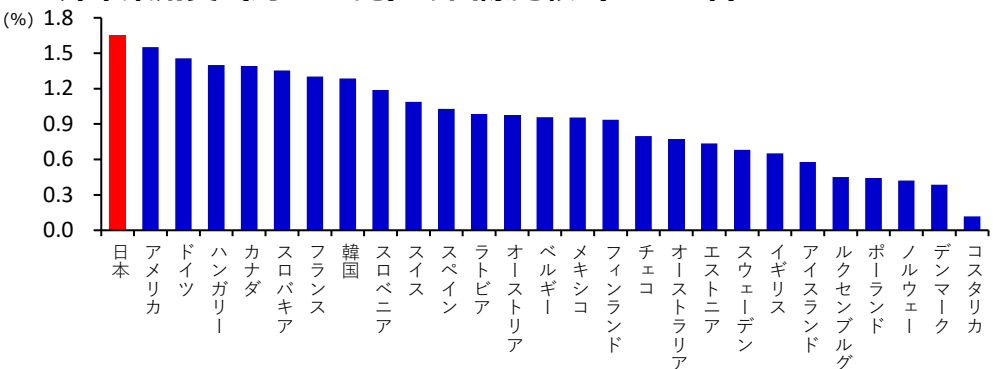
第二条第一項 医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする。

◆薬剤一部負担金の概要（1997年～2003年）

- ✓ 外来診療や薬局で薬剤を支給される際に、定率負担とは別に、薬剤の種類や日数に応じて患者が支払う定額負担。
- ✓ 注射、処置、手術検査等及び入院に伴う薬剤など、一定の場合に支給される薬剤については負担なし。また、薬剤一部負担金は、定率負担と同様、高額療養費の自己負担限度額を計算する際の金額に含まれた。

内服薬 (１日分につき)		外用薬 (湿布、塗り薬等)		頓服薬（必要時に使用する 鎮痛剤、解熱剤等）
１種類	０円	１種類	５０円	
２～３種類	３０円	２種類	１００円	
４～５種類	６０円	３種類以上	１５０円	
６種類以上	１００円			
				１種類ごとに１０円

◆外来薬剤費（対GDP比）の国際比較（2022年）



（出所）OECD Data Explorer（2025年8月20日時点）

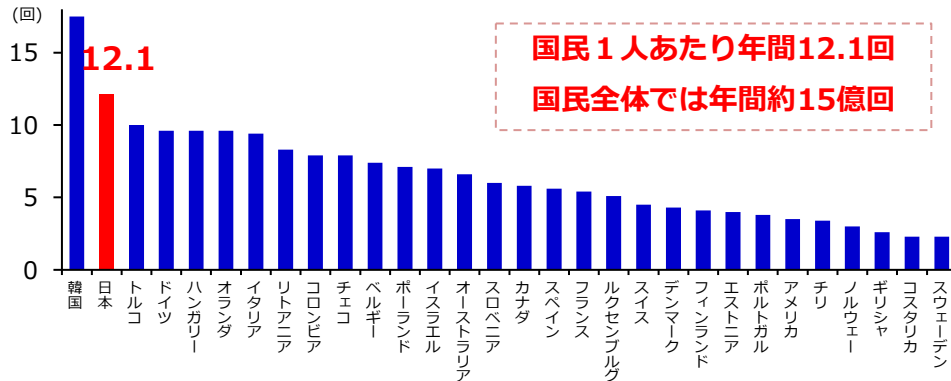
【改革の方向性】（案）

- 薬剤自己負担の見直しについては、O T C 類似薬を対象とした限定的な見直しにとどまらず、外来薬剤に関して広く対象として、一定額の自己負担を追加的に求めることも含め、幅広い選択肢について真摯に検討を進め、早急に結論を得るべき。

受診時定額自己負担の導入

- 日本の外来受診頻度は国際的に見て高く、その多くは少額受診。希少な医療資源をできるだけ有効活用し、現役世代の保険料負担軽減を含め医療保険制度の持続性を確保していく観点から、比較的軽微な受診については、患者から一定額の負担を徴収する仕組みを検討すべき。
- また、受診時定額自己負担は、非効率な外来医療の提供につながっている場合もあると考えられる患者側の受診行動の変容を促していくための有効な手段ともなり得るもの。例えば、かかりつけ医療機関への受診と、それ以外の外来受診との間で金額設定を変えることで、今後のかかりつけ医の普及を一層促進するといったことも考えられる。

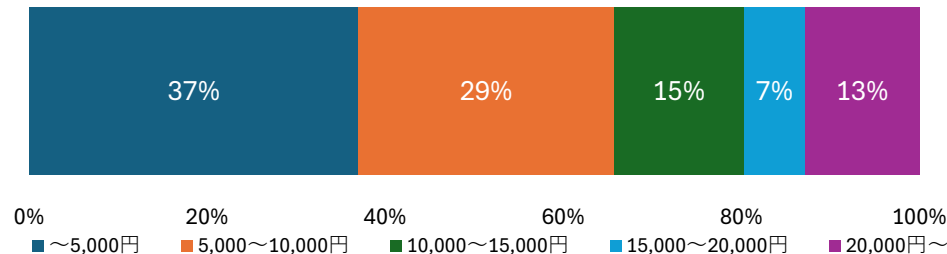
◆ 1人あたり外来受診回数（医科）の国際比較（2022年）（再掲）



（出所）OECD Data Explorer（2025年8月20日時点）

◆ 入院外の医療費階級別レセプト件数の割合

1回5,000円未満が4割近く。1回10,000円未満が3分の2。

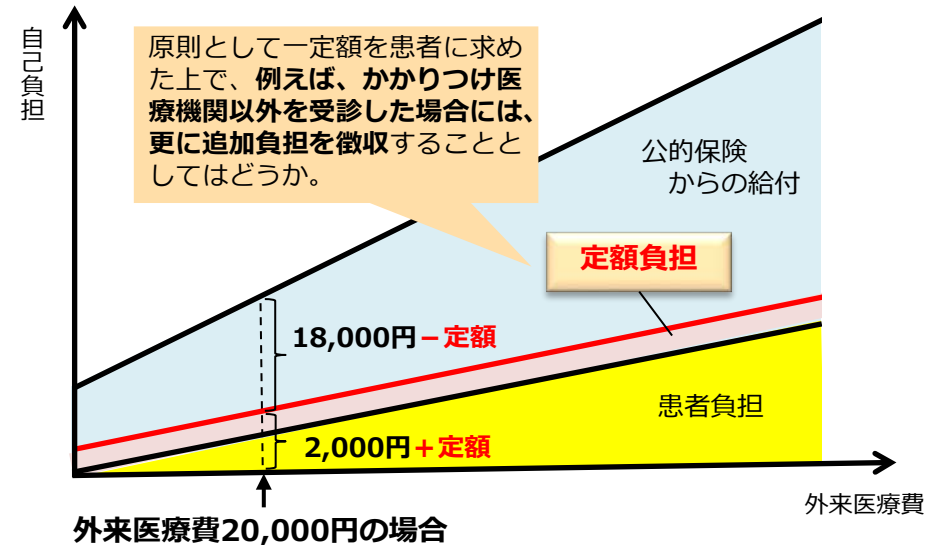


（出所）厚生労働省「医療給付実態調査報告（2023年度）」

◆ フランスにおける受診時定額負担制度（2005年～）の概要

拠出金額	1回2ユーロ（1日8ユーロ、年間50ユーロが上限） ※2024年5月に1回1ユーロから引上げ
対象者	以下の者は除外 ・18歳未満の者 ・妊娠6か月以降の妊婦 ・戦争障害者 ・一定の低所得者向け医療制度の対象者

◆ 受診時定額負担のイメージ（1割負担の患者の場合）



【改革の方向性】（案）

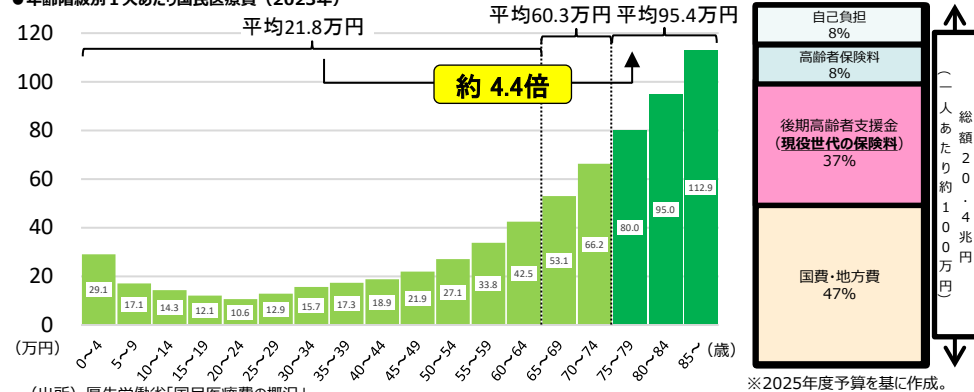
- 医療保険制度の持続可能性の確保と効率的な医療提供体制の構築の双方の観点から、外来受診時の定額負担の導入を実現すべく、早急に具体策の検討に着手し、その是非を広く国民に問うべき。

- 75歳以上の1人あたり医療費は現役世代の約4.4倍にのぼり、そのうち8割強が公費および現役世代の支援金によって賄われている。一方で、現役世代から見れば、自ら納める保険料の多くが高齢者医療の支援に充てられる格好となっており、組合健保ではその割合が約47%に達する。
- 2025年度を迎え、「団塊の世代」が全て後期高齢者医療制度に加入する一方、現役世代の人口減少は継続する見込み。これまで「患者自己負担」と「保険料負担」の両面から一定の対応が図られてきたものの、現役世代の保険料負担軽減という観点からはなお不十分と言わざるをえない。改めて、高齢者の医療の保障を如何に確保していくべきか、早急に検討に着手し、大胆な改革を断行することが求められている。

給付と負担のバランス

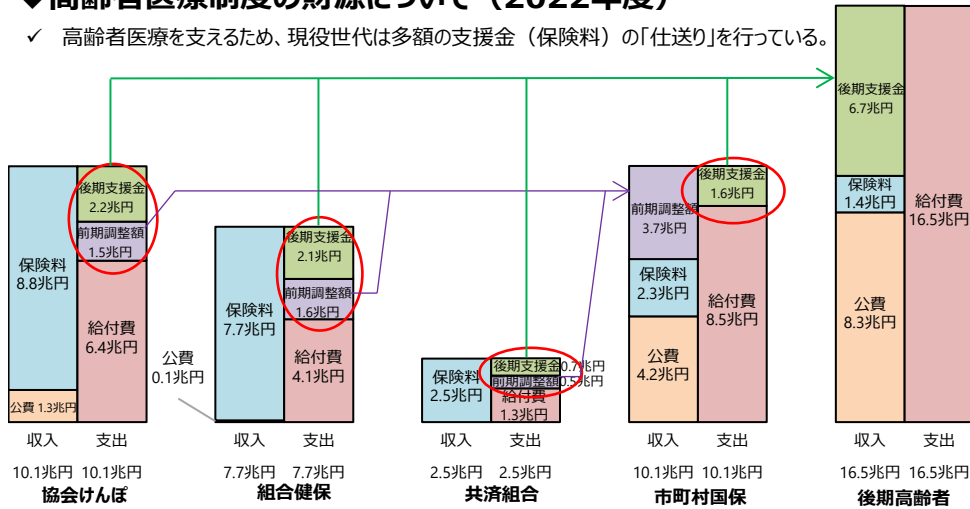
◆ 後期高齢者の医療費と財源

● 年齢階級別1人あたり国民医療費（2023年）



◆ 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。



これまでに取り組んできた主な事項

- **70～74歳の者の窓口負担の引上げ（1割→2割）**
 - ・ 2014年4月以降に70歳に達した者から2割負担（2018年度末で完了）
- **70歳以上の者に係る高額療養費制度の見直し**
 - ・ 2017年8月以降、低所得者を除き、段階的に自己負担の限度額を引上げ
- **療養病床の65歳以上の者の光熱水費の負担見直し**
 - ・ 2017年10月以降、指定難病の者等を除き、段階的に光熱水費の負担を引上げ
- **一定の所得のある後期高齢者（75歳以上）の窓口負担の見直し（1割→2割）**
 - ・ 2025年9月をもって経過措置（負担増を3,000円に抑制）が終了
- **後期高齢者の保険料と現役世代の支援金の負担割合の見直し**

今後の主な改革の方向性

- **長寿社会にふさわしい高齢者医療制度の実現**
 - ・ 高齢者医療における患者自己負担の見直し
 - ・ 後期高齢者医療制度における保険料負担の見直し
 - ・ 後期高齢者医療制度における「現役並み所得」の判定基準の見直し
 - ・ 金融所得の勘案
 - ・ 金融資産等の取扱い

- 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、高齢者の医療ニーズの様態についても当時と同じとは言えない状況となっている。

◆諸外国の高齢化状況・平均寿命

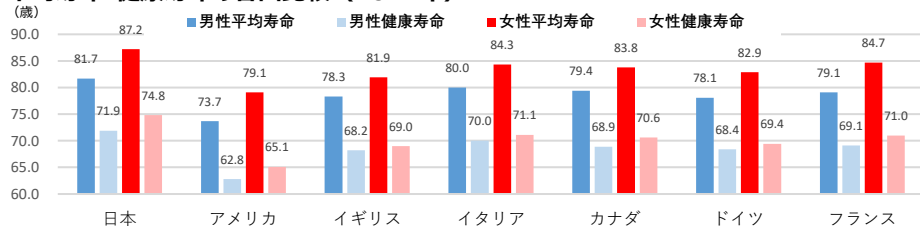
- ✓ 日本の75歳以上人口割合は、諸外国に比して突出して高く、世界的に見て高齢化の進んだ国。また、日本の平均寿命・健康寿命は先進7カ国で最長。

●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

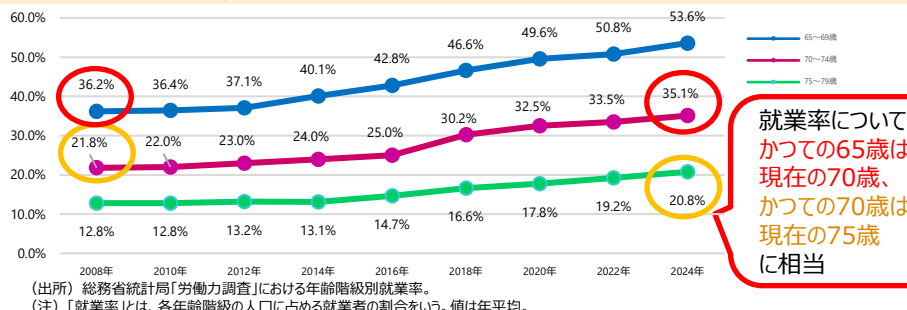
●平均寿命・健康寿命の各国比較（2021年）



（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。



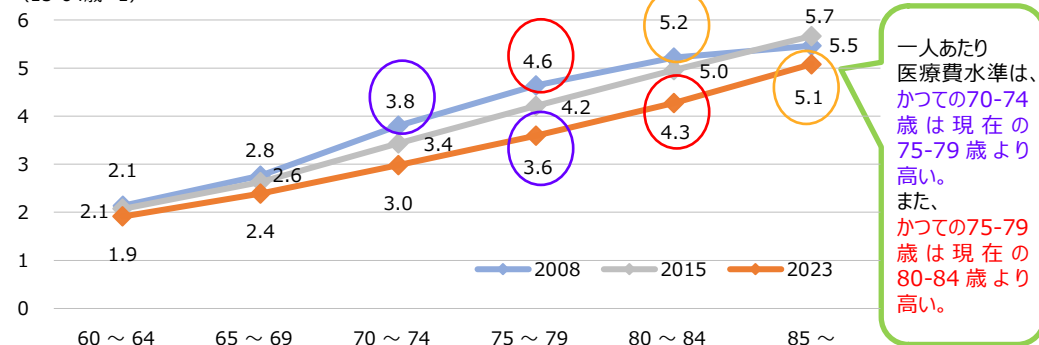
（出所）総務省統計局「労働力調査」における年齢階級別就業率。

（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。

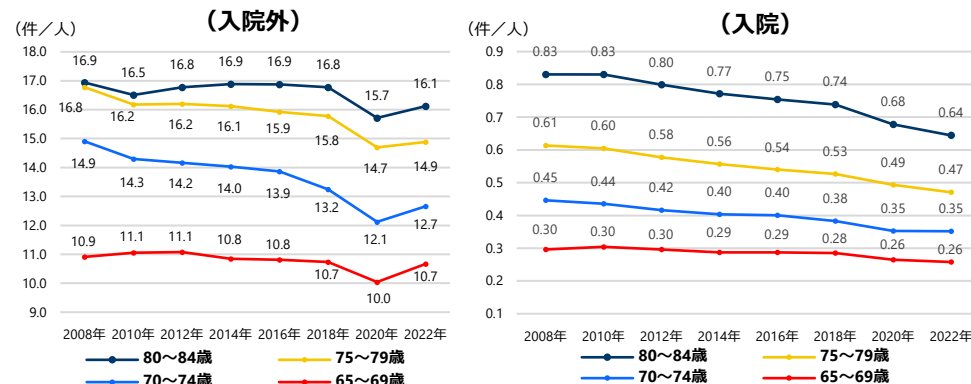
1人あたり医療費
(15-64歳=1)



（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。

【改革の方向性】（案）

- 高齢者医療を全ての世代が公平に支え合う仕組みを構築すべく、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高齢者医療制度の在り方について検討を深め、早急に改革に着手すべし。

- 老人医療費無償化以降、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。
- なお、高齢者は、外来受診回数が多く、1人あたり医療費も大きいにもかかわらず、低額な外来特例もあって、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。

◆高齢者の患者自己負担割合見直しの経緯

（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。

年度	見直し内容
1973年	老人医療費の無料化
1983・1984年	高齢者の患者自己負担の導入（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	定率1割負担の導入
2002年～2007年	対象年齢の引上げ（70歳→75歳） 現役並所得者の負担割合の引上げ（2002年2割、2006年3割）
2008年	後期高齢者医療制度・前期高齢者財政調整の創設
2014年	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
2022年	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

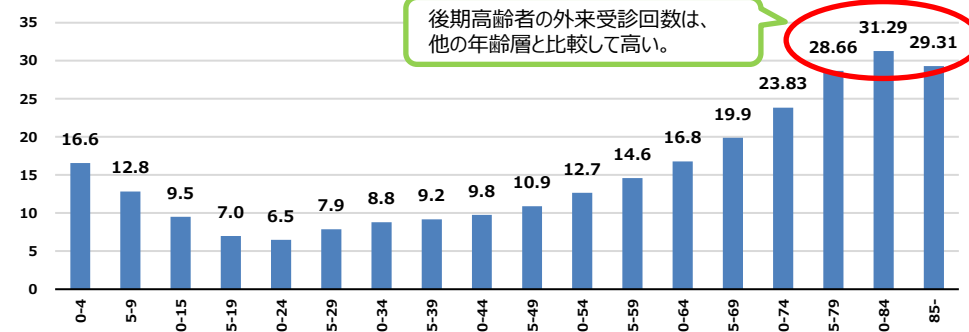
◆後期高齢者（75歳以上）の自己負担の割合・金額について（2023年）

※70～74歳の高齢者は、原則2割負担（現役並み所得の場合3割）であり、後期高齢者と同様に外来特例の対象となっている。

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）
約142万人（約7%） 現役並み所得 （課税所得145万円以上）	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>	
約388万人（約20%） 一定以上所得 （課税所得28万円以上）	2割	月57,600円 <多数回該当：44,400円>	月18,000円／年14.4万円
約601万人（約31%） 一般 （課税所得28万円未満）			月18,000円／年14.4万円
約505万人（約26%） 低所得Ⅱ （世帯全員が住民税非課税 （年収約80万円超））	1割	月24,600円	
約306万人（16%） 低所得Ⅰ （世帯全員が住民税非課税 （年収約80万円未満））		月15,000円	月8,000円

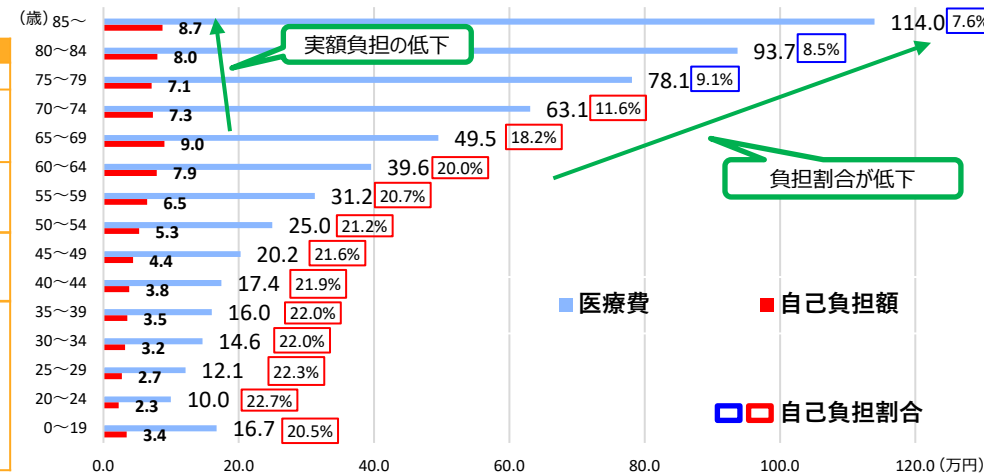
（出所）厚生労働省「第201回医療保険部会資料」を基に財務省において作成。

◆年齢階級別外来受診回数



（出所）厚生労働省「第197回医療保険部会資料」。

◆年齢階級別1人あたり医療費及び自己負担額



（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。

【改革の方向性】（案）

- 年齢による自己負担割合の不公平を是正するため、70歳以上の患者自己負担割合を現役世代と同様に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。

- 高齢者医療制度では、「現役並み所得」のある方には、現役と同様に３割の自己負担を求めるとの考え方が採用されているが、現状、現役並み所得者に該当する高齢者は約７％にすぎない。
- 2006年以降、一度も手が付けられていない「現役並み所得」の判定基準については、課税要件の撤廃とともに、世帯収入要件については「年金収入＋その他合計所得金額」へと変更することを軸に検討すべきと考えられるが、一方、そもそも、現役世代と同等の「負担能力」の有無を判断するにあたり、現役世代の平均的な所得水準を有しているか否かを基準とするのが妥当かについても検討されて然るべき。

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

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

◆現役並み所得(３割負担該当)の判定方法(現状)

要件① 世帯内に課税所得の額が145万円以上の被保険者がいること
かつ

要件② 世帯の被保険者全員の収入の合計額が520万円以上であること
(世帯の被保険者が一人の場合は、383万円以上であること)

(参考) 介護保険の判定基準

要件① 合計所得金額が220万円以上(個人) かつ

要件② 年金収入＋その他合計所得金額が340万円以上(夫婦世帯は463万円以上)

高齢夫婦２人世帯の場合

要件②：世帯収入 520万円以上

基礎控除	33万円
給与所得控除	90万円
配偶者控除	38万円
社会保険料控除	14万円
公的年金等控除	199万円

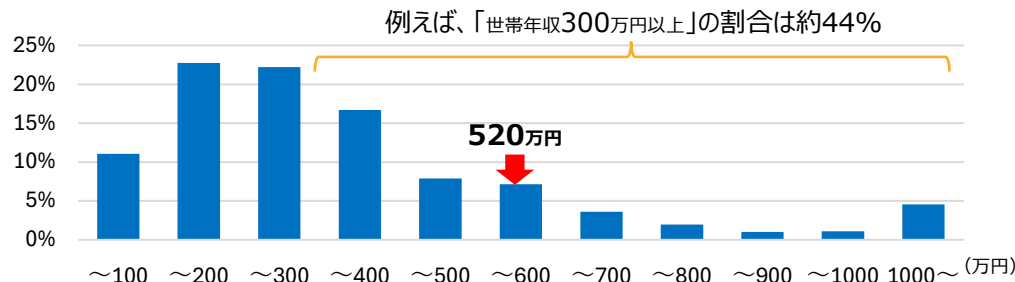
(控除額計 374万円)

要件①：課税所得 145万円以上

要件②の基準額は、要件①から逆算。給与所得控除と公的年金等控除が両方積み上げられている。

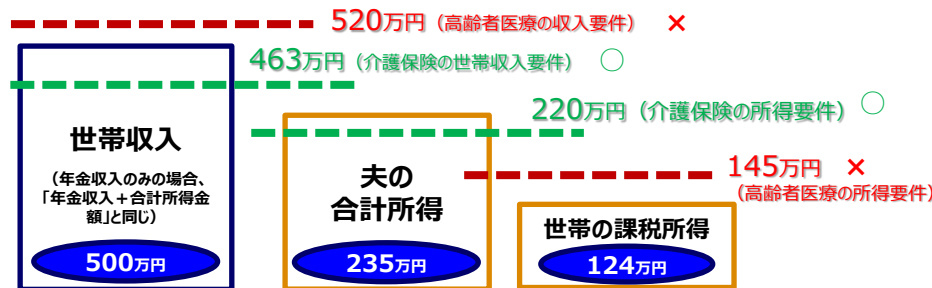
要件①の基準額は、現役夫婦２人世帯を念頭に2004年度当時の平均的収入386万円から各種控除の合計241万円を差し引いて算出。

◆所得金額階級別の世帯数割合(世帯主：75歳以上)



(参考) 医療・介護の３割負担への該当の有無(イメージ)

【夫の年金収入が350万円、妻の年金収入が150万円の場合(夫の現並該当の有無)】



※ 夫(年金収入350万円)の各種控除について、基礎控除：43万円、配偶者控除：38万円、公的年金等控除：115万円、その他控除(社会保険料控除や医療費控除等)：30万円として計算。

【改革の方向性】(案)

- 「現役並み所得」の判定基準について、高齢者の「負担能力」を図るための要件として相応しいか否か、ゼロベースでの検討を加え、早急に見直しに着手すべき。

後期高齢者の保険料負担の在り方

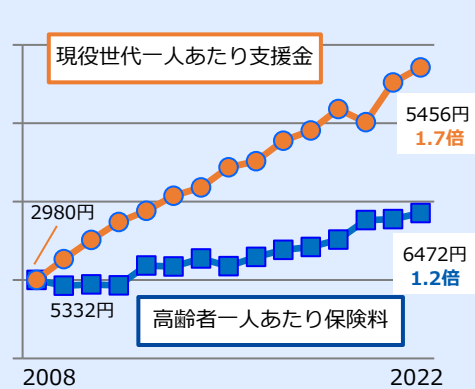
- 高齢者の保険料負担については、現役世代の負担上昇を抑制する観点から、2023年健康保険法等改正により、高齢者の保険料と現役世代の支援金の伸びが同じになるよう見直しが行われたが、後期高齢者の負担率の上昇は緩慢。介護保険と比較しても、依然として、大幅に現役世代頼りの構図となっている。

◆後期高齢者保険料の見直しの経緯

- 後期高齢者保険料は、医療給付費の1割として制度設計されたが、その後、現役世代の減少による後期高齢者支援金の増加分を支援金と後期高齢者の保険料とで折半して負担するよう2年ごとに改定することで、**後期高齢者の保険料負担割合は継続的に微増**。
- **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、後期高齢者医療における高齢者の保険料負担割合を見直し**。今後とも、高齢者が増加し、現役世代の減少が続くうちは、後期高齢者の保険料負担割合は微増を続けることとなる。

	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
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%

★2023年法改正の趣旨 〈一人あたり保険料・支援金の推移（月額）〉

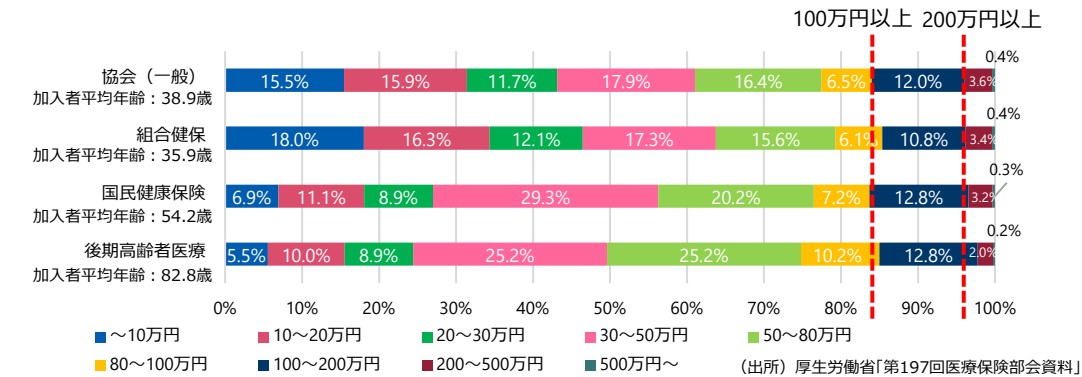


➤ 制度創設時と比べ、現役世代の支援金は1.7倍、高齢者の保険料は1.2倍の伸びとなっており、**後期高齢者1人あたりの保険料と現役世代1人あたりの支援金の伸びが同じになるよう見直し**。

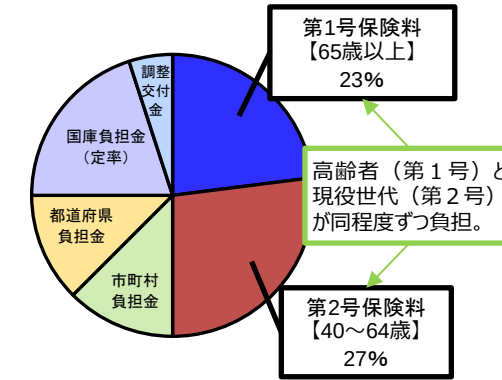
➤ 高齢者世代の保険料について、激変緩和措置を講じるとともに、低所得層の負担増に配慮し賦課限度額や所得に係る保険料率を引き上げる形で負担能力に応じた負担とする。

◆入院の医療費階級別レセプト件数の割合

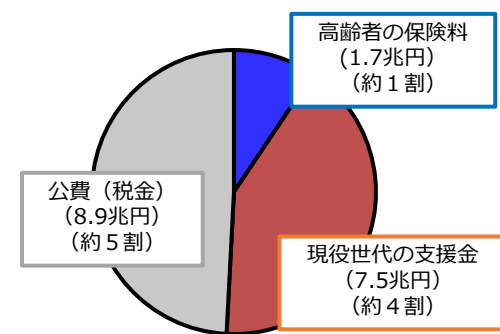
- ✓ 100万円以上の高額な入院レセプトの割合は、医療保険制度によって大きな違いはなく、後期高齢者も他の保険制度と同程度に保険制度によるリスク分散効果を受益していると考えられる。



◆介護保険の財源構成



◆後期高齢者医療制度の財源構成



※ 2025年度予算ベース。窓口負担（1.7兆円）等を除く。

（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。

【改革の方向性】（案）

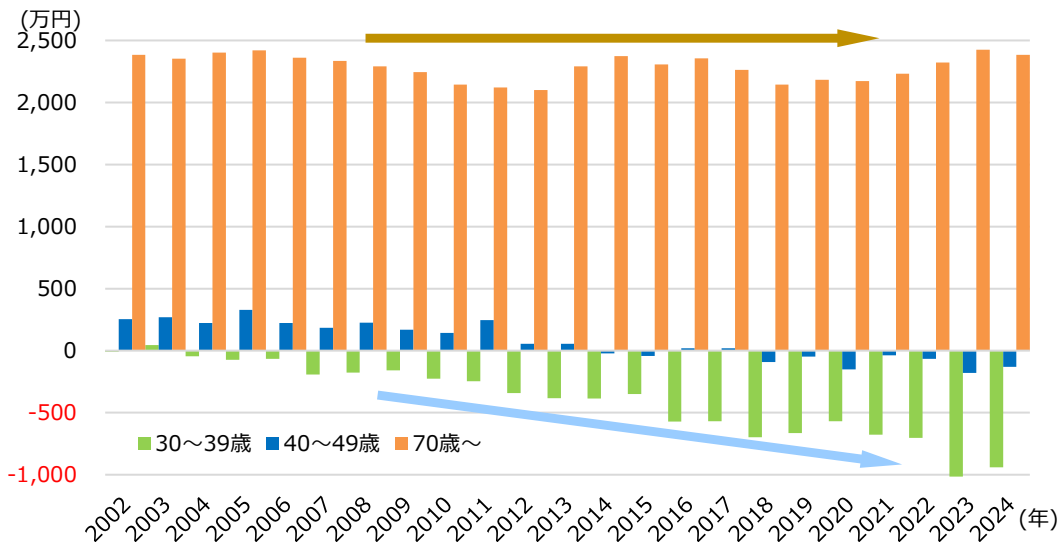
- 後期高齢者医療制度の持続可能性を高め、現役世代の保険料負担の軽減につながるよう、窓口自己負担割合の見直しに加えて、後期高齢者の保険料負担の在り方についても検討すべき。（少なくとも、金融所得や金融資産の勘案等により、高齢者保険料賦課ベースを拡大することと併せ、現役世代の支援金の負担割合を縮小させていくことは必要と考えられる。）

高齢世帯の貯蓄等の状況

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

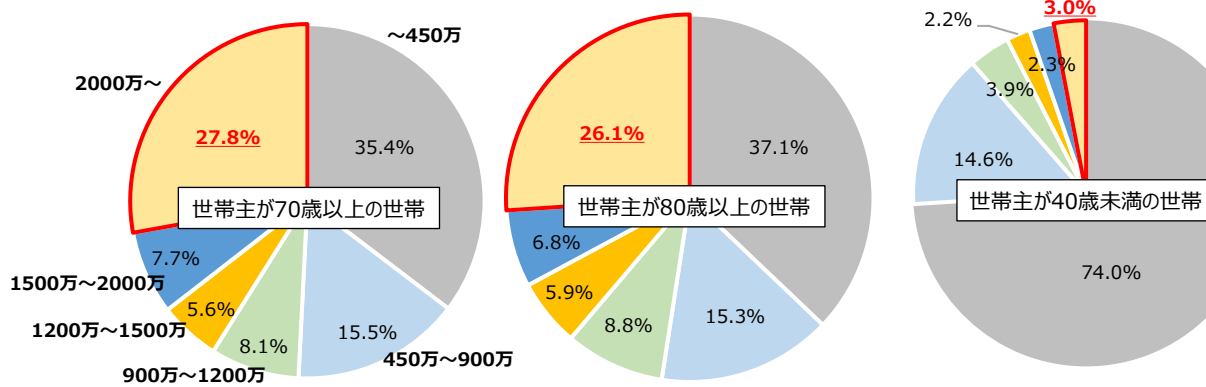
【① 貯蓄額－負債額】

平均的な高齢者世帯の貯蓄から負債を引いた額は2,000万円以上で推移



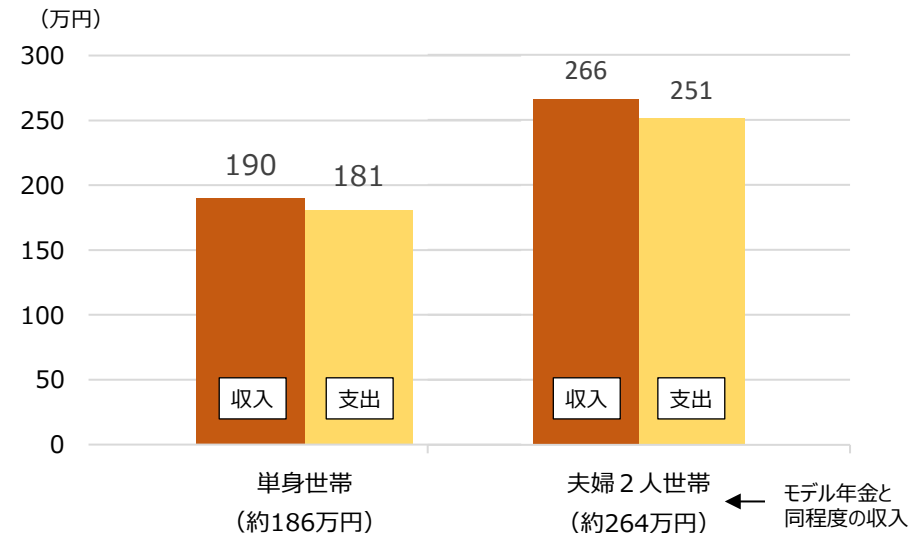
【② 金融資産残高別の世帯割合】

高齢者世帯の約3割は預貯金等の金融資産額が2,000万円以上



【③ 75歳以上世帯の収支状況】

モデル年金と同程度の収入がある高齢者世帯の年間の収支状況は黒字



【① 貯蓄額－負債額】

(出所) 総務省「家計調査」

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

【② 金融資産残高別の世帯割合】

(出所) 総務省「2019年全国家計構造調査」

(注) 総世帯に係る金額であり、負債は含まない。

【③ 75歳以上世帯の収支状況】

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

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

- 国民健康保険、後期高齢者医療、介護保険においては、被保険者の市町村民税の課税所得に基づき、保険料や窓口負担を算定。
- 確定申告を行うかどうか本人が選択できる金融所得（上場株式などの譲渡や配当）については、以下の通り、確定申告の有無により、医療・介護における保険料等の多寡が変わる不公平な取扱いとなっている。
 - ・ **確定申告した金融所得**：課税所得に含まれる。**保険料・窓口負担**の算定においても所得として**勘案される**
 - ・ **確定申告しない金融所得**：課税所得に含まれない。**保険料・窓口負担**の算定において所得として**勘案されない**
- 後期高齢者医療制度においては、現役並み所得の有る者は、窓口負担について現役世代と同じ３割を負担しているが、その所得が金融所得（申告なし）の場合には１割負担のままとされている。

◆ 現行の収入の種類と保険料・窓口負担の関係（イメージ）

配当所得者
（後期高齢者）

配当収入 500万円
（確定申告なし）（注）

窓口負担 １割

医療保険料 約1.5万円
（均等割約1.5万円＋所得割0万円）

配当所得者
（後期高齢者）

配当収入 500万円
（確定申告あり）（注）

窓口負担 ３割
（現役並み）

医療保険料 約52万円
（均等割約5万円＋所得割約47万円）

（注）他の収入なし

給与所得者
（健保加入者）

給与収入 500万円

窓口負担 ３割

医療保険料 約25万円
※社会保険料全体では約75万円
※事業主負担分も含めた医療保険料は約50万円

（※）給与収入は、確定申告の有無にかかわらず、課税所得の計算に算入される。（出所）厚生労働省「後期高齢者医療制度の令和6・7年度の保険料率について」の保険料額・保険料率に基づき算出。

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

持続可能な社会保障制度のための改革を実行し、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を実現するため、[……]、**現役世代に負担が偏りがちな構造の見直しによる応能負担の徹底**²¹¹、[……]などの改革について、（中略）2025年末までの予算編成過程で十分な検討を行い、早期に実現が可能なものについて、2026年度から実行する。

211 医療・介護保険における負担への金融所得の反映に向けて、税制における金融所得に係る法定調書の現状も踏まえつつ、マイナンバーの記載や情報提出のオンライン化等の課題、負担の公平性、関係者の事務負担等に留意しながら、**具体的な制度設計**を進める。

【改革の方向性】（案）

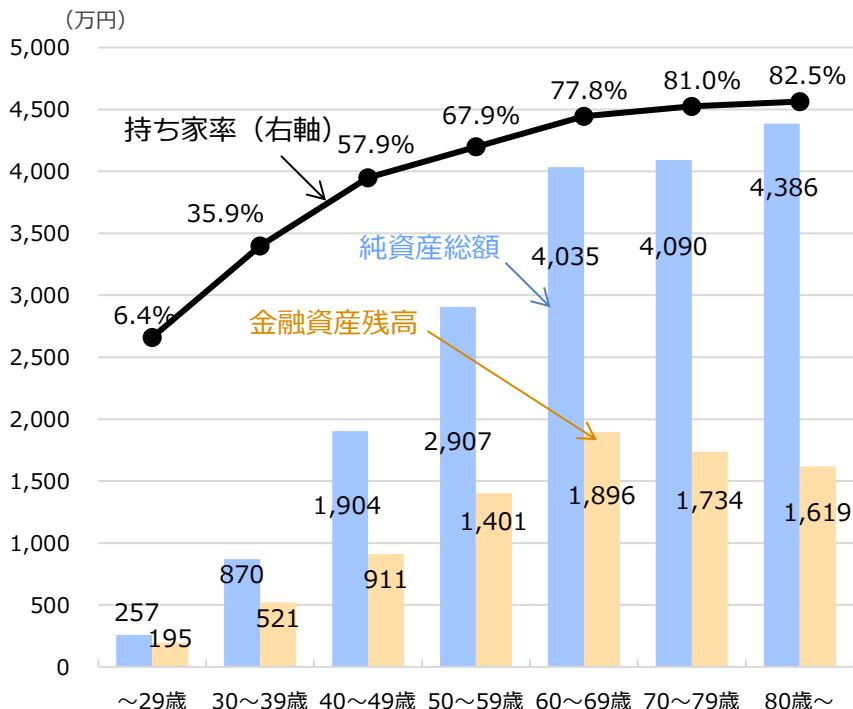
- 現在保険料の賦課対象とされていない金融所得のうち、本人の選択によって保険料の賦課対象となるかどうかが変わり得るもの（上場株式の配当など）については、保険料の賦課ベースに追加するとともに、窓口負担割合の判定においても活用する仕組みとし、能力に応じた公平な負担を実現すべき。あわせて、賦課ベースの拡大による保険料収入の増加分を活用し、後期高齢者支援金を削減することで現役世代の負担軽減につなげるべき。その際、NISAなどの非課税所得は、保険料等の算定においても賦課対象としないことを前提とする必要がある。

- 高齢者は、現役と比べて平均的に所得水準は低い一方、貯蓄現在高は高い。また、低所得であっても相当の金融資産を保有する高齢者も存在。しかし、（介護保険での補足給付を除き）高齢者の負担能力の判断に際し、預貯金等の金融資産は勘案されていない。

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

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

◆世帯主の年齢階級別資産残高



（出所）総務省「2019年全国家計構造調査」、総務省「2018年住宅・土地統計調査」

（注1）金融資産残高には負債は含まない。

（注2）純資産総額は、金融資産残高から負債を除き、住宅・宅地に係る資産を加えたもの。

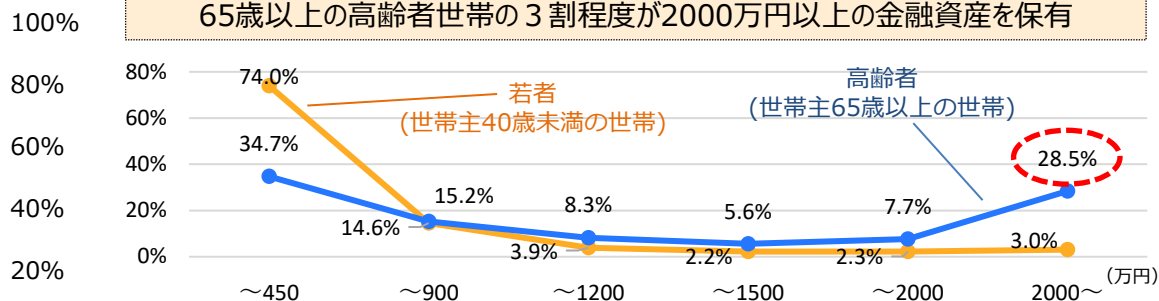
（注3）いずれも総世帯に係る金額。

【改革の方向性】（案）

- まずは、現行制度の下での取組として、医療保険における入院時生活療養費等の負担能力の判定に関し、介護保険の補足給付との違いや保険者の事務負担等も踏まえつつ、金融資産を勘案する方策について検討してはどうか。さらに、医療保険・介護保険における負担の在り方全般について、マイナンバーを活用して、金融資産の保有状況も勘案した上で負担能力を判定するための具体的な制度設計を検討していくこととしてはどうか。

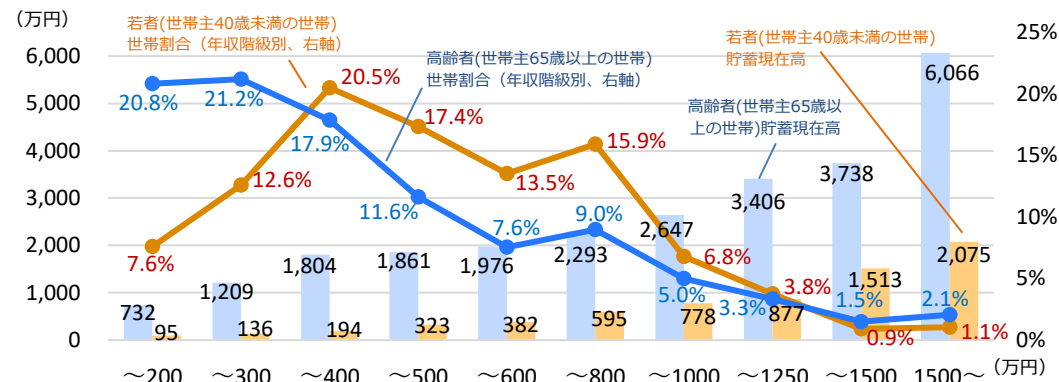
◆高齢者世帯・若者世帯における金融資産残高別の世帯割合

65歳以上の高齢者世帯の3割程度が2000万円以上の金融資産を保有



◆高齢者世帯・若者世帯の年収階級別貯蓄現在高、世帯割合

低収入高齢者世帯であっても、高収入の若者世帯と同程度の貯蓄現在高を保有

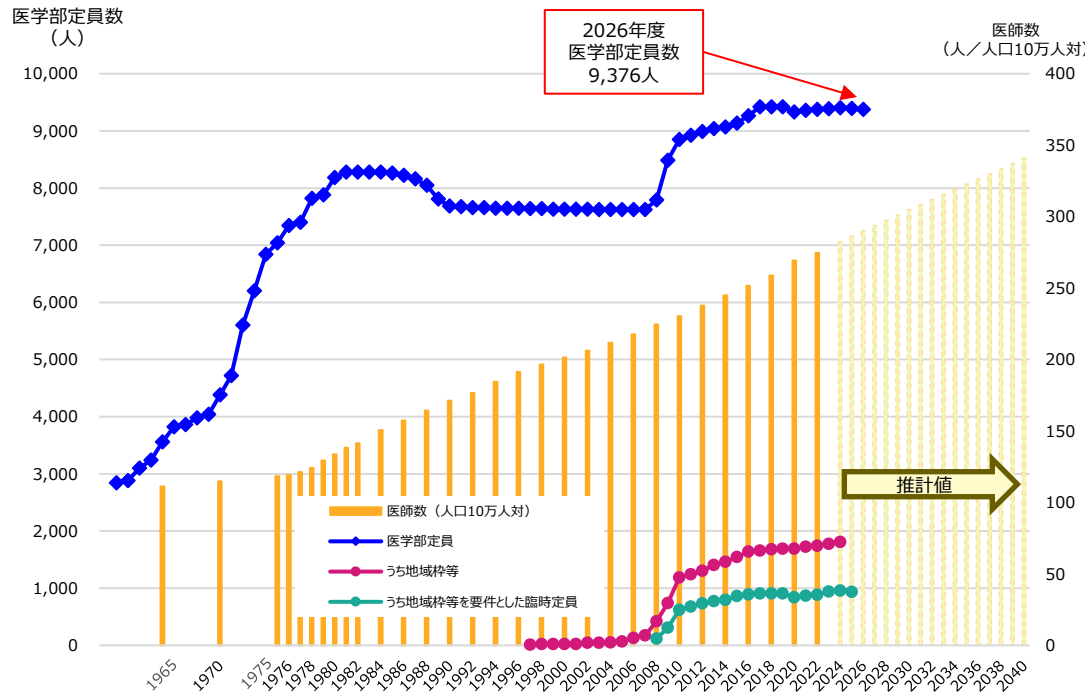


- 日本の医師数は、1980年代以降の「一県一医大構想」に基づく医学部の新設・定員増や、2000年代に入ってから臨時枠を含めた定員増などの対応により、一貫して増加。
- 最新の医師の需給推計によれば、2029年～2032年の間で需給が均衡することが見込まれており、医学部6年制を踏まえると、既に、医師数が過剰となることが確定的な状況。人口減少やコロナ後の受診行動の変容による医療ニーズの変化も踏まえれば、医学部定員を相当程度適正化し、医師数をコントロールすることは不可欠。

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

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

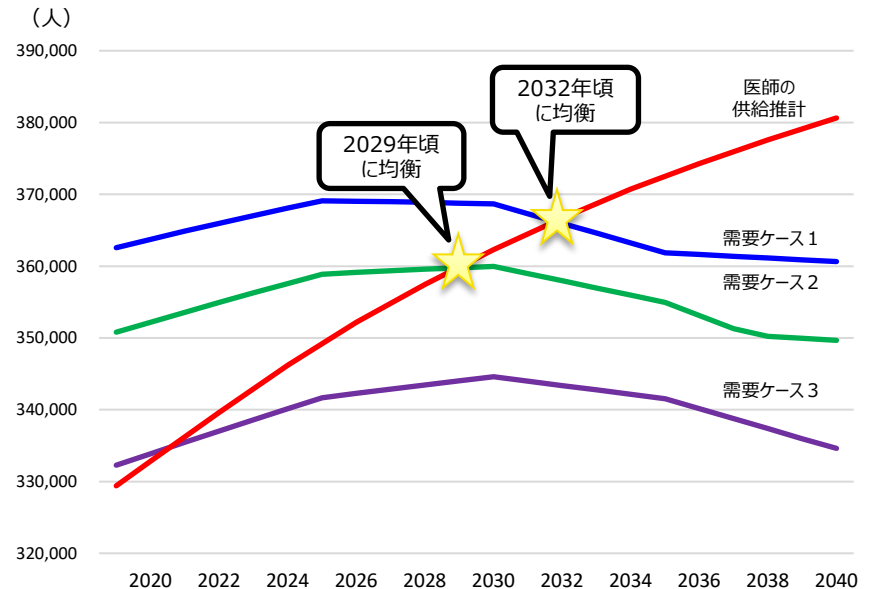
◆医学部定員の推移と人口10万人対医師数



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

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

◆医師の需給推計（2020年の医学部定員を前提）



（注）供給推計 今後の医学部定員を2020年度の9,330人として推計。

需要推計 労働時間、業務の効率化、受療率等、一定の幅を持って推計。

・ケース1：労働時間を週55時間に制限等々年間720時間の時間外労働相当

・ケース2：労働時間を週60時間に制限等々年間960時間の時間外労働相当

・ケース3：労働時間を週78.75時間に制限等々年間1860時間の時間外労働相当

（出所）厚生労働省「第9回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」（2025年1月21日）資料を一部加工

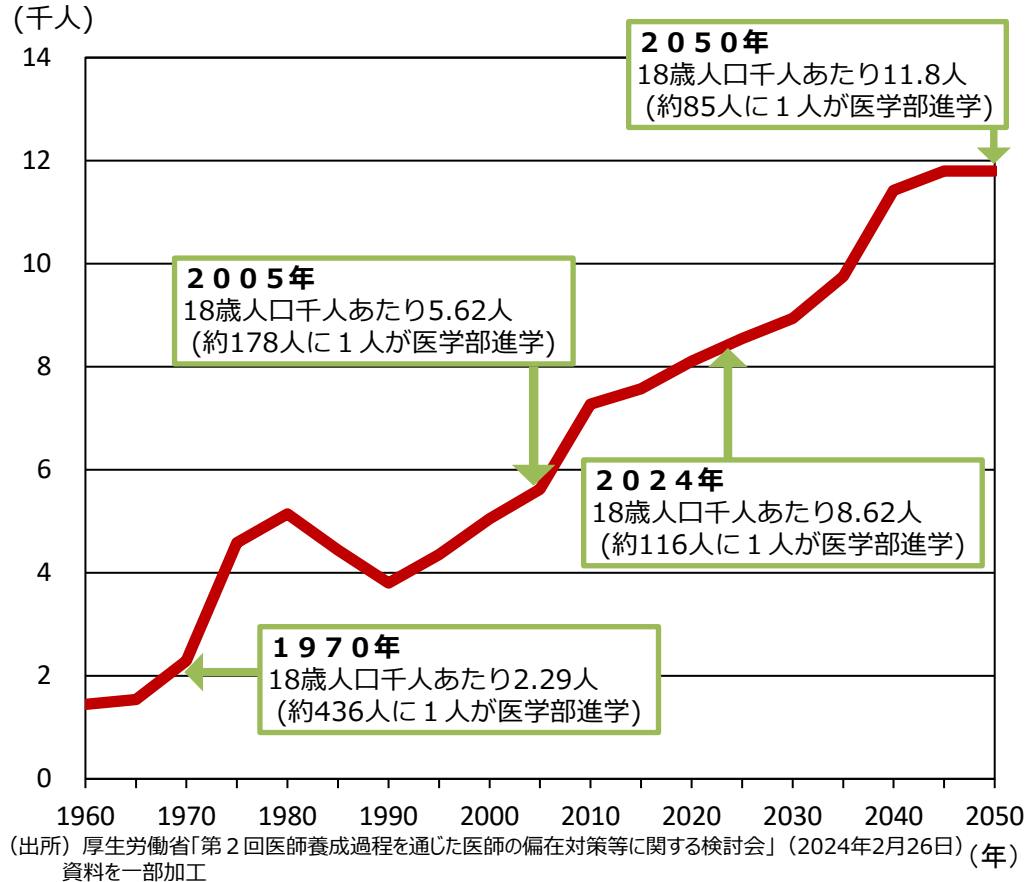
【改革の方向性】（案）

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

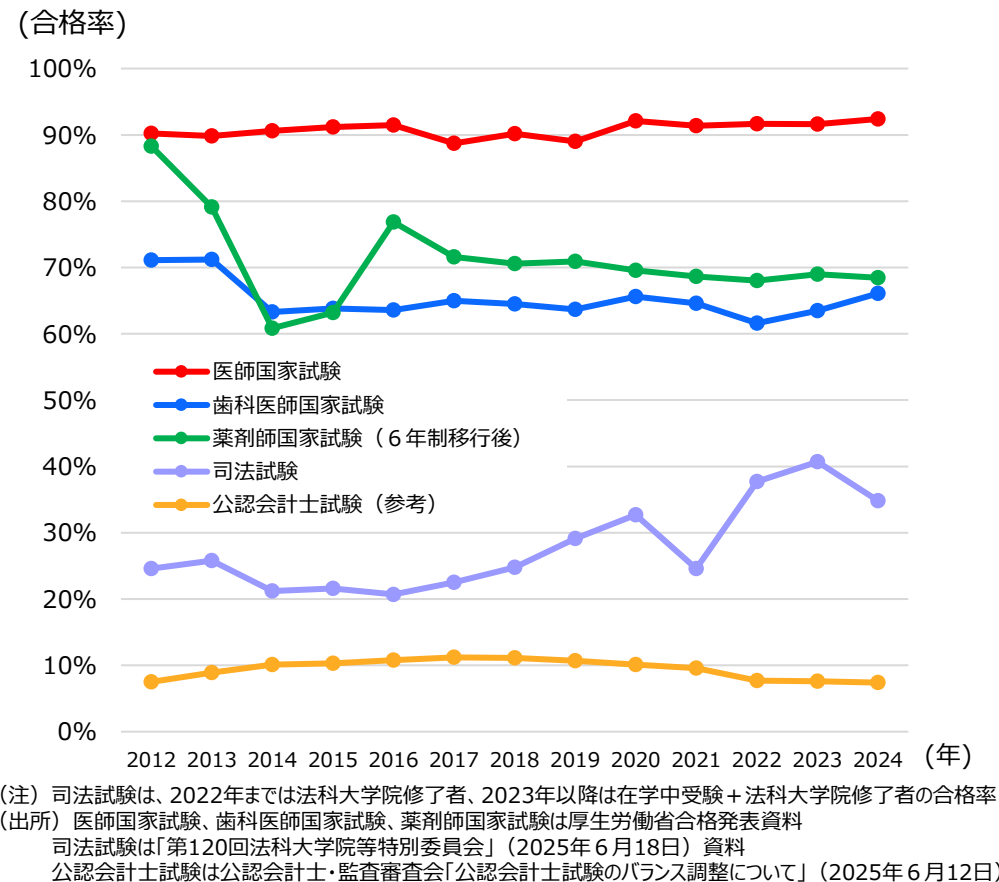
18歳人口当たりの医師養成数

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

◆18歳人口千人あたりの医師養成数



◆専門職国家資格試験の合格率



【改革の方向性】(案)

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

国民健康保険組合の財政支援の在り方の見直し（予算執行調査）

資料Ⅱ－１－66

- 国保組合の定率補助は所得水準に応じて設定されているが、最も低い補助率である13%の区分に3分の1の組合が集中している。これには医師・歯科医師・薬剤師・弁護士など、他業種に比して所得水準が高い業種も含まれている。また、所得水準の判定基準に用いられる「平均所得」については、「1人あたり1,200万円」の上限設定や、被保険者の家族も分母に含まれている点など、その算定方法の妥当性に疑義がある。
- さらに、定率補助に加え普通・特別調整補助金を含めた補助率は、他の医療保険の公費負担水準と比較しても高い水準にある。相当規模の準備金を保有する組合も存在し、所得水準の多寡にかかわらず多くの国保組合が一定の財政余力を有していると認められる。加えて、普通調整補助金の算定方式にも改善の余地がある。

□ 被保険者の所得水準に応じて決定される定率補助の補助率の区分を見ると、**158組合のうち61組合が、「平均所得」240万円以上**であるとして、**定率補助率13%の区分に該当**。

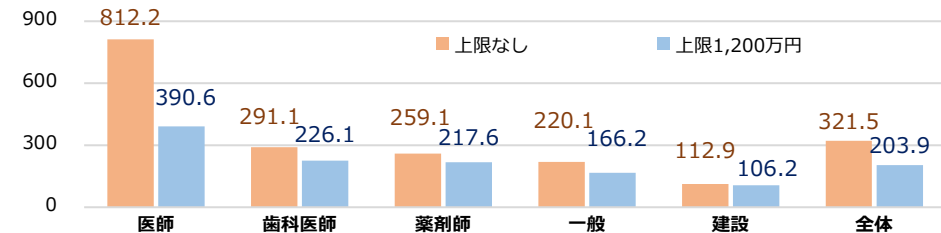
□ この「平均所得」（課税標準額ベース）は、**1人あたり1,200万円の所得上限が設定された上で計算されている**。（仮に所得上限を設定しない場合、医師国保の「平均所得」は390.6万円から812.2万円まで上昇。）**当該上限設定自体の根拠及び額の妥当性が明らかでない**。

□ また、この「平均所得」は、組合員の家族たる被保険者の所得も含めて計算されている。

◆ 国保組合の業種別定率補助率

	13%	14%	16%	18%	20%	22%	24%	26%	28%	30%	32%
	240万円以上	230万円以上	220万円以上	210万円以上	200万円以上	190万円以上	180万円以上	170万円以上	160万円以上	150万円以上	150万円未満
医師国保	47										
歯科医師国保	8	1	3	6	6	3					
薬剤師国保	2	2	2	4	2	1	1	2			
一般国保	4		1		1	1			4		25
建設国保											32

◆ 国保組合の業種別「平均所得」（上限設定なし・上限設定あり）



※2022年度所得調査結果（2023年度に特別調査を実施した7組合は当該調査結果を反映）

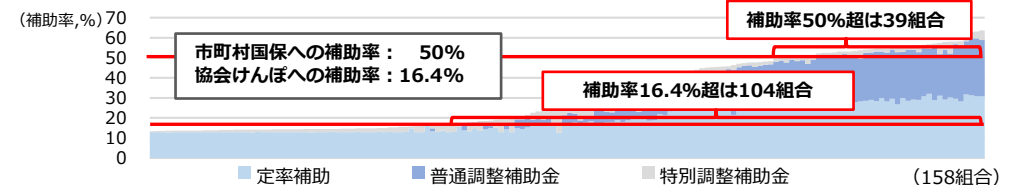
※2024年3月に解散した大阪木津御市場国民健康保険組合は除く。

※元々、他制度では賦課限度額・標準報酬月額が設けられているところ、標準報酬月額は補助率の算定基礎でないが、それらを参考に国保組合の財政余力を測定する「平均所得」の計算における上限が設定された経緯がある。

□ 定率補助に、普通・特別調整補助金も加えた補助率で見ると、他の医療保険の公費負担水準と比較しても高い水準。さらに、158組合の準備金が保険給付費1年分に占める割合（準備金割合）を見ると、その加重平均は76.0%。最も割合の大きかった組合は503%。135組合が3分の1を超えており、その平均補助率は29.9%。**現行補助水準で補助を受ける組合の多くに財政余力が存在していることが分かる**。

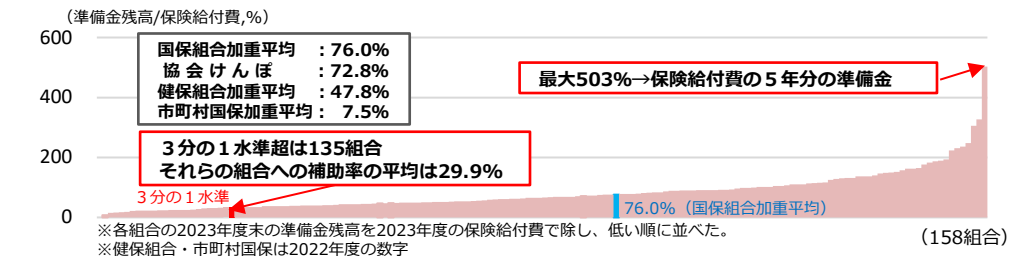
□ なお、普通調整補助金は、組合の医療給付費等の見込額と保険料収入見込額（理論値）の差額が補助される仕組み。この「保険料収入見込額」の算定上、**組合特定被保険者は通常の被保険者と同様に扱われ、仮に被用者保険に加入していれば事業主が負担していたはずの保険料分は考慮されない格好となっている**。これは、いわば、国が組合特定被保険者に係る事業主負担分を肩代わりしているともいえる構造。また、同じく普通調整補助金における「保険料収入見込額」の算定基礎の一つである**被保険者の「前年度所得見込額」の計算上**、（左記の）定率補助の「平均所得」算定同様に、**1,200万円の所得上限が設定**。

◆ 国保組合の組合別補助率分布（定率補助・普通調整補助金・特別調整補助金の合計）



※市町村国保・協会けんぽの法定準備金割合は保険給付費の12分の1。国保組合の法定準備金は、それに加え保険給付費等の12分の2及び前期高齢者納付金等の12分の1の特別積立金。

◆ 国保組合の準備金割合

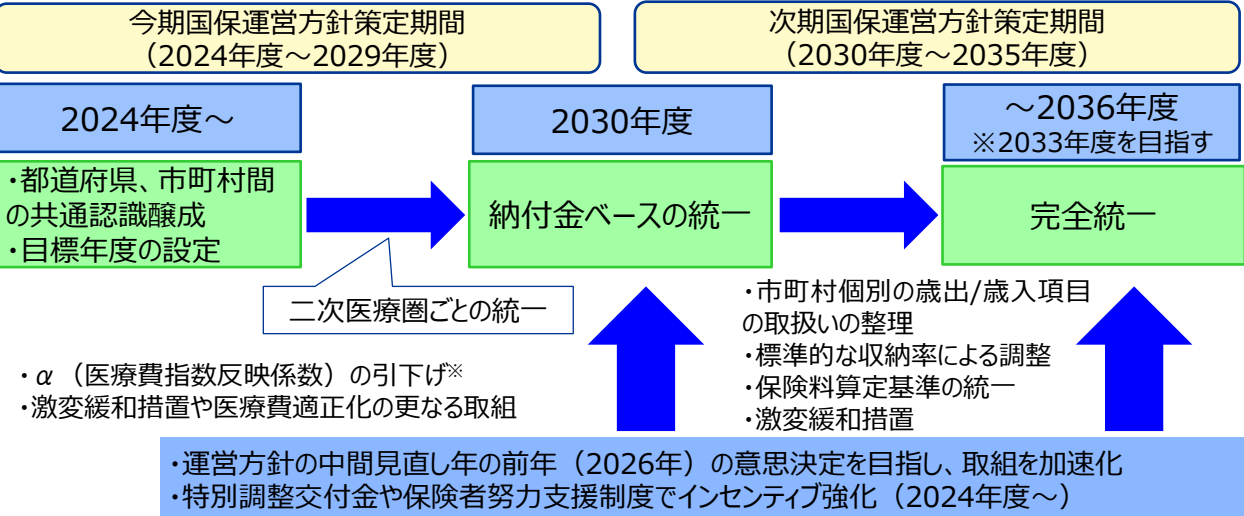


【改革の方向性】（案）

- 国保組合への財政支援は抜本的に見直すべき。定率補助率の設定に用いられる所得水準の判定基準を適正化するとともに、特に、高所得水準の組合に対しては、所得状況に応じたきめ細やかな補助率の設定を行うことが考えられる。さらに、準備金の多寡を含め、各組合の財政力に応じて、国庫補助の投入規模を適切にコントロールする仕組みを設けるべき。

- 2018年度から都道府県単位化された国民健康保険制度においては、都道府県内のどの市町村に居住していても、各市町村の医療費水準（年齢調整後）にかかわらず、同じ所得水準・同じ世帯構成であれば、同じ保険料額となるよう、保険料水準の統一に向けた取組が進められており、2024年6月に策定された「保険料水準統一加速化プラン（第2版）」（厚生労働省）では、2030年度までに全ての都道府県で保険料水準（納付金ベース）の統一を目指すことが明記された。
- しかし、医療費以外の要素も含めた「保険料水準の完全統一」については、達成済は2府県にとどまっており、目標年度を定める道県も17にとどまっている。

◆「保険料水準統一加速化プラン」（2024年6月）



【統一の定義】

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

（完全統一）
同じ所得水準、同じ世帯構成であれば同じ保険料とする

【統一の目標年度】

（納付金ベースの統一）
2030年度保険料算定までの達成を目標とする。今期国保運営方針の中間見直し年度の前年（2026年）に向けた取組の加速化を進める。

（完全統一）
次期国保運営方針期間（2030～2035年度）の中間年度（2033年度）までの移行を目指しつつ、**遅くとも2035年度（2036年度保険料算定）までの移行を目標**とする。

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

◆各都道府県国保運営方針における取組予定

完全統一を達成済 2府県	完全統一の目標年度を定めている ※（ ）内は年度 17道県	納付金ベースの統一等の目標年度を定めている 18都県（設定年度は記載省略）	納付金ベースの統一等の目標年度を定めていない 8府県
大阪府、奈良県	(9)滋賀県、(11)福島県、大分県、(12)北海道、青森県、埼玉県、福井県、山梨県、兵庫県、和歌山県、高知県、佐賀県、熊本県、(12～17)広島県、(15)群馬県、(18)神奈川県、香川県、 ※三重県、長崎県については、納付金ベースの統一は達成済だが、完全統一の目標年度は未設定。	岩手県、宮城県、秋田県、山形県、栃木県、千葉県、東京都、新潟県、富山県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県、鳥取県、山口県、徳島県、愛媛県、鹿児島県	茨城県、石川県、京都府、島根県、岡山県、福岡県、宮崎県、沖縄県

【改革の方向性】（案）

- 国民健康保険における保険料水準については、各都道府県内での被保険者間の受益と負担の公平性を確保する観点から、一刻も早く「保険料水準の完全統一」を全国で実現すべき。具体的には、まずは「納付金ベースの統一」についての目標年度を前倒しさせつつ、先進自治体の例を横展開することにより、2030年度までの「完全統一」を実現すべき。

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

◆後期高齢者医療制度の概要（2008年（平成20年）4月～）

<運営主体>

- 各都道府県内の全ての市区町村が加入する**後期高齢者医療広域連合**
※高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、都道府県とは別個に設置される、地方自治法上の特別地方公共団体。

<対象者数・医療費> ※令和7年度予算ベース

- 75歳以上の高齢者：約**2,070万人**
- **20.4兆円**（うち給付費：18.7兆円、患者負担：1.7兆円）

<保険料額> ※令和7年度見込

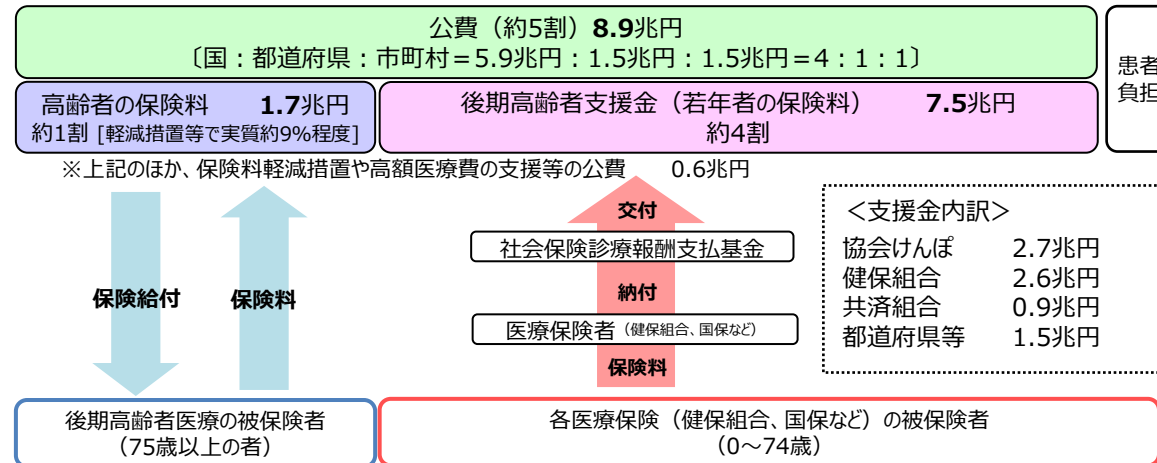
- 全国平均 約**7,190円／月** ※基礎年金のみの受給者は約1,260円／月

◆都道府県と高齢者医療制度の関わり

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

◆後期高齢者医療制度の資金の流れ

※ 数値は令和7年度予算ベース



◆47の後期高齢者医療広域連合の組織体制について

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

【改革の方向性】（案）

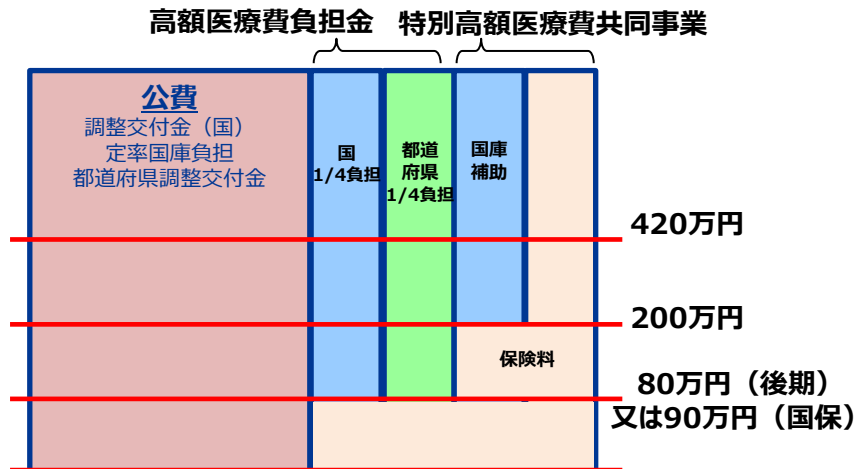
- 後期高齢者医療制度においても、国保と同様、都道府県を財政運営の主体とすることにより、ガバナンス機能が最大限に発揮されるようにすべき。都道府県の事務負担等にも十分に配慮しつつ、そのための具体的な道筋について早急に検討を深めるべき。

高額医療費負担金の見直し

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

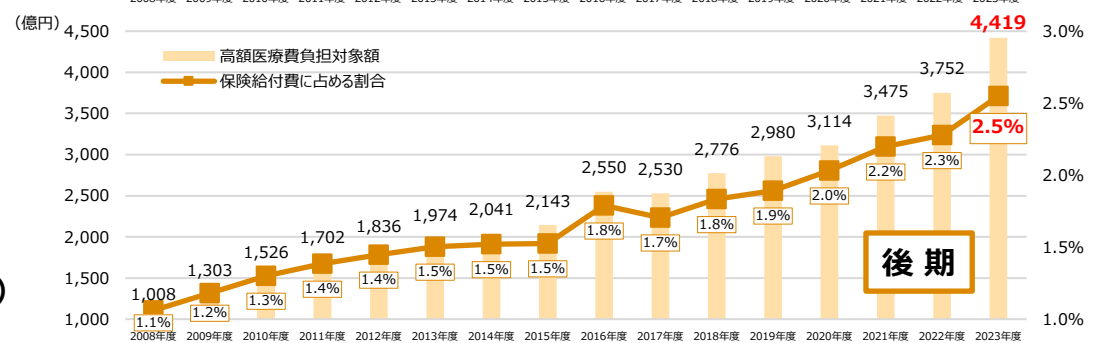
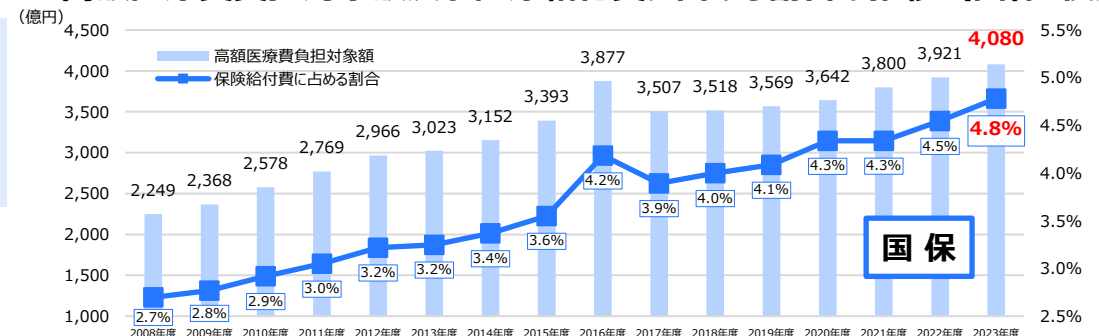
◆国保・後期における高額医療費負担金のイメージ

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



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

◆高額医療費負担対象額及び医療給付費に占める割合の推移（国保・後期）



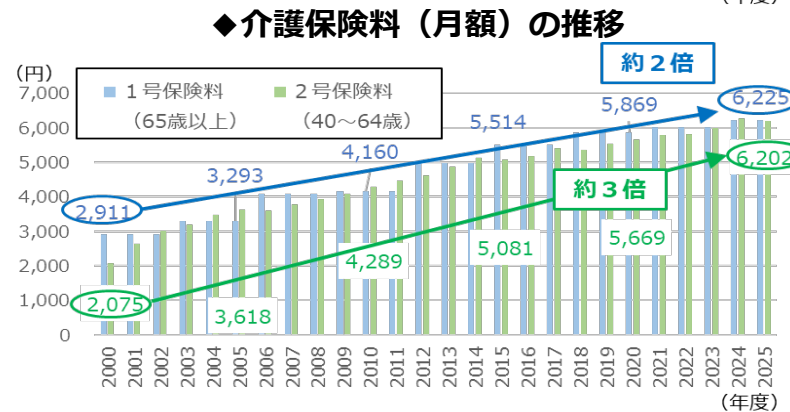
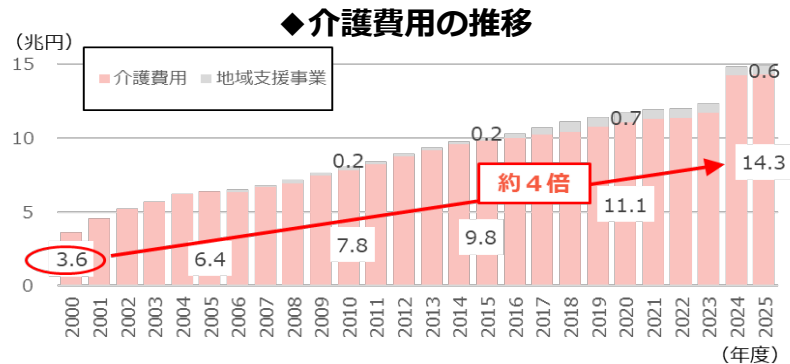
※「高額医療費負担対象額」は、高額医療費負担金（国費）から国費負担割合で割り戻して算出。高額医療費負担金（国費）は、「国民健康保険事業年報」集計表及び「後期高齢者医療事業状況報告（年報）」集計表における国庫支出金のうち高額医療費負担金（又は高額医療費共同事業負担金）による。
 ※「保険給付費に占める割合」は、「高額医療費負担対象額」÷「保険給付費」で算出。保険給付費は、「国民健康保険事業年報」集計表及び「後期高齢者医療事業状況報告（年報）」集計表による。

【改革の方向性】（案）

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

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

介護保険サービスの現状



◆介護職員の給与等の変化（9月時点の賃金の比較）※3

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

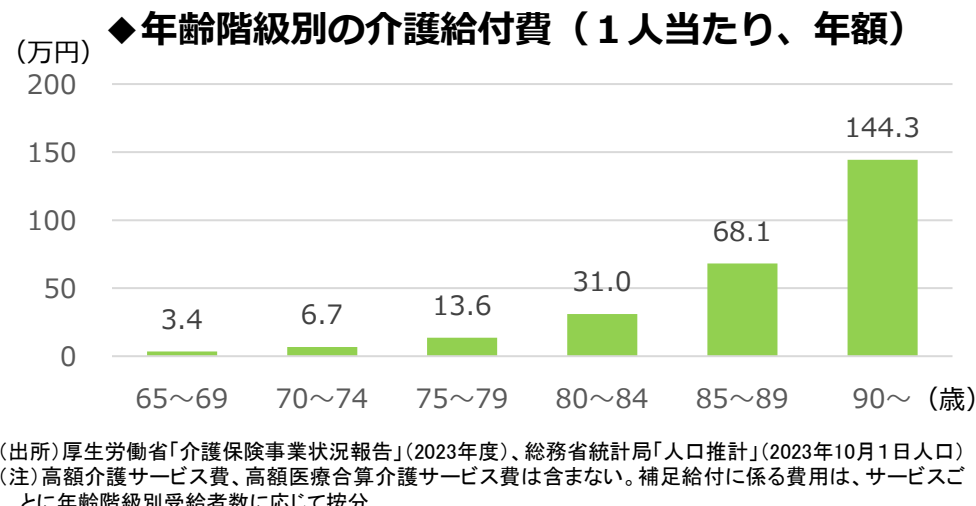
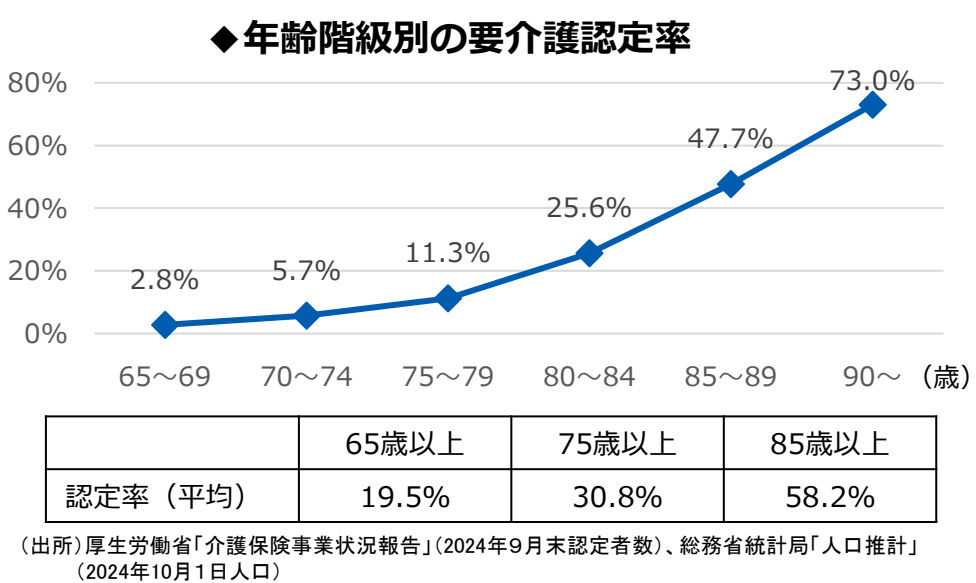
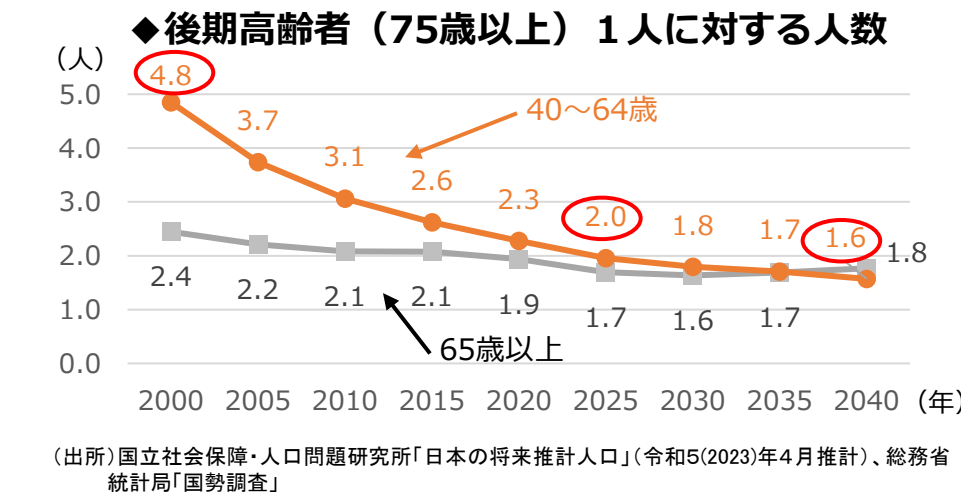
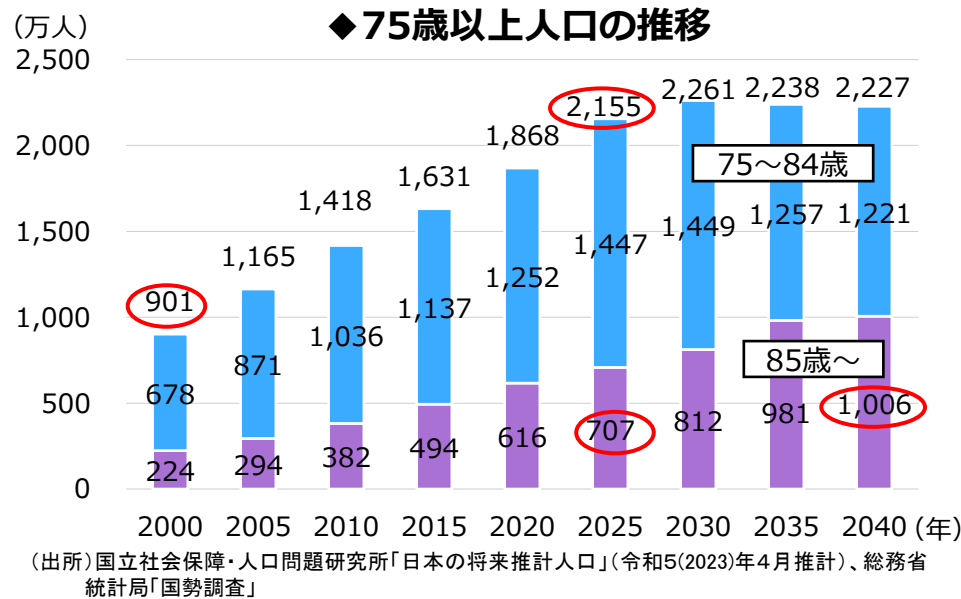
※1 基本給+毎月決まって支払われる手当

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

今後の主な改革の方向性

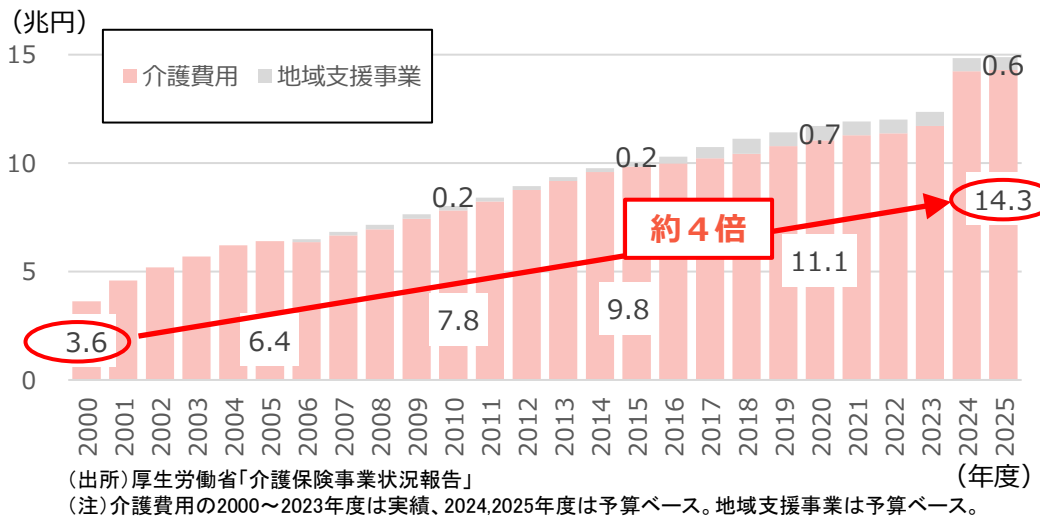
- **高齢化・人口減少下での負担の公平化**
 - ・利用者負担（2割負担）の範囲の見直し
 - ・ケアマネジメントの利用者負担の導入
 - ・多床室の室料負担（老健施設・介護医療院）の見直し
- **担い手の確保**
 - ・介護分野の職員の処遇改善
 - ・業務の効率化
- **給付の効率化・適正化**
 - ・軽度者に対する生活援助サービス等の地域支援事業への移行
 - ・人口減少地域におけるサービス提供体制の構築
 - ・介護保険事務の広域化・都道府県の役割強化
 - ・保険外サービスの活用
 - ・高齢者向け住まい等の報酬体系の見直し

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



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

◆介護費用の推移

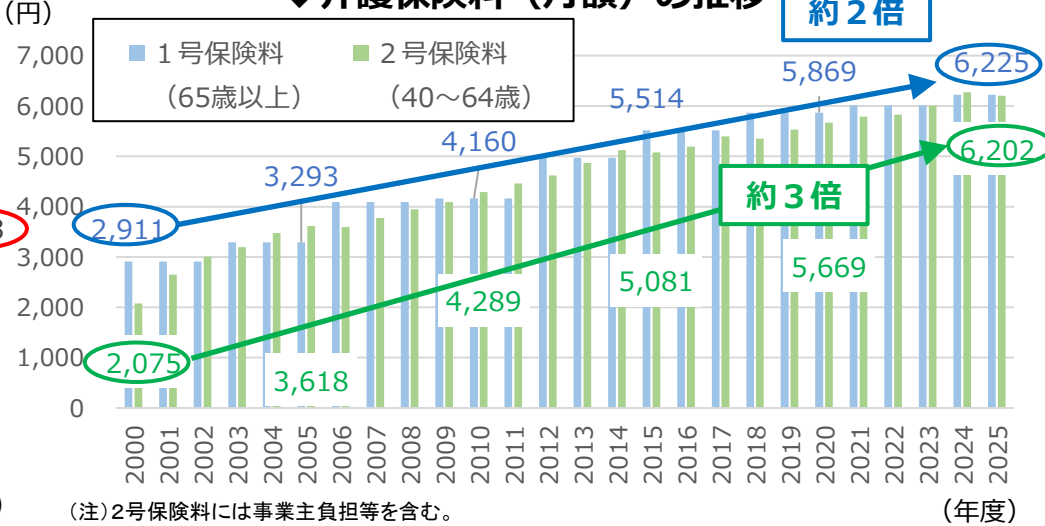


◆介護費用・保険料の将来見通し

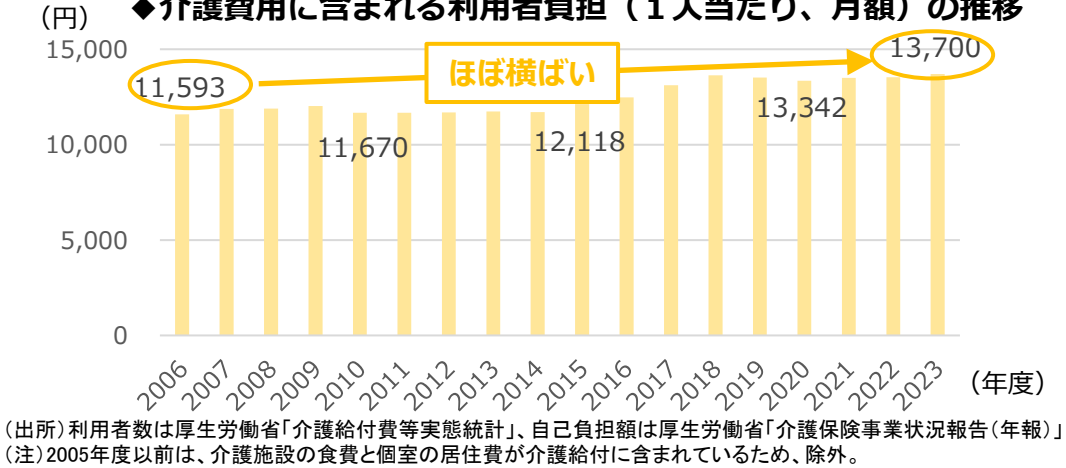
	2025年度	2040年度
介護費用	14.3兆円	27.6兆円
1号保険料	6,225円	9,200円
2号保険料 (協会けんぽ)	1.59%	2.60%

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

◆介護保険料(月額)の推移



◆介護費用に含まれる利用者負担(1人当たり、月額)の推移



【改革の方向性】(案)

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

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

◆利用者負担のこれまでの経緯

一定所得以上の利用者負担の見直し【平成27年（2015年）8月施行】

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

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

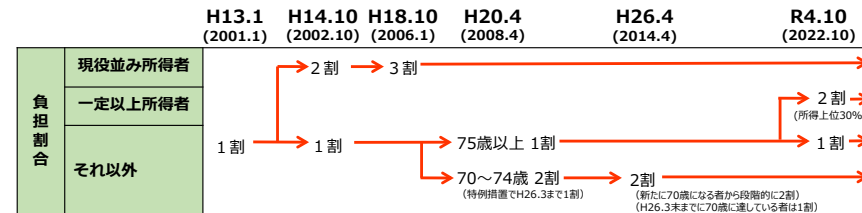
- ・ 世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、**2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。**

◆利用者負担割合の推移

介護保険の利用者負担



（参考）医療保険の患者負担（70歳以上の高齢者）



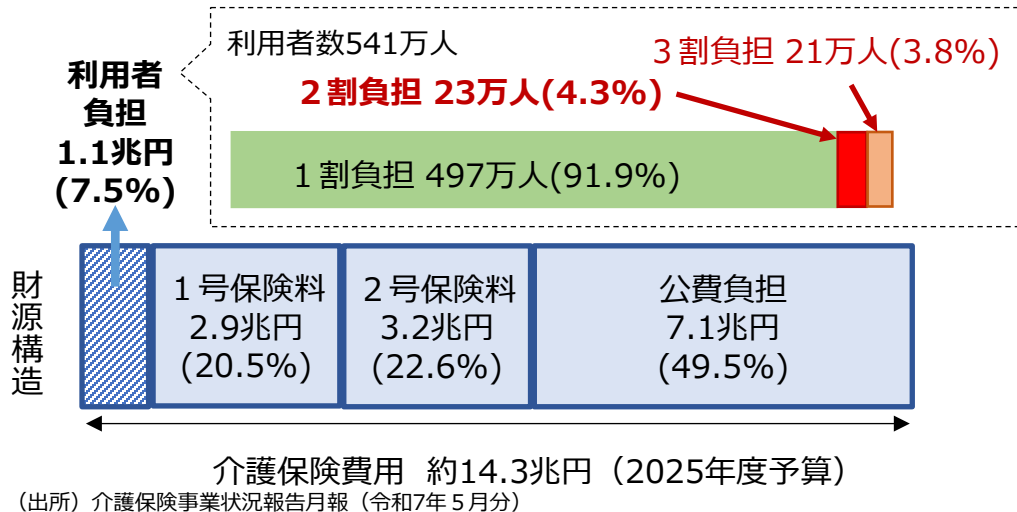
（参考）全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）（2023年12月22日閣議決定）

- ・ 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

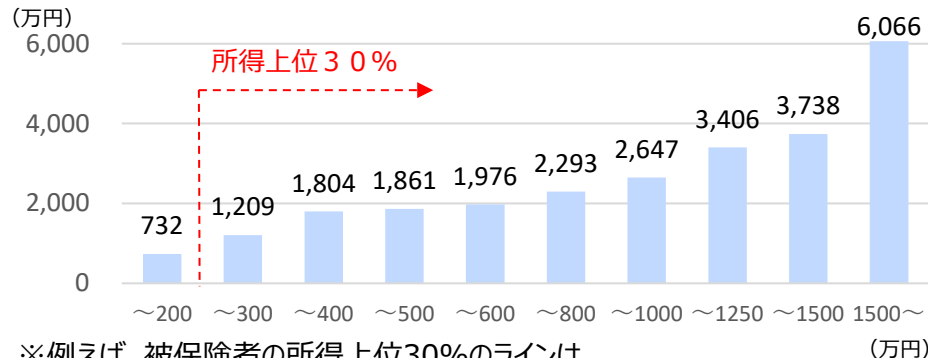
1割負担	下記以外の者
2割負担	単身280万円以上、2人以上346万円以上 (合計所得160万円以上) 【所得上位20%】
3割負担	単身340万円以上、2人以上463万円以上 (合計所得220万円以上) 【現役並み所得】

◆利用者負担の現状

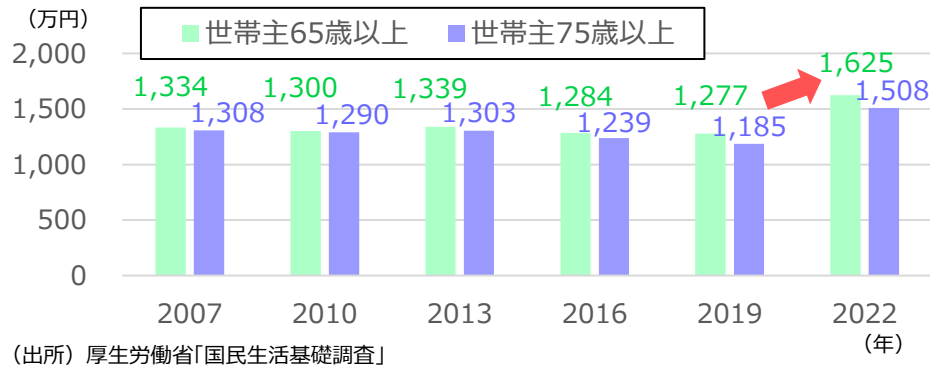


- 2割負担の対象者の範囲拡大に当たっては、高齢者世帯の金融資産保有状況も考慮に入れて検討すべき。この点、**所得上位30%の高齢者世帯では、平均で1,000万円以上の貯蓄があること**や、足もとで、**高齢者世帯の平均貯蓄額は増加傾向にあること**に留意が必要。
- 過去、2割負担・3割負担導入による介護サービス利用への影響は限定的であり、一定以上の所得・資産のある利用者に対して、2割負担の範囲を一定程度拡大したとしても、**介護サービスの利用控えに与える影響は限定的**と考えられる。

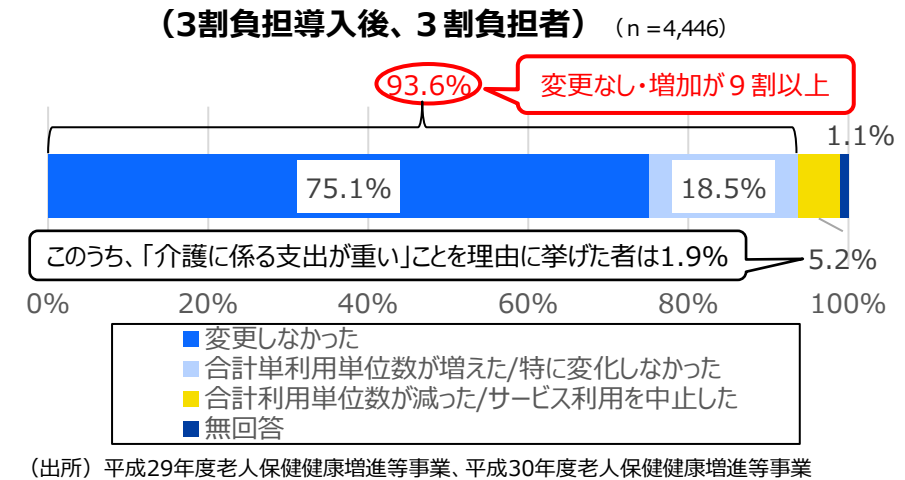
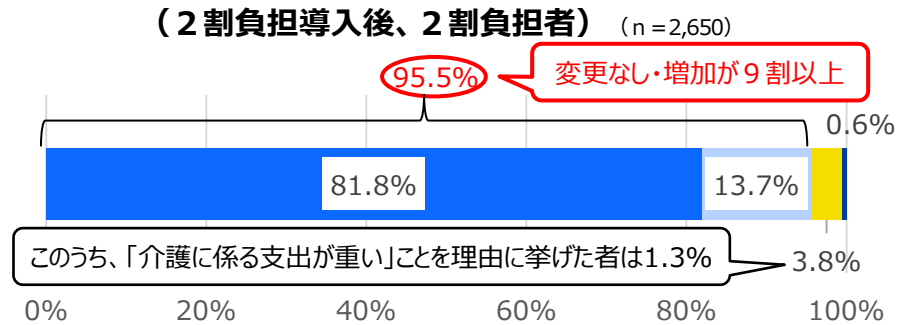
◆高齢者世帯（世帯主65歳以上）の年収階級別貯蓄現在高



◆高齢者世帯の平均貯蓄額の推移



◆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)



【改革の方向性】(案)

- 負担能力に応じて、増加する介護費用をより公平に支え合う観点から、当分の間、一定の負担限度額を設けることや、金融資産の保有状況等の反映の在り方、きめ細かい負担割合の在り方と併せて検討した上で、**2割負担の対象者の範囲拡大を実現すべき**。また、医療保険と同様に、利用者負担を原則2割とすることや、現役世代並み所得（3割）等の判断基準を見直すことが考えられる。

- 介護保険サービスの利用にあたっては、一定の利用者負担を求めているが、**居宅介護支援（ケアマネジメント）**については、制度創設時以来、ケアマネジメントの利用機会を確保する観点等から**利用者負担を取らない**取扱いとされてきた。しかし、介護保険制度創設から25年以上が経ち、現状では、**ケアマネジメントに関するサービス利用が定着**している。利用者が本来負担すべきケアマネジメントに係る費用を現役世代の保険料で肩代わりし続けることは、世代間の公平の観点からも不合理であり、**利用者負担を導入すべき**。
- なお、特養等の介護施設においては、介護支援専門員（ケアマネジャー）が行うケアプラン作成等に係る費用については基本サービスの一部として利用者負担が生じており、**施設介護と在宅介護との間でケアマネジメントの利用者負担について不均衡が生じている状況にも留意が必要**。

◆ケアマネジメントに自己負担がない理由

「介護保険制度の見直しに関する意見」（2016年12月介護保険部会）
 現在、居宅介護支援や介護予防支援のいわゆるケアマネジメントサービスには利用者負担はない。これは、要介護者等の相談に応じ、その心身の状態等に応じた適切なサービスを利用できるよう支援する**新しいサービスの導入にあたり、要介護者等が積極的に本サービスを利用できるよう、制度創設時に特に10割給付のサービスと位置づけたもの**である。

◆ケアマネジメントサービスの請求事務所数・受給者数

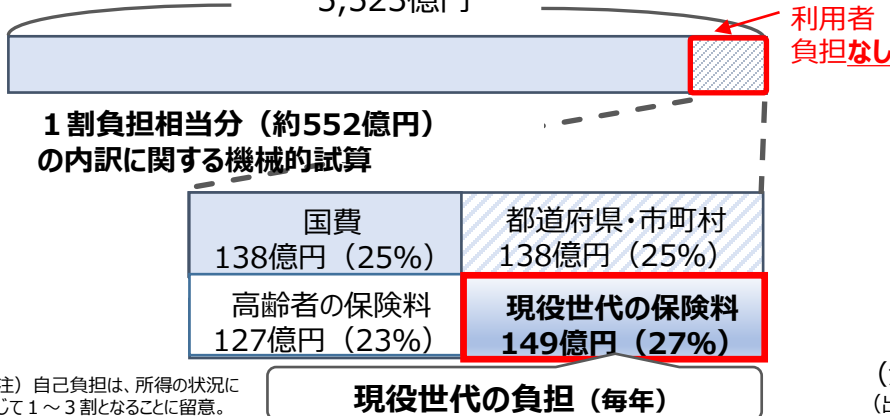
	2001年5月	2025年4月
事業所数	18,582件	43,121件
受給者数	129万人	385万人

（出所）厚生労働省「介護給付費等実態統計」

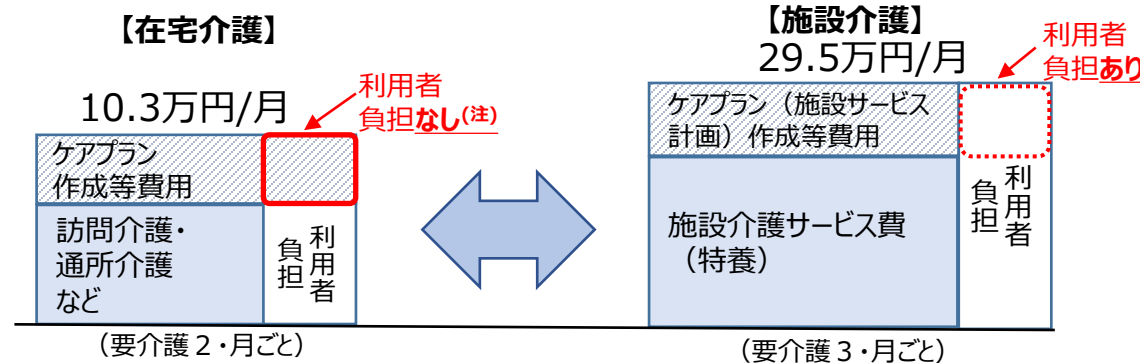
◆ケアマネジメントに係る費用のイメージ

- ケアマネジメント（居宅介護支援）に係る費用額（2024年度実績）

5,523億円



◆介護サービス費用の比較（在宅介護と施設介護）



（注）自己負担額は1,400円程度（要介護2、1割負担を前提に、受給者1人当たり費用額から計算）
 （出所）厚生労働省「介護給付費等実態統計」（2025年4月審査分）。

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

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

- ケアマネジメントについて利用者負担を取らない取扱い、利用者側からケアマネジャーの業務の質への**チェックが働きにくい構造**。ケアマネジャーへのアンケートによると、「事業者と利用者でサービスを決めてきて、プラン作成だけ依頼された」、「事業者の都合により、同一ホーム内の利用者のケアプランが画一的、限度額いっぱいまで介護保険サービスを設定したケアプランが多い」といった、**ケアマネジメントが本来果たすべき役割が軽視され、その公正・中立性が懸念されるケースも確認される。**

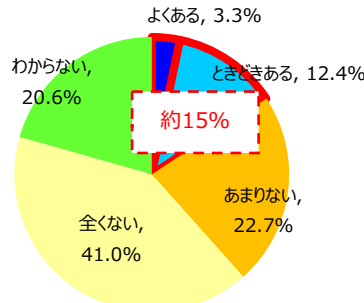
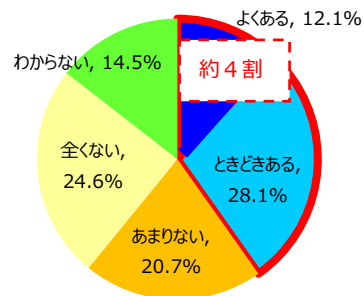
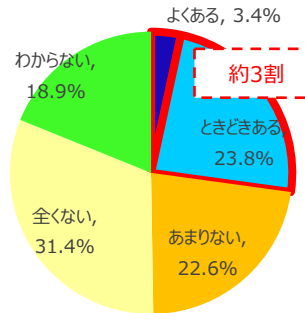
◆ケアマネジャーへのアンケート

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

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

法人・上司からの圧力により、自法人のサービス利用を求められた

介護報酬算定のため、必要のない福祉用具貸与等によりプランを作成した



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

◆ケアマネジャーへのアンケート（ケアプラン作成に当たり問題となり得ること）

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

事業者の都合により、同一住宅・ホーム内の利用者の ケアプランが画一的 なものとなっている	全回答の 40.2%
事業者の都合により、 区分支給限度基準額いっぱいまで 同一法人による介護保険サービスを設定したケアプランが多い	全回答の 37.2%
事業者の都合を意識することで、 利用者にとって必要な介護保険サービスがケアプランに位置づけることが難しい 場合がある	全回答の 31.8%

(出所) 厚生労働省「サービス付き高齢者向け住宅等における適正なケアプラン作成に向けた調査研究 報告書（2022年3月）」

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

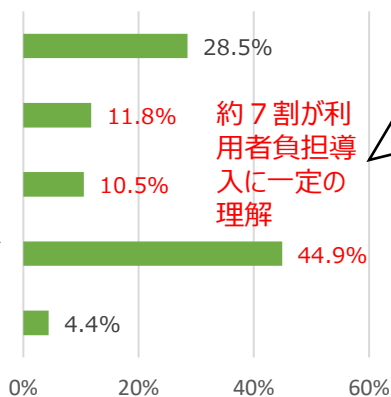
現在の10割給付を維持し、利用者負担を導入しないほうがよい

利用者負担を導入し、現在の10割給付を維持しないほうがよい

支給限度基準額に含まれなければ、利用者負担を導入したほうがよい

利用者の所得に応じる配慮があれば利用者負担を導入したほうがよい

その他の方法を検討するのがよい

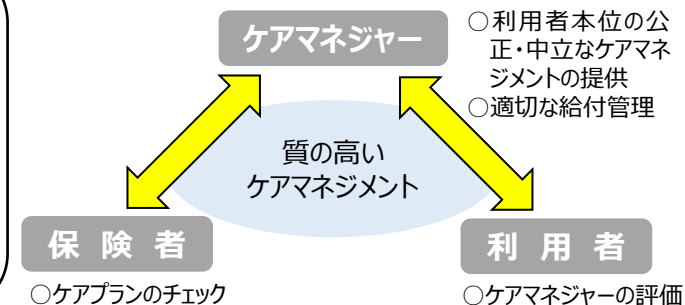


【理由】

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

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

◆ケアマネジメントの質の向上に向けたイメージ



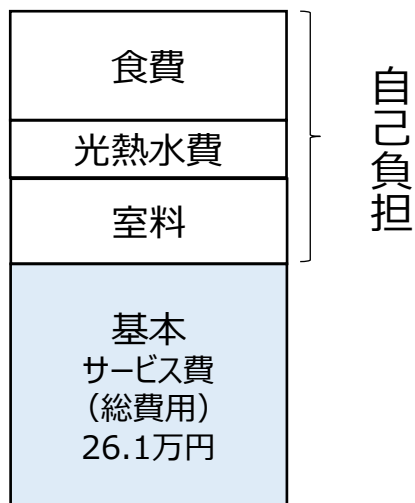
【改革の方向性】(案)

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

- 介護施設の費用については、2005年度に、食費と個室の居住費（室料＋光熱水費）を介護保険給付の対象外とする見直しを実施（多床室は食費と光熱水費のみ給付対象外）。**2015年度に、介護老人福祉施設（特養老人ホーム）の多床室の室料負担を基本サービス費から除く見直しを実施。**
- しかし、**介護老人保健施設・介護医療院の多床室については、室料相当分が介護保険給付の基本サービス費に含まれたままだった。**2024年度介護報酬改定において見直しが行われたが、新たに室料負担が導入された対象施設は一部に限定。

介護老人福祉施設（特養老人ホーム）

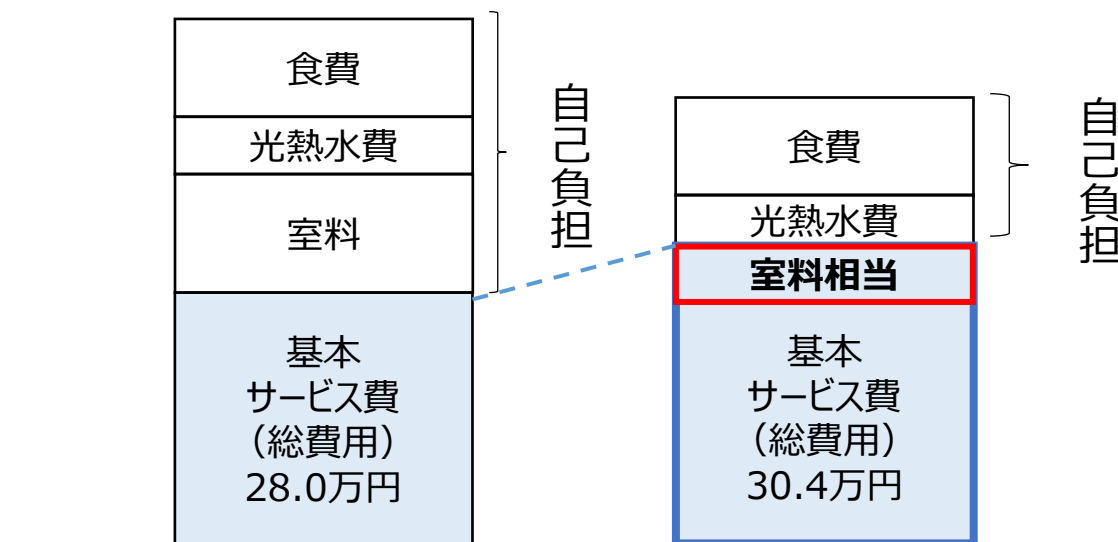
特養は2015年度改定で多床室の室料をサービス費から除外し、個室と多床室の報酬水準は同額。



個室・多床室

介護老人保健施設・介護医療院

老健施設の多床室については、**室料相当額は基本サービス費に含まれたまま**であり、多床室の方が個室よりも基本サービス費が高い。



個室

多床室

（※）上記の特養老人ホーム、介護老人保健施設等の基本サービス費は要介護5の者が30日入所した場合の費用（利用者負担含む）

【2024年度介護報酬改定における見直し】

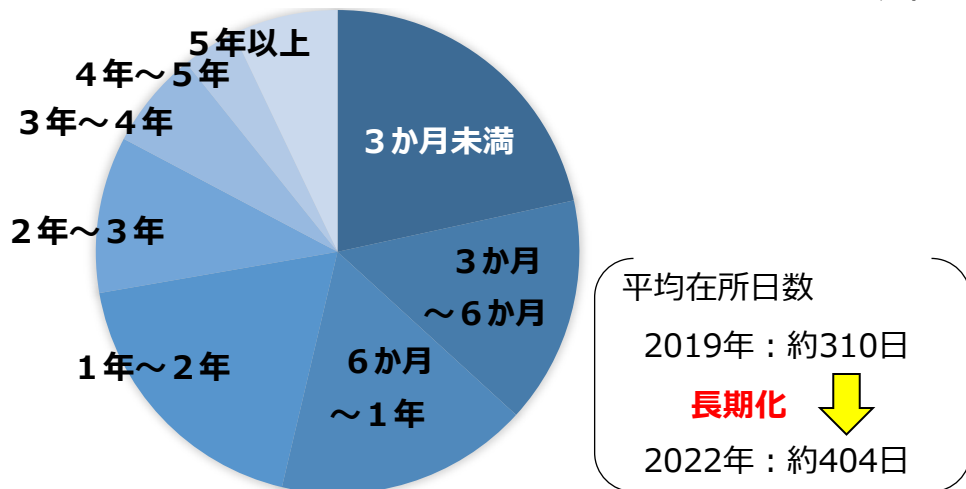
- **一部の老健施設・介護医療院**の多床室について、新たに室料負担を導入（月額8千円相当）
 - ・ 老健施設の**約6%**（「その他型」及び「療養型」のみ）、介護医療院の**約32%**（「Ⅱ型」のみ）と対象は限定的
 - ・ さらに、いずれも面積要件あり（**8㎡/人以上**に限られる）
- ⇒ 更なる見直しが必要**

- 介護医療院は、介護老人福祉施設（特養老人ホーム）と同様、家庭への復帰は限定的であり、利用者の「生活の場」となっている。
- 介護老人保健施設は、施設の目的が「居宅における生活への復帰を目指すもの」とされ、少なくとも3か月毎に退所の可否を判断することとされているが、一般的な医療機関でも長期入院の基準が180日となっている中、介護老人保健施設の**平均在所日数は400日を超えている状況**。
- さらに、**入所当初の利用目的が「他施設への入所待機」等という利用者が3割**となっており、長期入所者の退所困難理由でも「**特養の入所待ちをしている**」が**38%**、「**家族の希望**」が**25%**となっている。

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

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

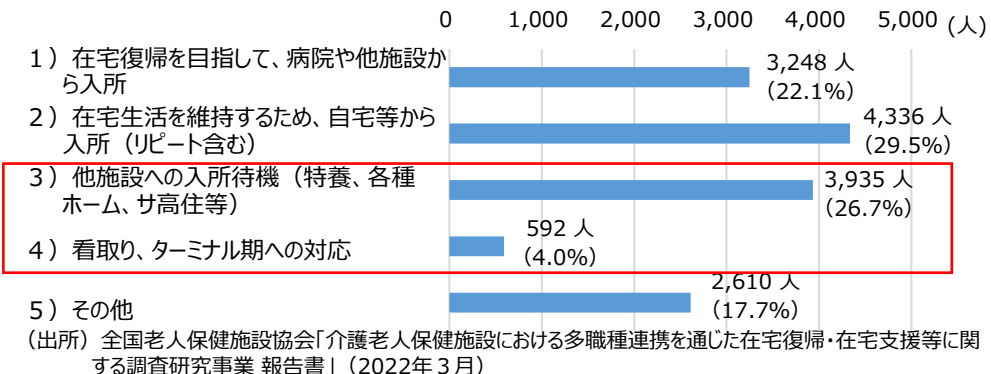
◆介護老人保健施設の在所日数別の利用者数（2022年10月時点）



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

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

◆介護老人保健施設の入所サービス利用者の利用目的



◆長期入所者における退所の困難理由（在宅強化型）

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

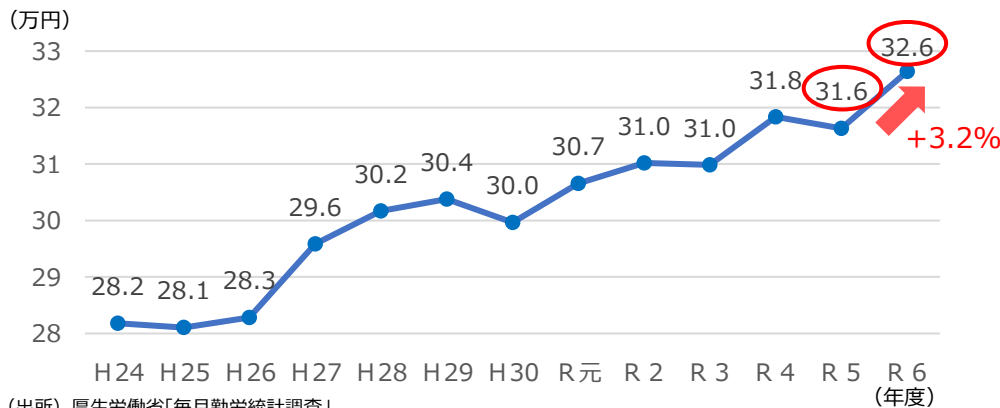
（出所）全国老人保健施設協会「介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の強化へ向けて」（2018年3月）

【改革の方向性】（案）

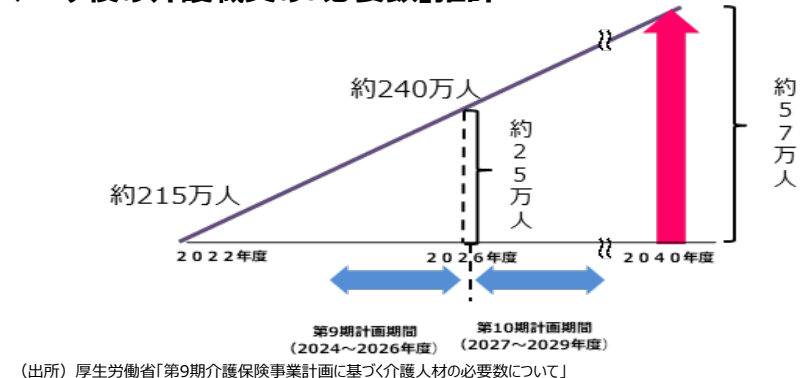
- こうした利用実態等を踏まえ、居宅と施設の公平性を確保し、どの施設であっても公平な居住費（室料＋光熱水費）を求めていく観点から、**残りの介護老人保健施設・介護医療院についても、多床室の室料相当額を基本サービス費等から除外する見直しを更に実施することが考えられる。**

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

◆ 介護職員（老人福祉・介護事業）の賃金の推移（毎月勤労統計調査）



◆ 今後の介護職員の「必要数」推計

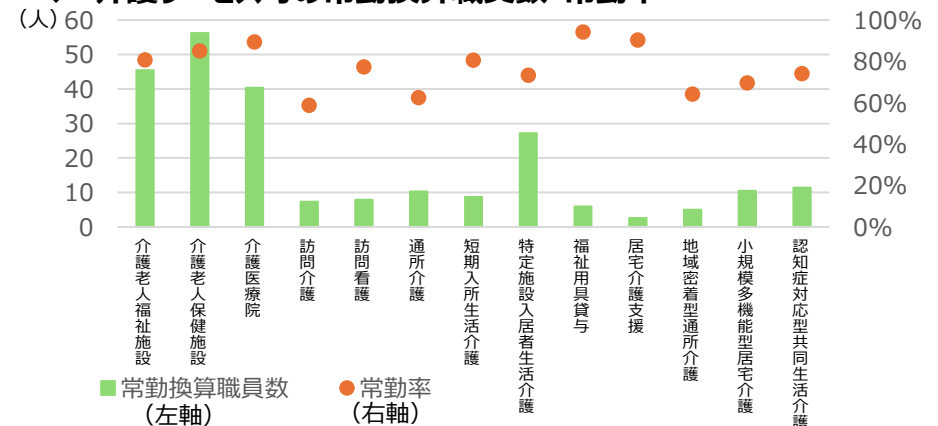


◆ 介護職員（常勤・月給の者）の賃金の変化（処遇状況調査）

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

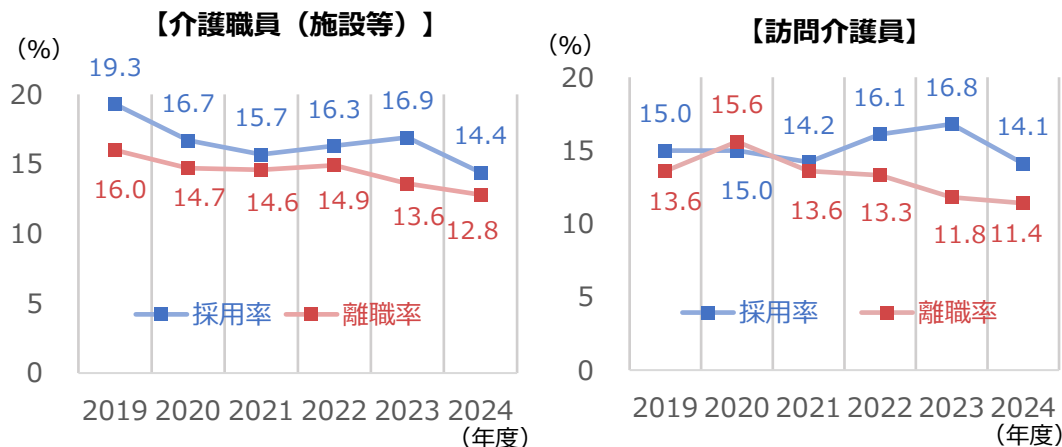
（出所）厚生労働省「令和6年度介護事業者処遇状況等調査」
（注1）基本給等＝基本給（月額）＋毎月決まって支払われる手当（通勤手当、扶養手当、超過労働給与額等は含まない）
（注2）平均給与額＝基本給（月額）＋手当＋一時金（4～9月の支給金額の1/6。賞与等含む。）
（注3）処遇改善加算を取得している施設・事業所における、両年とも在籍している職員の比較。

◆ 介護サービス毎の常勤換算職員数・常勤率

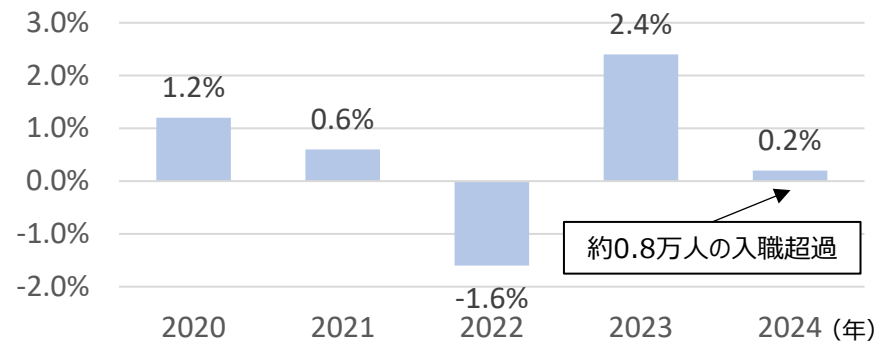


- 介護人材の人手不足については引き続き厳しい状況にある中、足もとでは**離職率が低下**しており、**入職超過**の状況。
- **賃金以外にも、働きやすさが離職に影響**している。賃上げのみならず、**職場環境整備**に取り組むことで、**人材の定着**を推し進める観点が重要。
- 高齢化・人手不足等を理由とした倒産が増加する一方で、**新設法人は増加**を続けており、差し引きで**介護事業者は増加**している状況。

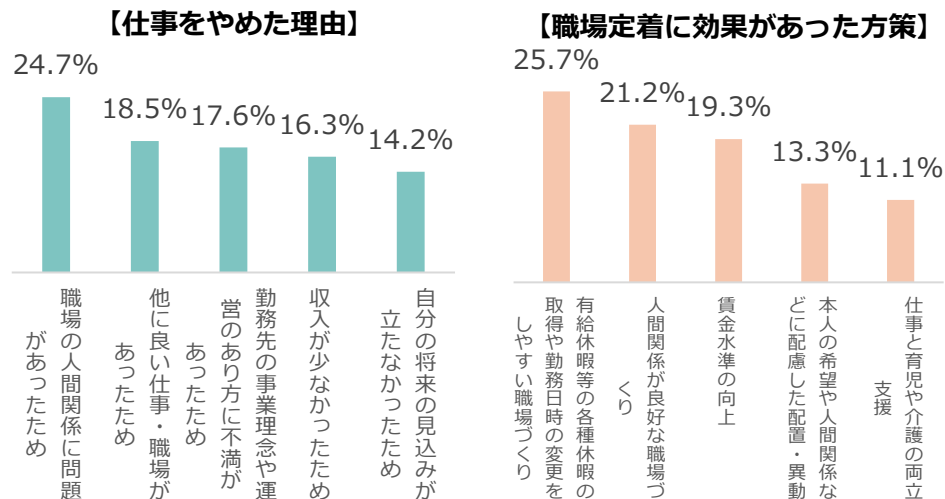
◆介護職員等の採用率・離職率の推移



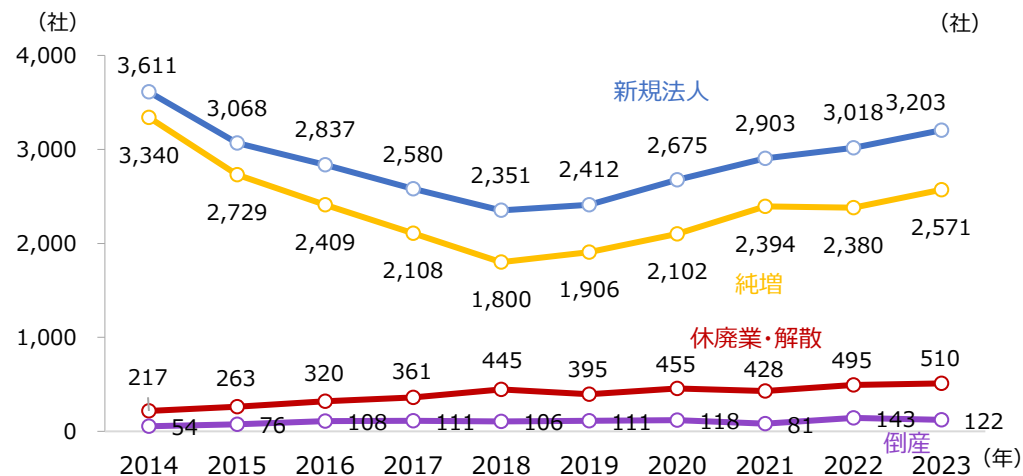
◆介護等分野の入職超過率（入職率－離職率）の推移



◆介護職員をとりまく状況



◆介護事業者新設、休廃業・解散、倒産の状況

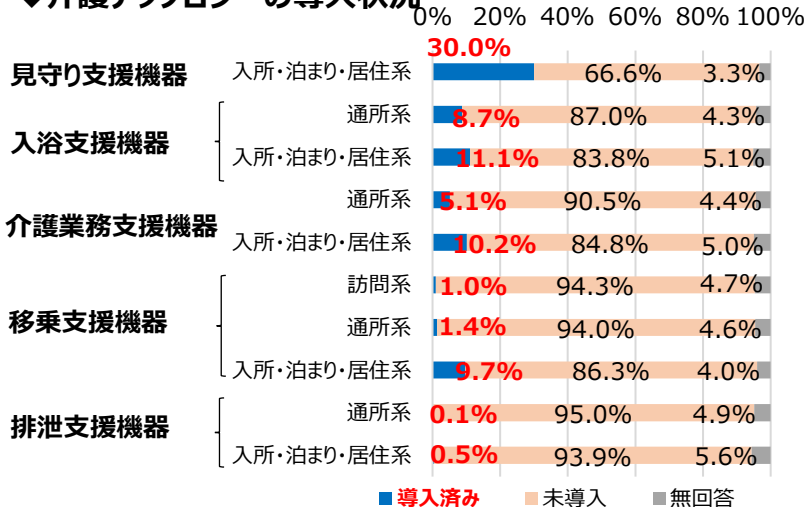


- 日本全体で**労働力の確保**が課題となる中、限られた介護人材を有効活用し、**業務を効率化**させることは喫緊の課題。**増大し続ける介護ニーズ**に対応していくため、**ICT機器を活用した人員配置の効率化や経営の協働化・大規模化**を強力に進めていくことが不可欠。

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

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

◆介護テクノロジーの導入状況



（出所）介護現場でのテクノロジー活用に関する調査研究事業報告書（厚生労働省2022年度調査結果）

◆効果測定事業の実証結果

○老健施設（夜間）

・業務時間：平均**29.3%減少**
（31.5分/人→22.3分/人）

・職員1人当たり対応可能な利用者
⇒ 平均**45.4%増加**

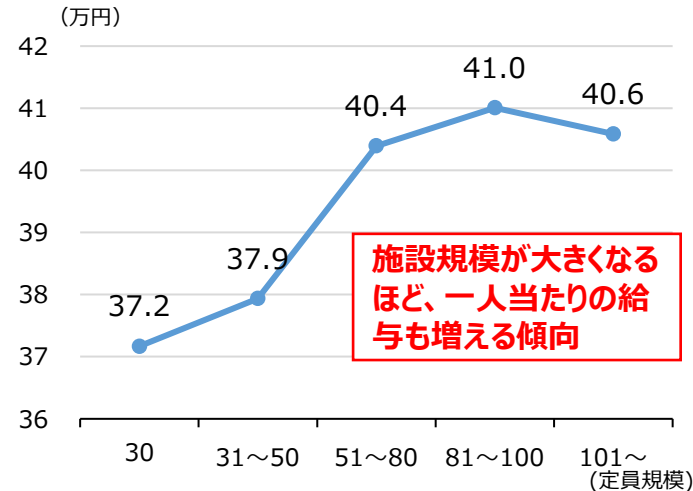
（出所）介護給付費分科会資料（2023年11月30日）

○特養、老健施設等（昼間）

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

（出所）厚生労働省「介護給付費分科会資料」（2020年11月9日）

◆特養における常勤介護職員1人当たり給与費



施設規模が大きくなるほど、一人当たりの給与も増える傾向

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

【2024年度介護報酬改定における見直し】

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

【改革の方向性】（案）

- 2024年度補正予算で措置（200億円）した介護テクノロジー導入・協働化等支援事業等を活用し、ICT機器の導入・活用を引き続き推進するとともに、**経営の協働化・大規模化を早急に進める**べき。あわせて、**特養等における人員配置基準の更なる柔軟化**に引き続き取り組むべき。

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

◆特別養護老人ホーム もくせい（介護老人福祉施設）

- ・見守り機器を全床導入し、夜間宿直の廃止など負担を軽減

⇒ 夜勤の巡視時間：53分→26分 排泄介助時間：180分→90分



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

◆特別養護老人ホーム サンシティ北条（介護老人福祉施設）

- ・AI排泄ケアシステムを全床に導入し、夜間の対応回数が減

⇒ おむつ交換空振り回数：107回/週→11回/週



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

◆トライドケアマネジメント（居宅介護支援）

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

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



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

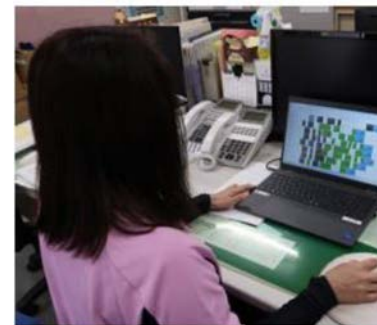


（出所）令和7年度「介護職員の働きやすい職場環境づくり内閣総理大臣表彰及び厚生労働大臣表彰」概要資料

◆福祉の里 尾張営業所（訪問介護）

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

⇒ 訪問件数（1人当たり）：6.5件/日→7.4件/日



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

【改革の方向性】（案）

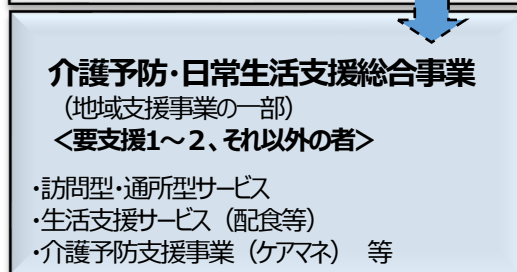
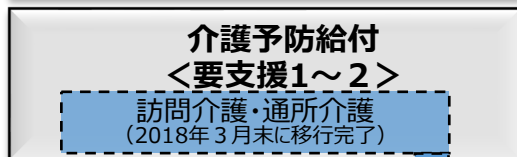
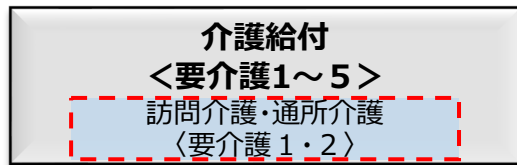
- こうした**好事例の横展開**を図るとともに、処遇改善加算の取得促進とあわせて、2024年度補正予算で措置した介護人材確保・職場環境改善等事業（806億円）や介護テクノロジー導入・協働化等支援事業（200億円）等も活用し、**介護現場の効率化と、職員の賃上げを含めた職場環境整備**に取り組むべき。

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

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

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

◆介護給付と地域支援事業



サービスの種類・内容・人員基準・単価等が**全国一律**

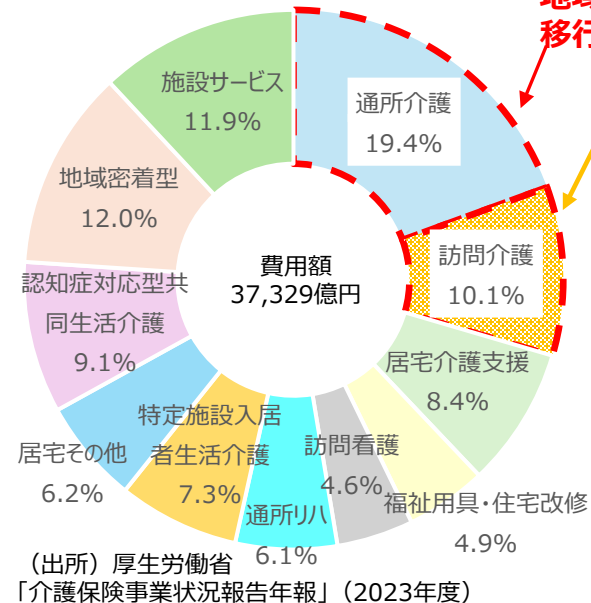
(例) 介護職員2人以上
1人あたり3㎡以上

地域の実情に応じ、住民主体の取組など効果的・効率的なサービス提供を実施

(例) 人員基準なし
(ボランティア可)
面積制限なし

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

◆要介護1・2への介護費用



地域支援事業に移行すべき

生活援助が多い
(調理、掃除、洗濯等)

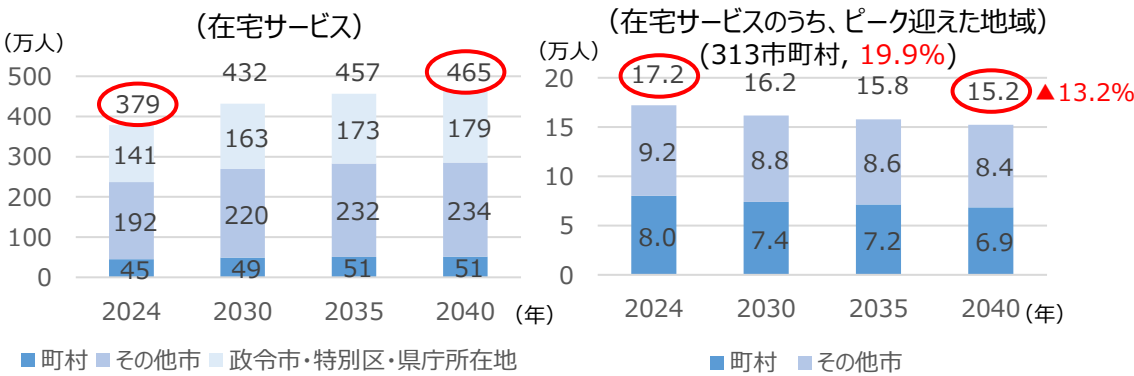
- 介護職以外の地域住民や高齢者自身が担い手として参画することで、**介護の支え手確保**につながる。
- 柔軟な基準に基づくサービス提供（例：空き施設を活用した体操教室や通いの場、移動・買い物支援、スマホ操作支援等の生活サポート）により、**高齢者の社会参加を促し、自立支援・重度化防止**につながる。
- 事業者にとっても、保険外も含めて、軽度者向けに多様なサービスを提供することで、**ビジネス機会の拡大**につながる。

【改革の方向性】（案）

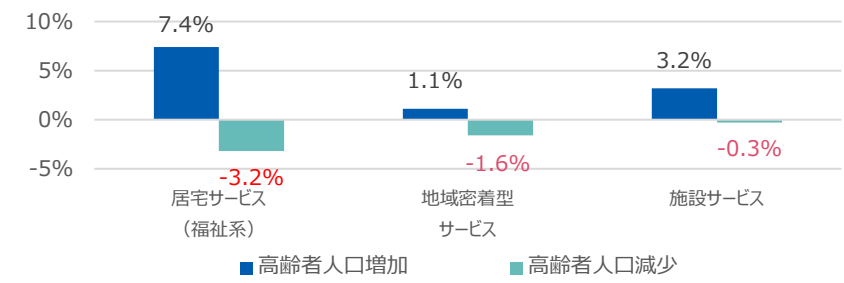
- 介護の人材や財源に限りがある中で、要介護者の中でも専門的なサービスをより必要とする重度の方へ給付を重点化していくとともに、生活援助等は地域の実情に応じて効率的に提供していく必要。このため、**軽度者（要介護1・2）に対する訪問介護・通所介護についても地域支援事業への移行を目指す**、段階的に、**生活援助型サービスをはじめ、地域の実情に合わせた多様な主体による効果的・効率的なサービス提供を可能にすることが考えられる**。

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

◆介護サービス利用者数（1月あたり）の推計



◆介護事業所の増減率（2019年→2024年）



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

◆基準該当サービスの概要

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

【導入後のメリット（現場の声）】

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

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

【改革の方向性】（案）

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

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

◆市町村の介護保険事務の課題と取組

○要介護認定（介護認定審査会）

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

○介護サービス等の提供事業者に対する指導

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

○医療・介護の連携

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

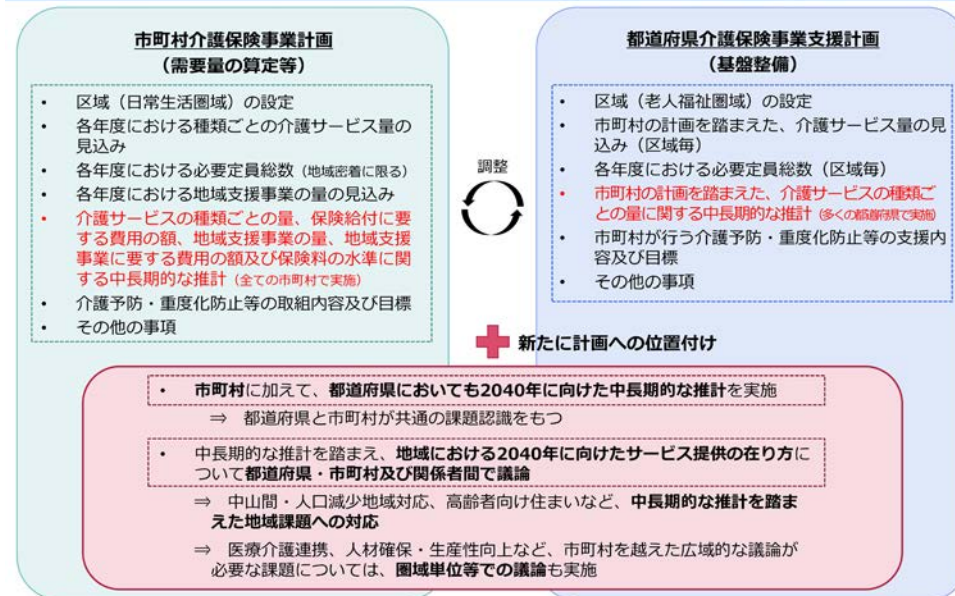
（参考）介護保険事務の共同処理の例（福岡県介護保険広域連合）

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

◆都道府県の役割強化に向けた見直し方針

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

地域包括ケアシステムの実現・深化に向けた支援体制の整備（全体像）



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

（出所）厚生労働省「社会保障審議会介護保険部会」（令和7年9月29日）資料

【改革の方向性】（案）

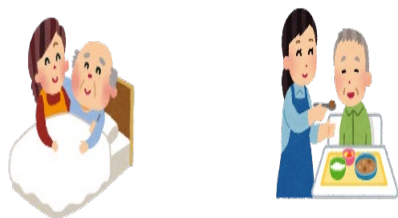
- 市町村の介護保険事務の課題を解決するために、**介護保険事務の広域化を進めていく必要**。また、介護サービス提供体制整備や、介護保険財政運営について、都道府県がより一層の役割を果たすべきであり、**都道府県が、介護保険の財政的な責任主体となり、提供体制の整備に責任を持つこと**について、検討していく必要。

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

◆介護保険事業者による保険内・外サービスの組み合わせの例

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

<訪問介護サービスの提供>



===== 終了後 =====

<保険外サービスの提供>



○ ペットの世話 ○ （同居家族のための）買物

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

<通所介護（デイ）サービスの提供>



===== 中抜け =====

<保険外サービスの提供>



○ 外出支援 ○ 物販サービス

===== 中抜け =====

<デイサービスの提供>



◆保険外サービスに関する事業者の意見

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

（出所）㈱日本総研「令和４年度ヘルスケアサービス社会実装事業」概要報告書

◆自治体における対応の違い（自治体へのアンケート）

- ケアマネジャーによる相談・要望対応（保険外対応）

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

- 施設系サービスにおける管理者の人員配置基準（介護保険外の事業との兼務）

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

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

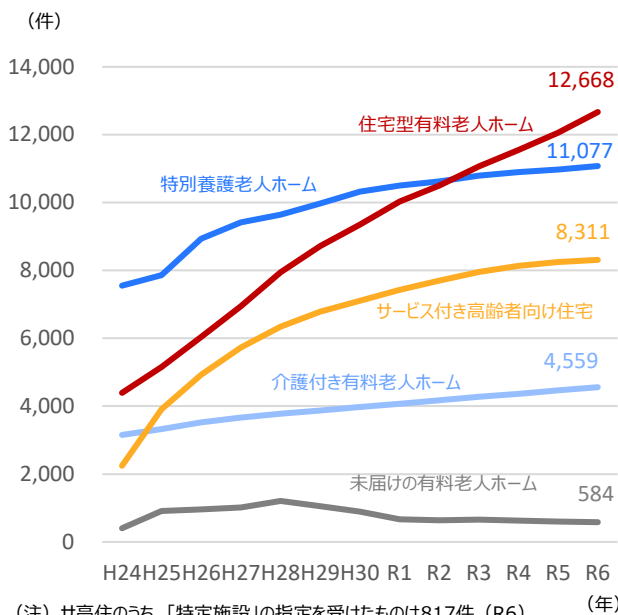
（出所）2020、2021年度老人保健健康増進等事業㈱日本総合研究所、㈱エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所）

【改革の方向性】（案）

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

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

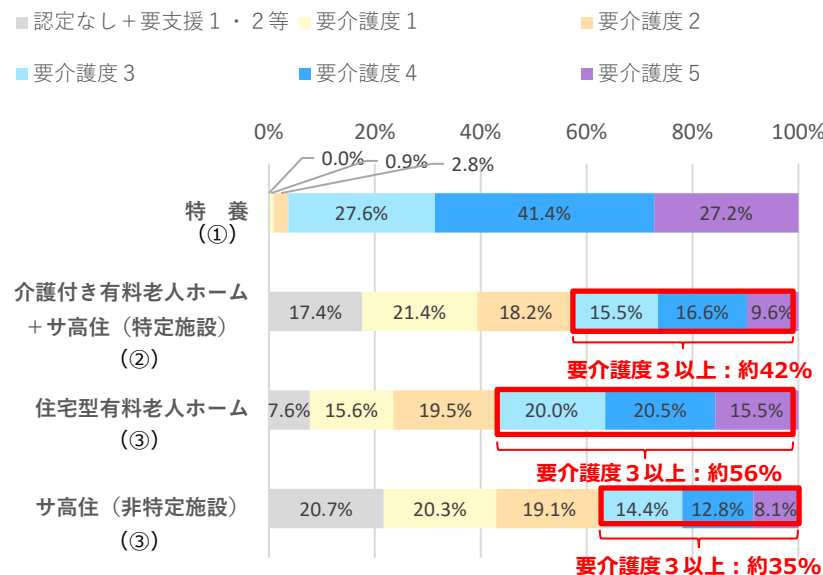
◆高齢者向け施設・住まいの数の推移



(注) サ高住のうち、「特定施設」の指定を受けたものは817件 (R6)

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

◆サービス毎の入居者の要介護度割合



(※) 「認定なし+要支援1・2等」には、「不明・申請中等」を含む。

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

◆介護保険事業計画の基本方針

市町村・都道府県の介護保険事業計画

基本的記載事項

- 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み

総量規制の対象(①・②)

任意的記載事項

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

総量規制の対象外(③)

【改革の方向性】(案)

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

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

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

◆高齢者向け住まいの類型毎にみた月額費用の違い（要介護度5の場合）

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

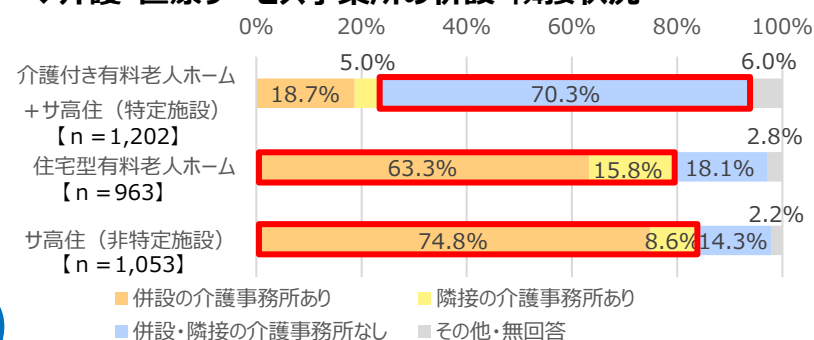
介護事業者にとっては合計の収益はあまり変わらないが、利用者の自己負担は低くなるケースがある。

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

◆高齢者向け住まいの比較

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

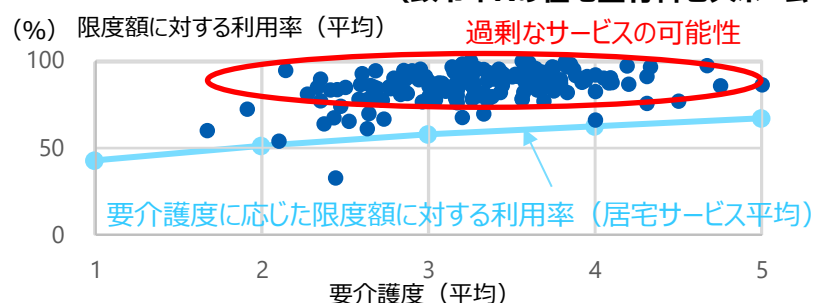
◆介護・医療サービス事業所の併設・隣接状況



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

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

◆要介護度に応じた限度額に対する利用率の分布（政令市Xの住宅型有料老人ホーム等）



（出所）厚生労働省「サービス付き高齢者向け住宅等における介護サービス提供のあり方に関する調査研究事業」（2025年3月）、厚生労働省「介護給付費等実態統計」（2025年4月審査分）

【改革の方向性】（案）

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

- 介護保険制度については、一人当たり介護給付費が急増する85歳以上人口が増加を続けることや、現役世代（支え手）の減少を見据え、**制度の持続可能性の確保のための更なる改革を中長期的に検討していく必要がある**。以下の3つの視点から制度改革を進めることで、中長期的に**増大する介護需要に応えられる体制を構築**していくことが考えられる。

保険給付の効率的な提供

- **業務の効率化**
 - ・ ICT機器を活用した人員配置の効率化
 - ・ 経営の協働化・大規模化
 - ・ 業務の効率化等に取り組む介護施設・事業所が適切に評価される報酬体系の構築
- **高齢者向け住まい等の報酬体系の見直し**
- **人材紹介会社の規制強化**
- **介護サービス施設・事業所の総量規制の範囲見直し**
- **ケアプラン点検の厳格化**
- **要介護認定事務の効率化**
- **アウトカム評価に基づく給付**
- **介護保険事務の広域化・都道府県の役割強化**
- **介護事業者の経営情報の見える化**

保険給付範囲の在り方の見直し

- **保険外サービスの活用**
- **軽度者に対する生活援助サービス等の地域支援事業への移行**
 - ・ 生活援助サービス（調理等）をはじめ、地域の実情に合わせた多様な主体による効果的・効率的なサービス提供
- **高額介護サービス費の見直し**
- **区分支給限度基準額の見直し**
- **補足給付の見直し**
- **福祉用具・住宅改修に係る給付の適正化**

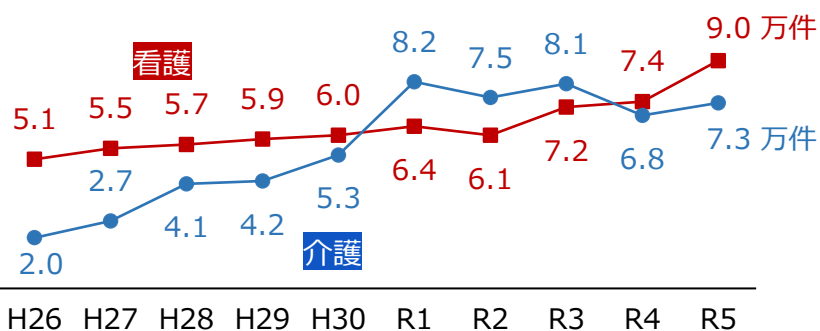
高齢化・人口減少下での負担の公平化

- **利用者負担の見直し**
 - ・ 2割負担の範囲の見直し
 - ・ 利用者負担の原則2割化
 - ・ 現役世代並み所得（3割）の範囲の見直し
 - ・ 金融所得、金融資産の勘案
- **ケアマネジメントの利用者負担の導入**
- **多床室の室料負担の見直し**
- **1号保険料の見直し**
 - ・ 金融所得、金融資産の勘案
 - ・ 再分配機能の強化
- **2号保険料の見直し**
 - ・ 金融所得、金融資産の勘案
 - ・ 対象年齢の見直し

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

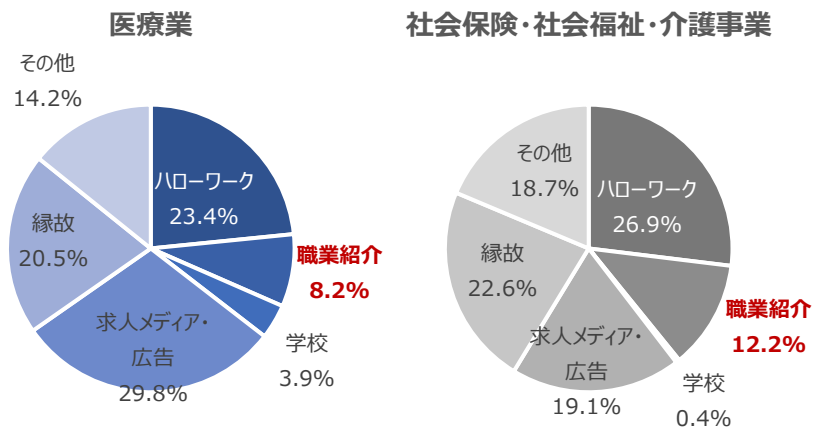
現状

民間人材紹介による就職件数



（出所）厚生労働省「職業紹介事業報告」

入職経路に占める比率（新卒以外）



（出所）厚生労働省「令和6年 雇用動向調査」

これまでの取組

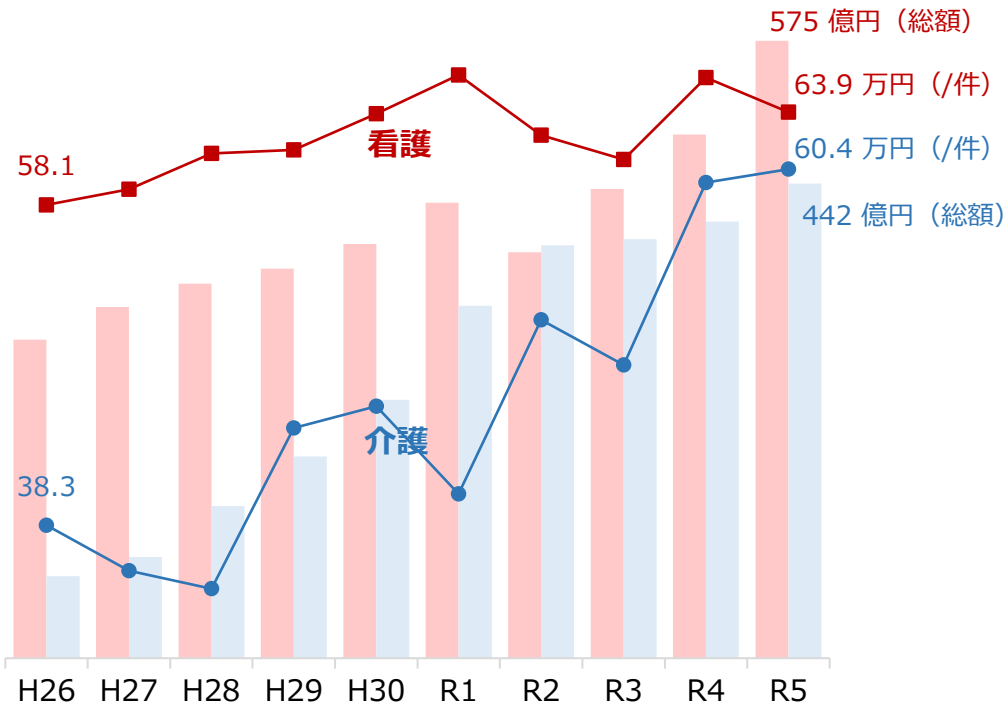
- 人材紹介会社による手数料表の情報提供義務、就職後2年間の転職勧奨の禁止（H30.1～）
- 人材紹介会社経由で雇用した労働者が早期退職した際、手数料の一部を求人者に返還する仕組みを人材紹介会社においてルール化すること（返戻金制度）の推奨（H30.1～）
- 人材紹介会社が求職者に支払う「就職お祝い金」の禁止（R3.4～）
- 医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者の認定制度の創設（R3.8～）
- 人材紹介会社の法令違反の疑いについて、医療・介護・保育求人者向け特別相談窓口を都道府県労働局に設置（R5.2～）
- 「就職お祝い金」の禁止、転職勧奨の禁止について、有料職業紹介事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

改革の方向性（案）

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

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

民間人材紹介の手数料負担（常用1件当たり・総額）



（出所）厚生労働省「職業紹介事業報告」

※ R4.4に職業分類の改定があり、R5の数値は新分類に基づく。改定前後で範囲は完全には一致しない。
「看護」は、「看護師」「保健師、助産師」区分の合計（R5は「看護師、准看護師」「保健師、助産師」の合計）。「介護」は、「介護サービスの職業」「社会福祉の専門的職業」の合計（R5は「福祉・介護の専門的職業」「施設介護の職業」「訪問介護の職業」の合計）。「介護」には障害分野の従事者も含む。

求人側の民間人材紹介への不満（上位3つ）

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

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

※質問項目「紹介事業者に改善してほしいこと」への回答（複数選択）。

*「医療」は、看護師採用に限定していない。

適正認定事業者の市場シェア（看護・介護分野・常用就職件数）

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

（出所）「令和5年度職業紹介事業報告書の集計結果」より厚生労働省作成

（注）常用就職件数：4ヶ月以上の期間を定めて雇用される者または期間の定めなく雇用される者の就職件数の計

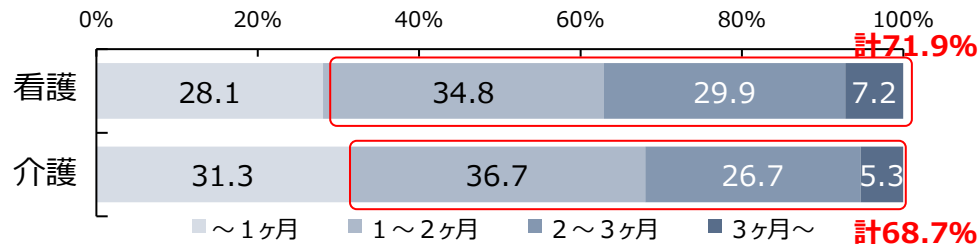
【改革の方向性】（案）

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

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

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

求人掲載～就職までにかかる期間



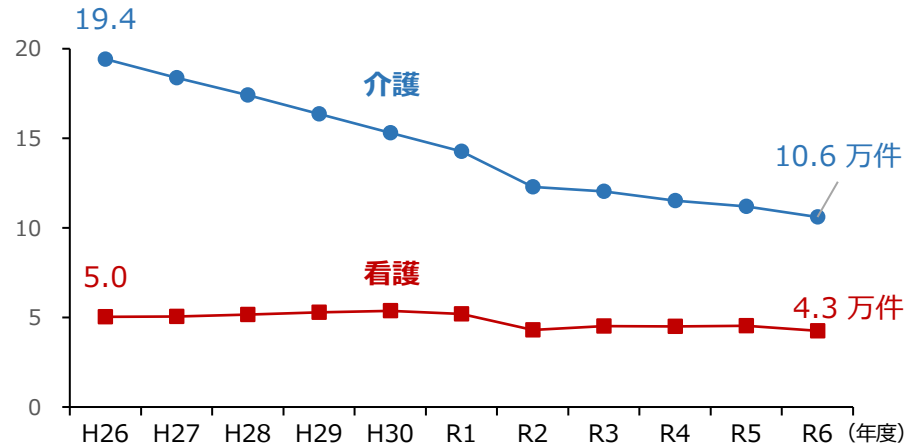
（出所）厚生労働省においてサンプル集計（東京、愛知、大阪、北海道、宮城、福岡、栃木、滋賀、山口、宮崎の10労働局でR7.6月中に受理した求人のうち、9月末時点までで充足し、かつ雇入予定日が確認できたものを対象）
 ※求人掲載期限が一度切れ、再度掲載した後に就職に至ったケースや、求人掲載から就職決定までの期間は短期間であったものの、求人者・求職者の都合により実際に就職するまでに期間が空いたケースなどが含まれている可能性。

求人側が民間人材紹介を利用した理由（上位3つ）

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

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

ハローワーク経由の就職件数



（出所）厚生労働省「職業安定業務統計」

（参考）報酬算定上の配置基準を一時的に下回った場合の対応猶予

看護：1ヶ月以内（100床未満は3ヶ月以内）に解消すれば報酬減算なし

介護：翌月末日までに解消すれば報酬減算なし

※いずれも1割超の欠員の場合を除く

【改革の方向性】（案）

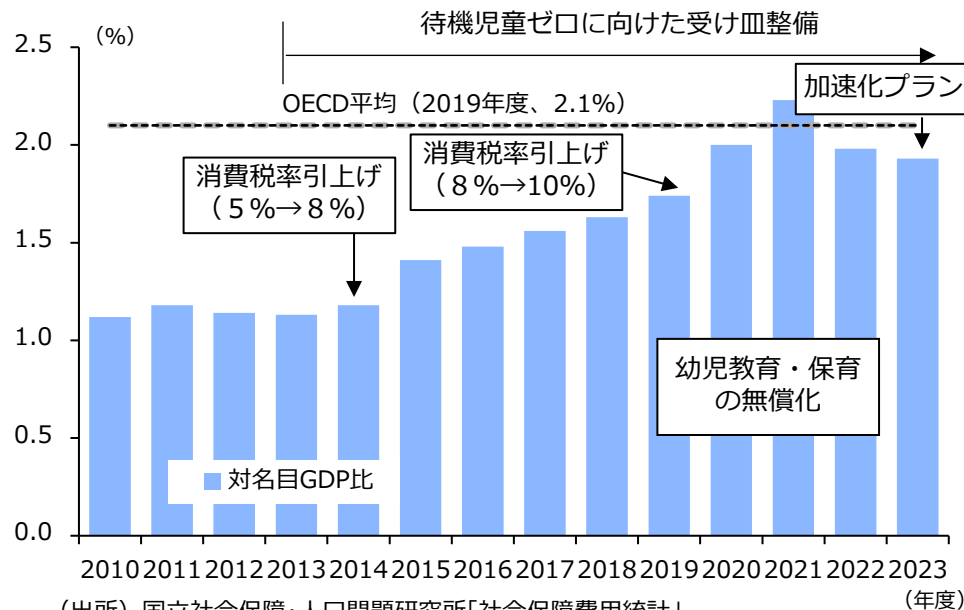
- ハローワークにおいて医療・福祉に特化した窓口を設けること等により、求人への対応を迅速に行うべき。あわせて、配置基準に係る時間的猶予の緩和など柔軟な運用等についても検討すべき。

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

少子化対策・子育て支援の現状

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

◆我が国の家族関係社会支出の推移



これまでに取り組んできた主な事項

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

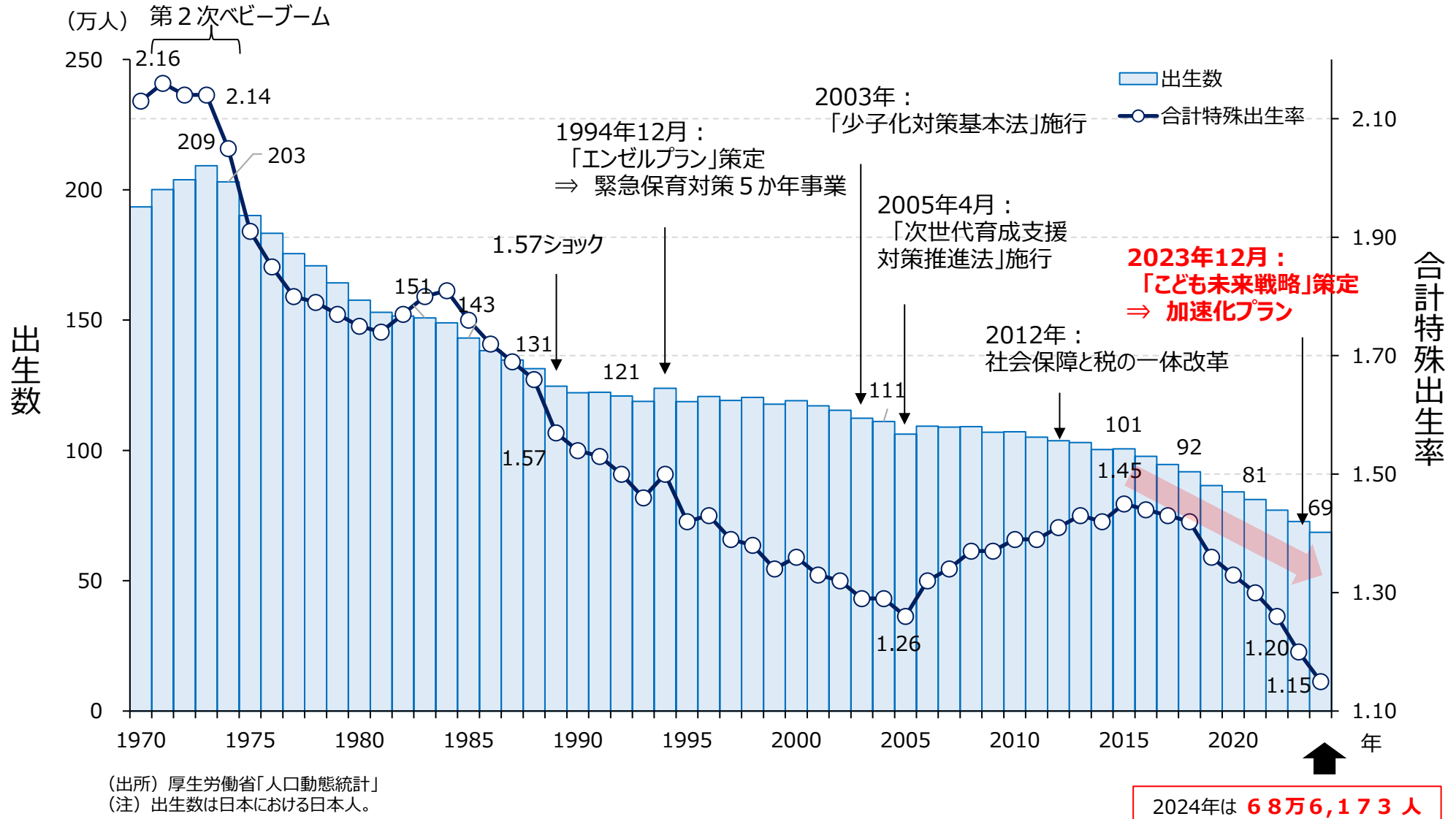
今後の取組の方向性

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

出生数・合計特殊出生率の推移

資料Ⅱ－１－94

- 年間の出生者数は2000年代に入るまでは120万人程度、2010年代に入るまでは110万人程度で推移していたが、2016年に100万人を下回って以降、急速に減少し、2024年は69万人。10年で30万人以上も減少しており、少子化のペースが加速している。



- 累次の政策強化により、少子化対策・子育て関連予算の規模は着実に増加。令和7年度予算においては、3.6兆円規模の加速化プランの実施の8割強の3.0兆円が実施され、こども家庭庁予算は加速化プラン前から4割増の7.3兆円に達している。一方で、いまだに多くの方のこどもを生み育てたいという希望の実現には至っておらず、今後は、施策の充実を図りながら、EBPMの取組を強化し、より効果の高い政策に重点化していくことが求められている。

◆こども未来戦略「加速化プラン」の内容と規模（国・地方の合計）

1. ライフステージを通じた子育てに係る経済的支援の強化や若い世代の所得向上に向けた取組

1.7兆円

- 児童手当の拡充
(①所得制限撤廃（全員本則給付）、②高校生年代まで延長、③多子加算（第3子3万円）)
- 出産等の経済的負担の軽減（出産・子育て応援交付金、出産育児一時金の増額）
- 医療費等の負担軽減（自治体の取組への支援）
- 高等教育費の負担軽減
- 若い世代の所得向上に向けた取組（リ・スキリング支援、いわゆる「年収の壁」への対応）
- 子育て世帯に対する住宅支援の強化 等

2. 全てのこども・子育て世帯を対象とする支援の拡充

1.3兆円

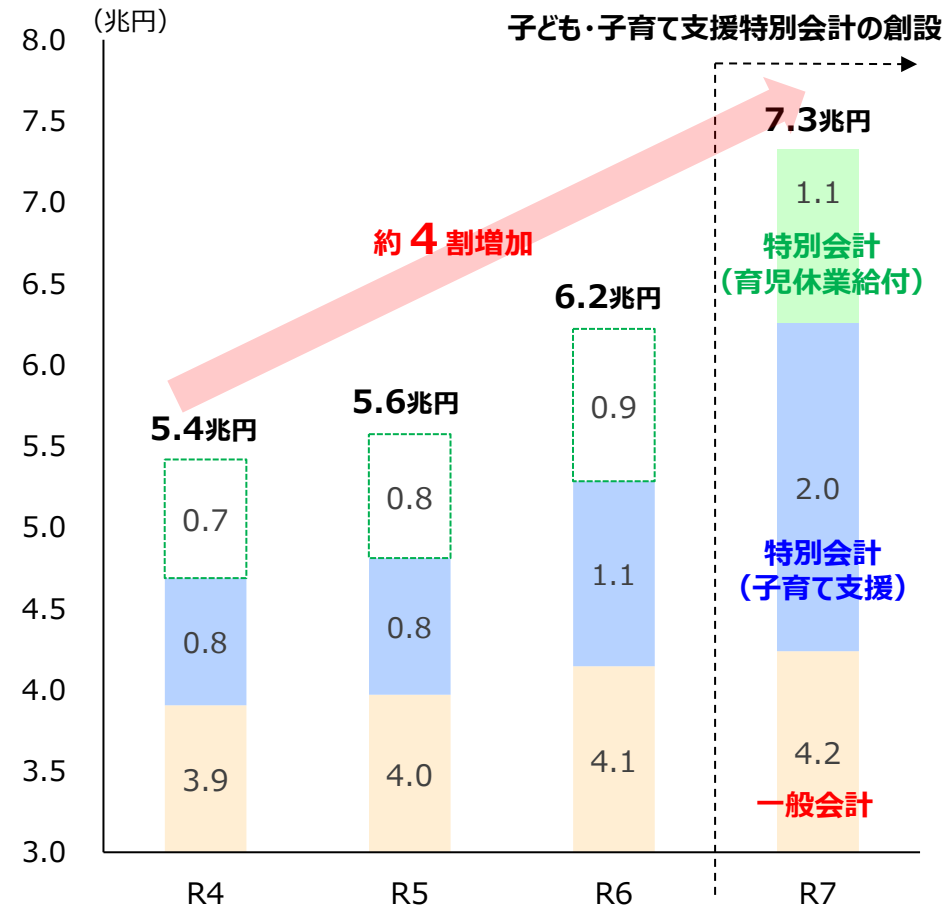
- 妊娠期からの切れ目のない支援拡充（伴走型支援と産前・産後ケアの拡充）
- 幼児教育・保育の質の向上（75年ぶりの配置基準改善と更なる処遇改善）
- 全ての子育て家庭を対象とした保育の拡充（こども誰でも通園制度の創設） R8.4～
- 新・放課後子ども総合プランの着実な実施（「小1の壁」打破に向けた量・質の拡充）
- 多様な支援ニーズへの対応
(社会的養護、障害児、医療的ケア児等の支援基盤の充実とひとり親家庭の自立支援) 等

3. 共働き・共育での推進

0.6兆円

- 育休給付率の引き上げ、時短勤務をした際の給付の創設
- 自営業者等に対する育児期間中の保険料免除制度の創設 R8.10～
- 体制整備を行う中小企業に対する助成の大幅強化
- 男性育休促進等による育休給付増 等

◆こども家庭庁予算（国分）の推移



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

(注2) 令和4年度予算は、こども家庭庁移管分。

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

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

◆少子化対策のKPI（概要）（こども家庭庁2025年2月発表）

政策目標

加速化プランのPDCA
を進める際の4原則
（こども未来戦略）

KPI第2階層

少子化の トレンドの反転

こどもを産み
たい、育て
たいの希望が
叶う社会の
実現

こどもたちが健
やかに育まれる
社会の実現

こどもを生み、
育てることを経
済的理由で諦
めない

身近な場所で
サポートを受け
ながらこどもを
育てられる

どのような状況
でもこどもが健
やかに育つとい
う安心感を持
てる

こどもを育てな
がら人生の幅
を狭めず、夢を
追いかける

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

若年層の実質賃金：増加を目指す
注）19歳、20～24歳、25～29歳

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

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

保護者の子育てが地域で支えられていると思う人の割合：増加を目指す

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

ひとり親家庭に属するこどもの進学率：増加を目指す

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

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

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

里親等委託率：乳幼児75%、学童期以降のこども 50%

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

第1子出産前後の女性の継続就業率：向上を目指す

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

若い世代の所得向上

同一労働同一賃金の徹底
成長分野への労働移動の円滑化
リ・スキリングによる能力向上支援
いわゆる「年収の壁（106万円/130万円）への対応

子育てに係る経済的負担の軽減

出産等の経済的負担の軽減
児童手当の拡充
医療費等の負担軽減
高等教育費の負担軽減
子育て世帯に対する住宅支援の強化

すべてのこども・子育て世帯を支援

妊娠期からの切れ目ない支援の拡充
虐待の未然防止
こども・若者視点からの新たなニーズへの対応
早期発見・早期支援等の強化
幼児教育・保育の質の向上
全ての子育て家庭を対象とした保育の拡充
放課後児童クラブの受け皿整備の推進
多様な支援ニーズへの対応

こどもの健やかな育ちの支援

貧困を解消し、貧困の連鎖を断ち切るためのこどもへの支援
ひとり親の就労支援等を通じた自立促進や経済的支援等
児童虐待への支援現場の体制強化
虐待を受けたこどもの生活環境等の整備
地域における支援体制強化とインクルージョンの推進
専門的な支援の強化等

共働きと共育での推進

男性育休の取得推進
多様な働き方と子育ての両立支援
育児期を通じた柔軟な働き方の推進

社会の意識改革

こども・子育てにやさしい社会づくりのための意識改革

こども未来戦略の施策

（政策目標について状況を把握するための指標（例））

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

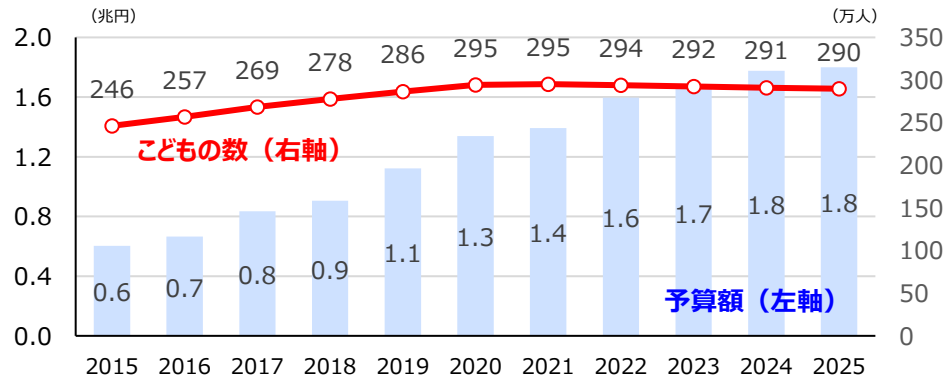
※進捗を測るKPI第1階層は割愛。

【改革の方向性】（案）

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

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

◆公定価格に係る予算額等の推移



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

(注2) 「子どもの数」は、以下①と②の合計値。

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

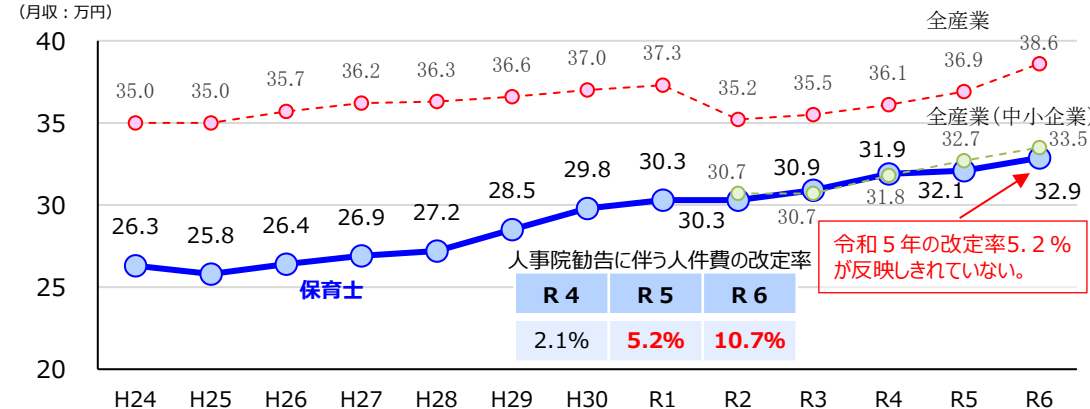
◆保育所等における継続的な経営情報の見える化について

- 令和6年4月1日以降に始まる事業年度から報告対象。
- 事業者は①人員配置、②職員給与、③収支の状況等について報告
- ①グルーピングした集計・分析結果、②個別の施設・事業者単位を公表

⇒ **公定価格の改善をはじめとする政策検討**に活用、保護者による施設・事業者の選択を支援
(令和8年度予算編成から活用可能となる予定)

※令和7年10月末時点で集計中

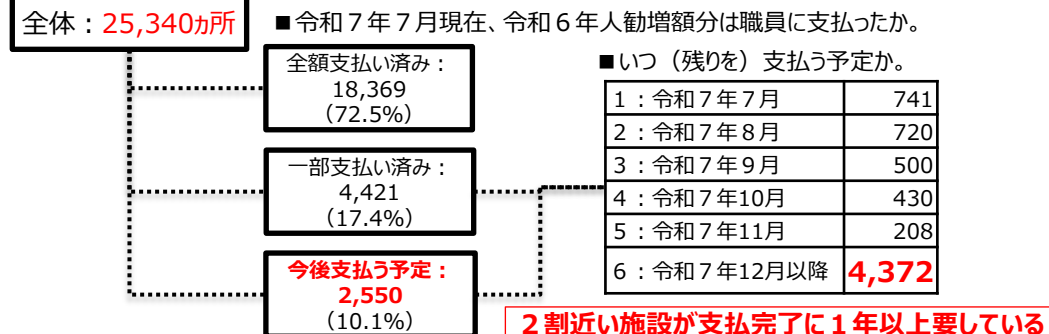
◆職種別平均賃金（役職者を除く）（月収換算）



令和5年の改定率5.2%が反映しきれていない。

- (出所) 「賃金構造基本統計調査」(各年度6月分の賃金等(賞与、期末手当等特別給与額については調査前年1年間))
- (注1) 「月収」とは、賃金構造基本統計調査における「きまって支給する現金給与額」に、「年間賞与その他特別給与額」の1/12を足した額。
- (注2) 「保育士」は、役職者を除いた職種別データの保育士(男女)の数値。
- (注3) 「全産業」は、令和元年までは100人以上の企業の役職者、令和2年からは10人以上の事業所の役職者を除いた数値。
- (注4) 「全産業(中小企業)」は、10人以上100人未満の事業所の役職者を除いた数値。

◆職員の処遇改善に係る実態調査



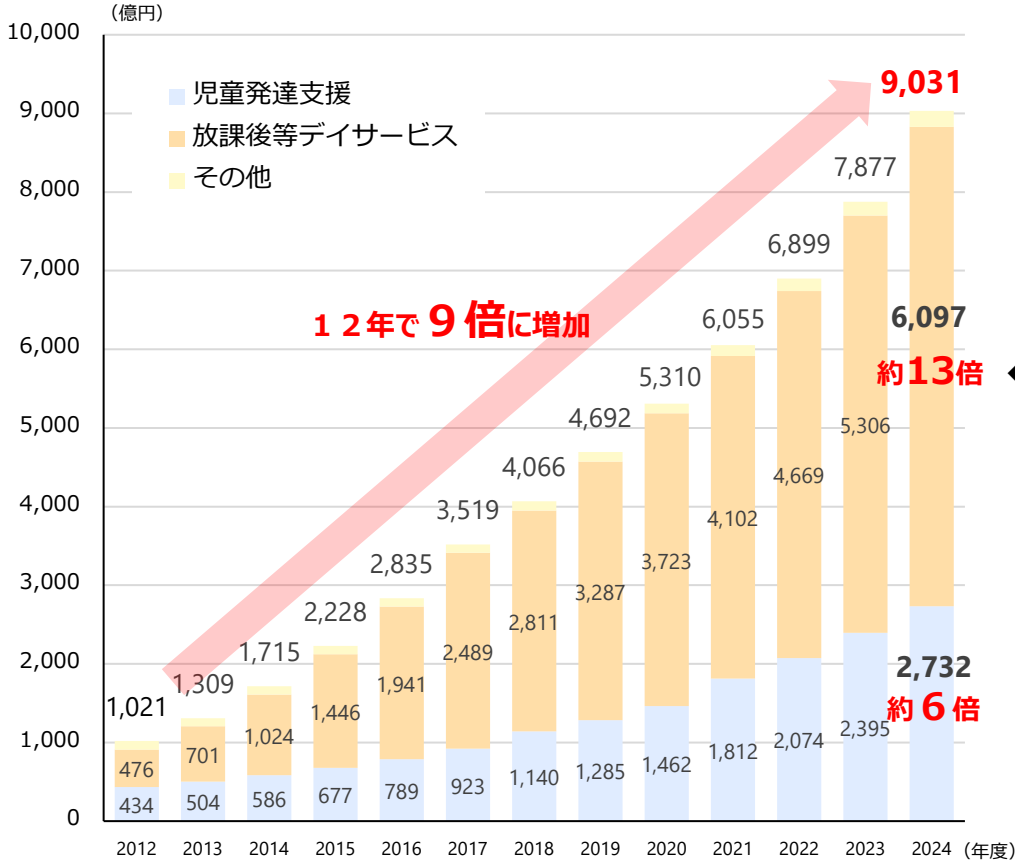
(出所) こども家庭庁「特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業所における職員の処遇改善に係る実態調査」

【改革の方向性】(案)

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

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

◆障害児支援 サービス別総費用額



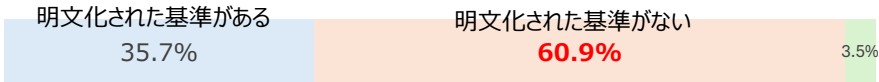
◆児童発達支援、放課後等デイサービスの利用者数等

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

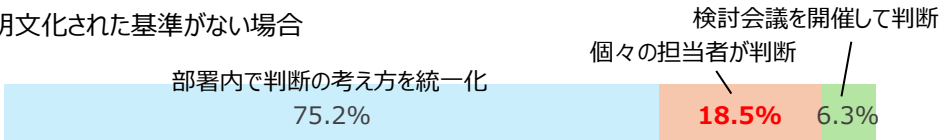
（注）利用児童数は2024年12月と2020年12月時点との比較、事業所数は2024年12月と2021年3月時点の比較

◆自治体における給付決定プロセス（こども家庭庁調査）

○障害児通所給付費を給付決定する際の給付決定基準



○明文化された基準がない場合



○障害児通所給付費を月20日以上一律給付している自治体

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

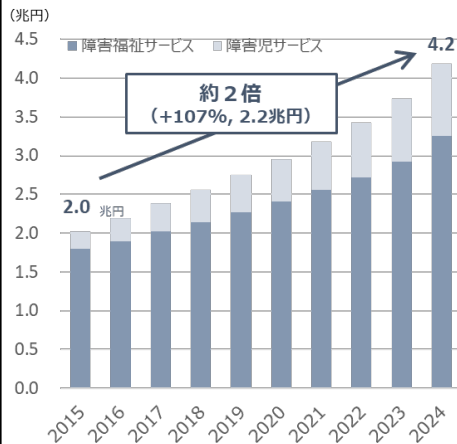
【改革の方向性】（案）

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

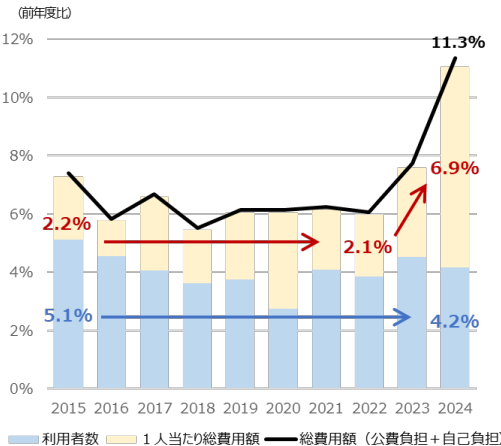
- 障害福祉サービス等の総費用額（＝自立支援給付費（公費負担）＋利用者負担）は、利用者の増加や一人当たり利用額の増加により、直近10年間で約2倍に増加。
- **利用者負担割合は他のサービスと比べても僅少であり、医療・介護保険制度にも増して障害福祉サービス等報酬（＝サービス料金）の上昇や利用量の増加による負担増**を利用者が感じにくく、**供給サイドである事業所の増加に応じて総費用額が増加しやすい構造**。こうした中、**サービスの質の確保と総費用額の抑制**を両立し、制度の持続可能性をどのように確保していくかが大きな課題。

障害福祉サービスの現状

◆総費用額の推移



◆総費用額の伸びの分析



(出所) 国保連データ(年度ごの実績)を基に作成。
 (注) 総費用額は各年度の年間費用額。利用者数は各年度ごの月平均。「利用者数の伸び＋利用者1人当たりの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、介護サービス包型、日中サービス支援型、外部サービス利用型の合計。

◆障害福祉分野の福祉・介護職員の給与等の変化 (9月時点の賃金の比較) ※3

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

※1 基本給＋毎月決まって支払われる手当
 ※2 基本給＋手当＋一時金
 ※3 処遇改善加算を取得している事業所における、両年とも在籍している職員の比較。

今後の主な改革の方向性

○ 2024年度の総費用額の急上昇への対応

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

○ 障害福祉分野の職員の処遇改善

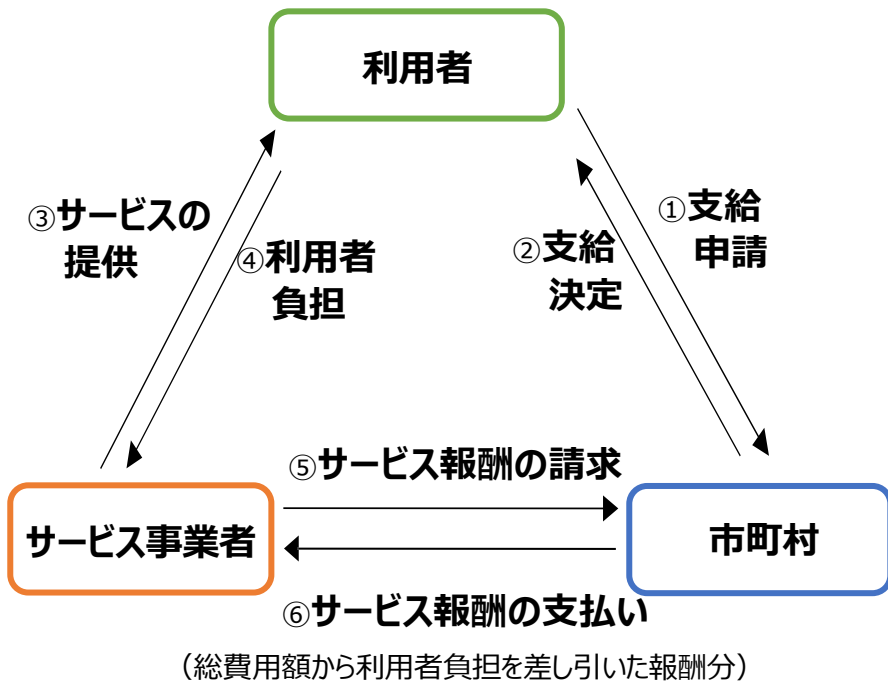
- ・ 障害福祉分野の職員の処遇改善は喫緊の課題。同時に、生産性向上を通じた業務の省力化・効率化が不可欠。
- ・ 2024年度改定を踏まえた処遇改善や経営の状況等を把握・検証し、介護分野の対応を睨みつつ、経営形態やサービス内容に応じた効果的な対応を検討する必要。

○ 制度改革

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

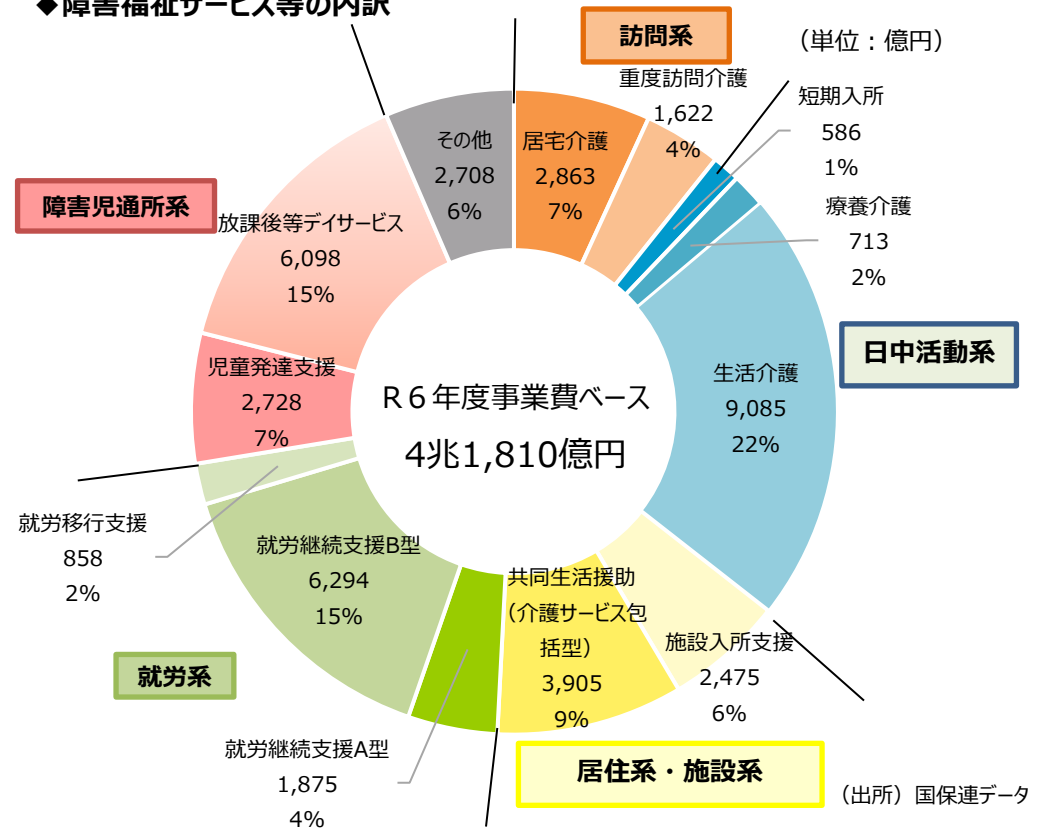
- 障害福祉サービスは、障害者の方が、自立した日常生活や社会生活を送れるように支援する公的なサービス。個々の障害者の障害の種類や程度、介護者、居住の状況、サービスの利用に関する意向等を踏まえ、利用計画を作成し、個々に支給決定が行われる。
- 各サービスは、都道府県等の指定を受けた事業者が提供する。利用者に各サービスを提供した場合に、その対価として、市町村は事業者にサービス費用（障害福祉等サービス報酬）を支払う。
- 障害福祉サービス等報酬は各サービス毎に設定されており、基本的なサービス提供に係る費用に加えて、各事業所のサービス提供体制や利用者の状況等に応じて加算・減算される仕組みとなっている。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

◆障害福祉サービス等報酬の支払いの流れ（概要）



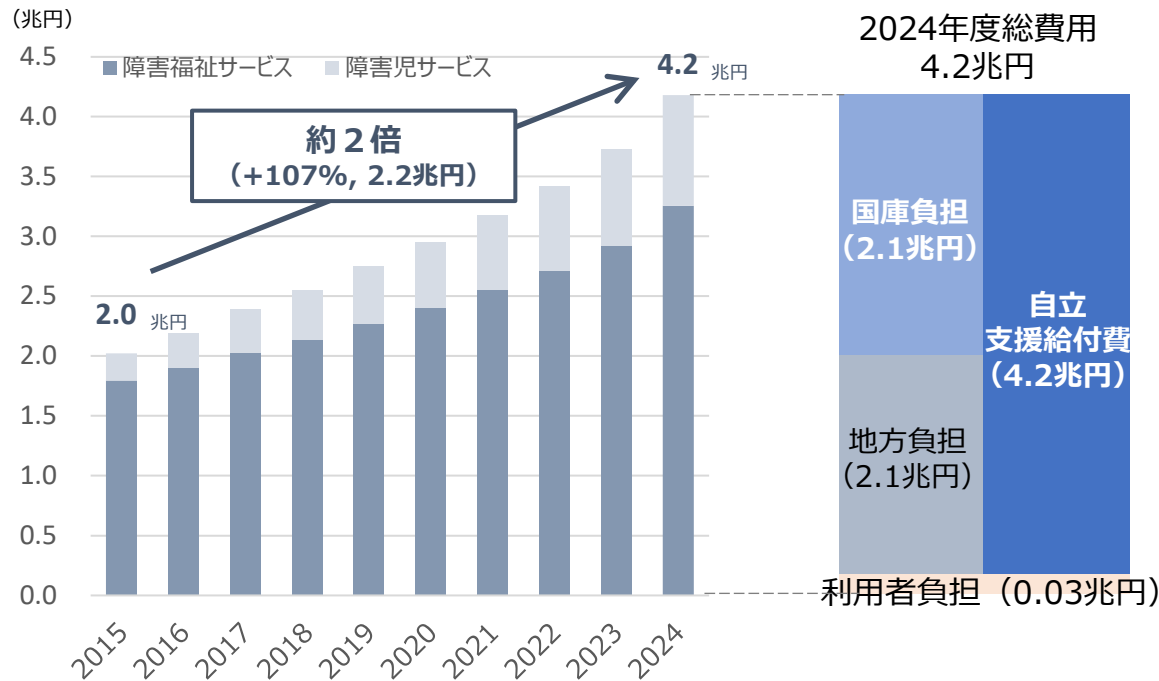
※公費負担：原則、国50%、都道府県25%、市町村25%

◆障害福祉サービス等の内訳



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

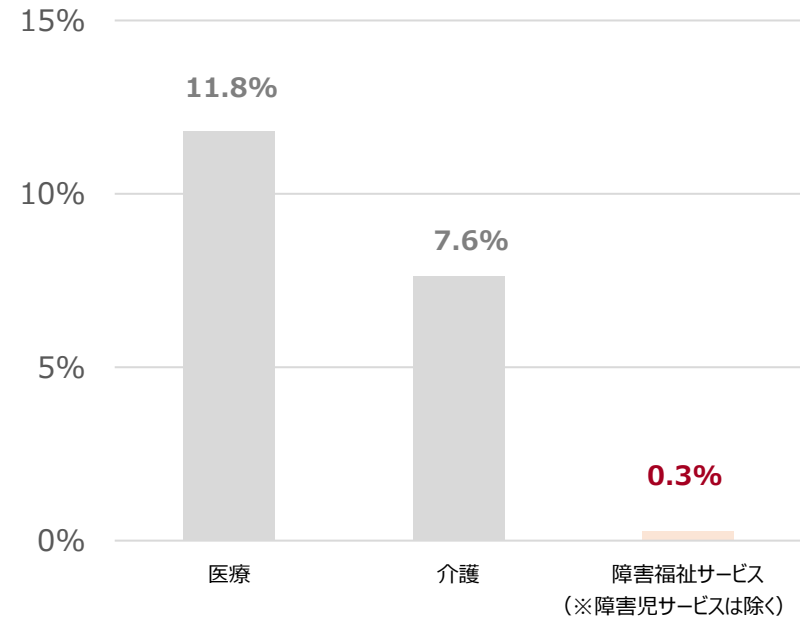
◆障害福祉サービス等の総費用額の推移と負担の内訳



(出所) 国保連データ（年度ごとの実績）を基に作成。

(出所) 国庫負担については、交付決定額等。利用者負担については、国保連データを基に作成。地方負担は残余の額。

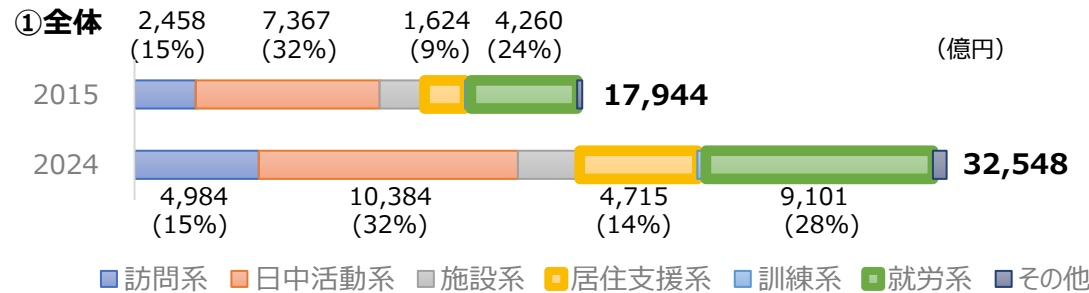
◆総費用額に占める自己負担額割合の比較



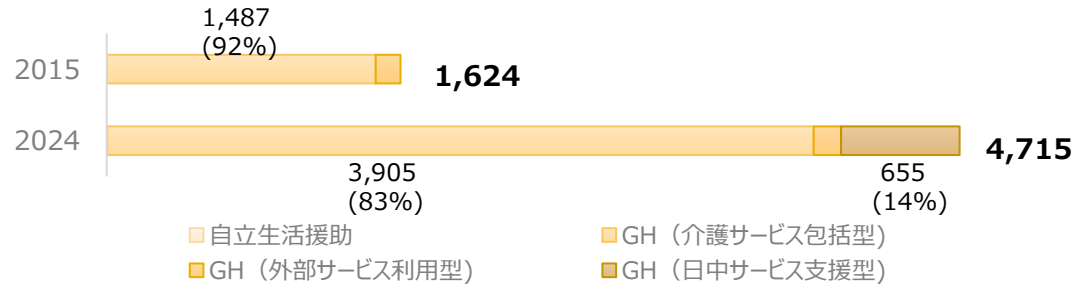
(出所) 医療は「令和5年度国民医療費の概況」における国民医療費に占める患者負担、介護は「令和5年度介護保険事業状況報告（年報）」における費用額から給付費を控除して自己負担額を算出、障害福祉サービスは「国保連データ」を基に作成。

- 障害福祉サービスは、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

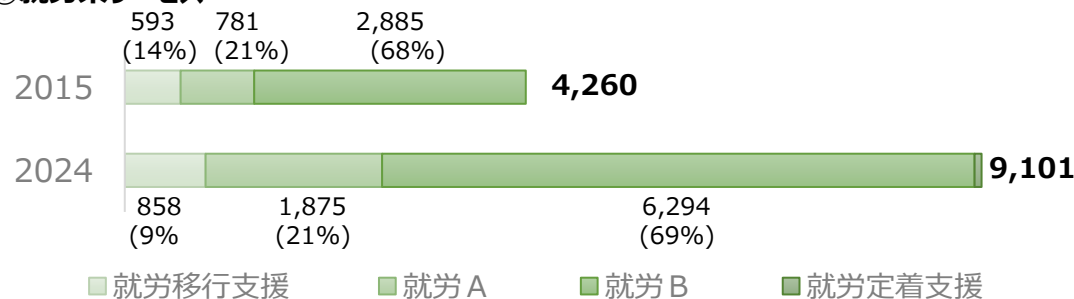


②居住支援系サービス（グループホーム等）

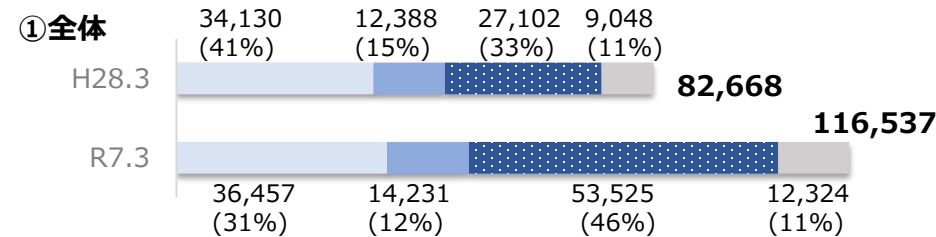


③就労系サービス

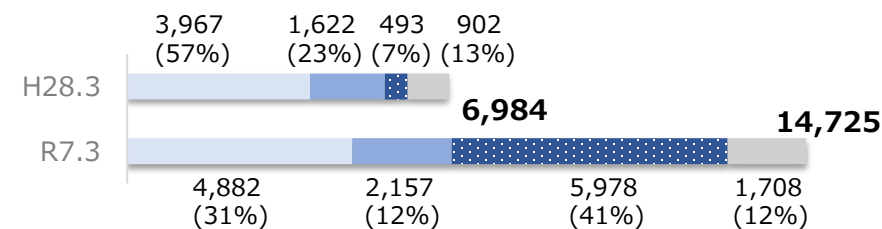
(注) 自立生活援助及びGH（日中サービス支援型）は2018年度から創設



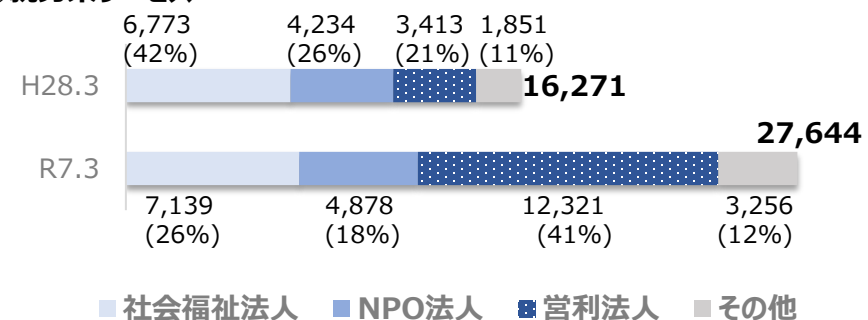
◆事業所数の伸びと法人類型の割合の変化



②居住支援系サービス（グループホーム等）

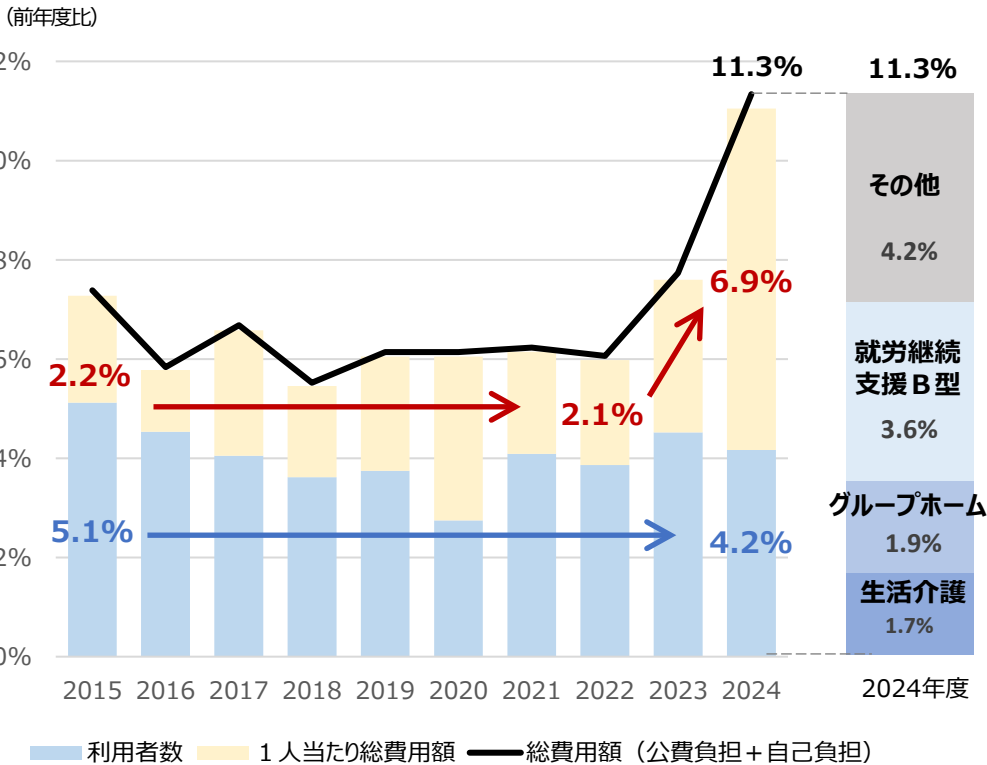


③就労系サービス



- 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。

◆障害福祉サービス等の総費用額の伸びの分析

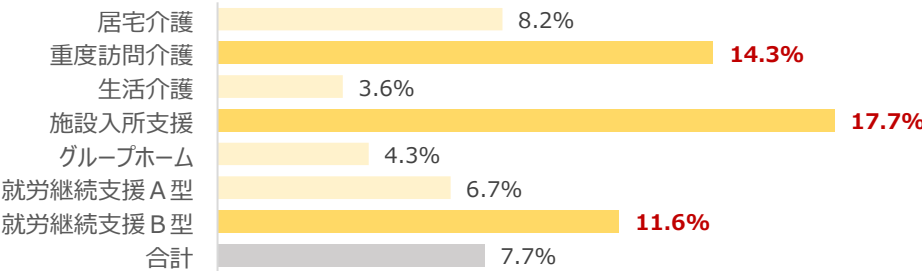


(出所) 国保連データを基に作成。障害児向けのサービスの費用は含まない。
(注) 総費用額は各年度の年間費用額。利用者数は各年度ごとの月平均。「利用者数の伸び＋利用者1人当たり総費用額の伸びの和」と「総費用額の伸び」の差は、「利用者数の伸び×利用者1人当たり総費用額の伸び」の積であり、2024年度は0.3%。
グループホーム（共同生活援助）は、介護サービス包括型、日中サービス支援型、外部サービス利用型の合計。

【改革の方向性】（案）

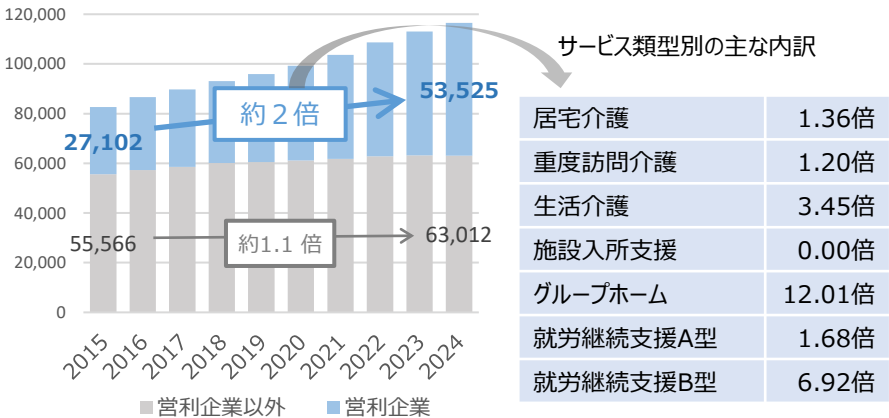
- 今後、総費用額急増の具体的な要因や背景を速やかに分析した上で、2024年度障害福祉等サービス報酬改定等の政策意図に沿わないものがある場合には、早急に対策を講じる必要。

◆1事業所当たり総費用額の伸び（2024年度、サービス類型別）



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

◆障害福祉サービス等の事業所数の推移



(出所) 国保連データ（各年度3月の実績）を基に作成。障害児向けのサービスの費用は含まない。
(注1) グループホーム（共同生活援助）は、介護サービス包括型、日中サービス支援型、外部サービス利用型の合計。
(注2) 営利企業以外とは、社会福祉法人、特定非営利活動法人等。

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

◆障害福祉分野の福祉・介護職員の給与等の変化
（9月時点の賃金の比較）

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

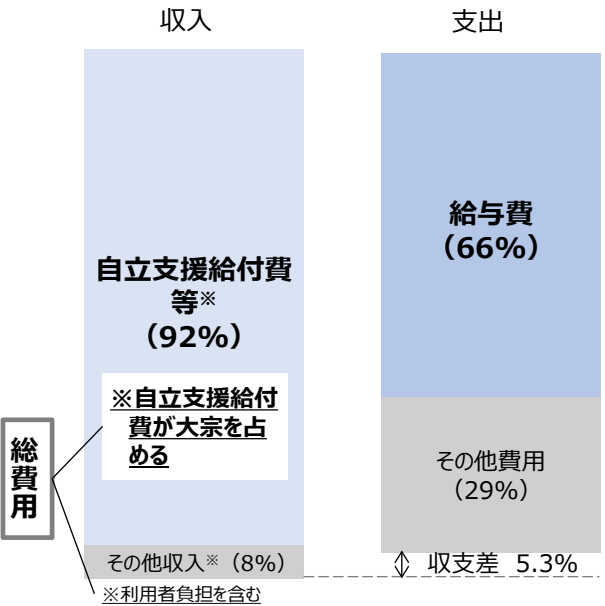
【参考】介護分野の介護職員の給与等の変化

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

- ※1 基本給+毎月決まって支払われる手当
- ※2 基本給+手当+一時金
- ※3 処遇改善加算を取得している事業所における、両年とも在籍している職員の比較。

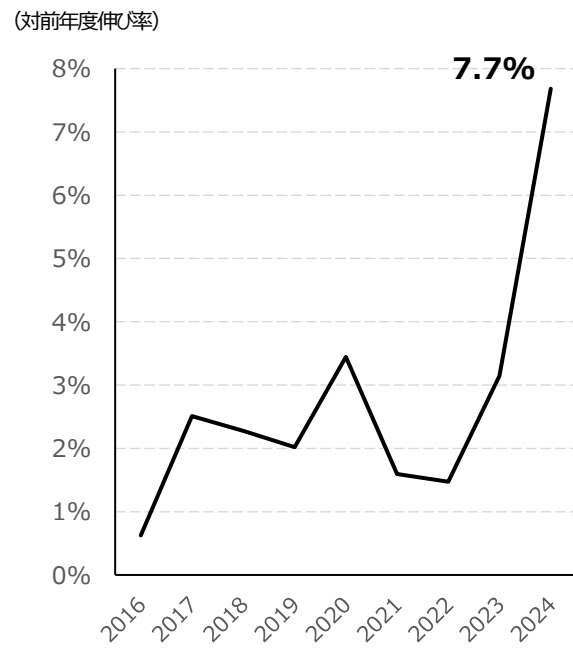
（出所）厚生労働省「令和6年度障害福祉サービス等従事者処遇状況等調査」
「令和6年度介護従事者処遇状況等調査」

◆障害福祉サービス等の収支構造
（2022年度）【収入＝100】



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

◆1事業所当たりの総費用額の伸び



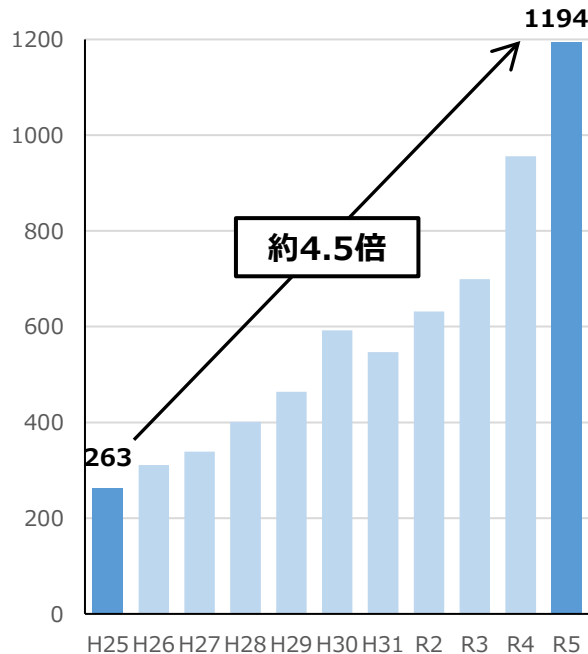
（出所）国保連データを基に作成。障害児向けのサービスの費用は含まない。

【改革の方向性】（案）

- 2024年度障害福祉サービス等報酬改定を踏まえた処遇改善の状況や、経営状況等の実態※を把握・検証した上で、介護分野の処遇改善に向けた対応を睨みつつ、事業者の経営形態やサービス内容に応じた効果的な対応を検討する必要。
- ※ 今後公表される障害福祉サービス等経営概況調査（無作為抽出された事業所のうち一定割合が調査に回答）結果の国保連データ（1事業所当たり総費用額の算出根拠）との整合性等を勘案しつつ、経営状況等の実態を把握していく必要。
- 同時に、今後労働力人口が減少していく中において、サービスの質を維持・向上していくためには、生産性向上を通じた業務の省力化・効率化が不可欠。

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

◆障害福祉サービス等における虐待件数



（注）件数は各年度の実績

（出所）厚生労働省 令和5年度障害者虐待対応状況調査

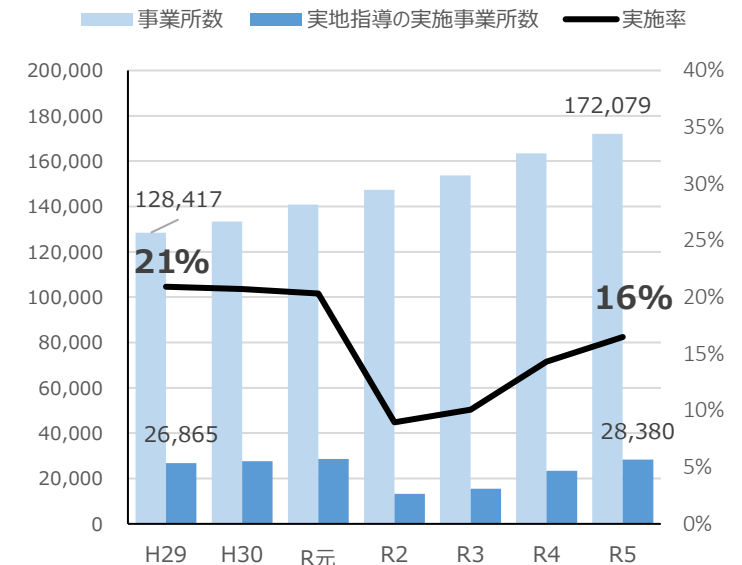
◆サービス類型別の虐待件数（令和5年度）

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

（出所）厚生労働省 令和5年障害者虐待対応状況等調査

◆運営指導（実地指導）の実施件数・実施率

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

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

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

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

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

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

(注) 有効回答数は1,059か所。都道府県、指定都市、中核市は指定権者。

(出所) 令和７年度財務省予算執行調査

※複数選択可であるため合計は100%を超える。

【改革の方向性】(案)

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

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

◆介護保険制度との要件の比較

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

※1 認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）

※2 事業所の運営や直接処遇職員のマネジメントを実施

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

※4 障害福祉のグループホームの管理者・世話人・生活支援員の要件は、指定基準において以下のとおり定められている（代表者については定めなし）が、具体的な要件の定めはない。
・管理者：適切な指定共同生活援助を提供するために必要な知識及び経験を有する者でなければならない
・世話人及び生活支援員：障害者の福祉の増進に熱意があり、障害者の日常生活を適切に支援する能力を有する者でなければならない

◆自治体の意見

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

（出所）令和7年度財務省予算執行調査

◆資格を保有していない代表者等の割合



◆従事経験がない代表者等の割合



◆サービス管理責任者（役割・要件は各サービス共通）

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

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

【参考】サービス管理責任者とは

役割：①個々のサービス利用者の個別支援計画の作成、一連のサービス提供プロセス全般に関する責任、②他のサービス提供職員に対する指導的役割
要件：サービス管理責任者研修（基礎・実践）修了、社会福祉士等の国家資格及び3年以上の実務経験等

【改革の方向性】（案）

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

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

◆障害福祉サービスにおける総量規制の対象サービス

生活介護、就労継続支援A型・B型、障害者支援施設

◆総量規制の対象サービスについての地方自治体の意見

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

グループホームを総量規制の対象として加えたほうがよいと考える理由

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

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

◆総量規制の仕組み

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

- （１）サービス提供量（実績）が、サービスの見込み量を上回るとき

$$\text{サービス提供量（実績）} \geq \text{サービスの見込み量}$$

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

◆障害福祉サービスの見込み量の推計方法（単位％、複数回答）

<市町村>

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

<都道府県>

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

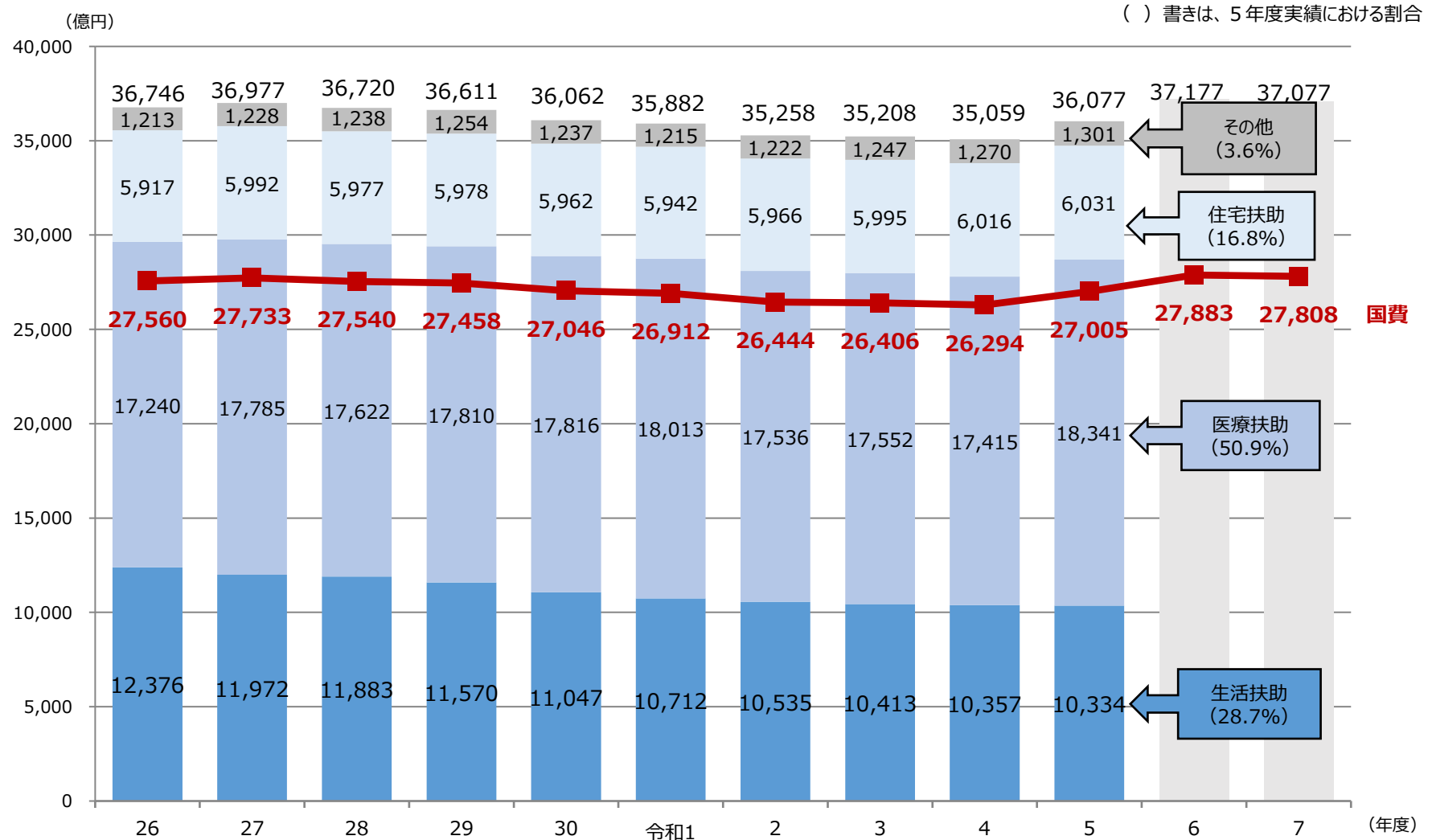
（出所）厚生労働省社会保障審議会第148回障害者部会資料

【改革の方向性】（案）

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

○ 生活保護費は令和５年度実績で３.６兆円（国費２.７兆円）。その約半分を医療扶助、約３割を生活扶助が占める。

生活保護費（事業費ベース）の推移

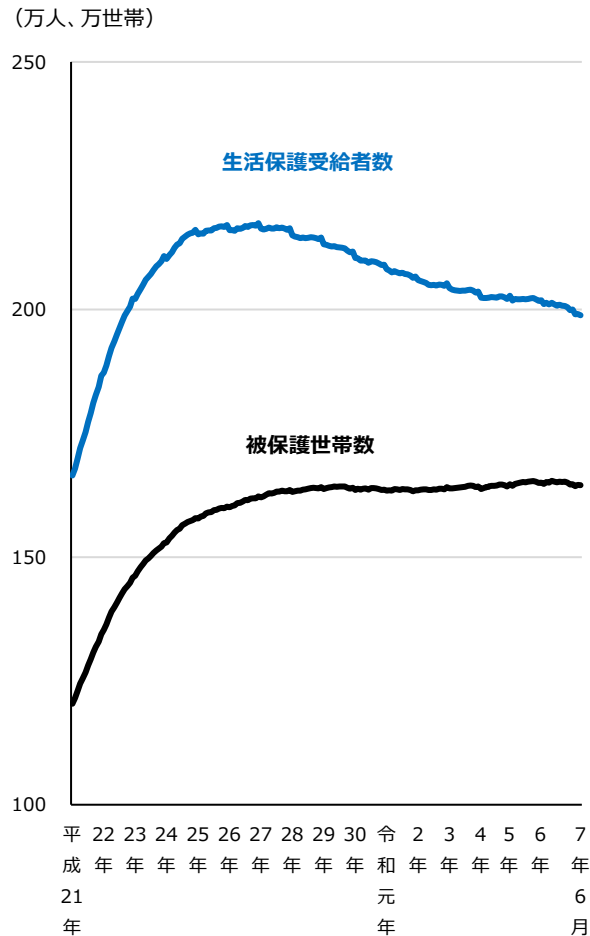


(出所) 生活保護費負担金事業実績報告

(注) 令和５年度までは実績額、６年度は補正後予算額、７年度は当初予算額

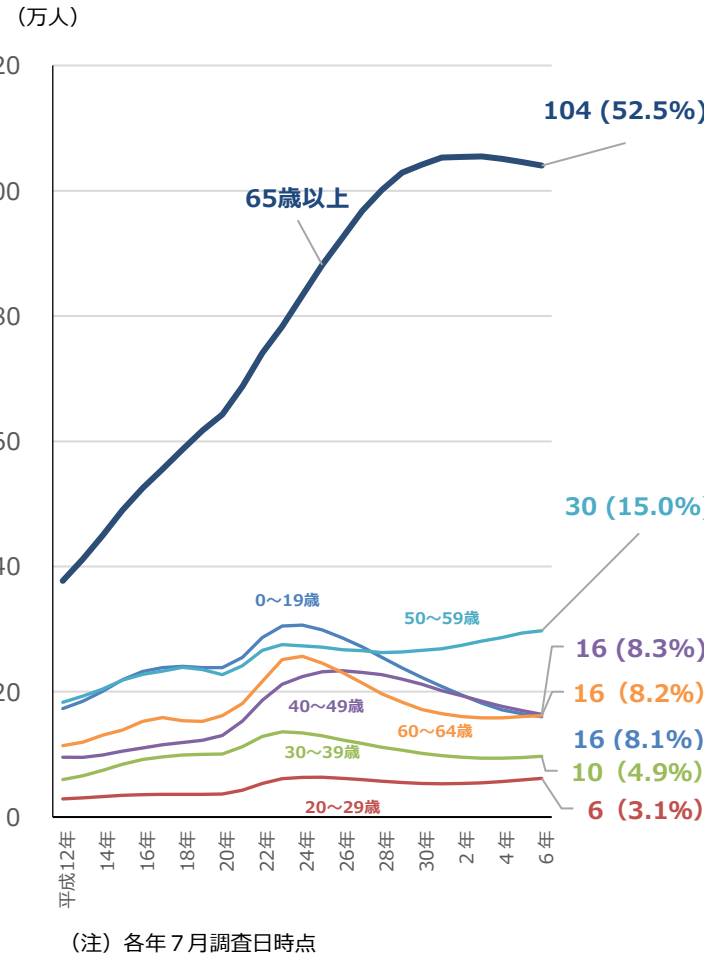
- 生活保護受給者数は平成27年3月をピークに減少に転じ、緩やかな減少傾向が継続。受給世帯数も横ばい。
- 高齢化に伴い高齢者世帯が増加傾向。受給世帯、受給人員ともに過半数が高齢者。リーマンショック以降、その他の世帯が高止まり。

生活保護受給者数の推移



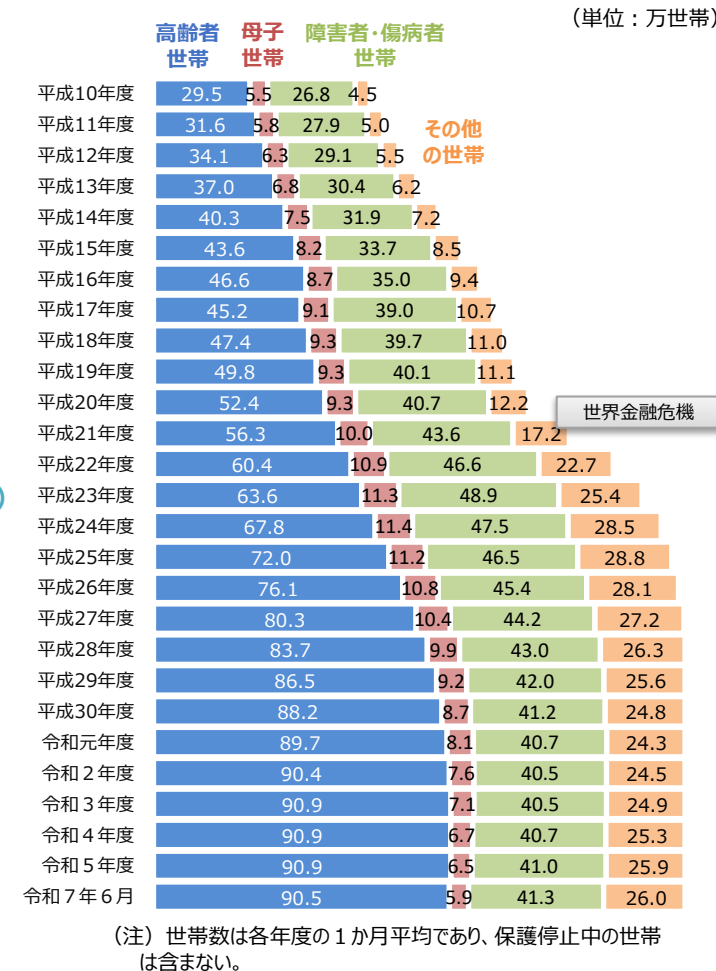
(出所) 被保護者調査 月次調査 (厚生労働省)
(平成23年度以前は福祉行政報告例) (令和6年度以降は速報値)

年齢階層別被保護人員の推移



(出所) 被保護者調査 年次調査 (厚生労働省)
(平成23年度以前は被保護者全国一斉調査) (令和6年度以降は速報値)

世帯類型別の生活保護受給世帯数の推移



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

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

生活扶助基準の現状（R7・R8年度）

R5	R6	R7	R8	R9	R10
改定 R5.10-		R7.10-		改定	
①特例加算 (月1,000円/人)		①特例加算 (月1,500円/人)		1年前倒し R9改定後の基準	
②従前額保障		②従前額保障			

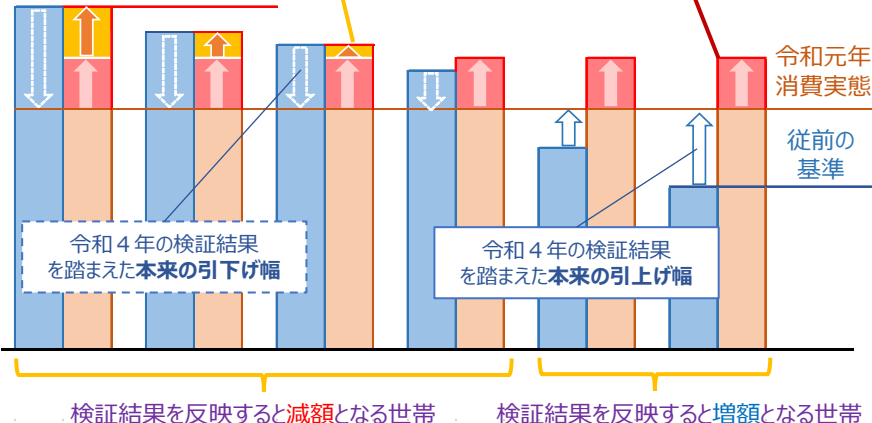
従前額保障

- ② 特例加算をしてもなお、減額となる世帯には従前の基準額を保障

特例加算

- ① １人当たり月額1,500円を特例的に加算

新基準（特例）



これまでの取組

【令和５年度予算編成】

- 当面２年間（令和５～６年度）の臨時的・特例的な措置を実施。
 - ① 令和元年当時の消費実態の水準（令和４年検証結果の反映後）から一定額（月1,000円/人）を特例的に加算【特例加算】
 - ② ①の措置をしても従前の基準から減額となる世帯については、従前の基準額を保障【従前額保障】

【令和７年度予算編成】

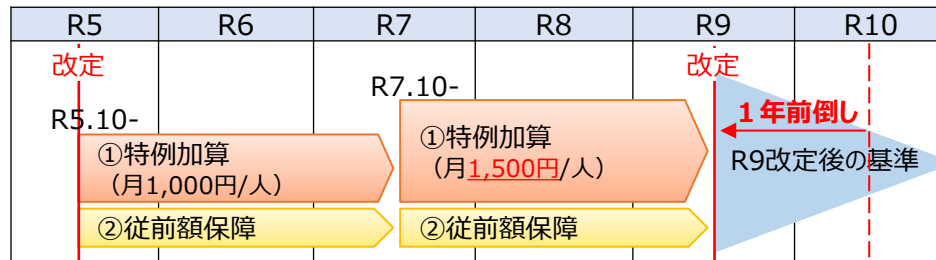
- 当面２年間（令和７～８年度）の臨時的・特例的な措置を実施。
 - ① 特例加算を増額（月1,500円/人）した上で継続
 - ② 従前額保障も継続
- 次回定期検証・改定の１年前倒し、消費データの充実・活用を図ることとした。

改革の方向性（案）

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

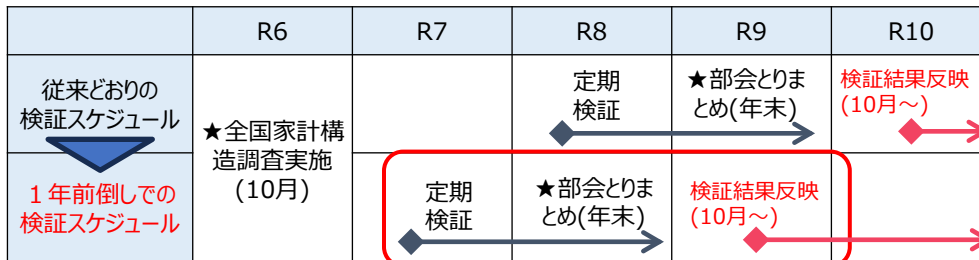
- 生活扶助基準の検証に当たって利用される「全国家計構造調査」は、年齢階級・世帯人員・級地別の詳細な分析が可能だが、5年ごとの調査であるため調査実施時点から改定までにタイムラグが生じる（前回の定期改定では、令和元年の調査結果に基づき令和5年度に改定）。一方で、足下の月次データ等を確認できる「家計調査」は、一般低所得世帯のサンプル数が少ないという課題がある。
- こうした中、令和5・6年度については、当時の経済・物価動向等を踏まえた臨時的・特例的な対応（特例加算等）を実施（R5.10～：月1,000円/人）。更に令和7年度予算編成において、令和7・8年度についても特例加算等を実施することを大臣間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

令和5～8年度の臨時的・特例的対応



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

次期定期検証の前倒し実施のイメージ



主な消費指標の特徴

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

（参考）社会保障審議会生活保護基準部会報告書（令和4年12月9日）

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

（参考）大臣折衝事項（令和6年12月25日）

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

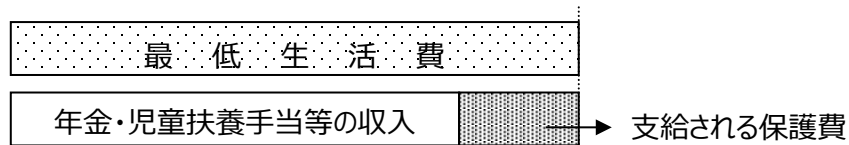
【改革の方向性】（案）

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

- 生活保護制度においては、最低限度の生活を保障するとともにその自立を助長することが目的（生活保護法第１条）とされており、生活保護法において様々な原則や義務が設けられている。
- 最低生活費は、日常的に必要な食費、被服費、光熱水費等に対応するものとして生活保護受給者の年齢、世帯構成及び地域に応じた生活扶助（第１・２類費と各種加算）のほか、必要に応じた住宅扶助、教育扶助、介護扶助、医療扶助等を支給。
- このうち生活扶助基準については、一般低所得者世帯の消費水準との均衡を図るように設定。社会保障審議会生活保護基準部会において５年に一度検証を行っている（前回は、令和４年に行った検証の結果を踏まえ、令和５年に基準改定）。

◆最低限度の生活の保障

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



生活保護法（昭和二十五年法律第百四十四号）

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

（基準及び程度原則）
第八条 保護は、厚生労働大臣の定める基準により測定した要保護者の需要を基とし、そのうち、その者の金銭又は物品で満たすことのできない不足分を補う程度において行うものとする。
２ 前項の基準は、要保護者の年齢別、性別、世帯構成別、所在地域別その他保護の種類に応じて必要な事情を考慮した最低限度の生活の需要を満たすに十分なものであつて、且つ、これをこえないものでなければならない。

◆生活扶助基準の概要

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

生活保護基準額（月額）：275,910円

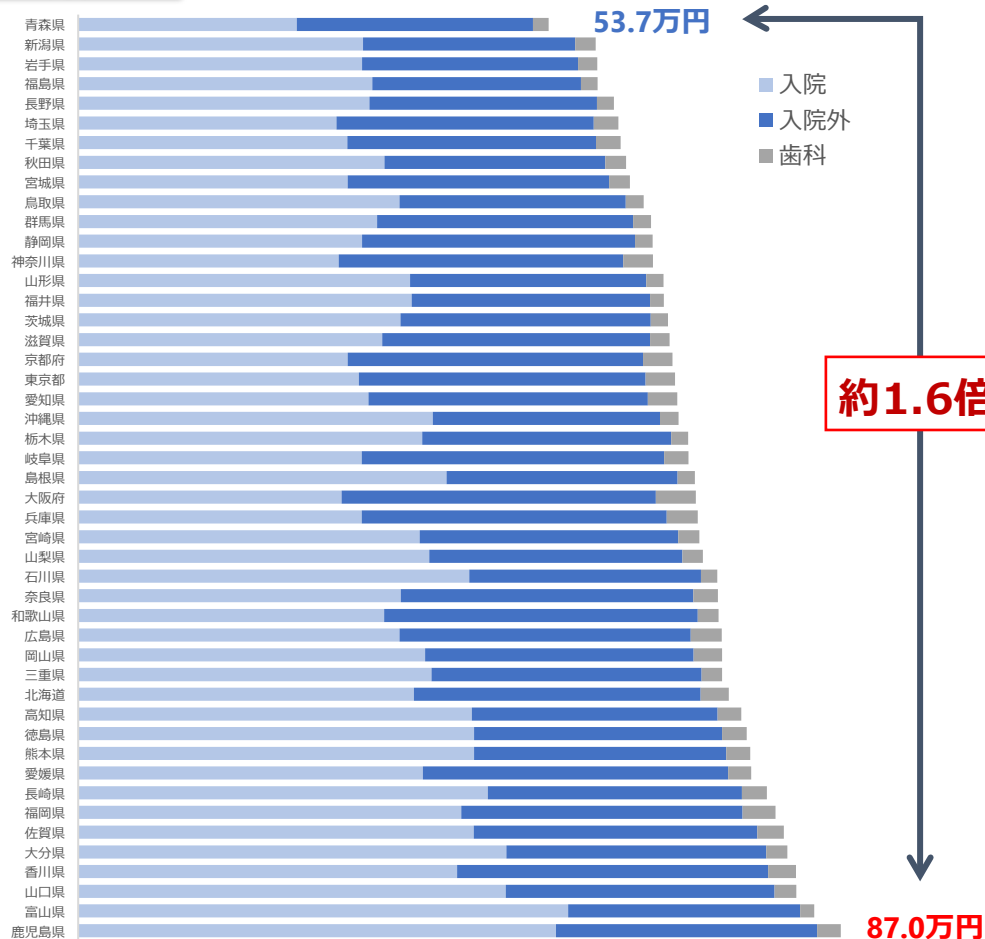
※このほか、医療扶助等の現物給付や一時扶助等の必要に応じた給付を実施。

（内訳）
生活扶助 : 182,330円
児童養育加算 : 20,380円
教育扶助 : 3,400円
住宅扶助 : 69,800円

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

現状

１人当たり医療扶助費（都道府県別）



これまでの取組

- ケースワーカー等による指導等
 - ・ レセプト等を活用し、頻回受診・多剤・重複投薬者を特定・指導
 - ・ 頻回受診指導での未改善者を対象に、有効期限が１か月より短い医療券を発行し、指導機会を創出
- 後発医薬品の使用原則化
 - ・ 医学的知見に基づき問題がない場合は、後発医薬品の使用を原則化
- オンライン資格確認の導入等のデジタル化・データ活用
 - ・ 令和６年３月からオンライン資格確認を導入し、その実績口グを頻回受診傾向者の早期把握に活用
 - ・ 都道府県が医療扶助の状況等に関するデータを分析し、市町村の取組を支援する旨の努力義務規定を創設

改革の方向性（案）

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

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

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

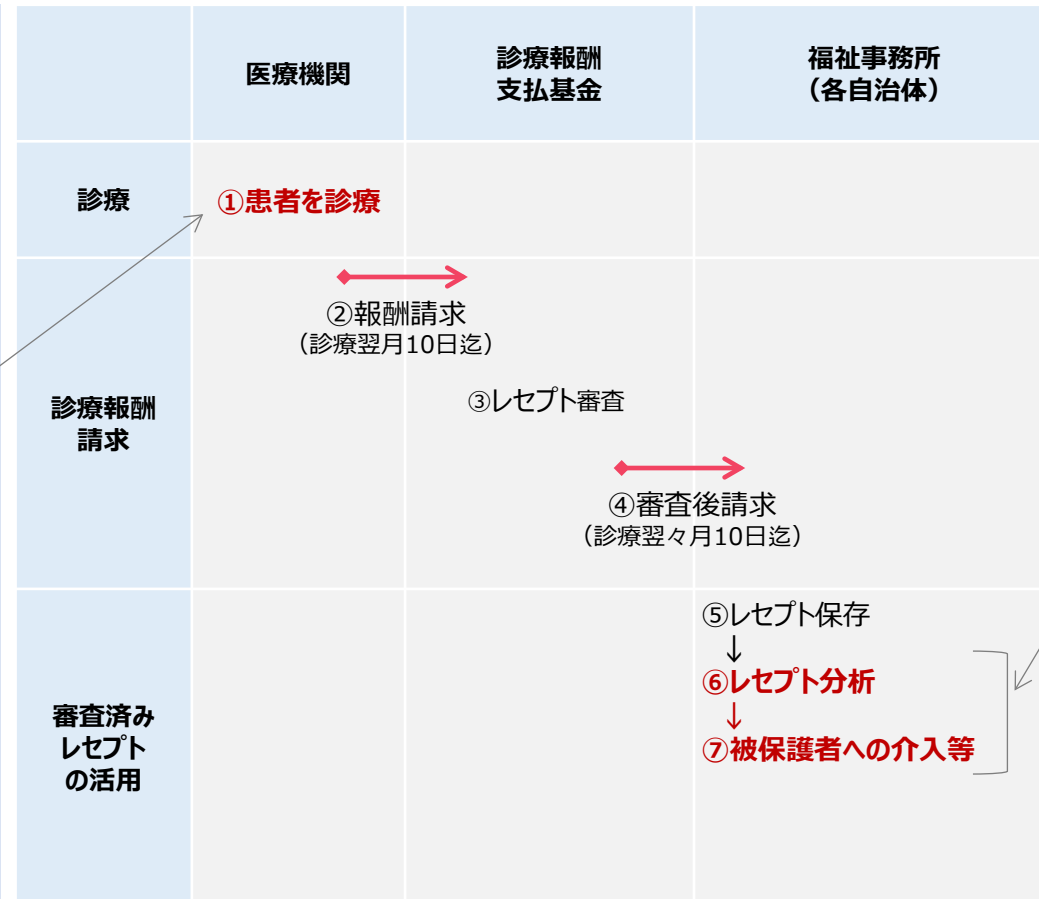
診療～データ活用の流れ

現状

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

課題

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



現状

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

課題

- ✓ レセプト管理システムの抽出機能に課題がある自治体が存在。

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

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

頻回受診の早期把握の流れ



頻回受診者数・改善状況

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

(出所) 厚生労働省調べ

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

指導対象者：頻回受診者のうち、主治医や嘱託医が必要以上の受診と認めた者

オンライン資格確認の対応状況(導入済み医療機関数)

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

(出所) 厚生労働省調べ

マイナンバーカード利用登録状況（＝被保護者側の状況）

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

(出所) 厚生労働省調べ

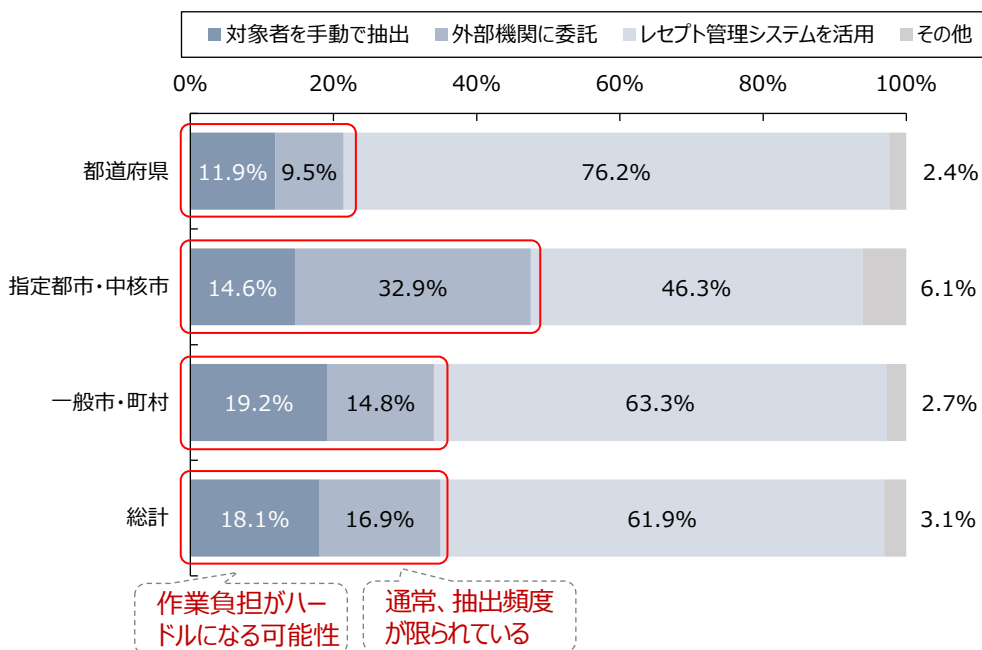
【改革の方向性】(案)

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

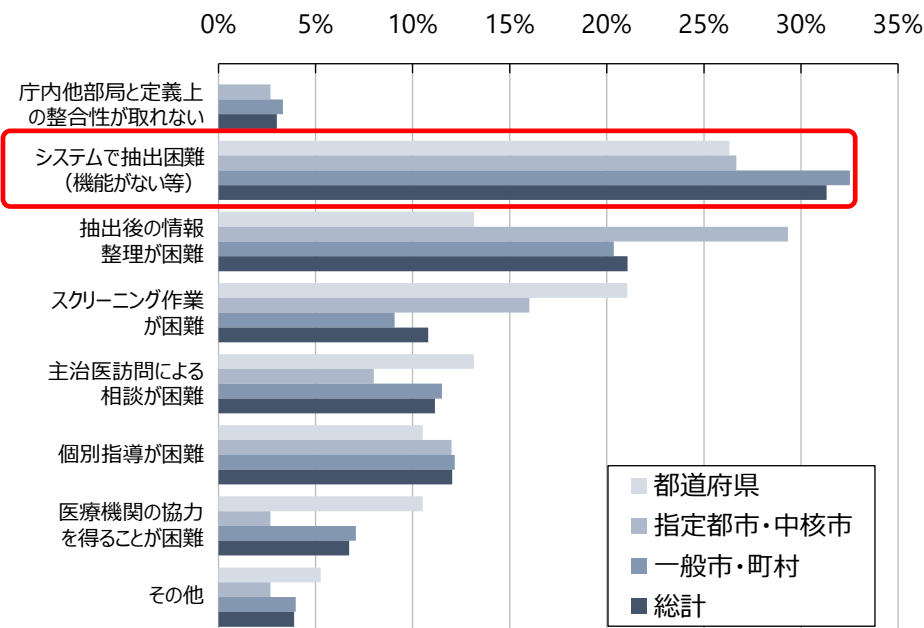
○ 頻回受診や重複・多剤投与の対策に当たっては、審査済みのレセプトを活用した指導対象者の抽出が必要となるが、レセプト管理システムの抽出に課題を抱える自治体が一定数存在。

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

重複・多剤投与者を抽出する際の手法



指導対象者を拡大する際のボトルネック



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

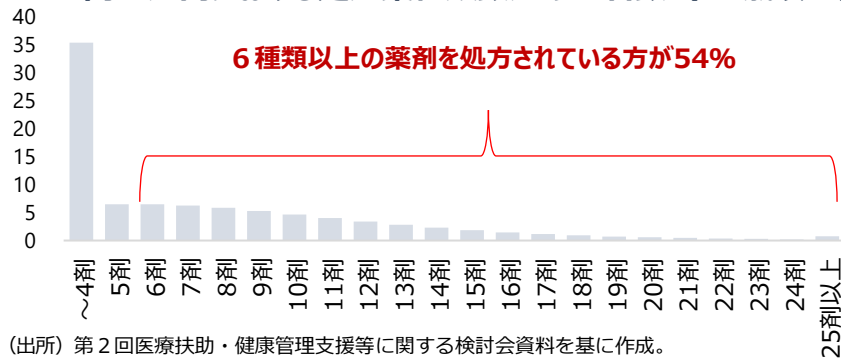
【改革の方向性】（案）

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

- 重複・多剤投薬については、被保護者の健康管理上の観点からも、状況を把握し、適切に服薬管理・指導を行う必要。
- 例えば日本老年医学会のガイドラインでは、「５～６種類以上を多剤併用の目安と考えるのが妥当」とされているが、医療扶助においては、約５割の者が６種類以上の薬剤を処方されている状況。

※ なお、都道府県が市町村を支援するに当たって目標設定を行う指標の１つとして、「多剤投薬率（６剤）」が掲げられているが、一方で、福祉事務所設置市町村において、被保護者に対する指導の基準として６剤以上の多剤投与率が必ずしも位置づけられているわけではない。

（万人） 同一月内における処方薬種類数別の患者数（６５歳以上）



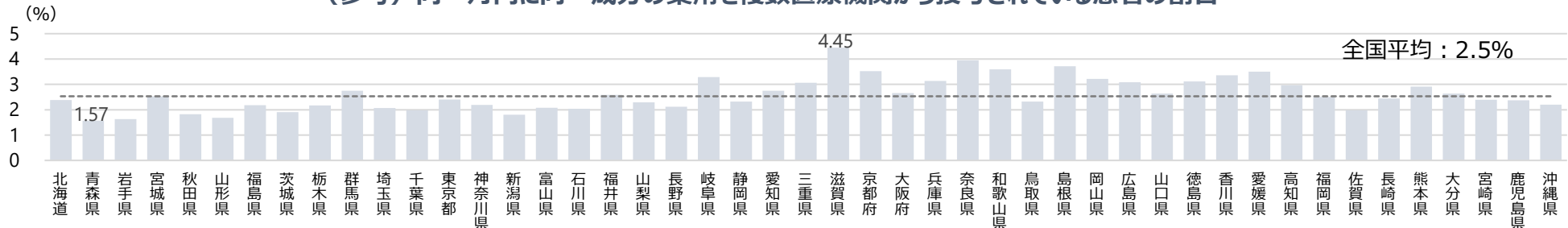
（出所）第２回医療扶助・健康管理支援等に関する検討会資料を基に作成。

（注）令和４年６月診療分の医療扶助に該当するレセプトから算出。

（参考）お薬手帳活用促進事業（R1～）

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

（参考）同一月内に同一成分の薬剤を複数医療機関から投与されている患者の割合



（出所）第２回医療扶助・健康管理支援等に関する検討会資料を基に作成。

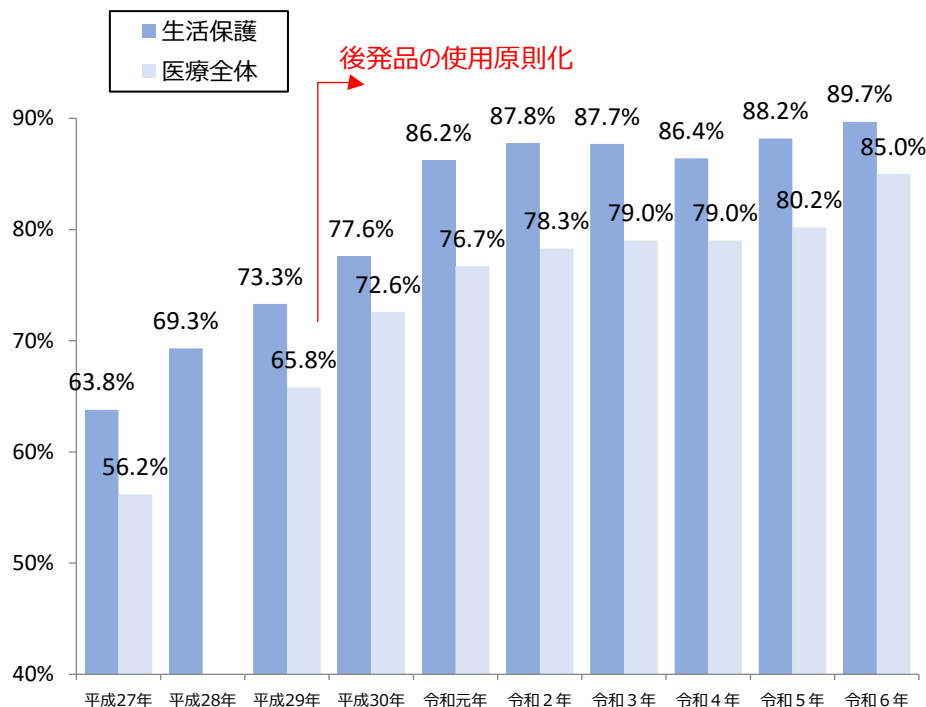
（注）令和４年６月診療分の医療扶助に該当するレセプトから、重複処方（同一診療年月に同一成分の医薬品が２つ以上の医療機関から処方されている状態）の発生した受診者数を算出。

【改革の方向性】（案）

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

- 生活保護受給者は、平成30年10月以降、「医学的知見」に基づき先発医薬品の使用が必要な場合を除き、後発医薬品の使用が原則化。これにより、後発医薬品使用割合が増加。さらに、令和6年度末には、「医学的知見」の具体的内容を明確化。
- 一方、医療保険では、令和6年10月より、医療上の必要性がないにもかかわらず、患者が後発医薬品ではなく先発医薬品（長期収載品）を希望した場合、両者の差額の4分の1を患者負担する選定療養を開始。

後発医薬品使用割合の推移



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

厚生労働省社会・援護局保護課長通知（令和7年3月）

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

医療保険において「**医療上の必要性**」が認められる場合

- ① 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、その患者の疾病の治療のために必要な場合
- ② その患者が後発医薬品を使用した際に、副作用があったり、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと判断する場合であって、安全性の観点等から必要な場合
- ③ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されている場合
- ④ 後発医薬品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化できないなどの場合

（出所）厚生労働省パンフレット

【改革の方向性】（案）

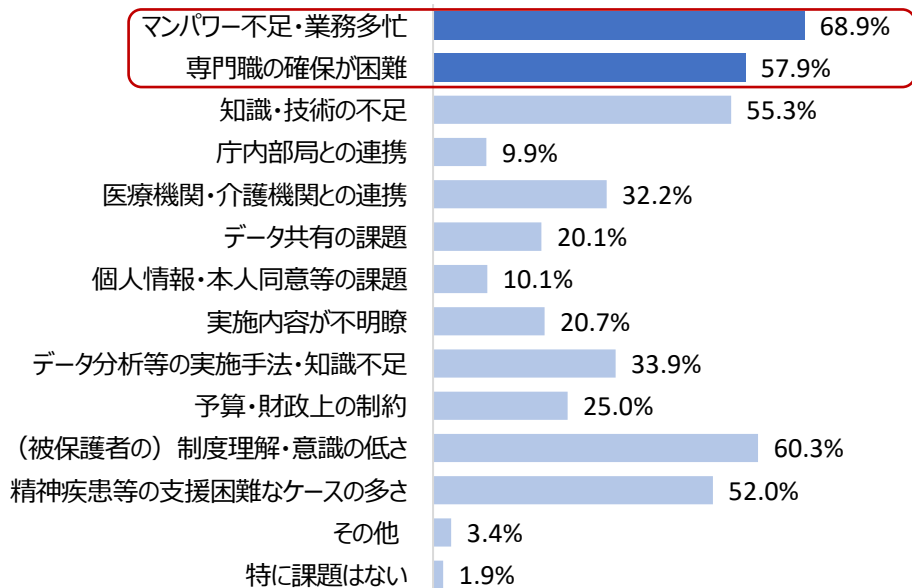
- 引き続き、後発医薬品の使用割合の実績や、医療保険制度における対応状況等を踏まえつつ、後発医薬品の利用促進を図っていく必要。

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

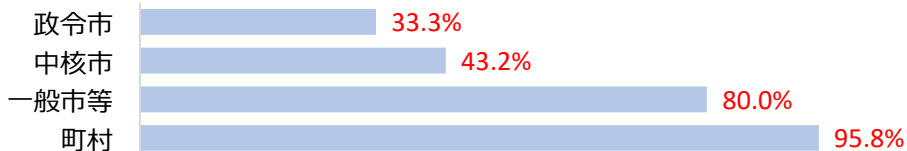
（参考）生活保護法 第81条の2（R7.4.1施行）

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

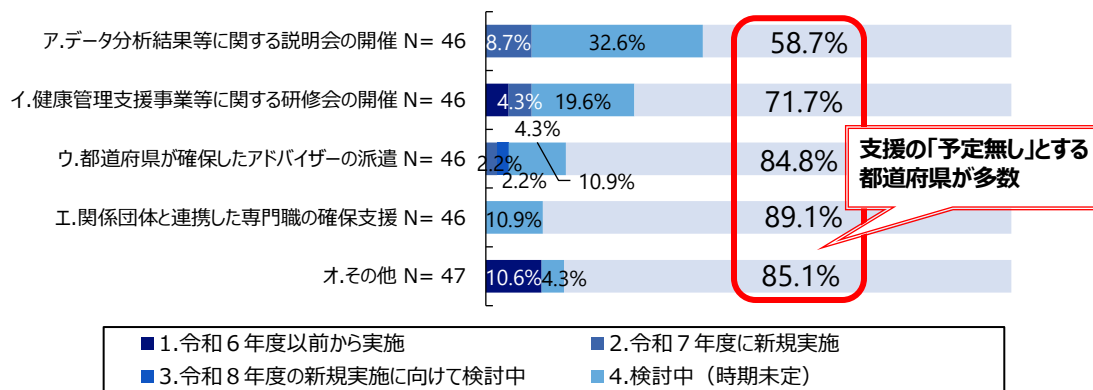
①医療扶助適正化に取り組む際の課題（複数選択）



②医療扶助等を専担で行う職員のうち医療職職員がゼロの自治体の割合



③管内市町村への技術的助言の実施状況（R7.6厚生労働省調査）



（注1）「一般市等」には特別区を含む

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

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

【改革の方向性】（案）

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

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

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

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

医療費全体に関する都道府県のがバナンス強化の観点から、生活保護受給者が国民健康保険制度や後期高齢者医療制度に加入することについて、検討を深める。

生活保護受給者の各種制度への加入

介護 保険	国民 年金	労働 保険	被用者 保険	障害福祉 サービス	国保等
加入・利用が可能					国保等から脱退して医療扶助を受ける

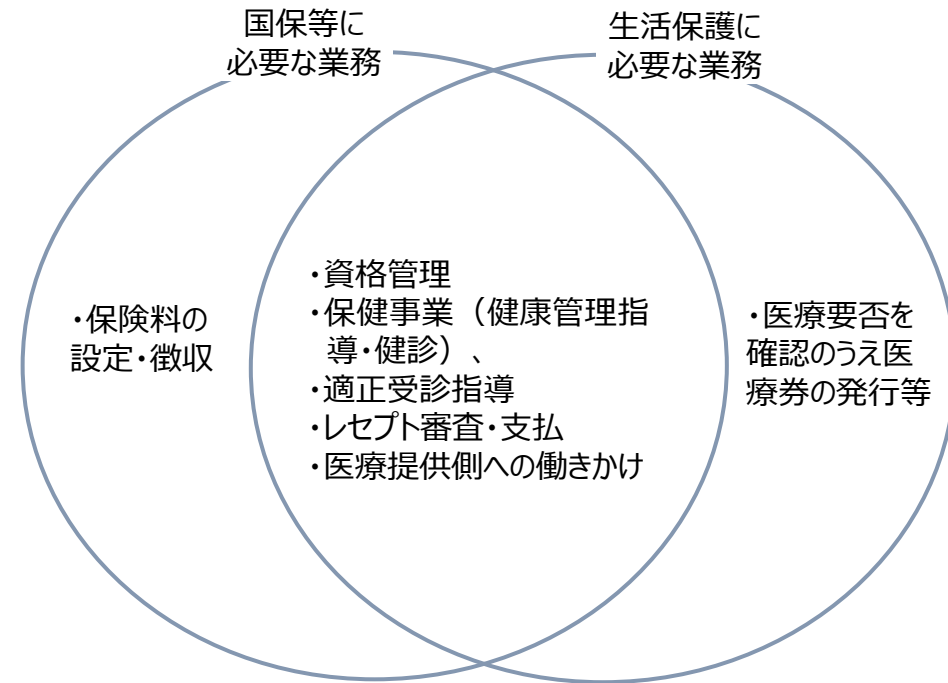
高齢者の保険制度別医療費と医療扶助

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

（出所）医療保険については、「医療保険に関する基礎資料（令和4年度）」

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

生活保護（医療扶助）と国保等に関する自治体の業務



【改革の方向性】（案）

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