

第 206 回社会保障審議会医療保険部会

議事次第

令和 7 年 12 月 4 日 (木)
9 時 30 分～12 時 00 分
場 所：全 国 都 市 会 館

(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
4. 「強い経済」を実現する総合経済対策～日本と日本人の底力で不安を希望に変える～について（報告）
5. 令和 7 年度補正予算案（保険局関係）の主な事項について（報告）

(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 2-1 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（高齢者医療における負担の在り方について）
- 資料 2-2 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（医療保険における金融所得の勘案について）
- 資料 2-3 入院時の食費・光熱水費について
- 資料 3-1 令和 8 年度診療報酬改定の基本方針の概要（案）
- 資料 3-2 令和 8 年度診療報酬改定の基本方針（案）
- 資料 4 「強い経済」を実現する総合経済対策～日本と日本人の底力で不安を希望に変える～について
- 資料 5 令和 7 年度補正予算案（保険局関係）の主な事項について
- 参考資料 1-1 第 204 回社会保障審議会医療保険部会（令和 7 年 11 月 20 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 121 回社会保障審議会医療部会（令和 7 年 11 月 25 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	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
	はやし てっぺい 林 鉄兵	日本労働組合総連合会副事務局長
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
	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
	たじま けんいち 田島 健一	全国町村会副会長・佐賀県白石町長
	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

◆ 給付体系の在り方について

〈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。

(主な御意見)

- ・ 現行の出産育児一時金は妊婦がいったん費用を立て替えて償還払いされる制度であり、運用上、同意書に妊婦がサインをすることで病院への直接支払いが行われているが、そもそも妊婦の経済的負担の軽減という観点では、標準的な出産にかかる費用については、たとえ形式的であっても妊婦が一時的に負担をすることがないシンプルな制度にすべき。
- ・ 出産費用は年々上昇している現状を考えると、出産育児一時金を引き上げて対応するというこれまでの現金給付による手法では限界があることは明らか。標準的な費用給付を行うという点、妊婦にとって分かりやすい仕組みとするという点から、現物給付とすべき。
- ・ 出産育児一時金の増額後、直ちに出産費用が増額している一方、費用の内訳がブラックボックスとなっていることから妊婦が納得感を得づらいという現状を聞いている。これまでの現金給付から現物給付に変更していくこととしてはどうか。
- ・ それぞれの一次施設は分娩数が減少する中で、地域で求められる役割や妊婦のニーズに応じて、様々な経営上の工夫・努力を行っている。新たな制度でも、こうした各施設の経営上の自由度が確保されるような、硬直的でない緩やかな評価の仕組みが必要。
- ・ 妊婦・胎児の状況、あるいは分娩の経過によって、臨床現場で必要となる対応は様々に異なり、それらに一つ一つの価格を設定していくことは現実的ではない。病院経営ができるることを前提として、なるべくシンプルに、分娩を1件やったら施設に幾ら支払われるという形がよいのではないか、また、1分娩について幾ら上乗せするというような考え方もあるのではないか。
- ・ 一次施設であっても手厚い人員体制を敷いているところや、あるいは社会的なリスクを持っている妊産婦等の積極的な対応を行う施設など、他施設よりも高く評価されるような仕組みも検討すべき。
- ・ 地方の一次施設が次々と撤退して医療安全が損なわれることのないよう、むしろ医療安全の向上につながる制度とすべき。
- ・ これまで一時金の制度の中で50万円以下で出産ができていた方については、余剰分を受け取っていた。これまであった支援がそれ以下になることがないようにしていただきたい。余剰が発生した数万円のような金額については、標準的な出産の無償化とは別の枠組みで給付をすることもあり得るのではないか。

◆ 給付体系の在り方について

＜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。

(主な御意見)

- ・ 物価・人件費等の地域差はあるが、保険診療における国民皆保険の考え方に基づいて全国一律の公定価格にするべき。
- ・ 現在の医療保険制度との整合性を図る観点から、また、医療保険の保険適用の現物給付とする以上、全国一律とすべき。
- ・ 周産期体制が瓦解しないよう、全国の分娩施設が分娩をしっかりと提供できる費用設定が必要。
- ・ 一次産科施設の赤字撤退は、町村においては代わりの施設がなく、1つ撤退するだけで妊婦が長距離移動を強いられる。標準的な出産費用の設定には、小規模一次施設のコストや地域事情が丁寧に反映されるべき。
- ・ お産難民がこれ以上発生しないよう、都市部だけで優遇するのではなく、少子化がより速いスピードで進行している地方で頑張っている先生たちが希望を捨てずに分娩を続けられるように、全国一律でなるべく高い水準の設定が必要。
- ・ ローリスクの妊婦を中心に対応する施設でも経営を維持するよう、現在の出産一時金よりも上乗せした給付が必要。一次施設には公的な補助金ではなく、企業努力のみで経営しているため、一次施設に配慮した給付水準とすべき。
- ・ 保険者の財政運営に支障が生じないよう十分な配慮が必要。保険料負担者の納得感も重要なポイント。
- ・ 周産期医療提供体制をどう維持していくかは重要な課題ではあるが、国としての体制の問題として捉えるべきであって、出産に対する給付体系の見直しとは切り離し、保険料財源によるのではなく、税財源も含めて別途解決策を考えるべき。
- ・ 妊産婦の費用負担の軽減、地域の安全な周産期医療体制の維持、この両方を実現することが現行の医療保険制度の枠内で困難なのであれば、保険の枠内にとどまることなく、特に体制の維持については国からの恒常的な財政支出も考慮すべき。
- ・ 保険適用することで、窓口自己負担が増加する場合には、公費から別途負担軽減を行うことも検討が必要。
- ・ 給付の内容についてはその後の検証を行うことを前提とした分かりやすいものとすべき。
- ・ 今後の少子化のさらなる進行や物価・賃金の上昇を見据え、給付水準については柔軟な見直しを行う仕組みを導入すべき。

◆ 「標準的なケース」の範囲について

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。

(主な御意見)

- ・ 出産をするという基本的なところについては、全ての妊婦に対して自己負担がないという形にすべき。
- ・ 保険給付の対象は、保険料負担者の納得感や保険診療との整合性も踏まえ、出産や母子の健康のために必要な範囲に限るべき。
- ・ 新たな給付体系の射程に入れるべき範囲は、妊婦の選択にかかわらずに提供されるケアサービスに限定すべき。
- ・ これまで正常分娩に関わる費用は自由診療で行われ、各施設もそれに基づいてコスト構造が出来上がっている状況において、これを踏まえた上で、各分娩施設が納得できる「標準的なケース」の設定をすべき。
- ・ 正常分娩であっても分娩の経過は非常にばらつきが多く、標準的なケースを定義することは困難。
- ・ 出産は医療的な安全の確保とともに、助産師によるケアを通じて、妊産婦の不安を軽減し、安心・安全な分娩に導くことも重要。
「標準的なケース」の範囲には、分娩時のケアや入院・入所中の育児指導などの助産師によるケアも一定含めるべき。
- ・ 医療的な介入が不要のまま出産を終えられるための助産師によるケアや突然必要となる医療行為に適切に対応できるための人員・設備等の体制については、「標準的なケース」の範囲に含めて考えていく必要がある。
- ・ 自宅等での出産を選択される方は一定数いる中で、自宅などの分娩を望んでおられる方も念頭に置くことが必要。
- ・ 軽微な医療行為については、引き続き保険診療として請求すべき。その場合の妊婦の自己負担の取扱いについても検討すべき。
- ・ 高齢出産の増加により、医療的措置を必要とする出産が増えてきていることを考慮して、何が標準的かを考えるべき。
- ・ 無痛分娩については、実施施設に地域差があること、リスクやデメリットがあることを踏まえ、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、その上で保険給付の対象にするかどうかを慎重に検討すべき。
- ・ お祝い膳やエステ等のアメニティに関しては、本来妊婦の選択で提供されるものであり、保険給付の対象外とすべき。
- ・ アメニティ等に関しては、妊婦の選択による自己負担、医療保険でいうところの選定療養的な扱いという形にしてはどうか。
- ・ 個室料の扱いについては、全室が個室となっている施設も多くあるという現状も踏まえた検討も必要。
- ・ アメニティ等の部分は、例えば付加給付や保健事業等、保険者の創意工夫に委ねるなども含めて考えていくべき。

◆ 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

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。

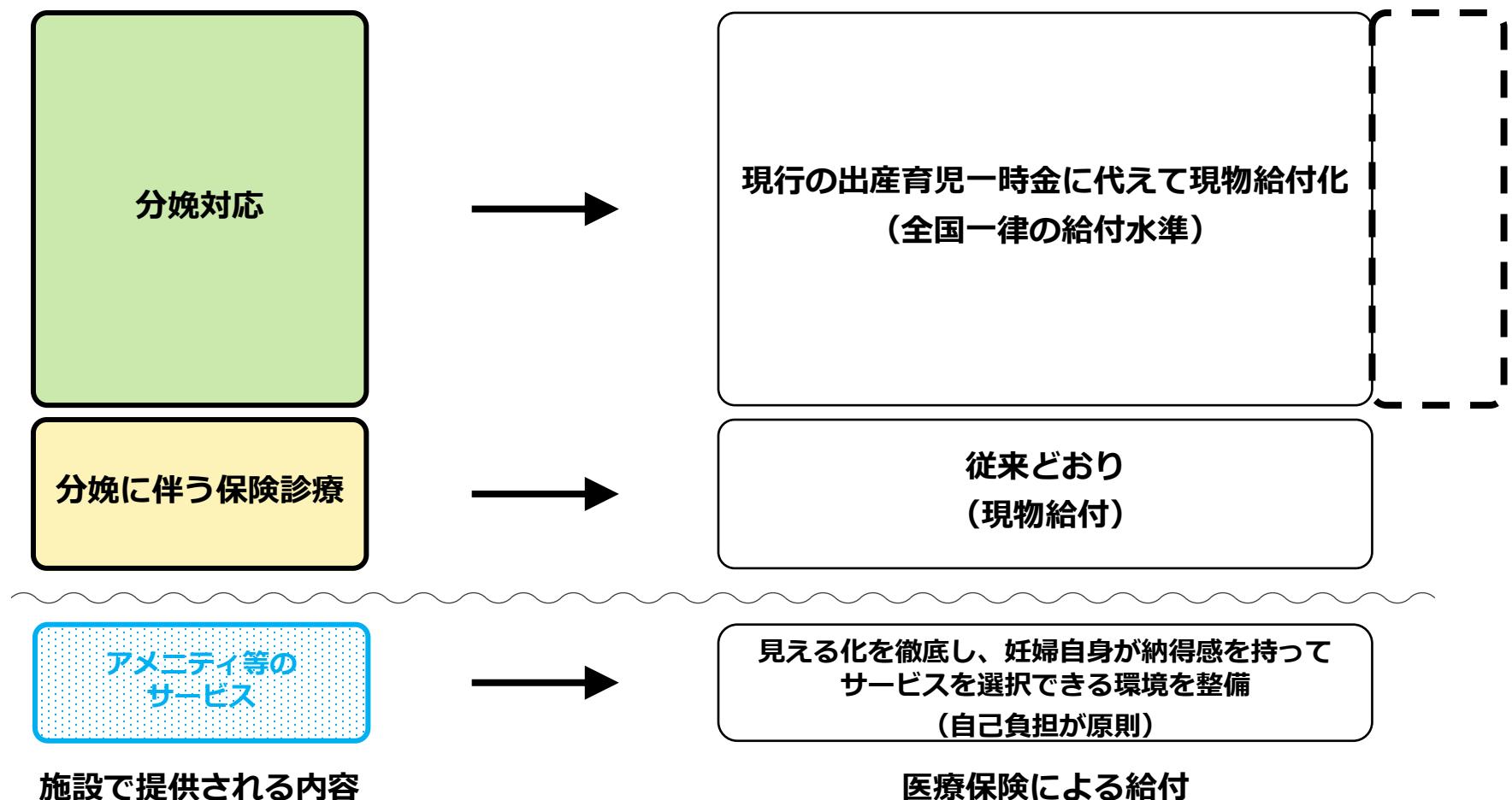
出産に付随する「サービス」の内容や費用についての妊婦の予見可能性を更に高め、妊婦自身が納得してサービスを選択できる環境を整備するため、どのような方策が考えられるか。

(主な御意見)

- 施設が提供するサービスやアメニティは、妊婦の出産の体験をよりよいものにしたい、思い出に残るものにしたいという配慮に基づくものであると理解しており、望んでいる妊婦の方もいると思われるが、全ての妊婦が経済的な負担を心配することなく出産できる環境整備という観点では、最低でも各施設での提供サービスを事前に網羅的に知ることができ、その情報に基づいて施設を選べ、さらには、費用負担を減らしたい方については、そのサービスを選択しないことができるよう配慮が必要。
- 妊婦がニーズに応じた出産施設を選択できる環境整備に向けて、提供内容や費用の透明化を進め、見える化することが求められる。
- 出産にかかる費用・サービスの見える化をより一層進めるためには、分娩取扱施設に対して、ケア・サービスの内容や費用のデータ提供・公開を義務付けるべき。法律上の位置付けを明確にすることも含めて検討すべき。
- 「出産なび」はほぼ100%の医療機関が協力をしているという実態があり、この内容をしっかりと充実させていくことが現実的。
- 「出産なび」には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ず、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ため、「出産なび」の掲載内容を充実することはもとより、医療機関から保険者や患者へ分娩費用を含む提供内容と費用内訳が分かる明細書の無料発行を義務付けるべき。

御議論いただきたい点（1）

- 前回、出産に対する給付体系の見直しについて様々な御議論をいただいた中で、
 - ・ 地域の周産期医療提供体制、特に一次施設が守られるような制度設計とすべき
 - ・ 現行の出産育児一時金に代えて現物給付化するべき
 - ・ アメニティ等のサービス費用は無償化の対象から除外すべき
 - ・ 給付水準は全国一律とし、データに基づき検証・見直しを行う仕組みとすべき
 - ・ アメニティ等の費用について見える化を義務付け、妊婦自身が納得感を持ってサービスを選択できる環境を確保すべきという点については、多くの委員から同旨の意見があり、方向性としては概ね一致しているのではないか（下図イメージ）。



御議論いただきたい点（2）

○ その上で、本日は以下の点について御議論いただきたい。

① 「標準的なケース」の対象範囲については、妊婦・胎児の状況や分娩の経過によって臨床現場で必要となる対応は様々に異なり、1つ1つ価格を設定していくことは現実的ではない、標準的なケースを定めることは困難との意見があった。

こうした意見を踏まえ、ある特定のケースを念頭に「標準」を考えるのではなく、分娩の経過は多様であることを踏まえ、基本単価を設定して支給することとしてはどうか。

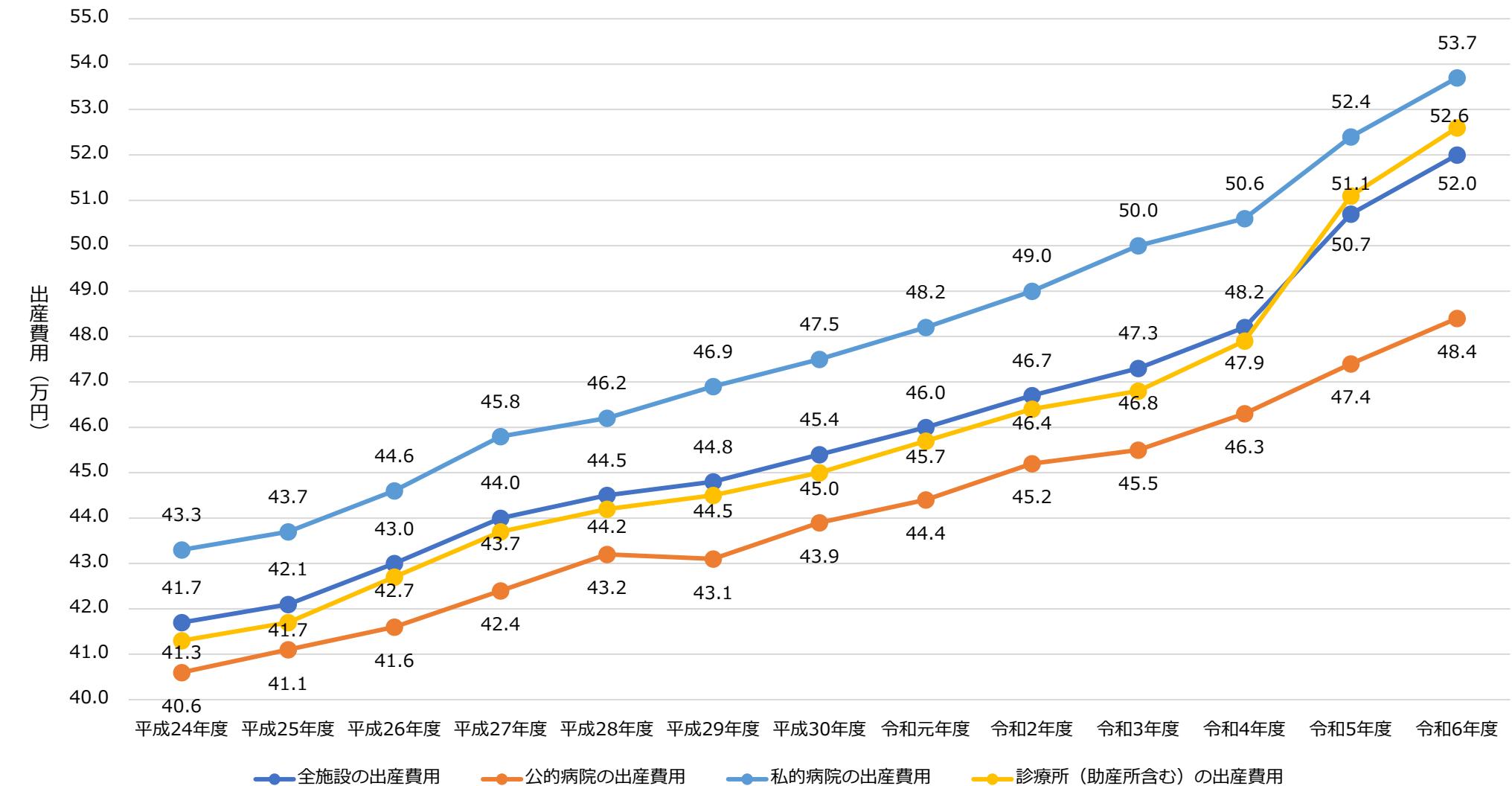
② 前回の議論では、安全な分娩のために手厚い人員体制や設備で対応している施設や、ハイリスク妊婦を積極的に受け入れる体制を整備している施設を評価すべきとの意見があったが、この点についてどのように考えるか。

③ 現行の出産育児一時金が出産に伴う一時的な経済的負担全体の軽減を目的としていること、また、現在、出産費用が50万円を下回る場合には差額を妊婦が受け取っているという意見があったことを踏まえ、どのような方策が考えられるか。

④ 新制度の施行時期について、現場の周知・理解を得つつ円滑に移行するためにも相応の準備期間が必要、それぞれの地域の事情を考慮すべきといった意見があった一方、出産費用は妊婦にとって大きな経済的負担であり、これに対する支援を速やかに行う必要があるとの意見もあった。

このように、現場の関係者・妊産婦の当事者の双方のニーズを勘案し、例えば、妊婦が希望に応じて施設を選択できるようにした上で、可能な施設から新制度に移行していくといった方策を講じることについて、どう考えるか。

正常分娩の平均出産費用の年次推移



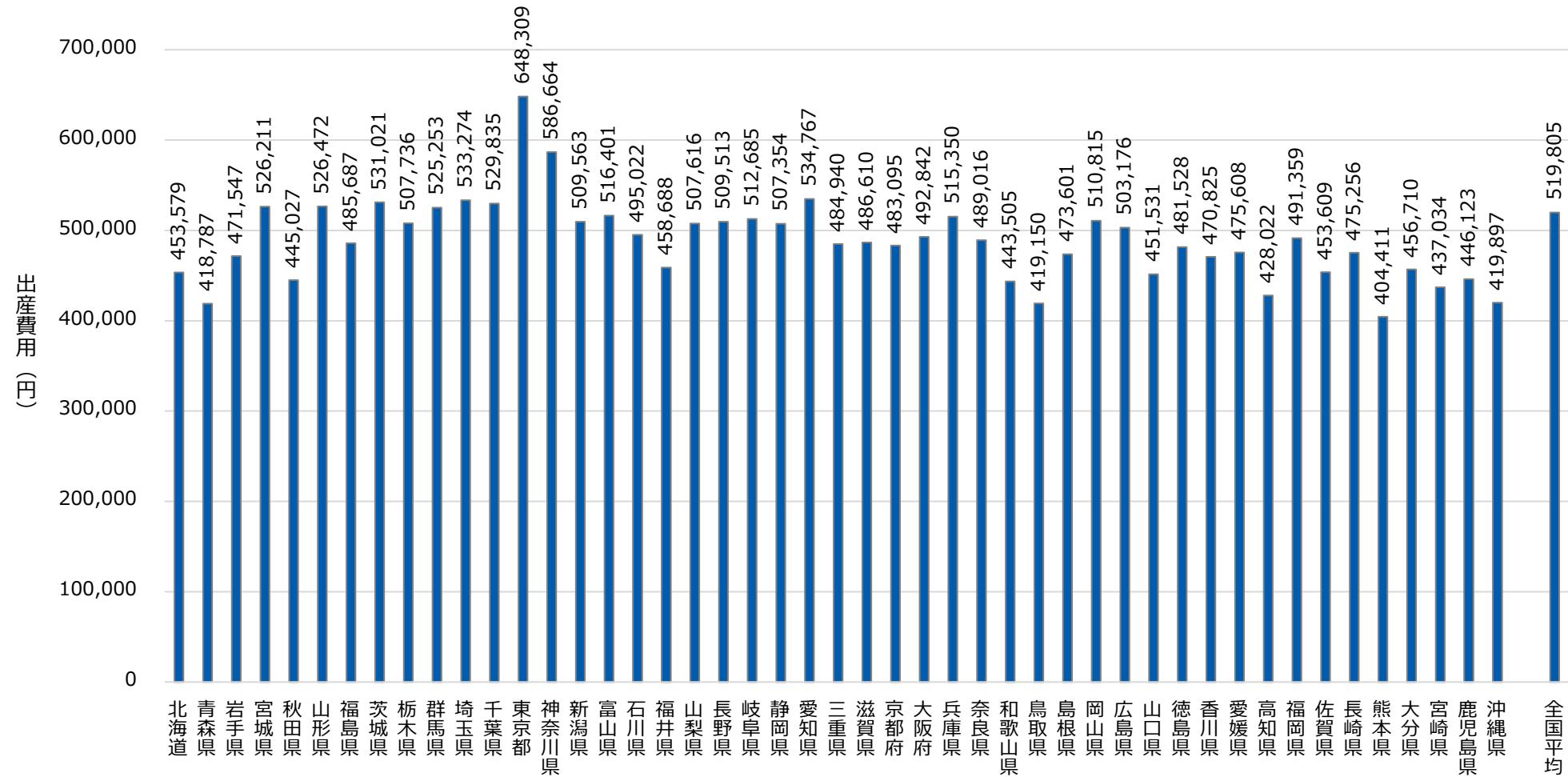
※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※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。



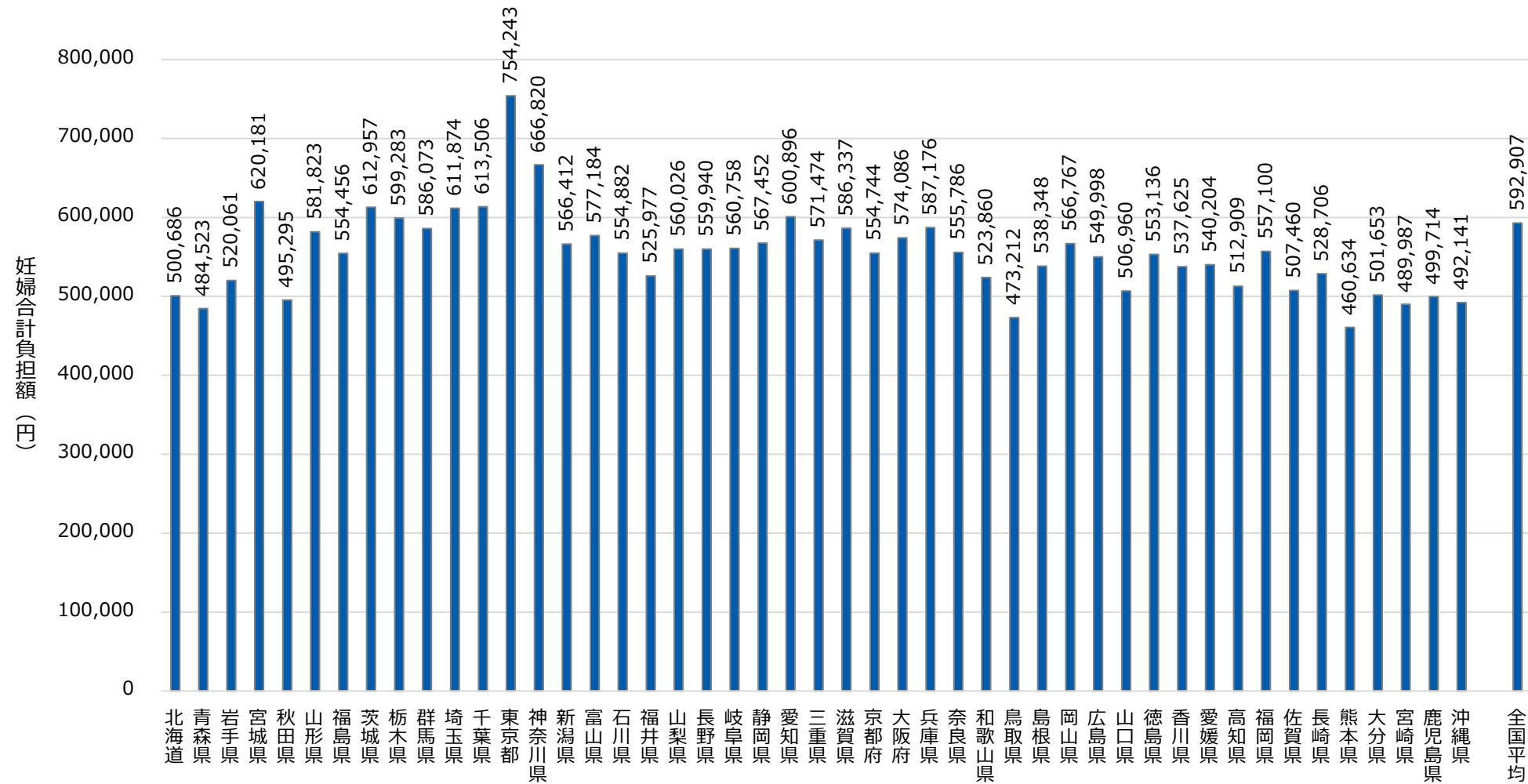
※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※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。

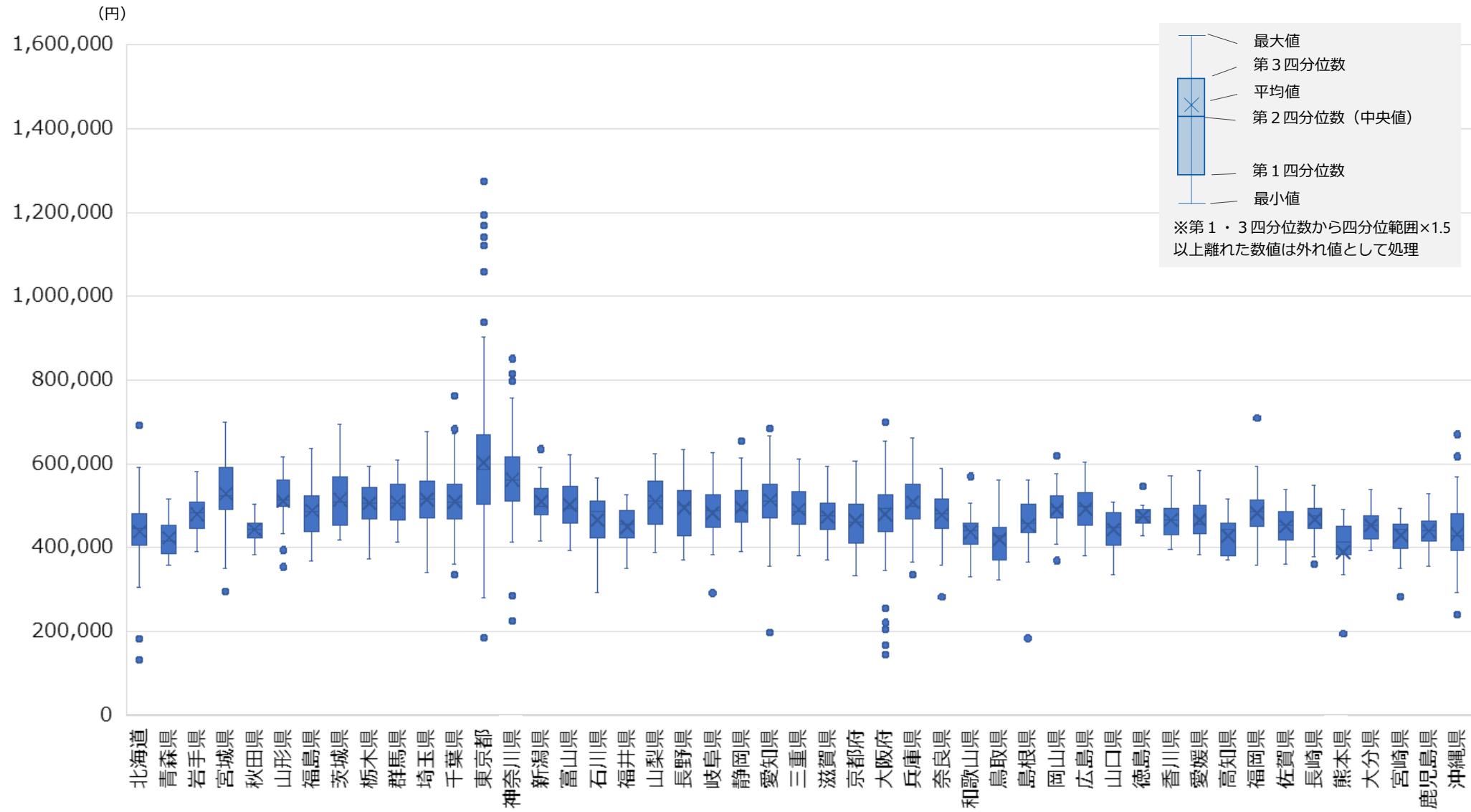


※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※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

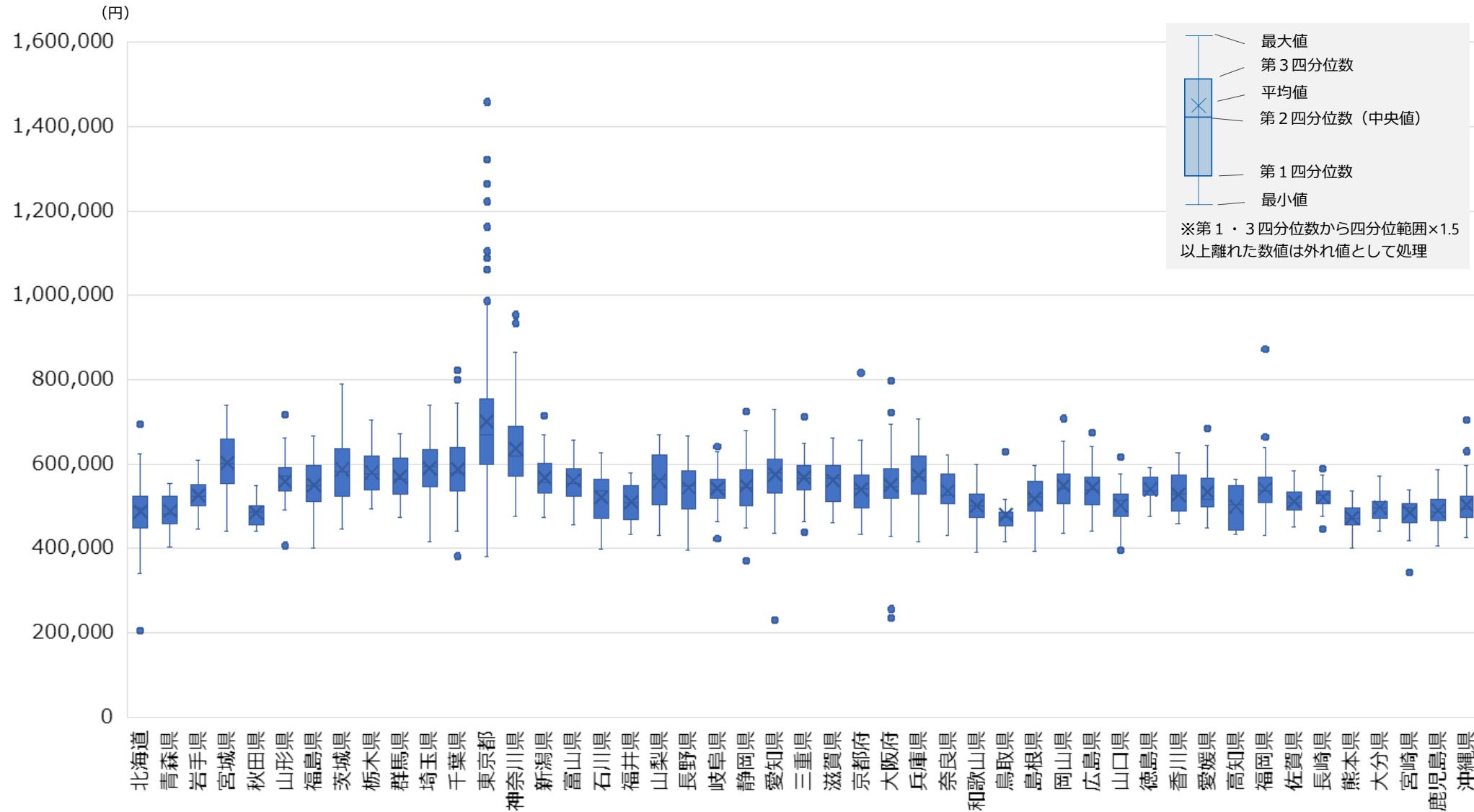
正常分娩の施設別の平均出産費用（令和6年度）



※ 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。

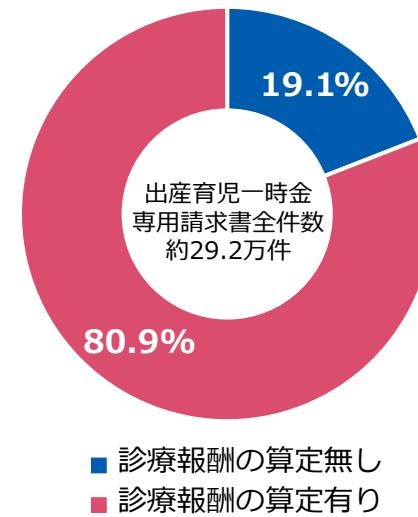
分娩に係る療養の給付の推計

- ・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）

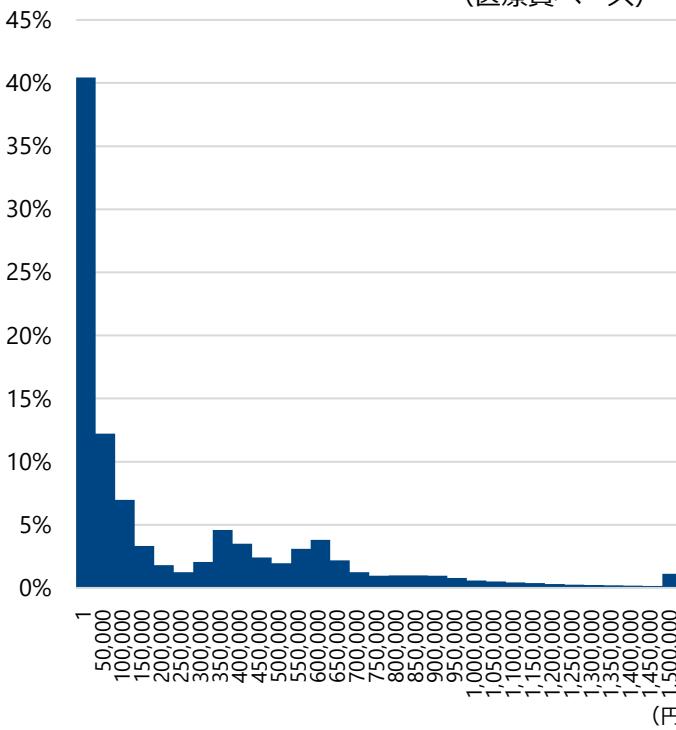
項目	協会けんぽ		全国規模換算	
	件数	療養の給付額	件数	療養の給付額
合計	合計 (件)	合計 [万円]	合計 (件)	合計 [万円]
診療報酬の算定無し	55,685 (19.1%)	0	130,009	0
診療報酬の算定有り	236,286 (80.9%)	6,197,240	548,138	14,319,660
正常分娩*	98,032	443,335	228,945	1,035,369
異常分娩*	138,254	5,753,906	319,193	13,284,291

【診療報酬の算定割合（協会）】



疗養の給付額（全保険者換算）
14,319,660 [万円]

【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。

分娩を目的とした入院時の診療報酬算定の一例

※算定額は医療費ベースであり、妊婦の一部負担金の額は、3割等の一部負担割合に所得区分に応じた高額療養費制度が適用される。

診療報酬算定額 (医療費ベース)	5万円未満	5万～15万円未満	15万～50万円未満	50万円以上
全体に占める割合	40.4%	19.2%	18.9%	21.4%
	約1.5万円	約6.9万円	約33.8万円	約150万円
	子宮頸管拡張と 点滴による陣痛誘発を行った後に <u>経腔分娩</u> で出産した	点滴による陣痛促進を行った後に <u>吸引分娩</u> で出産し、 鎮痛剤等の処方を受けた	<u>選択帝王切開</u> で出産し、 鎮痛剤等の処方を受けた	<u>緊急帝王切開</u> で出産し、 輸血を受けた
	約1.8万円	約13.0万円	約48.0万円	約300万円
算定額と ケースの一例	点滴による陣痛誘発と 会陰切開を行った後に <u>経腔分娩</u> で出産し、 創部の縫合術を受けた	子宮頸管拡張と 点滴による陣痛誘発を行った後に <u>吸引分娩</u> で出産し、 創部の縫合術と 鎮痛剤等の処方を受けた	<u>緊急帝王切開</u> で出産し、 血栓予防や高血圧の 治療を受けた	<u>経腔分娩</u> で出産した後に 子宮を摘出し、 集中治療室で 輸血や救命処置等を受けた
	約5.0万円			
	会陰切開を行った後に <u>吸引分娩</u> で出産し、 創部の縫合術と 鎮痛剤等の処方を受けた			

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）

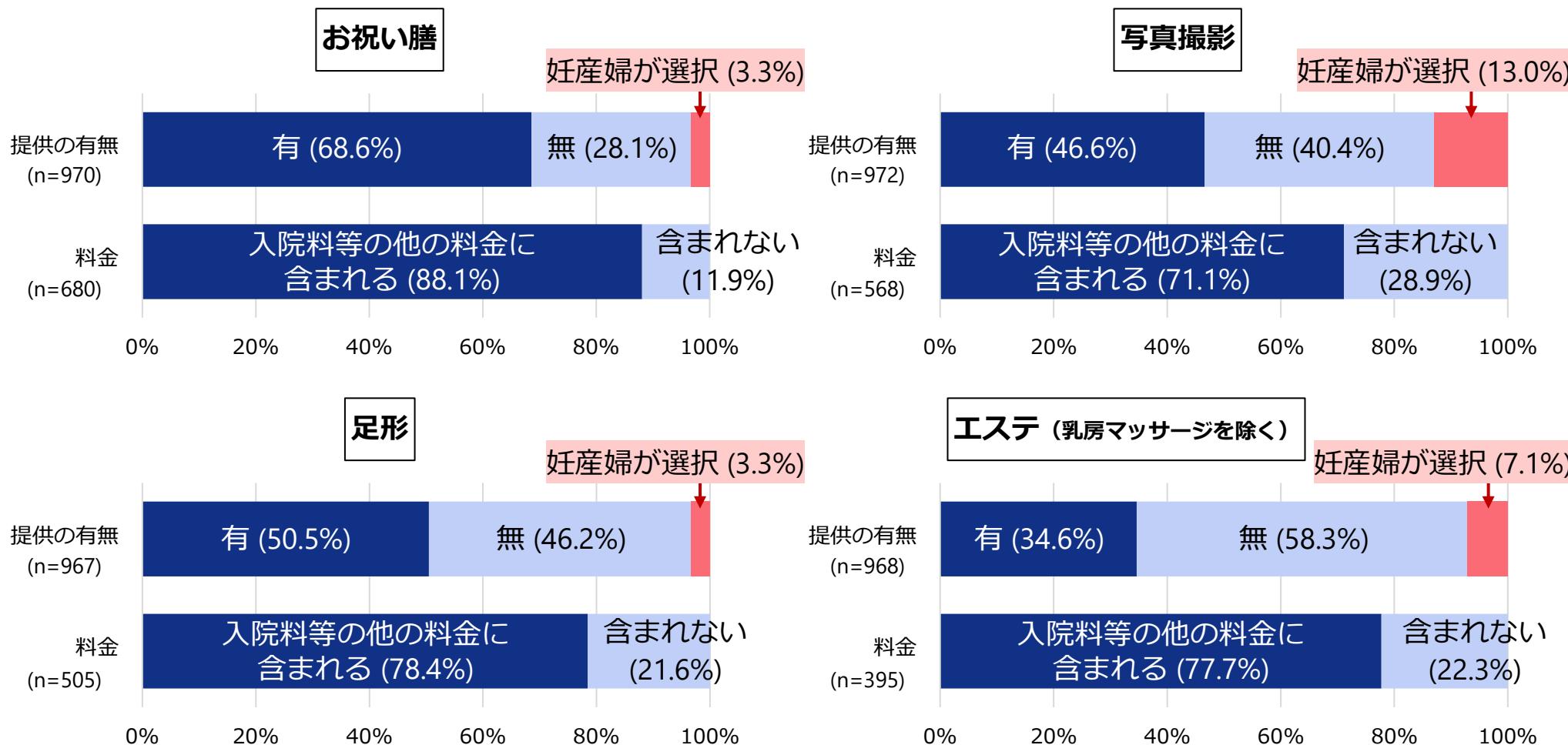
※ 協会けんぽから提供された令和6年度の出産育児一時金等の直接支払制度の専用請求書データと電子レセプトデータを突合し、出産年月の当月および前後1ヶ月分（3ヶ月分）の入院（医科・DPC）レセプトを抽出したものから作成。

※ 算定額50万円未満は1,000円未満、50万円以上は10万円未満の端数処理を行っている。

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。

「出産なび」の主な掲載項目（施設情報ページ）

あなたにあった出産施設を探せるサイト

「出産なび」



- ・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
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"> ・経産分娩件数 ・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(経産分娩の場合) <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>アメニティ等の サービス に関する項目</p> <p>-</p>	<p>等</p>
		<p>総費用</p>



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

(高齢者医療における負担の在り方について)

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. これまでの議論等

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10月23日開催）における主なご意見

（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。）

（高齢者の負担の在り方について）

- 高齢者1人当たりの医療費水準は5歳若返っており、健康状態も改善傾向にあるのではないか。後期高齢者の所得額や就業率なども踏まえると、高齢者の年齢区分や負担割合の見直しを含めた構造的な見直しを図る時期に来ていると考えられる。
- 年齢階級別の1人当たり医療費は年代に応じて増えていく一方で、1人当たり自己負担額はパラレルになっていない。特に69歳から70歳で大きく下がることについては議論の余地が大きいのではないか。
- 所得のばらつきの問題があり、住民税非課税世帯など所得の低い層を精緻に分析する必要。低所得の方の負担を含め、全体としてバランスが取れた負担を考えていく必要がある。
- 給与所得以外の金融所得や金融資産等の状況も踏まえた検討が必要。
- 高齢者は収入を増やす可能性が少なく、大病等のリスクもあるため、年齢という考慮を全く外すことは反対。
- 年齢にかかわらず能力に応じて負担するという視点は理解するが、高齢者の収入構造の特性や多くの疾患を抱えがちな傾向であるといった身体的特徴、高額療養費の議論も踏まえて丁寧に議論してほしい。
- 医療保険がリスクへの備えではなく医療サービスへの補助金という形になってしまっている。現役世代よりも高齢者に対して特段に受診を促す制度設計は問題。

（「現役並み所得」の判断基準について）

- 後期高齢者の現役並み所得者の給付費には公費が入っておらず、現状のまま現役並み所得者を増やすと現役世代の負担増につながるといういびつな負担構造になっている。この負担構造について、資料として示していただきたい。
- 現役並み所得については、そもそも「現役並み」とは何か考えてほしい。
- 現在の「現役並み所得」の基準は高い水準になっているが、現役世代は養育費など色々な費用がかかっており、扶養しなければならない子どもの数等の違いを考えると、この水準を低く考えていいのではないか。
- 高齢者の方の受診行動や所得状況などきめ細かく分析をして議論を進めていくことが必要ではないか。

（その他）

- 制度の変更を伴う際には十分な周知期間、丁寧な説明をお願いしたい。
- 高齢者の健康作りについて、個人のモチベーションを高め、国民の意識改革、行動変容を導くような仕組みづくりについても御検討を願いたい。

医療保険部会（2025年11月13日開催）における主なご意見 (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。)

(「現役並み所得」の判断基準について)

- 高齢者の就業率の上昇や所得の増加等を踏まえれば、対象範囲を拡大することに賛成。一方で、現行の判断基準は、課税所得や総収入、個人、世帯など分かりづらいのでシンプルにすべき。
- 現役並み所得の後期高齢者の給付費について、公費負担や支援金の在り方について見直すべき。
- 従来からの時点更新のみではなく、基準設定の見直しなど制度の見直しを必要とする時期と考える。
- 介護保険にも現役並み所得の概念はあるが、それぞれの制度目的を踏まえた考え方の議論が必要。
- 家族構成の変化など、様々な状況も考慮の上で検討していくことが必要。
- 受診や服薬を控えてしまうことのないよう、十分配慮した丁寧な議論が必要。

(高齢者の負担の在り方について)

- 高齢者の医療費負担について、高齢者の受診状況や所得・資産の状況などの各種の指標の状況からも、見直す方向で検討することに賛成。特に70～74歳は、他の年齢層に比べて受益に応じた負担が相対的に軽くなっているが、公平性という観点からも見直しが必要ではないか。
- 高齢者医療における負担の在り方については、年齢で区切らない制度への抜本改革とセットで議論することが必要ではないか。
- 現役世代の保険料負担が納得感のあるものとなるよう、高額療養費制度の検討と合わせて議論を進めて欲しい。
- 過度な負担や急激な変化が生じないよう、十分な配慮を行うことが必要。
- 年齢に関係なく、所得や健康状態等を考慮して自己負担の在り方を考えていくことが大事。
- 特に低所得者層への影響には最大限の配慮が不可欠。

(その他)

- 介護保険においても利用者負担の在り方に関する議論が行われているので、情報提供いただきたい。
- 後期高齢者医療制度ができて一定の期間が経過したため、制度を検証する必要があるのではないか。
- 各種見直しが重なり、二重三重の負担増になる可能性があることに十分に留意が必要。
- 慎重に丁寧に国民の理解を得るための説明、周知が必要。

2. 高齢者の受診の状況、所得の状況等

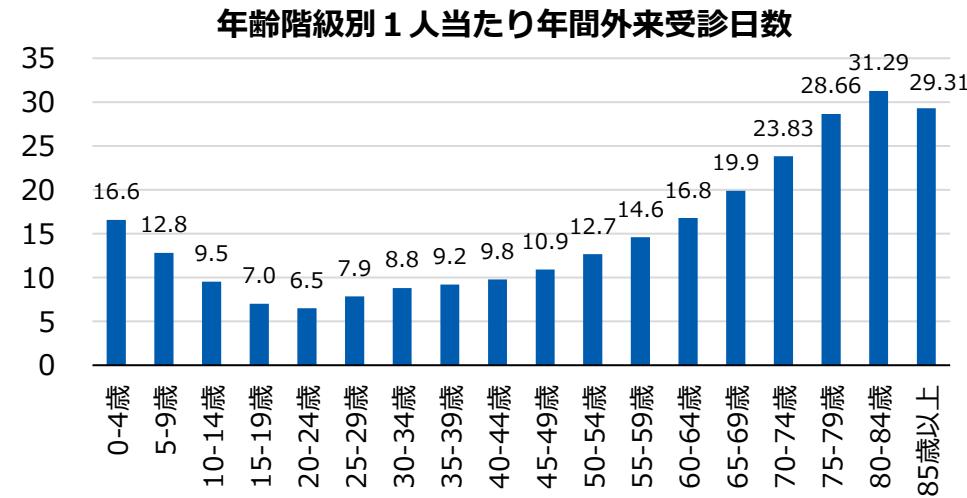
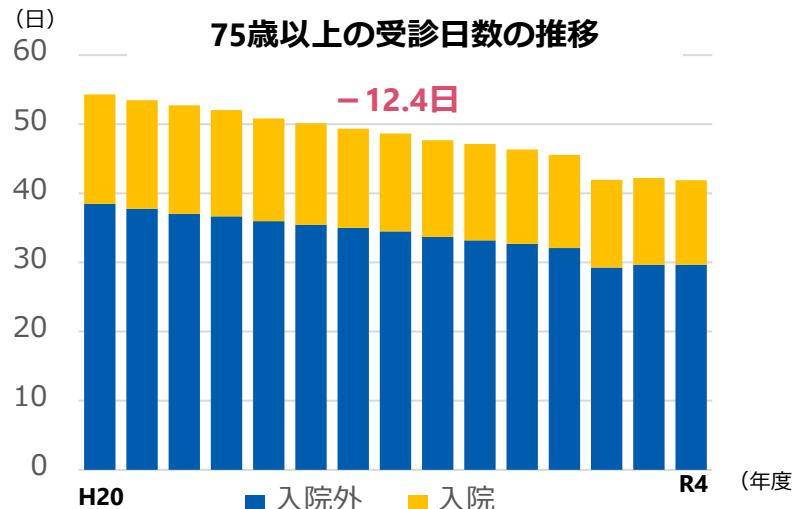
ひと、くらし、みらいのために



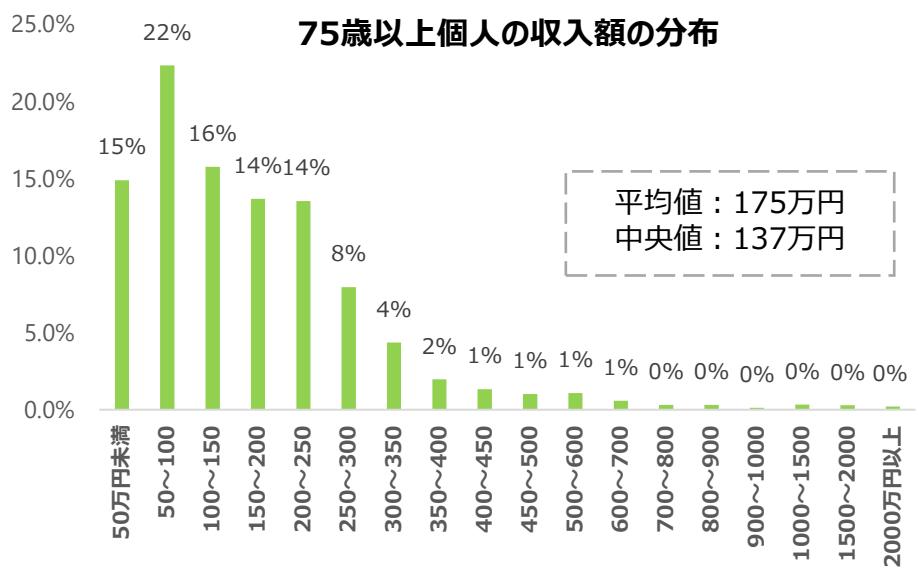
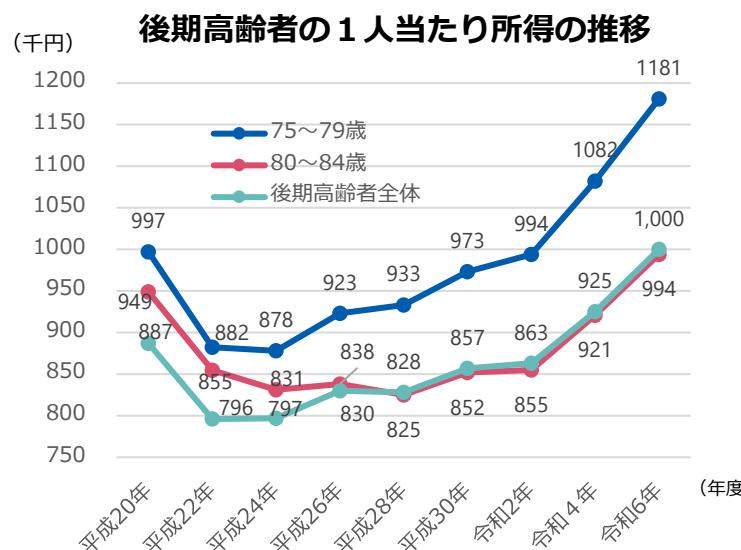
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

高齢者の受診・所得の状況

- ✓ 高齢者の受診日数は減少しているが、外来受診日数は現役世代に比べると多い。

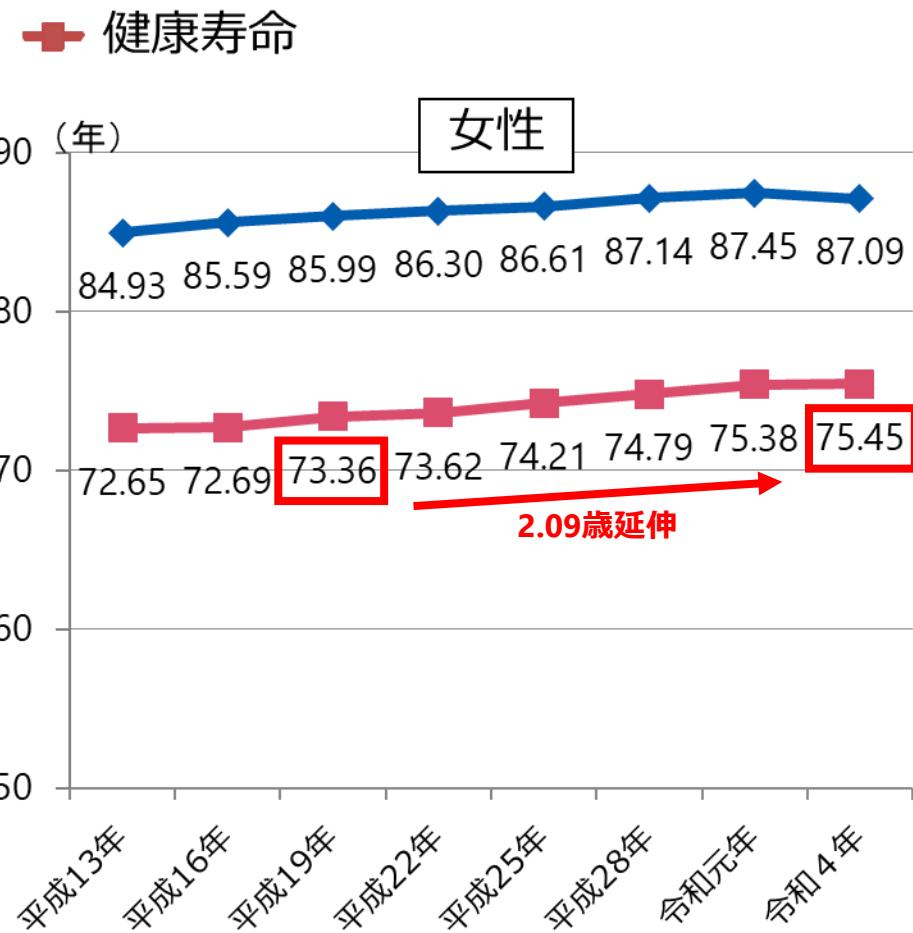
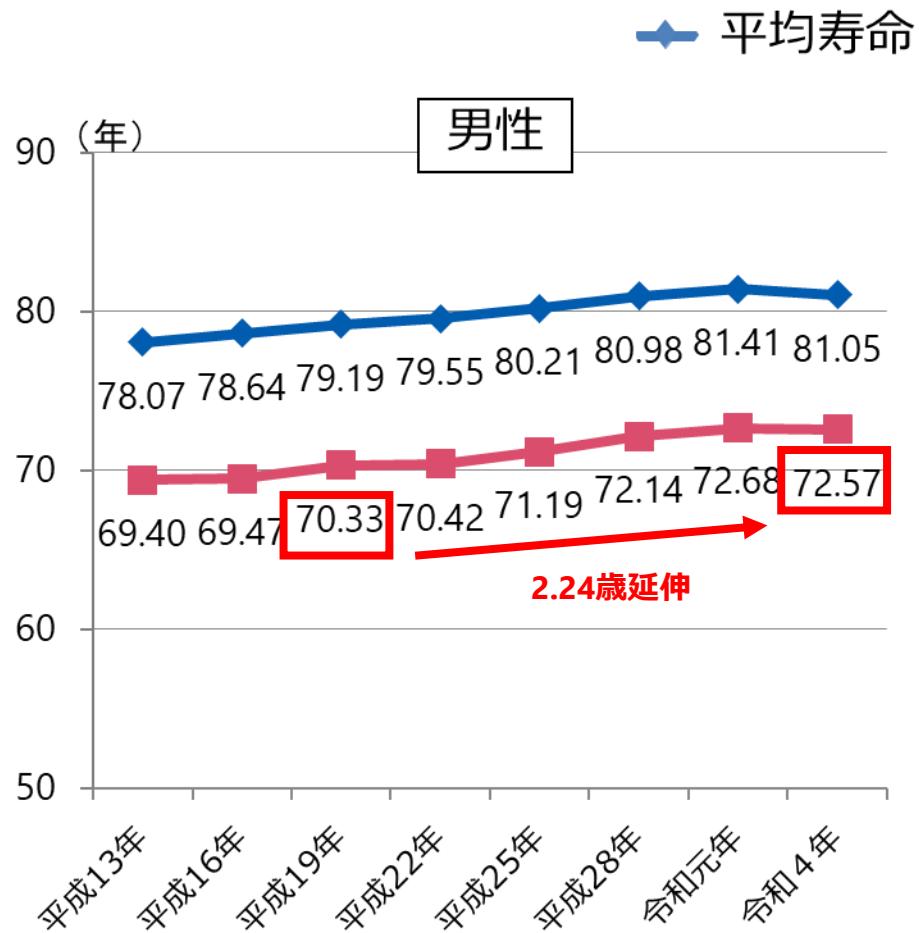


- ✓ 高齢者の所得は増加傾向にあるが、バラツキは大きい。



平均寿命と健康寿命※の推移

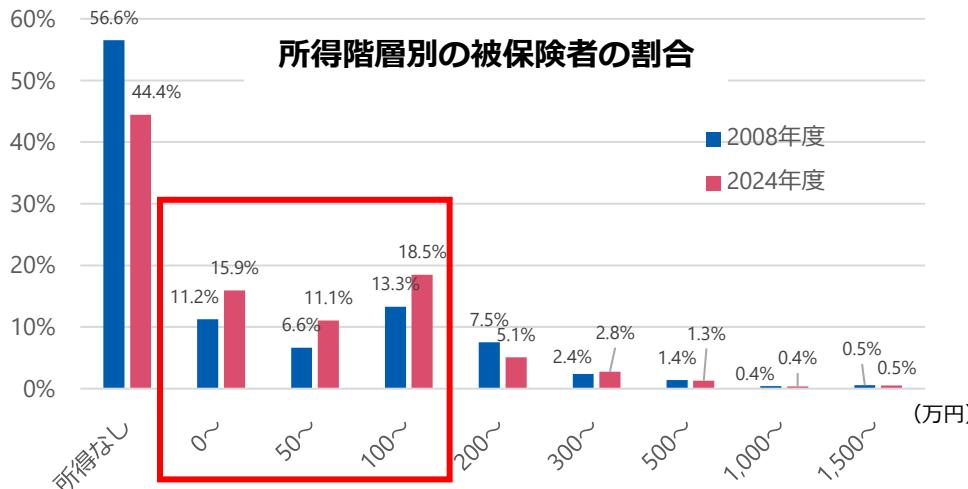
※日常生活に制限がない期間の平均



【資料】平均寿命：平成13・16・19・25・28・令和元・4年は、厚生労働省「簡易生命表」、平成22年は「完全生命表」
健康寿命：厚生労働科学研究所において算出

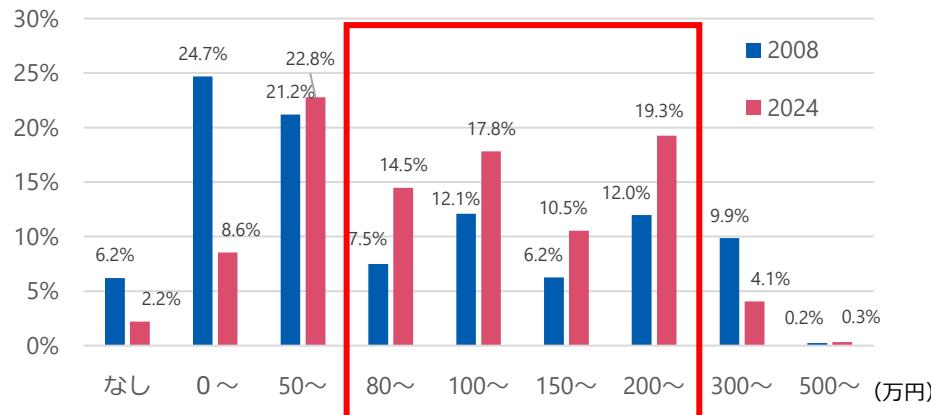
後期高齢者の所得等の状況（2008年度と2024年度の比較）

- 所得なしが減少し、所得200万円未満までの層が増加。また、年金収入80万円以上300万円未満の層が増加。
- 主な所得種類別の被保険者の割合をみると、「所得なし」が減少し、「給与所得」や「雑所得（年金等）」が増加。



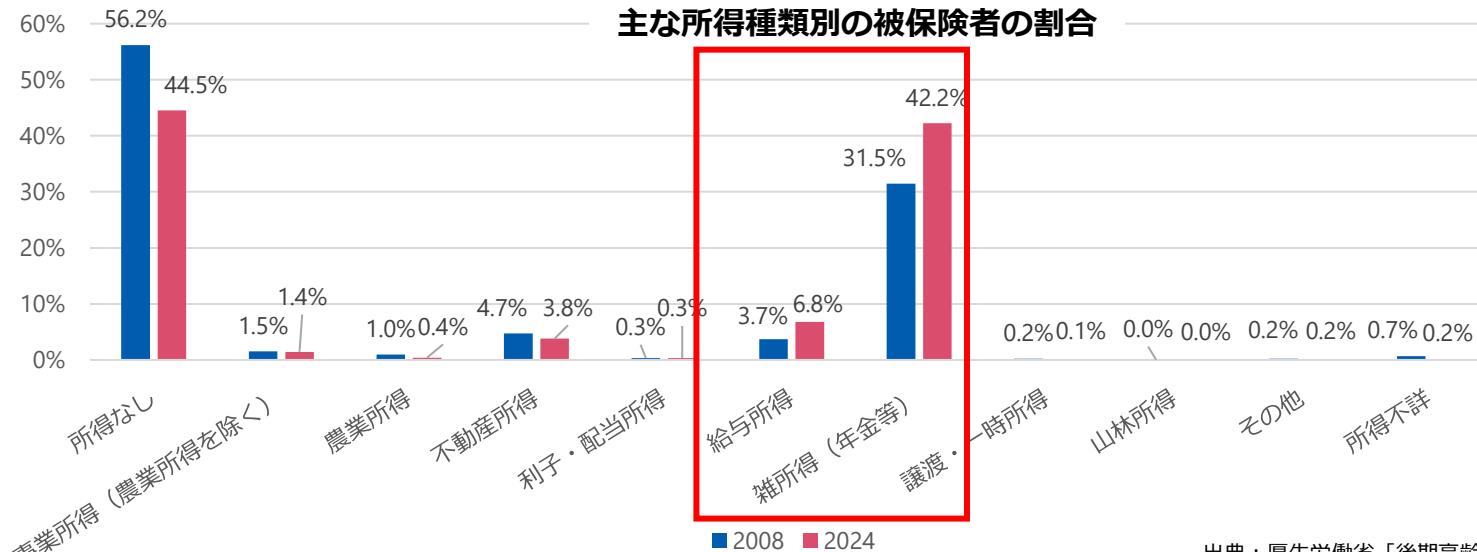
※「所得なし」は、必ずしも収入が無いことではなく、収入から公的年金等控除等を差し引く等して得られた所得（基礎控除前所得）が無い被保険者をいう。

年金収入階級別の被保険者の割合



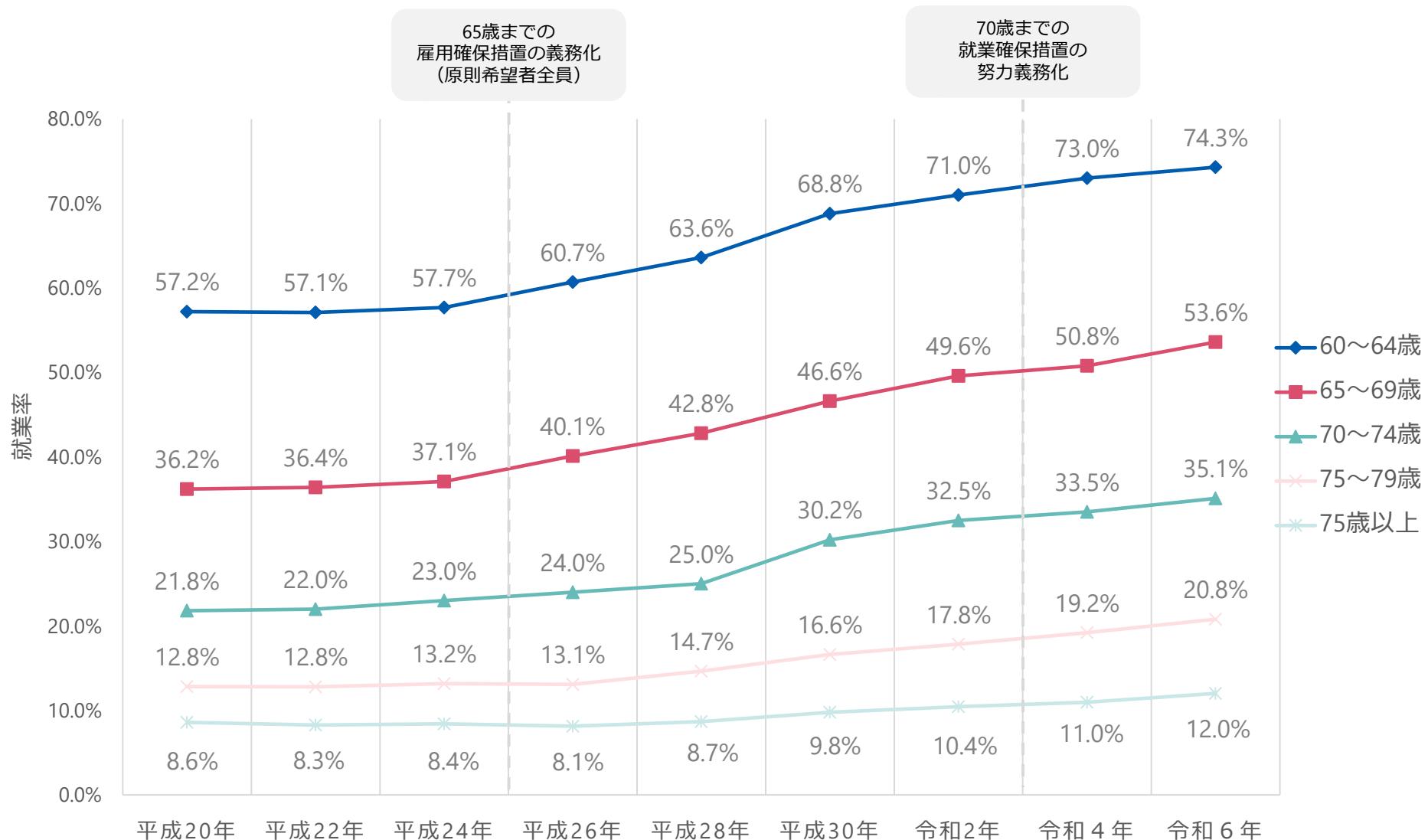
※年金収入には、課税対象とならない障害年金及び遺族年金が含まれていないことから、「なし」は、必ずしも年金収入が無いことではない。

主な所得種類別の被保険者の割合



出典：厚生労働省「後期高齢者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）



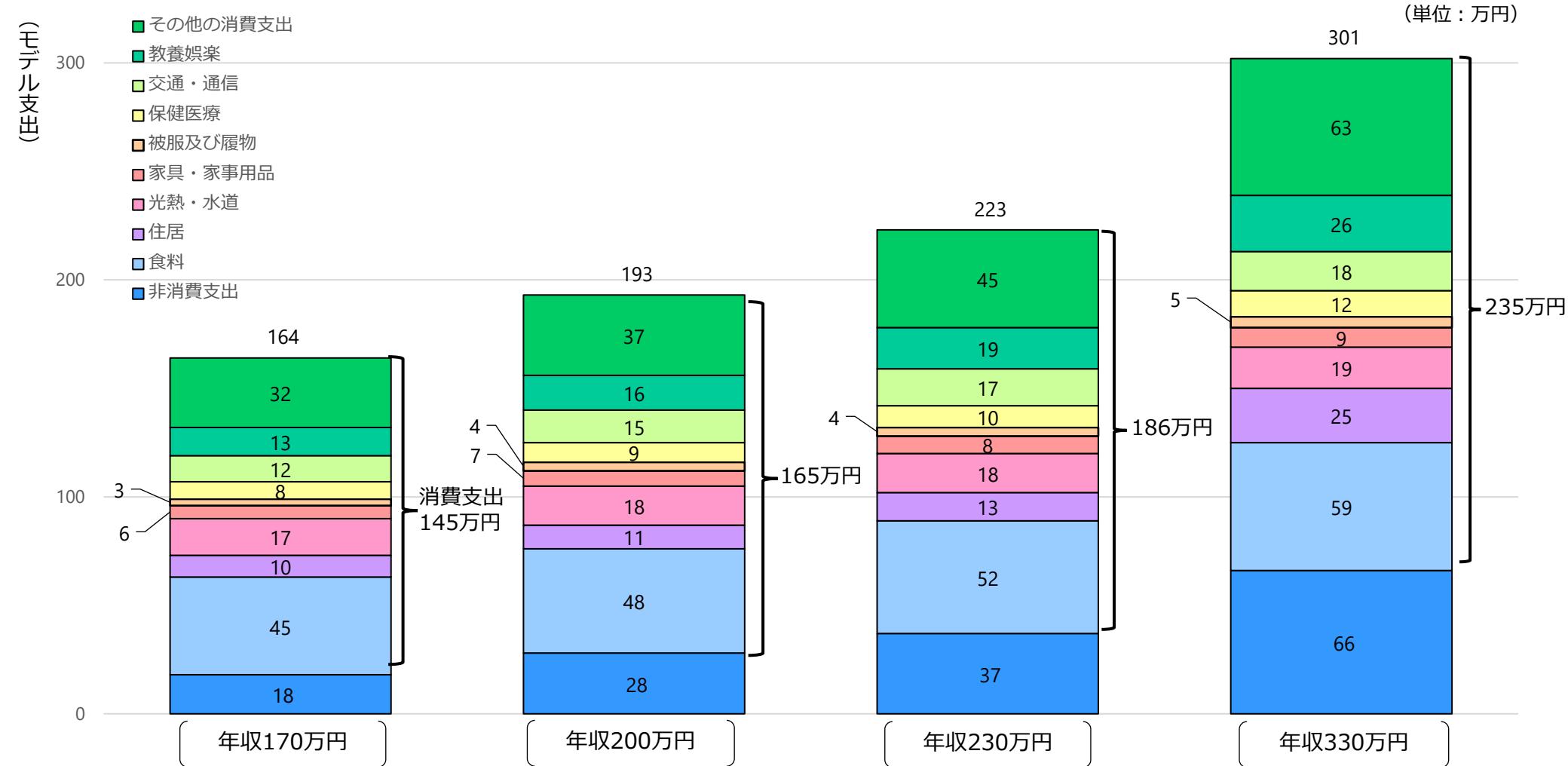
出典：総務省統計局「労働力調査」

(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。

75歳以上の単身世帯の収入と支出の状況（年収別モデル・令和5年）

75歳以上の単身世帯について、年収階級ごとに、現行制度を基に非消費支出（税・社会保険料）を推計するとともに、一定の仮定に基づき、平均的な消費支出を推計し、収入と支出の状況をごく粗くみたもの。



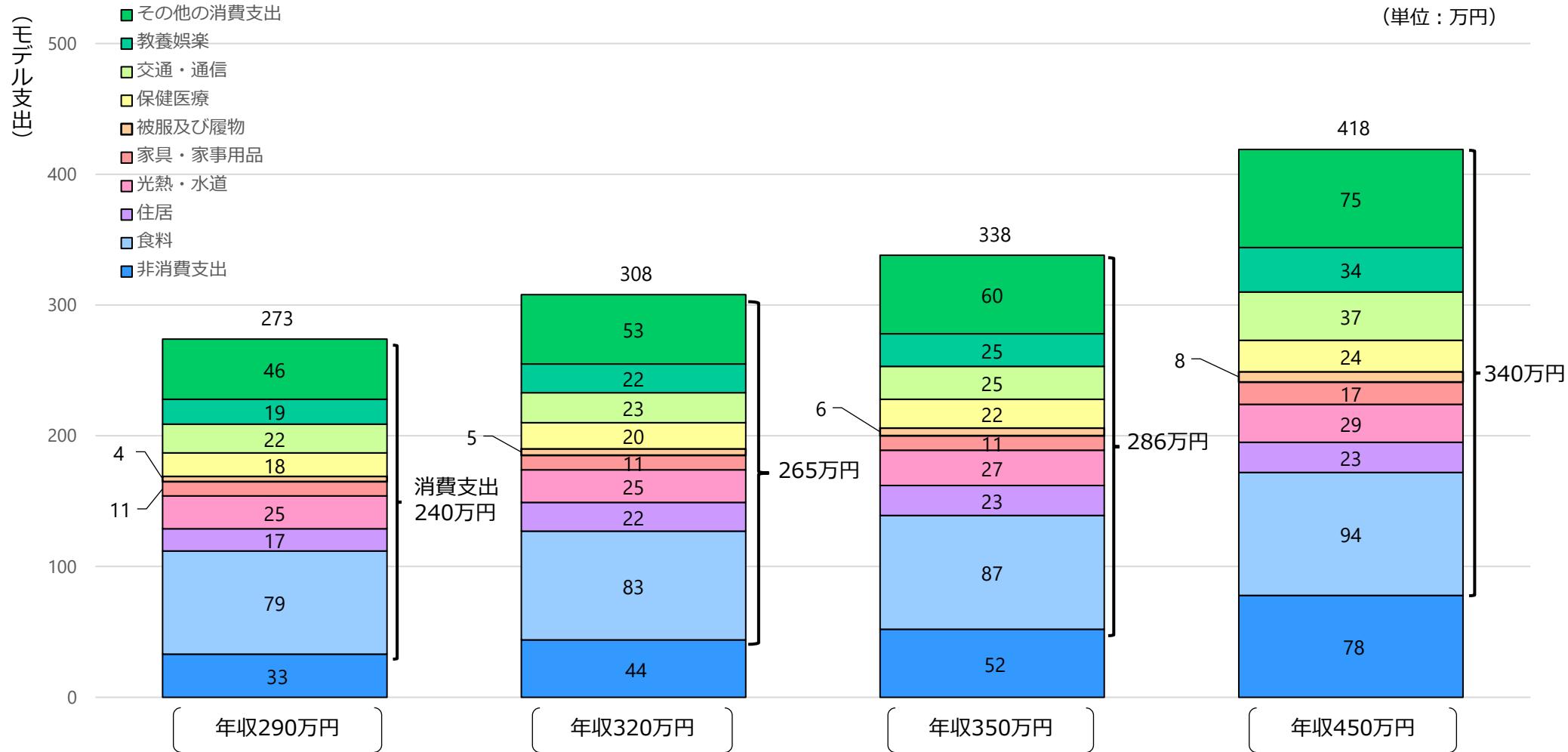
※1 「非消費支出」は、各年収を基に現行の税率や社会保険料率を用いて計算した住民税・所得税及び社会保険料額と家計調査上の「他の税」×12ヶ月分の合計額。なお、「他の税」は固定資産税などを含む支出項目であるが、最小項目であるためその内訳を細分化することができない。

※2 消費支出は、家計調査（令和5年）の75歳以上単身・無職世帯により厚生労働省保険局で作成。それらの年収水準から±50万円以内にあるサンプルの平均値を取っている。

それぞれのサンプル数は330万円±50万円は14世帯、230±50万円は89世帯、200±50万円は117世帯、170±50万円は122世帯。

75歳以上の夫婦 2人世帯の収入と支出の状況（年収別モデル・令和5年）

75歳以上の夫婦 2人世帯について、年収階級ごとに、現行制度を基に非消費支出（税・社会保険料）を推計するとともに、一定の仮定に基づき、平均的な消費支出を推計し、収入と支出の状況をごく粗くみたもの。



※1 「非消費支出」は、各年収を基に現行の税率や社会保険料率を用いて計算した住民税・所得税及び社会保険料額と家計調査上の「他の税」×12ヶ月分の合計額。なお、「他の税」は固定資産税などを含む支出項目であるが、最小項目であるためその内訳を細分化することができない。

※2 消費支出は、家計調査（令和5年）の75歳以上夫婦・無職世帯により厚生労働省保険局で作成。それぞれの年収水準から±50万円以内にあるサンプルの平均値を取っている。

それぞれのサンプル数は450±50万円は82世帯、350±50万円は245世帯、320±50万円は281世帯、290±50万円は274世帯。

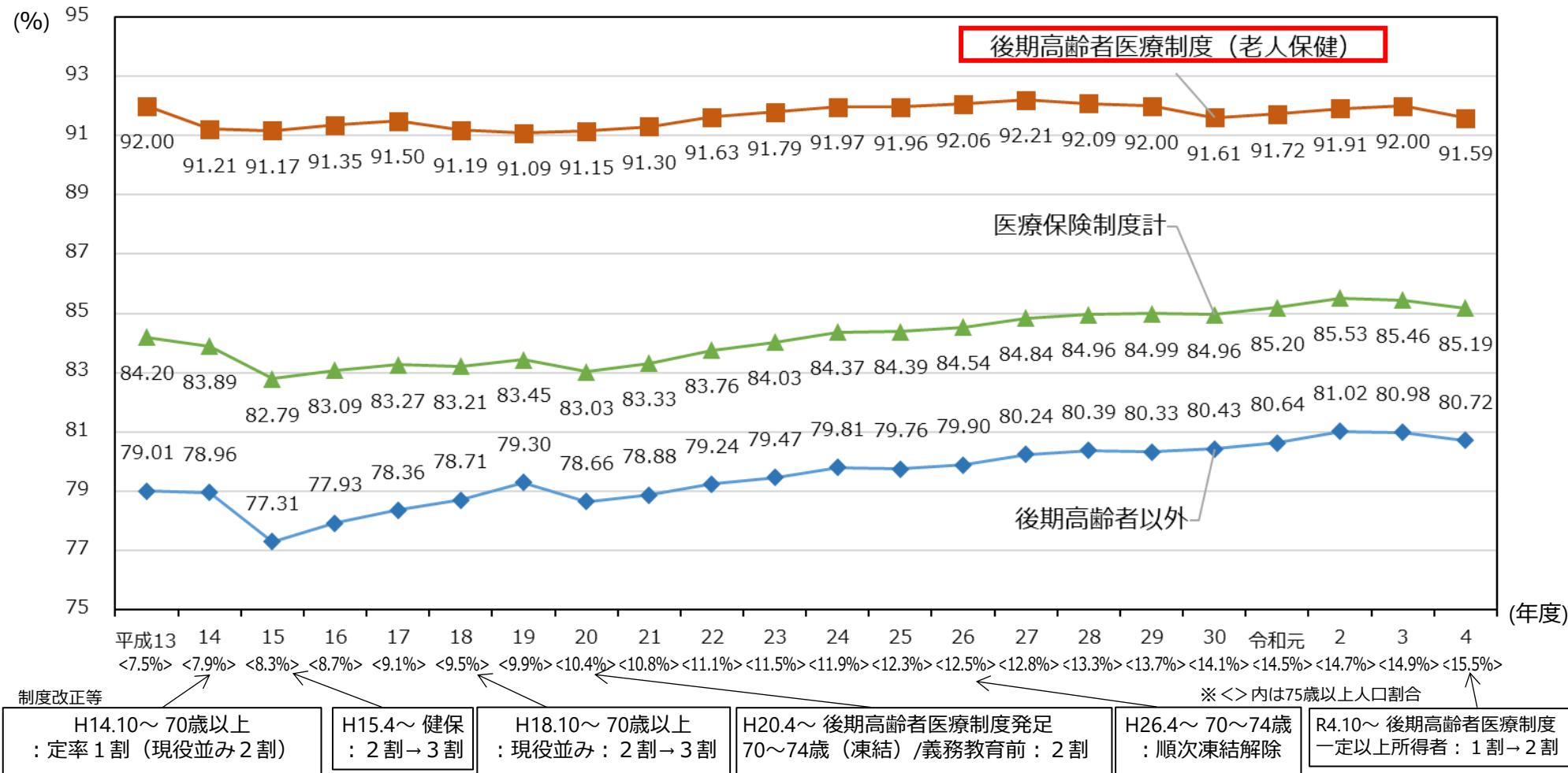
3. 高齢者の給付と負担の状況、窓口負担割合のこれまでの経緯等

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

実効給付率の推移等



(注1) 予算措置による70歳～74歳の患者負担補填分を含んでいない。

(注2) 特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾患治療研究事業、新型コロナウイルス感染症にかかる公費支援といった公費による医療費の自己負担の軽減は含まれていない。

出典：各制度の事業年報等を基に作成

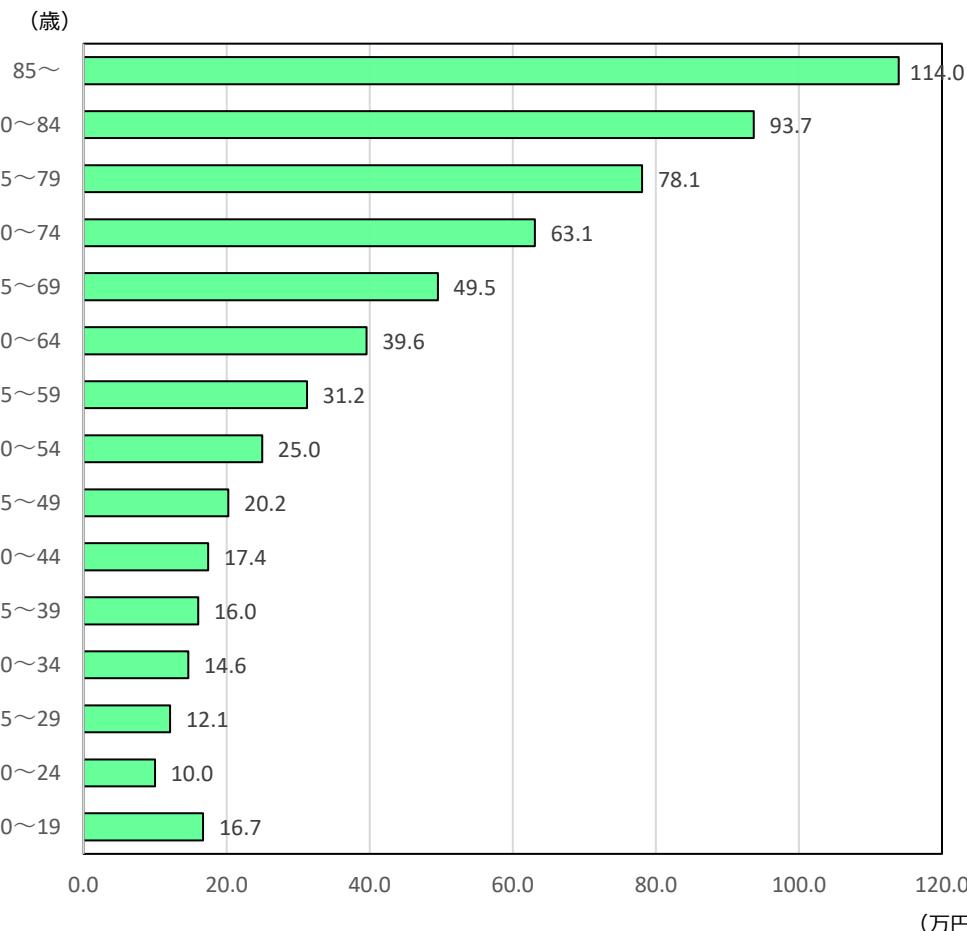
後期高齢者の所得区分別の実効給付率（令和5年度）

- ✓ 現役並み所得者（3割負担）：80.0%
 - ✓ 一定以上所得者（2割負担）：89.0%
 - ✓ 一般・低所得者（1割負担）：93.3%
- ※ 後期高齢者全体：91.7%

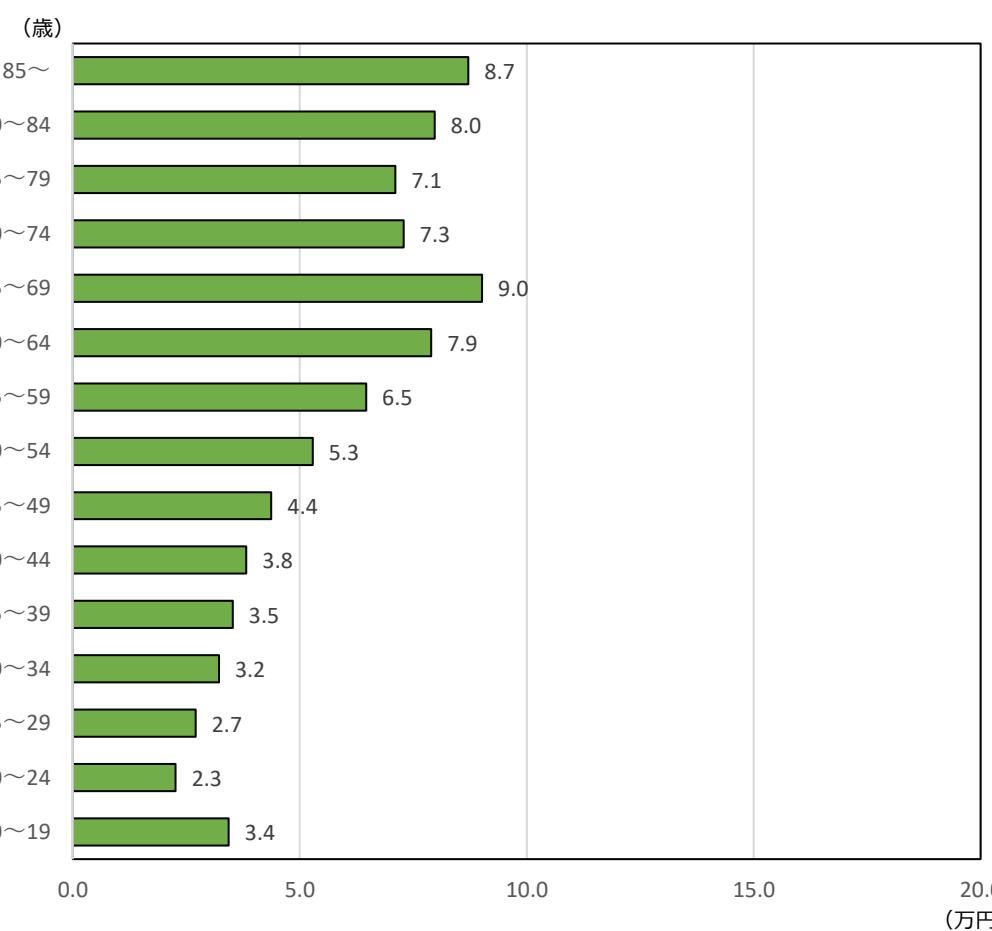
年齢階級別一人当たり医療費と自己負担額（令和5年度）

- 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



70歳以上の所得区分ごとの窓口負担割合・高額療養費、区分ごとの加入者数等

70歳以上は、窓口負担割合が低く設定されており、また、高額療養費制度において外来特例があるなど、70歳未満の者との間で取扱いの違いがある。

所得区分	窓口負担割合		高額療養費制度における自己負担限度額 (月額・世帯ごと)		加入者数・割合
	70~74歳	75歳~	外来特例 (月額・個人 ごと)		
現役並み 単身：年収約383万円～ 複数：年収約520万円～	3割	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：44,400～140,100円>	約100万人 (約11%)
一般Ⅱ 単身：年収約200万円～ 約383万円 複数：年収約320万円～ 約520万円	2割	2割	18,000円 (年14.4万円)	57,600円 <多数回該当：44,400円>	約388万人 (約20%)
		1割			約520万人 (約60%)
一般Ⅰ 単身：年収～約200万円 複数：年収～約320万円	2割	1割	8,000円	24,600円	約601万人 (約31%)
低所得Ⅱ 世帯全員が住民税非課税 (年収約80万円～)	2割	1割	8,000円	24,600円	約190万人 (約22%)
低所得Ⅰ 世帯全員が住民税非課税 (年収～約80万円)	2割	1割	8,000円	15,000円	約70万人 (約8%)
（出典）75歳～の加入者数は「令和5年度後期高齢者医療事業年報」（令和5年度平均）（障害認定の後期高齢者を含む）、70～74歳の加入者数は「医療保険に関する基礎資料」（令和4年度）（障害認定の後期高齢者は含まない）					

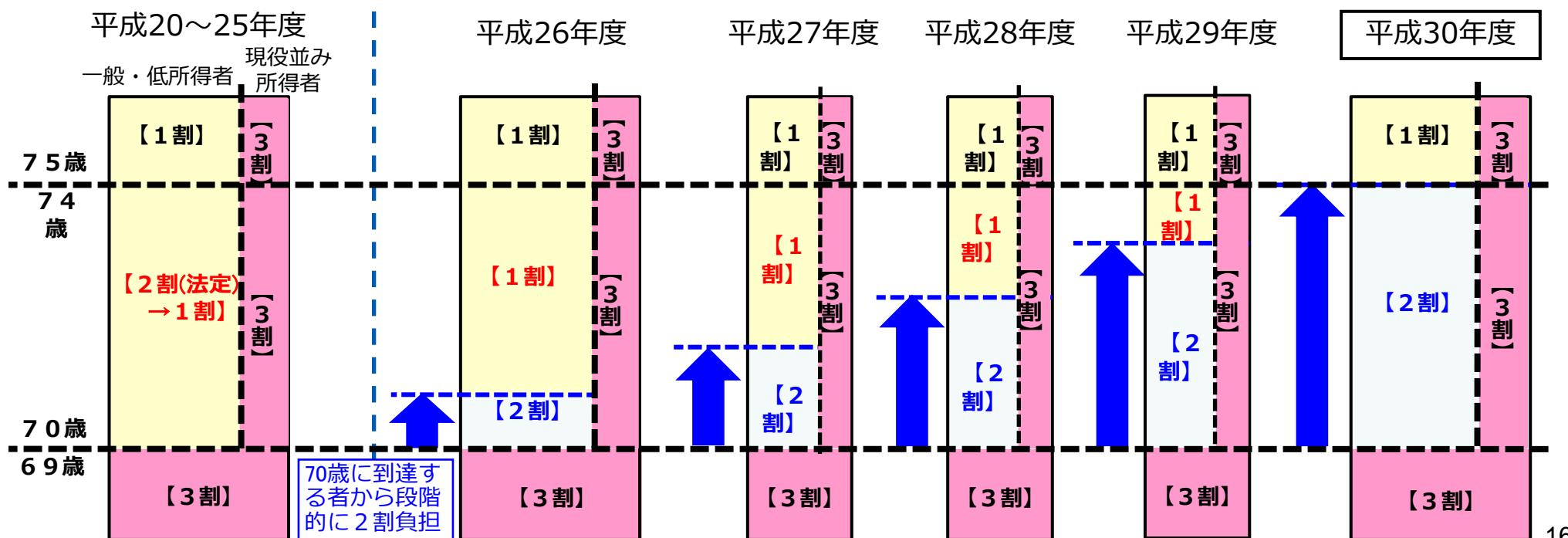
※ 70～74歳は一般Ⅱと一般Ⅰの区別は無い

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)

平成26年度から平成30年度までの70～74歳の窓口負担割合の段階的な引き上げ (特例措置の段階的な見直し)

- 70～74歳の窓口負担割合については、健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年6月成立）により、法律上は平成20年度から2割負担とすることとされたものの、平成19年10月に引き上げが凍結され、その間、予算措置により1割負担が継続された。（19年度補正予算約2,000億円）
- その後、社会保障制度改革国民会議報告書等を踏まえ、以下のとおり、平成26年度から段階的に2割負担に引き上げられた。
 - ・ 平成26年4月に新たに70歳になる者（69歳まで3割負担だった者）から、段階的に法定負担割合（2割）とする（個人で見ると負担増にならない）。
※ 70歳になる月の翌月の診療から2割負担（4月に70歳になる者は、5月の診療から2割負担）。
 - ・ 平成26年3月末までに既に70歳に達している者は、特例措置（1割）を継続する。

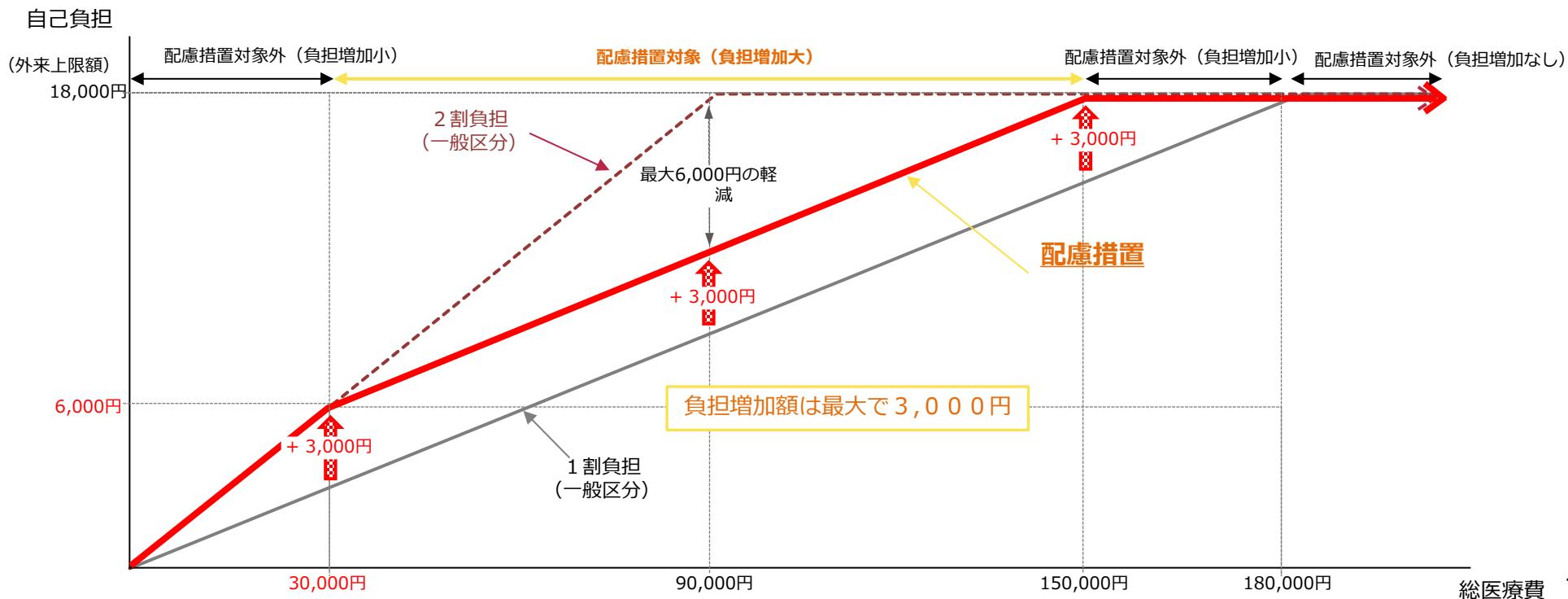


令和3年改正法による後期高齢者医療の2割負担導入時の配慮措置

(令和4年10月～令和7年9月)

- 令和4年10月より、後期高齢者のうち一定所得以上の者に対し2割負担を導入した。
- 2割負担を導入するに際して、急激な負担増を抑制する観点から、以下の配慮措置を講じた。
 - ① 長期にわたる外来受診について、2割負担になる者の外来受診の負担増加額について、最大でも月3,000円に収まるよう措置を講じる。

※ 具体的には、負担額が月6,000円を超えた場合（すなわち医療費が30,000円を超えた場合）には、超えた医療費については1割負担となるよう、高額療養費の上限額を設定する。
 - ② 急激な負担増加を抑制するためのものであり、施行後3年間の経過措置とした。（令和4年10月～令和7年9月末）



4. 論点

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

- 経済対策（R7.11.21閣議決定）において、「医療費窓口負担に関する年齢による公平な応能負担の実現」について「令和7年度中に具体的な骨子について合意し、令和8年度中に具体的な制度設計を行い、順次実行する」項目とされていることも踏まえ、高齢者の窓口負担割合についてどのような見直しが考えられるか。例えば、①3割負担（※）や2割負担の対象者の拡大、②負担割合の区切りとなる年齢の引き上げ、③負担割合のきめ細かい設定などの方法が考えられるが、これまでの窓口負担の見直しの経緯も踏まえつつ、どのような見直しの在り方が考えられるか。

見直しに当たっては、高齢者の受診の特性や所得の状況等を踏まえ、低所得者への配慮や受診抑制が生じないような配慮が必要であるとともに、高額療養費制度等とあわせて、個人への負担が過大とならないよう配慮が必要ではないか。

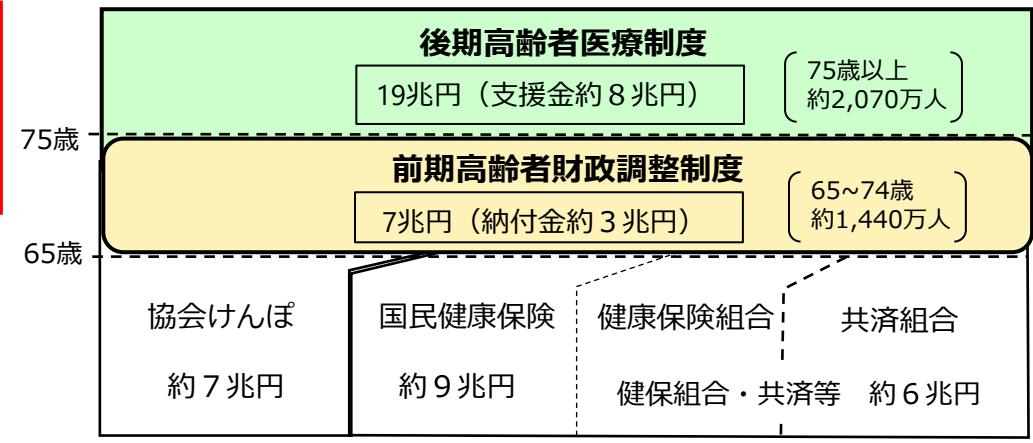
（※）「現役並み所得」の判断基準については、以下のような論点がある。

- ・ 収入要件や課税所得要件の在り方、そもそも現役世代の収入を元に設定している指標が妥当かといった指摘がある
- ・ 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おり、現役並み所得者の対象を拡大するだけだと現役世代の負担が増加する

（窓口負担割合）



（医療保険制度の体系）



※数字は令和7年度予算ベース

參考資料

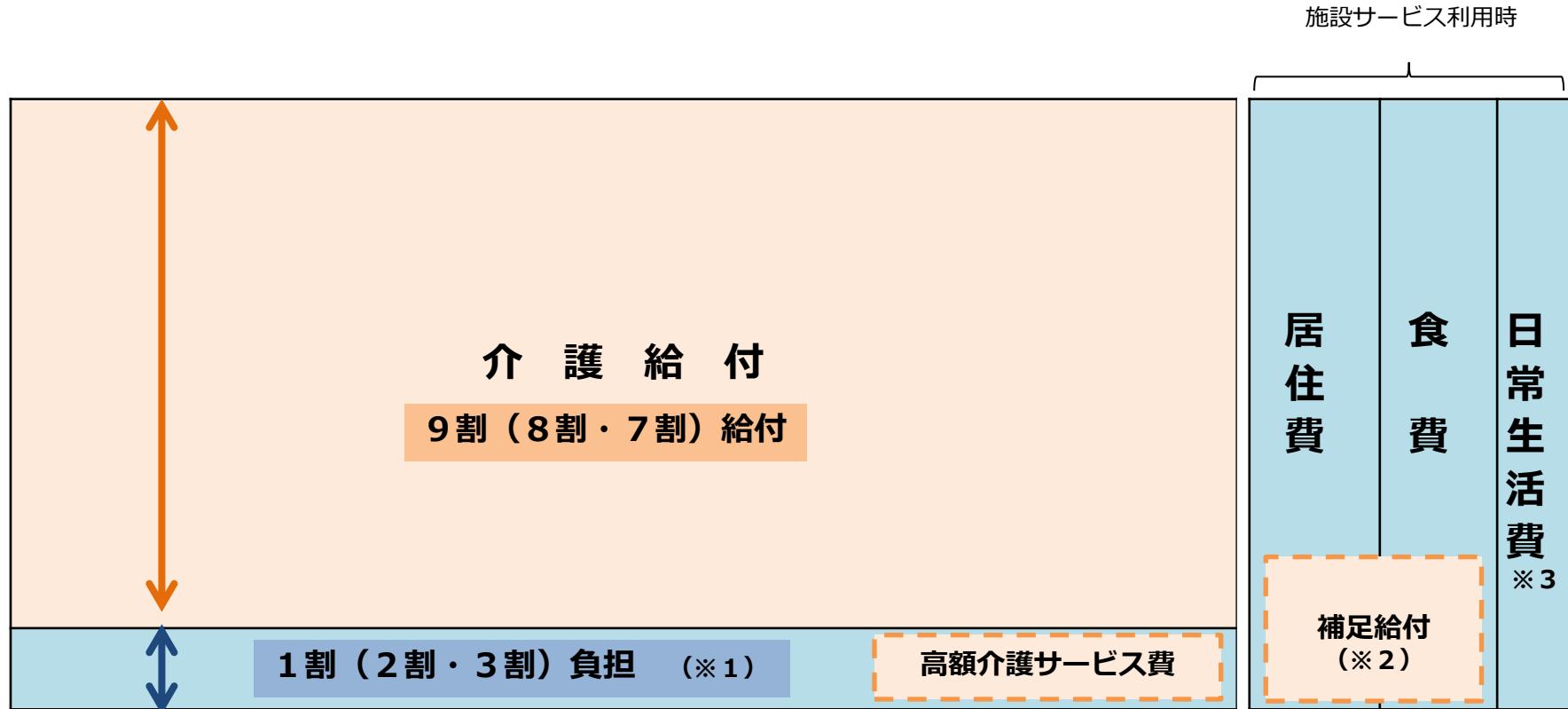
ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

介護保険制度における利用者負担

※肌色 = 保険給付、水色 = 利用者負担



※ 1 居宅介護支援は全額が保険給付される。

「合計所得金額160万円以上」かつ、「年金収入+その他合計所得金額280万円以上（単身世帯の場合。夫婦世帯の場合346万円以上）」の場合は、2割負担。
「合計所得金額220万円以上」かつ、「年金収入+その他合計所得金額340万円以上（単身世帯の場合463万円以上）」の場合は、3割負担。

※ 2 介護保険3施設・ショートステイにおいては居住費、食費の軽減

※ 3 日常生活費とは、サービスの一環で提供される日常生活上の便宜のうち、日常生活で通常必要となる費用。（例：理美容代、教養娯楽費用、預かり金の管理費用）

介護保険制度における利用者負担割合

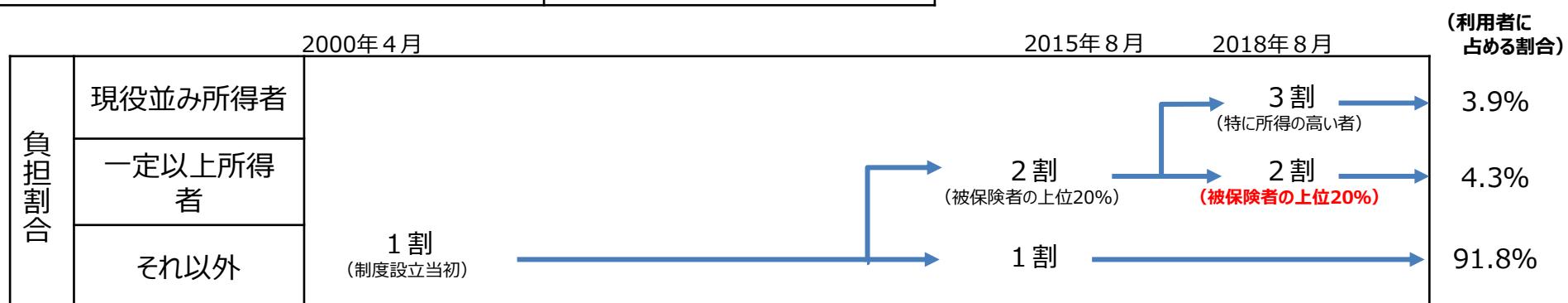
- 介護保険の利用者負担は、制度創設以来1割であったが、その後負担割合の見直しが行われている。
- 介護保険制度施行時には高齢者医療は定額負担制であり、その後定率負担が導入され、さらに負担割合の見直しが行われている。

介護保険の利用者負担

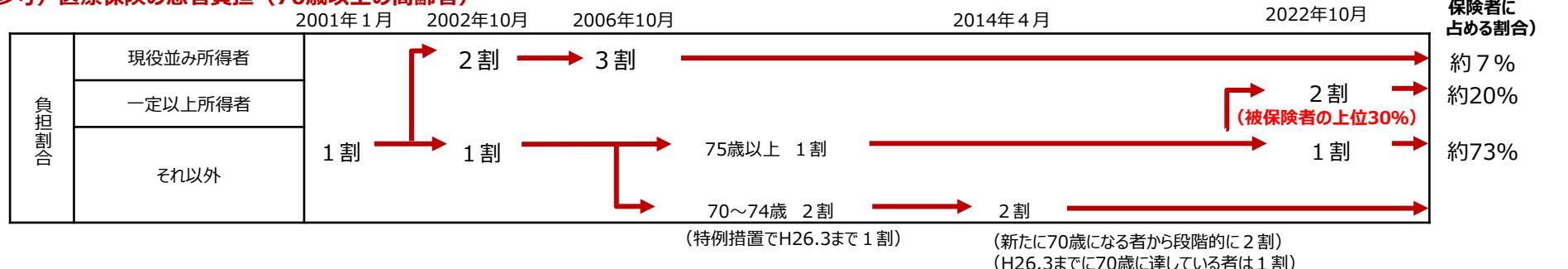
	負担割合
現役並み所得者 年金収入等 340万円以上 (※1)	3割
一定以上所得者 (被保険者の上位20%) 年金収入等 280万円以上 (※2)	2割
それ以外 年金収入等 280万円未満	1割

※1 「合計所得金額220万円以上」かつ、「年金収入+その他合計所得金額340万円以上(単身世帯の場合。夫婦世帯の場合463万円以上)」の場合

※2 「合計所得金額160万円以上」かつ、「年金収入+その他合計所得金額280万円以上(単身世帯の場合。夫婦世帯の場合346万円以上)」の場合



(参考) 医療保険の患者負担 (70歳以上の高齢者)



論点③ 「一定以上所得」、「現役並み所得」の判断基準

論点に対する考え方

【「一定以上所得」の判断基準の議論の対象となる世帯層の状況】

- 要介護者のいる75歳以上の単身世帯及び夫婦世帯（世帯主が75歳以上で配偶者も65歳以上）の消費支出をみると、消費と収入の分布をみると、収入水準と消費の差は様々であるものの、収入に応じて高くなる傾向はあることが見受けられる。（P13～15）
- また、これらの家庭の貯蓄額の水準をみると、その水準は様々だが、貯蓄額の分布の水準は収入階級に応じて高くなっている傾向にあり、現在の2割負担の対象外の世帯でも、一定の預貯金を有する世帯はある。また、要介護世帯を含めた高齢者世帯の貯蓄水準は、第2号被保険者である40代～50代が世帯主である世帯と比較して高い。（P16～17）
- なお、年金受給者の年金額と預貯金の関係をみても、概ね年金額に応じて世帯の預貯金の額が大きくなる傾向がみられる。（P18）また、直近の高齢者世帯の預貯金の状況をみると、平均貯蓄額は一部の世帯類型で2024年には減少しているが、2割負担を導入した2015年と比較して預貯金の額の水準は下がっていない。（P19）

【論点に対する考え方】

- 能力に応じた負担という全世代型社会保障の基本的な考えに沿って、負担の公平化を図る必要があるのではないか。また、第1号被保険者・第2号被保険者の保険料水準が継続的に上昇するなかで、現役世代を含めた保険料水準の上昇をできる限り抑える必要があるのではないか。
- 要介護高齢者の消費支出の状況や、現役世代より高い傾向にある要介護世帯を含めた高齢者世帯の貯蓄額の状況を踏まえると、現在の2割負担対象者以外にも、相対的に負担能力があり、負担が可能と考えられる方に、2割負担の対象範囲を拡げることが考えられるか。
- この際、これまでの基準より収入が低い方に負担をお願いすること、また、医療と比べて利用が長期に渡り、一定の費用がかかり続ける介護サービスの特徴等を踏まえた配慮が必要ではないか。
- このため、令和5年12月に本部会にも報告された大臣折衝や同時期に閣議決定された改革工程において、2割負担の検討の方向性として①負担増への配慮を行う観点から、当分の間、一定の負担上限額を設けることや、②負担への金融資産の保有状況を反映すること等が掲げられていることを踏まえ、こうした配慮措置をとることが考えられるか。なお、②の場合には、例えば新たに所得基準により2割となる方については、預貯金等の額が一定の額未満の方は1割負担とすることが考えられるが、すでに預貯金等を勘案し、利用者負担段階を設定している補足給付の運用を踏まえると、自治体の事務負担に配慮する必要があるか。

論点③ 「一定以上所得」、「現役並み所得」の判断基準

論点に対する考え方（検討の方向性）

【所得要件の機械的な選択肢】

- 論点に対する考え方（P5）を踏まえ、範囲を拡大する場合に想定される所得基準（年金収入+その他の合計所得金額）について、所得上位30%までの範囲までで考えられる機械的な選択肢を以下の通りとし、後述する配慮措置の内容と組み合わせて、粗い財政効果等の試算を行った。

260万円（夫婦326万円）	上位約25%
250万円（夫婦316万円）	上位25%と上位30%の間
240万円（夫婦306万円）	
230万円（夫婦296万円）	上位約30%

【配慮措置の内容について】

- 前回の部会でお示しした配慮措置について、ご意見も踏まえ、以下のとおり具体化した。これらについてどのように考えるか。

①：当分の間、新たに負担増になる者に、負担増加の上限（月7,000円）を設定

- ・ 急激な負担増を抑制するため、新たに2割負担になる利用者の負担増加額について、当分の間、一月分の1割負担の場合と比べた負担増を最大の場合（月22,200円）の約1/3である、月7,000円に抑える。
- ・ 負担額の変化はP8のとおり。

②：預貯金等が一定額未満の者は申請により1割負担に戻す

- ・ 負担能力を所得と資産の両方から見ていくことが考えられるが、同じ収入階級でも預貯金等の額に幅がある実態を踏まえ、預貯金等の額が一定額（※）以下の場合には、申請により、1割負担に戻す。

※ 高齢者世代や現役世代の預貯金の保有状況等を勘案して設定することが考えられるか。なお、所得の要件と預貯金の要件の組み合わせによっては、事務負担が増えることに留意する必要があるか。

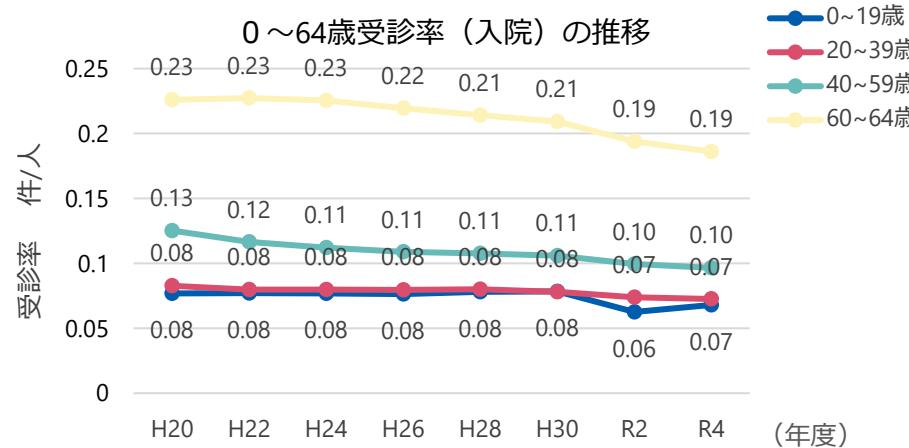
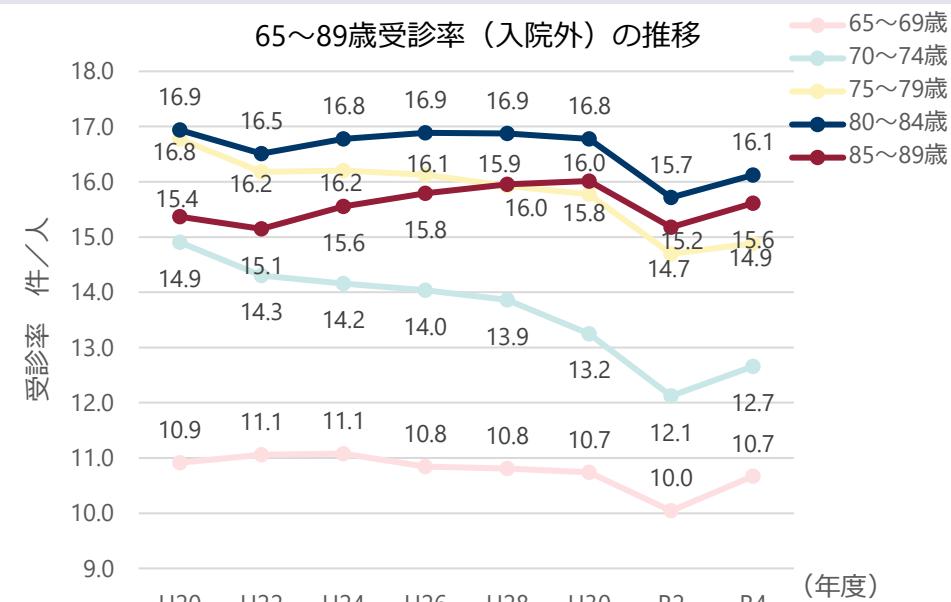
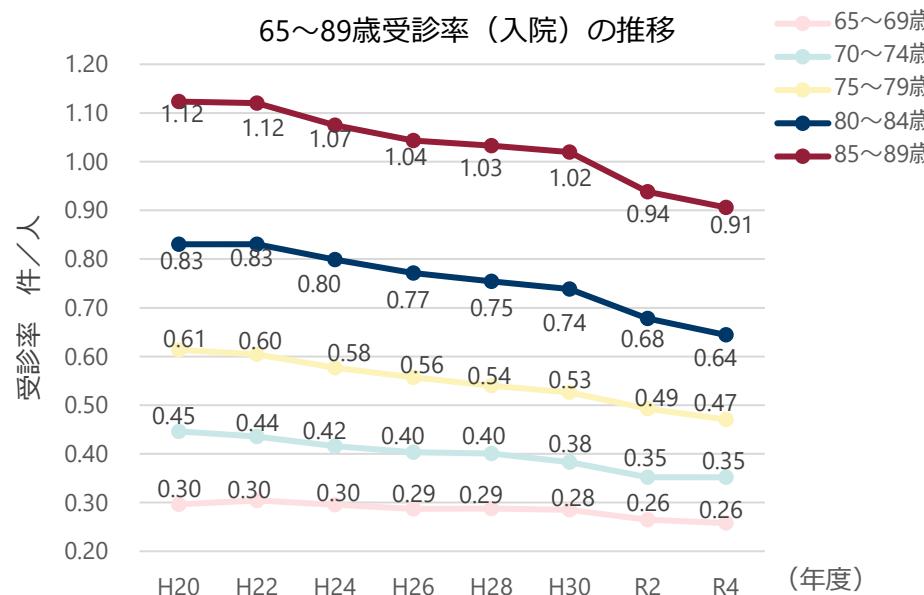
- ・ 預貯金等の確認方法については、現行の補足給付の運用も踏まえ、自己申告を基本とした上で、金融機関への照会や不正な申告が検知された場合の加算金を設けることで、申告の適正性の確保を図ることとする。

- ・ 施行に関する事務負担も考慮して検討することが必要。また、事務のフローのイメージは、P9のとおり。事務負担軽減の考え方はP10のとおり。

- ・ その上で、全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）において「預貯金口座へのマイナンバー付番の状況等を踏まえつつ、（中略）介護保険における負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方について検討を行う」とあることから、預貯金等の確認でのマイナンバーの活用について、預貯金口座への付番状況等を踏まえ、今後も検討事項とすることが必要ではないか。

受診率の推移

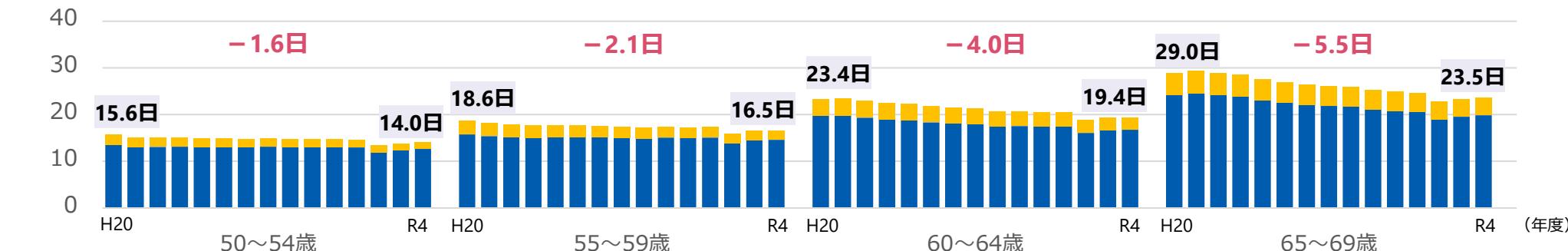
高齢者の受診率は、入院について低下傾向にある。



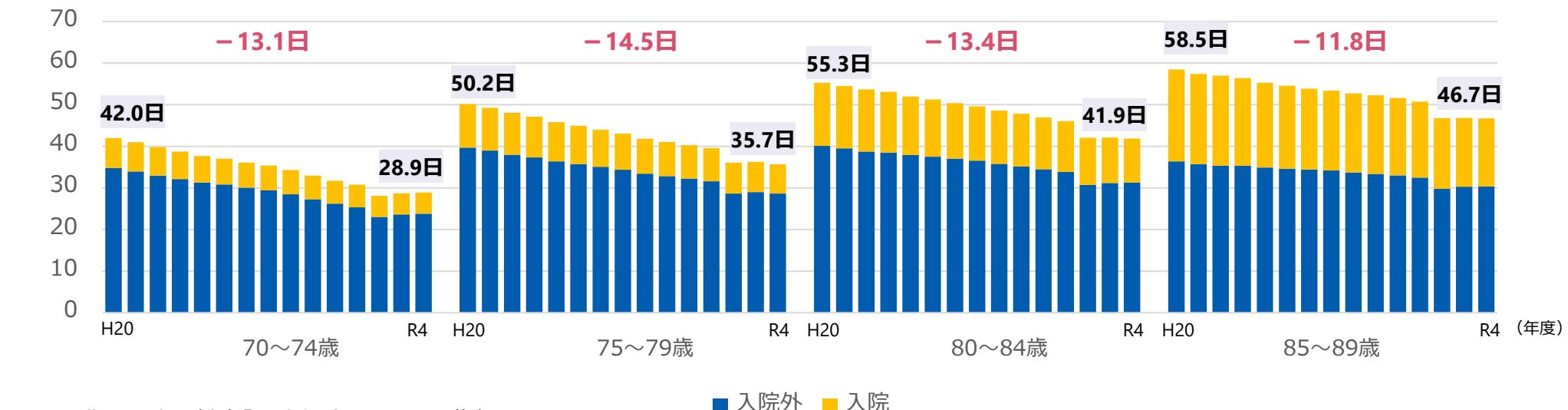
年齢階層別一人当たり受診日数（年間）の推移

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）

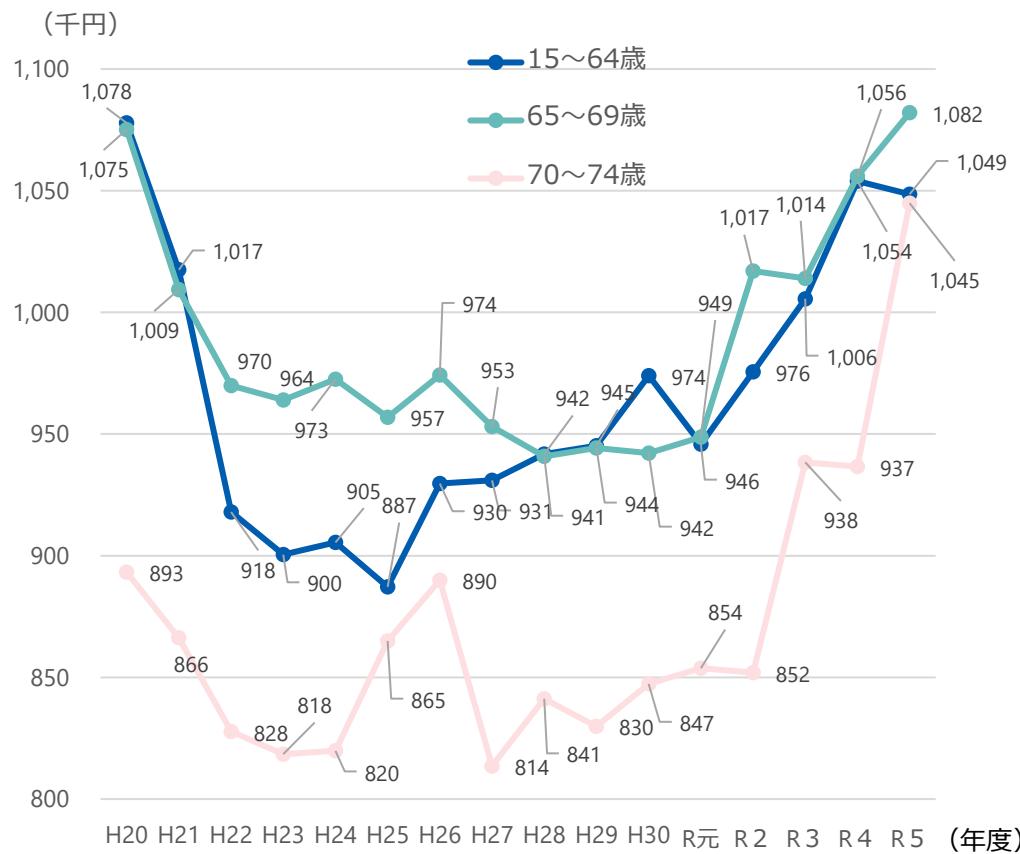


出典：厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

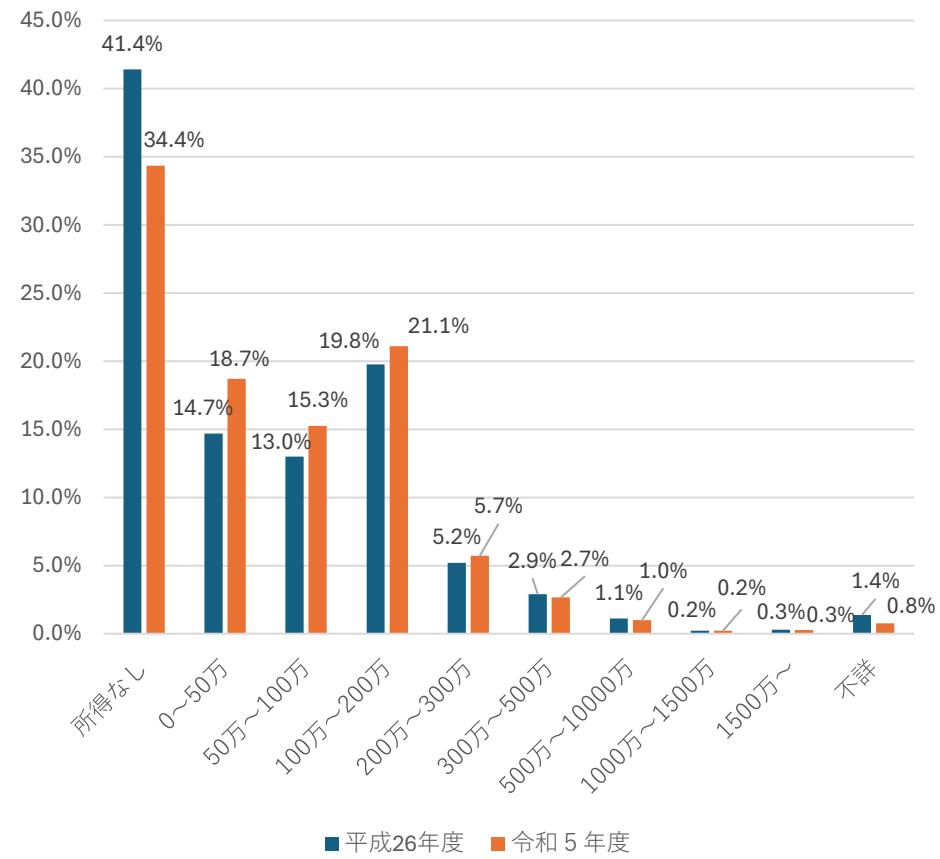
国民健康保険の被保険者一人当たり所得額の推移・所得分布

- 国保被保険者の一人当たり所得は近年増加傾向。
- 70～74歳の所得分布をみると、平成26年度と比較して「所得なし」が減少。

一人当たり所得の推移



70～74歳の所得分布（平成26年度と令和5年度）



※ 「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。

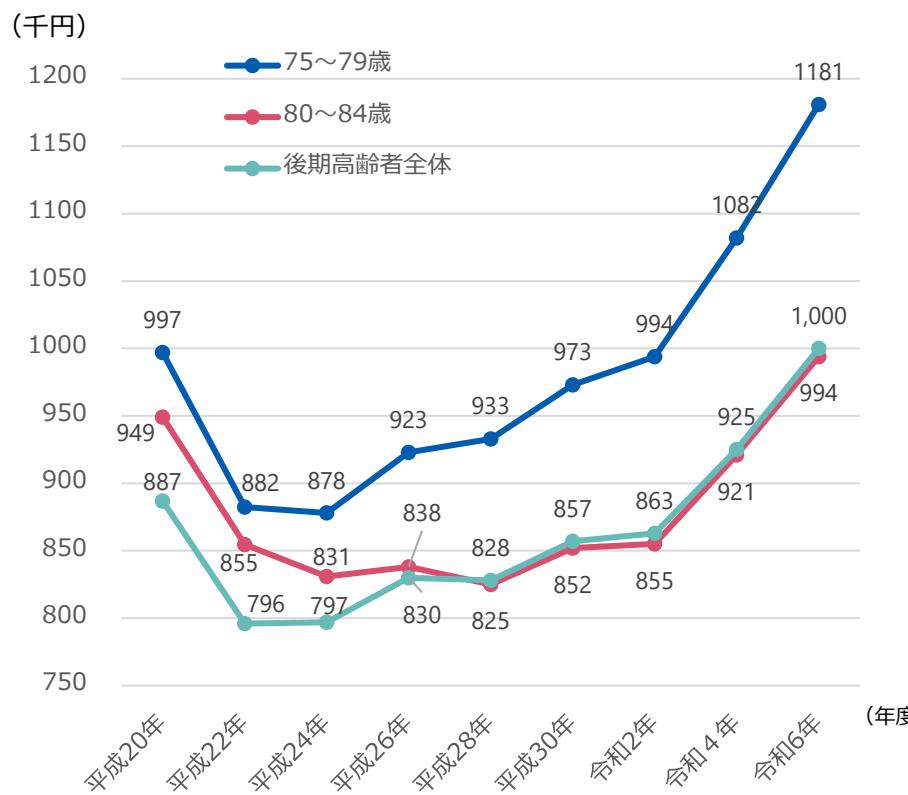
※ 令和2年度から令和3年度にかけては平成30年度税制改正による給与所得控除及び公的年金等控除の引き下げの影響に留意。

出典：厚生労働省「国民健康保険実態調査」

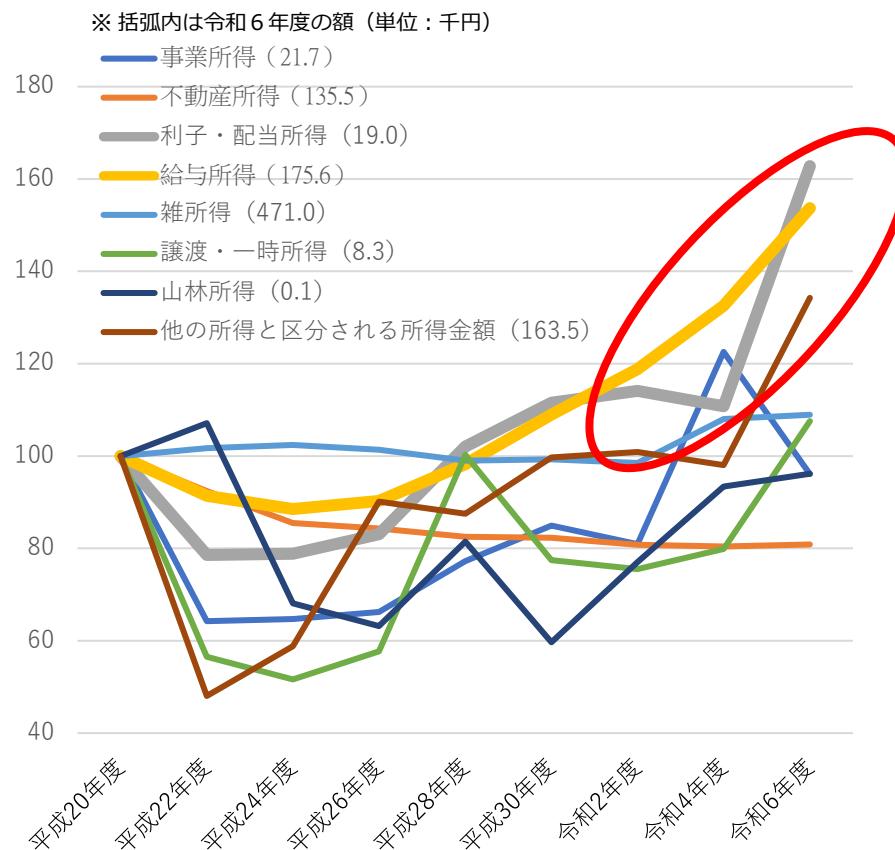
後期高齢者医療制度の被保険者一人当たり所得額の推移（平成20年度以降）

- 後期高齢者の一人当たり平均所得は増加傾向。特に75～79歳の所得が増加傾向。
- 一人当たり種類別所得の伸びをみると、「利子・配当所得」と「給与所得」が大きく伸びている。

後期被保険者一人当たり所得の推移



後期被保険者一人当たり種類別所得の伸びの推移
(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。

※「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。

「現役並み所得」の判断基準を見直す場合の影響

(後期高齢者の場合)

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)	57,600円 <多数回該当: 44,400円>
一般	課税所得28万円未満	1割	18,000円 (年14.4万円)	
住民税非課税	世帯員全員が住民税非課税 年収約80万円超			24,600
住民税非課税 (一定所得以下)	世帯員全員が住民税非課税 年収約80万円以下		8,000	15,000

- 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。このため、「現役並み所得」の対象拡大のみを行う場合、現役世代の支援金の負担が増加することとなる。

※ 平成14年(旧老人保健制度)から段階的に公費負担割合を3割から5割に引き上げるとともに対象年齢を70歳から75歳に引き上げた際に、一定以上の所得を有する高齢者(「現役並み」に当たる高齢者)の医療給付費について公費負担を行わないこととされた。

- 新たに「現役並み所得」に当たることとなる場合、窓口負担割合が3割となることとあわせて、高額療養費の区分も1つ上の区分が適用されることとなり、月額上限が引きあがるとともに、外来特例の対象から外れることとなる。

【後期高齢者の医療給付費の財源構成のイメージ】



これまでの指摘等

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）（抄）

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＞

◆ 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。
- 介護における「現役並み所得」の判断基準については、医療保険制度との整合性、介護サービスは長期間利用されること等の利用者への影響等を踏まえつつ、引き続き検討を行う。

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。

これまでの指摘等

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案に対する附帯決議（令和3年6月3日参議院厚生労働委員会）（抄）

- 三、後期高齢者医療制度の創設以降、高齢者世代と現役世代の人口バランスが大きく変化し、制度の支え手である現役世代に対する負担が加速度的に増していることや、現役並み所得の後期高齢者に係る医療給付費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。
- 十一、窓口負担割合の見直しなど患者の受診行動に影響を与える制度変更を検討する場合は、医療費への効果額の詳細な内訳などを関係審議会等に明示した上で議論を進めること。
- 十二、二〇二二年以降後期高齢者が急増する中、現役世代の負担上昇を抑えながら、国民皆保険制度の維持に向けた持続可能な全世代型の医療保険制度を構築するため、保険料賦課限度額の引上げなど能力に応じた負担の在り方、保険給付の在り方、医療費財源における保険料、公費、自己負担の適切なバランスの在り方等について、税制も含めた総合的な議論に着手し、必要な法整備等を講ずること。

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日参議院厚生労働委員会）（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。
- 十六、急速に進行する少子高齢化等により、国民の間に社会保障制度の持続可能性に対する不安が高まっている現状を踏まえ、持続可能な全世代対応型の社会保障制度を構築するため、金融資産・金融所得を含む能力に応じた負担の在り方や保険給付の在り方等について、税制も含めた総合的な検討に着手し、課題や論点等を分かりやすく示した上で国民的な議論を進め、結論が得られた事項について、速やかに必要な法制上の措置等を講ずること。

自由民主党・日本維新の会 連立政権合意書（令和7年10月20日）（抄）

二 社会保障政策

- 令和七年度中に、以下を含む社会保障改革項目に関する具体的な骨子について合意し、令和八年度中に具体的な制度設計を行い、順次実行する。
(四) 医療費窓口負担に関する年齢によらない真に公平な応能負担の実現

「強い経済」を実現する総合経済対策（令和7年11月21日閣議決定）（抄）

（社会保障制度改革）

併せて、連立政権合意書（令和7年10月20日）に盛り込まれたその他の社会保障改革⁵⁸を含め、令和7年度中に具体的な骨子について合意し、令和8年度中に具体的な制度設計を行い、順次実施する。

⁵⁸ 以下を内容とするもの。

（4）医療費窓口負担に関する年齢によらない真に公平な応能負担の実現



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

(医療保険における金融所得の勘案について)

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

医療保険部会（2025年11月13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（医療保険における金融所得の勘案について）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。）

（医療保険における金融所得の勘案について）

- 負担能力に応じた負担、また、負担の公平性という観点から、負担に金融所得を勘案することの方向性について賛成。
- 確定申告の有無によって保険料の賦課対象が変わる点については、公平性の観点から、社会保険の原理原則も踏まえつつ、課題解消に向けた検討が必要。
- どのように金融所得の情報を把握するのか。また、事務負担への影響等、実務面において様々な課題がある。
- 短期間での導入には無理があるため、慎重な検討と段階的な対応が必要。
- 被用者保険においては、保険者が金融所得を把握していくことは実態上極めて難しい。
- まずは後期高齢者を対象に検討していくことが現実的ではないか。
- フローの所得だけではなく、ストックに着目することも併せて検討していくことが必要。
- 様々な省庁の施策と関係するため、関係省庁と連携し、検討していくべき。
- 世代間の公平性ということを考えるならば、現役世代の金融所得についても考えるべきではないか。
- フランスでは金融資産の勘案を行っており、そのシステムがどうなっているのか事務局から情報を提供いただきたい。
- 税と社会保障の一体改革という大きなテーゼの中では、どちらかといえば税で考えていただくということのほうが合理性が高いのではないか。

改革工程における金融所得勘案の記載

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）

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・介護保険における金融所得の勘案

- ・ 国民健康保険制度、後期高齢者医療制度及び介護保険制度における負担への金融所得の反映の在り方について、税制における確定申告の有無による保険料負担の不公平な取扱いを是正するため、どのように金融所得の情報を把握するかなどの課題も踏まえつつ、検討を行う。

三党合意、骨太方針2025、連立政権合意書における金融所得勘案の記載

自由民主党・公明党・日本維新の会 合意（令和7年6月11日署名）

現役世代に偏りがちな構造の見直しによる応能負担の徹底

医療・介護保険における負担への金融所得の反映の在り方について、現役世代に負担が偏りがちな構造の見直しの観点から、税制における確定申告の有無により負担等が変わる不公平な取扱いを是正する必要がある。保険者が金融機関等からの情報を基に確定申告されていない金融所得を負担の公平性の観点から反映させる方法などが考えられるが、税制における金融所得に係る法定調査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、負担等の公平性、関係者の事務負担等に留意しながら、どのように金融所得の情報を反映させるかを含め、具体的な制度設計を進める。年齢に関わらず負担能力に応じた負担を目指す観点から、現役世代から後期高齢者への支援金負担の軽減に配慮する。

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）

第3章 中長期的に持続可能な経済社会の実現

2 (1) 全世代型社会保障の構築

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在り方の見直し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。

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査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。

自由民主党・日本維新の会 連立政権合意書（令和7年10月20日署名）

二. 社会保障政策

「OTC類似薬」を含む薬剤自己負担の見直し、金融所得の反映などの応能負担の徹底など、令和7年通常国会で締結したいわゆる「医療法に関する3党合意書」および「骨太方針に関する3党合意書」に記載されている医療制度改革の具体的な制度設計を令和7年度中に実現しつつ、社会保障全体の改革を推進することで、現役世代の保険料率の上昇を止め、引き下げていくことを目指す。

「経済対策」における金融所得勘案の記載

「強い経済」を実現する総合経済対策（令和7年11月21日閣議決定）

第2章「強い日本経済実現」に向けた具体的施策

第2節 危機管理投資・成長投資による強い経済の実現

5. (3) 健康医療安全保障の構築

(社会保障制度改革)

現役世代の社会保険料負担を含む国民負担を軽減するため、「経済財政運営と改革の基本方針2025」に盛り込まれた社会保障制度改革を着実に実行する。特に、OTC類似薬を含む薬剤自己負担については、現役世代の保険料負担の一定規模の抑制につながる具体的な制度設計を令和7年度中に実現した上で、令和8年度中に実施する。また、医療費の窓口負担について、年齢にかかわらず公平な応能負担を実現するための第一歩として、高齢者の窓口負担割合等に金融所得を反映するため、具体的な法制上の措置を令和7年度中に講じる。くわえて、令和8年度診療報酬改定について、インフレ下における医療給付の在り方と現役世代の保険料負担抑制の整合性を確保しつつ、特に高度機能医療を担う病院の経営安定化と従事者の待遇改善（診療報酬体系の抜本的見直し）の観点や2040年頃を見据えた医療機関（病院・診療所）の機能に着目した分化・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、多剤重複投薬対策等に留意しながら実施する。

医療・介護保険制度における金融所得の公平な取扱いに関する関係省庁会議

医療・介護保険制度における金融所得の公平な取扱いに関する関係省庁会議

資料1

令和7年11月26日

医療・介護保険制度における金融所得の公平な取扱いに関する関係省庁会議の開催について

令和7年11月26日
関係省庁申合せ案

1 医療・介護保険における負担への金融所得の反映については、「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（令和5年12月22日閣議決定）において、「税制における確定申告の有無による保険料負担の不公平な取扱いを是正するため、どのように金融所得の情報を把握するかなどの課題も踏まえつつ、検討を行う」とされたとともに、「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）において、「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」とされた。これを受け、医療・介護保険制度における金融所得の公平な取扱いの実現に向けた実務的な検討を行うため、医療・介護保険制度における金融所得の公平な取扱いに関する関係省庁会議（以下「会議」という。）を開催する。

2 会議の構成は、次のとおりとする。ただし、議長は、必要があると認めるときは、関係者の出席を求めることができるものとする。

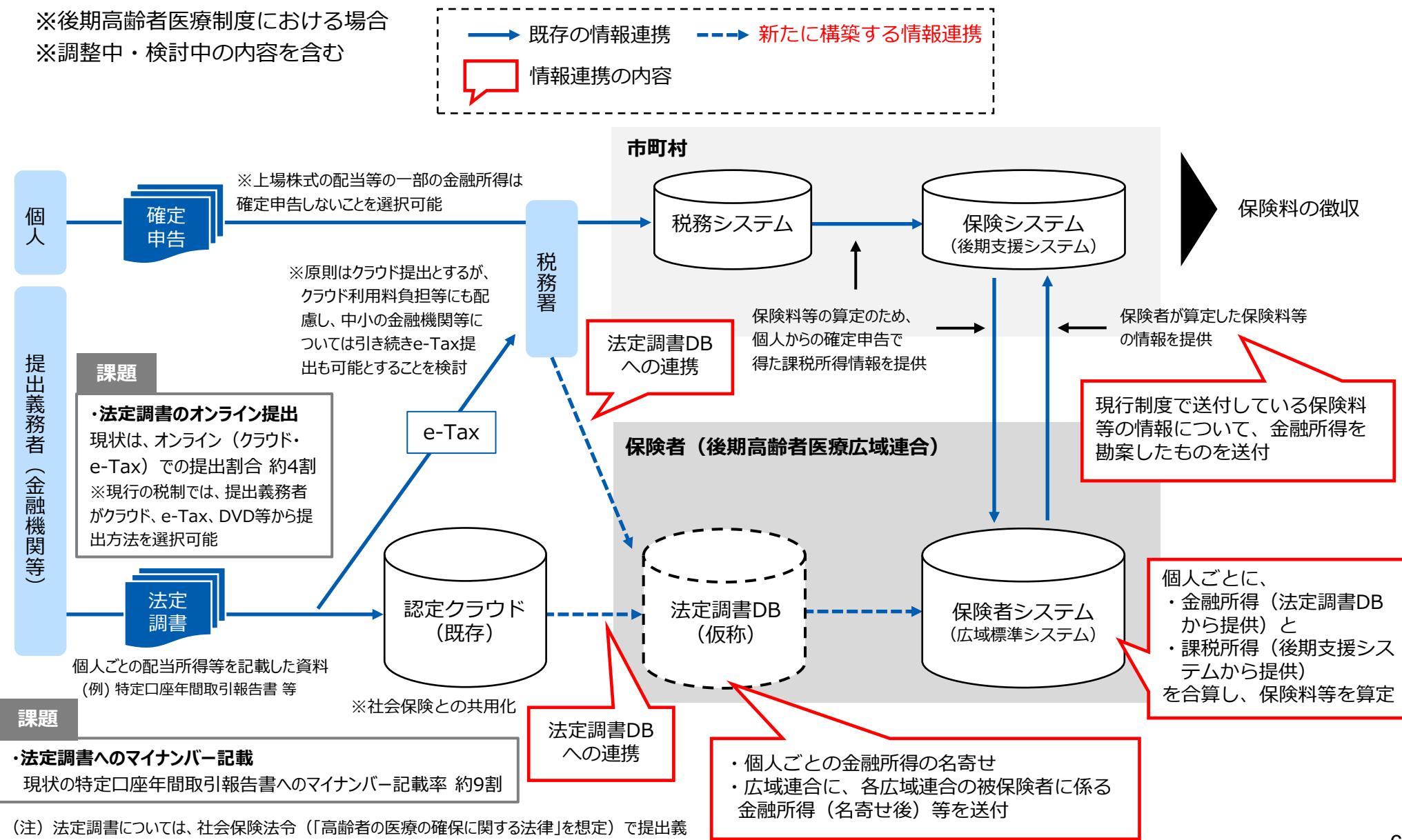
議長	内閣官房副長官補（内政担当）	
副議長	内閣官房内閣審議官（内閣官房副長官補付）	
	内閣官房内閣審議官（内閣官房副長官補付）	
構成員	内閣官房人口戦略本部・全世代型社会保障構築本部事務局審議官	財務省主税局長
	個人情報保護委員会事務局次長	国税庁次長
	金融庁総合政策局長	厚生労働省老健局長
	デジタル庁統括官（デジタル社会共通機能グループ）	厚生労働省保険局長
	総務省自治行政局長	厚生労働省政策統括官（総合政策担当）
	総務省自治財政局長	農林水産省経営局長
	総務省自治税務局長	経済産業省経済産業政策局長
	財務省主計局長	

3 会議の庶務は、厚生労働省その他の関係行政機関の協力を得て、内閣官房において処理する。

4 前三項に定めるもののほか、会議の運営に関する事項その他必要な事項は、議長が定める。

金融所得に係る法定調書を活用したスキーム（案）

※後期高齢者医療制度における場合
※調整中・検討中の内容を含む



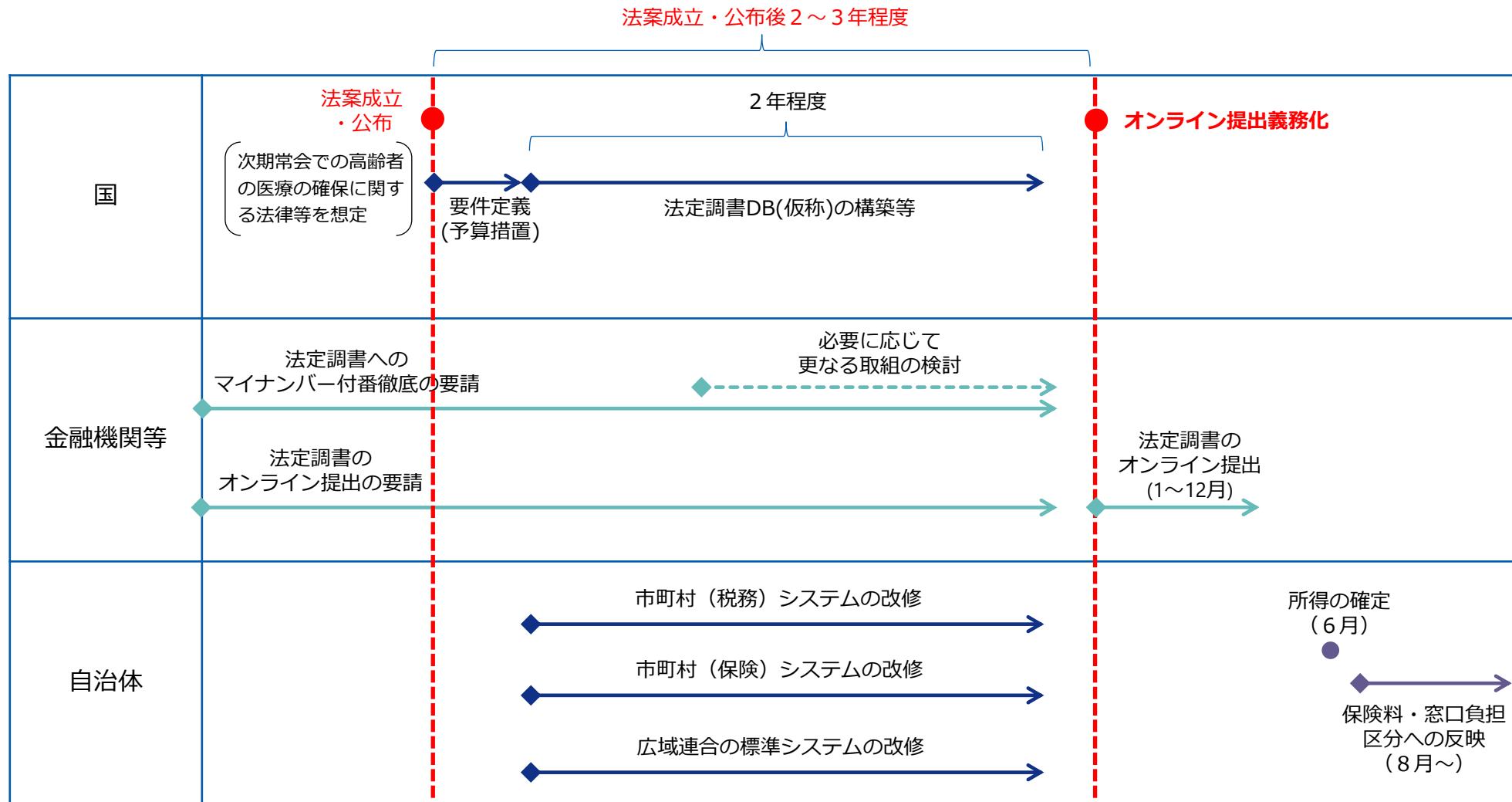
想定される金融所得の勘案の実施までのスケジュール（見込み）

※後期高齢者医療制度における場合

医療・介護保険制度における金融所得の
公平な取扱いに関する関係府省庁会議

令和7年11月26日

資料2
一部改



※システム改修等に2年程度かかるため、それを前提に機械的に組んだスケジュールを書いたもの

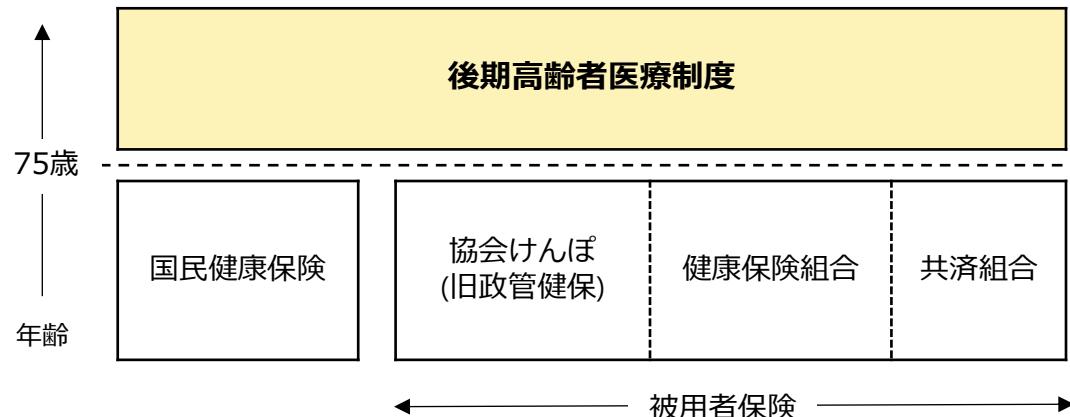
※他の要因でスケジュールが後ろ倒しになる可能性があることに留意

※「高齢者の医療の確保に関する法律」とあわせて「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」及び「住民基本台帳法」の改正を想定

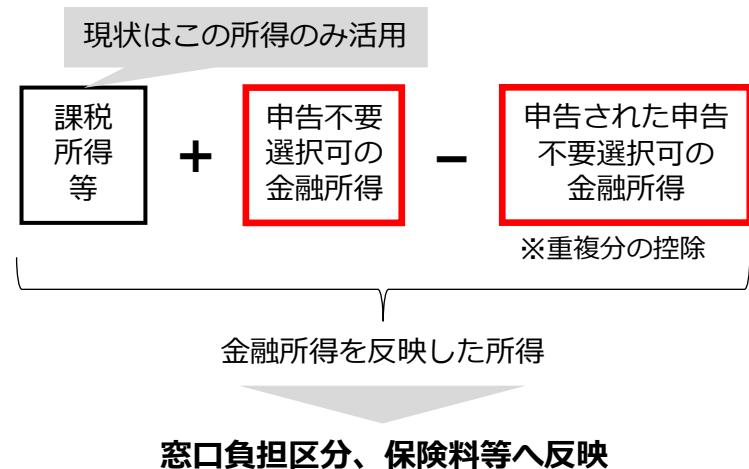
金融所得勘案の論点

- 税制による確定申告の有無により負担が変わる不公平を早期に是正する観点から、医療保険制度における金融所得の勘案を進めるべきではないか。
- 対象となる医療保険制度としては、市町村の税情報をベースとする後期高齢者医療制度と国民健康保険が挙げられるが、後者については、地方公共団体の基幹業務システムの統一・標準化のスケジュールや被用者保険とのバランスをどう考えるか等の論点があること、また、先般閣議決定された経済対策の記載等を踏まえ、まずは後期高齢者医療制度から検討を行ってはどうか。
- 確定申告されていない上場株式の配当等の金融所得について、法定調書方式に基づき所得把握し後期高齢者医療制度で勘案する場合、市町村民税の情報に加え、金融所得を合算して所得を計算することになるが、金融所得のある者の所得が増加し、金融所得のある後期高齢者の窓口負担等や保険料負担が変わることになる。
- 窓口負担等については、経済対策（R7.11.21閣議決定）において「医療費窓口負担に関する年齢によらない真に公平な応能負担の実現」について「令和7年度中に具体的な骨子について合意し、令和8年度中に具体的な制度設計を行い、順次実施する」項目とされていることから、両党の議論を踏まえつつ検討してはどうか。

●医療保険制度の構成



●所得の計算式（イメージ）



(参考) フランスの医療保険制度における金融所得の勘案状況

医療保険制度

- フランスの公的医療保険制度は、一般制度（被用者・自営業者等）、農業制度（農業従事者）、特別制度（公務員・鉱山労働者等）により国民全体をカバーしている。
- 被用者に対する医療保険については、稼働所得に対して一律の料率により保険料が課されている。
- 保険料は租税代替化されてきた経緯があり、現在は、保険料は被用者負担はなく事業主負担のみであり、所得による上限は設定されていない。被用者は、保険料ではなくCSG（一般社会拠出金）とCRDS（社会保障債務返済拠出金）が税として徴収される。

金融所得における社会保障負担

- 2018年から、貯蓄や不動産を除く資本所得（金融商品の売却益や利子等）に対して単一定額課税（PFU）が適用されている。金融所得の30%が徴収され、うち12.8%は所得税として、17.2%は社会保障負担として徴収される。17.2%の社会保障負担の内訳は、CSGが9.2%、CRDSが0.5%、連帯税が7.5%である。

CSG（一般社会拠出金）

- CSGの賦課対象は「稼働所得・代替所得」、「資産所得」、「投資益」、「賭博益」の4類型から構成。所得制限や賦課限度額などは設定されていない。
- CSGの充当範囲は、医療保険、家族手当、年金基金、失業保険、社会債務償還基金、高齢者・障害者の自立支援。現在は、金融所得（投資益）に係るCSGは医療保険に充当されておらず、最低老齢年金や社会債務償還基金に充てられている。（ただし連帯税を通じて社会保障全般に充てられていることに留意）



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

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

これまでの入院時の食費に関する主な意見

＜令和7年11月20日社会保障審議会医療保険部会 入院時の食費・光熱水費について＞

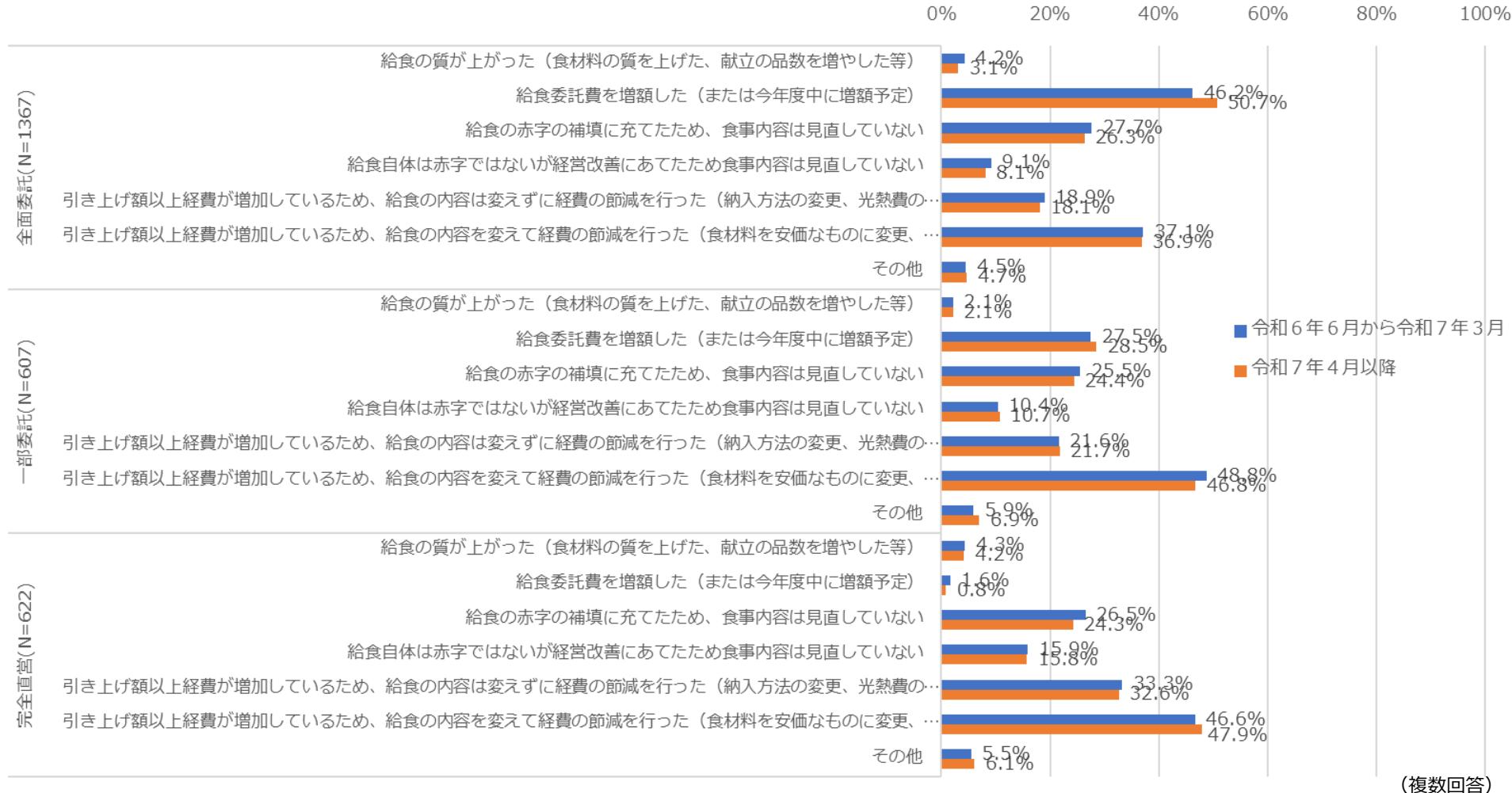
- 食材費等の高騰が続いていることを踏まえると、引上げることもやむを得ないと考える。食事はどのような方でも必要であり、患者負担の引上げになるものと認識している。
- 物価や光熱水費の高騰を踏まえた対応そのものについては理解をするが、この高騰は患者自身の生活にも影響することから、この間の入院時の食費引上げによる影響がどのように生じているのか、患者への負担増という点も含めて検討する必要がある。
- 患者さんにとって、食事は非常に重要な意味を持っている。過去2回の見直しで50円上がったが、これでは経営が続かないということになると患者にとっても不幸であるから、引上げを考えるべき。
- 低所得者の場合は自己負担が大きくならないようにするということは必要だと思うが、低所得者の負担額は、入院せずに自宅で普通に食事する場合においても、これでは十分に食事ができないような額ではないか。通常の食費よりも著しく低く抑えられているように思う。
- 7ページのアンケート調査を見ると、過去2回の見直しでは十分ではないという回答が多い。直近では米の価格が高騰している中、入院時の食事は栄養管理も必要であるから、引上げが必要ではないか。
- 近年の物価高や人件費の上昇などを踏まえると、見直しはやむを得ない。食費は入院の有無にかかわらず、日常生活においても発生する費用であることから、低所得者に配慮しつつも、自己負担の適切な反映が求められる。
- 本来、食費は医療保険の給付対象外であるべきというのが基本的な考え方であることから、今回も基準額を引き上げるのであれば、全額自己負担額の引上げで対応すべき。

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

診調組 入-2
7. 8. 21

中医協 総-2
7. 11. 7

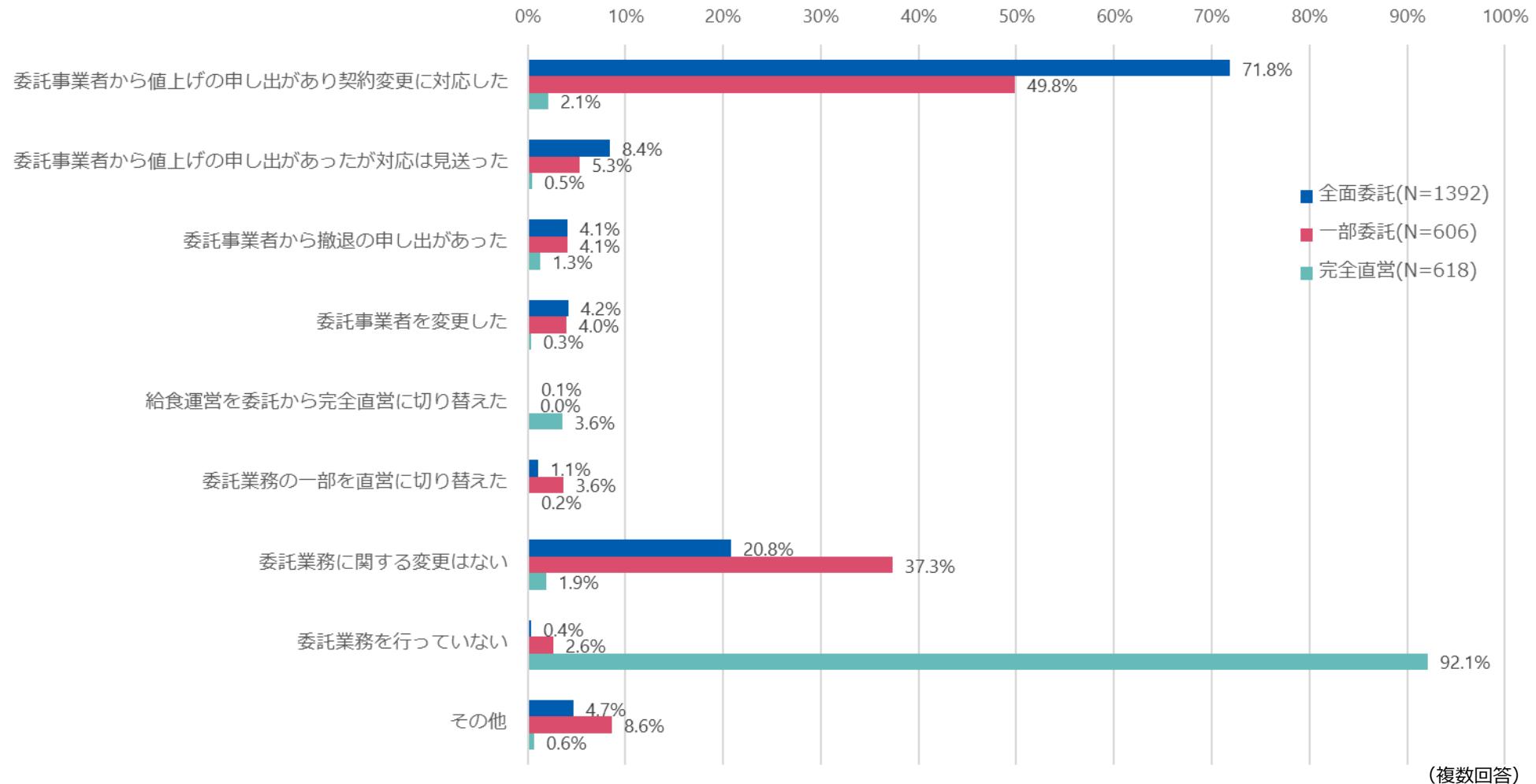
- 令和6年6月から令和7年3月と令和7年4月以降の状況は、大きく変わらなかった。
- 全面委託は「給食委託費を増額した」、一部委託や完全直営は「給食の内容を変えて経費の削減を行った（食材料を安価なものに変更等）」がそれぞれ約5割で最も多いかった。



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

調査組	入-2
7 . 8 . 2 1	
中医協	総-2
7 . 1 1 . 7	

- 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。

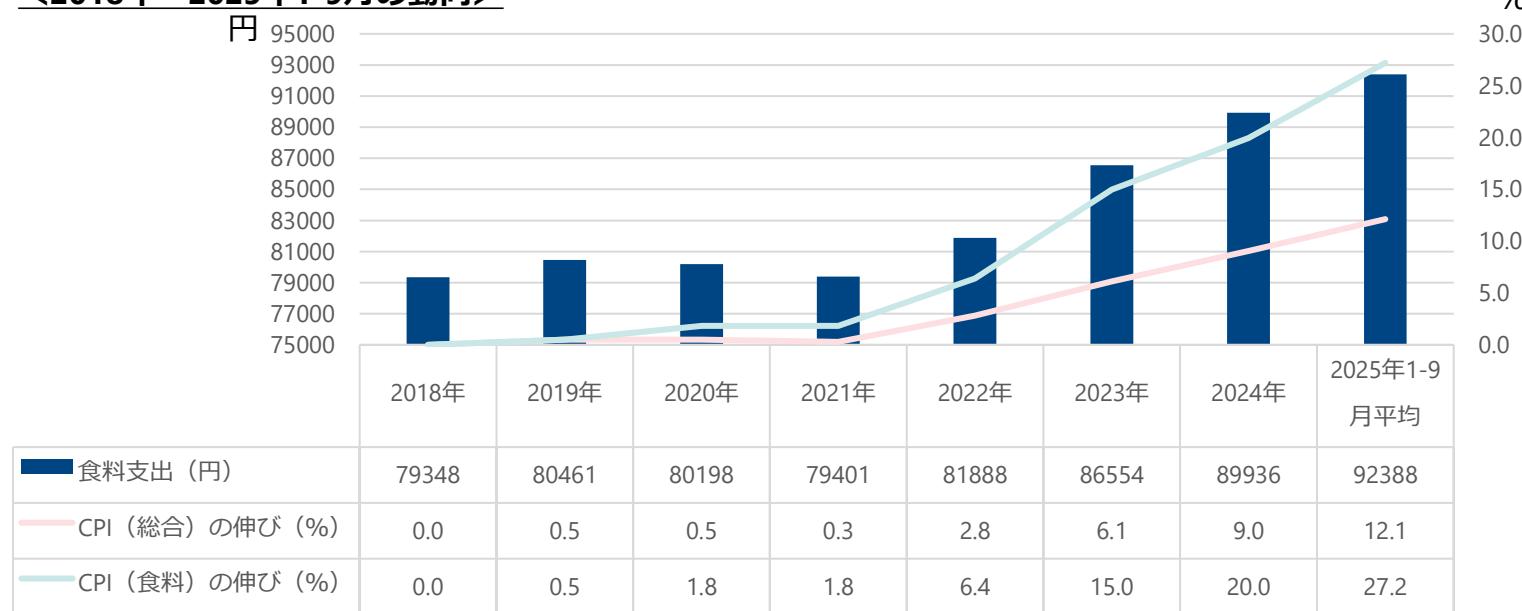


食料支出・消費者物価指数（CPI）の動向

中医協 総-2
7. 11. 7改

診調組 入-2
7. 8. 21改

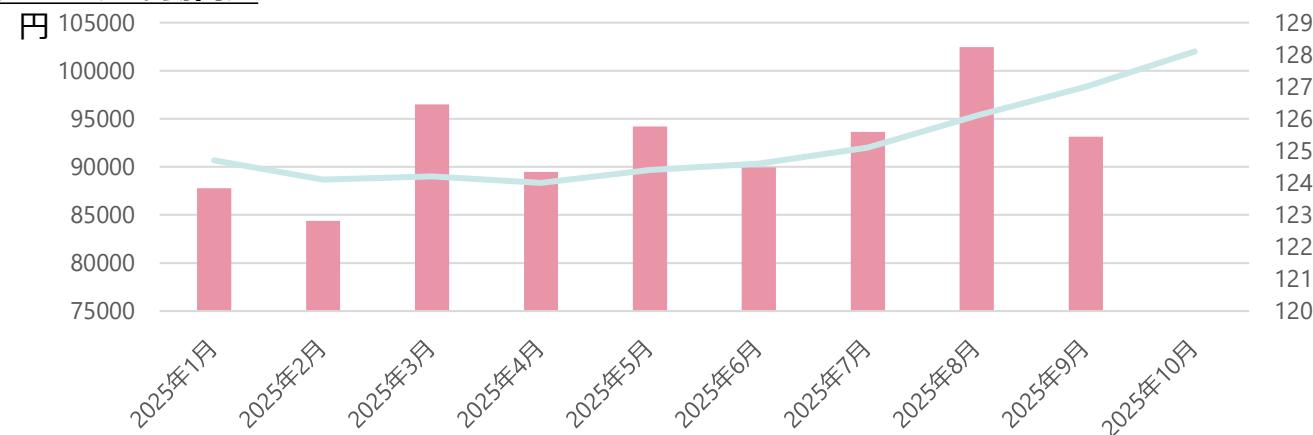
<2018年～2025年1-9月の動向>



出典： 総務省「消費者物価指數」、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。

※CPI（食料）の伸び、CPI（総合）については2018年比の数値

<2025年1月～10月の動向>



	2025年1月	2025年2月	2025年3月	2025年4月	2025年5月	2025年6月	2025年7月	2025年8月	2025年9月	2025年10月
食料支出 (円)	87763	84388	96489	89487	94204	88951	93,632	102,443	93,134	—
CPI (食料) (2020年基準)	124.7	124.1	124.2	124	124.4	124.6	125.1	126.1	127	128.1

※10月の家計調査の値は12月上旬に公表される予定

入院時の食費に係る論点

- 入院時の食費の標準負担額については、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上昇は続いている。
- 令和7年4月に行った引上げの検討時期と、引上げ後の令和7年4月から10月までの間を比較すると、食料の物価は6.50%上昇している。これを食材費等を勘案する自己負担額の510円に乘じると、33円となることを踏まえ、中央社会保険医療協議会において、入院時の食費の基準額(総額)について、例えば40円引き上げることが議論されている。
- この際の患者負担(標準負担額)については、これを踏まえて変更を行うとともに、所得区分等に応じて一定の配慮を行うこととしてはどうか。

(参考) CPI(食料)は、令和7年4月の引上げにて勘案できた期間から令和7年4月以降の期間にかけて6.50%上昇。
令和6年6－10月平均:117.9 ⇒ 令和7年4－10月平均:125.6(+6.50%)

※ 見直しの施行日については、2026年度予算編成過程を経て決定。

2. 入院時の光熱水費について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

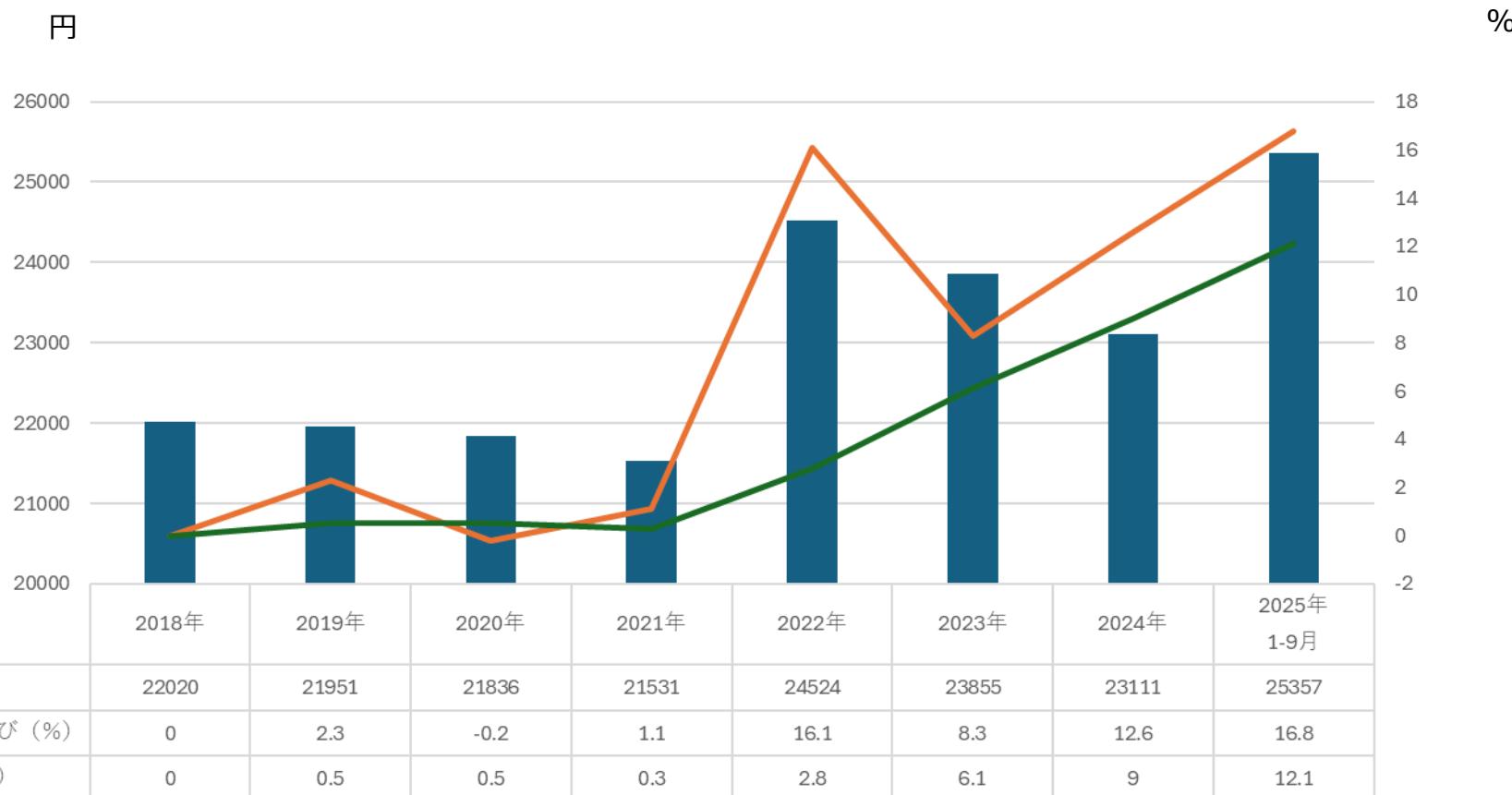
これまでの入院時の光熱水費に関する主な意見

＜令和7年11月20日社会保険医療協議会医療保険部会 入院時の食費・光熱水費について（その1）＞

- 入院時の光熱水費については、介護保険における対応も踏まえると、当然低所得者の方への配慮は必要だが、基準額の見直しについては異論はない。
- 光熱水費に関しても食費と同じように上がってきていることから、これもある程度上げざるを得ない。金額がどれぐらいかは別にして、そういうことを考えなくてはいけない。
- 光熱水費についても、物価高騰の影響をもろに受けているところがあることから、この辺りもこれまでの引上げと同様の考え方で、引き上げが必要ではないか。
- 本来、光熱水費は医療保険の給付対象外であるべきというのが基本的な考え方であることから、今回も基準額を引き上げるのであれば、全額自己負担額の引上げで対応するべき。

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段階の多卧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。

入院時の光熱水費に係る論点

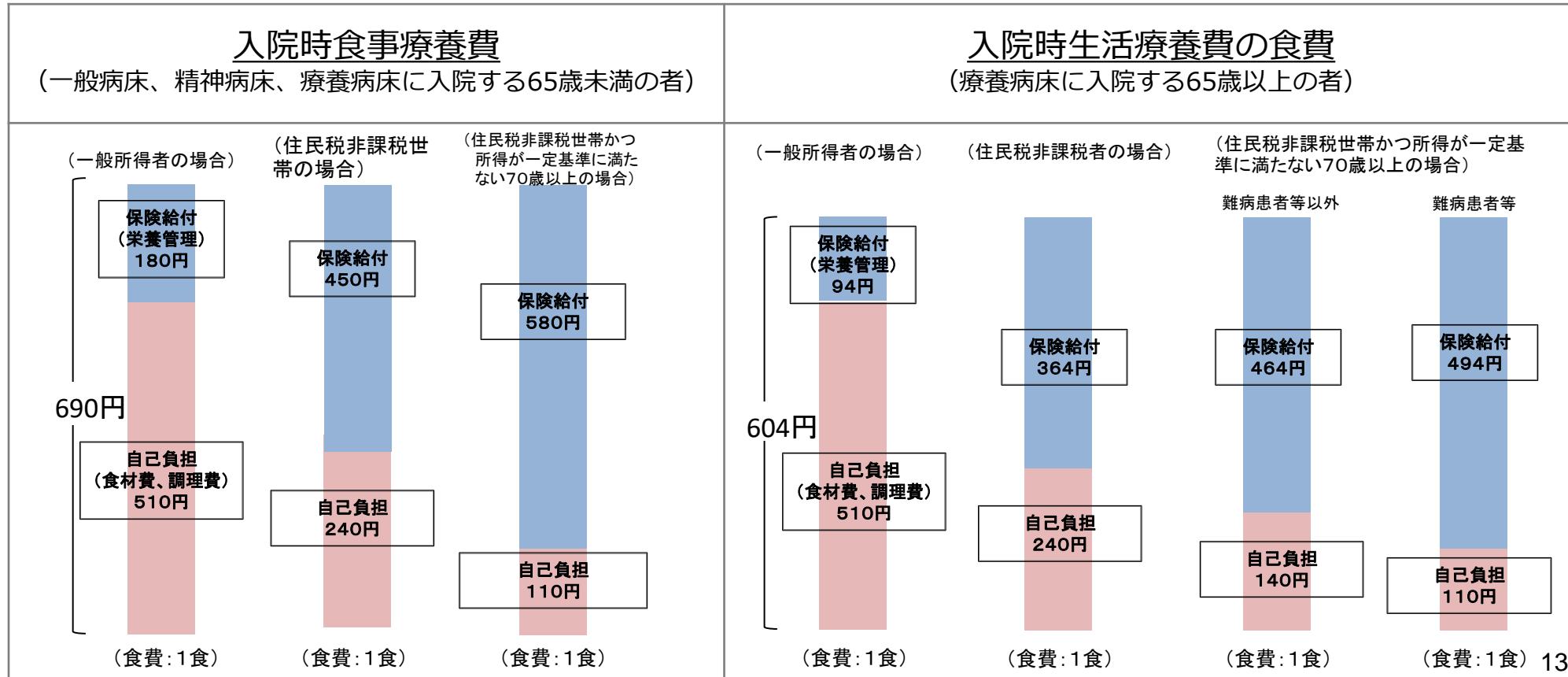
- 昨今の光熱・水道費は特に足下で大きく上昇しているところ、入院時生活療養費の光熱水費の基準額(総額)については、平成18年の創設時から据え置かれている。
- 介護保険では、令和6年度介護報酬改定において、家計における光熱・水道支出を勘案し、多床室の居住費の基準費用額・負担限度額を60円引き上げている。
- 近年の光熱・水道費の上昇や、令和6年度介護報酬改定における対応を踏まえ、中央社会保険医療協議会において、入院時生活療養費の基準額(総額)について、例えば60円引き上げることが議論されている。
- この際の患者負担(標準負担額)については、これを踏まえて変更を行うとともに、所得区分等に応じて一定の配慮を行うこととしてはどうか。

※ 見直しの施行日については、2026年度予算編成過程を経て決定。

參考資料

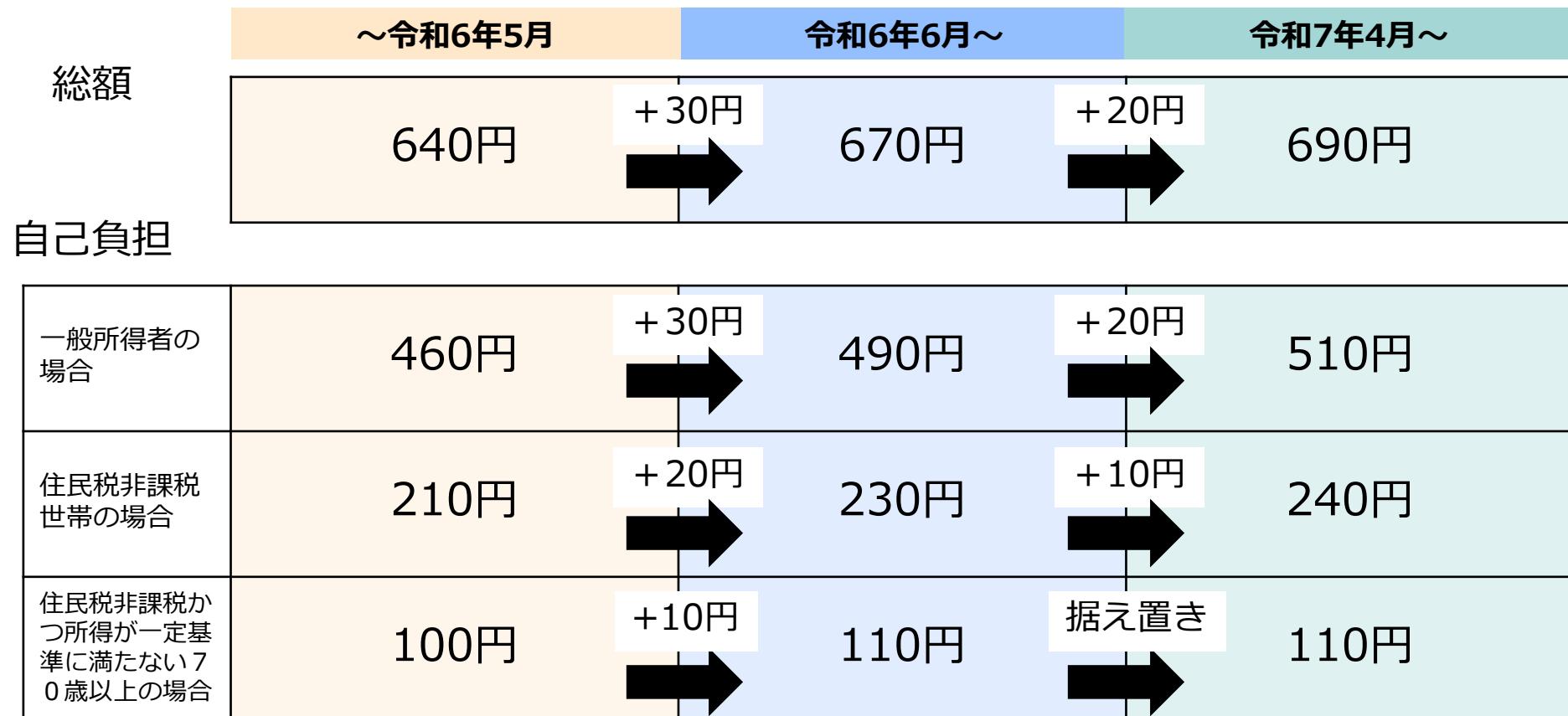
入院時の食費の概要

- 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）

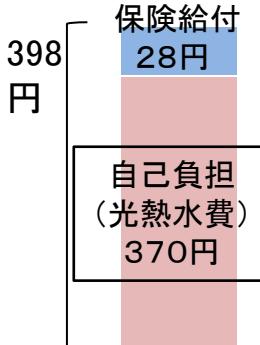
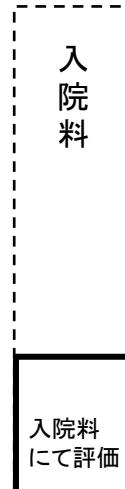
- 食材費が高騰していること等を踏まえ、令和6年6月より、入院時の食費の基準額について1食あたり30円の引上げを実施。また、その後の更なる食材費の高騰等を踏まえ、医療の一環として提供されるべき食事の質を確保する観点から、令和7年4月より、1食あたり20円の引上げを実施。
- 患者負担については、所得区分等に応じて低所得者に配慮した対応としている。



※ 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)
<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> <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> </div> <div style="flex: 1;"> <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> </div> <div style="flex: 1;"> <p>一般所得者の場合</p>  <p>入院料</p> <p>一般所得者の場合</p> <p>入院料 にて評価</p> <p>(光熱水費:入院料)</p> </div> </div>	

入院時生活療養費に関する参考条文

◎ 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）



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の概要（案）

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

令和8年度診療報酬改定の基本方針の概要（案）

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

令和 8 年度診療報酬改定の基本方針（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大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增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、より効率的・効果的かつ安心・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、現役世代の保険料負担の抑制努力の必要性を踏まえながら、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的確に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、地域医療構想に基づき、医療機関の機能に着目した分化・連携・集約化を図るとともに、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携も含め、地域の課題解決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・薬局の評価
 - ・ 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観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ことが必要である。
- 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つながるものであることから、必要な国の対応を検討しながら、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。



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

「強い経済」を実現する総合経済対策～日本と日本人の底力 で不安を希望に変える～について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

「強い経済」を実現する総合経済対策 ～日本と日本人の底力で不安を希望に変える～（令和7年11月21日閣議決定）（主な箇所抜粋）①

第2章 「強い日本経済実現」に向けた具体的施策

第1節 生活の安全保障・物価高への対応

2. 地方の伸び代の活用と暮らしの安定

（1）地域の生活環境を支える基幹産業の支援・活性化

（医療・介護等支援パッケージ）

国民のいのちと暮らしを守り、安心して医療・介護・福祉サービスを受けられる体制を整備することが必要である。政府としては、これまで累次の支援策を講じたものの、依然として物価・賃金上昇の影響を受けている状況であることを踏まえ、令和8年度報酬改定については、他産業の状況も踏まえた賃上げや物価上昇を踏まえた適切な対応が求められており、医療機関や薬局、介護施設等における経営の改善及び従業員の待遇改善につなげるため、その報酬改定の効果を前倒しすることが必要であるという認識に立ち、「医療・介護等支援パッケージ」を緊急措置する。

医療分野においては、経済状況の変化等に対応するため、救急医療※7を担うといった医療機能の特性も踏まえつつ、診療に必要な経費に係る物価上昇への的確な対応や、物価を上回る賃上げの実現に向けた支援を行う。また、物価上昇の影響を受けた医療機関や福祉施設等の資金繰りを的確に支援するため、独立行政法人福祉医療機構による優遇融資を着実に実施する。また、事業継続に困難が生じている地域の基幹的な民間病院に対し、資本性劣後ローン※8を提供し、民間金融機関と連携しつつ、経営改善を図る。

さらに、賃上げを下支えし、人手不足にも対応するため、ICT機器等の導入・活用、看護師の特定行為研修修了者の加速的養成などの生産性向上や職場環境改善に率先して取り組む医療機関を支援する。病床数の適正化を進める医療機関に対しては、医療機関の連携・再編・集約化に向けた取組を加速する観点から、地域の医療ニーズを踏まえ必要な支援を実施する。現下の物価上昇を含む経済状況の変化により、地域医療構想の推進のための施設整備等が困難な医療機関に対する支援を実施する。

※7 小児・周産期・精神の救急を含む。

※8 返済期間満了時の一括償還となり、それまでの間は、利息のみの支払いとなる借入金。資本性劣後ローンによる借入金は、金融機関の資産査定上、自己資本とみなすことができることから、財務体質を強化することが可能。

施策例

- ・医療・介護・障害福祉分野における物価上昇・賃上げ等に対する支援（こども家庭庁、厚生労働省）
- ・医療・介護・障害福祉分野における生産性向上・職場環境改善に対する支援（厚生労働省）

「強い経済」を実現する総合経済対策 ～日本と日本人の底力で不安を希望に変える～（令和7年11月21日閣議決定）（主な箇所抜粋）②

第2章 「強い日本経済実現」に向けた具体的施策

第2節 危機管理投資・成長投資による強い経済の実現

5. 未来に向けた投資の拡大

（3）健康医療安全保障の構築

（医療・介護DXの推進）

医療DX工程表^{※55}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の構築を推進する。

医療DXの基盤であるマイナ保険証の利用を促進し、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。新しい規格の顔認証付きカードリーダーを導入する医療機関等を支援する。マイナ保険証への更なる移行や不安解消を進めるため、継続的な周知広報を行う。

（「攻めの予防医療」等の推進）

（略）

レセプトデータ等を活用した予防・健康づくりへの取組やデータヘルス、保健事業に取り組む保険者の支援を行う。また、AMEDにおける研究開発等を通じて、エビデンスに基づくヘルスケアサービスの開発を支援する。

※55 「医療DXの推進に関する工程表」（令和5年6月2日、医療DX推進本部において決定）。

施策例

- ・マイナ保険証の利用促進に向けた取組（厚生労働省）
- ・レセプト・健診情報等を活用したデータヘルスの推進（厚生労働省）

「強い経済」を実現する総合経済対策 ～日本と日本人の底力で不安を希望に変える～（令和7年11月21日閣議決定）（主な箇所抜粋）③

第2章 「強い日本経済実現」に向けた具体的施策

第2節 危機管理投資・成長投資による強い経済の実現

5. 未来に向けた投資の拡大

（3）健康医療安全保障の構築

（社会保障制度改革）

現役世代の社会保険料負担を含む国民負担を軽減するため、「経済財政運営と改革の基本方針2025」に盛り込まれた社会保障制度改革を着実に実行する。特に、OTC類似薬を含む薬剤自己負担については、現役世代の保険料負担の一定規模の抑制につながる具体的な制度設計を令和7年度中に実現した上で、令和8年度中に実施する。また、医療費の窓口負担について、年齢にかかわらず公平な応能負担を実現するための第一歩として、高齢者の窓口負担割合等に金融所得を反映するため、具体的な法制上の措置を令和7年度中に講じる。くわえて、令和8年度診療報酬改定について、インフレ下における医療給付の在り方と現役世代の保険料負担抑制の整合性を確保しつつ、特に高度機能医療を担う病院の経営安定化と従事者の待遇改善（診療報酬体系の抜本的見直し）の観点や2040年頃を見据えた医療機関（病院・診療所）の機能に着目した分化・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、多剤重複投薬対策等に留意しながら実施する。

併せて、連立政権合意書（令和7年10月20日）に盛り込まれたその他の社会保障改革※58を含め、令和7年度中に具体的な骨子について合意し、令和8年度中に具体的な制度設計を行い、順次実施する。

※58 以下を内容とするもの。

- （1）保険財政健全化策推進（インフレ下での医療給付費の在り方と、現役世代の保険料負担抑制との整合性を図るための制度的対応）
- （2）医療介護分野における保険者の権限及び機能の強化並びに都道府県の役割強化（①保険者の再編統合、②医療介護保険システムの全国統合プラットフォームの構築、③介護保険サービスに係る基盤整備の責任主体を都道府県とする等）
- （3）病院機能の強化、創薬機能の強化、患者の声の反映及びデータに基づく制度設計を実現するための中央社会保険医療協議会の改革
- （4）医療費窓口負担に関する年齢によらない真に公平な応能負担の実現
- （5）年齢にかかわらず働き続けることが可能な社会を実現するための「高齢者」の定義見直し
- （6）人口減少下でも地方の医療介護サービスが持続的に提供されるための制度設計
- （7）国民皆保険制度の中核を守るための公的保険の在り方及び民間保険の活用に関する検討
- （8）大学病院機能の強化（教育、研究及び臨床を行う医療従事者として適切な給与体系の構築等）
- （9）高度機能医療を担う病院の経営安定化と従事者の待遇改善（診療報酬体系の抜本的見直し）
- （10）配偶者の社会保険加入率上昇及び生涯非婚率上昇等をも踏まえた第三号被保険者制度等の見直し
- （11）医療の費用対効果分析に係る指標の確立
- （12）医療機関の収益構造の増強及び経営の安定化を図るための医療機関の営利事業の在り方の見直し
- （13）医療機関における高度医療機器及び設備の更新等に係る現在の消費税負担の在り方の見直し



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

令和7年度補正予算案（保険局関係）の主な事項について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

医療分野におけるDXの推進

① マイナ保険証の利用促進に向けた支援等 224億円

マイナンバーカードの健康保険証としての利用促進と定着に向けて、円滑にマイナ保険証を利用するための医療機関等における必要なシステム改修や新しい規格の顔認証付きカードリーダーの導入費用の補助、国民や医療機関等への継続的な周知広報等を行う。

② 診療報酬改定DX(共通算定モジュールの開発等事業) 42億円

医療DX工程表に基づき、共通算定モジュールの本格提供・運用(令和8年6月予定)や普及、請求支援機能といった追加機能の開発等を進めるため、開発・運営主体である社会保険診療報酬支払基金等に対して補助等を行う。

③ 医療DXを活用した保健事業の取組等強化事業 18億円

医療DXの推進により共有される情報(医療・薬剤情報・特定健診等情報等)を用いた保健事業の取組等を行う健康保険組合に対して、財政支援を行う。

④ NDBデータの更なる利活用推進事業 20億円 【デジタル庁】

令和7年6月13日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2025」や「規制改革実施計画」等において、仮名化情報等の利活用や公的DB等との連結解析を可能とする整備が求められていることから、NDBではこれまで収載していない仮名化情報の利用・提供や他の公的DB等との連結解析(情報連携基盤)の仕組みに対応するため、運用面の見直しを含めシステム整備を行うとともに、NDBにおける医療レセプト等の第三者提供体制の整備を図る。

① レセプト・健診情報等を活用したデータヘルス推進事業 1.2億円

レセプトデータ等を活用した予防・健康づくり(データヘルス)や保健事業に取り組む保険者を支援するため、データヘルス計画における共通評価指標の整備等のデータヘルス・ポータルサイトの改修や、健康スコアリングレポートの表示項目の変更・拡充等のための作成システムの改修を行う。

② 国保・後期高齢者保健事業のデータヘルスの標準化の一体的な事業検証経費 1.5億円

データヘルスの標準化に取り組むモデル都道府県の国保・後期のデータを連結して分析を行い、データヘルスの標準化についての事業検証を行い、モデル都道府県における取組の状況や課題を分析し、取組の質を向上させる具体的な方策を検討することにより、地域における国保保健事業・高齢者の保健事業の一体的な実施の取組の充実・質の向上を目指す。

③ データヘルス計画の取組にかかる実態調査事業 20百万円

国保保険者のデータヘルス計画に都道府県が設定させるとした「地域の実情に応じて都道府県が設定する指標」の取組について実施状況を調査し、取組が進まない要因分析やデータヘルス計画の標準化の取組支援を行う。

① 制度改正等に係る国保総合システム等の改修等経費 231億円

高額介護合算療養費の支給手続きの簡素化や無料低額診療事業の事務手続きの簡素化などへの対応のため、国保総合システムや国保データベースシステム等の改修等を行う。

② 国保総合システムの最適化及び審査領域の共同開発・共同利用に関するシステム開発経費 20億円

審査支払機関の改革を推進するため、共同開発・共同利用に伴うシステム間の連携機能の構築及びシステムの最適化に向けた対応に係るシステム改修を行う。

③ 国保保険者標準事務処理システムの機能改善等に要する経費 27億円

国保保険者標準事務処理システムの制度改正・機能改善対応を実施するとともに、自治体システム(国保)標準化に伴うシステム改修及びガバメントクラウドへの移行するためのシステム改修を実施する。

④ 後期高齢者医療広域連合電算処理システム等改修経費 17億円

高額介護合算療養費の支給手続きの簡素化や扶養控除の見直しに伴う負担割合の判定見直し等の対応のため、後期高齢者医療広域連合電算処理システム等のシステム改修を実施する。

⑤ 公共サービスメッシュの整備に伴う医療保険者等向け中間サーバーの改修経費 83百万円

マイナンバー制度に基づく情報連携のインフラである「第三期情報提供ネットワークシステム(NWS)」の後継としてデジタル庁において「公共サービスメッシュ」の開発が進んでおり、NWSのサービスが終了し、公共サービスメッシュへ移行することに対応するため、医療保険者等向け中間サーバーの改修を行う。

⑥ 「出産なび」の改修経費 16百万円 【デジタル庁】

分娩扱施設の費用・サービスの情報提供を行うウェブサイト「出産なび」について、令和7年冬に社会保障審議会医療保険部会で取りまとめられる標準的な出産費用の無償化の給付体系の骨格を踏まえた追加的改修を行う。

⑦ 医療費情報総合管理分析システム及び医療費供給面統計システムの改修経費 1.5億円 【デジタル庁】

各医療保険者からの事業状況等の報告及び医療費の供給面からの情報を処理・分析するためのシステムについて、

- ・次期システム更改を行うための開発・移行及び工程管理支援等業務
 - ・次期システムにおいて制度改正等に伴う報告様式・帳票の変更に係るシステム改修業務
- を実施する。

⑧ DPCデータベース管理運用システム改修経費 70百万円 【デジタル庁】

DPCデータをデータベース化し、データ利活用のため省内及び第三者へ提供するためのシステムについて、現行システムは令和9年度末で機器等のサポートが終了するため、円滑なシステム更改に向けた調達支援等を実施する。

⑨ 保険医療機関等管理システム改修経費 27億円 【デジタル庁】

全国の地方厚生(支)局が保険医療機関等からの各種申請・届出を管理するために活用する保険医療機関等管理システムについて、令和8年度診療報酬改定に係るシステム改修やデジタル庁で構築している国家資格等情報連携・活用システムとの連携に係る改修、次期システム刷新に係る設計・開発等を実施する。

① 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の全国的な横展開事業 93百万円

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施において、実施市町村における取組量の増加と質の向上のため、実施市町村の課題等を踏まえ、国保連合会・広域連合・都道府県等に対する市町村支援等に関する研修会の開催やKDB二次加工ツールの活用充実を図り、全市町村での効率的かつ効果的な事業実施に向けて取り組むよう効果的な事例の横展開を図る。

② 諸外国の医療保険制度における外国人の取扱に関する状況調査事業 20百万円

諸外国の医療保険制度における外国人の加入要件やそれに付随する論点、入国者に一定の費用負担を求めている場合の徴収方法や当該費用の用途等について、近年の見直しに係る議論や内容も含め、調査・研究を行う。

令和 7 年度補正予算案（保険局関係）参考資料

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

施策名:マイナ保険証の利用促進に向けた支援等

令和7年度補正予算案 224億円

① 施策の目的

マイナ保険証を基本とする仕組みへの円滑な移行に当たり、各種取組を通じて、マイナ保険証の利用促進・定着を図る。

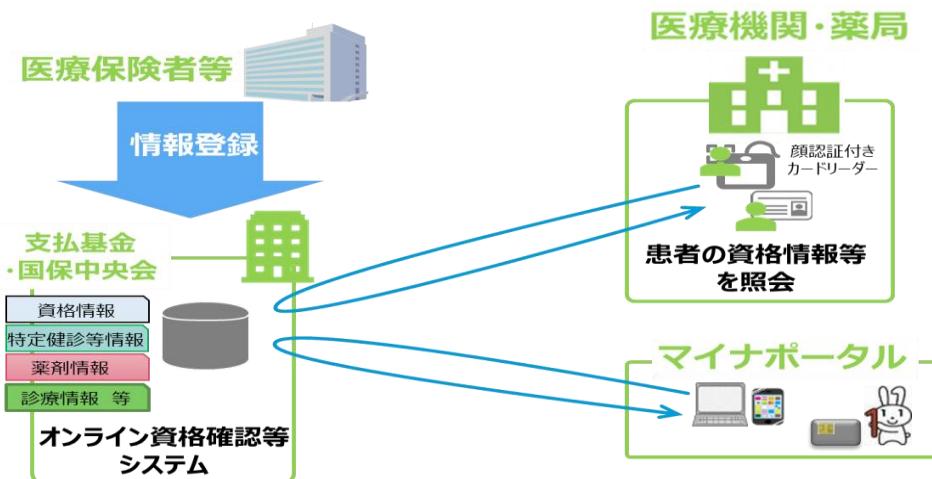
② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
								<input checked="" type="radio"/>	

③ 施策の概要

円滑にマイナ保険証を利用するための医療機関等における必要なシステム改修や新しい規格の顔認証付きカードリーダーの導入費用の補助、国民や医療機関等への継続的な周知広報等を行う。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



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)

マイナ保険証を基本とする仕組みへの円滑な移行やマイナ保険証の利用促進・定着を図る。

施策名: 診療報酬改定DX(共通算定モジュールの開発等事業)

令和7年度補正予算案 42億円

① 施策の目的

診療報酬改定時に、医療機関やベンダー等が、短期間で集中して個別にシステム改修やマスタメンテナンス等に対応することで、非常に大きな業務負荷が生じている現状に対し、進化するデジタル技術を最大限に活用し、医療機関等における負担の極小化をめざす。

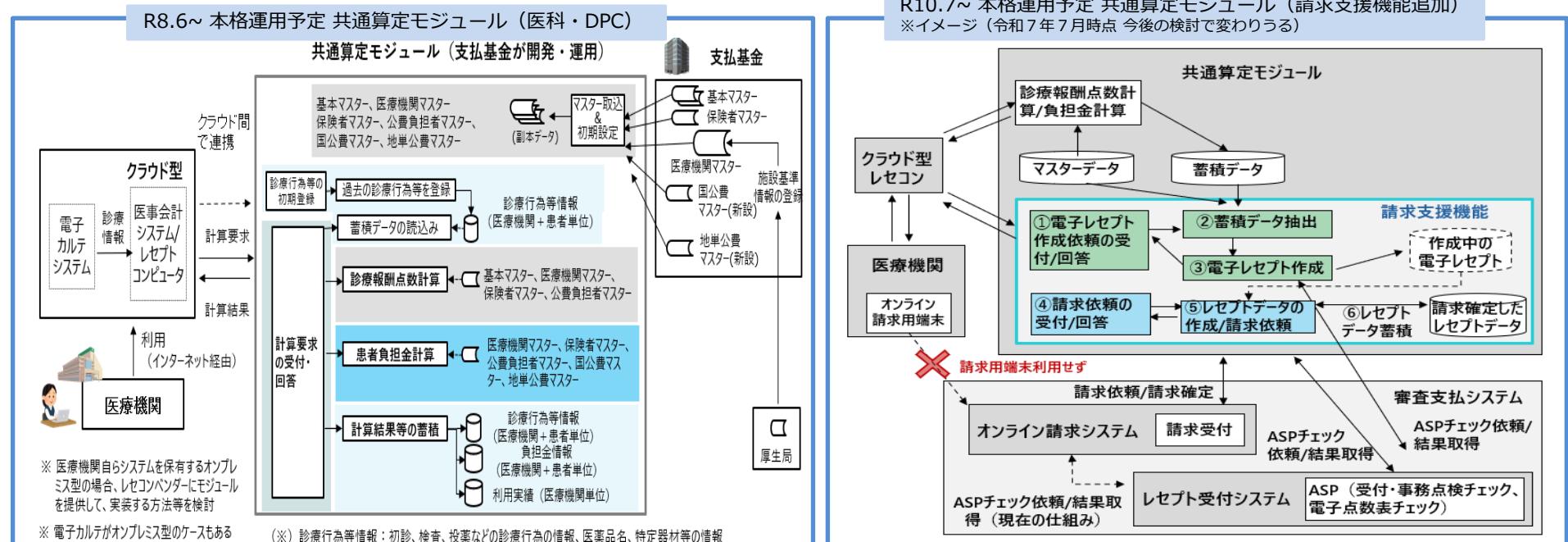
② 対策の柱との関係

I			II			III			
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
								○	

③ 施策の概要

医療DX工程表に基づき、共通算定モジュールの本格提供・運用(令和8年6月開始予定)や普及、請求支援機能といった追加機能の開発等を進める。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



【開発主体等】

社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険中央会

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)

共通算定モジュールの提供により、診療報酬改定時の医療機関等における負担が軽減する。

① 施策の目的

医療DXにおける推進策としてレセプト・健診データ・ICT等の活用拡大、データ連携による健康管理の充実や、全国医療情報プラットフォームを活用し、プラットフォーム内で共有される種々の情報(医療・薬剤情報・特定健診等情報等)を用いた保健事業の取組等を行う健康保険組合に対して財政支援を行う。

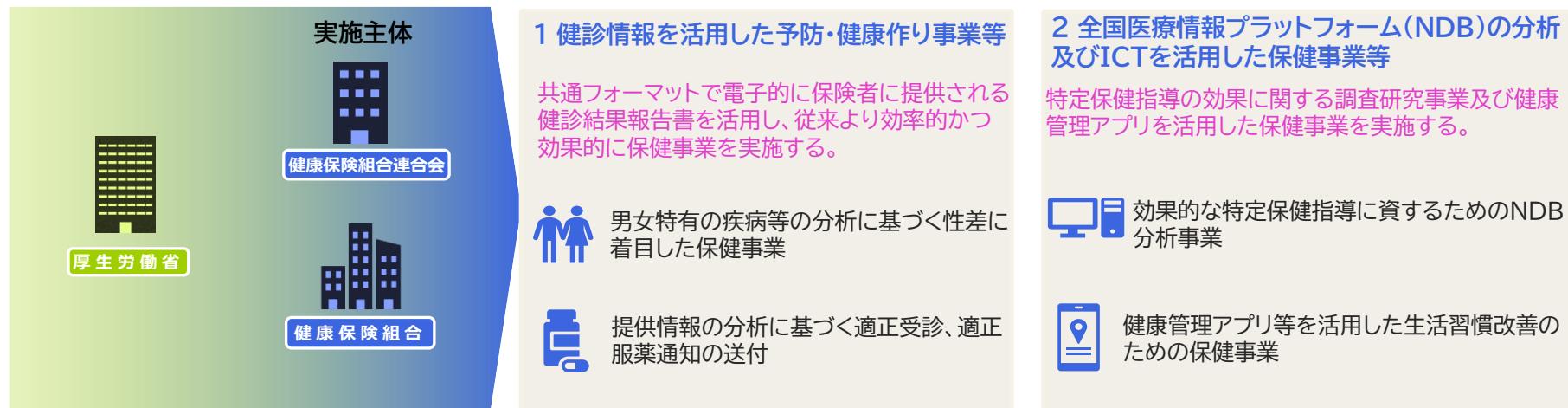
② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
								○	

③ 施策の概要

健康保険組合連合会及び健康保険組合が取り組む、次の事業に対する支援を行う。

- ・健診情報を活用した予防・健康作り事業等への支援
- ・全国医療情報プラットフォーム(NDB)の分析及びICTを活用した保健事業等への支援

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等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)

健康保険組合等が取り組む事業の一部を補助することで、医療DXの推進につながる環境整備を図る。

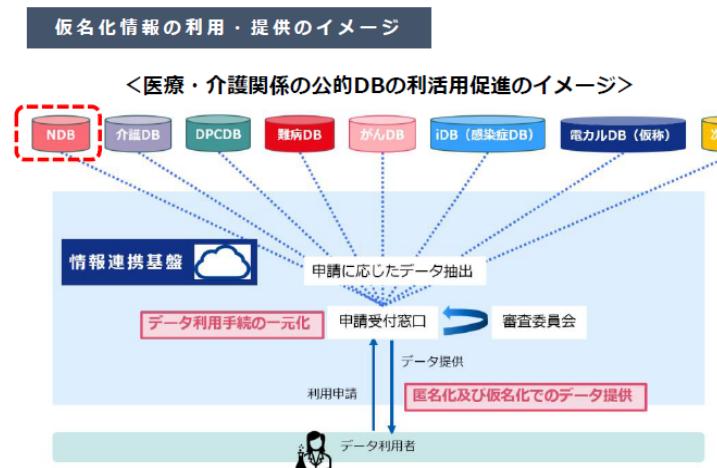
① 施策の目的

医療情報の二次利用については、令和7年6月13日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2025」や「規制改革実施計画」等を受け、公的DB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等が求められている。

③ 施策の概要

これまで収載していない仮名化情報の利用・提供や他の公的DB等との連結解析(情報連携基盤)の仕組みに対応するため、NDBでは運用面の見直しを含めシステム整備を行うとともに、医療レセプト等の第三者提供体制の整備を図る必要がある。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



- ・仮名化情報の利用・提供にかかるデータ整備やシステム開発の検討状況等も踏まえつつ、NDBにおけるシステム改修では、データ提供の申請手続き等を行う二次利用ポータル等の改善及びR 8診療報酬改定に伴う改修についても一体的に実施。

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)

国・大学・民間事業者における医療レセプト等データの利活用を通じて、国民の健康増進、より質の高い医療サービスの提供、医療の技術革新等に資する。

② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
								○	

① 施策の目的

レセプトデータ等を活用した予防・健康づくりへの取組やデータヘルス、保健事業に取り組む保険者の支援を行う。

② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
								<input checked="" type="radio"/>	

③ 施策の概要

データヘルス計画における共通評価指標の整備及び集計を含めたデータヘルス・ポータルサイトの改修や、今後表示項目の変更・拡充等がされていく健康スコアリングレポートの作成のためのスコアリングシステム改修を行う。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

データヘルス・ポータルサイト及びスコアリングシステムの改修

■ データヘルス・ポータルサイトに蓄積される健康課題や保健事業のデータをもとに、効果的・効率的な保健事業のパターン化(標準化)についての検討を踏まえデータヘルス・ポータルサイトのシステム改修を行う。また、レセプト・健診情報等のデータ分析によりエビデンスに基づいた保健事業の推進を図るための費用を補助。

※「経済・財政新生計画 進捗管理・点検・評価表 2025」において、データヘルス計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標や保険者によるデータヘルス計画の作成及び運営を推進するよう掲げられており、補助を通じた支援が必要。

■ コラボヘルスの取組によってデータヘルスや保健事業の取組が深化するよう、健康スコアリングWGでの検討を踏まえたスコアリングシステムの改修を行うための費用を補助。

※「経済財政運営と改革の基本方針2025」において、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)等の効果的な取組を支援するよう掲げられている。

■ 実施主体:社会保険診療報酬支払基金

〈データヘルス・ポータルサイト〉
データヘルス計画の円滑な運営を支援することを目的に開設。健保組合は、ポータルサイトを活用して、計画策定および評価・見直しを実施。



〈健康スコアリングレポート〉
各健康保険組合の加入者の健康状態等について、全健康保険組合平均や業態平均と比較したデータを見える化。



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)

健康保険組合のデータヘルスの取組が促進され、効果的・効率的な保健事業の実施に寄与する。

① 施策の目的

本事業では、モデル都道府県の国保・高齢者の保健事業の分析で同定された成功要因を踏まえ、高齢者の保健事業の検証を行い、具体的な方策を検討することにより、地域における国保・高齢者の保健事業の取組の充実と質の向上を目指す。

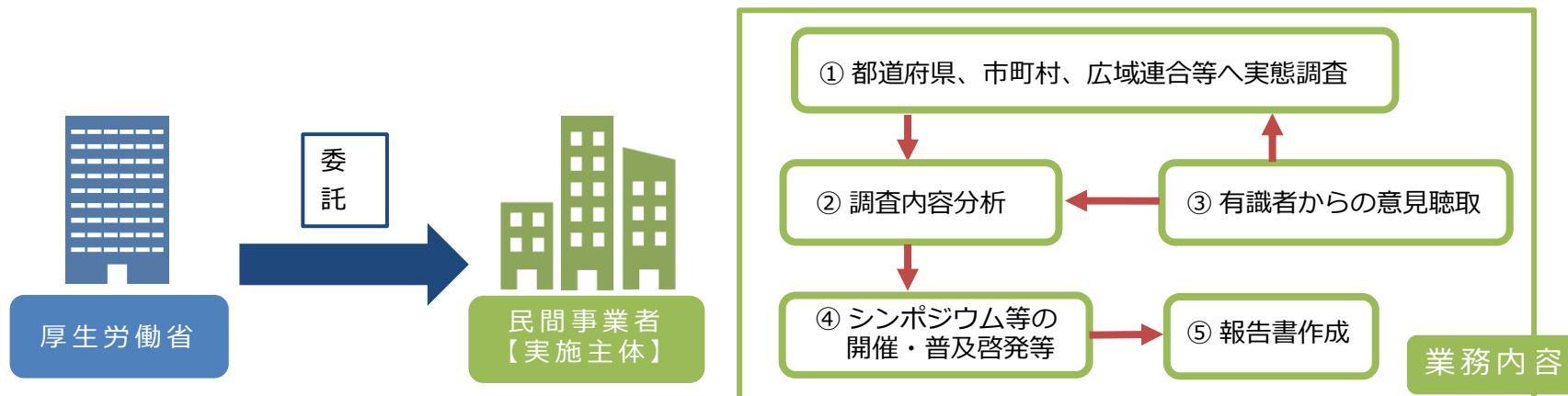
② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
								○	

③ 施策の概要

実態調査を踏まえ、有識者からの意見をもとに国保・後期のKDBデータを抽出するモデル都道府県を選定し、データ抽出を行う。そのデータを連結して分析・検証を行い、標準化の成功要因を特定する。得られた成果はシンポジウム等の開催により周知を図っていく。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



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)

事業検証により得られた成果は、シンポジウム等の開催を通じて普及啓発等を行うことで、成功要因を共有することができ、取組の充実・質の向上につなげていく。

① 施策の目的

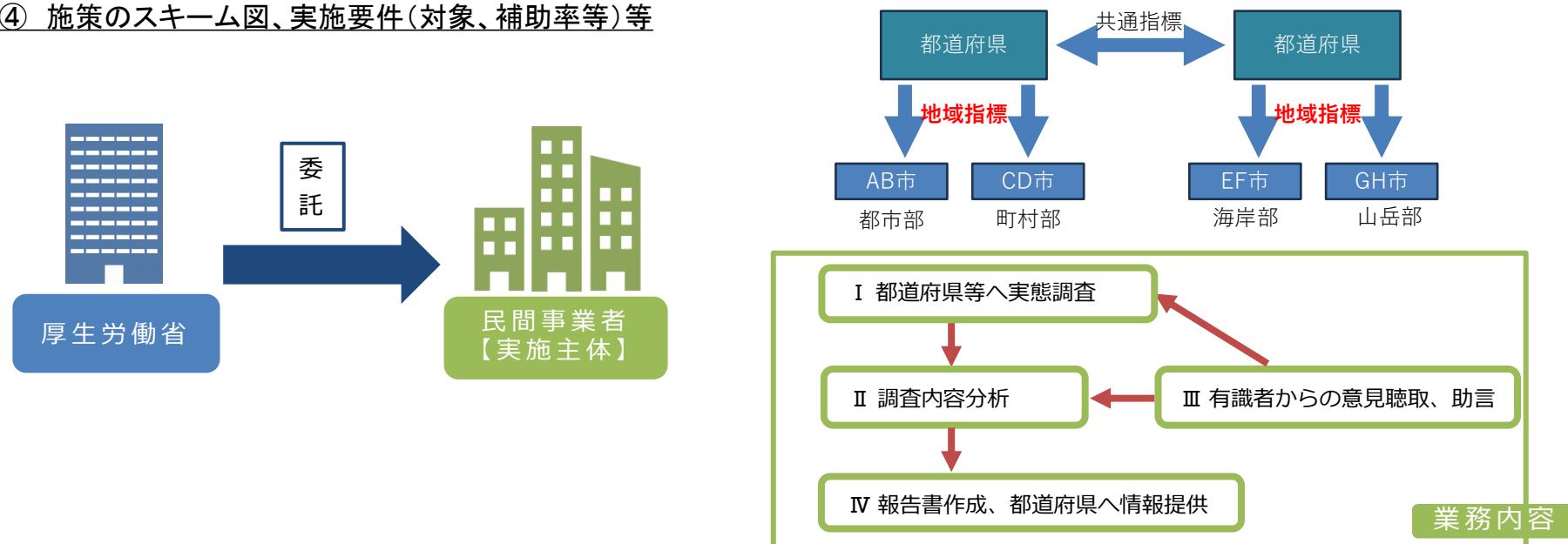
国保保険者のデータヘルス計画に都道府県が設定させるとした「地域の実情に応じて都道府県が設定する指標」(以下、「地域指標」)の取組について状況調査し、取組が進まない分析や支援を行う。

② 対策の柱との関係

I			II				III		
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
								○	

③ 施策の概要

- I 都道府県における共通及び地域指標の設定及び国保連合会の保険者支援の実態調査
- II 実態調査票のデータ集計や分析(保険者の地域指標の取組が進まない状況等)
- III 上記における有識者による助言、指導及び令和9年度後半からの保険者支援の在り方の意見聴取
- IV 調査結果を都道府県、市町村へ情報提供(国民健康保険団体連合会含む)

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等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)

都道府県において地域指標の取組が進むことで、域内の各保険者を経年的にモニタリングでき、客観的把握が可能になる。

① 施策の目的

国保総合システムは、レセプトの審査・支払業務や保険者給付など、国民健康保険関係業務に活用するためのシステムである。また、国保データベース(KDB)システムは、「特定健診・特定保健指導」「医療」等に係る情報を利活用し、統計情報等を保険者に情報提供するなど、保健事業の実施を効率的かつ効果的に行うためのものであり、保険者にとって非常に重要なものとなっている。これらのシステム等において、制度改正や地方分権等を反映し、保険者や医療機関等が円滑に事業を実施できるよう整備を行う。

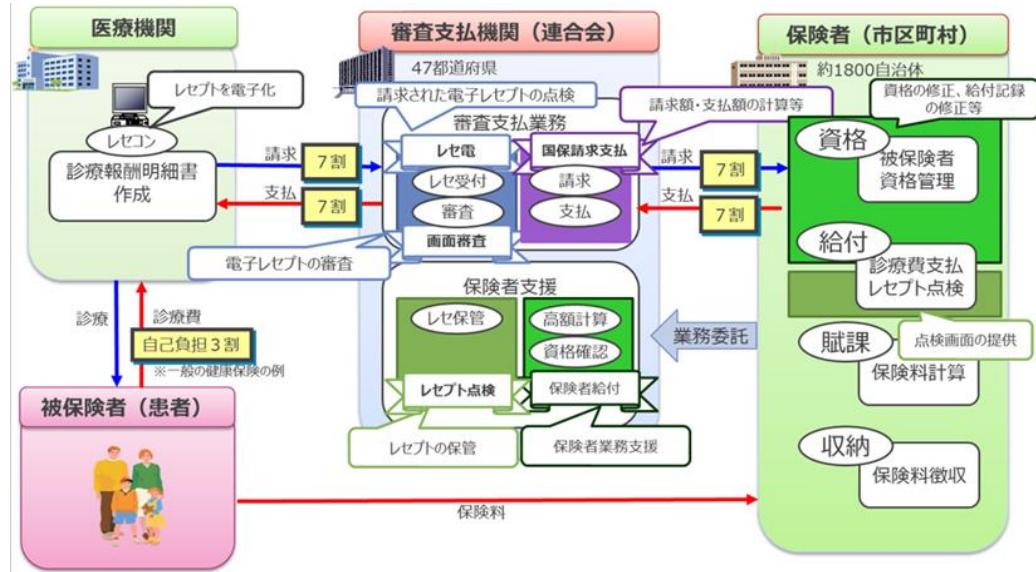
③ 施策の概要

- ・高額介護合算療養費の手続き簡素化事業:高額介護合算療養費の支給について、初回申請のみで2回目以降の申請を省略する対応(支給簡素化)を行う。
- ・無料低額診療事業の事務手続きの簡素化事業:無料低額事業の情報がレセプトに記載され、同事業利用者の高額療養費の再計算処理が不要となる対応をする。
- ・ICD11(国際疾病分類)のコード追加に対応する事業:ICD11のコード追加に伴う傷病名コードの変更への対応を可能とする。
- ・制度改正等への対応に要する経費:制度改正や令和8年度診療報酬改定等の円滑な実施に向けた対応を行う。
- ・令和8年度診療報酬改定に対応するためKDBシステムの改修を行う。

② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
								○	

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



【実施主体】国民健康保険中央会、社会保険診療報酬支払基金 等

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)

システムの総合的かつ効率な運用が実現することにより、国民への平等な医療サービスの提供に資する。

① 施策の目的

国保総合システムについては、「審査支払機能に関する改革工程表」等を踏まえ、システムを支払基金システムと整合的にし、かつ効率的なものにしていく必要がある。このため、ハードウェアの保守期限を踏まえて行われている2024年のシステム更改以降も、システム障害等のリスクを生じさせないよう留意しつつ、システムの最適化及び審査支払領域に係る支払基金との共同開発・共同利用を段階的に進める必要がある。

② 対策の柱との関係

I			II			III			
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
								○	

③ 施策の概要

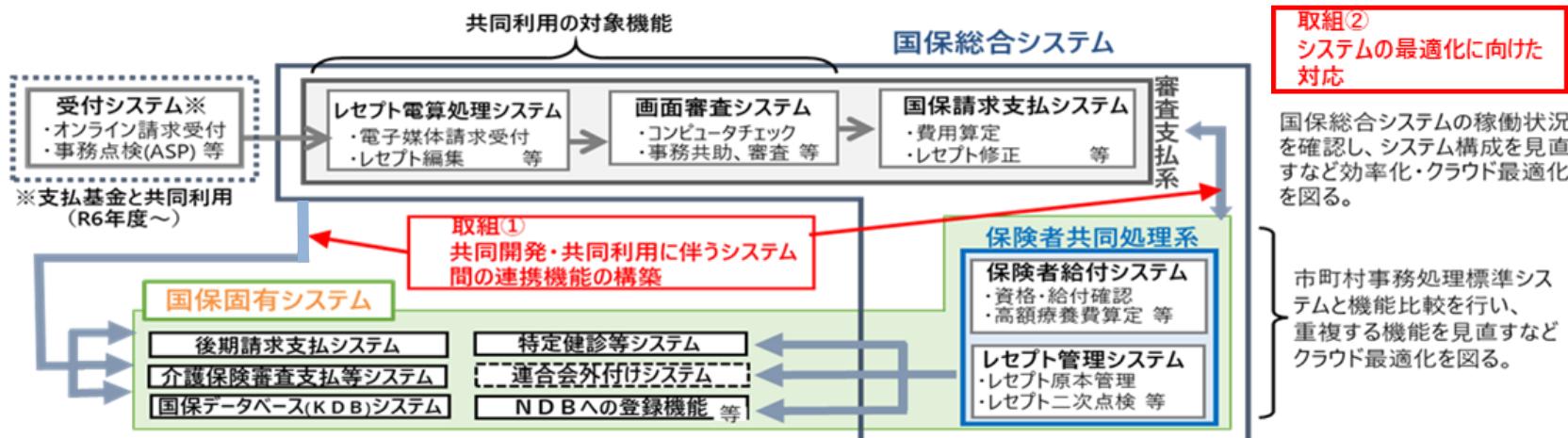
本事業では、審査支払機関の改革を推進するため、国保総合システムの最適化及び共同開発・共同利用に向けて、以下の取組に着手・実施する。

取組①:共同開発・共同利用に伴うシステム間の連携機能の構築

取組②:システムの最適化に向けた対応

(システム構成の見直しや他のシステムとの重複機能の見直しなどにより、クラウド最適化を図る。)

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



【実施主体】国民健康保険中央会

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)

審査システムの総合的かつ効率的な運用が実現することにより、国民への平等な医療サービスの提供に資する。

① 施策の目的

市町村における国民健康保険事務を効率的に実施できるようにするため。

② 対策の柱との関係

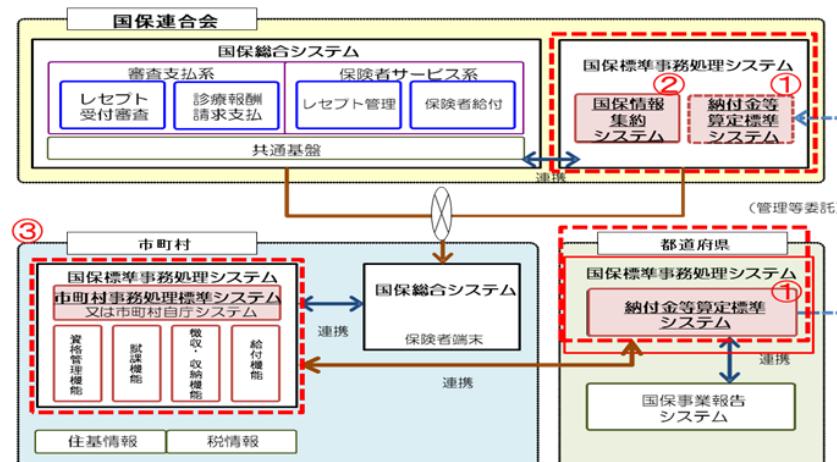
I			II			III			
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
								○	

③ 施策の概要

国保保険者標準事務処理システムの制度改正・機能改善対応を実施するとともに、自治体システム(国保)標準化に伴うシステム改修及びガバメントクラウドへ移行するためのシステム改修等を実施する。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

・制度改正や運用改善等への対応



【実施主体】国民健康保険中央会

【国保保険者標準事務処理システム】

- ① 国保事業費納付金等算定標準システム
都道府県による市町村ごとの国保事業費納付金の額の決定や、市町村ごとの標準保険料率の算定業務を支援するためのシステム。
- ② 国保情報集約システム
市町村ごとに保有する資格情報等を都道府県単位で集約し、被保険者が同一都道府県内で転居した場合に高額療養費の多数回該当に係る該当回数を引継ぐなど、市町村間の情報連携等を支援するためのシステム。
- ③ 市町村事務処理標準システム
市町村が行う資格管理、賦課、徴収・収納、給付業務を支援するための標準的な事務処理システム。

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)

国保保険者事務処理標準システムを導入している自治体では制度改正等に伴うシステム改修が不要となるため、システム改修費用の大幅な削減につながる。

① 施策の目的

後期高齢者医療制度の円滑な運営を目的として、制度改正等に対応するためのシステム改修を実施する。

② 対策の柱との関係

I			II			III			
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2

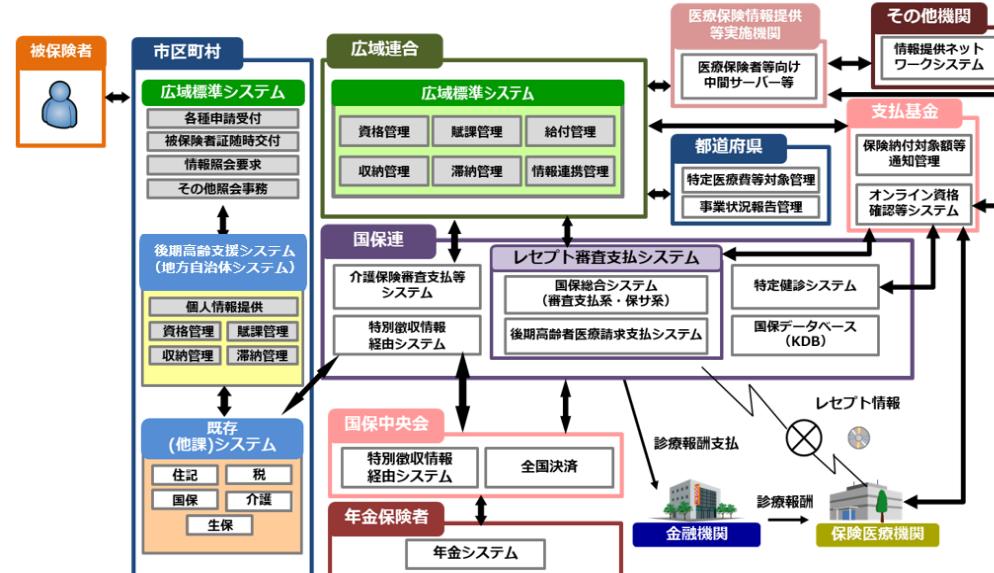
③ 施策の概要

地方分権対応における高額介護合算療養費に係る支給手続き簡素化対応、扶養控除の見直しに伴う負担割合の判定見直し対応、無料低額診療事業対応及び地方自治体システム標準化対応のため、国民健康保険中央会にて後期高齢者医療広域連合電算処理システム等のシステム改修を実施する。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

- ・ 後期高齢者医療広域連合電算処理システム改修
- ・ 地方自治体システム標準化対応

実施主体:国民健康保険中央会



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)

地方分権対応における高額介護合算療養費に係る支給手続き簡素化対応、扶養控除の見直しに伴う負担割合の判定見直し対応、無料低額診療事業対応及び地方自治体システム標準化対応に係るシステム改修を行うことにより、後期高齢者医療制度の円滑な運営を図る。

施策名:公共サービスメッシュの整備に伴う医療保険者等向け中間サーバーの改修経費

① 施策の目的

マイナンバー制度に基づく情報連携のインフラである「第三期情報提供ネットワークシステム」の後継として「公共サービスメッシュ」(デジタル庁が新たに整備)の開発が進められており、第三期情報提供ネットワークシステムから公共サービスメッシュへの移行に対応するため、医療保険者等向け中間サーバーの改修を行う。

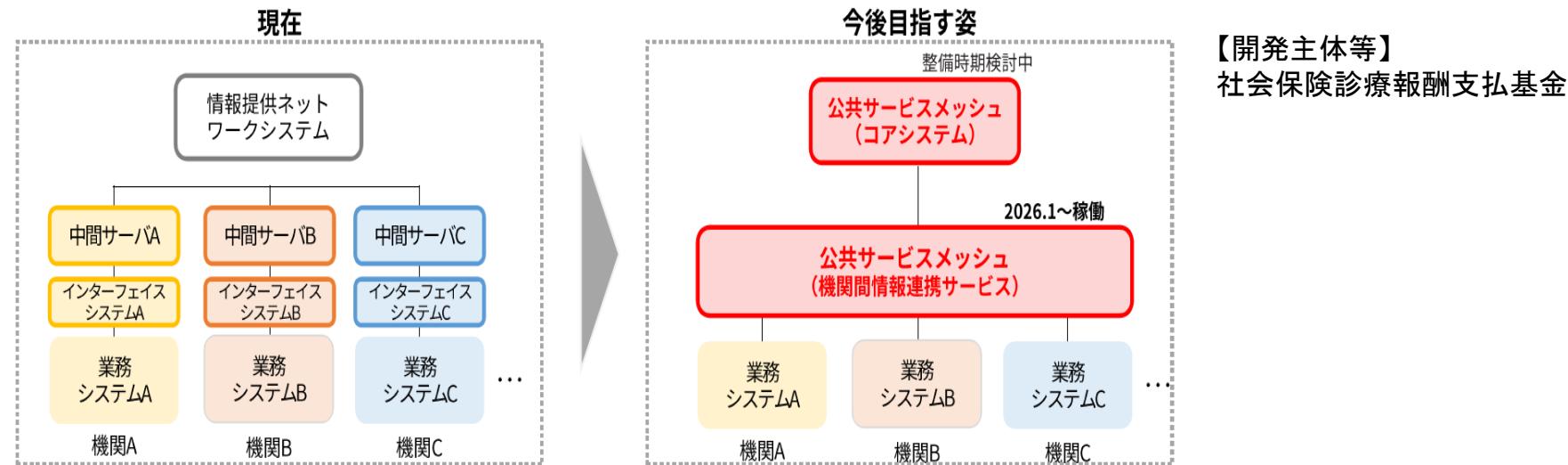
② 対策の柱との関係

I			II			III			
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
								○	

③ 施策の概要

医療保険者等向け中間サーバーの改修を行い、公共サービスメッシュが提供するインターフェイスシステムへの移行を2028年1月を目指して実施する。本事業では、公共サービスメッシュに関する最新情報を基に、移行方針を決定し開発に着手するとともに、検証テストに向けて、テスト環境を整備する。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



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)

インターフェイスシステムの移行をはじめ、中間サーバー相当機能の移行が実施できた場合は、公共サービスメッシュが実現する主要な効果である「処理能力の向上」、「コストの最適化」及び「変化対応力等の向上」が見込める。

① 施策の目的

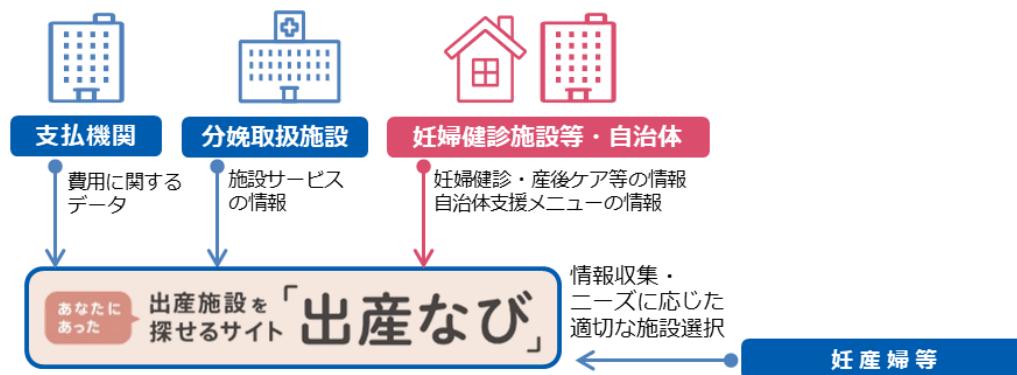
分娩取扱施設の費用・サービスの情報提供を行うウェブサイト「出産なび」の追加的改修を行うため。

② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
								○	

③ 施策の概要

令和7年度中に有識者検討会の議論の整理を踏まえた機能拡充を行う「出産なび」について、令和7年冬に社会保障審議会医療保険部会で取りまとめられる、標準的な出産費用の無償化の給付体系の骨格を踏まえた追加的改修を行う。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

○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）抜粋

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

妊娠・出産・産後の経済的負担の軽減のため、2026年度を目指し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。

「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。

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)

妊婦がサービス・費用に関する十分な情報に基づき、希望に応じた出産を行うことのできる環境が整備される。

① 施策の目的

「医療費情報総合管理分析システム」及び「医療費供給面統計システム」において、情報処理及び分析するためのシステム最適化を図っていく。

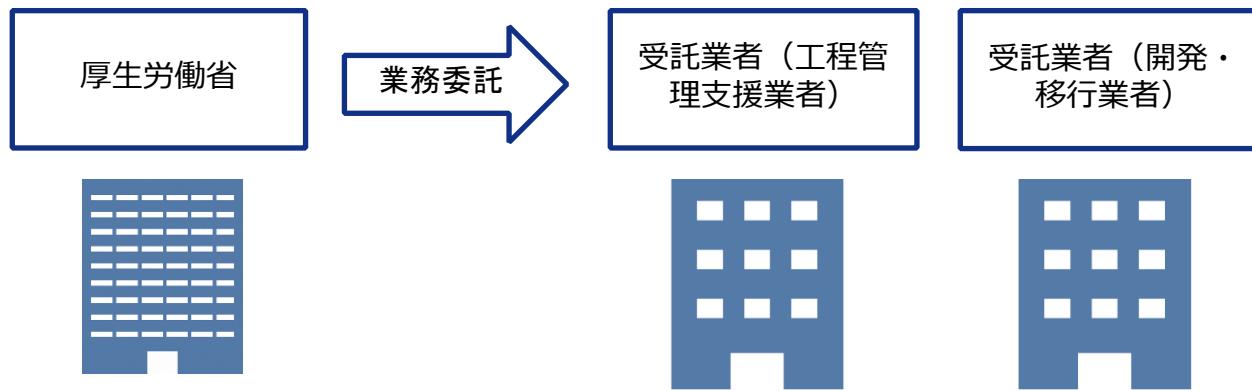
② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
								○	

③ 施策の概要

「医療費情報総合管理分析システム」及び「医療費供給面統計システム」にかかるシステム更改及び制度改正対応に伴う改修を行う。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



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)

現状の制度に応じた調査及び統計作成を行うことができ、適切な財政影響の試算や 政策決定に必要な材料を提供することができる。

① 施策の目的

現行システムにおける機器等のサポートが令和9年度末で終了するため、円滑なシステム更改を実施する。

③ 施策の概要

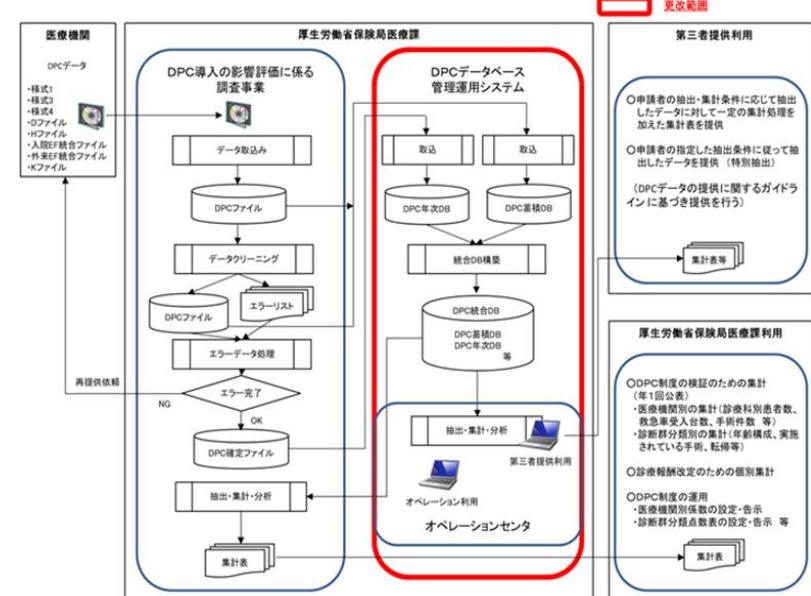
令和9年度に予定するシステム更改に向け、システムの改善提案や仕様書案の作成等について、専門的知見を有する外部事業者の支援を受けるため、調達等の支援業務を委託するもの。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等**実施主体**

厚生労働省

業務委託

調達等支援事業者

**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)**

専門的知見を有する外部事業者の支援により、システム更改に係る経費等の効率化につなげ、当該システムを安定的に稼働させ、第三者提供等により、医療の質の向上に資することを目的とする。

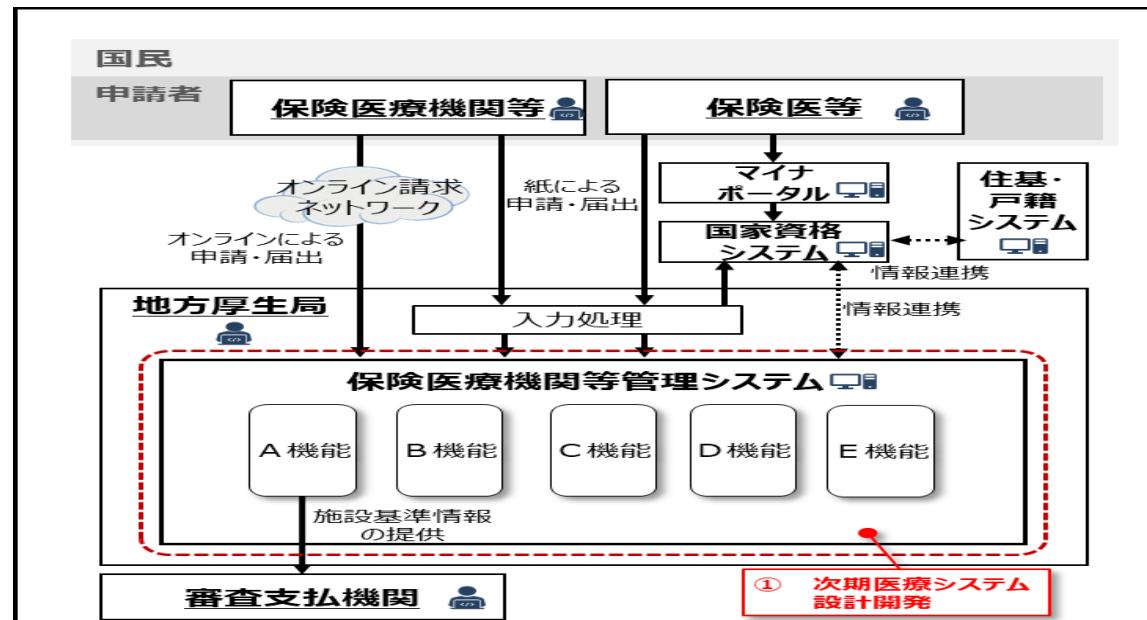
① 施策の目的

全国の地方厚生(支)局が実施する業務(保険医等からの各種申請・届出に関する事務処理や、保険医療機関等の施設基準等届出の管理、関係団体への情報提供等)が円滑に行われること。

③ 施策の概要

本システムは医療機関情報や施設基準等情報といった公的医療保険制度の根幹を支える重要なシステムであり、診療報酬改定DXやデジタル社会の実現に向けた重点計画に対応できる新たな仕組みとして、次期システムへの刷新等を実施する。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



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)

現行のシステムでは診療報酬改定に対応するための改修費用が増大しているが、次期システムに刷新することで以降のシステムの改修費用を抑える等の効果が見込まれる。

② 対策の柱との関係

I			II			III			
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
								○	

① 施策の目的

令和2年度から開始した「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」について、全市町村での効率的かつ効果的な事業実施に向けて取り組むよう効果的な事例の横展開を図る。

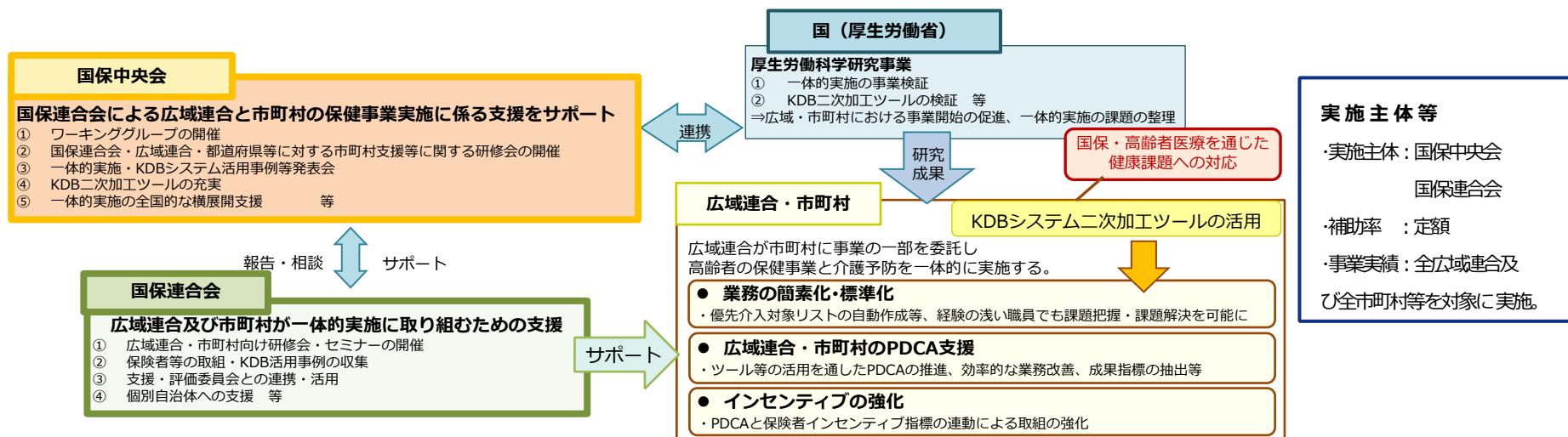
② 対策の柱との関係

I			II				III		
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
								<input type="radio"/>	

③ 施策の概要

一体的実施の実施市町村における取組量の増加と質の向上のため、実施市町村の課題等を踏まえ、国保連合会・広域連合・都道府県等に対する市町村支援等に関する研修会の開催やKDB二次加工ツールの活用充実を図る。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



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)

「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が全市町村において実施され、実施市町村の取組量の増加と質の向上が進むことで、被保険者の健康寿命の延伸につながる。

① 施策の目的

事業者への委託により、諸外国の医療保険制度における外国人の取扱いや課題等について調査・研究を行う。事業の結果については、外国人に係る医療保険制度の見直し等に活用する。

③ 施策の概要

- 諸外国の医療保険制度における外国人の加入要件やそれに付随する論点、入国者に一定の費用負担を求めていいる場合の徴収方法や当該費用の用途等について、近年の見直しに係る議論や内容も含め、調査・研究を行う(医療保険制度の加入要件、医療給付目的の悪用対策、保険料の滞納対策等)。
- それを踏まえ、我が国の医療保険制度の見直しについても、有識者との議論を行いながら、とり得る方向性や方策をとりまとめる。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

<事業者への委託により実施予定の調査・研究内容(案)>

対象国	内容
韓国	6か月の国内居住要件を設けるに当たっての国際条約との関係、加入できない期間に係る民間医療保険の取扱いや普及状況
ドイツ	日本と同様で比較的短い在留期間要件(90日以上の在留期間が認められている場合に加入)であることについて、日本で指摘されるような医療給付目的の悪用等の問題はないのか、要件の見直し経緯等
フランス	6か月の国内居住要件を設けているが、加入できない期間に係る民間医療保険の取扱いや、日本で指摘されるような医療給付目的の悪用等の問題はないのか
イギリス	イミグレーション・ヘルス・サーチャージについて、その徴収の対象や方法、額の適正性、徴収したサーチャージの用途(医療機関における外国人対応のためのかかり増し経費にも充てているのか等)

左記の調査結果等を踏まえ、我が国の医療保険制度の見直しについても、有識者との議論を行いながら、とり得る方向性や方策をとりまとめる。

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)

諸外国の医療保険制度における外国人の取扱いや課題等について調査・研究を行うことで、我が国の外国人に係る医療保険制度の見直し等に活用する。

第204回社会保障審議会医療保険部会（令和7年11月20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>

(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)

- ・ 「現役世代の負担の抑制努力の必要性」を「抑制の必要性」と修正すべき。

(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)

- ・ 現役世代の負担が既に限界にある旨を追記すべき。
- ・ 経済・財政との調和について、より強調・明確化すべきだが、基本的な方向性としては賛同する。

<改定の基本的視点と具体的方向性>

(全体について)

- ・ 重点課題は、基本的視点の全てが重要なので、(1)だけを強調すべきではない。

(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)

- ・ 地域の医療機関では光熱水費や材料費等の高騰、人件費の上昇等により、医療機関の経営状況はこれまで以上に厳しい。安定的な医療提供体制確保のため、引き続き社会・経済情勢を適切に反映した診療報酬改定とすべき。
- ・ 医療機関の経営状況の違いを踏まえ、一律ではなくめり張りのある対応とすべきであり、その旨を追記すべき。
- ・ ICT等の活用により医療従事者の業務効率化と負担軽減を行うことは重要であるが、基準の柔軟化によって現場で働く労働者にしわ寄せが行くようなことがないのか、安全性、質の担保の観点からどうなのかという懸念があり、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)

- ・ 「急性期病院の集約化」を追記すべき。
- ・ 「急性期の集約化・重点化」について、現在病院等の経営状況が厳しいこと等を勘案すると、令和 8 年度診療報酬改定の基本方針に記載するのは時期尚早である。
- ・ 高度急性期から慢性期まで機能分化がさらに進むよう、入院医療の関係項目を適正化するかかりつけ医機能に関する項目についても、実績評価への転換を図り、適正化することが重要である。
- ・ 訪問診療と連携した在宅における薬剤管理について十分に機能できるように薬局・薬剤師の明記をすべき。

(安心・安全で質の高い医療の推進)

- ・ 医療 DX を活用する医療機関における運用コストが診療報酬において反映されるよう、十分な対応をすべき。
- ・ 情報を活用した医療の質の向上に関する評価も進めるべき。
- ・ 医薬品の供給不安、逆ぎやの薬品が増加している状況について対応すべき。

<今後の課題>

- ・ 診療報酬が保険料を負担している国民にとって分かりやすいものになるよう努力をしていくことが重要。
- ・ 持続可能な全世代型社会保障実現のため、持続的な物価高騰局面における適時適切な報酬措置について着実な対応をすべき。
- ・ 「負担の抑制努力の必要性」を「抑制の必要性」と修正すべき。
- ・ 予防・健康づくりやセルフケアの推進も重要。国民一人一人が自らの健康を自ら守るという意識を持てるよう政府として取り組むべき。
- ・ 医療 DX について国からの支援を講じる旨を追記すべき。

未定稿

第121回社会保障審議会医療部会（令和7年11月25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。)

<改定の基本的視点と具体的な方向性>

(全体について)

- ・ 視点（1）だけを強調するのではなく、視点（1）～（4）について一体的に対応することが重要である。

(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)

- ・ 既に医療分野の賃上げ率が他産業と比べてマイナスの状況。人件費や物件費の高騰を踏まえた対応とあるが、ここに令和6年度改定までの不足分も加えた対応が必要であり、可能ならばその旨を追記すべき。
- ・ 民間病院においても人事院勧告に沿って賃上げできるよう診療報酬で手当てるべき。
- ・ 事業収益の悪化については医療機関によりばらつきがあると思われるため、めり張りのある改定とすべきであり、この点についての記載を検討すべき。
- ・ ICT等の活用により医療従事者の業務効率化と負担軽減を行うことは重要であるが、基準の柔軟化によって現場で働く労働者にしわ寄せが行くようなことがないか、安全性、質の担保の観点からどうなのかという懸念があり、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)

- ・ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保について、過疎地の場合はサービス提供が非常に非効率的である。このため、人口過疎地における在宅医療について、今後配慮が必要なのではないのか。
- ・ 若年人口の減少と、高齢者医療や高齢者救急の多くが地域急性期医療機関にシフトし、高度な医療を提供する急性期拠点医療機関の対象患者が減少することが想定される中で、高度急性期・急性期病床の総数を削減する再編・統合が前提とならなければ医療機関機

能の役割分担と再編は絵に描いた餅になる。都市部における急性期巨大病院の再編を防止する何らかの仕組みを整備することを明示してはどうか。

- ・ 高度急性期から慢性期まで機能分化がさらに進むよう入院医療の関係項目を適正化するかかりつけ医機能に関する項目についても実績評価への転換を図り適正化することが重要。

(安心・安全で質の高い医療の推進)

- ・ オンライン診療は活用の幅も広がっていくと思われるが、患者も安全に活用できるよう引き続き注視していただきたい。
- ・ 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に加え、DX化に係る費用負担についても現状を把握して対応いただきたい。
- ・ 医薬品の供給不安、逆ぎやの薬品が増加している状況について対応すべき。

(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)

- ・ 「OTC 類似薬を含む薬剤自己負担の在り方の見直し」について、もしもこの中に保険適用からの除外についての検討が含まれているのであれば、患者・家族の負担、僻地等での市販薬入手が困難といった問題、診断の遅れや重症化リスクといった観点から、国民の大きな不利益となるため反対。

<今後の課題>

- ・ 一部の例外を除き、保険医療機関の地域や診療科に関する適正な分布というものを前提とした上で、基本的には医療の質を落とさずに、保険診療で医療機関が継続していく給付水準を今後も確保することが必要。
- ・ 「保険料負担の抑制努力の必要性にも配意しつつ」という文言について、「努力」という文言の削減を検討いただきたい。
- ・ 患者が議論に参加して共につくっていけるようになるということが重要であり、患者にとって、アクセスの面も踏まえて、不安のないようにつくっていくということが何よ

り重要である。

- ・ 医療 DX に投資することによって、例えば少ない人数でも質の高い医療ができるとするならば、それを推進するような報酬体系が必要なのではないか。
- ・ 医療 DX への投資を推進する上では、医療機関等のコスト増に対して、診療報酬上の評価や補助金などの財政支援が必須であり、このことを明確に書くべき。
- ・ 医療 DX について、長期的に見ると業務負担軽減や医療の質の向上につながって、十分、投資価値があったとなるような、長期的な視点での医療が救われるような施策を、国がしっかりと予算をつけて推し進めることが必要。



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

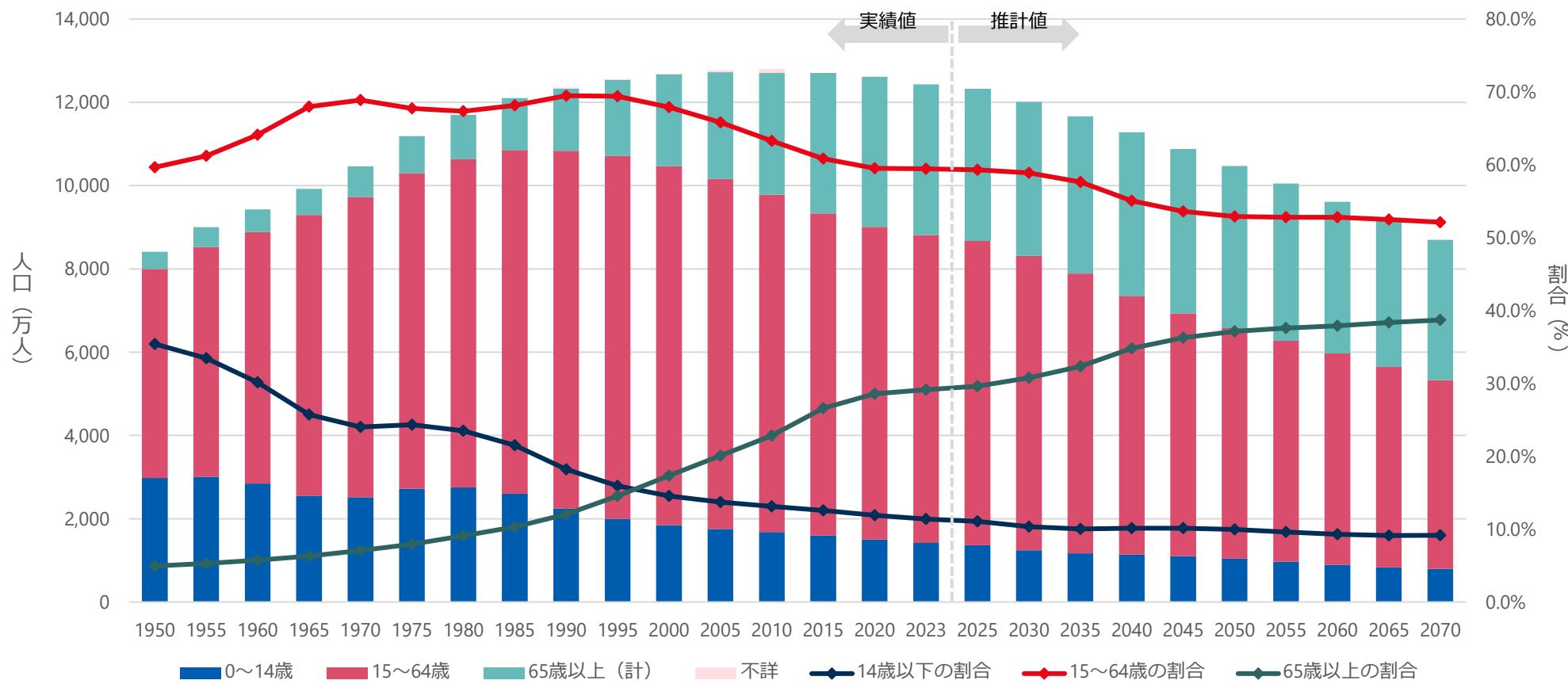


厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

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



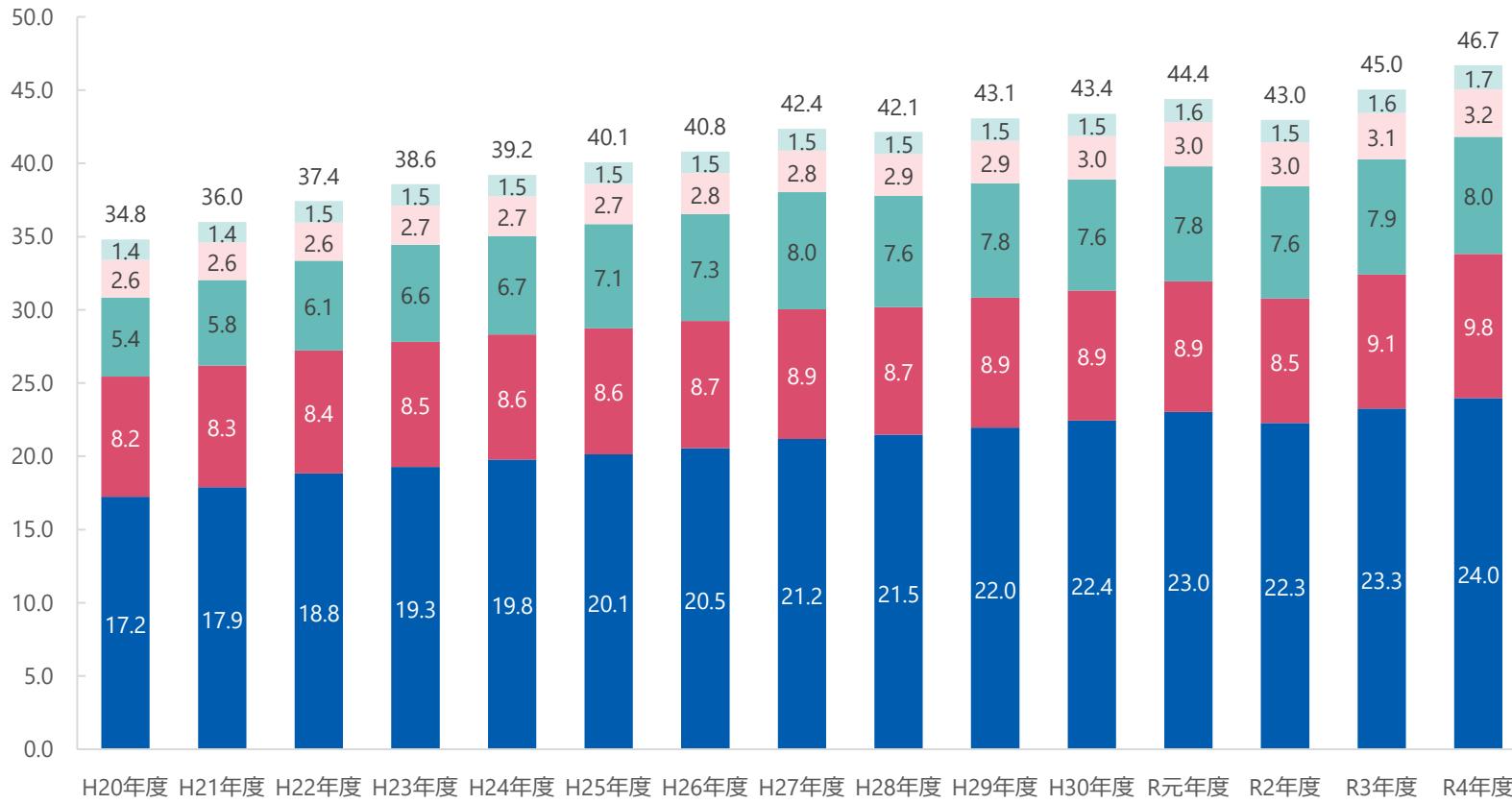
出典：2020年までの人口は総務省「国勢調査」、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来人口推計（令和5年推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

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。

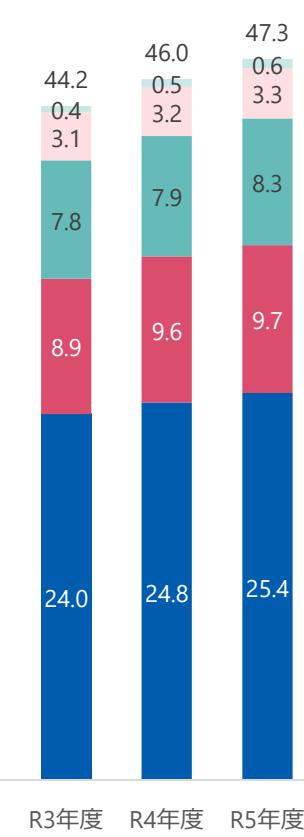
単位：兆円

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



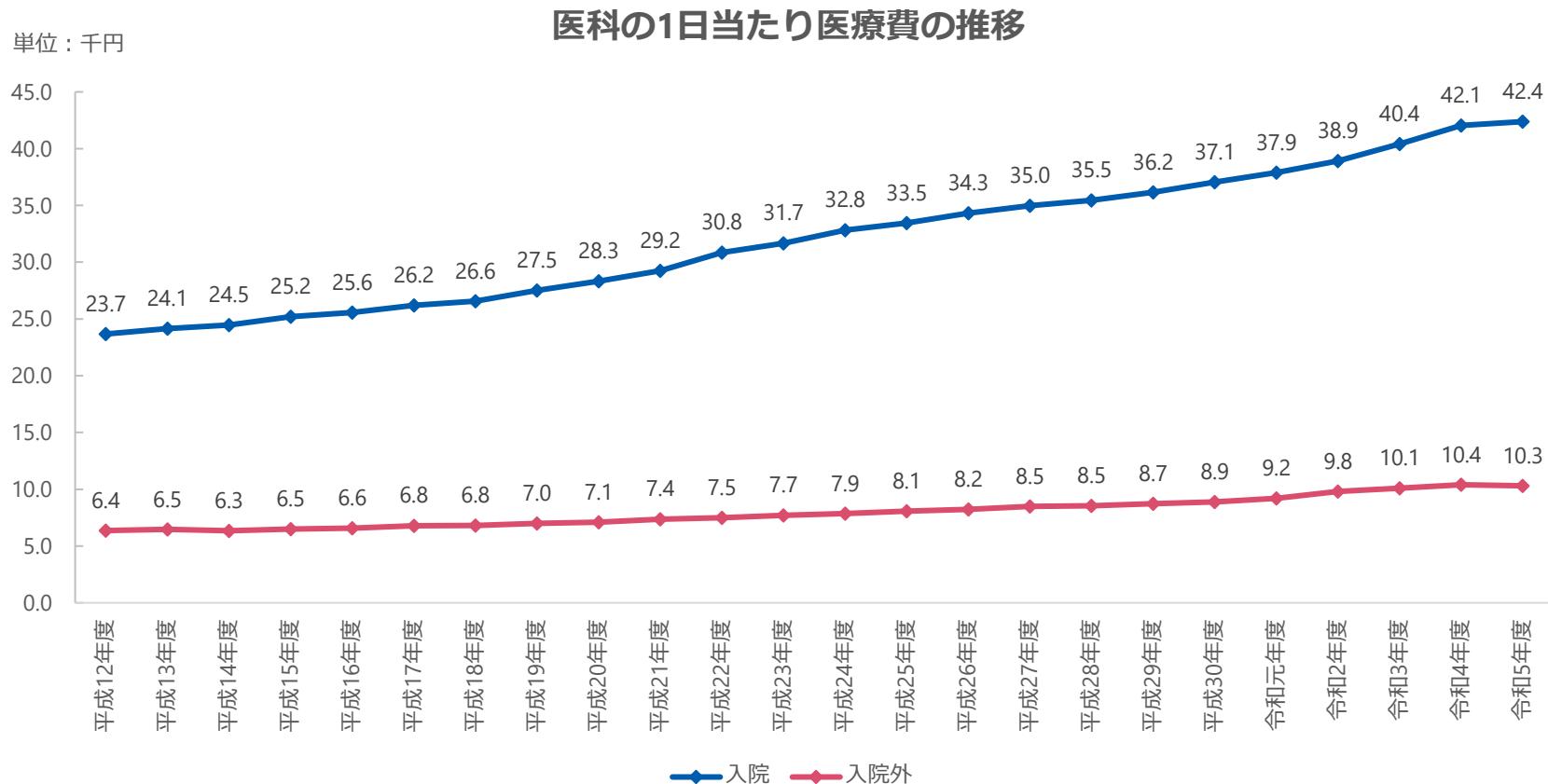
出典：国民医療費は厚生労働省「国民医療費の概況」、概算医療費は厚生労働省「医療費の動向」

※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。

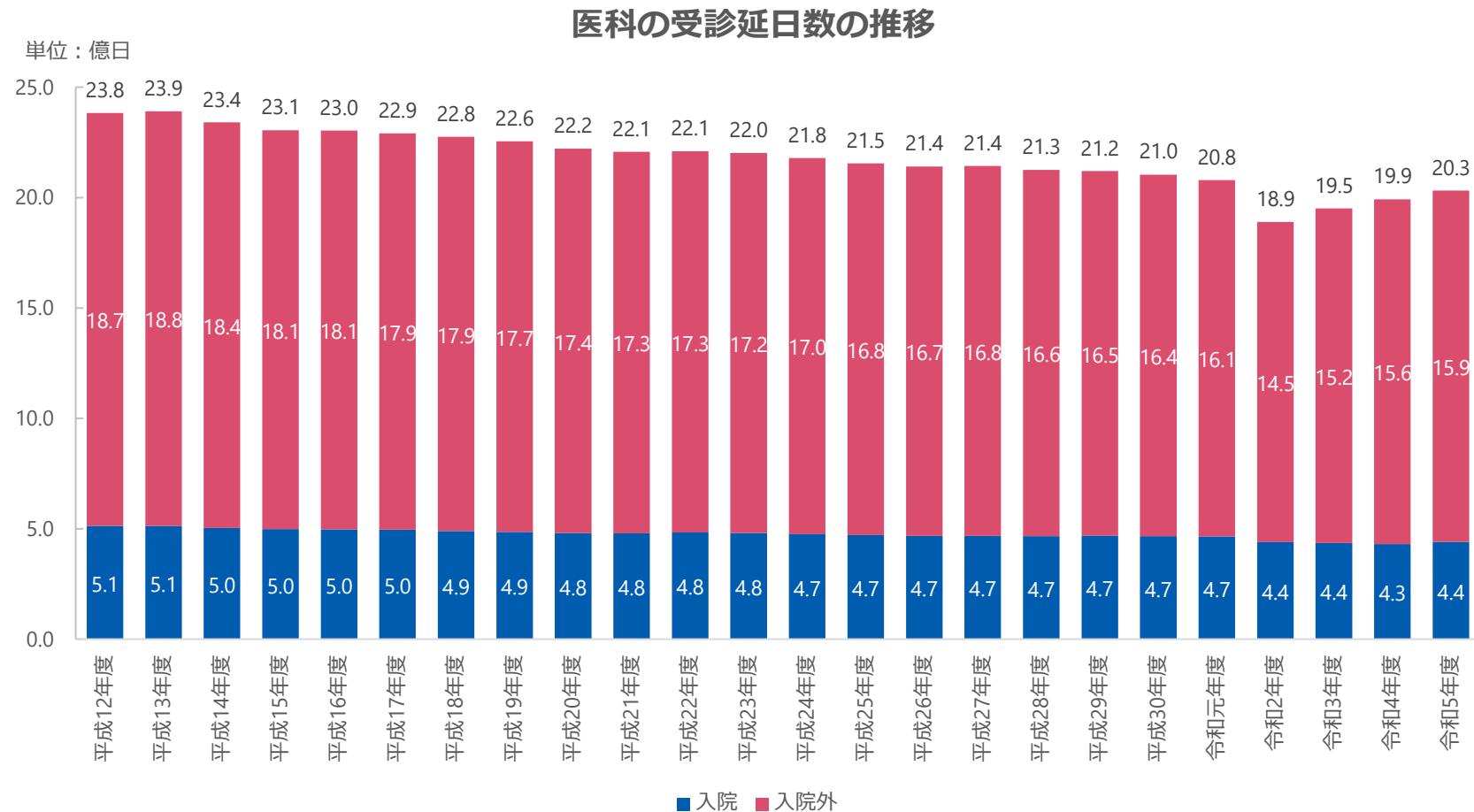


出典：厚生労働省「医療費の動向」

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。

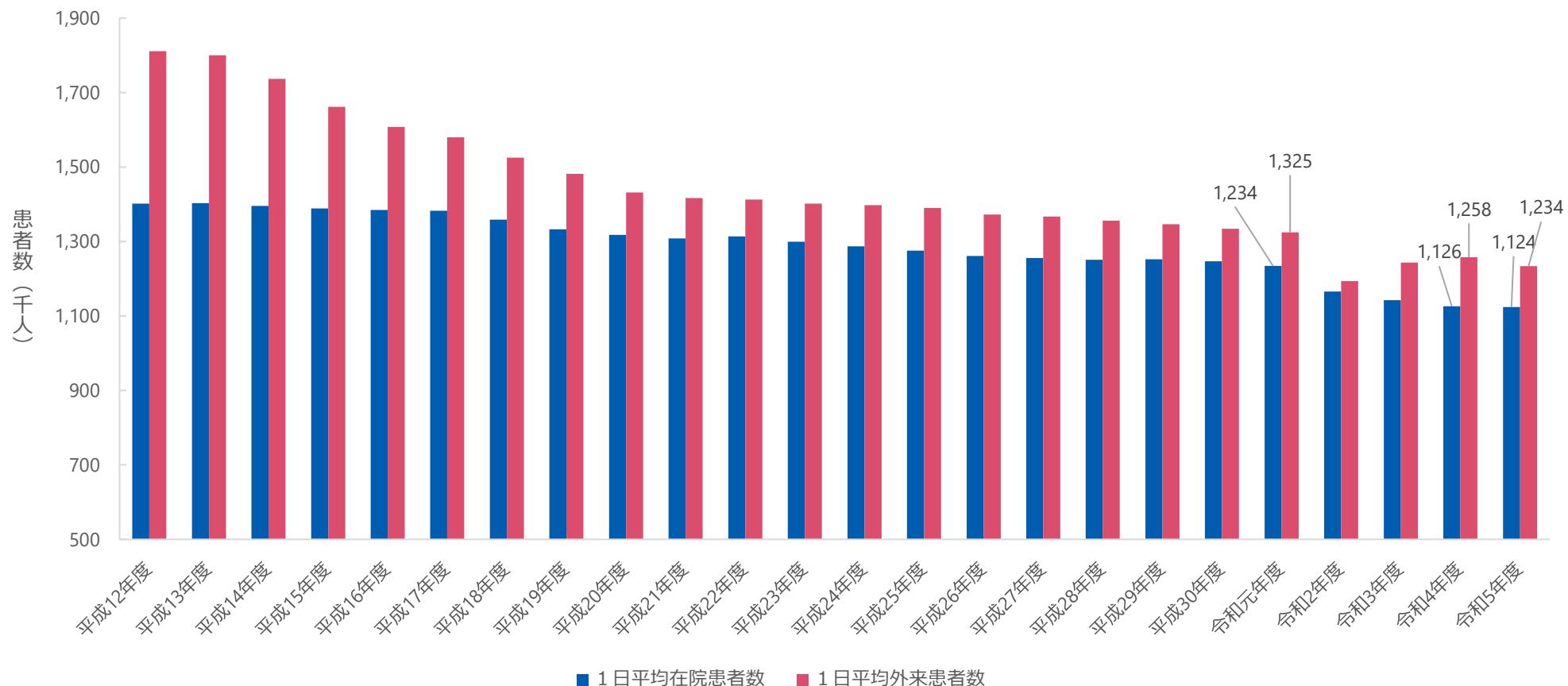


出典：厚生労働省「医療費の動向」

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。

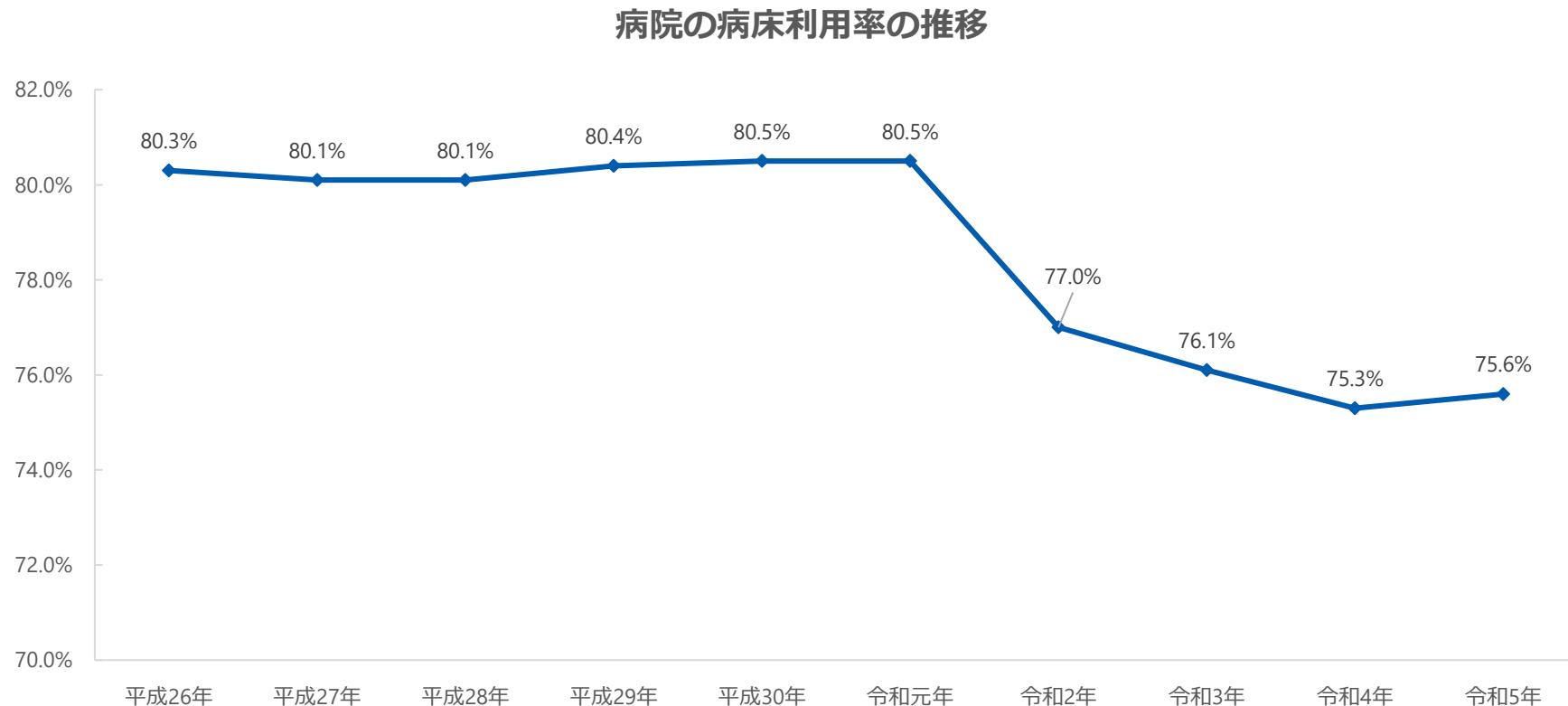
病院の1日平均在院患者数・1日平均外来患者数の推移



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」

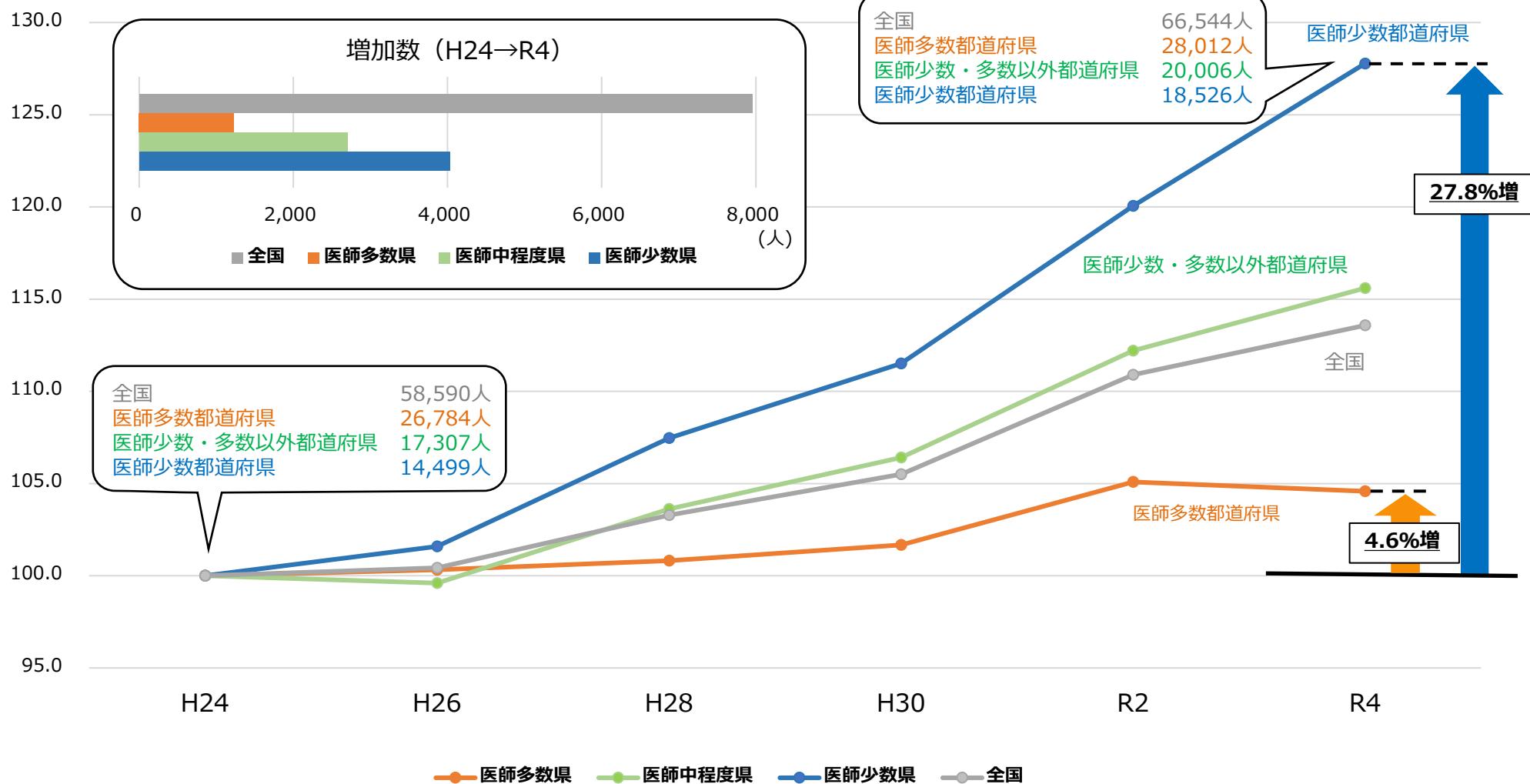
病床利用率 = (年間在院患者延数 / (月間日数 × 月末病床数) の1月～12月の合計) × 100

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）

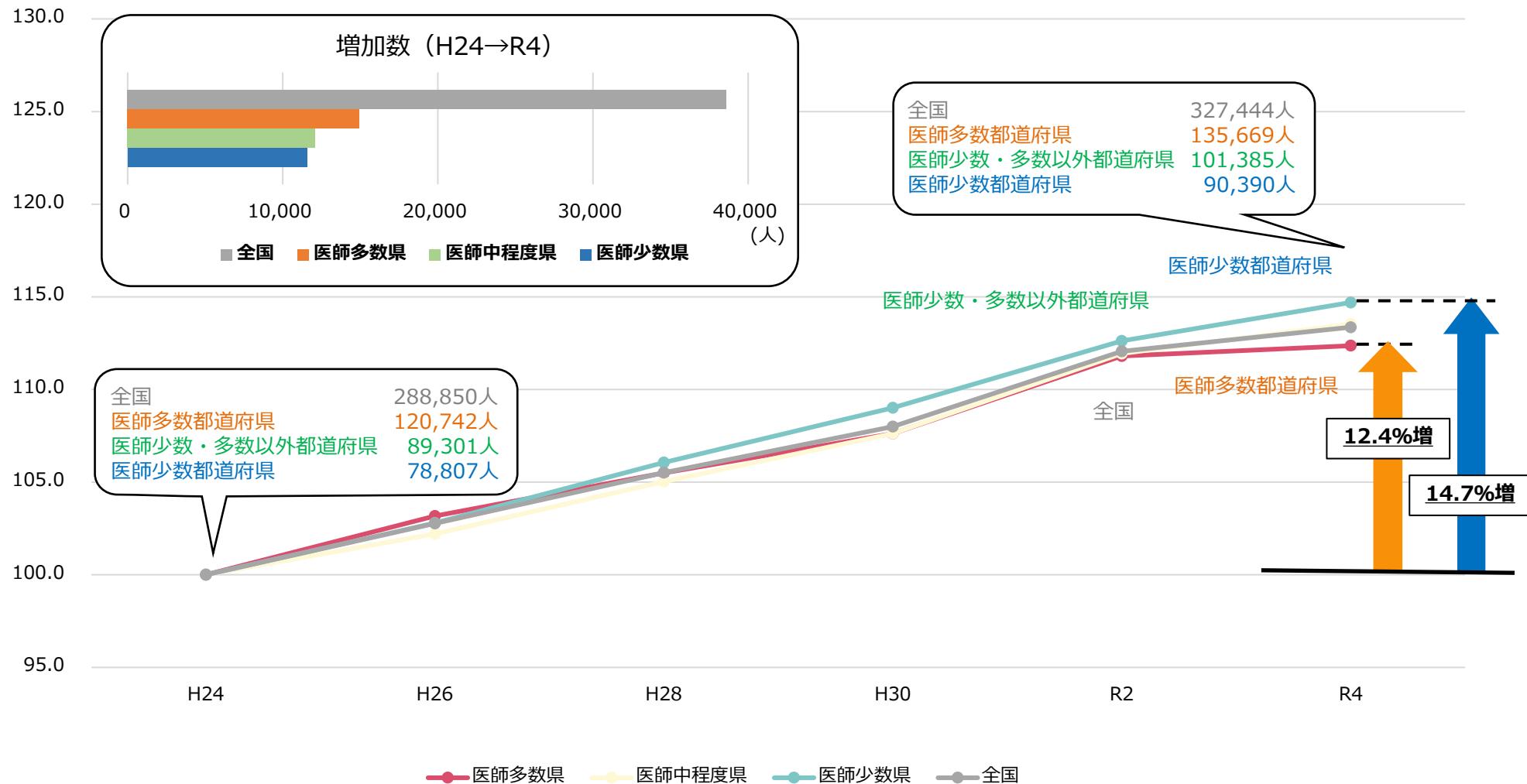
医師少数都道府県及び医師多数都道府県は医師偏在指標（厚生労働省：令和2年2月）による

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）

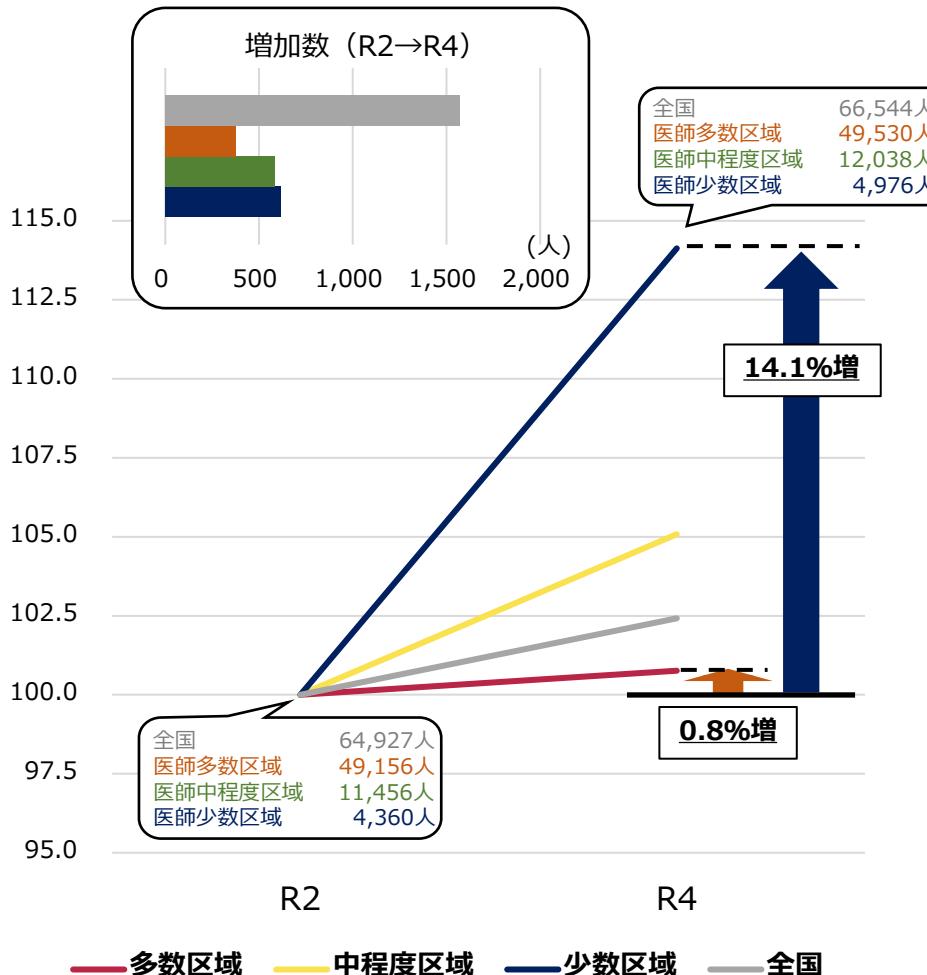
医師少数都道府県及び医師多数都道府県は医師偏在指標（厚生労働省：令和2年2月）による

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）

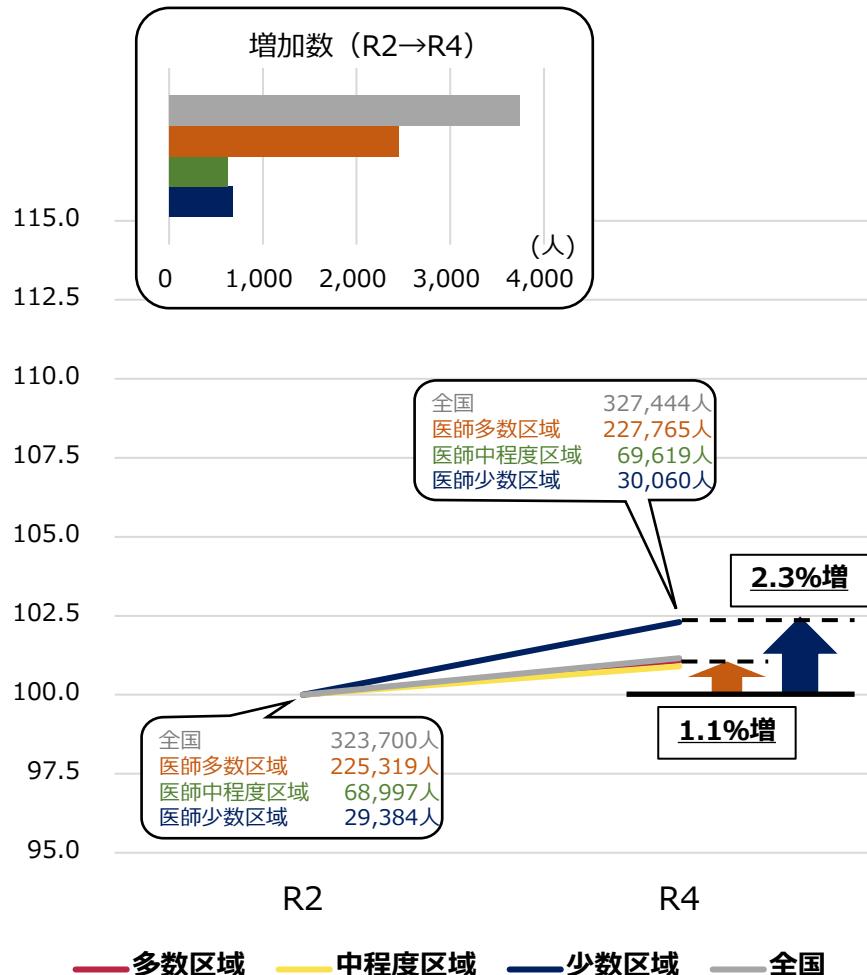
令和6年11月20日第12回新たな地域医療構想等に関する検討会 資料1

- 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

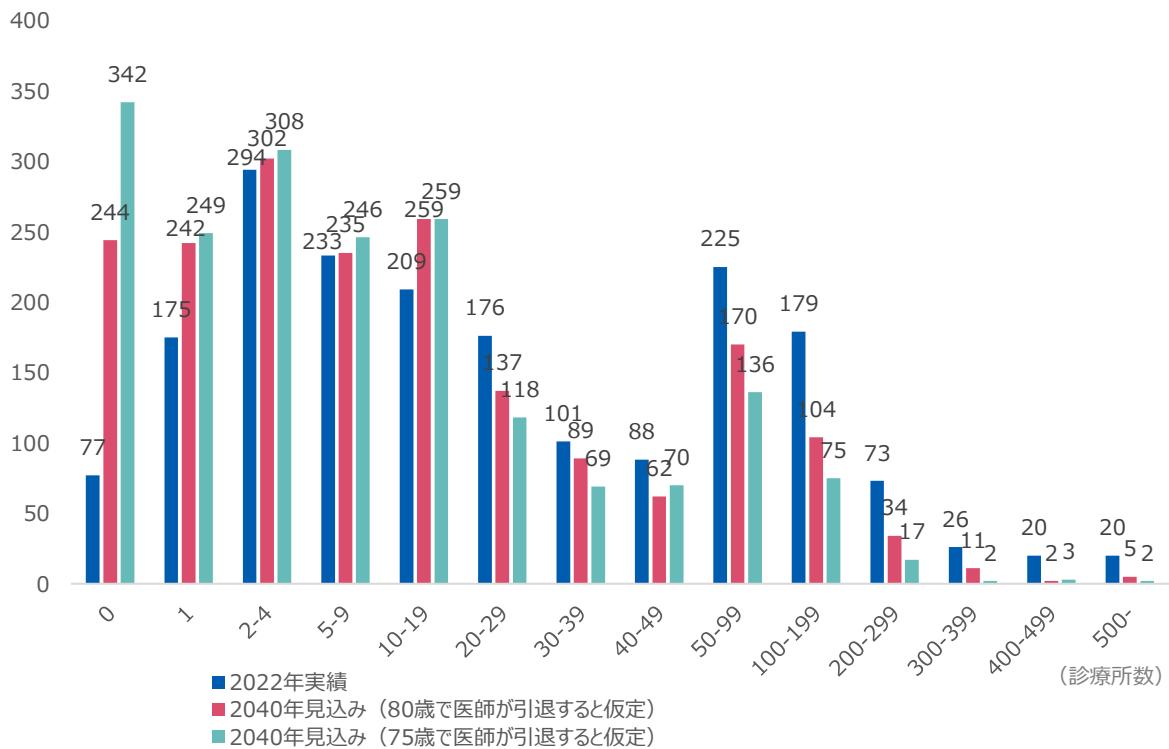
市区町村における診療所数と2040年の見込み

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。

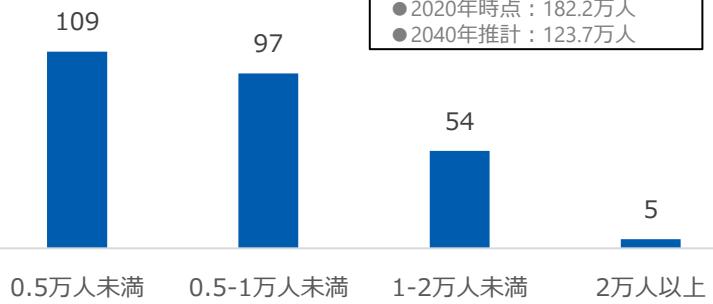
■ 市区町村別診療所数の見込み（2022年実績、2040年見込み）

（市区町村数）

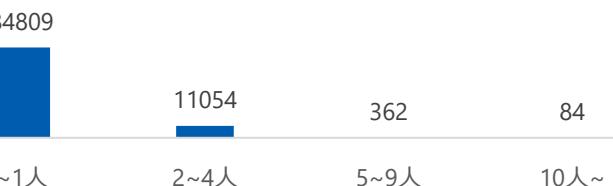


■ 2040年に診療所がなくなる可能性がある市区町村数（人口規模別）※75歳で診療所医師が引退すると仮定

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。

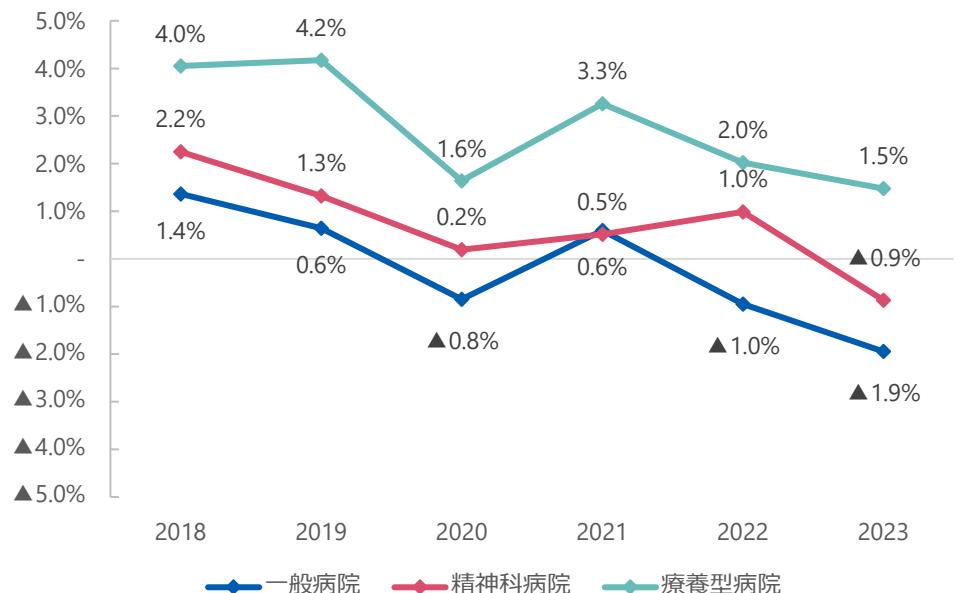
過去の改定率の推移

	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。

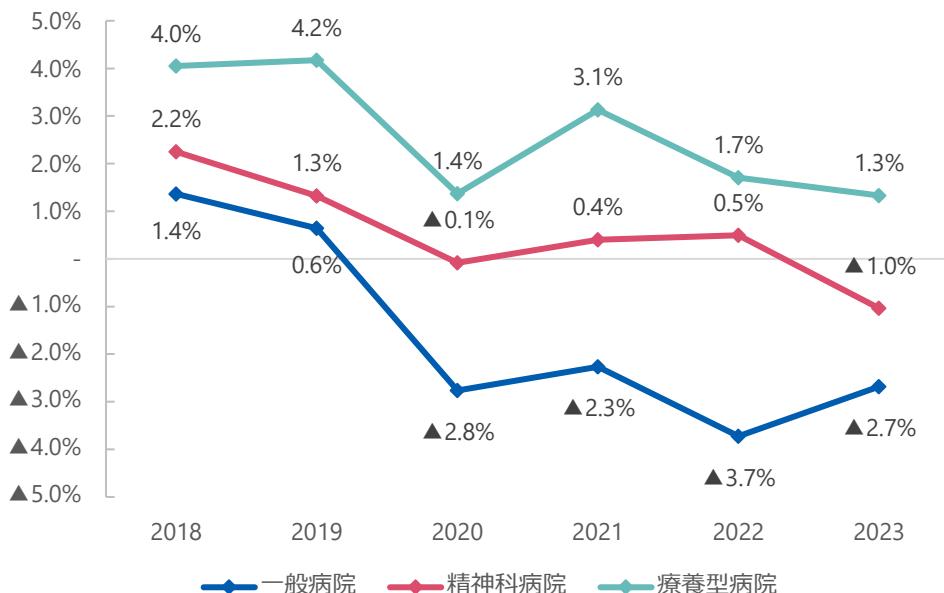
事業利益率の推移



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)

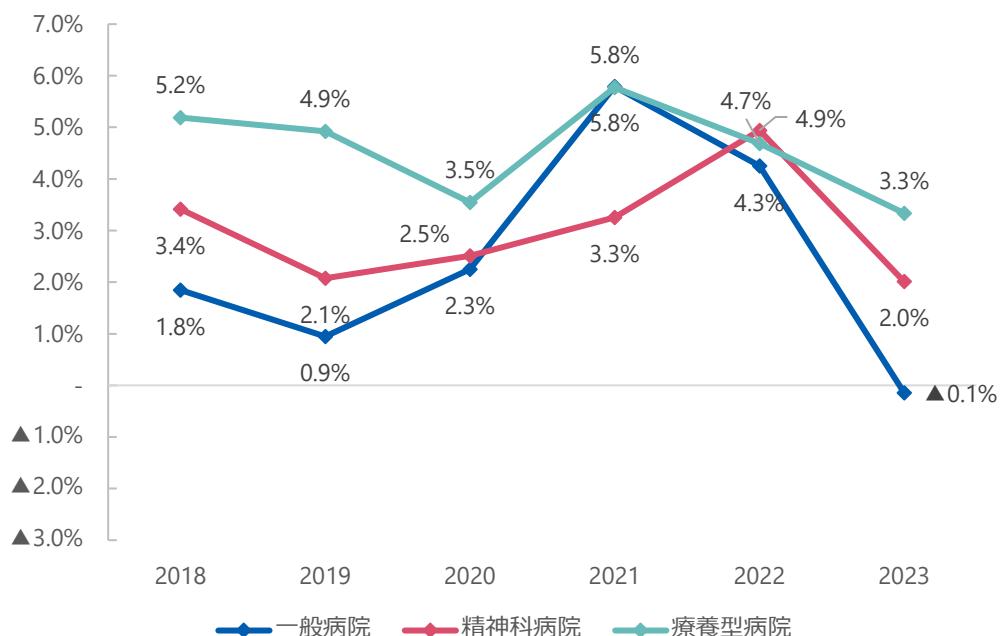
出典：福祉医療機構提供データに基づき、厚生労働省保険局医療課にて作成

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。

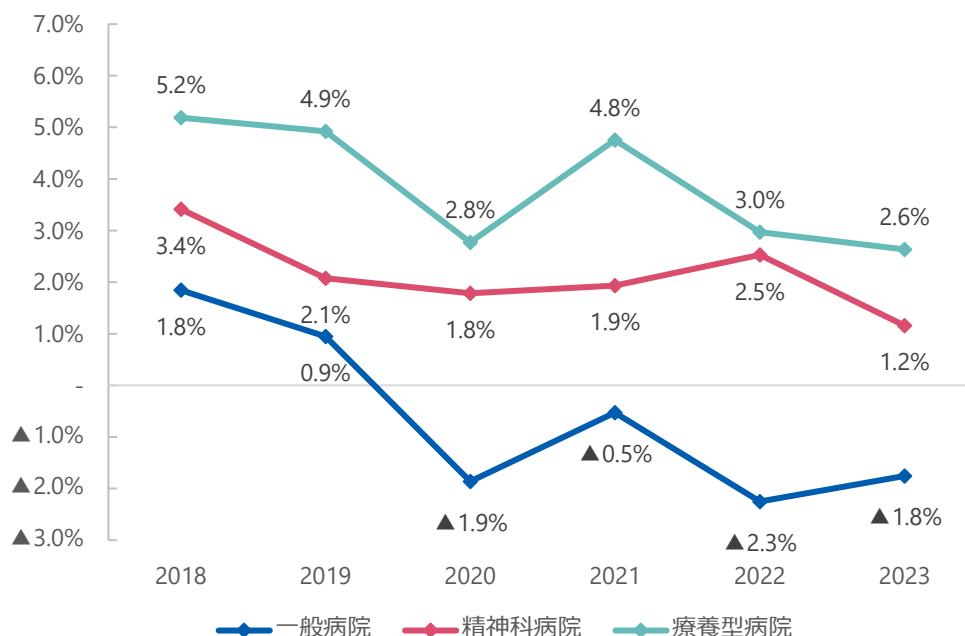
病院の経常利益率の推移

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	-

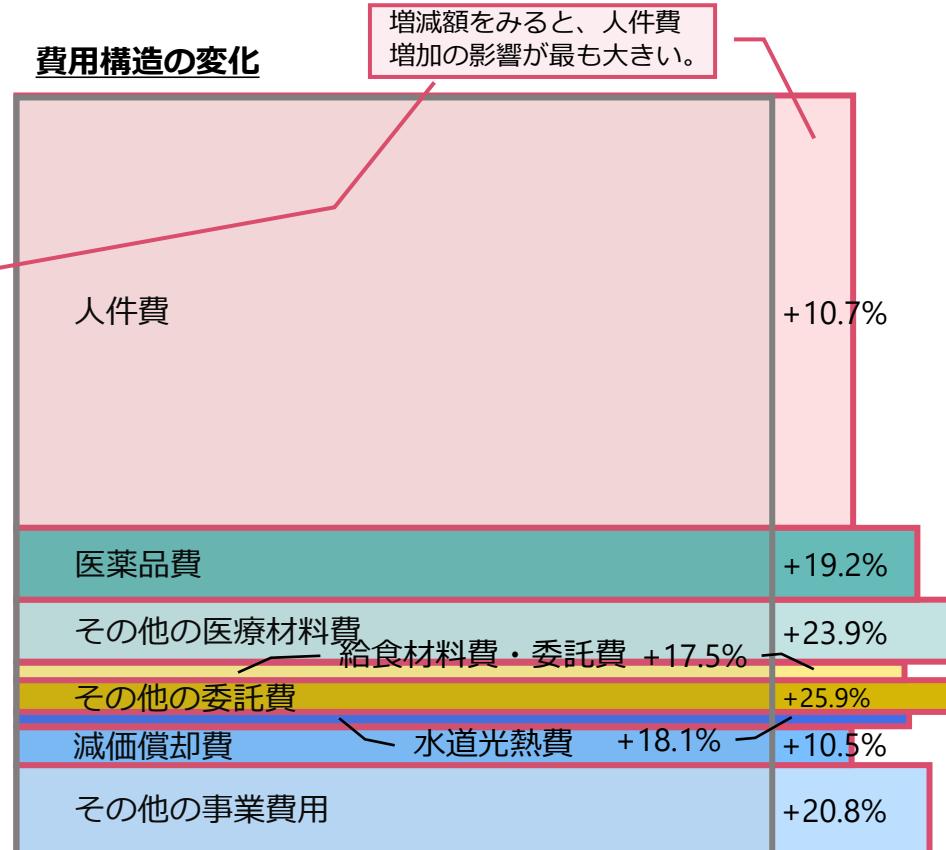
出典：福祉医療機構提供データに基づき、厚生労働省保険局医療課にて作成

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



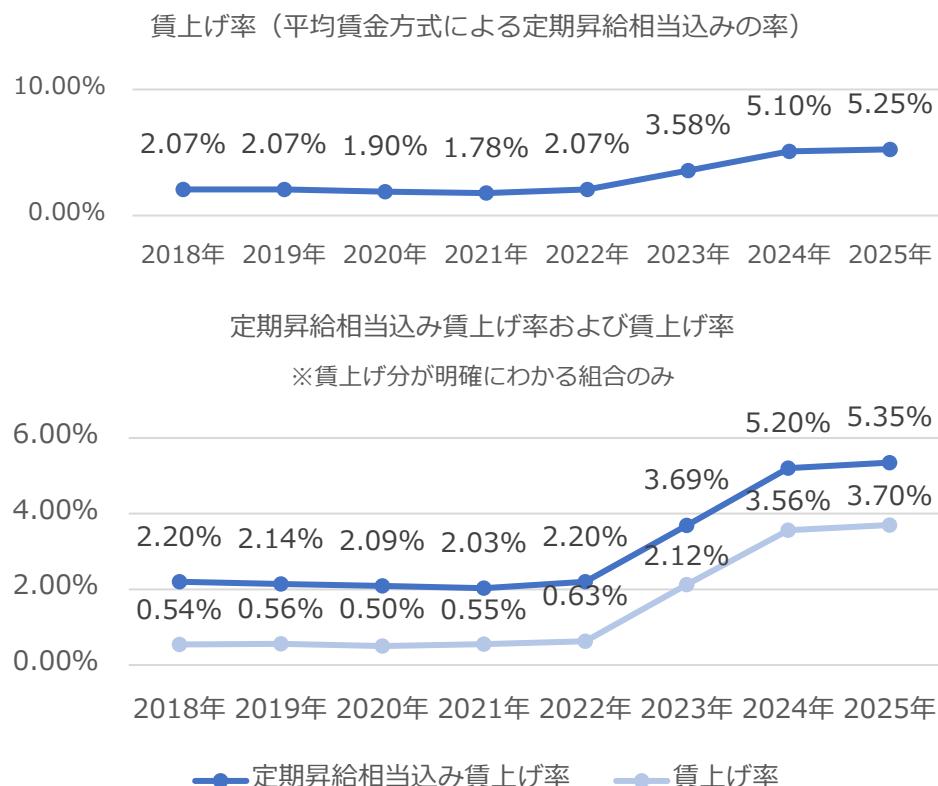
: 2018年度の事業費用

: 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）

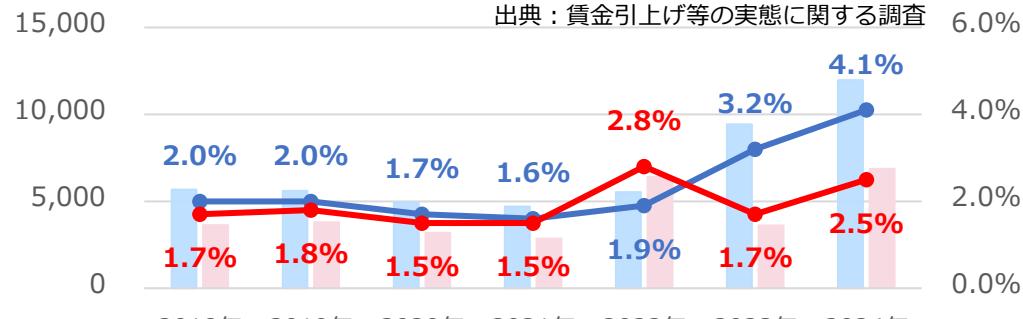


※対象産業（連合を構成する産別組織より）

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



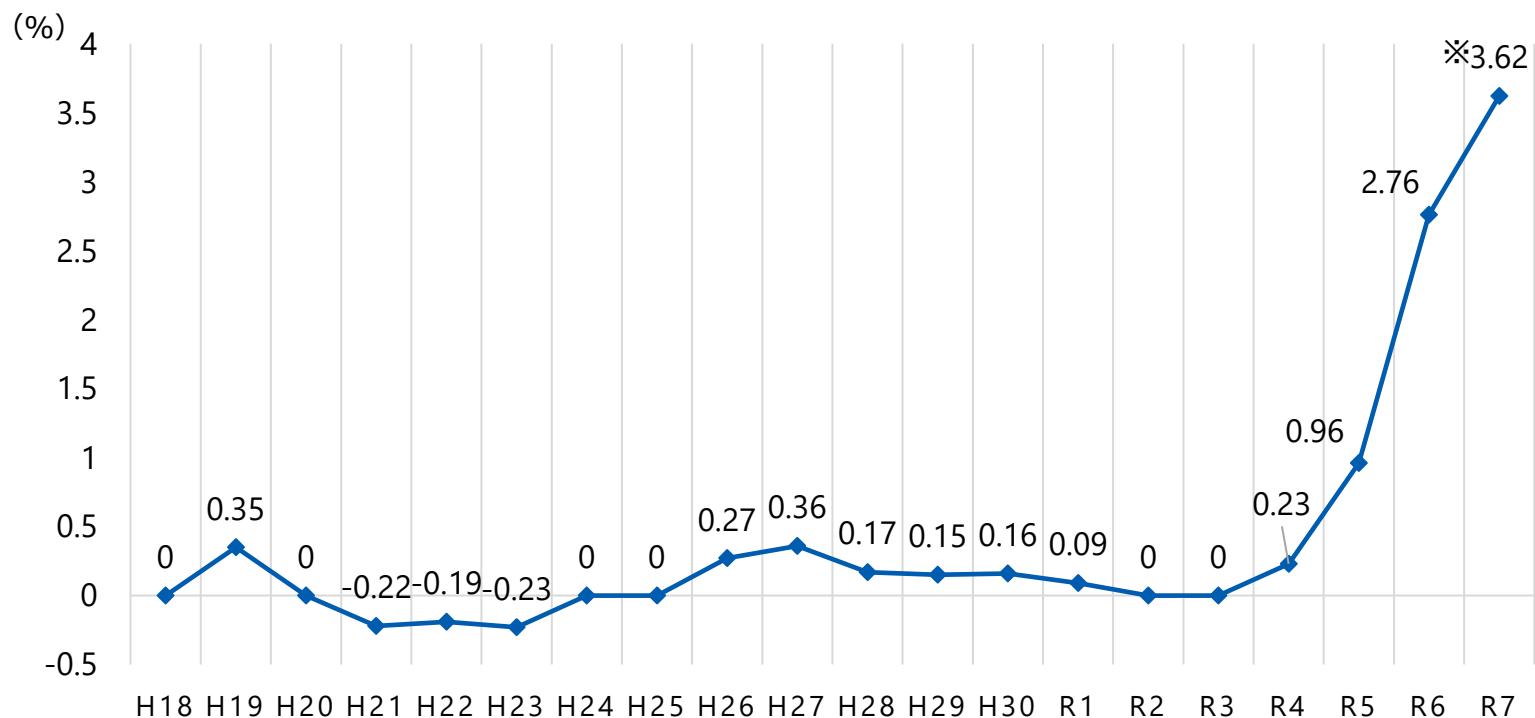
産業全体（青）と医療業の医療関係職種（赤）の給与額の比較 単位：千円



※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。

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。

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。

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

- ・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

- ・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

- ・調査実施小委員会

医療経済実態調査 実施

先進医療会議

公表

総会報告

※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。