

全国厚生労働関係部局長会議

厚生労働省 保険局

説明資料目次

I 医療保険制度改革について	3
・OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直しについて	
・長期収載品の選定療養、入院時の食事・光熱水費の見直し	
・高額療養費制度の見直し	
・医療保険における金融所得の反映	
・標準的な出産費用の無償化	
・国民健康保険制度の取組強化等 (子育て世代への支援拡充、国民健康保険組合に係る見直し等)	
II 令和8年度診療報酬改定について	28
III 予防・健康づくりについて	31
・医療費適正化計画	
・医療保険者における予防・健康づくり(データヘルス計画の推進等)	
・地域フォーミュラリの推進	
IV その他	42
・マイナ保険証の利用促進に向けた取組	
・国民健康保険の外国人対応	
・病床転換助成事業の延長について	

〈参考資料〉

① 令和7年度補正予算（保険局関係）について	52
② 令和8年度予算案（保険局関係）について	58
③ I 医療保険制度改革について	65
④ III 予防・健康づくりについて	70
⑤ IV その他	77

ひと、くらし、みらいのために





医療保険制度改革について

- OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直しについて
- 長期収載品の選定療養、入院時の食事・光熱水費の見直し
- 高額療養費制度の見直し
- 医療保険における金融所得の反映
- 標準的な出産費用の無償化
- 国民健康保険制度の取組強化等
(子育て世代への支援拡充、国民健康保険組合に係る見直し等)

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

骨太方針・三党合意等

○医療機関における必要な受診の確保

→ 【論点1】費用負担の在り方

○子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への配慮
→ 【論点2】配慮が必要な者の範囲

○成分や用量がOTC医薬品と同等のOTC類似薬をはじめとするOTC類似薬一般
→ 【論点3】OTC類似薬の範囲

医療保険部会における主な意見

- OTC医薬品に変更した場合、いわゆる**保険適用除外とした場合、患者さんの自己負担は、かなり増える**というケースがある
- 保険の枠内に置きつつも、例えば**保険外併用療養**のような形で別途負担を求める仕組みというのも考えられる
- 選定療養で追加の自己負担を求める方法、また償還率を変える等の方法についても、具体的な検討を進めていただきたい
- 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べき
- 患者団体のお話を踏まえると、OTC類似薬については**保険適用とした上で患者負担を変更する**というやり方が弊害が少ないのでないか。
- 医療機関の受診は、医師が診察・診断をし、医学管理をした上で投薬するもので、**ただ薬を出すもの**とは全く違う。

- 過度な負担や急激な変化が生じないよう十分な配慮が必要
- 子どもや慢性疾患を抱えている方、低所得者の方については配慮が必要
- 一般用医薬品では(医療用医薬品の)10倍以上の価格になることもあり、難病の方や心身障害者の方々などの負担が非常に重くなる。

- 成分が一致していても、**用法・用量、効能・効果、対象年齢、投与経路、剤形**など、様々な違いがあり、単純に保険適用から外すことは難しい
- **用法・用量、効能・効果等の違い**を踏まえつつ、**OTCで代替可能なもの**はできるだけ広い範囲を対象として具体的な検討を進めるべき

OTC類似薬の保険給付の見直し【政調会長間合意（令和7年12月19日）】

○ 別途の保険外負担（特別の料金）を求める新たな仕組みの創設

趣旨：①医療用医薬品の給付を受ける患者とOTC医薬品で対応している患者との公平性の確保
②現役世代の保険料負担の軽減

見直し内容：他の被保険者の保険料負担により給付する必要性が低いと考えられるときには、患者の状況や負担能力に配慮しつつ、**長期収載品で求めているような別途の保険外負担（特別の料金）を求める新たな仕組みを創設**し、令和8年度中に実施。【法改正事項】

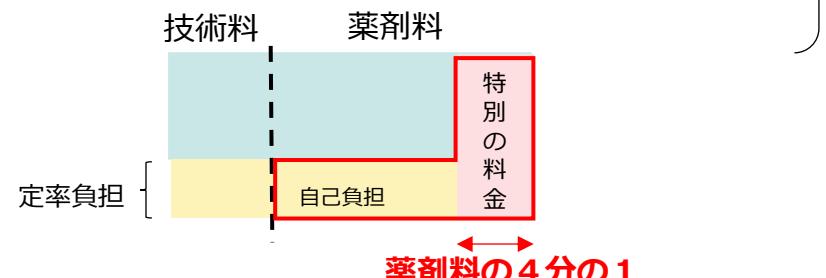
○ 特別の料金の対象となる医薬品の範囲・特別の料金の設定

対象医薬品の範囲：77成分（※）（約1,100品目）

（※）OTC医薬品と成分・投与経路が同一で、一日最大用量が異なる医療用医薬品を機械的に選択。

特別の料金：対象薬剤の薬剤費の1/4

セルフメディケーションに関する国民の理解や、OTC医薬品に関する医師・薬剤師の理解を深めるための取組、医療用医薬品のスイッチOTC化に係る政府目標の達成に向けた取組などの環境整備を進めるとともに、令和9年度以降に対象となる医薬品の範囲の拡大や特別な料金の引き上げについて検討。



○ 配慮が必要な者

こども、がん患者や難病患者など配慮が必要な慢性疾患を抱えている方、低所得者、入院患者、医師が対象医薬品の長期使用等が医療上必要と考える方等に対する配慮を検討。

特別の料金の対象となる医薬品の範囲について

今般の見直しで、特別の料金の対象となる医薬品は、OTC医薬品と成分、投与経路が同一で、一日最大用量が異なる医療用医薬品であり、下記の数字は機械的に選定したもの。

○ **成分数** 77

○ **品目数** 約1,100

○ **主な対応症状**

- ・鼻炎（内服・点鼻）
- ・腰痛・肩こり（外用）
- ・胃痛・胸やけ
- ・みづむし
- ・便秘
- ・殺菌・消毒
- ・解熱・痛み止め
- ・口内炎
- ・風邪症状全般
- ・おでき・ふきでもの
- ・皮膚のかゆみ・乾燥肌 等

自由民主党、日本維新の会 政調会長間合意（令和7年12月19日 署名）（OTC類似薬部分）

2. 薬剤給付に係る見直し

（1）OTC類似薬の保険給付の見直し

OTC類似薬の保険給付の見直しの趣旨は、OTC医薬品で対応できる症状であるにも関わらず、他の被保険者の保険料にも負担をかけて医療用医薬品の給付を受ける患者と、現役世代を中心とした、平日の診療時間中に受診することが困難である等の理由によりOTC医薬品で対応している患者との公平性を確保する観点や、それら現役世代の保険料負担の軽減を図る観点から、一定程度の見直しが必要であることによるものである。

このため、OTC医薬品の対応する症状の適応がある処方箋医薬品以外の医療用医薬品のうち、他の被保険者の保険料負担により給付する必要性が低いと考えられるときには、患者の状況や負担能力に配慮しつつ、長期収載品で求めているような別途の保険外負担（特別の料金）を求める新たな仕組みを創設し、令和8年度中に実施する。まずは、77成分（約1,100品目）を対象医薬品とし、薬剤費の1/4に特別の料金を設定する。

今後、セルフメディケーションに関する国民の理解や、OTC医薬品に関する医師・薬剤師の理解を深めるための取組、医療用医薬品のスイッチOTC化に係る政府目標の達成に向けた取組などの環境整備を進めるとともに、将来、OTC医薬品の対応する症状の適応がある処方箋医薬品以外の医療用医薬品の相当部分にまで対象範囲を拡大することを目指し、上記の施行状況等について政府が把握・分析した上で与党に報告する枠組みを構築するなど、与党の関与の下、令和9年度以降にその対象範囲を拡大していく。あわせて、特別の料金をいただく薬剤費の割合の引き上げについても検討する。

なお、実施にあたっては、こども、がん患者や難病患者など配慮が必要な慢性疾患を抱えている方、低所得者、入院患者、医師が対象医薬品の長期使用等が医療上必要と考える方等に対する配慮を検討する。



医療保険制度改革について

- OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直しについて
- 長期収載品の選定療養、入院時の食事・光熱水費の見直し
- 高額療養費制度の見直し
- 医療保険における金融所得の反映
- 標準的な出産費用の無償化
- 国民健康保険制度の取組強化等
(子育て世代への支援拡充、国民健康保険組合に係る見直し等)

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

長期収載品（後発医薬品のある先発医薬品）の患者負担の見直し

制度の概要

- 既に後発品がある中で、患者の選択に基づいて先発品を調剤する場合に、先発品と後発品の薬価差の1/4相当を、「特別の料金」として患者にご負担いただくもの。

- 令和6年10月から、保険外併用療養費制度の「選定療養」として実施。

■例外措置（以下の場合は「特別の料金」の徴収対象外）

- 先発品を使うことに医療上の必要性があると医師が判断した場合
- 後発品の薬局在庫が無いなど、後発品を提供することが困難な場合

考え方

- 施行後、後発品への置き換え率が上昇し、一定の効果があったが、後発品の需要増に伴い、供給不安の問題も生じている。

- このような状況や、患者の経済的負担の変化にも配慮しつつ、

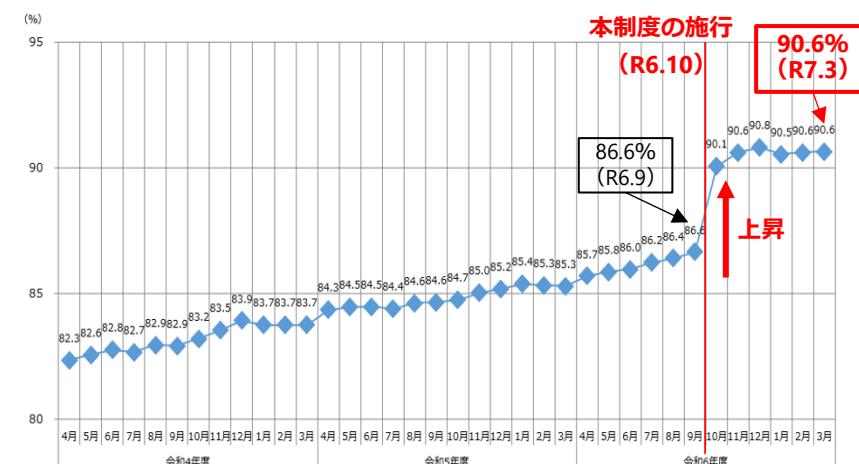
- 医薬品のライフサイクルの目指すべき姿
- 医療保険制度の持続可能性の確保や、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減

といった観点を踏まえて、創薬イノベーションや後発品の使用を更に推進していく必要がある。

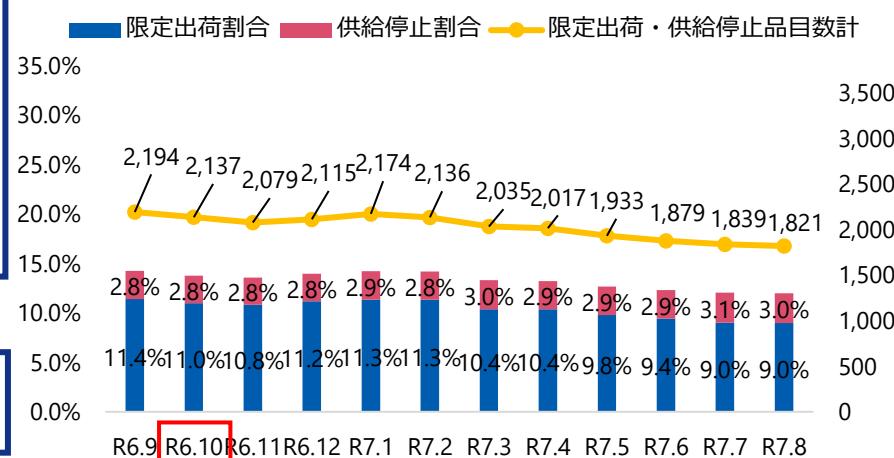
見直し案

- 「特別の料金」を先発品と後発品の薬価差の1/2相當に引き上げる。

参考：後発医薬品割合（数量ベース）の推移



参考：医療用医薬品の限定出荷・供給停止の推移



※限定出荷の理由としては、「需要増」が最多（793品目）。

関係する大臣折衝事項（抄）

長期収載品の選定療養の見直し

5. 社会保障制度改革の推進

- (1) 薬剤給付の見直し
- (3) 長期収載品の選定療養の拡大

長期収載品については、令和6年10月より、先発医薬品と後発医薬品の価格差の4分の1相当が選定療養の対象となり、「特別の料金」として患者に負担が求められてきたが、後発医薬品の更なる使用促進の観点から、価格差の2分の1相当へと引き上げる。

入院時の食費・光熱水費の見直し

2. 診療報酬・薬価等改定

(1) 診療報酬

+3.09%（令和8年度及び令和9年度の2年度平均。令和8年度+2.41%（国費2,348億円程度（令和8年度予算額。以下同じ。））令和9年度+3.77%）

※3 うち、食費・光熱水費分 + 0.09%

入院時の食費基準額の引上げ（40円/食）（患者負担については、原則40円/食、低所得者については所得区分等に応じて20円～30円/食）及び光熱水費基準額の引上げ（60円/日）（患者負担については、原則60円/日、指定難病患者等については据え置き）の措置を講じることとする。



医療保険制度改革について

- OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直しについて
- 長期収載品の選定療養、入院時の食事・光熱水費の見直し
- 高額療養費制度の見直し
- 医療保険における金融所得の反映
- 標準的な出産費用の無償化
- 国民健康保険制度の取組強化等
(子育て世代への支援拡充、国民健康保険組合に係る見直し等)

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

高額療養費制度の在り方に関する専門委員会について

概要

- 高額療養費制度については、秋までに改めて検討を行い方針を決定することとされているところ。
- 社会保障審議会医療保険部会の下に、患者団体や保険者、労使団体を代表する委員等から構成される「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」を設置。
- 本専門委員会において、患者団体・保険者等からのヒアリングを丁寧に実施した上で、それらを踏まえて、具体的な高額療養費制度の在り方に関して集中的に議論を行う。

開催日

- 第1回 2025年5月26日（意見交換）
第2回 2025年6月30日（患者団体等ヒアリング）
第3回 2025年8月28日（保険者及び医療関係者・学識経験者ヒアリング）
第4回 2025年9月16日（高額療養費制度について）
第5回 2025年10月22日（高額療養費制度について）
第6回 2025年11月21日（高額療養費制度について）
第7回 2025年12月8日（高額療養費制度について）
第8回 2025年12月15日（高額療養費制度について）
2025年12月16日「高額療養費制度の見直しの基本的な考え方」とりまとめ
第9回 2025年12月25日（高額療養費制度の見直しについて）
※医療保険部会と合同開催

委員

◎：委員長（五十音順、敬称略）

天野 慎介	全国がん患者団体連合会理事長
井上 隆	日本経済団体連合会専務理事
大黒 宏司	日本難病・疾病団体協議会代表理事
菊池 馨実	早稲田大学理事・法学学術院教授
北川 博康	全国健康保険協会理事長
城守 国斗	日本医師会常任理事
佐野 雅宏	健康保険組合連合会会長代理
島 弘志	日本病院会副会長
袖井 孝子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事
◎田辺 国昭	東京大学大学院法学政治学研究科教授
林 鉄兵	日本労働組合総連合会副事務局長
原 勝則	国民健康保険中央会理事長
山内 清行	日本商工会議所企画調査部長

ヒアリング先

- | | |
|---|-----------------------|
| ・慢性骨髓性白血病患者・家族の会 いづみの会 | ・日本航空健康保険組合 |
| ・認定NPO法人 日本アレルギー友の会 | ・計機健康保険組合 |
| ・NPO法人 血液情報広場・つばさ | ・後藤悌氏（国立がん研究センター中央病院） |
| ・認定NPO法人 ささえあい医療人権センターCOML・康永秀生氏（東京大学大学院医学系研究科） | |

高額療養費制度の見直しのポイント

- 高額療養費制度の見直しの基本的な考え方（令和7年12月16日 高額療養費制度の在り方に関する専門委員会）を踏まえ、高額療養費のセーフティネット機能に鑑み、長期療養者や低所得者の経済的負担の在り方に配慮した見直しを行う。

（1）長期療養者への配慮

1. 多数回該当の金額を据え置き

– 長期に継続して治療を受けられている方の経済的負担を増加させない。

2. 「年間上限」の導入

– 多数回該当に該当しない長期療養者の経済的負担にも配慮する観点から、新たに「年間上限」を導入。これにより、月単位の「限度額」に到達しない方であっても、「年間上限」に達した場合には、当該年においてそれ以上の負担は不要となる。

（2）低所得者への配慮

1. 住民税非課税ラインを若干上回る年収層である「年収200万円未満」の方の多数回該当の金額を引き下げる。

2. 外来特例の限度額引上げの際、「住民税非課税区分」に外来年間上限を導入し、年間の最大自己負担額（12ヶ月限度額を負担される方の負担額）を現在よりも増加させない。

高額療養費制度の見直しについて

所得区分	現行		R8.8~			R9.8~		
	月額上限	外来特例 (70歳以上)	月額上限	年間上限	外来特例 (70歳以上)	月額上限	年間上限	外来特例 (70歳以上)
約1,650万円～ (標報：127万円～)		—				342,000 + 1 % <140,100>		—
約1,410～約1,650万円 (標報：103～121万円)	252,600 + 1 % <140,100>	—	270,300 + 1 % <140,100>	1,680,000 (月額平均140,000)	—	303,000 + 1 % <140,100>	1,680,000 (月額平均140,000)	—
約1,160～約1,410万円 (標報：83～98万円)		—				270,300 + 1 % <140,100>		—
約1,040～約1,160万円 (標報：71～79万円)		—				209,400 + 1 % <93,000>		—
約950～約1,040万円 (標報：62～68万円)	167,400 + 1 % <93,000>	—	179,100 + 1 % <93,000>	1,110,000 (月額平均92,500)	—	194,400 + 1 % <93,000>	1,110,000 (月額平均92,500)	—
約770～約950万円 (標報：53～59万円)		—				179,100 + 1 % <93,000>		—
約650～約770万円 (標報：44～50万円)		—				110,400 + 1 % <44,400>		—
約510～約650万円 (標報：36～41万円)	80,100 + 1 % <44,400>	—	85,800 + 1 % <44,400>	530,000 (月額平均約44,200)	—	98,100 + 1 % <44,400>	530,000 (月額平均約44,200)	—
約370～約510万円 (標報：28～34万円)		—				85,800 + 1 % <44,400>		—
約260～約370万円 (標報：20～26万円)		—				69,600 <44,400>		28,000 (年21.6万)
約200～約260万円 (標報：16～19万円)	57,600 <44,400>	18,000 (年14.4万)	61,500 <44,400>	530,000 (月額平均約44,200)	22,000 (年21.6万)	65,400 <44,400>	530,000 (月額平均約44,200)	28,000 (年21.6万)
～約200万円 (標報：～15万円)				(※1)		61,500 <34,500>	410,000 (月額平均約34,200)	22,000 (年21.6万)
非課税【70歳未満】	35,400 <24,600>	—	36,900 <24,600>	290,000 (月額平均約24,200)	—	36,900 <24,600>	290,000 (月額平均約24,200)	—
非課税【70歳以上】	24,600	8,000	25,700 <24,600>	290,000 (月額平均約24,200)	11,000 (年9.6万)	25,700 <24,600>	290,000 (月額平均約24,200)	13,000 (年9.6万)
一定所得以下【70歳以上】	15,000	8,000	15,700	180,000 (月額平均15,000)	8,000	15,700	180,000 (月額平均15,000)	8,000

(※1) 「～約200万円（標報：～15万円）」区分に該当することが確認できた者は、年間上限41万円を適用し、令和9年8月以降に償還払い。

(※2) 外来特例の対象年齢については、「「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）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」とされていることも踏まえ、高齢者の窓口負担の14見直しと併せて具体案を検討し、一定の結論を得る。

高額療養費制度の見直しについて（イメージ）

自己負担限度額
(70歳以上・定額分)

(1) 長期療養者への配慮

●多数回該当（※）の据え置き

- (※) 年収約370万円～約770万円の者の自己負担限度額
 - ・年1～3回目：80,100円 + 1%
 - ・年4回目以降：44,400円（多数回該当）

●患者負担に年間上限（年単位の上限額）を導入

(2) 低所得者への配慮

- 住民税非課税区分の限度額の引き上げ率の緩和（①②）
 - 住民税非課税ラインを若干上回る年収層「年収200万円未満」の方の多数回該当の金額を引き下げ
- （※）（4）と合わせて実施

① ② (窓口負担1割) (窓口負担2割)

(3) 一人当たり医療費の増を踏まえた限度額見直し

140,000円 年間上限の月額平均

※多数回該当を下回る水準に設定

92,500円

約44,200円

62万円

71万円

103万円

127万円

標準報酬月額

15,000円
住民税非課税世帯

28万円
(年収約370万円)

53万円
(年収約770万円)

83万円
(年収約1,160万円)

- 現行
- - - 月額の限度額見直し（令和8年度）
- 所得区分の細分化（令和9年度）
- 年間上限の月額平均（令和8年度）
- 多数回該当の金額（現行額を据え置き）

(5) 70歳以上外来の自己負担限度額（外来特例）の見直し

- 応能負担の考え方を踏まえつつ、低所得者（①）には配慮（月額上限の据え置き）
- 住民税非課税区分（②）に対して、新たに年間上限を導入。これにより、毎月現在の上限額まで利用される方の負担は変わらない。（③④の年間上限額も同様の考え方に基づき設定）



医療保険制度改革について

- OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直しについて
- 長期収載品の選定療養、入院時の食事・光熱水費の見直し
- 高額療養費制度の見直し
- 医療保険における金融所得の反映
- 標準的な出産費用の無償化
- 国民健康保険制度の取組強化等
(子育て世代への支援拡充、国民健康保険組合に係る見直し等)

ひと、くらし、みらいのために

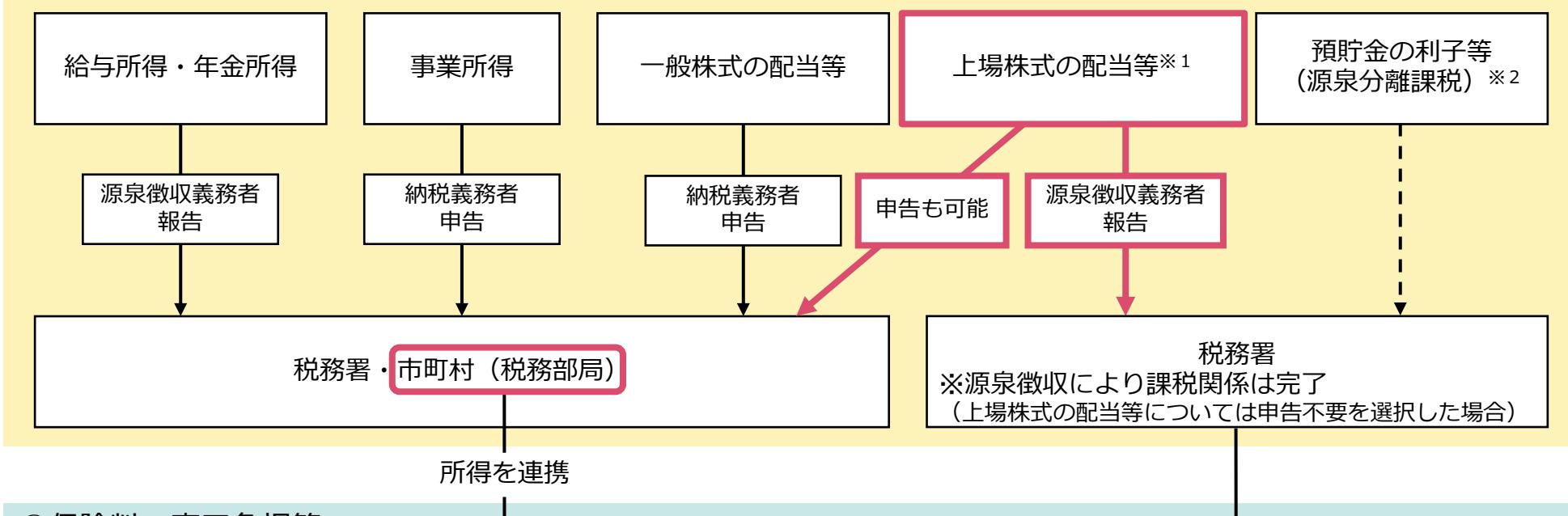


厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

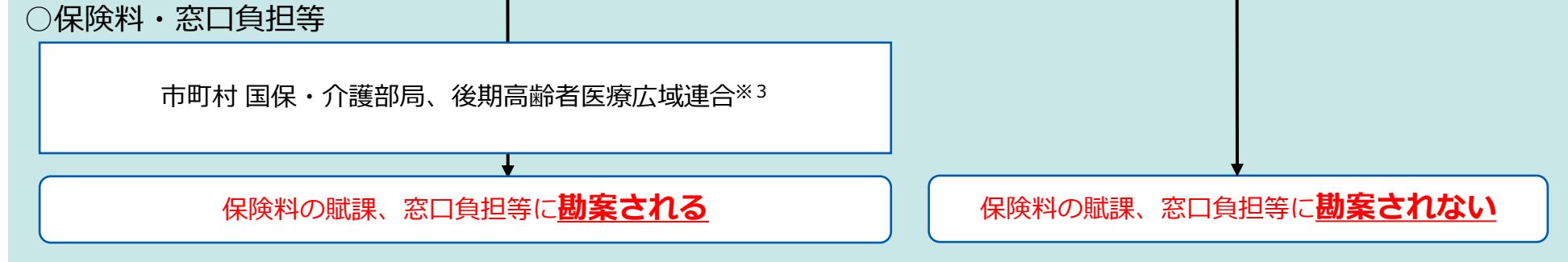
金融所得と課税所得との関係（イメージ）

金融所得のうち、確定申告を行うかどうか本人が選択できる上場株式配当等の所得は、確定申告の有無により医療・介護における保険料や窓口負担等の多寡が変わる構造となっている。

○所得税・市町村民税



○保険料・窓口負担等



※1) 上場株式等の譲渡益について、源泉徴収口座（源泉徴収を選択した特定口座）を通じて取引が行われた場合は申告不要を選択可。

※2) 源泉分離課税となる特定公社債以外の公社債や預貯金の利子等については、支払調書の提出義務がない。

※3) 健康保険については、事業主が支払う賃金（標準報酬月額と標準賞与額）によって保険料を算出。

医療保険における金融所得の勘案について

- 金融所得のうち、確定申告・源泉徴収を選択できる上場株式の配当などは、確定申告の有無により保険料・窓口負担等が変わる不公平が発生しており是正が必要。
- 金融機関等に対し所得税法などの規定により税務署に提出が義務付けられている法定調書を活用する方法により、まずは後期高齢者医療制度において、保険料や窓口負担割合等に金融所得を反映。本年の通常国会への法案提出を目指す。

● 医療保険における勘案状況

所得の種類	税制上の取扱い	医療保険での勘案
給与、年金等	課税（確定申告）	○
	課税（源泉徴収のみ）	○
一部の金融所得 (上場株式の配当など)	課税（確定申告）	○
	課税（源泉徴収のみ）	×

● 所得の計算式

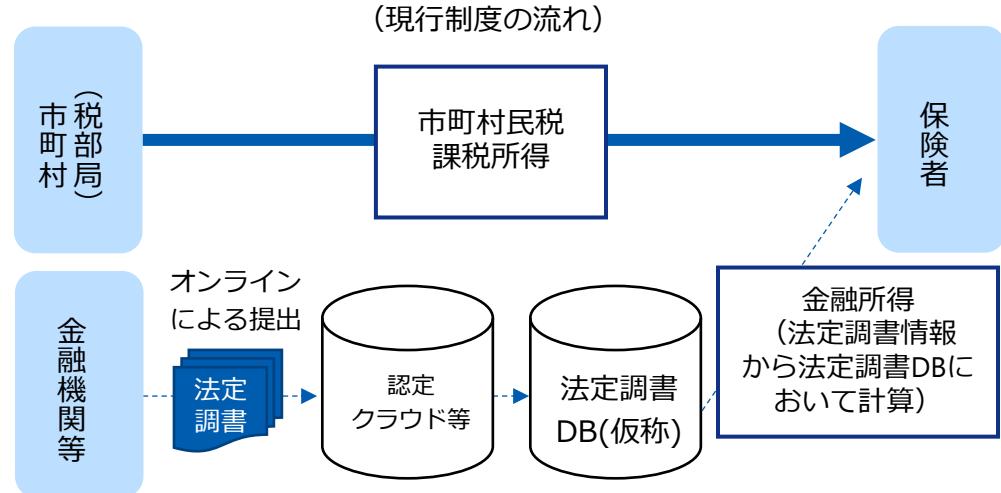
現状はこの所得のみ活用

$$\text{課税所得等} + \text{申告不要選択可の金融所得} - \text{申告された申告不要選択可の金融所得}$$

※重複分の控除

金融所得を反映した所得

● 法定調書を活用した金融所得勘案のスキーム



※法定調書のオンライン提出義務化は**法案成立後2～3年程度**

※窓口負担区分等への反映は**法案成立後4～5年程度**

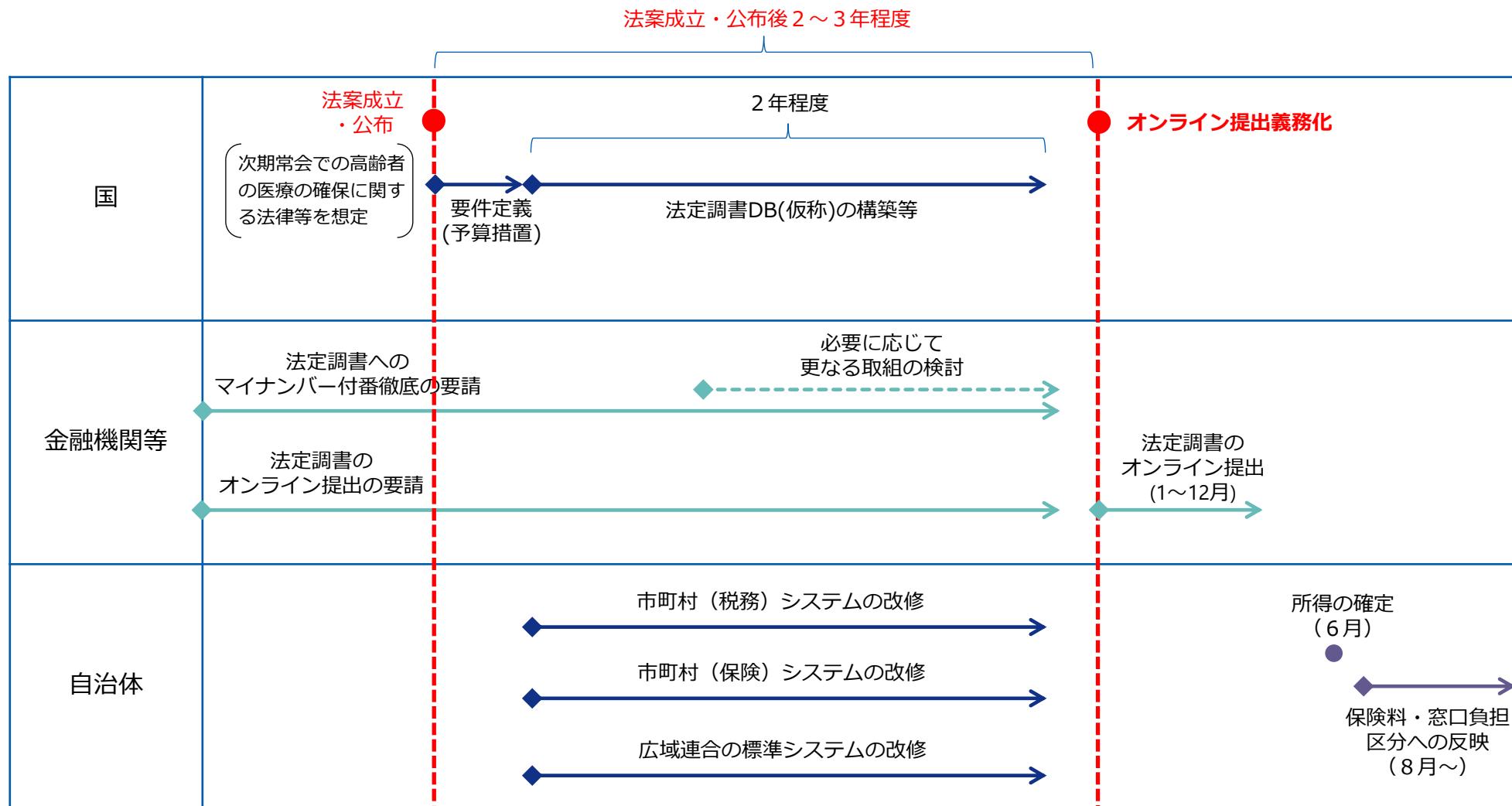
想定される金融所得の勘案の実施までのスケジュール（見込み）

※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

資料2
一部改

令和7年11月26日



※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



医療保険制度改革について

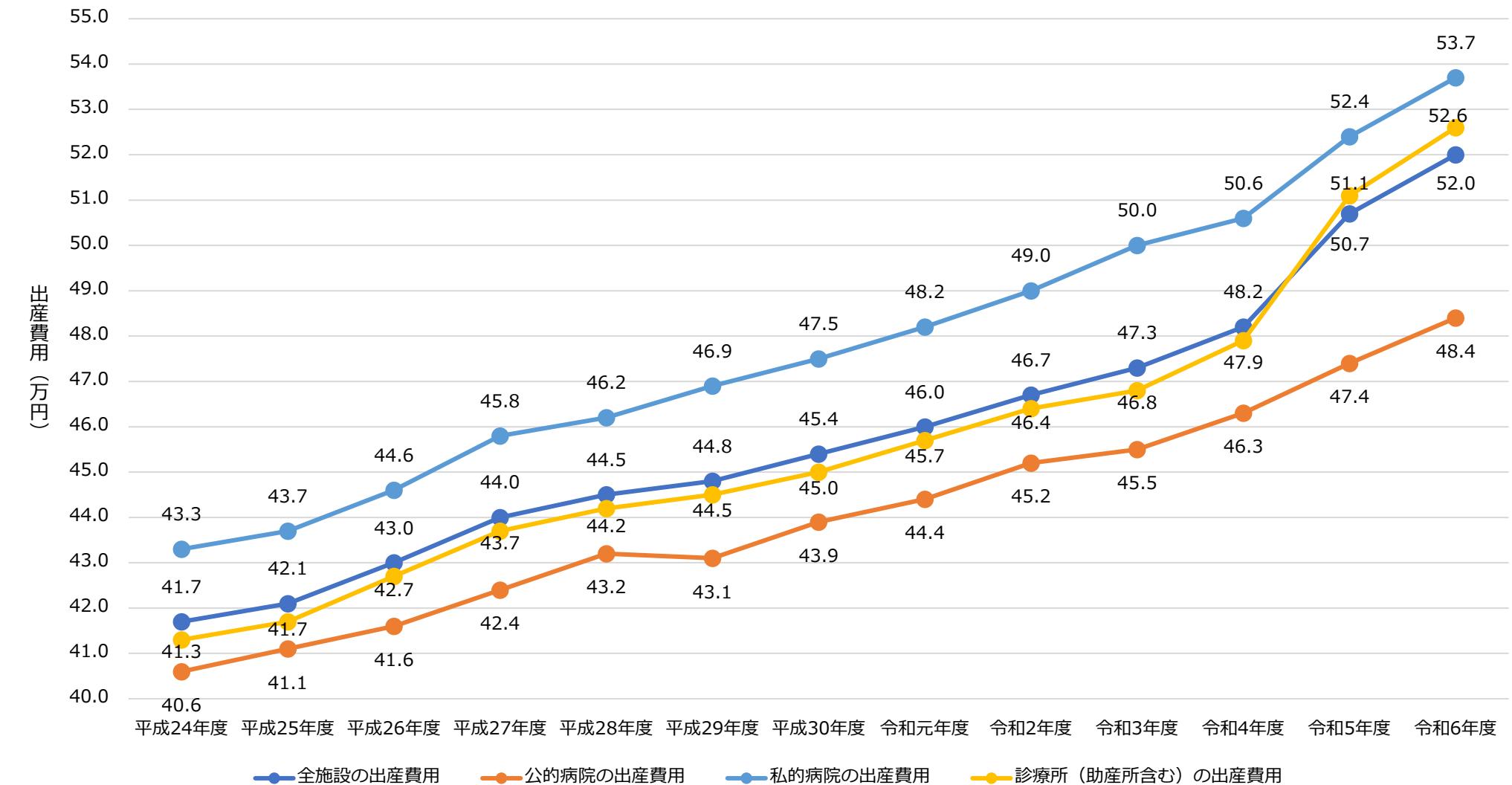
- OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直しについて
- 長期収載品の選定療養、入院時の食事・光熱水費の見直し
- 高額療養費制度の見直し
- 医療保険における金融所得の反映
- 標準的な出産費用の無償化
- 国民健康保険制度の取組強化等
(子育て世代への支援拡充、国民健康保険組合に係る見直し等)

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

正常分娩の平均出産費用の年次推移



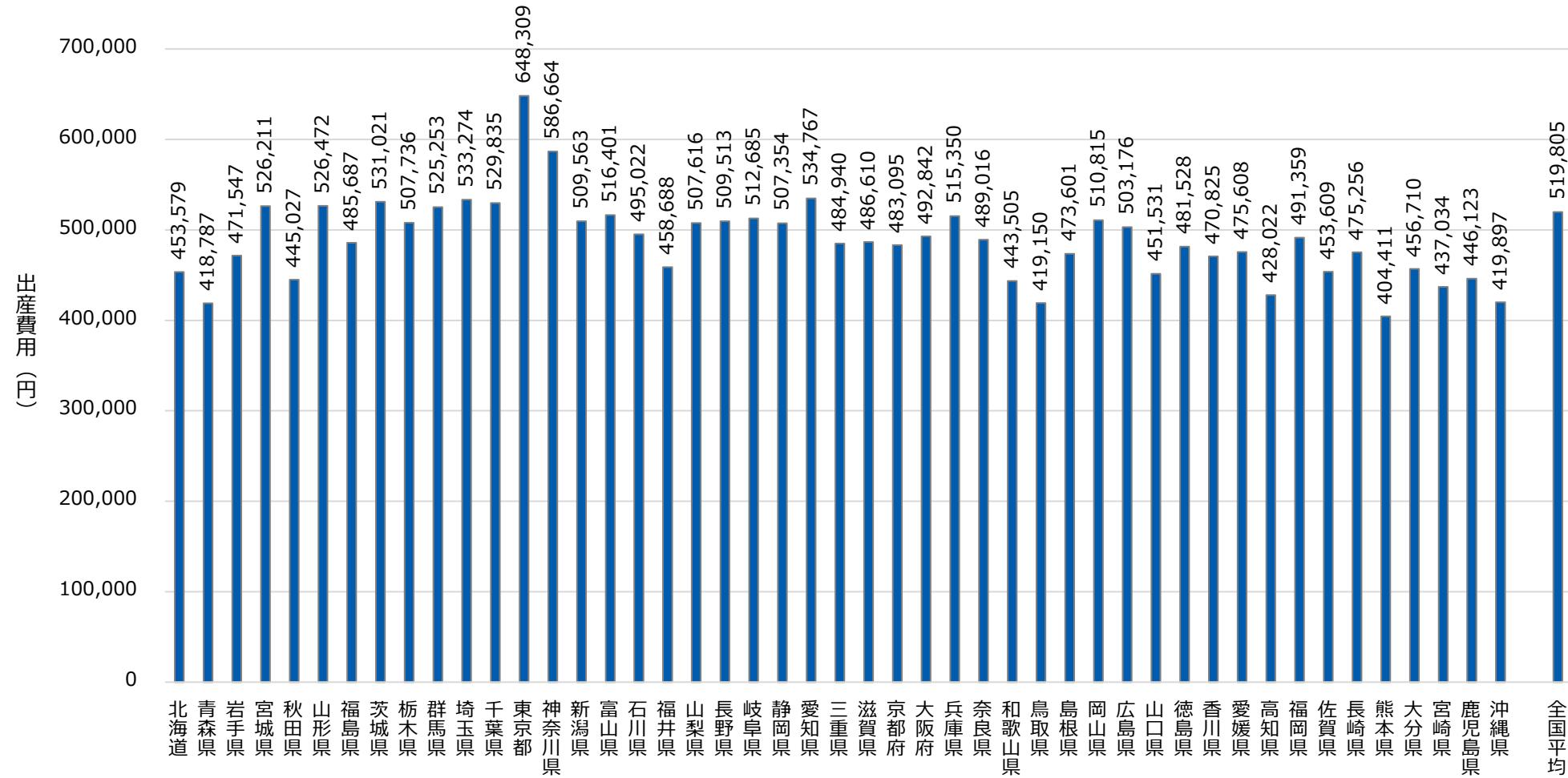
※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

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

※出産育児一時金の直接支払制度の請求データより厚生労働省保険局にて算出

正常分娩の都道府県別の平均出産費用（令和6年度）

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

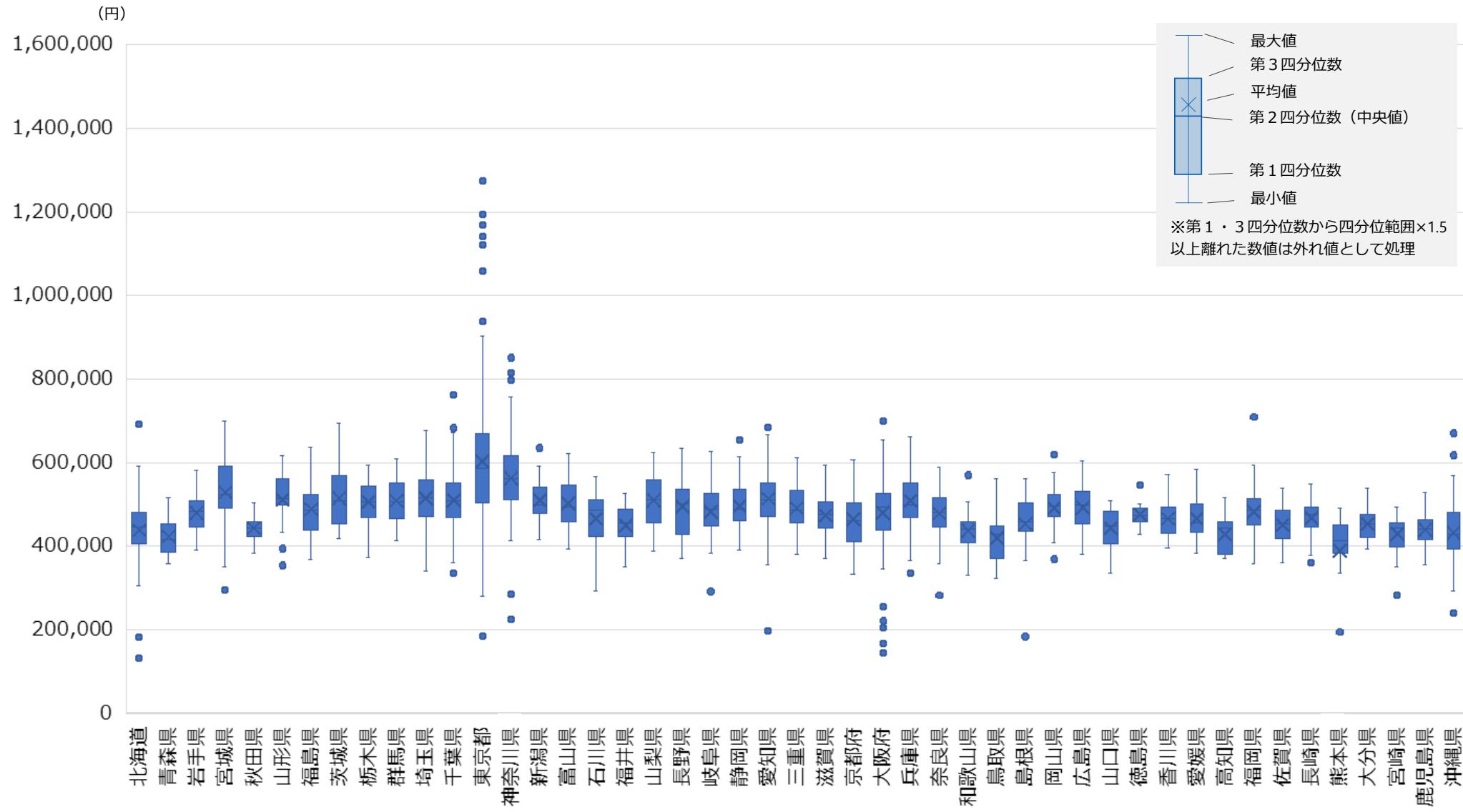


※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

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

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

正常分娩の施設別の平均出産費用（令和6年度）



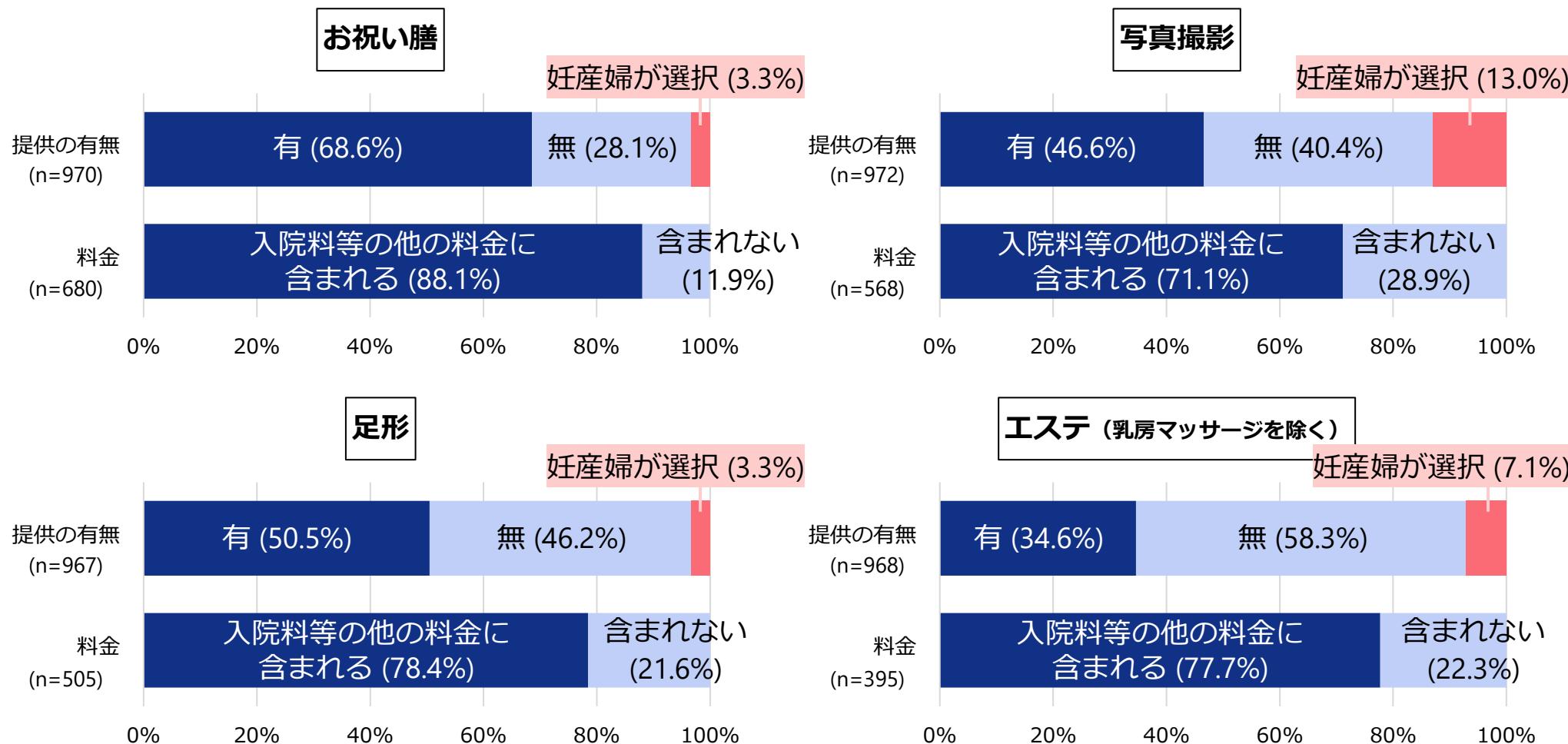
※ 令和6年4月～令和7年3月請求分の直接支払制度専用請求書（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険中央会）を集計。

※出産費用は妊娠合計負担額から「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。

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

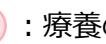
※提供の有無・料金の集計とともに、回答のなかった施設（無回答の施設）は集計から除外している。

医療保険制度における出産に対する支援の強化

【基本的な考え方】

- ・ 一次施設をはじめとした地域の周産期医療提供体制の維持
 - ・ 出産費用の見える化の徹底による、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
- を実現しつつ、保険診療以外の分娩対応の費用について妊婦の自己負担が生じない仕組みとし、保険診療の一部負担金などの他の費用についても一定の負担軽減が図られるよう、出産に対する新たな給付体系を導入する。

新給付の適用施設（病院・診療所・助産所）



: 療養の給付とは異なる医療保険給付体系



: 療養の給付体系

保険診療以外の
分娩対応

分娩 1 件当たり基本単価

全国同水準（包括評価）
(現物給付化)

手厚い体制、
ハイリスク
妊婦の積極
的な受入体
制を整備し
ている施設
等への加算

保険診療
(必要な場合)

療養の給付
(従来どおり)

アメニティ等の
サービス

見える化を徹底し、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整備
(自己負担)

妊婦に対する現金給付

※施設の選択により、当分の間、現行制度（出産育児一時金）の適用を受けることも可能とする。

（当該施設で出産した場合、現行どおり、出産育児一時金を支給）

（注）保険診療以外の分娩対応=いわゆる正常分娩部分

医療保険制度改革について

- OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直しについて
- 長期収載品の選定療養、入院時の食事・光熱水費の見直し
- 高額療養費制度の見直し
- 医療保険における金融所得の反映
- 標準的な出産費用の無償化
- 国民健康保険制度の取組強化等
(子育て世代への支援拡充、国民健康保険組合に係る見直し等)

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

国民健康保険制度改革の推進

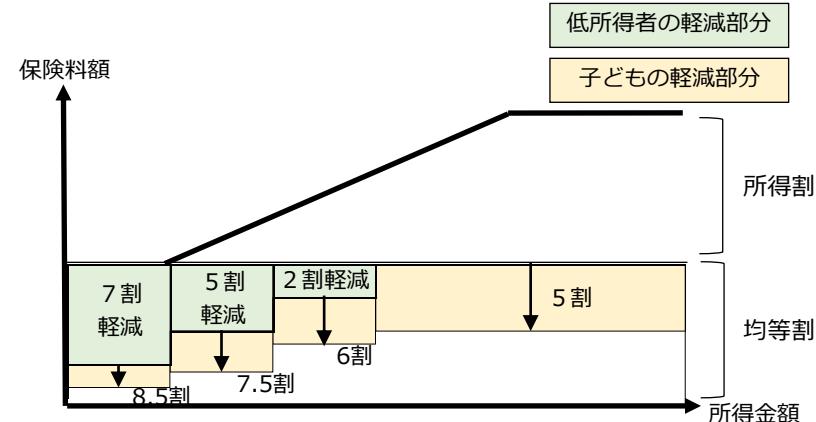
- 国民健康保険制度の持続的な財政運営、負担能力に応じた負担等の観点から、以下の見直しを行う。

(1) 子育て世帯の保険料負担軽減

- 令和4年4月から、未就学児に係る均等割保険料について、その5割を公費（国1/2、都道府県1/4、市町村1/4）により軽減する措置を講じているところ、子育て世帯の更なる負担軽減のため、5割の軽減措置の対象を高校生年代まで拡充する。

(参考) 軽減対象者数

未就学児	⇒	高校生年代まで
約50万人	(+約140万人)	約180万人



(2) 国民健康保険組合に係る見直し

- ① 国保組合の定率補助について、負担能力に応じた負担等を進める観点から、一定の水準に該当する国保組合（※）に例外的な補助率（12%、10%）を適用する（原則は13%～32%）。

（※）補助率13%の区分に該当する国保組合のうち、以下の①～③の全てに該当する場合

- ① 保険料負担率（被保険者一人当たり保険料÷国保組合の平均所得）が低い
- ② 積立金が多い（かつ、被保険者数が3,000人以上（経過措置））
- ③ 医療費適正化等の取組の実施状況が低調

* その他、補助率を区分する所得基準及び各国保組合の平均所得の算出方法を見直す。

- ② 健康保険適用除外に係る手続について、承認を必要とせず、申出を行うことにより、健康保険の適用を除外するものとし、国保組合における事務手続の簡素化及び被保険者の資格情報管理に係る申請から承認までのタイムラグの解消を図る。

(3) その他持続的な国保運営に向けた見直し

- 財政安定化基金の本体基金分について、納付金（保険料）の抑制のための取崩しを認めるとともに、従来の積戻し期間（3年間）よりも長い期間での積戻しを可能とする。
- 保険者の異動を原因とする資格喪失日を1日前倒し、資格喪失の原因たる事実が発生した日を資格喪失日とする。

令和 8 年度診療報酬改定について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

令和8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

- ▶ 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

(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

(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

(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・バイオ後継品の使用促進
- 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年度診療報酬改定について（令和7年12月24日大臣折衝事項）

1. 診療報酬 +3.09% (R 8年度及びR 9年度の2年度平均。R 8年度+2.41%、R 9年度+3.77%) (R 8年6月施行)

※ 1 うち、賃上げ分 **+1.70%** (2年度平均。R 8年度+1.23%、R 9年度+2.18%)

- ・医療現場での生産性向上の取組と併せ、R 8・R 9にそれぞれ3.2%（看護補助者、事務職員は5.7%）のペアを実現するための措置
- ・うち、改定率の0.28%分は、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い職種での賃上げを確実にするための特例的な対応

※ 2 うち、物価対応分 **+0.76%** (2年度平均。R 8年度+0.55%、R 9年度+0.97%)

- ・特に、R 8以降の物価上昇への対応として+0.62%（R 8年度+0.41%、R 9年度+0.82%）を充て、施設類型ごとの費用関係データ等に基づき配分。（病院+0.49%、医科診療所+0.10%、歯科診療所+0.02%、保険薬局+0.01%）
- ・また、改定率の0.14%分は、高度医療機能を担う病院（大学病院を含む）が物価高の影響を受けやすいうこと等を踏まえた特例的な対応

※ 3 うち、食費・光熱水費分 **+0.09%** (入院時の食費基準額の引上げ（40円/食）、光熱水費基準額の引上げ（60円/日）)

- ・患者負担の引上げ：食費は原則40円/食（低所得者は所得区分等に応じて20～30円/食）、光熱水費は原則60円（指定難病患者等は据え置き）

※ 4 うち、R 6改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 **+0.44%**

- ・配分に当たっては、R 7補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持（病院+0.40%、医科診療所+0.02%、歯科診療所+0.01%、保険薬局+0.01%）

※ 5 うち、後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化等による効率化 **▲0.15%**

※ 6 うち、※ 1～5以外の分 **+0.25%** 各科改定率：医科+0.28%、歯科+0.31%、調剤+0.08%

2. 薬価等

薬価：**▲0.86%** (R 8年4月施行)

材料価格：**▲0.01%** (R 8年6月施行)

合計：**▲0.87%**

4. 薬価制度関連事項

① R 8年度薬価制度改革及びR 9年度の薬価改定の実施

- ・市場拡大再算定の特例（共連れ）の廃止、R 9薬価改定の実施

②費用対効果評価制度の更なる活用

3. 診療報酬制度関連事項

① R 9年度における更なる調整及びR 10年度以降の経済・物価動向等への対応の検討

- ・実際の経済・物価の動向が見通しから大きく変動し、経営状況に支障が生じた場合には、R 9予算編成において必要な調整を行う。

②賃上げの実効性確保のための対応

- ・R 6改定で入院基本料・初・再診料により賃上げ原資が配分された職種についても、R 6改定でペア評価料の対象とされた職種と同様に、賃上げ措置の実効性が確保される仕組みを構築する。

③医師偏在対策のための対応

④更なる経営情報の見える化のための対応

- ・R 10以降の改定に向けて、医療機関の経営実態がより詳細に把握できるよう、M C D B及び医療経済実態調査の報告様式の精緻化に向けた検討を行う。

予防・健康づくりについて

- 医療費適正化計画
- 医療保険者における予防・健康づくり
(データヘルス計画の推進等)
- 地域フォーミュラリの推進

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

- 腰痛症（神経障害性疼痛を除く）に対するプレガバリン処方は、国内のガイドラインやプレガバリン添付文書との整合性を考慮すると、抗菌薬と同様に「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」に該当する医療として第4期医療費適正化基本方針に追記する（下記が推計イメージ）。来年度以降も引き続き、「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」等は研究班と連携しながら検討を進めていく。

＜推計式のイメージ＞ ※都道府県ごとに推計

急性気道感染症・急性下痢症に対する抗菌薬処方、白内障手術や化学療法の外来での実施の推計式に下記のとおり、腰痛に対するプレガバリン処方を追加。

$$(\boxed{\text{当該県の令和元年度の腰痛に対する}} \text{ プレガバリン処方の薬剤費} \div 2) \div \boxed{\text{当該県の令和元年度の入院外}} \text{ 医療費} \times \boxed{\text{当該県の令和11年度の入院外}} \text{ 医療費 (推計)}$$

適正化計画基本方針への追記事項

※赤字が主な追記事項

第1 都道府県医療費適正化計画の作成に当たって指針となるべき基本的な事項

- 一 (略)
- 二 計画の内容に関する基本的事項
 - 1 (略)
 - 2 医療の効率的な提供の推進に関する目標に関する事項
 - (1)～(2) (略)
 - (3) 急性気道感染症及び急性下痢症の患者に対する抗菌薬の処方、**神経障害性疼痛を除く腰痛症の患者に対するプレガバリンの処方**といった効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療や白内障手術及び化学療法の外来での実施状況などの医療資源の投入量に地域差がある医療については、個別の診療行為としては医師の判断に基づき必要な場合があることに留意しつつ、地域ごとに関係者が地域の実情を把握するとともに、医療資源の効果的かつ効率的な活用に向けて必要な取組について検討し、実施していくことが重要である。 (略)
 - (4) (略)

予防・健康づくりについて

- 医療費適正化計画
- 医療保険者における予防・健康づくり
(データヘルス計画の推進等)
- 地域フォーミュラリの推進

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

データヘルス計画とは

● 健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針

第四 保健事業の実施計画（データヘルス計画）の策定、実施及び評価

保険者は、健康・医療情報を活用した加入者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤が近年整備されてきていること等を踏まえ、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（以下「実施計画」という。）を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと。

⇒ 平成27年度からの**第1期データヘルス計画**では、全健保組合・全協会けんぽ支部が計画を策定。

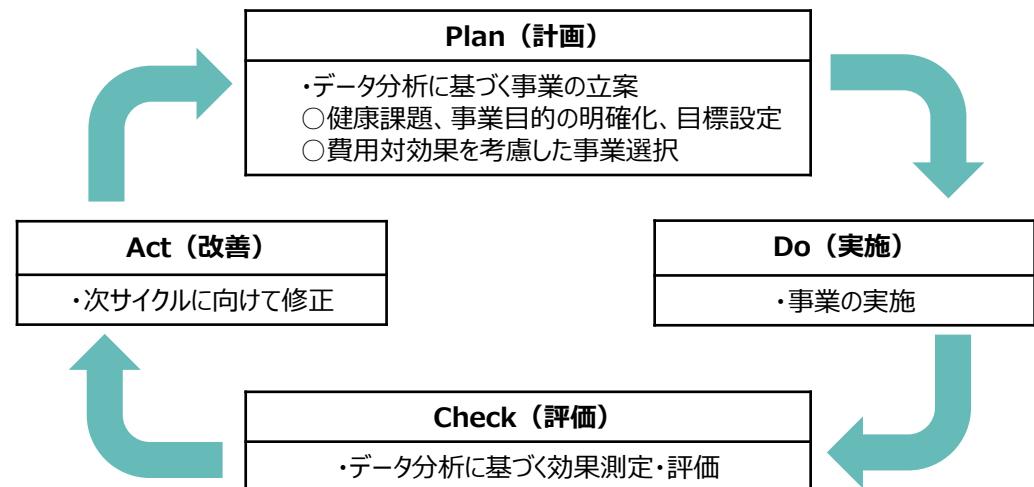
平成30年度からの**第2期データヘルス計画**は、本格稼働としてさらなる質の向上を目指す。

令和6年度からの**第3期データヘルス計画**はデータヘルス計画の標準化の推進及び効率的・効果的なデータヘルスの更なる普及を進める。

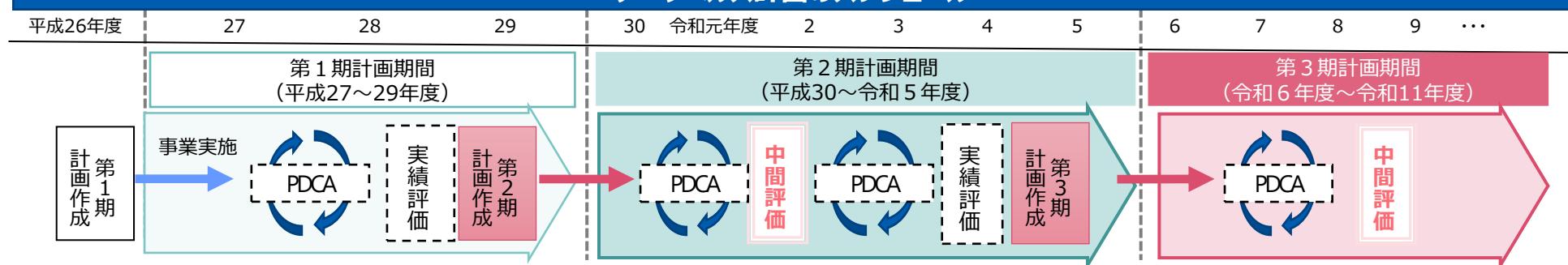
「データヘルス計画」

レセプト・健診情報等のデータの分析に基づく効率的・効果的な保健事業をPDCAサイクルで実施するための事業計画

ねらい：「健康寿命の延伸」と「医療費適正化」を同時に図る。



データヘルス計画のスケジュール



国民健康保険保険者努力支援制度

制度概要

- 市町村・都道府県について、医療費適正化に向けた取組等を評価する指標を設定し、達成状況に応じて交付金を交付（平成30年度～）

※H28・29年には市町村を対象に前倒しで実施

（財源：特別調整交付金、H28年度：150億円、H29年度：250億円）

- 財政規模：約1,000億円（国保改革による公費拡充の財源を活用）

※うち、特別調整交付金によりH30年度：約163億円、H31年度以降：約88億円を措置

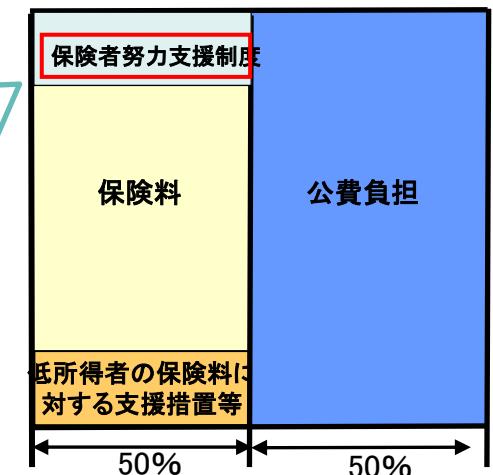
□市町村分 <400億円程度>

（指標の例）特定健診・特定保健指導の実施率、後発医薬品の促進の取組・使用割合 等

□都道府県分 <600億円程度>

（指標の例）医療費適正化のアウトカム評価（医療費水準・医療費の変化） 等

国保財政の仕組み（イメージ）



抜本的強化

令和2年度～

<取組評価分のメリハリ強化> ※取組評価分の令和8年度予算案の財政規模は、引き続き1,000億円を措置

- ①予防・健康インセンティブの強化（例）予防・健康づくりに関する評価指標（特定健診・保健指導、重症化予防等）の配点割合を引上げ
- ②成果指標の拡大（例）糖尿病等の重症化予防について、アウトカム指標を導入

<予防・健康づくり支援分（事業費分・事業費運動分）を新設>

- 令和2年度より「事業費」として交付する部分を設け、「事業費に運動」して配分する部分（評価指標を設定し配分）と合わせて交付することにより、自治体における予防・健康づくりの取組を後押し
- 財政規模（R8'）：（事業費分）162億円程度（従来の国保ヘルスアップ事業（特別調整交付金）を統合し事業総額は212億円程度）
（事業費運動分）218億円程度

以降も毎年度、各自治体の取組状況等を踏まえ、地方団体等と協議の上、評価指標・配点割合の見直しを実施

個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブ（今後の取組み）

- 健康長寿社会の構築に向け、国民一人ひとりが、「自らの健康は自らがつくる」という意識を持ち、それぞれの年齢や健康状態等に応じて、具体的な行動として第一歩を踏み出すことが重要。平成28年4月施行の国保法等改正法で、健保法等において、加入者に予防・健康づくりのインセンティブを提供する取組について、保険者の努力義務として位置付け。
- 平成28年5月、「個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取組に係るガイドライン」を策定し、さらに平成30年度からの保険者インセンティブの見直しに当たって、ヘルスケアポイントなどの個人へのインセンティブ等を保険者共通の評価指標に採用している。保険者インセンティブにおける個人インセンティブ関連指標達成割合は健保組合（2021年度38.9%→2023年度45.6%）・共済組合（2021年度41.7%→2023年度48.8%）・市町村国保（2018年度68.5%→2023年度86.8%）・広域連合（2021年度51.1%→2023年度61.7%）と年々上昇しているが、保険者によって差がありさらに促進させる必要がある。
- 個人へのインセンティブ提供に関する研究論文（国内）を試行的に検索したところ、インセンティブを活用した健康づくりに着目した研究は散見されるものの、個人への効果を定量的に示した研究は少ない。
- 「加西市で実施されたインセンティブ付与型健康づくり事業の効果の評価」（2024年）
 - ・ 兵庫県加西市で実施する健康づくり事業の参加者のBMIやコレステロール値等の健康評価指標を比較。
 - ・ 肥満傾向のグループは歩数に応じて獲得できる報酬ポイント（買い物等で使用できるポイント）は低い一方、BMIやLDLコレステロール値が減少した者の割合が多かった。

今後の取組み

- 保険者における個人インセンティブの取組をより推進するため、保険者を通じて個人が主体的に健康づくりを進めるための様々な方策について、国内外の個人インセンティブの事例・エビデンスを収集し、個人インセンティブの設計の在り方や評価手法について保険者や事業者等の意見を聴きながら、好事例の横展開や個人インセンティブのガイドラインの改正を進めていく。

予防・健康づくりについて

- 医療費適正化計画
- 医療保険者における予防・健康づくり
(データヘルス計画の推進等)
- 地域フォーミュラリの推進

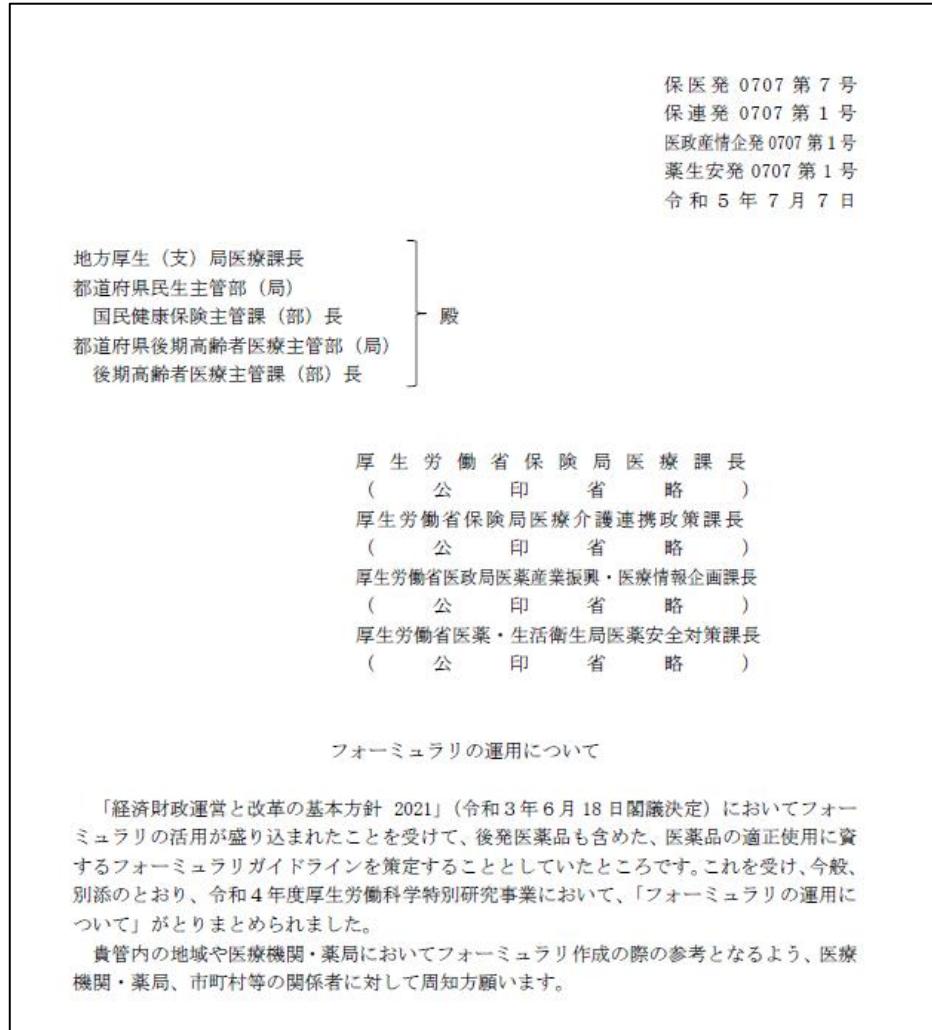
ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

フォーミュラリの運用について（都道府県経由で関係者への周知）

関係部局から令和5年7月7日付けで都道府県あてに通知してフォーミュラリの考え方について周知している。



フォーミュラリの運用について

「経済財政運営と改革の基本方針 2021」（令和3年6月18日閣議決定）においてフォーミュラリの活用が盛り込まれたことを受けて、後発医薬品も含めた、医薬品の適正使用に資するフォーミュラリガイドラインを策定することとしていたところです。これを受け、今般、別添のとおり、**令和4年度厚生労働科学特別研究事業において、「フォーミュラリの運用について」がとりまとめられました。**

貴管内の地域や医療機関・薬局においてフォーミュラリ作成の際の参考となるよう、医療機関・薬局、市町村等の関係者に対して周知方願います。

この文書において「地域フォーミュラリ」とは、「地域の医師、薬剤師などの医療従事者とその関係団体の協働により、有効性、安全性に加えて、経済性なども含めて総合的な観点から最適であると判断された医薬品が収載されている地域における医薬品集及びその使用方針」であり、以下「フォーミュラリ」と記載する。

地域フォーミュラリの状況

実態調査（令和7年5月）

- 全都道府県に対して、地域フォーミュラリの参加主体や医薬品の種類等の実態調査を令和7年5月に行い、同年9月に厚労省HPにて公表した。
- 全国での策定件数は18件（策定中のものも含む。）、1件以上策定している都道府県数は12府県であった（※）。具体的な調査結果は以下の通り。
(※) 具体的には、山形県、茨城県（2件）、埼玉県、神奈川県（2件）、石川県（策定中）、長野県、愛知県（2件）、大阪府（3件）、兵庫県、和歌山県（策定中）、広島県（2件）、沖縄県。
- 策定に参加する主体としては薬剤師会、その次に医師会が多かった。また、その中で中心的役割を果たす主体についても同様の傾向が見られた。

後発医薬品促進効果

- 医療費適正化効果の要因としては、①非推奨薬から推奨薬、特に後発医薬品への置き換えが考えられる。そこで、早期に地域フォーミュラリを開始した地域である山形県酒田市・大阪府八尾市における地域フォーミュラリの推奨薬である、後発医薬品の利用率を分析。
- アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬（ARB）推奨薬の利用率は、酒田市は地域フォーミュラリ開始後に73%から88%、八尾市は78%から82%と上昇している。ただし、全国値も76%から79%に上昇しており、地域フォーミュラリ以外の後発医薬品促進の影響も含まれる点に留意が必要。
- 経口酸分泌抑制剤（PPI/P-CAB）推奨薬の利用率は、酒田市は地域フォーミュラリ開始後に69%から69%、八尾市は69%から65%と低下している。全国値も75%から65%に低下しているが、これは先発医薬品のボノプラゾンが新発売されたことが影響し、全国的に低下しているためと考えられる。

○参加主体

医師会	13件
歯科医師会	12件
薬剤師会	15件
医療機関	9件
その他	11件

○策定に係る検討の場

新規立ち上げ	12件
後発医薬品使用促進協議会を活用	1件
その他既存の協議会を活用	4件
その他	1件

※上記数字は都道府県が把握しているものに限られており、例えば市町村のみが把握しているものなどは含まれないことから、過小な結果となっている可能性がある。

○ARB推奨薬の利用率

年度	全国	酒田市	八尾市
2017	76%	75%	78%
2018	74%	73%	77%
2019	75%	78%	79%
2020	76%	81%	79%
2021	76%	82%	78%
2022	76%	85%	78%
2023	79%	88%	82%

山形県酒田市ARB推奨薬：テルミサルタン、オルメサルタン（どちらも後発だが、銘柄指定なし）

大阪府八尾市ARB推奨薬：オルメサルタン：「サワイ」

「トwarz」「DSEP」カンデサルタン：「トwarz」「サワイ」

「ケミファ」テルミサルタン：「トwarz」「サワイ」「ニブ

ロ」アジルサルタン：「武田テバ」「ニブロ」「DSEP」「サ

＊青欄・黄色欄は、酒田市・八尾市の地域フォーミュラリ開始後の数値。

○PPI推奨薬の利用率

年数	全国	酒田市	八尾市
2017	75%	72%	78%
2018	72%	69%	75%
2019	70%	72%	74%
2020	70%	72%	71%
2021	68%	71%	69%
2022	69%	72%	70%
2023	65%	69%	65%

山形県酒田市PPI推奨薬：ランソプラゾール、ラベプラゾール、エソメプラゾール（どちらも後発で銘柄指定なし、オプション選択でボノプラゾン（先発））

大阪府八尾市PPI推奨薬：ランソプラゾール、ラベプラゾール、エソメプラゾール（どちらも後発で銘柄指定なし、逆流性食道炎の場合ボノプラゾン（先発））

国民健康保険の令和8年度の保険者努力支援制度 取組評価分への指標追加

令和8年度市町村取組評価分

【共通指標⑤(3)薬剤の適正使用の推進に対する取組】

新規	薬剤の適正使用の推進に対する取組 (令和7年度の実施状況を評価)	配点
	③ 地域フォーミュラリ（※）の作成・運用に関して地域の医師、薬剤師などの民間団体が開催する会議体に参画している場合	3

※ 地域の医師、薬剤師などの医療従事者とその関係団体の協働により、有効性、安全性に加えて、経済性なども含めて総合的な観点から最適であると判断された医薬品が収載されている地域における医薬品集及びその使用方針。

令和8年度都道府県取組評価分

【指標③：医療費適正化等の主体的な取組状況（予防・健康づくりの取組等）】

新規	薬剤の適正使用の推進に係る取組 (令和7年度の実施状況を評価)	配点
	④ 「フォーミュラリの運用について（※1）」を地域の医師、薬剤師等の民間団体に周知する等、地域フォーミュラリ（※2）の作成・運用に関する周知・啓発を行っている場合	1
	⑤ 市町村の区域を越えた（二次医療圏等）地域フォーミュラリの作成・運用に関して行政機関が開催する会議体において検討している場合	3
	⑥ 市町村の区域を越えた（二次医療圏等）地域フォーミュラリの作成・運用に関して地域の医師、薬剤師等の民間団体が開催する会議体に参画している場合	3

※1 令和5年7月7日 保医発0707第7号、保連発0707第1号、医政産情企発0707第1号、薬生安発0707第1号

※2 地域の医師、薬剤師などの医療従事者とその関係団体の協働により、有効性、安全性に加えて、経済性なども含めて総合的な観点から最適であると判断された医薬品が収載されている地域における医薬品集及びその使用方針。

地域フォーミュラリの推進策

- 都道府県域内の医療関係者に対して、県単位での医療関係者との合意形成促進、会議運営支援、ガイドライン（※）周知や好事例展開による理解促進、生活習慣病薬等の使用割合データの共有をはじめとした必要な取組を進める。

現状課題	推進策	改善後
三師会間の合意形成が難しく導入停滞	①合意形成の促進 医療費適正化計画に基づき、後発医薬品使用促進協議会や保険者協議会の活用による、県単位で三師会と合意形成の促進 国から三師会に地域フォーミュラリ促進への協力を依頼	県単位の三師会協働の仕組みが確立し、各地域フォーミュラリ導入が円滑化
会議運営・事務局のマンパワー不足	②運営支援 都道府県が、国の支出委任事業（後発医薬品安心使用促進事業）などを活用し、会議運営等を支援	活動が安定的に継続
作成したリストが現場に浸透せず未活用	③理解促進 都道府県が、ガイドライン（※）や好事例について、講習会等を通じて周知 (※) フォーミュラリの運用について（令和5年7月）	医療現場で認知され、処方選択に活用
データ収集困難で効果検証できない	④データ共有 国が、生活習慣病薬等の後発医薬品の成分別使用割合をレセプトデータで把握・分析し、都道府県に共有	効果が見える化され、改善サイクルが回る
保険者の関与が限定的	⑤保険者の関与 保険者に対して、地域フォーミュラリへの参画を促すインセンティブを設ける	保険者が地域フォーミュラリ策定・評価に継続的に関与
リスト策定負担	⑥国の関与 国が、全国の地域フォーミュラリを分析の上検討し、参考となる具体的な薬効群の成分リストを作成・公表する	薬剤リスト策定の負担が軽減

**目標：令和8年度中に各都道府県において地域フォーミュラリを策定する場を設ける
(地域フォーミュラリの全国展開)**

その他

- ・マイナ保険証の利用促進に向けた取組
- ・国民健康保険の外国人対応
- ・病床転換助成事業の延長について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

マイナ保険証の利用率について

- これまでのマイナ保険証の利用率は、マイナ保険証への移行に向けて足下の状況を迅速に把握・公表できるよう、医療機関・薬局によるオンライン資格確認の件数に着目した割合を用いていた。
- 従来の保険証からマイナ保険証への切り替えを迎えた中で、数値の迅速性ではなく患者の利用実態により近い数字となるよう、マイナ保険証の利用人数に着目した割合として、令和7年12月の利用率公表からは医療機関・薬局のレセプト枚数に占めるマイナ保険証の利用人数で計算したものを作成することとする。

<これまでの利用率>

オンライン資格確認件数ベース利用率

計算式：マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数

- オンライン資格確認のログから集計できるため、診療月の翌月には把握可能
 - 資格確認書（・処方箋）での資格確認時に、医療機関・薬局が任意でオンライン資格確認を行うかどうか等により、分母の件数が変動する
 - 分子もマイナ保険証の利用件数であり、これまでの慣行に沿って月初の受診時のみマイナ保険証の提示を求めていた場合には月初以外の利用件数は計上されないほか、必ずしも実際に使った人数に対応しない
- ⇒数値の速報性はあるが、利用実態の反映としてはやや不十分

<今後の利用率>

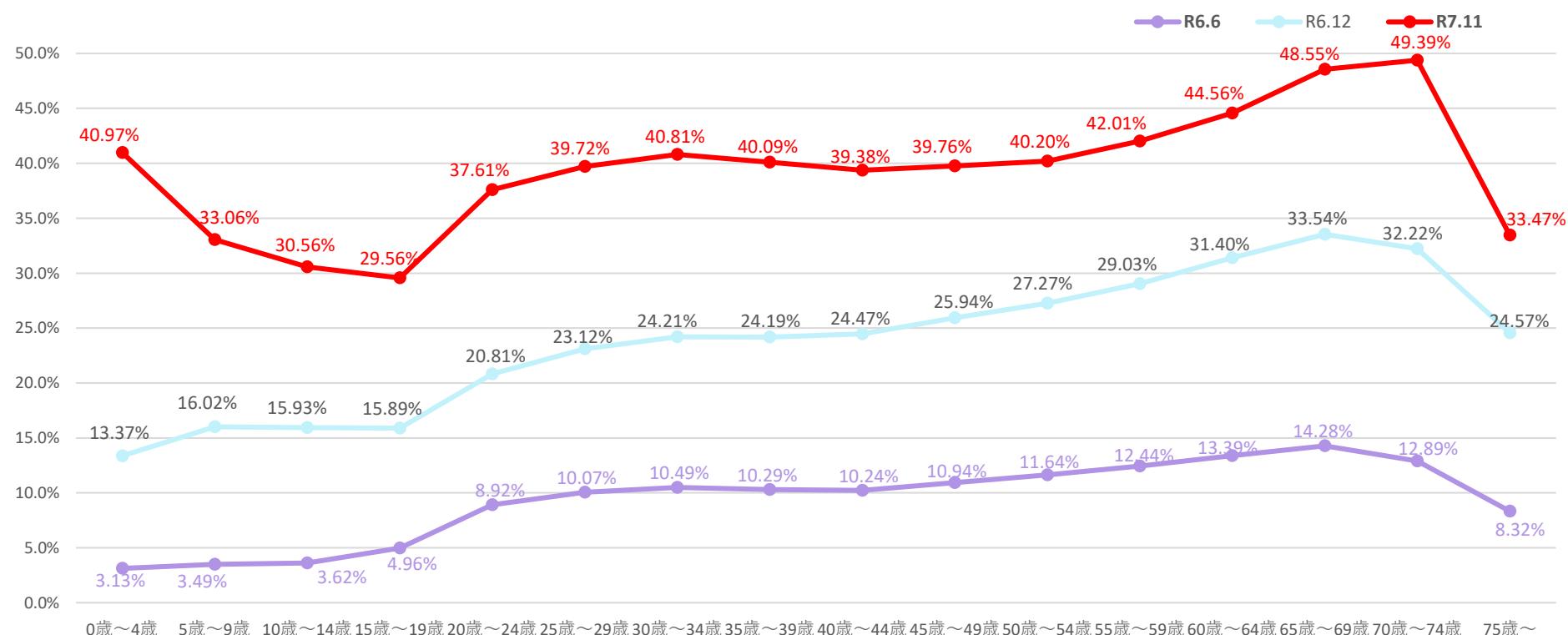
レセプト件数ベース利用率

計算式：マイナ保険証利用人数 ÷ レセプトの発行件数

- 医療機関・薬局で発行されたレセプトの確定を待って集計を行うため、利用率を把握できるのが診療月の翌々月になる
 - 医療機関・薬局のレセプトは、患者が保険診療・調剤を受けた際に発行されるため、発行されたレセプトの枚数は同一の医療機関・薬局における患者の人数に対応
 - マイナ保険証の利用件数から、一定の処理を行うことで、名寄せした形で（利用人数として）集計可能
 - 医療DX推進体制整備加算の要件として、医療機関等におけるマイナ保険証の利用実績を評価する上で利用している
- ⇒数値の速報性は劣るが、患者の人数に着目した数値として、どの程度マイナ保険証が使われているかという点でより実態に近いものと考えられる

今後のマイナ保険証の利用促進に向けた取組

- 年齢別のマイナ保険証利用率を見ると、65歳～74歳では利用が進んでおり、直近では0歳～4歳の伸びが著しい一方、若年層（5～19歳）の利用率の伸び悩みが見られる。
- スマートフォンのマイナ保険証利用ができる医療機関・薬局の環境整備を引き続き進めるとともに、こども医療費等の医療費助成の受給者証とマイナンバーカードの一体化を進めていくことで、マイナ保険証の利便性を向上させるとともに、医療DXによるメリットという観点も踏まえた更なる周知広報も含めて、利用促進に向けて取り組む。



スマートフォンでの保険証利用について

令和7年9月19日より機能を開放し、スマートフォンの読み取り環境が整った施設から順次運用を開始しており、約8.4万施設（令和8年1月4日時点）で導入完了。

スマートフォンを読み取るための汎用カードリーダー等の購入費用に対して補助を実施。（補助期限：令和8年1月31日）

スマートフォンのマイナ保険証

健康保険証の利用登録がされたマイナンバーカードをスマートフォンに追加することで、医療機関・薬局の汎用カードリーダーにスマートフォンをかざして利用可能。



◀汎用カードリーダーが不要な顔認証付きカードリーダー

こちらのキヤノンマーケティングジャパン社の顔認証付きカードリーダー（Hi-CARA）は、汎用カードリーダーは不要で、スマートフォンをかざして利用可能。

導入にあたっての補助

スマートフォンを読み取るための汎用カードリーダー等の購入費用に対して補助を実施。補助は、医療機関等向け総合ポータルサイトにてクーポンコードを取得し、そのクーポンをAmazonビジネスの専用ページで利用して購入する形式。

- 補助対象機器：汎用カードリーダー、USBハブ、USB延長ケーブル
- 補助内容：クーポンコード1つあたり補助上限は7,000円（1.4万円を上限に1／2を補助）

補助期限 令和8年1月31日

※ 購入にあたっては、Amazonビジネスのアカウントが必要。

（参考）汎用カードリーダーの設置イメージ



【操作の流れ】

- ①顔認証付きカードリーダーでスマホ利用を選択
- ②該当する端末を選び、対応する本人認証を実施
- ③スマホを汎用CRにかざし電子証明書を読み取る
⇒マイナンバーカード利用時と同様に、顔認証付きカードリーダーで同意情報を入力

その他

- マイナ保険証の利用促進に向けた取組
- 国民健康保険の外国人対応
- 病床転換助成事業の延長について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

国民健康保険における外国人被保険者データ

○国民健康保険における外国人被保険者数は、令和5年度時点で97万人で、全体の4.0%を占めている。

○年齢別に見た場合、外国人被保険者数は20～39歳が50.6万人と多く、日本人被保険者に比べ若年層が多い。

① 外国人被保険者数の推移

年度	被保険者数 （万人） 【対前年度比】	外国人被保険者数 （万人） 【対前年度比】	占める割合 （%）
平成26	3,303【97.2%】	91【103.6%】	2.8
27	3,182【96.4%】	95【104.2%】	3.0
28	3,013【94.7%】	99【103.8%】	3.3
29	2,945【97.7%】	99【100.5%】	3.4
30	2,824【95.9%】	102【102.4%】	3.6
令和元	2,711【96.0%】	99【97.5%】	3.7
2	2,648【97.7%】	91【92.2%】	3.4
3	2,597【98.1%】	83【90.4%】	3.2
4	2,508【96.5%】	92【110.8%】	3.6
5	2,378【94.8%】	97【105.4%】	4.0

被保険者数(～平成28年度)：国保事業年報より(各年度末現在)

被保険者数(平成29年度～)：国保実態調査より(同年9月末現在)

外国人被保険者数：国保課調べ(各年度末翌日現在)

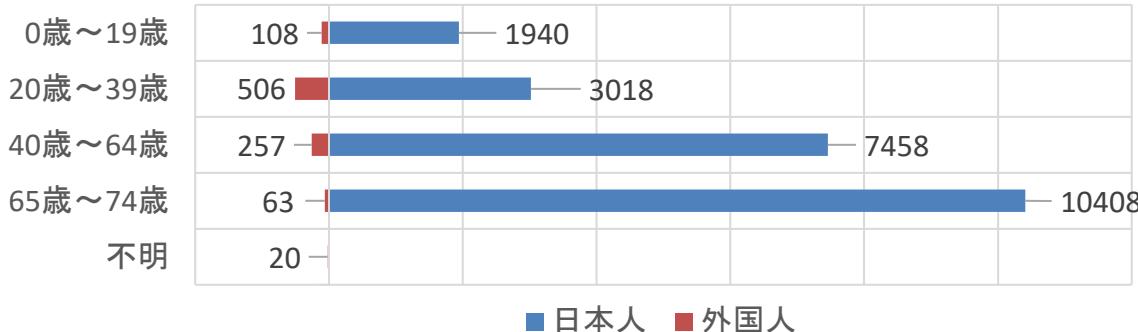
③ 国内の診療実績

○総医療費、高額療養費支給額に占める外国人の割合は、それぞれ1.39%、1.21%であり、全国的な傾向としては、外国人被保険者に対する国内の診療実績は、必ずしも被保険者に占める外国人の割合に比して大きいとは言えない。

【R5.3～R6.2診療分(全体)】

項目	医科・DPC・調剤レセプトの合計		
	うち、外国人		割合
	実績	割合	
レセプト件数	36,005万件	6,233,726件	1.73%
総医療費	89,268億円	1,240億円	1.39%
高額療養費該当件数	9,365,972件	97,302件	1.04%
高額療養費支給額	9,803億円	118億円	1.21%

② 年齢階層別被保険者数（日本人・外国人）(千人)



日本人被保険者数：国保実態調査(令和5年9月末現在)をもとに算出した数値
外国人被保険者数：国保課調べ(令和6年4月1日現在)

④ 外国人の保険料収納率

○ 外国人の保険料の収納状況について実態把握ができていなかつたところ、独自に把握を行っている自治体に対し聞き取りを実施。集計を行った約150自治体における外国人の収納率は63%であった（※）。

なお、同じ約150自治体の日本人も含めた全体の収納率は93%、全国の日本人も含めた全体の収納率は94%となっている。

（※）外国人の収納率は「外国人世帯主の世帯に係る収納金額／外国人世帯主の世帯に係る総賦課額」の数値。時点は令和6年12月末時点が基本であるが、自治体により異なる場合がある。

行政機関間の情報連携を活用した国保保険料（税）の滞納対策

1. 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）

4. 国民の安心・安全の確保

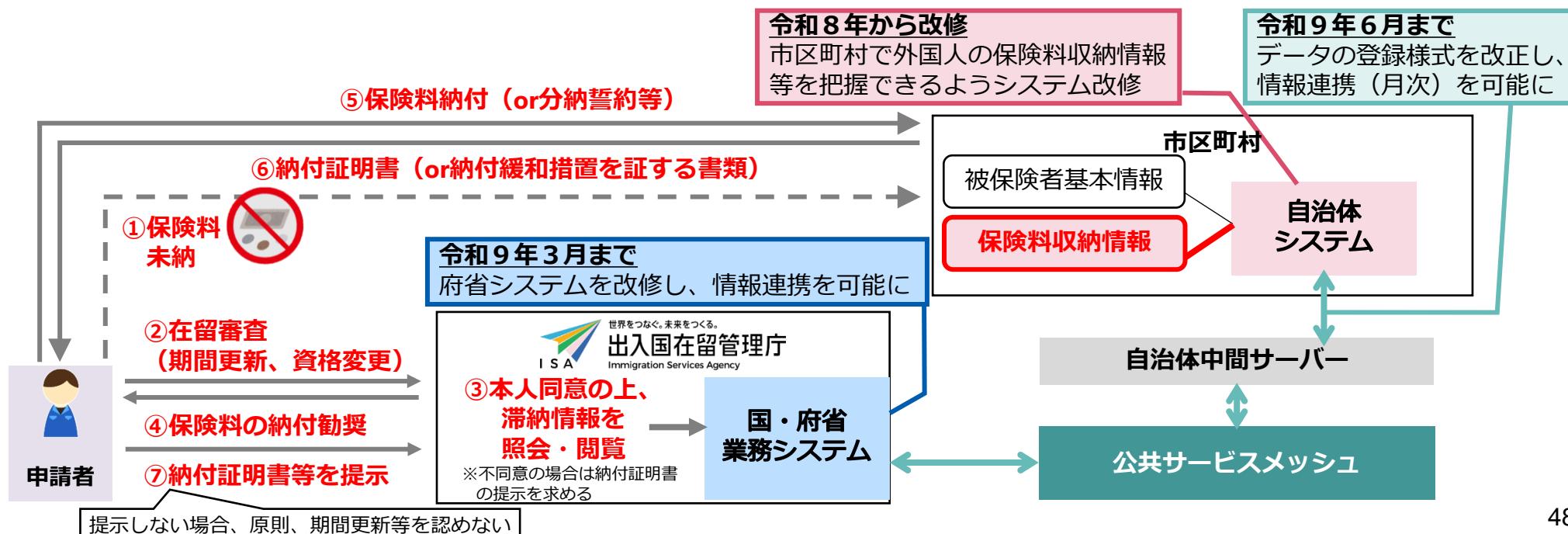
（5）外国人との秩序ある共生社会の実現

（外免切替手続・社会保障制度等の適正化）

（略）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。（略）

2. 取組概要

- デジタル庁が運用する情報提供ネットワークシステム「公共サービスメッシュ」を用いたマイナンバー情報連携により、市区町村が国民健康保険料（税）の収納情報を登録し、入管庁において外国人の在留審査時に活用する。
- 令和9年6月から情報連携を開始できるよう、厚労省・入管庁が連携してシステム整備を進める。



国民健康保険料（税）の前納

1. 収納に関する課題

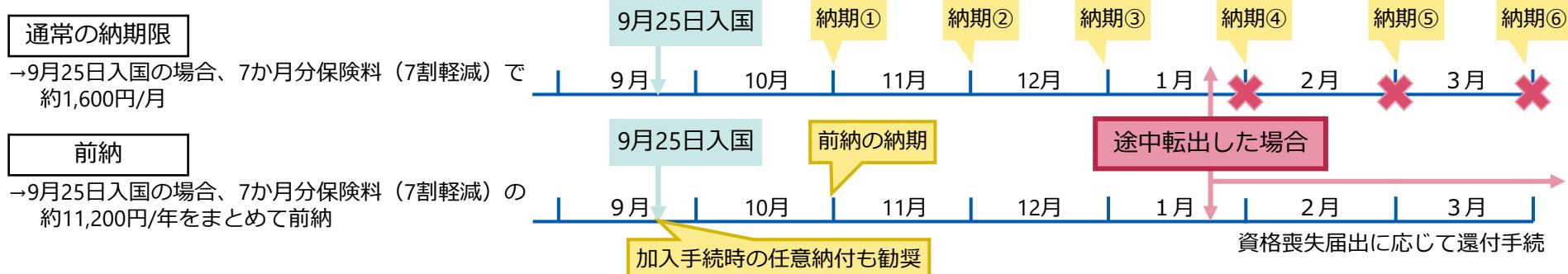
- 保険制度への理解が不十分な外国人もあり、未納が多い状況。未納のまま帰国されると、徴収が極めて困難となる。
- 特に入国初年度は保険料が低く、限られた市区町村のマンパワーでは、他の高額滞納者の収納対策を優先せざるを得ない。

(参考) 応益割全国平均額は約52,000円／年。入国初年度で国内での前年所得のない場合は7割軽減の対象となり約16,000円／年。

2. 取組概要

- 入国初年度の保険料（税）について（※）、通常の納期限から前倒して納付させる仕組み（前納）を、令和8年4月以降希望する自治体が導入できるよう、国から条例参考例や留意点等を周知。
(※)内外無差別の観点で、外国人に限らず、帰国した日本人も同様の取扱いとする。
 - 前納の納期限までに納付されない場合は督促等を行う。さらに可能であれば加入手続時に保険料（税）を任意で納付するよう促す取組を実施。これにより、早期に制度理解を促し、納付忘れを防止する。
- ⇒ 令和9年6月以降、外国人の在留審査時に国保保険料（税）の収納情報を活用する予定であるところ、これは在留期間更新・資格変更申請を行う外国人に対しては有効な措置となるが、当該申請を行わず在留期間の満了あるいはそれ以前に**本国に帰国する外国人については、前納により納付を促すことが特に有効**。

(例) 均等割年額52,000円の10期制の自治体：各期の均等割保険料は5,200円／月で、7割軽減の場合は約1,600円／月



その他

- マイナ保険証の利用促進に向けた取組
- 国民健康保険の外国人対応
- 病床転換助成事業の延長について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

病床転換助成事業の見直しの概要

- 療養病床の転換を支援するため、医療機関が医療療養病床から介護保険施設等へ転換する場合に、その整備費用を都道府県が助成する事業※ ※高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）附則第2条に基づく事業。
- 病床転換助成事業は**令和8年度以降も継続することとし、国への新規申請は令和11年度まで**。複数年度にかけて病床転換を行う場合は、**最長令和14年度までの事業を助成する。**
- 一般病床の要件と補助単価の見直しを実施する予定（赤字部分）

対象となる病床

- ①療養病床
- ②一般病床のうち、療養病床とともに同一病院（又は同一診療所）内にあり、療養病床とともに転換を図ることが合理的であると考えられるもの ⇒一般病床

転換に係る整備費用を助成

【補助単価（1床あたり）】

①改修 50万円 ⇒ 120万円

（躯体工事に及ばない室内改修（壁撤去等））

②創設 100万円 ⇒ 240万円

（新たに施設を整備）

③改築 120万円 ⇒ 300万円

（既存の施設を取り壊して、新たに施設を整備）

転換

対象となる転換先施設

- ①介護医療院
- ②ケアハウス
- ③介護老人保健施設
- ④有料老人ホーム

（居室は原則個室とし、1人当たりの床面積が、概ね13m²以上であること）

※ 有料老人ホームであるサービス付き高齢者向け住宅を含む。

- ⑤特別養護老人ホーム

- ⑥ショートステイ用居室（特別養護老人ホームに併設するものに限る）

- ⑦認知症高齢者グループホーム

- ⑧小規模多機能型居宅介護事業所

- ⑨複合型サービス事業所

- ⑩生活支援ハウス

- ⑪サービス付き高齢者向け住宅（④の有料老人ホームであるもの以外の住宅）

事業スキーム



病床転換支援金等
(病床転換支援金・事務費拠出金)

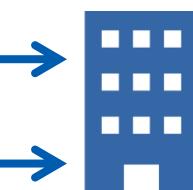


病床転換助成交付金 (12/27)

支払基金

国

交付金 (10/27)



都道府県 (5/27)

交付



医療機関

保険者

＜参考資料①＞
令和7年度補正予算（保険局関係）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

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。

**<参考資料②>
令和 8 年度予算案（保険局関係）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

令和8年度予算案(保険局関係)の主な事項

※()内は前年度当初予算額

安定的で持続可能な医療保険制度の運営確保

○ 各医療保険制度などに関する医療費国庫負担 10兆5, 566 億円(10兆2, 779億円)

各医療保険制度などに関する医療費国庫負担に要する経費を確保し、その円滑な実施を図る。

* 診療報酬・薬価等改定

1. 診療報酬 +3.09% (R8年度及びR9年度の2年度平均。R8年度+2.41%、R9年度+3.77%) (R8年6月施行)

※1 うち、賃上げ分 +1.70% (2年度平均。R8年度+1.23%、R9年度+2.18%)

- ・ 医療現場での生産性向上の取組と併せ、R8・R9にそれぞれ3.2%(看護補助者、事務職員は5.7%)のベアを実現するための措置
- ・ うち、改定率の0.28%分は、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い職種での賃上げを確実にするための特例的な対応

※2 うち、物価対応分 +0.76% (2年度平均。R8年度+0.55%、R9年度+0.97%)

- ・ 特に、R8以降の物価上昇への対応として+0.62%(R8年度+0.41%、R9年度+0.82%)を充て、施設類型ごとの費用関係データ等に基づき配分(病院+0.49%、医科診療所+0.10%、歯科診療所+0.02%、保険薬局+0.01%)
- ・ また、改定率の0.14%分は、高度医療機能を担う病院(大学病院を含む)が物価高の影響を受けやすいこと等を踏まえた特例的な対応

※3 うち、食費・光熱水費分 +0.09% (入院時の食費基準額の引上げ(40円/食)、光熱水費基準額の引上げ(60円/日))

- ・ 患者負担の引上げ:食費は原則40円/食(低所得者は所得区分等に応じて20~30円/食)、光熱水費は原則60円(指定難病患者等は据え置き)

※4 うち、R6改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%

- ・ 配分に当たっては、R7補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持(病院+0.40%、医科診療所+0.02%、歯科診療所+0.01%、保険薬局+0.01%)

※5 うち、後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化等による効率化 ▲0.15%

※6 うち、※1~5以外の分 +0.25% 各科改定率:医科+0.28%、歯科+0.31%、調剤+0.08%

2. 薬価等 合計:▲0.87%(薬価:▲0.86%(R8年4月施行)、材料価格:▲0.01%(R8年6月施行))

安定的で持続可能な医療保険制度の運営確保

* 高額療養費制度の見直し

高齢化の進展や医療の高度化等を背景にした医療費の増大に直面する中、医療保険制度の持続性を高め、とりわけ重要なセーフティネット機能である高額療養費制度を将来にわたって堅持していく観点から、高額療養費制度の見直しを行う。

見直しの具体的な内容は、「高額療養費制度の見直しの基本的な考え方」(令和7年12月16日高額療養費制度の在り方に関する専門委員会)を踏まえたものとする。

<見直し内容(概要)>

(1)長期療養者への配慮

1. 多数回該当^{*}の金額を据え置き。 ※年4回以上制度を利用する者の自己負担限度額を更に軽減する仕組み。
2. 多数回該当に該当しない方の経済的負担に配慮する観点から新たに年間上限(年単位の上限)を導入。

(2)低所得者への配慮

- ・住民税非課税ラインを若干上回る年収層である「年収200万円未満」の方の多数回該当の金額を引き下げ。

(3)自己負担限度額の見直し

- ・1人当たり医療費の伸びを踏まえ、自己負担限度額を一定程度見直し。その際、低所得者には配慮し、過去2年間の年金改定率の範囲内に留める。

(4)所得区分の細分化

- ・大括りとなっている所得区分を細分化し、所得に応じたきめ細かい仕組みとする。併せて、上記の(2)を実施。

(5)外来特例の見直し

- ・70歳以上の高齢者のみに設けられている外来診療にかかる特例措置の見直し。

安定的で持続可能な医療保険制度の運営確保

* 長期収載品の選定療養の拡大

長期収載品については、令和6年10月より、先発医薬品と後発医薬品の価格差の4分の1相当が選定療養の対象となり、「特別の料金」として患者に負担が求められてきたが、後発医薬品の更なる使用促進の観点から、価格差の2分の1相当へと引き上げる。

* 食品類似薬の保険給付の見直し

医療保険給付の適正化の観点から、栄養保持を目的とした医薬品のうち、代替可能な食品が存在する医薬品について、経口による通常の食事から栄養補助可能な患者に対する使用は保険給付外とする。なお、手術後の患者、経管による栄養補助を行っている患者などについては、引き続き保険給付の対象とする。

○ 国民健康保険への財政支援 3,071 億円(3,071億円)

保険料の軽減対象となる低所得者数に応じた保険者への財政支援の拡充や保険者努力支援制度等を引き続き実施するために必要な経費を確保する。

※以下、保険者のインセンティブ強化(国保・保険者努力支援制度)は内数

○ 被用者保険への財政支援 1,453 億円(1,253億円)

拠出金負担の重い被用者保険者の負担の軽減、高額レセプトの発生した健康保険組合への支援を行う高額医療交付金事業に対する財政支援、短時間労働者の適用拡大の影響を受けた健康保険組合に係る財政支援等に必要な経費を確保する。

高額医療交付金事業については、令和8年度より時限的に支援を200億円拡充する。

予防・重症化予防・健康づくり

③ 糖尿病性腎症の重症化予防事業や予防・健康づくりに関する大規模実証事業などの保健事業等への支援

ア 糖尿病性腎症患者重症化予防の取組への支援 66百万円(66百万円)

糖尿病性腎症の患者等であって、生活習慣の改善により重症化の予防が期待される者に対して医療保険者が実施する、医療機関と連携した保健指導等を支援する。

イ 予防・健康づくりに関する大規模実証事業 1. 1億円 (1. 1億円)

第5期特定健診・特定保健指導に向けて、ICT等を活用した効率的・効果的な特定保健指導の手法を検討し、複数の保険者においてその効果の実証を行う。

④ 後期高齢者医療の被保険者に係る歯科健診事業 9. 8億円(8. 7億円)

後期高齢者医療広域連合が実施する高齢者の特性を踏まえた歯科健診の実施について支援を行う。

⑤ レセプト・健診情報等の分析に基づいた保健事業等の推進 7. 5億円 (8. 1億円)

医療保険者による第3期データヘルス計画に基づく予防・健康づくりの取組を推進するため、加入者への意識づけや、予防・健康づくりへのインセンティブの取組、生活習慣病の重症化予防等を推進するとともに、保険者による先進的なデータヘルスの実施を支援し、全国展開を図る。

⑥ 保険者協議会における保健事業の効果的な実施への支援 1.0億円（1.0億円）

住民の健康増進と医療費適正化について、都道府県単位で医療保険者等が共通認識を持って取組を進めるよう、都道府県単位で設置される保険者協議会に対して、都道府県内の医療費の調査分析など保険者のデータヘルス事業等の効果的な取組を広げるための支援を行う。

⑦ 保険者の予防・健康インセンティブの取組への支援 69百万円（69百万円）

健康長寿社会の実現や医療費の適正化を図るため、経済団体、保険者、自治体、医療関係団体等で構成される「日本健康会議」における、先進的な予防・健康づくりのインセンティブを推進する者を増やすなどの目標を達成するための取組に対する支援を行う。

医療保険制度における被災者の支援

○ 避難指示区域等での医療保険制度の特別措置 25億円(29億円) 「東日本大震災復興特別会計」計上項目

東京電力福島第一原発の事故により設定された帰還困難区域及び上位所得層を除く旧避難指示区域等・旧避難指示解除準備区域等の住民について、保険料の免除等の措置を延長する場合には、引き続き保険者等の負担を軽減するための財政支援を行う。

※ 被保険者間の公平性を確保するとともに、十分な経過措置を講じる観点から、令和5年5月以前に避難指示区域等の指定が解除された地域を対象として、令和5年度から解除時期ごとに段階的な見直しを実施している。

「東日本大震災復興特別会計」計上項目

○ 医療・介護保険料等の収納対策等支援 93百万円(93百万円)

医療・介護保険料等の減免措置の見直しに当たっては、見直しの対象となる住民の不安や疑問へ対応するためのコールセンターを設置するとともに、保険者における収納業務等に係る所要の財政措置を実施する。

＜参考資料③＞
I 医療保険制度改革について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

「OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直しの在り方」 に関する関係文書での記載

令和7年
11月27日

第205回社会保障審議会
医療保険部会

資料
1-1

■骨太方針2025（抄）

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。

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。

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。

■自由民主党、公明党、日本維新の会 合意（抄）

類似のOTC医薬品が存在する医療用医薬品（OTC類似薬）の保険給付のあり方の見直しについては、医療の質やアクセスの確保、患者の利便性に配慮しつつ、医療保険制度の持続可能性確保を目指すことを基本とし、令和7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、令和8年度から実行する。

その際、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、成分や用量がOTC医薬品と同等のOTC類似薬をはじめとするOTC類似薬一般について保険給付のあり方の見直しの早期実施を目指す。その中で、個別品目に関する対応についても、これまでのビタミン剤やうがい薬、湿布薬に関する対応を踏まえ、適正使用の取組を検討する。

あわせて、セルフメディケーション推進の観点から、スイッチOTC化に係る政府目標（※）の達成に向けた取組を着実に進めるとともに、夏以降、当初の医師の診断や処方を前提にしつつ、症状の安定している患者にかかる定期的な医薬品・検査薬のスイッチOTC化に向けて、制度面での必要な対応を含め、更なる実効的な方策を検討する。

（※）令和5年末時点で海外2か国以上でスイッチOTC化されている医薬品のうち、本邦でスイッチOTC化されていない医薬品（約60成分）を令和8年末までにOTC化する。

■経済対策の記載

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。

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。

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、自維政調会長間合意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処遇改善（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。

自由民主党、日本維新の会 政調会長間合意（令和7年12月19日署名）

金融所得の反映などの応能負担の徹底

現役世代に負担が偏りがちな構造の見直しの観点から、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、まずは後期高齢者医療制度の窓口負担割合や保険料等への金融所得の反映を実現するため、令和8年通常国会において法案の提出を期する。具体的には、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し、確定申告をしていない場合であっても、確定申告をした場合と同様に、上場株式の配当等の金融所得を反映する。このため、税制における金融所得に係る法定調書へのマイナンバー記載を徹底しつつ、法案成立後3年程度で保険者への法定調書のオンライン提出義務化が確実に履行できるよう、金融機関や自治体等の関係者の事務負担等に留意しながら調整を進めるとともに、事務の性格を踏まえ法定調書データベース運営法人の調整を進める。

窓口負担割合や保険料等への反映の施行までに、反映による給付費の減少分や保険料の增收分による高齢者間における負担の公平性の確保や現役世代から後期高齢者への支援金負担の軽減の在り方について、引き続き検討を行う。後期高齢者医療制度における対応の状況を踏まえつつ、介護保険制度への拡大について検討を行う。

関連する閣議決定

こども未来戦略（2023年12月22日閣議決定）（抜粋）

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

（2）出産等の経済的負担の軽減

～妊娠期からの切れ目ない支援、出産費用の見える化と保険適用～

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

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

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

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

経済財政運営と改革の基本方針2025（2025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

（略）

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

＜参考資料④＞
III 予防・健康づくりについて

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

医療費適正化計画（概要）について

国民の適切な医療の確保を図る観点から、医療費適正化を総合的かつ計画的に推進するため、国・都道府県は、医療費適正化計画を定めている。

- ▶ 根拠法 : 高齢者の医療の確保に関する法律
- ▶ 作成主体 : 国、都道府県
- ▶ 計画期間 : 6年 ※第1期・第2期は5年
(第1期:2008-2012年度、第2期:2013-2017年度、第3期:2018-2023年度、第4期:2024-2029年度)
- ▶ 主な記載事項 : ①医療費の見込み
②住民の健康の保持の推進に関する目標・取組
③医療の効率的な提供の推進に関する目標・取組
④医療計画を踏まえ見込まれる病床の機能の分化及び連携の推進の成果

【第4期医療費適正化計画の目標・取組】

取組	
住民の健康の保持の推進	特定健診・特定保健指導の実施率 メタボの該当者・予備群 たばこ対策、予防接種、重症化予防、高齢者の疾病・介護予防など
医療の効率的な提供の推進	後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進 医薬品の適正使用 医療資源の効果的・効率的な活用 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供

第4期医療費適正化計画（2024～2029年度）策定時の見直し内容

医療費の更なる適正化に向けて、①新たな目標として、複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供等を加えるとともに、②既存の目標についてもデジタル等を活用した効果的な取組を推進する。また、計画の実効性を高めるため、③都道府県が関係者と連携するための体制を構築する。

計画の目標・施策の見直し

① 新たな目標の設定

- 複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供等
 - ・高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防
 - ・医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供（例：骨折対策）
- 医療資源の効果的・効率的な活用
 - ・効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療（例：急性気道感染症・急性下痢症に対する抗菌薬処方）
 - ・医療資源の投入量に地域差がある医療（例：白内障手術や化学療法の外来での実施、リフィル処方箋（※））
（※）リフィル処方箋については、地域差の実態等を確認した上で必要な取組を進める。
⇒ 有識者による検討体制を発足させて、エビデンスを継続的に収集・分析し、都道府県が取り組める目標・施策の具体的なメニューを追加

② 既存目標に係る効果的な取組

健康の保持の推進

- 特定健診・保健指導の見直し
⇒アウトカム評価の導入、ICTの活用など

医療の効率的な提供

- 重複投薬・多剤投与の適正化
⇒電子処方箋の活用
- 後発医薬品の使用促進
⇒個別の勧奨、フォーミュラリ策定等による更なる取組の推進や、バイオ後続品の目標設定等を踏まえた新たな数値目標の設定

→ さらに、医療DXによる医療情報の利活用等を通じ、健康の保持の推進・医療の効率的な提供の取組を推進

※ 計画の目標設定に際し、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意

実効性向上のための体制構築

③ 保険者・医療関係者との方向性の共有・連携

- ・保険者協議会の必置化・医療関係者の参画促進、医療費見込みに基づく計画最終年度の国保・後期の保険料の試算 等

④ 都道府県の責務や取り得る措置の明確化

- ・医療費が医療費見込みを著しく上回る場合等の要因分析・要因解消に向けた対応の努力義務化 等

令和8年度の保険者努力支援制度 取組評価分

市町村分（400億円程度）

保険者共通の指標

- 指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率
 ○特定健診実施率・特定保健指導実施率
 ○メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率
- 指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況
 ○がん検診受診率等
 ○歯科健診受診率等
- 指標③ 生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組の実施状況
 ○生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組の実施状況
 ○特定健診実施率向上の取組実施状況
- 指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況
 ○個人へのインセンティブの提供の実施
 ○個人への分かりやすい情報提供の実施
- 指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況
 ○重複投与者・多剤投与者に対する取組
 ○薬剤の適正使用の推進に対する取組
- 指標⑥ 後発医薬品の使用促進等に関する取組の実施状況
 ○後発医薬品の促進等の取組・使用割合

国保固有の指標

- 指標① 収納率向上に関する取組の実施状況
 ○保険料（税）収納率
 ※過年度分を含む
- 指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況
 ○データヘルス計画の実施状況
- 指標③ 納付の適正化に関する取組の実施状況
 ○子どもの医療の適正化等の取組
- 指標④ 地域包括ケア推進・一体的実施の実施状況
 ○国保の視点からの地域包括ケア推進・一体的実施の取組
- 指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況
 ○第三者求償の取組状況
- 指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況
 ○適切かつ健全な事業運営の実施状況
 ○法定外縦入の解消等

都道府県分（600億円程度）

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価

- 主な市町村指標の都道府県単位評価(※)
 - ・特定健診・特定保健指導の実施率
 - ・糖尿病等の重症化予防の取組状況
 - ・個人インセンティブの提供
 - ・個人への分かりやすい情報提供の実施
 - ・後発医薬品の使用割合
 - ・保険料収納率
 - ・重複投与者・多剤投与者に対する取組
- ※都道府県平均等に基づく評価

指標② 医療費適正化のアウトカム評価

- 年齢調整後一人当たり医療費
 - ・その水準が低い場合
 - ・前年度(過去3年平均値)より一定程度改善した場合
- 重症化予防のマクロ的評価
 - ・年齢調整後新規透析導入患者数が少ない場合等
- 重複投与者数・多剤投与者数
 - ・重複投与者数・多剤投与者数が少ない場合
 - ・子どもの一人当たり医療費が少ない場合

指標③ 都道府県の取組状況

- 都道府県の取組状況
 - ・医療費適正化等の主体的な取組状況
 (子どもの医療の適正化等の取組、保険者協議会、データ分析、予防・健康づくり等)
 - ・法定外縦入の解消等
 - ・保険料水準の統一
 - ・医療提供体制適正化の推進
 - ・事務の広域的及び効率的な運営の推進

保険者努力支援交付金(予防・健康づくり支援)について

令和2年度より、保険者努力支援制度の中に「事業費」として交付する部分を設け、「事業費に連動」して配分する部分と合わせて交付することにより、自治体における予防・健康づくりを抜本的に後押し

事業費部分(152億円程度※)

都道府県の事業計画(市町村事業を含む)に対して、事業費を交付
※ 都道府県ヘルスアップ支援事業・市町村国保ヘルスアップ事業が支援対象
※ 従来の国保ヘルスアップ事業(50億円)を統合し、事業総額は202億円程度

事業費連動部分(228億円程度)

予防・健康づくりに関する評価指標を用いて、各都道府県に交付金を配分

【交付金のプロセス】

(当年度)

- ① 市町村は、市町村事業計画を作成し、都道府県に提出
- ② 都道府県は、市町村事業計画を踏まえた都道府県事業計画を作成し、国に交付申請
- ③ 国は、都道府県事業計画の内容を審査の上、交付決定し、都道府県に事業費を交付
- ④ 都道府県は、市町村に対し、市町村事業に係る事業費を交付
- ⑤ 都道府県、市町村において事業を実施
- ⑥ 実績報告、国庫返還



【交付金の配分方法】

- 都道府県ごとに、予防・健康づくり事業に関する評価指標に基づいて採点
- 都道府県ごとの「点数」×「合計被保険者数」=「総得点」を算出し、総得点で予算額を按分して配分 ※保険者努力支援制度（取組評価分）と同様

【交付金のプロセス】

(前年度)

- ① 国において、評価指標を決定・提示

(当年度)

- ② (都道府県事業計画を踏まえつつ) 評価指標に基づいて採点
- ③ 国は、採点結果に基づいて交付決定し、都道府県に交付金を交付
- ④ 都道府県は、当年度の保険給付費に充当する形で予算執行
⇒ 結果として生じる剩余金については、翌年度以降の調整財源として活用

⇒ 各都道府県・市町村において積極的な事業計画を進めていただきたい

個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブの経緯

- 平成28年4月施行の国保法等改正法で、健保法等において、加入者に予防・健康づくりのインセンティブを提供する取組について、保険者の努力義務として位置付け
- 平成28年5月「個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取組に係るガイドライン」を策定し、取組を広げるための効果的な事例を紹介

◎持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律（平成27年法律第31号）

○健康保険法の一部改正

※傍線部分を改正で追加（国保法、共済各法も同様に改正）

第一百五十条 保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第二十条の規定による特定健康診査及び同法第二十四条の規定による特定保健指導（以下この項及び第一百五十四条の二において「特定健康診査等」という。）を行うものとするほか、特定健康診査等以外の事業であって、健康教育、健康相談及び健康診査並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者及びその被扶養者（以下この条において「被保険者等」という。）の自助努力についての支援その他の被保険者等の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。

◎持続可能な医療保険制度を構築するための国民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

（平成27年5月26日 参議院厚生労働委員会）

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

四 2 保健事業において保険者が実施する予防・健康づくりのインセンティブの強化に当たっては、保険者に対し好事例の周知に積極的に取り組むとともに、必要な医療を受けるべき者が受診を抑制し、重症化することがないよう、インセンティブ付与の在り方について十分検討すること。

個人にインセンティブを提供する取組に係るガイドライン＜主なポイント＞

1 個人への分かりやすい情報提供

・ICT等も活用しながら、分かりやすく健診結果を提供し、健康に対する問題意識を喚起することが重要（グラフの活用・検査値の意味の説明等）

2 個人へのインセンティブの評価・提供方法等

・本人の疾病リスクではなく、予防・健康づくりの積極的な取組を重視して評価することが必要（健康教室への参加、体重や食事内容の継続的な記録等）

※必要な医療を受けるべき者が受診を抑制し、重症化を招くことがないよう、単に医療機関を受診していないことを評価することは慎む必要

・インセンティブの報酬の内容を個人の価値観に合わせて、魅力的なものとすることが必要（健康グッズ、社会的な表彰、商品券等）

※金銭的な価値が高すぎる報酬の付与（現金給付等）は、報酬を得ることのみが目的化しやすく、慎重に考えることが必要

3 取組を広げるための推進方策

・口コミの誘発による参加者の増加や、民間企業を活用した事例の紹介

例）「市政だより」といった広報誌のみの広告から、商店街のぼり旗やバスの車内広告等の媒体を活用し、口コミを誘発した事例

例）健康づくりを行うとポイントがたまり、協力店舗からお得なサービス（洗車半額・マッサージの割引き等）が受けられる事例

地域フォーミュラリに関する閣議決定文書等

■ 自由民主党・公明・日本維新の会 合意（令和7年6月11日署名）抄

【地域フォーミュラリの全国展開】

有効性や安全性に加えて、経済性を踏まえて作成される「地域フォーミュラリ」（「医薬品のリスト・使用指針」）の導入について、現状、極めて限定的となっている状況を踏まえ、その普及に向けて、後発医薬品の更なる使用促進や患者の自己負担抑制等の観点から、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。

■ 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）抄

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

（前略）

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。

※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。

■ 自由民主党・日本維新の会 政調会長間合意（令和7年12月19日署名）別紙 抄

【地域フォーミュラリの全国展開】

国の運用に関するガイドラインを踏まえた「地域フォーミュラリ」（「医薬品のリスト・使用指針」）の普及に向けて、患者の自己負担抑制等の観点から、令和8年度中に各都道府県において策定する場が設けられるように、都道府県単位での医療関係者との合意形成促進、会議運営支援、ガイドライン周知や好事例展開による理解促進、生活習慣病薬等の後発医薬品の成分別使用割合データ等の都道府県への提供、保険者努力支援制度において保険者による地域フォーミュラリへの参画を促すインセンティブ設定、国による全国の地域フォーミュラリを分析し参考となる薬効群の成分リストの作成・公表をはじめとした必要な取組を推進する。これにより後発医薬品の数量ベースでの使用割合の地域差縮減や、有効性、安全性に加えて経済性を踏まえた先発医薬品を含む医薬品の推奨される選択順位の決定を進める。

＜参考資料⑤＞

IV その他

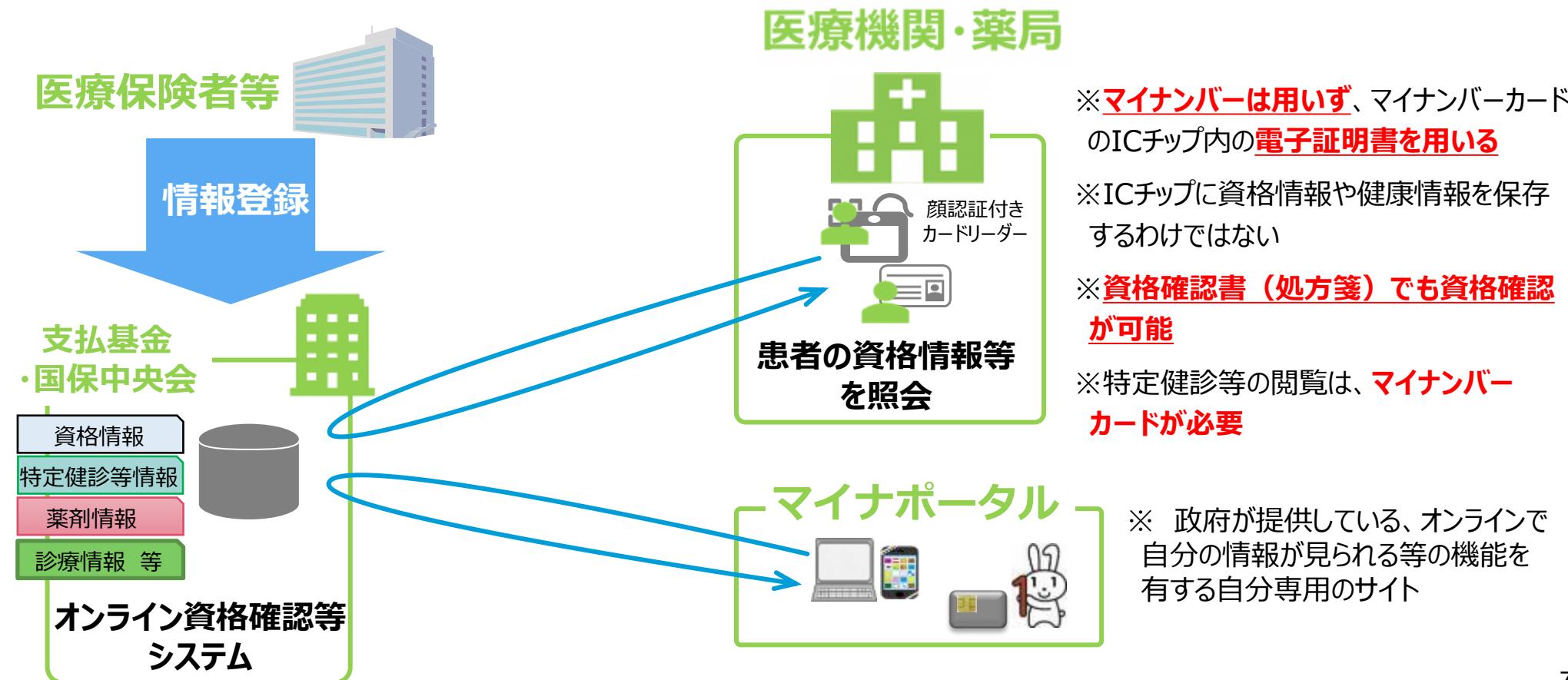
ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

オンライン資格確認（マイナンバーカードの保険証利用）の概要

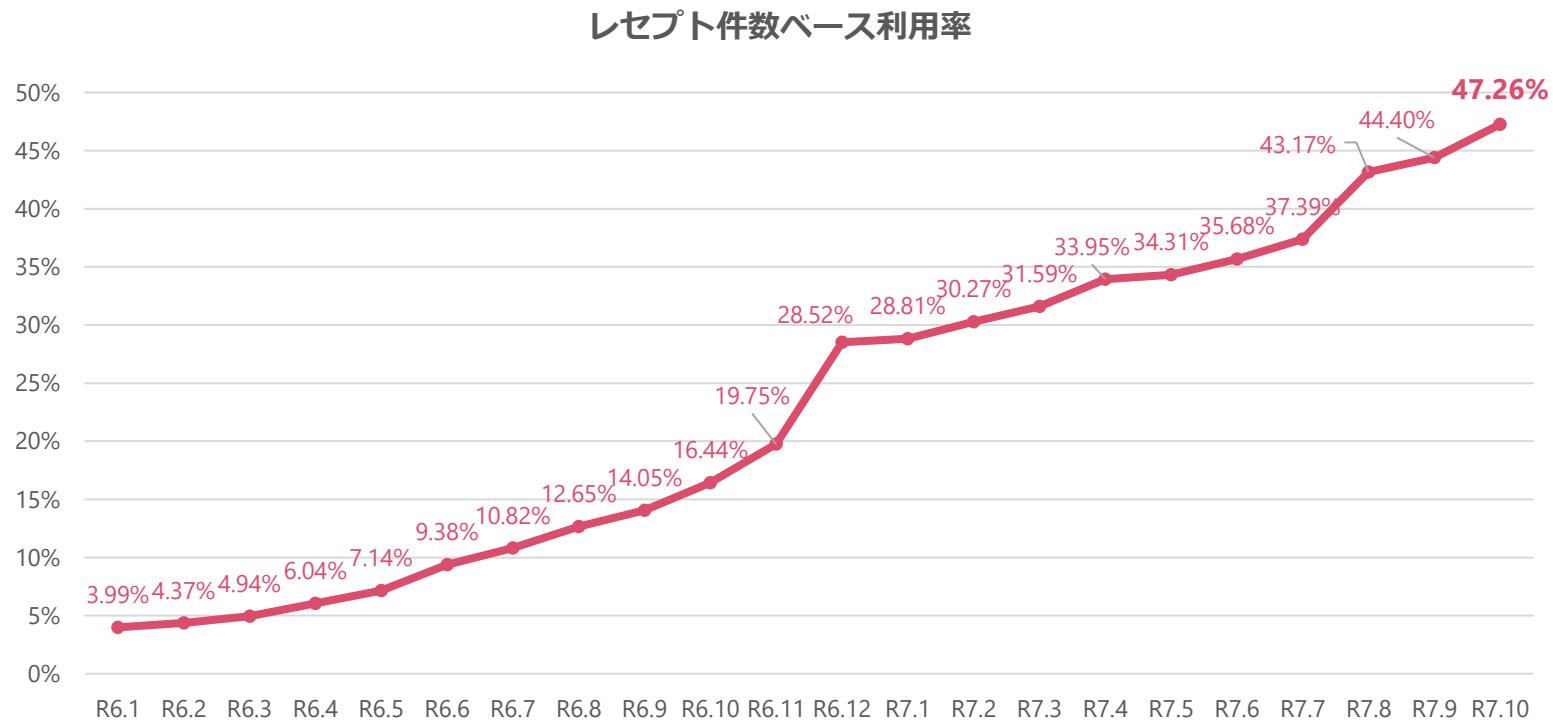
- ① 医療機関・薬局の窓口で、**患者の方の直近の資格情報等（加入している医療保険や自己負担限度額等）が確認できる**ようになり、期限切れの保険証による受診で発生する過誤請求や手入力による手間等による**事務コストが削減**。
- ② マイナンバーカードを用いた本人確認を行うことにより、医療機関や薬局において特定健診等の情報や薬剤情報を閲覧できるようになり、**より良い医療を受けられる環境に**。（マイナポータルでの閲覧も可能）



マイナ保険証の利用状況について

令和7年10月のマイナ保険証の利用状況に関して、医療機関・薬局の受診時に発行されるレセプトの枚数に占めるマイナ保険証の利用人数の割合（レセプト件数ベース利用率）は47.26%。

※ レセプト件数ベース利用率 = マイナ保険証利用人数 / レセプト件数



＜参考＞

レセプト件数ベース利用率については、医療機関・薬局の受診時に発行されるレセプトの枚数に占めるマイナ保険証の利用人数の割合で算出されるため、その月に実際に医療機関等を受診した人数に基づくマイナ保険証利用状況を把握できる指標である一方、レセプトの枚数は受診月の翌月の一連の請求に関する手続が終わって初めて集計可能となるため、受診月から2か月遅れの数字になる。

令和7年12月以降の医療機関等の受付に関するリーフレット・ポスター

健康保険証の有効期限終了後の医療機関等の受付方法について、引き続き周知を実施。

リーフレット

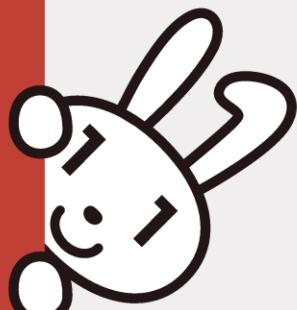
受付では、
マイナ保険証か
資格確認書を。

従来の健康保険証の有効期限は終了しました

医療機関・薬局の受付では、
マイナ保険証をお持ちの方は「マイナ保険証」を、
マイナ保険証をお持ちでない方は
「資格確認書」をご提示ください。

マイナンバーカードをお持ちで、
マイナ保険証の利用登録がお済みでない場合、
受付時にご登録いただけます。

※ マイナ保険証を持っていても、マイナンバーカードでの受診等が
困難な方（高齢の方、障害のある方等）は、
保険者に申請いただくことで、資格確認書が交付されます。



ポスター

マイナ保険証を

お持ちの方は

マイナ保険証

マイナ保険証を

お持ちでない方は

資格確認書

で毎回受付をお願いします

マイナ保険証



何らかの事情で、
マイナ保険証での受付が出来ない場合



マイナンバーカードを
顔認証付きカードリーダーに
置いてください



マイナ保険証ならではのメリット

- ✓ 過去のお薬・診療データに基づく、より良い医療が受けられる！
- ✓ 突然の手術・入院でも高額支払いが不要になる！
- ✓ 救急現場で、搬送中の適切な応急処置や病院の選定などに活用される！

資格確認書



これまでと同様に
受付にてご提示ください

※保険者によって様式・発行形態が異なります

次期顔認証付きカードリーダーについて

- 現行の顔認証付きカードリーダーの保守期限到来（令和8年3月末から順次）に向けて次の規格の顔認証付きカードリーダーの仕様を令和7年2月に公表し、メーカーを公募。3社から申請があり現在開発中、令和8年度から順次発売開始予定。
- マイナ保険証の利用環境の維持・利便性向上のため、次期顔認証付きカードリーダーを導入する医療機関・薬局に対し、令和7年度補正予算により一部費用の補助を実施（補助率は1／2の予定）。

次期顔認証付きカードリーダーの特徴について

メーカー	キヤノンマーケティングジャパン	パナソニックコネクト	リコージャパン ^{※1}
商品イメージ			検討中
ハード・性能における特徴 (共通)	<ul style="list-style-type: none"> 本体のみでスマートフォンの読み取りに対応（外付けの汎用カードリーダーが不要） 	<ul style="list-style-type: none"> 資格確認端末を内蔵（Windows PC）^{※2} 本体とレセコン間の接続はLAN接続となり設置自由度が向上 専用の外付けテンキーにより操作が可能^{※3} スピーカーの内蔵による音声案内 	検討中
ハード・性能における特徴 (独自)	<ul style="list-style-type: none"> 軽量でコンパクトなサイズ 取り外し可能による多様な操作性 テンキー一体化構造により、テンキー操作が可能（外付けのテンキーが不要） 本体およびテンキーへのスピーカーの内蔵による音声案内 		

※1 富士通Japan社製顔認証付きカードリーダー（Caora）の後継機種として発売予定

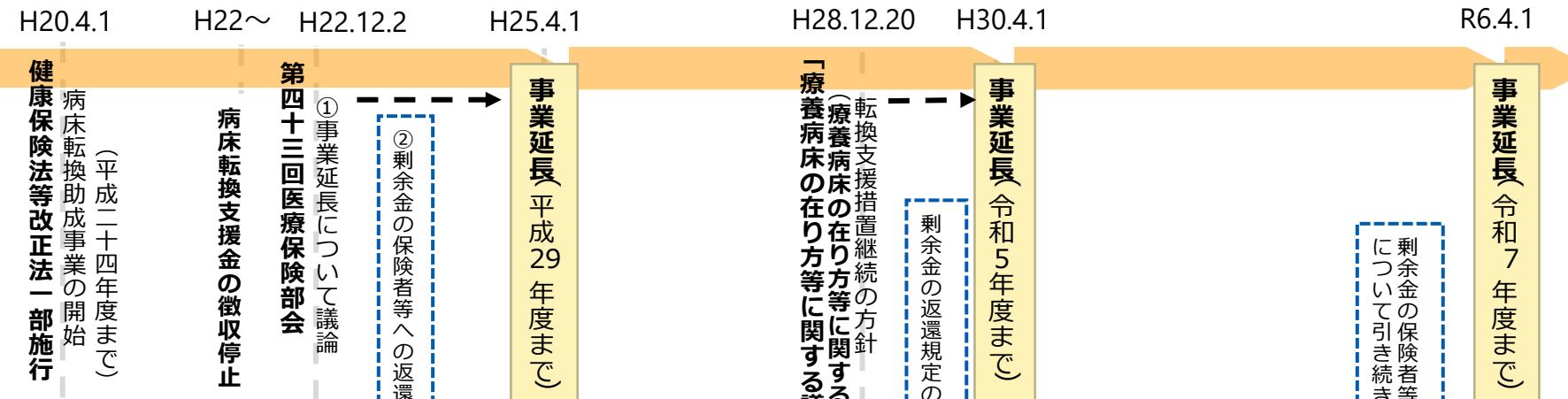
※2 顔認証付きカードリーダーの設定のために別途、モニター等が必要。

※3 オプションでの販売を予定。

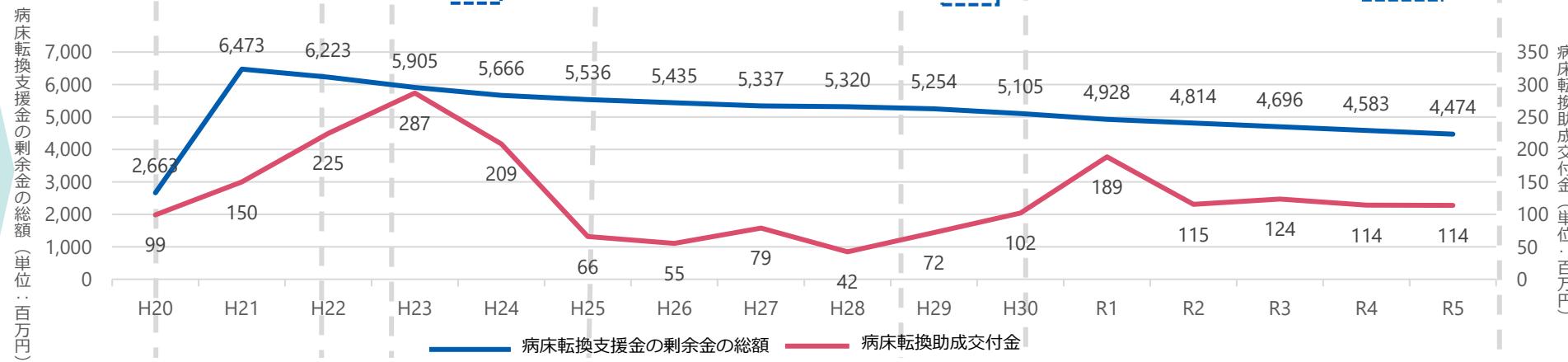
病床転換助成事業の経緯

- 病床転換助成事業については、平成20年度に事業を開始して以降これまでに3度、事業期限を延長しており、現在の事業期限は令和7年度末。

事業の経緯



事業の状況



※上記の病床転換支援金とは別に病床転換助成関係事務費拠出金を保険者から徴収しており、被保険者1人当たり換算では、平成20年は0.6円のところ、平成29年度は0.3円、令和5年度は0.1円、令和7年度は0.03円と減少傾向になっている。

病床転換助成事業の見直しの方針について

- 「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」（令和6年12月18日）においては、現行の地域医療構想の取組について、令和8年度も継続することとし、新たな地域医療構想については、2027（令和9）年度から順次取組を開始することとしている。また、新たな地域医療構想における慢性期医療（療養病床）については、「今後増加する在宅医療の需要に対応する観点からも、限りある資源を活用することが重要であり、地域の慢性期医療・在宅医療の需要に対して、在宅医療・介護等のデータも踏まえ、地域の資源の状況に応じて、療養病床だけでなく、在宅医療や介護施設・高齢者向け住まい等とあわせて構築していくこと」とされている。
- とりまとめを踏まえた新たな地域医療構想の行く末やそれに向けた医療機関の状況、85歳以上の増加や人口減少を踏まえると、現時点においてはまだ介護施設への転換ニーズが見込まれることから、新たな地域医療構想における病床再編・医療提供体制の構築にも寄与しつつ、医療費適正化を推進するための事業として引き続き実施していく必要がある。
- また、事業を延長する場合は、事業者の転換に向けた各種作業や準備期間を踏まえ、前回延長期間である2年以上の期間が必要と考えられる。
- なお、同様に病床削減・転換への助成を行う地域医療介護総合確保基金等においては、介護医療院に転換する病床が補助金額の算定に当たり対象から除外されている。

- 
- 病床転換助成事業は令和8年度以降も継続することとし、新たな地域医療構想が令和9年度から開始され、第9次医療計画が令和12年度からであることを踏まえ、新規申請期限を令和11年度末（2030年3月末）までとしてはどうか。
※ 複数年度にかけて病床転換を行う場合は、最長令和14年度末（2033年3月末）までの事業を助成する。
 - その上で、事業実績や令和6年度の実態調査・効果検証結果を踏まえ、①対象病床の要件や②補助単価の見直しを行うこととしてはどうか。
 - 病床転換助成事業は平成20年に開始し、また実態調査・効果検証の結果を踏まえて今般のような対象病床の拡大や補助単価の見直しなどの改善を行うのであれば、上記期限における事業終了も視野に入れつつ、それまでに十分に活用されるようより一層の周知を行ってはどうか。

保険局施策照会先一覧 (厚生労働省代表電話 03-5253-1111)

施策事項		資料ページ	所管課室	係
I. 医療保険制度改革について	・OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直しについて	3~7	医療課	企画法令第一係
	・長期収載品の選定療養、入院時の食事・光熱水費の見直し	8~10	医療課	企画法令第一係
	・高額療養費制度の見直し	11~15	保険課	企画法令第一係
	・医療保険における金融所得の反映	16~19	高齢者医療課	企画法令係
	・標準的な出産費用の無償化	20~25	保険課	企画法令第一係
	・国民健康保険制度の取組強化等（子育て世代への支援拡充、国民健康保険組合に係る見直し等）	26~27	国民健康保険課	企画法令係 国民健康保険組合係
II. 令和8年度診療報酬改定について	—	28~30	医療課	企画法令第一係
III. 予防・健康づくりについて	・医療費適正化計画	31~32	医療介護連携政策課	医療費適正化対策推進室
	・医療保険者における予防・健康づくり（データヘルス計画の推進等）	33~34 35 36	保険課 国民健康保険課 医療介護連携政策課	保健事業推進係 保険者努力支援係 医療費適正化対策推進室
	・地域フォーミュラリの推進	37~41	医療介護連携政策課	医療費適正化対策推進室
	・マイナ保険証の利用促進に向けた取組	42~45	医療介護連携政策課	保険データ企画室
IV. その他	・国民健康保険の外国人対応	46~49	国民健康保険課	企画法令係
	・病床転換助成事業の延長について	50~51	医療介護連携政策課	医療費適正化対策推進室
	①令和7年度補正予算（保険局関係）について ②令和8年度予算案（保険局関係）について ③I 医療保険制度改革について ④III 予防・健康づくりについて ⑤IV その他	52~57 58~64 65~66 67~68 69 70~72 73~74 75 76 77~81 82~83	総務課 総務課 医療課 高齢者医療課 保険課 医療介護連携政策課 国民健康保険課 医療介護連携政策課 医療介護連携政策課 医療介護連携政策課 医療介護連携政策課	医療保険財政係 医療保険財政係 企画法令第一係 企画法令係 企画法令第一係 医療費適正化対策推進室 保険者努力支援係 医療費適正化対策推進室 医療費適正化対策推進室 保険データ企画室 医療費適正化対策推進室
<参考資料>				