

第 207 回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和 7 年 12 月 12 日 (金)
16 時 30 分～18 時 30 分
場所：厚生労働省専用第 22～24 会議室

(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. 後期高齢者医療の保険料の賦課限度額について
4. 医療機関の業務効率化・職場環境改善の推進に関する方向性について (案)

(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 | 協会けんぽにおける予防・健康づくりの取組等 |
| 資 料 | 3 | 後期高齢者医療の保険料の賦課限度額について |
| 資 料 | 4 | 医療機関の業務効率化・職場環境改善の推進に関する方向性について (案) |

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

論点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。

(主な御意見)

- ・基本単価を設定し分娩数に応じて支給するという手法は、これまでの出産育児一時金の支給を現物給付化するもので、理解できる整理と受け止めている。
- ・分娩対応は千差万別であり、経産分娩でも多様な経過があるため、状況に応じた柔軟な対応を持った評価体系の検討が必要。
- ・今後の基本単価の算定理由や加算内容については十分な時間を取っての審議が必要。さもなければ産科医療の現場では分娩進行の管理などが評価されず、早々に帝王切開を選択する意見が出てくることを危惧。
- ・今後報告される出産費用に関するさらなるデータも踏まえ、基本単価に含まれるケア・サービスは何なのかを可能な限り見える化し、明確化すべき。
- ・基本単価の設定については地域の周産期医療提供体制の確保に支障が生じないよう十分に配慮すべき。
- ・全国的な高コスト構造の成り立ちも踏まえた上で、全国の分娩施設においてしっかりと分娩を提供できる費用設定が必要。
- ・地域のローリスク分娩を担う一次施設には公的助成金や補助金がない点に配慮した給付水準が必要。
- ・助産所においても経営が十分に成り立つ制度とすべき。
- ・町村における一次施設の赤字による撤退は、妊婦に長距離移動という身体的リスクを強いるだけでなく、その町で子どもを産めないという地方創生や少子化対策逆行する事態を招きかねないことから、単に分娩実績のみを評価するのではなく、分娩件数が減少している過疎地域であっても地域医療を支える小規模施設の体制維持に係るコストが確実に賄えるよう配慮が必要。

論点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。

(主な御意見)

- ・安全な分娩のための手厚い人員体制の整備やハイリスク妊婦を積極的に受け入れている施設については加算して評価される仕組みが必要。
- ・身体的にはリスクがなくとも、これまでの経験によって精神的に不安定であったり、家族からの支援が得難いなど社会的リスクを持つ妊産婦に対しては、特別な支援が必要となることから、妊産婦の心身両面から必要となる助産師のケアも含めて検討すべき。
- ・双子の場合には新生児の管理に追加のコストがかかるなど、個別の分娩について加算する仕組みも検討すべき。
- ・人数だけではなく、提供される医療や助産の質を守るために、助産実践能力を認証するアドバンス助産師制度を通して様々な分娩施設で個々の助産師の専門性向上を図っており、質・量の両面で体制を評価し、各分娩施設の状況に応じて必要な額が手当てされるように評価していく必要がある。
- ・助産所の中には多くの助産師を含む職員を雇用し、充実した設備で対応しているところもあり、手厚い人員体制の観点ではこうした状況も勘案して検討すべき。
- ・緊急時の対応等に備えて必要な人員や設備を確保している施設、またハイリスク妊婦を受け入れる施設への評価については異論ないが、評価にあたっての基準や要件は精査すべき。
- ・具体的にどのような体制、役割を評価するかは、現場の実態に即して検討する必要がある。
- ・医政局において議論の最中である、将来的な周産期医療提供体制のグランドビジョンを踏まえた検討が必要。

論点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。

(主な御意見)

- ・50万円以内で出産できていた方については余剰分で入院準備等に充てていた方もいたと思うが、新制度に移行することでこれらのお金が減ってしまうことについて懸念。妊婦さんに対してこれまであった支援が取り上げられてしまう、あるいはそれ以下になってしまうという印象にならないよう配慮が必要。
- ・例えばこれまで出産育児一時金で余剰が発生していた一部の金額や、一般的な病院で発生するオプションの自己負担状況を踏まえ、出産費用の負担軽減とは別枠で支援する仕組みを整備してはどうか。それにより、帝王切開で自己負担が生じた場合や、無痛分娩の費用負担にも柔軟に対応可能ではないか。
- ・仮に現物給付とは別に妊産婦への支援を行うとしても、保険財政が厳しいことを踏まえ、保険で給付すべきものなのか、保険料負担者の納得感を得られるのか、また自治体から支給されている妊婦のための支援給付との棲み分けの観点から慎重に検討すべき。
- ・全国一律の給付水準で現物給付とする仕組みの中で、妊婦のための支援給付など公費による支援との関係性も整理しながら、被保険者の納得を得られるよう検討する必要がある。
- ・今回の給付体系の見直しは出産を現物給付化することに眼目があるのだとすれば、給付の性格上、出産に関わる現物を支給すればそれで完結するのであり、差額が発生するという発想は存在しない。ただし、出産に要する他の費用の負担軽減をどうするかという問題は依然残る。その場合、すべての出産に対しての対応を考える必要があるのではないか。
- ・子ども・子育て支援法等改正により出産・子育て応援交付金による妊婦のための支援給付などが講じられたことを勘案すれば、実質的にはそちらで一定程度対応されていると捉えることも可能であり、医療保険制度内部でさらなる対応を行う必要性は低いのではないか。
- ・保険者の状況にもよるが、今回の見直しにあたっては、保険者の付加給付等も含めて考えていくべきではないか。
- ・現在も保険診療に対しては一部自己負担が生じているが、この部分も無償化すべきという現場からの意見も踏まえ丁寧に議論すべき。
- ・産科医療補償制度は国の責任で運営し、掛け金は自己負担とならないようにすべき。現在、掛け金は自己負担で一時金から賄われており、その点の検討も必要。

論点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。

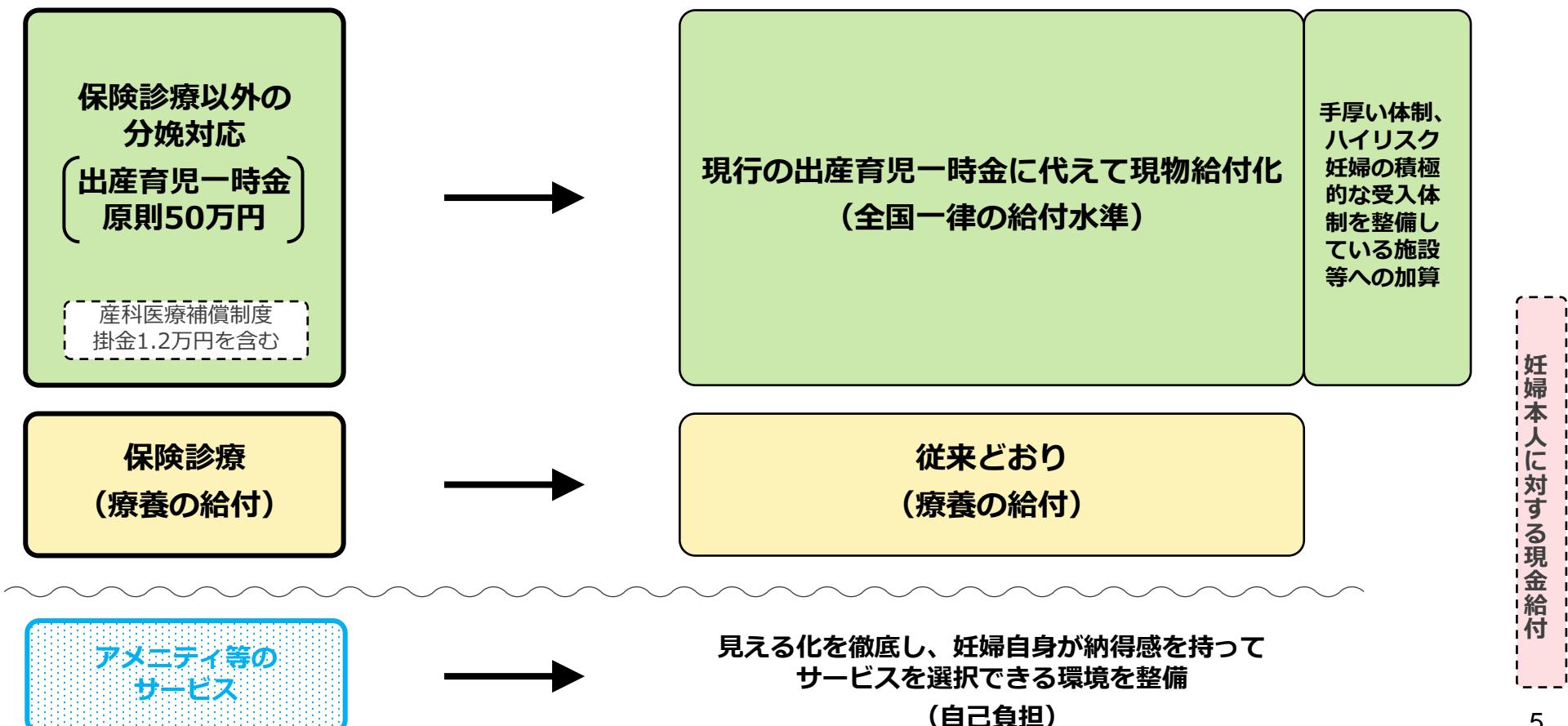
このように、現場の関係者・妊産婦の当事者の双方のニーズを勘案し、例えば、妊婦が希望に応じて施設を選択できるようにした上で、可能な施設から新制度に移行していくといった方策を講じることについて、どう考えるか。

(主な御意見)

- ・拙速な制度変更により、改善ではなくさらなる悪化が起これば、周産期医療供給体制が崩壊する恐れがある。
- ・妊婦が希望に応じて分娩施設を選択できることは当然だが、新制度への移行については十分な時間をかけ、準備のできたところから順次移行できる仕組みとすべき。
- ・もし先延ばしにして数年先となれば、その間産院の費用が値上げされる一方で、出産育児一時金の増額は見込めず、直近で出産する妊婦が自己負担増の中で出産せざるを得ない状況が発生する。出産費用は経済的負担感が非常に強く、無償化されることに対する妊婦の期待が非常に高まっている。できるだけ早い段階で実行に移していただくことが、妊婦の中での不平等感やもどかしさを避けるためにも重要。
- ・国民の理解と、産科医療施設の経営的な基盤もきちんと担保できるようになってから一斉にスタートできる形が望ましい。
- ・従来通りの自由診療と新制度から各施設が選択できるという提案は、分娩費用が高額な都市部等への配慮と理解する。
- ・医療機関によって対応が異なるというのは利用者側からすればわかりにくく、不公平と捉えられかねないと懸念。どのような対応とするのかは関係者の意見も踏まえ、丁寧に検討する必要がある。
- ・給付に係るシステム開発・改修コストや支給事務も増大する点も考慮し、関係者の意見をよく聞いて進めるべき。医療機関や助産所などのシステム開発・改修においても十分な準備期間が必要。
- ・段階的移行において、医療供給者や妊婦の混乱を招かぬよう、国からの丁寧な説明が不可欠。
- ・制度が変われば妊婦による施設選びの基準も変わる。施設を選ぶ段階で制度の違いを理解した上で選択できるよう事前周知を徹底すべき。
- ・新制度の移行に関して準備期間が必要であることは十分理解するが、供給体制の安定的な確保のための対応を不可欠の前提とした上で、新制度へはすべての関係施設の移行を基本に据えるべきであり、あくまで移行措置として法律的には附則で規定し、時限的な措置として対応するべき。

御議論いただきたい点（1）

- これまで、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。軽微な医療行為などは引き続き保険診療とすべき
 - ・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等を評価すべき
 - ・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 妊婦本人に対する現金給付について、

- ・ 法的性格に関して、現行の出産育児一時金は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から、その性格を引き継ぐべきではないかという意見があった一方で、法改正により給付の性格が変更される以上、引き継ぐ必要はないとの意見もあったこと、
- ・ 保険料財源以外で実施している他の施策との棲み分けを整理すべきとの意見や保険料負担者の理解が得られるかという視点からの検討が必要との意見があった一方で、現在、出産費用が50万円を下回る場合には差額が発生しており、出産に伴う負担軽減に寄与していたとの意見もあったこと

などを踏まえ、医療保険制度の観点からの支援の在り方について、更に議論を深めていただきたい。

② 新たな給付体系への移行時期について、

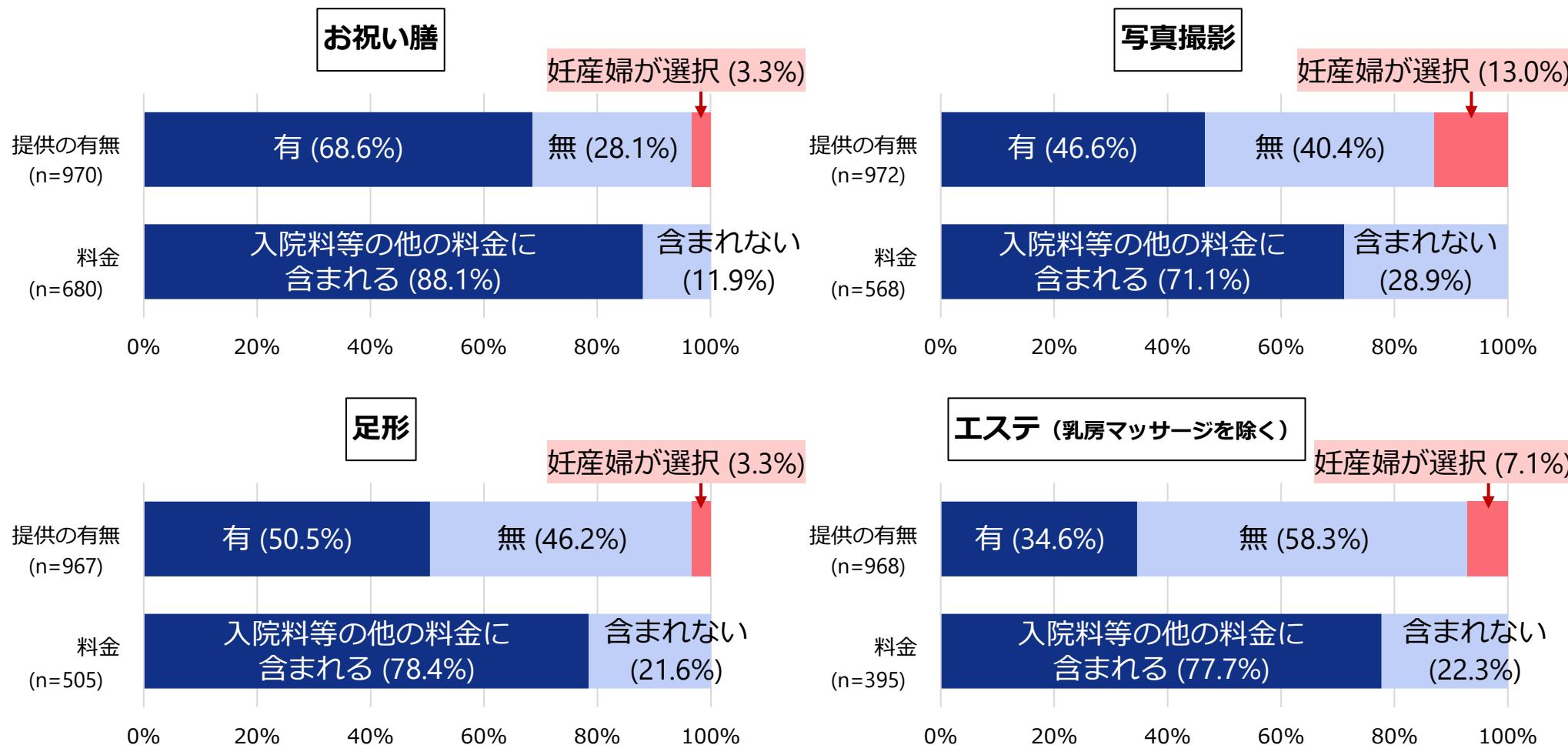
- ・ 現在、妊婦は自己負担が年々上昇する中で出産しており、できる限り早い段階での施行を求めるとの妊産婦当事者等からの意見があった一方で、個々の施設が対応できるよう十分な時間的余裕を確保すべきとの意見もあった。
- ・ また、本来は新たな給付体系へ一本化することが法的安定性の観点から重要であり、移行期の対応は時限的な経過措置であるべきとの意見もあった。
- ・ これらを踏まえ、妊婦が希望に応じて施設を選択できるようにした上で、可能な施設から新制度に移行していくといった方策を講じることについて、更に議論を深めていただきたい。

（※）現物給付化を行う部分及び妊婦本人に対する現金給付の具体的な給付水準は、新たな給付体系を施行する際の出産費用の状況や各種データ等に基づき検討。

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」

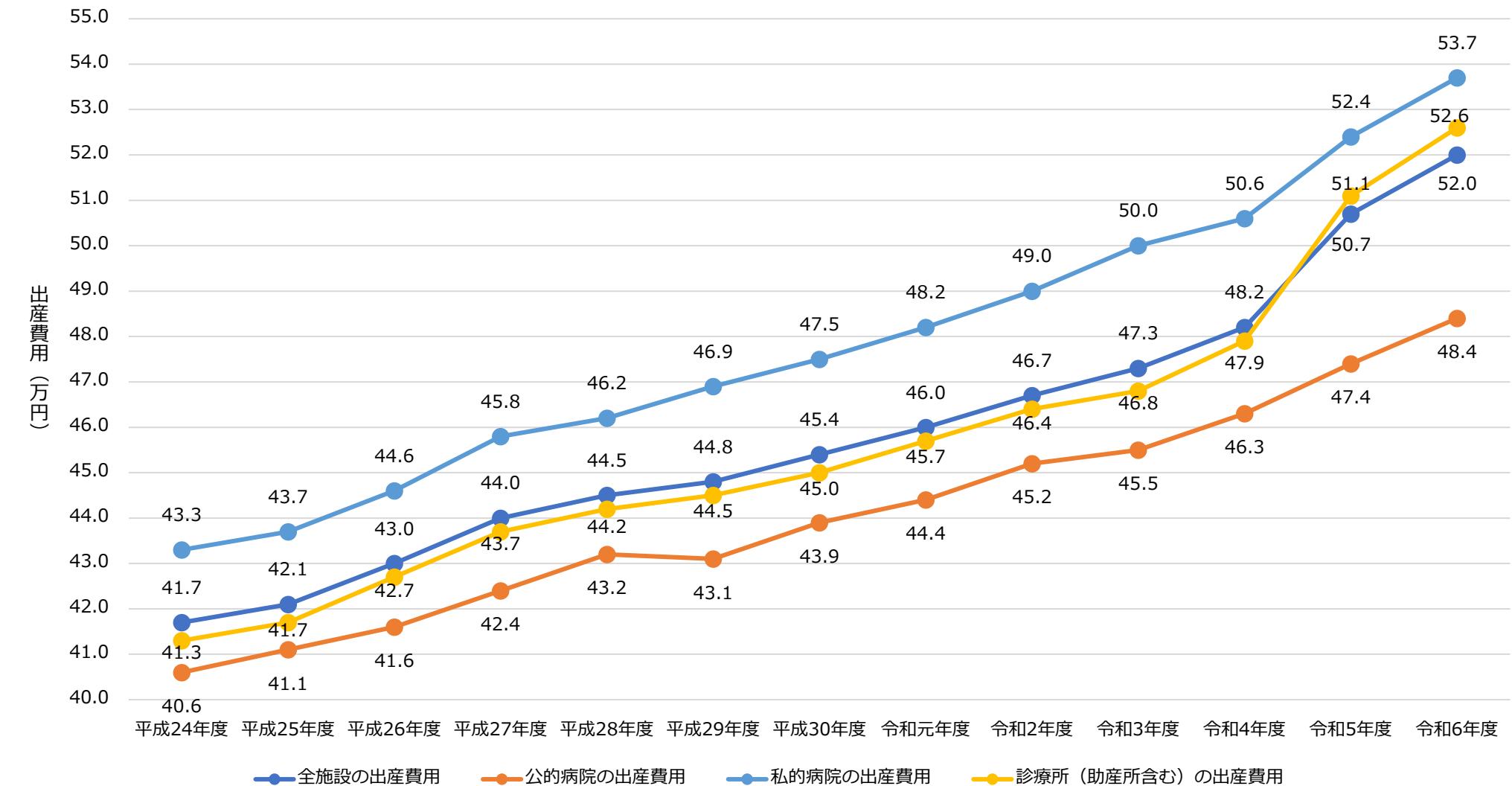


- ・提供内容の記載は任意であり、施設で提供されている全てのサービスが掲載されているとは限らない。
- ・アメニティ等のサービス費用についても掲載されていない。

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
	アメニティ等の サービス に関する項目	<p>等</p> <p>-</p>
		<p>アメニティ等の サービスを除く 出産費用</p>
		<p>総費用</p>

參考資料

正常分娩の平均出産費用の年次推移



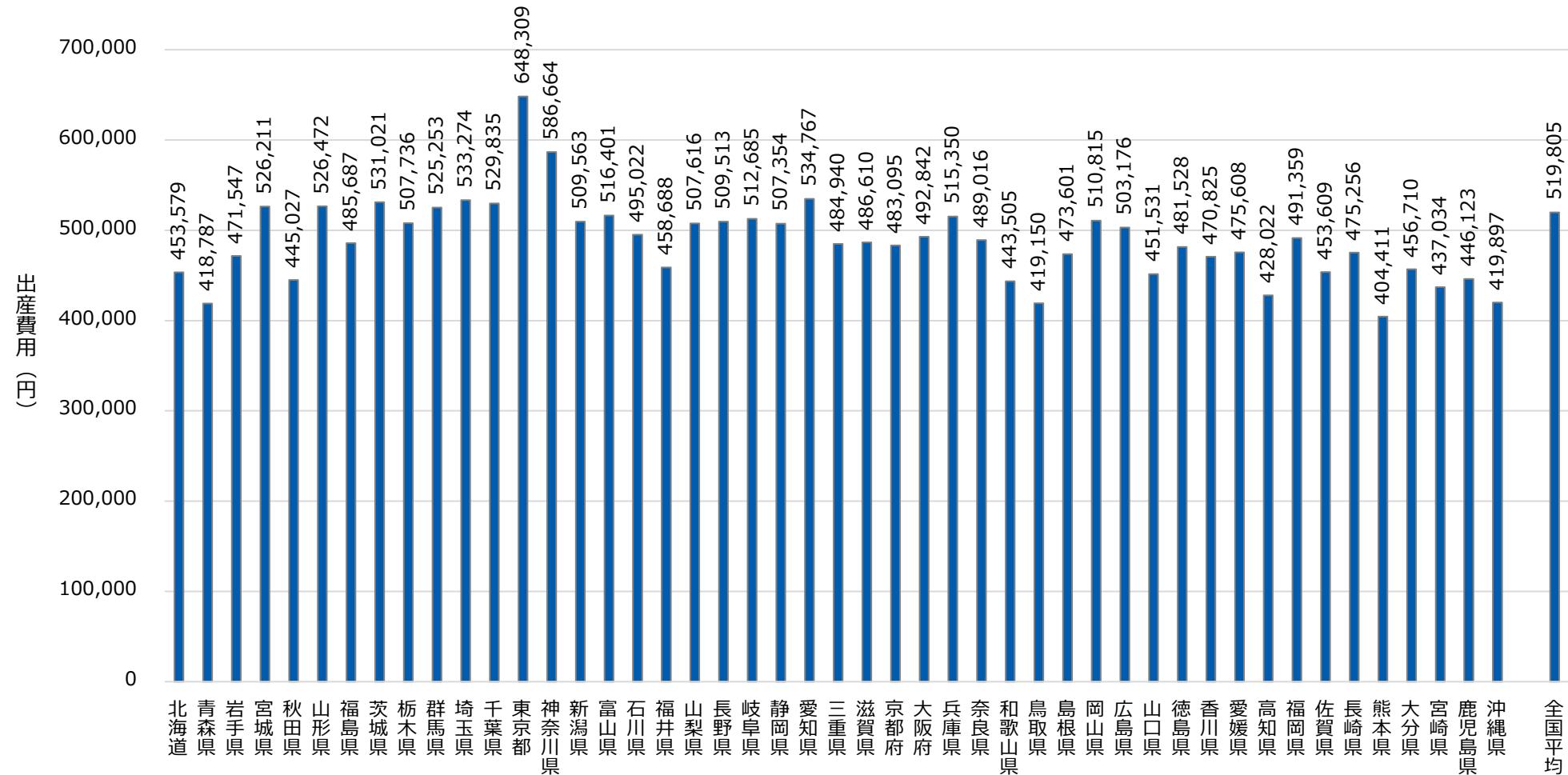
※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※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。



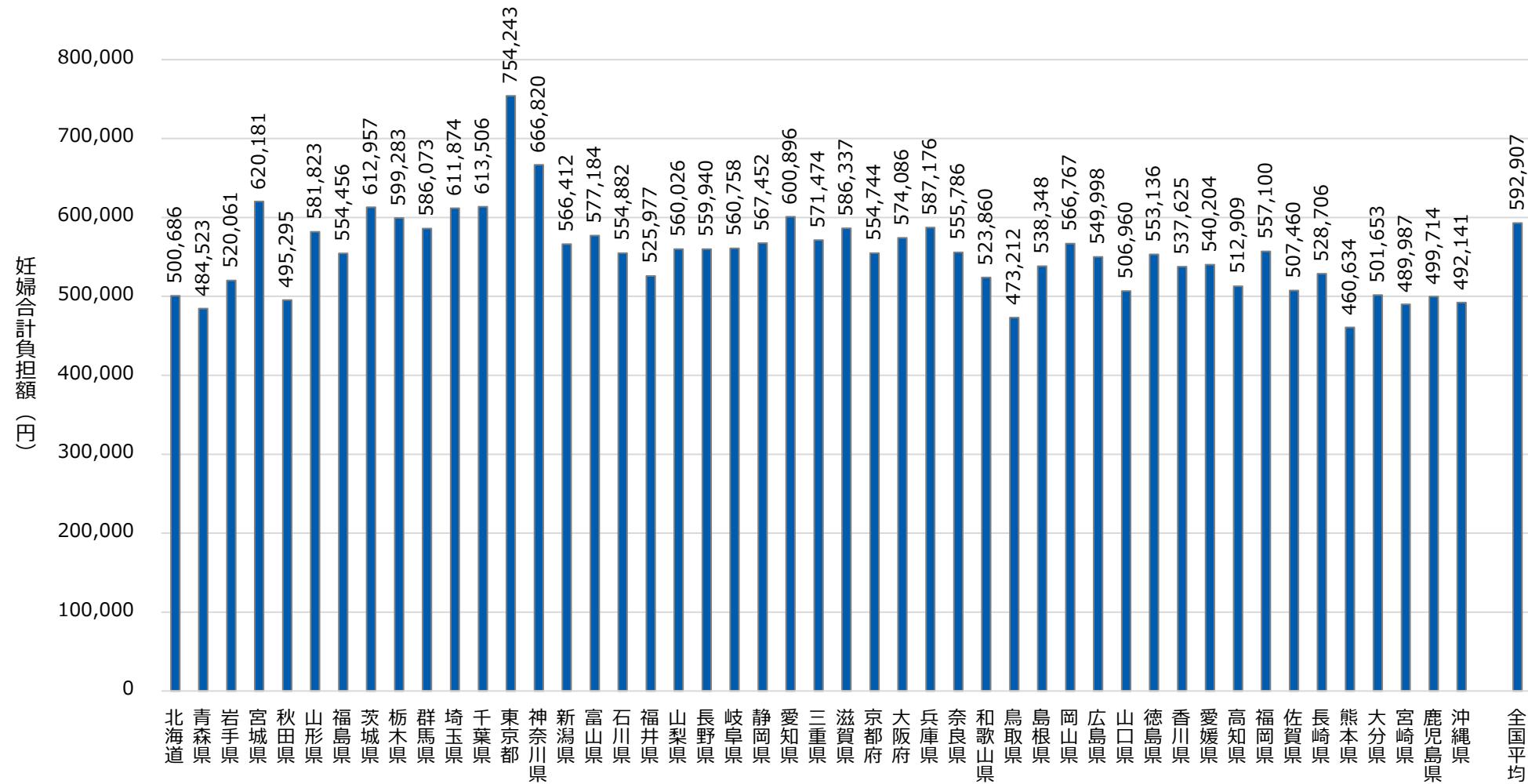
※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※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。

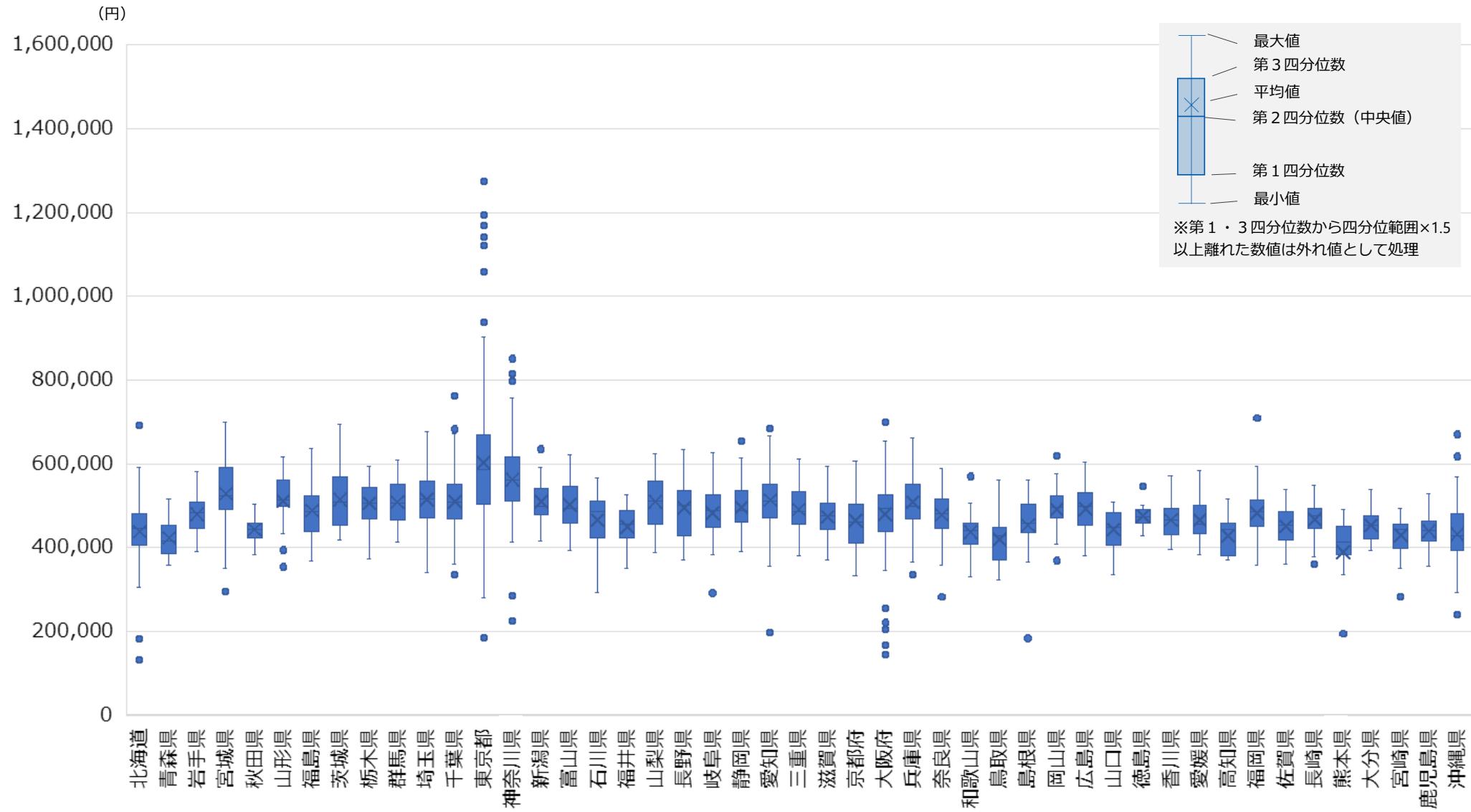


※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※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

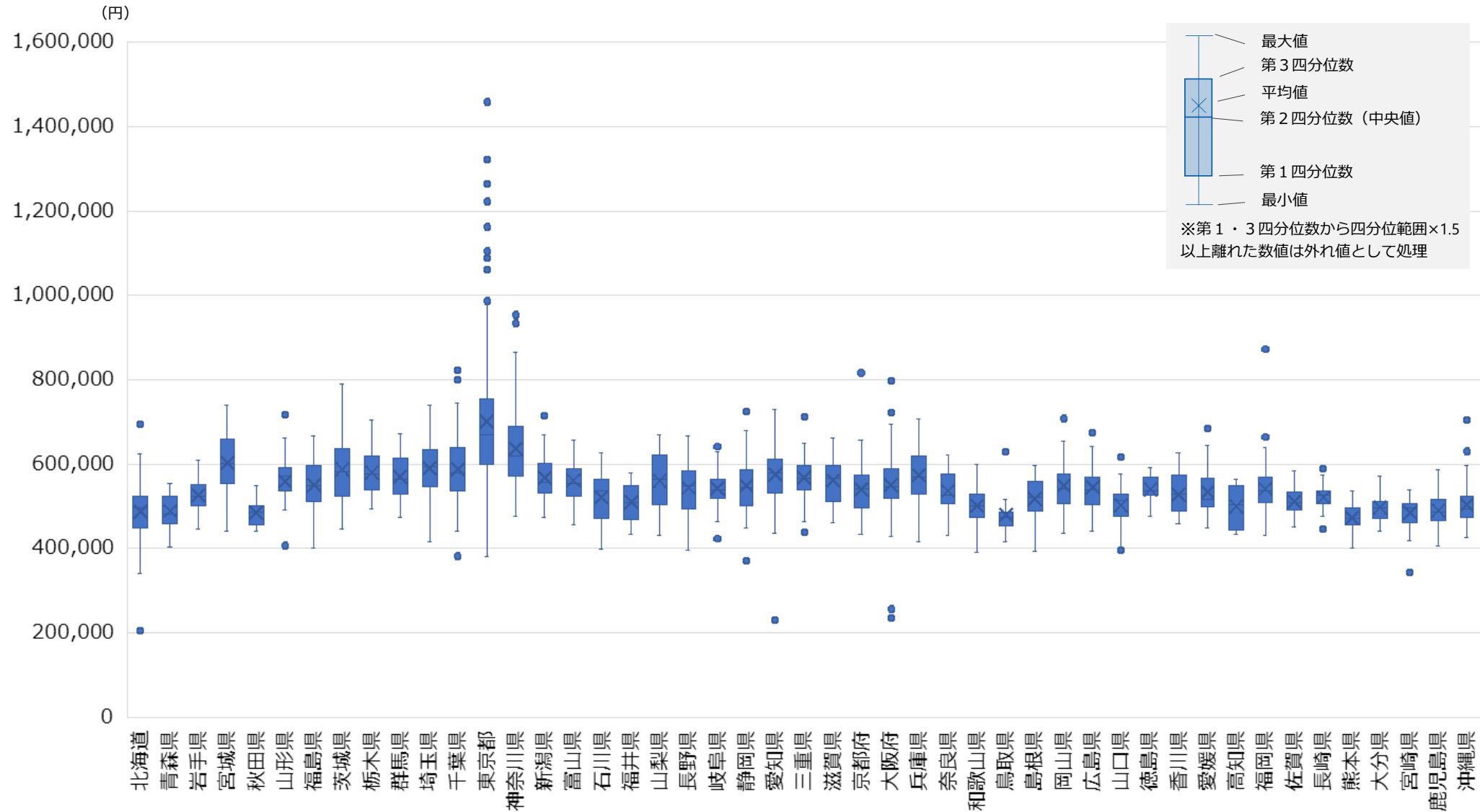
正常分娩の施設別の平均出産費用（令和6年度）



※ 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）



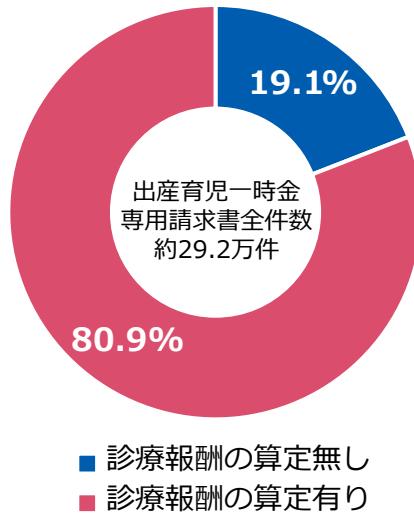
※ 令和6年4月～令和7年3月請求分の直接支払制度専用請求書（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険中央会）を集計。

※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。
- 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。
- ①高額療養費制度適用後の一時金支給額から「保険診療以外の分娩対応費用」を引いた額（個室料やアメニティ等のサービス費用は別途発生）と、②出産育児一時金支給額から「保険診療以外の分娩対応費用」を引いた額（個室料やアメニティ等のサービス費用は別途発生）を単純比較したところ、約半数で①の額が②の額を下回った一方、約4割では②の額が生じていなかった。

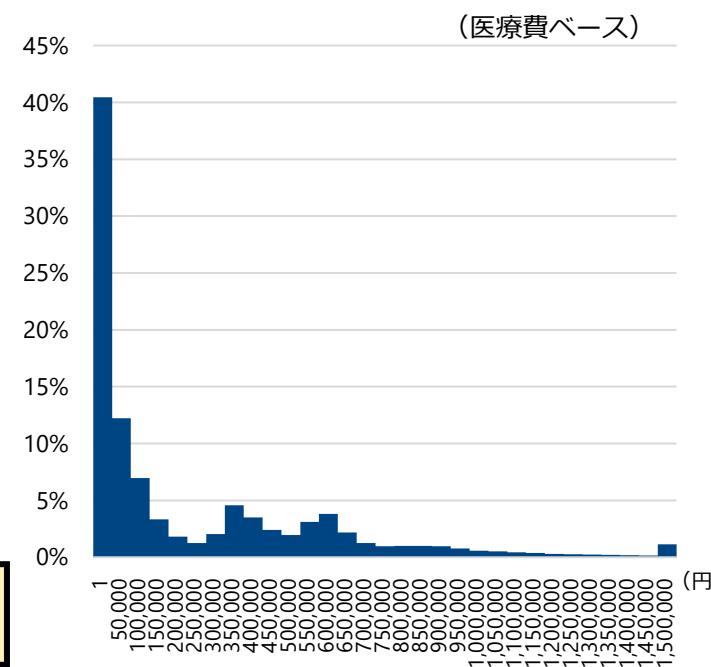
【診療報酬の算定割合（協会）】



療養の給付額（全保険者換算推計値）

14,319,660 [万円]

【診療報酬算定金額の分布（協会）】



【一部負担金の額の状況（協会）】

- 保険診療の一部負担金の額：①
- 出産育児一時金支給額から「保険診療以外の分娩対応費用」を引いた額：②

※個室料やアメニティ等のサービス費用は別途発生するため、②が全て妊婦に残るわけではない



- 出産育児一時金支給額：産科医療補償制度掛け金を除く
- 保険診療以外の分娩対応費用：妊婦合計負担額から、保険診療の一部負担金、産科医療補償制度掛け金、室料差額、その他（アメニティ等のサービス費用等）を除いた額
- 保険診療の一部負担金の額：高額療養費制度適用後の額（限度額適用区分の70歳未満構成比を機械的に適用して一部負担金を推計したもの）

● 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%
算定額と ケースの一例	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
	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。



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

協会けんぽにおける予防・健康づくりの取組等

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

協会けんぽにおける予防・健康づくりの取組等

- 協会けんぽにおいては、平成20年10月の設立以来、予防・健康づくりへの積極的な取組がなされている。
- 今後、これらの取組を一層強化していく等の観点から、以下の取組を進めていくことを検討。

1. 予防・健康づくりの取組の一層の強化

- 主に中小企業で勤務する労働者及びその家族が加入している協会けんぽでは、医療費の適正化及び加入者の健康の保持増進を一層推進し、現役世代への取組をより強化する、被保険者及び被扶養者を対象に実施する健診体系の見直しや重症化予防対策の充実に取り組んでいる。
- このような取組を一層推進する観点から、**協会けんぽが「加入者の年齢・性別・健康状態等の特性に応じたきめ細かい予防・健康づくり」を適切かつ有効に実施していくことを明確化すること**を検討。
- なお、保険者による予防・健康づくりは全ての保険者に求められる取組であり、保険者協議会等を通じて、地域の関係者が更に連携・協力して取り組むことを推進していく。

2. 毎年度の収支見通しの作成

- 協会けんぽにおいては、現在、2年ごとに、今後5年間の被保険者数・総報酬額の見通し、給付費・保険料額等の収支の見通しを作成し、公表するものとされているが、実際には、毎年、収支見通しを作成し、それを踏まえつつ保険料水準の設定等を行っていることを踏まえ、**現在、協会けんぽで実行上の措置として実施している毎年度の収支見通しの作成を明確化すること**を検討。

參考資料

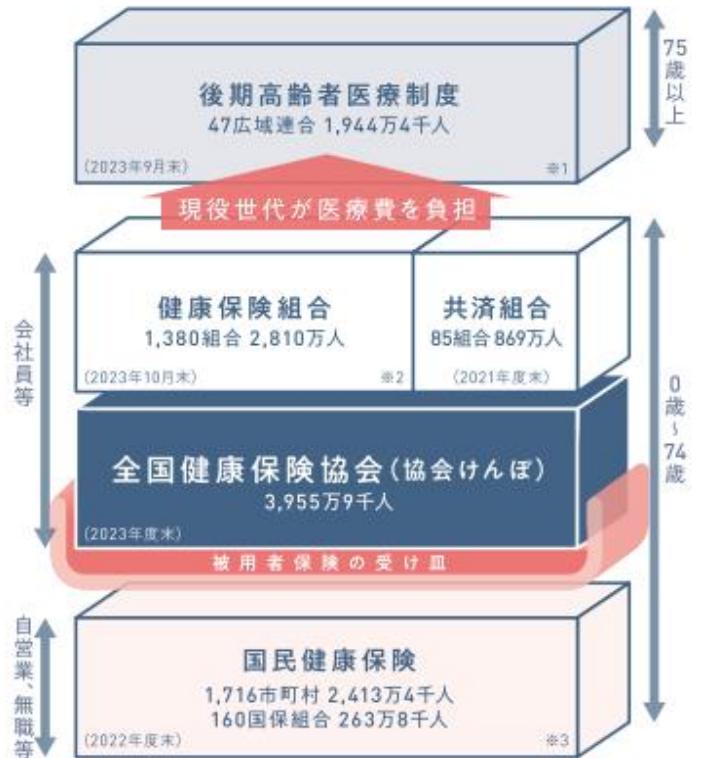
ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

全国健康保険協会（協会けんぽ）について

- 平成18年の医療制度改革の際、政府管掌健康保険について、保険者機能の発揮、加入者・事業主の意見反映、都道府県単位の運営等、効率的な保険運営を図るため、民営化が決定。
- 平成20年10月、全国健康保険協会（協会けんぽ）が設立。政府管掌健康保険を国から引き継ぎ、運営。
- 健康保険法に基づき、自らは健康保険組合の設立が困難である中小・零細企業の労働者とその家族が加入できるよう設立された保険者であり、被用者保険のセーフティネットとしての役割を果たしている。



基本使命

全国健康保険協会は、保険者として健康保険事業及び船員保険事業を行い、加入者の皆さまの健康増進を図るとともに、良質かつ効率的な医療が享受できるようにし、もって加入者及び事業主の皆さまの利益の実現を図る。

キーコンセプト

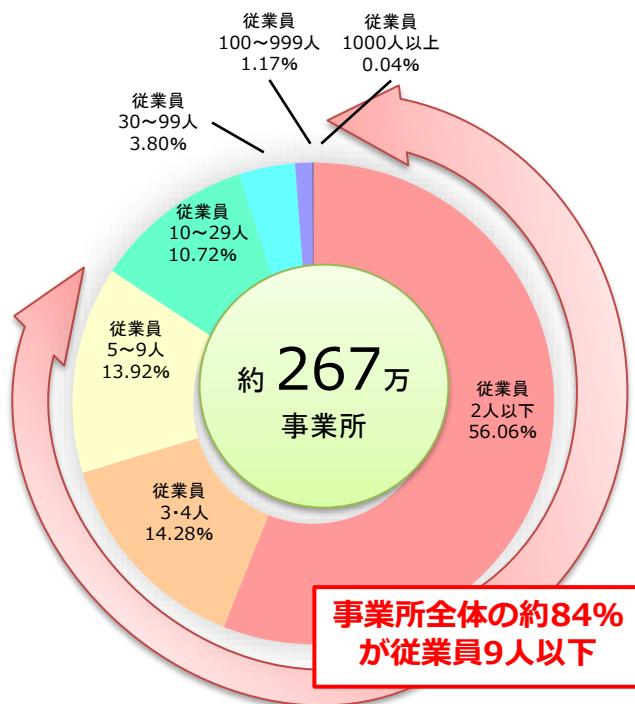
- 加入者及び事業主の皆さまの意見に基づく自主自律の運営
- 加入者及び事業主の皆さまの信頼が得られる公正で効率的な運営
- 加入者及び事業主の皆さまへの質の高いサービスの提供
- 被用者保険の受け皿としての健全な財政運営

※1 出典:後期高齢者医療制度被保険者実態調査(令和5年度) ※2 出典:健保連政策部調査分析グループ「年齢階級別加入者数調査(令和5年度10月末現在)の結果(概要)について」
※3 出典:国民健康保険事業年報(令和4年度)

加入事業所・加入者の状況

- 約267万事業所、3,954万人（令和5年度末時点）が加入する日本最大の保険者。
- 加入事業所は、中・小規模企業が多く、事業所全体の約84%が従業員9人以下の事業所。
- 加入者の報酬水準が被用者保険の中で相対的に低い一方、加入者一人当たりの医療費が相対的に高いことなどにより、財政基盤が比較的弱くなっている。

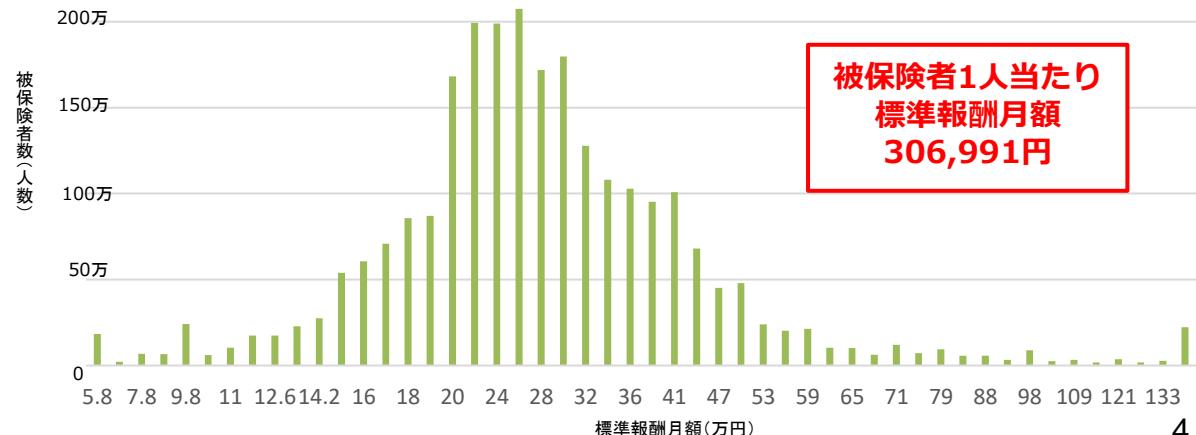
協会けんぽの規模別加入事業所割合
(令和5年度末時点)



協会けんぽの加入者
(令和5年度末時点)

- 加入者数 3,954万人
(被保険者 2,521万人、被扶養者 1,433万人)
- 加入者平均年齢 38.7歳
- 加入者1人当たり医療費（年額） 21.0万円

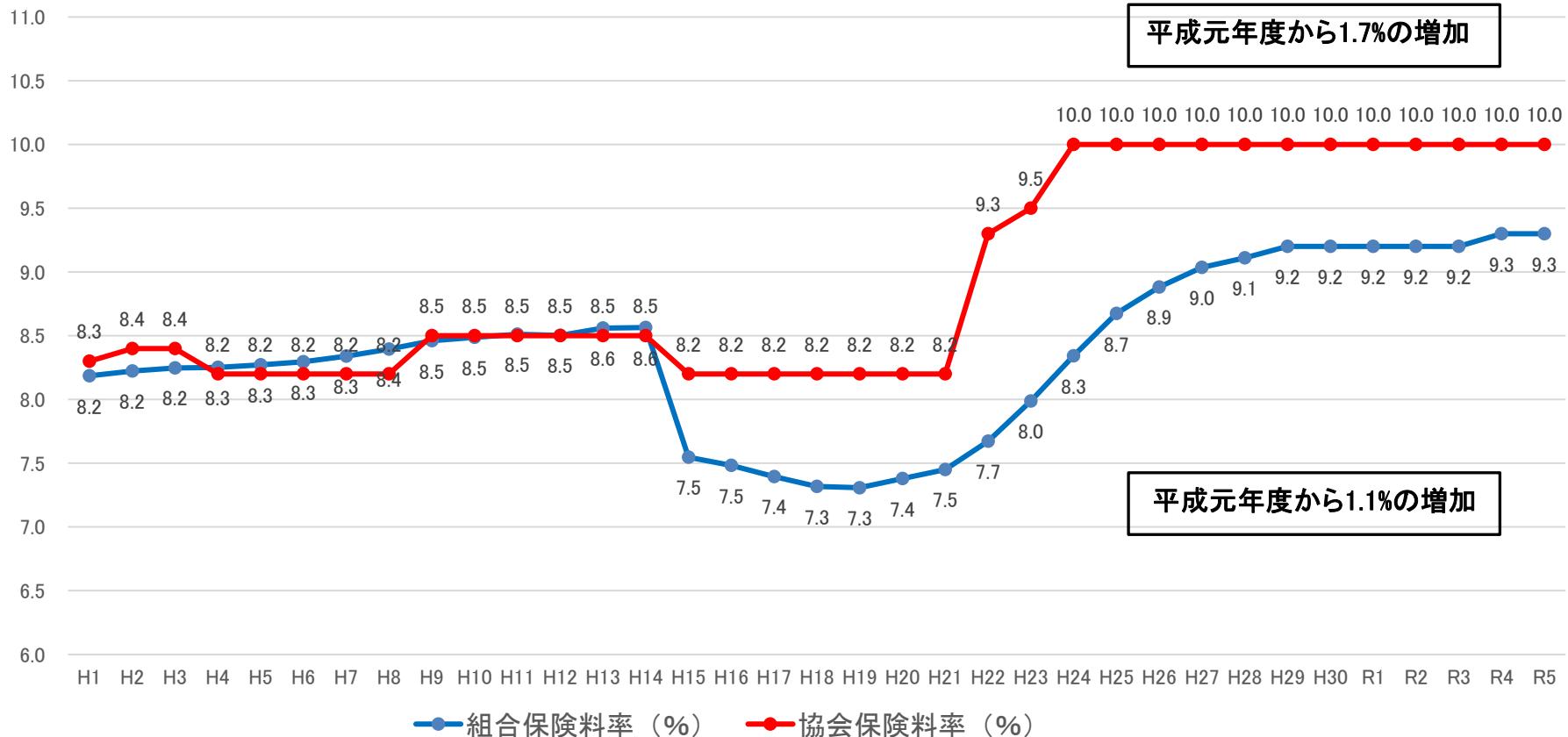
協会けんぽの標準報酬月額別被保険者数
(令和5年度末時点)



協会けんぽ・健保組合の保険料率の推移

- 協会けんぽの令和5年度における平均保険料率は10.0%。平成21年度まではほぼ横ばいで推移しているものの、平成22年度においては1.1%上昇している。
- 健保組合の令和5年度決算見込における平均保険料率は9.3%。平成15年度に1.0パーセント減少し、平成19年度以降は毎年上昇しているが、近年はほぼ横ばいとなっている。

(単位: %)

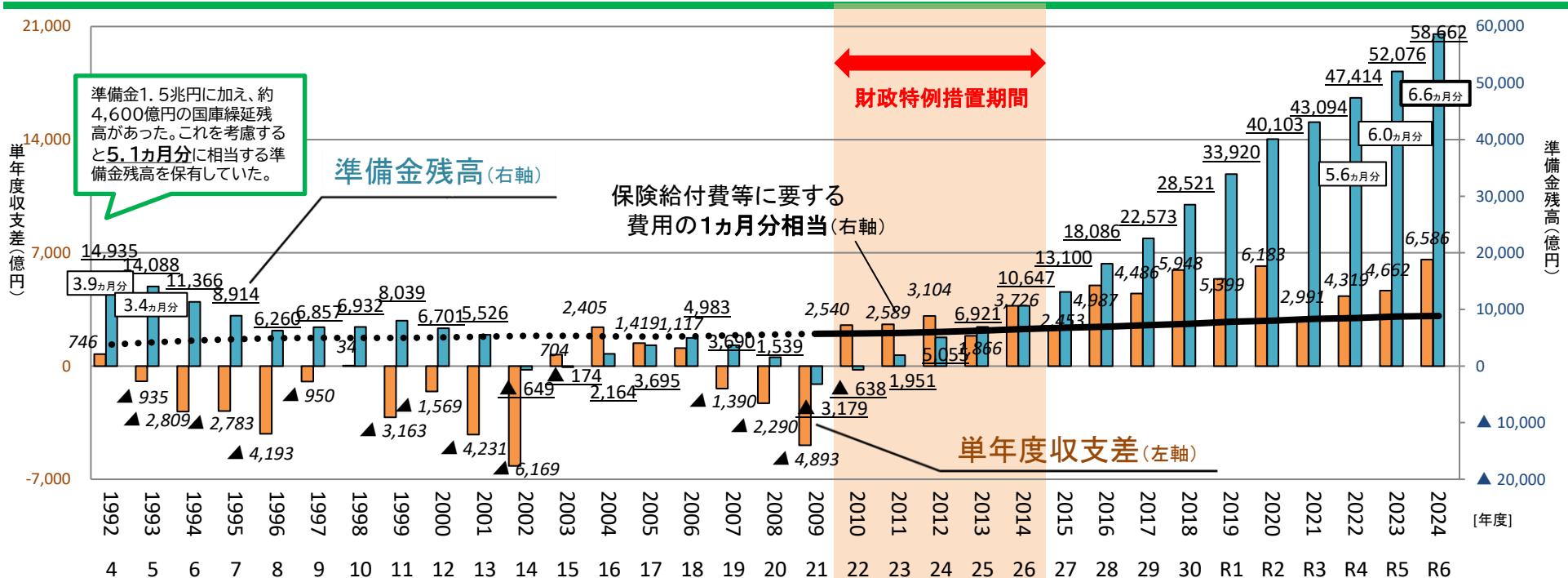


※健保組合については、平成元年度から令和4年度までは決算、令和5年度は決算見込の数値を使用している。

※平成15年度に保険料率が下がっているのは、総報酬制（賞与にも月収と同じ保険料率を賦課）の導入によるもの（政管健保では、実質的に0.7%の保険料率の引上げ）。

※協会けんぽについては、平成19年度までは政府管掌健康保険の数値を使用している。

単年度収支差と準備金残高等の推移 (協会会計と国の特別会計との合算ベース)



(1992年度)
・国庫補助率
16.4%→13.0%

(1997年度)
・患者負担2割
(2000年度)
・介護保険
制度導入

(2003年度)
・患者負担3割、
総報酬制へ移行
(2008年度)
・後期高齢者
医療制度導入

(2015年度)
・国庫補助率
16.4%

(1994年度)
・食事療養費
制度の創設

(1998年度)
・診療報酬・薬価等
のマイナス改定

(2002・2004・2006・2008年度)
・診療報酬・薬価等の
マイナス改定

(2010年度)
・国庫補助率
13.0%→16.4%

(2016・2018～2023年度)
・診療報酬・薬価等の
マイナス改定

保険料率

8.4% → 8.2% (1992.4月～)

8.5% (1997.9月～)

8.2% (2003.4月～)

9.34% (2010年度)

9.50% (2011年度)

10.00% (2012年度～)

(注)1.1996年度、1997年度、1999年度、2001年度は国の一般会計より過去の国庫補助繰延分の返済があり、これを単年度収支に計上せず準備金残高に計上している。

2.2009年度以前は国庫補助の清算金等があった場合には、これを単年度収支に計上せず準備金残高に計上している。

3.協会けんぽは、各年度末において保険給付費や高齢者拠出金等の支払いに必要な額の1ヵ月分を準備金(法定準備金)として積み立てなければならないとされている(健康保険法160条の2)。

4.2015年度の健康保険法改正で国庫補助率が16.4%とされ、併せて準備金残高が法定準備金を超えて積み上がっていく場合に新たな超過分の国庫補助相当額を翌年度減額する国庫特例減額措置が設けられた。

- 協会ではこれまで、35歳以上の被保険者を対象とした生活習慣病予防健診、40歳以上の被扶養者を対象とした特定健診、特定保健指導を中心とした保健事業に注力してきたが、医療費の適正化及び加入者の健康の保持増進をより一層推進するうえでは、更なる健診・保健指導の実施率向上と重症化予防対策の充実を図るとともに、就労等により生活習慣が変化する20代から健康意識の醸成を図り、加入者の自主的な健康増進及び疾病予防の取組を推進することが必要である。
- また、国で整備が進められている医療DXのインフラも活用しつつ、より多くの加入者の健診結果等を若年から経年的に保有し、これらのビックデータを活用することで、保健事業の一層の推進を図る必要がある。
- これらのことと踏まえ、現役世代への取組をより一層推進する観点から、被保険者及び被扶養者を対象に実施する健診体系の見直し及び重症化予防対策の充実を行う。

具体的な見直し（案）

被保険者

人間ドックに対する補助の実施

- 一定の項目を網羅した人間ドックに対する補助を実施

若年層を対象とした健診の実施

- 20歳、25歳、30歳に実施

生活習慣病予防健診の項目等の見直し

- 「骨粗鬆症検診」を実施

- 検査項目や健診単価の検証・見直しの実施

被扶養者

被扶養者に対する健診の拡充

- 被保険者に対する見直し後の人間ドックや生活習慣病予防健診と同等の内容に拡充

重症化予防

がん検診項目受診後の受診勧奨の実施等

- 「胸部X線検査」において要精密検査・要治療と判断されながら、医療機関への受診が確認できない者に対して受診勧奨を実施

がん検診項目受診後の受診勧奨の実施等

- 「胸部X線検査」において要精密検査・要治療と判断されながら、医療機関への受診が確認できない者に対して受診勧奨を実施。なお、この取組については、令和6年度に保険者努力重点支援プロジェクトの中で、3支部（北海道・徳島・佐賀）において外部有識者の助言も得ながら実施中。
- 事業所に対するメンタルヘルスに関するセミナー及び出前講座の実施に係る体制を整備。

人間ドックに対する補助の実施

- 年齢や性別による健康課題に対する健診の選択肢の拡大と、より一層の健康意識の醸成及び実施率の向上を図るため、35歳以上の被保険者を対象に一定の項目を網羅した人間ドックに対する定額補助（25,000円）を実施。
- 円滑な制度開始及び健診実施機関の質の確保の観点から、人間ドック補助実施機関は、全日本病院協会、日本総合健診医学会、日本医師会・予防医療学会／日本病院会等が実施する第三者認証を取得していることを条件にするほか、特定保健指導の実施体制を有すること等を条件とする。

若年層を対象とした健診の実施

- 就業等により生活習慣が大きく変化する若年層に対して、早期に生活習慣病対策を行うことや健康意識の向上等を目的に生活習慣病予防健診に新たに20歳、25歳、30歳の被保険者も対象とする。
- 検査項目については、国の指針等を踏まえ、生活習慣病予防健診の項目から、胃・大腸がん検診の検査項目を除いたものとする。

生活習慣病予防健診の項目等の見直し

- 健康日本21（第三次）の内容等も踏まえ、40歳以上の偶数年齢の女性を対象に骨粗鬆症検診を実施する。
- 生活習慣病予防健診の検査項目や健診単価については、協会発足以来、見直しを行っていないことから、国の指針やマニュアル、人件費の高騰や診療報酬改定等を踏まえ、健診の内容及び費用について別途検証・見直しを行う。

被扶養者に対する健診の拡充

- 被扶養者に対する健診について、被保険者に対する見直し後の人間ドックや生活習慣病予防健診と同等の内容に拡充する。なお、現行の特定健診の枠組みは維持する。



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

後期高齢者医療の保険料の賦課限度額について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

後期高齢者医療の保険料賦課限度額の経緯

【考え方】

- 後期高齢者医療の保険料は均等割と所得割をおおむね半分ずつ賦課しているが、給付と保険料負担のバランスを失すれば被保険者の納付意識に悪影響を及ぼす等の理由から、年間保険料に賦課限度額を設けている。

【経緯】

- 制度施行時（平成20年度）
 - 保険料の賦課について、国民健康保険は世帯単位、後期高齢者医療は個人単位という違い。
 - 国保の賦課限度額の水準（平成19年 56万円）を参考に、国保で賦課限度額を負担する層について、後期高齢者になった際、その賦課限度額と同程度までの負担となるよう50万円に設定。
- 保険料率改定時（2年毎）
 - 国保の賦課限度額引上げの状況、保険料率上昇見込み等を踏まえ、平成24年度に55万円（+5万円）、平成26年度に57万円（+2万円）、平成30年度に62万円（+5万円）、令和2年度に64万円（+2万円）、令和4年度に66万円（+2万円）に設定。
 - 令和5年度の制度改正により、制度施行時の考え方を基に年額80万円（令和6・7年度）に設定。

※激変緩和措置として令和6年度は年額73万円（新規加入者を除く）

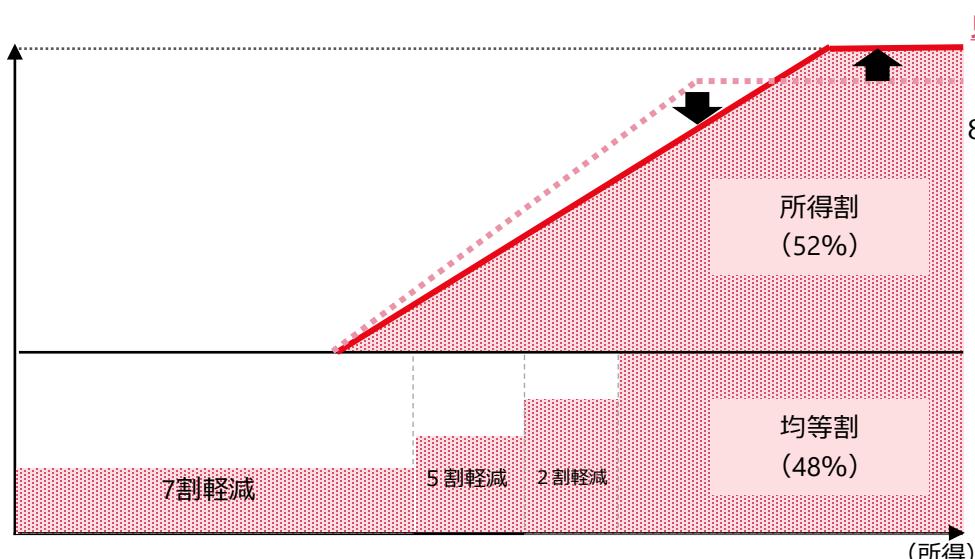
(年度)	H20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	R元	2	3	4	5	6	7
賦課限度額（万円）	50	50	50	50	55	55	57	57	57	57	62	62	64	64	66	66	80	80
賦課限度額超過被保険者割合（%）	1.65	1.52	1.44	1.42	1.36	1.36	1.45	1.42	1.50	1.48	1.31	1.30	1.29	1.25	1.38	1.35	1.38	1.27 (速報値)

※ 令和6年度は激変緩和措置として73万円（新規加入者を除く）

※ 賦課限度額超過被保険者割合：後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告による（令和7年度は、保険局高齢者医療課速報値）。

令和8年度の後期高齢者医療の保険料の賦課限度額について

- 医療給付費の伸び等により保険料負担の増加が見込まれる中、被保険者の納付意識への影響、中間所得層の負担とのバランス等を考慮し、保険料賦課限度額を設定することが必要。
 - 令和8年度の賦課限度額については、
 - ・ 近年、物価・賃金が上昇傾向にあり、後期高齢者の所得、医療給付費ともに増加が見込まれること
 - ・ 令和8年度は、出産育児支援金の激変緩和の終了等の施行の影響があること等を踏まえ、賦課限度額の超過被保険者の割合等も勘案し、医療分の賦課限度額を5万円引き上げ（80万円→85万円）ではどうか。
- ※ 令和8年度から新設される子ども・子育て支援納付金については、令和8年度予算編成過程で決定される令和8年度の子ども・子育て支援金総額を踏まえた上で、医療分の賦課限度額超過被保険者割合と同程度の賦課限度額超過被保険者割合となるよう、賦課限度額を設定することとする。



【賦課限度額に達する収入・所得】 ※令和6・7年度の全国平均料率に基づき算定(均等割額50389円、所得割率10.21%)

●賦課限度額80万円の場合

- ・年金収入のみの場合：収入971万円（年金所得777万円）
- ・年金・給与収入が同程度の場合：収入1,090万円（年金所得395万円・給与所得380万円）

●賦課限度額85万円の場合

- ・年金収入のみの場合：収入1,021万円（年金所得826万円）
- ・年金・給与収入が同程度の場合：収入1,150万円（年金所得420万円・給与所得406万円）

●賦課限度額引上げに伴う収入別の保険料への影響（令和7年度（推計））

	令和7年度 (80万円)	令和8年度	
		据え置き	85万円
年金収入400万円の場合 (前年度伸び率)	28.5万円	30万円 (+ 5. 3%)	29.7万円 (+ 4. 2%)
賦課限度額超過被保険者の場合 (前年度伸び率)	80万円	80万円 (+ 0. 0%)	85万円 (+ 6. 3%)

（注）子ども・子育て支援納付金賦課分を除く。

（注）令和6年度実績に基づき、予算ベースで令和8年度における状況を推計したもの。

●賦課限度額超過被保険者の割合

	超過割合（実績）
令和6年度（80万円）	1.38%
令和7年度（80万円）	1.27%（速報値）

※令和6年度は激変緩和措置として73万円（新規加入者を除く）

※令和7年度は速報値（保険局高齢者医療課集計）

	超過割合（推計）
令和8年度（80万円据え置き）	1.33%
令和8年度（85万円に引き上げ）	1.21%

（注）子ども・子育て支援納付金賦課分を除く

（注）令和6年度は、後期高齢者医療制度被保険者実態調査に基づく実績。（令和7年度は速報値。）令和8年度は、令和6年度後期高齢者医療制度被保険者実態調査に基づき、令和8年度における状況を推計したもの。



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

医療機関の業務効率化・職場環境改善の推進に関する方向性 について（案）

厚生労働省 医政局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

医療機関の業務効率化・職場環境改善の推進に関する方向性について（案）

- 2040年に向けて高齢者人口がピークを迎える中で、生産年齢人口（15歳～64歳人口）はさらに減少していく、医療従事者の確保はますます困難となっていくことが見込まれる。また、こうした人口減少のスピードは、地域によって大きく異なるため、早晚、これまでと同じ医療提供が難しくなる地域も出てくる。
- 政府としては、本年6月には、「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画2025改訂版」において、サービス業を中心に、人手不足が取り分け深刻と考えられる12業種については、その生産性を向上させる必要性が一層高いとされ、「省力化投資促進プラン（医療分野）」を策定した。
- 2040年に向けて、医療従事者を安定的に確保し、質が高く効率的な医療提供体制を構築するために、医療機関の業務効率化・職場環境改善による生産性向上、タスク・シフト／シェアの推進、地域における医療職種の養成体制の確保や養成課程を含めた環境整備等について、必要な制度的対応を含め、取り組むことが必要である。

1. 医療機関の業務のDX化の推進について

- 既に業務効率化に取り組んできた医療機関がその取組を加速化させるとともに、業務効率化に取り組む医療機関の裾野を広げ、医療界全体の実効ある取組とするため、以下の対応を行う。その際、全ての医療機関が直ちにDX化に対応できるわけではないことを考慮し、拙速な進め方とならないよう、現場の理解を得ながら丁寧に進める。

（国・自治体による支援等）

- これまでの試行的・先進的な取組への支援だけではなく、業務のDX化に取り組む多くの医療機関を支援するため、令和7年度補正予算案において、200億円を計上。
さらに、業務のDX化による効果の発現には一定の期間を要することを踏まえ、継続的な支援の在り方を検討する。
- 業務のDX化を推進するに当たっては、効果等のエビデンスを蓄積することが重要であるため、統一的な基準により、労働時間の変化、医療の質や安全の確保、経営状況に与える影響等に関する必要なデータを医療機関から収集し、分析する。その際、医療機関の負担が過度なものにならないように留意するとともに、できるだけ簡便な形で収集できる方法を検討する。また、医療機関の情報システムと連携できるよう、医療情報の標準化に留意しながら進めることが必要。
- こうしたエビデンスの蓄積を行いながら、医療の質や安全の確保と同時に、持続可能な医療提供体制を維持していくことが重要という視点から、業務の効率化を図る場合における診療報酬上求める基準の柔軟化を検討する。
- 医療機関が業務効率化に資する機器やサービスの価格や機能、効果を透明性をもって把握できる仕組みを構築する。また、業務効率化に資する新たな技術開発等を推進する。
- 業務のDX化等の業務効率化に取り組む医療機関の伴走支援のため、都道府県の医療勤務環境改善支援センターの体制拡充・機能強化を図り、医療勤務環境改善支援センターが労務管理等の支援に加え、業務効率化の助言・指導等も行うことを明確化する。地域医療介護総合確保基金を活用した医療勤務環境改善支援センターへの支援をさらに促進するとともに、国から都道府県への技術的助言を行う。

医療機関の業務効率化・職場環境改善の推進に関する方向性について（案）

1. 医療機関の業務のDX化の推進について（前頁の続き）

- 業務効率化・職場環境改善に積極的に取り組むことが、医療従事者の職場定着にプラスとなり、労働市場における医療従事者の確保面でより有利になるよう、計画的に取り組む病院を公的に認定し、対外的にも発信できる仕組みを地域医療介護総合確保法に創設する。認定の仕組みは透明性がある分かりやすいものとし、医療従事者の視点を入れることも検討する。

（医療機関の責務の明確化）

- 医療法上、現在、病院又は診療所の管理者は医療従事者の勤務環境の改善その他の医療従事者の確保に取り組む措置を講ずるよう努めることとなっている。今後は、これらに加え、業務効率化にも取り組むよう努める旨を明確化する。
また、併せて、**健保法上の保険医療機関の責務として、業務効率化・勤務環境改善に取り組むよう努める旨を明確化する。**

2. タスク・シフト／シェアの推進等、医療従事者の養成体制の確保、医療従事者確保に資する環境整備等について

- 医療機関におけるタスク・シフト／シェアの取組がさらに定着するよう、医療機関が業務のDX化に取り組む際には、併せてタスク・シフト／シェアの実施や業務プロセス自体の見直しを進める。
- 医療関係職種の養成校の定員充足率は近年低下傾向にあり、地域差も大きい状況。今後とも、地域において医療関係職種を安定的に確保できるよう、各地域の人口減少の推移や今後の地域医療構想等を踏まえた各医療関係職種の需給状況を見通しつつ、地域や養成校の実情に応じて、遠隔授業の実施やサテライト化の活用などをはじめ、地域における安定的な養成体制を確保するため国・都道府県等が取り組むべき事項について検討を進める。
- 医療水準を維持しつつ、より少ない人員でも必要な医療が提供できたり、医療関係職種が意欲・能力やライフコースに合わせた働き方・キャリアの選択が可能となって地域において活躍の場が広がることなどにより、若者・社会人にとって医療関係職種がより魅力あるものとなるよう、その養成課程も含めて、例えば以下の対応を行う。
 - ・ 医療関係職種の各資格間において現在でも可能となっている既修単位の履修免除の活用や、養成に係る修業年限の柔軟化など若者・社会人にとっても参入しやすい養成課程とするとともに、医療関係職種の更なる質の向上を図るため、まずは、課題等を把握し、各職種の状況に応じた支援の在り方を検討する。
 - ・ 意欲・能力やライフコースに合わせて、更なるキャリア・スキルの向上を目指す者や、育児・介護等の事情を抱えて働く者への支援や、こうした者が地域や職場でより能力を発揮できる環境整備やセカンドキャリアとして働く上でのマネジメントに関するリカレント教育等の在り方について、具体的に検討を進める。
 - ・ 歯科衛生士・歯科技工士の業務範囲や、歯科技工の場所の在り方については、現在進めているそれぞれの業務のあり方等に関する検討会において具体的に検討を進める。