

# 第 210 回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和 8 年 2 月 12 日 (木)  
10 時 00 分～12 時 00 分  
場所：航空会館 7 階大ホール

## ( 議 題 )

1. 医療法等改正を踏まえた対応について
2. 第 4 期医療費適正化計画における地域フォーミュラリについて
3. マイナ保険証の円滑な利用について
4. 令和 8 年度予算案（保険局関係）の主な事項について（報告）

## ( 配布資料 )

- |     |   |                                |
|-----|---|--------------------------------|
| 資 料 | 1 | 医療法等改正を踏まえた対応について              |
| 資 料 | 2 | 第 4 期医療費適正化計画における地域フォーミュラリについて |
| 資 料 | 3 | マイナ保険証の円滑な利用について               |
| 資 料 | 4 | 令和 8 年度予算案（保険局関係）の主な事項について     |

## 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 <b>内堀 雅雄</b>	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 ○ <b>菊池 騒実</b>	早稲田大学理事・法学学術院教授
	たなべ くにあき ◎ <b>田辺 国昭</b>	東京大学大学院法学政治学研究科教授
	はやし てっぺい <b>林 鉄兵</b>	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 <b>伊奈川 秀和</b>	国際医療福祉大学医療福祉学部教授
	おおすぎ かずし <b>大杉 和司</b>	日本歯科医師会常務理事
	かねこ ひさし <b>兼子 久</b>	全国老人クラブ連合会理事
	きたがわ ひろやす <b>北川 博康</b>	全国健康保険協会理事長
	きもり こくと <b>城守 国斗</b>	日本医師会常任理事
	さねまつ たかのり <b>實松 尊徳</b>	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／神埼市長
	さの まさひろ <b>佐野 雅宏</b>	健康保険組合連合会会长代理
	しま ひろじ <b>島 弘志</b>	日本病院会副会長
	そでい たかこ <b>袖井 孝子</b>	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 <b>田島 健一</b>	全国町村会副会長・佐賀県白石町長
	なかむら さやか <b>中村 さやか</b>	上智大学経済学部教授
	にん かずこ <b>任 和子</b>	日本看護協会副会長
	はら かつのり <b>原 勝則</b>	国民健康保険中央会理事長
	ふじい りゅうた <b>藤井 隆太</b>	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 <b>前葉 泰幸</b>	全国市長会相談役・社会文教委員／津市長
	よこもと みつこ <b>横本 美津子</b>	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 <b>渡邊 大記</b>	日本薬剤師会副会長

(注) ◎印は部会長、○印は部会長代理である。



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

## 医療法等改正を踏まえた対応について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

## 改正の趣旨

高齢化に伴う医療ニーズの変化や人口減少を見据え、地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、地域医療構想の見直し等、医師偏在是正に向けた総合的な対策の実施、これらの基盤となる医療DXの推進のために必要な措置を講ずる。

## 改正の概要

\* を付した事項は衆議院による修正部分（概要）

### 1. 地域医療構想の見直し等【医療法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律等】

- ①-1 地域医療構想について、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。  
・病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする。  
・地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合の参画を求める。  
・医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能等）報告制度を設ける。
- ①-2 厚生労働大臣は5疾病・6事業・在宅医療に関し、目標設定・取組・評価が総合的に推進されるよう都道府県に必要な助言を行う。\*
- ①-3 都道府県は病床数の削減を支援する事業を行える（削減したときは基準病床数を削減）ほか、国は予算内で当該事業の費用を負担する。\*
- ② 「オンライン診療」を医療法に定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定を整備する。
- ③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。

### 2. 医師偏在是正に向けた総合的な対策【医療法、健康保険法、総確法等】

- ① 都道府県知事が、医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定めることとする。  
保険者からの拠出による当該区域の医師の手当の支給に関する事業を設ける。
- ② 外来医師過多区域の無床診療所への対応を強化（新規開設の事前届出制、要請勧告公表、保険医療機関の指定期間の短縮等）する。
- ③ 保険医療機関の管理者について、保険医として一定年数の従事経験を持つ者であること等を要件とし、責務を課すこととする。

### 3. 医療DXの推進【総確法、社会保険診療報酬支払基金法、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等】

- ①-1 必要な電子カルテ情報の医療機関での共有等を実現し\*、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。
- ①-2 2030年末までに電子カルテの普及率約100%を達成するよう、医療機関業務の電子化（クラウド技術等の活用を含む）を実現する。\*
- ② 医療情報の二次利用の推進のため、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベースの仮名化情報の利用・提供を可能とする。
- ③ 社会保険診療報酬支払基金を医療DXの運営に係る母体として名称、法人の目的、組織体制等の見直しを行う。  
また、厚生労働大臣は、医療DXを推進するための「医療情報化推進方針」を策定する。その他公費負担医療等に係る規定を整備する。

### 4. その他（検討規定）\*

- ① 外来医師過多区域での新たな診療所開設の在り方、② 医師手当事業に関して保険者等が意見を述べられる仕組みの構築、  
③ 介護・福祉従事者の適切な処遇の確保

等

## 施行期日

このほか、平成26年改正法において設けた医療法第30条の15について、表現の適正化を行う。

令和9年4月1日（ただし、一部の規定は公布日（1①-2及び①-3並びに4②及び③）、令和8年4月1日（1②、2①の一部、②及び③並びに4①）、令和8年10月1日（1①-1の一部）、公布後1年以内に政令で定める日（3①-1の一部及び①-2）、公布後1年6月以内に政令で定める日（3③の一部）、公布後2年以内に政令で定める日（1③及び3③の一部）、公布後3年以内に政令で定める日（2①の一部並びに3①-1の一部及び3②）等）

1. 保険医療機関の管理者に係る手続
2. 保険医療機関の期限付指定の期間
3. 参考



# 医師偏在対策に関するとりまとめ (令和6年12月18日 新たな地域医療構想等に関する検討会)

## 5. 今後の医師偏在対策の具体的な取組

### (2) 地域の医療機関の支え合いの仕組み

#### ③ 保険医療機関の管理者要件

- 2040年頃に向けて、複数疾患や医療・介護の複合ニーズを抱えた高齢者の増加及びこれによる医療費の増加が見込まれるところ、当該高齢者を支える中心となる保険医療機関については、適正な保険医療を効率的に提供することが求められる。このためには、地域内の他の医療機関や他職種との連携の強化、自機関内におけるチーム医療の推進をより一層求めていくことが必要であり、これを担う適切な管理能力を有する医師を各保険医療機関において確保することが必要である。
- 適切な管理能力を有する医師を各保険医療機関において確保することが必要であることを踏まえ、保険医療機関に運営管理の責任者として管理者を設け、保険診療に一定期間従事したことを要件とし、従業者の監督や当該機関の管理及び運営の責務を課すことが考えられる。また、医師少数区域等においては、要件の適用に当たって一定の配慮を行うことが考えられる。

# 保険医療機関の管理者

## ○趣旨

- 「医師偏在対策に関するとりまとめ」（令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会）において、医科については、適正な保険医療を効率的に提供するため、適切な管理能力を有する医師を、各保険医療機関において管理者として置くことが提示されていることを踏まえ、良質な医療の提供にもつながるよう、当該管理者の責務や要件について検討する必要がある。
- また、これは歯科においても必要であることから、同様に歯科の保険医療機関についても適切な管理能力を有する歯科医師を管理者として置くこととし、併せて検討することとする。

## ○責務

- 保険医療機関の管理者に対し、現に医療法の管理者に課している義務を参考に、保険医療機関の管理及び運営の責務を課すこととする。
- 具体的には、現に療養担当規則において保険医療機関に課している、診療報酬の請求を適正に行う責務等について、当該機関に勤務する従事者が遵守するよう、管理者が保険医療機関内の体制を整備すること等とする。

〈参考〉

◎医療法（昭和23年法律第205号）（抄）

第15条 病院又は診療所の管理者は、この法律に定める管理者の責務を果たせるよう、当該病院又は診療所に勤務する医師、歯科医師、薬剤師その他の従業者を監督し、その他当該病院又は診療所の管理及び運営につき、必要な注意をしなければならない。

2・3 （略）

◎保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）（抄）

（適正な手続の確保）

第二条の三 保険医療機関は、その担当する療養の給付に関し、厚生労働大臣又は地方厚生局長若しくは地方厚生支局長に対する申請、届出等に係る手続及び療養の給付に関する費用の請求に係る手続を適正に行わなければならない。

## ○要件

- この管理者の要件として、現に保険医であるとともに、次の要件を求ることとする。
  - 医師は、2年の臨床研修修了後、保険医療機関（病院に限る）における3年以上の保険医従事経験
  - 歯科医師は、1年の臨床研修修了後、保険医療機関における3年以上の保険医従事経験

※ 従事経験は、一定の所定労働時間/週を求ることとし、育児や介護をする者へは配慮を行う。

※ 経過措置として、施行の際、次の措置を検討。

①現に保険医療機関の管理者である者は、同一機関の管理者である間は要件を適用しないこと

②現に臨床研修を修了した医師又は歯科医師である者（①が適用される者を除く。）は、現に保険医であるとともに、保険医療機関における3年以上の保険医従事経験を有することにより要件を満たすこと

※ 上記のほか、次の要件を満たす場合等についても、保険医療機関の管理者となることを可能とすることを検討。

③地域枠等・自治医科大学を卒業した者のうち義務年限中の医師、キャリア形成プログラムの適用を受けて医師少数区域等に所在する保険医療機関において従事する医師、日本専門医機構が認定する基本領域の専門医資格を持つ医師である場合

④矯正医官、医師又は歯科医師である自衛官等の公務員として5年の従事経験がある場合

⑤やむを得ない事情により、保険医療機関を継承する場合

## ○その他

- 管理者が、相当の注意及び監督を尽くしていなかったために、当該保険医療機関において診療報酬の不正請求等が行われた場合（※）は、管理者が保険医療機関を管理及び運営する責務を果たしていないことから、厚生労働大臣は保険医療機関の指定取消し又は保険医の登録取消しを行ふことを可能とする。

※ 監査要綱（要改正）に基づき、管理者の責務違反が故意又は重大な過失の繰り返しに該当するか否かを個別具体的に判断。

# 保険医療機関の管理者について (1) 責務

## ○保険医療機関の管理者の責務について

- ・ 健康保険法における「保険医療機関の管理者」と、医療法における「医療機関の管理者」は、同一人物でなければならない。
- ・ 中医協において、健康保険法第70条の2第2項の規定に基づく保険医療機関の管理者の責務については、保険医療機関の責務及び保険医の責務と同様に、保険医療機関及び保険医療養担当規則（以下「療担規則」という。）に、次に掲げる責務を規定することとされ、改正省令を公布済。

### ① 保険医療機関内の保険医が療担規則第2章「保険医の診療方針等」を遵守するよう監督すること（※1）

※1 医師、歯科医師、薬剤師その他の従業者を広く監督することについては、法律に責務として規定済。

### ② 保険医療機関内における、療養の給付に関する厚生労働大臣等に対する申請、届出等に係る手続や、療養の給付に関する費用の請求に係る手續を適正に行われるよう監督すること（※2）

※2 参考：療担規則第2条の3

（適正な手續の確保）

第2条の3 保険医療機関は、その担当する療養の給付に関し、厚生労働大臣又は地方厚生局長若しくは地方厚生支局長に対する申請、届出等に係る手續及び療養の給付に関する費用の請求に係る手續を適正に行わなければならぬ。

### ③ 保険医療機関内の診療録の記載及び整備並びに療養の給付の担当に関する帳簿及び書類その他の記録の保存を適正に行われるよう監督すること（※3）

※3 参考：療担規則第8条及び第9条

（診療録の記載及び整備）

第8条 保険医療機関は、第二十二条の規定による診療録に療養の給付の担当に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録と区別して整備しなければならぬ。（帳簿等の保存）

第9条 保険医療機関は、療養の給付の担当に関する帳簿及び書類その他の記録をその完結の日から三年間保存しなければならぬ。ただし、患者の診療録については、その完結の日から五年間とする。

### ④ 保険医療機関内の医師、歯科医師、薬剤師その他の従業者の連携を図るとともに、地域の病院若しくは診療所その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携を図ること（※4）

※4 参考：医療法第1条の4

第1条の4第4項 病院又は診療所の管理者は、当該病院又は診療所を退院する患者が引き続き療養を必要とする場合には、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携を図り、当該患者が適切な環境の下で療養を継続することができるよう配慮しなければならない。

# 保険医療機関の管理者について (2)要件

## ○厚生労働省令で定める要件について

- ・ 保険医療機関の管理者については、健康保険法第70条の2第1項において、次に掲げる要件のいずれにも該当する者であることが要件として定められた。
  - ① 現に保険医であること
  - ② 医師法又は歯科医師法に規定する臨床研修修了後に、保険医療機関（医科の場合は病院に限る。）において3年以上診療に従事した経験その他の厚生労働省令で定める要件を備えるもの
- ・ 中医協において、適切な管理能力を有する者を保険医療機関に確保するという趣旨を踏まえ、上記の破線部については、次に掲げるア～エの類型のものとすることとされ、改正省令を公布済。また、具体的にどのような事例が該当するかの例示については、施行に向けて通知等において示すこととされた。
  - ア 臨床研修修了後に適正に保険診療に3年間従事したが、キャリアの事情により要件を満たすことができない場合  
(例)
    - ・ 地域枠等や自治医科大学を卒業した者のうち義務年限中の医師、キャリア形成プログラムの適用を受けて医師少数区域等に所在する保険医療機関において従事する医師、またこれらを終えて3年以内の医師である場合
    - ・ 日本専門医機構が認定する基本領域の専門医資格を持つ者その他これに準ずる者である場合
    - ・ 保険者立の病院又は診療所（医師の場合は病院に限る。）において、3年の診療従事経験がある場合
  - イ 医師等の専門知識を活用して公務員等として5年以上勤務し、適正に法令を遵守する能力があると認められる場合  
(例)
    - ・ 矯正医官、医師又は歯科医師である自衛官等の公務員として5年の勤務経験がある場合
  - ウ 経験年数を課す要件について個々の要件では3年又は5年の経験年数を満たさないが、合算して5年の経験年数がある場合  
(例)
    - ・ 保険医療機関にて2年の診療従事経験、保険者立の病院にて2年の診療従事経験及び公務員として1年の勤務経験
  - エ 緊急に保険医療機関を承継する等のやむを得ない事情がある場合  
(例)
    - ・ 管理者が急逝し、保険医療機関を存続させるためには他の要件を満たさない者が承継するほかない場合
    - ・ 地域医療維持のために拠点病院等から派遣され、保険医療機関の管理者となる場合

# 保険医療機関の管理者について (3) 経過措置・届出の留意点

## ○経過措置について

- 改正法において、以下の経過措置を措置済。
  - 施行日（令和8年4月1日）において、現に保険医療機関の管理者である者は、3年間は要件を満たさない場合でも、引き続き保険医療機関の管理者であり続けることが可能。ただし、この経過措置は施行日から同一機関の管理者である間に限って適用すること。
  - 施行日において、現に臨床研修を修了した医師又は歯科医師である者は、現に保険医であるとともに、「保険医療機関において3年以上保険医として診療その他管理及び運営に関する業務を行った経験」を有する場合（法に規定する要件に比べ、診療以外の業務も行うことを認める緩和した要件）は、保険医療機関の管理者となることが可能。

## ○届出の留意点【登録省令改正】

- 健康保険法における「保険医療機関の管理者」と、医療法における「医療機関の管理者」は同一人物でなければならぬことから、現在、厚生労働省（地方厚生（支）局）は既存の保険医療機関の管理者の氏名等については把握済。このため、施行に伴い、既存の保険医療機関は、管理者について新たに届け出ることは不要。
- 施行日以降、保険医療機関が管理者を変更する場合には、従来と同様に変更の届出を行っていただく。
- 一方で、今後は管理者に係る届出に当たっては、様式に要件を満たしている旨を記載いただいた上で、要件を満たすことを証する書類を添付して提出いただき（次ページ参照）、厚生局において確認を行うこととしてはどうか（※）。

※ 保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令の改正

## 保険医療機関の管理者について (4)添付書類

## ○添付書類について

- ・ 保険医療機関の管理者に係る添付書類のイメージは次のとおり。

(表面)

## 保険医療機関の管理者に係る添付書類

**(1) 下記の要件を満たす場合はチェックを入れること。**

① 保険医であること。

□

**(2) 下記の①～⑥の要件のうち、いずれか満たすものにチェックを入れること。なお、複数満たす場合は、いずれか1つで構わない。**

① 令和8年4月1日において臨床研修を修了しており（※）、保険医療機関たる病院又は診療所において、保険医として3年以上（臨床研修の期間を含む。）診療その他管理及び運営に関する業務を行った経験を有すること。<経過措置に該当する者>

□

② 臨床研修の修了後（※）、保険医療機関（医師の場合は、病院に限る。）において保険医として3年以上診療に従事した経験を有すること。

□

③ 臨床研修の修了後（※）、特定の保険者が開設する病院又は診療所（医師の場合は、病院に限る。）において3年以上診療に従事した経験を有すること。

□

④ 地域枠で入学・卒業した医師、自治医科大学を卒業した医師等のキャリア形成プログラムの適用を受けている又は適用後3年以内であること。

□

⑤ 一般社団法人日本専門医機構が認定する基本領域の専門医の資格を持つ又は専門研修プログラムの修了後3年以内であること。

□

⑥ 臨床研修の修了後（※）、矯正医官、医師又は歯科医師である自衛官その他の公務員として5年以上の勤務した経験を有すること。

□

⑦ ②、③、⑥のいずれかの要件に係る期間の合計が5年を超えること。

□

⑧ 緊急に保険医療機関の管理者を承継しなければならない等、やむを得ない事由があること。

□

（※）臨床研修の必修化前（医師は平成15年度以前、歯科医師は平成17年度以前）に医師・歯科医師となった者については、臨床研修を修了せずとも可。

**(3) (2)の①、②、③、⑥又は⑦にチェックを入れた場合は、裏面の【勤務歴】に記載すること。**

<（裏面）【勤務歴】の記載上の注意>

- ・勤務歴に記載する期間は、1か月単位により満たすか否かを判断すること。
- ・「週4日以上常態として勤務、かつ、所定労働時間が週31時間以上」であった月数について記載すること。
- ・所属する医師や法人の人事により、1週間に複数の保険医療機関で勤務していた者は、「1つの保険医療機関において週2日以上常態として勤務、かつ、勤務する保険医療機関における診療に従事する時間の合計が週31時間以上」であった月数について記載することが可能。
- ・育児・介護により、所定労働時間が短縮されていた者は、「所定労働時間が週30時間以上」であった月数について記載することが可能。
- ・大学や大学院等に在籍しており、学業や研究等の本業がありながら、診療に従事した者は、「週2日以上常態として勤務、かつ、診療に従事した時間が週16時間以上」であった月数について、当該期間の1/2の期間を「要件を満たした期間」に記載することが可能。

**(4) (2)の④又は⑤にチェックを入れた場合は、裏面の【備考欄】に概要を記載し、これらの要件を満たすことを証明する書類の写しを添付すること。**

<（裏面）【備考欄】の記載上の注意>

- ・④はキャリア形成プログラムの適用中である旨又は適用後3年以内である旨を記載すること。
- ・⑤は専門医資格を持つ旨又は専門研修プログラムの修了後3年以内である旨を記載すること。

**(5) (2)の⑧にチェックを入れた場合は、裏面の【備考欄】に事由を記載すること。**

(裏面)

1. 保険医療機関の管理者に係る手続
2. 保険医療機関の期限付指定の期間
3. 参考



※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会報告書より作成

## 医師偏在の是正に向けた基本的な考え方

### ① 医師偏在対策の総合的な実施

- ・医師確保計画に基づく取組を進めつつ、経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程を通じた取組等を組み合わせた総合的な対策を進める

### ② 全ての世代の医師へのアプローチ

- ・若手医師を対象とした医師養成過程中心の対策から、中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師へのアプローチ

## 今後の医師偏在対策の具体的な取組

### (1) 医師確保計画の実効性の確保

#### ① 重点医師偏在対策支援区域(仮称)、② 医師偏在是正プラン(仮称)

- ・今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが早い地域等を「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」と設定し、優先的・重点的に対策を進める
- ・重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地対協・保険者協議会で協議の上で選定(市区町村単位・地区単位等含む)。
- ・医師確保計画で「医師偏在是正プラン(仮称)」を策定。地対協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める
- ・是正プランは緊急的取組を要する事項から策定、R 8年度全体策定

### (2) 地域の医療機関の支え合いの仕組み

#### ① 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等

- ・管理者要件として医師少数区域等での勤務経験を求める医療機関に、公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の病院を追加。医師少数区域等での勤務経験期間は6か月以上から1年以上に延長。施行時に柔軟な対応が必要

#### ② 外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等の仕組みの実効性の確保

- ・都道府県から外来医師過多区域の新規開業者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする

### ③ べき地保健医療対策を超えた取組の実施

- ・人口規模、地理的条件等から医療機関の維持が困難な地域については、医師偏在指標だけでなく、可住地面積あたりの医師数等の地域の実情を踏まえ、都道府県ごとに支援が必要な地域を明確化の上で対策を実施

⇒「保険あってサービスなし」との事態に陥る可能性があることから、将来にわたり国民皆保険を維持し、地域の必要な医療機能を確保することが必要であり、全ての関係者が協働することが重要。

- ・要請に従わない医療機関に対する医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮

#### ③ 保険医療機関の管理者要件

- ・保険医療機関に管理者を設け、保険診療に一定期間従事したことを要件とし(医師少数区域等は一定配慮)、責務を課す

### (3) 経済的インセンティブ

- ・診療所の承継・開業・地域定着支援(緊急的に先行して実施)
- ・派遣医師・従事医師への手当増額(保険者から広く負担を求める、給付費の中で一括りに捉える)※保険給付と関連の乏しい使途に当たるのではないかとの意見あり
- ・医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援  
※これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援
- ・医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応をさらに検討。

### (4) 全国的なマッチング機能の支援等

- ・医師の掘り起こし、現場体験、医師不足地域の医療機関とのマッチングや定着等のための全国的なマッチング支援

### (5) リカレント教育の支援

### (6) 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定

### (7) 医師偏在指標のあり方

### (8) 医師養成過程を通じた取組

### (9) 診療科偏在の是正に向けた取組

# 外来医師過多区域における新規開業希望者への地域で不足している医療機能の提供等の要請等のフローイメージ(案)

## 医療法 (都道府県)

外来医師過多区域、地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容の公表  
※ 外来医療の協議の場における協議内容を踏まえる

## 健康保険法 (厚生労働大臣)

### 提供する予定の医療機能を記載した事前届出

不足する機能等を提供する

不足する機能等を提供しない

### 外来医療の協議の場への参加・理由等の説明の求め

①外来医療の協議の場での調整

不足する機能等を提供する・やむを得ない理由等である

不足する機能等を提供しない・やむを得ない理由等でない

### 期限を定めて要請

※ 地域で不足する機能、医師不足地域での医療の提供の要請

要請に応じる

提供している

要請に応じない

提供していない

開業6か月前

通知  
開業

### 保険医療機関の指定を3年とする

②要請に従い、不足する機能等を提供しているか

※年に1回、都道府県医療審議会又は外来医療の協議の場への参加を求める。

指定期間が3年の間、以下の措置を講じる(例)  
 - 医療機関名等の公表  
 - 保健所等による確認  
 - 診療報酬上の対応

③要請された機能等を提供していない理由等はやむを得ないか

### 都道府県医療審議会への出席・理由等の説明の求め

※要請時と事情が変更した場合等

やむを得ない理由等である

やむを得ない理由等でない

指定期間が3年の間、以下の措置を講じる(例)  
 - 医療機関名等の公表  
 - 保健所等による確認  
 - 診療報酬上の対応

④勧告に従い、不足する機能等を提供しているか

### 勧告

※ 都道府県医療審議会の意見を事前に聴く

提供している

提供していない

通知

### 指定を6年とする

### 再度指定を3年とする

※3年以内も可

開業3年後

※上記と同じ

※都道府県における外来医師過多区域対応事業(地域医療介護総合確保基金)

※④を3年ごとに実施

開業3年後の指定期間が3年の場合、毎年1回、外来医療の協議の場への参加を求める。

### 公表

**改正後の医療法**

第三十条の十八の六 (略)

- 11 都道府県知事は、第六項の規定による要請を受けた届出者等がこれに応じなかつたとき、第九項の規定による勧告をしたときは、当該勧告を受けた診療所の開設者若しくは管理者がこれに従わなかつたときは、その旨を厚生労働大臣に通知するものとする。

**改正後の健康保険法**

第六十八条の二 厚生労働大臣は、診療所の開設者又は管理者が医療法第三十条の十八の六第六項の規定による都道府県知事の要請を受け、これに応じなかつた場合、同条第九項の規定による都道府県知事の勧告を受けた場合又は当該勧告を受け、これに従わなかつた場合には、前条第一項の規定にかかわらず、厚生労働省令で定めるところにより、第六十三条第三項第一号の指定を行うに当たっては、三年以内の期限を付することができる。

**医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）**

- さらに、開業前に要請された診療所が当該要請後に保険医療機関の指定を受けた場合は、厚生労働大臣が行う保険医療機関の指定について、**指定期間を6年でなく3年とする**。都道府県は、指定期間が3年となつた保険医療機関が3年後の更新を行う前に、地域で不足している医療機能の提供や医師不足地域での医療の提供といった地域医療への貢献等を都道府県医療審議会等において確認した上で、必要に応じて、前述の勧告を行い、厚生労働大臣は**勧告を受けた診療所の保険医療機関の指定期間を3年より短い期間とすることを可能とし、事例によって標準的な期間を示しておく**。
- あわせて、これらの開業者に必要な対応を促す観点から、都道府県医療審議会や外来医療の協議の場への毎年1回の参加を求めるとともに、**要請又は勧告を受けたことの医療機能情報提供制度による報告・公表**、都道府県のホームページ等での勧告に従わない医療機関名や理由等の公表、保健所等による確認、診療報酬上の対応、補助金の不交付等を行う。

**論点****① 保険医療機関の指定期間を3年以下とする場合の標準的な期間**

- 保険医療機関の指定期間を3年以下とする場合の標準的な期間について、以下のとおりする。

※ 経済的ディスインセンティブ等について、以下の類型に合わせた対応を求められる可能性があることに留意

	指定期間	類型
	3年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要請を受けて、期限までに応じなかつた診療所</li> <li>・勧告を受けた診療所</li> <li>・保険医療機関の再指定時に、勧告に従わない状態が続いた場合（2度目の指定）</li> </ul>
	2年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険医療機関の再々指定時以降に、勧告に従わない状態が続いた場合（3度目の指定以降）</li> </ul>

**② 保険医療機関の指定期間が短縮された者に対する対応**

- 医療機能情報提供制度（ナビイ）において、「外来医師過多区域で令和8年10月以降に開設した無床診療所について、地域外来医療の提供の有無及び内容、医療法による要請又は勧告の有無」を項目として追加することとする。

# 保険医療機関の期限付指定について

## ○趣旨

- 「医師偏在対策に関するとりまとめ」（令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会）において、都道府県から外来医師過多区域の新規開業者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求める、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とすることとし、当該要請に従わない医療機関に対する厚生労働大臣が行う保険医療機関の指定については、有限な保険料財源を原資とする保険医療機関として、より効率的な医療提供を行うよう、その提供内容の見直しを促す観点から、その指定期間を6年でなく3年以内とすることが提示されていることを踏まえ、保険医療機関の期限付指定の取扱いについて検討する必要がある。

## ○期限付指定【登録省令改正】

- 外来医師多数区域にて新たに開業し、保険医療機関の指定を受けようとする者について、医療法における地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請・勧告を受けている場合は、次のとおり保険医療機関の指定に期限を付けることを可能とする。

指定期間	類型
3年	<ul style="list-style-type: none"><li>要請を受けて、期限までに応じなかつた診療所（1度目の指定）</li><li>勧告を受けた診療所（1度目の指定中）</li><li>保険医療機関の再指定時に、勧告に従わない状態が続いた場合（2度目の指定）</li></ul>
2年	<ul style="list-style-type: none"><li>保険医療機関の再々指定時以降に、勧告に従わない状態が続いた場合（3度目の指定以降）</li></ul>

## <参考>

- 改正法において、以下の手続きを措置済。

- (1) 開業者の保険医のみが診療する診療所又はこれに準ずる診療所の保険医療機関としての指定については、6年の指定期間の経過後、別段の申出がないときは、更新の手続をせずとも、6年の指定が更新されるところ、期限付指定を受けた者については、この指定の更新は行わず、指定の申請を行わなければならない。（健康保険法第68条第2項）
- (2) 開業者の保険医のみが診療する診療所については、当該医師が保険医登録をした場合、当該診療所を保険医療機関とみなしている（以下「みなし指定」という。）が、医療法に基づく都道府県知事からの要請を受けた者については、みなし指定を行わない。（健康保険法第69条）

1. 保険医療機関の管理者に係る手続
2. 保険医療機関の期限付指定の期間
3. 参考



# 【参考】保険医療機関の管理者について 経験年数の計算方法

## ○診療従事要件の経験年数の計算方法について【通知事項】

- 臨床研修修了後の保険医療機関（医師の場合は病院に限る。以下このページにおいて同じ。）における3年以上の診療従事経験については、個人によって勤務形態・時間等が様々であることから、一定の経験を担保するため、医療法・診療報酬上の医師の常勤要件を参考に、「週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上（※）」（以下「勤務要件」という。）を基本とし、1か月単位で満たすか否かを判断し、これを36か月満たすことを原則求めることを検討中。

※ 診療報酬上の常勤要件については、令和8年度診療報酬改定における見直しが検討されていることから、当該検討状況を踏まえた取扱いとする。

- ただし、次に掲げる場合については配慮することとする。
  - 所属する医局や法人の人事の都合により、1週間に複数の保険医療機関で勤務する必要がある者は、勤務要件について、「1つの保険医療機関において週2日以上常態として勤務、かつ、勤務する保険医療機関における診療に従事する時間の合計が週32時間以上」と緩和する。
  - 育児・介護により、所定労働時間が短縮されている者は、勤務要件について、「週4日常態として勤務」を求めないとともに、所定労働時間を週30時間以上に緩和する。
  - 大学や大学院等に在籍しており、学業や研究等が本業である上で、診療に従事している者については、週2日以上常態として勤務、かつ、診療に従事する時間が週16時間以上である場合は、当該期間の1/2を経験年数に算入することを可能とする。

# 【参考】保険医療機関の管理者について 監査要綱

## ○ 監査要綱の対応について【通知改正】

- ・ 厚生労働大臣若しくは地方厚生（支）局長又は都道府県知事が行う健康保険法等に基づく監査については、「保険医療機関等及び保険医等の指導及び監査について」（平成7年12月22日厚生省保険局長通知）別添2「監査要綱」において、その詳細を定めている。
- ・ 今般の改正法による改正後の健康保険法第80条第2号及び第81条第2号の規定により、保険医療機関の管理者が、第70条の2第2項の規定に違反したとき（当該違反を防止するため、当該保険医療機関の管理者として、相当の注意及び管理を尽くしたときを除く。）、保険医療機関の指定又は保険医の登録を取り消すことができることとされた。
- ・ これに係る基準を定めるため、今後、行政手続法の規定に基づき、パブリックコメントを実施した上で、監査要綱の改正を行うことを検討中。

（参考）監査要綱の現在の記載

### 第6 監査後の措置

1 行政上の措置 行政上の措置は、健康保険法第80条の規定に基づく保険医療機関等の指定の取消、同法第81条の規定に基づく保険医等の登録の取消（以下「取消处分」という。）並びに保険医療機関等及び保険医等に対する戒告及び注意とし、不正又は不当の事案の内容により、次の基準によって行う。

#### (1)取消処分

地方厚生（支）局長は、保険医療機関等、保険医等又はが次のいずれか1つに該当するときは、当該地方厚生（支）局に置かれる地方社会保険医療協議会に諮問して、取消処分を行う。なお、地方厚生（支）局長は、地方社会保険医療協議会へ諮問する前に、関係資料を添えて厚生労働省保険局長に内議を行う。

①故意に不正又は不当な診療を行ったもの。

②故意に不正又は不当な診療報酬の請求を行ったもの。

③重大な過失により、不正又は不当な診療をしばしば行ったもの。

④重大な過失により、不正又は不当な診療報酬の請求をしばしば行ったもの。

#### (2)戒告

地方厚生（支）局長は、保険医療機関等又は保険医等が次のいずれか1つに該当するときは、戒告を行う。

①重大な過失により、不正又は不当な診療を行ったもの。

②重大な過失により、不正又は不当な診療報酬の請求を行ったもの。

③軽微な過失により、不正又は不当な診療をしばしば行ったもの。

④軽微な過失により、不正又は不当な診療報酬の請求をしばしば行ったもの。

#### (3)注意

地方厚生（支）局長は、保険医療機関等又は保険医等が次のいずれか1つに該当するときは、注意を行う。

①軽微な過失により、不正又は不当な診療を行ったもの。

②軽微な過失により、不正又は不当な診療報酬の請求を行ったもの。

## 【参考】関連条文

### ○改正法による改正後の健康保険法（大正11年法律第70号）

#### （保険医療機関の期限付指定）

第六十八条の二 厚生労働大臣は、診療所の開設者又は管理者が医療法第三十条の十八の六第六項の規定による都道府県知事の要請を受け、これに応じなかった場合、同条第九項の規定による都道府県知事の勧告を受けた場合又は当該勧告を受け、これに従わなかつた場合には、前条第一項の規定にかかわらず、厚生労働省令で定めるところにより、第六十三条第三項第一号の指定を行うに当たつては、三年以内の期限を付することができる。

2 前項の規定により期限が付された第六十三条第三項第一号の指定については、前条第二項の規定は、適用しない。

#### （保険医療機関の管理者の責務）

第七十条の二 保険医療機関の管理者は、次に掲げる要件のいずれにも該当する者でなければならない。

- 一 保険医であること。
  - 二 医師法（昭和二十三年法律第二百一号）第十六条の二第一項の規定による臨床研修の修了後に保険医療機関（病院に限る。）において保険医として三年以上診療に従事した経験又は歯科医師法（昭和二十三年法律第二百二号）第十六条の二第一項の規定による臨床研修の修了後に保険医療機関において保険医として三年以上診療に従事した経験その他の厚生労働省令で定める要件を備える者であること。
- 2 保険医療機関の管理者は、適正な医療の効率的な提供を図るため、厚生労働省令で定めるところにより、当該保険医療機関に勤務する医師、歯科医師、薬剤師その他の従業者を監督するとともに、当該保険医療機関の管理及び運営につき、必要な注意をしなければならない。



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

## 第4期医療費適正化計画における 地域フォーミュラリについて

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

# 地域フォーミュラリに関するガイドライン

「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、令和4年度厚生労働科学特別研究事業において、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し、令和5年7月7日付で都道府県あてに周知。

## ● 地域フォーミュラリの定義

「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」。

## ● 地域フォーミュラリの目的

良質な薬物療法の提供を目的とし、最新の科学的なエビデンスに基づき、医学的・薬学的観点のほか経済性等も踏まえて、地域における関係者の協働の下で作成・運用。

## ● 地域フォーミュラリの作成と運用

医療機関の医師及び薬剤師、薬局の薬剤師等地域医療を担う関係者からなる組織を設置し、地域の医師会や薬剤師会等の関係団体の協力を得ながら、関係者の協働と合議の下で、契約関係などの利益相反の開示を含め透明性を確保し作成・運用するべき。また、地域の医療情報を反映させかつ実効性を高めるために行政機関や保険者などの関与も可能な限り検討すること。

## ● 地域フォーミュラリの導入と運用

地域の医療機関、薬局のほか、医師会、薬剤師会等の関係団体、行政等の関係機関への周知や説明会開催など、地域の医療機関・薬局が理解して活用できるよう、丁寧に説明を行う必要。導入により、医薬品の使用に制限が生じるものではなく、例えば治療を始めている患者に投薬中の医薬品を継続することで差し支えない。また、作成後も最新の情報に基づき適時適切に更新する必要。

## ● 地域フォーミュラリ導入の効果・影響の評価

導入により薬物療法の質に与える効果や影響、薬剤費の適正化を定量的に評価することが望ましいことから、評価のための指標やその情報収集・分析のための計画も合わせて設定することを考慮。

# 地域フォーミュラリの作成状況（令和7年5月調査）

- 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。）、一都道府県内の複数地域で策定されている例もあり、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。

（※）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。

## 参加主体

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。

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

策定に係る検討の場としては新規に立ち上げたものが一番多く、次に後発医薬品使用促進協議会などの既存の協議会を活用したもののが多かった。

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

## 対象となる医薬品の種類

都道府県が把握している17件の中では、プロトンポンプ阻害剤（12件）が最も多く、HMG-CoA還元酵素阻害薬（11件）、アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬（9件）が続いた。

# 地域フォーミュラリのメリット

地域フォーミュラリのメリットについては、過去の調査等から以下のような指摘がされている。

## ◆ 患者・国民

※厚労科研「地域フォーミュラリ事例および質問票調査に基づいた実施ガイドラインの開発」研究報告書や厚労省保険局が実施したヒアリング結果などを下に、厚労省保険局が作成。

1. 医療の質の向上：エビデンスに基づいた薬剤が選定されることで、より安全で効果的な治療が受けられる。
2. 薬剤の適正使用：重複投与・残薬の解消や後発医薬品の推進により薬剤費の自己負担が軽減される。

## ◆ 医師・医療機関

1. 標準化による診療支援：地域で推奨される薬剤が明示されることで、診療判断の参考になり、治療方針の均一化が図れる。
2. 地域連携の促進：地域の医療資源を踏まえた薬剤選定が可能となり、病院や診療所間における薬剤の継続利用につながる。

## ◆ 薬剤師・薬局

1. 標準化による調剤支援：地域で推奨される薬剤が明示されることで、処方の標準化による調剤業務の負担軽減につながる。
2. 薬局の在庫減少：薬剤の使用品目の集約化により、在庫管理がスムーズになり、薬局の過剰在庫が減る。

## ◆ 医師・薬剤師共通

1. 卸売業者が優先的に取り扱うため、在庫不足にならず、災害時も含めて安定供給に資する。
2. 医師からの夜間等の緊急の処方依頼も多いが、（品目が集約化されることで）緊急対応が行いやすくなる。

## ◆ 都道府県・保険者

1. 医療費の適正化：後発医薬品の推進により、薬剤費の削減が期待できる。
2. 地域全体の薬剤管理：使用状況を把握し、コスト意識を高める。

# 地域フォーミュラリによる診療支援

地域フォーミュラリによる診療支援の効果について、山形県酒田市においてアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬（ARB）推奨薬の利用率の分布をみると、地域フォーミュラリのリストに沿って地域全体で治療方針が均一化されている。また、過去の調査においてもリストが役に立っているという医師の意見もあった。

- 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における地域フォーミュラリの推奨薬であるアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬（ARB）推奨薬の利用率の分布は、オルメサルタン後発が全国値と比較して、21%から32%、テルミサルタンは17%から27%と上昇している。また、リストにない他の成分についても全国値よりも数値が低下している。

	全国計 2024	山形県酒田市 2024
アジルサルタン先発	3%	1%
アジルサルタン後発	16%	12%
イルベサルタン先発	1%	0%
イルベサルタン後発	4%	1%
オルメサルタン先発	2%	1%
オルメサルタン後発	21%	32%
カンデサルタン先発	2%	0%
カンデサルタン後発	16%	15%
テルミサルタン先発	2%	0%
テルミサルタン後発	17%	27%
バルサルタン先発	1%	0%
バルサルタン後発	10%	4%
ロサルタン先発	1%	1%
ロサルタン後発	6%	6%

山形県酒田市ARB推奨薬：テルミサルタン、オルメサルタン  
※2024年度NDBデータを用いて、患者数を厚生労働省において分析。

- 厚労科研「地域フォーミュラリ事例および質問票調査に基づいた実施ガイドラインの開発」において、令和4年度に医師の意識調査として、地域フォーミュラリがすでに運用されている山形県酒田地区等の診療所医師、病院医師に対して調査を行った。

- フォーミュラリを地域で実施することの必要性については以下の意見があった。

【酒田（診療所）】

- ・病院だけでの取り組みでは病診連携がうまくいかない。やる以上地域全体で取り組むことが肝要。フォーミュラリで使用する薬剤は診療所でも使用が多いと考えたため。

【酒田（病院）】

- ・病診連携を考えると地域で処方薬を統一した方が良い。
- ・初診患者のお薬手帳の内容確認の手間や誤処方のリスクを減らせる。

- ARBにおける地域フォーミュラリ導入による具体的な影響については以下の意見があった。

【酒田（診療所）】

- ・なるべく策定された薬を処方するようになった。選択を考える一因になった。薬の選択に利用。薬剤の優先順位を決めある程度パターン化した。など。

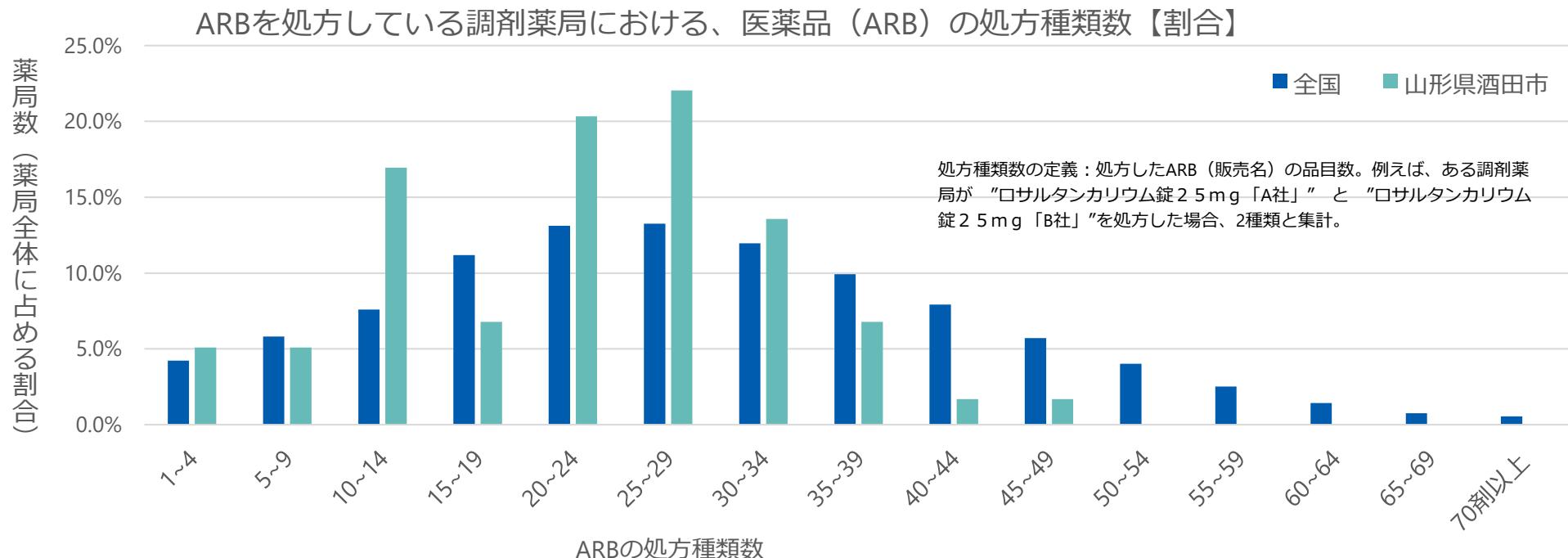
【酒田（病院）】

- ・推奨薬の処方が多くなった。推奨薬の処方が増えた。アジルサルタン→テルミサルタン、オルメサルタン。第1選択を悩まなくなった。など。

※厚労科研「地域フォーミュラリ事例および質問票調査に基づいた実施ガイドラインの開発」研究報告書より、厚労省保険局が作成。

# 地域フォーミュラリによる調剤支援

山形県酒田市における地域フォーミュラリの推奨薬であるアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬（ARB）の種類数を薬局毎に分析。2024年度には全国値が29であるところ、全国と比較して薬局における平均処方種類数は23に低下している。（ただし、酒田市は2018年からARBの地域フォーミュラリ開始しているため、地域フォーミュラリのリストが地域に浸透していることに留意）



処方医薬品種類数	平均処方種類数	1~4	5~9	10~14	15~19	20~24	25~29	30~34	35~39	40~44	45~49	50~54	55~59	60~64	65~69	70剤以上
全国	29	4.2%	5.8%	7.6%	11.2%	13.1%	13.2%	12.0%	9.9%	7.9%	5.7%	4.0%	2.5%	1.4%	0.8%	0.5%
山形県酒田市	23	5.1%	5.1%	16.9%	6.8%	20.3%	22.0%	13.6%	6.8%	1.7%	1.7%	0%	0%	0%	0%	0.0%

※2024年度NDBデータを用いて、ARBの処方種類数を厚生労働省において分析。

# 地域フォーミュラリによる後発医薬品促進

## 後発医薬品の使用割合促進効果

- 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（後発のみ）の利用率は、酒田市は地域フォーミュラリ開始後に42%から77%、八尾市は34%から63%と上昇している。ただし、全国値も30%から61%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（2023年にアジルサルタンの後発医薬品が発売。）に留意が必要。
- プロトンポンプ阻害剤（PPI）推奨薬（後発のみ）の利用率は、酒田市は地域フォーミュラリ開始後に31%から64%、八尾市は31%から53%と上昇している。ただし、全国値も32%から55%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。

## 後発医薬品の医療費削減効果

- アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬（ARB）の金額は、酒田市は地域フォーミュラリ開始後（2017年）に267百万円、その後薬剤費は順調に75百万円まで低下している。またプロトンポンプ阻害剤（PPI）の金額も260百万円から167百万円と同様の傾向となっている。
- 人口約10万人（酒田市）において、ARBのみで約2億円弱、PPIのみで約1億円弱の医療費削減効果。**全国的に後発医薬品の使用割合は促進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。

## ○ A R B 推奨薬（後発のみ）の利用率

年度	全国	酒田市	八尾市
2017	30%	28%	34%
2018	44%	42%	49%
2019	48%	53%	50%
2020	50%	60%	51%
2021	52%	65%	52%
2022	53%	68%	53%
2023	61%	77%	63%

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」「トーワ」「DSEP」カンデサルタン：「トーワ」「サワイ」「ケミファ」テルミサルタン：「トーワ」「サワイ」「ニブロ」アジルサルタン：「武田テバ」「ニブロ」「DSEP」「サワイ」

※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。

※2017年度～2023年度NDBデータを分析。なお、比較のためARB推奨薬は「テルミサルタン、オルメサルタン、カンデサルタン、アジルサルタン」の後発品を集計対象とし、PPI推奨薬として「ランソプラゾール、ラベプラゾール、エソメプラゾール」の後発品を集計対象とし、それぞれ地域別に患者数を集計。

## ○ P P I 推奨薬（後発のみ）の利用率

年数	全国	酒田市	八尾市
2017	32%	27%	32%
2018	32%	31%	30%
2019	35%	47%	32%
2020	36%	51%	32%
2021	37%	51%	32%
2022	43%	55%	41%
2023	55%	64%	53%

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「サワイ」「トーワ」、「ラベプラゾール「サワイ」「トーワ」「武田テバ」、エソメプラゾール「トーワ」「サワイ」「ニブロ」（逆流性食道炎の場合ボノプラゾン（先発））

## 山形県酒田市

薬剤費合計金額（百万円）	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬（ARB）	267	206	187	157	155	147	84	75
プロトンポンプ阻害剤（PPI）推奨薬	260	229	228	213	217	209	163	167

※2024年度NDBデータを分析

# 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

# 地域フォーミュラリの取組の記載の追加①

## (第4期医療費適正化計画への追加(都道府県の取組))

- 「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、令和7年5月の調査では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、**都道府県・国が必要な取組を具体的に第4期医療費適正化基本方針に追記する。**
- また**令和8年度中に各都道府県において策定に向けて検討する場が設けられ、都道府県内の地域フォーミュラリの取組が進むように**、都道府県の必要な取組だけでなく、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。

### 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

二 計画の内容に関する基本的事項

3 目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項

(2) 医療の効率的な提供の推進

② 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進

(略) 医薬品の適正使用の効果も期待されるという指摘もあるフォーミュラリについて、**各都道府県において策定に向けて検討する場が設けられるよう、医療関係者との合意形成促進、会議運営、都道府県域内の医療関係者に対する「フォーミュラリの運用について」(令和5年7月)の周知、好事例の展開や都道府県域内の地域フォーミュラリの周知による理解促進、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活用等の必要な取組を進めることが考えられる。また、「安定供給の確保を基本として、後発医薬品を適切に使用していくためのロードマップ」(令和6年9月。以下「ロードマップ」という。)を踏まえた取組を進めることも考えられる。**

# 地域フォーミュラリの取組の記載の追加②

(第4期医療費適正化計画への追加(国の取組))

## 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4 医療費適正化に関するその他の事項

##### 二 国の取組

###### 2 医療の効率的な提供の推進に係る施策

また、後発医薬品の使用促進については、患者及び医療関係者が安心して後発医薬品を使用することができるよう、医療関係者等に対する啓発資料の提供や情報提供を進めるとともに、安定供給体制の確保について、医薬品の製造販売業者への指導等を行う。バイオ後継品への移行状況については成分ごとにばらつきがあり、全体では後発医薬品ほどは使用が進んでいない。このことを踏まえて、バイオ後継品の普及促進に向けてロードマップの別添「バイオ後継品の使用促進のための取組方針」(令和6年9月)を示した。また、**地域フォーミュラリの取組について、各都道府県において策定に向けて検討する場が設けられるよう、都道府県単位での医療関係者との合意形成の促進、会議運営支援、「フォーミュラリの運用について」の周知や好事例の展開による理解促進、生活習慣病薬等の後発医薬品の分別使用割合データ等の都道府県への提供、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の設定、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。残薬、重複投薬、不適切な複数種類の医薬品の投与及び長期投薬を減らすための取組などの医薬品の適正使用の推進については、医療関係者や保険者等と連携し、国民に対し、かかりつけ薬剤師・薬局の必要性の周知や、処方医との連携を通じたかかりつけ薬剤師・薬局の機能強化のための支援等を行っていく。

# 推進策の一覧

- 都道府県域内の医療関係者に対して、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。

①合意形成の促進	<ul style="list-style-type: none"><li>● 国は、三師会に地域フォーミュラリ推進への協力を依頼</li><li>● 都道府県は、（後発医薬品使用促進協議会や保険者協議会等既存の会議体の活用も勘案しつつ、都道府県単位で三師会と連携をとることで、地区三師会の合意形成を促進</li></ul>
②運営支援	<ul style="list-style-type: none"><li>● 都道府県は、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</li></ul>
③理解促進	<ul style="list-style-type: none"><li>● 国は、医療関係者や行政職員等を対象とした、地域フォーミュラリの研修及び個別相談を実施</li><li>● 都道府県は、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）</li></ul>
④データ共有	<ul style="list-style-type: none"><li>● 国は、レセプトデータを分析し、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を都道府県に共有</li><li>● 国は、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</li></ul>
⑤保険者の関与	<ul style="list-style-type: none"><li>● 国は、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、保険者による関与を促進</li></ul>



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  
(地域での策定に向けて検討する) を設ける**

# 地域フォーミュラリ推進体制（例）

都道府県単位の会議において、都道府県内の地域フォーミュラリ候補地域を探索し、地域の関係者に働きかけ・相談。地域単位の会議における合意を基に、対象医薬品の選定を始めとした地域フォーミュラリの具体的な内容を策定・運営。

## 都道府県地域フォーミュラリ推進会議

※既存の会議体の活用を想定。

例：後発医薬品安心使用促進協議会や保険者協議会等

### 【構成】

都道府県医師会、都道府県歯科医師会、都道府県薬剤師会、他医療関係者、行政、保険者、学識者等。

### 【検討内容】

- ・ 地域フォーミュラリの意義・効果等の研修や都道府県内の地区別後発医薬品使用率等の共有を行った上で、これらを鑑み、地域フォーミュラリ策定可能な候補地域を探査。
- ・ 当該候補地域の医療状況や地区三師会の御意見などを踏まえて、**地域フォーミュラリ策定可能な地域を検討・調整。**

※ KDB等による県内の二次医療圏別等の後発医薬品の使用割合や都道府県内各地域の医療事情などを勘査して検討すること。



都道府県単位の会議と候補地域との調整・合意後、策定を希望する地域において

## 地域フォーミュラリ検討準備委員会

※対象地域ごとに設置する想定。

### 【構成】

地区医師会、地区歯科医師会、地区薬剤師会、他医療関係者（中核病院の専門医・薬剤師等）、行政、保険者、学識者等。

### 【検討内容】

**委員会内での合意の下、地域内の地域フォーミュラリの対象医薬品の選定、地域フォーミュラリの策定・運営。**



## 參考資料

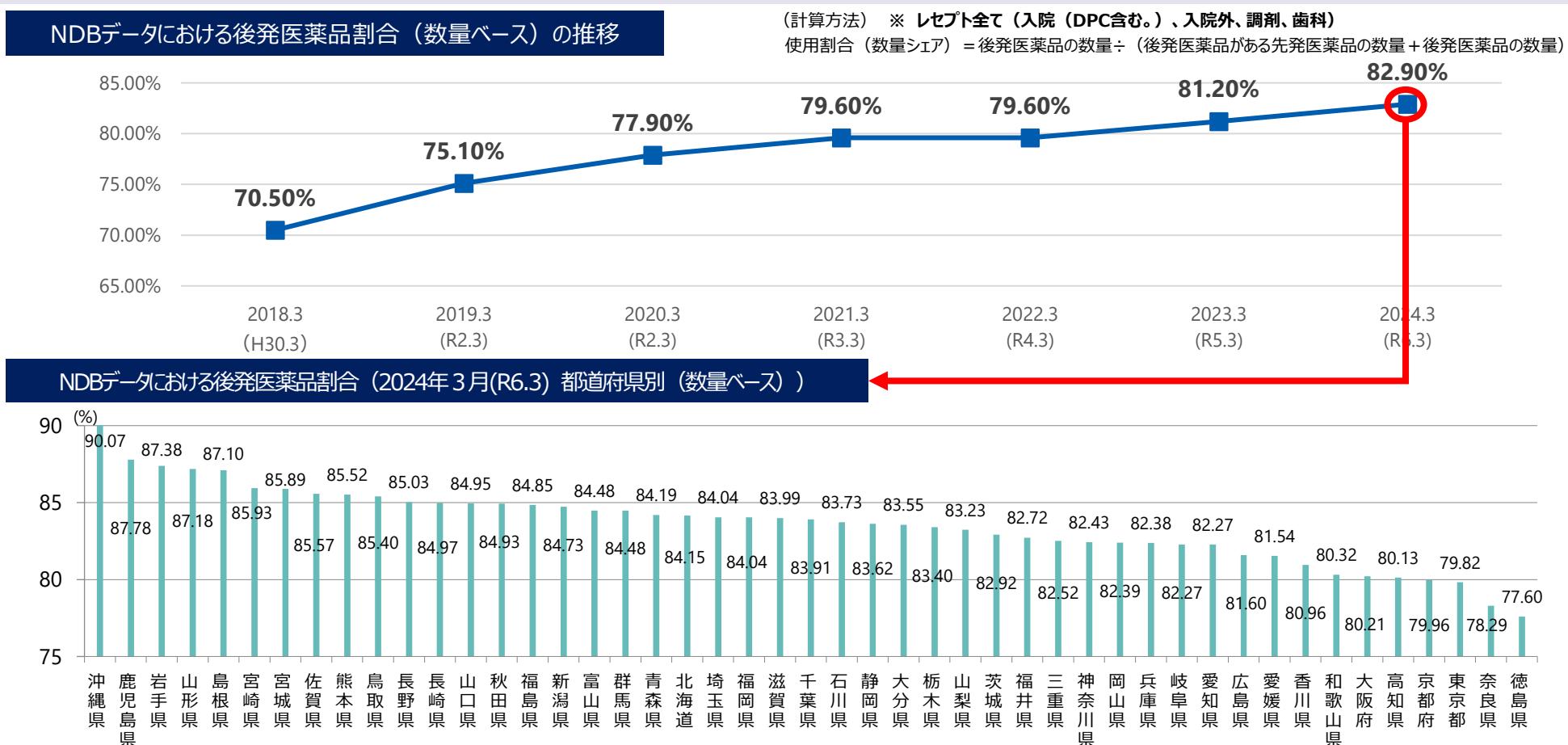
ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# 後発医薬品利用率の推移 都道府県別（2024年3月時点（NDB））

- 後発医薬品に係る主目標は「後発医薬品の数量シェアを2029年度末までに全ての都道府県で80%以上」。
- NDBデータにおける後発医薬品割合（数量ベース）をみると、2024年3月時点において、全国では82.9%、うち80%以上となった都道府県は43都道府県、80%未満であった都道府県は4都府県（※1）であった。  
(※1) 京都府（79.96%）、東京都（79.82%）、奈良県（78.29%）、徳島県（77.6%）
- なお、調剤レセプトのみを分析した「令和6年度調剤医療費（電算処理分）の動向」では、2025年3月時点において、全国では90.6%、うち90%未満であった都道府県は9都府県（※2）であった。  
(※2) 東京都（88.1%）、徳島県（88.2%）、奈良県（88.4%）、高知県（88.7%）、香川県（89.4%）、京都府（89.5%）、神奈川県（89.6%）、大阪府（89.6%）、兵庫県（89.9%）



# 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。

# 後発医薬品安心使用促進事業（後発医薬品使用促進対策費）

令和8年度概算要求額 1.9 億円（1.9億円）※()内は前年度当初予算額

## 1 事業の目的

### （後発医薬品使用促進対策事業）

- 都道府県における後発医薬品の使用促進のため取組を推進するため、各都道府県が協議会を設置するなど、患者及び医療関係者が安心して後発医薬品を使用することが出来るよう、地域の実情に応じた後発医薬品の使用促進のための環境整備等に関する検討及び事業を行う。

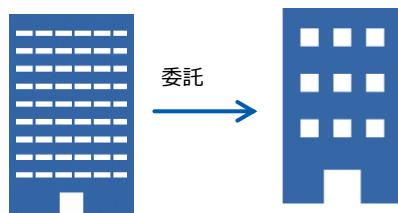
### （重点地域使用促進強化事業）

- 後発医薬品の使用割合が低い都道府県に対して、都道府県が行う国保レセプトデータの活用等により使用割合が低い市区町村や年齢層等を把握した上で実施する普及啓発を支援する。

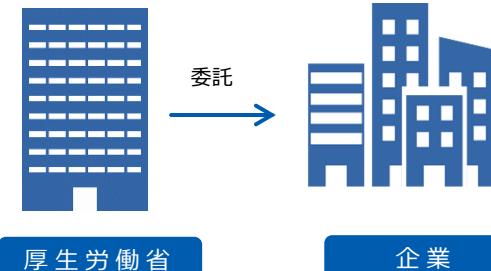
### （後発医薬品啓発事業）

- 後発医薬品を使用することは自己負担の軽減や医療費の抑制につながるという、後発医薬品の使用促進の意義の周知を目的として、啓発資材の作成や広告などを広告会社等に委託し、効果的な情報提供を行う。

## 2 事業の概要・実施主体



【後発医薬品使用促進対策事業】  
都道府県後発医薬品使用促進協議会の設置・運営 等  
【重点地域使用促進強化事業】  
国保レセプトデータによる分析、  
モデル事業の実施 等



【後発医薬品啓発事業】  
広告動画の作成、動画サイトへの  
掲載、視聴動向等の分析 等

# 保険者協議会における保健事業の効果的な実施支援事業

## 1 事業の目的

○ 保険者協議会は、都道府県単位で保険者横断的に住民の予防・健康づくりと医療費適正化を推進する取組を行っている。保険者が共通認識を持って取組を進めるよう、都道府県内の医療費の調査分析など、保険者が行う加入者の健康の保持増進や医療費適正化の効果的な取組を推進するために必要な体制を確保できるよう、補助するものである。

※1 都道府県内の医療費の適正化については、被用者保険を含め、都道府県と保険者が同じ意識をもって共同で取り組む必要がある。こうした観点から、保険者と後期高齢者広域連合が都道府県ごとに共同で「保険者協議会」を組織し（高齢者の医療の確保に関する法律）、都道府県や必要に応じて医療関係者等の参画も得て会議を開催している。

※2 第3期（2018～2023年）の医療費適正化計画からは、都道府県が医療費適正化計画の策定に当たって、保険者協議会に事前に協議することとなった。また、都道府県は、計画に盛り込んだ施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者協議会を通じて、保険者、医療関係者等に必要な協力を求めることができるとしている。

## 2 事業の概要・スキーム・実施主体等

### 【保険者協議会が行う事業（補助率）】

#### ◇保険者協議会の開催等（1／2）

医療計画（地域医療構想）、医療費適正化計画への意見提出、専門家等を活用したデータ分析、意見聴取等を行うための保険者協議会、専門部会等の開催

#### ◇データヘルスの推進等に係る事業（2／3）

保険者等が実施する、健康・医療情報を活用してP D C Aサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の推進を図るために実施する事業等

#### ◇特定健診等に係る受診率向上のための普及啓発に係る事業（1／2）

特定健診等の受診率向上のため、保険者等が共同して行う積極的な普及・啓発活動等

#### ◇特定健診等の円滑な実施のための事業（1／2）

保険者等への情報提供を迅速かつ効率的に実施するためのHPの作成等

#### ◇特定保健指導プログラム研修等事業（1／2）

特定保健指導を行う医師、保健師及び管理栄養士等に対するプログラム習得のための研修の実施

#### ◇特定健診と各種検診の同時実施の促進事業（1／2）

被用者保険の被扶養者向け健診と自治体のがん検診等の同時実施等

#### ◇保険者とかかりつけ医等の協働による加入者の予防健康づくり事業（1／2）

かかりつけ医等と保険者が協働し、予防健康づくりに必要な保健指導や地域の相談支援等の活用を推進

医療関係者等の協力も得て、協議会を活用しながら、  
健康増進や医療費分析等を推進

### 保険者協議会（都道府県ごとに設置）

（都道府県の実情に配慮して構成）

- 都道府県
  - 協会けんぽ
  - 健保組合
  - 健保連支部
  - 市町村国保
  - 国保組合
  - 国保連合会
  - 共済組合
  - 後期高齢者広域連合  
(参画を働きかけ)
  - 医療関係者
- など

実施主体等

【実施主体】保険者協議会

# 地域フォーミュラリ取組促進 (令和8年度保険者努力支援制度取組評価分)

## 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。



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

# マイナ保険証の円滑な利用について

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状況**
- 2. 医療機関等の窓口での対応に関する周知**
- 3. 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（報告）**



1

# マイナ保険証の利用状況

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# マイナ保険証の利用状況

※利用率=マイナ保険証利用人数/レセプト件数



## 【12月分実績の内訳】

	合計 (人)	マイナンバーカード (人)	資格確認書 (人)
病院	22,027,374	14,260,319	7,767,055
医科診療所	72,215,618	48,042,046	24,173,572
歯科診療所	21,924,829	14,487,416	7,437,413
薬局	62,140,519	35,964,235	26,176,284
<b>総計</b>	<b>178,308,340</b>	<b>112,754,016</b>	<b>65,554,324</b>

	特定健診等情報 (件)	薬剤情報 (件)	診療情報 (件)
病院	5,101,593	2,087,318	8,979,247
医科診療所	15,283,510	16,946,054	43,909,940
歯科診療所	4,885,562	3,716,260	5,273,982
薬局	15,468,643	9,377,286	28,023,120
<b>総計</b>	<b>40,739,308</b>	<b>32,126,918</b>	<b>86,186,289</b>

# マイナ保険証に関する現状

日本全体でマイナンバーカードの保有枚数が1億枚を超える中、マイナ保険証の利用登録件数も9,000万件に到達し、マイナンバーカードの保有者に占める利用登録割合は約9割。

## 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

R7.12月末：10,065万人（9,168万人）、全人口の80.8%（73.1%）



## 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

R7.12月末：9,042万人（7,143万人）、カード保有者の89.8%（77.9%）



## ③マイナ保険証の利用状況

※（ ）内は令和6年4月時点

利用

利用率向上

マイナ保険証の利用実績

R7.12月：14,575万件（1,210万件）、63.24%（6.04%）

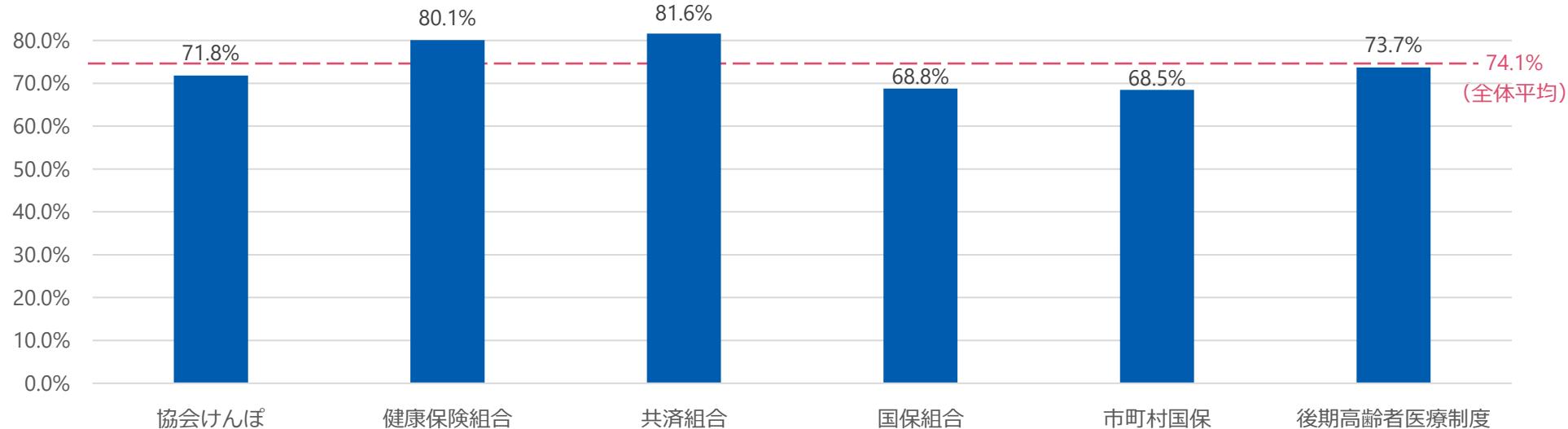
9,042万人 10,065万人 12,433万人

(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)

# 制度別のマイナ保険証利用登録状況（令和7年12月末時点）

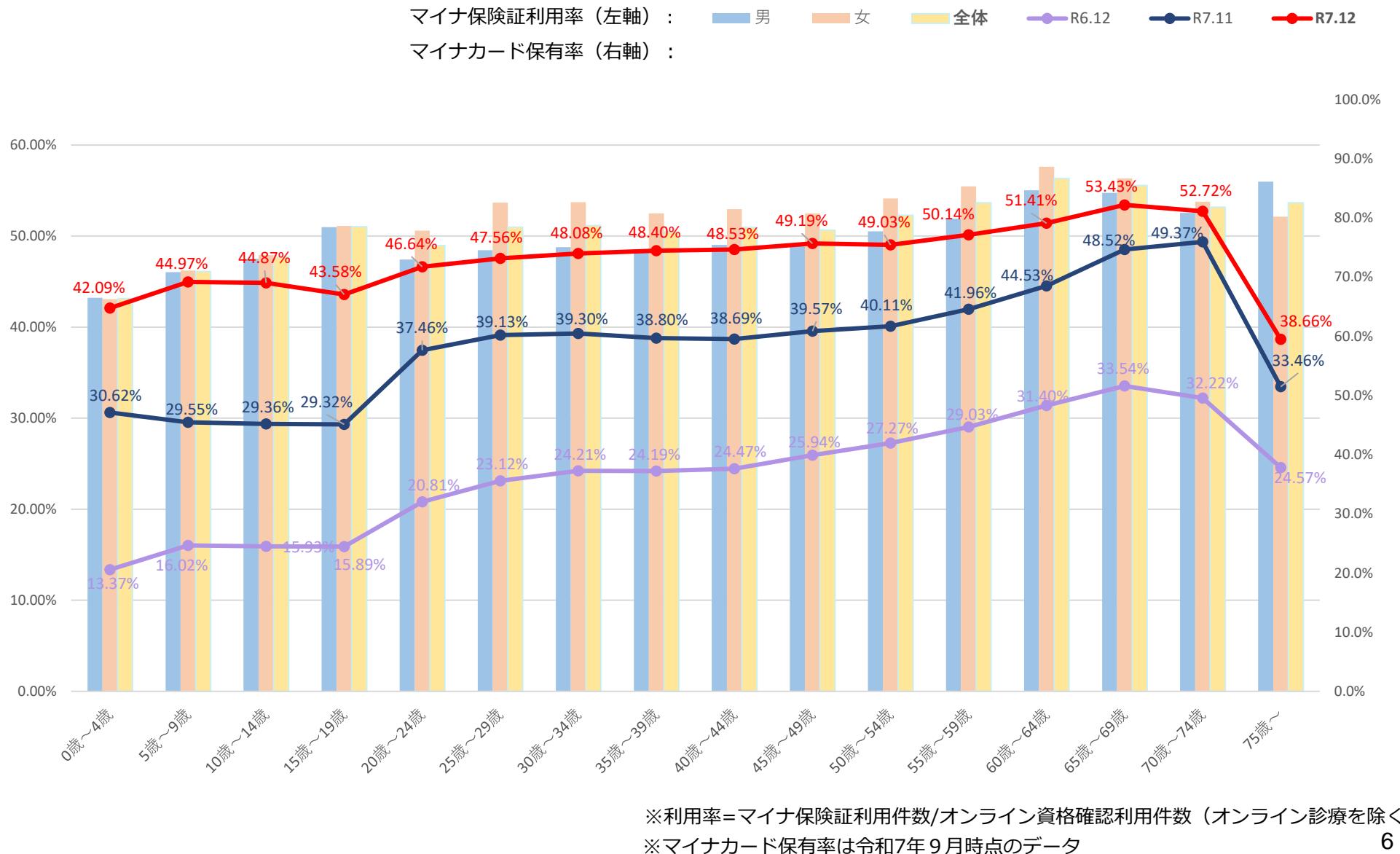
マイナ保険証の利用登録の状況を保険制度別に見ると、健保組合・共済組合では80%以上であるのに対し、市町村国保・国保組合では70%を下回っている。

保険制度別のマイナ保険証の利用登録割合



※利用登録割合 = マイナ保険証利用者数/加入者数

# マイナ保険証利用率（年齢階層別）



2

## 医療機関等の窓口での対応に関する周知

ひと、くらし、みらいのために

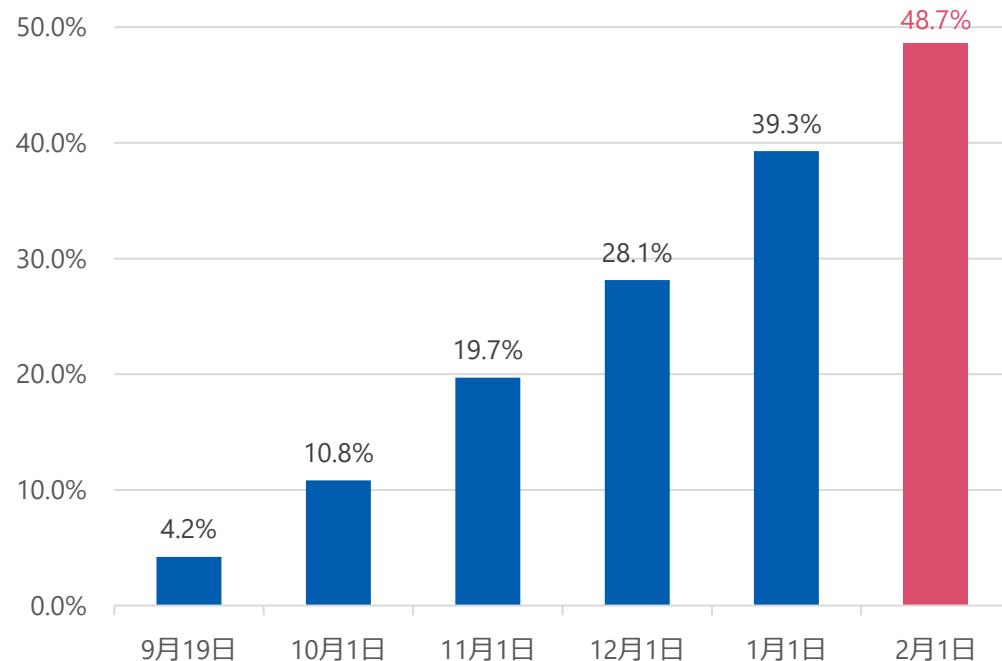


厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# スマートフォンのマイナ保険証利用の状況

- 医療機関・薬局向けの汎用カードリーダーの補助事業は1月末をもって終了。汎用カードリーダーの販売台数は約7.8万施設数で、キヤノン製CRを導入している施設も含め、スマホの利用開始から半年弱で約10.3万施設（オンライン資導入済み施設の約5割弱）でスマホ対応の環境が整備されている。
- 政府全体で、スマートフォンでのマイナンバーカードの利用促進に向けた周知に取り組んでおり、直近ではCMやSNSでの動画広告を実施するなど、引き続き周知広報に取り組んでいく。

オンライン資導入済み医療機関・薬局におけるスマホ対応済み施設割合



スマートフォンのマイナンバーカードに関する動画広告



# 訪問診療等でのスマートフォンのマイナ保険証への対応

- 訪問診療や訪問看護を行う施設等で、顔認証付きカードリーダーではなくモバイル端末等に搭載されたマイナ資格確認アプリを利用している場合も、今後、アプリをアップデートすることにより、システム改修は不要で、患者のスマートフォンに搭載されたマイナンバーカードの読み取りが可能となる。
- 令和8年3月末を目途にスマートフォンのマイナ保険証が読み取りできる機能をリリース予定。

## 操作方法（イメージ）

### 施設側のスマートフォン

・居宅同意取得型

・資格確認限定型

画面番号: E-02-A



同意登録情報を確認後、該当する端末を選択し、本人認証を実施

### 施設側でスマートフォンをご利用されている場合



患者のスマートフォンと施設のスマートフォンの背面を近づけて読み取り

### 施設側でタブレットまたは、PCをご利用されている場合



患者のスマートフォンを汎用カードリーダー（タブレット・PCに接続）にかざして読み取り

認証方法を選択後、該当する端末を選択し、本人認証を実施

# 医療機関・薬局での受付時のチェックリスト

医療機関・薬局での資格確認において留意すべき事項をチェックリスト・フローチャートとしてまとめ、現場で活用いただけるよう周知。

## マイナ保険証・資格確認書の受付時のチェックリスト

令和7年12月1日をもって、従来の健康保険証の有効期限は満了しました。医療機関・薬局の窓口では、マイナ保険証又は資格確認書で資格確認を行ってください。  
なお、資格確認は、各月の初回のみに行うのではなく、受診の都度行うことが原則ですご留意ください。

### マイナ保険証

- マイナ保険証を持参した患者に「資格確認書」を求めていませんか？

マイナ保険証により有効な資格が確認できる場合には、追加で資格確認書を確認することは不要です。



- マイナ保険証での受付時に、「限度額適用認定証」で所得区分を確認していませんか？

マイナ保険証での受付時に、オンライン資格確認で所得区分が確認できます。限度額適用認定証で確認する必要はありません。  
レセプト請求の際は、オンライン資格確認で確認できた所得区分で請求してください。

- 顔認証等が難しい場合に目視確認による受付を行っていますか？

暗証番号忘れ、怪我や障害・認知症など何らかの事情により「顔認証」や「暗証番号」入力ができない場合、「目視確認」でご対応ください。  
※目視確認用パスコード発行方法は右記二次元コードでご確認ください。

目視確認用  
パスコード発行方法



詳細の手順

### 被保険者番号不詳でのレセプト請求方法

被保険者番号不詳でレセプト請求する場合、以下の手順でご対応いただきます。

詳細な手順は右記二次元コードでご確認ください。

### ① 被保険者番号不詳でのレセプト請求の対応可否を確認します

何らかの事情でマイナ保険証で資格確認できず、マイナポータル画面等でも資格確認できなかった患者が初診（初回）の場合に「被保険者資格申立書」を記入いただいたうえで、被保険者番号等を「不詳」としてレセプト請求できます。

※再診の場合は、過去の受診時に把握している資格情報により請求をお願いします。



被保険者資格申立書

### ② 患者に被保険者資格申立書を記入してもらいます

患者に被保険者資格申立書を記入いただきます。  
連絡先電話番号をはじめ、可能な限り、漏れなく記入いただくよう患者にご案内ください。

### ③ 再来時等での資格確認とレセプト請求をします

再来時や別途問い合わせなどにより患者の資格確認ができないか、旧資格で請求可能ではないか等の確認を行ってください。その上で不詳レセプトとして請求する際は、摘要欄への記入漏れ等がないかご確認ください。  
詳細は上部のQRコードを読み取り、ページ下部の「③事後での資格確認とレセプト請求」をご確認ください。

- マイナ保険証が読み取れず資格確認できなかつた場合に、一律に患者に10割負担を求めていませんか？

判断に迷う場合や不明点が生じた場合は、「マイナ保険証の受付方法」のフロー図で受付方法をご確認ください。フロー図に沿って資格確認を完了いただくことで、3割等の一定の負担割合で受付が可能です。

### 資格確認書

- 資格確認書での受付時も、オンライン資格確認を実施していますか？

患者が資格確認書を提示した場合も、オンライン資格確認等システムに照会することで、保険資格の有効性を確認でき、資格喪失後の受診を防ぐことができます。

- 電磁的な資格確認書も受付を行っていますか？

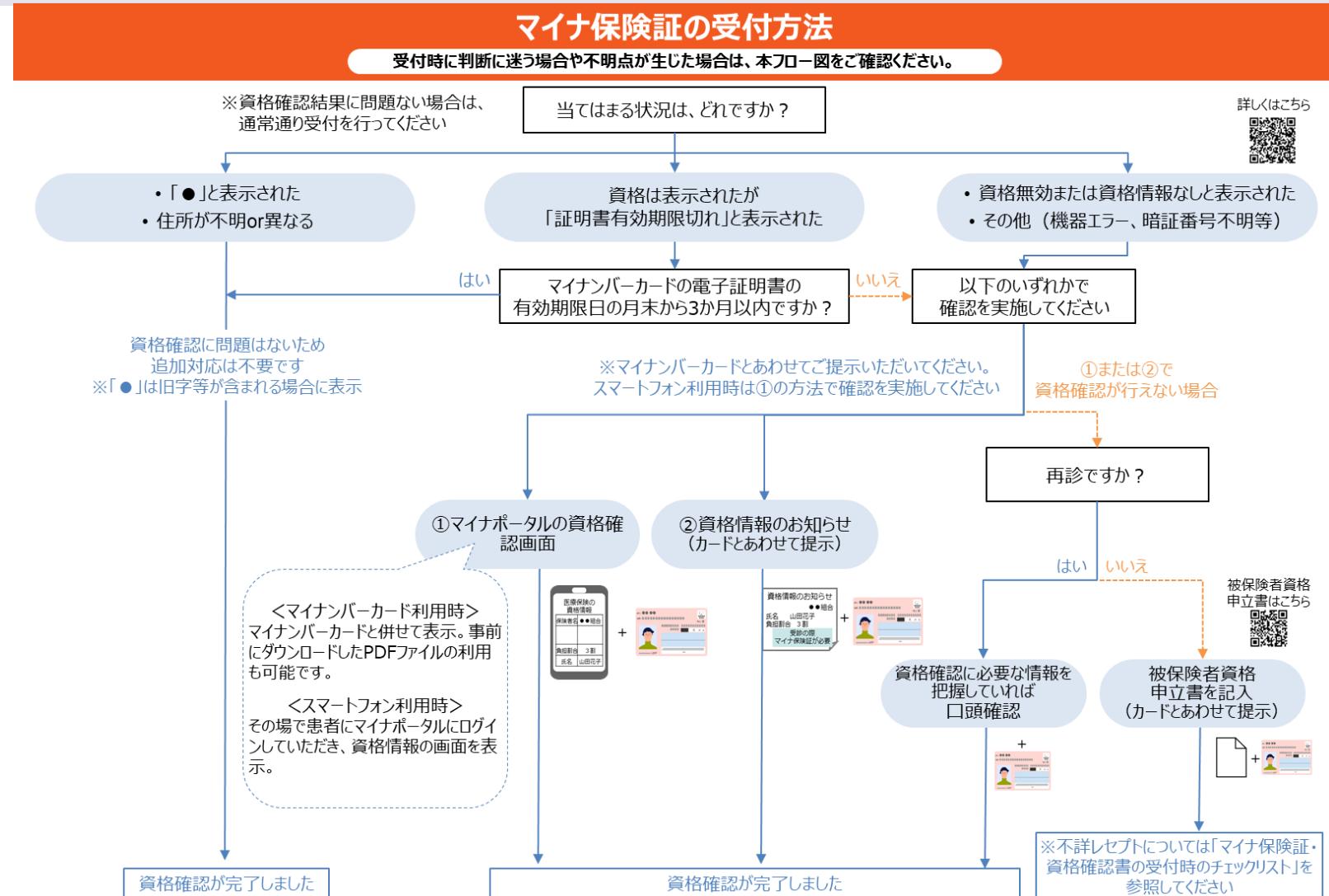
「資格確認書」には、カード、はがき、A4、電磁的交付の4種類があります。  
スマホなどの電磁的交付の場合、患者が表示した資格をその場で確認するか、患者にスマホ一時預かりの了承を得るなどして、資格確認を行ってください。



※画面上に現在時刻がリアルタイムで表示されているか、あわせてご確認ください。

# 医療機関・薬局での受付フローチャート

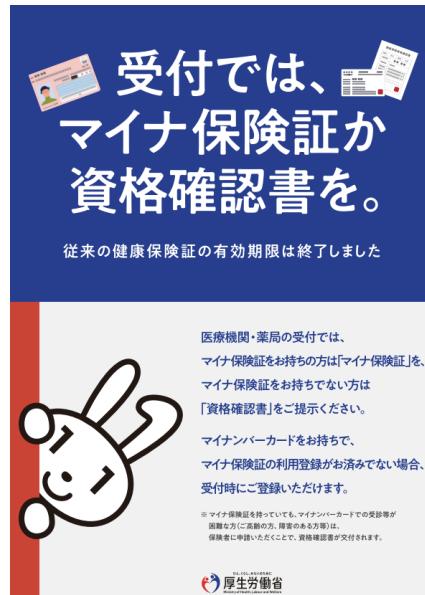
医療機関・薬局での資格確認において留意すべき事項をチェックリスト・フローチャートとしてまとめ、現場で活用いただけるよう周知。



# 健康保険証の有効期限終了の周知

健康保険証の有効期限が終了したことをまだ認識していない患者の方々に対して周知できるよう、医療機関向けにリーフレットや手渡しできるカード型の資料を作成。また、SNSでは、厚労省からの投稿時の掲載資料に健康保険証の有効期限が終了した旨を記載し、周知を図っている。

## 周知用リーフレット



## 周知用力カード



## 厚労省Xに投稿した資料



## スマホのマイナ保険証 実際に利用された方の声をご紹介！



3

# 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（報告）

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）

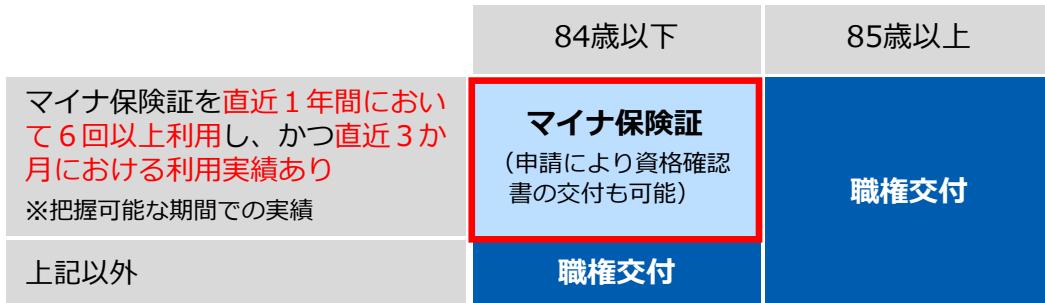
70～74歳：48%、75～79歳：37%、80～84歳：33%、85歳以上：24%

- 高齢者は認知症の進行など、状態像が変わりやすい。

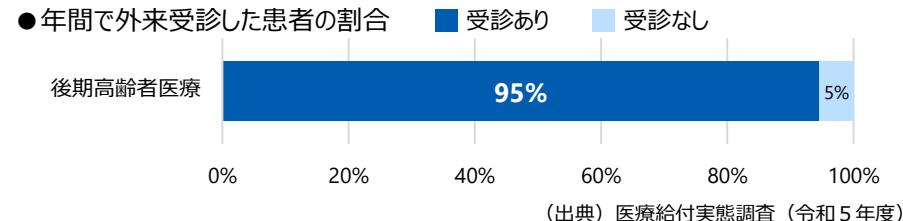
⇒ 円滑なマイナ保険証への移行に向け、**利用実績を踏まえるなどきめ細かい配慮が必要**

## ○ 令和8年8月以降の対応方針

- 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す**。



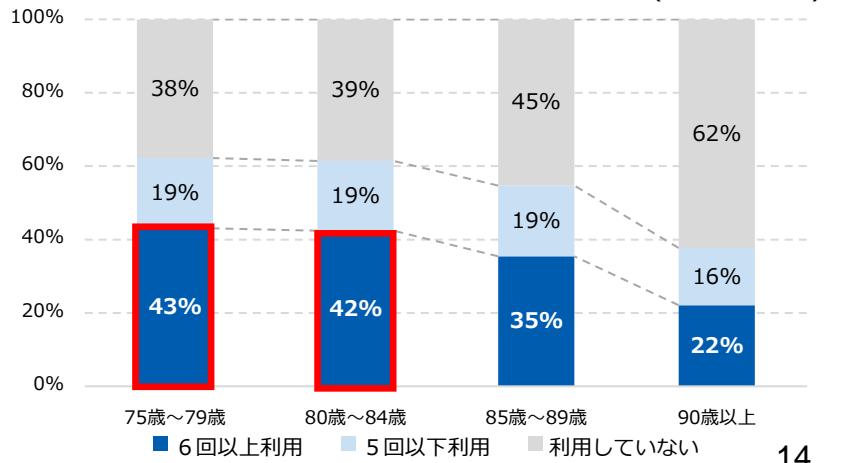
※利用実績を踏まえた対応が基本であるが、マイナ保険証利用促進の観点から、74歳以下の年齢層と同様の取り扱いとすることも可能とする。



## ●年間で外来受診した患者の受診月数割合



## ●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)



# 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>

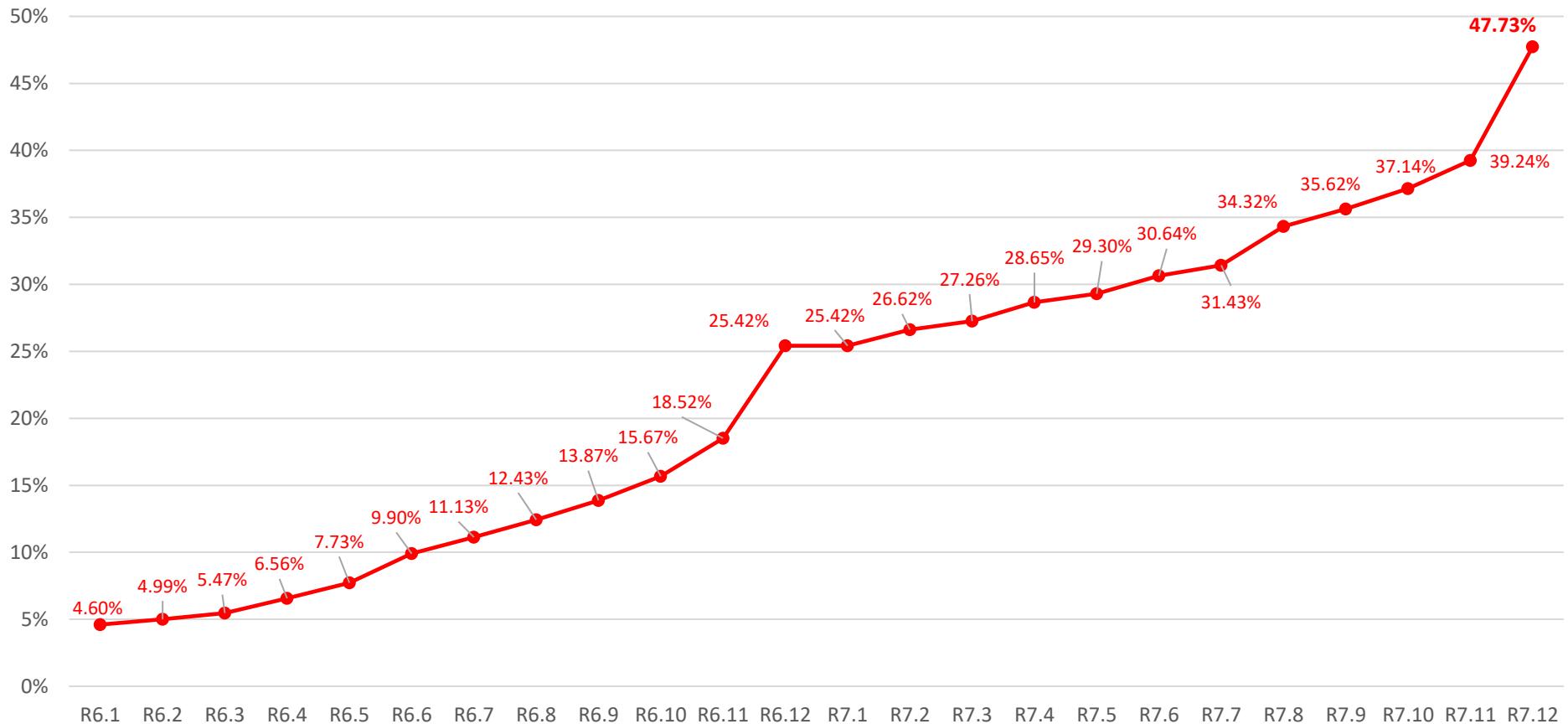
## レセプト件数ベース利用率

計算式：マイナ保険証利用人数 ÷ レセプトの発行件数

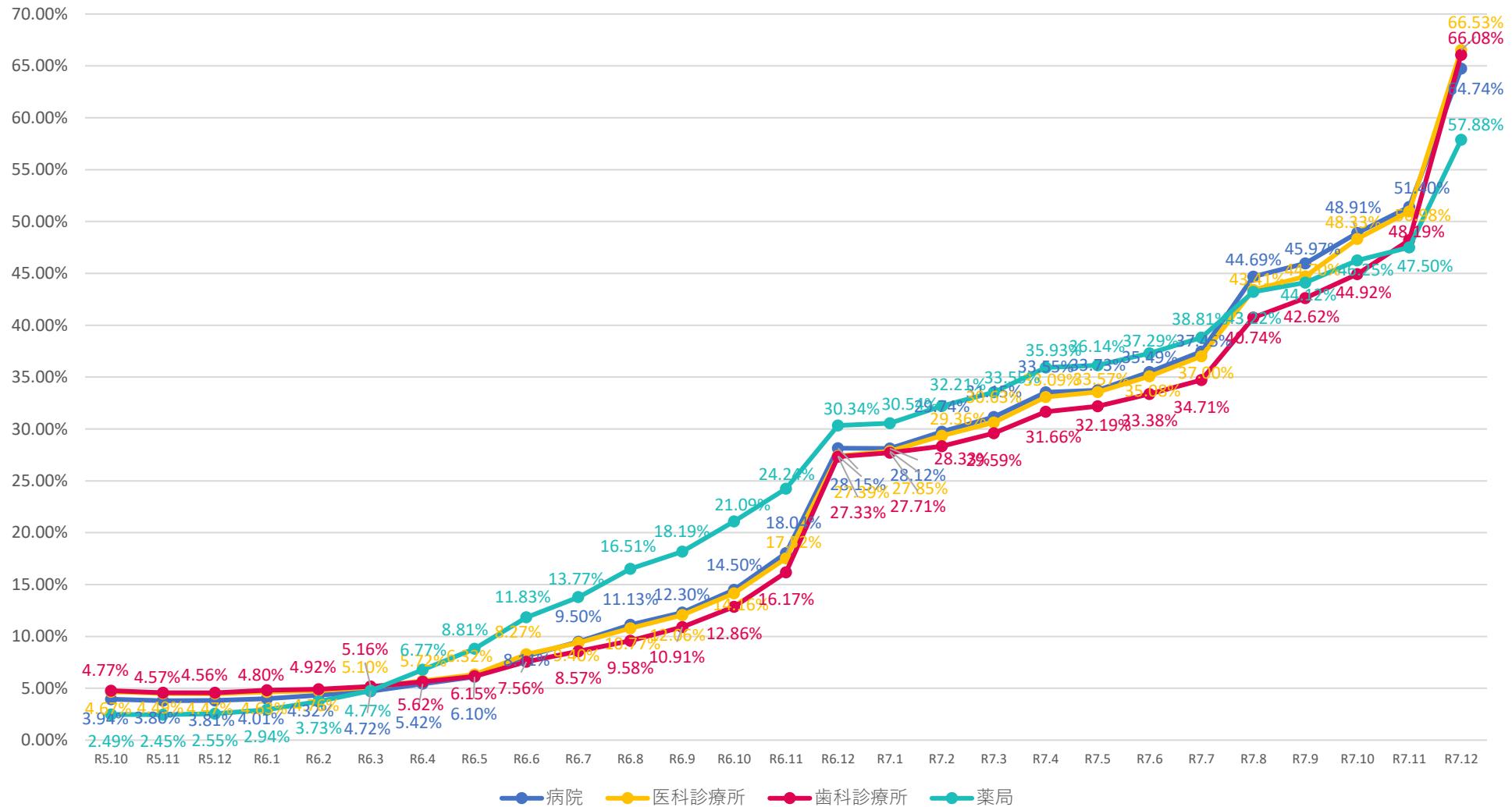
- 医療機関・薬局で発行されたレセプトの確定を待って集計を行うため、利用率を把握できるのが診療月の翌々月になる
  - 医療機関・薬局のレセプトは、患者が保険診療・調剤を受けた際に発行されるため、発行されたレセプトの枚数は同一の医療機関・薬局における患者の人数に対応
  - マイナ保険証の利用件数から、一定の処理を行うことで、名寄せした形で（利用人数として）集計可能
  - 医療DX推進体制整備加算の要件として、医療機関等におけるマイナ保険証の利用実績を評価する上で利用している
- ⇒数値の速報性は劣るが、患者の人数に着目した数値として、どの程度マイナ保険証が使われているかという点でより実態に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

## (参考) オンライン資格確認の利用状況について

※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



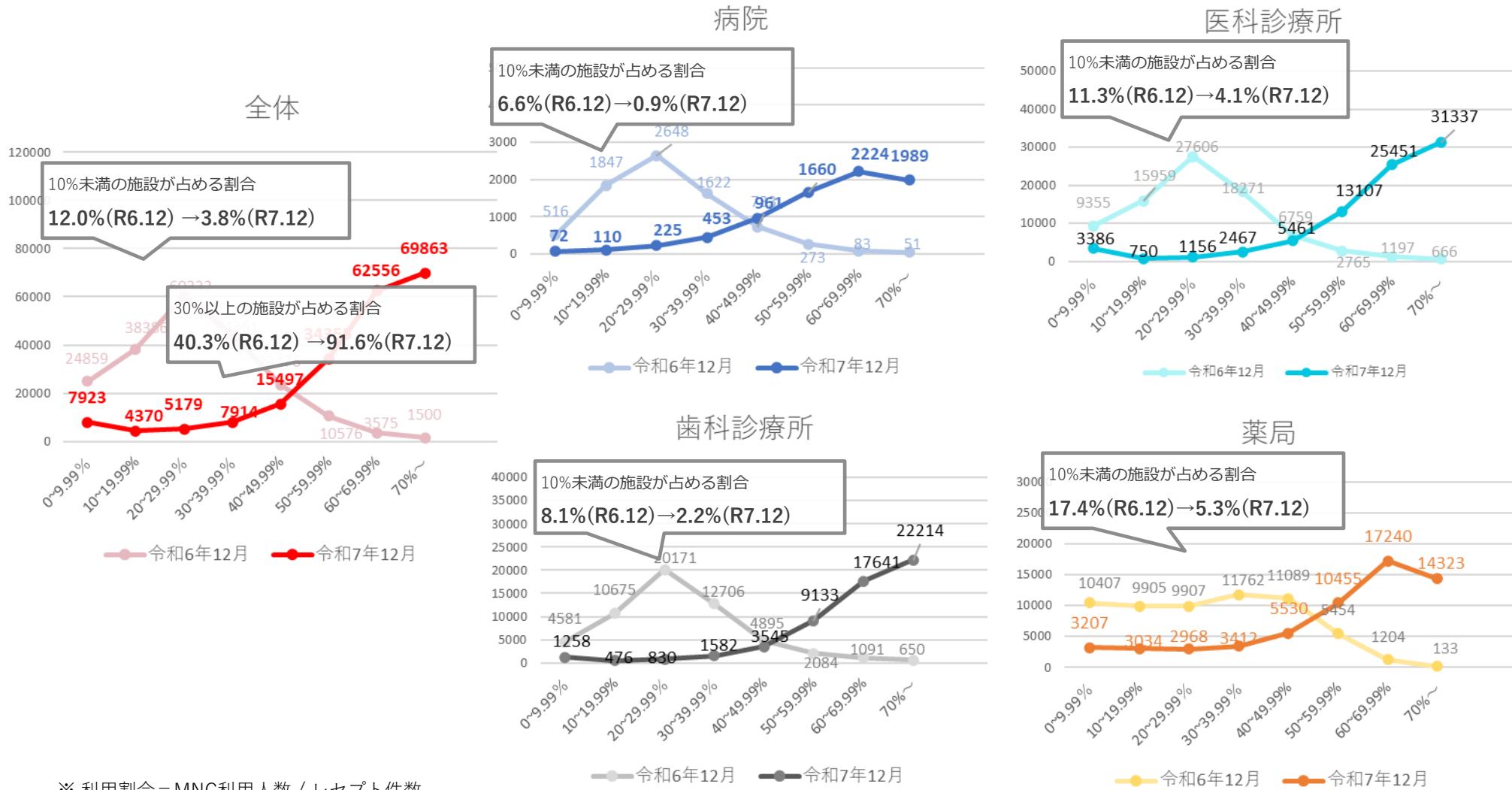
# 施設類型別のマイナ保険証利用率の推移



# 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6年12月、令和7年12月時点



# 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12月))

- 都道府県別のマイナ保険証の利用率（令和7年12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	62.96% (+11.43%)
青森県	67.63% (+12.77%)
岩手県	64.93% (+13.90%)
宮城県	67.13% (+14.75%)
秋田県	64.13% (+14.21%)
山形県	68.36% (+14.09%)
福島県	65.70% (+14.52%)
茨城県	66.69% (+14.78%)
栃木県	66.54% (+12.53%)
群馬県	64.54% (+13.88%)
埼玉県	63.24% (+13.99%)
千葉県	65.81% (+13.70%)
東京都	60.44% (+14.01%)
神奈川県	63.26% (+12.80%)
全国	63.24% (+13.76%)

都道府県名	利用率
新潟県	69.32% (+12.08%)
富山県	73.80% (+12.51%)
石川県	68.73% (+13.02%)
福井県	69.61% (+15.59%)
山梨県	62.22% (+15.93%)
長野県	61.16% (+12.26%)
岐阜県	65.72% (+14.19%)
静岡県	70.17% (+11.86%)
愛知県	65.18% (+15.38%)
三重県	65.29% (+12.62%)
滋賀県	64.81% (+14.06%)
京都府	58.74% (+16.04%)
大阪府	56.31% (+13.81%)
兵庫県	61.06% (+15.83%)
奈良県	61.59% (+12.13%)
和歌山県	58.10% (+18.98%)

都道府県名	利用率
鳥取県	64.73% (+13.37%)
島根県	65.44% (+11.80%)
岡山県	61.85% (+13.87%)
広島県	64.69% (+12.04%)
山口県	68.07% (+11.14%)
徳島県	56.49% (+12.35%)
香川県	59.38% (+14.84%)
愛媛県	61.34% (+13.95%)
高知県	53.89% (+12.12%)
福岡県	62.16% (+13.44%)
佐賀県	66.33% (+13.84%)
長崎県	62.73% (+11.67%)
熊本県	67.46% (+13.35%)
大分県	61.18% (+14.70%)
宮崎県	70.53% (+11.68%)
鹿児島県	68.88% (+13.43%)
沖縄県	50.71% (+20.21%)

※ 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11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	R7.11順位	都道府県	利用率	MNC利用人数	資格確認書等
1	(1)	富山	<b>76.21%</b>	380,592	118,803
2	(2)	宮崎	<b>73.58%</b>	460,154	165,234
3	(3)	静岡	<b>73.00%</b>	1,601,426	592,247
4	(7)	石川	<b>72.07%</b>	400,620	155,222
5	(5)	鹿児島	<b>72.07%</b>	654,162	253,496
6	(6)	新潟	<b>71.90%</b>	852,068	332,932
7	(4)	山口	<b>71.51%</b>	603,370	240,332
8	(13)	福井	<b>71.26%</b>	264,945	106,847
9	(12)	山形	<b>70.87%</b>	462,361	190,062
10	(9)	島根	<b>69.93%</b>	282,375	121,424
11	(8)	青森	<b>69.92%</b>	482,569	207,563
12	(17)	佐賀	<b>69.87%</b>	340,782	146,987
13	(20)	岐阜	<b>69.78%</b>	833,625	360,994
14	(10)	熊本	<b>69.38%</b>	728,886	321,700
15	(21)	宮城	<b>69.04%</b>	907,269	406,836
16	(24)	鳥取	<b>68.85%</b>	210,102	95,061
17	(30)	愛知	<b>68.77%</b>	3,254,233	1,477,630
18	(18)	千葉	<b>68.77%</b>	2,173,546	986,994
19	(14)	栃木	<b>68.76%</b>	736,983	334,798
20	(26)	福島	<b>68.64%</b>	673,693	307,865
21	(23)	滋賀	<b>68.46%</b>	510,728	235,256
22	(11)	広島	<b>68.35%</b>	1,145,649	530,391
23	(27)	茨城	<b>68.11%</b>	941,173	440,667
24	(15)	長崎	<b>68.02%</b>	525,622	247,181
25	(33)	秋田	<b>67.64%</b>	348,749	166,856
26	(16)	三重	<b>67.51%</b>	722,398	347,654
27	(22)	神奈川	<b>67.29%</b>	3,704,916	1,801,044
28	(29)	岩手	<b>67.07%</b>	438,847	215,449
29	(28)	群馬	<b>67.03%</b>	730,465	359,311
30	(19)	北海道	<b>66.80%</b>	1,567,976	779,455

## 【病院】

順位	R7.11順位	都道府県	利用率	MNC利用人数	資格確認書等
1	(1)	富山	<b>77.96%</b>	172,470	48,765
2	(3)	石川	<b>73.92%</b>	171,387	60,470
3	(5)	島根	<b>73.83%</b>	88,734	31,457
4	(2)	山口	<b>73.00%</b>	167,778	62,051
5	(11)	山形	<b>72.08%</b>	140,669	54,475
6	(12)	福井	<b>71.61%</b>	122,148	48,434
7	(7)	鹿児島	<b>71.51%</b>	245,024	97,632
8	(6)	佐賀	<b>70.60%</b>	118,434	49,313
9	(4)	宮崎	<b>70.06%</b>	155,550	66,459
10	(8)	静岡	<b>69.64%</b>	370,823	161,685
11	(20)	鳥取	<b>68.99%</b>	75,455	33,915
12	(10)	熊本	<b>68.98%</b>	235,591	105,950
13	(9)	青森	<b>68.55%</b>	149,109	68,408
14	(14)	新潟	<b>68.42%</b>	270,815	125,002
15	(15)	岐阜	<b>68.32%</b>	215,231	99,799
16	(19)	宮城	<b>68.23%</b>	256,525	119,443
17	(13)	三重	<b>68.00%</b>	184,808	86,959
18	(29)	山梨	<b>67.99%</b>	106,918	50,336
19	(16)	広島	<b>67.94%</b>	324,171	152,961
20	(21)	千葉	<b>66.96%</b>	718,745	354,606
21	(27)	福島	<b>66.91%</b>	225,258	111,413
22	(25)	茨城	<b>66.90%</b>	360,942	178,583
23	(18)	長崎	<b>66.89%</b>	171,654	84,962
24	(22)	長野	<b>66.75%</b>	295,091	147,014
25	(17)	栃木	<b>66.37%</b>	238,253	120,711
26	(30)	大分	<b>66.14%</b>	173,811	89,001
27	(23)	奈良	<b>65.41%</b>	170,696	90,248
28	(24)	神奈川	<b>65.38%</b>	810,758	429,364
29	(26)	岩手	<b>65.32%</b>	132,831	70,529
30	(31)	群馬	<b>64.76%</b>	216,037	117,537

# 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	R7.11順位	都道府県	利用率	MNC利用人数	資格確認書等
31	(35)	愛媛	<b>65.99%</b>	472,849	243,699
32	(25)	奈良	<b>65.83%</b>	479,947	249,111
33	(32)	福岡	<b>65.83%</b>	2,132,059	1,106,731
34	(38)	大分	<b>65.47%</b>	392,432	206,939
35	(39)	山梨	<b>65.36%</b>	285,783	151,461
36	(36)	岡山	<b>65.36%</b>	647,027	342,955
37	(31)	長野	<b>65.10%</b>	676,597	362,674
38	(34)	埼玉	<b>65.05%</b>	2,482,994	1,334,198
39	(37)	東京	<b>64.30%</b>	5,793,724	3,216,805
40	(40)	香川	<b>63.88%</b>	351,092	198,526
41	(41)	兵庫	<b>63.73%</b>	2,125,593	1,209,616
42	(45)	京都	<b>62.06%</b>	838,811	512,904
43	(46)	和歌山	<b>61.07%</b>	345,803	220,413
44	(42)	高知	<b>60.46%</b>	180,457	118,026
45	(44)	大阪	<b>60.35%</b>	3,301,735	2,169,229
46	(43)	徳島	<b>59.57%</b>	236,424	160,473
47	(47)	沖縄	<b>52.56%</b>	358,435	323,521

## 【病院】

順位	R7.11順位	都道府県	利用率	MNC利用人数	資格確認書等
31	(34)	愛知	<b>64.43%</b>	722,922	399,061
32	(33)	岡山	<b>64.32%</b>	269,160	149,313
33	(32)	埼玉	<b>63.98%</b>	720,665	405,643
34	(38)	兵庫	<b>63.55%</b>	570,148	326,956
35	(28)	北海道	<b>63.51%</b>	769,987	442,321
36	(37)	愛媛	<b>63.44%</b>	190,853	109,980
37	(45)	和歌山	<b>63.30%</b>	116,775	67,705
38	(39)	滋賀	<b>62.75%</b>	145,222	86,215
39	(36)	福岡	<b>62.69%</b>	558,555	332,379
40	(41)	香川	<b>62.10%</b>	133,259	81,313
41	(44)	京都	<b>61.24%</b>	294,794	186,558
42	(35)	徳島	<b>60.95%</b>	105,245	67,426
43	(40)	東京	<b>60.35%</b>	1,386,989	911,376
44	(42)	大阪	<b>58.63%</b>	845,146	596,224
45	(43)	高知	<b>58.59%</b>	116,270	82,160
46	(46)	秋田	<b>54.07%</b>	106,158	90,179
47	(47)	沖縄	<b>51.62%</b>	122,455	114,764

# 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	R7.11順位	都道府県	利用率	MNC利用人数	資格確認書等
1	(1)	富山	<b>78.63%</b>	126,286	34,328
2	(5)	島根	<b>75.36%</b>	73,566	24,053
3	(9)	山形	<b>74.66%</b>	131,640	44,679
4	(2)	静岡	<b>74.57%</b>	448,283	152,839
5	(4)	宮崎	<b>74.31%</b>	118,445	40,948
6	(10)	石川	<b>74.22%</b>	115,523	40,118
7	(6)	新潟	<b>73.91%</b>	243,126	85,835
8	(3)	山口	<b>73.02%</b>	165,009	60,970
9	(12)	福井	<b>72.75%</b>	77,939	29,193
10	(8)	栃木	<b>72.71%</b>	227,791	85,509
11	(7)	青森	<b>72.63%</b>	111,122	41,870
12	(20)	秋田	<b>71.74%</b>	96,835	38,138
13	(11)	鹿児島	<b>71.38%</b>	179,180	71,833
14	(13)	鳥取	<b>71.35%</b>	60,802	24,414
15	(17)	岐阜	<b>70.99%</b>	269,567	110,150
16	(21)	佐賀	<b>70.83%</b>	100,178	41,250
17	(14)	宮城	<b>70.44%</b>	265,847	111,566
18	(19)	岩手	<b>70.32%</b>	120,078	50,691
19	(25)	福島	<b>70.18%</b>	183,253	77,881
20	(28)	滋賀	<b>70.02%</b>	159,156	68,134
21	(15)	三重	<b>69.41%</b>	217,369	95,810
22	(27)	茨城	<b>69.36%</b>	308,050	136,054
23	(18)	熊本	<b>69.24%</b>	203,001	90,191
24	(16)	長崎	<b>69.05%</b>	155,344	69,628
25	(24)	群馬	<b>69.03%</b>	222,510	99,831
26	(32)	愛知	<b>67.99%</b>	1,027,798	483,781
27	(22)	広島	<b>67.98%</b>	334,744	157,667
28	(29)	千葉	<b>67.89%</b>	743,618	351,672
29	(35)	山梨	<b>67.87%</b>	93,579	44,305
30	(26)	長野	<b>67.63%</b>	220,202	105,374

## 【薬局】

順位	R7.11順位	都道府県	利用率	MNC利用人数	資格確認書等
1	(1)	富山	<b>67.18%</b>	293,565	143,412
2	(4)	宮崎	<b>66.56%</b>	402,133	202,059
3	(3)	新潟	<b>65.59%</b>	741,892	389,289
4	(2)	静岡	<b>65.49%</b>	1,201,694	633,363
5	(8)	福井	<b>65.22%</b>	191,722	102,247
6	(12)	茨城	<b>64.24%</b>	855,994	476,575
7	(14)	熊本	<b>64.11%</b>	586,880	328,522
8	(9)	青森	<b>63.82%</b>	426,212	241,626
9	(10)	鹿児島	<b>63.75%</b>	548,942	312,187
10	(15)	宮城	<b>63.65%</b>	761,292	434,843
11	(11)	秋田	<b>62.42%</b>	313,255	188,558
12	(7)	山形	<b>62.20%</b>	350,431	212,991
13	(6)	栃木	<b>61.85%</b>	561,668	346,453
14	(16)	千葉	<b>61.36%</b>	1,775,911	1,118,299
15	(5)	山口	<b>61.15%</b>	456,369	289,885
16	(21)	岩手	<b>61.01%</b>	373,486	238,727
17	(26)	埼玉	<b>60.79%</b>	2,108,253	1,360,006
18	(19)	福島	<b>60.66%</b>	537,633	348,663
19	(13)	石川	<b>60.45%</b>	285,933	187,108
20	(18)	三重	<b>60.10%</b>	510,508	338,900
21	(23)	佐賀	<b>60.01%</b>	292,259	194,762
22	(24)	愛知	<b>59.54%</b>	2,148,666	1,460,302
23	(22)	滋賀	<b>59.49%</b>	384,215	261,636
24	(25)	群馬	<b>59.44%</b>	493,784	336,954
25	(17)	広島	<b>58.33%</b>	853,068	609,362
26	(27)	岐阜	<b>57.92%</b>	570,328	414,393
27	(20)	北海道	<b>57.80%</b>	1,449,892	1,058,692
28	(30)	神奈川	<b>57.15%</b>	2,681,740	2,010,664
29	(31)	福岡	<b>56.89%</b>	1,669,870	1,265,362
30	(34)	兵庫	<b>56.18%</b>	1,537,146	1,199,032

# 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	R7.11順位	都道府県	利用率	MNC利用人数	資格確認書等
31	(23)	北海道	<b>67.44%</b>	496,799	239,846
32	(34)	大分	<b>67.34%</b>	103,666	50,283
33	(36)	愛媛	<b>66.45%</b>	145,504	73,466
34	(46)	和歌山	<b>65.82%</b>	96,882	50,319
35	(31)	神奈川	<b>65.68%</b>	1,063,123	555,639
36	(37)	岡山	<b>65.62%</b>	212,192	111,155
37	(33)	福岡	<b>65.49%</b>	609,682	321,226
38	(30)	奈良	<b>65.45%</b>	148,174	78,229
39	(38)	埼玉	<b>63.82%</b>	821,176	465,477
40	(43)	香川	<b>63.25%</b>	107,698	62,570
41	(42)	兵庫	<b>63.25%</b>	637,362	370,390
42	(39)	高知	<b>62.40%</b>	65,405	39,417
43	(44)	京都	<b>61.39%</b>	261,309	164,315
44	(40)	東京	<b>60.91%</b>	1,697,167	1,089,325
45	(41)	徳島	<b>60.40%</b>	75,992	49,816
46	(45)	大阪	<b>58.28%</b>	1,044,451	747,615
47	(47)	沖縄	<b>50.34%</b>	100,993	99,613

## 【薬局】

順位	R7.11順位	都道府県	利用率	MNC利用人数	資格確認書等
31	(29)	鳥取	<b>55.83%</b>	143,708	113,687
32	(36)	東京	<b>55.60%</b>	4,120,997	3,290,744
33	(28)	島根	<b>54.87%</b>	196,540	161,645
34	(33)	岡山	<b>54.85%</b>	449,406	369,978
35	(39)	山梨	<b>54.76%</b>	224,808	185,735
36	(32)	長崎	<b>53.36%</b>	374,932	327,680
37	(40)	大分	<b>53.06%</b>	315,182	278,791
38	(35)	愛媛	<b>53.01%</b>	323,931	287,145
39	(37)	奈良	<b>52.85%</b>	300,537	268,151
40	(42)	京都	<b>52.31%</b>	554,909	505,905
41	(38)	長野	<b>51.84%</b>	482,096	447,945
42	(41)	香川	<b>51.68%</b>	249,741	233,485
43	(44)	大阪	<b>49.39%</b>	2,065,078	2,116,394
44	(43)	徳島	<b>49.08%</b>	164,778	170,922
45	(45)	和歌山	<b>48.69%</b>	195,211	205,701
46	(47)	沖縄	<b>48.48%</b>	303,473	322,516
47	(46)	高知	<b>42.04%</b>	134,167	184,988

# マイナ保険証を基本とする仕組みへの移行（令和7年12月の影響報告）

## 11月と12月の医療機関等向けコールセンターへの入電件数の比較

	11月	12月
1日当たり平均入電件数	1,238	1,761

## 12月の医療機関等向けコールセンターの問合せ分類（上位10個）

問合せ内容	総計
1 資格確認端末の電子証明書更新（更新手順）	2743
2 PMH（医療費助成の受給者証）及び診察券のマイナンバーカードへの一体化の助成金の申請方法	1246
3 マイナ資格確認アプリ（訪問診療等）のセットアップ	1106
4 端末工マー（個別事象）	964
5 スマホ導入補助に関するクーポンコードの取得・登録方法	870
6 スマホ対応のセットアップ（汎用カードリーダーのペアリング手順）	802
7 電子処方箋未導入の場合の医薬品のマスタ設定等点検対応	622
8 資格確認端末の電子証明書更新（有効期限・更新状況の確認方法）	594
9 電子処方箋の点検対応済みの医療機関・薬局リスト掲載	533
10 健康保険証の有効期限切れに伴う暫定的な対応	486

## 患者の資格確認に関するコールセンターへの主な問合せの状況（12月）

患者の資格確認に関する主な問合せ内容	問合せ総数
健康保険証の有効期限切れに伴う暫定的な対応	486
マイナンバーカードによるオンライン資格確認を行うことができない場合の対応	480
資格確認書	225
資格確認結果（該当資格なし）の表示	165
資格確認結果（資格無効）の表示	156
被保険者資格申立書	137

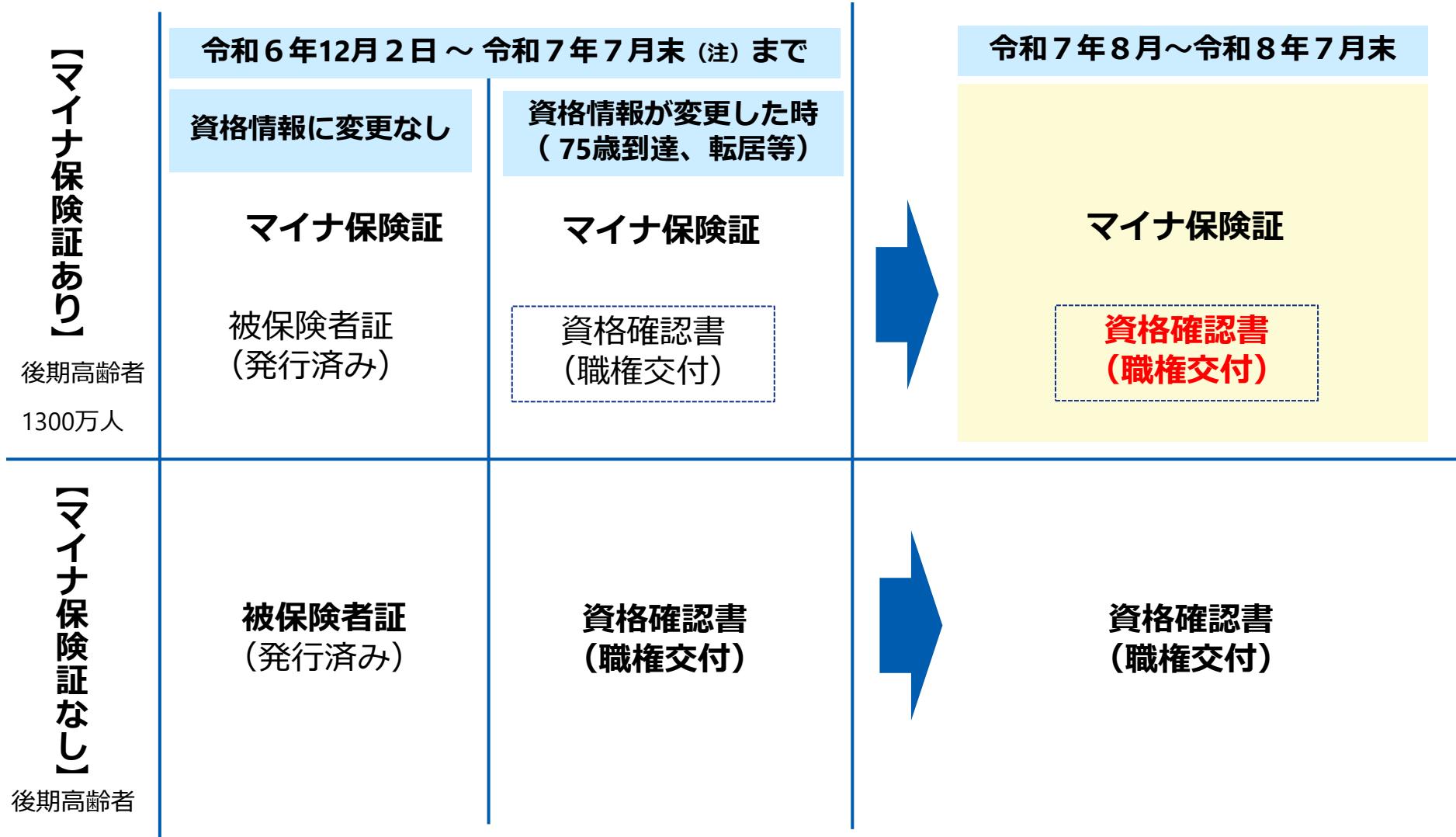
（参考）11月のマイナ保険証利用件数：1億4,575万件  
12月のマイナ保険証利用件数：1億464万件

# 後期高齢者医療制度における 令和7年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  
(一部改変)





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

## 令和8年度予算案（保険局関係）の主な事項について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

# 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<sup>\*</sup>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。

## 医療分野におけるDXの推進

### ○ NDBデータの更なる利活用推進事業 8.8億円(9.9億円) 【一部デジタル庁含む】

医療費適正化計画(都道府県医療費適正化計画)や国民保健の向上に資する研究利用のため、セキュリティを確保した解析環境上における原則7日間でのNDBデータ提供を含め、引き続き医療レセプト等の第三者提供体制の安定的な運用を図る。

## 予防・重症化予防・健康づくり

### ① 保険者のインセンティブ強化(国保・保険者努力支援制度) 1,292億円(1,292億円)

公的保険制度における疾病予防・重症化予防の取組を強化するため、保険者努力支援制度(国民健康保険)について、引き続き、配点のメリハリを強化するなどの適切な指標の見直しにより、予防・重症化予防・健康づくり等に関する取組を強力に推進する。

### ② 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進等 1.3億円(1.3億円)

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について、広域連合・市町村向けの研修会の開催や国保データベース(KDB)システムの活用ツールの充実等により広域連合・市町村の取組を支援し、効果的な横展開を図る。また、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組を含む高齢者の保健事業の状況・現状分析等を行い、第3期データヘルス計画の中間評価に向けて支援を行う。

## 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。

# 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

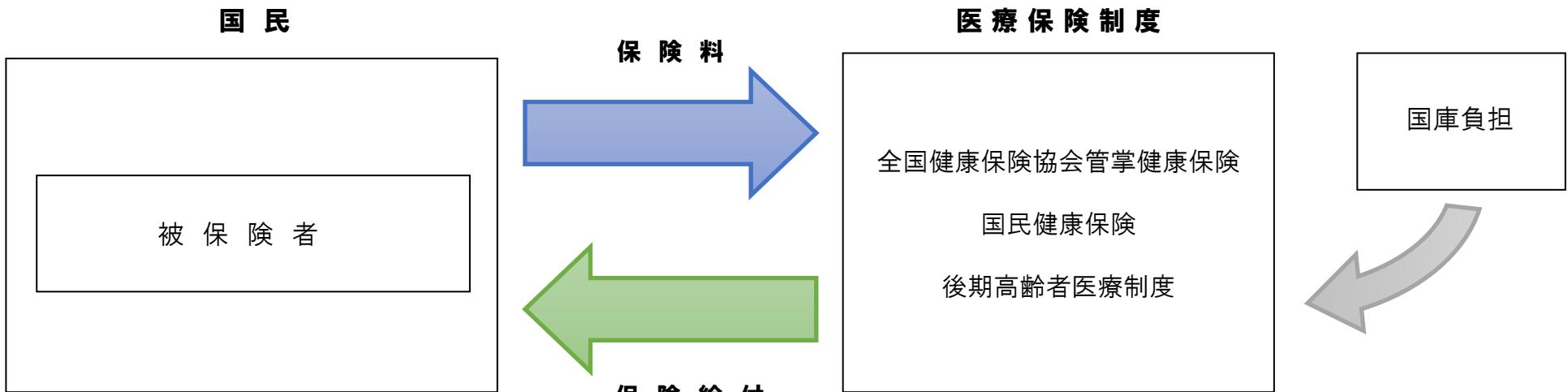
令和8年度当初予算案 10兆5,566億円 (10兆2,779億円) ※()内は前年度当初予算額

## 1 事業の目的

- 全国健康保険協会管掌健康保険、国民健康保険及び後期高齢者医療の医療費等に要する費用に対し、健康保険法、国民健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律等に基づき一部を負担することにより、各制度の健全な事業運営に資すること。

## 2 事業の概要・スキーム・実施主体等

- 健康保険法、国民健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律等に基づき、各医療保険者に対し医療費等に要する費用の一部を負担する。(主な国庫負担割合 協会けんぽ:164/1000、市町村国保:32/100及び9/100、後期高齢者医療:3/12及び1/12 等)



令和8年度当初予算案 3,071億円 (3,071億円) ※()内は前年度当初予算額

## 1 事業の目的

国保の財政運営を都道府県単位化する国保改革とあわせ、毎年約3,400億円（※）の財政支援の拡充を行っている。  
(※公費（国及び地方の合計額）)

## 2 事業の概要・スキーム・実施主体等

<2015年度（平成27年度）から実施>（約1,700億円）

○ **低所得者対策の強化**

（低所得者数に応じた自治体への財政支援を拡充）

1,700億円

<2018年度（平成30年度）から実施>（約1,700億円）

○ **財政調整機能の強化**

（精神疾患や子どもの被保険者数など自治体の責めによらない要因への対応）

800億円

○ **保険者努力支援制度**

（医療費の適正化に向けた取組等に対する支援）

840億円  
(2019～2026年度は910億円)

○ **財政リスクの分散・軽減方策**

（高額医療費への対応）

60億円

※ 保険料軽減制度を拡充するため、2014年度（平成26年度）より別途500億円の公費を投入

※ 2015～2018年度（平成27～30年度）予算において、2,000億円規模の財政安定化基金を積み立て

※ 保険者努力支援制度は、2020年度より、上記とは別に事業費分・事業費連動分を新設し、予防・健康づくりを強力に推進

令和8年度当初予算案 1,450億円 (1,250億円) ※ () 内は前年度当初予算額

## 1 事業の目的

- 被用者保険において、高齢者医療制度を支えるための拠出金負担（前期高齢者納付金及び後期高齢者支援金）が増加する中で、拠出金負担の重い被用者保険者への支援を実施する。また、令和5年通常国会で改正法が成立した医療保険制度改革に際し、令和6年度から特例的に、国費による支援を430億円追加するとともに、令和8年度より時限的に支援を200億円拡充し、被用者保険への財政支援強化を実施する。

## 2 事業の概要・スキーム・実施主体等

### ①高齢者医療特別負担調整交付金（200億円）<平成29年度から開始>

拠出金負担（後期支援金、前期納付金）が、義務的支出（拠出金負担+自保険者の法定給付費）に比べて過大となる保険者の負担を、全保険者と国費で軽減

国費充当（100億円）を拡大し、負担軽減対象となる保険者の範囲を拡大（200億円）

（補助率：1／2→令和6年度から2／3）（令和6年度事業実績）185保険者

### ②高齢者医療運営円滑化等補助金（950.4億円）<（1）平成2年度から開始（2）平成27年度から開始（3）令和6年度から開始>

前期納付金等の割合・伸びに着目し、拠出金負担が過大となる保険者に対して、負担の重さに応じた補助を行う。

国費充当（720.4億円）を拡大し、現行の支援を見直すとともに、賃上げ等により報酬水準が引き上がった

健康保険組合に対する補助を創設し、拠出金負担を更に軽減（950.4億円）

（1）総報酬に占める前期納付金の割合（所要保険料率）が重い保険者に対する負担軽減（120.4億円）

（2）前期納付金等の平成23年度からの伸び率に着目した負担軽減（600億円）

（3）企業の賃上げ努力に配慮した拠出金負担軽減（230億円）

（補助率：定額）（令和6年度事業実績）1,144保険者

### ③健康保険組合連合会交付事業費負担金（300億円）<令和6年度から開始>

高額レセプトの発生した健康保険組合に対する支援を行う健康保険組合連合会の高額医療交付金事業について、国費による財政支援を制度化。令和8年度より時限的に支援を拡充。

（補助率：定額）

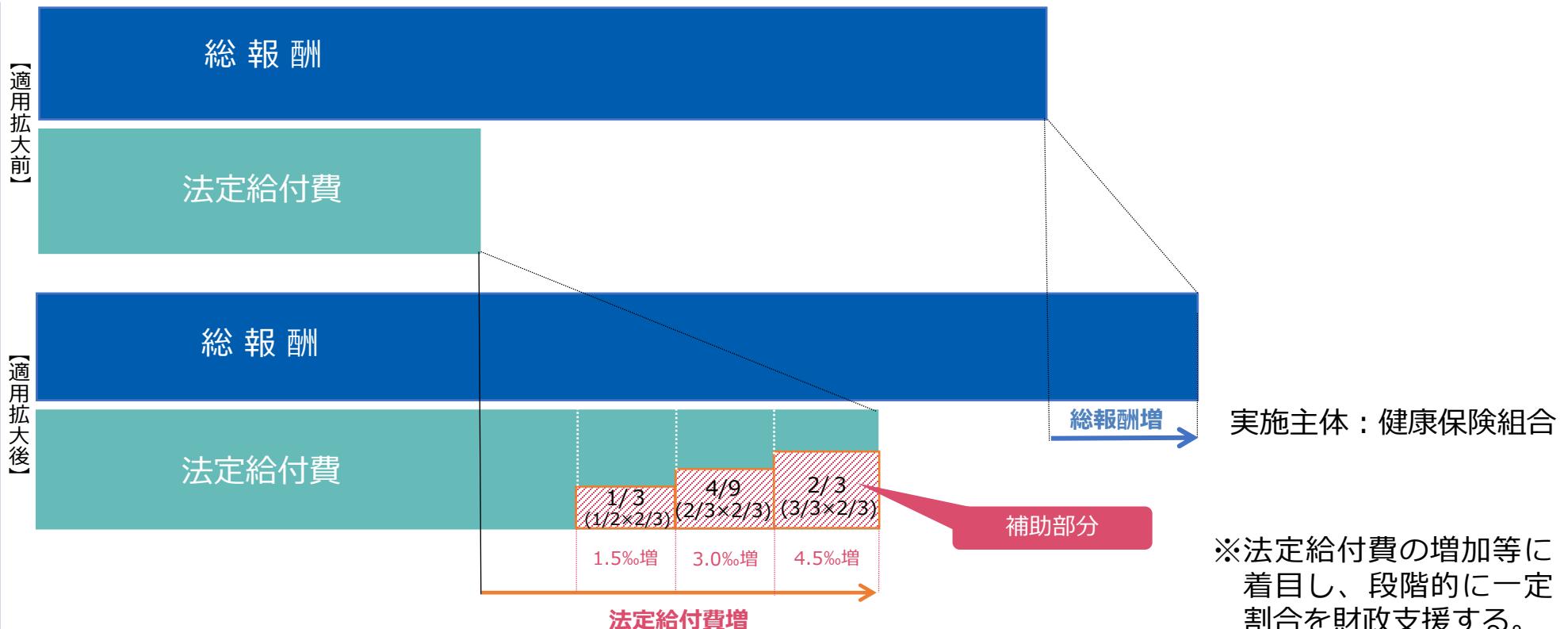
# 被用者保険の適用拡大に係る健康保険組合への財政支援

令和8年度当初予算案 2.5億円（2.5億円）※（）内は前年度当初予算額

## 1 事業の目的

年金制度の機能強化のための国民年金法等の一部を改正する法律に基づき、令和6年10月からの短時間労働者の適用拡大の施行に伴う、加入者の増に伴う法定給付費の増により、財政が逼迫する恐れのある健康保険組合に対して、法定給付費の増加等に着目した財政支援を行う。

## 2 事業の概要・スキーム・実施主体等



# NDBデータの更なる利活用推進事業

令和8年度当初予算案 8.8億円 (9.9億円) 令和7年度補正予算額 19.8億円

※ () 内は前年度当初予算額 ※デジタル庁一括計上予算含む

## 1 事業の目的

- 医療費適正化計画(都道府県医療費適正化計画)や国民保健の向上に資する研究利用のため、セキュリティを確保した解析環境上における原則7日間でのNDBデータ提供を含め、引き続き医療レセプト等の第三者提供体制の安定的な運用を図る。

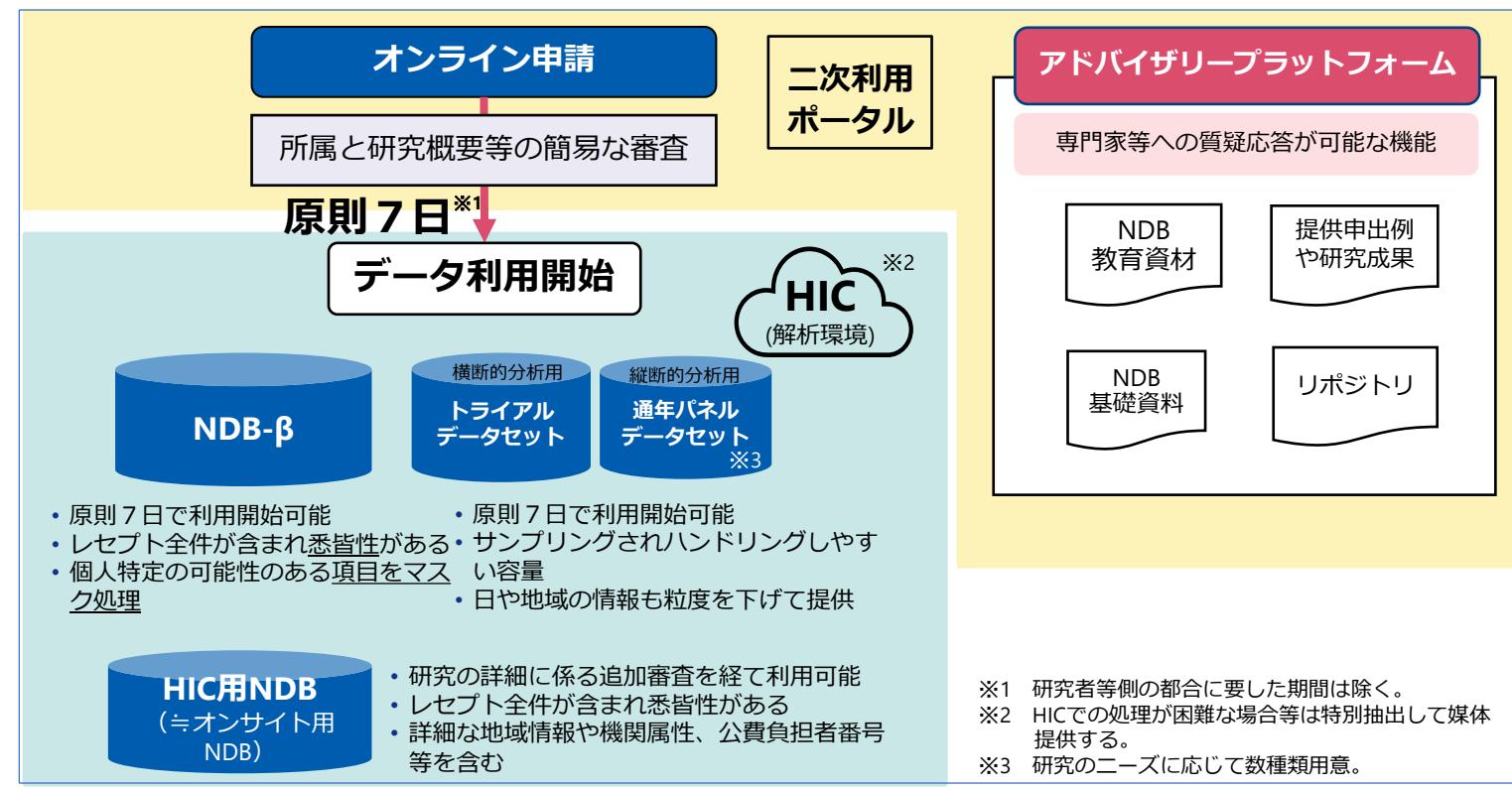
## 2 事業の概要・スキーム

**■NDBデータへの迅速なアクセス**  
解析用に処理したNDBデータをHIC解析環境において、リモートアクセスを通じて原則7日で提供。

**■収載データの提供**  
医療費適正化計画や国民保健の向上に資する研究利用のため、レセプト情報、特定健診情報、事業者健診情報や医療扶助健診情報等のデータ提供。

**■専門家によるデータ抽出等の支援**  
研究者・利用者等が希望する場合に専門家等が抽出条件のアドバイスを行う等の支援体制の運営。

**■NDBオープンデータの作成**  
NDBからレセプト情報及び特定健診等情報を抽出して、医療の提供実態や特定健診の結果をわかりやすくまとめた集計表を作成する。  
等



## 3 実施主体等

- 実施主体：国
- 委託事業：社会保険診療報酬支払基金等

令和8年度当初予算案 1,292億円 (1,292億円) ※()内は前年度当初予算額。

## 1 事業の目的・概要

平成27年国保法等改正により、市町村国保について、医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する保険者努力支援制度を創設。

### <取組評価分>（事業開始年度：平成30年度）

- 医療費適正化に向けた取組等を評価する指標を設定し、都道府県・市町村の達成状況に応じて交付金を交付
  - ・財政規模：912億円 ※特別調整交付金（88億円）を活用し事業の財政規模は総額約1000億円

### <予防・健康づくり支援分（事業費分・事業費連動分）>（事業開始年度：令和2年度）

- 予防・健康づくり事業の事業費として都道府県・市町村に交付金を交付（事業費分）
  - ・財政規模：152億円 ※従来の国保ヘルスアップ事業（特別調整交付金）を統合し事業の財政規模は総額202億円
- 予防・健康づくり事業に関する評価指標を用いて都道府県に交付金を交付（事業費連動分）
  - ・財政規模：228億円

国保財政の仕組み(イメージ)



## 2 事業のスキーム・実施主体等

取組評価分	予防・健康づくり支援分（事業費分・事業費連動分）
<p><b>【交付金の配分方法】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 都道府県・市町村ごとに、医療費適正化に向けた取組等に関する評価指標に基づいて採点</li> <li>○ 都道府県・市町村ごとの「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</li> </ul> <p><b>【交付金のプロセス】</b> (前年度)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 国において評価指標を決定・提示</li> <li>② 都道府県・市町村は評価指標に関する取組の実施状況を報告し、国において採点</li> <li>③ 国は、採点結果に基づいて交付見込額を内示 (当年度)</li> <li>④ 都道府県は市町村分も含め交付申請を行い、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</li> <li>⑤ 都道府県は市町村に対し、市町村分の交付金を交付</li> </ol>	<p><b>【（事業費分）交付金の配分方法】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 都道府県・市町村ごとに、予防・健康づくり事業の事業費として配分</li> </ul> <p><b>【（事業費分）交付金のプロセス】</b> (当年度)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 市町村は、市町村事業計画を作成し、都道府県に提出</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>⑤ 都道府県、市町村において事業を実施</li> </ol> <p><b>【（事業費連動分）交付金の配分方法】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> </ul> <p><b>【（事業費連動分）交付金のプロセス】</b> (前年度)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 国において評価指標を決定・提示 (当年度)</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ol>
	14

# 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

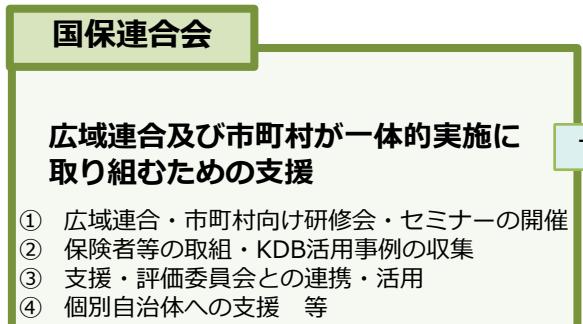
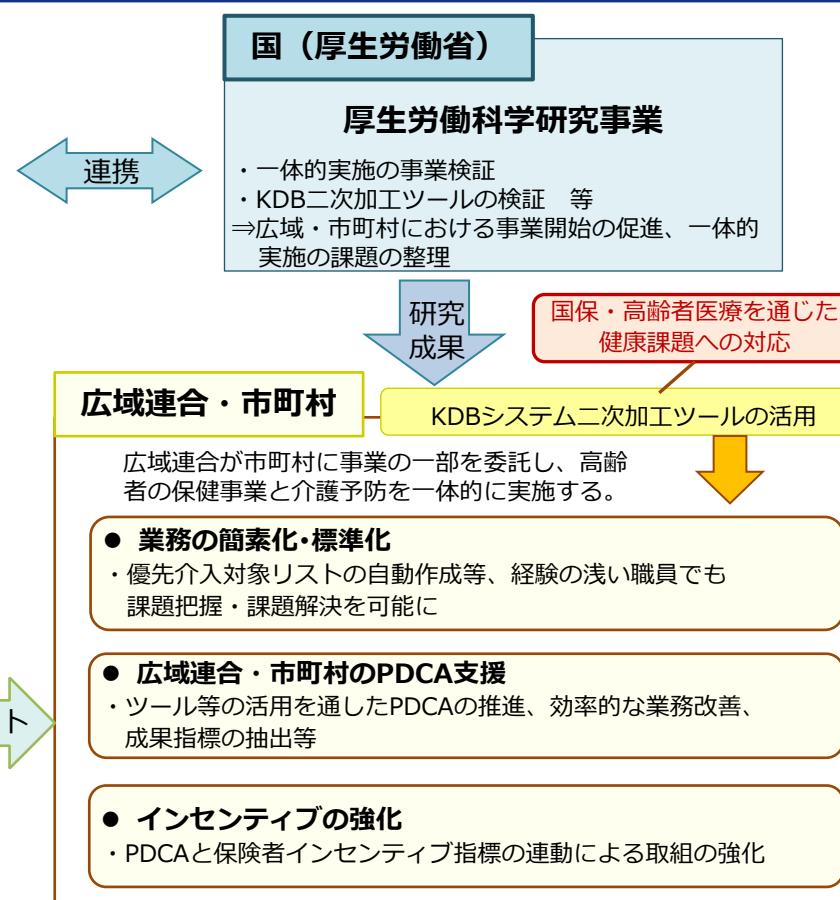
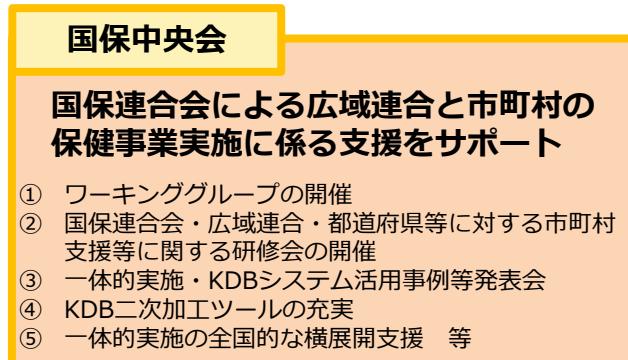
令和8年度当初予算案 **1.0 億円 (1.0億円)** ※()内は前年度当初予算額  
※令和7年度補正予算額 93百万円

## 1 事業の目的

令和2年度から開始された「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施※」について、全市町村での効率的・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。

※高齢者の心身の多様な課題に対してきめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一緒に実施。

## 2 事業の概要・スキーム



## 3 実施主体等

- ・実施主体：国保中央会  
国保連合会
- ・補助率：定額
- ・事業実績：全広域連合及び全市町村等を対象に実施。  
・一体的実施市町村数：  
1, 072 (令和4年度)  
1, 396 (令和5年度)  
1, 710 (令和6年度)

令和8年度当初予算案 25百万円 (25百万円) ※()内は前年度当初予算額

## 1 事業の目的

- 令和2年4月から開始された「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」について、全市町村での効率的かつ効果的な事業実施に向け、一体的実施の取組状況・現状分析や広域連合及び自治体への支援が求められている。
- 令和8年度は、より効果的・効率的な事業実施に向けて、データヘルス計画の記載内容から保健事業の実施状況の把握や課題の整理を行うとともに、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第3版を踏まえた保健事業の実施状況の把握を通して、データヘルス計画の中間評価に向けた支援策の検討及び支援を行う。

## 2 事業の概要・スキーム・実施主体等

### 1. ヒアリング・検討班等の実施

#### <令和8年度>（予定）

- ・第3期データヘルス計画に基づく保健事業の実施状況の把握や課題の整理による第3期データヘルス計画の円滑な中間評価に向けた支援策の検討及び支援等



- (1) 実施状況調査等の実施（広域連合・市町村を対象）  
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について、調査により実施自治体、未実施自治体の状況から課題を整理し、必要な情報提供を実施。
- (2) 有識者・広域連合等による検討班「高齢者の保健事業のあり方検討WG」（年2回程度開催予定）  
有識者や広域連合のブロック代表を構成員として、保健事業の趣旨・目的・背景、事業実施に必要な技術的、専門的事項等についての課題の整理や効果的・効率的な事業実施に向けた支援の検討等を行う。（事業検証、中間評価の実施に向けてのガイド等）
- (3) その他、必要に応じて運営に係る会合を実施



「高齢者の保健事業のあり方検討WG」

検討結果を横展開



広域連合・市町村

### 2. 作業グループ等による検討

- 第3期データヘルス計画に基づく、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組を含む高齢者の保健事業の状況・現状分析
- 収集したデータに基づく詳細な分析
- 取組状況の類型化、類型ごとの結果や効果の分析
- 第3期データヘルス計画の円滑な中間評価に向けた支援策の検討及び支援

※年3回程度開催予定 ※専門知識のある有識者（8人程度）により構成

※外部（民間シンクタンク）への委託により運営

「高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ」において  
より検討・精査

令和8年度当初予算案 66百万円（66百万円）※()内は前年度当初予算額

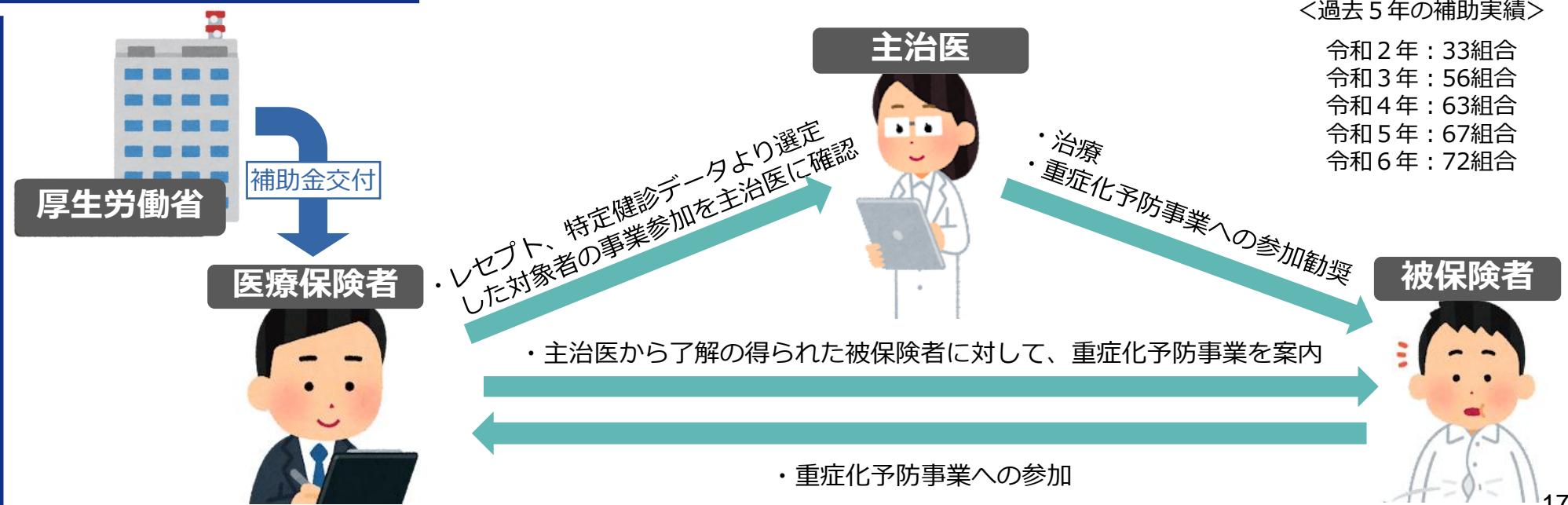
## 1 事業の目的

- 「新経済・財政再生計画改革工程表2023」（令和5年12月21日閣議決定）において、「生活習慣病予防と重症化予防の先進・優良事例の把握・横展開を行うとともに、それを踏まえた糖尿病性腎症重症化予防プログラム等に基づき取組を推進」と掲げられている。
- 令和6年度に改定された日本医師会、日本糖尿病対策推進会議との連携協定に基づく「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」等を参考にしながら、引き続き取組を推進する。

## 2 事業の概要

- 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の費用を補助する。
- 糖尿病性腎症の重症化予防に加えて、循環器病の予防・進行抑制を目的とした生活習慣病の重症化予防のための保健指導等の費用も補助する。

## 3 事業スキーム・実施主体等

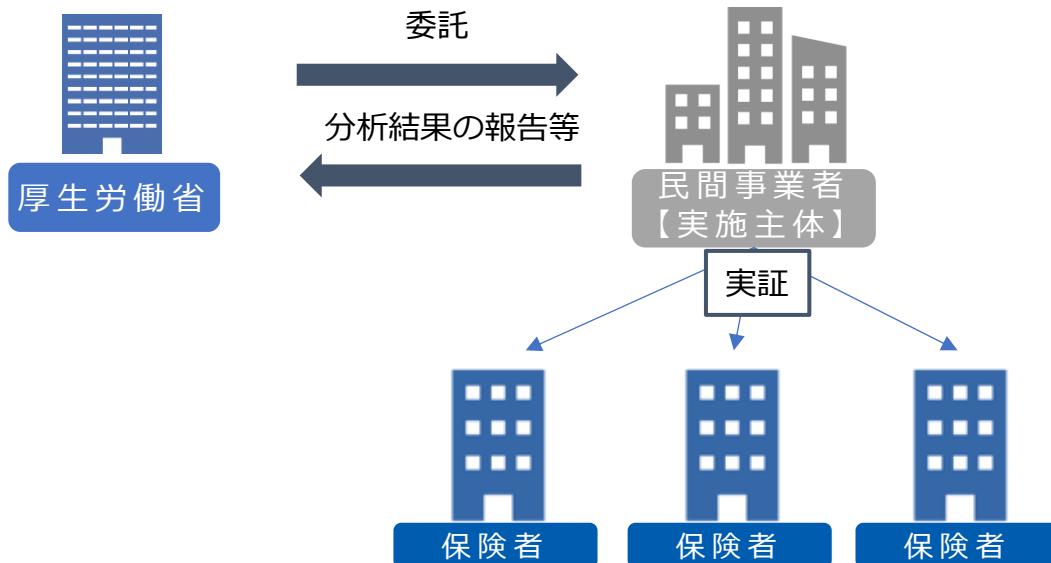


令和8年度当初予算案 1.1億円（1.1億円）※()内は前年度当初予算額

## 1 事業の目的

- 令和2年度から令和5年度まで、保険者等によるエビデンスに基づく予防・健康づくりの取組を促進するため、特定健診・特定保健指導などをはじめとした分野において実証事業を実施し、特定保健指導において、成果が出たことを評価する評価体系（アウトカム評価）を導入する等の成果を得て、第4期特定健診・特定保健指導の制度の見直しを行ったところである。
- 他方、特定保健指導の対象者は増加しているが、特定保健指導を行う専門職の人手も限られており、より効率的に成果を得られる方法を検討する必要がある。
- そこで、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。今後はこうした制度見直しの趣旨を発展させ、効果的・効率的に肥満・生活習慣病対策を行い、その他の予防・健康づくりの取組にも資するよう、関係学会と協働しつつ、エビデンスの整理や啓発を実施する。

## 2 事業の概要・スキーム・実施主体等



### 【業務内容】

- ・ 保健事業関係者への調査
- ・ 実証事業の実施
- ・ 事業や調査の分析
- ・ 行動変容に資する普及啓発のための資材作成
- ・ 効率的かつ効果的な実施方法の提案
- ・ 報告書作成

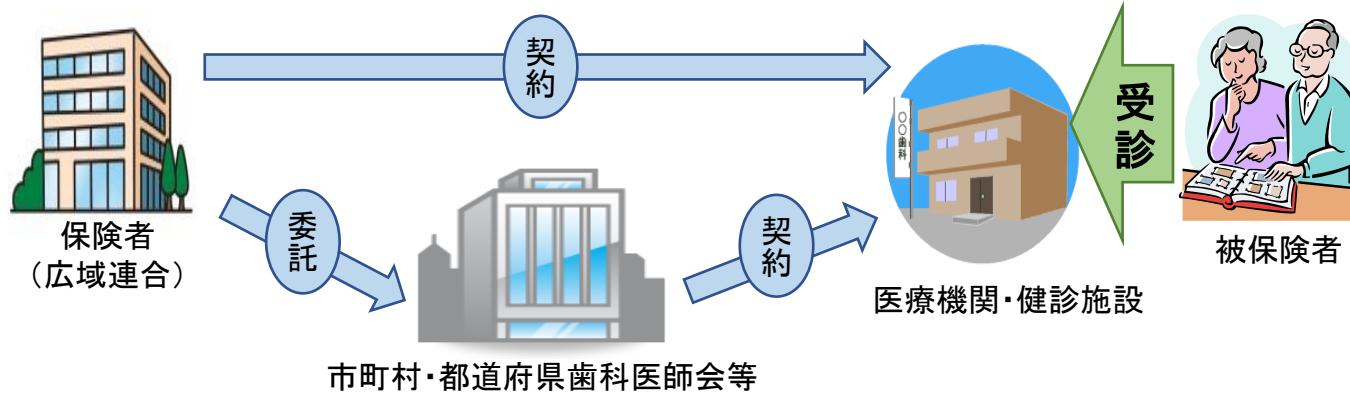
など

令和8年度当初予算案 9.8億円 (8.7億円) ※()内は前年度当初予算額

## 1 事業の目的・概要

- 歯周病を起因とする細菌性心内膜炎・動脈硬化症等の悪化、口腔機能低下による誤嚥性肺炎等を予防するため、広域連合は歯・歯肉の状態や口腔機能の状態等をチェックする歯科健診を実施。  
**国は広域連合に対し国庫補助（増額）を行うことにより、歯科健診事業を推進。**
- 健康増進法に基づき実施されている歯周疾患検診や、国（厚生労働省）において策定した「後期高齢者を対象とした歯科健診マニュアル」などを参考にしつつ、高齢者の特性を踏まえた健診内容を各広域連合で設定。  
(例：後期高齢者を対象とした歯科健診マニュアル（H30.10策定）) 咀嚼機能、舌・口唇機能、嚥下機能、口腔乾燥、歯の状態等（歯の状態、粘膜の異常、歯周組織の状況）
- 市町村や都道府県歯科医師会等への委託等により実施。

## 2 事業のスキーム



## 3 実施主体等

実施主体：	広域連合
補助率：	1／3
負担割合：	国1／3、地財措置1／3 保険料1／3
事業実績：	実施広域連合数（受診者数）
	令和4年度 47 (44.9万人)
	令和5年度 47 (51.4万人)
	令和6年度 47 (53.1万人)

令和8年度当初予算案 1.1億円（1.7億円）※()内は前年度当初予算額

※ 令和7年度補正予算額 1.2億円

## 事業の目的・概要

健康保険組合等の保険者においてデータヘルスの取組を効果的・効率的に実施し保険者機能を強化するため、「データヘルス計画の標準化推進」「成果連動型民間委託契約方式（PFS）」の事業に係る費用を補助する。

## データヘルス計画の標準化の推進に関する補助事業

- データヘルス・ポータルサイトに蓄積される健康課題や保健事業の実績データをもとに、個別の健康課題に応じた効果的な保健事業のパッケージ化（標準化）の検討に係る費用を補助。

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

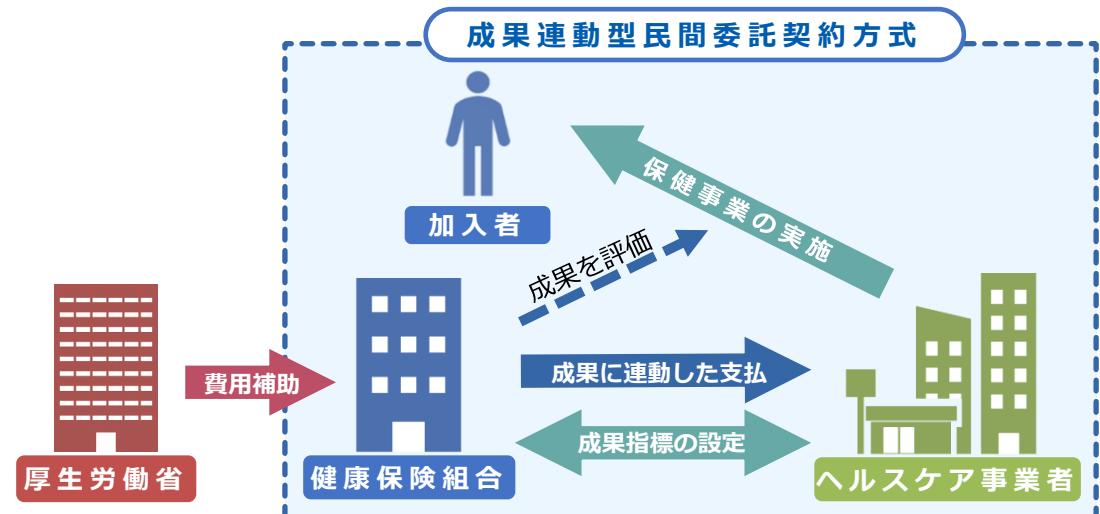
### 〈データヘルス・ポータルサイト〉

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



## PFS事業に関する補助事業

- PFSによる保健事業とは、保険者が民間事業者に委託等して実施させる保健事業のうち、その事業により解決を目指す健康課題に対応した成果指標が設定され、民間事業者に支払う額等が当該成果指標の改善状況に連動するものを指す。
- 成果指標の改善状況に連動するリスクを民間事業者が負うことで、より事業の費用対効果が高まり、効果的・効率的な保健事業を実施することにつながることが期待される。



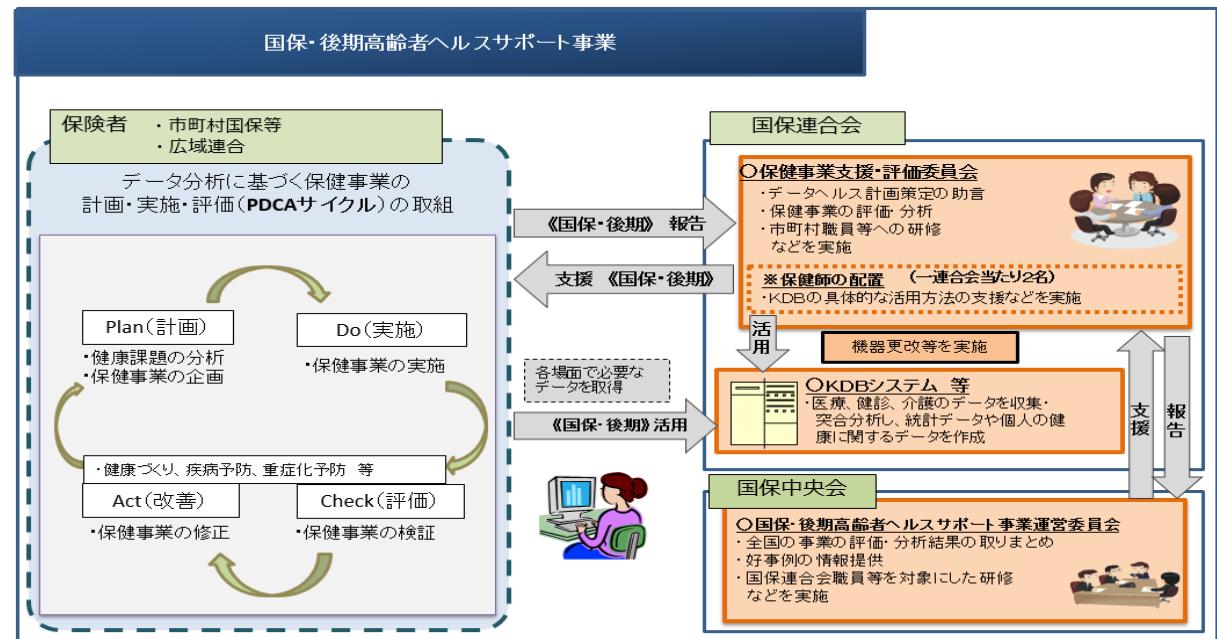
令和8年度当初予算案 3.9億円（3.9億円）※（）内は前年度当初予算額

## 1 事業の目的

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業は、年齢で途切れる事のない連続性のある保健事業の展開を図ることを目指し、医療費適正化に資することを目的に、レセプト・健診情報等に基づく保健事業のPDCAサイクルに沿った効率的・効果的な実施に向け、KDBシステム等を活用した保健事業を行う市町村国保等に対する支援体制を構築する。

## 2 事業の概要・スキーム

レセプト・健診情報等のデータ分析に基づく保健事業のPDCAサイクルに沿った効率的・効果的な実施に向け、KDBシステム等を活用した保健事業を行う市町村国保等に対する支援を実施する。



## 3 実施主体等

- 実施主体：国民健康保険中央会・国民健康保険団体連合会
- 補助率：国 7/8 等

令和8年度当初予算案 1.7億円（1.7億円）※（）内は前年度当初予算額

## 1 事業の目的

- レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）のデータを用いて、都道府県別に外来・入院の医療費の構成要素や医薬品の使用状況等を分析し、医療費の増加と関係する要素を分析するとともに、特定健診・保健指導による検査値の改善状況・行動変容への影響、医療費適正化効果について分析し、保険者の予防・健康づくりと医療費適正化を推進する。

## 2 事業の概要・スキーム、実施主体等

### （1）医療費適正化計画等に係るデータの集計及び分析等補助業務

都道府県の医療費適正化計画のPDCAサイクルを支援するため、NDBに収録されたデータを活用して、医療費の地域差や外来・入院医療費の構成要素等を分析し、医療費の増加と関係する要素の分析等を行う。また、都道府県別データブックや医療費適正化効果推計ツール等の医療費適正化に資するツールを更新し都道府県へ配付する。

【主な分析内容】・疾患別医療費内訳、地域差分析（都道府県別、二次医療圏別、保険者種別別）、入院・入院外別、性年齢階級別、全疾患集計 等

時期	2023.4～2024.3	2024.4～2025.3	．．．．．	2029.4～2030.3
都道府県の対応	第3期計画期間  第4期計画の策定 →	第4期計画期間  毎年度、進捗状況の公表(PDCA管理の実施)  第3期計画実績評価・公表・報告 →		第5期計画の策定 →

### （2）レセプト情報・特定健診等情報の分析等に係る支援事業

特定健診・特定保健指導の健康増進や医療費適正化に係る効果等を検証するため、NDBに収録されたデータを活用して、レセプト情報と特定健診等の情報を経年的に個人単位で紐付けた上で、特定健診・特定保健指導の実施による検査値や医療費への効果等について、様々な調査・分析を行う。

### （3）地域フォーミュラリの調査分析事業

地域フォーミュラリの調査・分析を行う。

# 国保保健事業の健康づくり・医療費適正化に向けた調査・分析等事業

令和8年度当初予算案 47百万円 (50百万円) ※()内は前年度当初予算額

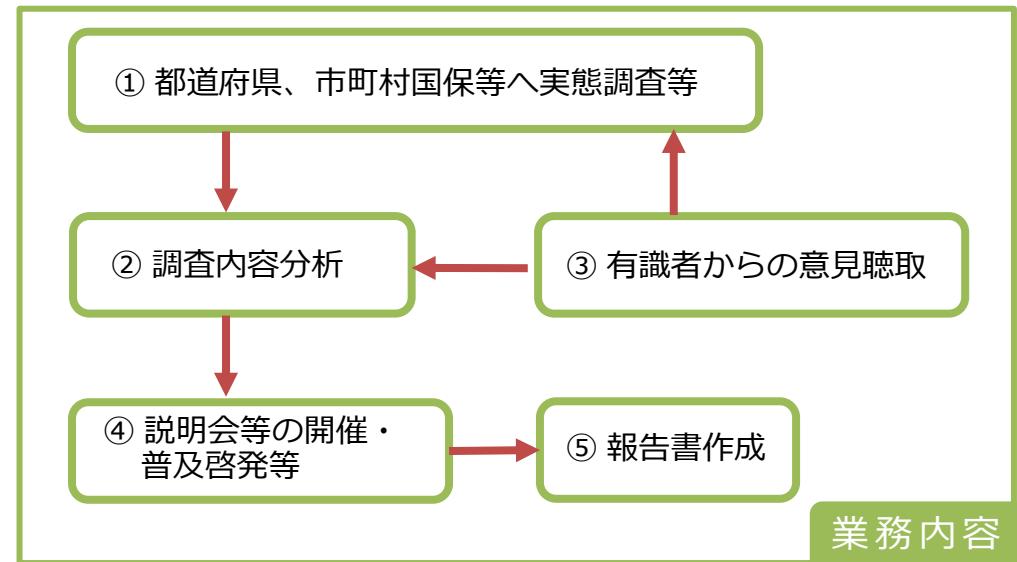
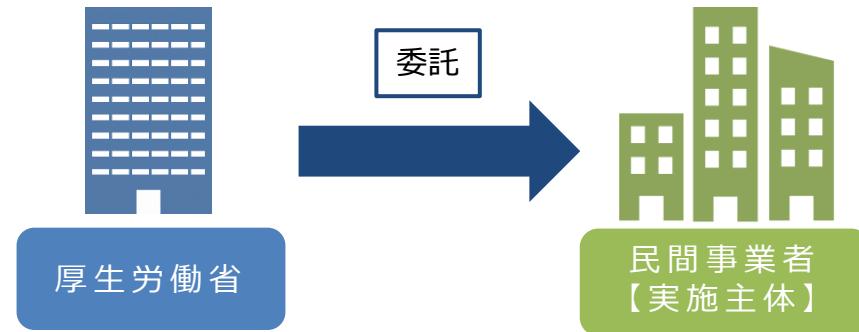
## 1 事業の目的

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化等の取組に対する支援として平成28年度より開始し、平成30年度より本格的に実施されている。この制度は、適正かつ客観的な指標に基づき、都道府県及び市町村の保険者ごとに実施されている取組状況や実績を点数化し、それに応じて国から交付金を交付するものであり、保険者の取組を推進している。

本事業では、保険者でこれまで実施してきた予防・健康づくりの取組内容の調査・分析等を行い、これらの内容を踏まえ保険者における取組内容の課題を明確にする。また、その結果を踏まえて、健康づくりや医療費適正化に効果的な取組評価指標を整理し、今後の取組評価指標の見直しに活用すること及び保険者における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、地域における保健事業の取組の充実・質の向上を目指す。

## 2 事業の概要・スキーム・実施主体等

- 厚生労働省からの委託により、以下の業務内容を実施する。



# 国保健康づくり事業におけるデータ利活用支援事業

保険局国民健康保険課（内線3259、3213）

令和8年度当初予算案 30百万円 (30百万円) ※()内は前年度当初予算額

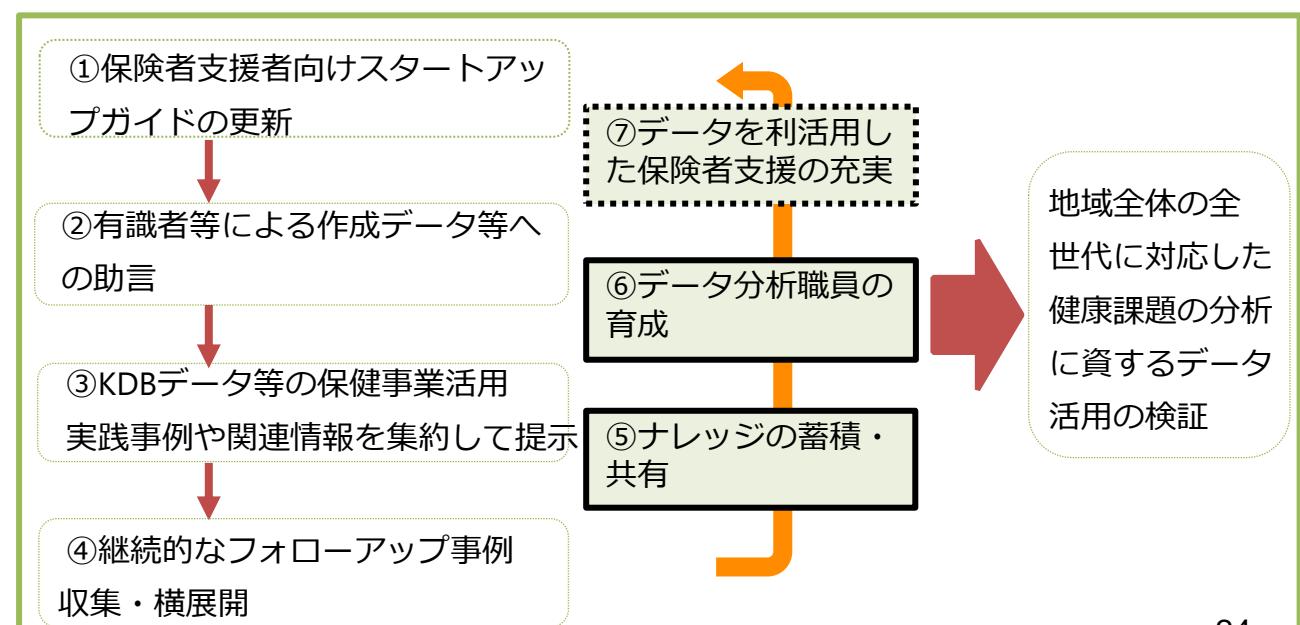
## 1 事業の目的

- ・地域住民にとって身近な存在である市町村が、健康・医療データからの分析・活用力を高めることで、的確なデータ分析に基づく効果的な健康づくりを実現する。
- ・データ分析の範囲と健康づくりの範囲を、将来的な国保予備群である被用者保険のデータまで活用して、生涯を通じた健康づくり、医療費適正化を実現するとともに、国保財政の安定化を図る。
- ・このため、国保連合会をバックアップする国保中央会において、国保連合会における各保険者の健康づくりに関するデータの分析力の強化を図るため、各種データの利活用等を担う職員を養成して、生涯を通じた健康づくりや医療費適正化を実現するとともに、国保連合会による各保険者への支援の拡充を図る。

## 2 事業の概要・スキーム・実施主体等



- 実施主体： 国民健康保険中央会
- 補助率： 国 1/2



令和8年度当初予算案 1.0億円（1.0億円）※（）内は前年度当初予算額

## 1 事業の目的

○ 保険者協議会は、都道府県単位で保険者横断的に住民の予防・健康づくりと医療費適正化を推進する取組を行っている。保険者が共通認識を持って取組を進めるよう、都道府県内の医療費の調査分析など、保険者が行う加入者の健康の保持増進や医療費適正化の効果的な取組を推進するために必要な体制を確保できるよう、補助するものである。

※1 都道府県内の医療費の適正化については、被用者保険を含め、都道府県と保険者が同じ意識をもって共同で取り組む必要がある。こうした観点から、保険者と後期高齢者広域連合が都道府県ごとに共同で「保険者協議会」を組織し（高齢者の医療の確保に関する法律）、都道府県や必要に応じて医療関係者等の参画も得て会議を開催している。

※2 第3期（2018～2023年）の医療費適正化計画からは、都道府県が医療費適正化計画の策定に当たって、保険者協議会に事前に協議することとなった。また、都道府県は、計画に盛り込んだ施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者協議会を通じて、保険者、医療関係者等に必要な協力を求めることができることとされている。

## 2 事業の概要・スキーム・実施主体等

### 【保険者協議会が行う事業（補助率）】

#### ◇保険者協議会の開催等（1／2）

医療計画（地域医療構想）、医療費適正化計画への意見提出、専門家等を活用したデータ分析、意見聴取等を行うための保険者協議会、専門部会等の開催

#### ◇データヘルスの推進等に係る事業（2／3）

保険者等が実施する、健康・医療情報を活用してP D C Aサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の推進を図るために実施する事業等

#### ◇特定健診等に係る受診率向上のための普及啓発に係る事業（1／2）

特定健診等の受診率向上のため、保険者等が共同して行う積極的な普及・啓発活動等

#### ◇特定健診等の円滑な実施のための事業（1／2）

保険者等への情報提供を迅速かつ効率的に実施するためのHPの作成等

#### ◇特定保健指導プログラム研修等事業（1／2）

特定保健指導を行う医師、保健師及び管理栄養士等に対するプログラム習得のための研修の実施

#### ◇特定健診と各種検診の同時実施の促進事業（1／2）

被用者保険の被扶養者向け健診と自治体のがん検診等の同時実施等

#### ◇保険者とかかりつけ医等の協働による加入者の予防健康づくり事業（1／2）

かかりつけ医等と保険者が協働し、予防健康づくりに必要な保健指導や地域の相談支援等の活用を推進

医療関係者等の協力も得て、協議会を活用しながら、  
健康増進や医療費分析等を推進

### 保険者協議会（都道府県ごとに設置）

（都道府県の実情に配慮して構成）

- ・ 都道府県
- ・ 協会けんぽ
- ・ 健保組合
- ・ 健保連支部
- ・ 市町村国保
- ・ 国保組合
- ・ 国保連合会
- ・ 共済組合
- ・ 後期高齢者広域連合  
(参画を働きかけ)
- ・ 医療関係者

など

実施主体等

【実施主体】保険者協議会

令和8年度当初予算案 69百万円 (69百万円) ※()内は前年度当初予算額

## 1 事業の目的

- 健康長寿社会の実現や医療費の適正化を図るために、経済団体、保険者、自治体、医療関係団体等で構成された「日本健康会議」において、先進的な予防・健康づくりのインセンティブを推進する自治体を増やすなどの目標を達成するための取組を支援するための経費。

## 2 事業の概要・スキーム・実施主体等

- 2015年7月に、「**日本健康会議**」が発足。
  - ・保険者等における先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げるための**民間主導の活動体**。
  - ・**健康寿命の延伸**とともに**医療費の適正化**を図ることが目的。
  - ・メンバーは、経済界・医療関係団体・自治体・保険者団体のリーダーおよび有識者で構成。
- (※)日本商工会議所会頭、日本医師会会長、読売新聞会長、健康保険組合連合会会長、全国知事会会長が共同代表。
- 「**経済団体、医療団体、保険者、自治体等の連携**」、「**厚労省と経産省の連携**」、「**官民の連携**」の3つの連携により、コミュニティの結びつき、一人ひとりの健康管理、デジタル技術等の活用に力点を置いた健康づくりを応援することをコンセプトとして、毎年度開催。
- 「健康づくりに取り組む5つの実行宣言2025」を採択。例年行っている「保険者データヘルス全数調査」をもとにその達成状況等を確認。

### 「健康づくりに取り組む5つの実行宣言2025」

宣言1	地域づくり・まちづくりを通じて、生活していく中で健康でいられる環境整備に取り組む自治体を1,500市町村以上とする。
宣言2	47都道府県全てにおいて、 <b>保険者協議会</b> を通じて、加入者及び医療者と一緒に予防・健康づくりの活動に取り組む。
宣言3	保険者とともに <b>健康経営</b> に取り組む企業等を15万社以上とする。
宣言4	加入者や企業への予防・健康づくりや健康保険の大切さについて <b>学ぶ場</b> の提供、及び <b>上手な医療のかかり方</b> を広める活動に取り組む、保険者を2,000保険者以上とする。
宣言5	感染症の不安と共に存する社会において、 <b>デジタル技術</b> を活用した生涯を通じた新しい予防・健康づくりに取り組む保険者を2,500保険者以上、医療機関・薬局を20万施設以上とする。

実施主体等

【実施主体】日本健康会議

# 東日本大震災の特別措置の延長 (医療保険者等への財政支援措置)

保健局国民健康保険課(内線3195)/保険課(内線3245,3152)  
高齢者医療課(内線3194)/医療費適正化対策推進室(内線3124)

## 1 事業の目的

令和8年度当初予算案 25億円(29億円) ※()内は前年度当初予算額

保険者(市町村等)が、東日本大震災により被災した医療保険の被保険者について、保険料や一部負担金の免除措置を行った場合の財政支援を行うことで、当該保険者の医療保険事業運営の安定化を図る。

## 2 事業の概要・スキーム・実施主体等

### 1. 一部負担金の免除等による財政支援(20.8億円(23.7億円))

#### ①一部負担金の免除等による財政支援

(20.7億円(23.6億円))

東電福島第一原発の事故により設定された避難指示区域等の住民の方の医療機関等での一部負担金を免除した保険者等への補助

#### ②特定健診の自己負担金の免除等による財政支援等

(0.1億円(0.1億円))

東電福島第一原発の事故により設定された避難指示区域等の保険者等への補助

- 特定健康診査等に係る自己負担金に対する助成
- 避難先の保険者と被災元の保険者が実施する特定健康診査等の費用との差額に対する助成

### 2. 保険料の免除による財政支援(4.5億円(5.6億円))

#### ①保険料の免除による財政支援(3.8億円(4.7億円))※

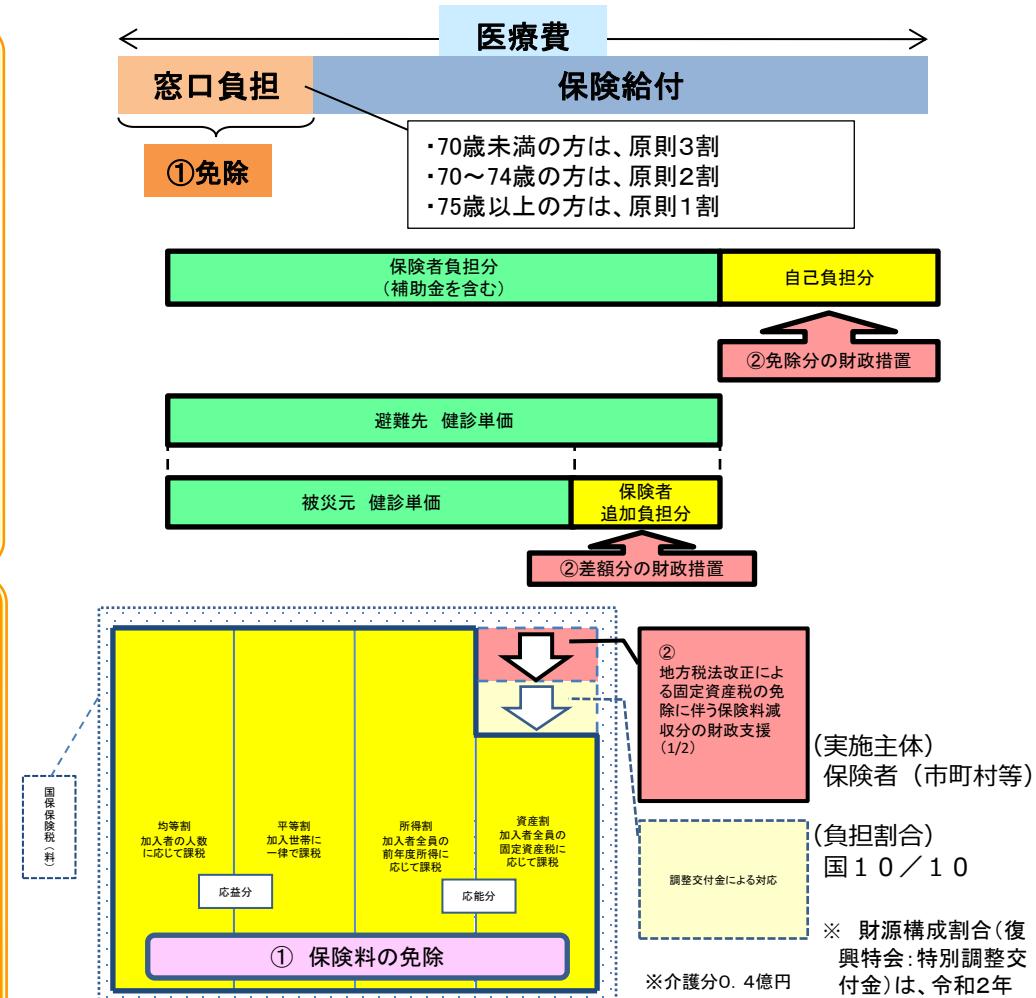
東電福島第一原発の事故により設定された避難指示区域等の住民の方の保険料を免除した保険者等への補助

※このほか、介護分0.4億円(0.5億円)

#### ②固定資産税の課税免除に伴う保険者への財政支援

(0.8億円(0.9億円))

東電福島第一原発の事故により設定された避難指示区域等の固定資産税の免除に伴う保険料減収分の1/2を財政支援



# 原発被災地の医療・介護保険料等の収納対策等支援

保険局国民健康保険課（内線3195）  
保険局高齢者医療課（内線3194）  
老健局介護保険計画課（内線2164）

令和8年度当初予算額 93百万円（93百万円） ※（）内は前年度当初予算額

## 1 事業の目的

原子力災害被災地域における医療・介護保険料等の減免措置については、「第2期復興・創生期間」以降における東日本大震災からの復興の基本方針（令和3年3月9日閣議決定）を踏まえ、被災者の方々の実態を把握している関係自治体の御意見を聞きながら、丁寧に調整を行い、令和5年度から順次、見直すことを決定した。

減免措置の見直しの実施に当たっては、これまで10年以上にわたって免除対象であった被保険者から新たに保険料（税）を徴収するため、滞納によって、市町村の財政状況が悪化しないよう、国・市町村において、以下の取組が必要となる。

- ①国：当該減免措置の見直しを決定した趣旨を全国の被保険者に周知し、理解いただく必要があることから、相談窓口（コールセンター）を設置し、被保険者が負担なく相談できる体制を整備すること
- ②市町村：収納率低下を防ぐため、通常の保険料（税）の徴収時に比べ、より一層、労力をかけて（あるいは勧奨の頻度を上げて）丁寧にきめ細かく（体制整備を含め）収納・滞納対策を実施する必要があること

上記取組については、関係市町村からも財政支援を強く要望されているところであり、福島県内の12市町村の財政安定化に向けた支援や12市町村以外の福島県内市町村も含めた収納・滞納対策に係る取組に対し、引き続き所要の財政措置を実施する。

## 2 事業の概要・スキーム

- ①国分：国（厚生労働省）のコールセンター設置：8百万円（8百万円）

：福島県内の12市町村の住民及び福島県以外に居住する対象者の医療・介護保険料等に関する不安や疑問に対応するため、コールセンターを設置。フリーダイヤルとし、負担なく相談できる体制を整備。

- ②市町村分：福島県内市町村が実施する以下の取組について一定の上限を設け補助：85百万円（85百万円）

《取組》口座振替等の勧奨通知等（口座振替等による保険料（税）の自動引き落としを推奨するための勧奨通知の作成・送付費用）

収納業務委託（外部の民間業者や国保連合会に収納事務を委託する場合の委託費用）

滞納対策等のための非常勤職員増員（納付相談や滞納処分を実施するために非常勤職員を増員した場合の人件費）

《補助上限額》保険料減免見直し対象市町村：対象人口等を考慮して上限額を設定

避難者の多い県内市町村：対象人口等を考慮して上限額を設定

## 3 実施主体等

- 実施主体：国（厚生労働省）

県内市町村等（広野町、楢葉町、川内村、田村市、南相馬市、葛尾村、飯舘村、浪江町、川俣町、富岡町、大熊町、双葉町等）

- 補助率：国（復興特会） 10/10