

財政制度等審議会における議論の状況について①

財務省

2025年11月21日

ポイント（社会保障①）

【総論】

- 社会保障について、「骨太方針2025」では、**改革を通じた保険料負担の抑制努力の継続と経済・物価動向等への的確な対応**が求められており、その双方に応えるものとする必要。
- 経済・物価動向等への対応に当たっては、まずは**客観的データに基づく精査を徹底**した上で、官民を挙げた賃上げの成果を損なわないよう、現役世代の保険料負担の増による可処分所得の抑制を回避することが最低限の要請。賃上げ努力の成果や保険料負担の抑制努力とあわせて、**極力、可処分所得の拡大につながる内容**としなければならない。

（コスト構造の見直し）

- 医療・介護産業は、過去30年間、物価や賃金が停滞する中で、医療費・介護費の増が賃金に十分還元されず、生産性が伸び悩むまま、就業者数を増加させてきた。労働供給制約が強まる中で成長型経済の実現に寄与するとともに、医療・介護従事者の一人当たりの収入を構造的に増やしていくためには、**より少ない就業者で質の高いサービスが提供できるよう、効率的で持続可能な産業構造への転換が不可欠**。こうした視点に立って改革を推進する必要。

【医療】

- 2026年度診療報酬改定は、日本経済の新たなステージへの移行が明確になる中での最初の診療報酬改定であり、今後の道しるべとなる大変重要なもの。**経済・物価動向等への対応と保険料負担の抑制努力を両立させるモデル**を示さなければならない。

（経済・物価動向等への対応）

- 診療報酬改定において、経営の改善や従事者の処遇改善につながる的確な対応を図っていく必要。その際、今回の改定から活用可能となった医療機関の経営データに基づき、医療機関ごとの費用構造や医療機能に応じたきめ細やかな対応とする必要。

（現役世代の保険料負担の軽減）

- 診療報酬改定においては、病院に比べ、診療所が高い利益率を維持している現状を踏まえ、**病院への重点的な支援のため、診療所の報酬の適正化が不可欠**。また、調剤薬局が増加を続け、調剤技術料が一貫して顕著に伸びている中、**調剤報酬の適正化も必須**。具体的には、患者本位の地域医療提供体制の実現に向けて、**かかりつけ医機能を十全に果たす医療機関を重点的かつ包括的に評価する報酬体系を構築していく必要**。また、後発医薬品の促進や医薬分業の推進のために設けられた各種加算など、**政策的役割を終えた報酬項目については、整理・適正化をするべき**。
- あわせて、**現役世代の保険料負担を抑制**するため、医療保険制度改革の歩みを揺るぎなく進め、加速していくべき。特に、**OTC類似薬を含む薬剤の自己負担の見直し**については、外来薬剤を広く対象として一定額の自己負担を追加的に求めることも含め検討を進め、早急に結論を得るべき。また、応能負担の徹底の観点から**金融所得勘案**や**高齢者の自己負担割合の見直し**を着実に進めていく必要。

目次

1. 総論
2. 医療

1. 総論

社会保障関係費の歳出水準の考え方

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

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

（注） 社会保障関係費の伸びの要因として高齢化と高度化等が存在する。

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

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

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

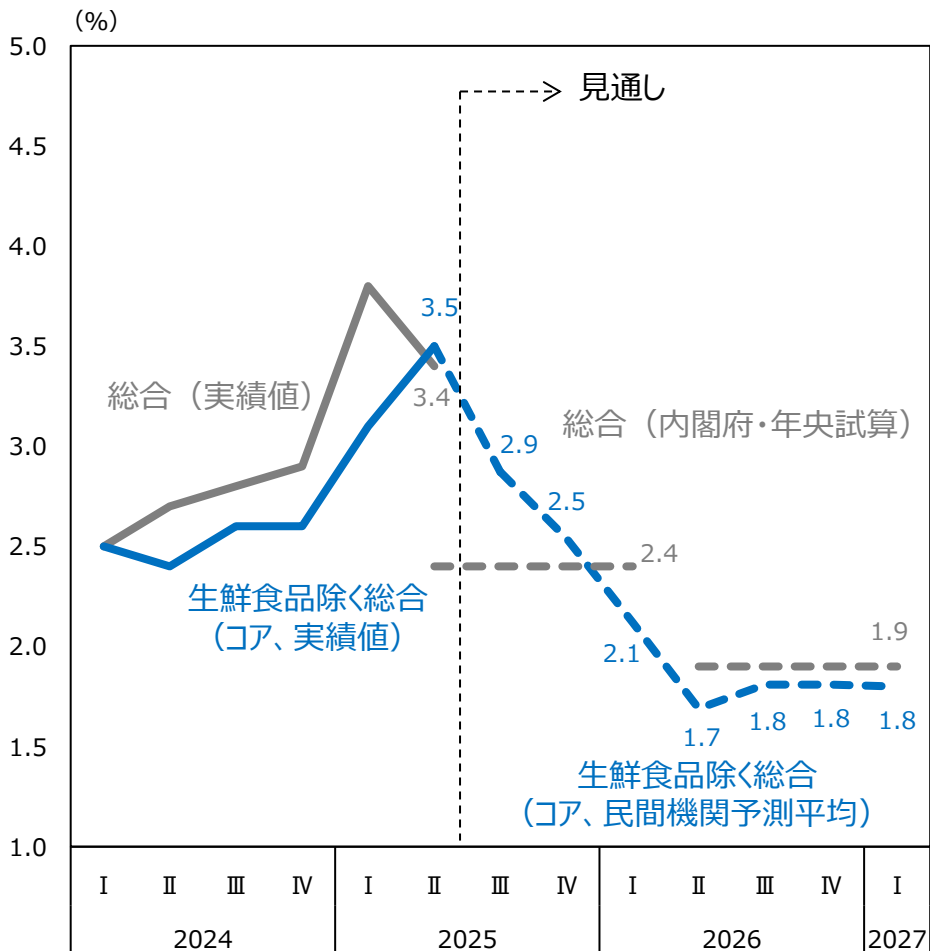
予算編成においては、2025年度から2027年度までの3年間について、…これまでの歳出改革努力を継続^{（注）}する。その具体的な内容については、日本経済が新たなステージに入りつつある中で、経済・物価動向等に配慮しながら、各年度の予算編成過程において検討する。

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

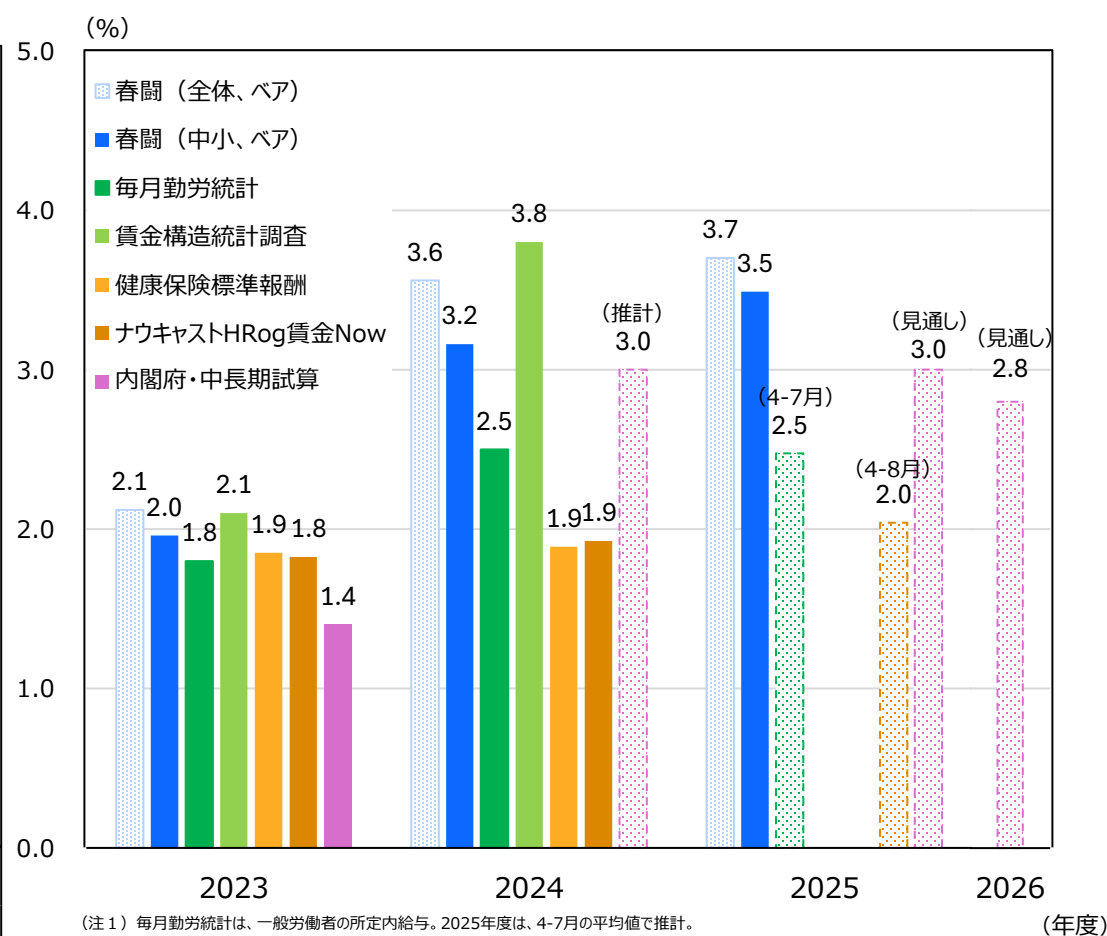
物価と賃金の動向

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

◆消費者物価の動向



◆賃上げの動向

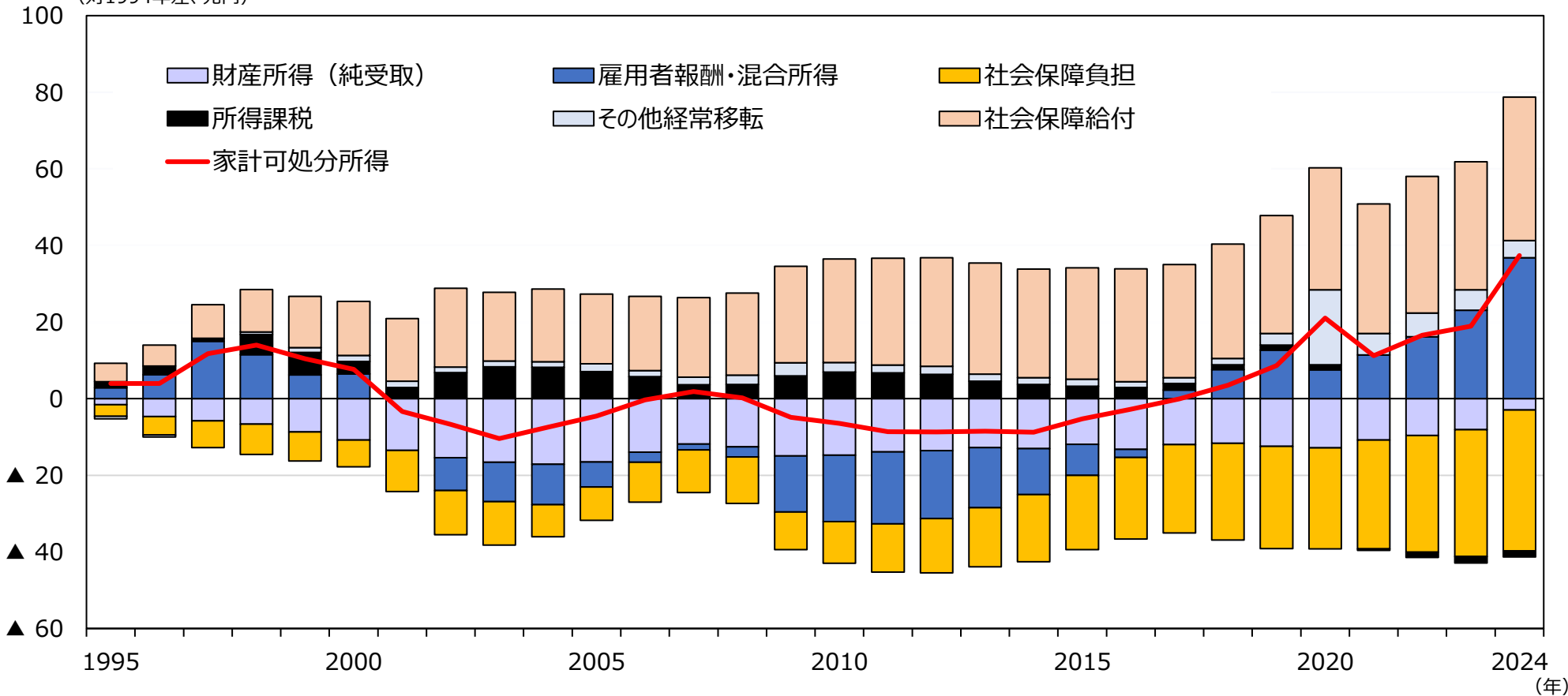


マクロの家計可処分所得の変動要因

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

◆家計可処分所得の変動要因

(対1994年差、兆円)

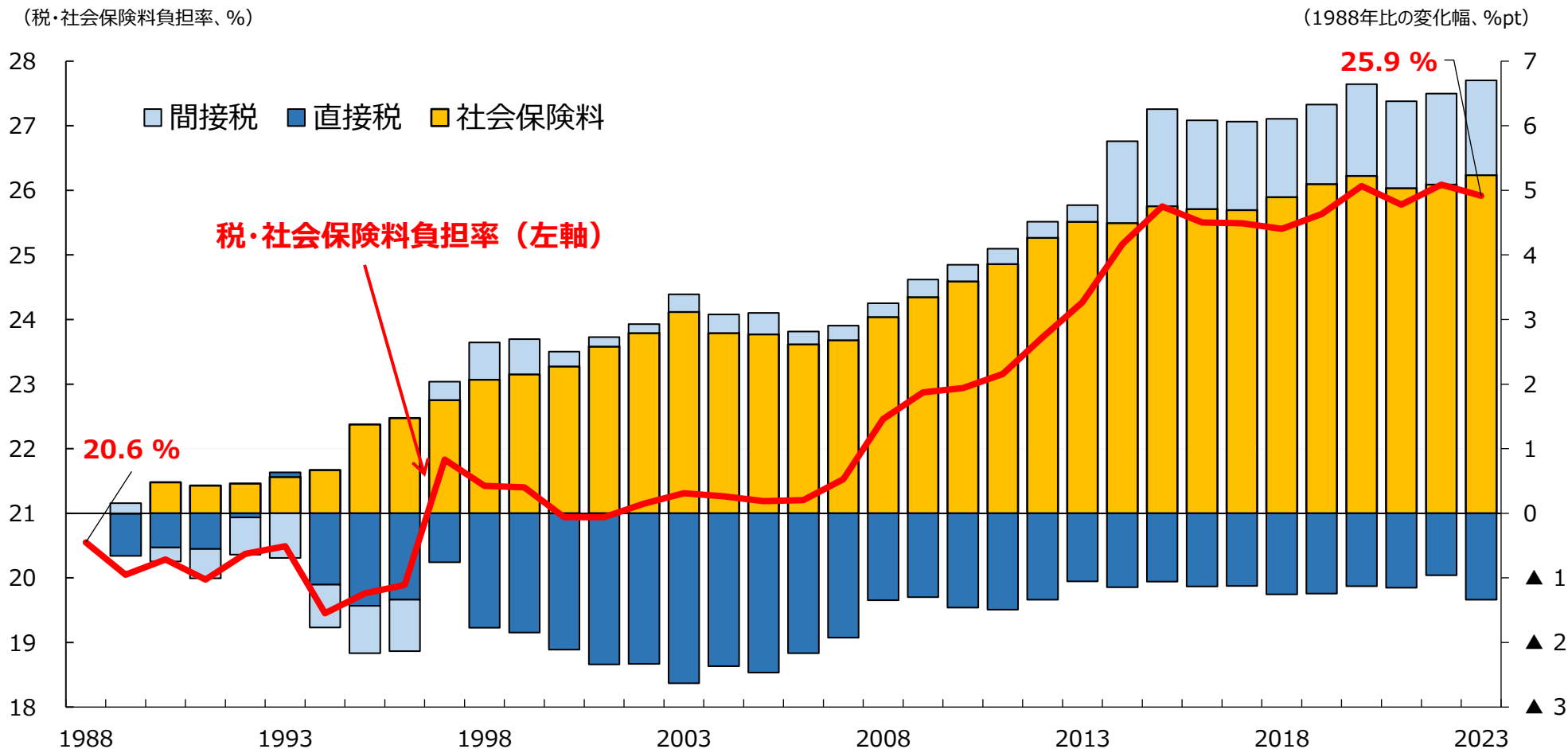


(出所) 内閣府「国民経済計算」

勤労者世帯の税・社会保険料負担の推移

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

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



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

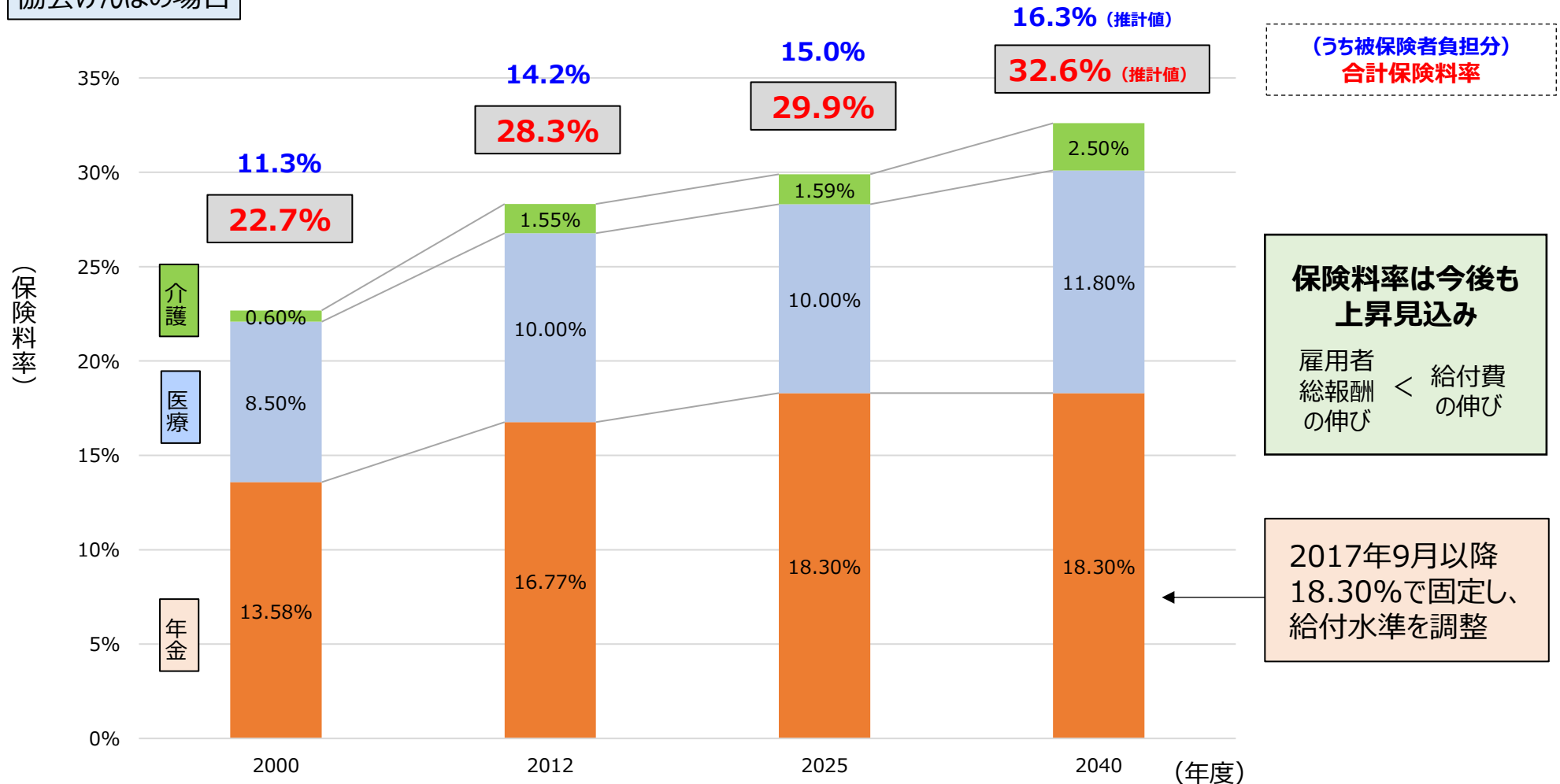
(注1) 税・社会保険料負担率 = (直接税 + 間接税 + 社会保険料) / 勤め先収入。

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

現役世代が負担する社会保険料負担

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

協会けんぽの場合

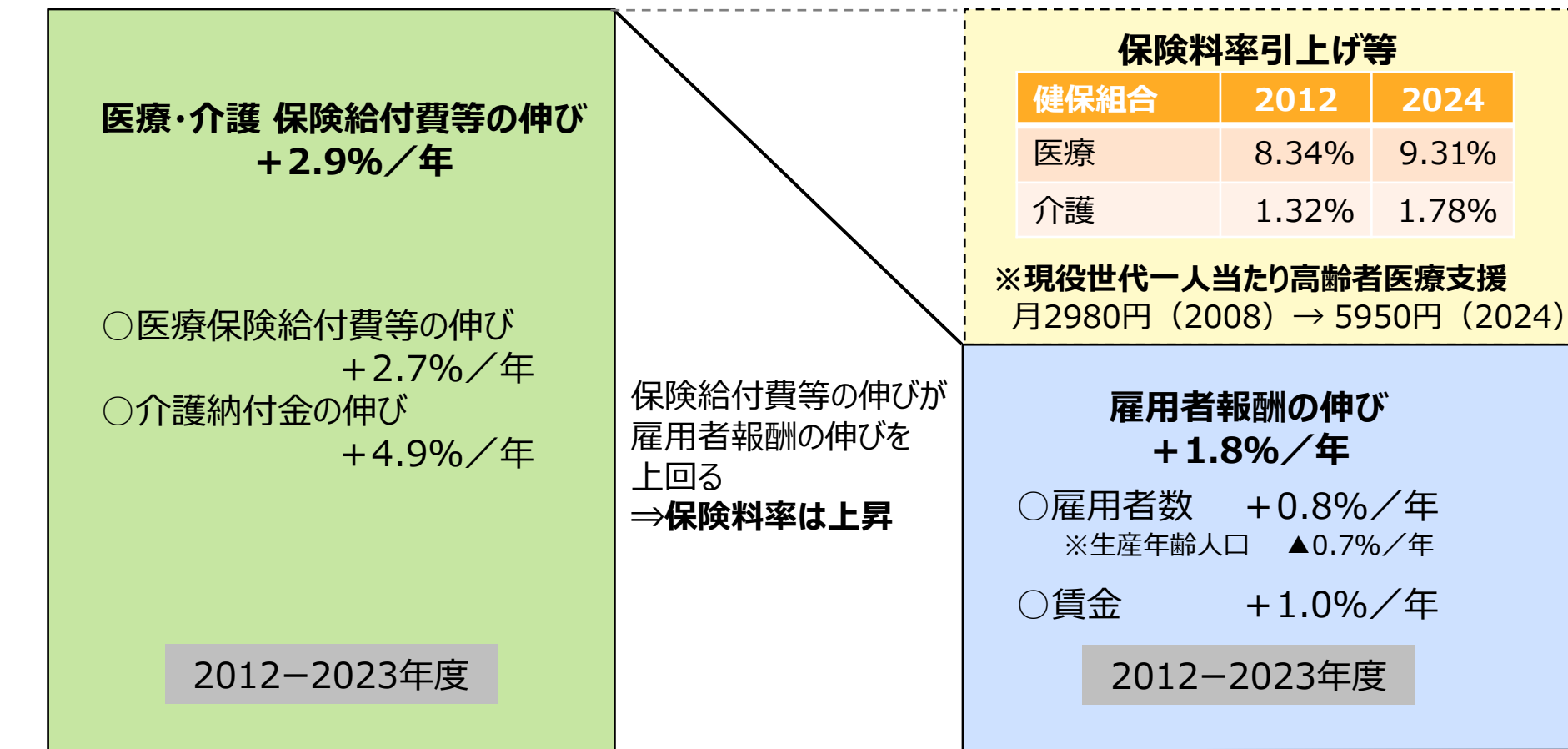


（出所）日本年金機構ホームページ「厚生年金保険料額表」、全国健康保険協会ホームページ「健康保険料率等の推移」

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

医療・介護に係る保険給付費等の伸びと現役世代の保険料負担

- 医療・介護の給付の伸びが保険料の賦課ベースとなる雇用者報酬の伸びを上回っており、このギャップにより、保険料率は上昇してきた。
- 若者・子育て世帯の可処分所得を増加させるためにも、歳出改革と賃上げによりこのギャップを縮小し、医療・介護の保険料率の上昇を最大限抑制する必要がある。



(出所) 内閣府「国民経済計算」(2023年度年次推計)、総務省「人口推計」、全国健康保険協会及び健康保険組合予算・決算関係資料

(注1) 年平均は始点から終点までの伸び率を年数で単純に除して算出

(注2) 医療保険給付費等は、2012年度から2023年度にかけての全国健康保険協会及び健康保険組合における保険給付費及び拠出金等の総額(健康保険組合の2023年度実績については決算見込額)

(注3) 介護納付金は、2012年度から2023年度にかけての全国健康保険協会及び健康保険組合における介護納付金の総額(健康保険組合の2023年度実績については決算見込額)

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

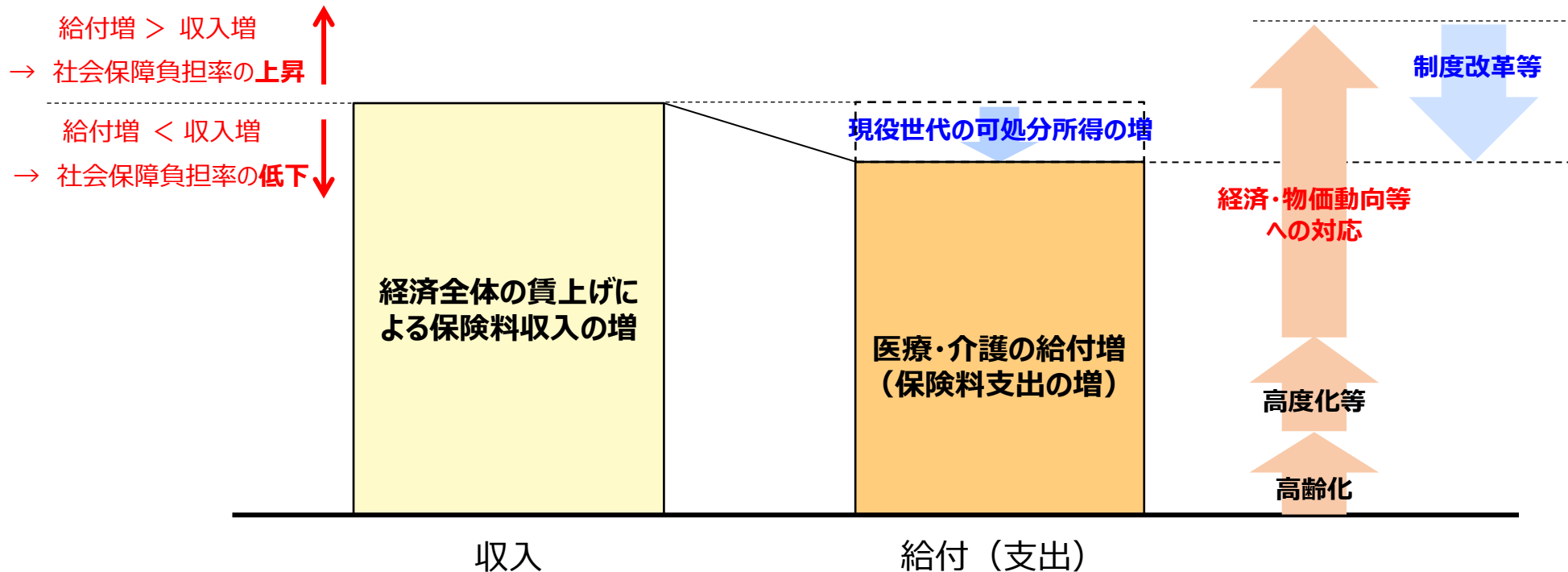
経済・物価動向等への対応と現役世代の保険料負担

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

(参考) 令和7年10月24日 高市内閣総理大臣 所信表明演説 (抄)

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

■ 医療・介護の保険料収入・支出 (イメージ)

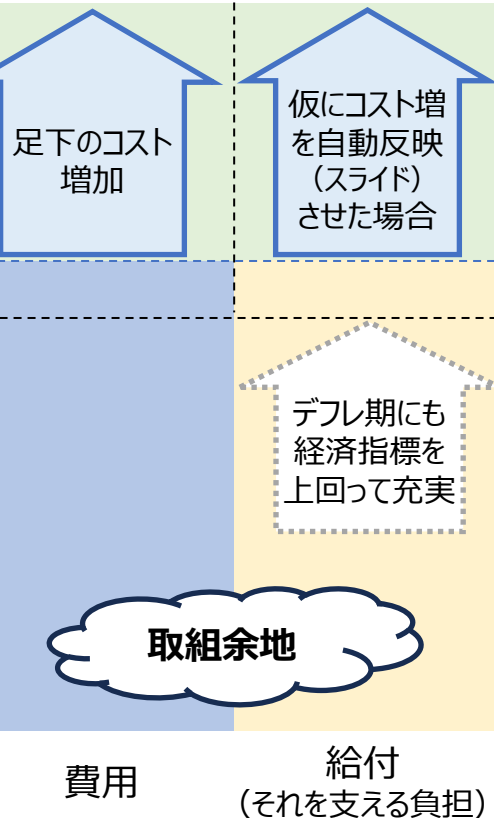


医療・介護サービス提供部門の費用増と給付・負担との関係

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

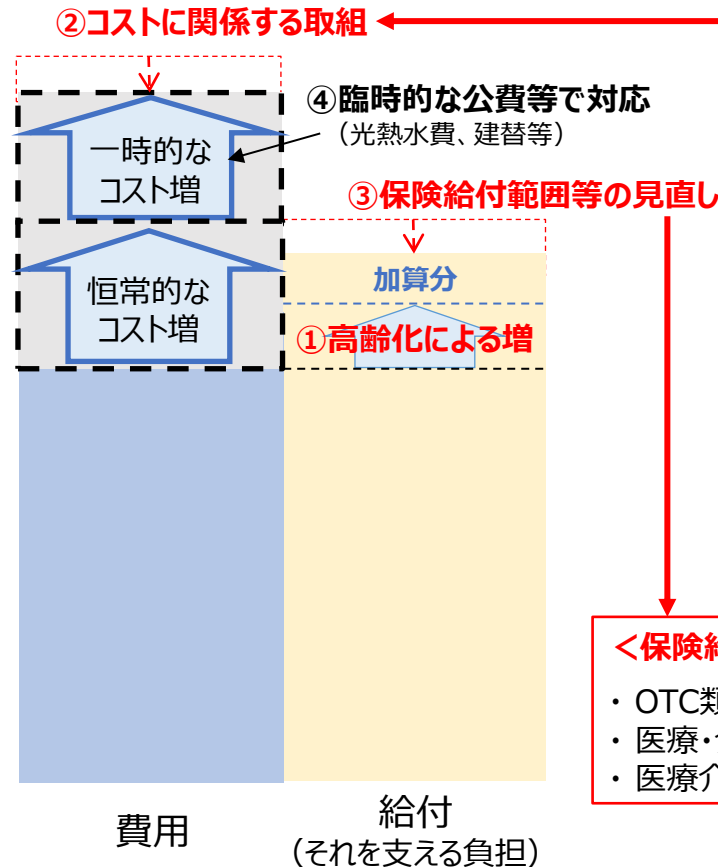
【取組なしの場合】

現役世代等の保険料負担の
一層の増



【取組ありの場合】

現役世代等の保険料負担の
抑制



<コストに関する取組の例>

【病院・診療所・介護施設の経営等】

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

【人件費等】

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

【薬剤費等】

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

<保険給付範囲等の見直しの例>

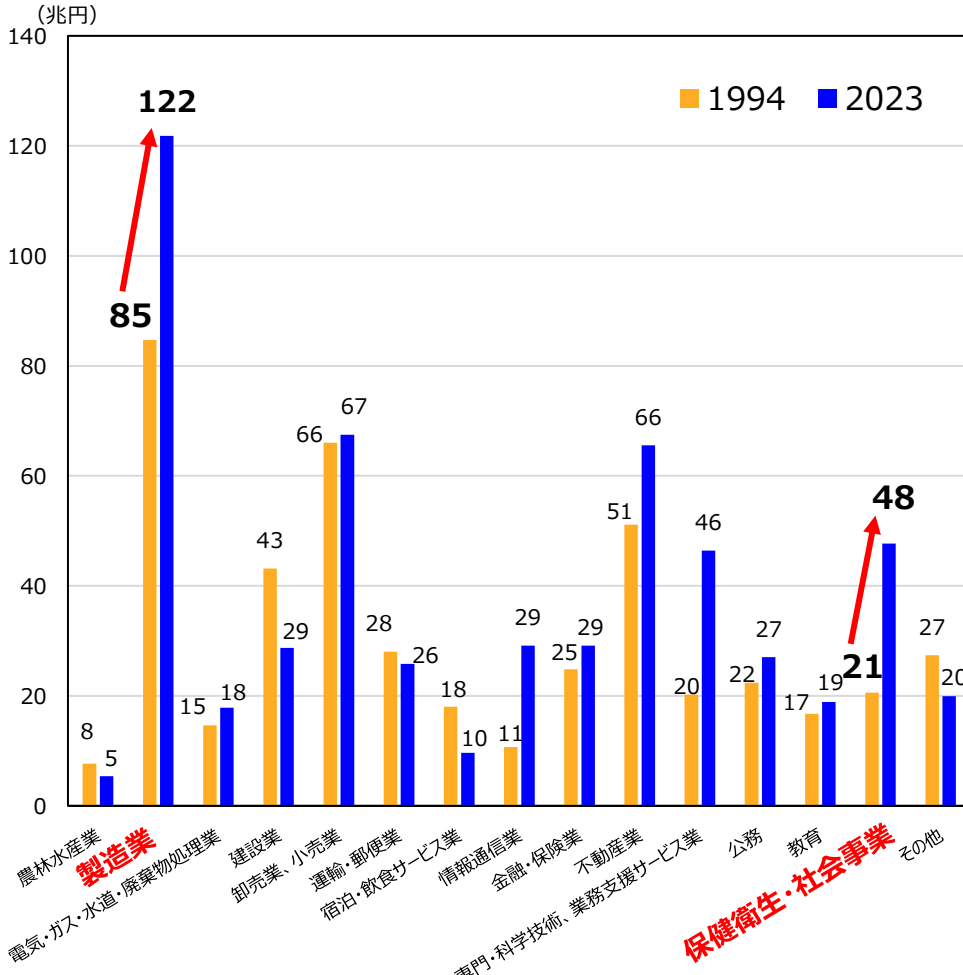
- ・ OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直し
- ・ 医療・介護保険における金融所得の勘案
- ・ 医療介護の利用者負担（2割、3割）の適切な判断基準設定

医療・介護産業の構造的見直し①

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

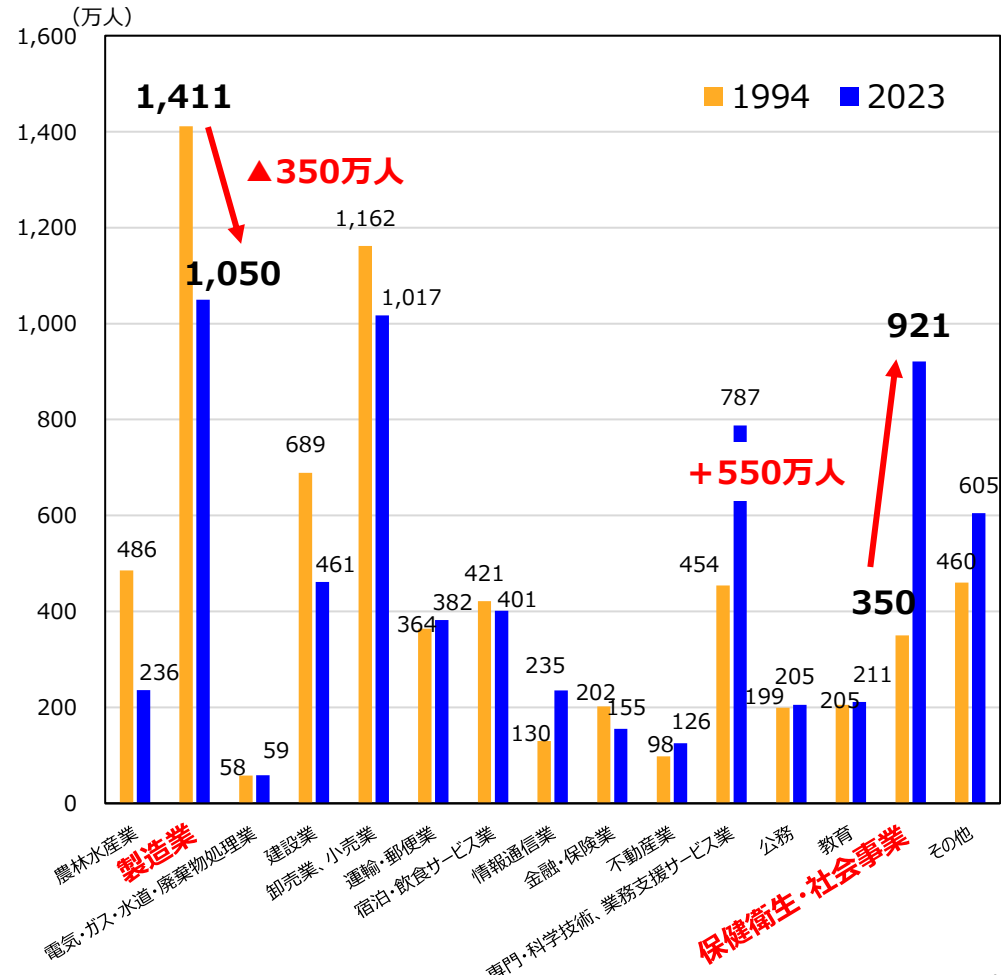
◆付加価値額（実質）の変化

実質GDP 1994年約447兆円⇒ 2023年約557兆円



◆就業者数の変化

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

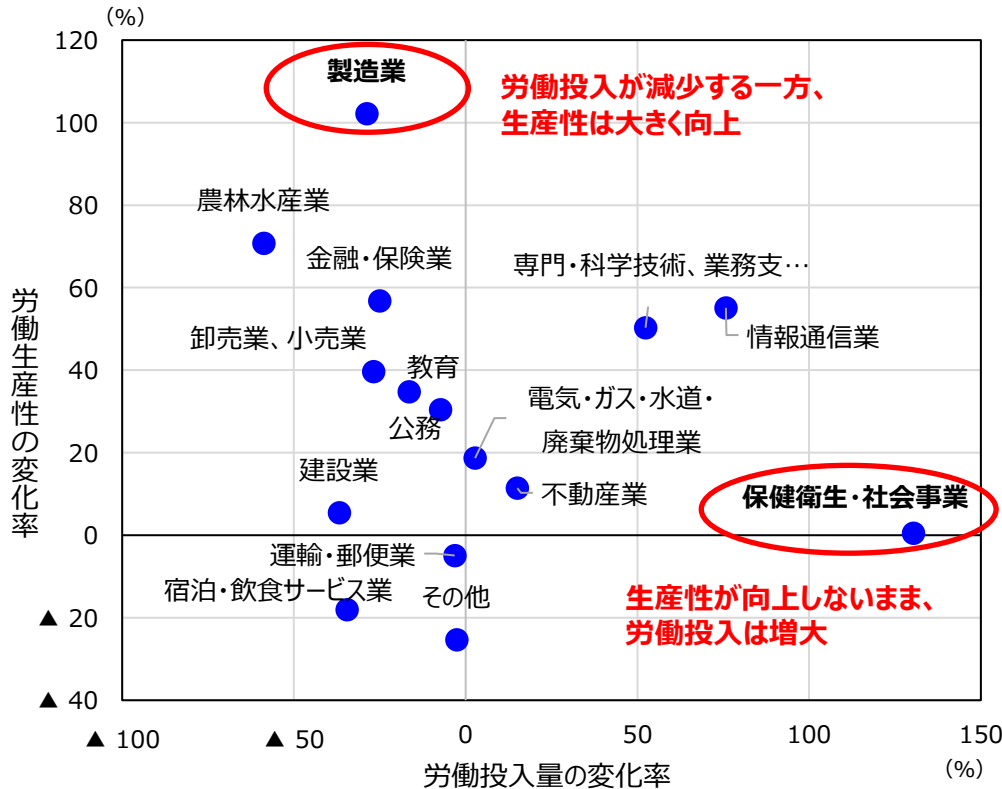


(出所) 内閣府「国民経済計算」 (注) 保健衛生・社会事業には、医療・介護業務のほか、こどもの保育や保健所の業務なども含まれる。

医療・介護産業の構造的見直し②

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

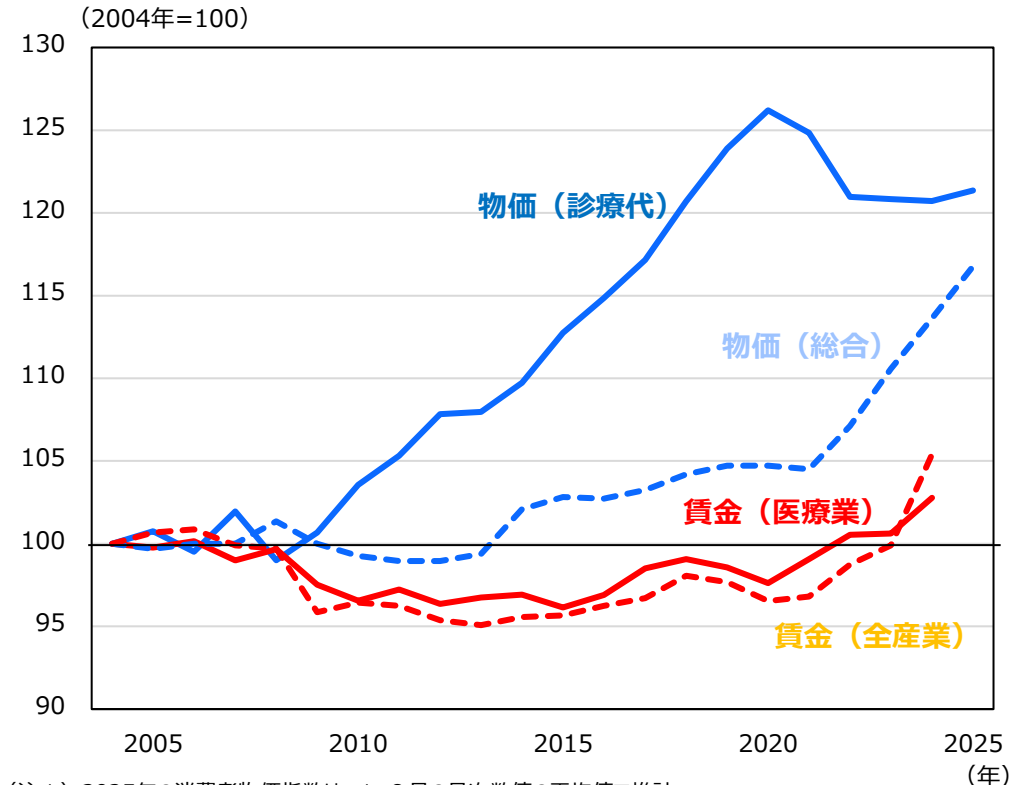
◆労働生産性と労働投入量の変化率（1994年→2023年）



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

(出所) 内閣府「国民経済計算」

◆消費者物価指数と賃金の推移



(注1) 2025年の消費者物価指数は、1-8月の月次数値の平均値で推計。

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

(出所) 総務省「消費者物価指数」、厚生労働省「毎月勤労統計」等

2. 医療

診療報酬改定総論・医療機関経営状況

診療報酬改定各論

調剤報酬改定

薬剤自己負担の見直し

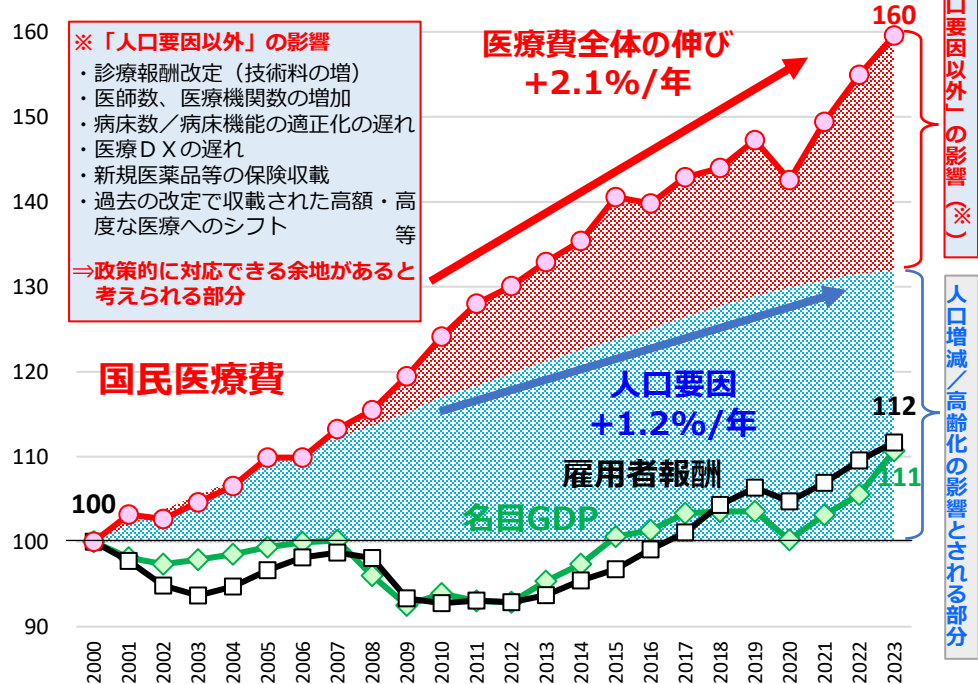
年齢ではなく能力に応じた負担

2026年度 診療報酬改定の全体像 ①

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

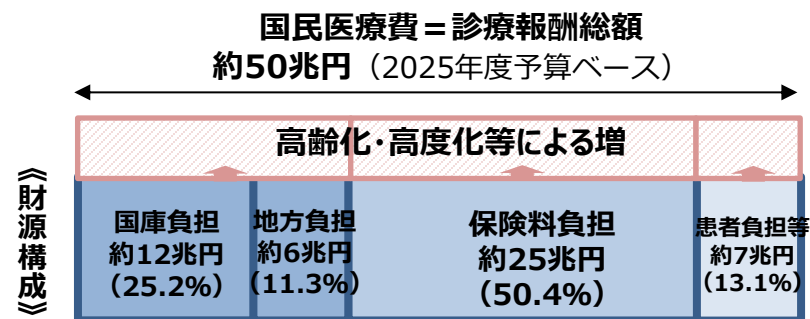
◆ 医療の伸びと政策的対応可能性

(2000年 = 100)



◆ 医療費の財源構成と診療報酬改定の関係

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



診療報酬を1%引き上げた場合

約5,000億円の医療費の増加

国民負担の増
(税金、保険料、患者負担)
||
医療機関の収入増

税金 約1,800億円
 国 : 約1,200億円
 地方 : 約600億円

保険料負担
約2,500億円

患者負担等
約700億円

2026年度 診療報酬改定の全体像 ②

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

◆ 医療費の推移と構成要素

$$\text{医療費} = \text{人口} \times \text{受診率} \times \text{1件あたり日数} \times \text{1日あたり医療費}$$

⇒「受診延日数」【Q】 × 【P】

【2019年⇒2024年の平均】

医療費伸び率： +1.9%
 受診延日数： ▲0.3%
 1日あたり医療費： +2.2%

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

2025	2026
49.6	50.6
-	+2.0%

【トレンド増】
 +1兆円
 (+2.0%)

コロナ影響及び
 その反動による増減
 (例外的動き)

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

(参考) 医療費の伸び率の要因分解

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

注：2023年度までは国民医療費、2024年度は概算医療費。

2026年度 診療報酬改定の全体像 ③

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

◆ 2026年度改定で必要となるメリハリ付け（イメージ）

【病院】

技術料：20.5兆円

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

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

【改革の方向性】（案）

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

【診療所】

技術料：9.1兆円

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

※地域医療で代替不可能な役割を果たす有床診療所には配慮が必要。

【歯科】

技術料：3.1兆円

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

【調剤薬局】

技術料：2.4兆円

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

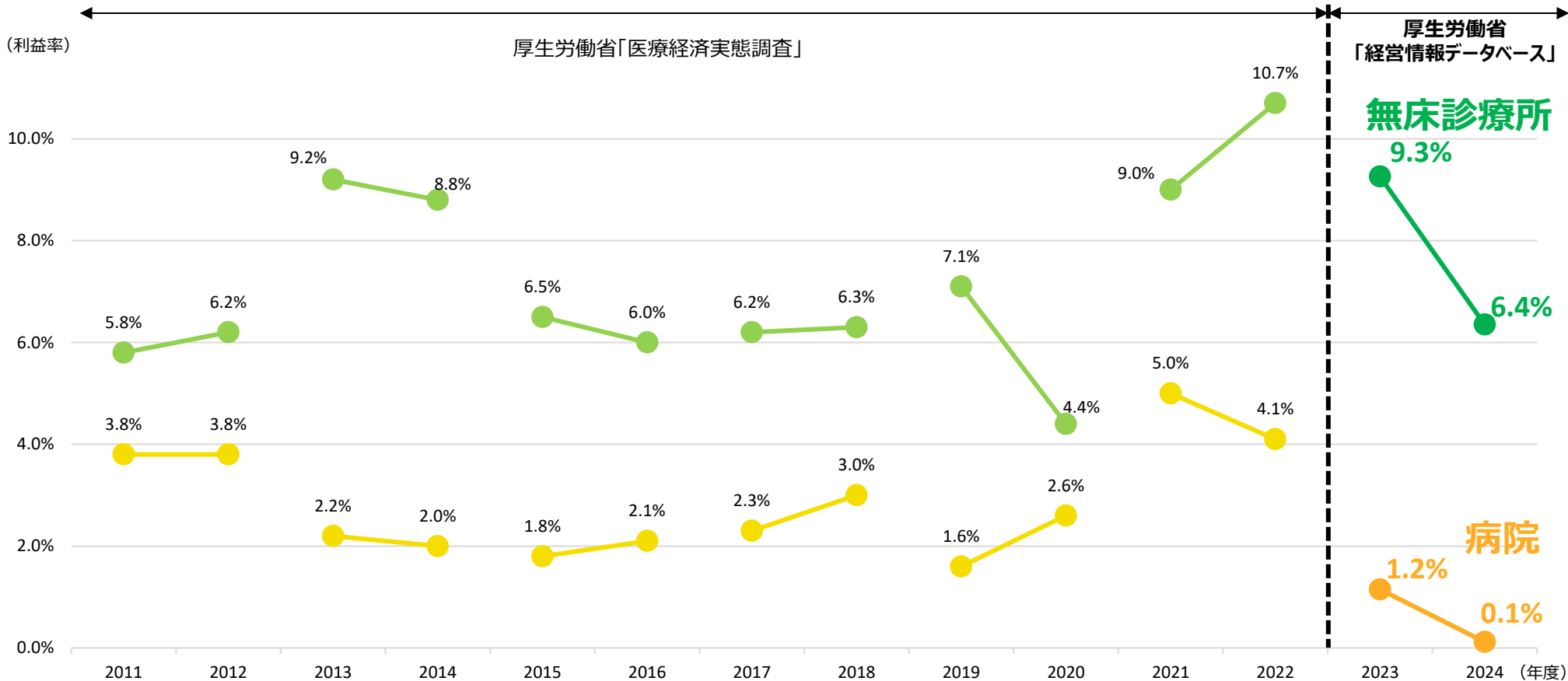
(参考) 医療経営情報に係る各調査・統計の概要

- 医療機関の施設単位の経営情報の把握・分析については、これまで標本調査である「医療経済実態調査」のみに依拠してきた。しかしながら、過去の財政制度等審議会においては、当該調査のサンプル数が限られていることや、調査対象が毎回異なることなど、統計的な課題が指摘されてきたほか、医療機関の経営実態の「見える化」と、その診療報酬改定への活用の必要性が訴えられてきた。
- こうした指摘を受け、医療法の改正が行われ、2023年8月より、医療法人が開設する医療施設については、「経営情報データベース」(MCDB)による医療施設単位での報告徴収が行われることとなり、悉皆的な経営情報の把握が制度的に担保されることとなった。2026年度の診療報酬改定は、こうしたMCDBの整備が図られた後、事実上初めて実施される改定となる。
- 2024年度の経営データについては、従来の医療経済実態調査に基づく結果の公表が2025年11月に予定されている一方で、それに先立ち、MCDBにおいて、すでに2024年度分の医療施設の経営情報が明らかとなっている。また、財務省においても、再度、機動的調査を実施し、医療法人の経営データを悉皆的に把握した。

	医療経済実態調査	医療法人の経営情報のデータベース Medical Corporation Financial Data Base (経営情報データベース・MCDB)		財務省機動的調査
		施設別	法人別	
実施主体	中央社会保険医療協議会	厚生労働省		財務省
根拠法令	統計法	医療法		なし ※医療法に基づき都道府県に提出された事業報告書等を収集
調査対象	各設置主体の医療施設	全ての医療法人立施設 (病院・診療所)	全ての医療法人	全ての医療法人
公表時期	例年11月下旬頃 ※2年に一度	※2023年5月医療法改正により、 同年8月決算期以降分を収集 2023年8月～2024年3月決算期 : 2025年10月 2024年4月～2025年3月決算期 : 2025年10月	2022年4月～2023年3月決算期 : 2024年 3月 2023年4月～2024年3月決算期 : 2025年 9月 2024年4月～2025年3月決算期 : 2025年10月	—
調査の間隔	2年に一度、 直近2事業年(度)分を 調査	少なくとも 毎年1回集計	少なくとも 毎年1回集計	2023年度調査: 2020～2022 年度分を収集 2025年度調査: 2022～2024 年度分を収集
調査手法	標本調査	悉皆的把握(報告義務)	悉皆的把握(報告義務)	悉皆的把握

診療所を巡る状況

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



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

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

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

【改革の方向性】(案)

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

(参考) 診療所の多さ

○ 診療所数は、年々増加し、新規の開設件数も横ばいの状況。人口あたりで見れば、増加傾向は一層明白。また、都道府県別にみると、特に、大都市圏で顕著な増加がみられる。

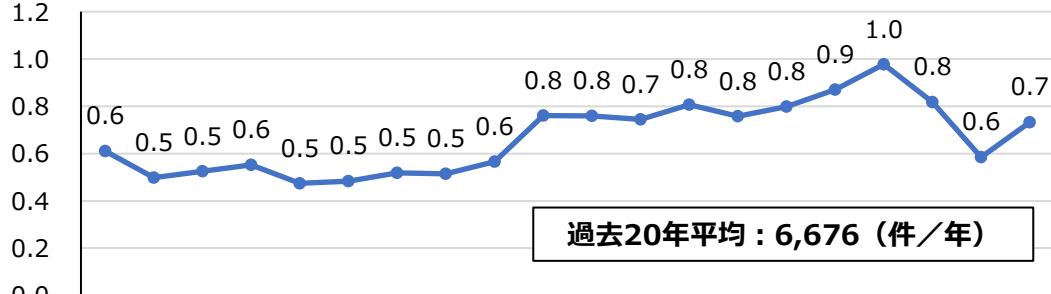
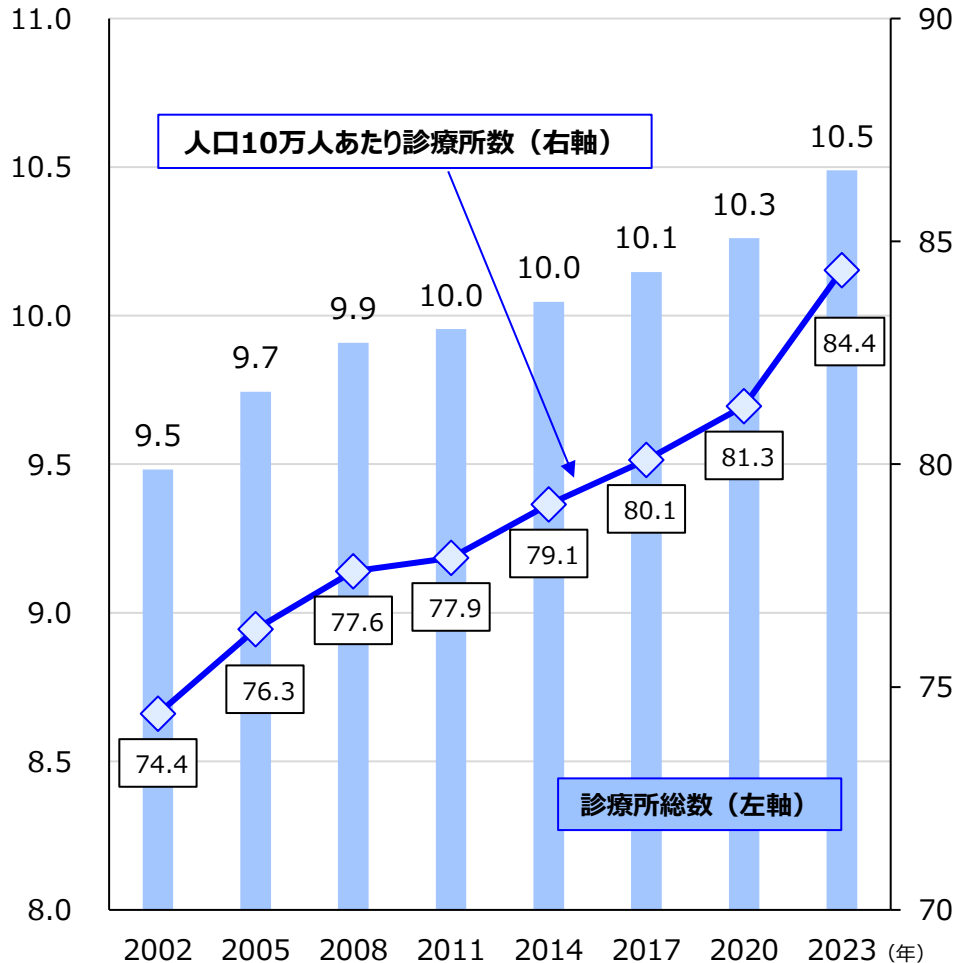
◆ 診療所数の増加

(施設数 (万))

(施設数/10万人)

◆ 診療所の新規開設件数

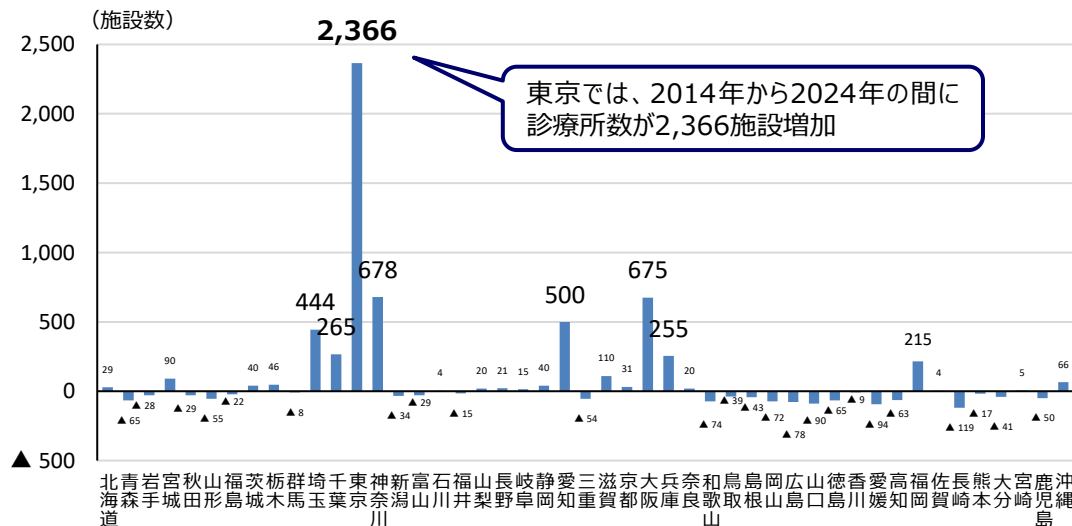
(万件/年)



過去20年平均：6,676 (件/年)
(出所) 厚生労働省「医療施設調査」

◆ 診療所の増減 (2014年→2024年)

診療所数は、近年、都市部で顕著に増加している。



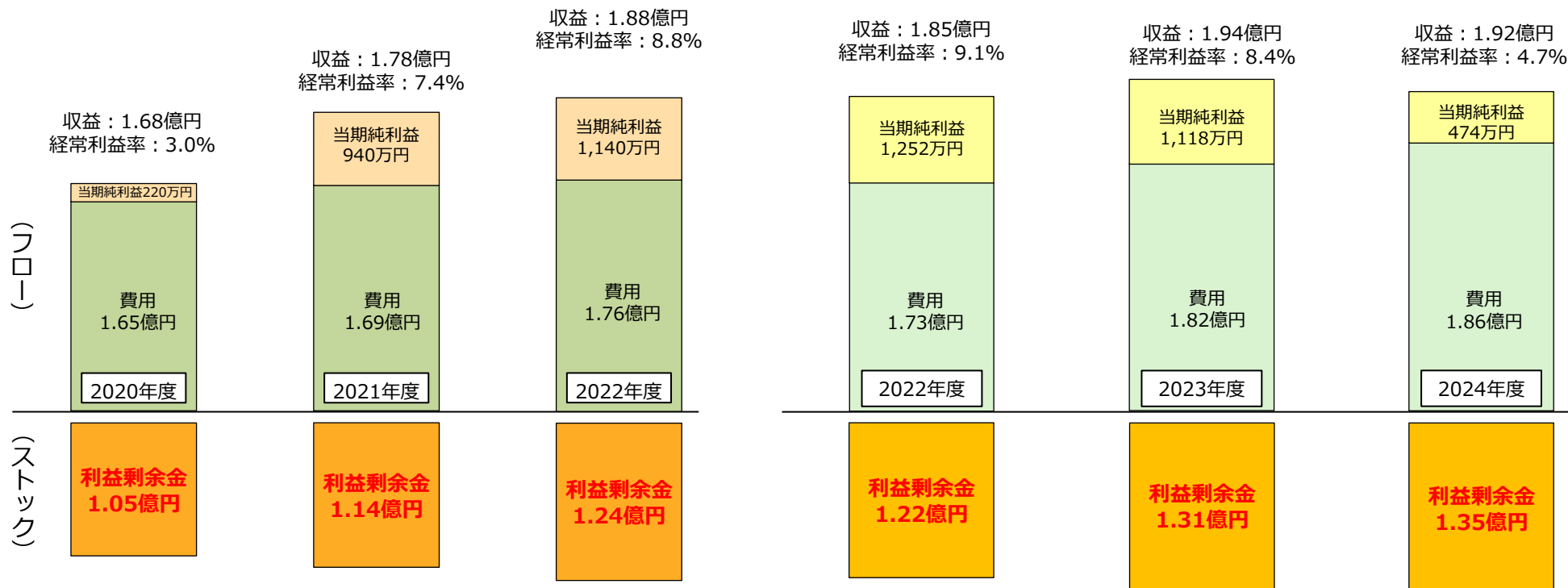
(出所) 厚生労働省「医療施設調査」

(参考) 2022年度から2024年度の診療所の財務分析 (財務省機動的調査)

○ 2023年度に続き、2025年度においても、全国の財務局において機動的調査を実施。無床診療所を経営する医療法人について、利益剰余金が高水準で維持されていることが確認された。

参考：2023年11月1日財政制度等審議会資料を一部編集
各医療法人における事業報告書等（許可病床数0床の18,207法人）
を基に財務省において集計（1医療法人あたり）

各医療法人における事業報告書等（許可病床数0床の23,565法人）
を基に財務省において集計（1医療法人あたり）

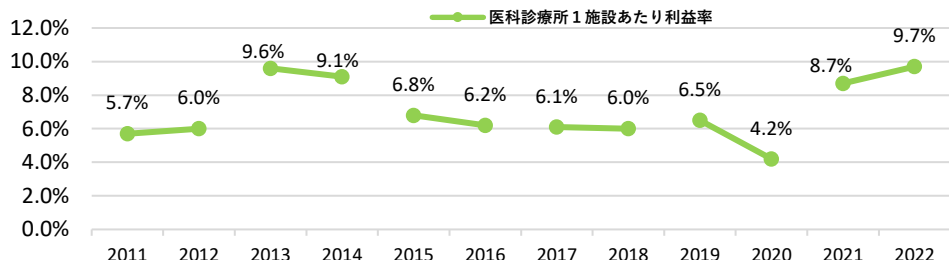


- (注1) 2023年度調査の結果：各都道府県等が公表している事業報告書等を基に、2020事業年度から2022事業年度の医療法人の経営状況等を調査したもの（全都道府県及び一部の政令市等のうちデータ入手の困難性から調査困難と判断した自治体を除き、3事業年度分のデータが全て揃う法人について集計）。38都道府県から2023年9月中旬までに入手した21,939法人を対象。
- (注2) 2025年度調査の結果：各都道府県等が公表している事業報告書等を基に、2022事業年度から2024事業年度の医療法人の経営状況等を調査したもの（全都道府県について、3事業年度分のデータが全て揃う法人について集計）。47都道府県から2025年9月下旬までに入手した28,154法人を対象。
- (注3) 上記の収益・費用は損益計算書における本来業務及び附帯業務の事業収益・事業費用の合計値。
- (注4) 診療コストを加味して設定された新型コロナの診療報酬上の特例措置を含むものであり、平時の医療提供体制への移行は、収益・費用の双方に影響する。
- (注5) 利益剰余金は、過年度における当期純利益の累積を意味し、必ずしも現預金のみにより構成されるわけではない点に留意。
- (注6) 調査対象法人に所有される介護施設等の収益・費用も含まれている。

(参考) 診療所における1受診あたりの医療費の推移及び物価上昇率との比較

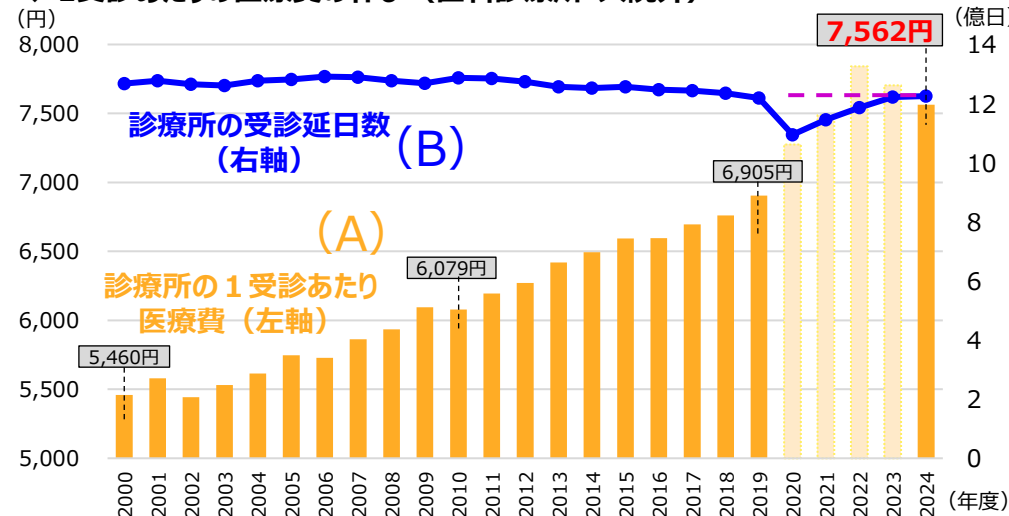
- 診療所の1日あたり医療費（≒1受診あたり医療費）は、コロナ禍で急増した反動により足元での減少傾向が見て取れるが、コロナ禍前よりも依然高い水準(A)。(2022年・2023年と2024年の比較だけでは正当な評価が困難。) さらに、コロナ禍で顕著に減少していた受診延日数は、コロナ禍前の水準に戻ってきている(B)。
- 結局、国民一人あたり医療費は、コロナ禍を挟んで、着実に伸び続けているのが実態(C)。物価上昇率との関係では、国民1人あたり医療費・1受診あたり医療費ともに、物価が低迷する中であってもほぼ一貫して増加しており、2019年以降で見ても、物価上昇率が年平均1.9%の伸びであるのに対して、国民1人あたり医療費は年平均3.1%、1受診あたり医療費は年平均2.4%増加している。

◆ 医科診療所1施設あたり利益率の推移



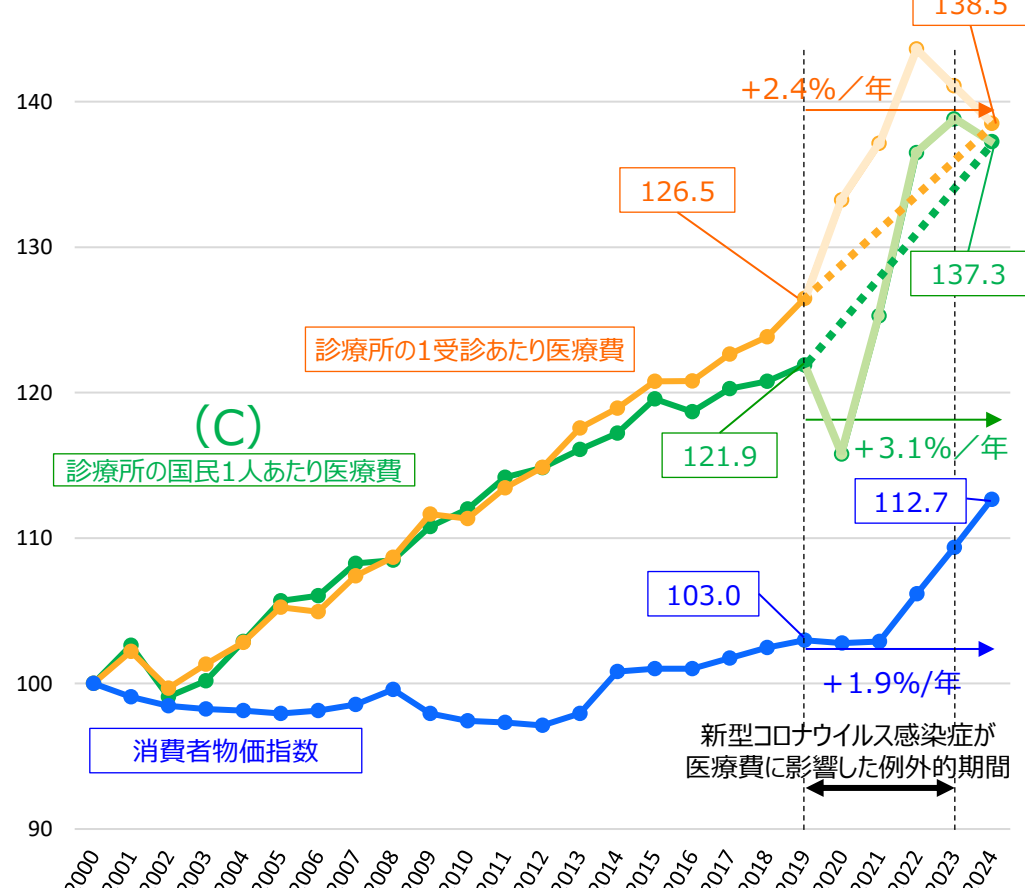
(出所) 2011年度から2022年度の診療所（いずれも医療法人立）の利益率：厚生労働省「医療経済実態調査」
 (注) 中小企業における平均経常利益率は、財務省「法人企業統計」より作成（資本金1億円未満の金融業・保険業以外の業種における、売上高に占める経常利益の割合）

◆ 1受診あたりの医療費の伸び（医科診療所・入院外）



(出所) 厚生労働省「医療費の動向調査」
 (注1) 1受診あたりの医療費は、医療費の総額を受診延日数で除して得た値。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。
 (注2) 薬剤費は院内処方の場合を除き含まれない。(注3) 新型コロナに係る補助金は単価に影響を与えない。
 (注4) 診療報酬の特例や不妊治療の保険適用による影響は、一定の仮定を置いた推計で、370円程度(2022年度ベース)

◆ 医療費（医科診療所・入院外）の伸びと物価上昇率

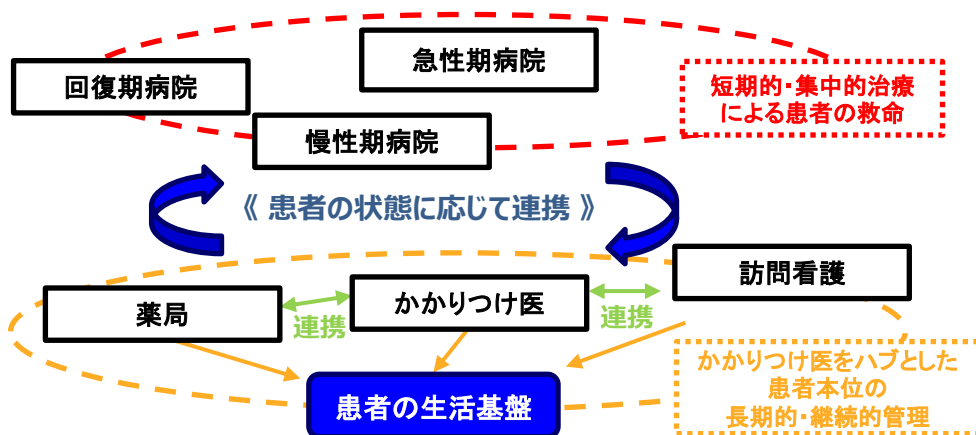


(出所) 厚生労働省「医療費の動向調査」、総務省「消費者物価指数（総合指数）」、総務省「人口動態」
 (注1) 1受診あたり医療費は、医療費の総額を受診延日数で除して得た値。
 (注2) 国民1人あたり医療費は、受診延日数を人口で除した国民1人あたり受診日数に1日あたり医療費を乗じて得た値。
 (注3) 消費者物価指数については、2020年基準の指数を用いており、便宜上、2000年度の指数を100としている。

医療提供の効率化に向けた診療報酬体系の見直し

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

◆ 地域における医療機関間の機能分担と連携のイメージ



◆ 外来報酬体系の包括払い化の重要性

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

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

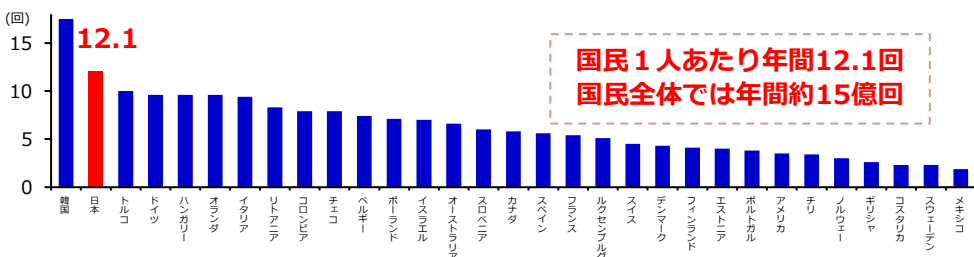
◆ リフィル処方箋の概要

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

慢性的疾患においては、毎回の受診は患者の負担。診察の都度医療提供側にも負担が生じる。



◆ 1人あたり外来受診回数の国際比較（2022年）



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

【改革の方向性】(案)

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

2. 医療

診療報酬改定総論・医療機関経営状況

診療報酬改定各論

調剤報酬改定

薬剤自己負担の見直し

年齢ではなく能力に応じた負担

全人的なケアの実現に向けた「かかりつけ医機能の評価」の再構築（総論①）

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

<従来>

制度

なし

診療報酬

- ✓ 出来高払い、薄利多売
- ✓ 医療界等からの個々の要望の結果、評価項目が複雑に新設・変更

<過渡期（現在）>

制度

- ◆ かかりつけ医機能報告
 - ✓ 機能を保有するか否かは **任意**
 - ✓ 機能の有無を **自発的に開示**
 - ✓ 診療報酬との **連動なし**

診療報酬

- ✓ あるべき姿を見据えながら、かかりつけ医機能の評価に係る報酬体系を再構築
- ✓ まずは現在の複雑な評価項目を平易に
- ✓ 発揮された機能をできるだけ直接的かつシンプルに評価

<あるべき姿>

制度

<国民側>

- ✓ 多くの国民が自分の「かかりつけ医」を持つ ⇒ **登録制**
 - 日常の健康管理を適切に行う
 - 地域における医療機関（病院、薬局等）を適切に把握する
 - 状態が変化したときに適切な機関に連絡・受診する

偏在対策も強化

<医療側>

- ✓ 質の高い「かかりつけ医」が各地域に存在する
⇒ 十分な数の **総合診療医** が確保され、偏在も生じないよう、公的な第三者機関が **認定** する

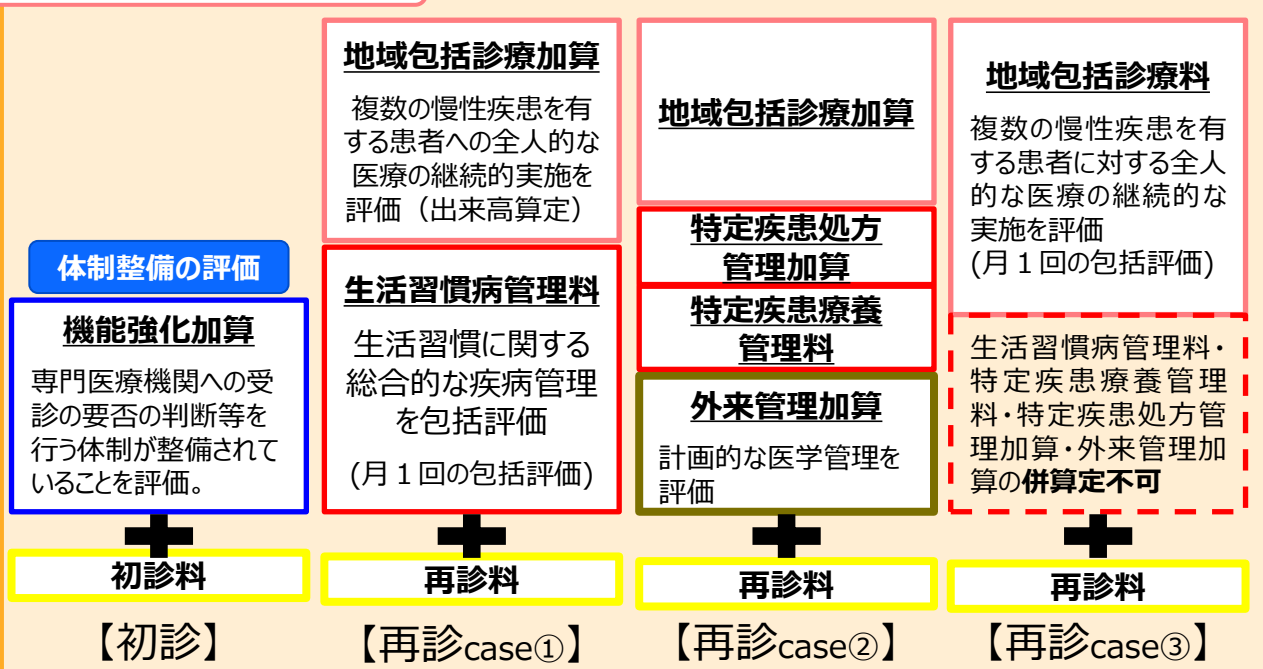
診療報酬

- ✓ 制度で裏打ちされた「かかりつけ医」の診療行為を包括的に評価（地域包括診療料で適切に点数付け）。 **制度との連動**

全人的なケアの実現に向けた「かかりつけ医機能の評価」の再構築（総論②）

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

診療行為に対する評価



（参考）医療法上のかかりつけ医機能

（1号機能）

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

（2号機能）

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

（その他報告事項）

健診・検診、定期予防接種、学校医・警察医、産業医、臨床研修医等の教育

体制整備の評価

在宅療養支援診療所・病院

地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所・病院を評価（※在宅時医学総合管理料等において、高い評価を設定）

時間外対応加算

地域の身近な診療所で休日・夜間等の問い合わせ等に対応できる体制を評価（再診料等への加算で評価）

◆院内掲示が義務づけられた「かかりつけ医機能」

（1号機能を有する医療機関）

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

全人的なケアの実現に向けた「かかりつけ医機能の評価」の再構築（総論③）

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

機能強化加算

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

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

外来管理加算

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

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

地域包括診療料・加算／認知症地域包括診療料・加算

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

地域での医療・介護の複合ニーズを総合的に受け止め、認知症を含めた複数の慢性疾患を有する患者に全人的なケアを実施する医療機関を的確に評価するにふさわしい報酬として**発展的改組を試みるべき**。

例えば、認知症地域包括診療料・加算と統合した上で、個々の医療機関の担うかかりつけ医機能をよりきめ細かに評価できる報酬体系に再構築すべき。

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

【改革の方向性】（案）

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

各論①：かかりつけ医機能を有さない診療所への対応

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

◆かかりつけ医機能報告 1号機能とその報告事項

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

① 継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を 総合的かつ継続的に行う機能（1号機能）

<p>具体的な機能</p>	<p>継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療を行うとともに、継続的な医療を要する者に対する日常的な診療において、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する機能</p>
<p>背景及び政策課題</p>	<p>複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加を背景として、発生頻度が高い疾患に係る診療や患者の生活背景を把握した上で適切な診療や保健指導等を行うニーズが高まっていくことから、よくある疾患への一次診療や医療に関する患者からの相談への対応など、患者の多様なニーズに対応できる体制を構築できるようにすること。</p>
<p>報告事項</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「具体的な機能」を有すること及び「報告事項（※下記の「その他の報告事項」は除く）」について院内掲示による公表をしていること（★） ○ かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無、総合診療専門医の有無 ○ 17の診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること（★） ○ 一次診療を行うことができる疾患 ○ 医療に関する患者からの相談に応じることができること（継続的な医療を要する者への継続的な相談対応を含む）（★）
<p>その他の報告事項</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師数、外来の看護師数、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師数 ○ かかりつけ医機能に関する研修の修了者数、総合診療専門医数 ○ 全国医療情報プラットフォームに参加・活用する体制の有無 ○ 全国医療情報プラットフォームの参加・活用状況、服薬の一元管理の実施状況

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

【改革の方向性】(案)

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

各論②：生活習慣病の患者に対する疾病管理の適正化

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

(月2回算定) 【2024改定前】

特定疾患療養管理料

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

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

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

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

【2024改定後】

特定疾患療養管理料

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

※ **糖尿病・脂質異常症・高血圧を除外**

※ **上記3疾患以外は特定疾患処方管理加算の算定可**

※ **外来管理加算は引き続き算定可**

【特定疾患療養管理料の対象疾患(主なもの)】

- ~~糖尿病・脂質異常症・高血圧~~

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

【改善すべき論点】

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

(月1回算定) 【2024改定前】

生活習慣病管理料

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

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

※療養計画書による丁寧な説明、患者の同意、計画書への患者の署名が必要

【2024改定後】

生活習慣病管理料(Ⅰ)

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

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

生活習慣病管理料(Ⅱ)

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

<改定後>

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

◆ 諸外国等の生活習慣病の経過観察中のガイドライン

高血圧	<p>2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension</p> <p>8.4. 薬物による血圧降下療法の対象となる患者の選択 …患者が確定高血圧(持続血圧 $\geq 140/90$mmHg)と診断された場合、…生活習慣介入と薬物療法を同時に組み合わせた血圧降下治療を開始することが推奨されます。…治療開始後は、血圧がコントロールされるまで、患者を頻繁に診察する必要があります(例: 1~3か月ごとに一般開業医または専門医に診察を受ける)。血圧は、できれば3か月以内にコントロールする必要があります。…</p> <p>8.5. 血圧降下療法の強度と理想的な治療目標 8.5.4薬物療法の期間とモニタリング 血圧降下療法は通常慢性的で、多くの場合は生涯にわたる。…血圧がコントロールされたら、少なくとも1年に1回のフォローアップが推奨されます。</p> <p>Hypertension Canada's 2020 Comprehensive Guidelines for the Prevention, Diagnosis, Risk Assessment, and Treatment of Hypertension in Adults and Children</p> <p>高血圧のフォローアップのガイドライン 3. 降圧治療薬を受けている患者は、血圧のレベルに応じて、2回連続の診察で測定値が目標値を下回るまで、毎月または2か月ごとに診察を受ける必要があります…。目標血圧に達したら、患者は3~6か月間隔で診察を受ける必要があります。</p>
脂質異常症	<p>動脈硬化性疾患予防ガイドライン(2022年版)(日本動脈硬化学会)</p> <p>4.4 薬物療法のフォローアップ BQ21 薬物療法開始後は定期的な検査が必要か？ 薬物療法開始後は、副作用に関連する症状に留意するとともに薬剤効果の確認と用量調節、生化学的検査による副作用確認と生活指導への活用のため、投与開始後半年間は2~3回程度、その後は3~6か月に一回程度、定期的に検査を行うのが望ましい。</p>
糖尿病	<p>Standards of Care in Diabetes (American Diabetes Association)</p> <p>2型糖尿病に対する薬物療法 推奨事項 9.17 投薬プランと投薬行動は、治療に影響を与える要素を勘案するため、定期的(例: 3~6か月ごと)に再評価され、必要に応じて調整を受けるべきである。(エビデンスレベル E: 専門家のコンセンサス又は臨床経験)</p>

【改革の方向性】(案)

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

各論③：機能強化加算

- 機能強化加算（80点）は、初診の患者の中でも特に継続的な管理が必要な疾患を有する患者に対し、専門医療機関への受診の要否の判断を含め的確で質の高い診療機能を発揮することを評価する観点から、2018年度診療報酬改定で創設されたもの。しかし、「体制への評価」であるため、地域包括診療加算等の施設基準さえ満たせば、患者実態が制度趣旨と大きく異なっても一律に全ての患者に対して算定され、患者に追加負担を求める形となっている。
- 2022年度診療報酬改定で所要の見直しが実施されたが、施設基準を満たせば初診患者に対し一律に算定できることには変わりはなく、足元の届出・算定状況を見ても、「かかりつけ医機能の発揮」を的確に評価し、促進する役割を果たしているのか判然としない。

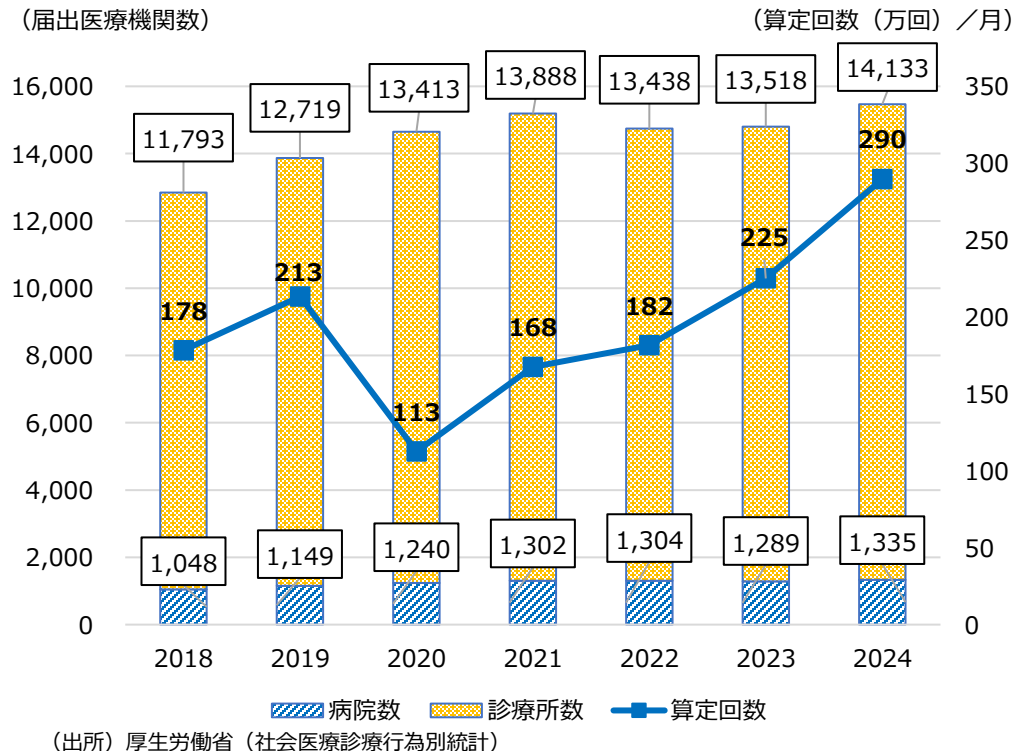
◆2022年度改定の概要

- ✓ かかりつけ医機能を有する医療機関および医師の実績要件をそれぞれ追加。

2022年度改定後の要件（青字下線は要件追加部分）	
次のいずれかを満たしていること。	
<p>地域包括診療加算1/地域包括診療料1の届出を行っていること。</p>	<p>以下のいずれも満たすものであること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>地域包括診療加算2/地域包括診療料2の届出を行っていること。</u> ● <u>直近1年間において、次のいずれかを満たしていること。</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ <u>地域包括診療加算2/地域包括診療料2を算定した患者が3人以上。</u> ■ <u>在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）又は往診料を算定した患者の数の合計が3人以上。</u>
小児かかりつけ診療料の届出を行っていること。	
<p>在宅時医学総合管理料/施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型の在支診又は在支病であること。</p>	<p>以下のいずれも満たすものであること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在宅時医学総合管理料/施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型以外の在支診又は在支病であること。 ● <u>過去1年間において、以下のいずれかを満たしていること。</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ <u>（在支診の場合）緊急往診の実績3件以上。</u> ■ <u>（在支病の場合）緊急往診の実績又は在支診からの緊急受入の実績の合計が3件以上。</u> ■ <u>在宅における看取りの実績又は15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が1件以上。</u>
<p>● 以下のいずれかを行っている常勤の医師を配置すること。</p> <p><u>ア 介護保険制度の利用等の相談への対応、主治医意見書の作成</u> <u>イ 警察医として協力</u> <u>ウ 乳幼児健診を実施</u> <u>エ 定期予防接種を実施</u> <u>オ 幼稚園の園医等</u> <u>カ 地域ケア会議に出席</u> <u>キ 一般介護予防事業に協力</u></p>	

◆届出・算定状況

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



【改革の方向性】(案)

- 機能強化加算は、廃止を軸に検討すべき。

各論④：外来管理加算

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

◆ 現行制度

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

◆ 経緯

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

◆ 算定状況／算定要件について

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

◆ 基本料への「包括化」について

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

【改革の方向性】（案）

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

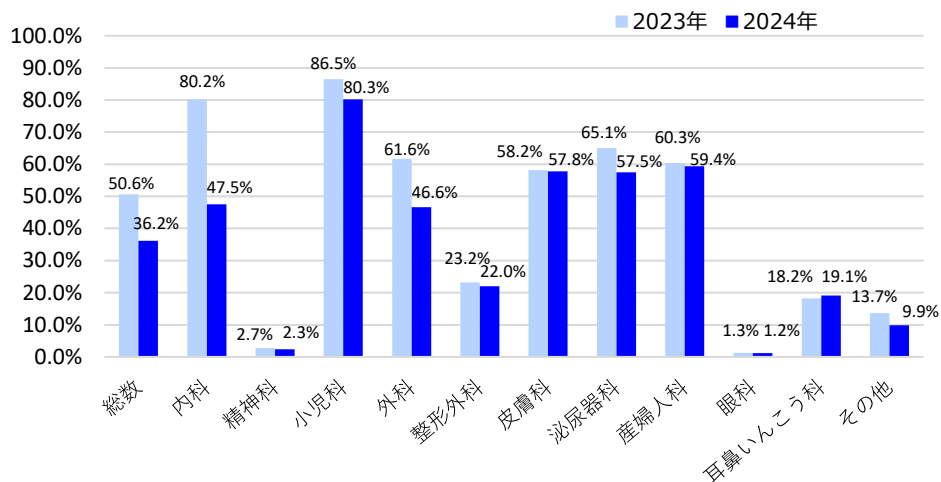
(参考) 外来管理加算の算定状況

○ 外来管理加算は、「全人的な患者管理」という内科系の技術を特別に評価してきたというのが歴史的経緯。長年にわたって、特に内科系の外来診療所で算定割合が高く、基礎的な加算となっていたが、2024年度診療報酬改定における見直しにより生活習慣病管理料との併算定が不可となったことにより、特に内科における算定実績は顕著に下落している。

✓ 診療所で再診料が算定される際、これまで内科では8割が外来管理加算を算定していたが、2024年に内科において算定割合が大幅に減少。

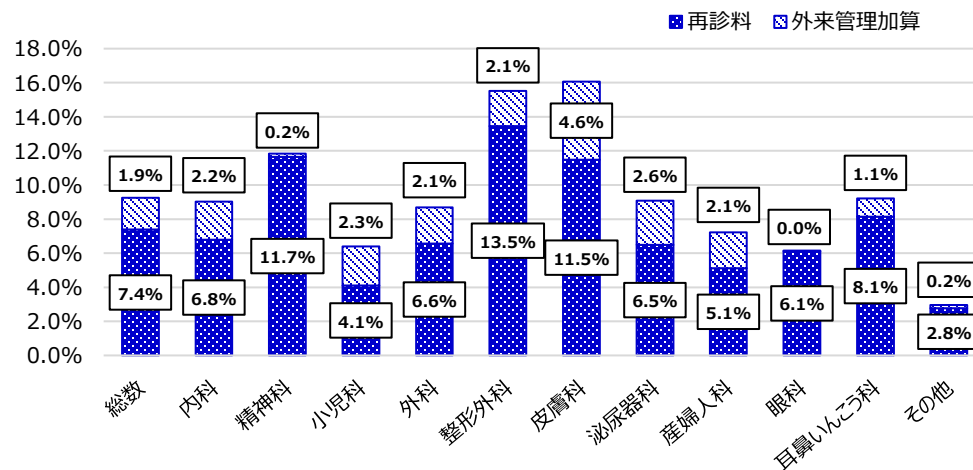
✓ 診療所における診療科ごとの1か月の算定総点数のうち、内科では、外来管理加算は2.2%、再診料と合わせれば9%を占めている。

再診料の算定回数に占める外来管理加算の算定割合（診療科別）



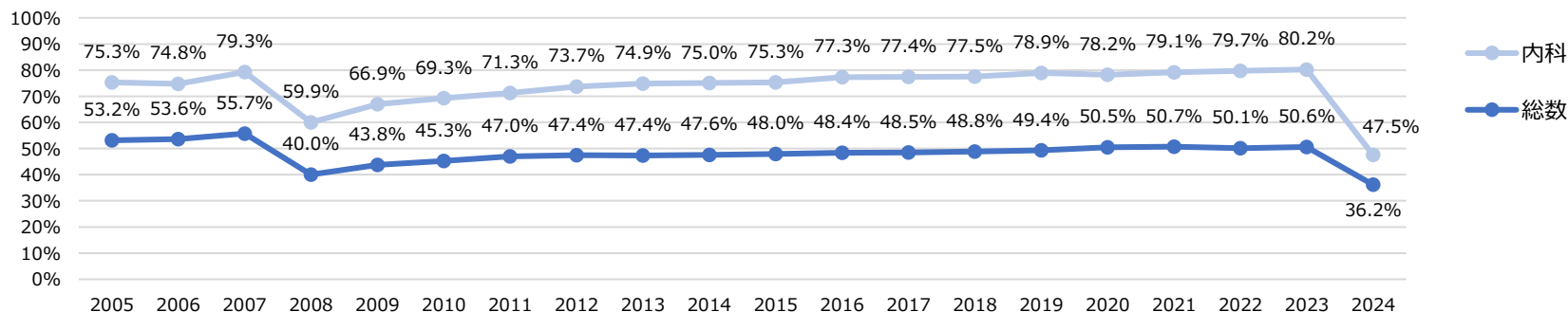
診療所における診療科ごとの算定総点数に占める

再診料・外来管理加算の割合



✓ 外来管理加算の算定割合は、近年、一定の水準で推移していたが、2024年に内科の算定割合が大幅に下落し、その影響で全診療科の算定割合も下落している。

再診料の算定回数に占める外来管理加算の算定割合



(出所)「社会医療診療行為別統計」及び「社会医療診療行為別調査」より作成。

各論⑤：地域包括診療料・加算

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

◆現行制度

- ✓ 地域包括診療料・認知症地域包括診療料は、**診療所又は（200床未満の）病院**のかかりつけ医機能を**包括的に評価**するもの。（月1回算定）

地域包括診療料 1：1,660点、地域包括診療料 2：1,600点
 認知症地域包括診療料 1：1,681点、認知症地域包括診療料 2：1,613点

- ✓ 地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算は、**診療所が出来高で算定できるもの（1回につき）**。病院は算定できない。

地域包括診療加算1：28点、地域包括診療加算2：21点
 認知症地域包括診療加算1：38点、認知症地域包括診療加算2：31点

- ✓ 「診療料」と「加算」との要件の違いは、以下の3つの要件のうち、全てを満たすか、いずれか一つを満たすか、という点。

- ①時間外対応加算の届出、②常勤換算2名以上の医師の配置（うち1人以上が常勤医師）、③在宅療養支援診療所の届け出

	地域包括診療料・加算	認知症地域包括診療料・加算
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症の 6疾病のうち2つ以上 （疑いは除く。）	以下の全ての要件を満たす認知症患者 <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症以外に1以上の疾病を有する（疑いは除く） ・ 同月に「1処方につき5種類を超える内服薬」等の投薬を受けていない患者

【参考】地域包括診療料を届け出していない理由

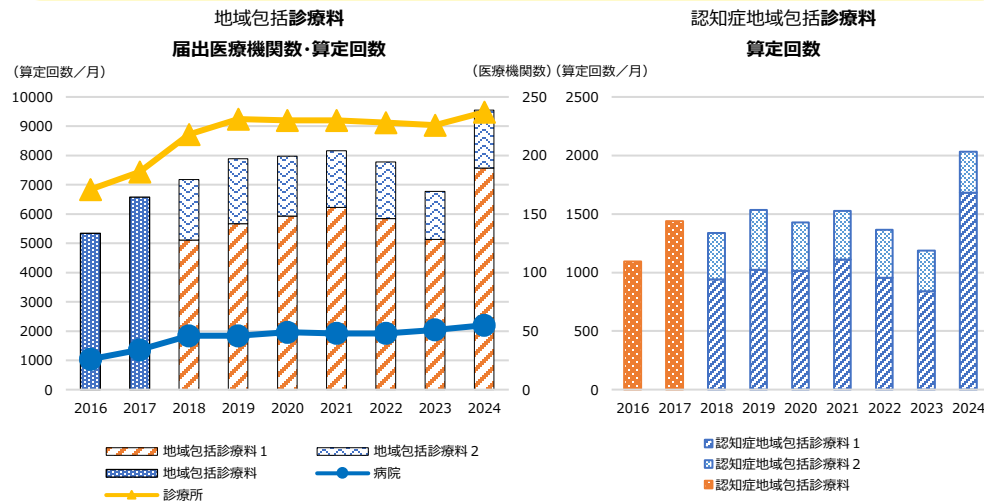
「24時間対応薬局との連携」、「常勤医師の配置」が困難との理由に加え、「在宅療養支援診療所でない」ことを算定できない理由に挙げた施設が多かった。（出所：入院・外来医療等における実態調査（2022年度・外来施設票））

【改革の方向性】（案）

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

◆算定状況について

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



	地域包括診療加算	認知症地域包括診療加算
算定回数（2018⇒2024）	(2018) 1,259,825 (2024) 1,725,565	(2018) 34,530 (2024) 30,697

（出所）（届出医療機関数）各年 7月 1日（2024年は 8月 1日）時点の主な施設基準の届出状況（算定回数）社会医療診療行為別統計

(参考) かかりつけ医機能に係る評価の経緯

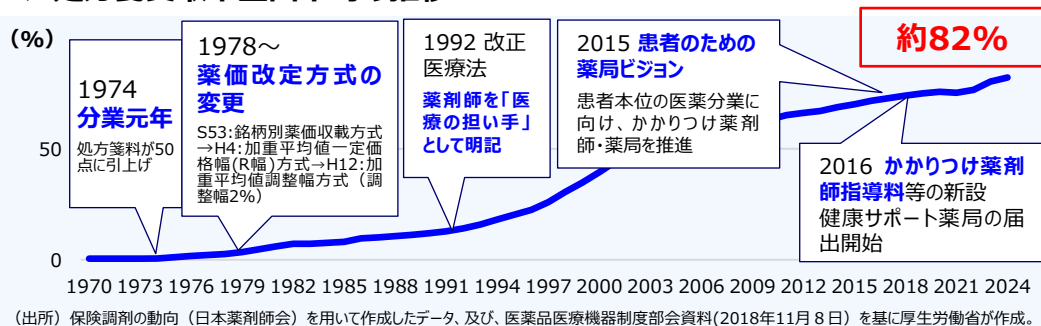
○ かかりつけ医機能の強化に向けては、法制度上の対応より診療報酬上の評価が先行。関係する評価項目が相次いで新設され、また、算定回数
数の少なさを理由に算定要件の緩和が続いた。2022年度改定以降は、徐々に、診療の質の向上に資する評価の重点化に舵が切られている。

改定年度	項目	概要
2014年度	地域包括診療料・加算	複数の慢性疾患を有する患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価を 新設 。
2016年度	地域包括診療料・加算	病院の場合「2次救急指定病院または救急告示病院」との要件削除。 診療所における医師の配置基準を緩和 。
	認知症地域包括診療料・加算	複数疾患を有する認知症患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価を 新設 。
	小児かかりつけ診療料	3歳未満の小児に対する、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価を 新設 。
2018年度	機能強化加算	かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関にて、専門医療機関への受診の可否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する加算を 新設 。
	地域包括診療料・加算 認知症地域包括診療料・加算	以下のとおり、 医師配置基準の緩和 ・在宅への移行実績を評価 <ul style="list-style-type: none"> ✓ 診療所における医師の配置基準を緩和。患者の受診医療機関・処方薬の把握を看護師等も実施可能であることを明確化。 ✓ 在宅への移行実績を評価する診療料1・加算1を設定。 ✓ 加算について、24時間対応の要件を緩和。
	小児かかりつけ診療料	在宅当番医制等への協力体制が確保された医療機関に係る 時間外の相談対応要件を緩和 。
2020年度	地域包括診療加算	時間外の対応に係る要件を緩和 。
	小児かかりつけ診療料／小児外来診療料	算定対象となる患者を3歳未満から6歳未満に拡大 。院内処方を行わない場合の取扱いの見直し。
	機能強化加算	院内の掲示等の情報提供に関し、必要に応じた専門医・専門医療機関への紹介等を要件追加。
	診療情報提供料（Ⅲ）	かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合に、紹介元の医療機関等からの求めに応じて、診療情報の提供を行った場合の評価を 新設 。
2022年度	地域包括診療料・加算	対象疾患に、慢性心不全及び慢性腎臓病を追加 。また、患者からの予防接種に係る相談対応を要件に追加。
	小児かかりつけ診療料	時間外対応に係る体制の在り方を考慮した評価体系に見直し（時間外対応加算3に係る届出機関を小児かかりつけ診療料2として設定等）。
	機能強化加算	かかりつけ医機能を有する医療機関および医師の実績要件を追加。
	連携強化診療情報提供料	診療情報提供料（Ⅲ）から名称を変更の上、 対象患者に、紹介重点医療機関からの患者等を追加 。さらに 算定可能回数を3月に1回から1月に1回に変更 。
2024年度	地域包括診療料・加算	<ul style="list-style-type: none"> ・以下の要件及び施設基準を追加。 ✓ 認知症に係る研修を修了していることが望ましい ✓ 長期処方又はリフィル処方について、対応可能である旨の院内掲示 ✓ 介護支援専門員及び相談支援専門員との連携等 ✓ 適切な意思決定支援に関する指針の整備 ✓ 疾患名、治療計画等についての文書の交付・説明 等
	小児かかりつけ診療料	発達障害の疑いがある患者の診察及び相談への対応、育児不安の相談への対応を要件に追加

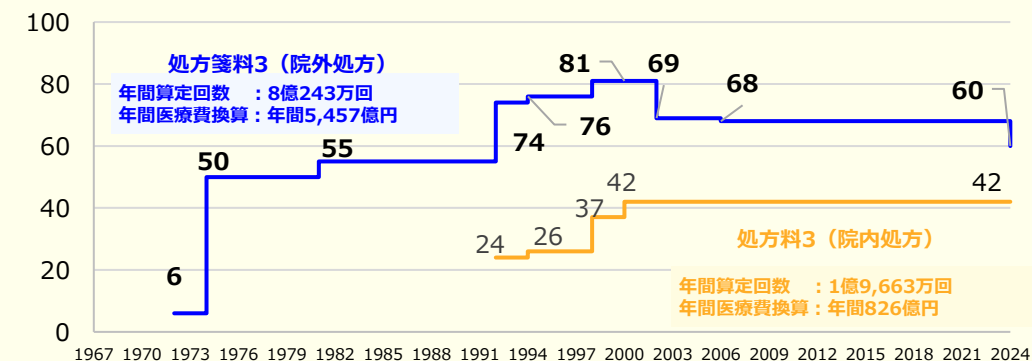
処方料・処方箋料の見直し

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

◆ 処方箋受取率全国平均の推移



◆ 院外処方と院内処方の報酬上の評価の推移



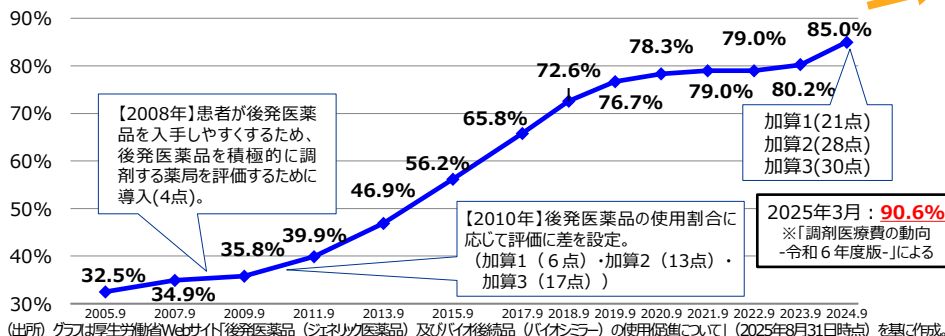
◆ 一般名処方加算/後発医薬品に係る体制加算の概要・算定状況

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

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

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

◆ 後発医薬品の使用割合の推移と主な経緯



【改革の方向性】(案)

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

2. 医療

診療報酬改定総論・医療機関経営状況

診療報酬改定各論

調剤報酬改定

薬剤自己負担の見直し

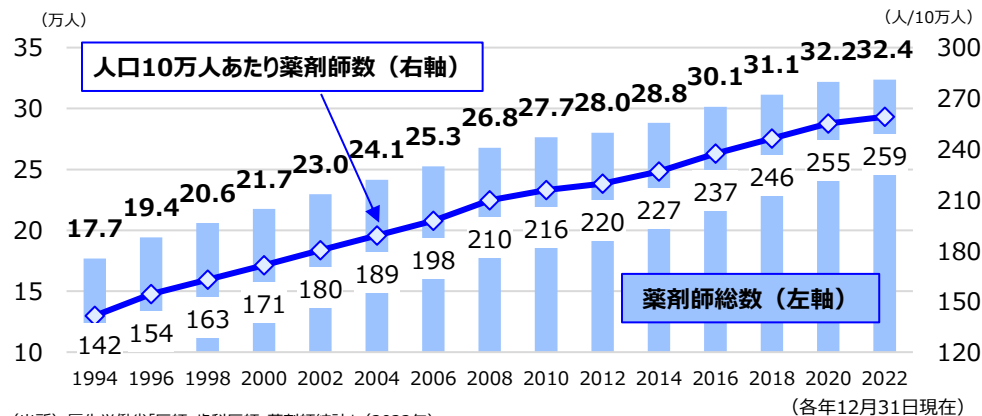
年齢ではなく能力に応じた負担

調剤薬局をめぐる状況

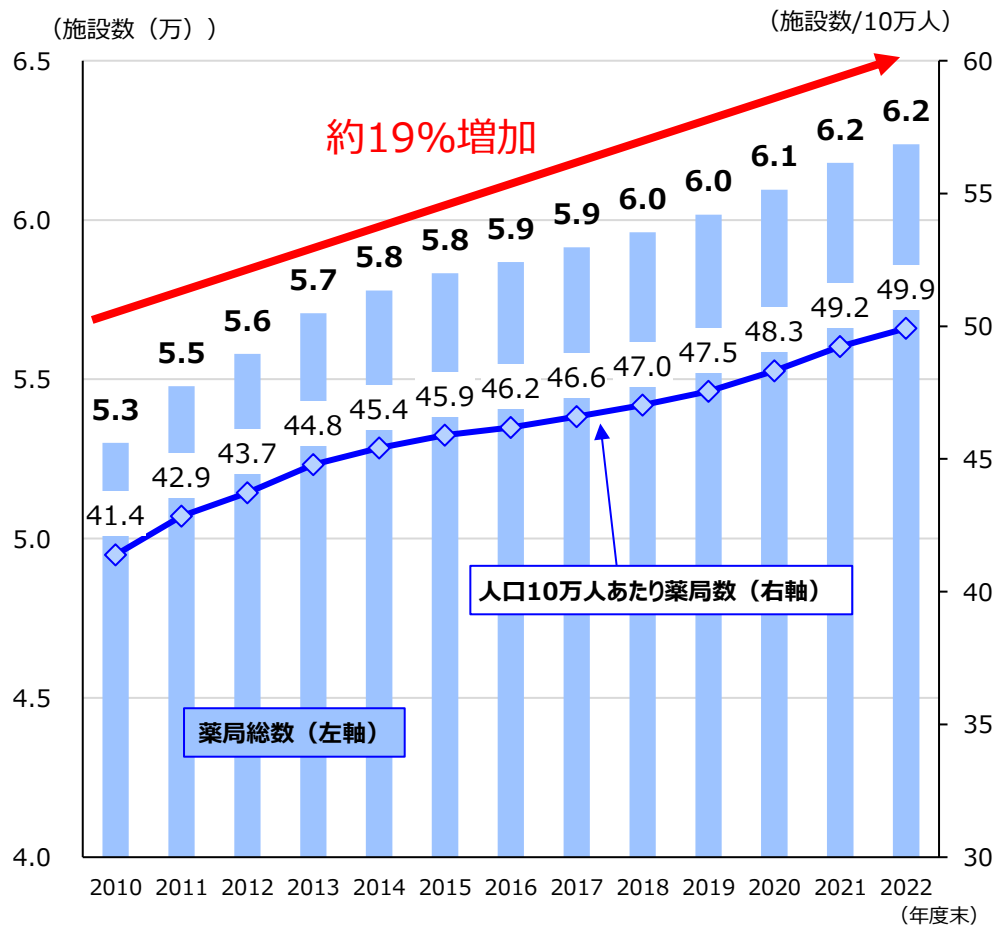
- 日本の薬剤師数は一貫して増加しており、その結果、先進国の中でも人口あたりの薬剤師数が際立って多い水準に達している。医療関係職種におけるタスクシフト・シェアの進展を考慮するとしても、人口減少が進む中で、この人数が適正であるかにはなお疑問が残る。
- また、薬剤師数の増加に伴い調剤薬局も増加の一途を辿っているが、小規模な施設が乱立し、診療所や病院の近隣に群集する現状は、業界の非効率性を象徴している。今後は、薬局の集約化や大規模化に向けた取組が不可避である。

◆薬剤師数の推移

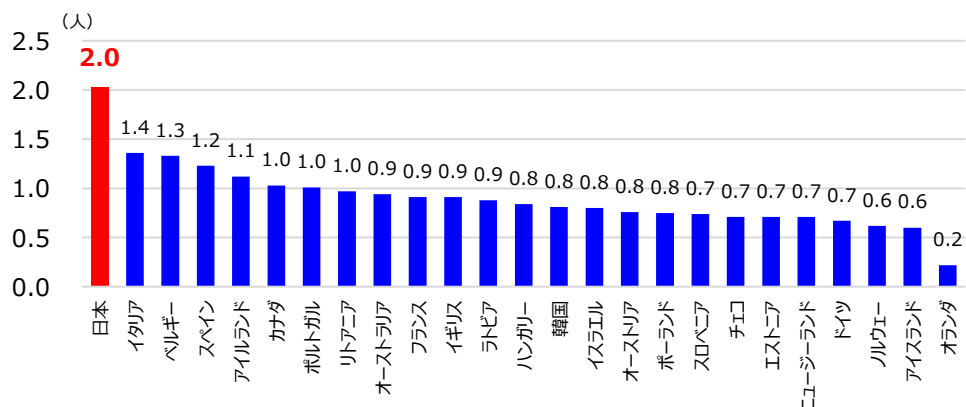
✓ 日本における薬剤師数の推移



◆調剤薬局数の推移



✓ 人口千人あたり薬剤師数の国際比較 (2022年度)

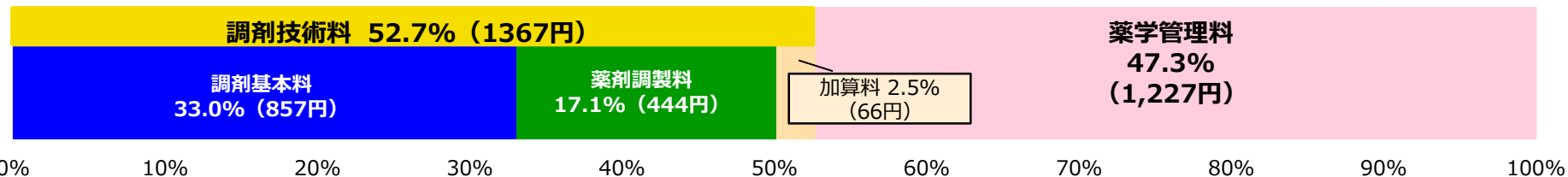


【改革の方向性 (案)】

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

調剤報酬の体系

◆ 処方箋 1 枚あたりの調剤報酬のうち、技術料部分の内訳（2,594円、2024年度）



(出所) 厚生労働省「調剤医療費（電算処理分）の動向～令和6年度版～」

(注) カッコ内に表示の金額は、2024年度処方箋1枚あたり調剤報酬の額（9,372円）における金額。技術料部分は、全体の27.7%を占め（2,594円）、残るは薬剤料72.1%（6,760円）、特定保険医療材料料0.2%（18円）。

◆ 調剤報酬の構成

調剤技術料

調剤基本料

医薬品の備蓄、建物、調剤用機器等の
体制整備に関する経費

(加算料)

地域支援体制加算、後発医薬品調剤体制加算、連携強化加算、
在宅薬学総合体制加算、医療DX推進体制整備加算

薬剤調製料

薬剤調製や取り揃え・監査業務などを評価

(加算料)

自家製剤加算、計量混合調剤加算 など

薬剤料

特定保険医療材料料

薬学管理料

薬剤師の対人業務（患者や医療関係者とのやり取り）
などを評価

調剤管理料

患者情報等の分析・評価、処方内容の薬学的分析、
調剤設計

服薬管理指導料

服薬の交付・服薬指導

(加算料)

麻薬管理指導加算、特定薬剤管理指導加算3、吸入薬指導加算 など

かかりつけ薬剤師指導料

「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を
一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う

(加算料)

麻薬管理指導加算、特定薬剤管理指導加算3、吸入薬指導加算 など

服薬情報等提供料

調剤後の服用状況を把握した上で、保険医療機関等へ
情報提供を行う

調剤後薬剤管理指導料

糖尿病患者、慢性心不全患者に対する服薬状況等の
確認等

在宅患者訪問薬剤管理指導料

在宅訪問での薬学管理

在宅移行初期管理料

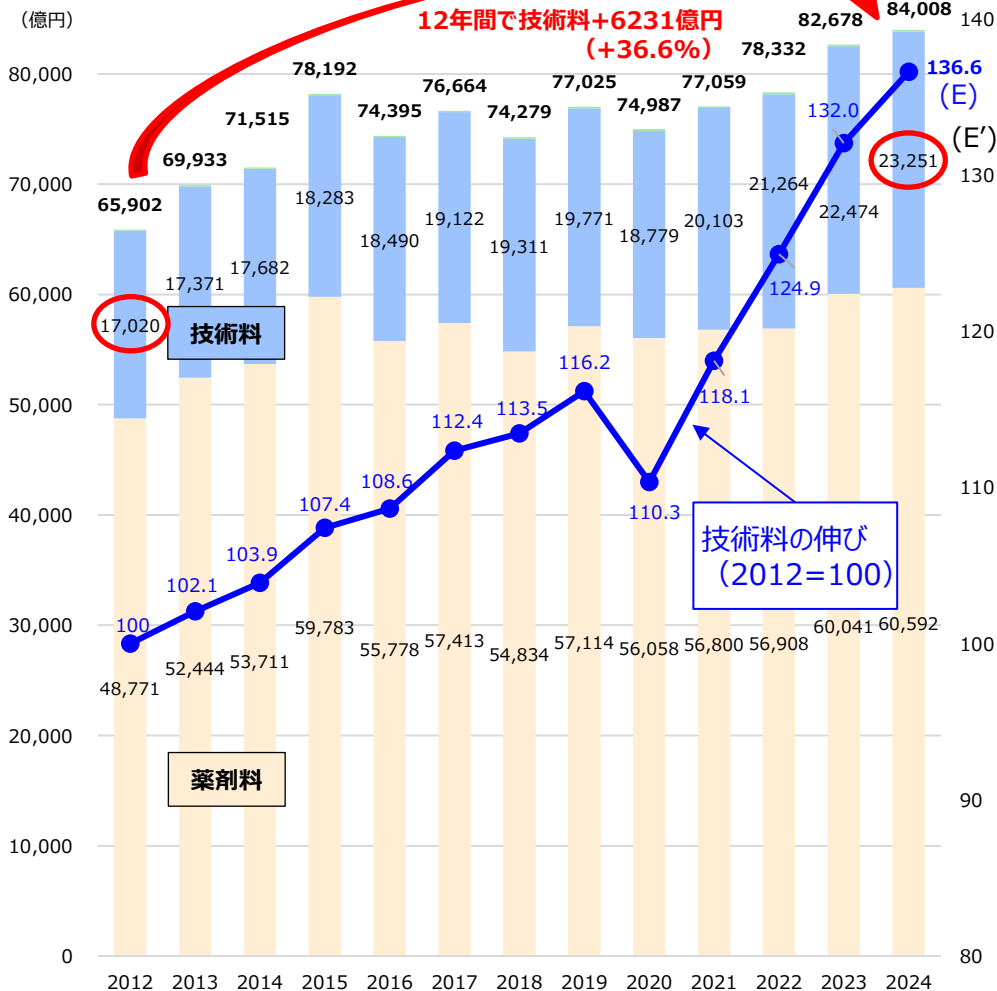
退院直後など計画的に実施する訪問薬剤管理指導の前段階で
患者を訪問し、多職種と連携

など

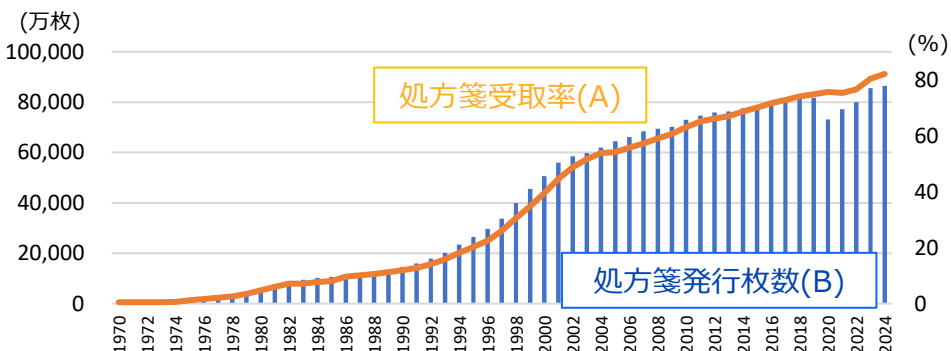
調剤技術料の適正化の必要性①

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

◆ 調剤医療費総額の推移



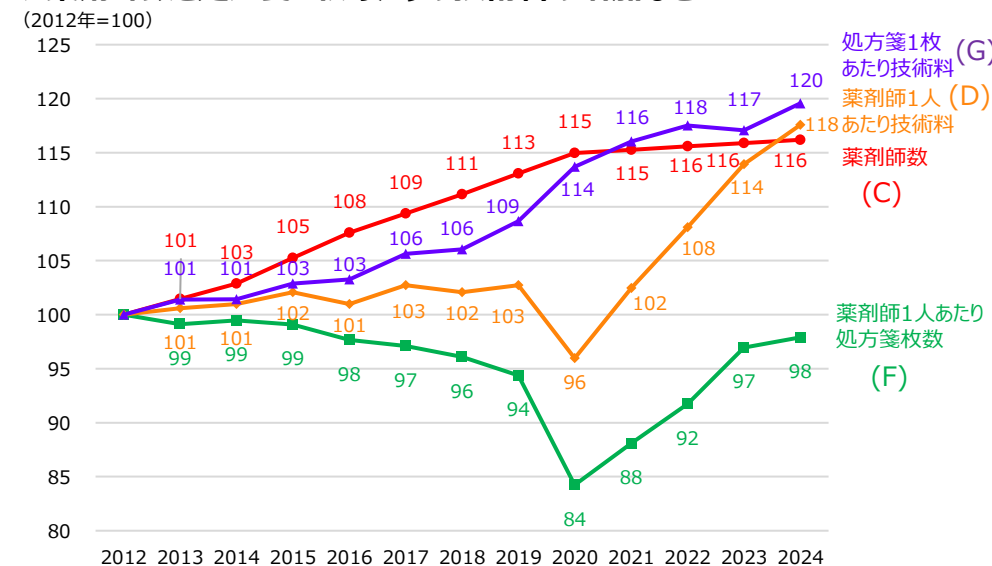
◆ 処方箋受取率の年次推移



(注) 処方箋受取率 (%) = $\frac{\text{処方箋枚数 (薬局での受付回数)}}{\text{医科診療 (入院外) 日数} \times \text{医科投薬率} + \text{歯科診療日数} \times \text{歯科投薬率}} \times 100$

(出所) 厚生労働省が「保険調剤の動向 (日本薬剤師会)」を用いて作成したデータ。

◆ 薬剤師数と処方箋1枚あたりの技術料の増加など



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

(注) 薬剤師数の奇数年度及び2024年度は、直近年度からの推計値。

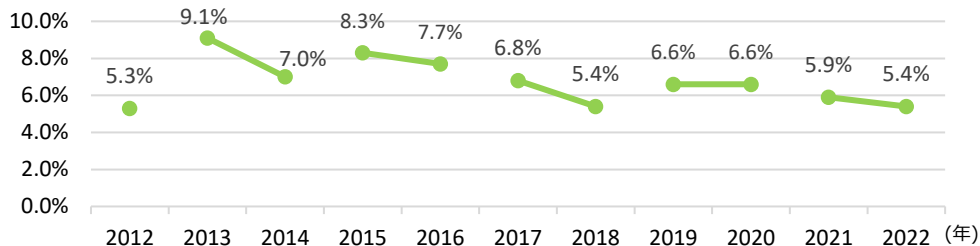
(出所) 厚生労働省「調剤医療費 (電算処理分) の動向～令和6年度版～」

(■ 特定保険医療材料)

調剤技術料の適正化の必要性②

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

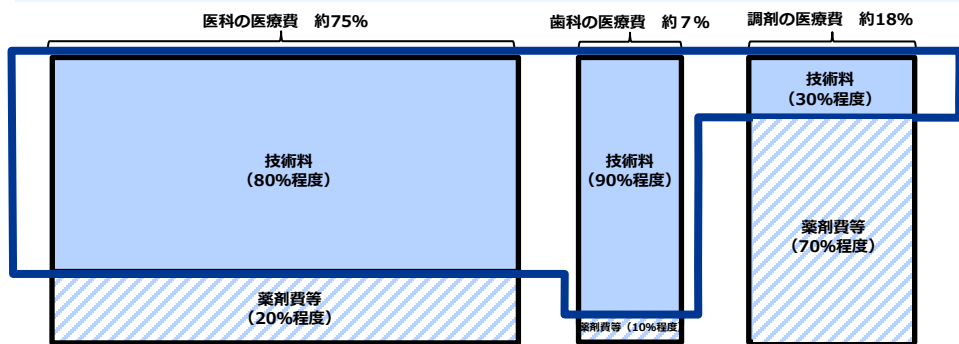
◆ 調剤薬局1施設あたり利益率の推移



(出所) 2011年度から2022年度の調剤薬局（いずれも法人立）の利益率：厚生労働省「医療経済実態調査」
 (注) 中小企業における平均経常利益率は、財務省「法人企業統計」より作成（資本金1億円未満の金融業・保険業以外の業種における、売上高に占める経常利益の割合）

◆ 調剤報酬改定率設定の経緯

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

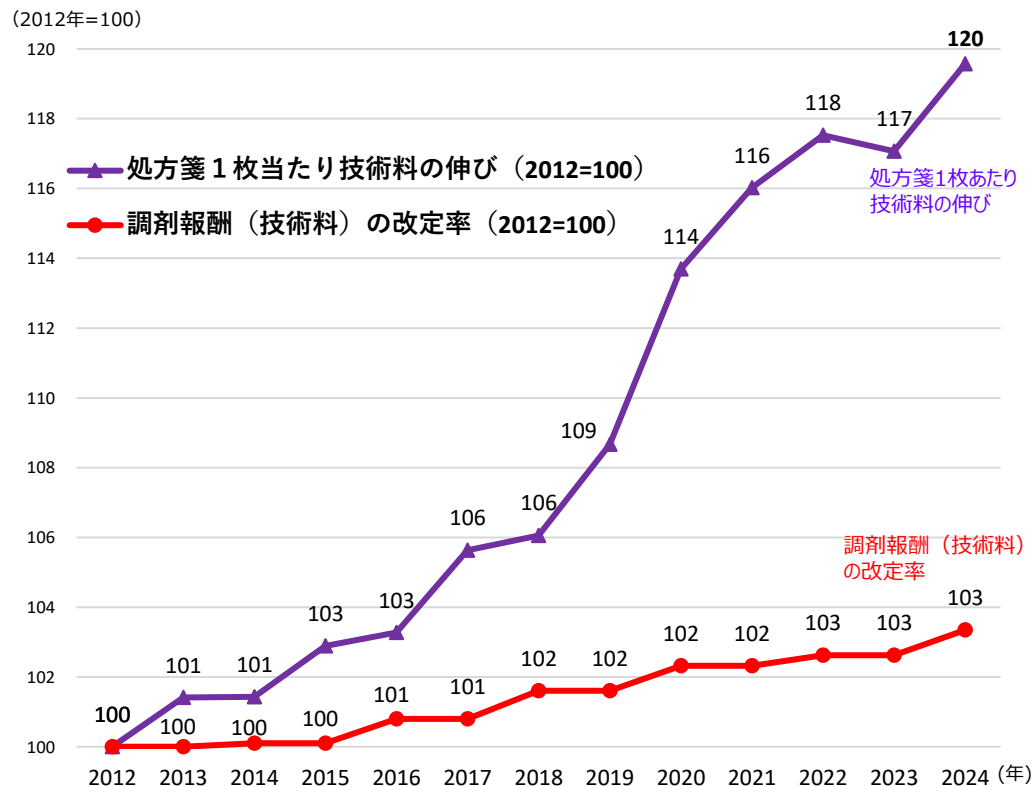


各科改定率の比率 1 : 1.1 : 0.3

※ 2024年8月の社会医療診療行為別統計を踏まえ、財務省作成。

◆ 調剤技術料の増加幅について（一部再掲）

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



(出所) 処方箋1枚あたり技術料は、厚生労働省「調剤医療費（電算処理分）の動向」及び日本薬剤師会「保険調剤の動向」
 調剤報酬（技術料）の改定率は、過去の診療報酬改定における調剤報酬の改定率を技術料の改定率に換算し、財務省が作成。
 (注) 消費税税率上げ時の報酬改定に係る改定率分は含んでいない。

【改革の方向性（案）】

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

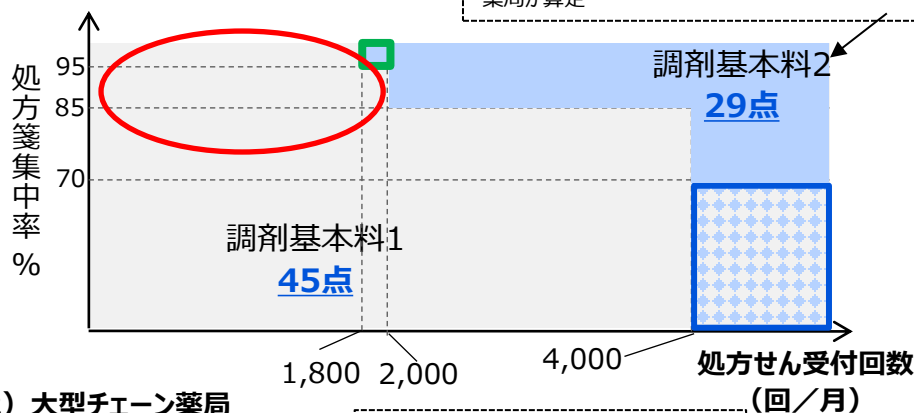
調剤基本料の在り方①

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

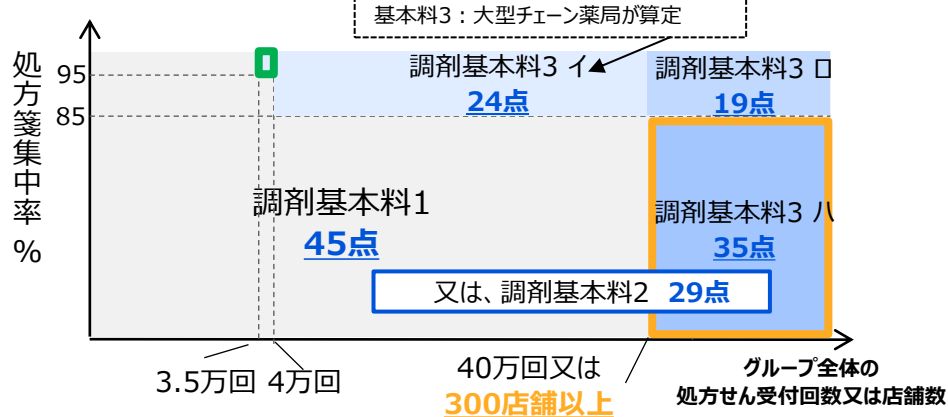
◆ 調剤基本料の算定要件と直近の改定状況

- 2020年度改定
 - 基本料2の算定要件に、「受付回数1,800回超～2,000回、処方箋集中率95%超」を追加
 - 基本料3の算定要件に、「同一グループで処方箋受付回数3.5万回超～4万回、集中率95%超」を追加
- 2022年度改定
 - 基本料3ロの算定要件に、「同一グループで300店以上」を追加
 - 基本料3ハを新設
- 2024年度改定
 - 受付回数月4,000回超の場合に基本料2を算定する要件を「上位1の医療機関の集中率合計70%超」から「上位3の医療機関の集中率合計70%超」に変更

(1) 大型チェーン薬局以外



(2) 大型チェーン薬局



◆ 地域支援体制加算1又は2を算定している薬局の処方箋集中率と備蓄医薬品数

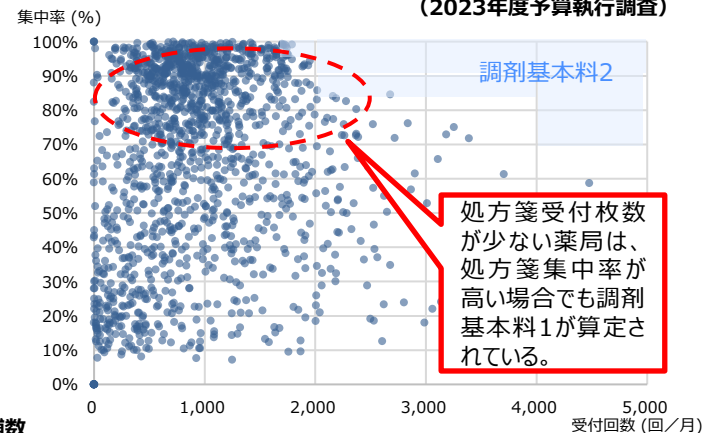
(2023年度予算執行調査)

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

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

◆ 処方箋集中率と受付回数の分布

(2023年度予算執行調査)



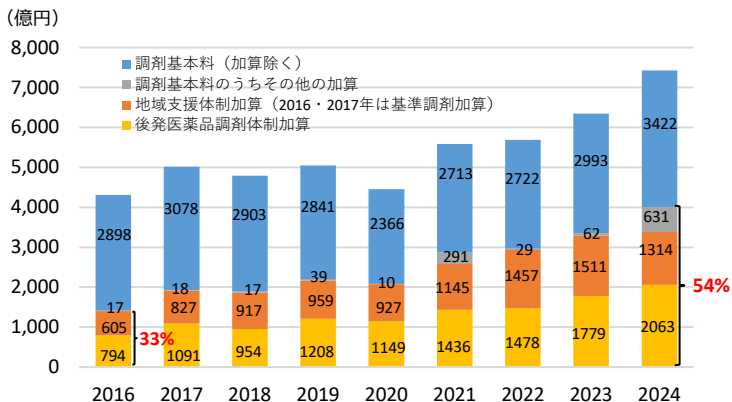
【改革の方向性】(案)

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

調剤基本料の在り方②

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

◆ 調剤基本料の点数構成の推移（年次ベース換算）



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

◆ 後発医薬品調剤体制加算・地域支援体制加算の算定状況

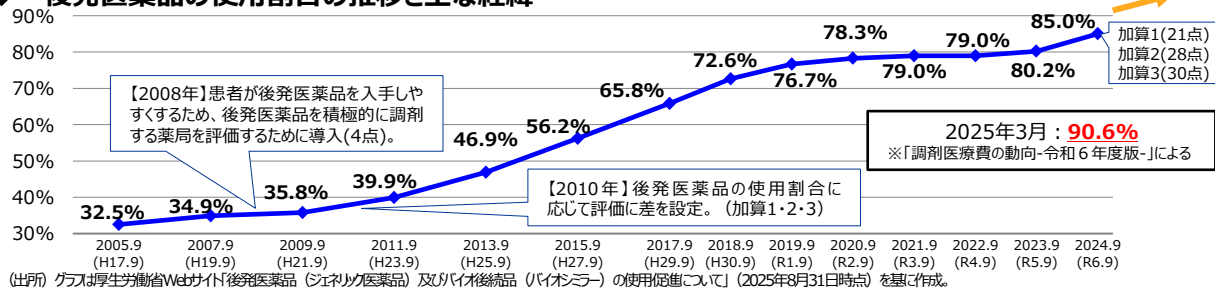
- 後発医薬品調剤体制加算は約8割の調剤行為において算定。
- 地域支援体制加算は約5割の調剤行為において算定。

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

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

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

◆ 後発医薬品の使用割合の推移と主な経緯



◆ 地域支援体制加算の算定要件

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

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

【改革の方向性 (案)】

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

対人業務へのシフト

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

◆ 調剤管理料の概要

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

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

	算定回数	年間医療費換算 ※括弧内は薬学管理料の総額に占める割合
調剤管理料	21億4,695万回	6,112億円 (55.6%)
(参考) 薬学管理料の総額		11,002億円

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

◆ 2022年度改定における調剤管理料創設時の経緯

【改定前区分】 → 【改定後区分】

- 「調剤料」(対物業務) → 「薬剤調製料」(対物業務)
- 「調剤料」(対物業務) → 「調剤管理料」(対人業務)

・調剤調整
 ・取り揃え・監査業務等
 ・処方内容の薬学的分析
 ・調剤設計等

【R4改定前】	【改定後】					
処方日数	~7日	8~14日	15~21日	22~28日	29~30日	31日~
調剤料	28点	55点	64点	77点	77点	86点

【R4改定後】	【改定後】					
薬剤調製料	一律24点					
調剤管理料	4点	28点	50点	60点	60点	60点
(合計)	28点	52点	74点	84点	84点	84点 ←改定前と同程度

※R6改定: 変更なし

◆ 対人業務の評価の主な経緯

年度	経緯
2016	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ薬剤師指導料(70点)、かかりつけ薬剤師包括指導料(270点)の新設 ・服薬情報等提供料を新設し、長期投薬情報提供料等の報酬を一元化
2018	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ薬剤師指導料・包括指導料の点数の充実(70点→73点、270点→280点) ・服用薬剤調整支援料及び地域支援体制加算を新設 ・重複投薬・相互作用等防止加算について在宅時の評価として、在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を新設
2020	<ul style="list-style-type: none"> ・服用薬剤調整支援料2の新設
2022	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ薬剤師指導料・包括指導料(点数充実) ・服薬情報等提供料に、入院予定患者に対して情報提供した場合の評価を新設

◆ 対人業務を評価する主な調剤報酬の算定状況(1か月あたり)

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

(出所) 厚生労働省「令和6年社会医療診療行為別統計」

【改革の方向性(案)】

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

2. 医療

診療報酬改定総論・医療機関経営状況

診療報酬改定各論

調剤報酬改定

薬剤自己負担の見直し

年齢ではなく能力に応じた負担

薬剤自己負担の在り方の見直し①

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

(参考) 2025年10月24日 高市内閣総理大臣 所信表明演説(抄)

これまでの政党間合意も踏まえ、O T C 類似薬を含む薬剤自己負担の見直しや、電子カルテを含む医療機関の電子化、データヘルス等を通じた効率的で質の高い医療の実現等について、迅速に検討を進めます。

◆ 諸外国の例 (医薬品に対する保険給付の在り方)

【英国の例】 ~軽度な症状に対する医薬品の処方制限~

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

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

(研究代表者 昭和大学薬学部 赤川圭子氏)

【仏国の例】 ~薬剤の種類に応じた患者負担割合の設定~

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

◆ 過去の保険給付の見直し (適正使用の観点からの保険除外)

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

【スウェーデンの例】 ~薬剤費の一定額までの全額患者負担~

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

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

【改革の方向性】 (案)

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

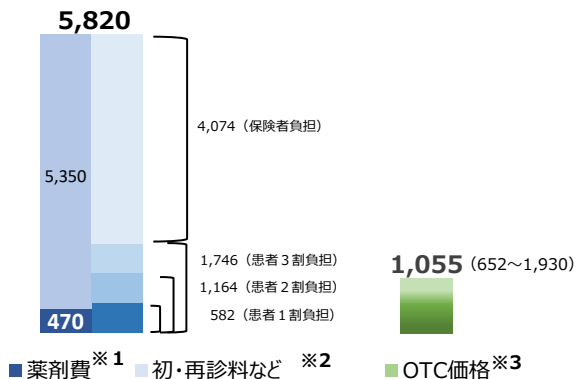
(参考) 医療用医薬品とOTC薬との比較

- OTC薬は、OTC類似薬と比べ高い価格で販売されている傾向。診療や調剤に係る医療費（技術料）を含めても、薬局・ドラッグストアで自らOTC薬を購入するより自己負担額が低くなる場合がある。
- OTC類似薬の処方を受ける場合、そのコストの多くは、保険料・税で賄われている。

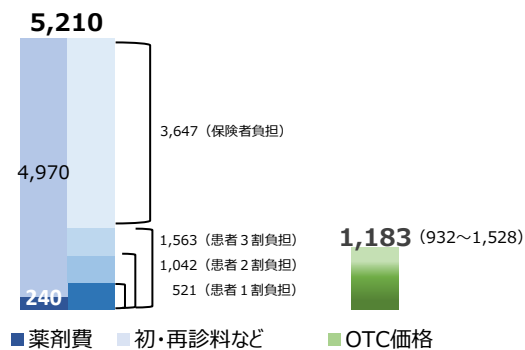
◆ 医療用医薬品を処方された場合とOTC薬を購入した場合のコスト比較（あくまで一例）（青色：医療用医薬品、緑色：OTC薬）

※ 処方期間等については、患者の状態に応じて医師の判断により個別に異なり、様々なケースが存在するが、便宜上、一定の仮定を置いて比較している。（単位：円）

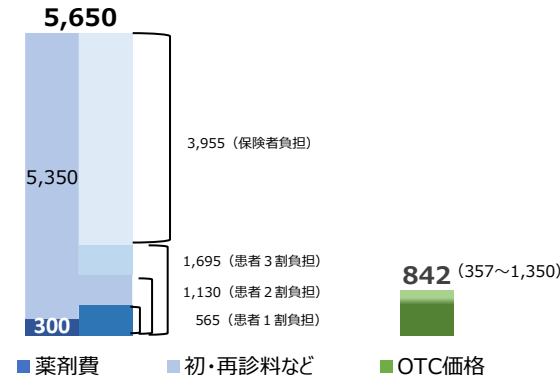
花粉症薬（フェキソフェナジン60mg 14日分）



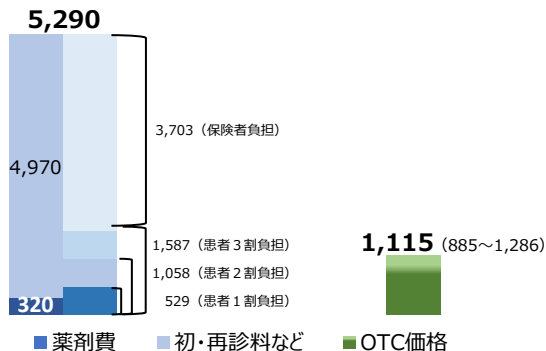
湿布薬（ロキソプロフェン100mg 14枚）



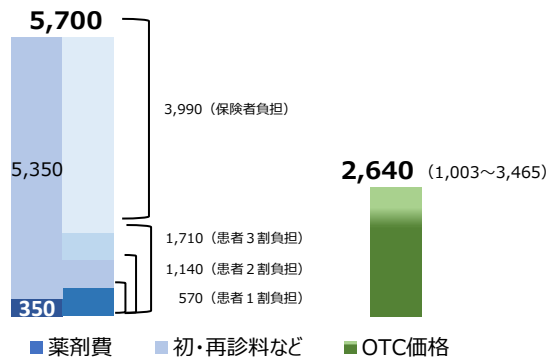
漢方薬（感冒）（葛根湯（顆粒）4日分）※4



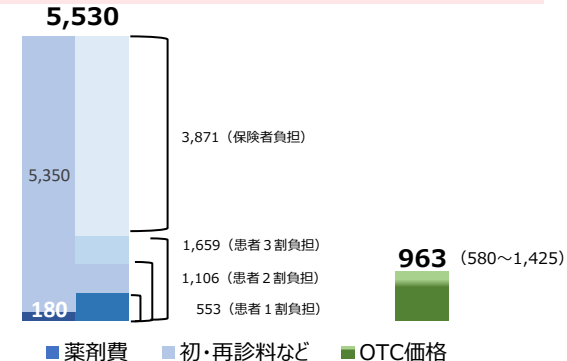
保湿剤（ヘパリン類似物0.3% 50g（1本））



胃酸分泌抑制薬（ファモチジン10mg 14日分）



解熱鎮痛剤（アセトアミノフェン300mg 14日分）



※1 複数銘柄がある場合、それらの薬価の平均から算出。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（291点）、処方箋料（60点）、調剤基本料1（45点）、服薬管理指導料（59点）、調剤管理料（処方日数に対応した点数）、調剤調製料（内服薬・外用薬）、後発医薬品調剤体制加算2（28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。Amazon・楽天等のインターネット販売サイトにおいて確認できた範囲における販売価格の平均を記載。（2025年3月時点）

※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。

薬剤自己負担の在り方の見直し②

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

◆薬剤一部負担金の経緯

医療保険法 改正年度	薬剤自己負担関係	その他の主な改正内容
1997年 (平成9年)	薬剤一部負担金の導入	✓ 被用者保険本人の自己負担の増加（1割負担→2割負担）
2000年 (平成12年)	高齢者の薬剤一部負担金の廃止	✓ 高齢者の「月額上限付き1割負担」の導入
2002年 (平成14年)	薬剤一部負担金の完全廃止	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 被用者保険の3割負担化 ✓ 高齢者1割負担に係る上限の廃止（＝定率1割負担の徹底）

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

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

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

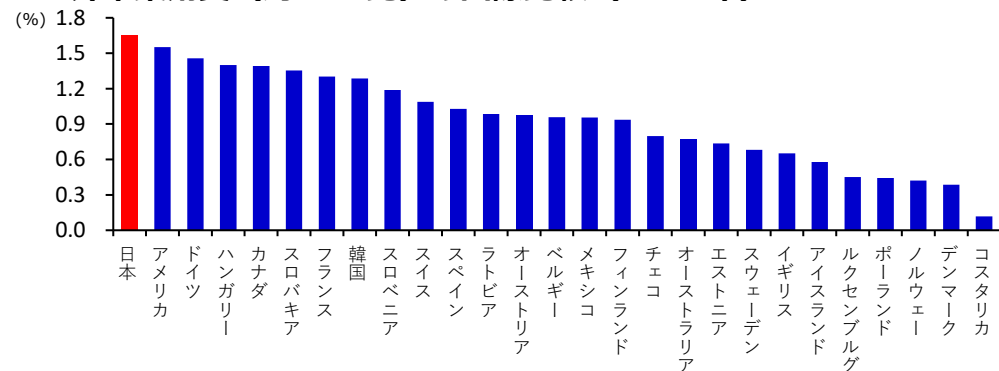
第二条第一項 医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする。

◆薬剤一部負担金の概要（1997年～2003年）

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

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

◆外来薬剤費（対GDP比）の国際比較（2022年）



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

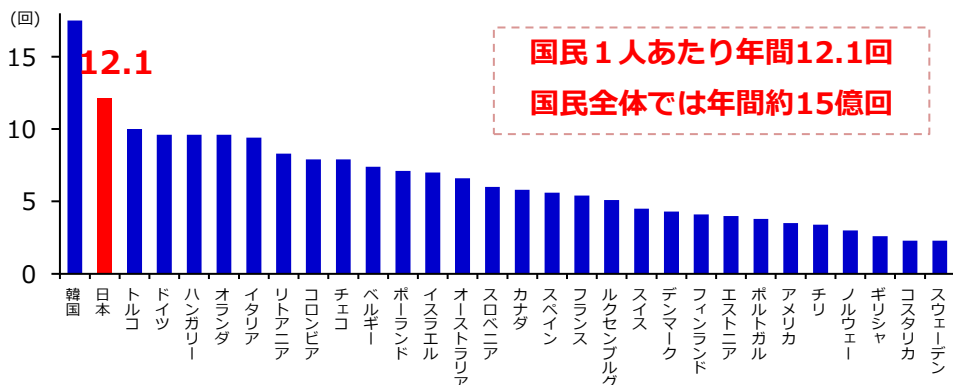
【改革の方向性】(案)

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

受診時定額自己負担の導入

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

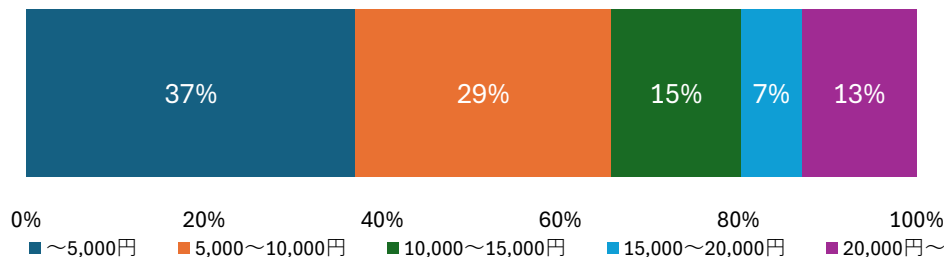
◆ 1人あたり外来受診回数（医科）の国際比較（2022年）（再掲）



（出所）OECD Data Explorer（2025年8月20日時点）

◆ 入院外の医療費階級別レセプト件数の割合

1回5,000円未満が4割近く。1回10,000円未満が3分の2。

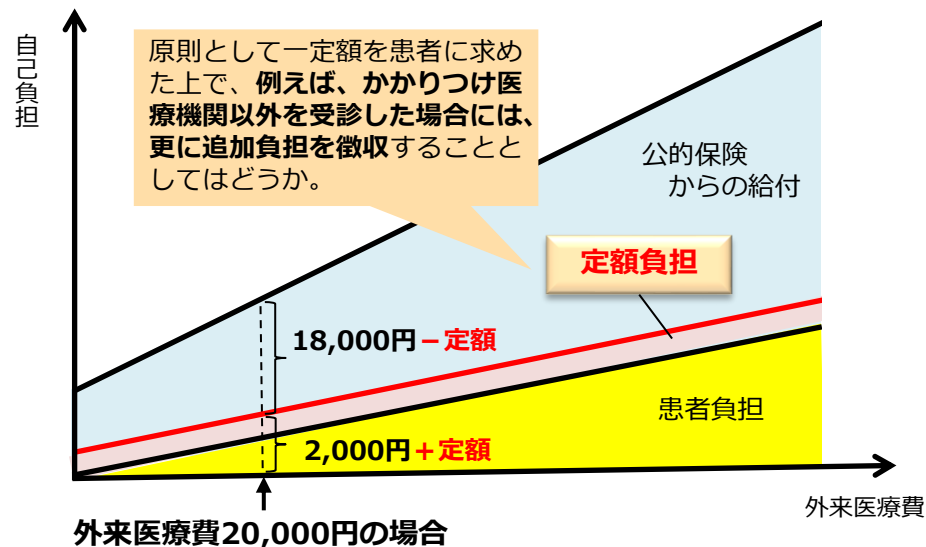


（出所）厚生労働省「医療給付実態調査報告（2023年度）」

◆ フランスにおける受診時定額負担制度（2005年～）の概要

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

◆ 受診時定額負担のイメージ（1割負担の患者の場合）



【改革の方向性】（案）

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

2. 医療

診療報酬改定総論・医療機関経営状況

診療報酬改定各論

調剤報酬改定

薬剤自己負担の見直し

年齢ではなく能力に応じた負担

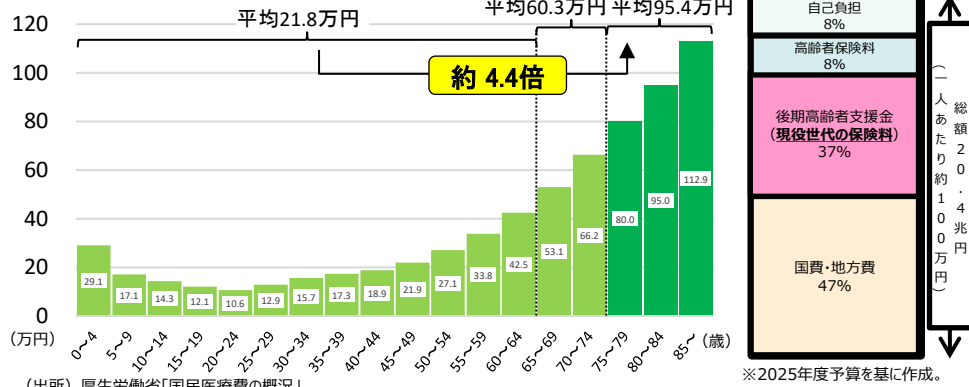
年齢ではなく能力に応じた負担（総括）

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

給付と負担のバランス

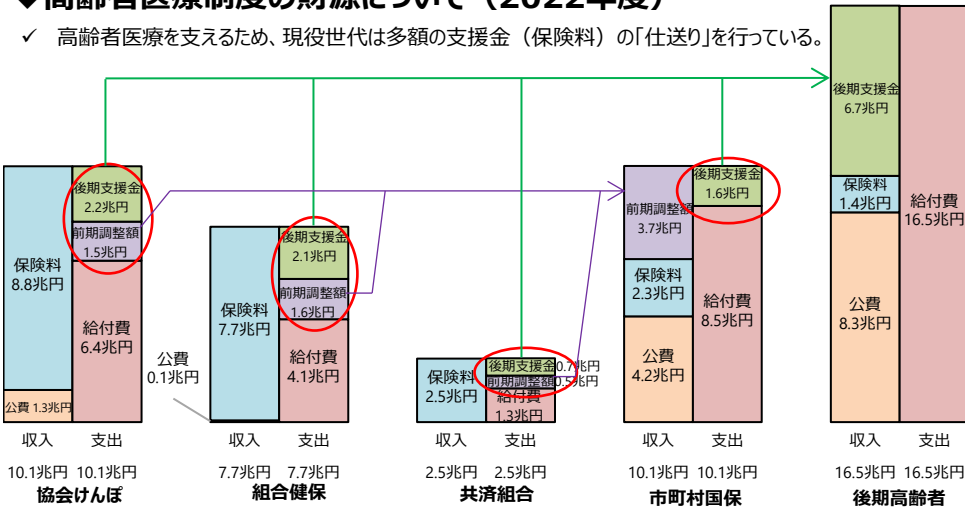
◆ 後期高齢者の医療費と財源

●年齢階級別1人あたり国民医療費（2023年）



◆ 高齢者医療制度の財源について（2022年度）

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



これまでに取り組んできた主な事項

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

今後の主な改革の方向性

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

高齢者医療における患者自己負担の在り方①

○ 2008年に後期高齢者医療制度・前期高齢者財政調整が導入されてから15年以上が経過し、日本社会における高齢者の位置づけは大きく変化。また、高齢者の医療ニーズの様態についても当時と同じとは言えない状況となっている。

◆ 諸外国の高齢化状況・平均寿命

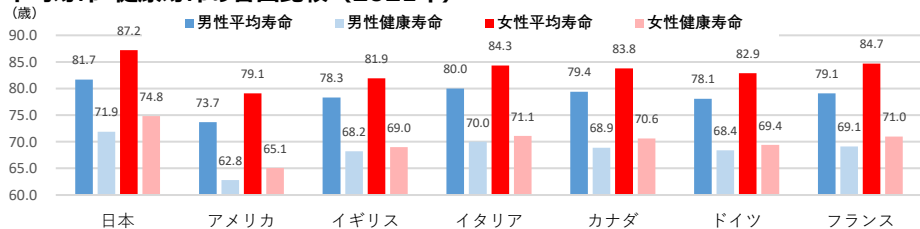
✓ 日本の75歳以上人口割合は、諸外国に比して突出して高く、世界的に見て高齢化の進んだ国。また、日本の平均寿命・健康寿命は先進7カ国で最長。

● 各国人口に占める75歳以上人口の割合（実績・予測）

(単位：%)

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

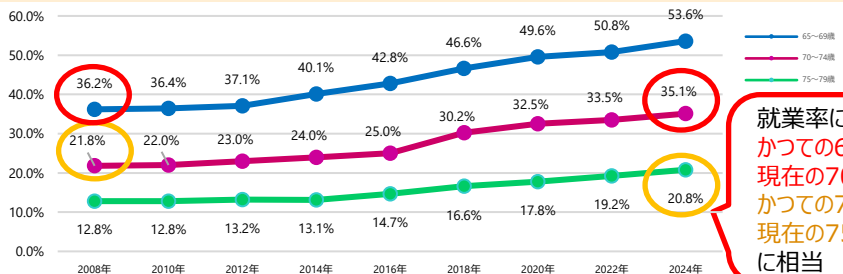
● 平均寿命・健康寿命の各国比較（2021年）



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

◆ 高齢者の就業率の推移

✓ 近年、高齢者の就業率は顕著に上昇傾向。



(出所) 総務省統計局「労働力調査」における年齢階級別就業率。

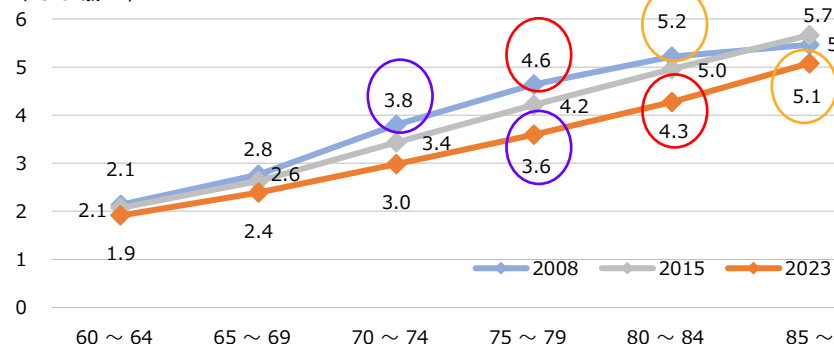
(注) 「就業率」とは、各年齢階級の人口に占める就業者の割合をいう。値は年平均。

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

◆ 若年層との比較における高齢者の一人あたり医療費水準の推移

✓ 高齢者の一人あたり医療費水準も若返りが顕著。

1人あたり医療費
(15-64歳=1)

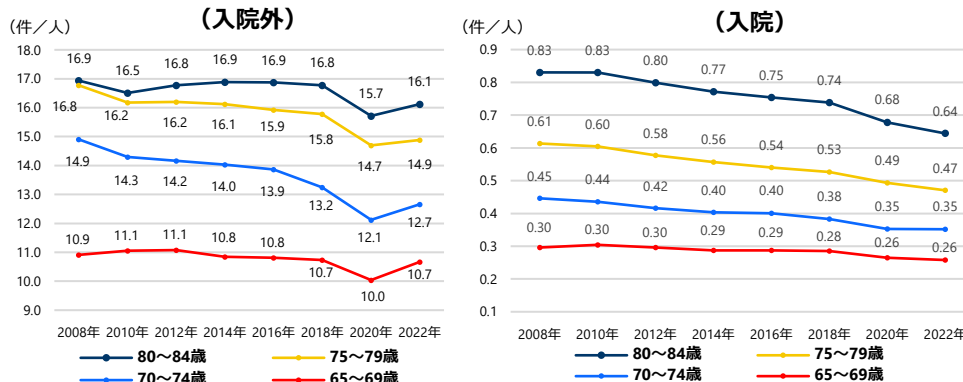


一人あたり
医療費水準は、
かつての70-74
歳は現在の
75-79歳より
高い。
また、
かつての75-79
歳は現在の
80-84歳より
高い。

(出所) 厚生労働省「国民医療費」、総務省「人口推計」より作成。

◆ 高齢者の受診率の推移

✓ 近年、高齢者の受診率は低下傾向。



(出所) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

(注) 医療保険制度の年齢階級別医療費、件数、日数、加入者数及診療諸率を基に厚生労働省において作成。

【改革の方向性】(案)

○ 高齢者医療を全ての世代が公平に支え合う仕組みを構築すべく、社会経済環境の変化や医療ニーズの実態等を踏まえつつ、長寿社会にふさわしい高齢者医療制度の在り方について検討を深め、早急に改革に着手すべし。

高齢者医療における患者自己負担の在り方②

- 老人医療費無償化以降、一定の見直しは進められてきたものの、高齢者の患者自己負担は依然として1割または2割負担が大多数を占めている。患者自己負担割合（＝医療保険の給付率）が、負担能力の差を超えて年齢によって異なる現状は、「給付は高齢者中心、負担は現役世代中心」という構造の象徴と言える。
- なお、高齢者は、外来受診回数が多く、1人あたり医療費も大きいにもかかわらず、低額な外来特例もあって、実際の自己負担額は低く抑えられている。例えば、70歳以上の自己負担は、医療費の低い現役世代と比べ「割合」が大きく低下し、65～69歳との比較では「実額」でも下回る状況。

◆高齢者の患者自己負担割合見直しの経緯

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

年度	見直し内容
1973年	老人医療費の無料化
1983・1984年	高齢者の患者自己負担の導入 (老人保健制度・退職者医療制度 (各医療保険制度の共同事業))
2001年	定率1割負担の導入
2002年～2007年	対象年齢の引上げ (70歳→75歳) 現役並所得者の負担割合の引上げ (2002年2割、2006年3割)
2008年	後期高齢者医療制度・前期高齢者財政調整の創設
2014年	70～74歳の患者自己負担を、新たに70歳になる方から2割負担へ
2022年	75歳以上 (後期高齢者) の一定以上所得者について2割負担を導入

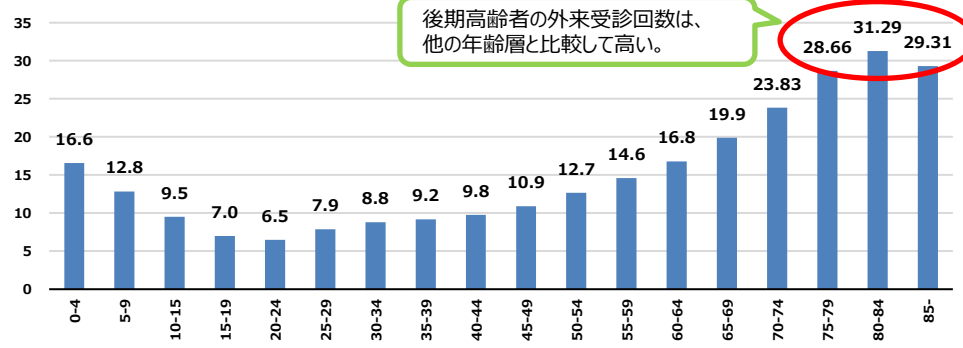
◆後期高齢者 (75歳以上) の自己負担の割合・金額について (2023年)

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

区分/判定基準	負担割合	高額療養費の上限額 (世帯ごと)	
		高収入者	低収入者
約142万人 (約7%) 現役並み所得 (課税所得145万円以上)	3割	収入に応じて月80,100～252,600円 + 1% <多数回該当: 44,400円～140,100円>	月18,000円/年14.4万円
約388万人 (約20%) 一定以上所得 (課税所得28万円以上)	2割	月57,600円 <多数回該当: 44,400円>	月18,000円/年14.4万円
約601万人 (約31%) 一般 (課税所得28万円未満)	1割	月24,600円	月8,000円
約505万人 (約26%) 低所得Ⅱ (世帯全員が住民税非課税 (年収約80万円超))			
約306万人 (16%) 低所得Ⅰ (世帯全員が住民税非課税 (年収約80万円未満))			

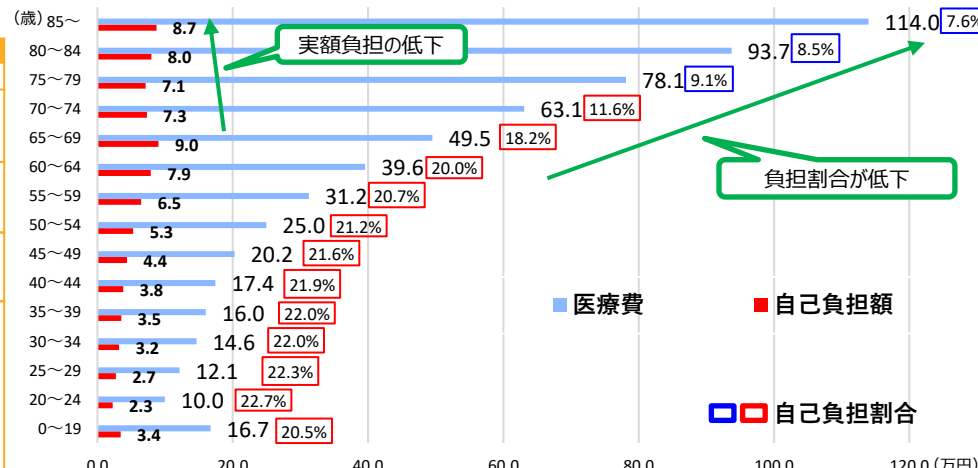
(出所) 厚生労働省「第201回医療保険部会資料」を基に財務省において作成。

◆年齢階級別外来受診回数



(出所) 厚生労働省「第197回医療保険部会資料」。

◆年齢階級別1人あたり医療費及び自己負担額



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

【改革の方向性】(案)

- 年齢による自己負担割合の不公平を是正するため、70歳以上の患者自己負担割合を現役世代と同様に3割とすべきであり、その実現に向けた具体的な道筋を明確に示すべき。

(参考) 高齢者の自己負担割合の変化が受診行動に及ぼす影響

- 高齢者の自己負担割合の変化と受診行動との関係に関する先行研究を見ると、自己負担割合の引上げは、全体の医療費を減少させる一方、個々人の受診の有無とは相関を持たないことや、健康状態を悪化させることなく受診時の支出を抑制する効果があること等を示唆するものがある。
- これらは過去の制度変更の影響を見たものであり、今後の自己負担割合の見直しの影響について判断する一つの材料でしかないが、高齢者の自己負担増によって、必要な受診行動は抑制されることなく、医療費適正化を実現できる可能性を示すものとして参考にできるものと考えられる。

1. 70歳～74歳の自己負担割合の1割から2割への引上げによる影響

- 西田 安紗、別所 俊一郎 (2025) 「医療保険の自己負担の動学的効果：年齢DIDアプローチ」財務省財務総合政策研究所総務研究部PRI Discussion Paper Series (No.25A-06)
 - **自己負担割合の引上げは、受診の有無とは相関を持たずに全体の医療費を減少させる効果を持つ**（これについて論文では「受診した人に限定すると、71～75歳の期間に、自己負担割合が2割の方が1割の人に比べて医療費が少ないことを示唆」、「自己負担割合が1割の高齢者に対し過剰な医療資源が供給されていたが、2割に上がったことで患者は医師から提示された治療法や追加の検査などを金額によっては拒否していたり、医師が自己負担割合を考慮した治療法を提案したりするのかもしれない」と考察。）。
 - 自己負担割合の引上げは、**健康状態や健康行動を変化させない**。日本の公的医療保険における自己負担割合の1割から2割への引上げは、**健康状態を悪化させることなく受診時の支出を抑制する効果がある**。

2. 70歳時点において自己負担割合が軽減されることによる影響

- Hiroataka Kato · Rei Goto · Taishi Tsuji · Katsunori Kondo (2022) “The effects of patient cost-sharing on health expenditure and health among older people: Heterogeneity across income groups” The European Journal of Health Economics
 - (3割から1割への自己負担割合の引き下げによる) **外来医療費の増加は主に中・高所得層によるもの**。一方で、健康状態について行った調査結果からは、**中・高所得層の医療費増加は必ずしも健康改善と結びついていないことが示唆される**。
 - **入院医療費については、自己負担割合引下げの影響は明確に確認されなかった**。
- Jörg Mahlich and Rosarin Sruamsiri (2019) “Co-insurance and health care utilization in Japanese patients with rheumatoid arthritis: a discontinuity regression approach” International Journal for Equity in Health
 - **慢性関節リウマチ患者において、自己負担率が30%から20%に引き下げられた群では、医療需要に変化は見られなかった**。

3. 後期高齢者の自己負担割合の一部2割負担の導入による影響

- 及川雅斗・富蓉・川村顕・野口晴子 (2024) 「窓口負担割合の変更が後期高齢者の受療行動に与えた影響の評価-2022年10月の制度変更によるエビデンス-」厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業 2023年度総括研究報告書
 - 負担割合変更後は、**医療サービスの利用割合が1%程度減少、医療費総額が3%程度減少、医療サービスの利用日数が2%程度減少**することが明らかになった。

(注1) 加藤氏らの論文は、70歳時点で自己負担割合が30%から10%に下がることの影響を検証したもの(2014年以降の20%引き上げ後との比較はなされていない。)

(注2) 及川氏らの論文の説明は、第181回社会保障審議会医療保険部会資料2(2024年8月30日開催)より引用

現役並み所得の判定基準の見直し

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

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

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

◆現役並み所得(3割負担該当)の判定方法(現状)

- 要件① 世帯内に課税所得の額が145万円以上の被保険者がいること
かつ
- 要件② 世帯の被保険者全員の収入の合計額が520万円以上であること
(世帯の被保険者が一人の場合は、383万円以上であること)
- (参考) 介護保険の判定基準
- 要件① 合計所得金額が220万円以上(個人) かつ
- 要件② 年金収入＋その他合計所得金額が340万円以上(夫婦世帯は463万円以上)

高齢夫婦2人世帯の場合

要件②：世帯収入 520万円以上

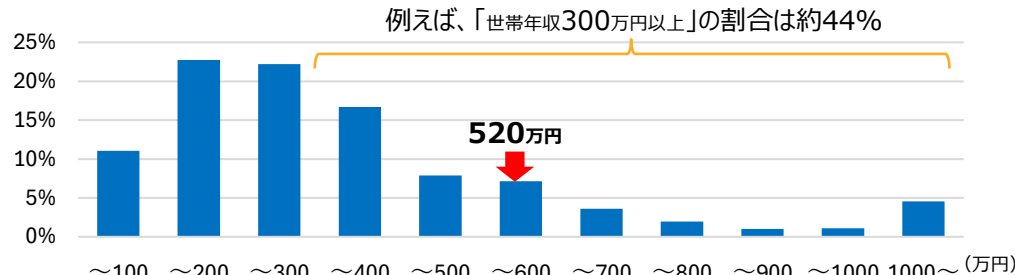
基礎控除	33万円
給与所得控除	90万円
配偶者控除	38万円
社会保険料控除	14万円
公的年金等控除	199万円
(控除額計 374万円)	

要件①：課税所得 145万円以上

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

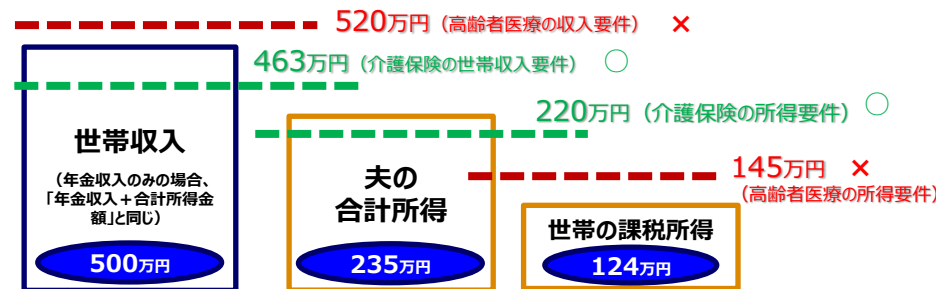
要件①の基準額は、現役夫婦2人世帯を念頭に2004年度当時の平均的収入386万円から各種控除の合計241万円を差し引いて算出。

◆所得金額階級別の世帯数割合(世帯主：75歳以上)



(参考) 医療・介護の3割負担への該当の有無(イメージ)

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



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

【改革の方向性】(案)

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

後期高齢者の保険料負担の在り方

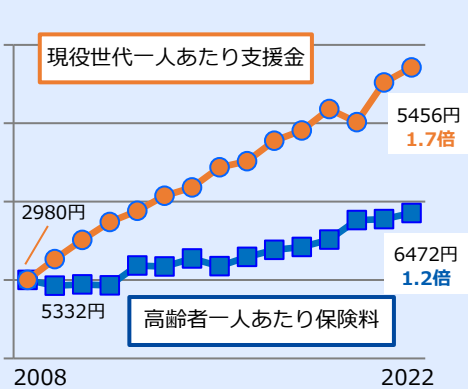
- 高齢者の保険料負担については、現役世代の負担上昇を抑制する観点から、2023年健康保険法等改正により、高齢者の保険料と現役世代の支援金の伸びが同じになるよう見直しが行われたが、後期高齢者の負担率の上昇は緩慢。介護保険と比較しても、依然として、大幅に現役世代頼りの構図となっている。

◆後期高齢者保険料の見直しの経緯

- 後期高齢者保険料は、医療給付費の1割として制度設計されたが、その後、現役世代の減少による後期高齢者支援金の増加分を支援金と後期高齢者の保険料とで折半して負担するよう2年ごとに改定することで、**後期高齢者の保険料負担割合は継続的に微増**。
- **2023年健康保険法等改正では、現役世代の負担上昇を抑制するため、後期高齢者医療における高齢者の保険料負担割合を見直し**。今後とも、高齢者が増加し、現役世代の減少が続くうちは、後期高齢者の保険料負担割合は微増を続けることとなる。

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

★2023年法改正の趣旨 <<一人あたり保険料・支援金の推移（月額）>>

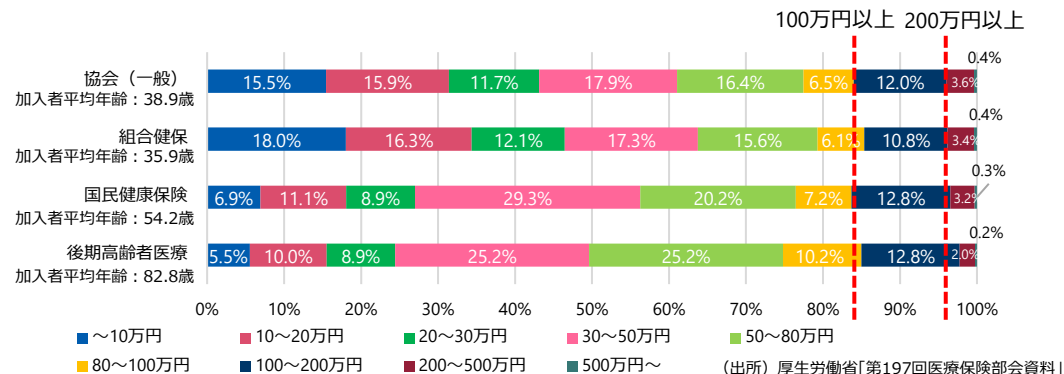


➤ 制度創設時と比べ、現役世代の支援金は1.7倍、高齢者の保険料は1.2倍の伸びとなっており、**後期高齢者1人あたりの保険料と現役世代1人あたりの支援金の伸びが同じになるよう見直し**。

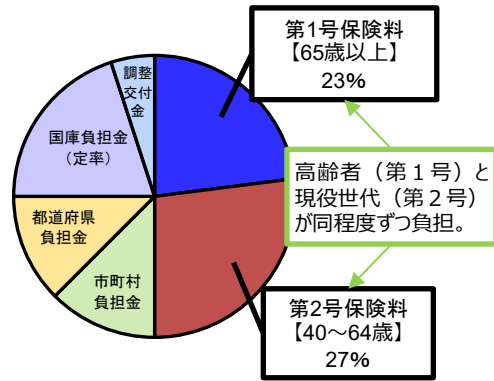
➤ 高齢者世代の保険料について、激変緩和措置を講じるとともに、低所得層の負担増に配慮し賦課限度額や所得に係る保険料率を引き上げる形で負担能力に応じた負担とする。

◆入院の医療費階級別レセプト件数の割合

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

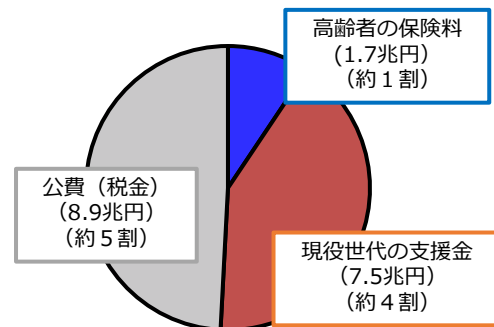


◆介護保険の財源構成



(出所) 2025年度予算を基に作成。

◆後期高齢者医療制度の財源構成



※ 2025年度予算ベース。窓口負担(1.7兆円)等を除く。

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

【改革の方向性】(案)

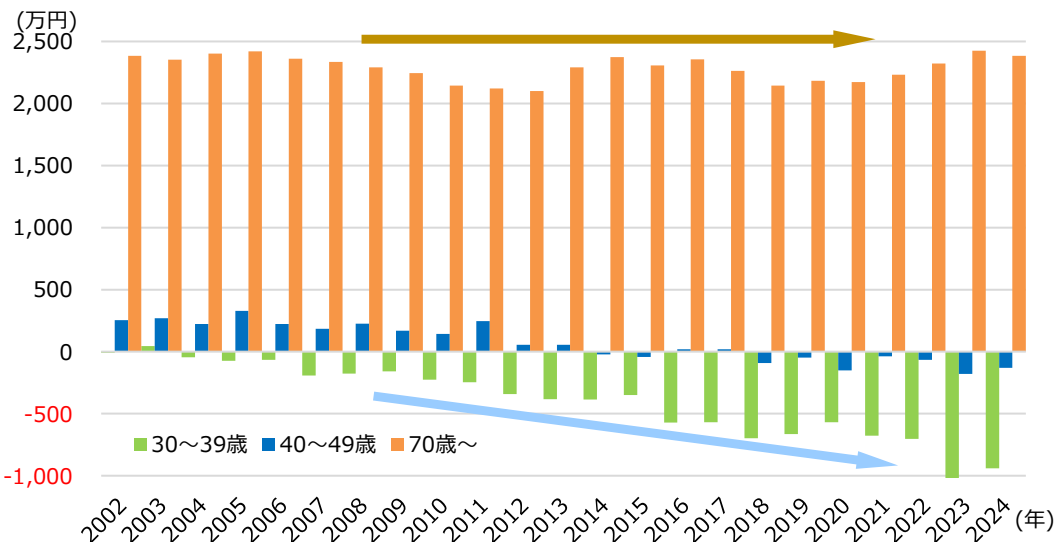
- 後期高齢者医療制度の持続可能性を高め、現役世代の保険料負担の軽減につながるよう、窓口自己負担割合の見直しに加えて、後期高齢者の保険料負担の在り方についても検討すべき。(少なくとも、金融所得や金融資産の勘案等により、高齢者保険料賦課ベースを拡大することと併せ、現役世代の支援金の負担割合を縮小させていくことは必要と考えられる。)

高齢世帯の貯蓄等の状況

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

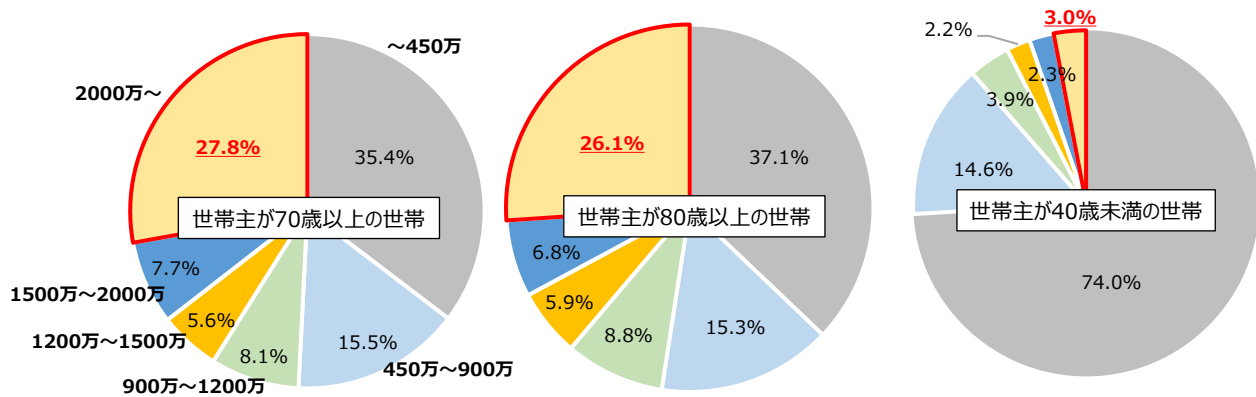
【① 貯蓄額－負債額】

平均的な高齢者世帯の貯蓄から負債を引いた額は2,000万円以上で推移



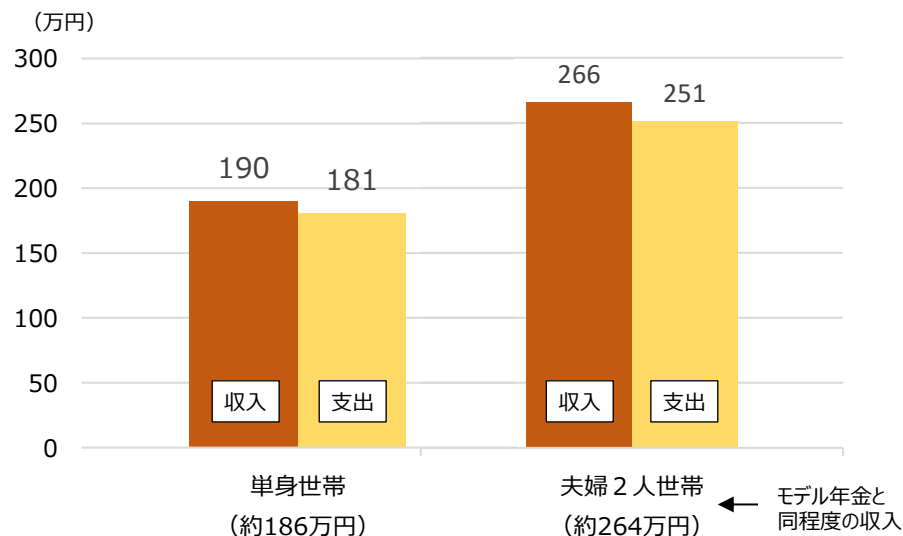
【② 金融資産残高別の世帯割合】

高齢者世帯の約3割は預貯金等の金融資産額が2,000万円以上



【③ 75歳以上世帯の収支状況】

モデル年金と同程度の収入がある高齢者世帯の年間の収支状況は黒字



【① 貯蓄額－負債額】

(出所) 総務省「家計調査」

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

【② 金融資産残高別の世帯割合】

(出所) 総務省「2019年全国家計構造調査」

(注) 総世帯に係る金額であり、負債は含まない。

【③ 75歳以上世帯の収支状況】

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

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

医療保険・介護保険における金融所得の勘案

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

◆ 現行の収入の種類と保険料・窓口負担の関係（イメージ）

配当所得者
(後期高齢者)

配当収入 500万円
(確定申告なし) (注)

窓口負担 1割

医療保険料 約1.5万円
(均等割約1.5万円+所得割0万円)

配当所得者
(後期高齢者)

配当収入 500万円
(確定申告あり) (注)

窓口負担 3割
(現役並み)

医療保険料 約52万円
(均等割約5万円+所得割約47万円)

(注) 他の収入なし

給与所得者
(健保加入者)

給与収入 500万円

窓口負担 3割

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

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

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

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

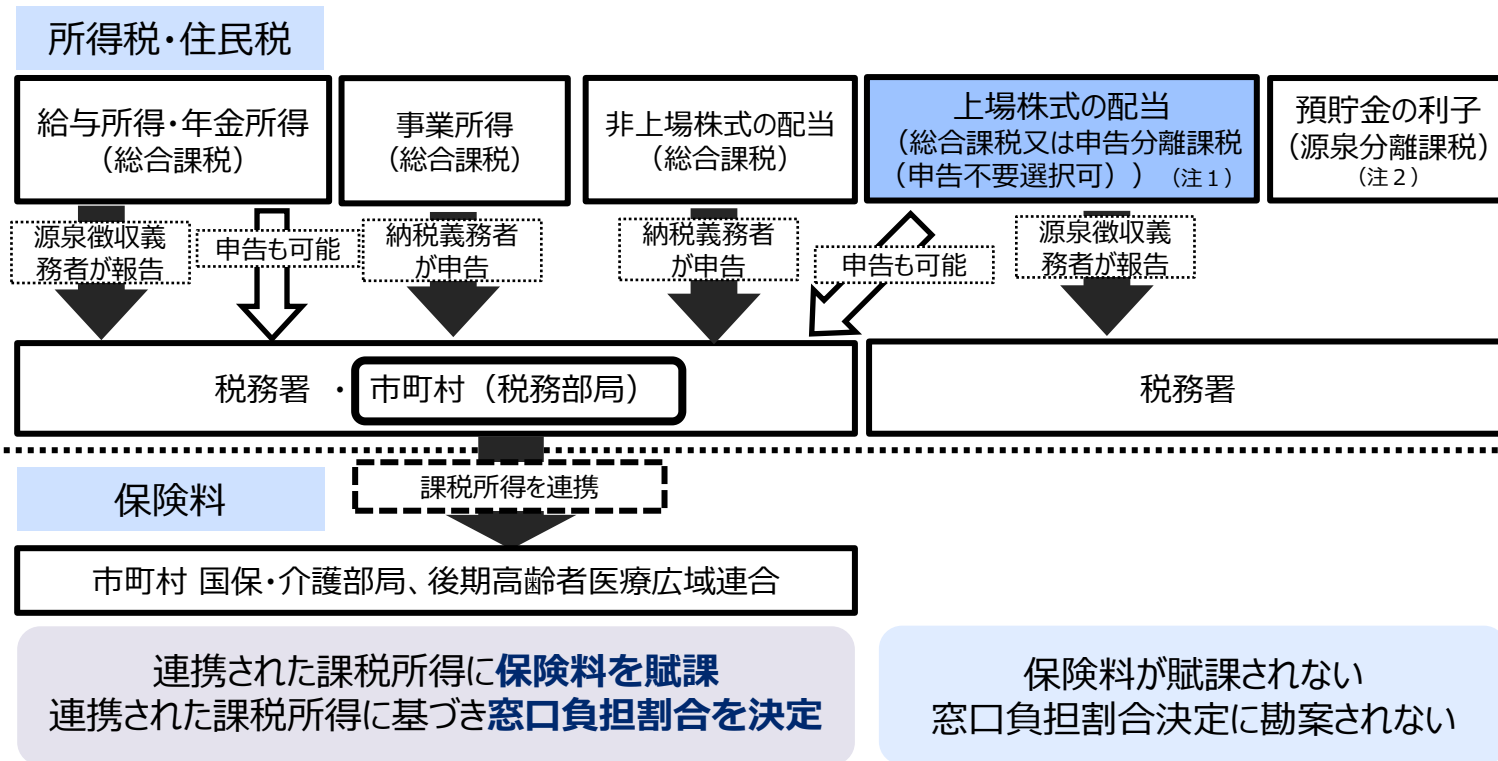
211 医療・介護保険における負担への金融所得の反映に向けて、税制における金融所得に係る法定調書の現状も踏まえつつ、マイナンバーの記載や情報提出のオンライン化等の課題、負担の公平性、関係者の事務負担等に留意しながら、**具体的な制度設計**を進める。

【改革の方向性】(案)

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

(参考) 医療保険・介護保険における金融所得の勘案

◆金融所得と保険料賦課ベースとの関係 (イメージ)



(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	対象
申告不要	対象外

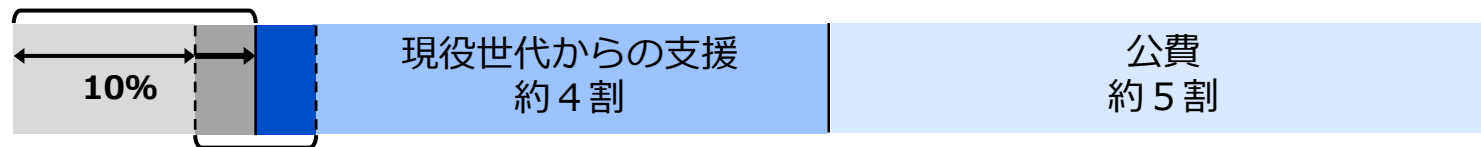
選択可能

(注1) 上場株式の配当の他、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。

◆後期高齢者の保険料負担率

後期高齢者の保険料負担率



【2023年制度改正】

「後期高齢者1人当たり保険料」と「現役世代1人当たり後期高齢者支援金」の伸び率が同じになるようにする。

後期高齢者の保険料負担率の推移

2008-2009	2010-2011	2012-2013	2014-2015	2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023	2024-2025
10%	10.26%	10.51%	10.73%	10.99%	11.18%	11.41%	11.72%	12.67%

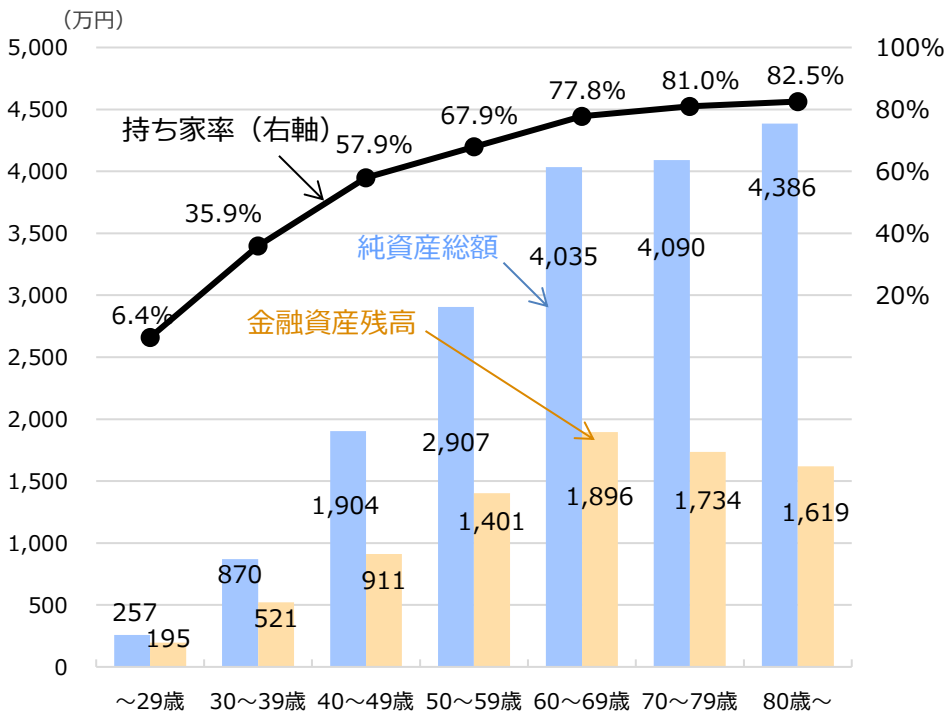
金融資産等の取扱い

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

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

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

◆ 世帯主の年齢階級別資産残高



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

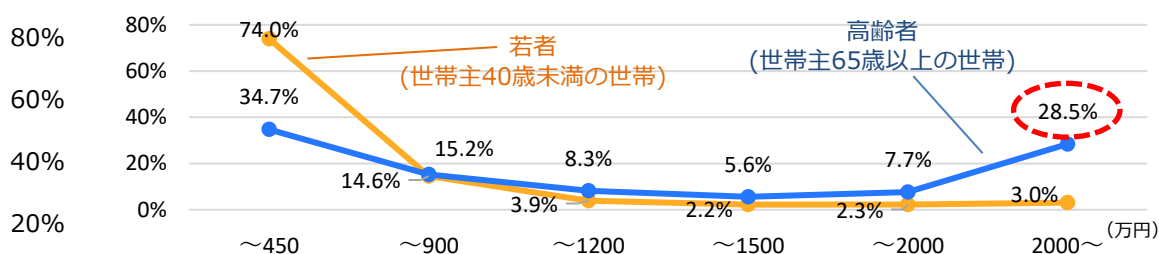
（注1）金融資産残高には負債は含まない。

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

（注3）いずれも総世帯に係る金額。

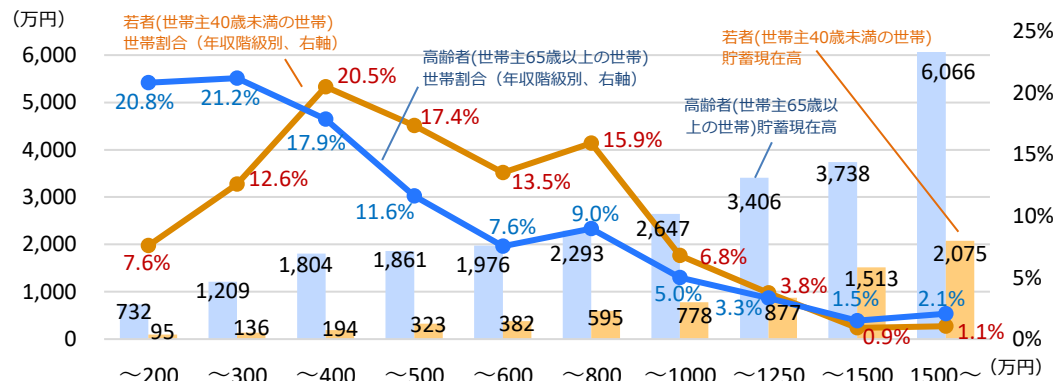
◆ 高齢者世帯・若者世帯における金融資産残高別の世帯割合

65歳以上の高齢者世帯の3割程度が2000万円以上の金融資産を保有



◆ 高齢者世帯・若者世帯の年収階級別貯蓄現在高、世帯割合

低収入高齢者世帯であっても、高収入の若者世帯と同程度の貯蓄現在高を保有



【改革の方向性】（案）

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

国民健康保険組合の財政支援の在り方の見直し（予算執行調査）

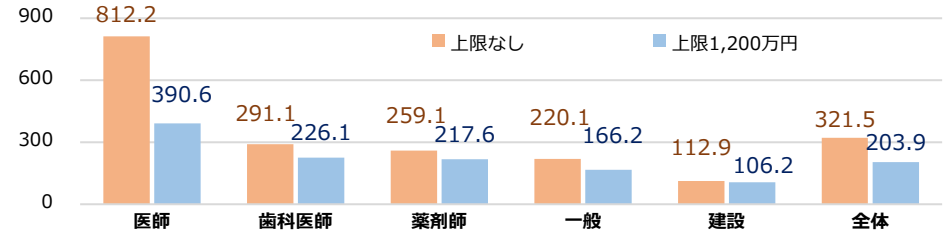
- 国保組合の定率補助は所得水準に応じて設定されているが、最も低い補助率である13%の区分に3分の1の組合が集中している。これには医師・歯科医師・薬剤師・弁護士など、他業種に比して所得水準が高い業種も含まれている。また、所得水準の判定基準に用いられる「平均所得」については、「1人あたり1,200万円」の上限設定や、被保険者の家族も分母に含まれている点など、その算定方法の妥当性に疑義がある。
- さらに、定率補助に加え普通・特別調整補助金を含めた補助率は、他の医療保険の公費負担水準と比較しても高い水準にある。相当規模の準備金を保有する組合も存在し、所得水準の多寡にかかわらず多くの国保組合が一定の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

- 被保険者の所得水準に応じて決定される定率補助の補助率の区分を見ると、**158組合のうち61組合が、「平均所得」240万円以上であるとして、定率補助率13%の区分に該当。**
- この「平均所得」（課税標準額ベース）は、**1人あたり1,200万円の所得上限が設定された上で計算されている。**（仮に所得上限を設定しない場合、医師国保の「平均所得」は390.6万円から812.2万円まで上昇。）**当該上限設定自体の根拠及び額の妥当性が明らかでない。**
- また、この「平均所得」は、**組合員の家族たる被保険者の所得も含めて計算されている。**

◆ 国保組合の業種別定率補助率

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

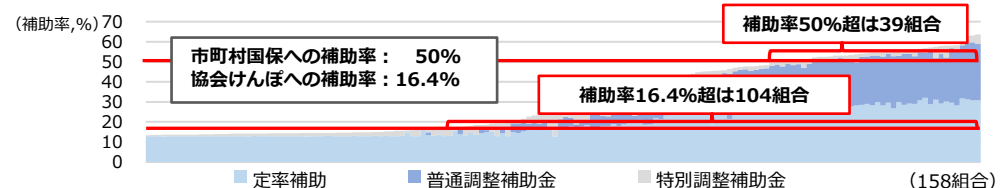
◆ 国保組合の業種別「平均所得」（上限設定なし・上限設定あり）



※2022年度所得調査結果（2023年度に特別調査を実施した7組合は当該調査結果を反映）
 ※2024年3月に解散した大阪木津卸市場国民健康保険組合は除く。
 ※元々、他制度では賦課限度額・標準報酬月額が設けられているところ、標準報酬月額は補助率の算定基礎でないが、それらを参考に国保組合の財政余力を測定する「平均所得」の計算における上限が設定された経緯がある。

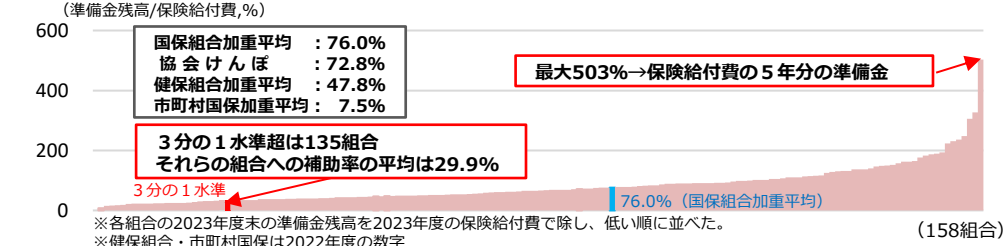
- **定率補助に、普通・特別調整補助金も加えた補助率で見ると、他の医療保険の公費負担水準と比較しても高い水準。**さらに、158組合の準備金が保険給付費1年分に占める割合（準備金割合）を見ると、その加重平均は76.0%。最も割合の大きかった組合は503%。135組合が3分の1を超えており、その平均補助率は29.9%。**現行補助水準で補助を受ける組合の多くに財政余力が存在していることが分かる。**
- なお、普通調整補助金は、組合の医療給付費等の見込額と保険料収入見込額（理論値）の差額が補助される仕組み。この「保険料収入見込額」の算定上、**組合特定被保険者は通常の被保険者と同様に扱われ、仮に被用者保険に加入していれば事業主が負担していたはずの保険料分は考慮されない格好となっている。**これは、いわば、国が組合特定被保険者に係る事業主負担分を肩代わりしているともいえる構造。また、同じく普通調整補助金における「保険料収入見込額」の算定基礎の一つである**被保険者の「前年度所得見込額」の計算上、**（左記の）定率補助の「平均所得」算定同様に、**1,200万円の所得上限が設定。**

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



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

◆ 国保組合の準備金割合



※各組合の2023年度末の準備金残高を2023年度の保険給付費で除し、低い順に並べた。
 ※健保組合・市町村国保は2022年度の数字

【改革の方向性】(案)

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

(参考) 国民健康保険組合への財政支援の在り方

- 我が国の医療保険制度は、職域保険と地域保険の二本柱で構成されているが、国民健康保険組合（国保組合）は、例外的な存在として、国民健康保険法に基づき同種同業の者を対象に国民健康保険事業を行う公法人。所得水準に応じ13.4%～63.6%の国庫補助を受けている。
- 「能力に応じた負担」の観点から、2016年度から5年間をかけて、組合員の所得水準に応じた段階的な見直しが実施されたものの、現在でも、最も所得水準の高い国保組合であっても医療給付費等の13%の定率補助が行われている。また、国保組合の保険料水準は総じて低く、本来健康保険の適用を受けるべき事業所においても事業主の保険料負担が回避されているケースが見られる。

◆ 国保組合の概要

□ 歴史的経緯

- 1938年：旧国民健康保険法により、普通国保組合（現在の市町村国保）とともに、特別国保組合（現在の国保組合）が制度化。
- 1959年：全市町村の国保事業実施が義務化（国民皆保険達成）。以降、既存国保組合存続は認められる一方、新たな国保組合の設立は原則認められていない。（1970年の建設国保、1974年の沖縄県医師国保のみ特例的に認可。）

□ 2025年3月末の組合数及び被保険者数

業種	組合数	被保険者数	合計
(1-1) 医師	47組合	26万人	158組合 被保険者数 252万人
(1-2) 歯科医師	27組合	25万人	
(1-3) 薬剤師	16組合	3万人	
(2) 建設関係	32組合	129万人	
(3) 一般業種	36組合	68万人	
合計	158組合	被保険者数 252万人	

◆ 国保組合の保険料水準

- 国保組合の保険料率（定額制の場合その額）は組合ごとに財政余力等を勘案して決定可能。全体として協会けんぽ・市町村国保より低水準。

● 保険料が定額の組合数と組合員1人あたり保険料賦課額（年額）

業種	組合数	事業主である被保険者	従業員である被保険者	
			うち、医師・歯科医師・薬剤師	その他
医師国保	(47)	43.9万円 (26)	42.7万円 (25)	12.4万円 (43)
歯科医師国保	(26)	38.8万円 (6)	23.7万円 (19)	14.9万円 (23)
薬剤師国保	(16)	28.6万円 (6)	21.7万円 (7)	17.2万円 (11)
一般国保	(36)	25.5万円 (25)		15.2万円 (28)
建設国保	(32)	26.5万円 (9)		14.5万円 (5)
全組合	(158)	33.6万円 (72)	32.7万円 (51)	14.2万円 (110)

【参考】市町村国保と協会けんぽの保険料（イメージ）

- （市町村国保）※東京都の場合
市町村民税の課税標準額812.2万円の被保険者：年額 **66万円**（医療分のみ・世帯人数1人）
- （協会けんぽ）※東京都の場合。別途同額の事業主負担あり。
標準報酬月額29.5万円の被保険者：年額 **11.6万円/人**（医療分のみ）

◆ 国保組合への国庫補助

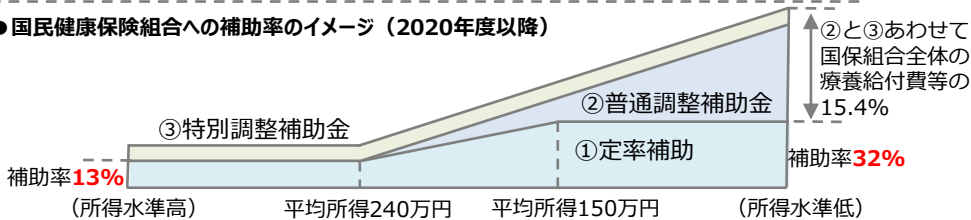
- 国保組合への国庫補助制度は市町村国保に倣った制度設計であり、協会けんぽより遥かに高い補助水準の組合が大多数。主に以下の3つの補助からなる。

- ① 定率補助：医療給付費等の13%～32%を定率で補助。補助率は被保険者（組合員の家族含む）の平均所得に応じ決定。
- ② 普通調整補助金：組合ごとに計算する調整対象需要額（医療給付費等の見込額）と調整対象収入額（理論上の保険料収入見込額）の差額を補助。
- ③ 特別調整補助金：組合ごとの取組や災害等の特殊事情に応じ、必要な場合に補助。

【参考】前回見直しの概要（2016年度～2020年度）

- ✓ 平均所得水準150万円未満の組合は32%の定率補助を維持しつつ、150万円以上の組合は所得水準に応じ段階的に引き下げ、240万円以上の組合は13%とする。
- ✓ 被保険者の所得水準の低い国保組合の国庫補助に影響が生じないようにするため、調整補助金を15.4%まで段階的に増額。

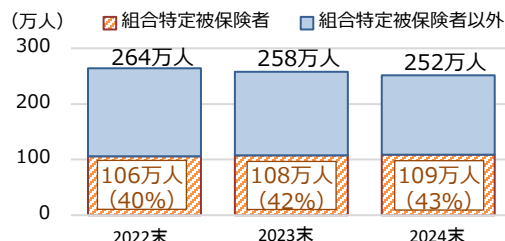
● 国民健康保険組合への補助率のイメージ（2020年度以降）



◆ 組合特定被保険者

- 事業所の規模等を踏まえ本来健康保険法の適用を受けるべき者であっても、事業主が健康保険の適用除外申請を提出し承認を得れば国保組合に加入可能な「組合特定被保険者」制度が存在。
- 組合特定被保険者の場合、被用者保険加入時と異なり事業主の保険料負担が発生しない。

● 国保組合全体の組合特定被保険者数・割合の推移 ● 業種ごとの組合特定被保険者数の割合（2024年度末）



業種	割合
医師国保	56%
歯科医師国保	46%
薬剤師国保	72%
一般国保	57%
建設国保	32%