

資料 No.1

＜令和 7 年度地域包括医療・ケア研修会＞

—令和 8 年 1 月 16 日(金)／1 日目-13:30～14:40

講 演 I

国民健康保険制度と地域包括ケアシステム ～直近の改正事項を中心に～

■講師

厚生労働省保険局国民健康保険課長

唐木 啓介 氏

■司会

国診協副会長

香川県：綾川町国民健康保険陶病院長

大原 昌樹

「国民健康保険制度と地域包括ケアシステム」

～直近の改正事項を中心に～

令和8年1月16日（金）

保険局 国民健康保険課

課長 唐木 啓介

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

目次

1. 総論
2. 市町村国保を取り巻く状況と見直し
3. 令和8年度診療報酬改定
- 4～8. 医療保険制度改革事項
- 9.マイナ保険証関係
10. 国保直診施設の状況と取組
11. 医療提供体制等

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

1

総論

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

主要国の65歳以上の人団割合(単位:%)

我が国の65歳以上の人団割合は、1990年には諸外国とほぼ同等であったが、急速にその割合が増え、2040年には35%に達する。世界的にも高齢化が進んだ国である。

年	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン
平成2年 (1990年)	12.1	12.3	15.7	14.9	14.1	17.8
平成12年 (2000年)	17.4	12.3	15.7	16.4	16.2	17.3
平成22年 (2010年)	23.0	13.0	16.3	20.5	17.0	18.3
令和2年 (2020年)	28.6	16.2	18.7	22.0	21.0	20.0
令和12年 (2030年)	30.8	20.5	22.0	26.4	24.4	21.8
令和22年 (2040年)	34.8	22.4	24.8	29.5	27.2	23.7

出典: UN, World Population Prospects: The 2022 Revision

ただし日本は、2020年までは総務省「国勢調査」、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果による。

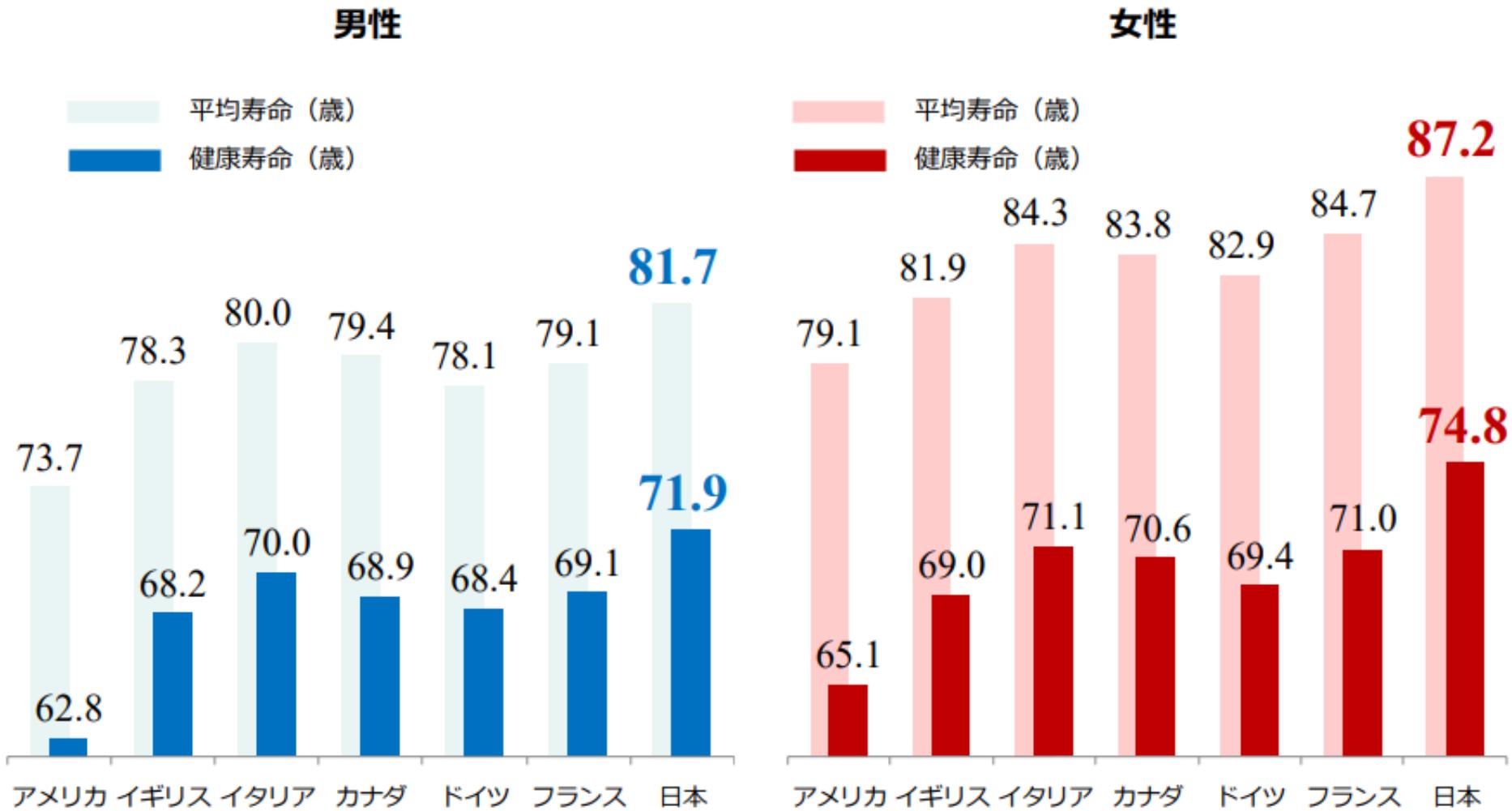
平均寿命と健康寿命の国際比較

令和7年9月18日

第197回社会保障審議会医療保険部会

資料1-2

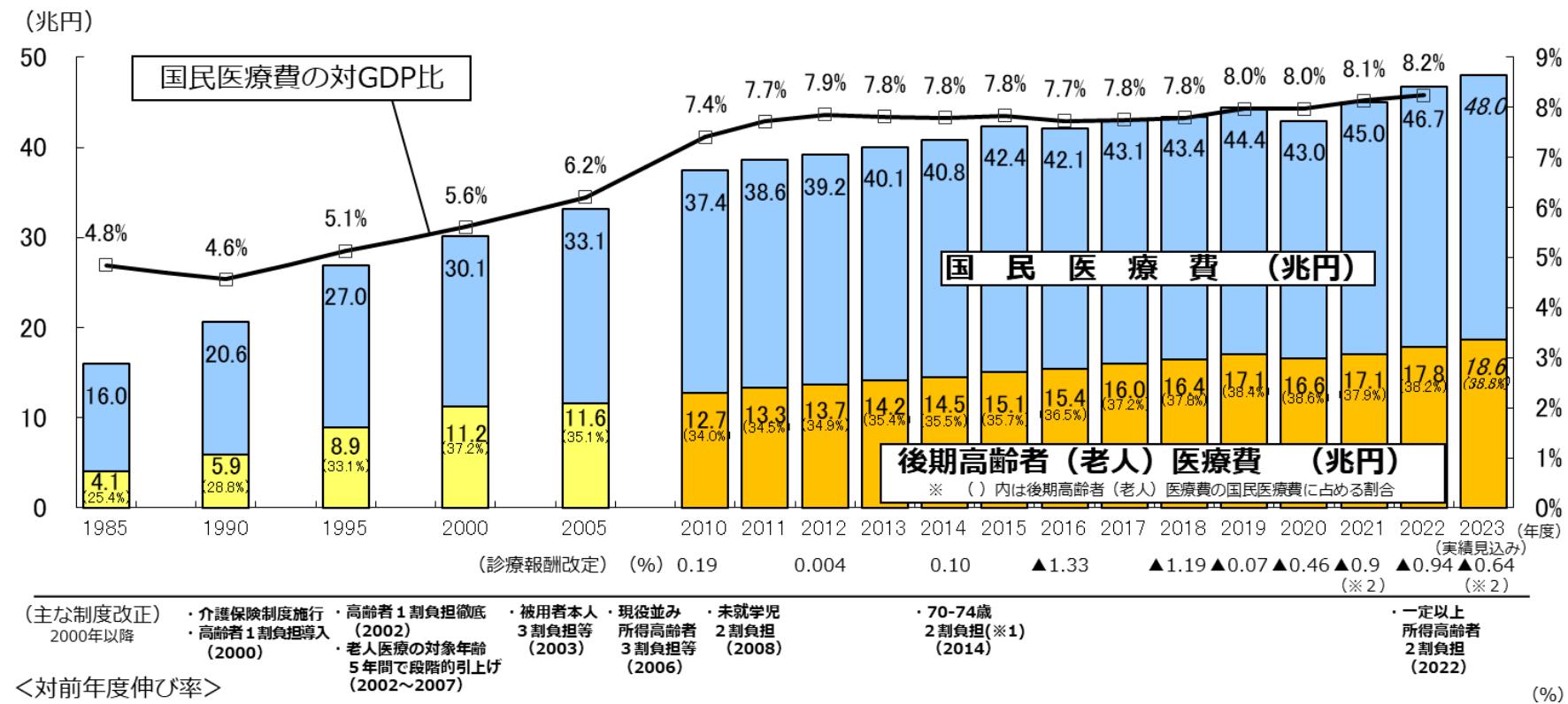
○日本は、先進 7 か国の中で、最も長い平均寿命、健康寿命となっている。



(資料出所) Global Health Observatory (GHO) data

(備考) 平均寿命、健康寿命は2021年のデータ (2025年4月11日アクセス)

医療費の動向



	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	(S60)	(H2)	(H7)	(H12)	(H17)	(H22)	(H23)	(H24)	(H25)	(H26)	(H27)	(H28)	(H29)	(H30)	(R1)	(R2)	(R3)	(R4)	(R5)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	▲0.5	2.2	0.8	2.3	▲3.2	4.8	3.7	2.9
後期高齢者（老人）医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	0.6	5.9	4.5	3.0	3.6	2.1	4.4	1.6	4.2	2.5	3.8	▲2.9	3.1	4.5	4.5
GDP	7.2	8.6	2.6	1.4	0.8	1.5	▲1.0	▲0.1	2.7	2.1	3.3	0.8	2.0	0.2	0.0	▲3.2	2.7	2.3	-

注1 GDPは内閣府発表の国民経済計算による。

注2 後期高齢者（老人）医療費は、後期高齢者医療制度の施行前である2008年3月までは老人医療費であり、施行以降である2008年4月以降は後期高齢者医療費。

注3 2023年度の国民医療費 及び2023年度の後期高齢者医療費。以下同じ。) は実績見込みである。2023年度分は、2022年度の国民医療費に2023年度の概算医療費の伸び率(上表の斜字体)を乗じることによって推計している。

(※1) 70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除(1割→2割)。2014年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

(※2) 令和3年度と令和5年度については当該年度の医療費を用いて薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算したもの。

マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

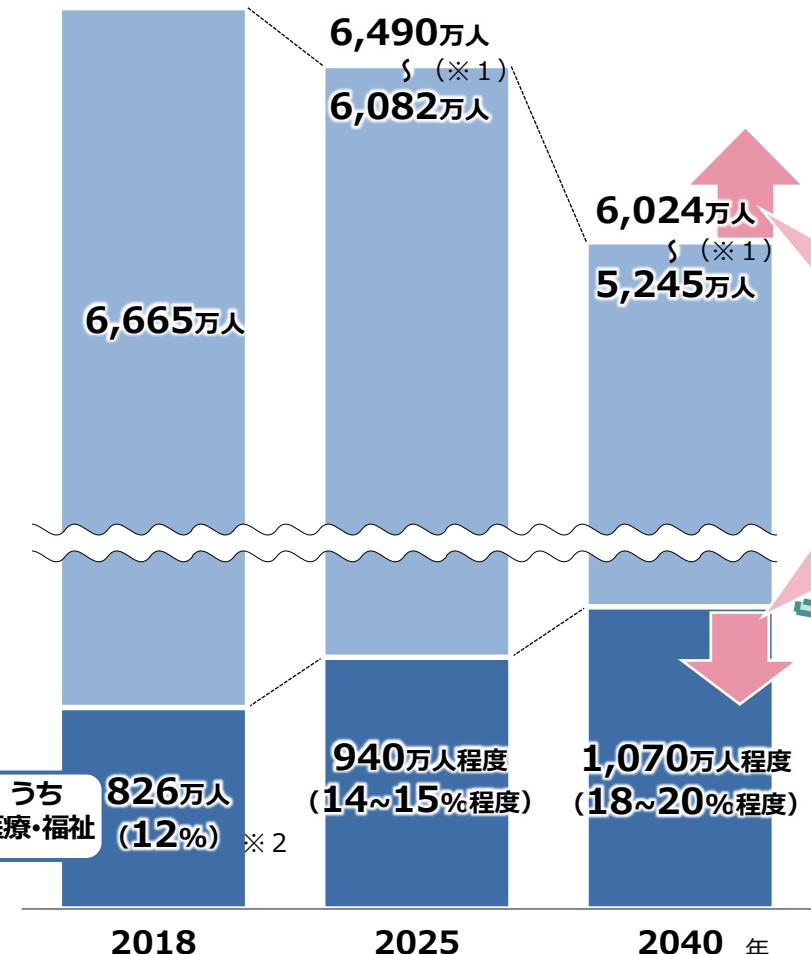
令和7年9月18日

197回社会保障審議会医療保険部会

資料1-2

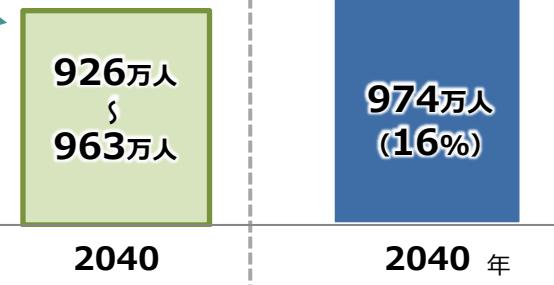
○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



- ①多様な就労・社会参加
 ②健康寿命の延伸
 ⇒男女ともに3年以上延伸し、
75歳以上に
 ③医療・福祉サービス改革
 ⇒単位時間当たりのサービス提供を
5% (医師は7%) 以上改善

- 改革後の就業者数
 ⇒改革により生産性が
 向上し、
 ⇒医療・介護需要が
 一定程度低下した場合



※1 総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」（2019年3月）による。総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。

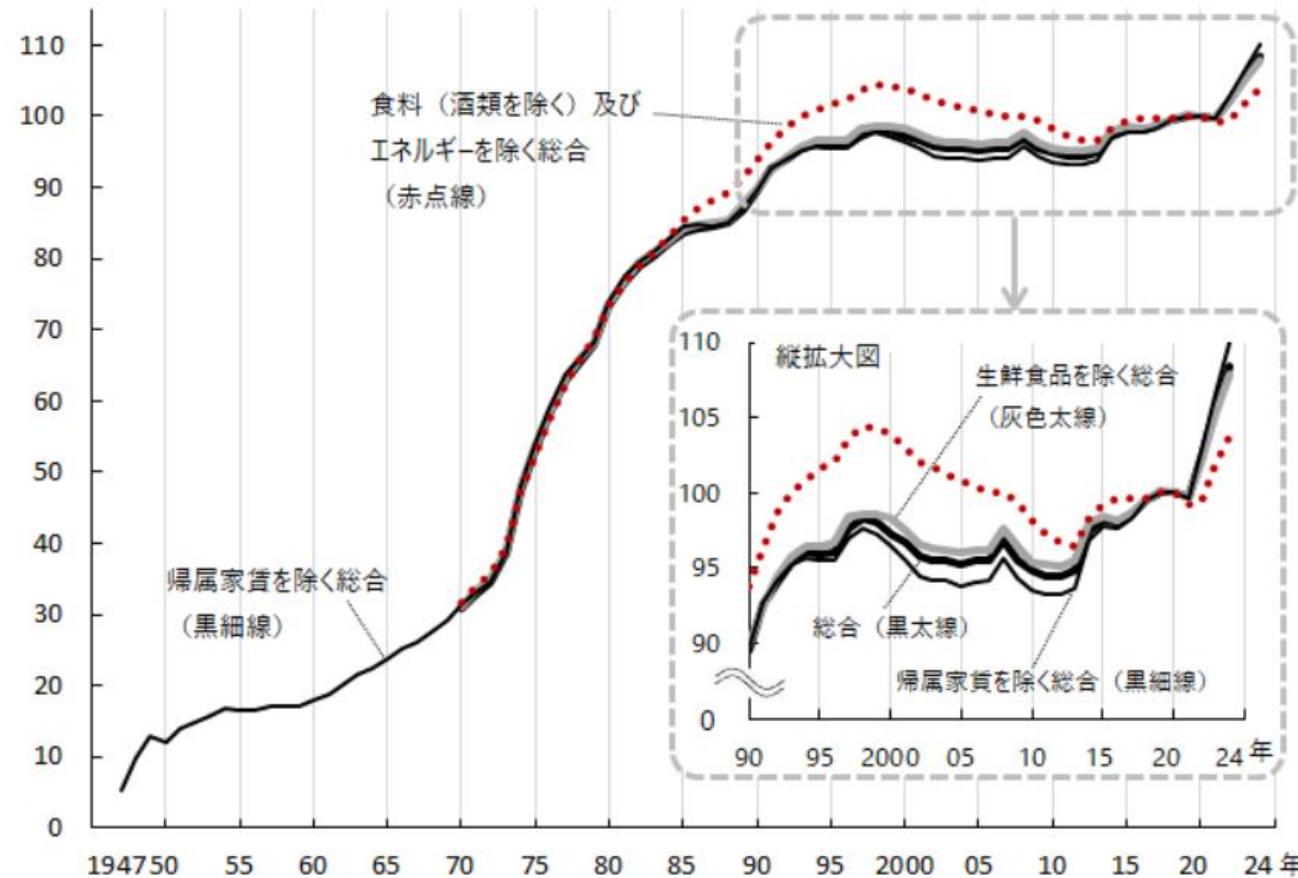
※2 2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。

※3 独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」は、2024年3月11日に新しい推計が公表されている。2024年3月推計では、成長実現・労働参加進展シナリオで、総就業者数は、2022年の6,724万人から2040年に6,734万人と概ね横ばいであり、「医療・福祉」の就業者数は、2022年の897万人から2040年に1,106万人と増加する推計となっている。現時点では、『需要面から推計した医療福祉分野の就業者数』を更新したデータはないため、比較には留意が必要。

消費者物価指数の長期トレンド

消費者物価指数は、90年代後半以降横ばい傾向が続いていたが、22年以降上昇傾向にある。

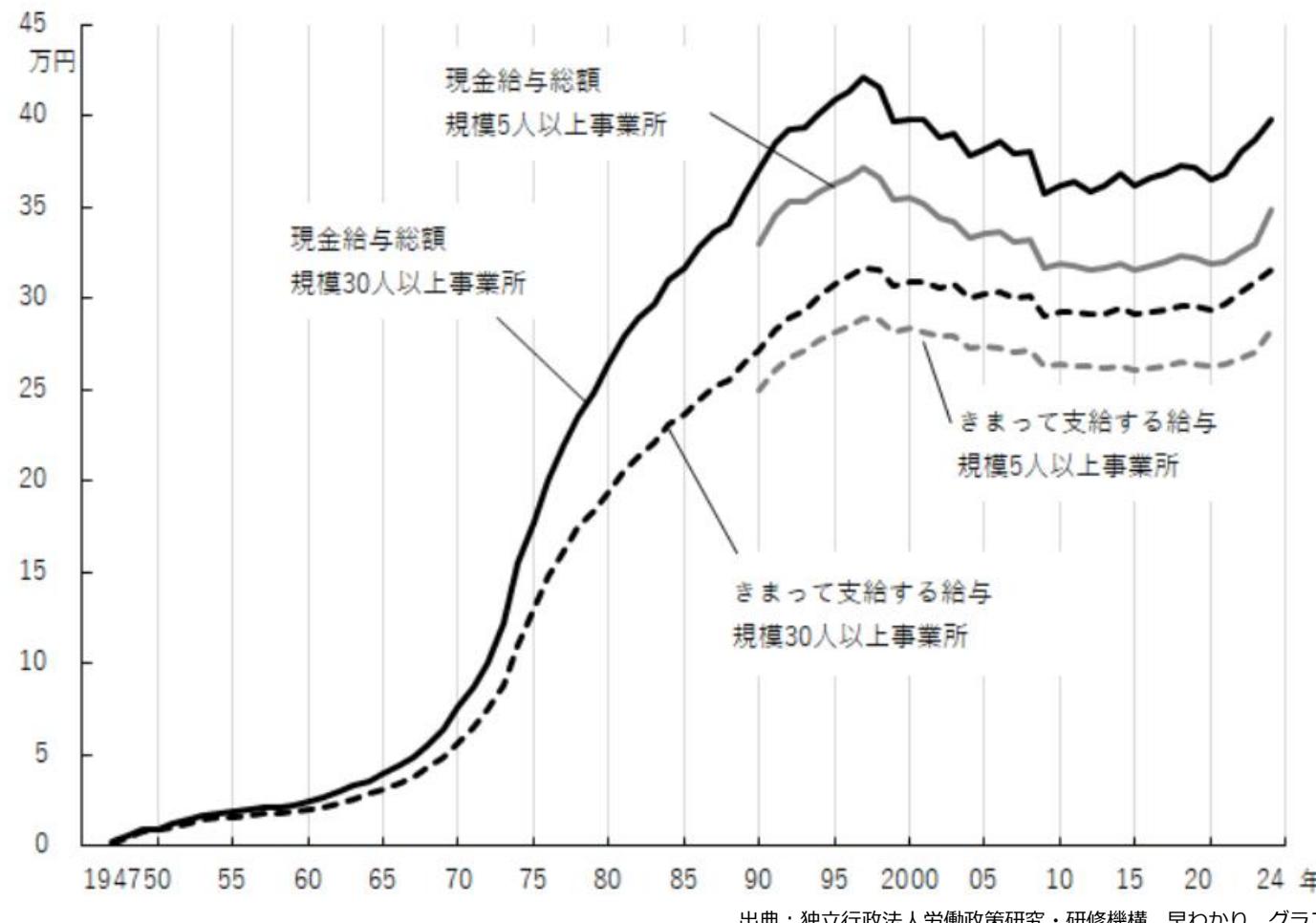
図1 消費者物価指数 2020年=100 1947年～2024年 年平均



賃金の長期トレンド

給与額は、2000年以降下傾向にあったが、22年以降上昇傾向にある。

図1 常用労働者1人平均月間現金給与額 1947年～2024年 年平均



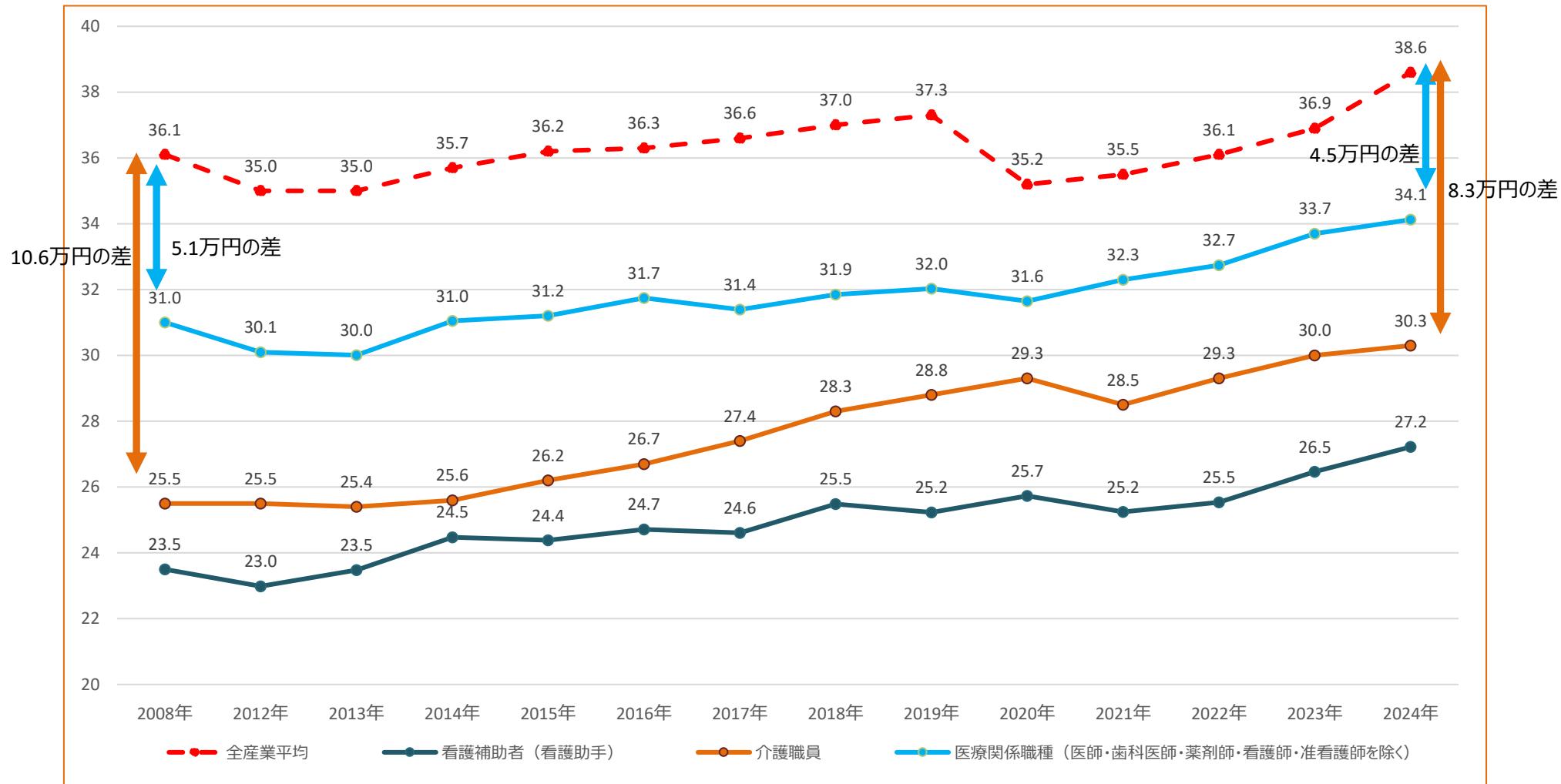
医療・介護関係職種の給与の推移について

令和7年9月18日

第197回社会保障審議会医療保険部会

資料1-2

(万円)



2

市町村国保を取り巻く状況と見直し

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

国民健康保険制度を取り巻く状況

国保が抱える構造的課題

- ・年齢構成や医療費水準が高い
- ・所得水準が低い、保険料負担が重い
- ・保険料等の収納率、一般会計繰入
- ・小規模保険者、市町村間の格差 等

国保改革（平成30年度～）

①財政運営の都道府県単位化・都道府県と市町村の役割分担

- ・都道府県が統一的な方針として国保運営方針を示し、保険料水準の統一、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進 等

②財政支援の拡充（毎年約3,400億円の確保）

- ・低所得者対策の強化、保険者努力支援制度 等

課題の拡大・変化

- 被保険者数は、この10年で
3割（1000万人）減
- 高齢化、被用者保険の適用拡大**による
低所得化など加入者構成の変化
- 被保険者数3千人未満の**小規模保険者が増加**（3割強）
- こども施策や医療DXの推進

国保法改正（令和3、5年改正）

- 出産時における保険料負担軽減
- 国保運営方針に基づく保険料水準統一、医療費適正化
- その他保険者機能の強化

- 財政運営の安定化を図りつつ、保険料水準統一や医療費適正化等の取組を一層進める。
- 「財政運営の都道府県単位化」の趣旨の更なる深化を図る

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

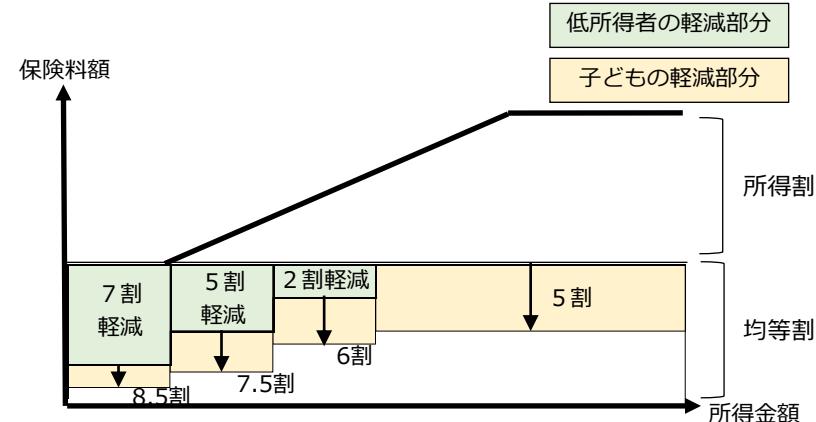
- ①保険料負担率（被保険者一人当たり保険料÷国保組合の平均所得）が低い
- ②積立金が多い（かつ、被保険者数が3,000人以上（経過措置））
- ③医療費適正化等の取組の実施状況が低調

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

（3）その他持続的な国保運営に向けた見直し

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



3

令和 8 年度診療報酬改定

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

令和8年度診療報酬改定の基本方針の概要

改定に当たっての基本認識

- ▶日本経済が新たなステージに移行しつつある中での物価・賃金の上昇、人口構造の変化や人口減少の中での人材確保、現役世代の負担の抑制努力の必要性
- ▶2040年頃を見据えた、全ての地域・世代の患者が適切に医療を受けることが可能かつ、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制の構築
- ▶医療の高度化や医療DX、イノベーションの推進等による、安心・安全で質の高い医療の実現
- ▶社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応

【重点課題】

【具体的方向性】

- 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物価の高騰を踏まえた対応
- 賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者的人材確保に向けた取組
 - ・医療従事者の処遇改善
 - ・業務の効率化に資するICT、AI、IoT等の利活用の推進
 - ・タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進
 - ・医師の働き方改革の推進／診療科偏在対策
 - ・診療報酬上求める基準の柔軟化

等

(3) 安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性】

- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価
- 質の高いリハビリテーションの推進
- 重点的な対応が求められる分野（救急、小児・周産期等）への適切な評価
- 感染症対策や薬剤耐性対策の推進
- 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進
- 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化
- イノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

等

(2) 2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における

医療の確保、地域包括ケアシステムの推進

【具体的方向性】

- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
- 「治し、支える医療」の実現
 - ・在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援機能（緊急入院等）を担う医療機関の評価
 - ・円滑な入退院の実現
 - ・リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進
- かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機能の評価
- 外来医療の機能分化と連携
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 人口・医療資源の少ない地域への支援
- 医療従事者確保の制約が増す中で必要な医療機能を確保するための取組
- 医師の地域偏在対策の推進

等

(4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性】

- 後発医薬品・バイオ後続品の使用促進
- OTC類似薬を含む薬剤自己負担の在り方の見直し
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- 電子処方箋の活用や医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 外来医療の機能分化と連携（再掲）
- 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価（再掲）

等

令和8年度診療報酬改定について (令和7年12月24日大臣折衝事項)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 薬価等

薬価：▲0.86% (R 8年4月施行)

材料価格：▲0.01% (R 8年6月施行)

合計：▲0.87%

3. 診療報酬制度関連事項

- ① R 9年度における更なる調整及びR 10年度以降の経済・物価動向等への対応の検討
- ②賃上げの実効性確保のための対応
- ③医師偏在対策のための対応
- ④更なる経営情報の見える化のための対応

4. 薬価制度関連事項

- ① R 8年度薬価制度改革及びR 9年度の薬価改定の実施
- ②費用対効果評価制度の更なる活用

留意事項

- この資料は、令和8年度診療報酬改定に向けて、これまでの議論の整理を行ったものであり、今後の中央社会保険医療協議会における議論により、必要な変更が加えられることとなる。
- なお、項目立てについては、令和7年12月9日に社会保障審議会医療保険部会・医療部会においてとりまとめられた「令和8年度診療報酬改定の基本方針」を踏まえて行っている。

II 2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進

II-1 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価

II-1-1 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた医療提供体制の整備

- (1)地域で病院が果たしている救急搬送の受入や手術等の急性期機能に着目し、地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、病院の機能に着目した施設基準を設け、体制整備も含めた新たな評価を行う。
- (2)救急搬送症例や手術なし症例における重症度、医療・看護必要度の適切な評価を進める観点から、重症度、医療・看護必要度による評価の方法を見直す。
- (3)地域における拠点的な医療機関を評価する観点から、総合入院体制加算及び急性期充実体制加算を見直し、新たな評価を行う。その際、人口の少ない地域において、救急搬送の受入を最も担う病院について配慮する。
- (4)特定機能病院について、高度な医療等を提供する拠点としての機能や、地域医療における役割を積極的に果たす機能を評価する観点から、特定機能病院入院基本料の区分を見直す。
- (5)特定集中治療室を有する病院が担う医療機能に係る実績に応じた評価を行う観点から、特定集中治療室管理料について以下の見直しを行う。
 - ①重症の救急搬送患者や全身麻酔手術後患者に特に密度の高い医学的管理を行うこと等が特定集中治療室を有する病院が担う役割であることを踏まえ、特定集中治療室管理料について、救急搬送件数及び全身麻酔手術件数に関する病院の実績を要件とする。
 - ②専任の医師に宿日直を行う医師が含まれる治療室とそれ以外の治療室における診療の現状等を踏まえ、宿日直を行う医師が含まれる治療室の範囲及び施設基準を見直す。
 - ③急性冠症候群の治療後や心停止蘇生後の患者に必要な処置等を踏まえ、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の項目を見直す。
 - ④特定集中治療室に入室する重症患者について、その臓器機能障害の程度に応じた適切な評価を行う観点から、入室時にSOFAスコアが一定以上である患者割合の要件を見直す。
 - ⑤集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成に関する取組を推進する観点から、特定機能病院においても重症患者対応体制強化加算を算定可能とするよう見直す。
 - ⑥遠隔集中治療について、地域によらず特定集中治療室を有する病院が担うべき医療機能に応じて適切に推進する観点から、特定集中治療室遠隔支援加算の施設基準を見直す。
 - ⑦広範囲熱傷特定集中治療管理料の有無によって区分が分かれている特定集中治療室管理料1から6までの評価体系について、簡素化の観点からその区分を統合し整理する。

- (6)ハイケアユニットを有する病院が担う医療機能に係る実績に応じた評価を行う観点から、ハイケアユニット入院医療管理料について以下の見直しを行う。
- ①重症の救急搬送患者や全身麻酔手術後患者に密度の高い医学的管理を行うこと等がハイケアユニットを有する病院が担う役割であることを踏まえ、ハイケアユニット入院医療管理料について、救急搬送件数及び全身麻酔手術件数に関する病院の実績を要件とする。
 - ②急性冠症候群の治療後や心停止蘇生後の患者に必要な処置等を踏まえ、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の項目を見直す。
 - ③ハイケアユニット入院医療管理の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について、基準を満たす患者割合の要件を見直す。
- (7)救命救急入院料について、簡素化の観点から、その区分を統合し整理する。
- (8)脳卒中ケアユニットを有する病院が担う医療機能に係る実績に応じた評価を行う観点から、脳卒中ケアユニット入院医療管理料について要件を見直す。
- (9)地域包括医療病棟において、高齢者の中等症までの救急疾患等の幅広い受入を推進する観点から、高齢者の生理学的特徴や頻度の高い疾患を踏まえ、平均在院日数、ADL低下割合及び重症度、医療・看護必要度の基準を見直す。また、医療資源投入量や急性期病棟の併設状況に応じた評価を導入する。更に、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、加算の体系を見直す。
- (10)より質の高い回復期リハビリテーション医療を推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料、回復期リハビリテーション入院医療管理料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準及び要件を見直す。
- (11)療養病棟入院基本料を算定する患者の病態や医療資源投入量をより適切に反映させる観点から、医療区分2又は3に該当する疾患や状態、処置等の内容を見直す。あわせて、より医療の必要性が高い患者の受入れを推進する観点から、療養病棟入院料2における医療区分2及び3の患者の割合を引き上げる。
- (12)患者の状態に応じた適切な管理を更に推進する観点から、障害者施設等入院基本料等について、重度の肢体不自由児（者）に該当しない廃用症候群に係る評価を見直す。
- (13)障害者施設等入院基本料における看護職員及び看護補助者の業務分担・協働及び夜間における看護業務の負担軽減を更に推進する観点から、看護補助加算及び看護補助体制充実加算の評価を見直す。
- (14)入院料ごとに医療機能を適切に評価し、医療機能に応じた患者の入棟を円滑にする観点から、入院料に薬剤料が包括されない薬剤及び注射薬について、範囲を見直す。
- (15)DPC/PDPSについて、医療の標準化・効率化を更に推進する観点から、改定全体の方針を踏まえつつ、診断群分類点数表の改定、医療機関別係数の設定及び算定ルールの見直し等の所要の措置を講ずる。
- (16)手術の外来移行を促すとともに、実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料について、対象手術等を追加するとともに、要件及び評価を見直す。
- (17)和6年人事院勧告における国家公務員の地域手当の見直しに伴い、地域加算の対象地域及び評価を見直す。

II-1-2 人口の少ない地域の実情を踏まえた評価

- (1)医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に行う観点から、医療資源の少ない地域の対象となる地域及び経過措置を見直す。
- (2)人口の少ない地域における外来・在宅を含む医療提供機能を確保する観点から、地域の外来・在宅医療の確保に係る支援を行い、病状の急変等により緊急で入院が必要となった患者を受け入れる体制を有する医療機関について、新たな評価を行う。
- (3)歯科医療が十分に提供されていない地域等において歯科診療を適切に推進するため、地方自治体等と連携して実施する歯科巡回診療車を用いた巡回診療について、新たな評価を行う。

II-2 「治し、支える医療」の実現

II-2-1 在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援（緊急入院等）を担う医療機関の評価

- (1)介護保険施設や在宅医療機関の後方支援を行うに当たり、実効性のある連携関係を保ちつつ業務効率化を図る観点から、協力医療機関に対して求めている協力対象施設との情報共有・カンファレンスの頻度を見直す。
- (2)高齢者救急、在宅医療及び介護保険施設の後方支援を更に充実させる観点から、地域包括医療病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料について、これらの体制及び一定の実績を持つ医療機関を更に評価する。
- (3)地域包括ケア病棟における在宅医療や協力対象施設の後方支援の機能をより高く評価する観点から、初期加算の対象となる患者の範囲及び評価並びに退院支援に係る診療報酬項目の包括範囲を見直す。

II-2-2 円滑な入退院の実現

- (1)入退院支援において、関係機関との連携、生活に配慮した支援及び入院前からの支援を強化する観点から、入退院支援加算等の評価や要件を見直す。
- (2)入退院時の支援において、居宅介護支援事業所等の介護支援専門員等との連携及び地域の入退院支援に係る情報共有等の規定に基づいた入院前からの支援を強化する観点から、介護支援等連携指導料の要件を見直す。
- (3)高次脳機能障害患者に対して退院後も必要な障害福祉サービス等を適切に提供する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料に高次脳機能障害患者の退院支援体制に係る要件を追加する。
- (4)感染症対策等の専門的な知見を有する者が、介護保険施設等からの求めに応じてその専門性に基づく助言を行うことを促進する観点から、感染対策向上加算等の要件を見直す。

II-2-3 リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進

- (1)リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を更に推進する観点から、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定要件を見直す。また、地域包括医療病棟のリハビリテーション・栄養・口腔連携加算についても同様の見直しを行う。更に、地域包括ケア病棟においてもリハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定可能とする。
- (2)質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組を推進する観点から、摂食嚥下機能回復体制加算の施設基準における、言語聴覚士の専従要件や実績の計算方法を見直す。また、療養病棟入院基本料における経腸栄養管理加算について、対象となる患者の要件を見直す。（I-2-5-(4)再掲）
- (3)入院患者が有する口腔状態の課題への質の高い対応を推進する観点から、医科点数表により診療報酬を算定する保険医療機関が歯科医療機関とあらかじめ連携体制を構築し、口腔状態の課題を有する入院患者が歯科診療を受けられるよう連携を行った場合について、新たな評価を行う。
- (4)医科歯科連携を推進し入院患者の口腔管理を充実させる観点から、医科点数表により診療報酬を算定する保険医療機関からの依頼に基づき入院患者に対して歯科訪問診療を実施した場合について、新たな評価を行う。

II-3かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機能の評価

- (1)かかりつけ医機能に係る体制整備を推進する観点から、機能強化加算の要件等を見直す。
- (2)生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料（I）及び（II）を見直す。
- (3)特定疾患療養管理料は、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うことを評価したものであることを踏まえ、当該管理が適切に実施されるようその対象疾患の要件を見直す。
- (4)地域包括診療加算等について、対象疾患を有する要介護高齢者等への継続的かつ全人的な医療を推進する観点や、適切な服薬指導の実施を推進する観点から、対象患者や要件を見直す。
- (5)休日・夜間等の問い合わせや受診へ対応する体制整備を更に推進する観点から、時間外対応加算の評価を見直す。
- (6)地域において、歯科疾患・口腔機能の管理等といった生活の質に配慮した歯科医療を推進するため、歯科疾患管理料、小児口腔機能管理料並びに口腔機能管理料の要件及び評価を見直すとともに、小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の対象となる患者の範囲を拡大する。
- (7)ライフコースを通じた継続的・効果的な歯周病治療を推進する観点から、歯周病定期治療及び歯周病重症化予防治療について評価体系を見直す。
- (8)かかりつけ薬剤師の本来の趣旨に立ち返り、かかりつけ薬剤師の普及及び患者によるかかりつけ薬剤師の選択を促進する観点から、かかりつけ薬剤師指導料及び服薬管理指導料について評価体系を見直す。

II-4 外来医療の機能分化と連携

II-4-1 大病院と地域のかかりつけ医機能を担う医療機関との連携による大病院の外来患者の逆紹介の推進

- (1)外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料及び外来診療料について、以下の見直しを行う。
 - ①紹介患者・逆紹介患者の割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料及び外来診療料について、逆紹介割合の基準を引き上げる。
 - ②紹介患者・逆紹介患者の割合が低い特定機能病院等において、初診料及び外来診療料が減算となる対象患者について、頻繁に再診を受けている患者を含むよう見直す。
- (2)診療所又は許可病床数が200床未満の病院において、特定機能病院等からの紹介を受けた患者に対する初診を行った場合について、新たな評価を行う。
- (3)病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携しながら共同で継続的に治療管理を行う取組を推進する観点から、連携強化診療情報提供料の評価体系を見直す。

II-5 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

- (1)利用者の状態像を適切に把握し、適正な訪問看護の提供を推進する観点から、訪問看護ステーションに作成を求めている指定訪問看護の実施に係る記録書の記載内容の明確化等を行う。
- (2)適切な訪問看護提供体制の構築や、指定訪問看護事業者の適正な手続きの確保等を推進する観点から、指定訪問看護に係る安全管理に関する内容や適正な請求等について、指定訪問看護の運営基準に新たな規定を設ける。(3)健康保険事業の健全な運営を確保する観点から、療養担当規則において、保険医療機関が、特定の訪問看護ステーション等を利用するべき旨の指示等を行うことの対償として、財産上の利益を收受することを禁止する規定を新たに設ける。

II-5-1 地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価

- (1)在宅緩和ケア充実診療所・病院加算について、在宅医療において積極的役割を担う医療機関を更に評価する観点から、名称を変更した上で、要件及び評価を見直す。
- (2)地域における24時間の在宅医療提供体制を面として支える取組を更に推進する観点から、往診時医療情報連携加算の要件を見直す。
- (3)入院中に栄養管理の必要性が高い患者が、安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるよう支援する観点から、退院直後の一定期間に入院医療機関が行う訪問栄養食事指導について、新たな評価を行う。
- (4)連携型の機能強化型在宅療養支援診療所において、地域の24時間医療提供体制を支える医療機関を更に評価する観点から、自ら実際に医療提供体制を確保している時間に応じて評価を見直す。
- (5)在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、災害時における在宅患者への診療体制を確保する観点から、要件を見直す。
- (6)患者の医療・介護の状態を踏まえた適切な訪問診療の提供を推進する観点及び安心・安全な医療提供体制を確保する観点から、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料並びに在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、要件を見直す。
- (7)患者ごとの適切な医療提供を推進する観点から、在宅療養指導管理材料加算の算定要件を見直す。
- (8)在宅医療におけるポリファーマシー対策及び残薬対策を推進する観点から、医師及び薬剤師が同時訪問することについて、新たな評価を行う。
- (9)患者における残薬の整理や適切な服薬指導の実施を推進する観点から、地域包括診療加算等並びに在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の要件を見直すとともに、指定訪問看護の運営基準において残薬対策に係る取組を明確化する。
- (10)へき地における在宅医療の提供体制を確保する観点から、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の要件を見直す。
- (11)質の高い在宅歯科医療の提供を推進するため、以下の見直しを行う。
- ①在宅で療養する患者に対する歯科訪問診療の内容を充実させる観点から、歯科訪問診療1の評価を見直すとともに、患者又はその家族等の依頼により、診療を予定していなかった患者を急遽診療する必要性が生じた場合の歯科訪問診療1の運用を明確化する。
 - ②同一建物に居住する多数の患者に対する歯科訪問診療を適切に提供する観点から、歯科訪問診療4及び歯科訪問診療5の施設基準を新たに設ける。
 - ③在宅療養支援歯科病院について、病院歯科等での診療実態を踏まえ、施設基準を見直し、歯科診療所からの依頼により患者を受け入れた場合の実績を要件に加える。
 - ④在宅療養支援歯科診療所及び在宅療養支援歯科病院について、今後の在宅歯科医療体制の確保に資するよう、施設基準を見直し、歯科医師臨床研修施設における歯科訪問診療の研修・教育体制を要件に加える。
 - ⑤訪問歯科衛生指導料について、指導を実施した人数に応じた評価を見直すとともに、特別の関係の施設等に対する評価を適正化する観点から、歯科訪問診療料を踏まえた運用に見直す。
 - ⑥在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料について、効率的な歯科医療を提供する観点から、要件を見直す。
- (12)今後、在宅で療養する患者の増加が見込まれることを踏まえ、高度な在宅訪問薬剤管理指導を含め、薬局において必要な在宅医療提供体制を整備する観点から、在宅薬学総合体制加算について、要件及び評価を見直す。
- (13)今後、在宅で療養する患者の増加が見込まれることを踏まえ、訪問薬剤管理指導の円滑な実施及びその実効性の改善に向けて、在宅患者訪問薬剤管理指導料について、要件を見直す。

II-5-2 重症患者等の様々な背景を有する患者への訪問看護の評価

- (1)住み慣れた地域で療養しながら生活を継続することができるよう、過疎地域等における訪問看護について、遠方への移動負担を考慮し、特別地域訪問看護加算の対象となる訪問の要件を見直す。
- (2)手厚いケアの必要がある、重症な難治性皮膚疾患を持つ利用者に対する訪問看護の充実を図る観点から、在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定する利用者について、訪問看護基本療養費等を算定できる回数を見直す。
- (3)在宅での療養を行っている利用者に対して、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行う際に、当該利用者の医療・ケアに携わる関係職種がICTを用いて記録した診療情報等を活用した場合について、新たな評価を行う。
- (4)精神科訪問看護の質の向上を推進する観点から、地域の関係者と連携して支援ニーズの高い利用者に対して精神科訪問看護を提供する等の役割を担う訪問看護ステーションについて、機能強化型訪問看護ステーションとして新たな評価を行う。
- (5)乳幼児に対する訪問看護について、状態に応じた質の高い訪問看護が提供されるよう、乳幼児加算の評価を見直す。
- (6)適切な指定訪問看護に係る管理を推進するとともに、利用者のニーズや療養環境の多様化に適切に対応するために、訪問看護管理療養費の評価を見直す。
- (7)訪問看護基本療養費（II）等やその加算について、1月当たりの訪問日数や建物内の訪問看護実施人数等に応じたきめ細かな評価に見直す。
(8)高齢者住まい等に併設・隣接する訪問看護ステーションは、居住者に短時間で頻回の訪問看護を効率的に実施できることを踏まえ、訪問看護療養費に包括で評価する体系を新設する。

II-6 人口・医療資源の少ない地域への支援

- (1)医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に行う観点から、医療資源の少ない地域の対象となる地域及び経過措置を見直す。（II-1-2-（1）再掲）
- (2)人口の少ない地域における外来・在宅を含む医療提供機能を確保する観点から、地域の外来・在宅診療の確保に係る支援を行い、病状の急変等により緊急で入院が必要となった患者を受け入れる体制を有する医療機関について、新たな評価を行う。（II-1-2-（2）再掲）
- (3)へき地における在宅医療の提供体制を確保する観点から、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の要件を見直す。（II-5-1-（10）再掲）
- (4)歯科医療が十分に提供されていない地域等において歯科診療を適切に推進するため、地方自治体等と連携して実施する歯科巡回診療車を用いた巡回診療について、新たな評価を行う。（II-1-2-（3）再掲）

II-7 医療従事者確保の制約が増す中で必要な医療機能を確保するための取組

II-7-1 業務の効率化に資するICT、AI、IoT等の利活用の推進（再掲）（I-2-2を参照）

II-7-2 タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進（再掲）（I-2-3を参照）

II-8 医師の地域偏在対策の推進

- (1)医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に行う観点から、医療資源の少ない地域の対象となる地域及び経過措置を見直す。（II-1-2-（1）再掲）
- (2)人口の少ない地域における外来・在宅を含む医療提供機能を確保する観点から、地域の外来・在宅診療の確保に係る支援を行い、病状の急変等により緊急で入院が必要となった患者を受け入れる体制を有する医療機関について、新たな評価を行う。（II-1-2-（2）再掲）
- (3)改正医療法に基づき都道府県知事が行う、地域で不足している医療機能等に係る医療提供の要請に応じず、保険医療機関の指定が3年以内とされた医療機関は、地域医療への寄与が不十分との位置付けであることを踏まえ、当該医療機関については機能強化加算、地域包括診療加算及び地域包括診療料の対象としない等、評価を見直す。

4

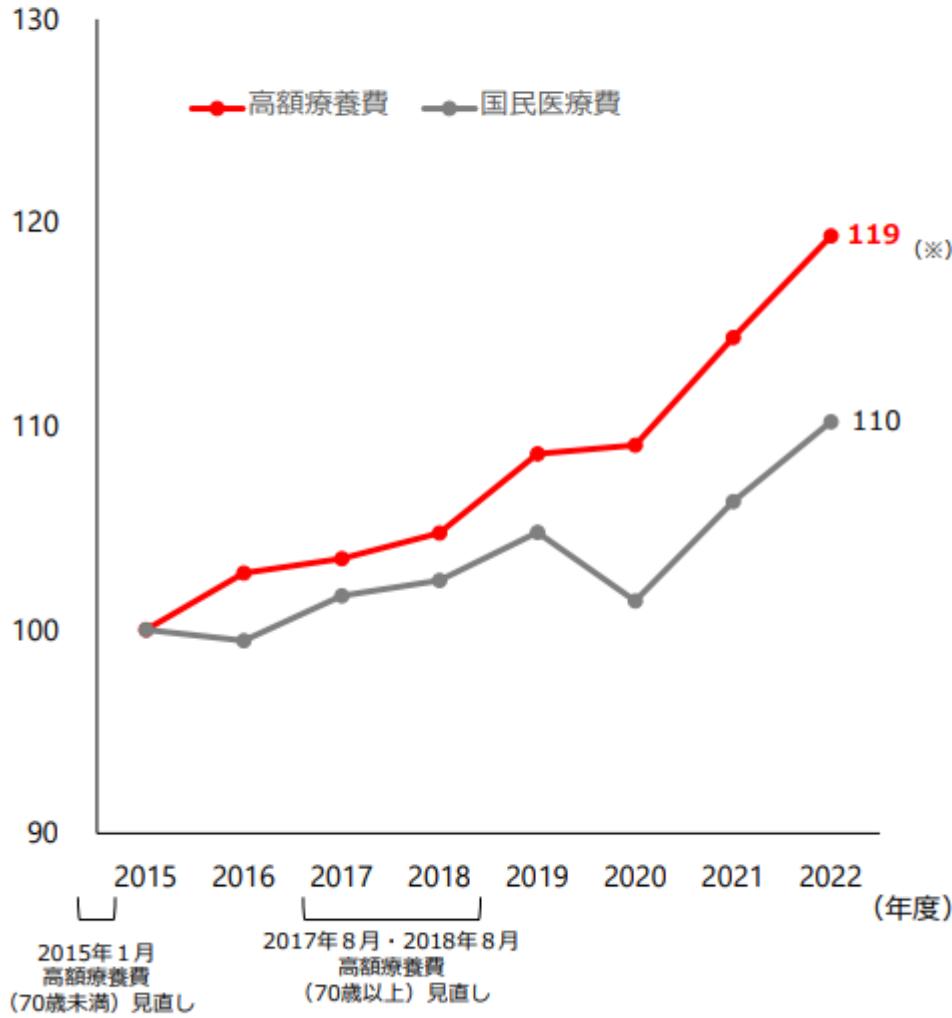
医療保険制度改正事項 ①高額療養費の見直し

ひと、くらし、みらいのために

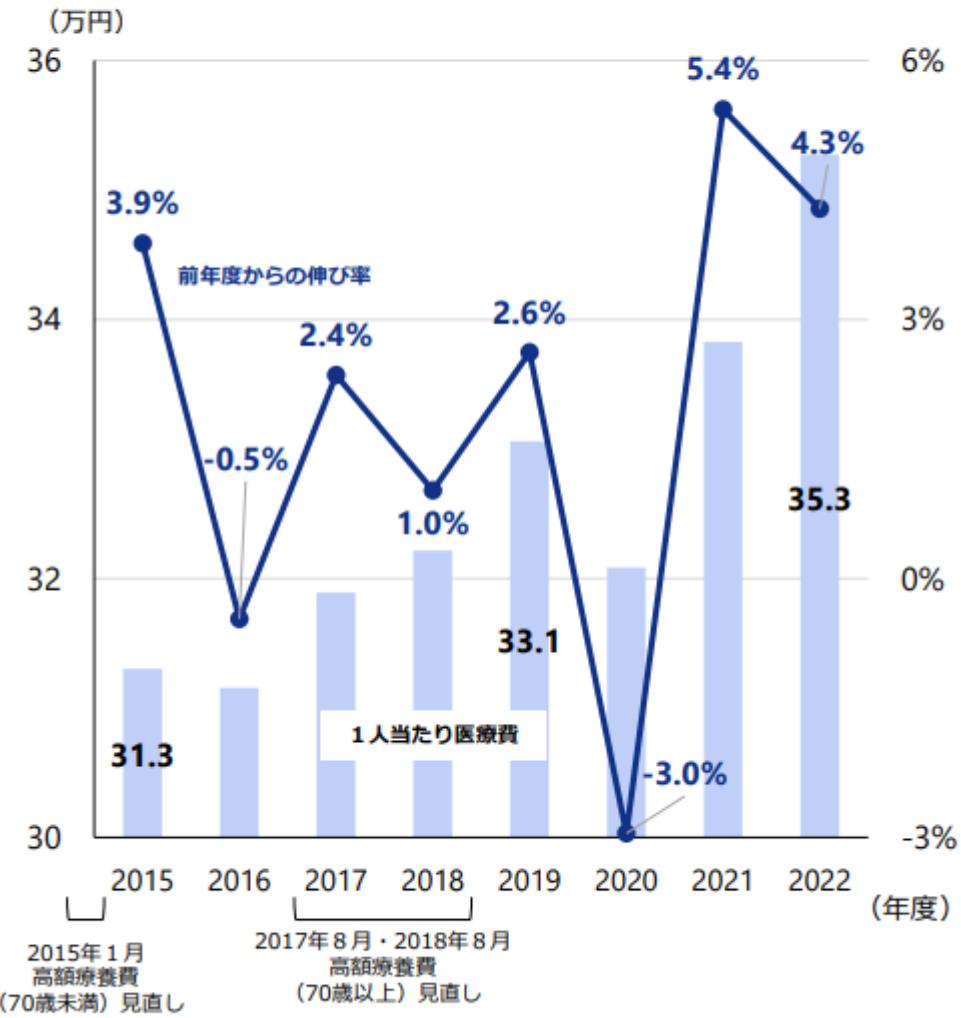


厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

高額療養費と国民医療費の伸び (H27を100とした場合)



1人当たり医療費の推移（医療保険制度）



概要

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

開催日

- 第1回 2025年5月26日（意見交換）
 第2回 2025年6月30日（患者団体等ヒアリング）
 第3回 2025年8月28日（保険者及び医療関係者・学識経験者ヒアリング）
 第4回 2025年9月16日（高額療養費制度について）
 第5回 2025年10月22日（高額療養費制度について）
 第6回 2025年11月21日（高額療養費制度について）
 第7回 2025年12月8日（高額療養費制度について）
 第8回 2025年12月15日（高額療養費制度について）

ヒアリング先

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

委員

◎：委員長（五十音順、敬称略）

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

近年の医療費の伸び等に対応した見直し

令和7年12月15日
第8回高額療養費制度の在り方に関する
専門委員会資料

高額療養費制度については、医療保険制度改革全体の中で全体感を持って議論していくことが必要。そのため、仮に見直すこととした場合、以下の考え方に基づいて具体的な金額（限度額）を検討するべきではないか。

所得区分	現行限度額
年収約1,160万円～	252,600 + 1 % <多数回該当：140,100>
年収約770～約1,160万円	167,400 + 1 % <多数回該当：93,000>
年収約370～約770万円	80,100 + 1 % <多数回該当：44,400>
年収～約370万円	57,600 <多数回該当：44,400>
住民税非課税	35,400 <多数回該当：24,600>

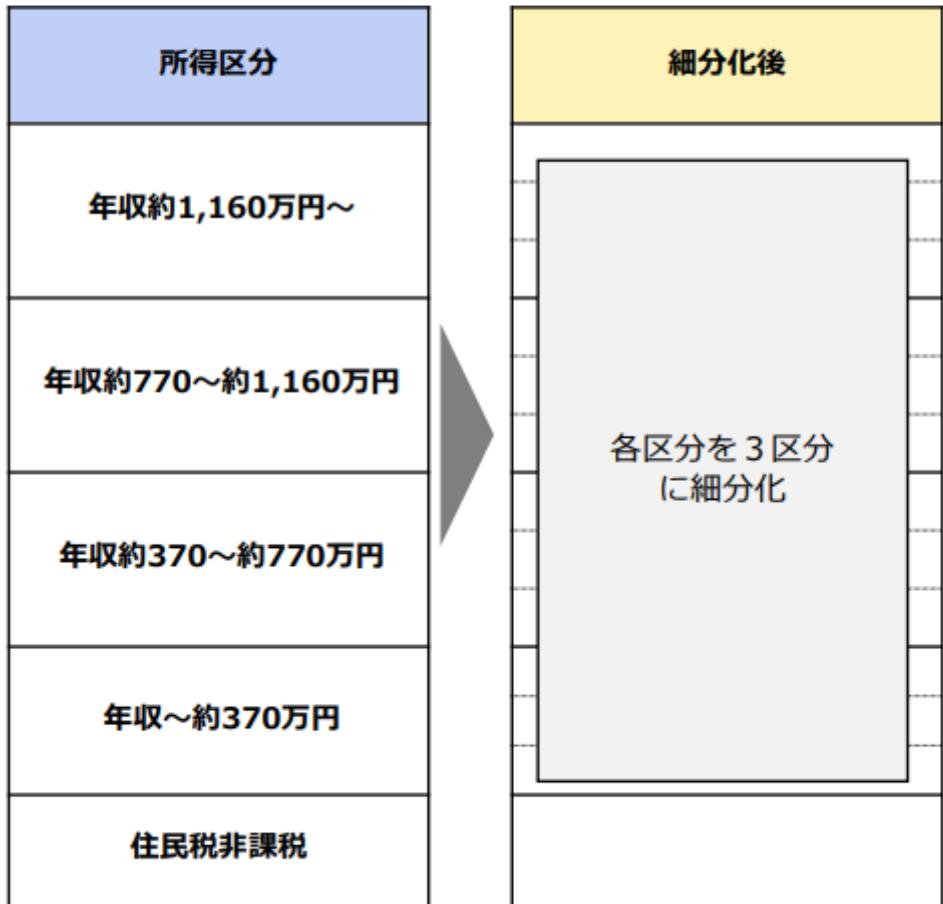
※現行限度額は70歳未満のもの

月額限度額 (1～3か月目)	多数回該当 (4か月目～)
<p>一人当たり医療費の伸び を念頭に見直し</p> <p>※高額療養費が医療費全 体の倍のスピードで伸 びている状況において も、高額療養費制度の セーフティネット機能 を維持する観点から、 見直しに配慮。</p> <p>近年の年金改定率を考慮 して配慮</p>	<p>多数回該当の金額を据え 置き (所得区分の細分化後 においても同じ)</p> <p>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</p>

- 年間上限の導入（まずは患者本人からの申出を前提とした運用で開始）
- 加入する保険者が変わる際に、多数回該当のカウントがリセットされる仕組みへの対応は今後検討

高額療養費制度については、医療保険制度改革全体の中で全体感を持って議論していくことが必要。そのため、仮に見直すこととした場合、以下の考え方に基づいて具体的な金額（限度額）を検討するべきではないか。

所得区分の細分化



所得区分の細分化に伴う 自己負担限度額の設定のイメージ

細分化にあたっては、現在の限度額から著しく増加することのないよう、応能負担の考え方とのバランスを踏まえて設定

限度額
(細分化後)

限度額
(細分化前)

所得区分の細分化の際、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

高額療養費制度については、医療保険制度改革全体の中で全体感を持って議論していくことが必要。そのため、仮に見直すこととした場合、以下の考え方に基づいて具体的な金額（限度額）を検討するべきではないか。

目安の年金年収 (単身の場合)	窓口負担割合		外来特例 (月額・個人ごと)	
	70～74歳	75歳～	現行	見直しの考え方
課税区分	約383万円～	3割	3割	—
	約200万円～約383万円	2割	2割	18,000円 (年14.4万) 外来医療費の伸び等を踏まえ、応能負担の考えに基づき、窓口負担2割層（75歳以上）の限度額を引上げ
	～約200万円	2割	1割	外来医療費の伸び等を踏まえ、一人当たり医療費の上位2～3%程度の水準で設定（従来の考え方と同じ）
非課税区分	～約155万円	2割	1割	8,000円 外来医療費の伸び等を踏まえ、非課税区分の中の所得上位層の限度額を引上げ
	～約80万円	2割	1割	据え置き

- 外来特例の制度創設当時と比較して健康寿命が延伸していること、また、受療率も低下していること等を考慮し、医療保険部会における高齢者の負担の在り方の議論の状況も踏まえた上で、対象年齢の引上げも視野にいれて検討。

高額療養費制度の見直しについて(イメージ)

令和7年12月25日
第209回社会保障審議会医療保険部会

自己負担限度額
(70歳以上・定額分)

(1) 長期療養者への配慮

●多数回該当(※)の据え置き

(※) 年収約370万円～約770万円の者の自己負担限度額

- ・年1～3回目：80,100円+1%
- ・年4回目以降：44,400円(多数回該当)

●患者負担に年間上限(年単位の上限額)を導入

(2) 低所得者への配慮

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

(※) (4)と合わせて実施

① ② (窓口負担1割) (窓口負担2割)

(3) 一人当たり医療費の増を踏まえた限度額見直し

140,000円

年間上限の月額平均

※多数回該当を下回る水準に設定

92,500円

約34,200円

約44,200円

15,000円
住民税非課税世帯

28万円
(年収約370万円)

53万円
(年収約770万円)

83万円
(年収約1,160万円)

標準報酬月額

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

(4) 応能負担 →所得区分の細分化

(5) 70歳以上外来の自己負担限度額(外来特例)の見直し

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

高額療養費制度の見直しについて

令和7年12月25日
第209回社会保障審議会医療保険部会

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

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

(※2) 外来特例の対象年齢については、「「強い経済」を実現する総合経済対策」（令和7年11月21日閣議決定）において、「医療費窓口負担に関する年齢によらない真に公平な応能負担の実現」について、「令和7年度中に具体的な骨子について合意し、令和8年度中に具体的な制度設計を行い、順次実施する」とされていることも踏まえ、高齢者の窓口負担の見直しと併せて具体案を検討し、一定の結論を得る。

5

医療保険制度改正事項

② OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直し

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

OTC類似薬の保険給付の見直し 【政調会長間合意(令和7年12月19日)】

令和7年12月25日
第209回社会保障審議会医療保険部会

○ 別途の保険外負担（特別の料金）を求める新たな仕組みの創設

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

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

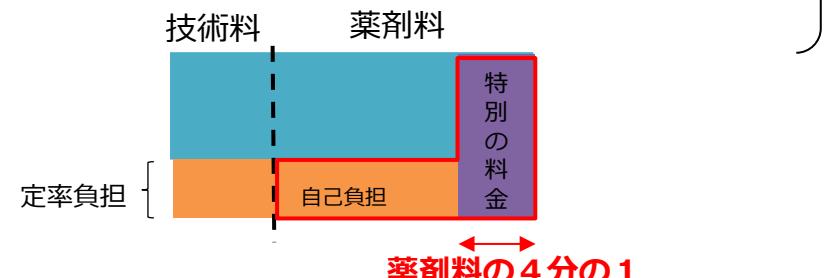
○ 特別の料金の対象となる医薬品の範囲・特別の料金の設定

対象医薬品の範囲：77成分（※）（約1,100品目）

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

特別の料金：対象薬剤の薬剤費の1/4

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



○ 配慮が必要な者（特別の料金を求めない方）

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

特別の料金の対象となる医薬品の範囲について

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

○ **成分数** 77

○ **品目数** 約1,100

○ **主な対応症状**

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

2. 薬剤給付に係る見直し

(1) OTC類似薬の保険給付の見直し

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

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

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

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

6

医療保険制度改正事項

③長期収載品

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

長期収載品（後発医薬品のある先発医薬品）の患者負担の見直し

制度の概要

- 既に後発品がある中で、患者の選択に基づいて先発品を調剤する場合に、先発品と後発品の薬価差の1/4相当を、「特別の料金」として患者にご負担いただくもの。
- 令和6年10月から、保険外併用療養費制度の「選定療養」として実施。

■例外措置（以下の場合は「特別の料金」の徴収対象外）

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

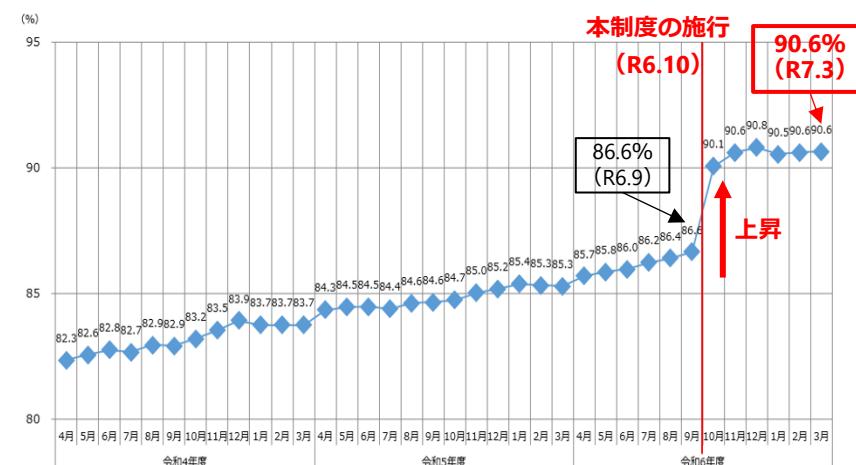
考え方

- 施行後、後発品への置き換え率が上昇し、一定の効果があったが、後発品の需要増に伴い、供給不安の問題も生じている。
 - このような状況や、患者の経済的負担の変化にも配慮しつつ、
 - 医薬品のライフサイクルの目指すべき姿
 - 医療保険制度の持続可能性の確保や、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減
- といった観点を踏まえて、創薬イノベーションや後発品の使用を更に推進していく必要がある。

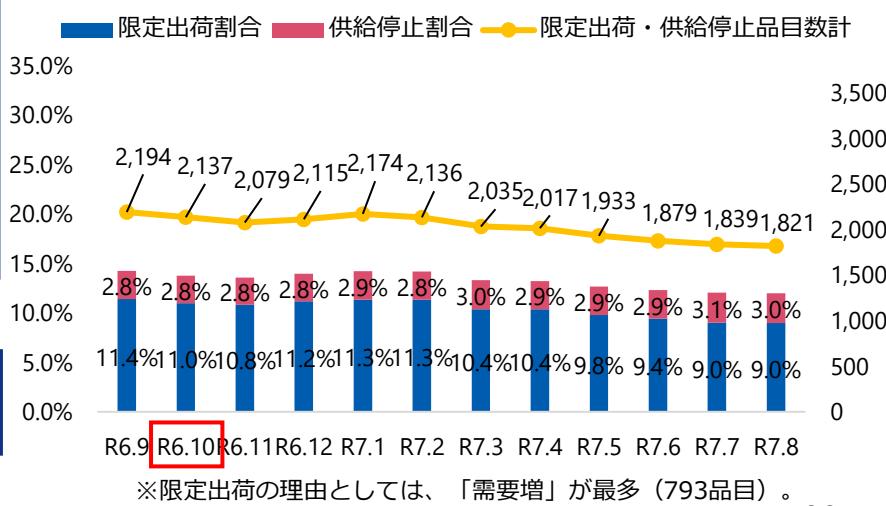
見直し案

- 「特別の料金」を先発品と後発品の薬価差の1/2に引き上げる。

参考：後発医薬品割合（数量ベース）の推移



参考：医療用医薬品の限定出荷・供給停止の推移



7

医療保険制度改正事項

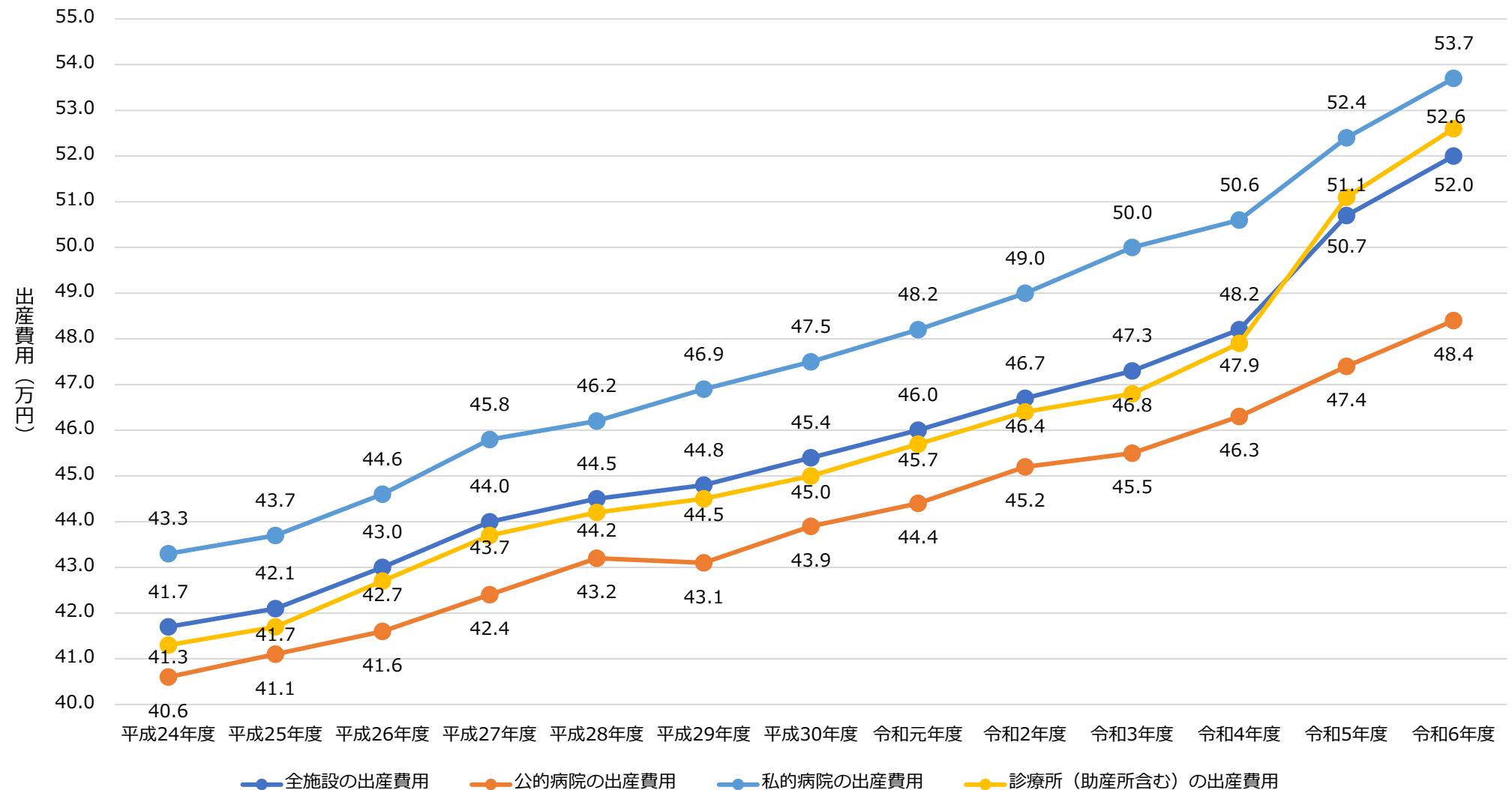
④ 医療保険による出産の支援強化

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

正常分娩の平均出産費用の年次推移



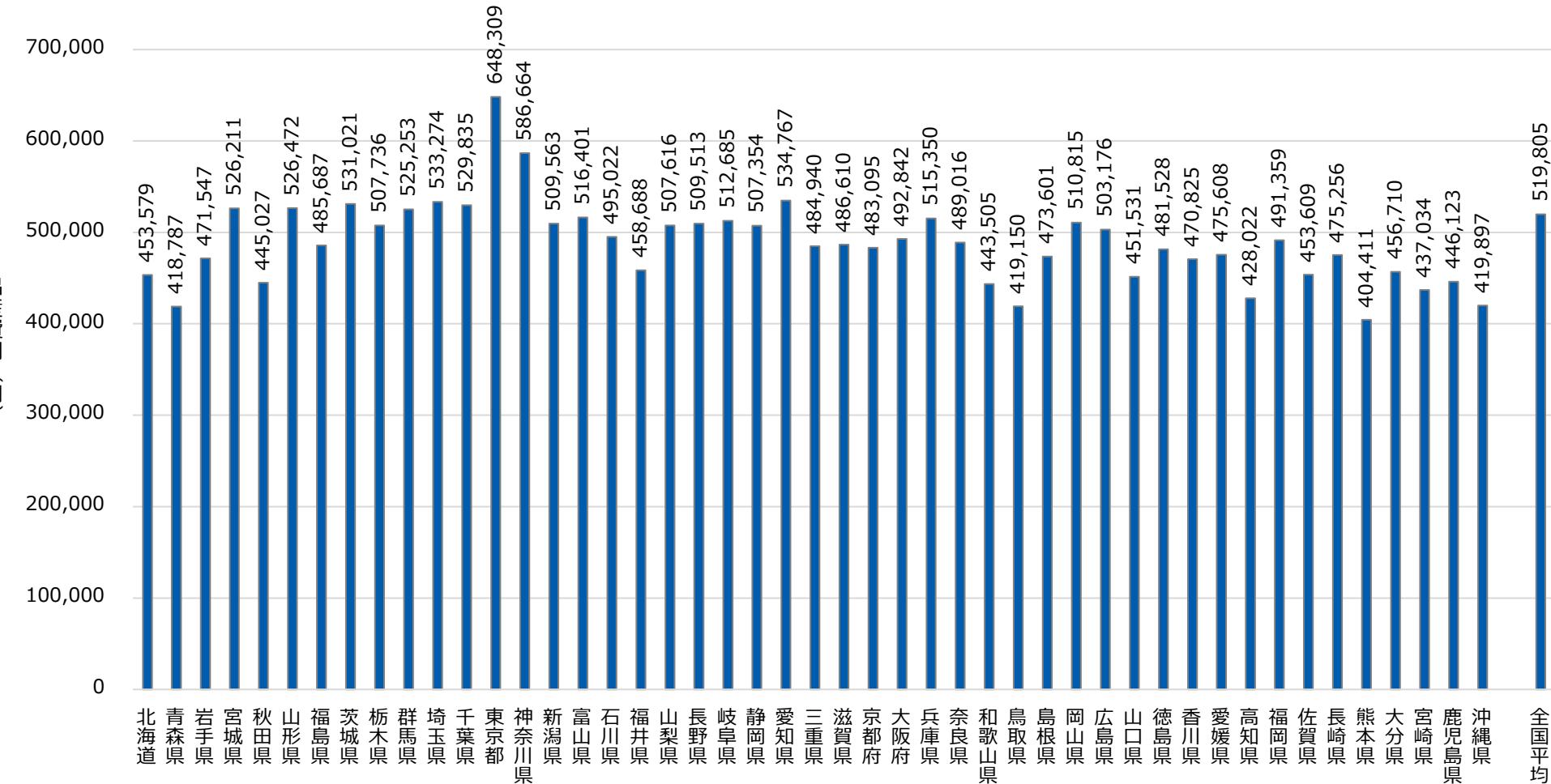
※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

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

※出産育児一時金の直接支払制度の請求データより厚生労働省保険局にて算出

正常分娩の都道府県別の平均出産費用（令和6年度）

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



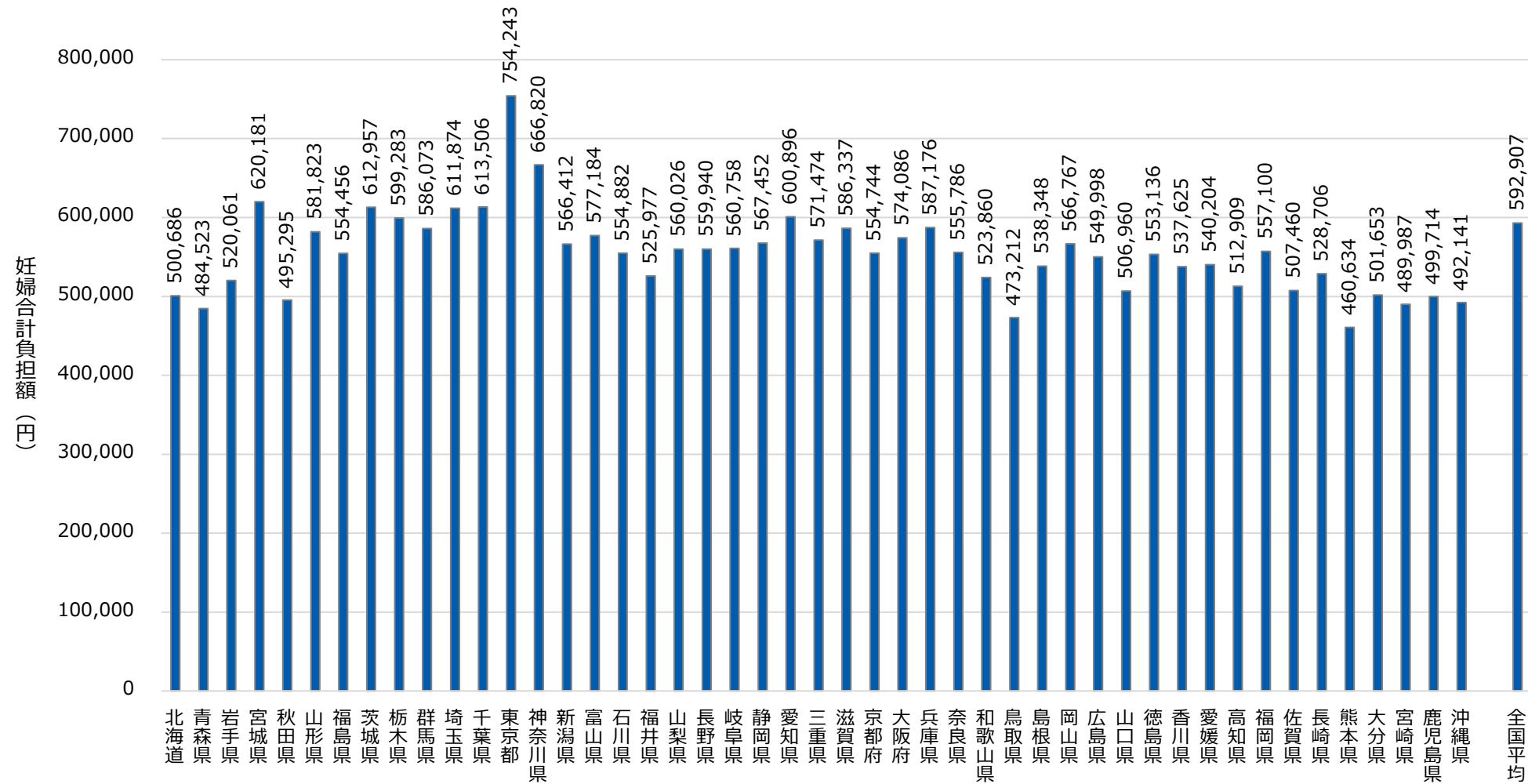
※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

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

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

正常分娩の都道府県別の平均妊婦合計負担額（令和6年度）

- 最も平均妊婦合計負担額が高いのは東京都で754,243円、最も低いのは熊本県で460,634円であった。



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

※妊婦合計負担額は「室料差額」、「産科医療補償制度掛金」、「その他」の費目を含む。

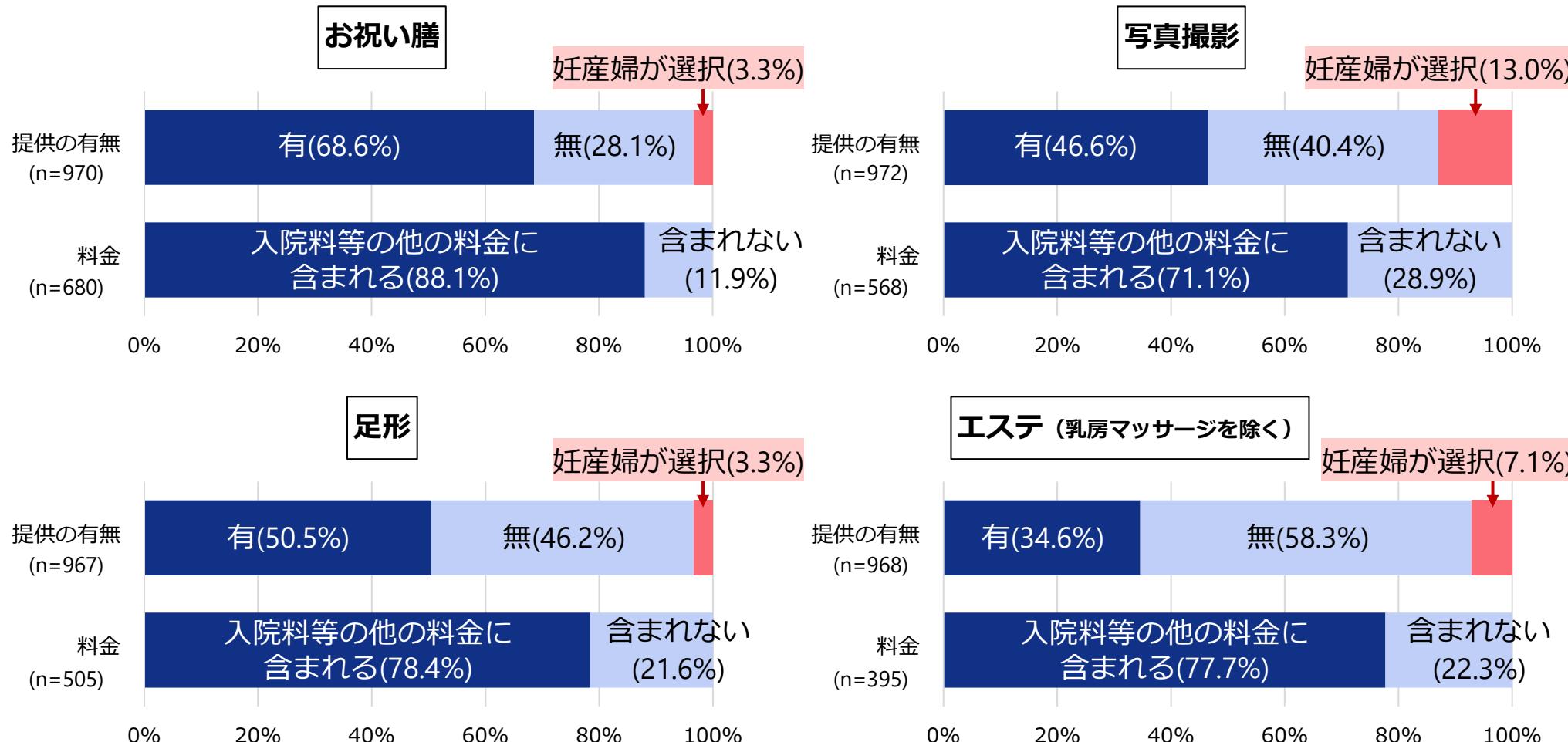
※出産育児一時金の直接支払制度の令和6年度請求データより厚生労働省保険局にて算出

分娩取扱施設におけるサービスの提供状況

令和7年12月12日
第207回社会保障審議会
医療保険部会資料

- 分娩取扱施設のうち、例えば、「お祝い膳」の有無を妊産婦が選択できる施設は回答施設の3.3%であり、また88.1%の施設で料金が入院料等の他の料金に含まれていた。

※標準で提供される場合は「有」、標準で提供されない場合は「無」、妊産婦が要否を選択できる場合は「妊産婦が選択」を選択



出典：令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

「分娩取扱施設における出産に係る費用構造の把握のための調査研究」（速報値）（研究代表者 野口晴子）を元に保険局保険課で作成

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

あなたに
あった出産施設を
探せるサイト 「出産なび」

-2024年5月30日公開-

<https://www.mhlw.go.jp/stf/birth-navi/>令和7年12月12日
第207回社会保障審議会
医療保険部会資料

妊婦の方々が、費用やサービスを踏まえて適切に出産施設を選択できる環境を整備するため、全国の出産施設に関する情報の提供を行うWebサイトを厚生労働省が開設・運営します。

掲載内容

出産施設ごとの特色・サービスの内容等に関する情報と、出産費用等に関する情報を併せて公表します。

(施設の概要)

施設種別、病床数、年間の分娩取扱件数、専門職の人数など

(サービスの内容)

助産師外来、院内助産、産後ケア、無痛分娩の有無など

(費用等の情報)

平均入院日数、出産費用の平均額など

掲載施設数

全国2,112施設の情報を掲載(2024年12月6日時点)

※年間分娩取扱件数が21件以上の施設の約99.9%に加え、20件以下の施設も任意で情報掲載

トップページから、エリアや条件を指定して出産施設の検索を行えます。

条件に該当する出産施設の一覧が表示されます。

5件の検索結果

○○○○○
東京都文京区
特徴 個室あり 希望による無痛分娩可 立会出産可
△△△△△
京都文京区
特徴 希望による無痛分娩可

それぞれの施設の詳細情報が個別ページで表示されます。

「出産なび」の主な掲載項目（施設情報ページ）



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

提供内容に関する情報		費用に関する情報	
分娩対応に関する項目	<p>施設の機能</p> <ul style="list-style-type: none">種別・周産期母子医療センターの指定NICU病床数・産科病床数等 <p>専門職数</p> <ul style="list-style-type: none">産科医師・小児科医師助産師・アドバンス助産師看護師・准看護師 <p>年間の分娩取扱件数</p> <ul style="list-style-type: none">経産分娩件数帝王切開件数 <p>入院中に実施される検査</p> <ul style="list-style-type: none">新生児聴覚検査の実施有無小児科医師による新生児診察の有無出産後の風疹含有ワクチン接種の有無	<p>妊娠期・分娩期・産褥期のケア</p> <ul style="list-style-type: none">助産師外来院内助産入院中の授乳支援授乳支援を行う外来(退院後) <p>分娩に関わること</p> <ul style="list-style-type: none">立ち会い出産実施(経産分娩の場合) <p>産後の過ごし方に関わること</p> <ul style="list-style-type: none">母子同室実施	※施設からの請求情報を基に厚生労働省で算出 ※保険診療を行った分娩を除く アメニティ等のサービスを除く 出産費用 総費用
アメニティ等のサービスに関する項目	-	-	

医療保険による出産の支援強化（案）

【基本的な考え方】

- 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出産費用の見える化を進め、妊婦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、標準的な出産費用について妊婦の自己負担が生じないよう、以下のような給付体系としてはどうか。

□ : 今回制度化を図る内容



：療養の給付とは異なる医療保険給付体系



：療養の給付体系

新給付の適用施設（病院・診療所・助産所）

保険診療以外の
分娩対応



分娩1件当たり基本単価

全国同水準
(包括評価)

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

保険診療
(必要な場合)



療養の給付
(従来どおり)

アメニティ等の
サービス



見える化を徹底し、妊婦自身が納得感を
持ってサービスを選択できる環境を整備
(自己負担)

妊婦に対する現金給付

※施設の選択により、当分の間、現行制度（出産育児一時金）の適用を受けることも可能とする。
(当該施設で出産した場合、現行どおり、出産育児一時金を支給)

8

医療保険制度改正事項

⑤ 医療保険制度における金融所得の勘案

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

三党合意、骨太方針2025、連立政権合意書における金融所得勘案の記載

自由民主党・公明党・日本維新の会 合意（令和7年6月11日署名）

現役世代に偏りがちな構造の見直しによる応能負担の徹底

医療・介護保険における負担への金融所得の反映の在り方について、現役世代に負担が偏りがちな構造の見直しの観点から、税制における確定申告の有無により負担等が変わる不公平な取扱いを是正する必要がある。保険者が金融機関等からの情報を基に確定申告されていない金融所得を負担の公平性の観点から反映させる方法などが考えられるが、税制における金融所得に係る法定調査の現状も踏まえつつ、マイナンバーの記載や情報提出のオンライン化等の課題、負担等の公平性、関係者の事務負担等に留意しながら、どのように金融所得の情報を反映させるかを含め、具体的な制度設計を進める。年齢に関わらず負担能力に応じた負担を目指す観点から、現役世代から後期高齢者への支援金負担の軽減に配慮する。

経済財政運営と改革の基本方針2025（令和7年6月13日閣議決定）

第3章中長期的に持続可能な経済社会の実現

2 (1) 全世代型社会保障の構築

持続可能な社会保障制度のための改革を実行し、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を実現するため、OTC類似薬の保険給付の在り方の見直し²⁰⁸や、地域フォーミュラリの全国展開²⁰⁹、新たな地域医療構想に向けた病床削減²¹⁰、医療DXを通じた効率的で質の高い医療の実現、現役世代に負担が偏りがちな構造の見直しによる応能負担の徹底²¹¹、がんを含む生活習慣病の重症化予防とデータヘルスの推進などの改革について²¹²、引き続き行われる社会保障改革に関する議論の状況も踏まえ、2025年末までの予算編成過程で十分な検討を行い、早期に実現が可能なものについて、2026年度から実行する。

²¹¹ 医療・介護保険における負担への金融所得の反映に向けて、税制における金融所得に係る法定調査の現状も踏まえつつ、マイナンバーの記載や情報提出のオンライン化等の課題、負担の公平性、関係者の事務負担等に留意しながら、具体的な制度設計を進める。

自由民主党・日本維新の会 連立政権合意書（令和7年10月20日署名）

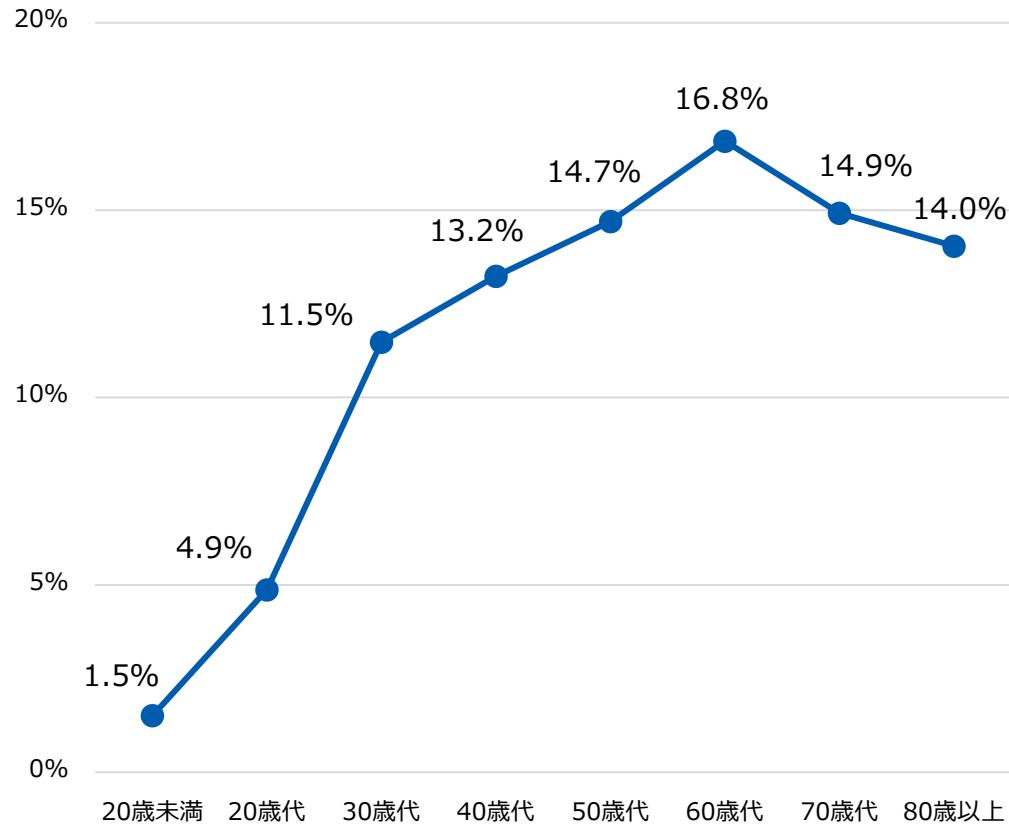
二. 社会保障政策

「OTC類似薬」を含む薬剤自己負担の見直し、金融所得の反映などの応能負担の徹底など、令和7年通常国会で締結したいわゆる「医療法に関する3党合意書」および「骨太方針に関する3党合意書」に記載されている医療制度改革の具体的な制度設計を令和7年度中に実現しつつ、社会保障全体の改革を推進することで、現役世代の保険料率の上昇を止め、引き下げていくことを目指す。

個人株主の状況

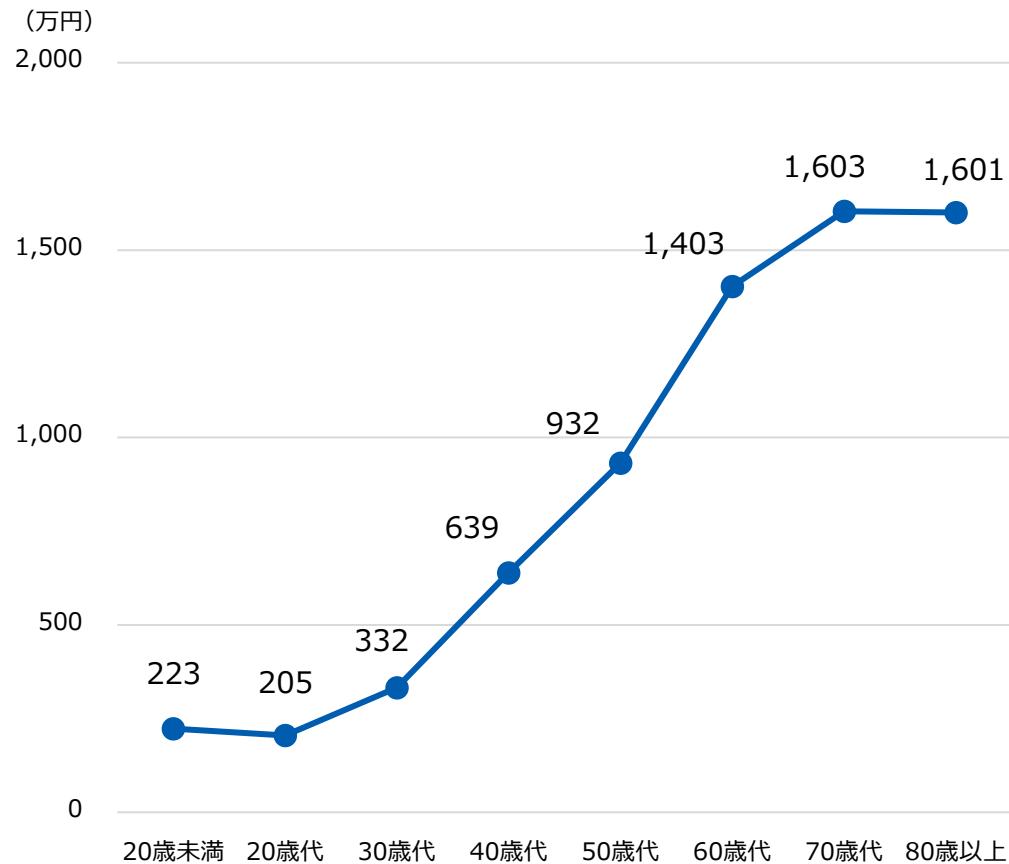
- 人口に占める個人株主の割合は、30代以上で10%を超えるが高い年代でも10%台半ば程度にとどまる。
- 一人当たり上場株式保有額は年齢に比例して増加し、70歳代以上になると1600万円程度となる。

年齢階級別の人団に占める個人株主の割合



出典：証券保管振替機構 年齢別株主数分布状況（6か月累計：2024年11月～2025年4月）、
総務省統計局「人口推計」（2025年4月確定値）
より厚生労働省保険局において作成

株式保有者の年齢階級別一人当たり上場株式保有額



出典：証券保管振替機構 年齢別株主数分布状況、
年齢別株式保有金額分布状況（6か月累計：2024年11月～2025年4月）
より厚生労働省保険局において作成

医療保険における金融所得の勘案について

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

●医療保険における勘案状況

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

●所得の計算式

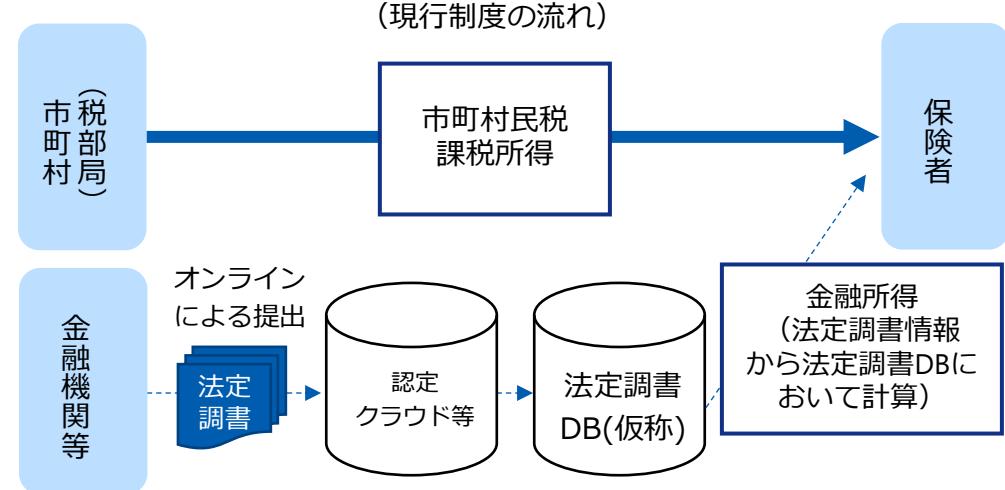
現状はこの所得のみ活用

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

※重複分の控除

金融所得を反映した所得

●法定調書を活用した金融所得勘案のスキーム



※法定調書のオンライン提出義務化は**法案成立後2～3年程度**

※窓口負担区分等への反映は**法案成立後4～5年程度**

9

マイナ保険証関係

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主に示すこととする。

＜これまでの利用率＞

オンライン資格確認件数ベース利用率

計算式：マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数

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

＜今後の利用率＞

レセプト件数ベース利用率

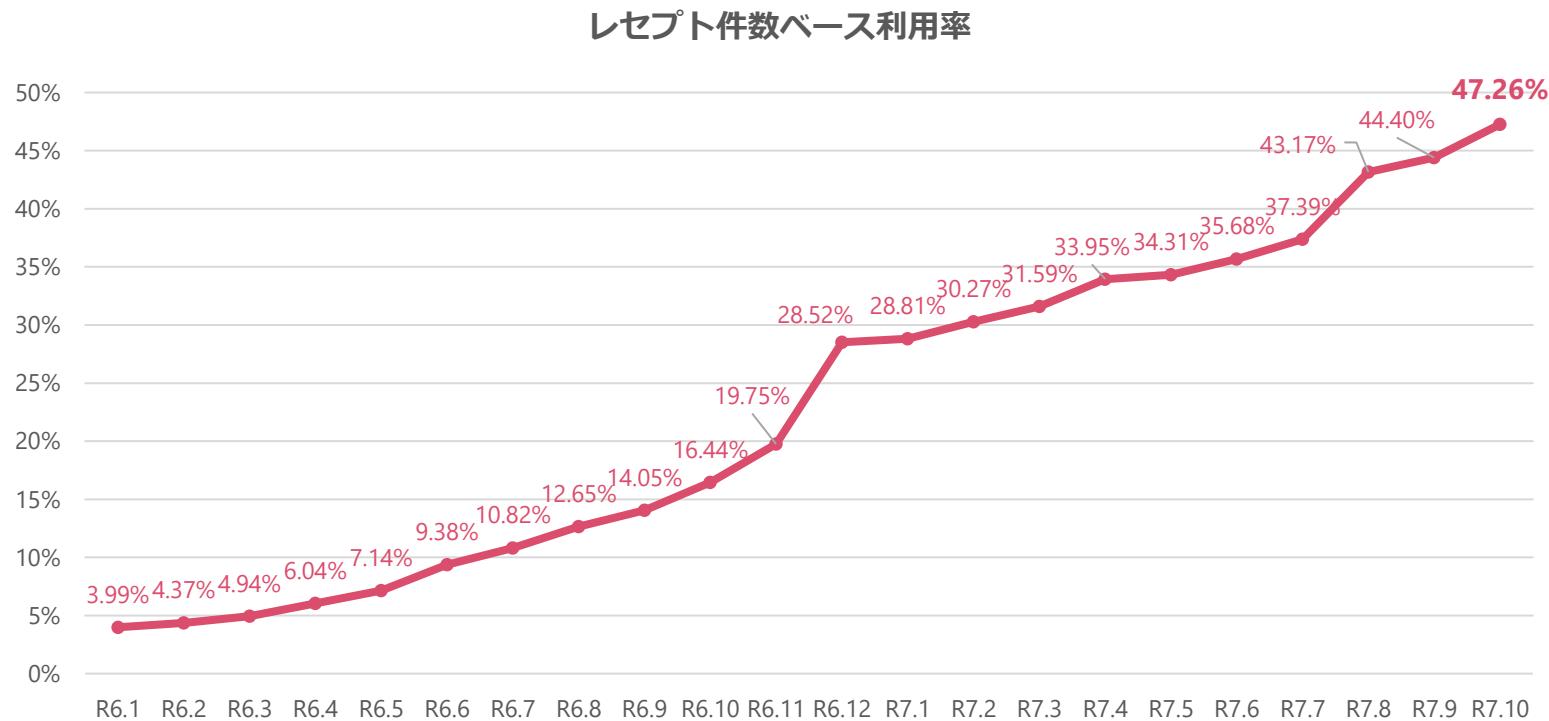
計算式：マイナ保険証利用人数 ÷ レセプトの発行件数

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

マイナ保険証の利用状況について

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

※レセプト件数ベース利用率 = マイナ保険証利用人数 / レセプト件数



参考

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

次期顔認証付きカードリーダーについて

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

次期顔認証付きカードリーダーの特徴について

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

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

※2 顔認証付きカードリーダーの設定のために別途、モニター等が必要。

※3 オプションでの販売を予定。

10

国保直診施設の状況と取組

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

国保直営診療施設の概要

□ 国保直営診療施設とは

- 国民健康保険直営診療施設（直診）は、国保被保険者への療養の給付を確保する必要性から、保険者が設置する病院・診療所をいう。（具体的には国保条例・施設設置条例等で規定）
※保険者が設置する診療施設を継承した地方独立行政法人が設置する診療施設を含む。
- 主に、療養の給付の確保の必要性から、民間の医療機関の進出が期待できない地域や医療機関の整備が不十分な地域等に設置・運営してきた。
- 現在では、「保健・医療・福祉」の連携の中心的な役割を果たし、地域住民の健康の保持・増進を図るため幅広い活動を実施し、国保保健事業の一翼を担っている。

＜令和6年4月1日現在 1,059施設（病院273、診療所786）＞

□ 国保直営診療施設の役割

- ◆ 国保被保険者に対する療養の給付の確保
- ◆ 国保保健事業の中核として、医療と予防の一体的運営
- ◆ 地域住民の健康の保持・増進

国保直営診療施設に対する助成

□ 国保直営診療施設に対する助成

①施設・設備整備

以下の整備（購入等）に要した経費を助成する。

- 建物（病院、診療所、医師住宅、看護師宿舎、院内託児施設等） 基準面積×1m²あたり建築基準単価×1／3
- 医療機械等（レントゲン装置、その他医療機械器具、患者輸送車、巡回診療車、巡回診療船） 基準額×1／3

②へき地診療所運営費赤字補助

へき地という自然条件、社会経済的条件に恵まれない地域の医療を確保するために、へき地に所在する国保直営診療所の不可避的な運営赤字に対し助成を行う。

- (a) 算定省令に定める年間診療実日数等に応じた額（交付基準額）
- (b) 支出から収入を控除した額（赤字額）
 - (a) と (b) を比較し、いずれか低い方の額の2／3（第1種へき地）又は1／2（第2種へき地）

③直診特別事情（直診の運営に特別に要した費用）

以下の事業に要した経費を助成する。

（ア）災害等により被害を受け復旧に要した費用

- ・施設の復旧に要した費用：300万円（600万円以上の場合1/2）
- ・人的支援：100万円（200万円以上の場合1/2）

（イ）経営合理化に要した費用

- ・統合系医療情報システムの導入・更新
病院：4,000万円 診療所：3,000万円
- ・その他 300万円

（ウ）療養環境の改善に要した費用

300万円（600万円以上の場合1/2）※修理・修繕費は含まず

（エ）医師等確保に要した費用

（※）は令和6年度新設

- ・医師、看護師、保健師等の確保支援
実支出額×2/3（上限100万円）
- ・救急患者受入体制支援（外部医師の協力に要した費用）
(1回あたり単価×年間実施日数)×2/3（上限500万円）
- ・代診医等の確保支援（※）
(1日あたり単価×年間実施日数)×2/3（上限200万円）
- ・医学教育費用の支援（※）
実支出額×2/3（上限200万円）

（オ）マイナ保険証の利用促進に要した費用（※）200万円

国保へき地診療所の運営費に対する助成

へき地という自然条件、社会経済的条件に恵まれない地域の医療を確保するため、へき地に所在する国保直営診療所の不可避的な運営赤字に対し助成を行う。

○ 立地条件

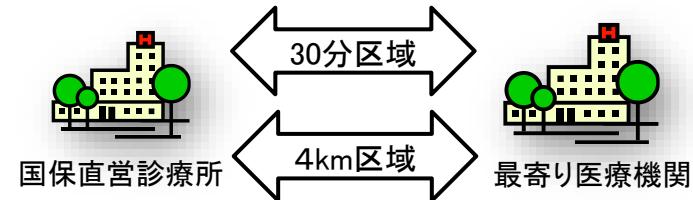
➤ 第1種へき地

過疎関係法の指定地域※(以下「特定地域」という。)内に所在する診療所であって、当該診療所から通常の交通機関を利用して30分以内に到達することができる区域(以下「30分区域」という。)内に他の医療機関がないもの
又は

特定地域以外の地域内に所在する診療所であって、30分区域内に他の医療機関がなく、かつ、おおむね半径4キロメートルの区域(以下「4キロ区域」という。)に他の医療機関がないもの。

➤ 第2種へき地

上記に該当しない診療所であって、4キロ区域内に他の医療機関がないもの。

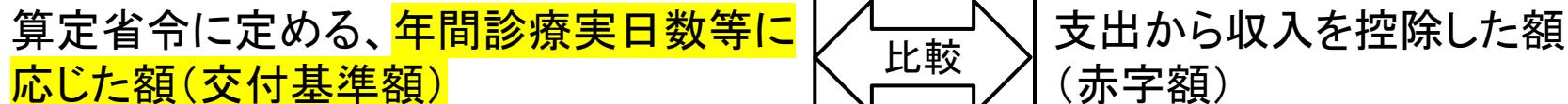


(※)過疎地域自立促進特別措置法、離島振興法、奄美群島振興開発特別措置法、豪雪地帯対策特別措置法、山村振興法、小笠原諸島振興特別措置法、沖縄振興開発特別措置法の指定区域内

○ 助成対象経費

へき地診療所における1月から12月までの1年間の収支

○ 交付額の算定方法



上記を比較し、いずれか低い方の額の $2/3$ (第1種へき地)又は $1/2$ (第2種へき地)

国保直営診療施設における医師等の確保対策について①

■ 国保直営診療施設に対する助成(国保特別調整交付金(その他特別の事情がある場合))

※ 国民健康保険の調整交付金等の交付額の算定に関する省令(昭和三十八年厚生省令第十号)第6条第1号ヲに基づき、令和6年度の特別調整交付金交付基準は令和6年11月14日保国発1114第1号(厚生労働省保険局国民健康保険課長通知)にて規定。

国保直営診療施設の運営に係る特別に要した費用

※1月～12月の経費を助成対象とする。

① 医師等の確保支援事業

医師、看護師、保健師等の確保のための事業に要した費用に応じて、以下の表に定める額を助成。

対象額	助成額
1,500千円以下	実支出額×2/3 (千円未満切捨)
1,500千円超	1,000千円

【交付要件】

助成対象経費は、医師、看護師、保健師等を確保するために実施した大学、専門学校等の訪問、就職説明会の開催、その他必要な事業の実施に要した費用とする。

なお、当該事業との関係が少ないとみられる費用(土産代などの交際費、昼食代等)は助成対象外。

② 救急患者受入体制支援事業

夜間・休日の救急患者受入体制を確保するための事業に要した費用に応じて、以下の表に定める額を助成。

対象額	助成額
7,500千円以下	実支出額×2/3 (千円未満切捨)
7,500千円超	5,000千円

【交付要件】

助成対象経費は、開業医等の外部医師に協力を求めるために要した賃金及び交通費等の費用とする。

医師1人1回当たりの助成対象経費の上限額は休日13,570円、夜間(休日の夜間を含む。)18,659円とする。

国保直営診療施設における医師等の確保対策について②

③ 代診医等の確保支援事業

医師等の不在時（夜間・休日を除く。）における診療体制の確保を目的として、外部から代診を行う医師等の派遣を受けるために要した費用に応じて、以下の表に定める額を助成。

対象額	助成額
3,000千円以下	実支出額×2／3 (千円未満切捨)
3,000千円超	2,000千円

【交付要件】

助成対象経費は、常勤の医師等が休暇及び研修等のやむを得ない理由による不在時（夜間・休日を除く。）に外部から代診を行う医師等の派遣を受けるために要した賃金及び交通費等の費用とする。

なお、定員不足により定期的に医師等の派遣を受けている場合は助成対象外。

1人1日当たりの助成対象経費の上限額は医師71,000円、看護師25,000円とする。

④ 医学教育費用の支援事業

地域医療に従事する医療者の養成等を目的として、医学生、看護学生、研修医、専攻医等に地域医療の医学教育を行うための事業に要した費用に応じて、以下の表に定める額を助成。

対象額	助成額
3,000千円以下	実支出額×2／3 (千円未満切捨)
3,000千円超	2,000千円

【交付要件】

助成対象経費は、医学生、看護学生、研修医及び専攻医等に地域医療の医学教育を行うための研修費用、環境整備費用及びその他必要な事業の実施に要した費用とする。

なお、学生等を対象とした奨学金や、当該事業との関係が少ないとみられる費用（施設運営費、食事代等）は助成対象外。

国保直営診療施設におけるマイナ保険証の利用促進について

● マイナ保険証の利用促進

マイナ保険証（健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカードをいう。）の利用促進の取組に要した費用に応じて、以下の表に定める額を助成。

対象額	助成額
2, 000千円以下	実支出額 (千円未満切捨)
2, 000千円超	2, 000千円

【交付要件】

助成対象経費は、マイナ保険証（健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカードをいう。）利用者のための専用レーンの設定及び説明員の配置等（人件費や事務費など含む。）に要した費用とする。

なお、顔認証付きカードリーダー又は資格確認端末にかかる費用（購入費用、設置費用及び保守費用等）や、説明員の配置において窓口職員等が説明員を兼任している場合の人事費は助成対象外。

11

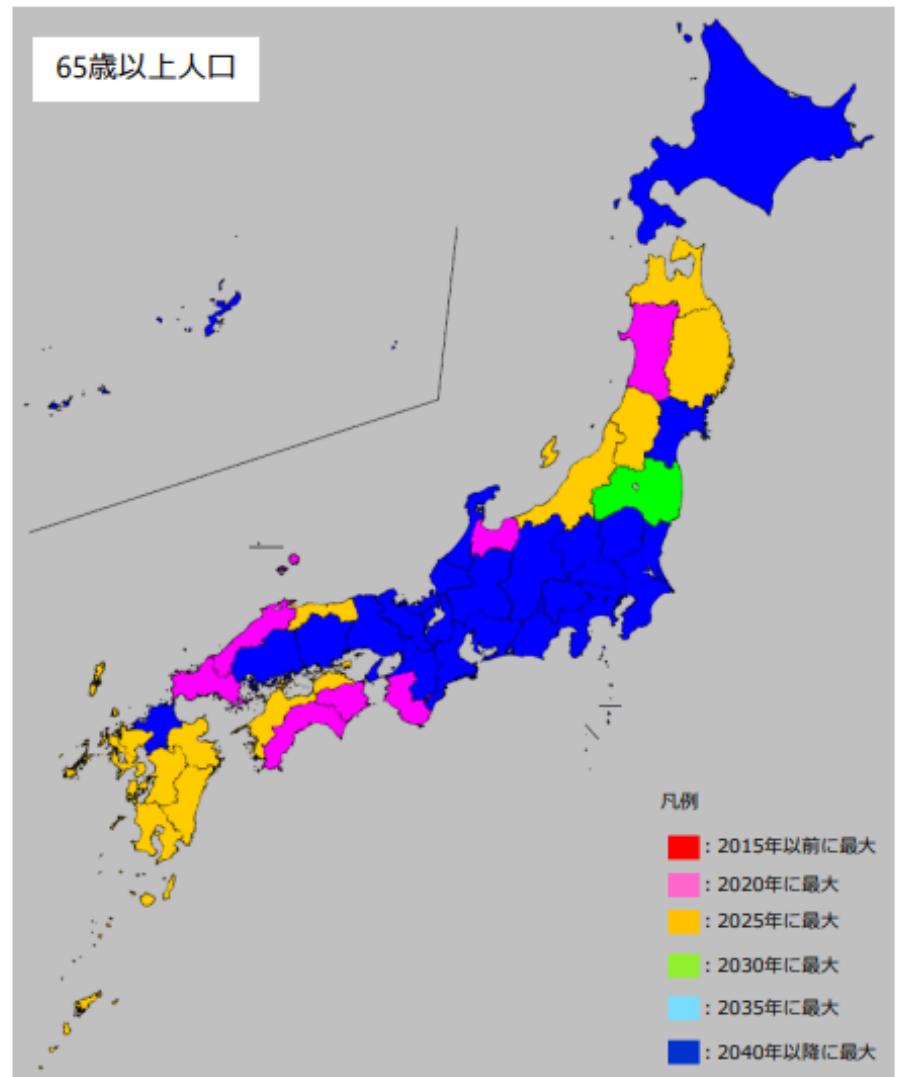
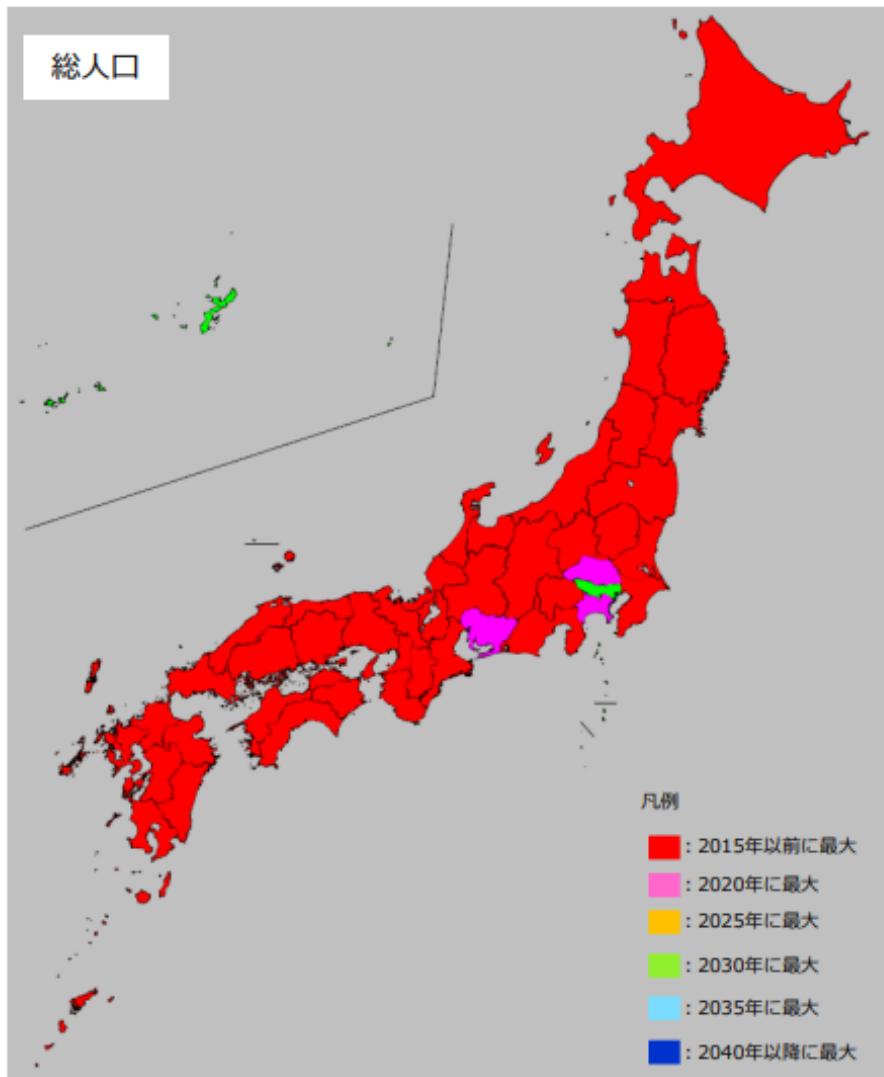
医療提供体制等

ひと、くらし、みらいのために



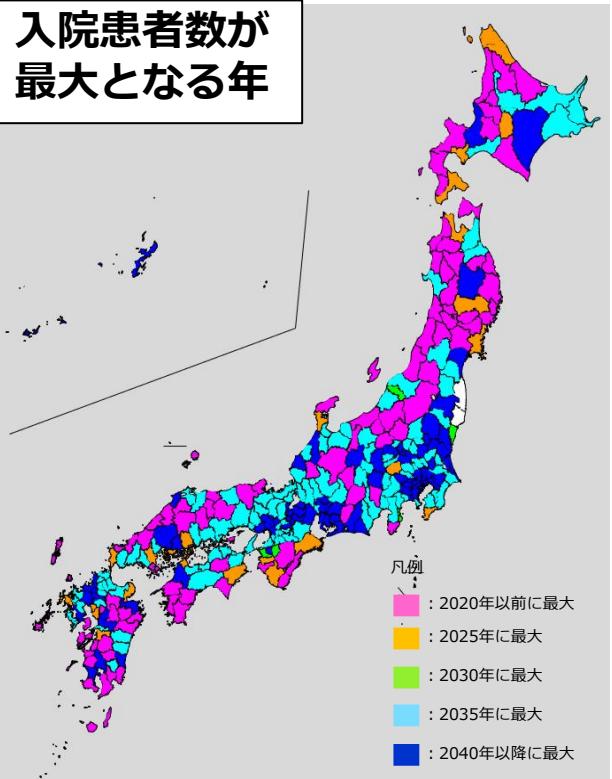
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

都道府県ごとの人口が最大となる年



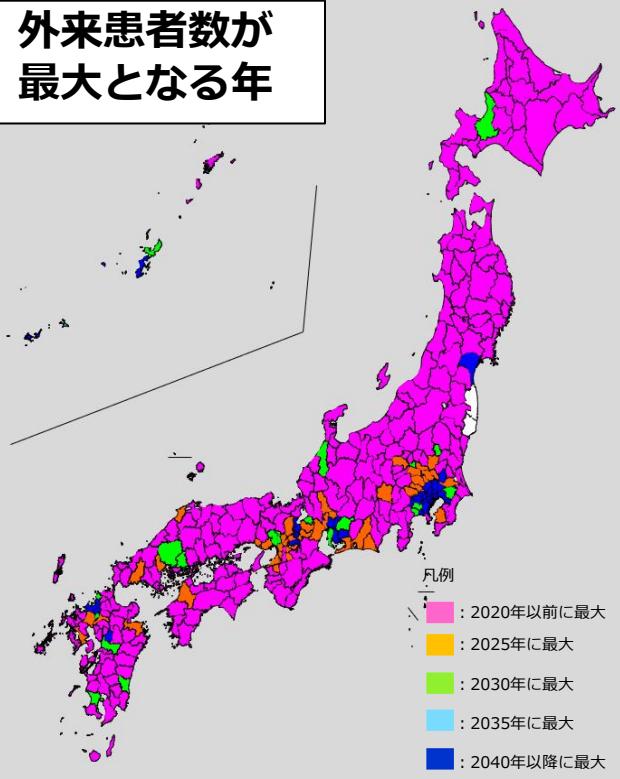
医療需要の変化～入院・外来・在宅～

入院患者数が
最大となる年



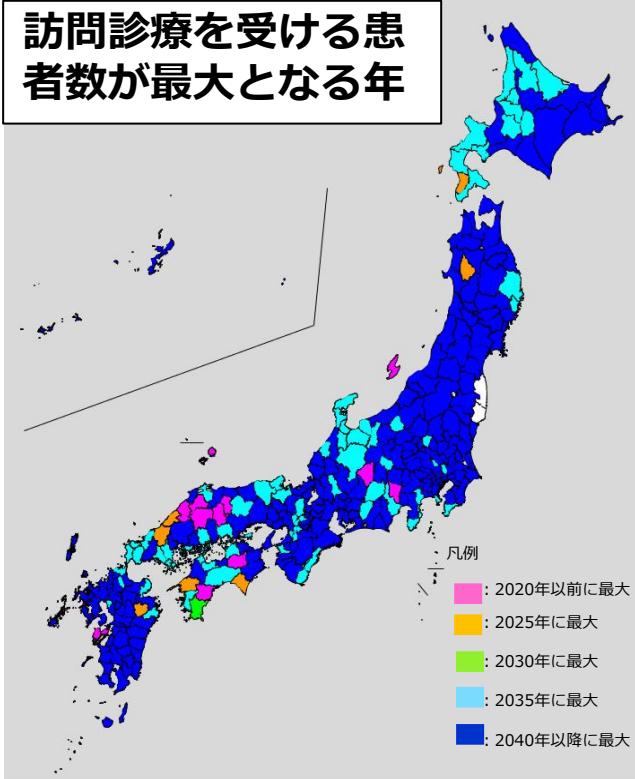
- 入院患者数は全体に増加傾向。
- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約8割となることが見込まれる。
- 2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに98の医療圏が、また2035年までには236の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。

外来患者数が
最大となる年



- 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い。
- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約6割となることが見込まれる。
- 既に2020年までに224の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。

訪問診療を受ける患
者数が最大となる年

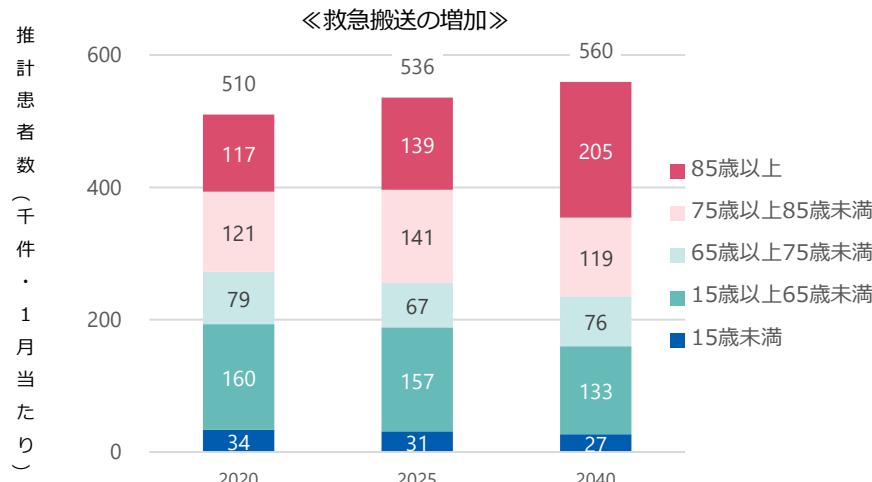
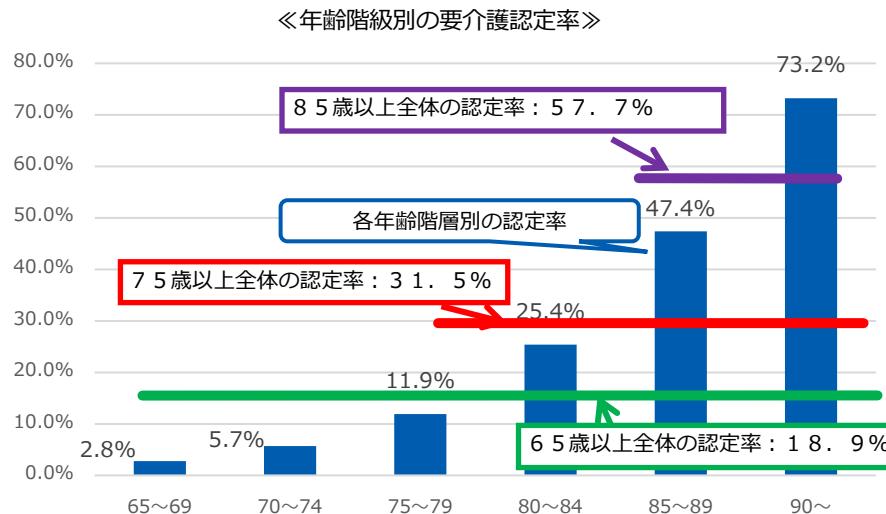


- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する。
- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に237の2次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。

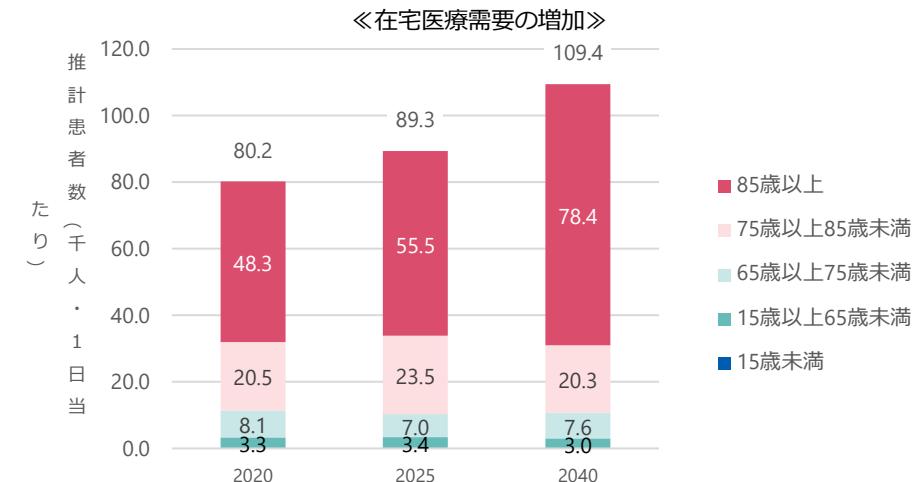
2040年頃に向けた医療の課題①

I. 将来の人口構造の変化と求められる医療需要①

- 人口は、85歳以上を中心に高齢者数は2040年頃のピークまで増加見込み。
- 医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者の増加に伴い、85歳以上を中心に高齢者の救急搬送は増加、在宅医療の需要も増加。



資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成



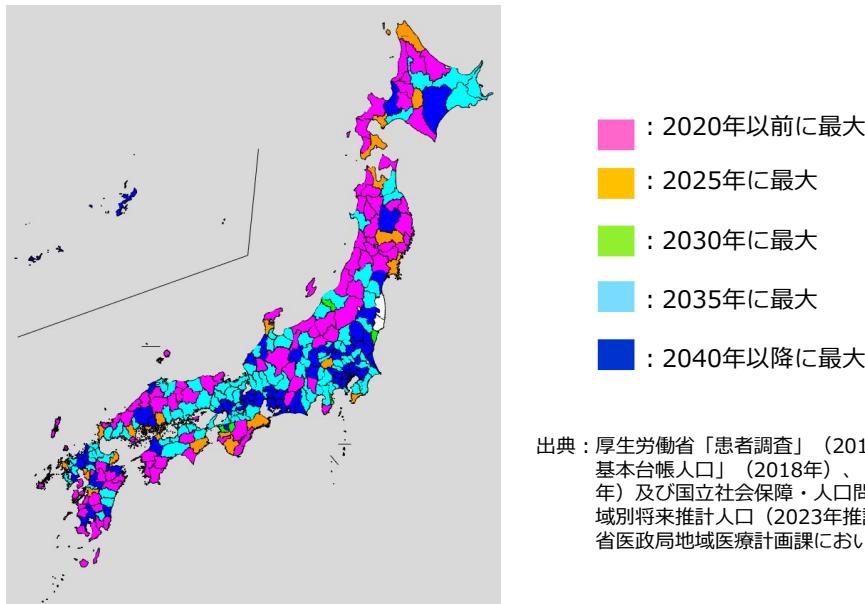
出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）総務省「人口推計」（2017年）
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に推計

2040年頃に向けた医療の課題②

I. 将来の人口構造の変化と求められる医療需要②

- 地域ごとにみると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域がある。
- こうした地域差の拡大に伴い、地域ごとの課題や地域に求められる医療提供体制のあり方はそれぞれ異なったものとなる。

«入院患者数が最大となる年»



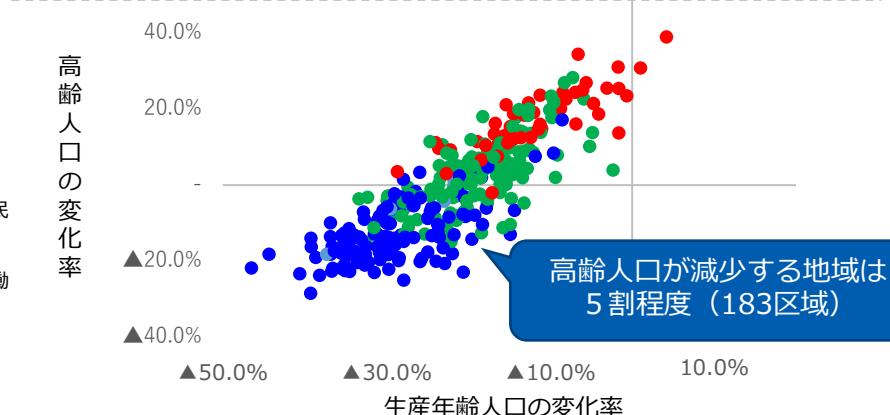
«2025年→2040年の年齢区別人口の変化の状況»

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-11.9%	17.2%
●地方都市型	-19.1%	2.4%
●過疎地域型	-28.4%	-12.2%

大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上

地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上

過疎地域型：上記以外



II. 生産年齢人口の減少に伴う、医療従事者の確保の課題

- 生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が更に困難となる中、働き方改革等とあわせて、医療DX等を着実に推進していくことが重要。
- 医師については、人口が減少する中での医師養成のあり方や医師偏在が課題となっているほか、特に診療所の医師は高齢化しており、診療所数は人口が少ない二次医療圏では減少傾向、人口の多い二次医療圏では増加傾向にある。
- 歯科医師、看護師等の医療従事者についても、将来にわたって医療提供体制を確保するため、その養成のあり方や偏在等の課題、専門性を発揮した効果的な活用の重要性が指摘されている。
- これらの課題に対応し、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年以降においても、全ての地域・全ての世代の患者が、適切な医療・介護を受け、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保することを目指す。

2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革

※「●」は法律事項

2040年頃を見据えた新たな地域医療構想

- 入院医療だけではなく、外来・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る新たな地域医療構想の策定
- ・ 病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）について「回復期機能」を「包括期機能」として位置付け
- 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、専門等機能、医育及び広域診療機能）の報告制度の創設
- ・ 二次医療圏を基本とした地域での協議のほか、都道府県単位での協議、在宅医療等のより狭い区域での協議を実施
- ・ 新たな構想の取組を推進するための総合確保基金の見直し
- 都道府県知事の権限（医療機関機能報告の創設に伴う必要な機能の確保、基準病床数と必要病床数の整合性の確保等）
- 厚労大臣の責務明確化（データ分析・共有、研修等の支援策）
- 新たな地域医療構想に精神医療を位置付ける

医療DXの推進

- 電子カルテ情報共有サービスの構築・普及、次の感染症危機に備えた電子カルテ情報の利用等
- マイナ保険証1枚で医療費助成を受けられる仕組みの整備等
- 公的DBの利用促進などの医療等情報の二次利用の推進
- 社会保険診療報酬支払基金を、医療DXに係るシステム開発・運用主体として抜本的に改組 等

オンライン診療の推進

- オンライン診療の法定化・基準の明示
- オンライン診療受診施設の設置者における届出 等

その他、下記の措置を行う

- ・ 一般社団法人立医療機関に対する非営利性の徹底
- 持ち分なし医療法人への移行計画の認定期限の延長 (※) 等

医師偏在対策

＜医師確保計画の実効性の確保＞

- 「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」の設定
 - ・ 「医師偏在是正プラン(仮称)」の策定

＜地域の医療機関の支え合いの仕組み＞

- ・ 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公的医療機関等への拡大等
- 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する医療や医師不足地域での医療の提供の要請・勧告・公表と、保険医療機関の指定(6年から3年等への短縮)を連携して運用
- 保険医療機関の管理者要件

＜経済的インセンティブ等＞

- 重点医師偏在対策支援区域における支援を実施
 - 診療所の承継・開業・地域定着支援
 - 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、給付費の中で一体的に捉える
 - 医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
- ※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
- ・ 全国的なマッチング機能の支援
- ・ 医師養成過程を通じた取組

美容医療への対応

- 美容医療を行う医療機関等の報告・公表の仕組みの導入
(報告事項)
 - 安全管理措置の実施状況/専門医資格の有無/相談窓口の設置状況等
- ・ 関係学会によるガイドライン策定 等

(※) 現行の期限（令和8年12月31日）から更に3年延長。

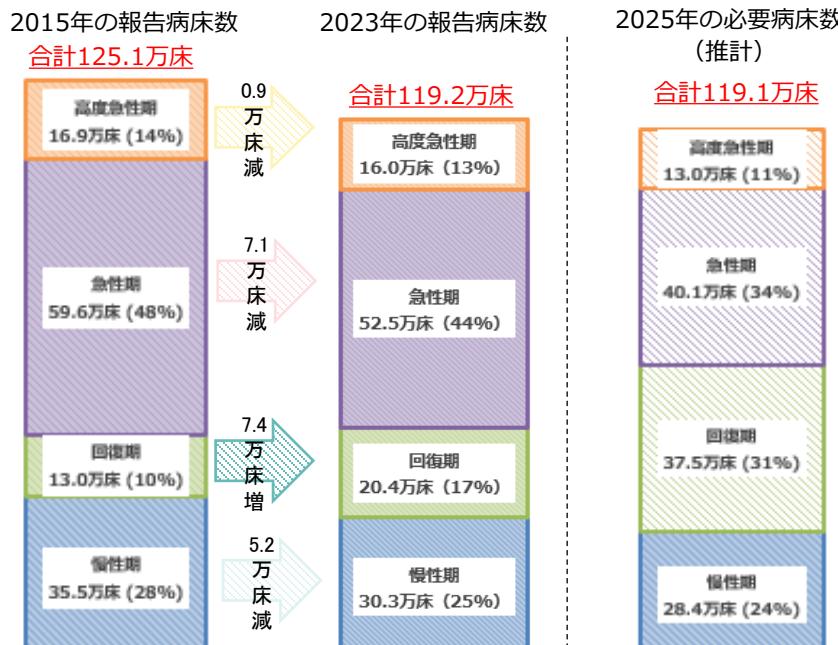
本制度に係る税制優遇措置の延長については、令和8年度税制改正要望を行う。

現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

- 団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、高齢者の医療需要が増加することが想定される。
- 約300の構想区域を対象として、**病床の機能分化・連携を推進**するための2025年に向けた地域医療構想を策定。

<全国の報告病床数と必要病床数>



新たな地域医療構想

入院医療だけではなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る地域医療構想へ

- 2040年頃に向けて、医療・介護の複合ニーズ等を抱える85歳以上の増加、人材確保の制約、地域差の拡大が想定される。
- 増加する高齢者救急・在宅医療の需要への対応、医療の質や医療従事者の確保、地域における必要な医療機能の維持が求められる。
- 病床の機能分化・連携だけでなく、**外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めたあるべき医療提供体制の実現**に資する新たな地域医療構想を策定。
- 2040年やその先を見据えて、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進することが重要。このため、病床の機能分化・連携に加え、
 - 地域ごとの医療機関機能**（高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等）
 - 広域な観点の医療機関機能**（医育及び広域診療等の総合的な機能）
 の確保に向けた取組を推進。

<今後のスケジュール>

令和7年度 新たな地域医療構想に関するガイドラインの作成(国)

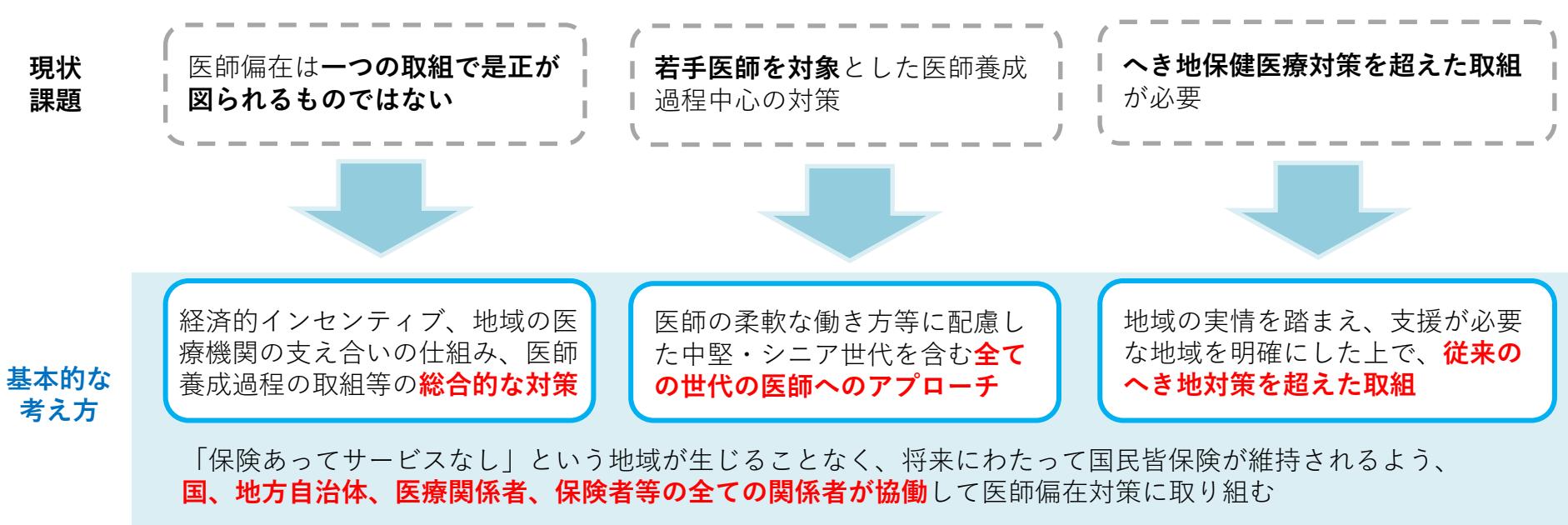
令和8年度～ 新たな地域医療構想の策定(県)

令和9年度～ 新たな地域医療構想の取組を順次開始(県)

- 地域ごとに人口構造が急激に変化する中で、将来にわたり地域で必要な医療提供体制を確保し、適切な医療サービスを提供するため、以下の基本的な考え方に基づき、制度改正を含め必要な対応に取り組み、**実効性のある総合的な医師偏在対策**を推進する。
- 総合的な医師偏在対策について、医療法に基づく医療提供体制確保の基本方針に位置付ける。

※医師偏在対策は、新たな地域医療構想、働き方改革、美容医療への対応、オンライン診療の推進等と一体的に取り組む。

【基本的な考え方】



- ・医師偏在対策の効果を施行後5年目途に検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策を検討
- ・医師確保計画により3年間のP D C Aサイクルに沿った取組を推進

【総合的な対策パッケージの具体的な取組】

若手

中堅・シニア世代

医師養成過程を通じた取組

- <医学部定員・地域枠>
 - ・医学部臨時定員について、医師の偏在対策に資するよう、都道府県等の意見を十分に聞きながら、必要な対応を進める
 - ・医学部臨時定員の適正化を行う医師多数県において、大学による恒久定員内の地域枠設置等への支援を行う
 - ・今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う

<臨床研修>

- ・広域連携型プログラム※の制度化に向けて令和8年度から開始できるよう準備

※医師少数県等で24週以上の研修を実施

医師確保計画の実効性の確保

<重点医師偏在対策支援区域>

- ・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速い地域等を「重点医師偏在対策支援区域」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、地域医療対策協議会・保険者協議会で協議の上で選定（市区町村単位・地区単位等を含む）

<医師偏在是正プラン>

- ・医師確保計画の中で「医師偏在是正プラン」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

※医師偏在指標について、令和9年度からの次期医師確保計画に向けて必要な見直しを検討

地域偏在対策における経済的インセンティブ等

<経済的インセンティブ>

- ・令和8年度予算編成過程で重点区域における以下のような支援について検討

・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、給付費の中で一体的に捉える。保険者による効果等の確認）

・医師の勤務・生活環境改善・派遣元医療機関への支援

※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、診療報酬の対応を検討

<全国的なマッチング機能の支援、リカレント教育の支援>

- ・医師の掘り起こし、マッチング等の全国的なマッチング支援、総合的な診療能力を学び直すためのリカレント教育を推進

<都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定>

- ・都道府県と大学病院等で医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する連携パートナーシップ協定の締結を推進

地域の医療機関の支え合いの仕組み

<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>

- ・対象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
- ・勤務経験期間を6か月以上から1年以上に延長。施行に当たって柔軟な対応を実施

<外来医師過多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>

- ・都道府県から外来医師過多区域の新規開業希望者に対し、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

・要請に従わない医療機関への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

<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、2年の臨床研修及び保険医療機関(病院に限る)において3年等保険診療に従事したことを要件とし、責務を課す

診療科偏在の是正に向けた取組

- ・必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援を実施

・外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な議論を行う

医療法等の一部を改正する法律案の概要

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

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 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。
- 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 必要な電子カルテ情報の医療機関での共有等や、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。
 - 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。

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。【精査中】

施行期日

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

等

ご清聴ありがとうございました。

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

講師略歴

唐木 啓介（からき けいすけ）

厚生労働省保険局国民健康保険課長

◆経歴

2001年4月 厚生労働省 入省(医薬局総務課配属)

その後、医薬局、職業能力開発局、老健局、政策統括官付社会保障担当参事官室、内閣府参事官補佐付参事官、大臣官房、保険局、医政局などを経て、

2018年7月 厚生労働省大臣官房厚生科学課健康危機管理・災害対策室長

2019年7月 厚生労働省大臣官房総務課企画官(併:子ども家庭局、行政改革推進室)

2019年9月 厚生労働省大臣官房付(併:内閣官房)(命:西村国務大臣秘書官事務取扱)

2020年8月 厚生労働省社会・援護局地域福祉課生活困窮者自立支援室長

2022年7月 群馬県健康福祉部副部長(感染症危機管理担当)

2023年4月 群馬県健康福祉部長

2023年9月 群馬県健康福祉部長(兼:こどもまんなか推進監)

2024年7月 厚生労働省保険局国民健康保険課長

現在に至る

※海外勤務

2014年7月 外務省在タイ日本国大使館一等書記官