

第 208 回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和 7 年 12 月 18 日（木）
9 時 30 分～12 時 00 分
場 所：全 国 都 市 会 館

（議題）

1. 外来特例を始めとする医療保険制度改革についてヒアリング
2. 医療保険制度改革について
3. マイナ保険証の利用促進等について

（配布資料）

- 資 料 1 議論の整理（案）
資 料 2 マイナ保険証の利用促進等について

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长／神埼市長
	さの まさひろ 佐野 雅宏	健康保険組合連合会会长代理
	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长
	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。

議論の整理（案）

令和7年12月〇日
社会保障審議会医療保険部会

社会保障審議会医療保険部会においては、「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。以下「骨太の方針」という。）や「経済・財政新生計画 改革実行プログラム2024」（令和6年12月26日経済財政諮問会議決定）において検討が求められていた項目を中心に、令和7年9月18日以降、ヒアリングも含め、11回（12月18日現在）の議論を行った。

中長期的にあるべき姿から逆算した必要な政策、理念及び全体像を示していくことが国民の理解・納得感を得るためにも重要である。そのため、現時点における我が国の医療保険制度、人口と医療費の変化、物価等の経済情勢の変化、医療提供体制の変化について認識を共有した上で、あるべき将来像とそれを実現するためにとるべき対応という総論的な視点の設定の議論をした上で、個別の改革項目についての議論を行った。

はじめに

- 我が国は、誰もが安心して医療を受けることができる世界に誇るべき国民皆保険を実現し、世界最高レベルの平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。
- 一方、中長期的には、人口減少及び少子高齢化は引き続き進行する。2025年までに全ての団塊の世代が75歳以上となり、その後、支え手の中心となる生産年齢人口の減少が加速する中、医療保険制度の持続可能性を確保し、将来世代に引き継いでいくことは重要なテーマである。その際、特に制度を支える現役世代の減少が続く中、その負担の上昇を放置することは、医療保険制度の観点からも適切ではない。
- また、人生100年時代を迎える中、様々な地域や職場において、高齢者が何歳であっても、様々な形で活躍する姿が見られるようになっている。こうした現実は、「高齢者」を年齢で一括りにすることがそぐわなくなってきたことを示している。

- このような人口構造の変化及び人口減少による医療需要の変化への対応や人材の確保、現役世代の保険料負担の抑制努力の必要性を踏まえた対応は、物価や賃金の上昇など、日本経済が新たなステージに移行しつつあることを踏まえて行われることが必要である。
- 制度の見直しにあたっては、負担能力に応じた負担を通じた所得再分配機能の強化、予防・健康づくりのさらなる後押し、セーフティネット機能の確保、医療DXの推進など医療提供の効率化、社会保険の原理・原則を含め制度をわかりやすく説明していくこと等により、幅広い世代の制度への納得感と制度の持続可能性を高めていくことが必要である。
- これらを踏まえ、医療保険部会においては、以下の4つの視点を踏まえての議論を進めてきた。
 1. 世代内、世代間の公平をより確保し全世代型社会保障の構築を一層進める視点
 2. 高度な医療を取り入れつつセーフティネット機能を確保し命を守る仕組みを持続可能とする視点
 3. 現役世代からの予防・健康づくりや出産等の次世代支援を進める視点
 4. 患者にとって必要な医療を提供しつつ、より効率的な給付とする視点
- 今般の医療保険制度の改革においては、こうした視点を踏まえ、持続可能な医療保険制度を構築するため、
 - ・ 「世代内、世代間の公平の確保」の視点から、OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直し、医療保険における金融所得の勘案、長期収載品の選定療養の見直し
 - ・ 「セーフティネット機能の確保」の視点を踏まえた高額療養費の見直し
 - ・ 「現役世代及び次世代の支援強化」の視点から、標準的な出産費用の無償化に向けた制度の創設、国民健康保険制度における子育て世代への支援拡充
 - ・ 「必要な医療の提供と効率的な給付の推進」の視点から、OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直し、長期収載品の選定療養の見直し、入院時の食費・光熱水費の引上げ、医療機関の業務効率化・職場環境改善の推進等を総合的なパッケージとして改革を進める必要がある。また、「世代内、世代間の公平の確保」の視点から、高齢者の窓口負担割合の在り方についても議論を行ったところであり、今後、政府・与党において、更に議論が深められることを期待する。

- こうした観点から、下記で、当部会での意見について議論を整理する。

1. 世代内、世代間の公平の確保

【高齢者医療における負担の在り方】

- 高齢者は一般的に、若年世代と比較し、所得が低い一方で医療費が高い傾向にあるとされ、窓口負担割合について、70～74歳は原則2割（現役並み所得者は3割）、75歳以上は原則1割（現役並み所得者は3割、一定以上所得者は2割）とされている。また、高齢者の医療給付費は、後期高齢者については現役世代からの支援金と公費で約9割を賄うとともに、65歳～74歳については保険者間で財政調整を行う仕組みを設けており、現役世代からの拠出金により支えられる構造となっている。
- このような中、当部会においては、現役世代の保険料負担を抑制しつつ、世代内、世代間の公平性を確保していく観点から、高齢者医療における負担の在り方について議論を行った。
- 議論に当たっては、
 - ・ 高額療養費制度の在り方に関する専門委員会において、「高額療養費制度だけではなく、他の改革項目も含め、医療保険制度改革全体の中で全体感を持って議論していくことが必要」とされたこと
 - ・ 「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、「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」について2028年度までに実施について検討することとされていること等を踏まえつつ、データにより高齢者の受診の状況や所得の状況等を丁寧に確認したうえで、高齢者の窓口負担割合の在り方について議論を行った。
- 高齢者の受診の状況や所得の状況等について、過去との比較や現役世代との比較等により確認したところ、
 - ・ 高齢者の受診率や受診日数は改善傾向にあり、医療費水準は5歳程度若返っている。一方、現役世代と比較すると、医療にかかる頻度が高く、日常的に受診している方も多い
 - ・ 高齢者の就業率・平均所得は上昇傾向、所得や年金収入の分布の推移を見ても「所得なし」の者や低年金の者の割合は減少傾向にあり、所得は増加・多様化している。一方、所得が低い層や年金受給額が低い層も依然一定数存在し、バラつきが大きい
 - ・ 年齢階級別の人当たり医療費と人当たり自己負担額をみると、高

齢になるにつれ一人当たり医療費は高くなるが、一人当たり自己負担額のピークは60代後半であり、70代前半は60代後半より、70代後半は70代前半より自己負担額が低くなり、一人当たり医療費と自己負担額の逆転が生じている

といった状況が確認された。

- こうした高齢者の状態像を踏まえたうえで、窓口負担割合の在り方について議論を行ったところ、

- ・ 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。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
- ・ 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
- ・ 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

などの意見があった。

- また、とりわけ「現役並み所得（3割負担）」の判断基準については、

- ・ 賃金や物価が上昇している局面においては、単純に基準額を更新すると、「現役並み所得」の判断基準の金額があがり、対象となる高齢者が減少することとなること
- ・ 収入要件（総収入）の金額については、年金収入と給与収入の両方を有する高齢者世帯をモデルとして設定し、高い控除額が反映されており、現役世代との公平性等に係る指摘があること
- ・ 後期高齢者の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、判断基準の見直しに伴い現役世代の負担が増加することといった点に留意しつつ議論を行ったところ、

- ・ 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もいいのではないか
 - ・ 現役並み所得の後期高齢者の給付費について、公費の在り方や高齢者支援金について見直しを検討するべき
- などの意見があった。

○ さらに、窓口負担割合の見直しの方法について、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といった例示を踏まえて議論を行ったところ、

- ・ 3割負担の拡大は、まずは現役並み所得の後期高齢者の給付費への公費の投入が必要
 - ・ 現役並み所得の判断基準については、現役世代と高齢者の生活の違いに対応できていないという課題がある
 - ・ 高齢者の健康状態の改善や就業率の上昇といった高齢者像の変化を踏まえると、現行の年齢区分については、5歳引き上げるべき
 - ・ 2割負担の対象を拡大する場合、1割から2割となり負担が倍になる。高額療養費の外来特例の議論も踏まえ、きめ細かい配慮が必要
 - ・ 高齢者世代内での所得再分配効果を高めていくことが必要。1割から2割になると負担が倍になるので、例えば 15%といった割合の設定もあるのではないか。逆に、70～74 歳についても低所得層は 15%とするなどの配慮が必要ではないか
 - ・ きめ細かい負担割合の設定については、年齢ではなく負担能力に応じた応能負担の観点から必要ではないか
 - ・ 高額療養費の見直しや介護保険における負担割合の見直しなどの議論も行われており、高齢者にとって急激な負担増とならないよう、激変緩和措置も含めて検討することが必要
- といった意見があった。

○ 高齢者の窓口負担割合の在り方については、「「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。以下「経済対策」という。）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、政党間の議論の状況を注視しつつ、上述の当部会における議論の内容を踏まえて、引き続き検討

すべきである。

【医療保険における金融所得の勘案について】

- 上場株式の配当などの金融所得については、確定申告を行う場合は課税所得とされ、結果として保険料や窓口負担等の算定においても所得として勘案されるが、確定申告を行わない場合（源泉徴収で課税が終了する場合）は課税所得に含まれず、保険料や窓口負担等の算定においても勘案されない不公平な取扱いとなっている。
- 医療保険における負担への金融所得の反映に向けては、骨太の方針において、「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、経済対策においても、「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。」とされている。
- これらを踏まえて、①金融所得の把握方法、②金融所得勘案の対象となる医療制度について、事務局から以下の取組の方針案について提示があり、それについて議論を行った。

<①金融所得の把握方法>

- ・ 金融所得の把握方法については、本人の確定申告の有無に関わらず、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（個人ごとの配当所得等を記載した資料）を活用する
- ・ その際、社会保険法令で法定調書の提出義務を課した上で、金融機関等の事務負担に配慮し、税制上の法定調書の提出とのワンストップ化を図る

<②金融所得勘案の対象となる医療制度>

- ・ 対象となる医療制度としては、保険料の賦課や窓口負担等の区分決定において、市町村の税情報を活用している後期高齢者医療制度と国民健康保険が挙げられる
- ・ 後期高齢者医療制度は一律に75歳以上の高齢者が対象となるが、一方で、国民健康保険は賃金をベースに保険料等を賦課する被用者保険とのバランスや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に留意する必要がある

- ・ また、経済対策においても、「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」とされていることから、まずは後期高齢者医療制度から金融所得を勘案する

○ この方針案に対し、

- ・ 負担能力に応じた負担や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
- ・ 事務負担への影響など実務面において様々な課題があり、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
- ・ 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。
- ・ 自治体等におけるシステム改修等が必要となるため、現場の意見を十分に踏まえたスケジュールを設定するとともに、運営に支障が生じることのないよう改修等に係る費用について十分な財政支援が必要
- ・ 後期高齢者医療制度は年齢一律の仕組みであり、まずは後期高齢者を対象に検討していくことが、合理性もあり現実的ではないか
- ・ 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勘案するべきではないか
- ・ 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
- ・ 現役世代の負担軽減とあるが、もう一つあるのは高齢者内での世代内の助け合いであり、所得再分配効果を高めていく視点も必要
- ・ 証券口座を通じた所得だけではなく、他の所得を含むトータルの所得や資産を把握するための方策について、関係省庁と連携し、検討していくべき
- ・ 患者負担について考えると、特に医療費が高額になった場合の負担能力は所得よりもむしろ資産に依存するところが多いため、金融資産の把握が必要

などの意見があった。

○ これらの意見を踏まえ、関係省庁とも連携し、実務的な検討を行うとともに、金融機関や保険者等の関係者との調整を丁寧に行った上で、後期高齢者医療制度において、法定調書を活用する方法により、保険料や窓口負担区分等の決定に金融所得を勘案すべきである。

○ また、具体的な保険料や窓口負担への金融所得の反映の方法については、経済対策においても、「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」項目とされること、システム改修等に一定の期間が必要となることから、政党間の議論等を踏まえつつ、引き続き検討する。

【OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直し】

(P)

【長期収載品の選定療養の見直しについて】

- 令和6年度診療報酬改定において、長期収載品（後発医薬品がある先発医薬品）を選定療養の対象とし、患者の希望により長期収載品を使用する場合には、長期収載品と後発医薬品の価格差の4分の1相当を患者負担とした。
- 施行後、後発医薬品の数量ベースでの使用割合は約4ポイント上昇し、90%以上になっており、長期収載品の選定療養によって、後発医薬品の使用促進に一定の効果があったと言える。他方で、特に後発医薬品を中心に医療用医薬品の供給不足の状況が数年にわたって続いているとともに、後発医薬品の需要増などに伴う供給停止により、医療現場に負担がかかっているとの指摘もある。
- 長期収載品の選定療養の在り方については、令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見において「選定療養の仕組みを用いた、長期収載品における保険給付の在り方の見直しについては、患者の動向、後発医薬品への置換え状況、医療現場への影響も含め、その実態を把握するとともに、制度の運用方法等に関する必要な検証を行うこと」とされているほか、令和6年12月25日の大臣折衝事項において、「選定療養の仕組みを用いた、長期収載品における保険給付の在り方の見直しについては、患者の動向、後発医薬品への置換え状況、医療現場への影響も含め、その実態を把握した上で、更なる活用に向けて引き続き検討する」とされている。
- こうしたことを踏まえ、長期収載品の保険給付の在り方について、施行後の後発医薬品への置換え状況や医療現場への影響も踏まえつつ、患者負担の水準についての事務局の例示も含め、議論を行った。
- 当部会では、患者負担の水準について、
 - ・ 今後さらに後発品の使用を推進するためには、より積極的に選定療養を活用すべきである。今回、患者負担の水準について、2分の1、4分

の3、1分の1と複数の案が示されているが、患者負担の影響等を踏まえつつ、負担額を拡大していくべき

- ・ 制度導入1年が経過し、国民に制度が徐々に浸透してきていると考えるので、ゴールであるこの差額の全額を適用するという方向性をもって制度の見直しをお願いしたい
 - ・ どの程度の負担にするかという絶対的な基準は無いため、医療上の必要性、あるいは納得感といったところで考えていくしかない
 - ・ 患者負担の引上げに当たっては、まず、後発医薬品の安定供給に向けた取組に着実に対応した上で検討を進めていただきたい
 - ・ 薬剤の種類によっては、患者に大変多くの自己負担が発生するという可能性もあると思うので、もう少し精査をし、その分析を踏まえた上で、十分この見直しの議論を進めていきたい
- などの意見があった。

- これらの意見を踏まえ、後発医薬品の供給状況や患者負担の変化にも配慮しつつ、創薬イノベーションの推進や後発医薬品の更なる使用促進に向けて、患者負担の水準を価格差の2分の1以上へと引き上げる方向で、検討すべきである。

【先行バイオ医薬品の薬剤自己負担の在り方について】

- 令和6年度診療報酬改定において、長期収載品については上記のように選定療養の対象とされたが、バイオ後続品のある先行バイオ医薬品については、選定療養の対象外とされた。
- 先行バイオ医薬品の薬剤自己負担の在り方については、「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」（令和7年6月13日閣議決定）において、「バイオ後続品について、国民皆保険を堅持しつつ患者の希望に応じて利用できるよう、2024年10月から施行された長期収載品の選定療養を参考にしながら保険給付の在り方について検討を行う」とされている。
- こうしたことを踏まえ、先行バイオ医薬品の薬剤自己負担の在り方について、バイオ医薬品と低分子医薬品との差異や、先行バイオ医薬品とバイオ後続品の差異等も踏まえつつ、議論を行った。
- 当部会では、
 - ・ バイオシミラーについては、診療報酬上の評価は中医協で議論が進められているが、置き換えを促していくとともに、バイオシミラーへの置

き換えが一定程度進んでいる先行バイオ医薬品については選定療養の対象とするなど、推進を図るべき

- ・さらなる使用促進という観点から、バイオシミラーのある先行バイオ医薬品の選定療養制度の導入も、ぜひ検討を進めていただきたい。また、一般名処方を可能とすることや、診療報酬上の加算要件の見直しなど、医療機関がバイオシミラーを使用する環境整備も、ぜひ進めていただきたい
 - ・バイオ後続品は後発医薬品と違って、選定療養の活用という段階ではない。置き換え状況に差があることも資料から分かるので、急激に置き換えが進んでいるものもあるなど様々。こうした置き換え状況の差について、より詳細に分析した上で議論を進めていく必要がある
 - ・バイオ後続品に関しては、様々な問題がある。バイオ後続品の推進に関しては、一定の理解はしているが、ドクターや患者からの不安な意見もある。そのため、その双方がバイオ医薬品そのものに関しての特性を十分に理解した上で進めるということで、拙速な推進にならないようする必要がある
 - ・長期収載品と同じように一般名処方ができるようになると、薬剤の変更といったところもセットで考えられると思うが、バイオシミラーに関しては、先行品と似て非なるものなので、この辺の制度化をきちんと促進していかないと、バイオシミラーの利用促進にはつながらないなどの意見があった。
- こうした意見を踏まえ、まずは、バイオ後続品の使用が進まない要因の1つである、バイオ後続品に対する有効性・安全性への懸念を払拭するため、バイオ後続品の有効性・安全性について医師や薬剤師、患者向けの普及啓発を行うことで、バイオ後続品の使用が進む環境整備を行うべきである。
- また、バイオ医薬品に係る一般名処方のルール整備や、医療機関・薬局におけるバイオ後続品の備蓄等の体制評価について、中央社会保険医療協議会において議論されているところであるが、令和8年度診療報酬改定に向けて、引き続き議論がなされることを期待する。
- その上で、先行バイオ医薬品の薬剤自己負担の在り方については、これらの取組や環境整備の進捗状況を注視しつつ、引き続き検討すべきである。

2. セーフティネット機能の確保

【高額療養費制度の見直し】

(P)

3. 現役世代及び次世代の支援強化

【医療保険制度における出産に対する支援の強化】

- 我が国の周産期医療は、比較的小規模な多数の分娩施設が分散的に分娩を担うという特徴を有している。また、諸外国に比べ妊産婦死亡率・周産期死亡率がともに低く、安全な提供体制が確保されている。出産費用については、少子化の進行や物価・賃金の上昇等を背景に、令和5年度に出産育児一時金の支給額が原則42万円から原則50万円に引き上げられた後も上昇し、妊産婦の経済的負担が増加している。また、妊産婦にとって費用に関する予見可能性が低いことも指摘されている。
- こうした中、出産に対する支援の強化については、厚生労働省と子ども家庭庁が共同で開催した「妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会」において議論が行われ、本年5月14日に議論の整理が公表された。
- 当部会では、同検討会の議論を踏まえ、地域の周産期医療提供体制の確保を前提としつつ、出産に伴う妊産婦の経済的負担を軽減していくための方策として、医療保険制度における出産に対する給付体系の骨格の在り方について議論を行った。本テーマについては、妊産婦の当事者及び産科医療関係者（公益社団法人日本産婦人科医会、公益社団法人日本産科婦人科学会、公益社団法人日本助産師会）に専門委員として議論に参画いただいた。

＜出産に対する給付体系の骨格の在り方＞

- 公的医療保険制度は、出産に伴い一時的に発生する被保険者の経済的負担を軽減することを目的の1つとしているが、出産費用が上昇し、また、地域差や施設間での差が顕著になっている中で、現行の出産育児一時金という給付方式では必ずしもその目的が十分に達せられなくなりつつあると考えられる。
- このため、現行の出産育児一時金に代えて、保険診療以外の分娩対応に要する費用について、全国一律の水準で保険者から分娩取扱施設に対して直接支給することにより、現物給付化を図るべきである。

- その際、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であることを踏まえ、分娩1件当たりの基本単価を国が設定した上で、手厚い人員体制を講じている場合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場合など、施設の体制・役割等を評価して基本単価に加算を設けることが適当である。
- その上で、分娩を取り扱う病院、診療所及び助産所（出張助産を含む。）における分娩を対象に、疾病・負傷に対する給付類型である療養の給付とは異なる、出産独自の給付類型を設けた上で、妊婦に負担を求めず、設定した基本単価（加算を含む。）の10割を保険給付とするべきである。これにより、保険診療以外の分娩対応に要する費用について、妊婦の自己負担が生じない仕組みとなる。
- また、既に療養の給付がなされている診療行為（いわゆる保険診療）については、軽微なものも含め、全体の約8割の分娩で何らかのものが実施されていることが、令和6年度の協会けんぽ加入者の分娩に関するデータから推計された（※）。分娩の安全を確保する観点から、分娩の経過において必要となる診療行為については、引き続き、従来どおり療養の給付を行うことができるようとすることが適当である。

※ 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）

- 現在、産科医療補償制度の掛け金相当額が保険者から出産育児一時金の上乗せ額として妊婦に支給されており、引き続き、妊婦の負担のない形を維持することが適当である。
- 現行の出産育児一時金は、出産に伴い一時的に発生する経済的負担全体の軽減を目的としており、保険診療以外の分娩対応の費用が出産育児一時金の支給額を下回る場合には、差額は妊婦に支給され、保険診療が実施された場合の一部負担金を含め、様々なに発生する出産時の費用負担軽減に充てられている実態がある。こうした保険給付の目的を引き継ぐ等の観点から、新たな給付体系において、分娩1件当たりの基本単価とは別に、全ての妊婦を対象とした現金給付を設けることが適当である。
- なお、出産に関する妊産婦のニーズは多様であり、分娩取扱施設においても、これらのニーズに対応するため、様々なサービス（アメニティ等）が提供されている。これに関し厚生労働省研究班（※）が実施した調査によれば、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、88.1%の施設で「お祝い膳」の料金が入院料等の他の料金に含まれる。

れており、他のサービスについても同様の傾向にあることが明らかとなつた。

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

- 妊産婦が納得感を持ってサービスを選択できるよう、これらのサービスの内容と費用の「見える化」を徹底することが必要である。厚生労働省が運営する「出産なび」は、現在、年間21件以上の分娩を取り扱うほぼ全ての分娩取扱施設の同意に基づき情報が掲載されているが、これを法令上の義務とした上で、妊産婦の自己決定に一層資するような情報提供ツールとすべく、「出産なび」をさらに拡充していくべきである。
- その場合、妊産婦が自身のニーズに基づきサービスを取捨選択し、自己の負担で支弁することになる。これらのサービスの費用は新たな給付体系の射程に含まれるものではない以上、分娩取扱施設と妊産婦との間の契約関係に基づき、双方の合意と納得の下に自由に設定されるべきものである。
- こうした出産に対する新たな給付体系の骨格について、当部会では、委員及び専門委員から、
 - ・ 出産育児一時金の増額は、施設が同じタイミングで値上げをするため、当事者にとっては負担軽減に繋がらない
 - ・ 出産費用は子育ての入り口で妊婦の負担感が強いため、子育てを社会全体で支援するというメッセージとして、早期の負担軽減策の実施を期待する
 - ・ 少子化や物価高騰を背景に一次施設は厳しい運営状況に置かれており、一次施設を守るという観点から制度を検討すべき
 - ・ 一次施設で受け入れていたローリスク妊婦を高次施設で受け入れることになると、地域の周産期医療提供体制全体に影響が生じるため、医療アクセスを確保し、拙速な集約化を招かないようにすべき
 - ・ 事務局から提案された新たな給付体系の骨格が一次施設を守るものとなるかどうかは、給付水準と加算の水準にかかっており、現在の出産育児一時金より引き上げるべき
 - ・ 医療行為や助産師によるケアについて、適切に対応できるための人員・設備等の体制は基本単価の給付水準に含めて考えるべき
 - ・ 医療・助産の質を守るためにには質・量両面で体制を評価し必要な額が手当されるべき
 - ・ 現状、自由診療を前提としたコスト構造で各施設が運営されていることに留意が必要
 - ・ 各分娩取扱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・努力を行っており、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

- ・ 医療安全に取り組む施設を適切に評価し、医療安全の向上に繋がる制度設計とすべき
- ・ 帝王切開としないために産科医療現場で行われている努力を評価し、安易な医療介入を助長しないような制度設計とすべき
- ・ 双子の場合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
- ・ 給付内容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
- ・ 周産期医療体制の確保は重要な課題であるが、これは国としての体制整備の問題であり、新たな給付体制とは切り離して考えるべき
- ・ 保険者の財政運営の安定性や保険料負担者の納得感に配慮すべき
- ・ 妊婦の出産場所・出産方法の希望によって不利益が生じないような制度とすべき
- ・ 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助産ケアを適切に評価すべき
- ・ 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いることを考慮すべき
- ・ 帝王切開をはじめ、保険診療が必要となるかどうかは妊婦がコントロールできず、その自己負担についても何らかの負担軽減が必要
- ・ 妊婦に一律に支給される現金給付によって、結果的に、保険診療の自己負担についても負担軽減となることが期待される
- ・ 母児の救命のために多くの医療資源を投入した場合等の自己負担の取扱いについては、慎重に議論し、国民に誤解のないよう周知すべき
- ・ 現金給付については、子ども・子育て支援法に基づく妊婦のための支援給付など、保険料財源以外で実施されている他施策との棲み分けを整理すべき
- ・ 一律の経済的負担の軽減策としてではなく、個別に生じることのある出産に伴う保険診療の一部負担金の軽減策という観点での整理もあり得るのではないか
- ・ 制度改正により現物給付化を図るのであれば、出産育児一時金の給付の性格は変更されるので、必ずしも引き継ぐ必要はないとも考えられる
- ・ 現金給付については、保険で給付するものなのか、保険料負担者の納得感や、自治体から支給されている伴走型支援の給付との整合性から、慎重に検討すべきであり、保険適用の範囲とは切り離して、公費で手当すべき

- ・ 現在、保険適用の対象となっていない正常分娩と、保険適用の対象となっている帝王切開等の異常分娩の取扱いの整合性をどう図るかも重要な課題となる
 - ・ 給付水準の設定に当たっては、保険診療を伴う分娩と伴わない分娩のコスト構造の違いを明らかとすべき
 - ・ 無痛分娩をはじめ、WHOが推奨するエビデンスに基づいた産痛緩和ケアも、自己負担のないようとする方向で検討すべき
 - ・ 無痛分娩に対する妊婦のニーズが高いことは理解しているが、リスクやデメリットもあるため、まずは安全に無痛分娩を提供できる体制整備が必要であり、自己負担のない範囲に含めるかどうかについては慎重に検討すべき
 - ・ 個室料については、全室個室の施設も多い現状も踏まえて検討すべき
 - ・ 費用負担を減らしたい妊産婦はアメニティ等のサービスを選択しないことができるようすべき
 - ・ 分娩取扱施設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
 - ・ 自己負担が生じないこととなる範囲について国が妊婦に対して丁寧に周知することが必要
- などの意見があった。

<新たな給付体系による出産に対する支援の強化>

- 出産に対する新たな給付体系を導入することにより、保険診療以外の分娩対応に要する費用については現物給付化により妊婦の自己負担が生じない仕組みとなり、また、現金給付によって、保険診療が行われた際の一部負担金など、それ以外に生じる費用についても、一定の負担軽減が図られることとなる。
- また、サービスと費用の関係の見える化を通じて、妊産婦が自身のニーズに応じて出産に関する自己決定を行える環境が整備され、費用に関する予見可能性の確保と納得感の向上に繋がる。

<給付体系の詳細設計>

- 新たな給付体系の導入に向けては、当部会で議論した骨格の在り方に加え、施設の体制・役割等を評価した分娩1件当たり基本単価の加算の具体的な設計など、さらに詳細を整理することが求められる。その際は、産科医療現場の実態を十分に踏まえた制度設計となるよう、丁寧に議論を行うことが必要である。

- 分娩1件当たりの基本単価や加算の給付水準については、我が国の周産期医療提供体制、特に一次施設を守ることが重要であるとの認識の下、具体的な給付水準が保険財政と産科医療機関の経営の双方に与える影響のバランスを考慮しつつ、保険料を負担する被保険者の理解を得られるか否かという観点も含めて検討することが必要である。
- また、具体的な給付水準は、新たな給付体系の導入後も、物価・賃金の動向等を踏まえた分娩取扱施設の経営実態等も考慮しつつ定期的に検証を行うことができるよう、各施設の提供内容と費用に関するデータの収集・把握・分析が行えるような仕組みを講じることが必要である。
- なお、出生数が減少する中、妊婦が安心して出産できる環境を整備するため地域の周産期医療提供体制を確保することは行政の責任であり、税と保険の性格の違いを踏まえた総合的な検討が必要である。当部会の所掌を超えるものではあるが、医療保険制度のみで考えるのではなく、地域医療構想、こども未来戦略に基づく様々な施策など、政府におかれでは、総合的な視座に立って施策を進めていくことを求めたい。

<新たな給付体系への移行時期>

- 新たな給付体系への移行時期については、負担軽減に対する妊産婦の期待が大きく、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があったことも踏まえ、妊婦が希望に応じて施設を選択できるようにした上で、当分の間、施設単位で現行の出産育児一時金の仕組みも併存し、可能な施設から新制度に移行していくことが適当である。
- 新制度の導入に当たっては、妊産婦や産科医療関係者に混乱が生じることのないよう、国が十分に説明を行うことが求められる。また、既に保険医療機関としての指定を受けている病院及び診療所と異なり、新たに指定取得等が必要となる助産所や、給付事務を行う保険者にとって過大な事務負担となることのないよう、新制度の導入に向けた準備は関係者の意見を丁寧に聴きながら進める必要がある。
- なお、法的安定性等の観点から給付体系は統一することが望ましく、移行対応はあくまでも時限的な経過措置とすべきとの意見があつたことを踏まえるとともに、分娩取扱施設の選択肢が限られている地域があることも念頭に、なるべく多くの施設が早期に新たな給付体系に移行するような方策の検討が求められる。

【国民健康保険制度における子育て世代への支援拡充】

- 国民健康保険においては、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が講じられている。
- 当該軽減措置について、地方団体からの拡充の要望も多い中で、子育て世帯の更なる負担軽減のため、その対象を高校生年代まで拡充することについて、国と地方、その他の関係者の間で調整が行われ、その議論を踏まえ、国として、法改正を含め対応してはどうかという方向性が当部会に報告された。
- 当部会では、この報告に対し、
 - ・ 子どもに係る均等割保険料の軽減措置の対象拡充は、子育て世帯の負担軽減のため、地方団体からも要望してきたものであり実現すべき。地方負担分については確実に地方財政措置をしてほしい。また、対象のほか、軽減割合についても、現行の5割からの拡充を引き続き検討してほしいなどの意見があった。
- こうした意見を踏まえ、地方分権の趣旨に反しないこと、国が一方的に議論等を押しつけないことといった点を十分に尊重しつつ、当部会で議論した方向性に沿って必要な措置を講じるべきである。

4. 必要な医療の提供と効率的な給付の推進

【医療機関における業務効率化・職場環境改善の推進】

- 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。
- 当部会では、社会保障審議会医療部会における議論の報告を受けつつ、議論を行った。
特に、医療機関の業務のDX化の推進については、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、以下の対応等を行う必要がある。

- ・ 令和7年度補正予算において、生産性向上支援として、200 億円を計上。さらに、今後、継続的な支援の在り方を検討
- ・ DX化の効果等に関するデータの収集（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）
- ・ 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する視点から、業務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の検討
- ・ 都道府県の医療勤務環境改善支援センターについて、体制拡充・機能強化を図るとともに、医療法上、業務効率化に関する助言・指導を行う旨を明確化
- ・ 業務効率化・勤務環境改善に積極的・計画的に取り組む病院を公的に認定する仕組みを医療介護総合確保法に位置づけ
- ・ 医療機関の責務の明確化（医療法上、病院又は診療所の管理者は業務効率化に取り組むよう努める旨を明確化。健康保険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。）

【入院時の食費・光熱水費について】

<入院時の食費について>

- 入院時の食費については、1食当たりの食事療養基準額（総額）と標準負担額（自己負担額）を国が定め、その差額が入院時生活療養費として保険給付されている。
- この標準負担額については、食材料費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、またその後の更なる食材料費の高騰等を踏まえ、令和7年4月より1食当たり 20 円の引上げが行われたが、令和7年4月以降も食材料費等の上昇は続いている状況にある。
- こうした状況を踏まえ、中央社会保険医療協議会において、入院時の食事療養基準額（総額）の更なる見直しについて議論されており、当部会においても、標準負担額（自己負担額）の更なる見直しについて議論を行った。
- 当部会では、
 - ・ 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

- ・ 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
 - ・ 入院時の食事は療養の一環という基本を踏まえ、保険給付の部分も併せて検討が必要
- などの意見があった。

- これらの意見を踏まえ、入院時の食費について、食事療養基準額（総額）の見直しに関する議論の動向も踏まえつつ、標準負担額（自己負担額）についても同様に引上げの方向で見直しを行うとともに、仮に引き上げる場合には所得区分等に応じて一定の配慮を行なうべきである。

<入院時の光熱水費について>

- 療養病床に入院する 65 歳以上の者の入院時に必要な光熱水費は、1 日当たりの生活療養基準額（総額）と標準負担額（自己負担額）を国が定め、その差額を入院時生活療養費として保険給付している。
- 消費者物価指数の光熱・水道費は令和 4 年に大きく増加し、その後に減少傾向に転じたものの、足下では再び増加しているところ、入院時生活療養費の基準額（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。
- 一方で介護保険制度では、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・負担限度額について、60 円の引上げが行われた。
- こうした状況や近年の光熱・水道費の上昇を踏まえ、中央社会保険医療協議会において、入院時生活療養費の生活療養基準額（総額）の更なる見直しについて議論されており、当部会においても、入院時生活療養費の標準負担額（自己負担額）の更なる見直しについて議論を行った。
- 当部会では、入院時生活療養費の見直しについて、
 - ・ 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。金額は別にして、そういうことを考えなくてはいけないなどの意見があった。
- これらの意見を踏まえ、入院時生活療養費について、生活療養基準額（総額）の見直しに関する議論の動向も踏まえつつ、標準負担額（自己負担額）についても同様に引上げの方向で見直しを行うとともに、仮に引き上げる場合には所得区分等に応じて一定の配慮を行うべきである。

5. 国民健康保険制度改革の推進

- 国民健康保険については、平成 30 年改革以降様々な見直しが行われてきたが、依然以下のようない課題がある。
 - ・ 被保険者の年齢構成が高く、医療費水準が高い。また、被保険者の所得水準が低い。加えて、国保は小規模保険者が多く、財政運営が不安定になるリスクが高い
 - ・ 人口減少・少子高齢化に伴い、地方公共団体における人材不足が深刻化しており、保険者における事務処理を持続可能なものにしていく必要
- 国民健康保険制度が、国民皆保険を支える仕組みとして、引き続き、持続可能な制度となるよう、国と地方、その他の関係者の間で調整が行われ、その議論を踏まえた取組強化の方向性が当部会に報告された。
- 具体的には、
 - ・ 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が講じられているところ、子育て世帯の更なる負担軽減のため、当該軽減措置の対象を高校生年代まで拡充すること
 - ・ 都道府県国民健康保険運営方針の中間見直しの作業年度に当たる令和 8 年度に向けて、保険料水準統一加速化プランの改定について検討し、納付金ベースの統一や完全統一に係る目標年度の設定や前倒しの検討を含め、保険料水準の統一に向けた議論を積極的に行うこと
 - ・ 財政安定化基金の本体基金分について、保険料水準の統一や制度改正により納付金（保険料）が著しく上昇する場合や、災害等が発生した翌年度以降に従来の保険料で賦課することが難しい場合に、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こと

- ・ 市町村の事務負担軽減に向け、都道府県国保連合会の役割を強化するため、国保連を活用した自治体支援の在り方の検討を行うこと
- ・ 国民健康保険では資格喪失の原因たる事実が発生した日の翌日に資格を喪失することとされているところ、令和7年度地方分権提案においても支障事例が報告されていることを踏まえ、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こと

について、国として、法改正を含め対応してはどうかというものであった。

○ 当部会では、この報告に対し、

- ・ 子どもに係る均等割保険料の軽減措置の対象拡充は、子育て世帯の負担軽減のため、地方団体からも要望してきたものであり実現すべき。地方負担分については確実に地方財政措置をしてほしい。また、対象のほか、軽減割合についても、現行の5割からの拡充を引き続き検討してほしい
- ・ 財政安定化基金の使途の拡充やより長い積戻し期間の設定は、保険料水準の統一を図るためにも重要
- ・ 市町村の事務負担軽減については、国保連がしっかりとその役割を果たせるよう、必要な財源措置や人材確保等も含め、都道府県や市町村だけでなく国保連のニーズを把握しながら調整を進めてほしい
- ・ 市町村の職員も減っている中で、保険料徴収等の市町村事務への重層的支援や、デジタルの活用、都道府県を含めた広域的な対応が必要
- ・ 保険料の水準統一も進めている段階であり、財政に関わる見直しを行う場合には、市町村やその被保険者の類型に応じた、水準統一への影響も踏まえながら検討することが必要

などの意見があった。

○ これらの意見も踏まえ、今後、国民健康保険制度改革を推進するに当たって法改正を含めた対応を行う場合は、国と地方を中心とする協議の結果を尊重すべきであり、地方分権の趣旨に反しないこと、国が一方的に議論等を押しつけないことといった点を十分に尊重しつつ、結論が得られた事項に限り実施すべきである。

○ なお、国民健康保険制度をめぐる議論において、

- ・ 一定の結論を得るべき検討課題とされている「普通調整交付金の在り方」について、「医療費適正化のインセンティブ強化の仕組みについては、普通調整交付金の在り方を引き続き検討することと併せ、保険者努力支

援制度におけるメリハリ付けのさらなる強化を図っていく」との方向性が示され、「普通調整交付金の所得調整機能は極めて重要であり、今後も維持すべき」との意見があったほか、

- ・ 中長期的な検討課題とされている「生活保護受給者の国保等への加入」について、「生活保護受給者を加入させることは、社会保障制度の根幹を揺るがすものであり、国保等の制度の破綻を招きかねない」との意見があつた。
- また、国民健康保険組合に係る見直しとして、
 - ・ 定率補助の補助率の下限については、これまでどおり 13%を原則とするが、負担能力に応じた負担等を進める観点から、財政力及び被保険者の健康の保持増進等の取組の実施状況が一定の水準に該当する国保組合のみ、例外的に新たな補助率（12%・10%）を適用すること
 - ・ この補助率が適用されるのは、補助率 13%の区分に該当する国保組合のうち、①保険料負担率が低い、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、の全てに該当する場合のみとすること
 - ・ 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こと
 - ・ 賃金上昇の影響等も踏まえ、補助率の判定に用いる各国保組合の平均所得の算出に際して設定されている各被保険者の所得の上限額を、1,200 万円から 2,200 万円に見直すこと
 - ・ 併せて、適用する補助率を区分する国保組合の平均所得の基準について、「150 万円未満」～「240 万円以上」と設定されているところ、これを「180 万円未満」～「270 万円以上」に見直すこと
 - ・ 国保組合に対する合併支援の拡充等を行うこと
- これに対し、
 - ・ 医師国保に加入している医療機関の経営状況は大変厳しく、今回の提案は唐突・拙速なものであり、受け入れることはできない。補助率が削減される 3 要件は、特定の母集団における相対評価で決まり得るものであり、各組合の経営努力に関係ないものとなっている。相対評価は見直すべき
 - ・ 補助率の見直しは国保組合にとっては、相当の影響があるもの。解散を考えている組合もあることから、見直しは反対であるものの、見直し

を行うのであれば、周知期間、経過措置、激変緩和措置等のきめ細やかな制度設計が必要ではないか
という意見がある一方で、

- ・ 協会けんぽや健保組合との水平的公平性の観点から、要件①と要件②を新たな補助率を適用する要件としてよいのではないか。また、要件③についても、医療費適正化等の取組の実施状況が非常に低調であれば、あまり補助できないと明確にする観点から、要件にしてもよいのではないか
- ・ 国保組合ごとに所得の格差が大きいことを踏まえれば、国庫補助率の見直しは避けられないのではないか

などの意見があった。

○ こうした意見を踏まえ、国保組合の実情を十分に勘案し詳細な制度設計を行うことを前提に、当部会で議論した方向性に沿って所要の見直しを行うべきである。

おわりに

○ 上記のとおり、現時点における我が国の医療保険制度、人口と医療費の変化、物価等の経済情勢の変化、医療提供体制の変化に応じた医療保険制度改革の在り方について、議論の整理を行った。

○ 整理の前提として、物価や賃金の上昇など、日本経済は新たなステージに移行しつつあり、その状況の変化に対応した取組が必要であることは論を俟たない。このような変化を踏まえて、人口構造の変化及び人口減少による医療需要の変化への対応、人材の確保、現役世代の保険料負担の抑制努力の対応を進めるべきである。

○ 今般の整理は、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ことから、中長期的にあるべき姿から逆算した必要な政策、理念及び全体像を示し、もって国民の理解・納得感を得るべくまとめたものであり、厚生労働省においては、当部会における意見を十分に踏まえ、確実に改革を行えるよう、取組を進められたい。



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

マイナ保険証の利用促進等について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

- 1. マイナ保険証の利用率等**
- 2. 次期顔認証付きカードリーダーの仕様等**
- 3. 今後のマイナ保険証の利用促進に向けた取組**



1

マイナ保険証の利用率等

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

オンライン資格確認の利用状況

※利用率=マイナ保険証利用件数/オンライン資格確認利用件数

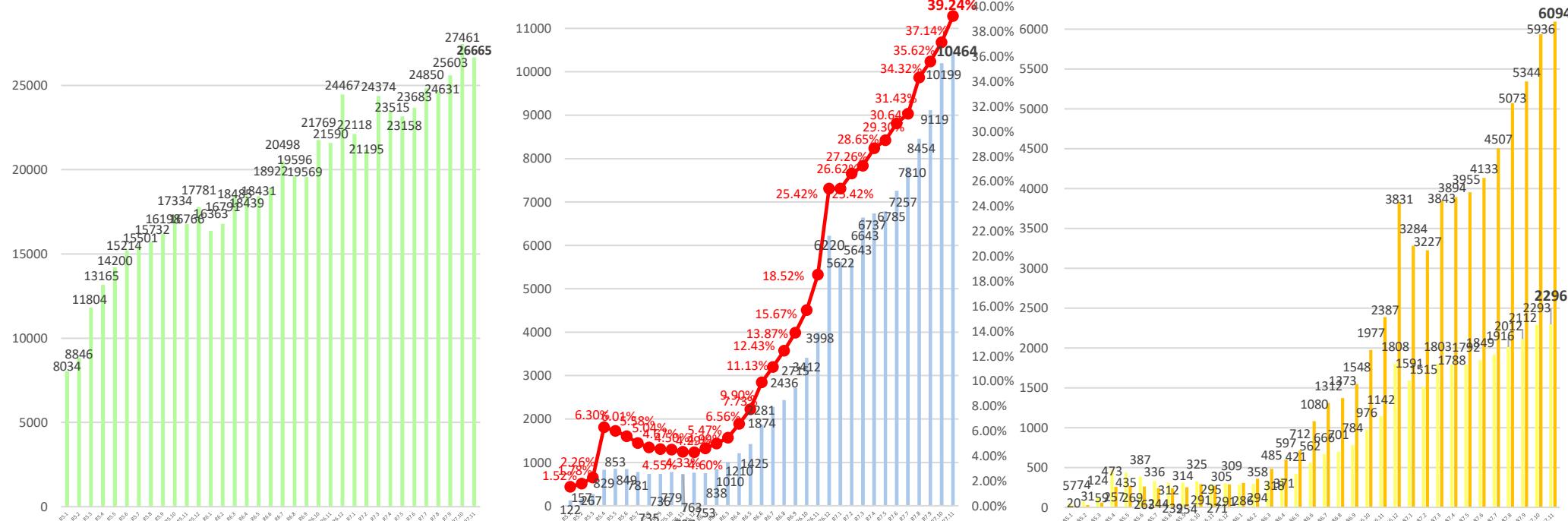
■ オンライン資格確認の利用件数（万件）

■ マイナ保険証の利用件数（万件）

● 利用率

■ 薬剤情報閲覧の利用件数（万件）

■ 診療情報閲覧の利用件数（万件）



【11月分実績の内訳】

	合計	マイナンバーカード	保険証
病院	21,558,863	12,666,507	8,892,356
医科診療所	115,206,715	45,031,005	70,175,710
歯科診療所	22,751,762	12,022,848	10,728,914
薬局	107,133,070	34,923,491	72,209,579
総計	266,650,410	104,643,851	162,006,559

	特定健診等情報 (件)	薬剤情報 (件)	診療情報 (件)
病院	3,704,823	1,410,346	6,403,452
医科診療所	11,553,111	11,928,506	29,901,700
歯科診療所	3,364,727	2,519,896	3,367,791
薬局	11,996,932	7,101,384	21,268,397
総計	30,619,593	22,960,132	60,941,340

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

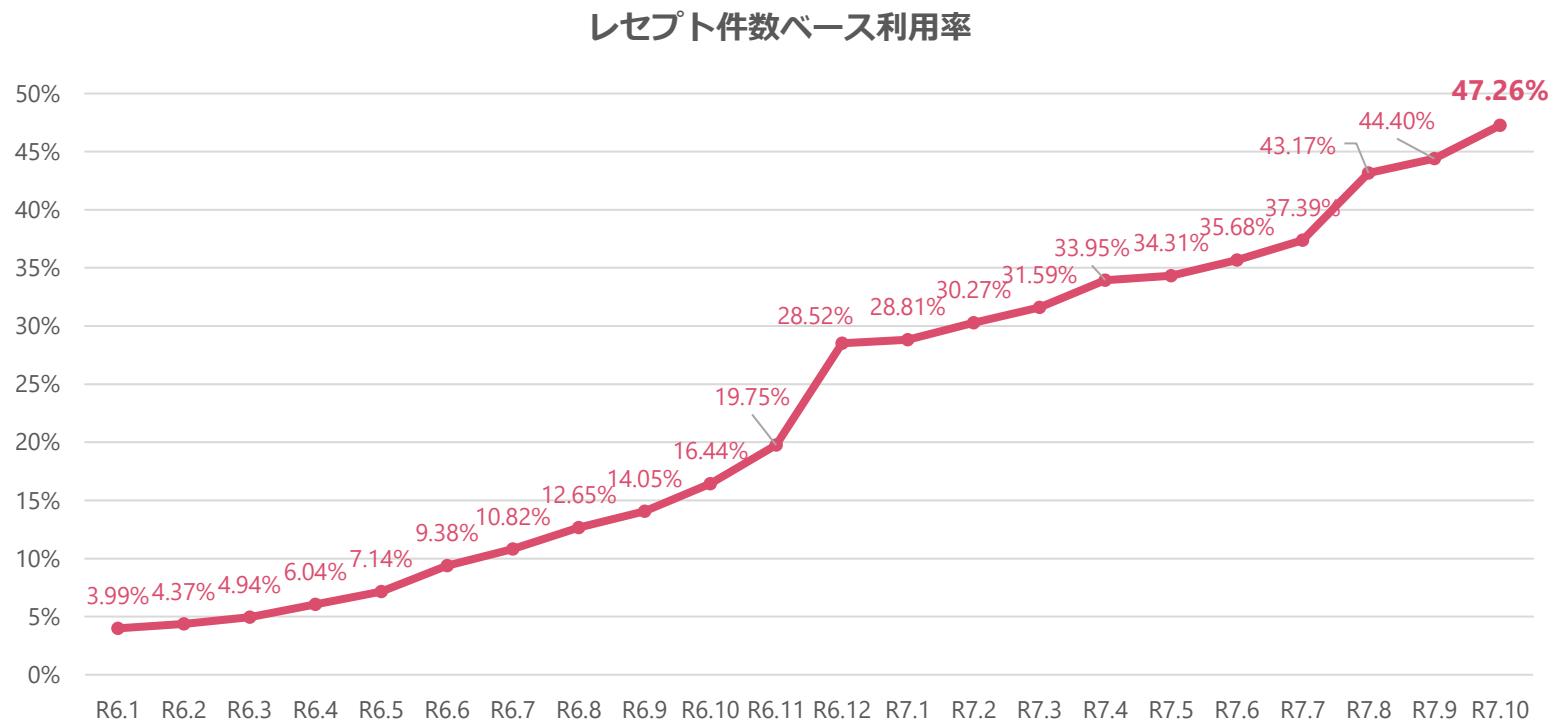
計算式：マイナ保険証利用人数 ÷ レセプトの発行件数

- 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

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。

2

次期顔認証付きカードリーダーの仕様等

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

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 <small>※1</small>
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）<small>※2</small>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<small>※3</small>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。

3

今後のマイナ保険証の利用促進に向けた取組

ひと、くらし、みらいのために



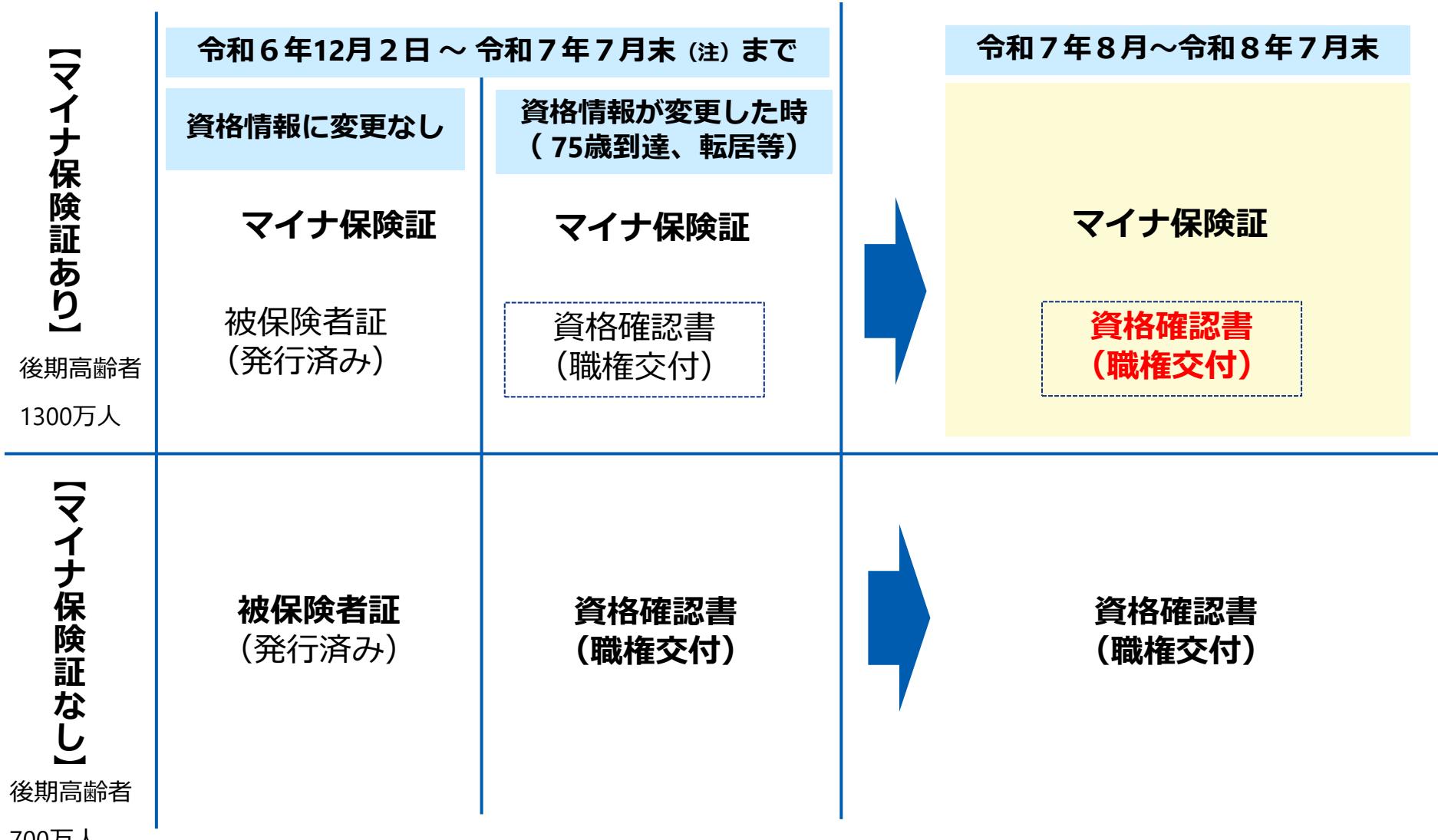
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

後期高齢者医療制度における 8月1日以降の資格確認書の取扱いについて

令和7年4月3日

第193回社会保障審議会
医療保険部会

資料 1



後期高齢者医療制度における令和8年8月以降の資格確認書の職権交付について

○ 後期高齢者の資格確認書の職権交付

- 後期高齢者は、新たな機器の取扱いに不慣れである等の理由から、**令和8年7月末までの間、マイナ保険証の保有状況に関わらず、全員一律に資格確認書を職権交付する運用を行っている。**

○ 後期高齢者のマイナ保険証を巡る状況等

- 後期高齢者医療では、外来受診者（約95%）のうち約8割の方が2か月に1回は受診している。
- 85歳以上の被保険者については、マイナ保険証利用率が相対的に低い状況。

※令和7年10月時点のマイナ保険証利用率（オンライン資格確認件数ベース利用率）

70～74歳：48%、75～79歳：37%、80～84歳：33%、85歳以上：24%

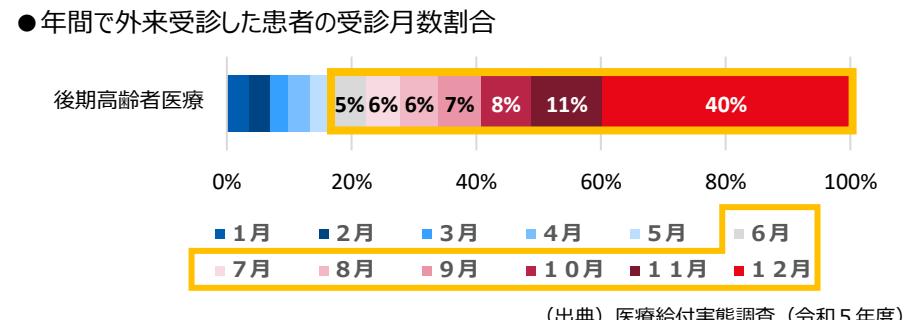
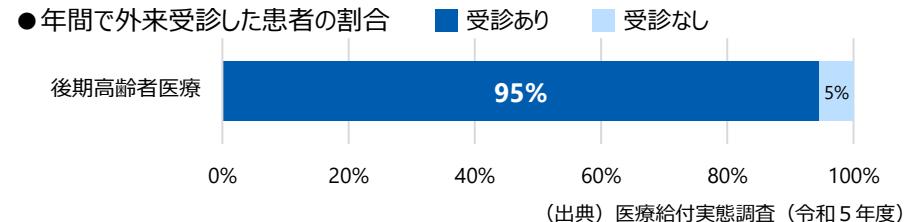
- 高齢者は認知症の進行など、状態像が変わりやすい。

⇒ 円滑なマイナ保険証への移行に向け、**利用実績を踏まえるなどきめ細かい配慮が必要**

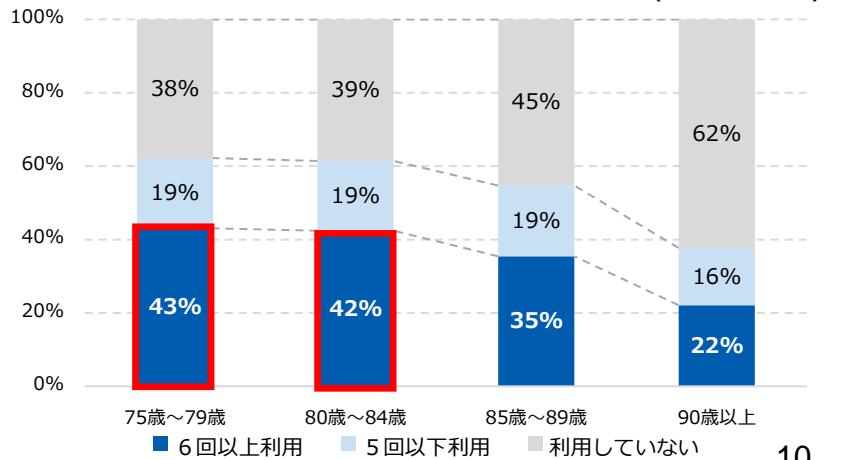
○ 令和8年8月以降の対応方針（案）

- 以下のとおり、**年齢及びマイナ保険証の過去の利用実績を踏まえ、全員一律の資格確認書の職権交付を見直してはどうか。**

	84歳以下	85歳以上
マイナ保険証を直近1年間において6回以上利用し、かつ直近3か月における利用実績あり ※把握可能な期間での実績	マイナ保険証 (申請により資格確認書の交付も可能)	職権交付
上記以外		

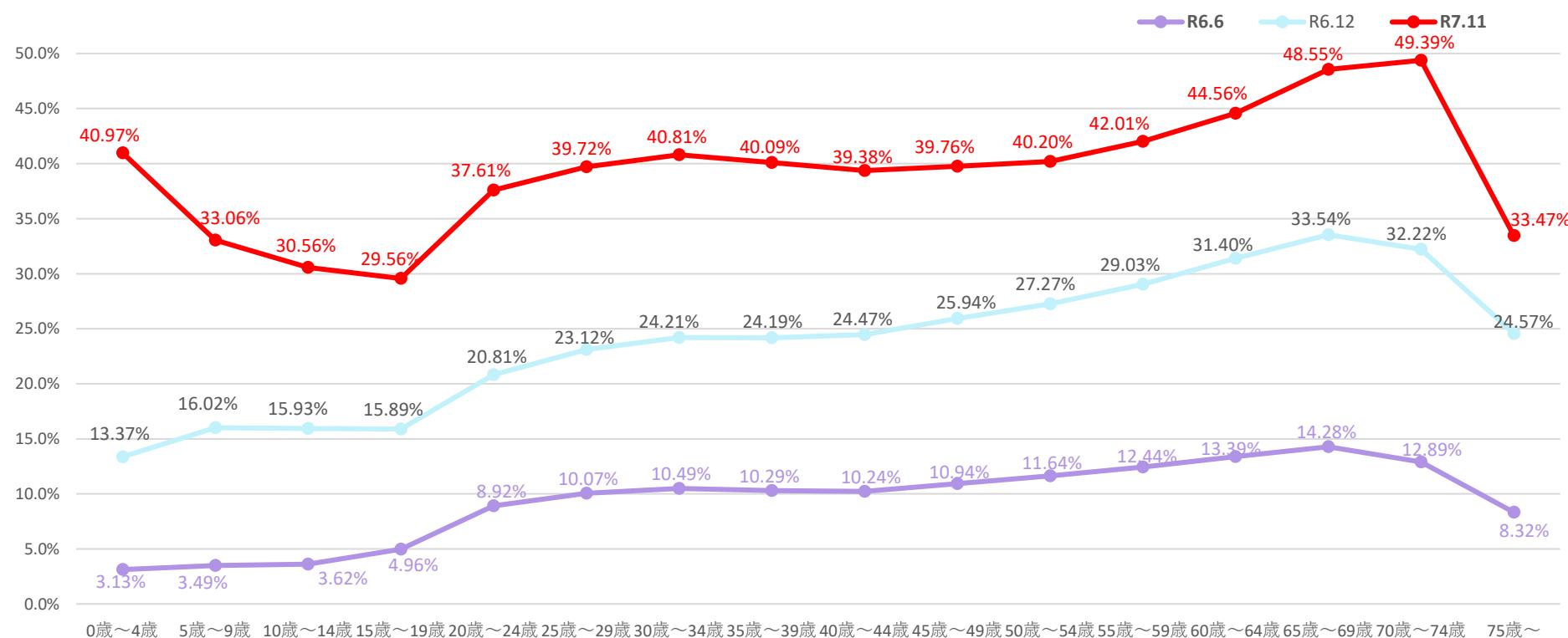


● 後期高齢者医療制度加入者におけるマイナ保険証の利用実績(R6.9～R7.8)



今後のマイナ保険証の利用促進に向けた取組

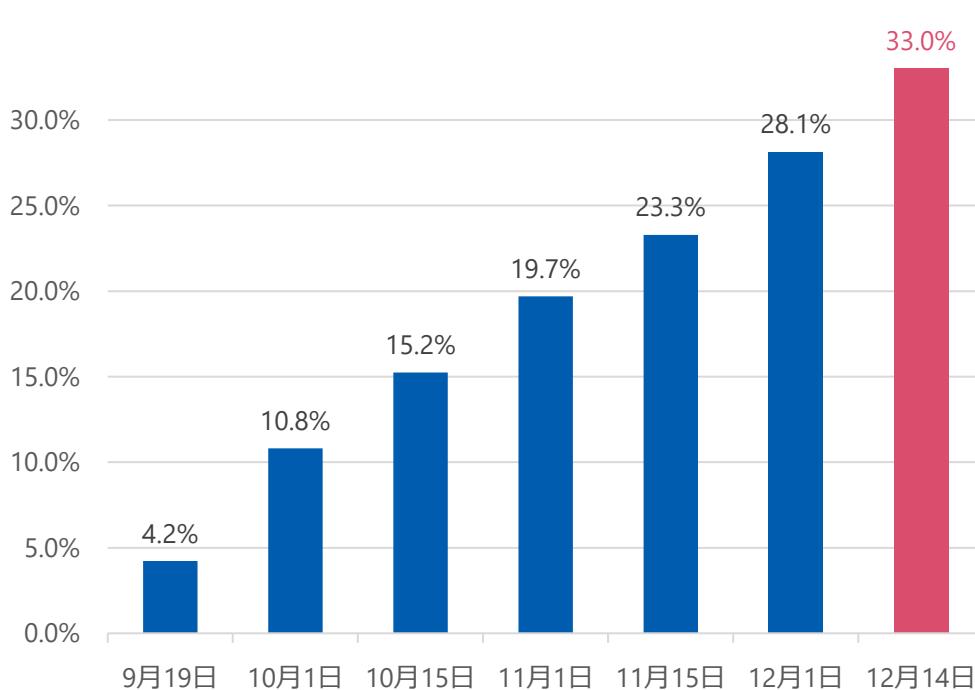
- 年齢別のマイナ保険証利用率を見ると、65歳～74歳では利用が進んでおり、直近では0歳～4歳の伸びが著しい一方、若年層（5～19歳）の利用率の伸び悩みが見られる。
- スマートフォンのマイナ保険証利用ができる医療機関・薬局の環境整備を引き続き進めるとともに、こども医療費等の医療費助成の受給者証とマイナンバーカードの一体化を進めていくことで、マイナ保険証の利便性を向上させるとともに、医療DXによるメリットという観点も踏まえた更なる周知広報も含めて、利用促進に向けて取り組む。



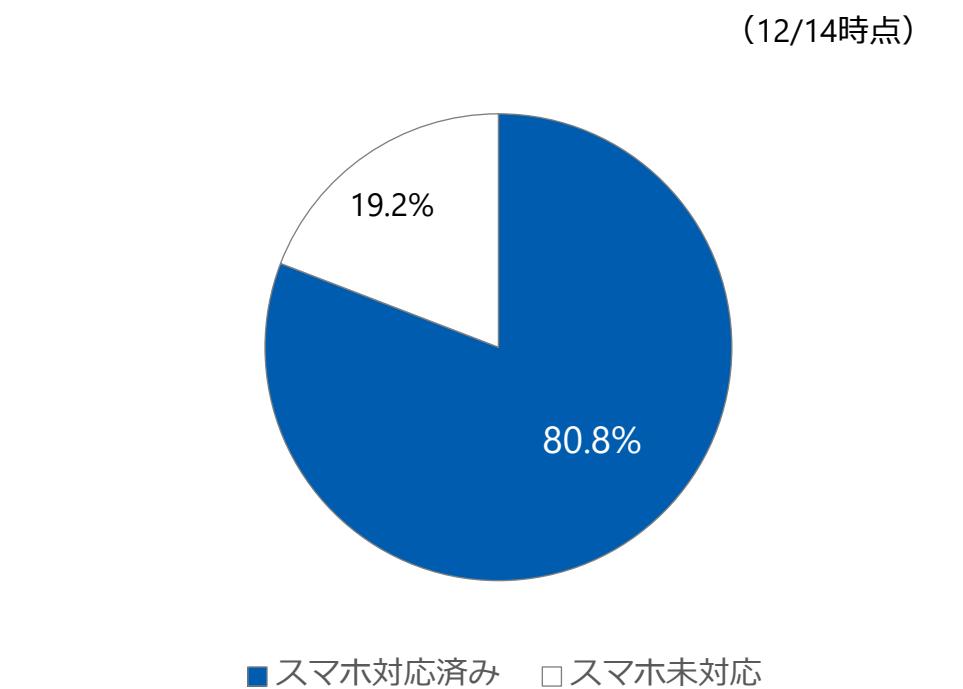
(参考) スマートフォンでのマイナ保険証利用の環境整備

スマートフォンでのマイナ保険証利用への対応について、汎用カードリーダーの導入補助は来年1月末までの実施。引き続き、補助事業の利用を検討いただくよう案内し、1月末の申請期限間際に購入が集中しないよう、早期の購入検討を呼びかけていく。

オンライン導入済み医療機関・薬局における
スマホ対応済み施設割合



汎用CRの補助クーポン取得済み施設（約6.2万）に占める
スマホ導入済み施設割合



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

マイナ保険証に関する現状

①マイナンバーカードの保有状況

※（ ）内は令和6年1月末時点

取得

マイナンバーカードの保有者

R7.10月末：9,948万人（9,168万人）、全人口の79.9%（73.1%）

保有率向上



②マイナ保険証の登録状況

※（ ）内は令和6年1月末時点

登録

マイナ保険証の登録者

R7.10月末：8,730万人（7,143万人）、カード保有者の87.8%（77.9%）

登録率向上



③マイナ保険証の利用状況

※（ ）内は令和6年3月時点

利用

利用率向上

マイナ保険証の利用実績・利用率

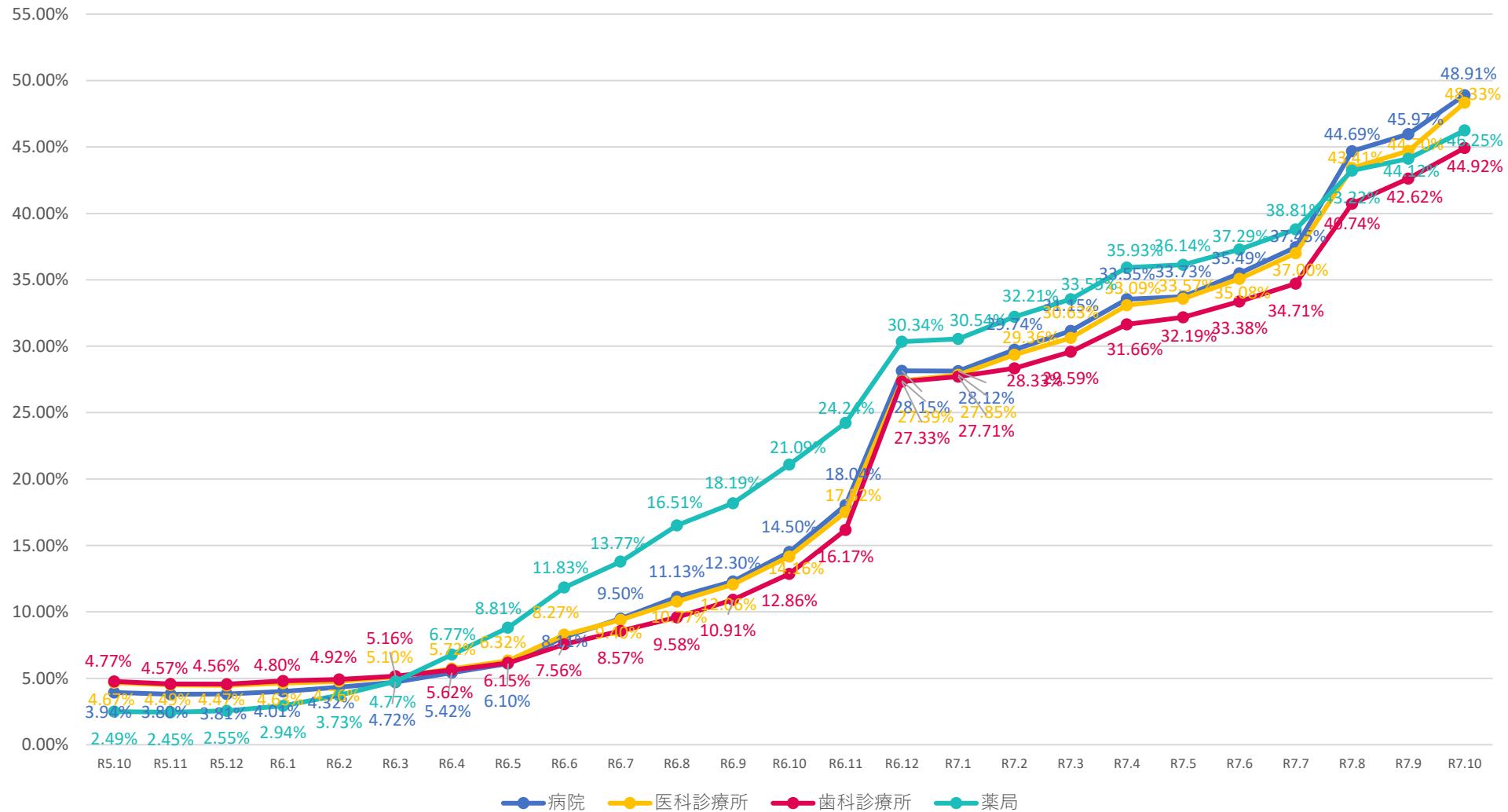
R7.10月：10,199万件（838万件）47.26%（4.94%）

8,730万人 9,948万人

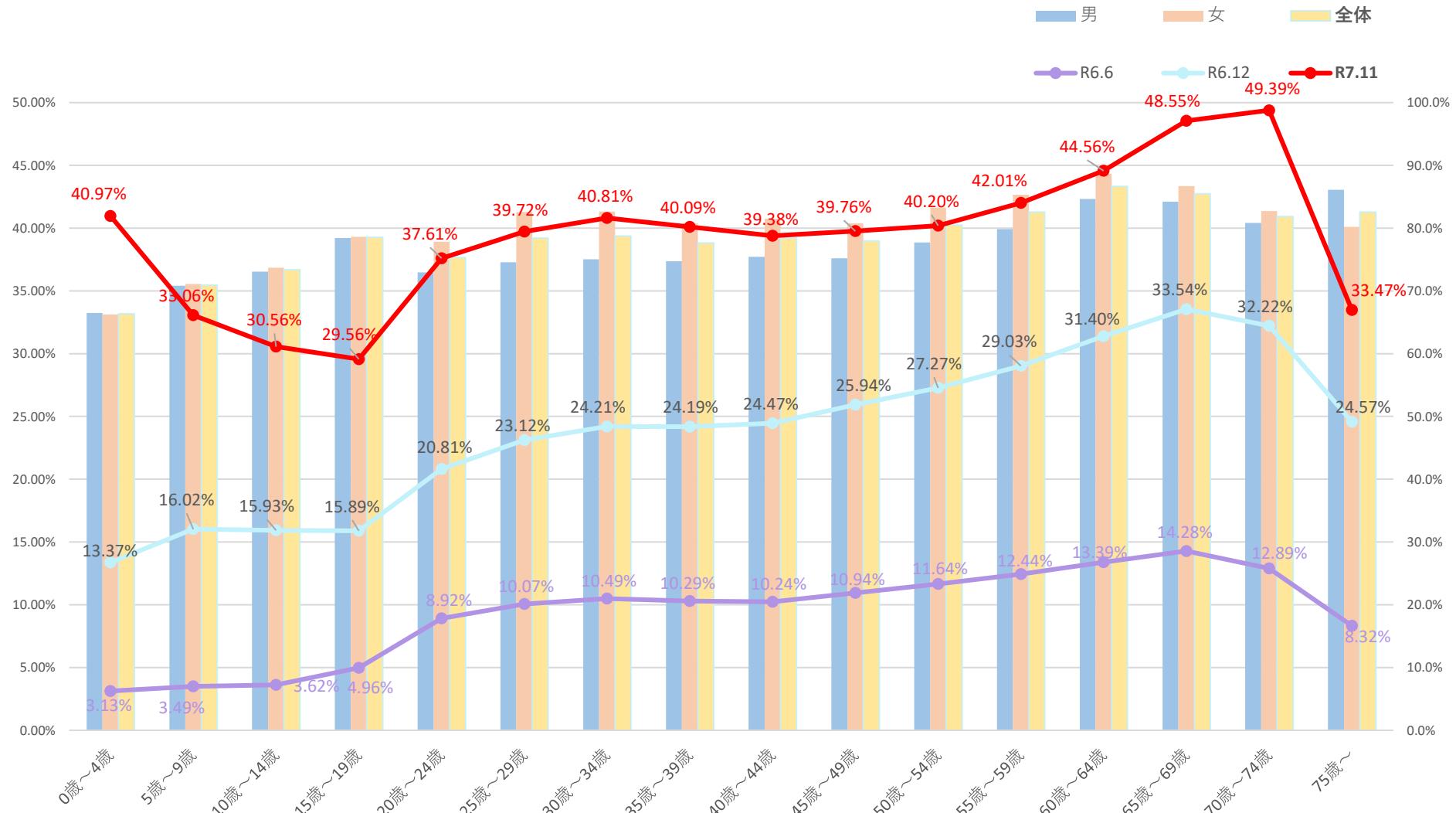
12,433万人

(マイナ保険証登録者)
(R7.1.1時点の住基人口)
(カード保有者)

施設類型別のマイナ保険証利用率の推移



マイナ保険証利用率（年齢階層別）

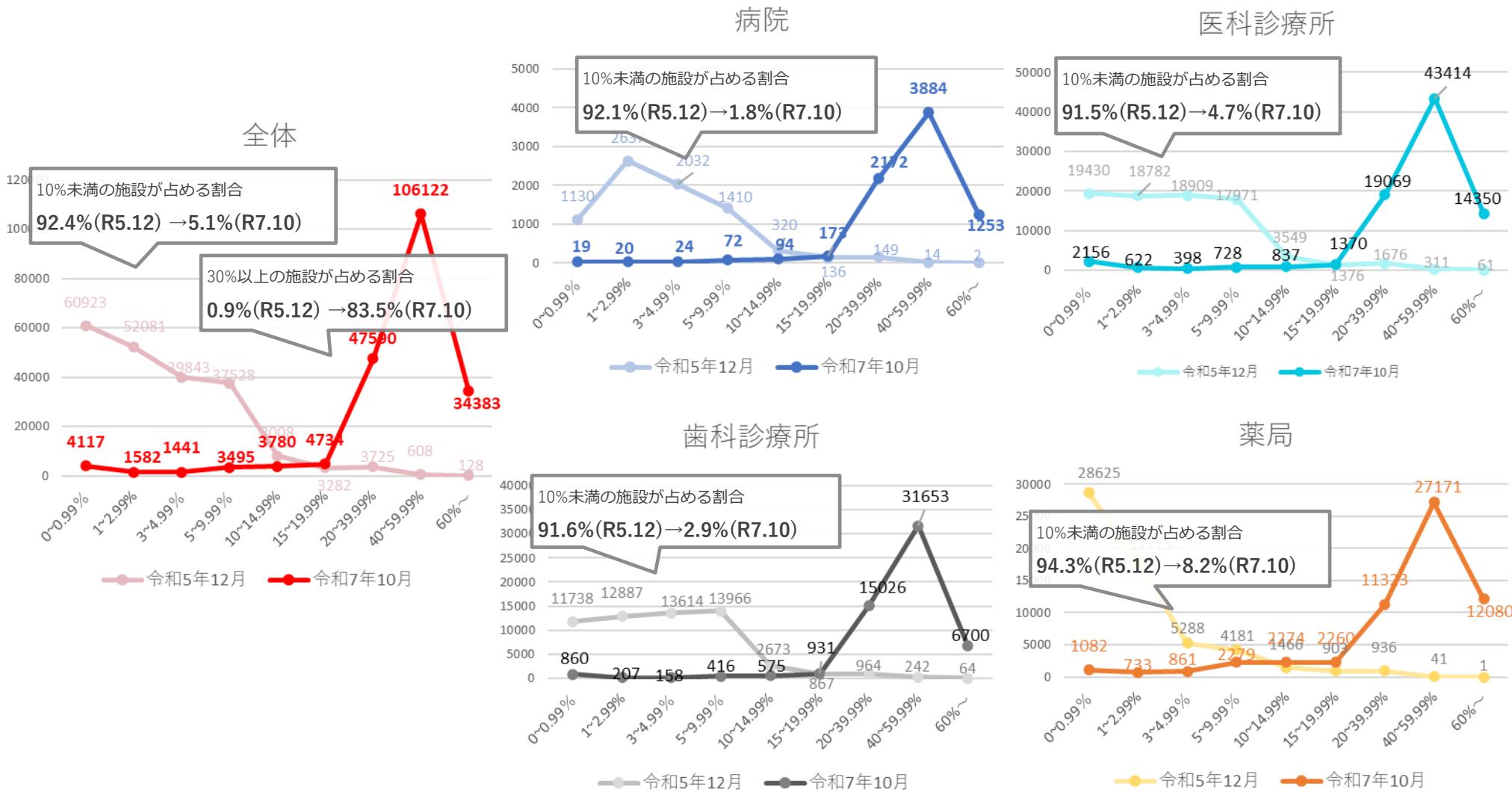


※利用率=マイナ保険証利用件数/オンライン資格確認利用件数
※マイナカード保有率は令和7年9月時点のデータ

マイナ保険証の利用状況

■マイナ保険証利用割合ごとの施設数の分布（レセプトベース利用割合）

令和5年12月、令和7年10月時点



※ 利用割合 = MNC利用人数 / レセプト件数

※ レセプト件数50以上等の施設を対象に算出（施設数：206,126(R5.12)、207,244(R7.10)）

オンライン資格確認 マイナ保険証の利用実績 (都道府県別の医療機関・薬局での利用 (令和7年10月))

- 都道府県別のマイナ保険証の利用率（令和7年10月）は以下のとおり。

※黄色=上位5県 灰色=下位5県

都道府県名	利用率
北海道	49.41% (+2.31%)
青森県	53.34% (+1.94%)
岩手県	49.45% (+2.38%)
宮城県	50.40% (+3.71%)
秋田県	48.40% (+3.95%)
山形県	52.63% (+2.27%)
福島県	49.40% (+5.03%)
茨城県	50.04% (+2.38%)
栃木県	52.88% (+2.43%)
群馬県	49.29% (+2.46%)
埼玉県	47.36% (+2.85%)
千葉県	49.95% (+2.53%)
東京都	44.06% (+4.65%)
神奈川県	48.42% (+2.93%)
全国	47.26% (+2.86%)

都道府県名	利用率
新潟県	55.40% (+2.38%)
富山県	59.37% (+2.30%)
石川県	54.00% (+2.84%)
福井県	51.60% (+2.70%)
山梨県	44.29% (+2.37%)
長野県	47.49% (+2.45%)
岐阜県	50.10% (+2.23%)
静岡県	56.42% (+2.54%)
愛知県	47.61% (+2.41%)
三重県	51.05% (+3.30%)
滋賀県	48.40% (+2.40%)
京都府	39.92% (+2.10%)
大阪府	37.36% (+2.77%)
兵庫県	42.87% (+2.33%)
奈良県	47.84% (+2.19%)
和歌山県	36.69% (+2.15%)

都道府県名	利用率
鳥取県	49.75% (+2.87%)
島根県	52.74% (+2.79%)
岡山県	46.19% (+2.83%)
広島県	50.10% (+2.64%)
山口県	55.62% (+2.74%)
徳島県	42.21% (+2.28%)
香川県	42.85% (+2.29%)
愛媛県	45.44% (+2.30%)
高知県	40.20% (+2.04%)
福岡県	46.86% (+2.85%)
佐賀県	50.90% (+2.69%)
長崎県	49.42% (+2.34%)
熊本県	52.28% (+2.78%)
大分県	44.80% (+2.32%)
宮崎県	57.48% (+2.66%)
鹿児島県	53.47% (+2.77%)
沖縄県	27.63% (+1.85%)

※ 利用率 = マイナ保険証利用人数 ÷ レセプト件数
(括弧内の値は令和7年9月の値からの変化量 (%ポイント))

施設類型別・都道府県別の利用実績

※ 利用率 = マイナ保険証利用人数 ÷ レセプト件数

【医科診療所】

順位	R7.9順位	都道府県	利用率	MNC利用人数	資格確認書等
1	(2)	宮崎	59.08%	341,610	236,580
2	(1)	富山	58.98%	284,977	198,188
3	(3)	静岡	57.26%	1,218,528	909,616
4	(4)	山口	56.64%	458,741	351,193
5	(6)	鹿児島	55.37%	464,912	374,731
6	(5)	新潟	55.18%	636,959	517,423
7	(9)	石川	54.47%	295,490	246,989
8	(8)	島根	54.43%	208,700	174,734
9	(7)	青森	53.96%	372,103	317,441
10	(12)	熊本	53.06%	531,583	470,336
11	(10)	栃木	52.48%	557,144	504,510
12	(11)	山形	52.12%	336,217	308,835
13	(14)	長崎	51.95%	382,336	353,592
14	(17)	三重	51.92%	536,692	497,030
15	(13)	佐賀	51.77%	239,067	222,732
16	(15)	福井	51.68%	182,759	170,876
17	(16)	岐阜	51.45%	590,937	557,596
18	(19)	千葉	51.29%	1,589,167	1,508,957
19	(18)	広島	51.25%	817,163	777,173
20	(28)	宮城	50.89%	677,452	653,756
21	(22)	北海道	50.73%	1,216,705	1,181,890
22	(25)	神奈川	50.66%	2,742,349	2,670,680
23	(20)	鳥取	50.65%	146,601	142,847
24	(21)	奈良	50.46%	355,502	349,019
25	(24)	滋賀	50.22%	357,382	354,265
26	(23)	群馬	50.19%	542,588	538,579
27	(27)	茨城	49.78%	672,456	678,532
28	(36)	福島	49.66%	489,281	496,036
29	(29)	長野	49.46%	499,548	510,402
30	(26)	岩手	49.43%	323,561	331,003

【病院】

順位	R7.9順位	都道府県	利用率	MNC利用人数	資格確認書等
1	(1)	富山	64.81%	142,038	77,108
2	(2)	山口	59.87%	136,968	91,799
3	(3)	石川	59.83%	138,277	92,841
4	(5)	島根	59.10%	70,189	48,570
5	(4)	宮崎	58.92%	128,676	89,716
6	(10)	佐賀	56.55%	92,663	71,187
7	(6)	青森	56.42%	122,794	94,862
8	(8)	鹿児島	56.07%	186,576	146,171
9	(7)	熊本	55.83%	189,124	149,610
10	(9)	静岡	55.58%	294,188	235,089
11	(11)	山形	54.64%	107,975	89,653
12	(14)	三重	54.09%	145,575	123,535
13	(12)	新潟	53.76%	211,543	181,940
14	(13)	岐阜	53.76%	168,187	144,662
15	(17)	福井	53.24%	88,478	77,700
16	(15)	栃木	52.94%	190,329	169,223
17	(16)	長崎	52.60%	134,059	120,816
18	(18)	鳥取	52.35%	56,570	51,492
19	(24)	宮城	52.32%	198,788	181,143
20	(19)	広島	52.17%	246,423	225,907
21	(21)	千葉	51.90%	549,933	509,610
22	(23)	長野	51.61%	226,769	212,616
23	(20)	岩手	51.44%	104,895	99,042
24	(22)	奈良	51.11%	133,918	128,107
25	(27)	神奈川	50.92%	627,113	604,571
26	(25)	茨城	50.78%	270,800	262,495
27	(26)	大分	50.26%	130,650	129,298
28	(28)	群馬	50.13%	166,143	165,302
29	(36)	福島	50.02%	166,162	166,038
30	(29)	北海道	49.43%	611,347	625,344

施設類型別・都道府県別の利用実績

※ 利用率 = マイナ保険証利用人数 ÷ レセプト件数

【医科診療所】

順位	R7.9順位	都道府県	利用率	MNC利用人数	資格確認書等
31	(30)	愛知	48.66%	2,227,124	2,349,510
32	(31)	福岡	48.46%	1,475,435	1,569,177
33	(32)	埼玉	48.34%	1,822,001	1,947,059
34	(35)	秋田	48.02%	248,202	268,688
35	(34)	岡山	46.93%	439,018	496,374
36	(33)	愛媛	46.71%	323,613	369,228
37	(41)	東京	46.29%	4,116,026	4,776,240
38	(37)	大分	45.29%	260,570	314,728
39	(38)	山梨	44.23%	186,526	235,147
40	(39)	香川	44.09%	228,286	289,485
41	(40)	兵庫	43.13%	1,392,345	1,836,262
42	(42)	高知	42.46%	117,796	159,636
43	(43)	徳島	42.03%	155,440	214,361
44	(44)	京都	39.90%	523,840	789,161
45	(45)	大阪	38.02%	2,017,968	3,289,186
46	(46)	和歌山	36.65%	204,569	353,545
47	(47)	沖縄	28.14%	189,245	483,178

【病院】

順位	R7.9順位	都道府県	利用率	MNC利用人数	資格確認書等
31	(31)	埼玉	49.07%	546,631	567,295
32	(30)	山梨	49.03%	77,039	80,093
33	(32)	岡山	47.82%	196,576	214,512
34	(33)	愛知	47.53%	525,916	580,617
35	(34)	徳島	47.30%	79,667	88,751
36	(37)	福岡	46.84%	411,437	467,004
37	(35)	愛媛	46.77%	138,333	157,426
38	(38)	滋賀	45.21%	103,693	125,648
39	(40)	香川	45.08%	95,168	115,936
40	(39)	兵庫	45.04%	405,397	494,632
41	(42)	東京	44.38%	1,025,702	1,285,283
42	(41)	高知	43.93%	84,416	107,736
43	(43)	京都	41.63%	197,321	276,686
44	(44)	和歌山	40.06%	74,510	111,503
45	(45)	大阪	39.65%	570,177	867,752
46	(46)	秋田	39.39%	78,119	120,201
47	(47)	沖縄	28.71%	67,063	166,558

施設類型別・都道府県別の利用実績

※ 利用率 = マイナ保険証利用人数 ÷ レセプト件数

【歯科診療所】

順位	R7.9順位	都道府県	利用率	MNC利用人数	資格確認書等
1	(1)	富山	57.02%	90,350	68,091
2	(2)	宮崎	55.97%	88,691	69,773
3	(4)	島根	55.92%	53,878	42,475
4	(5)	山口	55.56%	121,569	97,225
5	(3)	静岡	55.38%	328,980	265,026
6	(6)	新潟	54.98%	177,610	145,450
7	(7)	青森	53.74%	82,083	70,652
8	(8)	栃木	53.21%	164,134	144,323
9	(9)	山形	52.68%	90,411	81,202
10	(11)	石川	52.22%	80,465	73,622
11	(10)	鹿児島	52.01%	128,463	118,517
12	(14)	鳥取	50.88%	42,378	40,908
13	(17)	三重	50.62%	155,685	151,867
14	(12)	長崎	50.49%	111,709	109,549
15	(13)	熊本	50.05%	144,120	143,818
16	(23)	秋田	50.04%	66,245	66,150
17	(16)	岩手	49.89%	82,938	83,290
18	(15)	岐阜	49.78%	184,721	186,338
19	(19)	福井	49.76%	51,742	52,239
20	(26)	宮城	49.64%	183,041	185,663
21	(18)	佐賀	49.42%	68,512	70,130
22	(22)	群馬	48.67%	151,766	160,050
23	(20)	広島	48.49%	232,768	247,286
24	(24)	長野	48.39%	154,794	165,104
25	(21)	北海道	48.35%	359,278	383,777
26	(34)	福島	48.10%	122,524	132,181
27	(25)	茨城	47.99%	209,544	227,077
28	(28)	千葉	47.08%	504,525	567,024
29	(29)	奈良	46.76%	103,528	117,881
30	(27)	滋賀	46.65%	104,197	119,143

【薬局】

順位	R7.9順位	都道府県	利用率	MNC利用人数	資格確認書等
1	(1)	富山	57.87%	243,370	177,162
2	(2)	新潟	56.34%	614,750	476,355
3	(3)	静岡	56.01%	987,982	775,929
4	(4)	宮崎	55.66%	308,345	245,640
5	(5)	栃木	53.24%	472,868	415,369
6	(6)	山口	53.11%	378,879	334,498
7	(7)	山形	52.49%	291,441	263,775
8	(10)	秋田	51.91%	260,435	241,257
9	(8)	青森	51.58%	339,167	318,441
10	(12)	福井	51.19%	140,076	133,546
11	(11)	石川	51.10%	232,904	222,917
12	(14)	鹿児島	50.81%	399,389	386,682
13	(13)	熊本	50.72%	436,599	424,138
14	(9)	茨城	50.71%	656,145	637,859
15	(21)	宮城	49.48%	596,343	608,915
16	(22)	福島	49.26%	433,492	446,435
17	(17)	三重	49.09%	399,294	414,140
18	(15)	千葉	48.84%	1,372,414	1,437,885
19	(19)	岩手	48.67%	296,386	312,523
20	(20)	広島	48.62%	671,796	709,950
21	(16)	北海道	48.46%	1,221,915	1,299,480
22	(24)	佐賀	48.45%	222,042	236,269
23	(23)	滋賀	48.13%	293,260	316,072
24	(18)	群馬	48.01%	392,703	425,333
25	(26)	島根	47.68%	160,649	176,286
26	(25)	愛知	47.48%	1,630,986	1,804,049
27	(28)	岐阜	47.33%	442,243	492,062
28	(29)	鳥取	47.12%	114,572	128,560
29	(27)	埼玉	47.06%	1,593,147	1,791,874
30	(30)	神奈川	45.93%	2,099,629	2,471,641

施設類型別・都道府県別の利用実績

※ 利用率 = マイナ保険証利用人数 ÷ レセプト件数

【歯科診療所】

順位	R7.9順位	都道府県	利用率	MNC利用人数	資格確認書等
31	(30)	神奈川	45.98%	722,094	848,269
32	(32)	福岡	44.94%	407,310	499,099
33	(35)	大分	44.80%	67,752	83,480
34	(33)	愛知	44.73%	660,137	815,640
35	(31)	愛媛	44.43%	95,862	119,911
36	(36)	岡山	44.11%	138,925	175,996
37	(38)	山梨	44.11%	60,109	76,177
38	(39)	埼玉	43.69%	550,188	709,219
39	(37)	高知	43.04%	44,037	58,275
40	(40)	徳島	40.62%	49,562	72,463
41	(43)	東京	40.39%	1,087,011	1,604,155
42	(41)	香川	39.82%	66,613	100,674
43	(42)	兵庫	39.80%	390,359	590,535
44	(44)	京都	37.51%	157,566	262,478
45	(45)	和歌山	36.53%	52,214	90,724
46	(46)	大阪	33.57%	585,146	1,157,981
47	(47)	沖縄	24.87%	49,617	149,871

【薬局】

順位	R7.9順位	都道府県	利用率	MNC利用人数	資格確認書等
31	(31)	福岡	45.71%	1,250,206	1,484,624
32	(33)	岡山	45.26%	347,208	419,950
33	(32)	長崎	45.06%	300,111	365,909
34	(34)	愛媛	43.62%	254,491	328,930
35	(35)	奈良	43.34%	236,827	309,668
36	(37)	兵庫	42.96%	1,128,017	1,497,514
37	(36)	長野	42.92%	382,859	509,234
38	(41)	東京	42.58%	3,067,246	4,135,596
39	(38)	山梨	42.53%	167,268	226,067
40	(40)	大分	41.79%	236,351	329,268
41	(39)	香川	41.51%	186,281	262,513
42	(43)	徳島	40.29%	124,340	184,301
43	(42)	京都	40.15%	409,774	610,730
44	(44)	大阪	37.31%	1,496,280	2,514,011
45	(45)	和歌山	35.21%	138,279	254,496
46	(46)	高知	34.66%	102,582	193,367
47	(47)	沖縄	27.56%	166,934	438,755

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は、医療DXの基盤となるオンライン資格確認を行うための重要なインフラとして普及を推進し、概ねすべての医療機関等へ導入が完了。
- マイナ保険証を基本とする仕組みへの移行も踏まえ、更なるカードリーダーの利便性向上のため、保守期限の到来（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17日に公表し、メーカーを公募。

次期顔認証付きカードリーダーの仕様に係る検討方針

マイナ保険証での資格確認に当たっては、顔認証が医療機関・薬局に浸透しつつある中、現状では引き続き顔認証付きカードリーダーが必要であり、これまでの運用での課題や今後のニーズを踏まえ、患者・医療機関双方の利便性が向上されるよう、カードリーダーの製造に当たっての要件を追加しつつ、性能改善を図る。

現行のカードリーダーの運用上の課題・ニーズ

- 今後搭載予定のスマホ用電子証明書の読み取りには一部機種しか対応していない（外付けの汎用カードリーダーが必要）
- 視覚障害者が一人でカードリーダー上の操作（顔認証、暗証番号の入力等）を行うことが困難
- 端末によって画面（特に同意ボタン）がバラバラで操作しづらい、高齢者にとっては文字が判読しづらい
- 顔認証やその他の場面でエラーが起きて受付に時間がかかる

次期顔認証付きカードリーダーでの対応

- 顔認証付きカードリーダー単体でのスマホ用電子証明書の読み取りに対応
- 認証状況やエラーの発生に関する音声案内機能
- 操作手順に関する音声案内機能、テンキー搭載（※）
- 画面レイアウトの統一や、視認性、操作性の改善等によるユーザビリティの向上
- 顔認証精度の向上による顔認証エラーの低減、エラー時の自動再接続による復旧時間の短縮 等

このほか、接続エラー低減のための端末接続部の耐久性強化や、複数台の顔認証付きCRを1台の資格確認端末（PC）に対して接続する等の性能改善も実施。

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 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。

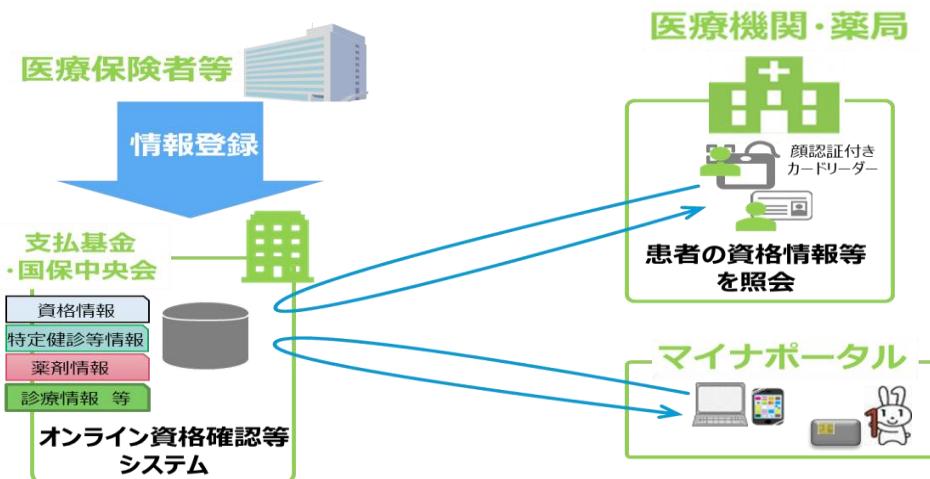
② 対策の柱との関係

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。

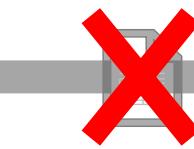
マイナンバーカードを活用した医療費助成の効率化の推進

第6回「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進
チーム（令和7年1月22日）資料1 一部改編

- ✓ マイナンバーカードを活用した医療費助成（公費負担医療・地方単独医療費助成）の効率化については、デジタル庁においてオンライン資格確認に必要なシステムが設計・開発・運用されるとともに、令和5・6年度に183自治体（22都道府県、161市町村）が先行実施事業に参加。
- ✓ メリットを全国規模で広げていくため、「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）」「デジタル社会の実現に向けた重点計画（令和7年6月13日閣議決定）」「医療法等改正法」等に基づき、順次、参加自治体を拡大し、令和8年度中に全国規模での導入を目指す。
- ✓ その上で、安定的な実施体制の整備のため、支払基金又は国保連において、医療費助成のオンライン資格確認に係るシステムの管理・運用等の業務を実施する体制を整備する（令和9年度より）



マイナ保険証を提示



患者

公費負担医療※のオンライン資格確認に係る業務を自治体等から支払基金又は国保連に委託

※ 障害者総合支援法に基づく精神通院医療・更生医療、難病法に基づく特定医療費、児童福祉法に基づく小児慢性特定疾病医療費など

ピッ



医療機関・薬局

資格照会

医療保険の資格情報を回答
※同意取得の上で診療・薬剤情報も提供

資格照会

医療費助成の資格情報を回答

オンライン資格確認等
システム
(支払基金・国保中央会)

情報連携

PMH医療費助成
システム

資格情報を登録

支払基金又は国保連
において、システム
の管理・運用等の業
務を全国規模で実施

○想定されるメリット

- ✓ 紙の受給者証を持参する手間が軽減するとともに、紛失リスクがなくなり、持参忘れによる再来院も防止。【患者、自治体】
- ✓ 医療保険の資格情報及び受給者証情報の手動入力の負荷をセットで削減できる。【医療機関・薬局】
- ✓ 正確な資格情報に基づき請求を行えるため（資格過誤請求が減少）、医療費の請求・支払に係る事務負担が軽減。【医療機関・薬局、自治体】
- ✓ 医療費助成の資格確認に関する事務負担や自治体への照会が減少。受給者証忘れによる償還払いの事務も減る。【医療機関・薬局、自治体】
- ✓ マイナ保険証の利便性向上によって、マイナ保険証の利用が促進され、患者本人の薬剤や診療のデータに基づくより良い医療の提供が図られる。【患者、自治体、医療機関・薬局】

※ :

医療法等改正法
において規定して
いる事項



自治体等

医療費助成のオンライン資格確認の先行実施の状況（令和7年10月時点）①

◎先行実施に参加・参加予定の自治体（累計）

	R 5年度	R 6年度	R 7年度
自治体	5	183	625
都道府県	0	22	41
市区町村	5	161	584

◎システム改修等を実施・実施予定の自治体（年度別）

	R 5年度	R 6年度	R 7年度
自治体	5	180	481
都道府県	0	22	36
市区町村	5	158	445

※令和7年度実施予定の自治体のうち、442自治体が新規参加予定、39自治体は令和6年度から参加していて令和7年度もシステム改修等を実施予定。

◎都道府県の参加・参加予定の状況（累計）【41都道府県】

種類	公費負担医療										地方単独医療費助成	
	精神通院	難病	小児慢性	障害児入所 【R7～】	感染症法			予算事業				
					結核	新型インフル 【R7～】	新感染症 【R7～】	肝炎 【R7～】	肝がん・重度肝硬変 【R7～】	特定疾患 【R7～】		
参加・参加予定都道府県数	40	31	31	9	5	1	1	13	7	5	3	

* こども医療費助成、障害者医療費助成、ひとり親家庭医療費助成以外の地方単独医療費助成

参加・参加予定
都道府県
(累計)

北海道、青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、富山県、石川県、福井県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、和歌山县、鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県、香川県、愛媛県、福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県

医療費助成のオンライン資格確認の先行実施の状況（令和7年10月時点）②

◎市区町村の参加・参加予定の状況（累計）【584市区町村】

種類	公費負担医療							
	障害者総合支援法				難病	児童福祉法		
	精神通院	更生医療	育成医療	療養介護医療 【R7～】		小児慢性	肢体不自由児 通所 【R7～】	障害児入所 【R7～】
参加・参加予定市区町村数	4	277	266	108	2	17	90	2

種類	公費負担医療				地方単独医療費助成			
	未熟児 養育医療	感染症法			こども	障害者	ひとり親 家庭	その他
		結核	新型インフル 【R7～】	新感染症 【R7～】				
参加・参加予定市区町村数	25	7	0	0	523	485	506	149

【公費負担医療（自治体関係）の実施主体】

- 障害者総合支援法 ●精神通院医療：都道府県、指定都市
- 難病法 ●特定医療費：都道府県、指定都市
- 児童福祉法 ●小児慢性特定疾病医療費：都道府県、指定都市、中核市、児相設置市
- 母子保健法 ●障害児入所医療費：都道府県、指定都市、児相設置市
- 感染症法 ●養育医療：市区町村
- 結核患者の医療：都道府県、保健所設置市、特別区
- 新型インフルエンザ等感染症外出自粓対象者の医療：都道府県、保健所設置市
- 新感染症外出自粓対象者の医療：都道府県、保健所設置市、特別区

令和7年度補正予算 46億円

施策名：公費負担医療制度等のオンライン資格確認の推進

① 施策の目的

マイナンバーカード1枚で公費負担医療等(公費負担医療、地方単独医療費助成)を受けることができる環境を早期に整え、マイナンバーカードの普及促進、国民の利便性向上を図る。

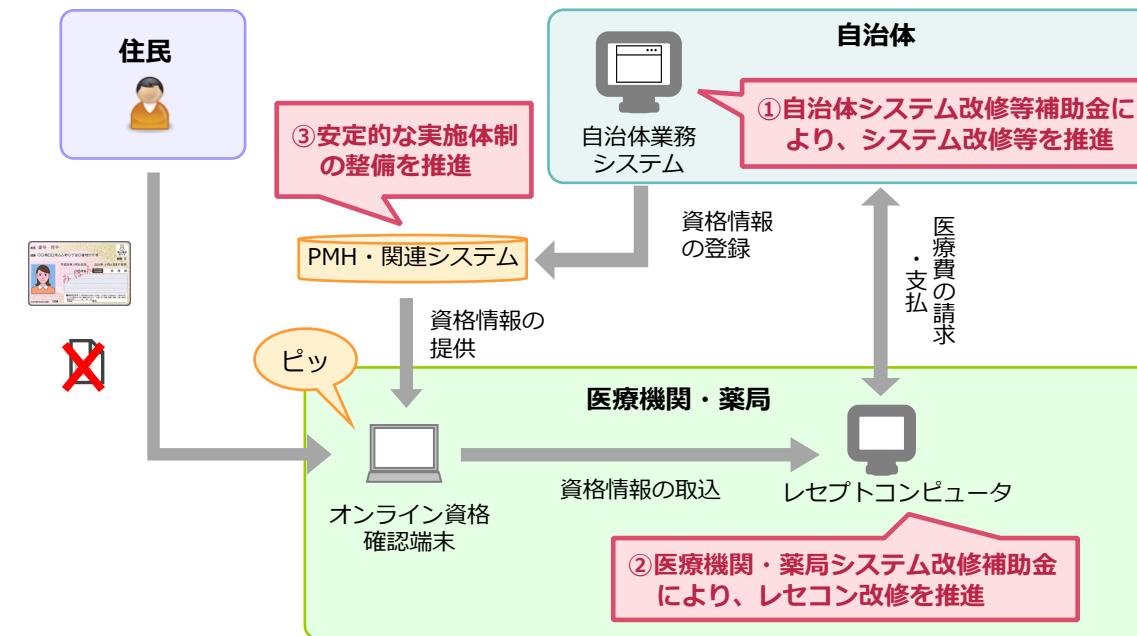
② 対策の柱との関係

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

③ 施策の概要

公費負担医療制度等(公費負担医療・地方単独医療費助成)のオンライン資格確認の令和8年度中の全国規模での導入に向けて、自治体システムの改修等、医療機関・薬局システムの改修、安定的な実施体制の整備を推進する。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



①自治体システム改修等補助金

- 補助対象：都道府県、市区町村
- 制度当たり基準額：500万円
- 補助率：1／2

②医療機関・薬局システム改修補助金

- 補助対象：医療機関、薬局
- 補助内容

※支払基金において事務を実施

区分	補助内容
病院	28.3万円を上限に補助 ※事業費56.6万円を上限にその1/2を補助
診療所、薬局（大型チェーン薬局以外）	5.4万円を上限に補助 ※事業費7.3万円を上限にその3/4を補助
大型チェーン薬局	3.6万円を上限に補助 ※事業費7.3万円を上限にその1/2を補助

③安定的な実施体制の整備

- PMHシステムの運用・保守業務等のデジタル化から支払基金への移管の準備経費を補助（補助対象：支払基金）
- 導入自治体拡大のための自治体等向けヘルプデスク業務委託

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)

本施策により国民がマイナンバーカード1枚やスマートフォン1つで医療機関を受診し、公費負担医療等を受けることができる環境の整備に繋がり、質の高い効率的な医療の提供に向けた医療DXの推進を図ることができる。