

【参考資料】

日本経済新聞 令和7年4月24日（木）

医師偏在、報酬改定で是正

財制審議論、都市部は減額も

財政制度等審議会（財務相の諮問機関）は23日の分科会で、2026年度の診療報酬改定に向けた議論の方向性を示した。医師が都市部に集中し、地方で不足する偏在問題の解決につながる報酬体系に見直すよう求めた。診療所の過剰地域で診療報酬改定を予定しており、25年末に向けて議論が本格化する。財制審

は高齢化や新型コロナウイルス禍後の受診行動の変化をふまえた医療提供体制を築くため、メリハリのある改定にすべきだと提言した。

政府が24年末にまとめた医師偏在対策の実現に向け、診療報酬上の仕組みを作るよう求めた。診療所が過度に多い地域での開業希望者に対し、都道府県が一定の要件を課すことができるようにし、都道府県の要請に従わない場合に診療報酬を減額することも視野に入

れる。

25年度に始まった「かかりつけ医」に関する報告制度の普及にも取り組むよう訴えた。地域の医療ニーズを把握し、複数の慢性疾患を持つ患者に対して継続的に治療にあたるような医療機関を適切に評価する報酬体系に再構築すべきだとした。薬の処方巡っては、医療機関と薬局を切り離す「医薬分業」が定着したことをふまえ、薬局で薬を受け取った方が医療機関内で受け取るよりも

報酬が高くなる現在の仕組みを見直すよう提言した。薬剤師が患者の希望を確認したうえで薬を減らすよう医師に提案するなど、対人業務に対する評価を拡充すべきだとした。

医療機関の収益を圧迫しているとして、看護師などの人材紹介会社に支払う手数料の拡大を問題視した。人材の定着状況によって紹介会社が選別される仕組みを進め、必要に応じて規制を強化すべきだと訴えた。

MEDIFAX

株式会社 じほう

<https://mf.jiho.jp/>

■ かかりつけ医機能の評価「抜本的な見直しを」 財務省、26年度改定で

財務省は23日、2026年度診療報酬改定について、かかりつけ医機能の評価する項目を精査・整理し、抜本的な見直しを図るべきだと主張した。見直すべき主な項目として「地域包括診療料・加算」「認知症地域包括診療料・加算」「外来管理加算」「機能強化加算」を挙げた。「持続可能な社会保障制度の構築」をテーマとした財政制度等審議会・財政制度分科会（会長＝十倉雅和・経団連会長）で、資料を提出した。

財務省は、25年4月に「かかりつけ医機能報告制度」がスタートしたことを挙げ、「地域住民に身近な立場で、全人的なケアを総合的かつ継続的に行う医療機関が選択されることが重要だ」と指摘した。26年度改定は「こうした全人的なケアを重点的に評価する報酬体系とする契機とすべきだ」と主張。地域の患者を「治し、支える」役割を、的確に評価する報酬体系にするよう求めた。

地域包括診療料・加算と認知症地域包括診療料・加算については、かかりつけ医機能の評価するために創設された基幹的・代表的な項目にもかかわらず、「必要な体制整備が困難との理由で、算定実績は低調」と指摘。例として、両項目を統合し、個々の医療機関が担うかかりつけ医機能をよりきめ細やかに評価できる報酬体系に再構築すべきだと提案した。

●外来管理加算、再診料への包括化も

外来管理加算は「評価対象が極めて不明瞭となっている。患者・国民目線で非常に分かりづらいとの指摘がなされて久しい」と疑問視した。例えば再診料へ包括化するなどし、外来管理加算が果たしてきた役割・機能は、他のかかりつけ医機能の評価する管理料・加算と整理・統合すべきだと主張した。

機能強化加算は体制評価のため、施設基準さえ満たせば、患者実態によらず、その医療機関をかかりつけ医としない患者にも一律に算定できると問題視した。初診時のかかりつけ医機能の発揮を的確に評価する形になっているか「改めて検証した上で、廃止を含めて抜本的な見直しを図るべき」と投げかけた。

●生活習慣病患者の疾病管理、GLに沿って厳格化を

24年度改定で「特定疾患療養管理料」などを見直した、生活習慣病患者の疾病管理の在り方にも言及。諸外国の生活習慣病に関するガイドライン（GL）では、薬物療法で病状が安定している場合、数カ月に1度の経過観察が適当とされるケースもあると例示した。

病状が安定してきた患者へのフォローアップは、一般的なGLに沿う形で算定要件を厳格化すべきだとした。例として、血圧がコントロールされている場合、「生活習慣病管理料」の算定を月1回よりも長くするなどの対応を挙げた。（安田 雅之）

■ 診療所偏在、26年度改定で「あらゆる方策検討を」

財務省

財務省は23日の財政制度等審議会・財政制度分科会で、医師偏在是正に言及した。特に診療所の地域間偏在を課題に挙げ、2026年度診療報酬改定で「真に実効性のある報酬上の仕組みを創設することが不可欠。あらゆる方策を検討すべきだ」と主張した。地域別単価の導入や「特定過剰サービス」の減算措置などを改めて提言した。これらは昨年の「秋の建議」にも盛り込まれていた。

地域別単価は、診療所の不足地域と過剰地域で異なる1点単価を設定する仕組み。過剰地域での引き下げを先行させ、その公費節減効果を活用して不足地域での対策を強化することも考えられるとした。

特定過剰サービスの減算措置は、特定の地域で過剰になっている診療科の医療サービスについて診療報酬を減算する。アウトカム指標を設定し、満たせない医療機関の1点単価引き下げなどを実施する。

偏在是正に向けた経済的インセンティブについては、昨年的大臣折衝事項などに基づき、26年度改定で3つの方策の検討を求めた。具体的には、▽外来医師過多区域での要請・勧告に従わない場合の減算措置▽より一般的な形で偏在是正に資する報酬上の仕組み▽「医師手当事業」の財源確保のための対応一。

■ 構想追加予定の精神病床、適正化・統廃合を

財務省

新たな地域医療構想に追加される予定の精神病床について、財務省は23日の財政制度等審議会・財政制度分科会で、地域での受け皿となる住まいや、介護・障害福祉サービスの拡充も踏まえ、病床数の適正化・統廃合を進めるよう提言した。病院・診療所間での機能分化・連携なども進め、医療資源の適正配分を実現すべきだとした。

精神病床の入院患者数は明確に減少傾向だが、病床数は諸外国比でも、基準病床数比でも、「今なお過剰だ」と問題視した。構想に追加されることで病床の適正化が一層求められるが、「現状でも、長期入院患者の地域移行が十分に進んでいるとは言えない」と指摘した。入院患者の地域移行を促した。

●新たな構想、国が実効的なGLを

新たな地域医療構想の策定に当たっては、病床の機能分化・連携の推進、医療機関ごとの役割分担が図られるよう、国として実効的なガイドラインの作成が必要だとした。

病院と診療所間の医師偏在については、病院機能の集約と診療所数の適正化を主張。病院勤務医から開業医へのシフトを防ぐ診療報酬体系への見直しを求めた。

医療従事者の人材紹介会社も課題に挙げた。手数料や定着状況で紹介会社が選別・淘汰される仕組みを推進し、必要に応じてさらなる規制強化を検討すべきだと訴えた。

2025年 4月24日木曜日

メディアファクス

9438号

■ 財務省、「目安対応」継続の方針 「メリハリある予算編成を」

財務省は23日の財政制度等審議会・財政制度分科会で、社会保障関係費の実質的な伸びを「高齢化による伸びに抑える」という「目安対応」について、継続する方針を示した。過去10年間、経済・物価動向に配慮しながらも改革を実施し、メリハリある予算編成で目安対応の方針を達成してきたと説明。「今後もこの考え方に沿ったメリハリのある予算編成を実施していくことが重要だ」と強調した。

2024年度と25年度の予算では、目安対応の方針に沿った姿を実現しつつ、年金スライドや人事院勧告を踏まえた対応など、経済・物価動向等に配慮したと説明した。少子化対策の充実や、報酬改定なども含めて「適切に措置されている」とした。

25年度予算（政府原案）のいわゆる自然増分は5200億円程度だが、機械的に試算した「高齢化による増」は4900億円程度。目安対応に沿いながら柔軟に対応した結果、300億円程度上回った姿になっていると示した。

●コスト増分に応じた給付スライドに懸念

現在、医療界から求める声が上がっている、物価・賃金に応じて報酬をスライドさせる仕組みの導入についても考え方を示した。

財務省は、医療・介護のコスト増分を給付に自動的に反映（スライド）させることに懸念を表明。コスト抑制の取り組み余地を残したままスライドさせると、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とした。

高齢化による給付増で、医療・介護分野には一定のコスト増を吸収する余地があると指摘。経営や人件費、薬剤費などに関するコスト抑制の取り組みや、保険給付範囲の見直しを実施しつつ、適切に経済・物価に配慮することで、現役世代の保険料負担増を抑制することが重要だとした。抑制しても残るコスト増分についても、恒常的なコスト増と一時的なコスト増に切り分けることが必要だとし、一時的なコスト増には補正予算などの公費で対応する考え方も示した。

財務省は将来を見据えた医療・介護分野の理想像も示した。理想像を描きながらバックキャスト的に議論することが有用だとした。

■ 経営情報の「見える化」推進を

財政審の増田分科会長代理

財政制度等審議会・財政制度分科会の増田寛也分科会長代理（日本郵政社長）は23日の会見で、物価・賃金の上昇で厳しい状況にある医療機関経営について「環境変化はきちんと見ていく。受け止めていく必要がある」と述べた。一方、経営情報の見える化が十分に進んでいないと指摘。「診療報酬などで措置したものがきちんと現場に届いているのか、確認できるようにしておかないとトータルで理解は進まない」と述べ、見える化を推進するよう求めた。

社会保障関係費の実質的な伸びを高齢化による伸びに抑える「目安対応」について、基本的に堅持すべきだとの考えも示した。2025年度予算も目安対応を踏まえながら工夫して編成されていると説明し、物価・賃金動向などに十分注意しながら堅持していくことが必要だとした。

増田氏は分科会で出た委員の意見を紹介した。社会保障全体に関しては「改革を進めるためには、受益と負担に具体的にどのような影響があるのか全体像を示すべきだ。一定の痛みが伴うことへの国民理解の醸成を図る必要がある」などの意見が出た。

新たな地域医療構想に対しては「都道府県任せでは進まないという現実がある。国として厳しいガイドラインを突きつけることも大事だ。本来なら、より強い規制的対応も必要だ」と厳しい指摘があった。

医師偏在対策では「ディスインセンティブ措置を有効に活用することで、実効性ある取り組みを進める必要がある」との声が上がった。「今後も都市部での開業が続くなら、必ずしもイノベティブでない診療所に人材が集まってしまう。全体戦略を持って医師の適正配置を進めるべきだ」との意見もあった。

26年度診療報酬改定については「1%の報酬改定で5000億円の医療費抑制となる。国民一人一人にどのような影響があるのか、分かりやすい形で示していくべきだ。次回改定では、診療所と病院のめりはりある対応を期待する」と発言した委員がいた。

財務省

Ministry of Finance, JAPAN

財政制度等審議会 財政制度分科会

令和7年4月23日（水）

14：00～16：00

於 第3特別会議室

（本庁舎4階 中－412）

1. 議 題

持続可能な社会保障制度の構築（財政各論Ⅱ）

2. 配付資料（抜粋）

資料 持続可能な社会保障制度の構築（財政各論Ⅱ）

参考資料 持続可能な社会保障制度の構築（財政各論Ⅱ）

持続可能な社会保障制度の構築 (財政各論Ⅱ)

財務省

2025年4月23日

1. 総論
2. 医療・介護の理想像
3. 医療
4. 介護
5. 障害福祉
6. 生活保護等

1. 総論

2. 医療・介護の理想像

3. 医療

4. 介護

5. 障害福祉

6. 生活保護等

社会保障関係費の歳出水準の考え方①

「経済財政運営と改革の基本方針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。

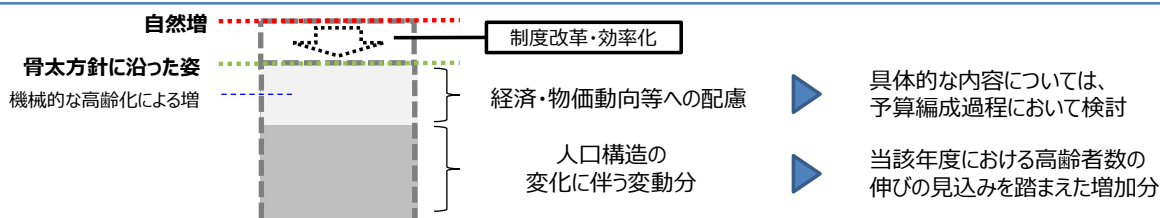
「経済財政運営と改革の基本方針2021（骨太2021）」（抄）（2021年6月18日閣議決定）

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。

「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。



社会保障関係費の歳出水準の考え方②

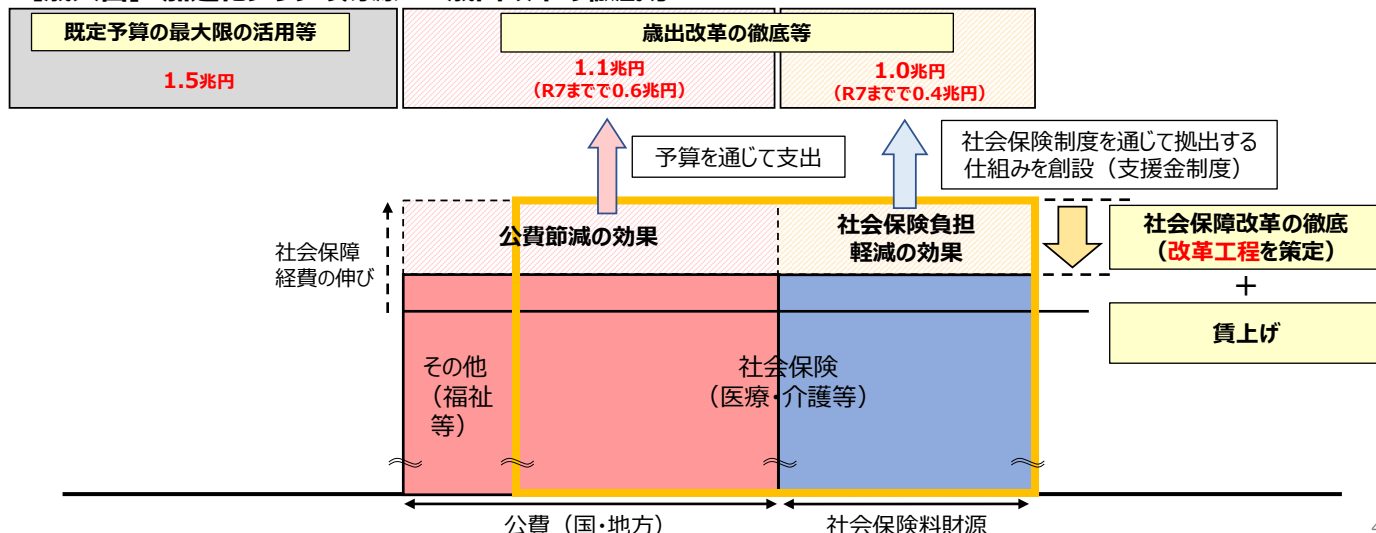
- 昨年6月に成立した子ども・子育て支援法等の改正法により、歳出改革と質上げによって実質的な社会保険負担軽減の効果を生じさせ、その範囲内で支援金制度を構築するとの枠組みが法定されており、2028年度にかけて歳出改革等の取り組みを継続し、公費節減の効果だけでなく、社会保険負担軽減の効果を積み上げていく必要。

◆子ども・子育て政策の強化（加速化プラン）の財源の基本骨格（イメージ）

【歳出面】 加速化プラン完了時点 3.6兆円

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

【歳入面】 加速化プランの財源 = 歳出改革の徹底等



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10年間、経済・物価動向に適切に配慮しつつ、社会保障を持続可能なものとするための改革を行うことで、メリハリある予算編成を実施し、社会保障関係費の実質的な伸びを「高齢化による伸びに抑える」との方針を達成してきた。
- 直近で診療報酬改定が行われた2024年度予算、2025年度予算（政府原案）においても、制度改革・効率化等に取り組み、「高齢化による伸びに抑える」との方針に沿った姿を実現しつつ、年金スライドや人事院勧告等を踏まえた対応など経済・物価動向等への配慮や少子化対策の充実、報酬改定等について適切に措置されている。
- 今後も、この考え方に沿ったメリハリのある予算編成を実施していくことが重要。

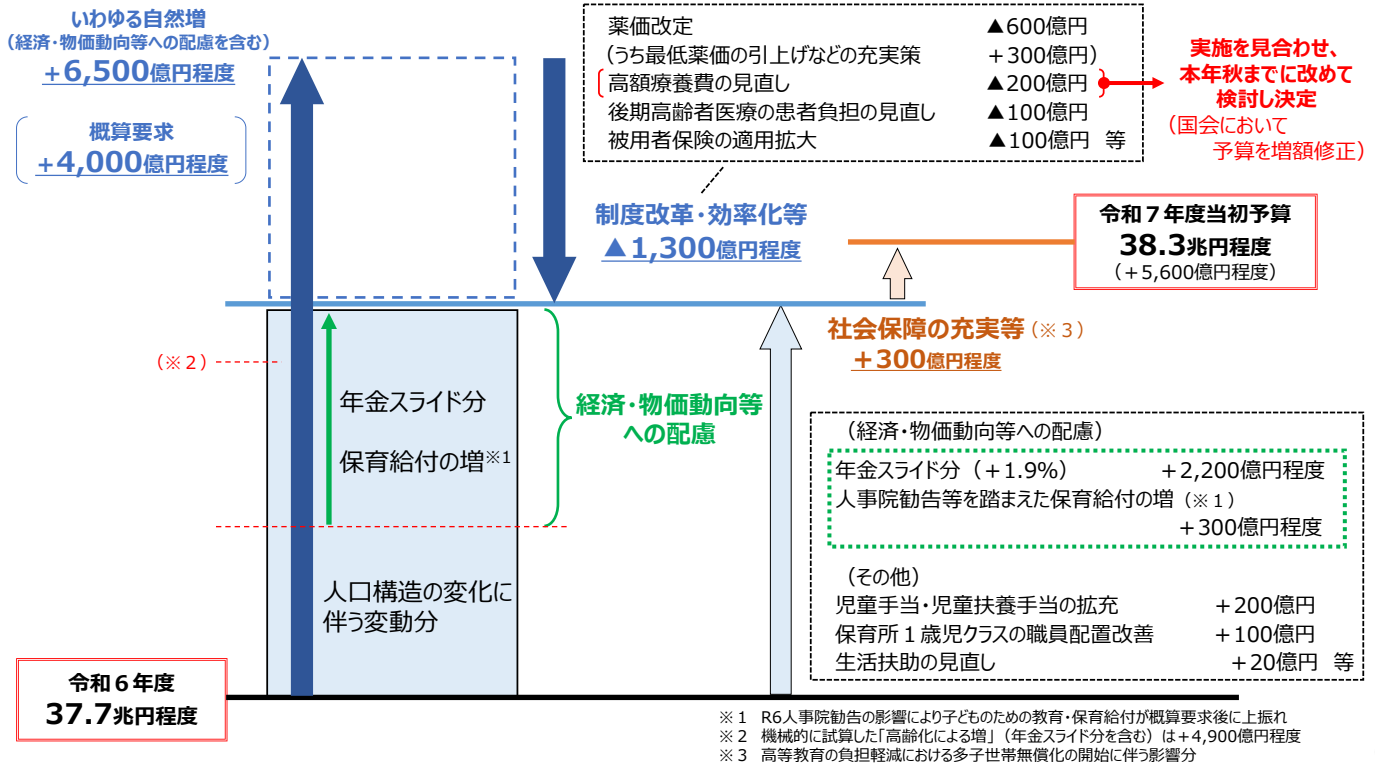
(単位: 億円)

	2024年度編成			2025年度編成 (政府原案)		
	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	+8,500			+5,600		
年金	+3,200	年金スライド +2.9% (予算積算上の改定率)	+3,500	+2,900	年金スライド +1.9% (予算積算上の改定率)	+2,200
医療	+1,200	診療報酬改定 +0.88% 薬価改定等 前期財政調整における報酬調整	+800 ▲1,300 ▲1,300	+1,000	薬価改定等※	▲1,300
介護	+300	介護報酬改定 +1.59%	+400	+100	—	
福祉等	+3,800	障害報酬改定 +1.12% 児童手当の拡充 育休国庫負担引き上げ 出産・子育て応援交付金	+200 +1,200 +1,000 +300	+1,600	人事院勧告等を踏まえた保育給付の増 児童手当・児童扶養手当の拡充 保育所1歳児クラスの職員配置改善	+300 +200 +100

※ 政府原案に含まれていた「高額療養費の見直し」については、国会審議等を踏まえ、実施を見合わせ、本年秋に改めて検討し決定することとし、予算修正が行われた。

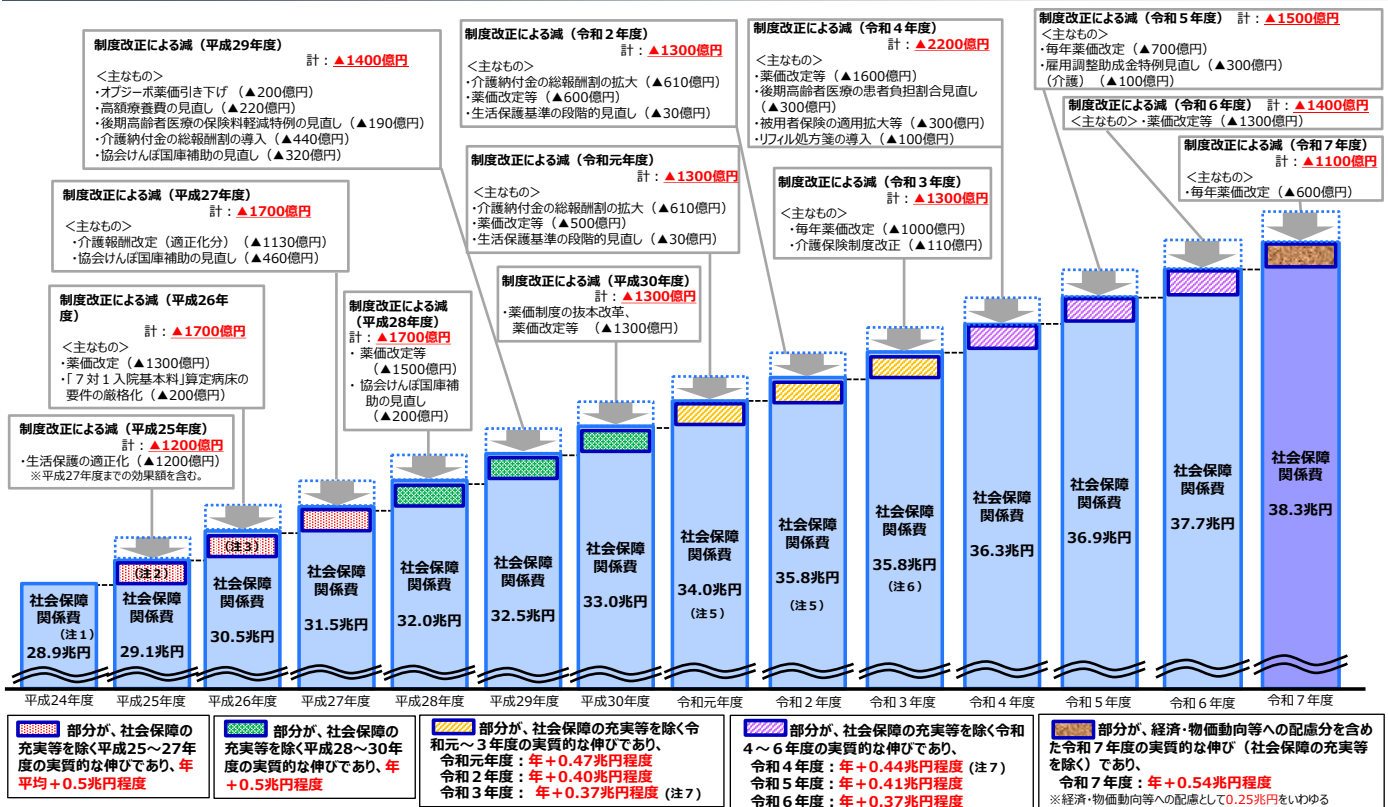
令和7年度社会保障関係費の全体像（政府原案）

- 令和7年度の社会保障関係費は、前年度（37.7兆円）から+5,600億円程度の38.3兆円程度。骨太方針2024を踏まえ、これまでの歳出改革努力を継続。経済・物価動向等に適切に配慮しつつ、社会保障関係費の実質的な伸びを高齢化による増加分におさめるとの方針に沿った姿を実現。



6

(参考) 社会保障関係費の伸び

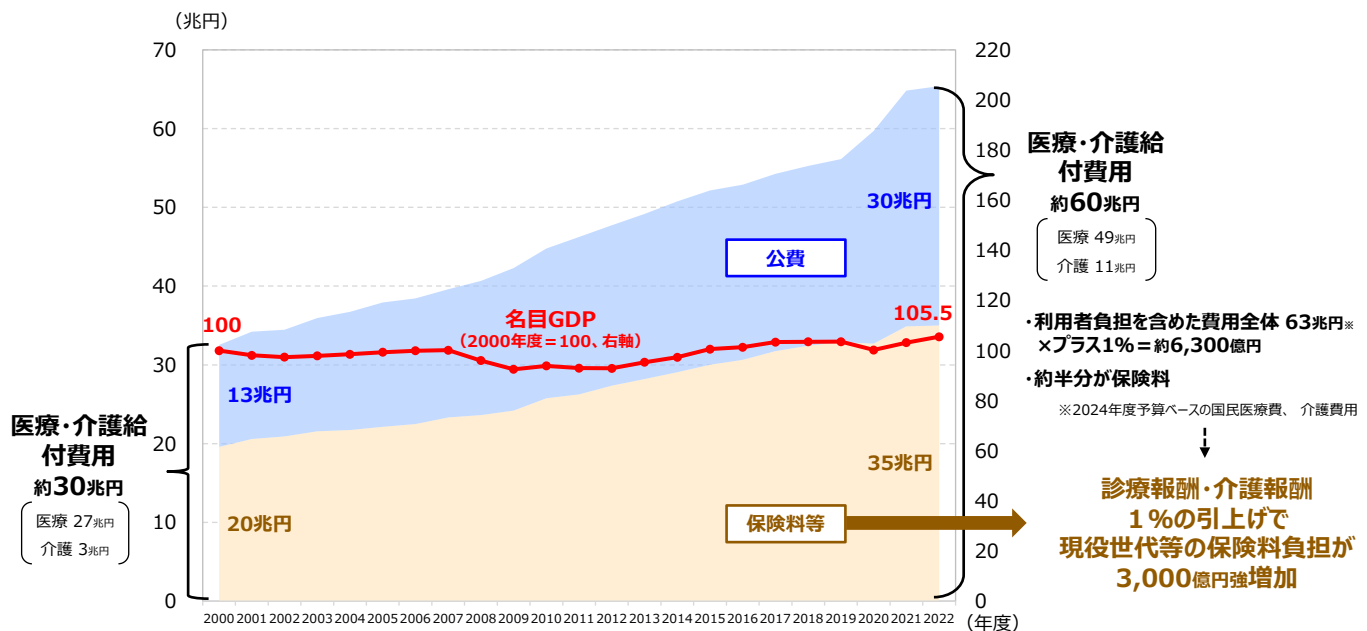


(注1) 年金国庫負担2分の1ベースの予算額。
(注2) 基礎年金国庫負担の受入超過による精算 (▲0.3兆円) の影響を含めない。
(注3) 高齢者の医療費自己負担軽減措置等に係る経費の当初予算化 (+0.4兆円) の影響を含めない。
(注4) 社会保障関係費の計数には、社会保障の充実等を含む。(注5) 令和元・2年度の社会保障関係費の計数は、臨時・特別の措置を除く。
(注6) 令和2年度まで社会保障関係費として分類していた1,200億円程度の経費について、経費区分の変更を行ったため、除外している。
(注7) 新型コロナウイルス感染症の影響を受けた足元の医療費動向を踏まえ、医療費に係る国庫負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

7

医療・介護の給付費用の効率化の必要性

- 医療・介護の給付費用は、この20年あまりで概ね倍増しており、経済成長率を大幅に上回って増加している。
- その費用の約半分は保険料によって賄われており、更なる給付費用の増加は現役世代等の保険料負担の増加に直結することに留意する必要。



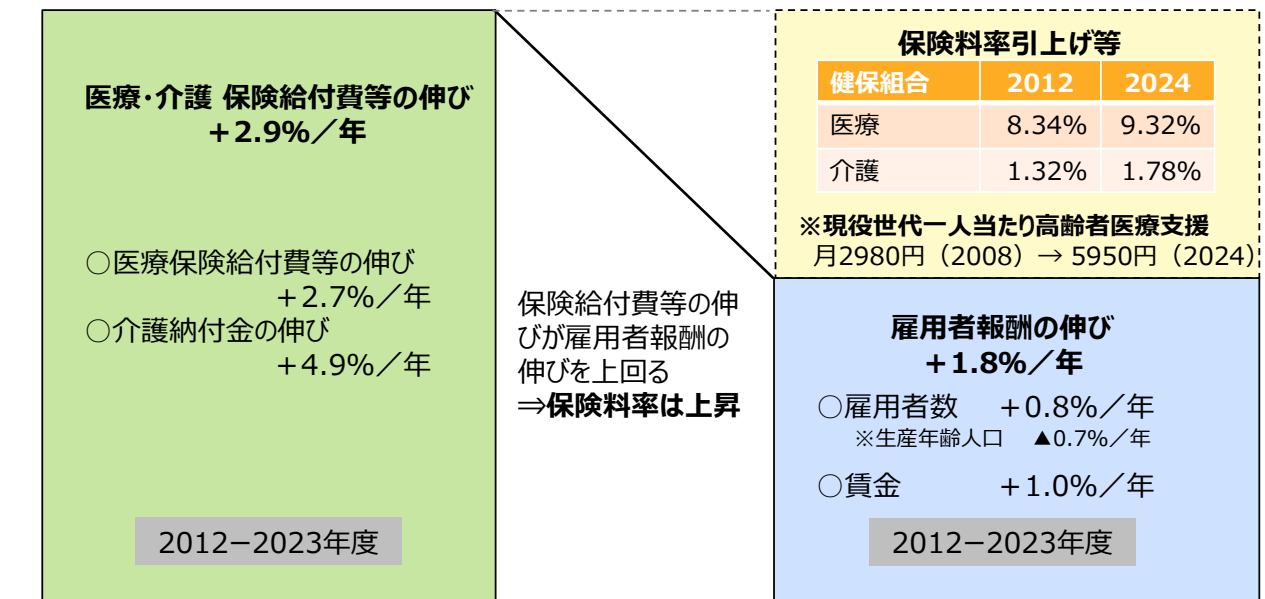
(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「令和4年度社会保障費用統計」

(注) ここでの「医療・介護給付費用」は、医療保険、介護保険、生活保護のうち医療扶助相当分、公衆衛生のうち医療分等を指す。
 公費と保険料等の区分は粗い試算。2020年度～2022年度は新型コロナ対策により費用が増加していることに留意。

8

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、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年度年度推計)、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)

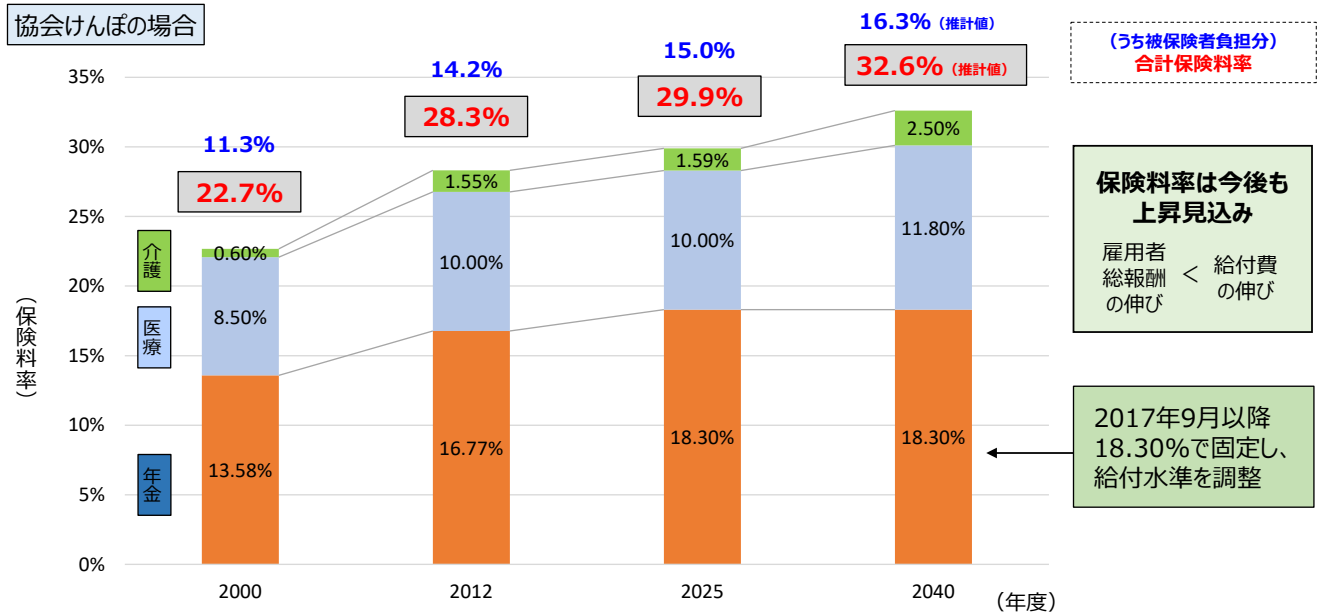
(注3) 介護納付金は、2012年度から2023年度にかけての全国健康保険協会及び健康保険組合における介護納付金の総額(健康保険組合の2023年度実績については決算見込額)

(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与えられていない)、2012年度は決算、2024年度は予算早期集計の値。

9

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。
- 医療介護の保険料率上昇を抑制する取組みを強化しないと、足元の構造的賃上げ等の動きを阻害するほか、中期的にも保険制度が持続できないおそれ。



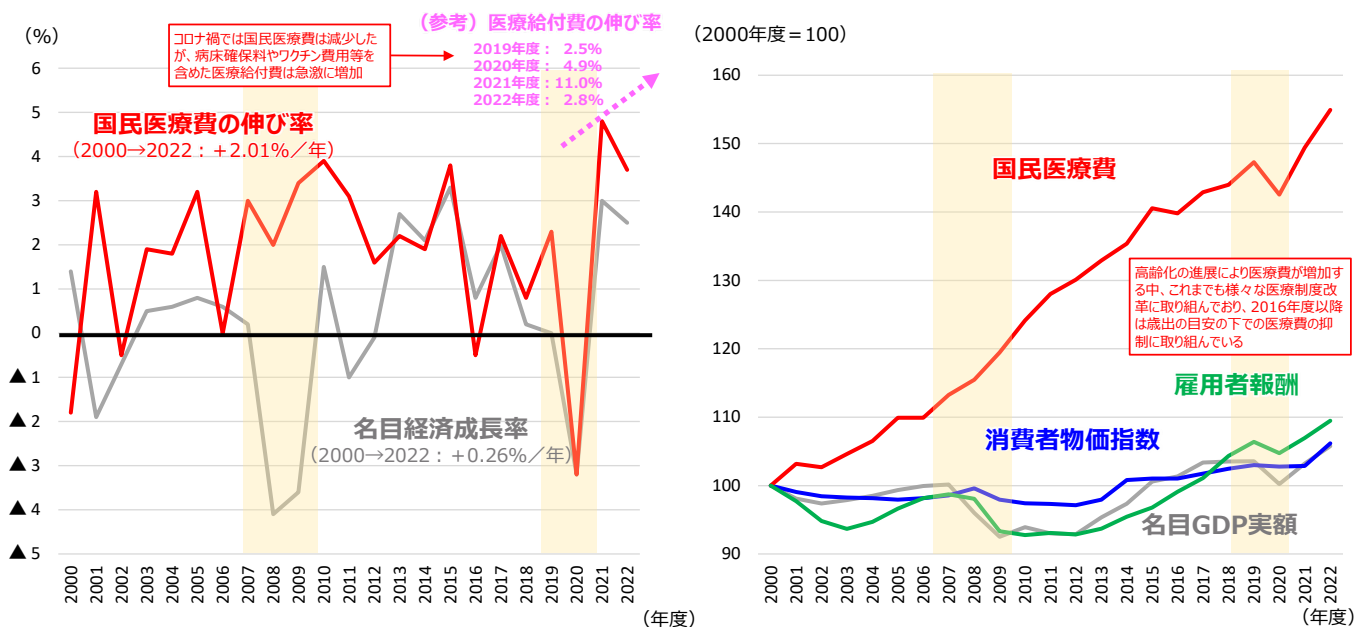
(出所) 日本年金機構ホームページ「厚生年金保険料額表」、全国健康保険協会ホームページ「健康保険料率等の推移」

(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。

10

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。
- 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。



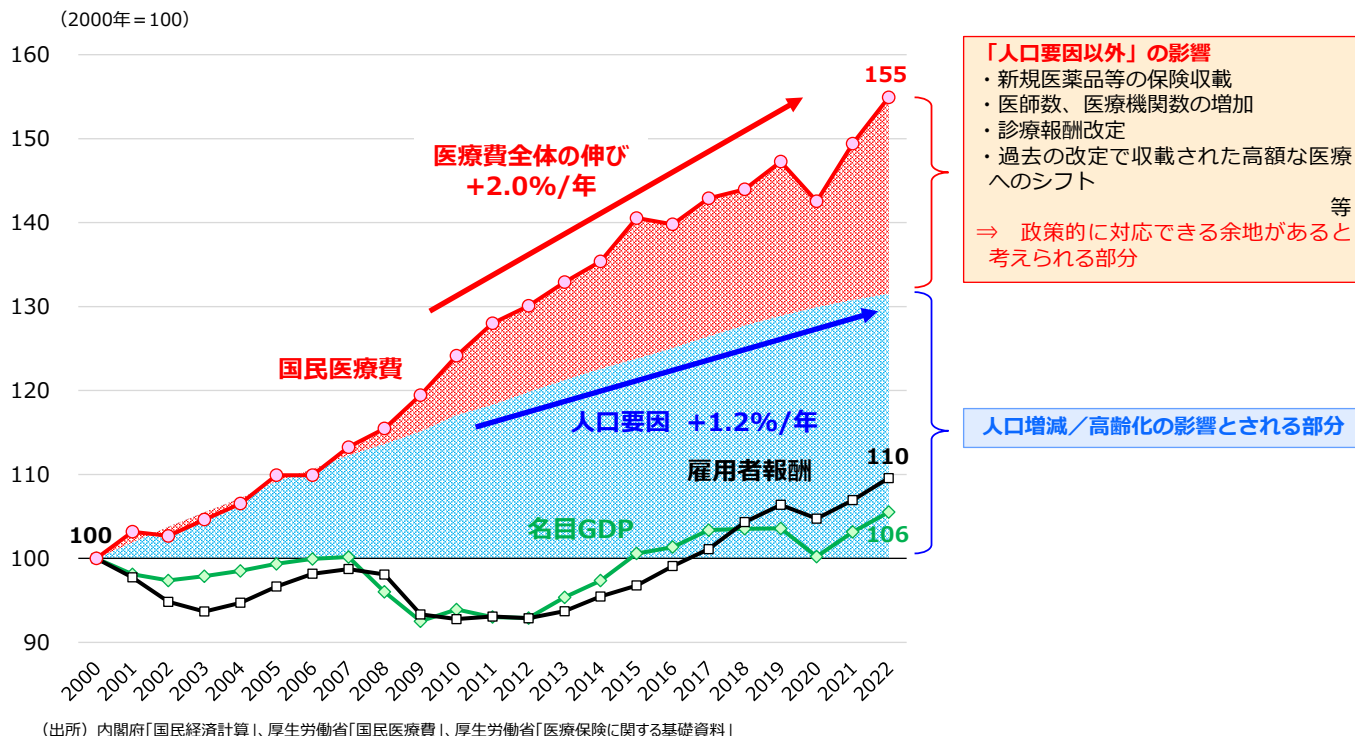
(出所) 内閣府「国民経済計算」、総務省「消費者物価指数」、厚生労働省「国民医療費」、医療給付費は国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」による。

(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。

11

医療の伸びと政策的対応可能性

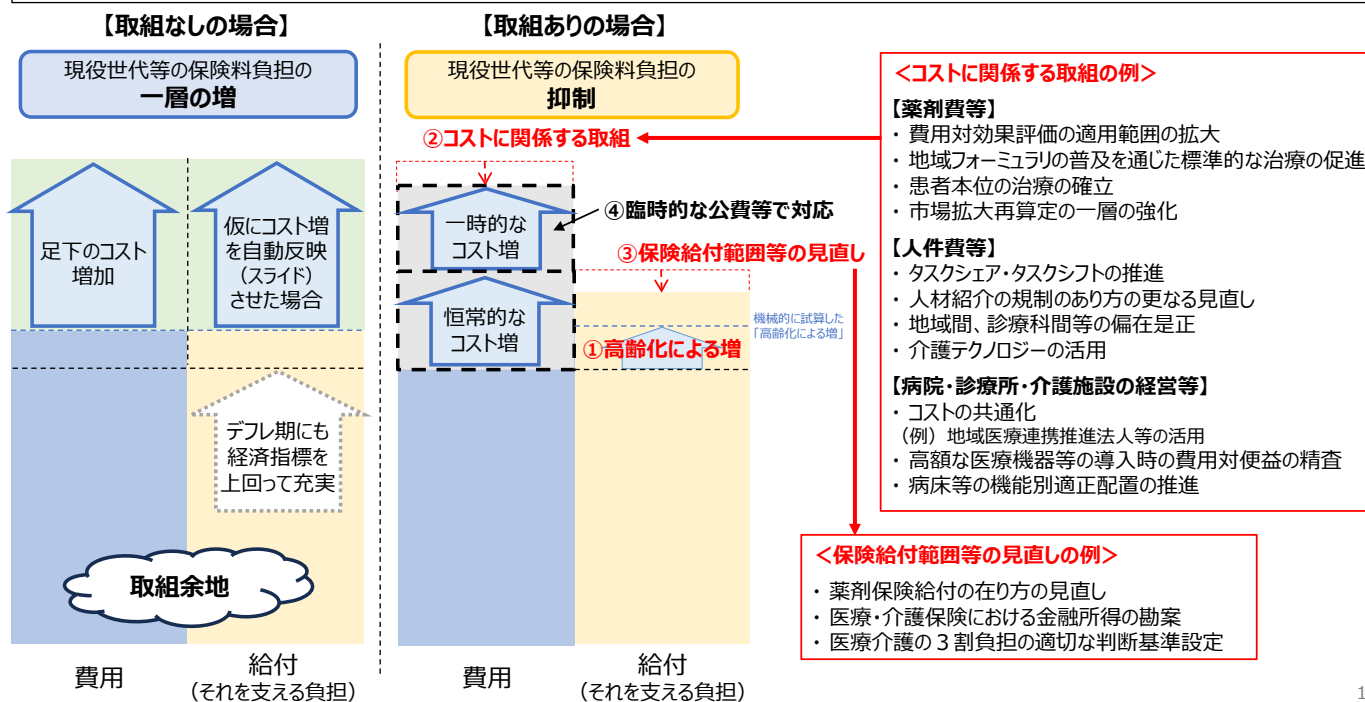
- 医療費の伸びのうち、人口増減/高齢化による部分は半分強であり、予算による統制の外で行われる新規医薬品の保険収載など人口要因以外の部分も大きなシェアを占めている。政策的にはこの「人口要因以外」の部分における重点化・適正化努力を強化することで、保険料負担を含め国民負担の増加を抑制していく必要。



12

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

- 医療・介護のコストは増加しているが、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。



13

医療機関の経営情報のさらなる「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「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から踏まえれば、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

<p>施設別</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 医療収益（入院診療収益、室料差額収益、外来診療収益、その他の医療収益） ○ 材料費（医薬品費、診療材料費・医療消耗器具備品費、給食用材料費） ○ 給与費（役員報酬、給料、賞与、賞与引当金繰入額、退職給付費用、法定福利費） ○ 委託費（給食委託費） ○ 設備関係費（減価償却費、機器賃借料）、○ 研究研修費 ○ 経費（水道光熱費） ○ 控除対象外消費税等負担額 ○ 本部費配賦額 ○ 医療利益（又は医療損失） ○ 医療外収益（受取利息及び配当金、運営費補助金収益、施設設備補助金収益） ○ 医療外費用（支払利息） ○ 経常利益（又は経常損失） ○ 臨時収益・費用 ○ 税引前当期純利益（又は税引前当期純損失） ○ 法人税、住民税及び事業税負担額 ○ 当期純利益（又は当期純損失） ○ 職種別の給与（給料・賞与）及び、その人数 <p>必須項目・任意項目は、「医療法人に関する情報の調査及び分析等について」（R5.7.31医政局長通知）に規定されている。</p>	<p>赤字文字は必須項目 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</p>
---	--

◆ 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の問題は生じないことから、国民への説明責任の観点から踏まえれば、職種ごとの年間1人当たりの給与額算定に必要なデータについては、確実に提出いただくべきものであると考えられる。

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

14

1. 総論

2. 医療・介護の理想像

3. 医療

4. 介護

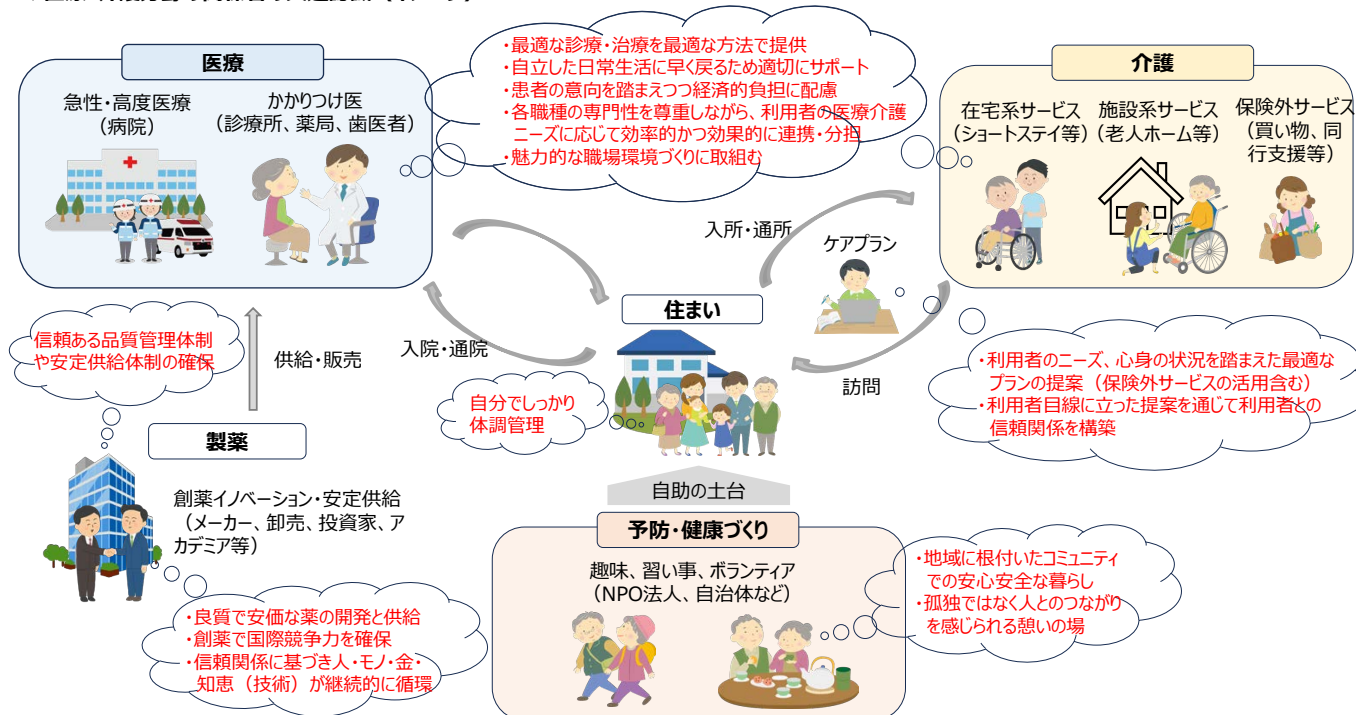
5. 障害福祉

6. 生活保護等

あるべき医療・介護分野の理想像①（共通認識の醸成）

- 我が国の医療・介護は社会保険で運営されている。患者・被保険者や医療・介護現場においては、社会保険の基本理念である自助・共助・公助の考えに基づき共通認識が醸成され、その体現に向けて活動が行われているとともに、全体が有機的に連携していることが理想。

◆医療・介護分野の関係者の共通認識（イメージ）

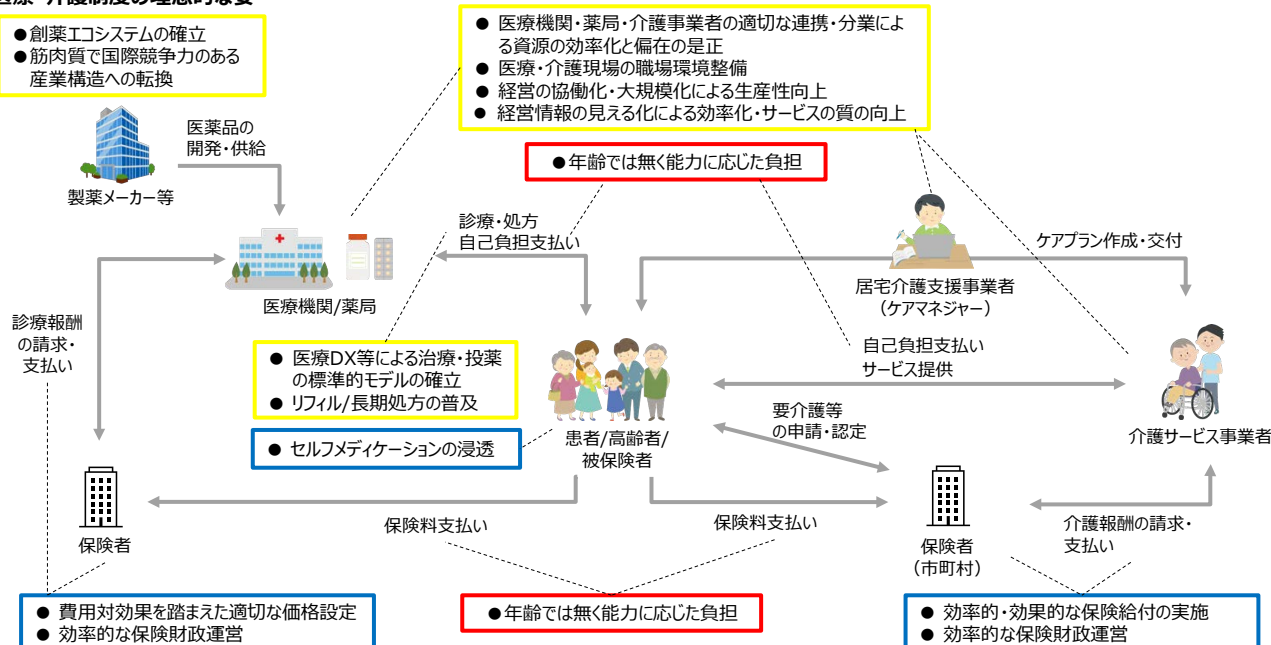


16

あるべき医療・介護分野の理想像②（制度の在り方）

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

◆医療・介護制度の理想的な姿



質の高い医療・介護の効率的な提供

保険給付範囲の適切な設定

負担の公平化

17

あるべき医療・介護分野の理想像③（関係者からの見え方）

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

◆各ステークホルダーから見た医療・介護分野の理想的な姿

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

医療・ 介護関係者	患者/ 高齢者/ 被保険者/ 将来世代	<ul style="list-style-type: none"> ■ 自身の電子カルテや処方箋の情報を自ら一元的に確認でき、必要に応じて適切な医療サービスを受けることが出来ている。 ■ 医師の判断や薬剤師のフォローの下、リフィル処方や長期処方が普及。オンライン診療の活用もあいまって、患者の通院負担の軽減や利便性向上につながっている。 ■ 保険内と保険外の適切な組合せにより、利用者の多様なニーズに即した医療・介護サービスへのアクセスが確保されている。 ■ 医療・介護報酬体系において、不正請求等を行う不適正な事業者が排除されることで、公費（税金）・保険料の使途への懸念が払拭されている。 ■ 患者の診療・処方箋情報は医療機関や薬局との間で共有され、治療や投薬方法の標準的なモデルが確立・公開。医療サービス提供者との間の情報の非対称性は解消され、患者は自身の健康管理や予防意識を高く持ち、軽度な症状であれば自身で対応するなどセルフケア・セルフメディケーションが浸透している。 ■ 保険料の上昇が賃金の伸びの範囲内にとどまり、持続可能な皆保険制度が維持されている。 ■ マイナンバー活用等により被保険者の資産・所得の把握が可能となり、応能負担に基づく保険料・利用者負担の設定が実現している。 ■ 政策決定プロセスにおいて患者・被保険者等の意見が尊重されている。
	医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ■ 地域ごとに病院と診療所の機能は分化され、相互に連携する体制が確立。診療所がかりつけ医として幅広く患者の症状やニーズをくみ取るとともに、高度・急性期医療を扱う病院に資源が集中。 ■ 医療資源の集約化・協働化が進み、医療サービスは効率的に提供され、地域に必要な医療を提供する医療機関の安定的な経営につながっている。 ■ 患者の電子カルテや処方箋は医療機関や薬局との間で共有され、治療や投薬方法の標準的なモデルが確立。特に慢性疾患や生活習慣病の分野では全国統一のフォーマットが存在。地域間や同じ症状の患者に対する医療サービスのばらつきも存在せず、より実効性ある重複投薬の防止や適切な薬学的管理が可能となっている。 ■ 医療関係職種の間でタスクシフト・タスクシェアが進み、例えば看護師や薬剤師が在宅医療や訪問診療の現場で一層活躍している。 ■ 患者側のセルフケア・セルフメディケーションの浸透により、医療従事者の負担は軽減。良好な職場環境の確保につながっている。 ■ 保険外併用療養や民間保険も活用しながら、患者にとって最適な医療サービスが保険内外にかかわらず提供できている。
	調剤薬局	<ul style="list-style-type: none"> ■ 薬剤師の中心的な役割は調剤から服薬管理となっており、医師に代わり薬の処方を行うなど薬剤師の活躍の場が広がっている。患者も薬局で自身の症状の相談や適切な処方を受けることが出来ている。 ■ 処方箋に依存した経営では無く、薬剤師による質の高い対人業務が収益の源泉となっている。地域における医薬品の安定供給にも貢献している。
	製薬業界	<ul style="list-style-type: none"> ■ 産官学の連携により、人・モノ・金・知恵（技術）が途切れなく循環する創薬エコシステムが確立。革新的な医薬品を継続的に生み出すことにより、創薬イノベーションを評価する薬価制度の下で、医薬品産業が発展している。 ■ 創薬環境や市場動向の変化にも柔軟に対応し、国際競争力を有する産業構造に転換。グローバルで見て日本のプレゼンスが向上している。 ■ 経済合理性も踏まえた保険収載時の判断や収載後の定期的な薬価調整が行われ、良質で費用対効果の高い医薬品が提供されている。
保険者	介護事業者	<ul style="list-style-type: none"> ■ ICT活用による生産性向上や協働化・大規模化により、介護サービスは効率的に提供され、介護事業者の安定的な経営につながっている。 ■ 職場環境が整備され、多様な人材が安心して働き続けることが可能となっている。 ■ 保険外サービスが充実し、高齢者の多様なニーズに即した介護サービスが保険内と保険外の適切な組合せにより提供されている。 ■ 地域社会での介護予防の取組は、高齢者の住民のコミュニティ形成の役割も果たしており、児童福祉・社会教育の分野とも密接に連携しながら、地域住民の支え合いの基盤となっている。
	国民健康保険、後期高齢者医療制度では都道府県によるガバナンスの下、保険財政運営と医療費適正化が一体となって進められている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 小規模な市町村では介護関係事務の共同化により効率的な運営がなされている。 ■ マイナンバー活用等により被保険者の資産・所得の把握が可能となり、応能負担に基づく保険料・利用者負担の設定が実現。保険財政運営が持続可能となっている。

18

1. 総論

2. 医療・介護の理想像

3. 医療

4. 介護

5. 障害福祉

6. 生活保護等

I. 我が国の医療保険制度の特徴と課題

II. 質の高い医療の効率的な提供

- (1) 医療提供体制の改革
- (2) 診療報酬改定
- (3) 調剤報酬改定
- (4) 費用対効果評価の活用・患者本位の治療
- (5) 保険者機能の発揮

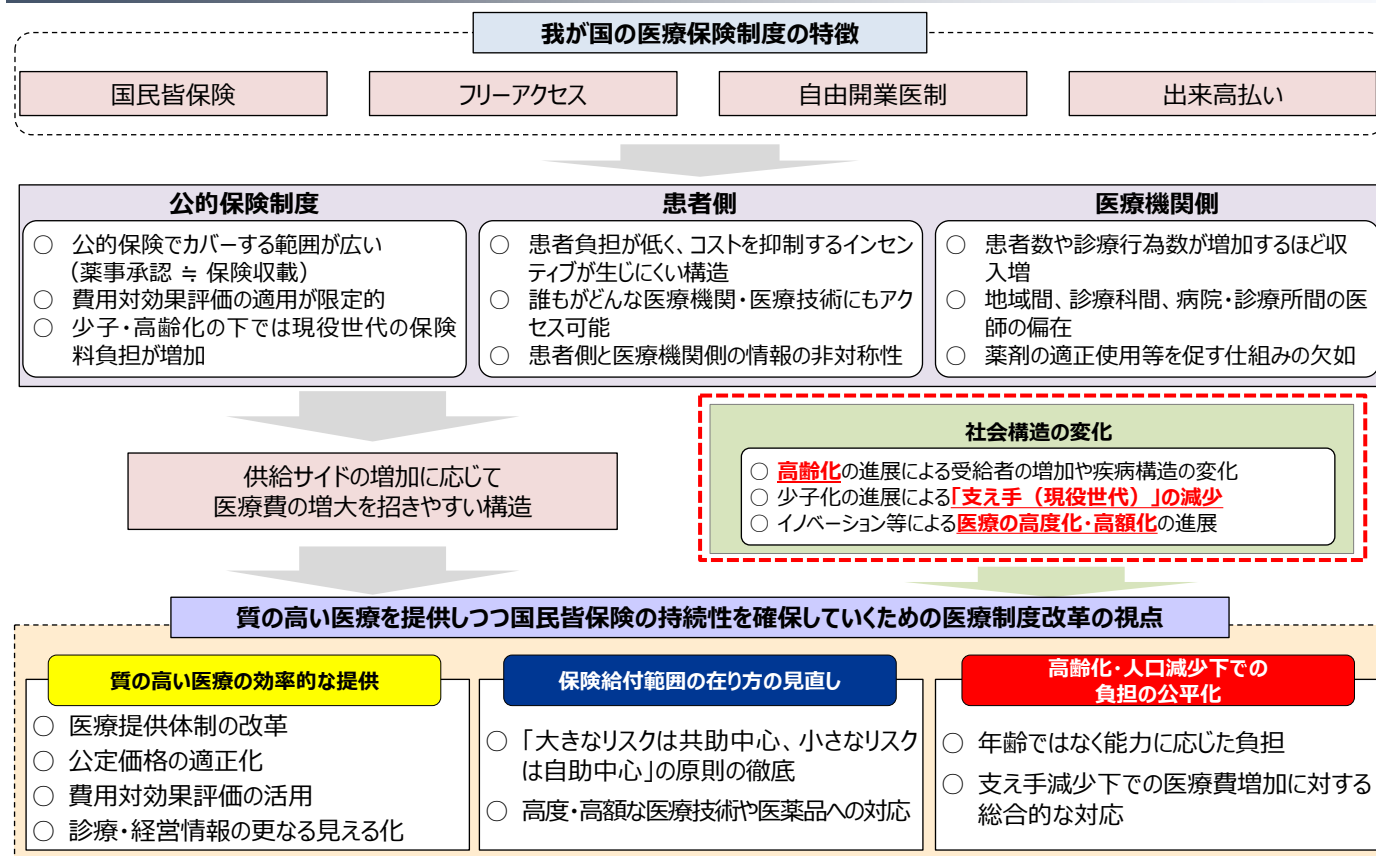
III. 保険給付範囲の在り方の見直し

- (1) セルフケア・セルフメディケーションの推進
- (2) 高額薬剤への対応、入院時の部屋代

IV. 高齢化・人口減少下での負担の公平化

- (1) 高齢者の活躍する長寿社会にふさわしい高齢者医療制度の在り方
- (2) 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

我が国の医療保険制度の特徴と課題

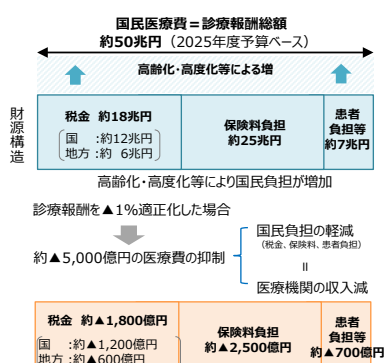


制度の持続可能性を確保していくための医療制度改革

質の高い医療の効率的な提供

- 医療提供体制の改革
 - ・ 地域医療構想の推進、医師偏在対策
 - ・ かかりつけ医機能が発揮される制度整備
- 公定価格の適正化
 - ・ 診療報酬改定、調剤報酬改定
- 費用対効果評価の活用
- 保険者機能の発揮
- 職種別の給与を含めた医療機関の診療・経営情報の更なる見える化
- 医療DX

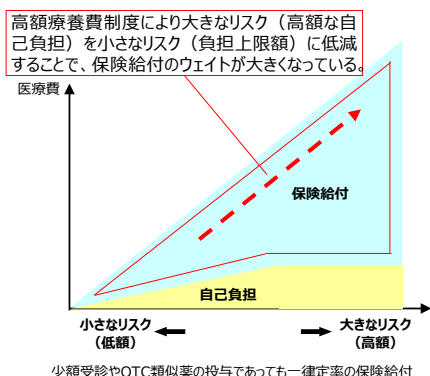
医療費の構造



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類似薬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
- 医療費単価が増加する一方、支え手となる現役世代が減少するなかで、実効給付率に着目した、支え手の負担軽減につながる仕組みの導入
- 患者負担等の見直し（入院時の部屋代等）

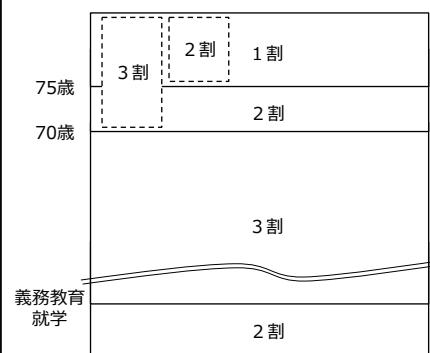
現状の保険給付のイメージ



高齡化・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
- 高齢者が益々活躍することのできる長寿社会にふさわしい高齢者医療制度の在り方の見直し
- 後期高齢者医療制度における現役世代からの支援金に係る負担増の更なる抑制等

医療費の窓口自己負担



20

I. 我が国の医療保険制度の特徴と課題

II. 質の高い医療の効率的な提供

(1) 医療提供体制の改革

(2) 診療報酬改定

(3) 調剤報酬改定

(4) 費用対効果評価の活用・患者本位の治療

(5) 保険者機能の発揮

III. 保険給付範囲の在り方の見直し

(1) セルフケア・セルフメディケーションの推進

(2) 高額薬剤への対応、入院時の部屋代

IV. 高齡化・人口減少下での負担の公平化

(1) 高齢者の活躍する長寿社会にふさわしい高齢者医療制度の在り方

(2) 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

効率的な医療提供体制の構築（総括）

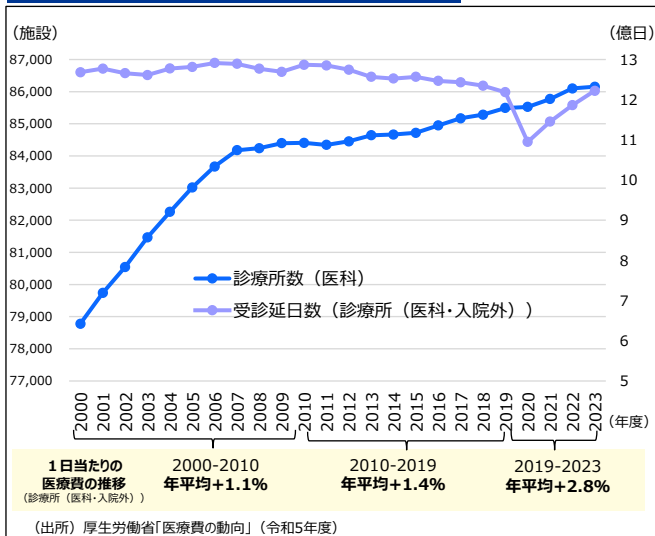
- 今後も人口減少が進む中で、地域医療を支える関係者が一丸となり、地域の希少な医療資源を可能な限り効率的に活用することによって、持続可能な地域医療提供体制を構築していくことが不可欠。
- 具体的には、高齢化等の患者像の変化やコロナ後の受診行動の変化に的確に対応し、病院機能の再編・統合や分化・連携を推進するとともに、日常的な幅広い疾患には地域全体で効率的に対応できるよう、地域に分散する医療資源を集約化していくことが肝要。

（参考）大臣折衝事項（令和6年12月25日 厚生労働省）

（2）医療提供体制改革

高齢者人口の増大や現役世代の減少に伴う医療需要の変化等に対応すべく、2040年度頃を視野に入れて、入院だけでなく、外来・在宅、介護連携や人材確保等も含める形で、あるべき医療提供体制を実現することが可能となるよう、新たな地域医療構想を策定する。2027年度から同構想に基づく医療提供体制改革が全国各地域で着実に進められるよう国として必要な対応を図る。医師偏在対策については、新たな地域医療構想を通じて、将来の人口動向や医療需要等の変化に対応した効率的かつ効果的な医療提供体制の構築を進めることを踏まえ、重点医師偏在対策支援区域における財政支援について真に必要な対応を検討する。その上で、医師の適正配置につなげるための支援の具体的な内容については、全国的なマッチング機能やリカレント教育、医師養成過程の取組等とあわせて、支援の継続性の観点から安定的な財源の確保を図りつつ、令和8年度予算編成過程で検討する。

診療所数の推移



これまでに取り組んできた主な事項

- **地域医療構想の推進**
 - ・ 2025年に向けて、構想区域ごとに病床の機能分化・連携を推進
 - ・ 医療介護総合確保基金の創設・充実
- **医師偏在対策**
 - ・ 地域枠の設定、臨床研修・専門研修での採用上限数の設定
 - ・ 医療介護総合確保基金による修学資金貸与、基幹病院からの医師派遣の充実
 - ・ 外来医師多数区域での新規開業者への地域医療提供の要請
- **かかりつけ医機能報告制度の創設**（2025年4月施行）

今後の主な改革の方向性

- **新たな地域医療構想の策定**（2025年国会に関係法案提出）
 - ・ 病床に加え、外来・在宅医療、介護連携も視野に入れ、地域ごとにビジョンを策定
 - ・ 病床に加え、「医療機関としての」機能報告を求め、その役割分担を明確化
 - ・ 精神病院及び精神科クリニックも地域医療構想の対象に位置付け
- **「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」の実行・具体化**
 - ・ 経済的インセンティブの具体策の検討（2026年度予算編成過程）
 - ・ 外来医師「過剰」区域での新規開業者への規制強化（2025年国会に関係法案提出）
 - ・ 保険医療機関の管理者要件の創設（2025年国会に関係法案提出）
- **タスクシフト・シェアの推進**
- **医学部定員の適正化**

24

我が国の医療提供体制の現状と課題

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

◆医療提供体制に関する各種指標の国際比較

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

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

◆人口千人当たりの病院病床数 (2023年)

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

（中略）

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

◆1診療所（無床）当たりの従事者数 (2023年)

区分	1診療所当たりの人数
医師	1.4
看護師	1.6
准看護師	0.8
事務職員	1.7

（注）1診療所（無床）当たりの従事者数は、2023年度の各区分従事者数を同年度の無床診療所数で除して得た数。（出所）厚生労働省「令和5年医療施設（静態・動態）調査」

◆人口10万人当たりの無床診療所数（2023年）

区分	無床診療所数 (人口10万人当たり)
特別区	116.6
政令市	89.5
中核市	79.9
全国平均	84.4

◆医療費の決定要因に関する研究

<医師関係>（日本にも当てはまる）

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

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

【改革の方向性】（案）

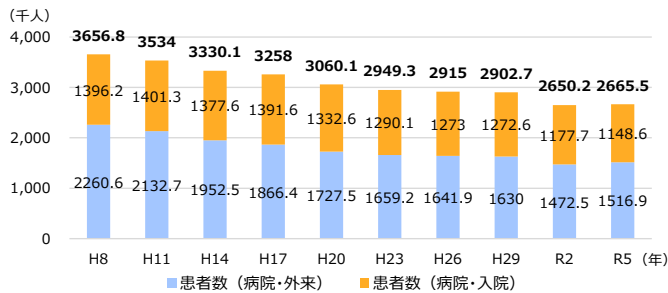
- 人材確保も困難となる中、できる限りコストを縮減し、医療資源を効率的に活用することで、質の高い医療を提供する必要。地域の実情に応じ、病床数の適正化を図り、入院機能の高度医療への重点化を図るとともに、診療所を含めた外来機能の集約を推進していくべき。

25

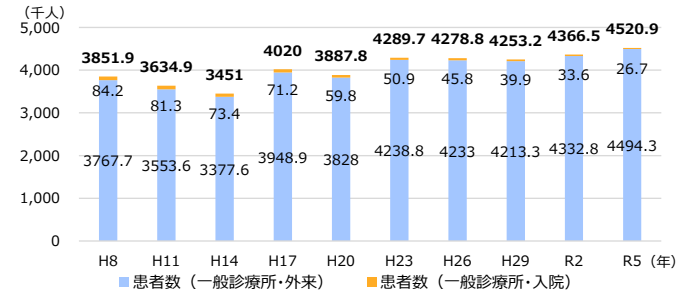
(参考) 患者の動向

- 病院における患者数は減少傾向にある一方で、一般診療所における患者数は足元で増加しており、平成8年以降で最大となっている。この点、外来診療の受療率で見ても、足元ではコロナ禍前と遜色のない水準にまで回復している。
- 在宅医療はコロナ禍を除き一貫して増加しており、令和5年では、特に訪問診療での伸びが著しく、過去最高の水準に達している。

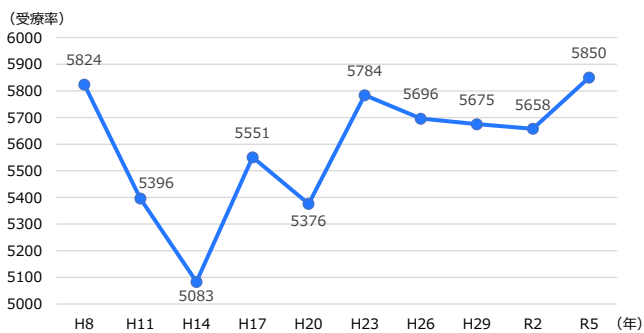
◆ 患者数の推移 (病院)



◆ 患者数の推移 (一般診療所)



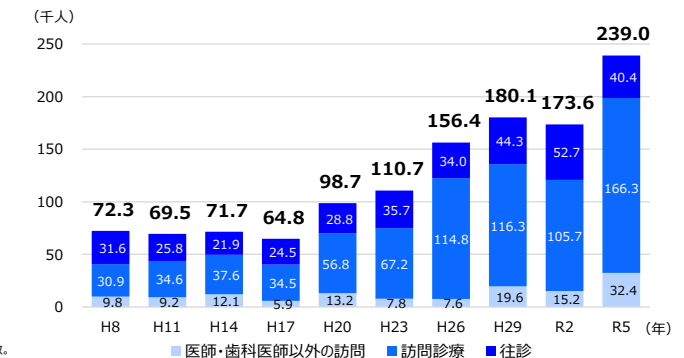
◆ 受療率の推移 (外来)



(注) 受療率：推計患者数（調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数）を人口10万対で表した数。

(出所) 厚生労働省「患者調査」(令和5年)

◆ 在宅医療の状況

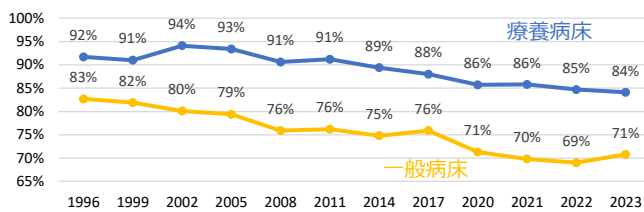


26

(参考) 病院を取り巻く基本環境

- 諸外国と比べて、特に人口当たりの急性期病床が多い中、全体として、病床利用率は低下傾向にあり、入院延べ日数の低下も見られる。
- 2040年における手術件数を見ると、全ての診療領域において、半数以上の地域医療構想区域で手術件数が少なくなると見込まれている。

◆ 病床利用率の推移

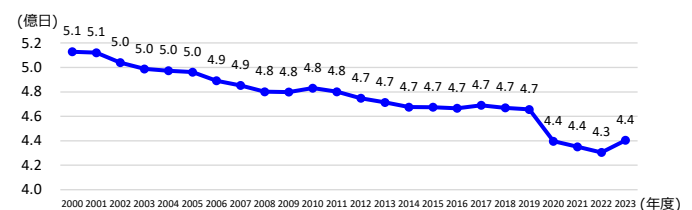


(出所) 厚生労働省「病院報告」(令和5年)

(注1) 療養病床は、平成8～11年は療養型病床群、平成14年は療養病床及び経過の旧療養型病床群の数値。

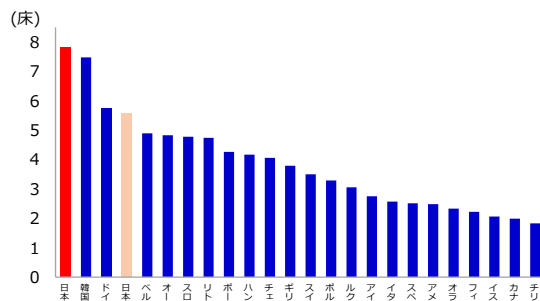
(注2) 一般病床は、平成8～11年まではその他の病床（療養型病床群を除く）、平成14年は一般病床及び経過の旧その他の病床（経過の旧療養型病床群を除く。）の数値。

◆ 受診延べ日数 (入院)



(出所) 厚生労働省「医療費の動向」(令和5年)

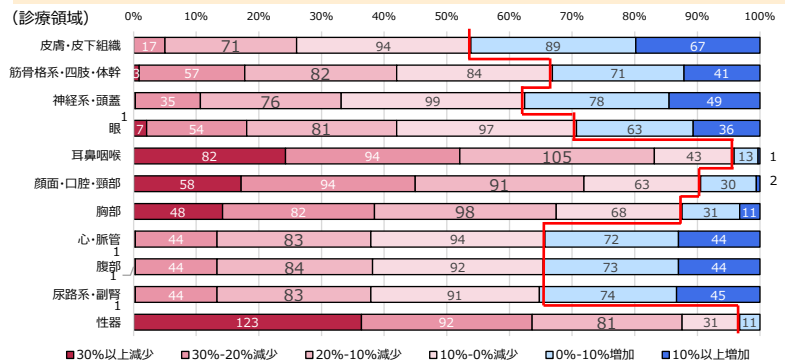
◆ 急性期機能を提供する病床数 (人口1,000人対)



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

(注) グラフの日本とは、医療機能同等の病院・診療所の病床数、結核病床、感染症科病床の合計。日本*は、病院機能報告における急性期機能を提供する病床数の合計。

◆ 2040年における手術件数の変化 (対2020年比の変化率別構想区域数)



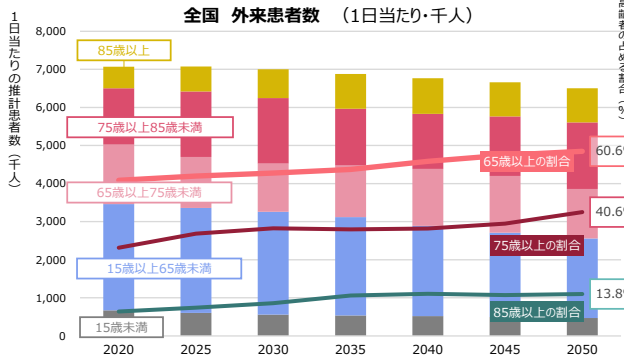
(出所) 厚生労働省「NDBオープンデータ」(令和4年度)、総務省「人口推計」2022年、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」を用いて、厚生労働省にて作成。推計は、年齢構成の変化による必要の変化をみるため、全国計の性・年齢階級別の領域別の算定回数を分子、全国の性・年齢階級別人口を分母として受療率を作成し、これを構想区域別の性・年齢階級別の2020年、2040年時点のそれぞれの人口に適用して作成しているものであり、地域別の受療率行動の変化の実態を備えているものではないことに留意が必要。

27

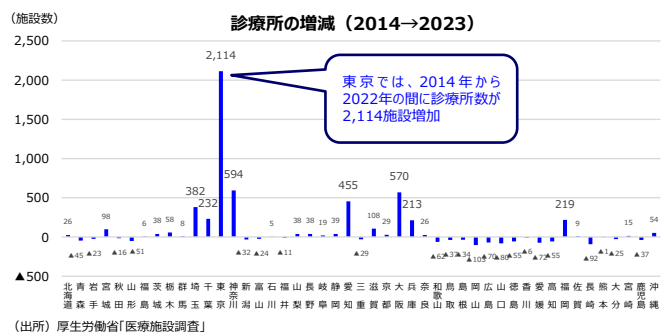
(参考) 外来診療所を取り巻く基本環境

- 今後、全国の外来患者数は減少局面に入ることが見込まれているに関わらず、近年、特に都市部における診療所の増加が顕著であり、また、外来医療費は、地域差はあるものの地方部も含めて増加している。

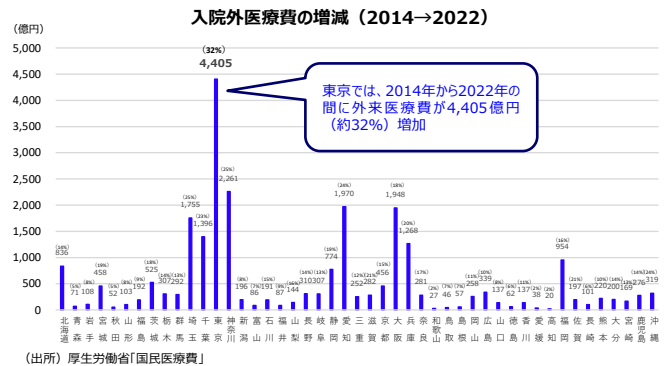
✓ 外来患者数は、今後、減少傾向となる。



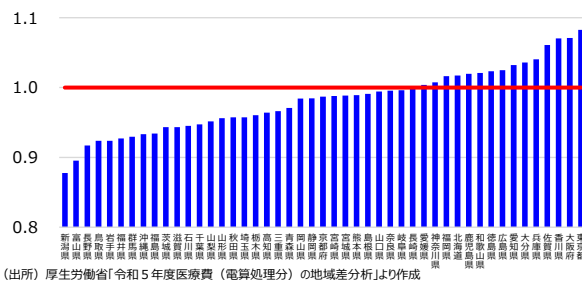
✓ 診療所数は、近年、都市部で顕著に増加している。



✓ 外来医療費（入院外）は、近年、地方部も含めて増加している。



✓ 1人当たり外来医療費(入院外・全国平均対比)には一定の地域差。



医療提供体制の構築に向けた施策の方向性

- 令和7年国会に提出された医療法等改正法案に基づき、今後、それぞれの地域において、新たな地域医療構想の策定と医師偏在の是正が進められることになる。新制度の施行に際しては、高齢化はもとより、現役世代・働き手の減少や患者の受診行動の変化を的確に捉え、希少な医療資源の最大限の活用につながる医療提供体制の構築が可能となるよう、実効的な取組を進めていく必要。
- また、あるべき医療提供体制は一朝一夕で構築できるものではない。今後の社会経済環境の変化や医療分野での技術革新等も踏まえつつ、時機を逸することなく、次なる改革を実現することができるよう、不断の検討を図る必要がある。

◆新たな地域医療構想

【基本的な考え方／施行スケジュール】

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

【医療機関の役割分担】

- 新たに「医療機関機能」の報告を求めるとし、構想区域ごとや広域な観点で確保すべき機能や今後の方向性等を都道府県に報告。
- ✓ 急性期拠点機能、高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、専門等機能、医育及び広域診療機能
- 引き続き報告させる病床機能のうち「回復期機能」は、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」とする。

【都道府県知事の権限強化】

- 必要病床数を超えた増床の際は、調整会議で認められた場合に限り許可。
- 既存病床数が基準病床数を上回る際には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を要請。

現状投影に基づく医療ニーズを入院・外来・在宅医療・介護の間で割り当てるのではなく、**患者像の変化（需要面での変容）**、各医療機関の機能分化・連携・集約化による**地域医療の効率化（供給面での取組）**を反映した推計とすべき。

手術件数など客観要件により「**急性期拠点機能**」を持たせる病院を絞り込むとともに、地域の高齢者救急の担い手となるべき医療機関はリハビリ機能も重視した「**高齢者救急・地域急性期機能**」としての役割を發揮すべき。

地域での効率的な医療提供体制の構築に責任を持つ**都道府県の権限強化の在り方について、不断の見直しが必要。**

◆医師偏在対策

【経済的インセンティブ】

- 診療所の承継・開業・地域定着への支援。
- 派遣医師・従事医師への手当増額。（財源は保険者拠出）
- 医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関への支援。

【規制的手法】

- 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関を拡大。（地域医療支援病院に公的・公立病院、国病、JCHO、労災病院を追加）
- 外来医師過多区域の新規開業者に対し、都道府県から、開業6か月前に医療提供内容の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能に。
- ✓ 要請に従わない場合、医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮
- 保険医療機関に管理者を設け、保険診療に一定期間従事したことを要件化。

【その他の支援】

- リカレント教育の支援、医師不足地域の医療機関とのマッチングや定着等のための全国的なマッチング支援。

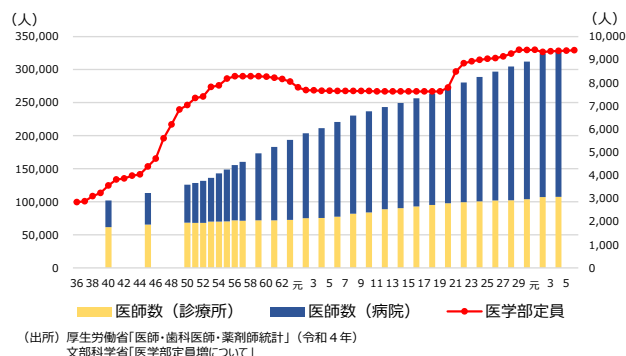
【改革の方向性】（案）

- 地域医療構想の策定に当たって、これまでの病床の機能分化・連携の推進に加え、地域における医療機関ごとの役割分担の明確化が一層図られるよう、国として実効的なガイドラインを作成するべき。

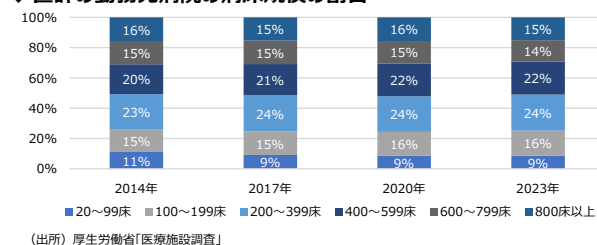
病院と診療所で働く医師について

- 一貫して増加している日本の医師数の勤務状況を見ると、病院勤務の医師が着実に増加しているものの、診療所で働く医師も増加を続けてきている。
- 病院で働く医師の勤務先の病床規模を見ると、大規模病院に集約しているとは言えない状況。また、2000年代以降の医学部定員の増加の影響を受けた世代が「開業適齢期」を迎える中で、今後、地域医療を支える医師の最適配置の観点も踏まえた診療所の整備が進められるのか懸念がある。

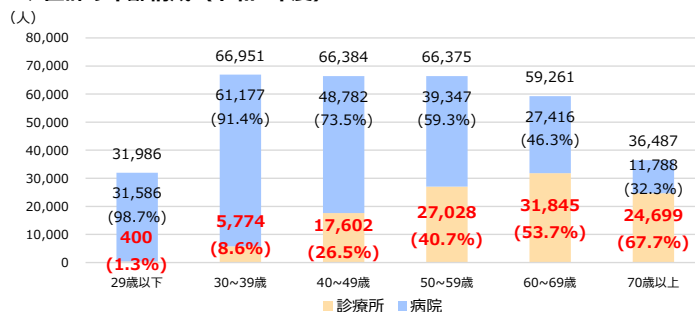
◆医学部定員と医師数の推移



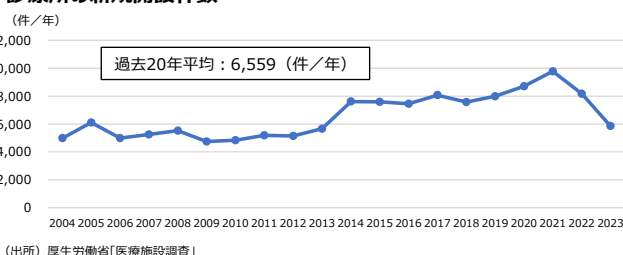
◆医師の勤務先病院の病床規模の割合



◆医師の年齢構成(令和4年度)



◆診療所の新規開設件数



【改革の方向性】(案)

- 効率的・効果的な医療提供の観点から、病院と診療所の間での医師偏在は喫緊の課題であり、病院機能の集約と診療所数の適正化が必要。病院勤務医から開業医へのシフトを起こすことのないよう、診療報酬体系の見直しを図るべき。

30

精神病床

- 精神病床の入院患者数は明確に減少傾向ではあるものの、精神病床数については、諸外国比でも、基準病床数比でも、今なお過剰。
- 新たな地域医療構想には精神病床も対象となる予定(2025年国会に関係法案提出)。近年の介護・障害福祉サービスの充実や診療所・在宅医療との連携と合わせて、精神病床の適正化が一層求められることになるが、現状でも、長期入院患者の地域移行が十分に進んでいるとは言えない。

◆精神病床数の国際比較 / 利用率の変遷

- ✓ 日本の精神病床数は世界的に突出している。
- ✓ 一方、精神病床数の利用率は低下。

	精神病床数 (万床)	人口1,000人当たり (床)
日本	32.2	2.58
アメリカ	11.8	0.35
イギリス	2.4	0.35
フランス	5.3	0.77
ドイツ	11.0	1.31
イタリア	0.5	0.08
カナダ	1.4	0.36

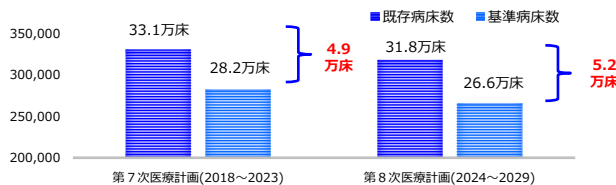
(出所) OECD Health statistics 2024より、2022年のPsychiatric care beds

《精神病床の利用率の推移》	
昭和50年	104.4%
昭和62年	100.3%
平成11年	94.2%
平成23年	90.6%
平成30年	87.3%
令和4年	83.7%
令和5年	81.6%

病床利用率 = (年間入院患者延数 ÷ 月末病床数) × 100
(出所) 厚生労働省「病院報告」

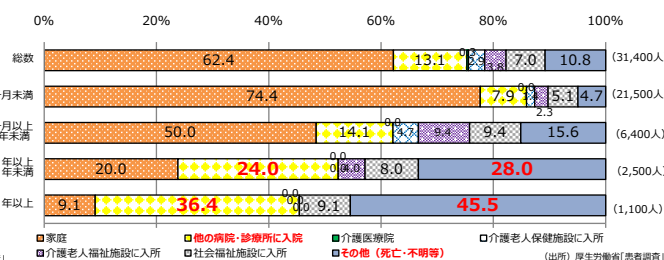
◆医療計画における精神病床に係る基準病床数について

- ✓ 精神病床の既存病床数は、各都道府県が定める基準病床数に比しても過大。
- ✓ 多くの都道府県で、既存病床数と基準病床数の乖離(≧過剰病床)が拡大している。



◆精神病床からの退院患者の退院後の行き先(令和5年度)

- ✓ 長期入院後の行き先は、「他の病院・診療所」や「その他(死亡・不明等)」が多い。



31

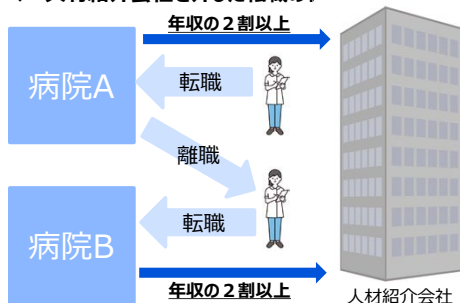
【改革の方向性】(案)

- 精神病院の入院患者の地域移行を推進する観点から、地域での受け皿となる住まいや介護・障害福祉サービスの拡充も踏まえ、精神病床数の適正化・統廃合を進め、病院・診療所の間での機能分化・連携など、精神医療分野での医療資源の適正配分を実現すべき。

人材紹介会社の規制強化

- 医療機関が医療従事者を雇用する際、人材紹介会社を介す場合は一定の手数料が生じる。ただし、人材紹介会社を経由した場合の離職率を見ると、安定的な人材確保につながっているとは言いがたく、雇用の都度、発生する手数料は、医療機関にとって大きな負担となっている。
- 足元で、紹介手数料の負担割合は更に増加しているとも考えられ、保険料と税金で賄われている医療機関の経営原資が必要以上に紹介手数料に流れ、更に保険料の上昇を招くことのないよう、実態を把握の上で必要な対応を図る必要がある。

◆ 人材紹介会社を介した転職の例



◆ 人材紹介会社に対する手数料設定

- 採用者の年収に対する手数料率（平均）：23.4%

（参考）職種ごとの平均手数料額

職種	平均手数料（万円）
医師	351.7
看護師	76.0
准看護師	67.9
看護補助者	43.3
助産師	116.0
薬剤師	115.3

（出所）公益社団法人全日本病院協会、一般社団法人日本医療法人協会、独立行政法人福祉医療機構「病院の人材紹介手数料に関するアンケート調査-調査結果概要-」（2020年）より抜粋

◆ 常勤看護師（准看護師を含む）の新規雇用で採用に要した1人当たりの費用（2020年度）

金額帯	全体	紹介会社 未回答6病院除く	紹介会社以外 未回答52病院除く
～50万円	77.0%	6.5%	97.4%
51～100万円	20.6%	77.0%	1.3%
101～150万円	0.3%	13.5%	0.3%
151～200万円	0.0%	1.0%	0.0%
201万円～	2.0%	2.0%	1.0%
平均	34.9万円	88.1万円	10.8万円
中央値	21.8万円	83.5万円	0万円

（出所）全日本病院協会「雇用における人材紹介会社に関するアンケート調査報告-J」（2020年）

◆ 医療従事者の離職率

	人材紹介会社経由	
	3か月以内	6か月以内
医師	13.0% (0.8%)	19.0% (3.6%)
保健師・助産師	9.3% (2.1%)	24.0% (7.2%)
看護師・准看護師	11.9% (6.8%)	23.1% (12.0%)
看護助手	21.7% (14.8%)	35.2% (24.6%)
薬剤師	12.1% (6.9%)	19.8% (10.0%)
リハビリ専門職	7.1% (1.6%)	13.1% (2.9%)
その他	15.4% (8.5%)	24.6% (13.0%)
合計	13.3% (7.4%)	24.2% (12.8%)

（出所）厚生労働省「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」（2019年）
（注）括弧内は人材紹介会社以外の離職率。

◆ 医療介護費用に占める紹介手数料の割合

項目	令和3年度	令和4年度	金額の伸び率
医療・介護収益	3,295,193千円	3,363,733千円	2.1%
医療・介護費用	3,477,120千円	3,587,973千円	3.2%
紹介手数料	2,877千円	3,455千円	20.1%
構成比率 （対収益）	0.09%	0.10%	
構成比率 （対費用）	0.08%	0.10%	

（出所）厚生労働省「医療経済実態調査」（令和5年）

◆ 人材紹介手数料等に対する医療機関の意見

- 高額の手数料をどうにかして欲しい。いつまで経っても足元を見て紹介手数料を決められている感じがする。
- 紹介会社の手数料が高すぎることより、採用する際の障害になっている、又、経営面の負担になる。
- 国として紹介料の上限を妥当な金額に設定するなど、なんらかの基準を設けて欲しい。

（出所）全日本病院協会「雇用における人材紹介会社に関するアンケート調査報告-J」（2020年）より抜粋

- ハローワーク、職能団体の紹介・斡旋が全く機能しておらず、人材紹介業が一連の規制緩和で隆興を極めている。ほぼ電話とメールだけで想定年収の20%～30%を徴収するのはどう考えてもやり過ぎと思われる。
- 手数料が高額すぎ、不満を感じます。職種に寄りますが、年収の20%～30%もの手数料を請求されます。

（出所）公益社団法人全日本病院協会、一般社団法人日本医療法人協会、独立行政法人福祉医療機構「病院の人材紹介手数料に関するアンケート調査-調査結果概要-」（2020年）より抜粋

【改革の方向性】（案）

- ハローワークや都道府県等を介した公的人材紹介の充実とあわせ、手数料の多寡や定着状況により紹介業者が選別・淘汰される仕組みを推進し、必要に応じて更なる規制強化を検討すべき。

32

I. 我が国の医療保険制度の特徴と課題

II. 質の高い医療の効率的な提供

- (1) 医療提供体制の改革
- (2) 診療報酬改定
- (3) 調剤報酬改定
- (4) 費用対効果評価の活用・患者本位の治療
- (5) 保険者機能の発揮

III. 保険給付範囲の在り方の見直し

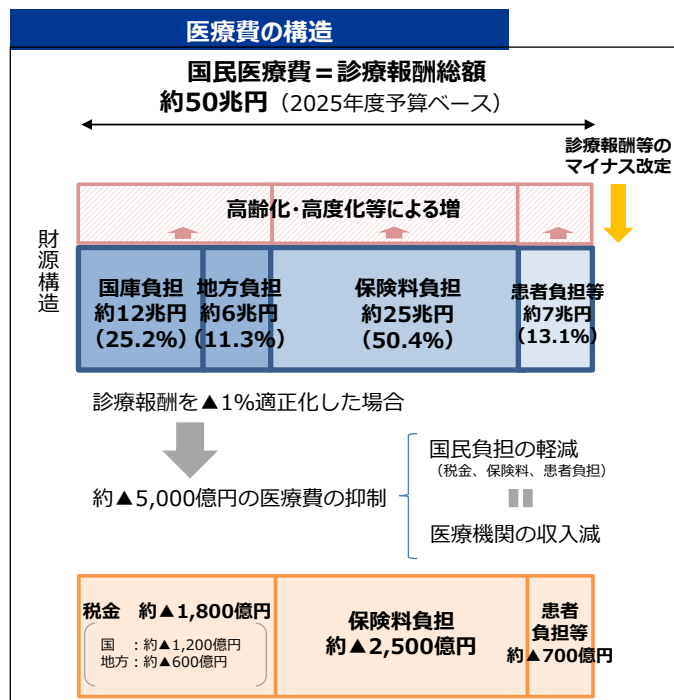
- (1) セルフケア・セルフメディケーションの推進
- (2) 高額薬剤への対応、入院時の部屋代

IV. 高齢化・人口減少下での負担の公平化

- (1) 高齢者の活躍する長寿社会にふさわしい高齢者医療制度の在り方
- (2) 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

診療報酬改定（総括）

- 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のと軌を一にする形で、あるべき診療報酬体系を構築していくことが重要。診療報酬は、保険償還の対象となるサービスの価格（P＝単価）であり、サービスの供給（Q＝量）次第では、国民負担の軽減には直接はつながらないが、あるべき医療提供体制の構築との整合性を図りつつ、不断の合理化・適正化を進めていく必要。
- 2026年度診療報酬改定は、これまで進めてきた「2025年にに向けた改革」のバトンを引き継ぐ改定であり、新たな地域医療構想や医師偏在対策の強化、そして、施行が本格化する「かかりつけ機能報告制度」の後押しともなるようなメリハリのある改定とすべき。



これまでに取り組んできた主な事項

- **メリハリのある診療報酬改定（2024年度診療報酬改定）**
 - ・ 医療従事者の賃上げのための「ベースアップ評価料」を新設
 - ・ 入院時の食費基準額の引き上げ（30円）（2025年度は20円の引き上げ）
 - ・ 生活習慣病等に係る管理料等の再編等の効率化・適正化
- **2025年度薬価改定**
 - ・ 国民負担の軽減、創薬イノベーションの推進、医薬品の安定供給の確保の要請にきめ細かく対応

今後の主な改革の方向性

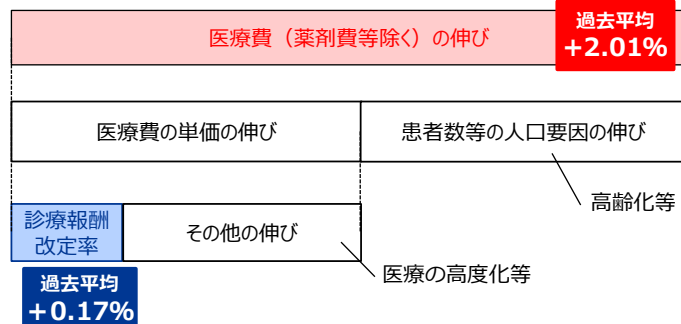
- **高齢化やコロナ後の受診行動の変化を踏まえた今後のあるべき医療提供体制の構築に向けた診療報酬改定**
 - ・ 病院と診療所では経営状況や費用構造等が異なることを踏まえたメリハリある改定の実施
 - ・ 地域での全人的なケアの実現に資する報酬体系の見直し
 - ・ 診療ガイドラインに基づく適切な疾病管理を踏まえた診療報酬の在り方を見直し
 - ・ 医師偏在対策につながる診療報酬上の措置の検討
 - ・ リフィル処方箋の一層の利用促進に資する診療報酬上の対応

34

診療報酬改定に係る基本的な考え方

- 医療費（薬剤費等除く）の伸びは、「医療費の単価の伸び」と「患者等の人口要因の伸び」で構成され、全体として医療機関の収入増となって人件費や物件費（薬剤費等を除く）が賄われている。日本経済が過去長らくデフレに直面し、賃金や物価水準が上昇しない中にあっても、我が国の医療費は、高齢化等の人口要因に加え、診療報酬改定（政策的な価格変更）により概ね上昇を続けてきた。
- こうした医療費の増高は、現役世代の社会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、国民皆保険を堅持するためにも、病院と診療所では経営状況や費用構造等に差異があることに配慮しつつ、全体として診療報酬の適正化を図ることが必要。

◆ 医療費の伸びの構造（イメージ）

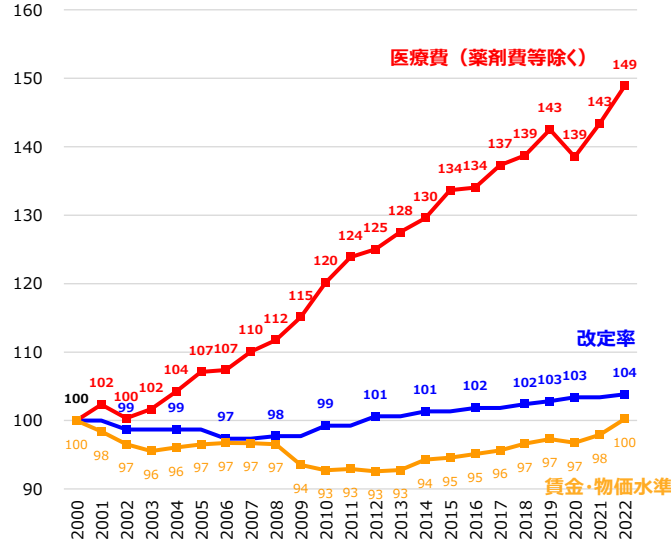


(参考) 医療機関の費用構造（薬剤費等除く）



(注1) 各指標の過去平均は年平均率であり、2000年度から2022年度までの増加率を年数のべき乗根で算出。
 (注2) 賃金・物価の伸びは、1人当たり雇用者報酬の伸びと、消費者物価指数の伸びを、各年度の人員費・物件費等のカテゴリーで加重平均して算出している。
 (注3) 医療費（薬剤費等除く）の伸びは計算した期間には、新型コロナの影響を受ける期間が含まれていることに留意する。

◆ 医療費（薬剤費等除く）の推移（2000年度＝100）



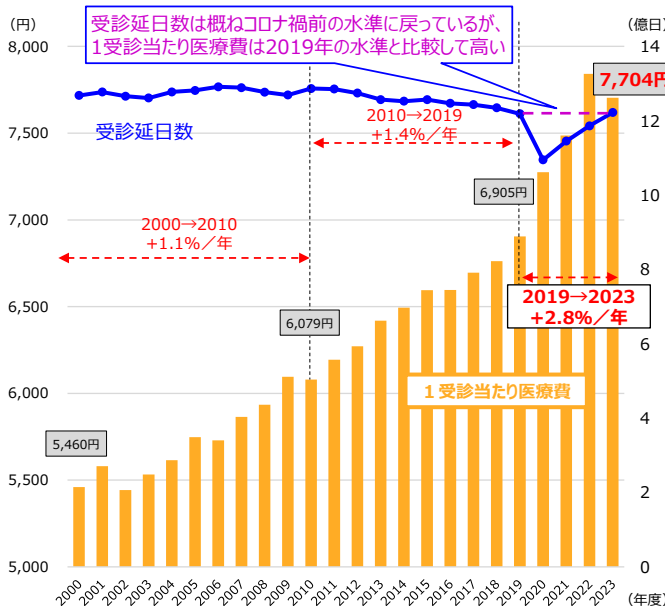
(出所) 厚生労働省「国民医療費」、「医療費と医療機関」、内閣府「国民経済指標（GDP等）」、総務省「消費者物価指数（長期時系列データ）」、「労働力調査」
 (注1) 診療報酬改定率は、厚生労働省「診療報酬改定率」による。
 (注2) 医療費（薬剤費等除く）は、「国民医療費」、「医療費と医療機関」、「医療費と医療機関」の結果に基づき厚生労働省において推計した費用構造を、国民医療費を按じ、医薬品・医療材料・医療機器・医療サービス等の各部分に分けて算出している。
 (注3) 賃金・物価水準は、1人当たり雇用者報酬の伸びと消費者物価指数の伸びを、各年度の人員費・物件費等のカテゴリーで加重平均して算出、2000年を100として推計したものである。

35

(参考) 診療所における1受診当たりの医療費の推移及び物価上昇率との比較

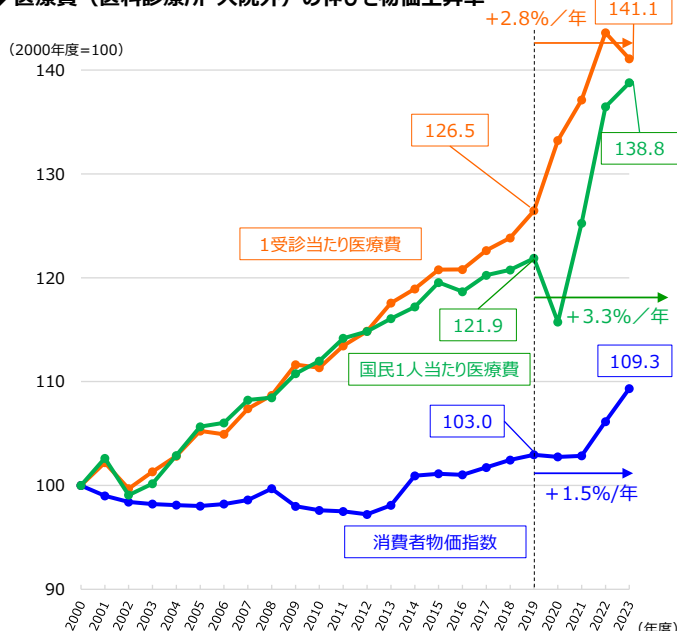
- 診療所における1受診当たりの医療費については、医科診療所全体でみると、コロナ禍以降に急増した。同時に生じていた受診延日数の減少については、足元、コロナ禍前の水準に戻つつあるものの、1受診当たりの医療費は高止まりしている状況。
- 物価上昇率との関係では、国民1人当たり医療費・1受診当たり医療費ともに、物価が低迷する中であってもほぼ一貫して増加しており、2019年以降で見ても、物価上昇率が年平均1.5%の伸びであるのに対して、国民1人当たり医療費は年平均3.3%、1受診当たり医療費は年平均2.8%増加している。

◆ 1受診当たりの医療費（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受診当たりの医療費は、医療費の総額を受診延日数で除して得た値。
 (注2) 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。
 (注3) 薬剤費は院内処方の場合を除き含まない。
 (注4) 新型コロナに係る補助金は単価に影響を与えない。
 (注5) 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「人口推計」
 (注1) 1受診当たり医療費は、医療費の総額を受診延日数で除して得た値。
 (注2) 国民1人当たり医療費は、受診延日数を人口で除した「国民1人当たり受診延日数」に1日当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、2000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。

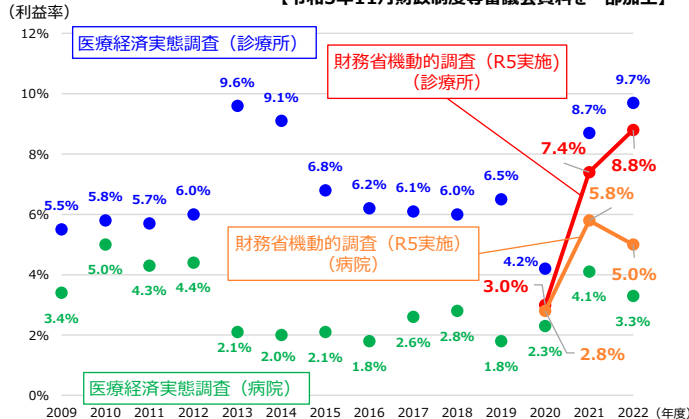
36

診療所の経営状況を踏まえた対応

- 令和6年度診療報酬改定は、病院・診療所の2022年度の経営状況（医療経済実態調査・財務省機動的調査に基づくデータ：診療所の利益率は、それぞれ9.7%、8.8%）を踏まえて実施。
- 直近で把握可能な2023年度の医療機関の経営状況について、厚生労働省が全国の医療法人の事業報告書等を集計したデータを確認したところ、無床診療所のみを経営する医療法人の利益率は8.6%であり、中小企業の全産業平均である3.6%よりも高い水準であった。（なお、1法人当たりの本来業務に要した費用については、診療所・病院ともに微増。）

◆ 診療所と病院の利益率の比較（～2022年度）

【令和5年11月財政制度等審議会資料を一部加工】



(出所) 2009年度から2022年度の診療所及び病院（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」、2020年度から2022年度までの診療所（許可病床数0床の医療法人18,207法人）及び病院（許可病床数20床以上の医療法人1,750法人）の利益率：財務省「機動的調査」（令和5年度実施）

(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、直近3年間を対象とした財務省「機動的調査」は、同一の医療法人の事業報告書等の情報を集計しており、経年比較が可能。
 (注2) 医療経済実態調査に係る利益率は、一般病院及び一般診療所に係る補助金を含んだ利益率（医療収益及び介護収益の合計額に対する損益差額の割合）。財務省「機動的調査」結果に係る利益率は、診療所については許可病床数0床の医療法人に係る経常利益率、病院については許可病床数20床以上の医療法人に係る経常利益率。

◆ 厚生労働省データ(医療法人の事業報告書等)による22・23年度の分析

【利益率・1法人当たり積立金】

経営形態	利益率（平均）	1法人当たり積立金(千円)
一般診療所（無床）のみ経営	2022年度 9.8% 2023年度 8.6%	2022年度：128,687 2023年度：137,897
病院のみ経営	2022年度 4.4% 2023年度 2.1%	2022年度：996,735 2023年度：961,569

(参考)

中小企業における平均経常利益率（全産業） 2022年度：3.4%、2023年度：3.6%

【1法人当たり本来業務費用】

経営形態	1法人当たり本来業務費用(千円)
一般診療所（無床）のみ経営	2022年度：160,178 2023年度：163,260（対前年度+1.92%）
病院のみ経営	2022年度：1,473,831 2023年度：1,485,822（対前年度+0.81%）

(出所) 厚生労働省データ（医療法第52条の規定に基づき都道府県に届出があった事業報告書等を2024年11月末時点で区切り、厚生労働省において集計したもの。集計率は76%。）

(注1) サンプル数は、「一般診療所（無床）のみ経営」の2022年度が21,101法人、2023年度が21,040法人であり、「病院のみ経営」の2022年度が1,168法人、2023年度が1,163法人。
 (注2) 同一法人からの報告で異常値のないものを2期連続分析可能法人として分析している。各形態の法人数が年度ごとに一致しないのは、経営形態が変化する場合があるため。
 (注3) 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）。

【改革の方向性】(案)

- 令和8年度診療報酬改定においては、2024年度の医療機関の経営状況について、年末に判明する医療経済実態調査等のデータを精緻に分析した上で、国民負担の軽減と必要な医療保障のバランスを図りながら、メリハリある対応を検討する必要。
 ※本来は、掘り下げた議論を行うためにも、医療施設の経営状況をリアルタイムで、職種別給与などを含む完全な形で見える化することが重要。

37

全人的なケアの実現に向けて

- 2025年4月、かかりつけ医機能報告制度がスタートし、地域の患者は、今後、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用することが可能となる。それらの地域で、住民の医療ニーズの動向を的確に捉え、医療機関相互間の役割分担・連携が進められる中で、地域住民に身近な立場で全人的なケアを総合的かつ継続的に行う医療機関が選択されることが重要。
- 2026年度診療報酬改定は、こうした全人的なケアを重点的に評価する報酬体系とする契機とすべきであり、これまで先行して進められてきた「かかりつけ医機能の報酬上での評価」について改めて精査・整理の上で、抜本的な見直しを図るべき。特に外来診療に関し、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含め、地域の患者を「治し、支える」役割を的確に評価する報酬体系とすべき。

◆見直しを検討すべき主な報酬項目

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対する全人的なケアを評価するにふさわしい報酬となっているか、前向きにかかりつけ医機能の発揮を志向できる確かなインセンティブ機能を果たしているかを検証の上で見直す必要。例えば、両者を統合した上で、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ではないか。

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。

例えば、再診料に包括化する等した上で、その果たしてきた役割・機能については、他のかかりつけ医機能を評価する管理料・加算との間で整理・統合すべきではないか。

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**。

「初診時におけるかかりつけ医機能の発揮」を的確に評価する形となっているかどうかを改めて検証した上で、その廃止を含め抜本的な見直しを図るべきではないか。

【改革の方向性】（案）

- 外来診療の機能分化・連携を更に進め、地域において、全人的なケアを提供する医療機関が適切に評価されるよう、各種の基本料や加算を今一度よく精査・整理した上で、診療側の提供体制や経営上の都合ではなく、真に患者本位の治療を実現できる報酬体系へと再構築すべき。

38

疾病管理の在り方（生活習慣病）

- 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を実施。具体的には、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、新たに月1回算定可能な「生活習慣病管理料(Ⅱ)」を新設した。
- 引き続き、生活習慣病管理料や特定疾患療養管理料の要件については、診療ガイドラインと整合的な形となるよう、不断の見直しが必要。

(月1回算定)

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含される。**

- 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、当該計画書への患者の署名が必要

(月2回算定)

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**（52点）が算定可
※ 処方料・処方箋料に対する**特定疾患処方管理加算**（56点）も算定可

R6改定により、生活習慣病である糖尿病・脂質異常症・高血圧を除外

【令和6年度診療報酬改定に関する中医協の附帯意見】

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。

【算定イメージ】

<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 **266点**

<改定後>

- ・再診料 **75点**
- ・~~外来管理加算~~ **52点**
- ・生活習慣病管理料 **333点**
- ・処方箋料 **60点**
- ・~~特定疾患処方管理加算~~ **266点**

◆ 特定疾患療養管理料の対象疾患（主なもの）

- 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
- 肺炎腫
- 喘息
- 胃炎及び十二指腸炎

(月1回算定)

生活習慣病管理料(Ⅰ)

- 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**
- ※ **引き続き、検査等は包括**

(月1回算定)

生活習慣病管理料(Ⅱ)

- 333点**
- ※ **引き続き、検査等は出来高算定**
- ※ **外来管理加算の併算定は不可に見直し**

(月2回算定)

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**

※ **引き続き、外来管理加算は算定可**

※ **特定疾患処方管理加算（56点）の対象疾患からも、糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外**

【算定実績】

【算定回数の変動による影響】

特定疾患療養管理料 **2,675万回⇒1,112万回**（▲1.21%）
特定疾患処方管理加算 **2,165万回⇒638万回**（▲0.31%）
外来管理加算（再診） **5,620万回⇒4,360万回**（▲0.24%）
生活習慣病管理料(Ⅰ) **27万回⇒101万回**（+0.18%）

【点数の新設・廃止による影響】

（廃止）特定疾患処方管理加算(Ⅰ)（▲0.06%）
（新設）生活習慣病管理料(Ⅱ)（+1.64%）
+1,352万回

【所定点数の変動による影響】

特定疾患処方管理加算 **66点⇒56点**（▲0.08%）
生活習慣病管理料(Ⅰ) **570点⇒610点**他（+0.00%）

（注1）括弧内は、前年同月期に対する総点数の増減率を示している。（注2）生活習慣病管理料(Ⅱ)の算定回数については、増減率から点数を算出。（注3）生活習慣病管理料(Ⅰ)の所定点数の変動による算定の増減率については支払基金から提供した情報による。（出所）社会保険診療報酬支払基金「使用者保険等医療費の動向」（令和6年6月～8月診療分）

【改革の方向性】（案）

- 生活習慣病患者の疾病管理について、病状が安定してきた患者に対するフォローアップは、一般的な診療ガイドラインに沿う形で報酬の算定要件を厳格化するべき。例えば、血圧がコントロールされている場合の生活習慣病管理料の算定について、1か月に1回よりも長くする等の対応を検討すべき。

39

(参考) 生活習慣病にかかる診療ガイドライン

- 諸外国等における生活習慣病に関するガイドラインでは、薬物療法で病状が安定している場合は、数か月に1度の経過観察が適当とされるケースもある。

◆ 諸外国等における生活習慣病（高血圧や脂質異常症）の経過観察中のガイドライン

高血圧	2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension Hypertension Canada's 2020 Comprehensive Guidelines for the Prevention, Diagnosis, Risk Assessment, and Treatment of Hypertension in Adults and Children	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。… 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。 高血圧のフォローアップのガイドライン 3. 降圧治療薬を受けている患者は、血圧のレベルに応じて、2回連続の診察で測定値が目標値を下回るまで、毎月または2か月ごとに診察を受ける必要があります…。 目標血圧に達したら、患者は3～6か月間隔で診察を受ける必要 があります。
脂質異常症	動脈硬化性疾患予防ガイドライン（2022年版）（日本動脈硬化学会）	4.4 薬物療法のフォローアップ BQ21 薬物療法開始後には定期的な検査が必要か？ 薬物療法開始後は、副作用に関連する症状に留意するとともに薬剤効果の確認と用量調節、生化学的検査による副作用確認と生活指導への活用のため、 投与開始後半年間は2～3回程度、その後は3～6か月に一回程度、定期的に検査を行うのが望ましい 。
糖尿病	Standards of Care in Diabetes (American Diabetes Association)	2型糖尿病に対する薬物療法 推奨事項 9.17 投薬プランと投薬行動は、治療に影響を与える要素を勘案するため、 定期的（例：3～6か月ごと）に再評価され、必要に応じて調整を受けるべき である。（エビデンスレベル E：専門家のコンセンサス又は臨床経験）

40

外来診療所の地域偏在の是正 ～診療報酬での実効性ある対応～

- 医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在を是正するため、2024年12月、厚労省において、「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」が決定され、規制的な手法を含め、必要な制度的な対応が令和7年国会に提出された医療法等の改正で図られる見込み。
- 一方で、経済的インセンティブについては、実効性のある診療報酬上の対応とあわせて、令和8年度予算編成過程での検討とされた。具体的に、2026年度診療報酬改定では、①外来医師過多区域での要請・勧告に従わない場合の減算措置、②より一般的な形で医師偏在是正に資する報酬上の仕組みによる対応、③「医師手当事業」の財源確保のための改定での対応、の3つの方策を検討する必要がある。

◆ 大臣折衝事項（2024年12月）

5. 全世代型社会保障の実現等

(2) 医療提供体制改革 (略)

医師偏在対策については、新たな地域医療構想を通じて、将来の人口動向や医療需要等の変化に対応した効率的かつ効果的な医療提供体制の構築を進めることを踏まえ、重点医師偏在対策支援区域における**財政支援について真に必要な対応を検討**する。その上で、**医師の適正配置につなげるための支援の具体的な内容については**、全国的なマッチング機能やリカレント教育、医師養成過程の取組等とあわせて、支援の継続性の観点から**安定的な財源の確保を図りつつ、令和8年度予算編成過程で検討**する。

その際、令和8年度診療報酬改定において、外来医師過多区域における要請等を受けた診療所に必要な対応を促すための負の動機付けとなる診療報酬上の対応とともに、その他の医師偏在対策の是正に資する実効性のある具体的な対応について更なる検討を深める併せて、重点医師偏在対策支援区域における**医師への手当増額の支援については**、当該事業と診療報酬を給付費の中で一体的に捉える観点から、**当該事業の財源について、給付費や保険料の増とならないようにする形で、診療報酬改定において一体的に確保**する。

◆ 医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージ

【外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等】

- (略)開業後、要請に従わず、地域で不足している医療機能の提供や医師不足地域での医療の提供を行わない開業者に対して、都道府県において、都道府県医療審議会での理由等の説明を求めた上で、やむを得ない理由と認められない場合は勧告を行い、勧告に従わない場合は公表を行うことができることとする。
- さらに、[・・・]あわせて、**これらの開業者に必要な対応を促す観点から**、都道府県医療審議会や外来医療の協議の場合の毎年1回の参加を求めるとともに、要請又は勧告を受けたことの医療機能情報提供制度による報告・公表、都道府県のホームページ等での勧告に従わない医療機関名や理由等の公表、保健所等による確認、**診療報酬上の対応**、補助金の不交付等を行う。

【医師偏在対策における経済的インセンティブ等】

- 重点医師偏在対策支援区域における支援のうち、当該区域の医師への手当増額の支援については、全ての被保険者に広く協力いただくよう保険者からの負担を求める。また、医師への手当増額の支援については、診療報酬を代替するものであることを踏まえ、給付費の中で一体的に捉える。当該事業の実施について、保険者が実施状況や効果等を確認するための枠組みを検討する。

- **診療報酬において、医師偏在への配慮を図る観点から、どのような対応が考えられるか、さらに必要な検討を行う。**

【改革の方向性】(案)

- 医師の偏在是正のうち、特に、診療所の地域間偏在を解決するためには、2026年度診療報酬改定において、真に実効性のある診療報酬上の仕組みを創設することが不可欠。あらゆる方策を検討すべき。

41

外来診療所の地域偏在の是正 ①地域別単価の導入について

- 医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在を是正するための経済的インセンティブ措置として、地域別診療報酬の仕組みの活用を検討する必要がある。
- 具体的には、報酬点数×1点当たり単価（10円）となっている診療報酬について、診療所不足地域と診療所過剰地域で異なる1点当たり単価を設定することが考えられる。

◆診療報酬の仕組み

全国一律（注）		全国一律	
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	291点	10円	
再診料	75点		
調剤基本料1	45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>

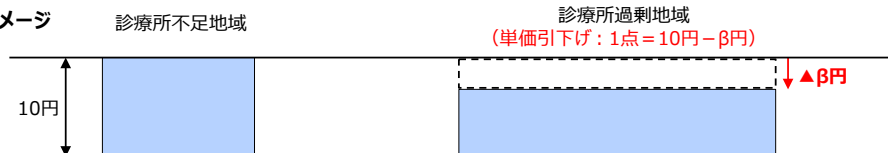
○保健医療2035提言書（抄）（2015年6月「保健医療2035」策定懇談会）
「診療報酬については、例えば、地域ごとのサービス目標量を設定し、不足している場合の加算、過剰な場合の減算を行うなど、サービス提供の量に応じて点数を変動させる仕組みの導入を検討する。都道府県において医療費をより適正化できる手段を強化するため、例えば、将来的には、医療費適正化計画において推計した伸びを上回る形で医療費が伸びる都道府県においては、診療報酬の一部（例えば、加算の算定要件の強化など）を都道府県が主体的に決定することとする。」

<医療機関の医療収入の安定>

○財政制度等審議会建議（抄）（2021年5月）
「新型コロナウイルス患者受け入れ病院に対する収入面への対応として、これまでも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ウイルス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、たとえば前年同月ないし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当面の措置のイメージ



【改革の方向性】（案）

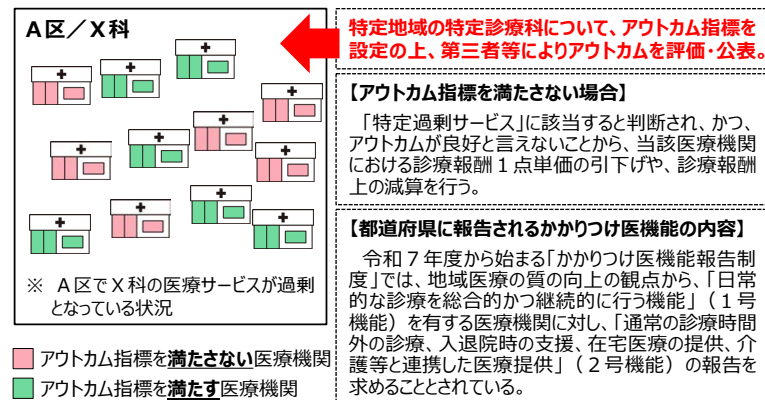
- 医師偏在対策として、地域別診療報酬の仕組みを活用し、報酬面からも診療所過剰地域から診療所不足地域への医療資源のシフトを促していくべき。なお、当面の措置として、診療所過剰地域における1点当たり単価（10円）の引下げを先行させ、それによる公費の節減効果を活用して医師不足地域における対策を別途強化することも考えられる。

42

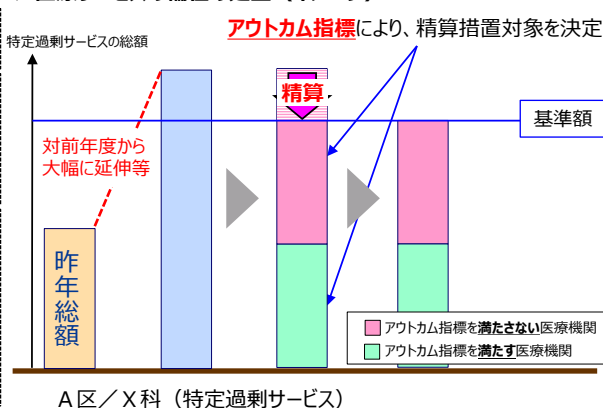
外来診療所の地域偏在の是正 ②過剰サービスの評価の適正化

- 医師偏在対策のための経済的インセンティブについては、新たな診療報酬上のディスインセンティブ措置を組み合わせることが有効。このことは、メリハリの効いた政策誘導という観点のみならず、医師少数区域への財政支援を継続的に実施していくに当たり、国民負担を軽減する観点からも重要。具体的には、客観的な基準に照らして、ある地域の特定の診療科に係る医療サービスが過剰であると判断される場合には、需要の掘り起こしが発生しているとみなし、当該医療サービスを「特定過剰サービス」として減算の対象とすることが考えられる。
- ただし、一律の減算は必ずしも適当ではないと考えられることから、特定過剰サービスを対象とした（診療科ごとの）アウトカム指標を設定・評価した上で、当該評価においてアウトカムが良好と判定された場合には、付加価値を適正に生んでいるとみなし、当該減算措置の対象から除外するといったことも考えられる。なお、「かかりつけ医機能」やNDBデータをアウトカム指標の設定・評価に活用することも考えられる。
- また、「特定過剰サービス」単位ごとに見た医療費について、例えば対前年度から大幅に延伸するなど、一定の「基準額」を超過した場合には、アウトカム指標を満たさない医療機関を中心に、超過額の保険償還分を精算するといった仕組みを併せて導入することも検討の余地がある。

◆「特定過剰サービス」における減算（イメージ）



◆医療サービスの偏在の是正（イメージ）



【改革の方向性】（案）

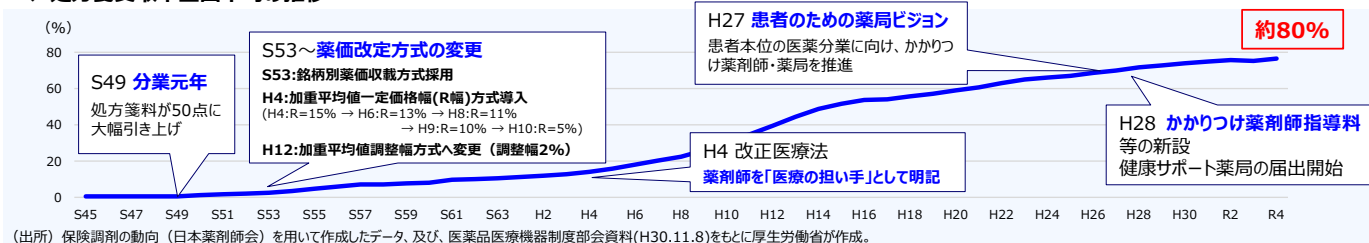
- 実効性ある医師偏在対策のためには、診療報酬上のディスインセンティブ措置が不可欠。適切なアウトカム指標導入とセットで、「特定過剰サービス」に対する減算措置を導入すべき。また、「特定過剰サービス」に係る保険給付については、アウトカム指標に応じた減算措置に加え、各年度の「基準額」を超過した場合の精算措置の導入についても検討すべき。

43

医薬分業の進捗を踏まえた処方料・処方箋料の在り方

- 医薬分業とは、医師が患者に処方箋を交付し、薬剤師がその処方箋に基づき調剤を行い、医師と薬剤師がそれぞれの専門分野で業務を分担することによって、医療の質の向上を目指すもの。なお、医薬分業の推進の背景としては、医療機関による薬価差益の獲得を目的とした過剰投与も指摘されていた。
- 処方箋料（院外処方）の引上げなど政策的な後押しにより、医薬分業は相当な進捗を見せていると評価できる。また、薬局に求められる役割として、医療関係者等との連携による地域住民に対する薬物治療（外来・在宅医療）の提供の重要性が広く認識されるに至っている。

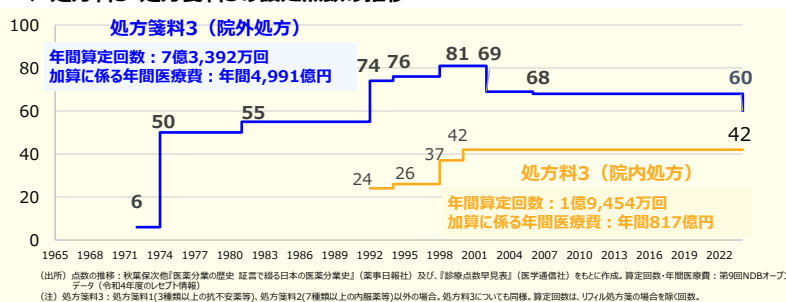
◆ 処方箋受取率全国平均の推移



（参考）薬価改定方式の変更による薬価差の縮減



◆ 処方料3・処方箋料3の設定点数の推移



【改革の方向性】（案）

- 処方箋料（院外処方）を手厚く評価する現行の報酬体系については、その政策的意義を含め、再考の余地があるのではないかと。具体的には、医薬分業の進捗状況を踏まえ、処方料（院内処方）の水準との関係で、処方箋料（院外処方）の適正な水準を検討すべき。

44

リフィル処方の推進に向けた取組

- 生活習慣病患者の数は急増しており、症状が安定し長期間の処方可能なケースも増加していると考えられる。
- 医薬分業の本旨から考えれば、こうしたケースについては、リフィル処方とかかりつけ薬剤師による服薬状況等の確認を組み合わせることにより、通院負担を軽減させ、患者の利便性を向上させることが可能と考えられる。これにより、長期間の処方に係る患者の服薬状況等に関する医師の不安の解消にもつながる。

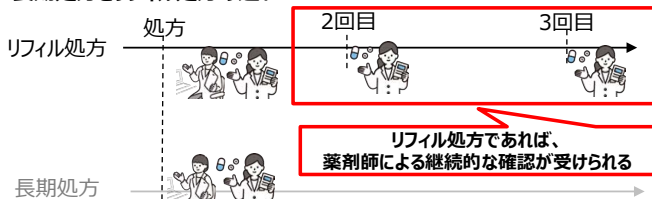
◆ 処方期間を巡る経緯

- ・ 平成14年度報酬改定の際に、原則として疾患名又は医薬品名を限定した投与日数の制限は行わないこととされた。
- ・ 収載から1年以内の新薬（実質的に、既収載品によって1年以上の臨床使用経験があると認められる新医薬品等の特例は除く）及び、麻薬・向精神薬など厚労大臣が定めるものは、日数が設定されている。

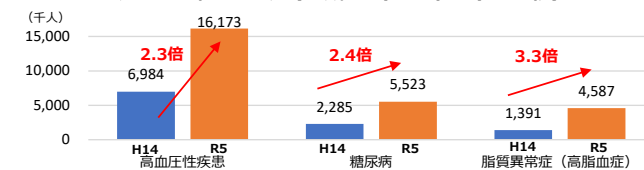
◆ 医薬分業のメリット（平成27年10月 厚生労働省「患者のための薬局ビジョン」より抜粋）

- ア 服用歴や現在服用中の全ての薬剤に関する情報を一元的・継続的に把握し、次のような処方内容のチェックを受けられる
- ・ 複数診療科を受診した場合でも、**多剤・重複投薬等や相互作用が防止される。**
 - ・ 薬の副作用や期待される効果の**継続的な確認を受けられる。**
- イ **在宅で療養する場合も、行き届いた薬学的管理が受けられる。**
- ウ 過去の服薬情報等が分かる薬剤師が相談に乗ってくれる。また、薬について不安なことが出てきた場合には、**いつでも電話等で相談できる。**
- エ **かかりつけ薬剤師からの丁寧な説明により、薬への理解が深まり、飲み忘れ、飲み残しが防止される。**これにより、**残薬が解消される。**

◆ 長期処方とリフィル処方の違い



◆ 生活習慣病に係る総患者数（平成14年と令和5年の比較）



◆ リフィル処方を選択した理由

- 長期処方ではなくリフィル処方箋を発行する理由（複数回答）
- ・ 「薬剤師との連携により患者の状態や副作用のモニタリングができるため」 50.6%
 - ・ 「患者が適切に薬の管理ができるか心配なため」 38.4%
- （出所）厚生労働省中央社会保険医療協議会（令和7年4月9日）資料（後-2-1）

◆ 診療報酬上の扱い

- ・ 生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）、地域包括診療料等の要件に追加

要件
患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。

- ・ 特定疾患処方管理加算（加算の見直し） R6改定

28日未満の処方を行った際の特定疾患処方管理加算(Ⅰ)は廃止し、28日以上処方のみで算定可能とし、また、リフィル処方を行った場合にも算定可能とした。

◆ リフィル処方箋の実績（令和6年7月診療分）

全処方箋数に対するリフィル処方箋の割合 0.07% (51,048/73,176,800)

（出所）中央社会保険医療協議会 総会（令和7年4月9日）資料

【改革の方向性】（案）

- リフィル処方を短期的に強力に推進していく観点から、早期に的確なKPIを設定するとともに、リフィル処方の実績がリアルタイムで確認できるような仕組みを設けるべき。また、特定の慢性疾患などにおいて、継続的な状況確認が必要な場合でも、薬剤師との連携によりリフィル処方が活用されるよう、診療報酬上の加減算も含めた措置を検討すべき。

45

I. 我が国の医療保険制度の特徴と課題

II. 質の高い医療の効率的な提供

- (1) 医療提供体制の改革
- (2) 診療報酬改定
- (3) 調剤報酬改定
- (4) 費用対効果評価の活用・患者本位の治療
- (5) 保険者機能の発揮

III. 保険給付範囲の在り方の見直し

- (1) セルフケア・セルフメディケーションの推進
- (2) 高額薬剤への対応、入院時の部屋代

IV. 高齢化・人口減少下での負担の公平化

- (1) 高齢者の活躍する長寿社会にふさわしい高齢者医療制度の在り方
- (2) 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

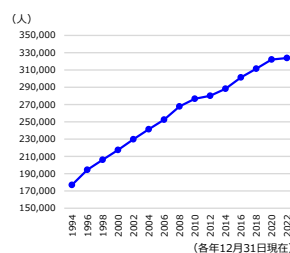
調剤報酬（総括）

- 日本における薬剤師数は増加傾向にあり、諸外国と見ると、その数は突出して多い。同時に、調剤薬局数も増加を続けているが、その立地の状況を見ると、診療所の近隣が多くなっている。
- これまでも、「対物業務」から「対人業務」へのシフトが進められてきたが、引き続き、重複投薬、多剤投薬の防止や残薬の解消、かかりつけ薬剤師機能の発揮といった観点から、対人業務を重点的に評価する報酬体系への一層のシフトを進めていくべき。

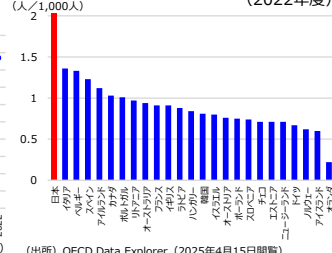
調剤報酬を巡る状況

○ 薬剤師数

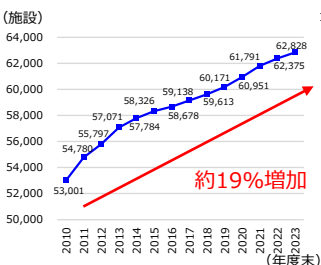
✓ 日本における薬剤師数の推移



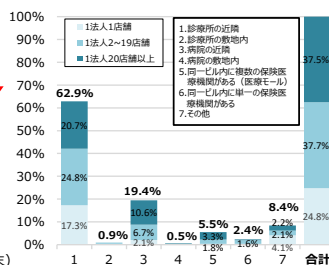
✓ 人口千人当たり薬剤師数の国際比較 (2022年度)



○ 調剤薬局数の増加



○ 立地の状況 (n=762)



これまでの取組

- 調剤基本料の適正化・地域支援体制加算等の要件の一定の見直し
- かかりつけ薬剤師・薬局への評価の重点化 (かかりつけ薬剤師指導料等の新設 (H28)・充実、地域支援体制加算の新設 (H30))
- 多剤投薬・重複投薬の防止に係る評価への重点化 (服用薬剤調整支援料の新設等)

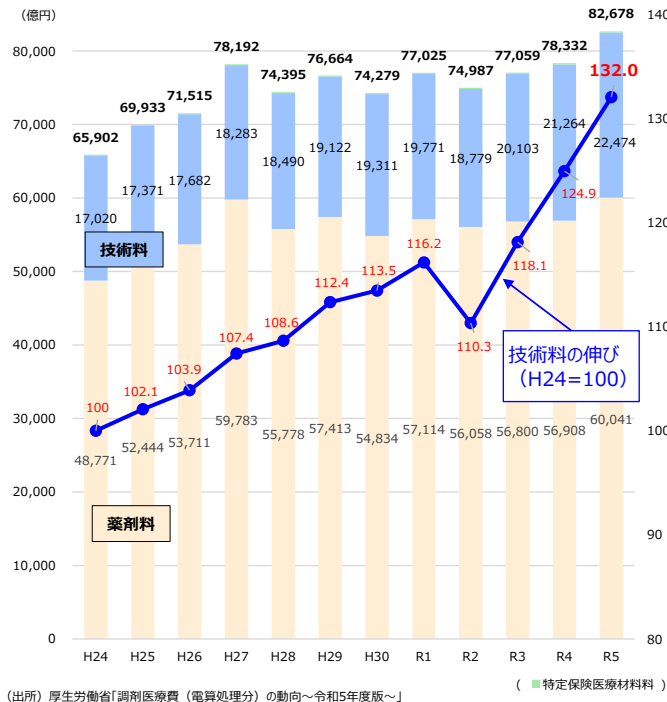
今後の改革の方向性

- 対人業務を評価する調剤報酬体系への一層のシフト
 - ・ 重複投薬、多剤投薬の防止や残薬解消の更なる推進
 - ・ ICT化等を通じた各種医療情報の活用による医療の質の向上や対物業務の効率化
 - ・ セルフケア、セルフメディケーションの支援等の健康サポート業務等の推進
 - ・ かかりつけ機能 (服薬情報の一元的・継続的把握、24時間対応・在宅対応、医療機関との連携) の発揮
- 薬局の経営状況を踏まえた更なる調剤基本料等の適正化

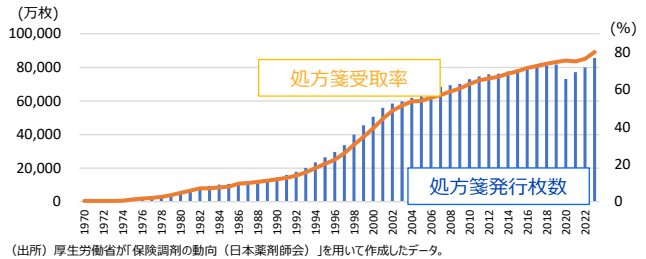
調剤報酬を巡る動向

- 医薬分業が進み、処方箋受取率が上昇する中で、処方箋発行枚数は増加傾向にあり、調剤医療費のうち技術料の伸びが顕著。
- 他方で、薬剤師数が増加していることから、薬剤師1人当たり処方箋枚数の大きな増加は見られないが、処方箋1枚当たりの技術料が増加傾向にあるため、薬剤師1人当たりの技術料は増加している。

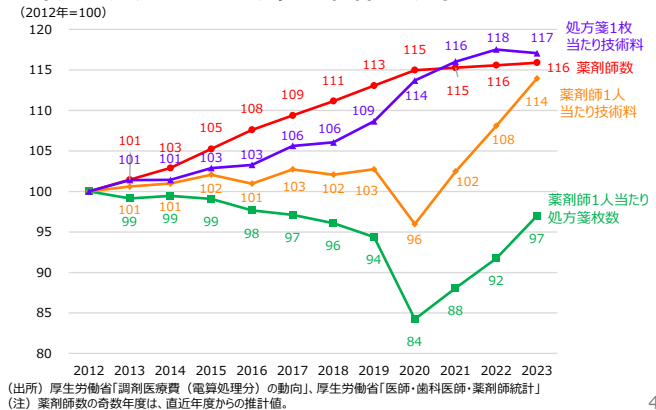
◆ 調剤医療費総額の推移



◆ 処方箋受取率の年次推移



◆ 薬剤師数と処方箋1枚当たりの技術料の増加など



対人業務へのシフト

- 調剤報酬のうち、技術料は、処方箋1枚当たりでも、薬剤師1人当たりでも大きく伸びており、適正化の余地が大きいと考えられる。
- 特に、2022年度改定で対人業務を評価するものとして位置付けられた調剤管理料は、薬学管理料の約5割を占めているが、あくまで表面的な整理に過ぎず、本来であれば真に対人業務を評価する報酬項目により重点化する必要があるのではないか。あわせて、これまで、政策推進のために手厚く評価してきた報酬項目(加算)であっても、政策目標の達成状況を踏まえながら、必要に応じ、報酬体系の再編等を検討すべき。

◆ 2022年度改定における調剤料の見直し

令和4年度診療報酬改定で、かつての「調剤料」が「薬剤調剤料」(対物業務)と「調剤管理料」(対人業務)とに整理されたが、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評価するに過ぎず、見直し前と比べて点数も概ね維持されている。

(R4改定)

「調剤料」
(対物業務)

「薬剤調製料」
(対物業務)

「調剤管理料」
(対人業務)

・調剤調整
・取り揃え・監査業務等

・処方内容の薬学的分析
・調剤設計等

【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。

社会保険研究所「調剤報酬点数表の解説(R6.6)」

【R4改定前】

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

【R4改定後】

薬剤調製料	一律24点				
調剤管理料	4点	28点	50点	60点	
(合計)	28点	52点	74点	84点	

※R6改定：変更なし

←改定前と同程度

	算定回数	年間医療費 ※括弧内は薬学管理料の総額に占める割合
調剤管理料	19億1,227万回	5,697億円 (54.3%)
(参考) 薬学管理料の総額		10,492億円

(出所) 厚生労働省「第9回NDBオープンデータ」(令和4年度のレポート情報)、「調剤医療費(電算処理分)の動向-令和5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。

【改革の方向性】(案)

- 対人業務を評価することとされている調剤管理料のメリハリ付けが不十分であることや後発医薬品の数量シェアが9割に迫っている状況に照らして、調剤技術料・薬学管理料に係る報酬体系の見直しを行うべきではないか。その際、かかりつけ薬剤師指導料や服用薬剤調整支援料といった、薬学管理料の中でも、真に「対人業務」を評価する項目への評価の重点化を進めるべき。

◆ 後発医薬品調剤体制加算の算定状況

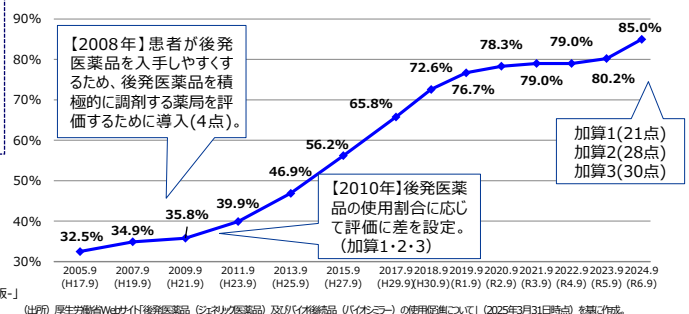
- 調剤基本料を算定している場合、その約8割で後発医薬品調剤体制加算を算定しており、医療費に換算すると、年間約1,600億円となる。

	算定回数	年間医療費(億円)
後発医薬品調剤体制加算	6億1,999万回	1,643億円

(参考) 調剤基本料の算定回数	8億610万回
-----------------	---------

(出所) 厚生労働省「第9回NDBオープンデータ」(令和4年度のレポート情報)

◆ 後発医薬品の使用割合の推移と主な経緯

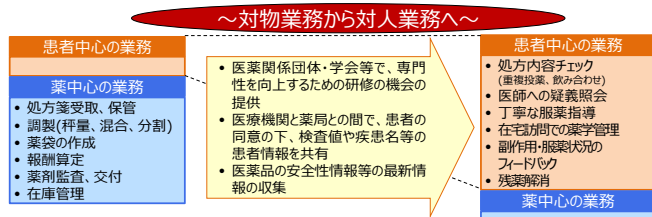


(参考) 対人業務評価の主な経緯

○ これまで、薬中心の「対物業務」から、患者中心の「対人業務」への重点化が進められてきているが、真に対人業務を評価する報酬（かかりつけ薬剤師指導料や服用薬剤調整支援料等）の算定状況は、芳しいとは言えない状況。

◆ 厚生労働省「患者のための薬局ビジョン」（2015年10月）

「患者のための薬局ビジョン」 ～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～
かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて



第2 かかりつけ薬剤師・薬局の今後の姿

2 薬局再編の全体像

(2) 2025年までに目指す姿

○ 薬局においても、地域における既存の役割等も生かし、薬物療法に関して、こうした地域包括ケアシステムの一翼を担うことが重要であり、**2025年までに、すべての薬局がかかりつけ薬局としての機能を持つことを目指す。**

◆ 対人業務の評価の主な経緯

年度	経緯
H28	<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
H30	<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新設 ・ 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
R2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 服用薬剤調整支援料2の新設
R4	<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

(出所) 中央社会保険医療協議会資料より作成

◆ 対人業務を評価する主な調剤報酬の算定状況

項目 2023年6月審査分	算定回数(回) カッコ内は調剤基本料に対する比率(%)	概要
調剤基本料 地域支援体制加算1	8,529,402 (12.26%)	
調剤基本料 地域支援体制加算2	14,458,807 (20.78%)	かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域医療に貢献する保険薬局の体制を評価するもの
調剤基本料 地域支援体制加算3	5,474,692 (7.87%)	
調剤基本料 地域支援体制加算4	3,036,528 (4.36%)	
調剤管理料 重複投薬・相互作用等防止加算(残薬調整)	237,478 (0.34%)	残薬調整に係る疑義照会等
調剤管理料 重複投薬・相互作用等防止加算(残薬調整以外)	159,886 (0.23%)	残薬調整以外の疑義照会等
かかりつけ薬剤師指導料	1,126,257 (1.62%)	かかりつけ薬剤師が、保険医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で、患者に対して服薬指導等を行った場合
外来服薬支援料1	27,688 (0.04%)	残薬一化・服薬カレンダー等による整理
外来服薬支援料2	15,701,267 (22.57%)	多剤投薬時の一化及び指導
服用薬剤調整支援料1	579 (0.001%)	服薬アドヒアラ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)	1,089 (0.002%)	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	32,288 (0.05%)	医療機関から求めがあった場合の情報提供
服薬情報等提供料2	94,793 (0.14%)	薬剤師が必要性を認めた場合の情報提供
(参考) 調剤基本料1・2・3、特別調剤基本料	69,572,166	-

(出所) 令和5年度社会医療診療行為別統計(令和5年6月審査分)

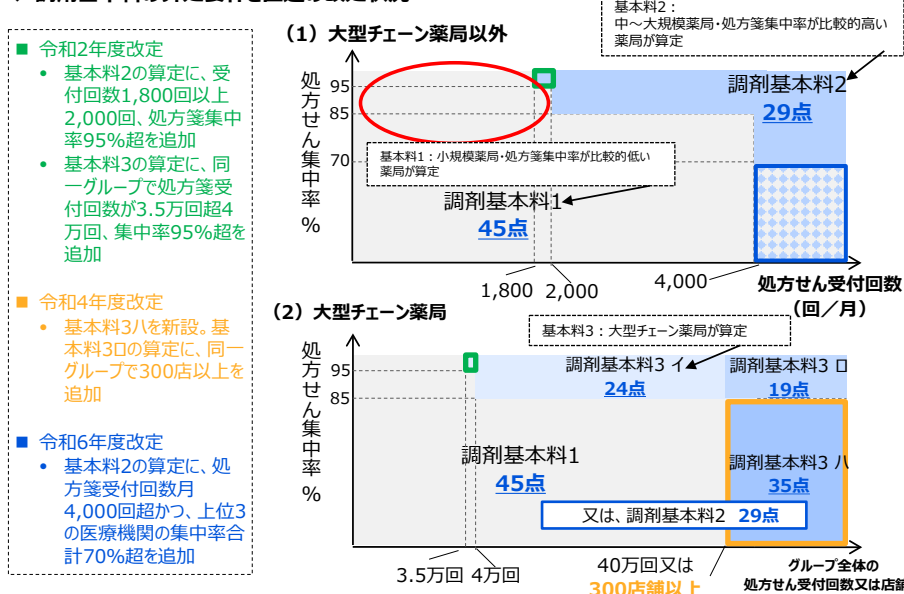
50

調剤基本料の在り方

○ 調剤基本料は、薬局の運営維持に要するコストを、処方箋の集中率と受付回数の側面を含めた効率性の観点から、経営の実態を踏まえて評価したもの。実際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、その点においては集中率の低い薬局に比べ低コストである。

○ 令和2年度から6年度の診療報酬改定においても処方箋集中率に応じた見直しが行われてきているものの、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



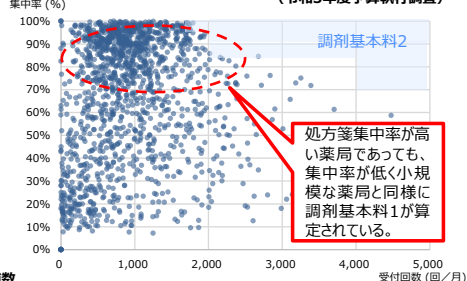
◆ 地域支援体制加算1又は2を算定している薬局の処方箋集中度と備蓄医薬品数

(令和5年度予算執行調査)

処方箋集中度	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)

◆ 処方せん集中度と受付回数の分布



【改革の方向性】(案)

○ 経営の実態を踏まえながら、処方せん集中度が高い薬局等における調剤基本料1の適用範囲を縮小すべき。

51

I. 我が国の医療保険制度の特徴と課題

II. 質の高い医療の効率的な提供

- (1) 医療提供体制の改革
- (2) 診療報酬改定
- (3) 調剤報酬改定
- (4) 費用対効果評価の活用・患者本位の治療
- (5) 保険者機能の発揮

III. 保険給付範囲の在り方の見直し

- (1) セルフケア・セルフメディケーションの推進
- (2) 高額薬剤への対応、入院時の部屋代

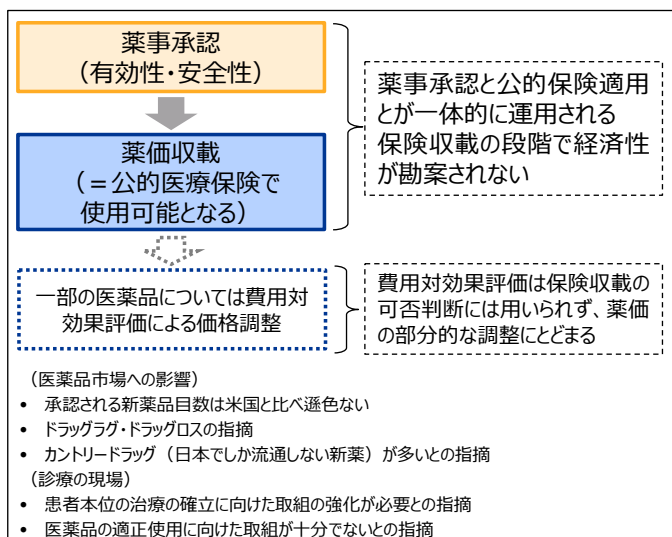
IV. 高齢化・人口減少下での負担の公平化

- (1) 高齢者の活躍する長寿社会にふさわしい高齢者医療制度の在り方
- (2) 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

費用対効果評価の活用・患者本位の治療（総括）

- 日本では、費用対効果評価を経ることなく、薬事承認された医薬品は、原則として全て、迅速に公的保険の対象となる（＝「薬価収載」される）。これは諸外国には見られない我が国の医療保険制度の大きな特徴。また、日本の医療現場では、高額療養費制度の下、一般に高額医療に対するコスト意識が働き辛い構造となっており、医師の判断に基づき自由に診療・薬剤処方が行われている。
- 日本の医薬品市場は、ドラッグラグ・ドラッグロスの課題が指摘される一方で、承認された新薬の製品数は米国と遜色なく、むしろカントリーリードラッグ（日本でしか流通していない新薬）が多いとの指摘もある。また、例えば、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ものであり、こうした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。
- 現役世代の保険料負担軽減を含め、国民皆保険制度の持続可能性を確保するとともに、創薬イノベーションの推進を図っていく観点から、諸外国の例も踏まえ、費用対効果などの経済性や患者利益を考慮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



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～）
- 地域フォーミュラの活用を奨励（2023年7月～）

今後の主な改革の方向性

- 費用対効果評価の一層の活用に向けた検討
 - ・ 対象医薬品や価格調整範囲の拡大、検討体制の強化
 - ・ 保険償還の可否の判断への利用
- 地域フォーミュラの普及・促進
- 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・休薬を含む治療の最適化に向けた調査・研究の推進

日本における医薬品の薬価収載（保険適用）の在り方

- 日本では、薬事承認された医薬品は、事実上すべて、速やかに公的保険の対象となる。こうした「無条件での薬価基準への収載」による財政影響は予算統制の枠外となっており、また、一旦保険収載された医薬品に対しては、その後の費用対効果評価の適用も極めて限定的。
- 「薬事承認、即、薬価収載」は、1980年代の日米MOSS協議で決まった「60日ルール」により強化され、明確化されたものだが、そうした運用の起源としては、1961年に国民皆保険が実現する前後で生じた「制限診療」を巡る歴史的な経緯の存在が挙げられる。
- 諸外国を見ると、①英国では、薬事承認後、費用対効果評価（臨床的有用性、医療経済性の評価）の結果に応じて、公的医療制度（NHS）での償還が判断され、②仏・独では追加的有用性評価を幅広く適用し、新薬の価格が決定・調整される。

◆「薬事承認＝薬価収載」となった歴史的経緯

～ 1960年当時は、療養担当規則で医薬品の使用基準が規定されており、医師が保険診療を実施する場合、自由に診療を行うことが認められてはなかった～

1960年 8月 日本医師会が「制限診療の撤廃」を含む4項目を強く要望

1961年 厚生省との調整が難航する中、医師会による「全国一斉休診」の実施（2月19日）、「保険医総辞退」の与党への通告・収拾を経て、非公開の「医療懇談会」での協議となる。（この間、中医協は停止状態。）

9月5日、医療保険懇談会の了解事項として、新薬・新療法をできるだけ速やかに保険に採用し、制限診療を緩和すること等が決定

～「薬事承認済だが保険未収載」の医薬品がある製薬企業は保険適用に向け積極的に活動～
～規制緩和が進み「薬事承認＝薬価収載」が慣習化～

1967年 9月 「医薬品の製造承認等に関する基本方針について」（昭和42年9月30日薬発第645号）にて、慣行上行われてきた薬事承認と薬価基準収載の手続きに係る一体的な運用方針を通知

～薬の「経済性」が考慮されず、無条件で薬価収載される慣行が完成～

1986年 10月 1985年の日米MOSS協議（Market-Oriented Sector-Selective talks）で無条件・迅速な保険収載という慣行を「60日ルール」として合意

2000年 9月 「医療用医薬品の薬価基準収載等に係る取扱いについて」（平成12年9月1日健政発第1032号発第152号）で初通知の発出

～公式な政策として、「無条件での薬価収載」「60日ルール」が明確化～

（出所）『医薬品の無条件収載（1）』（印南一路、（2024）『週刊社会保険』3295）等を基に作成

●『日本医師会通史』（<https://med.or.jp/jma/about/50th/>）

〔昭和36年は〕日本医師会の歴史のなかでもトップクラスの激動が続いた年であった。（略）皆保険体制に入るには最低限これだけの前提条件の整備が必要だとして、日本医師会が政府に求めたものが昭和35年夏の4項目要求であった。（略）〔1961年の2月の調整の過程で〕まず制限診療の緩和について具体的な申し合わせが交わされた。①学会が緊急必要と認める医薬品については、指針関係といえども簡素な手続きで保険に採用する。（略）この合意を評価して、日本医師会は3月1日からの保険医総辞退届の提出を延期した。（略）

〔懇談会での精力的な議論の結果、9月5日の第8回の会合で、全会一致で次のような了解事項をまとめた。①医療の水準を向上させるために新薬、新療法をできるだけすみやかに保険に採用し、制限診療を緩和する。（以下、略）

●制限診療の緩和

懇談会の合意を受けて、難尾厚相は9月15日、中医協に制限診療の緩和を諮問した。「高血圧治療指針を改正して血圧降下剤を新たに保険診療に採用する。精神科の治療指針を改正して新薬を採用して、1日使用量を増やす。歯槽膿漏治療指針を新設する」という内容であった。中医協は即日、諮問どおりの答申をした。

●『平成23年度版、厚生労働白書』

（略）国民皆保険後の保健医療では、1962（昭和37）年に保険診療において抗生物質、抗がん剤、副腎皮質ホルモン等の使用を認可するなど、いわゆる制限診療の撤廃が行われた。

●『新薬はなぜ、承認から60日で患者さんに届くのか -60日ルールの誕生と現状、これから-』（医薬産業政策研究所主任研究員 吉田晃子氏）

（略）6回の協議を経て、1985年12月11日に基本的合意が達成され、この合意により、医薬品・医療機器の承認審査手続きの簡素化・迅速化が実施される。（略）それまでは年何回といった取り決めはなく、慣例的に年2回程度だった新薬の収載は、1986年度より年4回収載へと変更された。承認を受けた医薬品がいつ保険適用になるのか見通せないという米国の強い主張が通った格好であり、これが60日ルールの始まりである。具体的な合意事項としては、「新薬は、承認後、より早く薬価収載されるよう、製造又は輸入の承認時期に合わせて年4回定期的に収載される。承認後できるだけ早く、原則60日以内、遅くとも90日以内に収載する。この方針は、1986年度以降に承認された新薬に適用される。」というものであり、有効期限はない。

54

（参考）制限診療の緩和の歴史

●『戦後医療の五十年 医療保険制度の舞台裏』（有岡二郎、日本醫事新報社、1997）（抜粋）

■制限診療の緩和進む

（略）懇談会の合意を受けて、難尾厚相は九月十五日、中医協（児玉政介会長）に制限診療の緩和を諮問した。「高血圧治療指針を改正して血圧降下剤を新たに保険診療に採用する。精神科の治療指針を改正して新薬を採用し、一日使用量を増やす。歯槽膿漏治療指針を新設する。」という内容だった。中医協は即日、諮問通りの答申をした。緩和は十一月一日から実施された。武見は「厚生省は国民皆保険を実施するために、医療費が絶対に上がらないという仕組みをつくらうとした。制限診療で徹底的に内容を縛って、高い薬は使わせないということで、医療費を節約しようとした。病気ごとに、使える薬の種類と、使う順序がきちんとリストに書いて決められていて、新しく良く効く薬があっても自由に使えない。使っていい薬も、まず第一順位の薬を使ってみて、何日間経って効かなかったら、次の薬を使ってよい、と決められていた。厚生省は、早く良い薬を使っておくという考え方がなくて、安い薬を長く使った方が良いという考え方なんだ。こういう考え方は、医師ではあるが臨床を知らない技官と、保険財政と権限のこしか頭にない事務官の合作だからで、そこに問題があった」と話している。これに対して、この時期、科学技術担当の官房参事官になっていた大村潤四郎は、「結核の治療指針や抗生物質の使用基準というのは、効く薬が二つあるなら安いものから使いなさい、できるだけ経済的に使いなさい、という考え方からだった。患者は死んだ、家もつぶれた、というのでは困る。薬の使い方に気をつけてできるだけエコノミーに使いなさい、というのは当たり前のことだと思う。昔の医者にも掛け倒れはあったが、そのころは、金持ちから、その分も含めて金をとっていた。しかし、健康保険というのは、労働者から集めた金で運営している。健康保険と自由診療には、考え方に差が違って当然だと反論している。（略）

■制限診療の撤廃が実現

三十七年十月には、制限診療の撤廃が実現した。三十六年十一月の制限診療の緩和に続く制度改正だが、内容はもっと徹底していた。

「抗生物質の使用基準」では、使用できる医薬品を挙げて定めていたのを廃止して、薬価基準に収載された医薬品ならどれでも使えることになった。使用の順序を定めた表も廃止された。「副腎皮質ホルモン等の使用基準」も、薬価基準に収載された医薬品は使用できるように改正されて、適応症の拡大や使用方法も大幅に緩和された。「歯科領域における抗生物質の使用基準」も改正された。いずれも九月二十五日付けで告示され、十月一日から実施された。（略）

三十八年五月には、結核の治療指針も改正された。それまでは、治療の対象となる病気を肺結核や腎臓結核など特定のものに限定し、検査の範囲もエックス線や菌検査など指定されたもの以外は認めていなかった。それを、すべての結核性の疾病を対象として必要な検査はなんでもできるようにした。

■制限診療の撤廃で医療費が高騰

制限診療の撤廃の後、医療費が大きく増えた。国民医療費は、診療報酬が年二回引き上げられた三十六年に対前年比二五・三％伸びたあとも、三十七年は一九・三％、三十八年は二三・〇％、三十九年には二四・五％と大幅な伸びを続けた。

ちょうど三十九年四月に国民皆保険が達成されたときだから、国民が医療サービスを利用する機会も大きく広がった。したがって、制限診療の撤廃だけが医療費増の理由とは言えないにしても、かなり医療費を押し上げたのは確かだった。制限診療の撤廃で、「一部の医師の間に保険ではもうなにをやっても良いのだ、制限はないのだという青天井論さえ出た」と保険局医療課長だった松尾は回想している。

小山〔※当時の保険局長〕は、前出の四十六年の雑誌のインタビューで、「医療費が増えると思っていたが、あれほど増えて、しかも増えた勢いがますます拡大していったという点、私が予見したよりも増え方が大きかった。動き出したらコントロールがきかない状態が出てきてしまった。そういう意味においては、もう少し用意してからなければならなかったということを感じ」と率直に反省の弁を語っている。

医療費増加の最大の原因は薬剤費の増加だった。副作用もないが効き目もあまりない薬や、既成の医薬品の成分構成をほんの少し変えただけの新薬、いわゆるソロ新が大量に使用されるようになったことが大きかった。保険局医療課の課長補佐で技官だった松浦十四郎（のちに医療課長、公衆衛生局長）によれば、当時の保険局内には、「抗生物質や副腎皮質ホルモンのようなノーベル賞級の薬は減多に開発されることはない、だから制限診療を撤廃しても薬剤費がそんなに増える心配はない」という考え方があって、制限診療撤廃に踏み切った。ところが実際には薬の使用量は大きく増えた。松浦はのちに、雑誌の回顧座談会で「なんと製薬メーカーの方が役人より頭が良くて、まったく裏をかかれた。いくら飲んでも効かない薬の開発を始めた。もちろん益もない。それをわっと飲まされちゃって、あつと驚いたときはもう遅かったというのが、制限診療撤廃とそれに伴う医療費の増加、そんなものじゃないか」という分析を語っている。

55

(参考) 諸外国における費用対効果評価と追加的有用性評価の活用状況

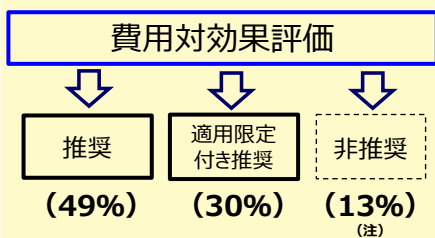
- 公的な医療保険等が医療の財源の中心である国においては、薬事承認のほかに、薬価のコントロール手段として、①費用対効果分析（英等）や②追加的有用性評価（仏、独等）により、保険償還の有無や償還価格を決める仕組みを採用しているのが一般的。
- 例えば、①英では、薬事承認され薬価がついたとしても、保険償還の対象となるとは限らない（地域のNHSが償還リストを決定。）。実際、1割強の新薬の保険収載が非推奨となっているほか、新薬の3割は、適用場面を限定した上で保険収載を推奨している。推奨された新薬について費用対効果の結果を踏まえて償還価格の調整・決定がなされる。また、②仏独では新薬の5～6割程度について追加的有用性無と評価されている。こうした評価の結果に基づきメリハリの効いた表面価格が決定される。

「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

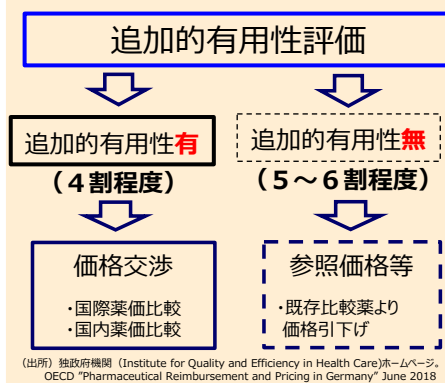
【英の例】



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、独の例】



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1.0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 Dowlin, 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

56

我が国における費用対効果評価の適用の在り方の見直し

- 健康は幸福追求の前提であり、ゆえに医療は多くの国で基礎的なセーフティーネット（社会共通基盤）に位置づけられている。しかし、だからといって無尽蔵な医療提供が肯定されるものではなく、国民の「命」に直結する分野であるからこそ、他の公共政策分野と同様、希少な医療資源（人材・財源）を最大限有効に活用し、国民の健康価値の維持・向上に繋げるべきと考えられる。
- 医療分野での費用対効果評価の活用により、国民にとって必要な医療が保障されることを前提として、例えば、適切なエビデンスに基づき、①「比較薬と効果が同等だが、必要な医療資源が過大（過小）な薬」の薬価を比較薬と同額以下（以上）とすることや、②「対症療法や無治療との比較で追加的有用性がない薬」には保険を適用しないこと等は、被保険者としての国民の賛同を得られるのではないか。

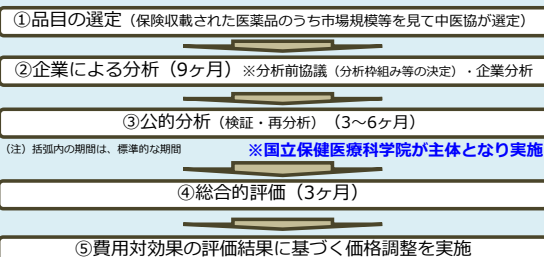
(参考) 経済財政運営と改革の基本方針2024（骨太方針2024）（令和6年6月21日閣議決定）

引き続き迅速な保険収載の運用を維持した上で、イノベーションの推進や現役世代等の保険料負担に配慮する観点から、費用対効果評価の更なる活用の在り方について、医薬品の革新性の適切な評価も含め、検討する。

(参考) 大臣折衝事項（令和6年12月25日厚生労働省）

我が国の費用対効果評価の更なる活用に向け、引き続き、対象範囲の拡大に向けた検討を進めるとともに、費用対効果評価の実施体制の強化や適切な評価手法の検討とあわせ、薬価制度上の活用方法、診療現場での活用の方策など、今後の在り方について具体的な検討を進める。

◆我が国の費用対効果評価の手順



評価体制：国立保健医療科学院 8名、大学への委託で31名（令和7年4月現在）

◆費用対効果評価の検討に係る主な経緯

2010年頃～	中医協において、費用対効果の導入についての議論
2012年5月	中医協に費用対効果評価専門部会を設置
2013年11月	中医協において「議論の中間的な整理」
2015年6月	「骨太方針2015」において、費用対効果を考慮することについて、平成28年度診療報酬改定に際して試行的に導入することとされた。
2016年4月～	費用対効果評価の試行的導入
2018年6月	「骨太方針2018」において、費用対効果評価については本格実施に向けてその具体的内容を引き続き検討し、2018年度中に結論を得ることとされた。
2019年4月～	費用対効果評価制度の本格運用開始

【改革の方向性】(案)

- 費用対効果評価について、対象とする薬剤の範囲や、価格調整の対象範囲を拡大するとともに、費用対効果評価の結果を保険償還の可否の判断に用いることも検討すべき。併せて現行の評価体制の抜本的な強化を進めるべき。
- 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させることにより、経済性の観点から診療の現場にも徹底させるべき。

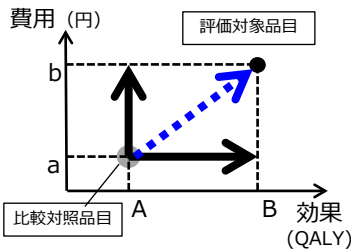
57

(参考) 我が国の費用対効果評価制度の仕組みの現状

- 2019年度から開始された費用対効果評価制度については、「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」に対象が限定されている。結果として、2025年3月時点で、43品目に対する評価の実施に留まっている。(うち32品目で価格引下げ)
- 費用対効果の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、結果として、これまでの薬価の引下げ幅は最大▲9.4%にとどまる。また、保険償還の可否の判断に用いられていない。

◆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
- ✓ 治療方法が十分存在しない稀少疾患(オーファン、指定難病等)や小児用の医薬品は対象外



- ✓ 指標としてICERを使用
(Incremental Cost-Effectiveness Ratio)

※A・a: 既存の治療法、B・b: 評価対象品目
※QALY: 健康状態と生存年数を勘案して効果を数値化

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

- ◎ QALY (Quality-Adjusted Life Year)
= QOL (Quality of Life) × 生存年数

■ QOLは患者に対する質問票の結果を数値化(0~1)

(例) 完全に健康な状態で1年間生存する場合: $1 \times 1 = 1 \text{ QALY}$

◆費用対効果評価の具体例

品目名	効能・効果	比較対照技術	ICER (円/QALY) の区分	価格調整の結果
ゾコバ錠	新型コロナ	標準治療(コロナ治療薬を用いない対症療法)	費用増加※ ※ 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: 7,407.40円/錠 ⇒調整後価格: 7,090.00円/錠 ※削減率: ▲4.3%

◆費用対効果評価における価格調整範囲

- ✓ 現状、薬価制度の「補完」としての役割に留まっている。
- ✓ 価格調整の範囲は、極めて限定的。

価格調整対象

- ※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

製品総原価	営業利益 ※1	加算部分 ※2
流通経費		
消費税		

- ・類似薬効比較方式の場合、有用性系加算のみ。
- ・原価計算方式の場合は営業利益も対象だが、開示度が低い場合に限定。

◆具体的な価格調整の方法

- ✓ 費用対効果評価の結果に応じて価格を調整
- ✓ 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)
- ・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

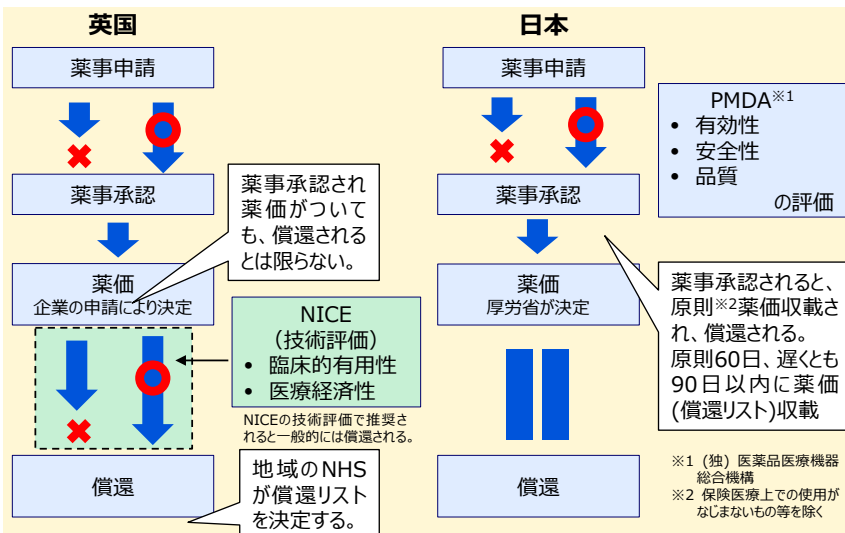
✓ なお、医療費の減少につながる品目等は価格を据置き又は引上げ

58

(参考) イギリスの事例

- 認知症治療薬のドナネマブについては、英国と日本の両国で薬事承認されているが、医療制度上の取扱いについては異なる方向性で検討が進んでいる。日本では、保険収載から概ね60日を経て保険収載されたが、英国では、NICEによる技術評価において「非推奨」とされるDraft guidanceが示されており、公的医療でカバーされるとは限らない。(最終のガイダンスは2025年6月発行予定)

◆英国と日本の償還制度の違い(医療用医薬品の場合)



(出所) 中央社会保険医療協議会費用対効果評価専門部会(2012年10月31日、福田参考人提出資料)を加工

◆ドナネマブ(認知症治療薬)の例

【英国】

- 医薬品・医療製品規制庁(MHRA)による承認 2024.10.23

- NICEによる判断(2024.10.23)

定期的な点滴や重大な副作用を防ぐための集中的な観察を含むドナネマブを提供するコストと、当該医薬品が患者にもたらす比較的小さな利益とを比較すると、**納税者にとって有益であるとは言えない。**

↓
ガイダンス素案における技術評価
⇒「非推奨」

※NICEは、類似の認知症治療薬である「レカネマブ」についても、2024年8月に非推奨とするガイダンス素案を発行。

【日本】

製造販売承認日 2024.9.24

↓(約60日後)

薬価収載 2024.11.20

補正加算: 有用性加算(Ⅱ) A=5%

350mg 20mL1瓶 66,948円

◆ドナネマブについての医薬品評価責任者の発言

NHSで利用される医薬品をNICEが承認するためには、当該医薬品が患者にとって追加的な恩恵をもたらさなければならず、かつ、**当該医薬品の使用がNHSのリソースと納税者が納めた税金を有効に活用する形となっていることを証明しなければならない。**

我々の独立委員会は、介護サービス提供者にもたらす利益を含めて、全ての利用可能なエビデンスを確認した。これにより、ドナネマブは、認知の低下を4-7か月遅らせることができるが、これはNHSが追加的に支払うことになるコストを正当化するには不十分なものである。(Helen Knight, director of medicines evaluation at NICE)

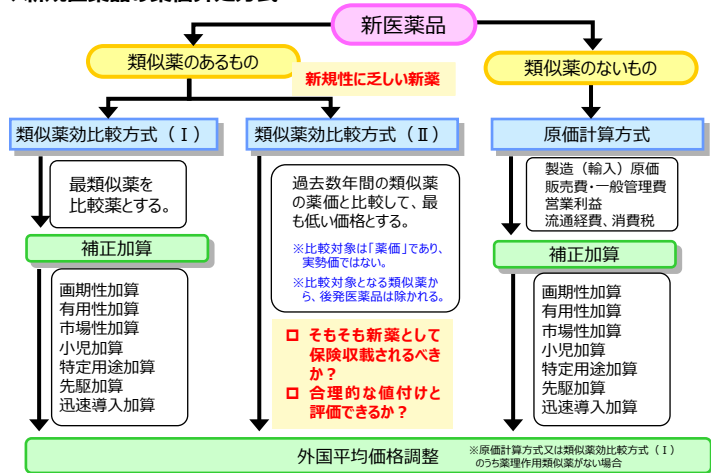
(出所) NICEのWEBサイト、中央社会保険医療協議会資料より作成

59

新規性に乏しい新薬の保険収載について

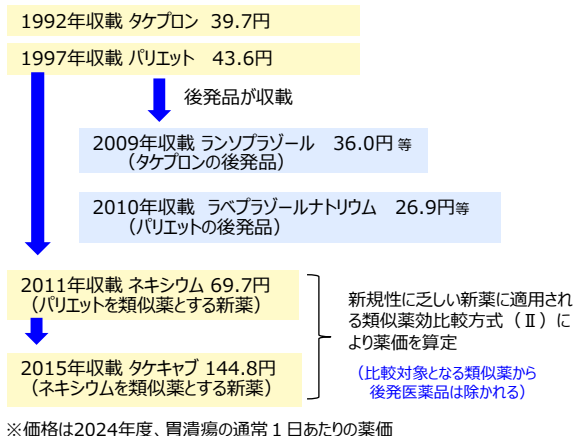
- 「薬事承認、即、薬価収載」となる中で、類似薬が既に存在し、革新性や追加的な有用性等の利点がない新薬であっても、薬機法の承認さえあれば（ほぼ）自動的に、類似薬効比較方式（Ⅱ）で値付けされ、保険収載されることとなる。
- このことは、新規性に乏しい新薬を開発するインセンティブを製薬企業に与え、革新的新薬の開発意欲を削ぐ点で創薬力強化の点で問題であるだけでなく、限られた医療資源を国民・患者の健康価値の向上に効率的に振り向けるという原則に照らしても大きな問題。

◆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）



【改革の方向性】（案）

- 現役世代の保険料負担軽減を含め、国民皆保険制度の持続可能性を確保することはもとより、創薬イノベーションの推進を着実に図っていく観点から、費用対効果評価の考え方を踏まえた、薬価の一層のメリハリ付けを促進していくべき。
- こうした観点から、特に、類似薬効比較方式（Ⅱ）については、新規性に乏しい新薬をどのように保険収載すべきか、どのように薬価を算定すべきか、といった観点から、費用対効果評価の活用方策も含め、抜本的かつ具体的な検討を早急に進めるべき。

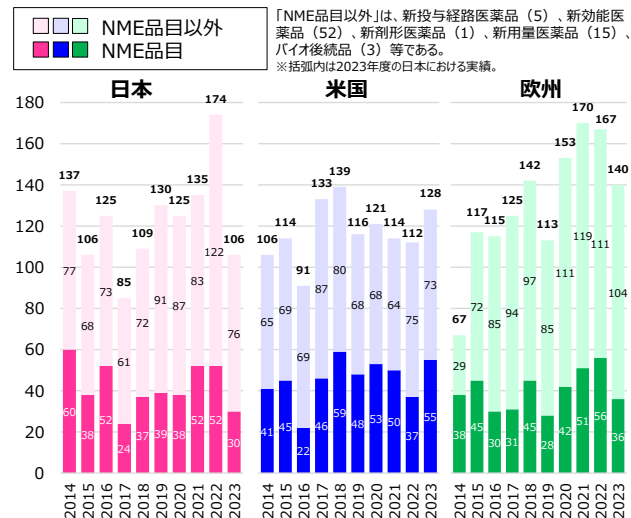
60

（参考）費用対効果評価と日本の医薬品市場の関係について

- 日本の医薬品市場は、ドラッグラグ・ドラッグロスの課題が指摘される一方で、「費用対効果が顧みられることなく、原則、薬事承認された医薬品がすぐさま保険収載される」という我が国の薬価制度の希有な特徴を背景にして、承認された新薬の製品数は米国と遜色なく、むしろ、日本では、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。
- 今後、真に革新的な新薬とそうでないものを差別化し、メリハリある価格設定を行うことは、我が国の医薬品市場の魅力を高め、製薬企業の国際競争力の強化にもつながるとともに、ひいては国民の革新的な医薬品へのアクセス改善につながると考えられる。

◆日・米・欧における新薬の承認品目数

- ✓ 2014～2023年の10年間で承認された新薬は米国が1,174品目、日本が1,232品目となっている。また、そのうちNME（新有効成分含有医薬品）についてみると、米国が456品目であるのに対して日本は422品目となっている。



地域フォーミュラの普及・促進

- 患者本位の良質な治療を全国どの地域でも保障するためには、「標準的な薬物治療」の推進が重要。「有効性・安全性・経済性」等を踏まえ、優先的に選択されるべき「医薬品のリスト・使用指針」として地域関係者が策定する「地域フォーミュラ」の普及が期待される。
- 地域フォーミュラは、患者本人や医療保険者はもとより、医療機関や薬局、医薬品流通業界にもメリットが大きい一方、取組事例は一部地域に留まっており、政策的にも、後発医薬品の使用促進の文脈で触れられている程度であり、その推進力は不十分である。

◆経緯

- 「骨太方針2021」（令和3年6月18日閣議決定）が「フォーミュラの活用」を提唱。
- 令和4年度厚生労働科学特別研究事業の成果を踏まえ、2023年7月7日、厚労省が「フォーミュラの運用について」（課長通知）を发出。
- 2023年11月には、日本フォーミュラ学会が、「地域フォーミュラの実施ガイドラインー地域フォーミュラの作成・運営・評価などに関する指針ー」を公表。

◆定義

(1) 地域フォーミュラとは

- (略)「地域の医師、薬剤師などの医療従事者とその関係団体の協働により、**有効性、安全性に加えて、経済性なども含めて総合的な観点から最適であると判断された医薬品が収載されている地域における医薬品集及びその使用方針**」(略)

(2) フォーミュラの目的

- フォーミュラは、患者に良質な薬物療法を提供することを目的として、最新の科学的エビデンスに基づき、医学的・薬学的な観点のほか経済性等も踏まえて、地域における関係者の協働の下で作成・運用されるものである。

(出所)「フォーミュラの運用について」（令和5年7月7日厚労省課長通知）

◆医療費適正化に関する施策についての基本的な方針

(令和5年7月20日 厚生労働省告示第234号)

第四期都道府県医療費適正化計画においては、各都道府県が設定する後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進に関する数値目標の達成に向け、都道府県域内における後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進策等について記載することが考えられる。こうした施策としては、例えば、(略) **医薬品の適正使用の効果も期待されるという指摘もあるフォーミュラについて、都道府県域内の医療関係者に対して「フォーミュラの運用について」(令和5年7月)の周知をはじめとした必要な取組を進めることが考えられる。**

【改革の方向性】(案)

- 「標準的な薬物治療」に資する取組として、地域フォーミュラを強力に推進すべく、薬務行政における対応にとどまらず、各医療保険制度における保険者インセンティブ制度の活用や医療介護総合確保基金による支援など、必要な施策を早急に実施すべく。

62

生活習慣病治療薬等の処方の方

- 生活習慣病治療薬の処方は、性・年齢、進行度、副作用のリスク等に応じて、基本的には個別の患者ごとに医師が判断すべきものであるが、例えば、高血圧薬については、Ca拮抗系に比して高価とされるARB系が多く処方されている。英国のガイドラインでは、第一選択薬にCa拮抗系が推奨される患者もいる。
- また、糖尿病用剤（内服薬）についても、安価なビグアナイド系に比して、高価とされるDPP4系やSGLT2系が処方されているが、ビグアナイド系とDPP4系の使用においては、両者の間で合併症の抑制効果に差はないとする研究もある。

◆主な血圧降下剤（内服薬／外来・院外）の医療費影響額上位5品目

種類	主な品目	処方数量	薬価×処方数量
ARB系	アジリル錠20mg	297百万	416億円
ARB系	アジリル錠40mg	101百万	212億円
ARB系	アジリル錠10mg	77百万	72億円
ARB系/Ca拮抗系	レガルクス配合錠HD	90百万	71億円
ARB系	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	234百万	61億円

Ca拮抗系	シニジレン錠10mg「ザワイ」	144百万	27億円
-------	-----------------	-------	------

(出所) 第9回NDBオープンデータ（令和4年度のレセプト情報）

◆高血圧薬の使用に関するガイドライン

日本	英国
<p>【STEP1】</p> <p>【A】ARB・ACE阻害薬、【C】Ca拮抗薬、【D】サイアザイド系利尿剤のいずれか</p> <p>【STEP2】（以下の組合わせのいずれか）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ARB・ACE阻害薬 + Ca拮抗薬 ● ARB・ACE阻害薬 + サイアザイド系利尿剤 ● Ca拮抗薬 + サイアザイド系利尿剤 <p>【STEP3】</p> <p>ARB・ACE阻害薬 + Ca拮抗薬 + サイアザイド系利尿剤</p> <p>【STEP4】高血圧専門医へ紹介、【A】+【C】+【D】+MR拮抗薬、βもしくはα遮断薬、さらにほかの種類降圧剤</p>	<p>【STEP1】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 2型糖尿病を併発の全年齢 又は 55歳以下の非アフリカ系・カリブ系 → ARB阻害薬又はACE阻害薬 ● 55歳以上かつ2型糖尿病を併発せず 又は 2型糖尿病併発せずかつアフリカ系・カリブ系 → カルシウム拮抗剤 <p>【STEP2】(略)</p> <p>※ 1.4.27 適切であればジェネリックを処方し費用を最小限に抑える。</p>

(出所) 高血圧治療ガイドライン2019（日本高血圧学会）p.78図5-28
を改変

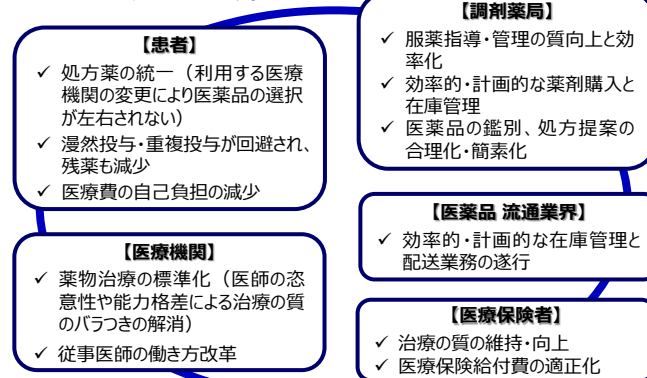
(出所) Hypertension in adults: diagnosis and management
(NICE guideline [NG136])

【改革の方向性】(案)

- 薬剤の適正使用の推進の観点から、生活習慣病治療薬等について費用対効果も加味した処方ルールを設定すべく。また、フォーミュラの活用により、処方ルールの実効性を高めるべき。さらに、必要に応じ、症状が安定した慢性疾患への治療薬（降圧剤等）のスイッチOTC化を推進するべき。

63

◆地域フォーミュラのメリット



◆先行事例

- ✓ **山形県酒田市**にて、地域医療連携推進法人「日本海ヘルスケアネット」が主体となり、医師会・薬剤師会と連携しつづ作成。（2018年11月）
- ✓ **大阪府八尾市**にて、薬剤師会、医師会、歯科医師会と市内の基幹3病院が連携して作成。（2021年11月）
- ✓ 足元では、**茨城県つくば地区、広島県備北地区、北海道札幌市手稲区**などで地域ごとの特色に沿った取組が進められている。

◆主な糖尿病用剤（内服薬／外来・院外）の医療費影響額上位5品目

種類	主な品目	処方数量	薬価×処方数量
DPP-4阻害薬	ジャスロ錠50mg	250百万	295億円
SGLT2阻害薬	シャディアン錠10mg	155百万	293億円
DPP-4阻害薬	トラゼンタ錠5mg	206百万	272億円
SGLT2阻害薬	フォシーガ錠5mg	140百万	250億円
SGLT2阻害薬	フォシーガ錠10mg	94百万	249億円

ビグアナイド	メトグルに錠250mg	557百万	56億円
--------	-------------	-------	------

(出所) 第9回NDBオープンデータ（令和4年度のレセプト情報）

◆糖尿病用剤の費用対効果に関する研究

【方法】2015年1月～2021年9月までに治療を開始した2型糖尿病患者について、傾向スコアマッチングを用いて主にビグアナイド（BG）を処方されている群とDPP-4を処方される群に分け（合計416人が分析対象）、生存率解析を行った。

【結果】治療開始時からのDPP-4阻害薬の使用と頻繁な通院は、その後の合併症の発症を抑制する効果はなかった。他方、DPP-4阻害薬を使用し高頻度で通院を行った群の年間の医療費は、BGを使用し、低頻度で通院を行った群の約1.9倍であった。**日本人2型糖尿病患者にとって、治療開始時にBGを使用しかつ比較的通院頻度を低くすることで、DPP-4阻害薬の使用や頻繁な受診と同程度の合併症抑制効果を得ながら医療費を削減することができると示唆される。**

Yoshihara, H., Tonoike, T., Ohno, H., Nishiuchi, S., Igarashi, A. (2024). Impact of Initial Treatment Policies on Long-term Complications and Costs in Japanese Patients with Type 2 Diabetes: A Real-World Database Study. Diabetes Ther, 15, 1811-1820. <https://doi.org/10.1007/s13300-024-01611-9>（財務省にて仮訳）

患者本位の治療の確立に向けた取組み（研究の推進とガイドラインの策定）

- 休薬・減薬に係る研究は、新薬開発の場合と比べ、研究に従事する者の数が多いとは言えない状況にあるが、治療の質を維持しつつ、医薬品の投与量を減らすことができるのであれば、患者にとっての意義も大きい。ただし、高額療養費制度があるため、一般に高額医療に対するコスト意識が働きづらく、仮に同等の効果を得られる医療をより低廉に受けられるとしても、現場でそれが実際に選択されるとは限らない。
- 現在、革新的な作用機序を有する医薬品に対し、最適使用推進ガイドラインが導入されており、患者や医療機関等に関する要件が設けられているが、同ガイドラインの対象医薬品は限定的であり、そもそも、休薬・減薬を含む患者本位の治療の実現や経済性の観点は盛り込まれていない。

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

休薬・減薬を含む効果的・効率的な治療に関する調査・研究を推進し、診療のガイドラインにも反映していく。

◆肺がん治療での薬剤投与を減量した場合も同等の効果が得られた例

<p>① 非小細胞肺がん治療に用いる免疫チェックポイント阻害薬を（患者の体重に応じて）減らした場合でも、効果が同等以上であると示唆される研究。</p> <p>Low, J.L., et al. "Low - dose pembrolizumab in the treatment of advanced non - small cell lung cancer." <i>Int J Cancer</i> 2021; 149: 169-176.</p> <p>Malmberg, R., et al. "Alternative dosing strategies for immune checkpoint inhibitors to improve cost-effectiveness: a special focus on nivolumab and pembrolizumab." <i>Lancet Oncol</i> 2022; e552-e561</p> <p>Grit, G.F., et al. "Real-world overall survival after alternative dosing for pembrolizumab in the treatment of non-small cell lung cancer: A nationwide retrospective cohort study with a non-inferiority primary objective." <i>Lung Cancer</i> 2024; 196: 107950.</p> <p>【仮に、こうした論文の検証研究が日本でも結実し、臨床に反映された場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 標準量200mg（42万円／回）→ 100mg（21万円／回） ■ 当該医薬品の2023年度売上高は1,650億円。一定の仮定の下、年間約140億円の適正化効果。 <p style="text-align: right;">※ペムブロリズマブ（キイトルーダ）</p>	<p>② EGFR変異陽性非小細胞肺がん治療に用いる分子標的薬剤の用量を減らした場合でも、効果が同等以上であると示唆される研究。</p> <p>Jänne, P.A., et al. AZD9291 in EGFR inhibitor-resistant non-small-cell lung cancer. <i>N Engl J Med</i> 2015;372:1689-1699</p> <p>Brown, K., et al. "Population pharmacokinetics and exposure - response of osimertinib in patients with non - small cell lung cancer." <i>British Journal of Clinical Pharmacology</i> 83.6 (2017): 1216-1226.</p> <p>Awano N, et al. "Outcome of osimertinib-treated patients with EGFR mutation-positive NSCLC requiring dose reduction." <i>Jpn J Clin Oncol</i> 2024, in press</p> <p>【仮に、こうした論文の検証研究が日本でも結実し、臨床に反映された場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 標準量80mg（18,540円／日）→ 40mg（9,670円／日） ■ 当該医薬品の2023年度売上高は1,070億円。一定の仮定の下、年間約150億円の適正化効果。 <p style="text-align: right;">※オシメルチニブ（タグリソ）</p>
---	---

◆最適使用推進ガイドライン

対象医薬品	・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25種類（64適応）の医薬品についてガイドラインを策定	より幅広い医薬品についてガイドラインを策定すべき
ガイドラインに盛り込む内容	・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	対象患者の状態に応じた投与量の調整など 治療最適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は、民間による調査研究が活発に行われにくい、減薬・休薬に係る研究など、コスト面を含む治療の最適化に関する研究・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、費用対効果評価の結果に基づく経済性の反映のほか、休薬・減薬を含めた投与量の調整方法など治療の最適化に関する事項についても盛り込むべき。

64

I. 我が国の医療保険制度の特徴と課題

II. 質の高い医療の効率的な提供

- （1）医療提供体制の改革
- （2）診療報酬改定
- （3）調剤報酬改定
- （4）費用対効果評価の活用・患者本位の治療
- （5）保険者機能の発揮

III. 保険給付範囲の在り方の見直し

- （1）セルフケア・セルフメディケーションの推進
- （2）高額薬剤への対応、入院時の部屋代

IV. 高齢化・人口減少下での負担の公平化

- （1）高齢者の活躍する長寿社会にふさわしい高齢者医療制度の在り方
- （2）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

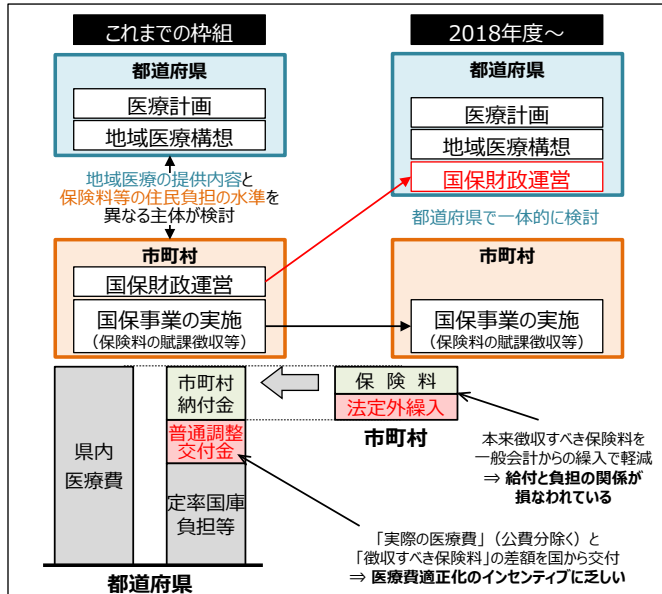
保険者機能の発揮（総括）

- 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、一体的に必要な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被保険者に求める」という、保険制度としての本来の仕組みとしていくとともに、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していく必要。
- また、こうした状況を踏まえ、国民健康保険と同様に、後期高齢者医療制度についても、財政運営の主体を都道府県とすることにより、ガバナンスをより一層強化することを検討すべき。

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

国民健康保険制度については、都道府県内の保険料水準の統一を徹底するとともに、保険者機能の強化等を進めるための取組を進め、人口動態や適用拡大による加入者の変化等を踏まえ、医療費適正化や都道府県のガバナンス強化等にも資するよう、調整交付金や保険者努力支援制度その他の財政支援の在り方について検討を行う。

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（国保）

- 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しつつ、法定外一般会計繰入等を段階的に解消
- 国保の「保険料水準統一加速化プラン」の公表

今後の主な改革の方向性

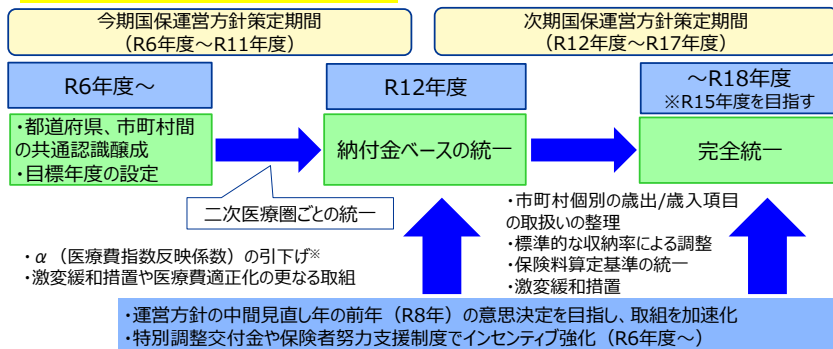
- 普通調整交付金の見直し
- 1人当たり医療費の地域差の解消
- 国保の保険料水準の統一に向けた取組の加速化
- 後期高齢者医療制度におけるガバナンス機能の発揮
- 国民健康保険組合への財政支援の在り方を見直し
- 生活保護受給者の国保等への加入

66

国民健康保険における保険料水準統一の加速化

- 平成30年度から都道府県単位化された国民健康保険制度においては、都道府県内のどの市町村に居住していても、各市町村の医療費水準（年齢調整後）にかかわらず、同じ所得水準・同じ世帯構成であれば、同じ保険料額となるよう、保険料水準の統一に向けた取組が進められており、令和6年6月に策定された「保険料水準統一加速化プラン（第2版）」（厚生労働省）では、令和12年度までに全ての都道府県で保険料水準（納付金ベース）の統一を目指すことが明記された。

◆「保険料水準統一加速化プラン」（R6.6）



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

◆ 各都道府県国保運営方針における取組予定

完全統一をR6年度に達成予定 2府県	完全統一の目標年度を定めている 19道県	※（ ）内は年度	納付金ベースの統一等の目標年度を定めている 16都県	納付金ベースの統一等の目標年度を定めていない 10府県
大阪府、奈良県	(9)滋賀県、(11)福島県、大分県、(12)北海道、青森県、埼玉県、福井県、山梨県、兵庫県、和歌山県、高知県、佐賀県、熊本県、(12～17)広島県、(15)群馬県、(18)神奈川県、香川県、(未設定 ※納付金ベースは達成)三重県、長崎県		岩手県、宮城県、秋田県、山形県、栃木県、千葉県、東京都、富山県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県、山口県、徳島県、愛媛県、鹿児島県	茨城県、新潟県、石川県、京都府、鳥取県(方針策定予定)、島根県、岡山県、福岡県、宮崎県、沖縄県

※ 各都道府県が目標年度の設定を更新する次のタイミングは、国保運営方針の中間年度である令和9年度

【改革の方向性】（案）

- 国民健康保険における保険料水準については、各都道府県内での被保険者間の受益と負担の公平性を確保する観点から、一刻も早く全ての都道府県で「納付金ベースでの保険料水準の統一」が実現するよう、国の加速化プランで掲げる「統一の目標年度」を早めることも含め、必要な対応を強力に進めるべき。また、「完全統一」についても、その達成に向けて取組を進めている保険者の横展開を図るべき。

67

普通調整交付金の配分方法の見直し

- 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5,800億円は、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（2025年度予算）

保険料 (22,300億円)	調整交付金（国） (9%※) 7,500億円
	定率国庫負担 (32%※) 20,400億円
	都道府県繰入金 (9%) 5,700億円

※ 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

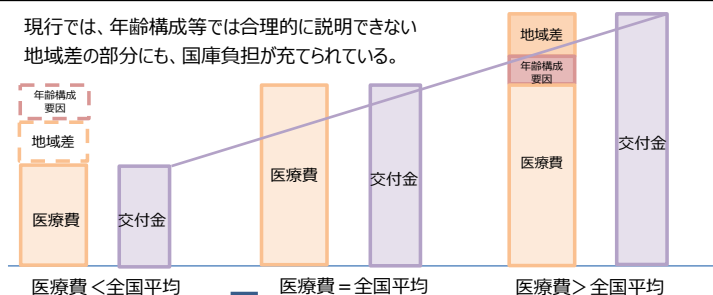
（参考）全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）
（2023年12月22日閣議決定）

- ・ 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。

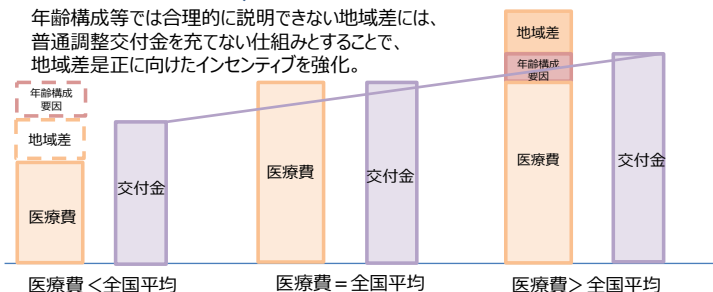
【改革の方向性】（案）

- 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。
- 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。

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、地域差は正に向けたインセンティブを強化。



後期高齢者医療制度のガバナンス

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

◆後期高齢者医療制度の概要（2008年（平成20年）4月～）

<運営主体>

- 全市町村が加入する**後期高齢者医療広域連合**

※ 都道府県とは別の地方自治法に基づく特別地方公共団体

<対象者数・医療費>

※ 令和7年度予算ベース

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

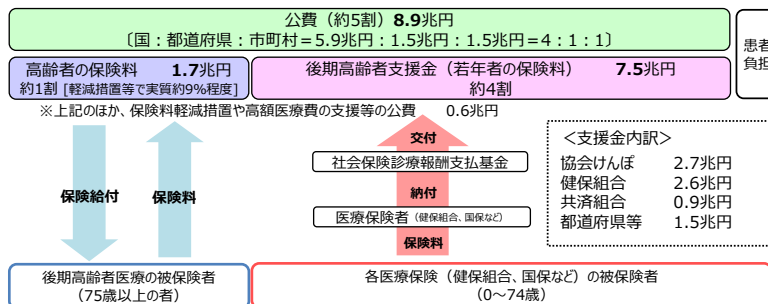
<保険料額>

※ 令和7年度見込

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

◆後期高齢者医療制度の資金の流れ

※ 数値は令和7年度予算ベース



◆都道府県と高齢者医療制度の関わり

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

◆47の後期高齢者医療広域連合の組織体制について

- ✓ 広域連合長は、市区町村長の間接選挙により選出されるが、実態として、現在は、全ての広域連合長が市区の首長となっている。
- ✓ 予算・条例を審議する広域連合議会についても、市区町村議会の間接選挙により選出され、首長・地方議会議員で構成されている。
- ✓ 広域連合の事務局の職員は、市区町村や都道府県、国保連からの短期での派遣職員により構成されており、そのほとんどは市区町村職員。

【改革の方向性】（案）

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

国民健康保険組合への財政支援の在り方の見直し

- 我が国の医療保険制度は、職域保険（被用者保険）と地域保険（国保・後期高齢者医療制度）の二本柱で構成されている。そのうち、地域保険については、被保険者の属性を考慮して定率の国庫負担が義務づけられているが、職域保険については、協会けんぽに対してのみ国庫負担が義務づけられている。
- 国民健康保険組合（国保組合）は、全ての市町村で国保事業の実施が義務づけられ、国民皆保険が実現する以前に設立された同一職域の組合であるとの経緯は尊重されるべきではあるが、他の被用者保険との公平性を踏まえれば、国保組合への国庫補助は不断の見直しが必要。
- 直近では、「能力に応じた負担」の観点から、平成27年度から5年間かけて、組合員の所得水準に応じた段階的な見直しを行ったが、今なお、（47都道府県の医師国保を含め）所得水準の高い国保組合に対し下限13%の国庫補助が残存するなど、更なる見直し余地がある。

◆国保組合の概要

- 国保組合とは、国民健康保険法に基づき、同種同業の者を対象に国保事業を行うことができる公法人。（都道府県知事が認可）
- 国民皆保険の実現（全市町村での国保事業の実施）後は、市町村国保を原則とする観点から、原則として国保組合の新設は認められていない。
- 令和6年4月の組合数及び被保険者数 ※被保険者数は令和4年度末の数値

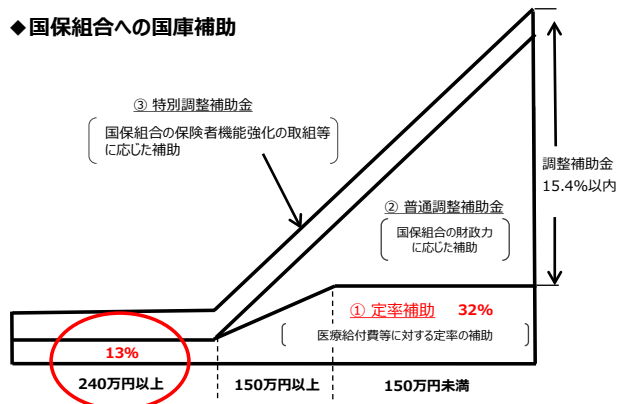
(1) 医師、歯科医師、薬剤師	90組合	被保険者数	56万人
(2) 建設関係	32組合	被保険者数	137万人
(3) 一般業種	36組合	被保険者数	71万人
合 計	158組合	被保険者数	264万人
- 保険料率・額については、国保組合ごとに規約で決定 ※収納率は99.9%

◆各保険者への国庫負担について

※令和7年度予算ベース（加入者数は令和4年度末）

国保組合	市町村国保	協会けんぽ	組合健保・共済組合
(264万人)	(2,413万人)	(3,944万人)	(3,802万人)
定率（13～32%） +調整補助金	定率（32%） +調整交付（9%） +保険料軽減等	定率（16.4%）	後期支援金等の負担が 重い保険者等への補助
2,314億円	2兆9,190億円	1兆1,872億円	1,253億円

◆国保組合への国庫補助



◆前回の見直しの概要（平成28年度～令和2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。

【改革の方向性】（案）

- 国保組合への財政支援については、所得水準の高い国保組合に対する定率補助の廃止はもとより、組合によっては協会けんぽへの国庫補助よりも大幅に高い補助率で国庫補助がなされている形となっていることも含め、抜本的な見直しを検討すべき。

70

I. 我が国の医療保険制度の特徴と課題

II. 質の高い医療の効率的な提供

- (1) 医療提供体制の改革
- (2) 診療報酬改定
- (3) 調剤報酬改定
- (4) 費用対効果評価の活用・患者本位の治療
- (5) 保険者機能の発揮

III. 保険給付範囲の在り方の見直し

- (1) セルフケア・セルフメディケーションの推進
- (2) 高額薬剤への対応、入院時の部屋代

IV. 高齢化・人口減少下での負担の公平化

- (1) 高齢者の活躍する長寿社会にふさわしい高齢者医療制度の在り方
- (2) 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

- 更なるスイッチO T C化の推進等によりセルフケア・セルフメディケーションを推進しつつ、薬剤自己負担の見直しについて引き続き検討を進める。

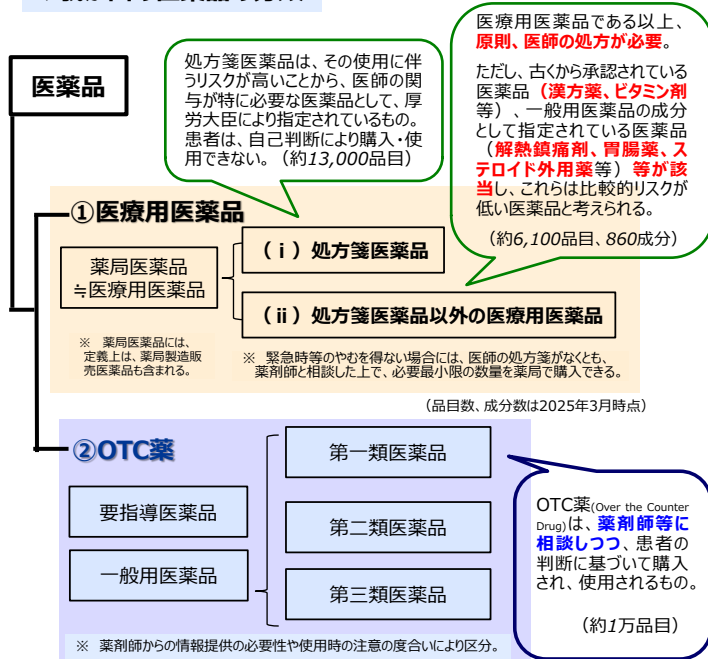
7

(出所) 健康保険組合連合会「高額レセプト上位の概要」

医薬品の分類と主な論点

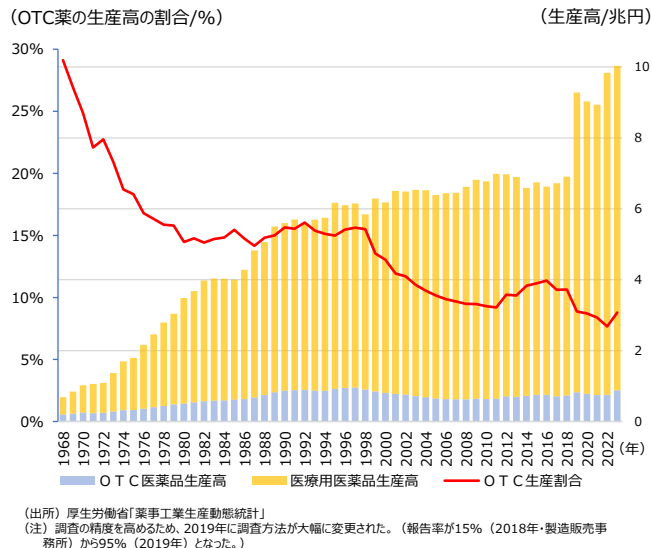
- 日本の医薬品は、大きく、①医療用医薬品と、②OTC薬に分けられる。その上で、①医療用医薬品については、特にリスクの高い①（i）処方箋医薬品と、比較的リスクの低い①（ii）それ以外の医薬品に分類される。
- セルフケア・セルフメディケーションの推進の観点からは、まずもって、①医療用医薬品のうち、低リスクであり患者の判断での購入が許容されるものについて、②OTC薬（市販薬）への切り替え（「スイッチOTC化」）を進めることが肝要。同時に、①（i）処方箋医薬品と、①（ii）それ以外の医療用医薬品を、保険適用上、どのように取り扱うべきかが論点となる。

◆我が国の医薬品の分類



◆OTC薬の現状

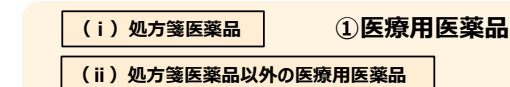
- ✓ 近年の一定程度の「スイッチOTC化」の進展や、薬局・ドラッグストアの増加にもかかわらず、OTC薬のマーケットは、医薬品全体に占める割合で見ても、生産高で見ても、増加傾向にはなっていない。



セルフケア・セルフメディケーションの推進 ①スイッチOTC化の一層の推進

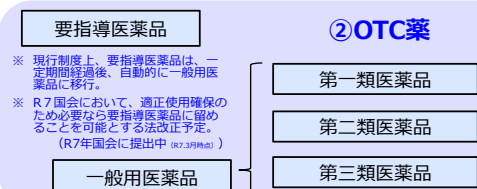
- セルフケア・セルフメディケーションの推進に当たっては、OTC薬の選択肢の幅を広げるため、スイッチOTCの推進が重要。
- OTC薬に係る適正使用の確保や販売体制の改善、国民の理解促進を含めた環境整備を前提としつつ、「長期間状態が安定」「対処方法が確定」「自己による服薬管理が可能」と言える場合に係るスイッチOTC化を着実に進めていくべき。

◆スイッチOTCとは



【スイッチOTC化】

(=要指導（一般用）新有効成分含有医薬品の承認取得)



【スイッチOTC化する上で満たすべき基本的要件】

- 人体に対する作用が著しくないものであって、使用者の状態やその変化に応じて、医師による薬剤選択や用量調整等（他剤との併用も含む）を必要としない医薬品であること。
- 以下のいずれかのような医薬品であること。
 - 使用する際に**使用者自身が症状から判断することが可能であり、使用者自身が適正に購入し短期間使用できる医薬品**であること。
 - 初発時は、使用者のみでは自己判断が難しい症状であるものの、一定期間内の診断情報、服薬指導等といった医師、薬剤師による一定の関与により、使用者が**適正に購入し使用できる医薬品**であること。
- 原疾患以外の症状をマスクするリスク等を含め、**医療機関への受診が遅れることによって生じるリスクについて、講じる対策により許容可能なリスクにできること。**
- スイッチOTC化した際に懸念される**公衆衛生上のリスク（医薬品の濫用等）について、講じる対策により許容可能なリスクにできること。**

（出所）医療用から要指導・一般用への転用に関する評価検討会議における「中間とりまとめ」

◆主な例

（※これまでスイッチOTC化されたのは計96成分（2025.4時点））

スイッチ年次	成分名	薬効（一般用医薬品）	主な製品
1983年	ソイステロール	コレステロール降下薬	ローカスタ
1985年	インドメタシン	外用鎮痛薬	サロンパス
1985年	イブプロフェン	鎮痛薬	イブ
1988年	カルボシステイン	鎮咳薬	ムコダイン
1997年	ファモチジン	胃腸薬	ガスター
2010年	ロキソプロフェンナトリウム	消炎鎮痛薬	ロキソニン
2012年	フェキソフェナジン塩酸塩	アレルギー用薬	アレグラ
2020年	精製ヒアルロン酸ナトリウム	ドライアイ薬	ヒアレイン

◆スイッチOTC化のKPI（令和5年12月に設定）

- 令和5年末時点で海外2か国以上でスイッチOTC化されている医薬品については、**原則として3年以内（令和8年末まで）に日本でもOTC化する。**
- 関係審議会等の審査・審議・意思決定プロセスの見直し等必要な措置を講ずることにより、国内でスイッチOTC化の要望があり申請されたものについては、原則として以下の対応。
 - ① 「医療用から要指導・一般用への転用に関する評価検討会議」への**要望書の提出時点から総期間1年以内に検討結果を取りまとめる。**
 - ② **承認申請から承認の可否を判断するまでの総期間1年以内とする。**

【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。例えば、既に医師の処方を受け、症状が長期に安定しているような生活習慣病患者に係る医薬品（降圧剤等）・検査薬のスイッチOTC化を進めてはどうか。

セルフケア・セルフメディケーションの推進 ②OTC類似薬の保険適用の在り方の見直し

- OTC薬のある医療用医薬品に対する保険給付の在り方については、諸外国の例や、我が国の保険外併用療養費制度も参考に、概ね全ての自治体でこども医療費助成が実施されていること等も踏まえつつ、必要な医療保障とのバランスを確保できる方策について、幅広く検討を進めるべき。

◆諸外国の例（医薬品に対する保険給付の在り方）

- ✓ 医薬品の処方制限、有用性に応じた自己負担割合の設定、定額自己負担といった様々な仕組みを持つ国が存在。

【英国】～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**ガイドラインが発行**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%

【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
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・拡大について

保険外併用療養費の対象となれば、保険診療との併用が可能。例えば、差額ベッド代は全額自己負担でも、それ以外の入院料などは通常の負担。

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)

OTC類似薬

技術料等

現状

保険給付	保険給付
3割自己負担	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
- 薬局等でOTC薬が販売されているにも関わらず、保険料財源により、OTC類似薬がファイナンスされる。

OTC類似薬

技術料等

案：単純な「保険適用除外」

全額自己負担	全額自己負担
--------	--------

- OTC類似薬について、単に保険給付から外す場合には、「混合診療の原則禁止」の下で、技術料や他の薬剤も含めて全額が自己負担となる。

OTC類似薬

技術料等

案：保険外併用療養費制度の活用

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、例えば「新たな選定療養」と位置付ければ、OTC類似薬についてのめり切出されて自己負担となる。

【改革の方向性】(案)

- セルフケア・セルフメディケーションの推進、リスクに応じた自己負担、必要な医療へのアクセスの確保といった観点を踏まえ、OTC類似薬に係る保険給付の在り方の見直しを具体的に進めていくべき。

76

セルフケア・セルフメディケーションの推進 ③国民意識の変革

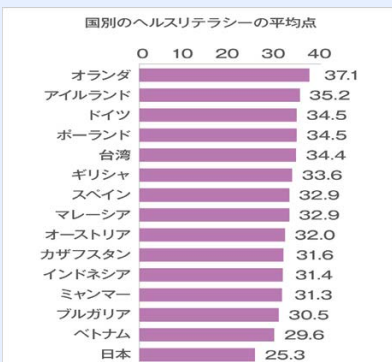
- 日本は、諸外国に比べて年間外来受診回数が多い一方で、日本人の健康リテラシーは低いとの指摘がある。
- OTC薬（市販薬）についての認識についても、セルフケア・セルフメディケーションの前提となるべき正確な知識を持つ国民は、必ずしも多くないことがうかがえる。

◆東京都医師会HP「ヘルスリテラシーって何？」

え？日本人のヘルスリテラシーはかなり低い？

コロナ禍により、私たちのデジタルリテラシーは向上しました。WEB会議、QR決済、ワクチン接種の予約など、生活に必要不可欠なものが一気にデジタルにシフトしたのです。しかし、ヘルスリテラシーはどうでしょう。複数の国を対象に行われた調査^{*}では、日本のヘルスリテラシーは欧米やアジア諸国と比べても低いという報告があります。

^{*} ヨーロッパヘルスリテラシー質問用紙 (European Health Literacy Survey Questionnaire: HLSEU-Q47)



ヘルスリテラシーとは「健康や医療に関する正しい情報を入手し、理解して活用する能力」のことです。自分の身体について考え、沢山の健康情報の中から適切な情報を見極めて使いこなすこと。この力を向上させることが、病気の予防や健康寿命の延伸につながります。東京都医師会は、日頃の医療活動やこうした啓発により、あらゆる方のヘルスリテラシーを向上させていきます。

聖路加国際大学・中山和弘教授「これからのヘルスリテラシー 健康を決める力」(講談社、2022)より

◆OTC医薬品協会 実施アンケート調査の結果

【調査概要】

- ✓ 2023年4月から2024年3月までの通院歴を基に、**アレルギー性鼻炎（花粉症）の治療のため医療機関から特定の医療用医薬品（フェキソフェナジン塩酸塩、エピナスチン塩酸塩、ロラタジン）を処方されたことのある健保加入者**に対し、医師から処方された**医療用医薬品と同一有効成分のOTC薬を送付**した上で、その認識や心境の変化を調査。
- ✓ 5つの健康保険組合の保健事業の一環として実施。
 - OTC薬の送付先：2,151名（回答数：551名）
 - 送付OTC薬：アレジオン20、クラリチンEX、アレグラFX
- ✓ 調査と合わせて、**OTC薬に関する基礎知識に係る啓発資料も送付**。

【主な調査結果】

- ✓ 送付OTC薬の事前の認知率は、**76.4%**。
- ✓ **送付OTC薬と処方薬が同一有効成分であることの認知率は、29.9%**。
- ✓ 送付OTC薬を使用する（した）理由は、「**健保の推奨だから**」が**42.4%**、「**処方薬と同一有効成分だから**」が**56.1%**。
- ✓ OTC薬の送付の結果、**64.4%**が通院が減る（または、なくなる）と回答。

【改革の方向性】(案)

- セルフケア・セルフメディケーション推進のためには、地域の医療関係者の協働により、国民自身の意識を変えることも重要な課題。OTC薬の使用を促すインセンティブ措置を行う保険者の取組の横展開など、国民の行動変容につながる具体策を検討すべき。

77

I. 我が国の医療保険制度の特徴と課題

II. 質の高い医療の効率的な提供

- (1) 医療提供体制の改革
- (2) 診療報酬改定
- (3) 調剤報酬改定
- (4) 費用対効果評価の活用・患者本位の治療
- (5) 保険者機能の発揮

III. 保険給付範囲の在り方の見直し

- (1) セルフケア・セルフメディケーションの推進
- (2) 高額薬剤への対応、入院時の部屋代

IV. 高齢化・人口減少下での負担の公平化

- (1) 高齢者の活躍する長寿社会にふさわしい高齢者医療制度の在り方
- (2) 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

高額薬剤への対応

- 高額な薬剤が続々と登場・普及していく中で、保険料負担の軽減を含め、医療保険財政の持続可能性の確保が大きな課題。最適な医療が患者に適切に提供されるべきことを前提に、能力に応じて負担を分かち合うための制度見直しと併せて、高額な薬剤を含めた最先端医療へのアクセスをどのように確保すべきか、自助・共助・公助のバランスを如何に図るかの観点から幅広く検討する必要。

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

イノベーションの進展を踏まえた医療や医薬品を早期に活用できるよう民間保険の活用も含めた保険外併用療養費制度の在り方の検討を進める。

(参考) 新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画 (令和6年6月21日閣議決定) (抄)

③ 保険外併用療養費制度の運用改善による迅速なアクセス

有効性評価が十分でない最先端医療等 (再生医療等製品、がん遺伝子パネル検査等) について、国民皆保険の堅持とイノベーションの推進を両立させつつ、希望する患者が保険診療の対象となるまで待つことなく利用できるよう、保険診療と保険外診療の併用を認める保険外併用療養費制度の対象範囲を拡大する。あわせて、患者の負担軽減・円滑なアクセスの観点から、民間保険の活用も考慮する。

◆ 保険外併用療養費制度

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

① 医療技術の進歩

⇒ 評価療養 (患者申出療養を含む)

※ 治験など、有効性・安全性を確認し保険導入のための評価を行うもの

② 患者ニーズの高度化・多様化

⇒ 選定療養 (代替手段の選択が可能であることが基本)

※ 患者の選択に任せるものとして、保険適用を前提としないもの

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

◆ 市場拡大再算定

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

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

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

【改革の方向性】(案)

- 高額薬剤への対応として、費用対効果評価制度等の一層の活用を含めた薬価制度上の最大限の対応はもとより、保険外併用療養費制度の柔軟な活用・拡大、民間保険の活用について検討を進めるべき。

入院時の部屋代

- 医療機関への入院コストのうち、「光熱水費」や「室料」については、「医療」そのものではなく、医療技術や薬剤に適切にファイナンスするという医療保険の本来の役割を果たし続けるとの観点からは、保険給付の対象外とすべきと考えられる。
- 現状、65歳以上の一般病床・精神病床の入院患者と、65歳未満の全ての患者は、「室料」はもとより、「光熱水費」の負担がない。65歳以上の療養病床の入院患者に限っては、「光熱水費」の負担はあるが、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）では徴収される「多床室の室料」は負担していない。これら自己負担となっていない部分の費用については、医療保険でカバーされている。
- 在宅医療を受ける患者との公平性の観点や、医療法上の病床区分で診療報酬上の取扱いを変えることの不合理性に鑑みれば、年齢や対象疾患・対象病棟に関わりなく、患者の負担能力に応じて、光熱水費・室料を自己負担として求めることを検討すべきではないか。

◆現行制度

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

※ 別途、入院患者から「差額ベッド代」を徴収可能。

◆病床区分と診療報酬の関係

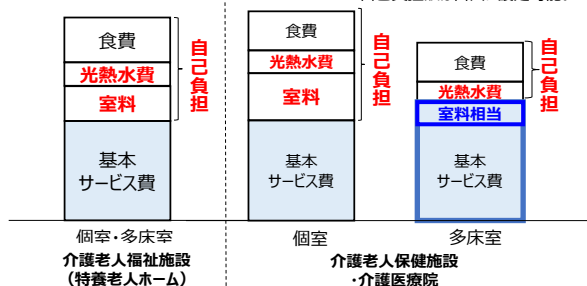
- ✓ 療養病床でも一般病床でも、診療報酬上は、例えば、回復期リハビリテーション病棟入院料や地域包括ケア病棟入院料のどちらでも算定（届出）可能となっている。つまり、病床区分と当該病床に入院する患者実態は明確に紐付いていないのが実態。
- ✓ 同じ65歳以上でも、例えば、ともに地域包括ケア病棟入院料を算定しており、機能・評価が同等の医療を受けているにも関わらず、入院先が療養病床か否かで、光熱水費負担の有無が変わるのは不合理ではないか。

◆在宅との均衡

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

◆介護保険制度での取扱い

※ 補足給付対象外の入居者であれば、自己負担額は自由に設定可能。



【介護保険制度における「補足給付」の仕組み】

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

【改革の方向性】（案）

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

80

I. 我が国の医療保険制度の特徴と課題

II. 質の高い医療の効率的な提供

- (1) 医療提供体制の改革
- (2) 診療報酬改定
- (3) 調剤報酬改定
- (4) 費用対効果評価の活用・患者本位の治療
- (5) 保険者機能の発揮

III. 保険給付範囲の在り方の見直し

- (1) セルフケア・セルフメディケーションの推進
- (2) 高額薬剤への対応、入院時の部屋代

IV. 高齢化・人口減少下での負担の公平化

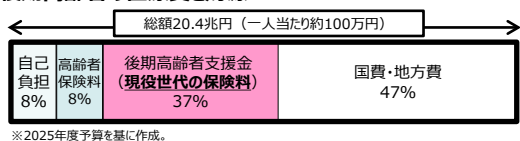
- (1) 高齢者の活躍する長寿社会にふさわしい高齢者医療制度の在り方
- (2) 金融所得の勘案、金融資産等の取扱い、現役並み所得の判定基準の見直し

年齢ではなく能力に応じた負担（総括）

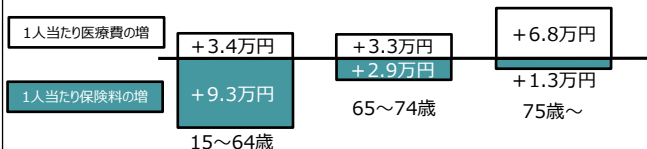
- 75歳以上の者の1人当たり医療費は現役世代の約4倍であり、そのうち8割強は公費と現役世代の支援金で賄う構造。他方で現役世代は医療費のうち8割を患者負担と保険料で賄いつつ、加えて後期高齢者支援金も負担。
- 年齢ではなく能力に応じた負担とし、世代間の公平性を確保する観点から、改革工程に基づき、金融所得の勘案、金融資産等の取扱い等について検討を深めるべき。

給付と負担のバランス

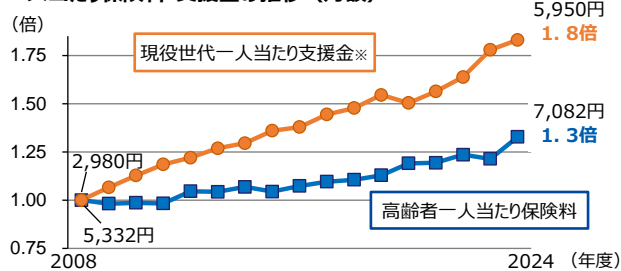
◆ 後期高齢者の医療費と財源



◆ 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**
- **後期高齢者医療を支える現役世代の支援金と高齢者の保険料との負担割合の見直し**

今後の主な改革の方向性

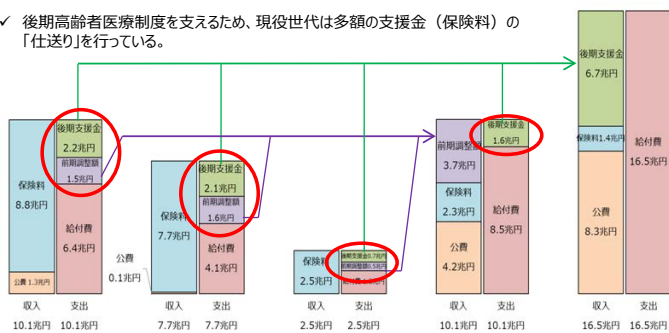
- **長寿社会にふさわしい高齢者医療制度の在り方の検討**
- **年齢ではなく能力に応じた負担**
 - ・ 金融所得の勘案
 - ・ 金融資産等の取扱い
 - ・ 後期高齢者医療制度における「現役並み所得」の判定基準の見直し

後期高齢者医療制度の負担の分かち合い

- 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続いている。現役世代の保険料負担軽減のため、後期高齢者医療制度の見直しに不断に取り組む必要。これまでも、一定所得以上の後期高齢者の自己負担割合を2割とするなど一定の見直しが図られてきたが、今後、後期高齢者に対する医療保障を如何に確保していくべきか、改めて更に議論を深める必要。

◆ 後期高齢者医療制度の財源について（令和4年度）

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



◆ 後期高齢者の自己負担の割合・金額について

区分／判定基準	負担割合	外来特別（個人ごと）	高額療養費の上限度（世帯ごと）
約130万人（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80,100～252,600円 + 1%	<多数回該当：44,400円～140,100円>
約370万人（約20%） 一定以上所得 （課税所得28万円以上）	2割	18,000円 / 年14.4万円	57,600円
約575万人（約32%） 一般 （課税所得28万円未満）	2割	18,000円 / 年14.4万円	<多数回該当：44,400円>
約435万人（約24%） 低所得Ⅱ （世帯全員が住民税非課税（年所得80万円未満））	1割	8,000円	24,600円
約305万人（約17%） 低所得Ⅰ （世帯全員が住民税非課税（年所得80万円未満））	1割	8,000円	15,000円

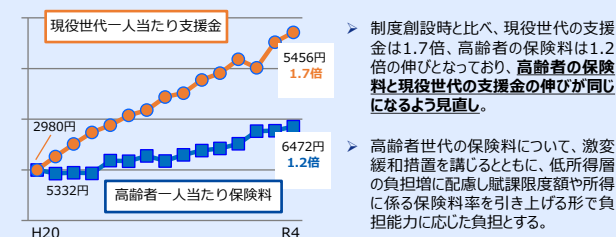
◆ 後期高齢者保険料の見直しの経緯

- 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、現役世代人口の減少による後期高齢者支援金の増加分について、現役世代の後期高齢者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により、**後期高齢者保険料負担割合は継続的に微増**。

- 足元では、高齢者医療を全ての世代で公平に支え合う仕組みを構築する観点から、**R5年健保法等改正において、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**。

	H20-21年度	H22-23年度	H24-25年度	H26-27年度	H28-29年度	H30-R元年度	R2-3年度	R4-5年度	R6-7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%

★ R5年法改正時の資料より 《一人当たり保険料・支援金の推移（月額）》



【改革の方向性】（案）

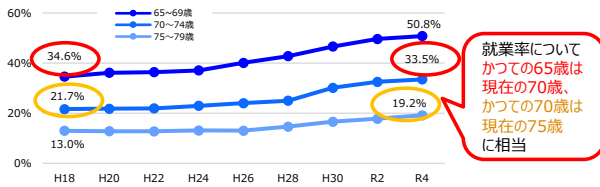
- 後期高齢者医療制度の持続可能性を高め、現役世代の保険料負担の軽減につながるよう、後期高齢者の保険料負担や、患者自己負担割合の在り方について、不断の見直しに向けた検討を深めるべき。

高齢者の活躍する長寿社会にふさわしい高齢者医療制度の在り方

- 高齢者医療における患者自己負担の在り方については、「負担割合」と「対象年齢」の2つの論点がある。「負担割合」については、直近、2022年に一定以上所得者についての2割負担が導入された。
- 後期高齢者医療制度が導入されてから15年以上経過する中で、日本の社会経済における高齢者の位置づけは大きく変化しており、また、医療ニーズの様態についても同じとは言えないと考えられる。

◆ 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



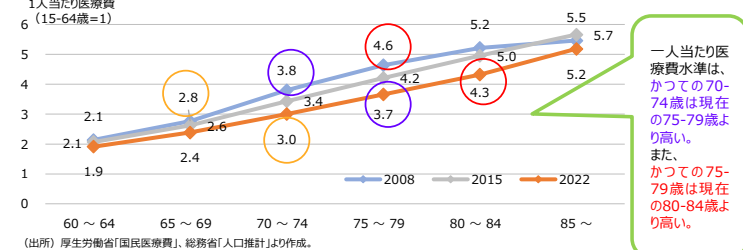
(出所) 総務省統計局「労働力調査」を基に厚生労働省において作成。
(注) 「就業率」とは、各年齢階級の人口に占める就業者の割合をいう。値は年平均。

◆ 高齢者の患者自己負担割合の経緯

年度	見直し内容
1973年 (昭和48年)	老人医療費の無料化
1983・1984年 (昭和58・59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 (平成13年)	定率1割負担の導入
2002年～2007年 (平成14～19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 (平成14年2割、平成18年3割)
2008年 (平成20年)	後期高齢者医療制度・前期高齢者財政調整の創設
2014年 (平成26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 (令和4年)	75歳以上の一定以上所得者について2割負担を導入

◆ 若年層との比較における高齢者の一人当たり医療費水準の推移

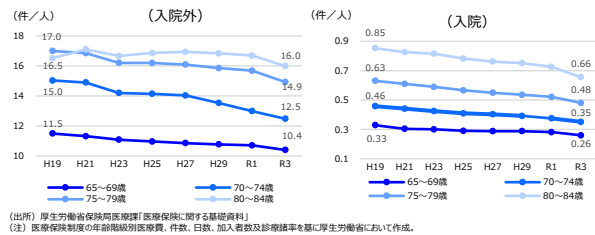
✓ 一人当たり医療費水準も若返りが顕著



(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



【改革の方向性】(案)

- 後期高齢者医療制度の導入以降の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るべきではないか。

84

I. 我が国の医療保険制度の特徴と課題

II. 質の高い医療の効率的な提供

- (1) 医療提供体制の改革
- (2) 診療報酬改定
- (3) 調剤報酬改定
- (4) 費用対効果評価の活用・患者本位の治療
- (5) 保険者機能の発揮

III. 保険給付範囲の在り方の見直し

- (1) セルフケア・セルフメディケーションの推進
- (2) 高額薬剤への対応、入院時の部屋代

IV. 高齢化・人口減少下での負担の公平化

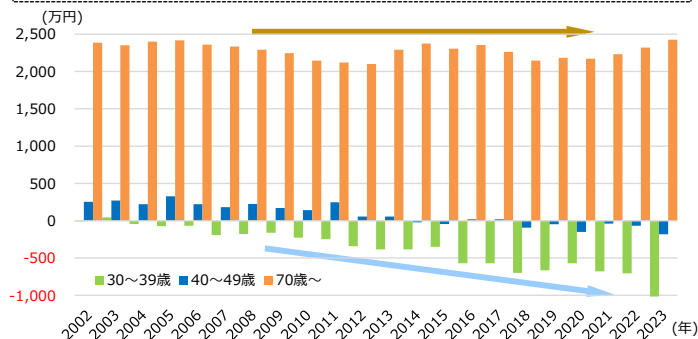
- (1) 高齢者の活躍する長寿社会にふさわしい高齢者医療制度の在り方
- (2) 金融所得の勘案、金融資産等の取扱い、現役並み所得の判定基準の見直し

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。

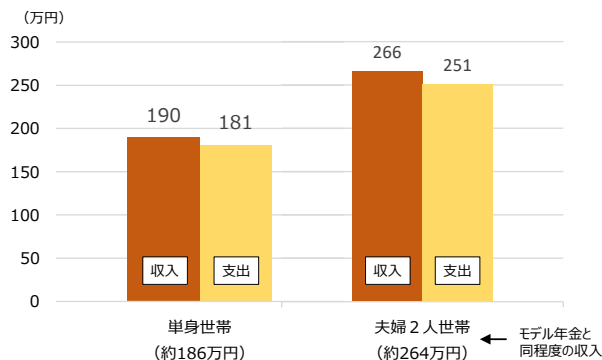
【① 貯蓄額－負債額】

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



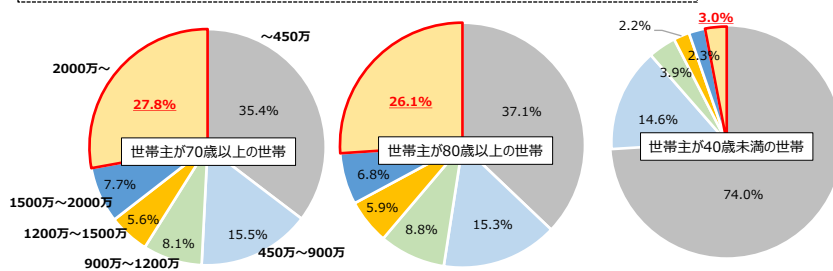
【③ 75歳以上世帯の収支状況】

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



【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



【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んでいる。

86

金融所得の勘案

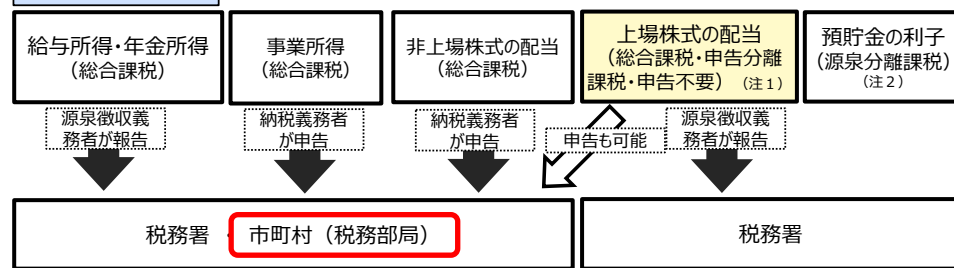
- 後期高齢者等の保険料は税制における課税所得をベースに賦課する仕組みとなっているが、税制において源泉徴収のみで完結する金融所得に関しては、確定申告がされない場合、課税はされるが保険料の賦課対象となっていない。

(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。

所得税

◆金融所得と課税所得との関係(イメージ)



(例) 上場株式の配当

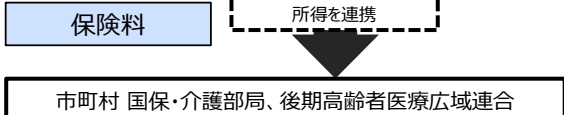
課税方式	保険料
総合課税	対象
申告分離課税	対象
申告不要	対象外

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。

87

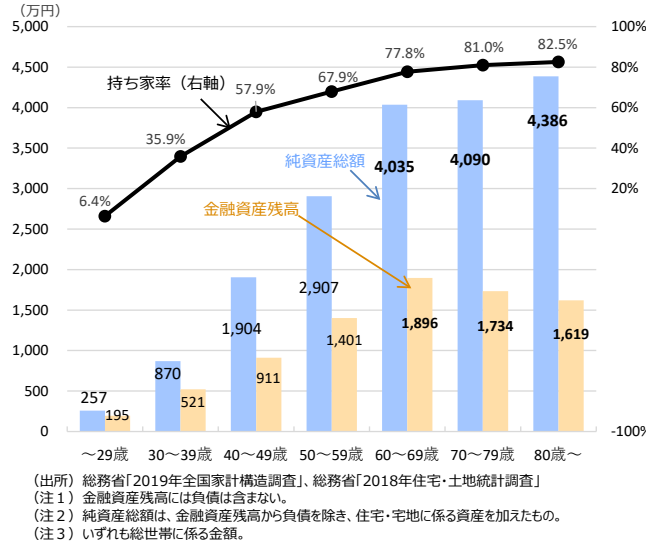
金融資産等の取扱い

- 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。

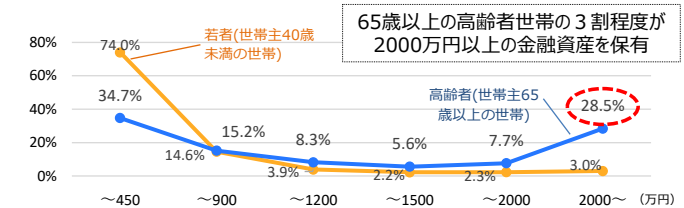
(参考) 全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋(改革工程) (2023年12月22日閣議決定)

- ・ 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。

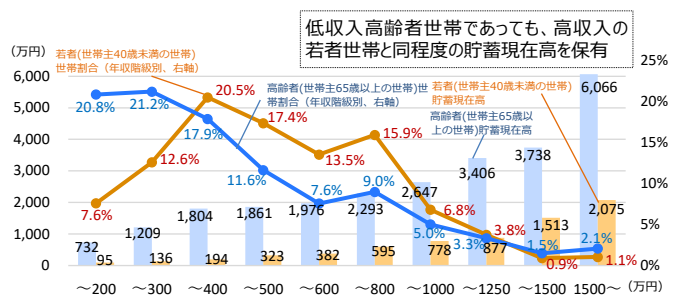
◆世帯主の年齢階級別資産残高



◆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、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早急に検討すべき。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。

88

現役並み所得の判定基準の見直し

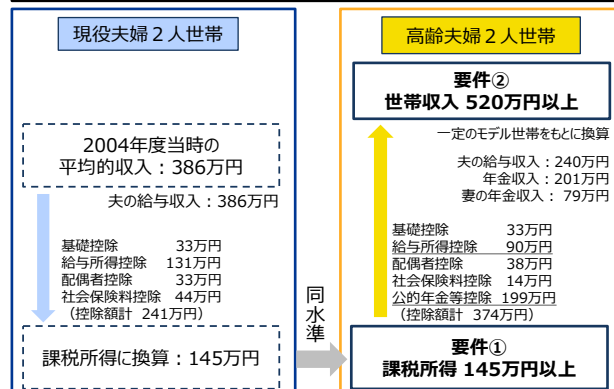
- 後期高齢者の患者負担は、「現役並み」(現役の平均)の所得水準を基準に、それ以上の所得があれば現役と同様3割負担を求めることとしている。
- しかしながら、実際の判定基準は、一定の仮定を置いた世帯収入要件もあわせて設けていることから、「現役並み」以上の課税所得があっても必ずしも「現役並み」とは評価されない仕組みとなっている。

(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)

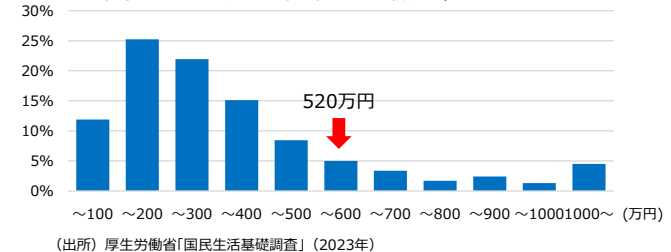
- ・ 年齢に関わりなく、能力に応じて支え合うという観点から、医療における「現役並み所得」の判断基準の見直し等について、検討を行う。「現役並み所得」の判断基準や基準額の見直しに当たっては、現役世代の負担が増加することや、2022年10月に施行された後期高齢者医療制度における窓口負担割合の見直し(一定以上所得のある者への2割負担の導入)の施行の状況等に留意する。

◆3割負担等の対象(現役並み所得以上)の判定方法

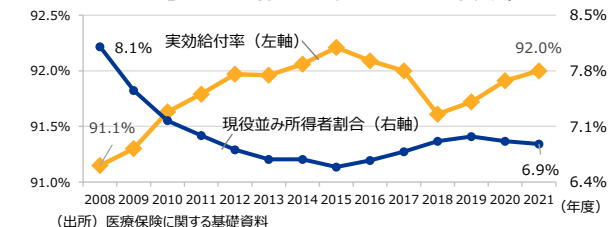
- 要件① 世帯内に課税所得の額が145万円以上の被保険者がいる
かつ
- 要件② 世帯の被保険者全員の収入の合計額が520万円以上である。
(世帯の被保険者が一人の場合は、383万円以上である。)



◆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。

89