

改革工程表2023に関する 財政制度等審議会における議論の状況について

財務省

2024年4月25日

改革事項	改革工程表2023での記載
費用対効果評価の活用 P33～	6 0. 薬価制度抜本改革の更なる推進 i. 医薬品等の費用対効果の本格実施に向けた検討 7 4. 新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討
医師偏在対策、 医学部定員の適正化 P44～	④地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在の是正などの観点を踏まえた医師・看護職員等の需給について検討 4 1. 将来的な医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討
かかりつけ医機能が発揮される制度整備 P51～	6 4. かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及 b. 2023年5月に成立した改正医療法に基づき、診療実績に関する情報提供の強化に係る検討も含め、かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に向けた検討を行う。
地域医療構想の推進 P55～	3 9. 地域医療構想の実現、大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域間連携の促進 a. 地域医療構想については、2025年までの取組をより一層推進するため、これまでのPDCAサイクルを通じた取組の進捗状況等を踏まえ、2025年までの年度ごとに国・都道府県・医療機関がそれぞれ取り組む事項を明確化し、関係機関が一体となって計画的に更なる取組を進める。
都道府県のガバナンス ・国保の普通調整交付金の見直し ・都道府県内の国保の保険料水準の統一 P59	5 4. 国保の普通調整交付金について見直しを検討 a. 医療費適正化のより一層の推進に向け、国民健康保険制度の普通調整交付金の配分について、所得調整機能の観点や、加入者の特性で調整した標準的な医療費を基準とする観点から、論点や改善点を整理しつつ、保険者努力支援制度の活用と合わせて、地方団体等との議論を深める。 4 4. 地域の実情を踏まえた取組の推進(医療) ii. 国保財政の健全化に向け、受益と負担の見える化の推進(法定外繰入の解消等) b. 統一に向けて取り組む都道府県の先進・優良事例の横展開等、戦略的な情報発信を行う。また、国と地方団体との議論の場を継続的に開催し、その結果に基づき、保険者努力支援制度における統一の進捗状況に応じた評価等も活用する。

改革事項	改革工程表2023での記載
都道府県のガバナンス ・生活保護受給者の国保加入 P61	④ 生活保護の適用ルールの確実かつ適正な運用、医療扶助をはじめとする生活保護制度の更なる適正化 d. 中長期的課題として、都道府県のガバナンスを強化する観点から、生活保護受給者の国保及び後期高齢者医療制度への加入を含めた医療扶助の在り方の検討を深める。
医療DXの推進 P64	1. 全国医療情報プラットフォームの創設 2. オンライン資格確認の推進とマイナンバーカードと健康保険証の一体化の加速 等
保険給付範囲の見直し セルフメディケーションの推進 P66～	6 6. 薬剤自己負担の引上げについて幅広い観点から関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる a. 「イノベーションの推進」と「国民皆保険の持続性」が求められる中、引き続き検討とされた薬剤自己負担の見直し項目である「薬剤定額一部負担」「薬剤の種類に応じた自己負担の設定」「市販品類似の医薬品の保険給付の在り方の見直し」について、引き続き検討を行う。 ⑩セルフメディケーションの推進
金融所得の勘案 金融資産等の取扱い 現役並み所得の判定基準の見直し P71～	6 5. 国民健康保険制度、後期高齢者医療制度、介護保険制度において、所得や資産を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担の検討 a. 預貯金口座へのマイナンバー付番の状況等を踏まえつつ、資産運用立国に向けた取組や国民の安定的な金融資産形成の促進などにも配慮しながら、医療・介護保険における負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方について検討を行う。介護保険の補足給付の仕組みがあるところ、医療保険では、保険給付と補足給付の仕組みの差異や、加入者数が多く保険者等の事務負担をどう考えるかといった指摘があることも踏まえ、検討を行う。 b. 国民健康保険制度、後期高齢者医療制度、介護保険制度における負担への金融所得の反映の在り方について、税制における確定申告の有無による保険料負担の不公平な取扱いを是正するため、どのように金融所得の情報を把握するかなどの課題も踏まえつつ、検討を行う。 7 2. 医療・介護における「現役並み所得」等の判断基準の見直しを検討

財政制度等審議会の項目に対応する改革工程表2023の記載【介護】

改革事項	改革工程表2023での記載
社会福祉連携推進法人の一層の活用 P80～	5 2. 事業所マネジメントの改革等を推進 iii. 介護の経営の協働化・大規模化及び介護の経営状況の見える化
高齢者向け施設・住まいにおけるサービス提供の在り方 P82～	5 5. ケアマネジメントの質の向上 iii. サービス付き高齢者向け住宅における介護サービス提供の適正化に向けたさらなる方策の検討、必要な対応 a. サービス付き高齢者向け住宅等における介護サービスの提供について、指摘されている入居者に対する過剰な介護サービスの提供(いわゆる「囲い込み」)の実態把握に係るこれまでの取組を踏まえ、引き続き地方自治体と連携して、事業実態を把握した上で、より実効的な点検を徹底するとともに、サービス提供の適正化に向けた更なる方策を検討し、必要な対応を行う。
保険外サービスの活用 P85	② 医療関係職種の活躍促進、民間事業者による地域包括ケアを支える生活関連サービスの供給促進等 ii 事業運営の効率化等に関する民間事業者の知見等の活用を促進 a. 「地域包括ケアシステム構築に向けた公的介護保険外サービスの参考事例集」に加え、「地方自治体における地域包括ケアシステム構築に向けた『保険外サービス』の活用に関するポイント集・事例集」や「QOLを高める保険外(自費)サービス活用促進ガイド」等を活用し、保険外サービスの活用について引き続き周知を推進。
介護保険制度の見直し・利用者負担・多床室の室料負担 P90～	7 0. 介護の多床室室料に関する給付の在り方について検討 a. 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。 7 2. 医療・介護における「現役並み所得」等の判断基準の見直しを検討 b. 介護保険の利用者負担について、「一定以上所得」(2割負担)の判断基準の見直しについて、全世代型社会保障構築会議の全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋(改革工程)において示された方向性に基づいて検討を行い、第10期介護保険事業計画期間の開始(2027年度～)の前までに、結論を出す。 また、「現役並み所得」(3割負担)の判断基準については、医療保険制度との整合性、介護サービスは長期間利用されること等の利用者への影響等を踏まえつつ、引き続き検討を行う。

目次

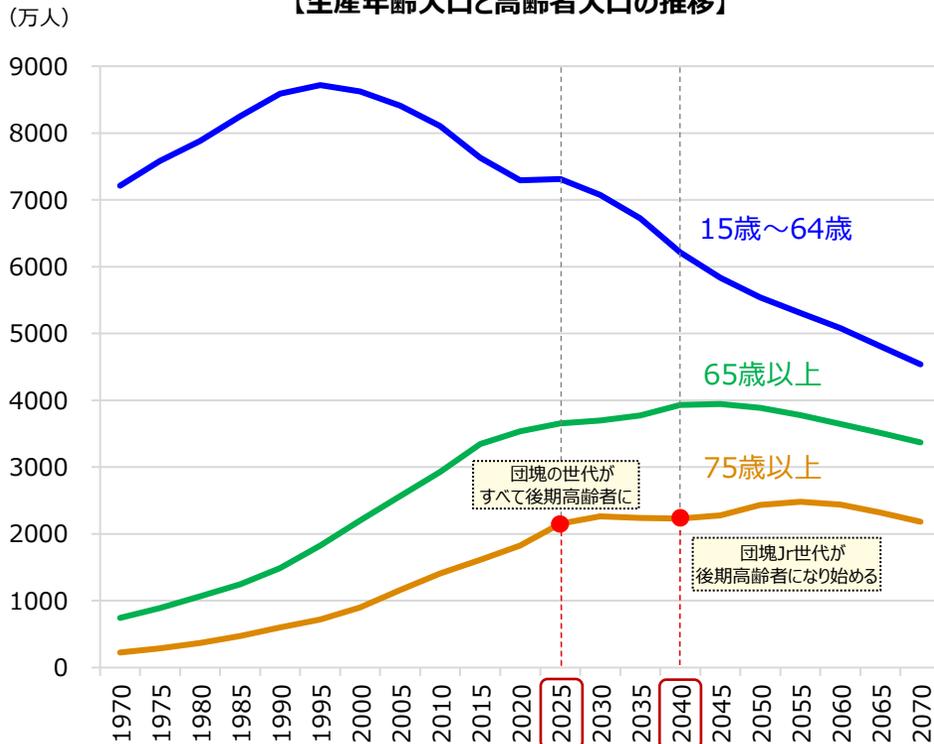
1. 社会保障総論
2. 医療
3. 介護

1. 社会保障総論

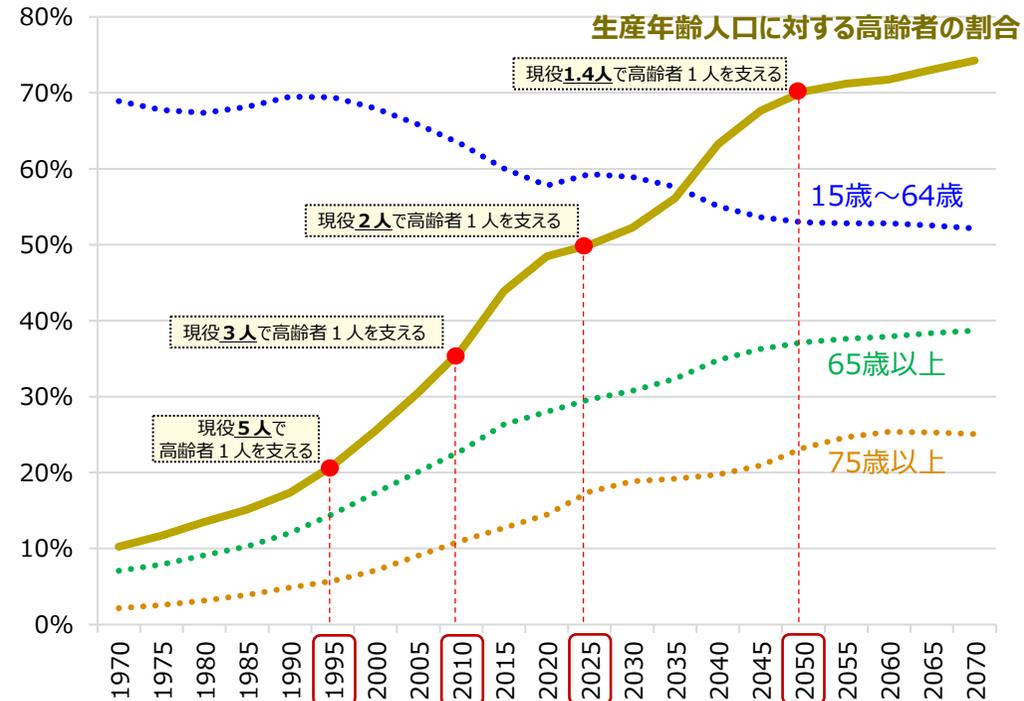
今後の人口の見通しについて

- 2025年以降も後期高齢者は引き続き増加が見込まれる一方で、生産年齢人口は一貫して急速な減少を続ける。
- その結果、今後も高齢化率は上昇し続けていくことから、これまでの支え合いを前提とすると、社会保障制度の支え手たる現役世代の負担がより重くなることを見込まれる。

【生産年齢人口と高齢者人口の推移】



【生産年齢人口と高齢者人口の構成割合】



(出所) 総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2023年推計＜出生中位・死亡中位＞）」
 (注) 生産年齢人口に対する高齢者の割合は、〔65歳以上人口／15歳～64歳人口〕

【今後の方向性】

- 現役世代の負担は今後も一貫して増大することを見込まれることを踏まえ、社会保障の持続性を確保する観点から、引き続き、女性や高齢者の就労促進を進めるとともに、全世代型社会保障を構築する観点からの改革に取り組むことが必要。

社会保障関係費のメリハリある予算編成

- 社会保障関係費については、過去9年間、いわゆる歳出の目安の下で社会保障を持続可能なものとするための改革を行いながら、メリハリある予算編成を実施してきた。この歳出の目安は、社会保障関係費の実質的な増加を高齢化による増加分に相当する伸びにおさめることを目指すとともに、経済・物価動向等を踏まえるとされている。
- 2024年度予算においては、少子化対策の充実や経済・物価動向等を踏まえた年金スライド、報酬改定等について、歳出の目安の下で措置している。

(単位：億円)

	2018年度編成(前回の同時改定)		2024年度編成	
	増減	主な制度改正等	増減	主な制度改正等
社会保障関係費	+5,000		+8,500	
年金	+2,000	年金スライドなし	+3,200	年金スライド +2.9% (予算積算上の改定率) +3,500
医療	+400	診療報酬改定+0.55% +600 薬価改定等 ▲1,900	+1,200	診療報酬改定+0.88% +800 薬価改定等 ▲1,300 前期財政調整における報酬調整 ▲1,300
介護	+1,000	介護報酬改定+0.54% +100	+300	介護報酬改定+1.59% +400
福祉等	+1,600	障害報酬改定+0.47% +100 こども子育て支援 +200	+3,800	障害報酬改定+1.12% +200 児童手当の拡充 +1,200 育休国庫負担引き上げ +1,000 出産・子育て応援交付金 +300

【今後の方向性】

- 歳出の目安を継続しつつ、その下で、引き続きメリハリある予算編成を実施していく必要がある。

社会保障関係費の歳出水準についての考え方

「経済財政運営と改革の基本方針2018（骨太2018）」（抄）（2018年6月15日閣議決定）

社会保障関係費については、再生計画において、2020年度に向けてその実質的な増加を高齢化による増加分に相当する伸びにおさめることを目指す方針とされていること、経済・物価動向等を踏まえ、2019年度以降、その方針を2021年度まで継続する（注）。

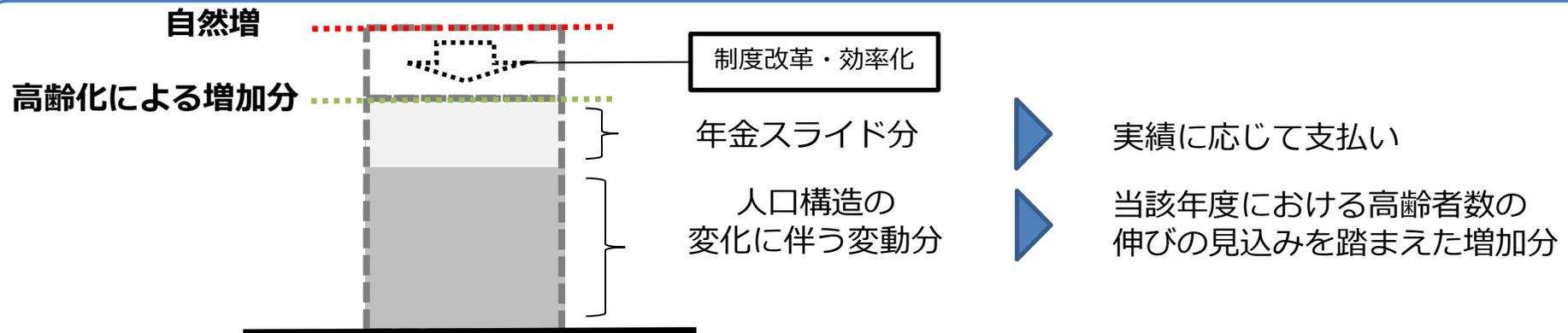
（注）高齢化による増加分は人口構造の変化に伴う変動分及び年金スライド分からなることとされており、人口構造の変化に伴う変動分については当該年度における高齢者数の伸びの見込みを踏まえた増加分、年金スライド分については実績をそれぞれ反映することとする。これにより、これまで3年間と同様の歳出改革努力を継続する。

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

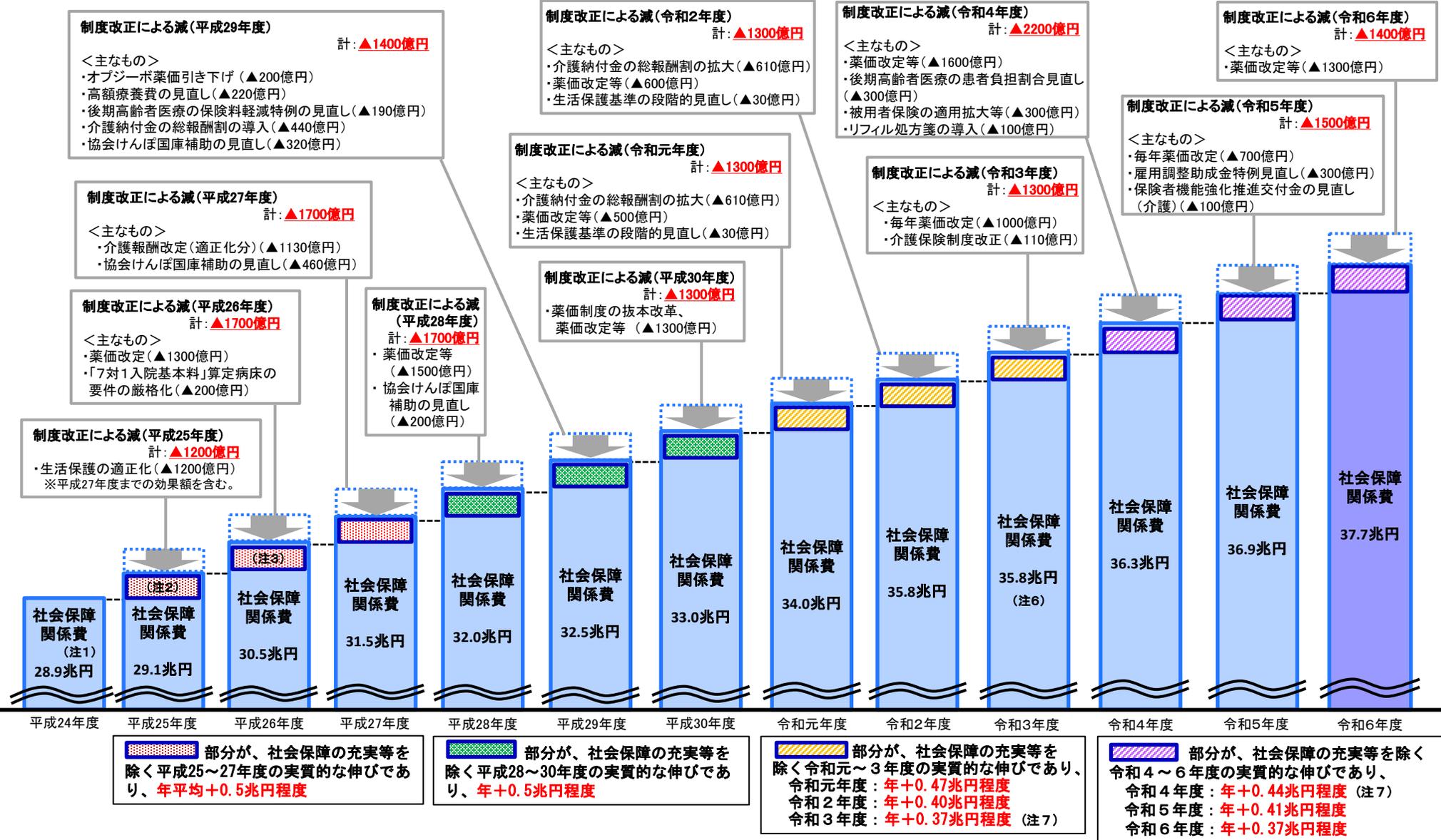
社会保障関係費については、基盤強化期間においてその実質的な増加を高齢化による増加分に相当する伸びにおさめることを目指す方針とされていること、経済・物価動向等を踏まえ、その方針を継続する。

「こども未来戦略」（抄）（2023年12月22日閣議決定）

歳出改革については、「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」における医療・介護制度等の改革を実現することを中心に取り組み、これまでの実績も踏まえ、2028年度までに、公費節減効果について1.1兆円程度の確保を図る。



社会保障関係費の伸び



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

- これまで、こども予算の充実に向けて、消費税率引上げや子ども・子育て拠出金の増額により財源を確保してきたほか、**社会保障関係費等の歳出の目安の下での歳出改革により、2013年度から2022年度までの9年間で、こども・子育て関連予算（国・地方あわせた公費ベース）を年平均0.18兆円程度増加させてきている。**
- 「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」における医療・介護制度等の改革を実現することを中心に取り組み、**これまでの実績も踏まえ、2028年度までに、公費節減効果について1.1兆円程度の確保を図る。**

◆2013→2022年度のこども関連予算（地方負担含む公費ベース）の推移

現金給付

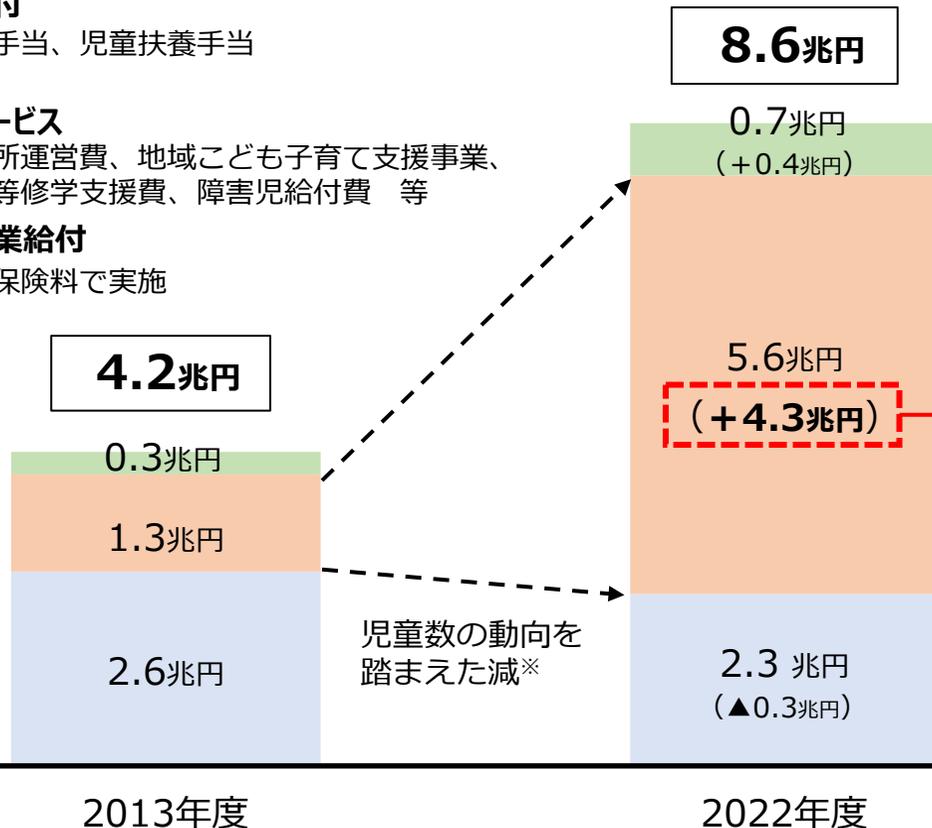
：児童手当、児童扶養手当

現物サービス

：保育所運営費、地域こども子育て支援事業、大学等修学支援費、障害児給付費 等

育児休業給付

：雇用保険料で実施



+4.3兆円（9年間の累積）の財源

- 消費税率の引上げ +2.2兆円
- 子ども・子育て拠出金の増額 +0.5兆円
- 歳出の目安の下での歳出改革による予算確保 +1.6兆円

⇒ 年平均：+0.18兆円

(注) 上記のほか、児童扶養手当の制度改正（多子加算額の増額、公費250億円（2017年度予算））の財源確保のための歳出改革がある。

【加速化プランにおける実績】

2023年度：+0.18兆円程度
2024年度：+0.19兆円程度

※ 社会保障関係費等の歳出の目安の下でのこども家庭庁における予算確保額など

※児童手当の特例給付対象者に係る所得上限の設定による減を含む

社会保険料の水準についての考え方

- 現役世代の負担の観点から保険料負担の水準を考える必要がある。
- 医療・介護の給付の伸びが雇用者報酬の伸びを上回っており、結果として保険料率は上昇してきた。
- 若者・子育て世帯の手取り所得を増加させるとともに、社会保障制度の持続性を確保する観点から、こども未来戦略に基づき医療・介護の保険料率の上昇を最大限抑制する必要がある。

「こども未来戦略」(抄) (2023年12月22日閣議決定)

高齢化等に伴い、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いる。若者・子育て世帯の手取り所得を増やすためにも、歳出改革と賃上げによりこのギャップを縮小し、保険料率の上昇を最大限抑制する。

**医療・介護に係る保険給付費等の伸び
+2.6%/年**

- 医療保険給付費等の伸び
+2.4%/年
- 介護納付金の伸び
+4.8%/年

2012-2022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**

保険料率引き上げ等

○ 保険料率

		(2000)	(2008)	2012	2022
健保組合	医療	8.50%	7.38%	8.34%	9.26%
	介護	0.81%	1.06%	1.32%	1.78%
協会けんぽ	医療	8.50%	8.20%	10.0%	10.0%
	介護	0.60%	1.13%	1.55%	1.64%

**雇用者報酬の伸び
+1.8%/年**

- 雇用者数 +0.8%/年
- 賃金 +0.9%/年

2012-2022年度

(注1) 年平均は始点から終点までの伸び率を年数で単純に除して算出

(注2) 医療保険給付費等は、2012年度から2022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2022年度実績については決算見込額)

(注3) 介護納付金は、2012年度から2022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2022年度実績については決算見込額)

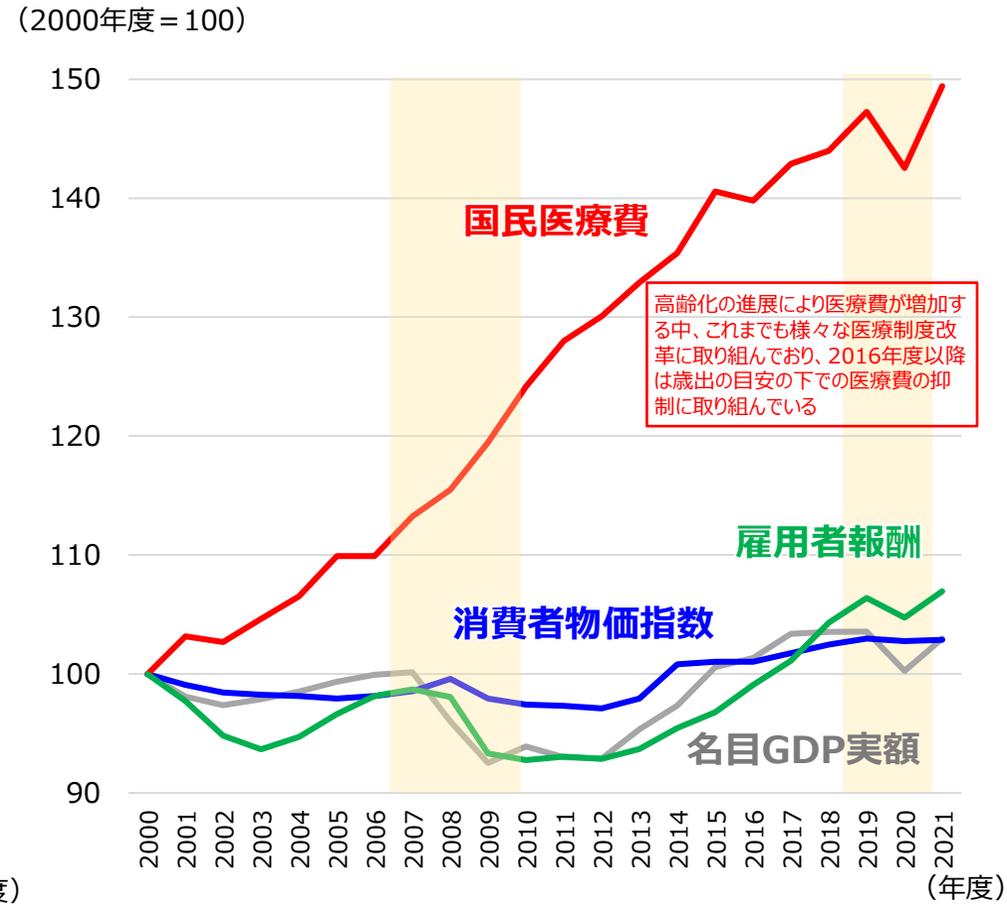
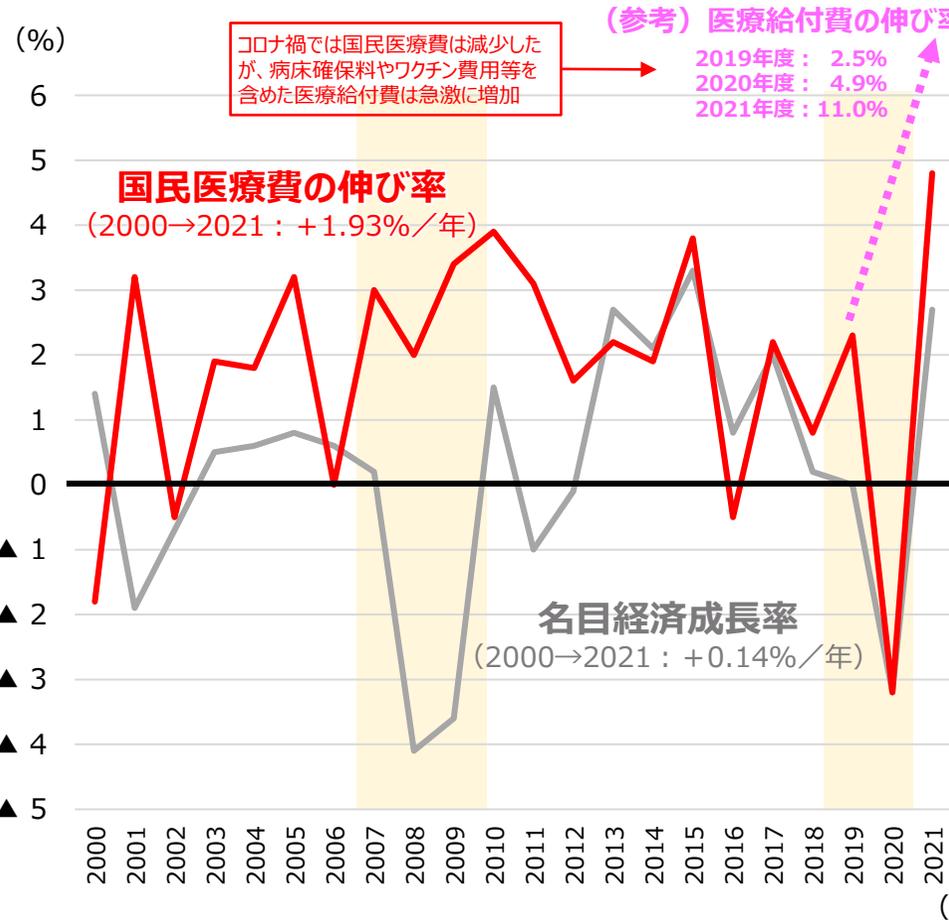
(注4) 健康保険組合に係る保険料率は、平均設定保険料率であって、各組合の単純平均(加入する被保険者数でウェイトがけしていない)

(注5) 全国健康保険協会に係る保険料率は、全都道府県の平均値

(出所) 内閣府「国民経済計算」(2022年度年次推計)、全国健康保険協会及び健康保険組合連合会決算関係資料

医療費の伸びと経済成長率

- 医療・介護の保険料率の上昇傾向に歯止めをかけるには、医療・介護給付費の伸びを雇用者報酬の伸びと同水準にする必要がある。
- この雇用者報酬を含む経済成長率は、（経済危機の発生等による）周期的な振幅が大きいが、医療費は、経済状況にかかわらず安定的に増加する傾向にある。
- 医療費の伸びと経済成長率の関係を議論する際には、周期的な振幅を考慮に入れた中期的な成長率と比較すべきである。

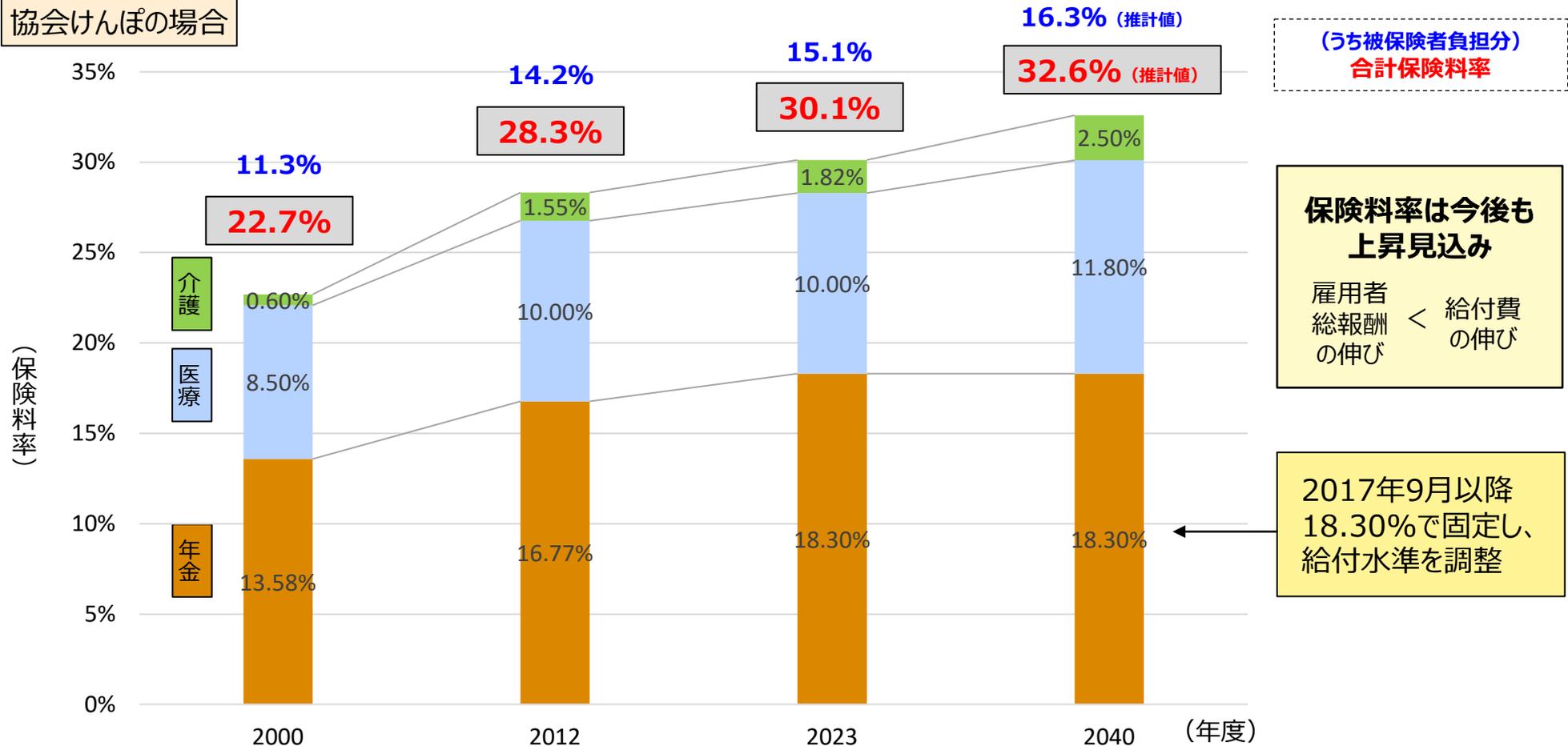


(出所) 内閣府「国民経済計算」、総務省「消費者物価指数」、厚生労働省「国民医療費」。医療給付費は国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」による。
 (注) 国民医療費及び医療給付費の伸び率は、対前年度比。年平均増加率は、始点から終点までの増加率を年数のべき乗根で算出。

現役世代が負担する社会保険料負担

○ 社会保障に係る現役世代の負担は今後も増加が見込まれており、医療・介護に係る保険料率の上昇を抑制する取組を継続して行っていく必要がある。

協会けんぽの場合



(うち被保険者負担分)
合計保険料率

**保険料率は今後も
上昇見込み**
雇用者
総報酬 < 給付費
の伸び

2017年9月以降
18.30%で固定し、
給付水準を調整

(注) 2040年度の保険料率については、内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」(2018年5月21日)における経済ベースライン・現状投影・医療単価の伸び率が低い(=保険料総額が少ない)数値を用いている。

「こども未来戦略」(抄) (2023年12月22日閣議決定)

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、2026年度から段階的に2028年度にかけて支援金制度を構築することとし、2028年度に1.0兆円程度の確保を図る。

厚生労働省大臣折衝事項の要約 (2023年12月20日)

○ 雇用者報酬の増加率が上昇することを通じて生じる社会保険負担軽減効果も踏まえ、2023年度・2024年度においては、

- ① 報酬改定のうち、医療介護の現場従事者の賃上げに確実に充当される加算措置
- ② 「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋(改革工程)」に基づく制度改革等

の結果として生じる追加的な社会保険負担については、追加的な社会保険負担額から控除する。

⇒「実質的な社会保険負担軽減効果」は0.33兆円程度(2023年度分0.15兆円、2024年度分0.17兆円)

$$\text{社会保障に係る国民負担率を} \cdot \text{社会保険料率でみた場合} = \frac{\text{社会保険負担 (①医療介護従事者の賃上げによる増↑、②制度改革等による増↑)}}{\text{雇用者報酬 (雇用者全体の賃上げによる増↑)}}$$

(参考) 社会保険負担軽減効果

	負担軽減効果	控除分		負担軽減効果	控除分
薬価改定	▲0.15兆円		薬価等改定/薬価制度見直し	▲0.26兆円	
前期財政調整における報酬調整		(+0.09兆円)	診療報酬改定	+0.05兆円	(+0.15兆円)※
後期高齢者の保険料負担の見直し			介護報酬改定	+0.04兆円	(+0.06兆円)※
			介護の1号保険料見直し		(+0.04兆円)
2023年度 合計	▲0.15兆円	(+0.09兆円)	2024年度 合計	▲0.17兆円	(+0.25兆円)

※医療従事者・介護従事者に対する処遇改善のための加算措置分

医療費の伸び率の要因分解

○ 医療費の伸び率のうち、人口及び報酬改定の影響を除いた「その他」は近年1～2%程度であり、令和2年度は-3.5%、令和3年度は5.1%、令和4年度は4.5%となっている。その要因には、医療の高度化、患者負担の見直し等種々の影響が含まれる。

	H22年度 (2010)	H23年度 (2011)	H24年度 (2012)	H25年度 (2013)	H26年度 (2014)	H27年度 (2015)	H28年度 (2016)	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R元年度 (2019)	R2年度 (2020)	R3年度 (2021)	R4年度 (2022)
医療費の伸び率 ①	3.9%	3.1%	1.6%	2.2%	1.9%	3.8%	-0.5%	2.2%	0.8%	2.3%	-3.2%	4.8%	4.0% (注1)
人口増の影響 ②	0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.1%	-0.1%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.3%	-0.5%	-0.4%
高齢化の影響 ③	1.6%	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%	1.0%	1.0%	1.2%	1.1%	1.0%	1.0%	1.1%	0.9% (注2)
診療報酬改定等 ④	0.19%		0.004%		0.1% -1.26% 消費税対応 1.36% (注3)		-1.33% (注4)		-1.19% (注5)	-0.07% (注6)	-0.46% (注7)	-0.9% (注8)	-0.94%
その他 (①-②-③-④) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し等	2.1%	2.1%	0.4%	1.1%	0.7%	2.9%	-0.1%	1.2%	1.1%	1.6%	-3.5%	5.1%	4.5%
制度改正					H26.4 70-74歳 2割負担 (注9)								

注1: 医療費の伸び率は、令和3年度までは国民医療費の伸び率、令和4年度は概算医療費(審査支払機関で審査した医療費)の伸び率(上表の斜体字、速報値)であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

注2: 令和4年度の高齢化の影響は、令和3年度の年齢別1人当たり医療費と令和3年度、4年度の年齢別人口からの推計値である。

注3: 平成26年度の「消費税対応」とは、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分を指す。平成26年度における診療報酬改定の改定率は、合計0.10%であった。

注4: 平成28年度の改定分-1.33%のうち市場拡大再算定の特例分等は-0.29%、実勢価等改定分で計算すると-1.03%。

なお、「市場拡大再算定の特例分等」とは年間販売額が極めて大きい品目に対する市場拡大再算定の特例の実施等を指す。

注5: 平成30年度の改定分-1.19%のうち薬価制度改革分は-0.29%、実勢価等改定分で計算すると-0.9%。

注6: 令和元年10月消費税引上げに伴う診療報酬改定(診療報酬+0.41%、薬価改定-0.48%)のうち影響を受ける期間を考慮した値。

注7: 令和元年10月消費税引上げに伴う診療報酬改定に係る平年度効果分を含む。

注8: 令和3年度の国民医療費を用いて、薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算した値。

注9: 70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除(1割→2割)。平成26年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）

- ◆ 能力に応じて全世代が支えあう「全世代型社会保障」の構築に向け、将来世代も含めた全世代の安心を保障し、社会保障制度の持続可能性を高めるため、「時間軸」に沿って、今後取り組むべき課題をより具体化・深化させた「改革工程」を取りまとめ。
- ◆ 3つの「時間軸」で実施（①来年度（2024年度）に実施する取組、②加速化プランの実施が完了する2028年度までに実施について検討する取組、③2040年頃を見据えた、中長期的な課題に対して必要となる取組）
- ◆ 上記②で掲げられた検討項目について、しっかりとした検討を行い、着実に実施していく必要がある。

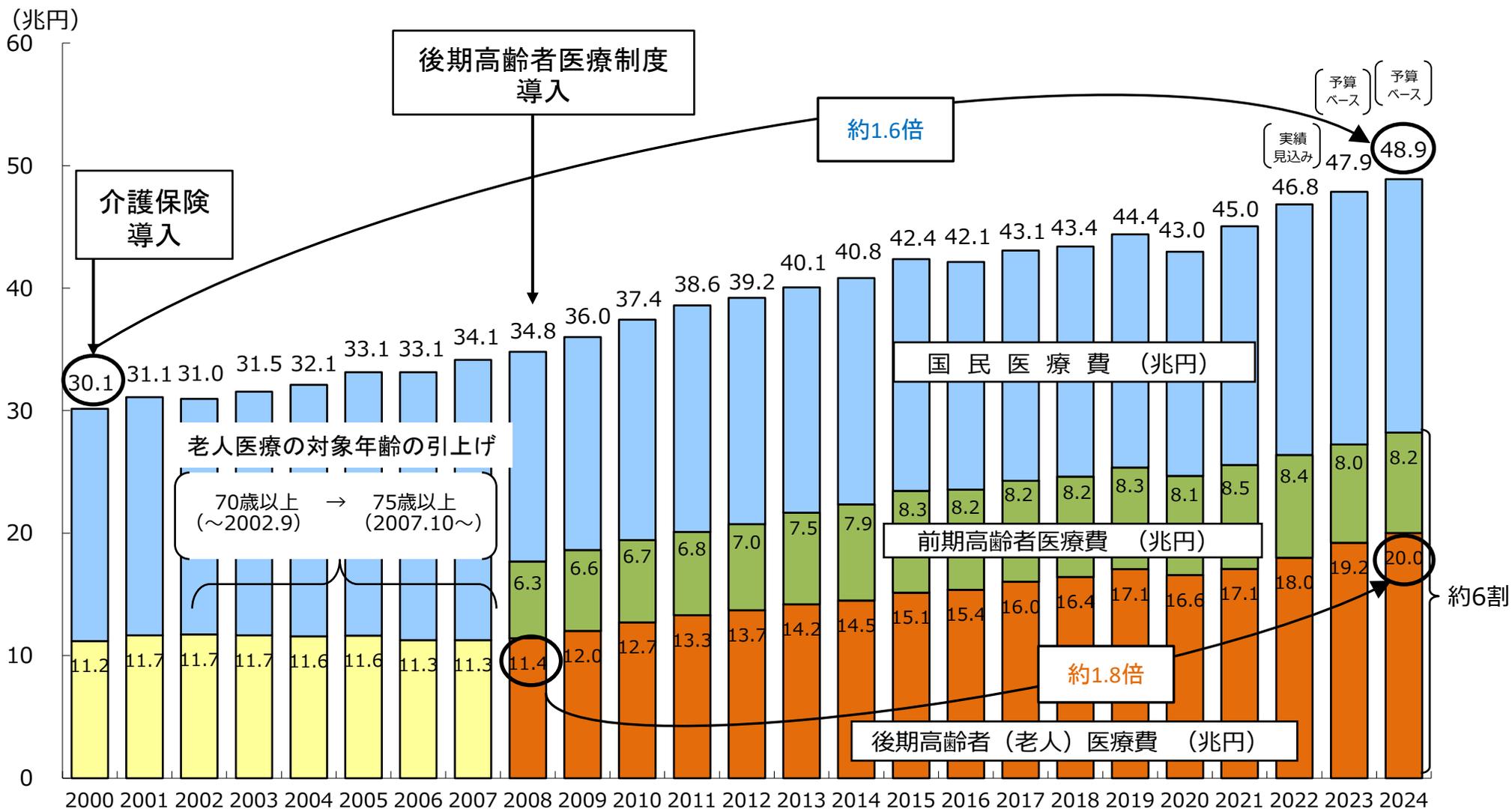
主な改革項目と工程

※ 2040年頃を見据えた中長期的取組については、省略。

	2024年度に実施する取組	2028年度までに検討する取組
働き方に中立的な社会保障制度等の構築	<ul style="list-style-type: none"> （労働市場や雇用の在り方の見直し） ・「同一労働同一賃金ガイドライン」等の必要な見直しの検討 ・「多様な正社員」の拡充に向けた取組 等 	<ul style="list-style-type: none"> （勤労者皆保険の実現に向けた取組） ・短時間労働者への被用者保険の適用に関する企業規模要件の撤廃等 ・フリーランス等の社会保険の適用の在り方の整理 等 ・年収の壁に対する取組 等
医療・介護制度等の改革	<ul style="list-style-type: none"> ・前期財政調整における報酬調整の導入 ・後期高齢者負担率の見直し ※上記2項目は法改正実施済み ・介護保険制度改革（第1号保険料負担の在り方） ・介護の生産性・質の向上（ロボット・ICT活用、経営の協働化・大規模化、人員配置基準の柔軟化等） ・イノベーションの適切な評価などの更なる薬価上の措置を推進するための長期収載品の保険給付の在り方の見直し ・診療報酬改定、介護報酬改定、障害福祉サービス等報酬改定の実施 ・入院時の食費の基準の見直し等 ・生活保護制度の医療扶助の適正化 	<ul style="list-style-type: none"> （生産性の向上、効率的なサービス提供、質の向上） ・医療DXによる効率化・質の向上 等 ・生成AI等を用いた医療データの利活用の促進 ・医療機関、介護施設等の経営情報の更なる見える化 ・医療提供体制改革の推進（地域医療構想、かかりつけ医機能が発揮される制度整備） ・介護の生産性・質の向上 ・イノベーションの推進、安定供給の確保と薬剤保険給付の在り方の見直し ・国保の普通調整交付金の医療費勘案等 等 ・国保の都道府県保険料率水準統一の更なる推進 ・介護保険制度改革（ケアマネジメントに関する給付の在り方、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方） ・サービス付き高齢者向け住宅等における介護サービス提供の適正化 ・福祉用具貸与のサービスの向上 等 ・生活保護の医療扶助の適正化等 ・障害福祉サービスの地域差の是正（能力に応じた全世代の支え合い） ・介護保険制度改革（利用者負担（2割負担）の範囲、多床室の室料負担） ・医療・介護保険における金融所得の勘案や金融資産等の取扱い ・医療・介護の3割負担（「現役並み所得」）の適切な判断基準設定等 ・障害福祉サービスの公平で効率的な制度の実現（高齢者の活躍促進や健康寿命の延伸等） ・高齢者の活躍促進 等 ・疾病予防等の取組の推進や健康づくり等 ・経済情勢に対応した患者負担等の見直し（高額療養費自己負担限度額の見直し/入院時の食費の基準の見直し） 等
「地域共生社会」の実現	<ul style="list-style-type: none"> ・重層的支援体制整備事業の更なる促進 ・社会保障教育の一層の推進 ・住まい支援強化に向けた制度改正 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・孤独・孤立対策の推進 ・身寄りのない高齢者等への支援 等

2. 医療

医療費の推移



(注) 2022年度は実績見込みである。2021年度の国民医療費に2022年度の概算医療費の伸び率を乗じることによって推計したものである。

2023年度及び2024年度は予算ベースである。

前期高齢者医療費の2021年度までは、「医療保険に関する基礎資料」(年次報告)の65～69歳・70～74歳(後期高齢者医療制度を除く)の医療費を機械的に合算したものである。

(年度)

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
- 現役世代の保険料負担増

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
- 都市部の開業医が多いことなど地域間、診療科間、病院・診療所間の医師の偏在
- 薬剤の適正使用等を促す仕組みの欠如

- 過剰な医療提供を招きやすい構造
- 今後加速する「支え手（現役世代）」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

- 自助・共助の適切な組み合わせ
- 高度・高額な医療技術や医薬品への対応

高齢化・人口減少下での負担の公平化

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

我が国の医療提供体制の現状

国名	平均在院日数 (急性期)	人口千人当たり 総病床数	人口千人当たり 臨床医師数	病床百床当たり 臨床医師数	1病院当たり 臨床医師数	人口百万人当たり MRI台数	人口百万人当たり CTスキャナー台数	外来薬剤費 対GDP比 (※1)	1人当たり 外来受診回数 (※1)
日本	27.5 (16.0)	12.6	2.6 (※1)	20.5 (※1)	39.7 (※1)	57.4 (※1)	115.7 (※1)	1.7%	11.1
ドイツ	8.8 (7.4)	7.8	4.5	58.4	126.5	35.3	36.5	1.5%	9.5
フランス	9.1 (5.6)	5.7	3.2	56.4	72.2	17.0	19.5	1.3%	5.0
イギリス	6.9 (7.1)	2.4	3.2	131.2	107.1	7.2 (※2)	9.5 (※2)	0.8%	—
アメリカ	6.5 (5.9)	2.8	2.7	96.3	144.5	38.0	42.6	1.7%	3.4

(出所)「OECD Health Statistics 2023」,「OECD.Stat」より作成(2021年データ。(※1)は2020年のデータ、(※2)は2014年のデータ。)

◆人口千人当たりの病院病床数(2022年)

都道府県	病院病床数 (人口千人当たり)
高知県	23.3
鹿児島県	20.3
長崎県	19.7
徳島県	18.9
熊本県	18.8
⋮	
千葉県	9.5
東京都	8.9
愛知県	8.8
埼玉県	8.6
神奈川県	8.0

◆1診療所(無床)当たりの従事者数

区分	1診療所当たりの人数
医師	1.3
看護師	1.4
准看護師	0.7
事務職員	1.7

◆人口10万人当たりの無床診療所数(2021年)

区分	無床診療所数 (人口10万人当たり)
特別区	112.5
政令市	84.8
中核市	79.9
その他	68.9
全国平均	78.2

(出所)厚生労働省「医療施設調査」
 (注)1診療所(無床)当たりの従事者数は、2020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。

質の高い医療の効率的な提供

- 公定価格の適正化
- 費用対効果評価に基づく給付
- 医師偏在対策
- かかりつけ医機能が発揮される制度整備、地域医療構想の推進等
- 保険者機能の発揮
- 診療・経営情報の更なる見える化
- 医療DX

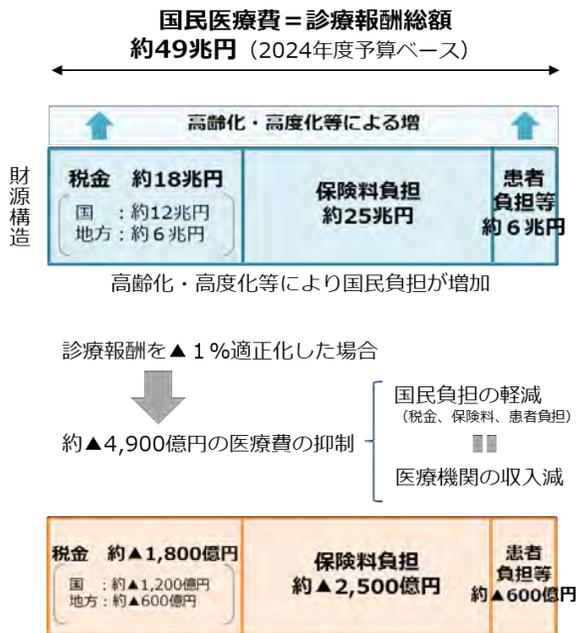
保険給付範囲の在り方の見直し

- 薬剤の自己負担の引上げ
 - ・ OTC医薬品と同一の有効成分を含む医療用医薬品の保険給付の在り方の見直し
 - ・ 薬剤費の一定額までの全額患者自己負担
 - ・ 医薬品の有用性に応じた保険給付率設定

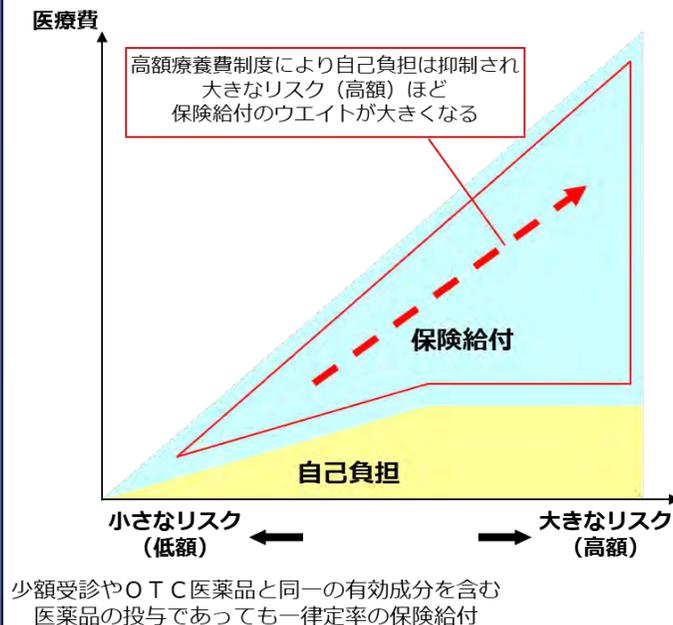
高齢化・人口減少下での負担の公平化

- 年齢ではなく能力に応じた負担
 - ・ 金融所得・金融資産を勘案した公平な負担
 - ・ 後期高齢者医療制度における「現役並み所得」の判定基準の見直し
- 経済情勢に対応した高額療養費自己負担限度額の見直し

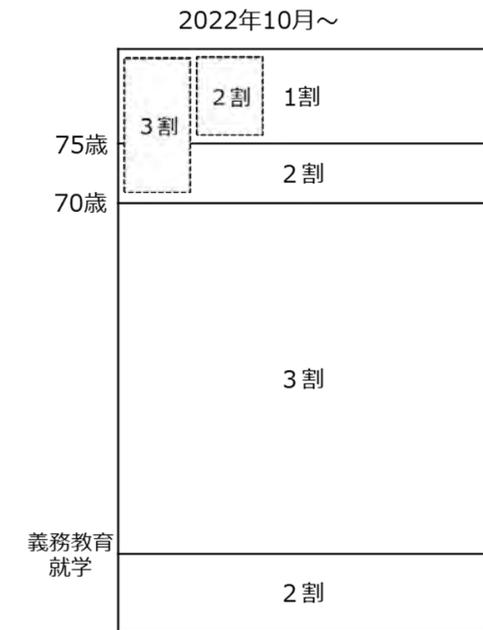
医療費の構造



現状の保険給付のイメージ



医療費の窓口自己負担



(再掲) 全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋 (改革工程)

- ◆ 能力に応じて全世代が支えあう「全世代型社会保障」の構築に向け、将来世代も含めた全世代の安心を保障し、社会保障制度の持続可能性を高めるため、「時間軸」に沿って、今後取り組むべき課題をより具体化・深化させた「改革工程」を取りまとめ。
- ◆ 3つの「時間軸」で実施（①来年度（2024年度）に実施する取組、②**加速化プランの実施が完了する2028年度までに実施について検討する取組**、③2040年頃を見据えた、中長期的な課題に対して必要となる取組）
- ◆ 上記②で掲げられた検討項目について、しっかりとした検討を行い、着実に実施していく必要がある。

主な改革項目と工程

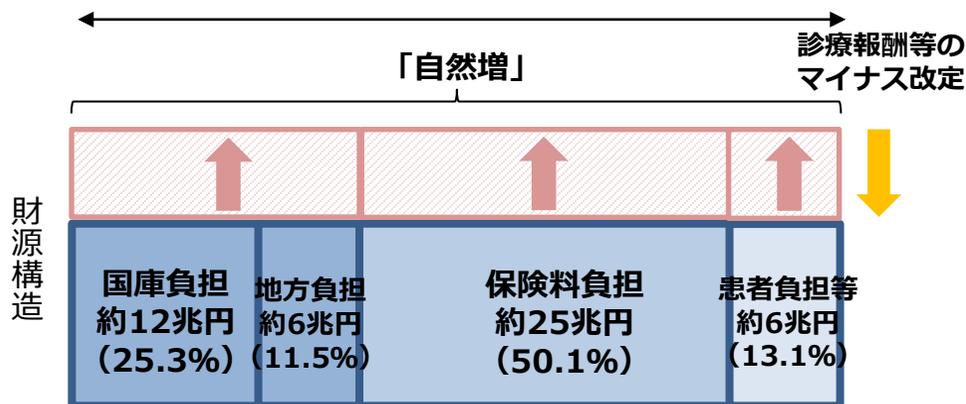
※ 2040年頃を見据えた中長期的取組については、省略。

	2024年度に実施する取組	2028年度までに検討する取組
働き方に中立的な社会保障制度等の構築	<ul style="list-style-type: none"> (労働市場や雇用の在り方の見直し) ・「同一労働同一賃金ガイドライン」等の必要な見直しの検討 ・「多様な正社員」の拡充に向けた取組 等 	<ul style="list-style-type: none"> (勤労者皆保険の実現に向けた取組) ・短時間労働者への被用者保険の適用に関する企業規模要件の撤廃等 ・フリーランス等の社会保険の適用の在り方の整理 等 ・年収の壁に対する取組 等
医療・介護制度等の改革	<ul style="list-style-type: none"> ・前期財政調整における報酬調整の導入 ・後期高齢者負担率の見直し ※上記2項目は法改正実施済み ・介護保険制度改革 (第1号保険料負担の在り方) ・介護の生産性・質の向上 (ロボット・ICT活用、経営の協働化・大規模化、人員配置基準の柔軟化等) ・イノベーションの適切な評価などの更なる薬価上の措置を推進するための長期収載品の保険給付の在り方の見直し ・診療報酬改定、介護報酬改定、障害福祉サービス等報酬改定の実施 ・入院時の食費の基準の見直し等 ・生活保護制度の医療扶助の適正化 	<ul style="list-style-type: none"> (生産性の向上、効率的なサービス提供、質の向上) ・医療DXによる効率化・質の向上 等 ・生成AI等を用いた医療データの利活用の促進 ・医療機関、介護施設等の経営情報の更なる見える化 ・医療提供体制改革の推進 (地域医療構想、かかりつけ医機能が発揮される制度整備) ・介護の生産性・質の向上 ・イノベーションの推進、安定供給の確保と薬剤保険給付の在り方の見直し ・国保の普通調整交付金の医療費勘案等 等 ・国保の都道府県保険料率水準統一の更なる推進 ・介護保険制度改革 (ケアマネジメントに関する給付の在り方、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方) ・サービス付き高齢者向け住宅等における介護サービス提供の適正化 ・福祉用具貸与のサービスの向上 等 ・生活保護の医療扶助の適正化等 ・障害福祉サービスの地域差の是正 (能力に応じた全世代の支え合い) ・介護保険制度改革 (利用者負担 (2割負担) の範囲、多床室の室料負担) ・医療・介護保険における金融所得の勘案や金融資産等の取扱い ・医療・介護の3割負担 (「現役並み所得」) の適切な判断基準設定等 ・障害福祉サービスの公平で効率的な制度の実現 (高齢者の活躍促進や健康寿命の延伸等) ・高齢者の活躍促進 等 ・疾病予防等の取組の推進や健康づくり等 ・経済情勢に対応した患者負担等の見直し (高額療養費自己負担限度額の見直し/入院時の食費の基準の見直し) 等
「地域共生社会」の実現	<ul style="list-style-type: none"> ・重層的支援体制整備事業の更なる促進 ・社会保障教育の一層の推進 ・住まい支援強化に向けた制度改革 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・孤独・孤立対策の推進 ・身寄りのない高齢者等への支援 等

- 診療報酬本体、薬価など、保険償還の対象となるサービスの価格については、国民負担を軽減する観点から、できる限り効率的に提供するように、診療報酬の合理化・適正化等を進めていく必要。
- 薬剤使用量の増加や新規医薬品の保険収載等により、薬剤費総額は年2%程度増加（2010～2020年度）。高齢化の進展に伴い、さらなる薬剤費の増加が見込まれる中、毎年薬価改定を着実に実施していく必要。その下で、国民皆保険の持続可能性確保とイノベーションの推進を両立させる配分の見直し等を行う必要。

医療費の構造

国民医療費 = 診療報酬総額
約49兆円（2024年度予算ベース）



診療報酬・薬価を▲1%適正化した場合

約▲4,900億円の医療費の抑制

国民負担の軽減
(税金、保険料、患者負担)

■ ■

医療機関の収入減

これまでに取り組んできた主な事項

- **2024年度診療報酬改定**
 - ・ 「物価に負けない賃上げ」に向けた対応をしつつ、診療所を中心とした適正化を行うなどメリハリのある改定を実施。
- **2024年度薬価改定**
 - ・ 実勢価の反映による国民負担の軽減を基本としつつ、革新的新薬の特許期間中の薬価維持などイノベーションの評価や、安定供給問題にも対応するため不採算品の薬価引上げ。

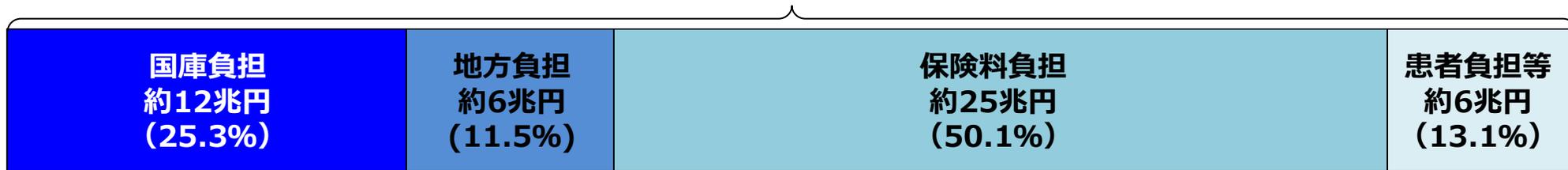
今後の主な改革の方向性

- **診療報酬の合理化・適正化**
 - ・ 2024年度診療報酬改定等の検証を行いつつ、合理化・適正化を進める。
- **毎年薬価改定の完全実施**
 - ・ 既収載品の算定ルールについて、全て適用。
- **経営情報の更なる見える化**

- 医療費の財源内訳をみると、保険料が約 5 割、国・地方の公費負担が約 4 割、患者の自己負担等が約 1 割となっている。
- 費用構造を見ると、国民医療費の約 5 割を医師等の人件費、約 2 割を医薬品が占めている。
- 診療機関別には、病院が約 5 割、一般診療所が約 2 割となっている。

◆財源構成

国民医療費（2024年度予算ベース）：約49兆円



公費負担：約18兆円（36.8%）

◆費用構造



◆診療機関別（2021年度国民医療費ベース：約45兆円）

病院：約23兆円（51.7%） 一般診療所：約9兆円（20.3%） 歯科診療所：約3兆円（7.0%）
 薬局調剤：約8兆円（17.5%）

診療報酬

改定率

+ 0.88% (国費+822億円※)

※2024年度予算額、以下同じ

① 看護職員、リハビリ専門職等の医療関係職種の賃上げ

+ 0.61%

※ 2024年度ベア 2.5%、2025年度ベア 2.0%

② 入院時の食費の見直し

+ 0.06%

※ 1食当たり30円の引上げ。

③ 効率化・適正化

▲ 0.25%

※ 診療所を中心に、生活習慣病等に関する管理料、処方箋料等の再編等による効率化・適正化を行う。

④ その他本体改定率

+ 0.46%

(①以外の賃上げ分+0.28%程度を含む)

各科改定率	医科	+ 0.52%
	歯科	+ 0.57%
	調剤	+ 0.16%

※ ①に含まれない、40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げ分を含む。

薬価等

改定率

▲ 1.00% (国費▲1,202億円)

① 薬価

▲ 0.97% (国費▲1,179億円)

② 材料価格

▲ 0.02% (国費▲ 23億円)

※ イノベーションの更なる評価等として、革新的新薬の薬価維持、有用性系評価の充実等への対応を含む。

※ 急激な原材料費の高騰、後発医薬品等の安定的な供給確保への対応として、不採算品再算定に係る特例的な対応を含む。(対象：約2,000品目程度)

※ イノベーションの更なる評価等を行うため、長期収載品の保険給付の在り方の見直しとして、選定療養の仕組みを導入する。

制度改革事項

良質な医療を効率的に提供する観点から、以下の改革を着実に進める(大臣合意事項)。

- ① 医療DXの推進による医療情報の有効活用等
- ② 調剤基本料等の適正化

(注) 診療報酬・材料価格は2024年6月施行、薬価は2024年4月施行、長期収載品の保険給付の在り方の見直しは2024年10月施行。

財審建議における指摘	2024年度診療報酬改定における対応
<p>【賃上げ対応、診療所の適正化、地域間偏在への対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> 診療所の極めて良好な経営状況等を踏まえ、診療所の報酬単価を適正化すること等により、現場従事者の処遇改善等の課題に対応しつつ診療報酬本体をマイナス改定とすることが適当 診療所の報酬単価については、国民負担を極力抑制する観点を考慮し、診療所の経常利益率（8.8%）が全産業やサービス産業平均の経常利益率（3.1～3.4%）と同程度となるよう、5.5%程度引き下げるべき（改定率▲1%程度） 現場従事者の処遇改善に向けて、毎年生じる単価増・収入増を原資とすることを基本としつつ、診療所を経営する医療法人に積み上がった利益剰余金（1医療法人当たり1.24億円）の活用、強化される賃上げ税制の活用、その他賃上げ実績に応じた報酬上の加算措置を検討していくべき 診療所の地域間の偏在への対応として、将来的に地域別の報酬体系への移行を視野に入れつつ、当面の措置として、診療所過剰地域における1点当たり単価の引下げを先行させ、それによる公費節減等の効果を活用して医師不足地域における対策を別途強化すべき 	<ul style="list-style-type: none"> 診療報酬については改定率0.88%、うち看護職員、リハビリ専門職等の医療関係職種への賃上げに0.61%、40歳未満の勤務医や事務職員等の賃上げに0.28%程度 診療所を中心に、管理料や処方箋料等の再編等による効率化・適正化▲0.25%を実施 （適正化の例） <ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病（糖尿病・高血圧症・脂質異常症）について、特定疾患療養管理料（月2回算定可）の対象から除外した上で、生活習慣病管理料Ⅱ（月1回算定可）を新設 処方箋料について▲8点引下げ（68点→60点） など 医療機関等においては、過去の賃上げ実績をベースとしつつ、今般の報酬改定による加算措置などの活用や賃上げ促進税制を組み合わせることにより、2024年度に+2.5%、2025年度に+2.0%のベースアップの実現を図る 賃上げ対応について、実効性を確保する観点から、賃上げの計画及び実績の報告を含めたフォローアップの仕組みを構築

【今後の検討課題】

- ✓ データに基づく政策策定に資するよう、医療機関の経営状況を継続的に把握（P28参照）
- ✓ 診察実態に医療機関によって大きな差があるとの指摘等も踏まえ、生活習慣病や他の疾病の管理の在り方について引き続き検討（P29、30参照）
- ✓ 診療所と病院の医師偏在是正の観点から引き続き検討（P47、49参照）

財審建議における指摘	2024年度診療報酬改定における対応
<p>【マイナ保険証の利用促進】</p> <ul style="list-style-type: none"> 既に講じている医療機関・薬局に対する支援措置・インセンティブ措置とあわせ、患者の窓口負担の軽減策を検討する。あわせて、医療機関のマイナ保険証利用率にも着目した評価を設定する 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ マイナ保険証の利用に関する診療報酬点数を見直し（初診（医科）の場合、マイナ保険証利用時・非利用時ともに▲1点引下げ） ➤ 医療DXに対応する体制を確保している場合の評価（8点（医科））を導入し、「マイナ保険証の利用実績が一定以上であること」を要件化（2024年10月から適用）
<p>【リフィル処方箋】</p> <ul style="list-style-type: none"> リフィル処方箋による適正化効果が未達成であることを踏まえ、処方箋料の時限的引下げなど、未達分を差し引く調整措置を講じるべき 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、「リフィル処方や長期処方の活用が可能であることを患者に周知すること」を要件に追加 ➤ 特定疾患処方管理加算について、リフィル処方箋を発行した場合も算定可能とする
<p>【病院】</p> <ul style="list-style-type: none"> 病床の役割分担を適切に進めるため、7：1といった看護配置に過度に依存した診療報酬体系から、患者の重症度、救急受入れ、手術といった実績をより反映した体系に転換すべき 10：1といった看護配置を要件とする急性期入院料は廃止し、回復期への転換を促すことを検討すべき 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 患者の状態に応じた医療の提供に必要な体制を評価する観点から、急性期入院料1（7対1）について、平均在院日数に係る要件を短縮（18日⇒16日）するとともに、重症度、医療・看護必要度の該当患者に係る要件を厳格化 ➤ 高齢の救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリや在宅復帰等の機能を包括的に担う地域包括病棟（10対1）を新設
<p>【調剤報酬】</p> <ul style="list-style-type: none"> 経営の実態も踏まえつつ、処方せん集中率が高い薬局等については、調剤基本料1の適用範囲等を見直すべき 調剤基本料1の薬局を対象とした地域支援体制加算1及び2の要件について、地域医療に貢献する薬局を重点的に支援する観点から抜本的に見直すべき 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 調剤基本料1の対象から、処方箋受付回数が月4,000回を超え、かつ、処方箋受付回数が多い上位3の保険医療機関に係る集中率の合計が70%を超える薬局を除外 ➤ 調剤基本料1の薬局を対象とした地域支援体制加算1及び2の要件について厳格化

さらなる経営情報の「見える化」

- 改正医療法が2023年8月に施行され、医療機関が特定されない形での「経営情報データベース」が導入されたが、特に「見える化」のコアとも言うべき、職員の職種別の給与・人数については、任意提出項目とされている。
- 医療機関の「経営情報データベース」については、匿名であること、国民への説明責任の観点を踏まえれば、職種別の給与・人数の提出の義務化が必要。

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

- ◆ 医療機関、介護施設等の経営情報の更なる見える化
 - ・ 医療法人の経営情報に関するデータベースについて、医療法人の会計年度が原則4月から翌年3月までとされており、2024年3月に決算を迎える医療法人からの報告状況等を踏まえ、必要な対応について検討を行う。

データベースに掲載する経営情報

施設別

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

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

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

新しい資本主義を掲げ、分配政策に重点を置く岸田内閣の下、公的価格評価検討委員会では、医療従事者等の処遇改善を行うために、9割近くを税や保険料で賄っている医療法人の職種ごとの給与の見える化を訴えてきた。

(中略)

こうした中、厚生労働省では、医療法人について、匿名情報として経営情報を把握・分析するとともに、国民に丁寧に説明するためのデータベースを構築する制度の検討を行ってきた。これは、「見える化」を進める中で極めて重要な制度改革と考えられる。

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

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

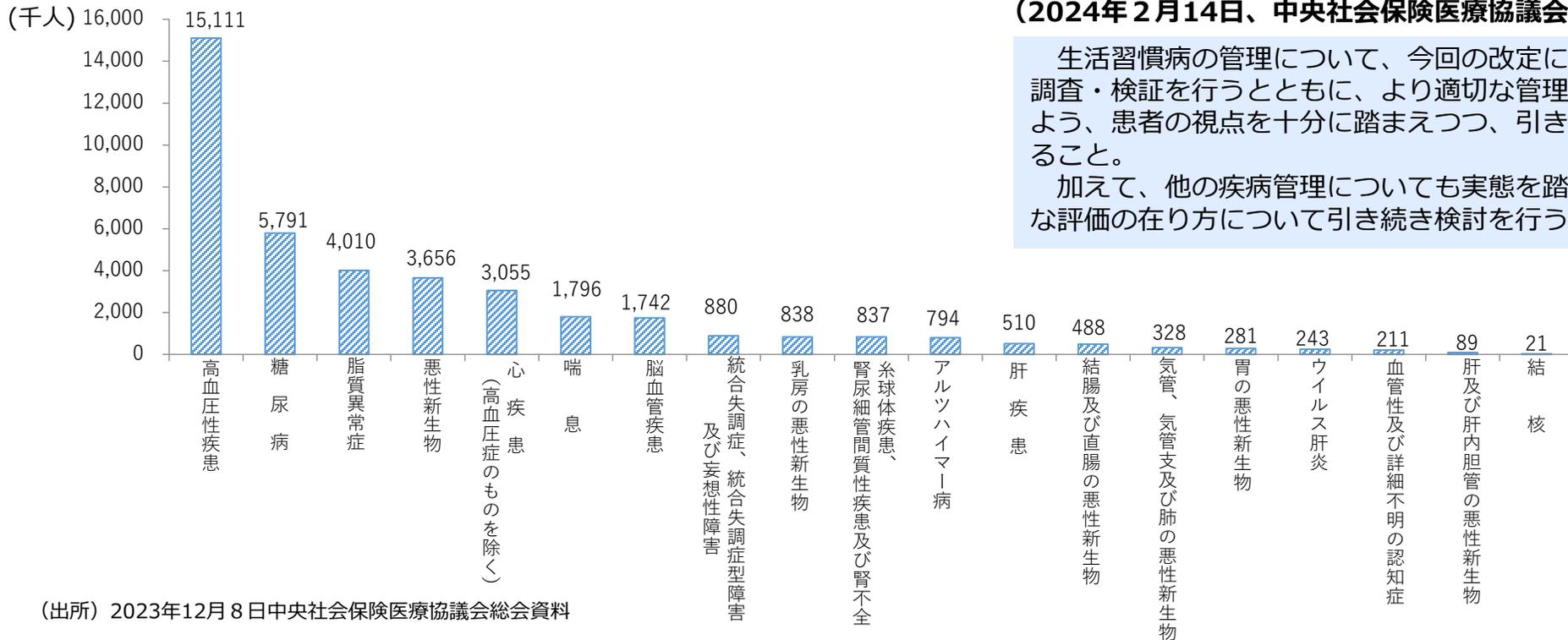
【改革の方向性】(案)

- EBPMを推進していく観点からも、今後の処遇等に関わる施策を検討するための前提として、こうした各医療機関・事業者のデータの収集が必要である。
- また、改正医療法の施行状況を踏まえて、医療機関の「経営情報データベース」において、職種別の給与・人数の提出を義務化すべき。28

疾病管理の在り方①

○ 主な傷病の総患者数を比較すると、高血圧性疾患、糖尿病、脂質異常症が上位を占め、外来医療費15.5兆円のうち高血圧性疾患は1.5兆円、糖尿病は0.9兆円となっている。

◆主な傷病の総患者数（2020年）



◆答申書附帯意見

(2024年2月14日、中央社会保険医療協議会)

生活習慣病の管理について、今回の改定による影響の調査・検証を行うとともに、より適切な管理がなされるよう、患者の視点を十分に踏まえつつ、引き続き検討すること。

加えて、他の疾病管理についても実態を踏まえた適切な評価の在り方について引き続き検討を行うこと。

◆傷病分類別の医療費（入院外）

単位：億円

総数	高血圧性疾患	糖尿病	悪性新生物	脳血管疾患	虚血性心疾患
155,474 (100%)	15,151 (9.7%)	9,340 (6.0%)	17,804 (11.5%)	2,569 (1.7%)	2,143 (1.4%)

(出所) 厚生労働省「2021年度国民医療費」

- この生活習慣病の診察実態については、診療頻度や使用される薬の価格が医療機関によって大きく差があるとの指摘等もある。
- 2024年度診療報酬改定においては、生活習慣病にかかる報酬の適正化を実施。月2回算定できる特定疾患療養管理料から生活習慣病である、高血圧性疾患・糖尿病・脂質異常症を除外し、新たに月1回算定可能な生活習慣病管理料（Ⅱ）を新設。

◆生活習慣病の診療実態に関する指摘

『ビッグデータが明かす医療費のカラクリ』（油井敬道著）（抜粋）

医療機関を1日医療費が高い順に左から並べてみると、**高血圧症**のみの治療を受けている患者について、実際の病院における平均医療費は、**高い病院では1日215円、安い病院は104円で2.1倍の開き**があった。同じように**糖尿病**の治療では275円と111円程度で**2.5倍の開き**、**脂質異常症**で239円と82円で**2.9倍の開き**がある。**患者が選ぶ医療機関によっても1日あたりの平均医療費がこんなに違っている**のである。

同じ病気の治療費が患者によってばらつくのは当然だ。医師は、同じ病気でも程度が重い場合は薬をたくさん処方し、高い薬を使い、頻繁に検査を行うことが多いので、当然、治療費は高くなる。高齢者が多い病院の平均医療費も高くなるのは普通だ。

ところが、**平均医療費が高い病院に通う患者の、年齢や診断時の検査値が特に高いか**というと、**そうでもない**。

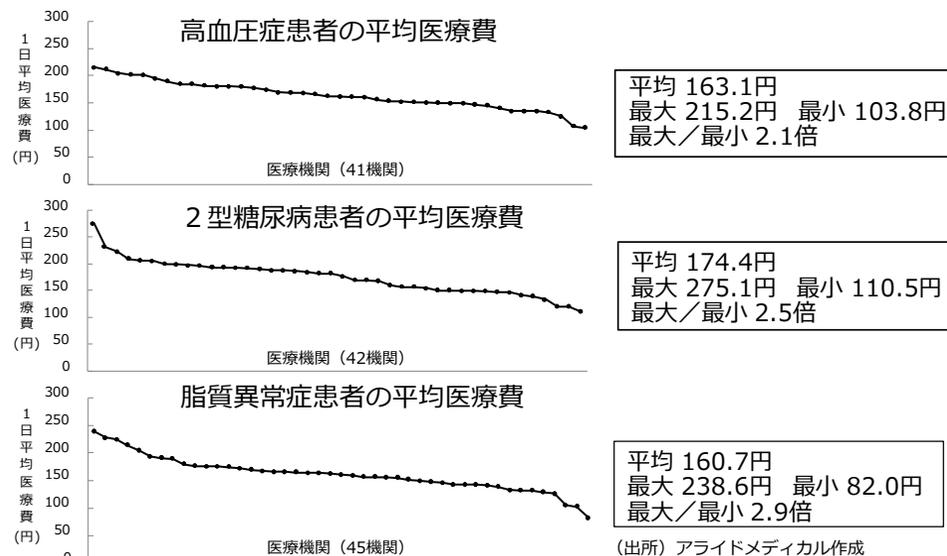
生活習慣病の場合、患者が病院に対し支払う手数料は、ほとんどが受診間隔、すなわち処方箋日数によって決まる。1回の受診にかかる手数料は、1カ月の処方箋でも3カ月の処方箋でもほとんど同額なため、**長期の処方箋のほうが、受診間隔が少なくなる分、1日あたりの病院手数料は劇的に安くなる**。

生活習慣病の治療を行う理由は、血圧や血糖が高かったり、脂質が高すぎたり低すぎたりする状態を何年も放置すると、重篤な病気になる可能性が高くなるからである。生活習慣病の治療方法は、毎日薬を飲み、医師に定期的に検査数値をチェックしてもらい、場合によっては薬の量や種類を変更してもらうことである。

この治療には、医療費の高い方法と安い方法がある。両者の違いは薬の価格と診療頻度の違いで発生する。薬は新薬を使うと約3倍高くなり、診療頻度を3カ月から1カ月に上げると、手数料は3倍になる。

そして、**安い薬を飲んででも診療頻度を低くしても、最終的に重篤な病気になる可能性は、高い薬で診療頻度を高くした場合と変わらない**。

図表1-5 医療機関によってこんなにも違う生活習慣病患者の平均医療費（今回解析した電子カルテデータすべてから、各患者の投薬後2年間の1日あたり平均医療費を医療機関別に集計して算出したもの）



図表8-5 受診頻度（長/短 処方）によって年齢や検査値は変わらない

高血圧症	人数	平均年齢 (歳)	初期収縮期血圧
長期処方	1678	63.0	148.9
短期処方	3086	66.5	149.8

糖尿病	人数	平均年齢 (歳)	初期HbA1c
長期処方	903	63.1	7.4
短期処方	1051	66.1	7.8

脂質異常症	人数	平均年齢 (歳)	初期LDLコレステロール
長期処方	943	62.4	145.2
短期処方	1291	63.4	149.7

(出所) アライドメディカル作成

【改革の方向性】(案)

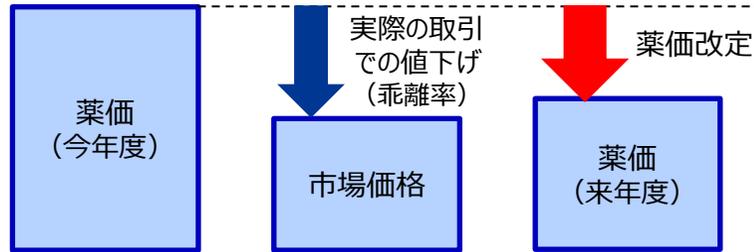
- 疾病管理の評価に関しては、生活習慣病の診察頻度や使用される薬の価格が医療機関によって大きな差があるとの指摘等も踏まえ、生活習慣病や他の疾病の管理の在り方について検討を深めるべき。

薬価改定の経緯

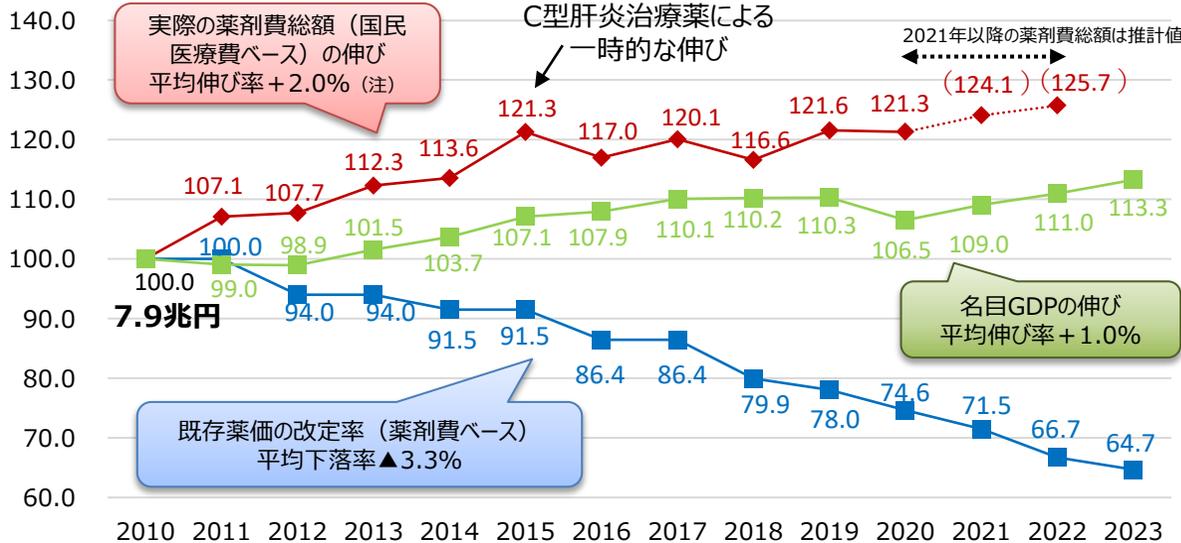
効率的提供

○ 既存薬価の改定率は例年マイナスとなっているが、薬剤使用量の増加や新規医薬品の保険収載により、薬剤費総額は拡大傾向にある。さらに、今後の高齢化の進展に伴い、更なる薬剤費の増加も見込まれる。

◆薬価改定

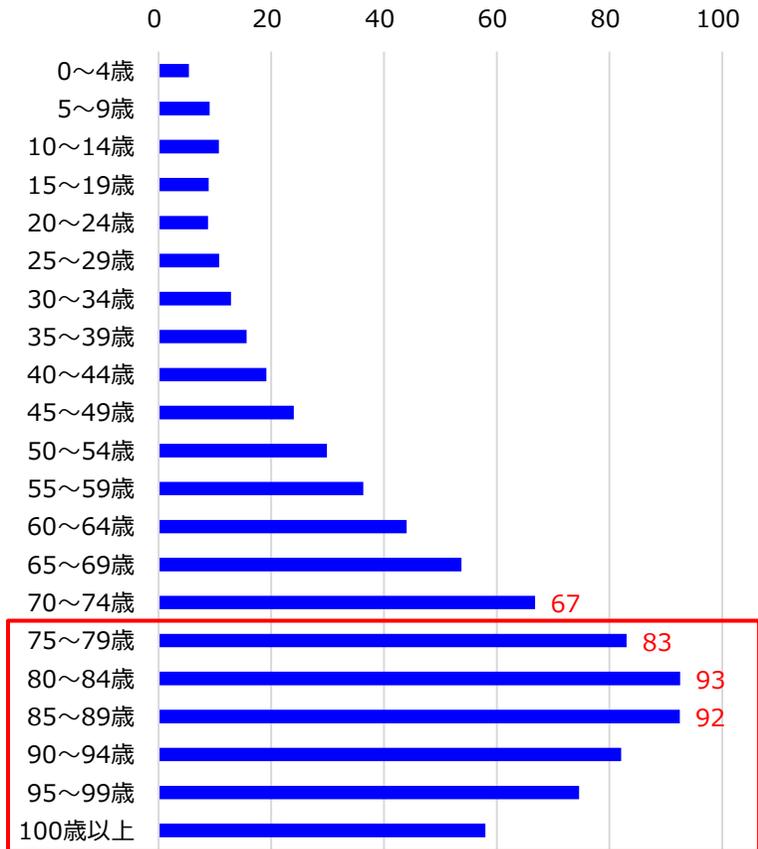


◆薬剤費の動向 (2010年比 (%))



◆年齢階級別の1人当たり薬剤料 [内服薬]

(2022年度)
(千円)



※「薬剤料」とは、調剤報酬明細書の「処方」欄に記録された用量、「調剤数量」欄に記録された調剤数量及び薬価から、個別の薬剤ごとに算出した金額をいう。

(出所)厚生労働省「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」、総務省「人口推計」を基に作成

(注) 2010~2020年度の平均伸び率。

※1 厚生労働省「中央社会保険医療協議会薬価専門部会」(2023年8月23日)資料、内閣府「国民経済計算年次推計」を基に作成。

※2 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。

※3 2021年度以降の薬剤費総額については、2020年度の国民医療費及び薬剤費をベースに、「最近の医科医療費(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2021年4月~2023年3月の伸び率を用いて機械的に推計。

※4 名目GDPは2022年度は実績見込み、2023年度は見通し。

2023年度
薬価改定
↓
国民負担
▲3,100億円

毎年薬価改定の「完全実施」の必要性

効率的提供

- 2023年度改定では、新薬創出等加算や不採算品再算定において臨時・特例的な対応を行う一方で、新薬創出等加算の累積額控除及び長期収載品に関する算定ルールについては適用されず、2023年度薬価改定の骨子（2022年12月21日 中医協了承）においては、「2024年度改定において、「国民皆保険の持続可能性」と「イノベーションの推進」を両立する観点から、新薬創出等加算や長期収載品に関する薬価算定ルールの見直しに向けた検討を行う」とされた。また、追加承認項目等の加算などについては、評価に一定の時間を要することなどから、2023年度改定では適用しないこととされた。

◆ 2023年度改定で未適用となった主な薬価算定ルール

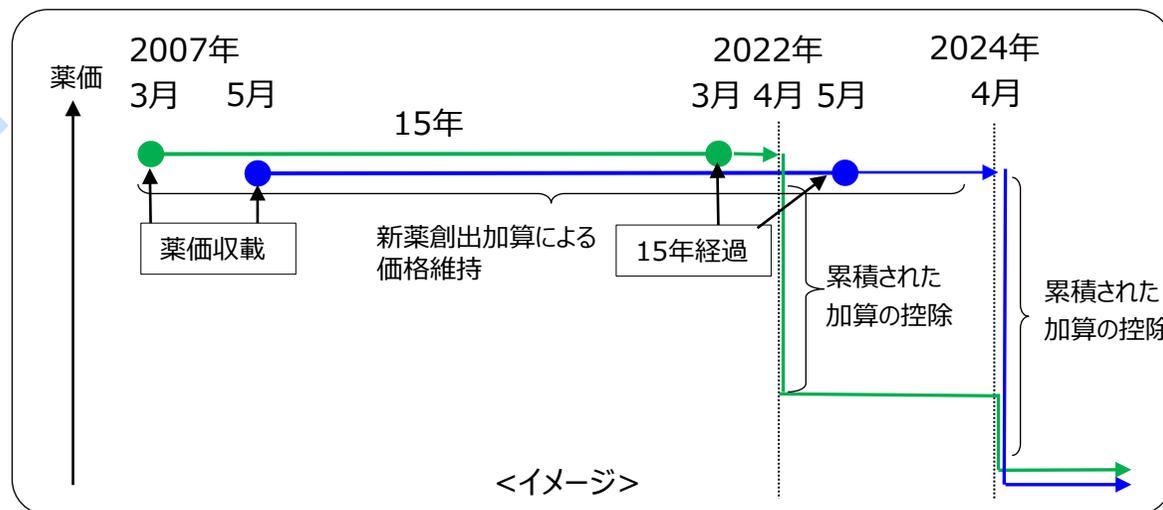
項目	概要
新薬創出等加算の累積額の控除	後発品収載又は上市後15年経過によるこれまでの加算の累積額を控除
長期収載品の薬価改定	後発収載後5 - 10年や10年超経過した先発品を後発品の置き換え率に応じて引下げ
追加承認項目等の加算	小児や希少疾患にかかる効能・効果が追加承認されたもの等に一定の加算

※最低薬価の維持、基礎的医薬品の薬価維持、新薬創出加算の加算、後発医薬品の価格帯集約、既収載品の外国平均価格調整については適用している

◆ 2年に1度しか適用されないルールがあることによる弊害

(例)

新薬創出等加算の控除のタイミングが2年に1度の場合、上市のタイミングの差で、加算期間で最大2年間程度の適用の差が生じる



◆ 令和6年度（2024年度）薬価制度改革の骨子（2023年12月20日）

(2) 診療報酬改定がない年の薬価改定

- 診療報酬改定がない年の薬価改定の在り方については、引き続き検討することとし、令和6年度（2024年度）速やかに議論を開始することとする。

【改革の方向性】(案)

- 毎年薬価改定が行われる中で、2年に1度しか適用されないルールがあるのは合理的な説明が困難。例えば、新薬創出等加算の控除などについては、収載のタイミングによる不公平も生じる。このため、2025年度改定では、既収載品の算定ルールについて、全て適用すべきである。

- 日本の医療制度は、薬事承認された医薬品は原則として公的保険の対象となるほか、費用対効果評価や追加的有用性評価を経ずに多くの新薬の償還価格決定・調整がなされる点において、医療保険等を財源の中心とする他国と異なる。医療現場では医師の判断に基づき自由に使用される。一方で、高額療養費制度があるため、患者側・医療機関側ともに、高額医療に対してコスト意識が働かない。
- こうした中、日本の医薬品市場については、承認された新薬の製品数は米国と遜色ない中で、ドラッグラグ・ドラッグロスの課題やカントリードラッグ（日本でしか流通してない新薬）が多いとの指摘がある。また、効果を維持しつつ減薬・休薬を含む医薬品の適正使用を行うことは副作用の軽減にもつながるため、患者本位の治療の確立に向けて一層の努力が必要との指摘もある。
- 質の高い医療の提供・イノベーションの促進と、国民皆保険制度の持続性確保を両立する観点から、諸外国の例も踏まえ、費用対効果などの経済性や患者の利益を勘案した保険診療が効率的に行われる仕組みを構築すべき。

経済性が勘案されない医療の構造

薬事承認
(有効性・安全性)

薬価収載
(= 公的医療制度で
使用可能)

薬事と公的保険とで対象
医薬品の差がなく、保険収
載の段階で経済性が勘案
されない

一部の医薬品については費用対
効果評価による価格調整

費用対効果評価は保険収載の
可否判断には用いられず、薬価
の部分的な調整にとどまる

(医薬品市場への影響)

- ・承認される新薬品目数は米国と比べ遜色ない
- ・ドラッグラグ・ドラッグロスの指摘
- ・カントリードラッグ（日本でしか流通しない新薬）が多いとの指摘

(診療の現場)

- ・患者本位の治療の確立に向けた取組みの強化が必要との指摘
- ・医薬品の適正使用に向けた取組みが十分でないとの指摘

これまでに取り組んできた主な事項

- 最適使用推進ガイドラインの導入（2017年～）
- 費用対効果評価の導入（2019年4月～）
- 地域フォーミュラリの活用

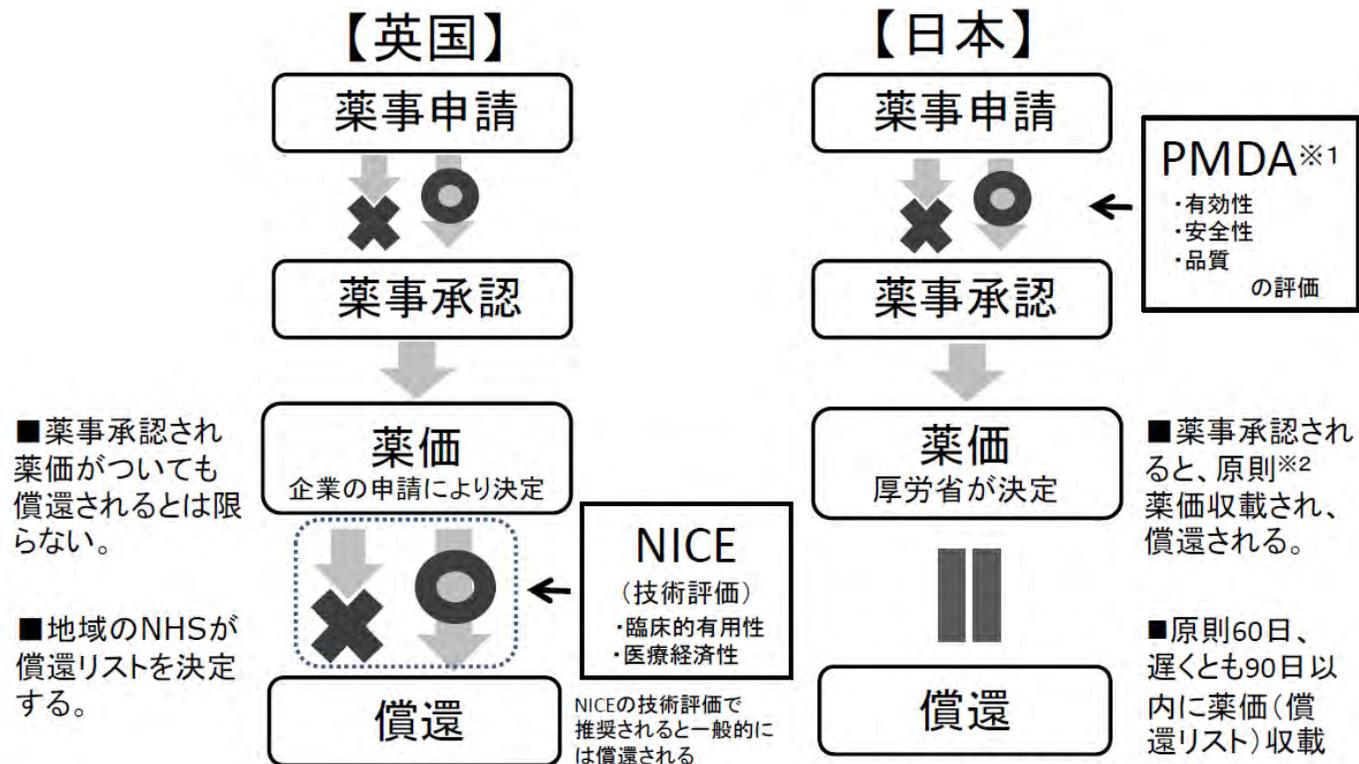
今後の主な改革の方向性

- 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の拡大、検証する体制の強化
- 費用対効果評価の結果を保険償還の可否の判断にも用いる方向での検討
- 医薬品の適正使用に関するガイドラインを導入し、経済性の観点も考慮した患者本位の診療を推進
- 減薬・休薬を含む医薬品の適正使用に向けた調査・研究の推進

医薬品の保険収載の在り方

- 日本では、有効性・安全性が認められ薬事承認された医薬品は、年4回、事実上すべて公的保険で収載されている。年度途中の保険収載により生じる財政影響は、予算編成においては勘案されておらず、予算統制の枠外となっている。また、保険収載された新薬に対する費用対効果評価の適用も極めて限られている。
- 公的な医療保険等が中心となっている諸外国を見ると、例えば英国では薬事承認後、費用対効果評価を行い、その結果に応じて、公的医療制度での償還についても判断される。また、仏・独では追加的有用性評価を幅広く適用し、新薬の価格を決定・調整している。

◆英国と日本の償還制度の違い（医療用医薬品の場合）



※1 (独) 医薬品医療機器総合機構

※2 保険医療上での使用がなじまないもの等を除く

- 公的な医療保険等が医療の財源の中心である国においては、薬事承認のほかに、薬価のコントロール手段として、①費用対効果分析（英等）や②追加的有用性評価（仏、独等）により、保険償還の有無や償還価格を決める仕組みを採用しているのが一般的。
- 例えば、①英では1割強の新薬について保険収載が非推奨となっているほか、3割の新薬の適用場面を限定した上で保険収載を推奨している。②仏独では新薬の5～6割程度について追加的有用性無と評価されている。

公的な医療保険等が中心の国

①費用対効果分析 (英、加等)

・費用対効果分析を償還の可否に活用

英

費用対効果評価

推奨

適用限定
付き推奨

非推奨

(49%)

(30%)

(13%)
(注)

②追加的有用性評価 (仏、独等)

・標準治療と比した追加的有用性の有無を確認し、償還価格決定

仏、独

追加的有用性評価

追加的有用性有

追加的有用性無

(4割程度)

(5～6割程度)

価格交渉

・国際薬価比較
・国内薬価比較

参照価格等

・既存比較薬より
価格引下げ

③保険者の交渉 (米)

・医療保険者と製薬企業間の価格交渉により償還価格を決定

(参考) 近年の主な動き
Inflation Reduction Act
(2022)

・Medicareに償還価格交渉権限を付与
・高額10治療薬を先行(2024年秋に価格上限を公表、2026年実施)させ、その後4年間で90治療薬を追加
(出所) US Department of Health and Human Resourcesホームページ

仏：5段階評価(2009年～2016年の平均)のうち

・上位3段階評価：計15%
・4段階評価(minor improvement)：26%
・5段階評価(No improvement)：60%
出所：Marc R Dowin, Commonwealth Fund, Nov 2019

独：6段階評価(2011年～2022年1月)のうち

・上位2段階評価：計21%
・3段階評価(minor improvement)：16%
・4段階評価(not quantifiable)：17%
・5～6段階評価(No additional benefit/less benefit)：46%
出所：医療経済研究機構、2023年3月

(注) 2024年3月24日現在で実施された1173評価の累計値(2000年以降)。上記のほか、Cancer Drugs Fundでの使用(5%)や調査研究での使用(3%)がある。
NICE (National Institute for Health and Care Excellence) ホームページ参照。

(参考) 仏の事例

- 仏は追加的有用性評価に基づき新薬の表面価格 (list prices)を設定。新薬の6割が評価5 (追加価値なし) とされるなど厳格に運用されている。
- 追加的有用性がある新薬 (評価1～評価3とされた新薬) については、価格交渉が行われ、表面価格 (list prices)から値引きされる (値引き後価格は対外秘)。
- 薬剤費が規定値を超えた場合は製薬業界が売上超過額の一定額等を払戻す仕組みを採用。

新薬の償還・値付けに関する仕組み

①追加的有用性評価 (ASMR)

- ・表面価格 (list prices) の設定



②価格交渉⇒価格引下げ

- ・費用対効果評価結果とあわせて価格交渉
- ・評価1～評価3の新薬は値引契約を含む個別契約が必須
- ・外来薬は品目ごとに個別協定を締結 (個別協定は最長4年間 (価格、売上量等))
- ・病院薬は表面価格設定後、製薬企業と病院が直接交渉



③政府予算額による統制

(ONDAM)

- ・医療保険支出増に目標値設定 (1997年～)
- ・製薬業界における成長目標
 - ・2022年+2%、2023年+1%
- ・全体の薬剤費支出が規定値を超えた場合のクローバック (製薬業界が払戻し)

制度の運用状況等

追加的有用性評価 ASMR : 2009年～2016年

新薬数
(年平均)
85

(参考) 価格の考え方

評価1
Major Improvement

1.4 (2%)

評価2
Important Improvement

3.3 (4%)

評価3
Moderate improvement

8 (9%)

評価4
Minor improvement

22 (26%)

評価5
No improvement

51 (60%)

- 表面価格：欧州価格保証
 - ・英、独、伊、西の価格 (*) を参照
 - * 長期収載品や後発品の価格も含む
- 表面価格からの値引契約が必須
 - ・10%～30%の割引価格 (対外秘) で購入するのが通常
 - ・病院は更なる割引を得ることもある

仏の最も安い比較薬の治療コストを増加させないネット価格

- 以前登録された評価5 (同じ比較薬) より経済的な価格
 - ・比較薬から5～10%引下げ

クローバックの運用状況

- ・規定値以上の売上上昇が生じた場合、売上高の70%、売上高の伸率の30%の拠出金が製薬業界から払い戻される。
- ・2021年の製薬業界の払戻額：7.8億ユーロ

- 2019年4月から運用が開始された費用対効果評価制度については、保険償還の可否の判断に用いるのではなく、いったん保険収載したうえで価格調整に用いることとされているほか、対象が市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器に限られていること等から、2024年4月時点で、36品目の費用対効果評価の実施に留まっている。
- その結果、27品目の薬価が引き下げられている（うち2品目は2024年7月1日適用予定）が、評価結果を反映させる価格調整範囲は、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られており、これまでの薬価の引下げ幅は最大▲9.4%にとどまる。

◆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」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：健康状態と生存年を勘案して効果を数値化

- ・ 「追加の効果」：QALY（Quality-Adjusted Life Year）
 QOL（Quality of Life）×生存年数
 （例）完全に健康な状態で1年間生存：1×1 = 1 QALY
 QOLは患者に対する質問票の結果を数値化（0～1）
- ・ 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>）

◆費用対効果評価における価格調整範囲

（類似薬効比較方式の場合）

- ・ 価格調整は有用性系加算部分のみ

（原価計算方式の場合）

- ・ 価格調整は有用性系加算部分 + 営業利益の範囲（開示度低い場合※1）

製品総原価	営業利益 ※1	加算部分 ※2
流通経費		
消費税		

※1 開示度が高い場合には営業利益は対象外

※2 加算がない場合には、調整対象とはならない **価格調整対象**

◆価格調整の方法

- ・ 算出されたICERの値に応じて、有用性系加算部分は最大▲90%、営業利益部分は最大▲50%の価格調整
- ・ ただし、下げ止めの仕組みが設けられており、価格調整は有用性系加算の加算率に応じて、調整前薬価の10%～15%が限度
 また、ICER 500万円/QALYとなる価格（抗がん剤等では750万円/QALYとなる価格）を下回らない価格とする

【改革の方向性】（案）

- 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、費用対効果評価の結果を保険償還の可否の判断にも用いることも検討すべき。併せて、費用対効果評価を実施する体制を強化する必要がある。
- 費用対効果評価の結果については、各学会が定める診療ガイドラインや厚生労働省が作成する最適使用推進ガイドラインなどの各種ガイドラインに反映し、経済性の観点を診療の現場にも徹底させるべき。（後述の治療の適正化に向けた取組参照）

◆ラゲブリオ (市場規模 (ピーク時予測) 138億円、有用性系加算10%)

品目名	効能・効果	比較対照技術	対象患者【割合】	ICER (円/QALY) の区分
ラゲブリオカプセル	SARS-CoV-2 による感染症 (新型コロナウイルス)	標準治療 (コロナ治療薬を用いない対症療法)	重症化リスク因子を有するSARS-CoV-2 による感染症 (COVID-19)患者(18歳以上) 【100%】	費用増加 (※)

(2024年7月1日)



※比較対照技術に対し効果が同等であり、かつ費用が増加

調整前価格	調整後価格	削減率
2,357.80円	2,164.90円	▲8.2%

◆トリンテリックス (市場規模 (ピーク時予測) 227億円、有用性系加算5%)

品目名	効能・効果	比較対照技術	対象患者【割合】	ICER (円/QALY) の区分
トリンテリックス錠	うつ病・うつ状態	ミルナシプラン	中等度以上のうつ病・うつ状態 【100%】	費用増加 (※)

(2021年11月1日)



※比較対照技術に対し効果が同等であり、かつ費用が増加

調整前価格	調整後価格	削減率
10mg1錠 168.90円 20mg1錠 253.40円	10mg1錠 161.70円 20mg1錠 242.50円	▲4.3%

日本の医薬品市場の課題

- 我が国医薬品市場については、承認された新薬の製品数は米国と遜色ない中で、ドラッグラグ・ドラッグロスの課題やカントリードラッグ（日本でしか流通していない新薬）が多いとの指摘がある。
- 諸外国と同様、費用対効果評価（追加的有用性評価）を徹底した上で、真に革新的な医薬品と費用対効果が低い医薬品を区分して評価し、小児用・希少疾患用医薬品を適切に評価することを含め、薬価配分にメリハリをつけることは、我が国の医薬品市場の魅力高めるとともに、製薬企業の国際競争力の強化にもつながると考えられる。

◆カントリードラッグの状況

『薬剤給付制度の薬価偏重からの脱却を－給付対象の限定と医師の処方行動への働きかけを－』（日本総研調査部主任研究員 成瀬道紀氏）（抜粋）

承認された新薬が原則すべて保険収載されることにより以下のような影響が生じている。 澁口 [2021] によれば、**2010～2019年に承認されたNME（新有効成分含有医薬品）の数は、わが国は398品目と世界最大の医薬品市場を誇るアメリカ（378品目）をも上回る**（注23）。世界でよく売れている新薬でドラッグ・ラグ、ドラッグ・ロスが生じている現象と一見矛盾するようであるが、**要は海外では通用しない新薬がわが国で多数承認されているのである。既存薬とさほど効果が変わらないような費用対効果が悪い新薬は、海外では給付対象とならない可能性が高い。**こうした新薬でも承認されれば自動的に保険収載されるわが国の市場は、**費用対効果に劣る新薬にとっては魅力的であり、わが国だけで開発・申請されている新薬も少なくないとみられる。**

（注23）集計期間が2013～2019年と日米と異なるが、EUの医薬品承認審査機関である欧州医薬品庁（EMA）が承認したNMEの品目数は275品目である。

参考文献：澁口朋之 [2021]．「日米欧NME承認品目の創出企業の国籍—2010～2019年の承認品目を中心に—」政策研ニユース No.62

◆新薬の上市状況に関する国際比較

米国と他の高所得国（26か国）の新薬の上市状況（2018年～2022年）を調査した米国調査機関のレポートでは、以下の指摘がなされている。

- ・半数以上の新薬はまず米国で販売される
- ・米国で販売された新薬は約1年後に他の主要国（*）で販売されるのが典型的である。*豪、加、仏、独、日、英
- ・**ほとんどの国において、新薬のうち米国で販売されていないものが占める割合は小さい。日本はこの割合が39%（122新薬のうち47新薬）と顕著な例外**である

【米国で販売されていない新薬の新薬総数に占める割合（注）】

（注）独、仏、英についてはレポート記載のデータから財務省で計算

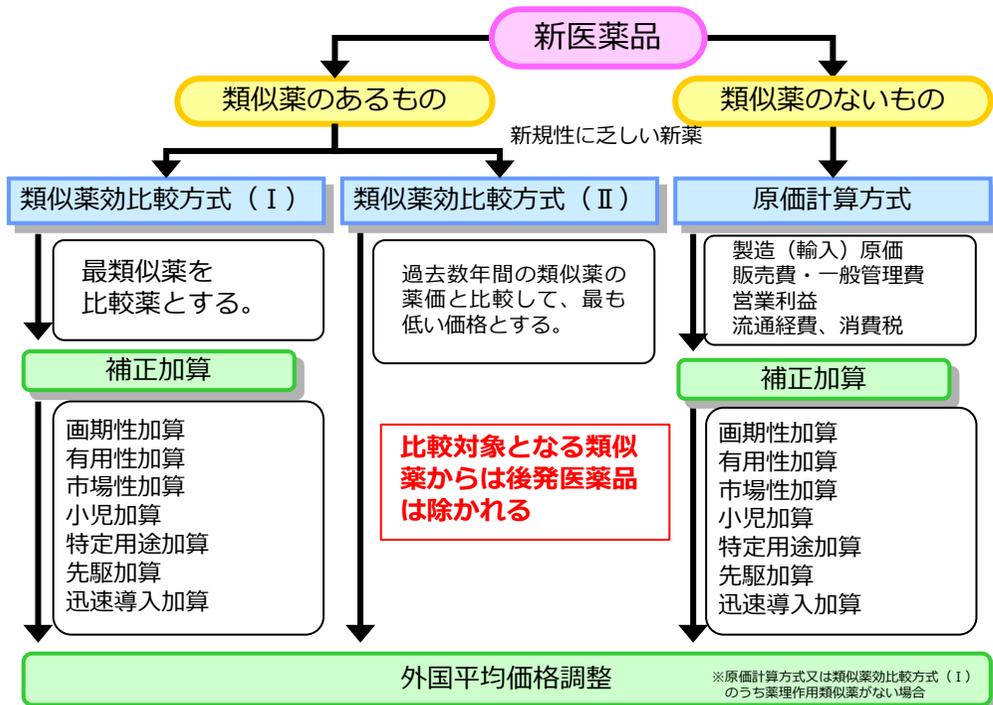
- ・ **日本** : **39%（122新薬のうち47新薬）**
- ・ 独 : 13%（149新薬のうち20新薬）
- ・ 仏 : 12%（98新薬のうち12新薬）
- ・ 英 : 11%（122新薬のうち14新薬）
- ・ カナダ : 5%（80新薬のうち4新薬）

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: https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR788-4.html

新規医薬品の薬価算定方式の見直し

- 日本では、新規収載時に費用対効果評価（追加的有用性評価）が行われておらず、すでに後発医薬品が使用可能で、新規性に乏しい新薬であっても、類似薬効比較方式により、高い薬価で新薬として収載されることが可能となっている。
- こうした薬価算定方式は、新規性に乏しい新薬を開発するインセンティブを製薬企業に与え、前述のドラッグラグ・ドラッグロスやカントリードラッグが多いことの一因となっている可能性がある。

◆ 新規医薬品の薬価算定方式



◆ 類似薬効比較方式Ⅱの適用例

(プロトンポンプ阻害薬の主な医薬品)

1992年収載 タケブロン 39.7円

1997年収載 パリエット 43.6円

↓ 後発品が収載

2009年収載 ランソプラゾール 36.0円等
(タケブロンの後発品)

2010年収載 ラベプラゾールナトリウム 26.9円等
(パリエットの後発品)

2011年収載 ネキシウム 69.7円
(パリエットを類似薬とする新薬)

2015年収載 タケキャブ 144.8円
(ネキシウムを類似薬とする新薬)

新規性に乏しい新薬に適用される類似薬効比較方式 (Ⅱ) により薬価を算定 (比較対象となる類似薬からは後発医薬品は除かれる)

※価格は2024年度、胃潰瘍の通常1日あたりの薬価

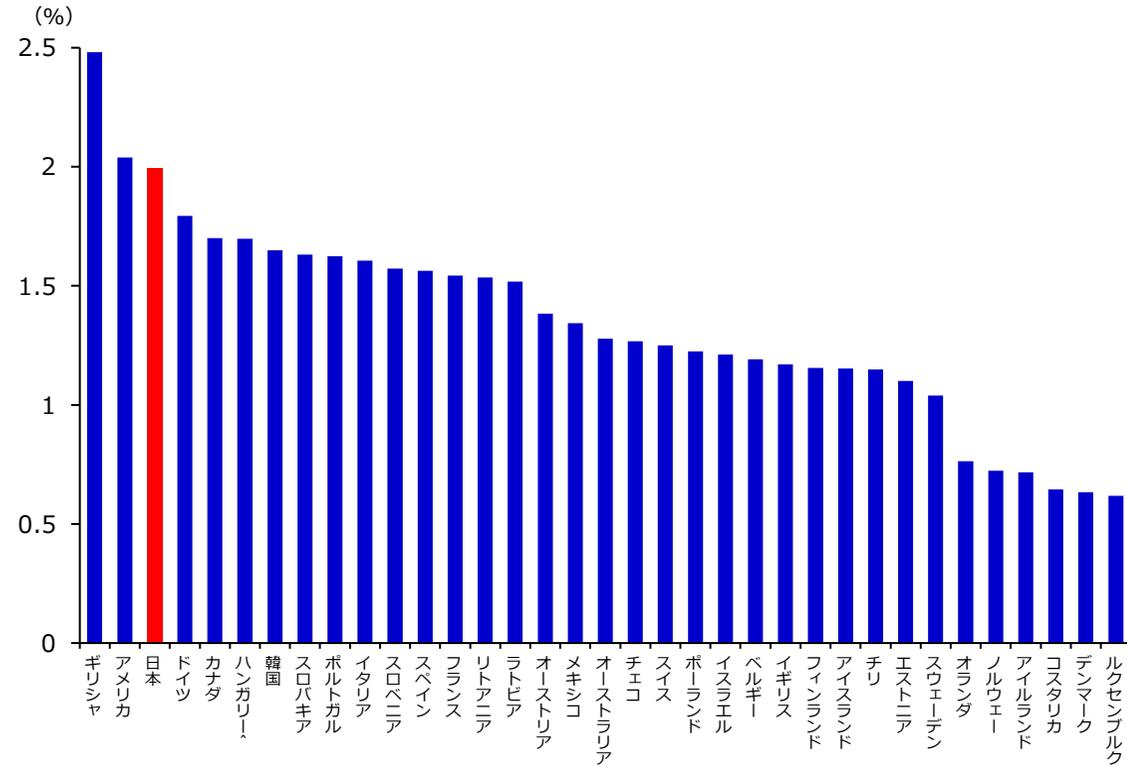
【改革の方向性】(案)

- 費用対効果評価を実施し、薬価にメリハリをつけていくべき。それまでの間においても、後発品上市後に改めて新規性が乏しい新薬が高値で収載されることに対しては、革新的な創薬に係るイノベーションの推進や国民皆保険の持続性確保の観点から、類似薬効比較方式 (Ⅱ) において「類似薬の薬価」と比較して薬価を定める際に、類似薬に後発品が上市されている場合はその価格を勘案して定めることとすべきである。

◆内外の大手製薬企業の売上高

	企業名	売上高 (億米ドル)
世界 上位 10 社	ファイザー (アメリカ)	796
	アッヴィ (アメリカ)	562
	ジョンソン&ジョンソン (アメリカ)	521
	ノバルティス (スイス)	516
	ロシュ (スイス)	493
	ブリストル・マイヤーズ スクイブ (アメリカ)	464
	メルク (アメリカ)	428
	サノフィ (フランス)	394
	アストラゼネカ (イギリス)	374
	グラクソ・スミスクライン (イギリス)	337
日本 上位 10 社	武田薬品工業	266
	アステラス製薬	97
	第一三共	78
	中外製薬	75
	大塚ホールディングス	73
	エーザイ	47
	住友ファーマ	39
	田辺三菱製薬	29
	小野薬品工業	27
	協和キリン	26

◆医薬品費等 (対GDP比) の国際比較 (2021年)



(出所)“OECD Health Statistics 2023”(2024年4月1日時点)

(注1)日本・オーストラリア・イスラエルは2020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。

(注2)日本の医薬品費等の内訳は処方薬(外来薬剤費)86%、OTC薬13%、その他非耐久性医療財1%。

※2021会計年度ベース、売上高は2021年度末時点のレート(121円)でドル換算。

(出所)SPEEDA(株式会社ユーザベース)、アニュアルレポート、有価証券報告書、決算情報
日本製薬工業協会 DATA BOOK 2023

患者本位の治療の確立に向けた取り組み

- 質の高い医療の効率的提供という観点からは、患者本位の良識ある腫瘍治療研究の確立に向けて、将来ビジョンや基本的考え方を共有しようとする専門家の取り組み (Common Sense Oncology) がカナダを起点に世界の腫瘍治療研究専門家により行われている。
- そこでは、患者の立場に立って、専門家として意味ある改善が期待できない治療を推奨しないことや、患者や政策当局者のがん治療の選択肢に対する理解を深めていくことが目指されている。
- 我が国においても、患者本位の治療、研究の確立という考え方に沿って、幅広く対策を講じていく必要がある。

◆良識ある腫瘍治療・研究 (Common Sense Oncology: outcomes that matter) の取り組み

- ・ 質の高いがん治療を推進するための草の根の運動
- ・ 2023年4月にカナダ・クイーン大学での準備会合で開始
- ・ 医師、保健専門家、患者、患者団体、学会、メディア、規制当局、政策当局の誰もが参加できる
- ・ 患者本位の効果ある治療の研究、患者本位の研究結果の解釈、研究結果のコミュニケーション・がん治療の選択肢に対する理解促進

対応すべき課題 (ポイントを抜粋)

- がん治療方針の決定は患者と診療側にとってより複雑になっている
 - ・ 大きな恩恵をもたらす新薬もあるが、**承認された新薬の多くは寿命を延ばしたり症状を改善したりしない。**
 - ・ **全てのがん治療は副作用を伴い、大きな経済負担**が生じ、病院で過ごすことで**家族や友人と過ごす時間を少なくする。**
 - ・ 生存期間延長とQOL改善をもたらす治療を研究し促進することも大事だが、**そうでないものを見極めることも重要。**
- 公的費用で賄う治験から業界負担の治験に変わり、患者の便益ではなく**業界の利益ががん治療と研究を動かしている。**
- 治療の便益とリスクに関する明確なコミュニケーションが不足している。治癒しないがん治療において、予後と治療手法を議論する際に、**治療者と患者の双方にとって希望と現実のバランスを取ることが難しい。**
- 患者はもっと治療に関する情報を知り、質の高い治療を受けられるべき。教育、研究手法、研究投資、政策、メディア、コミュニケーション、治療について**発想の転換が必要。**

Vision (ポイントを抜粋)

- ・ 患者は有意な改善を示すがん治療にアクセスできる
- ・ 患者にとって重要な成果が全ての治験等の中心である
- ・ 治験報告の透明性。(患者等が明確に理解できる言葉で)
- ・ 患者の意思決定に資する明確なコミュニケーション
- ・ 患者の生活改善に資する治療だけが推奨される 等

Guiding Principles (ポイントを抜粋)

1. 質の高いがん治療へのアクセスは基本的な人権
2. 患者と社会のニーズががん研究と治療を動かすべき
3. 政策決定には患者と国民が関与すべき
4. 患者は推奨されるがん治療が有意に生存期間を延長するかQOLを改善するものと期待すべき
5. 患者と腫瘍専門家間の意思決定は患者の価値観、エビデンスに基づく医薬品と評価に基づくべき
6. がん治療は適切な価格で行われるべき
7. 質の高い治療へのアクセスを優先すべき
8. 総合的な患者本位のがん治療は適切なタイミングでの精神腫瘍学、発病後の生活等の指南、緩和ケアを含む

- これまでも、治療の質を維持しつつ医薬品の投与量を減らすといった研究も存在するが、新薬開発の研究とは異なり、活発ではない。
- 現在、革新的な作用機序を有する医薬品に対し、患者や医療機関等の要件を設定する最適使用推進ガイドラインを導入している。ただし、対象医薬品は限定的であり、減薬・休薬などの治療適正化や経済性の観点は盛り込まれていない。
- なお、患者側・医療機関側ともに、高額療養費制度があるため、高額医療に対してコスト意識が働かない構造。一旦収載された医薬品は特段の制限なく使用可能であり、仮に同一効果でより低コストな医療が採りえたとしても、それが選択されるとは限らない。

◆肺がん治療において、薬剤を減量して少ない副作用で同等の効果が得られた研究例

JAMA Oncology | Original Investigation

Low-Dose Erlotinib Treatment in Elderly or Frail Patients With EGFR Mutation-Positive Non-Small Cell Lung Cancer
A Multicenter Phase 2 Trial

EGFR遺伝子変異による肺がん治療について、高齢者に対して薬剤用量を減らし、少ない副作用で同等の効果が得られたとする研究。

The Journal of American Medical Association(JAMA) Oncology 掲載。

仮にこの論文を踏まえて治療を行った場合

- ・標準量150mg（1日11,000円）→50mg（1日4,000円）
- ・高い病状制御（90%）、少ない有害事象（薬剤性肺炎が5%→0%）

◆最適使用推進ガイドライン

対象医薬品	<ul style="list-style-type: none"> ・新規作用機序を有する革新的な医薬品及びその類薬 ※現在21種類の医薬品についてガイドラインを策定
ガイドラインに盛り込む内容	<ul style="list-style-type: none"> ・対象医薬品の使用が最適だと考えられる患者の選択基準 ・対象医薬品を適切に使用できる医師・医療機関等の要件

より幅広い医薬品についてガイドラインを策定すべき

対象患者の状態に応じた投与量の調整など治療適正化の観点からの使用方法も盛り込むべき

【改革の方向性】（案）

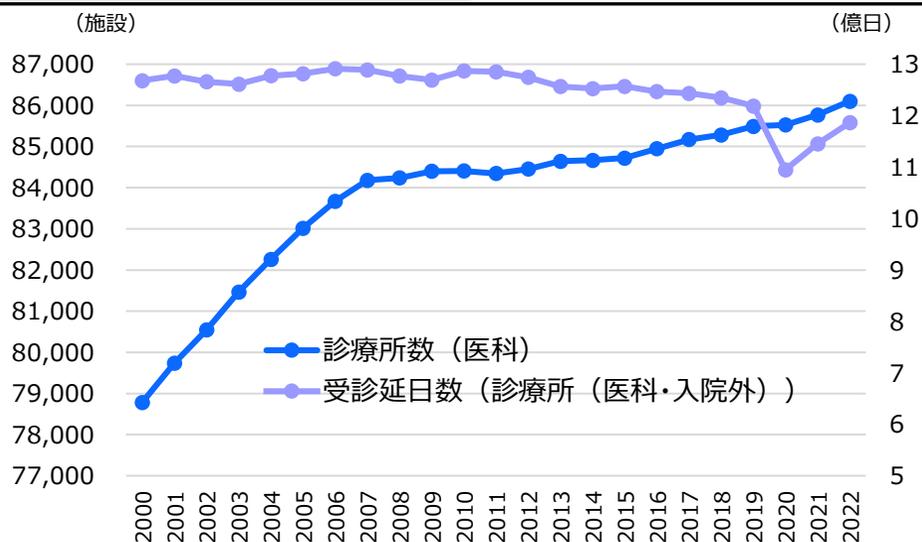
- 患者本位の治療の確立に向けて、民間による調査研究が活発に行われにくい、減薬・休薬を含む治療の適正化に関する研究・調査について、国として積極的に進めていく必要がある。
- 最適使用推進ガイドラインについて、より幅広い医薬品を対象とするとともに、各学会が定める診療ガイドラインも含めた各種のガイドラインにおいて、前述の費用対効果評価の結果に基づく経済性の反映のほか、減薬・休薬を含めた投与量の調整方法など治療の適正化に関する事項についても盛り込むべきである。

- 2030年頃には医師の供給過剰になると見込まれており、全体の人口減少に対応した医学部定員の適正化が必要。
- あわせて、「改革工程」に基づき、医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在是正に向けた強力な対策を講じる必要。

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

- ・ 医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在是正に向けて、医学部臨時定員、経済的インセンティブや、外来医師多数区域における都道府県知事の権限強化を始めとする規制的手法の在り方について検討する。

診療所数の推移



区分	無床診療所数 (人口10万人当たり,2021年)
特別区	112.5
政令市	84.8
中核市	79.9
その他	68.9
全国平均	78.2

これまでに取り組んできた主な事項

- **医師養成課程を通じた医師偏在対策**
 - ・ 医学部における地域枠の設定、臨床研修・専門研修における採用上限数の設定など
- **地域医療介護総合確保基金を活用した医師確保**
 - ・ 卒業後に地域医療に従事する意思を有する医学生に対する修学資金の貸与など
- **外来医療計画に基づく要請**
 - ・ 外来医師多数区域において新規開業を希望する者に対して不足する医療機能を担うように要請
- **大学病院等からの医療機関に対する医師派遣の充実**
 - ・ 地域医療介護総合確保基金を活用した更なる支援

今後の主な改革の方向性

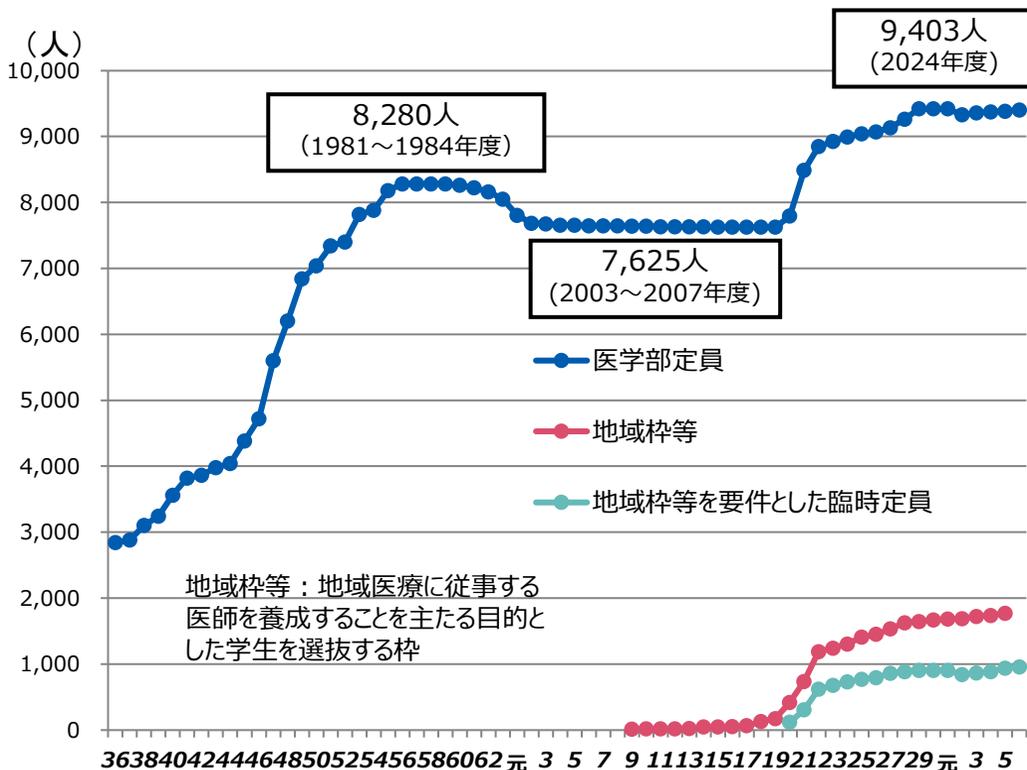
- **全体の人口減少に対応した医学部定員の適正化**
- **経済的インセンティブ**
 - ・ 診療所の報酬単価の適正化
 - ・ 診療コストにきめ細かく対応する地域別単価の導入
- **規制的手法**
 - ・ 外来医療計画における都道府県知事の権限強化
 - ・ 自由開業・自由標榜の見直し

定員の推移と今後の医師の需給見込み

効率的提供

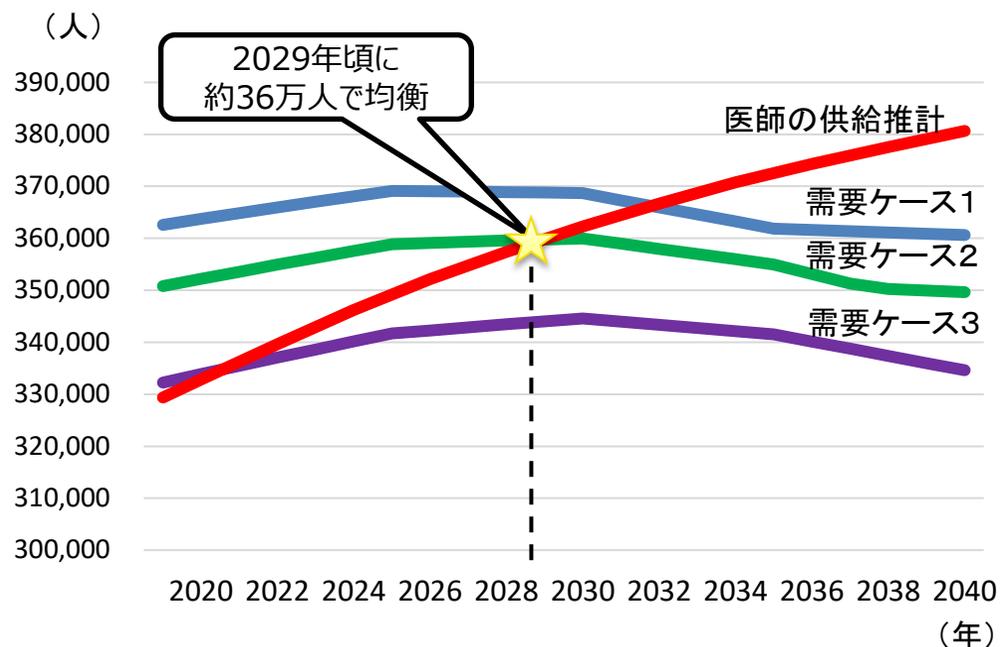
○ 2020年の医学部定員を前提とした厚生労働省の将来推計によれば、2029年頃にマクロでは医師需給が均衡し、その後は医師の供給過剰となることが見込まれる。それにもかかわらず、足下でも医学部定員は増加している。医学部定員の適正化が必要。

◆ 医学部定員の推移



2020年	2021年	2022年	2023年	2024年
9,330	9,357	9,374	9,384	9,403

◆ 医師の需給推計（2020年の医学部定員を前提）



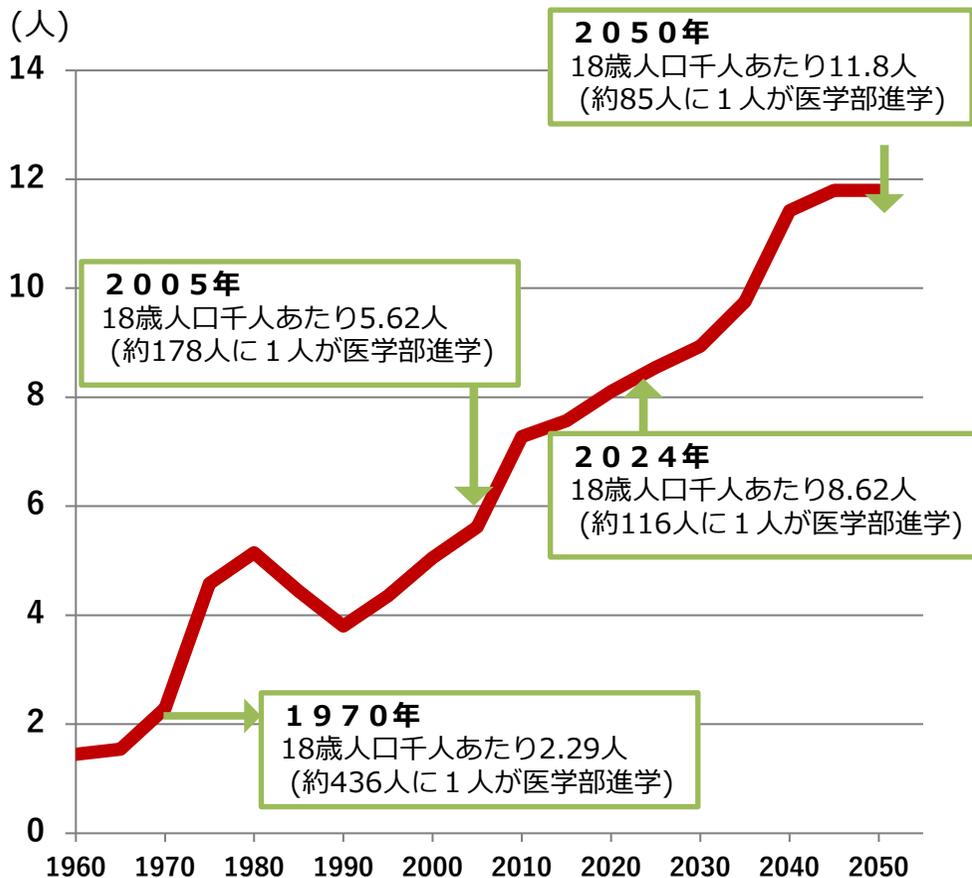
(注) 供給推計 今後の医学部定員を2020年度の9,330人として推計。
 需要推計 労働時間、業務の効率化、受療率等、一定の幅を持って推計。
 ・ケース1 (労働時間を週55時間に制限等≒年間720時間の時間外労働相当)
 ・ケース2 (労働時間を週60時間に制限等≒年間960時間の時間外労働相当)
 ・ケース3 (労働時間を週78.75時間に制限等≒年間1860時間の時間外労働相当)

(出所) 厚生労働省「第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

18歳人口当たりの医師養成数

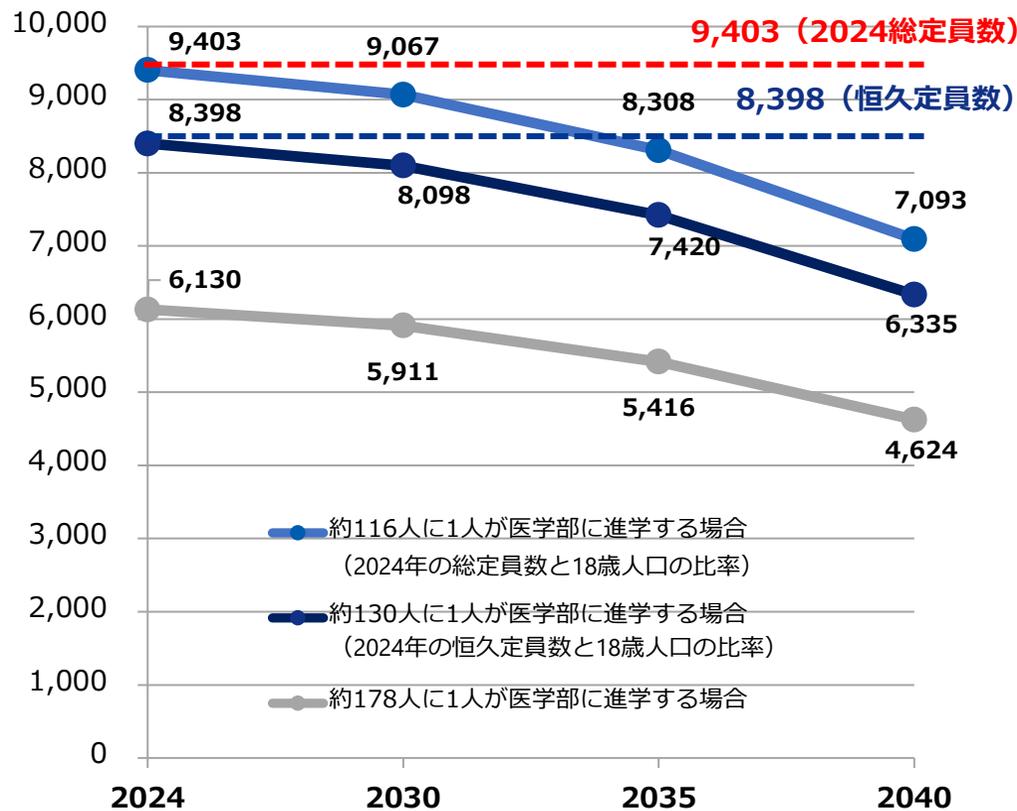
- 1970年は約436人に1人が医学部に進学していたが、仮に2024年の医学部定員を維持すると、2050年には約85人に1人が医学部進学することとなる。
- 18歳人口に占める医師養成数の比率をこれまでの水準に戻そうとすると、定員数の大幅な削減が必要になる。

◆18歳人口千人あたりの医師養成数



◆医師養成数の試算

(18歳人口に占める医師養成数の比率を固定した場合)



(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

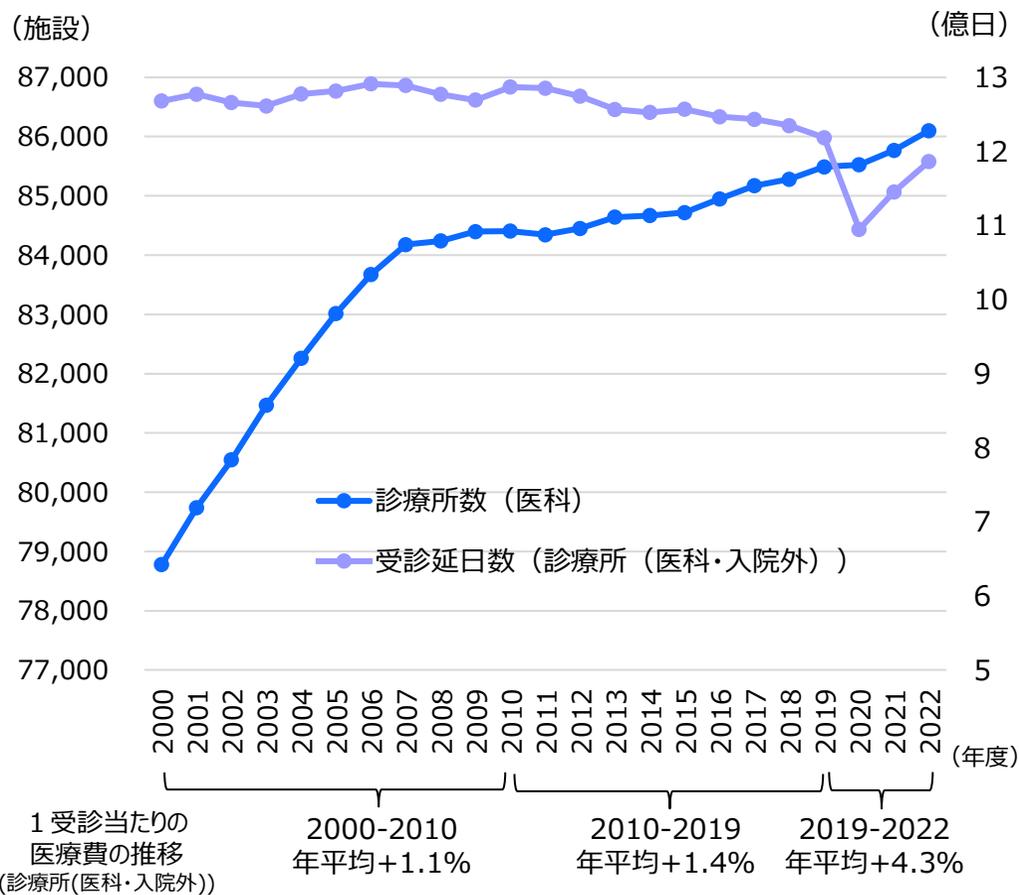
【改革の方向性】(案)

- 今後の医師需給見込みを踏まえ、医学部定員の適正化を速やかに実施していく必要がある。

診療所と病院間の偏在等

○ 2020年度からスタートした「外来医療計画」に基づき、「外来医師多数区域」においては一定の取り組みが始まっているが、全体の診療所数の増加は止まっていない。一方で、病院の勤務医不足の課題が指摘されている。

◆診療所数と受診延日数の推移



(出所) 厚生労働省「医療費の動向」

◆厚生労働省 第8回医療従事者の需給に関する検討会及び第40回医師需給分科会 (2022年1月12日)

○相澤構成員

恐らく病院から出ている委員の皆様、そして多くの人々が思っているのだけれども、大変言いにくいことを私が代表して言わせていただきます。その1つは、**どこの場所で働いている医師が足りないのか**という点、**病院で働いている医師が足りないのです。今、病院は、病院数も減り、ベッド数も減っているにもかかわらず、開業医の先生、診療所は毎年増えています。減らないのです。開業医の方が減って困るという話はあまり聞こえてきません。**ということは、ここに全く書かれていないのですが、医師の働く場の偏在を考えなければならぬということではないかと思うのです。

私は最近、地方の診療所をやらせてもらって感じたこと、住民2,000人を大体1つの診療所でカバーすることができます。かかりつけ医機能をもってやればできます。日本の人口は1億2000万ですね。2,000で割ると**6万か所のかかりつけ医の診療所があれば、いわゆる診療所としてのかかりつけ医機能は果たせるのです。**とすると、今、**10万か所あれば4万あまるのですよ。4万人の方が病院に勤めてもらえば、かなり病院の勤務医不足は解消されるのです。**ここにどうしても書かれていなくて、3ページの○の2番目(※)のところに、新規開業希望者に対し、地域に必要とされる医療機能を担うように求める等の対策を講じていると書かれていますが、到底講じられているとは思えない状況です。

ですから、やはり勤務する場所の偏在ということも考えつつやっていかないと、私はこの医療提供体制を守るといふことの医師需給をしっかりと検討することはできないと思います。これは大変言いにくいことで、こんなことを言うのは僕ぐらいしかいないので、ちょっと言わせていただきました。働く場所の検討というのをぜひ一文どこかに入れていただきたいと思います。を申し上げます。

(※) 同分科会資料1「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会第5次中間とりまとめ(案)」

○ 地域における外来医療機能の不足・偏在等については、外来医療機能に関する情報の可視化、外来医療機能に関する協議等について盛り込んだ外来医療計画を策定するとともに、新規開業希望者に対し、地域に必要とされる医療機能を担うよう求める等の対策を講じている。

【改革の方向性】(案)

○ 病院勤務医から開業医へのシフトを促すことのないよう、診療報酬体系を適正化していく。

○ 現状のままでは、大都市部において医師や診療所数が過剰となり、地方はそれらが過少となる傾向が続くことになる。

◆ 1都3県の二次医療圏における医師偏在の状況

上位5	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
1	東京都	区中央部（港区等）	789.8
2	東京都	区西部（杉並区等）	569.1
3	東京都	区西南部（世田谷区等）	413.7
4	東京都	区南部（大田区等）	380.4
5	神奈川県	川崎南部（中原区等）	347.3

下位5	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
41	東京都	島しょ（大島町等）	131.6
40	東京都	西多摩（青梅市等）	138.1
39	千葉県	山武長生夷隅 （茂原市等）	145.1
38	埼玉県	利根（久喜市等）	155.7
37	埼玉県	秩父（秩父市等）	157.5

（注）医師偏在指標について

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\text{地域の人口} \div 10\text{万}} \times \text{地域の標準化受療率比}$$

※ 医師数を性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整。
 ※ 人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整。

（出所）厚生労働省HP掲載「医師偏在指標（二次医療圏）」（2023年4月28日公表）及び「医師確保計画策定ガイドライン（2023年3月）」を基に作成

◆ 人口10万人当たりの無床診療所数（2021年）

区分	無床診療所数 （人口10万人当たり）
特別区	112.5
政令市	84.8
中核市	79.9
その他	68.9
全国平均	78.2

（出所）厚生労働省「医療施設調査」

◆ 保健医療2035提言書（抄） （2015年6月「保健医療2035」策定懇談会）

さらに、将来的に、仮に医師の偏在等が続く場合においては、保険医の配置・定数の設定や、自由開業・自由標榜の見直しを含めて検討を行い、プロフェッショナルとしての医師のキャリアプランを踏まえつつ、地域住民のニーズに応じて、地域や診療科の偏在の是正のための資源の適正配置を行うことも必要となる。

診療所の偏在是正のための地域別単価の導入について

効率的提供

○「改革工程」において、医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在是正に向けた、経済的インセンティブについても検討課題となっている。診療報酬の仕組みは、報酬点数×1点あたり単価（10円）となっているが、地域別診療報酬を活用したインセンティブ措置の実施が考えられる。

◆診療報酬の仕組み

全国一律 (注)		×	全国一律		= 医療費
診療報酬点数 (厚生労働大臣告示)			1点あたり単価		
(例) 初診料	288点		10円		
再診料	73点				
調剤基本料1	42点				

(注) 入院基本料への地域加算（都市部に加算）など、例外的に地域ごとに異なる取扱いもある。

- ※ 1 介護報酬では地域によって1点単価で最大14%の差異が設けられている。
- ※ 2 かつて診療報酬も地域別に単価が設定されていた。

◆1点単価の調整等により政策対応の幅が広がると考えられるケース

<医療費適正化>

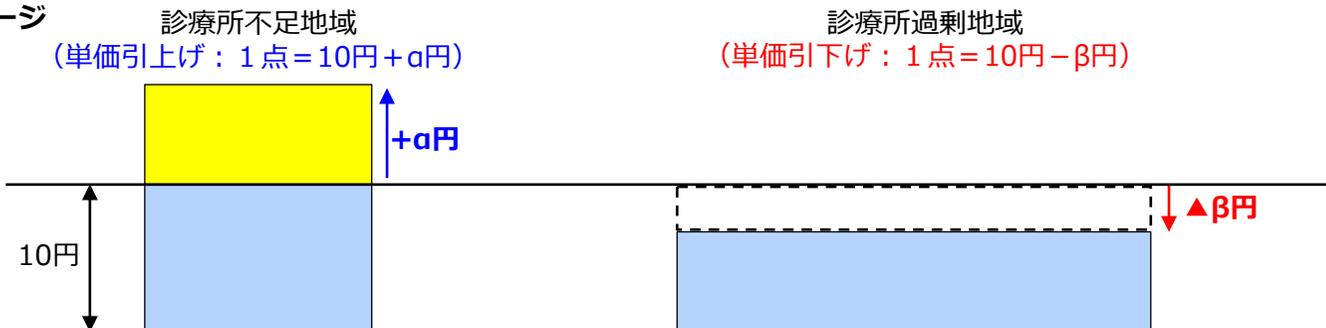
○保健医療2035提言書（抄）（2015年6月「保健医療2035」策定懇談会）
 「診療報酬については、例えば、地域ごとのサービス目標量を設定し、不足している場合の加算、過剰な場合の減算を行うなど、サービス提供の量に応じて点数を変動させる仕組みの導入を検討する。都道府県において医療費をより適正化できる手段を強化するため、例えば、将来的には、医療費適正化計画において推計した伸びを上回る形で医療費が伸びる都道府県においては、診療報酬の一部（例えば、加算の算定要件の強化など）を都道府県が主体的に決定することとする。」

<医療機関の医業収入の安定>

○財政制度等審議会建議（抄）（2021年5月）
 「新型コロナ患者受け入れ病院に対する収入面への対応として、これまで法律の改正を伴うことのない取扱いとして度々行われてきた災害時の「概算払い」を参考とし、前年同月ないし新型コロナ感染拡大前の前々年同月水準の診療報酬を支払う簡便な手法を検討すべきである。」

※前年同月ないし前々年同月水準からの減収相当額の支払い部分について実際に行われた診療行為への対価性を欠く点については、たとえば対前年同月ないし対前々年同月比で保険点数が2割減り、8/10となった場合に、1点単価を12.5円に補正することすれば、診療行為への対価性を保持したまま、前年同月ないし前々年同月水準の診療報酬を支払うことは可能である。

◆診療所の偏在是正のための地域別単価のイメージ



【改革の方向性】(案)

○報酬点数×1点あたり単価（10円）となっている診療報酬の仕組みについて、診療所不足地域と診療所過剰地域で異なる1点あたり単価を設定し、報酬面からも診療所過剰地域から診療所不足地域への医療資源のシフトを促すことを検討する必要がある。当面の措置として、診療所過剰地域における1点あたり単価（10円）の引下げを先行させ、それによる公費の節減効果を活用して医師不足地域における対策を別途強化することも考えられる。

- 例えば、ドイツやフランスは日本と同様に公的医療保険制度をとる中で、診療科別、地域別の定員を設ける仕組みをとっている。

◆ドイツの医師偏在対策

- 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
- 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

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。

- 「一般的な需要に適合した供給水準」として、医師1人当たりの住民数（一般比率）を規定
- 一般比率は、14種類の保険医（麻酔科医、眼科医、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（Bedarfsplan）

※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。

- 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、各計画区域における保険医の種類毎の一般比率を設定
- 2012年以降は州レベルの裁量の余地が拡大。策定指針とは異なる計画区域の範囲（専門医はより広い範囲を計画区域とするなど）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など）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
- ・ 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

（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。

【改革の方向性】（案）

- 地域別診療報酬体系の導入とあわせ、医師過剰地域における新規開業規制の導入について諸外国の例も参考に検討すべき。

◆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）

- 受験時に、研修を希望する大学病院、診療科等を登録
- 各学生は、インターネット上で、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
- 研修ポスト数は各地域の医療の状況に応じて設定

成績順に専門医養成課程を選択

専門医養成課程での研修（3～5年）

論文審査

- 外来機能については、慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要となるかかりつけ医機能を強化する観点から、前述の診療所・病院間、地域間の医師の偏在対策の強化のほか、分散している医療資源の集約化、診療実績に関する情報提供の強化が必要。
- 入院機能については、地域医療構想の実現に向けて、診療報酬の適正化に加え、都道府県に実効的な手段・権限を付与しつつ取組の結果に応じた強力なインセンティブを設ける必要。

日本における病床の状況

◆ 外来機能の国際比較（OECD）

国名	外来薬剤費 対GDP比 (※1)	1人当たり 外来受診回数 (※1)	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
日本	1.7%	11.1	57.4 (※1)	115.7 (※1)
ドイツ	1.5%	9.5	35.3	36.5
フランス	1.3%	5.0	17.0	19.5
イギリス	0.8%	—	7.2 (※2)	9.5 (※2)
アメリカ	1.7%	3.4	38.0	42.6

(出所)「OECD Health Statistics 2023」、「OECD.Stat」より作成（2021年データ。
 (※1) は2020年のデータ、(※2) は2014年のデータ)

◆ 人口1,000人当たりの病床数の国際比較（OECD）

日本	ドイツ	フランス	イギリス	アメリカ
12.6	7.8	5.7	2.4	2.8

◆ 都道府県ごとの人口1,000人当たり病床数(2022年)

高知県 (最大)	神奈川県 (最小)
23.3	8.0

2.9倍

⇒ 1人当たり医療費の地域差と正の相関

これまでに取り組んできた主な事項

- **かかりつけ医機能が発揮される制度整備**
- **地域医療構想の推進**
 - ・ 各構想区域において2025年に向けた医療機関ごとの具体的対応方針を順次合意
 - ・ 病床機能の分化・連携に活用するための地域医療介護総合確保基金の創設・活用
- **急性期病床の適正化**
 - ・ 累次の診療報酬改定において、旧「7対1入院基本料」の適正化を実施

今後の主な改革の方向性

- **外来機能（かかりつけ医機能の発揮等）**
 - ・ 日常的によくある幅広い疾患に対して効率的に対応できるよう、分散している医療資源の集約化
 - ・ 患者の選択に資するよう、診療実績に関する情報提供の強化
- **入院機能（地域医療構想の推進）**
 - ・ 具体的な対応方針について2025年における病床の必要量と整合的となるよう再検討を要請
 - ・ 都道府県の責務明確化等に関し必要な法制上の措置

- 日本の外来の医療提供体制をみると諸外国と比べてMRIやCTスキャナーの台数が極めて多く、1人当たりの外来受診回数も多い。一方で、診療所については、医師一人で運営するところが多く、複数の医師で医療を提供する場合と比べて事務職員の割合が高くなり、効率的ではないとの指摘もある。

◆ 医療提供体制等の国際比較

国名	人口千人当たり 臨床医師数	人口百万人当たり MRI台数	人口百万人当たり CTスキャナー台数	外来薬剤費 対GDP比 (※1)	1人当たり 外来受診回数 (※1)
日本	2.6 (※1)	57.4 (※1)	115.7 (※1)	1.7%	11.1
ドイツ	4.5	35.3	36.5	1.5%	9.5
フランス	3.2	17.0	19.5	1.3%	5.0
イギリス	3.2	7.2 (※2)	9.5 (※2)	0.8%	—
アメリカ	2.7	38.0	42.6	1.7%	3.4

(出所)「OECD Health Statistics 2023」、「OECD.Stat」より作成(2021年データ。(※1)は2020年のデータ、(※2)は2014年のデータ)

◆ 1診療所（無床）当たりの平均従事者数

区分	1診療所当たりの人数
医師	1.3
看護師	1.4
准看護師	0.7
事務職員	1.7

(出所)厚生労働省「医療施設調査」

(注)1診療所(無床)当たりの従事者数は、2020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。

◆ 医療費の決定要因に関する研究

<医師関係> (日本にも当てはまる)

① 医師誘導需要仮説：医師の増加が医療需要を喚起

② アバーツ・ジョンソン仮説：医師間の競争が激しくなるほど、価格競争ではなく設備投資競争（MRI等）が起きる
(設備投資により、働きたい医師 + 患者を引きつけることができる)

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

【改革の方向性】(案)

- 生産年齢人口の減少により、人材確保も難しくなる中、質の高い医療を効率的に提供する体制を構築する観点からは、各地域の実情に応じて、診療所を含めた外来の医療機能の転換・集約を推進していくべき。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格（外来機能）

効率的提供

- 国民・患者はそのニーズに応じて医療機能情報提供制度等を活用して、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
- 医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、かかりつけ医機能の内容を強化。

（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）

- ・ かかりつけ医機能が発揮される制度整備について、85歳以上の高齢者の増加等を見据えて、診療実績に係る情報提供の強化を含め、医療機能情報提供制度の刷新や、かかりつけ医機能報告制度の創設等により、国民・患者から見て、一人一人が受ける医療サービスの質の向上につながるよう、2025年4月の制度施行に向け、検討会等で具体的な議論を行い、2024年夏頃までに結論を得る。

国民・患者の医療ニーズ

- ◆ 日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆ 休日・夜間の対応
- ◆ 入院先の医療機関との連携、退院時の受入
- ◆ 在宅医療
- ◆ 介護サービス等との連携 等

制度整備の内容

医療機能情報提供制度の刷新

- ・ 医療機関は、国民・患者による医療機関の選択に役立つわかりやすい情報及び医療機関間の連携に係る情報を都道府県知事に報告
 - ① 情報提供項目の見直し
 - ② 全国統一のシステムの導入

かかりつけ医機能報告による機能の確保

- ・ 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表（※）。
- ・ あわせて、外来医療に関する地域の協議の場で「かかりつけ医機能」を確保する具体的方策を検討・公表。

※ 医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関が、提供するかかりつけ医機能の内容を説明するよう努めることとする。

医療機能情報提供制度（2006）



【改革の方向性】（案）

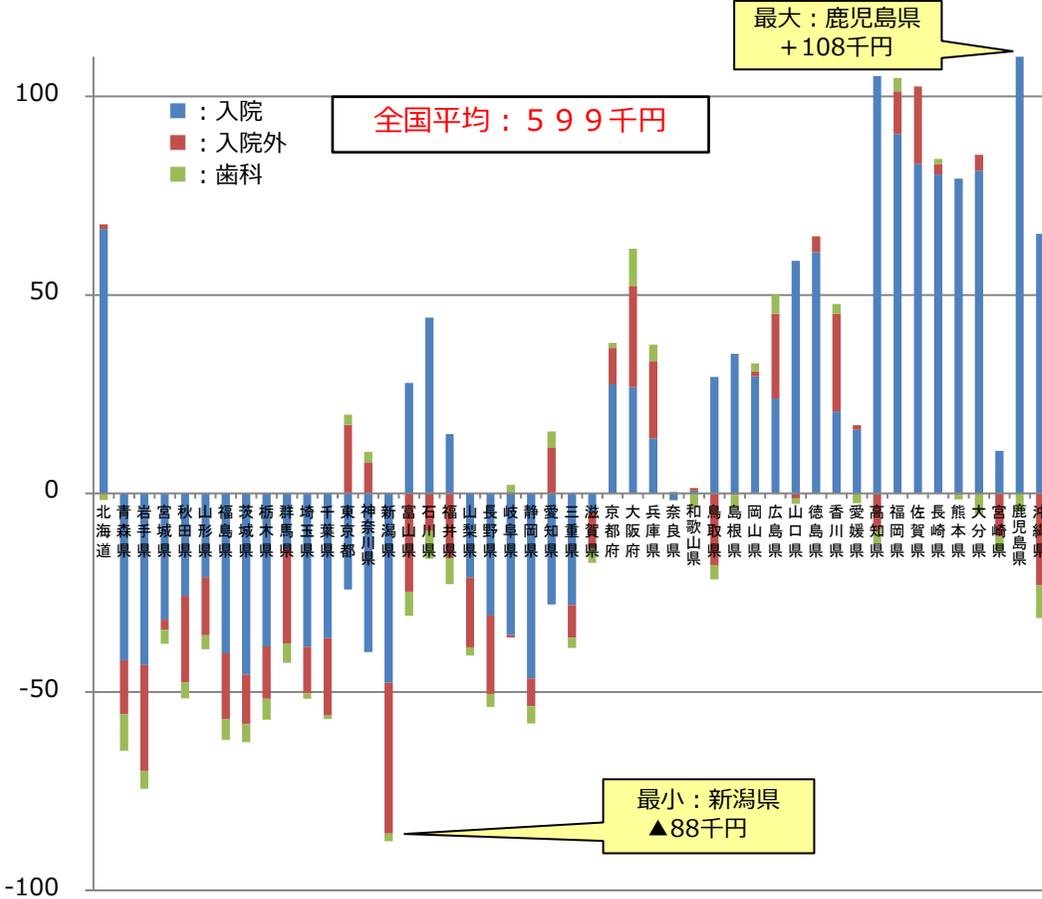
- かかりつけ医機能が発揮される制度整備に当たっては、医療サービスの質の向上につながるようにすることが重要。患者による医療機関の選択に資するよう、各医療機関がどのような症候や疾患に対応可能なのかなど、必要な情報が報告・公表されるようにする必要がある。また、例えば、生活習慣病は医療機関によって診療密度等が大きく異なる等の指摘があることも踏まえ、診療実績に関する情報提供の強化についても検討していく必要がある。

我が国の医療提供体制の問題点（入院機能）

効率的提供

◆ 一人あたり医療費（年齢調整後※）の地域差

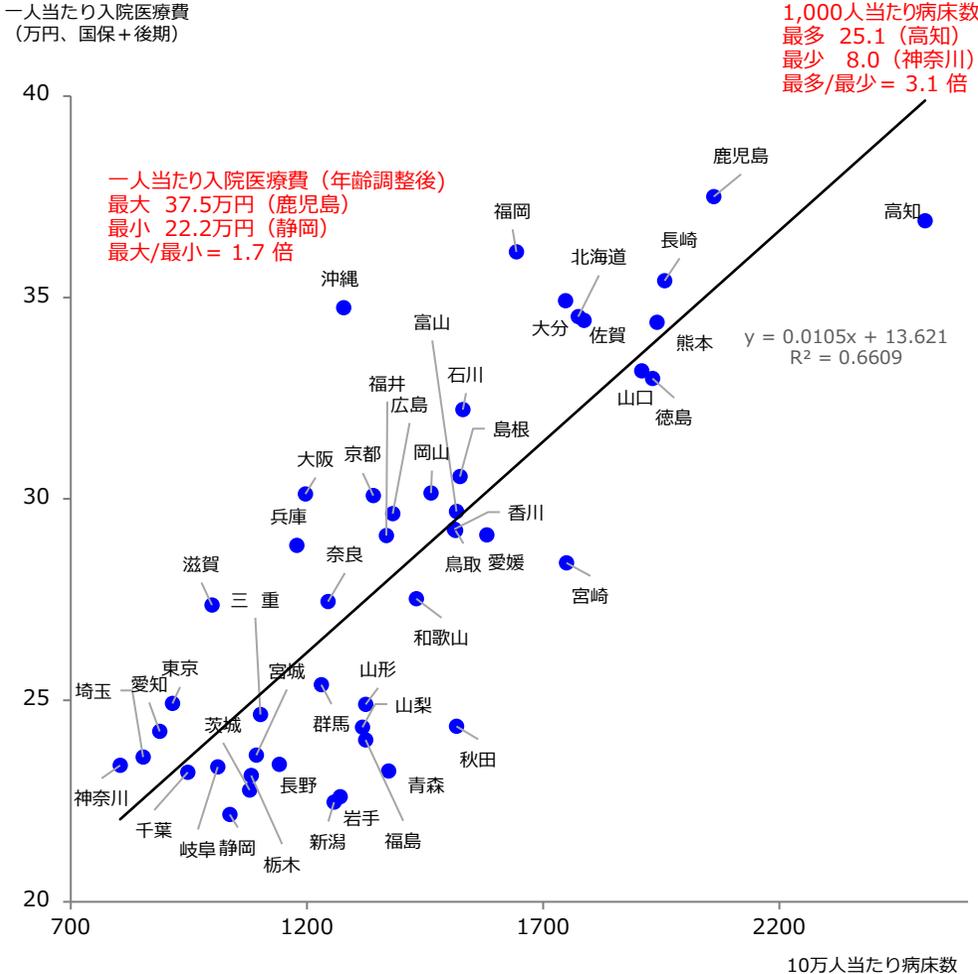
(万円、国保+後期)



(出所) 厚生労働省「2023年度医療費の地域差分析」

◆ 入院医療費（年齢調整後※）と病床数の関係

一人当たり入院医療費
(万円、国保+後期)



(出所) 病床数：厚生労働省「2019年医療施設調査」

一人当たり入院医療費：厚生労働省「令和元年度医療費（電算処理分）の地域差分析」

※ 各都道府県の年齢階級別1人あたり医療費をもとに、全国の年齢構成と同じと仮定して算出。高齢化率等の年齢構成の違いでは説明できない地域差である。

○ 地域医療構想の実際の進捗ははかばかしくない。

→ 急性期・回復期をはじめとする病床の役割分担が進まないと、今後、各地域で治療に長い期間を要する高齢者が増える中で、質の高い急性期医療、回復期における適切なケアの提供ができなくなる。

2015年度 「病床機能報告」

(各医療機関が病棟単位で報告)



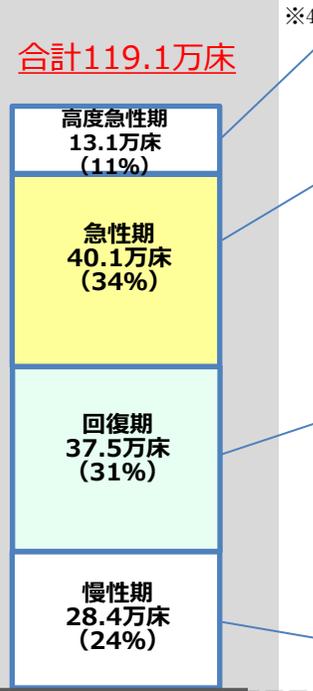
2022年度 「病床機能報告」

(各医療機関が病棟単位で報告)



地域医療構想における 2025年の病床の必要量

(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(2016年度末時点))



高度急性期機能

急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能。

急性期機能

急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能。

回復期機能

急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。
特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。

慢性期機能

長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能。
長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能。

※1: 2022年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数。

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要。

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある。

※4: 2013年度のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(2013年3月中位推計)』等を用いて推計。

(出所) 2022年度病床機能報告

2025年に向けた取り組み強化

○ 2025年の目標に向け、国においてもアウトリーチの伴走支援を行うなど、地域医療構想の実現に向けた取り組みを強化。

	2023年度 (令和5年度)	2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)
国	<ul style="list-style-type: none"> ● 2025年に向けた取組の通知発出 (新) ・2025年に向けて国・都道府県・医療機関が取り組む事項を明確化 ・地域別の病床機能等の見える化、好事例の周知等を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ● 2024年度前半：都道府県あたり1～2か所の推進区域及びこのうち全国10～20か所程度のモデル推進区域を設定 (新) ● モデル推進区域においてアウトリーチの伴走支援を実施 (新) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 区域対応方針の進捗状況の確認・公表 (新)
都道府県	<ul style="list-style-type: none"> ● 調整会議で医療機関対応方針の協議 	<ul style="list-style-type: none"> ● 推進区域の調整会議で協議を行い、区域対応方針（医療提供体制上の課題、解決に向けた方向性及び取組内容等）を策定 (新) ● 医療機関対応方針の進捗管理 	<ul style="list-style-type: none"> ● 区域対応方針の推進 (新)
医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療機関対応方針の策定・検証・見直し 	<ul style="list-style-type: none"> ● 区域対応方針に基づく医療機関対応方針の検証・見直し (新) ● 医療機関対応方針の取組の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ● 区域対応方針に基づく医療機関対応方針の検証・見直し (新) ● 医療機関対応方針の取組の実施

2025年に向けた取組の通知内容（2024年3月28日）

1. 2025年に向けて国・都道府県・医療機関が取り組む事項の明確化

- 国において推進区域(仮称)・モデル推進区域(仮称)を設定してアウトリーチの伴走支援を実施、都道府県において推進区域の調整会議で協議を行い区域対応方針の策定・推進、医療機関において区域対応方針に基づく医療機関対応方針の検証・見直し等の取組を行い、構想区域での課題解決に向けた取組の推進を図る。

※ 病床機能報告上の病床数と必要量の差異等を踏まえ、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる推進区域（仮称）を都道府県あたり1～2か所設定。当該推進区域（仮称）のうち全国に10～20か所程度のモデル推進区域（仮称）を設定。なお、設定方法等については、追って通知。

- 引き続き、構想区域ごとの年度目標の設定、地域医療構想の進捗状況の検証、当該進捗状況の検証を踏まえた必要な対応等を行う。

2. 国による積極的な支援

① 地域別の病床機能等の見える化

③ 医療機関の機能転換・再編等の好事例の周知

⑤ 都道府県等の取組のチェックリスト

② 都道府県の取組の好事例の周知

④ 基金等の支援策の周知

⑥ モデル推進区域(仮称)におけるアウトリーチの伴走支援

- 地域医療構想については、医療法において、地域の会議における協議が整わない場合には不足している病床機能を提供するよう、病院に指示・要請できるとの規定があるが、ほとんど発動実績はない。

◆医療法で定められている知事の権限

- ① 地域で既に過剰になっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、転換の中止の命令（公的医療機関等）及び要請・勧告（民間医療機関）
⇒命令・要請・勧告：0件
- ② 協議が調わない等の場合に、地域で不足している医療機能を担うよう指示（公的医療機関等）及び要請・勧告（民間医療機関）
⇒指示・勧告：0件、要請：4件
- ③ 病院の開設等の許可申請があった場合に、地域で不足している医療機能を担うよう、開設等の許可に条件を付与
⇒条件付き開設許可：117件
- ④ 稼働していない病床の削減を命令（公的医療機関等）及び要請・勧告（民間医療機関）
⇒命令・要請・勧告：0件

※ 各件数については、2023年3月末時点（①・④は2021年度病床機能報告後から調査日までの、②・③は当該規定の施行日から調査日までの累計）。

※ ①～④の実施には、都道府県の医療審議会の意見を聴く等の手続きを経る必要がある。

※ 勧告、命令、指示に従わない医療機関には、医療機関名の公表や地域医療支援病院・特定機能病院の承認の取消し等を行うことができる。

【改革の方向性】（案）

- 地域医療構想の実現の必要性、進捗の遅さを踏まえ、2025年までの確実な目標実現を見据えて、国においても都道府県と一体となって必要な対応方針を示しつつ、進捗が遅れている地域の取組の後押しを行うとともに、各医療機関において地域医療構想と統合的な対応を行うよう求めるなど知事の権限強化に向けた法制的対応が必要。

- 公立病院は、これまで再編・ネットワーク化、経営形態の見直しなどに取り組んできたが、医師・看護師等の不足、人口減少・少子高齢化に伴う医療需要の変化等により、依然として、持続可能な経営を確保しきれない病院も多いのが実態。このため、2022年3月、総務省は自治体に公立病院の経営強化プランの策定を要請。
- 2020、2021年度は顕著な収支改善が見られたが、この黒字は新型コロナ補助金等の要因によるものであり、自治体の普通会計で負担する繰出金の水準は維持されている。また、公立病院の建設改良費については、個々の収支状況に関わらず一定の割合で普通会計からの繰出が行われている。

● 「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」（2022年3月、総務省）における経営強化プランの内容

1. 役割・機能の最適化と連携の強化

- ・地域医療構想等を踏まえた当該病院の果たすべき役割・機能
- ・地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割・機能
- ・機能分化・連携強化

2. 医師・看護師等の確保と働き方改革

- ・医師・看護師等の確保（特に、不採算地区病院等への医師派遣を強化）
- ・医師の働き方改革への対応

3. 経営形態の見直し

4. 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

5. 施設・設備の最適化

- ・施設・設備の適正管理と整備費の抑制
- ・デジタル化への対応

6. 経営の効率化等

- ・経営指標に係る数値目標

● 経費負担の原則（地方公営企業法第17条の2）

次に掲げる地方公営企業の経費で政令で定めるものは、地方公共団体の一般会計又は他の特別会計において、出資、長期の貸付け、負担金の支出その他の方法により負担するものとする。

- 一 その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもつて充てることが適当でない経費
- 二 当該地方公営企業の性質上能率的な経営を行なつてもなおその経営に伴う収入のみをもつて充てることが客観的に困難であると認められる経費

【改革の方向性】（案）

- 新型コロナ補助金といった一時的な要因による足下の黒字によって経営改革が阻害されることはあってはならず、経営強化プランを踏まえた取組を着実に進めていく必要。さらに、公立病院の経営者（院長）に経営マインド・コスト意識を持たせるための取組（研修等）を省庁横断的に取り組んでいく必要があるのではないか。
- 公立病院の建設改良費について、地方公営企業法に定める「費用負担の原則」を踏まえ、公立病院に経営改革インセンティブを促す形となるよう、収支状況を反映したスキームを導入すべき。

● 公立病院への繰出額とその経営状況の推移

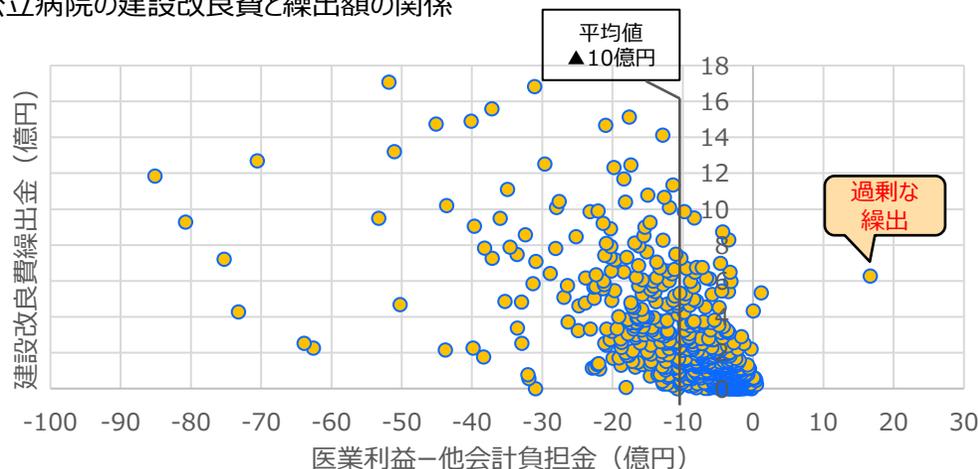
（億円）

	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度
繰出額 (うち基準外繰出額)	7,924 (1,013)	8,083 (945)	8,266 (892)	8,269 (920)	8,494 (1,011)	8,411 (949)
収支	▲1,020	▲985	▲860	▲984	1,366	3,296

（出所）総務省「地方公営企業決算状況調査」

（注1）地方独立行政法人（病院事業）を含む。（注2）収支は、総収益から総費用を差し引いた額。

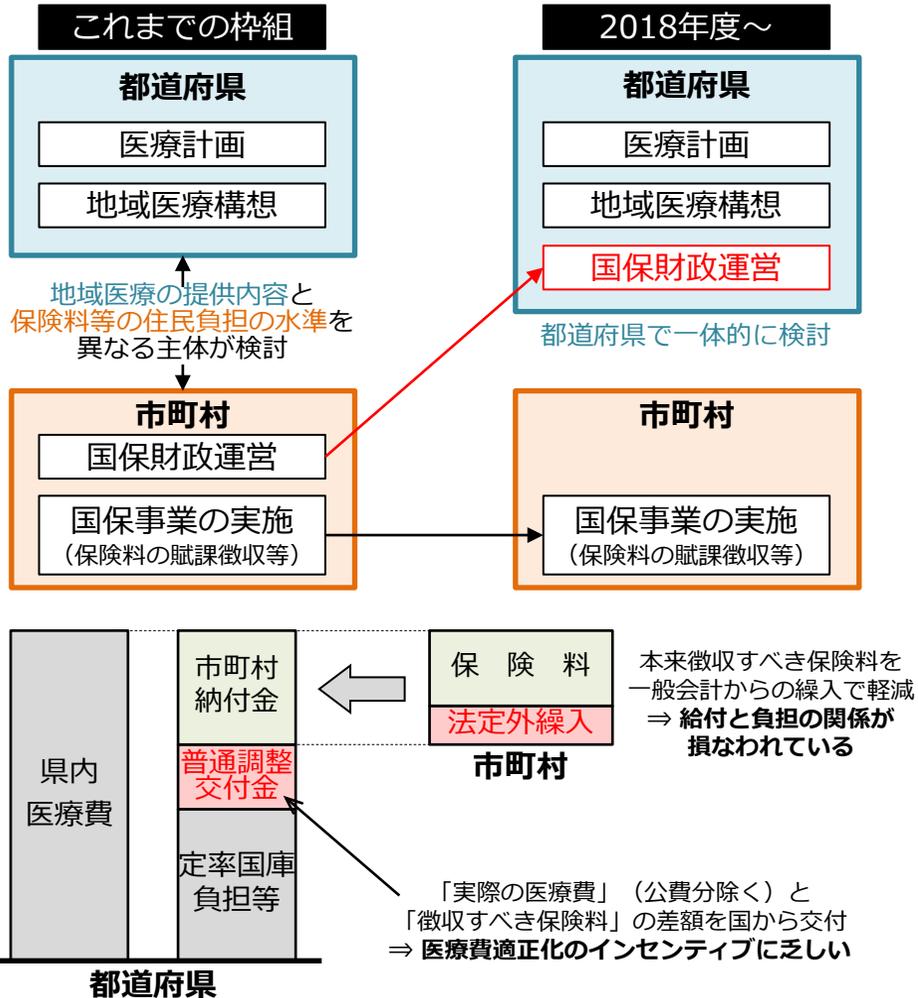
● 公立病院の建設改良費と繰出額の関係



（出所）総務省「地方公営企業決算状況調査」

- 2018年度より国民健康保険の財政運営は都道府県単位化。管内の医療提供体制の確保に責任を有する都道府県が、医療提供体制と地域保険運営の双方で一体的に改革を進めていくことが可能となった。
- 今後、更に、保険給付に応じた保険料負担を求める本来の仕組みとするとともに、地域差の是正など医療費の適正化に向けたインセンティブを強化する観点から、更なる改革を続けていく必要。

国民健康保険の状況



これまでに取り組んできた主な事項

- **財政運営の都道府県単位化**
- **財政基盤強化のための公費投入**
 - ・ 都道府県単位化を機に、2015年度から1,700億円（低所得者対策）、2018年度から更に1,700億円（保険者努力支援制度等）の公費を投入
- **法定外繰入等の解消**
 - ・ 国保改革に伴う財政支援の拡充等を活用した先進事例も参考にしつつ、法定外一般会計繰入等を段階的に解消

今後の主な改革の方向性

- **普通調整交付金の見直し**
 - ・ 実際の医療費ではなく、各自治体の年齢構成のみを勘案した標準的な医療費水準を前提として交付額を決定する仕組みに転換
- **1人当たり医療費の地域差の解消**
- **都道府県内の国保の保険料水準の統一**
- **高額医療費負担金の見直し**
- **生活保護受給者の国保等への加入**

保険者機能の発揮～普通調整交付金の配分方法の見直し

効率的提供

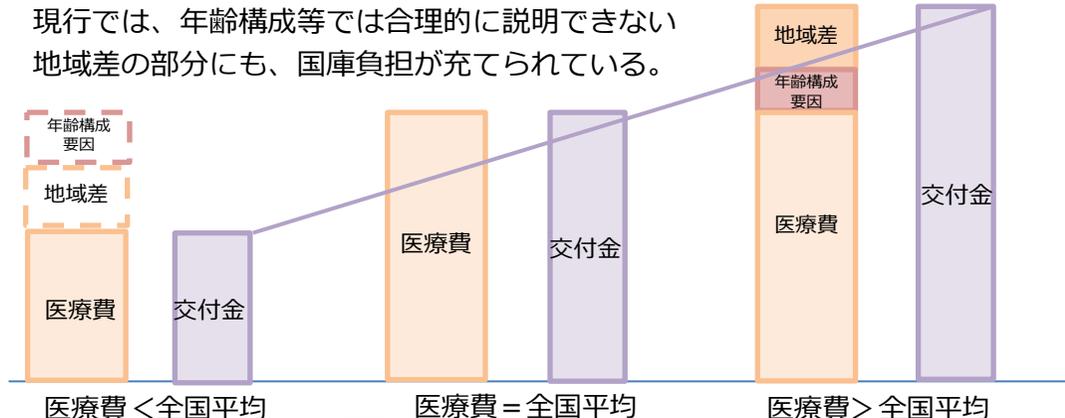
- 国民健康保険の給付のうち前期高齢者調整分を除く5割超は公費で賄われており、このうち5,900億円は、自治体間の財政力の格差（医療費、所得等）を調整するため、普通調整交付金として国から都道府県に配分されている。
- 地域間の医療費の差は、高齢化など年齢構成により生じるものと、いわゆる「地域差」（年齢構成では説明できないもの）があるが、現行制度では、理由にかかわらず、医療費に応じて普通調整交付金が増減額される仕組みとなっており、医療費適正化のインセンティブが働かない。

◆国民健康保険の財政（2024年度予算）

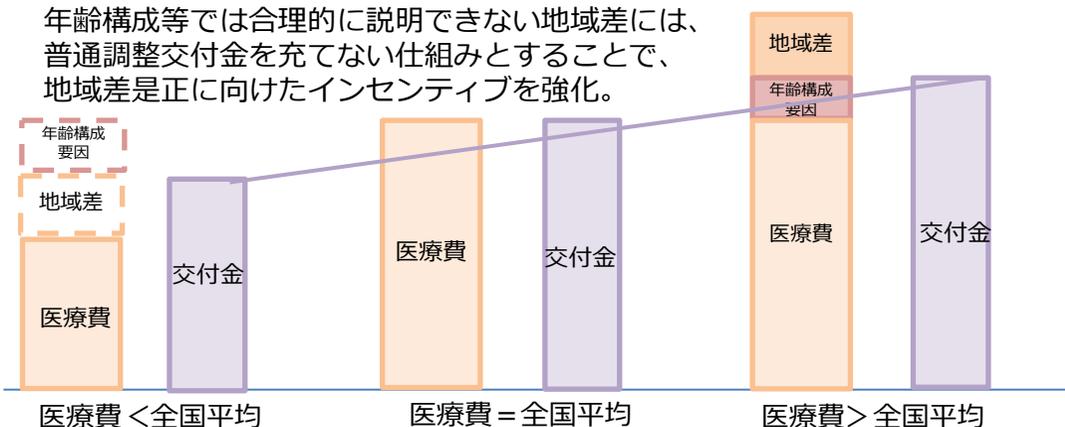
保険料 (23,100億円)	調整交付金（国） (9%※) 7,600億円
	定率国庫負担 (32%※) 20,900億円
	都道府県繰入金 (9%) 5,900億円

普通調整交付金
5,900億円
特別調整交付金
1,700億円

現行では、年齢構成等では合理的に説明できない地域差の部分にも、国庫負担が充てられている。



年齢構成等では合理的に説明できない地域差には、普通調整交付金を充てない仕組みとすることで、地域差是正に向けたインセンティブを強化。



※ 定率国庫負担のうち一定額について、財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振りかえる等の法律上の措置がある

（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）

- ・ 医療費適正化のより一層の推進に向け、国民健康保険制度の普通調整交付金の配分について、所得調整機能の観点や、加入者の特性で調整した標準的な医療費を基準とする観点から、論点や改善点を整理しつつ、保険者努力支援制度の活用と併せて、地方団体等との議論を深める。

【改革の方向性】（案）

- 普通調整交付金の配分方法に当たっては、実際に要した医療費ではなく、各都道府県の年齢構成等を勘案して算出した標準的な医療費を前提として交付額を決定する仕組みに改めるべきである。
- 改革工程表において、長く検討が進んでいない項目であり、まずは、こうした仕組みに改めた場合の試算を示して議論を深めるべきではないか。

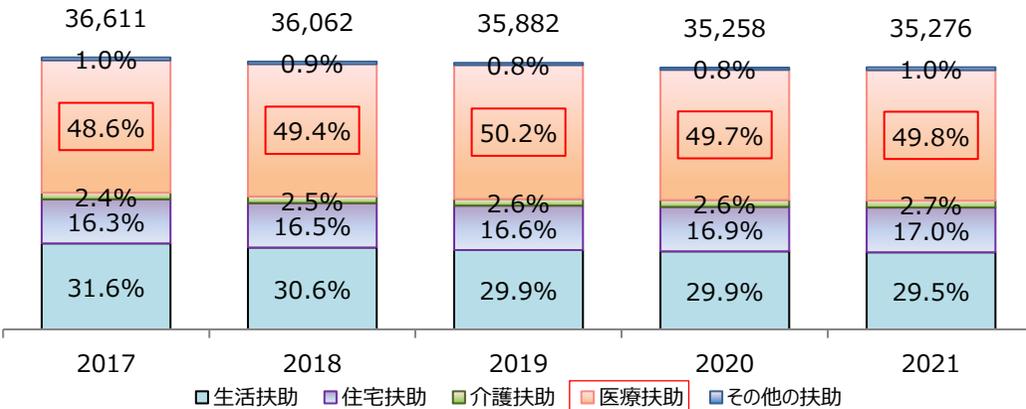
保険者機能の発揮～医療扶助の適正化（生活保護受給者の国保等への加入）

効率的提供

- 医療扶助は生活保護費の半分を占めているが、生活保護受給者は国保等から脱退して医療扶助を受けることになっているため、医療扶助の適正化については、これまで福祉事務所を設置している市町村ごとに、頻回受診対策等の取組を進めてきているところ。
- 生活保護受給者が国保や後期高齢者医療制度に加入することとし、都道府県が保険者としての機能もあわせ持つことによって、医療扶助を含めた地域の医療全体について、より実効的な適正化を図ることができると考えられる。

※ 生活保護受給者については、介護分野では、65歳以上の方は介護保険の第1号被保険者になり、利用者負担分や保険料について介護扶助等を受けることになる。年金分野でも、生活保護受給者は国民年金の被保険者になり、さらに同じ医療保険制度の中でも被用者医療保険においては被保険者となる。

◆生活保護費負担金（事業費ベース）の実績額の推移



◆高齢者の保険制度別医療費と医療扶助



（出所）医療保険については、2021年度医療保険に関する基礎資料
医療扶助については、2021年度生活保護費負担金事業費実績報告、被保護者調査、医療扶助実態調査をもとに推計

◆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。

（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。

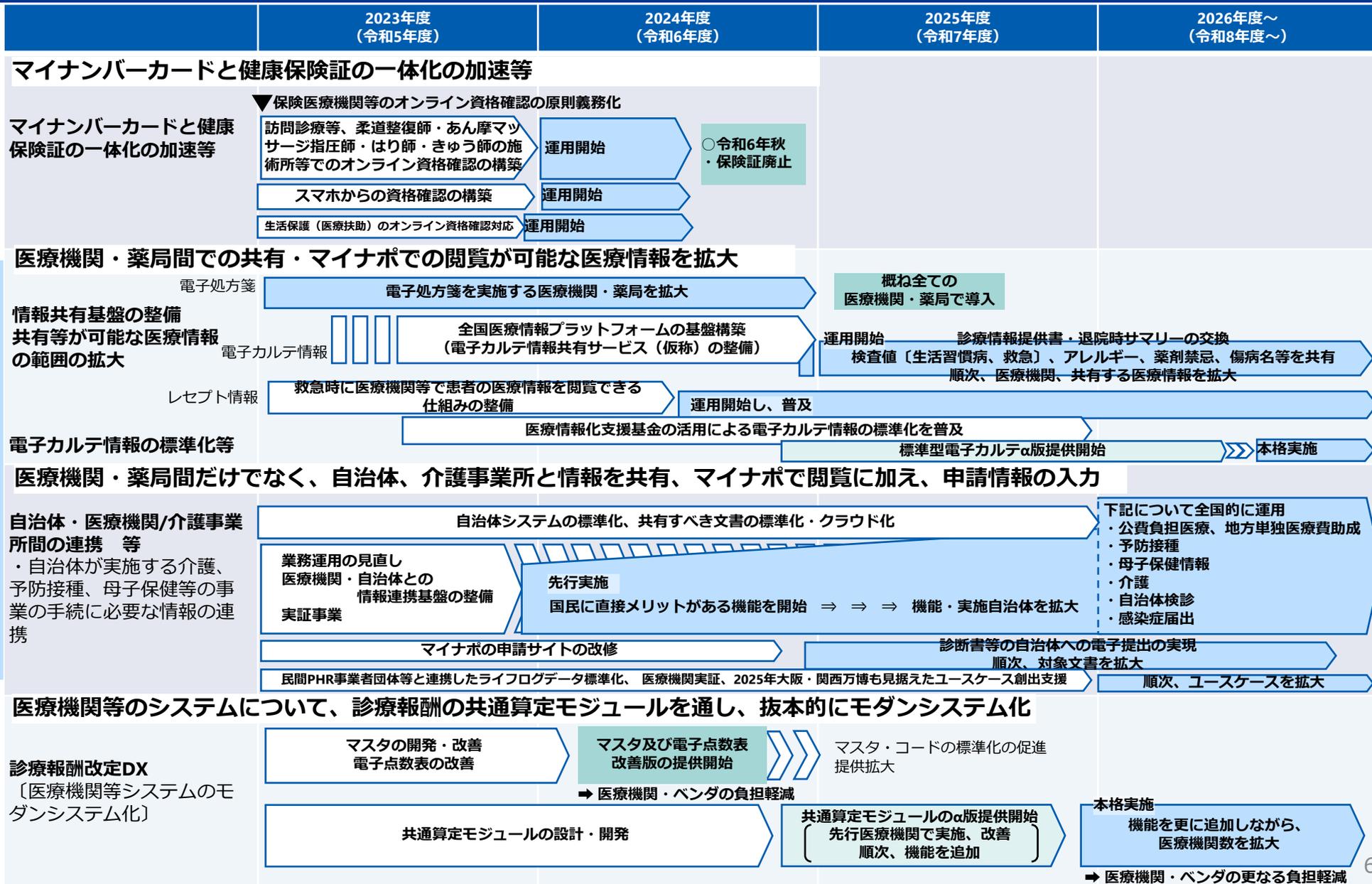
【改革の方向性】（案）

- 国が引き続き応分の財政責任を果たすことを前提として、生活保護受給者が国保等に加入することとすべきである。
- 骨太の方針に記載されたまま、長く検討が進んでいない項目であり、まずは、具体的な制度の見直しの複数の選択肢を示して議論を深めるべきではないか。

医療DXの推進（工程表）

効率的提供

○ 医療DXについては、工程表に沿って着実に推進していく必要。



全国医療情報プラットフォームの構築

医療DXの推進（患者データの集約・活用）

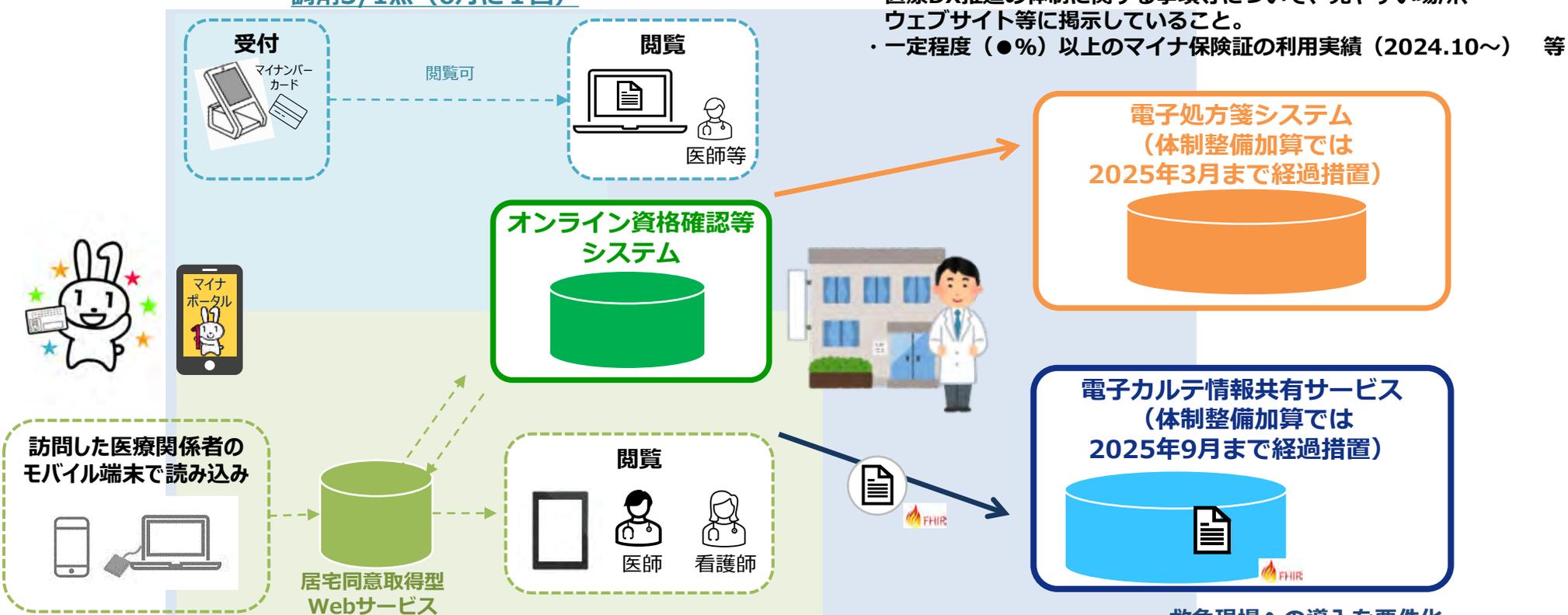
効率的提供

- 患者データを集約し、担当医がそれに基づいて幅広い相談・診療を行うことは、医療の質の向上にとって不可欠。
- 2024年度診療報酬改定では、医療DX推進体制整備加算を新設し、マイナ保険証利用により得られる薬剤情報等を診察室等でも活用できる体制を整備するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備、マイナ保険証の利用率を要件とし、医療DXを推進する体制を評価することとしている。

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

(新) 医療DX推進体制整備加算 8点、6点(歯科)、4点(調剤)

- ・ 医療DX推進の体制に関する事項等について、見やすい場所、ウェブサイト等に掲示していること。
- ・ 一定程度(●%)以上のマイナ保険証の利用実績(2024.10～)等



電子処方箋システム
(体制整備加算では
2025年3月まで経過措置)

電子カルテ情報共有サービス
(体制整備加算では
2025年9月まで経過措置)

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

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

- 医療DXにより、「電子処方箋」の活用により薬剤情報のリアルタイムでの共有が図られる。また、カルテ情報を医療機関間で電子的に共有することにより、医療機関の事務負担が軽減、過去の治療や薬剤情報等が共有が図られる。
- リアルタイムでの情報共有が進めば、併用禁忌の確実なチェックや、重複投薬・重複検査等の効率的な実施も可能となり、質の高い医療の効率的な提供が実現することが期待される。

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

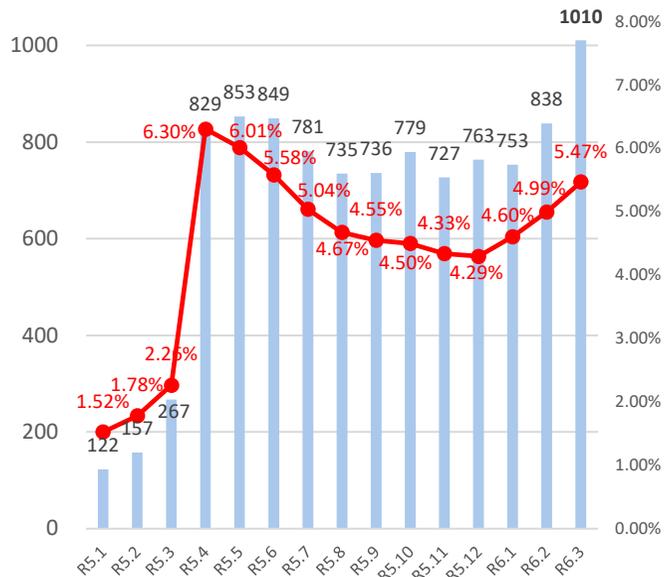
- ・ 多剤重複投薬や重複検査等の適正化に向け、更なる実効性ある仕組みを検討する。

◆オンライン資格確認の利用状況

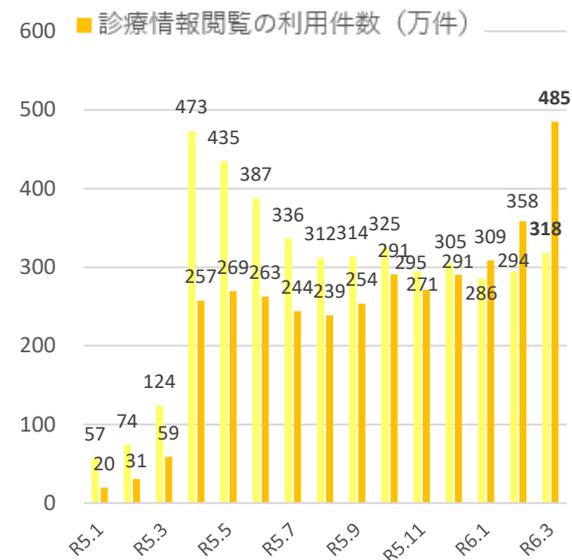
■ オンライン資格確認の利用件数（万件）



■ マイナ保険証の利用件数（万件）



■ 薬剤情報閲覧の利用件数（万件）



出所：社会保障審議会（医療保険部会）資料（2024年4月10日）

【改革の方向性】（案）

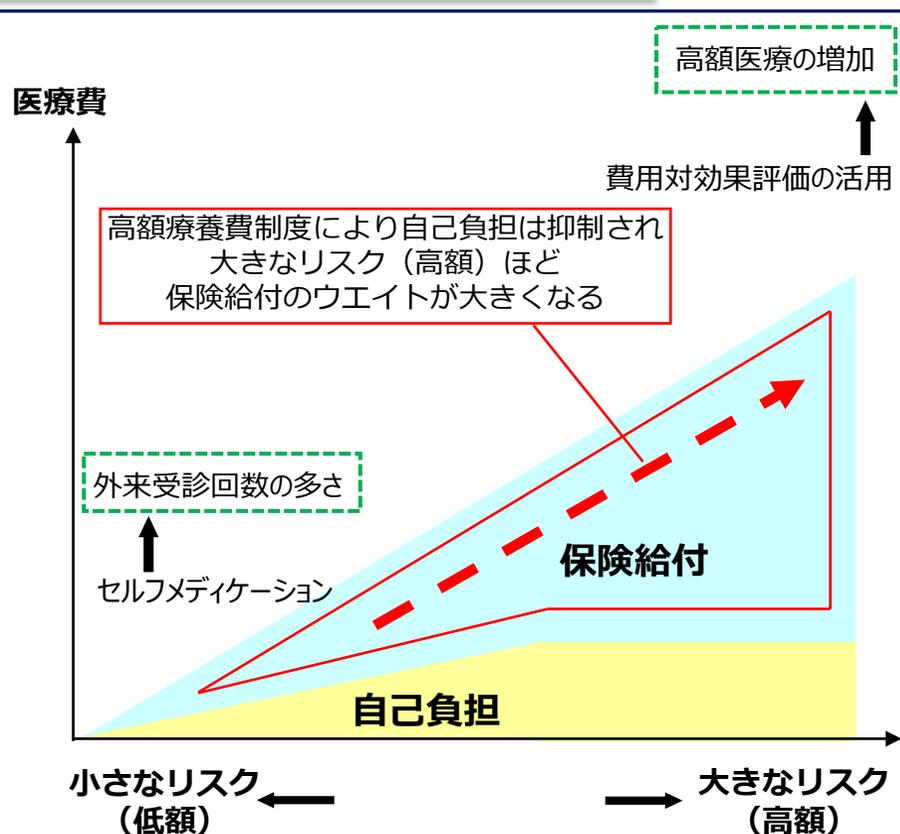
- まずは、医療DXの基盤となる、マイナ保険証の利用促進を進めていくことが必要。
- 薬剤情報等のリアルタイムでの情報共有が可能となる中、改革工程に基づき多剤重複投薬や重複検査等の適正化に向け、更なる実効性ある仕組みを検討すべき。

- イノベーションの推進と国民皆保険の持続性確保を両立する観点から、自助・公助を適切に組み合わせていく必要。
- 軽微な不調は自ら対応するセルフメディケーションを推進することや費用対効果評価の本格適用により薬事承認され保険収載されない医薬品の範囲が拡大すること等と整合的な制度改革を検討する必要。

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

- ・ 2024年度診療報酬改定における、イノベーションの適切な評価などの更なる薬価上の措置を推進するための長期収載品の保険給付の在り方の見直しについて、イノベーションの評価や後発品の安定供給の状況も含め、その施行状況について検証を行う。その他、「イノベーションの推進」と「国民皆保険の持続性」が求められる中、引き続き検討とされた薬剤自己負担の見直し項目である「薬剤定額一部負担」、「薬剤の種類に応じた自己負担の設定」及び「市販品類似の医薬品の保険給付の在り方の見直し」について、引き続き検討を行う。

現状の保険給付のイメージと課題



これまでに取り組んできた主な事項

- **医薬品の適正給付（下記を保険算定の対象外）**
 - ・ 単なる栄養補給目的のビタミン製剤の投与（2012年度）
 - ・ 治療目的以外のうがい薬単体の投与（2014年度）
 - ・ 必要性のない70枚超の湿布薬の投与（2016年度）
 - ・ 必要性のない63枚超の湿布薬の投与（2022年度）
- **長期収載品に選定療養の仕組みを導入**（2024年10月～）

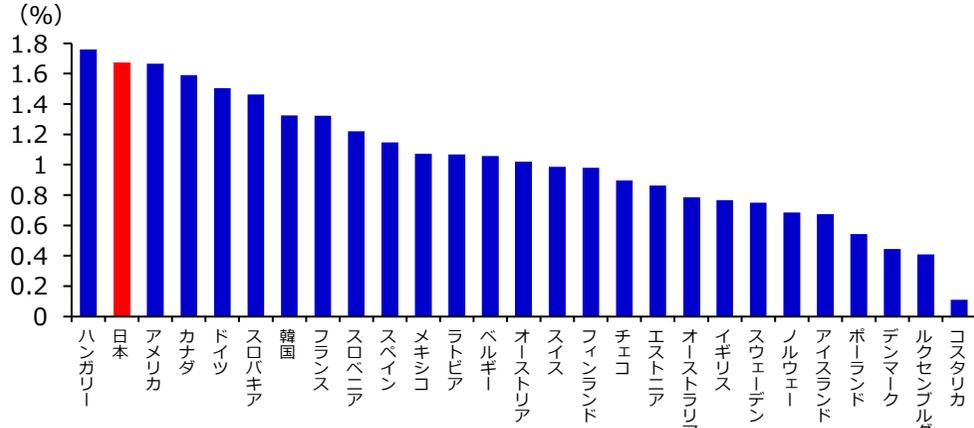
今後の主な改革の方向性

- **セルフメディケーションの推進を支える制度改革**
 - ・ OTC医薬品の対象拡大
 - ・ OTC医薬品と同一の有効成分を含む医療用医薬品の保険給付範囲の在り方の見直し
- **薬剤の自己負担の更なる見直し**
 - ・ 医薬品の有用性に応じた保険給付率の設定
 - ・ 薬剤費の一定額までの全額患者自己負担
- **費用対効果評価の本格適用と整合的な制度改革**
 - ・ 保険外併用療養制度の活用
 - ・ 民間保険の活用

保険給付範囲の見直しの考え方

- 我が国の外来薬剤費や国民1人当たり外来受診回数は諸外国と比べて高い水準にあり、軽微な不調は自ら対応するセルフメディケーションを推進する余地がある。
- 医療技術の進歩に伴い高額な医薬品の収載が増加傾向にあり、今後も、保険財政への影響が大きい医薬品が出てくることも想定される。
- こうした状況を踏まえ、イノベーションの推進や質の高い医薬品へのアクセスの確保、国民皆保険の持続性確保を両立する観点から、(前述の) 保険収載に際しての費用対効果評価の本格適用に加えて、自助・公助の適切な組み合わせの観点から、保険給付範囲の在り方を検討する必要がある。

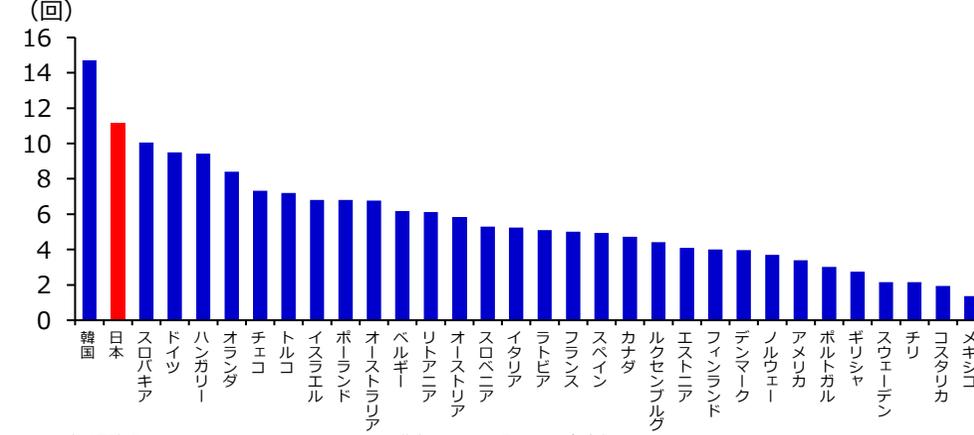
◆外来薬剤費（対GDP比）の国際比較（2020年）



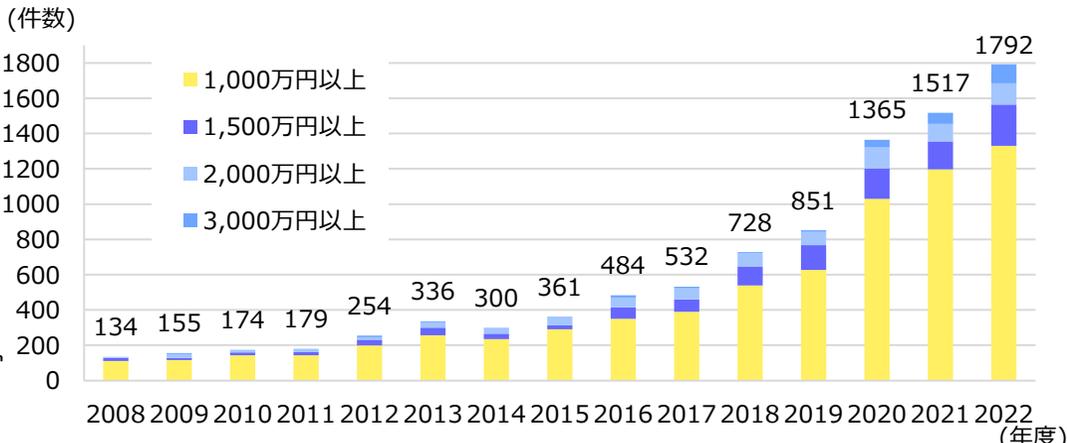
◆単価が高額な医薬品の例

薬名	効能・効果	薬価 (収載時)	ピーク時市場規模 (収載時予測)
ゾルゲンスマ点滴静注	脊髄性筋萎縮症	約1億6,700万円	42億円
キムリア点滴静注	急性リンパ芽球性白血病 等	約3,300万円	72億円
イエスカルタ点滴静注	びまん性大細胞型B細胞リンパ腫 等	約3,400万円	79億円
ステミラック注	脊髄損傷に伴う機能障害等の改善	約1,500万円	37億円

◆1人当たり外来受診回数の国際比較（2020年）



◆健保組合における1,000万円以上高額レセプトの件数の推移



(出所) “OECD Health Statistics 2023” (2024年3月27日時点)

(出所) 健康保険組合連合会「高額レセプト上位の概要」

(参考) 長期収載品の保険給付の在り方の見直し

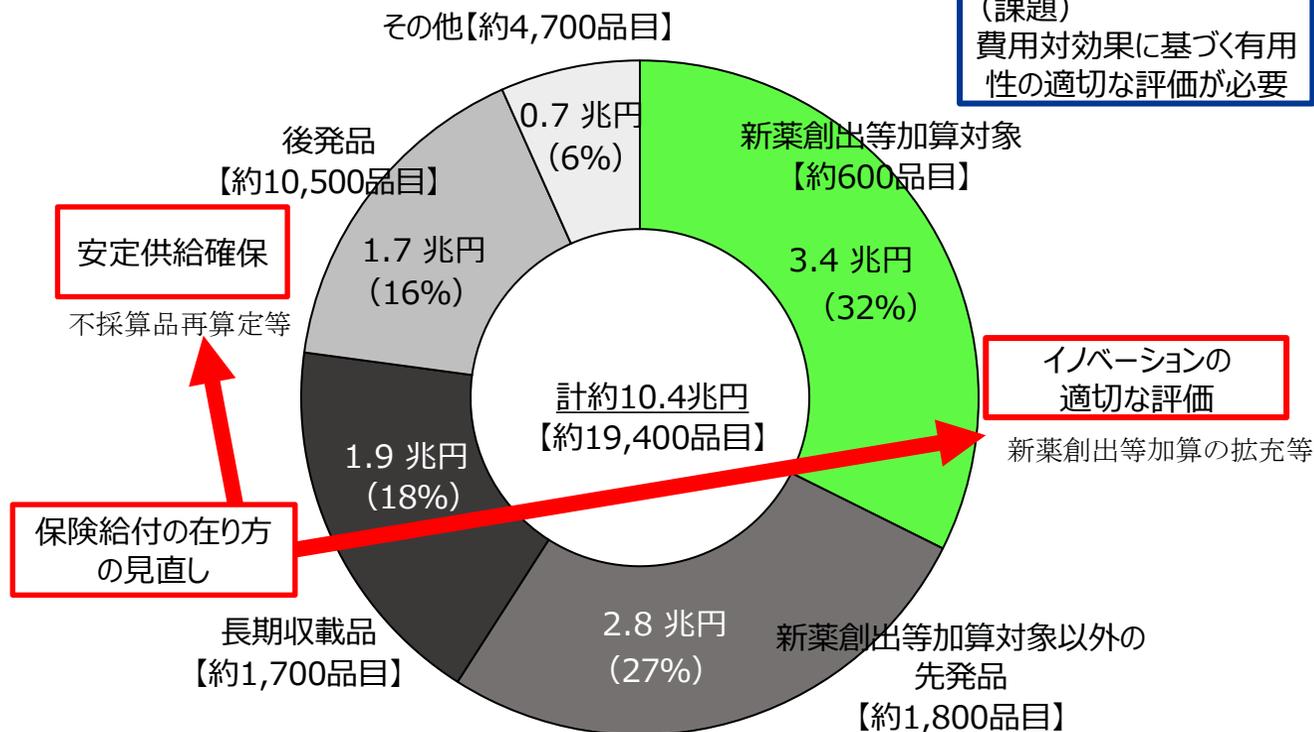
給付の範囲

- イノベーションの更なる評価等を行うため、長期収載品の保険給付の在り方の見直しとして、選定療養の仕組みを導入（2024年10月施行）。
- 長期収載品の使用について、一般名処方の場合等において長期収載品を選定する場合は、後発医薬品との価格差の4分の1は全額自己負担することとなる。

◆ 長期収載品の選定療養の導入

- 長期収載品の使用について、①銘柄名処方の場合であって、患者希望により長期収載品を処方・調剤した場合や、②一般名処方の場合は、選定療養の対象とする。
- ただし、①医療上の必要性があると認められる場合や、②薬局に後発医薬品の在庫が無い場合など、後発医薬品を提供することが困難な場合については、選定療養とはせず、引き続き、保険給付の対象とする。
- **選定療養の場合**には、長期収載品と後発品の価格差を踏まえ、**後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とする。**

◆ 薬剤費の構成（医薬品の市場規模・品目数）



(出所)厚生労働省「中央社会保険医療協議会 薬価専門部会」(2022年10月5日、12月16日)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、2021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2022年9月薬価調査時点のもの。

セルフメディケーションの推進（自助の観点）

給付の範囲

○ 軽微な不調は自ら直すセルフメディケーションは、国民の利便性向上に資するほか、診療や調剤に係る医療費を含めた合計の自己負担額でみるとOTC薬を購入した方が安くなるケースもあることを踏まえ、推進していく必要がある。

◆医療用医薬品を処方された場合とOTC薬を購入した場合の比較（2020年時点）

	医療用医薬品を処方された場合					OTC薬を購入した場合
	薬剤費※1	その他の医療費※2	医療費の合計	患者自己負担額 (3割負担)	保険者の負担額	OTC価格※3
花粉症薬 (フェキソフェナジン60mg 14日分)	420～ 1,400	5,670	6,090～ 7,070	1,830～ 2,142	4,270～ 4,998	565～ 2,075
漢方薬（感冒） (葛根湯（顆粒）※4 4日分)	160～ 240	5,670	5,830～ 5,910	1,755～ 1,776	4,095～ 4,144	657～ 1,980
湿布薬 (ロキソプロフェン50mg 14枚)	170～ 290	5,220	5,390～ 5,510	1,617～ 1,653	3,773～ 3,857	1,730～ 1,737
保湿剤 (ヘパリン類似物質 0.3% 50g (1本))	220～ 1,080	5,220	5,440～ 6,300	1,632～ 1,890	3,808～ 4,410	1,134～ 2,494

保険者がヘルスケアポイント(例えば1,000円分)を付与する場合、その分負担は減少する。

(出所) 第133回社会保障審議会医療保険部会資料(2020年11月12日)

※1 複数銘柄がある場合は最も薬価の安いものと最も高いものを記載(薬価は2020年4月時点のもの)。薬剤費は診療報酬点数として算定した場合の費用を記載。

※2 初診料(288点)、処方箋料(68点)、調剤基本料(42点)、薬剤服用歴管理指導料(57点)、調剤料(処方日数に対応した点数)、後発医薬品調剤体制加算2(22点)を算定したケースで算出。

※3 OTC薬は購入先やメーカーの違い(ブランド品、それ以外)によって価格は大きく異なる。確認できた範囲における最安値からメーカー希望小売価格までの範囲を記載。

※4 葛根湯(顆粒)の場合、OTC薬は医療用医薬品に比べて、1/4～1/3程度成分の含量が少ない場合がある。

【改革の方向性】(案)

○ 国民の利便性向上に資する医薬品のスイッチOTC化を進め、薬局で自ら購入できる医薬品の選択肢を増やしていく必要がある。

○ 諸外国の動向を見ると、軽度な症状に対する医薬品の処方制限をするといった対応が取られているほか、医薬品の有用性が低いものは自己負担を増やす、薬剤費の一定額まで自己負担とするといった対応が取られている。

◆ 軽度な症状に対する医薬品の処方制限（イギリスの例）

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

25 NHS、Guidance on conditions for which over the counter items should not routinely be prescribed in primary care.

(出所) 「国民が安心してセルフメディケーションできるICTやIoT技術を活用したOTC医薬品の販売・授与に関する調査研究」(研究代表者 昭和大学薬学部 赤川圭子氏)

◆ 薬剤の種類に応じた患者負担割合の設定（フランスの例）

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

◆ 薬剤費の一定額までの全額患者負担（スウェーデンの例）

年間の薬剤費	患者負担額
1,150クローネまで	全額患者負担
1,150クローネから 5,645クローネまで	1,150クローネ + 超えた額の一定割合
5,645クローネ超	2,300クローネ

(注) 1クローネ=14円 (2024年4月中において適用される裁定外国為替相場)

◆ 保険外併用療養費制度の柔軟な活用・拡大

OTC化済医薬品	技術料等	
保険給付 3割自己負担	保険給付 3割自己負担	現状では、技術料も薬剤も内容にかかわらず一定割合の負担
全額自己負担	全額自己負担	OTC化された医薬品を単に保険給付から外すと、技術料や他の薬剤も含めて全額が自己負担。
全額自己負担	保険外併用療養費 3割自己負担	保険外併用療養費制度を活用し、OTC化された医薬品についてのみ全額自己負担。

【改革の方向性】(案)

- セルフメディケーションの推進、市販品と医療用医薬品とのバランス、リスクに応じた自己負担の観点等を踏まえ、OTC類似薬に関する薬剤の自己負担の在り方も検討すべき。その際、保険外併用療養費制度の柔軟な活用・拡大についても併せて検討を行うべき。
- 諸外国の例も踏まえ、医薬品の有用性が低いものは自己負担を増やす、あるいは、薬剤費の一定額までは自己負担とするといった対応を検討すべき。

- 現在、保険診療と保険外診療を併用して治療を行う場合には、原則として保険診療部分も含めて全額が自己負担。「全ての診療行為を保険適用とする」か「全ての診療行為を保険適用としない」のいずれかしか選択肢がない硬直的な制度。未承認薬を使用すると、薬剤料だけでなく、技術料も含めて全額自己負担となり、患者にとって大きな負担となり得る。
- 今後費用対効果評価を本格活用すると、薬事承認されたものの保険収載されない医薬品の範囲が拡大すると見込まれる。

◆ 保険外併用療養費制度の概要（現行制度）

- ・ 例外的に、保険外併用療養費制度として認められている治療であれば、保険診療と併用することが可能。例えば、差額ベッド代は全額自己負担であっても、それ以外の入院料などは通常の負担。

保険診療部分	保険外診療部分
保険から給付	全額自己負担
3割自己負担	

保険外併用療養費制度の分類

評価療養	保険導入のための評価を行うもの (例：先進医療)
患者申出療養	患者からの申出に基づき 保険導入のための評価を行うもの
選定療養	保険導入を前提としないもの (例：差額ベッド、歯科の金合金)

◆ 保険適用外とする高額医薬品や未承認薬に活用する場合

- ・ 薬剤費は全額自己負担、当該医薬品以外の部分（初診料や検査料など）は従来通りの負担。

初診料や検査料	保険外医薬品
保険から給付	全額自己負担
3割自己負担	

◆ 高額医薬品の価格の一部に活用する場合

- ・ 経済性の面からの評価に見合う価格を超える高額医薬品の処方について、①当該価格までを保険適用とし、②当該価格を超える部分については全額自己負担とすることが可能。

高額医薬品		
初診料や検査料	①効果に見合う価格分	②超過する価格分
保険から給付	保険から給付	全額自己負担
3割自己負担	3割自己負担	

【改革の方向性】（案）

- 費用対効果の本格活用の検討とあわせ、保険外併用療養費制度の柔軟な活用・拡大、民間保険の活用について検討を行う必要。

- 75歳以上の者の1人当たり医療費は現役世代の約4倍であり、そのうち8割強は公費と現役世代の支援金で賄う構造。他方で現役世代は医療費のうち8割を患者負担と保険料で賄いつつ、加えて後期高齢者支援金も負担。
- 年齢ではなく能力に応じた負担とし、世代間の公平性を確保する観点から、改革工程に基づき、金融所得の勘案、金融資産等の取扱い等について検討を深めるべき。

給付と負担のバランス

◆ 後期高齢者の医療費と財源

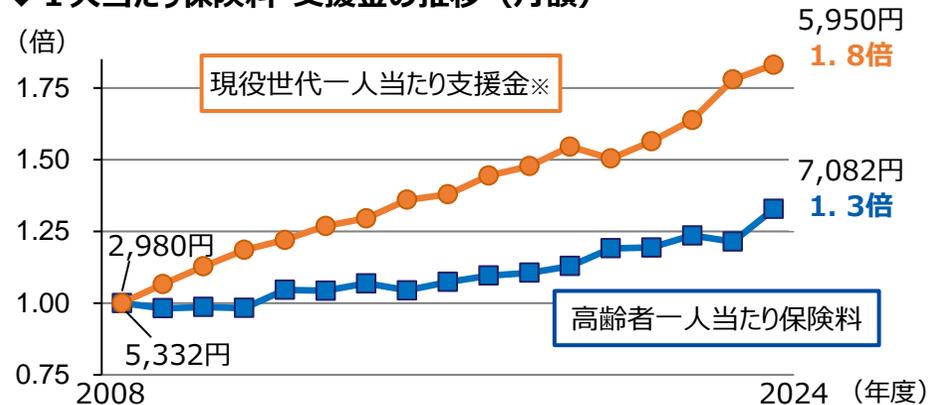


※2024年度予算を基に作成。

◆ 1人当たり医療費と保険料の増加（2009→2021）



◆ 1人当たり保険料・支援金の推移（月額）



これまでに取り組んできた主な事項

- **70～74歳の者の窓口負担の引上げ（1割→2割）**
 - ・ 2014年4月以降に70歳に達した者から2割負担（2018年度末で完了）
- **70歳以上の者に係る高額療養費制度の見直し**
 - ・ 2017年8月以降、低所得者を除き、段階的に自己負担の限度額を引上げ
- **療養病床の65歳以上の者の光熱水費の負担見直し**
 - ・ 2017年10月以降、指定難病の者等を除き、段階的に光熱水費の負担を引上げ
- **一定の所得のある後期高齢者（75歳以上）の2割の窓口負担の導入**

今後の主な改革の方向性

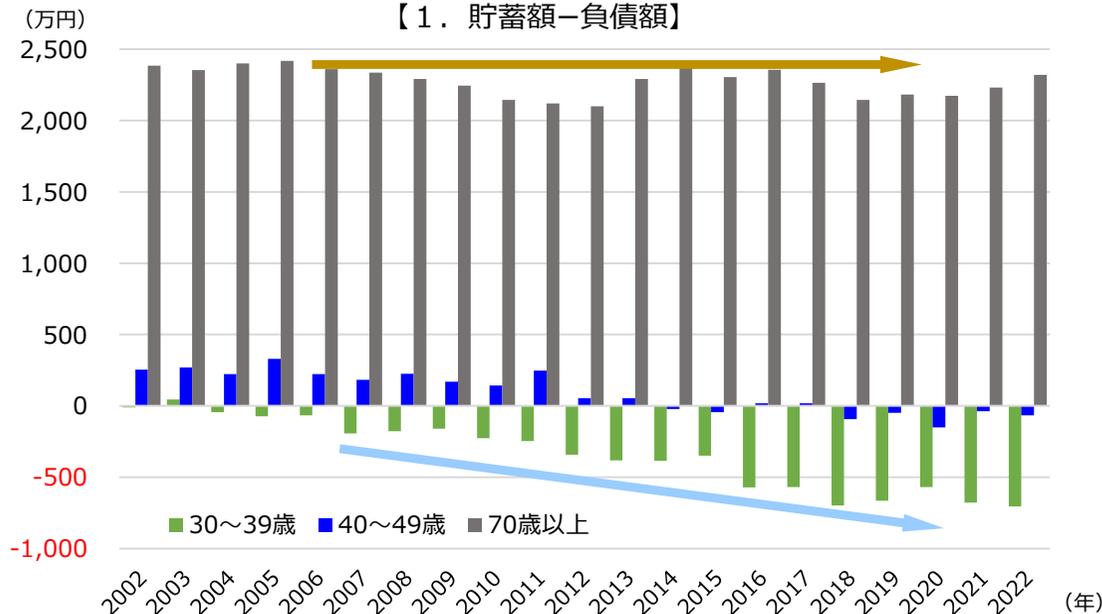
- **年齢ではなく能力に応じた負担**
 - ・ 金融所得の勘案
 - ・ 金融資産等の取扱い
 - ・ 後期高齢者医療制度における「現役並み所得」の判定基準の見直し
- **経済情勢に対応した高額療養費自己負担限度額の見直し**

高齢世帯の貯蓄等の状況

負担の在り方

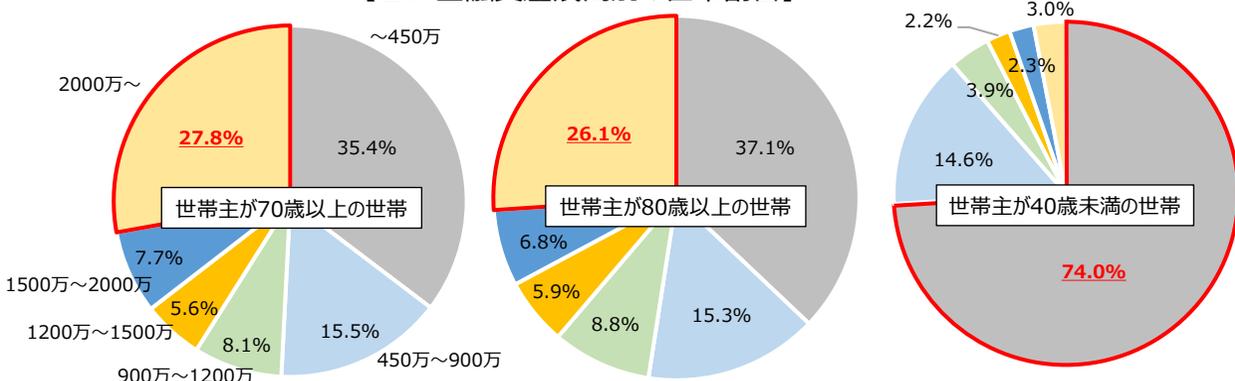
○ 各世帯ごとに事情が異なることには留意が必要であるが、①平均的な高齢者世帯の貯蓄から負債を引いた額は2,000万円以上で推移、②高齢者世帯の約3割は預貯金等の金融資産額が2,000万円以上、③モデル年金と同程度の収入がある高齢者世帯の年間の収支状況は黒字となっている。

【1. 貯蓄額－負債額】



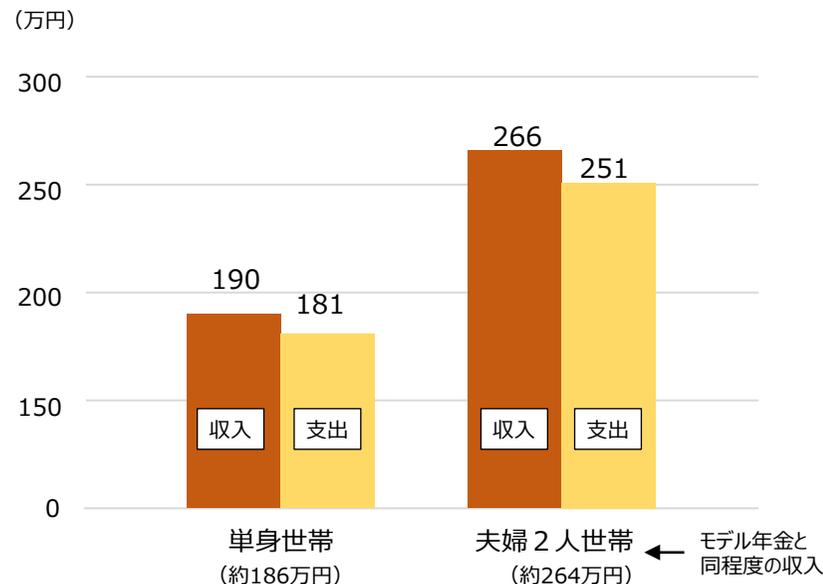
⇒①平均的な高齢者世帯の貯蓄から負債を引いた額は2,000万円以上で推移

【2. 金融資産残高別の世帯割合】



⇒②高齢者世帯の約3割は預貯金等の金融資産額が2,000万円以上

【3. 75歳以上世帯の収支状況】



⇒③モデル年金と同程度の収入がある高齢者世帯の年間の収支状況は黒字

【1. 貯蓄額－負債額】

(出所) 総務省「家計調査」

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

【2. 金融資産残高別の世帯割合】

(出所) 総務省「2019年全国家計構造調査」

(注) 総世帯に係る金額であり、負債は含まない。

【3. 75歳以上世帯の収支状況】

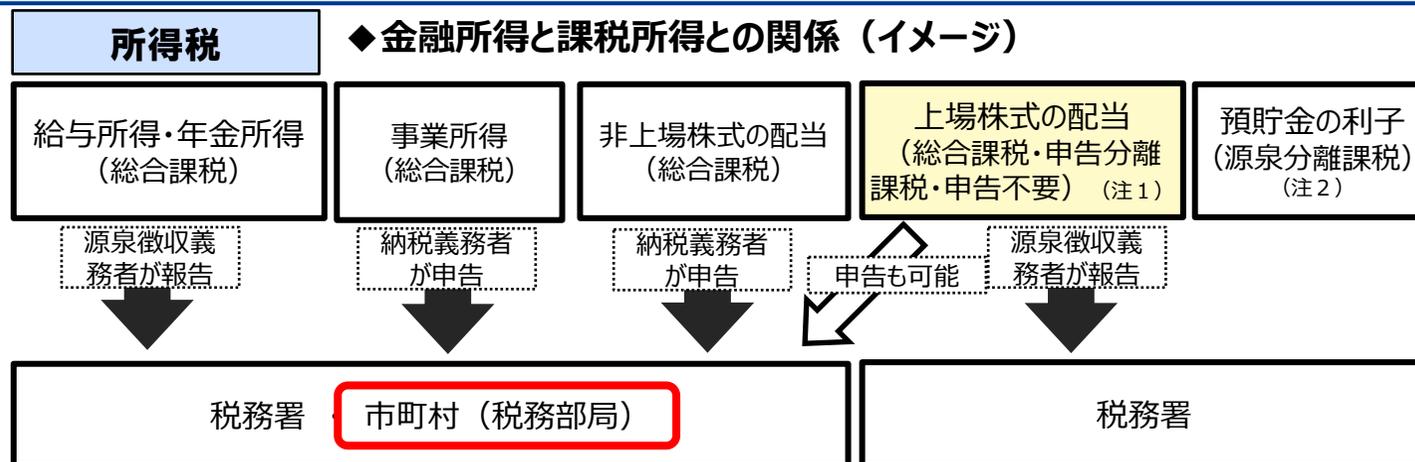
(出所) 第109回厚生労働省社会保障審議会介護保険部会 (2023.12.7) 資料
 (注1) モデル年金と同程度の収入は、厚生労働省が公表している2022年度における年金月額から概算した数値。単身世帯については、モデル年金から1人分の老齢基礎年金を除いて算出している。また、両世帯ともに厚生労働省老健局作成資料における年収額のうち最も近いものを引用している。

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

- 後期高齢者等の保険料は税制における課税所得をベースに賦課する仕組みとなっているが、税制において源泉徴収のみで完結する金融所得に関しては、確定申告がされない場合、課税はされるが保険料の賦課対象となっていない。

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

- ・ 国民健康保険制度、後期高齢者医療制度及び介護保険制度における負担への金融所得の反映の在り方について、税制における確定申告の有無による保険料負担の不公平な取扱いを是正するため、どのように金融所得の情報を把握するかなどの課題も踏まえつつ、検討を行う。



(例) 上場株式の配当

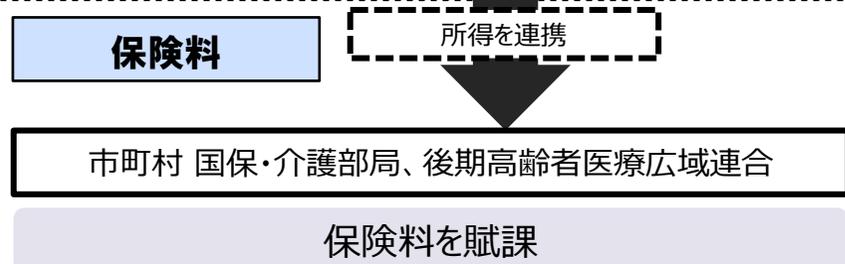
課税方式	保険料
総合課税	対象
申告分離課税	対象
申告不要	対象外

選択可能
(※)

(例) 預貯金の利子

課税方式	保険料
源泉分離課税	対象外

課税方式
は単一で
選択不可



(注1) 上場株式の譲渡益について、源泉徴収口座(源泉徴収を選択した特定口座)を通じて取引が行われた場合は申告不要を選択可能。

(注2) 預貯金の利子について、個別の預貯金者の情報については報告されない。

【改革の方向性】(案)

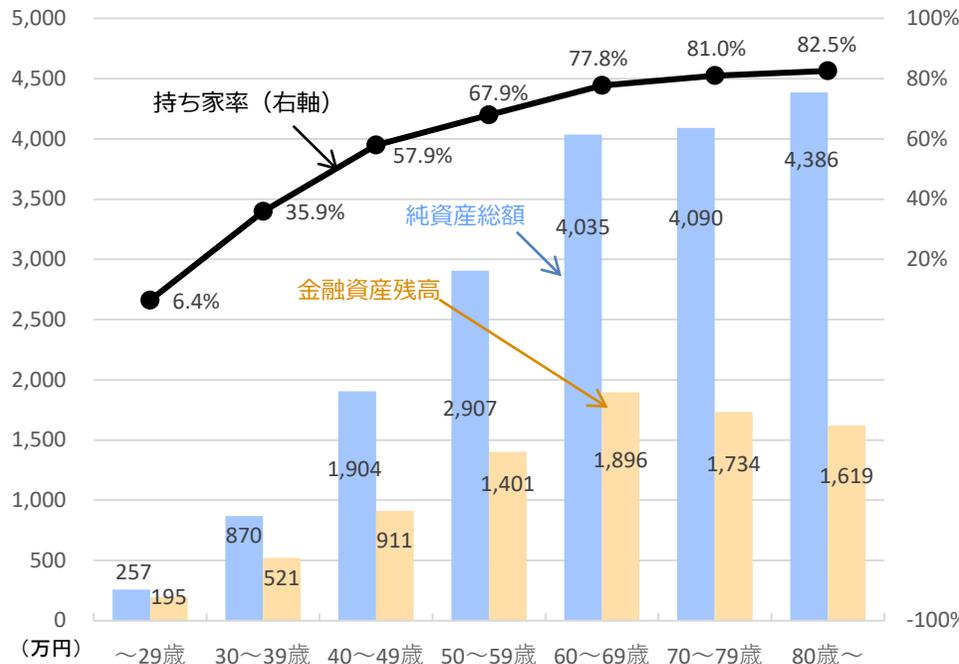
- 現在保険料の賦課対象とされていない金融所得のうち、本人の選択によって保険料の賦課対象となるかどうかが変わり得るもの(上場株式の配当など(※))。預貯金の利子などは含まれない。)については、公平性の観点から、保険料の賦課ベースに追加し、負担能力の判定においても活用する仕組みについて検討すべき。
- その際、NISAなどの非課税所得(NISA口座で管理される金融資産は1,800万円(簿価残高)まで非課税)は、保険料においても賦課対象としないことを前提とする必要がある。

- 高齢者は、現役と比べて平均的に所得水準は低い一方で、貯蓄現在高は高い。また、所得が低い高齢者の中にも相当の金融資産を保有するケースもある。しかし、（介護保険における補足給付を除き）高齢者の負担能力の判断に際し、預貯金等の金融資産は勘案されていない。

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

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

＜世帯主の年齢階級別資産残高＞



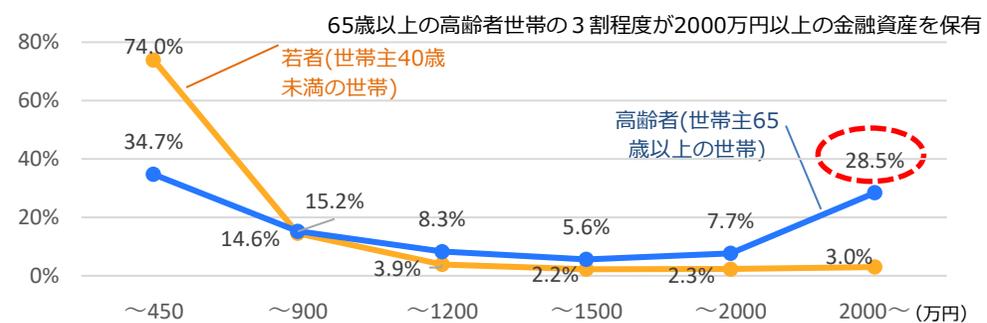
（出所）総務省「2019年全国家計構造調査」、総務省「2018年住宅・土地統計調査」

（注1）金融資産残高には負債は含まない。

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

（注3）いずれも総世帯に係る金額。

＜高齢者世帯・若者世帯における金融資産残高別の世帯割合＞



＜高齢者世帯・若者世帯の年収階級別貯蓄現在高、世帯割合＞



【改革の方向性】（案）

- まずは、現行制度の下での取組として、医療保険における入院時生活療養費等の負担能力の判定に際しても、介護保険の補足給付と同様の仕組みを適用すべき。さらに、医療保険・介護保険における負担の在り方全般について、マイナンバーを活用して、金融資産の保有状況も勘案して、負担能力を判定するための具体的な制度設計について検討を進めていくべき。

現役並み所得の判定基準の見直し

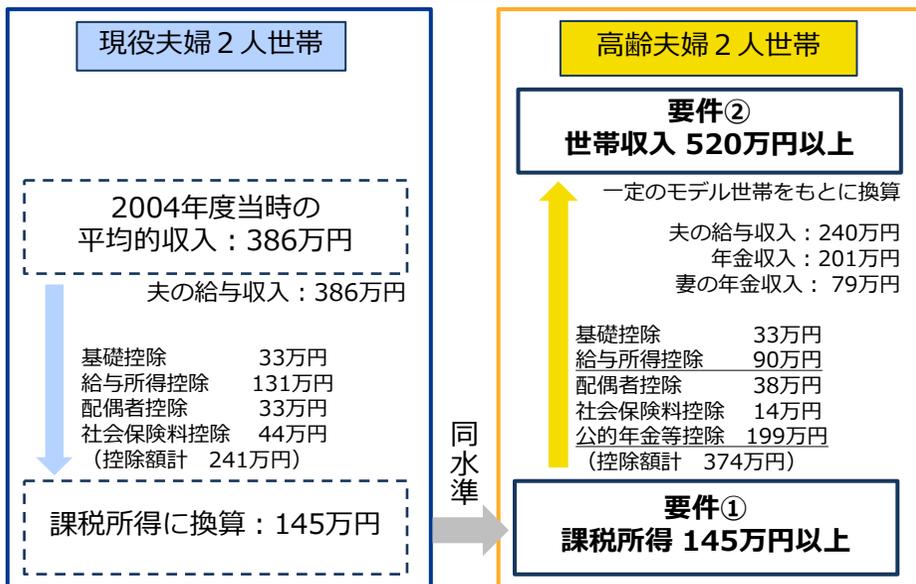
- 後期高齢者の患者負担は、「現役並み」（現役の平均）の所得水準を基準に、それ以上の所得があれば現役と同様 3 割負担を求めることとしている。
- しかしながら、実際の判定基準は、一定の仮定を置いた世帯収入要件もあわせて設けていることから、「現役並み」以上の課税所得があっても必ずしも「現役並み」とは評価されない仕組みとなっている。

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

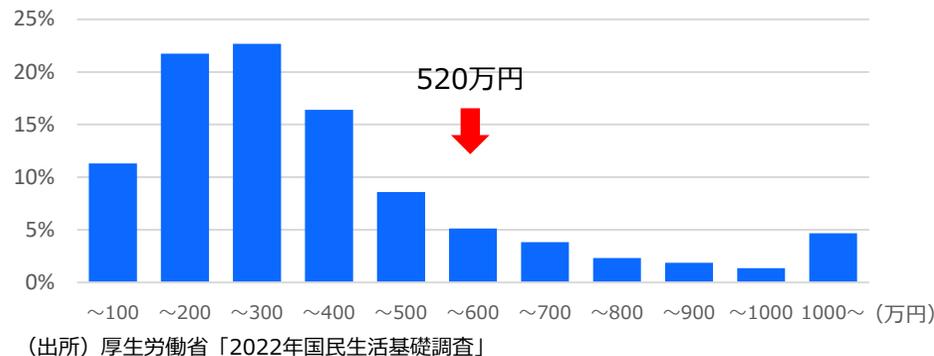
- ・ 年齢に関わりなく、能力に応じて支え合うという観点から、医療における「現役並み所得」の判断基準の見直し等について、検討を行う。「現役並み所得」の判断基準や基準額の見直しに当たっては、現役世代の負担が増加することや、2022年10月に施行された後期高齢者医療制度における窓口負担割合の見直し（一定以上所得のある者への2割負担の導入）の施行の状況等に留意する。

◆ 3割負担等の対象（現役並み所得以上）の判定方法

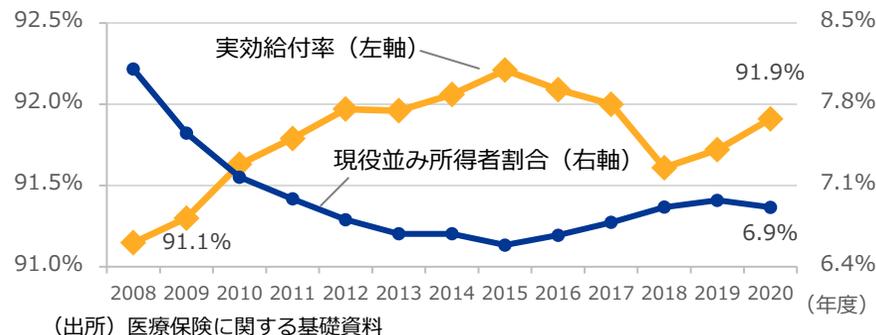
- 要件① 世帯内に課税所得の額が145万円以上の被保険者がいる
かつ
- 要件② 世帯の被保険者全員の収入の合計額が520万円以上である。
(世帯の被保険者が一人の場合は、383万円以上である。)



◆ 所得金額階級別の世帯数割合（世帯主：75歳以上）



◆ 「現役並み所得者」割合と実効給付率（後期高齢者医療制度）



【改革の方向性】（案）

- 「現役並み所得者」の割合が実効負担率に影響することも踏まえ、「現役並み所得」の判定基準について、現役世代との公平性を図り、世帯収入要件について見直しを行うべき。

4. 介護

今後の改革の方向性（総括）

○ 介護保険制度については、これまでも給付の適正化等の改革を実施してきたが、一人当たり介護給付費が急増する85歳以上人口が増加を続けることや、現役世代（支え手）の減少を見据え、以下の3つの視点から制度の持続性確保のための見直しを進めることで、中長期的に増大する介護需要に応えられる体制を構築していく必要。

保険給付の効率的な提供

◆ これまでに取り組んできた主な事項

- サービス付き高齢者向け住宅等における利用者の囲い込み・画一的なケアプラン是正
 - ・ 訪問介護・居宅介護支援の同一建物減算の導入
- 要支援者の訪問・通所介護の地域支援事業への移行
 - ・ 2018年3月末に移行完了
- 頻回のサービス利用についてのケアプランチェック
 - ・ 2018年10月より導入
- インセンティブ交付金の活用
 - ・ アウトカム指標への配点重点化、評価結果の「見える化」等の見直し 等

◆ 今後の改革の主な方向性

- 生産性の向上（ICT機器を活用した人員配置の効率化、経営の協働化・大規模化）
- 高齢者向け住まい等の報酬体系の見直し
- 保険外サービスの活用
- 人材紹介会社の規制強化
- 軽度者に対する生活援助サービス等の地域支援事業への更なる移行
 - ・ 生活援助サービスに関するケアプラン検証の見直し

保険給付範囲の在り方の見直し

- 特別養護老人ホームの重点化
 - ・ 2015年4月より、入所者を原則として要介護度3以上の高齢者に限定
- 福祉用具貸与・住宅改修に係る給付の適正化
 - ・ 2018年10月より、福祉用具貸与等の貸与価格の上限を設定
 - ・ 2024年度より、一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制を導入 等

- ケアマネジメントの利用者負担の導入
- 福祉用具の貸与と販売の選択制導入等の効果検証

高齢化・人口減少下での負担の公平化

- 利用者負担の引上げ
 - ・ 所得額に応じて、2割負担、3割負担を導入
- 補足給付の要件見直し
 - ・ 2015年8月に預貯金等を勘案する資産要件を追加
- 介護納付金（2号保険料）の総報酬割導入
 - ・ 2017年8月分より、段階的に移行し、2020年度に全面移行
- 1号保険料負担の見直し
 - ・ 2024年度より、所得再分配機能を強化 等

- 利用者負担の更なる見直し
 - ・ 2割負担の範囲の見直し
 - ・ 金融資産、金融所得の勘案
- 多床室の室料負担の更なる見直し

介護の改革の必要性

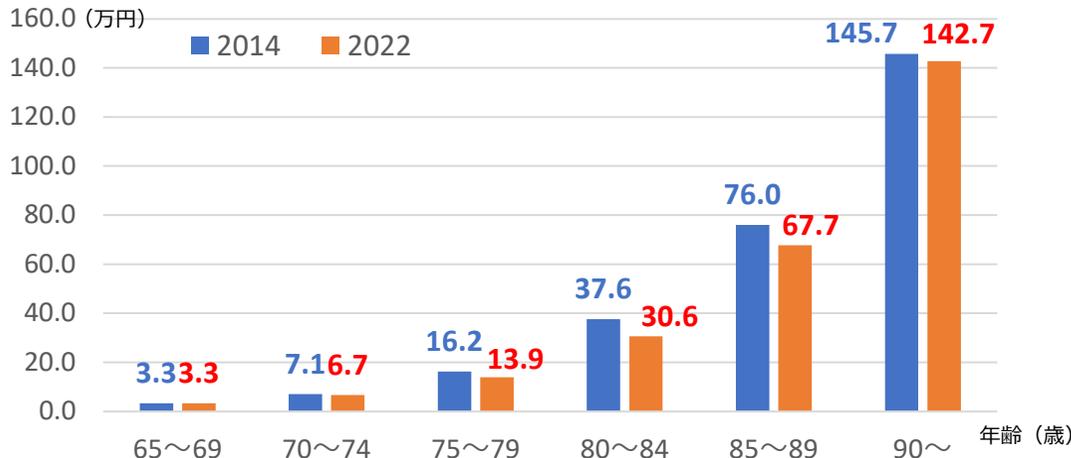
- 足元では、**年齢別の要介護認定率は低下しており、一人当たり介護給付費も減少**している。ただし、要支援も含めた90歳以上の要介護認定率は過去からあまり変わらずに高止まりしている。
- 他方で、将来的には、65～74歳、75～84歳の人口は減少していくのに対して、要介護認定率や一人当たり介護給付費が急増する**85歳以上の人口は今後も右肩上がり**で増加していくことが想定される。

◆年齢別の認定率の変化（要介護＋要支援）

※括弧内は要介護のみ

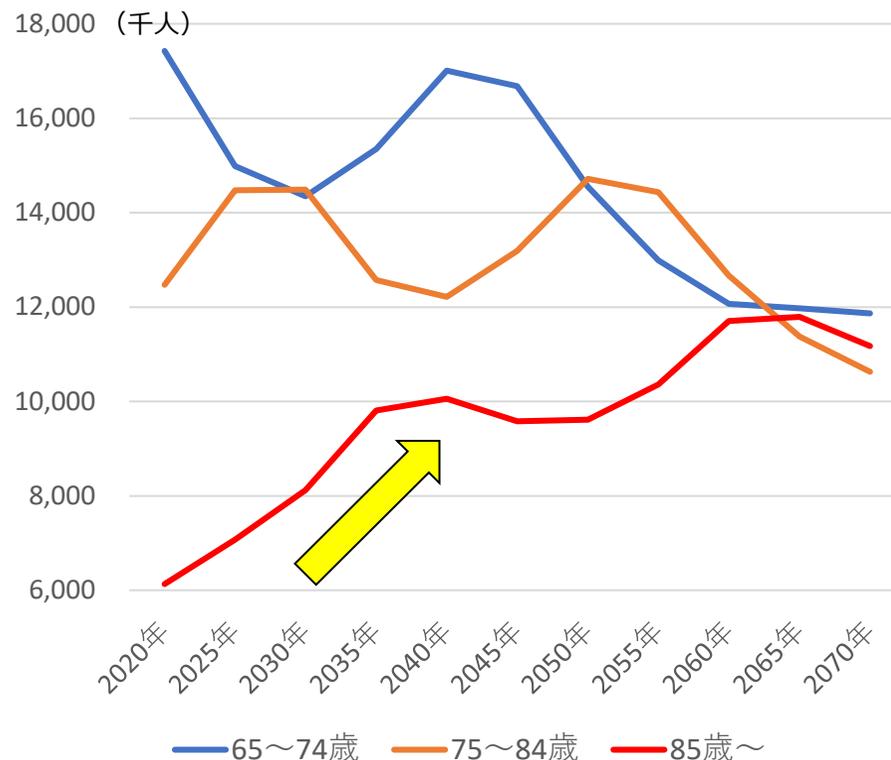
	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90歳～
2014年	2.8% (2.0%)	6.2% (4.1%)	13.9% (9.1%)	29.3% (19.5%)	50.0% (36.3%)	73.1% (61.9%)
	↓	↓	↓	↓	↓	↓
2022年	2.8% (1.9%)	5.7% (3.9%)	11.9% (7.9%)	25.4% (16.7%)	47.4% (33.5%)	73.2% (59.9%)

◆年齢別の一人当たり介護給付費の変化



(出所) 要介護認定率：厚生労働省「介護保険事業状況報告月報（2022年9月末、2014年9月末）」、総務省「人口推計」
介護給付費：厚生労働省「介護給付費等実態統計（2022年度、2014年度）」、総務省「人口推計」

◆年齢別の高齢者人口の将来推計



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「将来人口推計」
出生中位（死亡中位）推計（5年毎のデータ）

【改革の方向性】（案）

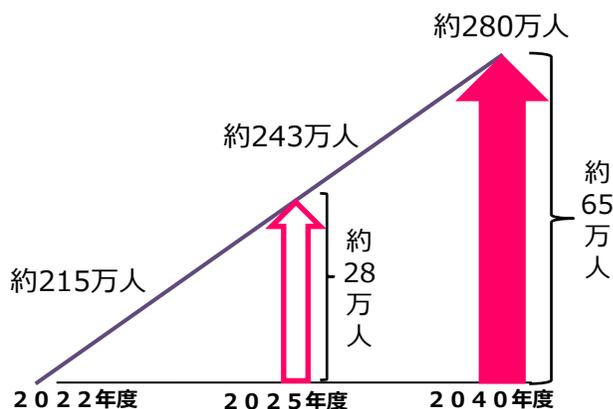
- 引き続き、高齢者の自立支援・重度化防止や生活の質向上の観点から介護予防の取組を進め、要介護認定率を引き下げていくとともに、今後、**85歳以上の人口が増加することを踏まえ、介護保険の給付と負担の見直しを遅滞なく着実に進めるべき。**

- 日本全体で**労働力の確保**が課題となる中、限られた介護人材を有効に活用し、**生産性を向上**させることは喫緊の課題。**今後も増大し続ける介護ニーズ**に対応していくためには、**ICT機器を活用して人員配置の効率化**を強力に進めていくことが不可欠。

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

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

◆介護人材の必要数の見込み



(出所) 厚生労働省「第8期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数について」、「介護サービス施設・事業所調査」

◆効果測定事業の実証結果

○老健施設(夜間)

・業務時間：平均**29.3%減少**
(31.5分/人→22.3分/人)

・職員1人当たり対応可能な利用者
⇒ 平均**45.4%増加**

(出所) 介護給付費分科会資料(2023年11月30日)

○特養、老健施設等(昼間)

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

(出所) 介護給付費分科会資料(2020年11月9日)

◆介護ロボットの導入状況

機器種別	施設タイプ	導入済み	未導入	無回答
見守り支援機器	入所・泊まり・居住系	30.0%	66.6%	3.3%
	通所系	8.7%	87.0%	4.3%
	入所・泊まり・居住系	11.1%	83.8%	5.1%
入浴支援機器	入所・泊まり・居住系	5.1%	90.5%	4.4%
	通所系	10.2%	84.8%	5.0%
	入所・泊まり・居住系	1.0%	94.3%	4.7%
介護業務支援機器	入所・泊まり・居住系	1.4%	94.0%	4.6%
	通所系	9.7%	86.3%	4.0%
	入所・泊まり・居住系	0.1%	95.0%	4.9%
移乗支援機器	入所・泊まり・居住系	0.5%	93.9%	5.6%
	通所系			
	入所・泊まり・居住系			

■ 導入済み ■ 未導入 ■ 無回答

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

【2024年度介護報酬改定における見直し】

○ **特定施設(介護付き有料老人ホーム等)**における人員配置基準の柔軟化 ⇒ 利用者数：介護職員数 = **3：1 → 3：0.9**
(I C T機器の利活用によりケアの質の確保や職員の負担軽減等が行われていること、などが要件)

○ **介護老人保健施設**における**夜間**の人員配置基準の柔軟化 ⇒ 配置人員数 = **2人以上 → 1.6人以上**
(全ての利用者への見守りセンサーの導入、夜勤職員全員のインカム等のI C T機器使用、などが要件)

※特養における夜間の人員配置基準の柔軟化については、2021年度介護報酬改定で既に見直し

【改革の方向性】(案)

○ I C T機器の導入・活用を引き続き推進しつつ、**特養・通所介護等における人員配置基準の更なる柔軟化**を実施すべき。

生産性の向上：経営の協働化・大規模化の推進①

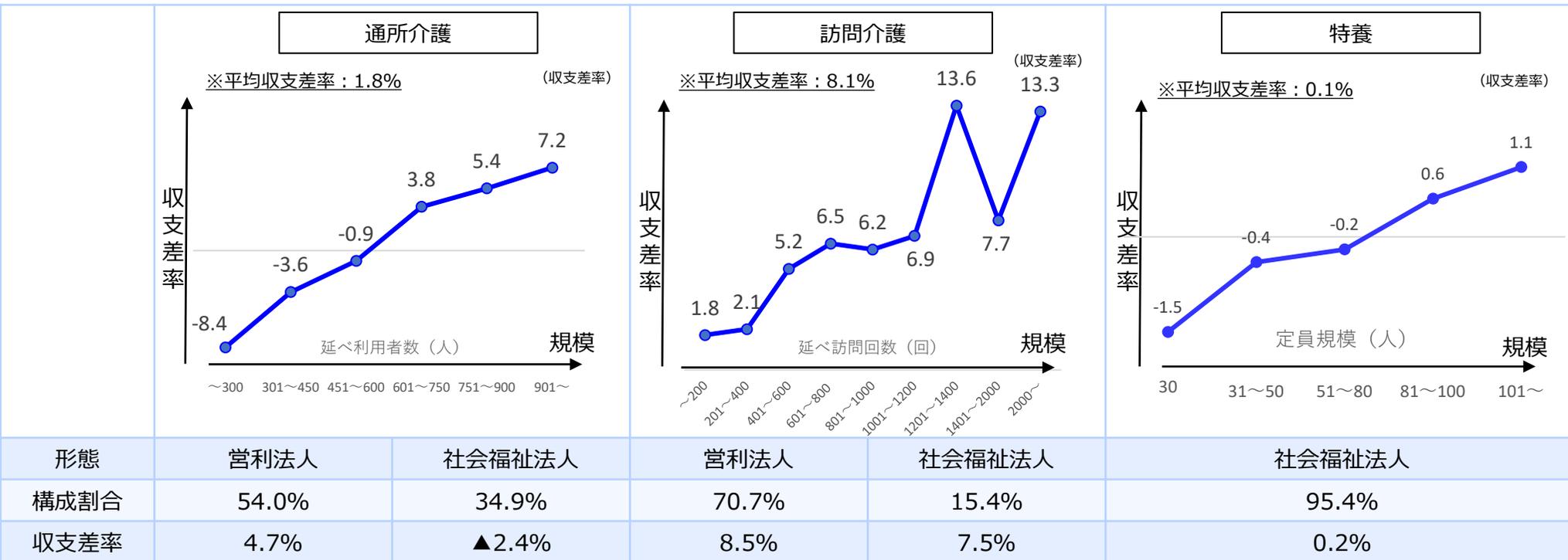
効率的な給付

- 限られた介護人材のリソースを有効に活用し、生産性を上げていくため、**経営の協働化・大規模化**は重要な取組。
- 在宅・施設とも、**規模が大きいほど収支差率が上昇**。この中で、営利法人と社会福祉法人を比較すると、営利法人の方が収支差率が良好。

(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)

「介護サービス事業者の経営の協働化・大規模化を推進するため、社会福祉連携推進法人の一層の活用の促進、法人・事業所間の連携による事務処理部門の集約や、共同で行うICTインフラの整備、人事管理システムの共通化などにより一層取り組むとともに、好事例の横展開を図る。」

◆規模別の収支状況(通所介護、訪問介護、特養)



(※) 収支差率は補助金含む、税引き前の値。特養については、定員30名以上の広域型が対象。定員29名以下の地域密着型特養の収支差率は-0.4%。

(出所) 厚生労働省「令和5年度介護事業経営実態調査」、厚生労働省「令和4年介護サービス施設・事業所調査」

【改革の方向性】(案)

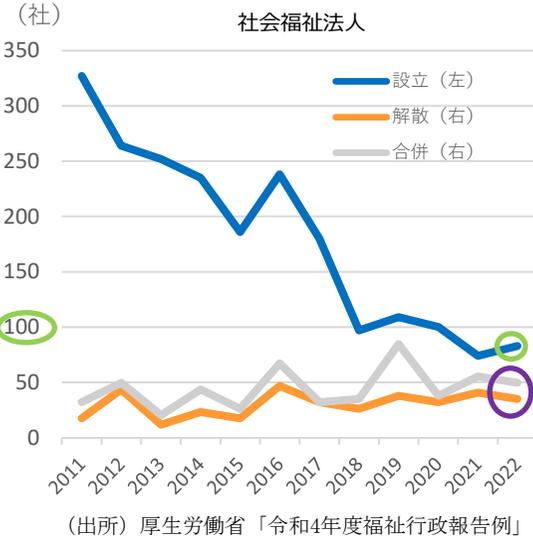
- 規模の利益を生かして、介護現場の業務の効率化や職場環境改善を図るため、2023年度補正予算で措置した、人材の一括採用・事務処理部門の集約・老朽設備の更新等のための支援策を活用して、**経営の協働化・大規模化を早急に進めるべき**。

生産性の向上：経営の協働化・大規模化の推進②

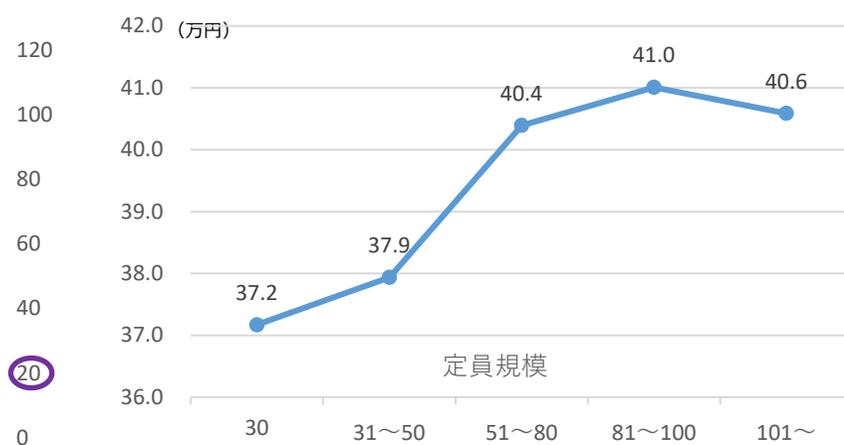
効率的な給付

- 近年、介護事業者の休廃業等の件数は増加しているが、それ以上に**新設法人が介護市場に参入**しており、その多くは営利法人の事業者と見られる。一方で、社会福祉法人においては、新規設立・解散・合併のいずれも少ない状態。
- こうした中で、**社会福祉法人**については、**1法人1拠点**（1施設のみ）、**1法人2拠点**（施設+通所or訪問が典型）の法人が**過半**を占めているが、こうした法人の**利益率は低調**。
- 一方で、**規模が大きくなるほど、社会福祉法人の労働生産性は高まる傾向**。また、**特養**の職員1人当たりの**給与も増える傾向**。

◆介護事業者・社会福祉法人の新設・休廃業数等の推移



◆特養における常勤職員1人当たり給与費



◆主に介護保険事業を行う社会福祉法人（介護保険事業収益がサービス活動収益全体の90%超）の拠点数別割合（2021年度）（n=3,763）

	1拠点	2拠点	3拠点	4拠点	5拠点～
法人数	1,387 (36.9%)	697 (18.5%)	536 (14.2%)	376 (10.0%)	767 (20.4%)
収支差率	▲0.3%	0.3%	0.8%	0.6%	2.0%

◆社会福祉法人（介護以外も含む）の労働生産性（2022年度）（n=8,298）

	～1億円	1～2.5億円	2.5～5億円	5～7.5億円	7.5～10億円	10～12.5億円	12.5～15億円	15億円～
法人数	327 (3.9%)	2,169 (26.1%)	2,091 (25.2%)	1,232 (14.8%)	727 (8.8%)	476 (5.7%)	313 (3.8%)	963 (11.6%)
労働生産性	359.2 万円	403.8 万円	418.0 万円	432.0 万円	437.0 万円	441.4 万円	440.8 万円	465.6 万円

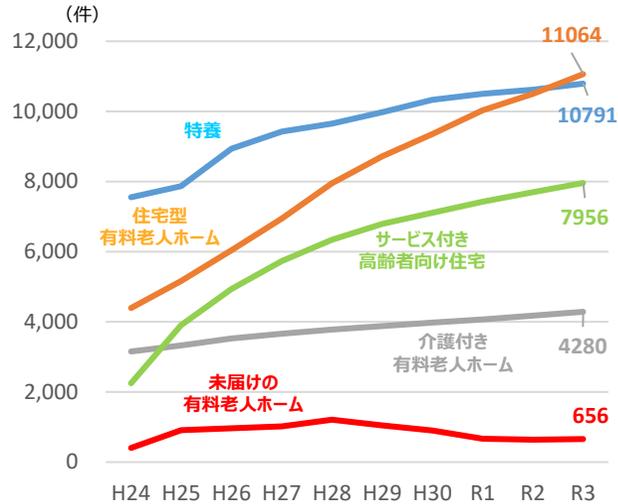
(※) 収支差率＝サービス活動増減差額比率：サービス活動増減差額÷サービス活動収益計
(出所) (独) 福祉医療機構「社会福祉法人の財務諸表等電子開示システム」を基に分析
(※) サービス収益活動規模別のデータ。労働生産性＝付加価値額÷年間平均従事者数
(※) 付加価値額＝サービス活動収益－（事業費＋事務費＋減価償却費＋国庫補助金等特別積立金取崩額 [マイナス値]）＋徴収不能額
(出所) (独) 福祉医療機構「経営分析参考指標（法人編）」

【改革の方向性】（案）

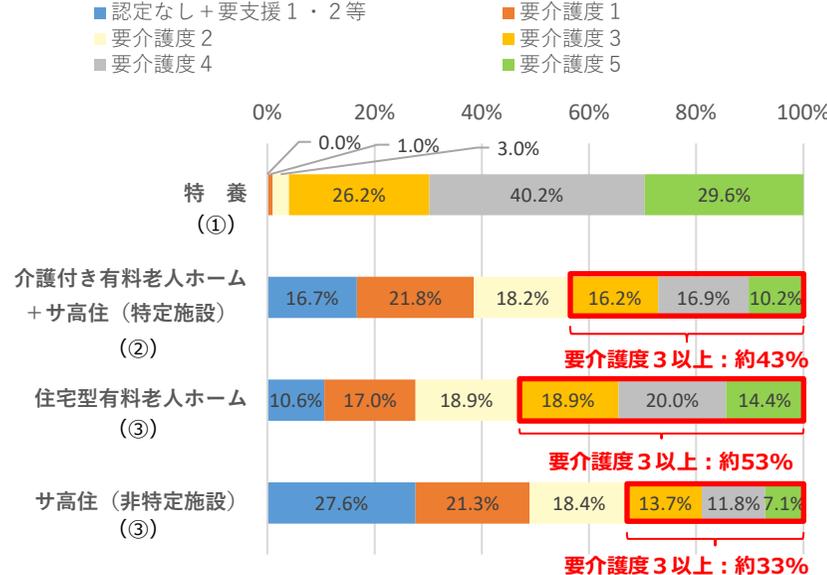
- 今後、特に**社会福祉法人における経営の協働化・大規模化**を円滑に進める環境整備を更に図っていくべき。

- 高齢者向け施設・住まいについては、従来からの施設である「①特養」のほか、「②（介護保険サービスの一類型である【特定施設入居者生活介護】の指定を受ける）介護付き有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅（サ高住）」や、「③（【特定施設】の指定を受けない）住宅型有料老人ホームやサ高住」の建設数も増加。
- 「①特養」については2015年より原則として入所者が要介護度3以上に限定。他方で、「②介護付き有料老人ホーム等」に加えて、自立して生活できる軽度者向けの住まいとして「③住宅型有料老人ホームやサ高住」の整備が進められたが、足元では③の高齢者向け住まいにおいても、**要介護度3以上の入居者が約3～5割**を占めており、一部のホームは**特養と同等の機能**を有するようになっている。
- しかしながら、「③住宅型老人ホームやサ高住」の整備は、「①特養」や「②介護付き有料老人ホーム等」といった介護保険施設と異なり、**市町村・都道府県**が策定する**介護保険事業計画**において**任意の記載事項**にとどまっているほか、**総量規制の対象外**となっている。

◆高齢者向け施設・住まいの数の推移



◆サービス毎の入居者の要介護度割合



◆介護保険事業計画の基本方針

市町村・都道府県の介護保険事業計画

基本的記載事項	総量規制の対象 (①・②)
○各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み	
任意的記載事項	総量規制の対象外 (③)
○特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数	

(※) サ高住のうち、「特定施設」の指定を受けたものは678件 (R3)

(出所) 介護給付費分科会資料 (2023年8月7日)、令和4年度有料老人ホームを対象とした指導状況等のフォローアップ調査 (第14回)

(※) 「認定なし+要支援1・2等」には、「不明・申請中等」を含む。

(出所) 特養のデータ: 介護給付費分科会資料 (2023年8月7日)、
その他のデータ: 厚生労働省「高齢者向け住まいにおける運営形態の多様化に関する実態調査研究」報告書 (2023年3月)

【改革の方向性】(案)

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

高齢者向け施設・住まいにおけるサービス提供の在り方②

効率的な給付

- **有料老人ホームやサ高住の提供事業者は、介護報酬の仕組み上、自ら介護サービスを提供する（包括報酬）よりも、関連法人が外付けで介護サービスを提供した方（出来高払い）がより多くの報酬を得ることが可能**となっており、こうした構造が未届けの施設を含めた、**利用者に対する困り込み・過剰サービスの原因**になっている、との指摘がある。

（注）自ら介護サービスを提供する場合は併設・隣接の介護事業所が無い施設が7割である一方、外付けで介護サービスを活用する場合は約8割を超える施設で介護事業所が併設・隣接され、その運営主体の多くが「関連法人」となっている。

- また、自ら介護サービスを提供する施設よりも**外付けで介護サービスを活用する施設の方が家賃などが安い傾向**。安い入居者負担で利用者を困り込み、**関連法人による外付けサービスを活用した介護報酬で利益を上げるビジネスモデルが成立している**可能性がある。

◆高齢者向け住まいの類型毎にみた月額費用の違い（要介護度5の場合）

	I. 介護付き有料老人ホーム +サ高住（特定施設）	II. 住宅型 有料老人ホーム	III. サ高住 （非特定施設）
居住費・食費・光熱費等 （介護保険サービス費以外）	26.0万円	11.9万円	14.5万円
介護保険サービス費 Iは、「特定施設（一般型）」の包括報酬額 II・IIIは、区分支給限度基準額(上限額)	24.4万円 （包括報酬額）	36.2万円 （区分支給限度基準額）	
合計	50.4万円	48.1万円	50.7万円
（利用者負担額：1割負担の場合）	（28.5万円）	（15.5万円）	（18.1万円）

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

（※）厚生労働省「高齢者向け住まいにおける運営形態の多様化に関する実態調査研究」報告書（2023年3月）のデータを基に計算

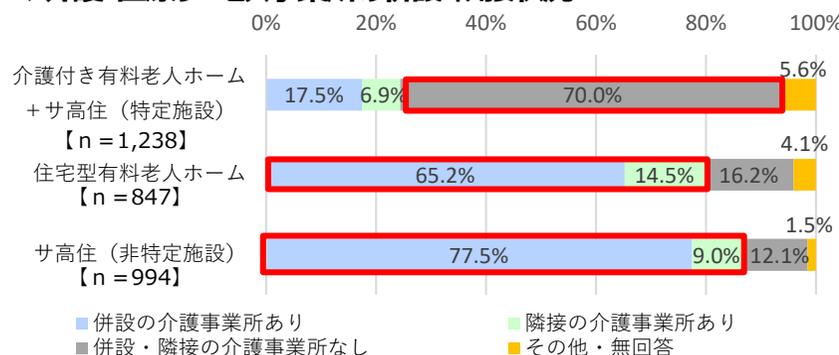
◆高齢者向け住まいの違い

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

【改革の方向性】（案）

- 有料老人ホームやサ高住における利用者の困り込みの問題に対しては、訪問介護の同一建物減算といった個別の対応策にとどまらず、外付けで介護サービスを活用する場合も、**区分支給限度基準額ではなく、特定施設入居者生活介護（一般型）の報酬を利用上限とする形で介護報酬の仕組みを見直す**べき。

◆介護・医療サービス事業所の併設・隣接状況



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

（出所）厚生労働省「高齢者向け住まいにおける運営形態の多様化に関する実態調査研究」報告書（2023年3月）

(参考) 高齢者向け施設・住まいにおけるサービス提供の在り方

効率的な給付

◆高齢者向け住まいにおけるサービス毎の介護報酬の違い

(※) 介護報酬1単位=10円、1か月=30日で計算した月額の数値

	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
①介護付き有料老人ホーム等が、自ら介護サービスを提供することで包括報酬となった場合（一般型の特定施設入居者生活介護）	162,600円	182,700円	203,700円	223,200円	243,900円
②住宅型有料老人ホーム・サ高住が、外部サービス事業者を活用して「区分支給限度基準額」の上限まで在宅サービスを提供した場合	167,650円	197,050円	270,480円	309,380円	362,170円
差額 (①-②)	5,050円	14,350円	66,780円	86,180円	118,270円
(参考) 特養 (ユニット型個室)	201,000円	222,000円	244,500円	265,800円	286,500円

重度化するほど
差額が大きくなる

(※) なお、特定施設の事業者がマネジメント業務を行い、その他のサービスは委託する「外部サービス利用型」の場合、介護報酬は一律月額25,200円 (+各種サービスの出来高報酬)

◆高齢者向け住まいの類型毎にみた平均利用料金 (月額換算)

	介護付き有料老人ホーム +サ高住 (特定施設)	住宅型 有料老人ホーム	サ高住 (非特定施設)
総額費用	260,486円	119,037円	144,709円
居住費用 (前払い金考慮後家賃)	120,862円	44,884円	56,610円
入居時費用 (前払い金月額換算)	45,083円	707円	0円
家賃相当額	72,296円	43,097円	59,101円
月額利用料金	125,247円	75,286円	86,655円
管理費・サービス費 (生活支援等)	67,755円	23,466円	19,473円
食費	50,290円	41,479円	46,286円
光熱水費	3,511円	4,592円	1,300円

(※) 上記の費用に、医療・介護保険サービス費の自己負担分は含まれていない。

(※) 上記表の内訳部分の数値を足し合わせても、小計・合計の金額と一致しない。

(出所) 厚生労働省「高齢者向け住まいにおける運営形態の多様化に関する実態調査研究」報告書 (2023年3月)

保険外サービスの活用

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

◆介護保険事業者による保険内・外サービスの組み合わせの例

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

<訪問介護サービスの提供>



==== 終了後 =====

<保険外サービスの提供>




○ ペットの世話 ○ (同居家族のための)買物

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

<通所介護(デイ)サービスの提供>



==== 中抜け =====

<保険外サービスの提供>




○ 外出支援 ○ 物販サービス

==== 中抜け =====

<デイサービスの提供>



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

◆保険外サービスに関する事業者の意見

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

(出所) ㈱日本総研「令和4年度ヘルスケアサービス社会実装事業」概要報告書

◆自治体における対応の違い (自治体へのアンケート)

○ ケアマネジャーによる相談・要望対応 (保険外対応)

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

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

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

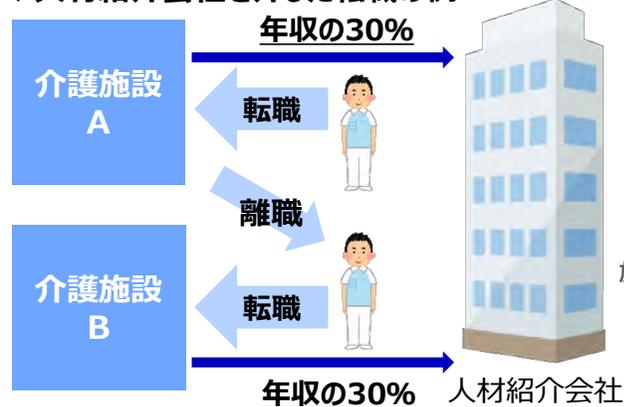
(出所) 2020、2021年度老人保健健康増進等事業 (㈱日本総合研究所、㈱エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所)

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

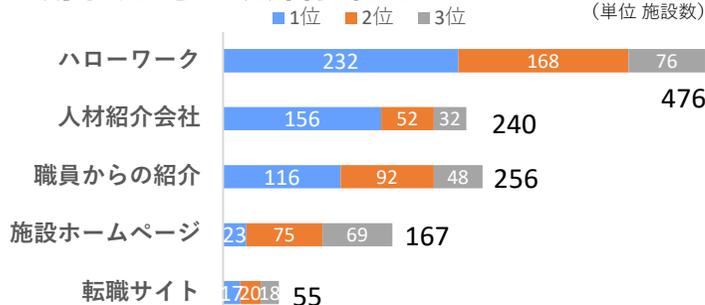
人材紹介会社の規制強化

- 介護事業者が民間の人材紹介会社を活用して人材を採用する場合、一部の事業者は高額の経費（手数料）を支払っている状況。また、人材紹介会社経由の場合、離職率が高いとする調査もあり、必ずしも安定的な職員の確保に繋がっているとは言い難い。
- 介護職員の給与は公費（税金）と保険料を財源としており、本来は職員の処遇改善に充てられるべきもの。介護事業者向けの人材紹介会社については、現在、本人への「就職祝い金」に関する集中的指導監督の実施等が行われているが、更なる取組の強化が求められる。
- 介護分野は医療・保育と比べ、厚生労働省が認定する適正紹介事業者を通じた人材紹介の市場シェア率が低く、更なる対応が必要。

◆人材紹介会社を介した転職の例



◆正規職員（介護・中途）の採用に結びつく効果の大きかった媒体・経路



(出所) 「2022年度 特別養護老人ホームの人材確保および処遇改善に関する調査結果」 独立行政法人福祉医療機構 (2023年)

◆介護従事者の離職率 ※全産業の離職率：15.0%

	人材紹介会社経由		人材紹介会社以外	
	3か月以内	6か月以内	3か月以内	6か月以内
介護職員	28.2%	38.5%	17.9%	25.6%
看護職員	21.3%	32.5%	12.4%	22.3%

(出所) 「医療・介護分野における職業紹介事業に関するアンケート調査」 厚生労働省 (2019年)、「令和4年雇用動向調査結果」 (2023年)

◆職業紹介手数料額の状況（常用就職※）

※無期雇用または4か月以上の期間の有期雇用での就職

		2016年度		2021年度	
医師	手数料総額	127億円	→	181億円	(1.4倍)
	1件当たりの手数料	57万円	→	99万円	(1.7倍)
看護師	手数料総額	308億円	→	328億円	(1.1倍)
	1件当たりの手数料	60万円	→	57万円	(1.0倍)
介護	手数料総額	58億円	→	239億円	(4.1倍)
	1件当たりの手数料	22万円	→	42万円	(1.9倍)
全産業	手数料総額	3,536億円	→	5,973億円	(1.7倍)
	1件当たりの手数料	59万円	→	85万円	(1.4倍)

(出所) 厚生労働省「職業紹介事業報告」(2016年度、2021年度)

(※) 福祉医療機構が別途実施した調査(2020年5月)によれば、フルタイムの医師のみの平均手数料額は約352万円

◆適正認定事業者の市場シェア（医療・介護・保育分野）

分野	常用就職件数			
	医療		介護	保育
区分	医師	看護師	介護サービス	保育士
適正認定事業者(①)	約15,200件	約43,200件	約22,500件	約14,500件
有料職業紹介事業者(②)	約18,200件	約57,300件	約56,900件	約23,100件
シェア率(①/②)	83.4%	75.4%	39.6%	62.9%

(出所) 「令和3年度職業紹介事業報告書の集計結果」より厚生労働省作成

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

【改革の方向性】(案)

- 人材紹介会社に対する指導監督の強化により一層取り組むとともに、医療・介護業界の転職者が一定期間内に離職した場合は、手数料分の返金を求めることを含め、実効性ある対策を更に検討すべき。また、ハローワークや都道府県等を介した公的人材紹介を充実させるべき。

軽度者に対する生活援助サービス等の地域支援事業への移行

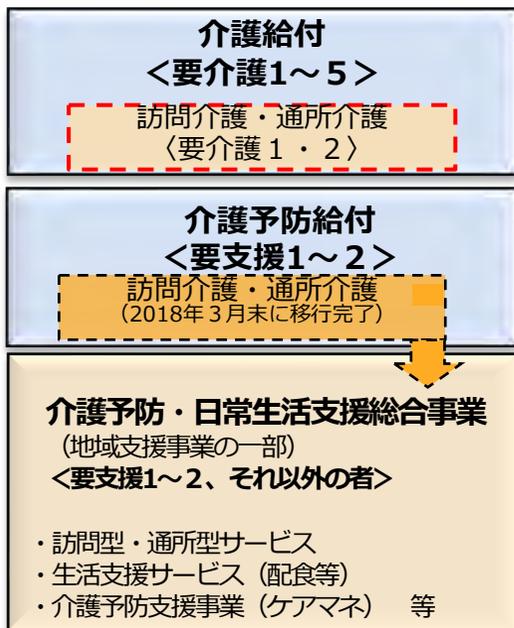
効率的な給付

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

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

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

◆介護給付と地域支援事業



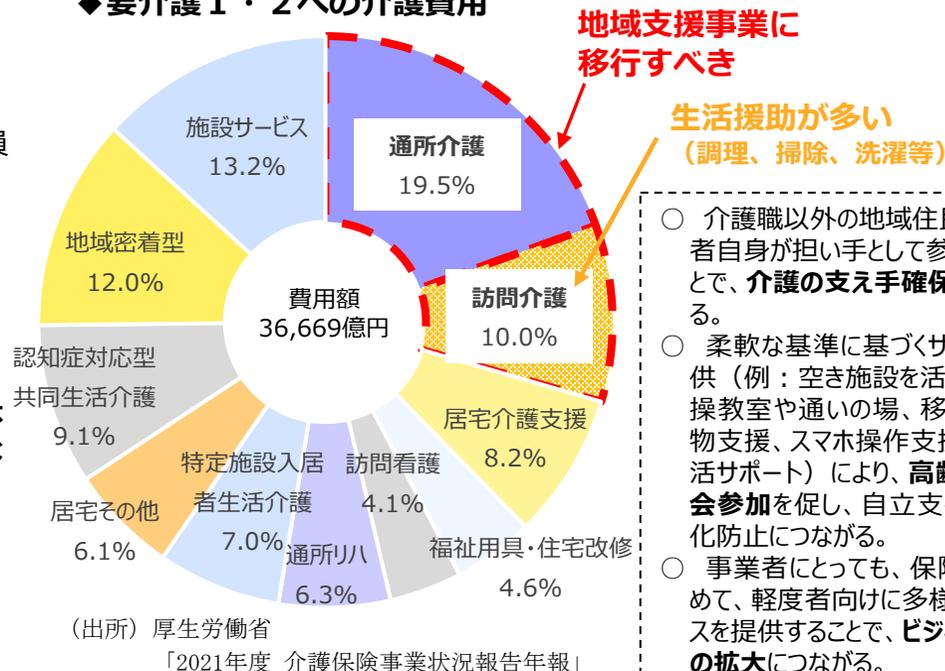
サービスの種類・内容・人員基準・単価等が**全国一律**

（例）介護職員2人以上
1人あたり3㎡以上

地域の実情に応じ、住民主体の取組など効果的・効率的なサービス提供を実施

（例）人員基準なし
(ボランティア可)
面積制限なし

◆要介護1・2への介護費用



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

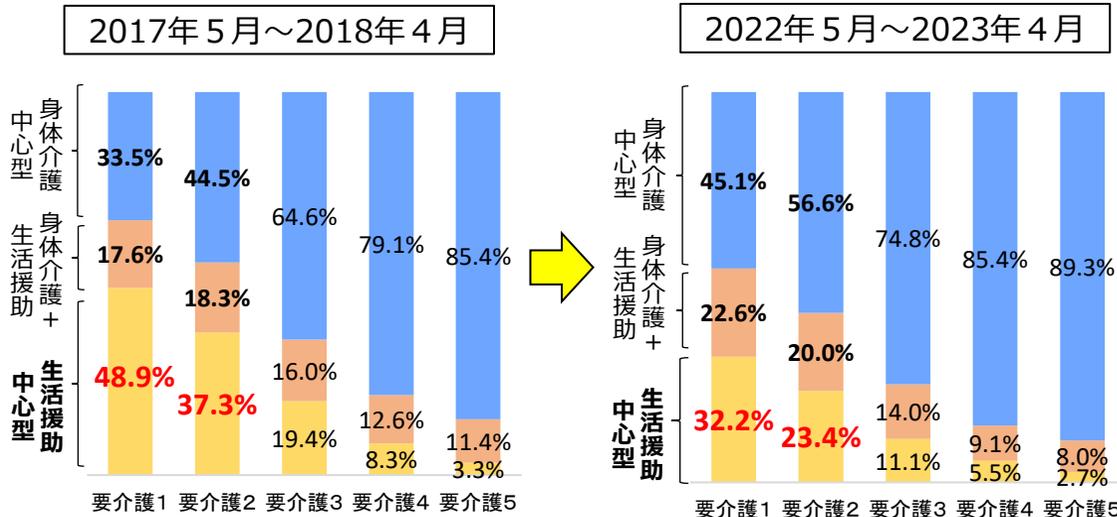
（※）いずれも、財源構成は、国25%、都道府県12.5%、市町村12.5%、1号保険料23%、2号保険料27%。

【改革の方向性】（案）

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

- **利用回数の多い訪問介護の生活援助サービス**（「全国平均利用回数 + 2 標準偏差」：月30～40回程度）については、2018年10月より、ケアプランの保険者への届け出を義務づけ、保険者によるケアプランの点検や地域ケア会議における検証を行うこととし、不適切な事例については是正を促すこととされた。
- さらに、2021年10月からは、居宅介護支援事業所毎に見て、①区分支給限度基準額の利用割合が7割以上、②その利用サービスの6割以上が訪問介護サービスとなる場合についても、ケアプランを保険者へ新たに提出することとされた。
- しかしながら、**届け出を避けるため**、訪問介護の「生活援助サービス」から「身体介護サービス」への振り替えが指摘されている。これを裏付けるように、近年、特に軽度者（要介護1、2）の「生活援助サービス」の利用割合が減る一方で、「身体介護サービス」や、「生活援助 + 身体介護サービス」の利用割合が増えている。また、ケアプラン検証の取組についても、**自治体によって差がある状況**。

◆訪問介護サービスの提供状況の推移



※訪問回数ベース

(出所) 厚生労働省「介護給付費等実態統計」

◆生活援助から身体介護への振替に関する自治体の意見

- 本制度開始以降、**プランの届出を避ける目的と思われるケアプランの変更が見られた**。結果として、不要なサービスの増加（給付費も増加）につながるのであれば、**適正化の動きと逆行**しているように感じる。
- **届出を回避**するため、**生活援助→身体介護や身体 + 生活にプランを変更**するという事例をよく耳にする。
- 住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅のケアマネは身体・生活援助を抱き合わせて**わざと回数を超えないようなプラン立て**をしてしまっているため、提出がほとんどない。

(出所) 厚生労働省「訪問介護等の居宅サービスに係る保険者の関与の在り方等に関する調査研究事業」報告書（2020年3月）

◆ケアプラン検証に関する自治体の取組状況 (n=717、複数回答)

(区分支給限度基準額の利用割合が高く、訪問回数の多いケアプラン)

地域ケア会議で検討	26.4%
適正化事業におけるケアプラン点検等を活用して検討	35.0%
まだ特段検討していない	35.7%

(出所) 厚生労働省「地域ケア会議等におけるケアプラン検証の在り方に関する調査研究事業」報告書（2023年3月）

【改革の方向性】(案)

- 身体介護に安易に置き換えられるケース等を是正し、訪問介護全体での適切なサービスを確保するため、**身体介護も含めた訪問介護全体の回数で届け出を義務付ける等、更なる制度の改善を図るべき**。また、各自治体のケアプラン検証の取組状況を定期的に把握し、**より実効的な点検を行うことで、サービス提供の適正化につなげていく必要**。

ケアマネジメントの利用者負担の導入

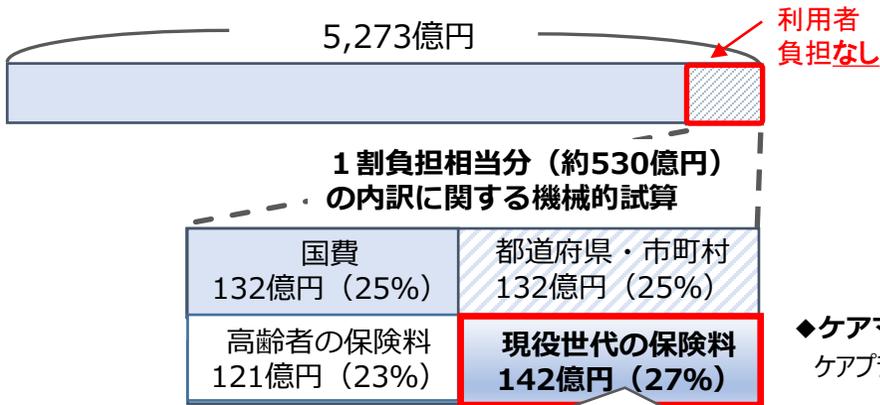
- 介護保険サービスの利用にあたっては、一定の利用者負担を求めているが、**居宅介護支援**については、制度創設時以来、ケアマネジメントの利用機会を確保する観点等から**利用者負担を取らない**取扱いとされてきた。しかし、介護保険制度創設から20年以上が経ち、現状では、ケアマネジメントに関するサービス利用が定着。利用者が本来負担すべきケアマネジメントに係る費用を現役世代の保険料で肩代わりし続けることは、世代間の公平の観点からも不合理。
- また、ケアマネジメントについて利用者負担を取らない取扱いは、利用者側からケアマネジャーの業務の質への**チェックが働きにくい**構造。ケアマネジメントの質の評価とあわせて、**利用者自身が自己負担を通じてケアプランの質に関心を持つ仕組み**とした方が、**サービスの質の向上**につながるのではないかと。

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

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

◆ケアマネジメントに係る費用のイメージ

○ケアマネジメント (居宅介護支援) に係る費用額 (2020年度実績)



※自己負担は、所得の状況に応じて1~3割となることに留意。

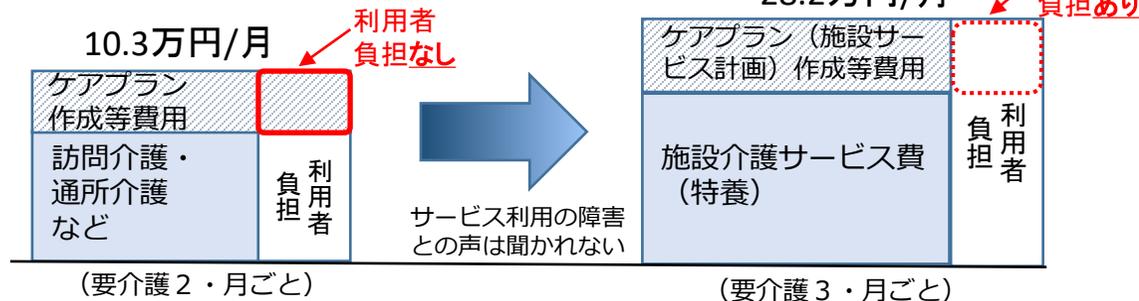
現役世代の負担 (毎年)

◆ケアマネジメントに自己負担がない理由

「介護保険制度の見直しに関する意見」(2016年12月介護保険部会)

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

◆受給者一人当たり介護サービス費用



※「介護給付費等実態統計」(2023年4月審査分) の受給者1人当たり費用額から粗く計算できる自己負担額は1,500円程度。

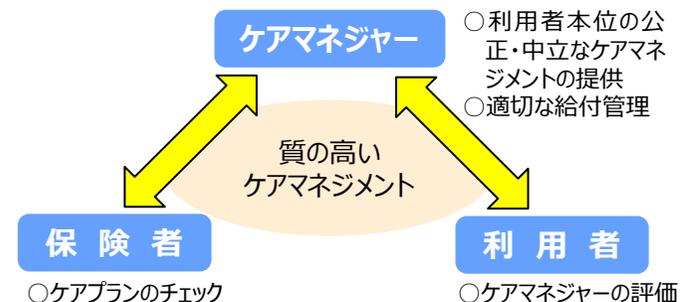
◆ケアマネジメントの公正中立性に対する懸念

ケアプラン作成に当たり問題となり得ること
(n = 336、現場のケアマネジャーへのアンケート)

事業者の都合により、同一住宅・ホーム内の利用者の ケアプランが画一的 なものとなっている	全回答の40.2%
事業者の都合により、 区分支給限度基準額一杯まで 同一法人による介護保険サービスを設定したケアプランが多い	全回答の37.2%
事業者の都合を意識することで、 利用者にとって必要な介護保険サービスがケアプランに位置づけることが難しい 場合がある	全回答の31.8%

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

◆ケアマネジメントの質の向上に向けたイメージ

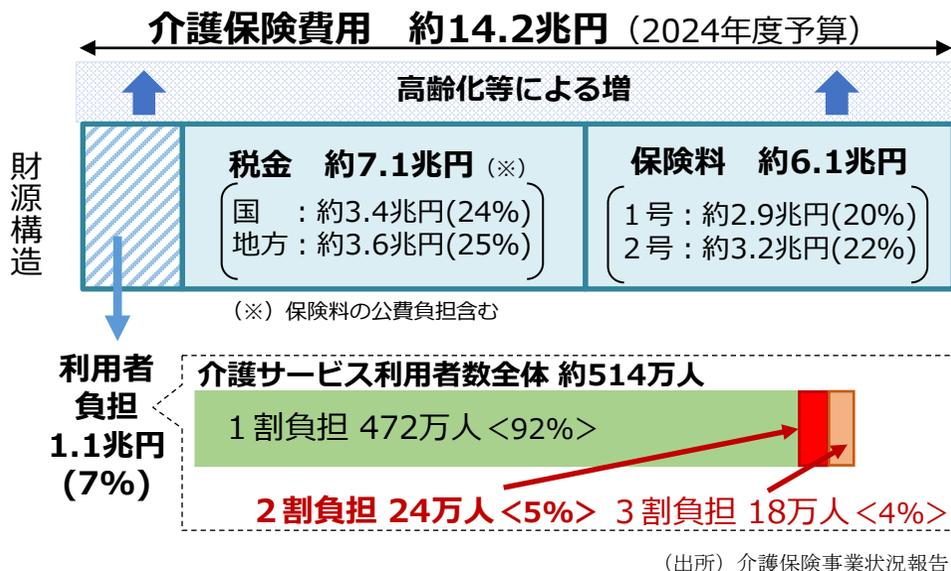


【改革の方向性】(案)

- 質の高い介護サービスを提供する上で、利用者の立場に立ってケアプランを作成するケアマネジャーは重要な役割を果たしており、公正・中立なケアマネジメントを確保する観点から、質を評価する手法の確立や報酬への反映と併せ、**居宅介護支援に利用者負担を導入することで、質の高いケアマネジメントが選ばれる仕組みとする必要**。

- 介護保険の利用者負担については、2割・3割負担の導入を進めてきたが、今後も、高齢化による介護費用の増加が見込まれる中で、給付と負担のバランスを確保し、保険料の伸びの抑制を図る観点から、利用者負担の更なる見直しを進めていくことが必要。
- しかしながら、**2割負担の対象者の範囲拡大**については、昨年議論が行われたものの、引き続き検討を行い、**2027年度からの次期事業計画の開始前までに結論**を得ることとなった。

◆利用者負担の現状



◆介護費用、保険料負担（月額）の見通し

	2025年度	→	2040年度
介護費用	16.4兆円		27.6兆円
1号保険料	約7,200円		約9,200円
2号保険料 (市町村国保)	約3,500円		約4,400円

(出所) 「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」の推計値
(ベースラインケース、保険料は2018年度賃金換算)

◆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】

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

- ・ 利用者負担が2割となる「一定以上所得」の判断基準の見直しについては、以下の内容につき、引き続き早急に、介護サービスは医療サービスと利用実態が異なること等を考慮しつつ、改めて総合的かつ多角的に検討を行い、第10期介護保険事業計画期間の開始(2027年度～)の前までに、結論を得る。
 - (i) 利用者負担の「一定以上所得」(2割負担)の判断基準について、以下の案を軸としつつ、検討を行う。
 - ア：直近の被保険者の所得等に応じた分布を踏まえ、一定の負担上限額を設けずとも、負担増に対応できると考えられる所得を有する利用者に限って、2割負担の対象とする。
 - イ：負担増への配慮を行う観点から、当分の間、一定の負担上限額を設けた上で、アよりも広い範囲の利用者について、2割負担の対象とする。その上で、介護サービス利用等への影響を分析の上、負担上限額の在り方について、2028年度までに、必要な見直しの検討を行う。
 - (ii) (i)の検討に当たっては、介護保険における負担への金融資産の保有状況等の反映の在り方や、きめ細かい負担割合の在り方と併せて早急に検討を開始する。

利用者負担の見直し②

負担の在り方

○ 昨年の議論では、2割負担の対象者の範囲拡大に伴うフローの収支への影響を中心に検討が行われたが、ストックの金融資産等を勘案した議論は本格的に行われなかった。しかし、**年収上位約30%の高齢者世帯では、平均約2千万円近くの貯蓄があり、こうした点も考慮する必要。**

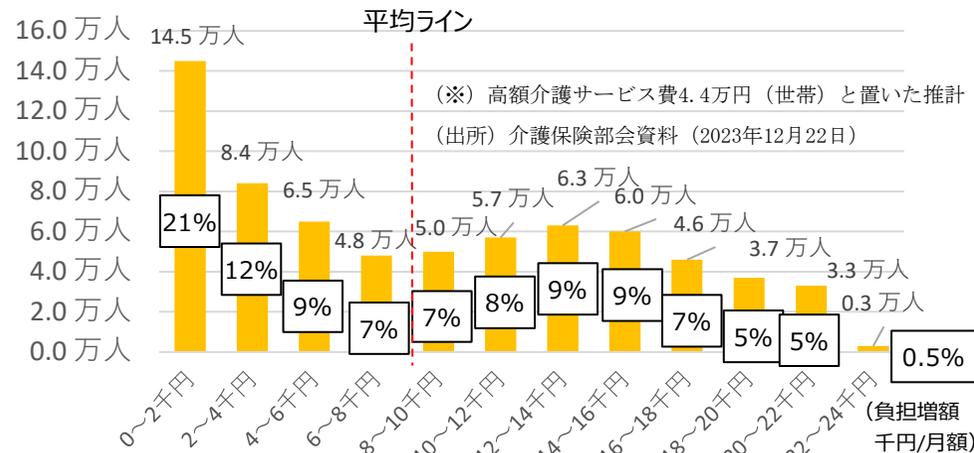
◆ 2割負担の対象者の範囲拡大の影響試算（粗い試算）

	所得・収入基準	被保険者数	影響者数	給付影響額
現行基準 所得上位22% 所得上位24% 所得上位26% 所得上位28% 所得上位30% 所得上位33% 後期高齢者医療の2割負担となる層と同じ所得水準	単身280万円～ 2人以上346万円～ (合計所得160万～)	55万人	—	—
	単身260万円～ 2人以上326万円～ (合計所得140万～)	130万人	17万人	▲180億円
	単身250万円～ 2人以上316万円～ (合計所得130万～)	200万人	27万人	▲280億円
	単身240万円～ 2人以上306万円～ (合計所得120万～)	270万人	36万人	▲380億円
	単身230万円～ 2人以上296万円～ (合計所得110万～)	340万人	45万人	▲480億円
	単身220万円～ 2人以上286万円～ (合計所得100万～)	410万人	54万人	▲580億円
	単身200万円～ 2人以上266万円～ (合計所得80万～)	520万人	69万人	▲740億円

(※) 所得分布は2023年4月1日現在
(出所) 介護保険部会資料 (2023年12月22日) 【抜粋】

◆ 負担増額の分布（粗い試算）

所得上位33%（単身200万円～等）まで範囲拡大した場合



◆ 高齢者世帯（世帯主65歳以上）の年収階級別貯蓄現在高、世帯割合



【改革の方向性】（案）

○ 負担能力に応じて、増加する介護費をより公平に支え合う観点から、「改革工程」に沿って、所得だけでなく**金融資産の保有状況等の反映の在り方や、きめ細かい負担割合の在り方と併せて検討した上で、2割負担の対象者の範囲拡大について早急に実現すべき。**また、医療保険と同様に、利用者負担を原則2割とすることや、現役世代並み所得（3割）等の判断基準を見直すことについても検討していくべき。

多床室の室料負担の見直し①

負担の在り方

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

介護老人福祉施設（特養老人ホーム）

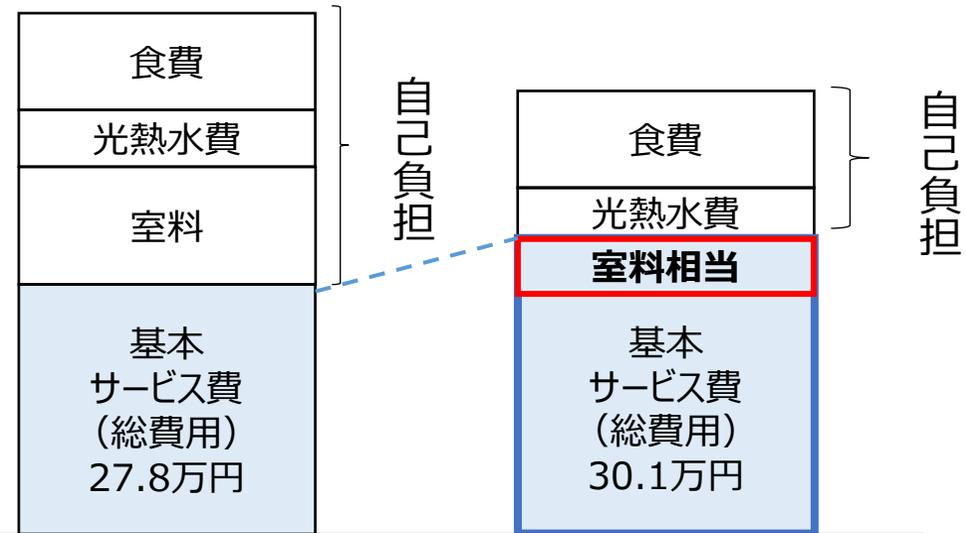
特養は2015年度改定で多床室の室料をサービス費から除外し、個室と多床室の報酬水準は同額。



個室・多床室

介護老人保健施設・介護医療院

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



個室

多床室

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

【2024年度介護報酬改定における見直し】

○ 一部の老健施設・介護医療院の多床室について、新たに室料負担を導入（月額8千円相当）

- ・ 老健施設の約6%（「その他型」及び「療養型」のみ）、介護医療院の約32%（「II型」のみ）と対象は限定的
- ・ さらに、いずれも面積要件あり（8㎡/人以上に限られる）

⇒ 更なる見直しが必要

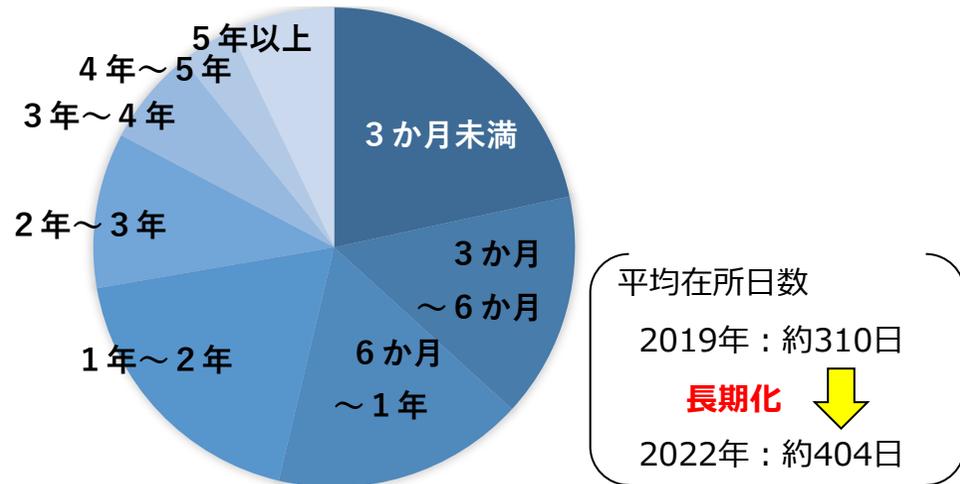
多床室の室料負担の見直し②

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

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

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

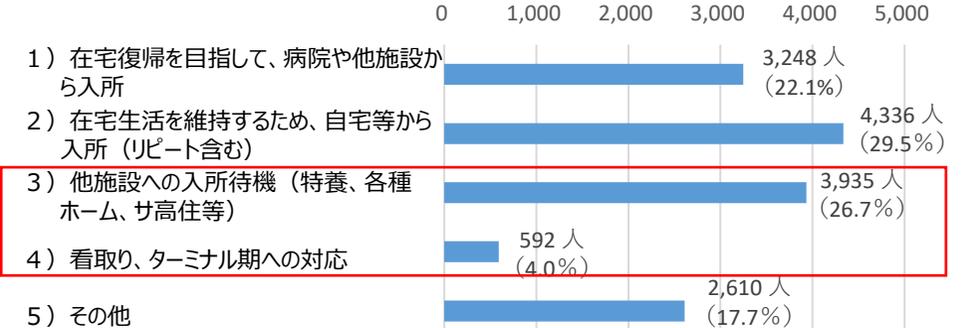
◆介護老人保健施設の在所日数別の利用者数（2022年10月時点）



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

（出所）厚生労働省 2022年、2019年「介護サービス施設・事業所調査」

◆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）」

【改革の方向性】（案）

- こうした利用実態等を踏まえ、居宅と施設の公平性を確保し、どの施設であっても公平な居住費（室料+光熱水費）を求めていく観点から、今回見送りとなった**残りの介護老人保健施設・介護医療院**についても、**多床室の室料相当額を基本サービス費等から除外する見直しを更に行うべき**である。