

第 201 回社会保障審議会医療保険部会

議事次第

令和 7 年 10 月 23 日 (木)
13 時 00 分～15 時 00 分
場所：厚生労働省 2 階講堂
(中央合同庁舎 5 号館低層棟 2 階)

(議 題)

1. 医療保険制度における出産に対する支援の強化について
2. 医療保険制度改革について
3. 令和 8 年度診療報酬改定の基本方針について

(配布資料)

- 資料 1 医療保険制度における出産に対する支援の強化について
資料 2 世代内、世代間の公平の更なる確保による全世代型社会保障の構築の推進
資料 3 令和 8 年度診療報酬改定の基本方針について（基本認識、基本的視点、具体的方向性②）
参考資料 1-1 「妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会 議論の整理」の概要
参考資料 1-2 妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会 議論の整理
参考資料 2-1 第 198 回社会保障審議会医療保険部会（令和 7 年 9 月 26 日開催）における主な御意見
参考資料 2-2 第 119 回社会保障審議会医療部会（令和 7 年 10 月 3 日開催）における主な御意見
参考資料 2-3 診療報酬改定の基本方針 参考資料

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

本 委 員	うちばり まさお 内堀 雅雄	全国知事会社会保障常任委員会委員長／福島県知事
	きくち よしみ ○ 菊池 馨実	早稲田大学理事・法学学術院教授
	たなべ くにあき ◎ 田辺 国昭	東京大学大学院法学政治学研究科教授
	むらかみ ようこ 村上 陽子	日本労働組合総連合会前副事務局長
臨 時 委 員	いながわ ひでかず 伊奈川 秀和	国際医療福祉大学医療福祉学部教授
	おおすぎ かずし 大杉 和司	日本歯科医師会常務理事
	かねこ ひさし 兼子 久	全国老人クラブ連合会理事
	きたがわ ひろやす 北川 博康	全国健康保険協会理事長
	きもり こくと 城守 国斗	日本医師会常任理事
	こうの ただやす 河野 忠康	全国町村会理事／愛媛県久万高原町長
	さねまつ たかのり 實松 尊徳	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／神埼市長
	さの まさひろ 佐野 雅宏	健康保険組合連合会会長代理
	しま ひろじ 島 弘志	日本病院会副会長
	そでい たかこ 袖井 孝子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事
	なかむら さやか 中村 さやか	上智大学経済学部教授
	にん かずこ 任 和子	日本看護協会副会長
	はら かつのり 原 勝則	国民健康保険中央会理事長
	ふじい りょうた 藤井 隆太	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
	まえば やすゆき 前葉 泰幸	全国市長会相談役・社会文教委員／津市長
	よこもと みつこ 横本 美津子	日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会長
	わたなべ だいき 渡邊 大記	日本薬剤師会副会長
専 門 委 員	いしわた いさむ 石渡 勇	公益社団法人日本産婦人科医会会長
	かめい よしまさ 亀井 良政	公益社団法人日本産科婦人科学会常務理事
	におり ひなえ 新居 日南恵	NPO法人manma理事
	みやがわ ゆみこ 宮川 祐三子	公益社団法人日本助産師会理事

(注1) ◎印は部会長、○印は部会長代理である。

(注2) 専門委員は「医療保険制度における出産に対する支援の強化に関する事項」を専門事項とする。



ひと、くらし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

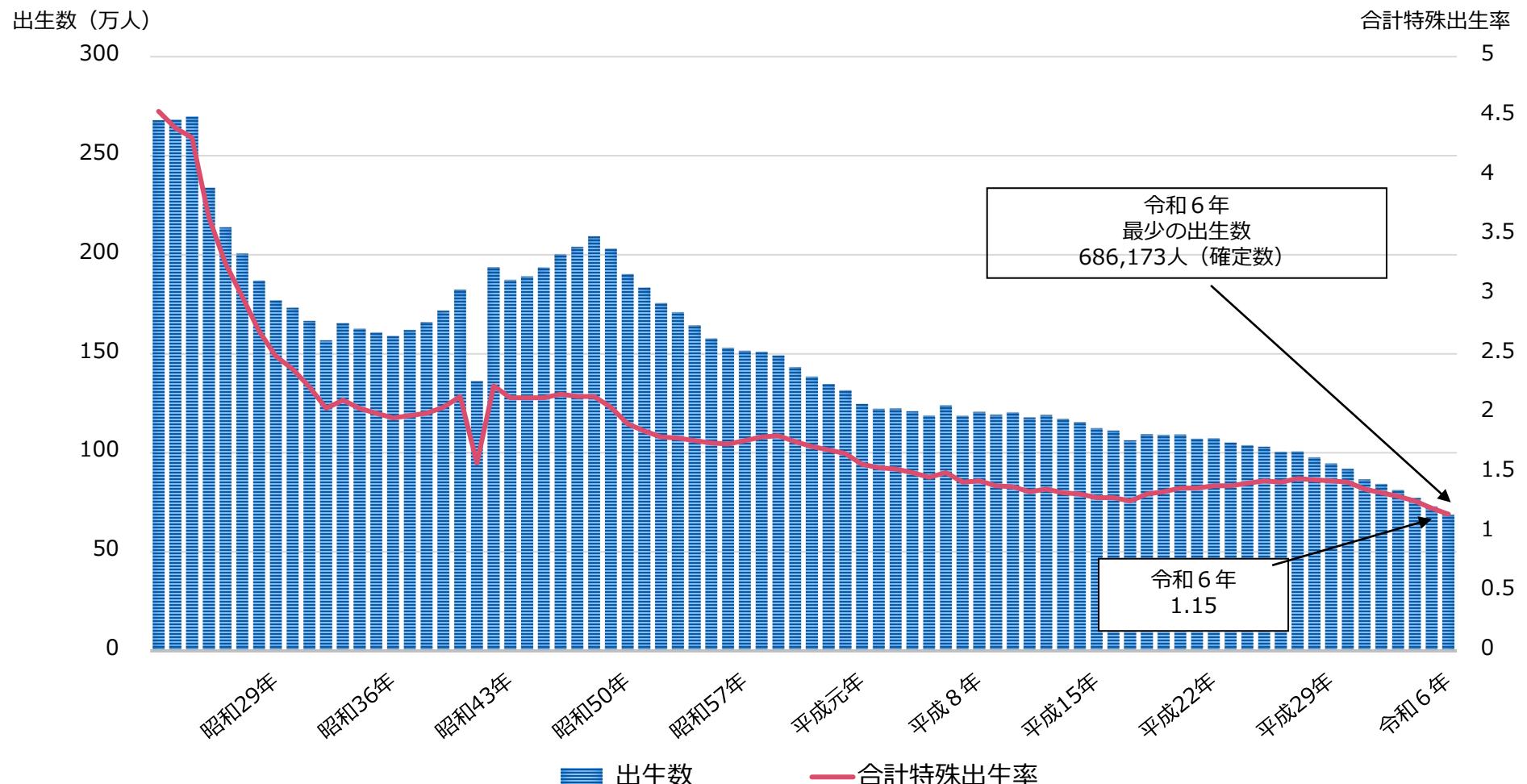
医療保険制度における出産に対する支援の強化について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

出生数及び合計特殊出生率の推移

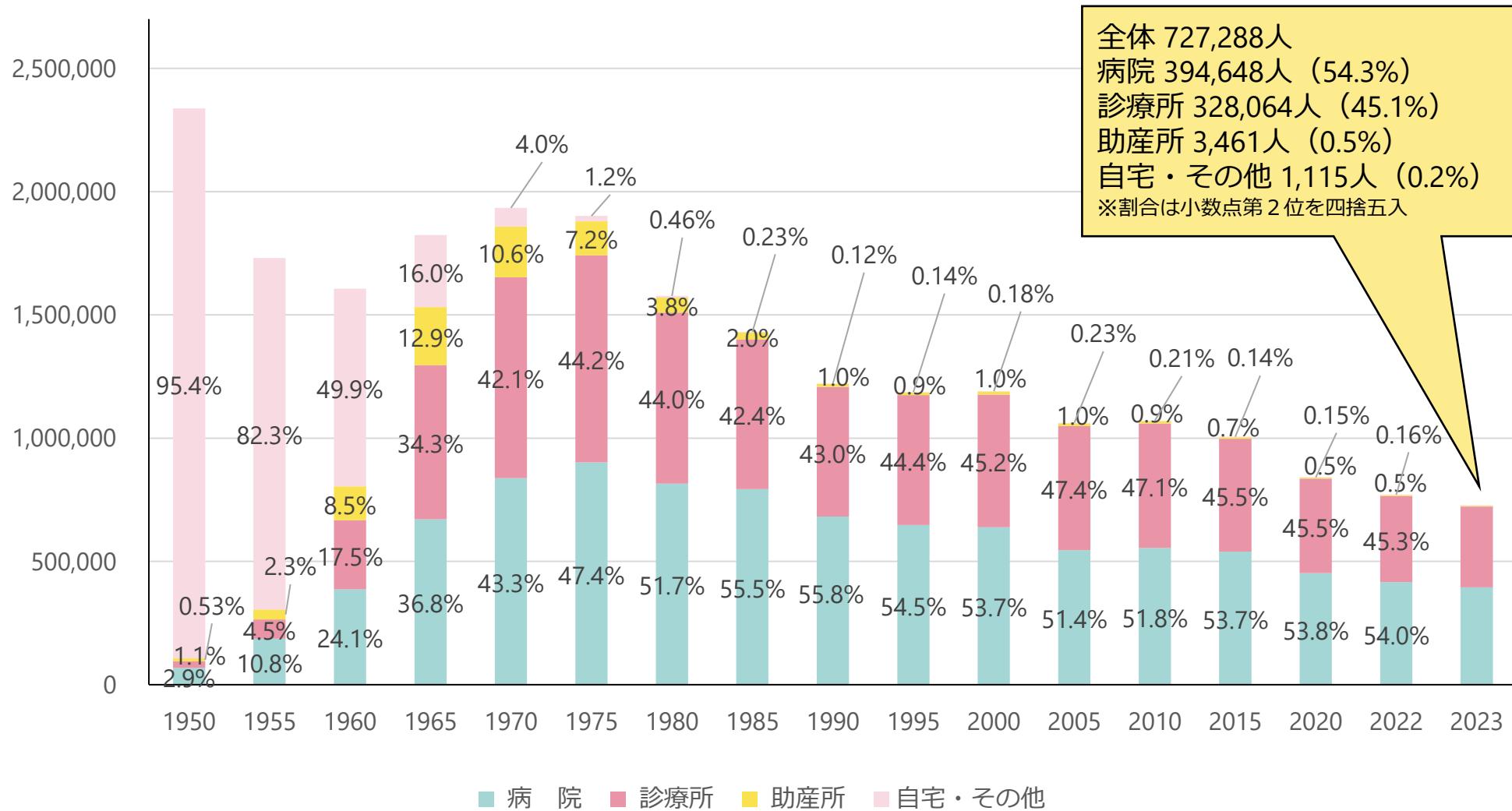
- 出生数は、平成28年に100万人を下回り、令和6年には過去最少の686,173人であった。
- 合計特殊出生率は平成17年に1.26を底としてやや持ち直し、平成27年には1.45まで回復したが、その後再び減少傾向となり、令和6年は1.15まで低下した。



出生場所別出生者数の推移

1950年代までは施設外での分娩が多数を占めていたが、1960年代からは施設内の分娩が多数を占めるようになった。

現在では医療機関での分娩が9割以上を占めている。



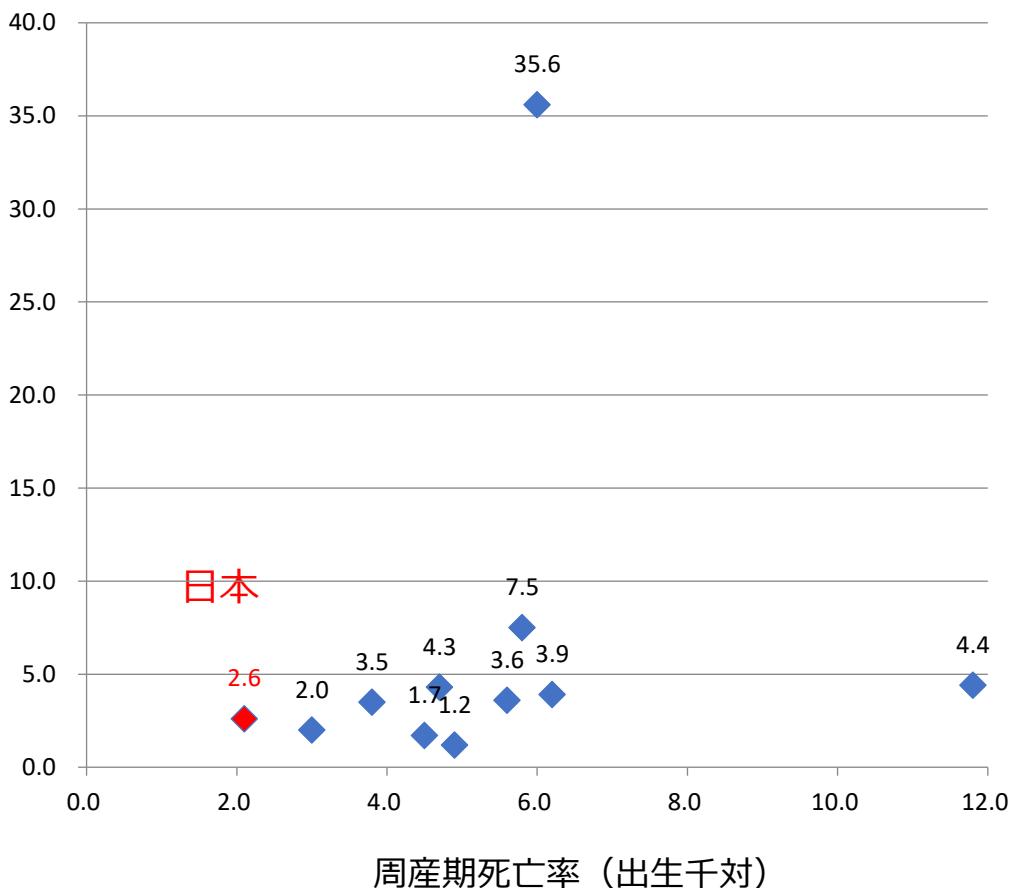
日本の周産期医療～諸外国との比較

- WHO等の報告によると、日本の周産期死亡率及び妊産婦死亡率は、諸外国と比較して低い。

	周産期死亡率	妊産婦死亡率
日本*	2.1 ('20)	2.6('21)
カナダ	5.8 ('18)	7.5 ('19)
アメリカ	6.0 ('15)	35.6 ('20)
フランス	11.8 ('10)	4.4 ('16)
ドイツ	5.6 ('18)	3.6 ('20)
イタリア	3.8 ('13)	3.5 ('17)
オランダ	4.9 ('18)	1.2 ('20)
スウェーデン	4.7 ('18)	4.3 ('18)
イギリス	6.2 ('18)	3.9 ('19)
オーストラリア	3.0 ('18)	2.0 ('20)
ニュージーランド	4.5 ('20)	1.7 ('16)

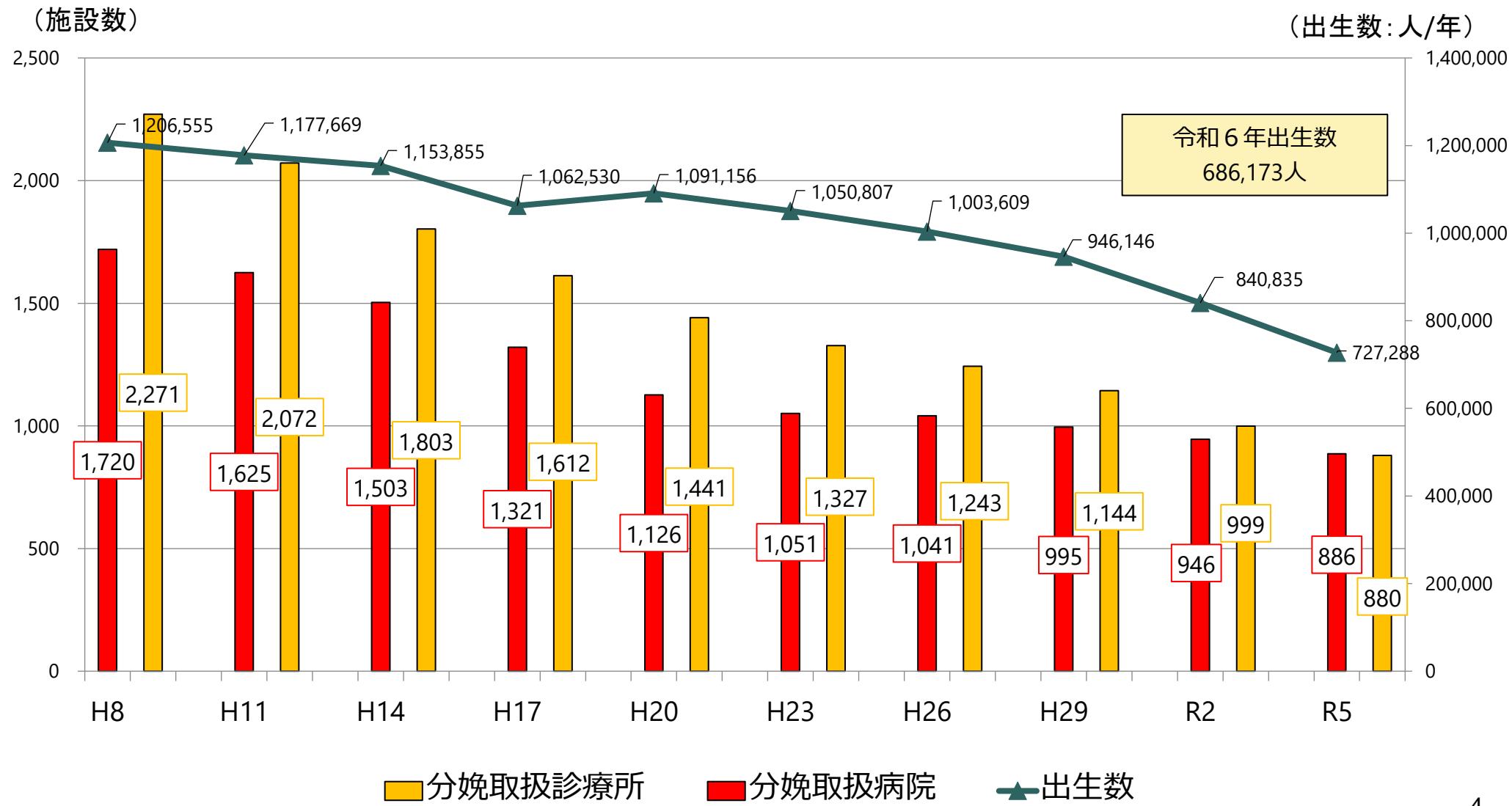
*国際比較のため、周産期死亡は変更前の定義（妊娠満28週以降の死産数と早期新生児死亡数を加えたものの出生千対）を用いている。また、妊産婦死亡は出生10万対を用いている。

妊産婦死亡率
(出生10万対)

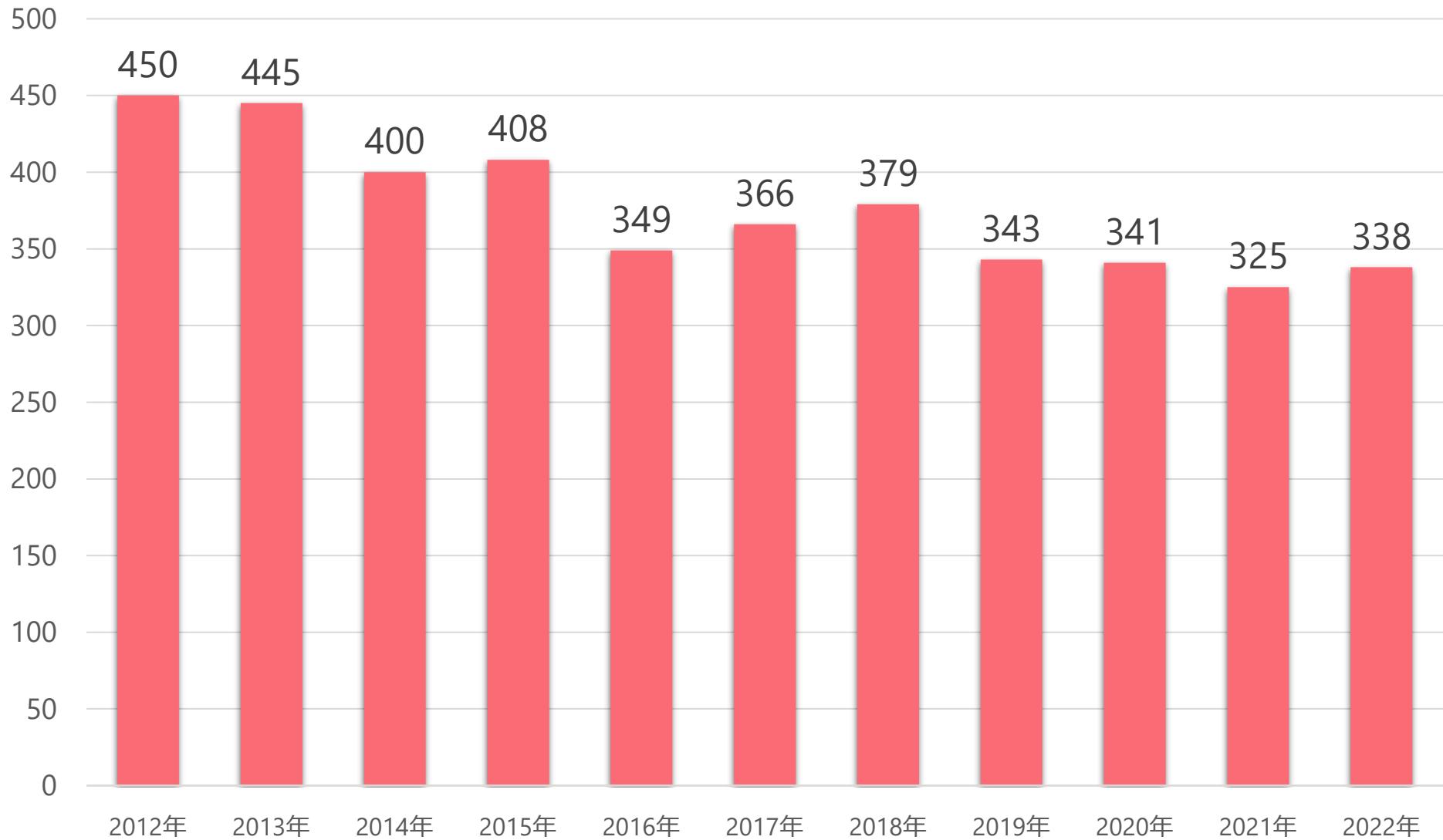


出生数と分娩取扱医療機関数の推移

- 出生数は減少しており、併せて分娩を取り扱う医療機関も減少している。



分娩を取り扱う助産所数の推移

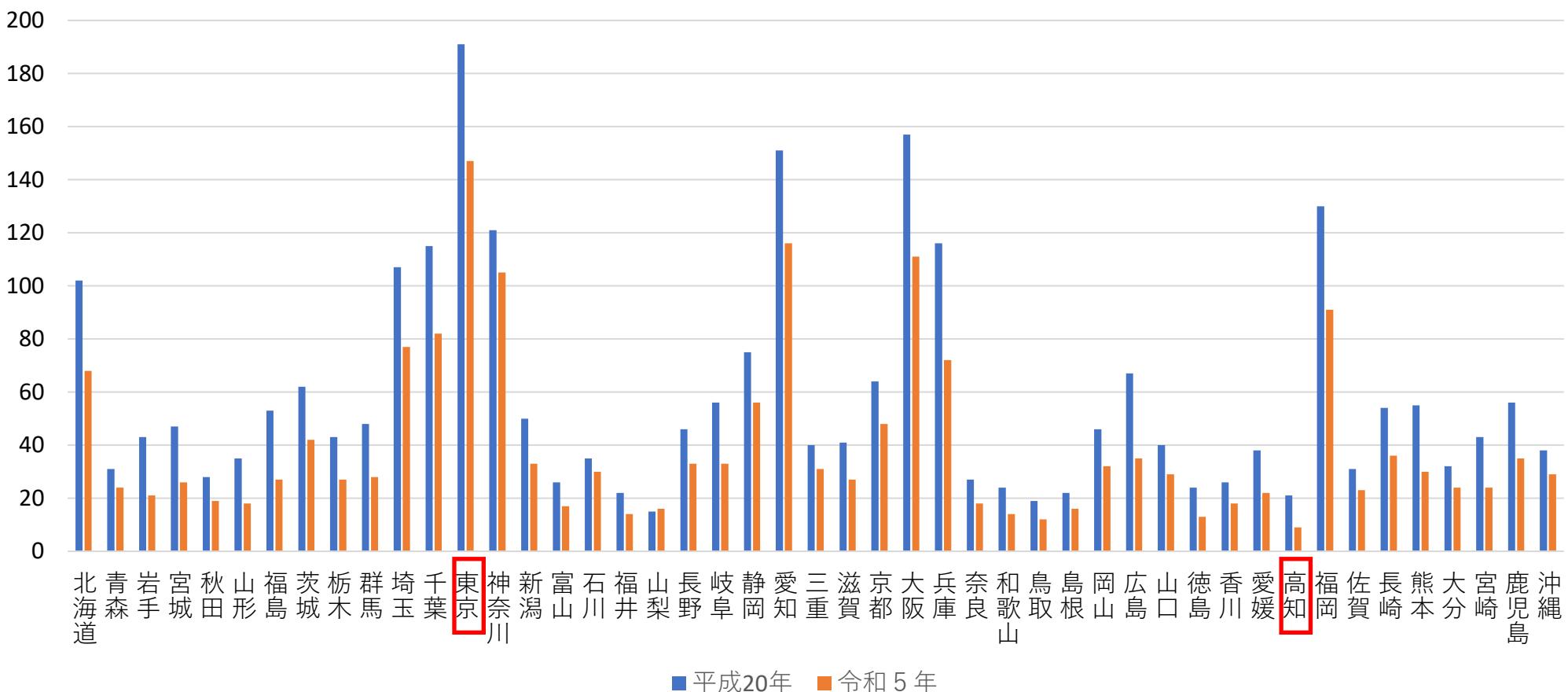


【出典】衛生行政報告例（※出張のみの助産所は含まない）

都道府県ごとの分娩取扱医療機関数

- 分娩取扱医療機関数は地域差がある。
- 東京都は最も多く147医療機関である一方、最も少ない高知県では9医療機関である。
- また、多くの都道府県で分娩取扱施設数は減少している。

都道府県ごとの分娩取扱医療機関数



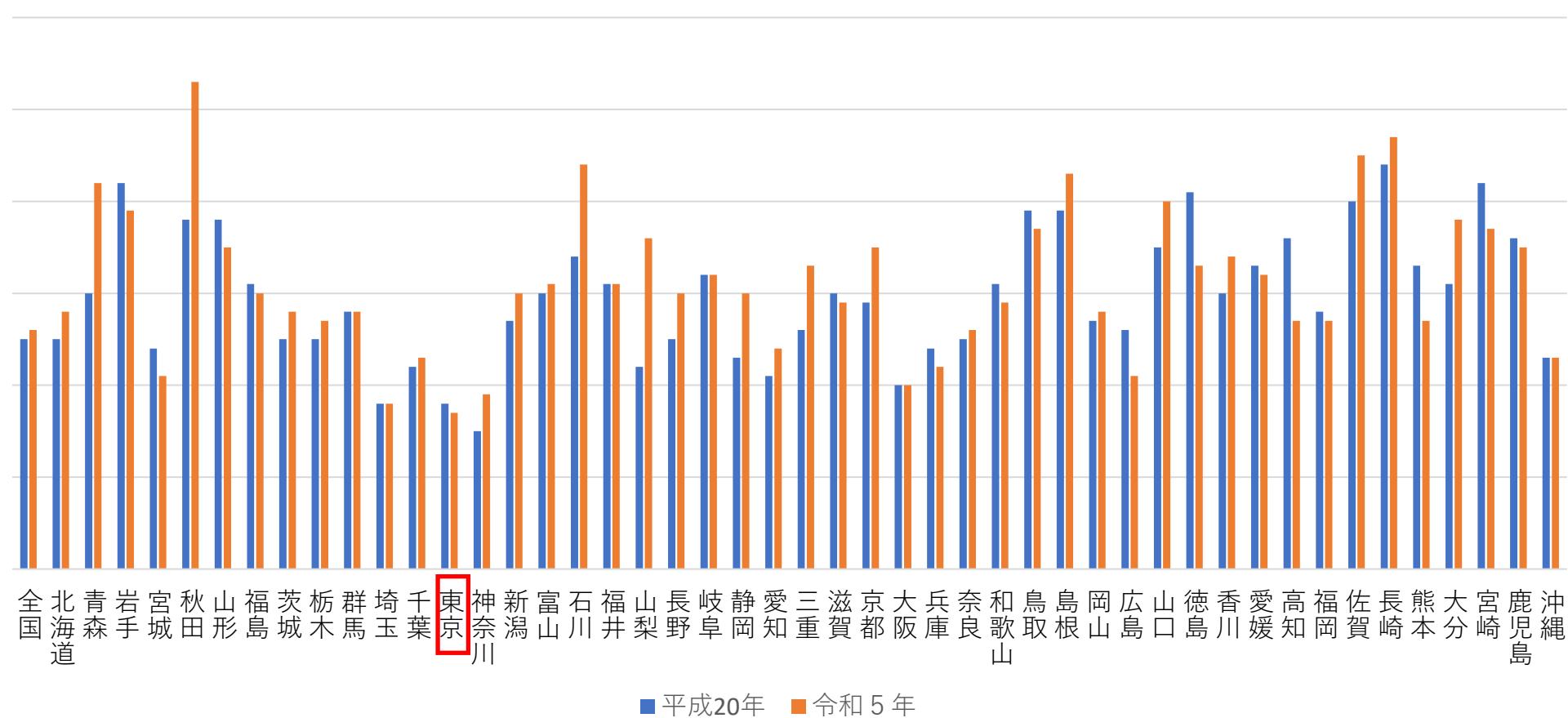
■ 平成20年 ■ 令和5年

出典：医療施設調査、人口動態調査

都道府県ごとの分娩取扱医療機関数

- たとえば東京都は分娩取扱医療機関数が最も多いが、出生1000人あたりの分娩取扱医療機関数は最も少ない。

出生1000人あたりの都道府県ごとの分娩取扱医療機関数

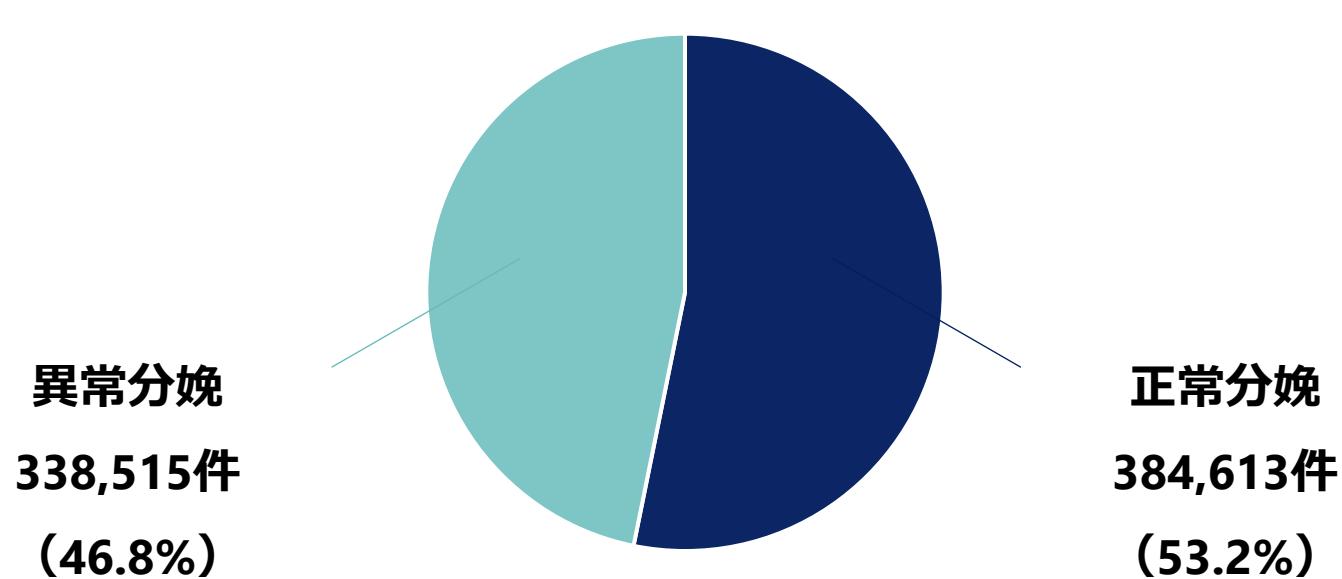


正常分娩と異常分娩

(医療保険における定義)

異常分娩 : 分娩を含む入院期間中に分娩に関連した保険診療が行われたもの

(令和6年度)



※出産育児一時金の直接支払制度の請求データ（令和6年度）より厚生労働省保険局にて算出

出産育児一時金について

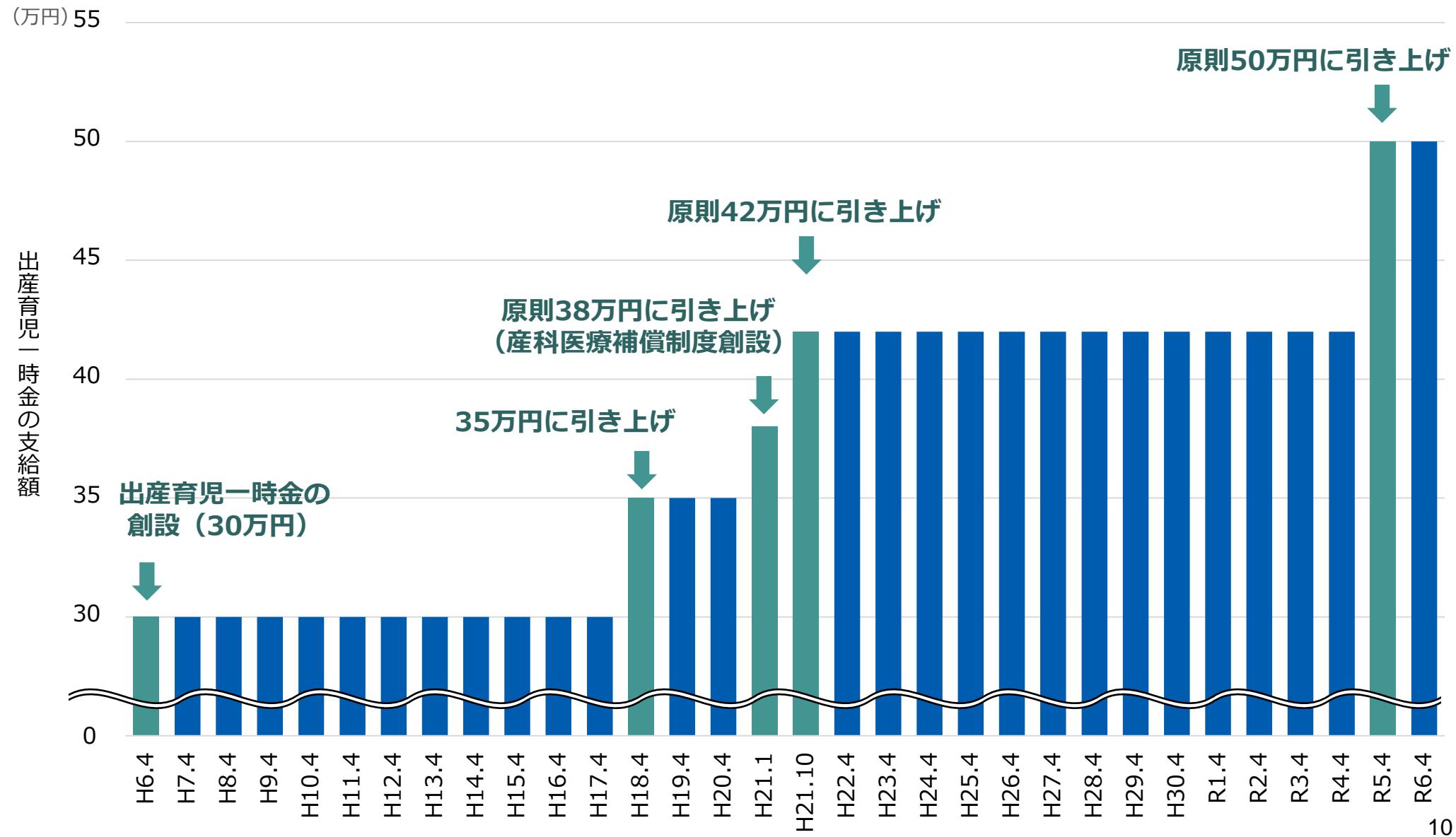
- 出産育児一時金とは、健康保険法等に基づく保険給付として、健康保険や国民健康保険などの被保険者またはその被扶養者が出産したとき、出産に要する経済的負担を軽減するため、一定の金額が支給される制度。
- 出産育児一時金の支給額については、出産費用等の状況を踏まえ、弾力的な改定を実施するため、被用者保険は政令、市町村国保は条例で、それぞれ規定。
- 令和5年4月から、室料差額等を除いた全施設の平均出産費用等を勘案して、原則50万円（本人支給分48.8万円+産科医療補償制度の掛金分1.2万円）を支給。

＜支給件数・支給額（令和4年度※1）＞ （出典：「医療保険に関する基礎資料」）

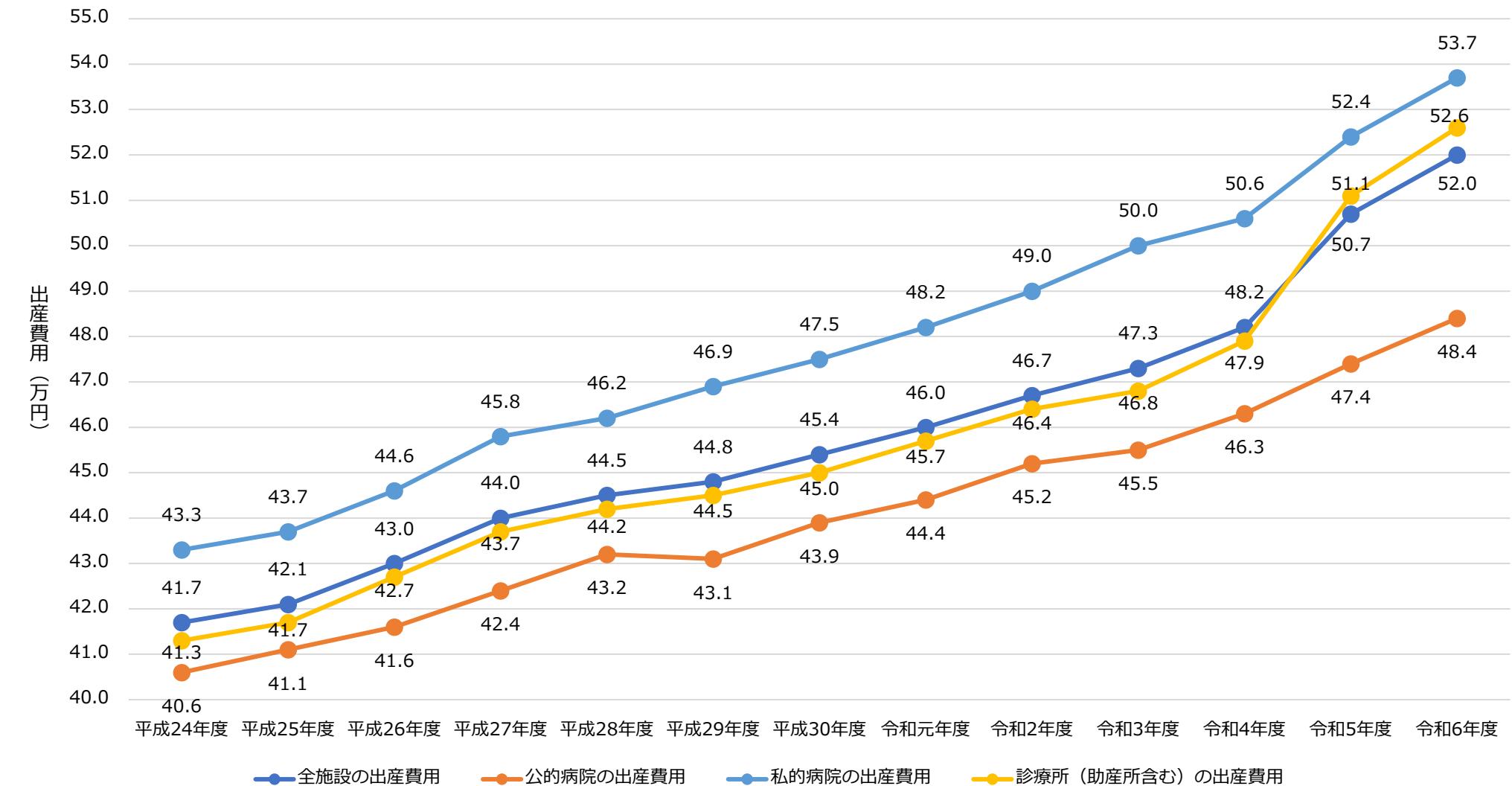
	支給件数（万件）	支給額（億円）	財源構成
健康保険組合	26	1,078	保険料（10/10）
協会けんぽ	34	1,433	保険料（10/10）
共済組合	12	492	保険料（10/10）
市町村国保	7	271	保険料（1/3） 地方交付税（2/3）
国保組合	2	83	保険料（3/4相当） 国庫補助（1/4相当）（※2）
計	80	3,357	

※1 支給額は原則42万円。 ※2 全国土木建築国保組合を除く。

出産育児一時金の支給額の推移



正常分娩の平均出産費用の年次推移



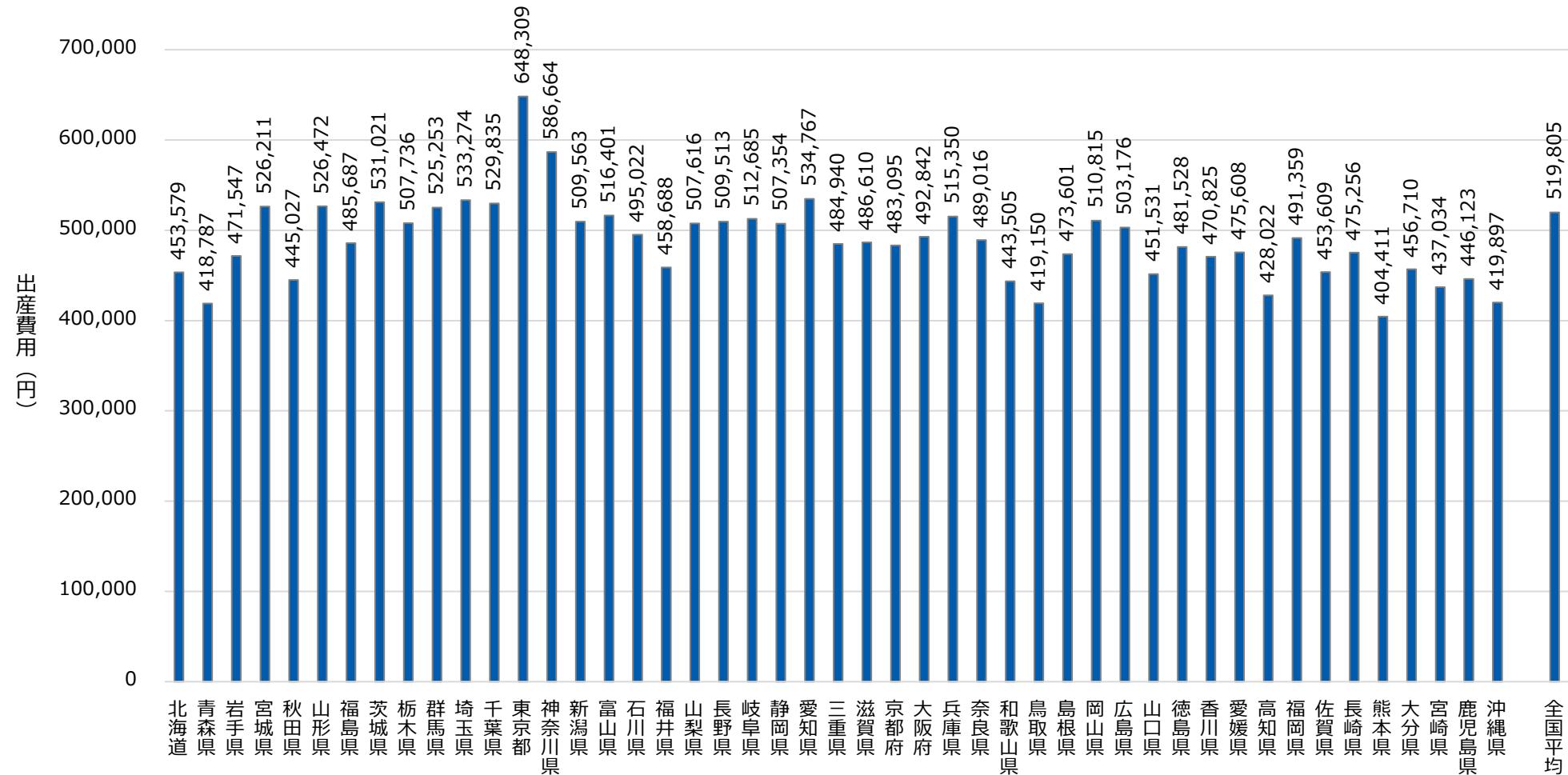
※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※出産費用は妊婦合計負担額から「室料差額」、「産科医療補償制度掛金」、「その他」の費目を除く費用の合計額を指す。

※出産育児一時金の直接支払制度の請求データより厚生労働省保険局にて算出

正常分娩の都道府県別の平均出産費用（令和6年度）

- 最も平均出産費用が高いのは東京都で648,309円、最も低いのは熊本県で404,411円であった。

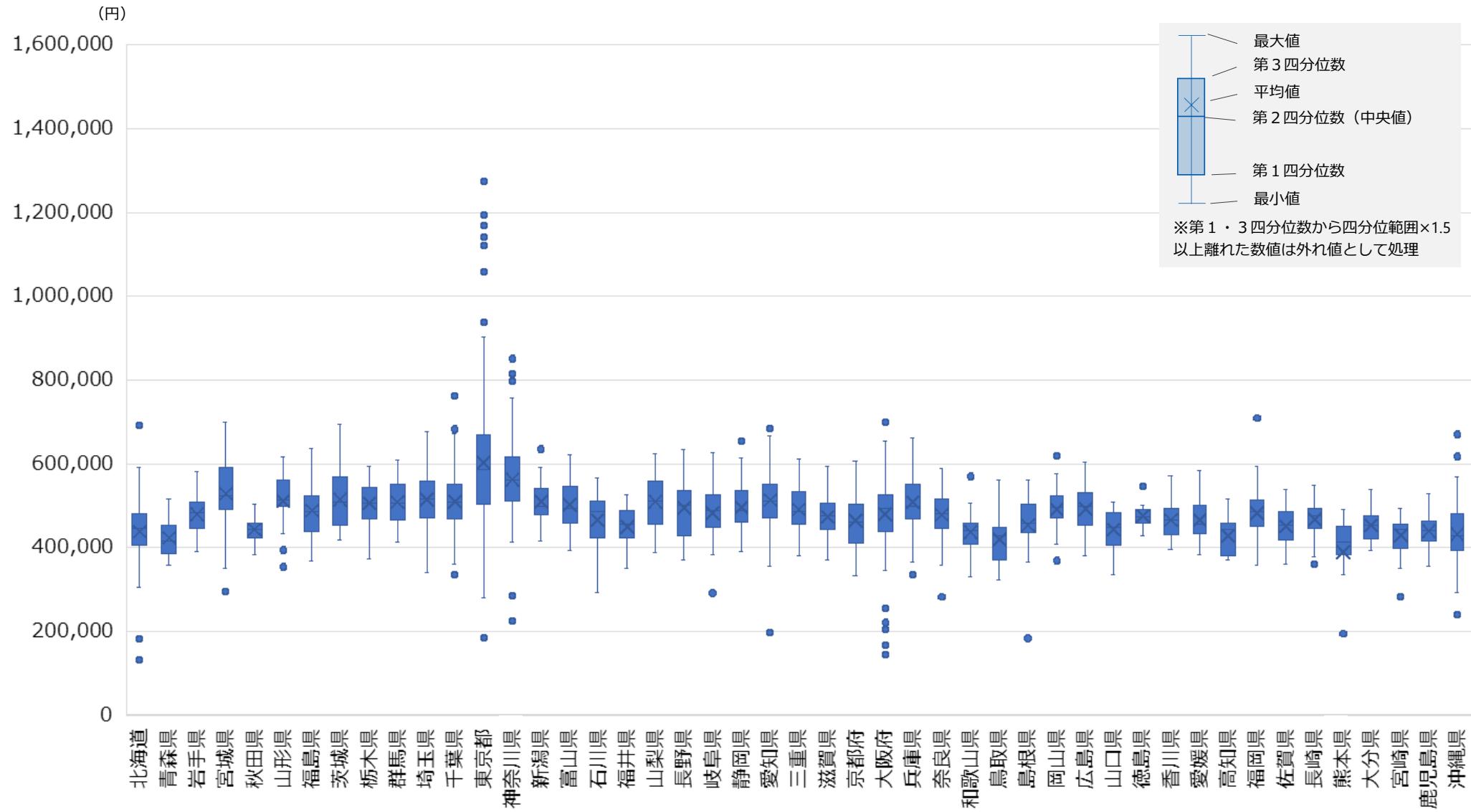


※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※出産費用は妊婦合計負担額から「室料差額」、「産科医療補償制度掛金」、「その他」の費目を除く費用の合計額を指す。

※出産育児一時金の直接支払制度の令和6年度請求データより厚生労働省保険局にて算出

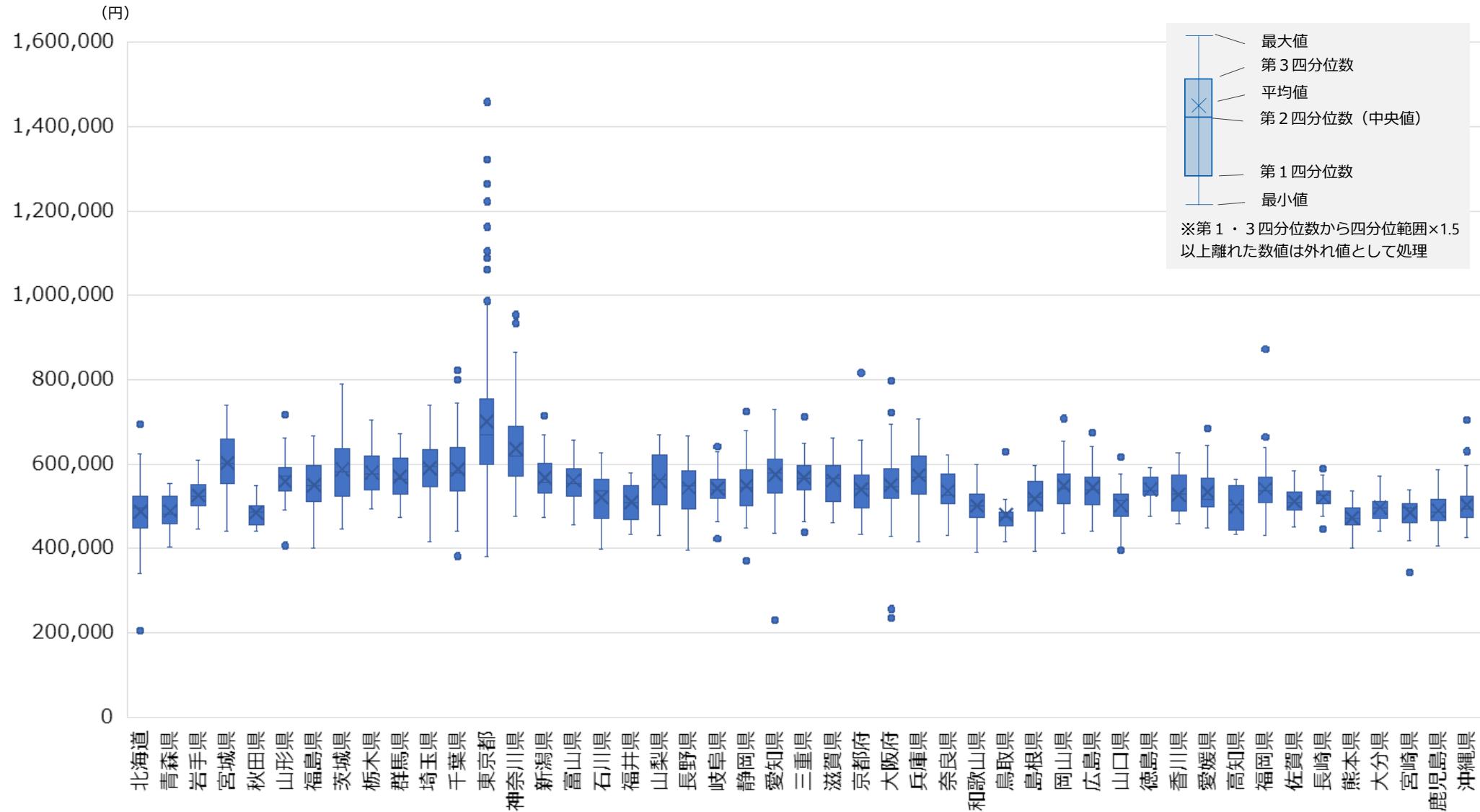
正常分娩の施設別の平均出産費用（令和6年度）



※ 令和6年4月～令和7年3月請求分の直接支払制度専用請求書（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険中央会）を集計。

※出産費用は妊婦合計負担額から「室料差額」、「産科医療補償制度掛金」、「その他」の費目を除く費用の合計額を指す。

正常分娩の施設別の平均妊婦合計負担額（令和6年度）



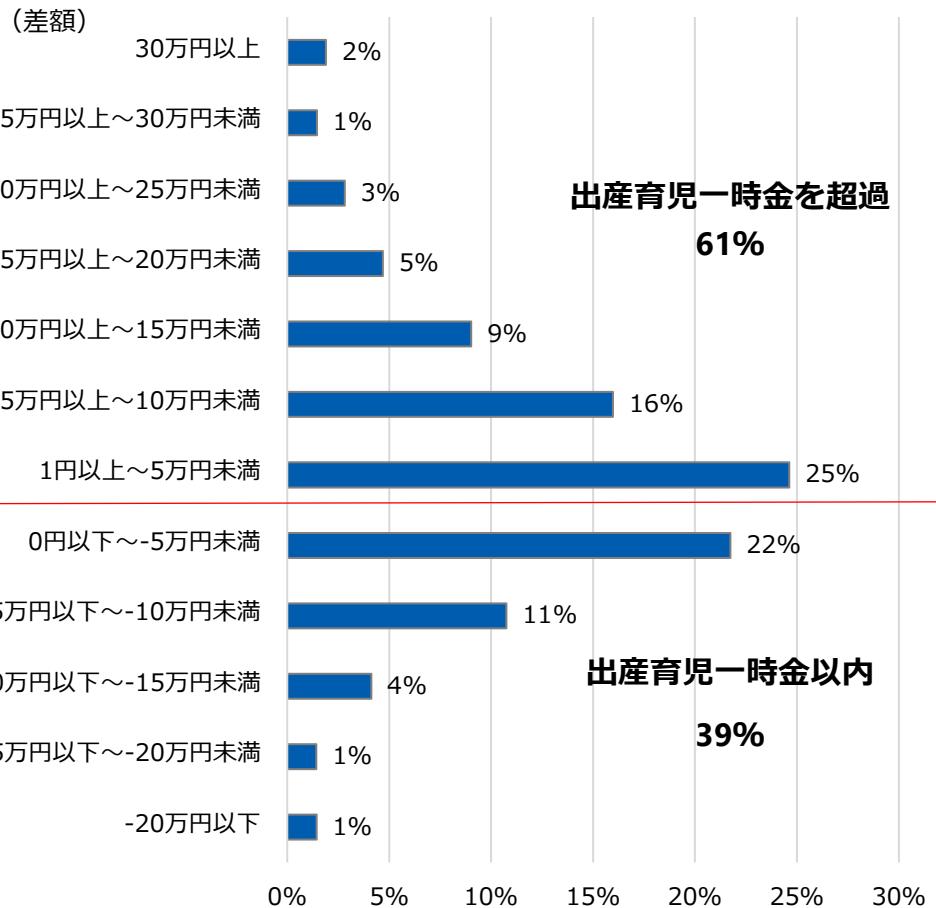
※ 令和6年4月～令和7年3月請求分の直接支払制度専用請求書（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険中央会）を集計。

※妊婦合計負担額は「室料差額」、「産科医療補償制度掛金」、「その他」の費目を含む。

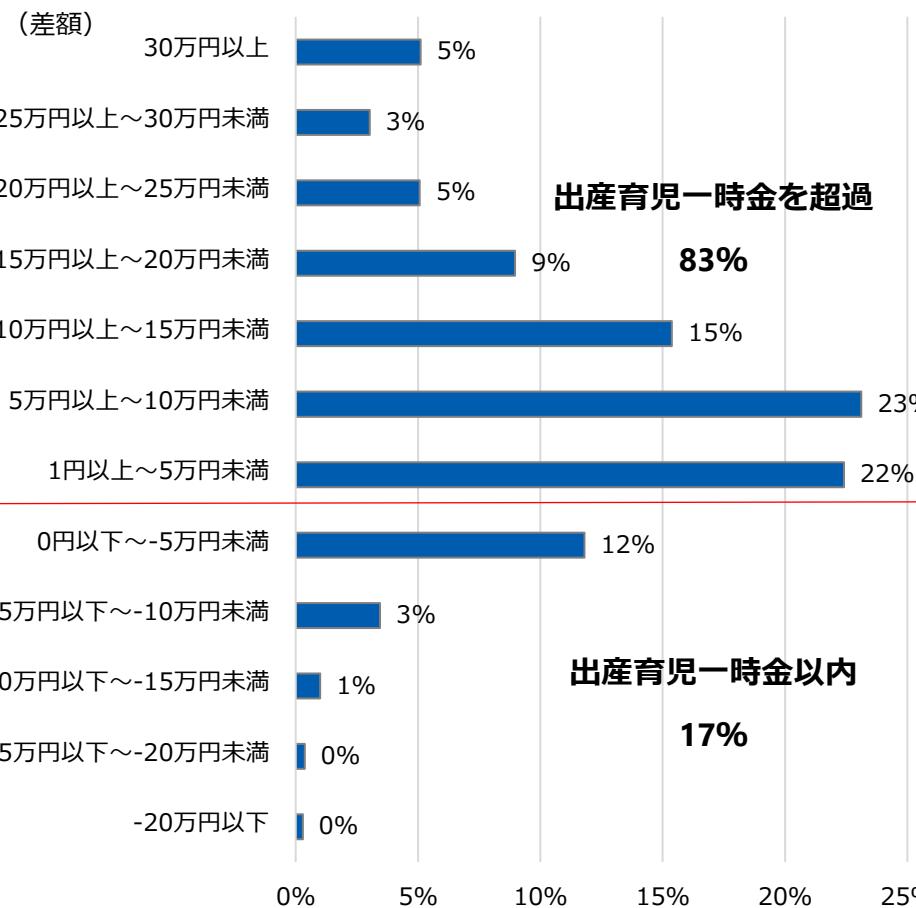
令和6年度の妊産婦の経済的負担の状況（正常分娩）

出産育児一時金の支給額※と出産費用との差額

※産科医療補償制度掛金を除く



出産育児一時金の支給額と妊婦合計負担額との差額



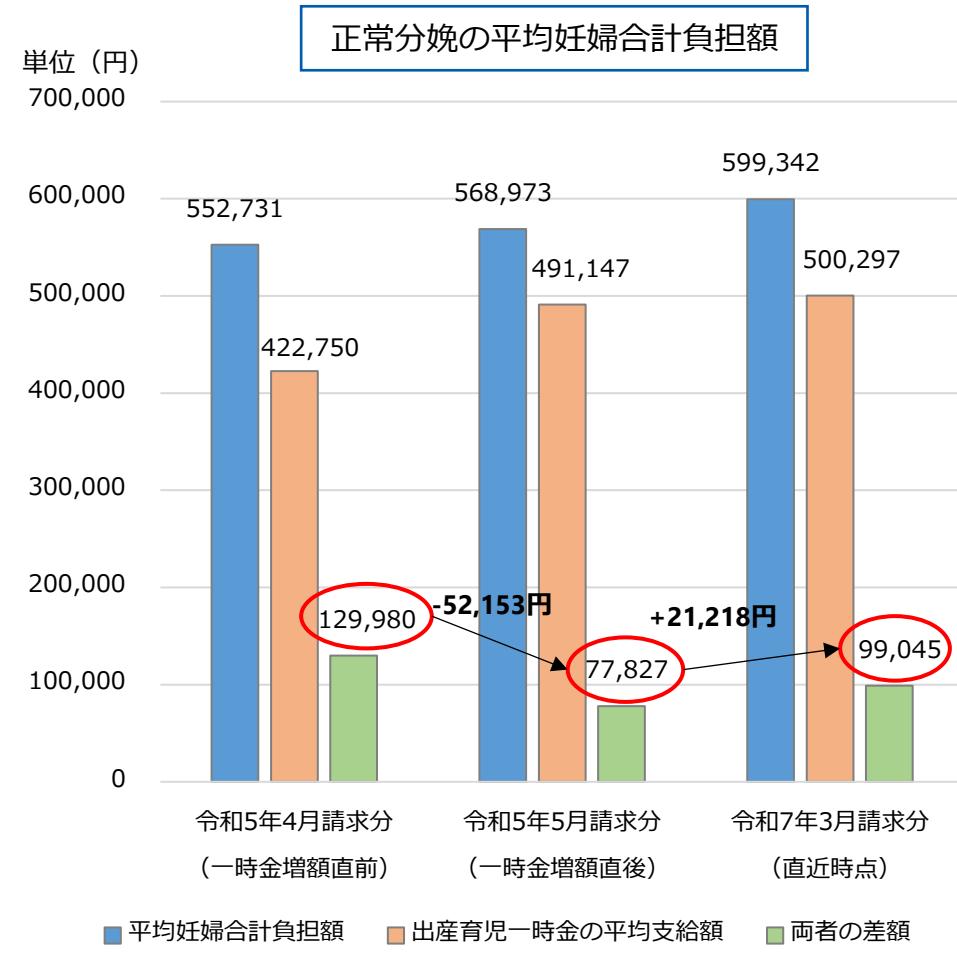
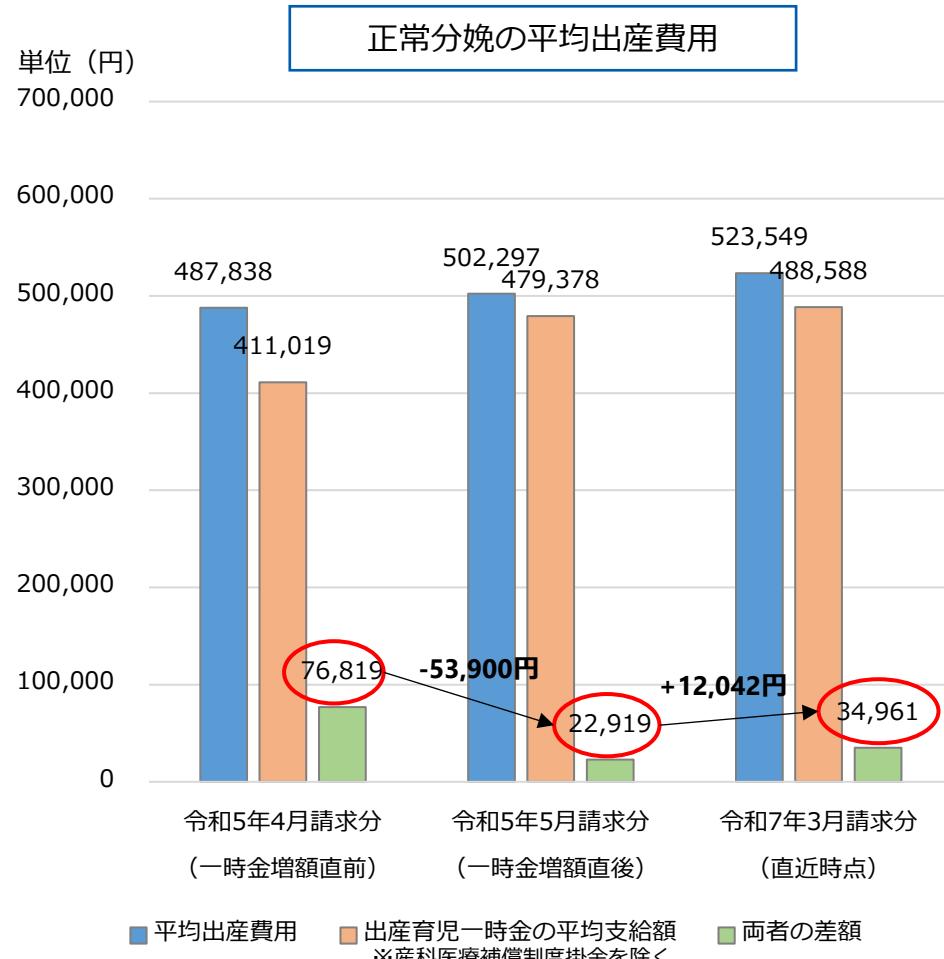
※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※出産育児一時金の直接支払制度の令和6年4月～令和7年3月請求データより厚生労働省保険局にて算出

※出産費用は妊婦合計負担額から「室料差額」、「産科医療補償制度掛金」、「その他」の費目を除いた費用

出産育児一時金の増額前後の妊産婦の経済的負担の変化

- 出産育児一時金の増額前後を比較すると、妊産婦の経済的負担は一定程度軽減がみられた。
- 一方、その後も平均費用は増加しており、それに伴い妊産婦の経済的負担は増加している。



※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に對し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※出産育児一時金の直接支払制度の令和5年度請求データより厚生労働省保険局にて算出

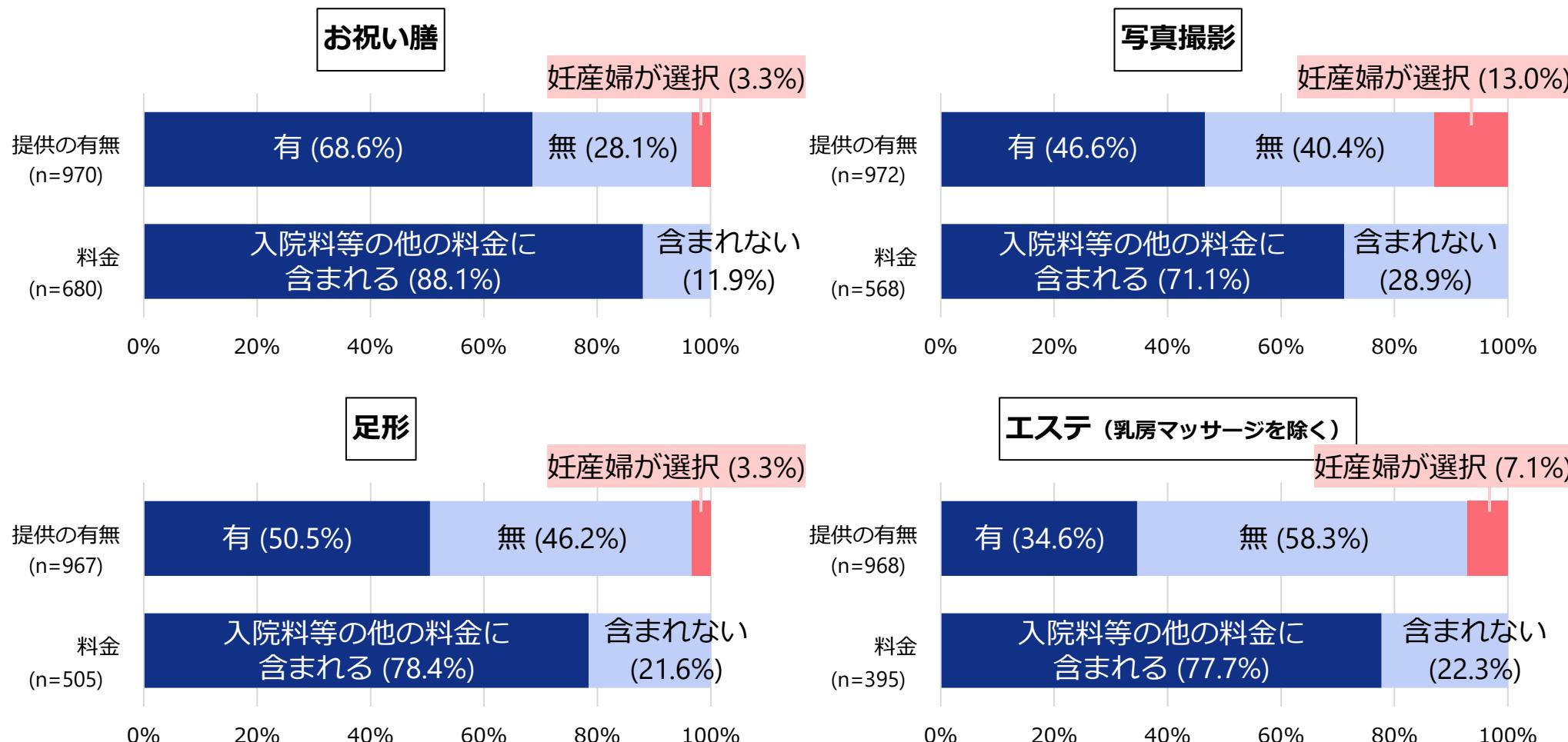
※出産費用は妊婦合計負担額から「室料差額」、「産科医療補償制度掛金」、「その他」の費目を除いた費用

※出産育児一時金の支給額は令和5年3月31日以前の分娩については原則42万円、同年4月1日以降の分娩については原則50万円（出生数等により異なる場合がある）。うち産科医療補償制度掛金は原則1.2万円。令和5年4月請求分データには一部一時金増額後（同月）の分娩の請求が含まれ、また、令和5年5月請求分以降のデータには一時金増額前（同年3月31日以前）の分娩の請求が含まれ得る。

分娩取扱施設におけるサービスの提供状況

- 分娩取扱施設のうち、例えば、「お祝い膳」の有無を妊産婦が選択できる施設は回答施設の3.3%であり、また88.1%の施設で料金が入院料等の他の料金に含まれていた。

※標準で提供される場合は「有」、標準で提供されない場合は「無」、妊産婦が要否を選択できる場合は「妊産婦が選択」を選択



出典：令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

「分娩取扱施設における出産に係る費用構造の把握のための調査研究」（速報値）（研究代表者 野口晴子）を元に保険局保険課で作成

※提供の有無・料金の集計とともに、回答のなかった施設（無回答の施設）は集計から除外している。

あなたに
あった

出産施設を 探せるサイト 「出産なび」

- 2024年5月30日公開 -

<https://www.mhlw.go.jp/stf/birth-navi/>


妊婦の方々が、費用やサービスを踏まえて適切に出産施設を選択できる環境を整備するため、全国の出産施設に関する情報の提供を行うWebサイトを厚生労働省が開設・運営します。

掲載内容

出産施設ごとの特色・サービスの内容等に関する情報と、出産費用等に関する情報を併せて公表します。

（施設の概要）

施設種別、病床数、年間の分娩取扱件数、専門職の人数など

（サービスの内容）

助産師外来、院内助産、産後ケア、無痛分娩の有無など

（費用等の情報）

平均入院日数、出産費用の平均額など

掲載施設数

全国2,112施設の情報を掲載（2024年12月6日時点）

※年間分娩取扱件数が21件以上の施設の約99.9%に加え、20件以下の施設も任意で情報掲載

トップページから、エリアや条件を指定して出産施設の検索を行えます。

条件に該当する出産施設の一覧が表示されます。

5件の検索結果

○○○○○○
東京都文京区
特徴 個室あり | 希望による無痛分娩可 | 立会出産可

△△△△△△
京都文京区
特徴 希望による無痛分娩可

それぞれの施設の詳細情報が個別ページで表示されます。

こども未来戦略（2023年12月22日閣議決定）（抜粋）

1. ライフステージを通じた子育てに係る経済的支援の強化や若い世代の所得向上に向けた取組

（2）出産等の経済的負担の軽減

～妊娠期からの切れ目ない支援、出産費用の見える化と保険適用～

本年4月からの出産育児一時金の大幅な引上げ（42万円→50万円）及び低所得の妊婦に対する初回の産科受診料の費用助成を着実に実施するなど、妊婦の経済的負担の軽減を推進するとともに、出産費用の見える化について来年度からの実施に向けた具体化を進める。

出産費用の見える化については、本年夏にかけて有識者による検討において公表項目等の整理を行ったところであり、今後、医療機関等の協力を得て、必要な情報の収集やウェブサイトの立ち上げを行う。

その上でこれらの効果等の検証を行い、2026年度を目途に、出産費用（正常分娩）の保険適用の導入を含め、出産に関する支援等の更なる強化について検討を進める。

あわせて、無痛分娩について、麻酔を実施する医師の確保を進めるなど、妊婦が安全・安心に出産できる環境整備に向けた支援の在り方を検討する。

※下線は事務局にて追加

「妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会」の議論の経過

検討会では、医療関係者や医療保険者、被保険者の立場の者、自治体関係者、学識経験者に加え、妊産婦の当事者やその声を伝える立場の者の参画を得て、10回にわたり、多様な観点から議論を行った。

また、複数名の妊産婦のヒアリング、全国からの合計回答者数17,000名を超える複数のオンラインでの妊産婦等アンケート調査の結果報告や、産科医療関係者、医療保険者、地方自治体関係者等からのヒアリングを実施し、様々な当事者の意見を丁寧に伺った。

同時に、出産費用等の見える化の効果分析や、分娩取扱施設における出産等の費用構造等の実態調査のデータも活用して議論を行った。

構成員

◎:座長 ○:副座長 (五十音順、敬称略)

全国衛生部長会会長/高知県理事(保健医療担当)	家保 英隆
奈良県立医科大学教授	今村 知明
公益社団法人日本看護協会 常任理事	井本 寛子
公益社団法人日本産科婦人科学会 常務理事	亀井 良政
健康保険組合連合会 会長代理	佐野 雅宏
三重県鈴鹿市長	末松 則子
公益社団法人日本助産師会 会長 (※2025年2月16日付で交代)	高田 昌代
日本大学医学部 主任教授	中根 直子
◎ 東京大学大学院法学政治学研究科 教授	田倉 智之
広島県府中町長	田邊 國昭
株式会社「セカイ江戸」ワークたまごクラブ前編集長	寺尾 光司
特定非営利活動法人manma 理事	中西 和代
公益社団法人日本医師会 常任理事	新居 日南恵
一般社団法人日本周産期・新生児医学会 理事	濱口 欣也
公益社団法人日本産婦人科医会 副会長	細野 茂春
日本労働組合総連合会生活福祉局 次長	前田 津紀夫
○ 国立研究開発法人国立成育医療研究センター 成育こどもシンクタンク 副所長	松野 奈津子
株式会社赤ちゃん本舗コミュニケーション統括部長	山縣 然太朗
※その他、参考人として、(公社)日本産婦人科医会会長 石渡勇氏、 (公社)日本小児科医会会长 伊藤隆一氏、(一社)日本助産学会理事長 片岡弥恵子氏、(一社)全国妊娠SOSネットワーク代表理事 佐藤拓代氏、 (公社)日本産婦人科医会常務理事 宮崎亮一郎氏 等が出席	李 輝淳

開催状況

事務局：厚生労働省 保険局、医政局、こども家庭庁 成育局

第1回 2024年6月26日 (1)検討会の設置について (2)妊産婦等の支援策等をめぐる現状 (3)実態調査について	第6回 2024年12月11日 (1)今後の議論の進め方等について (2)「出産なび」について
第2回 2024年8月1日 (1)周産期医療や母子保健事業の提供側 のヒアリング	第7回 2025年2月5日 (1)これまでの議論を踏まえた検討の方向性 (2)「出産なび」について
第3回 2024年8月21日 (1)妊産婦の当事者のヒアリング (2)妊産婦の声を伝える者のヒアリング	第8回 2025年3月19日 (1)希望に応じた出産を行うための環境整備 (2)出産に係る妊婦の経済的負担の軽減等
第4回 2024年9月11日 (1)医療保険者・医療提供側等のヒアリング (2)自治体のヒアリング	第9回 2025年4月16日 (1)分娩取扱施設における出産に係る費用構造の 把握のための調査研究について (2)出産に係る妊婦の経済的負担の軽減等
第5回 2024年11月13日 (1)出産費用の見える化等の効果検証 (2)ヒアリング	第10回 2025年5月14日 (1)議論の整理(案)について

ヒアリング

- ・(公社)日本産婦人科医会
- ・(公社)日本産科婦人科学会
- ・(一社)日本周産期・新生児医学会
- ・(公社)日本看護協会
- ・(公社)日本助産師会
- ・(一社)日本産科麻酔学会
- ・(公社)日本小児科医会
- ・妊産婦の当事者(3名)
- ・株式会社赤ちゃん本舗
『アガヤンホンポ ユーザーの声』
- ・株式会社「セカイ江戸」
『たまひよ妊娠・出産白書』
- ・(一社)全国妊娠SOSネットワーク
『子どもと家族のための
緊急提言プロジェクトアクト』
- ・コネヒト株式会社
『ママリ ユーザーの声』
- ・静岡大学教授 白井千晶氏
『お産を女性の手に取り戻すネットワークアクト』
- ・健康保険組合連合会
- ・全国衛生部長会
- ・三重県鈴鹿市
- ・広島県府中町
- ・東京大学大学院講師
小暮かおり氏
- ・井上法律事務所所長
井上清成氏
- ・前田産科婦人科医院理事長
前田津紀夫氏

①

費用の見える化を前提とした標準的な出産費用の自己負担無償化と 安全で質の高い周産期医療提供体制の確保の両立

- ・出産育児一時金の増額後も出産費用は年々上昇し、地域・施設間格差が大きい

令和5年度平均出産費用 全国 50.7万円
東京都 62.5万円 熊本県 38.9万円

- ・赤字産科診療所の割合増

- ・令和8年度を目指し、産科医療機関等の経営実態等にも十分配慮しながら標準的な出産費用の自己負担無償化に向けた具体的な制度設計を進める

出産に伴う診療・ケアやサービスには、医師等の専門的な判断に基づき実施されるものと、妊産婦が希望して選択するものがある → 情報公開の徹底を含め、支援のあり方を検討
「標準」の内容、保険適用と窓口負担の関係、給付と負担のバランス等、さらに検討を深める

②

希望に応じた出産を行うことのできる環境の整備

- ・費用とサービスの関係が不明確
- ・出生場所は病院 54%、診療所 45%、助産所等 0.7%
- ・無痛分娩件数は13.8%(令和5年度)

- ・妊産婦が十分な情報に基づき、出産に関する自己決定・取捨選択ができる環境を整備(「出産なび」による見える化の推進)
- ・希望に応じ、助産所においても出産や産後ケアを安全に行える環境を整備
- ・希望する妊婦が安全な無痛分娩を選択できる環境を整備
(安全な提供体制の確保、リスクやデメリットも含めた正しい理解の促進等)

③

妊娠期、産前・産後に関する支援等

妊婦健診の公費負担状況は改善傾向だが
自治体によってばらつきあり
国が示す検査項目の自己負担がない自治体 65%
公費負担額 福島県 13.6万円 神奈川県 8.0万円

- ・妊産婦本位の切れ目のない支援体制を構築
- ・国が示す妊婦健診項目の自己負担がないよう、公費負担をさらに推進
- ・産後ケアの受け皿拡大、認知度向上、利用手続きの簡略化を進める

検討会における妊産婦等の声①

ヒアリングやアンケート調査を通じ、妊産婦等からは出産に関する支援等について以下のような意見があった。

「日本は子どもを産み育てやすい社会だと思わないと回答した生後0か月～1歳6か月の子どもを持つ母親が約8割、父親が約6割で、理由は経済的・金銭的な負担が大きいからが8割以上を占めた」

「自己負担額が少しでも減ることを望んでいる」

「お金が安く済むことをすごく期待している。できれば0円、安ければ安いほどありがたい」

「最後に請求書が来るまで自分がいくら払うのかよく分からぬまま退院の日を迎えた」

「お金がどこまでかかるのか病院のホームページを見ても分からず不安だった」

「妊娠が分かった段階から出産まで、負担ができるだけ少なく、かつ、費用が明確な状態で安心して産むことのできる環境になっていくと良い」

「現在妊娠5か月になったばかりだが、病院や自治体からこれからの流れについて簡単な紙はいただくものの、具体的に私が今から何をして、何を考えて、お金も物も何をどのくらい準備すればいいのかというのが分からず、とても不安で、SNSは情報を得ることはできるのだが、それが正しい情報なのか確認するすべもなく、調べれば調べるほど沼にはまっていくような感覚がある」

「無痛分娩ができることが一番大事で、住んでいる県全体で無痛分娩対応施設が1か所しかなく必然的にそこを選択した」

「1人目は自然分娩で産んだが、あまりの痛さに耐えられず、2人目は絶対無痛分娩と決めていた」

「第1子は無痛をポイントに探したが、自分で情報が取れず後悔が残り、自分なりに調べた結果、第2子は助産院で出産した」

検討会における妊産婦等の声②

ヒアリングやアンケート調査を通じ、妊産婦等からは妊娠期、産前・産後に関する支援等について以下のような意見があった。

「産後の不安の相談先として、母子健康手帳交付から空白にならないように伴走してくれる方がいると非常に心強い」

「自治体の両親学級は平日の午前中しか開催がなく、限られた土日の枠も予約の争奪戦。通っている産院でも両親学級の開催がほとんどないので困っている」

「産後不安なときに誰か相談できる特定の方と産前に知り合えていたら、もうちょっと安心だったのにという細切れ感があった」

「初回の妊娠確定診断での1万円に始まり、妊娠が分かってから1～2か月で数万円がお財布から飛んでいった。最初の段階から大きな負担があったことで今後の出産や子育てに対する強い経済的不安を感じた」

「想定していたより実際の支払額が多かった」

「オプションの検査についても不要と言えるだけの知識がなく、医療機関に言われば受けてしまう」

「産後ケアのニーズは非常に高く、施設の産後ケアの実施状況を知りたいという声がかなり集まっている」

「自治体の分かりにくいウェブサイトを用いて、自分の条件に合う利用可能な施設を、産後のもうろうとした意識の中で探さないといけない」

「オンラインで申請し、数日後に利用通知書が届き、それを持っていかないと産後ケアが使えないということで、今この場ですごく不安でも、実際に使えるのは数日後だった」

検討会における産科医療関係者等の声

産科医療関係者等からは、出産に関する支援等について以下のような意見があった。

「急変時に迅速に対応できる体制を確立するために多くの人的・物的投資を行っている」

「分娩監視装置の装着、読影判断、妊産婦の精神的なケア等を分娩料に転嫁せざるを得ない」

「物価や初期投資を考えれば出産費用の地域差は仕方がないのではないか」

「妊産婦の経済的負担の軽減は賛成だが、医療安全と産みやすい環境の確保が前提である」

「医療機関あっての分娩であり、医療機関が事業を継続できることが重要」

「緩徐な集約化・重点化は避けられないが、急速な分娩取扱施設の減少、医療崩壊につながりかねない拙速な分娩費用の保険適用化は受け入れられない」

「一次施設が分娩取扱いを短期間で中止し、行き場のなくなったローリスクの妊産婦が高次施設に来ると病床の確保が困難になり、周産期医療が崩壊してしまうのではないか」

「安全な新生児管理のために小児科医が貢献している」

(参考) 検討会におけるその他の意見

標準的な出産費用の自己負担無償化に向けた検討に関して

- ・仮に保険適用となった場合、自由度が効かなくなることや、分娩医療機関が経済的に非常にひっ迫している中で、保険化することで収入が落ちると考えている医療機関が多く、非常に不安感がある
- ・保険適用の制度設計次第であり、内容がみえない段階で保険適用イコール経営悪化と捉えるべきではなく、保険適用と医療提供体制の確保を両立させる方策を考えるべき
- ・現物給付化には、給付の画一化ではなく標準化という意義があり、多様化するニーズに応えることができると考えられる
- ・標準的な出産費用の「標準」とは何かについて具体的な整理、検討を行う必要がある
- ・医療的に必要であって、妊産婦の希望にかかわらず提供されるものは医療保険から給付すべきだが、お祝い膳等のサービスは、給付対象とする標準的な内容からは除外すべき
- ・分娩の経過は様々であり、個々の分娩によって処置内容や所要時間が大幅に異なる
- ・分娩経過において異常が起こることを想定して人員の確保等が必要である
- ・出産費用には新生児管理保育料も含まれており、これについても検討が必要である
- ・妊産婦の多様なニーズに対応するため様々なサービスが提供されている
- ・例えば、分娩進行中の産痛緩和のための標準化されたマッサージと、産後にリラクゼーションを目的として行われるエステとは異なる性格のものである。また、エステ等の妊産婦が希望して選択するケアやサービスにも様々な性格のものが含まれるのではないか
- ・無痛分娩に限らずエビデンスに基づく産痛緩和ケア、また、助産所における出産も含めて保険適用とすべき
- ・保険適用かどうかに関わらず、自己負担が減ることを妊産婦は望んでいる
- ・経済的負担を軽減する具体的な手法として、出産育児一時金のさらなる増額も考えられるのではないか
- ・出産育児一時金の増額後も出産費用が年々上昇している現状をみると、出産育児一時金の増額という手法には限界があり、別の方策を考える必要があるのではないか
- ・出産費用については、正常分娩も含めて保険適用(現物給付)とし、窓口自己負担が増加することのないよう、公費から別途負担軽減措置を講じるべき
- ・保険適用とすることで妊産婦の窓口負担がかえって増加することのないよう、自己負担割合や別途の負担軽減措置等についても併せて検討すべき
- ・今後の具体的な制度設計の検討に当たっては、既に保険適用されている異常分娩の取扱いなど、既存の医療保険制度との関係を整理すべき
- ・妊産婦の実際の負担が軽減される制度にならなければ意味がなく、保険適用外となる オプションは妊産婦が自分で費用に関する情報に基づき選択できる環境を作る必要がある
- ・自己負担なしで出産できる人ができる限り増え、自己負担がある場合は何についていくらお金を払うのかを自己決定できるような仕組みとなることが望ましい
- ・費用やサービスの見える化進めることを前提として、保険適用か適用外かという二元論ではなく、現物給付と現行の出産育児一時金のように用途を限定せず使えるような支援を組み合わせて柔軟な仕組みとすることも考えられる
- ・現在検討している制度変更の結果、妊産婦の費用面・質的な面での満足度がどう変化したかの検証を国として行うべき
- ・産科医療補償制度は、重度脳性まひ発症の原因究明と再発防止に向けた重要な制度であり、掛け金は自己負担とせず、国の責任で運営すべき

（参考）検討会におけるその他の意見

今後の妊産婦の経済的負担の軽減策の検討の進め方について

- ・出産費用の地域間・施設間の格差の要因や費用内訳の見える化が検討の前提となる
- ・保険給付範囲や自己負担について諸外国の具体的な基準を議論の参考とすべき
- ・出産に対しては、健康保険法体系の中で時代背景に照らして給付体系が変遷してきた経緯があり、出産は病気か否かという視点ではなく、現代社会に最も望ましいと思われる方法を検討すべき

給付と負担の関係について

- ・保険適用の検討に当たっては、保険給付範囲の標準化や、現役世代をはじめとする保険料負担者の納得感につながる内容とすべき
- ・公費、保険料、自己負担のバランスをどう取っていくのかという視点が重要
- ・医療保険財政には限りがあるので、税と保険の性格の違いを踏まえ、それぞれの目的に応じて分けて考える必要がある
- ・保険料を払うのも妊産婦を含めた国民なので、底なしに保障するということではなく、保険だけで保障できるのかというところも考えていく必要がある
- ・少子化のスピードは加速しており、国の存亡に関わる問題として、多少お金を入れてでも解決していかなければならぬ
- ・周産期医療体制の確保、保険料負担者と妊産婦の負担のバランスをどう取るかが重要
- ・妊産婦の負担軽減と、医療機関の経営と、医療保険財政の安定とが三方良しになるように、今後検討していくべき

正常分娩に伴う入院日数について

- ・我が国の正常分娩に伴う入院日数が諸外国と比べて長い理由を検証すべきであるとの意見
- ・入院日数が長い理由として、新生児の安全管理や母親に対する母乳・育児指導まで含めた入院期間となっていることや、母子の愛着形成等を挙げる意見
- ・諸外国は小児科医や訪問助産師、産後ケア施設等との連携体制が構築されていることから、これらの体制が整わない中で入院日数を短くすることには慎重になるべきという意見

出産費用の見える化の推進等について

- ・出産費用の透明性の向上等の観点からも、提供内容の行為と費用が分かる明細書の無料発行を求めるべきではないか
- ・サービスの費用は入院料等と分けて明確にすべきであり、項目と内容が明確になるよう直接支払制度専用請求書の見直しも必要ではないか
- ・「出産なび」において一定の情報は示されているが、まだ見える化は不十分であり、さらに施設ごとの費用の内訳を明らかにする必要がある

(参考) 検討会におけるその他の意見

安全で質の高い周産期医療提供体制の確保について

- ・日本産婦人科医会が実施した事業継続見込調査において「分娩取り扱いを止める」または「制度内容により中止を考える」と回答した医療機関が実際に分娩を中止した場合、今後、分娩施設を変更せざるを得ない妊婦が多数にのぼり、地域に大きな混乱と不安をもたらす可能性がある
- ・全国の335二次医療圏のうち、圏内の全ての産科診療所(病院は除く。)が事業継続見込調査において「分娩取り扱いを止める」または「制度内容により中止を考える」と回答した医療圏が86あり、仮にこれら全ての医療機関が実際に分娩を中止した場合、既に圏内に産科診療所のない84医療圏と合わせると170医療圏(全体の半数以上)に産科診療所がなくなることとなり、世界に冠たる安全で質の高い周産期医療を国民に提供できなくなる可能性が高い
- ・妊産婦の経済的負担の軽減は、地域の分娩提供体制が十分に確保された上で実現されなければ意味がなく、遠方の施設に行かざるを得ない状況になれば、かえって交通費の負担が生じ、緊急を要する場合に母体・胎児の安全の面から精神的な負担も生じる
- ・妊産婦の経済的負担の軽減と地域の周産期医療の確保は一体的に議論していく必要がある
- ・地域の周産期医療の確保は、国のインフラ基盤整備に関する問題であり、出産費用の保険適用を巡る財源とは切り離して、別途、社会保険料財源ではなく公費で賄うべき
- ・急速に少子化が進み環境が劇的に変化する中で、今後の周産期医療提供体制のあり方を考えなければならない
- ・質の高い安全・安心な周産期医療の提供に向けて、地域ごとの提供体制の差、医師・看護師などの不足を解消するとともに、リスクの高い出産や容態急変などに対応できるよう、医療機関の機能分担と連携強化、救急医療や産科・小児医療体制の確立も重要

助産所・助産師の活用について

- ・助産所と周産期母子医療センターのオープンシステム活用による連携強化も推進すべき
- ・自宅分娩を今後検討する新たな枠組みから除外した場合には、経済的支援がないかぎりの無介助分娩が起きる可能性が否定できない
- ・病院の、特に産科混合病棟においては、母子にとって安全・安心な出産環境を整備するために、産科区域の特定をさらに推進すべき
- ・第8次医療計画に盛り込まれた院内助産・助産師外来を推進すべき

（参考）検討会におけるその他の意見

無痛分娩を希望する妊婦に対する経済的支援について

- ・ 無痛分娩のニーズが非常に高まっており、実施施設が増えていくと想定される中、地域や施設によって無痛分娩の実施状況に差があることや妊婦への情報提供が不十分であること、安全な提供体制の構築に課題がある
- ・ 無痛分娩を希望する妊婦が安全・安心に受けられるよう、無痛分娩の標準化と質の向上の観点から、保険適用とする方向で検討すべき
- ・ 無痛分娩の提供が正しく標準化されていくことが重要であり、適切な施設基準等の設定などの検討も必要となる
- ・ WHOの『ポジティブな出産経験のための分娩期ケア』が推奨しているようなエビデンスに基づく産痛緩和ケアも、標準化と質の向上に向けて、保険適用とする方向で検討すべき
- ・ 無痛分娩は方法が多彩であり、どのような形で標準化するのか分からず、時期尚早ではないか
- ・ 無痛分娩を実施している医療機関が少ない段階では、仮に保険適用をしても、地域によって希望する妊婦に提供できず、給付に不公平が生じるため、保険適用は慎重に検討すべき
- ・ 無痛分娩は甘えや贅沢品といった偏見がある中、経済的な理由で無痛分娩を断念する方もいる現状を踏まえ、保険適用かどうかはさておき、経済的負担の軽減についても検討すべき
- ・ 地域によっては無痛分娩の提供体制の確保が進んでおり、全国的な提供体制の確保が整うままで経済的支援策が検討されないので時間がかかりすぎる
- ・ 地方自治体の給付で支援することは、財政力の弱い自治体では厳しく、地域間格差を認識した上で議論すべき

安全で質の高い無痛分娩の提供体制の確保について

- ・ 安全で効果的な無痛分娩を実施するには産科医・麻酔科医に一定の習熟が求められる
- ・ 無痛分娩を実施する医療機関の体制や研修等の実態把握を進めるべき
- ・ 提供体制の確保を都道府県に丸投げしても難しい部分がある

(参考) 検討会におけるその他の意見

妊娠婦に対する切れ目のない支援について

- ・妊娠・出産に関する不安には専門家によるサポート体制が必要
- ・令和6年6月の子ども・子育て支援法等の一部を改正する法律案の参議院の附帯決議の中で『『伴走型相談支援』と呼ぶにふさわしい、産前産後を通じて専門的知見を有する伴走者が一貫したサポートを提供できる仕組みについて…検討を進めること」とされていることを踏まえた検討を行うべき

妊娠健診に係る経済的負担の軽減について

- ・妊娠健診の実施施設によって、公費助成の対象となる望ましい基準内の検査と基準外の自費検査の内容や費用の情報が必ずしも妊娠にとって明らかでなく、実際の支払いの際に妊娠に自己負担が生じる場合がある
- ・基準外の自費検査の費用が可視化され、妊娠が何に対してお金を払っているのかを分かるようにする必要がある
- ・基準外の自費検査については、医師から内容と費用の説明をした上で、妊娠が必要性の有無について自己決定できるようにする必要がある
- ・施設の妊娠健診費用と自治体の補助額が分かれれば、自分の持ち出しがどのくらいの金額になるかが事前に分かり安心感につながるのではないか
- ・「出産なび」に掲載する費用の情報の掲載には将来的には取り組んでいきたいが、医療機関の負担にならない方策を考えないと、今すぐに実現するのは難しいのではないか

産後ケア事業等の推進について

- ・実施内容、提供体制に地域格差があり、その実態を把握し、改善方法を検討すべき
- ・産後のメンタルケアや育児相談を気軽に受けやすい環境を整えるべき
- ・地域と条件を入力すると自治体の補助を利用できる施設が表示されるような情報提供の仕組みを実現するべき
- ・母子健康手帳の交付時だけでなく、妊娠健診時や退院前など、情報が必要なタイミングで周知するべき
- ・オンライン上で手続きを完結できるようにする、申請から利用可能となるまでの日数を短縮するなど、手続面を改善するべき

第3章 中長期的に持続可能な経済社会の実現

2. 主要分野ごとの重要課題と取組方針

（1）全世代型社会保障の構築

（略）

妊娠・出産・産後の経済的負担の軽減のため、2026年度を目途に標準的な出産費用の自己負担の無償化に向けた対応を進める。

妊婦健診における公費負担を促進する。

「出産なび」の機能を拡充するほか、小児周産期医療について、地域でこどもを安心して生み育てができるよう、最先端の医療を含めた小児周産期医療体制の確保を図るため、産科・小児科医療機関を取り巻く厳しい経営環境を踏まえ、医療機関の連携・集約化・重点化を含めた必要な支援を行う。

安全で質の高い無痛分娩を選択できる環境を整備する。

※下線は事務局にて追加

今後の議論の進め方（案）

- 妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会の「議論の整理」（令和7年5月14日公表）において「令和8年度を目指し、産科医療機関等の経営実態等にも十分配慮しながら標準的な出産費用の自己負担無償化に向けた具体的な制度設計を進める」とされたことを踏まえ、医療保険制度における出産に対する給付体系の見直しについて、社会保障審議会医療保険部会において以下のとおり検討を進めることとしてはどうか。
- その際、令和7年冬頃までの医療保険部会における議論の中では、出産に対する給付体系の骨格の在り方について整理することを目指し、産科臨床現場で行われる個々の対応についての具体的な当てはめなど、個別具体的な内容については、給付体系の骨格が固まった後、制度施行に向けてさらに議論を深めることとしてはどうか。

◆ 令和7年10月 検討会の議論の報告、議論の進め方の整理

出産費用に関するさらなるデータの報告

医療保険制度における出産に対する給付体系の骨格を提示・議論

給付体系の骨格に関するとりまとめに向けた議論

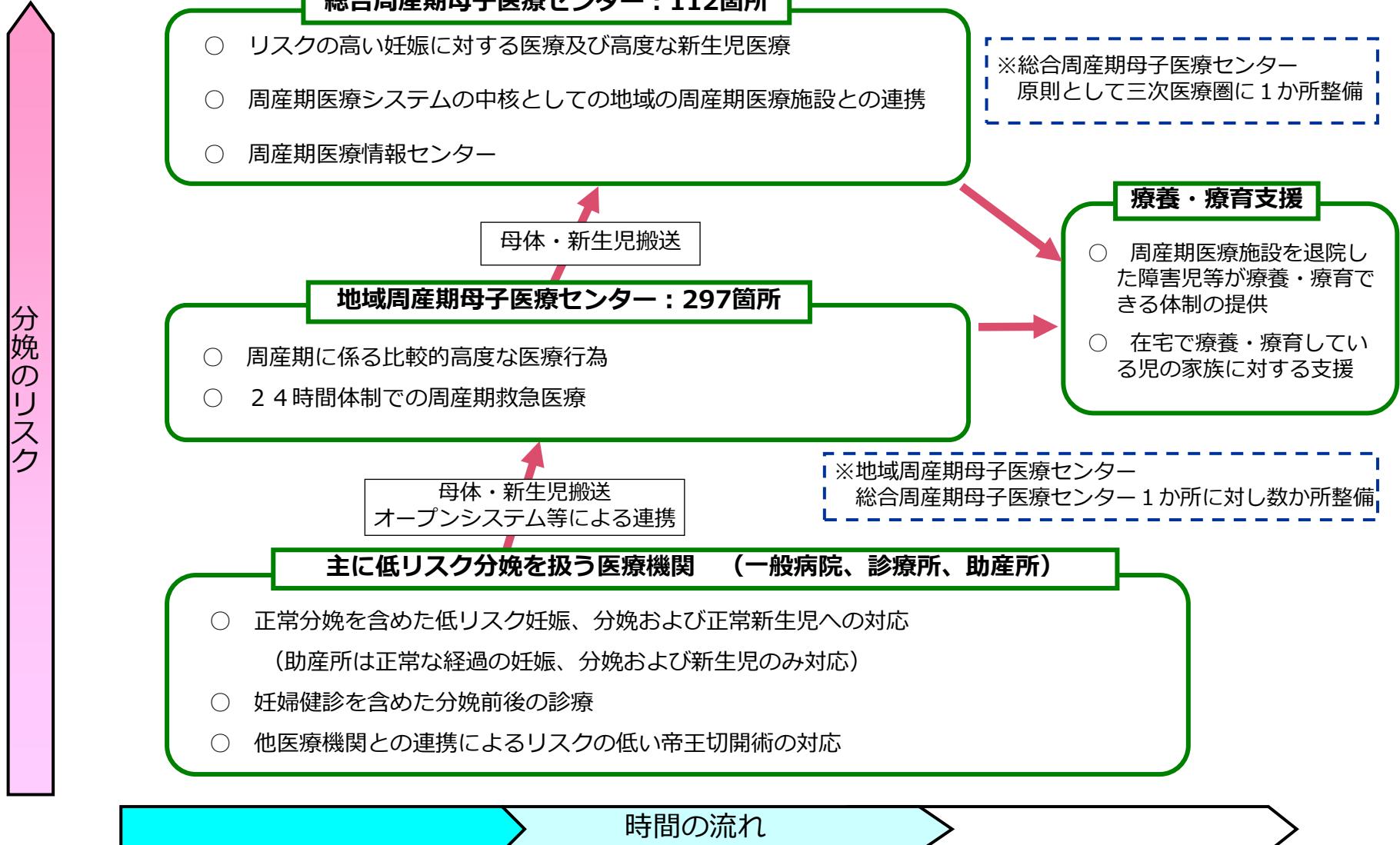
◆ 令和7年冬頃 紙付体系の骨格に関するとりまとめ

參考資料

周産期医療体制

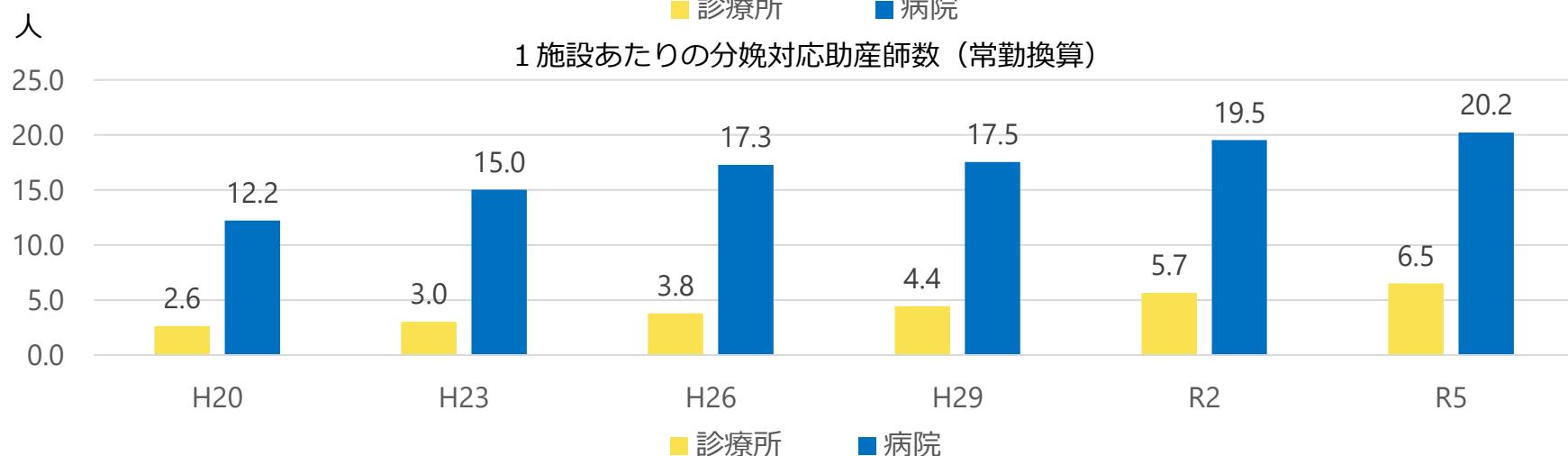
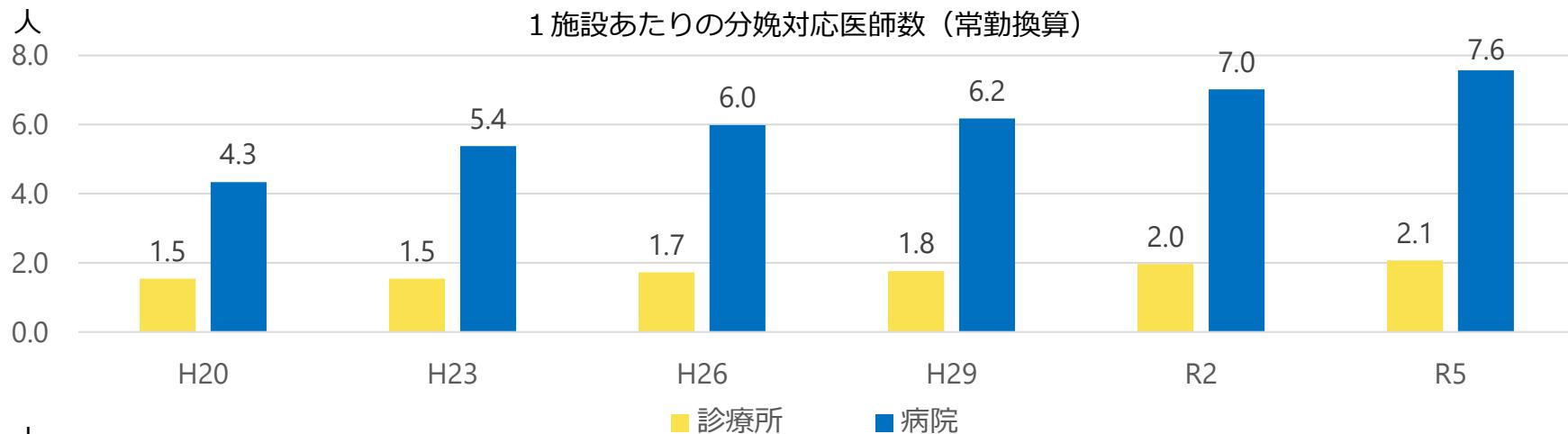
- 総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターは、リスクの高い母体・胎児及び分娩前後等の緊急時等に対応するため、平成29年度までに全都道府県に配置されている。

【施設数は令和7年4月1日現在】



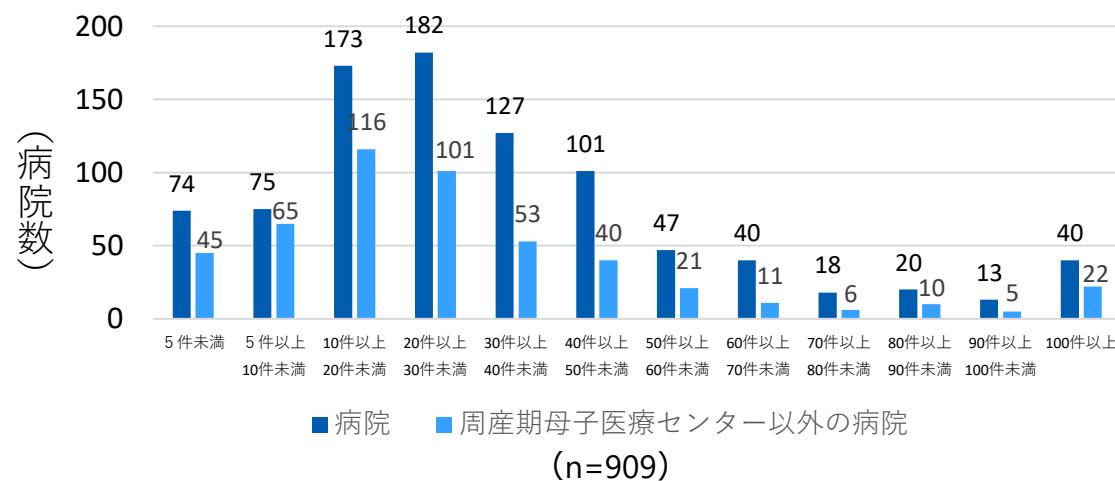
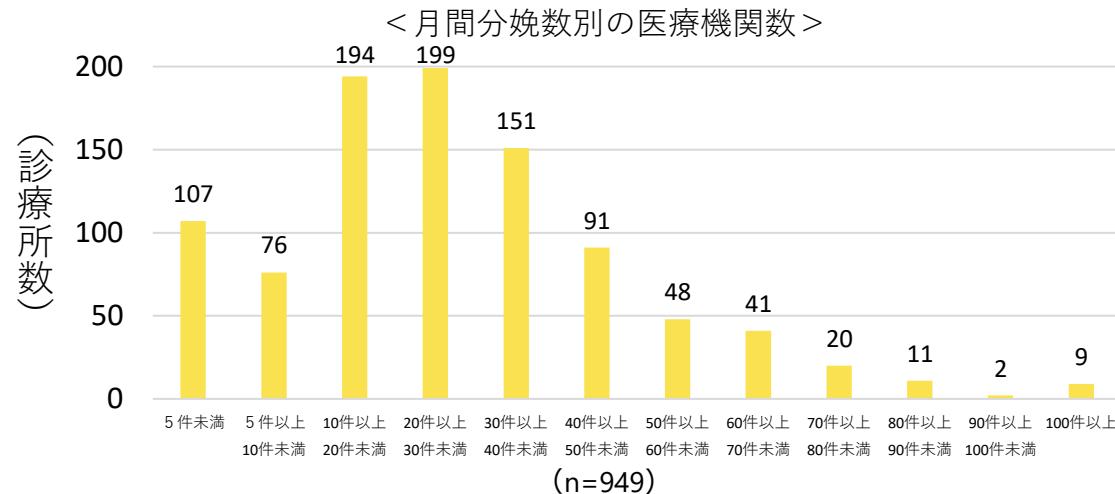
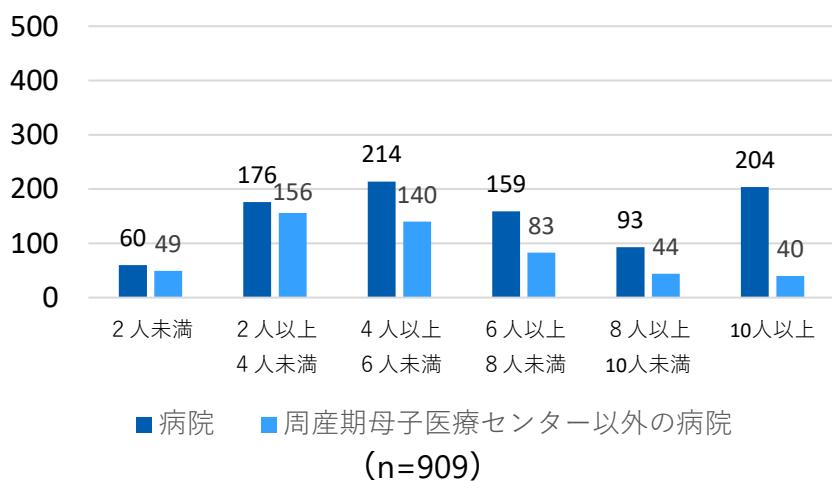
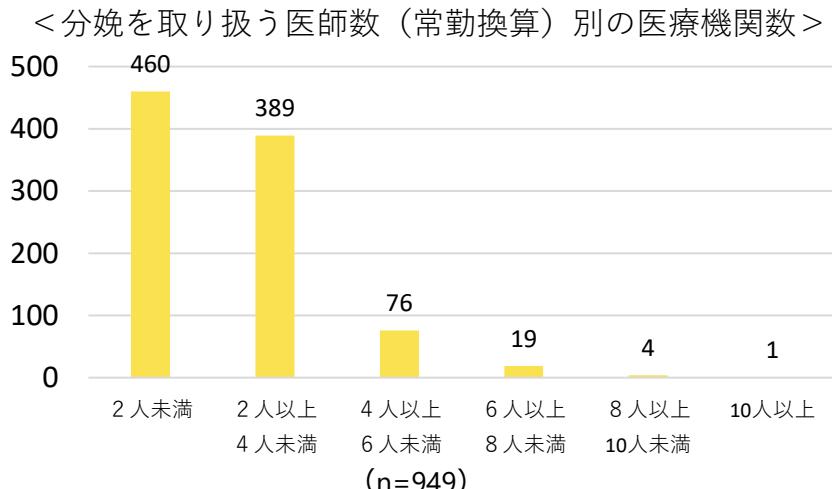
1施設あたりの分娩対応医師数・助産師数

- 病院においては1施設あたりの分娩対応医師数は上昇傾向にあり、医療資源の集約化が一定程度進んでいると言えるが、診療所においては1施設あたりの分別対応医師数が少なく、わずかな増加にとどまる。
- 1施設あたりの助産師数は診療所・病院ともに増加傾向にある。



分娩を取り扱う診療所及び病院の現状

- 分娩を取り扱うためには、常時一定規模の体制の確保が必要となるが、常勤換算の分娩取扱医師数は、診療所では約半数が2人未満であり、病院でも2未満の施設がある。
- 月間分娩数が5件未満の施設も一定数存在する。

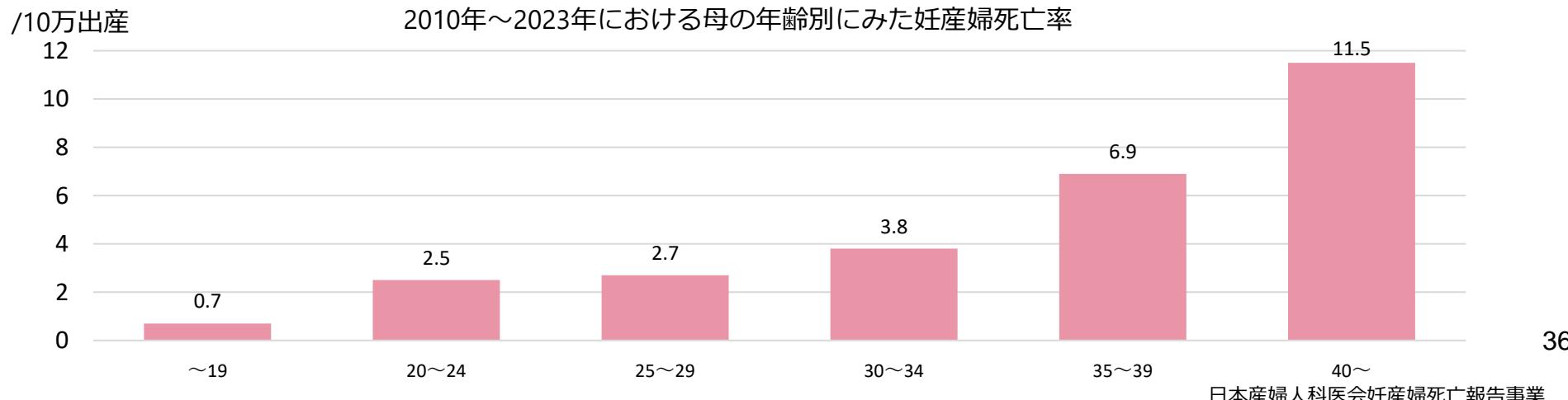
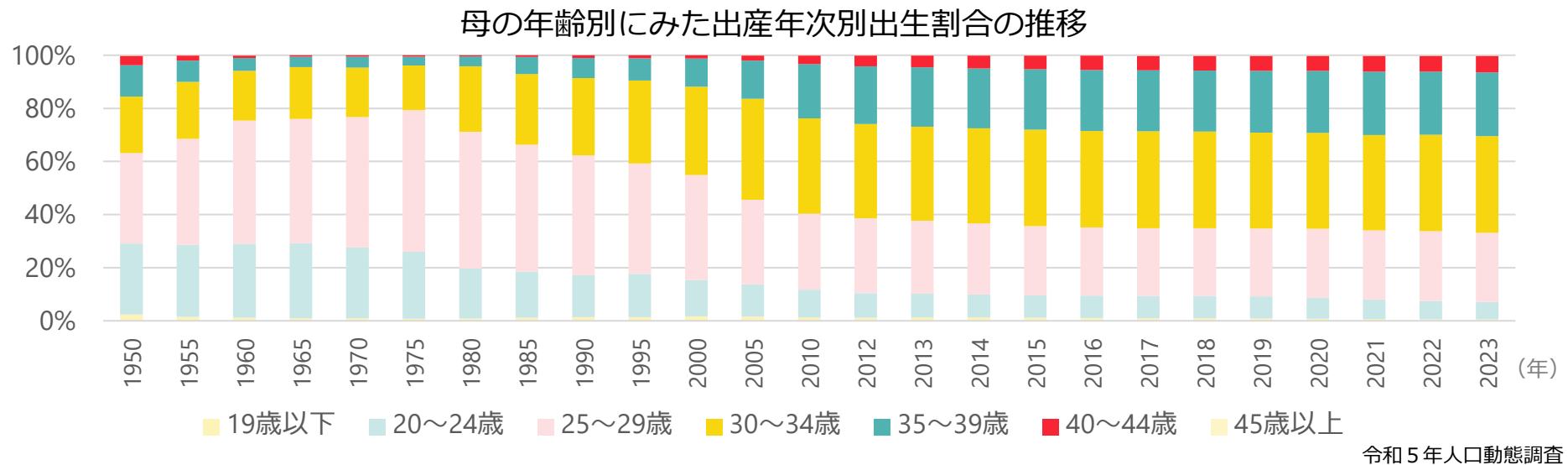


厚生労働省「医療施設調査」（令和5年）の調査票を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において集計。

分娩数については、令和5年9月の1か月間の取扱件数

母体の年齢を考慮した周産期リスクについて

- 30歳未満の出生数の割合は減少傾向にあるが、35歳以上の母体からの出生数の割合は増加傾向にあり、2023年においては35歳以上の割合は30.4%である。
- 母体の年齢が高いほど妊産婦死亡率は高い。



① 施策の目的

地域でこどもを安心して生み育てることのできる周産期医療体制及び地域の小児医療体制を確保する

② 対策の柱との関係

I	II	III
○		○

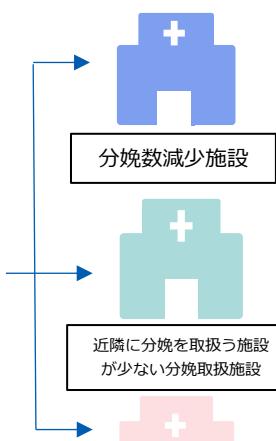
③ 施策の概要

- 特に分娩取扱施設が少ない地域等における分娩取扱機能の維持のための取組を支援する
- 地域の小児医療の拠点となる施設について、急激な患者数の減少等を踏まえた支援を行う

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

産科医療確保事業

分娩取扱の
継続が困難



分娩数が減少している分娩取扱施設への支援

- 急激に分娩数が減少している分娩取扱施設を支援する。

分娩取扱施設が少ない地域では分娩取扱を維持する

- 分娩取扱施設が少なく、当面、集約化が困難な地域に所在する施設に対して、分娩取扱を継続するための費用を支援する。
地域の他施設の分娩取扱中止によって分娩取扱数が増加する場合に必要な費用を含む。]

小児科医療確保事業

急激に患者数
が減少



妊婦健診や産後健診による支援

- 妊婦健診を含む外来診療や産後ケアの提供を行うことで、近隣の分娩施設の負担軽減を目的として、必要な施設整備、設備整備に係る費用を支援する。

急激に患者数が減少している小児医療の拠点となる施設の支援

- 急激に患者数が減少し、地域に不可欠な小児医療の拠点でありながら運営に影響を及ぼしている施設に係る費用を支援する。

⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

出生数減少や少子化等の影響を受ける施設を支援することで、地域の周産期医療・小児医療の体制を確保する

分娩取扱施設に対するアンケート調査（令和5年7月実施）の概要

- 分娩取扱施設(病院・診療所・助産所)の出産費用の価格改定については、令和5年4月の出産育児一時金の引上げとの関連について報道等により様々な指摘がなされている一方、質の高い周産期医療を提供するための人材の確保、物価の高騰、分娩件数の減少など、地域における分娩取扱施設を取り巻く環境も変化している。
- こうした状況を踏まえ、出産費用の価格改定の有無やその理由、これまで価格改定を行わなかった期間等について、全国の分娩取扱施設を対象としたアンケート調査を実施した。併せて、出産費用の実績値の変化については、直接支払制度の請求書データを元に把握を行った。

(調査対象) 直接支払制度を利用しておらず、令和5年7月時点で分娩を取り扱っている分娩取扱施設

(調査手法) 分娩取扱施設に調査票を送付し、回答(オンラインもしくは郵送)を依頼
(令和5年7月24日～8月15日)

(調査項目)

- ① 令和4年4月～令和5年4月の出産費用の価格改定の有無
- ② ①の価格改定の決定時期および理由
- ③ 価格改定の内容の妊婦への情報提供方法・時期
- ④ 令和4年3月以前の価格改定の有無および時期
- ⑤ 今後の価格改定の予定・理由
- ⑥ 自由記載

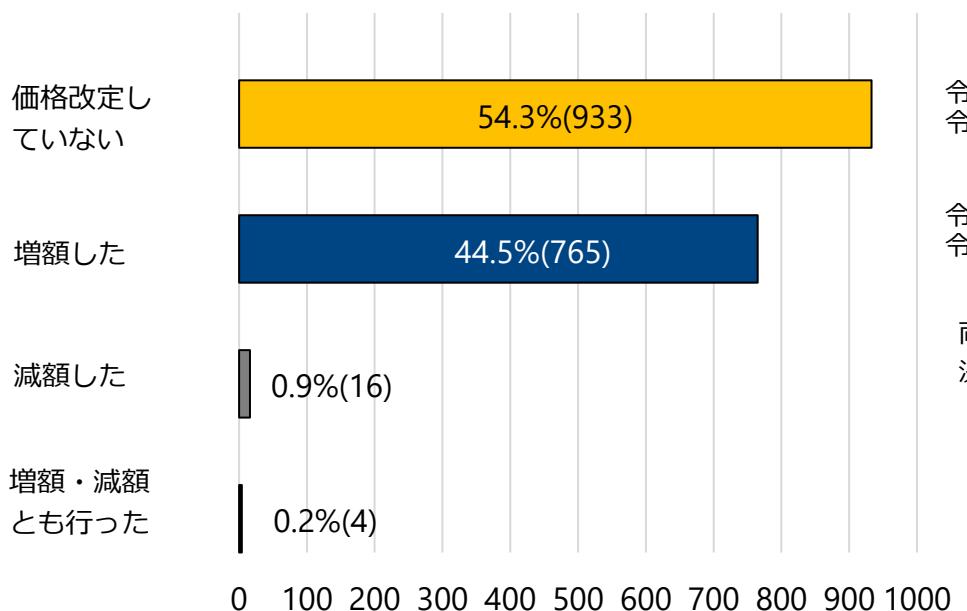
(回収状況)

- ・調査表送付数 2,232件
- ・有効回答数 1,742 (公的病院: 418 私的病院: 307 診療所: 798 助産所: 219)
- ・回答率 78%

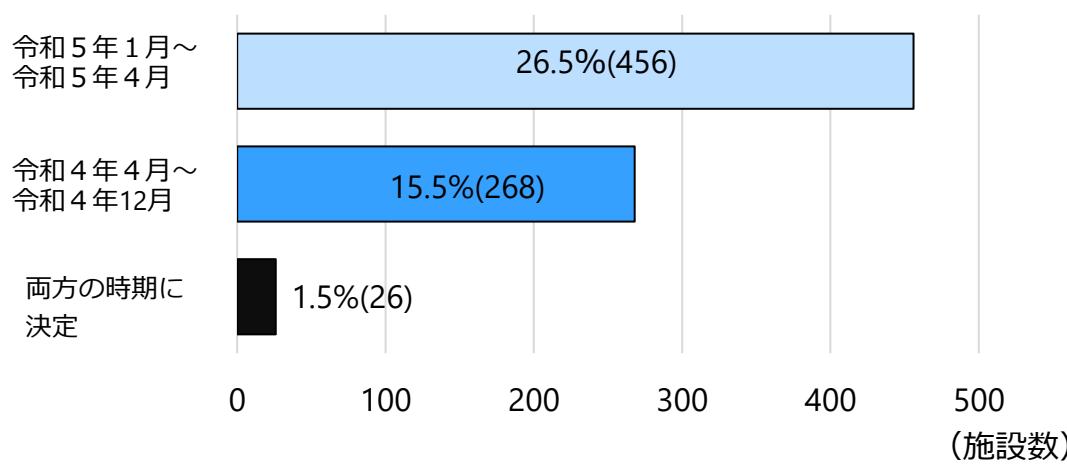
令和4年4月～令和5年4月における出産費用の価格改定の状況

- 令和4年4月～令和5年4月における出産費用の価格改定の状況をみると、価格改定を行っていない分娩取扱施設の割合が、全体の54.3%と最も多かった。次いで、増額した分娩取扱施設が44.5%であった。
- また、この期間に増額改定した分娩取扱施設について見ると、回答のあった分娩取扱施設の中で26.5%が出産育児一時金の増額が決まった令和5年1月以降に、15.5%が令和4年12月までに、1.5%が両方の時期に価格改定の実施を決定していた。

【令和4年4月～令和5年4月の出産費用の価格改定状況】



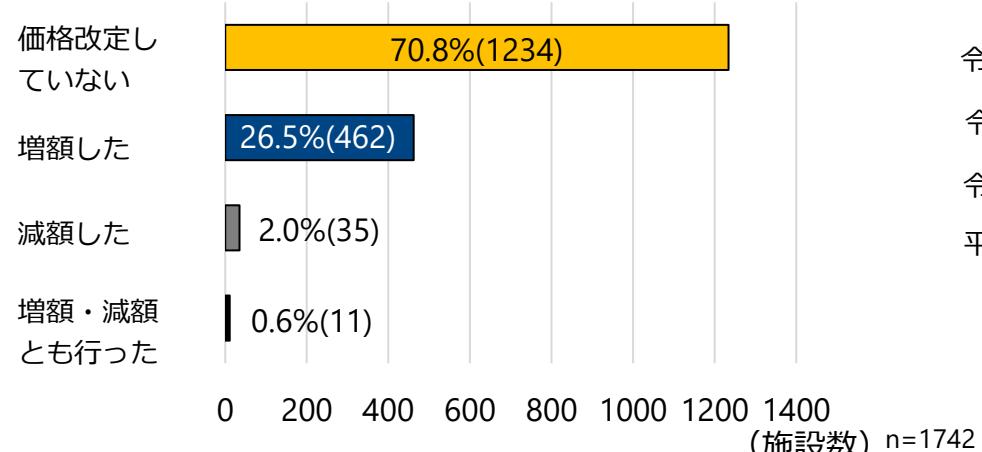
【令和4年4月～令和5年4月の期間中の増額を決めた時期】



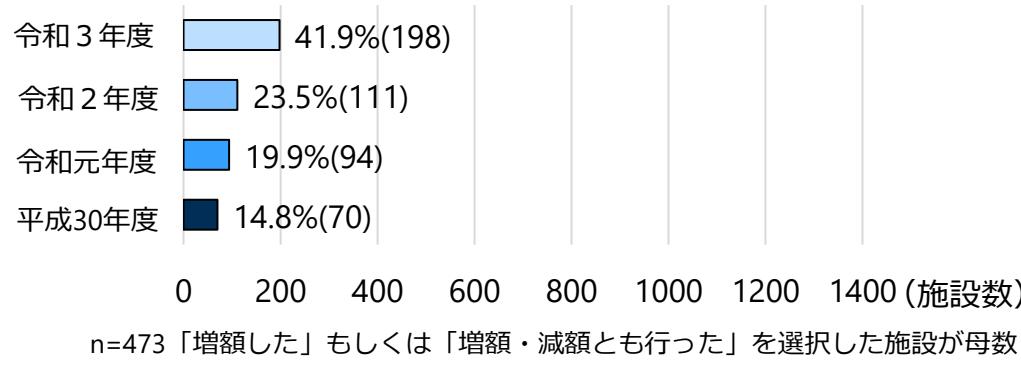
平成30年4月～令和4年3月における出産費用の価格改定の状況

- 平成30年4月～令和4年3月における出産費用の価格改定の状況をみると、価格改定を行っていない分婏取扱施設の割合が、全体の70.8%と最も多かった。次いで、増額した分婏取扱施設が26.5%であった。
- 直近の増額改定の時期は、令和3年度(41.9%)が最も多かった。

【平成30年4月～令和4年3月の出産費用の価格改定状況】

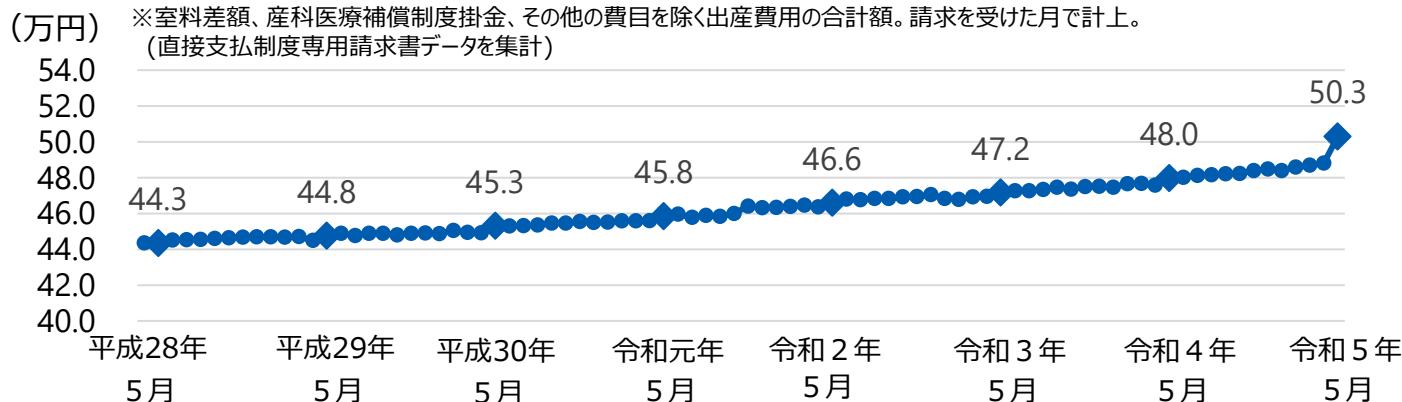


【平成30年4月～令和4年3月の間での増額時期】



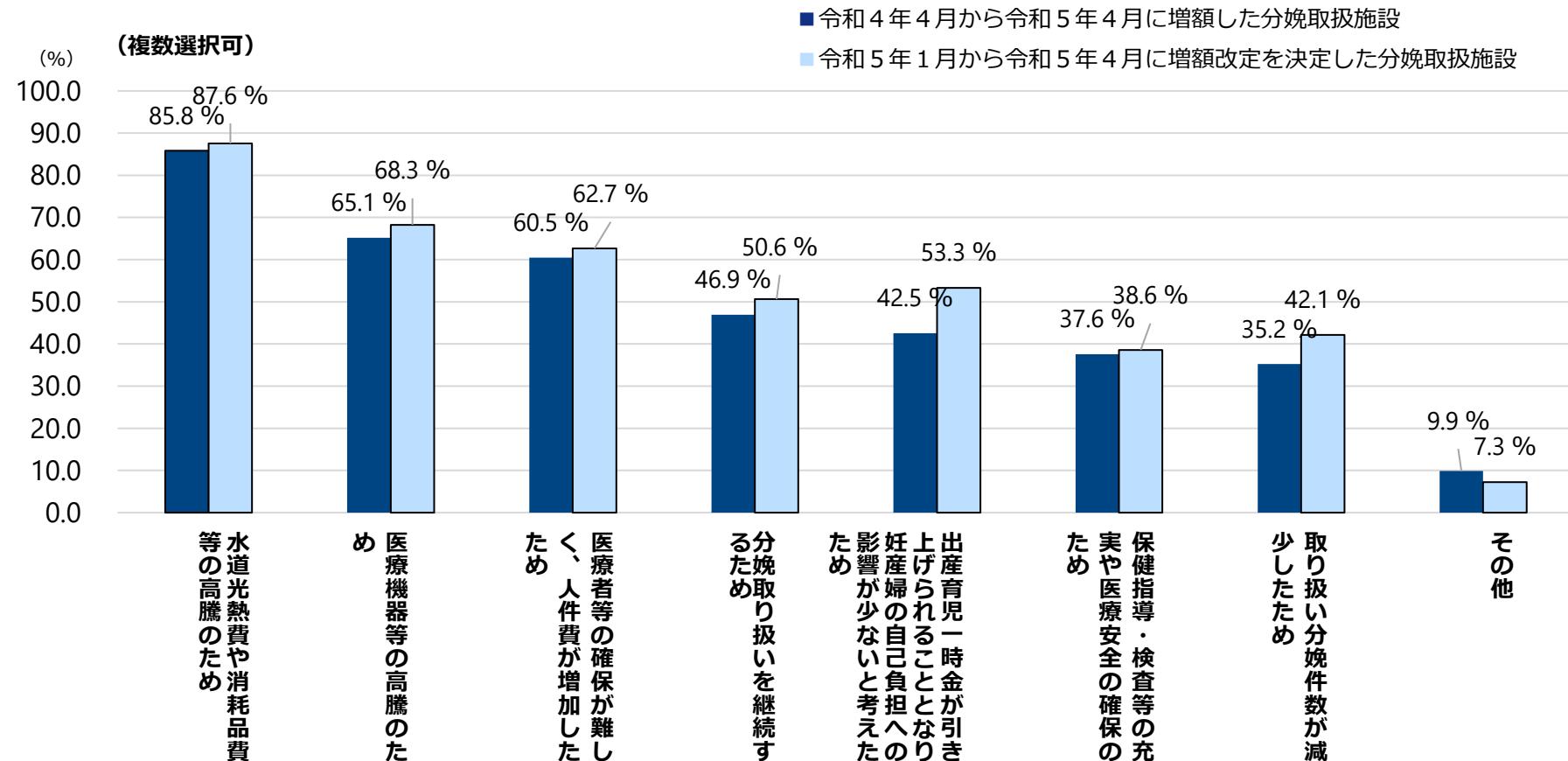
参考

【専用請求書から算出した全施設の出産費用（正常分娩）の推移】



価格改定（増額）の理由

増額改定した理由（複数選択）は、「令和4年4月～令和5年4月の間に増額した施設」、及びそのうちの「令和5年1月から4月に改定を決定した施設」のいずれにおいても、「水道光熱費や消耗品費等の高騰のため」が最も多く、次いで「医療機器等の高騰のため」が多かった。



■ 令和4年4月から令和5年4月に増額した分娩取扱施設 (n=769)

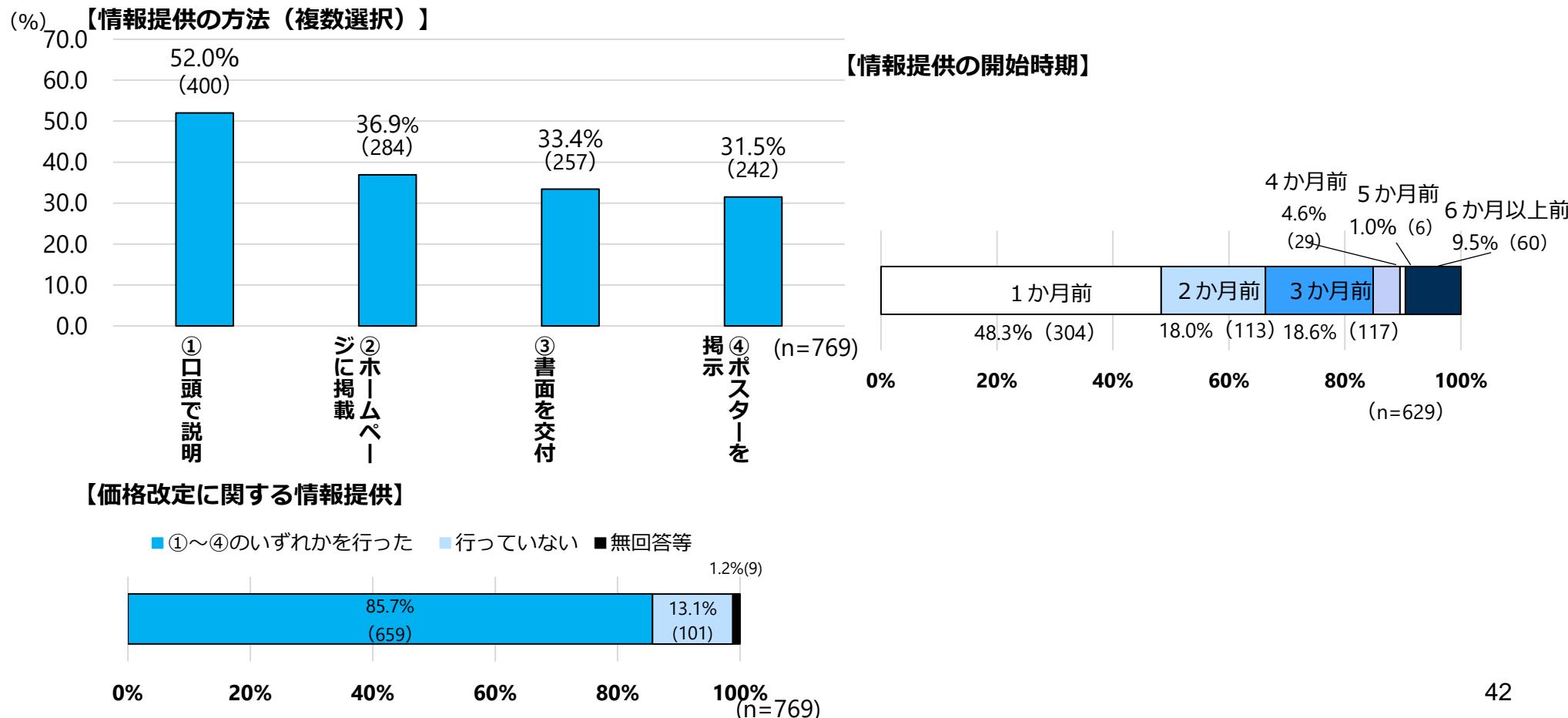
※「増額した」「増額も減額も両方行った」を選択

■ 令和5年1月から令和5年4月に価格改定を決定した分娩取扱施設 (n=482)

※増額改定を行った施設のうち「令和5年1月～令和5年4月」時期に増額改定の決定を行った施設

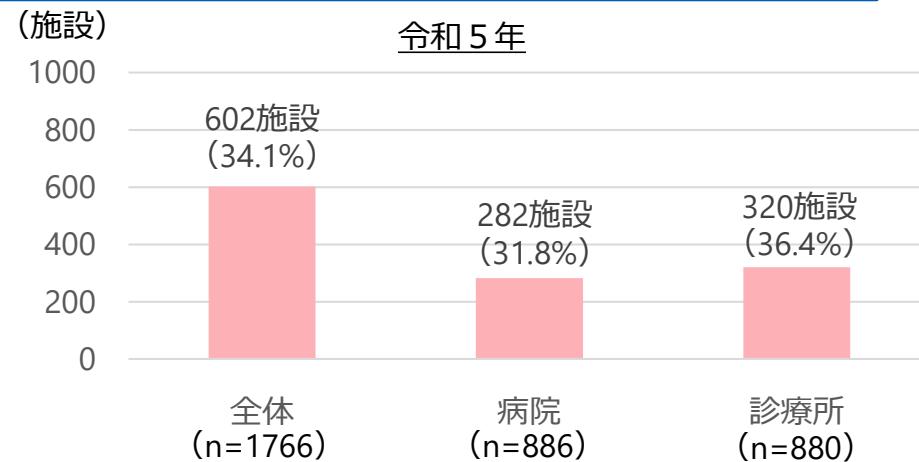
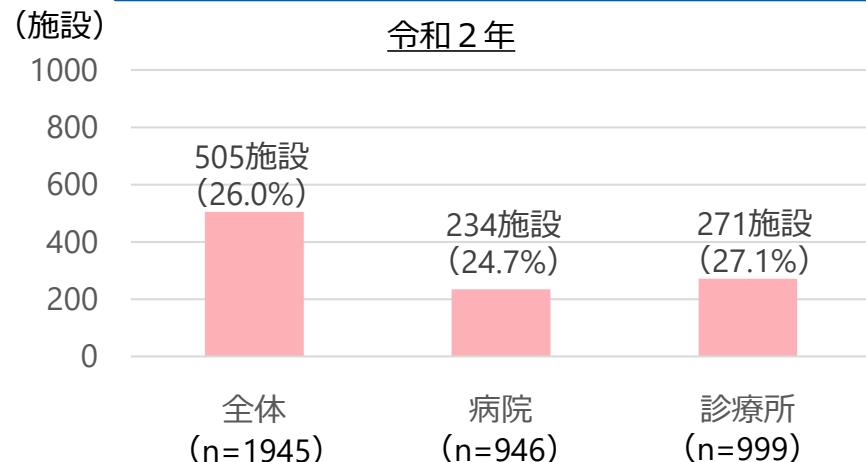
出産費用の価格改定に関する情報提供の状況

- 令和4年4月～令和5年4月の間に出産費用を増額改定した分娩取扱施設において、妊婦に対して価格改定に関する情報提供を行った方法としては「口頭で説明を実施した」が最も多く、次いで「施設のホームページに掲載した」であった。
- 情報提供を実施した時期は、価格改定の「1か月前」に実施したとする分娩取扱施設が48.3%と最も多かつた。

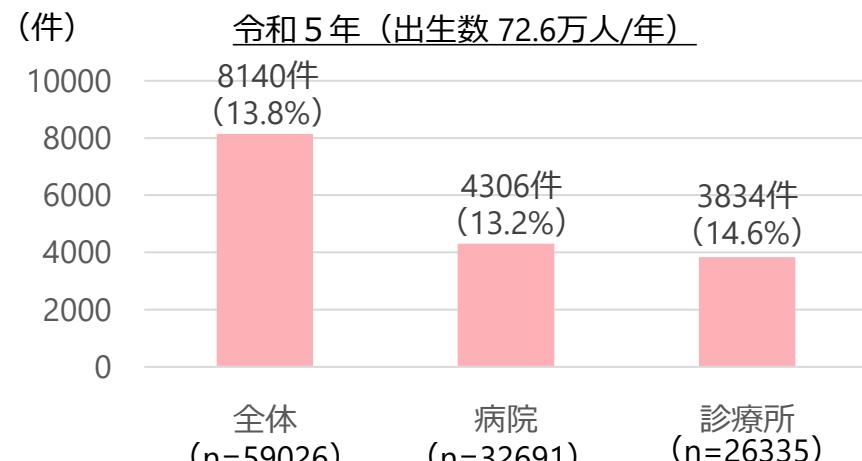
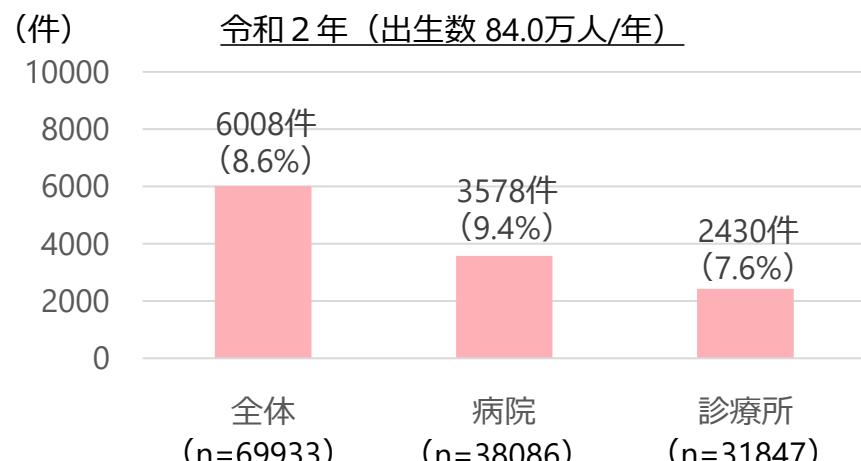


分娩を取り扱う医療機関のうち、無痛分娩を実施している医療機関数は増加している。
医療機関での分娩のうち、無痛（帝王切開を除く）の件数は増加している。

分娩を取り扱う医療機関のうち無痛分娩を実施している医療機関数（各年9月の1か月の実績）



医療機関での分娩のうち、無痛分娩（帝王切開を除く）の件数（各年9月の1か月の実績）





ひと、暮らし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

世代内、世代間の公平の更なる確保による全世代型社会保障の構築の推進

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. これまでの議論

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

医療保険部会（2025年9月18日、26日開催）における主なご意見

（世代内、世代間の公平の更なる確保による全世代型社会保障の構築の推進等関係）

（文責：事務局）

（注）主な御意見を事務局で整理したもの。（御意見の趣旨を踏まえて文言を整理している。）

- 人口構造の変化等を踏まえ、支える側と支えられる側の考え方を変えていく、給付と負担のバランス・世代間のバランスを見直していく必要がある。負担構造の見直しにあたっては、財源面での裏付けも含め、どのように自己負担・保険料・公費のバランスを取るか検討が必要。
- 特に高額な医療にかかる場合の負担能力については、資産や被扶養者数なども勘案する必要があるのではないか。
- 国民の理解を得る上では、現役世代の負担の軽減と能力に応じた全世代での支え合い、相互共助が重要。
- これまでの高齢者中心の社会保障から、全世代支援型の社会保障へ再構築することは急務。高齢化や医療の高度化等によって今後も医療費の増加が見込まれるため、現役世代、特に被保険者の納得性を確保していくことが重要であり、後期高齢者医療制度など現行制度の抜本的見直し等を進めて行くことが必要。
- 医療保険制度においては、公平性・公正性をできる限り確保することが極めて重要。
- 「所得の再分配」こそが社会保障の根幹であり、基本的な役割。
- 特に75歳以上の後期高齢者にとっては、健康状態の悪化が深刻な問題となり得て、医療費の負担も大きくなるため、配慮が必要。
- 給付と負担の見直しについて検討を行う場合、必要な医療への受診抑制につながることがないよう、特に低所得者に十分配慮した制度のあり方を検討する必要がある。
- 全世代型社会保障の構築にあたっては国民の安心や生活の安定を支えるセーフティネットという役割を決して損なうことのないよう十分留意した上で、増加する社会保障給付の重点化や効率化を含め、持続可能性を高めるための制度見直しに引き続き取り組むことが不可欠。

高額療養費制度の在り方に関する専門委員会における主な御意見 を踏まえた高額療養費制度に関する今後の議論（案）

令和7年9月16日
第4回高額療養費制度の在り方に関する
専門委員会
資料を一部改変

- 「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」のこれまでの議論において、高額療養費制度は、セーフティネット機能として患者にとってなくてはならない制度であり、また、諸外国と比べてもこのような恵まれている制度を擁している国はほとんどなく、今後もこの制度を堅持していく必要性について認識の一致が見られた。
- こうした共通認識の下で、高齢化の進展や医療の高度化、高額医薬品の開発などが今後も見込まれる中で、また、現役世代の保険料負担に配慮する必要がある中で、制度改革の必要性は理解するが、その際には、（この専門委員会の所掌を超えることになるが、）**高額療養費制度だけではなく、他の改革項目も含め、医療保険制度改革全体の中で全体感を持って議論していくことが必要**という点も共通していた。
- その上で、これまでの議論を踏まえると、高額療養費制度の在り方の検討にあたっては、例えば、以下の諸点について更に議論を深める必要があるのではないか。
 - ・ 現行制度においても、患者によっては医療費負担が極めて厳しい状況にあるという意見があった一方で、医療費が増大する中において、制度を将来にわたって維持し、かつ、現役世代の保険料負担への配慮の必要性なども踏まえると、低所得者の方や長期にわたり継続して治療を受けている患者の負担に配慮しつつ、負担額の一定の見直しは必要ではないかといった意見もあった。また、高額療養費制度における応能負担の在り方についてどう考えるか、更には、制度を見直す際は、仮のモデルを設定した負担のイメージやデータを踏まえる必要があるという意見もあった。これらを踏まえ、高額療養費制度における給付と負担の在り方についてどのように考えるか。
 - ・ 仮に自己負担限度額を引き上げるとした場合、限度額に到達せず、多数回該当に該当しなくなり、負担が急激に増加する事例が発生する可能性がある、また、長期にわたり継続して治療を受ける患者の経済的負担に配慮し、例えば、患者負担に年間上限を設けてはどうかという意見もあった。これらを踏まえ、高額療養費制度を見直す場合に留意すべき点として、どのような制度的配慮が必要か。
 - ・ 現行の高額療養費制度においても、例えば、加入する保険者が変わった場合に多数回該当のカウントが引き継がれない、現物給付化されていることで費用総額が見えにくくなっているため、制度を意識する機会が少ない、また、コスト意識という面での課題を指摘する意見もあった。これらを踏まえ、現行制度における課題への対応として、運用面を含めどのような対応が考えられるか。

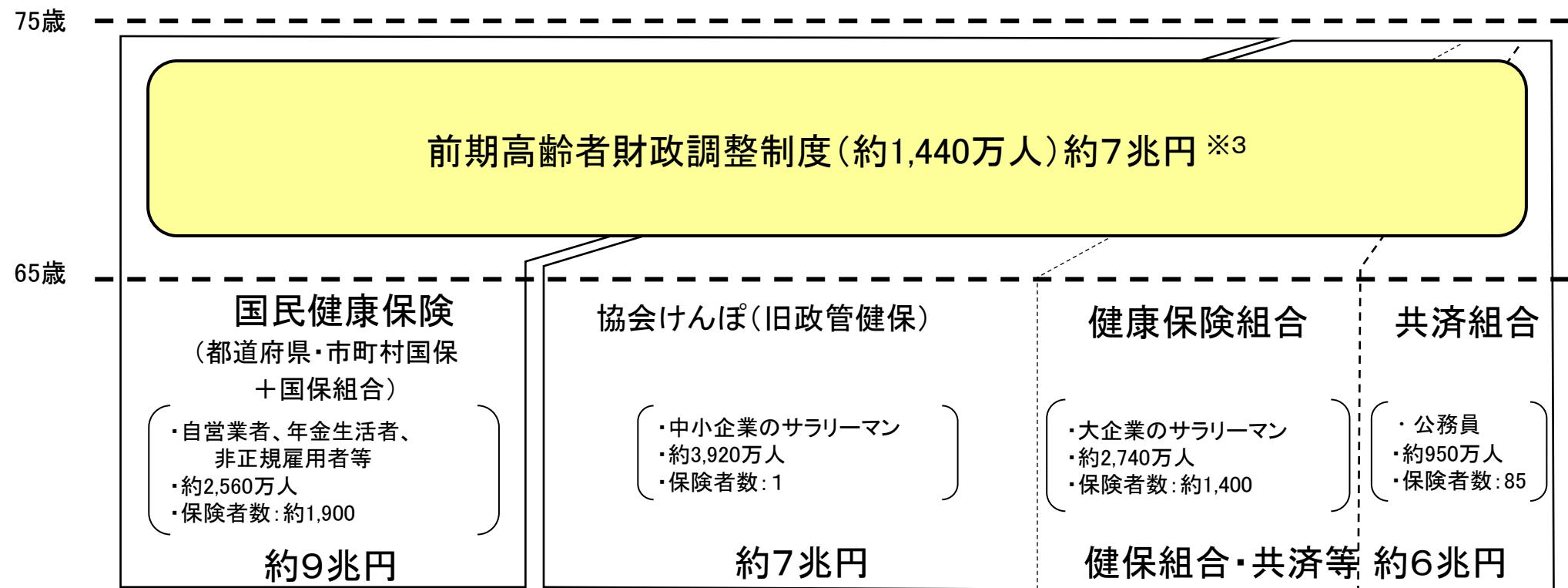
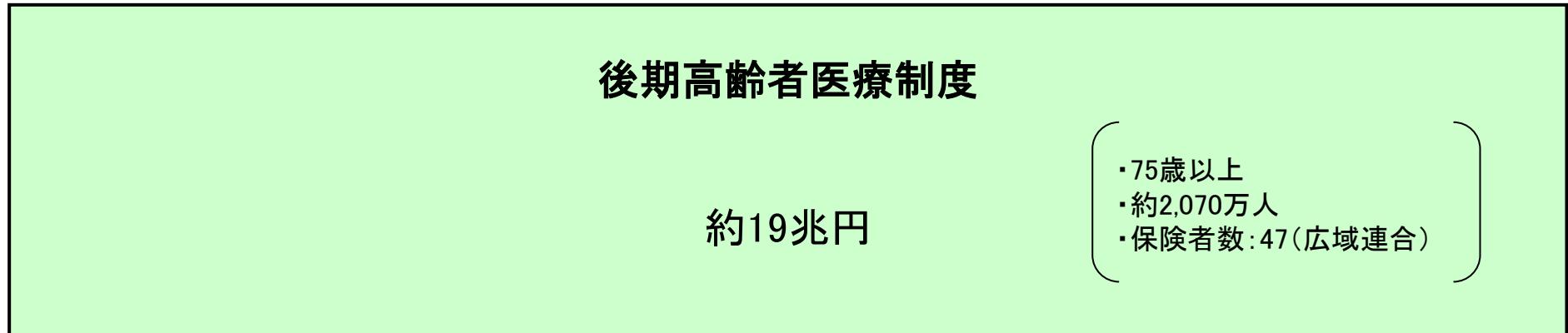
2. 高齢者医療制度の概況

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

医療保険制度の体系



※1 加入者数・保険者数、金額(給付費)は、令和7年度予算ベースの数値。

※2 上記のほか、法第3条第2項被保険者(対象者約2万人)、船員保険(対象者約11万人)がある。

※3 前期高齢者数(約1,440万人)の内訳は、国保約990万人、協会けんぽ約320万人、健保組合約90万人、共済組合約30万人。

高齢者医療制度の財政

- 国保と被用者保険の二本立てで国民皆保険を実現しているが、所得が高く医療費の低い現役世代は被用者保険に多く加入する一方、退職して所得が下がり医療費が高い高齢期になると国保に加入するといった構造的な課題がある。このため、高齢者医療を社会全体で支える観点に立って、75歳以上について現役世代からの支援金と公費で約9割を賄うとともに、65歳～74歳について保険者間の財政調整を行う仕組みを設けている。
- 旧老人保健制度において「若人と高齢者の費用負担関係が不明確」といった批判があったことを踏まえ、75歳以上を対象とする制度を設け、世代間の負担の明確化等を図っている。

後期高齢者医療制度

対象者数

75歳以上の高齢者 約2,070万人

後期高齢者医療費

20.4兆円（令和7年度予算ベース）
給付費 18.7兆円
患者負担 1.7兆円

保険料額（令和6・7年度見込）

全国平均

令和6年度：7,082円／月

令和7年度：7,192円／月

※基礎年金のみを受給されている方は
1,260円／月

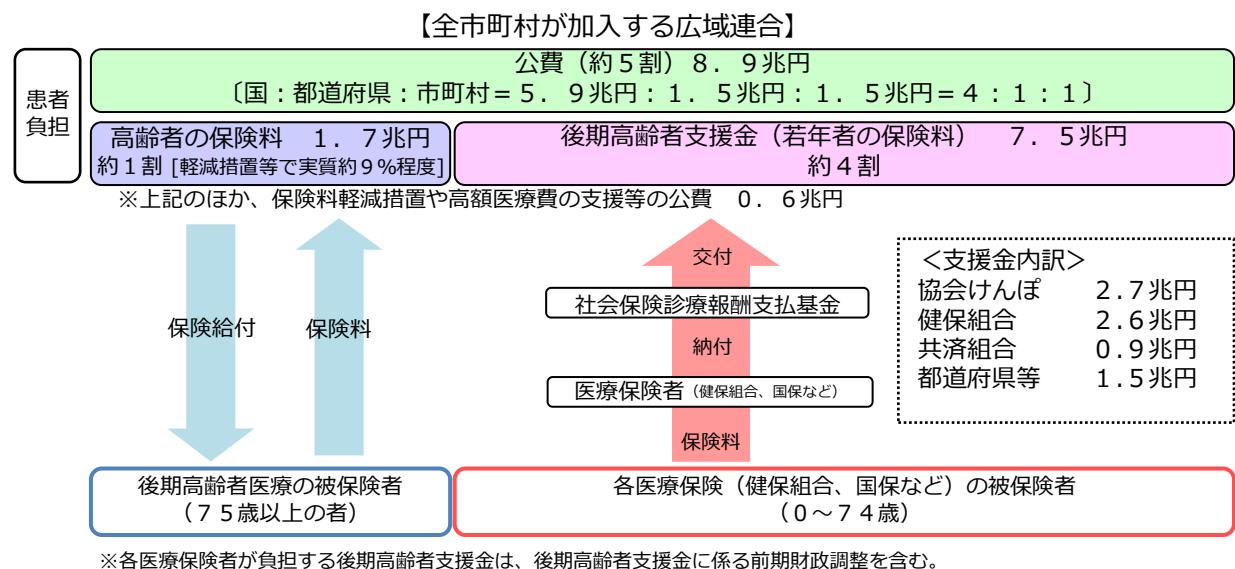
前期高齢者に係る財政調整

対象者数

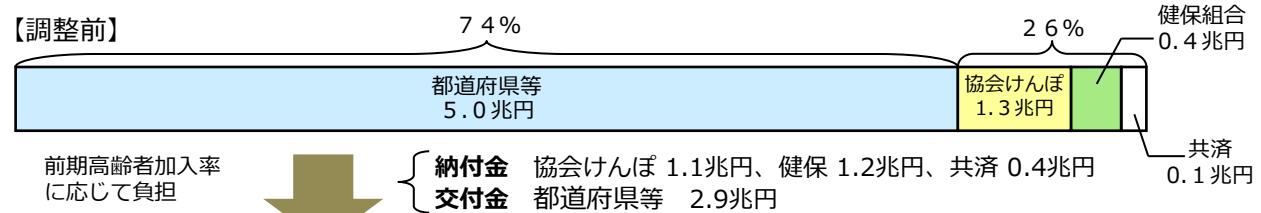
65～74歳の高齢者
約1,440万人

前期高齢者給付費

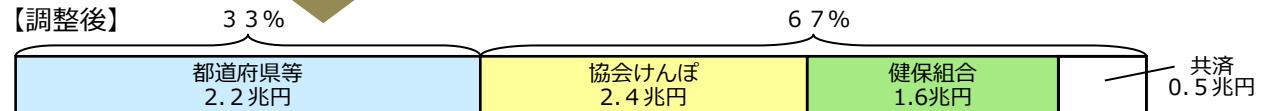
6.8兆円
(令和7年度予算ベース)



調整前

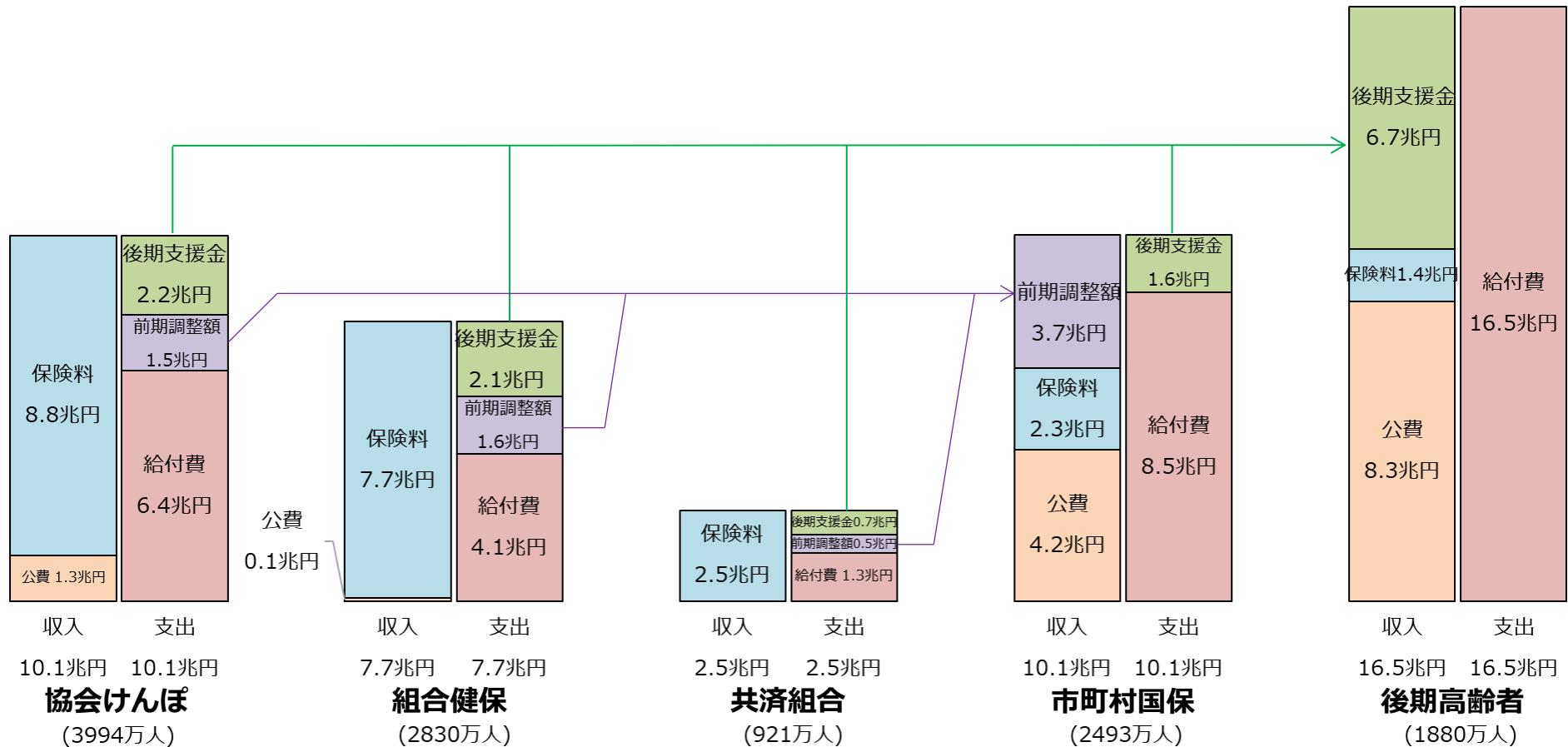


調整後



制度別の財政の概要（令和4年度）

医療保険制度間では、年齢構成による医療費の違いなどによる財政の負担を調整するために、負担を調整する仕組みとなっています（前期調整額）。また後期高齢者に係る給付費の一部は他の制度も支援金という形で負担しています（後期支援金）。



注1 前期調整額及び後期支援金の拠出側の合計と交付側の金額が一致しないのは、表示されていない他制度（国保組合など）があるため。

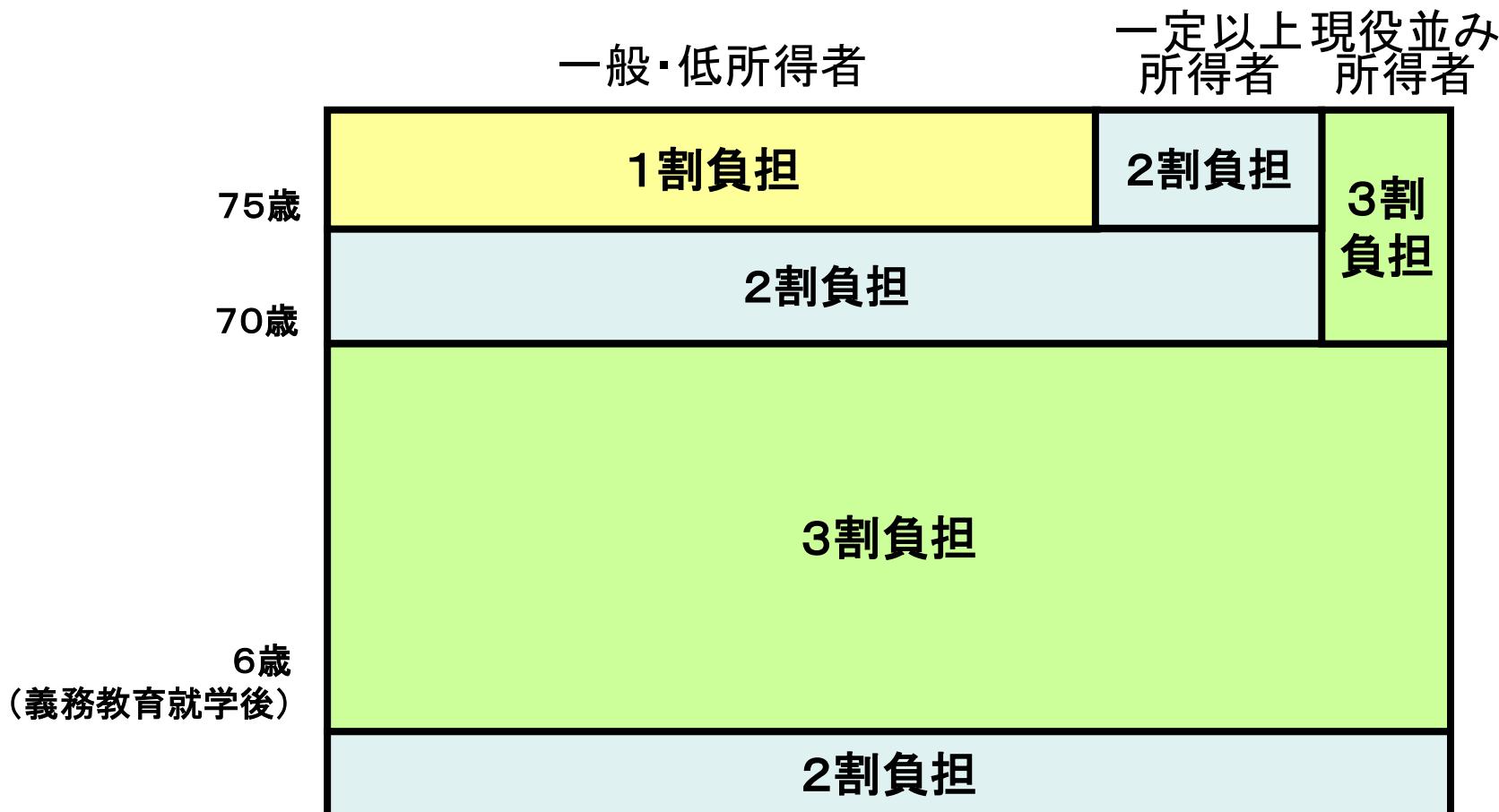
注2 「前期調整額」には、退職拠出金も含む。また、市町村国保の後期高齢者支援金に係る前期調整額は、「収入」の「前期調整額」に含めており、「支出」の「後期支援金」には調整前の金額を記載している。

注3 括弧内の人数は、当該制度の加入者数（年度平均）を示している。

医療費の一部負担（自己負担）割合について

- それぞれの年齢層における一部負担（自己負担）割合は、以下のとおり。

- ・ 75歳以上の者は、1割（現役並み所得者は3割、現役並み所得者以外の一定所得以上の者は2割）。
- ・ 70歳から74歳までの者は、2割（現役並み所得者は3割。）。
- ・ 70歳未満の者は3割。6歳（義務教育就学前）未満の者は2割。



後期高齢者医療における2割負担の導入

- 現役世代の保険料負担の上昇を抑制するため、後期高齢者の患者負担割合への一定の所得がある方への2割負担を、令和4年10月1日から実施。

[① 2割負担の所得基準]

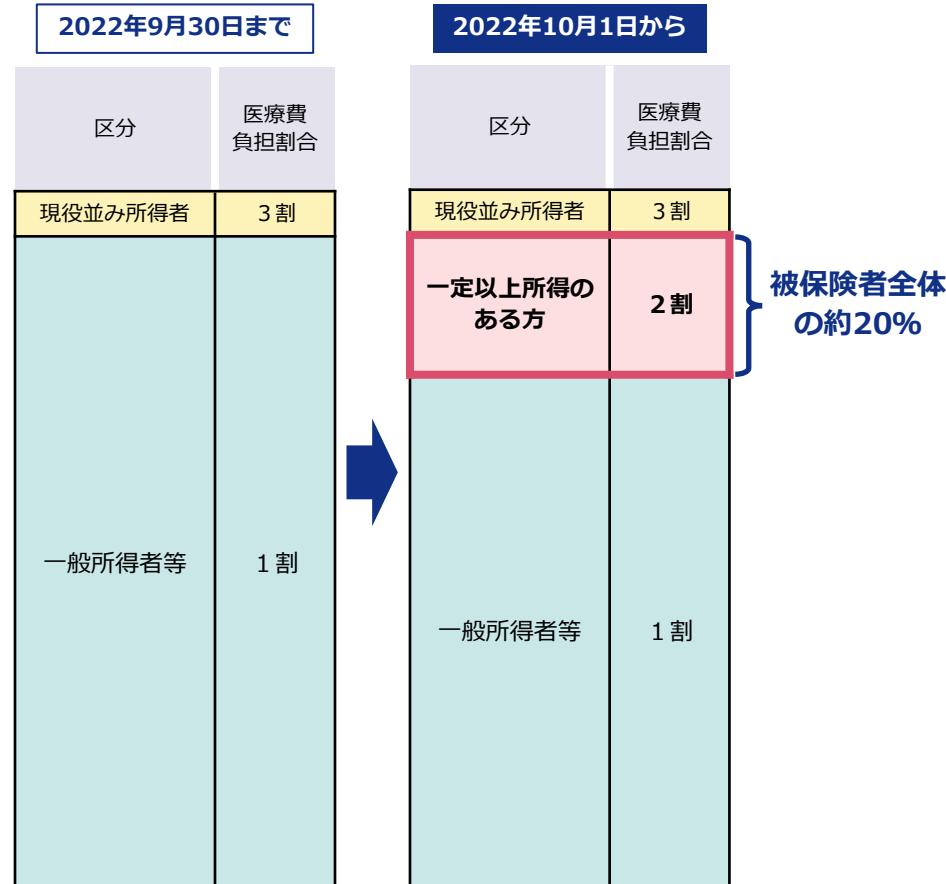
- 課税所得が28万円以上かつ「年金収入+その他の合計所得金額」が200万円以上(※)の方が2割負担の対象

※ 単身世帯の場合。複数世帯の場合は、320万円以上。

※ 対象者は約370万人。被保険者全体(約1,815万人)に占める割合は、20%。

[②配慮措置]

- 長期頻回受診患者等への配慮措置として、2割負担への変更により影響が大きい外来患者について、施行後3年間、ひとつき分の1割負担の場合と比べた負担増を、最大でも3,000円に抑えるような措置を令和7年9月30日まで実施。



後期高齢者の窓口負担割合及び高額療養費自己負担限度額

区分	判定基準	負担割合	外来のみの 月単位の上限額 (個人ごと)	外来及び入院を合わせた 月単位の上限額 (世帯ごと)
現役並み所得 約142万人 (約7%)	課税所得145万円以上 年収単身約383万円以上、複数約520万円以上	3割	収入に応じて80,100～252,600円 + (医療費-267,000～842,000円) × 1% <多数回該当: 44,400円～140,100円>	
一定以上所得 約388万人 (約20%)	課税所得28万円以上 年金収入+その他の合計所得金額が 単身約200万円以上、複数320万円以上	2割	18,000円 〔 年14.4万円 〕 負担増加額3,000円以内 (3年間)	
一般 約601万人 (約31%)	課税所得28万円未満 住民税が課税されている世帯(※)で「一定以上所得」以外	1割	18,000円 〔 年14.4万円 〕	57,600円 <多数回該当: 44,400円>
低所得 II 約505万人 (約26%)	世帯全員が住民税非課税 年収約80万円超		8,000円	24,600円
低所得 I 約306万人 (約16%)	世帯全員が住民税非課税 年収約80万円以下			15,000円
計: 約1942万人				

注) 年収は、単身世帯を前提としてモデル的に計算したもの。年収(収入基準に該当するかどうか)は一定以上所得者は「年金収入+その他の合計所得金額」で判定
人数は「令和5年度 後期高齢者医療事業年報」の令和5年度平均のもの。

一般の年収は、課税所得のある子ども等と同居していない場合は「155万円超」、同居している場合は「155万円以下」も含む。

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（令和5年法律第31号）の概要

改正の趣旨

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、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

改正の概要

1. こども・子育て支援の拡充

【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。
(※) 42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。
- ② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し

【健保法、高確法】

- ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。
- ② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。
健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

3. 医療保険制度の基盤強化等

【健保法、船保法、国保法、高確法等】

- ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
- ② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
- ③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化

【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法、介護保険法、高確法等】

- ①かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
- ②医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
- ③医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
- ④地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
- ⑤出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長(令和5年9月末→令和8年12月末)等を行う。

等

施行期日

令和6年4月1日（ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4①は令和7年4月1日、4③の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日）

高齢者医療の歩み

昭48

昭58

平9

平15.3

平17.12

平18.6

平20.4

平22.12

平24.8

平25.8

平25.12

平28.12

令2.12 令3.6

令5.5

出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入(令和6年4月～)
後期高齢者一人当たりの保険料」と現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の
伸び率を揃える(令和6年4月～)
現役並み所得者(3割負担)を除き、後期高齢者のうち一定以上所得のある方の
窓口負担割合を1割から2割に引き上げ(令和4年10月～)
前期財政調整制度における報酬調整の導入(令和6年4月～)

健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 健保法等の一部を改正する法律成立

全世代対応型の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成立

全世代型社会保障改革の方針

70歳以上の高齢者の高額療養費の上限を見直し(平成29年8月～)
現役並み所得者(3割負担)を除き、後期高齢者のうち一定以上所得のある方の
窓口負担割合を1割から2割に引き上げ(令和4年10月～)

医療保険制度の見直し内容の決定

見直しに向けた検討を行う。
後期高齢者支援金の全面総報酬割、高齢者医療の費用負担の在り方等を検討し、平成27年国保法等改正法により措置。

プログラン法成立

医療制度改革の実施状況等を踏まえ、高齢者医療制度の在り方について必要に応じ
必要な改善を行っていく。

社会保障制度改革国民会議報告書

今後の高齢者医療制度については、状況等を踏まえ、必要に応じて、社会保障制度改革改
革国民会議において検討し、結論を得る。

社会保障制度改革推進法成立

後期高齢者医療制度は一本化し、都道府県単位で運営。
後期高齢者医療制度は廃止し、高齢者も国保か被用者保険に加入。

高齢者医療制度改革会議最終とりまとめ

後期高齢者医療制度等施行

健康保険法等改正法成立

前高齢者医療制度は、75歳以上の後期高齢者と65歳から74歳までの前期
高齢者のそれぞれの特性に応じた新たな制度とする。
後期高齢者について、独立した医療制度を創設

医療保険制度体系等に関する基本方針を閣議決定

公費負担割合を引き上げ(3割～5割)(～平19)
高齢者医療制度は、75歳以上の後期高齢者と65歳から74歳までの前期
高齢者のそれぞれの特性に応じた新たな制度とする。
後期高齢者について、独立した医療制度を創設

政府等で新しい制度の検討を開始 → 新制度まとまらず、次の課題に

保険者(国保や健保など)からの拠出金(仕送り)と公費で運営
市町村が運営主体
患者負担を導入(外来一月4百円、入院一日3百円)
一部負担を定率1割に

老人保健法を制定(老健制度)

高齢者の多い国保の運営厳しく
老人医療費が急増
「老人医療費の無料化」(70歳～)(自治体レベルでは昭和35年～)

高齢者の窓口負担の主な経緯

昭和48年	老人医療費の無料化（70歳以上）
昭和58年	老人保健法が施行され、患者負担を導入 (外来1ヶ月400円、入院1日300円)
昭和61年～平成7年	患者負担を段階的に引き上げ
平成9年9月	患者負担の見直し (外来月4回まで1日500円、入院1日1,000円、外来薬剤は種類数・日数に応じて負担する薬剤一部負担を創設)
平成11年4月	①患者負担を段階的に引き上げ、②7月から国が薬剤一部負担を代わって支払うことを内容とする臨時特例措置を実施（平成13年1月廃止）
平成13年1月	定率1割負担導入 (①個人単位・医療機関単位の月額上限制度、②世帯単位・複数医療機関単位の高額医療費制度の創設)
平成14年10月	一定以上所得者は2割負担、一般区分と住民税非課税区分は1割負担 (①月額上限制度と高額医療費制度を高額療養費制度に一本化、②高額療養費制度に外来上限を設定)
平成18年6月	健康保険法等の一部を改正する法律成立（20年度から70～74歳患者負担を1割→2割）
平成18年10月	現役並み所得区分は3割負担、高額療養費の限度額引き上げ
平成19年10月	70～74歳患者負担の2割への引き上げを凍結（19年度補正予算約2,000億円）
平成26年4月	70～74歳患者負担について、新たに70歳になる方から2割負担（平成30年度末まで）
平成29年8月	高額療養費の限度額引き上げ、外来の年間上限創設
平成30年8月	現役並み所得区分の高額療養費の限度額を細分化
令和4年10月	75歳以上の一定以上所得者について2割負担を導入 (一般所得者等1割、一定以上所得者2割、現役並み所得者3割)

3. 年齢階級別の受診状況、医療費等

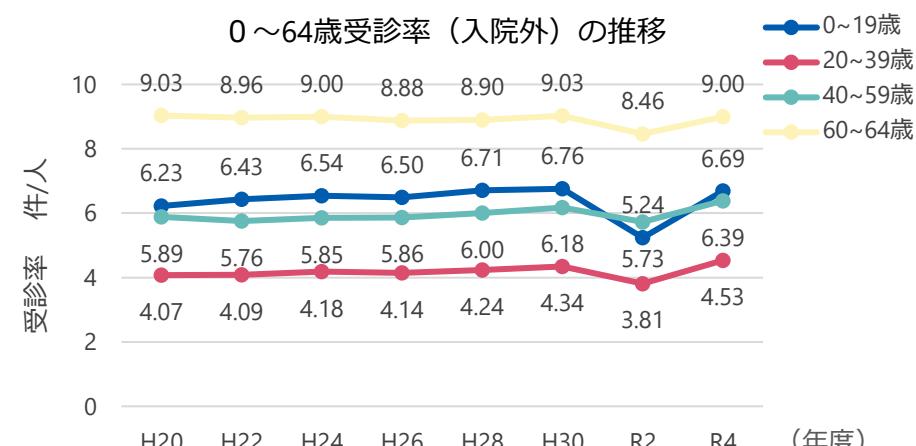
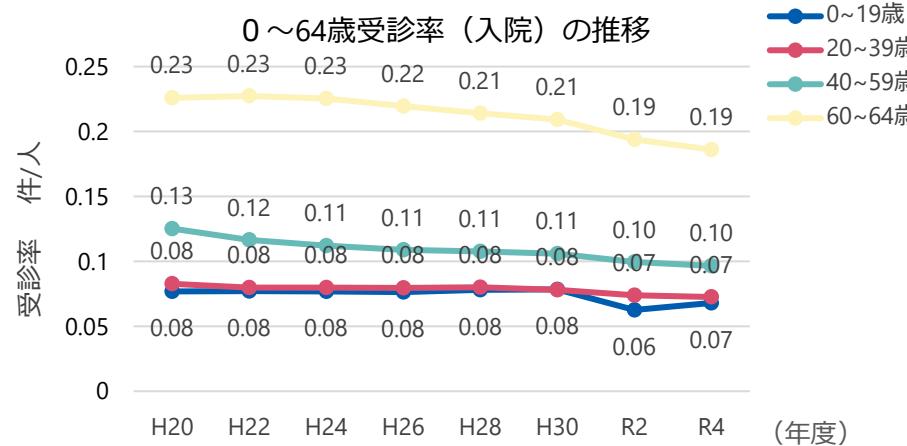
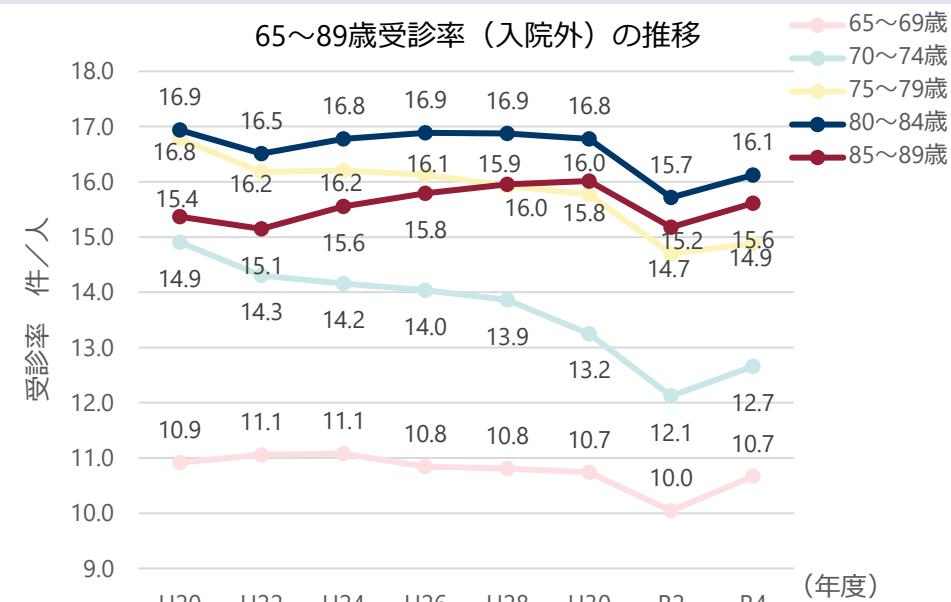
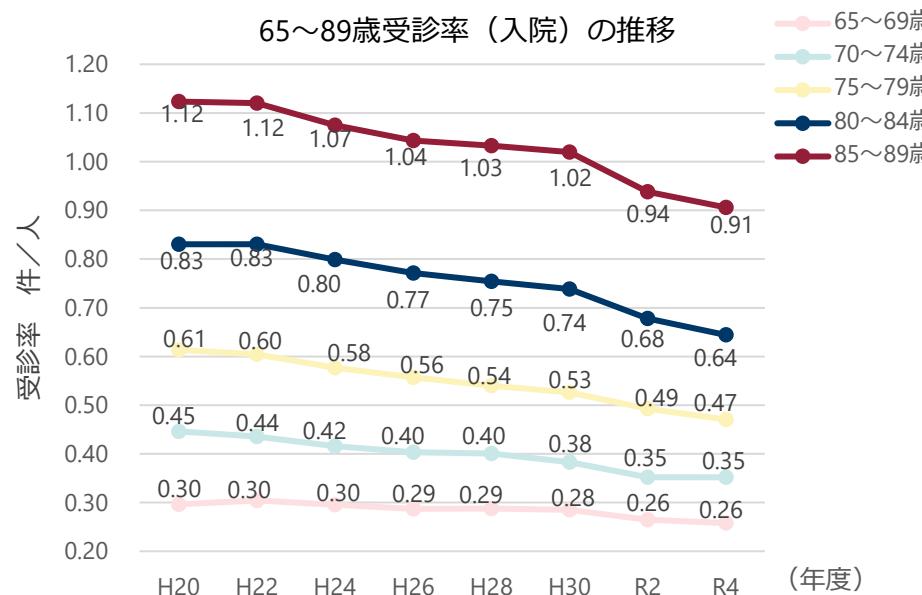
ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

受診率の推移

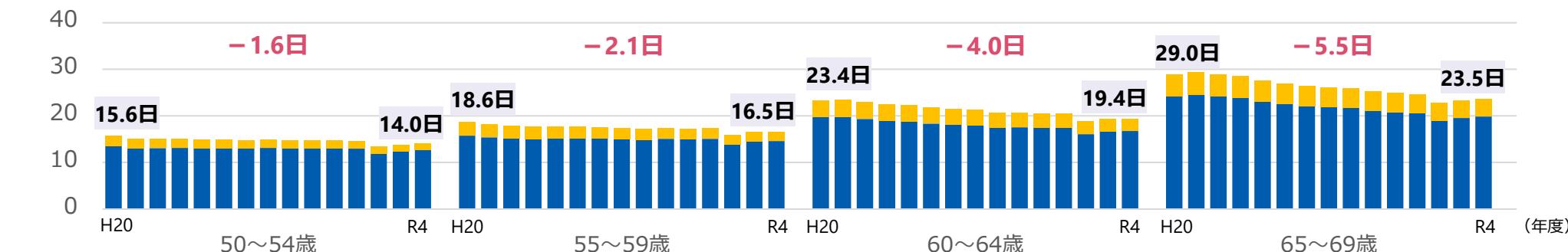
高齢者の受診率は、入院について低下傾向にある。



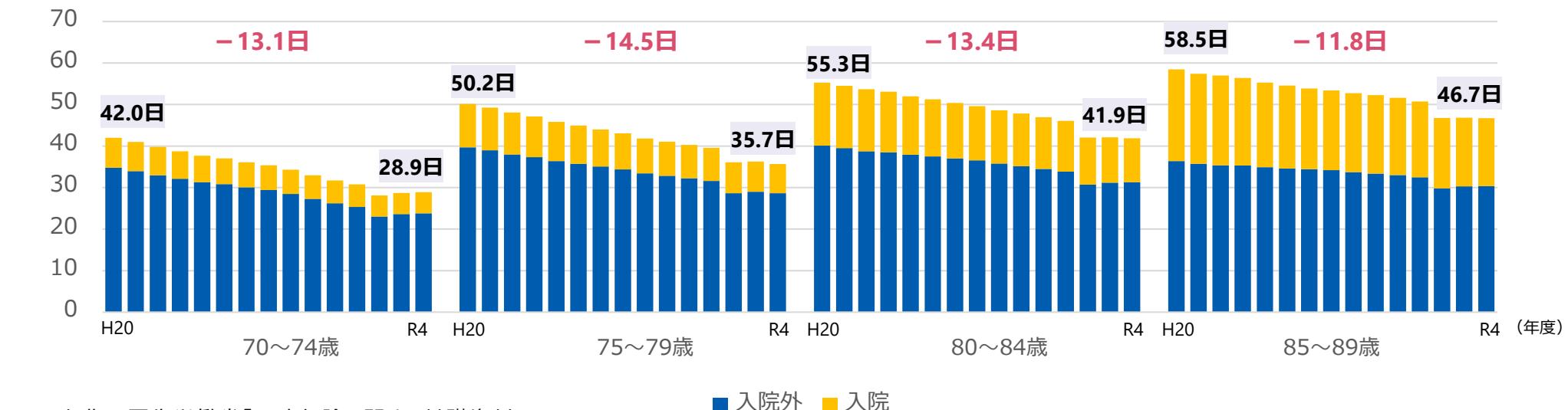
年齢階層別一人当たり受診日数（年間）の推移

70～74歳、75～79歳、80～84歳、85～89歳それぞれの入院・入院外いづれも、平成20年度と比較して年間の日数が減少している。

1人当たり日数（日）



1人当たり日数（日）

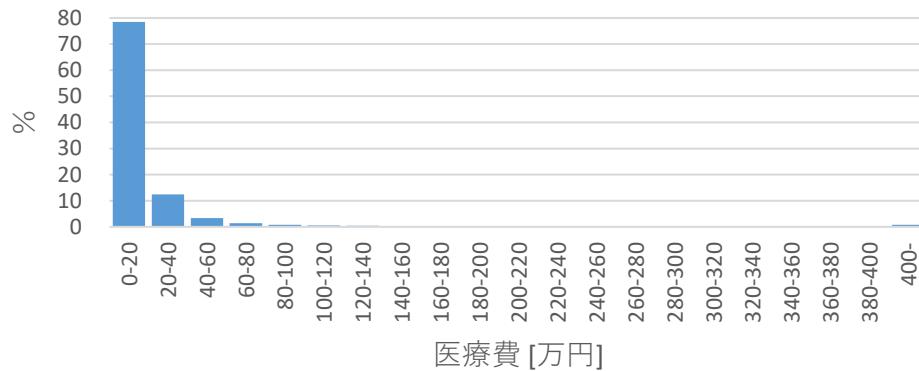


出典：厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

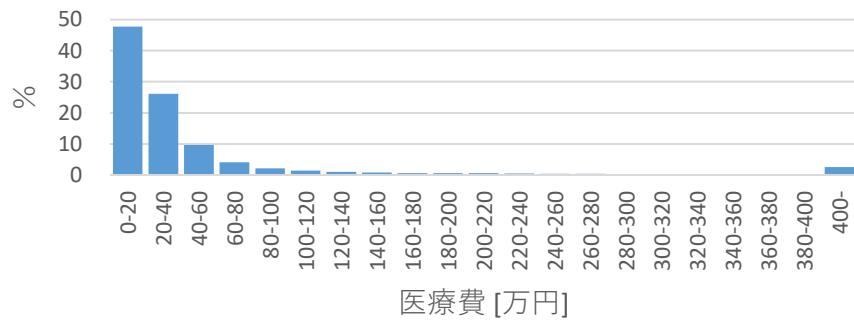
年齢階層別一人当たり医療費（年額）の分布

年齢が高くなるにつれ、医療費が20万円以下の者が占める割合が低下し、より高い医療費の者の割合が高くなる。

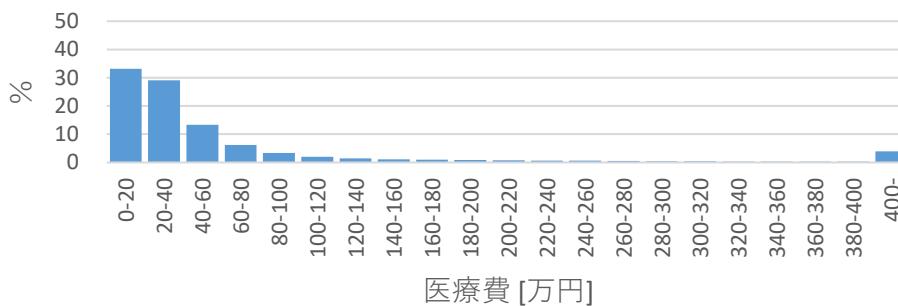
15～69歳の医療費の分布



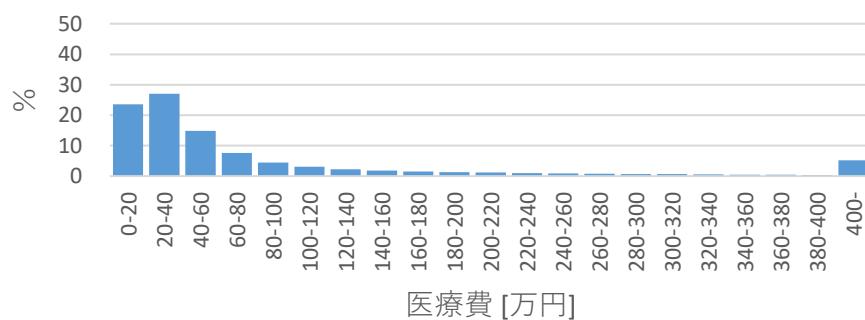
70～74歳の医療費の分布



75～79歳の医療費の分布



80歳以上の医療費の分布



【出典】保険局調査課において令和5年度医療給付実態調査の特別集計結果を用いて推計。

注1) 同一保険者内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして推計したものである。

注2) 自己負担額は、現行の高額療養費制度に当てはめた場合の推計値。また、医療費及び自己負担額は、各個人ごとの1年間の合計値（年額）である。

注3) 1年間医療機関を受診していない者を除く分布である。

注4) 70～74歳の医療費分布においては、70歳の高齢受給及び75歳の後期高齢者医療制度への切替りに伴う影響を除外するため、71～74歳のデータを集計している。

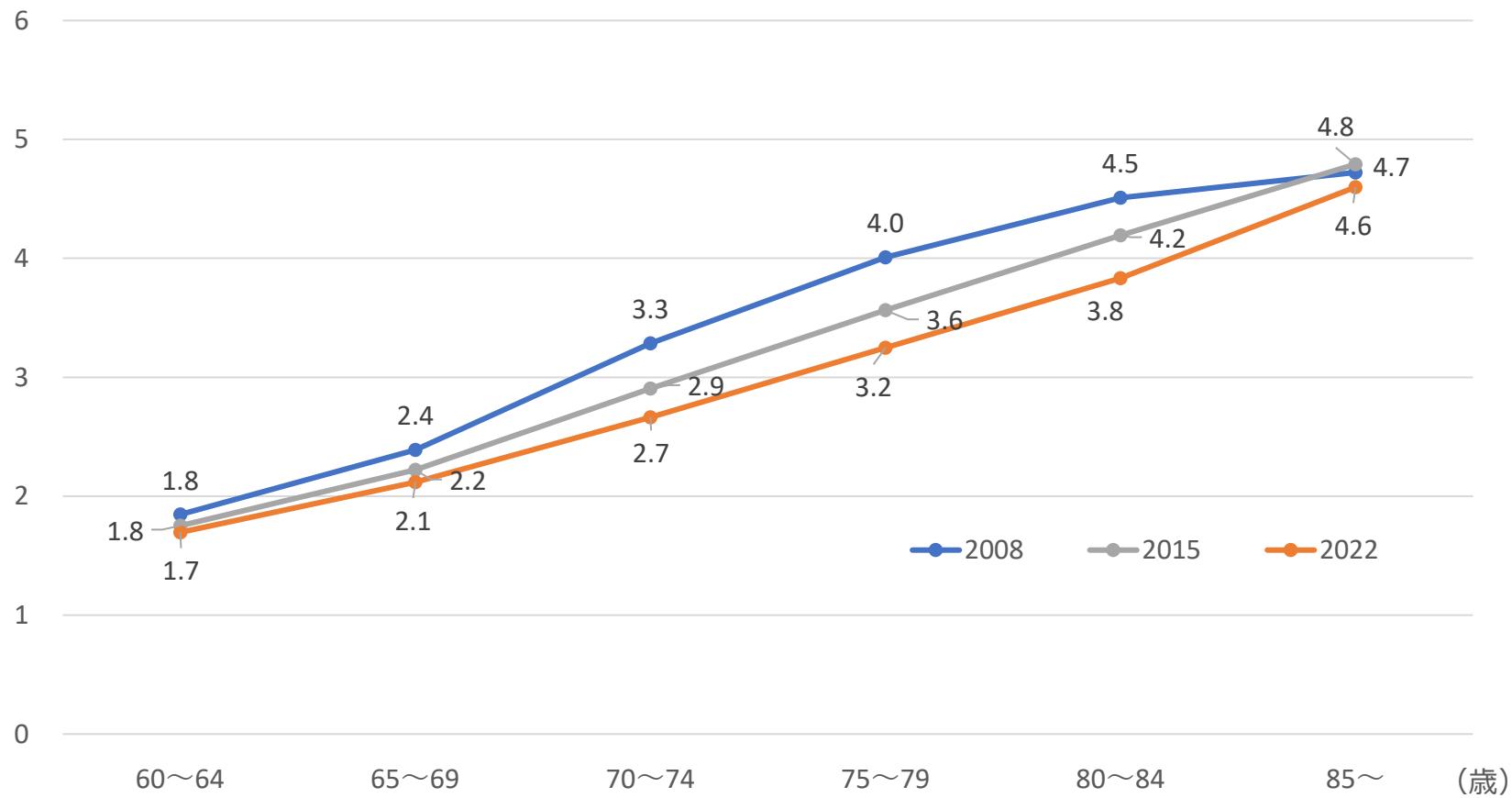
注5) 75～79歳の医療費分布については、75歳の後期高齢者医療制度への切替りに伴う影響を除外するため、76～79歳のデータを集計している。

若年層との比較における高齢者一人当たり医療費水準の推移

若年層との比較における高齢者一人当たりの医療費水準は減少傾向にある。

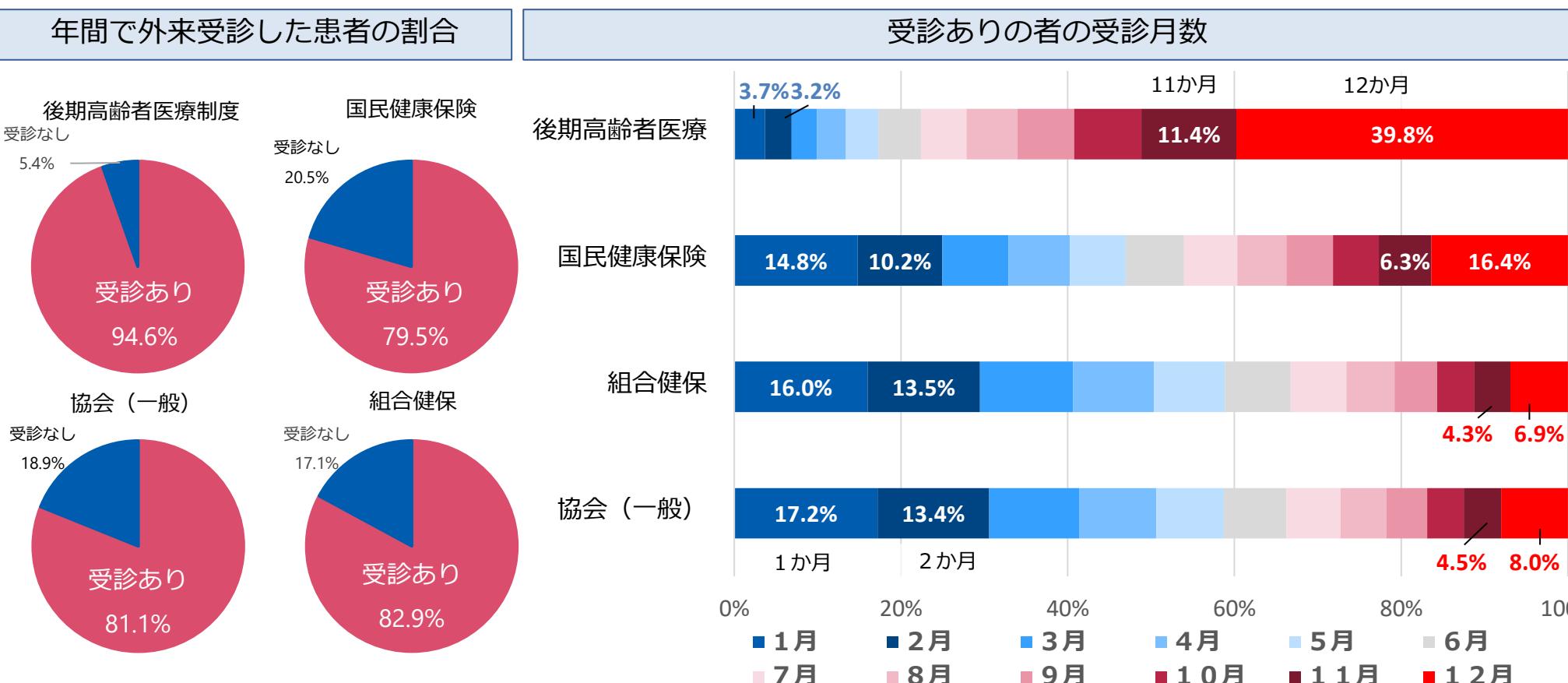
高齢者一人当たりの医療費水準の推移

(各年における15歳から69歳までの一人当たり医療費を1としたときの数値)



外来の受診動向

- 外来診療を受けた者のうち受診月数が2月以下だったのは、被用者保険及び国民健康保険では約3割であるのに対し、後期高齢者医療は約1割。
- 後期高齢者医療では、外来受診者のうち約4割の者が毎月診療を受けている。

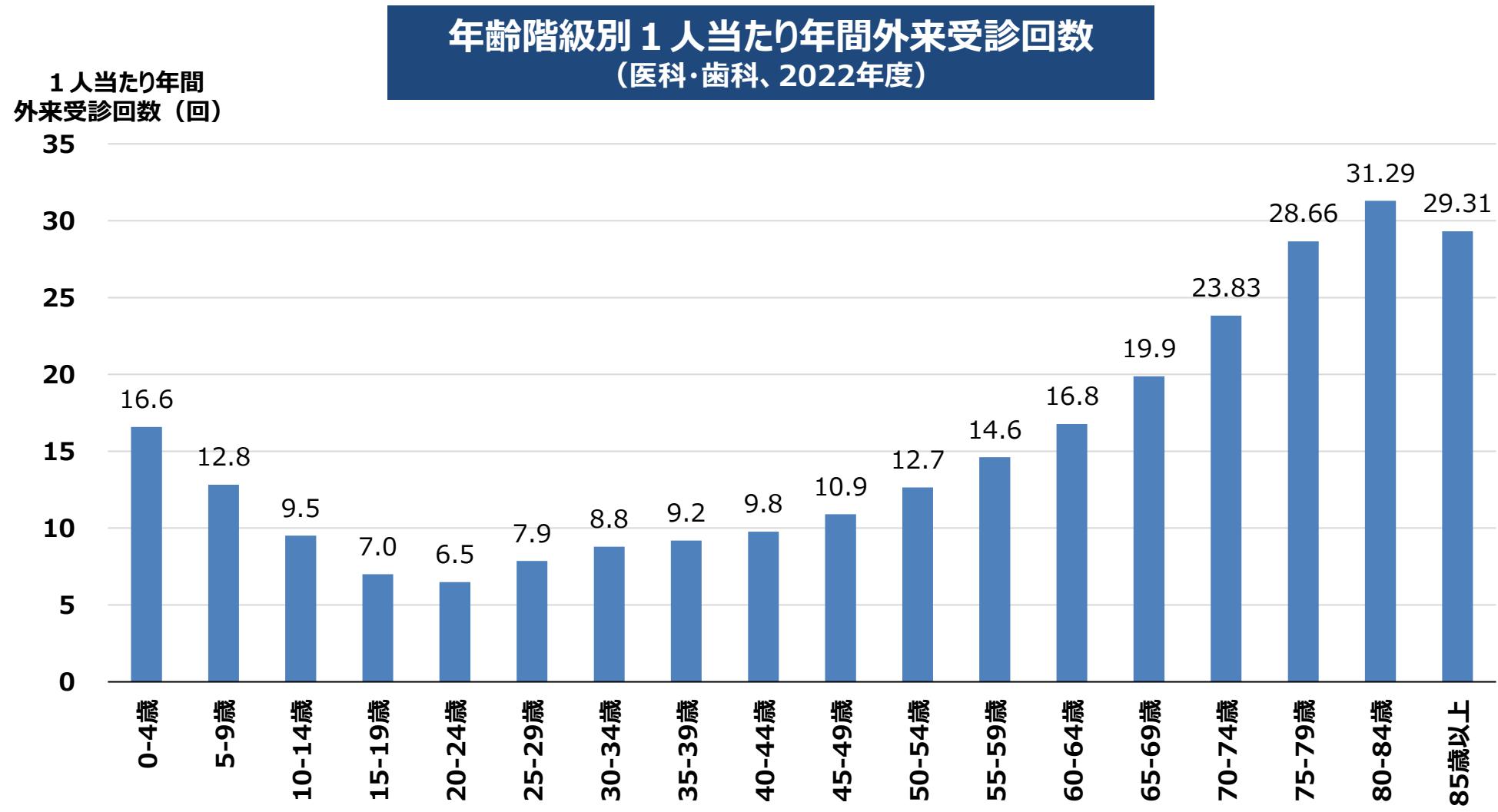


(出典) 医療給付実態調査（令和5年度）

- (注) 1. 集計対象は、協会（一般）、組合健保、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入者である。
2. 同一医療保険制度内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして集計（「名寄せ」）したものから、令和5年度において1年間のうち外来を受診したことのある月の数を集計したもの。
3. 加入者数は、データの提出のあった保険者の加入者数の合計である。

年齢階級別 1人当たり年間外来受診回数

○ 0～4歳と60代前半の外来受診回数は同水準。高齢者の外来受診回数は、年齢に応じて増加する傾向。



出典:厚生労働省 医療保険に関する基礎資料～令和4年度の医療費等の状況～

医療保険と介護保険における受給状況

- 後期高齢者医療制度は、被保険者のうちほとんどの者がサービスを利用している。一方、介護保険制度は、被保険者のうちサービスを利用する者が2割弱にとどまり、利用者1人あたり給付費も医療よりも多くなっている。

医療保険（後期高齢者医療）

医療給付費	被保険者数	利用者数 ※括弧内は被保険者数に占める割合	利用者一人当たり医療給付費
約18.7兆円	約2,070万人	約2,022万人 (97.7%)	約92.5万円

※:医療給付費及び被保険者数は、令和7年予算ベース

介護保険

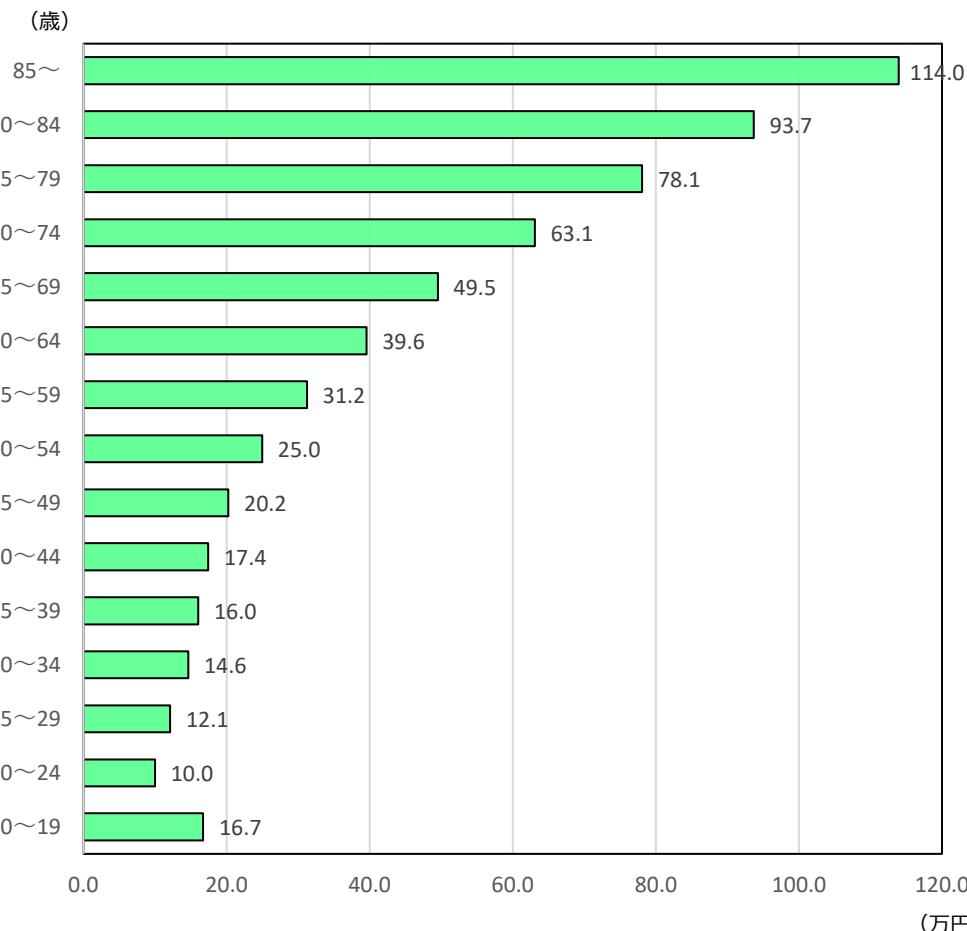
給付費	1号被保険者数	利用者数 ※括弧内は1号被保険者数に占める割合	利用者一人当たり給付費
10.8兆円	約3,589万人	約598万人 (16.7%)	約181万円

（出典）令和5年度介護保険事業状況報告

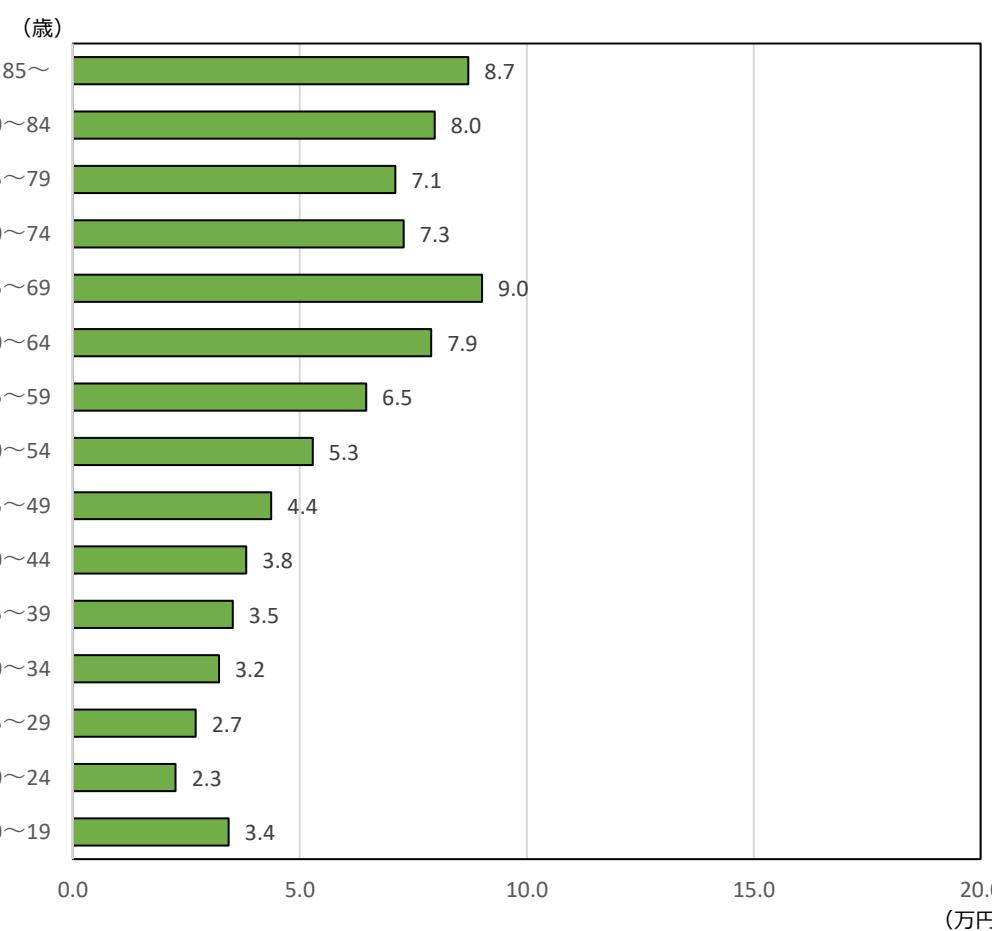
年齢階級別一人当たり医療費と自己負担額（令和5年度）

- 高齢になるにつれて一人当たり医療費は高くなるが、一人当たり自己負担額のピークは60代後半。
- 70代以降は、医療費は高額になるにもかかわらず、一人当たり自己負担額は低く抑えられている。

年齢別階級別一人当たり医療費



年齢階級別一人当たり自己負担額



出典：令和5年度の各医療保険制度の事業状況や医療給付実態調査等を用いて推計

4. 年齢階級別の所得、就業率等

ひと、くらし、みらいのために

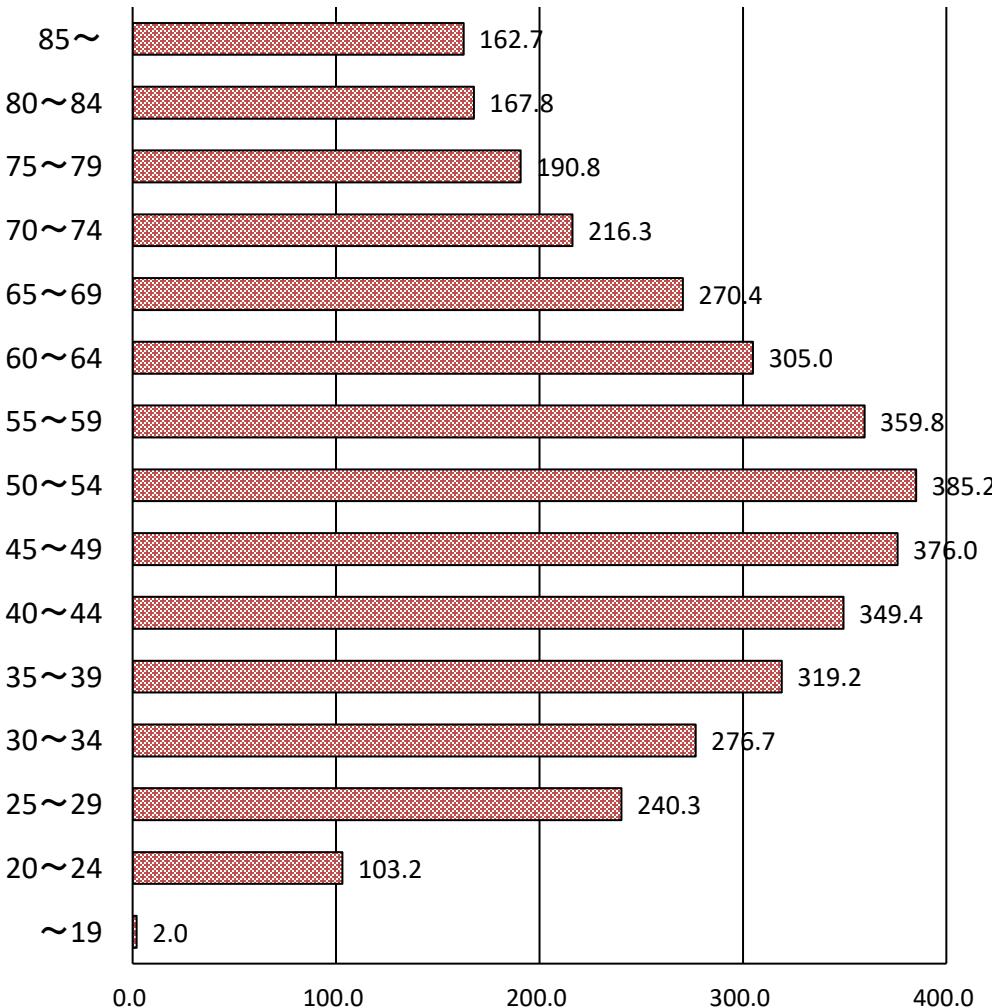


厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

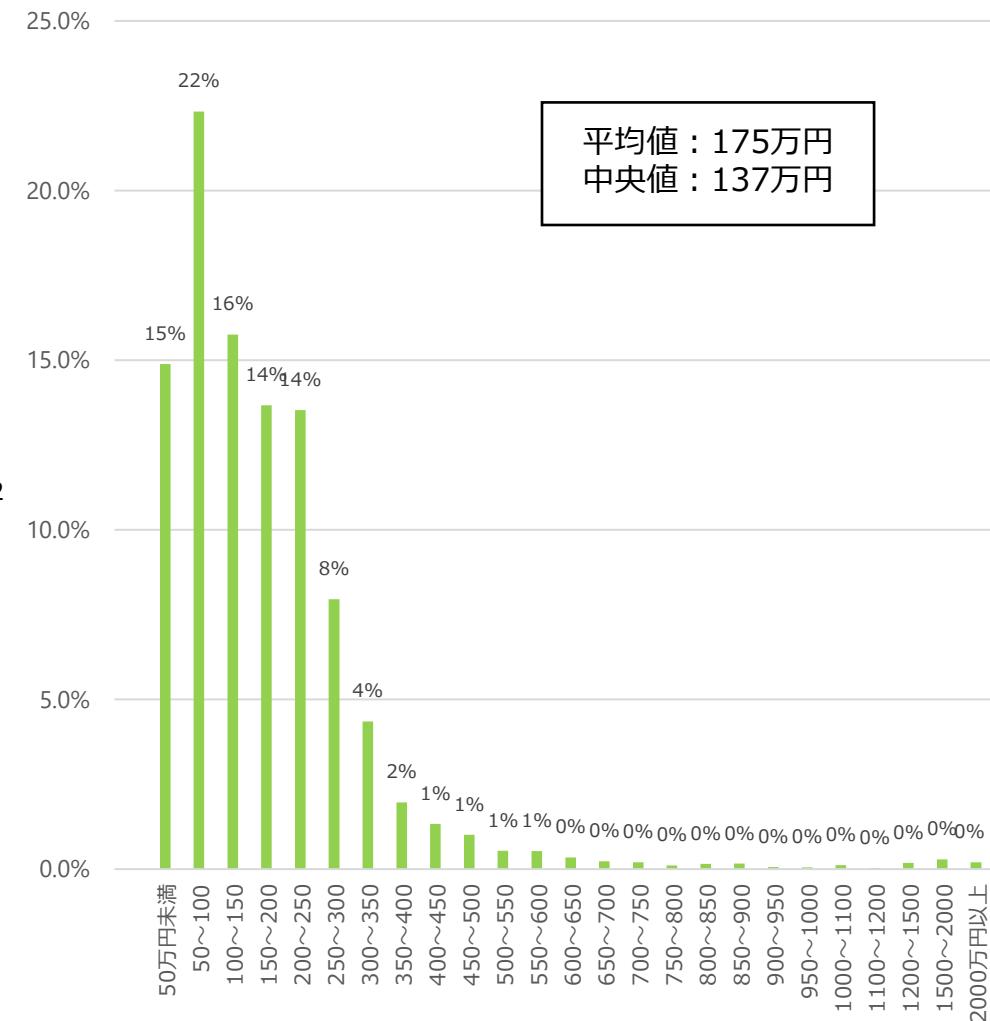
高齢者の収入の状況（2021年）

- 平均収入は、50～54歳を頂点に、年齢を重ねるにつれて低下。
- 75歳以上個人の収入は、50%以上が150万円未満の階層に分布している。

＜年齢階層別の平均収入＞



＜75歳以上個人の収入額の分布＞



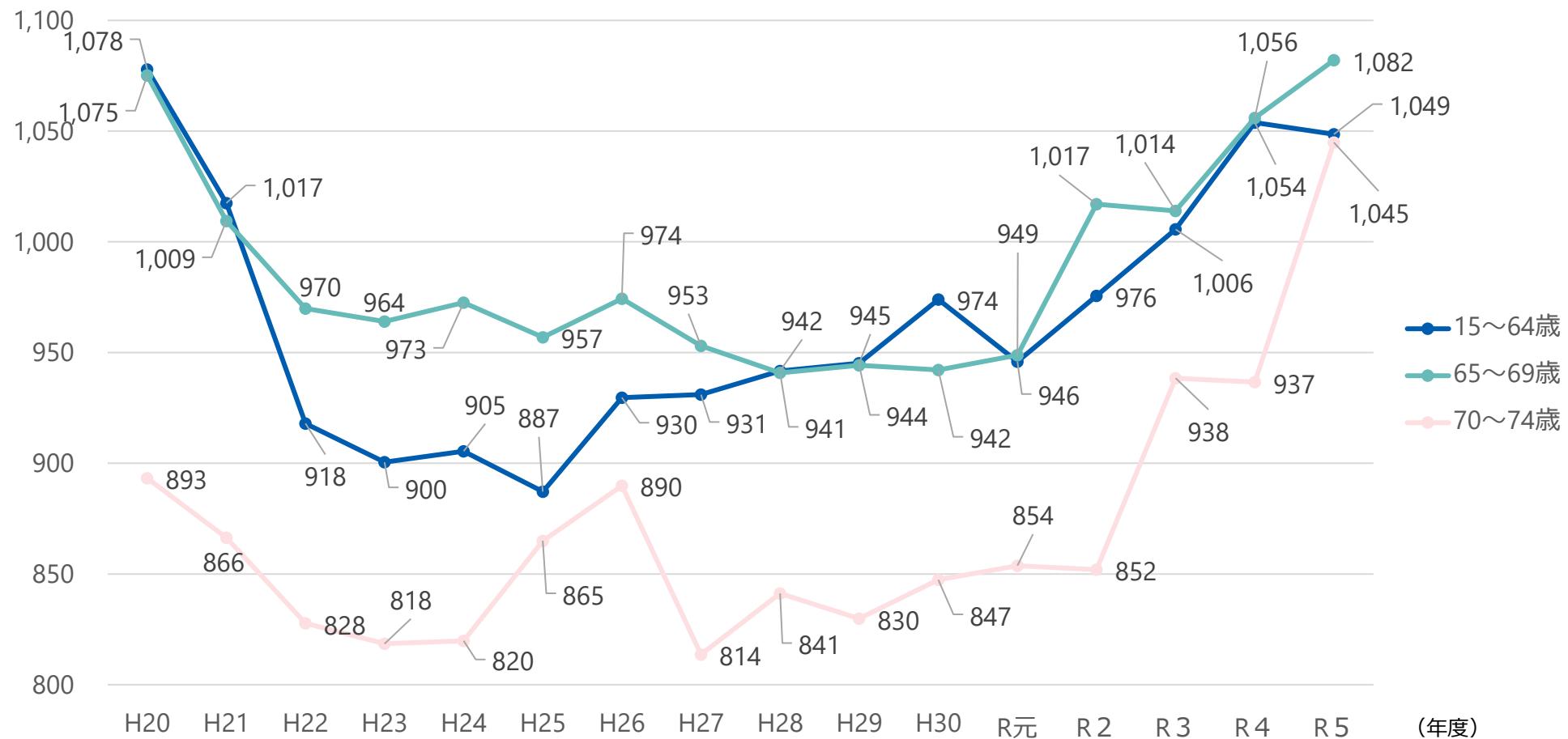
【出典】2022年（令和4年）国民生活基礎調査（抽出調査）

※「収入」は、給与収入、年金等については給与所得控除、公的年金等控除を適用する前の金額。（事業収入等に係る仕入原価や必要経費は差し引いている）

国民健康保険の被保険者一人当たり所得額の推移（平成20年度以降）

(千円)

国保被保険者一人当たり所得額

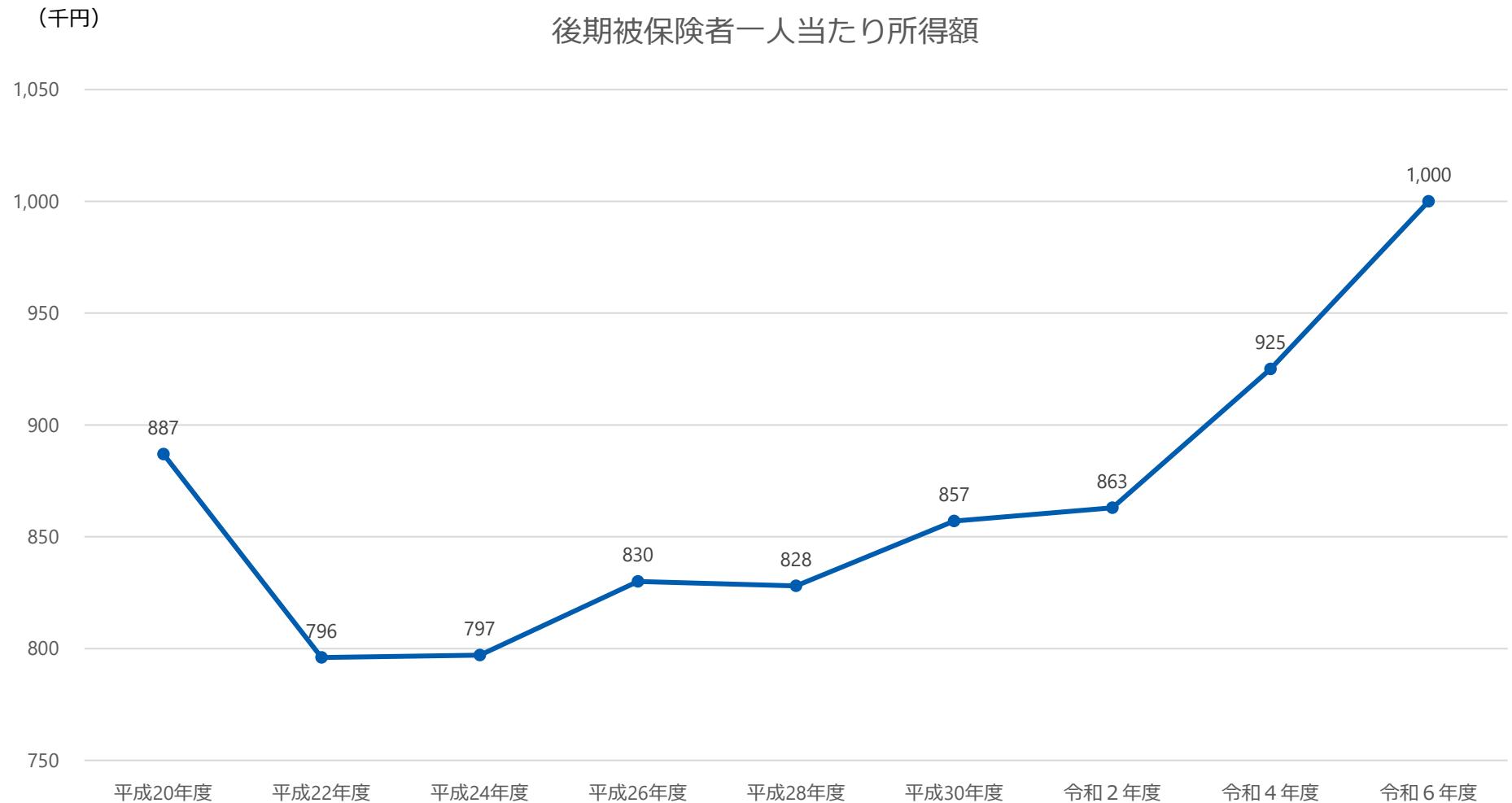


出典：厚生労働省「国民健康保険実態調査」

(注) 「所得」とは、収入から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除等を差し引く等して得られた所得（基礎控除前）をいう。
(注) 所得不詳の被保険者を除いて集計している。

※ 令和2年度から令和3年度にかけては平成30年度税制改正による給与所得控除及び公的年金等控除の引き下げの影響に留意。

後期高齢者医療制度の被保険者一人当たり所得額の推移（平成20年度以降）



出典：厚生労働省「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」

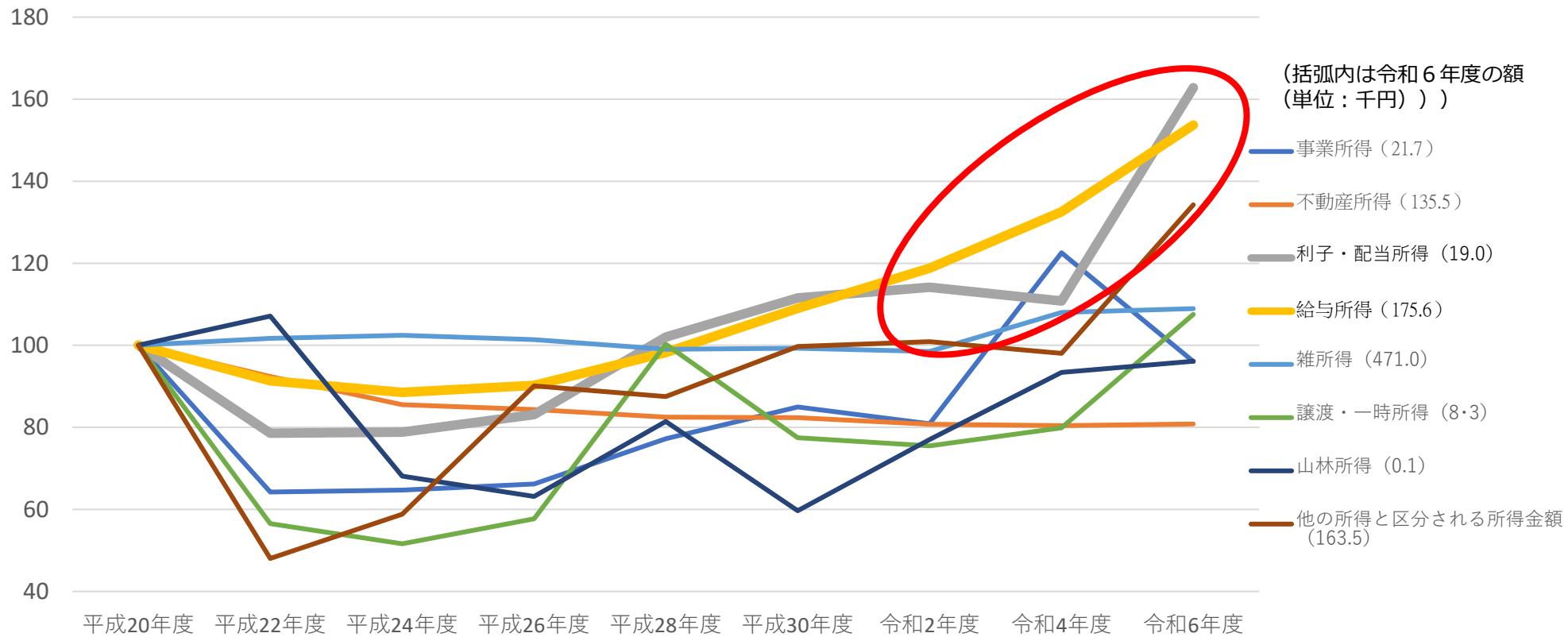
※ 「所得」とは、収入から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除等を差し引く等して得られた所得（基礎控除前）をいう。

※ 令和2年度から令和3年度にかけては平成30年度税制改正による給与所得控除及び公的年金等控除の引き下げの影響に留意。

後期高齢者制度の被保険者一人当たり種類別所得の推移（平成20年度以降）

後期高齢者の種類別所得の伸びをみると、「利子・配当所得」及び「給与所得」が大きく伸びている

(平成20年度 = 100)



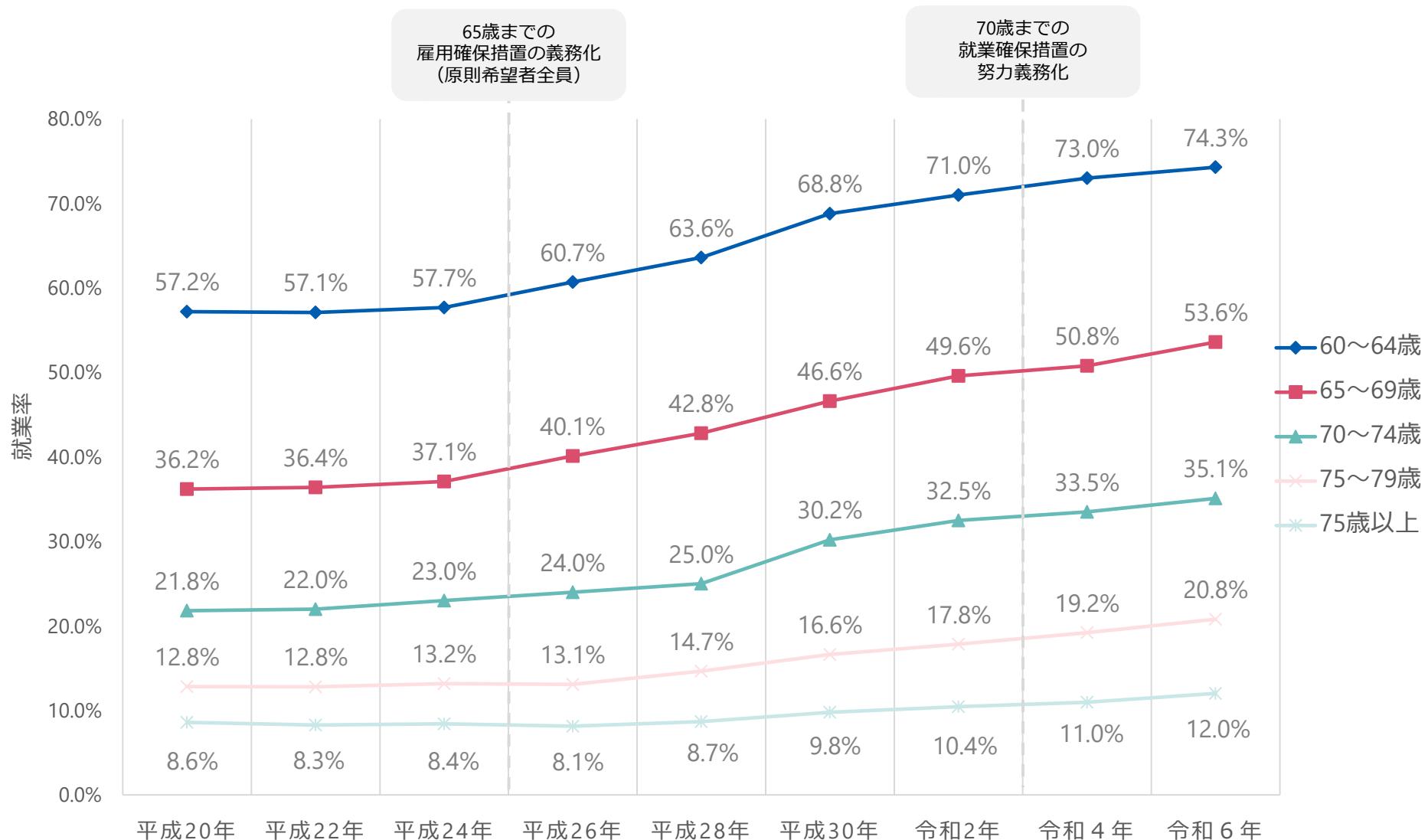
※「利子・配当所得」は確定申告がされ保険料等の算定対象となっているものに限る。

※「他の所得と区分される所得」とは分離課税の所得を指し、土地や建物、株式の譲渡や先物取引などが含まれる。

※令和2年度から令和3年度にかけては平成30年度税制改正による給与所得控除及び公的年金等控除の引き下げの影響に留意。

出典：厚生労働省「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」

高齢者の就業率の推移（平成20年以降）



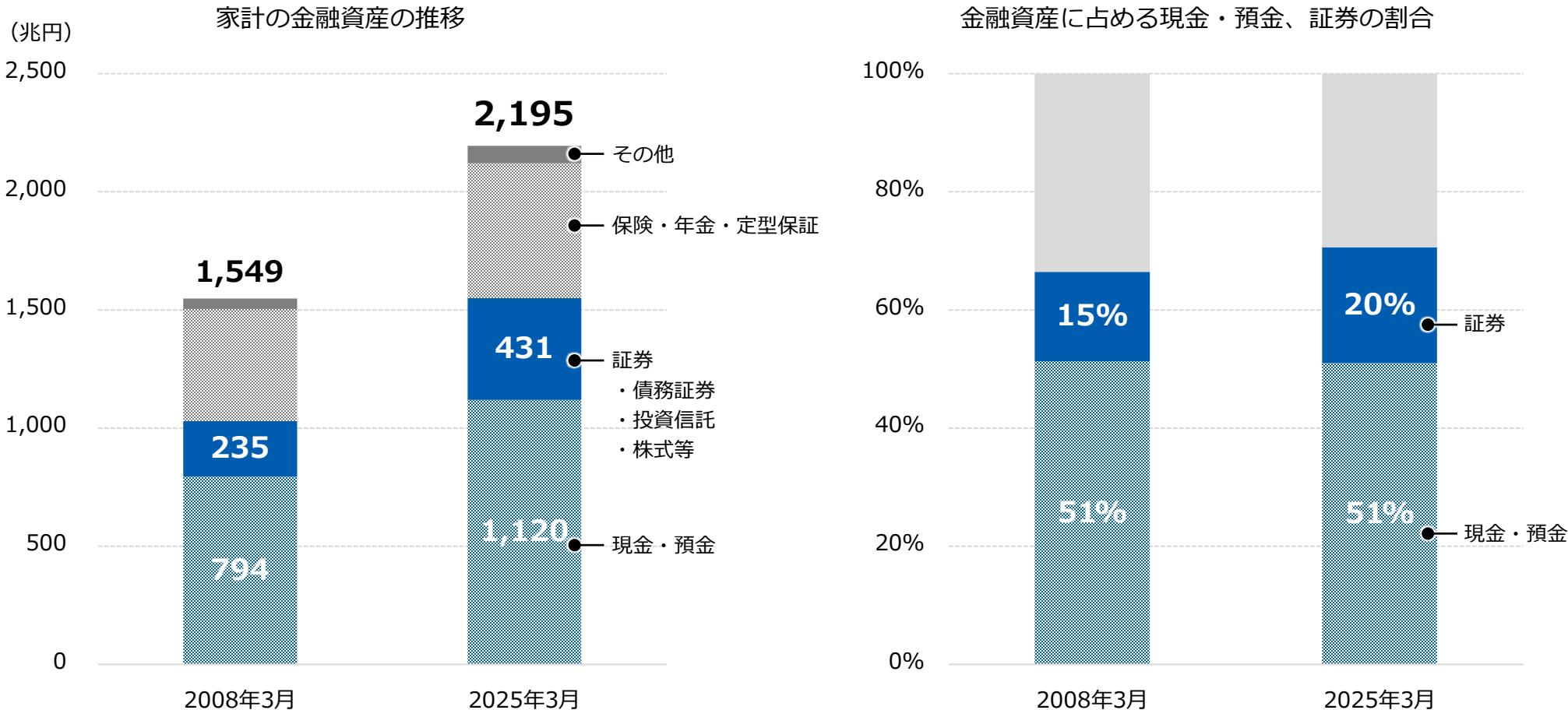
出典：総務省統計局「労働力調査」

(注) 1. 年平均の値。

2. 「就業率」とは、各年齢階級の人口に占める就業者の割合をいう。

家計の金融資産

家計における金融資産は増加しており、株式等の証券が占める割合が増加している



(出典) 日本銀行「資金循環」

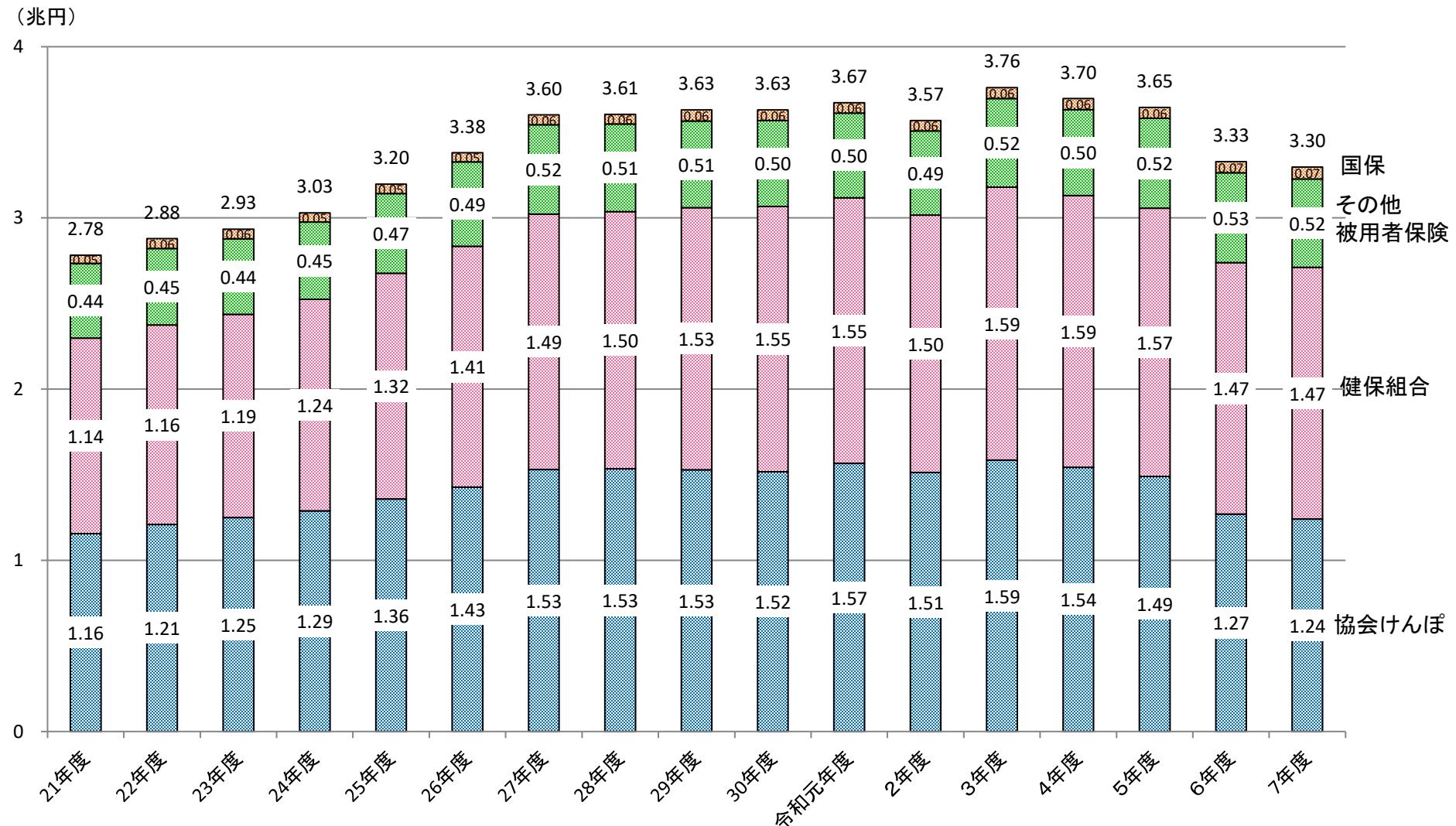
5. 現役世代の拠出金・社会保険料

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

前期高齢者納付金の推移

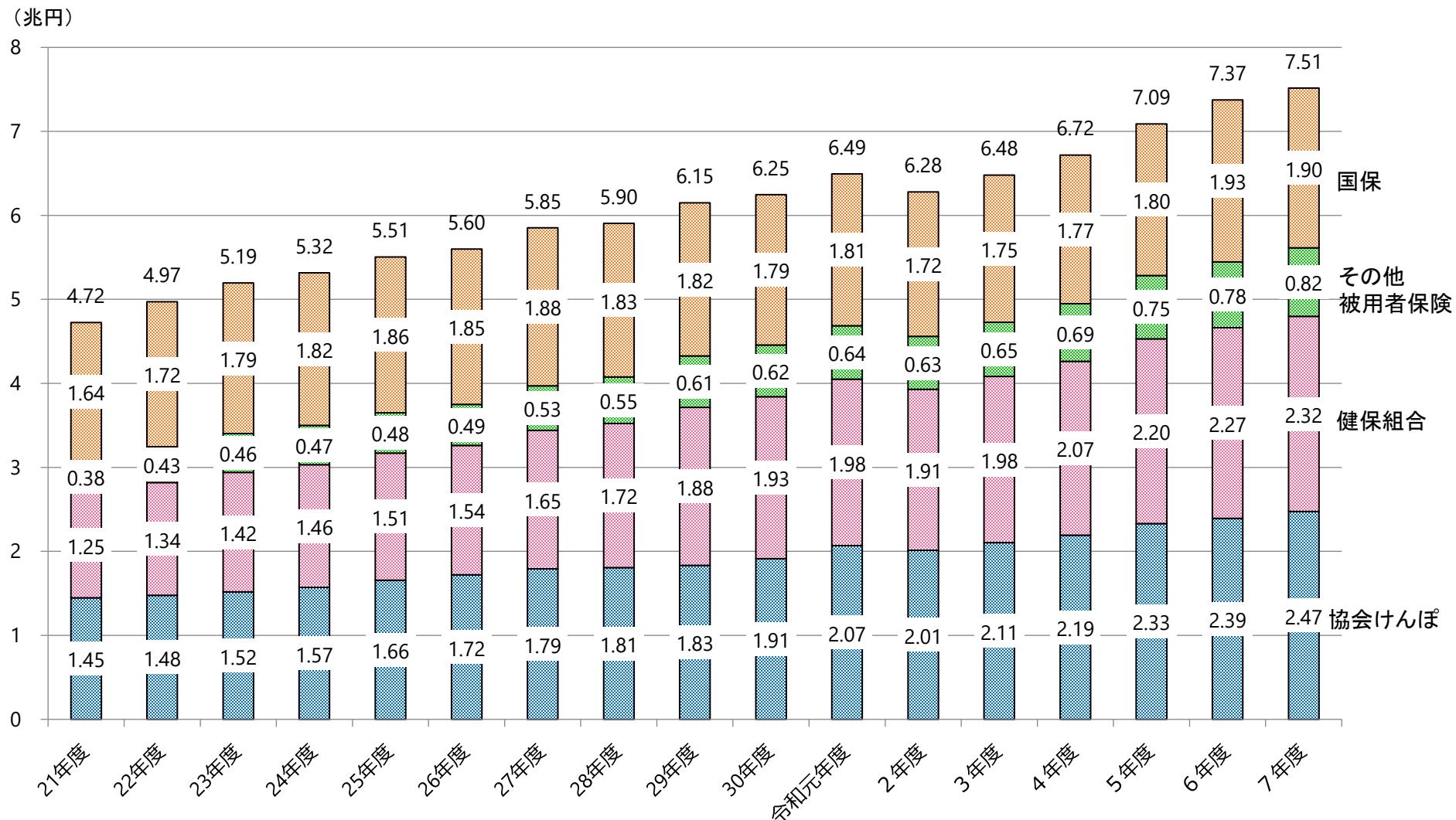


※ 令和3年度以前は確定賦課ベース(出典:医療保険に関する基礎資料～令和3年度の医療費等の状況～(令和5年12月))。

令和4年度及び令和5年度は確定賦課ベース、令和6年度及び令和7年度は概算賦課ベース(令和5年度及び令和7年度は予算案)。

※ 協会けんぽは日雇を含む。

後期高齢者支援金の推移



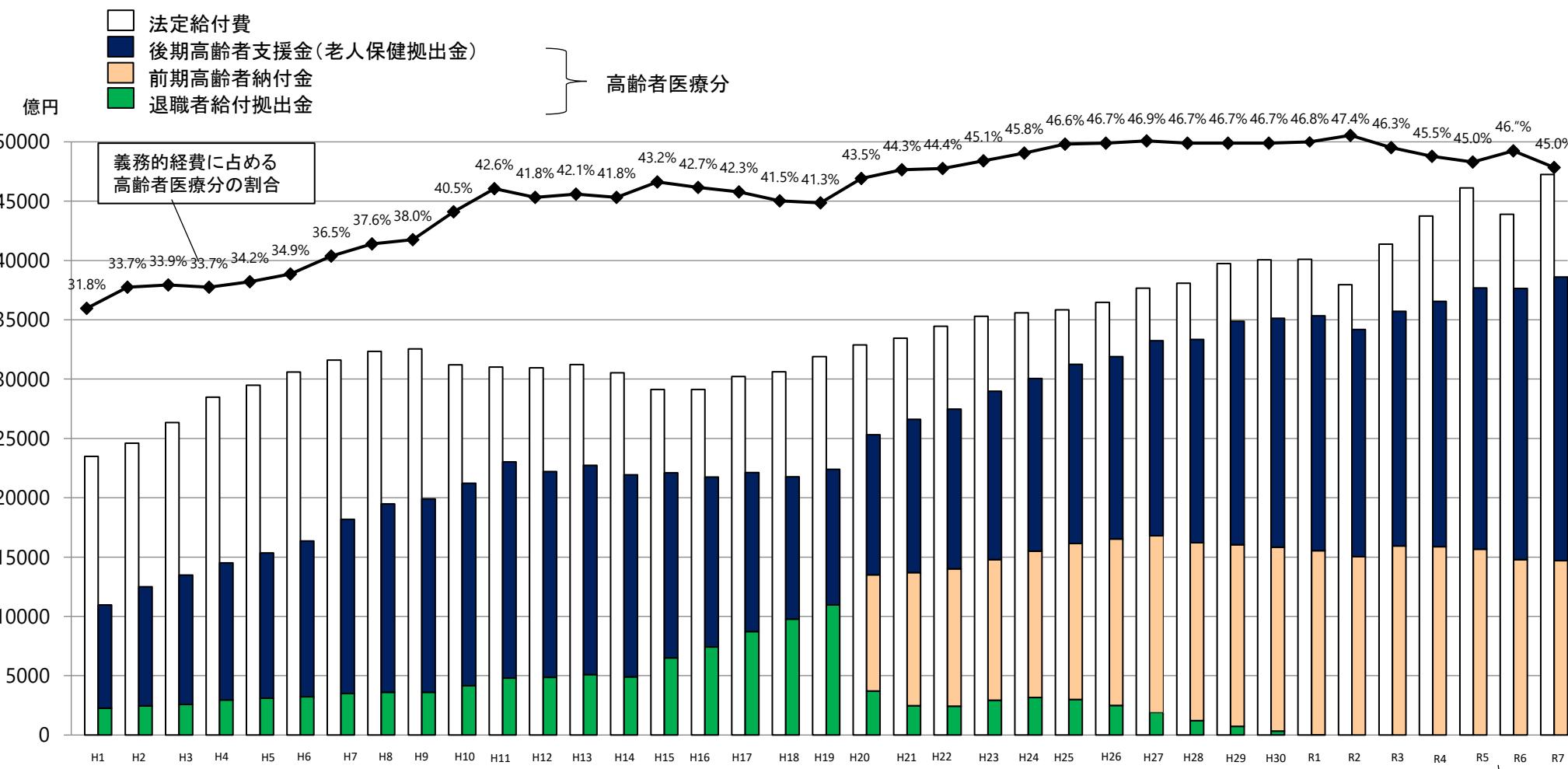
※ 令和3年度以前は確定賦課ベース（出典：医療保険に関する基礎資料～令和3年度の医療費等の状況～（令和5年12月））。

令和4年度及び令和5年度は確定賦課ベース、令和6年度及び令和7年度は概算賦課ベース（令和5年度及び令和7年度は予算案）。

※ 協会けんぽは日雇を含む。

高齢者医療への拠出負担の推移（健保組合）

- 健保組合の義務的経費に占める高齢者医療への拠出負担割合は、45.0%（令和7年度予算ベース）となっている。



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金（平成19年度以前は退職者給付拠出金）及び後期高齢者支援金（平成19年度以前は老人保健拠出金）の合計額。

（概算）

平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

※法定給付費は、令和5年度までは実績額を、令和6年度及び令和7年度は概算額を用いている。

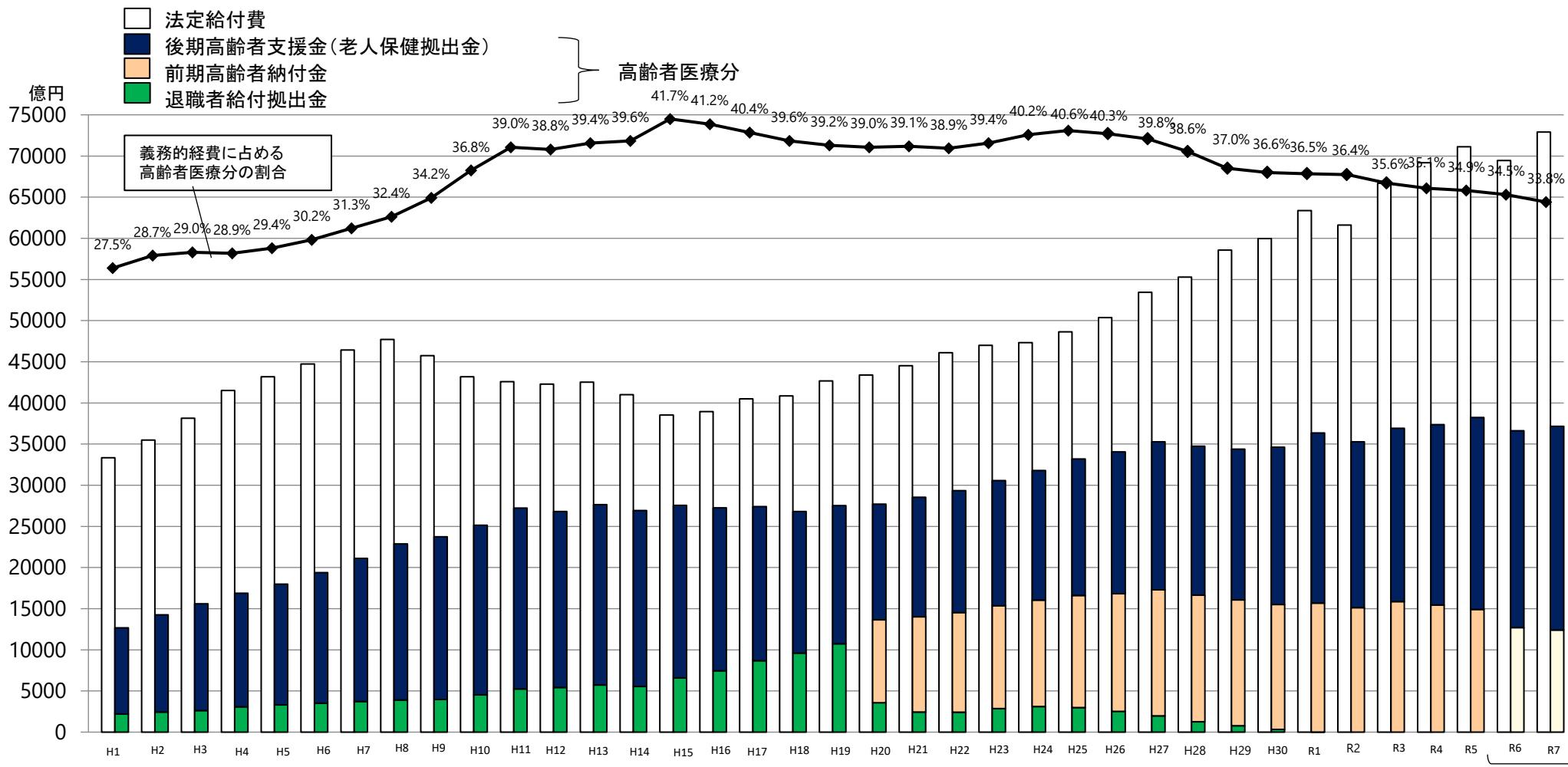
※後期高齢者支援金等は、令和5年度までは医療給付費等実績に基づいた確定額。令和6年度及び令和7年度は概算額を用いている。

※後期高齢者支援金について、平成20年度及び平成21年度は加入者割、平成22年度～26年度は3分の1総報酬割、平成27年度は2分の1総報酬割、平成28年度は3分の2総報酬割、平成29年度以降は全面総報酬割としている。33

※前期高齢者納付金について、令和6年度以降は3分の1報酬調整としている。また、前期高齢者に係る後期支援金分は前期納付金に含まれている。

高齢者医療への拠出負担の推移（協会けんぽ）

- 協会けんぽの義務的経費に占める高齢者医療への拠出負担割合は、33.8%（令和7年度予算ベース）となっている。



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金（平成19年度以前は退職者給付拠出金）及び後期高齢者支援金（平成19年度以前は老人保健拠出金）の合計額。

（概算）

平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

※法定給付費は、令和5年度までは実績額を、令和6年度及び令和7年度は概算額を用いている。

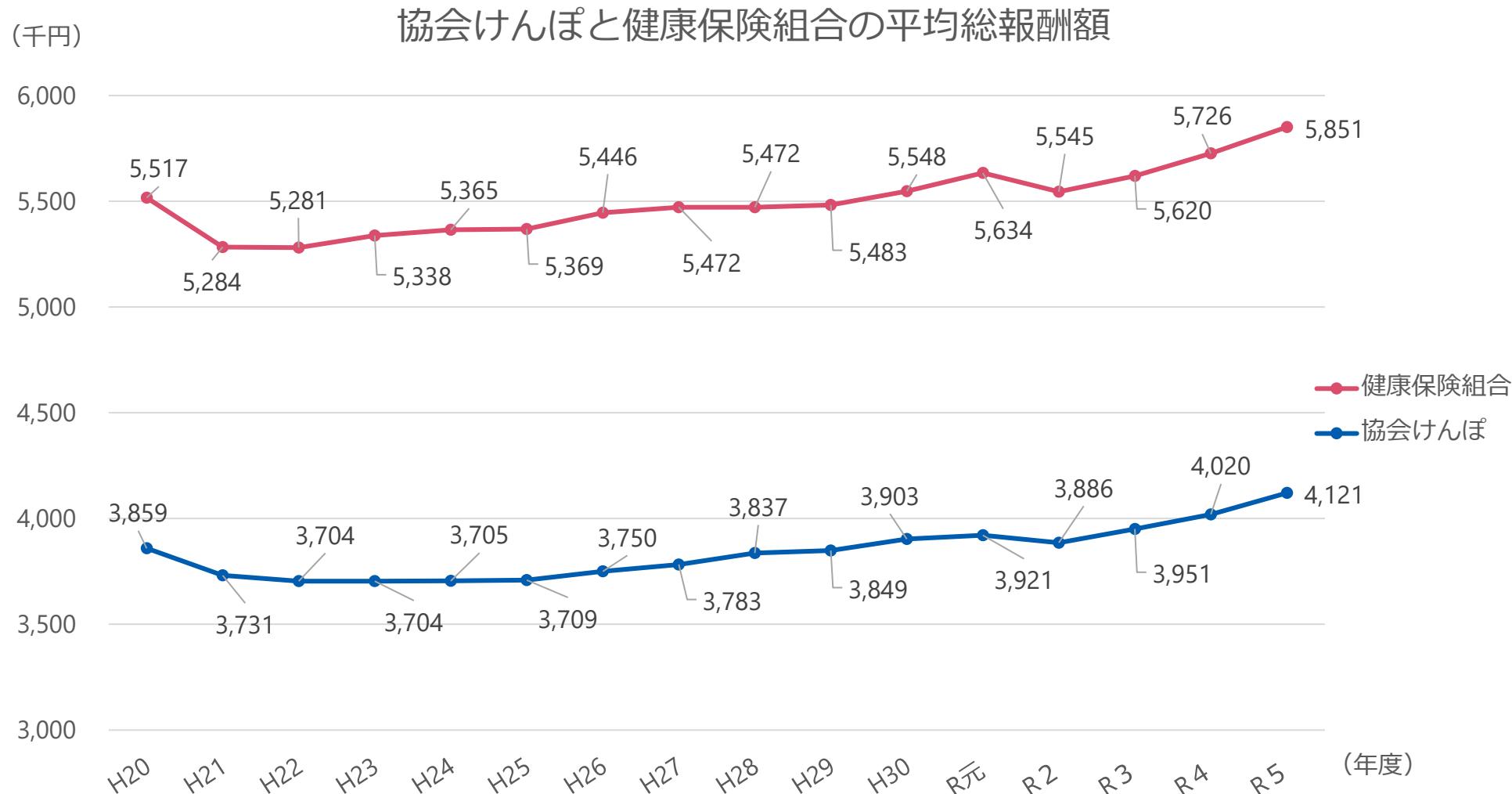
※後期高齢者支援金等は、令和5年度までは医療給付費等実績に基づいた確定額。令和6年度及び令和7年度は概算額を用いている。

※後期支援金について、平成20年度及び平成21年度は加入者割、平成22年度～26年度は3分の1総報酬割、平成27年度は2分の1総報酬割、平成28年度は3分の2総報酬割、平成29年度以降は全面総報酬割としている。

※前期高齢者納付金について、令和6年度以降は3分の1報酬調整としている。また、前期高齢者に係る後期支援金分は前期納付金に含まれている。

協会けんぽと健康保険組合の平均総報酬額の推移（平成20年度以降）

協会けんぽと健康保険組合の平均総報酬額は、ともに平成20年度と比較して、上昇している。

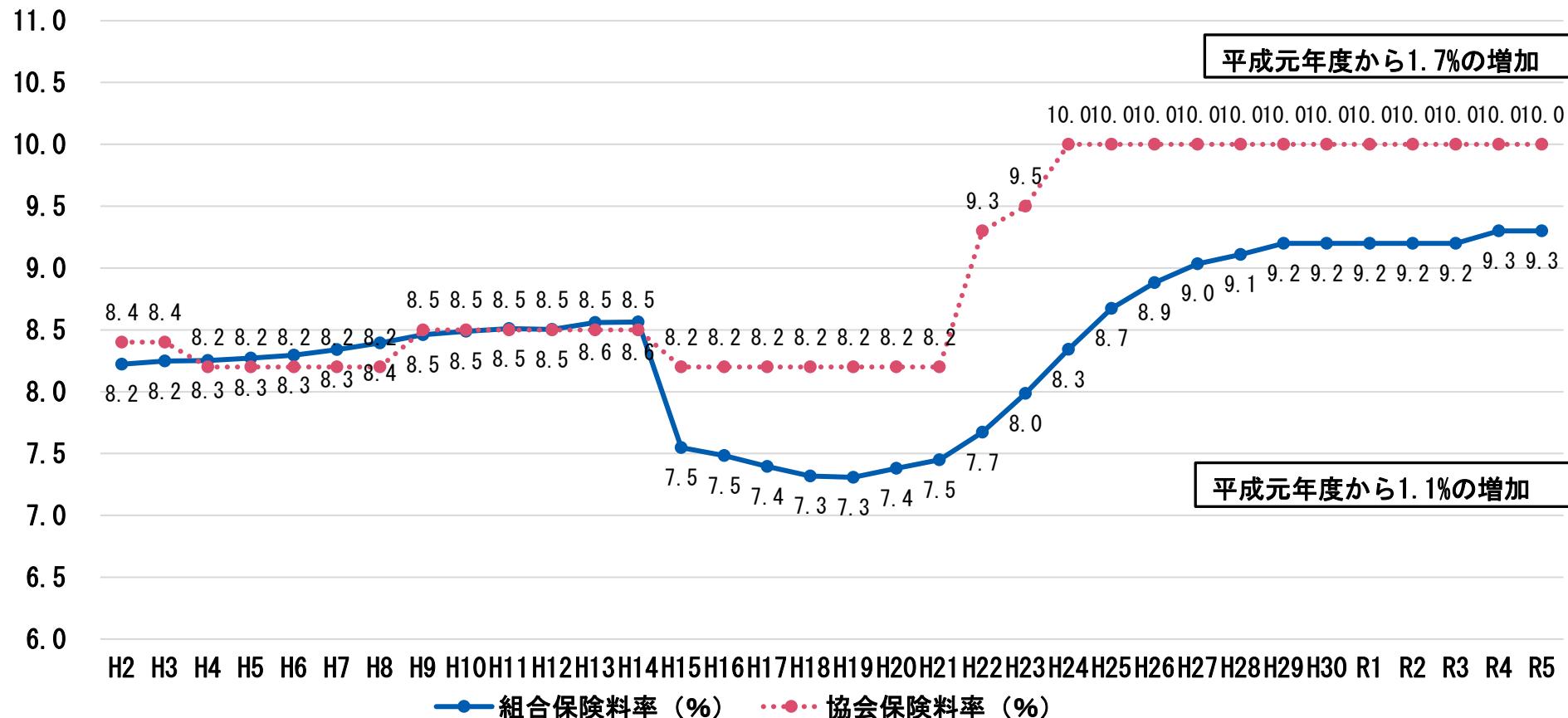


健保組合・協会けんぽの保険料率の推移

○健保組合の令和5年度決算見込における平均保険料率は9.3%。平成15年度に1.0パーセント減少し、平成19年度以降は毎年上昇していたが、近年はほぼ横ばいとなっている。

○協会けんぽの令和5年度における平均保険料率は10.0%。平成21年度まではほぼ横ばいで推移しているものの、平成22年度においては1.1%上昇している。

(単位：%)

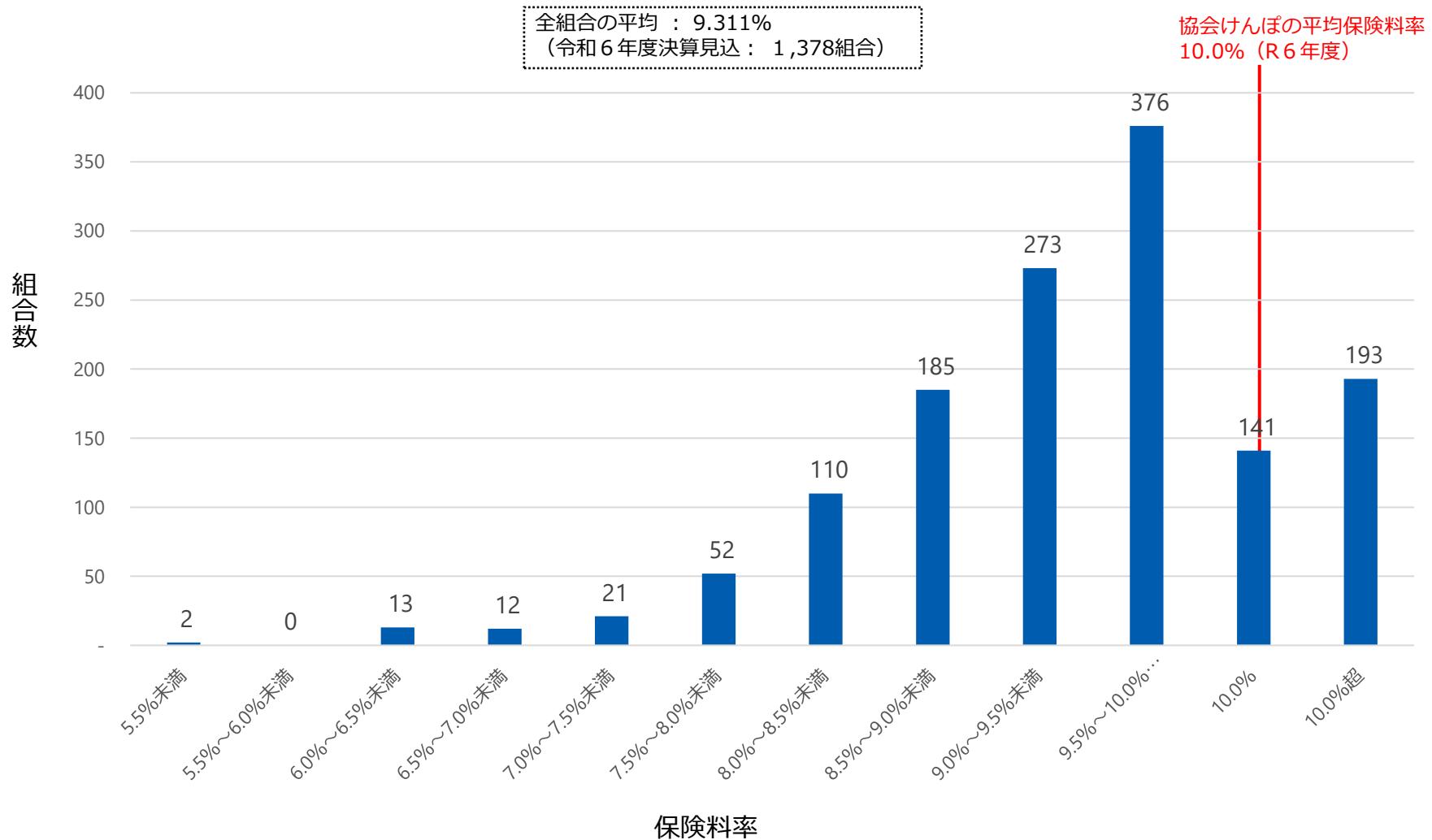


※健保組合については、平成元年度から令和4年度までは決算、令和5年度は決算見込の数値を使用している
※協会けんぽについては、平成19年度までは政府管掌健康保険の数値を使用している。

健康保険組合の保険料負担について

健康保険組合の保険料率は、保険者間において差があり、令和6年度の健康保険組合の保険料率については、最低5.0%、最高12.0%となっている。

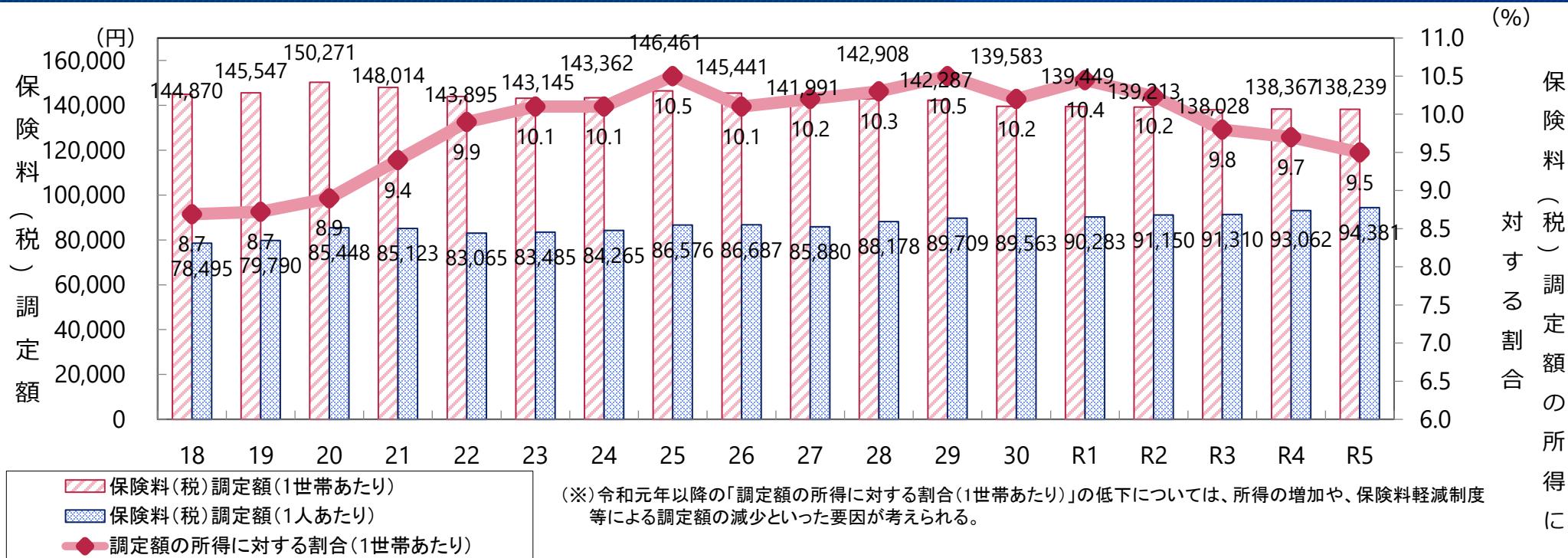
また、協会けんぽの平均保険料率（10.0%）以上の健康保険組合は334組合となっている。



(注1) 保険料率には調整保険料率を含む

(注2) 被保険者の負担割合（単純平均）は4.236

国民健康保険料（税）の負担の変化



保険料（税）調定額(1世帯あたり)

保険料（税）調定額(1人あたり)

調定額の所得に対する割合(1世帯あたり)

(※) 令和元年以降の「調定額の所得に対する割合(1世帯あたり)」の低下については、所得の増加や、保険料軽減制度等による調定額の減少といった要因が考えられる。

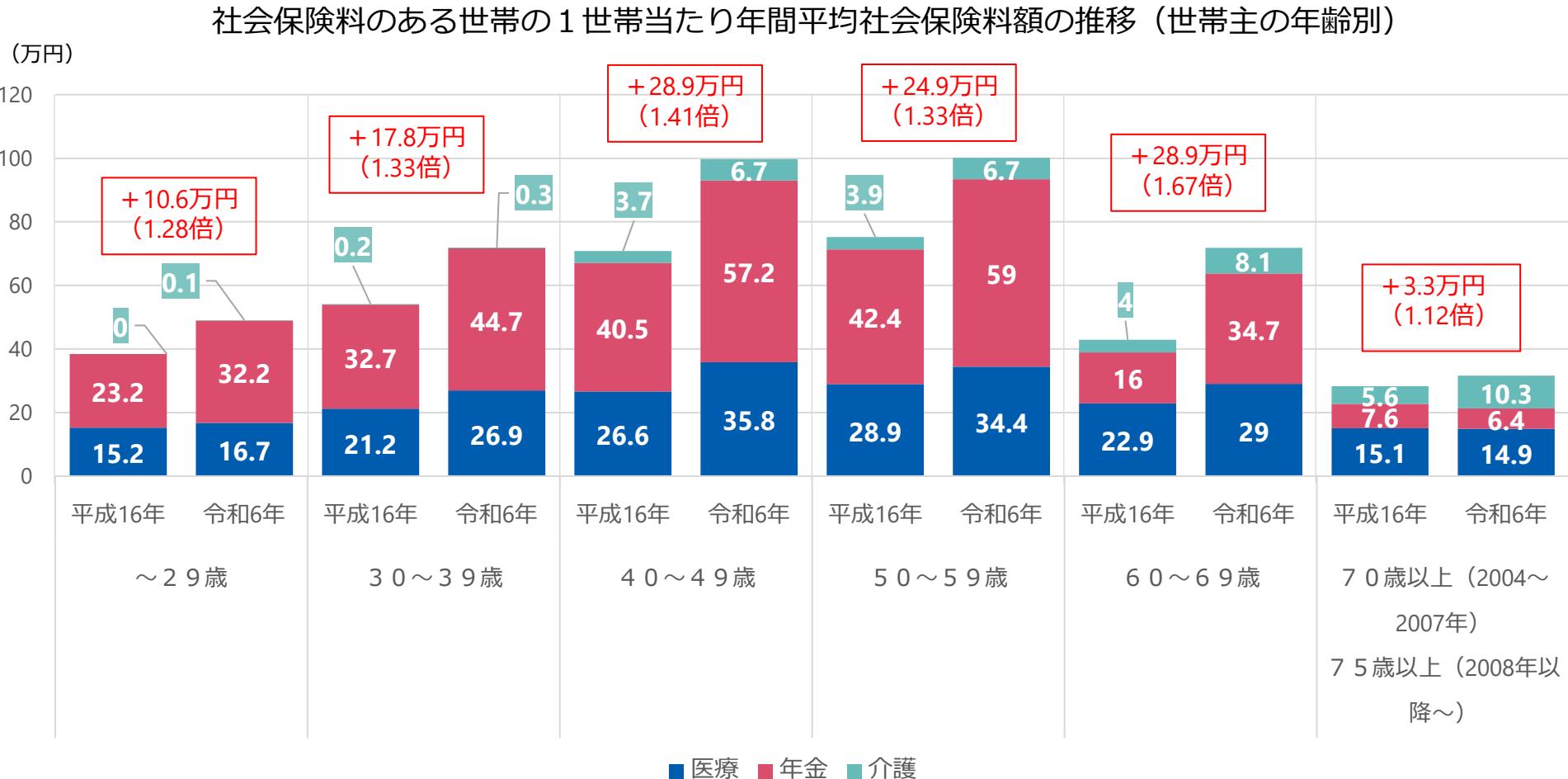
	平均所得 (令和4年)		保険料（税）調定額 (令和5年度)		保険料（税）調定額の所得に対する割合
	1世帯当たり①	1人当たり	1世帯当たり③	1人当たり	1世帯当たり③/①
全世帯	1,454千円	992千円	138,239円	94,381円	9.5%
2割軽減世帯	1,044千円	618千円	127,088円	75,304円	12.2%
5割軽減世帯	635千円	382千円	65,724円	39,559円	10.3%
7割軽減世帯	105千円	83千円	22,452円	17,714円	21.3%

(注) 令和5年度国民健康保険実態調査報告による。

ここでいう「所得」とは、総所得金額及び山林所得金額並びに他の所得と区分して計算される所得の金額(基礎控除前)による前年所得である。保険料（税）調定額に介護納付金に係る部分は含まれていない。

社会保険料額の変化

現役世代の社会保険料額は、70歳以上と比較し伸びが大きい。



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

6. これまでの閣議決定等

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

Ⅱ 今後の取組 2. 医療・介護制度等の改革

＜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＞
(能力に応じた全世代の支え合い)

◆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

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

過去の医療保険部会における御意見等

社会保障審議会医療保険部会における議論の整理（令和4年12月15日）（抄）

（「現役並み所得」の判断基準の見直し）

- 後期高齢者の窓口負担割合は、現役並み所得を有する方は3割とされており、現役並み所得の判断基準については、改革工程表や、前回の当部会の議論の整理において、現役世代との均衡の観点から、見直しを検討することとされている。
- これを踏まえ、当部会において検討した結果、
 - ・ 窓口負担割合の見直し（一定以上所得のある方への2割負担の導入）が本年10月に施行されたところであり、施行の状況等を注視する必要があること
 - ・ 現役並み所得者への医療給付費については公費負担がないため、判断基準や基準額の見直しに伴い現役世代の負担が増加することに留意する必要があることから、引き続き検討することが適当である。
- なお、
 - ・ 高齢者であっても一定の所得がある場合の医療費窓口の割合については、年齢にかかわらず応能負担を基本とし、一律3割にするなどの方向性を打ち出してほしい
 - ・ 「現役並み所得」の判断基準の見直し自体は必要であるものの、現役世代の負担が増えないよう公費の投入を行うべきとの意見があった。

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案に対する附帯決議（令和5年5月11日）（抄）

- 三、後期高齢者医療制度については、現役並み所得の後期高齢者に係る医療費給付について公費負担が行われておらず、現役世代に対する過重な負担となっていること等を踏まえ、後期高齢者医療制度における財源の在り方について検討を行うこと。

高齢者の「現役並み所得」について

医療保険

- 現役並みの所得水準として、協会けんぽ(旧政管健保)の平均収入額を設定し、窓口負担や高額療養費の負担区分の判定に用いている。

75歳～	後期高齢者医療	世帯内のいずれかの被保険者の課税所得が145万円※1以上の場合	かつ	世帯の被保険者全員の収入の合計額が520万円※2（世帯の被保険者が1人の場合は383万円※2）以上の場合
70～74歳	国民健康保険	世帯内のいずれかの被保険者の課税所得が145万円以上の場合		世帯の被保険者全員の収入の合計額が520万円（世帯の被保険者が1人の場合は383万円）以上の場合
	被用者保険	被保険者の標準報酬月額が28万円以上の場合		被保険者及び被扶養者の収入の合計額が520万円（被扶養者がいない場合は383万円）以上の場合

※1 平成16年度の政管健保の平均標準報酬月額に基づく平均収入額(夫婦二人世帯モデル:約386万円)から諸控除を控除し、課税所得として算出した額

※2 高齢者複数世帯又は単身世帯のモデルを設定し、その世帯の課税所得が145万円となる収入額を算出した額

注1 課税所得とは、収入から地方税法上の必要経費、所得控除等を控除した後の額をいう。

注2 国民健康保険と被用者保険における被保険者や被扶養者は70～74歳の者に限る。

介護保険

- 自己負担限度額(高額介護サービス費)の現役並みの所得基準は、医療保険と同様の基準を用いている。
- 一方で、利用者負担における現役並みの所得基準については、医療保険制度の現役並み所得の基準(課税所得145万円)をもとに、年金世帯をモデルに合計所得に換算した基準を用いている。

高額介護サービス費における現役並み所得者	医療保険（70歳以上）の現役並み所得者に相当する者		
利用者負担における現役並み所得者	合計所得金額が220万円以上（個人）の場合	かつ	年金収入とその他の合計所得金額が340万円以上（複数世帯の場合は463万円）以上の場合

注 合計所得金額とは、収入から地方税法上の必要経費を控除した後の額をいう。

現役並み所得の判断基準について

現役並み所得区分の判定基準

- ① 国保・後期高齢者医療制度加入者の場合は、**課税所得145万円以上**かつ、
- ② **収入額の合計が単身383万円以上、世帯520万円以上**

区分	判定基準	負担割合	外来のみの月単位の上限額(個人ごと)	外来及び入院を合わせた月単位の上限額(世帯ごと)
現役並み所得	課税所得145万円以上 年収単身約383万円以上、複数約520万円以上	3割	収入に応じて80,100～252,600円 + (医療費 - 267,000～842,000円) × 1% <多数回該当：44,400円～140,100円>	
一定以上所得	課税所得28万円以上 年金収入 + その他の合計所得金額が 単身約200万円以上、複数320万円以上	2割	18,000円 (年14.4万円)	
一般	課税所得28万円未満 住民税が課税されている世帯で「一定以上所得」以外	1割	18,000円 (年14.4万円)	57,600円 <多数回該当：44,400円>
低所得Ⅱ	世帯全員が住民税非課税 年収約80万円超		8,000円	24,600円
低所得Ⅰ	世帯全員が住民税非課税 年収約80万円以下			15,000円

→ 現役並み所得を有する後期高齢者の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっている。

7. 議論の視点

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

議論の視点（世代内、世代間の公平の更なる確保による全世代型社会保障の構築の推進）

【高齢者医療を巡る状況】

- 高齢者は一般的に、若年世代と比較し、所得が低い一方で医療費が高い傾向にあるとされているところ、窓口負担割合について、70～74歳は原則2割、75歳以上は原則1割とされている。また、高齢者の医療給付費は、後期高齢者については現役世代からの支援金と公費で約9割を賄うとともに、65歳～74歳について保険者間の財政調整を行う仕組みを設けている。
- 後期高齢者について、令和4年10月より一定以上所得者の2割負担を導入（令和7年9月末をもって配慮措置が終了）。また、令和6年4月より、後期高齢者の一人当たり保険料と現役世代の一人当たり支援金の伸びを一致させる改正が施行。
- 受診率は、高齢者を中心に特に入院において改善傾向。また、年齢階級別の一人当たり医療費・自己負担額をみると、高齢になるにつれ一人当たり医療費は高くなるが、一人当たり自己負担額は60代後半をピークに70代以降は低く抑えられている。
- 高齢者の医療給付は、介護のように一部の方が長期間利用するのではなく、多くの方が日常的に医療を給付を受ける傾向が見られる。
- 年齢階級別収入をみると、50代前半をピークに年齢を重ねるにつれ低下。一方、高齢者を含む年齢階級別の所得は増加傾向であり、後期高齢者は所得の種類が多様化するとともに、特に給与所得や利子・配当所得が伸びている。また、高齢者の就業率も上昇傾向。

【これまでの議論】

- 9月18日・26日の医療保険部会では、給付と負担のバランス・世代間のバランスを見直していくこと、全世代型で支え合う仕組みの構築が急務であること、現役世代の納得性を確保していくことが重要であるといった意見があった。また、後期高齢者は医療費の負担も大きくなるため配慮が必要との意見があった。
- 高額療養費制度の在り方に関する専門委員会においては、現役世代の負担軽減が不可欠な状況においては、高額療養費制度だけではなく、医療保険制度全体の中で見直しを行っていくことが共通認識になっているのではないか、持続可能な医療保険制度に向けて、高齢者中心の社会保障から全世代型社会保障へ再構築していくことが必要であるといった意見があった。
- また、一昨年末に閣議決定された「改革工程」においては、医療における3割負担（「現役並み所得」）の判断基準の見直し等について検討を行うこととされている。



- 高齢者の健康状態の変化、所得や経済環境の変化、医療サービスの利用特性等を踏まえつつ、年齢にかかわらず負担能力に応じて負担するという全世代で支えあう仕組みの構築の観点、世代内での公平な負担の観点等から、高齢者医療における負担のあり方をどのように考えるか。

- 「現役並み所得」の判断基準については、平成18年以降基準が見直されておらず、「改革工程」において、年齢に関わりなく、能力に応じて支え合うという観点から見直し等について検討を行うこととされているところ、現役世代の収入や社会保険料負担が上昇傾向であること等を踏まえ、そのあり方をどう考えるか。



ひと、暮らし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

令和8年度診療報酬改定の基本方針について (基本認識、基本的視点、具体的方向性②)

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

基本認識について①

基本認識については、以下のように示すこととしてはどうか。

◆ 日本経済が新たなステージに移行しつつある中での物価・賃金の上昇、人口構造の変化や人口減少の中での人材確保、現役世代の負担の抑制努力の必要性

- 現下、日本経済は持続的な物価高騰・賃金上昇の中にあり、30年続いたコストカット型経済から脱却し、新たなステージに移行しつつある。一方で、医療分野は公定価格であるために、この経済社会情勢の変化に機動的な対応を行うことが難しく、そのサービス提供や人材確保に大きな影響を受けていることから、医療機関等の経営の安定や現場で働く幅広い職種の賃上げに確実につながる的確な対応が必要な状況である。
- 高齢化による增加分に相当する伸びに経済・物価動向等を踏まえた対応に相当する増加分を加算することとした「経済財政運営と改革の基本方針2025」を踏まえ、令和8年度診療報酬改定において、物価高騰・賃金上昇、人口の減少、支え手が減少する中での人材確保の必要性など、医療機関等が厳しい状況に直面していることや、現役世代の保険料負担の抑制努力の必要性を踏まえつつ、地域の医療提供体制を維持し、患者が必要なサービスが受けられるよう、措置を講じる必要がある。

◆ 2040年頃を見据えた、全ての地域・世代の患者が適切に医療を受けることが可能かつ、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の構築

- 2040年頃に向けては、全国的に生産年齢人口は減少するものの、医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上人口が増加していくこと、また65歳以上の高齢者人口については、増加する地域・減少する地域と地域差が生じていくことが見込まれる。こうした人口構造や地域ごとの状況の変化に対応するため、限りある医療資源を最適化・効率化しながら、「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、地域完結型の医療提供体制を構築する必要がある。
- また併せて、医療従事者も持続可能な働き方を確保できるよう、働き方改革による労働環境の改善、医療DXやタスクシフト・シェアなどの医療従事者の業務負担軽減の更なる推進が必要である。

基本認識について②

(続き)

◆ 医療の高度化や医療DX、イノベーションの推進等による、安心・安全で質の高い医療の実現

- 安心・安全で質の高い医療の実現のため、医療技術の進歩や高度化を国民に還元するとともに、ドラッグ/デバイス・ラグ/ロスへの対応が求められている。また、デジタル化された医療情報の積極的な利活用を促進することや、医療現場においてAI・ICT等を活用し、更なる医療DXを進めていくことが、個人の健康増進に寄与するとともに、より効果的・効率的かつ安心・安全で質の高い医療を実現していくために重要である。
- 医療分野のイノベーションの推進により創薬力・開発力を維持・強化するとともに、革新的医薬品を含めたあらゆる医薬品・医療機器等を国民に安定的に供給し続けるための生産供給体制の構築等の取組を通じて、医療と経済の発展を両立させ、安心・安全な暮らしを実現することが重要である。

◆ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

- 制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持し、次世代に継承するためには、経済・財政との調和を図りつつ、限られた人材の中で、より効率的・効果的な医療政策を実現するとともに、国民の制度に対する納得感を高めることが不可欠である。
- そのためには、「経済財政運営と改革の基本方針 2025」や「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画2025年改訂版」等を踏まえつつ、更なる適正化、医療資源の効率的・重点的な配分、医療分野におけるイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献を図ることが必要である。

基本的視点・具体的的方向性について①

- 基本的視点及び具体的方向性については、以下のとおりとしてはどうか。
- その際、物価高騰・賃金上昇や医療従事者的人材確保が大きな課題となっていることに鑑み、視点1に重点を置くこととしてはどうか。

視点1

物価や賃金、人手不足などの医療機関等を取りまく環境の変化への対応 【重点課題】

視点2

2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進

視点3

安心・安全で質の高い医療の推進

視点4

効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

基本的視点・具体的方向性について②

視点1 物価や賃金、人手不足などの医療機関等を取り巻く環境の変化への対応

- 医療機関等は、現下の持続的な物価高騰により、事業収益の増加以上に、人件費、委託費や医療材料費等といった物件費の事業費用が増加しており、事業利益が悪化している状況、また、2年連続5%を上回る賃上げ率であった春闘などにより、全産業において賃上げ率が高水準となっている中、医療分野はこれに届いておらず、人材確保も難しい状況にあり、医療分野は厳しい状況に直面している。
- 医療機関等が資金繰り悪化等により、必要な医療サービスが継続できない事態は避けなければならないことから、物価高騰による諸経費の増加を踏まえた対応や、必要な処遇改善等を通じた、医療現場を支える医療従事者の賃上げ・人材確保のための取組を進めることが急務である。
- 加えて、医師の働き方改革を進め、全ての医療従事者が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、患者・国民に対して提供される医療の質・安全を確保すると同時に、持続可能な医療提供体制を維持していく上で重要である。また今後は、ICT、AI、IoT等の利活用の推進や、これらを通じた診療報酬上求める基準の柔軟化等により、医療従事者の業務効率化・負担軽減等を行っていく必要がある。

【考えられる具体的な方向性の例】

- 医療機関等が直面する人件費、委託費や医療材料費等といった物件費の高騰を踏まえた対応
- 賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者的人材確保に向けた取組
 - ・ 医療従事者の処遇改善
 - ・ 業務の効率化に資するICT、AI、IoT等の利活用の推進
 - ・ タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進
 - ・ 医師の働き方改革の推進／診療科偏在対策
 - ・ 診療報酬上求める基準の柔軟化

基本的視点・具体的的方向性について③

視点2 2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、 地域包括ケアシステムの推進

- 2040年頃を見据えては、中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化を見据えた上で医療提供体制を構築していく必要があるところ、それに向けて、医療機関の機能に着目した分化・連携、病床の機能分化・連携等の入院医療を始めとして、外来医療・在宅医療、介護との連携を図ることが重要である。
- 併せて、こうした医療提供体制の構築に当たっては、更なる生産年齢人口の減少に伴って医療従事者確保の制約が増す中で、ICT、AI、IoT等の利活用の推進等により医療従事者の業務効率化・負担軽減等を行うこと、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進等により多職種が連携して医療現場を支えること、また都市部と比較して人口減少がより顕著な地方部の人口・医療資源の少ない地域を支援すること等により、どの地域でも必要な医療機能を確保することが必要である。

【考えられる具体的方向性の例】

- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
 - ・ 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた、医療提供体制の整備
 - ・ 人口の少ない地域の実情を踏まえた評価
- 「治し、支える医療」の実現
 - ・ 在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援機能（緊急入院等）を担う医療機関の評価
 - ・ 円滑な入退院の実現
 - ・ リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 外来医療の機能分化と連携
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 人口・医療資源の少ない地域への支援
- 医療従事者確保の制約が増す中で必要な医療機能を確保するための取組
 - ・ 業務の効率化に資するICT、AI、IoT等の利活用の推進（再掲）
 - ・ タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進（再掲）
- 医師偏在対策の推進

基本的視点・具体的的方向性について④

視点3 安心・安全で質の高い医療の推進

- 患者の安心・安全を確保しつつ、医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めながら、イノベーションを推進し、新たなニーズにも対応できる医療の実現に資する取組の評価を進める。

【考えられる具体的方向性の例】

- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価
- 質の高いリハビリテーションの推進
- 重点的な対応が求められる分野への適切な評価
 - ・ 救急医療の充実
 - ・ 小児・周産期医療の充実
 - ・ 質の高いがん医療の評価
 - ・ 質の高い精神医療の評価
 - ・ 難病患者等に対する適切な医療の評価
- 感染症対策や薬剤耐性対策の推進
- 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進
- 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化
- イノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

基本的視点・具体的的方向性について⑤

視点4 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

- 高齢化や技術進歩、高額な医薬品の開発等により医療費が増大していくことが見込まれる中、国民皆保険を維持するため、医療資源を効率的・重点的に配分するという観点も含め、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が必要である。
- 医療関係者が協働して、医療サービスの維持・向上を図るとともに、効率化・適正化を図ることが求められる。

【考えられる具体的方向性の例】

- 後発医薬品・バイオ後続品の使用促進
- OTC類似薬等の薬剤給付の在り方の検討
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
 - ・ 医薬品、医療機器、検査等に関する、市場実勢価格を踏まえた適正な評価／効率的かつ有効・安全な利用体制の確保
- 電子処方箋の活用や医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
 - ・ 重複投薬、ポリファーマシー、残薬、適正使用のための長期処方の在り方への対応
 - ・ 医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安全で有効な使用の促進
 - ・ 医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方の推進
 - ・ 電子処方箋の活用
- 外来医療の機能分化と連携（再掲）
- 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価（再掲）

(参考①) 過去の診療報酬改定の基本方針（基本認識・基本的視点）

	平成30年度改定基本方針 (2017年12月11日)	令和2年度改定基本方針 (2019年12月10日)	令和4年度改定基本方針 (2021年12月10日)	令和6年度改定基本方針 (2023年12月11日)
基本認識	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 人生100年時代を見据えた社会の実現 ➤ どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現（地域包括ケアシステムの構築） ➤ 制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現 ➤ 患者・国民に身近な医療の実現 ➤ どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進 ➤ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築など医療を取り巻く課題への対応 ➤ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現 ➤ 患者・国民に身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現 ➤ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応 ➤ 全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応 ➤ 医療DXやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現 ➤ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和
基本的視点	地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進【重点課題】	医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進【重点課題】	新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築【重点課題】	現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進【重点課題】
	新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実	患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現	安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進【重点課題】	ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進
	医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進	医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進	患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現	安心・安全で質の高い医療の推進
	効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上	効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上	効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上	効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

(参考②) 基本方針の議論のスケジュール

		令和8年度改定 (日付は令和7年)		【実績】令和6年度改定 (日付は令和5年)	
		医療保険部会	医療部会	医療保険部会	医療部会
論点	前回改定の振り返り	8月28日	9月4日	8月24日	8月25日
	基本認識、基本的視点、 具体的方向性①	9月26日	10月3日	9月29日	9月29日
	基本認識、基本的視点、 具体的方向性②	10月23日	10月下旬	10月27日	11月1日
	骨子案	11月下旬		11月29日	11月29日
	基本方針 (案)	12月上旬		12月8日	12月8日
12月上旬 基本方針 発表			12/11 基本方針 発表		

「妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会 議論の整理」の概要

①

費用の見える化を前提とした標準的な出産費用の自己負担無償化と
安全で質の高い周産期医療提供体制の確保の両立

- ・出産育児一時金の増額後も出産費用は年々上昇し、地域・施設間格差が大きい

令和5年度平均出産費用 全国 50.7万円
東京都 62.5万円 熊本県 38.9万円

- ・赤字産科診療所の割合増

- ・令和8年度を目指し、産科医療機関等の経営実態等にも十分配慮しながら標準的な出産費用の自己負担無償化に向けた具体的な制度設計を進める

出産に伴う診療・ケアやサービスには、医師等の専門的な判断に基づき実施されるものと、妊産婦が希望して選択するものがある → 情報公開の徹底を含め、支援のあり方を検討
「標準」の内容、保険適用と窓口負担の関係、給付と負担のバランス等、さらに検討を深める

② 希望に応じた出産を行うことのできる環境の整備

- ・費用とサービスの関係が不明確
- ・出生場所は病院 54%、診療所 45%、助産所等 0.7%
- ・無痛分娩件数は13.8%(令和5年度)

- ・妊産婦が十分な情報に基づき、出産に関する自己決定・取捨選択ができる環境を整備(「出産なび」による見える化の推進)
- ・希望に応じ、助産所においても出産や産後ケアを安全に行える環境を整備
- ・希望する妊婦が安全な無痛分娩を選択できる環境を整備
(安全な提供体制の確保、リスクやデメリットも含めた正しい理解の促進等)

③ 妊娠期、産前・産後に関する支援等

妊婦健診の公費負担状況は改善傾向だが
自治体によってばらつきあり

国が示す検査項目の自己負担がない自治体 65%
公費負担額 福島県 13.6万円 神奈川県 8.0万円

- ・妊産婦本位の切れ目のない支援体制を構築
- ・国が示す妊婦健診項目の自己負担がないよう、公費負担をさらに推進
- ・産後ケアの受け皿拡大、認知度向上、利用手続きの簡略化を進める

①

費用の見える化を前提とした標準的な出産費用の自己負担無償化と 安全で質の高い周産期医療提供体制の確保の両立

現状

- 出産育児一時金の増額後も出産費用は年々上昇
令和4年度 令和5年度 令和6年度上半期
48.2 ▶ **50.7** ▶ **51.8** (万円)
- 出産費用に地域間・施設間格差が大きい
東京都 **62.5** 熊本県 **38.9** (万円)
- 赤字産科診療所の割合増 (日本産婦人科医会調べ)
令和4年度 **41.9%** ▶ 令和5年度 **42.4%**

妊産婦等の声

「出産に伴う自己負担が少しでも減ることを望んでいる」

「1歳6か月までの子どもを持つ母親の約8割、父親の約6割が『日本は子どもを産み育てやすい社会だと思わない』と回答、理由は『経済的・金銭的な負担が大きい』が8割以上」

産科医療関係者の声

「急変時に迅速に対応できる体制を確立するために多くの人的・物的投資を行っている」

「保険化することで収入が落ちると考えている医療機関が多く、非常に不安感がある」

「妊婦の経済的負担の軽減は賛成だが、医療安全と産みやすい環境の確保が前提」

るべき支援等の方向性

基本的な考え方

- 出産に係る平均的な標準費用を全て賄えるようにし、実質的な負担を軽減
- 周産期医療提供体制の確保に影響を与えないようにすることが検討の前提

令和8年度を目指し、産科医療機関等の経営実態等にも十分配慮しながら、
標準的な出産費用の自己負担無償化に向けた具体的な制度設計を進める

検討の視点

- 出産に伴う診療・ケアやサービスには、医師等の専門的な判断に基づき実施されるものと、妊産婦が希望して選択するものがある
➡ 選別や情報公開の徹底を含め、それぞれに対する支援のあり方を検討
- 分娩取扱施設における医療提供等の実態や費用構造をさらに分析
- 中長期的な我が国の周産期医療提供体制のあり方について、今後、医療計画等に
関する検討の場において議論

今後の検討課題等 (検討会における主な意見等)

【標準的な出産費用の自己負担無償化の方策について】

- 標準的な出産費用の「標準」とは何か具体的な整理が必要
- 出産育児一時金のさらなる増額も考えられるのではないか
- 出産育児一時金の増額という手法には限界があり、別の方策を考える必要があるのではないか
- 保険適用することで妊婦の窓口負担がかえって増加することのないよう、自己負担割合や別途の負担軽減措置等も検討すべき
- 既に保険適用されている異常分娩についても整理すべき

【給付と負担の関係について】

- 給付範囲の標準化や保険料負担者の納得感に繋がる内容とすべき
- 公費、保険料、自己負担のバランスをどう取っていくかが重要
- 妊産婦の負担軽減と、医療機関の経営と、医療保険財政の安定とが三方良しとなる制度設計をしていくべき

【周産期医療提供体制の確保について】

- 地域の周産期医療の確保は、国のインフラ整備に関わる問題である

「妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会 議論の整理」の内容

② 希望に応じた出産を行うことのできる環境の整備

* 分娩取扱施設における出産に係る費用構造の把握のための調査研究(速報値・全施設平均) **出産育児一時金の見直しを踏まえた出産費用の分析並びに産科医療機関等の適切な選択に資する情報提供の実施及び効果検証のための研究

現状

- 多くの施設で、お祝い膳やエステなどのサービスを妊婦が取捨選択できず、また、費用が入院料などに含まれ、個別に明示されていない*。

(サービスを妊産婦が選択可能な施設の割合)

お祝い膳	写真撮影	足形	エステ	(%)
3.3	13.0	3.3	7.1	

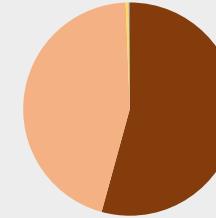
(費用が入院料などに含まれている施設の割合)

お祝い膳	写真撮影	足形	エステ	(%)
88.1	71.1	78.4	77.7	



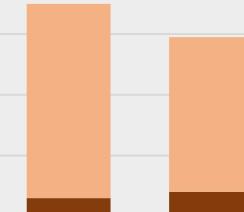
- 施設ごとのサービス・費用を掲載
- 全国のほぼ全ての施設を網羅
(掲載同意率99.9%)
- 妊産婦等から一定の評価**
「安心感を得られた」72%
「事前に費用のイメージがわく」77%

出生場所(令和5年)**



■ 病院	39.5万人	54.3%
■ 診療所	32.8万人	45.1%
■ 助産所	0.3万人	0.5%
■ その他	0.1万人	0.2%

無痛分娩件数****



■ R2	6,008件	8.6%
■ R5	8,140件	13.8%

*** 人口動態統計

**** 医療施設調査(9月実績)

妊産婦等の声

「請求書が来るまで自分がいくら払うのか分からずそのまま退院の日を迎えた」

「病院のHPでは出産費用が分からなかった」

「現在妊娠5か月だが、出産に備えて何をどう準備すればいいか分からず、とても不安。SNSは正しい情報が確認できるすべもなく、調べれば調べるほど沼にはまっていく感覚」

無痛分娩

- 希望する妊婦が安全な無痛分娩を選択できる環境の整備を進める(安全で質の高い提供体制の確保、リスクやデメリットも含めた正しい理解の促進等)

るべき支援等の方向性

見える化の推進等

- 妊婦がサービス・費用に関する十分な情報に基づき、自己決定・取捨選択を行える環境を整備する
- 「出産なび」の情報・機能を充実し、妊娠前・妊娠初期の方等への周知広報に取り組む

助産所・助産師の活用

- 妊産婦の多様なニーズが尊重されることが重要。希望に応じ、助産所においても出産や産後ケアを安全に行える環境を整備する
- 新たな枠組みに助産所も位置付け、出産場所によらず妊産婦が十分な支援を受けられるようにする
- 妊産婦等への相談対応に助産師等の専門家等が果たす役割も大きく、活躍を促す環境を整備する

今後の検討課題等

(検討会における主な意見等)

- 標準化と質の向上のため、エビデンスに基づく産痛緩和ケアも含め保険適用すべきではないか
- 地域間に提供体制の差があり、保険適用は慎重に検討すべきではないか
- 標準化の方法を検討すべき
- 経済的理由で断念しないよう、何らかの負担軽減措置を設けるべき

③

妊娠期、産前・産後に関する支援等

現状

・妊婦健診の公費負担の実施状況は改善傾向

(妊婦1人当たり公費負担平均額)

令和5年度

108,481円

令和6年度

109,730円

(国が示す検査項目の自己負担がない自治体数)

1,139

市区町村(全体の約65%) 平均112,534円

・自治体によって公費負担状況にはばらつきあり

福島県 136,147円

神奈川県 80,159円

妊産婦等の声

「産後不安なときに相談できる特定の方がいたら安心だったのに、という細切れ感があった」

「妊娠が分かってから1～2か月で数万円がお財布から飛んでいった。最初の段階から大きな負担があったことで今後の出産や子育てに対する強い経済的不安を感じた」

「オプションの検査を不要と言えるだけの知識がなく、医療機関で言われれば受けてしまう」

「自治体の分かりにくいウェブサイトで、自分の条件に合う利用可能な産後ケア施設を、産後のもうろうとした意識の中で探さないといけない」

るべき支援等の方向性

妊産婦本位の切れ目のない支援の充実

妊娠期から産後まで一貫して妊産婦を孤立させず、**妊産婦本位の切れ目のない支援体制**の構築を進める。

→ 妊婦等包括相談支援事業・妊婦のための支援給付(令和7年4月から制度化)

妊婦健診の経済的負担の軽減

望ましい基準内の妊婦健診について、**妊婦に自己負担が発生しないよう、公費負担をさらに推進**する。

→ 各自治体に公費助成の一層の充実を働きかけ
→ 公費負担の状況の更なる見える化(令和7年度から新たに市町村ごとの公費負担状況を公表)
→ 「出産なび」を通じた妊婦健診費用の予見可能性の向上

今後の検討課題等

(検討会における主な意見等)

- ・基準外の自費検査の費用が可視化され、妊婦が何に対してお金を払っているのかを分かるようにする必要がある
- ・施設の妊婦健診費用と自治体の補助額が分かれれば、自分の持ち出し金額が事前に分かり安心感につながるのではないか

産後ケア事業等の推進

必要な産婦が利用できるよう、**受け皿の拡大、認知度の向上、利用手続きの簡略化**を進める。

→ 「地域子ども・子育て支援事業」として市町村で計画的に提供体制を整備
→ 「出産なび」の活用も含めた分かりやすい情報提供

今後の検討課題等

(検討会における主な意見等)

- ・産後のメンタルケアや育児相談を受けやすい環境を整えるべき
- ・オンライン上で手続きを完結できるようにする、申請から利用可能となるまでの日数を短縮するなど、手続面を改善するべき

「妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会」の議論の経過

検討会では、医療関係者や医療保険者、被保険者の立場の者、自治体関係者、学識経験者に加え、妊産婦の当事者やその声を伝える立場の者の参画を得て、10回にわたり、多様な観点から議論を行った。

また、複数名の妊産婦のヒアリング、全国からの合計回答者数17,000名を超える複数のオンラインでの妊産婦等アンケート調査の結果報告や、産科医療関係者、医療保険者、地方自治体関係者等からのヒアリングを実施し、様々な当事者の意見を丁寧に伺った。

同時に、出産費用等の見える化の効果分析や、分娩取扱施設における出産等の費用構造等の実態調査のデータも活用して議論を行った。

構成員

◎:座長 ○:副座長 (五十音順、敬称略)

全国衛生部長会会長/高知県理事(保健医療担当)	家保 英隆
奈良県立医科大学教授	今村 知明
公益社団法人日本看護協会 常任理事	井本 寛子
公益社団法人日本産科婦人科学会 常務理事	亀井 良政
健康保険組合連合会 会長代理	佐野 雅宏
三重県鈴鹿市長	末松 則子
公益社団法人日本助産師会 会長 (※2025年2月16日付で交代)	高田 昌代
日本大学医学部 主任教授	中根 直子
◎ 東京大学大学院法学政治学研究科 教授	田倉 智之
広島県府中町長	田邊 國昭
株式会社「セカイ」代表取締役社長	寺尾 光司
特定非営利活動法人manma 理事	中西 和代
公益社団法人日本医師会 常任理事	新居 日南恵
一般社団法人日本周産期・新生児医学会 理事	濱口 欣也
公益社団法人日本産婦人科医会 副会長	細野 茂春
日本労働組合総連合会生活福祉局 次長	前田 洋紀夫
○ 国立研究開発法人国立成育医療研究センター 成育こどもシンクタンク 副所長	松野 奈津子
株式会社赤ちゃん本舗コミュニケーション統括部長	山縣 然太朗
※その他、参考人として、(公社)日本産婦人科医会会長 石渡勇氏、 (公社)日本小児科医会会长 伊藤隆一氏、(一社)日本助産学会理事長 片岡弥恵子氏、(一社)全国妊娠SOSネットワーク代表理事 佐藤拓代氏、 (公社)日本産婦人科医会常務理事 宮崎亮一郎氏 等が出席	李 輝淳

開催状況

事務局：厚生労働省 保険局、医政局、こども家庭庁 成育局

第1回 2024年6月26日 (1)検討会の設置について (2)妊産婦等の支援策等をめぐる現状 (3)実態調査について	第6回 2024年12月11日 (1)今後の議論の進め方等について (2)「出産なび」について
第2回 2024年8月1日 (1)周産期医療や母子保健事業の提供側 のヒアリング	第7回 2025年2月5日 (1)これまでの議論を踏まえた検討の方向性 (2)「出産なび」について
第3回 2024年8月21日 (1)妊産婦の当事者のヒアリング (2)妊産婦の声を伝える者のヒアリング	第8回 2025年3月19日 (1)希望に応じた出産を行うための環境整備 (2)出産に係る妊婦の経済的負担の軽減等
第4回 2024年9月11日 (1)医療保険者・医療提供側等のヒアリング (2)自治体のヒアリング	第9回 2025年4月16日 (1)分娩取扱施設における出産に係る費用構造の 把握のための調査研究について (2)出産に係る妊婦の経済的負担の軽減等
第5回 2024年11月13日 (1)出産費用の見える化等の効果検証 (2)ヒアリング	第10回 2025年5月14日 (1)議論の整理(案)について

ヒアリング

- ・(公社)日本産婦人科医会
- ・(公社)日本産科婦人科学会
- ・(一社)日本周産期・新生児医学会
- ・(公社)日本看護協会
- ・(公社)日本助産師会
- ・(一社)日本産科麻酔学会
- ・(公社)日本小児科医会
- ・妊産婦の当事者(3名)
- ・株式会社赤ちゃん本舗
『アガヤンホンポ ユーザーの声』
- ・株式会社「セカイ」
『たまひよ妊娠・出産白書』
- ・(一社)全国妊娠SOSネットワーク
『子どもと家族のための
緊急提言プロジェクトアクト』
- ・コネヒト株式会社
『ママリ ユーザーの声』
- ・静岡大学教授 白井千晶氏
『お産を女性の手に取り戻すネットワークアクト』
- ・健康保険組合連合会
- ・全国衛生部長会
- ・三重県鈴鹿市
- ・広島県府中町
- ・東京大学大学院講師
小暮かおり氏
- ・井上法律事務所所長
井上清成氏
- ・前田産科婦人科医院理事長
前田津紀夫氏

妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会 議論の整理

令和7年5月14日

妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会

はじめに

- 妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会（以下「本検討会」という。）では、こども未来戦略¹において『出産育児一時金の大幅な引上げ（42万円→50万円）…など、妊婦の経済的負担の軽減を推進するとともに、…出産費用の見える化…を行う。その上でこれらの効果等の検証を行い、2026年度を目途に、出産費用（正常分娩）の保険適用の導入を含め、出産に関する支援等の更なる強化について検討を進める。あわせて、無痛分娩について、麻酔を実施する医師の確保を進めるなど、妊婦が安全・安心に出産できる環境整備に向けた支援の在り方を検討する』とされたことを踏まえ、令和6年6月以降、10回にわたる議論を重ね、医療保険、周産期医療、母子保健等の幅広い視点から、妊娠・出産・産後に関する様々な支援等の更なる強化の方向性について検討を行ってきた。
- 本検討会では、医療関係者や医療保険者、被保険者の立場の者、自治体関係者、学識経験者に加え、妊産婦の当事者やその声を伝える立場の者の参画を得て、多様な観点から議論を行った。また、検討に当たって、複数名の妊産婦をお招きしてヒアリングを行ったほか、全国からの合計回答者数1万7千名を超える複数のオンラインでの妊産婦等アンケート調査²の結果報告や、産科医療関係者、医療保険者、地方自治体関係者等からのヒアリングを実施し、様々な当事者の意見を丁寧に伺うことを心がけてきた。同時に、厚生労働科学研究費補助金の研究班において実施した出産費用等の見える化の効果分析や、分娩取扱施設における出産等の費用構造等の実態調査の結果についても検討会で報告し、データを活用して議論を行ってきた。
- これまでの議論を経て、妊娠・出産・産後に関する支援等の更なる強化の基本的な方向性や、今後の検討に当たって留意すべき論点等が明らかとなった。今後、社会保障審議会医療保険部会をはじめとする各種審議会等において具体的な制度改正等に係る詳細な検討が行われる際の礎とすべく、本検討会におけるこれまでの議論を以下整理する。

¹ 令和5年12月22日閣議決定

² 令和6年8月21日第3回検討会 李構成員・西峯参考人提出資料より「アカチャンホンポ ユーザーの声」（回答者数7,500名）、久保田参考人提出資料より「たまひよ妊娠・出産白書2024」（回答者数：2,062名）、佐藤参考人提出資料より「子どもと家族のための緊急提言プロジェクト 出産費用に関するweb調査」（回答者数：1,228名）、青柳参考人提出資料より「「ママリ」を活用したアンケート調査」（回答者数：3,991名）、令和6年11月13日第5回検討会 白井参考人提出資料より「お産を女性の手に取り戻すネットワーク アンケート」（回答者数：2,551名）の計17,332名

妊娠・出産・産後に関する支援等の更なる強化の方向性について

(1) 出産に関する支援等について

①費用の見える化を前提とした標準的な出産費用の自己負担無償化と 安全で質の高い周産期医療提供体制の確保の両立

(現状)

- 令和5年度に出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づく請求のあった分娩の件数は723,128件で、前年度の757,963件から34,835件減少した。うち、正常分娩の件数は384,613件、異常分娩（分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったもの）の件数は338,515件であった³。
- 全国の正常分娩の平均出産費用⁴は、平成24年度は約41.7万円だったものが、年々上昇を続け、令和4年度は約48.2万円、令和5年度は約50.7万円、令和6年度上半期⁵は約51.8万円となっている。
- また、令和5年度の都道府県別の正常分娩の平均出産費用は、最も高い東京都で約62.5万円、最も低い熊本県で約38.9万円と、都道府県によってばらつきが大きい。同時に、同一都道府県内でも、施設間で平均出産費用に大きな差が生じている。
- 令和5年4月から出産育児一時金の支給額が原則42万円から原則50万円に増額されたが、その後⁶の正常分娩の妊婦の経済的負担の状況は、出産費用が出産育児一時金の支給額⁷以内となった分娩は全体の55%、超過した分娩は全体の45%であり、両者の差額については、出産費用が一時金支給額を
 - ・ 0円～5万円下回ったケースが全体の26%
 - ・ 5万円～10万円下回ったケースが全体の18%
 - ・ 10万円以上下回ったケースが全体の12%であったのに対し、
 - ・ 1円～5万円上回ったケースが全体の20%
 - ・ 5万円～10万円上回ったケースが全体の12%
 - ・ 10万円以上上回ったケースが全体の13%であった⁸。

³ 出産育児一時金の直接支払制度の請求データに基づき厚生労働省において算出。

⁴ 出産育児一時金の直接支払制度の請求データに基づき厚生労働省において算出。出産費用は、妊婦合計負担額から「室料差額」、「産科医療補償制度掛金」、「その他」を除いた額。

⁵ 令和6年4月～9月請求分

⁶ 令和5年5月～令和6年9月請求分。直接支払制度においては、原則、出産後退院した日の属する月の翌月10日までに請求を行うこととされている。

⁷ 産科医療補償制度掛金を除く。

⁸ 割合は小数点以下第1位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも100%とはならない。

- また、妊婦合計負担額⁹との比較では、妊婦合計負担額が出産育児一時金の支給額以内となった分娩は全体の 20%、超過した分娩は全体の 80%であり、両者の差額については、妊婦合計負担額が一時金支給額を
 - ・ 0円～5万円下回ったケースが全体の 14%
 - ・ 5万円～10万円下回ったケースが全体の 4%
 - ・ 10万円以上下回ったケースが全体の 1%
 - であったのに対し、
 - ・ 1円～5万円上回ったケースが全体の 24%
 - ・ 5万円～10万円上回ったケースが全体の 23%
 - ・ 10万円以上上回ったケースが全体の 33%であった¹⁰。
- また、出産育児一時金の支給額増額前後の妊婦の経済的負担の変化について、増額直前期（令和5年4月請求分）では出産費用が出産育児一時金の支給額を平均で約 7.7 万円上回っていた。増額直後期（令和5年5月請求分）では両者の差額は平均で約 2.3 万円となり、妊婦の経済的負担は一定程度軽減されたものの、令和6年9月請求分では両者の差額は平均で約 3.2 万円超過となっており、妊婦の経済的負担は再び増加している。
- 我が国の施設分娩の類型別の分娩数は、令和5年には病院及び診療所での出生がそれぞれ 54.3%、45.1%を担い、助産所での出生は 0.5%を担い¹¹、また、日本産婦人科医会が令和6年に実施した「施設情報調査」（対象施設数 4,996 施設、回収率 97.8%）によれば、病院及び診療所の分娩のうち、令和6年には産科診療所が 47%、一般病院が 25%、地域周産期母子医療センターが 18%、総合周産期母子医療センターが 10%を担っており、医療機関間の機能分化・連携体制が構築されている。また、分娩を取り扱う病院及び診療所の数は、平成8年には病院 1,720 施設、診療所 2,271 施設であったが、令和5年には病院 886 施設、診療所 880 施設と、一貫して減少が続いている。我が国においては、比較的小規模な多数の分娩施設が分散的に分娩を担うという特徴を有している中、ハイリスク妊産婦に提供する医療の安全性を確保するとともに、医師の勤務環境を改善するため、各都道府県において、周産期母子医療センターを基幹とした集約化・重点化や妊産婦のアクセスの確保など、周産期医療提供体制の整備が進められている。
- 日本産婦人科医会と日本医師会総合政策研究機構が令和6年に実施した「産科診療所の特別調査」¹²によれば、医業収益の減少と医業費用の増加により、分娩取扱のある医療法人立診療所の令和5年度の医業利益率は前年度の 3.0%から 2.0%に、経常利益率は前年度の 3.4%から 3.0%に、補助金収益を除いた場合の経常利益率は前年度の 2.9%から 2.5%に減少していた。令和5年度の赤字施設の割合は 42.4%で、前年度の 41.9%から増加していた。地域別にみても、大都市、中都市、小都市・町村いずれの区分も給与費比率が 50%を超えていた。

⁹ 妊婦合計負担額は、出産育児一時金の代理受領額を含む、妊産婦に請求することとなる実費の額。

¹⁰ 割合は小数点以下第1位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも 100%とはならない。

¹¹ 令和5年人口動態統計

¹² 令和7年3月19日第8回検討会 石渡参考人提出資料

- また、日本産婦人科医会が令和6年に実施した「地域における産科診療施設の事業継続見込みに関する調査」（以下「事業継続見込調査」という。）¹³によれば、正常分娩の費用が保険適用となった場合、「分娩取り扱いを止める」と回答した医療機関（産科診療所及び病院）は785施設中60施設、「制度内容により中止を考える」と回答した医療機関は426施設であり、これらの医療機関での分娩件数が回答した全医療機関での分娩件数（293,733件）に占める割合は、「分娩取り扱いを止める」と回答した医療機関が4.9%、「制度内容により中止を考える」と回答した医療機関が53.5%であった。
- 日本医師会総合政策研究機構の報告¹⁴によれば、我が国の周産期医療は、諸外国に比べ妊産婦死亡率・周産期死亡率がともに低く、安全性が非常に高い。また、病院に加え有床診療所が出産場所として大きな役割を担っている。正常分娩に伴う入院日数は平均5.3日と、イギリスの平均1.6日、アメリカの平均2.0日等の諸外国と比べて長くなっている。また、諸外国では原則全ての妊産婦を対象に、妊娠から出産、産後までの全期間を通じ公的医療保障制度による現物給付が行われている国が多い¹⁵が、そもそも公的医療保障制度は国によって異なり、全ての保健医療サービスが現物給付の対象となるわけではなく、対象範囲は国によって異なっている。
- 昭和2年の健康保険法施行以来、出産に対する保険給付の方法には変遷があり、昭和2年施行当初は現金給付中心だったものが、昭和7年から昭和17年までは療養の給付とは別建ての現物給付と現金給付の併給という形が取られ、その後、昭和18年に現金給付に変更され、現在に至っている。
- ヒアリングやアンケート調査を通じ、妊産婦等からは、「日本は子どもを産み育てやすい社会だと思わないと回答した生後0か月～1歳6か月の子どもを持つ母親が約8割、父親が約6割で、理由は経済的・金銭的な負担が大きいからが8割以上を占めた」、「自己負担額が少しでも減ることを望んでいる」、「お金が安く済むことをすごく期待している。できれば0円、安ければ安いほどありがたい」といった意見があった。
- また、産科医療関係者等からは、「急変時に迅速に対応できる体制を確立するために多くの人的・物的投資を行っている」、「分娩監視装置の装着、読影判断、妊産婦の精神的なケア等を分娩料に転嫁せざるを得ない」、「物価や初期投資を考えれば出産費用の地域差は仕方がないのではないか」、「妊産婦の経済的負担の軽減は賛成だが、医療安全と産みやすい環境の確保が前提である」、「医療機関あっての分娩であり、医療機関が事業を継続できることが重要」、「緩徐な集約化・重点化は避けられないが、急速な分娩取扱施設の減少、医療崩壊につながりかねない拙速な分娩費用の保険適用化は受け入れられない」、

¹³ 令和7年3月19日第8回検討会 石渡参考人提出資料

¹⁴ 令和7年3月19日第8回検討会 羽藤参考人提出資料

¹⁵ 具体的には、イギリス、フランス、ドイツ、イタリア、スウェーデン、フィンランド、カナダ、オーストラリア、韓国が原則全ての妊産婦を対象に、アメリカではメディケイド加入者のみを対象に公的医療保障制度による現物給付が行われていることが報告された。

「一次施設が分娩取扱いを短期間で中止し、行き場のなくなったローリスクの妊産婦が高次施設に来ると病床の確保が困難になり、周産期医療が崩壊してしまうのではないか」、「安全な新生児管理のために小児科医が貢献している」といった意見があった。

- なお、厚生労働省においては、現下の周産期医療提供体制をめぐる厳しい状況を踏まえた早期に実現可能な対策として、令和6年度補正予算において「地域でこどもを安心して産み育てることのできる周産期医療提供体制及び小児医療体制の確保」として55億円を計上し、分娩数が減少している分娩取扱施設への支援や、分娩取扱施設が少ない地域での分娩取扱機能の維持のための取組の支援等を行っている。

(るべき支援等の方向性)

- 物価・賃金の上昇等を背景に、出産育児一時金の支給額の増額後も出産費用が年々上昇し、妊産婦の経済的負担が再び増加している現状を踏まえ、出産に係る標準費用を全て賄えるようにするとの基本的な考え方に基づき、妊産婦の実質的な経済的負担を軽減していく必要がある。
- 同時に、安全で質の高い周産期医療提供体制の確保を進める中、妊産婦の経済的負担の軽減策が地域の周産期医療提供体制の確保に影響を与えないようにすることは、検討の前提となるものであり、両者の両立を図る必要がある。
- このため、今後、令和8年度を目指し、産科医療機関等の経営実態等にも十分配慮しながら、標準的な出産費用の自己負担無償化に向けた具体的な制度設計を進めるべきである。
- その際、出産に伴う診療・ケアやサービスには、医師等の判断に基づき実施されるものと、妊産婦が希望して選択するものがあると考えられ、その選別と情報公開の徹底を含め、それぞれに対する支援のあり方を検討することが考えられる。
- 検討に当たっては、分娩取扱施設における医療提供等の実態や費用構造をさらに分析し、それを踏まえる必要がある。
- なお、中長期的な視点に立った今後の我が国の周産期医療提供体制のあり方については、他の診療科とも関わる地域の医療提供体制全体のバランスの中で捉える必要があり、今後、地域医療構想や医療計画に関する検討の場において、本検討会の議論の整理も踏まえ、検討していく。

(今後の検討課題等)

- 本検討会における議論の中では、今後の妊産婦の経済的負担の軽減策の検討の進め方に関し、
 - ・ 出産費用の地域間・施設間の格差の要因や費用内訳の見える化が検討の前提となる
 - ・ 保険給付範囲や自己負担について諸外国の具体的な基準を議論の参考とすべき

- ・ 出産に対しては、健康保険法体系の中で時代背景に照らして給付体系が変遷してきた経緯があり、出産は病気か否かという視点ではなく、現代社会に最も望ましいと思われる方法を検討すべき
といった意見があった。

○ また、標準的な出産費用の自己負担無償化に向けた検討に關し、

- ・ 仮に保険適用となった場合、自由度が効かなくなることや、分娩医療機関が経済的に非常にひっ迫している中で、保険化することで収入が落ちると考えている医療機関が多く、非常に不安感がある
- ・ 保険適用の制度設計次第であり、内容がみえない段階で保険適用イコール経営悪化と捉えるべきではなく、保険適用と医療提供体制の確保を両立させる方策を考えるべき
- ・ 現物給付化には、給付の画一化ではなく標準化という意義があり、多様化するニーズに応えることができると考えられる
- ・ 標準的な出産費用の「標準」とは何かについて具体的な整理、検討を行う必要がある
- ・ 医療的に必要であって、妊産婦の希望にかかわらず提供されるものは医療保険から給付すべきだが、お祝い膳等のサービスは、給付対象とする標準的な内容からは除外すべき
- ・ 分娩の経過は様々であり、個々の分娩によって処置内容や所要時間が大幅に異なる
- ・ 分娩経過において異常が起こることを想定して人員の確保等が必要である
- ・ 出産費用には新生児管理保育料も含まれており、これについても検討が必要である
- ・ 妊産婦の多様なニーズに対応するため様々なサービスが提供されている
- ・ 例えば、分娩進行中の産痛緩和のための標準化されたマッサージと、産後にリラクゼーションを目的として行われるエステとは異なる性格のものである。また、エステ等の妊産婦が希望して選択するケアやサービスにも様々な性格のものが含まれるのではないか
- ・ 無痛分娩に限らずエビデンスに基づく産痛緩和ケア、また、助産所における出産も含めて保険適用とすべき
- ・ 保険適用かどうかに問わらず、自己負担が減ることを妊産婦は望んでいる
- ・ 経済的負担を軽減する具体的な手法として、出産育児一時金のさらなる増額も考えられるのではないか
- ・ 出産育児一時金の増額後も出産費用が年々上昇している現状をみると、出産育児一時金の増額という手法には限界があり、別の方策を考える必要があるのではないか
- ・ 出産費用については、正常分娩も含めて保険適用（現物給付）とし、窓口自己負担が増加することのないよう、公費から別途負担軽減措置を講じるべき
- ・ 保険適用とすることで妊産婦の窓口負担がかえって増加することのないよう、自己負担割合や別途の負担軽減措置等についても併せて検討すべき
- ・ 今後の具体的な制度設計の検討に当たっては、既に保険適用されている異常分娩の取扱いなど、既存の医療保険制度との関係を整理すべき
- ・ 妊産婦の実際の負担が軽減される制度にならなければ意味がなく、保険適用外となるオプションは妊産婦が自分で費用に関する情報に基づき選択できる環境を作る必要がある

- ・自己負担なしで出産できる人ができる限り増え、自己負担がある場合は何についていくらお金を払うのかを自己決定できるような仕組みとなることが望ましい
 - ・費用やサービスの見える化を進めることを前提として、保険適用か適用外かという二元論ではなく、現物給付と現行の出産育児一時金のように用途を限定せず使えるような支援を組み合わせて柔軟な仕組みとすることも考えられる
 - ・現在検討している制度変更の結果、妊産婦の費用面・質的な面での満足度がどう変化したかの検証を国として行うべき
 - ・産科医療補償制度は、重度脳性まひ発症の原因究明と再発防止に向けた重要な制度であり、掛け金は自己負担とせず、国の責任で運営すべき
- といった意見があった。

○ また、給付と負担の関係に関し、

- ・保険適用の検討に当たっては、保険給付範囲の標準化や、現役世代をはじめとする保険料負担者の納得感につながる内容とすべき
 - ・公費、保険料、自己負担のバランスをどう取っていくのかという視点が重要
 - ・医療保険財政には限りがあるので、税と保険の性格の違いを踏まえ、それぞれの目的に応じて分けて考える必要がある
 - ・保険料を払うのも妊産婦を含めた国民なので、底なしに保障するということではなく、保険だけで保障できるのかというところも考えていく必要がある
 - ・少子化のスピードは加速しており、国の存亡に関わる問題として、多少お金を入れてでも解決していかなければならない
 - ・周産期医療体制の確保、保険料負担者と妊産婦の負担のバランスをどう取るかが重要
 - ・妊産婦の負担軽減と、医療機関の経営と、医療保険財政の安定とが三方良しになるように、今後検討していくべき
- といった意見があった。

○ また、安全で質の高い周産期医療提供体制の確保に関し、

- ・日本産婦人科医会が実施した事業継続見込調査において「分娩取り扱いを止める」または「制度内容により中止を考える」と回答した医療機関が実際に分娩を中止した場合、今後、分娩施設を変更せざるを得ない妊婦が多数にのぼり、地域に大きな混乱と不安をもたらす可能性がある
- ・全国の 335 二次医療圏のうち、圏内の全ての産科診療所（病院は除く。）が事業継続見込調査において「分娩取り扱いを止める」または「制度内容により中止を考える」と回答した医療圏が 86 あり、仮にこれら全ての医療機関が実際に分娩を中止した場合、既に圏内に産科診療所のない 84 医療圏と合わせると 170 医療圏（全体の半数以上）に産科診療所がなくなることとなり、世界に冠たる安全で質の高い周産期医療を国民に提供できなくなる可能性が高い
- ・妊産婦の経済的負担の軽減は、地域の分娩提供体制が十分に確保された上で実現されなければ意味がなく、遠方の施設に行かざるを得ない状況になれば、かえって交通費の負担が生じ、緊急を要する場合に母体・胎児の安全の面から精神的な負担も生じる

- ・ 妊産婦の経済的負担の軽減と地域の周産期医療の確保は一体的に議論していく必要がある
- ・ 地域の周産期医療の確保は、国のインフラ基盤整備に関わる問題であり、出産費用の保険適用を巡る財源とは切り離して、別途、社会保険料財源ではなく公費で賄うべき
- ・ 急速に少子化が進み環境が劇的に変化する中で、今後の周産期医療提供体制のあり方を考えなければならない
- ・ 質の高い安全・安心な周産期医療の提供に向けて、地域ごとの提供体制の差、医師・看護師などの不足を解消するとともに、リスクの高い出産や容態急変などに対応できるよう、医療機関の機能分担と連携強化、救急医療や産科・小児医療体制の確立も重要

といった意見があった。

○ また、正常分娩に伴う入院日数に關し、

- ・ 我が国の正常分娩に伴う入院日数が諸外国と比べて長い理由を検証すべきであるとの意見
- ・ 入院日数が長い理由として、新生児の安全管理や母親に対する母乳・育児指導まで含めた入院期間となっていることや、母子の愛着形成等を挙げる意見
- ・ 諸外国は小児科医や訪問助産師、産後ケア施設等との連携体制が構築されていることから、これらの体制が整わない中で入院日数を短くすることには慎重になるべきという意見

などがあった。

②希望に応じた出産を行うことのできる環境の整備

＜出産費用の見える化の推進等について＞

(現状)

- ヒアリングやアンケート調査を通じ、妊産婦等からは、「最後に請求書が来るまで自分がいくら払うのかよく分からないまま退院の日を迎えた」、「お金がどこまでかかるのか病院のホームページを見ても分からず不安だった」、「妊娠が分かった段階から出産まで、負担ができるだけ少なく、かつ、費用が明確な状態で安心して産むことのできる環境になっていくと良い」、「現在妊娠5か月になったばかりだが、病院や自治体からこれまでの流れについて簡単な紙はいただくものの、具体的に私が今から何をして、何を考えて、お金も物も何をどのくらい準備すればいいのかというのが分からず、とても不安で、SNSは情報を得ることはできるのだが、それが正しい情報なのか確認するすべもなく、調べれば調べるほど沼にはまっていくような感覚がある」といった意見があった。

- 「分娩取扱施設における出産に係る費用構造の把握のための調査研究」¹⁶の調査結果の報告¹⁷によれば、「お祝い膳」を妊産婦が選択できる施設は施設類型によって回答施設数の2.0%～5.8%の間であり、また料金は87.1%～90.6%の施設で入院料等の他の料金に含まれ、個別に明示されていなかった。「写真撮影」、「足形」、「エステ（乳房マッサージは除く）」のサービスについても、おおむね同様の傾向が見られた。なお、妊産婦がお祝い膳等のサービスを希望しなかった場合、辞退できるかどうかまでの調査は行っていない。
- 厚生労働省において、出産費用の「見える化」のため、分娩取扱施設ごとのサービス内容や出産費用の状況などを公表するウェブサイト「出産なび」の運用を令和6年5月30日から開始している。年間分娩取扱件数が21件以上等の要件を満たす施設のほぼ全て（99.9%）に掲載の同意をいただく等、全国の2,112施設の情報を掲載しており、施設ごとに、医師数や年間分娩件数といった基礎情報に加え、助産ケアや付帯サービスの実施有無、分娩にかかる費用の目安などの詳細情報を掲載している。開設以降、200万超のPVがあり、現在は若年女性と推定されるユーザーを中心にアクセスされている。
- 「出産育児一時金の見直しを踏まえた出産費用の分析並びに産科医療機関等の適切な選択に資する情報提供の実施及び効果検証のための研究」¹⁸の調査結果の報告によれば、「出産なび」は妊婦の安心感、納得感、効率性といった観点から一定の評価を受けている一方で、分娩取扱施設に関する情報の充実や検索機能・サイトアクセスの向上、妊婦健診・産後ケアに関する情報の掲載などについて要望が寄せられている。

（るべき支援等の方向性）

- 出産に対する妊産婦のニーズは様々であり、妊産婦がサービスや費用に関する十分な情報に基づいて、出産に関する自己決定を行える環境を整備する必要がある。
- 出産に関するサービスと費用の情報のさらなる見える化を推進し、出産費用の予見可能性を高め、妊産婦が希望して選択する診療・ケアやサービスについて、ニーズに応じて取捨選択できるようにしていくべきである。
- 「出産なび」の掲載情報や機能面を早期に充実させるとともに、妊娠前や妊娠初期の方にも利用していただくよう、周知広報に取り組んでいくべきである。その際、掲載情報の充実が医療機関・自治体等にとって過度な負担とならないよう留意し、具体的な情報収集等の進め方について、関係団体等と丁寧に調整していくべきである。

¹⁶ 令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））（研究代表者 野口晴子氏）

¹⁷ 外れ値や誤答と思われるものが含まれた速報値によるものであることに留意が必要である。

¹⁸ 令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））（研究代表者 田倉智之氏）

(今後の検討課題等)

- 本検討会における議論の中では、出産費用の見える化の推進等に関し、
 - ・ 出産費用の透明性の向上等の観点からも、提供内容の行為と費用が分かる明細書の無料発行を求めるべきではないか
 - ・ サービスの費用は入院料等と分けて明確にすべきであり、項目と内容が明確になるよう直接支払制度専用請求書の見直しも必要ではないか
 - ・ 「出産なび」において一定の情報は示されているが、まだ見える化は不十分であり、さらに施設ごとの費用の内訳を明らかにする必要があるといった意見があった。

＜助産所・助産師の活用について＞

(現状)

- 令和5年度に出生した約72.7万人のうち、0.5%に当たる約0.3万人が助産所で、0.2%に当たる約0.1万人が自宅その他で生まれている¹⁹。
- 都道府県別では、11都府県で分娩を取り扱う助産所が10か所以上あるのに対し、6県では1か所のみ、5県では0か所と、助産所での分娩状況は都道府県により大きく異なる²⁰。
- 日本助産師会によれば、助産所はエビデンスやガイドラインに基づいて、嘱託医・嘱託医療機関との連携により、緊急時の医療連携を含めて低リスク妊婦に助産ケアを提供している。また、自宅分娩を含めて低リスク産婦に女性中心の助産ケアを提供し、安全に管理・評価している。また、妊産婦と家族を対象とし、妊娠期から産後ケアに至る育児期まで継続的・個別的なケアを提供している。

(るべき支援等の方向性)

- 妊産婦の多様なニーズが尊重されることは重要であり、地域の医療状況を踏まえた上で、希望に応じて、助産所においても、出産や産後ケアを安全に行えるような環境を整備していくことが必要である。
- また、今後の具体的な制度設計の検討においては、新たな枠組みの中に助産所も位置付け、妊産婦がどのような出産場所を選択したとしても、十分な公的支援が受けられ、それによって選択の幅が狭められることのないようにすべきである。
- 入院中の育児指導の多くを助産師が担っていることに加え、産後ケアの普及に伴い、妊産婦等が抱える妊娠・出産や子育てに関する悩み等に関する相談対応に当たり、助産師等の専門家等が果たす役割は今まで以上に重要になっており、その活躍を促す環境を整備していくべきである。

¹⁹ 令和5年人口動態統計

²⁰ 令和4年度衛生行政報告例（出張のみの助産所は含まない）

(今後の検討課題等)

- 本検討会における議論の中では、助産所・助産師の活用に関し、
 - ・ 助産所と周産期母子医療センターのオープンシステム活用による連携強化も推進すべき
 - ・ 自宅分娩を今後検討する新たな枠組みから除外した場合には、経済的支援がないがゆえの無介助分娩が起きる可能性が否定できない
 - ・ 病院の、特に産科混合病棟においては、母子にとって安全・安心な出産環境を整備するために、産科区域の特定をさらに推進すべき
 - ・ 第8次医療計画に盛り込まれた院内助産・助産師外来を推進すべき
- といった意見があった。

<無痛分娩について>

(現状)

- 我が国では、硬膜外麻酔分娩による妊産婦死亡や後遺障害発生を受けて、平成30年に無痛分娩関係学会・団体連絡協議会 (The Japanese Association for Labor Analgesia : JALA) が組織され、安全な提供体制の構築に向けた取組が行われている。
- 無痛分娩の実施率は、令和2年医療施設静態調査では8.6%であったものが、令和5年医療施設静態調査では13.8%に上昇している。
- ヒアリングやアンケート調査を通じ、妊産婦等からは、「無痛分娩ができることが一番大事で、住んでいる県全体で無痛分娩対応施設が1か所しかなく必然的にそこを選択した」、「1人目は自然分娩で産んだが、あまりの痛さに耐えられず、2人目は絶対無痛分娩と決めていた」、「第1子は無痛をポイントに探したが、自分で情報が取れず後悔が残り、自分なりに調べた結果、第2子は助産院で出産した」といった意見があった。

(るべき支援等の方向性)

- 妊婦の間で無痛分娩へのニーズが増加している状況を踏まえ、希望する妊婦が安全な無痛分娩を選択できる環境の整備を進めるべきである。
- 無痛分娩に対応した医療機関の分布には地域差があり、麻酔を実施する医師の確保や安全管理体制の標準化等、安全で質の高い無痛分娩の提供体制の確保に取り組む必要がある。
- 無痛分娩のリスクやデメリットを十分に考慮した上で妊婦が選択を行えるよう、また無痛分娩を選択することに対する偏見をなくすため、無痛分娩に関する正しい理解を広める必要がある。

(今後の検討課題等)

- 本検討会における議論の中では、安全で質の高い無痛分娩の提供体制の確保に関し、
 - ・ 安全で効果的な無痛分娩を実施するには産科医・麻酔科医に一定の習熟が求められる
 - ・ 無痛分娩を実施する医療機関の体制や研修等の実態把握を進めるべき
 - ・ 提供体制の確保を都道府県に丸投げしても難しい部分があるといった意見があった。
- また、無痛分娩を希望する妊婦に対する経済的支援に関し、
 - ・ 無痛分娩のニーズが非常に高まっており、実施施設が増えていくと想定される中、地域や施設によって無痛分娩の実施状況に差があることや妊婦への情報提供が不十分であること、安全な提供体制の構築に課題がある
 - ・ 無痛分娩を希望する妊婦が安全・安心に受けられるよう、無痛分娩の標準化と質の向上の観点から、保険適用とする方向で検討すべき
 - ・ 無痛分娩の提供が正しく標準化されていくことが重要であり、適切な施設基準等の設定などの検討も必要となる
 - ・ WHO の『ポジティブな出産経験のための分娩期ケア』²¹が推奨しているようなエビデンスに基づく産痛緩和ケアも、標準化と質の向上に向けて、保険適用とする方向で検討すべき
 - ・ 無痛分娩は方法が多彩であり、どのような形で標準化するのか分からず、時期尚早ではないか
 - ・ 無痛分娩を実施している医療機関が少ない段階では、仮に保険適用をしても、地域によって希望する妊婦に提供できず、給付に不公平が生じるため、保険適用は慎重に検討すべき
 - ・ 無痛分娩は甘えや贅沢品といった偏見がある中、経済的な理由で無痛分娩を断念する方もいる現状を踏まえ、保険適用かどうかはさておき、経済的負担の軽減についても検討すべき
 - ・ 地域によっては無痛分娩の提供体制の確保が進んでおり、全国的な提供体制の確保が整うまで経済的支援策が検討されないので時間がかかりすぎる
 - ・ 地方自治体の給付で支援することは、財政力の弱い自治体では厳しく、地域間格差を認識した上で議論すべきといった意見があった。

²¹ 平成 30 年『WHO 推奨 ポジティブな出産体験のための分娩期ケア 母子のより良い健康と幸せのためのケア変革』(世界保健機関)

（2）妊娠期、産前・産後に関する支援等について

①妊娠期から産後までを通じた切れ目のない支援の充実

（現状）

- ヒアリングやアンケート調査を通じ、妊産婦等からは、「産後の不安の相談先として、母子健康手帳交付から空白にならないように伴走してくれる方がいると非常に心強い」、「自治体の両親学級は平日の午前中しか開催がなく、限られた土日の枠も予約の争奪戦。通っている産院でも両親学級の開催がほとんどないので困っている」、「産後不安なときに誰か相談できる特定の方と産前に知り合えていたら、もうちょっと安心だったのにという細切れ感があった」といった意見があった。

（るべき支援等の方向性）

- 妊娠期から出産・子育てまで一貫して、妊産婦を孤立させず、妊産婦本位での切れ目のない支援体制の構築を進める必要がある。
- その一環として、妊産婦の身近で相談に応じ、様々なニーズに即した必要な支援につなぐ伴走型の相談支援を充実するため、令和7年4月から制度化された妊婦等包括相談支援事業と妊婦のための支援給付を通じ、相談支援と経済的支援を効果的に組み合わせて実施していく。

（今後の検討課題等）

- 本検討会における議論の中では、妊産婦に対する切れ目のない支援に関し、
 - ・ 妊娠・出産に関する不安には専門家によるサポート体制が必要
 - ・ 令和6年6月の子ども・子育て支援法等の一部を改正する法律案の参議院の附帯決議の中で「『伴走型相談支援』と呼ぶにふさわしい、産前産後を通じて専門的知見を有する伴走者が一貫したサポートを提供できる仕組みについて…検討を進めること」とされていることを踏まえた検討を行うべき

といった意見があった。

②妊婦健診に係る経済的負担の軽減

（現状）

- 国が示す望ましい基準に定める14回の妊婦健診に必要な費用に対して、地方交付税措置を講じているが、現状、各自治体による公費負担の実施状況には、改善傾向はあるものの、ばらつきがみられる。

- 令和6年4月における妊婦健康診査の公費負担の状況に係る調査結果によれば、妊婦1人当たりの公費負担額の全国平均額は108,481円（令和5年度）から109,730円（令和6年度）に増加し、最も高い福島県は136,147円、最も低い神奈川県は80,159円となっている。

また、全1,741市区町村の約65%に当たる1,139市区町村で、国が示す検査項目に係る妊婦健診費用について、自己負担がないような公費負担額を設定しており、これらの市区町村における公費負担額の平均は112,534円であった。

ただし、公費負担が平均額以下の市区町村でも妊婦の自己負担がない場合もあり、公費負担額のばらつきそのものが、妊婦の負担につながっているとも言えないことも明らかになった。

- また、妊婦健診の実施施設によって、公費助成の対象となる望ましい基準内の検査と基準外の自費検査の内容や費用の情報が必ずしも妊婦にとって明らかでなく、実際の支払いの際に妊婦に自己負担が生じる場合がある、との意見があった。

- さらに、ヒアリングやアンケート調査を通じ、妊産婦等からは、「初回の妊娠確定診断での1万円に始まり、妊娠が分かってから1～2か月で数万円がお財布から飛んでいった。最初の段階から大きな負担があったことで今後の出産や子育てに対する強い経済的不安を感じた」、「想定していたより実際の支払額が多かった」、「オプションの検査についても不要と言えるだけの知識がなく、医療機関に言わわれば受けてしまう」といった意見があった。

（るべき支援等の方向性）

- 妊婦健診として必要な検査の実施に際して、妊婦に自己負担が発生しないよう、各自体に公費助成の一層の充実を働きかけるとともに、令和7年度から新たに市町村ごとの公費負担状況を公表し、公費負担の状況の更なる見える化を進めており、これらの取組を通じ、望ましい基準内の妊婦健診について、妊婦に自己負担が生じないような公費負担をさらに推進していくべきである。
- また、分娩を取り扱わず妊婦健診のみを実施する施設を含め、施設ごとの望ましい基準内と基準外の検査内容と費用を明示し、自治体の公費負担額からの差額分である自己負担額を「出産なび」に掲載すること等を通じて、妊婦健診の費用の予見可能性を高め、妊婦健診に係る経済的負担の軽減を図るべきである。

（今後の検討課題等）

- 本検討会における議論の中では、妊婦健診に係る経済的負担の軽減に關し、
 - ・ 基準外の自費検査の費用が可視化され、妊婦が何に対してお金を払っているのかを分かるようにする必要がある
 - ・ 基準外の自費検査については、医師から内容と費用の説明をした上で、妊婦が必要性の有無について自己決定できるようにする必要がある

- ・ 施設の妊婦健診費用と自治体の補助額が分かれれば、自分の持ち出しがどのくらいの金額になるかが事前に分かり安心感につながるのではないか
- ・ 「出産なび」に掲載する費用の情報の掲載には将来的には取り組んでいきたいが、医療機関の負担にならない方策を考えないと、今すぐに実現するのは難しいのではないかといった意見があった。

③産後ケア事業等の推進

(現状)

- 産後ケア事業については、受け皿をさらに拡大していくため、「地域子ども・子育て支援事業」に位置付け、国において提供体制整備等に係る基本方針を定めるとともに、各市町村において「量の見込み」と「提供体制の確保の内容」等を定めた計画を策定いただくことにより、計画的な提供体制の整備を進めていくこととしている。加えて、令和6年度補正予算において、施設整備等にかかる補助金を設けており、受け皿拡大のための取組を進めている。
- また、令和5年度から産後ケアを必要とする全ての産婦に対して、産後ケア事業の利用料減免支援を導入しており、希望する全ての方が利用しやすくなるよう、環境整備に取り組むとともに、自治体において事業の周知等に活用いただくための資材（リーフレット、動画）を国において作成している。
- さらに、令和6年10月に改定した産後ケア事業のガイドラインにおいて、事業の利用手続き等が利用者の負担とならないよう、電話やオンライン等での受付を行う等の配慮をするよう盛り込んだところであり、ガイドラインの改定について自治体に周知を行っている。
- ヒアリングやアンケート調査を通じ、妊産婦等からは、「産後ケアのニーズは非常に高く、施設の産後ケアの実施状況を知りたいという声がかなり集まっている」、「自治体の分かりにくいウェブサイトを用いて、自分の条件に合う利用可能な施設を、産後のもうろうとした意識の中で探さないといけない」、「オンラインで申請し、数日後に利用通知書が届き、それを持っていかないと産後ケアが使えないということで、今この場ですごく不安でも、実際に使えるのは数日後だった」といった意見があった。

(るべき支援等の方向性)

- 産後ケア事業については、必要な産婦が利用できるよう、受け皿を拡大していく必要がある。
- その際、産婦が利用可能な施設を簡便に検索できるよう、「出産なび」の活用も含め、産後ケア事業の実施状況等に関する分かりやすい情報提供を行うべきである。
- また、認知度を向上させるとともに、利用に係る手続きを簡略化すべきである。

(今後の検討課題等)

- 本検討会における議論の中では、産後ケア事業等の推進に関し、
 - ・ 実施内容、提供体制に地域格差があり、その実態を把握し、改善方法を検討すべき
 - ・ 産後のメンタルケアや育児相談を気軽に受けやすい環境を整えるべき
 - ・ 地域と条件を入力すると自治体の補助を利用できる施設が表示されるような情報提供の仕組みを実現するべき
 - ・ 母子健康手帳の交付時だけでなく、妊婦健診時や退院前など、情報が必要なタイミングで周知するべき
 - ・ オンライン上で手続きを完結できるようにする、申請から利用可能となるまでの日数を短縮するなど、手続面を改善するべき
- といった意見があった。

おわりに

- 令和7年2月27日に公表された人口動態統計速報によると、令和6年の年間出生数は72万988人と、9年連続で減少を続け、統計を取り始めた明治32年以来、過去最少となった。
- こうした中、希望する誰もがこどもを持ち、安心して子育てできる社会の実現に向け、妊産婦やそのパートナー、これからこどもを持つことを考える方々など、若い世代の当事者が必要とする支援策を届けていくことが急務である。
- 本検討会は、こうした視点に立ち、妊娠から出産、産後までの総合的な支援のあり方を検討の対象とし、所管省庁・部局の垣根を越えて議論を重ねてきた。検討に当たっては、地域や年齢、家族構成、出産に対する考え方などが様々に異なる妊産婦の多様なニーズを受け止めるため、妊産婦支援を行う団体等による複数のオンラインアンケート調査を活用し、また、妊娠中や子育て中の当事者の方々のヒアリングを行い、妊産婦の当事者の目線で議論することを重視してきた。同時に、我が国の安全な周産期医療と公的医療保険制度を持続可能なものとしていく観点から、その担い手である産科医療関係者、医療保険者等の意見も丁寧に伺ってきた。
- 本検討会におけるこれまでの議論の結果、妊産婦等の支援等の更なる強化について、
 - ・ 安心して出産できる社会を目指し、妊娠期から産後までの全体を通じた妊産婦の負担軽減を図っていくこと
 - ・ 特に出産については、標準的な出産費用の自己負担無償化と安全で質の高い周産期医療提供体制の確保・存続の両立を図ること
 - ・ 同時に、現役世代をはじめとする保険料負担者の納得感につながるよう、公的医療保険における給付と負担のバランスに留意すること
 - ・ また、単に費用負担を軽減するだけでなく、費用やサービスの見える化を推進し、妊産婦が十分な情報に基づき、出産に関する自己決定や取捨選択を行い、希望する出産場所や出産方法等を選択できる環境を整備すること
 - ・ ケアやサービスを受ける立場である妊産婦の目線に立って、妊産婦本位の切れ目のない支援体制を構築していくことといった、基本的な方向性について整理を行うことができた。
- 政府として支援を強化していくというメッセージを妊産婦等の当事者に届けるため、また、少子化が進む中で周産期医療提供体制の確保に不安を抱く産科医療関係者に政府内の議論の状況を伝えるため、今後、これらの基本的な方向性について、政府から積極的に発信をしていくことが重要である。
- また、今後は、これらの基本的な方向性に沿って、それぞれの所管省庁・部局において、本検討会で提示された今後の検討課題等を踏まえ、必要な制度的対応等に向けた議論を深化させていくことが求められる。引き続き、当事者・関係者の声を丁寧に聴きながら、客観的なデータに基づき、早期に検討を進めることの重要性を指摘し、本議論の整理の結びとする。

**妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会
構成員名簿**

令和7年5月14日時点

	イエヤス 家保	ヒデタカ 英隆	全国衛生部長会会長／高知県理事（保健医療担当）
	イマムラ 今村	トモアキ 知明	奈良県立医科大学教授
	イモト 井本	ヒロコ 寛子	公益社団法人日本看護協会常任理事
	カメイ 亀井	ヨシマサ 良政	公益社団法人日本産科婦人科学会常務理事
◎	サノ 佐野	マサヒロ 雅宏	健康保険組合連合会会長代理
	スエマツ 末松	ノリコ 則子	三重県鈴鹿市長
	タクラ 田倉	トモユキ 智之	日本大学医学部主任教授
◎	タナベ 田邊	クニアキ 國昭	東京大学大学院法学政治学研究科教授
	テラオ 寺尾	コウジ 光司	広島県府中町長
	ナカニシ 中西	カズヨ 和代	株式会社ベネッセクリエイティブワークス たまごクラブ前編集長
	ナカネ 中根	ナオコ 直子	公益社団法人日本助産師会会长 ※令和7年2月16日付で高田昌代氏から交代
	ニオリ 新居	ヒナエ 日南恵	特定非営利活動法人 manma 理事
	ハマグチ 濱口	キンヤ 欣也	公益社団法人日本医師会常任理事
	ホソノ 細野	シゲハル 茂春	一般社団法人日本周産期・新生児医学会理事
	マエダ 前田	ツギオ 津紀夫	公益社団法人日本産婦人科医会副会長
	マツノ 松野	ナツコ 奈津子	日本労働組合総連合会生活福祉局次長
○	ヤマガタ 山縣	ゼンタロウ 然太朗	国立研究開発法人国立成育医療研究センター 成育こどもシンクタンク副所長
	リ 李	フィスン 輝淳	株式会社赤ちゃん本舗コミュニティデザイン統括部長

◎印は座長、○印は副座長を示す。

(五十音順)

**妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会
開催経過**

回数	開催日時	議題
1	令和6年6月26日	(1) 検討会の設置について (2) 妊産婦等の支援策等をめぐる現状について (3) 実態調査について
2	令和6年8月1日	(1) ヒアリング ・周産期医療や母子保健事業の提供側からのヒアリング
3	令和6年8月21日	(1) ヒアリング ・妊産婦の当事者からのヒアリング ・妊産婦の声を伝える者からのヒアリング
4	令和6年9月11日	(1) ヒアリング ・医療保険者・医療提供側等からのヒアリング ・自治体からのヒアリング
5	令和6年11月13日	(1) 出産費用の見える化等の効果検証について (2) ヒアリング
6	令和6年12月11日	(1) 今後の議論の進め方等について (2) 「出産なび」について
7	令和7年2月5日	(1) これまでの議論を踏まえた検討の方向性について (2) 「出産なび」について
8	令和7年3月19日	(1) 希望に応じた出産を行うための環境整備について (助産所・助産師の活用等について、無痛分娩について) (2) 出産に係る妊婦の経済的負担の軽減等について (3) 分娩取扱施設における出産に係る費用構造の把握のための調査研究について(報告)
9	令和7年4月16日	(1) 分娩取扱施設における出産に係る費用構造の把握のための調査研究について (2) これまでの議論を踏まえた意見交換
10	令和7年5月14日	(1) 議論の整理(案)について

妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会 ヒアリングの実施状況

(第2回検討会)

○周産期医療や母子保健事業の提供側からのヒアリング

- ・公益社団法人日本産婦人科医会 副会長 前田 津紀夫氏
- ・公益社団法人日本産科婦人科学会 常務理事 亀井 良政氏
- ・一般社団法人日本周産期・新生児医学会 理事 細野 茂春氏
- ・公益社団法人日本看護協会 常任理事 井本 寛子氏
- ・公益社団法人日本助産師会 会長 高田 昌代氏

(第3回検討会)

○妊産婦の当事者からのヒアリング

- ・妊産婦の当事者 3名

○妊産婦の声を伝える者からのヒアリング

- ・株式会社赤ちゃん本舗 李 輝淳氏、西峯 佳恵氏
- ・株式会社ベネッセコーポレーション 久保田 悠佑子氏
- ・一般社団法人全国妊娠SOSネットワーク 代表理事 佐藤 拓代氏
- ・コネヒト株式会社 青柳 有香氏

(第4回検討会)

○医療保険者・医療提供側等からのヒアリング

- ・全国衛生部長 会長 家保 英隆氏
- ・一般社団法人日本産科麻酔学会 理事長 照井 克生氏
- ・健康保険組合連合会 会長代理 佐野 雅宏氏
- ・公益社団法人日本小児科医会 会長 伊藤 隆一氏

○自治体からのヒアリング

- ・三重県鈴鹿市 市長 末松 則子氏
- ・広島県府中町 町長 寺尾 光司氏、同福祉保健部長 中本 孝弘氏

(第5回検討会)

○ヒアリング

- ・東京大学大学院 講師 小暮 かおり氏
- ・井上法律事務所 所長 井上 清成氏
- ・静岡大学人文社会学部社会学科 教授 白井 千晶氏
- ・前田産科婦人科医院 理事長 前田 津紀夫氏

(※肩書きはいずれも当時)

第198回社会保障審議会医療保険部会（令和7年9月26日開催）における主な御意見 （「令和8年度診療報酬改定の基本方針について」関係）

（注）主な御意見を事務局で整理したもの。（御意見の趣旨を踏まえて文言を整理している。）

＜全体について＞

- ・ 医療機関は大変厳しい状況であり、報酬改定でのしっかりととした手当が必要である。
- ・ 物価高騰をはじめとする臨時応急的な対応と、2040年あるいはその先を見据えた中長期的な対応を検討する必要がある。
- ・ 物価高騰・賃金上昇等への対応については、これまでの改定の検証や整理を行うとともに、社会保障制度の安定性と持続可能性の確保、経済財政との調和を踏まえた検討が重要である。
- ・ 堅持すべき国民皆保険制度、医療保険体制がきちんと整備され、被保険者・事業者が保険料負担に納得感を持てるような改定にすべき。
- ・ 充実すべき項目と適正化すべき項目にメリハリをつけた改定とすべき。

＜改定に当たっての基本認識＞

（日本経済が新たなステージに移行しつつある中での物価・賃金の上昇、人口構造の変化や人口減少の中での人材確保、現役世代の負担の抑制努力の必要性）

- ・ 現役世代の負担軽減と社会保障制度の持続可能性確保の双方を進める必要がある。

（社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和）

- ・ 医療保険制度の安定性・持続可能性の向上が大前提である。

＜改定の基本的視点と具体的方向性＞

（全体について）

- ・ 基本認識・基本的視点はどの項目も密接に関連する重要なテーマなので、どれか1つを重点にするのではなく、全てを総合的に解決することが最大の課題。

(物価や賃金、人手不足などの医療機関等を取りまく環境の変化への対応)

- ・ 緊急対応が必要な物価・賃金の上昇、人手不足については、特に重点項目として位置づけるべき。
- ・ 食材料費だけではなく、委託費や光熱費も含めて負担が増加しているため、食材料費のみを例示するのではなく、光熱水費、委託費等も例示すべき。
- ・ 課題として、物価・賃金だけではなく、人件費や医療材料費の増大も明示すべき。
- ・ 病院における食材料費について、物価高に順応できるシステムを考えるべき。
- ・ 診療報酬の人員配置基準について、看護師等の数が足りない上、今後看護師資格取得者数も減少が見込まれることから、要件の緩和を検討すべき。
- ・ 夜間対応者的人材不足が深刻。物価上昇等により、夜勤者の確保策として有効な夜勤手当の支給や増額、回数加算をはじめとする賃上げ・処遇改善ができていない。
- ・ 人材確保のため、業務負担軽減や、医療・福祉従事者の他産業並みの賃上げが必要。ベースアップ評価料については、引き上げや対象職種拡大だけではなく、報告等の事務負担軽減策を検討する必要がある。
- ・ 業務負担軽減のためには、タスクシフト・シェアやチーム医療、多職種連携の促進、ICTの活用、個人単位での夜勤回数制限などの検討が必要。
- ・ 個人経営が多く、マンパワーが限られる歯科では、他職種より給与が低い傾向にある歯科衛生士・歯科技工士の離職等が喫緊の課題。歯科関連職種の人材確保や賃上げを検討することが必要である。特に、地域包括ケアシステムの推進を図り、チーム医療を進めるためにも、歯科衛生士の確保が非常に重要。

(2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進)

- ・ 医療資源が少ない地域の支援や医師偏在対策の推進は、不足部分だけに着目するではなく、全体の医療資源や医師数、財源が限られていることを踏まえて格差を是正することが不可欠。
- ・ 限られた人材で質の高い医療を提供するためには、医療機能の分化や強化、多職種連携、タスクシフト・シェア、医療DXやICT連携等に今まで以上に取り組む必要があ

る。

- ・ 高度急性期から慢性期までの機能分化が更に進むよう、関係項目の適正化、かかりつけ医機能項目の実績評価への転換など、医療機能の分化・連携を更に促進すべき。
- ・ 地域包括ケアについて、地方では医療機関が点在するとともに、高齢者も広域に分散しているため、効率的な訪問診療・看護等が困難な場合もある点を考慮すべき。
- ・ 地域エリアでの医療アクセスや地域医療の確保が必要。医療機関の経営が厳しい中で、個々の医療機関が持続可能な経営ができるように評価する必要もある。
- ・ 前回のトリプル改定でリハビリ・口腔・栄養の一体的推進が図られたところだが、引き続きその視点で、地域の医歯薬連携対応が進むようにしてほしい。

(安心・安全で質の高い医療の推進)

- ・ 電子カルテ・電子処方箋の導入も見据え、システム導入にかかるコストや運用・保守点検・システム改修費用等の負担も含めて、医療DXの推進体制を評価すべき。
- ・ 歯科治療デジタル化も期待されるが、医療DX推進に当たっては、十分な配慮が必要。
- ・ 電子処方箋や電子カルテ情報共有等により医療の効率化・適正化、薬剤の重複投与等の是正を図る必要がある。
- ・ 医療DXを進めることで、様々な情報連携がなされ、患者にとって質の高い医療が実現されるよう、体制整備を行うべき。
- ・ 業務効率化のためのシステム導入等、医療DXの推進により、経営を改善していく方向性についても推進すべき。

(効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上)

- ・ 手当てすべき報酬が「適正化」という名目の下に過剰に削減されないように、慎重に対応することが必要。
- ・ 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上の観点からは、医療機能分化・連携・集約化を通じた効率的な医療提供体制の構築が重要な視点であり、これも具体的な方向性に入れるべき。
- ・ 医薬品に偏った記載になっている。今後の持続性を踏まえ、全ての分野にメリハリを

利かせる観点から、医薬品に限らずより多方面の視点を盛り込む必要がある。

(その他)

- ・ 診療報酬制度は複雑。致し方ない部分もあるが、「国民の理解を得やすく分かりやすい」視点を強く打ち出した方が良い。
- ・ 今後、医療DX・ICT連携も活用し、効果的・効率的な医療提供体制を構築するとともに、保険給付を重点化することで、医療機関の人手不足やコスト増加に対応しつつ、保険料上昇の抑制につながるのではないか。
- ・ 薬価基準等の影響により、納入において逆ぎやが生じる部分もある。高額療養・高額薬剤等の医薬品の管理に係る負荷を含めて議論・評価すべき。
- ・ 報酬改定後に物価や賃金が上昇した場合に適切に対応できるよう、診療報酬をスライドさせる仕組みの導入を検討すべき。

第119回社会保障審議会医療部会（令和7年10月3日開催）における主な御意見 (「令和8年度診療報酬改定の基本方針について」関係)

(注) 主な御意見を事務局で整理したもの。(御意見の趣旨を踏まえて文言を整理している。)

<全体について>

- ・ 医療提供体制の持続可能性と質の担保・向上を両立しなければならない重要な改定であり、基本認識・基本的視点・具体的方向性のいずれも重要。
- ・ 物価・賃金の急激な上昇に対して、2年に1回の診療報酬改定では対応が追いつかない。2年の変化を想定した大胆な改定を行うか、それでも対応が足りない場合は期中改定を行うべき。
- ・ 医療機関の経営の極めて厳しい状況は、昨年の報酬改定が物価高を吸収できていないことに尽き、早急に次の改定で対応する必要がある。一方で、医療機関の経営効率化・集約化等の経営強化の取組みが次の改定で緩むことがないような方向性も必要である。
- ・ 病院経営管理指標では平均値すら赤字であり、このままでは地域医療が崩壊し、日本全体の治安等にも影響する。医療提供体制を社会共通資本として守る重要性を改めて共有できるようにすべき。

<改定に当たっての基本認識>

(日本経済が新たなステージに移行しつつある中での物価・賃金の上昇、人口構造の変化や人口減少の中での人材確保、現役世代の負担の抑制努力の必要性)

- ・ 「医療機関等をとりまく環境の変化」とあるが、厳しい経営状態であることを明記すべき。
- ・ 現状の地域医療提供体制が崩壊しかねない深刻で危機的な状況は、病院・診療所ともにある点はより表現を強めるべき。
- ・ 最新のデータを踏まえても、自治体病院を含め、医療機関の経営状況は悪化しており、かなり深刻な状況であることを認識すべき。
- ・ 現役世代の負担抑制の趣旨は、「社会保障制度の安定性確保・経済財政との調和」と重複することから、ここでの記載は核心部分である「医療提供体制の維持」が明確にな

る記載が望ましいのではないか。

- ・ 現役世代の負担抑制は、個々人の可処分所得を引き上げることが基本であって、単に社会保険料の抑制のみをターゲットとした議論は避けるべき。
- ・ 医療提供体制の構築が最優先だが、保険者の立場として、これを支える社会保障制度を一体的に維持していくという論点は残すべき。
- ・ 現役世代の社会保険料を抑制していかなければ、経済自体も持続的に伸びていかないので、現役世代の負担抑制は重要な視点である。
- ・ 物価賃金が人手不足を一括りに記載するのではなく、物価賃金だけで大きな影響が生じていることについて、病院の経営が厳しいことと合わせて、もっと明確にすべき。
- ・ 「日本経済が新たなステージに移行しつつある」という部分について、近年、想定を上回る急激な賃金上昇があることや、国の賃上げ等の政策により、今後もこの傾向が継続することに言及し、政府方針による賃金上昇を見据えた対応の必要性を入れる必要がある。
- ・ 社会保険料の負担が家計を圧迫するコストとして捉えられがちであるが、安心して暮らすためのインフラ・共通資本を維持するために必要なコストである。

(2040 年頃を見据えた、全ての地域・世代の患者が適切に医療を受けることが可能かつ、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の構築)

- ・ 中長期を見据えて社会保障制度の持続可能性を見極め、対応することが重要。
- ・ 2040 年を見据えた医療機能の分化・強化・連携の推進の前提として、地域医療体制が安定的に運用できる環境整備・確保が必要である。
- ・ 地域医療構想は大きな方向性を示すものである一方で、診療報酬は、直接医療機関にドライブをかけるものなので、地域医療構想と診療報酬の連携を考えるべき
- ・ 働き方改革は時間外労働の上限規制のみに注目されがちだが、育児や介護などと両立する多様な働き方の推進を含めて担い手を確保していくような記載にすべき。

(医療の高度化や医療 DX、イノベーションの推進等による、安心・安全で質の高い医療の実現)

- ・ 医療 DX も AI の進展により進んでいるものもあるので、AI 技術発展について基本認識に記載すべき。

(社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和)

- ・ 医療保険制度の安定性・持続可能性の向上が大前提であり、国民皆保険・医療提供体制の長期的な確保について記載すべき。
- ・ 国民側も、医療は社会的共通資本であり、守らなければならないという視点を持ち、無駄な医療を受けないという意識を持つ必要がある。
- ・ 制度の安定性・持続可能性確保には人材確保も重要。
- ・ 効率化のための質や範囲に関わるものもあるため、「現場生産性向上」という観点も大事。
- ・ 骨太の方針で記載された「国民皆保険を維持し、次世代へ継承すべき」という表現も記載すべき。

<改定の基本的視点と具体的方向性>

(全体について)

- ・ 制度の持続可能性、国民負担の状況、医療従事者の処遇改善、物価、賃金などを総合的に考慮し、実施すべき項目と適正化すべき項目とのメリハリのある改定とし、医薬品安定供給の必要性なども考え、物価賃金高騰への対応が必要。

(物価や賃金、人手不足などの医療機関等を取りまく環境の変化への対応)

- ・ 民間でも国公立病院と同水準の給与を払えるよう、報酬改定をすべき。
- ・ 人事院勧告に見合うような人件費の引き上げに官民区別なく対応できるような仕組みが必要である。
- ・ 民間では人事院勧告に準拠した賃上げができないため、人事院勧告分だけでも診療報酬上で賃上げ原資を確保すべき。
- ・ 業務改善による医療従事者確保について、これまで医療現場では限界までの業務改善・効率化の努力をしてきたが、現状の経営難にあることを理解すべき。

- ・ 人材確保のため、業務負担軽減や、医療・福祉従事者の他産業並みの賃上げが必要。ベースアップ評価料については、引き上げや対象職種拡大だけではなく、申請・報告等の事務負担軽減策を検討する必要がある。
- ・ 業務負担軽減のためには、タスクシフト・シェアやチーム医療、多職種連携の促進、補助金等を利用したICTの活用、個人単位での夜勤回数制限などの検討が必要である。
- ・ 診療科偏在など、担い手確保が困難である中で、最終的に誰かが従事しなければならないものであって、報酬を高く付ける等、担い手を増やす工夫も必要である。
- ・ 現役世代の負担抑制により、医療従事者が不利益を被ってはならない。報酬改定により適切な医療提供体制が構築されるようにすべき。
- ・ 医療機関の経営状況の違いもあるので、メリハリを付けて、本当に困っている医療機関に重点的に対応していくことを盛り込むべき。
- ・ 歯科は、個人経営が多く、マンパワーが限られる。他職種より給与が低い傾向にある歯科衛生士・歯科技工士の離職等が喫緊の課題。歯科関連職種の人材確保や賃上げを検討することが必要である。特に、地域包括ケアシステムの推進を図り、チーム医療を進めるためにも、歯科衛生士の確保が非常に重要。
- ・ 薬局を含め、地域の医療提供体制が破綻しないように、諸課題に対して手当をすべき。
- ・ 光熱水費、医療機器、衛生材料、委託費などにより大きな負担となっていることも踏まえて、光熱水費・委託料費も例示すべき。

(2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進)

- ・ 地域の多様な職種・施設間の関わりが増え、それぞれの機能を活かして連携し、患者を支え、質の高い医療を実現するためにも、マネジメント機能の強化が必要。
- ・ 高齢者救急を担う項目を評価しつつ、高度急性期から慢性期まで、機能分化が更に進むよう、かかりつけ医機能の評価についても実績評価に転換して適正に評価するなど、医療機能の分化・連携を推し進める必要がある。
- ・ 急性期拠点医療機関の数が制限されると、地域に密接していた民間病院は、高齢者救急に特化せざるを得なくなり、これまでの得意分野や信頼性が活かせない可能性がある。

これまでの地域での実績を無視して新制度を作ることがないようにすべき。

- ・ 新しい地域医療構想は、2040 年を見据え、高齢者の急性期について、包括期・医療機関機能として高齢者救急が強く打ち出されている。「治し支える医療」という言葉はあるが、高齢者急性期について記載するべき。
- ・ 2040 年を見据えた医療機能の分化・連携は、新たな地域医療構想の検討につながるものであると理解している。役割分担が重要であるが、現在の経営状況では、役割分担することで医療機関が破綻し、結果として地域医療構想が進まない。変わろうとしている病院の経営基盤を担保するような評価を考えるべき。
- ・ 地域包括ケアの推進について、地方においては、高齢者が広域に分散し、効率的な訪問診療・介護が難しいため、対応を検討すべき。
- ・ 前回のトリプル改定でリハビリ・口腔・栄養の一体的推進が図られたところだが、不十分。引き続き地域の医歯薬連携対応が進むようにすべき。

(安心・安全で質の高い医療の推進)

- ・ イノベーションの促進や医療 DX の果実を具体化する時期に来ている。大原則である診療の質を担保しつつ、イノベーションにより人員配置基準、専従要件の緩和等も取り上げるべき。
- ・ 安心安全で質の高い医療の実現は、新たに発生するコストに対する補助が無ければ、ICT 連携などの対応は不可能である。
- ・ 人材確保が益々困難で、賃上げしてもいずれ人そのものが足りないことが想定される。医療 DX の実証実験で、ある程度効果が示されたなら、診療報酬で強く後押しし、人員配置要件の緩和等を大胆に進めるべき。
- ・ 医療 DX の推進に際しては業務コストがかかるので、人員増員や院内 DX 化が必要となる。DX 推進による院内業務効率化のための設備投資や維持費用がコスト増部分はしっかり支援してほしい。
- ・ 医療 DX について、効率的で安心安全な医療提供のためには不可欠であり、多少コストがかかっても推進すべきだが、これにより医療機関の経営を圧迫しないよう、予算含め、対応すべき。

- ・ 医療 DX の導入コストや、地方の高齢医師にはハードルが高いという声もあるので、電子カルテの導入が特に遅れている地域にインセンティブを付与する等の対応をすべき。
- ・ DX 推進により、医療の適正化・効率化・薬剤の重複投与を防ぐべき。
- ・ 医療 DX の推進によりもたらされる効率化や質の高い医療の実現に向けた取組が適切に評価されるようにすべき。
- ・ 歯科治療におけるデジタル化推進も期待される。
- ・ 手書きカルテの電子化によりデータが統合により、個々の患者に沿った医療提供を可能にするとともに、創薬・治療法開発のための DB 構築につながる。
- ・ 認知症を持つ患者への対応を記載するべき。

(効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上)

- ・ OTC 類似薬等の給付の在り方については、患者の負担も増加する等の意見もあるため、丁寧な議論が必要である。
- ・ OTC 類似薬の保険適用除外については、患者負担増加・重傷化の可能性があるので議論は慎重にすべき。

(その他)

- ・ 予防的な観点も強化する必要がある。限りある資源を有効に使えるような改定とすべき。
- ・ 医療が集約化すると、小児科医がない地域では子育てが難しくなる。オンライン診療を促進し、活用しやすくなるように検討すべき。
- ・ 医薬品の供給不安が解決されず、医療機関・薬局の現場が苦慮している状況であり、頻回の薬科改定により、逆ざや問題の増加、高額薬剤の在庫廃棄が経営に影響を与えている現実について、必要な検討をすべき。
- ・ 専門医を取得・維持するために自己研鑽を行うコストを賄える報酬とすべき。
- ・ 報酬改定後に物価や賃金が上昇した場合に適時適切に対応できるよう、診療報酬をスライドできる仕組みを検討すべき。
- ・ 現役世代が減少し、医療・介護に携わる者が減るとともに、事務職員の確保が難しく

なる。DX を進めるとしても、現在の複雑な報酬体系では対応出来ないので、診療報酬の簡素化を考えなければならない。



ひと、暮らし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

診療報酬改定の基本方針 参考資料

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

目次

医療を取り巻く状況	・・・・・	P 2
令和 6 年度診療報酬改定まで	・・	P 2 1
関係閣議決定等	・・・・・	P 3 2

医療を取り巻く状況

ひと、くらし、みらいのために

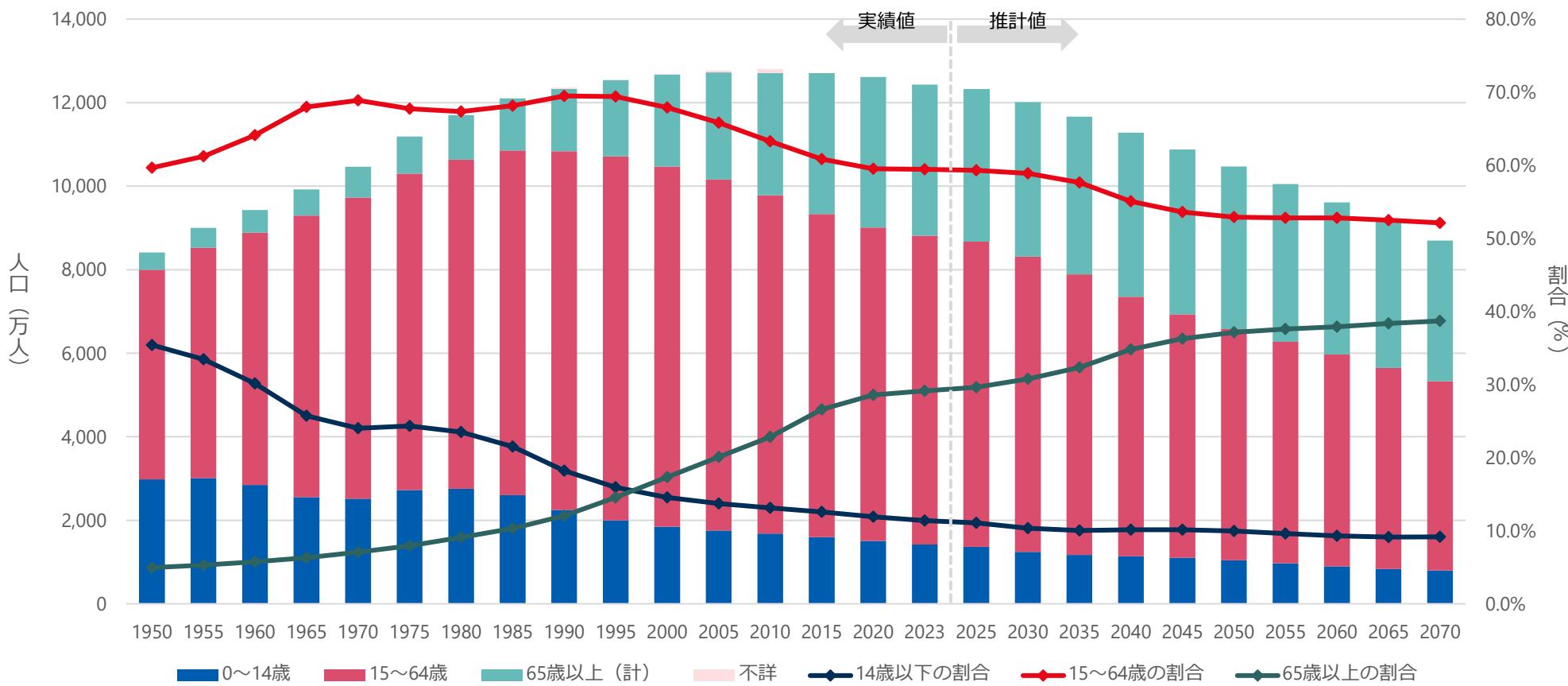


厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

日本の人口推移

日本の人口は近年減少局面を迎えており、2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は39%の水準になると推計されている。

日本の人口の推移



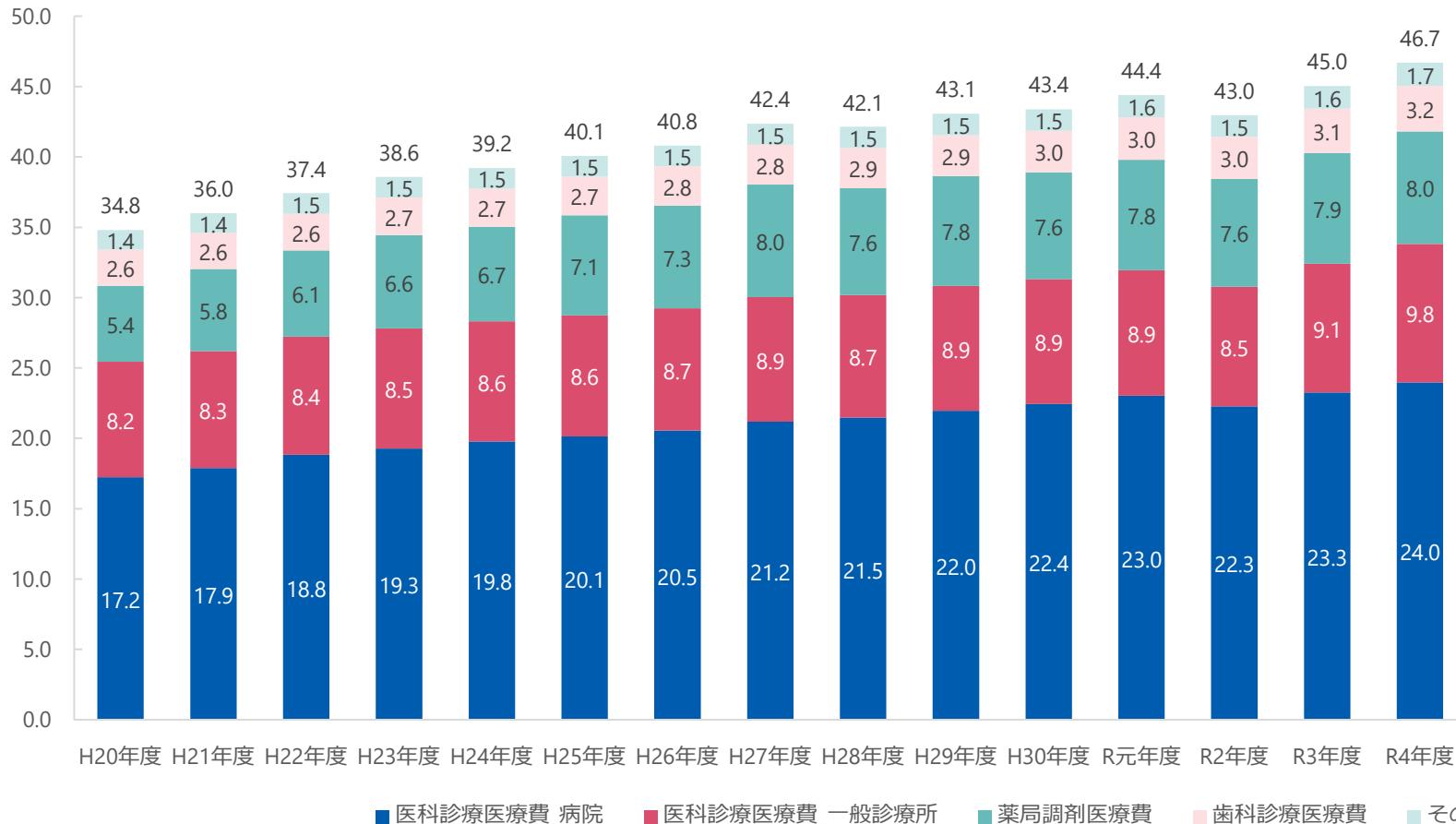
出典：2020年までの人口は総務省「国勢調査」、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来人口推計（令和5年推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

国民医療費の推移

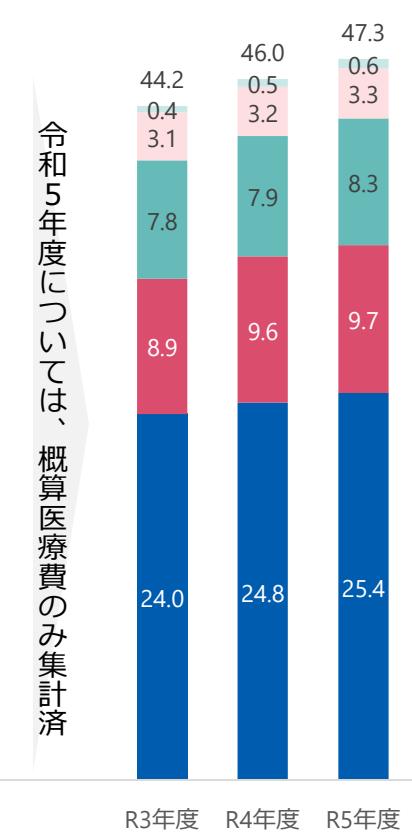
国民医療費は診療種類別にみると、いずれも増加傾向であり、令和5年度の概算医療費においても同様の傾向である。

単位：兆円

国民医療費



概算医療費



令和5年度については、概算医療費のみ集計済

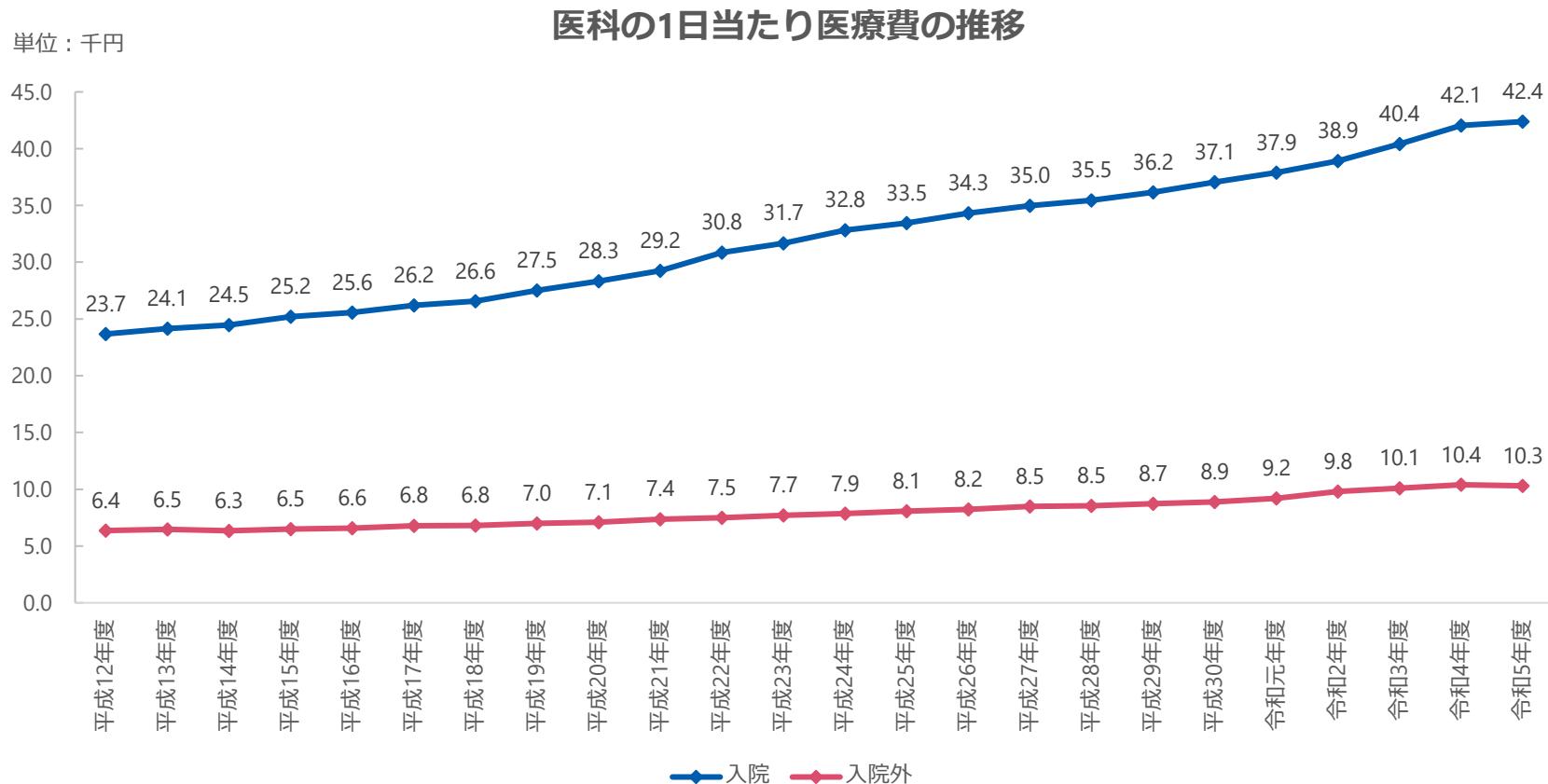
出典：国民医療費は厚生労働省「国民医療費の概況」、概算医療費は厚生労働省「医療費の動向」

※概算医療費とは、医療費の動向を迅速に把握するために、医療機関からの診療報酬の請求（レセプト）に基づいて、医療保険・公費負担医療分の医療費を集計したもの。

労災・全額自費等の費用を含まず、国民医療費の約98%に相当。

1日当たり医療費の推移

1日当たり医療費は、入院、入院外ともに増加傾向にある。

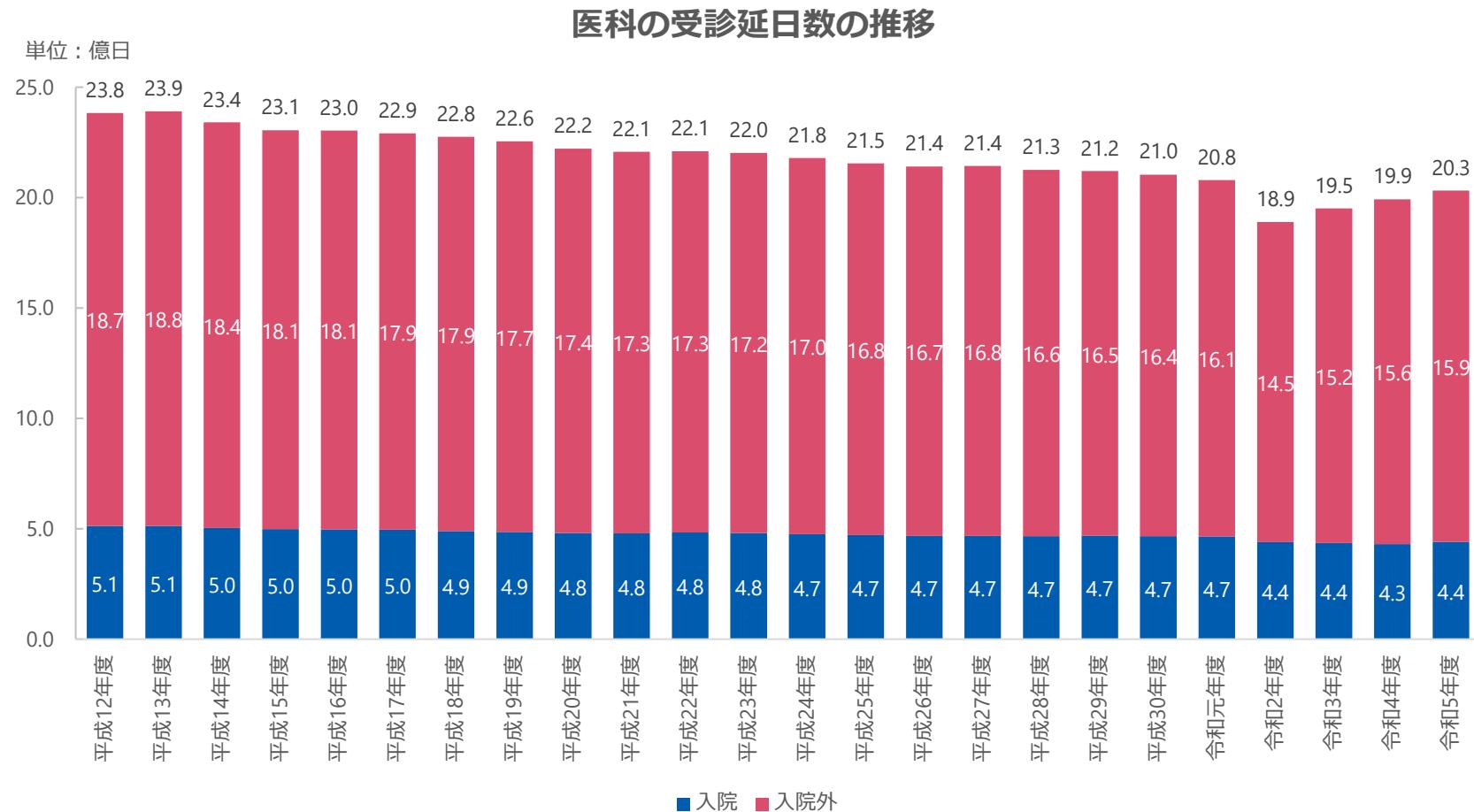


出典：厚生労働省「医療費の動向」

1日当たり医療費は、医療費を受診延日数で（入院は入院にかかる医療費を入院の受診延日数で、入院外は入院外にかかる医療費を入院外の受診延日数で、医科計は入院と入院外の医療費を入院と入院外の受診延日数で）除して得た値

受診延日数の推移

医療機関を受診した延患者数に相当する受診延日数は、入院・入院外ともに減少傾向にあり、令和2年度に大きく減少。その後、令和5年度にかけて、特に入院外については回復する傾向が見られる。

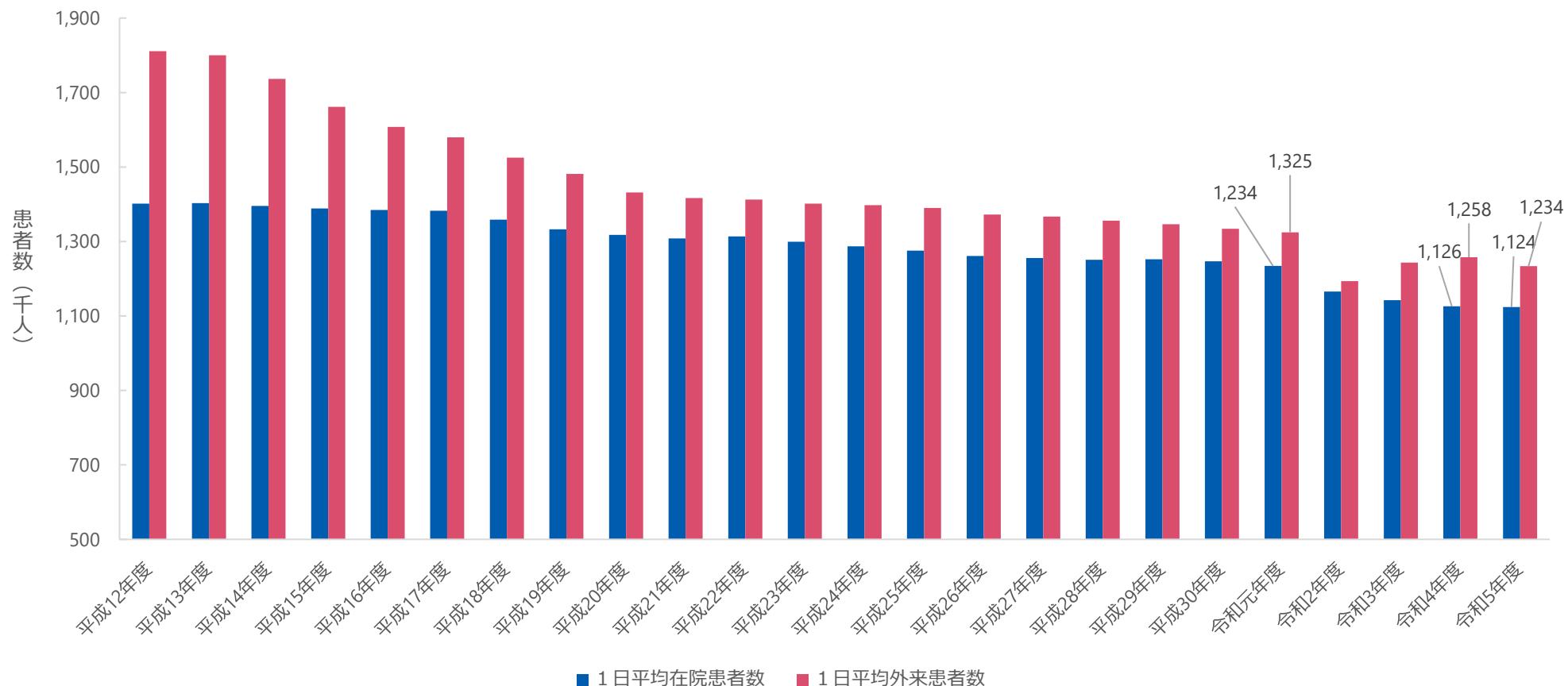


出典：厚生労働省「医療費の動向」

病院の患者数の推移

病院の在院患者数と外来患者数はいずれも令和2年度に大きく減少。その後、引き続き在院患者数は減少傾向にあるが、外来患者数は令和4年度にかけて回復し、令和5年度に減少した。

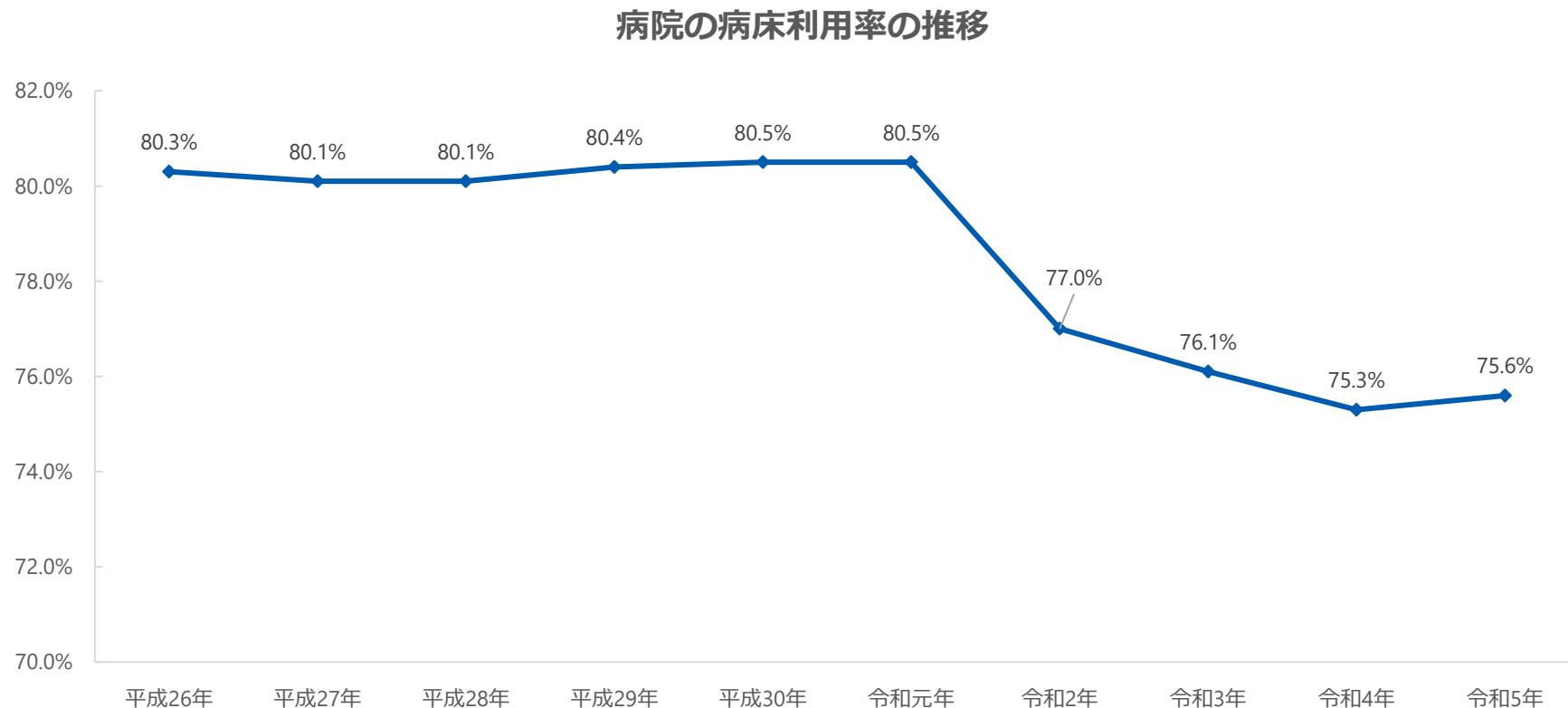
病院の1日平均在院患者数・1日平均外来患者数の推移



出典：厚生労働省「令和5(2023)年医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況」

病院の病床利用率の推移

病院の病床利用率は令和2年度に大きく低下。その後も低下傾向が続いたものの令和4年度には75.3%で底を打ち、令和5年度には75.6%と0.3ポイント増加している。



出典：厚生労働省「令和5(2023)年医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況」

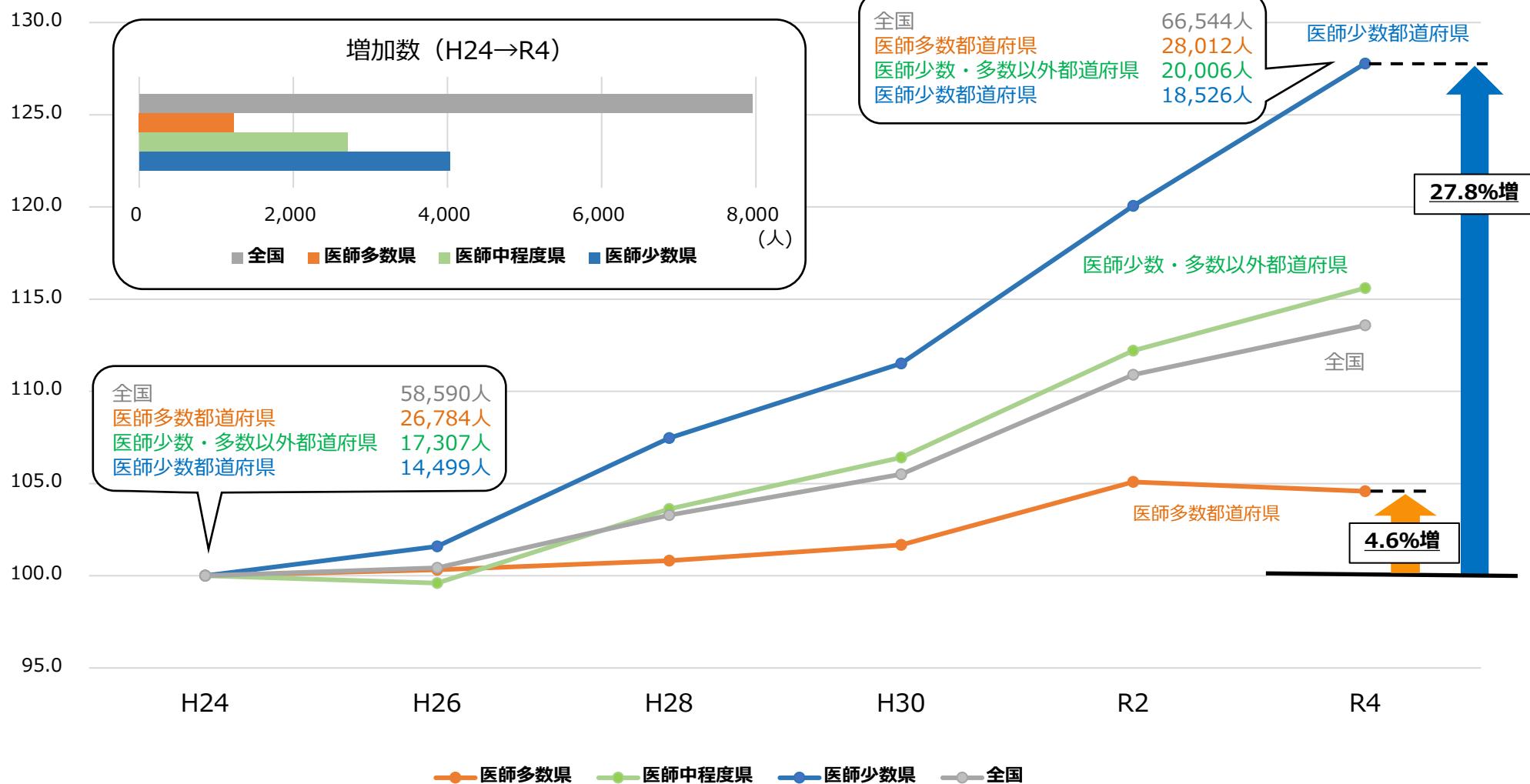
病床利用率 = (年間在院患者延数 / (月間日数 × 月末病床数) の1月～12月の合計) × 100

35歳未満の医療施設従事医師数推移（平成24年を100とした場合）

第5回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会	資料2
令和6年7月3日	一部改

- 平成26年の前後で比較すると、医師少数都道府県の若手医師の数は、医師多数都道府県と比較し伸びており、若手医師については地域偏在が縮小してきている。

令和6年11月20日第12回新たな地域医療構想等に関する検討会 資料1



※医師多数都道府県：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県

医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県

医師少数・多数以外都道府県：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）

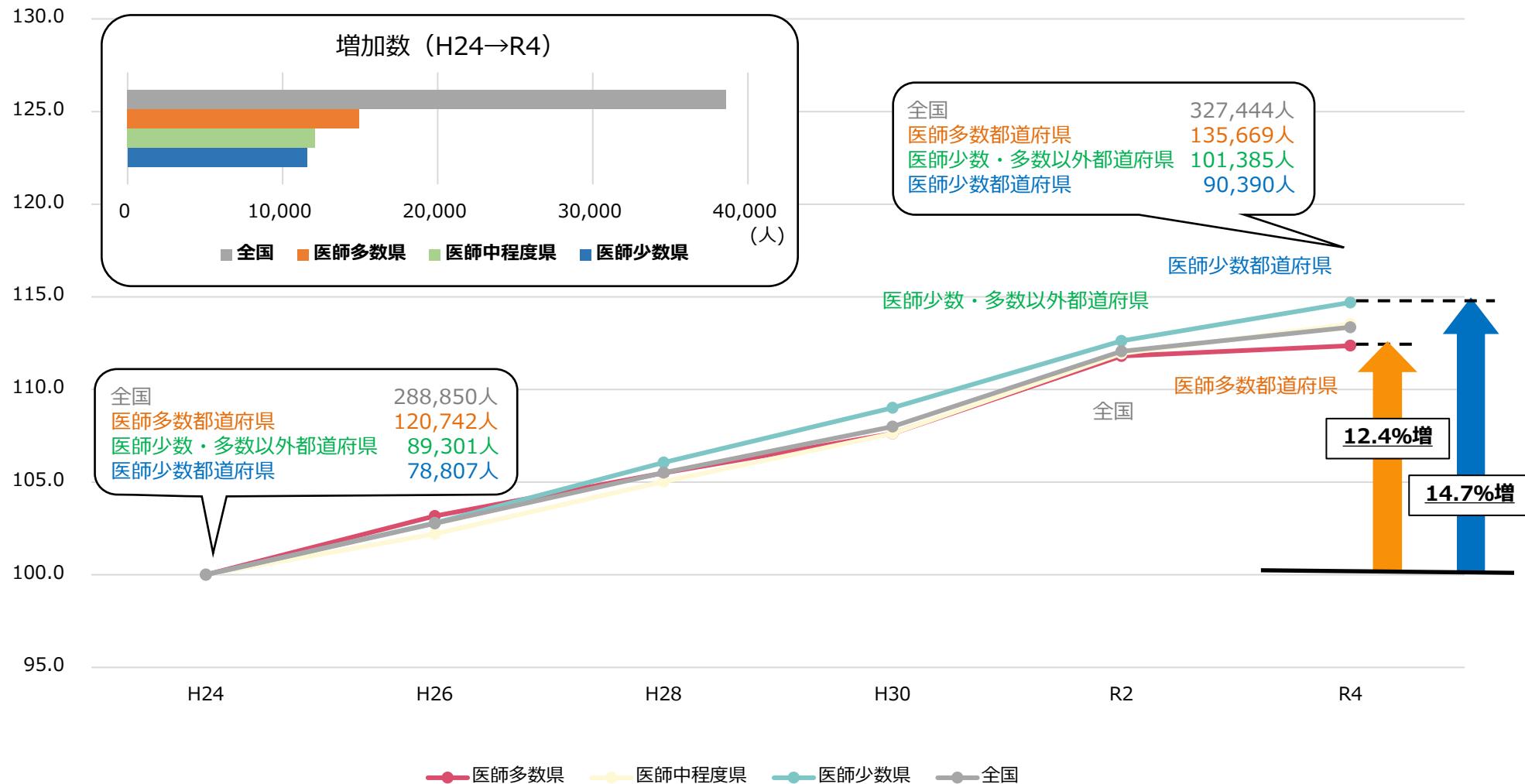
医師少数都道府県及び医師多数都道府県は医師偏在指標（厚生労働省：令和2年2月）による

医療施設従事医師数推移（平成24年を100とした場合）

第5回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会
令和6年7月3日
資料2
一部改

- 平成26年の前後で比較すると、医師少数都道府県の医師数の伸び率は、医師多数都道府県より大きいが、その伸び率の差は、若手医師（35歳未満）における伸び率の差と比較してわずかである。

令和6年11月20日第12回新たな地域医療構想等に関する検討会 資料1



※医師多数都道府県：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県

医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県

医師少数・多数以外都道府県：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）

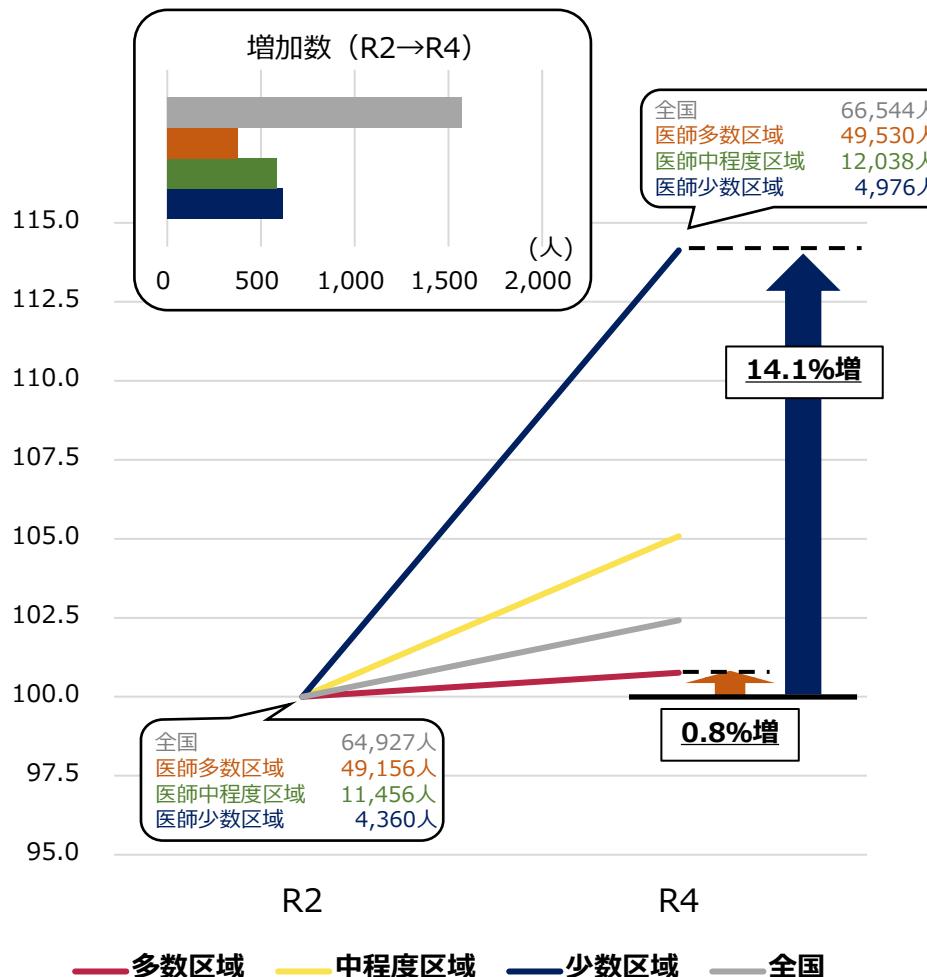
医師少数都道府県及び医師多数都道府県は医師偏在指標（厚生労働省：令和2年2月）による

二次医療圏別における医療施設従事医師数推移（令和2年を100とした場合）

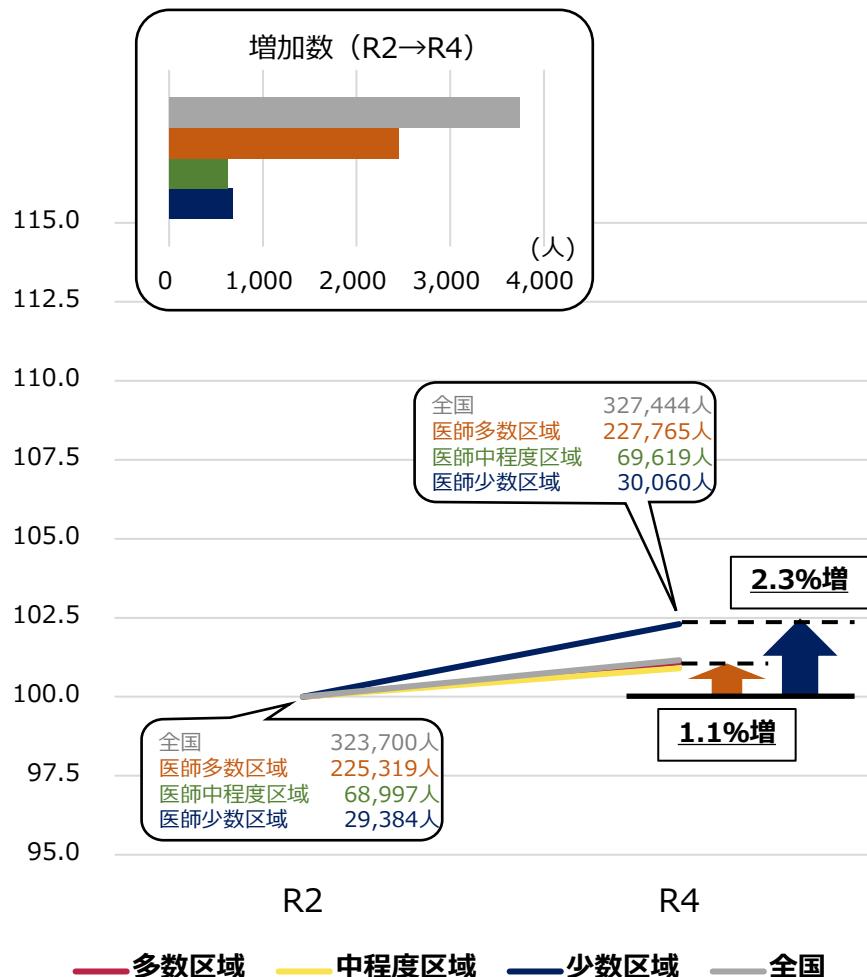
令和6年11月20日第12回新たな地域医療構想等に関する検討会 資料1

- 医師少数区域では、その他の区域と比較して、特に若手医師（35歳未満）の増加数及び増加率ともに大きい。
- 全ての世代の医師については、医師少数区域における増加率はやや大きいものの、増加数は小さい。

35歳未満医療施設従事医師数の推移



医療施設従事医師数の推移



※医師多数/中程度/少数区域：第7次医師確保計画における二次医療圏ごとの医師偏在指標に基づく集計

出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

医師少数都道府県及び医師多数都道府県は医師偏在指標
(厚生労働省：令和2年2月)による

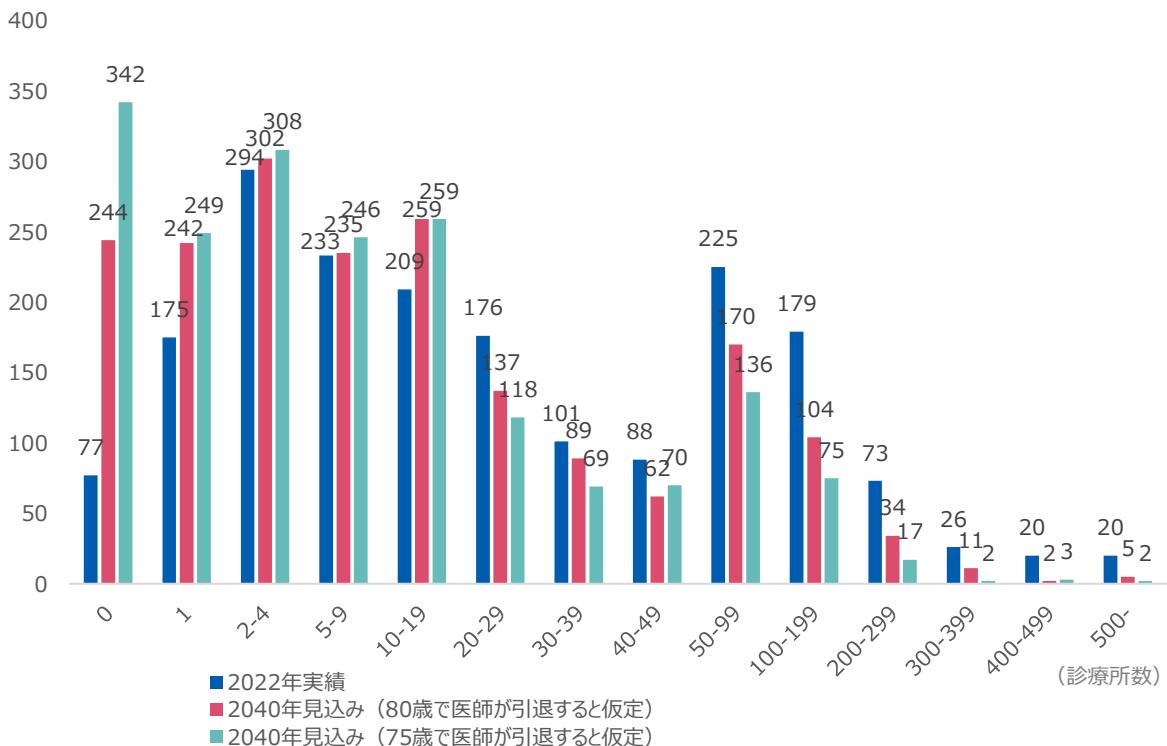
市区町村における診療所数と2040年の見込み

診療所医師が80歳で引退し、承継がなく、当該市区町村に新規開業がないと仮定した場合、2040年においては、診療所がない市区町村数は170程度増加する見込み。

※ 75歳で引退すると仮定した場合は270程度増加する見込み。

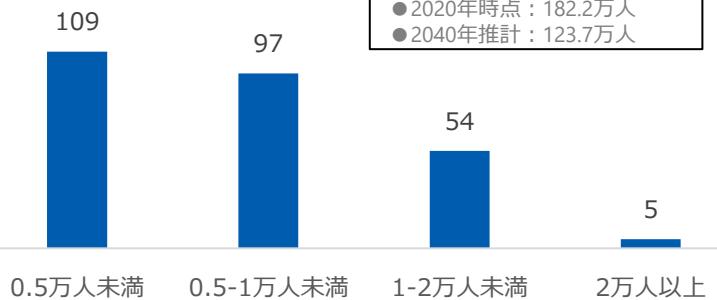
■ 市区町村別診療所数の見込み（2022年実績、2040年見込み）

（市区町村数）



■ 2040年に診療所がなくなる可能性がある市区町村数（人口規模別）※75歳で診療所医師が引退すると仮定

該当する265市区町村の総人口
 ● 2020年時点：182.2万人
 ● 2040年推計：123.7万人



■ (参考) 常勤医師数別の無床診療所数



資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）、厚生労働省「医療施設調査」（令和2年）を特別集計。

※ 市区町別診療所数の見込みについては、医師届出票による主従事先市区町村の診療所医師数＝診療所数、診療所医師が80歳又は75歳で引退し、承継がなく、新規開業がないと仮定

※ 人口規模は2020年国勢調査結果、2040年推計人口は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」に基づくものである。

なお、福島県浜通り地域（13市町村）においては、市町村別の2040年人口が推計されていないため、2040年推計における総人口の集計からは除外している。

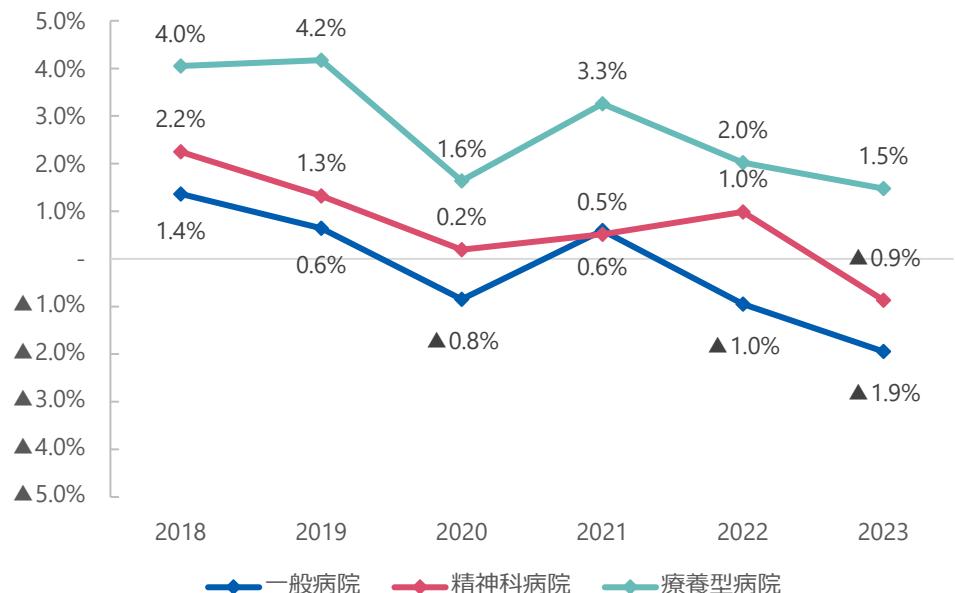
過去の改定率の推移

	診療報酬		薬価等	【参考】診療報酬+薬価等
平成24年度	+1.379%		▲1.375%	+0.004%
平成26年度	通常改定分	+0.1%	▲1.36%	▲1.26%
	消費税対応分	+0.63%	+0.73%	+1.36%
	合計	+0.73%	▲0.63%	+0.1%
平成28年度	+0.49%		▲1.82% (うち、市場拡大再算定の特例分等 ▲0.29%、実勢価等改定分▲1.52% (市場拡大再算定(通常分)を除くと▲1.33%))	▲1.33% (実勢価等改定分で計算すると、▲1.03%)
平成30年度	+0.55%		▲1.74% (うち、市場拡大再算定の特例分等 ▲0.29%、実勢価等改定分▲1.45%)	▲1.19% (実勢価等改定分で計算すると、▲0.9%)
令和元年度 (消費税率引上げに伴う対応)	通常改定分	±0%	▲0.95%	▲0.95%
	消費税対応分	+0.41%	+0.47%	+0.88%
	合計	+0.41%	▲0.48%	▲0.07%
令和2年度	+0.55% ① ②を除く改定分 ② 働き方改革のための特例的な対応 +0.47% +0.08%		▲1.01% (うち、市場拡大再算定の見直し等▲0.01% 実勢価等改定分(令和元年度改定の平年度化効果分を含む)▲1.00%)	▲0.46% (実勢価等改定分(令和元年度改定の平年度化効果分を含む)で計算すると、▲0.45%)
令和4年度	+0.43% ① ②～⑤を除く改定分 ② 看護の処遇改善のための特例的な対応 ③ リフィル処方箋の導入・活用促進による効率化 ④ 不妊治療の保険適用のための特例的な対応 ⑤ 小児の感染防止対策に係る加算措置(医科分)の期限到来 +0.23% +0.20% ▲0.10% +0.20% ▲0.10%		▲1.37% (うち、実勢価等改定分▲1.46% 不妊治療の保険適用のための特例的な対応 +0.09%)	▲0.94%
令和6年度	+0.88% ① ②～④を除く改定分 (うち40歳未満勤務医師、事務職員等の賃上げ対応 +0.28%程度) ② 看護職員その他の医療関係職種等の賃上げ対応 +0.61% ③ 入院時の食費基準額の引上げ +0.06% ④ 管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲0.25% +0.46%		▲1.00%	▲0.12%

病院の事業利益率の推移

事業利益率は各病院類型のいずれも低下傾向にあり、療養型病院以外はすべてマイナスとなっている。また、コロナ補助金の影響を除外すると、より利益率は低下している状況。

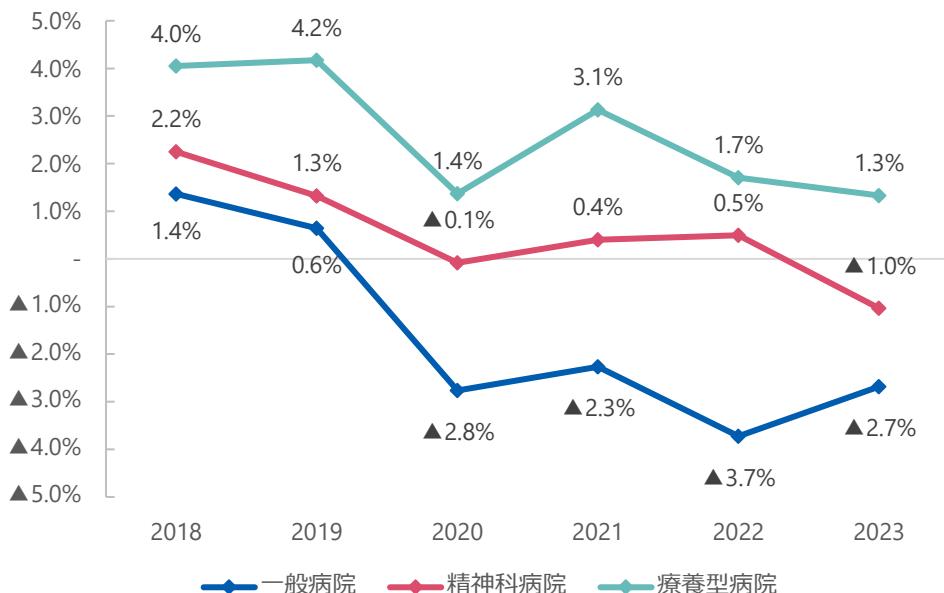
事業利益率の推移



計算式：事業利益率 = 事業利益 ÷ 事業収益

※2020年度以降、一部の医療機関では事業収益にコロナ補助金が含まれている点に留意

事業利益率の推移（コロナ補助金影響を除く）



2020年度以降、一部の医療機関では事業収益にコロナ補助金が含まれていることから、当該影響を除く事業利益率を算出

計算式：事業利益率 = (事業利益 - 事業収益に計上されたコロナ補助金) ÷ (事業収益 - 事業収益に計上されたコロナ補助金)

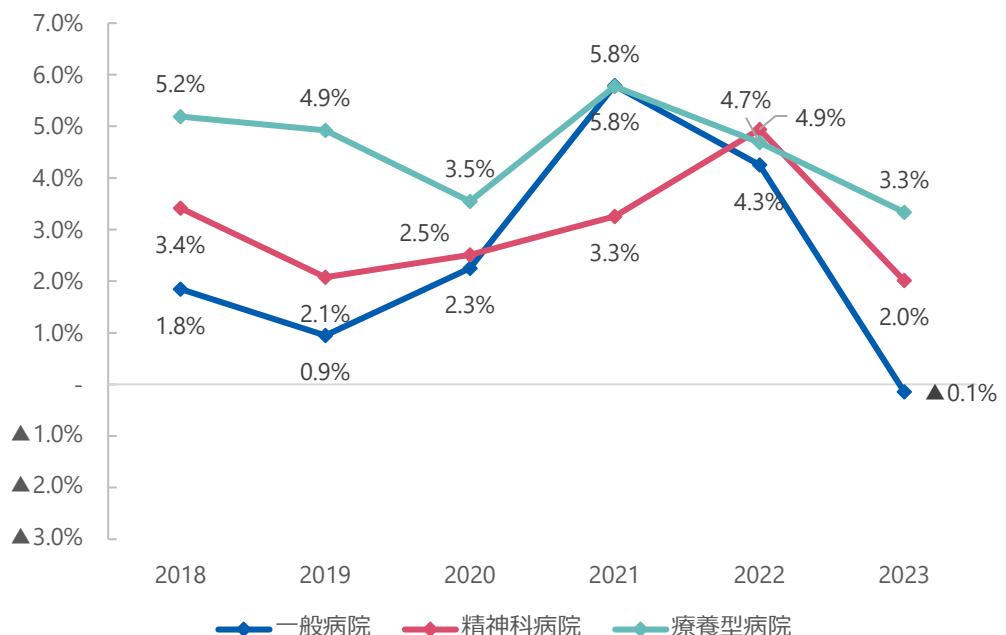
出典：福祉医療機構提供データに基づき、厚生労働省保険局医療課にて作成

対象病院は、福祉医療機構に貸借対照表・損益計算書いずれも提供している貸付先としており、2018年度1,061施設、2019年度997施設、2020年度2,014施設、2021年度1,875施設、2022年度1,689施設、2023年度1,943施設が対象。

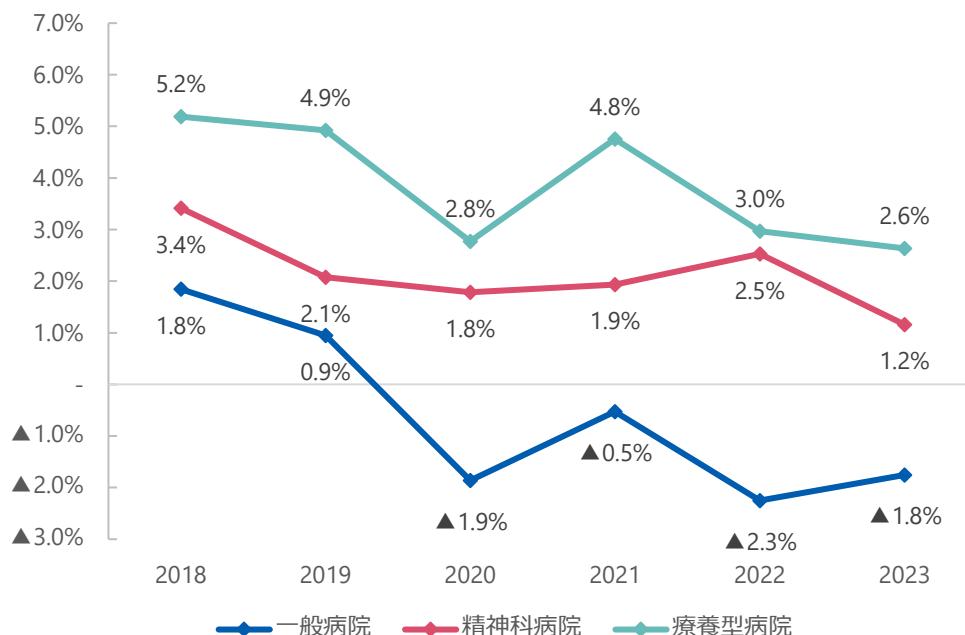
病院の経常利益率の推移

経常利益率はコロナ補助金の影響で2020年度～2022年度は上昇したものの、補助金が減少した2023年度は大きく低下している。なお、コロナ補助金を除く経常利益率においても、一般病院はマイナスとなっている状況。

経常利益率の推移



経常利益率の推移（コロナ補助金の影響を除く）



計算式：経常利益率 = 経常利益 ÷ 事業収益

※2020年度以降、コロナ補助金の影響が含まれている点に留意

出典：福祉医療機構提供データに基づき、厚生労働省保険局医療課にて作成

対象病院は、福祉医療機構に貸借対照表・損益計算書いずれも提供している貸付先としており、2018年度1,061施設、2019年度997施設、2020年度2,014施設、2021年度1,875施設、2022年度1,689施設、2023年度1,943施設が対象。

2020年度以降、コロナ補助金の影響を除く経常利益率を算出

計算式：経常利益率 = (経常利益 - 事業収益に計上されたコロナ補助金 - 事業外収益に経常されたコロナ補助金) ÷ (事業収益 - 事業収益に計上されたコロナ補助金)

病院の収支構造の変化

2018年度と2023年度の病院の100床当たり損益を比較すると、事業収益の増加(+10.3%)以上に事業費用が増加(+14.7%)したため、事業利益が悪化。金額ベースでは、費用の50%超を占める人件費増加の影響が最も大きい。

100床当たり損益の比較

科目	2018→2023の比較			
	2018	2023	増減額	増減率
事業収益	1,523,760	1,681,312	+157,552	+10.3%
事業費用	1,495,334	1,714,970	+219,636	+14.7%
人件費	855,635	947,106	+91,470	+10.7%
医薬品費	142,674	170,064	+27,389	+19.2%
その他の医療材料費	121,928	151,092	+29,164	+23.9%
給食材料費・委託費	34,901	40,994	+6,093	+17.5%
その他の委託費	63,244	79,648	+16,405	+25.9%
水道光熱費	28,040	33,106	+5,066	+18.1%
減価償却費	74,153	81,919	+7,766	+10.5%
その他費用	174,758	211,040	+36,282	+20.8%
事業利益	28,426	-33,657	▲62,084	-

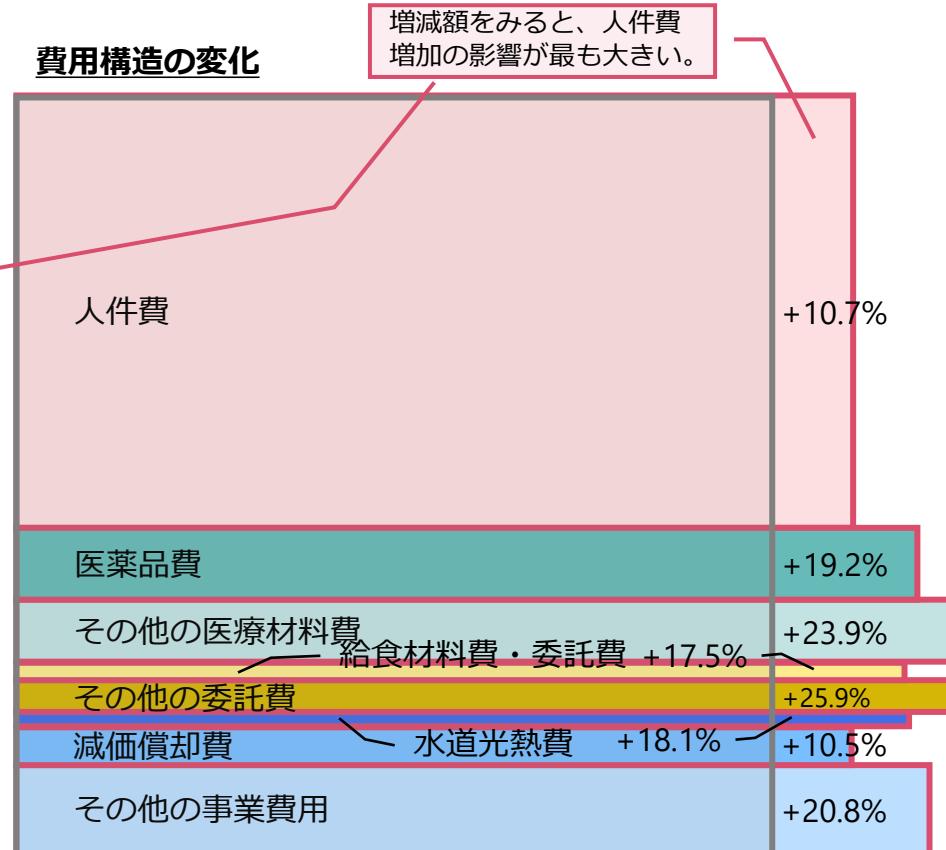
出典：福祉医療機構提供データに基づき、厚生労働省保険局医療課にて作成

対象病院は、福祉医療機構に貸借対照表・損益計算書いずれも提供している貸付先としており、2018年度1,061施設、2023年度1,943施設が対象

数値は病院全体のものであり、様々な機能や規模の病院が含まれていること、年度により対象施設数が異なることから、100床当たりの損益を計算して比較を実施

事業収益からは事業収益に計上されたコロナ補助金を除外。医薬品費は薬品全般の費消額であり、その他の医療材料費は診療材料費や医療消耗器具備品などの医薬品費以外の医療材料費のこと。人件費には給与費の他、法定福利費、退職給付費用、役員報酬を集計

費用構造の変化



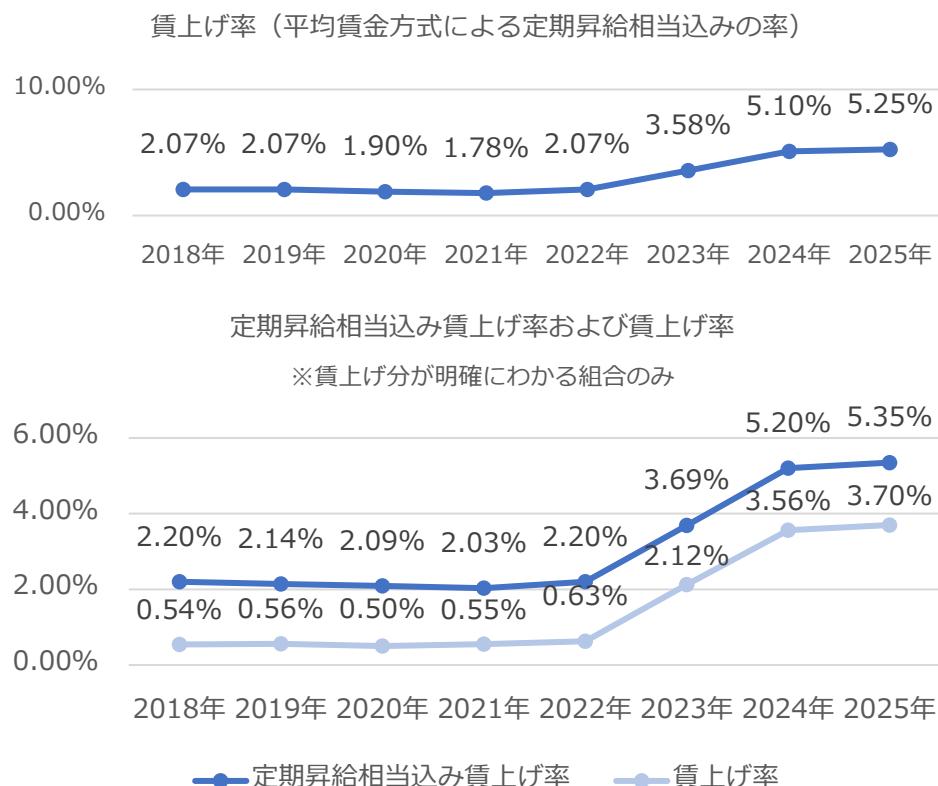
: 2018年度の事業費用

: 2023年度の事業費用

人件費：給与単価について① | 国内の賃上げの動向

- 2018年以降の春闘における賃上げ情勢を見ると、2022年以降は賃上げ率の水準が高まっている。賃金引上げ等の実態に関する調査でも、産業全体の1人平均賃金の改定率が2022年以降高まっているが、医療・福祉においてはそれに届いていない。
- 医療関係職種の平均を見ると給与額も上昇しているが、産業全体の平均には届いていない。

直近の賃上げ情勢（春闘結果より・医療以外を含む）

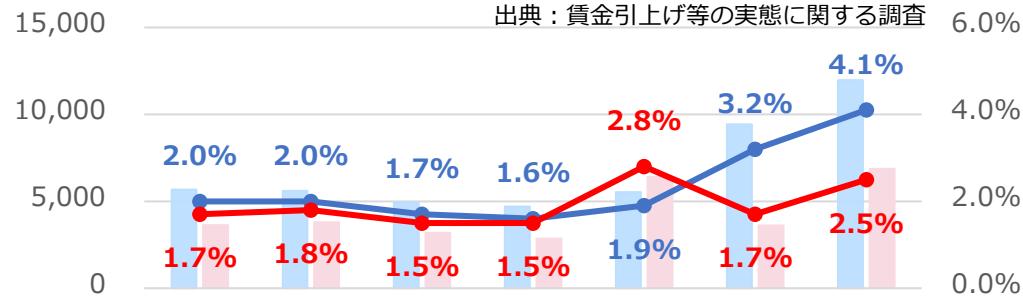


※対象産業（連合を構成する産別組織より）

金属／食品／交通・運輸／医療・福祉／金融・保険／建設・資材・林産／化学・繊維／資源・エネルギー／サービス・一般／商業・流通／情報・出版／公務

※出典：日本労働組合総連合会「春季生活闘争 回答集計結果」

産業全体（青）と医療・福祉（赤）の賃上げ状況の比較



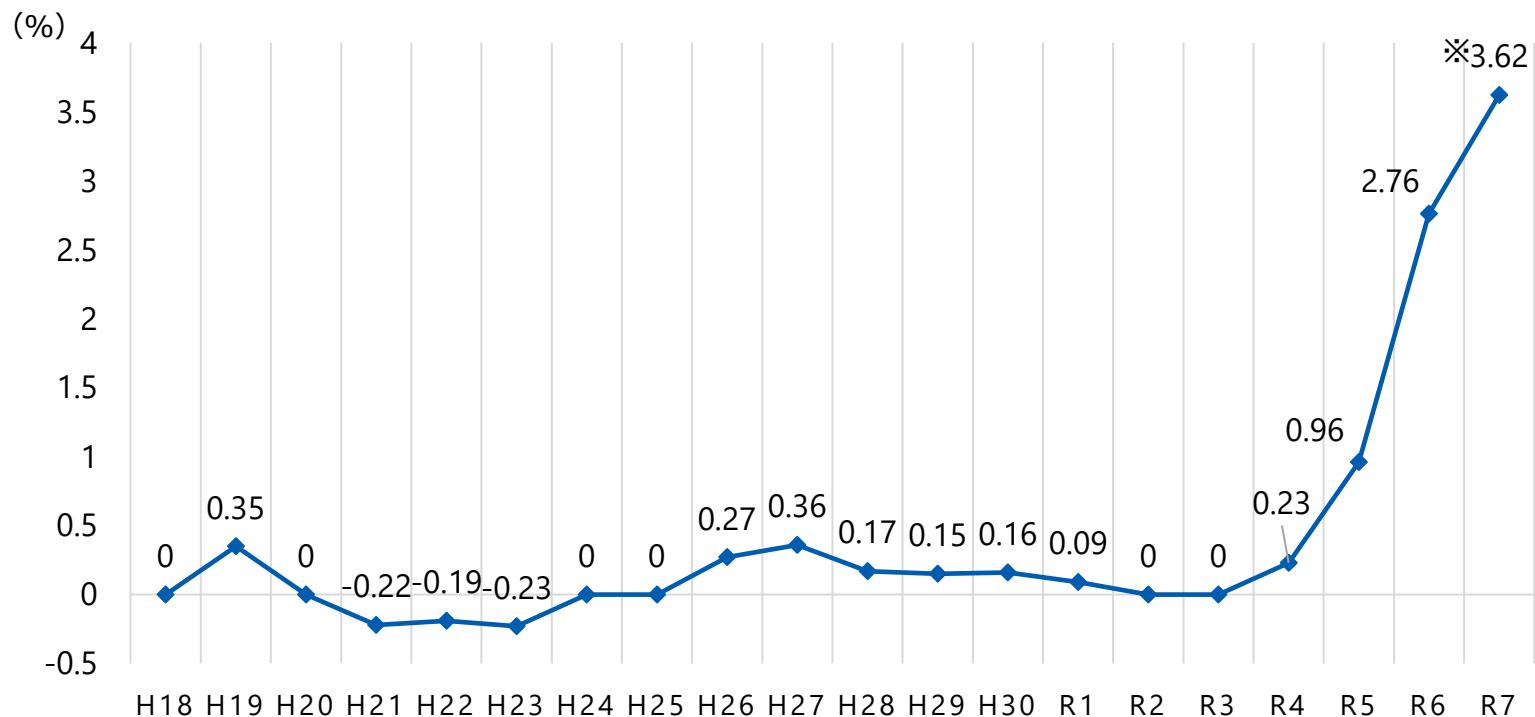
産業全体（青）と医療業の医療関係職種（赤）の給与額の比較 単位：千円



※医療関係職種は医師・歯科医師・獣医師以外の以下で集計している
薬剤師／保健師／助産師／看護師／准看護師／診療放射線技師／臨床検査技師／
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・視能訓練士・歯科衛生士・歯科技工士・栄養士／
その他の保健医療従事者／介護支援専門員（ケアマネジャー）／看護補助者（看護助手）
※出典：厚生労働省「賃金構造基本統計調査」の調査票データに基づき、厚生労働省
保険局医療課にて作成

- 給与勧告は、その時々の経済・雇用情勢等を反映して労使交渉等によって決定される常勤の民間企業従業員の給与水準と常勤の国家公務員の給与水準を均衡させること（民間準拠）を基本としている。
- 給与勧告は約20年間0%台を推移していたが、令和6年は2.76%、令和7年は3.62%となった。

給与勧告の推移



※ 令和7年勧告における官民給与の比較方法の見直しによる影響を含む。
含まない場合、2.50%である。（令和7年 人事院勧告・報告の概要より。）

- 令和6年度計画書及び令和7年度計画書をいずれも簡素化前の届出書で提出した医療機関における、ベースアップ評価料の対象職員に係る令和5年度と比較した賃上げ比率は、以下のとおり。

令和7年6月30日時点集計値

		対象職員全体				
		全医療機関	病院	有床診療所	医科診療所 (無床)	歯科診療所 (無床)
医療機関数		7,318	4,488	692	1,562	576
令和6年度	加重平均値 (%)	2.69	2.71	2.46	2.11	2.09
	(職員数) (人)	1,076,575	1,031,834	17,825	23,234	3,681
令和7年度	加重平均値 (%)	3.40	3.43	2.98	2.57	2.30
R5⇒R7 (2年計)	(職員数) (人)	1,102,271	1,057,665	17,888	23,087	3,632
(参考)						
R6⇒R7 賃金増率	差分 (ポイント)	0.71	0.72	0.52	0.46	0.21

令和7年度計画書を簡素化前の届出書で提出した医療機関（賃金増率の記載欄がないベースアップ評価料（I）の専用届出様式による届出39,681件及び記載不備等18,426件を除く、9,153件）のうち、令和6年度において未算定、計画書記載不備及び外れ値等の1,835件を除いた7,318件の賃金改善計画書を集計。

※「賃金増率」 = 「ベア等の実施による賃金改善の見込み額」 ÷ 「賃金改善する前の基本給等総額」

なお「ベア等」とは基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げであり、定期昇給は含まない。

※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とりまとめより作成

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針等を報告

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

令和 6 年度診療報酬改定まで

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

28年度診療報酬改定の基本的考え方

- 26年度診療報酬改定の結果、「病床の機能分化・連携」は進展。今後、さらに推進を図る必要。「外来医療・在宅医療」については、「かかりつけ医機能」の一層の強化を図ることが必要。
- また、後発医薬品については、格段の使用促進や価格適正化に取り組むことが必要。
- こうした26年度改定の結果検証を踏まえ、28年度診療報酬改定について、以下の基本的視点をもって臨む。

改定の基本的視点

「病床の機能分化・連携」や「かかりつけ医機能」等の充実を図りつつ、「イノベーション」、「アウトカム」等を重視。
 ⇒ 地域で暮らす国民を中心とした、質が高く効率的な医療を実現。

視点 1

- 「地域包括ケアシステム」の推進と、「病床の機能分化・連携」を含む医療機能の分化・強化・連携を一層進めること
- 「病床の機能分化・連携」の促進
 - 多職種の活用による「チーム医療の評価」、「勤務環境の改善」
 - 質の高い「在宅医療・訪問看護」の確保 等

視点 2

- 「かかりつけ医等」のさらなる推進など、患者にとって安心・安全な医療を実現すること
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の評価 等

視点 3

- 重点的な対応が求められる医療分野を充実すること
- 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
 - 認知症患者への適切な医療の評価
 - イノベーションや医療技術の評価 等

視点 4

- 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高めること
- 後発医薬品の価格算定ルールの見直し
 - 大型門前薬局の評価の適正化
 - 費用対効果評価(アウトカム評価)の試行導入 等

平成28年度診療報酬改定の概要

I 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

- 医療機能に応じた入院医療の評価 (p.6)
- チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保 (p.28)
- 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化 (p.39)
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保 (p.54)
- 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化 (p.74)

II 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点

- かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価
- 情報通信技術(ICT)を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進 (p.76)
- 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進 (p.81)
- 明細書無料発行の推進 (p.95)

III 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

- 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価 (p.97)
- 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価 (p.101)
- 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価 (p.106)
- 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価 (p.116)
- 小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実 (p.119)
- 口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した医療の推進
- かかりつけ薬剤師・薬局による薬学管理や在宅医療等への貢献度による評価・適正化
- 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価 (p.126)
- DPCに基づく急性期医療の適切な評価 (p.171)

IV 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

- 後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討 (p.153)
- 退院支援等の取組による在宅復帰の推進
- 残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進 (p.157)
- 患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の見直し
- 重症化予防の取組の推進 (p.161)
- 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価 (p.165)

平成30年度診療報酬改定の基本方針(概要)

改定に当たっての基本認識

➤ 人生100年時代を見据えた社会の実現

- ・我が国は世界最高水準の平均寿命を達成。人口の高齢化が急速に進展する中、活力ある社会の実現が必要。
- ・あらゆる世代の国民一人一人が状態に応じた安心・安全で質が高く効果的・効率的な医療を受けられるようにする必要。

➤ どこに住んでも適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現(地域包括ケアシステムの構築)

- ・地域の実情に応じて、可能な限り住み慣れた地域で日常生活を営むことができるよう、地域包括ケアシステムを構築する必要。
- ・平成30年度は6年に1度の介護報酬との同時改定。医療機能の分化・強化、連携や、医療と介護の役割分担と連携を着実に進める必要。

➤ 制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進

- ・制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持するためには、国民の制度の理解を深めることが不可欠。無駄の排除、医療資源の効率的な配分、医療分野のイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献を図ることが必要。
- ・今後の医療ニーズの変化や生産年齢人口の減少、医療技術の進歩等を踏まえ、医療現場の人材確保や働き方改革の推進が重要。

改定の基本的視点

1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

- 患者の状態等に応じて質の高い医療が適切に受けられるとともに、必要に応じて介護サービスと連携・協働する等、切れ目のない医療・介護提供体制が確保されることが重要。
- 医療機能の分化・強化、連携を進め、効果的・効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築していくことが必要。

3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

- 医療従事者の厳しい勤務環境が指摘されている中、医療の安全の確保や地域医療の確保にも留意しつつ、医療従事者の負担の軽減を図り、あわせて、各々の専門性を発揮でき、柔軟な働き方ができるよう、環境の整備、働き方改革を推進することが必要。

2 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

- 国民の安心・安全を確保する観点から、今後の医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めながら、適切な情報に基づき患者自身が納得して主体的に医療を選択できるようにすることが重要。
- また、新たなニーズにも対応できる医療を実現するとともに、我が国の医療の中で重点的な対応が求められる分野の適切な評価が重要。

4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

- 国民皆保険を維持するためには、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が求められ、医療関係者が共同して、医療サービスの維持・向上と同時に、医療の効率化・適正化を図ることが必要。

改定に当たっての基本認識

- ▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▶ 患者・国民に身近な医療の実現
- ▶ どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

1 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- ・医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
- ・地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
- ・業務の効率化に資するICTの利活用の推進

3 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

【具体的方向性の例】

- ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・外来医療の機能分化
- ・質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・地域包括ケアシステムの推進のための取組

2 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】

- ・かかりつけ機能の評価
- ・患者にとって必要な情報提供や相談支援、重症化予防の取組、治療と仕事の両立に資する取組等の推進
- ・アウトカムにも着目した評価の推進
- ・重点的な対応が求められる分野の適切な評価
- ・口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価
- ・医療におけるICTの利活用

4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- ・後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- ・費用対効果評価制度の活用
- ・市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- ・外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）
- ・医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進

令和4年度診療報酬改定の基本方針（概要）

改定に当たっての基本認識

- ▶ 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▶ 患者・国民に身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

社会保障の機能強化と持続可能性の確保を通じて、安心な暮らしを実現し、成長と分配の好循環の創出に貢献するという視点も重要。

改定の基本的視点と具体的方向性

（1）新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応
- 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化等
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 地域包括ケアシステムの推進のための取組

（3）患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】

- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等
- 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価

（2）安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の確保
- 令和3年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、看護の現場で働く方々の収入の引上げ等に係る必要な対応について検討するとともに、負担軽減に資する取組を推進

（4）効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化等（再掲）
- 重症化予防の取組の推進
- 医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 効率性等に応じた薬局の評価の推進

令和6年度診療報酬改定の基本方針の概要

改定に当たっての基本認識

- ▶ 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応
- ▶ 全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 医療DXやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 医療従事者的人材確保や賃上げに向けた取組
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保
- 多様な働き方を踏まえた評価の拡充
- 医療人材及び医療資源の偏在への対応

(2) ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

【具体的方向性の例】

- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進
- 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
- リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化・強化等
- 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(3) 安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性の例】

- 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応
- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進
- 医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

(4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化・強化等（再掲）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（再掲）
- 医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（再掲）

令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(一般的事項)

- 1 近年、診療報酬体系が複雑化していること及び医療 DX の推進において簡素化が求められていることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすい診療報酬体系となるよう検討すること。

(賃上げ全般)

- 2 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種を対象とした賃上げに係る評価について、各医療機関における賃上げが適切に実施されているか、実態を適切に把握した上で、検証を行うこと。また、40 歳未満の勤務医師及び勤務歯科医師並びに薬局の勤務薬剤師、事務職員や歯科技工所で従事する者等についても賃上げの実態を適切に把握した上で、検証を行うこと。

(医療 DX)

- 3 令和 6 年 12 月 2 日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の評価の在り方について令和 6 年度早期より見直しの検討を行うとともに、医療 DX 推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの保険証利用の利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けて検討を行うこと。
加えて、医療 DX 推進体制整備加算について、電子処方箋の導入状況および電子カルテ共有サービスの整備状況を確認しつつ、評価の在り方について引き続き検討すること。

(働き方改革・人材確保)

- 4 医師の働き方改革の更なる推進を図る観点から、医療機関全体の取組に対する評価の在り方、タスクシフト・タスクシェアの進捗及び各医療従事者の負担の軽減、人材確保が困難である状況の中での看護補助者の定着等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、実効性のある取り組みに繋がる評価の在り方等について引き続き検討すること。

(入院医療)

- 5 新設された地域包括医療病棟において、高齢者の急性疾患の受け入れ状況、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理などのアウトカムなどについて、幅広くデータに基づいた分析を行い、評価の在り方について検討すること。また、地域包括医療病棟の新設に伴い、10 対 1 の急性期一般病棟については、その入院機能を明確にした上で、再編を含め評価の在り方を検討すること。
- 6 急性期一般病棟入院基本料や高度急性期医療に係る評価、地域で急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、人口構造や医療ニーズの変化も見据え、重症度、医療・看護必要度、SOFA スコア等、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、入院料の評価の在り方等について、引き続き検討すること。
- 7 地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、障害者施設等入院基本料、療養病棟入院基本料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、求められている役割の更なる推進や提供されている医療の実態の反映の観点から、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。
- 8 救急医療管理加算の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行い、より適切な患者の重症度に応じた評価の在り方について引き続き検討すること。
- 9 DPC/PDPS 及び短期滞在手術等基本料について、今回改定による在院日数等への影響の調査・検証を行うとともに、医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いの在り方について引き続き検討すること。
- 10 入院時の食費の基準の見直しについて、今回改定による影響、食費等の動向等を把握し、検証を行うこと。

令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(外来医療)

- 11 地域包括診療料・加算における介護保険サービスとの連携に係る評価について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、介護保険サービスとの連携の推進について引き続き検討すること。
- 12 生活習慣病の管理について、今回の改定による影響の調査・検証を行うとともに、より適切な管理がなされるよう、患者の視点を十分に踏まえつつ、引き続き検討すること。
　　加えて、他の疾病管理についても実態を踏まえた適切な評価の在り方について引き続き検討を行うこと。
- 13 かかりつけ医機能を有する医療機関について、改正医療法に基づく制度整備の状況を踏まえ、かかりつけ医機能がより発揮される評価の在り方を検討すること。
- 14 情報通信機器を用いた精神療法について、患者の受療行動を含め、その実態について調査・検証を行うとともに、より適切な評価の在り方について引き続き検討すること。
- 15 情報通信機器を用いた診療については、初診から向精神薬等を処方している医療機関や大半の診療を医療機関の所在地とは異なる都道府県の患者に対して行っている医療機関があることを踏まえ、今後、より丁寧に実態を把握するとともに、引き続き評価の在り方について検討すること。

(在宅医療等)

- 16 在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の質の向上に向け、同一建物居住者への効率的な訪問診療や訪問看護における対応等、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、地域における医療提供体制の実態等も踏まえつつ、往診、訪問診療、歯科訪問診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護等における適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

(精神医療)

- 17 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価について引き続き検討すること。特に新設された精神科地域包括ケア病棟入院料については、地域定着等の状況も含め、データを用いて適切に調査・検証し、評価の在り方について検討すること。

(リハビリテーションへの対応等)

- 18 回復期リハビリテーション入院医療管理料の新設に伴い、医療資源の少ない地域におけるリハビリテーションへの対応等について、今回改定による影響の調査・検証を行うこと。

(医療技術の評価)

- 19 保険適用された医療技術に対する評価について、レジストリ等のリアルワールドデータの解析結果や関係学会等による臨床的位置付けを踏まえ、適切な再評価が継続的に行われるよう、医療技術の評価のプロセスも含め引き続き検討すること。
　　また、革新的な医療機器や検査等のイノベーションを含む先進的な医療技術について、迅速かつ安定的に患者へ供給・提供させる観点も踏まえ、有効性・安全性に係るエビデンスに基づく適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

(歯科診療報酬)

- 20 かかりつけ歯科医の機能の評価に係る施設基準の見直し等の影響や回復期リハビリテーション病棟等の入院患者に対する口腔管理・多職種連携の状況等を調査・検証し、口腔疾患の継続的な管理の在り方や口腔管理に係る関係者との連携の評価の在り方について引き続き検討すること。

令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(調剤報酬)

21 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。

(敷地内薬局)

22 いわゆる同一敷地内薬局については、同一敷地内の医療機関と薬局の関係性や当該薬局の収益構造等も踏まえ、当該薬局及び当該薬局を有するグループとしての評価の在り方について、引き続き検討すること。

(長期処方やリフィル処方)

23 長期処方やリフィル処方に係る取組について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な運用や活用策について引き続き検討すること。

(後発医薬品の使用促進)

24 バイオ後続品を含む後発医薬品の使用促進について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、後発医薬品の供給状況や医療機関や薬局における使用状況等も踏まえ、診療報酬における後発医薬品の使用に係る評価について引き続き検討すること。

(長期収載品)

25 選定療養の仕組みを用いた、長期収載品における保険給付の在り方の見直しについては、患者の動向、後発医薬品への置換状況、医療現場への影響も含め、その実態を把握するとともに、制度の運用方法等について必要な検証を行うこと。

(薬価制度)

26 今回の薬価制度改革の骨子に基づき、ドラッグ・ラグ／ドラッグ・ロスの解消等の医薬品開発への影響や、後発医薬品の企業指標の導入や今後情報公表も踏まえた医薬品の安定供給に対する影響等について、製薬業界の協力を得つつ分析・検証等を行うとともに、こうした課題に対する製薬業界としての対応を踏まえながら、薬価における評価の在り方について引き続き検討すること。

(保険医療材料制度)

27 今回の保険医療材料制度改革に基づくプログラム医療機器への対応や革新的な医療機器等に対する評価の導入の影響等について検証すること。また、医療上必要な医療機器等の安定供給の確保等の観点から、いわゆる物流2024年問題による影響を注視するとともに、我が国における医療機器等の製造や流通、研究開発に係る費用構造等について関係業界の協力を得つつ分析し、こうした課題に対する関係業界としての対応を踏まえながら、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

(施策の検証)

28 施策の効果や患者への影響等について、データやエビデンスに基づいて迅速・正確に把握・検証できるようにするための方策について引き続き検討すること。医療機関・薬局の経営状況については、医療経済実態調査等の結果に基づき、議論することを原則とすること。

令和8年度診療報酬改定に向けた主な検討スケジュール

中医協 総-7(改)

7 . 4 . 9

令和7年 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 令和8年 1月 2月 3月

■中医協総会

キックオフ

- ・医療機関を取り巻く状況
- ・医療提供体制

その1シリーズ

その2以降シリーズ

質問・答申・附帯意見

■専門部会

- ・診療報酬改定結果検証部会

総会報告

調査票等の検討 7年度調査実施

秋総会報告

- ・薬価専門部会

議論、業界意見聴取

とりまとめ
総会報告

薬価調査実施

総会報告

- ・保険医療材料専門部会

議論、業界意見聴取

とりまとめ
総会報告

材料価格調査実施

総会報告

- ・費用対効果評価専門部会

議論、業界意見聴取

とりまとめ
総会報告

■小委員会など

- ・診療報酬調査専門組織

- ・入院・外来医療等の調査・評価分科会

議論

とりまとめ
総会報告

- ・医療技術評価分科会

技術提案書募集

提案書評価

とりまとめ
総会報告

- ・調査実施小委員会

医療経済実態調査 実施

公表

※なお、令和8年度診療報酬改定に向けては、分科会からの報告は総会へ行い、総会でその内容について議論を深めることとする。

関係閣議決定等

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

経済財政運営と改革の基本方針2025（令和7年6月13日閣議決定）（主な箇所抜粋①）

第2章 賃上げを起点とした成長型経済の実現

1. 物価上昇を上回る賃上げの普及・定着～賃上げ支援の政策総動員～

（1）中小企業・小規模事業者の賃金向上推進5か年計画の実行

（略）

地域の材育成と処遇改善については、在職者を含め、大学、短期大学、高等専門学校及び専門学校においてアドバンスト・エッセンシャルワーカー^{※17}の育成に取り組むほか、医療・介護・保育・福祉等の材確保に向けて、保険料負担の抑制努力を継続しつつ、公定価格の引上げを始めとする処遇改善を進める。

※17 デジタル技術等も活用して、現在よりも高い賃金を得るエッセンシャルワーカー。

（2）三位一体の労働市場改革及び中堅・中小企業による賃上げの後押し

（個別業種における賃上げに向けた取組）

建設業や自動車運送業の賃上げに向け、労務費の基準の設定及び実効性確保、建設キャリアアップシステムの利用拡大、賃上げに対応した運賃設定や荷主への是正指導の強化等を通じ、処遇改善や取引適正化を推進する。警備業やビルメンテナンス業の賃上げに向け、官公需におけるリスクや重要度に応じた割増算を含め、適切な単価設定や分離発注の徹底により、労務費の価格転嫁を進める。

医療・介護・障害福祉の処遇改善について、過去の報酬改定等における取組の効果を把握・検証し、2025年末までに結論が得られるよう検討する。

第2章 賃上げを起点とした成長型経済の実現

3. 「投資立国」及び「資産運用立国」による将来の賃金・所得の増加

（2）DXの推進

（医療・介護・こどもDX）

医療DX工程表^{※94}に基づき、医療・介護DXの技術革新の迅速な実装により、全国で質の高い効率的な医療・介護サービスが提供される体制を構築することについて、必要な支援を行いつつ、政府を挙げて強力に推進する。このため、医療DXの基盤であるマイナ保険証の利用を促進しつつ、2025年12月の経過措置期間後はマイナ保険証を基本とする仕組みに円滑に移行する。全国医療情報プラットフォームを構築し、電子カルテ情報共有サービスの普及や電子処方箋の利用拡大、PHR^{※95}情報の利活用を進めるほか、標準型電子カルテの本格運用の具体的な内容を2025年度中に示すことも含め必要な支援策の具体化を検討し、その普及を促進するとともに、介護情報基盤の整備、診療報酬改定DX、薬局が有する情報の標準化とDXを進める。AI創薬、AIホスピタルの実用化を支援する。標準仕様を策定し、クラウド技術を活用した病院の情報システムの開発・導入に向け、規制的手法や財政的手法など必要なインセンティブ措置の在り方を含め、検討を進める。医薬品や検査の標準コードの在り方の検討を踏まえたマスターの一元管理、予防接種事務のデジタル化、ワクチン副反応疑いの電子報告、予防接種データベースの整備を進める。医療・介護データを最大限有効活用し、イノベーションを進めるため、医療・介護の公的データベースの仮名化情報等の利活用を可能とするためのシステム整備を進めるとともに、社会保険診療報酬支払基金の改組や公費負担医療制度等のオンライン資格確認を円滑に実施する。医療安全の向上に向け、医療機関のサイバーセキュリティ対策^{※96}、医薬品・医療機器等の物流DXの推進に資する製品データベース構築を進める。これらの取組に加えて、必要に応じて医療DX工程表の見直しを検討する。

子育て世代の使いやすさに配慮し、保育や母子保健等のこども政策のDXを推進する

※94 「医療DXの推進に関する工程表」（令和5年6月2日医療DX推進本部決定）。

※95 Personal Health Record。

※96 医療機器のサイバーセキュリティ対策を含む。

第2章 貢上げを起点とした成長型経済の実現

4. 国民の安心・安全の確保

（5）外国人との秩序ある共生社会の実現

（外免切替手続・社会保障制度等の適正化）

外国の運転免許の日本の運転免許への切替手続（外免切替手続）について、運転免許の住所確認の厳格化や知識確認・技能確認の審査内容の厳格化を進める。外国人の税・社会保険料の未納付防止や社会保険制度の適正な利用に向けて、未納付情報や医療費不払情報の連携による在留審査への有効活用、外国人の保険適用の在り方等の検討を行う。児童手当・就学援助の実態に即した適正利用を図る。

第3章中長期的に持続可能な経済社会の実現

1. 「経済・財政新生計画」の推進

（「経済・財政新生計画」に基づく今後の取組方針）

経済あっての財政との考え方の下、財政健全化目標によって、米国の関税措置への対応や物価高への的確な対応も含め、状況に応じたマクロ経済政策の選択肢が歪められてはならない。必要な政策対応を行うことと財政健全化目標に取り組むことを矛盾しないものにしていく。経済を成長させ、そして財政健全化に向けて取り組んでいく。こうした取組を通じて、金利が上昇する局面において、大災害や有事に十分に対応する財政余力を確保し、将来の経済・財政・社会保障の持続可能性を確保していく。

そうした中、金利のある世界において、我が国の経済財政に対する市場からの信認を確実なものとするため、財政健全化の「旗」を下ろさず、長期を見据えた一貫性のある経済財政政策の方向性を明確に示すことが重要である。このため、2025年度から2026年度を通じて、可能な限り早期の国・地方を合わせたPB黒字化を目指す。ただし、米国の関税措置の影響は不透明であり、その経済財政への影響の検証を行い、的確に対応すべきであり、必要に応じ、目標年度の再確認を行う。その上で、「経済・財政新生計画」の期間を通じて、その取組の進捗・成果を後戻りさせることなく、PBの一定の黒字幅を確保しつつ、債務残高対GDP比を、まずはコロナ禍前の水準に向けて安定的に引き下げるることを目指し、経済再生と財政健全化を両立させる歩みを更に前進させる。

予算編成においては、2027年度までの間、骨太方針2024で示された歳出改革努力を継続しつつ、日本経済が新たなステージに移行しつつあることが明確になる中で、経済・物価動向等を踏まえ、各年度の予算編成において適切に反映する。とりわけ社会保障関係費※204については、医療・介護等の現場の厳しい現状や税収等を含めた財政の状況を踏まえ、これまでの改革を通じた保険料負担の抑制努力も継続しつつ、2025年春季労使交渉における力強い賃上げの実現や昨今の物価上昇による影響等について、経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう、的確な対応を行う。具体的には、高齢化による増加分に相当する伸びにこうした経済・物価動向等を踏まえた対応に相当する増加分を加算する。非社会保障関係費※205及び地方財政についても、第3章第4節「物価上昇に合わせた公的制度の点検・見直し」も踏まえ、経済・物価動向等を適切に反映する。

今後も、状況に応じて必要な政策対応を行っていくことに変わりはないが、PBの黒字化を達成した後、黒字幅が一定水準を超えた場合には、経済成長等に資するような政策の拡充を通じて経済社会に還元することをあらかじめルール化することについても検討に着手していく。

※204 社会保障関係費の伸びの要因として高齢化と高度化等が存在する。

※205 令和7年度予算の非社会保障関係費は、近年の物価上昇率の変化を反映した令和6年度予算の増（+1,600億円程度）と同水準を維持しつつ、公務員人件費の増により実質的に目減りしないよう、相当額（+1,400億円程度）を上乗せし、+3,000億円程度とした。

第3章中長期的に持続可能な経済社会の実現

2. 主要分野ごとの重要課題と取組方針

（1）全世代型社会保障の構築

本格的な少子高齢化・人口減少が進む中、技術革新を促進し、中長期的な社会の構造変化に耐え得る強靭で持続可能な社会保障制度を確立する。このため、「経済・財政新生計画」に基づき、持続可能な社会保障制度を構築するための改革を継続し、国民皆保険・皆年金を将来にわたって維持し、次世代に継承することが必要である。

医療・介護・障害福祉等の公定価格の分野の賃上げ、経営の安定、離職防止、人材確保がしっかりと図られるよう、コストカット型からの転換を明確に図る必要がある。このため、これまでの歳出改革を通じた保険料負担の抑制努力も継続しつつ、次期報酬改定を始めとした必要な対応策において、2025年春季労使交渉における力強い賃上げ※207の実現や昨今の物価上昇による影響等について、経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう、的確な対応を行う。

このため、2024年度診療報酬改定による処遇改善・経営状況等の実態を把握・検証し、2025年末までに結論が得られるよう検討する。また、介護・障害福祉分野の職員の他職種と遜色のない処遇改善や業務負担軽減等の実現に取り組むとともに、これまでの処遇改善等の実態を把握・検証し、2025年末までに結論が得られるよう検討する。また、事業者の経営形態やサービス内容に応じた効果的な対応を検討する。

持続可能な社会保障制度のための改革を実行し、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を実現するため、OTC類似薬の保険給付のあり方の見直し※208や、地域フォーミュラリの全国展開※209、新たな地域医療構想に向けた病床削減※210、医療DXを通じた効率的で質の高い医療の実現、現役世代に負担が偏りがちな構造の見直しによる応能負担の徹底※211、がんを含む生活習慣病の重症化予防とデータヘルスの推進などの改革について※212、引き続き行われる社会保障改革に関する議論の状況も踏まえ、2025年末までの予算編成過程で十分な検討を行い、早期に実現が可能なものについて、2026年度から実行する。

※207 日本労働組合総連合会の集計によれば、現時点（第6回集計）で定期昇給含む平均賃上げ率は5.26%（うちベースアップ分のみで3.71%）、組合員数300人未満の組合の平均賃上げ率は4.70%（うちベースアップ分のみで3.51%）となっている。

※208 医療機関における必要な受診を確保し、こどもや慢性疾患を抱えている方、低所得の方の患者負担などに配慮しつつ、個別品目に関する対応について適正使用の取組の検討や、セルフメディケーション推進の観点からの更なる医薬品・検査薬のスイッチOTC化に向けた実効的な方策の検討を含む。

※209 普及推進策を検討し、各地域において地域フォーミュラリが策定されるよう取組を推進する。

※210 人口減少等により不要となると推定される一般病床・療養病床・精神病床といった病床について、地域の実情を踏まえた調査を行った上で、2年後の新たな地域医療構想に向けて、不可逆的な措置を講じつつ、調査を踏まえて次の地域医療構想までに削減を図る。

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

※212 詳細については、「自由民主党、公明党、日本維新の会合意」（令和7年6月11日自由民主党・公明党・日本維新の会）を参照。

第3章 中長期的に持続可能な経済社会の実現

2. 主要分野ごとの重要課題と取組方針

（中長期的な時間軸を見据えた全世代型社会保障の構築）

現役世代が急速に減少し、高齢者数がピークを迎える2040年頃を見据えた中長期的な時間軸も視野に入れ、現役世代の負担を軽減しつつ、年齢に関わりなく、能力に応じて負担し、個性を活かして支え合う「全世代型社会保障」の構築が不可欠である。改革工程^{※213}を踏まえ、医療・介護DXやICT、介護テクノロジー、ロボット・デジタルの実装やデータの二次利用の促進、特定行為研修を修了した看護師の活用、タスクシフト／シェアなど、医療・介護・障害福祉分野の生産性向上・省力化を実現し、職員の負担軽減や資質向上につなげるとともに、地域医療連携推進法人、社会福祉連携推進法人の活用や小規模事業者のネットワーク構築による経営の協働化・大規模化や障害福祉サービスの地域差の是正を進める。医療機関、介護施設、障害福祉サービス等事業者の経営情報の更なる見える化^{※214}を進める。医療・介護・障害福祉分野の不適切な人材紹介の問題について実効性ある対策を講ずる。

現役世代の消費活性化による成長と分配の好循環を実現するため、各種データ分析・研究を始めEBPMによるワイスペンディングを徹底し、保険料負担の上昇を抑制するとともに、全世代型社会保障の将来的な姿を若者も含め国民に分かりやすく情報提供する。

※213 「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（令和5年12月22日閣議決定）。

※214 経営情報の提出、分析及び公表の電子化を含む。

（中長期的な医療提供体制の確保等）

（略）

医療保険制度について、給付と負担のバランスや現役世代の負担上昇の抑制^{※216}を図りつつ、給付と負担の見直し等の総合的な検討を進める。高額療養費制度について、長期療養患者等の関係者の意見を丁寧に聴いた上で、2025年秋までに方針を検討し、決定する。

妊娠・出産・産後の経済的負担の軽減のため、2026年度を目途に標準的な出産費用の自己負担の無償化に向けた対応を進める。妊婦健診における公費負担を促進する。「出産なび」の機能を拡充するほか、小児周産期医療について、地域でこどもを安心して生み育てることができるように、最先端の医療を含めた小児周産期医療体制の確保を図るため、産科・小児科医療機関を取り巻く厳しい経営環境を踏まえ、医療機関の連携・集約化・重点化を含めた必要な支援を行う。安全で質の高い無痛分娩を選択できる環境を整備する。

リフィル処方箋の普及・定着や多剤重複投薬や重複検査の適正化を進めるとともに、保険外併用療養費制度の対象範囲の拡大や保険外診療部分を広くカバーし、公的保険を補完する民間保険の開発を促す。国民健康保険の都道府県保険料水準の統一に加え、保険者機能や都道府県のガバナンスの強化を進めるための財政支援の在り方について検討^{※217}を行う。

※216 後期高齢者支援金を含む。

※217 調整交付金や保険者努力支援制度その他の財政支援の在り方、現在広域連合による事務処理が行われている後期高齢者医療制度の在り方、生活保護受給者の医療扶助の在り方の検討。

第3章中長期的に持続可能な経済社会の実現

2. 主要分野ごとの重要課題と取組方針

（働き方に中立的な年金制度の構築）

公的年金については、働き方に中立的な制度を構築する観点から、改正年金法^{※218}を踏まえ、更なる被用者保険の適用拡大や在職老齢年金制度の見直しを進めるとともに、いわゆる「年収の壁」への対応として、「年収の壁・支援強化パッケージ」^{※219}の活用を促進する。

※218 社会経済の変化を踏まえた年金制度の機能強化のための国民年金法等の一部を改正する等の法律（令和7年6月13日成立）。また、今回の法律で決定した改正内容により、将来の所得代替率は、制度改正を行わない場合と比べて、令和6年財政検証における成長型経済移行・継続ケースで1.3%、過去30年投影ケースで1.4%それぞれ上昇すると見込まれる。

※219 令和5年9月27日全世代型社会保障構築本部決定。

（がん、循環器病等の疾患に応じた対策等）

がん対策^{※220}、循環器病対策^{※221}、慢性腎疾患対策^{※222}、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、慢性疼痛等の疾患に応じた対策、難病対策、移植医療対策^{※223}、アレルギー対策^{※224}、依存症対策、難聴対策、栄養対策、受動喫煙対策、科学的根拠等に基づく予防接種の促進を始めとした肺炎等の感染症対策^{※225}、更年期障害や骨粗しょう症など総合的な女性の健康支援^{※226}を推進する。運送業での睡眠時無呼吸対策、睡眠障害の医療アクセス向上と睡眠研究の推進、睡眠ガイド等の普及啓発、健康経営の普及、睡眠関連の市場拡大や企業支援に一層取り組む。

糖尿病と歯周病との関係など全身の健康と口腔の健康に関するエビデンスの活用、生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）に向けた具体的な取組、オーラルフレイル対策・疾病の重症化予防につながる歯科専門職による口腔健康管理の充実、歯科医療機関・医歯薬連携などの多職種連携、歯科衛生士・歯科技工士の離職対策を含む人材確保、歯科技工所の質の担保、歯科領域のICT活用、歯科医師の不足する地域の分析等を含めた適切な配置の検討を含む歯科保健医療提供体制構築の推進・強化に取り組むとともに、有効性・安全性が認められたデジタル化等の新技術・新材料の保険導入を推進する。また、自立支援・在宅復帰・社会復帰に向けたリハビリーションの推進に取り組む。

※220 「がん対策推進基本計画」（令和5年3月28日閣議決定）に基づく取組。

※221 「循環器病対策推進基本計画」（令和5年3月28日閣議決定）に基づく取組。基盤整備及び研究推進や、後遺症支援を含む。

※222 腎不全患者の緩和ケアを含む。

※223 イスタンブール宣言を踏まえた国内の臓器提供、臓器あっせんや移植実施の抜本的な体制整備を含む。

※224 アレルギー疾患（アトピー性皮膚炎等を含む。）医療の均てん化促進等を含む。

※225 小児の感染症を含む。

※226 科学的知見に基づき女性の負担にも配慮した乳がん検診の推進などがん検診の受診率の向上に向けた取組を含む。

第3章中長期的に持続可能な経済社会の実現

2. 主要分野ごとの重要課題と取組方針

（予防・健康づくり、重症化予防）

世界最高水準の健康寿命を誇る我が国の高齢者は、労働参加率や医療費でみても若返っており、こうした前向きな変化を踏まえ、更に健康寿命を延伸し、Well-beingの向上を図り、性別や年齢に関わらず生涯活躍できる社会を実現する。データヘルス計画に基づく保険者と事業主の連携した取組（コラボヘルス）や保険者の保健事業でのICTを活用したエビデンスに基づくPHRや健康経営と共に効果的な取組を支援するほか、働き盛り世代の職域でのがん検診を広く普及するため、受診率や精度管理の向上の取組を更に推進する。AMEDのプライマリヘルスケア・プラットフォーム等を通じた支援により、エビデンスに基づくヘルスケアサービスを普及する。糖尿病性腎症の重症化予防等の大規模実証事業を踏まえたプログラムの活用を進める。高齢者の社会参加促進や要介護認定率の低下に向け、データを活用したエビデンスに基づく取組として、地域の多様な主体の連携協力や、成果指向型の取組等による効果的な介護予防やリハビリテーションを充実する。

（創薬力の強化とイノベーションの推進）

（略）国民負担の軽減と創薬イノベーションを両立する薬価上の適切な評価※230の実施、承認審査・相談体制の強化、バイオ医薬品を含む医薬品の製造体制の整備や人材育成・確保により、国際水準の研究開発環境を実現し、ドラッグラグ／ロスの解消やプログラム医療機器への対応を進めるほか、PMDAの海外拠点を活用し、薬事相談・規制調和を推進する。（略）

医薬品の安定供給に向け、抗菌薬等のサプライチェーンの強靭化や取り巻く環境の変化を踏まえた持続可能な流通の仕組みの検討を図るとともに、感染症の流行による需要の急激な増加といったリスクへの対策を講じ、基礎的な医薬品等※231の足元の供給不安に対応する。さらに、少量多品目構造解消に向けた後発医薬品業界の再編を推進するほか、バイオシミラーについて、国内生産体制の整備及び製造人材の育成・確保を着実に進め、使用を促進する。当初の医師の診断や処方に基づき症状の安定している患者が定期的に服用する医薬品や、低侵襲性検体である穿刺血を用いる検査薬を含む医薬品・検査薬の更なるスイッチOTC化など、具体的な工程表を策定した上でセルフケア・セルフメディケーションを推進しつつ、薬剤自己負担の見直しを検討する。（略）。イノベーションの推進や現役世代の保険料負担への配慮の観点から、費用対効果評価制度について、客観的な検証を踏まえつつ、更なる活用に向け、適切な評価手法、対象範囲や実施体制の検討と併せ、薬価制度上の活用や診療上の活用等の方策を検討する。標準的な薬物治療の確立に向け、休薬・減薬を含む効果的・効率的な治療に関する調査研究を進め、診療ガイドラインに反映していく。医薬品の適正使用や後発医薬品の使用促進のみならず、医療費適正化の観点から、地域フォーミュラリを普及する。（略）

※230 2024・2025年度薬価改定において新薬創出・適応外薬解消等促進加算の対象となる革新的新薬について薬価を基本的に維持したことを念頭に置いた革新的新薬の特許期間中の対応に関する創薬イノベーション推進の観点からの検討等。

※231 日本薬局方収載医薬品の一部を含む。

第3章中長期的に持続可能な経済社会の実現

2. 主要分野ごとの重要課題と取組方針

（2）少子化対策及びこども・若者政策の推進

（加速化プランの本格実施と効果検証の徹底）

こどもを生み、育てたいという希望が叶う社会、こどもたちが健やかに育まれる社会の実現と少子化トレンドの反転を目指し、政策を総動員することが不可欠である。集中取組期間において、「経済・財政新生計画」や加速化プラン※238に沿って、経済的支援、全てのこども・子育て世帯を対象とする支援、共働き・共育ての推進のための施策を本格実施する。具体的には、保育士・幼稚園教諭等の待遇改善、保育士配置の改善、こども誰でも通園制度の全国展開や、放課後児童クラブ等への支援※239、子育て世帯への住宅支援に取り組むとともに、施策全般について出生率やこどものWell-beingに関する指標等関連指標に与える効果の検証を徹底し、より効果的な施策への重点化など施策の見直しを検討する。このため、改革工程に基づく徹底した歳出改革を進めるなど財源確保を図るとともに、2026年度からの子ども・子育て支援金制度の円滑な導入に向け、国民の共感を得られるよう制度の意義やその使途などの周知の準備を進めるほか、少子化的危機的かつ深刻な状況を踏まえ、官民が連携し、社会全体でこども・子育て世帯を支える意識を醸成する。

※238 「こども未来戦略」（令和5年12月22日閣議決定）に基づくこども・子育て支援加速化プラン。

※239 実施に当たっては、多様な体験活動を推進すること。

第3章中長期的に持続可能な経済社会の実現 3. 計画推進のための取組の強化

（経済・財政一体改革の点検・評価）

「経済・財政新生計画」の推進においては、経済、社会、環境や技術の変化に適切に対応した予算編成や制度改正に資するよう、人口減少下の持続可能な国・地方の行財政、人々のやりがいやWell-being（幸福度）、デジタル・新技術の導入による生産性向上に着目しつつ、プロセス管理を行う。経済財政諮問会議において、「EBPMアクションプラン」、「改革実行プログラム」及び「進捗管理・点検・評価表」に基づき、毎年改革の進捗管理・点検・評価を行い、進捗や政策効果を確認し、更なる政策の企画・立案に結び付ける。

（政府全体のEBPMの強化）

「経済・財政新生計画」の推進においては、限られたリソースから高い政策効果を生み出すことが重要である。このため、関係府省庁において「EBPMアクションプラン」に基づき、政府全体のEBPMの取組を本格化する。年末に同プランの見直し・強化を行うとともに、その成果を翌年度以降の骨太方針へ反映するなどEBPMを強化する。EBPM強化や分野横断的な施策の深化のため、行政記録情報を含めたデータの整備や「見える化」について関係府省庁間の連携を強化する。行政事業レビューとの連携を通じて、データ収集や分析・評価を一体的かつ効率的に進める。その際、行政事業レビューシステムの機能強化とAI技術を活用したデータの利活用を推進する。ビッグデータを用いた分析や指標の実用化を進める。

基金について、資金の有効活用の観点から、EBPMの手法を用いた効果検証やPDC Aの取組を推進し、基金の点検・見直しの横断的な方針^{※268}も踏まえ、必要性や成果の達成状況、管理費を含む執行見込み、設置法人の適格性について、不斷に点検・検証を行う。

公的部門が保有する資産について、その保有目的等も踏まえつつ、運用改善や有効活用の有用性を検討する。

※268 「基金の点検・見直しの横断的な方針について」（令和5年12月20日行政改革推進会議決定）。

第3章中長期的に持続可能な経済社会の実現

4. 物価上昇に合わせた公的制度の点検・見直し

賃上げや投資が増加し、コストカット型経済からの脱却が見えてきた今、政府自身が、物価上昇を上回る賃金上昇の実現に向けて率先すべく、以下の3つの取組を総合的に実行する。その際には、労働の価値、平素からの備えの価値を正しく評価し、価格に表すことの重要性を軸に据えて取組を進める。

物価上昇が継続していることを踏まえ、予算、税制における長年据え置かれたままの様々な公的制度に係る基準額や閾値について、国民生活へ深刻な影響が及ばないよう、省庁横断的・網羅的に点検し、見直しを進める^{※269}。その際、各項目の点検と併せ、政策効果を担保するため、制度の特性に応じた定期的な改定ルールを設け、足元の物価上昇に的確に対応できるような仕組みづくりを行う。

同時に、本基本方針第2章及び第3章に記載している、

- ・公定価格（医療・介護・保育・福祉等）の引上げ
 - ・働き手の賃上げ原資を確保できる官公需における価格転嫁の徹底
- を省庁横断的に推進する。

※269 長年据え置かれてきた公的制度の基準額や閾値の例として、交通遺児育成給付金、子どもの学習・生活支援事業（生活困窮者自立支援制度）、食事支給に係る所得税非課税限度額、マイカー通勤に係る通勤手当の所得税非課税限度額が存在し、これらについては速やかに見直しを行う。