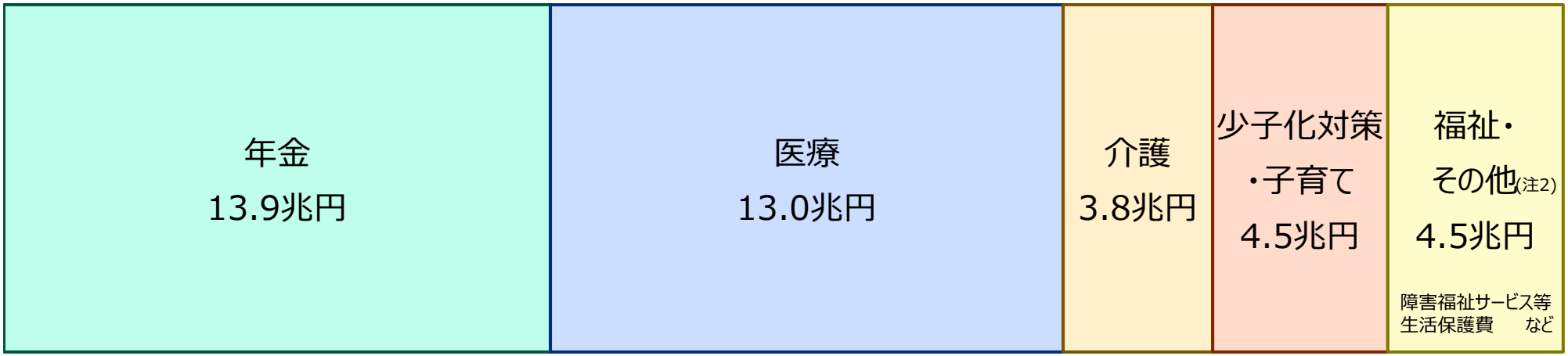
社会保障関係の令和９年度概算要求額について

資料Ⅱ－２－１



令和９年度概算要求額　社会保障関係費計　３９．７兆円

＋

「強く豊かな日本」投資枠　１．２兆円の内数(注3)

(注１) 令和８年度当初予算における社会保障関係費は３９．１兆円。

(注２) このうち、生活保護費は「医療」「介護」にも計上があり、生活保護費全体では２．８兆円が要求されている。
また、障害福祉サービス等は「少子化対策・子育て」にも計上があり、障害福祉サービス等全体では２．７兆円が要求されている。

(注３) 社会保障関係費が大宗を占める厚生労働省及びこども家庭庁における「強く豊かな日本」投資枠の要求額合計であり、社会保障関係費以外も含まれている点に留意。

令和９年度予算編成における課題（社会保障）

資料Ⅱ－２－２

社会保障負担率の目標の検討

○ 経済・物価動向等を踏まえ、的確な対応を行いつつ、これまでの歳出改革努力を継続し、2027年度の社会保障負担率が2025年度と比較して上昇しないよう取り組む
○ 社会保障制度が果たす機能を損なわないよう配慮しつつ、社会保障負担率の目標の検討を進め、これとあわせて、社会保障改革について2026年度中に改革項目の具体化と工程の明確化を図り、順次実施

医療・介護保険制度改革

○ 70歳以上の高齢者の医療費窓口負担割合について、必要な受診が確保されるよう適切に配慮することを前提に、原則３割となっている現役世代との間で年齢によらない真に公平な応能負担を実現する観点からの見直し
○ 介護保険の２割負担の基準の見直しについての結論や医療・介護保険での金融所得・資産の扱い等についての検討

介護・障害福祉報酬改定/薬価改定

○ ３年に１度の改定年にあたり、処遇改善や物価対応の課題に適切に対応しながら、サービスの質の向上（一部のサービス類型で見られる問題事例への対応）や保険料・公費負担の上昇抑制などの観点からの適正化に取り組み、メリハリのある介護・障害福祉報酬改定を実施
○ 市場実勢価格を把握した上で、創薬イノベーション、医薬品の安定供給と国民負担の軽減の観点から、薬価改定を実施

生活保護制度の基準改定

○ ５年に１度の定期検証における足下の消費動向の適切な反映と併せて、各種加算の見直しや医療扶助の適正化に加え、制度の平等性・信頼性確保のための取組を実施

「強く豊かな日本」投資枠

○ 医療分野を中心とした要求について、どのように民間投資や経済成長の実現に寄与するか、官民のリスク分担は適切か、効果検証の仕組みが予めあるか、医療分野の効率性を高められるかといった観点から、「投資枠」の趣旨に沿った内容に

骨太2026における歳出水準・社会保障負担率の考え方

資料Ⅱ－２－３

第３章　責任ある積極財政に基づく「中長期経済財政計画」

２．全世代型社会保障の構築

連立政権合意書（令和７年10月20日）に盛り込まれた13の社会保障改革項目について合意された具体的な骨子（注１）に基づき、2026年度中に具体的な制度設計を行い、順次実行する。

具体的には、経済・物価動向等に適切に対応し、安心して医療・介護・福祉サービスを受けられる体制を整備することとあわせて、医療・介護を中心とした社会保障制度改革を着実に実行することにより、**現役世代の保険料率の上昇を止め、引き下げていくことを目指す**。このため、骨太方針2025と同様、経済・物価動向等を踏まえ、的確な対応を行いつつ、これまでの歳出改革努力を継続し、**2027年度の社会保障負担率が2025年度と比較して上昇しないよう取り組む**。また、社会保障制度が果たす機能を損なわないよう配慮しつつ、**社会保障負担率の目標の検討**を進め、これとあわせて、**社会保障改革について2026年度中に改革項目の具体化と工程の明確化**を図り、順次実施する（注２）。

（注１）「社会保障改革項目に関する具体的な骨子」（令和８年７月７日 自由民主党・日本維新の会 社会保障制度改革協議体）。

（注２）特に、高齢化や高度化等への対応が必要な医療給付費については、経済が成長し賃上げが継続する「強い経済」の構築に向けた取組を進める中で、診療報酬に経済・物価動向等を基本的に反映しつつも、医療給付費の対ＧＤＰ比や雇用者報酬の伸びとの関係などを参照しつつ、医療費適正化計画の次期改定に向けて抜本的な見直しを行うことを含め、改革を継続する。

医療・介護・障害福祉等の分野の技術の発展と普及を支援し、ＤＸ／ＡＸ、多職種連携を含むチーム医療等による生産性の向上と職員配置の柔軟化に向けた一層の取組を図るとともに、経営情報の見える化を進め、経営実態を把握した上で、物価と賃金の変動に適切に対応し、経営の安定、処遇改善を図りつつ、社会保障制度改革を着実に実行する（注）。

（注）具体的には、**社会保障関係費については、給付と負担の改革努力を継続しつつ、高齢化による増加分に相当する伸びに経済・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。

医療・介護に係る保険給付費等の伸びと現役世代の保険料負担

資料Ⅱ－２－４

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

医療・介護 保険給付費等の伸び
＋2.8%／年

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

2012−2024年度

保険給付費等の伸びが雇用者報酬の伸びを上回る
⇒**保険料率は上昇**

保険料率引上げ等

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

※労使合計の保険料率

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

雇用者報酬の伸び
＋2.0%／年

○雇用者数　＋0.8%／年
※生産年齢人口　▲0.7%／年

○賃金　＋1.1%／年

2012−2024年度

（出典）内閣府「国民経済計算」（2024年度年次推計）、総務省「人口推計」、全国健康保険協会及び健康保険組合予算・決算関係資料。
（注１）直近３年（2021年度～2024年度）の医療・介護に係る保険給付費等の伸びは＋2.2%、雇用者報酬の伸びは+2.9% 。
（注２）年平均は始点から終点までの伸び率を年数で単純に除して算出。
（注３）雇用者報酬には、医療・介護保険料の事業主負担分も含まれる点に留意。
（注４）医療保険給付費等は、2012年度から2024年度にかけての全国健康保険協会及び健康保険組合における保険給付費及び拠出金等の総額（健康保険組合の2024年度実績については決算見込額）。
（注５）介護納付金は、2012年度から2024年度にかけての全国健康保険協会及び健康保険組合における介護納付金の総額（健康保険組合の2024年度実績については決算見込額） 。
（注６）健康保険組合に係る保険料率は、平均設定保険料率であって、各組合の単純平均（加入する被保険者数でウェイトがけしていない）。2012年度は決算、2024年度は決算見込み。

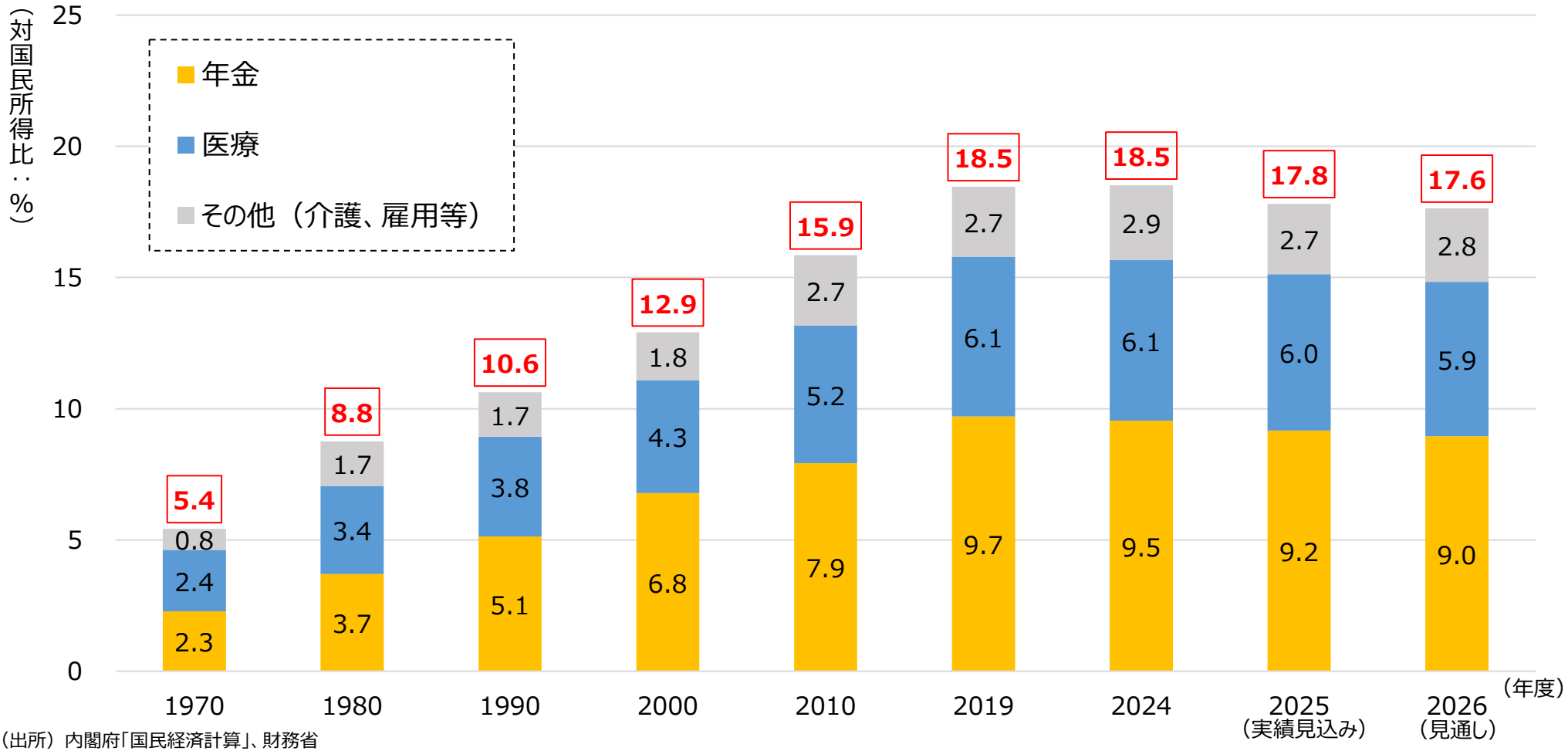
社会保障負担率の推移（マクロ）

資料Ⅱ－２－５

○ **社会保障負担率**(保険料負担の国民所得*に対する割合)は、社会保障給付費の増加に伴い長期的には上昇傾向にあったが、近年では賃上げの進展等により、**国民所得の伸びが社会保障負担の伸びを上回っている**ことから**横ばいないし微減**で推移している。

○ 今後も一定の物価・賃金上昇が継続すると想定される中で、**医療・介護を中心とした社会保障制度改革を着実に推進**することにより、**社会保障負担率の引下げを通じて現役世代の負担を軽減**し、経済全体の賃上げ政策と相まって、**家計の可処分所得の増加につなげていくことが重要**である。

*賃金の総額（雇用者報酬）に企業所得等も加えた概念

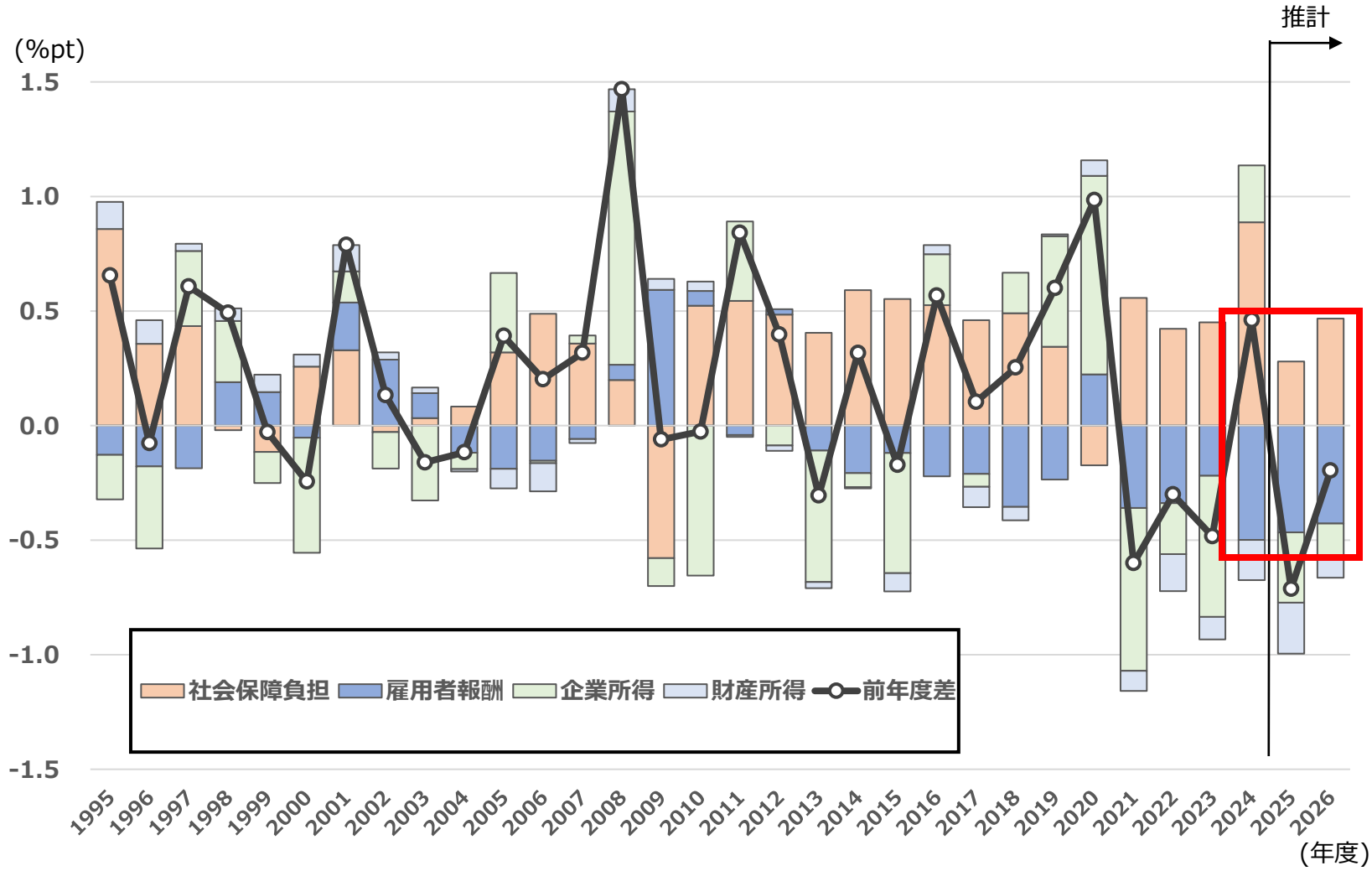


（出所）内閣府「国民経済計算」、財務省
（注１）2024年度までは実績、2025年度は実績見込み、2026年度は見通し。
（注２）1970年度は68SNA、1980年度及び1990年度は93SNA、2000年度以降は08SNAに基づく計数。

（参考）社会保障負担率の前年度差と要因分解

資料Ⅱ－２－６

○ 社会保障負担率の変化に対する国民所得の各要素の寄与度をみると、**2024年度から2026年度の２年間の社会保障負担率の低下に対する雇用者報酬の寄与が大きい**。



（出所）内閣府「国民経済計算」、財務省
（注１）2024年度までは内閣府「2024年度国民経済計算（2020年基準・2008SNA）」
（注２）2025・2026年度は「令和８年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度（令和８年１月23日閣議決定）」に基づく計算

（参考）マクロの家計可処分所得の変動要因

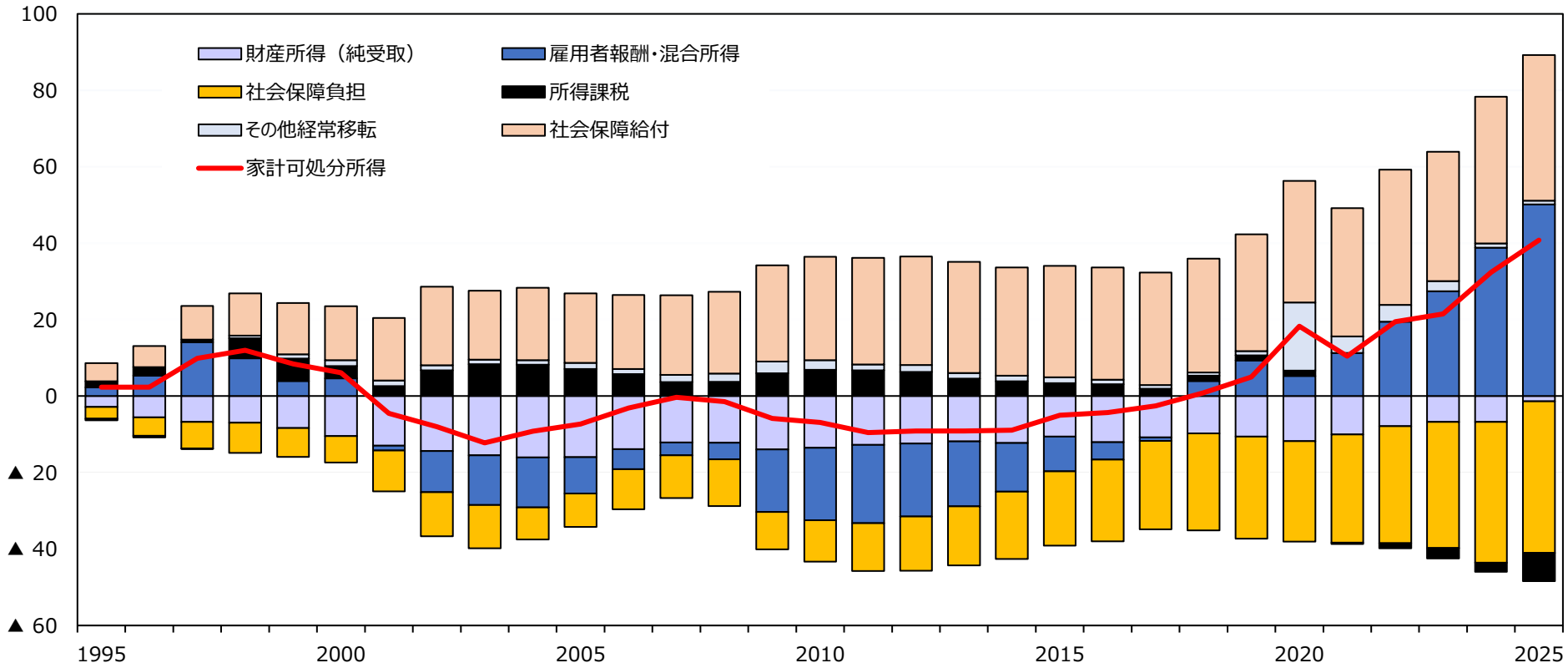
資料Ⅱ－２－７

○ 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

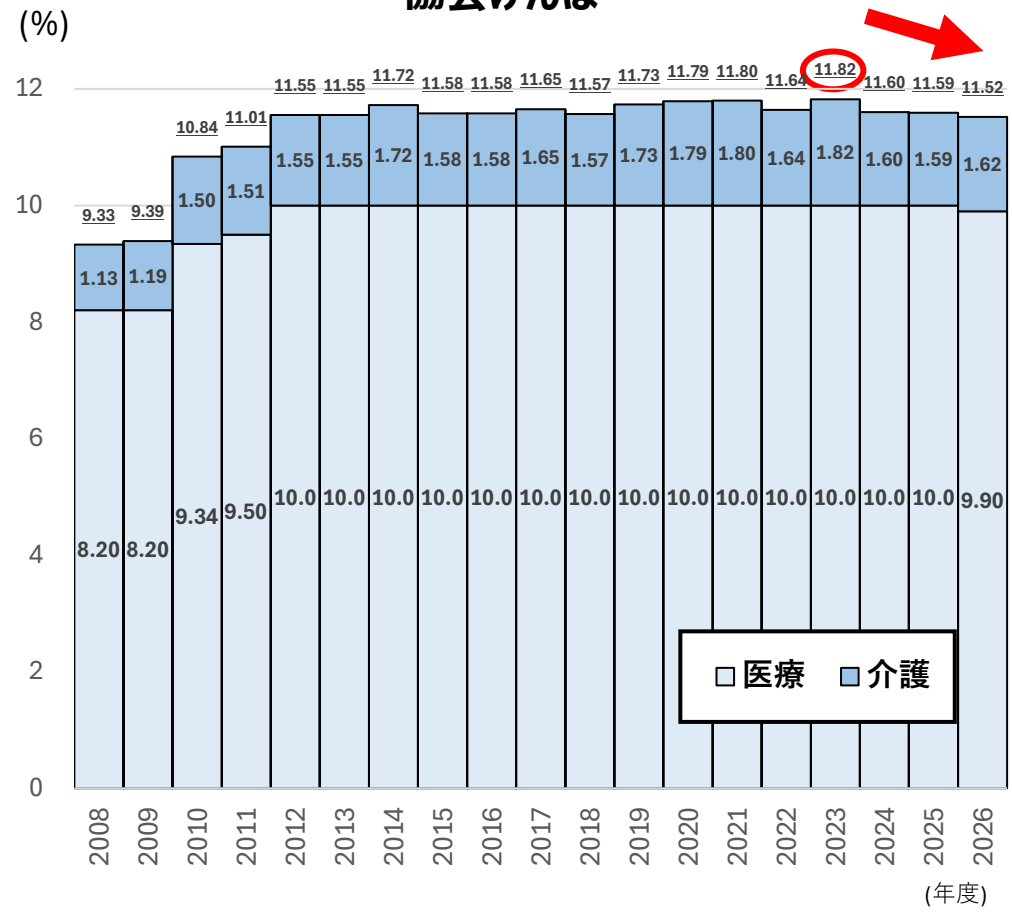


（出所）内閣府「国民経済計算」

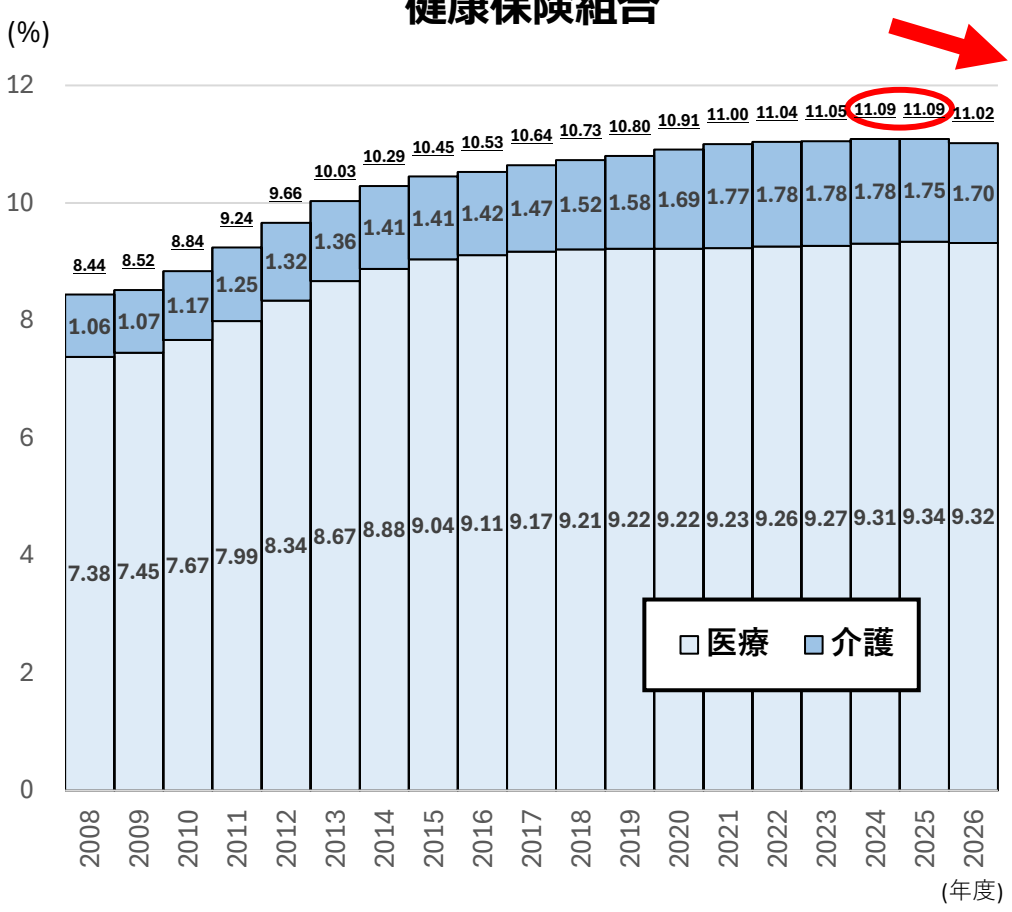
（参考）協会けんぽ・健康保険組合の保険料率の推移（ミクロ）

○ 現役世代における**医療・介護の保険料率の推移**をみると、**マクロの社会保障負担率の動きと概ね整合的な形で、これまで増加を続けてきた保険料率が足もとで微減に転じている**。

協会けんぽ



健康保険組合



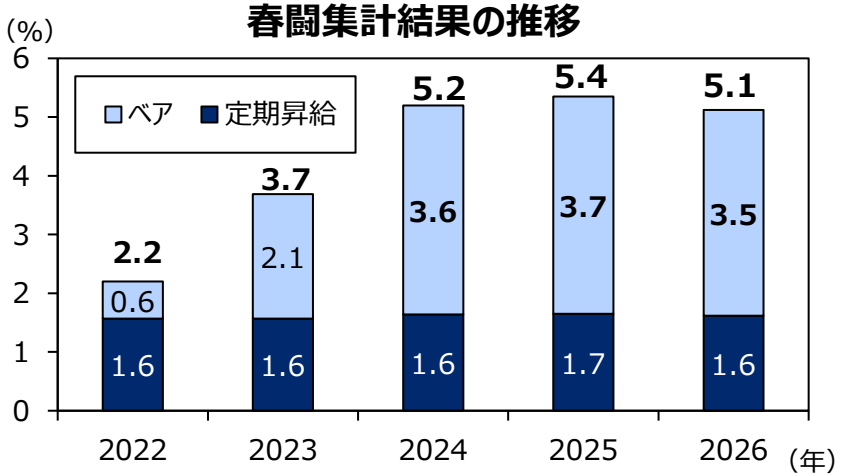
（出所）健康保険組合の予算・決算関係資料、全国健康保険協会（協会けんぽ）
（注１）保険料率は全国・各組合の数値を平均したもの。介護と医療の合算保険料率は、各保険料率を小数点第２位で単純に足し上げたもの。
（注２）健康保険組合について、2008年度から2024年度までは決算、2025年度は決算見込、2026年度は予算早期集計。
（注３）2026年度は医療・介護の保険料率とは別に子ども子育て支援金率0.23%を賦課。

物価・賃金の動向

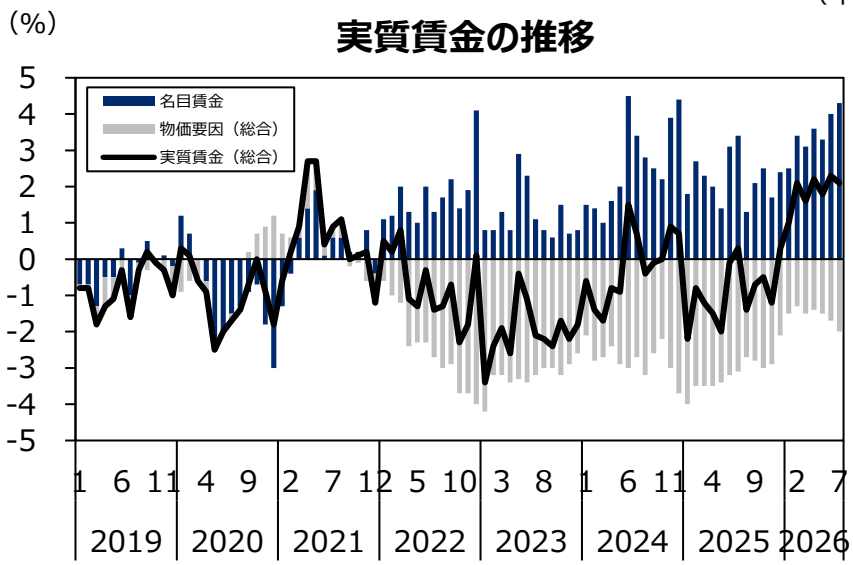
○ 春季労使交渉での賃上げ率は３年連続で５％台の高水準であり、物価高の中でも2026年に入ってからは実質賃金の上昇が継続。

○ 2024年度から2026年度に続き、**2027年度も物価上昇率を上回る一人当たり名目賃金の上昇（＝実質賃金の上昇）が見込まれている**。

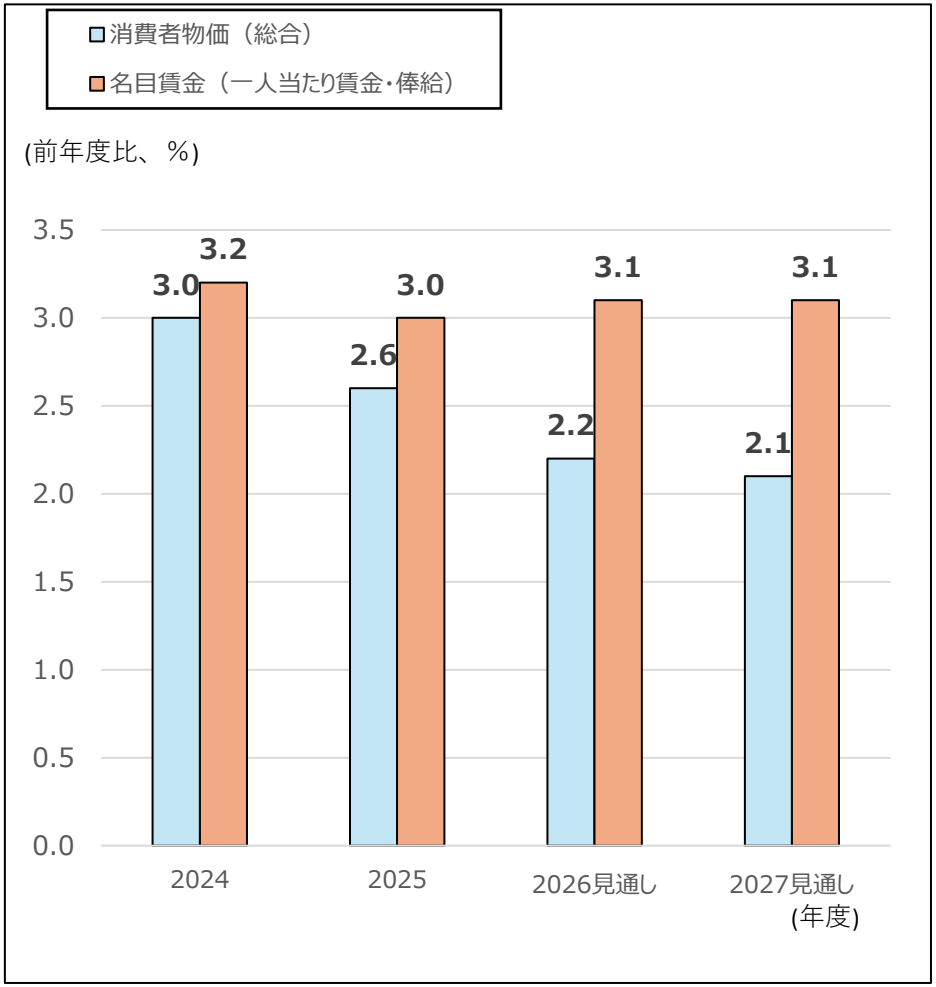
春闘集計結果の推移



実質賃金の推移



物価・名目賃金（内閣府年央試算）



（出所）連合「春季生活闘争 回答集計結果」、厚生労働省「毎月勤労統計」、内閣府「年央試算」

（注）春闘集計結果の推移については、ベア分が明確に分かる組合についてのみ集計。実質賃金は、消費者物価指数（2020年基準）を用いて実質化したもの。

令和７年度から９年度における社会保障負担率

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

【骨太の方針2026(抄)】経済・物価動向等を踏まえ、的確な対応を行いつつ、これまでの歳出改革努力を継続し、2027年度の社会保障負担率が2025年度と比較して上昇しないよう取り組む。

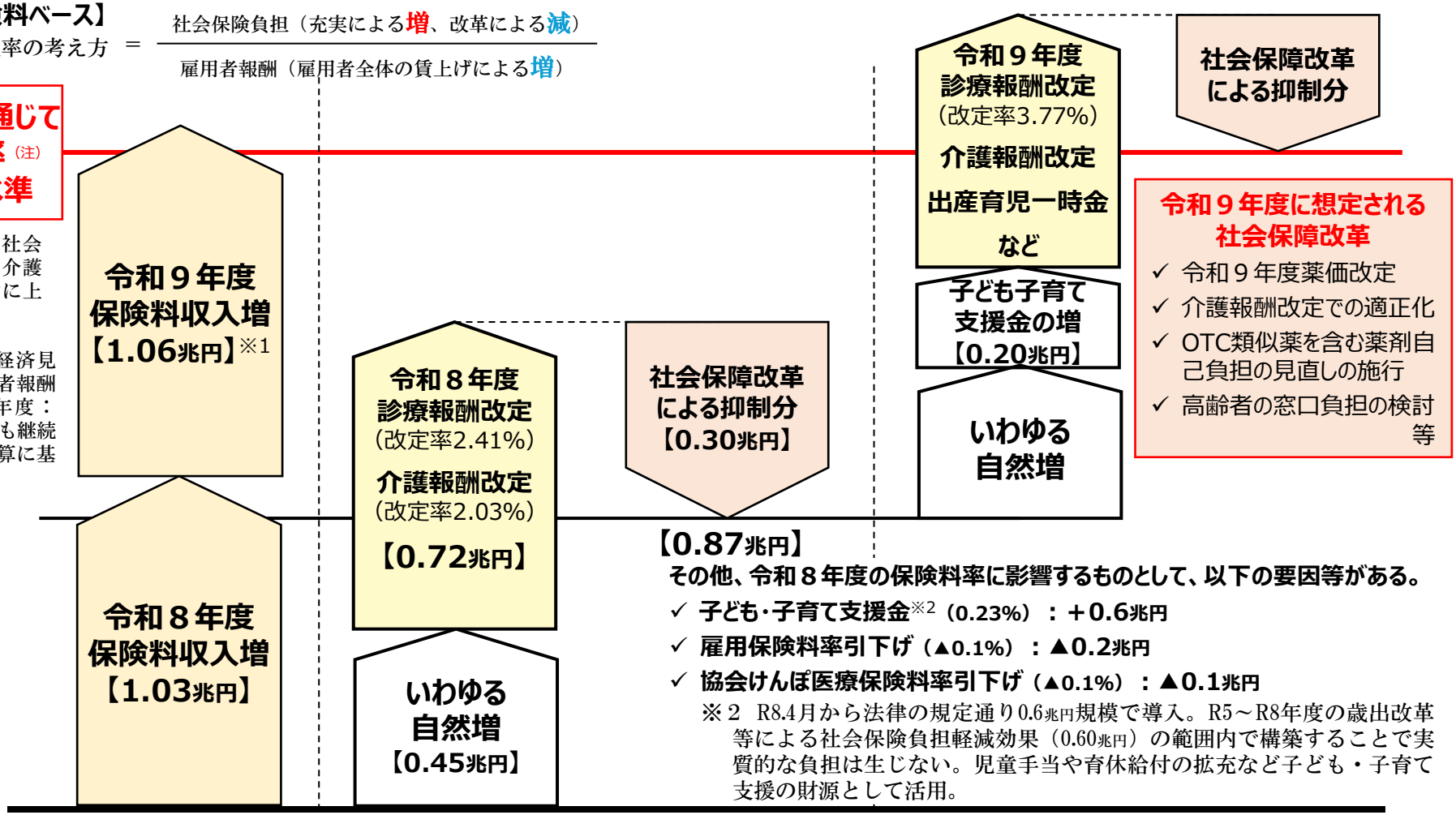
【金額はすべて保険料ベース】

社会保障負担率の考え方 ＝ 社会保険負担（充実による**増**、改革による**減**） ／ 雇用者報酬（雇用者全体の賃上げによる**増**）

令和8・9年度を通じて社会保障負担率（注）が上がらない水準

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

※１「令和８年度政府経済見通し」における雇用者報酬の見通し（令和８年度：3.7%）が令和９年度も継続するとの機械的な試算に基づく



令和９年度に想定される社会保障改革

- ✓ 令和９年度薬価改定
- ✓ 介護報酬改定での適正化
- ✓ OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直しの施行
- ✓ 高齢者の窓口負担の検討

等

その他、令和８年度の保険料率に影響するものとして、以下の要因等がある。

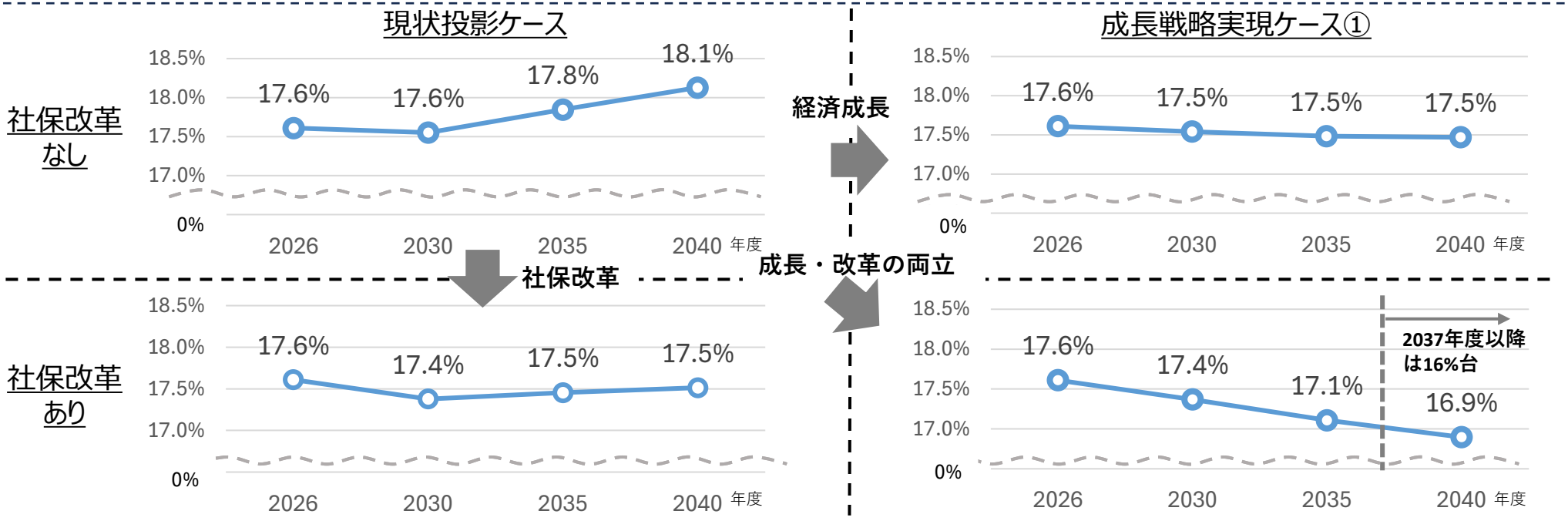
- ✓ **子ども･子育て支援金※2（0.23%）：＋0.6兆円**
- ✓ **雇用保険料率引下げ（▲0.1%）：▲0.2兆円**
- ✓ **協会けんぽ医療保険料率引下げ（▲0.1%）：▲0.1兆円**

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

社会保障負担率の将来推計を踏まえたあるべき対応

○ 民間シンクタンクによる政府の経済見通しに沿った今後の社会保障負担率の推計によれば、保守的な経済前提の場合であって社会保障改革に取り組まない場合には負担率は上昇するが、**経済成長と社会保障改革の両方が組み合わされる場合には、負担率の低下が可能**と見込まれている。

○ こうした推計も参考に、**社会保障負担率の具体的な数値目標とその年限を定めるなど検討を加速化するとともに、目標達成のための具体的な改革項目や工程の明確化を図り、経済成長に向けた政府の取組と社会保障改革の２つを両輪として社会保障負担率を引き下げるべき**。



【参考】上記の経済前提における「中長期の経済財政に関する試算(令和8年7月30日)」の各計数（年度、%）

現状投影ケース	2026	2030	2035	2040
名目GDP成長率	3.0	2.1	2.0	1.9
賃金上昇率	3.1	2.4	2.2	2.2
消費者物価上昇率	2.2	2.1	2.0	2.0

成長戦略実現ケース①	2026	2030	2035	2040
名目GDP成長率	3.0	2.8	3.3	3.4
賃金上昇率	3.1	3.1	3.3	3.5
消費者物価上昇率	2.2	2.1	2.0	2.0

（出典）小黒一正「【論考】社会保障負担率の将来推計が示す日本の選択 －経済成長と社会保障改革の両立が持続可能性確保の鍵－」（東京財団、2026年10月21日）

【骨太方針2026（抄）】

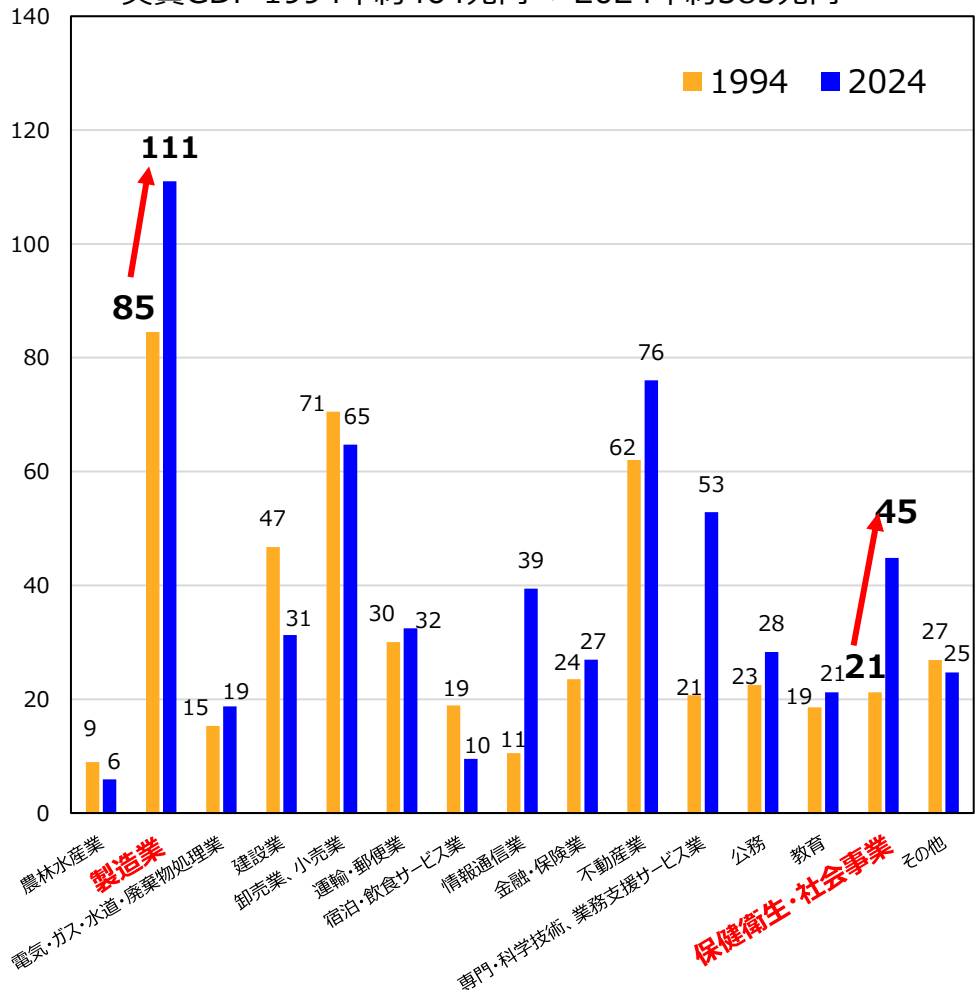
社会保障制度が果たす機能を損なわないよう配慮しつつ、**社会保障負担率の目標の検討を進め**、これとあわせて、**社会保障改革について2026年度中に改革項目の具体化と工程の明確化**を図り、順次実施する。

医療・介護産業の構造的見直し

○ **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401万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2024年964万人と急拡大**した。この間、総就業者数の増加が約230万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。

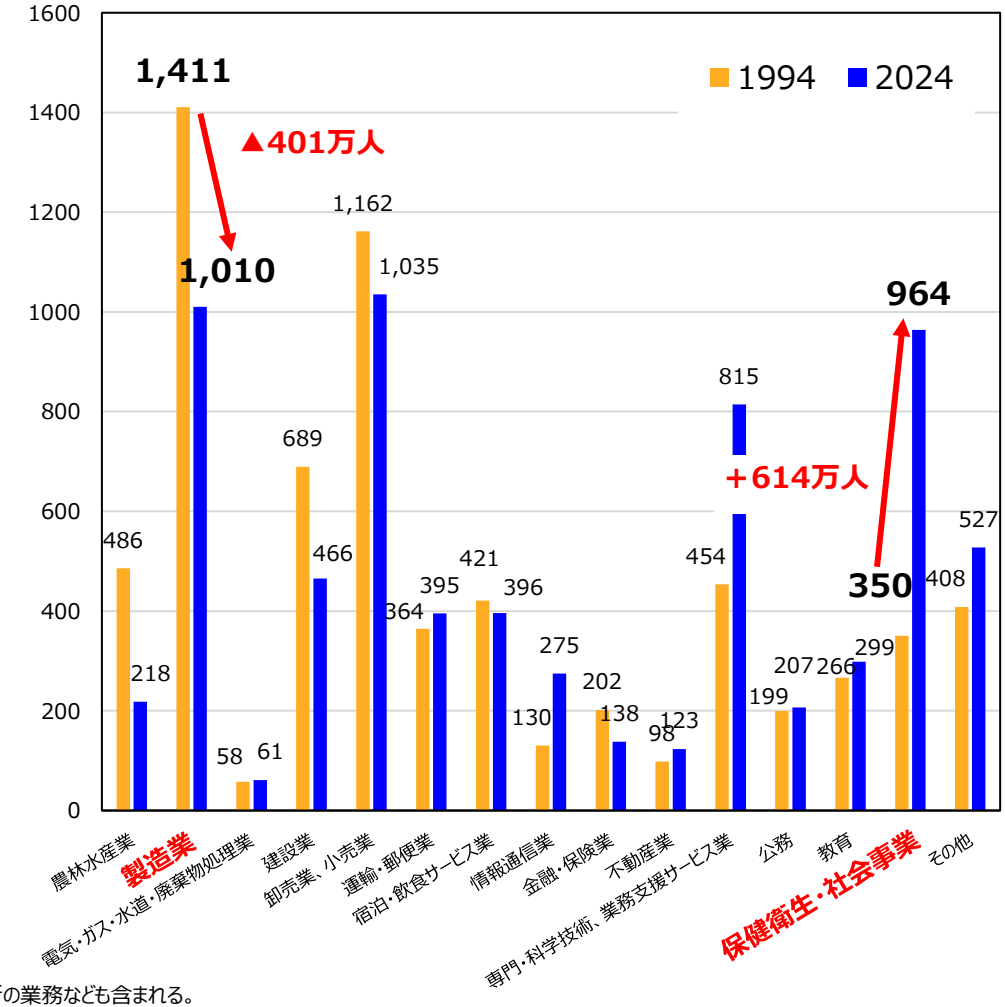
◆付加価値額（実質）の変化

実質GDP 1994年約464兆円⇒ 2024年約585兆円



◆就業者数の変化

総数：1994年約6,698万人⇒ 2024年約6,928万人（＋230万人）



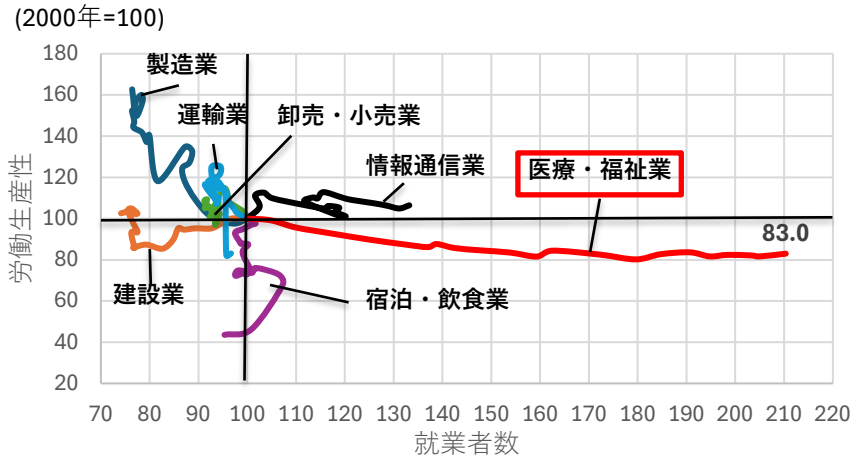
（出所）内閣府「国民経済計算」　（注）保健衛生・社会事業には、医療・介護業務のほか、こどもの保育や保健所の業務なども含まれる。

産業構造と労働生産性

○ 2000年以降の各産業における実質労働生産性と就業者数の変化をみると、**医療・福祉業は、就業者数が拡大**する一方で**実質労働生産性は低下**。また、**他の主要な欧米諸国は、医療・福祉業の労働生産性が上昇又は横ばいである一方、日本のみが低下**。同期間（2000～2021年度）の診療報酬が増加し、改定率は物価を上回る伸びであることを踏まえると、労働生産性の低下の要因を診療報酬の水準に求めることは合理的ではないと考えられる。

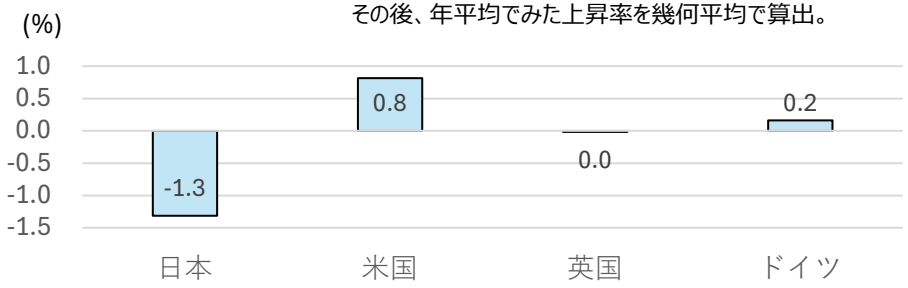
○ 労働供給制約が強まる中で、人口増加期の経済社会システムを中長期的に持続可能な構造へと転換していくことは避けられない。とりわけ、**生産性が伸び悩むまま労働投入を集中させてきた医療・介護産業**が、成長型経済の実現に寄与していくためには、**より少ない労働投入量で質の高いサービスを提供可能とするなど、効率的で持続可能な産業構造への転換が不可欠**である。

◆実質労働生産性と就業者数の変化（2000年→2021年）



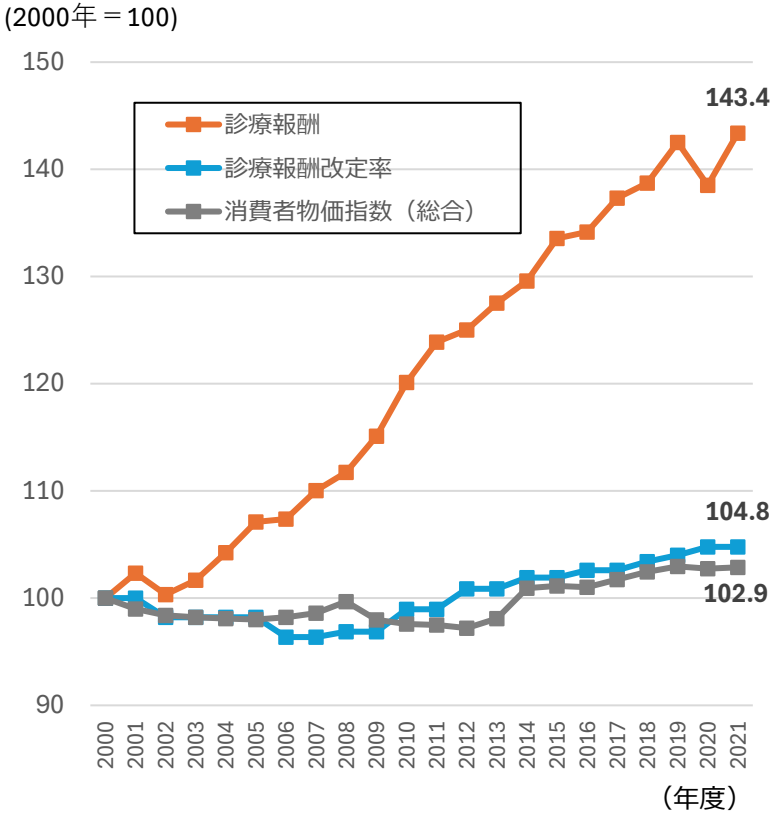
◆医療・福祉業の実質労働生産性上昇率（2000年代→2010年代※）

※1999年と2019年の2時点の数値で20年間の上昇率を求め、その後、年平均でみた上昇率を幾何平均で算出。



（出所）EU KLEMS　（出典）厚生労働省「令和７年版 労働経済の分析」
（注） 実質労働生産性＝実質付加価値額÷就業者数で計算。

◆診療報酬等の推移（2000年度→2021年度）



（出所）厚生労働省「国民医療費」、総務省「消費者物価指数」等を元に作成
※2000年を100とした指数で、当該年度の変動率及び改定率を前年度の指数に乗じたもの。

制度の持続可能性を確保していくための医療保険制度改革（総括）

○ 保険料等の国民負担を抑制し、制度の持続可能性を確保するため、以下の視点を中心に、医療保険制度改革に着実に取り組む必要。

○ **薬価改定**にあたっては、最低薬価等を通じ**医薬品の安定供給**を図る一方、革新的新薬薬価維持制度等により**イノベーティブな医薬品に評価を重点化**するとともに、実勢価連動の改定や市場拡大再算定、費用対効果評価制度等を通じた**国民負担軽減に向けた薬価の適正化**が重要。

○ **効率的な医療提供体制**を構築するため、規制的手法も含め**診療所や薬局の集約・適正化**が不可欠。また、将来需給や地域偏在も踏まえ**医学部定員の適正化や医療人材の安定的養成・確保の取組**、効果的支援のための**医療機関の経営情報の更なる見える化**等が重要。

○ **新たな医薬品・医療技術**について、高額なものや費用対効果が優れないものもある中、**保険外併用療養制度や民間保険の更なる活用**を検討すべき。保険給付として行う**出産・育児給付の単価の設定**については、**保険料負担への配慮も行いつつ、地域毎の実態に即した検討**が必要。

○ 全ての世代が**公平に支え合う**高齢者医療制度を構築し、**現役世代の負担を軽減**するため、**健康寿命の延伸や就業率の上昇等の高齢者像の変化も踏まえ**、**低所得者等の必要な受診が確保されるよう適切に配慮**することを前提として、**医療費の窓口負担は引き上げるべき**。

質の高い医療の効率的な提供

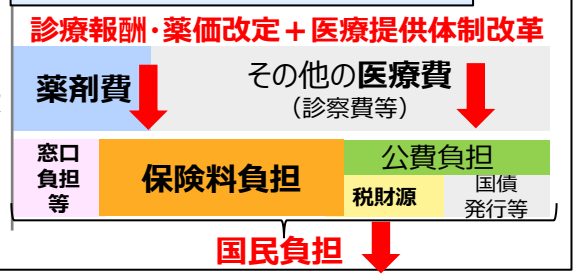
○ 公定価格の適正化
- ➢ 2027年度薬価改定（国民負担の軽減、創薬イノベーションの推進、安定供給の確保、経済・物価動向の適切な反映）

○ 費用対効果評価制度の活用

○ 医療提供体制の改革
- ➢ 診療所・薬局、医師数の適正化
- ➢ 自由診療部門の応益負担
- ➢ 医療DX

○ 診療・経営情報の更なる見える化

医療費と国民負担の関係



保険給付範囲の在り方の見直し

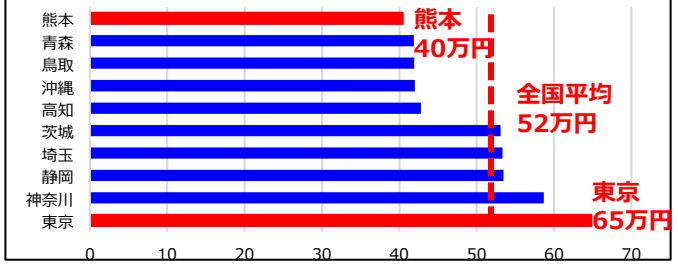
○ 新たな医薬品・医療技術への対応
- ➢ 保険外併用療養費制度・民間保険の活用

保険収載された高額な医薬品

医薬品名	効能・効果	薬価
エレビジス点滴静注	デュシェンヌ型筋ジストロフィー	約3億497万円
ゾルゲンスマ点滴静注	脊髄性筋萎縮症（２歳以上）	約1億6,708万円

○ 保険による出産・育児給付の在り方
- ➢ 保険料負担への配慮や、地域毎の実態に即した検討

都道府県毎の平均出産費用



高齢化・人口減少下での負担の公平化

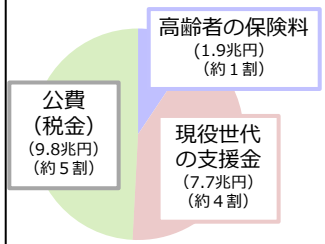
○ 年齢ではなく能力に応じた負担
- ➢ 医療費窓口負担の引上げ
- ➢ 高額療養費の外来特例の廃止

医療費窓口負担の現状

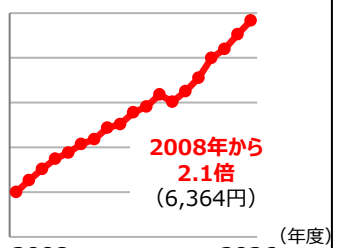
	69歳以下	70歳～74歳	75歳以上
窓口自己負担割合	原則 3割	原則 2割 ※現役並み所得者は3割	原則 1割 ※一定以上所得は２割、現役並み所得者は3割
外来特例	なし	あり ※現役並み所得者はなし	

後期高齢者医療制度の財源

★財源構成



★現役一人あたり支援金の推移（月額）



（出所）2026年度予算を基に作成。

我が国の医療保険制度の特徴と改革の観点

我が国の医療保険制度の特徴

国民皆保険　フリーアクセス　自由開業医制　出来高払い

公的保険制度

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

患者側

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

医療機関側

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

供給サイドの増加に応じて
医療費の増大を招きやすい構造

社会構造の変化

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

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

質の高い医療の効率的な提供

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

保険給付範囲の在り方の見直し

- ○ 新たな医薬品・医療技術への対応
- ○ 保険による出産・育児給付の在り方

高齢化・人口減少下での負担の公平化

- ○ 年齢ではなく能力に応じた負担

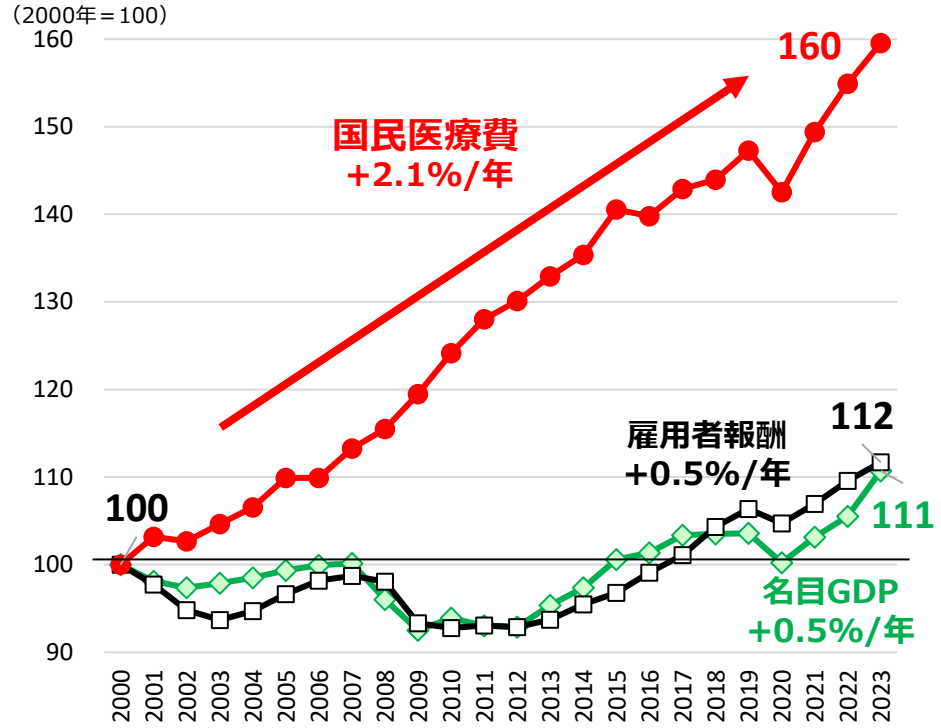
高齢者医療における患者自己負担の在り方①　～医療費の膨張と適正化～

○ 高齢化や医療の高度化を背景に、**医療費は実体経済の伸びを大きく上回るペースで上昇**。今後も少子高齢化が進む中、**医療保険制度の持続可能性を確保**するためには、**年齢による機械的な線引きで「若者」を「支える側」、「高齢者」を「支えられる側」としてきた保険モデルには限界**があり、年齢ではなく**実際の負担能力に応じて、公平な分かち合い**を進める必要。

○ 医療費の適正化も不可欠。高齢者の受診行動等に関する先行研究では、**自己負担割合が低下すると、医療利用が増加する反面、健康状態の明確な改善効果は確認できない**との分析や、**自己負担割合の1割から2割への引上げは、健康状態を悪化させることなく受診時の支出を抑制する効果がある**との分析がある。貴重な保険給付が、必要な受診に活用される制度設計とする必要。

◆医療費の伸び

✓ 医療費は、2000年以降、殆ど右肩上がりに増加し続けている。



（出所）内閣府「国民経済計算」、厚生労働省「国民医療費」

◆自己負担割合の低下による受診行動の変化

✓ 重岡（2014）は、70歳到達時に自己負担割合が３割から１割に低下することに着目し、受診行動等にどのような影響があるかを分析し、以下を指摘。

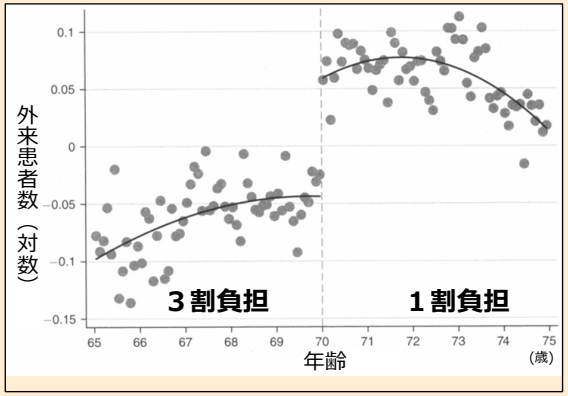
①外来・入院いずれの医療利用も増加

②死亡率や自己申告による健康状態といった健康状態を示す指標の改善効果は確認されない

③自己負担割合の低下による窓口費用の低下は、医療利用の増加の効果を相殺し、患者の自己負担額を減少させる効果がある

（注）研究当時、70歳～74歳の窓口負担割合は原則１割であった。

（出所）Shigeoka H. "The Effect of Patient Cost Sharing on Utilization, Health, and Risk Protection." American Economic Review. 2014;104(7):2152–2184.



✓ 西田ほか（2025）は、70歳～74歳の自己負担割合の引上げの影響を分析し、健康状態を悪化させることなく受診時の支出を抑制する効果があることを示唆した。

（出所）西田 安紗、別所 俊一郎（2025）「医療保険の自己負担の動学的効果：年齢DIDアプローチ」財務省財務総合政策研究所総務研究部PRI Discussion Paper Series (No.25A-06)

高齢者医療における患者自己負担の在り方② ～ 高齢者像の変化～

○ 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像は大きく変化**。また、受診率が低下するなど、**高齢者の医療ニーズについても制度導入当時から変化**している。

○ 社会経済環境の変化や医療ニーズの実態等を踏まえつつ、長寿社会にふさわしい医療保険制度における「高齢者」の位置づけの在り方について検討を深め、**全ての世代が公平に支え合う高齢者医療制度の構築に必要な改革に早急に着手すべき**。

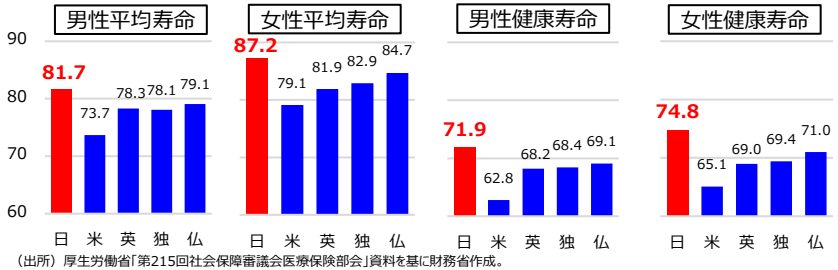
◆諸外国の高齢化状況・平均寿命

✓ 日本の75歳以上人口割合や平均寿命・健康寿命は、国際比較で突出。

●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
2020年	14.7	6.5	8.6	11.4	9.5
2040年	19.7	12.2	12.2	16.5	15.5

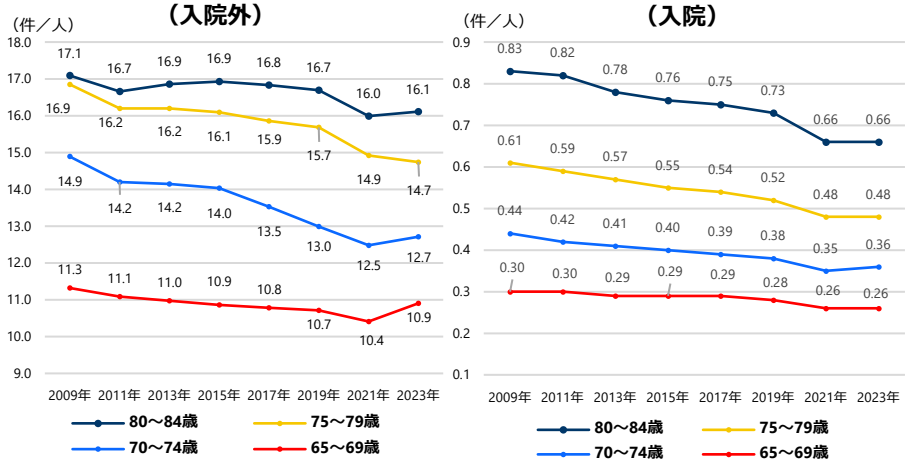
●平均寿命・健康寿命の各国比較（2021年）



（出所）厚生労働省「第215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

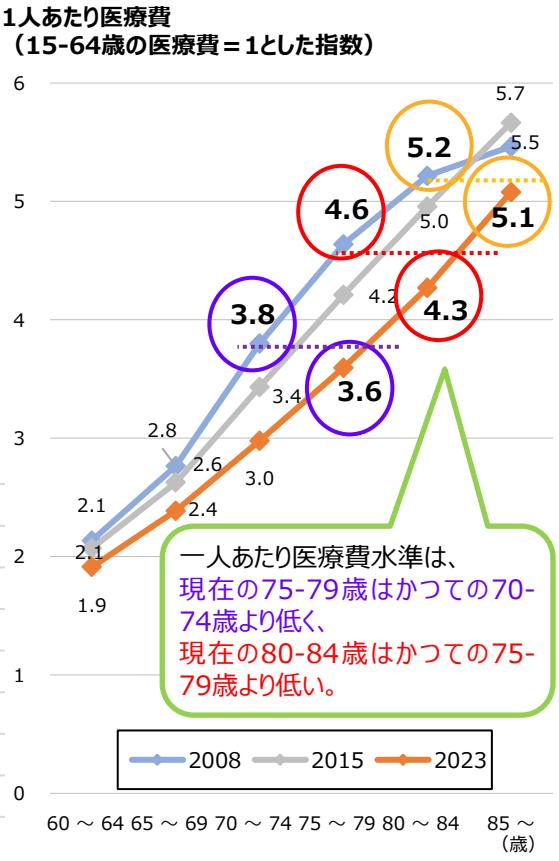
✓ 近年、高齢者の受診率は低下傾向。



（出所）厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」を基に財務省作成。

◆高齢者一人あたり医療費水準の推移

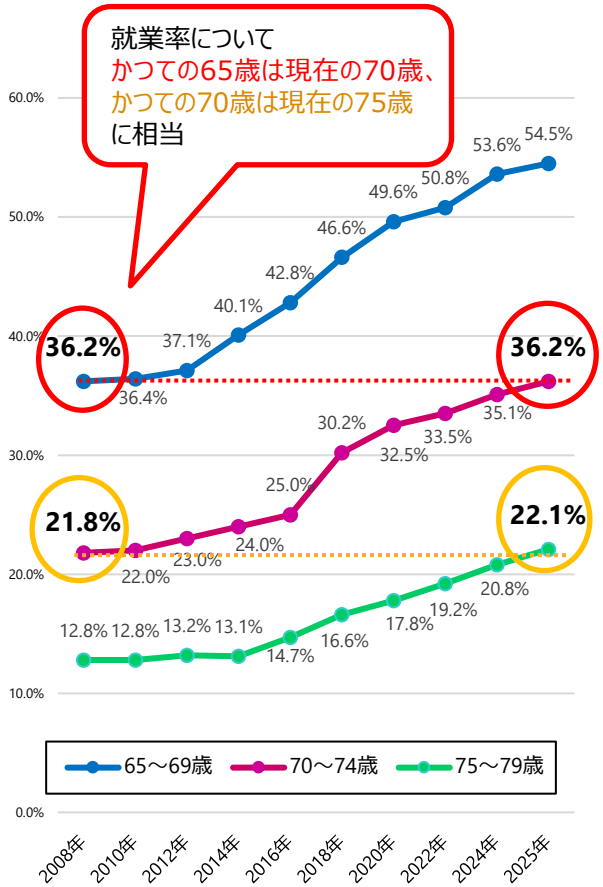
✓ 健康寿命の延伸等により高齢者の一人あたり医療費水準も相対的に低下。



（出所）厚生労働省「国民医療費」、総務省「人口推計」より作成。

◆高齢者の就業率の推移

✓ 近年、高齢者の就業率は顕著に上昇傾向。



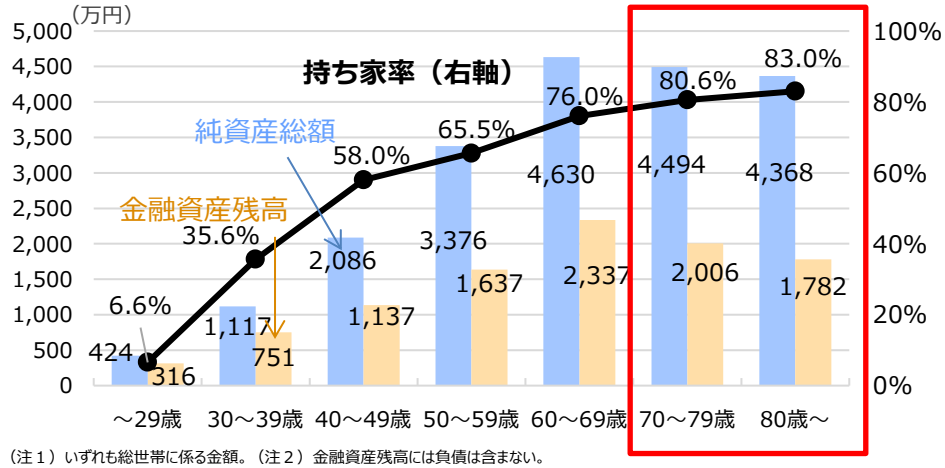
（注）「就業率」とは、各年齢階級の人口に占める就業者の割合をいう。値は年平均。
（出所）総務省統計局「労働力調査」における年齢階級別就業率。

高齢者医療における患者自己負担の在り方③　～高齢者の負担能力～

○ 高齢者は、現役と比べて平均的に所得水準は低い一方、**純資産総額や貯蓄現在高は高く**、高齢者の約５割を占める年収200~500万の高齢者は、**高所得の若年層と同程度の貯蓄現在高を保有**していると考えられる。

◆世帯主の年齢階級別で見た資産残高

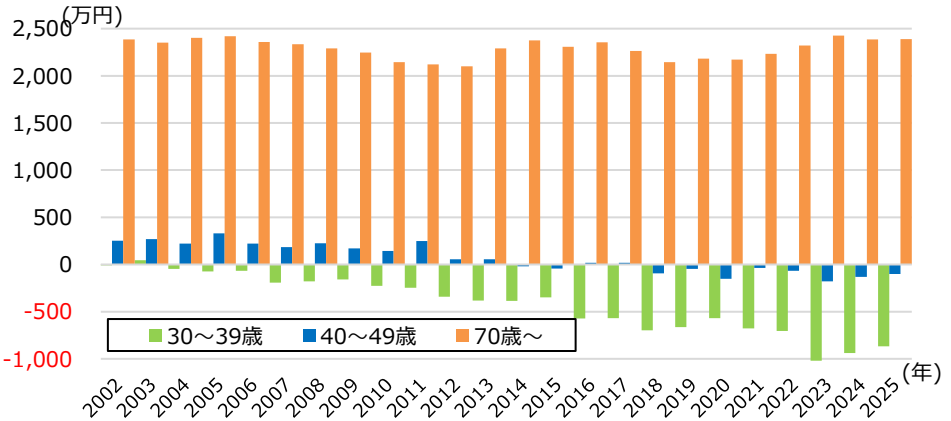
✓ 高齢者世帯は若者世帯と比べ、純資産総額が高水準。



（注１）いずれも総世帯に係る金額。（注２）金融資産残高には負債は含まない。
（注３）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。
（出所）総務省「2024年全国家計構造調査」、総務省「2023年住宅・土地統計調査」

◆世帯主の年齢別で見た貯蓄・負債残高

✓ 平均的な高齢者世帯の「貯蓄－負債」額は2,000万円以上で推移。

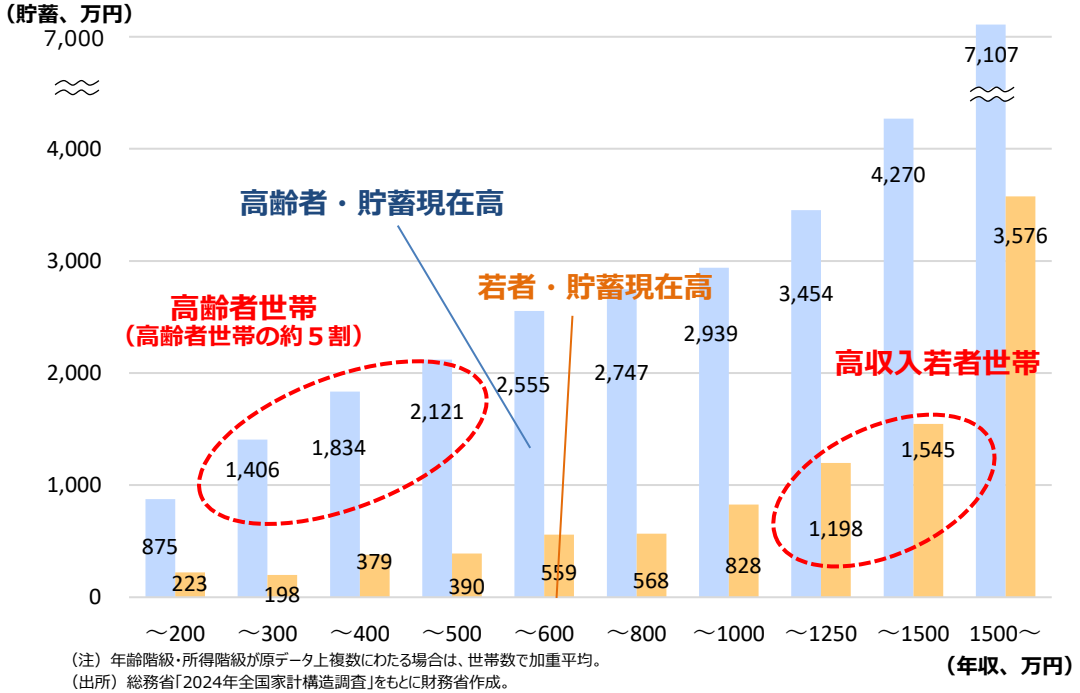


（注）２人以上世帯。貯蓄額については、負債を有しない世帯も含み、グラフの凡例は、世帯主の年齢による。
（出所）総務省「2025年家計調査」

◆高齢者世帯・若者世帯の年収階級別の貯蓄現在高

✓ 年収200~500万の高齢者世帯は、高収入の若者世帯と同程度の貯蓄現在高を保有。

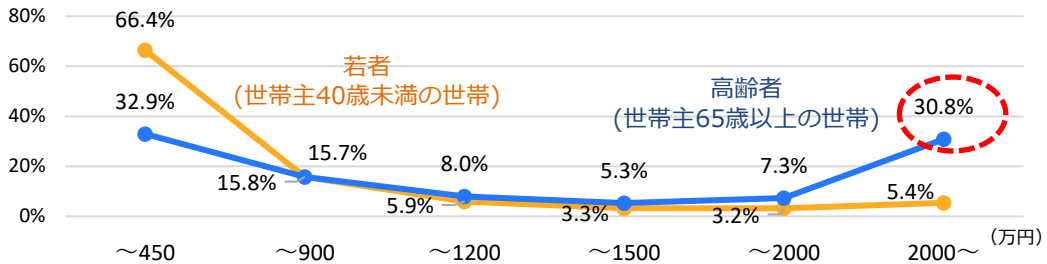
（注）世帯主が65歳以上の世帯を高齢者世帯、40歳未満の世帯を若者世帯としている。



（注）年齢階級・所得階級が原データ上複数にわたる場合は、世帯数で加重平均。
（出所）総務省「2024年全国家計構造調査」をもとに財務省作成。

◆高齢者世帯・若者世帯における貯蓄現在高別の世帯割合

✓ 65歳以上の高齢者世帯の３割程度が2000万円以上の貯蓄を保有。



（出所）総務省「2024年全国家計構造調査」をもとに財務省作成。

高齢者医療における患者自己負担の在り方④　～高齢者の家計の状況～

○同じ年収水準（300万円、単身）の家計を比較すると、**可処分所得・資産・貯蓄ともに高齢層の方が若年層より高い**。
○70歳以上の高齢者の収入構成を見ると、年金を基礎としつつ、年収が増加するにつれて、**勤労性の収入（勤め先からの収入や事業収入等）が増加**し、**収入が消費支出の額を上回る**ようになるほか、**貯蓄額も増加**。

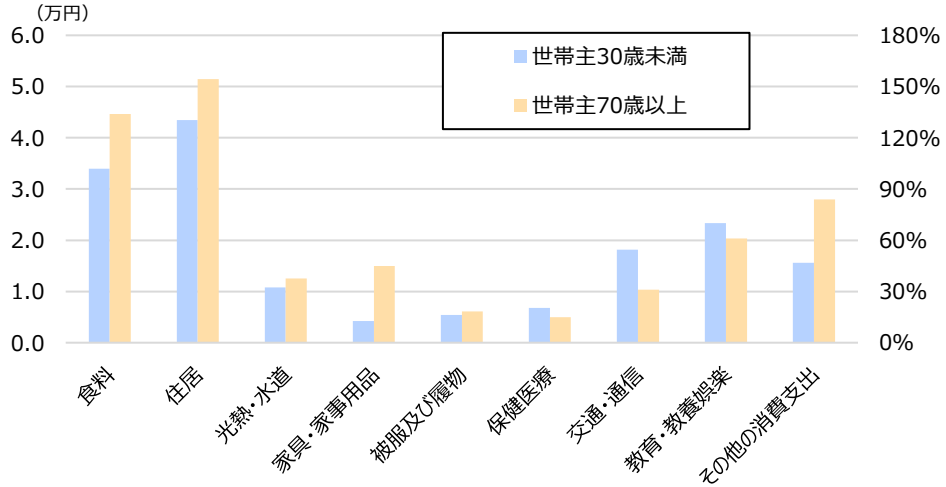
◆ 年収300万円家計の消費と資産の年齢階層別比較分析（単身世帯、2024年）

✓ 可処分所得・資産・貯蓄ともに高齢層の方が若年層より高い。

	世帯主 **30歳未満**	世帯主 **70歳以上**
消費支出（万円／月）	17.0	16.7
収入（万円／月）	24.6	24.0
可処分所得（万円／月）	20.3	22.1
資産現在高（万円）（注）	270	4,798
貯蓄現在高（万円）	177	2,057
負債現在高（万円）	27	14

（注）住宅、土地などの実物資産が含まれる。

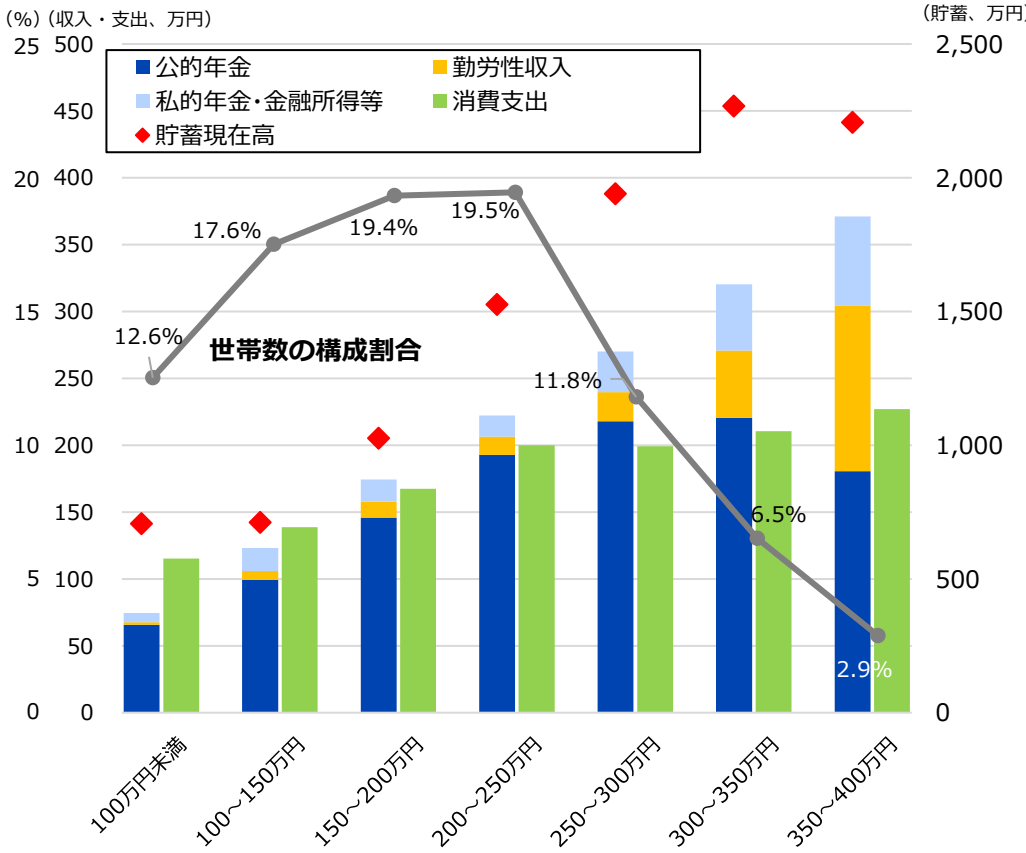
（消費支出の内訳）



（注１）「その他の消費支出」は、理美容用品等の諸雑費、こづかい（使途不明）、贈与金等の交際費、仕送り金。
（注２）年間収入階級250～300万円と300～350万円の加重平均。小数点以下は四捨五入しているため、異同を生じうる。
（注３）収入は、年間額を12で除したもの。
（注４）可処分所得は、従来型算定方法（収入から所得に課される税・社会保険料を除いたもの）を12で除したもの。
（出所）総務省統計局「2024年全国家計構造調査」をもとに、翁百合『高齢者世帯の所得・資産の 実態と今後の政策課題』（NIRAオピニオンNo.77, 2024）を参考に財務省で試算。

◆70歳以上の高齢者の収入構成と支出（単身世帯、2024年）

✓ 年収が増加するにつれて、勤労性の収入（勤め先からの収入や事業収入等）や私的年金等が増加。
✓ また、年収の増加とともに、収入が消費支出の額を上回るようになるほか、貯蓄額も増加。



（注１）勤労性収入は、勤め先収入と事業・内職収入。私的年金・金融所得等には、企業・個人年金、利子・配当、社会保障給付金（公的年金・恩給以外）、仕送り金等を含む。
（注２）消費支出は、1ヶ月当たり消費支出額に12を乗じ、季節指数による調整を加えている。
（出所）総務省統計局「2024年全国家計構造調査」

高齢者医療における患者自己負担の在り方⑤　～高齢者医療の負担と給付～

○　70歳以上の**高齢者の窓口負担割合は１割または２割負担が大多数（９割超）**。また、**高額療養費の外来特例は、70歳以上にのみ適用**。
○　後期高齢者医療制度の財源は、現役世代からの支援金が約４割、公費が約５割を占める。また、70歳を境に、一人当たり医療費は増加する一方で、**一人当たり自己負担額は低下するという逆転現象**が生じ、負担割合は大幅に低下。
○　高齢世代の医療費の負担と給付の分析によれば、**現役世帯では低所得を含め支払い超過（純受取がマイナス）**となっている一方、**高齢世代では、低所得層から高所得層の一部の世帯まで受取超過**となっており、低所得層も含めた現役世代が、高所得層も含む高齢者の医療費を片面的に負担。

◆年齢別自己負担割合

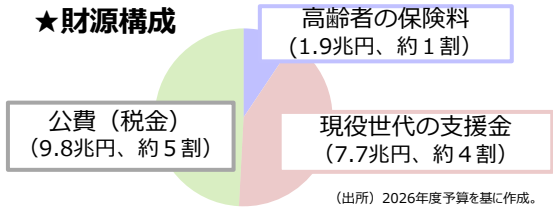
	69歳以下	70歳～74歳	75歳以上
窓口自己負担割合	原則 3割	原則 2割 ※現役並み所得者(該当者約11%)は3割	原則 1割 ※一定以上所得(該当者約20%)は２割、現役並み所得者(該当者約7%)は3割
外来特例	なし	あり ※現役並み所得者はなし	

（注）「現役並み所得」は課税所得145万円以上かつ年収 単身約383万円以上、複数約520万円以上。「一定以上所得」は課税所得28万円以上かつ年金収入＋その他の合計所得金額が単身約200万円以上、複数約320万円以上。

◆後期高齢者医療制度の財源

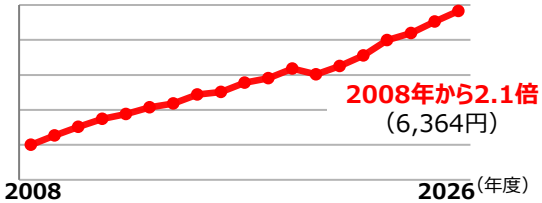
✓ 後期高齢者医療制度の給付費の財源の約４割は**現役世代の保険料を財源とする「支援金」**で賄われる。現役一人あたり支援金額は、2008年の制度導入後、２倍超まで増加。

★財源構成



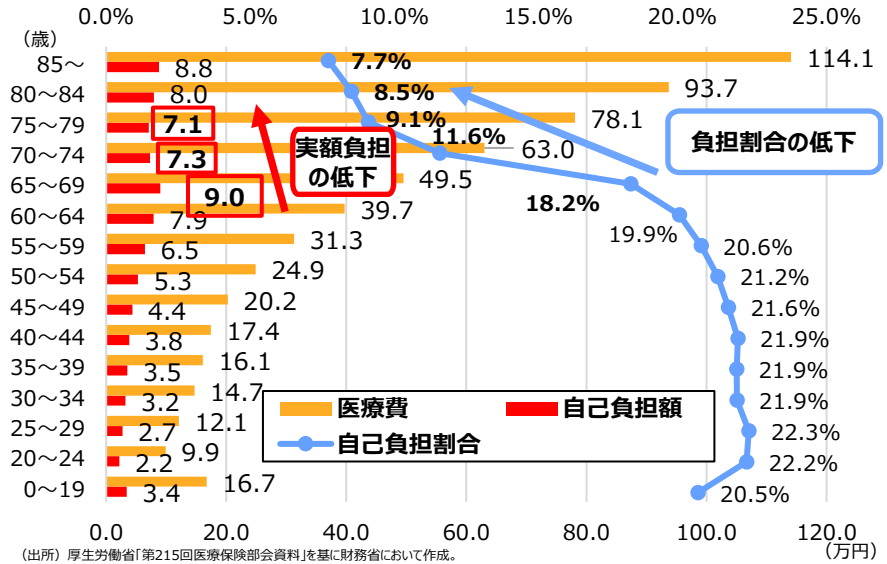
（出所）2026年度予算を基に作成。

★現役一人あたり支援金の推移（月額）



◆年齢階級別１人あたり医療費及び自己負担額

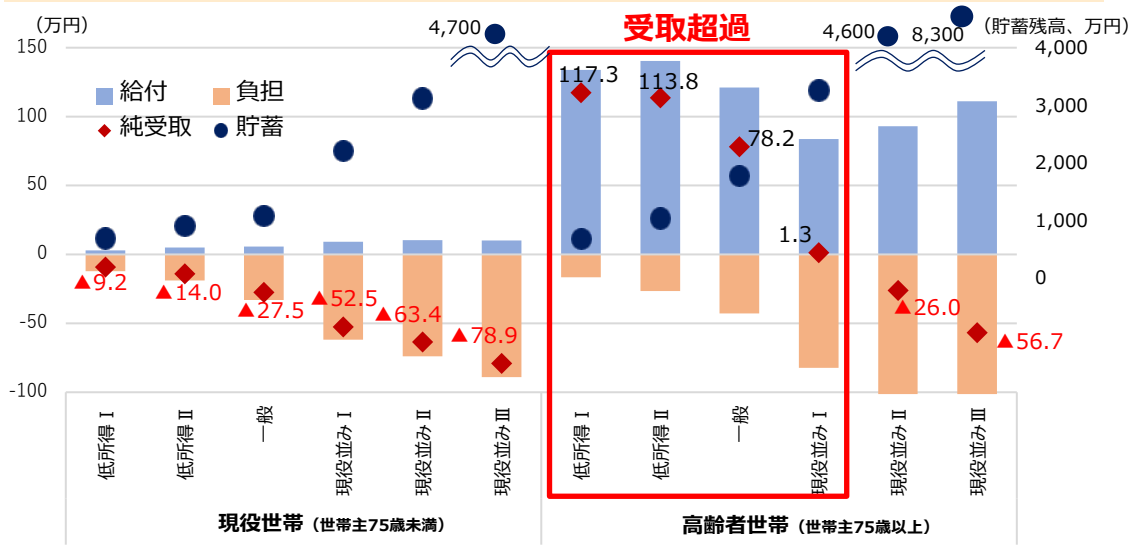
✓ 高齢になるほど、１人あたり医療費が大きくなる一方、自己負担額は低く抑えられている。**70歳以上の自己負担は、医療費水準の低い現役世代と比べ「割合」が大きく低下し、65～69歳との比較では「実額」でも下回る。**



（出所）厚生労働省「第215回医療保険部会資料」を基に財務省において作成。

◆高齢者医療費の純受取（世帯主年齢・所得区分別）

✓ 高齢世代では、「現役並み所得Ⅰ」まで、後期高齢者医療制度を通じた受取が超過。
（注）下記分析の「一般所得」は2019年当時であり、現行制度では「一般所得」と「一定以上所得」にあたる。



（注１）世帯所得に応じた2019年時点の後期高齢者医療制度の区分。
（注２）給付額には後期高齢者医療制度の医療給付が、負担額には公費負担、支援金、被保険者保険料、窓口負担が含まれる。
（出所）国勢調査（2020）、総務省統計局「全国家計構造調査」（2019）、全国家計構造調査（2019）、厚生労働省「国民生活基礎調査」（2019）、後期高齢者医療制度（2019年）をもとにNIRA試算。
（出典）弱百合『高齢者世帯の所得・資産の 実態と今後の政策課題』（NIRAオピニオンNo.77, 2024），関島梢恵『納得感のある負担のために―後期高齢者医療制度の試算から』（NIRAナビ, 2025）を一部加工・修正

高齢者医療における患者自己負担の在り方⑥　～改革の方向性～

○ 公的医療保険のあるべき姿は、年齢によらない真に公平な応能負担を実現する中で、必要な方へのセーフティネット機能を果たすこと。**現役世代の負担を軽減**するため、**高齢者像の変化**も踏まえつつ、**応能負担を徹底**する観点から、**低所得者等の必要な受診が確保されるよう適切に配慮**することを前提として、**窓口負担は年齢によらず「原則３割」**とすることを目指し、**着実に引き上げていくべき**。

○ 70歳以上の方のみを対象とし、2002年に激変緩和措置として導入された高額療養費制度の**外来特例**は、高額療養費制度本体において月額上限・多数回該当・年間上限による重層的セーフティネットが別途存在することも踏まえ、**廃止すべき**。

○ 今般の改革の目的である**現役世代の保険料負担の軽減が確実に達成される制度設計とすべき**。

○ あわせて、後期高齢者医療制度では金融所得の勘案が進んでいるが、現役世代からの支援を受けているのは、前期高齢者も同じであるため、**前期も含めた高齢者の金融所得等の勘案**を着実に進めるべき。また、マイナンバー制度を活用した高齢者の資産の勘案について、実務的な課題の整理と対応策の具体的な検討を工程表に位置付けて行う等、**応能負担の徹底に向けた改革を継続**すべき。

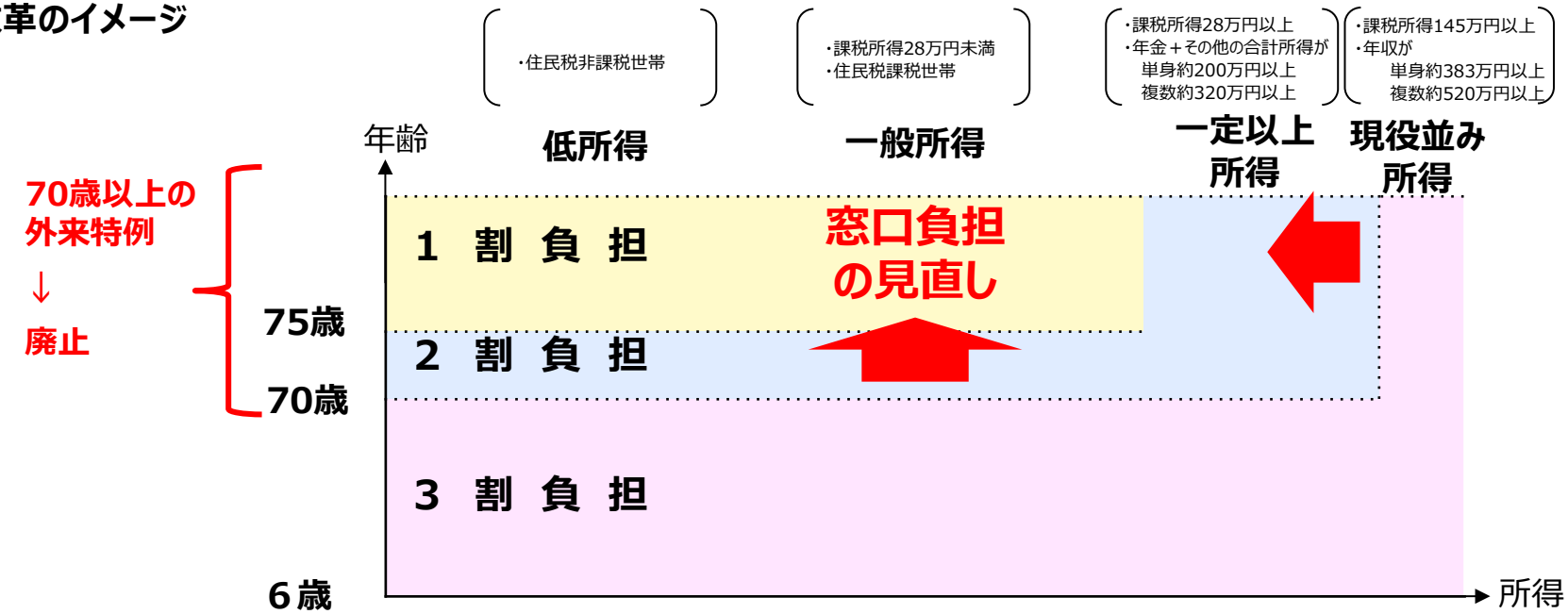
（参考）経済財政運営と改革の基本方針2026（2026年７月21日閣議決定）（抄）

医療保険制度では、70歳以上の高齢者の医療費窓口負担割合について、低所得者等の必要な受診が確保されるよう適切に配慮することを前提として、原則３割となっている現役世代との間で年齢によらない真に公平な応能負担を実現する観点から見直しを行う。そのための改革工程表を2026年末までに策定する[126] [127]。

[126] その際、高齢者の就業率の上昇や健康寿命の延伸、医療費水準や受診状況の動向、高齢者に低所得が多いといった家計の状況等も踏まえ、必要な受診が確保されるよう適切な配慮措置を講じつつ、外来特例の在り方や、負担割合の区切りとなる所得の見直し、年齢の引き上げなど窓口負担の抜本的な見直しについて、現役世代の負担軽減の観点からの公費負担のあり方とともに総合的に検討を行い、その速やかな実現について令和８年末までに一定の結論を得る。また、マイナンバー制度を活用した所得・資産情報の把握基盤の整備を早急に進め、制度への反映を進める。

[127] 「社会保障改革項目に関する具体的な骨子」（令和８年７月７日自由民主党・日本維新の会 社会保障制度改革協議体）による。

◆改革のイメージ



高齢者医療における患者自己負担の在り方⑦　～外来特例～

○ 「外来特例」は、高額療養費制度において、通常の世帯単位の上限とは別途、**外来診療について、70歳以上の高齢者のみを対象に、個人単位で低水準の上限を設ける特例的制度**であり、2002年に外来の患者負担月額上限を廃止した際の**激変緩和措置としての側面が強い。**

○ **高額療養費制度本体において、月額上限・多数回該当・年間上限による重層的セーフティネットが別途存在**することも踏まえれば、これらに加えて、**高齢者であることをもって外来診療について一律に負担軽減**を行う**「外来特例」の政策的合理性は乏しく、廃止すべき**。

◆外来特例の経緯

✓ 高齢者の外来診療については、無料化、患者負担の月額定額化を経て、2001年に定率１割負担が導入された際、激変緩和措置として、患者負担の月額上限が設定された。

✓ 2002年、その月額上限を廃止し、定率１割負担の徹底を行った際、**①高齢者の外来受診頻度が若年者に比べて高い、②高齢者の定率１割負担を導入してから間もない、ことなどを考慮して、患者負担の急激な増加を緩和する観点から、「外来特例」が導入**された。

（参考） 2002年の外来特例導入時の厚生労働省通知（抄）
　老人医療の高額医療費の自己負担限度額については、老人の負担能力を踏まえつつ以下のとおり設定したこと。特に外来については、患者負担の急激な増加を緩和する観点から、外来の負担に対して個人単位で適用される自己負担限度額を以下のとおり設定することとしたこと。
（出所）「健康保険法等の一部を改正する法律等の施行について」(平成14年9月6日)(保発第0906002号／庁保発第44号)

年度	見直し内容
1973年	老人医療費の無料化
1983・1984年	高齢者医療の患者自己負担の導入（外来の**月額定額負担化**（※）） （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））　（※）医療機関毎に設定。
2001年	定率1割負担の導入 激変緩和措置として外来の**患者負担月額上限を設定**（※） （※）医療機関毎に設定。診療所については月額定額負担を選択することも可能。
2002年	定率1割負担の徹底（**患者負担月額上限の廃止**） **患者負担の急激な増加を緩和する観点から、外来特例（月額上限）を導入**
2017・2018年	一般所得区分の月額上限の引上げ（12,000→18,000円（※）） （※）2017年に14,000円まで、2018年に18,000円まで段階的に引上げ。 一般所得区分の**年間上限の導入**（年間14.4万円） **現役並み所得区分の外来特例廃止**
2026年	一般所得区分の月額・年間上限の引上げ （18,000円→22,000円、年間14.4万円→21.6万円） 住民税非課税区分（一定所得以下除く）の月額上限の引上げ・年間上限の導入 （8,000円→11,000円、年間9.6万円）
2027年	一般所得区分の細分化、一部における月額上限の引上げ 住民税非課税区分（一定所得以下除く）の月額上限の引上げ　を実施予定

◆外来特例の自己負担上限額（70歳以上、一般・低所得者）

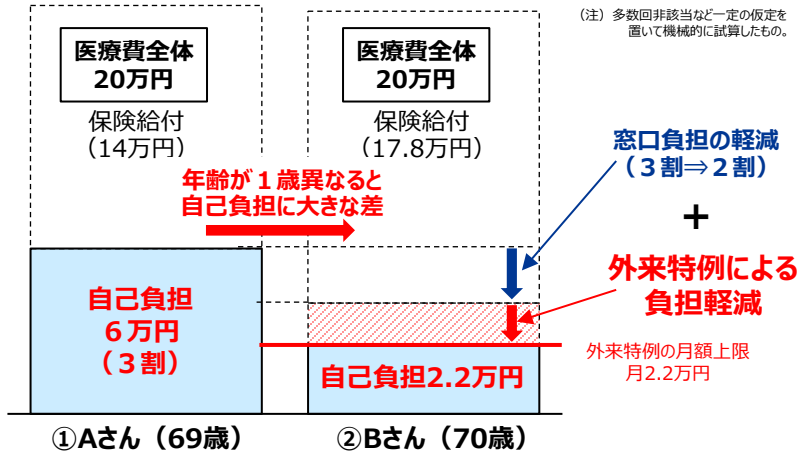
所得区分	外来(個人ごと)	（参考）高額療養費制度本体の上限額（世帯ごと）
一般	22,000円 [年21.6万円]	61,500円　<多数回該当：　44,400円>
住民税非課税	11,000円 [年9.6万円]	25,700円　<多数回該当：　24,600円>
住民税非課税 （一定所得以下）	8,000円	15,700円

◆外来特例により生じる負担額の差異（イメージ）

✓ 例えば、「現役」のAさん（**69歳**、年収300万円、単身）と「高齢者」のBさん（**70歳、**年収300万円、単身）が外来受診し、同じ診療内容（医療費20万円）を提供されたとする。

✓ AさんとBさんは、年収・単身の条件は同じだが、１歳異なるだけで、窓口負担割合が異なるため、**Aさんは窓口負担６万円（３割）、Bさんは窓口負担４万円（２割）**となる。

✓ さらに、**外来特例は70歳以上の高齢者にのみ適用**されるため、実際の自己負担額は、**Aさんは６万円（外来特例なし）、Bさんは2.2万円（外来特例の上限適用）**となり、**同じ医療を提供されていても１歳異なるだけで自己負担額には大きな差**が生じる。



日本の医薬品市場について

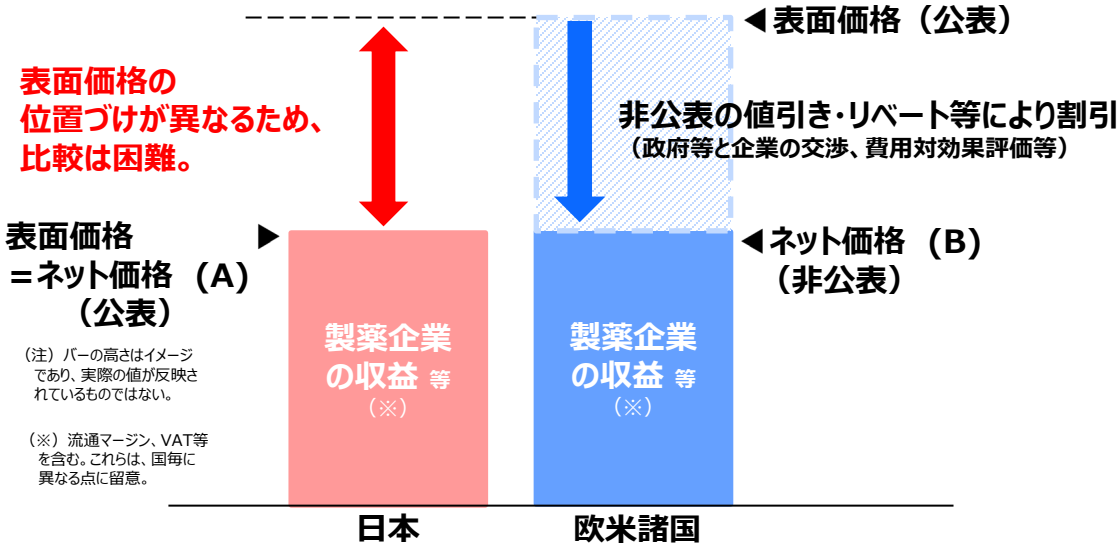
○ 日本の薬価制度は透明性が高く、公表されている表面価格（＝List Price）は、製薬企業の収益等となるネット価格（＝Net Price）に概ね等しい。一方、**欧米諸国で公表される薬価（表面価格）は、**政府等と企業の交渉・費用対効果評価等を通じた非公表の値引き・リベート等による割引額を含んだ額であり、**ネット価格よりも高い額となる**ことが指摘されている。日本の薬価を国際的に比較する際は、こうした点に留意が必要。

○ 承認される新薬の品目数を国際比較すると、**日本で承認される新薬品目数は欧米と遜色ない水準**となっている。その上で、今後、革新的な新薬とそれ以外を差別化したうえでイノベーションを評価し、メリハリある薬価設定とすることで、日本の医薬品市場の魅力を一層高め、製薬企業の国際競争力強化・国民の革新的医薬品へのアクセスの更なる向上につなげるべき。

◆日本と諸外国の薬価比較

✓ 日本の薬価（表面価格＝ネット価格）とドイツのネット価格を比較分析した研究によれば、**日本の薬価（A）は、ドイツのネット価格（B）より、平均13%高い。特に、抗がん剤等で、価格差が拡大。**

（注１）薬価算定時の為替レートを用いた比較。（注２）流通マージン・VAT等について、ドイツの条件を日本の条件と比較可能な形で再計算した上で比較した結果。
（出所）白岩健ほか「AMNOG交渉後価格を用いた日独薬価水準の比較とその要因について」（医療経済研究, 2026）



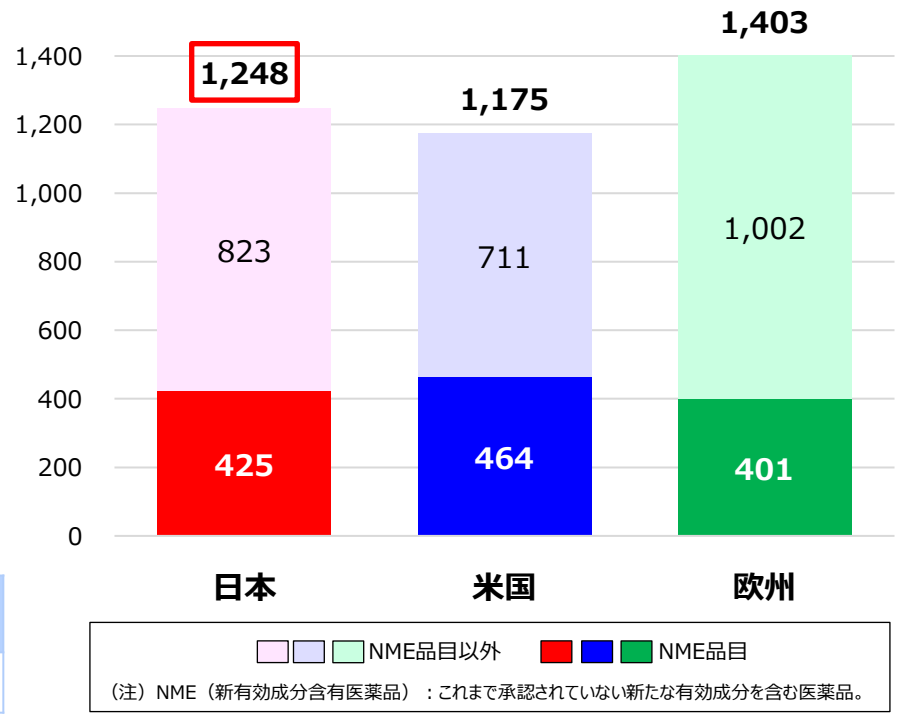
（参考）日本とドイツの平均価格比

	全品目	抗がん剤（非希少疾病用）	希少疾病用（非抗がん剤）	希少疾病用・抗がん剤
日本／ドイツの価格比	**1.13**	1.21	1.12	1.35

（出所）白岩健ほか「AMNOG交渉後価格を用いた日独薬価水準の比較とその要因について」（医療経済研究, 2026）

◆日・米・欧における新薬の承認品目数（2015～2024年の累計）

✓ 2015～2024年の10年間で承認された新薬は、日本1,248品目に対し、米国1,175品目、欧州1,403品目。そのうち、**NME（新有効成分含有医薬品）**は、日本425品目に対し、米国464品目、欧州401品目。いずれも、日本は欧米と遜色ない水準となっている。



（出所）富樫満里子「日米欧の新薬承認状況の比較（2024年）」（政策研ニュース No.76 2025年11月）より作成。

「ドラッグ・ロス」への対応について

○ 国民に効率的で質の高い医療サービスを提供するためには、必要な医薬品アクセスの確保が必要であり、こうした観点から、欧米では承認されているが日本では承認・国内開発されていない医薬品（いわゆる「ドラッグ・ロス品目」）の把握に努めることは重要。

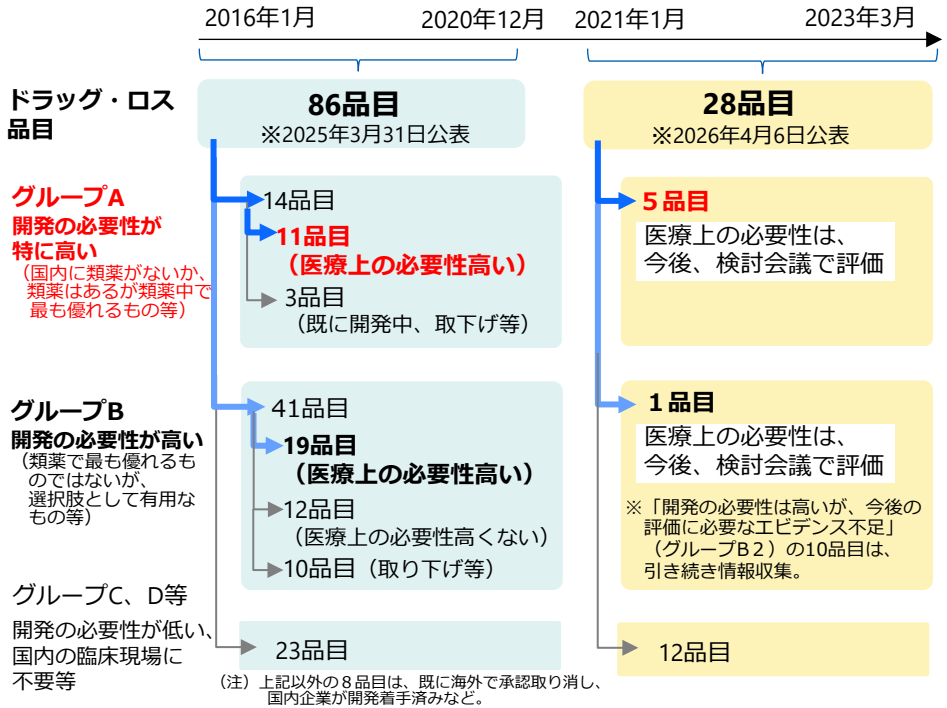
○ 過去の調査で**ドラッグ・ロス品目とされた86品目のうち**、国内に類薬がないなど**「開発の必要性が特に高い」**かつ適応疾病が重篤など**「医療上の必要性が高い」**とされたものは**11品目**。**他の先進国でも「自国で上市されていない新薬」は一定数存在**する中、ドラッグ・ロスの検討にあたり、世界中のあらゆる新薬の悉皆的な上市を志向するのは現実的ではなく、**必要性を評価のうえ、必要なもののドラッグ・ロスの解消に努める必要**。

○ また、ドラッグ・ロス品目の大半は、ベンチャー発医薬品。こうした医薬品のアクセス改善にあたっては、**薬価上の対応よりも、まずは海外創薬ベンチャーに対する日本未上市の理由の確認や、申請・承認・治験など日本の薬事制度への理解醸成・アクセス向上を図ることが有効ではないか**。

◆ドラッグ・ロス品目の評価

✓ **2016-2020年**に欧米で承認されたNME（新有効成分含有医薬品）のうち、ドラッグ・ロス品目とされるのは**86品目**。うち、学会や企業の見解等を踏まえ、**「開発の必要性が特に高い」とされたのは14品目**。さらに、このうち、**「医療上の必要性が高い」とされたものは11品目**。**2021年１月-2023年３月**に欧米で承認されたNMEについては、ドラッグ・ロス品目は**28品目**。うち、**「開発の必要性が特に高い」と整理されたのは５品目**（医療上の必要性は今後評価）。（注）ドラッグロス品目数は、期間中に欧米で承認されたNMEのうち、2023年３月（86品目）、2025年３月（28品目）の各時点で国内開発未着手のもの。

●ドラッグ・ロス品目の評価の体系・結果



（注）上記以外の８品目は、既に海外で承認取り消し、国内企業が開発着手済みなど。

（出所）令和６年度厚生労働科学特別研究事業「ドラッグ・ロスの実態調査と解決手段の構築」の整理結果、令和７年度未承認薬等迅速解消促進調査事業「ドラッグ・ロスの解消に向けた実態の把握及び情報の整理に関する調査事業」の整理結果、第69回「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」資料等より財務省作成。

●ドラッグ・ロス品目とされた86品目（2016-20年）の内訳

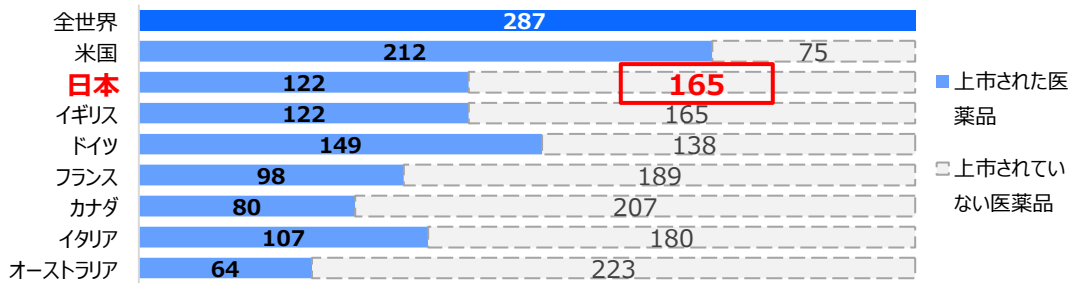
ベンチャー発	希少疾病用医薬品	小児用医薬品
56%（48品目）	47%（40品目）	37%（32品目）

（注１）86品目のうち、ベンチャー、オーファン、小児のいずれでもない品目は14品目（16%）
（注２）ベンチャーは、欧米の承認取得年が設立から30年以内で承認取得前年の売上が5億米ドル未満の開発企業。

◆新薬上市品目数の国際比較

✓ 米国調査機関の分析によれば、2017～2022年に世界（27か国）で上市された新薬287品目のうち、日本未上市は165品目であり、米国以外の先進国と比較しても低い水準ではない。
✓ 日本だけでなく、米国を含む他の先進国でも、「自国で上市されていない新薬」は一定数存在。

（注）ここでいう「新薬」は、調査対象全27か国のいずれにおいても2017年に販売実績がなく、2018～2022年に販売実績が確認された処方薬を指し、IQVIA MIDASの販売データによる。



（出所）Mulcahy, Andrew W., *Comparing New Prescription Drug Availability and Launch Timing in the United States and Other OECD Countries*, RAND Corporation, RR-A788-4, 2024. As of April 3, 2024

薬価改定の経緯

○ 薬価改定は、基本的には、市場で決定される実勢価格に合わせて、**革新的新薬の薬価は原則として維持**しつつ、**既存の医薬品の価格を引き下げ**る仕組みであり、**「改定率」は例年マイナス**になっているが、**新薬の保険収載**や使用量の増加により、**薬剤費総額は年2.2%程度増加**。

○ 高齢化の進展に伴い、更なる薬剤費の増加が見込まれる中、 2027年度薬価改定についても、現役世代の保険料負担の軽減、創薬イノベーションの推進、医薬品の安定供給の確保といった観点を踏まえつつ、着実に実施する必要。

◆骨太の方針2026（2026年７月21日閣議決定）

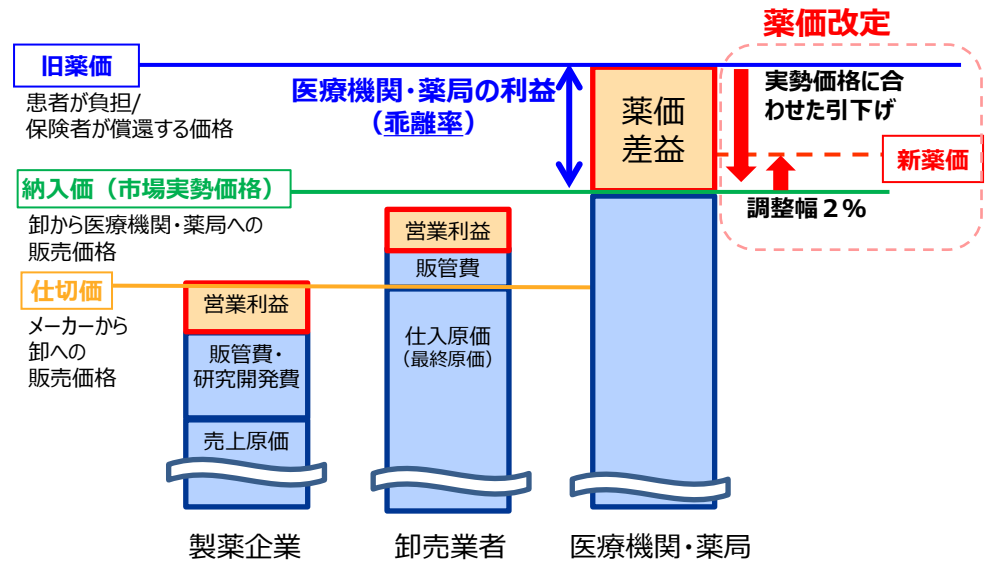
経済・物価動向等の影響を受ける市場実勢価格を薬価調査等により的確に把握した上で、創薬イノベーション、医薬品の安定供給と国民負担の軽減の観点から、2027年度薬価改定を実施する。その際、費用対効果評価制度について、客観的な検証を進め、これも踏まえ、制度の発展に向けた更なる見直しについて具体的に検討し、一定の結論を出す。我が国の医薬品市場の魅力を高める観点から、医薬品の画期性に対する初収載時における適切な評価や特許期間中の薬価の在り方[134]を含め、革新的新薬のイノベーションの更なる評価について検討を進める。

[134] 市場拡大再算定及び持続可能性特例価格調整等。

◆市場実勢価格に基づく薬価改定（イメージ）

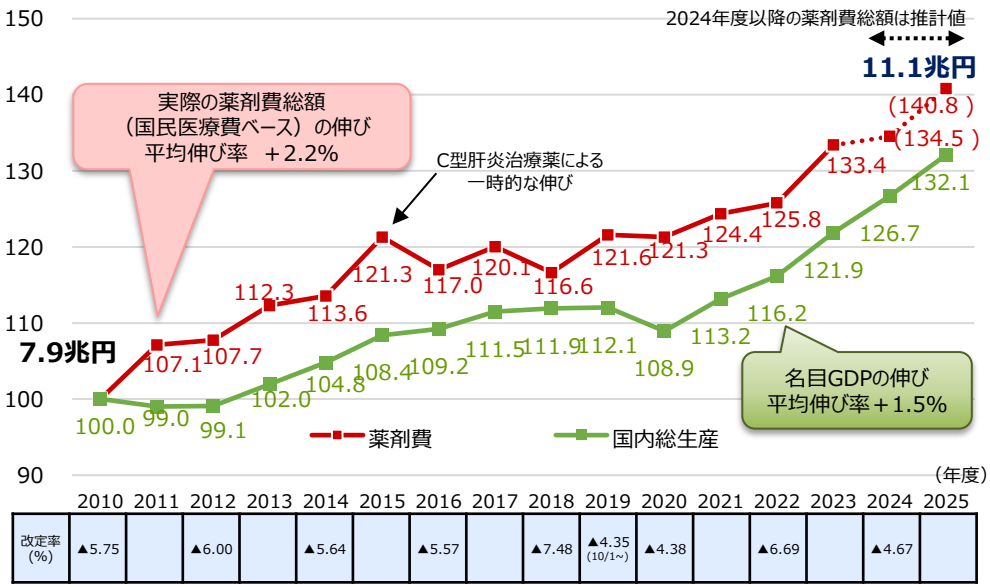
✓ **納入価（市場実勢価格）**は、製薬企業・卸売業者が必要な利益を確保したうえで、**市場で決定されるもの**。

✓ **「革新的新薬」**（革新的新薬薬価維持制度により特許期間中の薬価を原則維持）**以外の医薬品等**について、薬価を**市場実勢価格に合わせて改定**することで、薬価との差額（薬価差益）を適正化し、**国民負担の軽減を図る**必要。



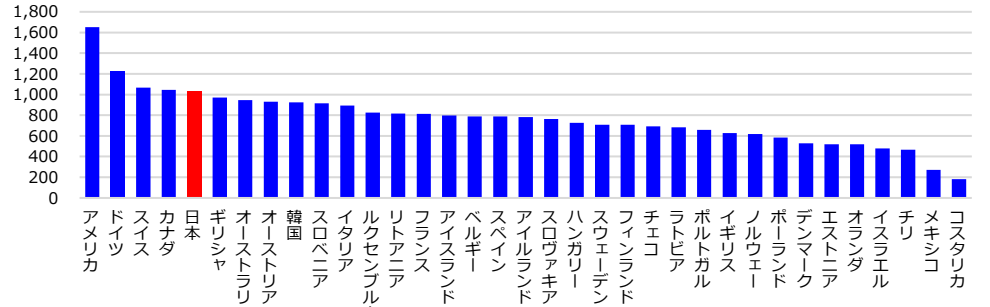
（注）バーの高さはイメージであり、実際の値が反映されているものではない。

◆薬剤費の動向（2010年比（%））



（注１）薬剤費総額（国民医療費ベース）・名目GDPの伸びは2010～2023年度の平均伸び率。
（注２）厚生労働省中央社会保険医療協議会薬価専門部会（2026年7月8日）資料、内閣府「中期財政フレーム」（2026年1月23日）、「国民経済計算（GDP統計）」（2026年9月8日）2次速報値等に基づき作成。
（注３）2010年を100とした指数で、当該年度の変動率及び改定率を前年度の指数に乗じたもの。
（注４）2024年度の薬剤費総額は、2023年度の薬剤費をベースに最近の医科医薬費（電算処理分）の動向及び最近の調剤医療費（電算処理分）の動向の薬剤料に係る2024年度年次推計の伸び率を用いて、2025年度の薬剤費総額は、左記及び2025年度年次推計の伸び率を用いて、財務省で機械的に推計。

◆１人当たり医薬品費等の国際比較（2023年）



（注）ノルウェー・イスラエルは2022年。医薬品費等は、医薬品およびその他非耐久性医療財支出。政府支出・私的支出の合計。
（出所）OECD Health Statistics 2026（2026年9月30日時点）

2027年度薬価改定の考え方

○ 過去の「診療報酬改定のない年（奇数年）の薬価改定」では、乖離率に基づき、実勢価格に応じた改定の対象品目を限定。しかし、革新的新薬薬価維持制度がある中、実勢価格連動の対象品目を限定することは、国民負担軽減等の観点からも、長期収載品依存からの脱却等の観点からも、政策的合理性が乏しい。革新的新薬を除き、乖離率による限定なく、**全ての医薬品を対象に実勢価格に合わせた改定を完全実施すべき**。

○ 奇数年度の薬価改定では適用されなかったルールもあるが、奇数年度であるからといって適用ルールを限定する合理的理由はない。2025年度薬価改定で適用されたルールは全て実施すべきであることは当然として、偶数年度の改定と同様、**全てのルールを完全実施**すべき。

○ 乖離率による一律の対象限定よりも、きめ細かく、**最低薬価等**を通じ**医薬品の安定供給を図り**つつ、**実勢価格に連動した改定の完全実施**と**市場拡大再算定や費用対効果評価制度等**を通じて**国民負担の軽減を図るとともに**、**革新的新薬薬価維持制度等によりイノベーティブな医薬品に評価を重点化**すべき。

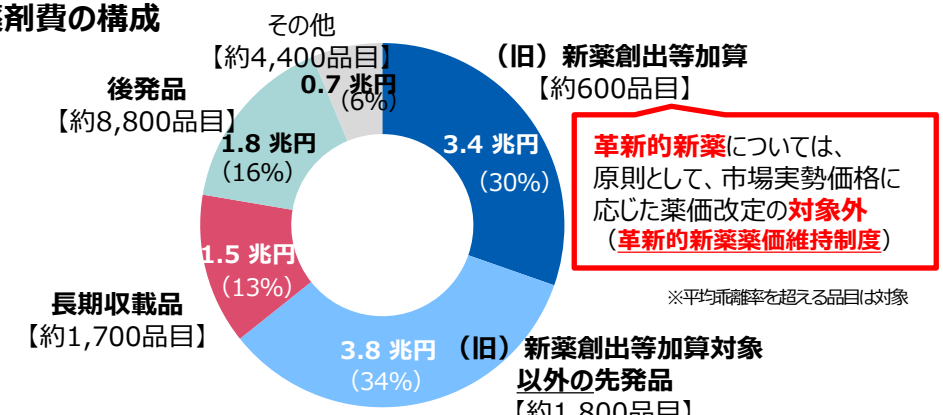
◆ 過去の奇数年改定における対象品目の考え方

【2021・2023】 平均乖離率（2021: 8.0%, 2023: 7.0%）の0.625倍超が対象（＝乖離率5%, 4.375%）

【2025】 平均乖離率5.2%（★）を基準とし、品目ごとの性格に応じて倍率をかけた乖離率を超える品目が対象

新薬創出等加算の対象品目	★の 1.0倍（＝乖離率5.2%）超
新薬創出等加算の対象外品目の新薬	★の0.75倍（＝乖離率3.9%）超
長期収載品	★の 0.5倍（＝乖離率2.6%）超
後発品	★の 1.0倍（＝乖離率5.2%）超
その他	★の 1.0倍（＝乖離率5.2%）超

◆ 薬剤費の構成



革新的新薬については、原則として、市場実勢価格に応じた薬価改定の**対象外**（**革新的新薬薬価維持制度**）

※平均乖離率を超える品目は対象

（出所）厚生労働省「中央社会保険医療協議会 薬価専門部会」資料を基に作成
（注1）「新薬創出等加算対象」及び「新薬創出等加算対象以外の先発品」は後発品のない先発品であり、長期間収載されている先発品を含む。「その他」は1967年以前に収載された医薬品。
（注2）医薬品の市場規模について、記載している額は、2023年９月の薬価調査で得られた取引数量（調査月の１か月分）に薬価を乗じた上で12倍した数字（年間の数字に単純換算）。
（注3）品目数は2024年９月薬価調査時点のもの。

◆前回奇数年改定（2025年度）での主な算定ルール

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

公的保険制度における医薬品に対する更なるメリハリ付け

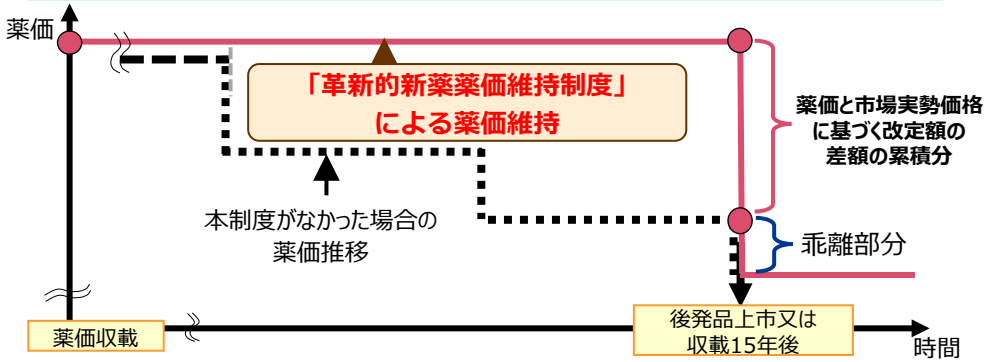
○ 革新的医薬品を適切に評価することは創薬イノベーションの観点から重要。もっとも、薬価制度による医薬品への評価は税・社会保険料を通じた国民負担を原資として行われるものであり、青天井に加算等を行うことは出来ない。こうした制約の下、近年の薬価改定等を経て、**革新的新薬薬価維持制度を通じた特許期間中の新薬の薬価維持等により革新的な新薬を評価**する一方、長期収載品（特許が切れ後発品が収載されている医薬品）の評価等を見直すことにより、全体として、よりイノベーティブな医薬品への評価に重点化する報酬体系へと見直しが図られてきている。

○ 今後とも、**薬価制度上の評価のメリハリ付けを一層推進**することで、製薬企業に**長期収載品依存から脱却し革新的新薬を生み出すインセンティブ**を強化し、革新的新薬を開発・製造する製薬企業の成長を一層促していくとともに、革新性の低い新薬や長期収載品に依存する企業の再編を促していくべき。

○ メリハリ付けの一層の推進のためには、薬価制度の在り方も不断の見直しが必要。例えば、**革新的新薬薬価維持制度について、真に「革新的な」新薬の創出を促進する要件となっているか**、検証すべき。また、類似薬が既に存在し革新性・追加的有用性等の利点が乏しい新薬であっても、承認後原則直ちに保険収載され、類似薬効比較方式（Ⅱ）で値付けされる中、**新規性に乏しい新薬をどのように保険収載/薬価算定すべきか**、検討を進めるべき。

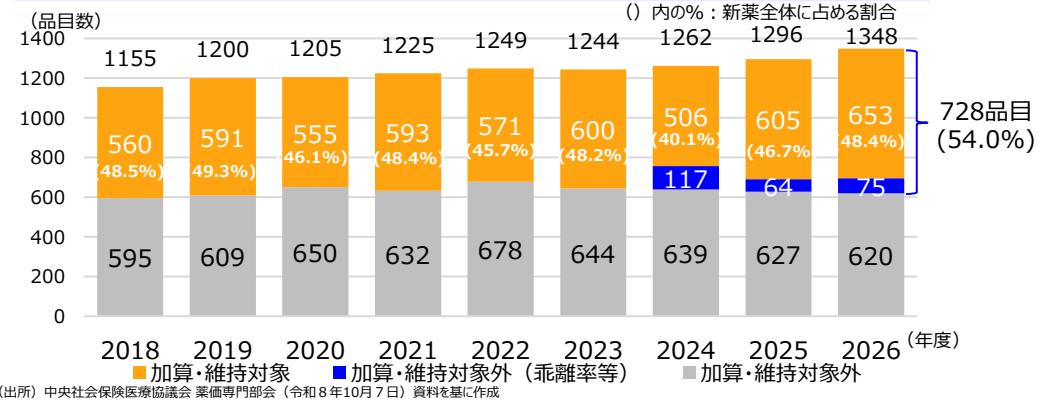
◆ イノベーションの評価（革新的新薬薬価維持制度）

✓ 革新的新薬薬価維持制度では、対象品目の改定前薬価は維持される。
※平均乖離率を超える品目は改定対象



◆ 革新的新薬薬価維持制度の対象品目数

✓ 新薬全体の**約半数**は、**革新的新薬**として薬価維持制度の対象品目となっている。



（出所）中央社会保険医療協議会 薬価専門部会（令和８年10月７日）資料を基に作成

◆ 革新的新薬薬価維持制度の対象品目要件（①～⑩のいずれかに該当）

① 希少疾病用医薬品【334品目】
② 開発公募品【21品目】
③ 加算適用品【214品目】
（画期性、有用性（Ⅰ）、**有用性（Ⅱ）**の各加算、原価計算方式における営業利益率のプラス補正）

新規収載医薬品の約４割(注)が対象となり、広汎に認められている有用性加算（Ⅱ）の対象品を、「革新的」と位置づけ、特許期間を通じ手厚く評価することが妥当か
（注）2021-25年度、成分数ベース。

④新規作用機序医薬品から３年以内かつ３番手以内のうち１番手が加算適用品【20品目】

新規作用機序医薬品から３年以内かつ３番手以内の医薬品についてまで、手厚い評価が妥当かどうか

⑤ 先駆的医薬品
⑥ 特定用途医薬品
⑦ 迅速導入加算対象
⑧ 小児加算対象品【26品目】
⑨ 薬剤耐性菌の治療薬
⑩ 剤形追加等品

- 品目数は、2026年度改定の革新的新薬薬価維持制度対象品目数
- 複数区分に該当する場合は、①～④、⑨、⑪に分類
- ⑤、⑥、⑦、⑨、⑩は該当なし

※2026年度薬価制度改革までは、「⑪ 新規作用機序医薬品のうち基準該当品又は基準該当品から３年以内かつ３番手以内」という要件あり（38品目）。

我が国における費用対効果評価の適用の在り方の見直し

○ 我が国の費用対効果評価制度は、**対象品目の市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器に限定**されている、**価格調整範囲も薬価全体ではなく**有用性系加算や営業利益に関する部分に限定される、**保険償還可否の判断に用いられない**など、活用が極めて限定的。

○ 薬価は貴重な国民負担により支えられる以上、費用対効果を十分に活用すべき。予見可能性を確保した透明性あるプロセスの下、**費用対効果評価を実施する薬剤の範囲や価格調整対象範囲を拡大**するとともに、諸外国の例も踏まえ、**保険収載前に費用対効果評価を実施し、その結果を保険償還の可否の判断に用いる**ことも検討すべき。

（参考）経済財政運営と改革の基本方針2026（骨太方針2026）（令和８年７月21日閣議決定）（抄）

経済・物価動向等の影響を受ける市場実勢価格を薬価調査等により的確に把握した上で、創薬イノベーション、医薬品の安定供給と国民負担の軽減の観点から、2027年度薬価改定を実施する。その際、費用対効果評価制度について、客観的な検証を進め、これも踏まえ、制度の発展に向けた更なる見直しについて具体的に検討し、一定の結論を出す。

（参考）自由民主党・日本維新の会 社会保障制度改革協議体　社会保障改革項目に関する具体的な骨子（令和８年７月７日）（抄）

（11）医療の費用対効果分析に係る指標の確立

・医療技術や医薬品の革新と保険財政の持続可能性を両立させるため、費用対効果評価制度の発展に向けた更なる見直しについて具体的な検討を進め、費用対効果分析の指標と活用方法を再構築する。

・具体的には、これまでの評価手法のみならず、新たな評価手法等を含め、医療の費用対効果分析に係る指標を確立すべく、対象品目や価格調整の範囲の拡大、診療ガイドラインへの反映を含めた医療現場での普及などについて、令和８年度末までに結論を出す。

◆各国の費用対効果評価・追加的有用性評価の活用状況

	日本	英、加	仏、独
評価類型	費用対効果分析	費用対効果分析	追加的有用性評価（注1）
適用時期	保険収載**後**	保険収載**前**	保険収載**前**または保険収載**直後**（注２）
適用方法	収載後の償還価格調整に活用	償還の可否の判断、償還価格決定に活用	償還価格決定に活用
対象品目	市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器（医薬品全体の２割弱）	原則、新規有効成分を含む**全ての医薬品**　等（加・仏・独は保険償還・適応追加を求めるもの。なお、加・仏では新規有効成分に限らない。）	
価格調整範囲	有用性加算部分等（加算有無・加算率に応じ、調整前価格の10~15%）（注３）	**価格全体**（交渉により価格決定）	

（注１）一定の品目には費用対効果分析も行う場合もある。
（注２）独では、収載後６ヶ月以内に評価を行い、その後価格交渉を行った上で、合意した価格を７ヶ月目から遡及適用する。
（注３）令和８年度費用対効果制度改革においては、単に費用増加となる品目では、価格調整後の価格の下限について、価格全体の85%（調整額が価格全体の15%）とすることを基本に引き続き議論を行い、令和８年９月に中医協での検証報告の議論が終わった後に、具体的な方法を定めた上で施行することとしている。

◆費用対効果の測り方

・既存の治療法と比較し、「費用」と「効果」のバランスを考える
・計算式：「追加の費用」を新たに得られる「追加の効果（QALY）」で割る
・ICER（Incremental Cost-Effectiveness Ratio）

$$\text{増分費用効果比（ICER）} = \frac{\text{b-a（費用がどのくらい増加するか）（円）}}{\text{B-A（効果がどのくらい増加するか）（QALY）}}$$

※A･a：既存の治療法、B･b：評価対象品目
※QALY（Quality-Adjusted Life Year）：健康状態と生存年を勘案して効果を数値化。QOL（Quality of Life）×生存年数。

・ICERが500万円／QALYを超えると薬価を引下げ
（抗がん剤など配慮が必要な医薬品については750万円を超えると引下げ）
（出所）国立保健医療科学院ホームページ（https://c2h.niph.go.jp）

◆日本の費用対効果評価制度の対象品目数

✓ 2019年４月の費用対効果評価制度導入後、費用対効果評価が実施された医薬品は、累計82品目。他方、同期間中に新規承認された医薬品は419品目。単純計算では、**費用対効果評価制度の対象となる医薬品は全体の２割弱に留まる**。

（注）2026年10月13日現在。なお、ある年度に新規承認された医薬品について費用対効果評価が実施されるのは必ずしも当該年度に限られないため、一概に比較は出来ない点に留意。

（出所）英NICE (National Institute for Health and Care Excellence)、加医薬品庁（CDA-AMC）、仏高等保健機構（Haute Autorité de Santé）、独GBA（Gemeinsame Bundesausschuss）等のウェブサイトによる。

感染症危機対応医薬品等の安定供給確保の在り方

○ ワクチン・治療薬・診断薬等の感染症危機対応医薬品等（MCM：**M**edical **C**ounter**m**easures）は、パンデミック等の**有事は需要が急増**する一方、**有事の発生が予見し難い**ため、市場原理で民間に委ねるだけでは十分な研究開発・供給確保が困難な側面がある。

○ 他方、本来は民間が担う医薬品の開発・生産等に野放図な公的支援を行えば、市場における民間の経済活動を歪めるおそれがあるほか、特定の業界・事業者への支援として公平性の観点からも問題。そのため、単に収益性が低いことを理由に支援するのは適当ではなく、**事業の予見可能性を踏まえ、公的支援が必要な場合に限り支援を行うこととすべき。**

○ また、我が国はワクチン生産体制の整備等に巨額の補助金支援を既に行っており、2027年度概算要求では過去の支援で整備した生産体制の維持費用の要求も見られる。平時に新たな施設整備の支援を検討するにあっては、まずは**既存支援の効果検証を行う**とともに、**維持に係るコストも勘案した持続可能な支援の在り方を検討する必要**。諸外国の例も参考に、**融資等の金融的手法や有事における製造設備の優先使用契約など、補助金以外の手法も目的に応じて活用を検討**すべき。

◆主なMCM関連支援

予算	事業	措置額	主な事業内容	支援手法
2020年度２次補正	ワクチン生産体制等緊急整備事業	1,377億円	基金を新設し、ワクチンを国内で生産・製剤化するための施設・設備等を補助。	**補助金**
2021年度補正	新型コロナワクチン開発支援等事業	2,562億円	実証的研究の費用につき、必要な追加費用を補助。ワクチン開発に成功した場合、買上。	**補助金・買上**
2021年度補正	ワクチン・新規モダリティ研究開発事業	1,504億円	ワクチン・それに資する新規モダリティに係る応用研究～臨床試験の研究費を配分。	**補助金**
2021年度補正	ワクチン生産体制強化のための バイオ医薬品製造拠点等整備事業	2,274億円	平時は企業が普段生産するバイオ医薬品を、有事は感染症対応ワクチンを製造できるデュアルユース設備の導入や、ワクチン製造に不可欠な製造設備等の導入を補助。	**補助金**
（参考） 2027年度概算要求	国内大規模ワクチン生産体制 構築維持支援事業	760億円	「ワクチン生産体制等緊急整備事業」が2026年度に終了する中、整備した生産体制を維持するため、その構築・維持に必要な費用や、原材料の国産化、国内生産体制拡充に関する費用を補助。	**補助金**

◆欧州におけるMCM支援の多様な手法

★政策金融機関による保証付き融資

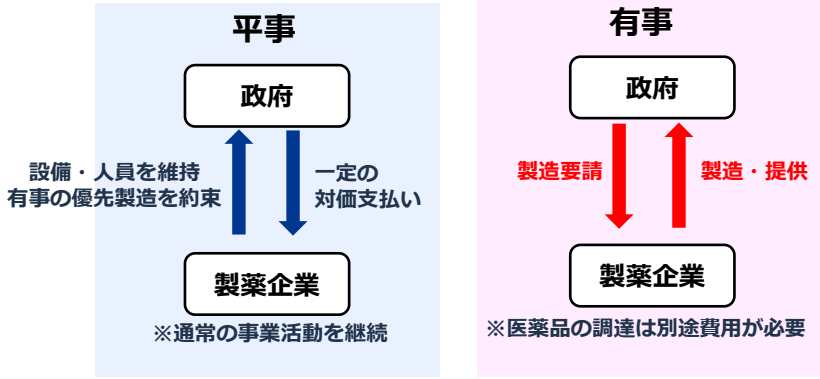
EUでは、民間投資を呼び込みながらMCM開発を支援すべく、その呼び水として、EIB（政策金融機関）が、EU予算（1億ユーロ）による信用保証を受け、MCM開発を担うベンチャー企業等に対し事業費の最大５割を融資する「HERA Invest」を実施。

★ワクチン製造能力予約の契約

EUでは、製薬企業に平時は事業活動を継続しつつワクチン製造に必要な設備・人員等を維持させ、有事はEUの要請に従いワクチン製造を優先的に行わせる「ワクチン製造能力予約」契約により、有事におけるワクチン供給体制を確保する仕組み（EU FAB）を導入。平時は、予約の対価として製薬企業に支払が生じるほか（予算総額1.6億ユーロ/年）、有事での医薬品調達費用等は別途必要となる。

また、英国は、製薬企業と、年間準備料を伴う製造能力予約・ワクチン事前購入契約を締結。平時は既存工場で季節性ワクチンを生産し、有事は政府の発注（最低価格・数量の定めあり）に応じてワクチンを供給する。政府は１億回分超の購入権を確保するが、発注義務は負わない。

◆ワクチン製造能力予約スキームのイメージ（EU FABの例）



（出所）欧州委員会（EC）、欧州投資銀行（EIB）、英国健康安全保障庁（UKHSA）等のウェブサイトに・公表資料より。

新たな医薬品・医療技術への対応

○ 新たな医薬品・医療技術等が登場・普及する中、これらは医療技術の進歩として歓迎される反面、高額なものや費用対効果が必ずしも優れないものも見られ、保険料負担の軽減を含めた医療保険制度の持続可能性と、医療アクセスの確保とのバランスが課題。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、**高額な医療や費用が効果に見合わない医療をどこまで公的保険でカバーすべきか**、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。

○ 例えば、医薬品等については、まずは費用対効果評価制度の一層の活用など薬価制度における最大限の対応を行いつつ、費用対効果が優れないものは、保険収載の可否とあわせて、**保険外併用療養費制度の柔軟な活用・拡大や、民間保険の活用の具体的な検討**を進めるべき。

（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

■ 我が国の医療保険制度は、必要かつ適切な医療は安全性・有効性の確認された保険診療で行われるべきことを基本に、一連の診療において保険診療と保険外（自由）診療を併用して治療を行う場合（混合診療）、原則、保険診療部分も含め全て自己負担となる。

■ もっとも、その例外として、保険外併用療養費制度について、①医療技術の進歩や②患者ニーズの高度化・多様化への対応、③公平かつ効率的な保険給付の実現の観点から、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**

※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）

※保険導入を前提とせず、患者の選択により保険外診療・保険診療の併用を認めるもの

③ 公平かつ効率的な保険給付の実現

⇒**一部保険外療養**（費用の一部を保険外に）

※適正な医療の提供を確保しつつ、公平かつ効率的な保険給付を行う必要性に鑑み、費用の一部を保険給付の対象外とするもの

◆保険収載された新たな医薬品の例

医薬品名	収載日	効能・効果	収載時薬価	収載時ピーク時市場規模予測	費用対効果評価制度
エレビジス点滴静注	26年２月	デュシェンヌ型筋ジストロフィー	約3億497万円	113億円	適用なし(注４)
ゾルゲンスマ髄注	26年５月	脊髄性筋萎縮症(２歳以上)	約1億6,708万円	43億円	適用あり（評価未了）
レケンビ点滴静注	23年12月	アルツハイマー病による軽度認知症等の進行抑制	約11万円（注１）	986億円	適用あり（引下げ）
エムガルティ皮下注	21年4月	片頭痛発作の発症抑制	約4万円（注２）	173億円	適用あり（引下げ）
ウゴービ皮下注	23年11月	肥満症	約1万円（注３）	328億円	適用あり（引下げ）

（注１）500mgの薬価。（注２）オートインジェクターの薬価。（注３）2.4mgの薬価。（注４）条件・期限付承認のため。

◆がん遺伝子パネル検査と保険外併用療養

✓ がん遺伝子パネル検査（CGP検査）は、がん遺伝子の変異を網羅的に検査・検出し治療に繋げる、先進的ながん検査。安全性・有効性のエビデンス収集中であるため、保険適用は、原則、標準治療がない/終了済み（終了見込み）の場合に限られる。

✓ このため、保険診療による標準治療を行いつつCGP検査も受ける場合は保険外診療となり、混合診療となるため、標準治療を含め全体が自己負担になる問題が指摘されてきた。2026年１月からは、臨床的有用性の検証のため、施設基準を満たす医療機関など一定の要件を満たす場合には、標準治療終了前のCGP検査についても「先進医療A（評価療養の一種）」として保険診療の併用が可能となっている。

（参考）他国における民間保険活用の状況

○ 高額な薬剤・治療方法が続々と登場・普及し、保険財政が圧迫される中で、患者が希望する場合には医療へのアクセスを確保しつつ、公的保険制度の持続可能性を確保する観点から、民間保険の活用は、その重要な選択肢。

○ 国ごとの歴史的経緯により、公的保険と民間保険の役割分担が様々であることに留意は必要であるが、他国においては実際に民間保険が公的保険を補完する役割を果たしている。

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

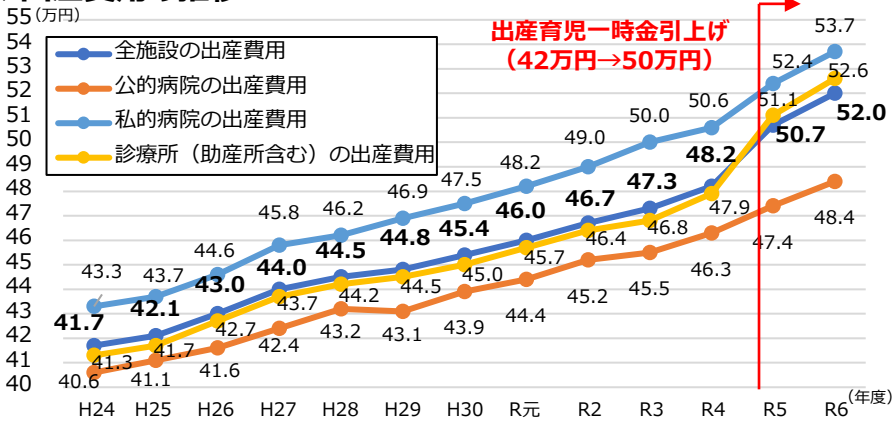
出産給付の見直し

○ 妊娠・出産等に関する支援については、出産育児一時金が、2023年に42万から50万円に引き上げられたが、出産費用が年々上昇する中、一時金の支給額引き上げは妊婦の負担軽減に必ずしも繋がらないことが指摘され、健康保険法改正により現物給付化されることとなった。

○ 現物給付の価格の設定にあたっては、財源には保険料が充てられるため**給付増は保険料負担の上昇にも繋がりうることに留意**する必要。**都道府県毎の出産費用が区々であることも踏まえ、全国一律ではなくきめ細かな検討が必要**。

○ **給付の拡充により必要以上のサービス付加につながることは避ける必要**があり、**給付対象となる標準的な診療・ケアと、妊婦の希望に応じた付加的サービスを明確に区分**することが重要。妊婦の方々の適切な医療機関選択のための環境整備に加え、現物給付化に伴う適正な給付範囲・価格の設定に資する観点からも、出産費用の「見える化」を一層進める必要。

◆出産費用の推移

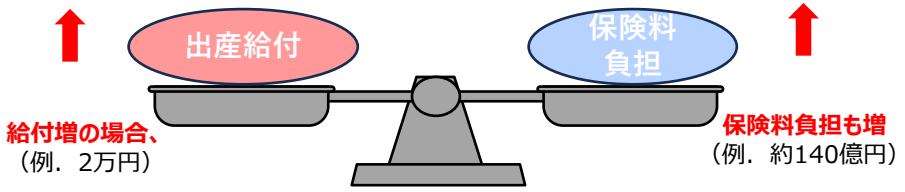


（注）出産費用は妊婦合計負担額から「室料差額」、「産科医療補償制度掛金」、「その他」の費目を除く費用の合計額を指す。
（出所） 厚生労働省「第１回妊娠・出産・産後における診療やケアの内容等に関する検討会」

◆ 保険料負担による出産育児一時金の支援

✓ 出産育児一時金や出産給付（現物）の費用は、原則保険料負担。

✓ 例えば、2023年の一時金引き上げの際は、後期高齢者医療制度がその費用の一部を支援する仕組みを導入（2024年）し、後期高齢者の保険料率引き上げ等により対応。



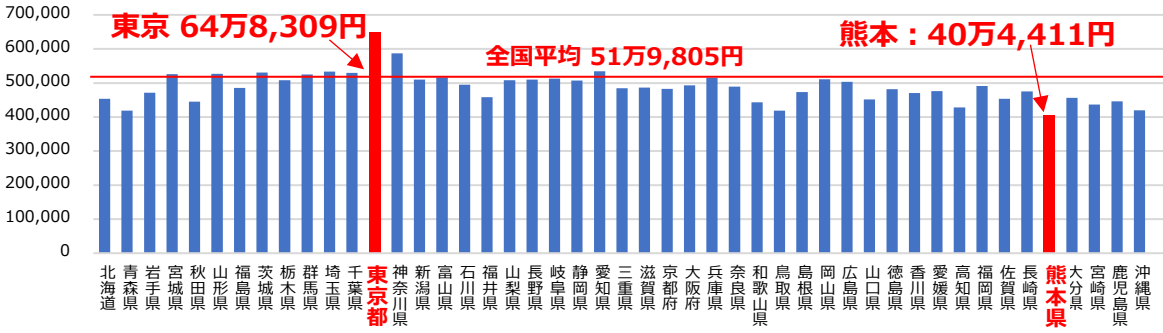
◆出産育児一時金に代わる給付方式の導入（2026年度健康保険法等改正）

１．分娩１件当たり基本単価の設定（現物給付化）
保険診療以外の分娩の基本単価を国が設定。
保険者から施設に直接支給（現物給付化）し、妊婦に負担が生じないようにする。
※ 具体的な給付水準は告示事項。施設の体制・役割等を評価して加算を設定。

２．全ての妊婦に対する現金給付の導入
１．とは別に、保険診療の一部負担金など出産時の費用負担の軽減を図るため、全ての妊婦に定額の現金給付を行う。※金額は政令事項

３．新たな給付方式の導入時期
施設の選択により、当分の間、施設単位で現行制度（出産育児一時金）の適用を受けることも可能とする。
※ その他、新制度の対象助産所・助産師を厚生労働大臣が指定・登録する仕組み等を設ける。

◆都道府県別の平均出産費用



（出所） 厚生労働省「第１回妊娠・出産・産後における診療やケアの内容等に関する検討会」

◆これまでの「見える化」の取組（「出産なび」）

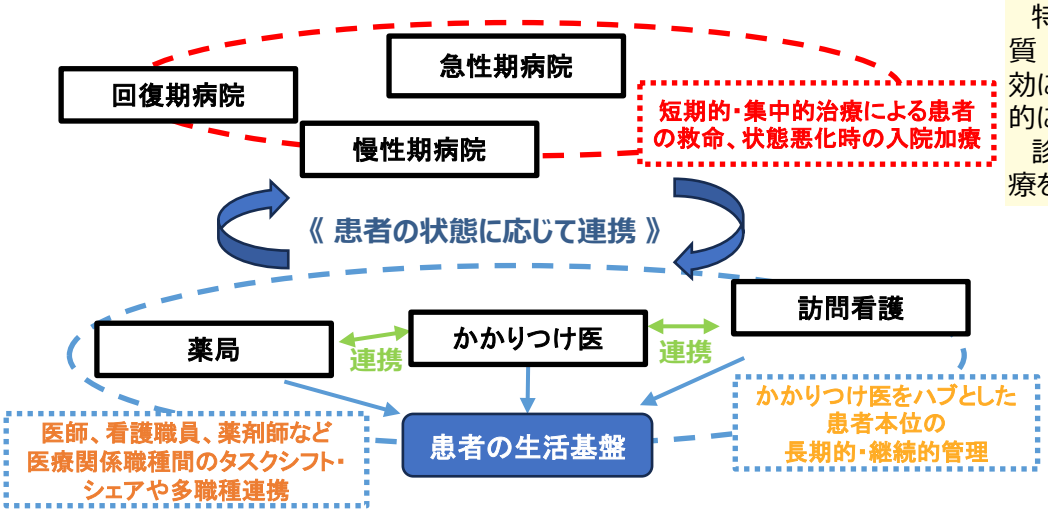
✓ 厚生労働省は、妊婦の方々が、費用やサービスを踏まえて適切に出産施設を選択できる環境を整備するため、全国の出産施設に関する情報の提供を行う「出産なび」を運営。

効率的な医療提供体制の構築（総論）

○ 高齢化・人口減少が進む中、より少ない人員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要。**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**していくことが重要。**短期的・集中的な治療を担う病院と、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、**医療関係職種間でのタスクシフト・シェアや多職種連携**を推進し、限られた医療人材を最大限活用しつつ、**地域全体で効率的・効果的に患者を支える体制**の整備が求められる。

○ その際、**「アウトカム重視」「質重視」な評価体系への転換**を目指し、真に効果的・効率的な医療提供に資する**医療DXを推進しつつ、医療産業のコスト構造の見直し**を行っていくことが不可欠。地域医療構想を始めとする各種枠組みにおいて**小規模分散な体制からの脱却を図るための改革を着実に進める**とともに、「量の競争」から「質の競争」を促す「患者本位の報酬体系」とすべく、**「出来高払い」から「包括払い」に転換すべき。**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の両立の観点から、**リフィル処方・長期処方の推進**も重要。

◆ 地域における医療機関間の機能分担と連携のイメージ



◆外来報酬体系の包括払い化推進の重要性

特に慢性疾患へのケアでは、検査や受診の回数などの医療提供の量ではなく、患者の生活の質（QOL）の維持・向上というアウトカムでの評価こそが望ましい。また、地域の医療資源を有効に活用しつつ、病院・診療所・薬局の連携の下で患者を適時適切にフォローする体制を総合的に評価する観点からは「包括払い」が合理的。

診療報酬体系において、アウトカム評価と包括払い化を一体的に推進することで、効率的に医療を提供することが最適となるインセンティブ構造へと転換を図っていくべき。

【現状】

ストラクチャー評価中心
※人員配置等の医療提供体制を評価

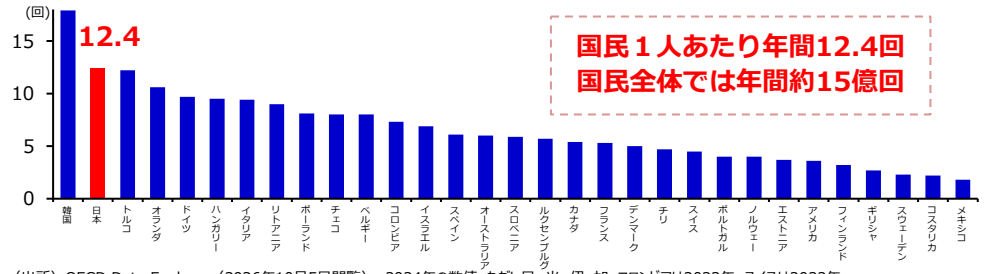
出来高払い
※個々の診察・検査・治療・投薬を積み上げて評価

【目指すべき方向】

アウトカム評価中心
※生活の質や満足度の改善を評価

包括払い
※疾患等に応じて定額で評価

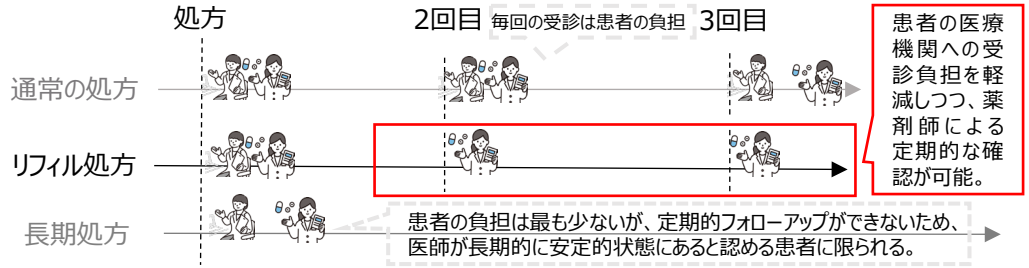
◆ １人あたり外来受診回数の国際比較



（出所）OECD Data Explorer（2026年10月5日閲覧）。2024年の数値。ただし日、米、伊、加、コロンビアは2023年、スイスは2022年。
国民全体の回数は、OECDの示す国民１人あたり回数に総務省「人口統計」（2023年10月1日時点）による人口を掛け合わせ、財務省で計算。

◆ リフィル処方の概要

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



効率的な医療提供体制の構築（医療提供体制のあり方）

○ 日本では、諸外国と比べ、**総病床数が多く、平均在院日数も長い**。人口当たりの医師数は突出して少なくないわけではないが、**医師１人当たりの病床数は多い**。また、MRI・CT装置の台数が極めて多く、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。

○ **診療所については、人口当たりでみても都市部に集中する傾向にある一方、1診療所当たりの従事者数が少ない**。

○ 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を集約していくべき**。

◆ 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	１病院当たり臨床医師数	臨床医師１人当たり病床数	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	処方薬薬剤費対GDP比	１人当たり外来受診回数
日本	25.6	15.5	12.5	2.7	41.5	4.6	59.8（2023年）	119.8（2023年）	1.6%（2023年）	12.4（2023年）
ドイツ	9.0	7.4	7.6	4.8	136.5	1.6	37.9	38.0	1.5%	9.7
フランス	9.0	5.5	5.3	3.9	91.4	1.4	20.6	21.9	1.1%	5.3
イギリス	8.9	7.5	2.4	3.5	132.2	0.7	9.0	10.4	0.6%	－
アメリカ	6.6（2022年）	6.0（2022年）	2.7（2022年）	2.7（2022年）	148.1（2022年）	1.0（2022年）	38.0（2021年）	42.6（2021年）	1.6%	3.6（2023年）

（注）記載がない場合は2024年データ。　（出所）OECD Data Explorerより作成（2026年10月5日閲覧）。臨床医師１人当たり病床数は、病床百床当たり臨床医師数より計算。

◆ 人口千人当たりの病院病床数（2025年）

都道府県	病院病床数（人口千人当たり）
高知県	23.6
鹿児島県	20.4
長崎県	19.8
徳島県	19.1
熊本県	18.7
（中略）	
千葉県	9.4
東京都	8.7
愛知県	8.6
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

◆ 人口10万人当たりの無床診療所数（2025年）

区分	無床診療所数（人口10万人当たり）
特別区	119.1
政令市	88.6
中核市	82.9
全国平均	81.6

（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」及び「2025年医療施設（動態）調査」を基に作成。

◆　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（供給が需要を誘発）
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）

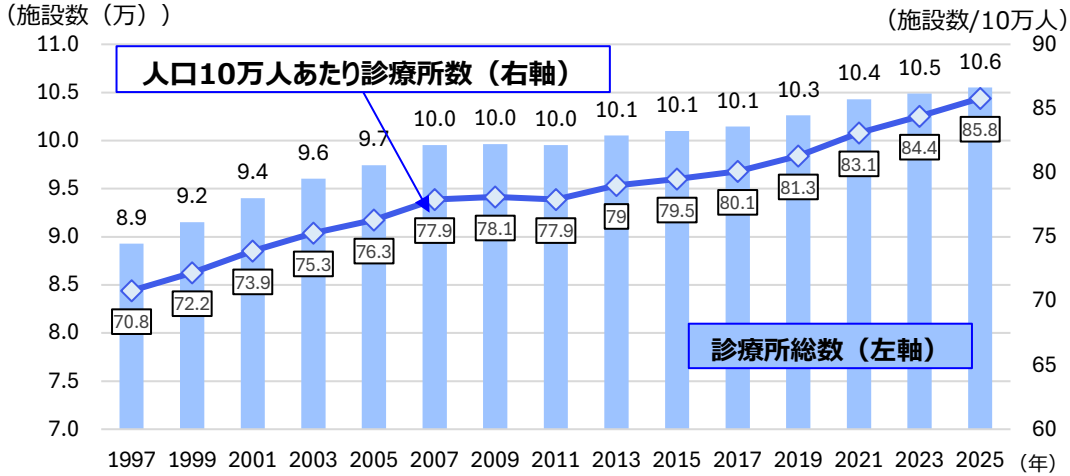
（出所）第2回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会　資料2（印南構成員・野口構成員資料）から抜粋

効率的な医療提供体制の構築（診療所）

○ **全国で既に10万施設を超える診療所については、人口減少下で外来需要が減少していくことが明らかであるにもかかわらず、増加を続けている。また、１診療所当たりの平均従事者数は、各職種いずれも１～２名程度と、非常に小規模な形態**となっている。年齢に応じて病院から診療所へ移行してきたこれまでの医師の傾向が今後も続く場合、診療所開設のペースは継続するおそれ。

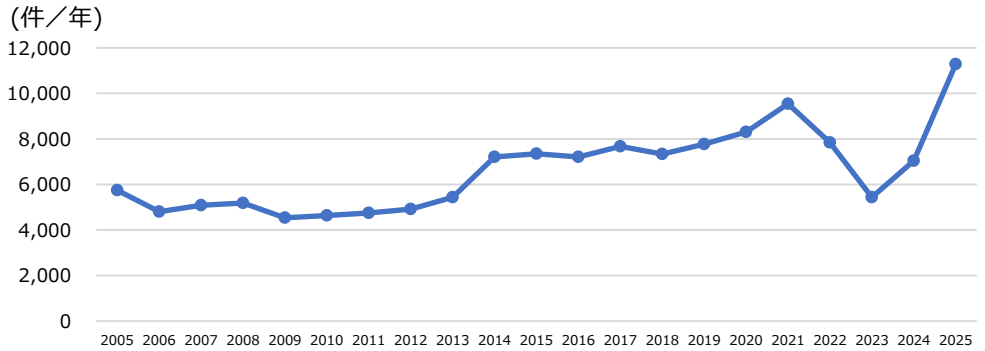
○ 小規模分散の診療所の体制により、**受付・事務・IT・検査等の機能が施設ごとに散在し、検査設備やシステムへの投資が重複**することに加え、**医療人材の効率的活用にも制約が生じやすい**ため、限られた医療資源のより効率的な活用の観点から、**地域単位での外来機能の統合・大規模化や医療機器の共同利用化を進める必要**。

◆ 診療所数の増加



（出所）厚生労働省「医療施設調査」

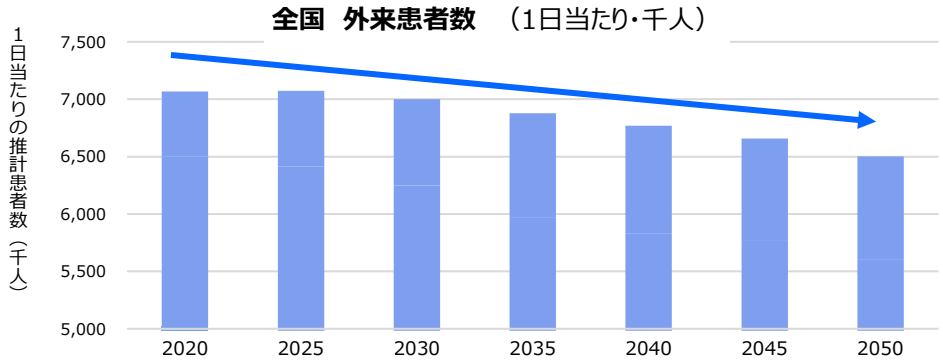
◆ 診療所の開設件数



（出所）厚生労働省「医療施設調査」

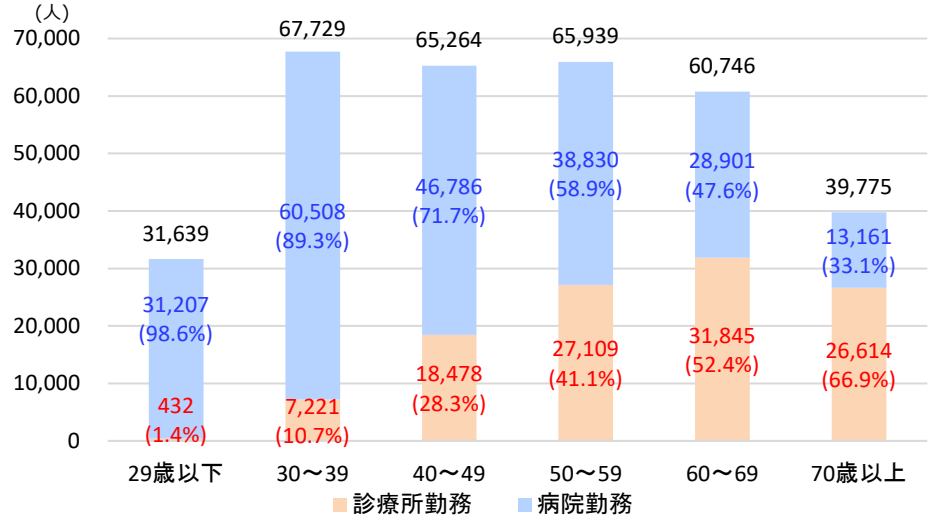
◆ 外来患者の将来見通し

✓ 外来患者数は、今後、減少傾向となる見込み。



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

◆ 医療施設に従事する医師の年齢構成（2024年度）



（出所）厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（2024年）

規制的手法による医師の偏在対策

○ 地域間、診療科間、病院・診療所間の医師偏在を解決するためには、**外来診療所の配置の適正化が不可欠**であるが、医師による自由開業制を前提とするこれまでの取組では十分な成果が出ているとは言えない。2025年の医療法等改正では、外来医師過多区域の無床診療所について一定の対応が盛り込まれたが、**対象は新規開業に限られ、手法も事前届出や要請・勧告・公表などに留まり、未だ不十分**な内容。

○ 日本と同様に公的医療保険制度をとるドイツやフランスでは、診療科別、地域別の定員を設ける仕組みを採用しており、こうした諸外国の例を参考に、**外来医師多数区域での保険医の新規参入に一定の制限**を設けることはもとより、更に、**既存の保険医療機関も含めて需給調整を行う仕組みを創設する**など、真に実効性のある医師偏在対策となるよう、これまでにない踏み込んだ対応を行うべき。

◆外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン -第８次(後期)-(2026年)（抄）

○ **外来医師過多区域**における無床診療所の**新規開業希望者**への対応の強化（**新規開設の事前届出制**、**地域で不足する医療機能・医師不足地域での医療の提供の要請**、**要請に応じなかった場合の勧告・公表**、**保険医療機関の指定期間の短縮等**）が行われ、外来医師過多区域の候補区域がある都道府県においては、当該区域の検討及び指定を進め、必要な取組を行うこととなった。

○ 新規開業者の届出様式には、**地域で不足する外来医療機能を担うこと（地域ごとに具体的な内容を記載）に合意する旨の記載欄を設け、協議の場において合意の状況を確認する**こととする。

○ 保険医療機関の指定期間を３年以下とする場合については、以下の類型に応じた期間とする。

類型	指定期間
・要請を受けて、期限までに応じなかった診療所 、勧告を受けた診療所 ・保険医療機関の再指定時に、勧告に従わない状態が続いた場（２度目の指定）	３年
・保険医療機関の再々指定時以降に、勧告に従わない状態が続いた場合（３度目の指定以降）	２年

【ガイドラインの偏在是正の実効性の課題】

- 事前届出制、要請・勧告・公表、指摘機関の短縮のいずれも、対象者は**新規開設のみ**に限定。
- 「新規開設の事前届出制」は、**開設を妨げない**。
- 「要請を受けて、期限までに応じなかった診療所」等も、指定期間は短縮されるものの、短縮された期間で**引き続き指定を受けることが可能**。

◆ドイツの医師偏在対策

○ **保険医の許可は、保険医の種類毎・地域毎の供給水準を定める需要計画で調整**

（注） 開業には医師免許に加え、卒後研修を修了し、保険医としての許可が必要

需要計画策定指針

※ 連邦共同委員会（連邦保険医協会、ドイツ病院協会、疾病金庫中央連合会で組織）が制定。

○ **医師１人当たりの住民数（一般比率）**を規定

（注）一般比率は、「一般的な需要に適合した供給水準」として規定され、14種類の保険医（麻酔科医、外科医、内科医など）について、人口密度などに応じた10種類の地域タイプ（人口稠密地域の中核都市、農村地域の人口が密な郡など）毎に規定

需要計画

※ 州の保険医協会が疾病金庫州連合会等の合意を得て策定。

○ **各計画区域における保険医の種類毎の一般比率**を設定

（注）州内の市や郡に対応した計画区域を設定し、需要計画策定指針の地域タイプに分類して設定。
（参考）2012年以降は州レベルの裁量の余地が拡大。指針とは異なる区域の範囲（専門医はより広い範囲を計画区域とする等）や一般比率（高齢化が進んだ地域では医師の比率を高くする等）の設定も可能

- **（保険医の種類ごとに）供給水準が一般比率の110%超：過剰供給 → 許可制限**
- （保険医の種類ごとに）供給水準が一般比率の家庭医は75%未満、専門医は50%未満：過少供給

◆フランスの専門医養成課程

○ 専門医として医療行為を行うためには、専門医養成課程の修了と国による認定が必要（他の診療科の診療はできない）

○ **専門医養成課程は、地域毎・診療科毎に定員が設定。全国選抜試験（ECN）の成績順に、進める専門医養成課程が選択可能。**

医学部（６年課程）を修了

↓

全国選抜試験（ECN）

成績順に専門医養成課程を選択
（ポスト数は各地域の医療の状況に応じて設定）

（注）受験時に、研修を希望する大学病院、診療科等を登録
学生は、希望する大学病院・診療科における自分の順位を確認可能

↓

専門医養成課程での研修（３～５年）、論文審査

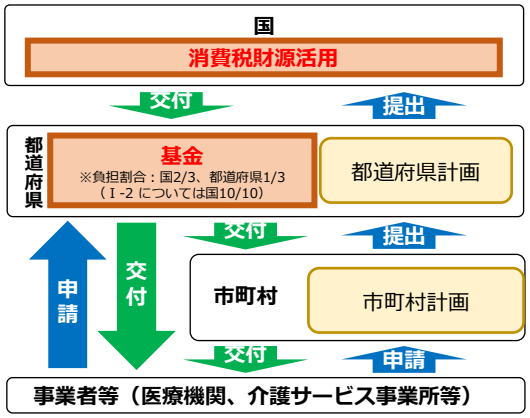
（出所）健康保険組合連合会「健保連海外医療保障」、「先進諸国におけるかかりつけ制度の比較及び我が国におけるかかりつけ医制度のあり方に関する研究」（2015（平成27）年度厚生労働省科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）報告書）、「医療制度改革 ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆」（2015年）を基に作成。

地域医療介護総合確保基金（医療分）の在り方（予算執行調査）

○ 地域医療介護総合確保基金では、平成26年度以降、各都道府県が、都道府県計画に基づき、医療機関の施設整備や医療従事者の確保等の事業区分毎に事業を実施。令和８年度に予算執行調査を行った結果、足下、**①計画に対して実績が７割程度**に留まっている、**②事業内容の適切性に疑義のある事業・活用されていない標準事業例が多数存在**する、**③PDCAサイクルが機能していない疑い**がある、といった問題点が判明。

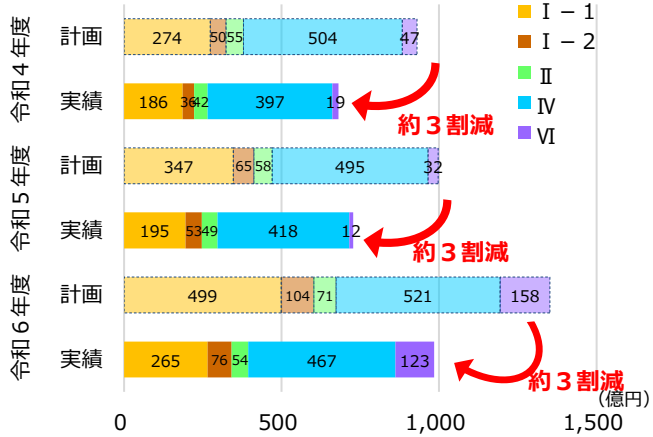
○ 計画策定時の都道府県への助言・指導強化や残高の適正な管理・国庫返納を含む**計画規模の適正化**や、事業の該当要件の明確化・計画段階での詳細な事業内容審査・標準事業例の見直しなど**不適当な事業が実施されない体制の構築**、全事業への政策目的明確化・目標達成年度設定やアウトプット/アウトカム指標設定と毎年度の事後評価、達成状況に応じた事業の見直しを通じた**PDCAサイクルの徹底**など、基金の在り方そのものを総点検し、見直すべき。

◆ 基金の事業スキーム



◆ 事業区分別の基金充当額※公費ベース

毎年度、計画額に対し、実績は**７割程度**に留まっている。



◆ 事業目的に照らして内容に疑義がある主な事業の例

区分	事業内容
地域医療構想との関係が必ずしも明らかではない個別施設等への支援	
Ⅰ－１	診療所の承継に係る改修整備
Ⅰ－１	がん医療体制における空白地域以外のがん医療に係る医療機器（CT、MRI）、臨床検査機器、手術支援ロボット等の導入支援
有効性に疑義のある人材確保事業	
Ⅳ	診療所の承継に伴う諸経費への定額助成
Ⅳ	薬剤師少数区域の病院・薬局に就職・転職した薬剤師に対する薬剤師会会費の支援等
他の政策目的に属する事業	
Ⅳ	自治体保健師の育成支援（公衆衛生対策として別個の国庫補助あり）
Ⅳ	臓器移植院内コーディネーターの養成支援（移植医療対策として別個の国庫補助あり）
Ⅳ	外国人受入環境整備（観光施策として別個の国庫補助あり）

◆ 基金に設けられた事業区分（医療）

【Ⅰ－１】地域医療構想の達成に向けた医療機関の**施設又は設備の整備**

【Ⅰ－２】地域医療構想の達成に向けた**病床の機能又は病床数の変更**

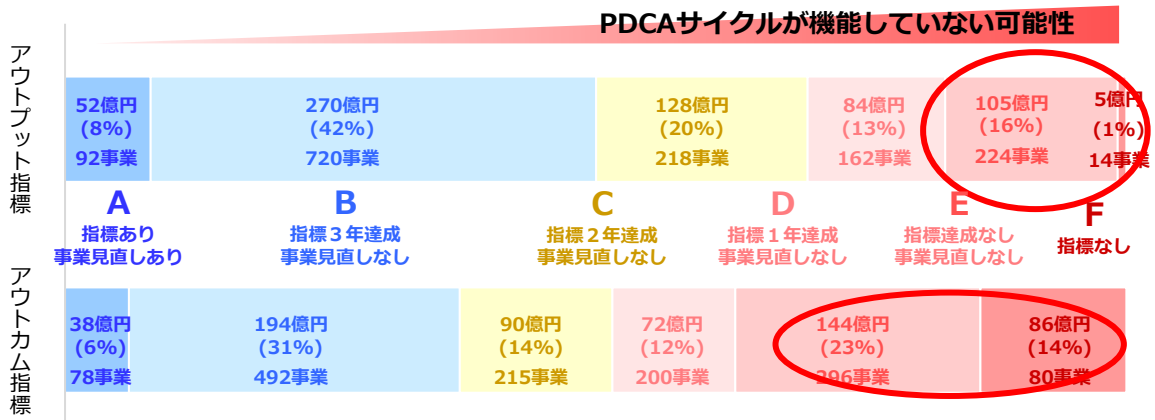
【Ⅱ】**居宅**等における医療の提供

【Ⅳ】**医療従事者の確保**

【Ⅵ】**勤務医の労働時間短縮**に向けた体制整備

【Ⅶ】**業務効率化・勤務環境改善**
※令和９年１月創設

◆ 指標の達成状況等で分類した基金充当額・事業数（令和６年度）



（注１）指標の達成状況は、2022-2024年度の３年間。「F（指標なし）」は、３年間で定量的指標なし又は評価実施なしのもの。
（注２）それぞれ回答に不備のあった事業を除外しているため、合計は同一ではない。

（出所）財務省「予算執行調査」（令和８年６月公表）

✓指標を未設定の事業や、指標未達成にも関わらず見直しが行われていない事業が多数存在。

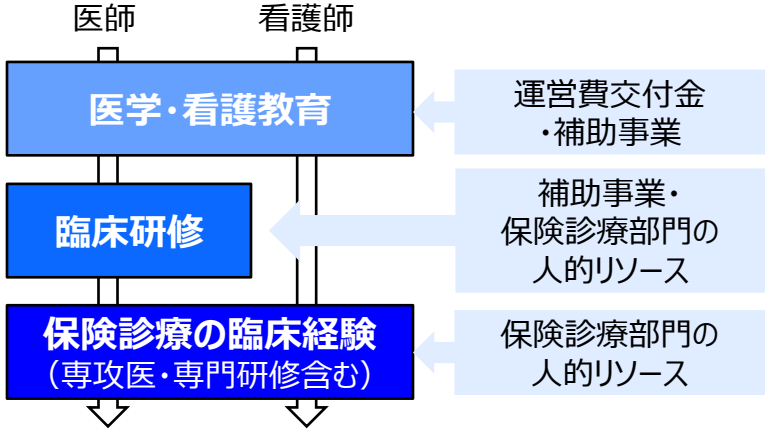
✓新規事業を行う場合には、**スクラップアンドビルドを基本**とし、事業効果の低いものは廃止を含む見直しとなるよう、**基金の配分方法を見直す**べき。

✓看板の架け替えによる継続とならないよう、**委託先等も一覧性高く公開すべき**。

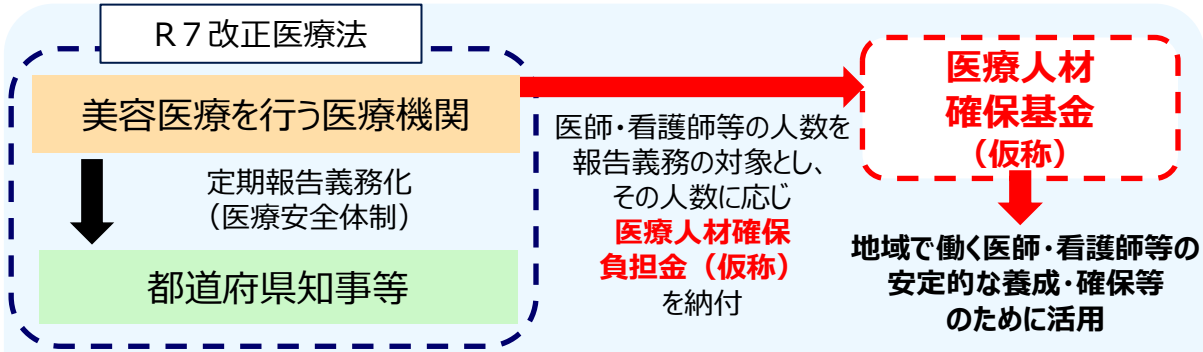
医療関係職種の安定的な養成・確保

○ 医師等については、全国では供給が需要を上回る見込みだが、**地域偏在等により、人材確保に課題を抱える医療機関**も存在。
○ 人口減少・少子化の中でも必要な医療提供体制を維持するためには、**診療所の偏在是正の取組を更に強化**するとともに、**地域で働く医師・看護師等の安定的な養成・確保が必要**。
○ 医師・看護師等の養成・確保には多額の公費や保険診療部門のリソース等が投入されている一方で、定員管理の下で養成された希少な医療人的資源は**美容医療等の自由診療部門も利用**。医師・看護師等の養成・確保するための費用等に充てるため、**美容医療等の一定の自由診療部門にも、利用する医師・看護師の数等に応じた負担を求めることとしてはどうか**。
○ 併せて、**複数都道府県にまたがる養成所運営の原則禁止等の運用については、地域の養成体制の確保の観点から再考すべき**。

◆養成に要する公費等の例



◆改正医療法と、美容医療を行う医療機関に応益負担を求めるスキームの一例



（注）あわせて、美容医療等による合併症等が生じた場合に、保険診療インフラをバックアップとしているとの指摘もある。
美容医療等由来の合併症等に保険給付を充てることは、疾病リスク分散という保険原理と整合しないため、給付対象外と明確化したうえで、事前に美容医療等を行う機関から負担金を集め、診療費に充てることも検討すべきではないか。

◆教育に要する公費額の試算の例

※教育と研究が一体的に行われていること等のために、教育に係る経費のみを特定すること等には課題があることに留意が必要

医師	国立	約3,000万円／６年　（注１）
	私立	約2,400万円／６年　（注1）

（注１）国立の医科系単科大学、医学部医学科のみを設置する私立大学について一定の条件を仮定した試算（平成30年、文部科学省）
（注２）秋山直美・中山徳良（2025）「看護基礎教育課程における教育投資と収益率の比較」

（参考）厚生労働省の審議会（第113回社会保障審議会医療部会）における指摘

- 美容診療に行かれる方が非常に多いということで、医師の育成の中に高額な公費が投入されています。美容診療というのは収益事業になるわけですので、一定期間社会に貢献する、保険診療をしっかりやるのだということをきちんと盛り込まないと、医師の偏在というのはますます助長してしまう
- 自由診療で有害事象とか合併症が起きた場合、病院にかかって、そのときに自由診療で起きたことは自由診療で対応するのですよというと、理解されていない方が非常に多いのです。ですから、自由診療で起きた合併症、有害事象については、自由診療で対応するのだということをもっときちんと広報するということで、今回の広報の中にも規定が書いてありますけれども、広報の中にぜひ記載していただいて、患者さんが病院で保険診療で治したいという誤解をしないようにということをぜひお願いしたい

◆複数都道府県にまたがる養成所運営

✓厚生労働省の検討会では、サテライト校の活用が、地域の養成体制の維持の有力な選択肢として、議論。
✓サテライト校の本校が同一都道府県に属しなければならないという専修学校に対する規制に、合理的な理由はない。
都道府県の協力を得て、地域の養成体制の維持・確保の観点から運用の柔軟化を図るべき。

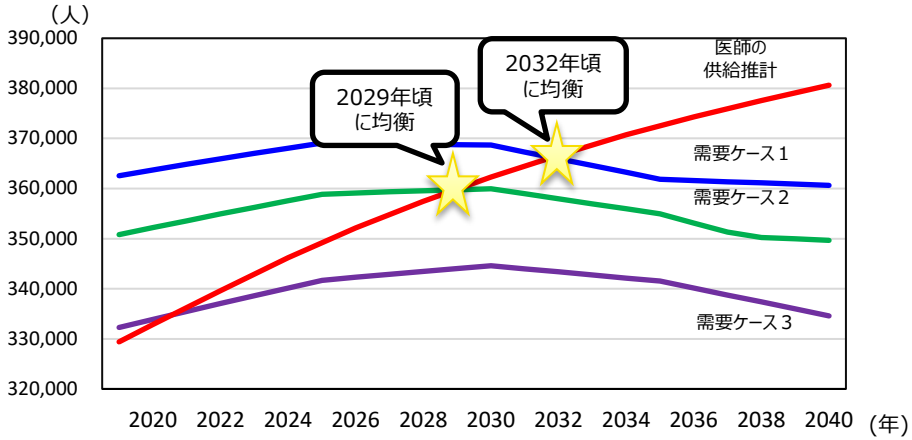
医学部定員数の削減

○ 医師需給推計によれば、2029年～2032年の間で需給が均衡し、その後は供給過多となる見込み。医学部６年制を踏まえれば、**医学部の入学者の定員の削減を、骨太の方針2026に沿って速やかに図るべき**。医学部定員が今後も維持された場合、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。人口減少が続く中、**医学部に理工系人材が偏る**ことは、他の理系分野への専門人材の供給にも影響を及ぼす懸念。

○ 医学部定員については、各大学にて設定する**恒久定員**と、地域の偏在対策として国と都道府県が協議して毎年度配分される**臨時定員**に分けられ、また、**一般枠の他に地域枠等を設け、地域の実情に配慮した定員設定**を行っている。

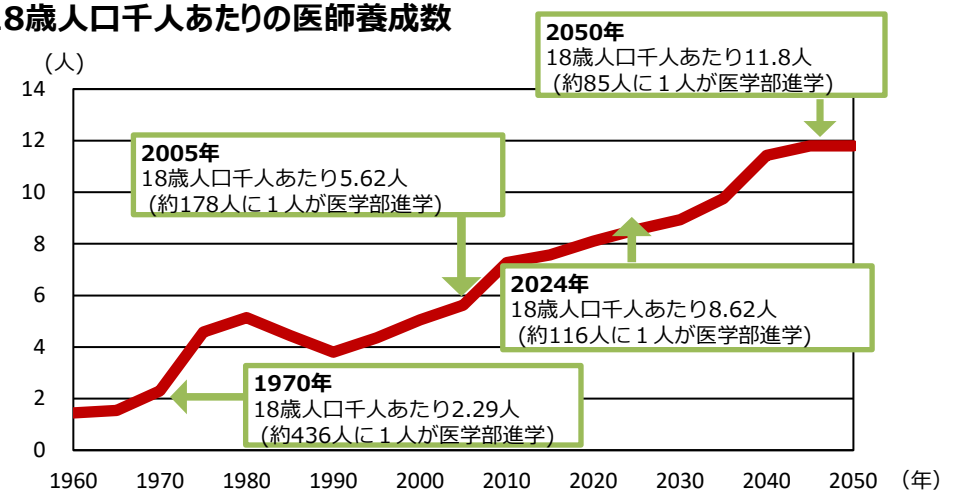
○ 地域偏在の観点からは、医師少数地域のみならず、医師過多地域における取組も重要。医師過多地域の大学も含め、地域偏在対策に貢献する大学の取組を適切に評価する仕組みをつくり、臨時定員の分配や恒久定員の削減にあたっては、こうした仕組みを利用して、**医師の地域偏在にも留意しつつ**、**各大学において定員の削減を適切に図るべき**。

◆医師の需給推計



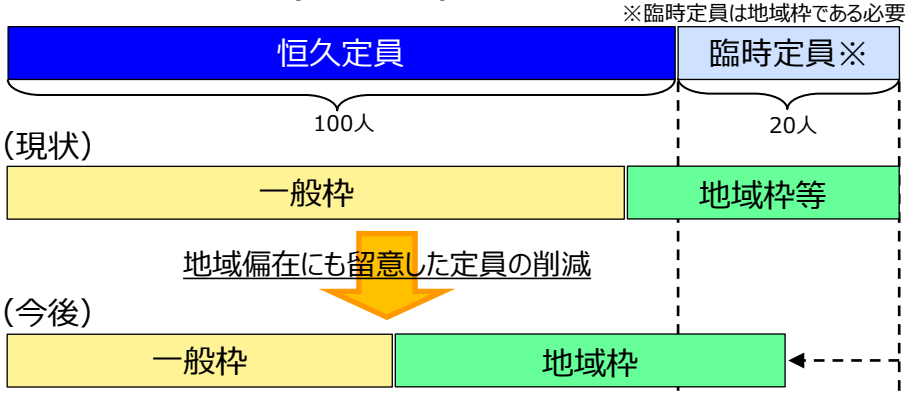
（出所）厚生労働省「第９回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」（2025年１月21日）資料を一部加工
（注）2020年の医学部定員数を前提とした推計。

◆18歳人口千人あたりの医師養成数



（出所）厚生労働省「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」（2024年2月26日）資料を一部加工

◆各大学における医学部定員の枠組みのイメージ



◆地域偏在対策に貢献する大学の取組事例

✓ 日本大学医学部の入学定員は、恒久定員（一般枠）120人のほか、臨時定員として地域枠15人が設定されている（2026年度）。同大学は東京都に所在するが、医師偏在解消のため、地域枠15人分を他県（新潟県、茨城県、静岡県、埼玉県）に設定しており、同地域枠選抜を経た医学生は、一定期間、各県の医療機関で医師として勤務することとなる。（注）2027年度は栃木県の追加を調整中。

✓ このように、大学の所在地と異なる地域における地域枠を設定することなどを通じ、医師少数の地域のみならず全国の大学において、医師偏在対策に貢献することは可能であり、こうした取組を推進していくべき。

（出所）日本大学医学部ウェブサイトより

医療機関の経営情報のさらなる「見える化」（MCDBの精緻化）

○ 2026年度診療報酬改定は、「医療法人の経営情報のデータベース」(MCDB)を活用。医療機関の施設類型ごとの費用構造や経営実態についてのデータ分析に基づき、きめ細やかな対応を実施したことは、今後の報酬改定における経済・物価動向等の対応のモデルケースとなるもの。

○ 一方、次期改定で更に精緻な対応を行うため、**必須報告項目追加や細分化が必要。**また、必要な賃上げをよりきめ細かく科学的に行うには、**職員の職種別給与・人数の提出義務化・精緻化も不可欠**。更に、診療所の経営実態の正確な把握のため、**個人立など医療法人以外の設置主体による経営情報の把握も検討すべき。**

（参考）令和8年度予算財務大臣厚生労働大臣折衝事項（2025年12月24日）
④更なる経営情報の見える化のための対応
（略）、データ分析をより精緻化させ、保険料や税を負担する国民が納得できるよう、さらにエビデンスに基づく改定が実施されていく必要がある。例えば、診療所の費用項目には「その他の医業費用」の占める割合が高いが、その実態は把握できず、また、職種別の給与・人数については法人によるデータ提出が任意となっている。
令和10年度以降の診療報酬改定に向けては、「その他の医業費用」の内容も含め、医療機関の経営実態がより詳細に把握可能となるようなMCDB及び医療経済実態調査の報告様式の精緻化に向けた検討を行う。MCDBにおける職種別の給与・人数の報告の義務化を含め、報告のあり方や内容について検討し、令和8年中に必要な見直しについて結論を得る。 さらに、医療法人以外の設置主体による経営情報との連携、データの分析・公表の在り方等について、必要な対応を検討する。

◆データベースに掲載する経営情報（施設別）

医業収益
- ・入院診療収益（保険診療収益、その他の診療収益等）
- ・室料差額収益
- ・外来診療収益（保険診療収益、その他の診療収益等）
- ・その他の医療収益（保健予防活動収益、運営費補助金収益）

診療報酬の検討にあたり、**保険診療と自由診療の内訳**は必須

○ **材料費**（医薬品費、診療材料費等）
○ **給与費**（役員報酬、給料、賞与等）
○ **委託費**（給食委託費、検査・寝具・医事・清掃・保守の各委託費）
○ **設備関係費**（減価償却費、器機賃借料、地代家賃、器機保守料）
○ **研究研修費**
○ **経費(診療所のその他の医業費用)**（水道光熱費、福利厚生費、租税公課、交際費、広告宣伝費、消耗品費、会議費、保険料、諸会費、医業貸倒損失、雑費等）

物価・賃金動向の的確な反映のためには、**費用の性質別の内訳**が必須

○ **控除対象外消費税等負担額**
○ **本部費配賦額**
○ **医業利益（又は医業損失）**
○ **医業外収益**（受取利息及び配当金、運営費補助金収益等）
○ **医業外費用**（支払利息）
○ **経常利益（又は経常損失）**
○ **臨時収益・費用**
○ **税引前当期純利益（又は税引前当期純損失）**
○ **法人税、住民税及び事業税負担額**
○ **当期純利益（又は当期純損失）**
○ **職種別の給与（給料・賞与）及び、その人数**

黒文字：必須項目
青文字：任意項目（下線は病院のみ必須）
赤文字：記載対象外項目

賃上げをきめ細かく行うためには、**職種別給与**は必須

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

◆ 報告項目の細分化・必須化

✓ 保険診療が経営に及ぼす影響を把握するため、**医業収益における保険診療・自由診療の内訳の記載は要必須化**。診療材料費等の主要な費用項目も、保険診療・自由診療の用途別に区分すべき。

✓ **医業費用の内訳**についても、委託費・設備関係費・経費など、記載対象外のものが多数存在。内訳費用の性質ごとに賃金・物価動向の影響は区々であり、各項目に係るコストの動向を踏まえた分析を可能とすべく、**内訳項目の細分化・必須化**が必要。

◆ 職種別給与の見える化

✓ 賃上げをきめ細かく科学的に行っていくことは、医療従事者や負担者たる国民に裨益。その前提として、**「見える化」のコアとも言うべき職員の職種別給与・人数のデータは必須**。

✓ 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が、情報は匿名化されており、個人情報保護の問題はなく、**提出の義務化が不可欠**。また、**病院長/役員/役員以外の職員に細分化**すべき。

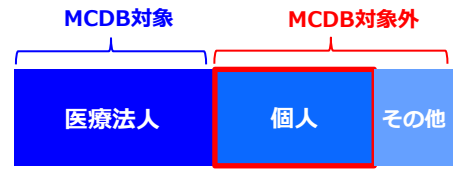
✓ 特に役員については、診療等に従事する役員は、役員報酬は除く給料・賞与のみ報告されるため、**給料・賞与と役員報酬を同時に得ている場合、実際に得ている報酬の水準が把握出来ず問題**。また、**診療等に従事せず、職員として給料・賞与の支給を受けていない役員はそもそもMCDBの報告対象外**となっており、データの網羅性の観点からも問題がある。

◆ 個人立の医療機関の経営情報

✓ MCDBは基本的に医療法人立の医療機関に対象が限られ、**個人立などの医療機関は対象外**。

✓ 診療所の経営実態の正確な把握には、**３割以上を占める個人立の経営情報を把握することも不可欠。**医療経済実態調査では個人立等も調査対象となっていることも踏まえ、**医療法人以外の設置主体による経営情報の網羅的把握も検討すべき。**

＜一般診療所の施設数（開設主体別）＞



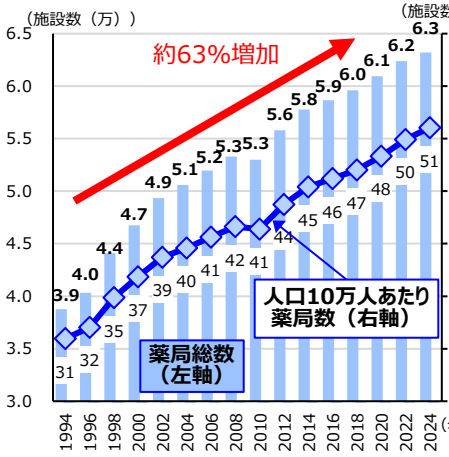
（注）その他には国立、公的、公益法人立などが含まれる。
（出所）厚生労働省「令和７(2025)年医療施設（動態）調査・病院報告の概況」

効率的な医療提供体制の構築（薬局）

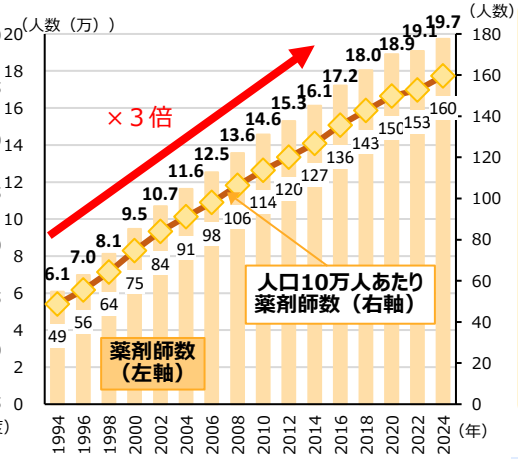
○ 限りある医療人材の最適配分を実現し、効率的な医療提供体制を構築するため、**薬中心の「対物業務」から患者中心の「対人業務」へのシフト**を促しつつ、**薬局の機能強化**を図ることが重要。しかし、**過去30年間で薬局数・薬局従事の薬剤師数は増嵩**する一方、**薬局は小規模な形態が大宗**。こうした小規模分散体制は、**対人業務の充実や安定的な医薬品供給の観点から問題**。薬局の機能強化は急務であり、**薬局の集約化や大規模化も含め取り組む必要**。

○ 2026年度診療報酬改定では、特に都市部を中心とした薬局の密集度に着目し、**新規に都市部に立地する薬局への減算措置**が導入された。今後、その効果検証を行った上で、仮に効果を十分に発揮できていない場合は、対象となる地域の拡大や既存薬局も含めた対応など**業界構造を変えるための更なる方策**を検討すべき。その際、実効的な対策とするために真に必要と判断される場合には、報酬上の措置にとどまらず、**量的規制も含め検討し得るのではないか**。

◆薬局数の推移



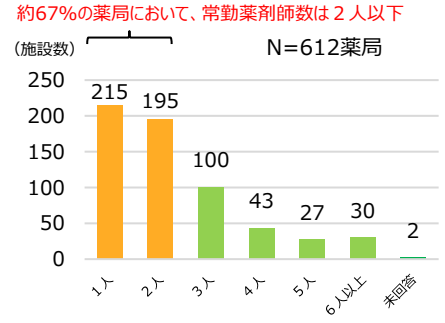
◆薬局に従事する薬剤師数の推移

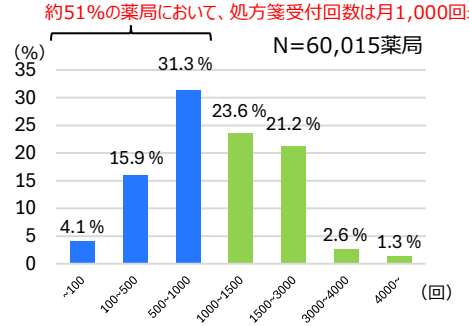


（出所）厚生労働省「衛生行政報告例」、総務省「人口推計」より作成。1994,96年は年末。（出所）厚生労働省「医師・薬剤師・歯科医師統計」
（注） 2010年の薬局数には宮城県及び福島県の一部地域が含まれていない。

◆薬局ごとの常勤薬剤師数及び薬局あたり処方箋受付回数

✓ 常勤薬剤師が２人以下の薬局は約2/3を占め、１人の薬局は1/3を占める。
✓ 薬局ごとの処方箋受付回数は、月1,000回未満の薬局が５割超を占めている。





（出所）左図：中央社会保険医療協議会資料「調剤（その２）」（2023年11月8日）より、「薬局の機能に係る実態調査」の結果を引用。
右図：同「調剤（その１）」（2025年9月10日）より、2024年度の処方箋受付回数（厚生労働省調べ）を引用。

◆小規模分散の体制により生じる課題の例

◆ 中央社会保険医療協議会資料「調剤について(その２)」(2025年11月28日)(抄)
「薬局・薬剤師の偏在により生じる課題　都市部における薬局・薬剤師の集中」

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

◆2026年度診療報酬改定における対応

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

◆旧薬事法による薬局の開業規制

✓ 薬局の営業に対しては、かつて旧薬事法による薬局距離規制が存在したが、最高裁の違憲判決（最大判昭和50年４月30日）を受け撤廃され、以降は診療報酬上の対応に留まってきた。
✓ 他方、同判決については、規制の目的が「医薬品の安全性確保等の消極的警察的な目的」であったがゆえに規制手法について厳格な審査がなされ、また、手法も単純な距離制限という薬局開設自体への大きな制約であったこともあり、違憲判決に至ったとの指摘がある。
✓ このため、例えば、保険財政上の必要性から、診療報酬上の措置により薬局に対する量的規制を行うことは必ずしも否定されないのではないか。また、薬局の開業そのものへの制約ではない保険調剤への参入規制の導入や、単純な距離規制ではない一定地域内の密集性に着目した規制ならば、検討の余地があるのではないか。

医療分野の情報基盤の整備　～電子カルテの普及～

○オンプレミス型の電子カルテには、「政府の医療DXサービスと接続しにくく、データ連携が困難、仕様が乱立し現場の改修経費や人的リソース面で非効率、ネットワーク構成が複雑で、サイバー対策に脆弱性」という課題があり、今後は、**クラウドネイティブ型での普及**を推進すべき。

○オンプレミス型は、サーバーやハードウェアの老朽化に伴い、定期的にシステム全体の入替えや更新が必要（規模等によるが、200～300万円程度）であるのに対し、**クラウドネイティブ型は、こうした更新等が不要**であり、**医療機関側の将来コストも低下が見込まれ**、経済合理的で、実際に新規開設時はクラウド型が既に主流であることを踏まえると、本来**必要なのは財政支援よりも周知**。

○カルテ情報の共有は参加機関が多いほど政策効果が高い等の公益性を理由に、早期の移行推進のための支援を行う場合でも、期限を2030年と明確に区切ったうえで、それ**以降はクラウドネイティブ型電子カルテの利用を原則とすることを支援決定と併せて決定すべき**。

○　なお、仮に導入支援を補助金で行う場合には、**導入後の報酬上の加算は、二重支援となるため廃止**すべき。

◆電子カルテ普及を支援する場合のスケジュール

～2028年 → ～2030年 → 2030年～

- （200床以上）普及率100%
- 集中的支援

- 普及率100%
- 支援の逓減

- 支援終了
- 電子カルテ・共有サービスの利用を**保険診療の指定要件化を視野に、未利用は報酬を減算化**を検討

◆仮に導入支援を行う場合の電子カルテ普及・利用支援

導入前 ⟷ 導入後

厚労省の導入補助金
（導入補助）

厚労省の導入補助金
（クラウド利用料（３年分）等）

電子的診療情報連携体制整備加算１
要件：医療情報を共有できる電子カルテを有していること　等

報酬のうち、電子カルテ保有要件部分については、**二重支援**

◆新規開設診療所のうち開業時にクラウド型を採用した施設

開業時の電子カルテ	2022～2023年	2024年
クラウド型	**70.8%**	**73.1%**
オンプレミス型	26.8%	24.5%
電子カルテ未導入	2.4%	2.4%

（注）クラウドネイティブ型ではないクラウド型も「クラウド型」に含まれている。
（出所）矢野経済研究所「医療情報システム市場に関する調査」（2025）「新規開業クリニックに関する法人アンケート調査」（2024）

◆目指すべき電子カルテ推進の形と支援（医療機関の規模別）

			目指すべき導入の形
病院	400床以上	導入済み ・約95%	（製品開発後に） ・クラウドネイティブ型への移行を支援
	400床未満	導入済み ・200床～：約85% ・～200床：約75%	（現行のシステムの更新時等に） ・クラウドネイティブ型への移行に絞って集中的に支援 ※現時点で対応する商品がない300床以上の病院等について、商品開発後にクラウドへの移行を容易にするための例外的支援は要検討。
		未導入	・クラウドネイティブ型での導入に絞って集中的に支援
診療所		導入済み	（現行のシステムの更新時等に） ・クラウドネイティブ型への移行に絞って集中的に支援
		未導入	・クラウドネイティブ型での導入に絞って集中的に支援 ※紙との併用は普及の意義を減じる
新規開設（病院・診療所）			・クラウドネイティブ型での導入 ※既にクラウド型が標準であり、「追い銭」的な支援は不要

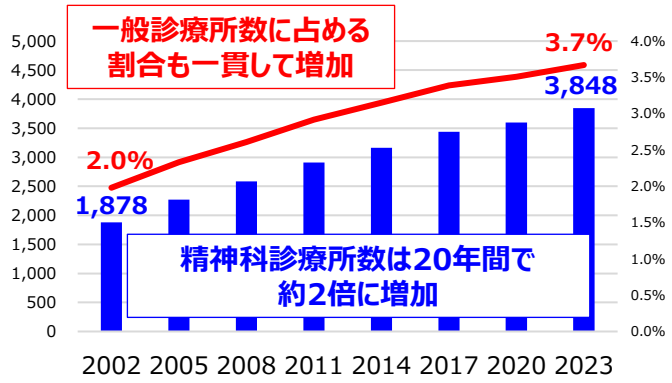
（注）病院は、療養病床のみを有する病院（導入率約40%）、精神科病床のみを有する病院（同約45%）を含まない。
（出所）厚生労働省「電子カルテ普及計画」（2026年９月９日）

精神科医療について（外来・訪問看護）

○ **精神科外来**は、診療所や医療費が増加する中、**診療の専門性等を通じた質の確保が課題**。令和8年度診療報酬改定では、**精神保健指定医等による診療を相対的に高く評価**する見直しが行われた。近年増加している都市部やオンライン中心の診療所を含め、改定による効果や、安易な診断書発行とも指摘される診療の実態を検証すべき。また、**精神疾患による傷病手当金の受給の増加**について、要因分析し、必要な対応を検討すべき。

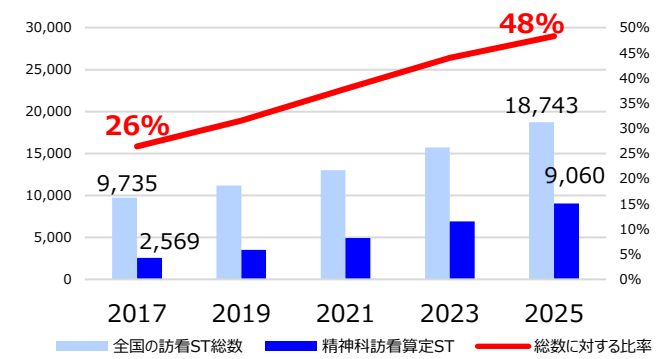
○ **精神科訪問看護**については、**精神障害者の地域生活を支える重要なサービス**である一方、**利用者数や事業所数が増加**しており、サービスの必要性・質・提供頻度の適切性を検証する必要。令和8年度診療報酬改定では、経済上の利益の提供による特定事業者への誘導が禁止されたが、利益供与の有無にかかわらず、特定事業者への利用集中の実態を継続的に把握・検証する仕組みについても検討すべき。介護保険の特定事業所集中減算の考え方も参考に、精神科訪問看護の指示元医療機関ごとに、最大利用先ステーションの患者割合、患者1人当たり訪問頻度、通常の算定上限である週3日利用の割合等を、地域の供給体制や患者の状態を考慮しつつ分析すべき。その上で、**合理的な理由では説明できない高い集中率や画一的な頻回訪問**が認められる場合には、利用者の選択権と必要なサービスへのアクセスに配慮しつつ、追加的な適正化策を検討すべき。

◆精神科診療所の推移



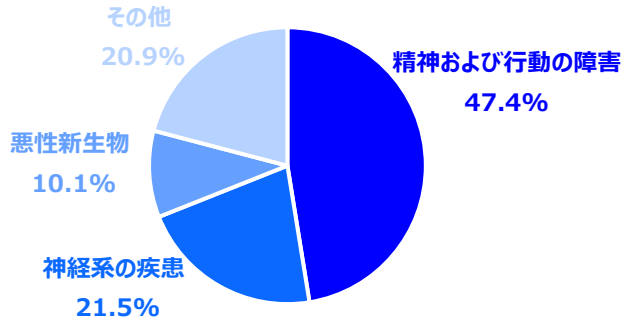
（出所）：厚生労働省「医療施設調査」

◆訪問看護事業所数の推移（医療）



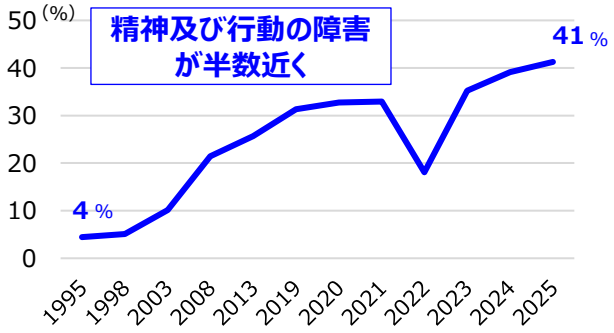
（出所）一般社団法人全国訪問看護事業協会「訪問看護ステーション数調査」

◆訪問看護利用者の主傷病



（出所）令和７年11月12日中央社会補気に両協議会総会資料

◆傷病手当金の精神及び行動の障害の割合



（出所）協会けんぽ（旧政府管掌健康保険、各年10月）、第163回医療保険部会資料

◆精神科および心療内科領域におけるオンライン診療についての課題の指摘

- 「精神科薬(睡眠薬を含む向精神薬)の長期処方が安易に行われている問題」「服薬歴の確認を怠っている事例・安易な診断書発行している問題」「メールやチャットのみで処方や診断書発行という事例」等が確認されている。」

（出所）「精神科および心療内科領域におけるオンライン診療について」（2026年9月29日、日本精神科病院協会）

◆訪問看護の課題の指摘

- 「精神科訪問看護については、これまでも一部の事業者の過剰訪問やサービス提供内容の質の担保が指摘されてきた」（第14回 精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会）
- 「訪問看護について過剰な支援にならないか非常に心配。」「本来必要のない人に過剰な支援になってしまうと、御本人の力をそぐことにもなってしまう」（第９回精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会）
- 「精神科訪問看護について、過重なサービスにならないよう、指示書の在り方についてやはり検討する必要」（同上）

特定健診・特定保健指導への支援について

○ 特定健診・特定保健指導は、2008年度から、40歳から74歳までの加入者を対象に、生活習慣病（メタボリックシンドローム）の予防に重点を置いた健康診査・保健指導が、各医療保険者による実施が義務付けられている。**医療費適正化の取組の柱と位置づけられ（年間120億円の医療費削減見込み）**、**公費による直接的な経費の補助（国費175億円、地方負担を含めた公費では307億）**も行われている。

○ 他方、特定健診・特定保健指導の費用対効果については、**公費負担額が医療費適正化の計画額を大きく上回り**、また、これまでの検証でも、実際に、コストを上回る医療費削減につながっているとの実証的・定量的なエビデンスが明らかになっているとは言えない。

○ **予防・健康づくりは、労働参加や個人のQOL向上の観点から重要**であり、保険者が果たすべき役割の一つであるが、**費用対効果の低いものに多額の公費投入を続けるべきではなく**、取組内容の不断の見直しを行い、**効果の高いものへのシフト・重点化**を図るべき。

◆ 特定健診と定期健康診断（労働安全衛生法）

健診の種類	対象者	主な目的
特定健診	**40歳から74歳の被保険者・被扶養者**	**生活習慣病（メタボ）の予防**
定期健康診断（労働安全衛生健診）	従業員（常時使用する労働者）	働く人の健康障害の予防、適切な就業環境の維持　等

◆ 特定健診・特定保健指導の内容

（※）厚生労働省「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」等より作成。

特定健康診査

体重・腹囲・血圧等の測定、**血液検査**等を実施

特定保健指導の対象者選定

STEP１：　**腹囲**と**BMI**により指導対象を選定
STEP２：　該当者のうち、**血圧、血糖値、脂質、喫煙歴**の数で追加リスクを判定

リスクに応じた支援

- 動機付け支援：初回面接で生活習慣改善の行動計画作成
- 積極的支援：初回面接で生活習慣改善の行動計画作成　面接・電話・メール等で継続支援

実績評価（面接のほか電話・メール等）

◆ 特定健診・特定保健指導に係る国の財政支援（2026年度予算）

○ 特定健診・特定保健指導　175 億円
（うち市町村国保・国保組合）（137.9億円）
（うち健保組合・協会けんぽ）（36.7億円）

※市町村国保の地方負担も含めると、公費は307億円

◆ 日本の健康診断に関するOECDのレビュー

・（日本の）二次予防戦略は、OECD諸国の中でも独特のもの[unique]であり、多くの国民をカバーする、広範囲の検診や検査は、OECD諸国の医療制度全体を通しても、一般的なものとはほど遠い [far from common]

（注）二次予防：病気の早期発見・重症化予防

・全ての健診が、**集団の健康と費用節減の両方の観点から、制度に価値をもたらしているか、明らかでない**[not clear that all tests are adding value to the system]

・現在の健康診断について**経済的な評価を行い、金額に見合う価値のない健康診断をなくすことを注視**する。

（出所）OECD　公衆衛生白書：日本　明日のための健康づくり（2019年２月）

◆ 予防医療の医療費適正化効果に関する海外の論文

◆海外の論文等

① Cohenほか（2008年）

予防医療の費用対効果に関する1500の研究結果のうち、**医療費削減の効果を認めた予防医療サービスは20%以下**。

（出所）Joshua T. Cohen, Peter J, Neumann, Milton C. Weinstein「Does Preventive Care Save Money? Health Economics and the Presidential Candidates」

② Russell（2009年）

過去40年間以上にわたり、数百の費用対効果の研究が行われたが、その**ほとんどは、予防医療は医療費を削減するのではなく、むしろ増加させる**ことを示している。

（出所）Louise B. Russell、Health Affairs

◆ 特定健診・特定保健指導による医療費適正化効果（計画）

計画上の適正化額（2029年度、見込み）：年間120億円

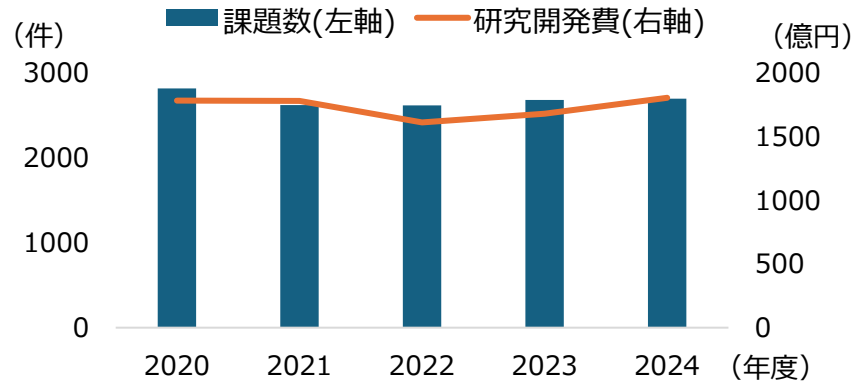
AMEDの研究開発投資について

○ 国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）の**研究開発費と課題数は近年概ね横ばい**で推移しているものの、**新規課題に対する研究開発費は大幅に減少**している。**特に1億円以上の大型新規課題に対する研究開発費の減少が顕著**。

○ AMEDでの研究は、**各府省庁による企画・予算要求**に基づいて行われるため、**施策・事業間の連携や研究開発資源の重点化・集約化が進みにくい構造**にある。

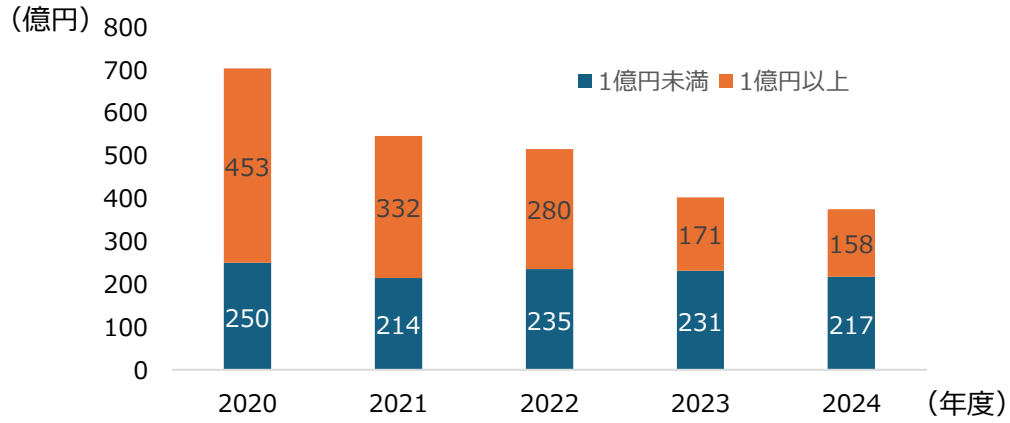
○ **有望な研究課題への重点化**を大胆に進める観点から、**進捗評価に基づくスクラップ＆ビルドや「選択と集中」を徹底**する必要があり、**AMEDの中長期目標（第３期）**に沿って、**AMEDの研究マネジメント機能及びガバナンスを強化**すべき。

◆AMED研究開発費・課題数全体の推移



（出所）国立研究開発法人日本医療研究開発機構「AMEDデータブック第２期」（2025年12月）

◆AMEDの新規課題に対する研究開発費の推移



（出所）国立研究開発法人日本医療研究開発機構「AMEDデータブック第２期」（2025年12月）

AMED中長期目標（第３期）（令和７年２月策定、令和８年２月変更）におけるガバナンス関連の記載

○ AMEDにおける研究開発支援について、関係府省庁に紐づく施策・事業の間の壁が存在。

○ スタートアップ・創薬ベンチャー支援や研究開発の推進においては、適時目標達成の見通しを評価し、継続・拡充・中止などを決定する。

○ 事業化に向けたマイルストーン設定や、社会実装を見据え必要な関連研究・技術の探索、研究者・技術者、医療関係者や企業等の仲立ち等の出口戦略の立案を行う。

○ これまでのAMEDを通じた研究開発支援の事例について、成功事例のみならず失敗事例も含めて分析等を進め、これに基づき関係府省庁の補助等事業の効果向上を目指した改善を検討する。

○ AMEDの支援事業全般を対象に、事業単位、統合プロジェクト単位、疾患単位でポートフォリオ管理を開始する。

○ プロジェクト横断的なステージゲートの考え方を導入すること等により、Go/No Goを早期に判定し、創薬や医療機器創出という出口に向けて次の段階につながらない研究開発課題や取組内容の入替えを研究開発期間の途中でも実施する。

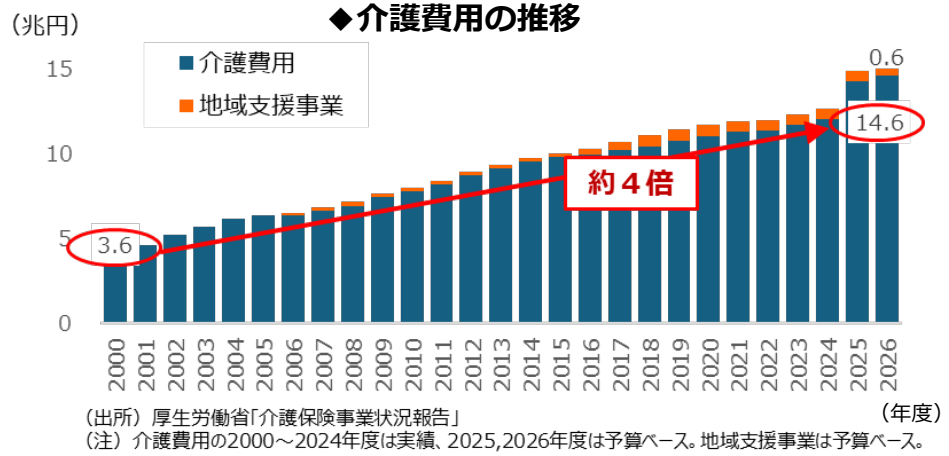
介護保険の現状と改革の方向性（総括）

○ 2026年度時点で、**介護費用は制度創設時（2000年度）の約４倍に増加。**これに伴い、介護保険料は、１号保険料で2026年度時点において制度創設時の**約２倍**、２号保険料で同**約３倍へと大きく上昇**。

○ 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、**負担能力に応じた負担の公平化、給付の効率化・適正化、介護人材の確保・生産性向上**を進めるべき。

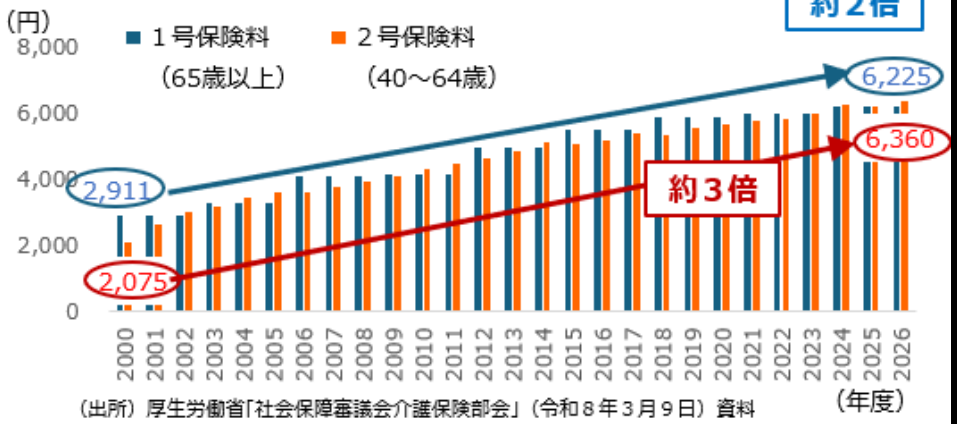
介護保険サービスの現状

◆介護費用の推移



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

◆介護保険料（月額）の推移



（出所）厚生労働省「社会保障審議会介護保険部会」（令和８年３月９日）資料
（注）２号保険料には事業主負担等を含む。

今後の主な改革の方向性

○ 高齢化・人口減少下での負担の公平化

- 利用者負担の２割負担の範囲拡大
- ケアマネジメントの利用者負担
- 補足給付の見直し
- 老健施設等の多床室の室料負担の見直し

○ 給付の効率化・適正化

- 高齢者住まいに対するサービス提供における介護報酬の適正化
- インセンティブ交付金の在り方の見直し
- 介護保険事務の広域化・都道府県の役割強化
- 生活援助サービス等の地域支援事業への移行
- 保険外サービスの活用

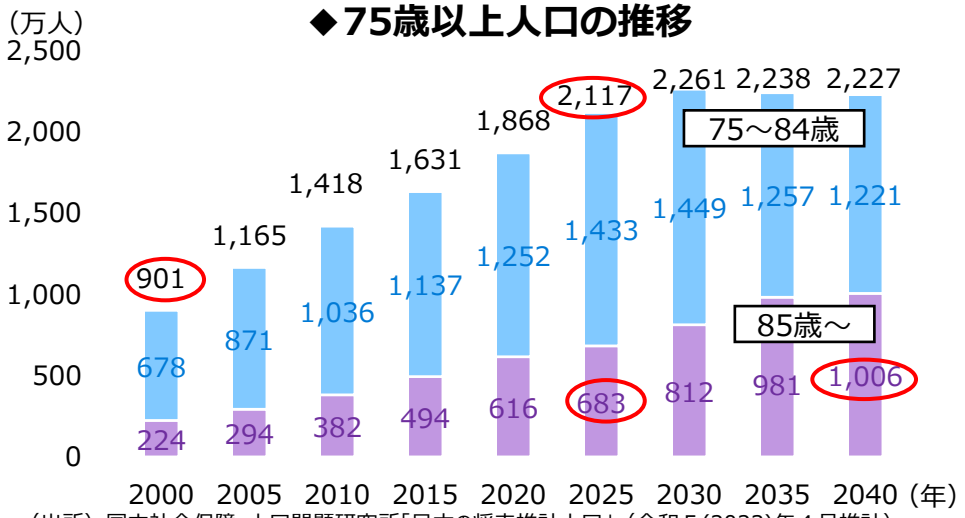
○ 担い手の確保・生産性向上

- 介護従事者の処遇改善
- 介護テクノロジーの効果的な導入
- 社会福祉法人の協働化・大規模化・多角化

介護保険制度改革の必要性

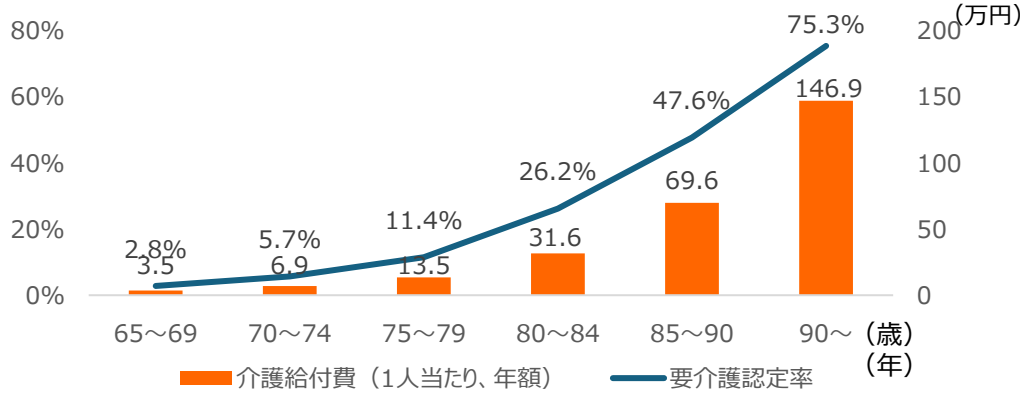
○ 介護保険制度創設時（2000年）と比べて、**75歳以上人口は2.3倍に増加**。今後、**特に85歳以上人口が増加し、2040年には制度創設時の4.5倍**に達する見込み。**85歳以上は、要介護認定率や１人当たりの介護給付費が特に高い。**
○ 一方で、75歳以上１人に対する、介護保険料の負担者である40歳以上の人数は急速に減少しており、**後期高齢者１人に対する40～64歳（2号保険者）の人数は、2040年には制度創設時の1/3**となる見込み。
○ 2040年度には、介護費用は2000年度の7.7倍となると推計されている（2018年時点での推計）。

◆75歳以上人口の推移



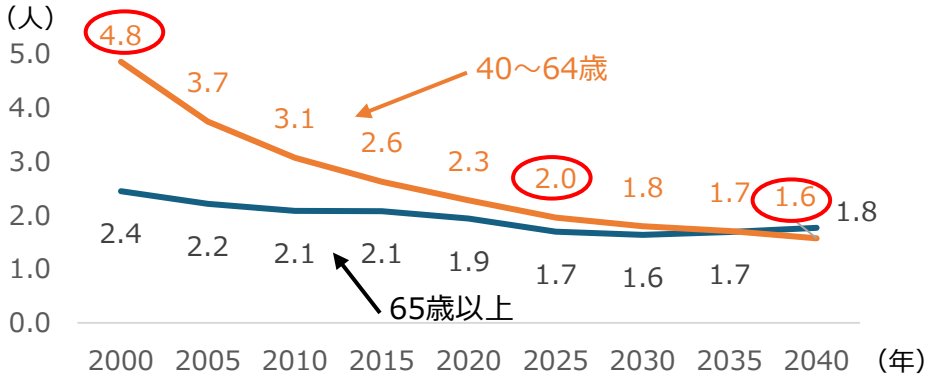
（出所）国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和５(2023)年４月推計）、総務省統計局「国勢調査」

◆年齢階級別の介護給付費（１人当たり年額）と要介護認定率



（出所）厚生労働省「介護給付費等実態統計」（2024年度）、「介護保険事業状況報告」（2024年９月末認定者数）及び総務省統計局「人口推計」（2024年10月1日人口）
（注）高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費は含まない。補足給付に係る費用は、サービスごとに年齢階級別受給者数に応じて按分。

◆後期高齢者（75歳以上）１人に対する人数



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

◆介護費用・保険料の将来見通し

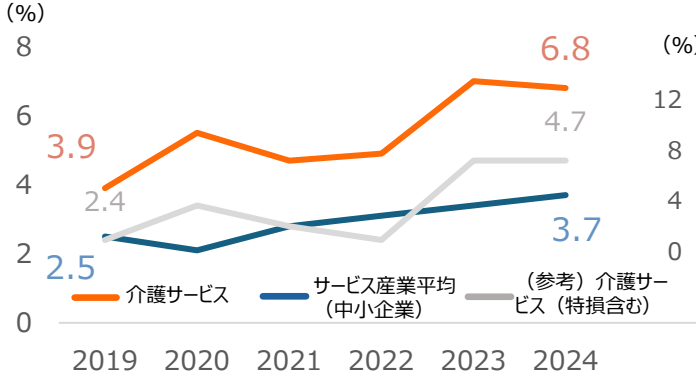
	2000年度	2024年度	2040年度
介護費用	3.6兆円	14.6兆円	27.6兆円
１号保険料	2,911円	6,225円	9,200円
２号保険料（協会けんぽ）	0.60%	1.62%	2.60%
医療費用	30.1兆円	51.2兆円	76.3～78.3兆円

（出所）介護費用の2000年度は実績、2026年度は予算ベース。2040年度は、「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」（内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 2018年5月21日）の推計値（ベースラインケース、保険料は2018年度賃金換算）。

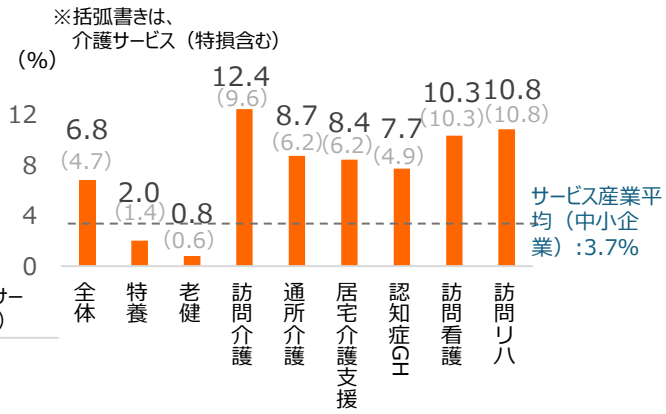
令和９年度介護報酬改定に向けて

○ 足下、介護事業者の財務・経営状況は、**過去・他産業と比較して高い水準**にあり、かつ、**サービス類間で差**がみられる。
○ 令和９年度介護報酬改定では、**賃金・物価動向の変化に的確に対応**しつつ、介護現場の**生産性向上**を促し、サービス提供の**実態に応じた介護報酬の適正化**に取り組むことで、**介護人材の確保・生産性の向上と現役世代の負担抑制**の両立を図っていくべき。
○ これまで介護職員の給与が全産業平均を大きく上回る伸びを示してきた成果もあり、**社会保険・社会福祉・介護産業の離職率は他産業より低い**状況となっているが、**職場の人間環境を原因に離職する割合が高く、賃金面以外の職場環境の整備も重要。**

◆介護サービス事業所の利益率の推移

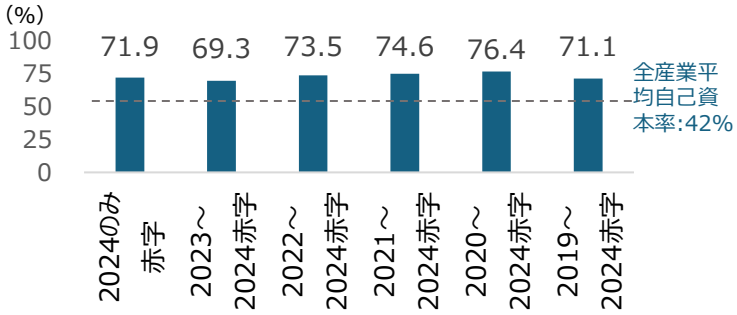


◆類別の介護サービス事業所収支差率



◆赤字介護関連社福法人の純資産比率

赤字が続いても財務基盤は厚い
過年度剰余金が純資産の3割（中央値）
6年連続赤字でも現預金は収益2.1か月分、流動比率319%



（出所）厚生労働省「介護事業経営実態調査」「介護事業経営概況調査」、財務省「法人企業統計」
（注）介護サービスの計数は、税引き前収支差率（コロナ補助金・物価高騰対策関連補助金を含み、特別損失を除く）。参考系列は、コロナ補助金・物価高騰対策関連補助金を除き、特別損失を含むベースのもの。
サービス産業平均（中小企業）の計数は、サービスにかかる法人企業統計における分類についての、規模１億円未満 の売上高経常利益率（金融保険業、純粋持株会社を除く）。

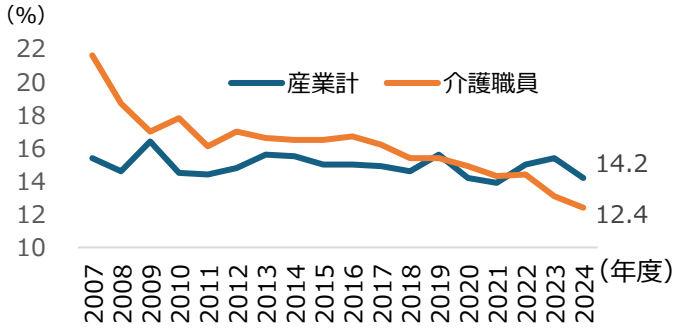
（注）福祉医療機構データ（高齢関係事業収益50%超の社福法人約6,500法人、2019～2024年度）から算出。「x～2024赤字」はx年度以降連続赤字法人の2024年度純資産比率。全産業平均は法人企業統計（2024年度、金融・保険業除く）。なお、社福法人は特養や老健の主要な設置主体だが、訪問・通所系のサービスは医療法人や営利法人による設置の比率が高い点にも留意。

◆介護職員の賃金の伸び（%）

	H29→R7	R6→R7
介護職員	**+14.6**	**+3.6**
全産業平均	+8.2	+2.6
全産業平均・中小	NA	+2.0

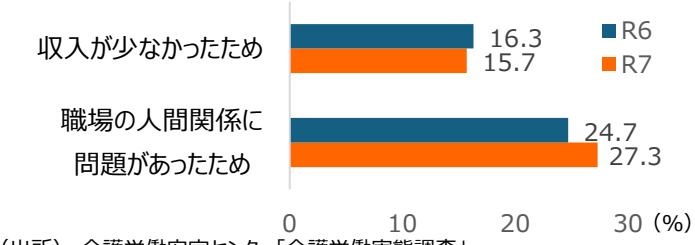
（出所）厚生労働省「賃金構造基本調査」
（注）賞与込み給与。中小は、100人未満の事業所。

◆介護職員の離職率



（出所）厚生労働省「賃金構造基本調査」

◆介護職員の離職理由（抜粋）



（出所） 介護労働安定センター「介護労働実態調査」
（注）直前の仕事が介護職であった介護労働者が前職を辞めた理由について、「職場の人間関係に問題があったため」と「収入が少なかったため」と答えた割合を抜粋。なお、R6・R7両方の調査において、前者は１位、後者は４位の理由。

高齢者住まいに対するサービス提供に関連する論点①：居宅介護支援

○ 高齢者住まいにおいては、**併設・隣接のケアマネジメントや訪問介護の事業所（集中提供型）によるサービス提供**が行われるケースが多く、地域に点在する利用者宅に個別に訪問するケース（個別提供型）と比べて、一カ所で集中的にサービス提供ができることから、**対労働投入時間当たりの介護報酬が高く、収支差率も良い**。

○ 集中提供型に属する居宅介護支援については、同一建物減算が適用されるが、減算率が限定的（▲5%）であり、**減算されている居宅介護支援事業所の収支差率は、減算されていない事業所より良い状況。**

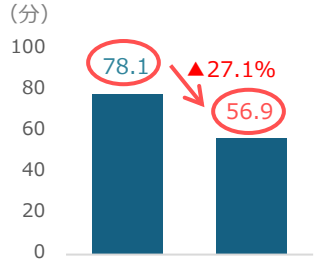
○ **登録制の対象となる住宅型有料老人ホームの入居者**に対しては、**新たな相談支援の類型（登録施設介護支援）**が創設される。令和９年度介護報酬改定においては、サービス提供の実態等を踏まえて、**同一建物減算、特定事業所集中減算、特定事業所加算、あるいはこれらを織り込んだ報酬体系の抑制的な設定によって、報酬の適正化**を行うべき。

◆財務省予算執行調査（令和８年６月）の結果

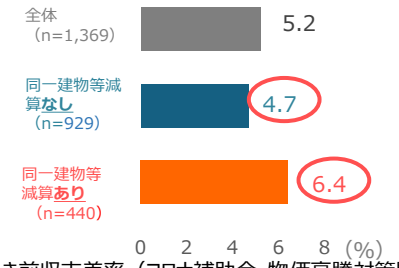
○ 居宅介護支援事業所の**収支差率**（平均、n=4,680）は、集中提供型（同一建物減算あり）が、個別提供型（同減算なし）に比べて、減算があってもなお、**顕著に収支差率が良い。**

○ 他方で、居宅介護支援の利用者１人当たりの**労働投入時間**（10日間、平均）は、集中提供型が、個別提供型に比べて、**約３割少ない。**

居宅介護支援の労働投入時間



居宅介護支援事業所の収支差率



（注）n=4,680。介護サービスの計数は、税引き前収支差率（コロナ補助金・物価高騰対策関連補助金を含み、特別損失を除く。

◆取り得る適正化のアプローチ

✓ **同一建物減算**
・ 住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅（非特定施設）の8割程度は介護・医療サービス事業所を併設・隣接していること等を踏まえ減算を見直し、個別提供型居宅介護支援との報酬格差を是正。

✓ **特定事業所集中減算**
・ 同一介護サービス事業所の紹介率が8割を超えた場合に特定事業所集中減算（▲200単位/月）が適用されるが、上記のような併設・隣接の状況を踏まえ減算を見直し、恣意的な誘導を抑制。

✓ **特定事業所加算**
・ 特定事業所加算は、24時間連絡体制の確保、常勤主任ケアマネジャーの配置、計画的な研修の実施等の要件を満たした場合に算定されるが（Ⅳ:387単位～Ⅰ:519単位/月）、集中提供型の居宅介護支援では、移動・調整等のコストが立地・機能的に縮減されることを踏まえ、加算を見直す。

✓ **報酬体系の抑制的な設定**
・ 登録制の対象となる住宅型有料老人ホームにおいて提供されるケアマネジメント（登録施設介護支援）の報酬体系を、これらへの対応を織り込んだ水準とし、個別提供型の居宅介護支援との報酬格差を是正。

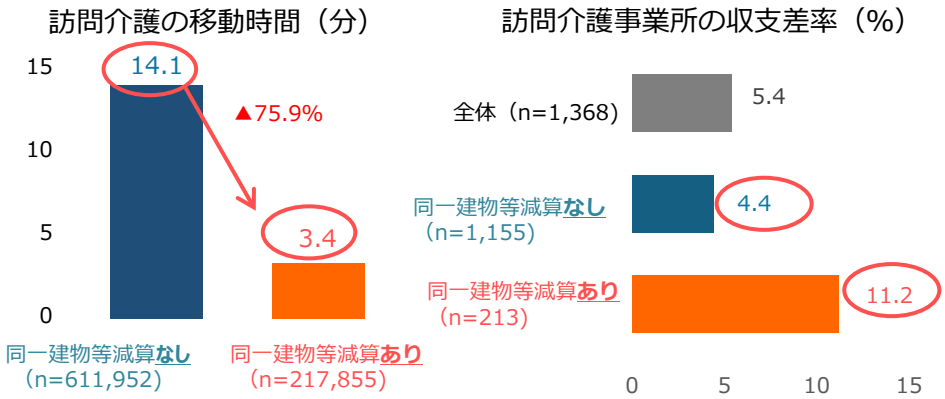
高齢者住まいに対するサービス提供に関連する論点②：訪問介護

○ 訪問介護について、集中提供型の事業所には同一建物減算（▲10～15%）が適用されるが、**個別提供型よりも収支差率が顕著に良い**状況。また、**集中提供型のサービス提供（訪問回数や請求単位数）は、個別提供型より顕著に多い**。

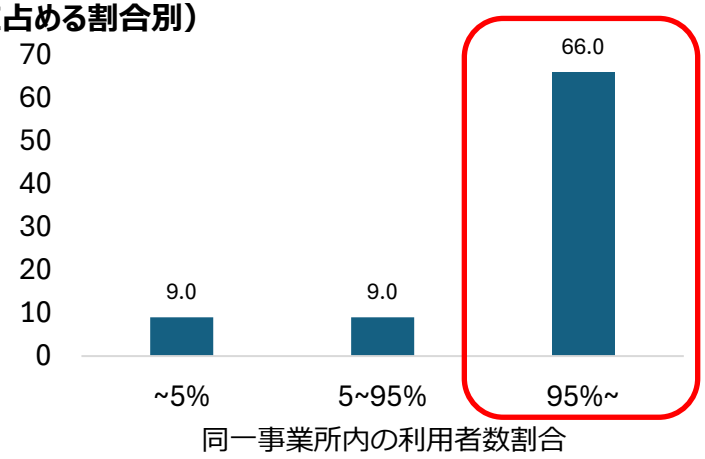
○ 集中提供型の訪問介護事業所においては、**夜間・早朝・深夜加算の取得割合が個別提供型よりも大幅に高い。**

○ 地域を面で回る**個別提供型の事業所の経営状況等も丁寧に踏まえ**つつ、**集中提供型の事業所**について、サービス提供の実態等を踏まえ、**報酬の適正化**を行うべき。

◆財務省予算執行調査（令和８年６月）の結果

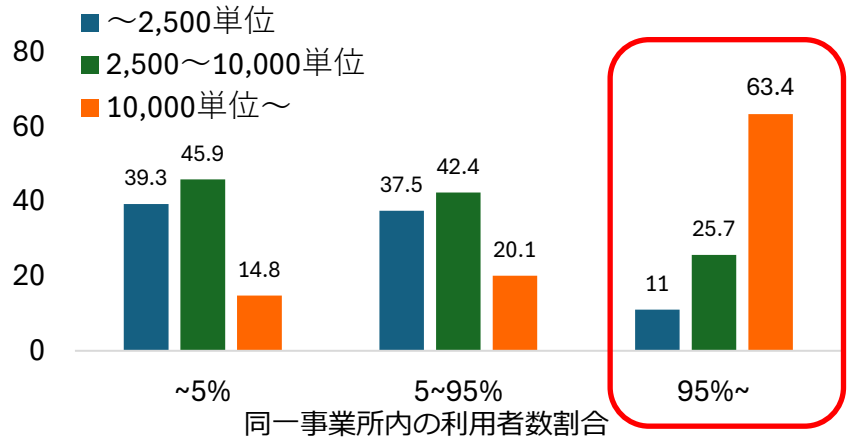


◆１か月の延べ訪問回数（中央値、同一事業所内利用者が全体に占める割合別）



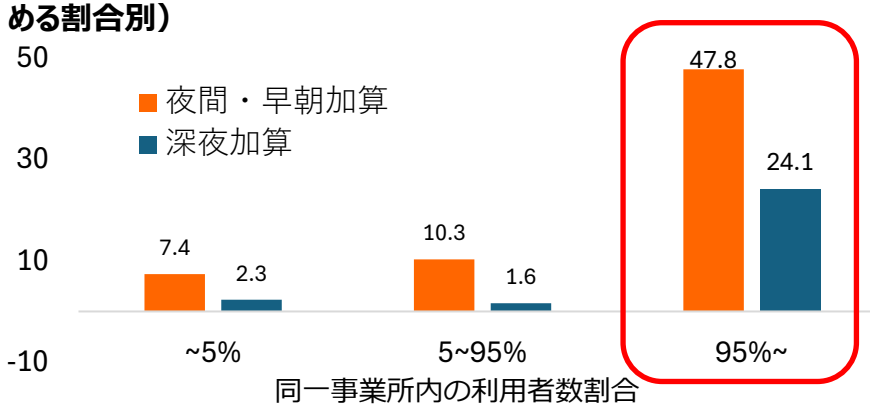
（出所）厚生労働省「社会保障審議会介護給付費分科会」（令和８年10月19日）資料を基に作成

◆１か月の請求単位数（同一事業所内利用者が全体に占める割合別）



（出所）厚生労働省「社会保障審議会介護給付費分科会」（令和８年10月19日）資料を基に作成

◆夜間・早朝・深夜加算の算定状況（同一事業所内利用者が全体に占める割合別）



（出所）厚生労働省「社会保障審議会介護給付費分科会」（令和８年10月19日）資料を基に作成

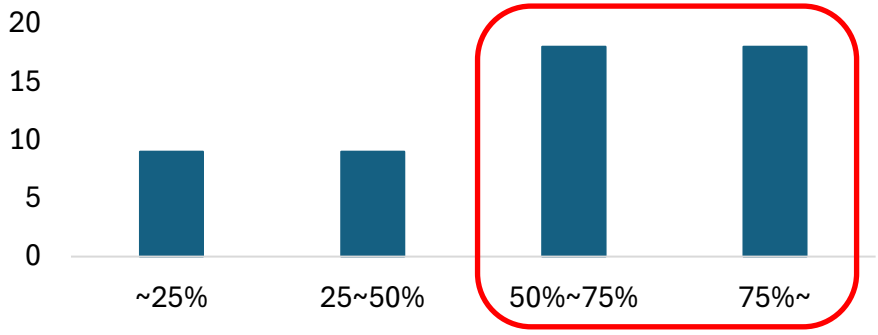
高齢者住まいに対するサービス提供に関連する論点③：通所介護

○ 通所介護についても、集中提供型の事業所には同一建物減算（▲94単位/日）が適用されるが、**個別提供型よりも収支差率が良い**状況。通所回数や請求単位数のデータを見ると、**集中提供型事業所のサービス提供は個別提供型より顕著に多い。**

○ **通所介護の基本報酬には、送迎にかかる負担（移動費）が織り込まれている**が、集中提供型の通所介護事業所の利用は、徒歩ないし送迎なしの割合が高く、**利用実態と報酬上評価される送迎コストとの間に乖離が生じている状況。**

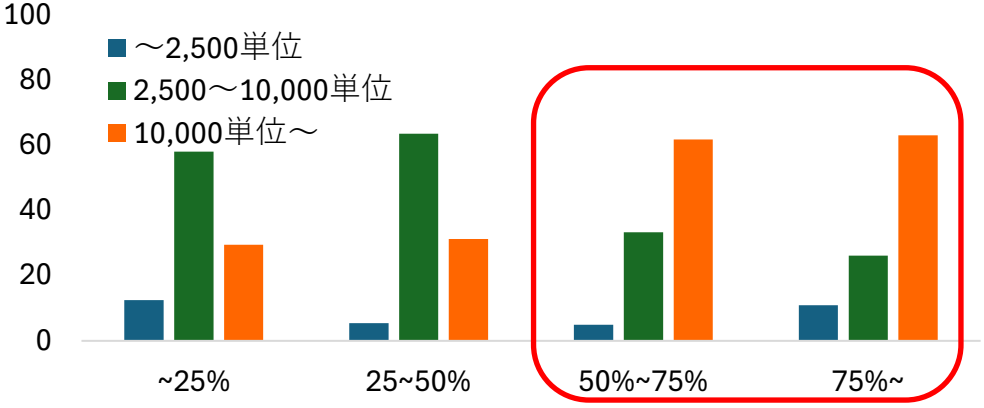
○ 集中提供型の通所介護事業所については、サービス提供の提供実態を踏まえ、**報酬の適正化**を図るべき。

◆１か月の延べ通所回数（中央値、徒歩ないし送迎なしの利用者が全体に占める割合別）



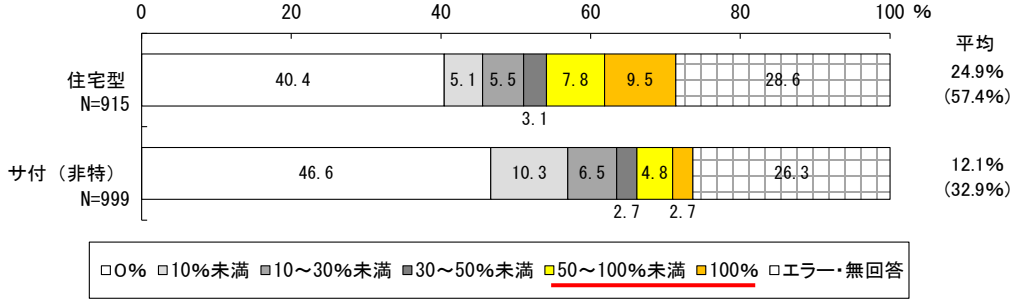
（出所）厚生労働省「社会保障審議会介護給付費分科会」（令和８年10月14日）資料

◆１か月の請求単位数（徒歩ないし送迎なしの利用者が全体に占める割合別）



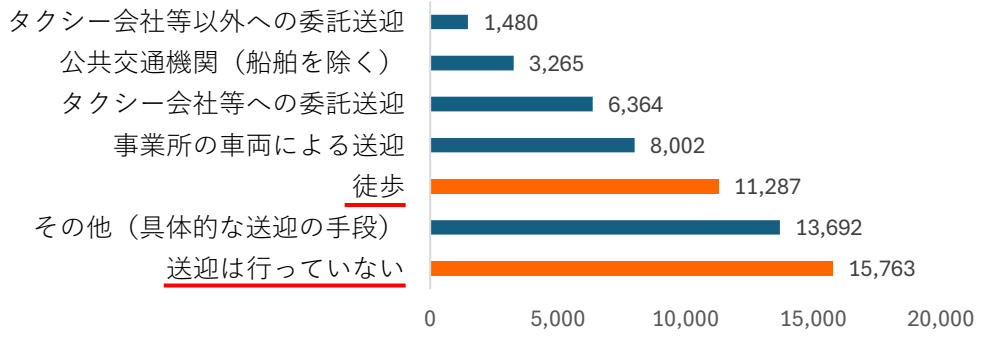
（出所）厚生労働省「社会保障審議会介護給付費分科会」（令和８年10月14日）資料

◆要介護者における、週５日以上通所介護を利用している人数の割合



（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事業 報告書」（老人保健健康増進等事業によりPwCコンサルティング合同会社が作成）（2025年３月）

◆通所介護　主な送迎手段別請求単位数



（出所）厚生労働省「社会保障審議会介護給付費分科会」（令和８年10月14日）資料
（注）利用者1人当たりの1か月あたりの介護報酬請求単位数。

高齢者住まいに対するサービス提供に関する論点④：訪問リハ・居宅療養管理指導

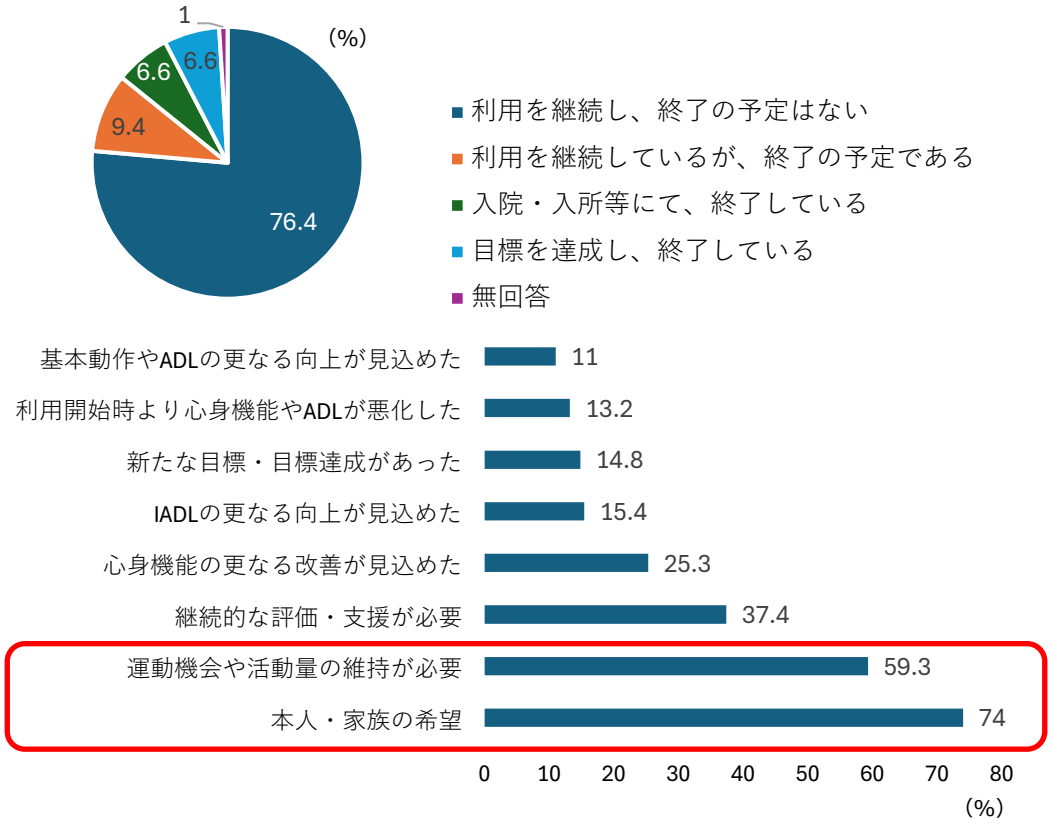
○ 訪問リハについて、集中提供型の事業所には同一建物減算（▲10～15%）が適用されるが、**個別提供型よりも収支差率が顕著に良い状況**。訪問リハ全体の収支差率も、全サービス類型平均より顕著に高い（R6決算：10.8%）。

○ 介護予防訪問リハでは、長期利用者への減算措置が取られているが、なお**機能回復や自立支援という政策目的と異なった形での長期利用が広くなされている状況。**

○ 居宅療養管理指導について、**サービス付き高齢者向け住宅等における利用割合が、要介護度に関わらず９割前後以上**の状況。

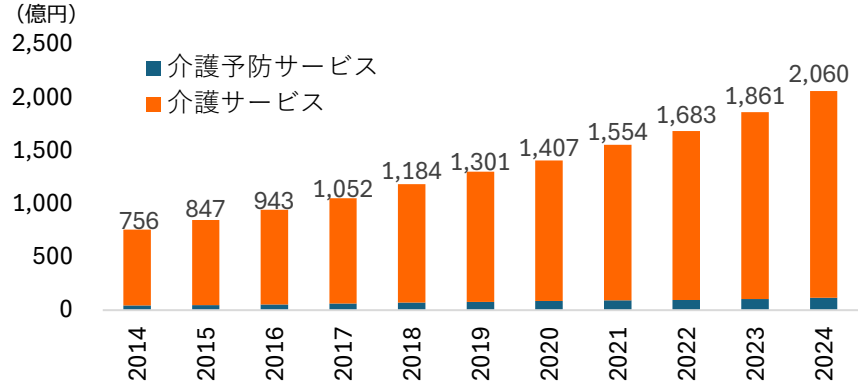
○ 訪問リハ・居宅療養管理指導について、集中提供型の事業所から、**画一的なサービス提供が行われている懸念**があるため、提供実態を踏まえ、**報酬の適正化**を図るべき。

◆介護予防訪問リハビリテーションの利用状況（上段）と継続理由（下段）



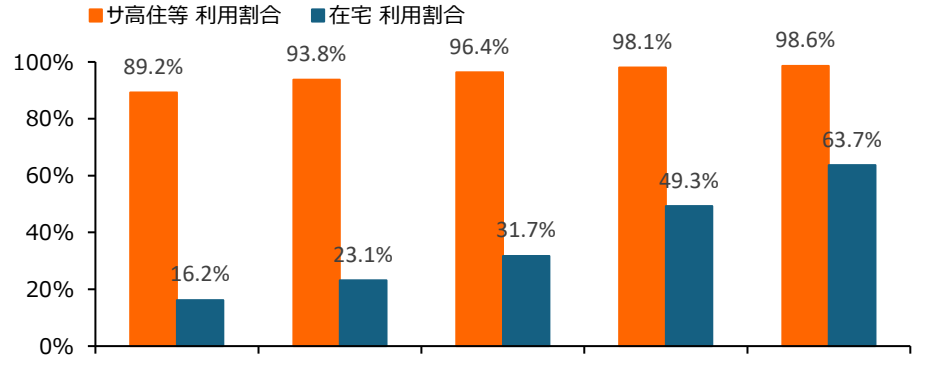
（出所）厚生労働省「社会保障審議会介護給付費分科会」（令和８年６月29日）資料

◆居宅療養管理指導にかかる給付費の推移



（出所）厚生労働省「社会保障審議会介護給付費分科会」（令和８年６月29日）資料

◆居宅療養管理指導の利用割合（居宅介護支援事業所への調査、R6年3月）



（出所）財務省 予算執行調査（令和６年10月公表分）

高齢者住まいに対するサービス提供に関連する論点⑤：訪問看護

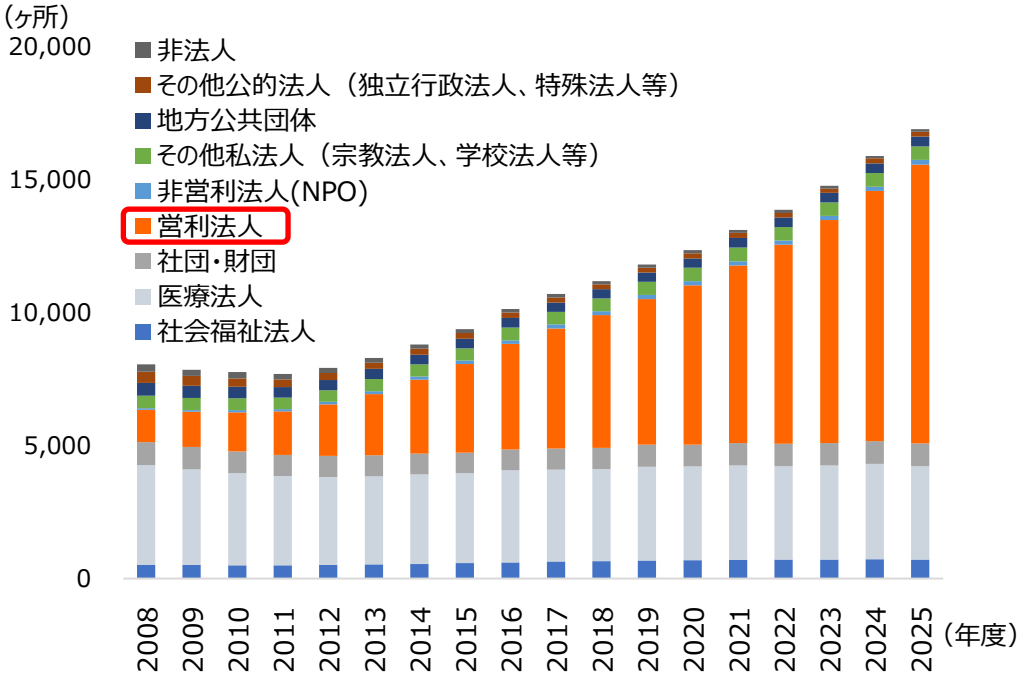
○ 足下、**営利法人の訪問看護事業所数が増加し、**収支差率も上昇（R4決算5.9%→R6決算10.3%）。訪問看護は**居宅介護支援における特定事業所集中減算の算定対象外**となっていることや、**営利法人による事業所の比率が増えている**こと等を踏まえると、同一法人内でのサービス利用が助長されている可能性がある。

○ また、理学療法士等による訪問看護は、2024年度の改定において減算を導入する等の累次の見直しを行っているが、**全体単位数は引き続き増加傾向**。また、**理学療法士等の職員割合が過半を占める訪問看護事業所の収支率は14.1%**と依然として高い。

○ 訪問看護に求められるサービスが提供されるよう、提供実態を踏まえ、**報酬の適正化**を図るべき。

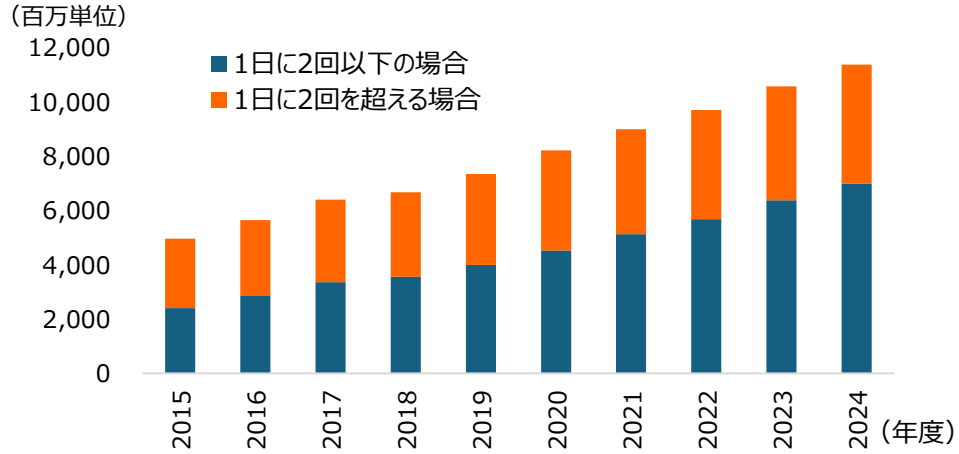
◆法人等種別訪問看護事業所数の推移

- 2008→2025年度で営利法人事業所数は1,211→10,467（8.6倍）
- 全体における営利法人の比率も15.1%→62%に増加



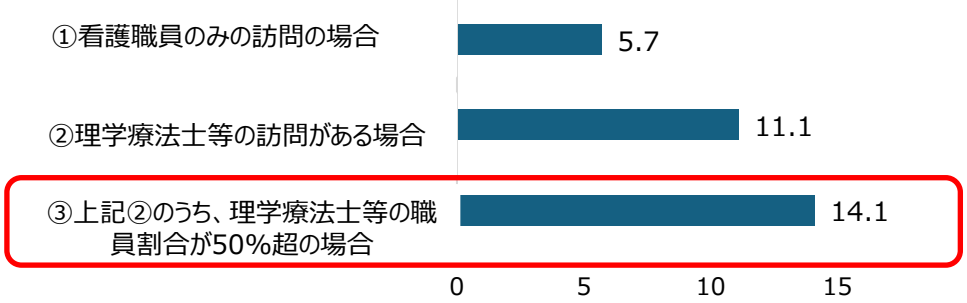
（注）サテライト箇所数は上記に含まれない。なお、サテライト箇所数も、公表されている直近５年間（2019→2024）で1,303→1,909か所（1.5倍）に増加している。
（出所）厚生労働省「社会保障審議会介護給付費分科会」（令和８年６月29日）資料

◆理学療法士等による訪問看護の回数別単位数(基本単価)



（出所）厚生労働省「社会保障審議会介護給付費分科会」（令和８年６月29日）資料

◆訪問看護の収支差率内訳(%)

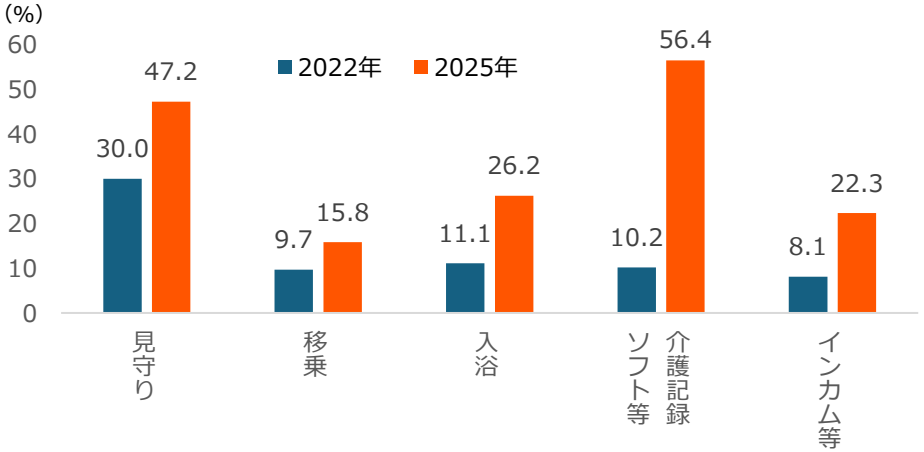


（出所）厚生労働省「社会保障審議会介護給付費分科会」（令和８年10月19日）資料

介護現場の生産性向上①：介護テクノロジー導入の先進事例

○ **介護現場における介護テクノロジーの導入**は、政府による補助の効果もあって、近年**進展しているが、道半ば**の状況。
○ **介護テクノロジーを活用**し、職員の業務負担を軽減しつつ、**職員１人が対応する利用者数を増やす**ことで、**収益を増やし、職員の賃上げとさらなる生産性向上投資に繋がるという好循環**を生んでいるケースがあり、これらを横展開していくことが重要。

◆介護テクノロジーの導入状況（施設系サービス）



（出所）厚生労働省「介護現場でのテクノロジー活用に関する調査研究事業」（2023年２月）、「介護現場における生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくりに資する調査研究事業」（2026年２月）

◆善光会（東京都）



サンタフェガーデンヒルズ
（特別養護老人ホーム等含む複合施設）

【活用している主な介護テクノロジー】

見守り



排泄



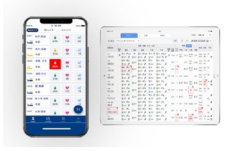
入浴



移乗



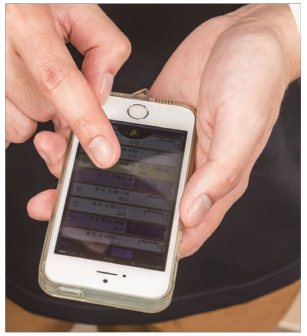
介護記録



インカム



◆株式会社アズパートナーズ（東京都）



スマートフォン1台で、見守り・コール対応・記録を行う



- スマホと機器データを連携し、記録・巡視・コール対応時間を13%削減。
- 夜間はセンサーで見守り、入居者33名に夜勤1名の体制で運営。

◆大翔会（大分県）



Greenガーデン南大分
（特別養護老人ホーム）

【活用している主な介護テクノロジー】

見守り



移乗



インカム
音声入力



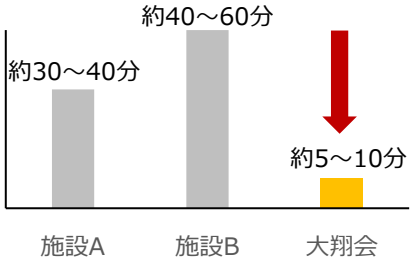
オンライン同意



オンライン診療



【日中の事務作業時間（職員１人当たり）】



- 介護テクノロジーの導入によって、日中の事務作業時間を低減。
- ノーリフティングケアの徹底による離職防止と、少人数配置により、経営を健全化し、収益を職員給与に還元。

介護現場の生産性向上②：介護テクノロジーと生産性・賃上げの関係

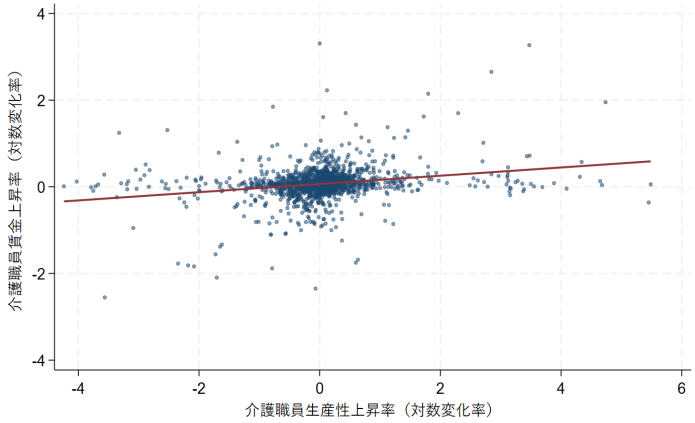
○ R6介護報酬改定においては、介護テクノロジーの活用を支援する**生産性向上推進体制加算を新設**。 R7補正・R8報酬改定においては、同加算の取得等を要件（注）に、**介護職員の賃上げの上乗せ措置**も実施。

（注）施設系サービスでは、生産性向上推進体制加算の取得か社会福祉連携推進法人への所属。訪問・通所系サービスでは、ケアプランデータ連携システムの導入（R8改定では利用）か社会福祉連携推進法人への所属。

○ R7介護事業経営概況調査とR5介護事業経営実態調査を用い、介護テクノロジーの導入と生産性（ここでは介護職員１人当たり延べ利用者数と定義）や賃金の上昇の関係性について実証分析を行ったところ、**生産性の上昇と賃金上昇には正の相関が確認された。他方、介護テクノロジーの導入と生産性・賃金の上昇との間に、統計的に有意な関係は確認されなかった。**

○ テクノロジー機器の適切な組み合わせによる活用や、ケアプランデータ連携システムの利用実績を加算の要件として位置付けるなど、介護テクノロジーの導入が**生産性向上や賃金に効果的につながるよう、報酬改定を含めた対応を改めて検討する必要**。

◆生産性向上率と賃金上昇率の関係の検証



（注）施設系サービスの完全パネル（N=763）についての散布図。横軸は生産性（延べ利用者数÷介護職員数［常勤換算］）の対数変化率（R4→6年度）、縦軸は介護職員１人当たり賃金（給与総額÷介護職員数［常勤換算］）の対数変化率（R4→6年度）。実線は単回帰による当てはめ線。施設属性、経営状況、職員構成等を統制した回帰分析においても、生産性上昇率と賃金上昇率の正の関係が確認された。介護職員ベース及び介護従事者ベースの双方で結果は概ね同様であった。

生産性の上昇と賃金の上昇は
正に相関（統計的にも有意）

生産性上昇 ⟷ 賃金上昇
○

◆介護テクノロジー導入と生産性・賃金の関係の検証

$$\Delta(wage_{R5\rightarrow R7,i}) = \beta_0 + \beta_1 Tech_{R7,i} + \gamma X_i + \epsilon_i$$

$$\Delta(productivity_{R5\rightarrow R7,i}) = \beta_0 + \beta_1 \mathrm{Tech}_{R7,i} + \gamma X_i + \epsilon_i$$

$\Delta(wage_{R5\rightarrow R7,i})$: 事業所$i$のR5調査からR7調査の１人当たり賃金の伸び
$\Delta(productivity_{R5\rightarrow R7,i})$: R5調査からR7調査の１人当たり生産性の伸び
X_i：施設属性、経営状況、職員構成等の統制変数
$Tech_i$： R7調査時点の介護テクノロジー導入状況

（注）R5調査（R4年度決算データ）からR7調査（R6年度決算データ）にかけての職員１人当たり生産性及び賃金の対数変化率を被説明変数とする first-difference 回帰。説明変数には、R7調査で把握した介護テクノロジーの導入状況（見守り支援機器、介護記録ソフト等）を用いた。介護職員ベース・介護従事者ベースの双方で分析したほか、施設系サービス・訪問通所系サービスごとの分析、導入有無・導入数・個別テクノロジー別の分析も行ったが、結果は概ね同様であった。なお、介護テクノロジーの導入状況はR7調査のみで取得可能であるというデータ上の制約があるが、R6介護報酬改定後に導入率が大幅に上昇していることを踏まえ、R7時点の導入状況はR4～R6年度における導入状況を一定程度反映しているとみなした。

介護テクノロジーの導入と生産性・賃金の上昇の間に、
統計的に有意な関係は確認されず

介テク導入 → 生産性上昇 ×
介テク導入 → 賃金上昇 ×

介護現場の生産性向上③：体制・人員配置に着目した評価からの脱却

○ 介護テクノロジーの導入が生産性・賃金上昇に必ずしもつながっていない背景として、**体制・人員配置に係る加算が多い現状では、介護テクノロジーを導入しても、人員配置を見直した場合に一定の加算を失う**こととなるため、**体制・人員配置を維持するインセンティブが働きやすい**ことが考えられる。

○ 体制・人員配置に係る加算については、**同じ水準のケアを保つ体制確保に配慮しつつ、単位数の引下げと要件の緩和を進める**ことで、**体制・人員維持のインセンティブを弱め、介護テクノロジー導入による生産性向上の効果が発揮されやすい環境を整備**することが重要。

○ 体制・人員配置に着目した評価からの脱却を進めるとともに、中長期的には、**機器導入等のインプット・プロセス中心の評価から**、生産性向上や賃上げ等の事業者の**アウトカムを重視する評価へ**軸足を移していくべき。

○ 併せて、**要介護度の改善、ADLの維持・改善、在宅復帰等の利用者アウトカムも評価**することで、**生産性向上と自立支援・重度化防止を両立**する仕組みとしていくべき。

体制要件の緩和による人件費の効率化効果が、加算縮減による減収を上回るよう制度設計する

体制・人員配置に係る主な加算	現行要件	代替案
看護体制加算（特養等）	常勤看護師の配置や看護職員の加配を評価 ※特養では24時間連絡体制を評価する区分も設定	加算を縮減する一方で、オンコール、見守り機器による夜間の状態把握、協力医療機関や訪問看護等との連携を組み合わせた体制も評価対象とするとともに、看護職員の配置要件を緩和。
夜間配置系加算（特養・老健・認知症GH）	法令の基準を上回る夜勤職員配置を評価 ※見守り機器の活用等により配置要件を一部緩和	加算を縮減する一方で、見守り機器・インカム等を活用した夜間の見守り体制も評価対象とするとともに、夜勤職員の追加配置要件を緩和。
日常生活継続支援加算 入居継続支援加算 サービス提供体制強化加算	介護福祉士の利用者に対する人数比や、介護職員に占める介護福祉士の割合を評価 ※ICT活用で人数比が一部緩和	加算を縮減する一方で、介護福祉士の人数比や割合に代えて、ICT等を活用した継続的なケア改善体制も評価対象とするとともに、介護福祉士割合要件を緩和。
個別機能訓練加算 栄養マネジメント強化加算等	機能訓練指導員や管理栄養士による継続的な関与体制を評価	加算を縮減する一方で、ICTや外部専門職の活用による計画作成・モニタリング体制も評価対象とするとともに、専従・常勤配置要件を緩和。

ケアマネジメントの利用者負担と報酬体系の見直し等

○ ケアマネジメントについては、登録制の対象となる住宅型有料老人ホーム入居者に係る新たな相談支援の類型**（登録施設介護支援）**において、利用者負担が令和10年度内に導入される予定だが、**施設・在宅間の利用者負担の公平性は依然として確保されていない。**導入から四半世紀経った今、ケアマネジメントの意義を利用者により認識してもらうためにも、**自己負担の導入を進めていくべき。**

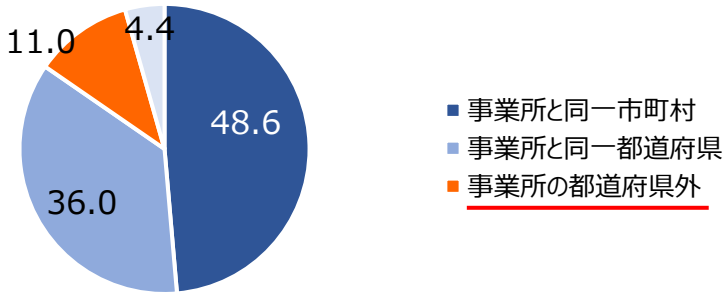
○ ケアマネジメントの業務は、**必ずしも要介護度に応じて負担が増える構造となっていない**ことも踏まえ、ケアマネジメントの評価については、要介護度の改善率等の**アウトカムを重視する構造へと転換すべき。**併せて、その**結果を見える化**することで、自己負担の導入と合わせ、利用者が**サービスの質や成果を踏まえた選択**を行えるようにし、**サービスの質の向上と利用者の納得感の確保**につなげていくべき。

○ テレワーク型のケアマネジメントについて、事業所の都道府県外に居住する利用者を担当するケースが存在。**緊急発生時の体制を整備していない事業所の割合が約３割**を占めており、**利用者の安全・安心が確保されるよう対応を行うべき。**

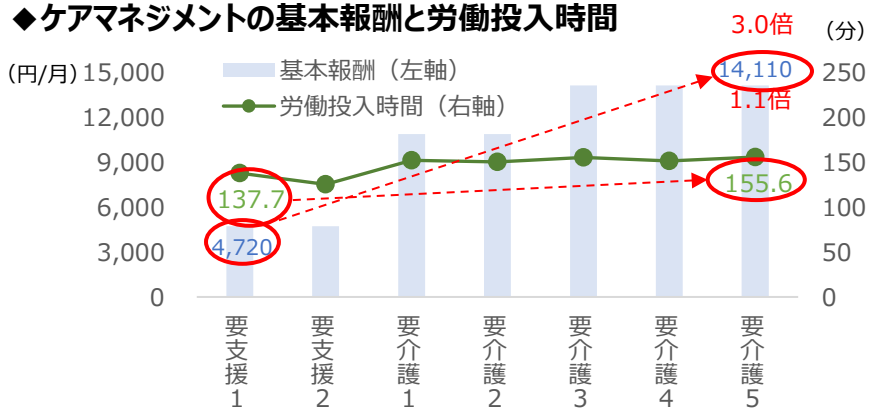
◆ケアマネジメントの利用者負担の導入に関する主な論点

施設介護と在宅介護との不均衡	特養等の介護施設においては、ケアプラン作成の費用については基本サービスの一部として利用者負担が生じており、**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。**
ケアマネジメントの役割軽視	利用者負担がないことで、ケアマネジメントの**意義が利用者に認識されず**、**ケアマネジメントが本来果たすべき役割が軽視**されている。
利用者負担なしの経緯	当初、利用促進の観点から利用者負担無しとされたが、導入から25年以上経ち、**ケアマネジメントのサービス利用は定着**している。

◆ケアマネージャーのテレワーク場所（%、n=294）

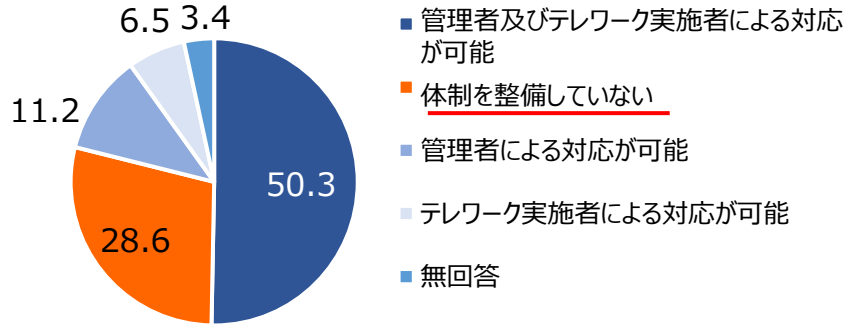


◆ケアマネジメントの基本報酬と労働投入時間



（出所）厚生労働省「居宅介護支援事業所における介護支援専門員等の業務実態に関する調査研究事業 報告書」（2026年３月）

◆緊急発生時における体制整備と対応（%、n=294）



（出所）厚生労働省「居宅介護支援および介護予防支援における令和6年度介護報酬改定による影響等に関する調査研究事業 報告書」（2026年３月）

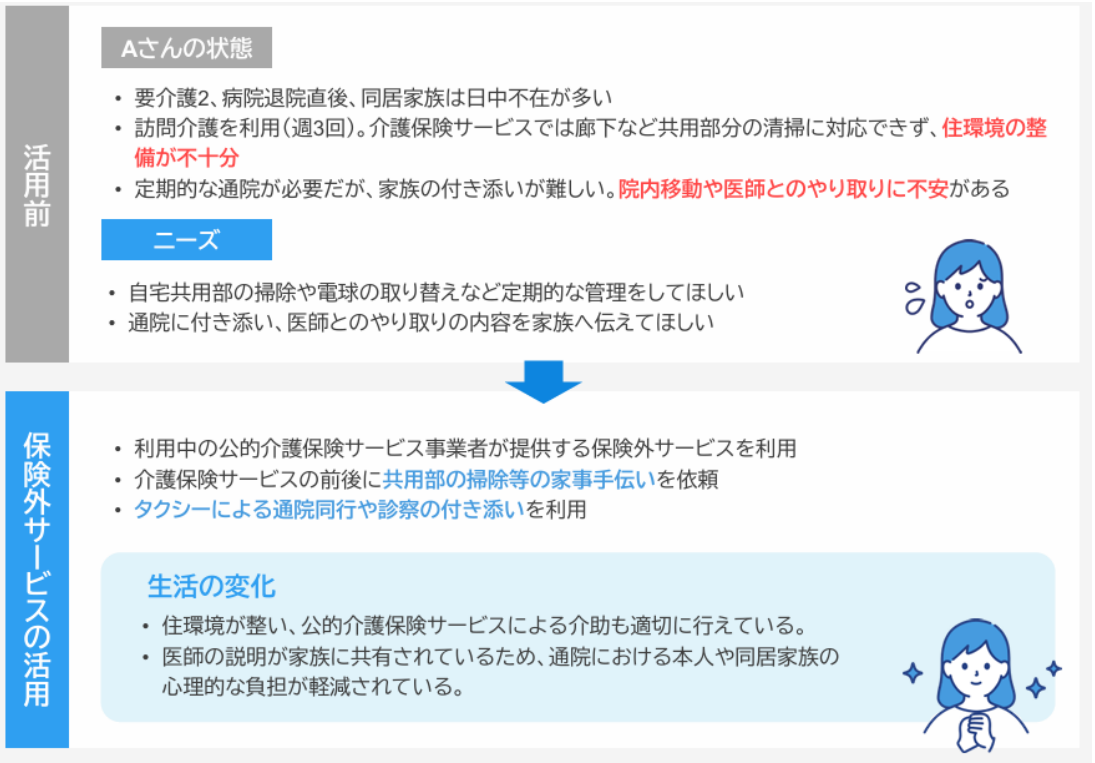
保険外サービスの活用

○ 配食、見守り、移送、家事支援等の**保険外サービス**は、高齢者の多様なニーズに対応するとともに、**介護保険給付の重点化・効率化**にも資するものであり、**保険サービスとの併用を含め、その活用を進めるべき。**

○ **保険外サービスに関する情報が十分普及していない**ことに加え、訪問・通所介護等の事業所と隣接・併設関係にある高齢者住まいでは、**介護保険サービスの利用を優先するケアプランが組まれやすい**という構造的要因も存在。

○ 保険外サービスや地域資源の活用可能性をより積極的に検討するよう、**居宅介護支援の特定事業所加算の見直し等、行動変容を促すための報酬上の対応**を進めるべき。

◆介護保険事業者による保険内・外サービスの組み合わせの例



（出所）厚生労働省「保険外サービスを含む多様な地域資源について利用者や家族等に情報提供する際の手引き・ポイント集」（老人保健健康増進等事業により株式会社日本総合研究所が作成）（2026年３月））

◆介護サービス施設の併設・隣接割合（%）

	特定施設	住宅型有料老人ホーム	サービス付き高齢者向け住宅
居宅介護支援	9.6	**20.5**	**28.2**
訪問介護	5.7	**45.4**	**51.8**
訪問看護	5.1	**15.9**	**16.7**
通所介護・リハ	14.1	**43.4**	**43.4**

（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事業 報告書」（老人保健健康増進等事業によりPwCコンサルティング合同会社が作成）（2025年4月）

◆特定事業所加算（居宅介護支援）の現在の関連要件

必要に応じて、多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービス（介護給付等対象サービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等をいう。）が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること。

保険外サービスの利用を後押しするような実効的な要件とすべき

利用者負担の2割負担の範囲拡大①

○ 介護保険の利用者負担については、２割・３割負担の導入を進めてきたが、引き続き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。**

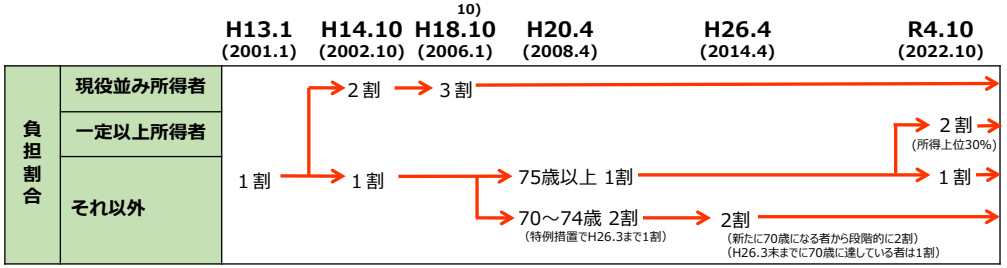
○ まずは、増加する介護費用を公平に支え合う観点から、負担能力を的確に反映しつつ、**２割負担の対象者を拡大すべき。**

○ **２割負担導入に伴うサービス利用への影響は僅少**であったと分析されている。**健康状態かかるアウトカムに対しても、有意な影響が確認されなかった**とする研究が多い。

◆利用者負担割合の推移



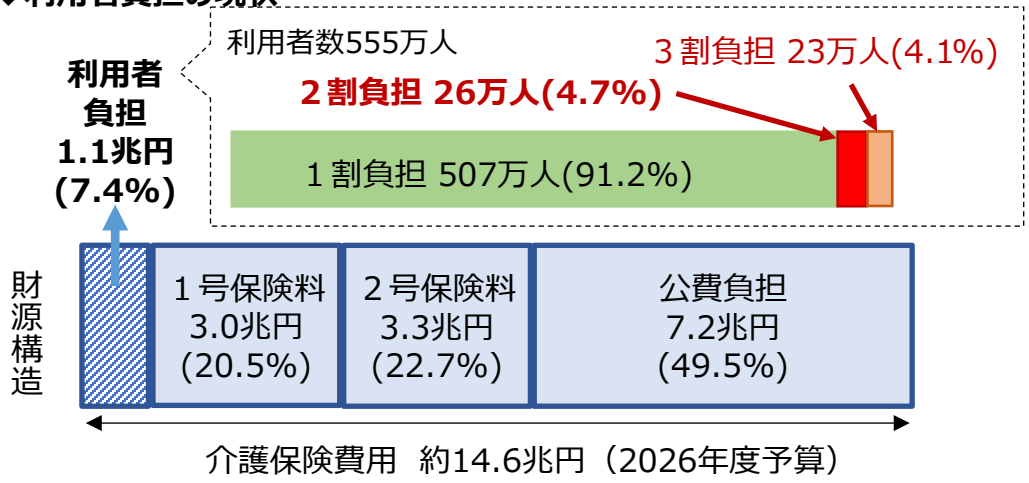
（参考）医療保険の患者負担（70歳以上の高齢者）



◆利用者負担の現行区分

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

◆利用者負担の現状



（出所）介護保険事業状況報告月報（令和８年６月分）

◆２割負担導入の影響にかかる主な分析

論文	概要
Ishihara et al.(2025)	時系列分析。2割負担導入による介護給付費全体の有意な減少は確認されず、医療利用への代替も認められなかった。
大西（2022）	パネルデータ分析。２割負担導入によるサービス利用への影響は限定的であり（医療分野で観察される自己負担引上げの影響よりも小さい）、死亡率や要介護度の悪化も認められなかった。
厚労省（2017） ※第137回介護保険部会資料	質問票調査。２割負担導入時に合計利用単位数が減った者のうち、「介護に係る支出が重い」ことを理由に挙げた者は、２割負担の利用者全体の1.3%であった。

利用者負担の２割負担の範囲拡大②

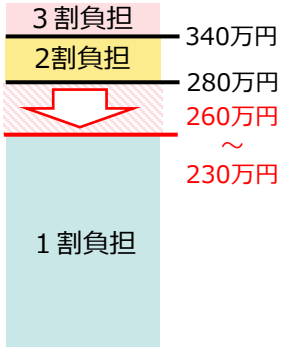
○ 利用者の２割負担の範囲拡大については、**世代間・世代内の公平性を確保し、能力に応じた負担を徹底**する観点から、骨太方針2026を踏まえ、早急に結論を得る必要。

○ 昨年末に提示された**年金収入230～260万円**という層は、**現役時代の給与収入が720～870万円**に相当し、大企業の課長～部長級まで昇進した層に相当。こうした層は、同じ属性（75歳以上、単身、要介護）全体中央値との比較で**約２～３倍の金融資産を保有**しており、（２号保険料を負担する現役世代と比べても）一定の負担能力があると考えられる。

○ 金融資産価格の上昇等により、**高齢者間の資産・所得の状況が一層多様化**する中、昨年検討された**預貯金勘案等に加え**、後期高齢者医療制度の窓口負担において**金融所得を勘案**することとなったこと等も踏まえ、**負担能力をより適切に反映した利用者負担の在り方を改めて検討すべき。**

◆範囲拡大の案（2025年12月25日「社会保障審議会介護保険部会」において提示）

【引下げ幅】



【配慮措置】

案１：負担増に上限付

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

案２：預貯金勘案

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

【２割負担者の増加数等】

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

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

◆年金収入と現役時代の平均年収との関係

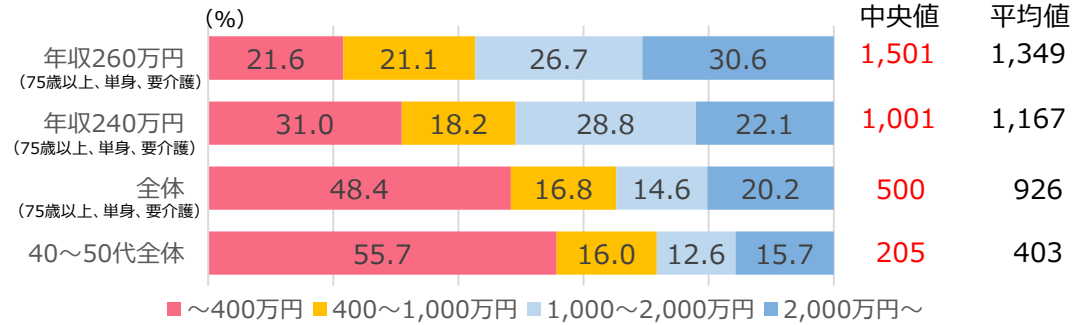
年金収入	現役時代の平均年収
260万円	870万円
250万円	820万円
240万円	770万円
230万円	720万円

大企業で初任給（310万円）から部長級（1,400万円）まで昇進すると、平均年収は920万円。

大企業で初任給（310万円）から課長級（1,100万円）まで昇進すると、平均年収は770万円。

（出所）厚生労働省「社会保障審議会介護保険部会」（令和８年10月26日）資料を加工
（注）40年間会社員として働き、厚生年金・基礎年金を受給と仮定。年収は厚生労働省「賃金構造基本統計調査」による。

◆年収別の純金融資産の分布



（出所）厚生労働省「社会保障審議会介護保険部会」（令和7年12月25日）資料を加工
（注）総務省「全国家計構造調査（2019年）」老健局特別集計

（参考）経済財政運営と改革の基本方針2026について（2026年７月21日閣議決定）

「介護保険制度では、２割負担の判断基準の見直しについて2026年度中に結論を得る。さらに、医療・介護保険における金融所得・資産の扱い、ＯＴＣ類似薬の保険給付の見直しの施行とその状況等を踏まえた2027年度以降の対象範囲の拡大に向けた検討など、「改革工程」等に基づく取組を進める。」

老健施設等の多床室の室料負担の見直し①

○ 介護施設の費用については、2005年度に、室料・食費・光熱水費を自己負担とする見直しを実施（多床室は食費と光熱水費のみ自己負担）。さらに2015年度に、介護老人福祉施設（特養）の多床室の室料を自己負担とする見直しを実施。

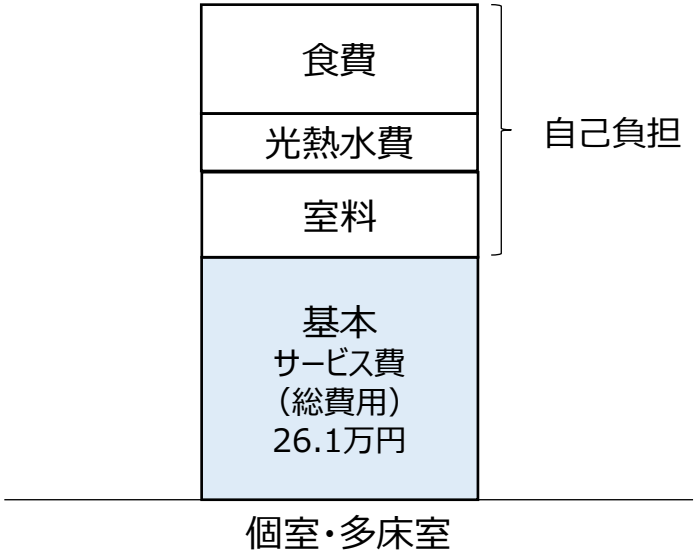
○ 令和6年度報酬改定では、一部の老健施設・介護医療院の多床室について、室料の自己負担負担を導入（月額８千円相当）。しかしながら、**導入対象は、老健施設の約６％**（「その他型」及び「療養型」のみ）、**介護医療院の約32%**（「Ⅱ型」のみ）**と限定的**であり、いずれも面積要件が設定された（８㎡/人以上に限定）。

○ 介護保険施設３類型で見ると、**室料の自己負担がない床数は全床数の約14%**（注）。

（注）R6改定時点での床数を一定の推計を用いて計算した計数。

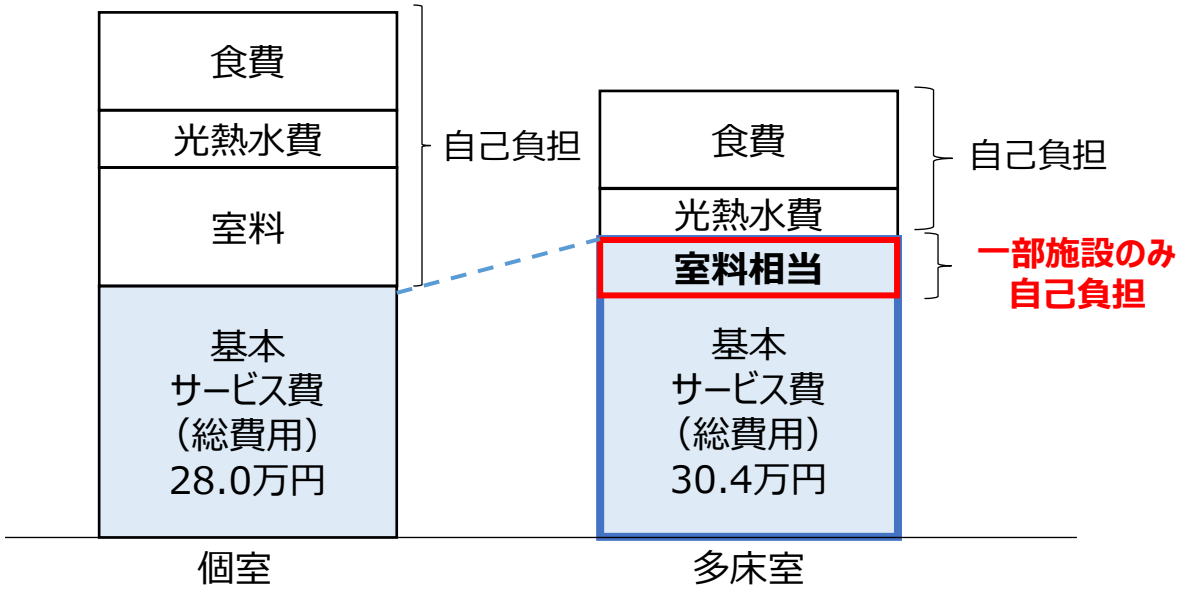
介護老人福祉施設（特養老人ホーム）

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。



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包含されたまま**であり、多床室の方が個室よりも基本サービス費が高い。



（※）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）

老健施設等の多床室の室料負担の見直し②

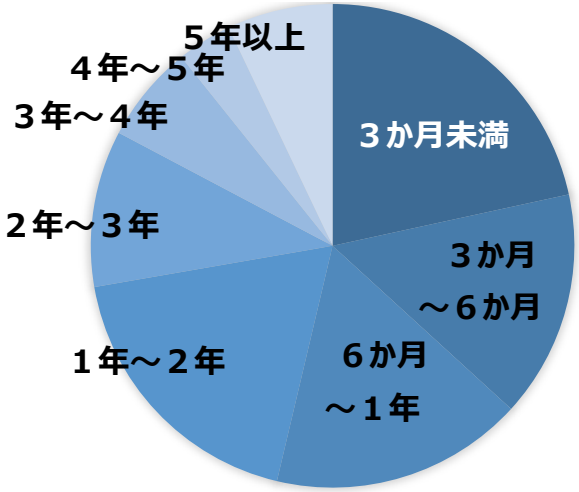
○ 介護医療院は、介護老人福祉施設（特養）と同様、家庭への復帰は限定的であり、**利用者の「生活の場」**となっている。

○ 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か月毎に居宅復帰の可能性を検討することとされている。しかしながら、介護老人保健施設の**在所日数は長期化傾向**にあり、**平均で400日超。**一般的な医療機関の「長期入院の基準である180日を大幅に上回っている。

○ さらに、**入所当初の利用目的が「他施設への入所待機」等という利用者が約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。

○ 居宅と施設の公平性を確保する観点から、**介護老人保健施設・介護医療院**について、**2024年度介護報酬改定において室料負担の導入が見送られた類型**についても、**室料の自己負担を求めるべき。**

◆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）

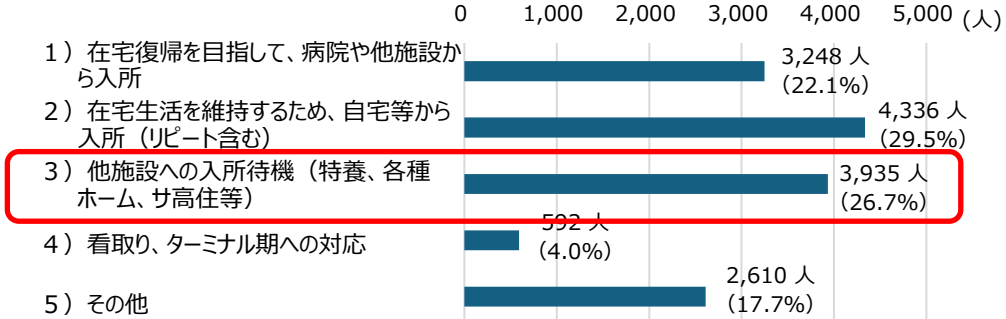


平均在所日数
2019年：約310日
長期化
2022年：約404日

○ 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



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

◆長期入所者における退所の困難理由（在宅強化型）

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

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

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

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

補足給付の見直し

○ 介護施設に入居する低所得者の食費・居住費を軽減する仕組みである「補足給付」については、2005年にそれまで介護給付とされてきた**食費・居住費が給付の対象外**となったところ、**介護施設に低所得者が多くいることを踏まえ、経過的に設けられた**もの。その後、預貯金要件の追加や、所得区分の設定の精緻化など、累次の見直しが実施されてきた。令和８・９年度においても、所得区分の設定の精緻化と負担限度額のバランスをとる措置を実施する。

○ **居宅介護サービス利用者は、食費・居住費を全額自己負担**していることを踏まえると、補足給付は居宅・施設サービス利用者間での公平性を欠く制度といえる。介護給付の対象外となった食費・居住費を軽減するという経過措置の性質も踏まえれば、低所得者への対応にも配慮しながら、**更なる水準の見直しを進めるべき。**

◆補足給付の概要

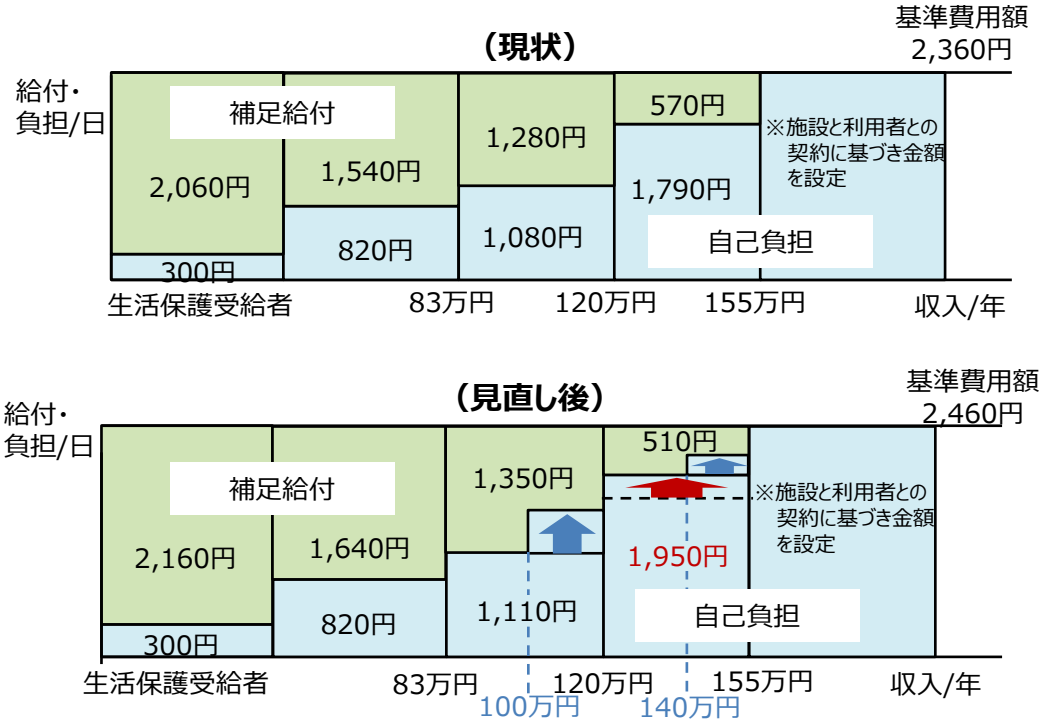
概要	介護施設の入居者の**食費・居住費**（原則自己負担）を、**低所得者**について、**年金収入や所得、預貯金等に応じて軽減**する仕組み。
仕組み	標準的な費用として設定した**基準費用額**と、**年金収入や所得、預貯金等**に応じて設定された**負担限度額との差額**を給付。
認定者数	85.2万人 （生保：7.6万人、第１段階（～83万円）：23.1万人、 第２段階（～120万円）：18.7万人、第３段階（～155万円）：36.0万人）
給付費	2,322億円（食費：1,239億円、居住費：1,083億円）

（出所）厚生労働省「介護保険事業状況報告年報」（2024年度）

◆補足給付のこれまでの経緯

2005年施行	介護給付に含まれていた**介護施設の入居者の食費・居住費**を、在宅との公平性の観点から**給付の対象外**へと変更。あわせて、介護施設に低所得者が多くいることを踏まえ、**経過的な措置**として、**補足給付を創設**。
2015年施行	**一定額超の預貯金等**（単身：1,000万円、夫婦：2,000万円）**がある場合は対象外**へと変更。あわせて、非課税年金（遺族年金・障害年金）等を勘案する見直しを実施。
2021年施行	**所得区分の設定を精緻化**（83～155万円の区分を２つに分割）。あわせて、預貯金要件を所得区分ごとに設定（単身：500～1,000万円、夫婦：1,500～2,000万円）する見直しを実施。
2024年施行	居住費の負担限度額及び基準費用額を引上げ。
2026/2027年施行	**食費の基準費用額を100円引き上げる**とともに、**食費・居住費の負担限度額の見直し及び所得区分の更なる精緻化**を実施（右図）。

◆令和８・９年度における補足給付の見直し（特養・多床室の場合）



令和８年度：負担限度額のバランスをとる措置

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

令和９年度：所得区分の設定を精緻化・負担限度額のバランスをとる措置

インセンティブ交付金の在り方の見直し

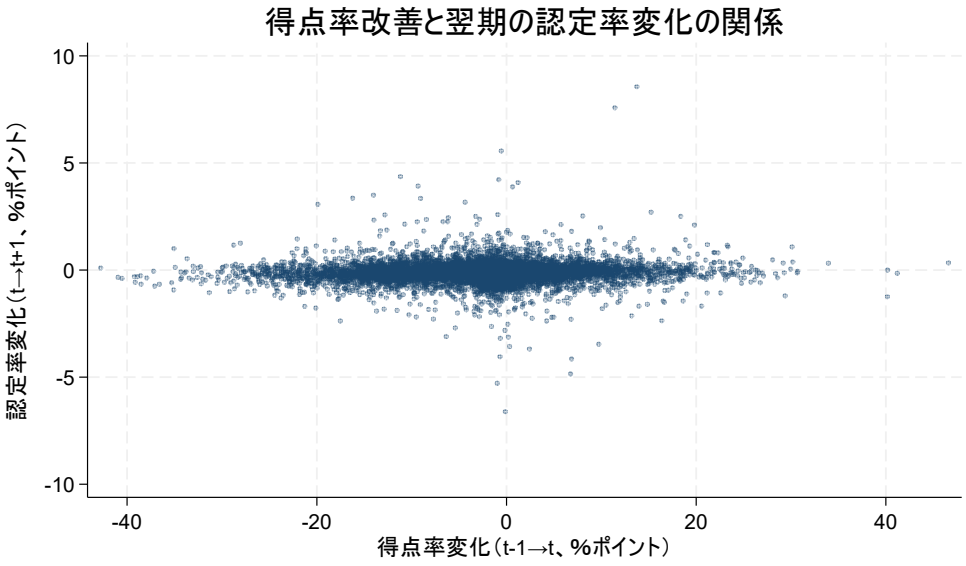
○ インセンティブ交付金（保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金）は、市町村・都道府県の、平均要介護度の変化等のアウトカム指標等に応じて交付する、介護予防等の事業に活用できる交付金。

○ **市町村の得点率とその後の認定率改善との関係を分析したところ、統計的に有意な関係は確認されなかった。**また、各自治体の**得点率も大きく変化していない**ことから、現行の評価・配分の仕組みが**インセンティブ付けを通した介護予防や重度化防止の成果につながっているとは言い難い。**

○ 交付金の使途についても、**実質的には、一号保険料の穴埋め**に使われている状況。**保険料の抑制は、本来、介護予防や重度化防止を通じた給付費の適正化の結果として達成されるべき。**

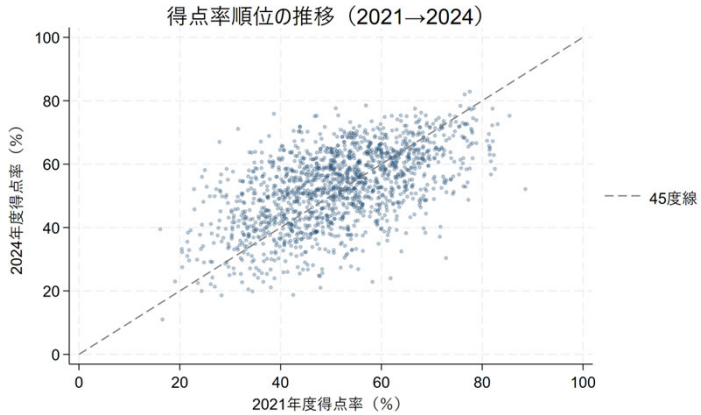
○ 介護予防は保険者である**自治体が本来自主的に取り組むべき**ことであることから、**出口を見据えた制度設計**に取り組みつつ、「成果指向型配分枠」への大幅な重点化を含め、**ゼロベースでの見直しが必要**。

得点率が上昇しても要介護認定率は低下していない

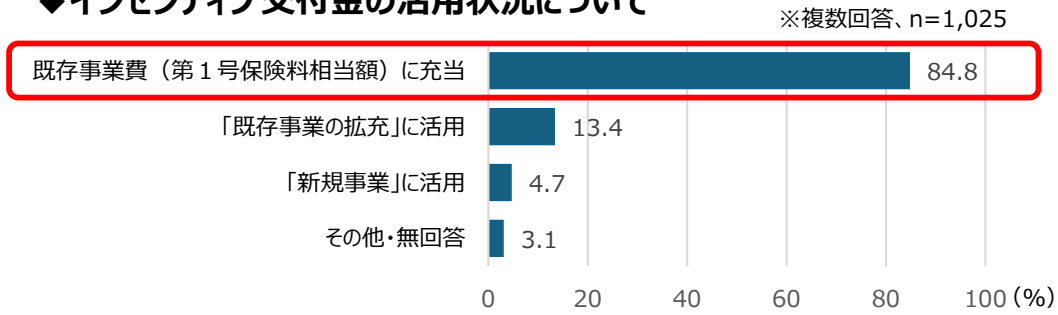


（注）2018～2024年度の市町村パネルデータを用いて作成。横軸は保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金の評価指標に基づく得点率のt−1年度→t年度の変化幅（%ポイント）、縦軸は調整済み要介護認定率（要支援を除く）のt年度→t+1年度の変化幅（%ポイント）を示す。各点は市町村を表す。なお、市町村及び年度固定効果を含む固定効果モデルによる推定も行ったが、得点率の改善とその後の認定率変化との間に統計的に有意な関係は確認されなかった（β=-0.0006、p=0.427）。また、得点率変化のラグを1年延長した仕様においても、同様の結果であった（β=-0.0006、p=0.516）。

各自治体の得点率は長期にわたり変化なし



◆インセンティブ交付金の活用状況について



（出所）（株)日本能率協会総合研究所「保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金の評価指標と活用方策に関する調査研究一式報告書」（令和６年３月）

介護保険事務の広域化・都道府県の役割強化

○ 市町村が実施する介護保険事務については、特に小規模な市町村において、要介護認定のための**介護認定審査会の委員の確保が困難**であることや、**介護給付費の適正化**のための**専門知識を有する人材が不足**、**事業者への指導のノウハウが蓄積されない**といった課題があり、**介護保険事務を広域で取り組む**ことでこれらの課題を解決している事例がある。

○ 都道府県が行政の主体である医療との連携を含め、介護サービス提供体制整備や、介護保険の財政運営について、**都道府県が一層の役割を果たす**ことが求められる。

○ 市町村の介護保険事務の課題を解決するために、後期高齢者医療制度や国民健康保険制度における取組も踏まえつつ、**介護保険事務の広域化**や、介護サービス提供体制整備や介護保険の財政運営に対する**都道府県の役割強化**を進めるべきであり、さらに、**都道府県を介護保険の財政運営の責任主体とすることで保険者機能を強化**することについても、検討していく必要。

◆市町村の介護保険事務の課題と取組

○要介護認定（介護認定審査会）
- 医師、看護師、保健師、介護福祉士など委員の確保が困難。
- 半数以上の市町村（1,063団体）で介護認定審査会事務の共同処理が行われている。

⇒ 広域で取り組むことで、委員の安定的な確保が可能に。

○介護給付費の適正化（ケアプラン点検等）
- 介護給付費の適正化のための専門知識を有する人材が不足。

⇒ 広域で取り組むことで、人材の確保が可能に。

○介護サービス等の提供事業者に対する指導
- 中小規模の市町村では十分に実施できておらず、件数の少なさからノウハウが蓄積されていない。

⇒ 広域で取り組むことで、件数の増加によるノウハウの蓄積が可能に。

○医療・介護の連携
- 医療と介護のニーズを抱える高齢者が急増する中、地域包括ケアシステムを深化させ、医療・介護の連携を進める必要。

⇒ 医療行政の主体である都道府県が市町村と連携しながら、介護分野においても一層の役割を果たすことが求められる。

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

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

◆事務の広域化・都道府県の役割強化の例

○後期高齢者医療制度
- 都道府県の区域ごとに全市町村が加入する広域連合の設置を義務付け(H18改正)。

⇒ 広域連合において保険料の徴収や医療給付を実施。

○国民健康保険制度
- 都道府県単位で連合会を設立。

⇒ 連合会において診療報酬の審査支払業務等を実施。

- 都道府県が財政運営の責任主体となる（H27改正）。
  - 保険給付に必要な費用全額を市町村に交付（市町村は都道府県が決定する国保事業納付金を納付）。
  - 市町村ごとの標準保険料率を提示。
  - 国保の運営方針を定め市町村の事務の効率化・広域化を推進。

○介護保険制度
- 都道府県の介護保険事業支援計画において、
  ① 介護サービス量の中長期的な推計と、サービス提供体制の確保に関する施策、
  ② 介護分野の人材確保・生産性向上・経営改善の取組内容・目標

を必須の記載事項とすることを、改正社福法（令和8年6月成立）において規定。

（出所）総務省「地方制度調査会　専門小委員会」（令和８年２月18日）資料、社会福祉法等の一部を改正する法律案等

地域支援事業の更なる活用

○ 地域支援事業について、総合事業では**従前相当サービスの利用がいまだに大宗を占めている状況**。人員配置や運営基準の緩和等を通じて**サービスを効率的に提供するための取組を推進**していくためにも、**従前相当サービスを縮小するべき**であり、地域の実情に合わせた多様な人材や資源を活用していくための**工程を具体化**する必要。

○ 要支援の訪問介護・通所介護と同様に、地域の多様な主体によるサービス提供と親和性の高い、**軽度者（要介護１・２）の訪問介護・通所介護について地域支援事業へ移行すべき**であり、同様に、実現に向けた**工程を具体化する必要**。

◆介護給付と地域支援事業

介護給付 要介護1～5

介護予防給付 要支援1～2
※訪問介護・通所介護は地域支援事業に移行済

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

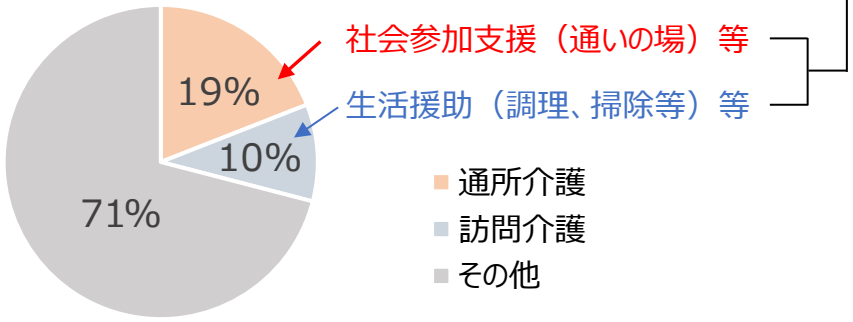
介護予防・日常生活支援総合事業
（地域支援事業の一部）
要支援1～2、それ以外

・訪問型・通所型サービス
・生活支援サービス（配食等）
・第一号介護予防支援事業（ケアマネ） 等

地域の実情に応じ、住民主体の取組等効果的・効率的なサービス提供を実施

親和性あり

◆要介護１・２への介護費用（総額：38,815億円）

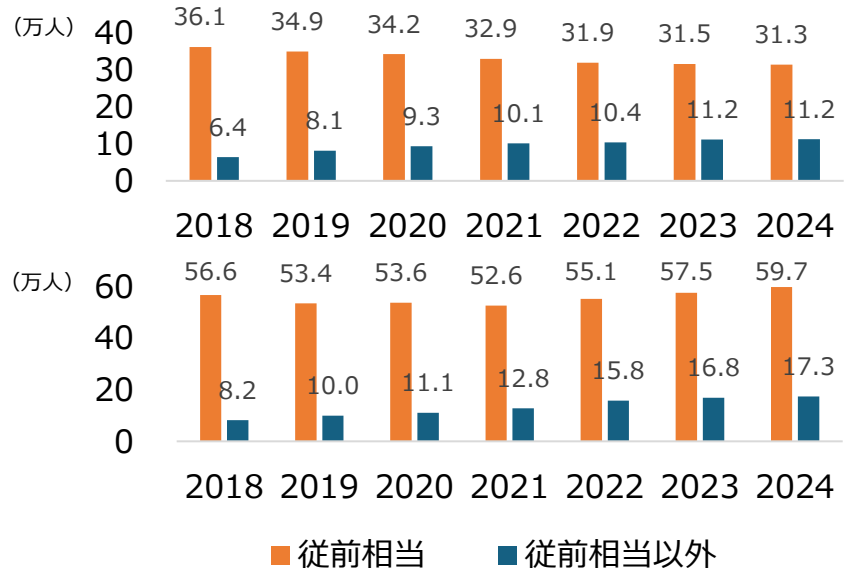


（出所）厚生労働省「介護保険事業状況報告年報」（2024年度）

◆総合事業における従前相当サービス※の利用者数の推移

※従前相当サービス：2015の制度改正により要支援１・２向けの訪問介護・通所介護が総合事業へ移行した後も、従来の介護予防給付と同じ人員配置基準・報酬体系で提供されるサービス。

依然として利用者の3/4が従前相当（上段：通所介護、下段：訪問介護）



（出所）令和元年度「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査」（NTTデータ経営研究所）報告書及び「介護予防・ 日常生活支援総合事業等（地域支援事業）の実施状況（令和２・３・４・５・６年度実施分）に関する調査」（厚生労働省老健局老人保健課）より作成

社会福祉法人の協働化・大規模化・多角化

○ 少子高齢化が進む中、**介護や福祉の担い手としての社会福祉法人の持続可能性の確保**が課題。

○ **社会福祉連携推進法人による協働化**や、**大規模化を通じて経営資源を集約**することで、人材確保、業務効率化（バックオフィスの共有等）、ICT投資、経営管理の高度化を進めることが重要。**社福法人のM&Aの実績は低調**であり、**「合併・事業譲渡等マニュアル」の見直し**も含め、**M&Aの活用拡大に向けての課題の特定・分析を進めるべき。**

○ **介護・保育・障害福祉・教育等へ事業を多角化する**ことで、**地域ニーズに応じたサービス提供や人材の有効活用が可能**となる。あわせて、**経営基盤の強化や地域住民との信頼関係の構築**にもつながり、**持続的なサービス提供体制の確保**にも寄与する。

◆社会福祉連携推進法人共創福祉ひだ（岐阜県）



社会福祉法人 吉城福祉会



社会福祉法人 神東会



NPO法人 飛騨市障がいのある人を支える会

- 過疎化の進行により特定職種の確保が難しくなり、単独法人ではサービス水準の維持が困難になりつつあったことから、飛騨市も加わった三者協議を経て設立。
- 合併は給与体系や職員の心理面等の課題が大きいと判断。一方、協議会のような緩い連携では踏み込んだ人材連携が難しいと考え、その中間的な機能として社会福祉連携推進法人を選択。
- 協働化により、以下の効果が得られている。
  - ➢ 別々に実施していた業務の共同化により、システム整備やデータ標準化など全体最適化に向けた取組が進展。両法人の経営状況を横断的に把握する基盤が整い、戦略的人材マネジメントや拠点管理体制高度化に向けた検討が可能に。
  - ➢ ICT活用を進める中で地域全体のデジタル対応力を課題として捉え、「やさしいデジタルひだ」として地域貢献事業を開始。法人内の改善に留まらず、地域の基盤整備にも貢献。

（出所）厚生労働省「介護事業所における協働化等による職場環境改善の効果検証等に関する調査研究　報告書」（老人保健健康増進等事業により（株）NTTデータ経営研究所が作成）（令和８年３月）を基に作成

◆社会福祉法人スマイリングパーク（宮崎県）





- 居宅介護支援事業を起点に、通所介護、障害福祉、教育事業等へ順次展開。現場職員の提案や地域・利用者ニーズを新規事業に反映しながら事業領域を拡大。
- 大規模化・多角化により、以下の効果が得られている。
  - ➢ 介護、保育、障害福祉、教育等を一体的に展開することで、地域ニーズに応じたサービス提供を拡充。現在は介護、保育、障害福祉、児童クラブ、養護老人ホーム、福祉人材養成校等を運営する総合福祉法人へ発展している。
  - ➢ 10年前と比較して職員数約4倍、総収入約5倍に成長。地域住民との信頼関係が強化され、人材確保や利用者増につながっている。
  - ➢ ICT・介護ロボット・見守りセンサー・音声入力システム等を積極的に導入し、記録業務の効率化やペーパーレス化も推進することで、職員の身体的・精神的負担を軽減し、働きやすい職場づくりを実現。

（出所）厚生労働省「介護現場の働きやすい職場環境づくりに向けた経営の協働化・大規模化の進め方ガイドライン」（令和８年１月）を基に作成

少子化対策・子育て支援（総括）

○ 足もと、少子化のスピードはさらに加速化。少子化・人口減少に歯止めをかけなければ、経済・社会システムの持続性が確保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」。

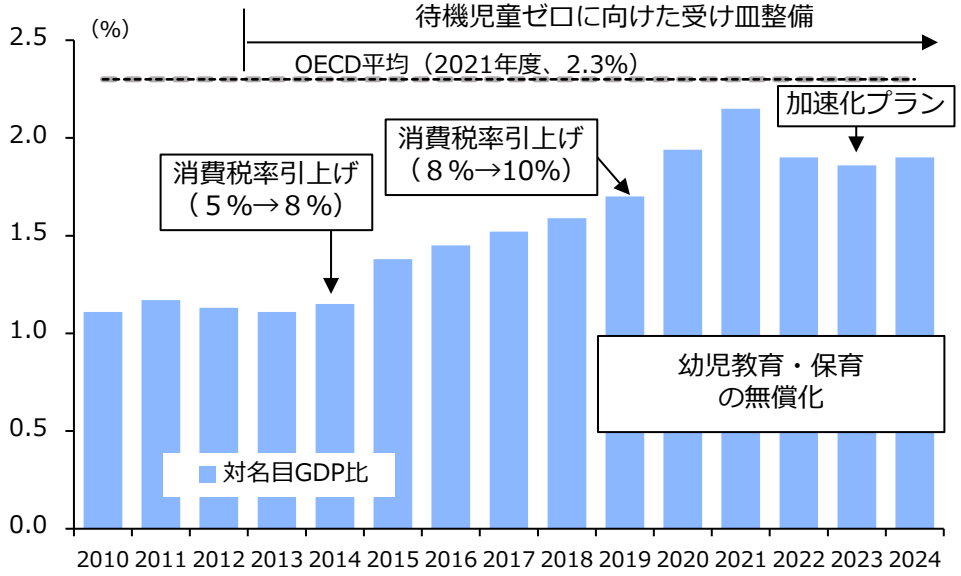
○ **こども未来戦略に基づく加速化プラン**を**スピード感を持って着実に実行**するとともに、若者の結婚、出産、子育ての希望の実現を阻む社会構造や意識を変え、**皆が参加して、こども・子育てを応援する社会を築くための意識醸成にも取り組んでいく必要**。

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（対GDP比）の推移



（出所）国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」
（注）2021年度頃の計数は、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う影響（臨時の給付やGDPの減少等）により、実態より上振れている可能性がある。

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**
- 児童手当の拡充(所得制限の撤廃等)（2024.10～）
- 妊婦のための支援給付の創設、育休給付の拡充等（2025～）
- こども誰でも通園制度の創設（2026.4～）
- 自営業者等の育児中の保険料免除制度の創設（2026.10～）

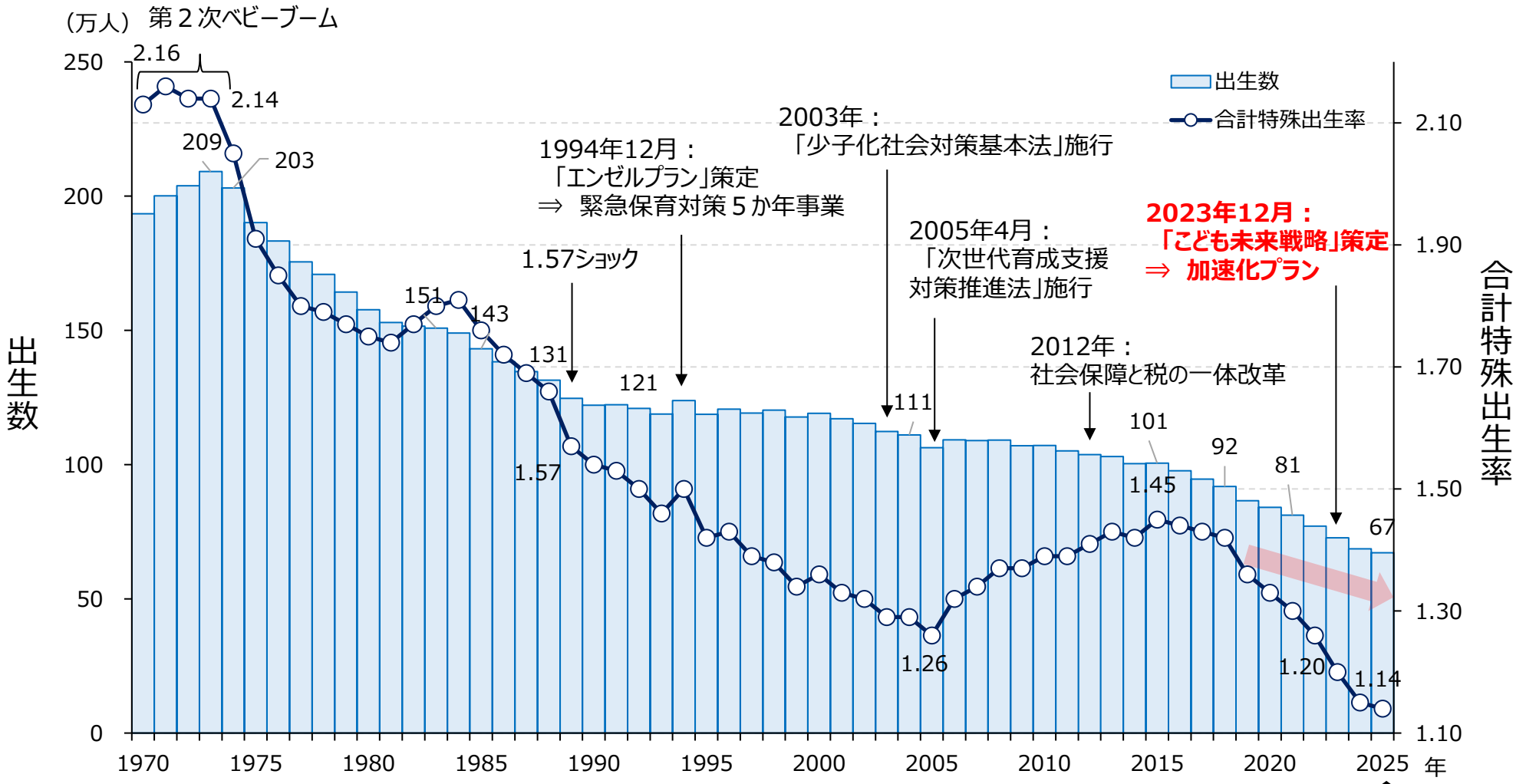
今後の取組の方向性

○ **こども未来戦略「加速化プラン」の着実な実現と財源確保**

○ **社会全体でこども・子育て世帯を応援する機運を高めていくための社会の構造・意識の変革**

出生数･合計特殊出生率の推移

○ 年間の出生数は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、2025年は67万人。**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。



（出所）厚生労働省「人口動態統計」
（注）出生数は日本における日本人。

少子化対策・子育て関連予算の現状

○ 累次の政策強化により、**少子化対策・子育て関連予算の規模**は**着実に増加**。令和８年度予算においては、3.6兆円規模の加速化プランのうち約９割の3.2兆円が実施され、こども家庭庁予算は加速化プラン前から４割増の7.5兆円に達している。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

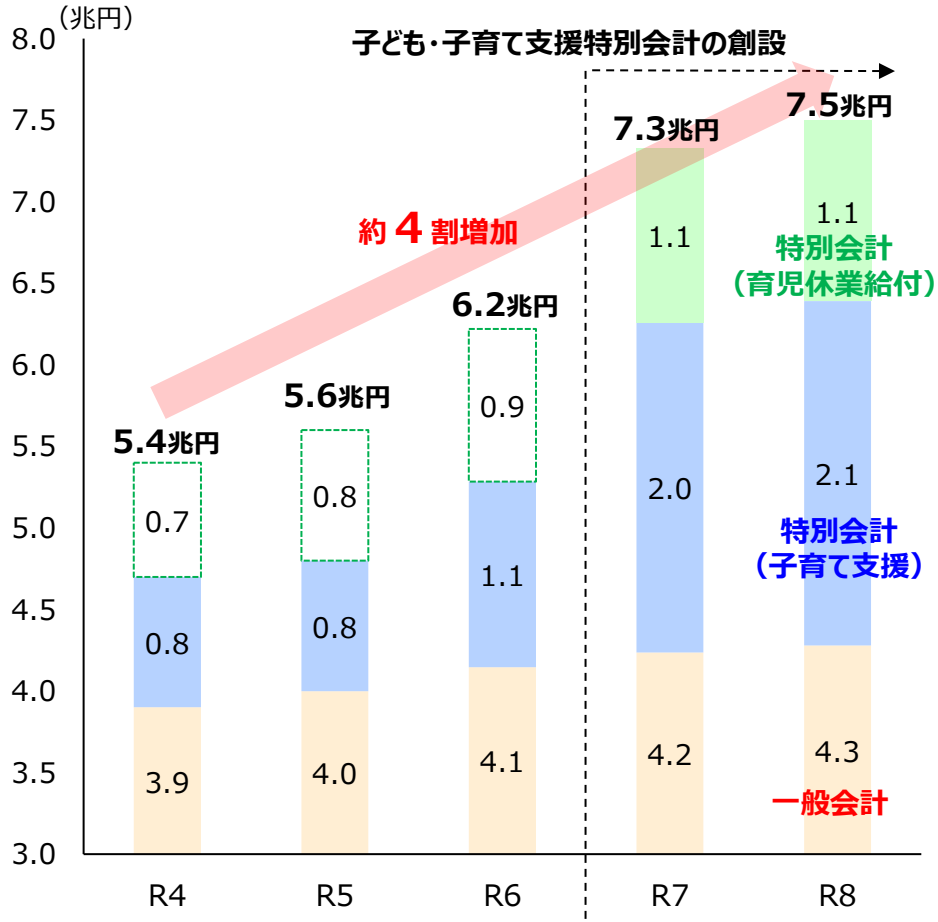
２．全てのこども・子育て世帯を対象とする支援の拡充 **1.3兆円**

- 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・共育ての推進 **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。

こども・子育て政策の強化（加速化プラン）の財源の基本骨格（イメージ）

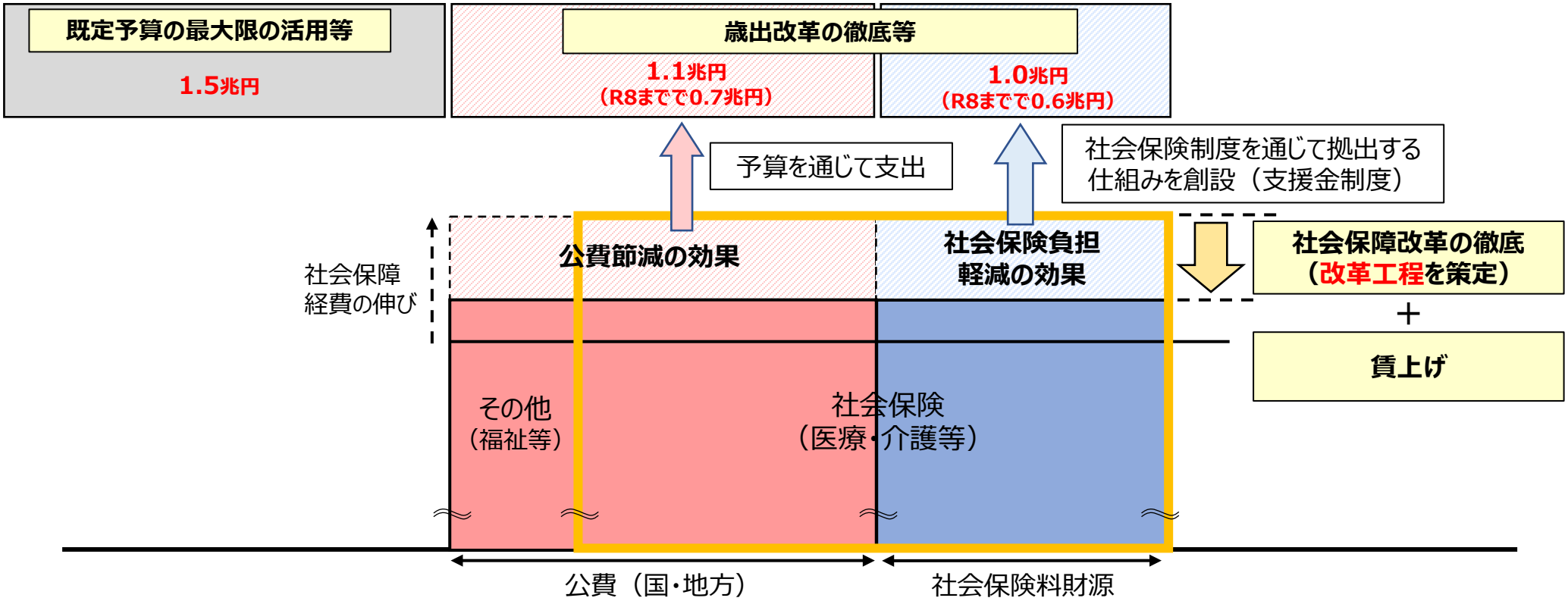
○ **加速化プラン**は**安定財源を確保した上で実施**。具体的には、既定予算の最大限の活用等を行うほか、2028年度までに徹底した歳出改革等を行い、それによって得られる公費節減の効果及び社会保険負担軽減の効果を活用することとされており、2024年６月に成立した子ども・子育て支援法等の改正法により、歳出改革と賃上げによって実質的な社会保険負担軽減の効果を生じさせ、その範囲内で子ども・子育て支援金制度を構築する（※）との枠組みが法定されている。 ※2026年度から段階的に2028年度にかけて構築。

◆こども・子育て政策の強化（加速化プラン）の財源の基本骨格（イメージ）

【歳出面】 加速化プラン完了時点 3.6兆円

経済的支援の強化	全てのこども・子育て世帯を対象とする支援の拡充	共働き・共育ての推進
1.7兆円	1.3兆円	0.6兆円

【歳入面】 加速化プランの財源 ＝ 歳出改革の徹底等



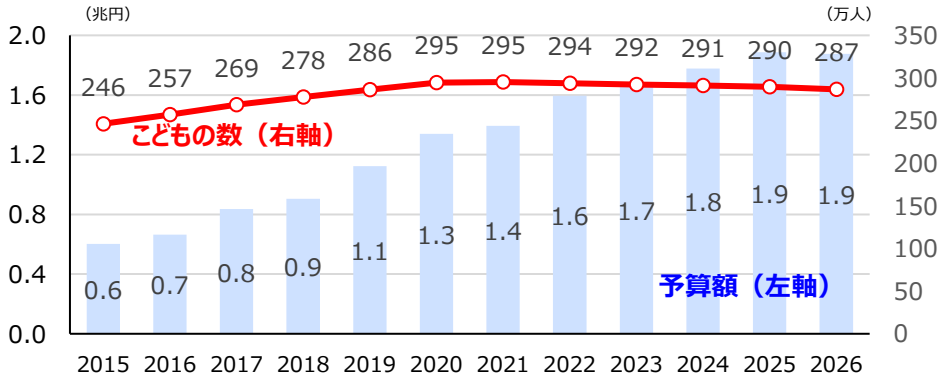
保育の公定価格のあり方

○ **保育の公定価格**に係る予算については、待機児童対策や幼児教育・保育の無償化により近年着実に増加傾向。**こうした中、経営情報の見える化が法定化**されているところ、令和７年度の報告結果は令和９年度予算編成にも活用可能となる見込み。

○ 例えば、同情報に基づく**施設類型別の収支差**（令和６年度）を見ると、**幼稚園以外の施設類型では中小企業の利益率を上回るなど、施設類型に応じた収支の違いが明らかとなっている**。

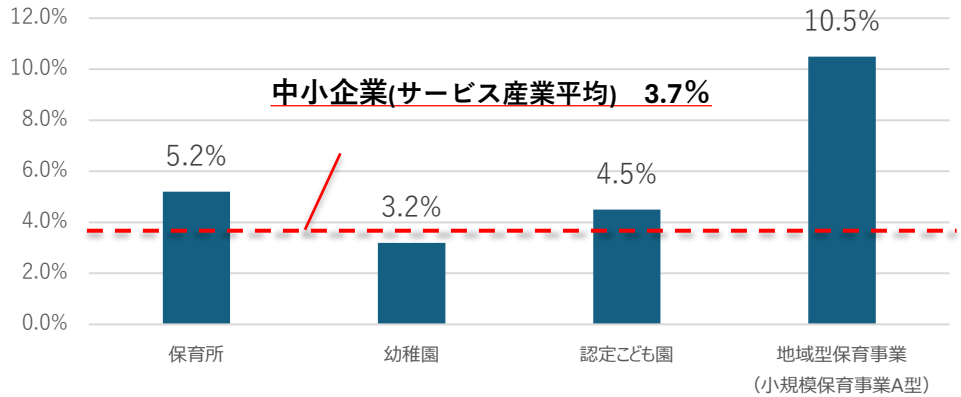
○ 直近（令和６年度速報分）の報告率は全体の４分の３程度に留まるが、報告率向上に向けた取組を講じつつ、**「見える化」に基づくデータを活用しながら、機動的な見直しを含む公定価格の改善に向けた取組を進めるべき**。

◆公定価格に係る予算額等の推移



（注１）予算額については、R7年度までは補正後予算額。R8年度は当初予算額。
（注２）「こどもの数」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）。

◆施設類型別の収支差率の状況（令和６年度）



（出所）「令和７年度 幼児教育・保育における経営情報等の見える化」（令和8年8月19日）
財務省「法人企業統計」（中小企業(サービス産業平均）は売上高経常利益率）
※地域型保育事業とは０－２歳児を対象に定員19人以下の小規模保育や家庭的保育等を提供する事業。

◆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

- 制度構築のための法改正（子ども・子育て支援法）が2024年通常国会で成立。
- **令和６年４月１日以降に始まる事業年度**から報告対象。
- **報告期限は事業年度終了後５月以内。事業年度が令和７年４月１日～令和８年３月末日の場合、令和８年８月末までに報告**。
- 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

◆施設類型別の報告状況（令和６年度速報）

	全体		
	ここdeサーチに登録されている施設数	報告施設数	割合
施設型給付を受ける幼稚園	3,948か所	2,677か所	67.8%
保育所	22,069か所	17,494か所	79.3%
認定こども園	11,233か所	8,996か所	80.1%
家庭的保育事業	688か所	400か所	58.1%
小規模保育事業	6,147か所	4,164か所	67.7%
居宅訪問型保育事業者	25か所	5か所	20.0%
事業所内保育事業	665か所	466か所	70.1%
合計	44,775か所	34,202か所	76.4%

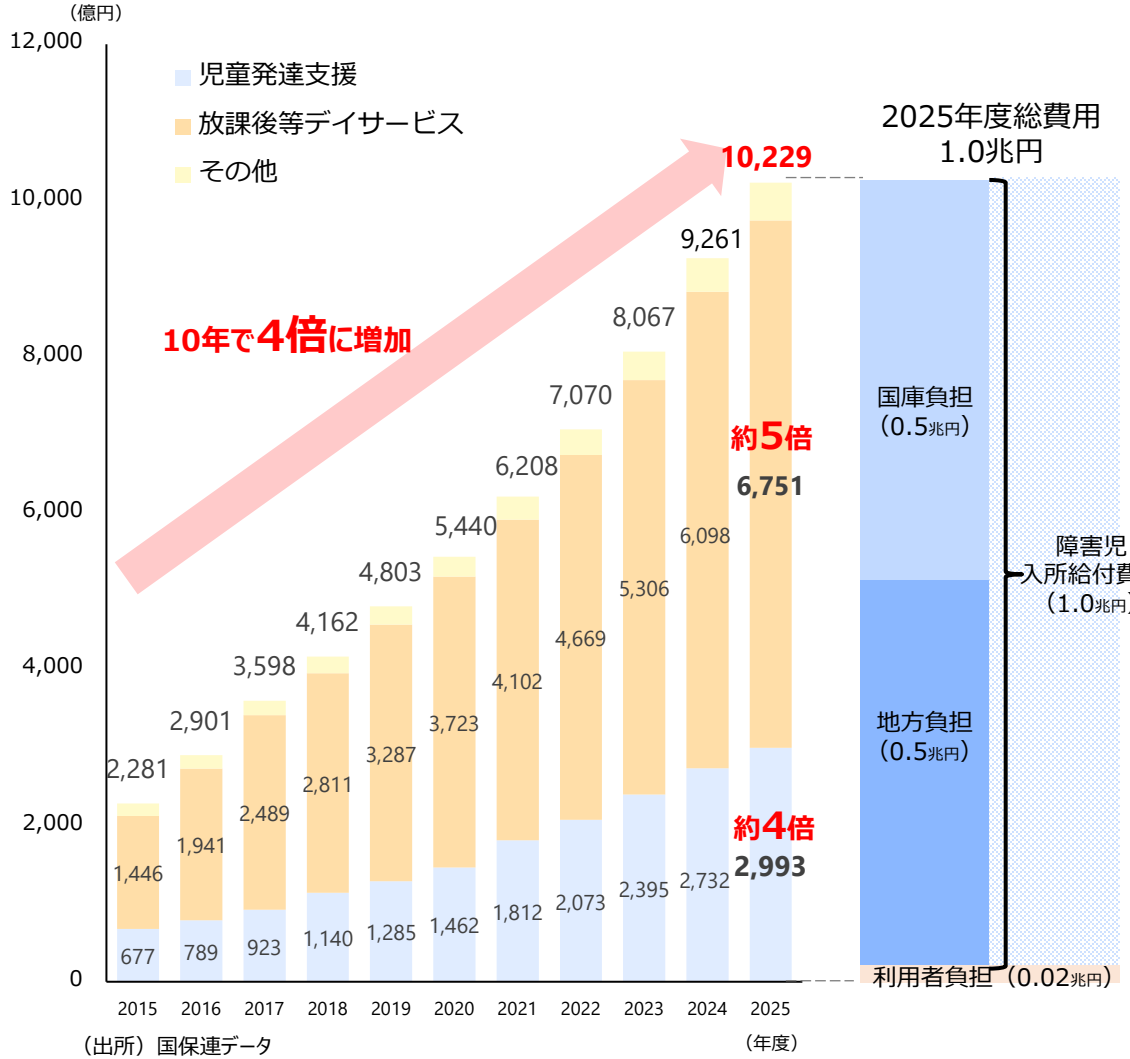
（出所）「令和７年度 幼児教育・保育における経営情報等の見える化調査分析結果速報について」（令和8年8月19日公表）

障害児：障害児支援の改革の必要性

○ **障害児支援に係る費用**は**急激に増加**。その間、児童発達支援や放課後等デイサービスといった**通所系サービスの事業所数**（特に営利法人が設置する事業所）は**大幅に増加**し、**１事業所あたりの総費用も増加**しており、**収支差率は高い水準**。また、**令和６年度障害福祉サービス報酬改定後の単価の伸び**を機械的に計算すると、**実績(+6.88%)は改定率(+1.12%)の６倍超となっている**。

○ 障害児支援に係る総費用の増加は制度の持続性に関わる課題であり、サービスの質の確保とあわせ、**費用の適正化に取り組む必要**。

◆障害児支援　サービス別総費用額



（出所）国保連データ

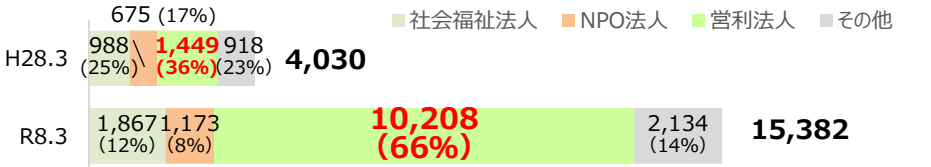
◆事業所数の伸びと法人類型の割合の変化

2024年度　収支差率

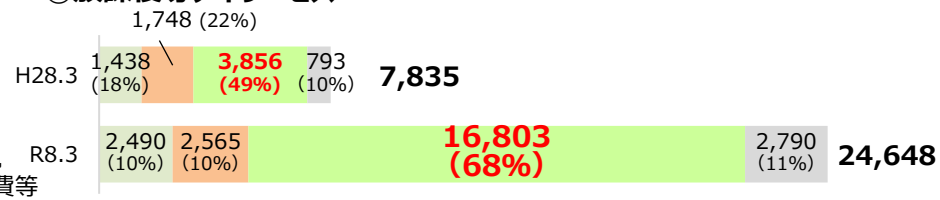
①児童発達支援　+7.8%

②放課後等デイサービス　+9.1%　※中小企業(サービス産業平均) +3.7%

①児童発達支援

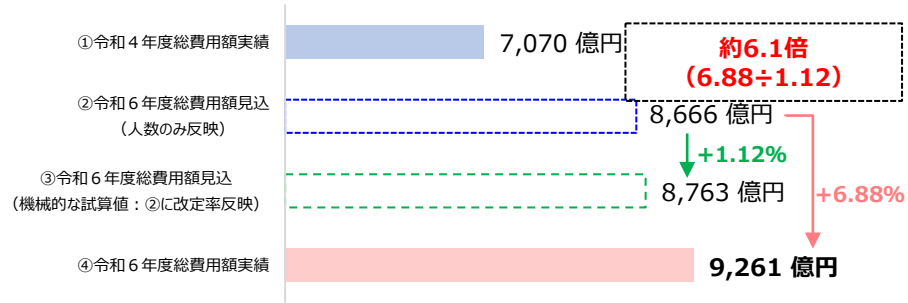


②放課後等デイサービス



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

◆令和６年度障害福祉サービス報酬改定後の費用の伸び



（出所）国保連データを基に作成。伸び率は機械的な計算に基づく。

障害児：放課後等デイサービスのあり方

○ 放課後等デイサービスでは、本人支援の５領域の視点に加え、地域社会への参加・包摂の観点を持ちながら一般のこども施策への移行に向けた支援が求められるが、その内容が預かり機能にとどまるなど、**制度趣旨にそぐわない事例も存在**するとの指摘。

○ こうした中、**放課後等デイサービスと放課後児童クラブ（学童）の公的財源の投入額（１日・１人あたり）を機械的に試算すると、前者が後者の約３～7倍程度**となっている。

○ **こうした差は放課後デイサービスにおいて学童と異なる専門的支援が実施されることが前提**となるが、**支援実態がこの前提に見合うか**、サービス提供者や運営法人の経営者の**資質や要件は十分かとの観点から検証が行われる必要がある**。

◆放課後等デイサービスに求められるサービス内容

○ （略）こどもの発達の過程や障害の特性等に応じた発達上のニーズの把握に当たっては、**本人支援の５領域（「健康・生活」、「運動・感覚」、「認知・行動」、「言語・コミュニケーション」、「人間関係・社会性」）の視点等を踏まえたアセスメントを行うことが必要**である。 総合的な支援とは、**本人支援の５領域の視点等を踏まえたアセスメントを行った上で**、生活や遊び等の中で、５領域の視点を網羅した個々のこどもに応じた**オーダーメイドの支援が行われるもの**である。

○ （略）放課後等デイサービス事業所は、（中略）**地域社会への参加・包摂（インクルージョン）の推進の観点を常に持ちながら、**こどもや家族の意向も踏まえ、**放課後児童クラブ等の一般のこども施策との併行利用や移行に向けた支援や、地域で暮らす他のこどもとの交流などの取組を進めていくことが求められる**。

（出所）放課後等デイサービスガイドライン（令和６年７月）（こども家庭庁）

◆サービスの内容

・**本人支援が学習支援のみなど**、単独の支援にとどまっており、**療育との関係が不明確**
・保護者の相談支援やレスパイト支援のみを回答するなど、本人支援の内容が不明
（**本人支援が預かりのみの可能性**） 等

（出所）財務省「予算執行調査」（令和８年６月公表）

・ピアノや絵画等の支援は、将来の生活を豊かにすることにもつながり、こどものウェルビーイングを高めるという点において意味があるとも考えられるが、**これらのみを提供する支援は、公費により負担する児童発達支援として相応しくない**と考えられる。

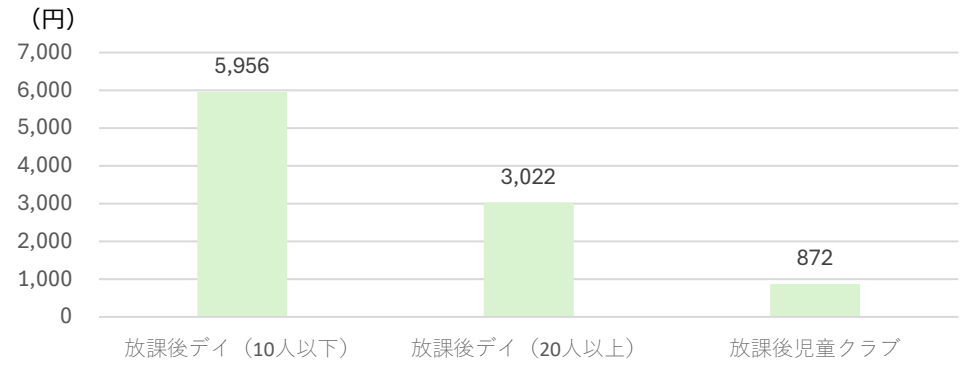
（出所）こども家庭庁「障害児通所支援に関する検討会報告書 （令和５年３月）」

◆放課後等デイサービスと放課後児童クラブを比較した事例

・ 上限月額があるので、**ひと月にどれだけ利用しても上限額以上は払わなくてよい**
・ **何回利用しても4,600円を超えない**
・ **母親である自分が働くことになりこどもが通う事業所を探していた**ところ、ちょうど家の近くにある**事業所で定員に空きが出たのを知り、それがきっかけで利用**を始めた
・ 放課後等デイサービスは**自宅までの送迎を行っているところが多い**
（注）放課後児童クラブは基本的に送迎サービスはないが、放課後等デイサービスは送迎を行った場合は事業者への給付に加算が生じる（事業者の約９割が算定（令和７年度））。

（出所）財務省の調査により確認できた民間事業者HPでの例（2026年10月現在）

◆放課後等デイサービスと放課後児童クラブの公的財源の投入額（１日・１人あたり機械的な試算）



（前提）放課後デイは基本報酬：609単位（定員10人以内）又は305単位（〃20人以上）に利用者負担の割合（2.2%）を勘案して試算（いずれも３時間以内）。放課後児童クラブは年間運営費7,495,000円を最低運営日数（250日）で除し、過去の調査に基づく平均的な利用人数（約34人）を用いて試算。

障害児：児童指導員等加配加算のあり方

○ **児童発達支援及び放課後等デイサービスにおける児童指導員等加配加算**（※）の取得状況について調査したところ、**約９割の事業所が加算を取得**している。また、**当該加算を取得している事業所の平均の収支差率**は児童発達支援で7.4%、放課後等デイサービスで8.2%と、**取得していない事業所と比べても収支差率が高い**。

○ 当該加算は、**元々事業所内又は法人内にいた職員を要件該当職員と申請して加算取得を行っているケースがそれぞれ７割超と１割超存在**。以上を踏まえると、**児童に対する支援強化等のためのインセンティブとしての役割を果たしておらず、制度趣旨にそぐわない利用状況となっている**ことから、**次期報酬改定において抜本的な見直しを行うべき**。

（※）常時の見守りが必要な就学児等への支援や、障害児の家族等に対する助言を行うといった支援強化のため、児童発達支援や放課後等デイサービス給付費の算定に必要な従業員数に加え、児童指導員、保育士、理学療法士、作業療法士などを配置している事業所に加算を行うもの。令和７年度の算定額は児童発達支援が約251億円（費用額の8.4%）、放課後等デイサービスが約851億円（〃12.6%）となっている。

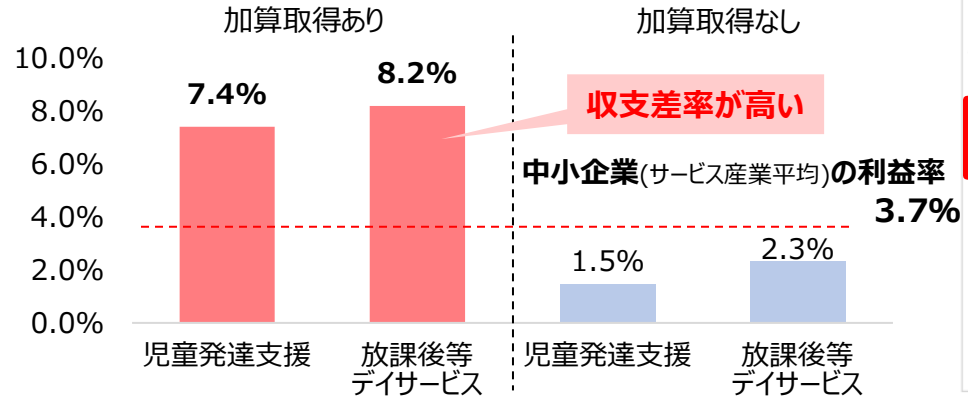
◆児童指導員等加配加算の取得状況

※括弧内は事業所数	取得している	取得していない
児童発達支援	85.7% (1,738)	14.3% (291)
放課後等デイサービス	87.5% (3,327)	12.5% (476)

約９割

（出所）財務省「予算執行調査」（令和８年６月公表）

◆児童指導員等加配加算の取得状況別収支差率

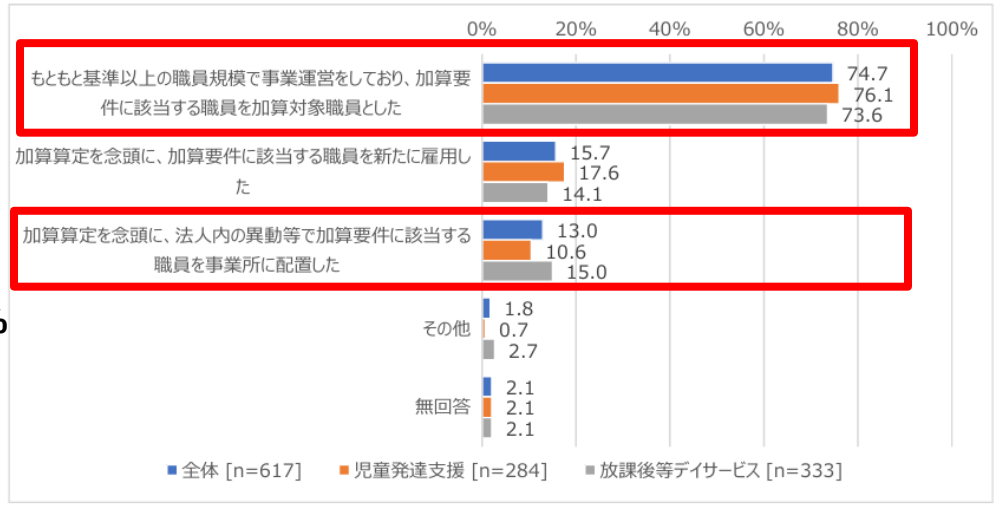


（出所）財務省「予算執行調査」（令和８年６月公表）

◆児童指導員等加配対象の配置職員の確保の経緯

○ 令和７年６月に児童指導員等加配加算を算定している事業所に、対象の配置職員の確保の経緯を聞いたところ、**「もともと基準以上の職員規模で事業運営をしており、加算要件に該当する職員を加算対象職員とした」が74.7%**、**「加算算定を念頭に法人内の異動で加算要件に該当する職員を事務所に配置した」割合が13.0%**となっている。

図表 412 児童指導員等加配加算対象の配置職員の確保の経緯〔複数回答〕



（出所）厚生労働省「障害福祉サービス等報酬改定検証調査（令和７年度）」

障害福祉（総括）

○ 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重要な公的なサービス。一方で、障害の状態や環境、また、本人の意向はそれぞれであり、サービスの質の確保には、提供する事業者側の役割が大きい。

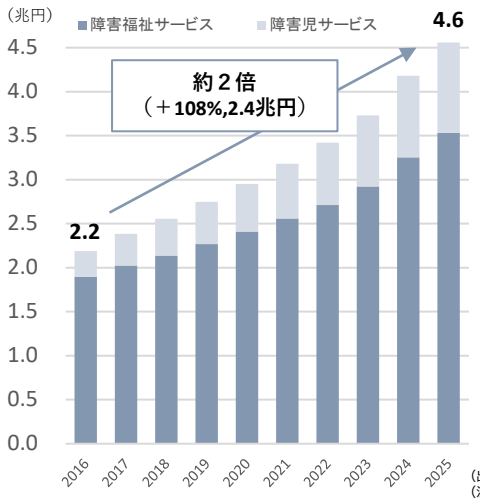
○ 営利企業の参入は、本人やご家族の選択肢が拡大する面がある一方、加算の不正請求や不適切な就労支援など、障害者本位でないサービス提供が行われている事案も発覚しており、**サービスの質の確保や適切なサービス提供の徹底が喫緊の課題**。

○ 医療・介護等に比べて利用者負担が限られることから、利用者も、障害福祉報酬の上昇や利用量増加による負担増を感じにくく、結果として、障害福祉サービスの総費用額はこの10年で２倍以上に増加。2025年度も、2024年度の報酬改定率（＋1.12%）を上回る一人当たり総費用額の伸びと利用者数の増加を背景に、総費用額は前年度比8.6%増となった。今後、**総費用額急増の要因や背景を速やかに分析し、制度の持続可能性の確保に向けた対応を検討する必要**。

○ 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に適切に取り組みつつ、**必要な支援を適切に行っていない事業者ではなく、質の高い支援の提供に資源が用いられるような改革に取り組む**。

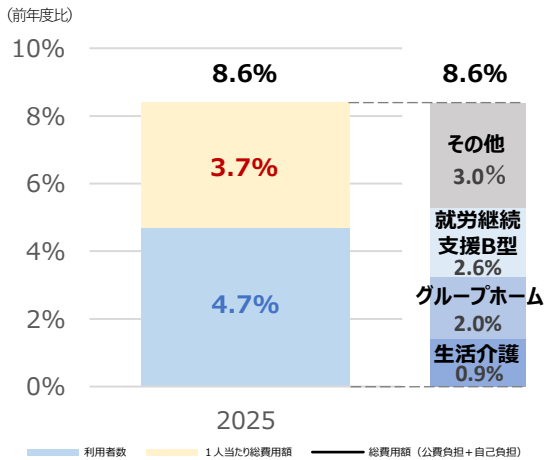
障害福祉サービスの現状

◆総費用額の推移



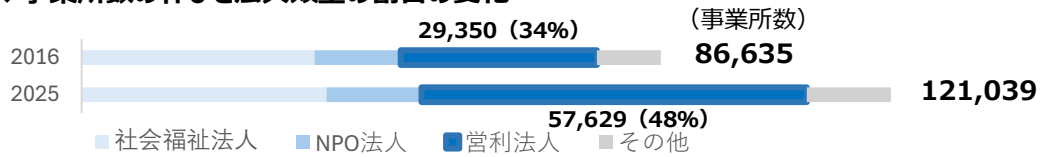
（出所）国保連データ（年度ごとの実績）を基に作成。

◆障害福祉サービス等の総費用額の伸び



（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。
（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、2025年度は0.2%。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。

◆事業所数の伸びと法人類型の割合の変化



（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事業所は含まない。

今後の主な改革の方向性

こうした現状を踏まえ、**障害福祉サービス等の費用の急伸への対応を含め、サービスの質の確保・向上と制度の持続可能性の確保のための報酬や制度の在り方を検討**していく。

令和９年度障害福祉報酬改定

・**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であり、配置基準の厳格化を含む報酬体系の見直しを行うべき。

・さらに、**利用者毎の近年の動向を踏まえ、支給決定の在り方の見直しや、重度障害者への重点化や支援のメリハリ付けの観点を報酬に反映**させるなど、総合的な検討を行うべき。

サービスの質の確保に向けた取組

・サービスの質の確保や適切なサービス提供を徹底するため、

- **現場及び経営に責任を持つ管理者や代表者が障害福祉への理解・経験を有することの担保**、
- **適切なサービス提供を行うことができない者による安易な参入を促すような不適切な勧誘への対応**

に取り組むべき。

障害福祉サービス等の概要

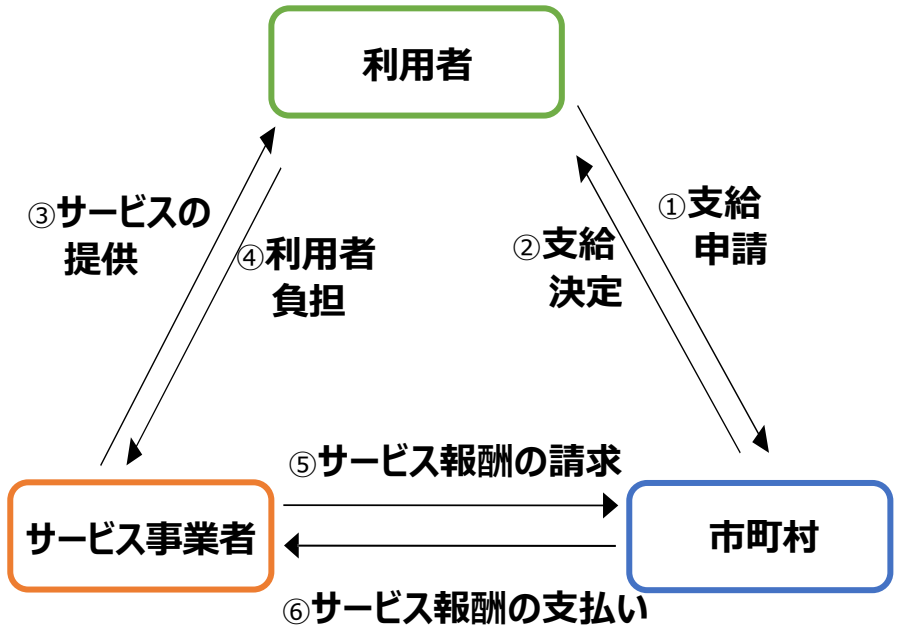
○ 障害福祉サービスは、障害者の方が、自立した日常生活や社会生活を送れるように支援する公的なサービス。個々の障害者の障害の種類や程度、介護者、居住の状況、サービスの利用に関する意向等を踏まえ、利用計画を作成し、個々に支給決定が行われる。

○ 各サービスは、都道府県等の指定を受けた事業者が提供する。利用者に各サービスを提供した場合に、その対価として、市町村は事業者にサービス費用（障害福祉報酬）を支払う。

○ 障害福祉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。

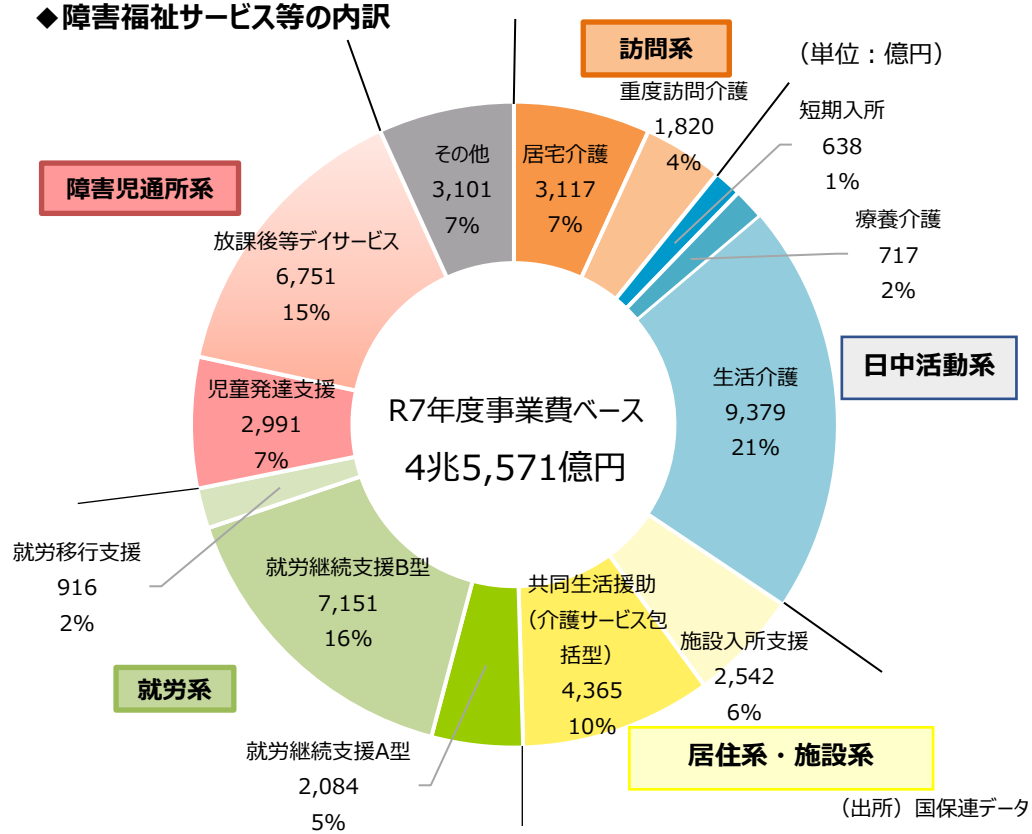
◆障害福祉報酬の支払いの流れ（概要）



（総費用額から利用者負担を差し引いた報酬分）

※公費負担：原則、国50%、都道府県25%、市町村25%

◆障害福祉サービス等の内訳

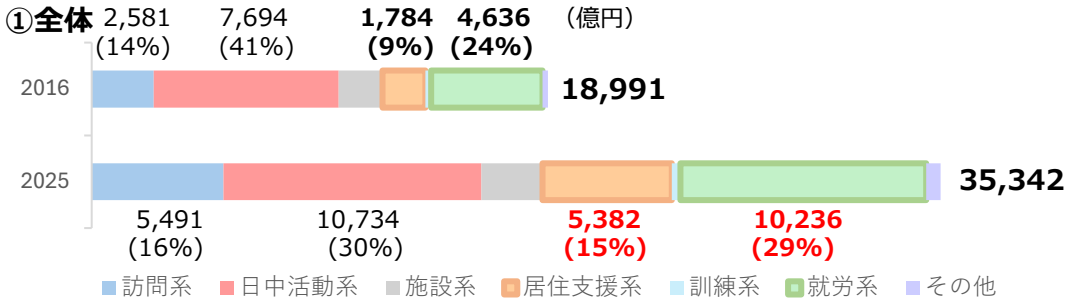


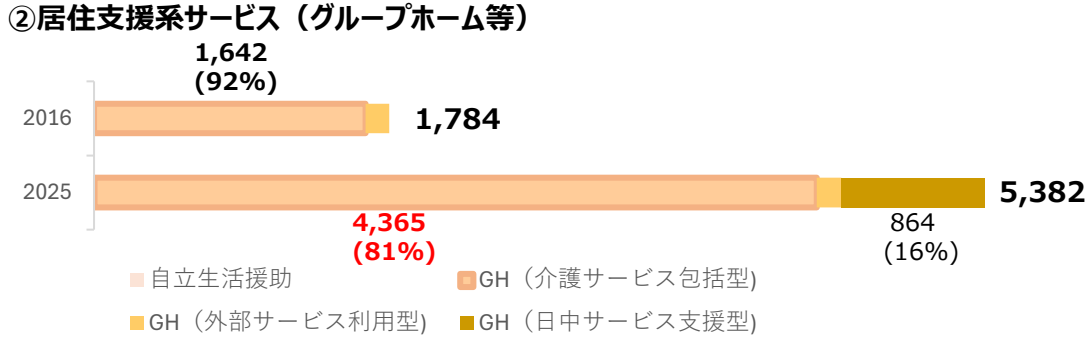
障害福祉サービスの類型別の状況

○ 総費用額及び事業所数は大きく増加。従来、障害福祉サービスは日中活動系の割合が高かったが、**近年は居住支援系（グループホーム等）や就労系（就労継続支援B型等）の割合が増加しており、総費用の伸びに対する寄与も大きい**。

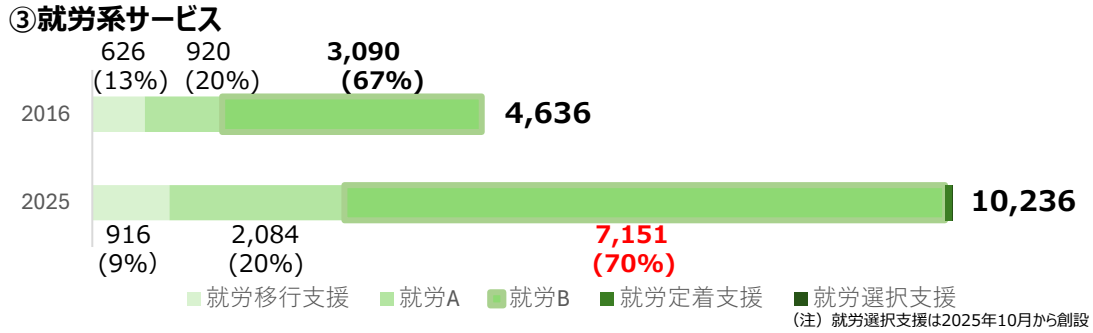
○ 総費用額の伸びが大きいサービスにおける事業所数の伸びの背景には、**営利法人の参入の増加がある**。

◆障害福祉サービス総費用額に占める割合の変化





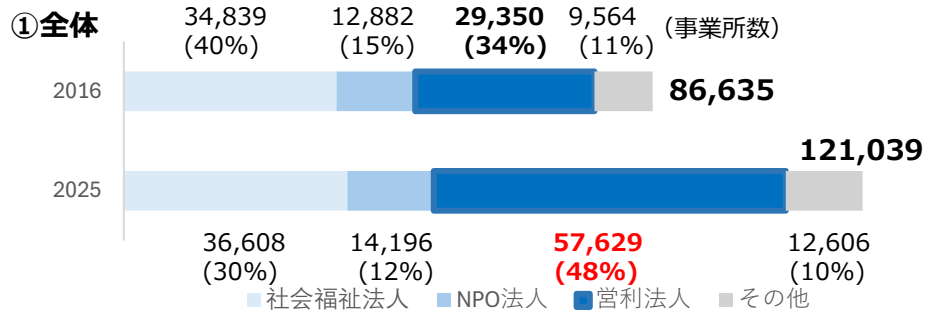
（注）自立生活援助及びＧＨ（日中サービス支援型）は2018年度から創設

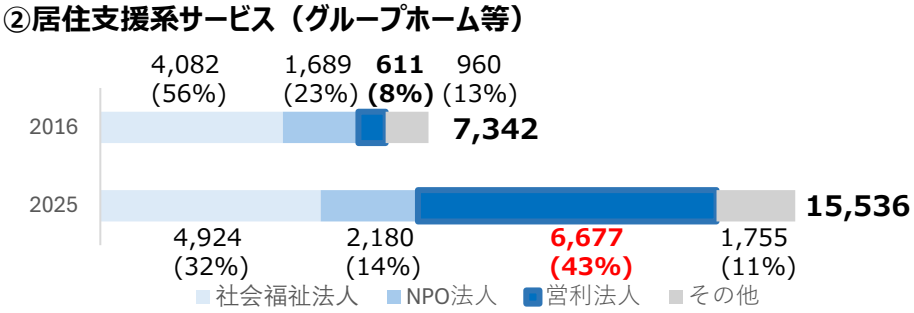


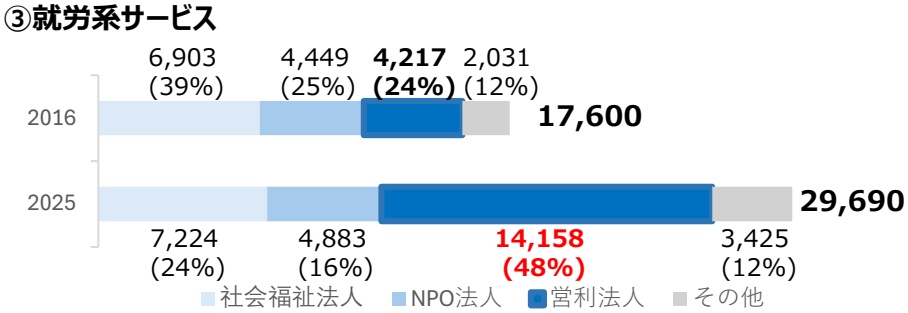
（注）就労選択支援は2025年10月から創設

（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。

◆事業所数の伸びと法人類型の割合の変化







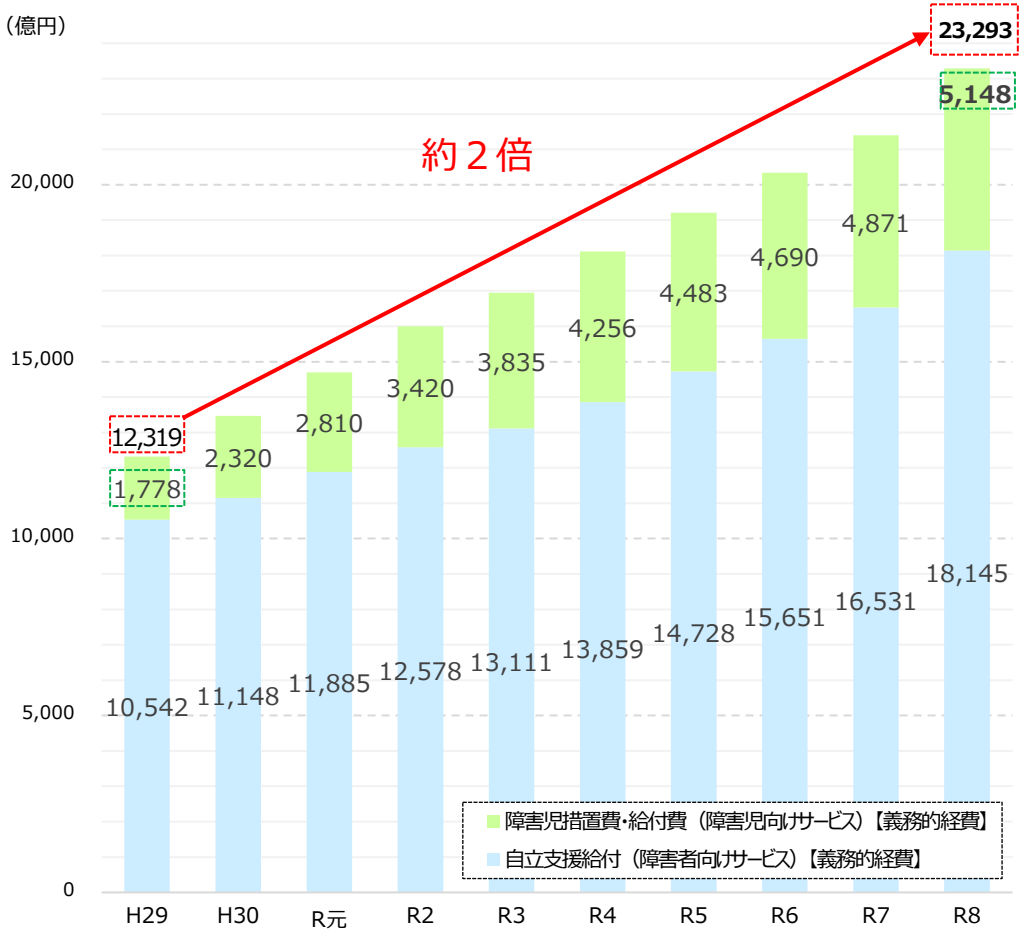
（出所）国保連データ（各年度３月の実績）を基に作成。障害児向けのサービスの事業所は含まない。

障害福祉サービス等の総費用額・予算額の増加

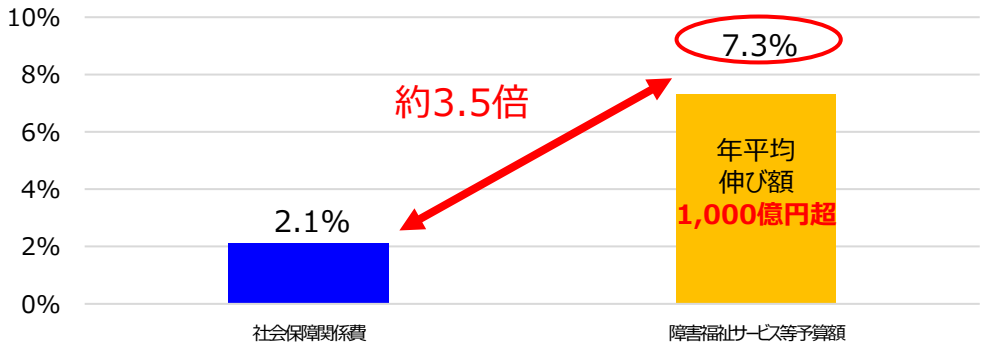
○ 障害福祉サービス等の予算額は直近10年間で約２倍に増加。その伸び率は年平均で7.3%と社会保障関係費全体と比較して突出しており、伸び額としても毎年1,000億円超となっている。

○ **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側の状況に応じて総費用額が増加しやすい構造**。

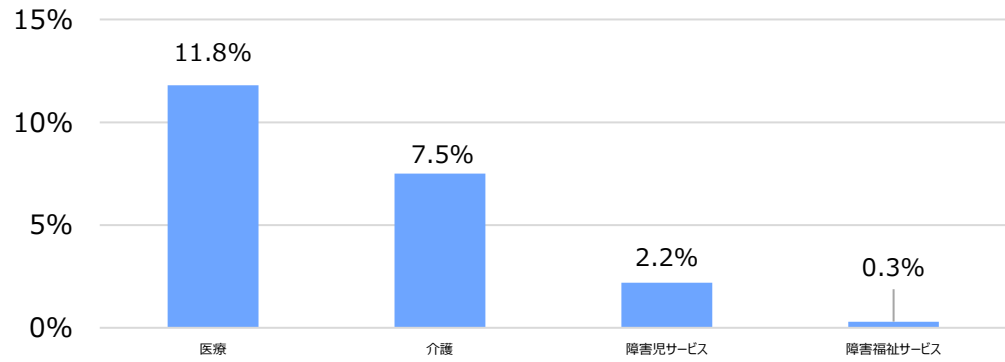
◆障害福祉サービス等予算額の推移（当初予算）



◆社会保障関係費の伸び率との比較（直近10年間）



◆費用額に占める自己負担額割合の比較



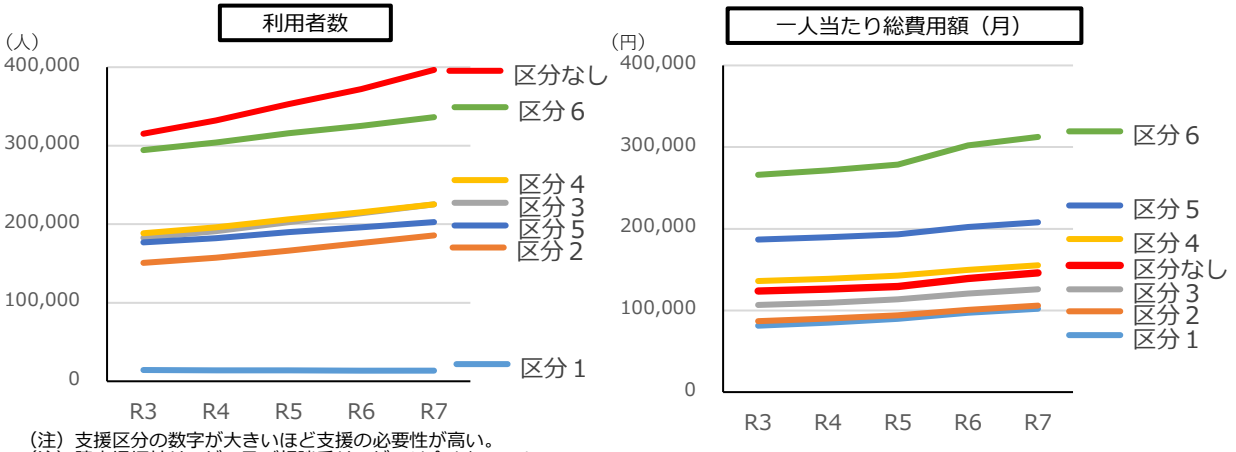
（注）医療は「令和5年度国民医療費の概況」における国民医療費に占める患者負担、介護は「令和6年度介護保険事業状況報告（年報）」における費用額から給付費を控除して自己負担額を算出、障害児サービス及び障害福祉サービスは「国保連データ」を基に作成。

障害福祉サービス等の利用者

○ 「障害支援区分」は、障害者等の障害の多様な特性その他心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合いを総合的に示すもの。**「区分なし」の利用者数が伸びている**中で、支援区分毎の一人当たり総費用額については、区分が高い方が高い傾向にあるが、**「区分なし」は「区分４」に次ぐ高さ**。

○ 障害種別毎・サービス種類毎の利用者数の推移を見ると、**障害種別によって伸びの傾向は異なる**。

◆障害支援区分毎の利用者数及び一人当たり総費用額（月）の推移



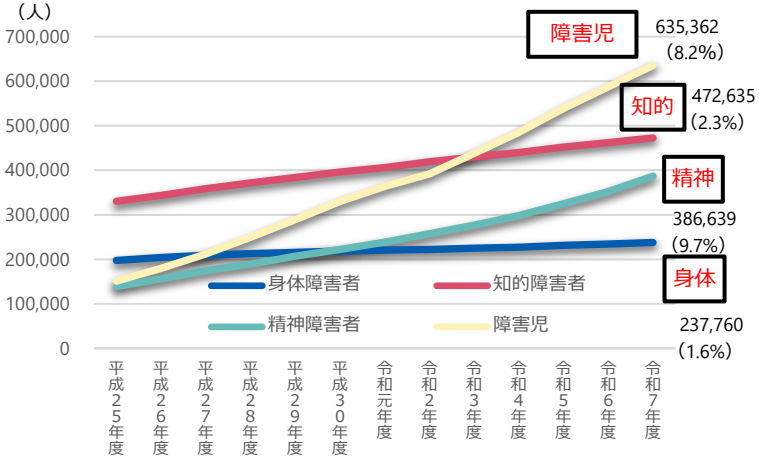
（注）支援区分の数字が大きいほど支援の必要性が高い。
（注）障害児福祉サービス及び相談系サービスは含まれていない。
（注）訓練等給付（就労支援、グループホーム等）については支援区分判定がなくてもサービスの提供を受けることができる。
「区分なし」は訓練等給付のみを受領する者で、支援区分認定を受けていない者。

（参考）障害支援区分と各サービスの対象

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

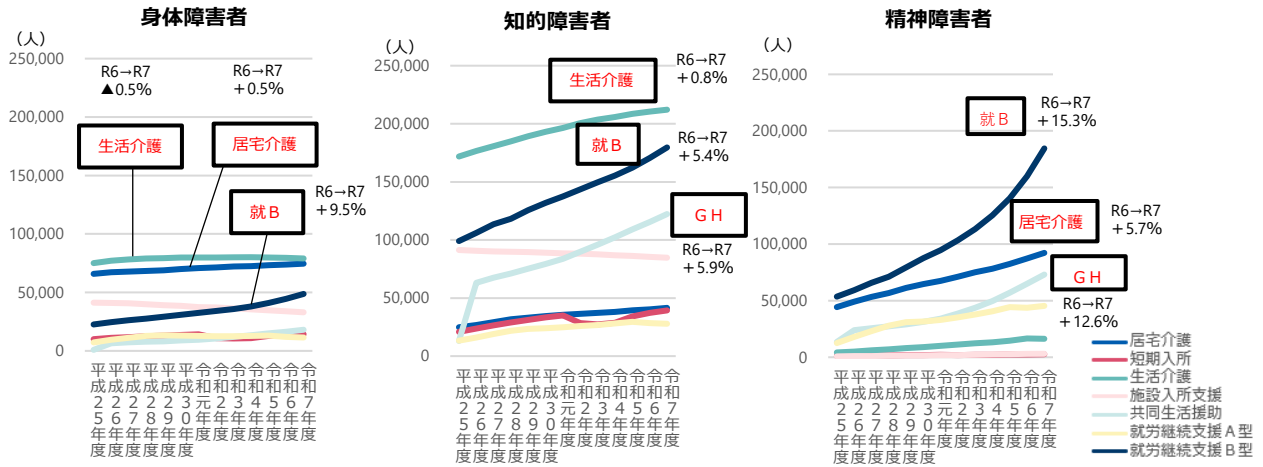
（注）生活介護は、原則区分３以上が対象で、50歳以上は区分２以上が対象
施設入所支援は、原則区分４以上が対象で、50歳以上は区分３以上が対象
療養介護は、区分ごとに別途規定あり

◆障害福祉サービス等の利用者数の推移



※国保連データから作成。各年度10月の利用者数。
かっこ内の数字は令和６年度から令和７年度の伸び率。

◆障害種別ごと・サービス種類ごとの利用者数の推移



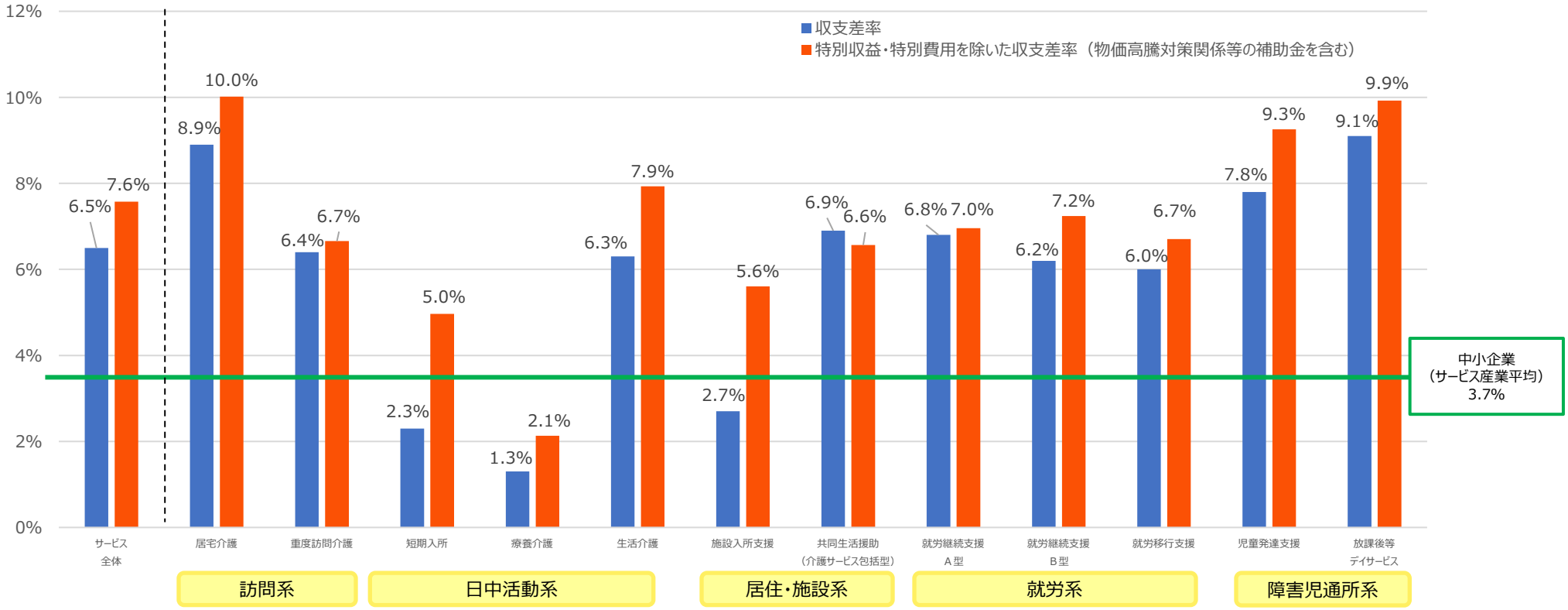
※国保連データから作成。各年度10月の利用者数。（平成25年については、共同生活介護の利用者は含まれない。）

令和９年度障害福祉報酬改定に向けて

○ 障害福祉サービス等事業者の収支差率は6.5%。さらに、事業者の本部や他の事業との間の資金移動を除外するために特別費用・特別収益を除き、また補助金収入を含めた収支差率で見ると**7.6%**となり、通常の収支差率よりも1.1%高くなっている。これは中小企業平均を上回る水準。

○ **障害福祉サービス等の利益率**については、足元で、**他産業と比較して高い水準**にあり、かつ、**サービス類型ごとに大きな差**がある状況。**令和９年度障害福祉報酬改定**においては、**賃金・物価動向の変化に的確に対応しつつ、サービス類型毎の実態に応じて、報酬を適正化**する必要。

◆障害福祉サービス等・中小企業の収支差率



（出所）厚生労働省「令和7年障害福祉サービス等経営概況調査」、財務省「法人企業統計」。
（注）中小企業（サービス産業平均）の計数は、サービスにかかる法人企業統計における分類についての、規模１億円未満の売上高経常利益率（金融保険業、純粋持株会社を除く）。

◆経済財政運営と改革の基本方針2026 （抄）

次期介護報酬・障害福祉サービス等報酬改定では、経営データベースの整備・活用を含め、2026年度診療報酬改定における各般の取組を参考にしつつ、介護・障害福祉分野の賃上げの状況や介護・障害福祉サービス等事業者の経営状況等を把握した上で、補装具費支給基準額も含め、物価の変動に適切に対応するとともに、他職種と遜色のない処遇改善の実現を図る。障害福祉サービス等の**費用の急伸への対応を含め、サービスの質の確保・向上と制度の持続可能性の確保のための報酬や制度の在り方を検討**する。

障害福祉分野の職員の処遇改善

○ 経済・物価動向が変化する中で、**障害福祉分野の職員の処遇改善は喫緊の課題**。令和７年には、福祉・介護職員の基本給等で4.5%、一時金等を含む平均給与額で5.4%の賃上げ（定期昇給込み）が実現したが、こうした賃上げを持続的なものとするため、令和８年度障害福祉報酬改定において、福祉・介護職員のみならず、**全ての障害福祉従事者を対象**に、**幅広く月１万円（＋3.3%）**の賃上げが実現できる措置を講ずるとともに、生産性向上や協働化に取り組む事業者の**福祉・介護職員を対象に、月0.3万円（＋1.0%）の上乗せ**を措置したところ。
※合計で、福祉・介護職員について、最大月1.9万円（6.3%）の賃上げ（定期昇給0.6万円込み）が実現する措置。

○ 新たに利用可能となる経営情報データベースの活用も含め、**経営状況等の実態を把握・検証**。なお、**足元では、障害福祉サービス等事業者の収支差率は、介護サービス事業者や中小企業よりも高く、こうした状況も勘案**する必要。また、処遇改善を検討する上では、生産性向上を通じた業務の省力化・効率化により、事業者が処遇改善に取り組む余力を確保することも重要。

○ 令和９年度報酬改定においては、令和８年度改定を踏まえた処遇改善の状況等も踏まえつつ、収支差率の状況を含む事業者の経営状況等の実態などを踏まえて対応。

◆障害福祉分野の福祉・介護職員の給与等の変化

（令和６年９月時点と令和７年７月時点の賃金の比較）

	令和６年	令和７年	増加額
基本給等※1	25.0万円	26.1万円	1.1万円 (4.5%増)
平均給与額※2	31.6万円	33.3万円	1.7万円 (5.4%増)

【参考】介護分野の介護職員の給与等の変化

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

※１　基本給+毎月決まって支払われる手当
※２　基本給+手当+一時金

（出所）厚生労働省「令和７年度障害福祉人材の確保及び処遇状況等に関する調査」
「令和７年度介護職員等の職場環境や処遇に関する実態調査」

◆令和８年度障害福祉報酬改定

○ **改定率**　　**＋１．84%**
（※令和８年度予算額：国費３１３億円（９か月分））

✓ 障害福祉従業者を対象に幅広く1.0万円賃上げを実現する措置

✓ 協働化等に取り組む事業者の福祉・介護職員を対象に0.3万円上乗せ措置
（定期昇給込みで最大月1.9万円の賃上げが実現）

◆収支差率の状況

障害福祉分野	介護分野	中小企業
7.6%	6.8%	3.7%

（出所）厚生労働省「令和7年障害福祉サービス等経営概況調査」、「介護事業経営概況調査」、財務省「法人企業統計」。
（注）障害福祉分野の計数は、特別収益・特別費用を除いた収支差率（物価高騰対策関係等の補助金を含む）。
介護分野の計数は、税引き前収支差率（コロナ補助金・物価高騰対策関連補助金を含み、特別損失を除く）。
中小企業の計数は、売上高経常利益率（金融保険業、純粋持株会社を除く）。

障害福祉報酬改定各論①：障害者就労支援（適切なサービス提供）

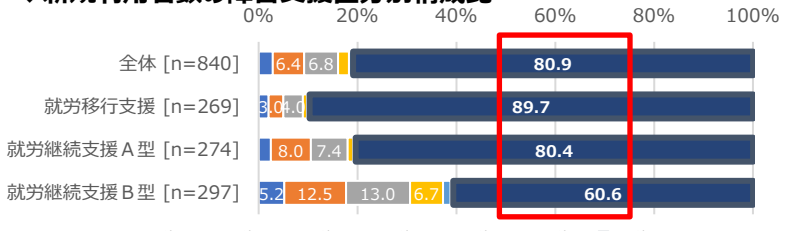
○ 障害者就労支援の利用者の多くが**障害支援区分がない**。また、年齢階層別に見れば、例えば**就労継続支援B型については、約６割が40歳以上であり、50歳以上の利用者が増えてきている**状況。

○ 就労Bの利用者数が過去10年間で2倍近くになっている中、不適切な就労支援の実例が指摘されるなど、個々の障害者本人の就労能力や適性等に合ったサービスの提供ができていない場合がある。就労B（令和７年10月～）・就労A（令和９年４月～）を新規に利用する際、就労選択支援により就労に関する課題が把握されていることが必要となるが、一定の例外（例えば、就労Bについては、年齢要件さえ満たせばサービス提供の対象者となり得る）もあり、**新規利用者数に占める就労選択支援を利用した者の割合は低位にとどまっている**。

○ 令和９年度報酬改定において、障害者の能力や適性等に合ったサービスの提供という観点から、**サービス提供の必要性を適切に測るため、支援区分の活用も含めた方策を講ずる**。また、年齢による画一的な要件を含めた現行の対象者要件が適切か検証し、**新規利用者については、例外を設けずに事前の就労選択支援の利用を原則とする等、適切なサービス提供のための取組を一層促進**。

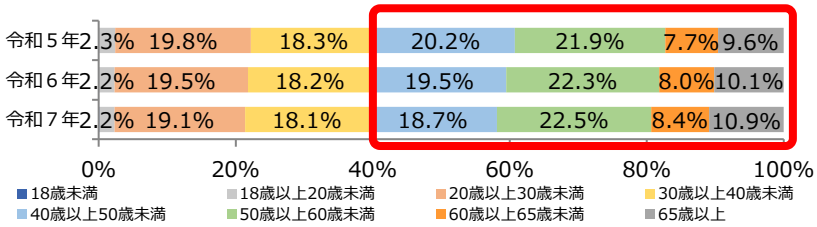
○ 既存利用者に対しても、定期的な就労選択支援の利用等、利用するサービスがその能力や適性等に合っているか確認できる仕組みを構築し、サービス利用や事業者の報酬に適切に反映されるようにする必要。

◆新規利用者数の障害支援区分別構成比



（出所）令和6年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査　（注）nは利用者数

◆利用者の年齢階層別分布の状況



（出所）国保連データ　※各年12月時点

◆就労A・Bの対象者の要件

（いずれか一つ以上に該当する障害者）

就労A	①就労移行支援事業を利用したが、企業等の雇用に至らなかった者 ②特別支援学校を卒業して就職活動を行ったが、企業等の雇用に至らなかった者 ③企業等を離職した者等就労経験のある者で、現に雇用関係の状態にない者
就労B	①企業等や就労Ａでの就労経験があって、年齢や体力の面で雇用が困難となった者 ②５０歳以上 ③障害基礎年金1級受給者 ④①、②及び③以外で、就労選択支援事業者によるアセスメントにより、就労面の課題等が把握された者　等

◆各事業所の新規利用者数に占める就労選択支援を利用した者の割合

（単位：人）		身体障害	知的障害	精神障害	難病等	合計	新規利用者に対する割合
全体 [n=598]	令和６年 10 月～12 月	43	150	711	4	908	
	令和７年 10 月～12 月	59	196	811	12	1,078	
	うち、就労選択支援利用者	0	16	22	0	38	3.5%
就労移行支援 [n=192]	令和６年 10 月～12 月	8	68	357	1	434	
	令和７年 10 月～12 月	8	93	421	7	529	
	うち、就労選択支援利用者	0	14	20	0	34	6.4%
就労継続支援Ａ型 [n=167]	令和６年 10 月～12 月	20	45	187	3	255	
	令和７年 10 月～12 月	40	56	230	2	328	
	うち、就労選択支援利用者	0	0	0	0	0	0.0%
就労継続支援Ｂ型 [n=239]	令和６年 10 月～12 月	15	37	167	0	219	
	令和７年 10 月～12 月	11	47	160	3	221	
	うち、就労選択支援利用者	0	2	2	0	4	1.8%

（出所）令和７年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査　（注）nは利用者数

※就労選択支援は2025年10月から創設されていることに留意。

◆不適切な就労支援の例

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

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

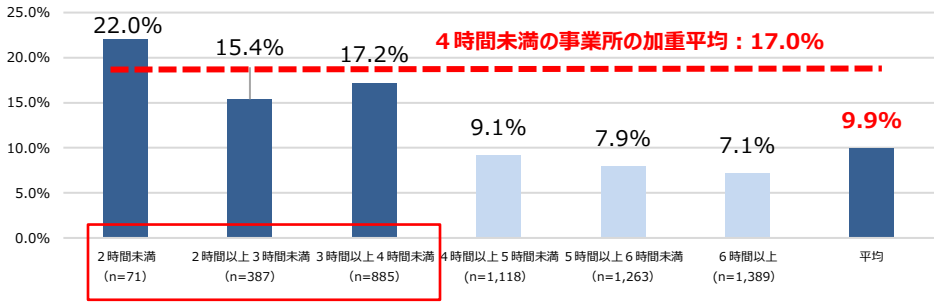
障害福祉報酬改定各論②：就労継続支援B型（スコア方式の導入、在宅利用の見直し）

○ 就労継続支援B型（利用者と雇用契約を結ばず工賃支払い）について、利用者の平均利用時間を含めたサービスの内容・質が必ずしも報酬に反映されていないという課題がある。例えば、利用者の平均利用時間と収支差率の関係に着目すると、**利用時間が短い４時間未満の事業所における収支差率は、全事業所平均と比較して高い。提供されるサービスに対して報酬が過大となっている例があるのではないか**。また、平均利用時間別の事業運営主体を見ると、平均利用時間が４時間未満の事業所において、営利法人の割合が高い。

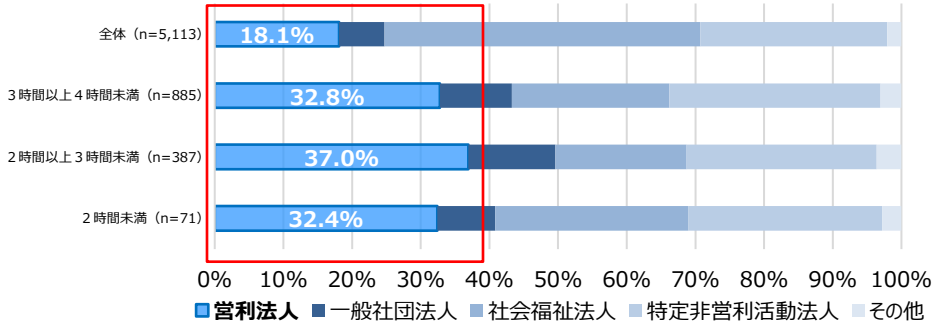
○ 令和９年度報酬改定において、**利用者の平均利用時間を含めたサービスの内容・質をよりきめ細やかに評価する報酬体系とすべく、就労Aを参考に、就労BについてもスコアⅠ方式の導入が必要**。その際、**サービスの質の確保と総費用額の抑制**の両立を図るため、サービスの質を適切に評価し、また近年の総費用額の伸びに対応する観点から、スコアの項目及び配点、区分基準及び単価を設定。

○ また、**在宅利用者**は近年増加しているが、適切な支援が行われているか、生産活動の実態があるかが見えにくいといった課題が指摘されている。在宅利用については、結果として事業所の運営費等が一定程度抑えられていることもあり、全体で見ると、**在宅利用者の割合が高い事業所の収支差率は高い**。こうしたことを踏まえ、**報酬の適正化及び在宅利用者割合の上限設定の検討が必要**。

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



◆ 平均利用時間別の事業運営主体（有効回答数：5,113か所）



（出所）財務省「予算執行調査」（令和6年10月公表）

◆関係団体からの主な意見

○在宅サービスの支援を適切に行うためには、業務提供、日々の支援、進捗確認、緊急時対　応等、相当の支援体制が必要となる。一方で、在宅利用の実態が十分に可視化されておらず、適正な支援が行われているか外部から確認しにくいことが課題となっていることから、まずは実態を把握するとともに、支援が適正に行われているか判断するため「第三者の目」が入る仕組みが必要と考える。

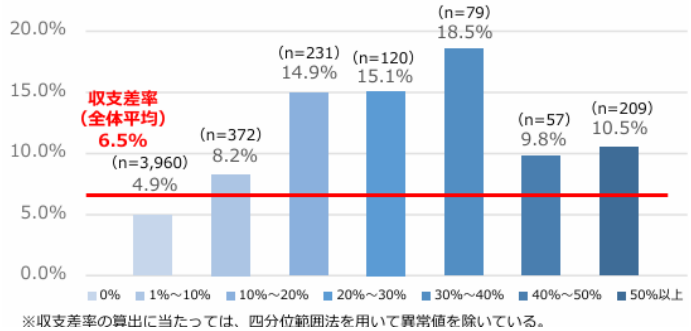
（全国社会就労センター協議会）

○就労継続支援は、生産活動が主な活動であることから、在宅利用の生産活動と称して、ｅスポーツや、植物の水やりを1日数回行うだけの活動、卓球教室や麻雀教室での手伝いに相当するような活動、所定の場所に居ればよいというような活動等、公費による就労支援の生産活動として適さない可能性がある活動については認めないように徹底すべきである。

（特定非営利活動法人全国就労移行支援事業所連絡協議会）

（出所）（令和８年９月28日　第64回「障害福祉報酬改定検討チーム」資料）

◆事業所における在宅利用者数の割合別の収支差率（令和６年度決算）



（出所）財務省「予算執行調査」（令和８年６月公表）

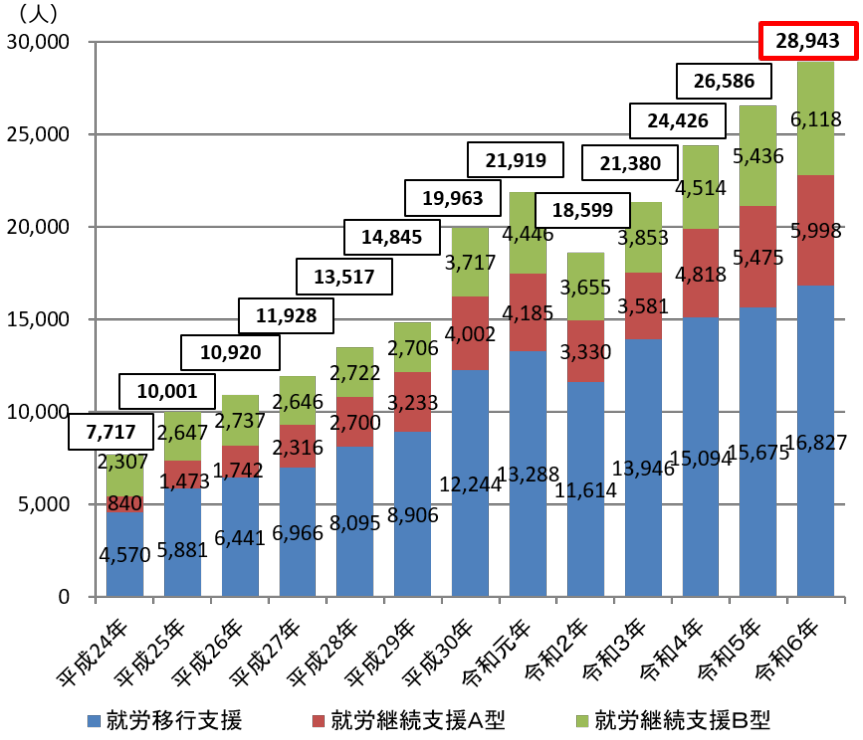
障害福祉報酬改定各論③：就労継続支援等（就労移行支援体制加算）

○ 就労A等においては、**就労移行支援体制加算**により、一般就労への定着に向けた継続的な支援体制の構築を評価している。しかし、本来の制度趣旨と異なる形で、同一の利用者についてA型事業所と一般企業の間で複数回離転職を繰り返し、その都度加算を獲得する事業者が報じられており、多額の不正請求が明らかになった結果、指定取消となった事例も存在。

○ 令和８年度改定において、事業所による加算獲得を目的とした不適切な一般就労への移行を抑制すべく、一事業所で算定可能となる年間の就職者数に上限（定員まで）を設定する見直しを行ったところだが、**令和９年度報酬改定において更なる適正化**を行う必要。
具体的には、現行の就労定着者数に応じた評価は一般就労への移行の数を追求するインセンティブ設計となっているため、これを改め、**規模に応じた評価を行う観点から、移行の数ではなく割合に応じた評価**とすべき。その際、**就労継続支援は「通常の事業所に雇用されることが困難な障害者」に対して提供されるサービスであることを踏まえ、過大な上限設定とならないようにする必要**。

○ 加えて、一般就労への移行の質を評価し、例えば、利用者のニーズを踏まえた支援であれば就職先について偏りが生じることはないと考えられることから、**一事業所からの同一就職先に上限を設けることを検討**。また、一般就労への移行・そして定着させるための労力を評価する観点から、**事業所の運営法人や関係法人への就職については、就労定着者数から除外する必要**。

◆一般就労への移行の推移



（出所）社会福祉施設等調査（当該年の10月１日時点における前年１年間の実績）

◆株式会社絆ホールディングス傘下法人の指定取消

令和８年３月27日、大阪市は、就労移行支援体制加算の不正を行った株式会社絆ホールディングス傘下法人に対し、指定の取消し及び訓練等給付費の返還請求を実施。

（処分理由）

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

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

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

◆関係団体からの主な意見（令和８年７月17日　第59回「障害福祉報酬改定検討チーム」資料）

「就労移行支援体制加算」の不正請求が総費用を異常に増加させている原因になっているが、本来、就労継続支援は「通常の事業所に雇用されることが困難な障害者」に対して提供されるサービスであり、就労者が毎年、多数輩出されることは想定しづらい。２年間で就労につなぐ就労移行支援を例にとっても、定員20人であれば１年で10名前後の就労者を輩出することで、２年間で20名前後の就労希望者のニーズに応える支援を行っている事業所が多数を占めている。企業就労に特化した就労移行支援ですら定員に対して1/2であるため、就労継続支援の場合、定員の1/4以下が妥当と言える。（全国精神障害者地域生活支援協議会）

障害福祉報酬改定各論④：グループホーム・生活介護・居宅介護（報酬の適正化）

グループホーム（共同生活援助）

○ 法人種別で見ると、**営利法人の人件費率が低く、収支差率は高い。平均障害支援区分が2.0以上4.0未満の事業所では、人件費率が低く、収支差率が高い。**また、利用者数の規模別で見た場合は、人件費率に差は見られないものの、**利用者数が21人以上の事業所で収支差率が高くなっている。**令和９年度報酬改定においては、**平均障害支援区分が高くない事業所や定員規模の大きい事業所に着目して報酬の適正化**につなげるなど、直近の収支差率の状況等を踏まえ、利用者の特性や支援の必要性を踏まえたサービス提供に資するよう報酬体系における**メリハリ付け**を行うべき。

生活介護

○ 例えば、重症心身障害者の割合が50%未満の事業所においては、重症心身障害者が多い事業所に比してコストが低く、収支差率が高い。令和９年度報酬改定においては、こうしたコストと収支差の関係を踏まえ、グループホームと同様の観点から**メリハリ付けを行い、報酬の適正化**が必要。

居宅介護

○ 近年、障害者向けシェアハウスや小規模集合住宅等に利用者を集約し、居宅介護サービスを提供する事例が見られている中、**同一建物等減算**の算定割合は増加傾向。また、**同一建物の集合住宅に居住する者への訪問割合が高い事業所等の収支差率が高い傾向**にある。令和９年度報酬改定において、利用者の集約によるコストの低減等のサービス提供の実態を踏まえ、**減算率の引上げや減算区分の拡大を検討**。

◆グループホームの事業収入・支出（令和６年度上期）

（法人種別）

（単位：円）	全体 [n=336]	社会福祉法人（社会福祉協議会以外）[n=132]	営利法人（株式・合名・合資・合同会社）[n=93]
事業収入	3,432,707	4,006,854	3,295,763
うち、福祉・介護職員処遇改善加算等による収入	277,516	322,520	300,865
事業支出	3,223,520	3,804,022	2,986,211
うち、人件費	2,152,499	2,731,506	1,864,766
収支差率	6.1%	5.1%	9.4%
人件費率	62.7%	68.2%	56.6%

（平均障害支援区分別）

（単位：円）	全体 [n=336]	2.0未満 [n=68]	2.0以上3.0未満 [n=84]	3.0以上4.0未満 [n=75]	4.0以上5.0未満 [n=55]	5.0以上 [n=37]
事業収入	3,432,707	1,629,233	3,452,947	3,378,363	4,316,099	4,660,144
うち、福祉・介護職員処遇改善加算等による収入	277,516	132,850	278,766	279,627	354,489	400,521
事業支出	3,223,520	1,580,204	3,182,372	3,126,261	4,106,813	4,336,457
うち、人件費	2,152,499	902,862	2,059,126	2,054,359	2,828,007	3,152,179
収支差率	6.1%	3.0%	7.8%	7.5%	4.8%	6.9%
人件費率	62.7%	55.4%	59.6%	60.8%	65.5%	67.6%

（利用者数規模別）

（単位：円）	全体 [n=336]	4～6人 [n=107]	7～10人 [n=72]	11～20人 [n=81]	21～40人 [n=53]	41人以上 [n=6]
事業収入	3,432,707	1,407,449	2,630,113	3,578,058	7,011,926	10,433,913
うち、福祉・介護職員処遇改善加算等による収入	277,516	92,057	191,891	320,677	594,052	1,102,071
事業支出	3,223,520	1,349,094	2,448,369	3,430,608	6,439,280	9,294,929
うち、人件費	2,152,499	891,135	1,577,880	2,230,393	4,380,667	6,468,873
収支差率	6.1%	4.1%	6.9%	4.1%	8.2%	10.9%
人件費率	62.7%	63.3%	60.0%	62.3%	62.5%	62.0%

（出所）令和６年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査　（注）nは事業所数

◆生活介護の事業収入・支出（令和６年度上期）（重症心身障害者の割合別）

（単位：円）		全体 [n=383]	50%以上 [n=30]	50%未満 [n=346]
令和６年度上期	事業収入	6,086,250	5,400,105	6,163,595
	うち、福祉・介護職員処遇改善加算等による収入	337,326	286,906	342,128
	事業支出	5,374,067	5,182,760	5,408,095
	うち、人件費	3,998,108	3,913,497	4,019,735
	収支差率	11.7%	4.0%	12.3%

（出所）令和６年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査（注）nは事業所数

◆居宅介護における同一建物等減算の算定率

	R6.4	R7.4	R8.4
10%減算対象	5.38%	5.77%	6.07%
15%減算対象	0.04%	0.08%	0.10%

（出所）国保連データに基づき厚生労働省にて作成。

◆同一建物の集合住宅に居住する者への訪問の占める割合別収支差

			全体	同一建物の集合住宅に居住する者への訪問の占める割合別					
				20%未満	20%以上40%未満	40%以上60%未満	60%以上80%未満	80%以上
令和６年度決算（千円）	Ⅰ 事業活動収益	（1）自立支援費等・措置費・運営費収入	10,240	9,522	9,208	19,613	24,260	12,576
		（2）利用料収入	160	175	86	230	402	156
		（3）補助事業等収入	27	23	121	62	70	20
		（4）その他	194	207	769	1	0	685
	Ⅱ 事業活動費用	（1）給与費	7,556	7,358	8,216	12,035	11,139	8,965
		（2）減価償却費	129	135	214	49	411	123
		（3）国庫補助金等特別積立金取崩額	-6	-6	-24	0	0	0
		（4）委託費	54	73	14	33	11	38
		（5）その他	1,822	1,648	3,099	3,363	5,073	3,055
	Ⅲ 事業活動外収益	（1）借入金利息補助金収入	0	0	0	0	0	0
	Ⅳ 事業活動外費用	（1）借入金利息	9	8	20	9	4	11
	Ⅴ 特別収益	（1）本部からの繰入	34	58	0	0	0	8
	Ⅵ 特別費用	（1）本部への繰入	147	233	53	2	293	15
	収入（①＝Ⅰ＋Ⅲ＋Ⅴ）		10,655	9,984	10,184	19,906	24,732	13,445
	支出（②＝Ⅱ＋Ⅳ＋Ⅵ）		9,712	9,448	11,592	15,490	16,930	12,208
	収支差（③＝①－②）		943	536	-1,408	4,416	7,802	1,236
	収支差率		**8.9%**	**5.4%**	**-13.8%**	**22.2%**	**31.5%**	**9.2%**
	客体数		371	213	11	18	9	24

（出所）令和７年障害福祉サービス等経営概況調査（任意集計）

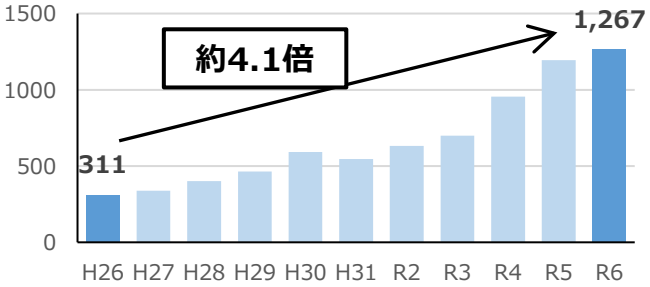
障害福祉サービスの質の確保を巡る現状

○ 営利法人を中心に障害福祉サービスへの新規参入が増加する中、利用者に提供されるサービスの内容が本来の目的と逸脱した不適切なものとなる事例が散見されるなど、サービスの質の確保が課題となっている。さらに、**虐待件数は10年間で約4.1倍**に増加しており、現場レベルで利用者本位のサービス提供を徹底するための取組を強化することが急務。

○ また、悪質な事業者による組織ぐるみの不正も目立っている。例えば、大規模な不正請求による**指定取消及び訓練等給付費の返還請求（100億円超）が行われた事案**（「障害福祉報酬改定各論③」参照）や、**虐待や不正請求が複合的に行われた法人に対し、連座制が適用された事案が発生**。こうした不正を防ぎ、適切なサービス提供を徹底するためには、代表者をはじめとする経営層の責任も非常に大きい。

○ こうした事態に対応するため、事業者に対する指導・監査の見直しに取り組んでいるものの、事業所数が急増している状況において、自治体は限られたリソースの中で指導・監査を行わざるを得ない現状がある。こうしたことを踏まえると、まずは指定段階において不適格な事業者の安易な参入を抑制する必要。具体的には、**①現場・経営に責任を持つ管理者や代表者が障害福祉への理解・経験を有することの担保**、**②適切なサービス提供を行うことができない者による安易な参入を促すような不適切な勧誘への対応**に取り組む。

◆障害福祉サービス等における虐待件数



（注）件数は各年度の実績

（出所）厚生労働省　令和6年度障害者虐待対応状況調査

◆不正事例について

○ 令和５年４月、愛知県より、株式会社恵の運営する**複数のグループホームにおいて**、利用者が支払う食材料費について過大徴収が行われているとの報告があった。

○ 厚生労働省においては令和５年６月以降、障害者総合支援法第51条の３第１項の規定により、同社に対して業務管理体制に係る検査を実施するとともに、同年６月に各都道府県・指定都市・中核市に対し、同社の障害福祉サービス事業所の指定 権者として同社の運営する障害者グループホームにおける検査等を実施するよう求める等、関係自治体との連携の下、対応を進めてきた。

○ これらの検査の結果、障害者総合支援法第51条の４第１項の規定により、令和５年12月22日、同社に対して業務管理体制の整備に関する改善勧告を行った。

○ また、各都道府県等は指定権者として同社の事業所の検査を進めてきたところ、本日、愛知県及び名古屋市において、**同社の運営する障害者グループホームのうち５事業所について指定取消処分**が行われた。

（出所）厚生労働省報道発表資料「株式会社恵の不正行為等への対応について」

◆障害福祉分野における運営指導・監査の現状と見直しの方向性

現状

（都道府県等が実施する運営指導・監査について）

- **都道府県等が実施する事業所に対する運営指導の実施率が低い。**
  ※指針において、おおむね３年に１回の実施を求めている
  ※全国平均**16.5%**（最高48.8%、最低1.0%）
- 介護保険分野のように**運営指導・監査マニュアルや処分基準の考え方の例は作成されていない。**
  ※指定都市市長会より、全国標準の基本的な考え方を示してほしいとの要望あり（令和６年12月）
- **都道府県等の職員向けの研修が効果的に行われていない。**
  ※参加率が低い（67.4%）
  ※オンライン講義のみ、例年１月頃に実施

（大規模な法人に対する業務管理体制の検査について）

- 大規模な運営法人に対する**業務管理体制の検査が十分に行えていない。**
  ※２以上の都道府県にまたがる法人（約920法人）に対する検査は国が行う。現在は年間30法人程度の実地検査を行っている。
- **事業者向けの研修が効果的に行われていない。**
  ※参加率が低い（36.4%）
  ※オンライン講義のみ、例年１月頃に実施

見直しの方向性

（都道府県等が実施する運営指導・監査について）

- **運営指導の実施を重点化**する。
  ・特に**営利法人が運営する事業所数が急増しているサービス類型**については、**３年に１回（実施率約33%）以上**の頻度で行う。
  ※就労A、就労B、GH、児童発達支援、放課後等デイ
- 令和７年度中に**障害福祉分野の運営指導・監査マニュアル、処分基準の考え方の例を作成**する。
- 研修の実施方法を見直す。
  ・オンライン講義のみならず**実践報告やグループワークを取り入れる**。
  ・年度初期の実施とし、参加率を向上させる。

（大規模な法人に対する業務管理体制の検査について）

- **大規模な運営法人に対する検査を強化**する。
  ・２年に１回程度（年間450法人程度に対して）書面検査を導入
  ・100事業所以上の法人（24法人）は２年に１回の実地検査を行う。その際、法人のみならず事業所に対しても実地検査を行う。
  ・新たに国所管となった法人に対しては、原則、業務管理体制の届出があった初年度に書面検査を実施する。
- 研修の実施方法を見直す。
  ・オンライン講義のみならず**実践報告を取り入れる**。
  ・年度初期の実施とし、参加率を向上させる。

（出所）第146回社会保障審議会障害者部会（令和７年３月14日）　参考資料１

障害福祉サービスの質の確保①：指定基準の見直し（管理者要件、代表者要件）

○ 就労Bやグループホームの事業所数が急増する中、事業所における障害福祉の理念や個々の障害特性の理解不足等に起因するサービスの質の低下や利用者とのトラブルの増加が指摘されている。サービスの質の確保のためには、現場のマネジメントを行う管理者が、障害福祉に関する知識や経験を有することを担保することが重要。

○ **グループホームについて、令和９年４月より、管理者に対し、資格要件として３年以上の障害者の支援等への従事経験を有する**こと及び従事者の研修受講を義務化する方針が示された。他方、サービスの質を担保しつつ、制度の持続可能性を確保する観点から、こうした福祉資格や従事経験を資格要件として設けていない他のサービス類型についても対応が急務であり、令和９年度報酬改定において、**就労B等の他のサービス類型についても、管理者の資格要件としてグループホームと同等以上の福祉経験を求める必要**。

（参考）令和８年度改定において、収支差率が高く、かつ、事業所が急増しているサービス類型について、サービスの質を担保しつつ、制度の持続可能性を確保する観点から、グループホーム、就労Ｂ、児童発達支援、放課後等デイサービスに対して応急的な報酬単価の特例を実施。

○ 加えて、近年組織ぐるみの不正が横行していることを踏まえると、管理者による現場のマネジメントの改善のみならず、法人として、障害福祉サービスの提供者として適切な運営方針を設定する必要。法人経営に責任を持つ代表者が、営利の追求ではなく利用者本位の運営にプライオリティを置くことが徹底されるよう、**代表者に対しても障害者の支援等への従事経験を資格要件として求める必要**。

（参考）介護保険制度の一部のサービスにおいては、福祉事業への従事経験や保健医療・福祉サービスの経営経験が資格要件として定められていることを参照。

○ なお、代表者・管理者に求められる経験期間等の具体的な要件については、質の担保に向けて実効的なものとする観点から検討。

グループホーム

◆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



（出所）令和７年度財務省予算執行調査

◆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

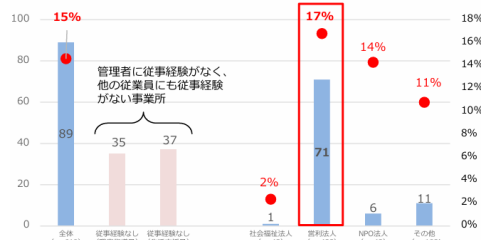
◆グループホームの管理者の資格要件（案）（令和９年４月～）

指定障害福祉サービス事業所、指定相談支援事業所、指定障害者支援施設等の従業者として、３年以上障害者の支援等に従事した経験を有する者であって、共同生活援助管理者研修（仮称）を修了している者

（出所）第156回社会保障審議会障害者部会（令和８年６月５日）資料３

就労B

◆管理者が企業経営経験のみを満たしていると回答した事業所の数及び割合



（出所）令和８年度財務省予算執行調査

◆自治体の意見

- **事業所における障害福祉の理念等の理解不足**をベースとして、適切な工賃が支払われていない、生産性のない支援のような**適切な支援をしていないといった利用者の事業所に対する不信感**。
- **従業員が利用者に対して障害特性の理解不足から強い口調で注意や指示**を行い、虐待通報として対応することが年1回程度ある。

（出所）令和８年度財務省予算執行調査

（参考）介護保険制度

	介護保険制度（認知症グループホーム）
代表者	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	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	無資格の場合、認知症介護基礎研修を修了

障害福祉サービスの質の確保②：障害福祉分野における不適切な勧誘への対応

○ 障害福祉サービス等において、福祉コンサルティングやフランチャイズ本部から、「特段の知識や経験は不要」「簡単にできる」「利益をあげることができる」として、新規の参入・事業実施や出資を働きかける例が見られる。結果として、福祉未経験の営利事業者の新規参入が相次ぎ、トラブルの増加が指摘される。

○ 令和８年経営実態調査や就労支援に関する「指定就労継続支援事業所の新規指定及び運営状況の把握・指導のためのガイドライン」等に基づく自治体からの情報提供により実態把握を進める必要。併せて、ガイドライン等に沿って、事業者が障害者支援や障害者福祉制度等の障害福祉サービスの円滑な運営に必要不可欠な知識等を有しているかを適切に審査するような運用とすべき。

○ その上で、他制度における広告規制も参考として、**行政指導の根拠となる広告規制の指針策定を検討**。

【働きかけのイメージ（例）】

グループホーム

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

就労継続支援B型

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

児童発達支援・放課後等デイサービス

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

（出所）厚生労働省「障害福祉サービス等報酬改定検討チーム」

【参考条文（例）】

薬機法（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律）

（誇大広告等）

第六十六条　何人も、医薬品、医薬部外品、化粧品、医療機器又は再生医療等製品の名称、製造方法、効能、効果又は性能に関して、明示的であると暗示的であるとを問わず、虚偽又は誇大な記事を広告し、記述し、又は流布してはならない。

景表法（不当景品類及び不当表示防止法）

（不当な表示の禁止）

第五条　事業者は、自己の供給する商品又は役務の取引について、次の各号のいずれかに該当する表示をしてはならない。
一　商品又は役務の品質、規格その他の内容について、一般消費者に対し、実際のものよりも著しく優良であると示し、又は事実に相違して当該事業者と同種若しくは類似の商品若しくは役務を供給している他の事業者に係るものよりも著しく優良であると示す表示であつて、不当に顧客を誘引し、一般消費者による自主的かつ合理的な選択を阻害するおそれがあると認められるもの

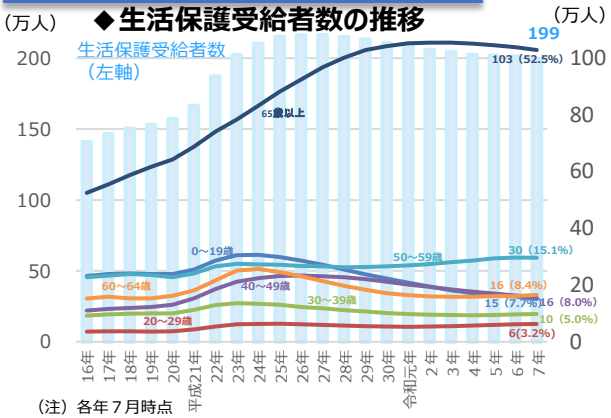
生活保護（総括）

○ 生活保護制度は、日本国民の「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を目的とする」重要な社会保障制度。最後のセーフティネットとして、全額を公費で賄うため、本人の資産・能力や他の施策をすべて活用してもなお、生活に困窮する者が対象（他法他施策優先原則）。最後のセーフティネットによる安心を、将来世代も含めて確保していくためには、不適切な利用を排除し、制度の信頼性と公平性を向上していくことが重要。

○ 生活保護費（令和6年度事業費実績3.6兆円）の過半は、医療扶助費（同1.9兆円）。受給者の高齢化も進む中、薬物有害事象のリスク低減のためにもデジタル化・データ活用を加速し、不適切な多剤服用や併用禁忌投与を防ぐ必要。また、生活扶助費（同1.0兆円）は５年に１度の定期検証の年。

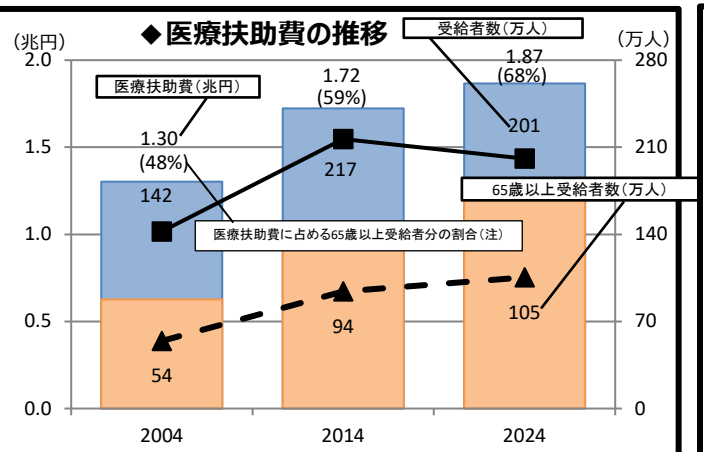
生活保護の現状

◆生活保護受給者数の推移



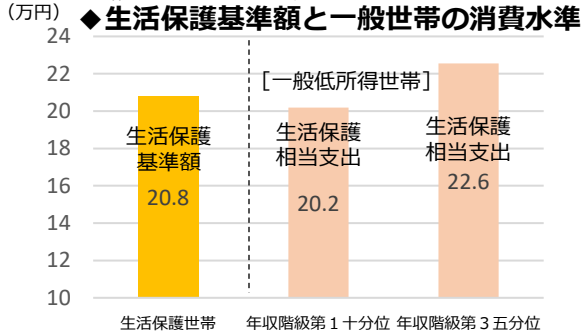
（注）各年７月時点
（出所）被保護者調査 年次調査・月次調査（厚生労働省）
（平成23年度以前は被保護者全国一斉調査・福祉行政報告例）
生活保護受給者数は各年4月時点

◆医療扶助費の推移



（注）１ヶ月分（各年６月審査分）のレセプトにおける値
（出所）生活保護費負担金事業実績報告、被保護者調査、医療扶助実態統計（令和2年度以前は医療扶助実態調査）

◆生活保護基準額と一般世帯の消費水準



（注）・一般世帯（年収階級第１十分位及び第３五分位）の生活扶助相当支出額は、全国家計構造調査（令和6年度）に基づき、親２人子１人世帯の消費支出全体から、保健医療（医療扶助相当）、自動車等関係費（生活保護受給世帯の自動車保有は原則不可）を控除して算出。
・生活扶助基準額は、級地区分は２級地－１、家族構成は親２人子(未就学児)１人世帯、冬季加算はⅥ区（5/12）、住宅扶助含むとして算出。

◆マイナンバーカード利用登録状況

	全体（R7.12月末時点）	受給者（R8. 8月末時点）
カード保有率	80.8%	62.7%
利用登録率	72.7%	46.4%

（出所）厚生労働省調べ

今後の主な改革の方向性

◆ 生活扶助

一般低所得世帯の消費水準との均衡を図るよう、定期検証の結果を適切に生活扶助基準に反映。各種加算についても、必要な見直しは行いつつ、足下の社会経済情勢等を適切に勘案。

◆ 医療扶助

ケースワーカーによる指導を中心とした取組は、人手不足等の中で現場負担に限界。マイナンバーカード等を前提としたデジタル化・データ活用の仕組みへの移行が急務。過渡期の二重負担が現場に生じている状況を踏まえれば、マイナンバーカードを持たない選択をする受給者には、手数料を求めることが適切ではないか。

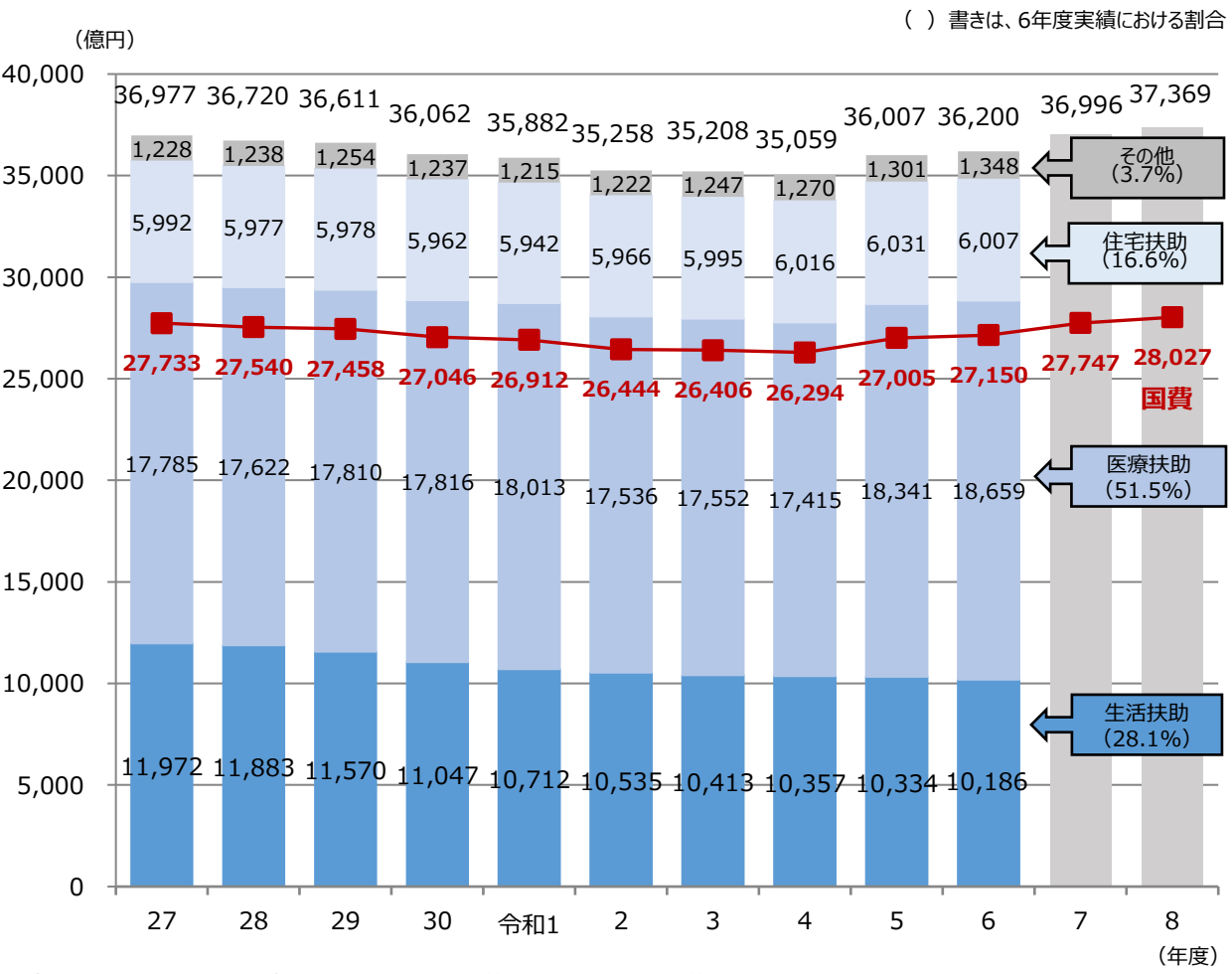
◆ 行政措置

人道上の観点から、在留資格に応じて一部の外国人に行う生活保護に準じた保護についても、他法他施策優先原則を徹底し、制度の公平性を確保。

生活保護の現状

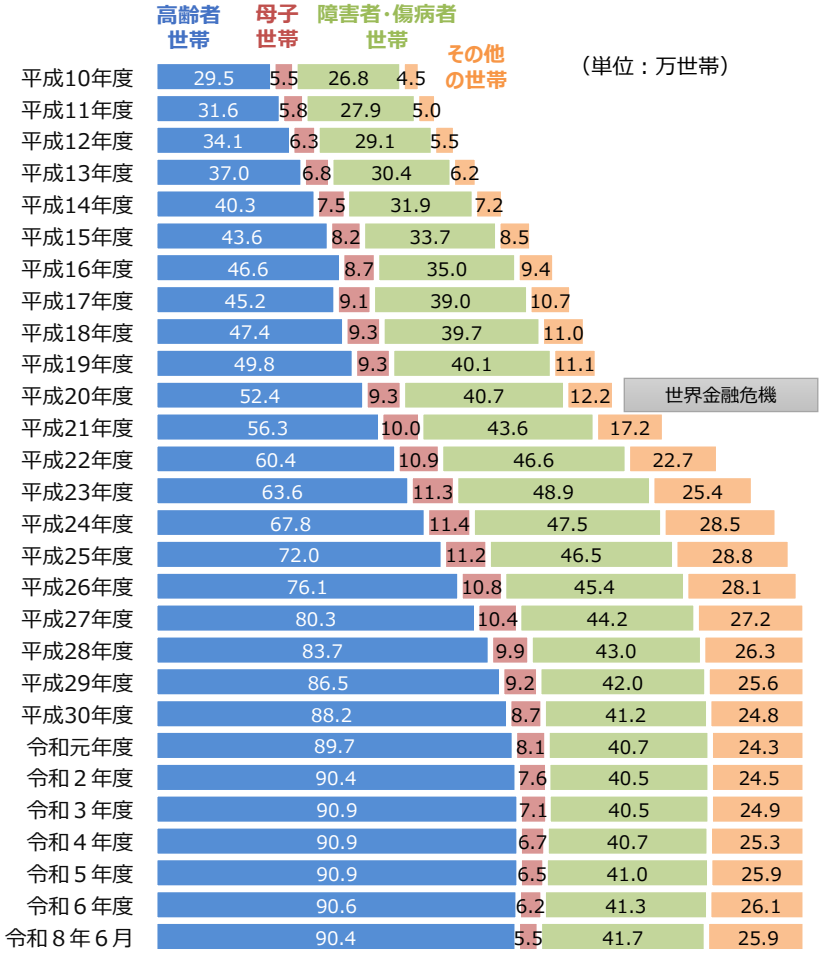
○ 生活保護受給者数は平成27年３月をピークに減少に転じ、緩やかな減少傾向が継続。
○ 高齢化に伴い高齢者世帯が増加傾向。受給世帯、受給人員ともに過半数が高齢者。リーマンショック以降、その他の世帯が高止まり。
○ 生活保護費は令和６年度実績で3.6兆円（国費2.7兆円）。その約半分を医療扶助、約３割を生活扶助が占める。

◆生活保護費（事業費ベース）の推移



（注）令和６年度までは実績額、７年度は補正後予算額、８年度は当初予算額
（出所）生活保護費負担金事業実績報告

◆世帯類型別の生活保護受給世帯数の推移



（注）世帯数は各年度の１か月平均であり、保護停止中の世帯は含まない。
（出所）被保護者調査 月次調査（厚生労働省）
（平成23年度以前は福祉行政報告例）（令和７年度以降は速報値）

生活扶助基準①（検証方法）

○ 生活扶助基準は昭和59年度以降**一般低所得者世帯の消費水準との均衡**を図るように設定されており、その均衡が図られているか否か、定期的に検証を行い、必要な見直しを行ってきた。

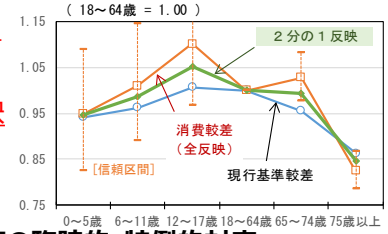
○ 具体的には、5年に一度実施される全国家計構造調査（旧全国消費実態調査）を用いて、**年収階級第１・十分位層の消費実態との均衡**が適切に図られているか否か、社会保障審議会生活保護基準部会において、専門的・科学的見地から検証を行うこととされており、前回は令和４年、前々回は平成29年に検証（実際の基準改定はそれぞれ翌年）。

○ 本年の検証においても、国民の理解が得られる制度とする観点から、これまでの**基準部会における議論の積み上げを踏まえた適切な手法で検証**を行うとともに、その消費実態との間で乖離が生じないよう、**検証結果を適切に基準に反映することが基本**。

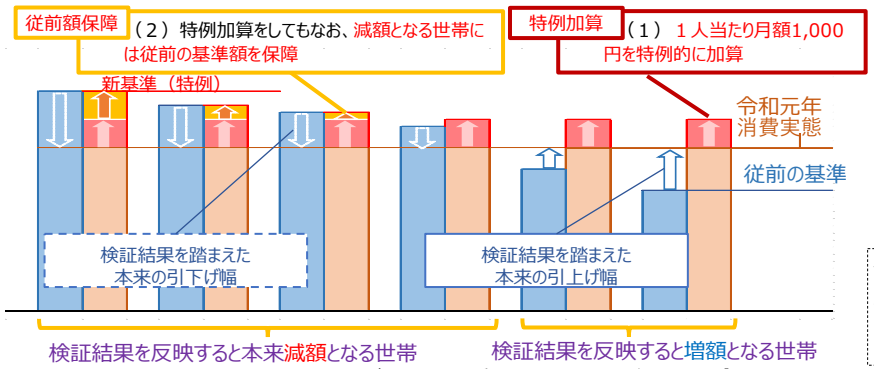
（注）最高裁判決（令和７年６月27日、令和８年10月23日）において、平成25年当時の水準について「物価変動率のみを直接の指標とすることについて、基準部会等による審議検討を経ていないなど、その合理性を基礎付けるに足りる専門的知見があるとは認められない」とされた。

①令和４年定期検証結果の反映

○ 生活保護基準部会で示された検証結果を反映することを基本とするが、報告書で示された結果反映に係る留意点を踏まえ、年齢別較差については、集計結果を２分の１反映とする。



②足下の社会経済情勢等を踏まえた当面の臨時的・特例的な対応（令和５～６年度の２年間）



○ 足下の物価高騰等も踏まえ、当面２年間（令和５～６年度）は臨時的・特例的な措置を実施。

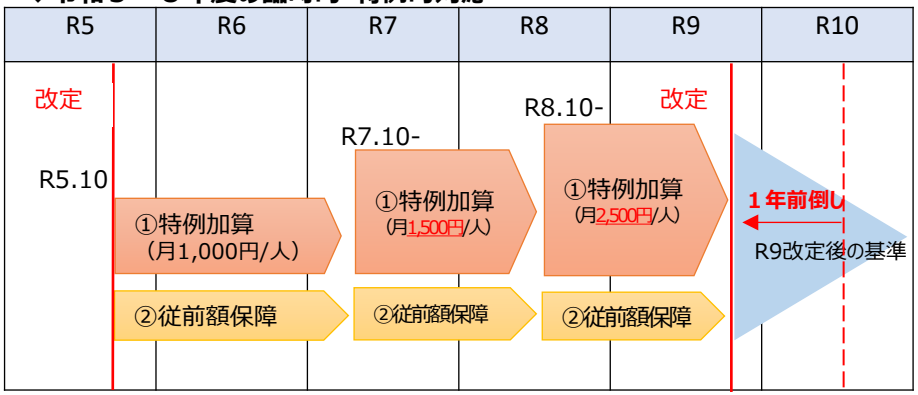
（１）令和元年当時の消費実態の水準（検証結果の反映後）から一定額（月1000円/人）を特例的に加算

（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（下限０％）

◆大臣折衝事項（令和4年12月21日）

・ 令和７年度以降の生活扶助基準については、今後の**社会経済情勢等の動向**を見極めて必要な対応を行うため、令和７年度予算の編成過程において、改めて検討を行う。

◆令和５～８年度の臨時的・特例的対応



◆主な消費動向に関する統計調査の特徴

各種指標	特徴（留意点等）
全国家計構造調査（5年毎）	年収階級・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）	年収階級・年齢・世帯人員・地域別の分析が可能だが、定期検証のような精密な作業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）。
CTISミクロ（月次、年次等）	家計調査の結果に単身モニター調査等を組み合わせ、統計的手法によって推計精度を向上。ただし、年収階級別の数値が把握できない。

○ 経済財政運営と改革の基本方針2026（令和8年7月21日）（抄）

第３章 責任ある積極財政に基づく「中長期経済財政計画」

２．全世代型社会保障の構築

（２）成長型経済に合わせた持続可能な社会保障制度

（医療・介護等）

次期生活扶助基準の見直しでは、**定期検証の結果に基づく一般低所得世帯の消費実態**や社会経済情勢などを総合的に勘案して改定を行う。

生活扶助基準②（令和９年度生活扶助基準の見直しの方向性）

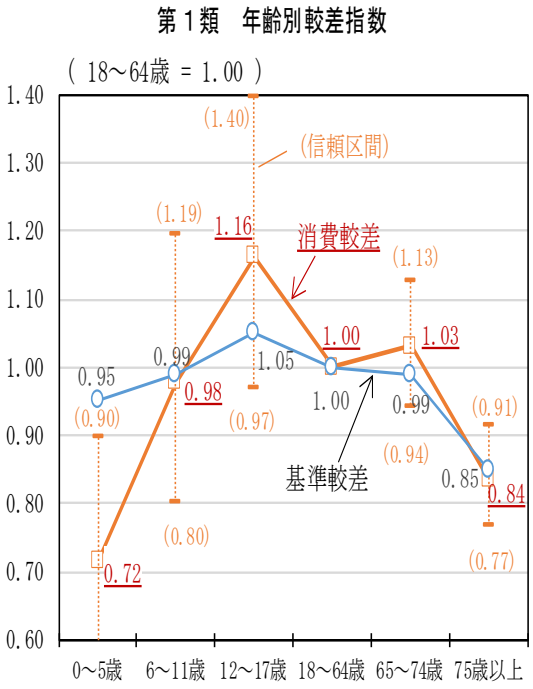
○ 生活保護基準部会で示された令和６年全国家計構造調査に基づく定期検証結果を反映することを基本とするが、前回定期検証時の考え方を踏襲しつつ、より母集団の実態を踏まえた推計とするため集計用乗率による重み付けを行う。

○ 消費実態の**較差指数**については利用可能なデータ上の制約があることを踏まえ、その**算出結果は幅をもって見る**ことが必要であり、前回定期検証時と同じく**年齢別較差の集計結果を一部のみ反映**することが適切。

○ 足下の社会経済情勢等の勘案にあたっては、より大きなデータ制約があることや国民の理解を得る観点を踏まえ、**一般世帯の消費実態の捕捉**と**統計的な安定性・信頼性の確保**を両立させることのできる十分なサンプル数の指標を用いることが必要。

○ また、過去の消費税率引上げ時には、生活扶助基準に反映してきたことから、令和９年４月から２年間に限って**飲食料品の消費税率が引き下げられる場合**は、最低生活保障という生活保護の原則に基づき、生活扶助基準に適切に反映させることが必要。

①定期検証結果の反映



（出所）第62回社会保障審議会生活保護基準部会

②足下の社会経済情勢等の勘案

	生活扶助相当支出（家計調査公表データ）				生活扶助相当支出（CTIミクロ）		消費者物価指数（総合）	賃金（全労働者）
	２人以上勤労世帯 第１・十分位	総世帯 第１・十分位	２人以上勤労世帯 全年収階級	総世帯 全年収階級	総世帯 世帯人数調整なし	総世帯 世帯人数調整あり		
サンプル数	約400	約300	約4,000	約8,000	約11,000	約11,000		
令和６年→直近12か月	＋9.0%	＋1.9%	＋5.0%	＋3.5%	＋2.8%	＋3.5%	＋4.3%	＋4.4%

（注）直近12か月平均について、家計調査の2人以上勤労者世帯は令和7年9月から令和8年8月まで、家計調査の総世帯は令和7年7月~9月期から令和8年4月~6月期まで、消費者物価指数は令和7年9月から令和8年8月まで、賃金は令和7年8月から令和8年7月までの期間の数値。
（出所）家計調査等より作成

③飲食料品の消費税率引下げ分の反映

＜過去の消費税率引上げ時の対応＞

消費税率改定	時期	生活扶助基準改定率
0→3％	平成元年４月～	＋4.2%
3→5％	平成９年４月～	＋2.2%
5→8％	平成26年４月～	＋2.9%
8→10％ ※飲食料品は軽減税率で据え置き	令和元年10月～	＋1.4%

（参考）平成26年までは、民間最終消費支出の伸びを用いた方式を採用。平成29年の基準部会の議論において、民間最終消費支出は見通しと実績の乖離が大きいとの指摘があり、**前回の令和元年は消費税率引上げ分を機械的に扶助基準に反映** <税率引上げ率に、一般世帯における生活扶助相当支出に占める軽減税率対象品目の支出割合28.4%を加味して算出（110%÷108%×(100%-28.4%)）>

（出所）厚生労働省資料より作成

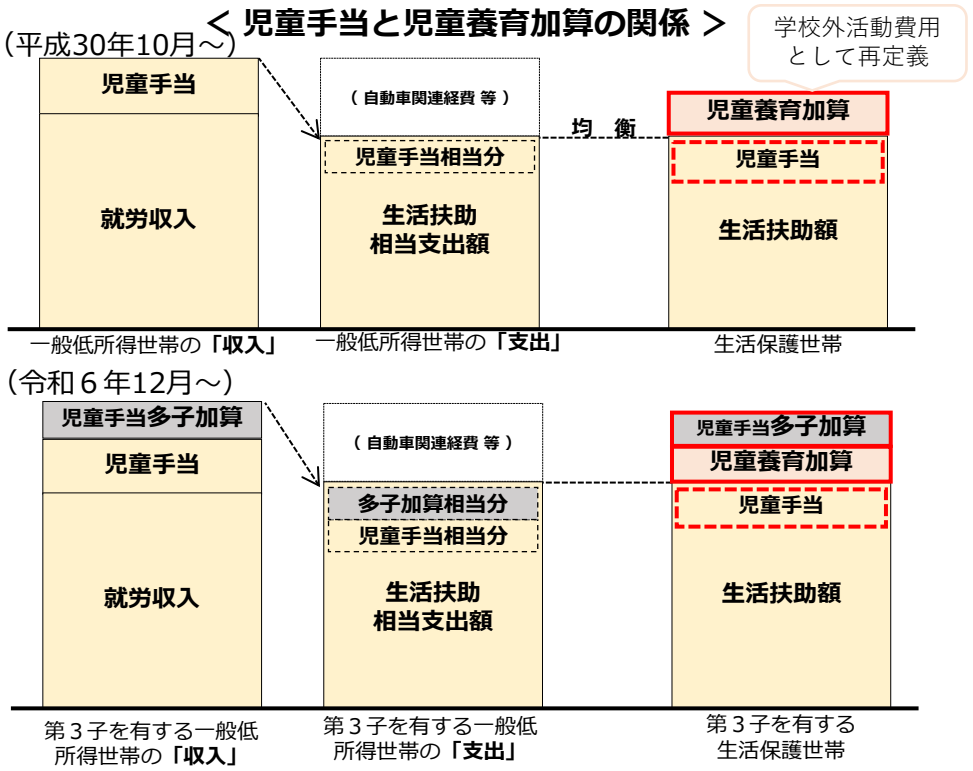
児童養育加算・母子加算

○ 生活扶助基準額は一般低所得世帯の消費水準と均衡するように設定されているが、この「消費水準」とは就労収入だけでなく児童手当も含めた収入全体に基づいて支出されているもの。**生活保護世帯に対してのみ児童手当見合いの児童養育加算を行うことは二重の配慮となる可能性**があるとの指摘を受け、平成30年基準改定の際に、児童養育加算を子どもの健全育成費用（学校外活動費用）を補填するものとして再定義した経緯。

○ 令和６年に児童手当が拡充され、多子加算が創設された際、こども・子育て支援加速化プランの一環として行われるものであるとして生活保護の収入認定から除外。しかし、今般の定期検証では、足下の消費動向の勘案を行う中で、多子加算分を含めた一般世帯の消費実績についても加味されると考え得ることから、二重の配慮とならないよう**他法他施策優先原則を徹底し、多子加算分の収入認定の取扱いを見直す必要**。

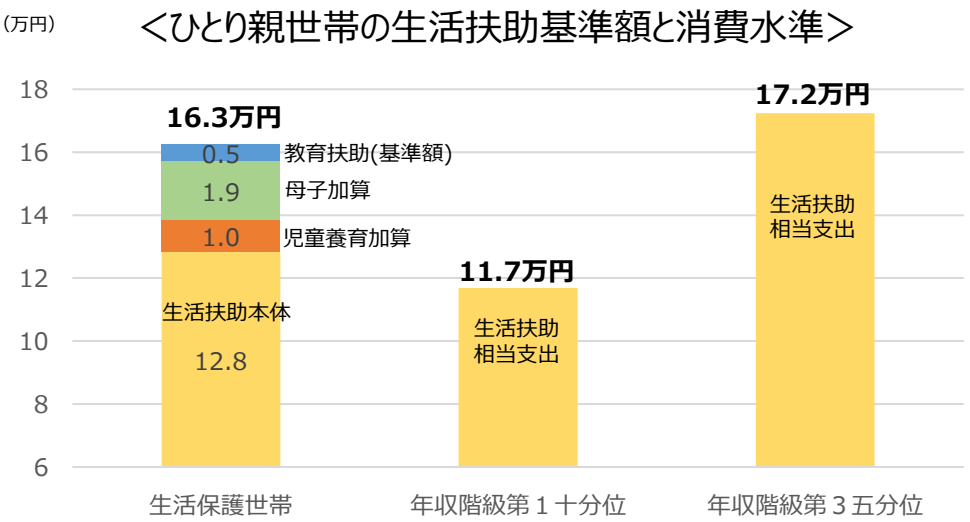
○ 母子加算、児童養育加算等を含めたひとり親世帯の生活扶助額は、**一般の低所得ひとり親世帯の消費支出を大きく上回り**、平均的なひとり親世帯の消費支出にも肉薄する水準であり、就労意欲向上にもつながっていない可能性があり、公平性の観点から見直す必要。

＜児童手当と児童養育加算の関係＞



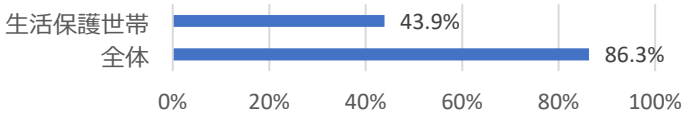
（注１）「自動車関連経費等」は、生活保護世帯では支出が想定されないため、生活扶助相当支出額を算出する際に除外して計算。
（注２）児童手当多子加算は令和６年12月に支給開始されたため、令和６年10-11月に実施された全国家計構造調査においては、その支給を受けた世帯の消費水準を直接計測していないことに留意。

＜ひとり親世帯の生活扶助基準額と消費水準＞



（注）・一般世帯（年収階級第１十分位及び第３五分位）の生活扶助相当支出額は、全国家計構造調査（令和6年度）に基づき、親１人子１人世帯の消費支出全体から、住居（住宅扶助相当）、保健医療（医療扶助相当）、自動車等関係費（生活保護受給世帯の自動車保有は原則不可）を控除して算出。
・生活扶助基準額は、級地区分は１級地－１、子の構成は中学生１人、冬季加算はⅥ区（5/12）として算出。

＜母子世帯の就労率＞



（出所）令和６年度被保護者調査、令和３年度全国ひとり親世帯等調査

有子世帯に対する加算等の概要

○ 他法他施策を最大限活用する観点から、法律や予算措置に基づき支給される**公的給付の全額を収入認定することが原則**。
○ 他方、近年の子育て支援の枠組みで拡充された公的給付の中には、生活扶助の**有子世帯に対する加算等と類似の趣旨を有するにもかかわらず収入認定から除外**されているものも存在。
○ 有子世帯に対する加算等について、**他施策によるカバー範囲**を整理し、**収入認定の取扱いを見直す必要**があるのではないか。

＜生活扶助における加算等＞

	趣旨	対象・支給額
児童養育加算	児童の養育者である受給者に対し、子どもの**健全育成費用**（学校外活動費用）を補填するものとして支給	高校生年代まで 10,190円 (一人あたり・月額)
学習支援費	**クラブ活動費**にかかる実費を支給	小学生　16,400円 中学生　59,800円 高校生 101,000円 （年間上限額）
母子加算	ひとり親世帯が**ふたり親世帯と同程度の生活水準**を送るために必要となるかかり増し経費として支給	高校生年代まで ・児童1人:18,800円 ・児童2人:23,600円 ・3人以上の児童1人毎:2,900円 (月額) ※1級地の場合
妊産婦加算	妊産婦である受給者に対し、**追加的に必要となる栄養補給等**の経費を補填するものとして支給	妊娠中 ・半年未満:9,350円 ・半年以上:14,120円 産後　8,690円(月額) ※1・2級地の場合
出産準備被服費	新生児のための寝具、産着、おむつ等の実費を支給	58,400円（上限）

＜関連する他法他施策＞

	趣旨	対象・支給額	収入認定
児童手当	家庭等における生活の安定に寄与するとともに、次代の社会を担う**児童の健やかな成長**に資する	３歳未満 15,000円 ３歳～高校生年代 10,000円 （一人あたり・月額）	認定
		【多子加算】（第三子以降） ３歳未満 15,000円 ３歳～高校生年代 20,000円 （一人あたり・月額）	認定除外
東京都018サポート *2024年～*	**学びなど子供の育ち**を切れ目なくサポート	都内在住18歳以下　5,000円 （一人あたり・月額）	認定除外
児童扶養手当	ひとり親家庭等の生活の安定と自立の促進への寄与 児童の福祉の増進	高校生年代まで ・児童1人:48,050円 ・2人以上の児童1人毎:11,350円 (月額) ※全部支給の場合	認定
妊婦のための支援給付 *2025年～*	妊婦の**身体的・精神的・経済的負担を軽減**する	・妊娠の認定後 5万円 ・妊娠した子どもの人数届出後 5万円x人数	認定除外

加算等の見直し③（級地区分）

○ 生活扶助基準の第１類費については、**所在地域に応じて６段階の基準（級地区分）**が定められている。前回（令和４年）の定期検証に先立ち、国と地方の実務者協議等での議論においては、消費実態の地域別較差の状況等を踏まえると**６区分から３区分への統合が妥当であるとされていたが**、定期検証では依然一定の較差が認められること等を踏まえ**見直されなかった**。

○ 今回の調査結果を見ると、1級地-1と-2の枝番間の差が拡大、1級地-2と2級地-1が逆転するなど地域別較差の状況が大きく変化し一部に歪みも認められることから、**級地区分統合の検討を進める必要**。

○ また、**個別市町村の級地指定については、昭和62年に見直しを行って以来変更されておらず**、級地が異なる市町村が合併する場合に限って上位級地の市町村に指定を合わせる方法による変更が行われてきた結果、例えば3級地-2であった旧町村部が合併後1級地-2になるなどの不均衡も発生していることから、自治体と調整しながら**計画的に級地区分の在り方を見直す必要**。

◆生活保護制度に関する国と地方の実務者協議におけるこれまでの議論の整理（令和4年4月）

級地の階級数については、①国の統計による分析において、級地の階級数を４区分以上とした場合には隣接級地間で一般低所得世帯の消費水準に有意な差がない箇所が生じ、また、現行の１～３級地の各級地における枝番１と枝番２の地域間でも一般低所得世帯の消費水準に有意な差がないこと、②アンケート調査の結果からも、各階級における枝番を廃止することは地域の実情に即したものと考えられることから、各階級における枝番を廃止し、**１～３級地の３区分とする方向性は妥当**なものと考えられる。

＜1987年以降の級地の遷移（2015年人口ベース）＞

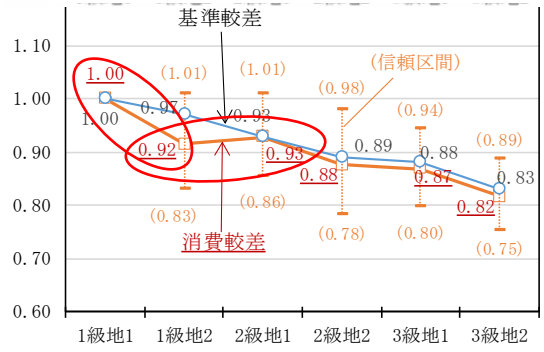
（単位：千人）		現行級地						合計
		1級地-1	1級地-2	2級地-1	2級地-2	3級地-1	3級地-2	
1987年当時の級地	1級地-1	34831						34831
	1級地-2	161	16881					17042
	2級地-1	149	240	23217				23606
	2級地-2			26	6452			6478
	3級地-1	5	296	1077	332	24892		26601
	3級地-2		93	1230	459	3652	13102	18537
合計（A）		35146	17510	25550	7243	28544	13102	127095
うち合併による引き上げあり（B）		315	630	2333	791	3652	—	7721
B/A		0.9%	3.6%	9.1%	10.9%	12.8%	—	6.1%

（出所）生活保護基準における級地区分の検証に係る調査研究報告書（令和2年度厚生労働省委託研究）

＜令和４年定期検証の級地間較差指数＞



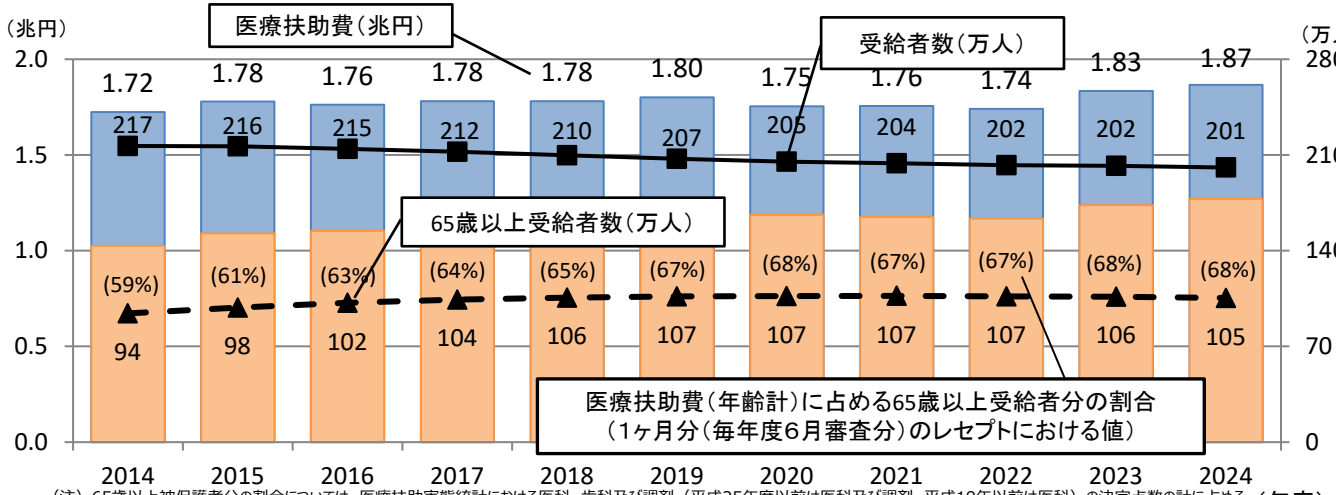
＜今次定期検証の級地間較差指数＞



医療扶助の現状

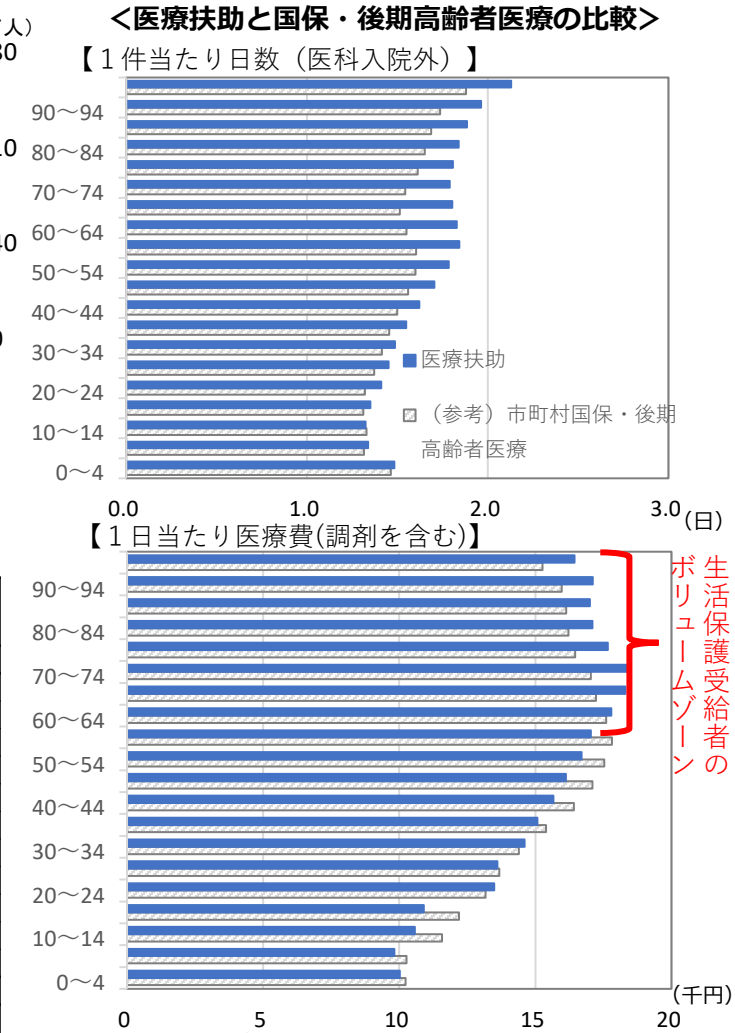
○ 生活保護費（令和６年度実績）３．６兆円のうち、**医療扶助費はその約半分**となる1.9兆円（国費はこの3/4）を占める。受給者の高齢化も進む中、薬物有害事象のリスク低減のためにも、デジタル化・データ活用を加速し、不適切な多剤服用や併用禁忌投与を防ぐ必要。

○ 医療扶助は、自己負担が無く、一般論として過剰な給付が発生しやすいという課題が指摘されており、実際に他の医療保険制度と比べて**受診頻度が高い**という傾向。



（注）65歳以上被保護者分の割合については、医療扶助実態統計における医科、歯科及び調剤（平成25年度以前は医科及び調剤、平成19年以前は医科）の決定点数の計に占める65歳以上の者に係る決定点数の割合としている。

（出所）生活保護費負担金事業実績報告、被保護者調査、医療扶助実態統計（令和2年度以前は医療扶助実態調査）



（出所）NDBデータ（令和３年４月～令和４年３月診療分）
厚生労働省「医療費の地域差分析(令和３年度・電算処理分)」

＜入院外受診者における月間の受診動向＞

（万人）

		医療扶助（令和６年６月審査分） 全体		75歳以上		74歳以下		協会（一般）（令和６年３月）		組合健保（令和６年３月）		国民健康保険（令和６年３月）		後期高齢者医療（令和６年３月）	
加入者数（a）		197.8		63.3		134.5		3,954.3		2,603.9		2,566.2		1,978.5	
受診日数	１日	58.0	45.1%	22.0	40.2%	36.0	48.7%	991.9	58.3%	644.0	57.9%	703.1	54.1%	638.8	41.4%
	２日	33.6	26.1%	16.1	29.4%	17.5	23.8%	391.3	23.0%	255.8	23.3%	301.8	23.2%	404.2	26.2%
	３日	14.7	11.5%	6.8	12.5%	7.9	10.7%	159.2	9.4%	106.2	9.6%	129.8	10.0%	198.8	12.9%
	４日	7.8	6.1%	3.6	6.6%	4.2	5.7%	72.6	4.3%	48.3	4.3%	63.7	4.9%	106.0	6.9%
	５日	4.6	3.6%	2.1	3.8%	2.5	3.4%	35.6	2.1%	23.5	2.1%	34.3	2.6%	61.1	4.0%
	６～10日	7.3	5.7%	3.1	5.7%	4.2	5.6%	39.9	2.3%	25.3	2.3%	47.0	3.6%	92.5	6.0%
	11～15日	1.8	1.4%	0.7	1.3%	1.1	1.4%	7.5	0.4%	3.8	0.3%	14.7	1.1%	29.8	1.9%
	16～20日	0.5	0.4%	0.2	0.4%	0.3	0.4%	1.6	0.1%	0.9	0.1%	3.6	0.3%	7.4	0.5%
	21～25日	0.2	0.2%	0.1	0.1%	0.1	0.2%	0.5	0.0%	0.2	0.0%	1.2	0.1%	2.9	0.2%
	26日～	0.1	0.1%	0.0	0.1%	0.1	0.1%	0.1	0.0%	0.1	0.0%	0.4	0.0%	1.1	0.1%
	総計（b）	128.7	100%	54.8	100%	73.9	100%	1,700.2	100%	1,111.8	100%	1,299.6	100%	1,542.6	100%
患者割合（b/a）		65.0%		86.5%		54.9%		43.0%		42.7%		50.6%		78.0%	
患者１人当たり受診日数		2.5日		2.6日		2.4日		1.8日		1.8日		2.1日		2.6日	

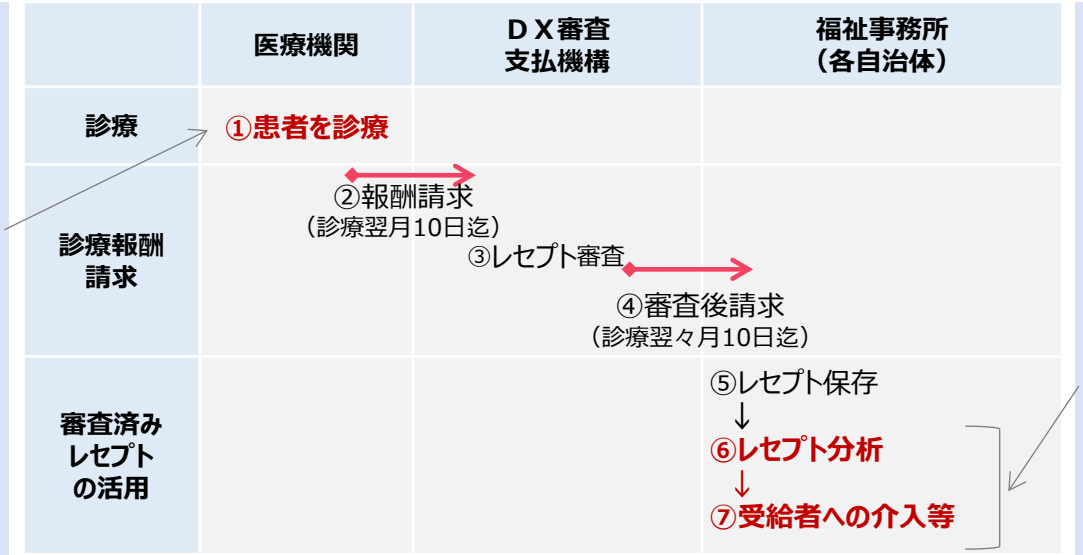
（出所）医療扶助の受診日数はNDBデータ（令和６年６月審査分）、医療扶助の加入者数は令和６年度被保護者調査（年次調査）、その他は令和５年度医療給付実態調査

医療扶助の適正化の取組（全体像）

○ 頻回受診や重複・多剤投与の対策については、これまで福祉事務所から受給者への指導を中心に取組を進めてきたが、自治体のマンパワーの制約による限界も見えつつある。オンライン資格確認やレセプト分析などDXを活用しつつあるものの一定の課題が存在。

○ マイナンバーカードを介したデジタル化とデータ活用の一層の進展により自治体の事務負担を軽減しながら医療扶助の適正化を進めることが重要。マイナンバーカードを利用しない受診の場合には一定の手数料を求めることも考えられる。

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、受給者による医療機関の受診状況を速やかに把握可能。
- ✓ 医療機関・薬局の利用時にお薬手帳（１冊限定／電子版）を持参することを原則化（R8～）。

課題

- ✓ 受給者のマイナンバーカードの保有率や、医療機関の医療扶助オンライン資格確認の導入が不十分
- ✓ オンライン資格確認の普及が不十分であることや※、お薬手帳の活用が徹底されていないため、医療機関側において、受給者による過去の受診・服薬等の履歴把握が困難

※ オンライン資格確認の場合、受給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

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受給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。）

今後の対応（案）

① データ活用の徹底に向け、医療機関におけるオンライン資格確認の導入と福祉事務所におけるレセプト管理システムの改修を推進

② 自治体の業務効率化の観点も踏まえ、マイナンバーカード受診を原則とし、医療券での受診時には一定の手数料を課すことも検討

③ 受診・服薬管理の適正化のため、かかりつけ医・薬局制度を原則化

④ 都道府県のガバナンス強化のため、国保等への加入を具体的に検討

医療扶助の適正化①（重複・多剤投薬）

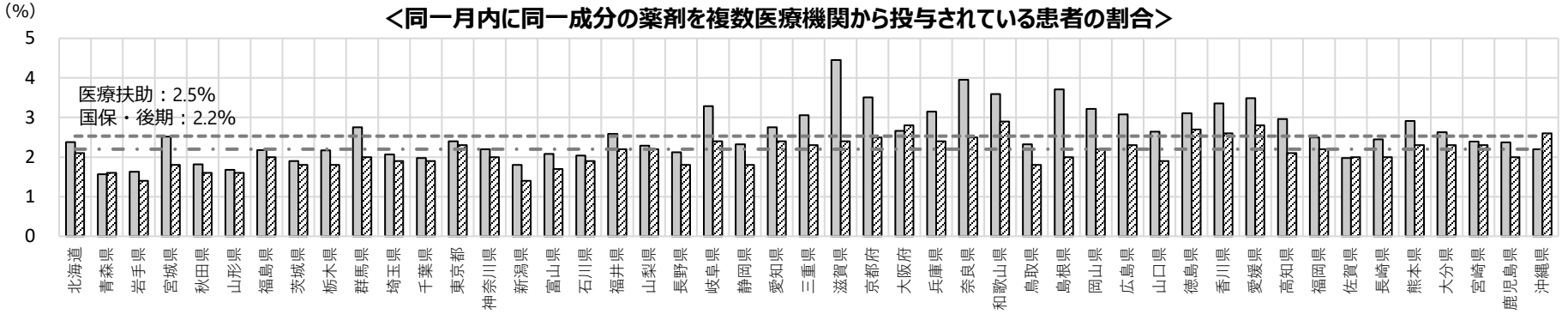
○ 重複・多剤投薬については、受給者の健康管理上の観点からも、状況を把握し、適切に服薬管理・指導を行う必要。

○ 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、**65歳以上の患者のうち半数以上が６種類以上の薬剤を処方**されている状況。

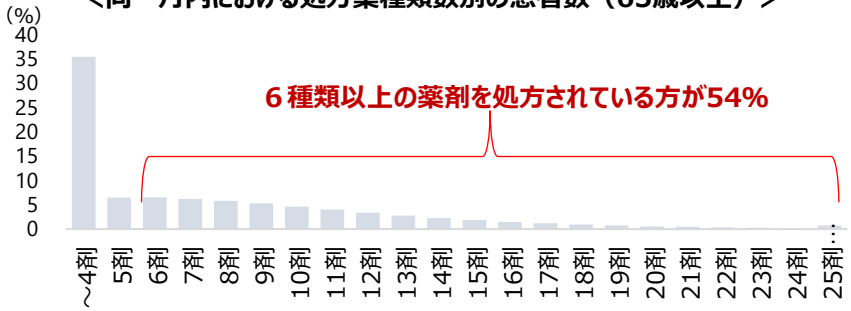
※ なお、都道府県が市町村を支援するに当たって目標設定を行う指標の１つとして、「多剤投薬率（６剤）」が掲げられているが、一方で、福祉事務所設置市町村において、受給者に対する指導の基準として６剤以上の多剤投与率が必ずしも位置づけられているわけではない。

○ **お薬手帳の持参原則化**を受けた対応を徹底するとともに、**マイナンバーカードを利用した電子処方箋システムにより一元的に投薬状況の管理を行う**ことを基本とし、６剤以上の投薬を受けている受給者を確実に捕捉し、適切に指導。

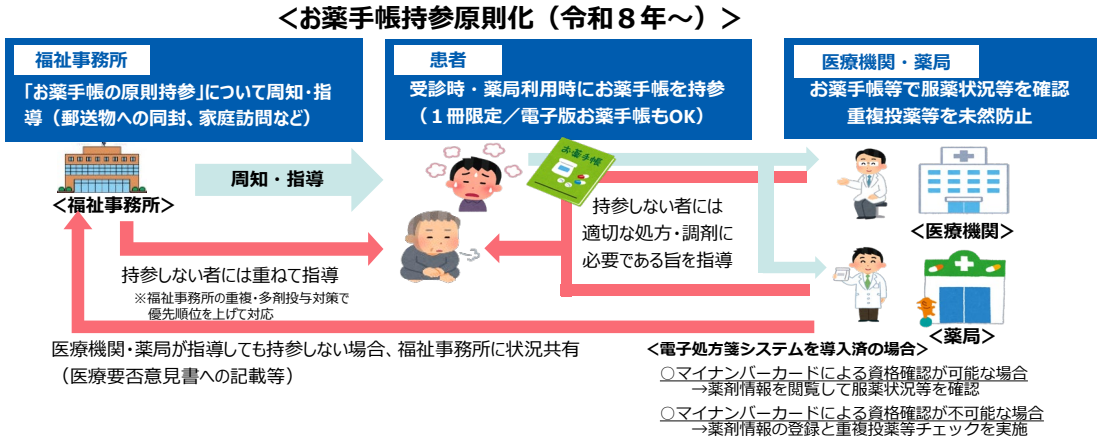
○ 指導後も改善が見られない場合には、**調剤量の上限を設定**するなど更に踏み込んだ対応を検討。



（出所）第４回医療扶助・健康管理支援等に関する検討会資料
（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。



（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。
（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

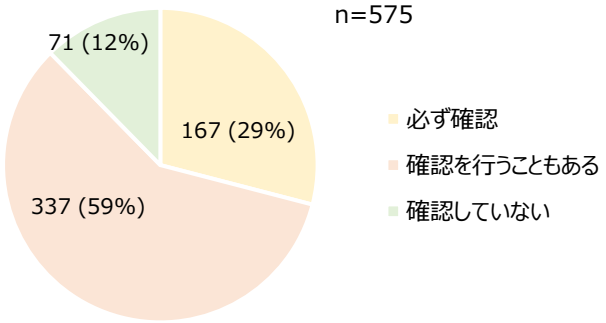


医療扶助の適正化②（かかりつけ医・かかりつけ薬局の事前登録）

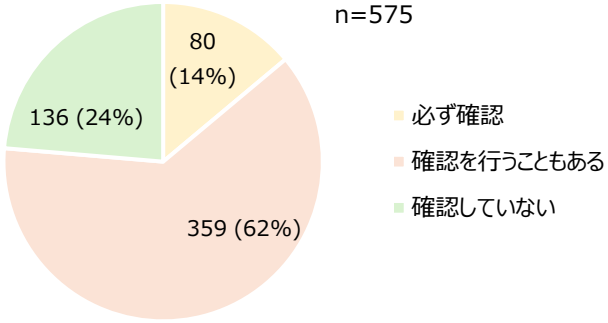
○ 生活保護受給者に対するかかりつけ医やかかりつけ薬局の有無の確認状況は自治体によって区々であるが、独自の取組としてかかりつけ薬局制度を取り入れている自治体では、導入前後で一人当たり調剤費が大幅に減少するなど一定の効果が確認されている。

○ 地域における医療機関間の機能分担の観点から、かかりつけ医をハブとした患者本位の長期的・継続的管理が重要であり、特に**<u>生活保護受給者については、福祉事務所に対し事前に登録した病院・診療所、薬局にかかることを原則</u>**とし、受診・服薬管理の適正化を推進。

かかりつけ医の有無の確認



かかりつけ薬局の有無の確認



（出所）北陸財務局による機動的調査（福祉事務所設置自治体904自治体に調査票を発出し、うち575自治体から有効回答）

医療扶助・健康管理支援等に関する検討会　中間的な整理（令和７年12月17日）（抄）

①「かかりつけ医」等をもつことなど上手な医療のかかり方の普及・推進

生活保護受給者であるか否かを問わず、本人のより適切な健康管理等の観点から、気軽に相談できる「かかりつけ医」や「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ薬剤師」をもつなど、上手な医療のかかり方を普及していくことは重要である。生活保護受給者の高齢化や生活習慣病の外来受療率が高い状況等を踏まえ、現在の外来受診の実態等を分析しつつ、効果的な普及啓発や推進方策について引き続き検討を進める必要がある。

かかりつけ薬局制度（東大阪市）

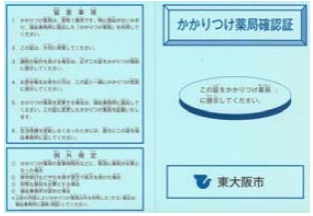
※平成29年６月予算執行調査から引用

○生活保護受給者に対し生活保護法に基づいた保健衛生指導の一環として、かかりつけ薬局を定め、薬の重複使用や相互作用による副作用などの健康被害を未然に防止し、健康保護を行うことで医療扶助の適正化を推進するもの。周知期間（平成25年8月～）を経て、平成26年度から本格施行。

○ 生活保護受給者は、自ら最適な薬局を1ヶ所「かかりつけ薬局」として選び、福祉事務所に届出を行い、「かかりつけ薬局確認証」の発行を受ける。調剤の給付を受ける場合は、生活保護受給者は、届出を行ったかかりつけ薬局を利用し、確認証を提示。

○ かかりつけ薬局以外の薬局に受給者が来た場合は、薬局は一旦調剤のうえ福祉事務所に報告し、福祉事務所は受給者に対して聞き取り・指導を行う。

（例外規定）
① かかりつけ薬局の営業時間外などに、緊急に薬剤が必要となった場合
② 修学旅行などやむを得ず遠方で処方を受けた場合
③ 特殊な薬剤を必要とする場合
④ ①～③以外の理由で福祉事務所が認めた場合





医療扶助における向精神薬の重複投薬者数の変化

単位：人数	平成25年度	平成26年度	前年度比
東大阪市	117	61	▲48％
全国	5,280	5,015	▲5％

医療扶助における一人当たり調剤費の変化

単位：円／月	平成25年度	平成26年度	差額	伸率
東大阪市	23,256	19,743	▲3,513	▲15％
全国	21,328	20,851	▲477	▲2％

医療扶助の適正化③（頻回受診対策）

○ **頻回受診の改善割合は５割程度と横ばい**で推移し、現状の適正受診指導には一定の限界。**受診指導に至る前の振り分けの段階で大きな地域差**があり、都道府県毎に運用にばらつきがある可能性もあり、実態把握のため精緻なレセプト分析が必要。

○ 請求件数の大多数が受給者という医療機関も見受けられ、**供給側の医療機関への働きかけも重要**。この点、都道府県等による医療機関の関与には、生活保護法による指定、指導、検査、指定取消等があり、**令和６年度より指導対象となる医療機関の選定に当たって、頻回受診等の割合の高さ等を総合的に勘案**することとしている。

○ **頻回受診の割合が高い医療機関については特にオンライン資格確認の導入の必要性が高い**ものとして対応を進めるとともに、**都道府県等による指導**が適切に行われているか実態を把握。その上で、不正が疑われる場合など、**指定医療機関に対する検査や指定取消等**の実効的な運用を行う。

◆頻回受診の指導対象者の把握状況（令和6年度）

把握月のレセプトにより、**同一傷病について、同一月内に同一診療科目を１５日以上受診**している者を抽出し、**そのうち、把握月の通院日数と把握月の前月及び前々月の通院日数の合計が４０日以上**になる者

①受診状況把握対象
（9,371人）

①のうち、治療にあたった**医師や嘱託医が必要以上の受診と認めた**者

適正受診指導非対象
（7,732人）

②適正受診指導対象
（1,639人）

適正な受診日数に改善
（791人）

③適正な受診日数に改善されず
（848人）

③／②未改善者割合＝**５１．７%**

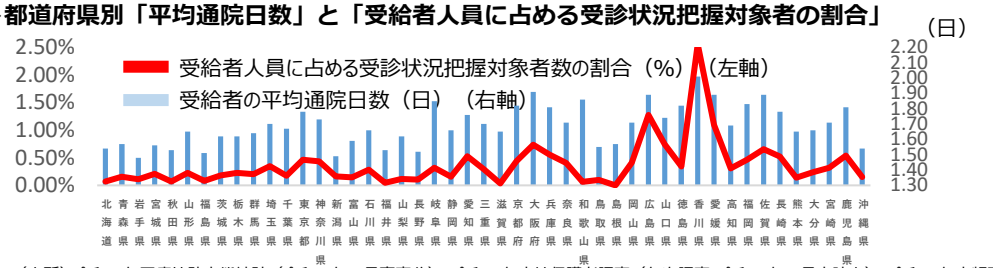
	H30	R元	R2	R3	R4	R5	R6
未改善者割合	45.9%	51.0%	51.0%	55.2%	52.6%	47.6%	51.7%

◆頻回受診者の多い自治体の状況

	頻回受診者①	適正受診指導対象②	②/①	未改善③	③未改善/②頻回受診指導対象
東京都	1,211人	350人	28.9%	146人	41.7%
大阪市	1,070人	324人	30.3%	270人	83.3%
鹿児島県	915人	0人	0.0%	0人	–
横浜市	463人	19人	4.1%	2人	10.5%
神戸市	342人	44人	12.9%	21人	47.7%
名古屋市	332人	40人	12.0%	15人	37.5%
呉市	317人	0人	0.0%	0人	–
東大阪市	276人	16人	5.8%	13人	81.3%
大阪府	265人	64人	24.2%	18人	28.1%
福岡県	241人	44人	18.3%	12人	27.3%

（注１）厚生労働省「社会・援護局関係主管課長会議資料」（令和８年3月）を基に作成。
（注２）政令指定都市、中核市及び都道府県（政令指定都市・中核市を除く）について、頻回受診が多い順に10自治体を抜粋して記載（令和６年度の結果）。なお、東京都の数値は八王子市の分を除く。鹿児島県の数値は鹿児島市の分を除く。福岡県の数値は福岡市、北九州市、久留米市の分を除く。大阪府の数値は、大阪市、堺市、高槻市、東大阪市、豊中市、枚方市、八尾市、寝屋川市、吹田市の分を除く。

◆都道府県別「平均通院日数」と「受給者人員に占める受診状況把握対象者の割合」



（出所）令和６年医療扶助実態統計（令和６年６月審査分）、令和６年度被保護者調査（年次調査、令和６年７月末時点）、令和６年度頻回受診者に対する適正受診指導結果について（厚生労働省調べ）
（注）平均通院日数とは、レセプト１枚当たりの医療機関を利用した日数

◆生活保護受給者の請求件数割合が高い医療機関

受給者が患者の大多数を占める病院も存在
※ただし国保等のデータは含まれていないことに留意

件数割合	医療機関数
100%	14
90～100%	119
80～90%	261

（出所）社会保険診療報酬支払基金の入院外のデータ（病院及び診療所）（対象診療年月：令和７年7月～9月）に基づき厚生労働省において集計

◆都道府県等による医療機関への関与

指定
↓
指導
↓
検査
↓
指定取消・効力停止

令和６年度より、指導対象医療機関選定の総合勘案項目に、頻回受診等の割合の高さを追加

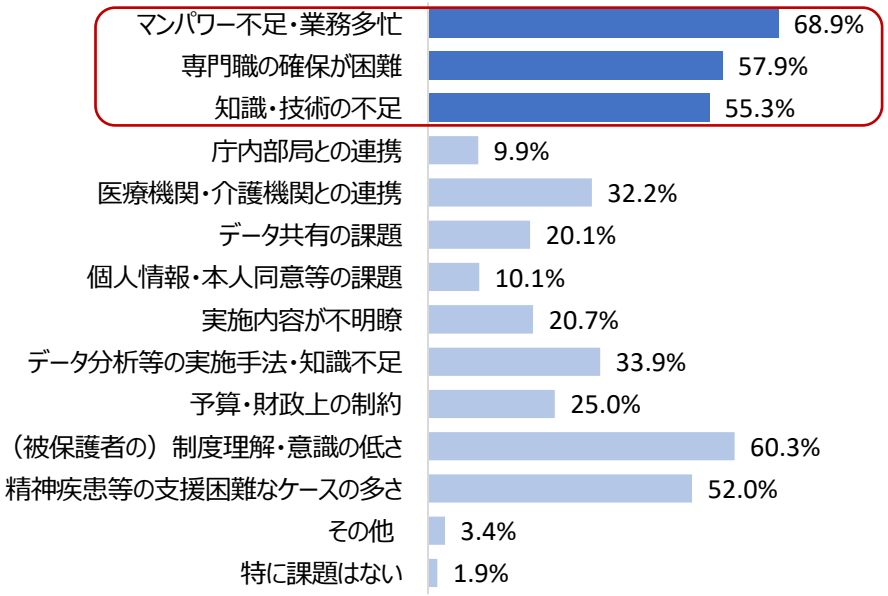
医療扶助の適正化④（自治体の取組状況）

○ 自治体の認識として、医療扶助適正化に取り組む際、**マンパワー、専門性・知見の不足**が課題となっている。

○ お薬手帳持参が原則化されたにもかかわらず、半数近くの自治体がその保有状況を確認しておらず、またオンライン資格確認の実績ログ情報もほとんど活用されていない。

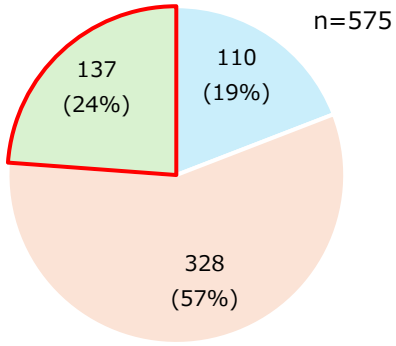
○ 国保・後期高齢者医療制度の担当部局と日常的に連携している自治体も少数であり、マンパワー・連携強化の観点からも**生活保護受給者の国保等への加入を含む制度的な対応**を進めていくことが重要。

①医療扶助適正化に取り組む際の課題（複数選択）

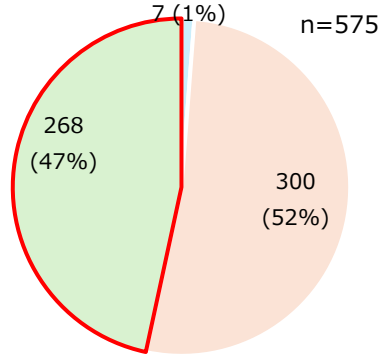


（出所）①：令和７年度関東財務局による機動的調査（福祉事務所設置自治体906自治体に調査票を発出し、うち537自治体から有効回答）
②：令和８年度北陸財務局による機動的調査（福祉事務所設置自治体904自治体に調査票を発出し、うち575自治体から有効回答）

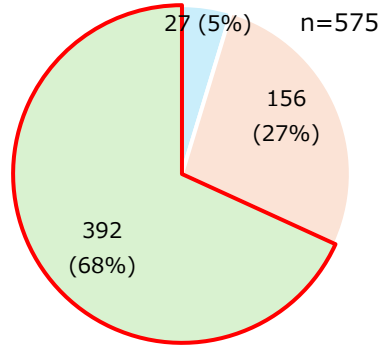
②マイナンバーカードの保有及び利用登録を確認しているか



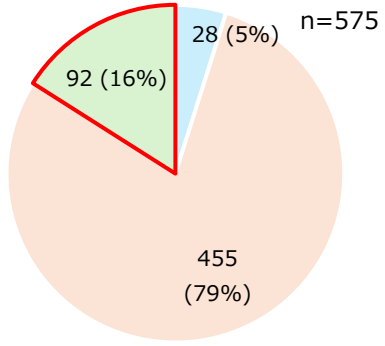
③お薬手帳（１冊のみ／電子版）の保有を確認しているか



④オンライン資格確認の実績ログ情報を活用しているか



⑤国保・後期高齢者医療の担当部局と連携しているか



◆ケースワーカーの配置状況（令和７年度）

①ケースワーカー数	②被保護世帯数	ケースワーカー１人当たり担当世帯数(②／①)
19,791人	1,643,444世帯	83.0世帯

（※）ケースワーカーの配置は、社会福祉法において市部80世帯に1人、郡部65世帯に１人を「標準」として定められている。

（出所）地方公共団体定員管理調査結果、被保護者調査

（出所）令和８年度北陸財務局による機動的調査（福祉事務所設置自治体904自治体に調査票を発出し、うち575自治体から有効回答）

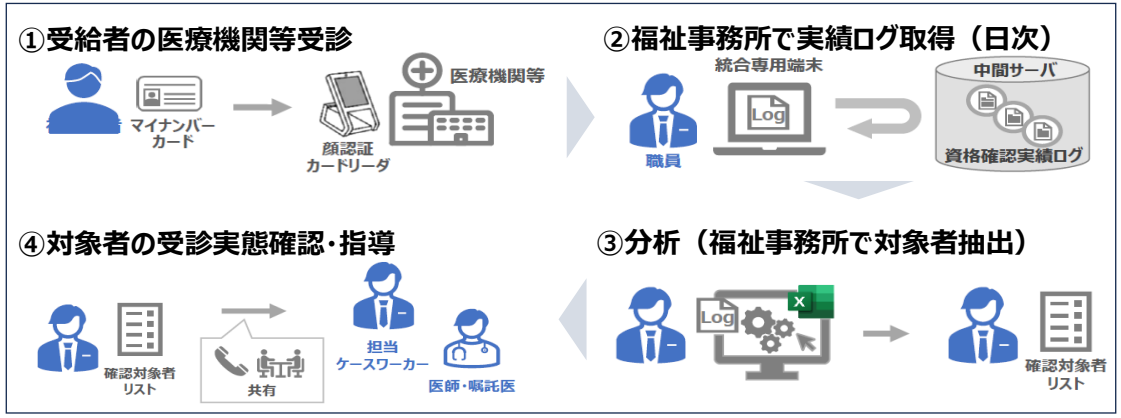
医療扶助の適正化⑤（オンライン資格確認・マイナンバーカード）

○ データ活用の観点から、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、受給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、受給者の中で**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５割弱**に留まる。

○ ケースワーカーによる指導を中心とした取組は、人手不足等の中で現場負担に限界。マイナンバーカード等を前提としたデジタル化・データ活用の仕組みへの移行が急務。過渡期の二重負担が現場に生じている状況を踏まえれば、**マイナンバーカードを持たない選択をする受給者には、手数料を求める**ことが適切ではないか。マイナンバーカードによる受診に一本化されていけば、**自治体の負担軽減**にも資する。

頻回受診の早期把握の流れ

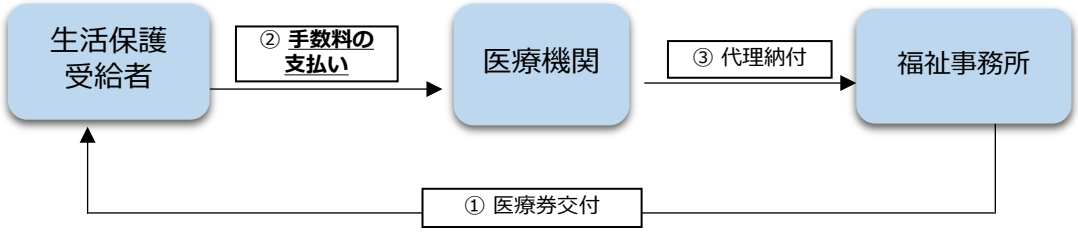


オンライン資格確認の対応状況(導入済み医療機関数)

	医療保険（R8.5.31時点）	医療扶助	
		（R7.3月末時点）	（R8.9.7時点）
病院・診療所	90,829	43,271	64,496
歯科診療所	60,368	21,671	31,405
薬局	60,468	35,456	53,442
合計（オン資導入率）	211,665（97.9%）	100,398（47.3%）	149,343（70.4%）

（出所）厚生労働省調べ

医療券受診時の手数料徴収のイメージ



マイナンバーカード利用登録状況（＝受給者側の状況）

	全体（R7.12月末時点）	受給者（R8.8月末時点）
カード保有率	80.8%	62.7%
利用登録率	72.7%	46.4%

（出所）厚生労働省調べ

医療扶助の適正化⑥（生活保護における選定療養（１））

○ 医療保険制度では、患者の選択により特別の料金を支払うことで、保険外の診療と保険診療を併用する「選定療養」が認められている（保険外併用療養費を支給）。

○ 生活保護制度では、最低生活の保障としての医療は従来の保険給付部分によって確保されている等の考え方の下、**選定療養は、原則として医療扶助の対象としていない**（保険適用部分も含め、療養の全体が給付対象外）。

○ その上で、真にやむを得ないと認められる一部の療養について、**例外的に医療扶助の対象**とされている。

選定療養の種類

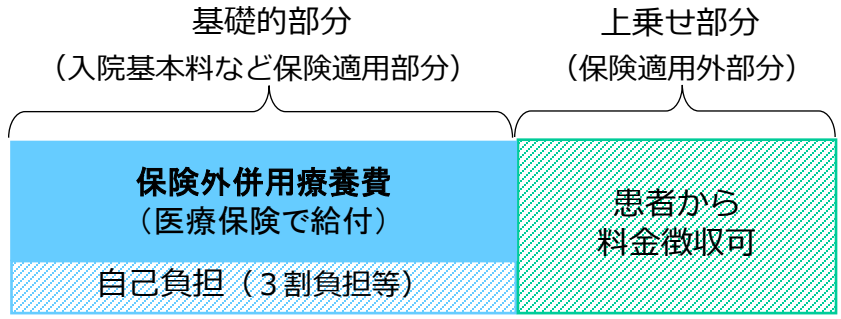
180日以上の入院を除き、医療扶助の給付対象外

- 特別の療養環境（差額ベッド）
- 予約診療
- 時間外診療
- 180日以上の入院
- 制限回数を超える医療行為
- 歯科の金合金等
- 金属床総義歯
- 小児う蝕の指導管理
- 水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ
- 保険適用期間終了後のプログラム医療機器
- 間歇スキャン式持続血糖測定器
- 精子の凍結及び融解
- 長期収載品
- 近視進行抑制薬

以下の項目は、選定療養制度において公費負担医療受給者は対象外

- 大病院の初診
- 大病院の再診

選定療養（保険外併用療養費）の仕組み



＜医療扶助の取扱い＞　※「180日以上の入院」を除く

基礎的部分及び上乗せ部分ともに医療扶助の給付対象外

大病院の初再診（選定療養制度において公費負担医療受給者は対象外）

医療扶助から給付

選定療養制度において公費負担医療受給者は対象外（患者から徴収しない）

医療扶助の適正化⑦（生活保護における選定療養(2)：大病院受診）

○ 国民健康保険法等改正法（平成27年）において、**医療機関の機能分化を進め、質が高く効率的な医療を実現**する観点から、紹介状なしで大病院を受診する場合に選定療養として特別の料金を徴収することとされ、足下そうした受診の割合は一定程度減少。

○ 他方、**生活保護受給者**を含む公費負担医療制度対象者については**特別の料金徴収の対象外**とされている。

○ 生活保護受給者についても、一般的な外来受診はまず「かかりつけ医」に相談することを基本とし、救急等の事情が無いにもかかわらず大病院を紹介状なしで受診する場合は**一般の医療保険の患者が特別の料金を徴収されることとのバランス**を取る必要。

「特別の料金」について

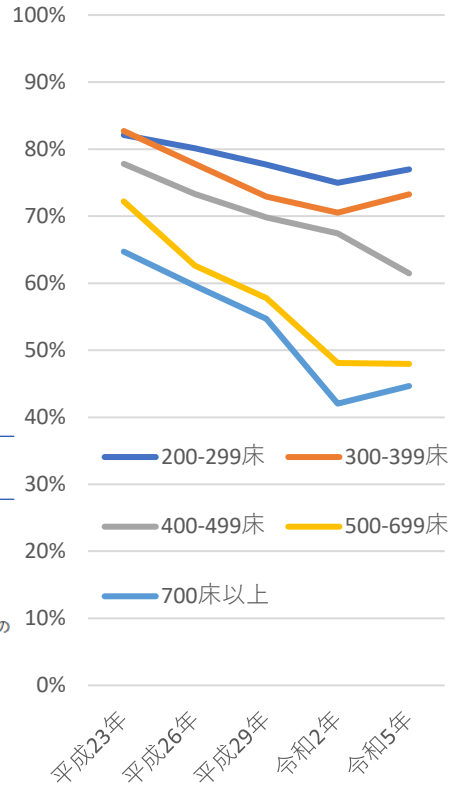
対象となる病院	■特定機能病院 ■一般病床200床以上の地域医療支援病院 ■一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関		
「特別の料金」	初診	医科	7,000円以上
		歯科	5,000円以上
	再診	医科	3,000円以上
		歯科	1,900円以上

「大病院受診時の特別の料金」の徴収の対象外になる患者

- 救急の患者
- 国・地方の公費負担医療制度の受給対象者
  （注）地方単独の公費負担医療の受給対象者については、事業の趣旨が、特定の障害・疾病等に着目しているものである場合に限る。
- 無料低額診療事業の対象患者
- HIV患者（エイズ拠点病院における初・再診のみ）
- その他、医療機関の判断で、定額負担を求めなくてよい場合（略）

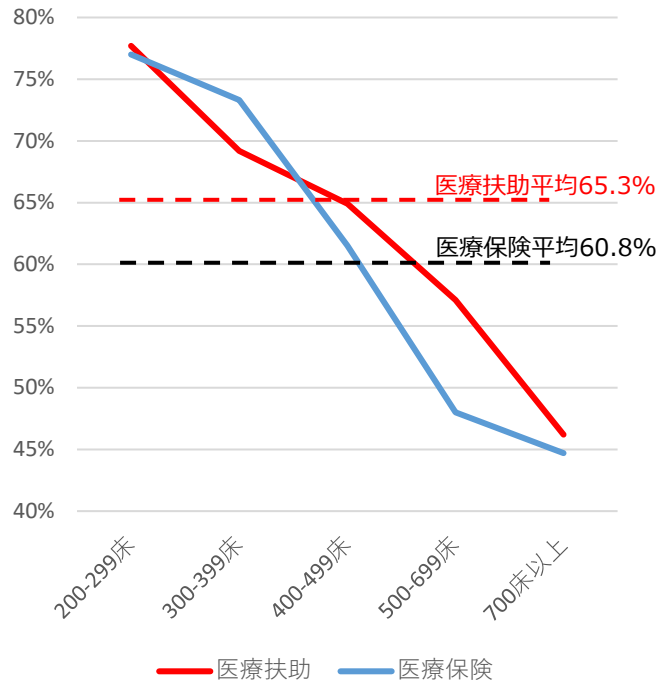
（出所）政府広報オンライン　https://www.gov-online.go.jp/article/201603/entry-8034.html

＜紹介状なし外来受診割合の推移＞



（出所）患者調査より作成

＜医療扶助と医療保険の紹介状なし外来受診割合＞



（出所）医療扶助はNDBデータ（令和６年４月～令和７年３月）を用いて、厚生労働省社会・援護局保護課保護事業室で集計。医療保険は令和5年患者調査より作成。

医療扶助の適正化⑧（国保等への加入）

○ 生活保護受給者は、現状、国保等に加入せず、医療扶助を受けるものとされているが、**国保等に加入することとすれば、都道府県のガ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だけでなく、**部局間の連携強化や職員配置の効率化**が促され、また**受給者本人にとっても、国保等の枠組みのもとで健康管理の充実が図られることが期待できる**。

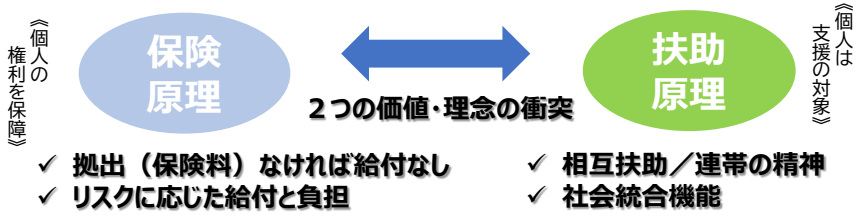
○ 改革工程にも記載されている課題であり、**国が引き続き応分の財政責任を果たすことを前提として、受給者の国保・後期高齢者医療制度への加入について具体的な検討を進める**。

◆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

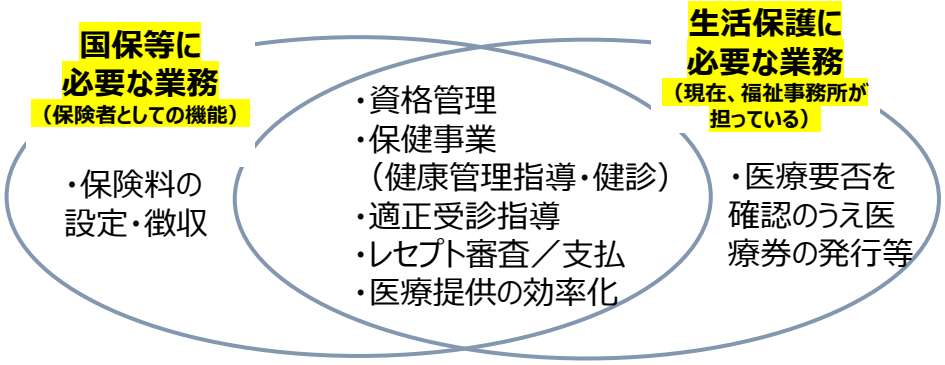
（参考）生活保護法第4条第2項
民法に定める扶養義務者の扶養及び他の法律に定める扶助は、すべてこの法律による保護に優先して行われるものとする。

◆ 医療保険の包摂性（国民皆保険が内包する価値の衝突）

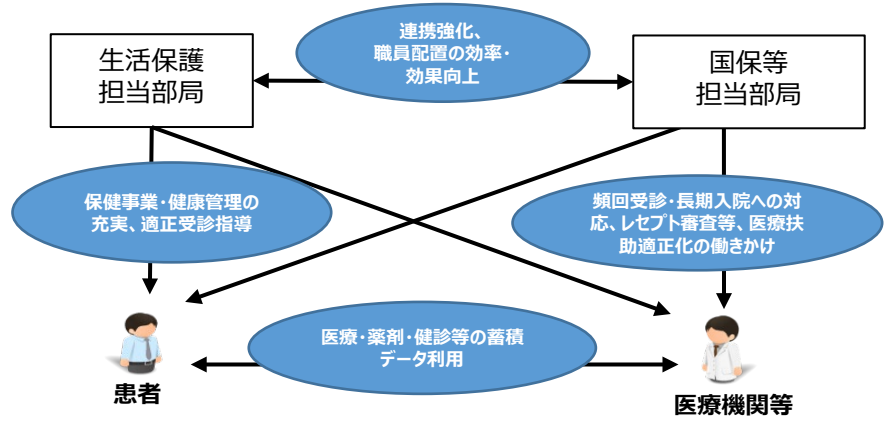


➢ 日本の医療保険制度は、保険原理を貫徹すれば実現することが難しい「国民皆保険」を目指して、**きめ細かな低所得者支援を制度に織り込んできた**。

◆ 生活保護に必要な業務



◆生活保護受給者の国保等加入により期待される効果



（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）

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