参考資料

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

3．介護

4．障害福祉

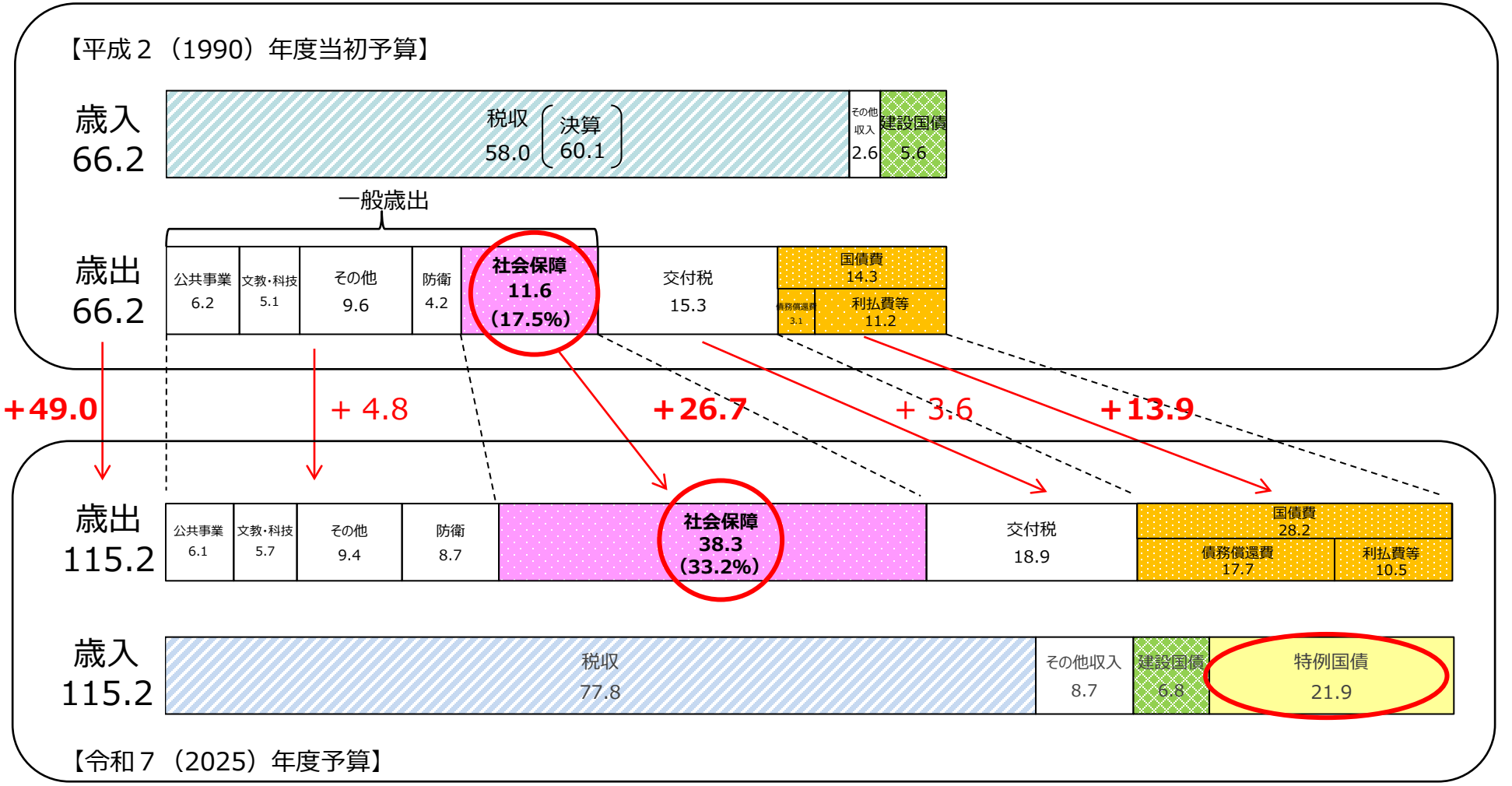
5．生活保護等

１．総論
２．医療
３．介護
４．障害福祉
５．生活保護等

平成２年度と令和７年度における国の一般会計歳入・歳出の比較

○ 特例公債の発行から脱却することのできた平成２年度当初予算と比較すると、平成７年度予算では、社会保障関係費が大幅に増え、特例公債でまかなっている。

（単位：兆円）

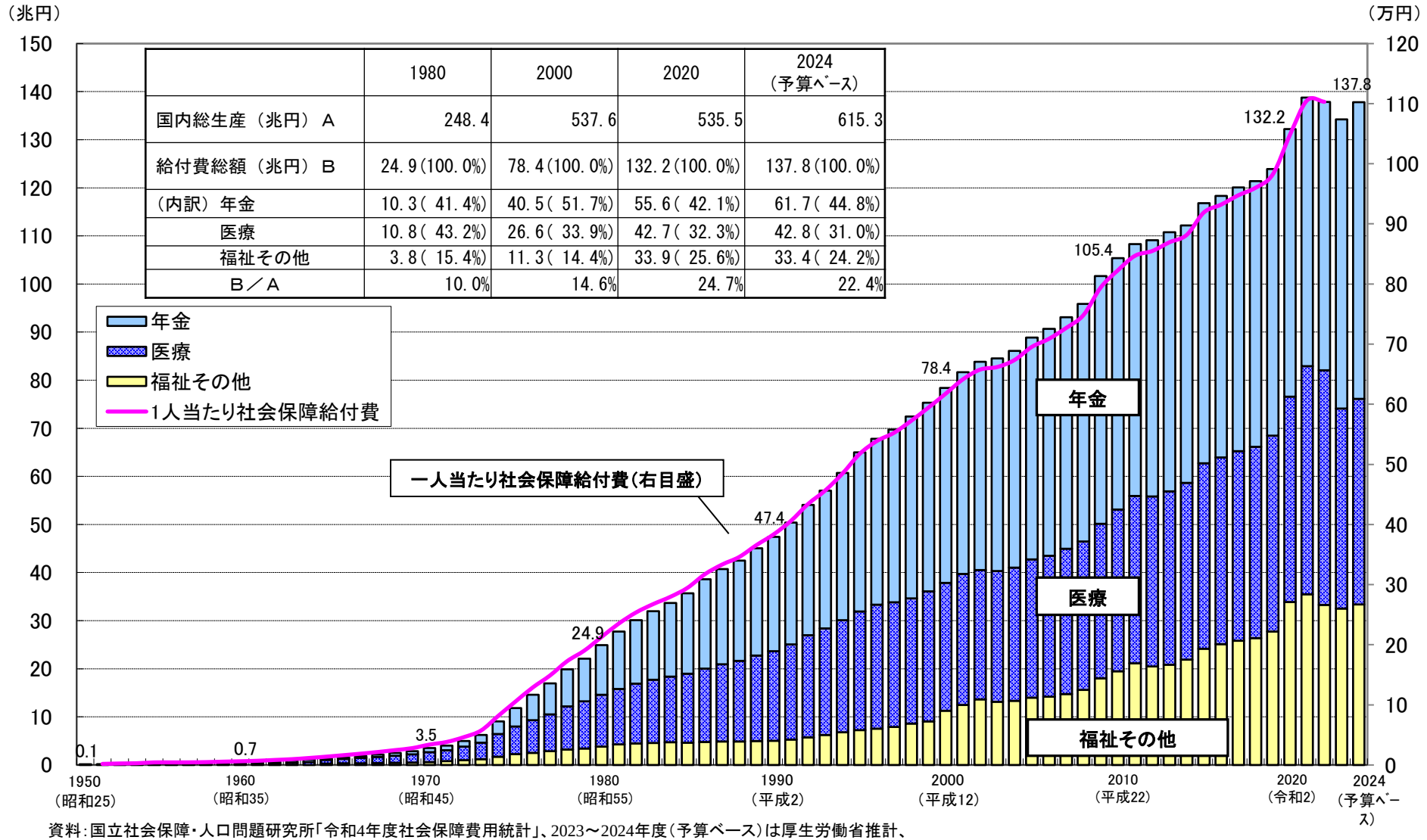


（注）括弧内は一般会計歳出に占める社会保障関係費の割合。

社会保障給付費の推移

内閣官房「全世代型社会保障構築本部」
（令和6年11月8日）参考資料

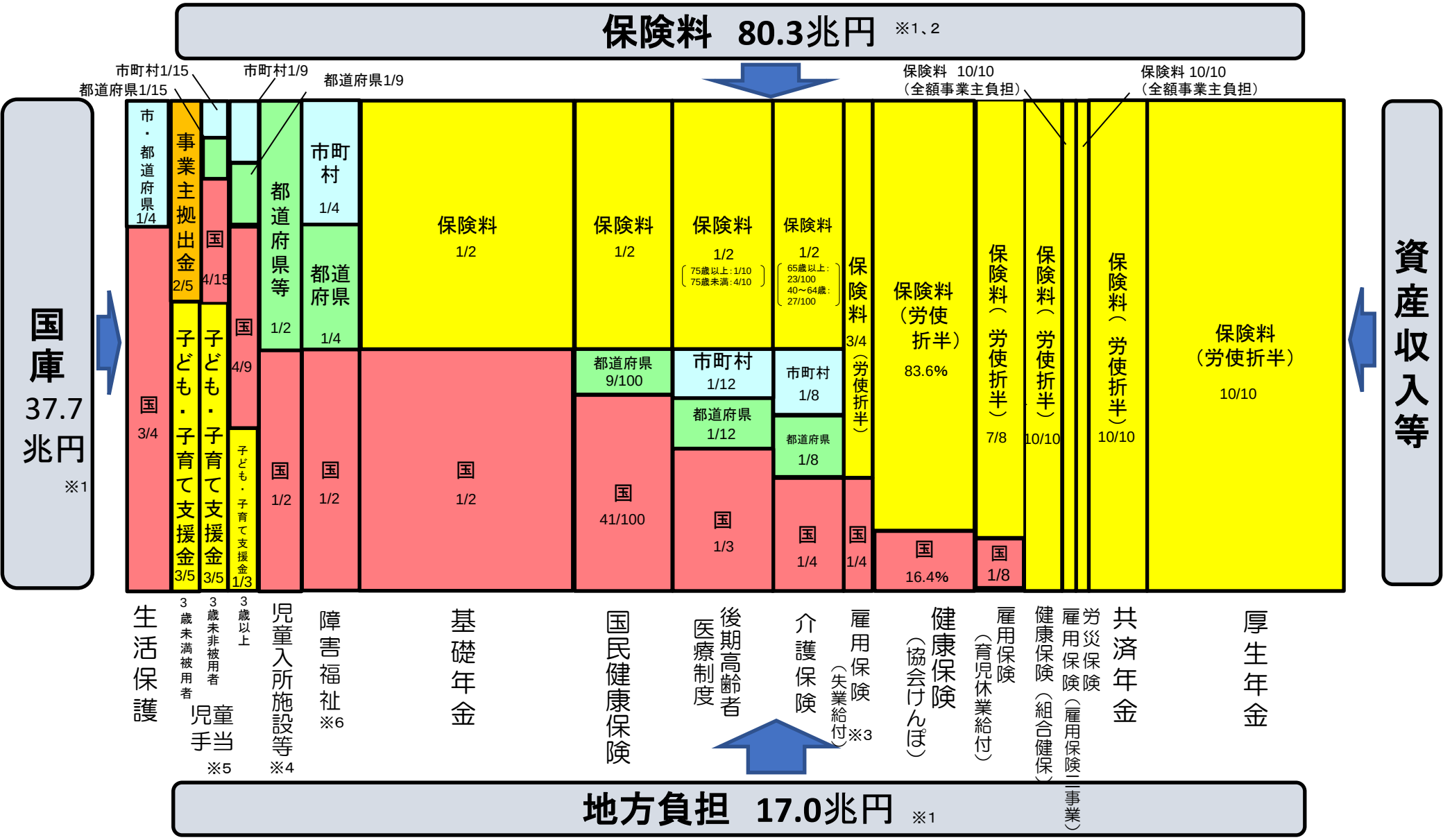
	1980	2000	2020	2024（予算ベース）
国内総生産（兆円） A	248.4	537.6	535.5	615.3
給付費総額（兆円） B	24.9（100.0%）	78.4（100.0%）	132.2（100.0%）	137.8（100.0%）
（内訳） 年金	10.3（ 41.4%）	40.5（ 51.7%）	55.6（ 42.1%）	61.7（ 44.8%）
医療	10.8（ 43.2%）	26.6（ 33.9%）	42.7（ 32.3%）	42.8（ 31.0%）
福祉その他	3.8（ 15.4%）	11.3（ 14.4%）	33.9（ 25.6%）	33.4（ 24.2%）
B／A	10.0%	14.6%	24.7%	22.4%



資料：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」、2023～2024年度（予算ベース）は厚生労働省推計、
2024年度の国内総生産は「令和6年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度（令和6年1月26日閣議決定）」

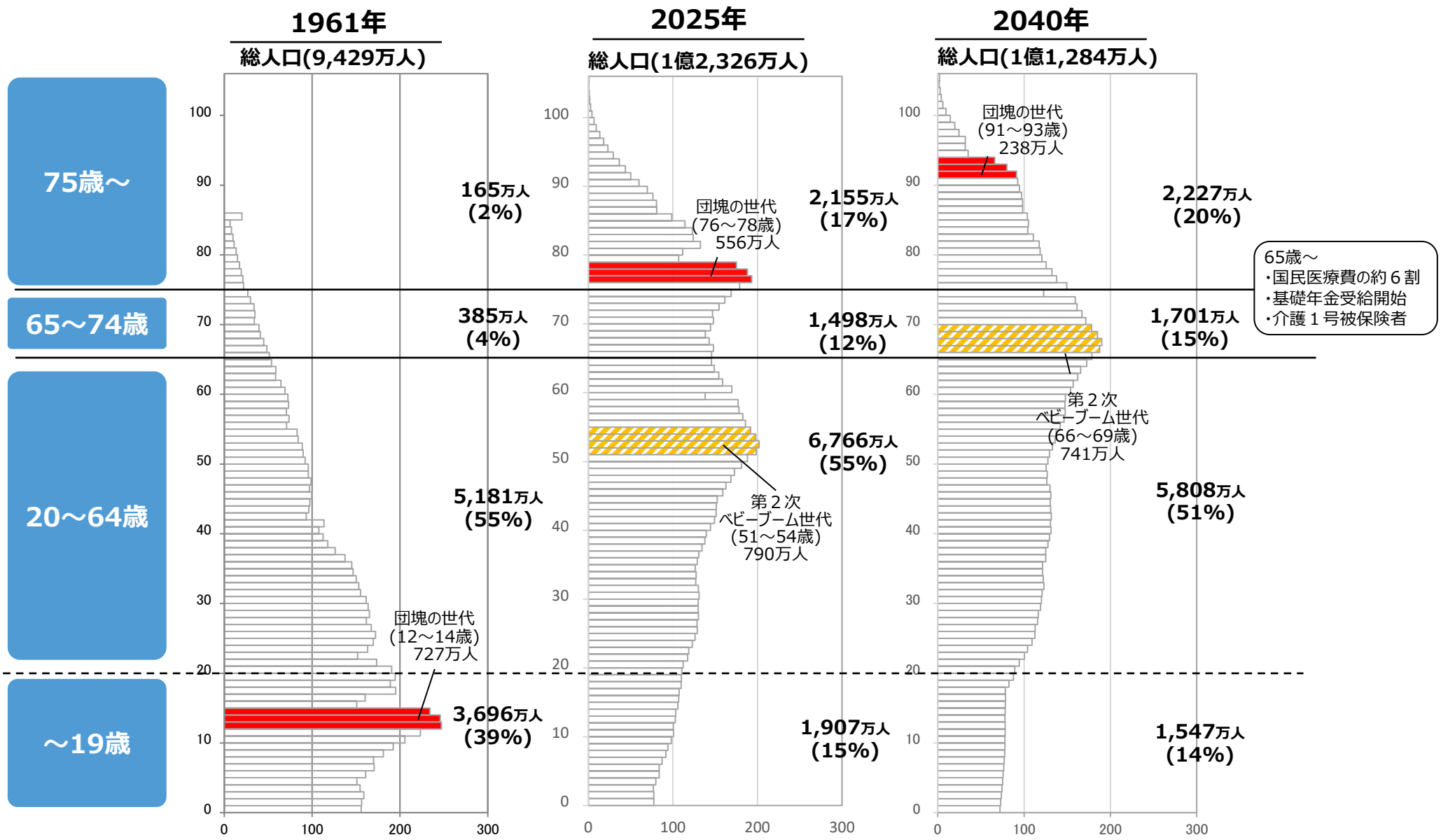
（注）図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000,2010,2020及び2024年度（予算ベース）の社会保障給付費（兆円）である。

社会保障財源の全体像（イメージ）



（注）※1 保険料、国庫、地方負担の額は2024年度当初予算ベース。※2　保険料には事業主拠出金及び子ども・子育て支援金を含む。※3　雇用保険（失業給付）の国庫負担割合については、雇用情勢及び雇用保険財政の状況に応じ、1／4又は1／40となるとともに、一定の要件下で一般会計からの繰入れが可能。※4　市及び福祉事務所設置町村が市町村立・私立の母子生活支援施設及び助産施設に入所させる場合等の負担割合は、国1/2、都道府県1/4、市町村1/4となっている。※5　児童手当については、公務員支給分を除いた割合である。また、負担割合は子ども・子育て支援法等の一部を改正する法律（令和6年法律第　号）による改正後のもの。なお、2028年度にかけて、必要に応じ、こども・子育て支援特例公債を発行。※6 障害児支援を含む。なお、障害児入所に係る負担割合は、国1/2、地方公共団体1/2となっている。

将来の社会保障給付の見通し（人口ピラミッドの変化）

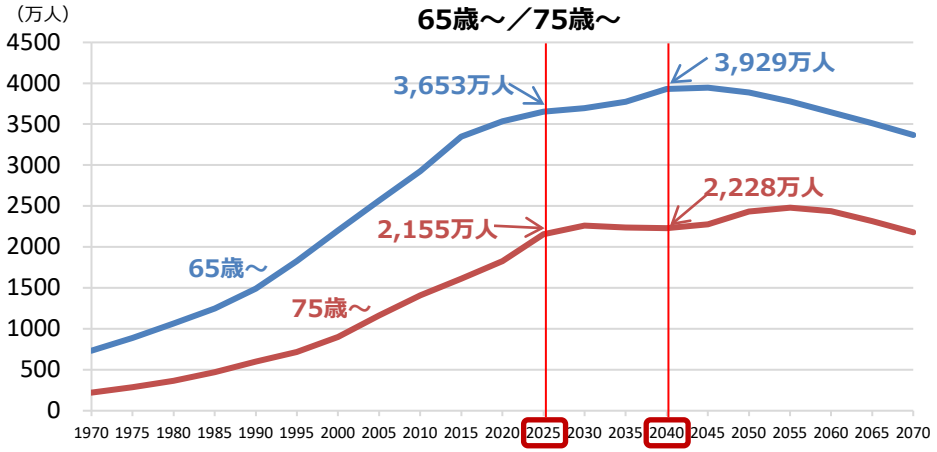


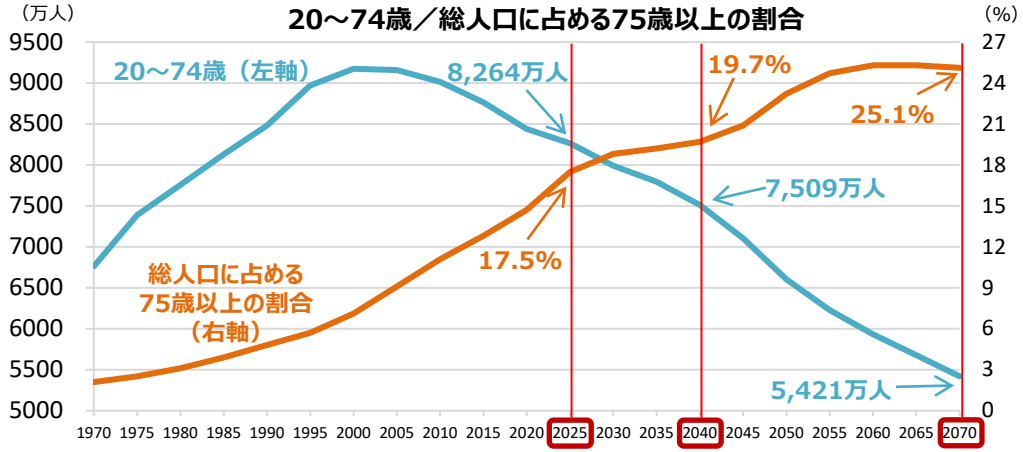
（出所）総務省「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和５年４月推計）」（出生中位・死亡中位仮定）
（注）団塊の世代は1947～49(昭和22～24)年、第２次ベビーブーム世代は1971～74(昭和46～49)年生まれ。1961年は沖縄県を含まない。
グラフにおいて、1961年の85歳人口、2025年と2040年の105歳人口は、それぞれ85歳以上人口、105歳以上人口の合計。

年齢区分別の人口見通しについて

○ 65歳以上については、2040年代にかけてピークを迎え、その後減少傾向。また、医療費・介護費に大きな影響を与える後期高齢者数（75歳以上）は2030年頃まで大幅に増加、その後ほぼ横ばいが続き、2040年頃から再び増加。

○ 高齢者や女性の労働参加を促すなどにより、保険制度の「支え手」を確保していくことが不可欠。しかし、仮に労働参加率が上昇したとしても、主たる「支え手」となる20~74歳の人口は、今後、一貫して大幅に減少。





◆ **中長期的な人口の変化（１年間あたり）**

団塊の世代が後期高齢者になり始める ／ 団塊の世代がすべて後期高齢者になる ／ 団塊ジュニアが後期高齢者になり始める

	2022-2025	2025-2030	2030-2040	2040-2050	2050-2060	2060-2070
全人口	▲57万人	▲63万人	▲73万人	▲82万人	▲85万人	▲92万人
75歳以上（後期高齢者）	＋72万人	＋21万人	▲３万人	＋21万人	+0.4万人	▲26万人
20−74歳	▲97万人	▲55万人	▲48万人	▲91万人	▲67万人	▲51万人

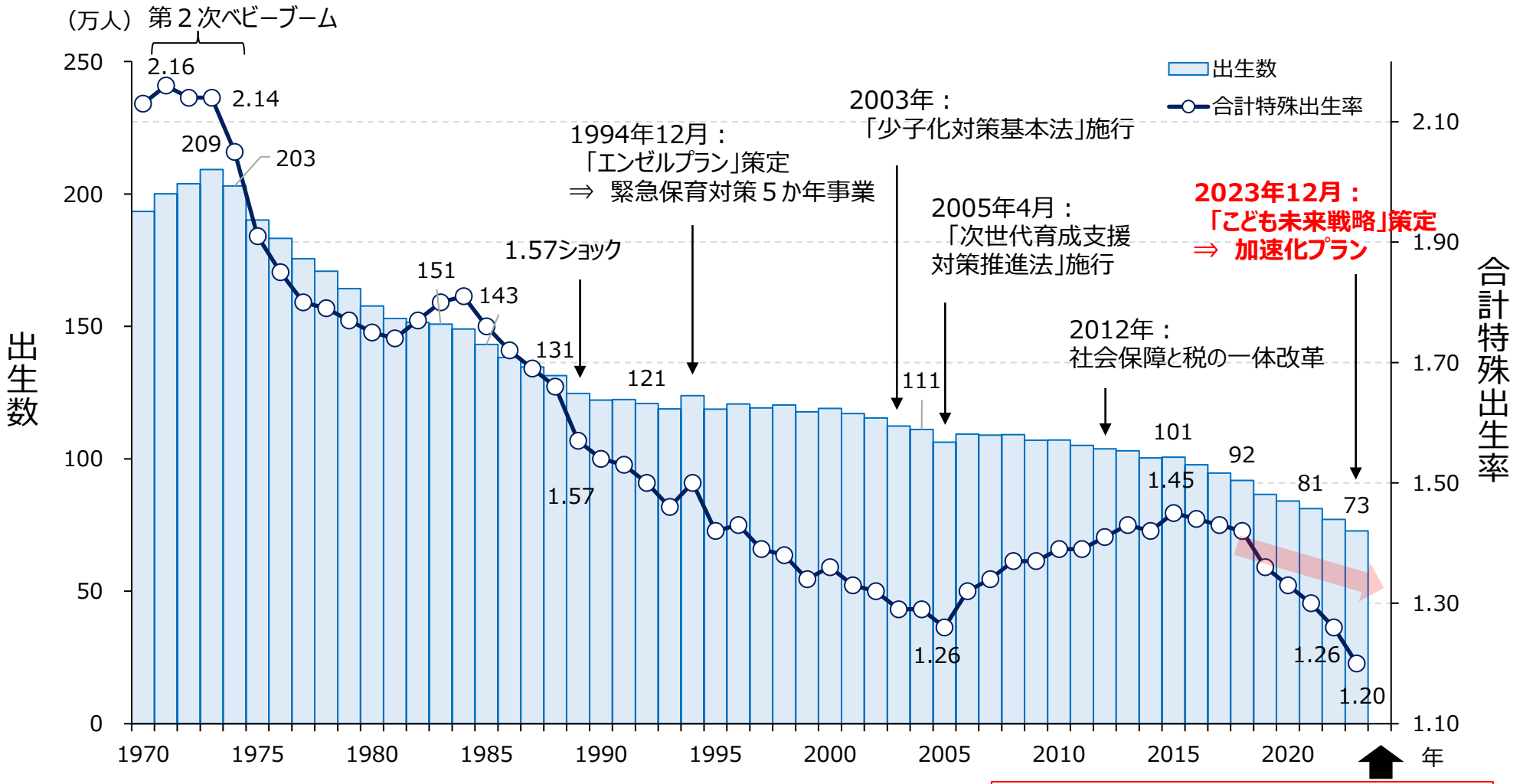
後期高齢者急増（2022-2025、2025-2030）

支え手の急減（20−74歳：2022-2025 ～ 2060-2070）

（出所） 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和５年推計）」（出生中位・死亡中位仮定）

出生数･合計特殊出生率の推移

○ 年間出生者数の推移を見ると、2000年代に入るまでは120万人程度、2010年代に入るまでは110万人程度で推移していたが、2016年に100万人を下回って以降、急速に減少し、2023年は73万人となっている。



（出所）厚生労働省「人口動態統計」
（注）出生数は日本における日本人。

2024年の外国人等を含む速報値は**７２万９８８人**
※日本における日本人人口は6月下旬公表予定

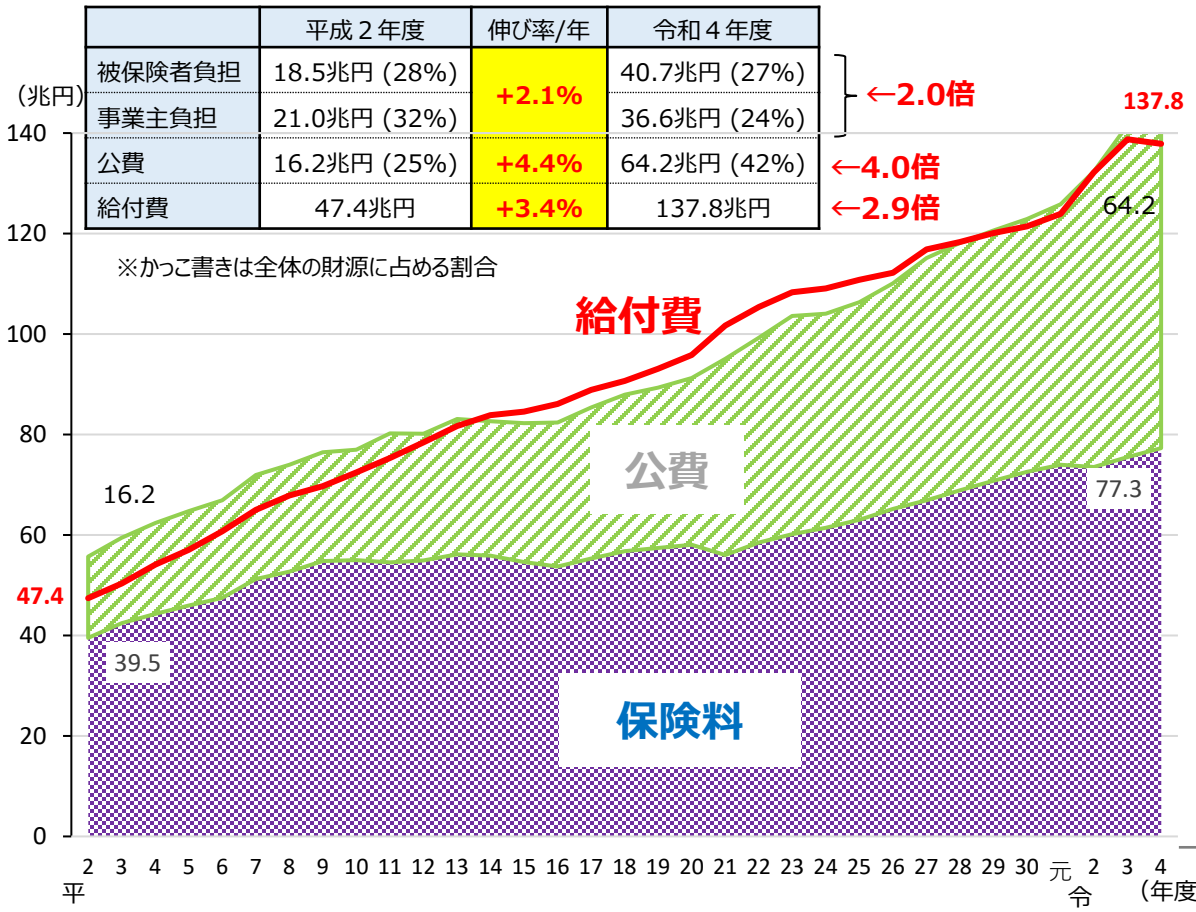
社会保障における受益（給付）と財政の関係

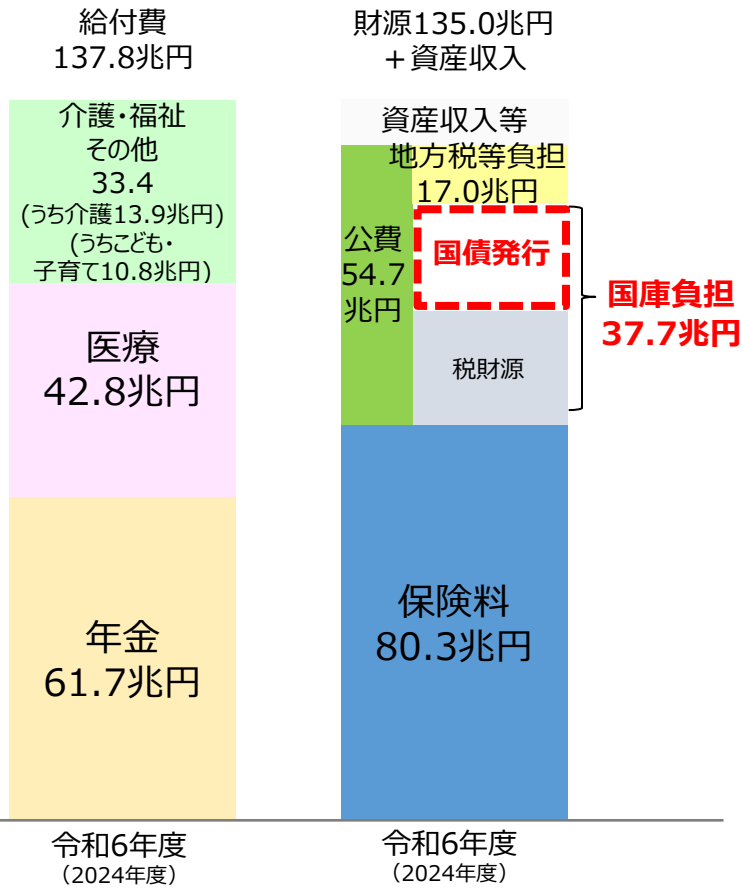
○ **我が国の社会保障制度は、**受益（給付）と負担の対応関係が本来明確な**社会保険方式を採りながら、**後期高齢者医療・介護給付費の５割を公費で賄うなど、**公費負担**（税財源で賄われる負担）**に相当程度依存**している。その結果、近年、公費の比重の大きい後期高齢者医療・介護給付費の増に伴い、公費負担への依存度が著しく増加している。

○ その際、**本来税財源により賄われるべき公費の財源について特例公債を通じて将来世代へ負担が先送りされている**ため、**負担増を伴わないままに受益（給付）が先行**する形となっており、受益（給付）と負担の対応関係が断ち切られている。負担の水準の変化をシグナルと捉えて受益の水準をチェックする牽制作用を期待できないまま、受益（給付）の増嵩が続いている（＝**我が国財政悪化の最大の要因**）。

	平成２年度	伸び率/年	令和４年度	
被保険者負担	18.5兆円 (28%)	+2.1%	40.7兆円 (27%)	←2.0倍
事業主負担	21.0兆円 (32%)		36.6兆円 (24%)	
公費	16.2兆円 (25%)	+4.4%	64.2兆円 (42%)	←4.0倍
給付費	47.4兆円	+3.4%	137.8兆円	←2.9倍

※かっこ書きは全体の財源に占める割合





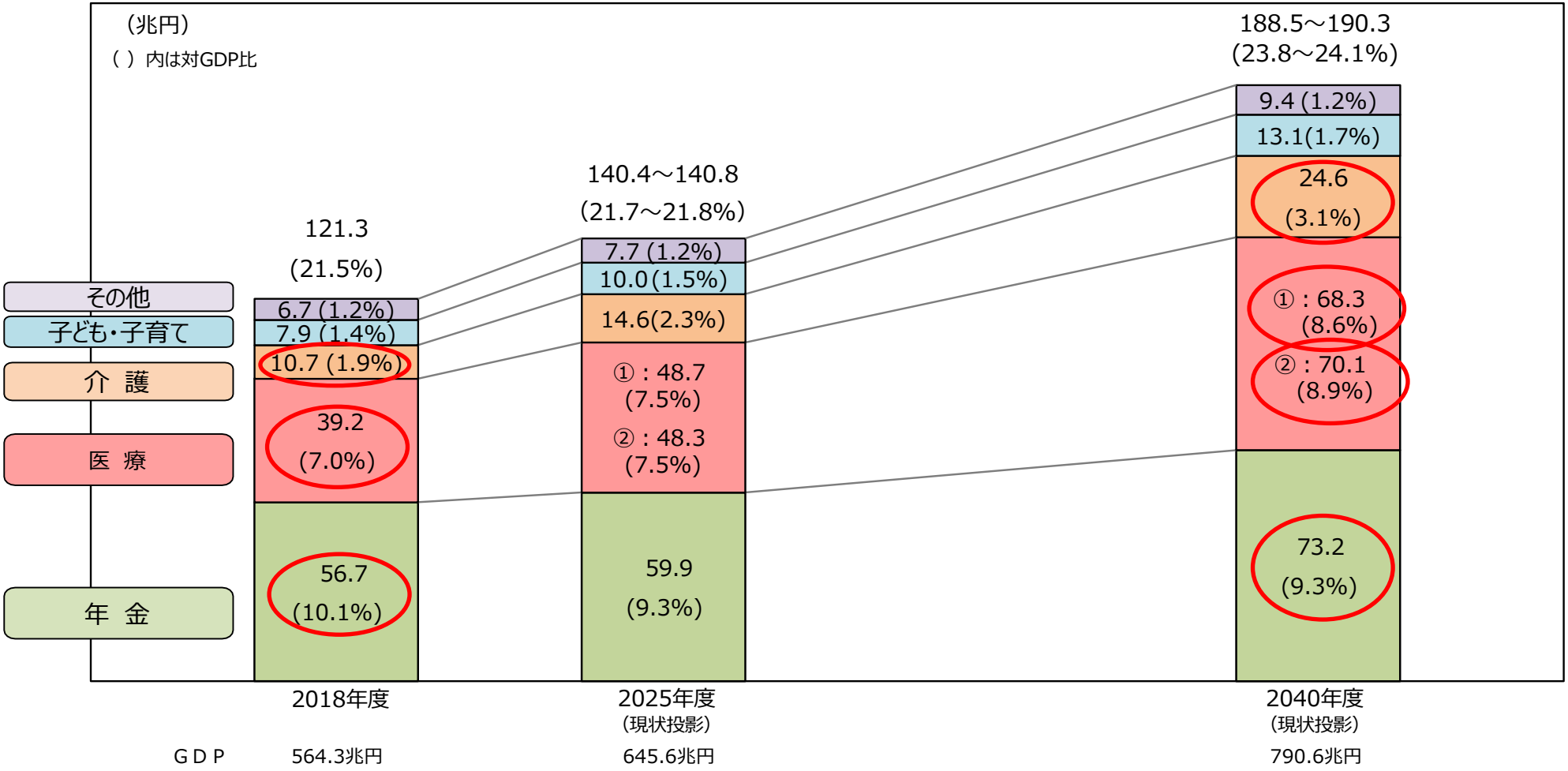
（出所）国立社会保障・人口問題研究所「令和４年度社会保障費用統計」、令和６年度の値は厚生労働省（当初予算ベース）
（注１）令和４年度以前については決算ベース、令和６年度については当初予算ベースであり、新型コロナウイルス感染症対策に係る事業等に伴う支出の扱いが異なる点に留意。
（注２）令和４年度の給付費については、社会保障給付費（公表値）から新型コロナウイルス感染症対策に係る事業等に係る費用（公表値）を除いた場合、129.3兆円となる。

社会保障給付費の見通し

2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）－概要－　（内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省　2018年５月21日）　より

○　年金については、マクロ経済スライドが導入され、経済・人口に見合った給付水準となる枠組みとなっている。

○　医療・介護については、高齢化等に伴い給付費の増大が避けられず、保険料・公費の負担の増大を避けるため、累次にわたり制度の手直しが行われている。



（注）医療については、単価の伸び率の仮定を２通り設定しており、給付費も２通り（①と②）示している。

※ 平成30年度予算ベースを足元に、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」、内閣府「中長期の経済財政に関する試算（平成30年1月）」等を踏まえて計算。なお、医療・介護費用の単価の伸び率については、社会保障・税一体改革時の試算の仮定を使用。

全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）

内閣官房全世代型社会保障構築本部事務局作成資料

- ◆ 能力に応じて全世代が支えあう「全世代型社会保障」の構築に向け、将来世代も含めた全世代の安心を保障し、社会保障制度の持続可能性を高めるため、「時間軸」に沿って、今後取り組むべき課題をより具体化・深化させた「改革工程」を取りまとめ。
- ◆ ３つの「時間軸」で実施（①来年度（2024年度）に実施する取組、②加速化プランの実施が完了する2028 年度までに実施について検討する取組、③2040年頃を見据えた、中長期的な課題に対して必要となる取組）
- ◆ 上記②の取組は、2028 年度までの各年度の予算編成過程において、実施すべき施策を検討・決定

主な改革項目と工程

※　2040年頃を見据えた中長期的取組については、省略。

	2024年度に実施する取組	2028年度までに検討する取組
働き方に中立的な社会保障制度等の構築	（労働市場や雇用の在り方の見直し） •「同一労働同一賃金ガイドライン」等の必要な見直しの検討 •「多様な正社員」の拡充に向けた取組　等	（勤労者皆保険の実現に向けた取組） •短時間労働者への被用者保険の適用に関する企業規模要件の撤廃等 •フリーランス等の社会保険の適用の在り方の整理　・年収の壁に対する取組　等
医療・介護制度等の改革	•前期財政調整における報酬調整の導入 •後期高齢者負担率の見直し ※上記２項目は法改正実施済み •介護保険制度改革（第１号保険料負担の在り方） •介護の生産性・質の向上（ロボット・ICT活用、経営の協働化・大規模化、人員配置基準の柔軟化等） •イノベーションの適切な評価などの更なる薬価上の措置を推進するための長期収載品の保険給付の在り方の見直し •診療報酬改定、介護報酬改定、障害福祉サービス等報酬改定の実施 •入院時の食費の基準の見直し等 •生活保護制度の医療扶助の適正化	（生産性の向上、効率的なサービス提供、質の向上） •医療DXによる効率化・質の向上　・生成AI等を用いた医療データの利活用の促進 •医療機関、介護施設等の経営情報の更なる見える化 •医療提供体制改革の推進（地域医療構想、かかりつけ医機能が発揮される制度整備） •介護の生産性・質の向上 •イノベーションの推進、安定供給の確保と薬剤保険給付の在り方の見直し •国保の普通調整交付金の医療費勘案等　・国保の都道府県保険料率水準統一の更なる推進 •介護保険制度改革（ケアマネジメントに関する給付の在り方、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方） •サービス付き高齢者向け住宅等における介護サービス提供の適正化 •福祉用具貸与のサービスの向上　・生活保護の医療扶助の適正化等 •障害福祉サービスの地域差の是正（能力に応じた全世代の支え合い） •介護保険制度改革（利用者負担（２割負担）の範囲、多床室の室料負担） •医療・介護保険における金融所得の勘案や金融資産等の取扱い •医療・介護の3割負担（「現役並み所得」）の適切な判断基準設定等 •障害福祉サービスの公平で効率的な制度の実現（高齢者の活躍促進や健康寿命の延伸等） •高齢者の活躍促進　・疾病予防等の取組の推進や健康づくり等 •経済情勢に対応した患者負担等の見直し（高額療養費自己負担限度額の見直し/入院時の食費の基準の見直し）　等
「地域共生社会」の実現	•重層的支援体制整備事業の更なる促進 •社会保障教育の一層の推進 •住まい支援強化に向けた制度改正　等	•孤独・孤立対策の推進 •身寄りのない高齢者等への支援　等

1．総論
2．医療
3．介護
4．障害福祉
5．生活保護等

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

令和６年12月25日 | 社会保障審議会医療部会
2040 年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革に関する意見　別添１

※令和６年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会報告書より作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域･世代の患者が、適切に医療･介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- 「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
- 外来･在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

（１）基本的な考え方

- 2040年に向け、外来･在宅、介護との連携、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策定･推進
  (将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化･連携等)
- 新たな構想は27年度から順次開始
  (25年度に国でガイドライン作成、26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、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- 新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

（２）病床機能・医療機関機能

①　病床機能

- これまでの「回復期機能」について、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」として位置づけ

②　医療機関機能報告（医療機関から都道府県への報告）

- 構想区域ごと(高齢者救急･地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告

③　構想区域・協議の場

- 必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議（議題に応じ関係者が参画し効率的･実効的に協議）

（３）地域医療介護総合確保基金

- 医療機関機能に着目した取組の支援を追加

（４）都道府県知事の権限

①　医療機関機能の確保（実態に合わない報告見直しの求め）

②　基準病床数と必要病床数の整合性の確保等

- 必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
- 既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、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求める

（５）国･都道府県･市町村の役割

① 国(厚労大臣)の責務･支援を明確化（目指す方向性･データ等提供）

② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める

③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

（６）新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- 精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

医師偏在対策に関するとりまとめの概要

令和６年12月25日	社会保障審議会医療部会
2040 年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革に関する意見　別添２	

※令和６年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会報告書より作成

医師偏在の是正に向けた基本的な考え方

①　医師偏在対策の総合的な実施
- 医師確保計画に基づく取組を進めつつ、経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程を通じた取組等を組み合わせた総合的な対策を進める

②　全ての世代の医師へのアプローチ
- 若手医師を対象とした医師養成過程中心の対策から、中堅･シニア世代を含む全ての世代の医師へのアプローチ

③　へき地保健医療対策を超えた取組の実施
- 人口規模、地理的条件等から医療機関の維持が困難な地域については、医師偏在指標だけでなく、可住地面積あたりの医師数等の地域の実情を踏まえ、都道府県ごとに支援が必要な地域を明確化の上で対策を実施

⇒「保険あってサービスなし」との事態に陥る可能性があることから、将来にわたり国民皆保険を維持し、地域の必要な医療機能を確保することが必要であり、全ての関係者が協働することが重要。

今後の医師偏在対策の具体的な取組

（１）医師確保計画の実効性の確保

① 重点医師偏在対策支援区域(仮称)、② 医師偏在是正プラン(仮称)
- 今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが早い地域等を「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」と設定し、優先的･重点的に対策を進める
- 重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地対協・保険者協議会で協議の上で選定(市区町村単位･地区単位等含む) 。
- 医師確保計画で「医師偏在是正プラン(仮称)」を策定。地対協･保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める
- 是正プランは緊急的取組を要する事項から策定、Ｒ８年度全体策定

（２）地域の医療機関の支え合いの仕組み

① 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の拡大等
- 管理者要件として医師少数区域等での勤務経験を求める医療機関に、公的医療機関及び国立病院機構･地域医療機能推進機構･労働者健康安全機構の病院を追加。医師少数区域等での勤務経験期間は６か月以上から１年以上に延長。施行時に柔軟な対応が必要

② 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の仕組みの実効性の確保
- 都道府県から外来医師過多区域の新規開業者に対し、開業６か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、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とする
- 要請に従わない医療機関に対する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

③　保険医療機関の管理者要件
- 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とし(医師少数区域等は一定配慮)、責務を課す

（３）経済的インセンティブ
- 診療所の承継・開業・地域定着支援(緊急的に先行して実施)
- 派遣医師･従事医師への手当増額(保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える)※保険給付と関連の乏しい使途に当たるのではないかとの意見あり
- 医師の勤務･生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
  ※これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援
- 医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応をさらに検討。

（４）全国的なマッチング機能の支援等
- 医師の掘り起こし、現場体験、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

（５）リカレント教育の支援

（６）都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定

（７）医師偏在指標のあり方

（８）医師養成過程を通じた取組

（９）診療科偏在の是正に向けた取組

外来医師過多区域における新規開業希望者への地域で不足している医療機能の提供等の要請等のフローイメージ（案）

医療法　（都道府県）　　**健康保険法**　（厚生労働大臣）

外来医師過多区域、地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容の公表
※ 外来医療の協議の場における協議内容を踏まえる

提供する予定の医療機能を記載した事前届出

開業６か月前

- 不足する機能等を提供する
- 不足する機能等を提供しない

外来医療の協議の場への参加・理由等の説明の求め

①外来医療の協議の場での調整

- 不足する機能等を提供する・やむを得ない理由等である
- 不足する機能等を提供しない・やむを得ない理由等でない

期限を定めて要請　※ 地域で不足する機能、医師不足地域での医療の提供の要請

- 要請に応じる
- 要請に応じない → 通知 → **保険医療機関の指定を３年とする**

②要請に従い、不足する機能等を提供しているか

- 提供している
- 提供していない

※年に１回、都道府県医療審議会又は外来医療の協議の場への参加を求める。

都道府県医療審議会への出席・理由等の説明の求め

③要請された機能等を提供しない理由等はやむを得ないか

- やむを得ない理由等である
- やむを得ない理由等でない

※要請時と事情が変更した場合等

指定期間が３年の間、以下の措置を講じる(例)
・医療機関名等の公表　・保健所等による確認
・診療報酬上の対応　・補助金の不交付

勧告 → 通知

※ 都道府県医療審議会の意見を事前に聴く

- **指定を６年とする**
- **再度指定を３年とする**
  ※３年以内も可

開業３年後

④勧告に従い、不足する機能等を提供しているか

- 提供している
- 提供していない → **公表**

開業３年後の指定期間が３年の場合、毎年１回、外来医療の協議の場への参加を求める。

※上記と同じ

要請された機能等を提供していることの報告・確認（随時）

※都道府県における外来医師過多区域対応事業（地域医療介護総合確保基金）
※④を３年ごとに実施

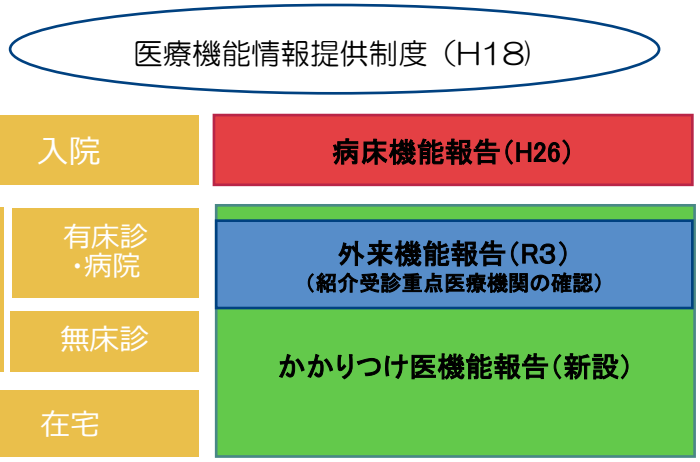
かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格

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

国民・患者の医療ニーズ

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

イメージ図



制度整備の内容

医療機能情報提供制度の刷新

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

かかりつけ医機能報告による機能の確保

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

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

「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」報告書（概要） 令和6年7月31日

令和6年9月5日「第110回社会保障審議会医療部会」資料3

制度施行に向けた基本的な考え方

○ 今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズ等をかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約がある中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要。

○ このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
- 「かかりつけ医機能を有する医療機関」のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要。
- また、当該内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域で不足する機能を確保する方策を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図るとともに、その際、「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型(モデル)の提示を行い、各医療機関が連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要。

○ かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実、医療DXによる情報共有基盤の整備など、地域でかかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備等に取り組むことが重要。

報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

１号機能

○ **継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能**
- 当該機能を有すること及び報告事項について院内掲示により公表していること
- かかりつけ医機能に関する研修※の修了者の有無、総合診療専門医の有無
- 診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、一次診療を行うことができる疾患
- 医療に関する患者からの相談に応じることができること

※ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。

※ 施行後５年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討する。

２号機能

○ **通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供**

※ １号機能を有する医療機関は、２号機能の報告を行う。

その他の報告事項

○ **健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向 等**

地域における協議の場での協議

○ 特に在宅医療や介護連携等の協議に当たって、市町村単位や日常生活圏域単位等での協議や市町村の積極的な関与・役割が重要。

○ 協議テーマに応じて、協議の場の圏域や参加者について、都道府県が市町村と調整して決定。
- 在宅医療や介護連携等は市町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議、全体を都道府県単位で統合・調整など

かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

医師の教育や研修の充実

○ かかりつけ医機能の確保に向けて、医師のリカレント教育・研修を体系化して、行政による支援を行いつつ、実地研修も含めた研修体制を構築する。

○ 知識（座学）と経験（実地）の両面から望ましい内容等を整理し、かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修を示す（詳細は厚労科研で整理）。

○ 国において必要な支援を検討し、医師が選択して学べる「E-learningシステム」の整備を進める。

医療DXによる情報共有基盤の整備

○ 国の医療DXの取組として整備を進めている「全国医療情報プラットフォーム」を活用し、地域の医療機関等や多職種が連携しながら、地域のかかりつけ医機能の確保を推進。

○ 「全国医療情報プラットフォーム」による介護関連情報の共有が実施されるまでにも、医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等が円滑に連携できるよう、活用できる民間サービスの活用などの好事例の周知等に取り組む。

患者等への説明

○ 説明が努力義務となる場合は、在宅医療や外来医療を提供する場合であって一定期間以上継続的に医療の提供が見込まれる場合とする。

○ 患者等への説明内容は、疾患名や治療計画、当該医療機関の連絡先等に加えて、当該患者に対する１号機能や２号機能の内容、連携医療機関等とする。

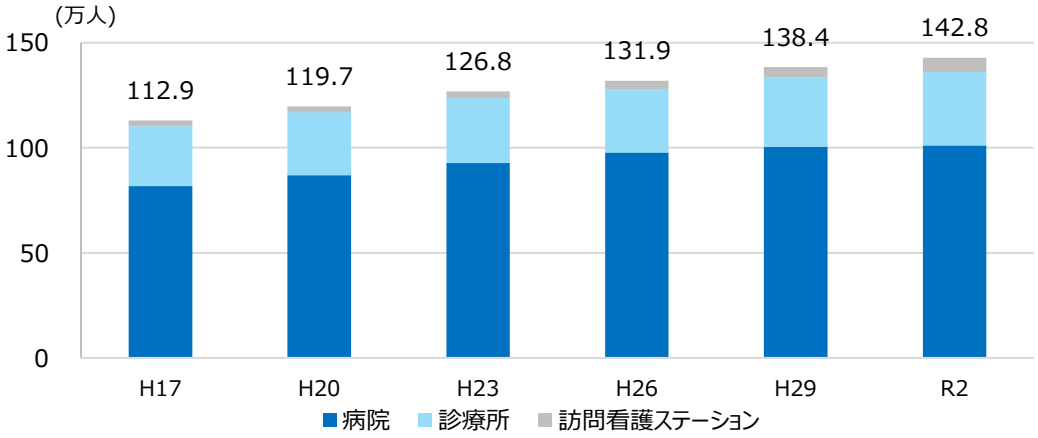
施行に向けた今後の取組

○ 今後、制度の円滑な施行に向けて、関係省令・告示等の改正、かかりつけ医機能報告に係るシステム改修、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の詳細の整理、ガイドラインの作成、都道府県・市町村等に対する研修・説明会の開催等に取り組む。

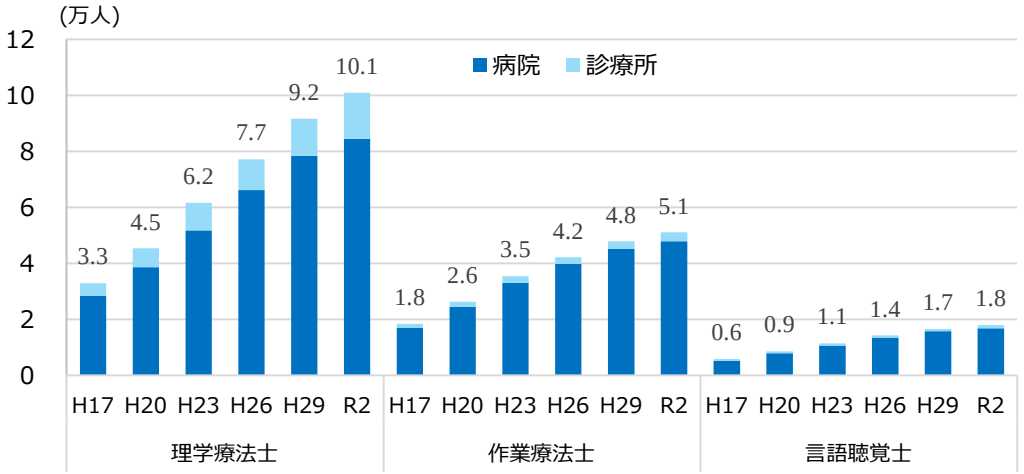
医療関係職種の従事者数の増加とタスクシフト・シェアの推進

○ 生産年齢人口が減少する中にあって、医師に加え、医療現場を支える専門人材である看護職やリハ職（POS）の数も増加傾向が続いている。希少な医療資源を可能な限り有効活用する観点が必要。

◆看護職員



◆リハ職（POS）



（出所）看護職員は、厚生労働省「第２回看護師等確保基本指針検討部会」（令和5年7月7日）資料「看護師等（看護職員）の確保を巡る状況」、リハ職（POS）は、厚生労働省「医療施設調査」に基づき作成
（注）「看護職員」は、看護師、准看護師、保健師、助産師のこと

◆ タスクシフト・シェアの例

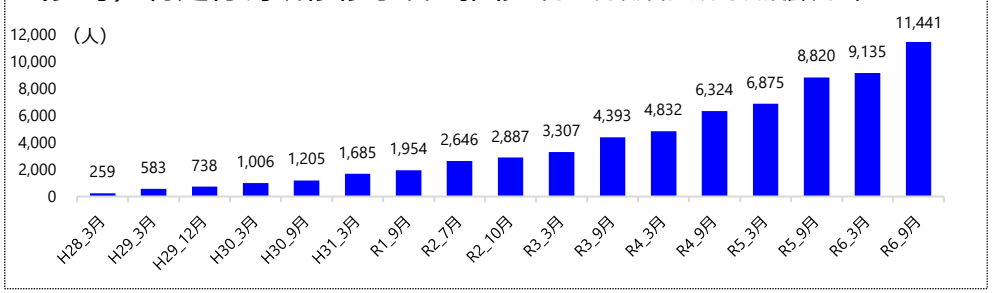
（看護師）

- 特定行為（38行為21区分）

（例）

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

（参考）特定行為研修修了者の推移（厚生労働省医政局看護課調べ）



（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）

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

（出所）医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会 議論の整理（令和２年12月23日）等を基に作成。

タスク・シフト/シェアの具体的な普及・推進策

令和2年12月23日タスク・シフト/シェア推進に関する検討会　議論の整理の公表について

○　タスクシフト/シェアの普及・推進について、医療機関における取組を促進するため、医師の働き方改革の推進に関する検討会において検討されている医師労働時間短縮計画や評価機能による評価の枠組みにタスクシフト/シェアを推奨する業務や、その考え方を加味する。
○　評価結果を医療勤務環境改善支援センターへ報告し、他の医療機関に対する助言に活用することで、地域全体でのタスクシフト/シェア推進の好循環が期待できる。
○　厚生労働省において、タスク・シフト/シェア可能な業務範囲の明確化を行うとともに、参考となるタスク・シフト/シェア推進の好事例について、そのプロセスや　費用対効果も含めた収集・分析を行い、周知を図る。

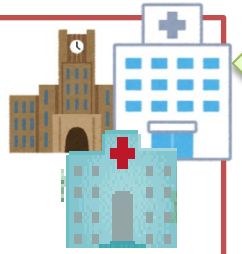
医療機関

医師労働時間短縮計画の策定

○　意識改革・啓発
- ◆　管理者マネジメント研修
- ◆　医師全体に対する説明会
- ◆　各部門責任者に対する研修
- ◆　全職員の意識改革に関する研修

○　技術の習得・向上
- ◆　タスク・シフト/シェアに係る研修
- ◆　シフト/シェア後の事故報告等の安全確保を目的とした改善のための方策を講ずる

○　余力の確保
- ◆　ICT導入等による業務全体の縮減
- ◆　現行担当している職種からその他の職種へのタスク・シフト/シェアの推進
- ◆　一連の業務の効率化と現行担当職種の見直し



評価機能（法律に基づき全国で１カ所を指定することを想定）

評価

労働時間短縮に向けた取組・労務管理状況について評価

○　医師の労働時間の実績と労働時間短縮に向けた取り組みの評価
- ◆　検討会で示されたタスク・シフト/シェア項目への取り組みを評価

○　評価結果の公表にあわせて、医療機関の同意を得てタスク・シフト/シェア好事例の具体的取組内容も公表

報告

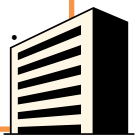
タスク・シフト/シェアの取組に関する好事例を報告（好事例の収集）

【タスク・シフト/シェアの取組に関する好事例】
他の医療機関の模範となる取組が行われるなど、医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組が十分に行われており、医師の労働時間短縮が進んでいる事例。

医療勤務環境改善支援センター（全国47カ所）

○　評価機能の評価のプロセスで得られた好事例を蓄積

○　医療機関に行う勤務環境改善の助言等に蓄積されたタスク・シフト/シェア好事例を活用



好事例を活用し、助言

勤務環境改善の助言

厚生労働省

○　実施可能な業務範囲の明確化・通知の発出

○　タスク・シフト/シェア推進のプロセスについて費用対効果を含めて好事例を収集・分析し、周知

○　臨床研修アンケートを用いた、タスク・シフト/シェアの進捗状況の定点評価

○　必要な取り組みを進めるための財政的支援

※　医師に対して時間外労働の上限規制が適用される2024年4月に向けた医師の労働時間短縮の取り組み。

※　2024年以降も労働時間の削減が必要であることから、2035年度末を目標に引き続き検討。

医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアが可能な業務の具体例（１）

【職種ごとにタスク・シフト/シェアを進めることが可能な業務】

看護師

① 特定行為（38行為21区分）の実施
② 事前に取り決めたプロトコール（※）に基づく薬剤の投与、採血・検査の実施
③ 救急外来における医師の事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づく採血・検査の実施
④ 血管造影・画像下治療（ＩＶＲ）の介助
⑤ 注射、採血、静脈路の確保等
⑥ カテーテルの留置、抜去等の各種処置行為
⑦ 診察前の情報収集

助産師

① 院内助産　② 助産師外来

薬剤師

① 周術期における薬学的管理等
② 病棟等における薬学的管理等
③ 事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等
④ 薬物療法に関する説明等
⑤ 医師への処方提案等の処方支援
⑥ 糖尿病患者等における自己注射や自己血糖測定等の実技指導

診療放射線技師

① 撮影部位の確認・検査オーダーの代行入力等
② 画像誘導放射線治療（ＩＧＲＴ）における画像の一次照合等
③ 放射線造影検査時の造影剤の投与、投与後の抜針・止血等
④ 血管造影・画像下治療（ＩＶＲ）における補助行為
⑤ 病院又は診療所以外の場所での医師が診察した患者に対するエックス線の照射
⑥ 放射線検査等に関する説明、同意書の受領
⑦ 放射線管理区域内での患者誘導
⑧ 医療放射線安全管理責任者

臨床検査技師

① 心臓・血管カテーテル検査、治療における直接侵襲を伴わない検査装置の操作
② 負荷心電図検査等における生体情報モニターの血圧や酸素飽和度などの確認
③ 持続陽圧呼吸療法導入の際の陽圧の適正域の測定
④ 生理学的検査を実施する際の口腔内からの喀痰等の吸引
⑤ 検査にかかる薬剤を準備して、患者に服用してもらう行為
⑥ 病棟・外来における採血業務
⑦ 血液製剤の洗浄・分割、血液細胞（幹細胞等）・胚細胞に関する操作
⑧ 輸血に関する定型的な事項や補足的な説明と同意書の受領
⑨ 救急救命処置の場における補助行為の実施
⑩ 細胞診や超音波検査等の検査所見の記載
⑪ 生検材料標本、特殊染色標本、免疫染色標本等の所見の報告書の作成
⑫ 病理診断における手術検体等の切り出し
⑬ 画像解析システムの操作等
⑭ 病理解剖
⑮ 医療用吸引器を用いて鼻腔、口腔又は気管カニューレから喀痰を採取する行為
⑯ 内視鏡用生検鉗子を用いて消化管の病変部位の組織の一部を採取する行為
⑰ 運動誘発電位検査
⑱ 体性感覚誘発電位検査
⑲ 持続皮下グルコース検査
⑳ 直腸肛門機能検査
㉑ 法第11条に規定する採血(以下この条において「採血」という。)を行う際に静脈路を確保し、当該静脈路に接続されたチューブにヘパリン加生理食塩水を充填する行為
㉒ 採血を行う際に静脈路を確保し、当該静脈路に点滴装置を接続する行為(電解質輸液の点滴を実施するためのものに限る。)
㉓ 採血を行う際に静脈路を確保し、当該静脈路に血液成分採血装置を接続する行為、当該血液成分採血装置を操作する行為並びに当該血液成分採血装置の操作が終了した後に抜針及び止血を行う行為
㉔ 超音波検査のために静脈路に造影剤注入装置を接続する行為、造影剤を投与するために当該造影剤注入装置を操作する行為並びに当該造影剤の投与が終了した後に抜針及び止血を行う行為

（注）「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について」（令和３年９月30日付け医政発0930第16号厚生労働省医政局長通知）の内容及び「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」（令和３年法律第49号）に基づく業務範囲の見直しの内容をもとに作成。

医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアが可能な業務の具体例（２）

【職種ごとにタスク・シフト/シェアを進めることが可能な業務】

臨床工学技士

① 心臓・血管カテーテル検査・治療時に使用する生命維持管理装置の操作
② 人工呼吸器の設定変更
③ 人工呼吸器装着中の患者に対する動脈留置カテーテルからの採血
④ 人工呼吸器装着中の患者に対する喀痰等の吸引
⑤ 人工心肺を施行中の患者の血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更
⑥ 血液浄化装置を操作して行う血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更
⑦ 血液浄化装置のバスキュラーアクセスへの接続を安全かつ適切に実施する上で必要となる超音波診断装置によるバスキュラーアクセスの血管径や流量の確認
⑧ 全身麻酔装置の操作
⑨ 麻酔中にモニターに表示されるバイタルサインの確認、麻酔記録の記入
⑩ 全身麻酔装置の使用前準備、気管挿管や術中麻酔に使用する薬剤の準備
⑪ 手術室や病棟等における医療機器の管理
⑫ 各種手術等において術者に器材や医療材料を手渡す行為
⑬ 生命維持管理装置を装着中の患者の移送

救急救命士

① 重度傷病者が搬送されるまでの間又は入院するまでの間の救急救命措置
② 救急外来等での診療経過の記録
③ 救急外来での救急患者受け入れ要請の電話対応

理学療法士

① リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付

作業療法士

① リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付
② 作業療法を実施するに当たっての運動、感覚、高次脳機能（認知機能を含む）、ADL等の評価等

言語聴覚士

① リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付
② 侵襲性を伴わない嚥下検査
③ 嚥下訓練・摂食機能療法における患者の嚥下状態等に応じた食物形態等の選択
④ 高次脳機能障害、失語症、言語発達障害、発達障害等の評価に必要な臨床心理・神経心理学検査種目の実施等

視能訓練士

① 白内障及び屈折矯正手術に使用する手術装置への検査データ等の入力
② 視機能検査に関する検査結果の報告書の記載

義肢装具士

① 義肢装具の採型・身体へ適合のために行う糖尿病患者等の足趾の爪切等
② 装具を用いた足部潰瘍の免荷
③ 切断者への断端管理に関する指導

【その他職種にかかわらずタスク・シフト/シェアを進めることが可能な業務】

① 診療録等の代行入力（電子カルテへの医療記録の代行入力、臨床写真など画像の取り込み、カンファレンス記録や回診記録の記載、手術記録の記載、各種サマリーの修正、各種検査オーダーの代行入力）
② 各種書類の記載（医師が最終的に確認または署名（電子署名を含む。）することを条件に、損保会社等に提出する診断書、介護保険主治医意見書等の書類、紹介状の返書、診療報酬等の算定に係る書類等を記載する業務）
③ 医師が診察をする前に、医療機関の定めた定型の問診票等を用いて、診察する医師以外の者が患者の病歴や症状などを聴取する業務
④ 日常的に行われる検査に関する定型的な説明、同意書の受領（日常的に行われる検査について、医療機関の定めた定型的な説明を行う、又は説明の動画を閲覧してもらった上で、患者又はその家族から検査への同意書を受領）
⑤ 入院時のオリエンテーション（医師等から入院に関する医学的な説明を受けた後の患者又はその家族等に対し、療養上の規則等の入院時の案内を行い、入院誓約書等の同意書を受領）
⑥ 院内での患者移送・誘導
⑦ 症例実績や各種臨床データの整理、研究申請書の準備、カンファレンスの準備、医師の当直表の作成等の業務

（注）「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について」（令和３年９月30日付け医政発0930第16号厚生労働省医政局長通知）の内容及び「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」（令和３年法律第49号）に基づく業務範囲の見直しの内容をもとに作成。

精神障害者の地域移行

○ 精神医療分野における医療資源の最適配分を促進するためには、医療機関の意識・行動の変容に加えて、都道府県・市町村が主体的に関わる中で、それぞれの地域の住宅政策や障害福祉施策も含めた地域福祉の現場において、多職種の関係者が連携しつつ、重層的かつ的確な支援が提供される体制を構築していくことが不可欠。

○ こうした考え方を踏まえ、これまで、精神病床の入院患者の地域移行に向けた精神保健医療福祉施策が進められる中で、精神障害者の地域生活を支える住まいの整備や障害福祉サービスの充実等が着実に図られてきている。

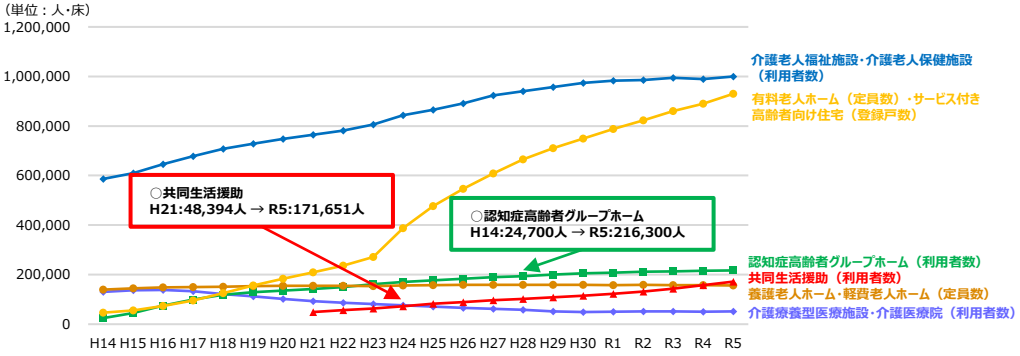
◆精神障害者の地域移行に向けた政策の歴史

年度	主な出来事
2002年（平成14年）	社保審の障害者部会が「**今後の精神保健医療福祉施策について**」を報告。**当事者主体の精神保健医療福祉への転換**を進め、関連施策全般の充実向上を図ることが重要と提言。
2003年（平成15年）	精神保健福祉対策本部が「**精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向（中間報告）**」をとりまとめ。「普及啓発」、「精神医療改革」、「地域生活の支援」に関する3つの検討会が開催され、精神保健医療福祉の見直しに係る今後の具体的な方向性が議論。
2004年（平成16年）	「**精神保健医療福祉の改革ビジョン**」が提示され、**「入院医療中心から地域生活中心へ」が基本指針に**。「国民意識の変革」、「精神医療体系の再編」、「地域生活支援体系の再編」、「精神保健医療福祉施策の基盤強化」という柱が掲げられ、「受入条件が整えば退院可能な者（約7万人）」について10 年後の解消を図ることも盛り込まれた。
2009年（平成21年）	「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の後期5か年の重点施策群の策定に向けた「**精神保健医療福祉の更なる改革に向けて**」（今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書）を提示。**「地域を拠点とする共生社会の実現」に向けて、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づく施策の立案・実施を更に加速させる**こととされた。
2014年（平成26年）	関係法令の改正に伴い「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を発出（4月）。**1年未満での退院に向けた質の高い医療提供や退院支援等の推進**や**長期入院者の地域移行のための多職種による退院促進に向けた取組の推進**などを明記。7月には、「**長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性**」（長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会とりまとめ）を公表。**長期入院精神障害者本人への支援である**「退院に向けた意欲の喚起」、「本人の意向に沿った移行支援」等の**「退院に向けた支援」に加え、居住の場の確保や地域生活を支えるサービスの確保として「地域生活の支援」が必要と指摘**。医療機関に対し自治体が助言・支援に努めるなど「関係行政機関の役割」を整理。**病院の構造改革として**「入院医療は精神科救急等地域生活を支えるための医療等に人員・治療機能を集約化」、「**地域移行を進めることによる病床の適正化**」を指摘。
2017年（平成29年）	「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」が報告書。**「入院医療中心から地域生活中心」という政策理念に基づく施策をより強力に推進**し、**精神障害者の一層の地域移行を具体的な政策手段により実現するため、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」という新たな政策理念を明記**。これを基軸に、既存の取組等による成果を踏まえ、精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしができるような方策を検討することを要請。

（出所）精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引き（2020年度版）（2021（令和３）年３月 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業 株式会社 日本能率協会総合研究所）より作成

◆障害者GH（共同生活援助）、高齢者向け住まいの推移

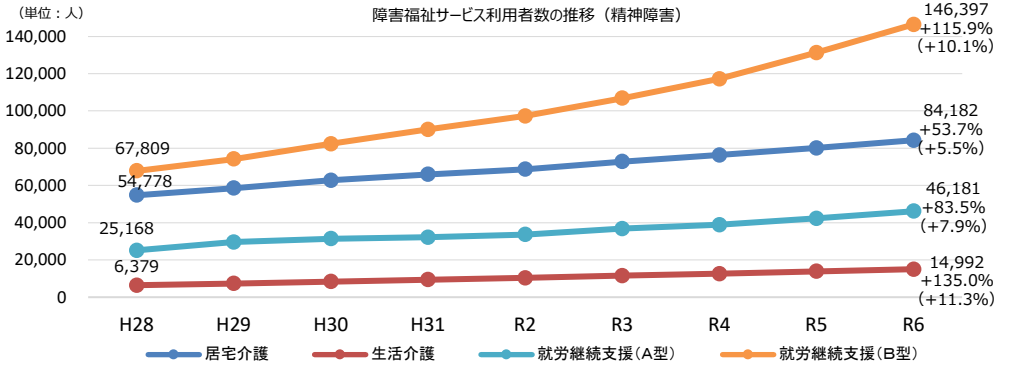
✓ 精神障害者の地域生活を支える住まいは、近年大きく整備が進んだ。



（出所）「介護サービス施設・事業所調査」、「介護給付費等実態調査」、「介護給付費等実態統計」、「社会福祉施設等調査」、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム」、「国保連データ」
（注１）有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果による。
（注２）共同生活援助の利用者数は各年３月分を記載しており、H21～H26の利用者数には共同生活介護分を含む。

◆障害福祉サービスの動向

✓ 精神障害者の地域生活を支える福祉サービスも増加傾向。



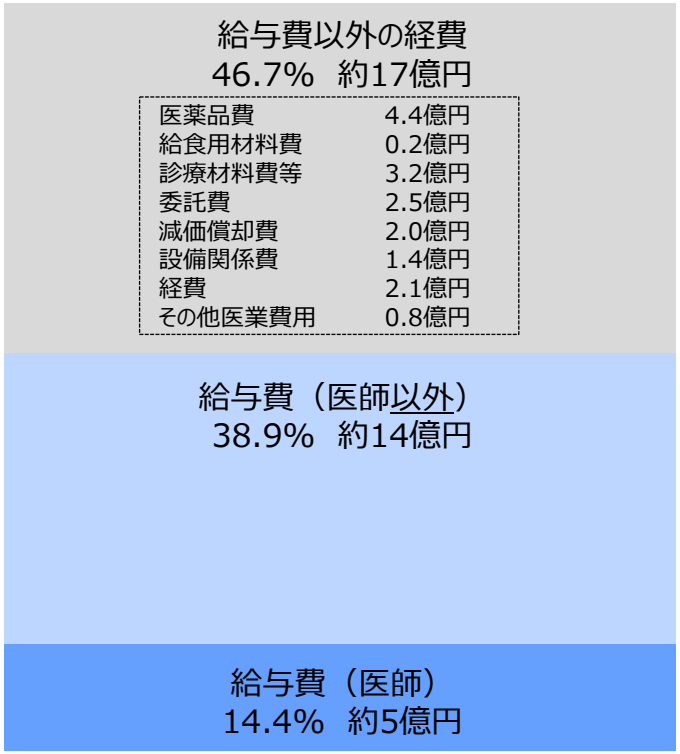
（出所）国保連データを加工して作成
（注）利用者数は各年３月の利用者総数、括弧書き内は各年度の増加率の幾何平均

病院・診療所の経費構造

○ 病院・診療所の費用構造を見ると、ともに経費の約半分は給与費であり、診療所においては、医師に係る給与費、特に院長の給与費の割合が高い。また、診療所における経費のうち人件費に次ぐのは「その他の医業・介護費用」となっている。

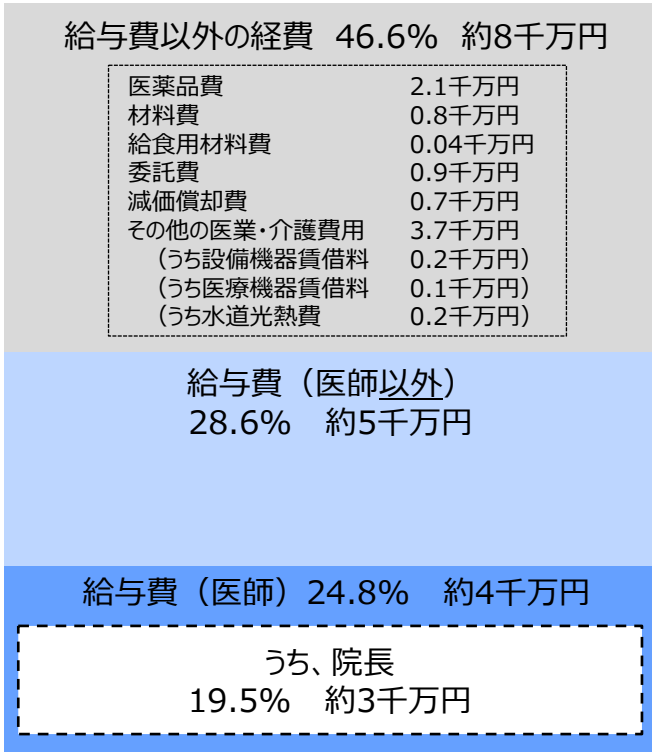
一般病院

2022年（度）平均の年間経費総額 **約36億円**（1施設当たり）



一般診療所（医療法人）

2022年（度）平均の年間経費総額 **約1.7億円** （1施設当たり）



（出所）各経費については、厚生労働省「第24回医療経済実態調査報告」2022年（度）。給与費の内訳については、厚生労働省保険局医療課において、「第24回医療経済実態調査報告」を基に、各職種ごとに、年度の給与（1施設あたり平均）／給与費（1施設あたり平均）を算出し、その比率を再計算したものを用いて推計。
（注1）括弧書きは経費全体に占める割合。
（注2）一般病院の給与費（医師）には、病院長の給与費も含まれる。
（注3）給与費には、職員の給与・賞与のほか、退職金、法定福利費が含まれている。また、厚生労働省「第24回医療経済実態調査報告」における「職種別常勤職員1人平均給与年（度）額等」では、一般診療所（医療法人）の院長に係る平均給料年（度）額及び賞与の合計は、2,653万円とされている。
（注4）一般診療所（医療法人）における「その他の医業・介護費用」には、福利厚生費、消耗品費、光熱水費、賃借料、事業税、固定資産税等、支払利息、雑費等が含まれる。

医療法人経営情報データベースシステムについて

○ 改正医療法が2023年8月1日から施行され、施行日以降に決算を迎える医療法人については、法人毎の「事業報告書等」とは別に、施設毎の収益及び費用等の状況を報告することが義務化された。
○ 「事業報告書等」と合わせ、施設毎の収益及び費用等の状況は、ネット環境さえあれば、データベースシステムを通じて電磁的方法で報告することが可能であるが、約9割が書面での提出となっており、報告から時間が経過しても十分な分析が行えないことが課題である。

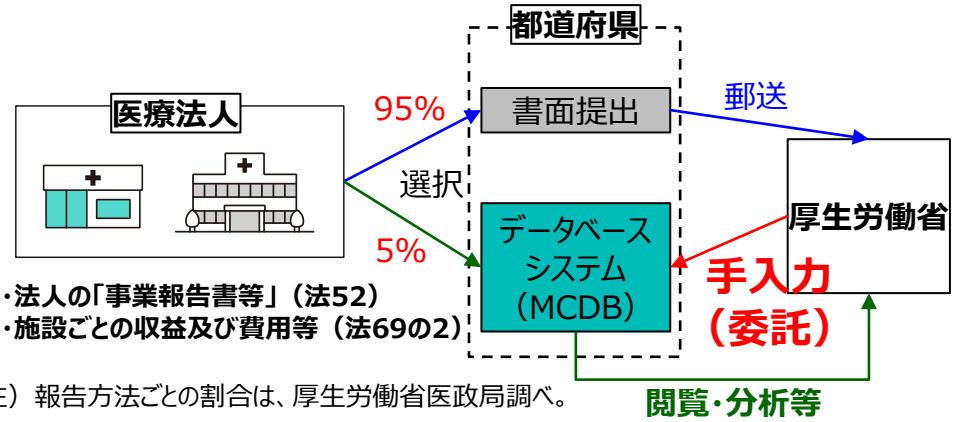
◆ 報告制度の概要

- 医療現場の実態把握のため必要な情報を収集し、政策の企画・立案に活用するとともに、国民への説明責任を果たすことが目的。
- 具体的には、①医療法人の経営情報の収集及びデータベースの整備、②収集した情報を属性等に応じてグルーピングした分析結果の公表、③研究者等に対する医療法人に関するデータベースの情報の提供、が進められることになっている。
- 対象は、原則、全ての医療法人であり、病床機能報告、外来機能報告等と連携させたうえで分析することも可能となっている。
- なお、第三者提供（学者等への提供）の在り方については、厚生労働省の検討会において検討を行い、引き続き調整することとされている。

◆ 見える化に係る足元の動き

	足元の動き
これまで	医療法人に係る「事業報告書等」の都道府県知事への届出義務（医療法第52条）
R4.4.1	「事業報告書等」のG-MISによる電子届出が可能となる。（医療法施行規則第33条の2の12）
R5.8.1	全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律の一部が施行。 これまでの「事業報告書等」に加え、**病院又は診療所ごとに、その収益及び費用その他の厚生労働省令で定める事項を都道府県知事へ報告することを義務付け**（医療法第69条の2）（診療報酬の所得計算の特例を受ける医療法人は除く） ※G-MISによる電磁的方法による報告が可能。
R7.4.1	G-MISでの報告を終了し、医療法人経営情報データベースシステム（MCDB）に直接、届出・報告が可能となる。
現在検討中	MCDBの第三者提供に係る制度整備

◆ 報告制度の枠組（令和7年4月1日現在）



（注）報告方法ごとの割合は、厚生労働省医政局調べ。

データベースに掲載する経営情報

施設別

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

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

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。

かかりつけ医機能の評価の全体像（現行）

○ 2026年度診療報酬改定は、かかりつけ医機能報告制度の施行後に訪れる最初の報酬改定。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し、整理することが必要。

○ 特に、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、かかりつけ医機能の最大限の発揮を可能とする報酬体系を確立していくことが求められる。その際、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となるよう、関係する評価項目の抜本的な見直しを図るべき。

① 診療行為に対する評価

■地域包括診療料、加算（H26改定で新設）

- 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）
- 上記の患者に対し、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制（研修を受けた医師等）が整備されている必要がある。

【届出医療機関数(令和5年)】　診療料　病院 51　診療所　226
加算　診療所　5,956

■小児かかりつけ診療料（H28改定で新設）

- 小児に対する、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価。
- 小児の患者のかかりつけ医として療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されている必要がある。

【届出医療機関数(令和5年)】　病院 6　診療所2,246

② 体制整備に対する評価

■機能強化加算（H30改定で新設）※

- 専門医療機関への受診の要否の判断、一元的な服薬管理等を含めた、診療機能を評価する加算。（初診料への加算）

※　地域包括診療料・加算あるいは小児かかりつけ診療料などの届出が要件

- 適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制（地域包括診療料の届出等や保健福祉サービスを担う医師の配置等）が整備されている必要がある。

【届出医療機関数(令和5年)】　病院 1,289　診療所 13,518

■在宅療養支援診療所・病院（H18改定で新設）

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

【届出医療機関数(令和5年)】　病院 2,021　診療所 14,755

③ そのほか、連携や紹介等に対する評価

■連携強化診療情報提供料（R4改定で改称等）

•「紹介受診重点医療機関」や、かかりつけ医機能を有する医療機関が、地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を提供した場合を評価。

※届出不要

■紹介割合等による減算（H24改定で新設）

•紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等（※）を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料を減算する規定。※届出不要

※特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関、その他400床以上の医療機関

かかりつけ医機能に係る評価の経緯

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

改定年度	項目	概要
2014年度	地域包括診療料・加算	複数の慢性疾患を有する患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価を**新設**。
2016年度	地域包括診療料・加算	病院の場合「2次救急指定病院または救急告示病院」との要件削除。**診療所における医師の配置基準を緩和**。
	認知症地域包括診療料・加算	複数疾患を有する認知症患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価を**新設**。
	小児かかりつけ診療料	3歳未満の小児に対する、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価を**新設**。
2018年度	機能強化加算	かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関にて、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する加算を**新設**。
	地域包括診療料・加算 認知症地域包括診療料・加算	以下のとおり、**医師配置基準の緩和**・在宅への移行実績を評価 ✓ 診療所における医師の配置基準を緩和。患者の受診医療機関・処方薬の把握を看護師等も実施可能であることを明確化。 ✓ 在宅への移行実績を評価する診療料1・加算1を設定。 ✓ 加算について、24時間対応の要件を緩和。
	小児かかりつけ診療料	在宅当番医制等への協力体制が確保された医療機関に係る**時間外の相談対応要件を緩和**。
2020年度	地域包括診療加算	**時間外の対応に係る要件を緩和**。
	小児かかりつけ診療料／小児外来診療料	**算定対象となる患者を3歳未満から6歳未満に拡大**。院内処方を行わない場合の取扱いの見直し。
	機能強化加算	院内の掲示等の情報提供に関し、必要に応じた専門医・専門医療機関への紹介等を要件追加。
	診療情報提供料（Ⅲ）	かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合に、紹介元の医療機関等からの求めに応じて、診療情報の提供を行った場合の評価を**新設**。
2022年度	地域包括診療料・加算	**対象疾患に、慢性心不全及び慢性腎臓病を追加**。また、患者からの予防接種に係る相談対応を要件に追加。
	小児かかりつけ診療料	時間外対応に係る体制の在り方を考慮した評価体系に見直し（時間外対応加算3に係る届出機関を小児かかりつけ診療料2として設定等）。
	機能強化加算	かかりつけ医機能を有する医療機関および医師の実績要件を追加。
	連携強化診療情報提供料	診療情報提供料（Ⅲ）から名称を変更の上、**対象患者に、紹介重点医療機関からの患者等を追加**。さらに**算定可能回数を3月に1回から1月に1回に変更**。
2024年度	地域包括診療料・加算	・以下の要件及び施設基準を追加。 ✓ 認知症に係る研修を修了していることが望ましい ✓ 長期処方又はリフィル処方について、対応可能である旨の院内掲示 ✓ 介護支援専門員及び相談支援専門員との連携等 ✓ 適切な意思決定支援に関する指針の整備 ✓ 疾患名、治療計画等についての文書の交付・説明　等
	小児かかりつけ診療料	発達障害の疑いがある患者の診察及び相談への対応、育児不安の相談への対応を要件に追加

（出所）令和5年6月21日中医協での事務局提出資料等を基に作成

（認知症）地域包括診療料・加算

○ 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、かかりつけ医機能を評価するために導入された基幹的な報酬項目であるが、その算定実績は低調。地域包括診療料を届け出ていない理由の調査では、「24時間対応薬局との連携」、「常勤医師の配置」が困難との指摘に加え、「在宅療養支援診療所でない」ことを理由に挙げる施設が多かった。（出所：令和４年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票））

○ 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、また、前向きにかかりつけ医機能の発揮を志向できる的確なインセンティブ機能を果たしているか、検証の上で見直す必要。

◆現行制度

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

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

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

地域包括診療加算1：25点、地域包括診療加算2：18点
認知症地域包括診療加算1：35点、認知症地域包括診療加算2：28点

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

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

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

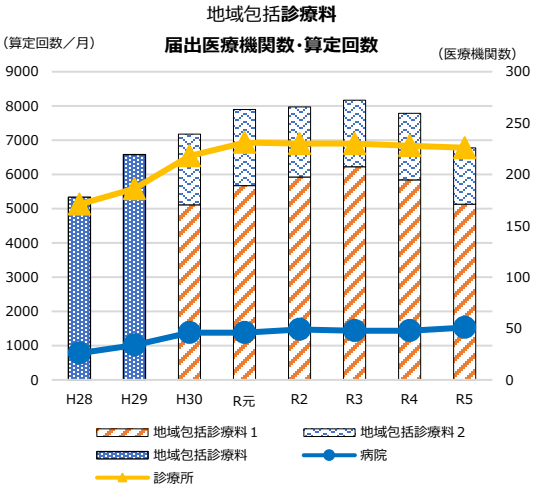
◆都道府県に報告されるかかりつけ医機能の内容

令和7年4月から始まった「かかりつけ医機能報告制度」では、地域医療の質の向上の観点から、「日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能」（1号機能）を有する医療機関に対し、「通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供」（2号機能）の報告を求めることとされている。

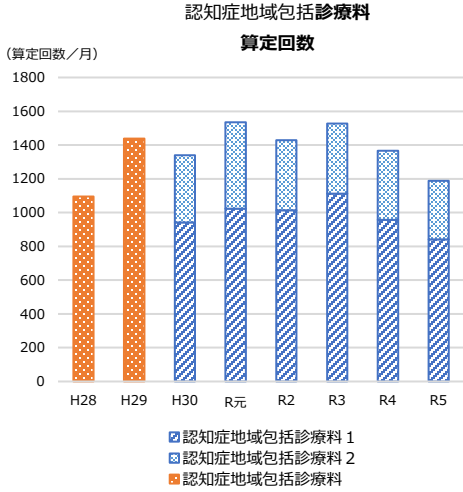
◆算定状況について

□ 地域包括**診療料**、認知症地域包括**診療料**については、実績が低調。

□ 地域包括診療**加算**、認知症地域包括**加算**の算定回数についても、伸び悩んでいる状況。後者については低下傾向。



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



（出所）社会医療診療行為別統計

	地域包括診療**加算**	認知症地域包括**加算**
算定回数（H30⇒R5）	（H30）1,259,825 （R5）1,457,317	（H30）34,530 （R5）25,789

外来管理加算

○ 外来管理加算は、再診料に加算される代表的・基本的な加算であるが、近年、外来診療所におけるかかりつけ医機能を評価する管理料・加算が創設・充実されてきている中で、その評価対象が極めて不明瞭となっている。患者・国民目線で非常に分かり辛いとの指摘がなされて久しい。

○ 「全人的な患者管理」という内科系の技術を特別に評価してきたとの歴史的経緯があるとはいえ、近年の算定状況も鑑みれば、かかりつけ医機能を評価する各種の管理料・加算も含めた診療報酬体系全体を見直す中で、抜本的な見直しを図る時期に来ているのではないか。

◆現行制度

✓ 外来管理加算（52点）は、「**計画的な医学管理**」を評価して、**再診料に加算**されるもの。

✓ 検査・処置・リハビリ・精神科精神療法・手術等の実施を行わないことや、**丁寧な問診や詳細な身体診察**などが要件。

◆経緯

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

◆算定状況／算定要件について

□ 外来管理加算は、内科では８割の算定率であり、再診料と合わせれば、総点数（報酬全体）の１割を占める評価項目。

□ かかりつけ医機能を評価する加算である地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算、特定疾患療養管理料、特定疾患処方管理加算が併算定可能。なお、生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）については、2024年度診療報酬改定で併算定が不可となったが、生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）が算定された日と別日であれば算定可能。

◆基本料への「包括化」（マルメ）について

□ 加算は、基本的な診療行為に比して付加価値のある質の高いサービス等の実施に必要な「かかり増し」費用を賄うため設定されるもの。社会環境や診療実態の変化等により、別途の評価が不要となれば、基本的な評価項目に包括化されるのが自然な対応。

□ 例えば、2024年度改定においては、外来診療における標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となったこと等を踏まえ、初診料を３点、再診料をそれぞれ２点引き上げたところ。

□ なお、検査等を包括する加算・管理料としては、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料、特定疾患療養管理料、生活習慣病管理料（Ⅰ）がある。

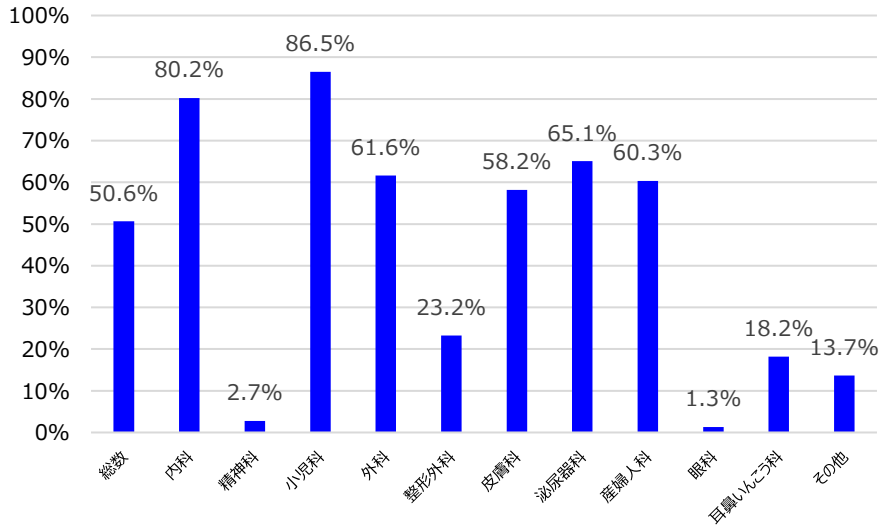
外来管理加算の算定状況

○ 外来管理加算は、長年にわたって、特に内科系の外来診療所で算定割合が高く、基礎的な加算となっている。

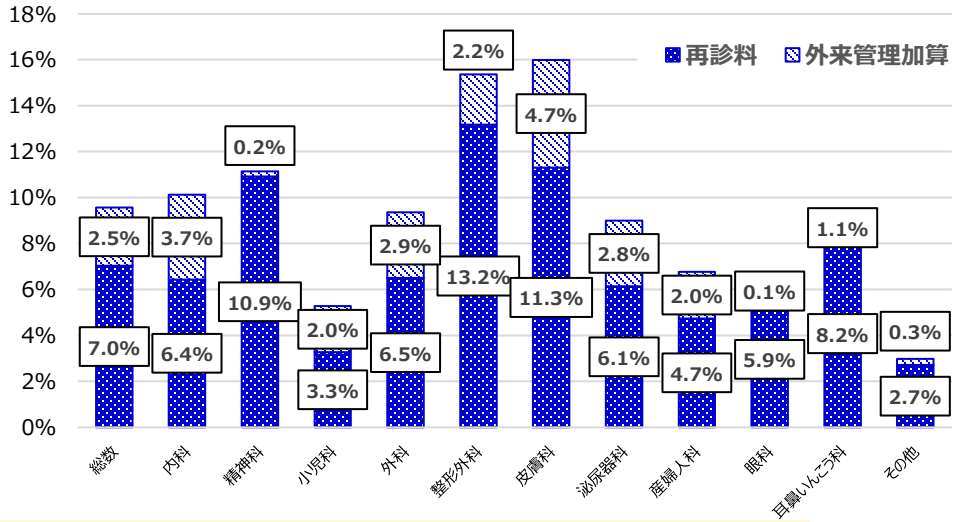
✓ 再診料が算定される際、内科では８割が外来管理加算を算定している。

✓ 総点数のうち、外来管理加算は、内科で3.7%、再診料と合わせれば１割の点数を占めている。

再診料の算定回数に占める外来管理加算の算定割合（診療科別）

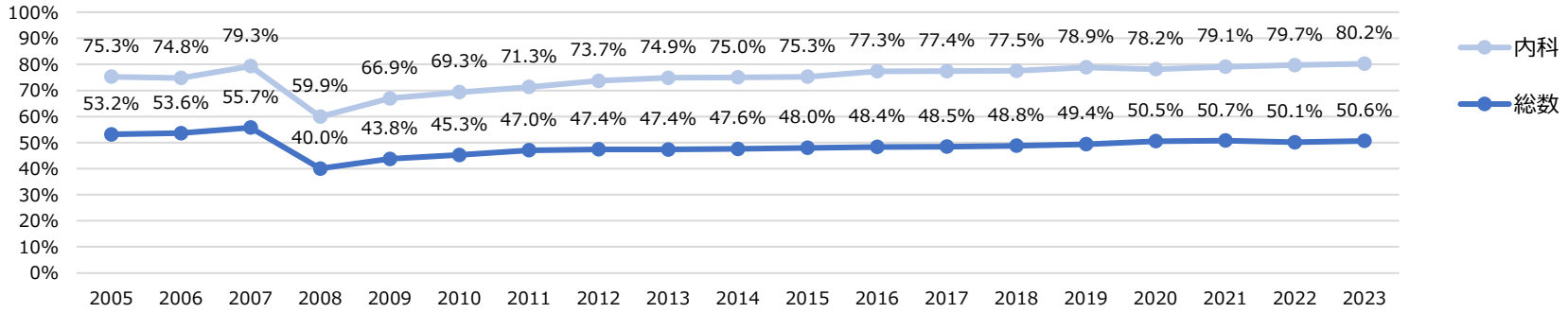


総点数に占める再診料・外来管理加算の割合



✓ 外来管理加算の算定割合は、経年的に見て、2008年の要件厳格化の影響を除き、近年、大きな変化は見られない。

再診料の算定回数に占める外来管理加算の算定割合



（出所）「社会医療診療行為別統計」及び「社会医療診療行為別調査」より作成。

機能強化加算

○ 機能強化加算（80点）は、初診の患者の中でも特に継続的な管理が必要な疾患を有する患者に対し、専門医療機関への受診の要否の判断を含め的確で質の高い診療機能を発揮することを評価する観点から、2018年度診療報酬改定で創設されたもの。しかしながら、「体制への評価」であるため、地域包括診療加算等の施設基準さえ満たせば、患者実態によらず一律に算定できてしまうことが問題視されてきた。

○ 2022年度診療報酬改定では所要の見直しが実施されたものの、施設基準を満たせば、初診患者に対して一律に算定できることに変わりはなく、その後の届出・算定状況を見ても、「初診時のかかりつけ医機能の発揮」を的確に評価できているのか判然としない。

◆2022年度改定の概要

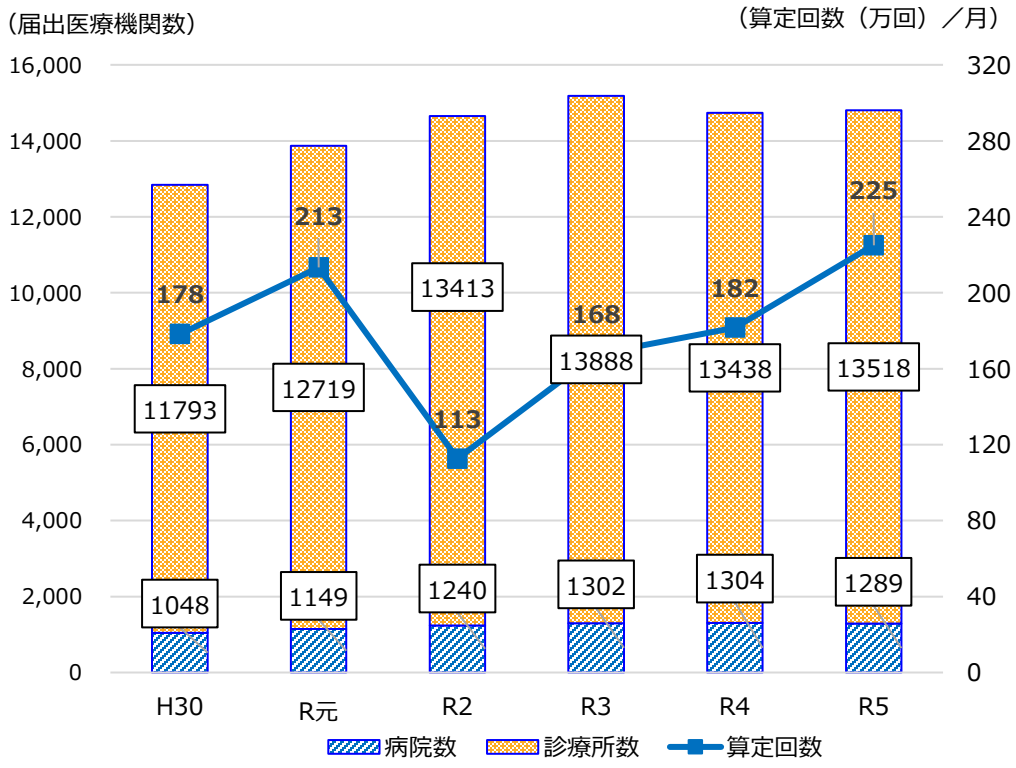
✓ かかりつけ医機能を有する医療機関および医師の実績要件をそれぞれ追加。

2022年度改定後の要件（青字下線は要件追加部分）

	次のいずれかを満たしていること。
地域包括診療加算１/地域包括診療料１の届出を行っていること。	**以下のいずれも満たすものであること。** • **地域包括診療加算２／地域包括診療料２の届出を行っていること。** • **直近１年間において、次のいずれかを満たしていること。** ■ **地域包括診療加算２／地域包括診療料２を算定した患者が３人以上。** ■ **在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「１」、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)又は往診料を算定した患者の数の合計が３人以上。**
小児かかりつけ診療料の届出を行っていること。	
在宅時医学総合管理料／施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型の在支診又は在支病であること。	以下のいずれも満たすものであること。 • 在宅時医学総合管理料／施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型以外の在支診又は在支病であること。 • **過去１年間において、以下のいずれかを満たしていること。** ■ **（在支診の場合）緊急往診の実績３件以上。** ■ **（在支病の場合）緊急往診の実績又は在支診からの緊急受入の実績の合計が３件以上。** ■ **在宅における看取りの実績又は15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が１件以上。**
• **以下のいずれかを行っている常勤の医師を配置すること。** **ア 介護保険制度の利用等の相談への対応、主治医意見書の作成　イ 警察医として協力** **ウ 乳幼児健診を実施　エ 定期予防接種を実施　オ 幼稚園の園医等　カ 地域ケア会議に出席** **キ 一般介護予防事業に協力**	

◆届出・算定状況

□ 機能強化加算の届出施設数は、令和４年に微減したものの令和５年に微増。算定回数は令和５年に大きく増加し、コロナ禍前を超えている状況。



（出所）厚生労働省（社会医療診療行為別統計）

機能強化加算の実態

○ 初診時におけるかかりつけ医機能を評価するため、2018年改定で設けられた機能強化加算については、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への算定が行われることが期待されながら、算定の実態が異なっていると創設直後から指摘されてきている。

○ 「体制加算」である以上、初診患者全てに算定できるのは仕方ないとの見方もあるが、かかりつけ医機能を評価する管理料・加算は別途存在することや、医療法改正で令和７年度から「かかりつけ医機能」の報告が義務づけられる医療機関は、令和８年度に向け、その内容を院内掲示する必要があること等を踏まえれば、機能強化加算については、当該医療機関をかかりつけ医としない患者に対してまで、初診時への加算による追加負担を求める形となっていることの合理性を含め、改めて、その抜本的な見直しを検討する必要。

◆健康保険組合連合会「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究Ⅳ」2019年8月

●分析の結果、**複数の医療機関から同加算を算定されている患者が一定数存在する**ほか、同加算を**算定された患者群と算定されなかった患者群の間で80点の加算に見合う効果が見て取れない**状況である。

－機能強化加算届出の医療機関（内科標榜）を複数受診した患者のうち、約6割は2つ以上の医療機関から機能強化加算を算定されている。
－同加算の算定患者群は非算定患者群と比べて、傷病構成がほぼ同等で、傷病名トップは両群とも年齢層に関係なく「急性気管支炎」であった。
－同様に、専門医療機関等への紹介状況や患者が受診する施設数等に関しても両群で差異がみられず、同加算による外来医療の役割分担への寄与は見て取れない。

●また、施設基準さえ満たしていれば初診患者に一律に算定できるため、**以下の通り同加算が本来対象とすることが想定される患者像とは異なる患者層への算定が大半**であり、算定要件等の見直しが急務である。

－同加算算定患者の年齢分布は、地域包括診療加算等の算定患者と比べて若年層に偏っている。
－分析期間の6カ月の間に、算定患者の6割は受診回数が1回のみで、再診がなかった。
－同加算の算定レセプトのうち高血圧症、糖尿病、脂質異常症のいずれかを有するレセプトは5%に満たなかった。

●なお、健康保険組合全体の同加算の算定金額は年間50億円程度と見込まれる。

＜機能強化加算届出あり施設で同加算を1回以上算定した患者＞
実患者の出現率上位の傷病名（受診回数別）

順位	受診回数 1回		受診回数 2回	
	傷病名	出現率	傷病名	出現率
1	急性気管支炎	8.4%	急性気管支炎	6.9%
2	急性上気道炎	7.0%	急性上気道炎	5.2%
3	アレルギー性鼻炎	5.0%	アレルギー性鼻炎	4.8%
4	急性咽頭炎	3.3%	気管支喘息	2.7%
5	咽頭炎	2.5%	急性咽頭炎	2.5%
6	気管支喘息	2.4%	咽頭炎	1.8%
7	急性胃腸炎	1.7%	湿疹	1.4%
8	急性胃炎	1.6%	糖尿病	1.4%
9	気管支炎	1.4%	肝機能障害	1.4%
10	嘔吐症	1.4%	急性胃腸炎	1.3%

複数医療機関受診患者の機能強化加算の算定状況

区分	実患者数	構成割合
2つ以上の医療機関から機能強化加算を算定された患者	28,492	57.6%
1つの医療機関からのみ機能強化加算を算定された患者	21,012	42.4%
計	49,504	100.0%

＜機能強化加算届出あり施設＞
3傷病毎の機能強化加算が算定されたレセプト件数

傷病名	レセプト件数	全体に占める割合
下記3傷病のいずれか	57,782	4.8%
高血圧症	18,066	1.5%
糖尿病	32,462	2.7%
脂質異常症	28,848	2.4%
総レセプト件数	1,192,831	

（出所）健康保険組合連合会「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究Ⅳ」（2019年８月）

◆中央社会保険医療協議会　総会　第491回（2021年10月20日）

○**幸野委員**　今、2号側の先生方が、かかりつけ医が評価できないのは、要件が厳し過ぎて、とてもこれでは対応できないということをおっしゃいましたが、それはあると思います。それはそれで見直していく必要があると思いますが、一番の要因は、やはり患者側がかかりつけ医を持とうというインセンティブを持つような診療報酬の設定がない。**患者の目線で作られた診療報酬の設定がないということも大きな要因だと思っています**。

患者がかかりつけ医になってもらいたいのは、何でも幅広い疾患、調子が悪いときにまずは対応してくれるということや、あるいは働き盛りから高齢者まで個々のニーズがあるので、例えば、オンライン診療に対応してくれるとか、多様なニーズに対応してくれる先生がいるということ、それから、自分のことを一番理解していただいているということがかかりつけ医の要件だと思っていて、このようなことを持つ医療機関があれば、自然とかかりつけ医は増えてくるわけで、そういう目線で診療報酬も設定していく必要がある。

4年前に設定された機能強化加算なんて、患者は誰も知らないうちに取られている。それで、何がかかりつけなのだと。こんなものが増えていくわけがないですよね。そういった問題点を1回洗い出して、全て再構築していく。場合によっては、新しい現役世代でも取れるようなかかりつけ医というものを診療報酬で作ってもいいのではないか。そういうことも含めて、中医協の中で議論していくべきだと思います。これは医政局の議論とは違うことなので、同時並行で、あるいは医政局と連携しながらやっていくことも必要だと思います。

◆院内掲示が義務づけられた「かかりつけ医機能」の報告事項

（1号機能を有する医療機関）

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

□ 当該機能に係る**「報告事項」**

- ✓ かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無
- ✓ 総合診療専門医の有無
- ✓ 17診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、いずれかの診療領域に係る一次診療を行うことができること
- ✓ 一次診療を行うことができる疾患
- ✓ 医療に関する患者からの相談に応じることができること

かかりつけ医機能と診療報酬上の対応

関連する制度・提言等	かかりつけ医機能	診療報酬上の主な対応
医療法によるかかりつけ医機能報告制度	日常的な診療の総合的・継続的実施	地域包括診療料・加算の研修要件
	夜間・休日の対応	時間外対応加算、地域包括診療料・加算、小児かかりつけ診療料 在宅療養支援診療所・病院等
	入退院支援	在宅療養支援診療所・病院等
	在宅医療の提供	在宅療養支援診療所・病院、地域包括診療料・加算等
	介護サービス等との連携	地域包括診療料・加算、機能強化加算等
医療法によるかかりつけ医機能の確認を受けた医療機関の努力義務	書面を用いた治療に関する計画等の説明	生活習慣病管理料（生活習慣に関する総合的な治療管理） 小児かかりつけ診療料（かかりつけ医として療養上必要な指導及び診療を行うこと等）
全世代型社会保障構築会議報告書（令和4年12月16日）	オンライン資格確認を活用した患者情報の一元的把握	－ （地域包括診療料・加算は、他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載することが要件）
日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年８月８日）	健診・がん検診	機能強化加算
	母子保健	－
	学校保健	小児かかりつけ診療料、機能強化加算等
	産業保健	（療養・就労両立支援指導料）

かかりつけ医機能に係る評価等の対象患者

診調組　入－１
５．７．２０改

	加算の趣旨	対象患者（疾患等）
地域包括診療加算 地域包括診療料	かかりつけ医機能	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は、認知症の６疾病のうち２つ以上（疑いは除く。）
認知症地域包括診療加算 認知症地域包括診療料	かかりつけ医機能	以下の全ての要件を満たす認知症患者 ・認知症以外に１以上の疾病を有する（疑いは除く） ・同月に、当該保険医療機関において「１処方につき５種類を超える内服薬」「１処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて３種類を超えて含むもの」のいずれの投薬も受けていない患者
小児かかりつけ診療料	かかりつけ医機能	当該保険医療機関を4回以上受診した未就学児（6歳以上の患者にあっては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る）の患者であって入院中の患者以外のもの。
機能強化加算	かかりつけ医機能	特段の要件なし（初診料算定時）。
生活習慣病管理料	疾患管理	脂質異常症、高血圧症、糖尿病
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の評価	結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。）、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス性肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎、思春期早発症、性染色体異常、アナフィラキシー、ギラン・バレー症候群

地域包括診療料・加算について

	地域包括診療料１　1,660点 地域包括診療料２　1,600点 （月１回）		地域包括診療加算１　25点 地域包括診療加算２　18点 （１回につき）
	病院	診療所	診療所
包括範囲	下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・（再診料の）時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料　・診療情報提供料（Ⅱ）・連携強化診療情報提供料 ・在宅医療に係る点数（訪問診療料、在宅時医学総合管理料 、特定施設入居時等医学総合管　理料を除く。） ・薬剤料（処方料、処方せん料を除く。） ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は、認知症の６疾病のうち２つ以上（疑いは除く。）		
対象医療機関	診療所又は許可病床が２００床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。**認知症に係る研修を修了していることが望ましい。**		
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は２４時間開局薬局であること　等	・当該患者に院外処方を行う場合は２４時間対応薬局等を原則とする　等	
	・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する ・当該点数を算定している場合は、７剤投与の減算規定の対象外とする **・長期処方又はリフィル処方について、対応可能である旨の院内掲示**		
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談及び予防接種に係る相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙　等		
介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨、**介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に対応可能な旨**の院内掲示 ・主治医意見書の作成を行っていること **・サービス担当者会議への参加、地域ケア会議への参加、介護支援専門員との相談の機会を設けていること　のいずれかを満たすこと**　等		
在宅医療の提供および２４時間の対応	・在宅医療の提供及び当該患者に対し　２４時間の往診等の体制を確保していること。（在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。） ・外来診療から訪問診療への移行に係る実績を有していること。（地域包括診療料１及び地域包括診療加算１に限る。）		
	・下記のすべてを満たす ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院	・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算１の届出 ②常勤換算２人以上の医師が配置され、うち１人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所	・下記のうちいずれか１つを満たす ①時間外対応加算１、２又は３の届出 ②常勤換算２人以上の医師が配置され、うち１人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所
その他	**・適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。** **・患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。**		

下線部は令和６年度診療報酬改定事項

認知症地域包括診療料・加算について

	認知症地域包括診療料１　1,681点 認知症地域包括診療料２　1,613点 （月１回）		認知症地域包括診療加算１　35点 認知症地域包括診療加算２　28点 （１回につき）
	病院	診療所	診療所
包括範囲	下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・（再診料の）時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料　・診療情報提供料（Ⅱ）　・連携強化診療情報提供料 ・在宅医療に係る点数（訪問診療料、在宅時医学総合管理料 、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。） ・薬剤料（処方料、処方せん料を除く。） ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの		出来高
対象患者	以下の全ての要件を満たす認知症患者 ・認知症以外に１以上の疾病を有する（疑いは除く） ・同月に、当該保険医療機関において「１処方につき５種類を超える内服薬」「１処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて３種類を超えて含むもの」のいずれの投薬も受けていない患者		
対象医療機関	診療所又は許可病床が２００床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。**認知症に係る研修を修了していることが望ましい。**		
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は２４時間開局薬局であること　等	・当該患者に院外処方を行う場合は２４時間対応薬局等を原則とする　等	
	・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する **・長期処方又はリフィル処方について、対応可能である旨の院内掲示**		
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙　等		
介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨、**介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に対応可能な旨**を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること **・サービス担当者会議への参加、地域ケア会議への参加、介護支援専門員との相談の機会を設けていること　のいずれかを満たすこと**　等		
在宅医療の提供	・在宅医療の提供及び当該患者に対し　２４時間の往診等の体制を確保していること。（在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。） ・外来診療から訪問診療への移行に係る実績を有していること。（地域包括診療料１及び地域包括診療加算１に限る。）		
施設基準	それぞれ以下の届出を行っていること 診療料１：地域包括診療料１ 診療料２：地域包括診療料２		それぞれ以下の届出を行っていること 加算１：地域包括診療加算１ 加算２：地域包括診加算２
その他	**・適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。** **・患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。**		

下線部は令和６年度診療報酬改定事項

地域包括診療料等の見直し

地域包括診療料等の見直し

➢ かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、リフィル処方及び長期処方の活用、適切な意思決定支援及び医療DXを推進する観点から、以下のとおり要件及び評価を見直す。

改定後

【地域包括診療料】　※地域包括診療加算についても同様

［算定要件］

- **患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。その際、文書の交付については電子カルテ情報共有システムにおける患者サマリーに入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、文書を交付しているものとみなすものとする。**
- **当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応するとともに、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。**
- **患者の状態に応じ、28日以上の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とともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。**

［施設基準］　※地域包括診療加算についても同様

- 当該保険医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下この区分において「担当医」という。）を配置していること。**また、担当医は認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましい。**
- **次に掲げる事項を院内掲示していること。　ア　健康相談及び予防接種に係る相談を実施していること。**
  イ　当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応することが可能であること。
  ウ　患者の状態に応じ、28日以上の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。
- 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。
  ア～ケ (略)　**コ　担当医が、「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること。**
- **以下のア～ウのいずれかを満たすこと。**
  ア　担当医が、サービス担当者会議に参加した実績があること。　イ　担当医が、地域ケア会議に出席した実績があること。　ウ　当該保険医療機関において、介護支援専門員と対面あるいはICT等を用いた相談の機会を設けていること。なお、対面で相談できる体制を構築していることが望ましい。
- **当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。**

現行	
地域包括診療加算１	25点
地域包括診療加算２	18点
認知症地域包括診療加算１	35点
認知症地域包括診療加算２	28点

⇒

改定後	
地域包括診療加算１	**28点**
地域包括診療加算２	**21点**
認知症地域包括診療加算１	**38点**
認知症地域包括診療加算２	**31点**

厚生労働省資料

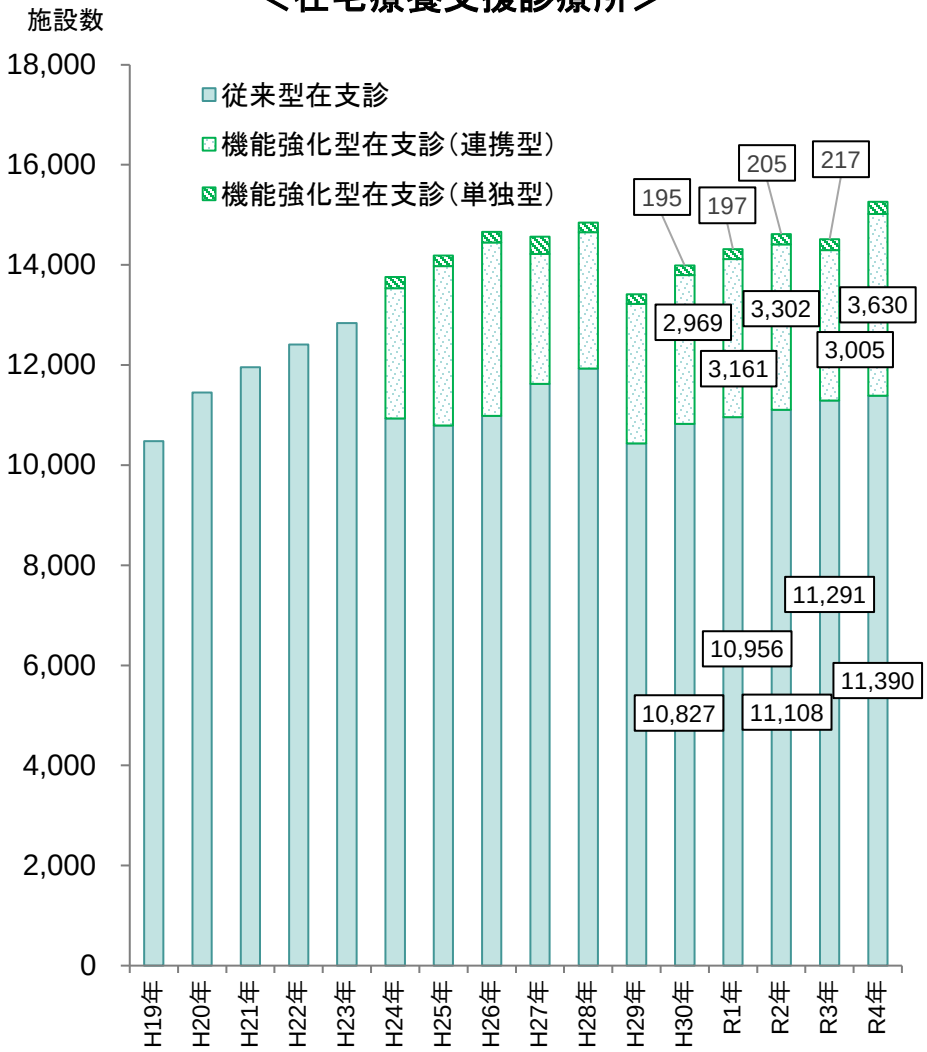
（参考）在支診・在支病の施設基準

<table>
<tr><th></th><th colspan="4">機能強化型在支診・在支病</th><th rowspan="3">在支診在支病</th><th rowspan="3">（参考）在宅療養後方支援病院</th></tr>
<tr><th colspan="2">単独型</th><th colspan="2">連携型</th></tr>
<tr><th>診療所</th><th>病院</th><th>診療所</th><th>病院</th></tr>
<tr><td>全ての在支診・在支病の基準</td><td colspan="5">①　24時間連絡を受ける体制の確保　②　24時間の往診体制　③　24時間の訪問看護体制
④　緊急時の入院体制　⑤　連携する医療機関等への情報提供　⑥　年に１回、看取り数等を報告している
⑦　適切な意思決定支援に係る指針の作成　⑧　訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備
⑨　介護保険施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい</td><td rowspan="6">○　許可病床数200床以上
○　在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保
○　連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保（病床の確保を含む）
※　やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること
○　連携医療機関との間で、３月に１回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成</td></tr>
<tr><td>全ての<u>在支病</u>の基準</td><td colspan="5">「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。
（１）許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径４km以内に診療所が存在しないこと
（２）往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること
※　医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満</td></tr>
<tr><td rowspan="5">機能強化型在支診・在支病の基準</td><td colspan="2">⑦　在宅医療を担当する常勤の医師
３人以上</td><td colspan="2">⑦　在宅医療を担当する常勤の医師
連携内で３人以上</td><td rowspan="5"></td></tr>
<tr><td>⑧　過去１年間の緊急往診の実績
10件以上</td><td>⑧　次のうちいずれか１つ
・過去１年間の緊急往診の実績
10件以上
・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近１年間で31件以上
・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１又は３を届け出ている</td><td>⑧　過去１年間の緊急往診の実績
連携内で10件以上
各医療機関で４件以上</td><td>⑧　次のうちいずれか１つ
・過去１年間の緊急往診の実績
10件以上各医療機関で４件以上
・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近１年間で31件以上
・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１又は３を届け出ている</td></tr>
<tr><td colspan="2">⑨　過去１年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績
いずれか４件以上</td><td colspan="2">⑨　過去１年間の看取りの実績
連携内で４件以上
かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績
いずれか２件以上</td></tr>
<tr><td colspan="4">⑩　地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい</td></tr>
<tr><td colspan="4"><u>⑪　各年５月から７月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合においては、次年の１月から在宅データ提出加算に係る届出を行っていること。</u></td></tr>
</table>

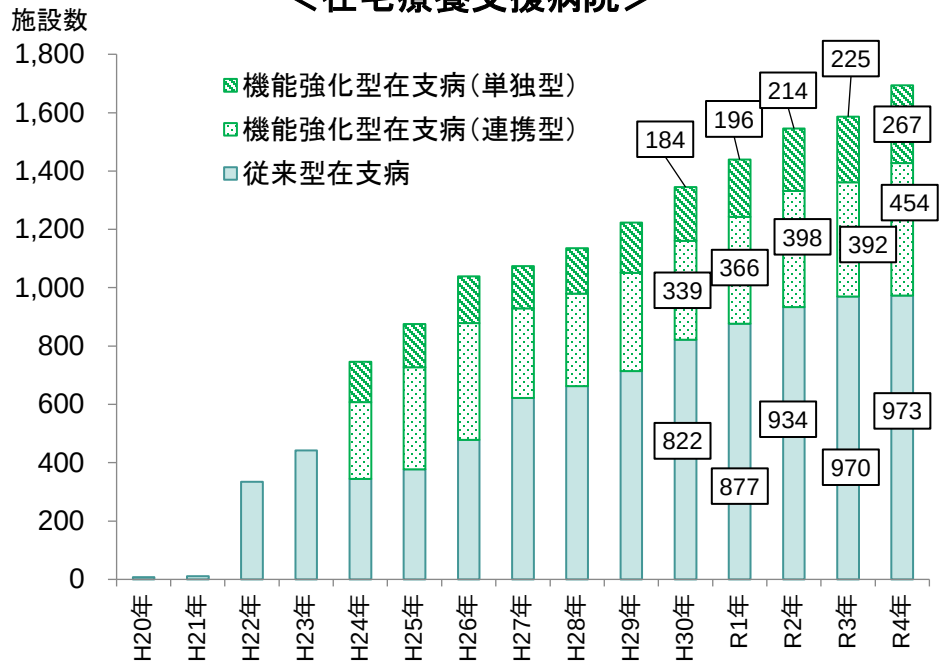
在宅療養支援診療所等の届出数

○ 在宅療養支援病院の届出は、近年増加傾向である。
○ 在宅療養支援診療所の届出は、近年横ばい傾向であったが、令和４年は増加している。

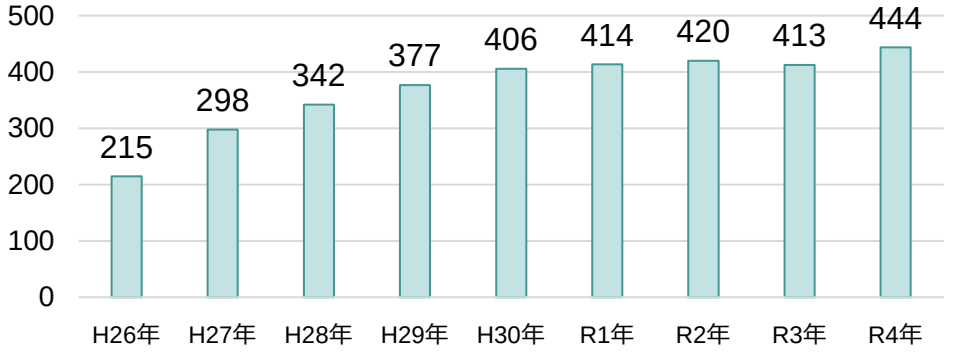
＜在宅療養支援診療所＞



＜在宅療養支援病院＞



＜在宅療養後方支援病院＞※平成26年新設



出典：保険局医療課調べ（各年７月１日時点）

調剤報酬の体系

◆ **調剤報酬の構成**

調剤技術料

- 調剤基本料：医薬品の備蓄、建物、調剤用機器等の**体制整備に関する経費**
  - （加算料）地域支援体制加算、後発医薬品調剤体制加算、連携強化加算、在宅薬学総合体制加算、医療DX推進体制整備加算
- 薬剤調製料：**薬剤調製や取り揃え・監査業務**などを評価
  - （加算料）自家製剤加算、計量混合調剤加算　など

薬剤料

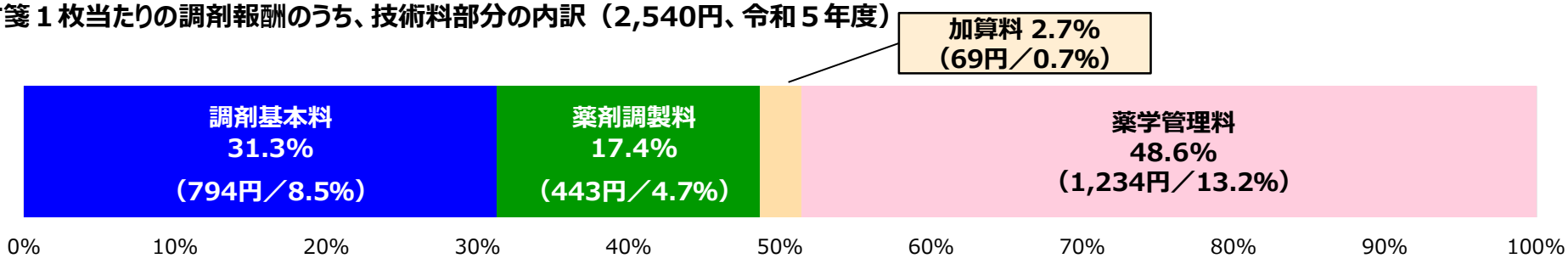
特定保険医療材料料

薬学管理料：薬剤師の**対人業務（患者や医療関係者とのやり取り）**などを評価

- 調剤管理料：患者情報等の分析・評価、処方内容の薬学的分析、調剤設計
- 服薬管理指導料：服薬の交付・服薬指導
  - （加算料）麻薬管理指導加算、特定薬剤管理指導加算３、吸入薬指導加算　など
- かかりつけ薬剤師指導料：「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う
  - （加算料）麻薬管理指導加算、特定薬剤管理指導加算３、吸入薬指導加算　など
- 服薬情報等提供料：調剤後の服用状況を把握した上で、保険医療機関等へ情報提供を行う
- 調剤後薬剤管理指導料：糖尿病患者、慢性心不全患者に対する服薬状況等の確認等
- 在宅患者訪問薬剤管理指導料：在宅訪問での薬学管理
- 在宅移行初期管理料：退院直後など計画的に実施する訪問薬剤管理指導の前段階で患家を訪問し、多職種と連携

など

◆ **処方箋１枚当たりの調剤報酬のうち、技術料部分の内訳（2,540円、令和５年度）**



（出所）厚生労働省「調剤医療費（電算処理分）の動向～令和５年度版～」

（注）カッコ内に表示されている金額は、令和5年度処方箋1枚当たり調剤報酬の額（9,343円）における金額と割合。技術料部分は、全体の27.2%を占め、残るは薬剤料（6,785円/72.6%）、特定保険医療材料料（18円/0.2%）となる。

地域支援体制加算に係る経緯

○ 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、地域支援体制加算については、令和6年度診療報酬改定において要件の一定の見直しが図られたが、引き続き、地域医療への貢献を的確に評価できているか検証を行い、必要な対応を検討する必要。

【令和6年度診療報酬改定について(答申書)附帯意見】
調剤報酬に関しては、地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、かかりつけ機能を発揮して地域医療に貢献する薬局の整備を進めるため、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、薬局・薬剤師業務の専門性をさらに高め、質の高い薬学的管理の提供への転換を推進するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

◆ 施設基準の見直し

1 地域医療に貢献する体制を有することを示す実績（①～⑩の実績要件）

2 地域における医薬品等の供給拠点としての対応
ア 十分な数の医薬品の備蓄、周知（医療用医薬品1,200品目）
イ 薬局間連携による医薬品の融通等
ウ 医療材料及び衛生材料を供給できる体制
エ 麻薬小売業者の免許
オ 集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合70%以上
カ 取り扱う医薬品に係る情報提供体制

3 休日、夜間を含む薬局における調剤・相談応需体制
ア 一定時間以上の開局
イ 休日、夜間の開局時間外の調剤・在宅業務に対応できる体制
ウ 当該薬局を利用する患者からの相談応需体制
エ 夜間・休日の調剤、在宅対応体制（地域の輪番体制含む）の周知

4 在宅医療を行うための関係者との連携体制等の対応
ア 診療所又は病院及び訪問看護ステーションと円滑な連携
イ 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
ウ 在宅薬剤管理の実績　24回以上
エ 在宅に係る研修の実施

5 医療安全に関する取組の実施
ア プレアボイド事例の把握・収集
イ 医療安全に資する取組実績の報告
ウ 副作用報告に係る手順書を作成

6 かかりつけ薬剤師の届出

7 管理薬剤師の届け出

8 患者毎に服薬指導の実施、薬剤服用歴の作成

9 研修計画の作成、学会発表などの推奨

10 患者のプライバシーに配慮、椅子に座った状態での服薬指導

11 地域医療に関連する取組の実施
ア 一般用医薬品及び要指導医薬品等（基本的な48薬効群）の販売
イ 健康相談、生活習慣に係る相談の実施
ウ 緊急避妊薬の取扱いを含む女性の健康に係る対応
エ 当該保険薬局の敷地内における禁煙の取扱い
オ たばこの販売禁止（併設する医薬品店舗販売業の店舗を含む）

赤字：令和6年度改定において、追加等されたもの。
緑字：令和6年度改定において、実績要件から施設基準に移行等されたもの。

◆ 実績要件の見直し

加算名	地域支援体制加算1	地域支援体制加算2	地域支援体制加算3	地域支援体制加算4
点数	39点→**32点**	47点→**40点**	17点→**10点**	39点→**32点**
算定基準	なし **3項目以上** **④は必須**	~~3項目以上~~ **8項目以上**	3項目以上 ④⑦は必須	8項目以上
要件	**基本料1**		**基本料1・特調基B以外**	
①夜間・休日等の対応実績	~~400回以上~~ **40回以上**		400回以上	
②麻薬の調剤実績	~~10回以上~~ **1回以上**		10回以上	
③重複投薬・相互作用等防止加算等の実績	~~40回以上~~ **20回以上**		40回以上	
④かかりつけ薬剤師指導料等の実績	~~40回以上~~ **20回以上**		40回以上	
⑤外来服薬支援料１の実績	~~12回以上~~ **1回以上**		12回以上	
⑥服用薬剤調整支援料の実績	１回以上		1回以上	
⑦単一建物診療患者が１人の在宅薬剤管理の実績	24回以上		24回以上	
⑧服薬情報等提供料に相当する実績	~~60回以上~~ **30回以上**		60回以上	
⑨小児特定加算の算定実績	(新設) **1回以上**		(新設) **1回以上**	
⑩薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議への出席	~~5回以上~~ **1回以上**		5回以上	

（注）特調基：特別調剤基本料の略。青字：令和6年度改定からの修正点。

（出所）厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要【調剤】」

（参考）費用対効果評価制度の体制と人材育成

厚生労働省

制度企画・立案・執行・管理機関

✓費用対効果評価制度に係る企画・立案
✓費用対効果評価制度に係る制度執行
（価格調整等）

諮問機関

✓費用対効果評価制度について議論

中医協

国立保健医療科学院
保健医療経済評価
研究センター（8名）

調査・研究・分析・人材育成機関

✓医療技術評価（費用対効果評価）に係る調査・研究
✓医療技術評価（費用対効果評価）に係る人材育成
✓費用対効果評価制度の公的分析に係る全体監督

大学

人材育成機関
（一部委託）

✓医療技術評価（費用対効果評価）に係る人材育成

公的分析実施機関（公的分析班）
（一部委託）

✓分析の枠組みの検討
✓公的分析の実施

大学

＊科学院及び大学で育成した人材については、医療技術に係る調査・研究機関や公的分析実施機関等での活躍を想定

費用対効果評価の仕組みについて　－諸外国との比較－

中医協　費薬材　参考
３１．２．６（改）

		日　本	英　国	オーストラリア	フランス
活用方法		価格調整	収載の可否判断、価格交渉		価格交渉
タイミング		保険収載した後	収載時		
開始年度		2019年	1999年	1993年	2008年
公的分析		国立保健医療科学院、複数大学	NICE、NIHR、9大学（医薬品）	PBAC、MSAC、6大学（医薬品）	HAS（担当：約20名）
対象となる品目		・市場規模の大きな品目、著しく単価の高い品目　等	・大きな健康上の利益をもたらす、健康関連政策に影響を及ぼす、予算に大きな影響を及ぼす、等の品目	・償還を希望する新薬　等	○有効性に関する評価が優れており、以下いずれかの条件を満たす品目 ・販売開始2年目の市場規模予測が2000万ユーロ/年を上回る ・治療、医師の手技、患者のケアに対し影響が大きい
患者ｱｸｾｽ等について	アクセス	・いったん保険収載したうえで、費用対効果評価の結果は「価格調整」のみに用いる。そのため、医薬品等への患者アクセスは確保されている。	・費用対効果評価の結果を、収載時の意思決定（償還可否の判断、価格交渉）に用いる。そのため、医薬品等への患者アクセスが阻害される場合もある。（※1）		
	除外	・希少な疾患（指定難病（※2）、血友病及びHIV感染症）のみ又は小児のみに使用される品目は費用対効果評価の対象外とする。	・除外基準はなし。		
	基準値の配慮	・希少な疾患（指定難病（※2）、血友病及びHIV感染症）や小児に使用される品目、抗がん剤については、価格調整に用いる基準値を変更することで配慮。	・英国では、終末期医療に関わる品目等については、基準値を変更することで配慮。 ・オーストラリア、フランスについては詳細は不明。		
	価格調整	・価格の調整方法を公開しており、一定の透明性が確保されている。	・価格の決定方法については公開されていない。		
	各種要素への対応	・生産性損失や公的介護費を含めた分析結果については、国内の知見に基づき行われたものに限り、併せて提出することを可能とする。価格調整には用いないが、公表し、事例を集積した上で、今後の仕組みの参考とする。	・国ごとに、介護費や生産性損失等を含めた分析結果を考慮していると報告されている。ただし、各要素については、定性的、総合的に考慮されており、明確な判断基準は存在しない。		

※１：英国では、高額な抗がん剤へのアクセスを確保するため、別にCancer Drug Fundを設立して対応している。
※２：331疾患（2018年4月）（難病の患者に対する医療などに関する法律第5条第1項に規定する指定難病）

諸外国における医薬品に係る費用対効果評価の活用状況（一覧）

令和２年３月２６日時点
厚生労働省保険局医療課調べ

	イギリス	オーストラリア	スウェーデン	オランダ	フランス	ドイツ
財源	税方式	税方式	税方式	社会保険方式	社会保険方式	社会保険方式
評価機関	National Institute for Health and Care Excellence	Pharmaceutical Benefits Advisory Committee	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	Zorginstituut Nederland	Haute Autorité de Santé	Institut für Qualiatät und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
設立年	1999年	1954年(※1)	2002年	1949年	2005年	2004年
人員	618名 （医薬品は9組織に分析を委託）	20名 （医薬品は6大学に分析を委託）	140名	400名	425名	231名
評価基準	2～3万ポンド （致死的疾患、終末期における治療の場合は5万ポンドまで許容）	4万5千～5万豪ドル（抗悪性腫瘍薬については75,000豪ドル） （公表はされていない）	50万～100万クローネ （公表はされていない）	1～8万ユーロ （疾患により変動）	公表されていない	公表されていない
評価結果の活用方法(※2)	償還可否の決定及び価格交渉に用いる	償還可否の決定及び価格交渉に用いる	償還可否の決定及び価格交渉に用いる	価格交渉に用いる	価格交渉に用いる	価格交渉に用いる(※3)
品目選定数	56件 （2018/2019で公表されたTAのガイダンス数）	86件 （2018/2019でPBACに申請されたMajor submission数）	40～60品目 （年間評価品目数）	32件 （2016年の企業からの申請数）	19件 （2018年の評価品目数）	なし
（備考）	医薬品アクセス制限への反発を受けて、以下の仕組みを導入 ・Patient Access Scheme(2009年～) ・Cancer Drug Fund(2011年～)	評価の結果、償還が推奨されない品目に対応する以下の仕組みを導入 ・リスク共有スキーム(※4)	評価の結果、不確実性のため償還が推奨されない品目に対応する以下の仕組みを導入 ・Managed entry agreements（2014年に既存の条件付き償還の制度を改定）	－	－	－

※1 費用対効果の評価の開始は1993年。
※2 算出された増分費用効果比（ICER）を価格に反映させる具体的な方法を公表している国はない。
※3 ドイツでは企業との価格交渉が合意に至らない場合に、必要に応じて費用対効果評価を実施することとしているが、これまでに実施した例はない。
※4 保険者と企業の間で取り決めを行い、企業が価格引下げや薬剤費の一部を負担する等により、償還が認められるスキーム。

費用対効果評価の実施例

◆ **ゾコーバ　（市場規模（ピーク時予測）192億円、有用性系加算５％）**

品目名	効能・効果	比較対照技術	対象患者【割合】	ICER（円/QALY）の区分
ゾコーバ錠	SARS-CoV-2による感染症 （新型コロナ）	標準治療 （コロナ治療薬を用いない 対症療法）	(ニルマトレルビル/リトナビルの追加的有用性がないと判断された場合) （a）重症化リスク因子のない患者【54.5%】 （b）重症化リスク因子のある患者【45.5%】 (ニルマトレルビル/リトナビルの追加的有用性があると判断された場合) （a）重症化リスク因子のない患者【100%】	いずれの場合もすべてで **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

適用日	調整前価格	調整後価格	削減率
2025年2月1日	7,407.40円	7,090.00円	▲4.3%

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

品目名	効能・効果	比較対照技術	対象患者【割合】	ICER（円/QALY）の区分
ラゲブリオカプセル	SARS-CoV-2 による感染症 （新型コロナ）	標準治療 （コロナ治療薬を用いない 対症療法）	重症化リスク因子を有する SARS-CoV-2 による感染症 (COVID-19)患者(18歳以上)【100%】	**費用増加**※ ※ 比較対照技術に対し効果が同等であり、かつ費用が増加

適用日	調整前価格	調整後価格	削減率
2024年7月1日	2,357.80円	2,164.90円	▲8.2%

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

品目名	効能・効果	比較対照技術	対象患者【割合】	ICER（円/QALY）の区分
トリンテリックス錠	うつ病・うつ状態	ミルナシプラン	中等度以上のうつ病・うつ状態 【100%】	**費用増加**※ ※ 比較対照技術に対し効果が同等であり、かつ費用が増加

適用日	調整前価格	調整後価格	削減率
2021年11月1日	10mg1錠　168.90円 20mg1錠　253.40円	10mg1錠　161.70円 20mg1錠　242.50円	▲4.3%

費用対効果評価対象品目（評価中のもの）　（令和７年３月１２日時点）

No.	総会指定	品目名	効能・効果	収載時価格※1	うち有用性系加算率	市場規模（ピーク時予測）	費用対効果評価区分	総会での指定日	現状
1	10	ゾルゲンスマ（ノバルティスファーマ）	脊髄性筋萎縮症	167,077,222円	50%	42億円	Ｈ３（単価が高い）	2020/５/13	分析中断
2	40	パキロビッド（ファイザー）	SARS-CoV-2による感染症	12,538.60円（300１シート） 19,805.50円（600１シート）	５%	281億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2023/３/８	分析中断
3	46	フォゼベル（協和キリン）	透析中の慢性腎臓病患者における高リン血症の改善	234.10円（5mg１錠） 345.80円（10mg１錠） 510.90円（20mg１錠） 641.80円（30mg１錠）	40%	193億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2023/11/15	公的分析中
4	47	レクビオ（ノバルティスファーマ）	※2	443,548円	40%	195億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2023/11/15	公的分析中
5	48	ウゴービ（ノボ ノルディスク ファーマ）	※3	1,876円（0.25mg0.5mL１キット） 3,201円（0.5mg0.5mL１キット） 5,912円（1mg0.5mL１キット） 7,903円（1.7mg0.75mL１キット） 10,740円（2.4mg0.75mL１キット）	５%	328億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2023/11/15	公的分析中
6	49	エプキンリ（ジェンマブ）	※4	137,724円（4mg0.8mL１瓶） 1,595,363円（48mg0.8mL１瓶）	10%	307億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2023/11/15	公的分析中
7	50	レケンビ（エーザイ）	アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制	45,777円（200mg２mL１瓶） 114,443円（500mg０５mL１瓶）	45%	986億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2023/12/13	公的分析中
8	51	レブロジル（ブリストル・マイヤーズ スクイブ）	骨髄異形成症候群に伴う貧血	184,552円（25mg1瓶） 551,000円（75mg1瓶）	45%	123億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2024/４/10	企業分析中
9	52	トルカプ（アストラゼネカ）	※5	9,263.50円（160mg1錠） 11,244.30円（200mg1錠）	35%	103億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2024/5/15	企業分析中
10	53	エルレフィオ（ファイザー）	再発又は難治性の多発性骨髄腫（標準的な治療が困難な場合に限る）	558,501円（44mg1瓶） 957,222円（76mg1瓶）	10%	165億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2024/5/15	企業分析中
11	54	ビロイ（アステラス製薬）	CLDN18.2陽性の治癒切除不能な進行・再発の胃癌	54,502円（100mg1瓶）	5%	145億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2024/5/15	企業分析中
12	55	ブリィビアクト（ユーシービージャパン）	てんかん患者の部分発作（二次性全般化発作を含む）	373.30円（25mg1錠） 609.30円（50mg1錠）	5%	178億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2024/8/７	企業分析中

※１　収載時価格は、キット特徴部分の原材料費除いた金額。
※２　主な使用目的：本品は胸部下行大動脈病変のうち一定の要件をみたす疾患の治療に用いられるステントグラフト及びデリバリーカテーテルからなるステントグラフトシステムである。
※２　効能・効果：家族性高コレステロール血症、高コレステロール血
ただし、以下のいずれも満たす場合に限る。
・心血管イベントの発現リスクが高い
・HMG-CoA還元酵素阻害剤で効果不十分、HMG-CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない
※３　効能・効果：肥満症
ただし、高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病のいずれかを有し、食事療法・運動療法を行っても十分な効果が得られず、以下に該当する場合に限る。
・BMIが27kg/m^{2}以上であり、2つ以上の肥満に関連する健康障害を有する
・BMIが35kg/m^{2}以上
※４　効能・効果：再発又は難治性の大細胞型B細胞リンパ腫 びまん性大細胞型B細胞リンパ腫、高悪性度B細胞リンパ腫、原発性縦隔大細胞型B細胞リンパ腫、再発又は難治性の濾胞性リンパ腫
※５　効能・効果：内分泌療法後に増悪した*PIK3CA*、*AKT1*又は*PTEN*遺伝子変異を有するホルモン受容体陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌

費用対効果評価対象品目（評価中のもの）（令和７年３月１２日時点）

No.	総会指定	品目名	効能・効果	収載時価格※1	うち有用性系加算率	市場規模（ピーク時予測）	費用対効果評価区分	総会での指定日	現状
13	56	ケサンラ（日本ｲｰﾗｲﾘﾘｰ）	アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制	66,948円（350mg20mL1瓶 ）	5%	796億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2024/11/13	企業分析中
14	57	テッペーザ（ｱﾑｼﾞｪﾝ）	活動性甲状腺眼症	979,920円（500mg1瓶）	45%	494億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2024/11/13	企業分析中
15	58	アウィクリ（ﾉﾎﾞ ﾉﾙﾃﾞｨｽｸ ﾌｧｰﾏ）	インスリン療法が適応となる糖尿病	2,081円（300単位1キット）	5%	131億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2024/11/13	企業分析中
16	59	トロデルビ（ｷﾞﾘｱﾄﾞ･ｻｲｴﾝｼｽﾞ）	化学療法歴のあるホルモン受容体陰性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌	187,195円（200mg1瓶）	40%	93億円	Ｈ２（市場規模が50億円以上）	2024/11/13	企業分析中
17	60	ゼップバウンド（日本ｲｰﾗｲﾘﾘｰ）	※3	3,067円（2.5mg0.5mL１キット） 5,797円（5mg0.5mL１キット） 7,721円（7.5mg0.5mL１キット） 8,999円（10mg0.5mL１キット） 10,180円（12.5mg0.5mL１キット） 11,242円（15mg0.5mL１キット）	0%	319億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2025/3/12	－
18	61	ダトロウェイ（第一三共）	化学療法歴のあるホルモン受容体陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌	311,990円（100mg1瓶）	0%	127億円	Ｈ５（トロデルビの類似品目）	2025/3/12	－
19	62	テクベイリ（ﾔﾝｾﾝﾌｧｰﾏ）	再発又は難治性の多発性骨髄腫（標準的な治療が困難な場合に限る）	216,930円（30mg3mL1瓶） 1,081,023円（153mg1.7mL1瓶）	0%	87億円	Ｈ５（エルレフィオの類似品目）	2025/3/12	－
20	63	ルンスミオ（中外）	再発又は難治性の濾胞性リンパ腫	83,717円（1mg1mL1瓶） 2,393,055円（30mg30mL1瓶）	0%	286億円	Ｈ５（エプキンリの類似品目）	2025/3/12	－

※３　効能・効果：肥満症
ただし、高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病のいずれかを有し、食事療法・運動療法を行っても十分な効果が得られず、以下に該当する場合に限る。
・BMIが27kg/m²以上であり、2つ以上の肥満に関連する健康障害を有する
・BMIが35kg/m²以上

費用対効果評価終了品目（令和７年３月１２日時点）

No.	総会指定	品目名	効能・効果	市場規模（ピーク時予測）	費用対効果評価区分	総会での指定日	調整前価格	調整後価格	適用日
1	1	テリルジー100エリプタ（ｸﾞﾗｸｿ・ｽﾐｽｸﾗｲﾝ）	COPD（慢性閉塞性肺疾患）	236億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2019/５/15	4,183.50円（14吸入１キット） 8,853.80円（30吸入１キット）	4,160.80円（14吸入１キット） 8,805.10円（30吸入１キット）	2021/７/１
2	2	キムリア（ﾉﾊﾞﾙﾃｨｽﾌｧｰﾏ）	白血病	72億円	Ｈ３（単価が高い）	2019/５/15	34,113,655円	32,647,761円	2021/７/１
3	3	ユルトミリス（ｱﾚｸｼｵﾝﾌｧｰﾏ）	発作性夜間ヘモグロビン尿症	331億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2019/８/28	730,894円	699,570円	2021/８/１
4	4	ビレーズトリエアロスフィア（ｱｽﾄﾗｾﾞﾈｶ）	COPD（慢性閉塞性肺疾患）	189億円	Ｈ５（テリルジーの類似品目）	2019/８/28	4,150.30円	4,127.60円	2021/７/１
5	12	エナジア（ﾉﾊﾞﾙﾃｨｽﾌｧｰﾏ）	気管支喘息	251億円	Ｈ５（テリルジーの類似品目）	2020/８/19	291.90円（中用量） 333.40円（高用量）	290.30円（中用量） 331.50円（高用量）	2021/７/１
6	14	テリルジー200エリプ（ｸﾞﾗｸｿ・ｽﾐｽｸﾗｲﾝ）	COPD（慢性閉塞性肺疾患）	130億円	Ｈ５（テリルジーの類似品目）	2021/２/10	4,764.50円（14吸入１キット） 10,098.90円（30吸入１キット）	4,738.50円（14吸入１キット） 10,043.30円（30吸入１キット）	2021/７/１
7	16	イエスカルタ（第一三共）	リンパ腫	79億円	Ｈ５（キムリアの類似品目）	2021/４/14	34,113,655円	32,647,761円	2021/４/21
8	20	ブレヤンジ（ｾﾙｼﾞｰﾝ）	リンパ腫	82億円	Ｈ５（キムリアの類似品目）	2021/５/12	34,113,655円	32,647,761円	2021/５/19
9	5	トリンテリックス（武田薬品工業）	うつ病・うつ状態	227億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2019/11/13	168.90円（10mg錠） 253.40円（20mg錠）	161.70円（10mg錠） 242.50円（20mg錠）	2021/11/１
10	6	コララン（小野薬品工業）	慢性心不全	57.5億円	Ｈ２（市場規模が50億円以上）	2019/11/13	82.90円（2.5mg錠） 145.40円（5mg錠） 201.90円（7.5mg錠）	変更なし	－
11	11	エンレスト（ﾉﾊﾞﾙﾃｨｽﾌｧｰﾏ）	慢性心不全	141億円	Ｈ５（コララン の類似品目）	2020/８/19	65.70円（50mg錠） 115.20円（100mg錠） 201.90円（200mg錠）	変更なし	－
12	21	ベリキューボ（ﾊﾞｲｴﾙ薬品）	慢性心不全	95億円	Ｈ５（エンレストの類似品目）	2021/８/４	131.50円（2.5mg錠） 230.40円（５mg錠） 403.80円（10mg錠）	変更なし	－
13	7	ノクサフィル※１（MSD）	深在性真菌症※２	112億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2020/4/8	3,109.10円（100mg錠）	3,094.90円（100mg錠）	2022/２/１
14	9	エンハーツ（第一三共）	乳癌、胃癌※３	129億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2020/5/13	168,434円	164,811円	2022/７/１
15	8	カボメティクス（武田薬品工業）	腎細胞癌、肝細胞癌※４	127億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2020/5/13	8,007.60円（20mg錠） 22,333.00円（60mg錠）	変更なし	－
16	13	リベルサス（ﾉﾎﾞ ﾉﾙﾃﾞｨｽｸ ﾌｧｰﾏ）	２型糖尿病	116億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2020/11/11	143.20円（３mg錠） 334.20円（７mg錠） 501.30円（14mg錠）	139.60円（３mg錠） 325.70円（７mg錠） 488.50円（14mg錠）	2022/11/１

※１　ノクサフィルは内用薬（ノクサフィル錠100mg）のみが費用対効果評価対象。
※２「造血幹細胞移植患者又は好中球減少が予測される血液悪性腫瘍患者における深在性真菌症の予防」及び「真菌症(侵襲性アスペルギルス症、フサリウム症、ムーコル症、コクシジオイデス症、クロモブラストミコーシス、菌腫)の治療（侵襲性アスペルギルス症については令和３年９月27日に効能追加）」
※３　胃癌については令和２年９月25日に効能追加。
※４　肝細胞癌については令和２年11月27日に効能追加。

費用対効果評価終了品目（令和７年３月１２日時点）

No.	総会指定	品目名	効能・効果	市場規模（ピーク時予測）	費用対効果評価区分	総会での指定日	調整前価格	調整後価格	適用日
17	15	エムガルディ（日本ｲｰﾗｲﾘｰ）	片頭痛	173億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2021/4/14	44,811円（120mg１mL１筒） 44,943円（120mg１mL１キット）	42,550円（120mg１mL１筒） 42,675円（120mg１mL１キット）	2023/6/1
18	22	アジョビ（大塚製薬）	片頭痛	137億円	Ｈ５（エムガルディの類似品目）	2021/8/4	41,167円（225mg1.5mL１筒） 41,167円（225mg1.5mL１キット）	39,090円（225mg1.5mL１筒） 39,090円（225mg1.5mL１キット）	2023/6/1
19	23	アイモビーグ（ｱﾑｼﾞｪﾝ）	片頭痛	153億円	Ｈ５（エムガルディの類似品目）	2021/8/4	41,051円（70mg１mL１キット）	38,980円（70mg１mL１キット）	2023/6/1
20	17	ポライビー（中外製薬）	リンパ腫	120億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2021/5/12	298,825円（30mg１瓶） 1,364,330円（140mg１瓶）	変更なし	－
21	19	アリケイス（ｲﾝｽﾒｯﾄﾞ）	肺非結核性抗酸菌症	177億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2021/5/12	42,408.40円	38,437.90円	2023/6/1
22	24	レベスティブ（武田薬品工業）	短腸症候群	60億円	Ｈ２（市場規模が50億円以上）	2021/8/4	79,302円（3.8mg１瓶）	73,683円（3.8mg１瓶）	2023/6/1
23	25	ベクルリー（ｷﾞﾘｱﾄﾞ・ｻｲｴﾝｼｽﾞ）	SARS-CoV-2による感染症	181億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2021/8/4	63,342円（100mg１瓶）	61,997円（100mg１瓶）	2023/6/1
24	18	ダラキューロ（ﾔﾝｾﾝﾌｧｰﾏ）	多発性骨髄腫、全身性ALアミロイドーシス	370億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2021/5/12	445,064円	変更なし	－
25	28	パドセブ（ｱｽﾃﾗｽ製薬）	尿路上皮癌	118億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2021/11/17	99,593円	91,444円	2023/6/1
26	26	Micra　経カテーテルペーシングシステム（日本ﾒﾄﾞﾄﾛﾆｯｸ）	※５	77億円	Ｈ２（市場規模が50億円以上）	2021/10/13	1,170,000円	1,070,000円	2023/11/1
27	29	Expedium Verse Fenestrated Screw　システム（ｼﾞｮﾝｿﾝ・ｴﾝﾄﾞ・ｼﾞｮﾝｿﾝ）	※６	76億円	Ｈ２（市場規模が50億円以上）	2021/12/8	101,000円	97,900円	2023/11/1
28	30	リフヌア（MSD）	難治性の慢性咳嗽	160億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2022/4/13	203.20円（45mg１錠）	187.50円（45mg１錠）	2023/11/1
29	27	レットヴィモ（日本ｲｰﾗｲﾘｰ）	非小細胞肺癌、甲状腺癌※７、甲状腺髄様癌※７	156億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2021/11/17	3,680.00円（40mgカプセル） 6,984.50円（80mgカプセル）	3,674.10円（40mgカプセル） 6,973.30円（80mgカプセル）	2024/2/1
30	31	ピヴラッツ（ｲﾄﾞﾙｼｱﾌｧｰﾏｼｭｰﾃｨｶﾙｽﾞｼﾞｬﾊﾟﾝ）	※８	138億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2022/4/13	80,596円（150mg6mL１瓶）	変更なし	－
31	32	ビンゼレックス（ﾕｰｼｰﾋﾞｰｼﾞｬﾊﾟﾝ）	尋常性乾癬、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症	120億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2022/4/13	156,408円（160mg１mL１キット） 156,408円（160mg１mL１筒）	変更なし	－

※５　主な使用目的：本品は、カテーテルを用いて経皮的に右心室内に留置される電極一体型の植込み型心臓ペースメーカである。なお、本品は撮像可能条件に適合する場合にのみ限定的にMRI検査が可能となる機器である。
※６　主な使用目的：本品は、胸椎、腰椎および仙椎における、変性疾患（すべり症、脊柱管狭窄症等）、外傷、腫瘍等による不安定性を有する患者、または脊柱変形（脊椎側弯症等）を有する患者に対して、脊椎の一時的な固定、支持またはアライメント補正を目的に使用する。
当該患者において、骨粗鬆症、骨量減少症又は悪性脊椎腫瘍により骨強度が低下し、骨内におけるスクリューの固定性が損なわれるおそれがある脊椎に対しては、骨セメントとともに使用する。
※７　甲状腺癌及び甲状腺髄様癌については令和４年２月25日に効能追加された。
※８　効能効果：脳動脈瘤によるくも膜下出血術後の脳血管攣縮、及びこれに伴う脳梗塞及び脳虚血症状の発症抑制

費用対効果評価終了品目（令和７年３月１２日時点）

No.	総会指定	品目名	効能・効果	市場規模（ピーク時予測）	費用対効果評価区分	総会での指定日	調整前価格	調整後価格	適用日
32	33	ウィフガート（ｱﾙｼﾞｪﾆｸｽｼﾞｬﾊﾟﾝ）	全身型重症筋無力症	377億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2022/４/13	421,455円（400mg20mL１瓶）	388,792円（400mg20mL１瓶）	2024/２/１
33	34	ジスバル（田辺三菱）	遅発性ジスキネジア	62億円	Ｈ２（市場規模が50億円以上）	2022/５/18	2,331.20円（40mgカプセル）	2,297.90円（40mgカプセル）	2024/２/１
34	35	オンデキサ（ｱﾚｸｼｵﾝﾌｧｰﾏ）	※９	66億円	Ｈ２（市場規模が50億円以上）	2022/５/18	338,671円（200mg１瓶）	変更なし	－
35	36	ケレンディア（ﾊﾞｲｴﾙ）	２型糖尿病を合併する慢性腎臓病	264億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2022/５/18	149.10円（10mg錠） 213.10円（20mg錠）	143.90円（10mg錠） 205.80円（20mg錠）	2024/７/１
36	37	ラゲブリオ（MSD）	SARS-CoV-2による感染症	138億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2022/８/10	2,357.80円（200mgカプセル）	2,164.90円（200mgカプセル）	2024/７/１
37	38	ソーティクツ（ﾌﾞﾘｽﾄﾙ･ﾏｲﾔｰｽﾞ ｽｸｲﾌﾞ）	尋常性乾癬、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症	225億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2022/11/９	2,770.90円（6mg錠）	2,533.40円（6mg錠）	2024/8/1
38	39	テゼスパイア（ｱｽﾄﾗｾﾞﾈｶ）	気管支喘息	145億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2022/11/９	176,253円（210mg1.91mL１筒） 178,182円（210mg1.91mL1キット）※10	169,058円（210mg1.91mL１筒） 170,987円（210mg1.91mL1キット）※10	2024/11/1
39	41	マンジャロ（日本ｲｰﾗｲﾘﾘｰ）	２型糖尿病	367億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2023/３/８	1,924円（2.5mg0.5mL1キット） 3,848円（5mg0.5mL1キット） 5,772円（7.5mg0.5mL1キット） 7,696円（10mg0.5mL1キット） 9,620円（12.5mg0.5mL1キット） 11,544円（15mg0.5mL1キット）	変更なし	－
40	42	ゾコーバ（塩野義）	SARS-CoV-2による感染症	192億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2023/３/８	7,407.40円（125mg1錠）	7,090.00円（125mg1錠）	2025/2/1
41	43	ベスレミ（ﾌｧｰﾏｴｯｾﾝｼｱｼﾞｬﾊﾟﾝ）	真性多血症	163億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2023/５/17	297,259円（250μg0.5mL1筒） 565,154円（500μg0.5mL1筒）	272,587円（250μg0.5mL1筒） 518,246円（500μg0.5mL1筒）	2025/2/1
42	44	ゴア CTAG 胸部大動脈ステントグラフトシステム（日本ゴア合同会社）	※11	92億円	Ｈ２（市場規模が50億円以上）	2023/７/５	1,490,000 円	変更なし	－
43	45	リットフーロ（ﾌｧｲｻﾞｰ）	円形脱毛症	156億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2023/８/23	5,802.40円（50mg１カプセル）	5,584.30円（50mg１カプセル）	2025/6/1

※９　効能効果：直接作用型第Xa因子阻害剤（アピキサバン、リバーロキサバン又はエドキサバントシル酸塩水和物）投与中の患者における、生命を脅かす出血又は止血困難な出血の発現時の抗凝固作用の中和
※10　テゼスパイア皮下注210mgペンは、テゼスパイア皮下注210mgシリンジの収載後、新キット製品として2023年11月22日に薬価収載され、H5区分として価格調整された。
※11　主な使用目的：本品は胸部下行大動脈病変のうち一定の要件をみたす疾患の治療に用いられるステントグラフト及びデリバリーカテーテルからなるステントグラフトシステムである。

フランスの事例

○ 仏国は追加的有用性評価に基づき新薬の表面価格（list prices)を設定。新薬の６割が評価５（追加価値なし）とされるなど厳格に運用されている。

○ 追加的有用性がある新薬（評価１～評価３とされた新薬）については、価格交渉が行われ、表面価格（list prices)から値引きされる（値引き後価格は対外秘）。

○ 薬剤費が規定値を超えた場合は製薬業界が売上超過額の一定額等を払戻す仕組みを採用。

新薬の償還・値付けに関する仕組み

①追加的有用性評価（ASMR）
- 表面価格（list prices）の設定

②価格交渉 ⇒ 価格引下げ
- 費用対効果評価結果とあわせて価格交渉
- 評価１～評価３の新薬は値引契約を含む個別契約が必須
- 外来薬は品目ごとに個別協定を締結
  （個別協定は最長４年間（価格、売上量等））
- 病院薬は表面価格設定後、製薬企業と病院が直接交渉

③政府予算額による統制（ONDAM）
- 医療保険支出増に目標値設定（1997年～）
- 製薬業界における成長目標
  - 2022年＋２%、2023年＋１%
- 全体の薬剤費支出が規定値を超えた場合のクローバック（製薬業界が払戻し）

制度の運用状況等

追加的有用性評価 ASMR：2009年～2016年	新薬数 （年平均） ８５	（参考）価格の考え方
評価１ Major Improvement	**1.4** **（２%）**	○表面価格：欧州価格保証 ・英、独、伊、西の価格（＊）を参照 ＊長期収載品や後発品の価格も含む ○表面価格からの値引契約が必須 ・10%～30%の割引価格（対外秘）で購入するのが通常 ・病院は更なる割引を得ることもある
評価２ Important Improvement	**3.3** **（４%）**	
評価３ Moderate improvement	**8** **（９%）**	
評価４ Minor improvement	**22** **（26%）**	仏の最も安い比較薬の治療コストを増加させないネット価格
評価５ No improvement	**51** **（60%）**	以前登録された評価５（同じ比較薬）より経済的な価格 ・ 比較薬から５～10%引下げ

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

（出所）医療経済研究機構「薬剤使用状況等に関する調査研究書」（2023年3月）
Marc A Rodwin, What can the United States Learn from Pharmaceutical Spending Controls in France? (Commonwealth Fund, Nov 2019)

地域フォーミュラリに関する留意点

◆医師の処方権との関係について

地域フォーミュラリは、地域の関係者で共有される医薬品の優先使用リストであり、医師が、個々の患者を診断した結果として、それと異なる医薬品を処方することが妨げられるものではない。

○フォーミュラリでは疾患領域等に応じて使用される医薬品を示すことになるが、これにより**医薬品の使用（処方）が制限されるものではなく、医学・薬学的な理由により必要と判断される場合には、これ以外の医薬品を使用することは可能**である。

○患者に薬物療法を提供する際には、**各疾患領域において学会等が策定する診療ガイドラインを参照しつつ、フォーミュラリも適宜活用する**ことで、それぞれの患者に最適な薬物療法を提供することが可能となる。

（出所：「フォーミュラリの運用について」（令和5年7月7日厚労省課長通知））

◆対象医薬品について

地域フォーミュラリの推進に当たり、少なくとも現時点では、慢性疾患に対する治療薬を対象に優先して作成することが考えられる。

○フォーミュラリの**対象医薬品は**、後発医薬品（バイオ後続品を含む。以下同じ。）を有することも含め、**同種同効薬が多く存在する疾患領域の医薬品**であり、具体的な薬効群としては、アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬などの**降圧薬**、α－グルコシダーゼ阻害薬などの**糖尿病用薬**、HMG CoA還元酵素阻害剤などの**高コレステロール血症治療薬といった生活習慣病治療薬**、**抗ヒスタミン薬などの抗アレルギー薬**といった医薬品が考えられる。

（出所：「フォーミュラリの運用について」（令和5年7月7日厚労省課長通知））

○地域フォーミュラリに収載する対象医薬品は、現実的にわが国の地域医療を担う中心的な存在である**診療所医師**や二～三百床程度くらいまでの**中小病院の医師が処方するプライマリ・ケア領域の医薬品が主となる**。すなわち、一次医療から二次医療で治療される領域の医薬品であり、**日常的疾患（Common Disease）に処方される医薬品**である。これらの疾患の多くは慢性疾患である。

（出所：「地域フォーミュラリの実施ガイドライン」（日本フォーミュラリ学会））

◆医師にとってのメリットについて

「地域フォーミュラリの実施ガイドライン」（日本フォーミュラリ学会）にあるとおり、地域フォーミュラリの導入は、「医師による恣意的な薬物治療、製薬企業に左右される商業的な薬物治療、患者の持参薬について在庫がないから変更して行う薬物治療など、非科学的で近代的な医療から脱却」できるため、特に患者にとってメリットが大きいものだが、医師にとっても、日々の患者の診察業務の効率化・重点化に資するものであり、相当の負担軽減効果を有する取組である。

ロ国際医療福祉大学大学院教授　武藤正樹 氏

○フォーミュラリーとは「医師や薬剤師が標準薬物治療を行うための指針」のことだ。**実はフォーミュラリーがあると一番助かるのは医師だ**。私も週2回、国際医療福祉大学の本校のある栃木で一般外来を行っている。外来をしていて困るのは同種同効薬がやたらと多いことだ。ARB、PPI、スタチン、DPP4など、**それぞれの薬効群の数ある同種同効薬のなかから、どの薬を選んでよいのかわからない**。それぞれ薬の特徴を見分けて使い分けすることなど、自分の専門領域以外では、とても調べきれないし覚えきれない。**おそらく全ての医薬品に精通して、使い分けをしている医師などいないだろう。ましてや患者の自己負担軽減のため薬価の違いまで気にして処方している医師など皆無だろう**。

○フォーミュラリーはこうした**忙しい現場の医師に代わって、専門の医師・薬剤師からなるフォーミュラリー委員会が、医薬品のガイドラインの確認や論文検索、相互作用の確認や経済効果などまで考慮して薬を選んでくれる**。（略）

○本書を手に取っていただいて、全国の病院、地域でフォーミュラリー活動が始まることを期待したい。

（出所：「フォーミュラリーマネジメント」（薬事日報社(2019)）への推薦のことば（https://yakuji-shop.jp/SHOP/9784840814997.html）

患者本位の治療の確立に向けた取組

○ 質の高い医療の効率的な提供という観点からは、患者本位の良識ある腫瘍治療研究の確立に向けて、将来ビジョンや基本的考え方を共有しようとする専門家の取組（Common Sense Oncology）がカナダを起点に世界の腫瘍治療研究専門家により実践されている。

○ そこでは、患者の立場に立って、専門家として意味ある改善が期待できない治療を推奨しないことや、患者や政策当局者のがん治療の選択肢に対する理解を深めていくことが目指されている。

○ 我が国においても、患者本位の治療、研究の確立という考え方に沿って、幅広く対策を講じていく必要がある。

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

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

対応すべき課題（ポイントを抜粋）

○ がん治療方針の決定は患者と診療側にとってより複雑になっている
- 大きな恩恵をもたらす新薬もあるが、**承認された新薬の多くは寿命を延ばしたり症状を改善したりしない**。
- **全てのがん治療は副作用を伴い**、**大きな経済負担**が生じ、病院で過ごすことで**家族や友人と過ごす時間を少なくする**。
- 生存期間延長とQOL改善をもたらす治療を研究し促進することも大事だが、**そうでないものを見極めることも重要**。

○ 公的費用で賄う治験から業界負担の治験に変わり、患者の便益ではなく**業界の利益ががん治療と研究を動かしている**。

○ 治療の便益とリスクに関する明確なコミュニケーションが不足している。治癒しないがん治療において、予後と治療手法を議論する際に、**治療者と患者の双方にとって希望と現実のバランスを取ることが難しい**。

○ 患者はもっと治療に関する情報を知り、質の高い治療を受けられるべき。教育、研究手法、研究投資、政策、メディア、コミュニケーション、治療について**発想の転換が必要**。

Vision（ポイントを抜粋）

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

Guiding Principles（ポイントを抜粋）

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

（出所）Common Sense Oncologyホームページ

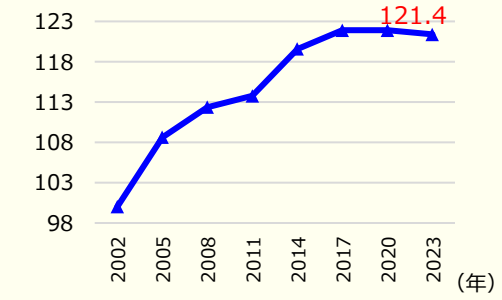
患者本位の治療（慢性透析療法の在り方）

○ 日本の慢性透析療法の現況を見ると、ほとんどで血液透析が採用されており、腹膜透析が占める割合は約3%となっており、諸外国比で見ても、腹膜透析の採用が進んでいない。
○ 患者の希望に応じて、医療上問題がない場合には、腹膜透析を活用することで、患者本位の治療につなげる道もあるのではないか。なお、透析に係る年間医療費は、厚生労働省によると1.57兆円と推計されている。

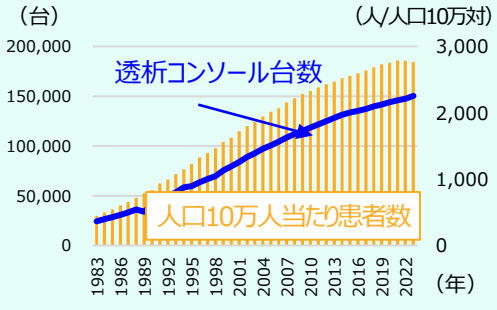
◆ 日本における透析療法の状況

1．日本における透析療法の採用状況（全国4,529施設、n=343,508人）
血液透析 ：332,923人（97%）／腹膜透析： 10,585人（3%）

2．透析を実施している施設数の伸び
（2002年=100）



3．透析患者数とコンソール台数



（出所）1：厚生労働省「医療施設調査（静態調査）」、2及び3：「わが国の慢性透析療法の現況（2023 年12 月31 日現在）」一般社団法人日本透析医学会 統計調査委員会
（注）2及び3について、統計調査結果は日本透析医学会により提供されたものであるが、結果の利用，解析，結果および解釈は発表者・著者が独自に行っているものであり，同会の考えを反映するものではない。

◆ 血液透析と腹膜透析の比較

	腹膜透析（PD）	血液透析（HD）
透析をする場所	自宅や会社	病院・透析クリニック
治療にかかる拘束時間	バッグ交換1回30分、1日3～4回	週3回、1回5時間～8時間
実施者	自分	医療スタッフ
通院回数	月1、2回	週3回
食事制限	尿量が減ると塩分、水分制限	カリウム、塩分、水分の厳しい制限
合併症等	細菌性腹膜炎、8年以上の継続では、被嚢性腹膜硬化症の危険性	心血管系に対する負荷、週初めの高カリウム血症

腹膜透析はからだにやさしい、自宅でできる透析療法です。**24時間かけてゆっくり透析をするので血圧が下がったりすることもなく、痛みもありません。**通院も月に1～2回ですむので忙しいかたにも便利な治療法です。さらに、**腎臓のはたらきをまもるので、透析療法であると同時に、腎保護療法のひとつとして考えることもできるでしょう。**腹膜透析は自分の生活スタイルにあわせて透析療法ができるという点で、現在とても注目されている治療法です。**血液透析にくらべて腎臓の働きをまもることができるという利点もあるので、腹膜透析から透析療法をはじめることを提案します。**

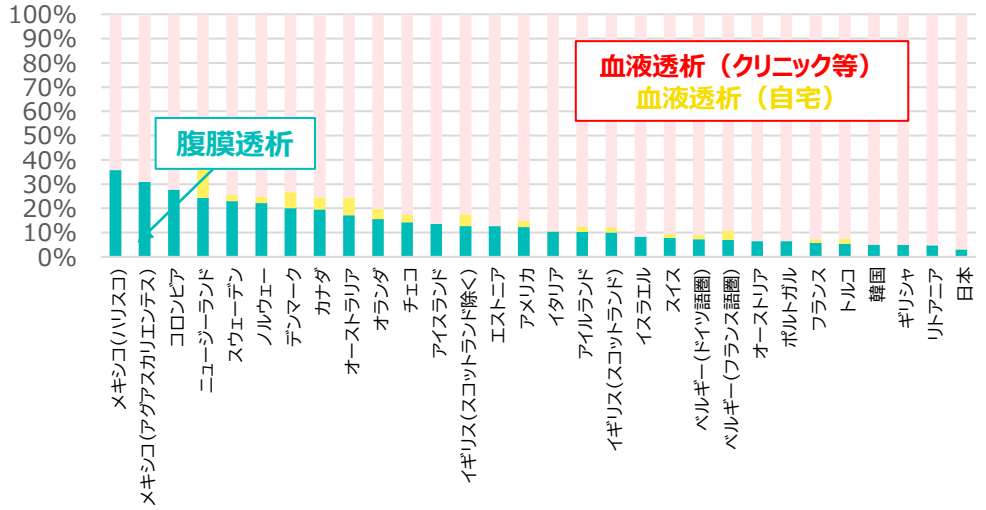
（出所）聖路加国際病院　腎センター　HPをもとに作成。

◆ 血液透析と腹膜透析に関する研究やガイドライン

HD（血液透析）またはPD（腹膜透析）を第一治療として選択した場合、ESKD（末期腎不全）の糖尿病患者の患者にとってより結果をもたらす可能性があることを示すエビデンスに基づく議論は不足しており、そのようなエビデンスがない場合は、**偏りのない患者情報に基づいて、患者の好みに応じて透析法を選択する必要がある。**
Couchoud, C., Bolignano, D., Nistor, I., Jager, K. J., Heaf, J., Heimburger, O., ... & Wiecek, A. (2015). Dialysis modality choice in diabetic patients with end-stage kidney disease: a systematic review of the available evidence. *Nephrology Dialysis Transplantation*, *30*(2), 310-320.

透析導入時の情報の提供と同意にあたっては，**末期腎不全の腎代替療法として血液透析，腹膜透析，さらに腎移植の三つの療法があること，さらにそれぞれの療法の利点，欠点を説明し，患者の十分な理解と，透析療法の選択を促すように指導**する。現在，**わが国での末期腎不全の治療法に関する情報の提供は十分とはいえず，腹膜透析に関する情報提供は，腹膜透析を施行している施設に限られる傾向が強い。**（Part1第1章 導入より引用）
3-6. CQ6：**糖尿病性腎症の患者の透析療法は腹膜透析開始と血液透析開始のどちらがよいか**？
3-6-1. 推奨
推奨なし（Part2より引用）
（出所）一般社団法人 日本透析医学会 「腹膜透析ガイドライン2019」

◆ 慢性透析療法の国際比較（透析療法に占める割合）



（出所）The United States Renal Data System (USRDS) 2024 Annual Data Report (ADR)

国民健康保険組合　一覧

（令和7年4月時点）

医師国保組合（47組合）	歯科医師国保組合（27組合）	薬剤師国保組合（16組合）	建設関係国保組合（32組合）	一般業種国保組合（36組合）
北海道医師	全国歯科医師	北海道薬剤師	全国建設工事業	全国土木建築
青森県医師	北海道歯科医師	埼玉県薬剤師	建設連合	東京都弁護士
岩手県医師	宮城県歯科医師	千葉県薬剤師	全国左官タイル塗装業	東京自転車商
宮城県医師	秋田県歯科医師	東京都薬剤師	全国板金業	大阪質屋
秋田県医師	山形県歯科医師	神奈川県薬剤師	中央建設	関東信越税理士
山形県医師	福島県歯科医師	新潟県薬剤師	北海道建設	近畿税理士
福島県医師	茨城県歯科医師	福井県薬剤師	宮城県建設業	東京浴場
茨城県医師	群馬県歯科医師	静岡県薬剤師	山形県建設	大阪府浴場
栃木県医師	埼玉県歯科医師	愛知県薬剤師	埼玉県建設	東京料理飲食
群馬県医師	千葉県歯科医師	三岐薬剤師	埼玉土建	京都料理飲食業
埼玉県医師	神奈川県歯科医師	京都府薬剤師	東京建設職能	京都府衣料
千葉県医師	静岡県歯科医師	近畿薬剤師	東京建設業	大阪衣料品小売
東京都医師	愛知県歯科医師	紀和薬剤師	東京土建	京都府酒販
神奈川県医師	三重県歯科医師	中四国薬剤師	神奈川県建設業	関西たばこ
新潟県医師	大阪府歯科医師	福岡県薬剤師	神奈川県建設連合	東京理容
富山県医師	兵庫県歯科医師	長崎県薬剤師	新潟県建築	東京美容
石川県医師	奈良県歯科医師		富山県建設	大阪府整容
福井県医師	和歌山県歯科医師		長野県建設	東京青果卸売
山梨県医師	広島県歯科医師		岐阜県建設	京都市中央卸売市場
長野県医師	愛媛県歯科医師		静岡県建設産業	大阪府小売市場
岐阜県医師	福岡県歯科医師		愛知建連	大阪中央市場青果
静岡県医師	佐賀県歯科医師		三重県建設	東京芸能人
愛知県医師	長崎県歯科医師		京都建築	文芸美術
三重県医師	熊本県歯科医師		京都府建設業職別連合	東京技芸
滋賀県医師	大分県歯科医師		大阪建設	京都芸術家
京都府医師	宮崎県歯科医師		兵庫県建設	京都花街
大阪府医師	鹿児島県歯科医師		岡山県建設	大阪文化芸能
兵庫県医師			広島県建設	東京食品販売
奈良県医師			徳島建設産業	神奈川県食品衛生
和歌山県医師			香川県建設	福井食品
鳥取県医師			佐賀県建設	静岡市食品
島根県医師			長崎県建設事業	名古屋市食品
岡山県医師				京都市食品衛生
広島県医師				大阪府食品
山口県医師				兵庫食糧
徳島県医師				兵庫県食品
香川県医師				
愛媛県医師				
高知県医師				
福岡県医師				
佐賀県医師				
長崎県医師				
熊本県医師				
大分県医師				
宮崎県医師				
鹿児島県医師				
沖縄県医師				

評価検討会議における検討の進め方について

学会、団体、企業、消費者 → 要望

企業 → 承認申請

※ 検討会議での議論の時期は、審査の進捗状況等を踏まえて調整

① 要望も承認申請によるものも区別せずに「候補成分」として取りまとめ。なお、承認申請された成分で、既承認の要指導・一般用医薬品の同種同効品に該当するものは「候補成分」から除く。

候補成分

厚生労働省

② 「候補成分」について、スイッチOTC化を想定した用法・用量、効能・効果をもとに
- 医療用としての使用実績
- 副作用の発生状況
- 海外での使用状況、承認状況

等を収集・整理し、資料として検討会議①に提示

③ 関係医会、医学会より事前に意見聴取し、検討会議①で公表

④ 各構成員の意見を事務局で事前聴取（任意）

検討会議での議論を踏まえ、事後に構成員等より意見提出。考えられる課題・対応策等について、賛成等の付記

⑤ **評価検討会議①**
候補成分の情報、関係学会・医会の意見を踏まえ、スイッチOTC化における課題点とその対応策等を議論

⑥ パブリックコメントの実施

以下の情報をもとにパブリックコメントを実施。
・候補成分の情報
・関係学会・医会の意見
・検討会議①での議論内容、構成員等からの事後意見まとめ

⑦ **評価検討会議②**
パブリックコメント等を踏まえ、課題点の整理とその対応策をとりまとめ
※検討会報告書に対し、検討会議の議論を踏まえ、座長意見を付すこともある

各候補成分に共通するスイッチOTC化の課題点等を抽出

検討会議ほか
（共通する課題点等について、解決策を検討会議をはじめとする様々な場で議論）

結果をフィードバック

検討結果の公表 ⑧

意見を提示

薬事・食品衛生審議会薬事分科会
要指導・一般用医薬品部会

海外2カ国以上でスイッチOTC承認された成分（例）

令和6年3月28日
規制改革推進会議健康・医療・介護ワーキング・グループ
資料1－1より抜粋

日本でOTC承認があるものと未承認のものの比較

青字：日本でOTC承認あり
赤字：日本でスイッチ未承認

胃酸関連疾患用薬
スクラルファート
ファモチジン
ニザチジン
オメプラゾール
エソメプラゾール
ランソプラゾール
ラベプラゾール

鼻用製剤
プソイドエフェドリン
フェニレフリン
ナファゾリン
フルチカゾン
フルニソリド（点鼻）
レボカバスチン
イプラトロピウム臭化物塩
トラマゾリン
ブデソニド（点鼻）
モメタゾン（点鼻）

泌尿器科用薬
フラボキサート塩酸塩
シルデナフィル
タダラフィル
オキシブチニン

鎮痛薬
ジヒドロコデイン
パラセタモール＋ｼﾞﾋﾄﾞﾛｺﾃﾞｲﾝ
スマトリプタン
ゾルミトリプタン
リザトリプタン
ナラトリプタン

機能的胃腸疾患用薬
ブチルスコポラミン臭化物塩
ジメチコン
スコポラミン
ジサイクロミン
ドンペリドン
プロパンテリン
メトクロプラミド

抗炎症・抗リウマチ薬
インドメタシン
ナプロキセン
フルルビプロフェン(ﾄﾛｰﾁ)
ジクロフェナク
ケトプロフェン
メフェナム酸

全身用抗ヒスタミン薬
クレマスチン
メクロジン
エメダスチンフマル酸塩
エピナスチン塩酸塩
フェキソフェナジン
エバスチン
ロラタジン
ケトチフェン
ジフェンヒドラミン
クロルフェニラミン
トリプロリジン
プロメタジン
トリペレンナミン
ジフェニルピラリン
カルビノキサミン
デスロラタジン
レボセチリジン
シプロヘプタジン
ビラスチン
オキサトミド

副腎皮質ステロイド皮膚科用製剤
ヒドロコルチゾン（外用）
プレドニゾロン
クロベタゾン酪酸エステル(外用)
アルクロメタゾン（外用）

咳・感冒用製剤
ブロムヘキシン
カルボシステイン
アンブロキソール
デキストロメトルファン
グアイフェネシン
コデイン
アセチルシステイン
ベンプロペリン

皮膚科用抗生物質等
アシクロビル（外用）
リゾチーム塩酸塩
ネオマイシン硫酸塩
クロルテトラサイクリン(外用)
テトラサイクリン
スルファジアジン銀（軟膏）
メトロニダゾール
ムピロシン（外用）
ファムシクロビル

麻酔薬
アミノ安息香酸エチル
ジブカイン
オキセサゼイン
プロピトカイン
オキシブプロカイン

抗にきび薬
イソプロピルメチルフェノール
レゾルシン
エリスロマイシン(外用)
アダパレン
過酸化ベンゾイル*

駆虫薬
ピルビニウムパモ酸塩
ピランテル
メベンダゾール

便秘薬
マグネシウム酸化物塩
ラクツロース
マクロゴール
ラクチトール

閉塞性気道障害用薬
テオフィリン
サルブタモール

性ホルモン等
レボノルゲストレル
エストリオール（膣用）

関節・筋肉痛用局所製剤
ピロキシカム（外用）
フェルビナク（外用）

出典：AESGP　https://otc.aesgp.eu/#by-parameter
＊医療用製剤の再審査報告が未公表の成分

（注）同一薬効群で既にスイッチOTC化されているものがある場合等、スイッチ化のニーズが必ずしも高くない場合もあり、そもそも企業がスイッチ化の開発申請を行わない場合もあることに留意が必要。

スイッチOTC化が可能と考えられる医薬品の考え方
(「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」より)

（１）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。

（２）今後スイッチOTC化が考えられるもの

○　基本的要件で示した疾患に該当するもので、これまでにOTC医薬品として承認されている医薬品には、具体的に次のようなものがある。

- 自覚症状により自ら、服薬の開始・中止等の判断が可能な症状に対応する医薬品（アレルギー性鼻炎用点鼻薬、胃腸薬、水虫・たむし用薬、解熱鎮痛薬等）
- 再発を繰り返す症状であって、初発時の自己判断は比較的難しい症状であるものの、再発時においては自ら、症状の把握、服薬開始・中止等の判断が可能なものに対する医薬品（過敏性腸症候群再発症状改善薬、膣カンジダ再発治療薬、口唇ヘルペス再発治療薬等）

○　更なる薬効群のスイッチOTC化を進めていくためには、OTC医薬品を取り巻く環境の整備がより強く求められている。

○　これらの環境の整備に関する要件が整えば、新たにスイッチOTC化が考えられるものとして、検討会議において、次のような医薬品が議論された。なお、自覚症状がないものに使用する医薬品については、スイッチOTC化すべきではないとの意見もあった。

- 医師の管理下での処方で長期間状態が安定しており、対処方法が確定していて自己による服薬管理が可能な医薬品等

○　前記について、スイッチOTC化の適切性は個別の成分毎に議論されるものであるが、どのような薬効群の医薬品がスイッチOTC化の対象となるのか、その具体的な条件については、各ステークホルダーの連携等の更なる環境の整備の状況も踏まえつつ、個別の成分の議論等を通じて、今後も議論が進められる必要がある。

スイッチOTC化に関する行政における課題・対応

厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会
（令和6年2月9日）資料３

●適正使用の確保

- OTC 医薬品 の適正使用を担保するための効能・効果、対象者、用法・用量の適切な設定
- セルフチェックシートの活用促進
- セルフチェックシート 、情報提供資材等に記載すべき事項及びそれらの位置付けの整理
- 収集した安全性情報に基づく積極的な注意喚起
- 適正な広告表示等がなされていない場合の指導
- 販売に当たり必要な知識を身につけるための薬剤師等向けの研修会の開催等の支援

●販売体制の改善

- 医薬品のリスクと特性に応じて、 要指導医薬品から一般用医薬品への移行後も対面販売を維持すること等の検討
- OTC 医薬品の販売実態に関する調査結果の詳細な分析及び課題点の洗い出し
- インターネットにおける適正販売を担保する方策の検討

「医薬品の販売制度に関する検討会」にて検討された

●OTC 医薬品を取り巻く環境の改善

- 医薬品に関する理解向上のための情報周知（医薬品による重篤な副作用の周知・理解促進、 医薬品・医療機器等安全性情報報告制度 及び 医薬品副作用被害救済制度の認知及び理解向上のための情報周知
- 学校教育や地域活動等を通じた医薬品に関するリテラシー向上のための啓発活動
- 情報共有における個人情報の適正な取扱いの確保

（出典）「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」中間とりまとめ（令和３年２月２日）

各ステークホルダー（行政以外）の各課題に対し求められる役割・対応①

課題	製造販売業者	薬局開設者・ 店舗販売業者	薬剤師・ （登録販売者*）	医師	使用者
適正使用の確保	・薬剤師等が適切な使用者か確認でき、また、使用者が自分の症状等を理解できるセルフチェックシートの作成・提供 □お薬手帳でOTC医薬品の服薬管理ができる資材等（お薬手帳に貼るシール等）の作成・提供 □適正販売に必要十分な情報が含まれている薬剤師等向け資材の作成・提供 □使用者に対する正しくてわかりやすい商品の情報表（パッケージ、添付文書、情報提供資材等の工夫）	・お薬手帳、ICT 等を活用した販売履歴等の管理 □販売履歴と記入済みのセルフチェックシート等の一元管理 □適正販売につながるような薬剤師・登録販売者の適正な業務管理 □管理薬剤師等からの意見を尊重した販売方法等の適正化 □副作用報告の適正実施 □使用者への医薬品副作用被害救済制度の周知	□適正販売の徹底（セルフチェックシートの活用等） □必要時の 受診勧奨 □医薬品の副作用等に関する相談応需及び報告 □医薬品による健康被害発生防止・適正使用のために必要な措置 の実施（副作用歴、重複投薬、併用等を避ける医薬品・健康食品等の確認等 □OTC 医薬品を含めた生活全般相談応需 □販売後の服用状況のフォローアップ □お薬手帳等を活用したOTC医薬品の使用者自身による購入履歴等の作成支援 □お薬手帳等を活用した医療用医薬品を含めたOTC 医薬品の購入履歴の一元的・継続的把握 □濫用等のおそれのある医薬品についての適正販売（適正に使用されないおそれのある者に販売しない）	・OTC 医薬品 を含めた生活全般の相談応需（相談応需を通しての 使用者 の医薬品の副作用 等 への認識向上、リテラシーの向上） □お薬手帳等を 通じ た医療用医薬品、OTC 医薬品の服用履歴の把握	・購入時における薬剤師・登録販売者への正確な自身の症状、個人情報等の提供 □服用方法の遵守 □購入後における必要に応じた薬剤師への相談 □お薬手帳等を用いた医療用医薬品、OTC 医薬品 の購入履歴の自身による管理 □セルフチェックシートを通した自身の症状の理解促進

※登録販売者は、第2類・第3類医薬品について、販売時・相談時の情報提供等を行う。

（出典）「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」中間とりまとめ（令和３年２月２日）

各ステークホルダー（行政以外）の各課題に対し求められる役割・対応②

課題	製造販売業者	薬局開設者・ 店舗販売業者	薬剤師・ （登録販売者*）	医師	使用者
販売体制の改善	・薬剤師等に対する勉強会等を通じた販売するOTC 医薬品の周知（副作用情報、個別ブランドの成分や含量の違い等） □販売している薬局等における適正販売体制の継続的なフォロー □薬局等への 新規医薬品販売に関する周知	・プライバシーを確保した上で個別に相談・説明等が行える 薬局等の構造設備の適正化 □販売体制に関するマニュアルやシステム等の整備 □販売する OTC 医薬品に関する専門的知識の習得の機会の確保 □医薬品の適正な保管管理 □深夜・休日における相談体制の確保	□OTC 医薬品に関する専門的知識の習得 □お薬手帳や情報提供資材等を活用した使用者へのわかりやすい情報提供、服薬指導 □使用者 がOTC医薬品を選択するにあたっての相談応需		
OTC医薬品を取り巻く環境の改善	□自社製品の広報活動等を通じた 、OTC医薬品の理解促進のための広報活動（承認されている薬効、起こりうる副作用の周知等） □安全性情報の継続的な収集・情報提供	・薬局 、医療機関等との連携、情報共有 □一般向けの OTC 医薬品の理解促進のためのイベント開催等	・医師、その他関係者との連携、情報共有	・薬剤師、その他関係者との連携、情報共有	・医薬品に関する正しい知識の取得、理解の向上 □医師、薬剤師等の相談先の確保

※登録販売者は、第2類・第3類医薬品について、販売時・相談時の情報提供等を行う。

（出典）「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」中間とりまとめ（令和３年２月２日）

医療用医薬品とOTC薬との比較

○ OTC薬は、同一成分の医療用医薬品（「OTC類似薬」）と比べ高い価格で販売されている傾向。一方、診療や調剤に係る医療費（技術料）を含めた自己負担額の合計との比較でみれば、薬局・ドラッグストアで自らOTC薬を購入した方が安価な場合もある。

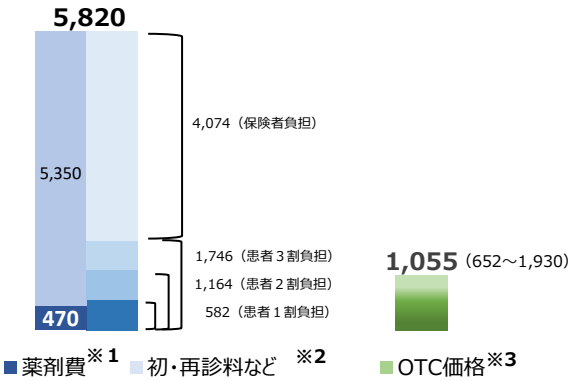
○ 患者側の支払う金額での比較もさることながら、OTC薬として購入できる場合にも医療用医薬品（OTC類似薬）を購入する場合、そのコストの多くは、保険料・税で賄われているという事実を認識する必要。

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

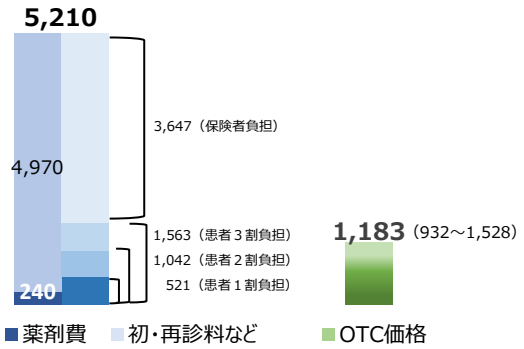
※ 処方期間等については、患者の状態に応じて医師の判断により個別に異なり、様々なケースが存在するが、便宜上、一定の仮定を置いて比較している。

（単位：円）

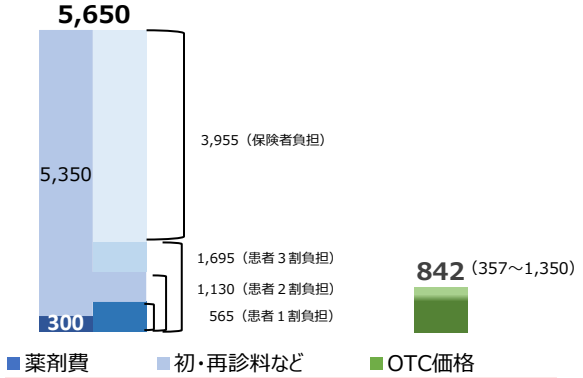
花粉症薬（フェキソフェナジン60mg 14日分）



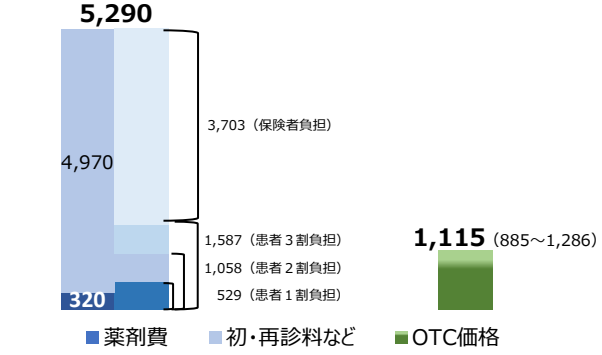
湿布薬（ロキソプロフェン100mg 14枚）



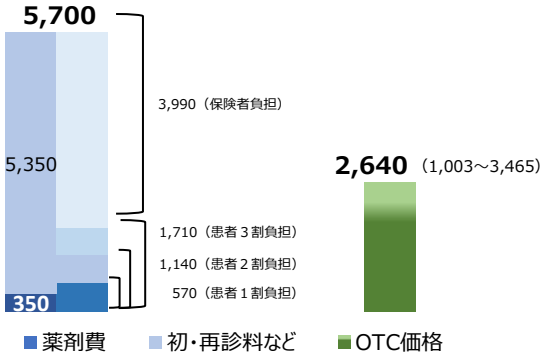
漢方薬（感冒）（葛根湯（顆粒）４日分）※4



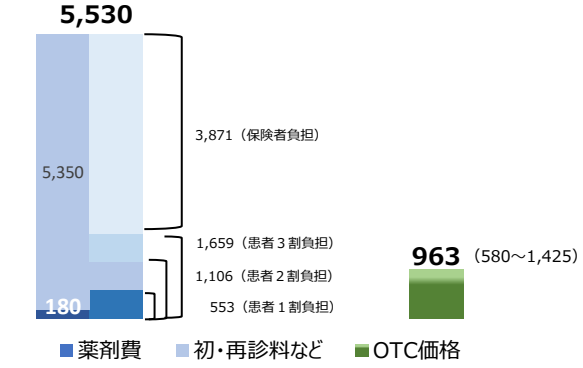
保湿剤（ヘパリン類似物0.3% 50g（1本））



胃酸分泌抑制薬（ファモチジン10mg 14日分）



解熱鎮痛剤（アセトアミノフェン300mg 14日分）



※１ 複数銘柄がある場合、それらの**薬価の平均**から算出。薬剤費は診療報酬点数として算定した場合の費用を記載。
※２ 初診料（291点）、処方箋料（60点）、調剤基本料１（45点）、服薬管理指導料（59点）、調剤管理料（処方日数に対応した点数）、調剤調製料（内服薬・外服薬）、後発医薬品調剤体制加算２（28点）を算定したケースで算出。
※３ OTC薬は購入先やメーカーの違い（ブランド品、それ以外）によって価格は大きく異なる。Amazon・楽天等のインターネット販売サイトにおいて確認できた範囲における**販売価格の平均**を記載。（2025年3月時点）
※４ 葛根湯（顆粒）の場合、OTC薬は医療用医薬品に比べて、1/4～1/3程度成分の含量が少ない場合がある。

諸外国（独・仏・英）におけるOTC薬の取扱い

○ 医薬品の分類について、概略、「処方箋を必要とする医薬品」と「処方箋を必要としない医薬品」に区分されているのが一般的であるが、国によってバリエーションが見られる。

○ 各国とも、追加的有用性評価（仏、独）や費用対効果分析（英）を踏まえつつ、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一方で、前提となる医療保険制度が異なることもあり、医療用医薬品（≒処方箋薬）及びOTC薬（≒非処方箋薬）に対する保険適用の在り方も一様ではない。

① ドイツ

■ 薬剤支給の対象となるのは原則として「薬局でしか入手できない薬剤」に限定。つまり、**スーパーマーケット等でも入手できるような薬剤は、保険給付の対象から除外**される。

■ **「薬局でしか入手できない薬剤」**には、「処方箋が必要な薬剤」と「処方箋が必要でない薬剤」が含まれる。**うち「処方箋が必要でない薬剤」であれば、原則として薬剤支給の対象外**

※ ただし、共同連邦委員会が重篤な疾病の標準的な治療薬と認めたものは、保険医が個々のケースにおいて例外的に処方することが認められる。

※ 12歳未満の子ども、18歳未満の発達障害のある人の場合は、「処方箋が必要でない薬剤」でも薬剤支給の対象となる。

※ これらは2003年の公的医療保険近代化法による措置。

■ **「処方箋が必要な薬剤」であっても**、18歳以上の者の場合には、**風邪・インフルエンザのための薬剤**（鼻水止め、咳止め、鎮痛剤を含む）、**口・喉の治療薬**（真菌感染の場合を除く）、**下剤**および**乗り物酔い止め**については、**薬剤支給の対象外。**

② フランス

■ 処方箋が必要な「処方箋薬」（PMO）と処方箋が不要な「任意処方薬」（PMF）に区分。ともに薬局でしか購入できない。

PMO : médicaments de prescription médicale obligatoire

PMF : médicaments de prescription médicale facultative

■ 保険償還を受けるためには、医薬品効能評価（SMR）と画期性評価（ASMR）を受ける必要。

■ **処方箋薬であっても**、SMRが低ければ償還されない可能性。必ずしも、**全てが公的医療保険から償還されるわけではない。**

■ **任意処方薬でも、医師の処方箋に基づき使用される場合には、償還されることもある。**

③ イギリス

■ 医薬品はPOM、P、GSLの３つのカテゴリーに区分。**処方箋なしで購入できる薬は、PとGSL**に含まれる。

- POM（Prescription Only Medicine）は、医師（GP）等の処方に基づいて使用される医薬品。
- P（Pharmacy Medicine）は、薬局で薬剤師の監督下のみで販売することができる医薬品。
- GSL（General Sales List）は、広範に安全性が確立されており、特に、薬剤師の介入を必要としないと考えられる薬剤。スーパーマーケットなどでも販売できる。
- 同じ有効成分であっても、用量や包装単位の違いよりPOM、P、GSLの区分が異なるものがある。

■ **NHSの給付対象はPOM**である。

※ PないしGSLであっても、NHSの地域サービスに該当するMAS（Minor Ailments Services＝軽疾患サービス）として、患者が訴える特定の症状に対し、薬剤師が適切にコンサルテーションを行い販売した医薬品にNHSが給付を行うスキームあり。

（出所）『健保連海外医療保障』2017年3月 No.113 健康保険連合会 社会保障研究グループ
（松本勝明「ドイツ医療保険における薬剤支給に関する政策」、稲森公嘉「フランスの薬剤政策」、亀井美和子「英国NHSにおける薬剤給付 -高額薬剤に対する給付、OTC薬の使用に関して-」）

日本の医薬品市場の状況

○ 公的保険でファイナンスされる医薬品市場の状況を見ると、がんの薬である抗腫瘍剤や糖尿病治療剤の市場規模が大きくなっている。医療費の適切な資源配分のためにも、費用対効果評価の本格実施や休薬・減薬に向けた取組を進め、質が高く効率的な医療の提供につなげていくべき。

◆ 主要薬効群別の市場規模（上位10薬効）

（百万円）

2024年度			2023年度			2022年度			2021年度			2020年度		
薬効	薬価ベース	前年比%	薬効	薬価ベース	前年比%	薬効	薬価ベース	前年比%	薬効	薬価ベース	対前年比%	薬効	薬価ベース	対前年比%
抗腫瘍剤	1,970,622	1.7	抗腫瘍剤	1,936,835	10.5	抗腫瘍剤	1,752,055	6.0	抗腫瘍剤	1,653,260	11.3	抗腫瘍剤	1,484,904	5.6
糖尿病治療剤	758,110	6.1	糖尿病治療剤	714,667	6.8	糖尿病治療剤	668,955	5.3	糖尿病治療剤	635,525	5.0	糖尿病治療剤	605,173	4.9
免疫抑制剤	640,148	4.8	免疫抑制剤	610,917	8.4	免疫抑制剤	555,956	6.3	免疫抑制剤	516,134	9.4	免疫抑制剤	454,559	3.1
全身性抗ウイルス剤	444,058	-7.8	全身性抗ウイルス剤	481,524	42.7	診断用検査試薬	464,383	73.7	抗血栓症薬	429,364	1.3	抗血栓症薬	423,850	-4.0
抗血栓症薬	439,228	1.6	抗血栓症薬	432,505	0.6	抗血栓症薬	429,923	0.1	眼科用剤	363,622	3.3	眼科用剤	352,066	-0.6
眼科用剤	342,242	-4.5	診断用検査試薬	360,182	-22.4	眼科用剤	343,929	-5.4	制酸剤,鼓腸及び潰瘍治療剤	351,640	1.3	制酸剤,鼓腸及び潰瘍治療剤	347,142	-1.2
ワクチン類（トキソイドを含む）	339,038	44.1	眼科用剤	358,302	4.2	全身性抗ウイルス剤	337,566	85.7	その他の中枢神経系用剤	297,533	0.4	その他の中枢神経系用剤	296,377	-2.7
診断用検査試薬	317,422	-11.9	喘息及びCOPD治療剤	283,492	9.6	制酸剤,鼓腸及び潰瘍治療剤	331,675	-5.7	レニンーアンジオテンシン系作用薬	285,292	-3.4	レニンーアンジオテンシン系作用薬	295,227	-7.3
その他の治療を目的とする薬剤	303,993	12.3	制酸剤,鼓腸及び潰瘍治療剤	278,425	-16.1	その他の中枢神経系用剤	276,729	-7.0	診断用検査試薬	267,245	26.6	脂質調整剤及び動脈硬化用剤	280,735	-8.7
喘息及びCOPD治療剤	294,129	3.8	その他の治療を目的とする薬剤	270,750	1.1	レニンーアンジオテンシン系作用薬	272,613	-4.4	喘息及びCOPD治療剤	265,168	-2.5	喘息及びCOPD治療剤	271,876	-10.4

◆ 売上上位10品目

（百万円）

2024年度			2023年度			2022年度			2021年度			2020年度		
上位10製品	薬価ベース	前年比%	上位10製品	薬価ベース	対前年比%	上位10製品	薬価ベース	対前年比%	上位10製品	薬価ベース	対前年比%	上位10製品	薬価ベース	対前年比%
キイトルーダ	185,160	16.2	オプジーボ	166,181	9.0	オプジーボ	152,436	26.2	キイトルーダ	121,070	0.8	キイトルーダ	120,066	-6.5
リクシアナ	147,729	12.3	キイトルーダ	159,314	24.2	キイトルーダ	128,313	6.0	オプジーボ	120,819	12.3	オプジーボ	107,616	9.5
オプジーボ	144,582	-13.0	リクシアナ	131,547	12.9	リクシアナ	116,466	15.8	タケキャブ	111,100	13.5	アバスチン	102,925	-12.8
タケキャブ	120,060	3.9	ラゲブリオ	128,016	156.5	タケキャブ	111,888	0.7	タグリッソ	102,104	10.3	タケキャブ	97,904	15.8
デュピクセント	117,665	51.4	タケキャブ	115,556	3.3	ベクルリー	109,838	999.9	アバスチン	100,856	-2.0	ネキシウム	93,741	0.3
タグリッソ	109,921	1.1	イミフィンジ	109,793	115.5	タグリッソ	109,403	7.1	リクシアナ	100,592	12.1	リリカ	93,256	-8.1
イミフィンジ	108,560	-1.1	タグリッソ	108,740	-0.6	アジルバ	88,556	2.9	ネキシウム	92,489	-1.3	タグリッソ	92,578	13.0
フォシーガ	100,432	22.2	アイリーア	88,800	1.6	アイリーア	87,420	2.6	サムスカ	87,696	9.5	リクシアナ	89,718	-1.7
アイリーア	93,923	5.8	フォシーガ	82,176	37.8	サムスカ	85,816	-2.1	アジルバ	86,036	7.4	アジルバ	80,096	7.5
ラゲブリオ	93,473	-27.0	テセントリク	81,291	7.8	アバスチン	85,681	-15.0	アイリーア	85,208	10.2	サムスカ	80,057	2.9

（出所）IQVIA 医薬品市場統計－売上データ（2025年3月21日閲覧）

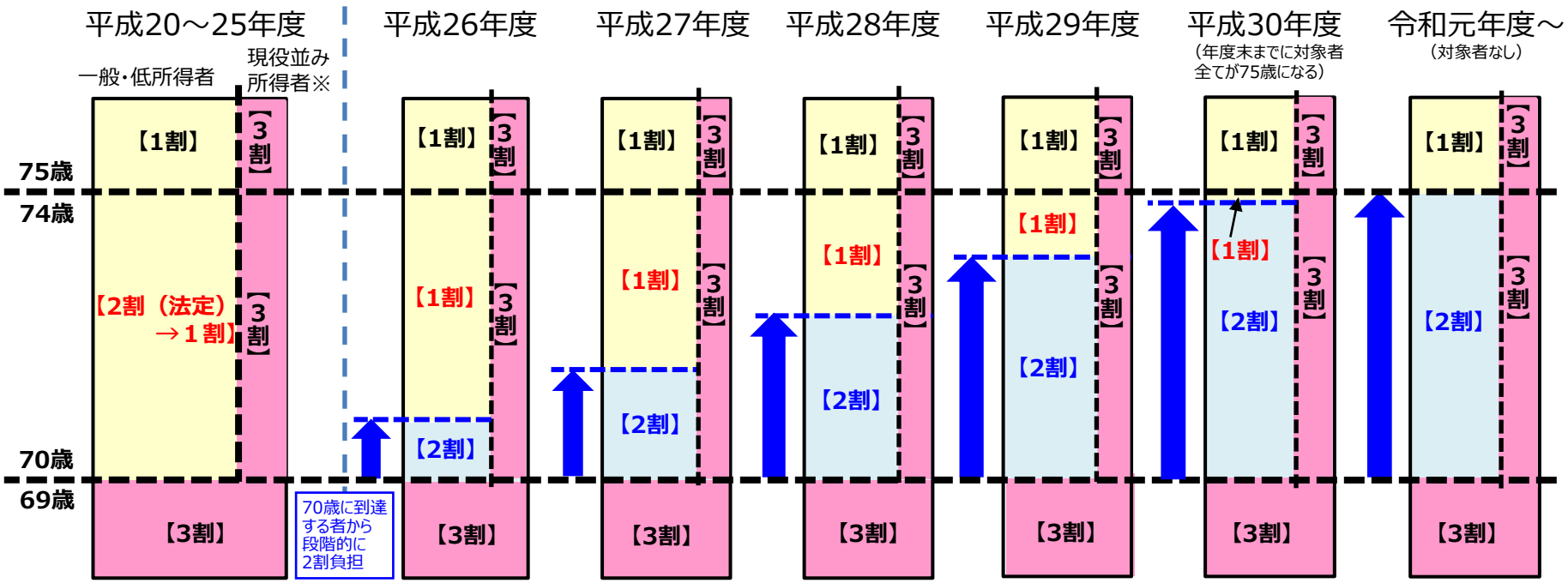
70歳～74歳の患者自己負担の見直し（2014年度～）

○ 2014年度（平成26年度）に施行された「70～74歳の患者自己負担の見直し」については、それぞれの個人で見た場合には、負担割合の増加とはならない形で、1割負担から2割負担への引上げが実施された。（患者負担特例措置）

◆ 患者負担特例措置の概要

- 平成26年3月末までに既に70歳に達している者は、特例措置（1割）を継続する。
- 平成26年4月に新たに70歳になる者から、段階的に法定負担割合（2割）とする（個人ベースで見ると負担増にならない）。
- 低所得者を含め、高額療養費の自己負担限度額を据え置く。

◆ 患者負担特例措置のイメージ



※ 現役並み所得者･･･国保世帯：課税所得145万円以上の70歳以上の被保険者がいる世帯、被用者保険：標準報酬月額28万円以上の70歳以上の被保険者及びその被扶養者
(ただし、世帯の70歳以上の被保険者全員の収入の合計額が520万円未満(70歳以上の被保険者が1人の場合は383万円未満)の場合は除く)

1．総論

2．医療

3．介護

4．障害福祉

5．生活保護等

令和６年度介護報酬改定・障害福祉サービス等報酬改定

介護報酬改定

○ **改定率　＋１．５９％**

（※令和６年度予算額：国費４３２億円）

（内訳）

- **介護職員の処遇改善　＋０．９８％**
  ※　令和６年度ベア ２．５％、令和７年度ベア ２．０％
- **その他の改定率　＋０．６１％**
  ※ 賃上げ税制を活用しつつ、介護職員以外の処遇改善を実現できる水準

○ **このほか、改定率の外枠**

＋０．４５％相当

- 処遇改善加算の一本化による賃上げ効果
- 光熱水費の基準費用額の増額による介護施設の増収効果

○ **合計　＋２．０４％相当**

障害福祉サービス等報酬改定

○ **改定率　＋１．１２％**

（※令和６年度予算額：国費１６２億円）

○ **このほか、改定率の外枠**

- 処遇改善加算の一本化による賃上げ効果等

○ **合計　＋１．５％**を上回る水準

制度改革事項（介護）

「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」に沿って、以下の改革を着実に進める。

（大臣合意事項）

○ **第１号保険料負担の在り方の見直し**

※　来年度（2024年度）に実施する取組

○ **利用者負担（２割負担）の範囲の見直し**

○ **多床室の室料負担の見直し（老健施設、介護医療院）**

○ **ケアマネジメントに関する給付の在り方の見直し**

○ **軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方の見直し**

○ **介護施設の人員配置基準の見直し**

○ **介護サービス事業者の経営情報の更なる見える化**

大臣折衝事項（令和５年12月20日　財務大臣、厚生労働大臣合意）

３．介護報酬改定

令和６年度介護報酬改定については、介護現場で働く方々の処遇改善を着実に行いつつ、サービス毎の経営状況の違いも踏まえたメリハリのある対応を行うことで、改定率は全体で＋1.59%（国費432億円）とする。具体的には以下の点を踏まえた対応を行う。

・ 介護職員の処遇改善分として、上記＋1.59%のうち＋0.98%を措置する（介護職員の処遇改善分は令和６年６月施行）。その上で、賃上げ税制を活用しつつ、介護職員以外の処遇改善を実現できる水準として、＋0.61%を措置する。

・ このほか、改定率の外枠として、処遇改善加算の一本化による賃上げ効果や、光熱水費の基準費用額の増額による介護施設の増収効果が見込まれ、これらを加えると、＋0.45%相当の改定となる。

・ 既存の加算の一本化による新たな処遇改善加算の創設に当たっては、今般新たに追加措置する処遇改善分を活用し、介護現場で働く方々にとって、令和６年度に2.5%、令和７年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定が、介護職員の処遇改善に与える効果について、実態を把握する。

・ 今回の報酬改定では、処遇改善分について２年分を措置し、３年目の対応については、上記の実態把握を通じた処遇改善の実施状況等や財源とあわせて令和８年度予算編成過程で検討する。

・ なお、次回の介護報酬改定に向けては、介護事業所・施設の経営実態等をより適切に把握できるよう、「介護事業経営概況調査」や「介護事業経営実態調査」において、特別費用や特別収益として計上されている経費の具体的な内容が明確になるよう、調査方法を見直し、次回以降の調査に反映させる。

４．障害福祉サービス等報酬改定

障害福祉分野の人材確保のため、介護並びの処遇改善を行うとともに、障害者が希望する地域生活の実現に向けて、介護との収支差率の違いも勘案しつつ、新規参入が増加する中でのサービスの質の確保・向上を図る観点から、経営実態を踏まえたサービスの質等に応じたメリハリのある報酬設定を行うことにより、改定率は全体で＋1.12%（国費162億円）とする。なお、改定率の外枠で処遇改善加算の一本化の効果等があり、それを合わせれば改定率＋1.5%を上回る水準となる。

既存の加算の一本化による新たな処遇改善加算の創設に当たっては、今般新たに追加措置する処遇改善分を活用し、障害福祉の現場で働く方々にとって、令和６年度に2.5%、令和７年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定が、福祉・介護職員の処遇改善に与える効果について、実態を把握する。

今回の報酬改定では、処遇改善分について２年分を措置し、３年目の対応については、上記の実態把握を通じた処遇改善の実施状況等や財源とあわせて令和８年度予算編成過程で検討する。

なお、次回の障害福祉サービス等報酬改定に向けては、障害福祉事業所・施設の経営実態等をより適切に把握できるよう、「障害福祉サービス等経営概況調査」や「障害福祉サービス等経営実態調査」において、特別費用や特別収益として計上されている経費の具体的な内容が明確になるよう、調査方法を見直し、次回以降の調査に反映させる。

令和６年度介護従事者処遇状況等調査結果のポイント

○　**介護職員等処遇改善加算を取得している施設・事業所における介護職員（月給・常勤の者）の基本給等**(※1)について、令和５年度と令和６年度を比較すると**１１，１３０円の増（＋４．６%）**となっている。

○　また、**平均給与額**(※2)**については**、令和５年度と令和６年度を比較すると**１３，９６０円の増（＋４．３%）**となっている。

介護職員等処遇改善加算取得	令和５年９月	令和６年９月	差　額
基　本　給　等（月給・常勤の者）	**２４２，６８０円**	**２５３，８１０円**	**＋１１，１３０円**
平　均　給　与　額	３２４，２４０円	３３８，２００円	＋１３，９６０円

※１　基本給等 ＝ 基本給（月額） ＋ 手当のうち毎月決まって支払われる手当（通勤手当、扶養手当、超過労働給与額等は含まない。）
※２　平均給与額 ＝ 基本給（月額）＋ 手当 ＋ 一時金（４～９月の支給金額の１／６。賞与等含む。）
※３　金額は１０円未満を四捨五入している。
※４　調査対象となった施設・事業所に、令和５年度と令和６年度ともに在籍している介護職員について比較している。

令和6年度の加算の取得状況	本調査（R6．9時点）	参考）介護給付費等実態統計
介護職員等処遇改善加算（新加算）	95．5%	95．1% ※
① 新加算Ⅰ	45．7%	42．3% ※
② 新加算Ⅱ	32．2%	36．0% ※
③ 新加算Ⅲ	11．8%	11．1% ※
④ 新加算Ⅳ	2．6%	2．6% ※
⑤ 新加算Ⅴ（経過措置）	3．2%	3．1% ※

※　介護給付費等実態統計による特別集計（直近である令和６年９月サービス提供分）

賃金改善の実施方法（複数回答）	
ベースアップ等により対応	59．8%
定期昇給	43．6%
各種手当の新設	17．8%
既存の各種手当の引き上げ	24．4%
賞与等の引き上げまたは新設	33．1%

給与等の引き上げの対象者（複数回答）	
施設・事業所の職員全員	58．2%
調査対象サービスの介護従事者全員	14．1%
調査対象サービスの介護職員全員	10．7%
何らかの要件に該当した調査対象サービスの介護従事者	15．6%

介護職員以外に配分した職員の範囲（複数回答）※上位５つを掲載	
看護職員	51．9%
生活相談員・支援相談員	50．8%
事務職員	37．9%
ＰＴ・ＯＴ・ＳＴ又は機能訓練指導員	34．3%
介護支援専門員	32．8%

加算額の一部の令和７年度への繰越状況	
加算額の一部を令和７年度に繰り越した（予定）	14．3%
加算の全額を令和６年度分の賃金改善に充てた（予定）	80．7%

介護職員等処遇改善加算の届出を行わない理由（複数回答）※上位４つを掲載	
事務作業が煩雑	39．6%
利用者負担の発生	22．4%
算定要件を達成できない	22．1%
届出に必要となる事務を行える職員がいない	22．0%

介護支援専門員１人当たりの取扱件数（報酬）

概要　【居宅介護支援】

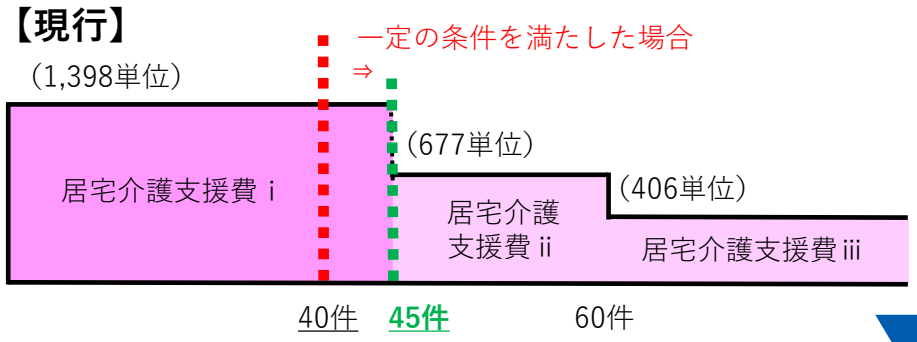
○　居宅介護支援事業所を取り巻く環境の変化を踏まえ、ケアマネジメントの質を確保しつつ、業務効率化を進め人材を有効活用するため、居宅介護支援費について、以下の見直しを行う。【告示改正】

ア　居宅介護支援費（Ⅰ）（ⅰ）の取扱件数について、現行の「40 未満」を「45未満」に改めるとともに、居宅介護支援費（Ⅰ）（ⅱ）の取扱件数について、現行の「40 以上 60 未満」を「45 以上 60 未満」に改める。

イ　居宅介護支援費（Ⅱ）の要件について、ケアプランデータ連携システムを活用し、かつ、事務職員を配置している場合に改めるとともに、居宅介護支援費（Ⅱ）（ⅰ）の取扱件数について、現行の「45 未満」を「50 未満」に改め、居宅介護支援費（Ⅱ）（ⅱ）の取扱件数について、現行の「45 以上 60 未満」から「50 以上 60 未満」に改める。

ウ　居宅介護支援費の算定に当たっての取扱件数の算出に当たり、指定介護予防支援の提供を受ける利用者数については、３分の１を乗じて件数に加えることとする。

例：要介護３・４・５の場合



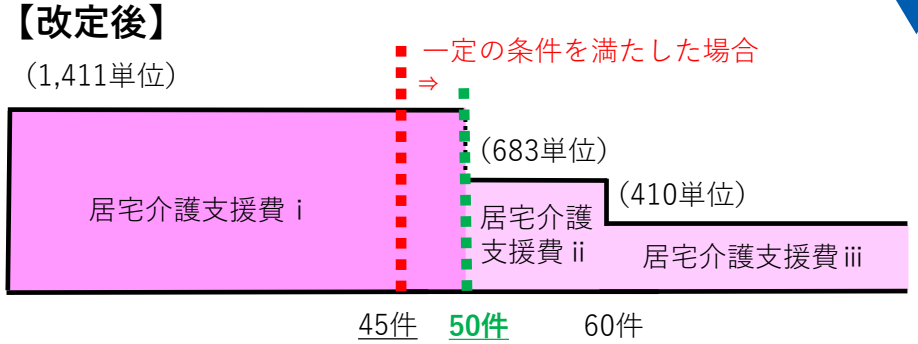
居宅介護支援費（Ⅱ）の算定要件

ICT機器の活用または

事務職員の配置

指定介護予防支援の提供を受ける利用者数の取扱件数

２分の１換算



居宅介護支援費（Ⅱ）の算定要件

ケアプランデータ連携システムの活用及び事務職員の配置

指定介護予防支援の提供を受ける利用者数の取扱件数

３分の１換算

自治体調査（アンケート）の集計状況の概要

（R7.4.21）介護給付費分科会-改定検証・研究委員会資料

※令和6年12月23日社会保障審議会介護給付費分科会で報告したものを更新

1．回収状況

✓　都道府県・指定都市・中核市については、全て回収（129/129）

✓　特別区は約７割（17/23）、市町村は約５割（847/1,636）の回収率

2．訪問介護事業所数の変化

✓　令和６年６月～８月の３か月間で休止・廃止した事業所数の合計は、対前年同期比で概ね１割程度増加

（参考）訪問介護の休止・廃止事業所数の変化

	令和5年 6～8月	令和6年 6～8月	増減
休止・廃止	510事業所	552事業所	＋ 8.2%

※令和6年4月の事業所総数：35,468事業所

✓　その理由は、「人員の不足（255件）」が最も多く、次いで「経営戦略上の事業所の統廃合（78件）」が多かった。なお、「介護報酬改定に伴う収入減」は７件だった。

厚生労働省が独自に実施した調査結果（令和６年３月及び６月時点の状況）と同様の傾向

※　今回の調査では、他の介護サービスの休止・廃止事業所数も調査しており、訪問看護、通所介護などでも同様の傾向が見られた。

✓　地域別でみると、全域が中山間・離島等である都道府県(n=10の合計)では微増であったのに対して、それ以外の都道府県(n=37の合計)では、概ね２割程度増加。

✓　指定都市・中核市については、中山間・離島等がない自治体（n=32の合計）でのみ増加。

→　大都市や大都市部を含む都道府県の方が休止・廃止事業所数の増加が大きい傾向

3．中山間・離島等でのサービス提供について感じている課題

✓　「介護人材が不足している（66.1%）」の割合が最も高く、次いで「訪問介護事業所数が十分でない（39.3%）」が高かった。

4．介護人材確保等に関する各種支援の実施状況

✓　都道府県については、「外国人介護人材の受け入れ支援」「ICT・介護ロボット購入補助金」「介護の仕事の魅力発信」「各種研修の開催」「施設整備に対する補助」を実施している割合、市町村等については、「施設整備に対する補助」「各種研修の開催」「医療・介護の連携支援」を実施している割合が高かった。

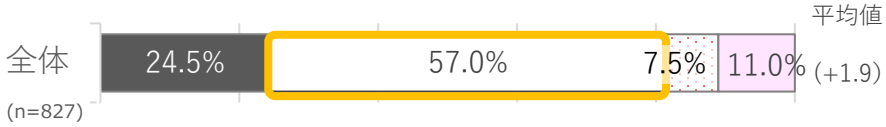
訪問介護事業所に関する事業所調査（アンケート）の集計状況の概要（①収支差率の状況）

（R7.4.21）介護給付費分科会-改定検証・研究委員会資料

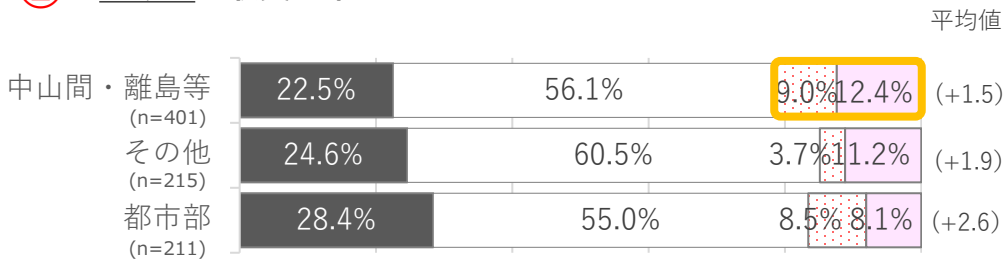
1．訪問介護事業所の収支差率の状況（令和５年度決算）

① 全体の収支差率は、「0%以上５%未満」の割合が最も高く、「５%以上」、「▲5%未満」が続く。
② 地域別にみると、「▲5%以上0%未満」及び「▲5%未満」の割合は「中山間・離島等」でやや高い傾向。
③ 訪問回数別にみると、「801回以上」の区分で「収支差５%以上」の割合が高い。
④ 訪問回数別 × 地域別にみると、訪問回数の少ない「400回以下」の区分では、都市部は「５%以上」、中山間・離島等は「▲5%以上0%未満」及び「▲5%未満」の割合が高かった。
⑤ 同一建物減算の有無別にみると、「算定あり」の方が「５%以上」の割合が高い傾向があり、「▲５%以上０%未満」及び「▲5%未満」の割合は概ね同水準。
⑥ 集合住宅等の利用者の割合別にみると、「40%以上80%未満」や「80%以上」の区分において、「５%以上」の割合が高くなっている一方、「0%」の区分は収支差率は低い傾向。

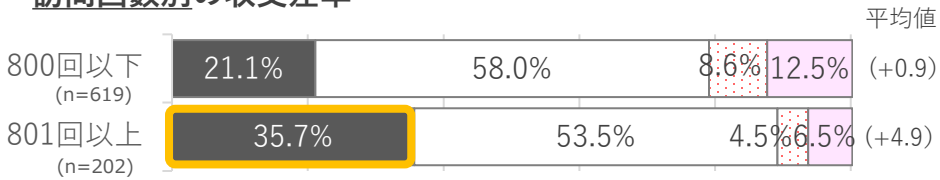
① 全体の収支差率



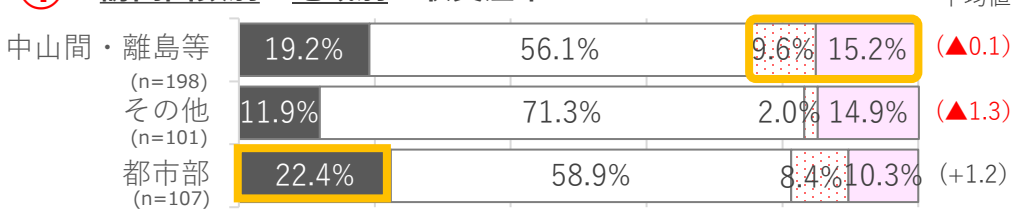
② 地域別の収支差率



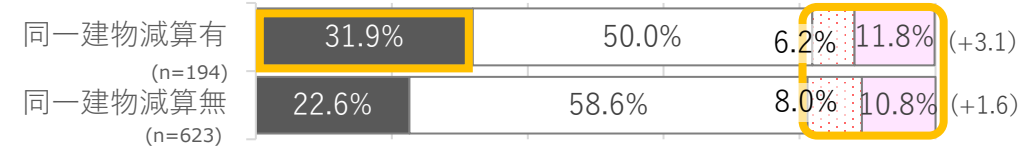
③ 訪問回数別の収支差率



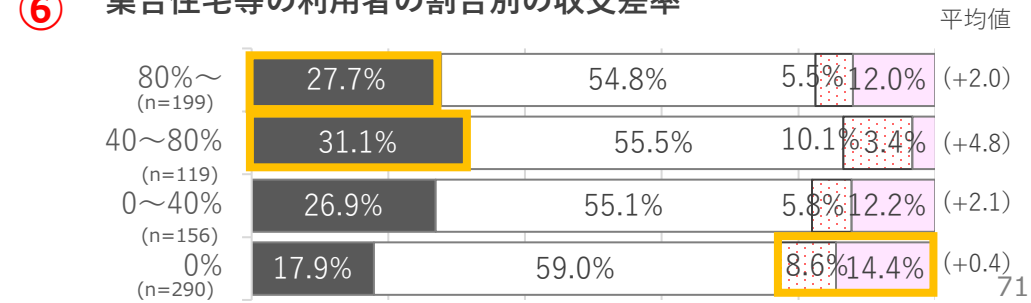
④ 訪問回数別×地域別の収支差率 ＜訪問回数400回以下＞



⑤ 同一建物減算の有無別の収支差率



⑥ 集合住宅等の利用者の割合別の収支差率

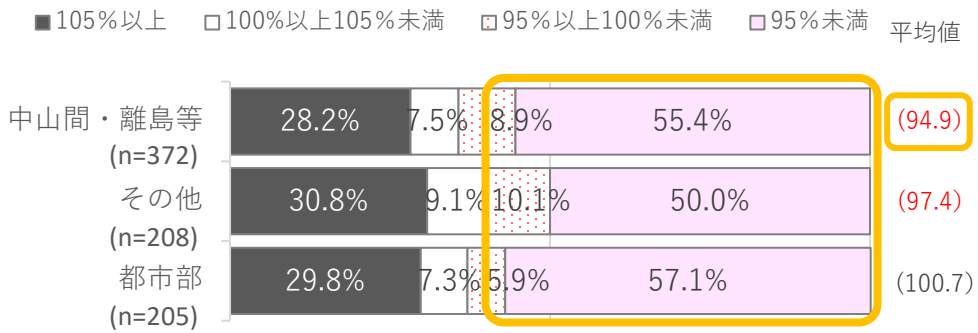


訪問介護事業所に関する事業所調査（アンケート）の集計状況の概要 （②介護保険収入の増減）

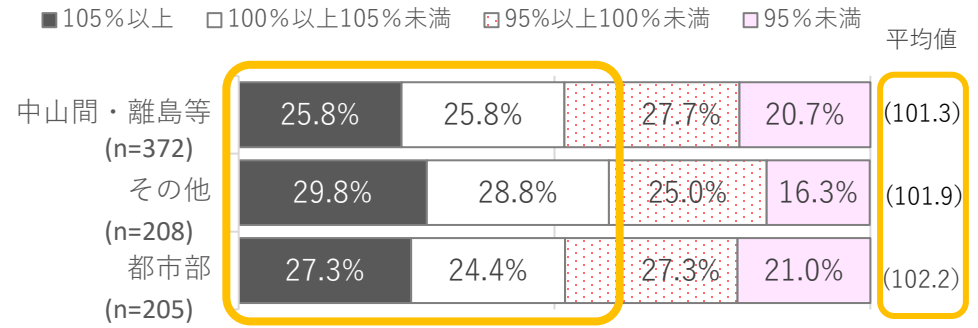
2． 訪問介護事業所の介護保険収入の増減（R5.8→R6.8）

① 訪問回数の増減をみると、全ての地域で対前年度比で５％以上減少（95％未満）している事業所の割合が５割を超えており、減少率の平均値は中山間・離島等が最も大きくなっていた。
② 訪問１回あたりの単価をみると、全ての地域で単価が増加した事業所の割合の方が多くなっていた。
③ 職員数の増減をみると、全ての地域で増加していた（平均＋2.5人～＋3.6人）。
④ 令和６年８月の介護保険収入の増減をみると、全ての地域で対前年度比５％以上減少（95％未満）している事業所の割合が最も高くなっていた。

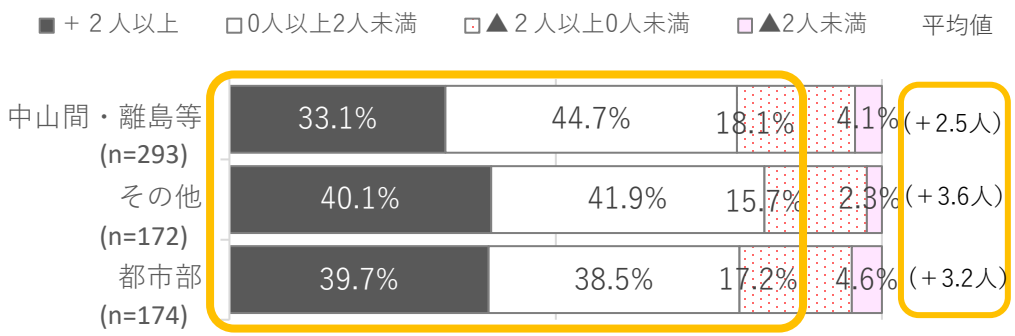
① 訪問回数の増減（対前年同月比）



② 訪問回数1回あたり単価の増減（対前年同月比）

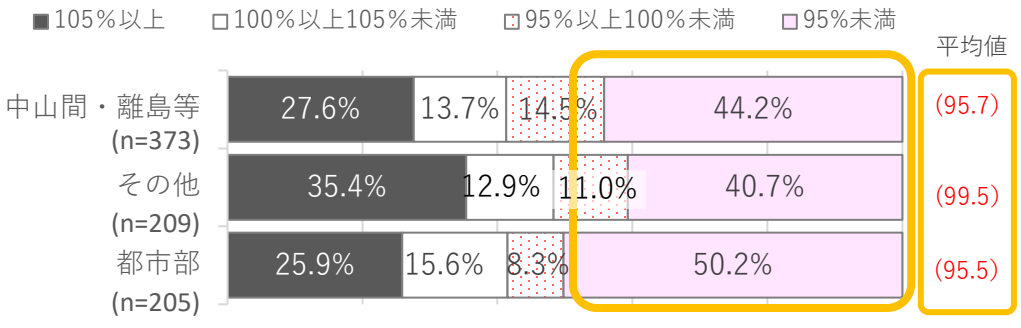


③ 職員数の増減※（対前年同月比）



※ 過去１年間の採用者数と離職者数の実人員数の差

④ 介護保険収入の増減（対前年同月比）



訪問介護事業所に関する事業所調査（アンケート）の集計状況（③その他）

（R7.4.21）介護給付費分科会-改定検証・研究委員会資料

3． 訪問介護事業所の職員、利用者等の状況

（1）職員の状況

- ✓ 60代以上の職員の割合は中山間・離島等で高い傾向、勤続年数も中山間・離島等で10年超の職員の割合が高い傾向。
- ✓ 職員の充足状況は、全ての地域で「不足」（とても不足している、やや不足している）の割合が高く、特に「都市部」で高い（中山間・離島等 63.5%、都市部 **73.8%**、その他 67.2%）。

（2）利用者・サービス提供の状況

- ✓ 利用者の充足状況は、全ての地域で「やや不足している」の割合が最も高く（４～５割程度）、次いで「確保できている」が高い。
- ✓ 集合住宅等の利用者割合は、全ての地域で「０％」が最も高く（３割程度）、次いで中山間・離島等やその他では「80%以上」、都市部では「40%以上80%未満」が高い。
- ✓ サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム等の併設状況は、中山間・離島等で併設している割合が高い（中山間・離島等**25.4%**、都市部9.3%、その他17.4%）。
- ✓ 移動時間は、中山間・離島等では平均21.6分、都市部では平均24.6分。 同一建物減算算定なしの場合、いずれの地域でも同程度だが（平均30分弱）、算定ありの場合、都市部で若干短い傾向（平均８分程度）。

4． 訪問介護事業者の人材確保や利用者確保に向けた取組の状況

- ✓ 人材確保に係る課題意識は、いずれの地域も「応募者が少ない」が最多。都市部では「採用に費用がかかる」「紹介料の負担が大きい」、中山間・離島等では「所在地域に就労人口が少ない」の割合も多い。人材確保の取組は、いずれの地域も「知人の紹介による採用」「ハローワークによる採用」が最多。都市部では「転職サイトの活用」「人材紹介会社の活用」も多い。
- ✓ サービス提供についての課題意識は、いずれの地域も「独居の利用者が多い」が最多。中山間・離島等では「事業所を起点として訪問宅への移動に要する時間が長い」「訪問先から訪問先への移動に要する時間が長い」も多い。
- ✓ 利用者を増やすための取組は、利用者を確保できている事業所では、「居宅介護支援事業所への訪問・説明」「自事業所のHP等の充実・更新等」「質の高い人材の育成」の順に多い。

（参考）ｱﾝｹｰﾄの回収状況

全体	37.2% (1,234/3,313)
中山間・離島等	39.7% (575/1,450)
都市部	35.9% (332/925)
その他	34.9% (327/938)

介護人材確保・職場環境改善等に向けた総合対策

厚生労働省資料を一部加工

令和６年度補正予算：合計1,103億円

対策の趣旨

○　介護人材の確保のためには、他産業の選択・他産業への流出を防ぐため、全産業平均の給与と差がつく中、緊急的に賃金の引き上げが必要。
○　賃上げとともに、介護現場における生産性を向上し、業務効率化や職場環境の改善を図ることにより、職員の離職の防止・職場定着を推進することが重要。これらは、働きやすさの改善のための事業者における基盤整備とともに、具体的なテクノロジーの導入・投資への支援、経営等の協働化・大規模化等を通じた職場環境改善が必要。
○　訪問介護については、小規模な事業者が多く、中山間や離島などの事業所も含め、人材不足が顕著で経営資源にも制約があるため、経験年数の短い方でも安心して働き続けられる環境整備や、地域の特性・事業所規模を踏まえた経営支援、福祉施策と労働施策の連携体制強化やホームヘルパーの魅力発信を通じた人材確保の促進が必要。

総合対策

①介護人材確保・職場環境改善等事業（806億円）

処遇改善加算を取得している事業所のうち、生産性を向上し、更なる業務効率化や職場環境の改善を図り、介護人材確保・定着の基盤を構築する事業所に対する支援

②介護テクノロジー導入・協働化等支援事業（200億円）

生産性向上・職場環境改善等に係る具体的なテクノロジーの導入・投資への支援、経営等の協働化・大規模化への支援

③訪問介護の提供体制確保支援（98億円）

ホームヘルパーの同行支援など、経験年数の短い方でも安心して働き続けられる環境整備や、地域の特性・事業規模を踏まえた経営支援、福祉施策と労働施策の連携体制強化やホームヘルパーの魅力発信を通じた人材確保促進

処遇改善加算（※）等による、賃金引き上げ・職場環境改善等

※　あわせて、処遇改善加算の要件弾力化など更なる取得促進に向けた施策を実施。

・ 介護現場における生産性向上や職場環境改善等を図ることにより、介護職員の確保・定着や介護サービスの質の向上につなげる。

① 介護人材確保･職場環境改善等事業

厚生労働省資料を一部加工

令和６年度補正予算：806億円

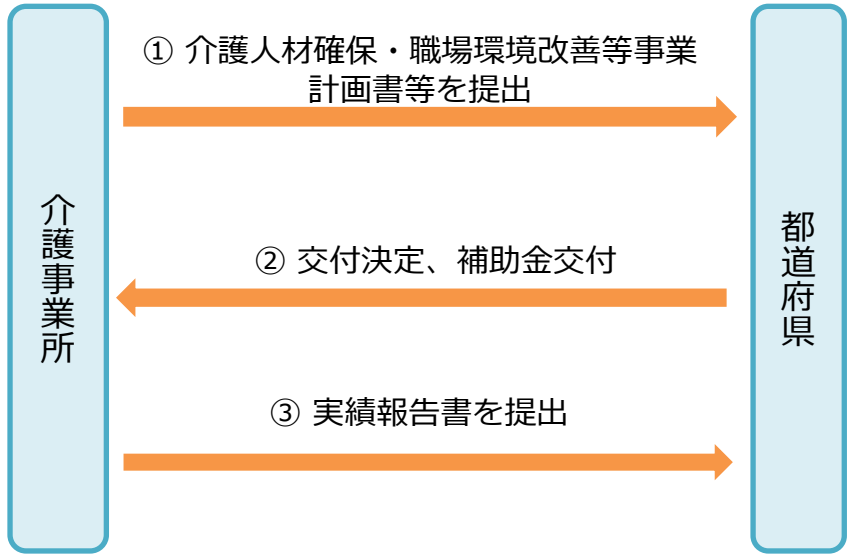
施策の概要

○　介護職員等処遇改善加算（※１）を取得している事業所のうち、生産性を向上し、更なる業務効率化や職場環境の改善を図り、介護人材確保・定着の基盤を構築する事業所に対し、所要の額（常勤介護職員一人当たり５．４万円程度）を補助。
○　介護事業所において、その介護職員等が、更なる生産性向上・職場環境改善のため、自身の業務を洗い出し、その改善方策にも関与できる形とする等のための基盤構築を図る。このため、補助は、当該職場環境改善等の経費（※２）に充てるほか、介護職員等（※３）の人件費に充てることを可能とする。

※１　介護職員等処遇改善加算の更なる取得促進をあわせて実施。
※２　介護助手等を募集するための経費や、職場環境改善等のための様々な取組を実施するための研修等の経費　など
※３　当該事業所における介護職員以外の職員を含む。

支援対象・スキーム等

■支給対象
（１）介護職員等処遇改善加算の取得事業所
（２）以下の職場環境改善等に向けた取組を行い、そのための計画を策定し、都道府県に提出する事業所
　①　施設、居住サービス、多機能サービス、短期入所サービス等
→　生産性向上推進体制加算の取得等に向けて、介護職員等の業務の洗い出し、棚卸しとその業務効率化など、改善方策の立案を行う
　②　訪問、通所サービス等
→　介護職員等の業務の洗い出し、棚卸しとその業務効率化など、改善方策立案を行う



※　本補助金を職員人件費に充てる場合は、一時金や臨時の手当として充てることを想定している。恒久的な支援策ではないため、ベースアップに充てることは想定していないが、各事業所の経営判断として、各種の生産性向上・職場環境改善等の取組の効果により、持続的な賃上げ余力が生じることを見越して、それまでの間のつなぎの原資とすることを妨げるものではない。

・ 生産性向上･職場環境改善等により介護人材の確保･定着をはかるとともに、より上位の処遇改善加算の取得を促進することで賃上げにつなげていく。

② 介護テクノロジー導入・協働化等支援事業

厚生労働省資料を一部加工

令和６年度補正予算：200億円

施策の概要

○　生産性向上の取組を通じた職場環境改善について、ICT機器本体やソフト等の導入や更新時の補助に加え、それに伴う業務改善支援や地域全体で取り組む機器導入等に対する補助を行う。また、小規模事業者を含む事業者グループが協働して行う経営や職場環境の改善の取組に対して補助を行う。

支援対象・スキーム等

（１）生産性向上の取組を通じた職場環境改善

①生産性向上に資する介護ロボット・ICTの導入や更新

・事業所の業務効率化に向けた課題解決を図るための業務改善支援及びこれと一体的に行う介護ロボット・ICTの導入や更新に対する支援

②地域全体で生産性向上の取組を普及・推進する事業の実施

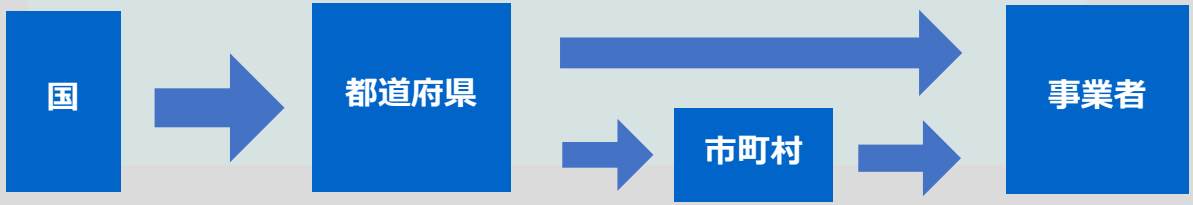
・地域の複数事業所における機器の導入に向けた研修や、地域のモデル施設の育成など、都道府県等が主導して面で生産性向上の取組を推進

・都道府県等が主導して、ケアマネ事業所と居宅サービス事業所の間でのケアプランデータ連携システム等の活用を地域で促進し、データ連携によるメリットや好事例を収集

（２）小規模事業者を含む事業者グループが協働して行う職場環境改善

・人材募集や一括採用、合同研修等の実施、事務処理部門の集約、協働化・大規模化にあわせて行う老朽設備の更新・整備のための支援　等

【スキーム】



【実施主体】
都道府県　（都道府県から市町村への補助も可）

【負担割合】
(1)①、(2)・・・国・都道府県3／4、事業者1／4
（要件によっては国・都道府県1／2、事業者1／2）
(1)②・・・国・都道府県　10／10
(1)①及び(2)を実施する場合・・・
国・都道府県4／5、事業者1／5

※国と都道府県の負担割合は以下のとおり
(1)①、(2)・・・国4／5、都道府県1／5
(1)②・・・国9／10、都道府県1／10

・　生産性向上の取組や経営の協働化・大規模化等を通じた職場環境改善を推進することにより、介護人材の確保や介護サービスの質の向上に繋げていく。

③　訪問介護の提供体制の確保支援

厚生労働省資料を一部加工

令和６年度補正予算：98億円

施策の目的

○訪問介護等サービスの現場において、人手不足への対応は最も主要な課題の一つであり、その担い手を確保することが必要であるが、全産業的に人手不足の中で、人材にも限りがある状況。また、１人で訪問する等のサービスの特性上、経験や技能が継承され、安心して働き続けられる環境整備が必要。

※　ホームヘルパーの有効求人倍率：14.14倍、平均年齢：54.4歳　（60歳以上は全体の37.6%）

○こうした中で、地域において、利用者へ必要なサービスを安定的に提供できるよう、特に小規模な訪問介護等事業者が行う人材確保に向けた研修体系の整備のほか、地域の介護事業所が相互に協力して行う人材育成や経営改善に向けた取組などを事業所規模や地域の特性に合わせて支援する。また、介護分野の業界団体や労働局・ハローワーク・福祉人材センターなど地域の関係団体が連携し、ホームヘルパーの魅力発信とあわせて、人材確保に取り組む。

施策の概要

○人材不足や職員の高齢化を始めとする、訪問介護の経営課題への支援を行い、経営の安定化を図るとともに、高齢者に必要な質の高いサービスが提供される環境を整備する。

・ホームヘルパー希望者の裾野を拡大し、経験年数の短い方でも安心して働き続けられる環境を整備するとともに、地域の実情に応じた人材確保を推進し、ホームヘルパーの雇用の安定化を図る。

・中山間や離島などの地域の特性や、事業規模に応じた経営の改善を図る。

・ホームヘルパーの技能向上・技能継承を通じたサービスの質の確保を図る。

③－１ 訪問介護等サービス提供体制確保支援事業	➢ 地域において、利用者へ必要なサービスを安定的に提供できるよう、研修体制づくり、ホームヘルパーへの同行支援など人材確保体制の構築に向けた取組とあわせて、経営改善に向けた取組について、事業所規模や地域の特性に合わせた支援を行う。
③－２ 介護人材確保のための福祉施策と労働施策の連携体制の強化	➢ 都道府県の介護保険部局が主体となって、地域の介護分野の業界団体のほか、都道府県労働局や都道府県福祉人材センター等が連携した介護人材確保のための協議会を設置 ➢ 介護業界団体や関係機関が関与する求職イベント等の開催を支援し、採用のミスマッチ防止やとニーズに合った人材確保・定着を促進
③－３ ホームヘルパーの魅力発信のための広報事業	➢ ホームヘルパーの仕事の魅力について、学生を始めとする介護業界の志望者や業界経験者に向けて広く周知

介護職員等処遇改善加算の職場環境等要件（令和７年度以降）

厚生労働省資料

介護職員等処遇改善加算 Ⅲ・Ⅳ　：以下の**区分ごとにそれぞれ１つ以上（生産性向上は２つ以上）**取り組んでいる
介護職員等処遇改善加算 Ⅰ・Ⅱ　：以下の**区分ごとにそれぞれ２つ以上（生産性向上は３つ以上うち⑰又は⑱は必須）**取り組んでいる

区分	具体的内容
入職促進に向けた取組	①法人や事業所の経営理念やケア方針・人材育成方針、その実現のための施策・仕組みなどの明確化 ②事業者の共同による採用・人事ローテーション・研修のための制度構築 ③他産業からの転職者、主婦層、中高年齢者等、経験者・有資格者等にこだわらない幅広い採用の仕組みの構築（採用の実績でも可） ④職業体験の受入れや地域行事への参加や主催等による職業魅力度向上の取組の実施
資質の向上やキャリアアップに向けた支援	⑤働きながら介護福祉士取得を目指す者に対する実務者研修受講支援や、より専門性の高い介護技術を取得しようとする者に対するユニットリーダー研修、ファーストステップ研修、喀痰吸引、認知症ケア、サービス提供責任者研修、中堅職員に対するマネジメント研修の受講支援等 ⑥研修の受講やキャリア段位制度と人事考課との連動 ⑦エルダー・メンター（仕事やメンタル面のサポート等をする担当者）制度等導入 ⑧上位者・担当者等によるキャリア面談など、キャリアアップ・働き方等に関する定期的な相談の機会の確保
両立支援・多様な働き方の推進	⑨子育てや家族等の介護等と仕事の両立を目指す者のための休業制度等の充実、事業所内託児施設の整備 ⑩職員の事情等の状況に応じた勤務シフトや短時間正規職員制度の導入、職員の希望に即した非正規職員から正規職員への転換の制度等の整備 ⑪有給休暇を取得しやすい雰囲気・意識作りのため、具体的な取得目標（例えば、１週間以上の休暇を年に●回取得、付与日数のうち●%以上を取得）を定めた上で、取得状況を定期的に確認し、身近な上司等からの積極的な声かけを行っている ⑫有給休暇の取得促進のため、情報共有や複数担当制等により、業務の属人化の解消、業務配分の偏りの解消を行っている
腰痛を含む心身の健康管理	⑬業務や福利厚生制度、メンタルヘルス等の職員相談窓口の設置等相談体制の充実 ⑭短時間勤務労働者等も受診可能な健康診断・ストレスチェックや、従業員のための休憩室の設置等健康管理対策の実施 ⑮介護職員の身体の負担軽減のための介護技術の修得支援、職員に対する腰痛対策の研修、管理者に対する雇用管理改善の研修等の実施 ⑯事故・トラブルへの対応マニュアル等の作成等の体制の整備
生産性向上（業務改善及び働く環境改善）のための取組	⑰厚生労働省が示している「生産性向上ガイドライン」に基づき、業務改善活動の体制構築（委員会やプロジェクトチームの立ち上げ又は外部の研修会の活用等）を行っている ⑱現場の課題の見える化（課題の抽出、課題の構造化、業務時間調査の実施等）を実施している ⑲５S活動（業務管理の手法の１つ。整理・整頓・清掃・清潔・躾の頭文字をとったもの）等の実践による職場環境の整備を行っている ⑳業務手順書の作成や、記録・報告様式の工夫等による情報共有や作業負担の軽減を行っている ㉑介護ソフト（記録、情報共有、請求業務転記が不要なもの。）、情報端末（タブレット端末、スマートフォン端末等）の導入 ㉒介護ロボット（見守り支援、移乗支援、移動支援、排泄支援、入浴支援、介護業務支援等）又はインカム等の職員間の連絡調整の迅速化に資するICT機器（ビジネスチャットツール含む）の導入 ㉓業務内容の明確化と役割分担を行い、介護職員がケアに集中できる環境を整備。特に、間接業務（食事等の準備や片付け、清掃、ベッドメイク、ゴミ捨て等）がある場合は、いわゆる介護助手等の活用や外注等で担うなど、役割の見直しやシフトの組み換え等を行う。 ㉔各種委員会の共同設置、各種指針・計画の共同策定、物品の共同購入等の事務処理部門の集約、共同で行うICTインフラの整備、人事管理システムや福利厚生システム等の共通化等、協働化を通じた職場環境の改善に向けた取組の実施 ※生産性向上体制推進加算を取得している場合には、「生産性向上（業務改善及び働く環境改善）のための取組」の要件を満たすものとする ※小規模事業者は、㉔の取組を実施していれば、「生産性向上（業務改善及び働く環境改善）のための取組」の要件を満たすものとする
やりがい・働きがいの醸成	㉕ミーティング等による職場内コミュニケーションの円滑化による個々の介護職員の気づきを踏まえた勤務環境やケア内容の改善 ㉖地域包括ケアの一員としてのモチベーション向上に資する、地域の児童・生徒や住民との交流の実施 ㉗利用者本位のケア方針など介護保険や法人の理念等を定期的に学ぶ機会の提供 ㉘ケアの好事例や、利用者やその家族からの謝意等の情報を共有する機会の提供

新加算Ⅰ・Ⅱにおいては、情報公表システム等で職場環境等要件の各項目ごとの具体的な取組内容の公表を求める。下線部は令和６年度までの要件からの主な変更点。

保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金

厚生労働省資料

令和７年度当初予算案　（一般財源）　101　億円（100億円）
（消費税財源）200　億円（200億円）

1 事業の目的

○　平成29年の地域包括ケア強化法の成立を踏まえ、客観的な指標による評価結果に基づく財政的インセンティブとして、平成30年度より、保険者機能強化推進交付金を創設し、保険者（市町村）による高齢者の自立支援、重度化防止の取組や、都道府県による保険者支援の取組を推進。令和２年度からは、介護保険保険者努力支援交付金（社会保障の充実分）を創設し、介護予防・健康づくり等に資する取組を重点的に評価することにより、これらの取組を強化。

○　令和５年度においては、秋の行政事業レビューや予算執行調査などの結果を踏まえ、アウトカムに関連するアウトプット・中間アウトカム指標の充実や、評価指標の縮減など、制度の効率化・重点化を図るための見直しを行ったところであり、令和６年度以降、引き続き保険者機能強化の推進を図る。

2 事業スキーム・実施主体等

○　各市町村が行う自立支援・重度化防止の取組及び都道府県が行う市町村支援の取組に対し、評価指標の達成状況（評価指標の総合得点）に応じて、交付金を交付する。

※　介護保険保険者努力支援交付金（消費税財源）は、上記の取組の中でも介護予防・日常生活支援総合事業及び包括的支援事業（包括的・継続的ケアマネジメント支援事業、在宅医療介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業）に使途範囲を限定。

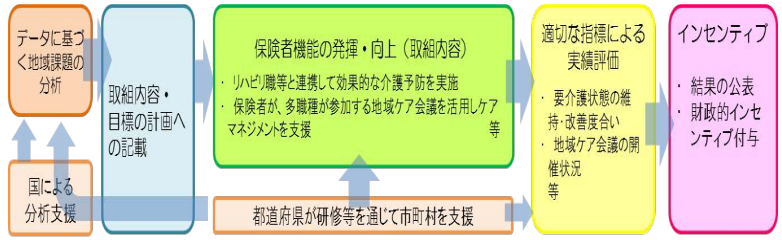
【実施主体】　都道府県、市町村

【交付金の配分に係る主な評価指標】

（保険者機能強化推進交付金）
①事業計画等等によるPDCAサイクルの構築状況
②介護給付の適正化の取組状況
③介護人材確保の取組状況

（介護保険保険者努力支援交付金）
①介護予防日常生活支援の取組状況
②認知症総合支援の取組状況
③在宅医療介護連携の取組状況

〈交付金を活用した保険者機能の強化のイメージ〉



【交付金の活用方法】

○都道府県分：高齢者の自立支援・重度化防止等に向けて市町村を支援する各種事業（市町村に対する研修事業、リハビリ専門職等の派遣事業等）の事業費に充当。

○市町村分：　国、都道府県、市町村及び第２号保険料の法定負担割合に加えて、介護保険特別会計に充当し、地域支援事業、市町村特別給付、保健福祉事業など、高齢者の自立支援、重度化防止、介護予防等に必要な事業を充実。

【補助率・単価】　定額（国が定める評価指標の達成状況（評価指標の総合得点）に応じて、交付金を配分）

【負担割合】　国10/10

【事業実績】　交付先47都道府県及び1,571保険者（令和５年度）

保険者機能強化推進交付金の見直し

1 事業の目的

令和７年度当初予算案　101億円（100億円）　※（）内は前年度当初予算

○　保険者機能強化推進交付金については、令和５年度において、令和４年度秋の行政事業レビューや予算執行調査などの結果を踏まえ、アウトカム指標に関連するアウトプット・中間アウトカム指標の充実や、評価指標の重点化・縮減等の見直しを実施した。

○　令和６年度においては、交付金の配分に当たって、保険者機能強化に取り組む自治体に対するインセンティブを一層強化し、メリハリの効いた交付金配分を行う観点から、**要介護認定率の改善等アウトカムの状況が上位に位置する自治体**や、**評価得点が複数年にわたり上位に位置する自治体**など、一定の要件に該当する自治体に対し、追加的な配分を行う枠組みを取り入れたところであり、令和７年度においては、この**アウトカム指標等に着目した配分の拡充**を行う(①)。

○　併せて、今般、地域包括ケアの構築に向けた基盤整備や取組の充実に既に一定程度取り組んでいる保険者を対象として、さらなる健康寿命の延伸に向け、**地域のデータ分析に基づき**、**自らターゲットとなる対象者、成果目標及び評価指標を設定**した上で、**当該成果を達成するために成果指向型の介護予防・健康づくりの取組を行う保険者に対する新たな支援の枠組み**を構築する(②)。

2 見直しの内容

①　アウトカム指標等に着目した配分の拡充

基本分

95%→75%

※ 従来どおり、評価得点の合計点に、第１号被保険者の規模を加味して配分。

5%→20%

アウトカム指標配分枠

※　要介護認定率等のアウトカム指標の評価得点結果に応じて追加配分。

保険者機能強化推進枠

※　前年度に続き上位に位置する得点を獲得した自治体等保険者機能強化に成果を出している自治体に対して追加配分。

②　成果指向型の保険者機能強化に向けた支援の構築(新規)　5%

【地域のデータ分析と課題の設定】

・ 地域の介護給付費の動向や、地域資源、医療･介護の健康づくりに関するデータ等に基づき、地域課題を把握。

・ 対象となるターゲット層（年齢･状態･性別等の具体的な住民層）、健康寿命の延伸につながる成果指向型の介護予防･健康づくりの目標

【具体的な支援方法と評価指標の設定】

・ 目標とターゲット層に応じ、支援方法及び評価指標を設定

【指標の評価、事業の実施】

・ 指標の妥当性を評価した上で交付金の交付･事業の実施

【実績評価】

･適切な指標による実績評価

居宅療養管理指導の概要

居宅療養管理指導の基本方針

居宅療養管理指導の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士又は管理栄養士が、通院が困難な利用者に対して、その居宅を訪問して、その心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより、その者の療養生活の質の向上を図るものでなければならない。

（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号第84条）

各職種が行う指導の概要

医師又は歯科医師	○　計画的かつ継続的な医学的管理又は歯科医学的管理に基づいて実施 ○　居宅介護支援事業者に対する、居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供 ○　居宅要介護者や家族等に対する、居宅サービスを利用する上での留意点や介護方法等についての指導及び助言 ○　訪問診療又は往診を行った日に限る
薬剤師	○　医師又は歯科医師の指示に基づいて実施される薬学的な管理及び指導 ○　居宅介護支援事業者に対する、居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供
歯科衛生士	○　訪問歯科診療を行った歯科医師の指示及びその歯科医師の策定した訪問指導計画に基づいて実施される口腔内の清掃又は有床義歯の清掃に関する指導
管理栄養士	○　計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を30分以上行う

※居宅療養管理指導の事業を行うことができるのは、病院、診療所、薬局等である。

居宅療養管理指導費の報酬

居宅療養管理指導の報酬体系

職種等		報酬単価（単位）		
		単一建物居住者が１人の場合	単一建物居住者が２～９人の場合	単一建物居住者が10人以上の場合
医師 注1（月２回を限度）	居宅療養管理指導費（Ⅰ）	514	486	445
	居宅療養管理指導費（Ⅱ）注2	298	286	259
歯科医師（月２回を限度）注1		516	486	440
薬剤師	病院又は診療所の薬剤師（月２回を限度）	565	416	379
	薬局の薬剤師（月４回を限度）注3	517	378	341
	情報通信機器を用いて行う場合（月1回を限度）	45		
管理栄養士（月２回を限度）	居宅療養管理指導費（Ⅰ）	544	486	443
	居宅療養管理指導費（Ⅱ）	524	466	423
歯科衛生士等（月４回を限度）		361	325	294

特別地域居宅療養管理指導加算	＋15/100
中山間地域等における小規模事業所加算	＋10/100
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	＋５/100

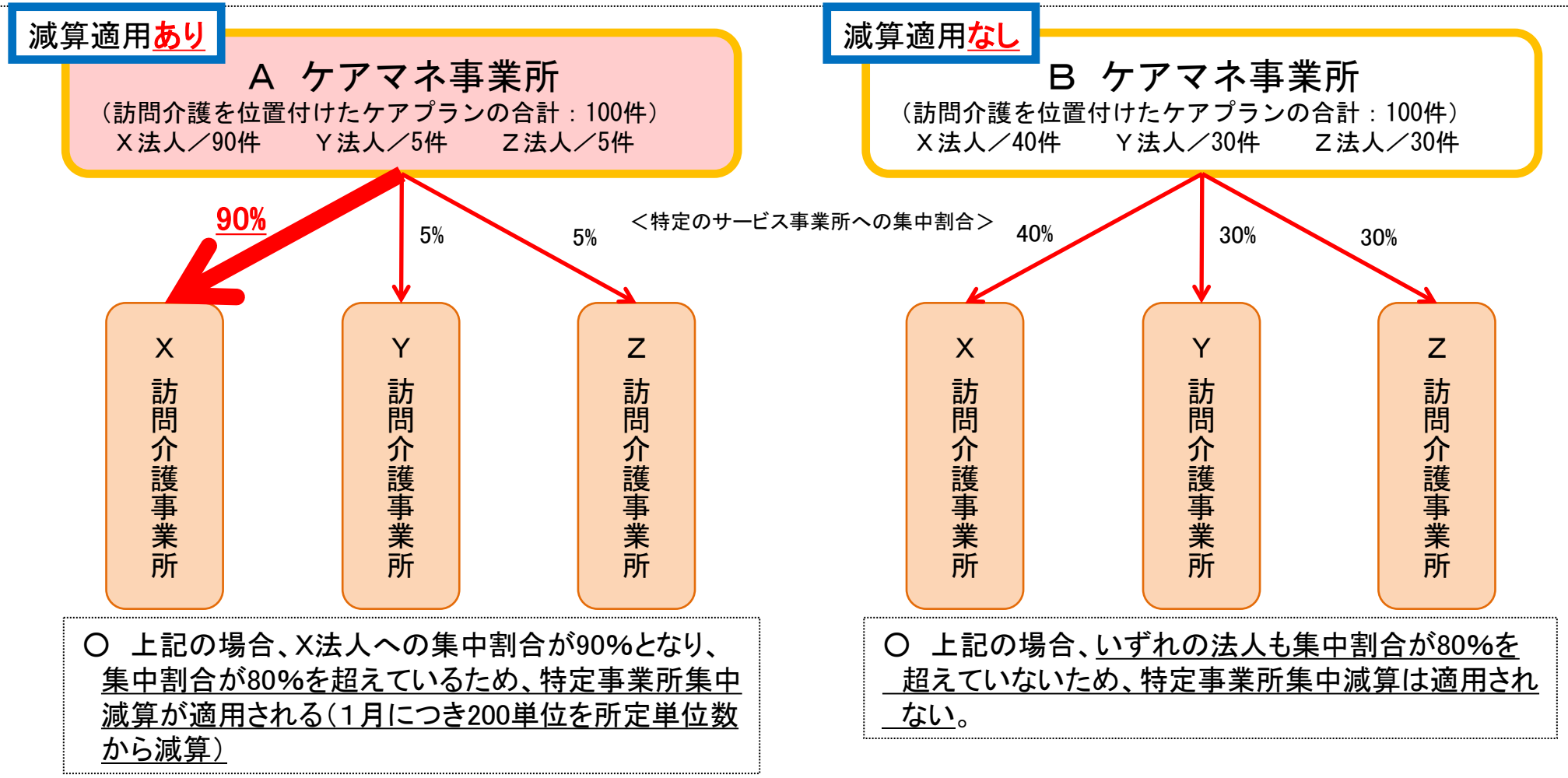
注1：訪問診療又は往診を行った日に限り算定できる。
注2：診療報酬の「在宅時医学総合管理料」又は「施設入居時等医学総合管理料」を算定する場合。
　　これらの管理料は、通院困難な患者に対し、計画的医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に月1回に限り算定できる。
注3：末期の悪性腫瘍の者、中心静脈栄養を受けている者に対しては、2回/週、かつ、8回/月を限度として算定。

特定事業所集中減算

厚生労働省資料

○　ケアマネ事業所が作成するケアプランは、サービスが特定の事業者に不当に偏ることのないようにすることが求められている。特定事業所集中減算は、ケアマネ事業所がその事業所の利用者に対して作成するケアプランにおいて、特定のサービス事業所に集中する正当な理由なく、集中割合が８０％を超える場合に報酬を減算する仕組み。

○　令和４年４月審査分で特定事業所集中減算の適用を受けている請求事業所数は1,496事業所（全体の約4.0%）。



○　上記の場合、X法人への集中割合が90%となり、集中割合が80%を超えているため、特定事業所集中減算が適用される（１月につき200単位を所定単位数から減算）

○　上記の場合、いずれの法人も集中割合が80%を超えていないため、特定事業所集中減算は適用されない。

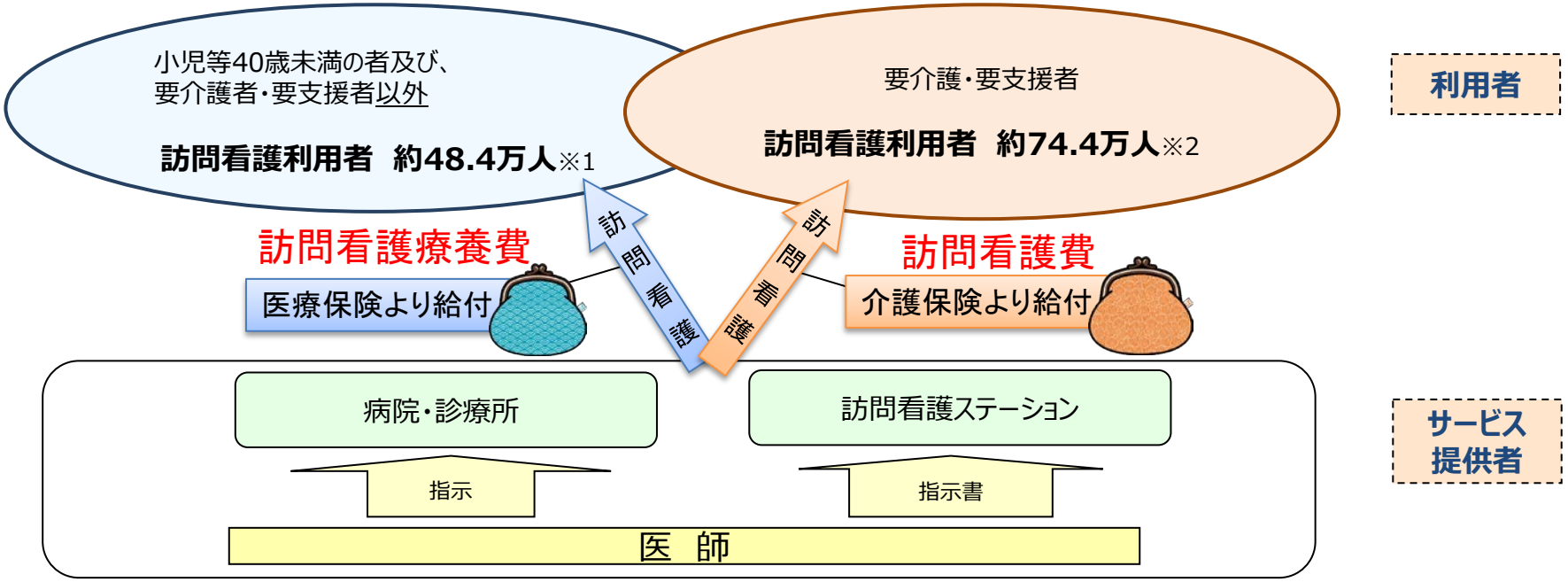
※サービスが特定の事業所に集中することにつき正当な理由（地域にサービス事業所が少ないこと等）がある場合は、減算の適用は行われない。
※居宅介護支援費（ケアマネ事業所への基本報酬）は、要介護度別に、１月につき1,076～1,398単位。

訪問看護の概要

○　疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。

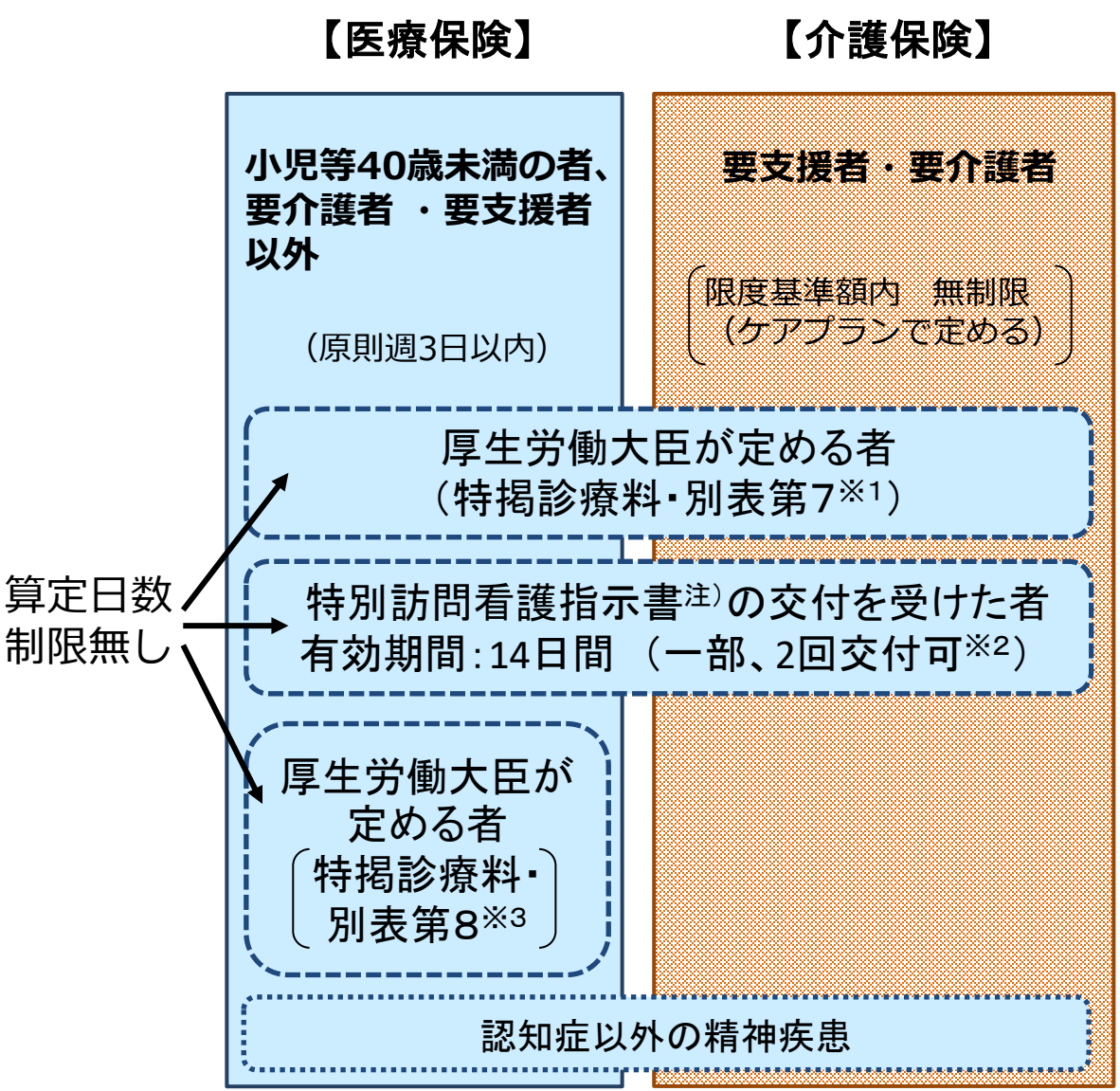
○　サービス提供は、病院・診療所と訪問看護ステーションの両者から行うことができる。

○　利用者は年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険の適応となるが、介護保険の給付は**医療保険の給付に優先する**こととしており、**要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。**



（出所）厚労省資料
（※1）訪問看護療養費実態調査をもとに厚労省保険局医療課にて作成（令和５年６月審査分より推計）
（※2）介護給付費等実態統計（令和５年６月審査分）

医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ



※１：別表第７

- 末期の悪性腫瘍
- 多発性硬化症
- 重症筋無力症
- スモン
- 筋萎縮性側索硬化症
- 脊髄小脳変性症
- ハンチントン病
- 進行性筋ジストロフィー症
- パーキンソン病関連疾患
- 多系統萎縮症
- プリオン病
- 亜急性硬化性全脳炎
- ライソゾーム病
- 副腎白質ジストロフィー
- 脊髄性筋萎縮症
- 球脊髄性筋萎縮症
- 慢性炎症性脱髄性多発神経炎
- 後天性免疫不全症候群
- 頸髄損傷
- 人工呼吸器を使用している状態

※２：特別訪問看護指示書を月2回交付できる者
（有効期間：28日間）

・気管カニューレを使用している状態にある者
・真皮を超える褥瘡の状態にある者

注）：特別訪問看護指示書
患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪等により一時的に頻回（週4日以上）の訪問看護を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに対して交付する指示書。

※３：別表第８

1 在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理又は在宅強心剤持続投与指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
2　以下のいずれかを受けている状態にある者
- 在宅自己腹膜灌流指導管理
- 在宅血液透析指導管理
- 在宅酸素療法指導管理
- 在宅中心静脈栄養法指導管理
- 在宅成分栄養経管栄養法指導管理
- 在宅自己導尿指導管理
- 在宅人工呼吸指導管理
- 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
- 在宅自己疼痛管理指導管理
- 在宅肺高血圧症患者指導管理

3　人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
4　真皮を超える褥瘡の状態にある者
5　在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

同一建物居住者に対する訪問看護

厚生労働省資料

○　同一日に同一建物に居住する3人以上の利用者に対して訪問看護を実施する場合は、同一日に2人以下のときよりも低い額を算定することとしている（訪問看護基本療養費（Ⅱ））。

	訪問看護基本療養費（Ⅰ）	訪問看護基本療養費（Ⅱ）	
		同一日に２人	同一日に３人以上
保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	週３日目まで　5,550円 週４日目以降　6,550円	週３日目まで　5,550円 週４日目以降　6,550円	週３日目まで　2,780円 週４日目以降　3,280円
准看護師	週３日目まで　5,050円 週４日目以降　6,050円	週３日目まで　5,050円 週４日目以降　6,050円	週３日目まで　2,530円 週４日目以降　3,030円

<同一建物居住者の考え方>

○　当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。

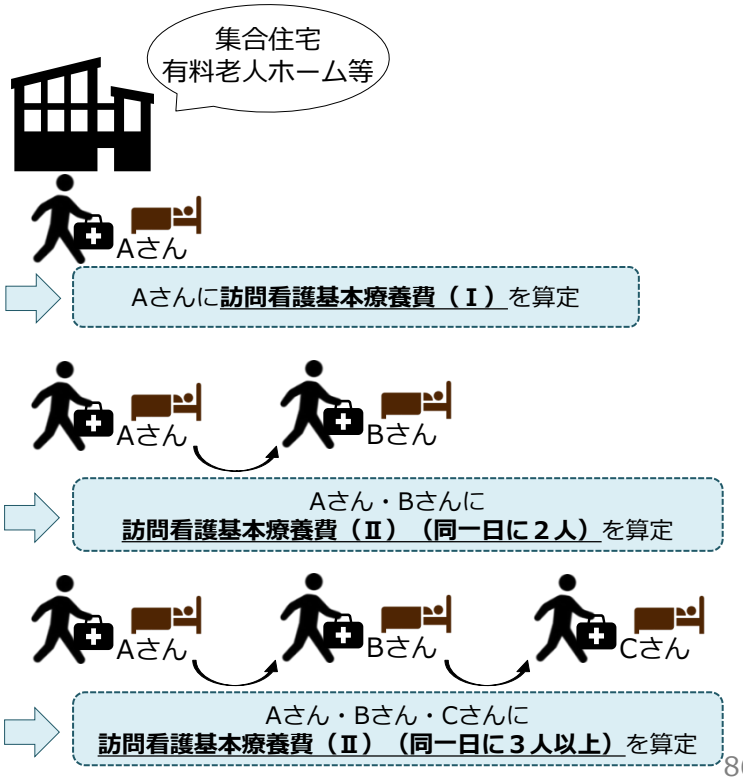
○　建築基準法第２条第１号に掲げる建築物に居住する複数の利用者のことをいい、具体的には、

ア　以下に入居・入所している複数の利用者
- 養護老人ホーム
- 特別養護老人ホーム
- 軽費老人ホーム
- 有料老人ホーム
- マンションなどの集合住宅　等

イ　以下のサービスを受けている複数の利用者
- 短期入所生活介護
- 小規模多機能型居宅介護（宿泊サービス）
- 認知症対応型共同生活介護
- 介護予防短期入所生活介護
- 介護予防小規模多機能型居宅介護（宿泊サービス）
- 介護予防認知症対応型共同生活介護　等

※　精神科訪問看護基本療養費、精神科訪問看護・指導料についても同様の考え方。

※　在宅患者訪問看護・指導料においては、同一建物居住者訪問看護・指導料として同様の考え方。



1．総論

2．医療

3．介護

4．障害福祉

5．生活保護等

令和６年度障害福祉サービス等従事者処遇状況等調査結果のポイント

○　**福祉・介護職員等処遇改善加算を取得している施設・事業所における福祉・介護職員（常勤の者）の基本給等**(※1)について、令和５年度と令和６年度を比較すると**１２，８６０円の増（＋５．３４%）**となっている。

○　また、**平均給与額**(※2)**については**、令和５年度と令和６年度を比較すると**１９，９７０円の増（＋６．４９%）**となっている。

福祉・介護職員等処遇改善加算取得	令和５年９月	令和６年９月	差　額
基　本　給　等（常勤の者）	２４０，８５０円	２５３，７１０円	＋１２，８６０円
平　均　給　与　額	３０７，７５０円	３２７，７２０円	＋１９，９７０円

※１　基本給等 ＝ 基本給（月額） ＋ 手当のうち毎月決まって支払われる手当（通勤手当、扶養手当、超過労働給与額等は含まない。）
※２　平均給与額 ＝ 基本給（月額）＋ 手当 ＋ 一時金（４～９月の支給金額の１／６。賞与等含む。）
※３　金額は１０円未満を四捨五入している。
※４　調査対象となった施設・事業所に、令和５年度と令和６年度ともに在籍している介護職員について比較している。

令和6年度の加算の取得状況	本調査（R6．9時点）	参考）国保連データ
福祉・介護職員等処遇改善加算（新加算）	87．0%	87．7% ※
① 新加算Ⅰ	49．5%	41．4% ※
② 新加算Ⅱ	18．7%	27．8% ※
③ 新加算Ⅲ	12．3%	11．9% ※
④ 新加算Ⅳ	3．6%	2．6% ※
⑤ 新加算Ⅴ（経過措置）	2．9%	4．0% ※

※　国保連データ（令和６年９月サービス提供分）

賃金改善の実施方法（複数回答）	
ベースアップ等により対応	69．0%
定期昇給	40．6%
各種手当の新設	19．4%
既存の各種手当の引き上げ	23．6%
賞与等の引き上げまたは新設	50．6%

給与等の引き上げの対象者	
施設・事業所の職員全員	56．0%
調査対象サービスの従事者全員	9．9%
調査対象サービスの福祉・介護職員全員	10．4%
何らかの要件に該当した調査対象サービスの従事者	13．6%

加算額の一部の令和７年度への繰越状況	
加算額の一部を令和７年度に繰り越した（予定）	15．2%
加算の全額を令和６年度分の賃金改善に充てた（予定）	77．8%

福祉・介護職員等処遇改善加算の届出を行わない理由（複数回答）※上位４つを掲載　※その他を除く	
事務作業が煩雑	32．4%
届出に必要となる事務を行える職員がいない	17．3%
算定要件を達成できない	15．2%
賃金改善の必要性がないため	11．3%

福祉・介護職員以外に配分した職員の範囲（複数回答）※上位５つを掲載	
サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者・サービス提供責任者	80．5%
事務員	35．6%
看護職員	27．1%
福祉・介護職員以外の配置指導員等（賃金向上達成指導員、目標工賃達成指導員等）	18．9%
理学療法士・作業療法士、機能訓練担当職員（言語聴覚士含む）、心理指導担当職員	18．2%

障害福祉人材確保・職場環境改善等に向けた総合対策

（令和６年度補正予算：284億円）

対策の趣旨

○　障害福祉人材の確保のためには、他産業の選択・他産業への流出を防ぐため、全産業平均の給与と差がつく中、緊急的に賃金の引き上げが必要。
○　賃上げとともに、障害福祉現場における生産性を向上し、業務効率化や職場環境の改善を図ることにより、職員の離職の防止・職場定着を推進することが重要。これらは、働きやすさの改善のための事業者における基盤整備とともに、具体的なテクノロジーの導入への支援、経営等の協働化等を通じた職場環境改善が必要。さらに、障害福祉サービスは、小規模な事業所も多く、事務体制も含めた経営面のサポートが必要。
○　就労系サービス（就労継続支援A型等）については、障害福祉サービスとしての側面だけでなく、生産活動としての側面があり、障害者の生産活動の改善等を通じた安定的な経営、人材確保の支援が必要。

総合対策

障害福祉人材確保・職場環境改善等事業（258億円）

処遇改善加算を取得している事業所のうち、生産性を向上し、更なる業務効率化や職場環境の改善を図り、障害福祉人材確保・定着の基盤を構築する事業所に対する支援
※人件費に充てることも可能
※処遇改善加算の更なる取得促進をあわせて実施

介護テクノロジー導入・協働化等支援（16億円）

生産性向上・職場環境改善等に係る具体的なテクノロジーの導入への支援、経営等の協働化等への支援、処遇改善加算の取得促進や人材確保対策等の事務体制のサポート支援

障害者就労施設の生産活動の経営改善等の支援（9億円）

就労系サービス（就労継続支援A型等）の経営改善に向けたノウハウの習得や、ICT機器等の導入による作業の効率化、専門家による助言等の支援

処遇改善等加算による、賃金引き上げ・職場環境改善等

1．総論

2．医療

3．介護

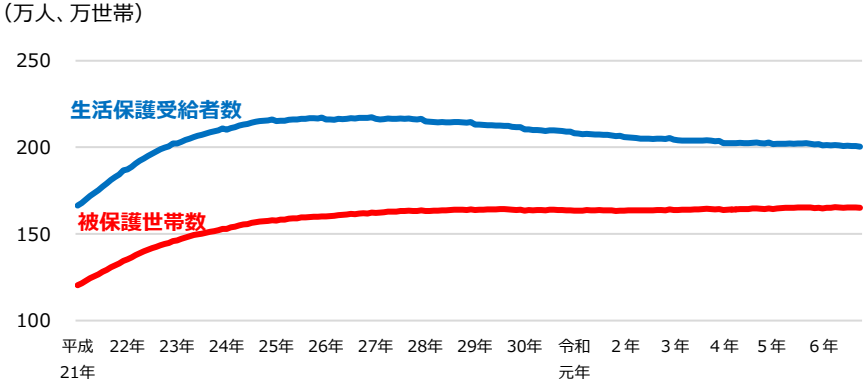
4．障害福祉

5．生活保護等

生活保護の現状

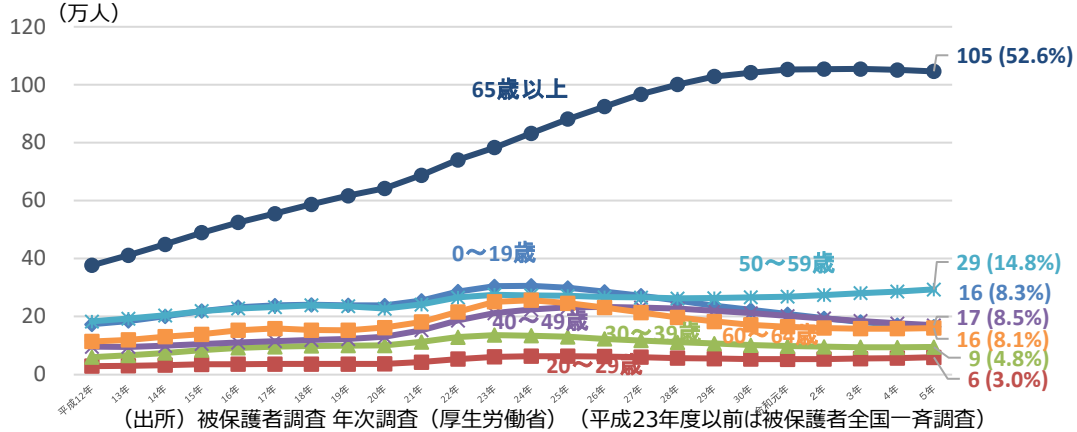
○ 生活保護受給者数は平成27年３月をピークに減少に転じ、緩やかな減少傾向が継続。受給世帯数も横ばい。
○ 高齢化に伴い高齢者世帯が増加傾向。受給世帯、受給人員ともに過半数が高齢者。リーマンショック以降、その他の世帯が高止まり。
○ 生活保護費は令和５年度実績で3.6兆円（国費2.7兆円）。その約半分を医療扶助、約３割を生活扶助が占める。

◆生活保護受給者数の推移



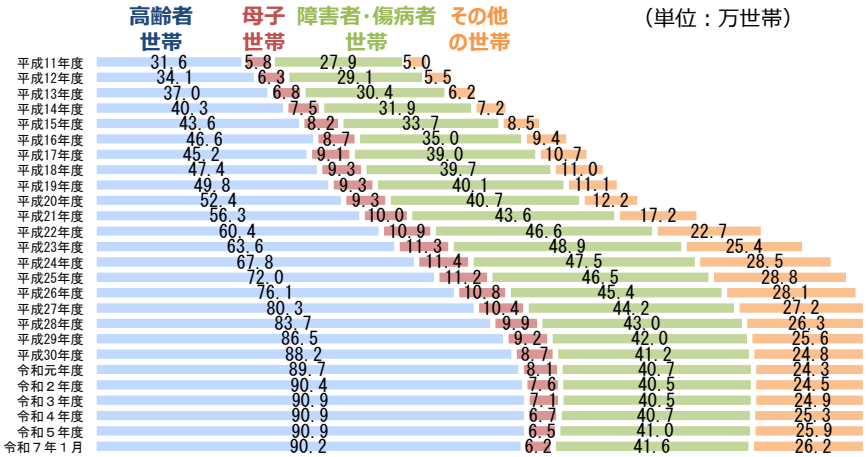
（出所）被保護者調査 月次調査（厚生労働省）（平成23年度以前は福祉行政報告例）
（令和６年度以降は速報値）

◆年齢階層別被保護人員の推移



（出所）被保護者調査 年次調査（厚生労働省）（平成23年度以前は被保護者全国一斉調査）
（注）各年７月調査日時点

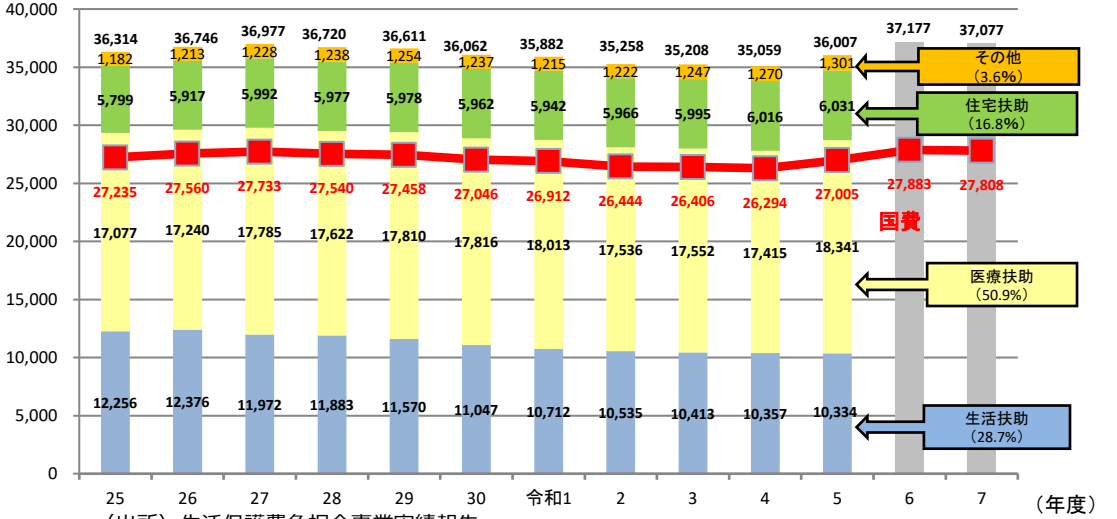
◆世帯類型別の生活保護受給世帯数の推移



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

◆生活保護費（事業費ベース）の推移

（億円）　（　）書きは、５年度実績における割合



（出所）生活保護費負担金事業実績報告
（注）令和５年度までは実績額、６年度は補正後予算額、７年度は当初予算額

最低生活費の考え方

○ 生活保護制度においては、最低限度の生活を保障するとともにその自立を助長することが目的（生活保護法第１条）とされており、生活保護法において様々な原則や義務が設けられている。

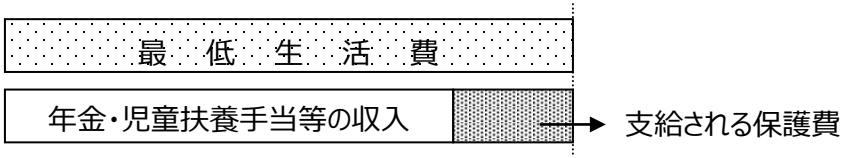
○ 最低生活費は、日常的に必要な食費、被服費、光熱水費等に対応するものとして生活保護受給者の年齢、世帯構成及び地域に応じた生活扶助（第１・２類費と各種加算）のほか、必要に応じた住宅扶助、教育扶助、介護扶助、医療扶助等を支給。

○ これらは最低限度の生活の需要を満たすに十分なものであって、かつ、これを超えないものである必要。

◆最低限度の生活の保障

① 資産、能力等あらゆるものを活用することが保護の前提。
扶養義務者による扶養などは保護に優先される。
・不動産、自動車、預貯金等の資産
・稼働能力の活用
・年金、手当等の社会保障給付
・扶養義務者からの扶養　　等

② 支給される保護費の額
・厚生労働大臣が定める基準で計算される最低生活費から収入を差し引いた差額を保護費として支給



生活保護法　（昭和二十五年法律第百四十四号）

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

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

◆生活扶助基準の概要

○ 生活扶助費は、食費・被服費・光熱水費等の日常生活に必要な経費に対応する扶助費。

○ 生活扶助基準の具体的な金額は世帯単位で決まることとなっており、
【第１類費】食費等の個人的費用（年齢階級別に個人単位で定められた金額の世帯合計）
【第２類費】光熱水費等の世帯共通的費用（世帯人員別に定められた金額）
を合算して算出。

○ 第１類費については、所在地域に応じて６段階の基準が定められている。

○ 第２類費については、令和５年10月の基準改定から、所在地域によらず全国一律。

○ 障害者世帯、母子世帯など特定の世帯には加算がある。

（例）令和７年10月以降における東京23区（１級地-１）夫婦子２人世帯（35歳、30歳、９歳、４歳）の場合

生活保護基準額（月額）：275,910円

※このほか、医療扶助等の現物給付や一時扶助等の必要に応じた給付を実施。

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

地域共生社会の在り方検討会議　概要

①設置の趣旨

- 地域共生社会の実現に向けた取組については、平成29年の社会福祉法改正により、市町村による包括的な支援体制の整備について努力義務規定が盛り込まれるとともに、令和２年の同法改正により、重層的支援体制整備事業が新設されたところ。
- 令和２年の改正法附則第２条において、施行後５年を目途として施行状況について検討を加えることとされており、地域共生社会の実現に資する施策の深化・展開について、また、身寄りのない高齢者等が抱える課題等への対応や、総合的な権利擁護支援策の充実等について、検討することを目的として開催する。

②主な検討事項

1. 「地域共生社会」の実現に向けた方策（地域共生社会の実現に資する施策の深化・展開、重層的支援体制整備事業等に関する今後の方向性）
2. 地域共生社会における、身寄りのない高齢者等が抱える課題等への対応及び多分野の連携・協働の在り方
3. 成年後見制度の見直しに向けた司法と福祉との連携強化等の総合的な権利擁護支援策の充実

③構成員

朝比奈 ミカ	市川市よりそい支援事業がじゅまる＋（多機関協働等） 市川市生活サポートセンターそら　総合センター長	上山　泰	新潟大学法学部法学科教授
尼野　千絵	特定非営利活動法人暮らしづくりネットワーク北芝 地域ささえあい推進室コーディネーター	菊池　馨実	早稲田大学理事・法学学術院教授
石田　路子	特定非営利活動法人高齢社会をよくする女性の会 副理事長	栗田　将行	社会福祉法人福岡市社会福祉協議会 地域福祉部事業開発課長
伊藤　徳馬	茅ヶ崎市こども育成部こども育成相談課こどもセンター 課長補佐	田中　明美	生駒市特命監
奥田　知志	特定非営利活動法人抱樸 理事長	中野　篤子	公益社団法人成年後見センター・リーガルサポート 常任理事
勝部　麗子	社会福祉法人豊中市社会福祉協議会 事務局長	永田　祐	同志社大学社会学部社会福祉学科教授
加藤　恵	社会福祉法人半田市社会福祉協議会 半田市障がい者相談支援センター センター長	原田　正樹	日本福祉大学学長
		松田　妙子	NPO法人子育てひろば全国連絡協議会 理事 特定非営利活動法人せたがや子育てネット代表
鏑木 奈津子	上智大学総合人間科学部社会福祉学科准教授	（座長）宮本　太郎	中央大学法学部教授

④今後のスケジュール（予定）

令和６年６月～令和７年１月：自治体・有識者等へのヒアリング（計８回）、令和７年３月：これまでの議論を踏まえた論点の整理
令和７年夏目途：とりまとめ（令和７年度以降：関係審議会で議論）

「地域共生社会の在り方検討会議」における主な論点

１．地域共生社会の更なる展開に向けた対応

（１）地域共生社会の理念・概念の再整理

（２）包括的な支援体制の整備・重層事業の今後の在り方

① 包括的な支援体制の整備と重層事業の関係性
② 包括的な支援体制の整備を推進するための方策（市町村への支援の在り方・都道府県の役割・地域づくり・小規模市町村等の対応）
③ 包括的な支援体制の整備や重層事業実施に向けたプロセス
④ 包括的な支援体制の整備や重層事業の実施状況の検証・見直し（PDCA）
⑤ 包括的な支援体制の整備・重層事業の目標・評価設定
⑥ 多機関協働事業の役割・機能
⑦ 若者支援

（３）福祉以外分野との連携・協働の今後の在り方

２．身寄りのない高齢者等への対応

（１）身寄りのない高齢者等の生活上の課題に関する相談窓口の在り方

（２）身寄りのない高齢者等の生活上の課題に対する支援策の在り方

（３）身寄りのない高齢者等を地域で支える体制（関係機関とのネットワーク構築等）の在り方

３．成年後見制度の見直しに向けた司法と福祉との連携強化等の総合的な権利擁護支援策の充実の方向性

（１）新たな連携・協力体制の構築による生活支援や意思決定支援の在り方

（２）「中核機関」に求められる新たな役割及びその位置づけ

４．その他

（１）社会福祉法人・社会福祉連携推進法人の地域共生社会の担い手としての役割や経営の協働化・大規模化等の在り方

（２）災害時の被災者支援との連携の在り方