

第 212 回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和 8 年 6 月 18 日（木）
10 時 00 分～12 時 00 分
場所：全国都市会館大ホール

（ 議 題 ）

1. 健康保険法等の一部を改正する法律（令和 8 年法律第 31 号）の成立について
2. OTC 類似薬の保険給付の見直しの実施に向けた技術的検討会について
3. マイナ保険証の円滑な利用について
4. 年金額の改定を踏まえた自己負担の所得区分における基準額の調整について
5. 医療費における保険給付率と患者負担率のバランス等の定期的な見える化について

（ 配布資料 ）

資	料	1	健康保険法等の一部を改正する法律（令和 8 年法律第 31 号）の成立について
資	料	2	OTC 類似薬の保険給付の見直しの実施に向けた技術的検討会について
資	料	3	マイナ保険証の円滑な利用について
資	料	4	年金額の改定を踏まえた自己負担の所得区分における基準額の調整について
資	料	5	医療費における保険給付率と患者負担率のバランス等の定期的な見える化について

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

本 委 員	いわむら まさひこ ◎ 岩村 正彦 うちぼり まさお 内堀 雅雄 のぐち はるこ ○ 野口 晴子 はやし てっぺい 林 鉄兵	東京大学名誉教授 全国知事会社会保障常任委員会委員長／福島県知事 早稲田大学政治経済学術院教授 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 おおすぎ かずし 大杉 和司 かねこ ひさし 兼子 久 きたがわ ひろやす 北川 博康 きもり こくと 城守 国斗 さねまつ たかのり 實松 尊徳 しま ひろじ 島 弘志 そでい たかこ 袖井 孝子 たじま けんいち 田島 健一 なかむら さやか 中村 さやか にん かずこ 任 和子 はら かつのり 原 勝則 ふじい りゆうた 藤井 隆太 まえば やすゆき 前葉 泰幸 よこもと みつこ 横本 美津子 よねかわ たかし 米川 孝 わたなべ だいき 渡邊 大記	小田原短期大学ライフデザイン総合学科特任教授 日本歯科医師会常務理事 全国老人クラブ連合会理事 全国健康保険協会理事長 日本医師会常任理事 全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／神埼市長 日本病院会副会長 NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事 全国町村会副会長・佐賀県白石町長 上智大学経済学部教授 日本看護協会副会長 国民健康保険中央会理事長 日本商工会議所社会保障専門委員会共同委員長 全国市長会相談役・社会文教委員／津市長 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 健康保険組合連合会副会長・専務理事 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。

健康保険法等の一部を改正する法律（令和8年法律第31号） の成立について

改正の趣旨

持続可能な医療保険制度の実現に向けて、必要な保険給付等の適切な実施と世代間や世代内での負担の公平性の確保を図るため、一部保険外療養の創設、後期高齢者医療における金融所得の保険料等への勘案、出産に係る給付体系の見直し、国民健康保険における子どもに係る均等割保険料等の軽減の拡充等の措置を講ずるほか、医療機関の業務効率化と勤務環境改善の取組等に係る措置を講ずる。

改正の概要

1. より公平な負担の実現、効率的な給付の確保

【健康保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① OTC医薬品との代替性が特に高い薬剤を用いた療養等について、薬剤費の一部を保険給付外とする一部保険外療養を創設する。
- ② 後期高齢者医療において、上場株式の配当等の金融所得を保険料の算定や窓口負担割合等の判定に公平に反映するため、金融所得の支払に係る報告書等（法定調書）を金融機関等がオンラインにより後期高齢者医療広域連合へ提出する義務等を設ける。

2. 出産等の次世代支援や現役世代からの予防・健康づくりの拡充

【健保法、船員保険法、国保法、母子保健法等】

- ① 出産に伴う妊婦の経済的負担を軽減するため、出産の標準的な費用に係る給付体系の見直し等を行う。
- ② 妊婦健診に伴う妊婦の経済的負担を軽減するため、妊婦健診（望ましい基準内）の実施に係る標準額を定める等の環境の整備をするほか、サービス及び費用の見える化を進める。※こども家庭庁所管事項
- ③ 国民健康保険制度において、子どもに係る均等割保険料（税）の5割を軽減する措置の対象を、未就学児から高校生年代まで拡充する。
- ④ 現役世代の予防・健康づくりを強化するため、全国健康保険協会が取り組む保健事業に関する責務を明確化する。

3. 必要な医療の提供の確保

【健保法、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、医療法等】

- ① 高額療養費の支給要件等を定める際には、特に長期療養者の家計への影響が適切に考慮されるよう、法律上明確化する。
- ② 業務効率化・勤務環境改善に取り組む医療機関を支援する新たな事業を地域医療介護総合確保基金に設けるほか、計画を作成し業務効率化・勤務環境改善を推進する病院を厚生労働大臣が認定する仕組みを設ける。併せて、医療機関は業務効率化・勤務環境改善に努めるものとする。

4. その他

【健保法、国保法、高確法等】

- ① 全国健康保険協会の平均保険料率の引き下げとあわせ、令和8年度から令和10年度までの時限措置として、全国健康保険協会への国庫補助に係る特例減額の控除額を引き上げる特例措置を講じる。
- ② 国民健康保険組合に対する国庫補助について、一定の場合に、現行の補助率の下限よりも低い補助率を例外的に適用する。
- ③ 国民健康保険の財政安定化基金（本体基金分）について、納付金（保険料）の抑制のための取崩しを認める。等

このほか、平成19年の雇用保険法等の一部改正法で改正を要した船員保険法第76条第6項について、規定の形式的修正を行う。

施行期日

令和9年4月1日（ただし、2④及び4①は公布日、3①は令和8年8月1日、3②の一部は令和9年1月1日、1④は公布後1年以内に政令で定める日、2①及び②は公布後2年以内に政令で定める日、1②は公布後5年以内に政令で定める日等）

附帯決議について①（衆議院厚生労働委員会）

健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議

令和八年四月二十四日

衆議院厚生労働委員会

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

- 一 出産の標準的な費用に係る給付体系の見直しに当たっては、妊産婦の経済的負担の軽減や妊産婦が納得感を持ってサービスを選択できる環境整備が重要であり、その前提となるサービス内容と費用の見える化、それに基づく標準化を確実に実施し、安全・安心な出産ができる環境整備に向け、周産期医療提供体制の確保に最大限努めること。また、当分の間、出産育児一時金の適用を受けることを可能とする経過措置については、妊産婦の選択に不利益・不公平が生じたり、保険者に過度な事務負担が生じたりすることのないようにしつつ、厳しい労働・経営環境に置かれた分娩施設の状況と意向を十分に踏まえること。さらに、新たな給付体系へ速やかに移行できるよう、国から分娩施設への丁寧な説明など、所要の措置を講ずること。
- 二 分娩施設の体制維持・確保、産科医の確保や地域偏在の解消など、周産期医療提供体制の整備は、国のインフラ整備に関わる問題であり、公費による支援を含む必要な対応策を検討すること。
- 三 分娩費、出産時一時金等の金額の設定に当たっては、医療保険財政及び保険料負担への影響を十分に考慮するとともに、分娩施設を始めとする関係者の意見を十分に踏まえること。とりわけ、地域における分娩施設の経営実態を踏まえた標準的費用の設定、加算措置その他必要な措置を講ずること。また、物価動向や人件費その他の経済状況の変化に適切に対応する観点から、関係者の意見も踏まえつつ、不断に見直すこと。
- 四 妊婦の希望に応じて安全・安心な出産ができる環境整備に向け、麻酔を実施する医師の確保や安全管理体制の標準化など、安全で質の高い無痛分娩や痛みの緩和を目的とした処置の提供体制確保のための方策を講ずること。
- 五 多胎妊婦に対する妊婦健康診査について、単胎妊娠を前提とした現行制度との間に生じている経済的負担及び支援の地域間格差の実態を踏まえ、多胎妊娠の医学的特性に応じた標準的な健診内容の在り方の検討を行うとともに、多胎妊婦健康診査支援事業の全国的な実施率向上に向けた具体的な方策や国の関与の在り方を含め検討すること。また、民間団体等との連携による周知・支援体制の強化及び申請手続による当事者の負担の軽減に必要な措置を検討すること。

附帯決議について②（衆議院厚生労働委員会）

- 六 医療機関における業務効率化・勤務環境改善への責務明確化に当たっては、医療機関における業務効率化・勤務環境改善への取組推進に向けて適切に支援するとともに、現場の実態を幅広く把握・検証し、医療の安全性や質の担保、患者のプライバシー・個人情報の保護への留意とともに、現場労働者の負担軽減に資する取組となるよう留意すること。
- 七 一部保険外療養の施行に当たっては、薬剤の支給において、要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性の高いものであっても、配慮が必要な者への措置は将来にわたって維持すること。また、国民の受診機会の確保、重症化の防止及び医療費への影響等を総合的に勘案し、患者に過度な負担を生じさせることのないよう十分配慮すること。さらに、制度導入後の影響について実態を把握・検証し、適時、ホームページ等で広く公表しつつ可逆的な見直しを含む必要に応じた見直しを行うこと。
- 八 一部保険外療養の対象範囲については、薬剤以外の診療行為を含めるべきではないという指摘もあったこと等を踏まえ、十分に検討すること。
- 九 一部保険外療養に係る対象薬剤や要配慮者の範囲、患者負担割合の検討に当たっては、患者・国民及び関係者に対して丁寧な説明を行い、その意見を十分に踏まえること。また、検討過程の透明性を確保する観点から、検討のための資料及びデータ、前提条件等について出来る限り詳細に関係審議会等に提出し、議論の内容を明らかにすること。
- 十 医療保険制度において、高額療養費等の制度が国民の生命及び生活を守る上で欠くことのできない中核的な役割を果たしていることに鑑み、将来の見直しに際しても、高額療養費等の支給を受ける者が療養等に必要な費用の負担により生活に困窮することのないよう、高額療養費等の支給要件、支給額その他高額療養費等の支給に関する事項は、高額療養費等の支給を受ける者の「療養等に必要な費用の負担が家計に与える影響」及び「必要かつ適切な受診に与える影響」を考慮して定めること。また、その際には、高額療養費等の支給を受ける者の「給与等の収入の状況及び当該収入の変動状況」、「子等の扶養に係る支出、とりわけ教育費に係る支出等の状況」及び「療養等の状況等の生活の実態」など、高額療養費等の支給を受ける者の多様性に留意すること。さらに、高額療養費等の支給を受ける者の収入の状況等に応じ、きめ細かく、かつ、できる限り利便性に配慮した支給要件とすること。加えて、高額療養費等の支給要件、支給額その他高額療養費等の支給に関する事項を定めるに当たっては、引き続き、その手続に当たり、高額療養費等の支給額の算定に関する資料その他の必要な資料を提示して、高額療養費等の支給を受ける者、高額療養費等の支給を受ける者に対する医療に従事する者、高額療養費等に関して学識経験を有する者、保険者や保険料納付者である労使等を社会保障審議会に参画させ、その意見を聴くための措置を講ずること。
- 十一 高額療養費制度の支給要件等の見直しに当たっては、多数回該当や年間上限に該当しない患者であっても必要な医療へのアクセスが阻害されないように留意すること。また、制度の見直しによって、国民の健康状態の悪化や医療費の増大につながることはないよう、所得区分別、年齢別、疾病別など詳細な影響を継続的に検証し、必要に応じて速やかに見直しを行うこと。さらに、制度の一層の機能強化に向け、保険者間の情報連携などの方策について検討を進めること。個人事業主の長期の療養の保障に向け、被用者保険との格差是正に向けて検討を進めること。
- 十二 高額療養費制度において、現役世代の負担軽減に向け、保険者変更に関わる多数回該当の初期化、合算可能レセプトに係る金額要件や歴月単位判定、償還払いによる一時的負担など制度運用の改善に向けて継続的に検討を進めること。

附帯決議について③（衆議院厚生労働委員会）

- 十三 後期高齢者医療制度における金融所得の勘案に当たっては、公平な負担及び支払い能力に応じた負担の実現という観点から、持続可能な医療保険制度の在り方を検討すること。制度導入後の後期高齢者の受診などへの影響について実態を把握・検証し、必要な見直しを行うこと。また、同制度においては、現在、現役並み所得の被保険者の給付費が公費負担の対象とならないことも踏まえ、高齢者の窓口負担割合の検討の中で現役世代の保険料負担への配慮も含めた制度の在り方を検討し、所要の措置を講ずること。
- 十四 金融所得の公平な反映を目指す後期高齢者医療制度や国民健康保険の事務の実施について、デジタル技術の活用や都道府県国民健康保険団体連合会の活用を推進するなど自治体の事務負担の軽減に努めること。その際、自治体支援を進めるため、同連合会の全国組織である公益社団法人国民健康保険中央会の強化について、その在り方も含めて検討し、必要な措置を講ずること。
- 十五 全国健康保険協会への国庫補助の在り方については、国庫補助が財政基盤の安定につながってきたことや、保険者機能の十分な発揮の観点、その財政運営の実態等も勘案しつつ検討するとともに、今回の改正による時限措置終了後における保険財政運営の在り方については、中長期的な視点で検討すること。その際、きめ細かく有効な疾病予防・健康づくりの推進を可能とする体制を確立するよう努めること。
- 十六 子育て世帯の保険料負担の更なる軽減について、軽減措置の更なる拡充を含めた検討を進めること。
- 十七 国民健康保険制度の財政安定化基金の運用見直しについて、保険料抑制に向けて、制度導入後の影響について実態を把握・検証し、必要な見直しを行うこと。

附帯決議について①（参議院厚生労働委員会）

健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議

令和八年五月二十八日

参議院厚生労働委員会

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

- 一 医療保険制度の見直しに当たっては、給付と負担の在り方の見直しに加えて、医療機能の維持や医療従事者の確保といった医療提供体制の在り方、医療の質の向上への対応を含め、医療全体をどのように維持し、国民皆保険制度を堅持していくかとの観点から、議論を行うこと。
- 二 出産の標準的な費用に係る給付体系の見直しに当たっては、妊産婦の経済的負担の軽減や妊産婦が納得感を持ってサービスを選択できる環境整備が重要であり、その前提となるサービス内容と費用の見える化、それに基づく標準化を確実に実施し、安全・安心な出産ができる環境整備に向け、周産期医療提供体制の確保に最大限努めること。また、当分の間、出産育児一時金の適用を受けることを可能とする経過措置については、できる限り多くの分娩施設が新たな給付体系を選択するよう促すとともに、妊産婦の選択に不利益・不公平が生じたり、保険者に過度な事務負担が生じたりすることのないようにしつつ、厳しい労働・経営環境に置かれた分娩施設の状況と意向を十分に踏まえること。さらに、新たな制度の下で地域の周産期医療体制を維持・確保できるよう、国から分娩施設への支援や丁寧な説明など、所要の措置を講ずること。
- 三 分娩施設の体制維持・確保、産科医の確保や地域偏在の解消など、周産期医療提供体制の整備は、国のインフラ整備に関わる問題であり、公費による支援を含む必要な対応策を検討すること。
- 四 分娩費、出産時一時金等の金額の設定に当たっては、医療保険財政及び保険料負担への影響を十分に考慮するとともに、分娩施設を始めとする関係者の意見を十分に踏まえること。とりわけ、分娩経過が多様であることや、地域における分娩施設の経営実態を踏まえた標準的費用の設定、加算措置その他必要な措置を講ずること。また、物価動向や人件費その他の経済状況の変化に適切に対応する観点から、関係者の意見も踏まえつつ、不断に見直すこと。
- 五 妊婦の希望に応じて安全・安心な出産ができる環境整備に向け、麻酔を実施する医師の確保や安全管理体制の標準化など、安全で質の高い無痛分娩や痛みの緩和を目的とした処置の提供体制確保のための方策を講ずること。

附帯決議について②（参議院厚生労働委員会）

- 六 医療機関における業務効率化・勤務環境改善への責務明確化に当たっては、医療機関における業務効率化・勤務環境改善への取組推進に向けて適切に支援するとともに、現場の実態を幅広く把握・検証し、医療の安全性や質の担保、患者のプライバシー・個人情報の保護に留意し、幅広い医療機関において適切に業務効率化・勤務環境改善が推進され、現場労働者の負担軽減に資する取組となるよう留意すること。
- 七 一部保険外療養の施行に当たっては、薬剤の支給において、要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性の高いものであっても、適正な医療の提供を確保するために必要なものについては、将来にわたって保険給付の対象とするとともに、配慮が必要な者への措置は将来にわたって維持すること。さらに、国民の受診機会の確保、重症化の防止及び医療費への影響等を総合的に勘案し、患者に過度な負担を生じさせ、又は必要かつ適切な受診が抑制されることのないようにするとともに、制度導入後の影響について実態を把握・検証し、適時、ホームページ等で広く公表しつつ可逆的な見直しを含む必要に応じた見直しを行うこと。
- 八 一部保険外療養の対象範囲については、薬剤以外の診療行為を含めるべきではないという指摘もあったこと等を踏まえ、十分に検討すること。
- 九 一部保険外療養の導入に当たっては、医療用医薬品の給付を受ける患者とOTC医薬品で対応している患者との公平性の確保の観点から、イトプリドの妊婦に対する使用上の注意等を精査、検討すべきとの指摘があったことを踏まえ、イトプリドを妊婦に使用する際に別途の負担を求めない方向で整理すること。
- 十 一部保険外療養の導入に当たっては、対象薬剤や要配慮者の範囲、患者負担割合を有効成分、効能効果、最大用量等を踏まえ精査、検討するとともに、患者・国民及び関係者に対して丁寧な説明を行い、その意見を十分に踏まえること。また、検討過程の透明性を確保する観点から、検討のための資料及びデータ、前提条件等について出来る限り詳細に関係審議会等に提出し、議論の内容を明らかにすること。

附帯決議について③（参議院厚生労働委員会）

- 十一 高額療養費等の制度は、重い疾病等に直面した場合であっても、日本国憲法第十三条が保障する個人の尊厳及び同第二十五条が保障する生存権が著しく毀損されることのないよう、国民皆保険制度において国民の生命及び生活を守る上で欠くことのできない中核的な役割を果たしていることに鑑み、将来の見直しに際しても、高額療養費等の支給を受ける者が療養等に必要な費用の負担により生活に困窮することのないよう、高額療養費等の支給要件、支給額その他高額療養費等の支給に関する事項は、高額療養費等の支給を受ける者の「療養等に必要な費用の負担が家計に与える影響」及び「必要かつ適切な受診に与える影響」を考慮して定めることとし、長期療養者をはじめ療養等に必要な費用の負担が家計の負担能力に応じたものとなるよう配慮すること。また、その際には、高額療養費等の支給を受ける者の「給与等の収入の状況及び当該収入の変動状況」、「子等の扶養に係る支出、とりわけ教育費に係る支出等の状況」及び「療養等の状況等の生活の実態」など、可能な限り受給者の多様性を把握しこれを踏まえた検討を行うこと。さらに、高額療養費等の支給を受ける者の収入の状況等に応じ、きめ細かく、かつ、できる限り利便性に配慮した支給要件、支給方法等とすること。加えて、高額療養費等の支給要件、支給額その他高額療養費等の支給に関する事項を定めるに当たっては、引き続き、その手続に当たり、高額療養費等の支給額の算定に関する資料その他の必要な資料を提示して、高額療養費等の支給を受ける者、高額療養費等の支給を受ける者に対する医療に従事する者、高額療養費等に関して学識経験を有する者、保険者や保険料納付者である労使等を社会保障審議会に参画させ、その意見を聴くための措置を講ずること。
- 十二 高額療養費制度の支給要件等の見直しに当たっては、多数回該当や年間上限に該当しない患者であっても必要な医療へのアクセスが阻害されないように留意すること。また、制度の見直しによって、国民の健康状態の悪化や医療費の増大につながることはないよう、所得区分別、年齢別、疾病別など詳細な影響を継続的に検証し、必要に応じて速やかに見直しを行うこと。さらに、制度の一層の機能強化に向け、保険者間の情報連携などの方策について検討を進めること。個人事業主の長期の療養の保障に向け、被用者保険との格差是正に向けて検討を進めること。
- 十三 高額療養費制度において、現役世代の負担軽減に向け、保険者変更に関わる多数回該当の初期化、合算可能レセプトに係る金額要件や歴月単位判定、償還払いによる一時的負担など制度運用の改善に向けて継続的に検討を進めること。
- 十四 高額療養費制度は、患者の医療費負担を軽減する政策であるとともに、家計消費への影響を緩和する効果のある政策であり、自己負担引上げは、医療費を公的保険で支えるのか、患者負担や民間保険の比重を増やすのか等という問題であることを踏まえ、将来の見直しに際しては、医療保障の観点に基づき、財政・経済全体の中における高額療養費制度の在り方という視点も踏まえた議論を進めること。
- 十五 高額な医療費や、疾病・治療の影響による収入減少・就業困難によって生活困窮や経済的に不安な状況に陥ることで、治療の継続、家族を含めた生活の維持、子の養育等に大きく影響が出る事態に直面した患者やその家族を支援する観点から、相談支援窓口の整備及びアクセスの確保等に取り組むとともに、支援制度の十分な周知を図ること。
- 十六 後期高齢者医療制度における金融所得の勘案に当たっては、公平な負担及び支払い能力に応じた負担の実現という観点から、持続可能な医療保険制度の在り方を検討するとともに、把握されていない所得を正確に捕捉する方策についても検討すること。制度導入後の後期高齢者の受診などへの影響について実態を把握・検証し、必要な見直しを行うこと。また、同制度においては、現在、現役並み所得の被保険者の給付費が公費負担の対象とならないことも踏まえ、高齢者の窓口負担割合の検討の中で現役世代の保険料負担への配慮も含めた制度の在り方を検討し、所要の措置を講ずること。

附帯決議について④（参議院厚生労働委員会）

- 十七 全国健康保険協会への国庫補助の在り方については、国庫補助が財政基盤の安定につながってきたことや、保険者機能の十分な発揮の観点、その財政運営の実態等も勘案しつつ検討するとともに、今回の改正による時限措置終了後における保険財政運営の在り方については、中長期的な視点で検討すること。その際、きめ細かく有効な疾病予防・健康づくりの推進を可能とする体制を確立するよう努めること。
- 十八 子育て世帯の保険料負担の更なる軽減について、軽減措置の更なる拡充を含めた検討を進めること。
- 十九 社会保障制度を将来にわたって持続可能なものにするため、近年の急激な社会・経済状況の変化に応じた、あるべき社会保障の理念とグランドデザインに基づく、社会保障と税が一体となった改革の実現に向けて検討を進めること。

参考資料



一部保険外療養の創設

趣旨・概要

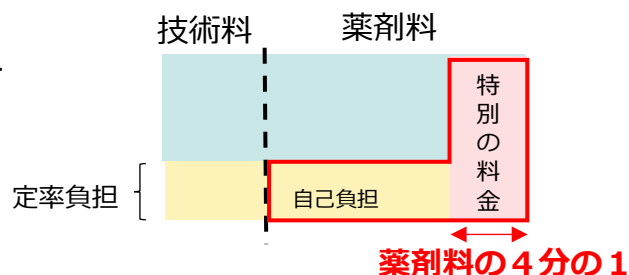
- ①医療用医薬品の給付を受ける患者とOTC医薬品で対応している患者との公平性の確保
②現役世代を中心とする保険料負担上昇の抑制の観点から行うもの。
- OTC医薬品（要指導医薬品又は一般用医薬品）との代替性が特に高い薬剤を用いた療養その他の適正な医療の提供を確保しつつ、公平かつ効率的な保険給付を行う必要性に鑑みその要する費用のうち一部を保険給付の対象としないものとする療養として厚生労働大臣が定めるもの（「一部保険外療養」という。）を創設。（令和9年3月施行を想定）

○ 特別の料金の対象となる医薬品の範囲・特別の料金の設定

対象医薬品の範囲：77成分（約1,100品目）

主な対応症状は、鼻炎、胃痛・胸やけ、便秘、解熱・痛み止め、風邪症状全般、腰痛・肩こり、みずむし、口内炎、皮膚のかゆみ・乾燥肌 等。

特別の料金：対象薬剤の薬剤費の1/4



○ 配慮が必要な者

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

※上記の事項については、告示事項。

※選定療養に係る「特別の料金」には別途消費税がかかっている。

※上記の事項に係る厚生労働大臣の定めのある在り方等について検討し、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする検討規定を法附則で規定。

後期高齢者医療制度における金融所得の勘案について

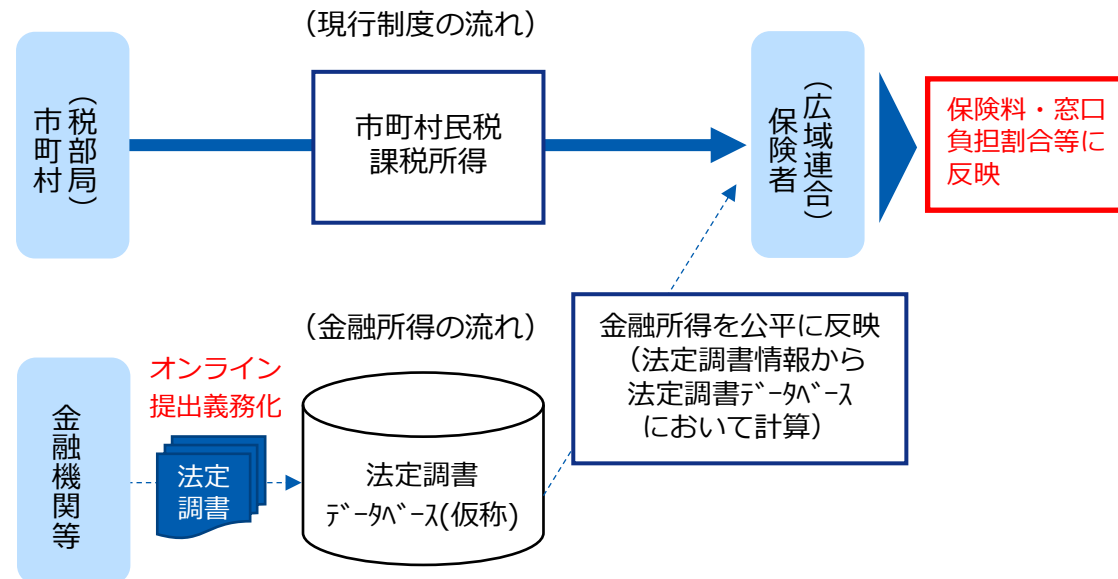
趣旨・概要

- 金融所得のうち上場株式の配当などは、確定申告の有無により保険料・窓口負担等が変わる不公平が発生しており是正が必要。
- 後期高齢者医療制度において、金融機関等に対し所得税法などの規定により税務署長に提出が義務付けられている報告書等（法定調書）を、保険者（後期高齢者医療広域連合）へオンライン提出する義務を課すこと等により、上場株式の配当等の金融所得を保険料の算定や窓口負担割合等の判定に公平に反映。

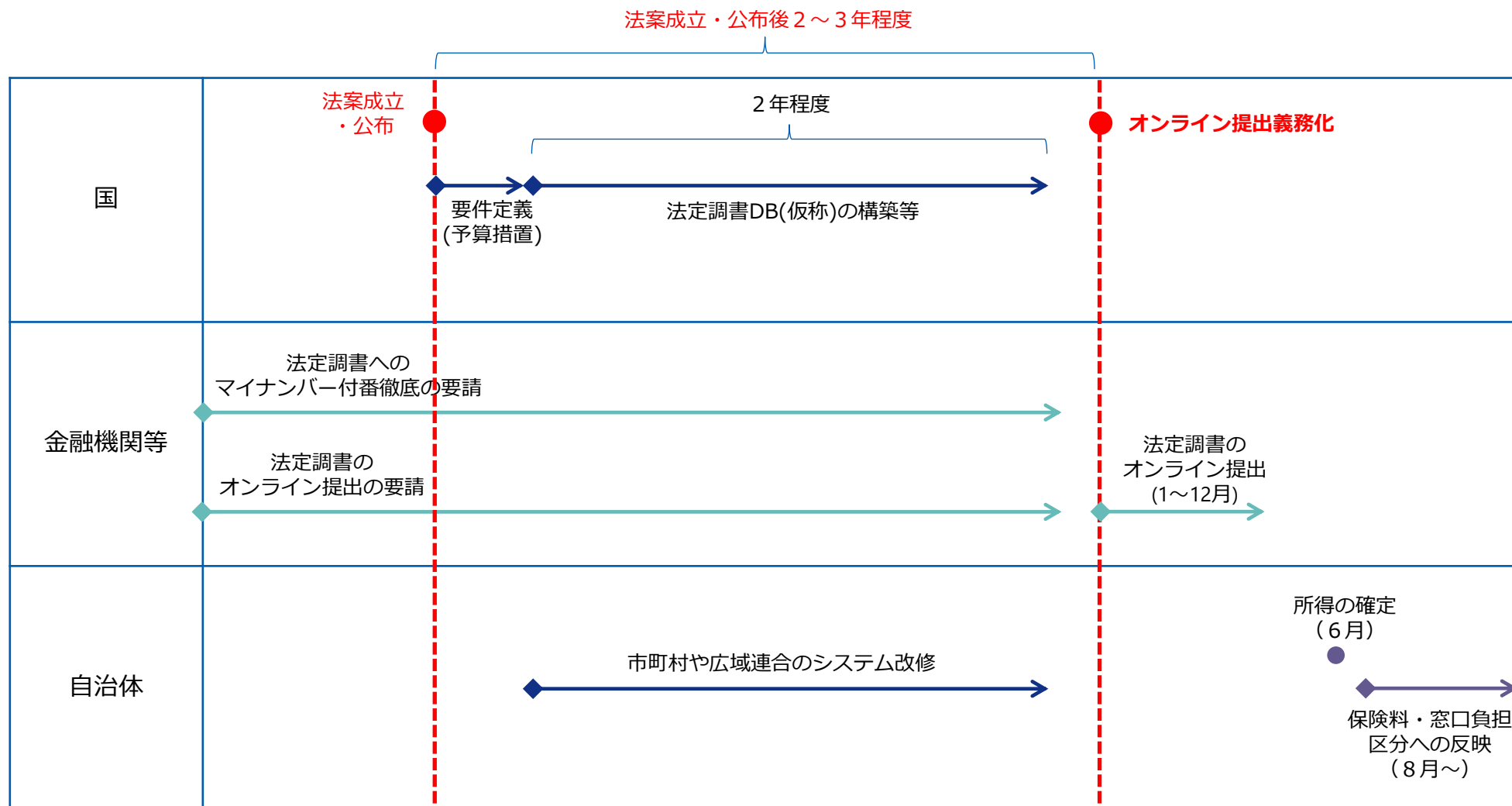
●後期高齢者医療制度における勘案状況

所得の種類	窓口負担・保険料への反映
年金 給与所得 不動産所得 など	○
上場株式の配当等の金融所得	○ (確定申告する場合は市町村が所得把握が可能) ----- ✕ (源泉徴収のみで確定申告しない場合は市町村が所得把握が不可能)

●法定調書を活用した金融所得勘案のスキーム



金融所得を保険料の算定や窓口負担割合等の判定に公平に反映するまでの 想定スケジュール（見込み）



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

※他の要因でスケジュールが後ろ倒しになる可能性があることに留意

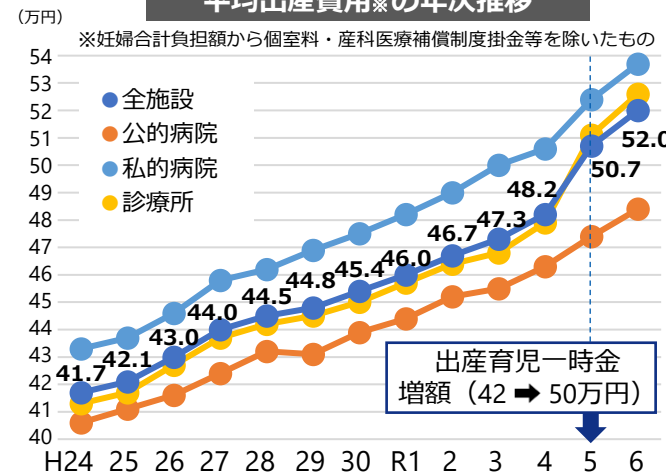
公布後4～5年程度
(オンライン提出義務化後
1年8ヶ月程度)

妊娠・出産に対する支援の強化

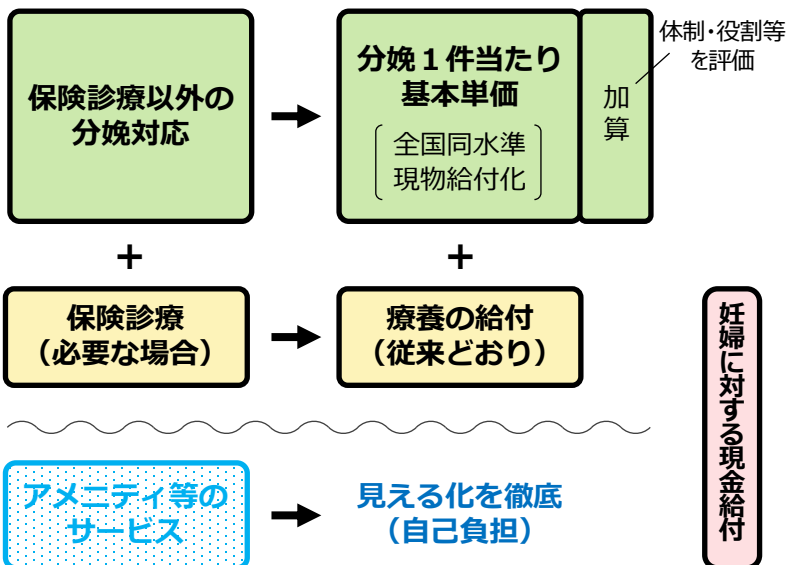
趣旨・概要

- 出産費用が年々上昇する中、現行の出産育児一時金は、支給額を引き上げてても妊婦の負担軽減につながらないという課題があり、妊婦の経済的負担の軽減を図るには、給付方式の見直しが必要。
- ①一次施設をはじめとした地域の周産期医療提供体制の維持
②見える化の徹底による、妊婦自身が納得感を持ってサービスを選択できる環境の整備を実現しつつ、出産の標準的な費用（保険診療以外の分娩対応の費用）に妊婦の自己負担が生じない仕組みとし、保険診療の一部負担金などのその他の費用にも一定の負担軽減が図られるようにする。

平均出産費用※の年次推移



新給付の適用施設（病院・診療所・助産所）



(1) 出産育児一時金に代わる給付方式の導入

1. 分娩1件当たり基本単価の設定（現物給付化）

保険診療以外の分娩の基本単価を国が設定。保険者から施設に直接支給（現物給付化）し、妊婦に負担が生じないようにする。
※ 具体的な給付水準は告示事項。施設の体制・役割等を評価して加算を設定。

2. 全ての妊婦に対する現金給付の導入

1. とは別に、保険診療の一部負担金など出産時の費用負担の軽減を図るため、全ての妊婦に定額の現金給付を行う。※金額は政令事項

3. 新たな給付方式の導入時期

施設の種類により、当分の間、施設単位で現行制度（出産育児一時金）の適用を受けることも可能とする。

※ その他、新制度の対象助産所・助産師を厚生労働大臣が指定・登録する仕組み等を設ける。

(2) サービスと費用の関係の見える化の徹底

妊産婦が自身のニーズに応じたサービス（お祝い膳等）を納得感を持って選択できるよう、施設が提供するサービスの内容・費用等に関する情報提供を義務付ける。

※ 施設の種類により、当分の間、施設単位で現行制度の適用も可能

○ 併せて、地方交付税措置を講じている妊婦健診についても、「望ましい基準」内の検査の実施に係る標準額の設定や、見える化の推進を図る。13

妊婦健診における経済的負担の軽減【こども家庭庁所管事項】

現状

妊婦健診の公費負担の現状 (令和7年4月時点)

○妊婦1人当たりの公費負担額※ 全国平均 **11.4万円**
最低 **8.6万円** ~ 最高 **14.1万円**
とばらつきがある

※市区町村によっては、国が示す望ましい基準で定めた検査項目以外の公費負担額も含む。

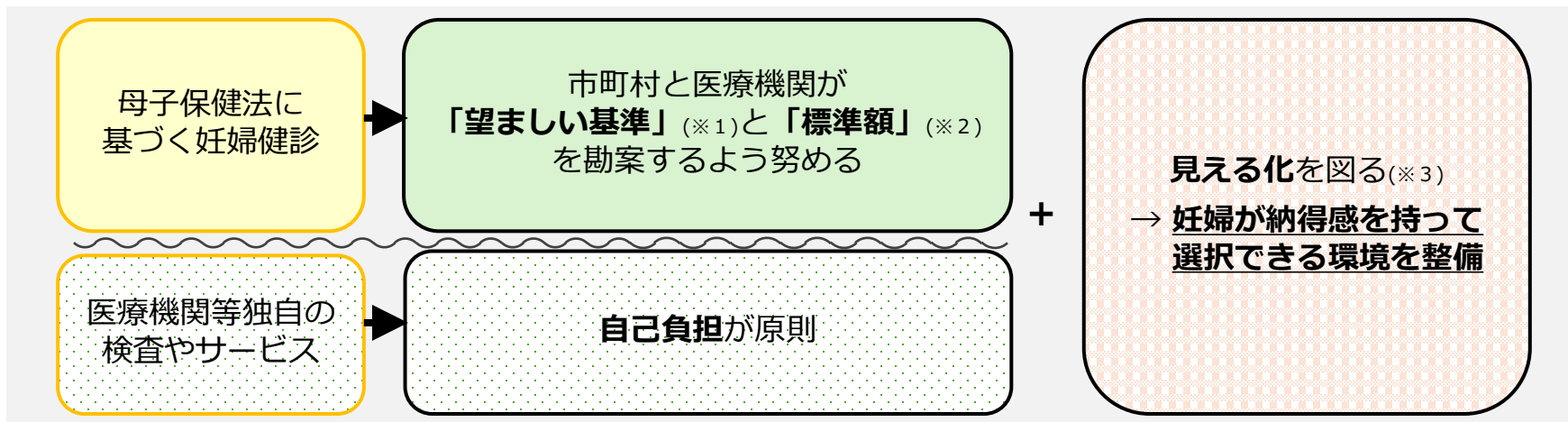
妊婦健診の自己負担の現状

○医療機関における妊婦健診(国が告示する回数・検査項目の範囲内)の自己負担額(平均額)
約3割超で **0円** である一方、約1割は **3万円以上**
とばらつきがある

改正内容

妊娠期から出産・子育てまで一貫した切れ目のない支援体制の構築の観点から、妊婦健診について、「**妊婦の経済的負担を軽減するための環境**」を整備するため、以下の内容を母子保健法に規定する。

- ・ 国は、望ましい基準に関して、診療報酬等を勘案した「標準額」を定めるものとする。
- ・ 市町村及び医療機関は、望ましい基準部分について、国が示す標準額を勘案するよう努めるものとする。
- ・ 国は、妊婦による適切な選択に資するよう、医療機関の協力を得ながら、妊婦健診の内容・費用等の情報を収集し、公表するものとする。



(※1) 「望ましい基準」は、従来より国が告示により定めており、14回程度の健診の実施と医学的検査項目を示している。

(※2) 「標準額」は、今回新たに国が定めることを想定している。 (※3) 厚生労働省サイト「出産ナビ」等の活用を予定している。

国民健康保険制度改革の推進

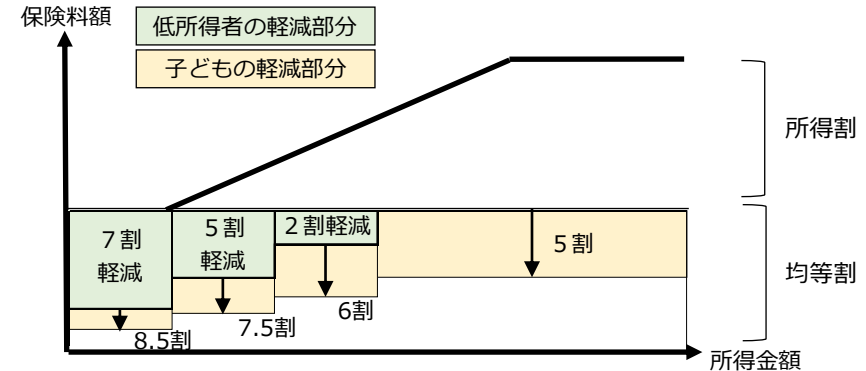
- 国民健康保険制度の持続的な財政運営、負担能力に応じた負担等の観点から、以下の見直しを行う。

(1) 子育て世帯の保険料負担軽減

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

(参考) 軽減対象者数

未就学児 ⇒ 高校生年代まで
約50万人 (+約140万人) 約180万人



(2) 国民健康保険組合に係る見直し

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

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

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

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

- ② **健康保険の適用除外となることで国保組合の被保険者となる場合の手續**（※）について、年金機構による承認を必要とせず、**申出を行うことのみ**で足りるものとし、国保組合における**事務手續の簡素化**、被保険者の資格情報管理における**タイムラグの解消**を図る。

(※) 法人を設立する等により、本来、健康保険に加入する必要がある場合であっても、国保組合の事業運営の継続性の観点から、例外的に健康保険の適用除外により国保組合の被保険者となることが認められている。

(3) その他持続的な国保運営に向けた見直し

- 財政安定化基金の本体基金分（※）について、保険料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。

(※) 財政安定化基金は、国保財政の安定化のために各都道府県に設置されているもの。そのうち国費により造成された本体基金分は、現行では、保険料収納不足や保険給付費増による財源不足が生じた場合に活用することが可能となっている。

- 低所得者に対する保険料軽減判定の適正化等の観点から、保険者の異動を原因とする資格喪失日を1日前倒し、資格喪失の原因たる事実が発生した日を資格喪失日とする（令和7年地方分権提案関係）。

高額療養費制度の考慮事項の明確化

趣旨・概要

- 高額療養費制度は高額な医療費に伴う経済的負担を軽減する仕組みであり、医療の高度化や高額薬剤の開発・普及等により、高額療養費が医療費全体の倍のスピードで伸びている中、制度を将来にわたって堅持していく観点から、家計への影響や医療費の額を考慮しつつ、医療保険制度改革全体の中で、不断にその在り方について検討を行う必要がある。
- 検討にあたっては、特に毎月治療を受ける必要があるような長期療養者の家計への影響について考慮することが重要であり、その点、第217回通常国会の衆議院厚生労働委員会において、「長期にわたり高額療養費の支給を受けた者の療養に必要な費用の負担の家計に与える影響を分析、考慮するとともに、必要かつ適切な受診への影響に留意すること」と決議されている。
 - ※ また、社会保障審議会医療保険部会の下に、患者団体の方も委員として参画する「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」を設置している。
- これを踏まえ、政令において支給要件等を定めるに当たって、特に長期療養者の家計への影響が適切に考慮されるよう、法律上明確化する。

医療機関の業務効率化・勤務環境改善への支援

趣旨・概要

- 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・勤務環境改善の取組の支援について、以下の制度的対応を行う。
 - ① 今後継続的に支援することができるよう、地域医療介護総合確保基金に、業務効率化・勤務環境改善の取組を支援する新たな事業を設ける。
(参考) 業務のDX化に取り組む多くの医療機関を支援するため、令和7年度補正予算において、200億円を計上。
 - ② 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厚生労働大臣が認定できる仕組みを設け、認定を受けた病院は特定の表示を行うことができることとする。
 - ③ 都道府県の医療勤務環境改善支援センターの体制拡充・機能強化を図り、医療機関の労務管理等の支援に加え、業務効率化に係る助言・指導等も行うよう努める旨を明確化する。
 - ④ 医療法上、病院又は診療所の管理者は、勤務環境の改善に加え、業務効率化にも取り組むよう努める旨を明確化する。併せて、健保法上の保険医療機関の責務として、業務効率化・勤務環境改善に取り組むよう努める旨を明確化する。

地域医療介護総合確保基金 対象事業

R8年度当初予算案 647億円
※国負担：医療分 647億円
公費：医療分 960億円

- I - 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- I - 2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業
- II 居宅等における医療の提供に関する事業
- III 介護施設等の設備に関する事業（地域密着型サービス等）
- IV 医療従事者の確保に関する事業
- V 介護従事者の確保に関する事業
- VI 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業【本改正法による改正に伴い見直しを予定】

新区分 業務効率化・勤務環境改善に関する事業【本改正法による改正】

【業務のDX化に関する取組例】

- (1) スマートフォンによる情報共有の効率化

チャット機能、ビデオ通話、ファイルの共有などにより、1対1だけでなく、グループでの一斉の情報共有が可能



- (2) 見守りカメラ・スマートグラスによる見守り業務の効率化

患者の同意のもと、病室にカメラを設置し、看護師が装着しているスマートグラスから病室の状況を確認。



- (3) 音声入力・バイタルの自動入力・生成AIによる文書自動作成支援



協会けんぽにおける保健事業の推進及び国庫補助に係る特例減額

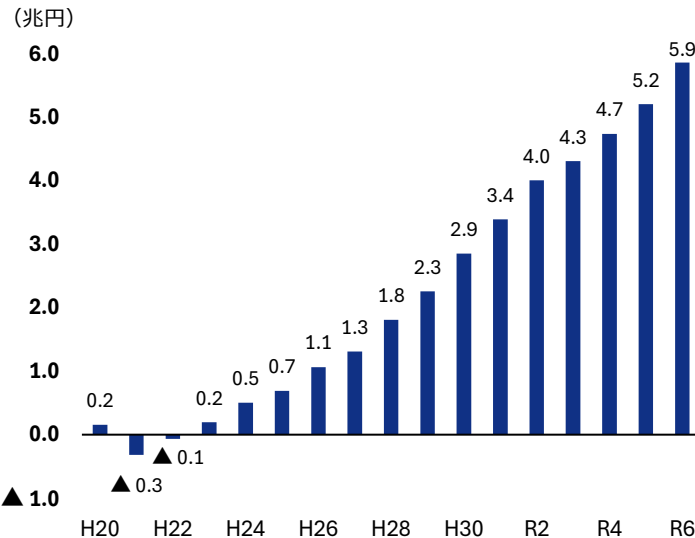
1. 保健事業の推進

- 協会けんぽ加入者に対する予防・健康づくりを推進するため、**協会けんぽが保健事業に取り組む際の責務として、加入者の年齢・性別・健康状態等の特性に応じたきめ細かい予防・健康づくりを適切かつ有効に実施**していくことを明確化。

2. 国庫補助に係る特例減額の見直し

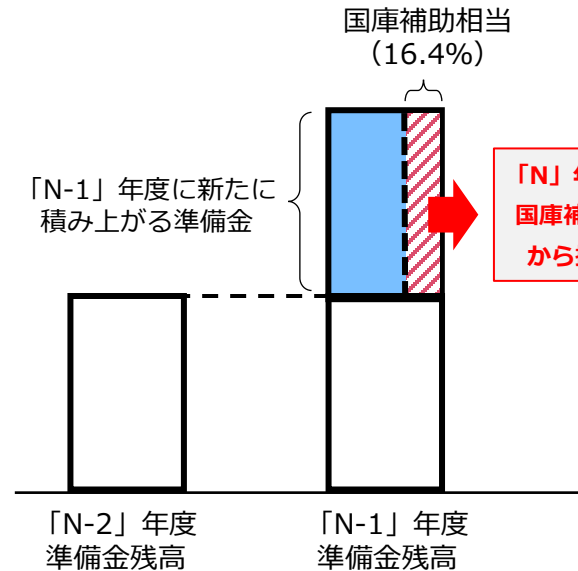
- 持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律（平成27年改正）により、協会けんぽの国庫補助率を当分の間16.4%と定め、安定化。
- 一方で、準備金残高が積み上がっていく場合に、**新たに積み上がる準備金の国庫補助相当額を翌年度減額する特例措置（特例減額）**を講じているところ。
- 健全な財政運営が定着しており、準備金も法定準備金を大きく超過して積み上がっていることを踏まえ、**特例減額の控除額を時限的（令和8年度から令和10年度の3年間）に引き上げる**。引き上げ額は、特例減額が平成27年度から行われているところ、剰余金（単年度収支差）がプラスとなった平成22年度の翌年度である平成23年度から平成26年度までの間、現行の特例減額が行われていたと仮定した場合の控除額を基に**各年度約500億円とする**。

協会けんぽにおける準備金残高の推移

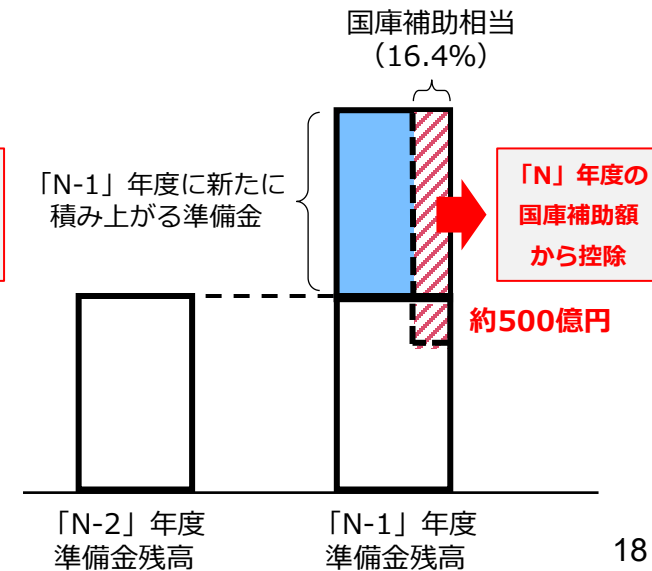


※協会会計と国の特別会計との合算ベース

【現状】



【改正後】控除額の引上げ (R8~R10)



健康保険法等の一部を改正する法律の各施行日

※施行日が確定日付でないものは別途政令で定める

1. より公平な負担の実現、効率的な給付の確保

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| ①一部保険外療養の創設 | 公布後1年以内（令和9年3月1日施行を想定） |
| ②後期高齢者医療制度における金融所得の勘案 | 公布後5年以内 |

2. 出産等の次世代支援や現役世代からの予防・健康づくりの拡充

- | | |
|------------------------------|----------|
| ①妊娠・出産に対する支援の強化 | 公布後2年以内 |
| ②妊婦健診における経済的負担の軽減 | 公布後2年以内 |
| ③子育て世帯の保険料負担軽減 | 令和9年4月1日 |
| ④全国健康保険協会が取り組む保健事業に関する責務の明確化 | 公布日 |

3. 必要な医療の提供の確保

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| ①高額療養費制度の考慮事項の明確化 | 令和8年8月1日 |
| ②医療機関の業務効率化・勤務環境改善への支援 | 令和9年4月1日（一部は令和9年1月1日） |

4. その他

- | | |
|-----------------------|----------|
| ①協会けんぽに対する国庫補助に係る特例減額 | 公布日 |
| ②国民健康保険組合に係る見直し | 令和9年4月1日 |
| ③国民健康保険の財政安定化基金に係る見直し | 令和9年4月1日 |

O T C 類似薬の保険給付の見直しの実施に向けた技術的検討会について

OTC類似薬の保険給付の見直しの実施に向けた技術的検討会の設置について

一部保険外療養の施行に向けては、専門家の意見を聞きつつ技術的な検討を行うべく、有識者の参集を得て検討会を開催する。

検討会における議論は、医療保険部会及び中央社会保険医療協議会にも報告し、議論する。

構成員

(五十音順、敬称略)

イイジマ薬局 開設者	飯島 裕也
横浜市立大学 医学部 教授	稲森 正彦
東京女子医科大学 医学部 教授	岡崎 賢
京都府立医科大学 北部キャンパス長	加藤 則人
池上総合病院 口腔感染センター長	金子 明寛
近藤医院 院長	近藤 太郎
北里大学 薬学部 教授	成川 衛
日本総研 調査部 主任研究員	成瀬 道紀
杏林大学 医学部 教授	谷垣 伸治
東北大学 理事・副学長	張替 秀郎
はせがわ整形外科運動器エコークリニック 顧問	長谷川 利雄
藤岡耳鼻咽喉科医院 院長	藤岡 治
合名会社 光栄堂薬局 代表社員	堀川 壽代
日本医療伝道会衣笠病院グループ 理事	武藤 正樹
京都大学 医学研究科 教授	武藤 学

検討事項

- (1) 77成分の医療用医薬品とOTC医薬品における効能効果の違いの整理
- (2) 別途の負担を求めない者と療養の範囲の整理
- (3) その他

事務局

- ・ 本検討会は、厚生労働省保険局長が開催する。
- ・ 本検討会の庶務は、厚生労働省保険局医療介護連携政策課及び医療課で行い、必要に応じ、医薬局医薬品審査管理課及び医政局医薬産業振興・医療情報企画課の協力を得る。

開催日

第1回検討会 2026年6月下旬

※ 必要に応じ、構成員以外の学識経験者及び実務経験者等の出席を求めることとする。

技術的検討会で検討する事項

一部保険外療養は、「療養を受ける者の事情を踏まえ」（健康保険法第63条第8項）、「厚生労働大臣が定めるもの」（同条第2項第6号）とされており、その範囲を検討するに当たり、次の点から整理・検討を行うこととする。

（1）77成分の医療用医薬品とOTC医薬品における効能効果の違いの整理

今般の一部保険外療養にあたってまずは対象とすることとなった医療用医薬品77成分については、OTC医薬品と成分・投与経路が同一で、最大用量が異なる医療用医薬品であるが、一般的に、医療用医薬品の効能効果とOTC医薬品の効能効果では、医療用医薬品の効能効果の方が広い傾向にある。また、OTC医薬品の添付文書は一般の方向けに分かりやすい表現ぶりとなっており、医療用医薬品の添付文書に記載されている効能効果とは記載ぶりが異なる。これらを踏まえ、医療用医薬品とOTC医薬品の効能効果がどの範囲で一致し、どの範囲で異なるか成分ごとに検討する。

（2）別途の負担を求めない者と療養の範囲の整理

どのような者のどのような療養について、別途の負担を求めないことが適当かより具体的に検討する。

（3）その他

一部保険外療養制度を導入するに当たり、現場の実務にどのような影響があるのかなどについて検討する。

<健康保険法第63条第2項第6号> ※一部保険外療養の定義

2 次に掲げる療養に係る給付は、前項の給付に含まれないものとする。

六 要指導医薬品（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号）第四条第五項第三号に規定する要指導医薬品をいう。）又は一般用医薬品（同項第四号に規定する一般用医薬品をいう。）との代替性が特に高い薬剤を用いた療養その他の適正な医療の提供を確保しつつ、公平かつ効率的な保険給付を行う必要性に鑑みその要する費用のうち一部を保険給付の対象としないものとする療養として厚生労働大臣が定めるもの（以下「一部保険外療養」という。）

<健康保険法第63条第8項> ※対象となる療養を定める際の配慮事項

8 厚生労働大臣は、第二項第六号の定めをするに当たっては、所得の状況、病状の程度、治療の内容その他の療養を受ける者の事情を踏まえた療養となるよう配慮するものとする。

参考資料



附帯決議（衆議院議院厚生労働委員会）（抄）

健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議（抄）

令和八年四月二十七日

衆議院厚生労働委員会

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

- 七、一部保険外療養の施行に当たっては、薬剤の支給において、要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性の高いものであっても、配慮が必要な者への措置は将来にわたって維持すること。また、国民の受診機会の確保、重症化の防止及び医療費への影響等を総合的に勘案し、患者に過度な負担を生じさせることのないよう十分配慮すること。さらに、制度導入後の影響について実態を把握・検証し、適時、ホームページ等で広く公表しつつ可逆的な見直しを含む必要に応じた見直しを行うこと。
- 八、一部保険外療養の対象範囲については、薬剤以外の診療行為を含めるべきではないという指摘もあったこと等を踏まえ、十分に検討すること。
- 九、一部保険外療養に係る対象薬剤や要配慮者の範囲、患者負担割合の検討に当たっては、患者・国民及び関係者に対して丁寧な説明を行い、その意見を十分に踏まえること。また、検討過程の透明性を確保する観点から、検討のための資料及びデータ、前提条件等について出来る限り詳細に関係審議会等に提出し、議論の内容を明らかにすること。

附帯決議（参議院議院厚生労働委員会）（抄）

健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議（抄）

令和八年五月二十八日

参議院厚生労働委員会

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

- 七、一部保険外療養の施行に当たっては、薬剤の支給において、要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性の高いものであっても、適正な医療の提供を確保するために必要なものについては、将来にわたって保険給付の対象とするとともに、配慮が必要な者への措置は将来にわたって維持すること。さらに、国民の受診機会の確保、重症化の防止及び医療費への影響等を総合的に勘案し、患者に過度な負担を生じさせ、又は必要かつ適切な受診が抑制されることのないようにするとともに、制度導入後の影響について実態を把握・検証し、適時、ホームページ等で広く公表しつつ可逆的な見直しを含む必要に応じた見直しを行うこと。
- 八、一部保険外療養の対象範囲については、薬剤以外の診療行為を含めるべきではないという指摘もあったこと等を踏まえ、十分に検討すること。
- 九、一部保険外療養の導入に当たっては、医療用医薬品の給付を受ける患者とOTC医薬品で対応している患者との公平性の確保の観点から、イトプリドの妊婦に対する使用上の注意等を精査、検討すべきとの指摘があったことを踏まえ、イトプリドを妊婦に使用する際に別途の負担を求めない方向で整理すること。
- 十、一部保険外療養の導入に当たっては、対象薬剤や要配慮者の範囲、患者負担割合を有効成分、効能効果、最大用量等を踏まえ精査、検討するとともに、患者・国民及び関係者に対して丁寧な説明を行い、その意見を十分に踏まえること。また、検討過程の透明性を確保する観点から、検討のための資料及びデータ、前提条件等について出来る限り詳細に関係審議会等に提出し、議論の内容を明らかにすること。

5. 社会保障制度改革の推進

（1）薬剤給付の見直し

① OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直し

OTC医薬品の対応する症状に適応がある処方箋医薬品以外の医療用医薬品のうち、他の被保険者の保険料負担により給付する必要性が低いと考えられるときには、患者の状況や負担能力に配慮しつつ、別途の保険外負担（特別の料金）を求める新たな仕組みを創設し、令和8年度中（令和9年3月）に実施する。まずは、77成分（約1,100品目）を対象医薬品とし、薬剤費の4分の1に特別の料金を設定する。

今後、セルフメディケーションに関する国民の理解や、OTC医薬品に関する医師・薬剤師の理解を深めるための取組、医療品医薬品のスイッチOTC化に係る政府目標の達成に向けた取組などの環境整備を進めるとともに、将来、OTC医薬品の対応する症状の適応がある処方箋医薬品以外の医療用医薬品の相当部分にまで対象範囲を拡大することを目指し、上記の施行状況等について厚生労働省において把握・分析を行った上で、令和9年度以降にその対象範囲を拡大していく。あわせて、特別の料金の対象となる薬剤費の割合の引き上げについても検討する。

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

【OTC 類似薬を含む薬剤自己負担の見直し】

- OTC 類似薬の保険適用の見直しについては、骨太の方針や公党間の合意において、医療機関における必要な受診を確保し、こどもや慢性疾患を抱えている方、低所得の方の患者負担などに配慮しつつ、成分や用量が OTC 医薬品と同等の OTC 類似薬をはじめとする OTC 類似薬一般について保険給付の在り方を見直すとされていることを踏まえて、その保険給付の在り方について議論した。
- これらを踏まえて、①医療機関における必要な受診を確保した上でどのような保険給付の見直しが考えられるか、②見直しに当たってどのような患者について配慮が必要か、③OTC 類似薬の範囲について議論を行った。

<①医療機関における必要な受診の確保を前提とした保険給付の見直し>

- 当部会では、保険給付の見直しについて、
 - ・ 保険適用除外として OTC 医薬品を購入した場合、患者の自己負担が著しく増えるケースがある
 - ・ 医療機関の受診は、医師が診察・診断をし、医学管理をした上で投薬するもので、ただ薬を出すものとは全く違う
 - ・ 保険適用としつつも、例えば保険外併用療養のような形で別途負担を求める仕組みも考えられるのではないか
 - ・ 選定療養で追加の自己負担を求める方法や償還率を変える方法等について、具体的な検討を進めていただきたい
 - ・ 保険給付の在り方を見直すに当たっては、過度な負担や急激な変化が生じないよう十分な配慮を行うべき
 - ・ 患者団体の話を踏まえると、OTC 類似薬については保険適用とした上で患者負担を変更する方法が弊害が少ないのではないか
 - ・ 選定療養の仕組みを活用してはどうかという意見もあるが、何でも選定療養で対応とならないように、その対象について目的・手段の観点から整理することが国民・患者の理解と納得を得るためにも必要などの意見があった。
- これらの意見を踏まえ、医療機関における必要な受診を確保しつつ、OTC 医薬品で対応している患者と OTC 医薬品で対応できる症状であるにも関わらず、他の被保険者の保険料にも負担をかけて医療用医薬品の給付を受ける患者との公平性を確保する観点から、薬剤を保険適用としつつ、薬剤費の一部を保険給付の対象外とし、患者に「特別の料金」を求める新たな仕組みを、保険外併用療養費制度の中に創設するべきである。
- また、特別の料金について、低所得者にとって負担が過重とならない水準にするとともに、長期に療養しており既に医療費負担が重い者にも配慮すべきである。

<②配慮が必要な者の範囲>

- OTC 類似薬の保険給付の見直しに当たって、特別の料金を徴収しないよう配慮すべき者について、医療費助成制度が広く行われているこども、医療費に着目して公的な支援を受けている方、長期にOTC 類似薬の利用を必要とする方、入院患者等を提示して議論を行った。
- 当部会では、配慮が必要な者について、
 - ・ こどもや慢性疾患を抱えている方、低所得者の方については配慮が必要
 - ・ 一般用医薬品では（医療用医薬品の）10倍以上の価格になることもあり、難病の方や心身障害者の方々などの負担が非常に重くなるなどの意見があった。

社会保障審議会医療保険部会 議論の整理 (令和7年12月25日) (OTC 類似薬部分抜粋②)

○これらの意見を踏まえ、以下の者については特別の料金を徴収しない方向で検討を進めるべきである。

- ・ こども
- ・ がん患者や難病患者など配慮が必要な慢性疾患を抱えている方
- ・ 入院患者や処置等の一環で OTC 類似薬の処方が必要な方
- ・ 医師が対象医薬品の長期使用等が医療上必要と考える方

<③OTC 類似薬の範囲>

○ OTC 類似薬の範囲について、医療の中で医師や薬剤師が使う医薬品である「医療用医薬品」と患者が自ら選択する「OTC 医薬品」では、有効成分が一致していても、用法・用量、効能・効果、投与経路・剤形などに違いがあることを示した。

○当部会では、費用負担の在り方について、

- ・ 成分が一致していても、用法・用量、効能・効果、対象年齢、投与経路、剤形など、様々な違いがあり、OTC 類似薬だからといって、単純に保険適用から外すことは難しい
- ・ 用法・用量、効能・効果等の違いを踏まえつつ、OTC 医薬品で代替可能なものはできるだけ広い範囲を対象として具体的な検討を進めるべきなどの意見があった。

○これらの意見を踏まえ、特別の料金の対象となる医薬品の範囲は、OTC 医薬品と成分が同一の医療用医薬品のうち、最大用量や投与経路、効能・効果を考慮して OTC 医薬品との代替性が高いと思われるものとするべきである。

○また、患者団体ヒアリングも行い、

- ・ がん患者の中には、疼痛治療のために最大量のアセトアミノフェン、ロキソニンテープ、便秘対策のために酸化マグネシウムも服用されている方もいる。OTC 類似薬に関する議論について、経済的負担、制度面での不安も大きい。
- ・ がんや難病の患者の中にも、OTC 類似薬を日常的に、あるいは長期に継続して使用している者がいる
- ・ 疾患の発症はわずかな発熱、皮膚の異常、せきなどから始まることもあるが、発症数週間で亡くなる病態もあり、1日病院に行くのが遅れていけば危ないこともある。重症化すれば、高額な薬を使用しても治らない、非可逆的な状態になる。病院に行くか、行かないか、1日の迷いが生命を左右する
- ・ 自分の症状が受診すべきかを患者自身が正確に判断することは不可能
- ・ アトピー性皮膚炎の場合、全身に毎日2回塗る必要があり、1回に500グラム処方されても2か月もたない。その他、バイオ製剤などや抗炎症薬も必要で、保険適用除外になれば患者の負担は相当重くなる
- ・ 例えばこどものアトピー性皮膚炎では症状をコントロールし再び悪化させないために定期的に軟膏（OTC 類似薬）を使い続ける必要。保険適用除外は、一部のアレルギー疾患患者が適切な治療の継続をあきらめ症状を悪化させてしまう
- ・ 医療用医薬品や OTC の使用状況をドラッグストアの薬剤師や登録販売者の方が総合的に把握していない中では、飲み合わせや相互作用に適切に対応できない
- ・ OTC 類似薬を10割負担にすると患者負担が重くなりすぎる。OTC 類似薬である医療用医薬品について追加負担を求めるとしても、患者負担が重くなりすぎないように配慮が必要との意見もあった。

＜実施に向けた技術的な検討＞

- 新たな制度の実施に向けて、**対象医薬品の範囲や長期使用等の医療上の必要性を判断する考え方などについては、専門家の意見を聞きつつ技術的な検討を行うべきである。**
- 今後、セルフメディケーションに関する国民の理解や、OTC 医薬品に関する医師・薬剤師の理解を深めるための取組、医療用医薬品のスイッチ OTC 化に係る政府目標の達成に向けた取組などの環境整備を進めるとともに、対象となる医薬品の範囲の拡大や特別な料金の変更について、これらの施行状況等を十分把握・分析した上で、国民の理解が得られるよう、丁寧に検討すべきである。

第209回社会保障審議会医療保険部会における主なご意見（令和7年12月25日）

- 国民や事業者の過度な負担や急激な変化が生じることのないよう、十分な配慮を行うとともに、患者団体をはじめとした関係団体等の意見を踏まえ丁寧に検討を進めるべき。（内堀委員）
- 疾患の診断というのは医師しかできないことも踏まえ、必要な医療への受診抑制につながることはないよう、特に低所得者、高齢者、難病患者、慢性疾患患者等に十分に配慮した制度の在り方を検討すべき。（内堀委員、城守委員）
- システム改修等、現場で混乱が生じることのないよう、早期の情報提供、実情を踏まえた制度設計に必要な財政措置を講じること。（内堀委員）
- 特別の料金を徴収しない「こども」について、対象年齢をどうするか検討すべき。（袖井委員）
- 自治体の子ども医療費助成と相まって制度目的が十分達成できない可能性があるため、こどもについては、特別の負担の除外ではなく軽減にすべきではないか。（中村委員）
- 対象品目や要配慮者の対象等の決定に当たっては丁寧に議論し、議論過程における透明性を担保する必要がある。（林委員）
- 今回、薬剤費の自己負担が大幅に増加することから、当該負担額について、早い段階から国民にしっかりと発信するべき。（渡邊委員）
- 国民の理解が得られ、納得できる制度にするとともに、対象医薬品や要配慮者の範囲等について、明確でシンプルな制度設計とし、早めに現場へ必要な周知を行うこと。（渡邊委員）
- 用法・用量、また、効能・効果等の違いも踏まえつつ、OTC医薬品で代替可能なものについてはできるだけ広い範囲を対象として具体的な検討を進めるべき。（佐野委員）
- 施行後、負担増となる者が出てくる可能性もあることから、しっかりと検証し適切に対応すべき。（城守委員）
- 正確な医療情報の提供やセルフメディケーションの推進等、ヘルスリテラシーの向上を推進すべき。（北川委員）
- 薬局機能の活用、不要な受診・投薬の抑制のためのセルフメディケーションのみならず、OTC医薬品を含む一元的な薬歴管理を検討すべき。（藤井委員）

<健康保険法第63条第2項第6号> ※一部保険外療養の定義

2 次に掲げる療養に係る給付は、前項の給付に含まれないものとする。

六 要指導医薬品（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号）第四条第五項第三号に規定する要指導医薬品をいう。）又は一般用医薬品（同項第四号に規定する一般用医薬品をいう。）との代替性が特に高い薬剤を用いた療養その他の適正な医療の提供を確保しつつ、公平かつ効率的な保険給付を行う必要性に鑑みその要する費用のうち一部を保険給付の対象としないものとする療養として厚生労働大臣が定めるもの（以下「一部保険外療養」という。）

<健康保険法第63条第8項> ※対象となる療養を定める際の配慮事項

8 厚生労働大臣は、第二項第六号の定めをするに当たっては、所得の状況、病状の程度、治療の内容その他の療養を受ける者の事情を踏まえた療養となるよう配慮するものとする。

<健康保険法第86条第3項第1号ロ> ※別途の負担の額の考慮事項

3 一部保険外療養を受けた場合（当該一部保険外療養と併せて評価療養、患者申出療養又は選定療養を受けた場合を含む。）における保険外併用療養費の額は、第一号に掲げる額から第二号に掲げる額を控除した額（当該療養に食事療養が含まれるときは当該控除した額及び前項第二号に掲げる額の合算額、当該療養に生活療養が含まれるときは当該控除した額及び同項第三号に掲げる額の合算額）とする。

一 イに掲げる額からロに掲げる額を控除した額

イ 当該療養（食事療養及び生活療養を除く。）につき第七十六条第二項の定めを勘案して厚生労働大臣が定めるところにより算定した費用の額（その額が現に当該療養に要した費用の額を超えるときは、当該現に療養に要した費用の額）

ロ 医療費の動向及び医療保険の財政状況並びに療養を受ける者の事情その他の事項を考慮して保険給付の対象としない費用として厚生労働大臣が定めるところにより算定した額

二 前号に掲げる額に第七十四条第一項各号に掲げる場合の区分に応じ、同項各号に定める割合を乗じて得た額（療養の給付に係る同項の一部負担金について第七十五条の二第一項各号の措置が採られるべきときは、当該措置が採られたものとした場合の額）

マイナ保険証の円滑な利用について

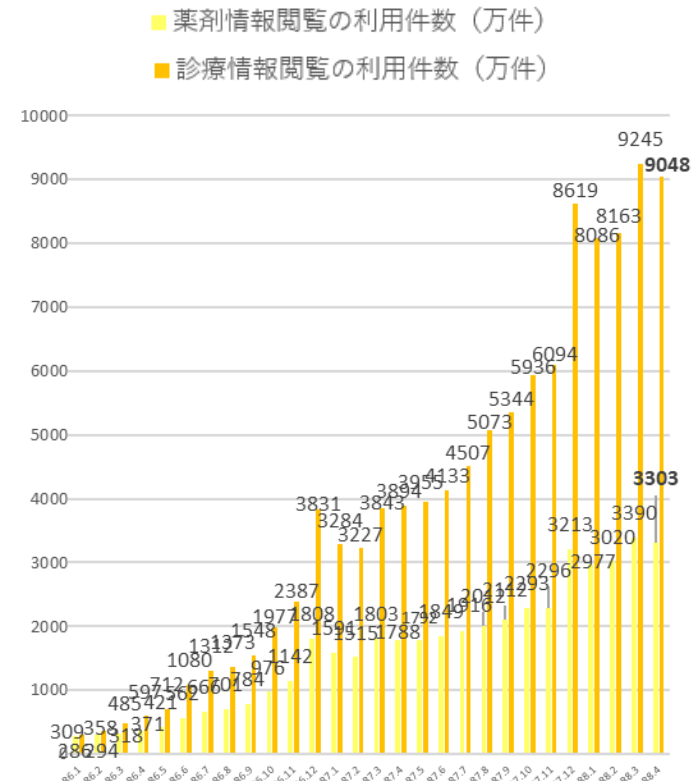
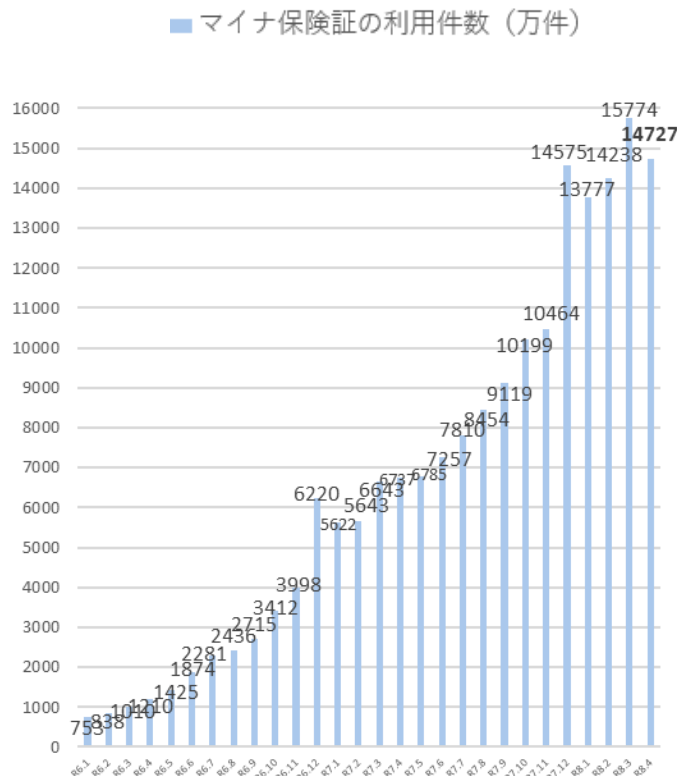
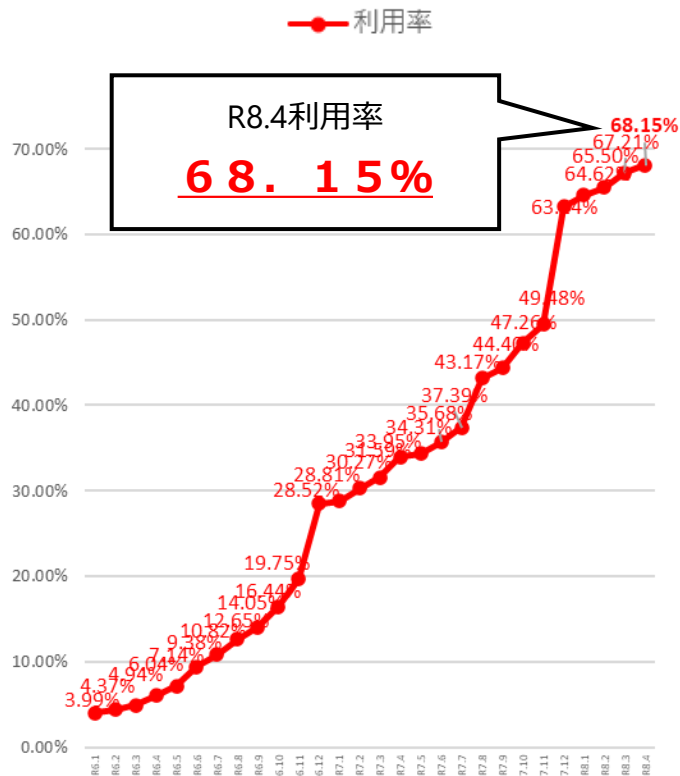
1. マイナ保険証の利用状況
2. スマートフォンでのマイナ保険証利用
3. 第2世代（次期）顔認証付きカードリーダー
4. マイナ救急の取組
5. 医療機関等の窓口での対応に関する周知

マイナ保険証の利用状況



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



【4月分実績の内訳】

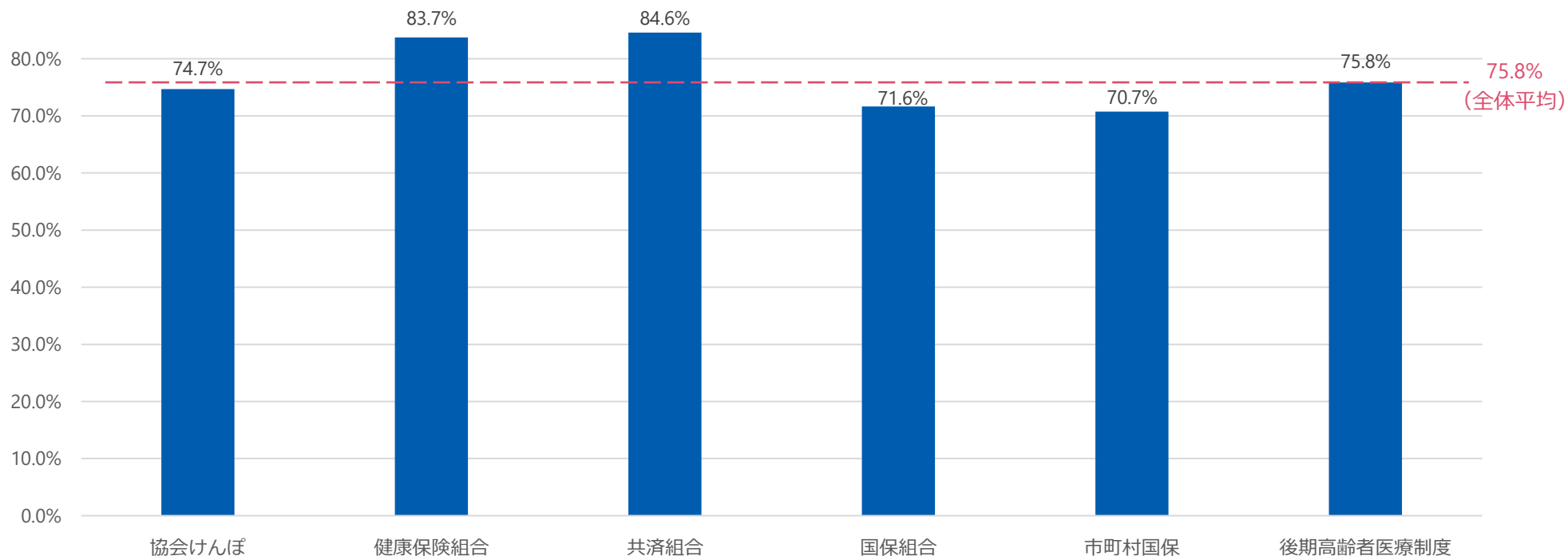
	合計 (人)	マイナンバーカード (人)	資格確認書 (人)
病院	20,884,750	14,306,574	6,578,176
医科診療所	68,891,591	49,020,683	19,870,908
歯科診療所	21,429,701	15,326,493	6,103,208
薬局	59,007,778	37,346,086	21,661,692
総計	170,213,820	115,999,836	54,213,984

	特定健診等情報 (件)	薬剤情報 (件)	診療情報 (件)
病院	5,464,093	2,132,192	9,284,905
医科診療所	18,370,132	17,158,793	43,877,451
歯科診療所	5,479,251	4,054,828	6,007,323
薬局	17,112,023	9,688,302	31,314,972
総計	46,425,499	33,034,115	90,484,651

制度別のマイナ保険証利用登録状況（令和8年4月末時点）

全ての保険制度において、加入者数に占めるマイナ保険証の利用登録数の割合は70%を超えている。

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

スマートフォンでのマイナ保険証利用

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

スマートフォンでのマイナ保険証利用について

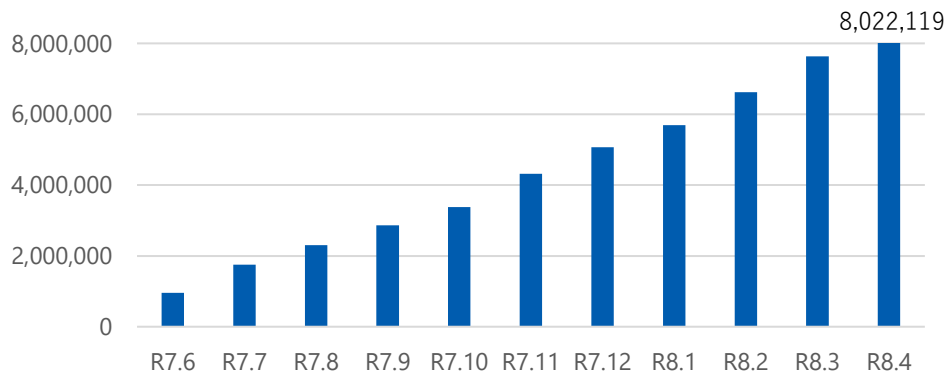
- スマートフォンでのマイナ保険証は、現在約12万の医療機関・薬局で受付が可能となっている。また、令和8年3月には、訪問診療や訪問看護を行う施設等での読み取りに利用するマイナ資格アプリでも読み取りが可能となっている。
- スマートフォンのマイナンバーカード搭載件数は約800万件、医療機関等での利用も増加している（累計で500万件超）。
- 令和8年度より、本体のみでスマートフォンの読み取りが可能で第2世代顔認証付きカードリーダーが順次販売開始（P8参照）。
- 実物のマイナンバーカードに加え、スマートフォンのマイナ保険証の利用定着に向け、引き続き医療機関・薬局への周知を進めていく。

スマホ対応済み施設数

※令和8年6月7日現在

	病院・医科診療所	歯科診療所	薬局	合計
スマホ対応済み施設数	50,374	30,552	44,121	125,047
(参考) オン資導入施設数 ※令和8年3月29日現在	91,068	60,645	60,856	212,569

スマホのマイナンバーカード搭載件数

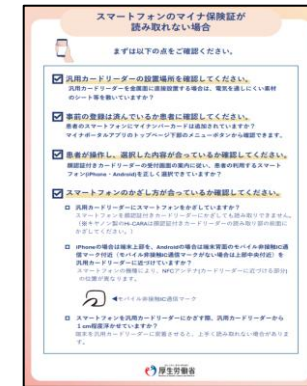


周知素材

○患者案内用リーフレット



○職員向けリーフレット



○受付ステッカー



3

第2世代（次期）顔認証付きカードリーダー

ひと、暮らし、みらいのために





厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

第2世代（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に向けて、令和8年度より、第2世代（次期）顔認証付きカードリーダーが順次販売開始している。
- 第2世代（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。令和8年6月末日より申請受付の開始予定。
（別売りのテンキーの導入・資格確認端末の入れ替えについても、カードリーダーの導入と同時申請の場合には補助対象）

第2世代（次期）顔認証付きカードリーダーの特徴について

メーカー	キヤノンマーケティングジャパン	パナソニック コネクト	リコージャパン※1
商品イメージ			
発売開始時期	令和8年4月22日	令和8年8月（予定）	令和8年10月（予定）
ハード・性能における主な特徴（共通）	<ul style="list-style-type: none"> • 本体のみでスマートフォンの読取に対応（外付けの汎用カードリーダーが不要） • 操作手順やエラーの発生に関する音声案内機能を搭載 • 顔認証制度の向上による顔認証エラーの低減 		
ハード・性能における主な特徴（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） • キヤノン社製の現行機（Hi-CARA）と混在の複数台接続が可能 	<ul style="list-style-type: none"> • 資格確認端末を内蔵（Windows PC）※2 • 本体とレセコン間の接続はLAN接続となり設置自由度が向上 • 専用外付けテンキーにより操作が可能※3 • 背面インジケータを搭載し、受付カウンター越しに機器状態をお知らせ 	<ul style="list-style-type: none"> • 操作しやすい7インチディスプレイ搭載 • 現行機（富士通Japan社製Caora）から設置幅を約4センチ縮小 • 操作箇所をお知らせする点滅ランプ搭載 • 現行機（富士通Japan社製Caora）と混在の複数台接続が可能

※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 テンキーはオプションでの販売（令和8年10月発売予定）

4

マイナ救急の取組

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

マイナ救急の取組（令和7年度実証事業と令和8年度の本格運用）



マイナ救急〔マイナンバーカードを活用した救急業務の円滑化〕



▶マイナ救急とは、救急隊員が傷病者のマイナ保険証を活用し、病院選定等に資する情報を把握する取組

1. マイナ救急の流れ



2. 令和7年度実証事業の結果

- ・全720消防本部 5,334隊（令和7年10月1日から一斉開始）
- ・マイナ救急を実施した件数は 13,249件、実施率は 17.4% ※データ集計期間：R7.12.4～1週間
- ・一命をとりとめた事例あり。利用者、救急隊、医療機関から役に立ったとの声を頂いた。
- ・マイナ救急の認知度：15ポイント上昇（23.6% (R7.8) → 38.6% (R7.12)）



3. 令和8年度の取組み(各消防本部での本格運用)

- ・実施消防本部： 712消防本部（離島等を除く約99%の消防本部）
- ・実施救急隊：5,417隊（約97%の救急隊）



総務省消防庁HP



マイナ救急普及啓発動画



政府広報テレビCM

- ・マイナ保険証を搭載したスマートフォンへの対応を令和8年4月から開始
- ・マイナ救急の運用改善を図るとともに、マイナ救急の認知度向上のため広報を実施
- ・「救急医療情報連携プラットフォーム」(*)に「マイナ救急」で得られる受診歴などの情報を連携させるための取組みを実施

(※) 救急隊がこれまで医療機関に口頭で伝えている傷病者情報（主訴・バイタルサインなど）をデータとして登録することで、複数の医療機関と迅速かつ安全に情報共有できるプラットフォーム。救急搬送の効率化や救急医療の質の向上のため、厚生労働省を中心に構築に向けた検討が進められている。マイナ救急との連携により、バイタルサインなどの情報に加え、マイナ救急で得られる受診歴などの情報もまとめて、医療機関へ共有可能となる。

医療機関等の窓口での対応に関する周知

健康保険証の有効期限・暫定的な取扱いの終了の周知

- 有効期限を過ぎた保険証を誤って医療機関等に持参した場合の暫定的な取扱いについて、本年7月末までを期限に実施してきた。この暫定措置の終了に当たり、期限を明記した以下のリーフレットを保険者、医療機関・薬局を通じて国民に周知するとともに、SNS等も活用して暫定措置の終了やマイナ保険証・資格確認書の持参を改めて呼びかけていく。
- 重ねて、福祉関係団体を通じて周知を行うなど、8月以降の受診に支障が生じないよう丁寧に対応していく。

周知用リーフレット (保険者向け)

(令和8年6月時点)

従来の健康保険証は**有効期限が終了**しています。

※有効期限切れに気付かず持参した場合は利用可能としていましたが、その対応も、**2026年7月31日**で終了です。

医療機関・薬局の受付では、**マイナ保険証が資格確認書**を。

マイナ保険証・資格確認書について

マイナ保険証とは

- 健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカードが、マイナ保険証です※「マイナ保険証」という新たな証明書が交付されるわけではありません
- 利用登録状況はマイナポータルで確認できます
- 今は資格確認書を使っているという方も、ぜひ切り替えをお願いします

マイナ保険証の基本的な情報をまとめたガイドはこちら

資格確認書とは

- マイナ保険証の利用登録をしていない方などに、保険者から交付されます
- 「資格情報のお知らせ」とは異なる書類ですのでご注意ください
- 保険者により、大きさ・色・形・提供方法(紙または電子)などは異なります
- ご利用前に、書類上部に「資格確認書」と記載されているかご確認ください

マイナ保険証のメリット

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

マイナ保険証の始め方

受診する際にマイナンバーカードをお持ちください

マイナ保険証の利用登録をしていない場合も、医療機関・薬局にマイナンバーカードをお持ちいただくと、その場で登録できます。

マイナ保険証の利用登録状況と、電子証明書の有効期限のご確認をお願いいたします！

マイナ保険証の利用登録状況の確認方法

- スマートフォン・マイナンバーカードを用意します
- 「マイナポータル(モバイルアプリ)」にログインします。
- 「健康保険証」を押します
- 「未登録」もしくは「登録済み」と表示されるのでご自身の登録状況をご確認ください

「未登録」の方は、画面に表示される「登録」をタップするとその場で登録完了できます！

あわせて確認！電子証明書の有効期限

- マイナンバーカードには、「ログインした者が、あなたであること」を証明するための電子証明書が搭載されています。
- 電子証明書には、有効期限が設定されています(確認方法は右図参照)。有効期限通知書がお手元に届きましたら、お早めに更新をお願いします。
- なお、電子証明書の有効期限切れから3カ月間は、引き続きマイナ保険証で受診できます。ただし、保険資格情報の提供のみで、診療情報・薬剤情報等の提供はできません。
- ※有効期限満了日が属する月の末日から3カ月間
- ※スマートフォンのマイナ保険証については、実物のマイナンバーカードの有効期限まで

よくある質問

マイナ保険証でないと受診できないの？

資格確認書でもこれまで通り医療にかかることができます。資格確認書は、マイナ保険証をお持ちでない方などに申請によらず交付されます。また、マイナ保険証をお持ちでも、マイナ保険証の利用が難しい場合は、申請により資格確認書の交付を受けることができます。

0120-95-0178

マイナ保険証についてもっと知りたい方はこちら

厚生労働省

周知用リーフレット (医療機関・薬局向け)

医療機関・薬局の受付で使えるもの

マイナ保険証

「マイナンバーカード」をお持ちください。

※利用登録がまだの方や登録済みか分からない方もその場で、登録状況を確認し利用登録ができます。

資格確認書

「資格確認書」と記載されているかご確認ください。

※保険者により大きさ・形・色などは異なります。

従来の健康保険証

「被保険者証」などと記載されています。有効期限は終了しています。

マイナ保険証が資格確認書をお持ちください。

※有効期限切れに気付かず持参した場合は利用可能としていましたが、その対応も、2026年7月31日で終了です。

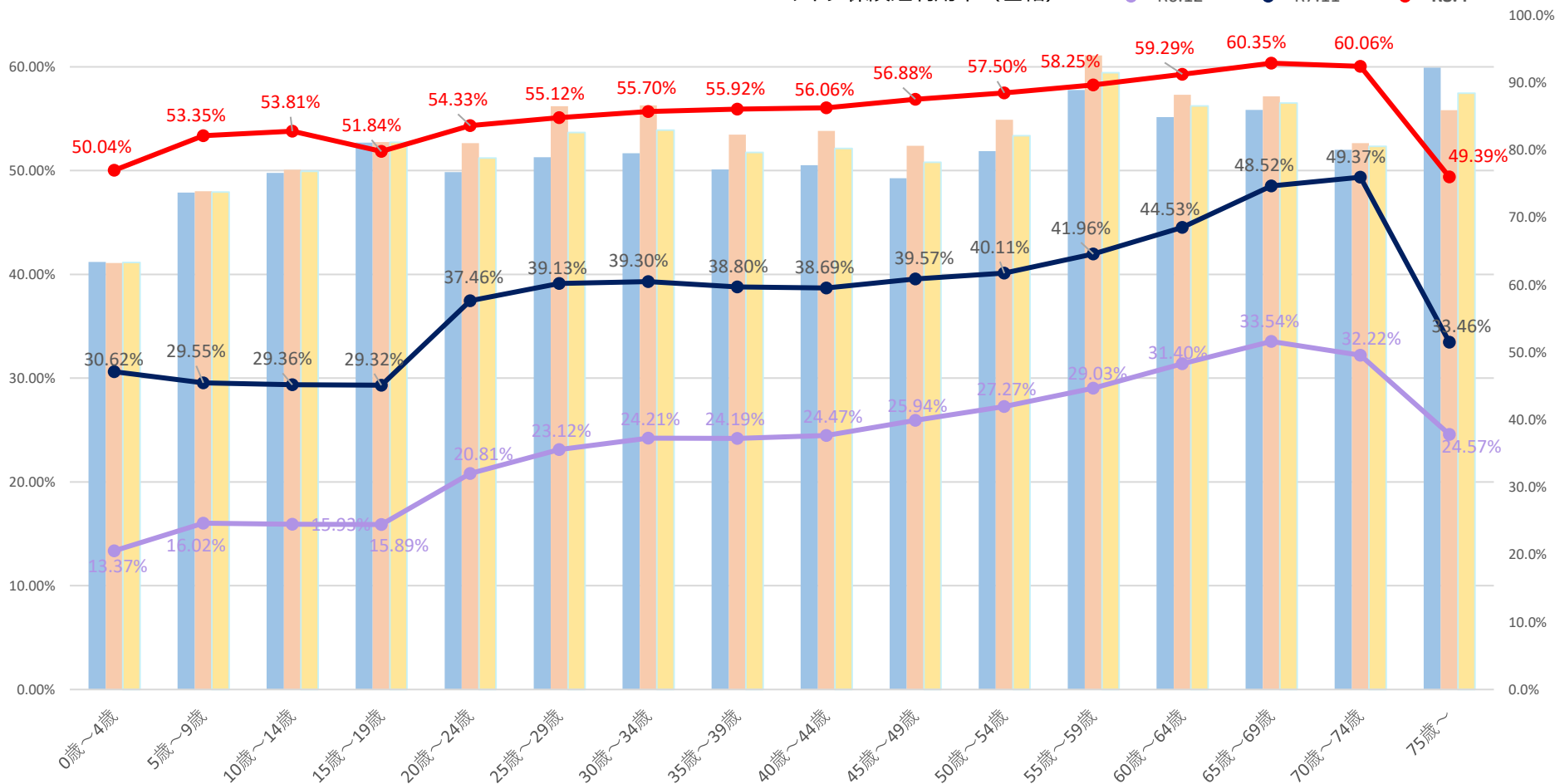
参考資料



マイナ保険証利用率（年齢階層別）

マイナカード保有率（右軸）： 男 女 全体

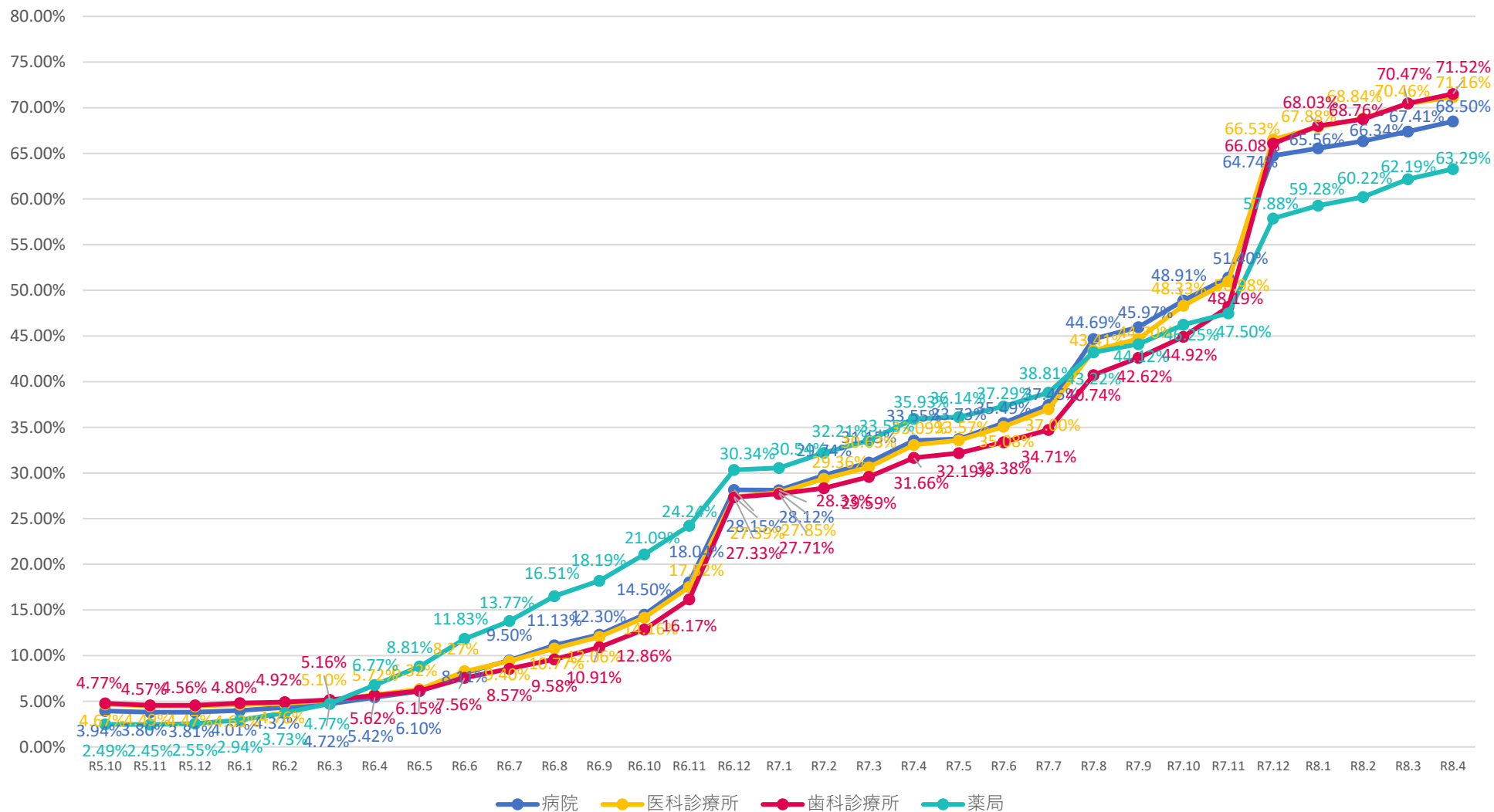
マイナ保険証利用率（左軸）： R6.12 R7.11 R8.4



※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（オンライン診療を除く：名寄せ前）

※マイナカード保有率は令和8年3月時点のデータ

施設類型別のマイナ保険証利用率の推移

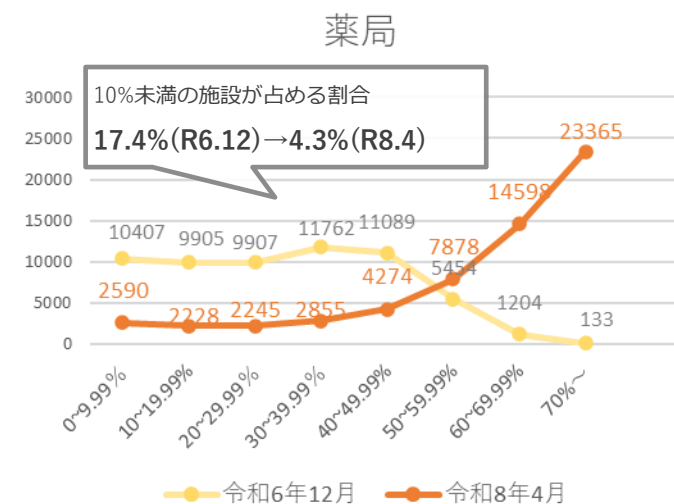
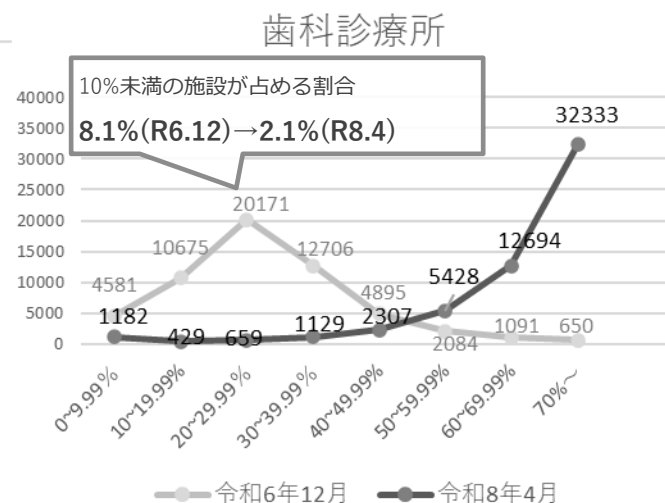
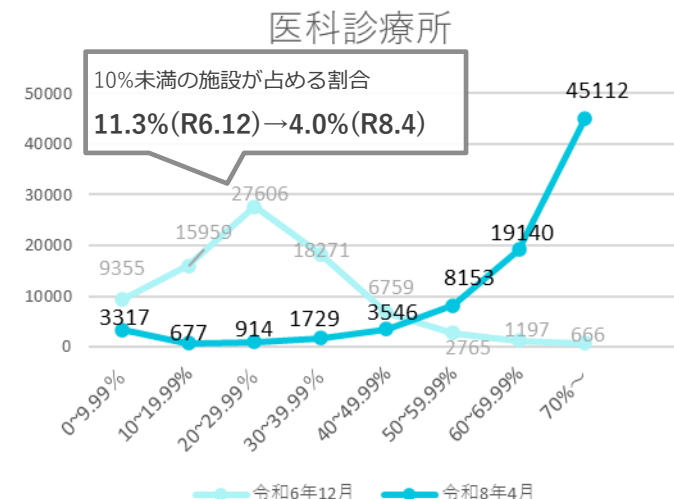
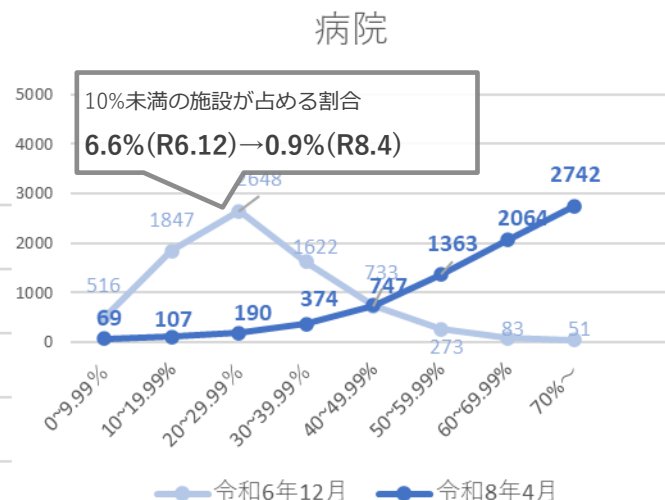
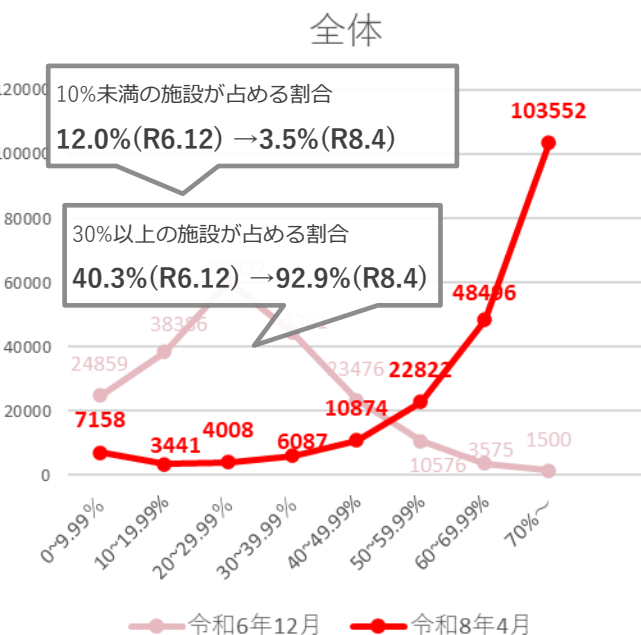


※ 利用割合 = MNC利用人数 / レセプト件数

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8年4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: 207,065(R6.12)、206,438(R8.4))

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8年4月))

○ 都道府県別のマイナ保険証の利用率 (令和8年4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	66.54% (+0.80%)
青森県	71.87% (+0.84%)
岩手県	69.07% (+0.71%)
宮城県	71.21% (+0.68%)
秋田県	67.76% (+1.24%)
山形県	72.21% (+0.82%)
福島県	69.99% (+1.05%)
茨城県	71.27% (+0.81%)
栃木県	71.60% (+1.09%)
群馬県	69.13% (+1.07%)
埼玉県	68.14% (+0.75%)
千葉県	70.22% (+0.79%)
東京都	66.17% (+1.25%)
神奈川県	68.29% (+0.90%)

全国	68.15% (+0.94%)
----	-----------------

都道府県名	利用率
新潟県	73.44% (+1.01%)
富山県	77.91% (+1.03%)
石川県	73.45% (+1.10%)
福井県	74.44% (+1.00%)
山梨県	68.02% (+1.30%)
長野県	66.34% (+0.93%)
岐阜県	71.45% (+1.58%)
静岡県	74.47% (+0.70%)
愛知県	70.26% (+0.94%)
三重県	69.41% (+0.59%)
滋賀県	70.24% (+0.79%)
京都府	63.74% (+0.95%)
大阪府	61.85% (+0.98%)
兵庫県	66.38% (+0.91%)
奈良県	66.11% (+0.70%)
和歌山県	63.09% (+0.92%)

都道府県名	利用率
鳥取県	69.94% (+1.74%)
島根県	70.51% (+1.38%)
岡山県	67.23% (+1.28%)
広島県	69.20% (+0.85%)
山口県	72.54% (+0.95%)
徳島県	61.19% (+0.97%)
香川県	64.81% (+1.30%)
愛媛県	66.14% (+0.78%)
高知県	59.05% (+1.17%)
福岡県	67.11% (+0.81%)
佐賀県	71.81% (+1.22%)
長崎県	67.66% (+1.14%)
熊本県	71.75% (+0.66%)
大分県	66.97% (+1.24%)
宮崎県	76.42% (+0.99%)
鹿児島県	73.46% (+0.84%)
沖縄県	55.31% (+1.05%)

※ 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8年3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	R8.3順位	都道府県	利用率	MNC利用人数	資格確認書等
1	(1)	富山	80.02%	376,978	94,117
2	(2)	宮崎	78.35%	431,271	119,202
3	(3)	静岡	77.02%	1,602,178	478,163
4	(4)	石川	76.59%	401,265	122,666
5	(7)	福井	76.20%	269,495	84,174
6	(5)	鹿児島	76.06%	607,825	191,326
7	(8)	新潟	75.88%	840,375	267,193
8	(6)	山口	75.51%	587,779	190,583
9	(9)	佐賀	75.28%	338,064	110,987
10	(10)	岐阜	75.05%	856,461	284,706
11	(12)	島根	74.58%	279,458	95,238
12	(11)	山形	74.57%	464,130	158,247
13	(17)	滋賀	73.87%	524,130	185,373
14	(16)	鳥取	73.84%	208,881	74,021
15	(14)	青森	73.74%	494,481	176,123
16	(20)	栃木	73.70%	759,108	270,891
17	(15)	熊本	73.47%	703,477	254,000
18	(19)	愛知	73.31%	3,330,899	1,212,395
19	(18)	千葉	72.87%	2,193,880	816,644
20	(13)	宮城	72.76%	932,562	349,080
21	(23)	茨城	72.75%	947,917	354,978
22	(22)	福島	72.69%	688,572	258,678
23	(21)	広島	72.43%	1,132,494	430,986
24	(24)	長崎	71.92%	509,778	198,988
25	(26)	神奈川	71.85%	3,798,813	1,488,278
26	(25)	三重	71.42%	724,658	289,946
27	(27)	群馬	71.30%	745,750	300,242
28	(28)	岩手	71.29%	452,889	182,414
29	(31)	山梨	71.24%	302,194	122,018
30	(30)	秋田	70.99%	352,928	144,241

【病院】

順位	R8.3順位	都道府県	利用率	MNC利用人数	資格確認書等
1	(1)	富山	81.06%	168,788	39,431
2	(2)	島根	78.04%	89,029	25,058
3	(3)	石川	77.72%	169,924	48,712
4	(4)	宮崎	77.04%	159,552	47,557
5	(5)	山口	76.22%	165,741	51,706
6	(6)	鹿児島	75.75%	239,429	76,649
7	(7)	福井	75.30%	118,610	38,910
8	(8)	山形	74.73%	139,259	47,096
9	(9)	佐賀	74.03%	116,031	40,710
10	(10)	静岡	73.70%	375,672	134,093
11	(11)	熊本	72.56%	234,901	88,841
12	(12)	山梨	72.30%	108,740	41,653
13	(15)	鳥取	72.30%	74,794	28,653
14	(14)	新潟	72.06%	265,825	103,082
15	(13)	青森	71.88%	151,126	59,130
16	(16)	宮城	71.75%	257,162	101,274
17	(18)	三重	71.72%	185,864	73,284
18	(23)	岐阜	71.45%	213,517	85,324
19	(17)	長野	70.95%	297,323	121,746
20	(19)	広島	70.90%	318,592	130,791
21	(26)	福島	70.61%	221,008	91,996
22	(20)	茨城	70.58%	360,662	150,311
23	(25)	長崎	70.53%	171,576	71,689
24	(21)	大分	70.29%	174,741	73,870
25	(22)	千葉	70.27%	708,994	299,998
26	(24)	栃木	70.26%	241,097	102,044
27	(29)	岩手	69.03%	127,564	57,242
28	(28)	神奈川	68.44%	803,135	370,274
29	(31)	愛知	68.34%	725,262	335,976
30	(27)	奈良	68.21%	171,678	80,017

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	R8.3順位	都道府県	利用率	MNC利用人数	資格確認書等
31	(37)	岡山	70.86%	659,915	271,439
32	(35)	大分	70.56%	387,340	161,594
33	(34)	愛媛	70.51%	476,306	199,242
34	(29)	奈良	70.43%	501,268	210,434
35	(32)	福岡	70.43%	2,089,491	877,273
36	(36)	長野	70.06%	702,161	300,111
37	(33)	北海道	69.94%	1,604,186	689,501
38	(38)	埼玉	69.87%	2,580,611	1,112,916
39	(39)	東京	69.53%	6,059,656	2,655,426
40	(40)	香川	69.19%	354,958	158,080
41	(41)	兵庫	69.09%	2,222,512	994,147
42	(42)	京都	66.96%	876,252	432,347
43	(43)	和歌山	66.30%	360,204	183,076
44	(45)	大阪	65.89%	3,513,594	1,818,781
45	(44)	高知	65.09%	172,441	92,469
46	(46)	徳島	63.97%	233,333	131,434
47	(47)	沖縄	57.06%	367,765	276,740

【病院】

順位	R8.3順位	都道府県	利用率	MNC利用人数	資格確認書等
31	(38)	群馬	68.02%	215,820	101,484
32	(32)	埼玉	67.60%	720,120	345,135
33	(34)	岡山	67.38%	267,149	129,315
34	(30)	兵庫	67.34%	577,841	280,234
35	(33)	愛媛	67.14%	191,385	93,683
36	(35)	和歌山	67.04%	119,779	58,878
37	(36)	滋賀	66.79%	147,187	73,202
38	(37)	北海道	66.65%	784,263	392,341
39	(39)	福岡	66.64%	558,843	279,816
40	(41)	香川	65.39%	132,027	69,867
41	(40)	京都	65.23%	293,197	156,277
42	(42)	東京	65.08%	1,421,080	762,591
43	(43)	徳島	64.34%	103,760	57,497
44	(44)	大阪	63.07%	872,223	510,799
45	(45)	高知	62.31%	114,199	69,087
46	(46)	秋田	57.51%	107,716	79,584
47	(47)	沖縄	55.12%	124,389	101,269

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	R8.3順位	都道府県	利用率	MNC利用人数	資格確認書等
1	(1)	富山	82.94%	129,496	26,645
2	(2)	島根	79.51%	76,209	19,645
3	(4)	宮崎	79.45%	124,311	32,145
4	(3)	静岡	79.41%	472,169	122,393
5	(6)	石川	79.26%	122,252	31,989
6	(5)	山形	78.54%	134,589	36,774
7	(10)	福井	78.31%	81,573	22,592
8	(8)	新潟	77.88%	249,330	70,827
9	(9)	青森	77.51%	117,583	34,115
10	(7)	山口	77.46%	170,245	49,527
11	(11)	栃木	77.30%	239,793	70,430
12	(13)	鳥取	76.68%	63,243	19,233
13	(15)	岐阜	76.41%	279,472	86,305
14	(12)	鹿児島	75.85%	187,729	59,760
15	(14)	秋田	75.72%	99,005	31,752
16	(16)	佐賀	75.68%	105,142	33,793
17	(20)	滋賀	75.59%	169,161	54,616
18	(17)	宮城	75.26%	276,511	90,920
19	(18)	福島	74.92%	189,637	63,487
20	(19)	岩手	74.68%	124,186	42,104
21	(24)	群馬	74.23%	232,597	80,767
22	(22)	茨城	74.18%	324,674	112,999
23	(21)	三重	74.15%	225,405	78,574
24	(23)	熊本	73.86%	212,221	75,089
25	(30)	山梨	73.67%	99,846	35,680
26	(26)	愛知	73.55%	1,077,186	387,315
27	(25)	長崎	73.35%	161,930	58,836
28	(29)	千葉	73.26%	787,480	287,492
29	(27)	長野	72.67%	230,971	86,878
30	(28)	広島	72.42%	345,004	131,405

【薬局】

順位	R8.3順位	都道府県	利用率	MNC利用人数	資格確認書等
1	(1)	宮崎	73.30%	390,864	142,389
2	(2)	富山	72.05%	298,864	115,952
3	(5)	福井	70.27%	194,990	82,516
4	(4)	新潟	70.04%	740,320	316,699
5	(3)	静岡	69.98%	1,218,777	522,837
6	(7)	茨城	68.98%	863,950	388,471
7	(8)	鹿児島	68.97%	521,128	234,504
8	(6)	熊本	68.75%	574,461	261,140
9	(9)	青森	68.60%	443,134	202,865
10	(10)	宮城	68.09%	797,338	373,699
11	(12)	栃木	67.68%	596,428	284,873
12	(11)	山形	66.69%	364,560	182,105
13	(13)	山口	66.49%	460,827	232,202
14	(20)	佐賀	66.37%	297,998	150,979
15	(15)	秋田	66.25%	319,535	162,812
16	(14)	千葉	66.09%	1,812,809	930,173
17	(16)	埼玉	65.89%	2,189,277	1,133,419
18	(22)	石川	65.66%	292,695	153,083
19	(21)	愛知	65.44%	2,253,794	1,190,471
20	(23)	滋賀	65.34%	401,467	212,975
21	(17)	福島	65.31%	556,634	295,672
22	(19)	岩手	65.11%	384,578	206,099
23	(26)	岐阜	65.10%	607,518	325,678
24	(24)	群馬	64.72%	515,939	281,205
25	(18)	三重	64.36%	520,577	288,324
26	(25)	広島	63.81%	870,318	493,682
27	(28)	神奈川	62.81%	2,805,220	1,660,869
28	(27)	福岡	62.62%	1,680,476	1,003,207
29	(32)	鳥取	62.05%	149,747	91,594
30	(30)	東京	61.78%	4,376,848	2,707,267

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	R8.3順位	都道府県	利用率	MNC利用人数	資格確認書等
31	(32)	大分	72.39%	110,394	42,115
32	(33)	和歌山	71.89%	103,100	40,304
33	(36)	神奈川	71.76%	1,134,880	446,525
34	(34)	愛媛	71.43%	156,852	62,738
35	(31)	北海道	71.37%	530,704	212,887
36	(35)	岡山	71.15%	223,116	90,483
37	(37)	奈良	70.07%	154,482	65,994
38	(38)	福岡	69.92%	640,346	275,442
39	(39)	埼玉	69.47%	879,979	386,758
40	(41)	兵庫	69.11%	678,307	303,168
41	(40)	香川	68.97%	113,844	51,219
42	(44)	東京	67.73%	1,832,138	872,880
43	(42)	高知	67.43%	69,187	33,412
44	(43)	京都	67.27%	279,404	135,967
45	(45)	徳島	65.52%	80,035	42,115
46	(46)	大阪	64.34%	1,119,164	620,347
47	(47)	沖縄	56.26%	111,611	86,767

【薬局】

順位	R8.3順位	都道府県	利用率	MNC利用人数	資格確認書等
31	(29)	北海道	61.76%	1,487,018	920,830
32	(31)	兵庫	61.74%	1,626,591	1,007,967
33	(33)	岡山	61.24%	476,659	301,720
34	(34)	山梨	61.04%	242,502	154,806
35	(35)	島根	60.68%	200,536	129,938
36	(37)	大分	60.34%	329,027	216,279
37	(36)	長崎	60.02%	390,144	259,923
38	(39)	愛媛	58.56%	339,129	240,013
39	(38)	奈良	58.16%	327,079	235,285
40	(41)	香川	58.03%	260,979	188,784
41	(42)	長野	57.75%	514,566	376,494
42	(40)	京都	57.53%	588,210	434,227
43	(44)	大阪	55.07%	2,235,444	1,824,056
44	(43)	徳島	54.50%	166,944	139,352
45	(46)	和歌山	53.63%	210,160	181,725
46	(45)	沖縄	53.15%	312,278	275,249
47	(47)	高知	48.33%	137,749	147,283

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。

マイナ救急 活用事例(令和7年度実証事業)

事例	吐血により出血性ショックの事例 (一命を取り留めたケース)
通報内容	夫が貧血で動けない(帰宅した妻からの通報)
年齢性別	50歳男性
現場状況	傷病者は廊下につつ伏せて倒れた状態。 昨夜から4回の吐血があり、1年前に同様の症状でかかりつけ医療機関で手術歴があるが、病名は本人、家族を含めて覚えていない状況であった。
救急活動	初期評価からショック状態、心肺停止前静脈路確保の処置が必要であると判断。観察、処置を優先し、搬送中にマイナ救急で情報を確認したところ、手術歴から食道静脈瘤の既往があることを推測し、速やかに搬送先医療機関へ伝達した。
〈マイナ救急の有用性〉 傷病者、家族が過去の手術歴や既往歴について、詳細を把握していない状況であったが、搬送中、マイナ救急で情報を確認し、手術歴から推測される既往を搬送先医療機関へ伝達することで、搬送先医療機関での早期治療に繋り、一命を取り留めることができた。	

事例	情報聴取困難かつお薬手帳も無かった事例 (医療機関の早期治療に繋がったケース)
通報内容	夫が椅子に座っていたところ、突然崩れ落ち、地面に倒れこんだ(妻からの通報)
年齢性別	62歳男性
現場状況	傷病者は台所付近につつ伏せており、意識清明。 左半身の麻痺により動けない状態であり、うまく喋ることができない状態であった。家族も動揺しており、状況を聞き取ることが困難であり、お薬手帳も探せない状態であった。
救急活動	観察を行ったのち、マイナ救急で薬剤情報を確認し、速やかに医療機関へ伝達した。
〈マイナ救急の有用性〉 傷病者や家族から、情報を聴取することが難しいかつお薬手帳もない状況で、マイナ救急で薬剤情報を確認することにより、多数処方されている薬を正確に医療機関へ伝達することで、医師へスムーズに引継ぐことができ、医療機関の早期治療に繋がった。	

事例	聴取した内容と閲覧した情報に相違があった事例 (円滑な病院選定に繋がったケース)
通報内容	ふらついており、会話不明瞭。(勤務先の同僚からの通報)
年齢性別	41歳女性
現場状況	傷病者は勤務先の休憩室に座っており、意識ははっきりしない状態であった。本人氏名を自筆させると記入できず、ふらつきも認められた。また、本人及び同僚からは傷病者の持病などの情報は得られず、家族も連絡が取れない状況であった。
救急活動	観察と並行し、マイナ救急で薬剤情報(抗てんかん薬)を確認し、これらの医療情報に基づき円滑に搬送先を選定し、搬送した。
〈マイナ救急の有用性〉 傷病者情報が少なく、医療機関の選定に苦慮する事案であったが、マイナ救急で薬剤情報を確認することで、かかりつけ医療機関への円滑な搬送に繋がった。	

事例	かかりつけ医療機関が曖昧であった事例 (医師への正確な引継ぎに繋がったケース)
通報内容	力が入らない(娘からの通報)
年齢性別	72歳女性
現場状況	傷病者は居間に座った状態で頭痛及び倦怠感を訴えており、意識清明。心臓に関する既往で通院しているが、本人も現場にいた娘も記憶が曖昧で、名称が類似している別の医療機関をかかりつけと認識していた。
救急活動	観察を行ったのち、マイナ救急で正しいかかりつけ医療機関名や治療経過を確認し、速やかに搬送先医療機関へ伝達した。
〈マイナ救急の有用性〉 傷病者は、名称が類似している別の医療機関をかかりつけと認識していたが、マイナ救急の情報により正しいかかりつけ医療機関名や治療経過を搬送先医療機関へ提供することができ、医師への正確な引継ぎに繋がった。	

年金額の改定を踏まえた自己負担の所得区分における基準額の調整について

年金額の改定を踏まえた自己負担の所得区分における基準額の調整について

見直しの方向性

- 高額療養費制度（70歳以上）の低所得Ⅰ区分（住民税非課税（所得が一定以下））の年金収入の基準額については、介護保険の利用者負担第2段階の基準額を参考に、老齢基礎年金（満額）の支給額相当の金額を設定している。令和7年8月には、令和6年（1～12月）の老齢基礎年金（満額）の支給額を踏まえて基準額の見直しを行い、**年金収入80.67万円**として設定。
 - 今般、70歳以上に適用される令和7年（1～12月）の老齢基礎年金（満額）の支給額の最高額が約82.65万円となり、80.67万円を超えることを踏まえ、基準を見直し、年金収入の基準額を**82.65万円**とすることとする。（令和8年8月施行予定）
- ※ 入院時食事療養費、入院時生活療養費及び高額介護合算療養費における低所得Ⅰ区分の基準についても、同様の措置を行う。
- ※ 介護保険の保険料及び利用者負担等における基準額についても、同様に改正。

（現行の所得区分）

	負担割合	上限額（世帯ごと）	
		外来（個人ごと）	
70歳以上	3割	年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上／国保・後期：課税所得690万円以上	
		252,600 + (医療費 - 842,000) × 1% <多数回該当：140,100>	
		年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円／国保・後期：課税所得380万円以上	
	167,400 + (医療費 - 558,000) × 1% <多数回該当：93,000>		
	年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円／国保・後期：課税所得145万円以上		
	80,100 + (医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>		
	70-74歳 2割	18,000 (年間上限144,000)	57,600 <多数回該当：44,400>
75歳以上 1割又は2割	8,000	24,600	
住民税非課税		15,000	
住民税非課税 (所得が一定以下 (年金収入80.67万円 以下等))			

年金収入82.65万円に見直し

医療費における保険給付率と患者負担率のバランス等の 定期的な見える化について

これまでの経緯

基本的な考え方

- 現在、医療費の動向、医療費の伸び率の要因分解、制度別の実効給付率等について定期的に公表しているほか、制度改正や診療報酬改定の財政影響について、その都度必要に応じ公表しているところである。
- 支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について、国民にわかりやすい形で公表していくことが必要。
- 国民に広く医療保険財源について理解してもらうことにより、医療保険制度をより信頼し、安心して利用してもらうような環境を形成するため、こうした内容を年1回医療保険部会において報告するとともにホームページ上で公表することとしたところ（令和2年10月28日医療保険部会において、公表資料案とともに議論）

医療保険部会における議論の整理（令和2年12月23日）

（医療費について保険給付率と患者負担率のバランス等の定期的に見える化）

（略）今後、**医療費の財源構造、医療保険制度の比較、実効給付率の推移と要因分析、生涯医療費の分析内容について、年1回当部会において報告するとともにホームページ上で公表し、資料についてはわかりやすさを重視したものとすべきである。**

経済・財政新生計画改革実行プログラム2025（令和7年12月25日）

＜保険給付率と患者負担率の見える化＞

医療費について保険給付率(保険料・公費負担)と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討。

《厚生労働省》

対応方針

医療保険の財源について、特に自己負担・保険料負担・公費負担の構造等を定期的にわかりやすい形で公表し、制度検討の議論に供することで、定期的に総合的な対応について検討していく。

また、国民に広く財源について理解してもらうことにより、医療保険制度をより信頼し、安心して利用してもらうような環境を形成する。

具体的には、以下の分析内容について、年1回医療保険部会において報告するとともにホームページ上で公表する。資料についてはわかりやすさを重視したものとする。

①医療費の財源構造

国民医療費がどのような財源によってまかなわれているか、概略をわかりやすく図で表記。また後期高齢者医療制度とそれ以外の制度で財源がどのように異なるかも示す。

②医療保険制度の比較

各医療保険制度の財源構成について、前期調整額・後期支援金等の流れも含め、わかりやすく図示する。

③実効給付率の推移と要因分析

高齢化の影響による実効給付率の推移を図示。後期高齢者医療制度とそれ以外での推移も示す。またその伸びの要因を財源別（保険料・公費）に着目して分析したものを示す。

④生涯医療費

生涯医療費（＝一生涯でかかると考えられる医療費の平均。死亡率を考慮したもの）について図示し、そのうち保険給付でまかなわれる部分を示す。

本年度公表予定の資料について (4～12ページ)

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

医療費の財源構成（令和5年度）

皆さんが病院の窓口で支払う金額（自己負担額）は、平均的には、受けた医療にかかった費用（医療費）の約15%です。その他の部分は医療保険制度から支払われます。この医療保険でまかなわれる割合（約85%）を、「実効給付率」といいます。またこの約85%のうち、公費でまかなわれる部分が約32%、保険料でまかなわれる部分が約53%となっています。

自己負担額の割合は年齢によって異なりますが、法定給付率に加えて高額療養費制度等があることにより、後期高齢者とそれ以外で分けた場合には、後期高齢者が約8%、それ以外が約19%となっています。

医療費 45.0兆円	医療給付費 38.4兆円 (実効給付率 85.4%)		自己負担額 6.6兆円 (14.6%)
	公費 14.4兆円 (32.0%)	保険料 24.0兆円 (53.4%)	



後期高齢者 以外 26.2兆円	医療給付費 21.2兆円 (実効給付率 80.9%)		自己負担額 5.0兆円 (19.1%)
	公費 5.0兆円 (19.0%)	保険料 16.2兆円 (61.9%)	

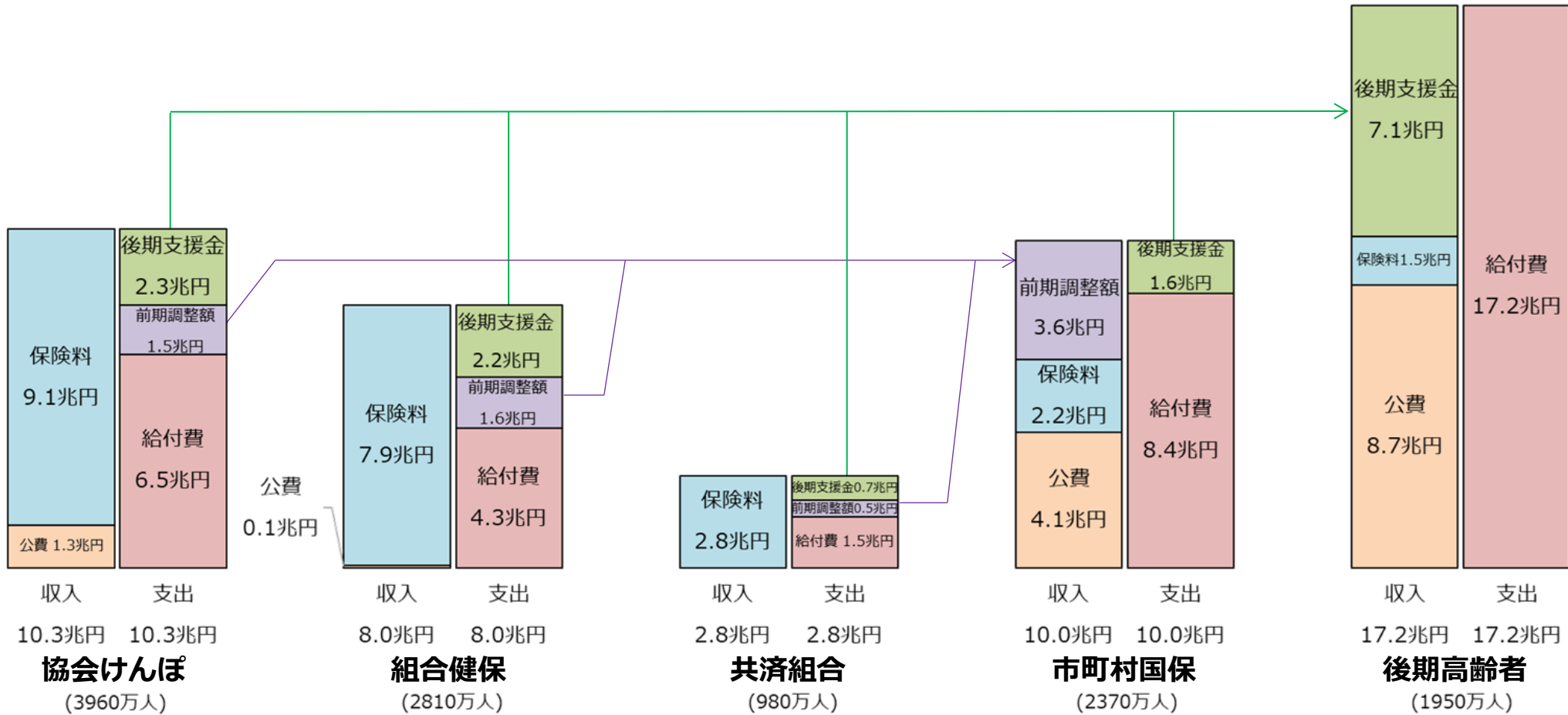
後期高齢者 18.8兆円	医療給付費 17.2兆円 (実効給付率 91.7%)		自己負担額 1.6兆円 (8.3%)
	公費 8.7兆円 (46.1%)	保険料 1.5兆円 (7.8%)	

公費	0.8兆円
保険料	6.4兆円

※ この資料における「医療給付費」は医療保険からの給付費であり、公費負担医療分や地方単独事業分は含んでいない。また、「自己負担額」は医療保険に係る医療費から上記の「医療給付費」を除いたものとなっている。

制度別の財政の概要（令和5年度）

医療保険制度間では、年齢構成による医療費の違いなどによる財政の負担を調整するために、負担を調整する仕組みとなっています（前期調整額）。また後期高齢者に係る給付費の一部は他の制度も支援金という形で負担しています（後期支援金）。



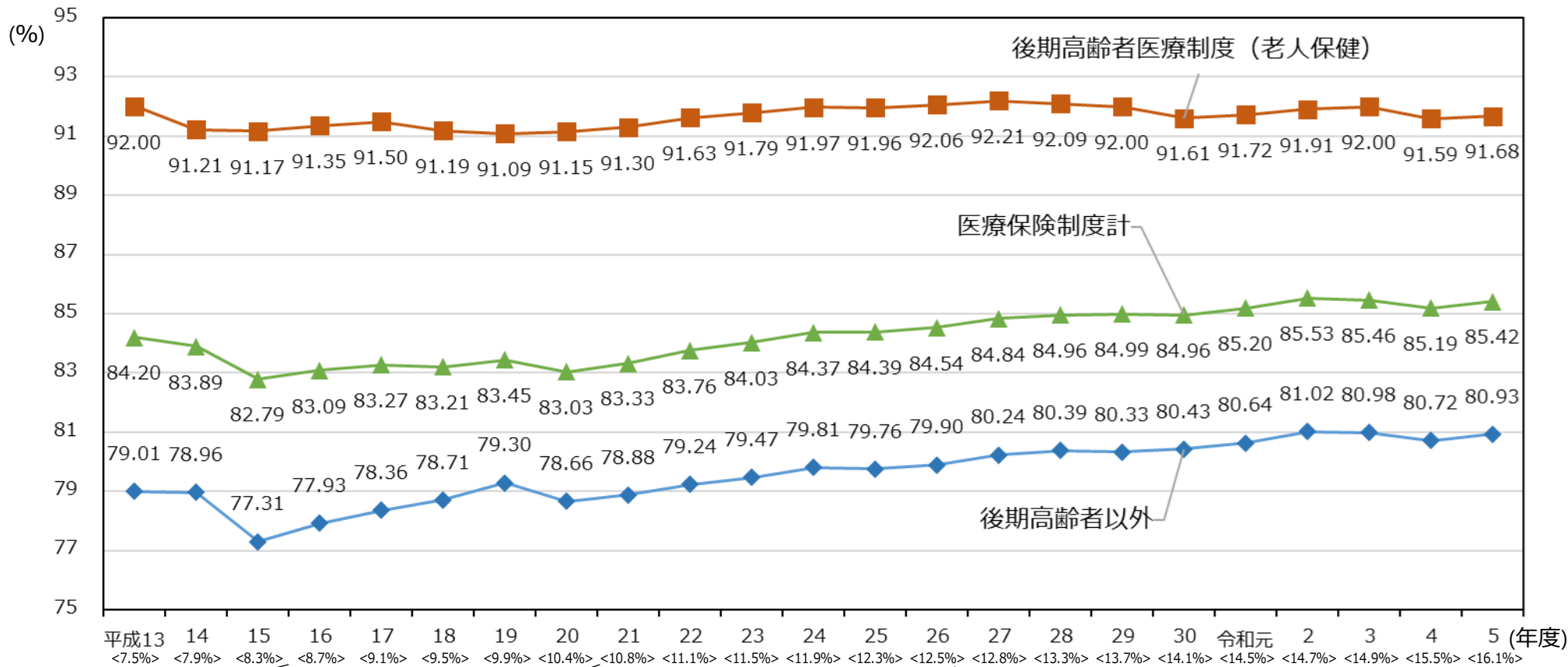
注1 前期調整額及び後期支援金の拠出側の合計と交付側の金額が一致しないのは、表示されていない他制度（国保組合など）があるため。

注2 「前期調整額」には、退職拠出金も含む。また、市町村国保の後期支援金に係る前期調整額は、「収入」の「前期調整額」に含めており、「支出」の「後期支援金」には調整前の金額を記載している。

注3 括弧内の人数は、当該制度の加入者数（年度平均）を示している。

実効給付率の推移

実効給付率（直近では約85%）は、制度改正等により上下することはあるものの、高齢者の方が実効給付率が高い傾向にあるため、高齢化の進展等により、近年のトレンドとしては上昇傾向になっています。



制度改正等

- H14.10～70歳以上：定率1割（現役並み2割）
- H15.4～健保：2割→3割
- H18.10～70歳以上：現役並み：2割→3割
- H20.4～後期高齢者医療制度発足 70～74歳（凍結）/義務教育前：2割
- H26.4～70～74歳：順次凍結解除
- R4.10～後期高齢者医療制度一定以上所得者：1割→2割

(注1) 予算措置による70～74歳の患者負担補填分を含んでいない。

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

出典：各制度の事業年報等を基に作成

実効給付率の推移と財源構成

実効給付率を財源別に見ると、保険料分が約53%、公費分が約32%となっています。

保険料分と公費分は、制度改正のほか、高齢化による後期高齢者の増加、被用者化による国保加入者の減少等によって毎年度変化することに留意する必要があります。

実効給付率の推移と財源構成

	平成26年度 (2014)	平成27年度 (2015)	平成28年度 (2016)	平成29年度 (2017)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
実効給付率	84.5%	84.8%	85.0%	85.0%	85.0%	85.2%	85.5%	85.5%	85.2%	85.4%
うち保険料分	52.3%	52.4%	52.6%	52.7%	52.4%	52.5%	52.5%	53.0%	53.0%	53.4%
うち公費分	32.3%	32.4%	32.4%	32.3%	32.6%	32.7%	33.0%	32.5%	32.2%	32.0%
前年度差（実効給付率）	0.1%	0.3%	0.1%	0.0%	▲0.0%	0.2%	0.3%	▲0.1%	▲0.3%	0.2%
うち保険料分	▲0.0%	0.1%	0.2%	0.1%	▲0.3%	0.1%	0.0%	0.5%	0.0%	0.4%
うち公費分	0.2%	0.2%	▲0.1%	▲0.0%	0.3%	0.1%	0.3%	▲0.5%	▲0.3%	▲0.1%
制度改正	・国保の保険基盤安定（保険料軽減）の拡充（約500億円）	・国保の保険基盤安定（保険者支援）の拡充（約1,700億円） ・後期支援金の総報酬割部分を1/2に引上げ	・短時間労働者の適用拡大（H28.10～） ・後期支援金の総報酬割部分を2/3に引上げ	・後期支援金の全面総報酬割を実施	・国保の財政支援の拡充（約1,700億円）		・国保の保険者努力支援の拡充（約500億円）		・短時間労働者等の適用拡大（R4.10～） ・未就学児に係る国民健康保険料均等割軽減 ・後期の一定以上所得者の窓口負担割合を2割に引き上げ	

※ 1. 実効給付率は医療保険医療費に対しての率である。

※ 2. 保険料分及び公費分は、各年度の財政構造表に基づき、実効給付率に財源構成における所要保険料及び公費の割合を乗じて算出したもの。

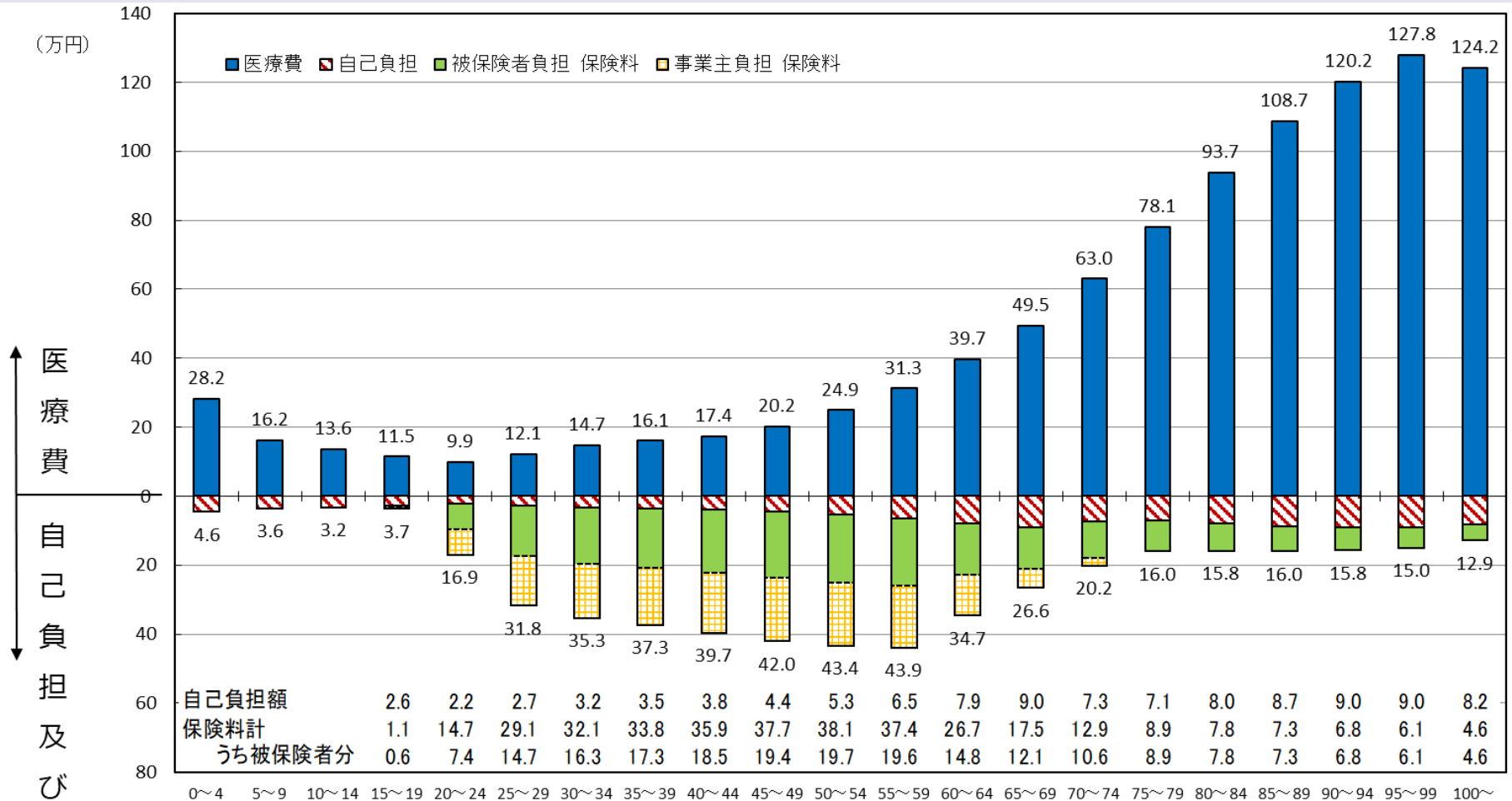
（参考）制度別加入者数割合

被用者保険	58.7%	59.3%	60.1%	61.0%	61.5%	62.0%	62.2%	62.4%	62.6%	62.9%
うち協会けんぽ	28.5%	29.2%	29.9%	30.6%	31.2%	32.1%	32.2%	32.4%	32.2%	32.1%
うち組合健保	23.1%	23.1%	23.2%	23.4%	23.5%	23.0%	23.0%	22.9%	22.8%	22.8%
国民健康保険	28.9%	28.1%	26.9%	25.6%	24.6%	23.8%	23.3%	23.0%	22.3%	21.3%
後期高齢者	12.3%	12.7%	13.1%	13.5%	13.9%	14.2%	14.4%	14.6%	15.2%	15.8%

※. 国民健康保険には、国保組合が含まれている。

年齢による医療費と負担額の違い（令和5年度）

一般的に、年齢が高いほど平均的な医療費は高くなります。一方で、保険料の負担額は現役世代の間が比較的高くなります。



- (注) 1. 1人当たりの医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったものである。
 2. 自己負担は、医療保険制度における自己負担である。
 3. 1人当たり保険料は、被保険者(市町村国保は世帯主)の年齢階級別の保険料を、その年齢階級の加入者数で割ったものである。
 また、年齢階級別の保険料は健康保険被保険者実態調査、国民健康保険実態調査、後期高齢者医療制度被保険者実態調査等を基に推計した。
 4. 端数処理の関係で、数字が合わないことがある。

生涯医療費とは

生涯医療費は、その年に生まれた0歳の人が、平均で生涯にどのくらいの医療費が必要となるかを表したものです。

生涯医療費は、今後、年齢別の1人当たり医療費や死亡の状況が変化しないと仮定し、

「ある年齢の1人当たり医療費」×

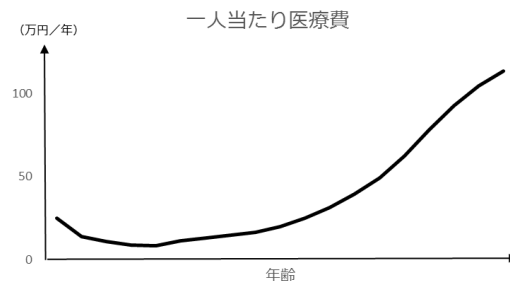
「0歳からその年齢までの生存割合」

を計算して、それを全ての年齢で足し上げることにより算出しています。

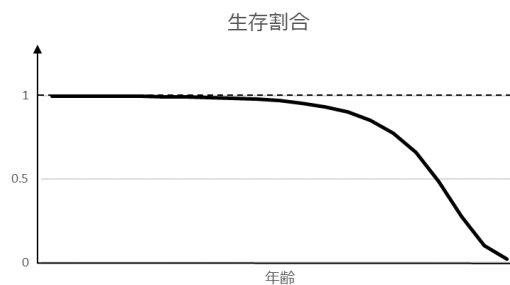
つまり、これは途中で死亡することも考慮した医療費と言えます。

このため、生涯医療費は、年齢ごとの1人当たり医療費を単純に足し上げたものとは異なります。

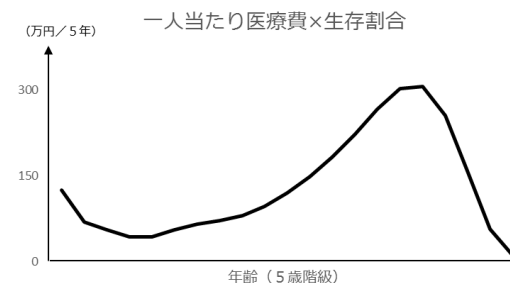
※ 実際の計算は、年齢を5歳階級ごとにまとめて行っています。



×



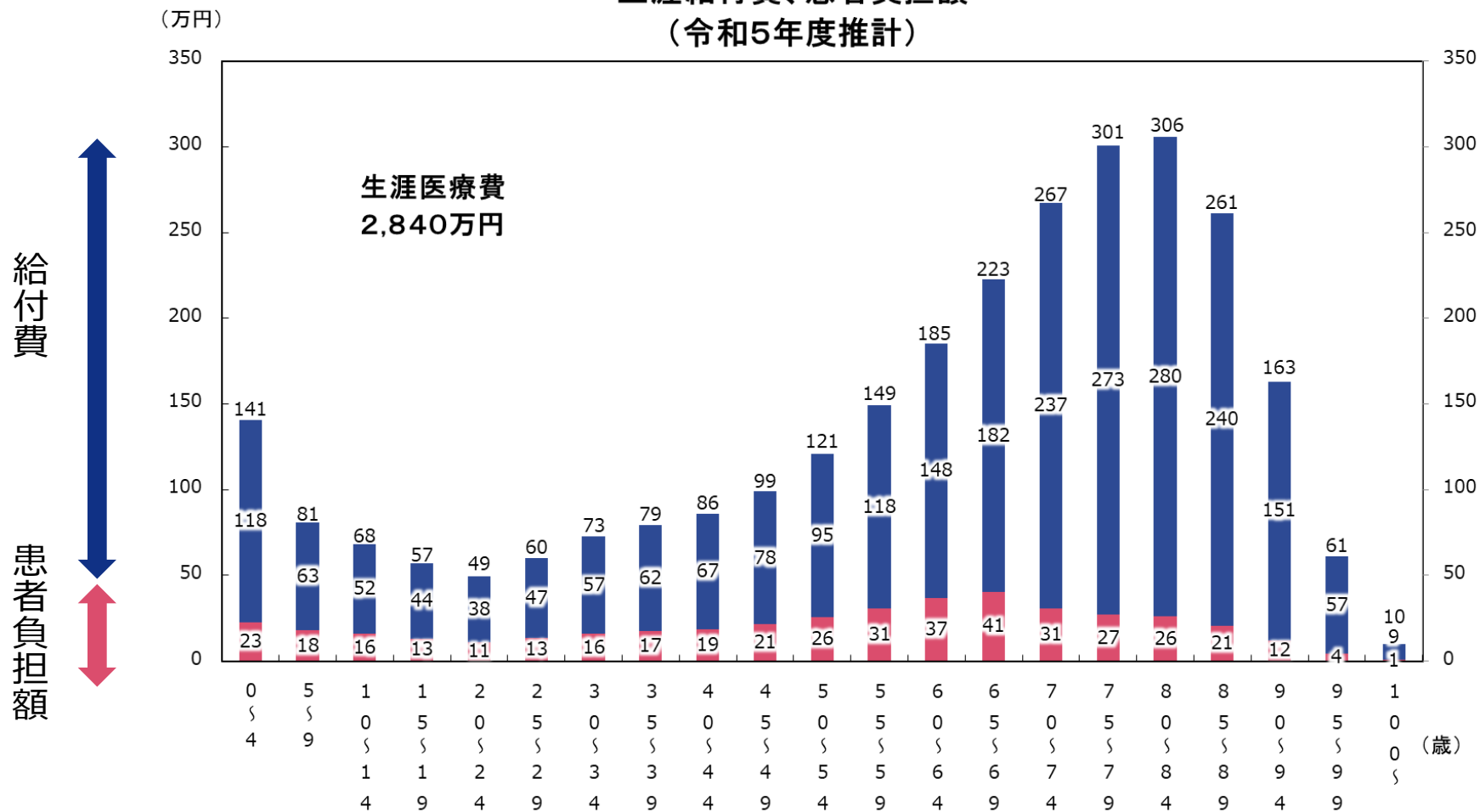
||



生涯医療費（令和5年度）

直近のデータを元に計算した生涯医療費は、約2,800万円となっています。生涯医療費のうち医療保険給付で賄われる部分は、約2,400万円となり、医療費の約85%は医療保険から賄われることとなります。

生涯給付費、患者負担額
(令和5年度推計)

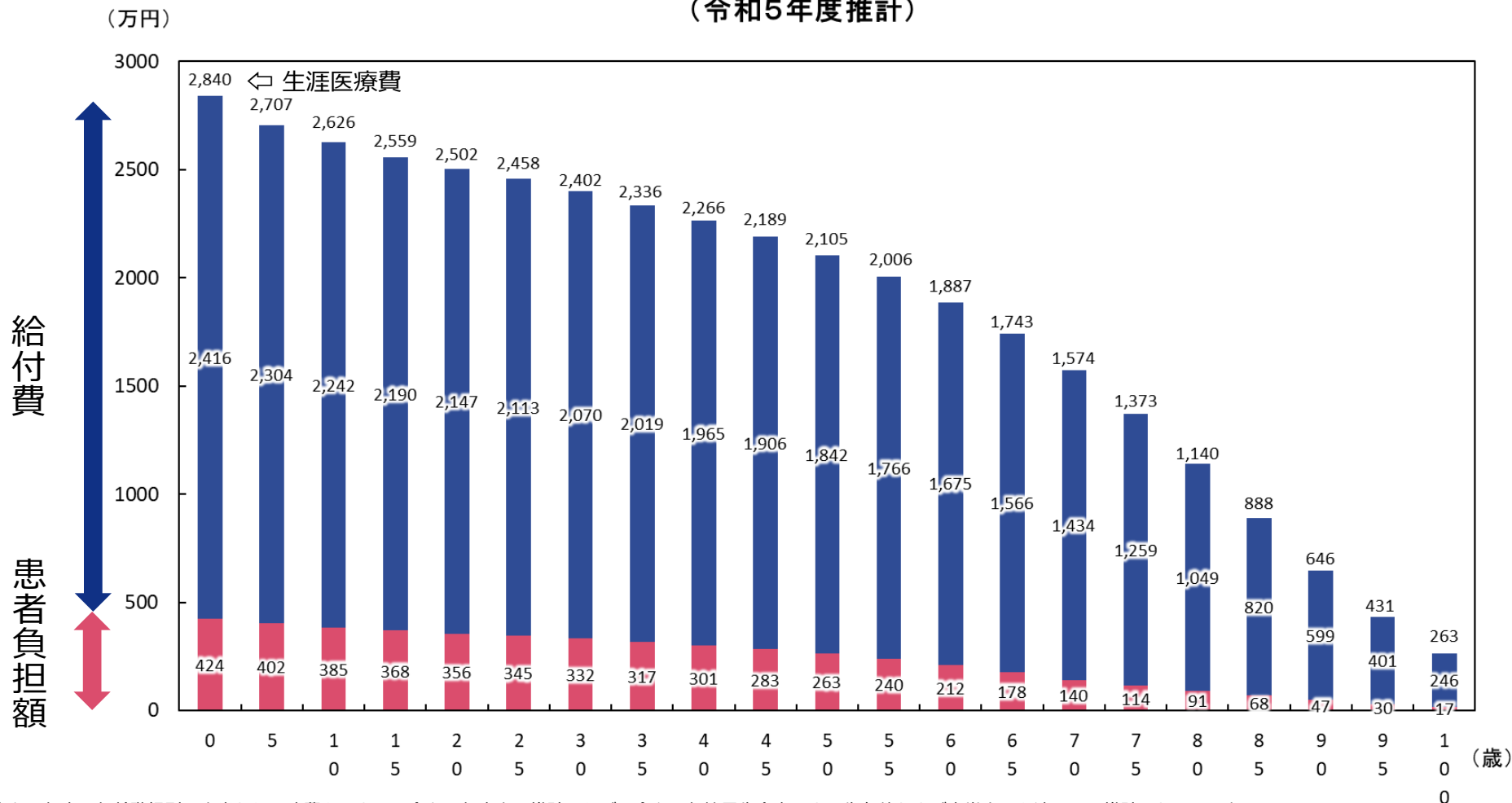


(注) 1. 令和5年度の年齢階級別一人当たり医療費をもとに、令和5年簡易生命表による定常人口を適用して推計したものである。
2. 労災等を含めた生涯医療費は約3,000万円（男女別では男性で約2,900万円、女性で約3,100万円）である。

余命にかかる医療費（令和5年度）

ある年齢に達した人がその後にかかる平均的な医療費（給付費、患者負担額）を表しています。

余命にかかる給付費、患者負担額
（令和5年度推計）

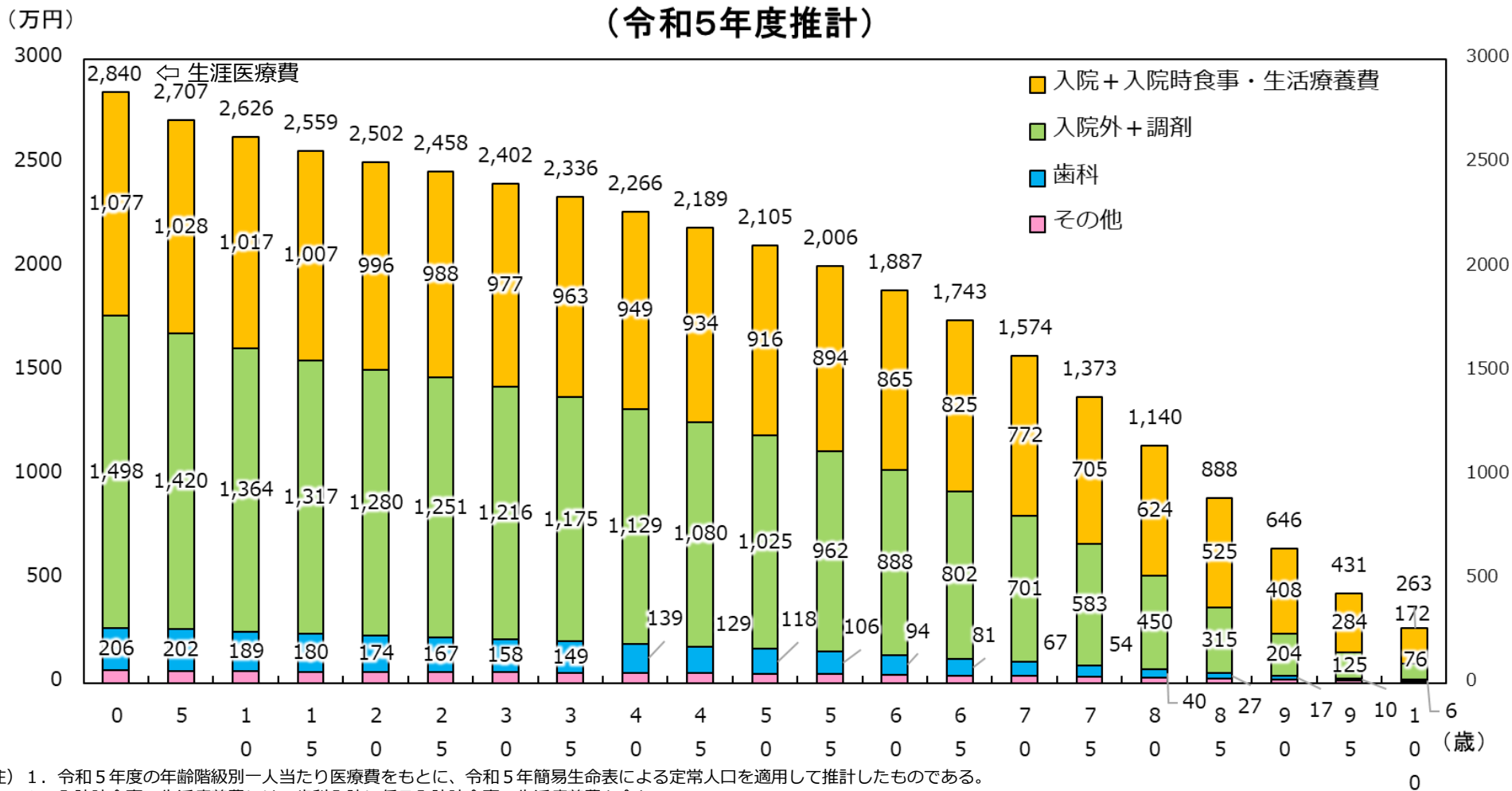


（注）令和5年度の年齢階級別一人当たり医療費をもとに、令和5年度人口推計ならびに令和5年簡易生命表による生存数および定常人口を適用して推計したものである。

(参考) 余命にかかる医療費 (令和5年度)

ある年齢に達した人がその後にかかる平均的な医療費 (給付費、患者負担額) を診療種類別に表しています。

診療種類別余命にかかる医療費 (令和5年度推計)



(注) 1. 令和5年度の年齢階級別一人当たり医療費をもとに、令和5年簡易生命表による定常人口を適用して推計したものである。
 2. 入院時食事・生活療養費には、歯科入院に係る入院時食事・生活療養費も含む。
 3. その他は、訪問看護療養費及び療養費等の合計額である。

(参考) 医療保険部会における議論の整理 (令和2年12月23日)

(医療費について保険給付率と患者負担率のバランス等の定期的に見える化)

- 現在、医療費の動向、医療費の伸び率の要因分解、制度別の実効給付率等について定期的に公表しているほか、制度改正や診療報酬改定の財政影響について、その都度必要に応じ公表しているところである。
- 医療費について保険給付率と患者負担率のバランス等の定期的に見える化については、改革工程表において、「支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率(保険料・公費負担)と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について、(中略)総合的な対応を検討」とされている。
- これを踏まえ、当部会においては、
 - ① 医療保険の財源について、特に自己負担・保険料負担・公費負担の構造等をわかりやすい形で公表し、制度検討の議論に供することで、定期的に総合的な対応について検討していくこと
 - ② 国民に広く財源について理解してもらうことにより、医療保険制度をより信頼し、安心して利用してもらうような環境を形成すること等について議論を行った。
- ①医療保険の財源について、特に自己負担・保険料負担・公費負担の構造等をわかりやすい形で公表することについては、
 - ・ データのみならず、医療保険制度の仕組みを効果的に伝えることも重要ではないか
 - ・ 保険制度の利用に当たっての国民のコスト意識を喚起するような情報開示を進める必要があるのではないか
 - ・ 予防・健康づくりに要する費用にも着目すべきではないかなどの意見があった。
- ②国民に広く財源について理解してもらうことにより、医療保険制度をより信頼し、安心して利用してもらうような環境を形成することについては、
 - ・ 専門家だけではなく、国民が理解できるような形にすることが重要ではないか
 - ・ どのような媒体を使っていくかということが重要なのではないか、ホームページでの発信に限らず、他の手法も考えるべきではないか
 - ・ 「見える化」に加えてさらに積極的に教育するという視点も重要ではないかなどの意見があった。
- これらの意見を踏まえ、今後、医療費の財源構造、医療保険制度の比較、実効給付率の推移と要因分析、生涯医療費の分析内容について、年1回当部会において報告するとともにホームページ上で公表し、資料についてはわかりやすさを重視したものとすべきである。