

第 204 回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和 7 年 11 月 20 日（木）
10 時 00 分～12 時 30 分
場所：航空会館 7 階大ホール

（ 議 題 ）

1. OTC 類似薬の保険給付の在り方について患者団体からのヒアリング
2. 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
3. 医療保険制度改革について
4. 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 － 1 全国がん患者団体連合会提出資料
- 資 料 1 － 2 日本アレルギー友の会提出資料
- 資 料 1 － 3 ささえあい医療人権センターCOML 提出資料
- 資 料 2 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 3 入院時の食費・光熱水費について
- 資 料 4 － 1 令和 8 年度診療報酬改定の基本方針（骨子案の概要）
- 資 料 4 － 2 令和 8 年度診療報酬改定の基本方針（骨子案）
- 参考資料 1 － 1 第 201 回社会保障審議会医療保険部会（令和 7 年 10 月 23 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）
- 参考資料 1 － 2 第 120 回社会保障審議会医療部会（令和 7 年 10 月 27 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）
- 参考資料 1 － 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	<div><div>うちぼり まさお</div><div>内堀 雅雄</div><div>きくち よしみ</div><div>○ 菊池 馨実</div><div>たなべ くにあき</div><div>◎ 田辺 国昭</div><div>はやし てっぺい</div><div>林 鉄兵</div></div>	<div>全国知事会社会保障常任委員会委員長／福島県知事</div> <div>早稲田大学理事・法学学術院教授</div> <div>東京大学大学院法学政治学研究科教授</div> <div>日本労働組合総連合会副事務局長</div>
臨 時 委 員	<div><div>いながわ ひでかず</div><div>伊奈川 秀和</div><div>おおすぎ かずし</div><div>大杉 和司</div><div>かねこ ひさし</div><div>兼子 久</div><div>きたがわ ひろやす</div><div>北川 博康</div><div>きもり こと</div><div>城守 国斗</div><div>さねまつ たかのり</div><div>實松 尊徳</div><div>さの まさひろ</div><div>佐野 雅宏</div><div>しま ひろじ</div><div>島 弘志</div><div>そでい たかこ</div><div>袖井 孝子</div><div>たじま けんいち</div><div>田島 健一</div><div>なかむら さやか</div><div>中村 さやか</div><div>にん かずこ</div><div>任 和子</div><div>はら かつのり</div><div>原 勝則</div><div>ふじい りゅうた</div><div>藤井 隆太</div><div>まえば やすゆき</div><div>前葉 泰幸</div><div>よこもと みつこ</div><div>横本 美津子</div><div>わたなべ だいき</div><div>渡邊 大記</div></div>	<div>国際医療福祉大学医療福祉学部教授</div> <div>日本歯科医師会常務理事</div> <div>全国老人クラブ連合会理事</div> <div>全国健康保険協会理事長</div> <div>日本医師会常任理事</div> <div>全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／神埼市長</div> <div>健康保険組合連合会会長代理</div> <div>日本病院会副会長</div> <div>NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事</div> <div>全国町村会副会長・佐賀県白石町長</div> <div>上智大学経済学部教授</div> <div>日本看護協会副会長</div> <div>国民健康保険中央会理事長</div> <div>日本商工会議所社会保障専門委員会委員</div> <div>全国市長会相談役・社会文教委員／津市長</div> <div>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</div> <div>日本薬剤師会副会長</div>
専 門 委 員	<div><div>いしわた いさむ</div><div>石渡 勇</div><div>かめい よしまさ</div><div>亀井 良政</div><div>におり ひなえ</div><div>新居 日南恵</div><div>みやがわ ゆみこ</div><div>宮川 祐三子</div></div>	<div>公益社団法人日本産婦人科医会会長</div> <div>公益社団法人日本産科婦人科学会常務理事</div> <div>NPO法人manma理事</div> <div>公益社団法人日本助産師会理事</div>

(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。

社会保障審議会医療保険部会 提出資料

2025年11月20日

一般社団法人 全国がん患者団体連合会(全がん連)

一般社団法人全国がん患者団体連合会(全がん連)について

- 「がん」と一口にいても、その病態や治療、患者や家族の悩みや苦痛は異なる面も多く、がんの種類や地域ごとに多くのがん患者団体がそれぞれの課題の解決に向けた取り組みを行っています。一方で、がんの種類や地域を問わず、がん全体における共通した課題も存在することから、多くのがん患者団体がそれぞれ独自の取り組みを行いつつ、共通した課題の解決に向けて連携した取り組みを行うことが求められています。
- この連携を行うため、「各地のがん患者団体が情報や経験を共有し、それぞれの活動をより良いものとしていくこと」「それぞれのがん患者団体の取り組みや考えを尊重しつつ、賛同できる場合には共に連携して取り組みを行うこと」「これらの取り組みを継続かつ安定して行うために、一定の法人格をもった団体を設立すること」が必要と考えられました。
- そこで、全国のがん患者団体の連合体組織として、がん患者団体の連携や活動の促進を図りつつ、がん患者と家族の治療やケア、生活における課題の解決に取り組み、がん医療の向上とがんになっても安心して暮らせる社会の構築に寄与することを目的として、非営利型の一般社団法人である全国がん患者団体連合会が、2006年にがん対策基本法が成立してから10年の節目となる2015年に設立され、現在51の加盟団体、加盟団体の会員総数はおよそ2万人です。



首相官邸ホームページより

高額療養費とOTC類似薬を利用する乳がん患者さんの例(加藤那津さん・愛知県在住)



- 2009年5月 31歳のとき、胸の痛みを感じて超音波検査を受け、乳腺症と診断される
- 2009年8月 乳がん検診(マンモグラフィ検査)で石灰化を指摘され、大学病院に紹介され針生検で偽陽性と診断
- 2009年9月 若年であることと家族歴から、乳房の切除生検を行う。
- 2009年10月 切除生検の結果、乳がんと確定診断(ホルモン受容体陽性HER2陰性、ステージ0)、乳房温存手術を受け、術後に放射線治療と乳がんに対するホルモン療法(内服)を開始。
- 2013年8月 乳房に痛みとしこりを感じ、局所再発と診断。手術で乳房を全摘し、同時再建。遺伝性のがんを疑い検査の結果、BRCA2陽性、遺伝性乳がん卵巣がん症候群(HBOC)と診断。術後に乳がんに対するホルモン療法(内服+注射)を開始。ホルモン療法に伴う更年期症状に悩まされる。
- 2016年7月 吐き気が続き検査の結果、肝臓に多発転移が見つかる。
- 2017年3月 名古屋ウィメンズマラソンに出場して腸骨骨折。
- 2018年4月 乳がんに対する薬物療法(アバスチン+パクリタキセル)を開始。
- 2019年2月 乳がんに対する薬物療法(リムパーザ)を開始(現在も継続中)。
- 2019年9月 検査の結果、骨転移が見つかる。乳がん骨転移に対する薬物療法(ランマーク)を開始するも、その後複数回の骨折を経験する。
- 2022年4月 閉経したが、ホルモン療法中より更年期症状は軽いと感じた。
- 2023年5月 左大腿骨が骨折手前になり、骨折を予防するための手術を受ける。
- 2024年6月 遺伝性乳がん卵巣がん症候群(HBOC)に対する予防的卵巣・卵管摘出術を受ける。

(※)治療歴については過去のことであるため、薬剤や治療歴について一部記憶違いなどが含まれる可能性もあります。

高額療養費とOTC類似薬を利用する乳がん患者さんの例(加藤那津さん・愛知県在住)



- 2009年1月 交通事故に遭い、交通事故の後遺症で強い疼痛を感じ、経口のNSAIDs(非ステロイド性抗炎症薬)を開始。
- 2009年9月 乳がんのため手術を受け、交通事故の後遺症に加え、乳がん手術に伴う疼痛も感じるようになる。
- 2010年2月 疼痛治療のため、ペインクリニックの受診を開始。
- 2012年5月 再び交通事故に遭う。
- 2012年8月 交通事故の後遺症と乳がん術後の疼痛のため、医療用麻薬の内服開始。
- 以降、交通事故と乳がん治療に伴う疼痛管理のため、以下の薬剤を順次、使用する。
 - ロキソニン
 - ボルタレン
 - リリカとトラムセット(最大量)
 - モルヒネ
 - アセトアミノフェン(最大量)【OTC類似薬】(疼痛管理のため、現在も使用)
 - ロキソニンテープ【OTC類似薬】(疼痛管理のため、現在も使用)
 - 酸化マグネシウム【OTC類似薬】(医療用麻薬や分子標的薬に伴う便秘対策のため、現在も使用)

(※)治療歴については過去のことであるため、薬剤や治療歴について一部記憶違いなどが含まれる可能性もあります。

【OTC類似薬に関する議論について】

- 乳がんに対する治療薬と疼痛管理のための痛み止めで、長期にわたり継続して高額療養費を利用しているが、このうちOTC類似薬である痛み止めが保険から外れてしまうと、高額療養費の対象にもならず、経済的負担がかなり大きくなってしまわないか。
- OTC類似薬が保険から外れてしまうと、どういう取り扱いとなるかがはっきりせず、制度面での不安も大きい。
- 高額療養費を利用して、高い薬をずっと使い続けていることについて、制度には心から感謝しているが、私が乳がんの治療を続けることは社会にとって良いことなのか。治療を続けることは自分のエゴではないかと悩んでいる。

OTC類似薬の保険給付の見直しに関する今後の社会保障審議会医療保険部会での議論について

- 「OTC類似薬を公的な保険給付の対象から外す」ことについては、以下の理由からがんや難病などの疾患の患者にも与える影響が大きく、避けるべきである。
 - OTC類似薬を日常的に、あるいは長期にわたり継続して、医療機関で使用しているがんや難病の患者がいること。
 - 公的な保険給付から外れてしまうと、下記厚生労働省の資料例によれば、メーカー希望小売価格と比較した場合には、相当程度の過重な負担増(およそ数十倍)であり、市場価格の最安値と比較した場合でも、過重な負担増となる可能性がある。
 - 公的な保険給付から外れてしまうと、高額療養費、指定難病患者への医療費助成、こども医療費助成、小児慢性特定疾病児童等への医療費助成など、各種の医療費助成の対象とならなくなり、過重な負担増となる可能性がある。
 - 医療機関への受診機会の喪失、あるいは遅延が生じ、健康被害が生じる可能性がある。
- 医療保険制度改革全体の中で十分に検討してもなお、OTC類似薬の保険給付の見直しが必要との結論に至った場合には、「公的な保険給付の対象としつつ、患者の自己負担割合を変更する」ことで対応することを検討すべきである。
 - 「公的な保険給付の対象から外す」よりは、市場価格ではなく公的な薬価が維持されることで、患者の負担増は一定程度抑えられ(およそ数倍)、高額療養費や各種の医療費助成の対象であることも維持され、医療機関への受診機会も確保される可能性がある。
 - しかし、患者の自己負担割合の変更でも、患者の負担増となることは避けられず、いわゆる「処方シフト」(患者負担割合はより安価であるが、薬価がより高い薬剤が処方されるようになること)などの問題が生じる可能性も、依然として残る。

	医療用医薬品※1			OTC医薬品
	品目	薬剤費※2	患者自己負担(3割)	薬剤費※3
花粉症薬	フェキソフェナジン 錠剤 60mg 14日分	291.2円～803.6円	87.4円～241.1円	743円～2,075円
湿布薬	ロキソプロフェンナトリウム水和物 テープ 50mg 14枚	177.8円～180.6円	53.3円～54.2円	525円～1,958円
総合感冒薬	非ピリン系感冒剤 散剤 8日分	156.0～218.4円	46.8円～65.5円	1,634円～2,343円
解熱鎮痛薬	ロキソプロフェンナトリウム水和物 錠剤 60mg 4日分	121.2円	36.4円	299円～768円

出典：厚生労働省第202回社会保障審議会医療保険部会(2025年11月6日)資料より

【仏国の例】～薬剤の種類に応じた患者負担割合の設定～		
抗がん剤等の代替性のない高額医薬品		0%
国民連帯の観点から負担を行うべき 医療上の利益を評価して分類 (医薬品の有効性等)	重要	35%
	中程度	70%
	軽度	85%
	不十分	100%

出典：財務省財政制度分科会(2025年11月5日)資料より

アレルギーを越えて。あなたらしい生き方を。

認定 NPO 法人 日本アレルギー友の会

OTC類似薬の 保険適用除外に対する意見書

一般社団法人アレルギー及び呼吸器疾患患者の声を届ける会
認定NPO法人 日本アレルギー友の会
理事長 武川 篤之

2025年11月20日

認定NPO法人 日本アレルギー友の会とは

ミッション

アレルギーがあっても笑顔。
そして、自分らしい生き方を可能とし、輝かしい未来を実現させる。

■ 友の会の発足

- ✓ 1969年2月に同愛記念病院のアレルギー病棟に入院する
ぜんそく患者たちが集まり発足し、今年で創立56周年を迎えました。

■ 友の会の運営

- ✓ ぜんそくやアトピー性皮膚炎などの
アレルギー疾患の患者や家族の**ボランティアで運営**しています。
- ✓ 現在約1,300名（医師賛助会員350名含む）

■ 友の会の役割

- ✓ 患者の現状や、様々な治療に関する情報を発信していくことで、
「患者」と「医療」と「社会」をしっかりとつないでいきます。

高額療養費制度の見直し及びOTC類似薬の保険除外しへの要望書



一般社団法人アレルギー及び呼吸器疾患患者の声を届ける会
認定NPO法人日本アレルギー友の会
NPO法人環境汚染等から呼吸器病患者を守る会（エパレク）
NPO法人アレルギーを考える母の会
NPOアレルギー児を支える全国ネット「アラジーポット」
NPO法人ピアサポートF.A.cafe
NPO法人アレルギーの正しい理解をサポートするみんなの会

言うまでもなく国民皆保険制度は社会全体で医療費を分担する仕組みであり、経済的な理由で医療を受けられない人を減らすという理念のもとに成り立っています。国民皆保険制度の「維持」を名目に、高額療養費制度の自己負担限度額の引き上げとOTC類似薬の保険適用除外が議論されています。こうした措置はアレルギー疾患で悩む一部の難治・重症患者から適切な医療を受ける機会を奪いかねず、配慮が必要です。

喘息やアトピー性皮膚炎などアレルギー疾患は、今では標準治療のもとで多くの患者が症状をコントロール出来、普通の人と変わらない生活を送ることが可能になっています。ただ一部の難治・重症患者は高額な生物学的製剤などを長期にわたって使う必要があり、患者と家族にとって大きな負担となっています。

特に所得が低い若年層の中には生活費を切り詰めて医療費を支払い続けている患者もいて、医療費の増加によって治療が続けられず、症状の悪化で就業できなくなる患者が増えるなど深刻な影響が予想されます。

一方、**OTC類似薬についても、例えば子どものアトピー性皮膚炎では症状をコントロールし再び悪化させないために定期的に軟膏を使い続ける必要があります、OTC類似薬を保険適用外とすれば、生活に余裕があるとは言えない子育て世代などに長期にわたり重い負担を強いることになります。子どものアレルギーは、いじめや不登校、虐待、若者の引きこもりなどの要因ともなり、健やかな成長や家庭生活に及ぼす悪影響も強く懸念されます。**

このように高額療養費制度の自己負担限度額の引き上げと**OTC類似薬の保険適用除外は、一部のアレルギー疾患患者が適切な治療の継続をあきらめ症状を悪化させてしまうなどの事態を招くことが危惧されています。以上の理由から次の事項を要望いたします。**

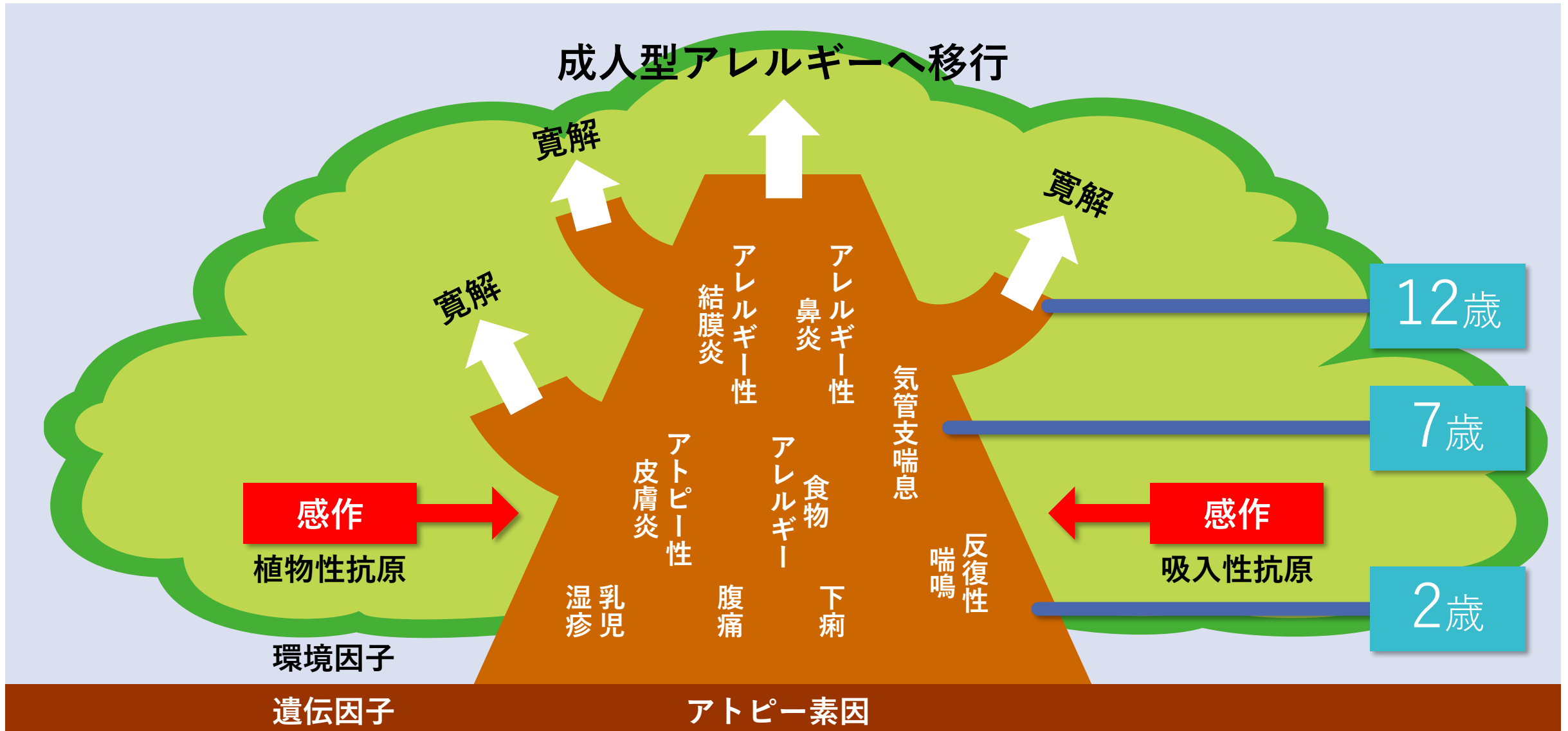
記

○高額療養費制度の自己負担限度額の引き上げは、家計に占める医療費の割合を考慮し治療を継続できるよう抜本的に見直していただきたい。

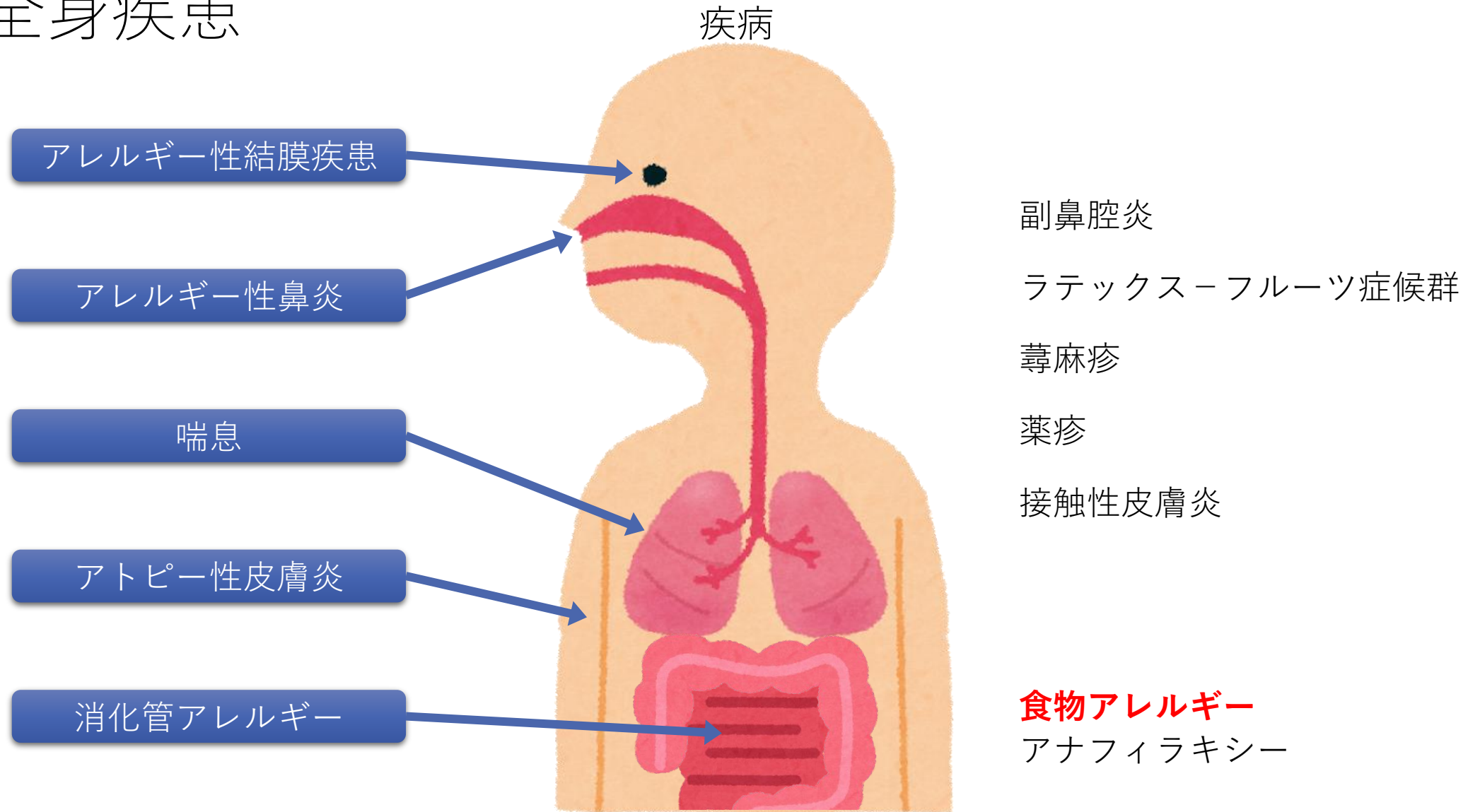
○**OTC 類似薬の保険適用除外は、アレルギー疾患の標準治療で使われる薬剤・保湿剤には適用しない**でいただきたい。

○当事者の意見を聞くこともなく議論が進むことは患者軽視と言わざるを得ません。患者の声を適切に議論に反映してください。

1. アレルギー疾患患者の現状 | アレルギーマーチ



1. アレルギー疾患患者の現状 | アレルギー疾患は全身疾患

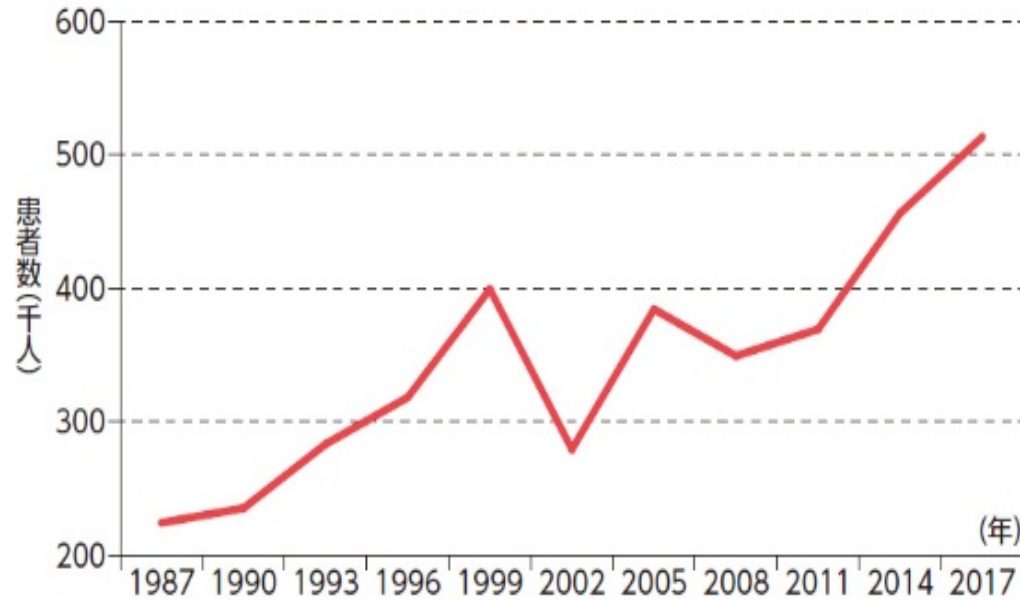


アレルギー疾患は全身疾患（西間三馨）

2018年9月15日 | 第28回 日本産業衛生学会 全国協議会 ランチョンセミナー 講演②

アトピー性皮膚炎（AD）患者は この30年で2倍に増加した

図1 アトピー性皮膚炎の患者数の推移

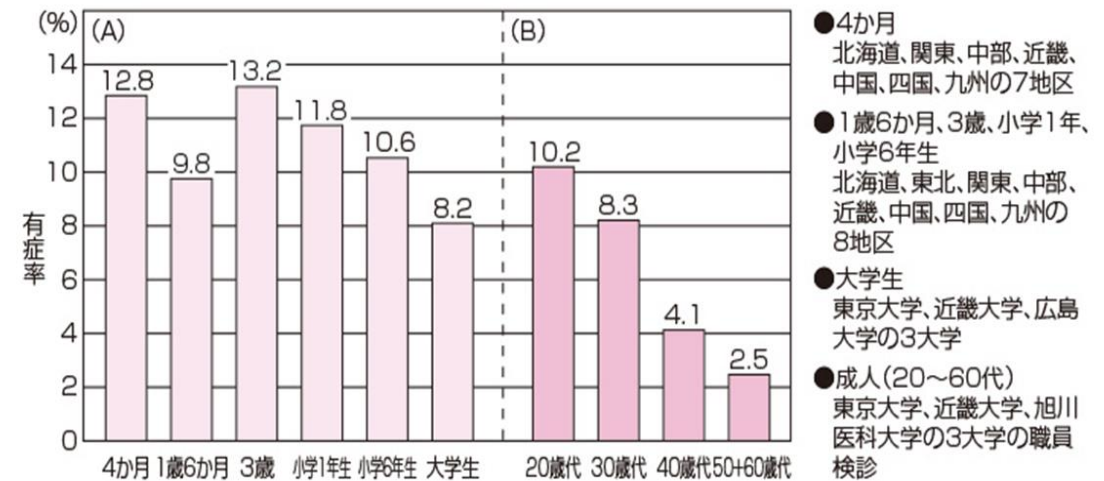


アトピー性皮膚炎の患者数はこの30年で2倍以上に増え、50万人を超えた。（出典：厚生労働省「平成29年患者調査」〔傷病分類編〕）

アトピー性皮膚炎患者は 小児～18歳の10%以上、成人（若年～壮年）の約5%

図1¹⁾：アトピー性皮膚炎の年齢別有症率²⁻⁴⁾

（調査年度・A：2000～2002年度、B：2006～2008年度）



1) 日本アレルギー学会：アトピー性皮膚炎診療ガイドライン2021. アレルギー 70 (10), pp1257-1342, 2021

2) 山本昇壯：アトピー性皮膚炎の患者数の実態及び発症・悪化に及ぼす環境因子の調査に関する研究. 平成14年度厚生労働科学研究費補助金：免疫アレルギー疾患予防・治療研究事業研究報告書：第1分冊, 2003：71-77.

3) Saeki H, et al. : Br J Dermatol, 2005 ; 152 (1) : 110-114.

4) Saeki H, et al. : J Dermatol Sci, 2009 ; 55 (2) : 140-141.

OTC類似薬保険適用除外による弊害 (保湿剤)

- アトピー性皮膚炎の場合、全身に毎日2回塗る必要があり、1回に500g処方されても2カ月持たないくらい塗る必要がある。
- その量が全部保険適用除外になった場合、その他にバイオ製剤等や抗炎症薬も必要のため、患者の負担は相当重くなる。
- アトピー性皮膚炎は慢性疾患であり、重症例の場合、その負担を何十年と続けなくてはならない。
- アトピー性皮膚炎があるために、非正規雇用しかねない方にとって医療費の負担が大きいことは生活に大きな支障がある



慢性疾患患者が長期にわたり必要な治療が、経済的不安なくできるように、従来通り保険適用の継続を要望する

OTC類似薬保険適用除外による弊害 (ステロイド外用薬)

- アトピー性皮膚炎治療の標準治療であるステロイド外用薬は、効果の強度により 5 段階に薬が分類されている。
- 現在は医師が症状の重症度を判定し、適切な薬を処方しているが薬局で購入する場合、強度を認識せずに使用して副作用が出たりまたは症状に対して弱すぎるために効果が出ず、炎症が持続して重症化してしまう可能性がある。
- 現時点でもステロイド外用薬の副作用を懸念して使わずに症状を改善しようと重症化してしまう人がいる。保険適用除外で高価となることにより、炎症が強いものにも関わらずステロイド外用薬を使用しないために重症化する可能性がある。
- ステロイド外用薬は症状や部位によって適切に使用する必要があるが、薬剤師は症状を診ていないために適切な指導ができない。

ステロイド外用薬の不適切な使用により、副作用の発現や重症化の懸念があり、患者の苦痛が高まると共に医療費の増加につながる ⇒ 保険適用除外に反対

OTC類似薬保険適用除外による弊害 (抗アレルギー剤・去痰剤等経口薬)

- 抗アレルギー剤は気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎等アレルギー疾患には必須の薬剤である。
- アレルゲンがハウスダストやダニ等の環境抗原の場合、通年にわたり服用する必要がある。
- OTC類似薬は現在ある抗アレルギー剤と同じ名称でもアレルギー性鼻炎にしか効果がないとされている。
- 勤務者等通院する時間がない方は、同じ薬だと認識して自分の症状に効果がないことを知らずに購入して服用してしまう可能性がある。
- 気道の炎症で痰の分泌により気道が閉塞する気管支喘息には去痰剤は必須であり、長期に使用する必要がある。
- OTC類似薬は処方薬のように単剤ではなく、他の成分が入っていることによりアレルギー反応を起こすことがある。

慢性疾患患者が長期にわたり、安心して適切な薬剤が使用できるように、従来通り保険適用の継続を要望する

明らかにになってきたアトピー性皮膚炎の病態

アトピー性皮膚炎は、皮膚のバリア機能異常（かさかさ）と炎症・免疫応答異常（赤み、ぶつぶつ）、さらにはかゆみとひっかきが相互に関係しながら発症し経過します。したがって治療は、①皮膚の乾燥に対する保湿スキンケア、②炎症（赤みやぶつぶつなど）に対するステロイド外用薬を中心とした抗炎症外用薬の外用、そして、③悪化因子の検索とその対策が基本（後略）

病態に基づく新規治療薬

アトピー性皮膚炎の病態に密接に関わるサイトカインがわかってきたことで、それらをターゲットにした新規全身治療薬が数多く登場してきました。それらは大きく分けると、前述のサイトカインをほぼピンポイントで抑える抗体製剤（注射薬）と、それらのサイトカインが機能を発揮するための‘情報伝達経路（JAK-STAT経路）を遮断する低分子化合物（内服薬）です。（後略）

新規治療薬も含めたガイドラインに沿った治療

新しいガイドラインにおける診断治療アルゴリズムでは、しっかりと診断を確定し重症度を把握した上で、患者さんに病気や治療目標についてしっかり説明し、共有することが重要とされています。（中略）主治医としっかり相談し、自分に合った治療薬を主治医とともに選択すること、そして一緒に治療ゴールを目指して治療を実践することが何よりも重要です。

あおぞら

認定NPO法人 日本アレルギー友の会
〒115-0002 東京都港区赤坂5-15-8（インテリジェントビル）
TEL: 03-6343-0865 http://www.allergy.or.jp/
FAX: 03-6343-0850 mail: info@allergy.or.jp
代表理事 03-30-6-10995 編集責任人 武川 寛之



顧問の先生からの寄稿



明らかにになってきた アトピー性皮膚炎の病態

アトピー性皮膚炎は、皮膚のバリア機能異常（かさかさ）と炎症・免疫応答異常（赤み、ぶつぶつ）、さらにはかゆみとひっかきが相互に関係しながら発症し経過します。したがって治療は、①皮膚の乾燥に対する保湿スキンケア、②炎症（赤みやぶつぶつなど）に対するステロイド外用薬を中心とした抗炎症外用薬の外用、そして、③悪化因子の検索とその対策が基本になっています。

最近、アトピー性皮膚炎の病態理解はさらに進んでおり、バリア機能障害「炎症」「かゆみ」の三つの因子が、皮膚や血中のサイトカイン（いろいろな細胞から分泌されるタンパク質で、細胞間の情報伝達を担う物質）により密接に制御されていることがわかってきています。その中でも、インターロイキン（IL）4やIL-13というサイトカインは、皮膚バリア機能を傷害し、炎症やかゆみを引き起こし、アトピー性皮膚炎の病態において中心的な役割を果たすことがわかっています。また、かゆみに関しては、IL-31がその発症にとても重要な役割を果たすことも明らかになっています。

経口JAK阻害薬には3種類あり、効果と副作用がある程度相関します。炎症やかゆみを引き起こすJAKという情報伝達経路をブロックすることで、免疫の過剰な活性化を抑えて症状を改善させるものです。これらの薬は、アトピー性皮膚炎に関わるIL-4、13、31以外の多くのサイトカインの機能も抑えるために、ほかの治療で効果がなかった人にも効く可能性があります。一方、時に抑える必要がないサイトカインを抑えることで副作用がみられることがあります。当初懸念されていたよりも副作用は少ないですが、带状疱疹、単純ヘルペス

病態に基づく新規治療薬

アトピー性皮膚炎の病態に密接に関わるサイトカインがわかってきたことで、それらをターゲットにした

アトピー性皮膚炎治療の現在

九州大学皮膚科教授 中原 剛士

新規全身治療薬が数多く登場してきました。それらは大きく分けると、前述のサイトカインをほぼピンポイントで抑える抗体製剤（注射薬）と、それらのサイトカインが機能を発揮するための情報伝達経路（JAK-STAT経路）を遮断する低分子化合物（内服薬）です。さらにもう少し細かく見ていくと、注射薬にはバリア機能の障害、炎症、かゆみのすべてに関わるサイトカインIL-4とIL-13、あるいはIL-13をピンポイントでブロックする注射薬（3種類）と、かゆみを引き起こすIL-31をブロックしてかゆみの発生を抑える注射薬（1種類）があります。

IL-4/13を抑える注射薬は、皮膚症状やかゆみにバランスよく効果がみられ、副作用が少ないことがわかっていますが、たまに結膜炎が起こる場合があります。IL-13を抑える注射薬はとにかくかゆみをしっかり抑えるのに皮膚症状がじわじわ改善します。しかし時に、皮膚に赤みなどの症状が出る場合があります。

内服薬は、サイトカインの情報伝達経路を抑える経口JAK阻害薬です。経口JAK阻害薬には3種類あり、効果と副作用がある程度相関します。炎症やかゆみを引き起こすJAKという情報伝達経路をブロックすることで、免疫の過剰な活性化を抑えて症状を改善させるものです。これらの薬は、アトピー性皮膚炎に関わるIL-4、13、31以外の多くのサイトカインの機能も抑えるために、ほかの治療で効果がなかった人にも効く可能性があります。一方、時に抑える必要がないサイトカインを抑えることで副作用がみられることがあります。当初懸念されていたよりも副作用は少ないですが、带状疱疹、単純ヘルペスなどが発症する場合があります。報告され、定期的な採血などが必要とされています。

新しいガイドラインにおける診断治療アルゴリズムでは、しっかりと診断を確定し重症度を把握した上で、患者さんに病気や治療目標についてしっかり説明し、共有することが重要とされています。その後は医師と患者さんで協働し、ステロイドを中心とした抗炎症外用薬で炎症を速やかに抑え、そして保湿スキンケアや外用療法を工夫しながらいい状態を維持していくという、基本的な治療方針は今も全く変わりません。場合によっては、ステロイド以外の新しい抗炎症外用薬も使われます。それが難しい場合でも、すぐに全身治療薬を導入するのではなく、外用療法が適正に行われているか、診断は間違っていないかを再度確認した上で、必要な患者さんに先ほどの新規全身治療薬を含めた治療強化を行うことになっています。

多くの新規全身治療薬は、これまでの治療で十分な効果が得られなかった中等症から重症の患者さんにも効果が期待できます。新しい薬が次々と登場し、治療の選択肢は広がっています。どの薬も高額で、患者さんにとって最適な治療法を選択するのは簡単ではありません。どのようにして薬剤の中止を含めた薬物療法の最小化を行うのかも、これからの課題です。主治医としっかり相談し、自分に合った治療薬を主治医とともに選択すること、そして一緒に治療ゴールを目指して治療を実践することが何よりも重要です。

OTC類似薬の保険除外は、アレルギー疾患の標準治療に使われる薬剤・保湿剤には適用しないこと。

1. 経済的な負担

- 中等症・重症のアレルギー患者の治療は長期に亘り、経済的な負担が更に増大し疾病負荷。特に子供・低所得者の治療に於いて家計への負担が深刻化

2. 治療に及ぼす影響

- 標準治療の継続が困難となり、アレルギー難民が増加し潜在化する。
- 治療薬（保湿剤含む）の選択・把握が難しく、賦形剤・基剤等によるアレルギー特定原因の発見が遅れる。
- **主治医と相談し、自分に合った治療薬を主治医と共に選択し、一緒に治療ゴールを目指し治療実践へ悪影響**

3. 安定供給と品質確保

- 医療用医薬品（保険収載品の義務）から一般用医薬品にした際の懸念事項
- 医薬品の安定供給義務違反、品質に問題が生じないか、安定供給の確保・適正使用の推進等へ支障は出ないか？

4. 制度改正に当たっては当事者である患者の声を適切に反映すること。

**アトピー性皮膚炎や喘息は疾患を持つことだけでも日常生活、社会生活に患者の負担が大きい疾患です。
さらに経済的負担が増えることは患者を更に追い詰めてしまいます！**

参考資料

日本アレルギー友の会 わたしたちの活動

患者による療養相談	<ul style="list-style-type: none">患者の立場からのアドバイス (治療の考え方・受診の仕方)ピアカウンセリング(疾患との付き合い方等)
専門医による講演会開催	<ul style="list-style-type: none">専門医による講演会を年2回開催患者のニーズに答え、専門医が回答するQ&Aを充実
月刊誌あおぞらの発行	<ul style="list-style-type: none">薬や治療の最新情報の提供患者の体験記や日常生活での工夫
患者交流会・勉強会の開催	<ul style="list-style-type: none">患者同士で情報交換し、自分の病気を知って強くなる同じ患者だからこそ分かり合え、治療のモチベーション向上
患者の立場からの提言	<ul style="list-style-type: none">医師の学会や市民公開講座および行政へ、患者の立場から提言マスコミ等へ患者の実態や疾患の情報提供
HP/メール/SNSによる情報提供	<ul style="list-style-type: none">当会の活動・標準治療・専門医の受診方法・最新治療情報・体験談など患者に必要な正しい情報の発信 URL：http://allergy.gr.jp/
政策提言	<ul style="list-style-type: none">一般社団法人アレルギー及び呼吸器疾患患者の声を届ける会国民をアレルギー疾患から解放する科学と未来の研究会を通じてアレルギーの社会課題の解決を図る

月刊紙あおぞら



講演会の様子



高額療養制度の見直し及びOTC類似薬の保険除外しへの要望書

要望書のポイント

アレルギーや呼吸器疾患の患者団体は、厚生労働省が検討している「高額療養費制度の自己負担限度額引き上げ」および「OTC（市販薬）類似薬の保険適用除外」に対して強い懸念を表明し、以下の理由から見直しを求めます。

国民皆保険制度は、経済的理由で医療を受けられない人を減らすための仕組みであり、制度改正がその理念に反する可能性がある。

難治・重症のアレルギー患者は高額な治療を長期にわたり必要とし、医療費の増加は治療継続を困難にし、生活や就業に深刻な影響を及ぼす。

OTC類似薬の保険適用除外は、特に子どものアレルギー治療において家計に大きな負担を強いることになり、子どもの健全な成長や家庭生活に悪影響を及ぼす。

制度改正が患者の声を反映せずに進められていることは、患者軽視である。

これらの理由から、以下の3点を要望しています：

1. 高額療養費制度の自己負担限度額引き上げは、家計への影響を考慮し、治療継続が可能となるよう見直すこと。
2. OTC類似薬の保険適用除外は、アレルギー疾患の標準治療に使われる薬剤・保湿剤には適用しないこと。
3. 制度改正にあたっては、患者の声を適切に反映すること。

2025年6月11日

厚生労働大臣 福岡資恵殿

高額療養費制度の自己負担限度額引き上げと OTC 類似薬の保険適用除外に関する要望

一般社団法人アレルギー及び呼吸器疾患患者の声を届ける会
認定 NPO 法人日本アレルギー友の会
NPO 法人環境汚染等から呼吸器病患者を守る会（エバレク）
NPO 法人アレルギーを考える母の会
NPO アレルギー児を支える全国ネット「アラジーボット」
NPO 法人ピアサポート F.A.cafe
NPO 法人アレルギーの正しい理解をサポートするみんなの会

言うまでもなく国民皆保険制度は社会全体で医療費を分担する仕組みであり、経済的理由で医療を受けられない人を減らすという理念のもとに成り立っています。国民皆保険制度の「維持」を名目に、高額療養費制度の自己負担限度額の引き上げと OTC 類似薬の保険適用除外が議論されています。こうした措置はアレルギー疾患で悩む一部の難治・重症患者から適切な医療を受ける機会を奪いかねず、配慮が必要です。

喘息やアトピー性皮膚炎などアレルギー疾患は、今では標準治療のもとで多くの患者が症状をコントロール出来、普通の人と変わらない生活を送ることが可能になっています。ただ一部の難治・重症患者は高額な生物学的製剤などを長期にわたって使う必要があり、患者と家族にとって大きな負担となっています。特に所得が低い若年層の中には生活費を切り詰めて医療費を支払い続けている患者もいて、医療費の増加によって治療が続けられず、症状の悪化で就業できなくなる患者が増えるなど深刻な影響が予想されます。

一方、OTC 類似薬についても、例えば子どものアトピー性皮膚炎では症状をコントロールし再び悪化させないために定期的に軟膏を使い続ける必要があり、OTC 類似薬を保険適用外とすれば、生活に余裕があるとは言えない子育て世代などに長期にわたり重い負担を強いることとなります。子どものアレルギーは、いじめや不登校、虐待、若者の引きこもりなどの要因ともなり、健全な成長や家庭生活に及ぼす悪影響も強く懸念されます。

このように高額療養費制度の自己負担限度額の引き上げと OTC 類似薬の保険適用除外は、一部のアレルギー疾患患者が適切な治療の継続をあきらめ症状を悪化させてしまうなどの事態を招くことが危惧されています。以上の理由から次の事項を要望いたします。

記

○高額療養費制度の自己負担限度額の引き上げは、家計に占める医療費の割合を考慮し治療を継続できるよう抜本的に見直していただきたい。

○OTC 類似薬の保険適用除外は、アレルギー疾患の標準治療で使われる薬剤・保湿剤には適用しないでいただきたい。

○当事者の意見を聞くこともなく議論が進むことは患者軽視と言わざるを得ません。患者の声を適切に議論に反映してください。

第204回 社会保障審議会医療保険部会 ヒアリング

認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML
理事長 山口 育子

ささえあい医療人権センターCOML(コムル)とは

- 1990年スタート、2002年NPO法人(特定非営利活動法人)に、
- 2016年7月1日認定NPO法人認証
- 自立・成熟し主体的医療参加ができる賢い患者を目指す
一人ひとりが「いのちの主人公」「からだの責任者」の自覚から
- 対立せず協働 ⇒ 活動の目的
患者と医療者のより良いコミュニケーション
- 思いを言語化し、提言・提案できる患者・市民の増加が願い

COMLの活動 (2025年10月末現在)



SP活動: 1,846回 (OSCE566回)

病院探検隊: 108回



医療のmanabiya: 7回
大阪患者塾: 256回

講演: 4,707回
各種検討会・委員会

相談: 71,790件



患者と医療者のコミュニケーション講座: 102回 (出前16回)

◆基礎コース: 医療をささえる市民養成講座 (2009年度～17期)

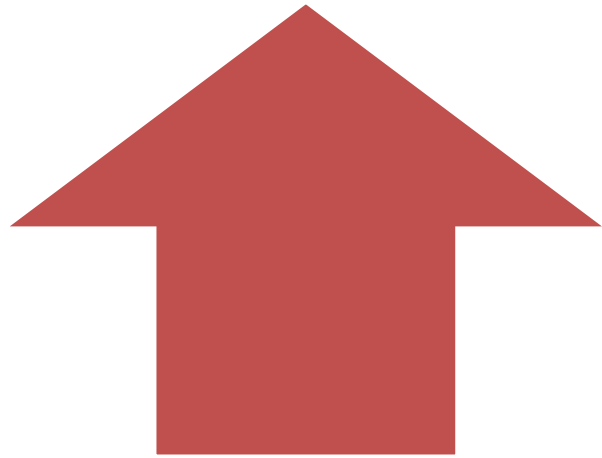
◆アドバンスコース: 医療関係会議の一般委員養成講座・委員バンク



35年間の電話相談を通して

- 日常の活動の柱は電話相談
- 1990年9月～2025年10月まで71,790件（内約25,000件山口対応）の全国から届く患者・家族の相談に対応
- 1件の相談に平均40分要している
- 患者の本音や受診行動を理解している患者支援団体

保険診療の基本ルール上の課題



国民皆保険制度で保険料を支
払い、疾患やケガで医療を受け
る場合は保険診療が受けられる

前提



一律にOTC類似薬を保険適用外
にすると基本ルールから外れる

医師の判断で医薬品を処方せず 患者がOTC薬を購入することになると

費用が高くなるので購入しない患者→「治療」が成立しなくなる→症状悪化で更に高い医療費が必要な治療が必要になることも

ほかに医薬品を使用している場合の飲み合わせや相互作用の判断ができない
→現在のドラッグストアの薬剤師や登録販売者の実態では対応不可能では

患者の自己判断で量や服用頻度などを変える可能性がある

論点やその他の課題について

- OTC類似薬の範囲を病名や病状で線引きすることは困難
- 医療用医薬品とOTC医薬品では効能・効果のみならず、成分や用量が異なるなかで「OTC類似薬」と一括りに判断できない(しかも患者にはその違いや判断ができない)
- 他の疾患との関連で使用している医薬品の場合、一部が保険外になることで医師の診療上の判断が適切にできない場合も生じかねない
- 「こどもや慢性疾患、低所得者に配慮」すれば対象は激減し(特に慢性疾患)本来の目的を果たせない改革では
- 「近隣に薬局がない」「インターネットで購入できない高齢者」など購入の利便性の地域差・個人差がある

提案 混在している議論を整理して考えては

- 医療用医薬品の代わりにOTCを患者に購入してもらう
 - 患者が使用するのは**OTC**
 - 医師の管理下を離れ、成分や用量が異なる、利便性の差があるなど**問題が多い**
- OTCにもあるような医療用医薬品（OTC類似薬）の保険負担を検討する
 - 患者が使用するのは**医療用医薬品**
 - 医師の管理下で安全は保たれるが、OTC類似薬を10割負担（薬価分保険外）にすると患者負担が重くなりすぎる。OTC類似薬である医療用医薬品について**追加負担を求めるとしても、患者負担が重くなりすぎないように配慮が必要**

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

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年度を目途に、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の当てはめなど、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 給付体系の骨格に関するとりまとめ

◆ 議論の進め方に関する御意見

- 今後の議論の進め方については異論はない。
- 出産費用の無償化は、子供を産む方たちに対しては非常にいいことだろうと思われ、真摯に討議を進めていければよい。
- 今回、標準的な出産にかかる費用を無償化することになれば、本当の意味で当事者にとって負担が減り、いつ産んでも不平等感がなく、高額な費用負担を心配せずに安心して産むことができるようになることを期待。

◆ 給付体系の在り方に関する御意見

- 日本の周産期医療の安全性を維持していくということは何より重要。安全で質の高い周産期医療提供体制の確保と両立できるような設計としていくことが必要。
- 日医総研が実施した調査によれば、2022年度の経常利益の赤字施設は全体の41.9%であり、次年度の2023年度には42.4%と赤字施設が拡大。妊婦が地域で安心して安全に出産できる環境を支えているのは各地域の一次施設であり、一次施設が機能しなくなれば、お産難民が今以上に生まれる。少子化や昨今の物価高騰を背景に一次施設は極めて厳しい運営状況に置かれている。現在、我が国では世界に冠たる最高レベルの周産期医療が提供されており、今後の出産に対する制度を考えるに当たって、まず何よりも一次施設を守るという観点から検討を進めるべき。
- 昨今、分娩を取り扱う一次施設の経営の困難が増し、分娩を撤退する施設が増えており、三次施設に今まで扱うことのなかったローリスクの妊産婦が押し寄せるようになっている。働き方改革の問題もあり、人員の整理もつかず病床の確保も十分にできない状態でどんどん妊産婦さんが来るという状態。制度設計に当たっては地域の一次施設を守り、拙速な集約化を招かないよう、特に丁寧な検討を進めるべき。
- 産科医療機関は今まで自由診療として、それぞれ値段を設定して運営されてきた。地方でどんどん閉院している状況において、標準的な出産費用という考え方でどういう値づけができるのか。今、実存する産科医療機関が継続できるよう、しっかりと話し合っていくことが必要。
- 周産期施設の集約化・重点化は、今後の人口減少を踏まえても検討すべき課題であるが、産科の医療提供体制に大きな影響が出ないよう、丁寧に議論を進め、施策が実施されるべき。

◆ 給付体系の在り方に関する御意見（続き）

- 出産費用に関しては、希望する誰もが安心して出産できる制度とすることが重要。出産に伴う経済的負担の軽減を図ることはもとより、分娩を取り扱う医療機関の経営状況も踏まえ、具体的な制度設計に当たっては、地域の周産期医療提供体制が維持されるよう、現場の実情を十分踏まえた検討をすべき。
- もともと産科医療機関が成り立っているベースとしては、自由診療という形で、現在の各産科の医療機関に見合った形の人員基準や施設の体制を整えられ、それに呼応した形のコスト構造になっている。そういう点も含めて議論は丁寧にしていくべき。
- 周産期医療提供体制の確保についての問題は、いわば国としての体制の問題として捉えるべき。出産に対する給付体系の見直しとは切り離して別途解決を図るべき。公費と保険料の負担の在り方についてもよく議論すべき。
- 周産期医療提供体制の確保は重要な課題。一方、保険医療財政には限りがあるため、税と保険の性格の違いを踏まえ、それぞれの目的に応じた施策を検討していくべき。
- 出産は、医療的な安全の確保とともに、助産師による助産ケアを通じて妊産婦の不安を軽減し、安全に導くことが重要。妊産婦の多様なニーズを尊重し、全ての出産の場が新たな枠組みの中に適切に位置づけられることを期待。
- 出産費用の都道府県間の差、施設間の差も大きいですが、居住地域にかかわらず、経済的負担を軽減しながら妊娠・出産・産後の各期において必要な支援が確実に受けられる仕組みを整備していくべき。
- 出産費用は子育ての入り口で一番負担を感じやすいところ。出産育児一時金はこれまでも引き上げをされてきたが、病院もそのタイミングで合わせて値上げをするということで、当事者にとっては負担軽減には繋がりがづらいという諦めがある。
- 標準的な出産費用の自己負担無償化に向けては、医療の質の向上と標準化の観点から検討するべき。
- 現在の「出産一時金」という現金給付の仕組みではなく、現物給付としていくことが必要ではないか。

前回いただいた主な御意見（３）

（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一部文言を整理している場合がある）

◆ 「標準的な出産費用」の範囲に関する御意見

- 標準的な出産費用とはどのような内容かという点については、負担とのバランスも考慮する必要があるため、今後報告される出産費用に関するさらなるデータを踏まえて検討を進めていくことが必要。
- 検討会のヒアリングにおいても、妊産婦の方から費用とサービスの関係が不明確という声が上がっていた。妊産婦の方が十分な情報に基づいて出産に関する自己決定、取捨選択ができる環境整備、出産にかかる費用・サービス等の見える化をより一層進めていくことが必要であり、見える化を前提とした上で、標準的な出産費用の範囲を検討すべき。
- 保険診療の考え方や保険料を負担する方の納得感も念頭に置いた上で、議論を深めていくべき。
- 「標準」には、地域差、施設間の格差をどうするかという問題があることに加え、アメニティ部分、プラスアルファの部分のどうするかという論点があり、データも見ながら検討していくことが必要。
- 無痛分娩をはじめ、WHOが推奨するエビデンスに基づいた産痛緩和ケア、助産所における出産も、その範囲に含める方向で検討すべき。
- 無痛分娩については、妊婦のニーズが高いことは理解しているが、リスクやデメリットもあるため、まずは安全に無痛分娩を提供できる体制整備が必要であり、「標準」の範囲に含めるかどうかについては慎重に検討すべき。

◆ 「妊産婦の多様なニーズに対応する環境整備」に向けての主な御意見

- 出産に関しては、分娩以外の様々なオプションが寄せられた状態で金額が提示されており、ある病院で出産した場合の総費用は分かっても、何のために費用を払っているのか、なぜ病院ごとに費用が違うのかは、当事者としても分からない状況。出産費用の見える化が進むことで、妊婦が十分な情報に基づいて意思決定をしたり、支払いの先見性がある状態で出産をできるようになり、安心感や納得感につながる。

◆ その他の御意見

- 自己負担の無償化・負担軽減策は、こども・子育て支援策なのか、出産費用の負担抑制なのか、議論が必要。
- 少子化が進む中、なぜ結婚しないのか、子供を産まないのかという大きな問題に対しては、別の切り口で国としてきちんと対応すべき。
- 検討会でも産前産後の一貫した支援体制の強化という点が議論されており、この点についても更に議論を深めるべき。
- 検討会のヒアリングにおいても、妊婦健診の金銭的負担感が強いことが指摘されていた。妊婦健診や産後ケア事業がより整備されることで、これから出産を迎える人たちが未来に不安を感じないでいられるので、そのような点についての議論も期待したい。

本日も議論いただきたい事項（案）①

- 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は、
 - ・ 令和7年冬頃までの医療保険部会における議論において、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、
 - ・ 給付体系の骨格が固まった後、産科臨床現場で行われる個々の対応についての具体の当てはめなど、個別具体的な内容については制度施行に向けてさらに議論を深めることとなった。これを踏まえ、本日は特に以下の論点を中心に議論を深めていただきたい。

◆ 給付体系の在り方について

前回の議論では、

- ・ 給付体系の在り方の検討に当たっては、周産期医療体制の確保という観点から一次施設を守るという視点が重要という意見
- ・ 赤字施設が拡大しているという産科医療機関の経営実態を踏まえ、その運営に支障を来さないような制度設計が必要という意見
- ・ 医療提供体制に大きな影響を与えることのないよう、現場の実情も踏まえた丁寧な議論が必要という意見
- ・ 妊婦の多様なニーズに応え、選択を制限することがないものとする必要があるという意見

があった。また、

- ・ 周産期医療体制の確保は重要な課題であるが、これは国としての体制整備の問題であり、新たな給付体制とは切り離して考えるべきという意見
- ・ 限りある保険医療財政を踏まえ、税と保険の性格の違いを踏まえた検討が必要という意見

もあった。さらに、

- ・ これまでも出産育児一時金が引き上げられてきたものの、そのタイミングで請求される出産費用も上昇するため、当事者にとって負担軽減には繋がらない
- という意見もあった。

<給付方式の在り方について>

現在は、出産育児一時金という現金給付の仕組みが取り入れられているが、標準的なケースで妊婦の自己負担が発生しないような給付方式の在り方について、どのように考えるか。

<給付内容について>

出産費用に地域差や施設差がある現状や産科医療機関の経営状況等も踏まえつつ、給付の内容やその後の検証の在り方などについてどのように考えるか。

本日も議論いただきたい事項（案）②

◆ 「標準的なケース」の範囲について

前回の議論では、「標準的」の内容については、負担とのバランスを考慮する必要があり、

- ・ データを踏まえた検討を進めていくことが必要という意見
- ・ 「標準的」の内容に関する議論をしていく前提として、妊婦がサービスの自己決定や取捨選択ができるような「見える化」が必要という意見
- ・ 保険診療の考え方や保険料を負担する方の納得性を踏まえた議論が必要という意見
- ・ いわゆるアメニティの部分をどうするかという論点があるという意見

があった。

新たな給付体系が射程に入れるべき「標準的なケース」をどう考えるか。

特に、多くのケースでは出産に伴い、軽微なものも含め何らかの医療行為（保険診療）が行われているが、これについてどう考えるか。

また、個室料やお祝い膳、写真撮影、足形、エステなど、「出産に付随する『サービス』（アメニティ）」に該当する部分について、どう考えるか。

◆ 妊婦自身が納得感を持ってサービスを選択できる環境の整備について

前回の議論では、分娩以外の様々なオプションが含まれた状態で出産費用が提示されるため、妊婦自身が何のためにこの費用を支払っているのかが分からないことから、

- ・ 妊婦自身が十分な情報に基づいて意思決定をすることや、
- ・ サービスや費用の先見性を高めること

が必要という意見があった。

妊婦がニーズに応じた出産施設を選択できる環境を整備するため、どのような方策が考えられるか。

出産に付随する「サービス」の内容や費用についての妊婦の予見可能性を更に高め、妊婦自身が納得してサービスを選択できる環境を整備するため、どのような方策が考えられるか。

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。

出産育児一時金の経緯

平成6年10月～ 出産育児一時金の創設（支給額30万円）

- 「分娩」という保険事故に対する一時金である「分娩費（標準報酬月額半額の半額相当（最低保障額24万円））」と「育児手当金（2千円）」を廃止し、出産前後の諸費用の家計負担が軽減されるよう、出産育児一時金を創設。
- 支給額の考え方：分娩介助料（国立病院の平均分娩料26.4万円（H5））、出産前後の健診費用（2.7万円）、育児に伴う初期費用等を総合的に勘案して、30万円に設定された。

平成12年医療保険制度改革 30万円を据え置き

- 平成12年医療保険制度改革に際して、平成9年の国立病院の平均分娩料が30万円、健診費用が3.6万円であったが、引き上げた場合の保険財政への影響を勘案して、出産育児一時金は分娩料のみを補填するものと位置づけ、引き上げを行わなかった。

平成18年10月～ 35万円に引き上げ

- 支給額の考え方：国立病院機構等における平均分娩料34.6万円（H17.3）

平成20年4月～ 後期高齢者医療制度の創設に伴う負担の仕組みの変更

- 後期高齢者医療制度の創設に伴い、全世代が負担する仕組みから75歳未満の者のみで負担する仕組みに転換。

平成21年1月～ 原則38万円に引き上げ

- 支給額に産科医療補償制度の掛金分3万円上乗せ

平成21年10月～ 原則42万円に引き上げ（平成23年3月までの暫定措置）

- 支給額の考え方：全施設の平均出産費用約39万円（H19.9）※差額ベッド代、特別食、産後の美容サービス等は対象外
- 出産育児一時金の直接支払制度を導入

平成23年4月～ 原則42万円を恒久化

平成27年1月～ 原則42万円（本人分39万円→40.4万円に引上げ）

- 産科医療補償制度の掛金を3万円から1.6万円に引き下げ
- 支給額の考え方：公的病院の平均出産費用40.6万円（平成24年度）※室料差額、その他（祝膳等）、産科医療補償制度の掛金は除く

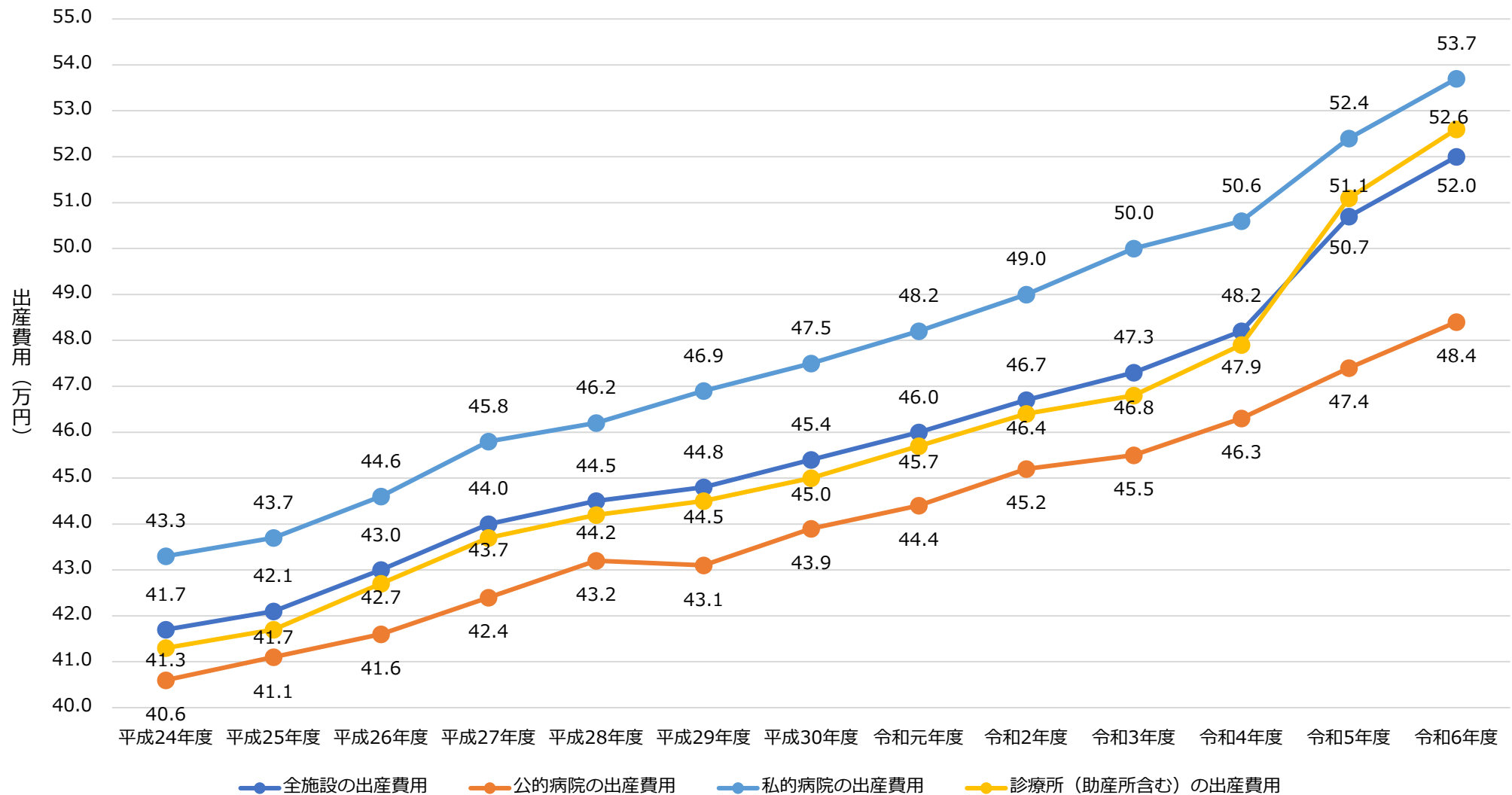
令和4年1月～ 原則42万円（本人分40.4万円→40.8万円引上げ）

- 産科医療補償制度の掛金を1.6万円から1.2万円に引き下げ

令和5年4月～ 原則50万円（本人分40.8万円→48.8万円引上げ）

- 支給額の考え方：全施設の平均出産費用約48万円（令和4年度の推計額）※室料差額、その他（祝膳等）、産科医療補償制度の掛金は除く

正常分娩の平均出産費用の年次推移



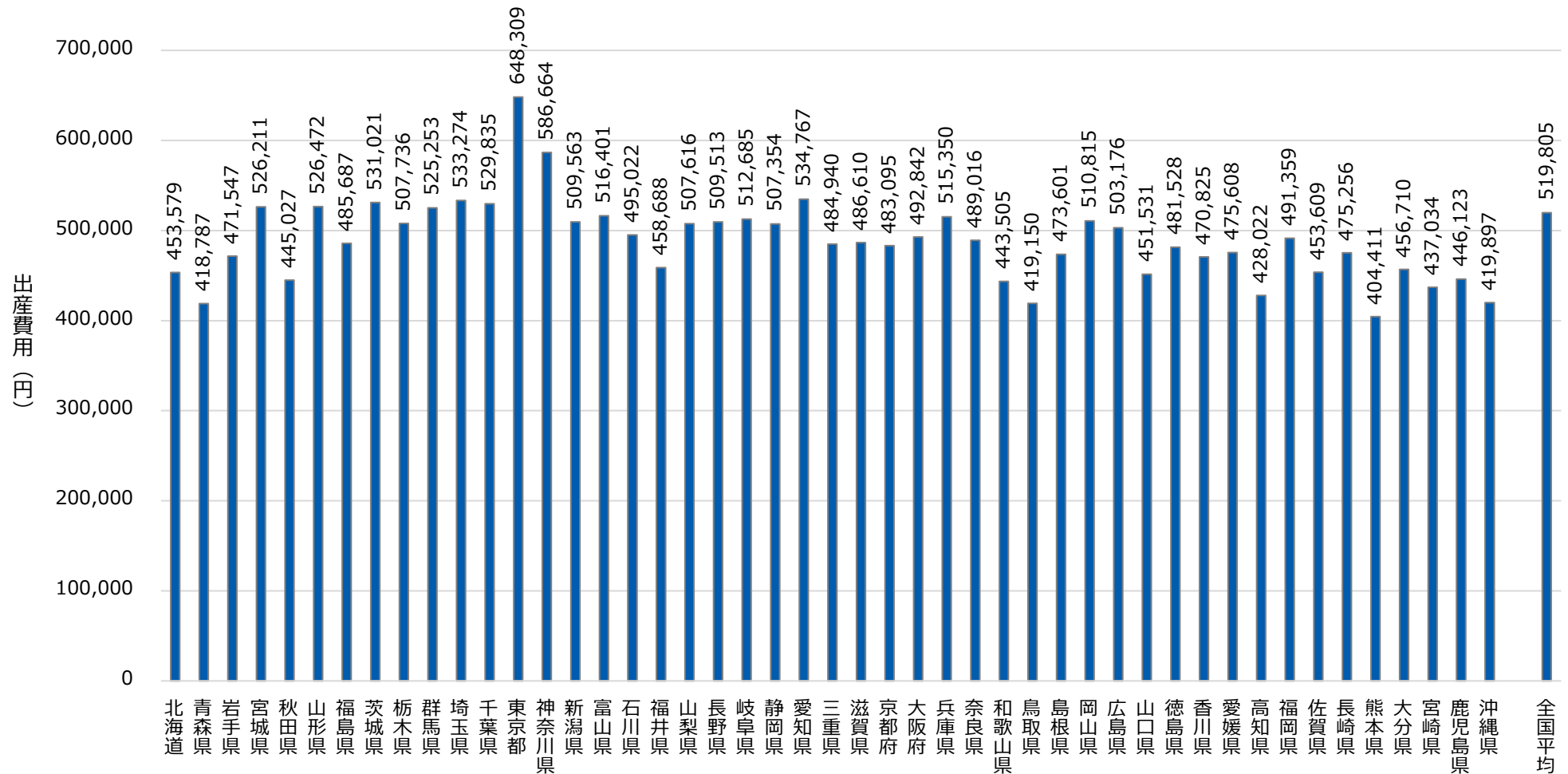
※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※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。



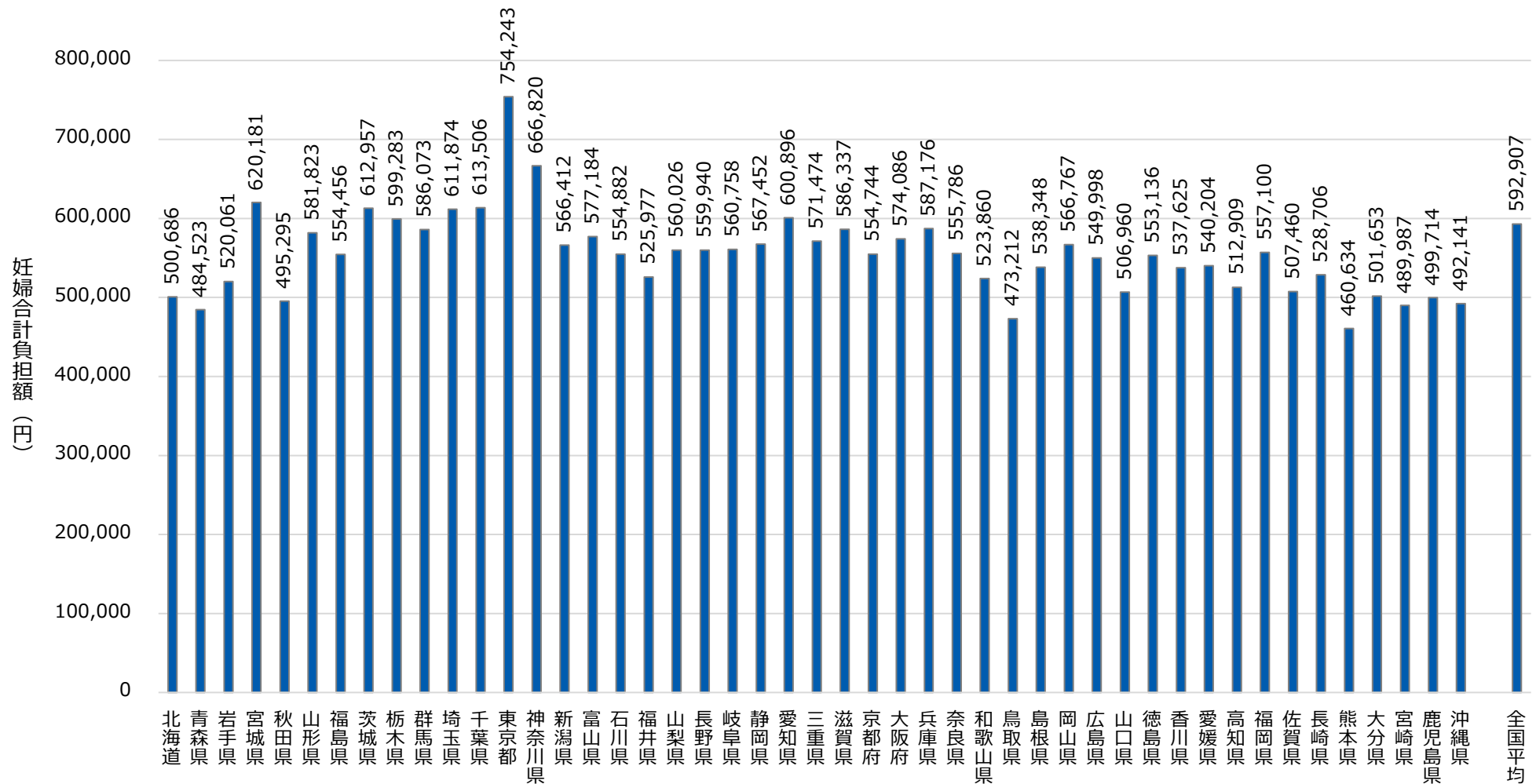
※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※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

正常分娩の都道府県別の平均妊婦合計負担額（令和6年度）

- 最も平均妊婦合計負担額が高いのは東京都で754,243円、最も低いのは熊本県で460,634円であった。

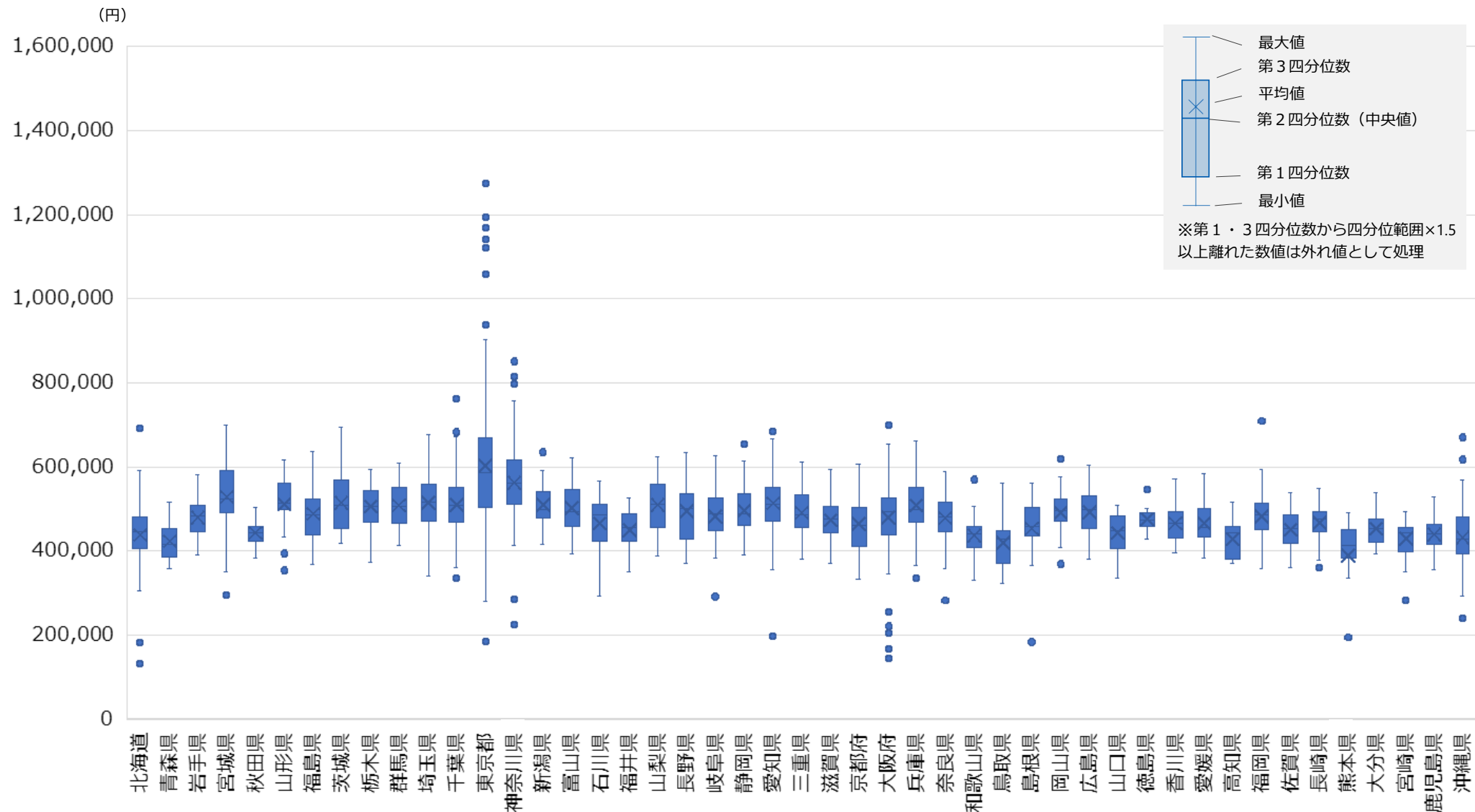


※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※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。

※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

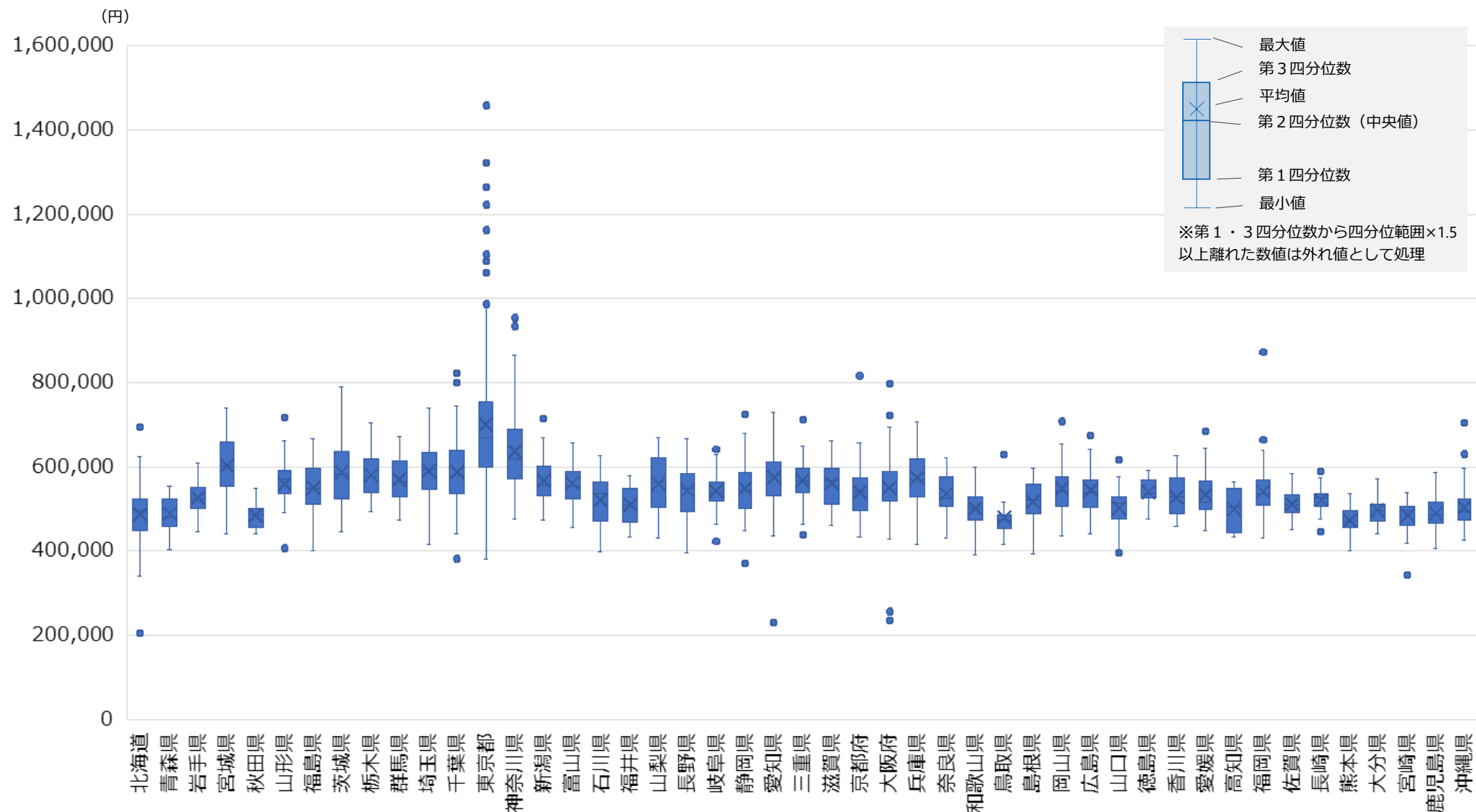
正常分娩の施設別の平均出産費用（令和6年度）



※ 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）



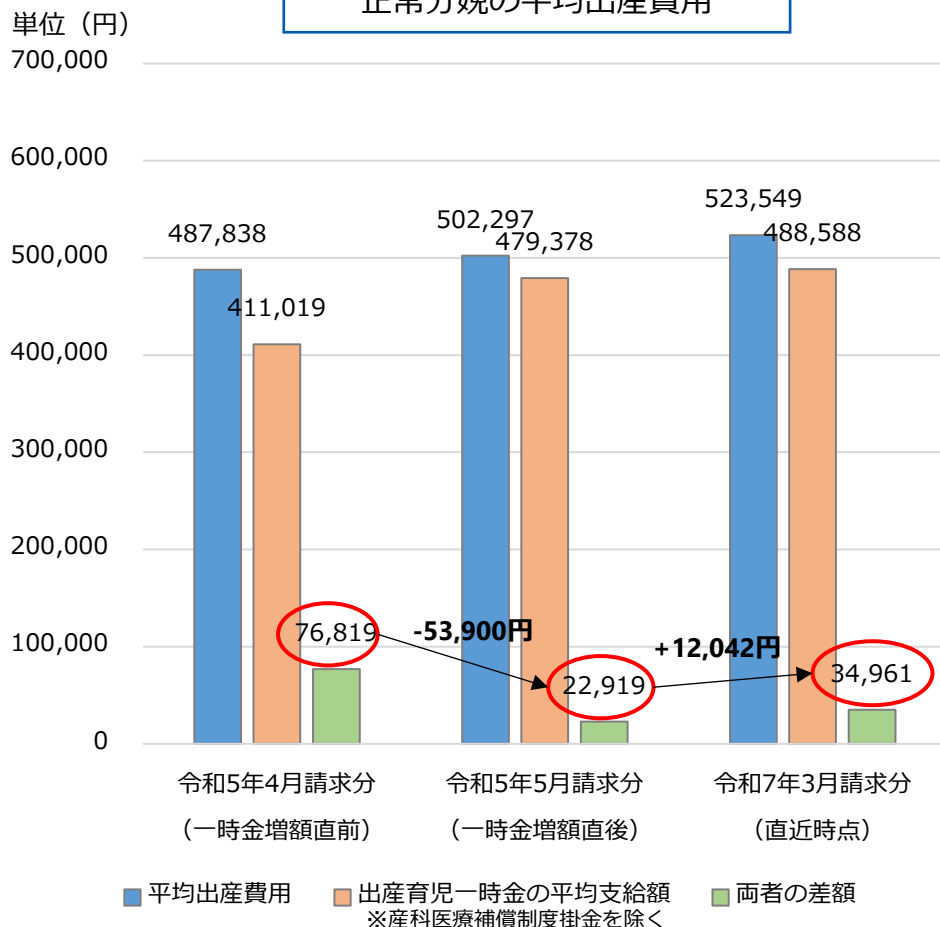
※ 令和6年4月～令和7年3月請求分の直接支払制度専用請求書（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険中央会）を集計。

※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。

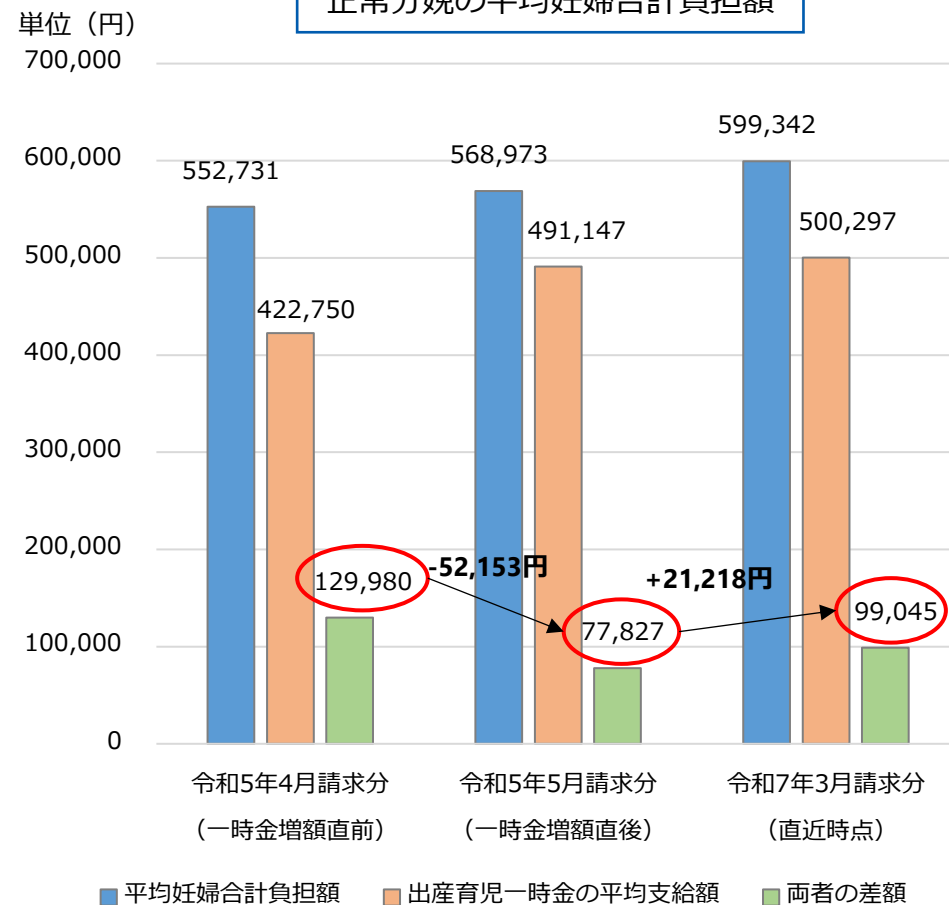
出産育児一時金の増額前後の妊産婦の経済的負担の変化

- ・ 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。

正常分娩の平均出産費用



正常分娩の平均妊婦合計負担額



※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。

分娩から産後入院の経過の一例

ケース 1（正常分娩）

妊娠40週の妊婦に陣痛が発来したため入院。翌日に経膣分娩。母子同室で出生後5日目まで過ごし退院した。

		出産前	出産当日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目
妊産婦	状況	陣痛発来～入院	分娩	産後				退院
	処置・ケア等	分娩進行の観察、緊急に備えた対応		診察	血液検査		体重測定 尿検査	診察
		体重測定						
		尿検査	破水の検査	検温、子宮収縮・出血の確認				
		検温		育児指導（授乳・沐浴など）				
新生児	管理・保育等		出生後の評価	授乳、沐浴など				
			検温	検温・体重測定・検査				
			身体計測	診察				診察

ケース 2（帝王切開）

妊娠38週の妊婦が予定帝王切開のため入院。帝王切開術で分娩し、母子ともに経過は良好で出生後7日目に退院した。

※黄色部分は保険診療を指す。

		出産前	出産当日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	
妊産婦	状況	入院	手術	歩行開始	産後					退院	
	処置・ケア等	手術前後の観察、合併症予防		診察	血液検査				体重測定	診察	
		体重測定	帝王切開術						尿検査		
		尿検査	検温、子宮収縮・出血の確認								
		検温	疼痛コントロール	育児指導（授乳・沐浴など）							
新生児	管理・保育等		出生後の評価	授乳、沐浴など							
			検温	検温・体重測定・検査							
			身体計測	診察						診察	

※ 医療機関（病院、診療所）・助産所が作成している入院中の過ごし方に関するパンフレットやヒアリング等を元に保険局医療課にて作成

分娩に係る療養の給付の推計

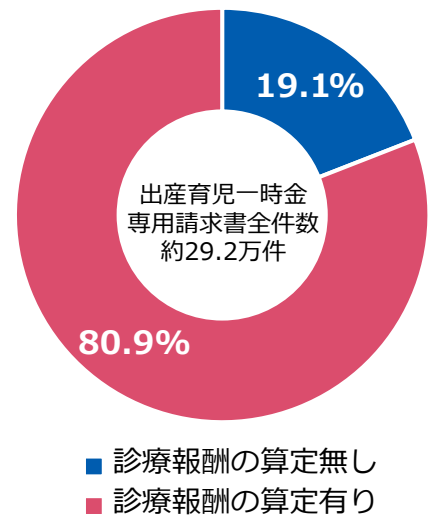
- ・全国健康保険協会から提供された出産育児一時金・家族出産育児一時金の直接支払制度専用請求書データと電子レセプトデータを用いて、分娩時に診療報酬を算定している件数・給付額を推計したところ、全保険者ベースでは約1,431億9,660万円であった。
- ・なお、令和6年度に協会の加入者として出産育児一時金・家族出産育児一時金の請求があった約29.2万件のうち、診療報酬の算定があったのは約23.6万件（80.9%）であった。

■療養の給付の概算（令和6年度）

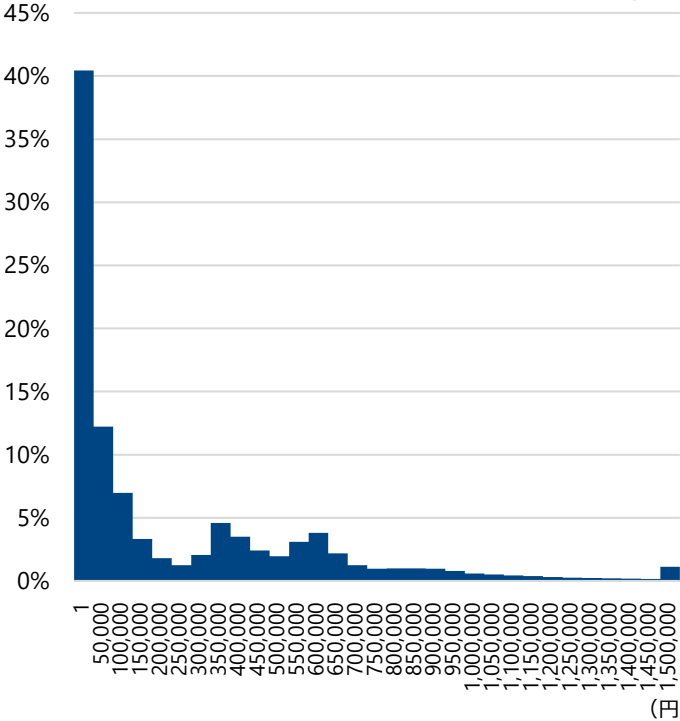
項目	協会けんぽ		全国規模換算	
	件数	療養の給付額	件数	療養の給付額
	合計 (件)	合計 [万円]	合計 (件)	合計 [万円]
合計	291,971 (100%)	6,197,240	678,149	14,319,660
診療報酬の算定無し	55,685 (19.1%)	0	130,009	0
診療報酬の算定有り	236,286 (80.9%)	6,197,240	548,138	14,319,660
正常分娩※	98,032	443,335	228,945	1,035,369
異常分娩※	138,254	5,753,906	319,193	13,284,291

療養の給付額（全保険者換算）
14,319,660 [万円]

【診療報酬の算定割合（協会）】



【診療報酬算定金額の分布（協会）】
（医療費ベース）



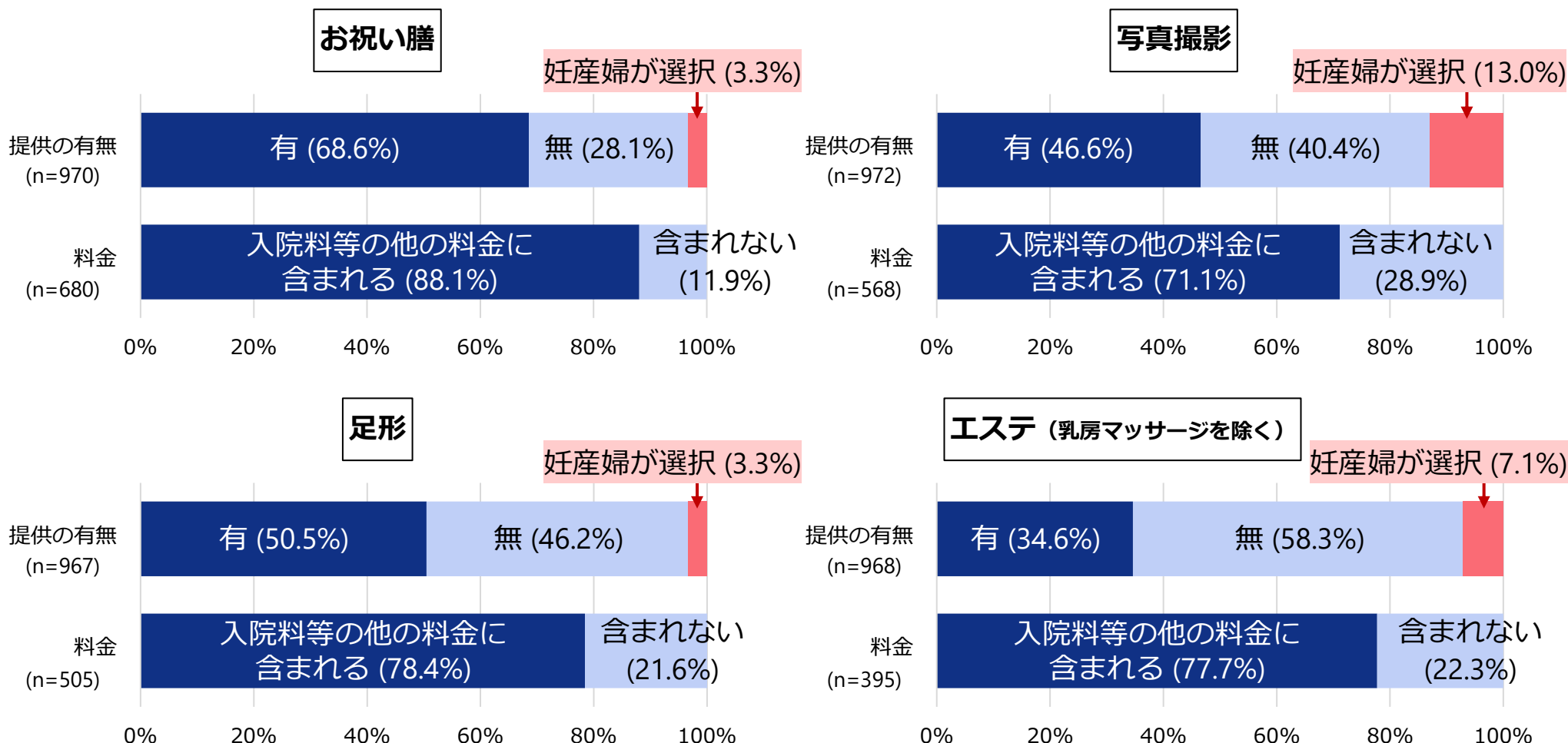
※出産育児一時金等の直接支払制度専用請求書に記載された分娩区分
出典：保険局医療課調べ（令和7年度入院・外来医療等の評価に関する調査研究）

- 集計方法
協会けんぽから提供された令和6年度の出産育児一時金等の直接支払制度の専用請求書データと電子レセプトデータを突合し、出産年月の当月および前後1ヶ月分（3ヶ月分）の入院（医科・DPC）レセプトを抽出して集計。
- 全国推計の方法
全国推計の件数は、全国の出産育児一時金の請求件数（678,149件）を、協会けんぽのレセプト件数から得られた構成割合を用いて按分。
全国推計の療養の給付額は、協会けんぽのレセプトデータから得られた療養の給付額の平均値に全国推計の件数を乗じて算出。ただし、正常分娩と異常分娩の件数は全国の出産育児一時金の請求件数をそのまま採用し、それぞれにおける診療報酬の有無の割合のみを協会けんぽの割合で推計。
療養の給付額は、1～3日に出産の場合は当月と前月、4～23日に出産の場合は当月、24日以降に出産の場合は当月と翌月の出産3日前から出産7日後を含むレセプトを対象に決定点数を集計。

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」、妊産婦が可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。

「出産ナビ」の主な掲載項目（施設情報ページ）



- ・ 提供内容の記載は任意であり、施設で提供されている全てのサービスが掲載されているとは限らない。
- ・ アメニティ等のサービス費用についても掲載されていない。

	提供内容に関する情報		費用に関する情報	
			※ 施設からの請求情報を基に厚生労働省で算出 ※ 保険診療を行った分娩を除く	
分娩対応 に関する項目	<p>施設の機能</p> <ul style="list-style-type: none">・種別・周産期母子医療センターの指定・NICU病床数・産科病床数等 <p>専門職数</p> <ul style="list-style-type: none">・産科医師・小児科医師・助産師・アドバンス助産師・看護師・准看護師 <p>年間の分娩取扱件数</p> <ul style="list-style-type: none">・経膈分娩件数・帝王切開件数 <p>入院中に実施される検査</p> <ul style="list-style-type: none">・新生児聴覚検査の実施有無・小児科医師による新生児診察の有無・出産後の風疹含有ワクチン接種の有無	<p>妊娠期・分娩期・産褥期のケア</p> <ul style="list-style-type: none">・助産師外来・院内助産・入院中の授乳支援・授乳支援を行う外来(退院後) <p>分娩に関わること</p> <ul style="list-style-type: none">・立ち会い出産実施(経膈分娩の場合) <p>産後の過ごし方に関わること</p> <ul style="list-style-type: none">・母子同室実施 <p>等</p>	アメニティ等の サービスを除く 出産費用	総費用
アメニティ等の サービス に関する項目	-		-	



厚生労働省

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

入院時の食費・光熱水費について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

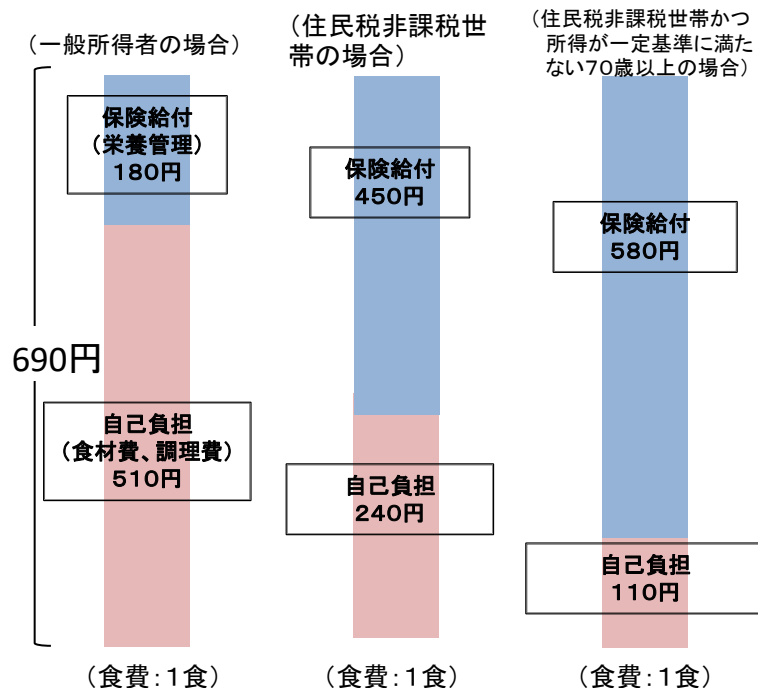
1. 入院時の食費について

入院時の食費の概要

- 入院時に必要な食費は、1食当たりの総額と自己負担を国が定め、その差額を保険給付として支給している（「入院時食事療養費（保険給付）」＝「食事療養基準額（総額）」－「標準負担額（自己負担額）」）。
- 一般病床、精神病床、療養病床に入院する65歳未満の者については入院時食事療養費において、療養病床に入院する65歳以上の者については、入院時生活療養費の食費において評価している。

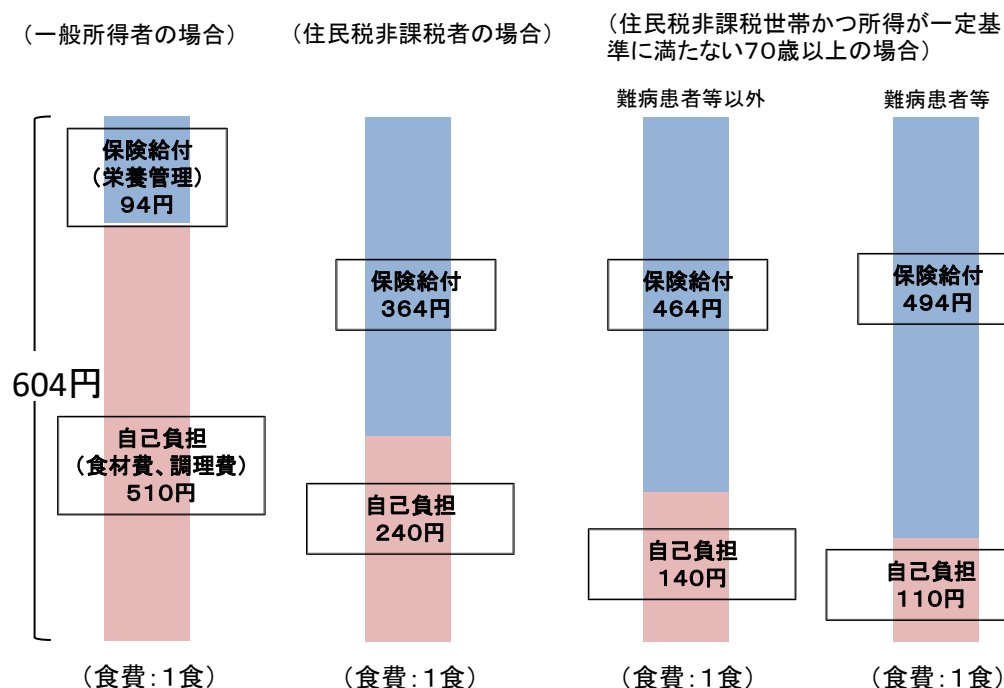
入院時食事療養費

（一般病床、精神病床、療養病床に入院する65歳未満の者）



入院時生活療養費の食費

（療養病床に入院する65歳以上の者）



入院時食事療養費の主な変遷①

平成6年 10月	入院時食事療養費制度 創設 医療保険制度の改正により、食事に関する給付が、療養の給付の一部から入院時食事療養費に改編されたことに伴い、給食料を廃止し、食事療養の費用額を定めるとともに、食事の質の向上のため、選択的なメニューの提供、食堂における食事の提供等を評価	入院時食事療養（Ⅰ）1900円【1日当たり】 — 特別管理加算 200円 — 医療用食品加算 180円 — 特別食加算 350円 — 食堂加算（新） 50円 — 選択メニュー加算（新） 50円 入院時食事療養（Ⅱ）1500円【1日当たり】
平成8年	<ul style="list-style-type: none"> 医療用食品加算を廃止 	
平成9年	<ul style="list-style-type: none"> 消費税率引き上げに対応 	入院時食事療養（Ⅰ）1920円【1日当たり】 — 特別管理加算 200円 — 特別食加算 350円 — 食堂加算 50円 — 選択メニュー加算 50円 入院時食事療養（Ⅱ）1520円【1日当たり】
平成18年	<ul style="list-style-type: none"> 算定単位を1日当たりから1食当たりへ見直し 特別食加算を引き下げ、対象から経管栄養のための濃厚流動食を削除 特別管理加算を廃止し、個々の患者の栄養管理について入院基本料に対する加算として栄養管理実施加算を新設 選択メニュー加算を廃止 	入院時食事療養（Ⅰ）640円【1食当たり】 — 特別食加算 76円 — 食堂加算 50円 ※1日当たり 入院時食事療養（Ⅱ）506円【1食当たり】
平成28年	<ul style="list-style-type: none"> 市販の経腸栄養用製品（流動食）のみを経管栄養法で提供する場合の額を引き下げ 上記の場合、特別食加算は算定不可とする 	入院時食事療養（Ⅰ）【1食当たり】 （1）（2）以外の場合 640円 （2）流動食のみを経管栄養法で提供する場合 575円 — 特別食加算 76円 ※上記（2）の患者は算定不可 — 食堂加算 50円 ※1日当たり 入院時食事療養（Ⅱ）【1食当たり】 （1）（2）以外の場合 506円 （2）流動食のみを経管栄養法で提供する場合 455円

入院時食事療養費の主な変遷②

平成30年	<ul style="list-style-type: none"> 流動食のみを経管栄養法で提供する場合の入院時食事療養（Ⅱ）について、自己負担額が費用額を超えないよう見直し 	入院時食事療養（Ⅰ）【1食当たり】 （1）（2）以外の場合 640円 （2）流動食のみを経管栄養法で提供する場合 575円 － 特別食加算 76円 ※上記（2）の患者は算定不可 － 食堂加算 50円 ※1日当たり 入院時食事療養（Ⅱ）【1食当たり】 （1）（2）以外の場合 506円 （2）流動食のみを経管栄養法で提供する場合 460円
令和2年	<ul style="list-style-type: none"> 入院時食事療養費に係る帳票等の見直し 適時適温に関する要件緩和 	
令和6年	<ul style="list-style-type: none"> 食材費等が高騰していること等を踏まえ、入院時の食費の基準を1食当たり30円引き上げ 	入院時食事療養（Ⅰ）【1食当たり】 （1）（2）以外の場合 670円 （2）流動食のみを経管栄養法で提供する場合 605円 － 特別食加算 76円 ※上記（2）の患者は算定不可 － 食堂加算 50円 ※1日当たり 入院時食事療養（Ⅱ）【1食当たり】 （1）（2）以外の場合 536円 （2）流動食のみを経管栄養法で提供する場合 490円
令和7年	<ul style="list-style-type: none"> 更なる食材費の高騰等を踏まえ、医療の一環として提供されるべき食事の質を確保する観点から、入院時の食費の基準を1食当たり20円引き上げ 	入院時食事療養（Ⅰ）【1食当たり】 （1）（2）以外の場合 690円 （2）流動食のみを経管栄養法で提供する場合 625円 － 特別食加算 76円 ※上記（2）の患者は算定不可 － 食堂加算 50円 ※1日当たり 入院時食事療養（Ⅱ）【1食当たり】 （1）（2）以外の場合 556円 （2）流動食のみを経管栄養法で提供する場合 510円

入院時食事療養費の基準額等の変遷

		基準額(総額)	自己負担	保険給付
H6.10	1日当たりで算定	1900円	600円	1300円
H8.10			760円	1140円
H9.4		1920円		1160円
H13.1			780円	1140円
H18.4	1食当たりで算定	640円 (1日当たり1920円)	260円	380円
H28.4			360円	280円
H30.4			460円	180円
R6.6		670円 (1日当たり2010円)	490円	180円
R7.4		690円 (1日当たり2070円)	510円	180円

※ 平成9年4月の改定は消費税対応

※ 平成18年4月から平成30年4月にかけて、調理費を保険給付から自己負担へと移行

※ 入院時生活療養費は平成18年に創設され、生活療養Ⅰの食費の自己負担額は、入院時食事療養費の自己負担額と同様の変遷をしている。

入院時の食費の基準額について（令和6年度診療報酬改定等）

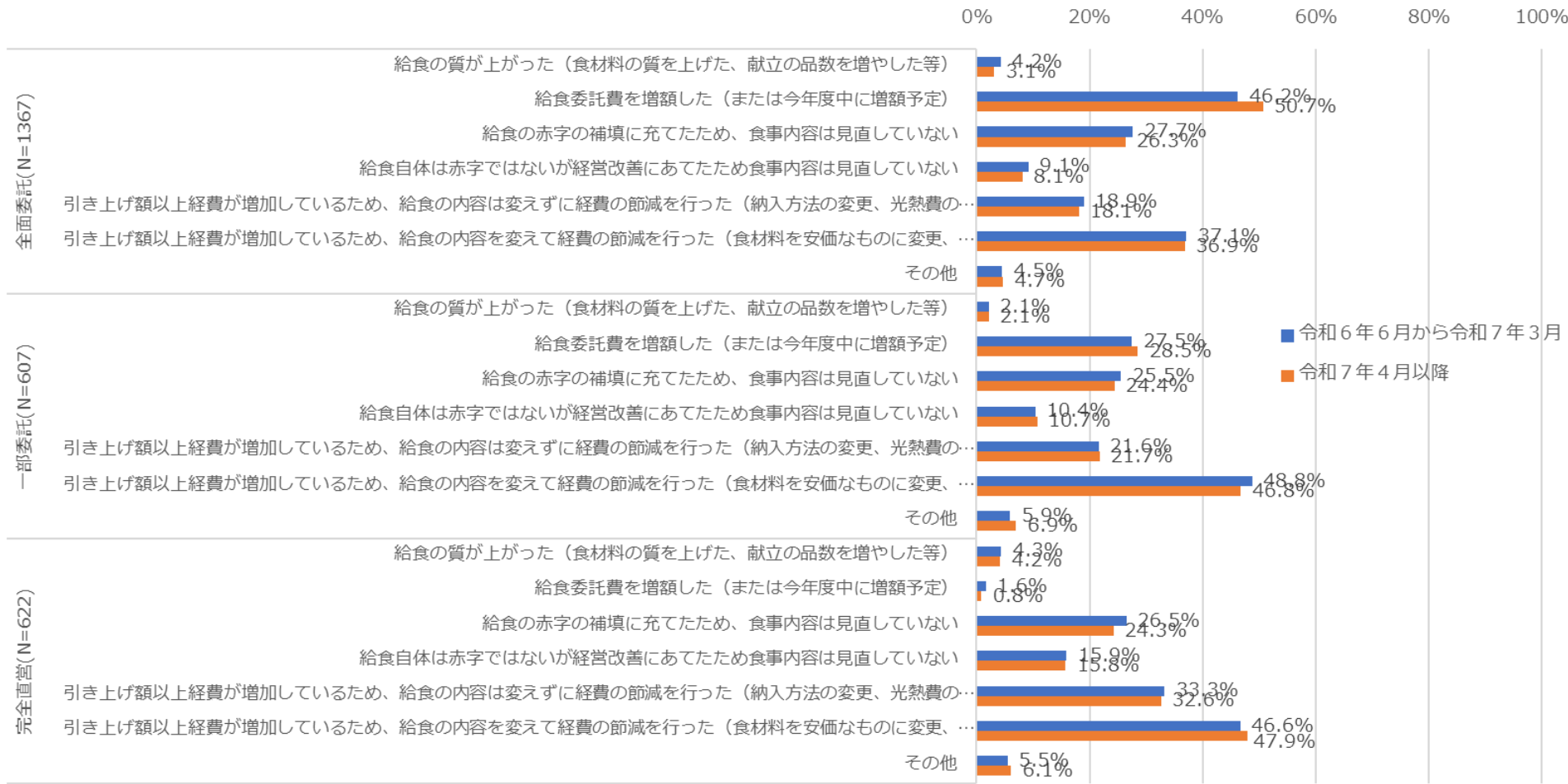
- 食材費が高騰していること等を踏まえ、令和6年6月より、入院時の食費の基準額について1食当たり30円の引上げを実施。また、その後の更なる食材費の高騰等を踏まえ、医療の一環として提供されるべき食事の質を確保する観点から、令和7年4月より、1食あたり20円の引上げを実施。
- 患者負担については、所得区分等に応じて低所得者に配慮した対応としている。

	～令和6年5月	令和6年6月～	令和7年4月～
総額	640円	+30円 670円	+20円 690円
自己負担			
一般所得者の場合	460円	+30円 490円	+20円 510円
住民税非課税世帯の場合	210円	+20円 230円	+10円 240円
住民税非課税かつ所得が一定基準に満たない70歳以上の場合	100円	+10円 110円	据え置き 110円

※ 図は入院時食事療養費の変遷を示しており、入院時生活療養費の食費の自己負担額も同様に、令和6年6月に30円、令和7年4月に20円の引上げを行っている（医療区分や所得区分による配慮あり）。

入院時の食費の基準が引き上げられ給食提供等に関して見直したこと

- 令和6年6月から令和7年3月と令和7年4月以降の状況は、大きく変わらなかった。
- 全面委託は「給食委託費を増額した」、一部委託や完全直営は「給食の内容を変えて経費の削減を行った（食材料を安価なものに変更等）」がそれぞれ約5割で最も多かった。

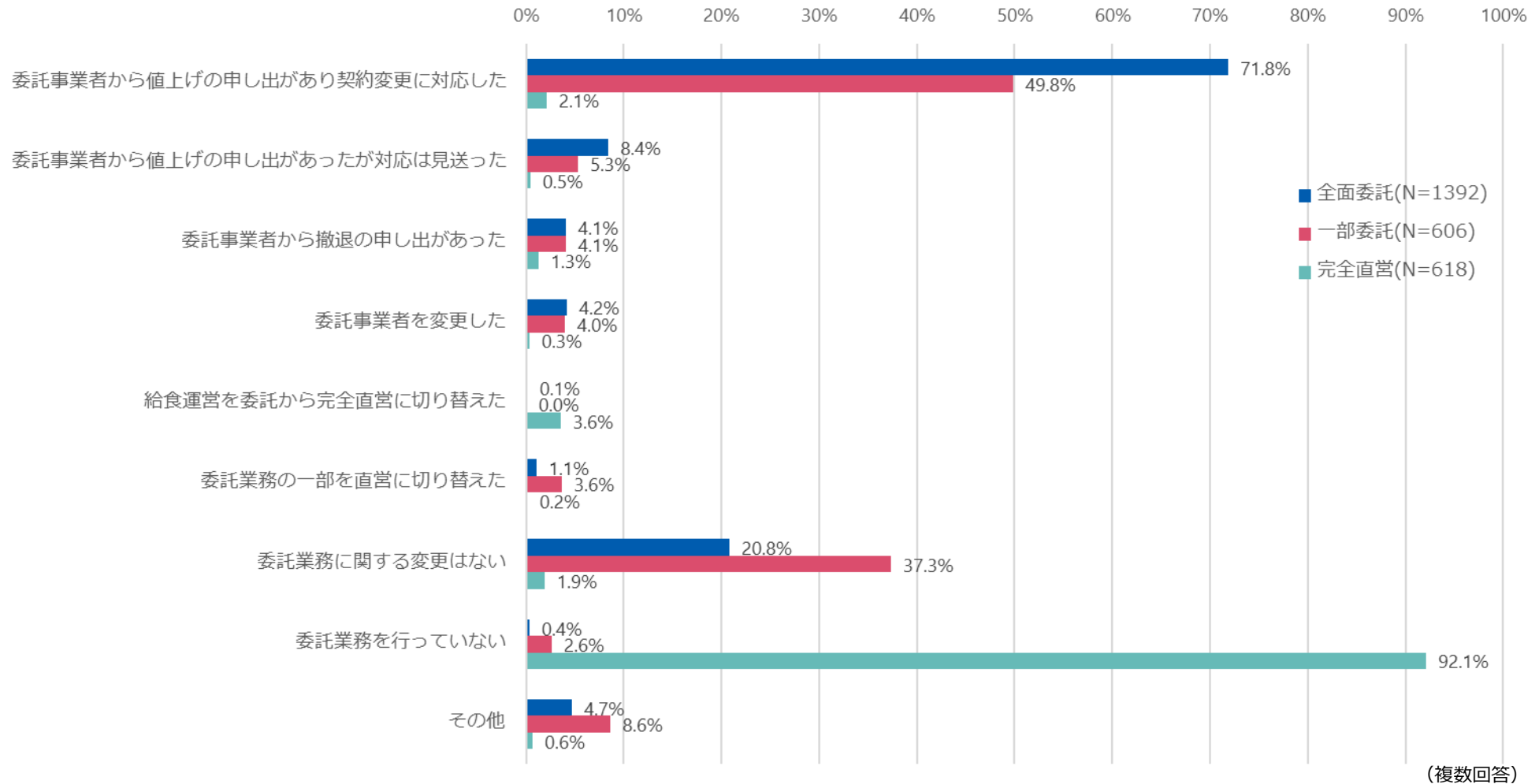


(複数回答)

令和6年6月以降の給食事業者への委託業務に関する状況

中医協診調組
入 ー 2
7 . 8 . 2 1

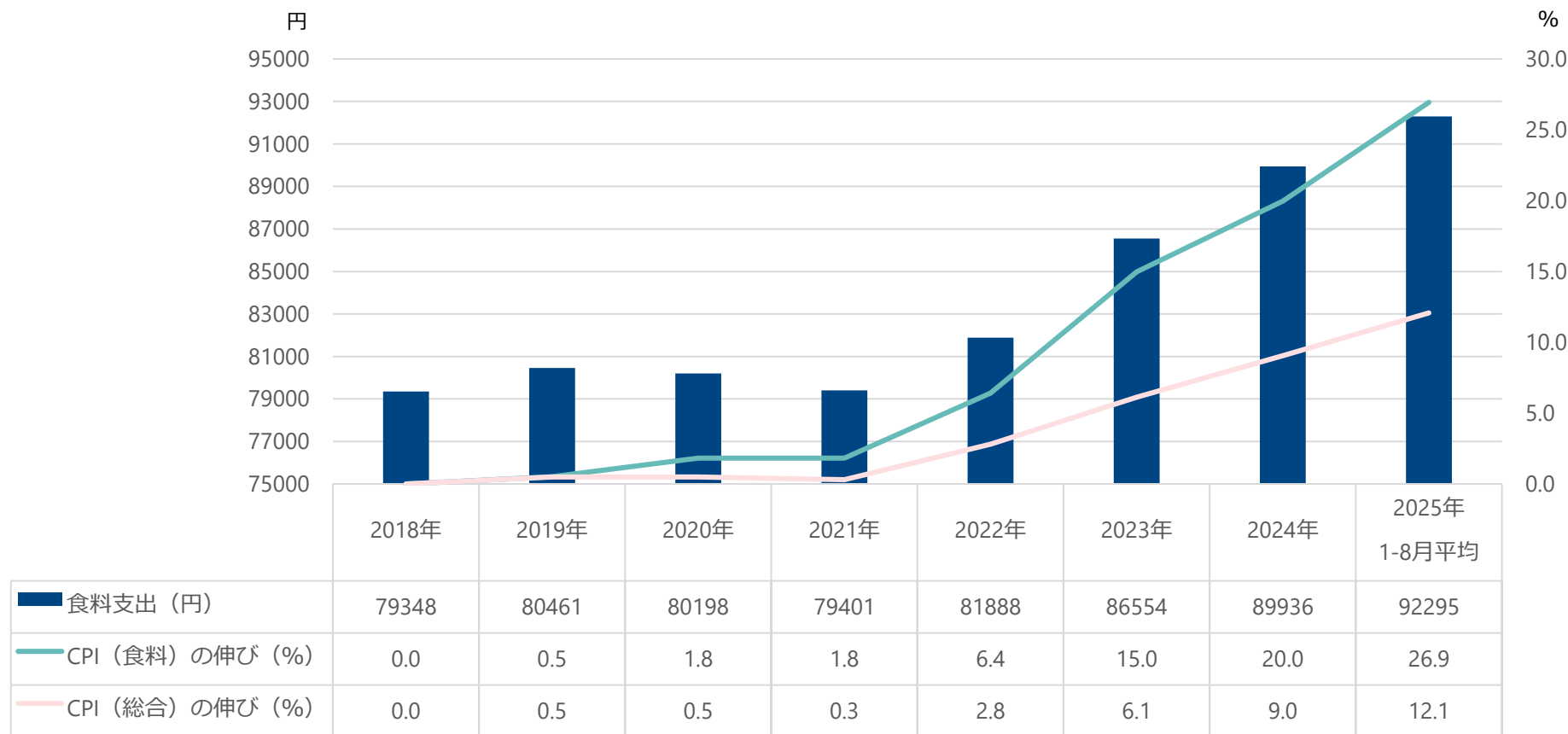
- 全面委託の約7割、一部委託の約5割の医療機関が、委託事業者から値上げの申し出があり、契約変更に対応していた。
- 完全直営の医療機関の3.6%（22施設）は、給食運営を委託から完全直営に切り替えていた。



食料支出・消費者物価指数（CPI）の動向

中医協診調組
入 ー 2
7. 8. 2 1 改

- 入院時の食費の基準額については、令和6年6月に1食当たり30円の引上げ、令和7年4月に1食当たり20円の引上げを実施しているが、足元の食料支出は引き続き伸びている状況。



※CPI（食料）の伸び、CPI（総合）については2018年比の数値

入院時食事療養費に関する参照条文

◎ 健康保険法（大正11年法律第70号）（抄）

（入院時食事療養費）

第八十五条 （略）

2 入院時食事療養費の額は、当該食事療養につき食事療養に要する平均的な費用の額を勘案して厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額（その額が現に当該食事療養に要した費用の額を超えるときは、当該現に食事療養に要した費用の額）から、平均的な家計における食費の状況及び特定介護保険施設等（介護保険法第五十一条の三第一項に規定する特定介護保険施設等をいう。）における食事の提供に要する平均的な費用の額を勘案して厚生労働大臣が定める額（所得の状況その他の事情をしん酌して厚生労働省令で定める者については、別に定める額。以下「食事療養標準負担額」という。）を控除した額とする。

3～9 （略）

◎ 介護保険法（平成9年法律第123号）（抄）

（特定入所者介護サービス費の支給）

第五十一条の三 市町村は、要介護被保険者のうち所得及び資産の状況その他の事情をしん酌して厚生労働省令で定めるものが、次に掲げる指定施設サービス等、指定地域密着型サービス又は指定居宅サービス（以下この条及び次条第一項において「特定介護サービス」という。）を受けたときは、当該要介護被保険者（以下この条及び次条第一項において「特定入所者」という。）に対し、当該特定介護サービスを行う介護保険施設、指定地域密着型サービス事業者又は指定居宅サービス事業者（以下この条において「特定介護保険施設等」という。）における食事の提供に要した費用及び居住又は滞在（以下「居住等」という。）に要した費用について、特定入所者介護サービス費を支給する。ただし、当該特定入所者が、第三十七条第一項の規定による指定を受けている場合において、当該指定に係る種類以外の特定介護サービスを受けたときは、この限りでない。

一 指定介護福祉施設サービス

二 介護保健施設サービス

三 介護医療院サービス

四 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

五 短期入所生活介護

六 短期入所療養介護

2 特定入所者介護サービス費の額は、第一号に規定する額及び第二号に規定する額の合計額とする。

一 特定介護保険施設等における食事の提供に要する平均的な費用の額を勘案して厚生労働大臣が定める費用の額（その額が現に当該食事の提供に要した費用の額を超えるときは、当該現に食事の提供に要した費用の額とする。以下この条及び次条第二項において「食費の基準費用額」という。）から、平均的な家計における食費の状況及び特定入所者の所得の状況その他の事情を勘案して厚生労働大臣が定める額（以下この条及び次条第二項において「食費の負担限度額」という。）を控除した額

二 （略）

3～9 （略）

入院時の食費に係る課題と論点

- 入院時の食費の基準額については、食材費等が高騰していることを踏まえ、令和6年6月より、1食当たり30円の引上げ、また令和7年4月より、1食当たり20円の引上げを実施したが、令和7年4月以降も食材費等の高騰は続いている。
- 入院時の食費の基準が引き上げられ給食提供等に関して見直したことは、全面委託は「給食委託費を増額した」、一部委託や完全直営は「給食の内容を変えて経費の削減を行った（食材料を安価なものに変更等）」がそれぞれ約5割で最も多かった。
- 令和6年6月以降、全面委託の約7割、一部委託の約5割の医療機関が、委託事業者から値上げの申し出があり、契約変更に対応していた。また、完全直営の医療機関の3.6%（22施設）は、給食運営を委託から完全直営に切り替えていた。



【論点】

- 令和6年6月、令和7年4月の2回の見直し後も、引き続き食材費等の高騰が続いている状況を踏まえ、更なる入院時の食費の標準負担額の見直しについてどのように考えるか。

※ 別途、入院時の食費の基準額（総額）の観点から、中央社会保険医療協議会においても議論中。

2. 入院時の光熱水費について

入院時の光熱水費の概要

- 入院時に必要な光熱水費は、1日当たりの総額と自己負担を国が定め、その差額を保険給付として支給している（「入院時生活療養費（保険給付）」＝「生活療養基準額（総額）」－「標準負担額（自己負担額）」）。
- 療養病床に入院する65歳以上の者については、入院時生活療養費の光熱水費において、一般病床、精神病床、療養病床に入院する65歳未満の者については入院料中にて評価している。

入院時生活療養費の光熱水費 (療養病床に入院する65歳以上の者)		左記以外の者 (一般病床、精神病床に入院する者、療養病床に入院する65歳未満の者)
<p>一般所得者の場合</p> <p>398円</p> <p>保険給付 28円</p> <p>自己負担 (光熱水費) 370円</p> <p>(光熱水費: 1日)</p>	<p>指定難病患者であり、住民税非課税者であって、1年間の入院日数が90日以上の場合</p> <p>398円</p> <p>保険給付 398円</p> <p>(光熱水費: 1日)</p>	<p>一般所得者の場合</p> <p>入院料</p> <p>入院料にて評価</p> <p>(光熱水費: 入院料)</p>

入院時生活療養費の光熱水費の変遷

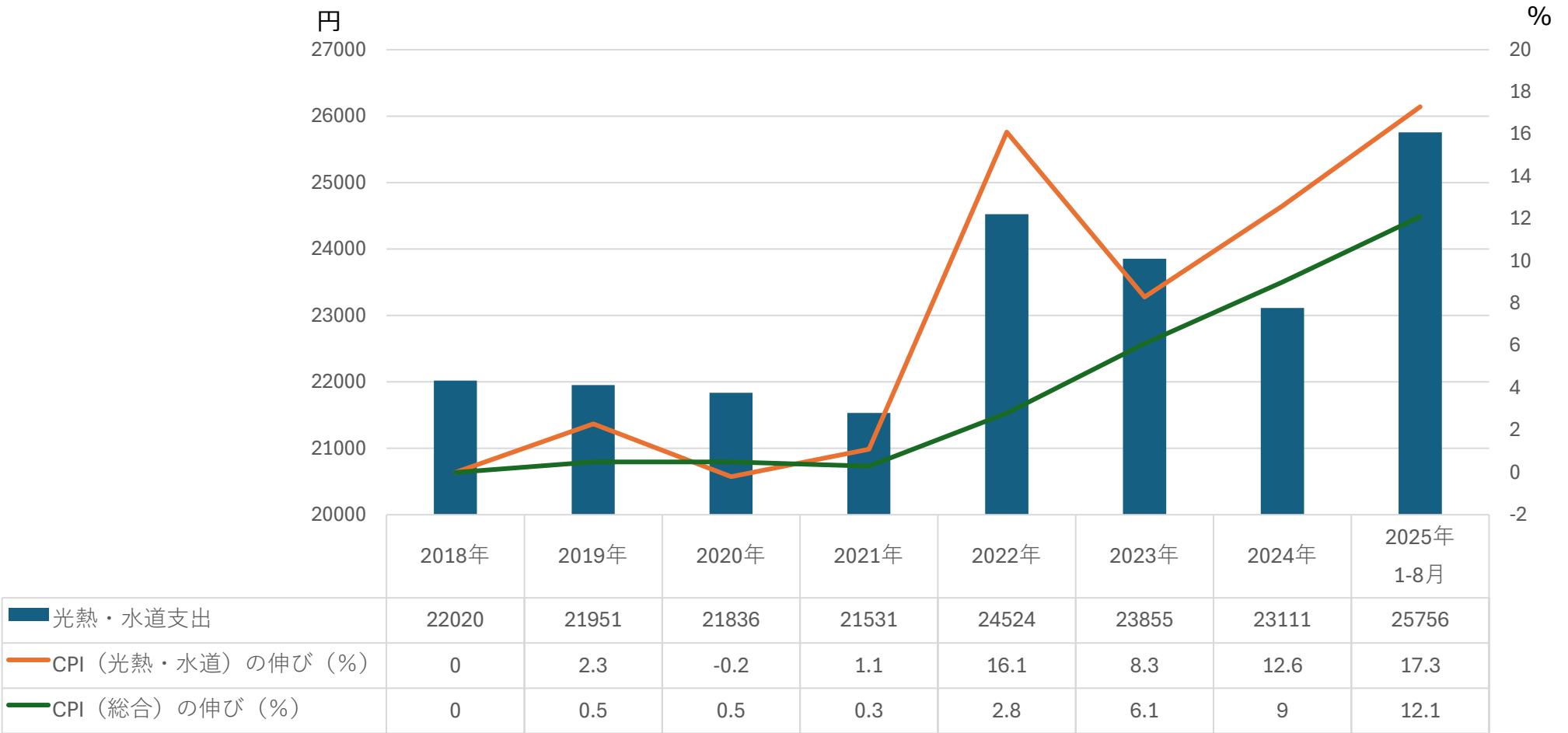
- 平成18年に創設された入院時生活療養費の光熱水費は、平成29年に、介護保険の居住費に係る基準費用額を勘案し、基準額（総額）を維持した上で、自己負担額を50円引き上げる（併せて保険給付額を50円引き下げる）見直しを行っている。

～平成18年9月	<ul style="list-style-type: none"> 平成18年9月以前は、入院時の光熱水費については、全ての患者（※）について入院料中で評価していた。 	
平成18年10月	<p>入院時生活療養費制度 創設</p> <ul style="list-style-type: none"> 平成17年10月より、介護病床を含む介護保険3施設における食費及び居住費が原則として保険給付外とされたことに伴い、同じ「住まい」としての機能を有する介護病床（介護保険）と療養病床（医療保険）の患者負担の均衡を図る観点から、「入院時生活療養費」が創設された。 対象患者は、療養病床に入院する70歳以上の者。 	<p>入院時生活療養（Ⅰ） 光熱水費：398円（うち自己負担320円）【1日当たり】</p> <p>入院時生活療養（Ⅱ） 光熱水費：398円（うち自己負担320円）【1日当たり】</p>
平成20年4月	<ul style="list-style-type: none"> 後期高齢者医療制度の設立に伴い、対象患者を療養病床に入院する<u>65歳以上</u>の者へ見直し。 	
平成29年10月	<ul style="list-style-type: none"> 平成27年度介護報酬改定において、直近の家計調査を踏まえた見直しが行われたことに伴い、自己負担額を段階的に引き上げ。 具体的には、医療区分Ⅰの者の自己負担額を320円から370円に、医療区分ⅡⅢの者の自己負担額を0円から200円に引き上げ。 	<p>入院時生活療養（Ⅰ） 光熱水費：398円（うち自己負担<u>370円</u>）【1日当たり】</p> <p>入院時生活療養（Ⅱ） 光熱水費：398円（うち自己負担は、医療区分Ⅰの者は<u>370円</u>、医療区分ⅡⅢの者は<u>200円</u>）【1日当たり】</p>
平成30年4月	<ul style="list-style-type: none"> 平成29年10月の見直しにより段階的に自己負担額を引き上げ。 具体的には、医療区分ⅡⅢの者の自己負担額を200円から370円に引き上げ。 	<p>入院時生活療養（Ⅰ） 光熱水費：398円（うち自己負担<u>370円</u>）【1日当たり】</p> <p>入院時生活療養（Ⅱ） 光熱水費：398円（うち自己負担は<u>370円</u>）【1日当たり】</p>

※ ただし、180日以上入院をしている者については、平成14年以降、特定療養費制度の枠組みの中で、当時の入院環境料相当額（＝光熱水費相当）を控除された額を特定療養費として支給し、平成18年の特定療養費の廃止以降は保険外併用療養費として支給している。

光熱・水道支出、消費者物価指数（CPI）の動向

○ 光熱・水道支出は2022年に大きく増加し、その後に減少傾向に転じたものの、足もとでは再び増加しており、2021年以前の水準と比較すると、大きく増加している。消費者物価指数についても概ね同様の傾向が見られる。



※CPIの伸びについては2018年比の数値
出典： 総務省「消費者物価指数」、総務省「家計調査」から作成。家計調査は2人以上の世帯のデータを使用。

介護保険における対応（令和6年度介護報酬改定）

令和6年1月22日
第239回社会保障審議会介護給付費分科会資料1

その他

基準費用額（居住費）の見直し（令和6年8月施行）

告示改正

- 令和4年の家計調査によれば、高齢者世帯の光熱・水道費は令和元年家計調査に比べると上昇しており、在宅で生活する者との負担の均衡を図る観点や、令和5年度介護経営実態調査の費用の状況等を総合的に勘案し、基準費用額（居住費）を60円／日引き上げる。

短期入所系サービス★、施設系サービス

- 基準費用額（居住費）を、全ての居室類型で1日当たり60円分増額する。
- 従来から補足給付の仕組みにおける負担限度額を0円としている利用者負担第1段階の多床室利用者については、負担限度額を据え置き、利用者負担が増えないようにする。

入院時生活療養費に関する参照条文

◎ 健康保険法（大正11年法律第70号）（抄）

（療養の給付）

第六十三条 被保険者の疾病又は負傷に関しては、次に掲げる療養の給付を行う。

2 次に掲げる療養に係る給付は、前項の給付に含まれないものとする。

一 （略）

二 次に掲げる療養であつて前項第五号に掲げる療養と併せて行うもの（特定長期入院被保険者に係るものに限る。以下「生活療養」という。）

イ 食事の提供である療養

ロ 温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成である療養

3～7 （略）

（入院時生活療養費）

第八十五条の二 特定長期入院被保険者が、厚生労働省令で定めるところにより、第六十三条第三項各号に掲げる病院又は診療所のうち自己の選定するものから、電子資格確認等により、被保険者であることの確認を受け、同条第一項第五号に掲げる療養の給付と併せて受けた生活療養に要した費用について、入院時生活療養費を支給する。

2 入院時生活療養費の額は、当該生活療養につき生活療養に要する平均的な費用の額を勘案して厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額（その額が現に当該生活療養に要した費用の額を超えるときは、当該現に生活療養に要した費用の額）から、平均的な家計における食費及び光熱水費の状況並びに病院及び診療所における生活療養に要する費用について介護保険法第五十一条の三第二項第一号に規定する食費の基準費用額及び同項第二号に規定する居住費の基準費用額に相当する費用の額を勘案して厚生労働大臣が定める額（所得の状況、病状の程度、治療の内容その他の事情をしん酌して厚生労働省令で定める者については、別に定める額。以下「生活療養標準負担額」という。）を控除した額とする。

3～5 （略）

◎ 介護保険法（平成9年法律第123号）（抄）

（特定入所者介護サービス費の支給）

第五十一条の三 （略）

2 特定入所者介護サービス費の額は、第一号に規定する額及び第二号に規定する額の合計額とする。

一 （略）

二 特定介護保険施設等における居住等に要する平均的な費用の額及び施設の状況その他の事情を勘案して厚生労働大臣が定める費用の額（その額が現に当該居住等に要した費用の額を超えるときは、当該現に居住等に要した費用の額とする。以下この条及び次条第二項において「居住費の基準費用額」という。）から、特定入所者の所得の状況その他の事情を勘案して厚生労働大臣が定める額（以下この条及び次条第二項において「居住費の負担限度額」という。）を控除した額

3 厚生労働大臣は、食費の基準費用額若しくは食費の負担限度額又は居住費の基準費用額若しくは居住費の負担限度額を定めた後に、特定介護保険施設等における食事の提供に要する費用又は居住等に要する費用の状況その他の事情が著しく変動したときは、速やかにそれらの額を改定しなければならない。

4～9 （略）

入院時の光熱水費に係る課題と論点

- 昨今の光熱・水道費は特に足下で大きく高騰しているところ、入院時生活療養費の光熱水費の基準額（総額）については、平成18年の創設時から据え置かれており、病院経営に影響を少なからず及ぼしている状況。
- 介護保険では、令和6年度介護報酬改定において、多床室の居住費の基準費用額・負担限度額を60円引き上げており、現行では介護保険の居住費と医療保険の光熱水費の間に負担額に差が存在する。



【論点】

- 近年の光熱・水道費の高騰を踏まえた対応を行う観点から、家計における光熱・水道支出を勘案して行われた令和6年度介護報酬改定による多床室の居住費の基準費用額の引上げを踏まえ、入院時の光熱水費の標準負担額の見直しについてどのように考えるか。

※ 別途、入院時の光熱水費の基準額（総額）の観点から、中央社会保険医療協議会においても議論中。



令和8年度診療報酬改定の基本方針（骨子案の概要）

厚生労働省 保険局

令和 8 年度診療報酬改定の基本方針（骨子案の概要）

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
- ▶ 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
- ▶ 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
- ▶ 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）物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応

【重点課題】

【具体的方向性】

- 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託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の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

等

（３）安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性】

- 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（救急、小児・周産期等）への適切な評価
- 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

等

（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

【具体的方向性】

- 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
- 「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
- かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機能の評価
- 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
- 医師の地域偏在対策の推進

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】

- 後発医薬品・バイオ後続品の使用促進
- OTC類似薬を含む薬剤自己負担の在り方の見直し
- 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
- 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
- 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）

等

(参考) 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27日	10月27日	11月1日
	骨子案	11月20日	11月下旬	11月29日	11月29日
	基本方針（案）	12月上旬 12月上旬 基本方針 発表		12月8日 12/11 基本方針 発表	12月8日

令和 8 年度診療報酬改定の基本方針（骨子案）

1. 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によるサービス提供が太宗を占めているため、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、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。
- 高齢化による増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等、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・シェア等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。

（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必要な医薬品・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。

2. 改定の基本的視点と具体的方向性

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

（基本的視点）

- 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、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の事業費用が増加しており、事業収益が悪化している状況にある。また、2年連続5%を上回る賃上げ率であった春闘等により、全産業において賃上げ率が高水準となっている中、医療分野では、事業収益の悪化を背景に、全産業の賃上げ水準から乖離し、人材確保も難しい状況にあり、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、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。

(具体的方向性)

- 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託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の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

等

（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

（基本的視点）

- 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。

（具体的方向性）

- 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
- かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機能の評価
- 外来医療の機能分化と連携

- ・ 大病院と地域のかかりつけ医機能を担う医療機関との連携による大病院の外来患者の逆紹介の推進
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
 - ・ 地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関等の評価
 - ・ 重症患者等の様々な背景を有する患者への訪問看護の評価
- 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）
- 医師の地域偏在対策の推進

等

（３）安心・安全で質の高い医療の推進

（基本的視点）

- 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等の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。

（具体的方向性）

- 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
 - ・ 身体的拘束の最小化の推進
 - ・ 医療安全対策の推進
- アウトカムにも着目した評価の推進
 - ・ データを活用した診療実績による評価の推進
- 医療 DX や ICT 連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価
 - ・ 電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の推進

- ・ 外来、在宅医療等、様々な場面におけるオンライン診療の推進
- 質の高いリハビリテーションの推進
 - ・ 発症早期からのリハビリテーション介入の推進
 - ・ 土日祝日のリハビリテーション実施体制の充実
- 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
 - ・ 質の高いがん医療及び緩和ケアの評価
 - ・ 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

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

（基本的視点）

- 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

（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 類似薬を含む薬剤自己負担の在り方の見直し
- 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
 - ・ 電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の推進（再掲）
- 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）

等

3. 今後の課題

- 我が国の医療制度が直面する様々な課題に対応し、持続可能な「全世代型社会保障」を実現するためには、診療報酬制度のみならず、医療法、医療保険各法等の制度的枠組みや、国や地方自治体の補助金等の予算措置等により社会保障が支えられていることを踏まえ、総合的に政策を講じることが求められる。
- 現下のような持続的な物価高騰・賃金上昇局面において、諸経費や設備投資の増加及び処遇改善に対応するための支援を、保険料負担の抑制努力の必要性にも配意しつつ、報酬措置においても適時適切に行えるよう検討する必要がある。
- 患者自身が納得して医療を受けられるよう、患者にとって身近で分かりやすい医療提供体制を実現していくとともに、国民の医療保険制度に対する納得感を高めるため、政府において、診療報酬制度を分かりやすくするための取

組を継続していくこと、また、国民に対して社会保障制度の意義等に関する丁寧な説明を行い、理解を得ていくことや、国民が議論の場へ参加する機会が重要である。

- 予防・健康づくりやセルフケアの推進、ヘルスリテラシーの向上等が図られるよう、住民、医療提供者、保険者、民間企業、行政等の全ての関係者が協力・連携して国民一人一人を支援するとともに、国はこうした取組に向けた環境整備に引き続き取り組む必要がある。
- 医療 DX への投資は医療機関等のコストの増加だけではなく業務負担の軽減や医療の質の向上に繋がるものであることから、その推進により、国民の健康の増進、地域医療連携の円滑化、将来にわたる安心・安全で質の高い医療サービスを実現することが必要である。

第 201 回社会保障審議会医療保険部会（令和 7 年 10 月 23 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。）

＜改定に当たっての基本認識＞

（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）

- ・ 直近決算においても相当数の健保組合が赤字保険料を引き上げている中で、既に現役世代の保険料負担が限界水準に達している旨を基本認識の中で明記すべき。

＜改定の基本的視点と具体的方向性＞

（全体について）

- ・ 視点 1 を重点課題とすることに賛成。物価高騰や賃金上昇に伴う医療機関の経営は逼迫していることは明らかであり、喫緊の課題。
- ・ 視点 2、3、4 を含めて 4 つの視点はいずれも密接に関係する重要なテーマであるため、どれか一つを重点課題にすべきではない。

（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）

- ・ 医療機関並びに薬局において、現状の物価高騰を上回る賃上げ実現に向けた公定価格の引き上げは急務である。
- ・ 医療機関の倒産が続くと地域医療構想の実現も難しくなる。物価・賃金に関して、診療報酬改定でしっかりと対応すべき。
- ・ 医療機関ごとに経営状況が異なるため、一律ではなくて各々の医療機関の実情を踏まえて対応していく旨を記載すべき。
- ・ 現場の厳しい状況を踏まえつつ、社会保障制度の持続可能性の確保についても併せて考えることが重要。経営の厳しい医療機関の経営改善や、賃上げに確実に結びつくのか効果検証や透明性の確保が不可欠。必要な部分が重点的に手当てされるよう、メリハリのある対応をすべき。
- ・ ICT 等の活用により医療従事者の業務効率と負担軽減を行うことは重要であり、さら

なる推進が必要であり、費用面を含めた支援が必要。一方で、診療報酬上求める基準の柔軟化は、医療の質の確保・向上を前提としたものであるべきであり、医療従事者にしわ寄せが行くようなことがないよう、慎重な検討が必要である。

(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)

- ・ 医療機関の再編・統合による経営基盤の安定化も意識する必要がある。また、医療提供体制の見直しを通じた医療の効率化も必要であるため、例えば急性期病院の集約化ということも記載すべき。
- ・ 歯科医療提供においても既に人口、医療資源が少ない地域があるため、対応を検討すべき。
- ・ 外来・在宅、介護における多職種連携は重要。かかりつけ機能を発揮した上で、連携の深化を引き続き進めるべき。また、これはタスクシェアも含めたチーム医療の推進であり、病棟だけでなく地域医療においても重要な視点である。

(安心・安全で質の高い医療の推進)

- ・ 薬局における DX の体制整備の評価を検討すべき。併せて情報活用による医療の質の向上という部分に関しての視点も踏まえての検討も必要。

(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)

- ・ 入院やリハビリテーションについても効率化・適正化を検討すべき。
- ・ 医薬品等の納入において逆ざやの問題や、高額薬剤の管理に係る負担についても対応を検討すべき。
- ・ 薬局の電子処方箋への対応について、体制整備と、データの利活用による質の向上について評価を検討すべき。
- ・ 基本認識に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措置を講じる必要がある旨が記載されており、これが具体的な基本的視点にどのようなつながっていくのかを明確にすべき。

第 120 回社会保障審議会医療部会（令和 7 年 10 月 27 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。）

<改定に当たっての基本認識>

（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）

- ・ 相当数の健保組合は保険料の引上げを行っており、既に現役世代の保険料負担は限界水準に達していることを追記すべき。

<改定の基本的視点と具体的方向性>

（全体について）

- ・ 医療機関等の経営が厳しい中で、視点 1 を重点課題とすべき。
- ・ 社会保険料引き下げが大きな世論としてある中で、医療機関の賃上げのための改定と矮小化されるおそれがあり、視点 1 だけを重点課題とすることは違和感がある。

（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）

- ・ 医療従事者の処遇改善には、特に厳しさが指摘されるような診療科の医師が含まれることを確認したい。また、自由診療への流出を防ぐという趣旨を含む記載にすべき。
- ・ 「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」に、食材料費、光熱水費を追記すべき。
- ・ 診療科の医師偏在対策について、特定の分野や集約先の拠点病院をどのように評価していくか、地域に密着した医療機関も重要であり、適切な対応が必要。
- ・ 「診療報酬上求める基準の柔軟化」について、人員配置基準や各種加算における要件は医療の質の確保・向上を前提としたものであるべきであり、医療従事者にしわ寄せが生じないよう慎重に検討すべき。

（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）

- ・ 地域医療構想と診療報酬改定はより密接に関与すべきであり、特に今般の地域医療構想によって高齢者の救急・急性期に軸足を移した医療機関が診療報酬改定によって評価されないという事態は避けるべき。
- ・ 新たな地域医療構想も踏まえて、医療提供体制の見直し、特に急性期病院の集約化について記載すべき。
- ・ 「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」は、「かかりつけ医機能」と、つなげて記載すべき。
- ・ 歯科医療提供においても、既に人口の減少、医療資源が少ない地域が存在していることに対応すべき。
- ・ 「質の高い在宅医療・訪問看護の確保」に看護小規模多機能型居宅介護の普及と利用を含めるべき。

(安心・安全で質の高い医療の推進)

- ・ 高齢者の入院では夜間に少ない人手で多様な業務を担うため、手当の引き上げや、夜間業務に関する多職種連携という視点が必要である。
- ・ 子供は、大人とは疾病構造が違う部分もあるため、子供にとっても安心・安全が守られるような改定とすべき。

(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)

- ・ 基本認識に「現役世代の負担の抑制努力の必要性」と掲げており、この必要性の回答となるような具体的な方向性を示すべき。
- ・ 医薬品の在庫・廃棄、逆ざや、高額薬剤も在庫・廃棄等による負担が増していることにも配慮すべき。
- ・ 医療分野の雇用の安定や処遇改善の観点から、医療資源の効率的・重点的な配分の前に、必要な人材を今後とも安定的に確保するというようなニュアンスの表現を入れるべき。

(その他)

- ・ 診療報酬改定での物価・賃金の上昇への対応は国民の負担を伴うが、医療機関の倒産も国民への負担を生じることとなるため、医療経営の厳しい状況を国民に理解してもらえるよう、国としても対応が必要。
- ・ 診療報酬制度は、国民にはなかなか分かりにくい部分もあるため、改定に伴う負担についても、分かりやすく、丁寧な説明をすべき。
- ・ 物価や賃金が増加した場合に、適時適切に対応できるよう、診療報酬をスライドさせる仕組みの導入を検討すべき。



厚生労働省

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

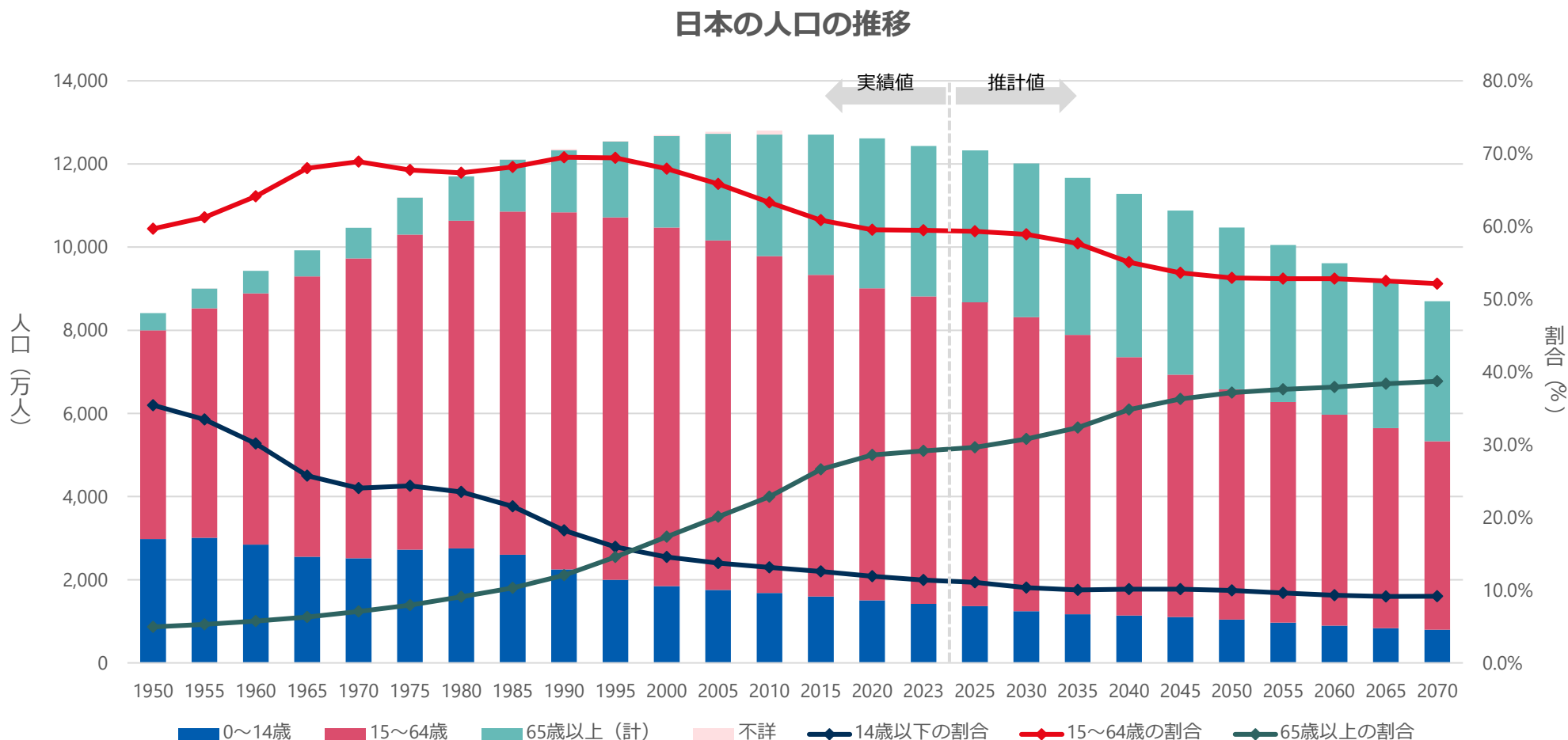
ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

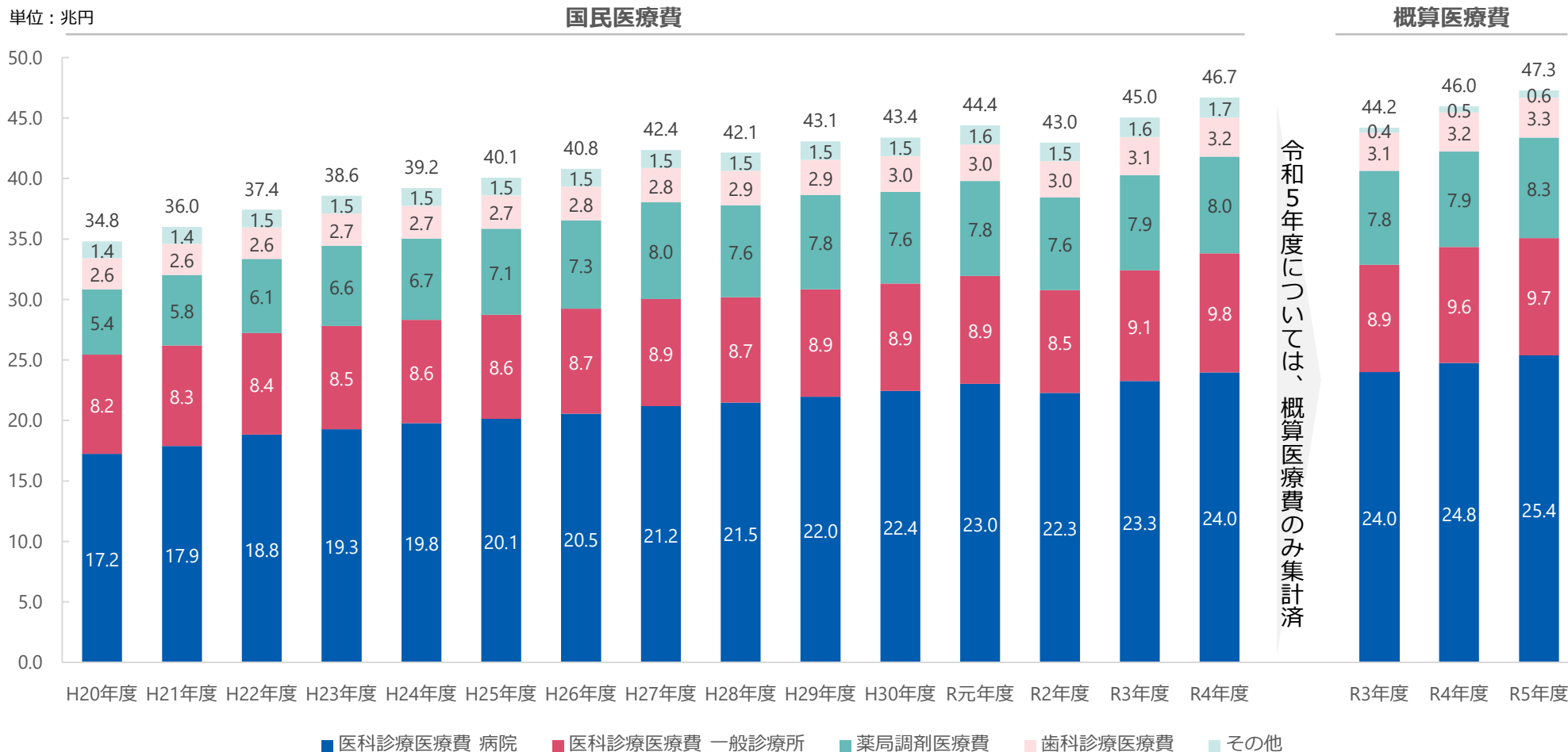
日本の人口推移

日本の人口は近年減少局面を迎えている。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。



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。



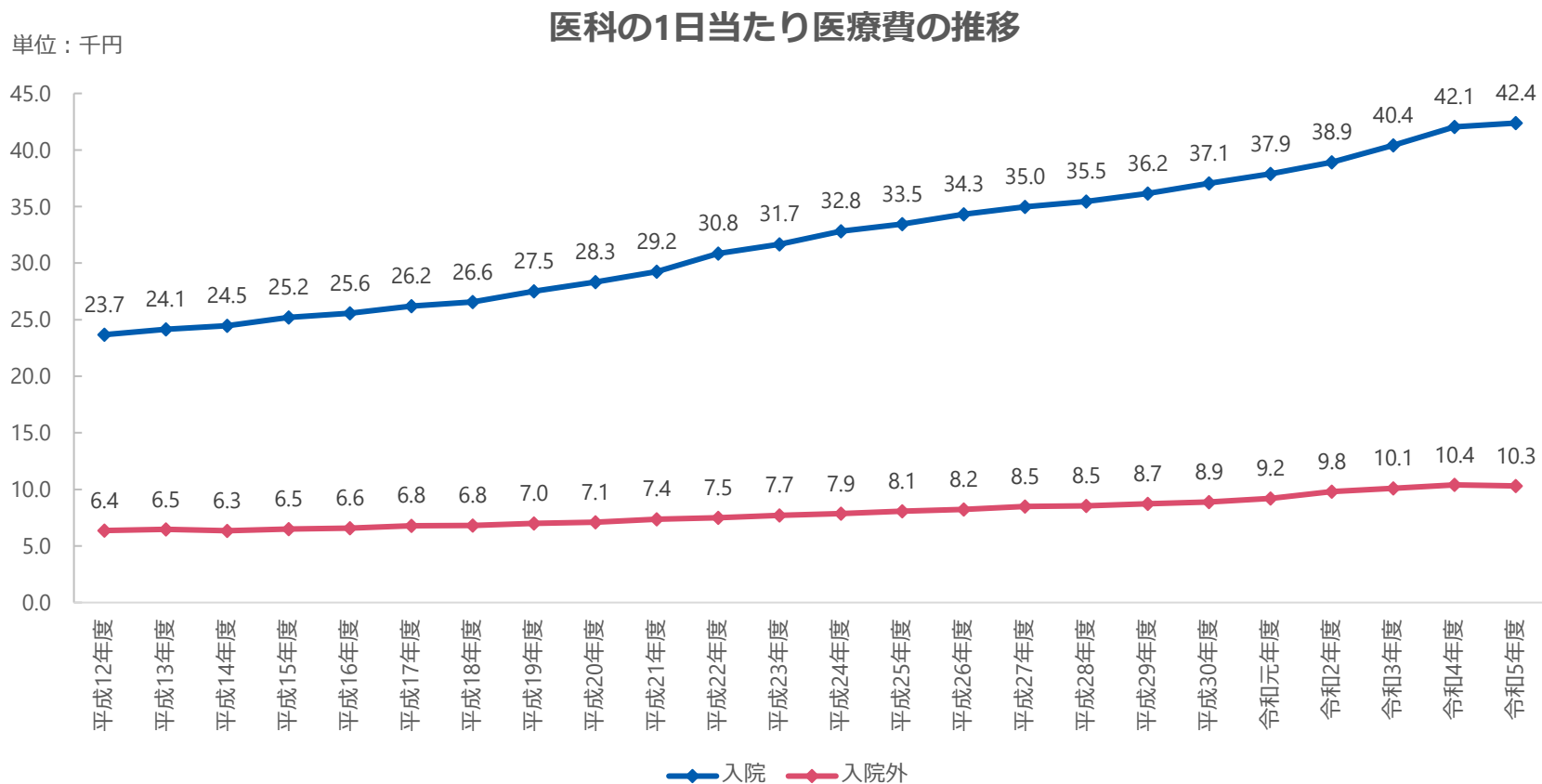
出典：国民医療費は厚生労働省「国民医療費の概況」、概算医療費は厚生労働省「医療費の動向」

※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。

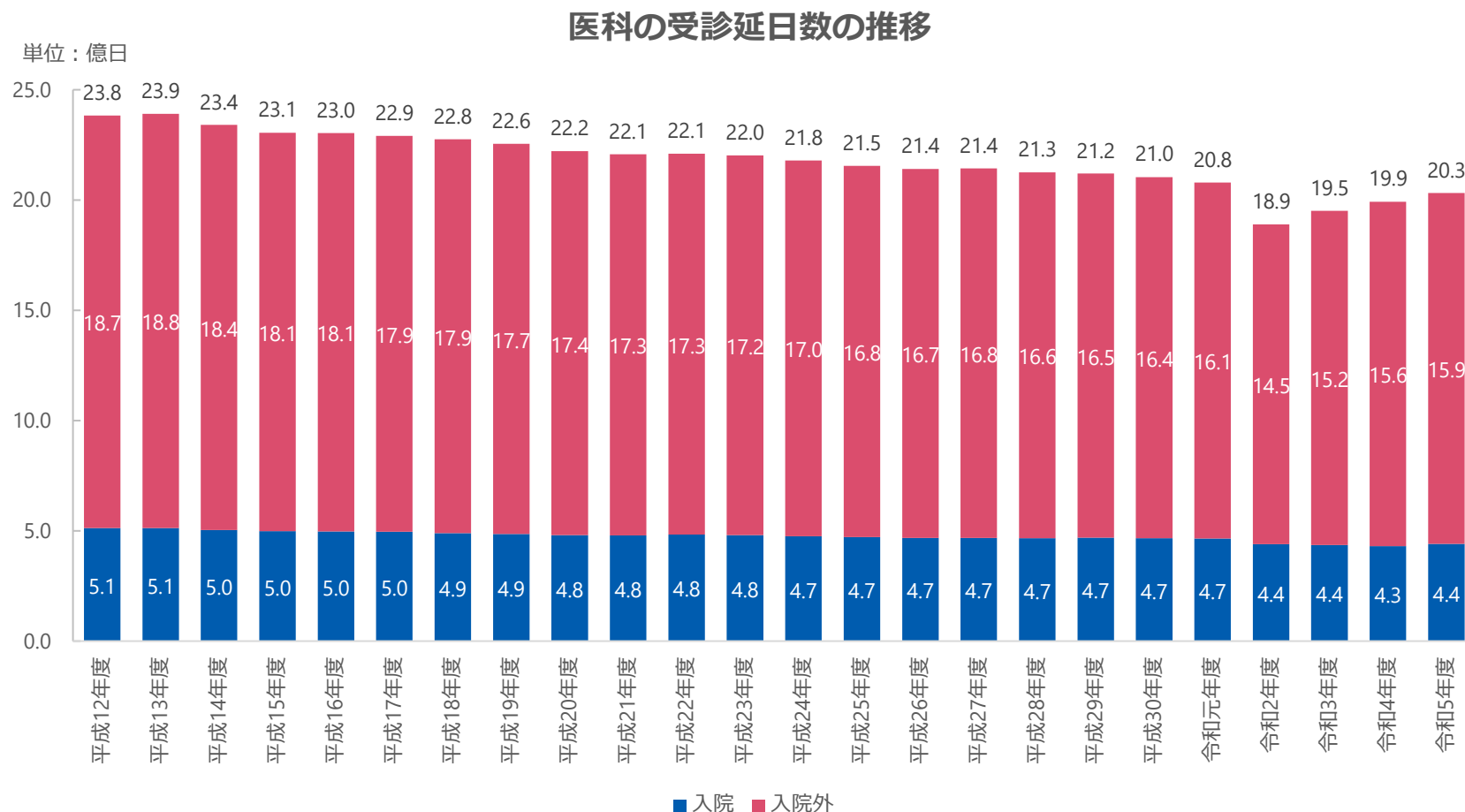


出典：厚生労働省「医療費の動向」

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。

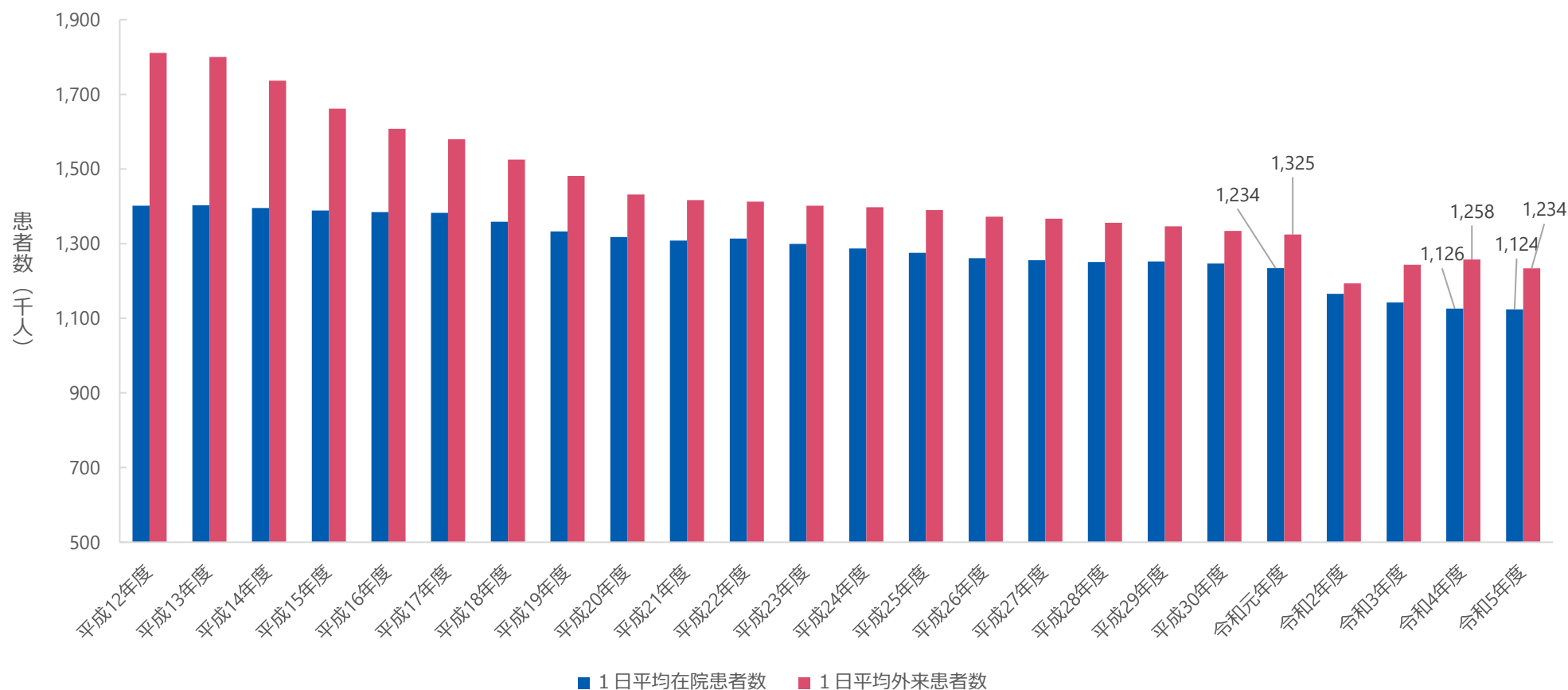


出典：厚生労働省「医療費の動向」

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。

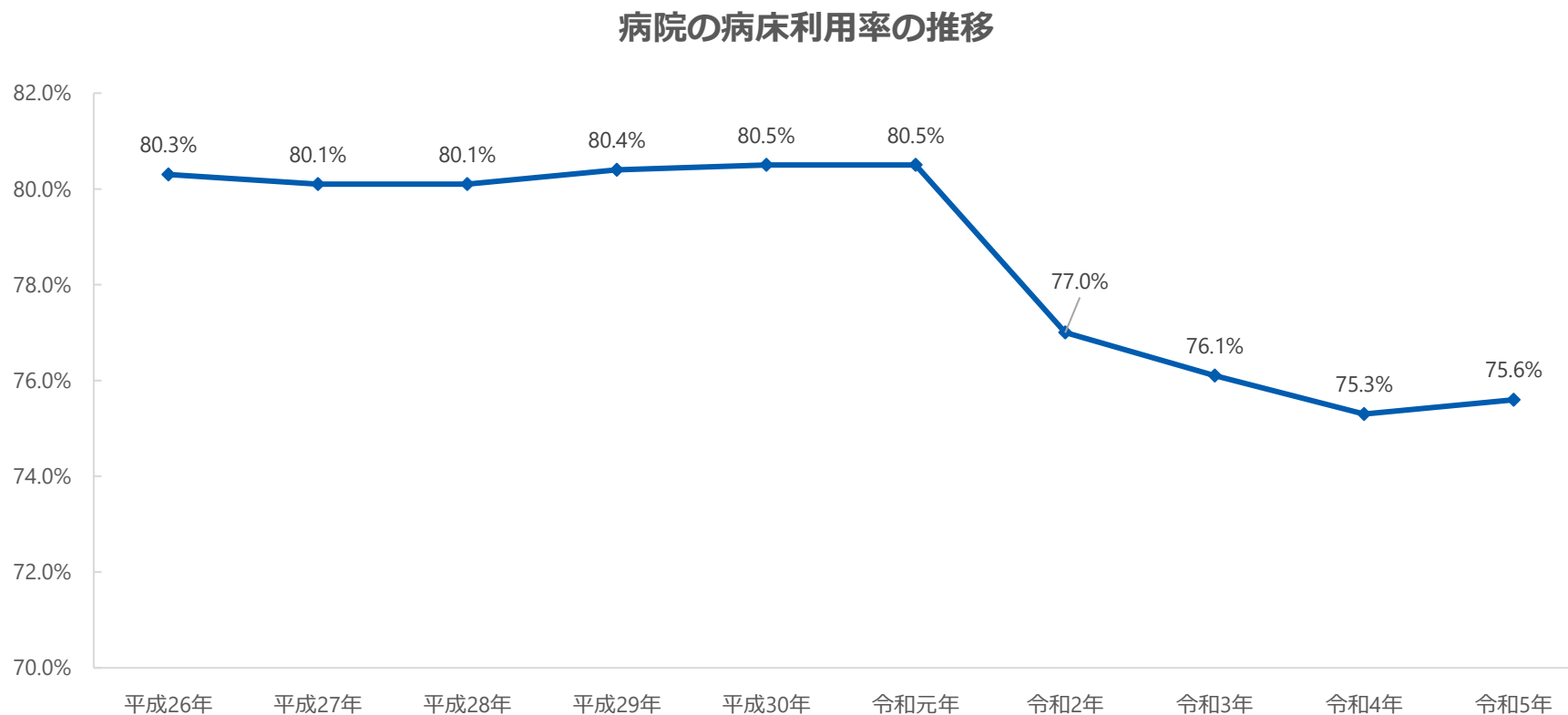
病院の1日平均在院患者数・1日平均外来患者数の推移



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。



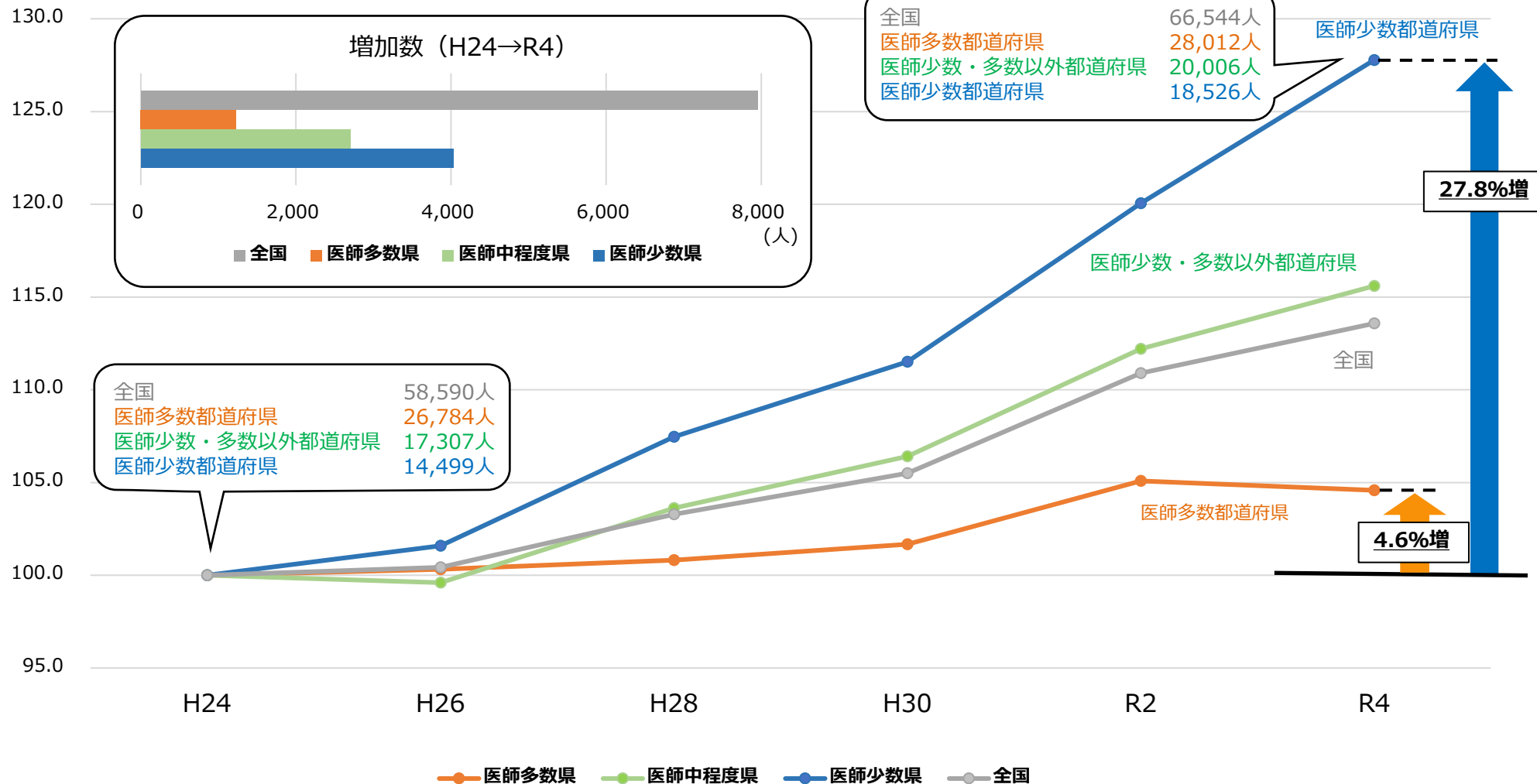
出典：厚生労働省「令和5(2023)年医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況」

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）

- 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



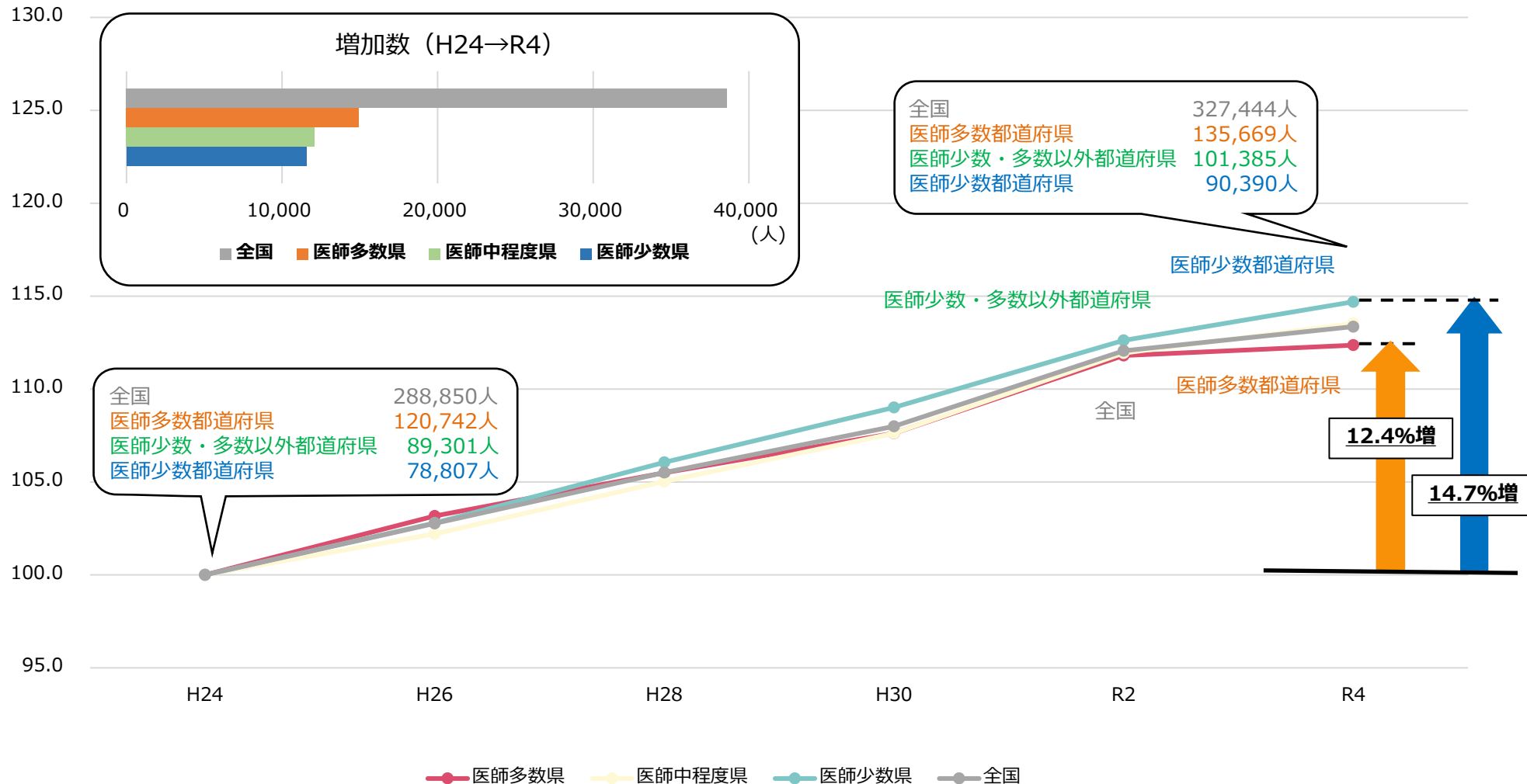
※ 医師多数都道府県：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県
 医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県
 医師少数・多数以外都道府県：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

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）

- 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、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

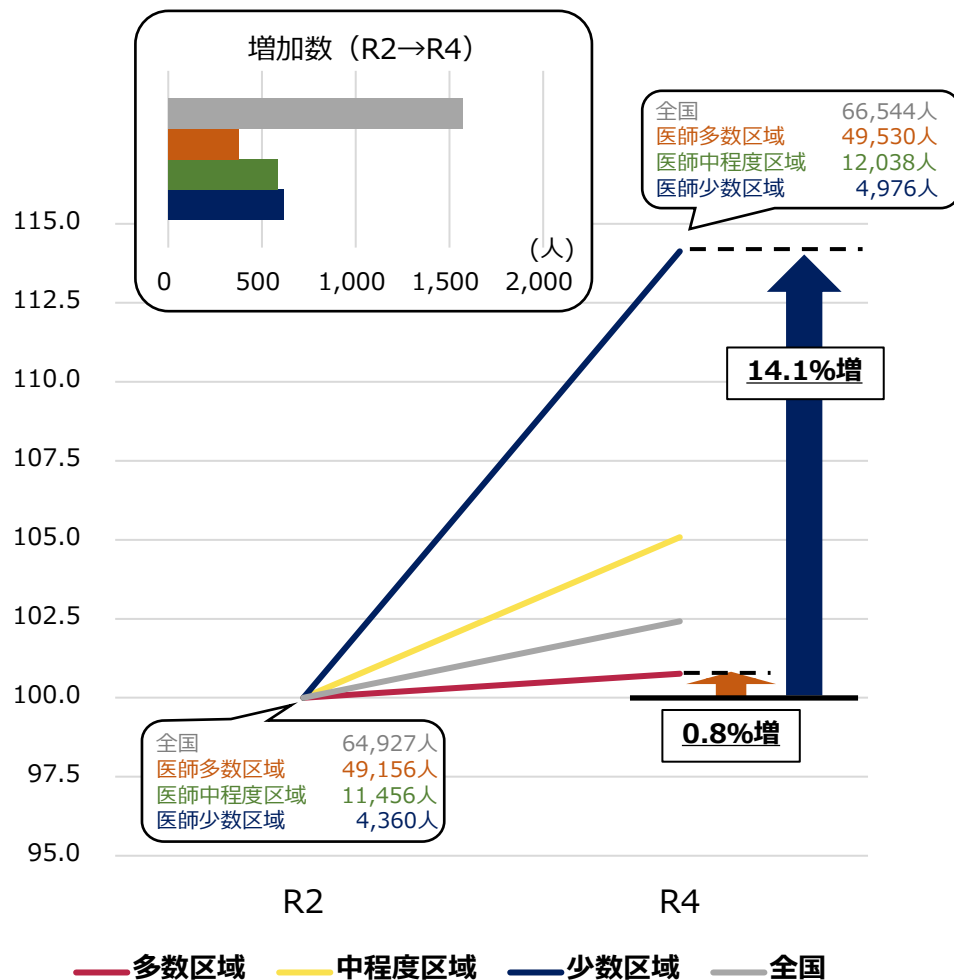
出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）
 医師少数都道府県及び医師多数都道府県は医師偏在指標
 （厚生労働省：令和2年2月）による

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）

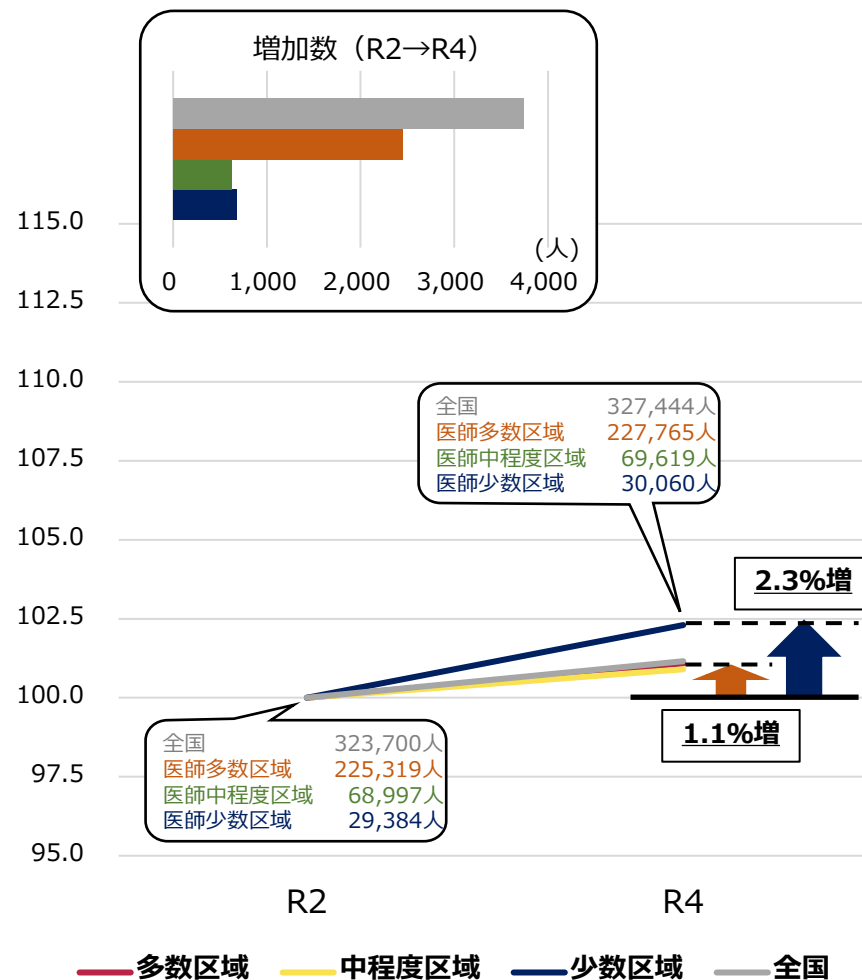
令和6年11月20日第12回新たな地域医療構想等に関する検討会 資料1

- 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

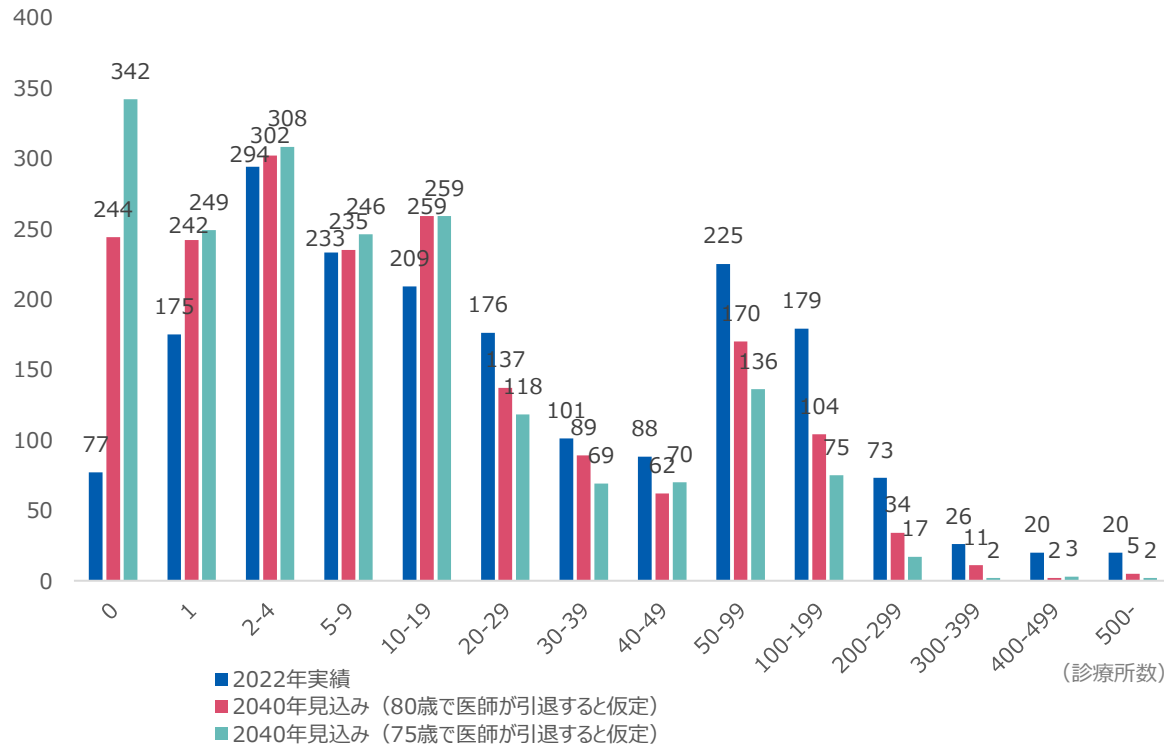
市区町村における診療所数と2040年の見込み

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。

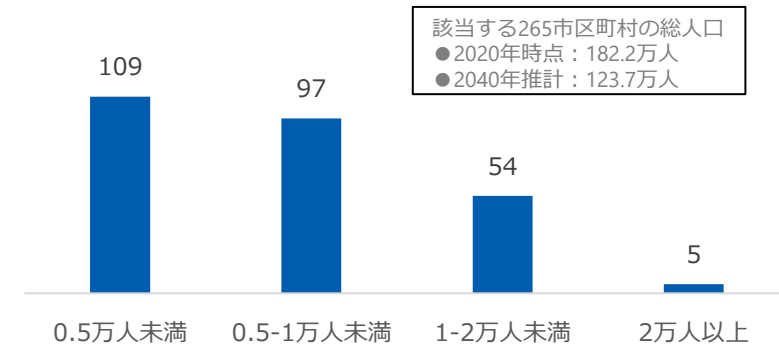
※ 75歳で引退すると仮定した場合は270程度増加する見込み。

■ 市区町村別診療所数の見込み（2022年実績、2040年見込み）

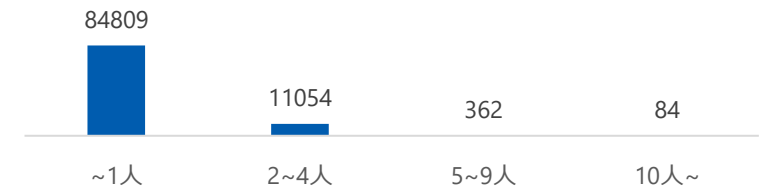
（市区町村数）



■ 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



■（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。

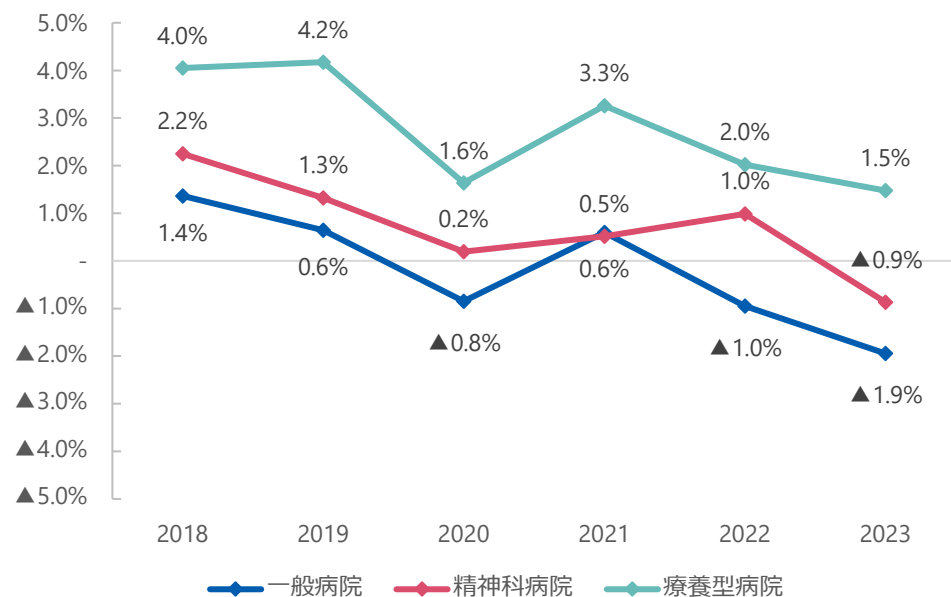
過去の改定率の推移

	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 　　　　　　＋０．４７％ ② 働き方改革のための特例的な対応 　　　　＋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 　　　　　　＋０．２３％ ② 看護の処遇改善のための特例的な対応 　　　　＋０．２０％ ③ リフィル処方箋の導入・活用促進による効率化 　▲０．１０％ ④ 不妊治療の保険適用のための特例的な対応 　　　　＋０．２０％ 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 　▲０．１０％)		▲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 　　　　　　＋０．４６％ (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％)		▲１．００％	▲０．１２％

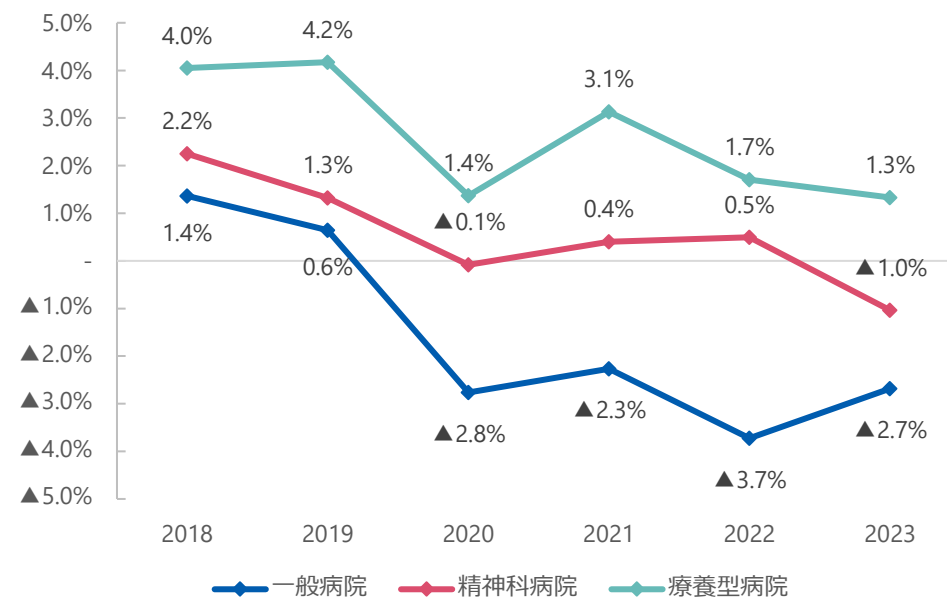
病院の事業利益率の推移

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



事業利益率の推移（コロナ補助金影響を除く）



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

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）

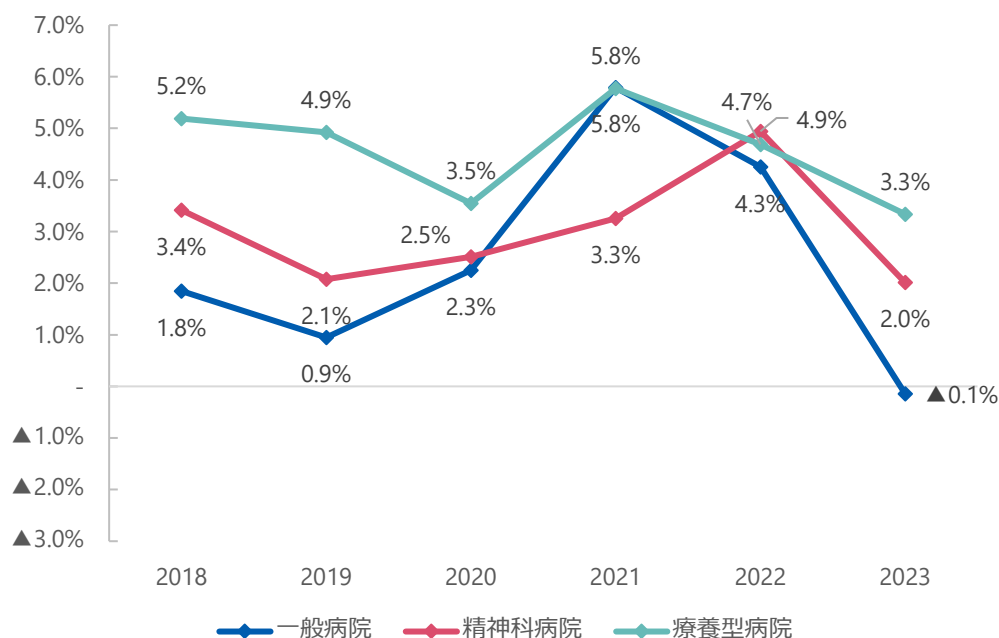
出典：福祉医療機構提供データに基づき、厚生労働省保険局医療課にて作成

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。

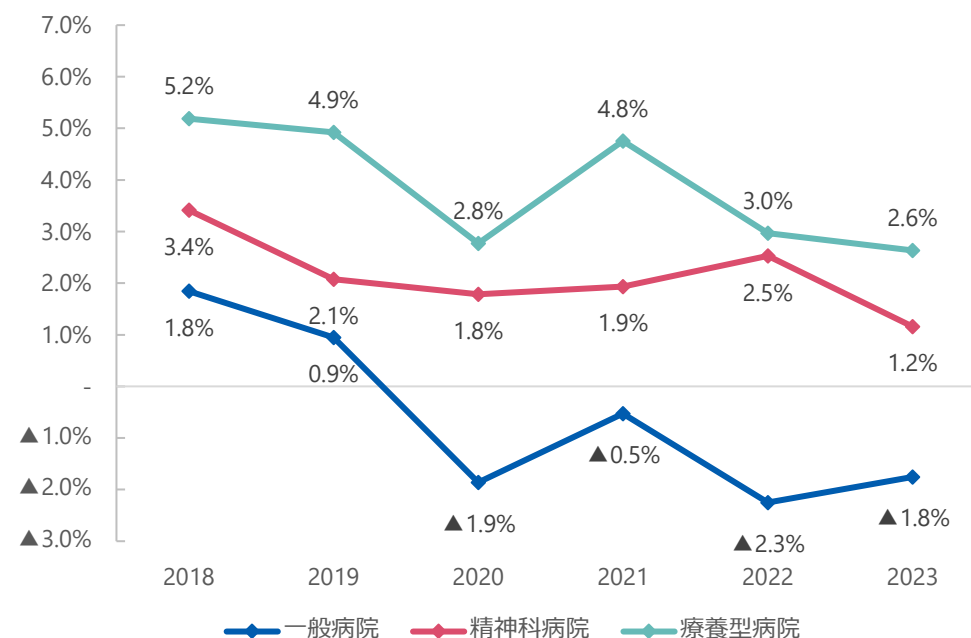
経常利益率の推移



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

経常利益率の推移（コロナ補助金の影響を除く）



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）

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

単位：千円	2018→2023の比較			
科目	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	-

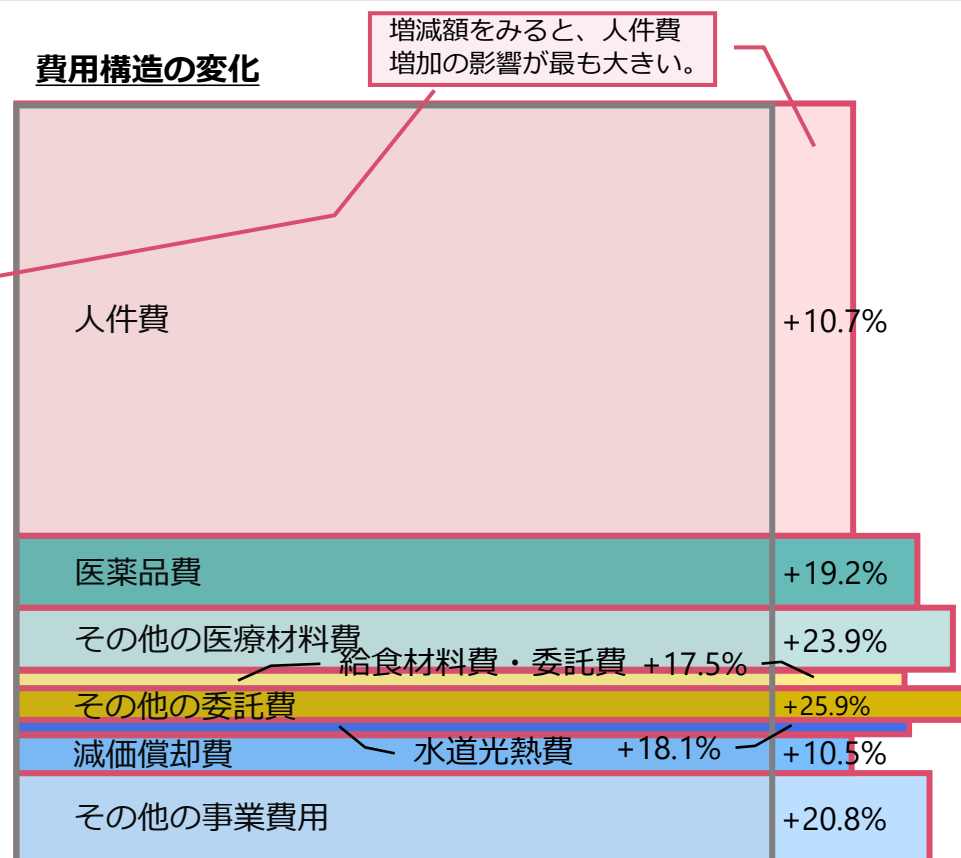
出典：福祉医療機構提供データに基づき、厚生労働省保険局医療課にて作成

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



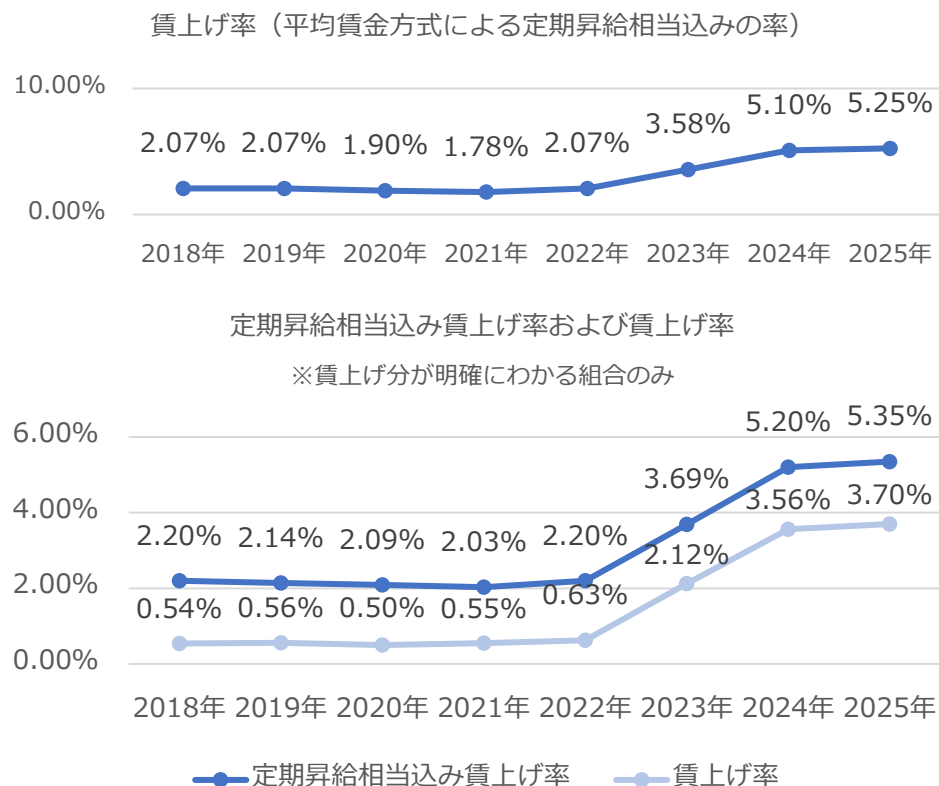
：2018年度の事業費用

：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）

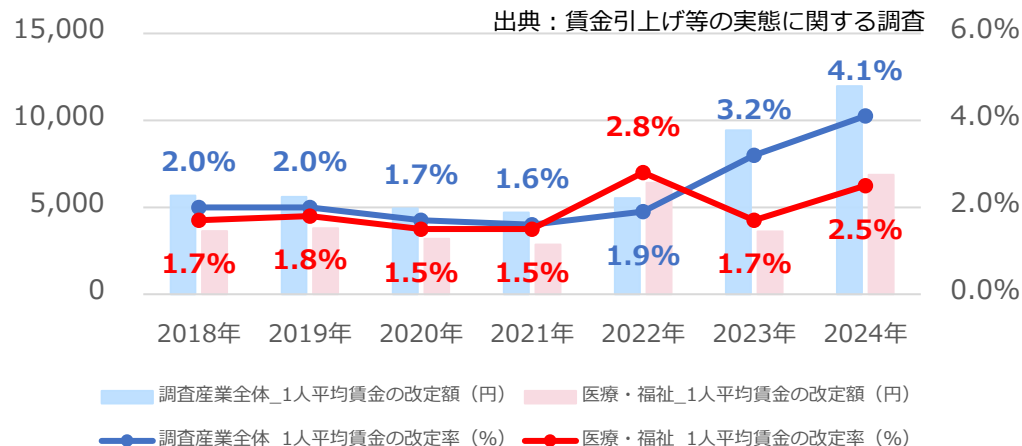


※対象産業（連合を構成する産別組織より）

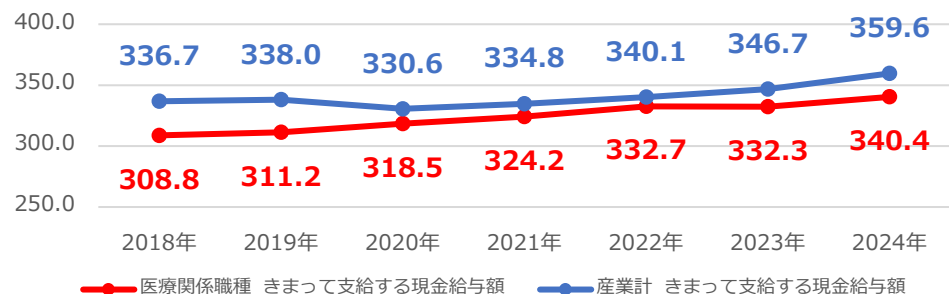
金属／食品／交通・運輸／医療・福祉／金融・保険／建設・資材・林産／化学・繊維／資源・エネルギー／サービス・一般／商業・流通／情報・出版／公務

※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



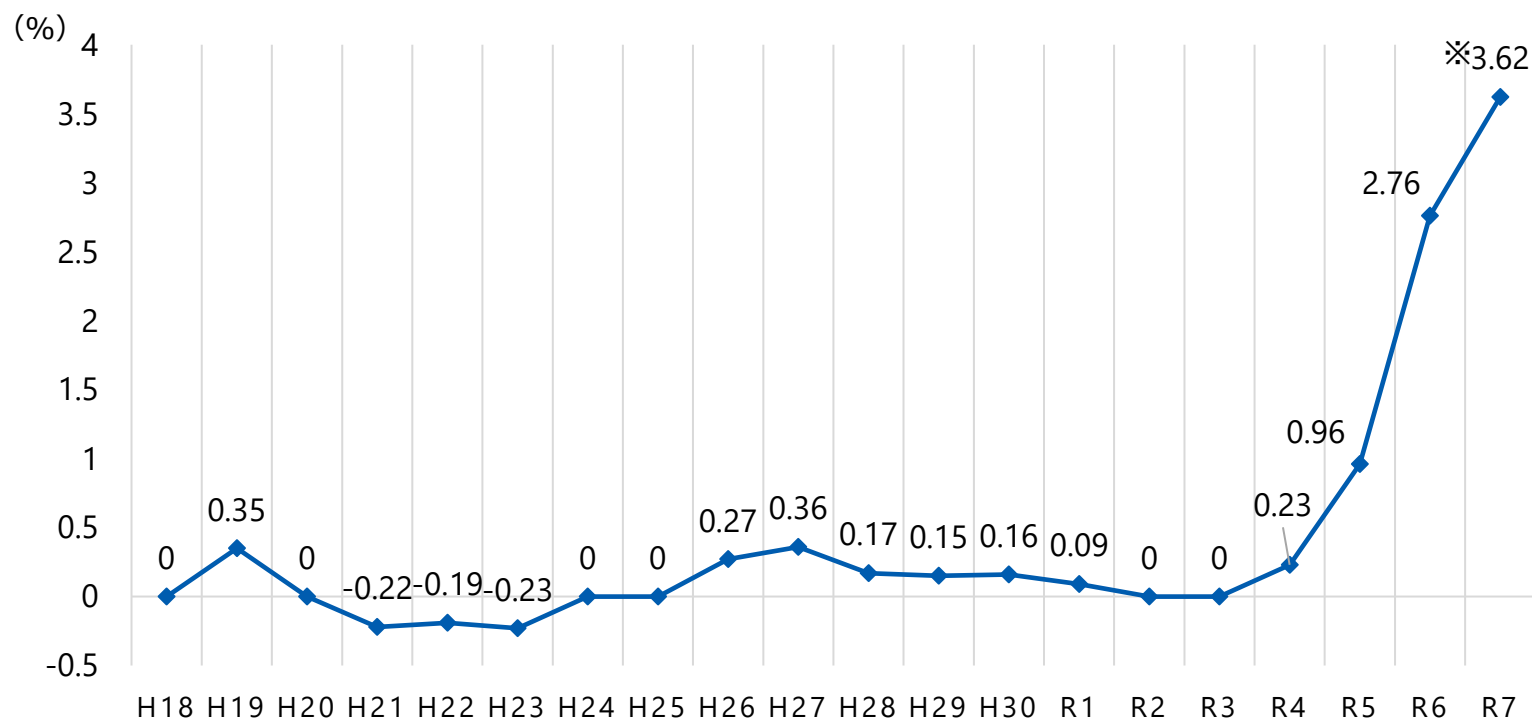
※医療関係職種は医師・歯科医師・獣医師以外の以下で集計している

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 R5⇒R7 （2年計）	加重平均値（%）	3.40	3.43	2.98	2.57	2.30
	（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あるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

① 病床機能

- ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ

② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)

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

③ 構想区域・協議の場

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

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① **医療機関機能の確保** (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② **基準病床数と必要病床数の整合性の確保等**
 - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

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）

- ・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。

令和2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

- ▶ 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

（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

（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

（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】

- 医療従事者の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

(全般的事項)

- 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るため、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、薬局・薬剤師業務の専門性をさらに高め、質の高い薬学的管理の提供への転換を推進するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

（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関して、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え状況、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関し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の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



諮問・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

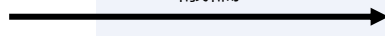


■小委員会など

・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



先進医療会議

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）

地域の人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・福祉等の人材確保に向けて、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加算を含め、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。

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②）

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。

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③）

第2章 賃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。

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④）

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）

経済あつ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收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。

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⑤）

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靱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、O T C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D X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O T C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。

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⑥）

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によるワイズ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、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。

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⑦）

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テ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がん検診の受診率の向上に向けた取組を含む。

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⑧）

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や健康経営と共働した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靱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・共育での推進のための施策を本格実施する。具体的には、保育士・幼稚園教諭等の処遇改善、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用途などの周知の準備を進めるほか、少子化の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PDCA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、不断に点検・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。