第196回社会保障審議会医療保険部会
議事次第

令和７年８月28日（木）
10時00分～12時00分
場所：日比谷国際ビルコンファレンススクエア

（議　題）

１．　診療報酬改定の基本方針について（前回改定の振り返り）

２．　マイナ保険証の利用促進等について

３．　電子処方箋・電子カルテの目標設定等について（報告事項）

（配布資料）

資　料　１　診療報酬改定の基本方針について（前回改定の振り返り）
資　料　２　マイナ保険証の利用促進等について
資　料　３　電子処方箋・電子カルテの目標設定等について
参考資料１－１　令和６年度診療報酬改定のスケジュール
参考資料１－２　令和６年度診療報酬改定の基本方針
参考資料１－３　経済財政運営と改革の基本方針2025について

社会保障審議会医療保険部会　委員名簿

いながわ　ひでかず 伊奈川　秀和	国際医療福祉大学医療福祉学部教授
うちぼり　まさお 内堀　雅雄	全国知事会社会保障常任委員会委員長／福島県知事
おおすぎ　かずし 大杉　和司	日本歯科医師会常務理事
かねこ　ひさし 兼子　久	全国老人クラブ連合会理事
きくち　よしみ ○ 菊池　馨実	早稲田大学理事・法学学術院教授
きたがわ　ひろやす 北川　博康	全国健康保険協会理事長
きもり　こくと 城守　国斗	日本医師会常任理事
こうの　ただやす 河野　忠康	全国町村会理事／愛媛県久万高原町長
さの　まさひろ 佐野　雅宏	健康保険組合連合会会長代理
しま　ひろじ 島　弘志	日本病院会副会長
そでい　たかこ 袖井　孝子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事
たなべ　くにあき ◎ 田辺　国昭	東京大学大学院法学政治学研究科教授
なかむら　さやか 中村　さやか	上智大学経済学部教授
にん　かずこ 任　和子	日本看護協会副会長
はら　かつのり 原　勝則	国民健康保険中央会理事長
ふじい　りゅうた 藤井　隆太	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
まえば　やすゆき 前葉　泰幸	全国市長会相談役・社会文教委員／津市長
むらかみ　ようこ 村上　陽子	日本労働組合総連合会副事務局長
よこお　としひこ 横尾　俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長
よこもと　みつこ 横本　美津子	日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会長
わたなべ　だいき 渡邊　大記	日本薬剤師会副会長

◎印は部会長、○印は部会長代理である。　　（五十音順）

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

診療報酬改定の基本方針について（前回改定の振り返り）

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

基本方針の議論のスケジュール（イメージ）

		【イメージ】令和８年度改定（日付は令和７年）		【実績】令和６年度改定（日付は令和５年）	
		医療保険部会	医療部会	医療保険部会	医療部会
論点	前回改定の振り返り	**８月28日**	**９月上旬**	８月24日	８月25日
	基本認識、基本的視点、具体的方向性①	**９月下旬～10月上旬**		９月29日	９月29日
	基本認識、基本的視点、具体的方向性②	**10月下旬**		10月27日	11月１日
	骨子案	**11月下旬**		11月29日	11月29日
	基本方針（案）	**12月上旬**		12月８日	12月８日
		12月上旬　基本方針　発表		12/11　基本方針　発表	

令和６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

▶ 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応
▶ 全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応
▶ 医療DXやイノベーションの推進等による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）現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進 【重点課題】

【具体的方向性の例】
○医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組
○各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、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
○業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
○地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保
○多様な働き方を踏まえた評価の拡充
○医療人材及び医療資源の偏在への対応

（２）ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

【具体的方向性の例】
○医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進
○生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
○リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
○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
○外来医療の機能分化・強化等
○新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組
○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
○質の高い在宅医療・訪問看護の確保

（３）安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性の例】
○食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応
○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
○重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）
○生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進
○口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
○薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価
○薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進
○医薬品産業構造の転換も見据えた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

（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

【具体的方向性の例】
○後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等
○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
○医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）
○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（再掲）
○外来医療の機能分化・強化等（再掲）
○生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（再掲）
○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
○薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（再掲）

基本方針と改定項目の整理（令和６年度診療報酬改定）

令和６年度の診療報酬改定において、基本方針の内容が実際の改定にどのように反映されたのかを整理すると以下のとおり。

（１）現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進【重点課題】

基本方針（具体的方向性）	改定項目の例
医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組	➢ 医療従事者の賃上げのため、ベースアップ評価料の新設、入院基本料や初再診料等の引上げ
各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、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	➢ 治療室内に専任の常勤医師が配置されない区分において、遠隔ICUモニタリングにより支援を受けることを評価
業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価	➢ ICTの活用等による看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目の見直し ➢ 医療機関等の業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減のため、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等の見直し
地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保	➢ 地域医療体制確保加算の施設基準に、医師の時間外・休日労働時間に係る基準を追加
多様な働き方を踏まえた評価の拡充	➢ 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点等から、看護補助体制充実加算の要件及び評価の見直し
医療人材及び医療資源の偏在への対応	➢ 医師派遣による地域医療体制維持への貢献を新たに評価

（２）ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

基本方針（具体的方向性）	改定項目の例
医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進	➢ オンライン資格確認により取得した診療情報等の活用や電子処方箋等の導入による医療DXに対応する体制整備を評価（医療DX推進体制整備加算の新設）
生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組	➢ 介護保険施設の協力医療機関である保険医療機関の医師が、当該施設の入所者の病状の急変時に診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価を新設
リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進	➢ 地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設
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	➢ 重症度、医療・看護必要度及び平均在院日数の見直しにより、急性期医療の機能分化を促進
外来医療の機能分化・強化等	➢ かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化等の観点から評価を見直し

基本方針と改定項目の整理（令和６年度診療報酬改定）

（２）ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進（続き）

基本方針（具体的方向性）	改定項目の例
新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組	➢ 改正感染症法等に基づく協定指定医療機関であることを評価
かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価	➢ かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、かかりつけ薬剤師による更なる地域支援等を促進
質の高い在宅医療・訪問看護の確保	➢ 医療・ケアに携わる関係職種がICTを用いて記録した情報を活用して、医学管理を行った場合の評価の新設（在宅医療情報連携加算の新設） ➢ 訪問看護ステーションの24時間対応体制における評価の充実

（３）安心・安全で質の高い医療の推進

基本方針（具体的方向性）	改定項目の例
食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応	➢ 食材費等の高騰等を踏まえた、入院時の食費基準額の引上げ
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	➢ 医療安全対策が特に必要な特定集中治療室等の治療室及び腹腔鏡手術等について、医療安全対策加算１の届出を要件化 ➢ 入院基本料等について、人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を要件化
アウトカムにも着目した評価の推進	➢ 「退院等におけるADLが入院時と比較して低下した患者」の割合が３％未満などのアウトカム評価を施設基準に追加
重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）	➢ 高度な医療を要する重症新生児に対する手厚い看護体制を評価する管理料の新設
生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進	➢ 生活習慣病管理料について要件及び評価を見直し、検査等を包括しない管理料を新設
口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進	➢ う蝕の重症化予防の推進（フッ化物歯面塗布処置の見直し、エナメル質初期う蝕及び初期の根面う蝕に係る管理料の新設）
薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価	➢ 薬局薬剤師による医療・介護の多職種への服薬情報提供の評価を充実 ➢ 病院薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上を評価
薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進	➢ 薬局の地域支援体制加算のかかりつけ薬剤師に関する要件の強化 ➢ 地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、地域医療に貢献する薬局の整備を促進
医薬品産業構造の転換も見据えた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	➢ 健康管理等のために主に患者自らが使用する「プログラム医療機器」を用いた療養に係る指導管理を評価

基本方針と改定項目の整理（令和６年度診療報酬改定）

（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

基本方針（具体的方向性）	改定項目の例
後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等	➢ 入院及び外来におけるバイオ後続品の使用促進に関する評価の見直し
費用対効果評価制度の活用	➢ 分析対象集団及び比較対照技術の設定、分析プロセス、費用対効果評価の結果の活用等について見直し
市場実勢価格を踏まえた適正な評価	➢ 衛生検査所検査料金調査による実勢価格等に基づき、検体検査の実施料等の評価の見直し
医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）	➢ オンライン資格確認により取得した診療情報等の活用や電子処方箋等の導入による医療DXに対応する体制整備を評価（医療DX推進体制整備加算の新設）
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（再掲）	➢ 重症度、医療・看護必要度及び平均在院日数の見直しにより、急性期医療の機能分化を促進
外来医療の機能分化・強化等（再掲）	➢ かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化等の観点から評価を見直し
生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（再掲）	➢ 生活習慣病管理料について要件及び評価を見直し、検査等を包括しない管理料を新設
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	➢ 薬剤総合評価調整加算について、ポリファーマシー対策をさらに推進する観点から、業務の合理化がなされるよう要件を見直し
薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（再掲）	➢ 薬局の地域支援体制加算のかかりつけ薬剤師に関する要件の強化 ➢ 地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、地域医療に貢献する薬局の整備を促進

令和7年8月28日	第196回社会保障審議会医療保険部会	資料2

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

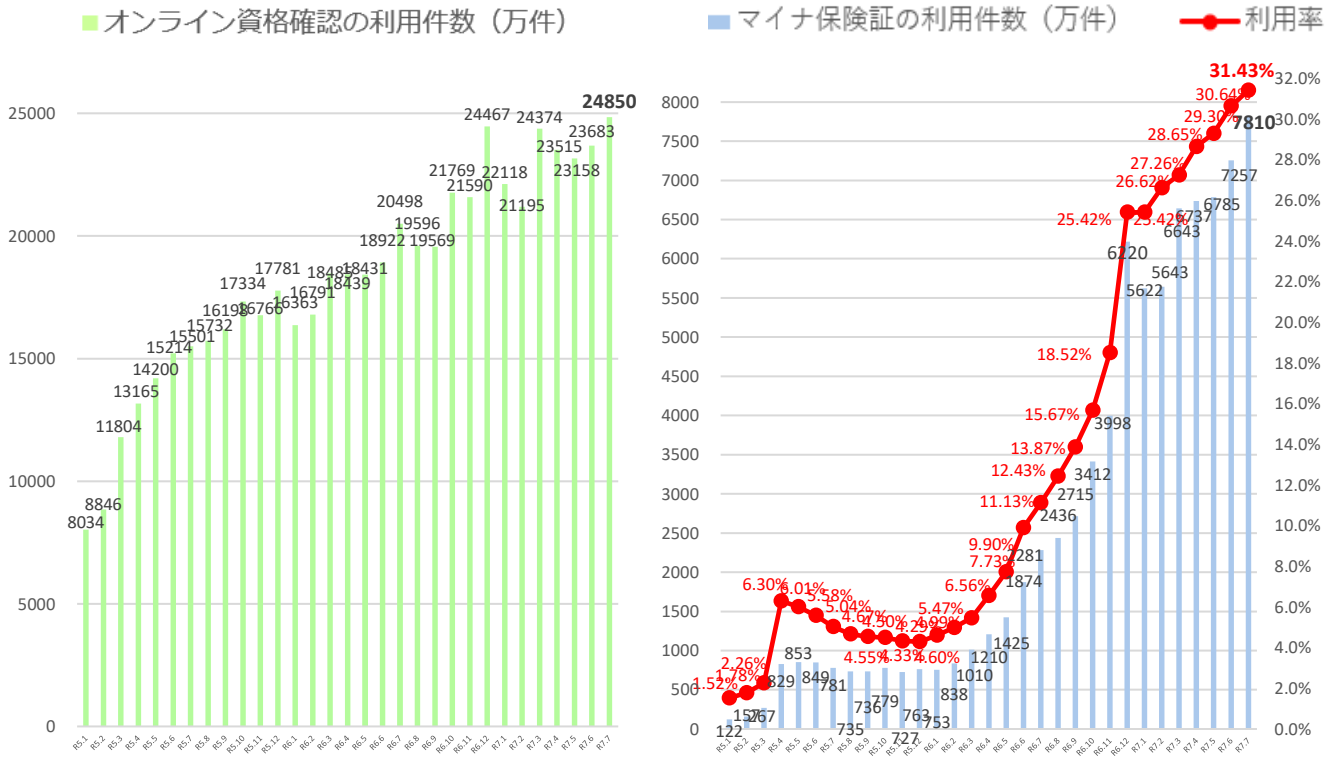
マイナ保険証の利用促進等について

厚生労働省　保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

オンライン資格確認の利用状況

※利用率=マイナ保険証利用件数/オンライン資格確認利用件数



【7月分実績の内訳】

	合計	マイナンバーカード	保険証
病院	19,763,425	10,052,763	9,710,662
医科診療所	103,738,303	30,547,643	73,190,660
歯科診療所	21,521,278	9,330,483	12,190,795
薬局	103,475,265	28,166,778	75,308,487
総計	**248,498,271**	**78,097,667**	**170,400,604**

	特定健診等情報（件）	薬剤情報（件）	診療情報（件）
病院	2,940,998	1,153,468	5,085,193
医科診療所	8,790,575	9,117,836	22,468,618
歯科診療所	2,449,642	1,961,623	2,488,106
薬局	9,432,037	6,929,463	15,032,577
総計	**23,613,252**	**19,162,390**	**45,074,494**

<参考>

令和7年7月のマイナ保険証利用人数（3,146万人）から、当該月に医療機関に受診した人の推計値（6,853万人）を用いて、**一月に医療機関を受診した人のうち、マイナ保険証を利用した人の割合（推計値）**を算出すると以下のとおり。

医療機関受診者に占めるマイナ保険証利用者の割合	45.9%
医療機関受診者（MNC保有者）に占めるマイナ保険証利用者の割合	58.0%
医療機関受診者（マイナ保険証登録者）に占めるマイナ保険証利用者の割合	66.9%

※医療機関受診者数とマイナ保険証利用者数は、月内に保険者を異動し、両保険者において医療機関を受診した又はマイナ保険証を利用した場合はダブルカウントされる。
※医療機関受診者数については、加入者数に患者割合をかけることで算出。加入者数については令和7年3月までは医療保険医療費データベースによる実績値、4～7月は過去の伸び率から推計して算出。
患者割合は、令和4年度の医療給付実態調査における診療種別計の患者割合を元に、医療保険医療費データベースにおける直近の入院外＋歯科の受診率を用いて推計し算出。
※医療機関受診者のうちMNC保有者及びマイナ保険証保有者の算出は、全人口のうちMNC保有者（79.2%）やMNC保有者のうちマイナ保険証利用登録者（86.6%）を用いて推計。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1．マイナ保険証を基本とする仕組みへの移行
（市町村国保）

2．外来診療等におけるスマートフォンのマイナ保険証利用への対応

3．黒丸文字の解消に向けた対応

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

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

マイナ保険証を基本とする仕組みへの移行（市町村国保）

ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

マイナ保険証を基本とする仕組みへの移行（市町村国保の影響報告）

８月に約1,400の市町村国保で、約1,700万人の保険証の有効期限を迎え、１日に約499万件のマイナ保険証の利用が観測された日もある中で、医療機関向けのコールセンターへの問合せ件数も大きな増加は見られないところ。引き続き状況を注視しながらマイナ保険証への円滑な移行と利用の定着を進めていく。

７月と８月第１週の医療機関等向けコールセンターへの入電件数の比較

	７月	８月 （8/1～8/7）
１日当たり平均入電件数	1,295	1,308

８月第１週の医療機関等向けコールセンターの問合せ分類（上位10個）

問合せ内容	総計
１顔認証付きカードリーダーの操作方法（目視確認モード切替え）	555
２端末エラー（個別事象）	365
３オン資システムの操作方法（ログイン不可）	254
４柔整あはきの施術所向け協力金（申請状況確認）	206
４マイナ資格確認アプリ（訪問診療等）のセットアップ	205
６資格確認端末の電子証明書（更新手順）	199
７オンライン請求のポップアップ画面（表示内容に関するお問合せ）	134
８柔整あはきの施術所向け協力金（報告フォーム入力方法）	124
９国保の保険証の有効期限切れに伴う暫定的な対応	104
10マイナ資格確認アプリのカード読み取りエラー	96

患者の資格確認に関するコールセンターへの問合せ状況（８月第１週）

患者の資格確認に関する主な問合せ内容	問合せ総数
国保の保険証の有効期限切れに伴う暫定的な対応	104
マイナンバーカードによるオンライン資格確認を行うことができない場合の対応	81
令和6年12月2日以降の資格確認方法	32
被保険者資格申立書	25
資格確認書	16
資格情報のお知らせ	4

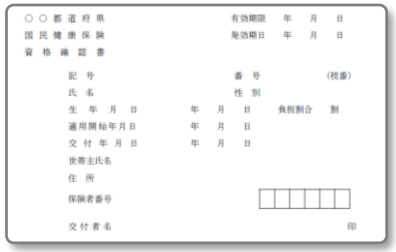
（参考）７月のマイナ保険証利用件数　：7,810万件
８月１日～７日のマイナ保険証利用件数：2,558万件

福祉施設や在宅の要配慮者への対応状況（報告）

今後、国民健康保険の保険証の有効期限が順次到来していく中で、マイナ保険証を既に保有しているが利用が難しい高齢者・障害者等の**要配慮者については、必要な場合には資格確認書の申請を行っていただく**こととされており、資格確認書の申請交付やマイナ保険証の取扱いについて、以下の内容を自治体・福祉関係団体に通知するとともに、約30の福祉関係団体に対して対面・オンラインで直接説明をしながら周知。

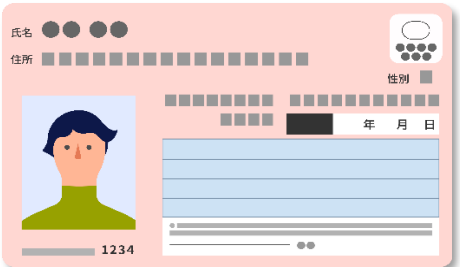
資格確認書の申請交付

- ✓ 保険証の有効期限前が切れる前の**資格確認書の交付申請の呼びかけ（要配慮者はマイナ保険証に加え、資格確認書も保有可能）**
- ✓ 申請に当たり、福祉施設等の利用者は**施設側で代理申請が可能**
- ✓ 在宅の要介護者についても、本人の状況に応じて、**ケアマネや自立相談支援員、その他介護・障害サービス事業者からも申請の呼びかけ**
- ✓ 児童養護施設等に入所等をしている児童についても、当該**児童の親権者から委任を受けた施設職員等が資格確認書の代理申請を行うことが可能**



要配慮者に関するマイナ保険証の取扱い

- ✓ 施設側でカードを預かる際に、**暗証番号までを管理することが求められてはいない**
- ✓ 施設での管理の都合上、**マイナ保険証の登録を解除する必要はなく**、申請で資格確認書が交付
- ✓ マイナ保険証を施設側で預かって利用者が受診する際、暗証番号がなくても、顔認証又は**医療機関等の職員の目視確認による方法で受診可能**
  （４月から目視確認の運用が簡便に）
- ✓ 健康保険証の有効期限が切れる前に、**マイナ保険証の利用登録の状況**や、**手元にマイナンバーカードがあるかの確認の呼びかけ**



保険証の切り替わりに伴う周知のリーフレット

お手元の健康保険証の有効期限をご確認ください。

令和7年7月31日以降、順次満了

となります。

健康保険証の有効期限が切れたあとは、

マイナ保険証か**資格確認書**

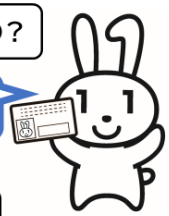
で医療機関・薬局にて受付をしてください。

従来の健康保険証は新たに発行されなくなり、
マイナ保険証を基本とするしくみに移行しています。



マイナ保険証を使ってる人はどうしたらいいの？

ぜひ、そのままお使いください！





マイナ保険証でないと受診等できないの？

マイナ保険証をお持ちでない方には、申請によらず資格確認書が交付されます。
また、マイナ保険証をお持ちの方でも、マイナ保険証での受付が困難な方は、加入している医療保険者に申請すれば資格確認書を取得できます。親族等の法定代理人や介助者等による代理申請も可能です。



まずはマイナンバーカードを持っているか
ご確認ください！



マイナ保険証の準備はできていますか？
いまのうちに確認しましょう！

裏面へ

マイナンバーカードを健康保険証として使うために利用登録をしておきましょう！

ご自身の登録状況がわからないときは

医療機関等の受付窓口に設置されている顔認証付きカードリーダーにマイナンバーカードを置くと、利用登録が済んでいない方には、その場で利用登録の案内がされます。



受付に使用する顔認証付きカードリーダーの操作方法など、
何かわからないことがあれば、受付の職員にお気軽にお声かけください。

他の方法で確認したいときは



1. ・スマートフォン
   ・マイナンバーカード
   を用意します



2. 「マイナポータル（モバイルアプリ）」にログインします。
3. 「健康保険証」を押します
4. 「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

マイナンバー総合フリーダイヤル **0120-95-0178**（マイナンバー）

5番を選択のうえ、音声ガイダンスにしたがってお進みください。

受付時間（年末年始を除く） 平日：9時30分～20時00分 土日祝：9時30分～17時30分

マイナンバーカードの保険証利用についてもっと知りたい方はこちら

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・後期の保険証切り替えに関する周知広報物

○自治体の庁内掲載用ポスター

お手元の健康保険証の有効期限をご確認ください。

令和7年8月1日以降順次、健康保険証は使えなくなります。

マイナ保険証か**資格確認書**

で医療機関・薬局にて受付をしてください。

マイナ保険証の利用をご希望の方	利用登録済みの場合▶ そのまま医療機関等でご利用ください。 未登録の場合▶ 医療機関等にある顔認証付きカードリーダーで利用登録ができます。 ※マイナポータル等でも登録できます。
マイナ保険証をお持ちでない方	お手元の健康保険証の有効期限前に資格確認書が交付されます。詳しくは、加入している保険者にお問い合わせください。
マイナ保険証の利用が困難な方	ご高齢の方や障害をお持ちの方など、マイナ保険証での受付が困難な方は、加入している保険者に申請すれば資格確認書が交付されます。 ※後期高齢者医療制度にご加入の方には、令和8年7月までの間は、マイナ保険証の有無に関わらず、申請しなくても資格確認書が交付されます

＼こんな時に便利！／ 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、救急搬送中の適切な応急処置や病院の選定、搬送先の病院で活用される

この他にも、日常生活の中で利用できるシーンが広がっています。
ぜひ日頃からマイナンバーカードを持ち歩いて、ご活用ください！

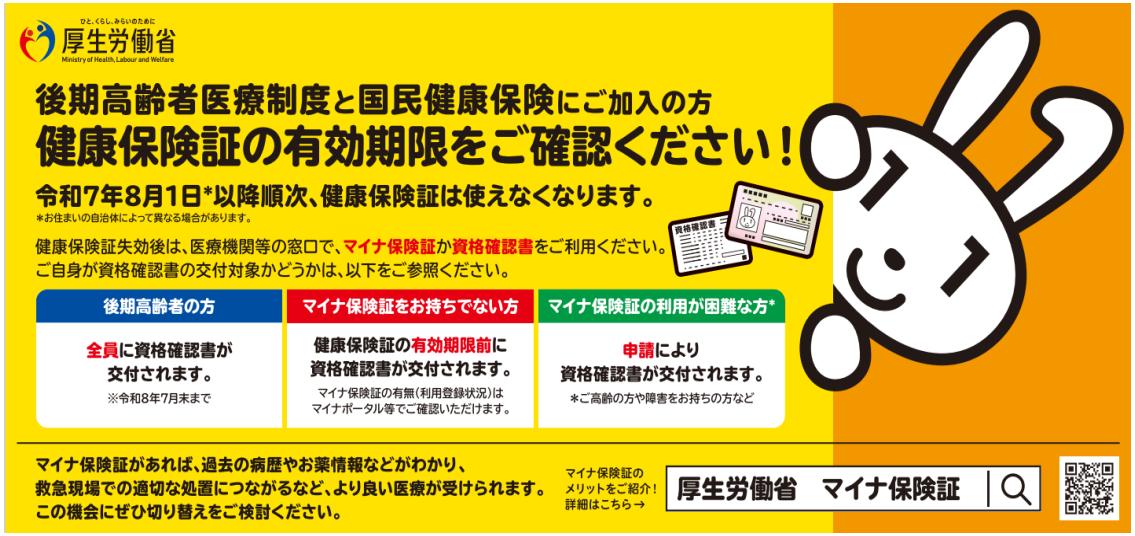


マイナンバー総合フリーダイヤル 0120-95-0178（マイナンバー）
5番を選択のうえ、音声ガイダンスにしたがってお進みください。
受付時間（年末年始を除く） 平日：9時30分～20時00分 土日祝：9時30分～17時30分

マイナンバーカードの健康保険証利用についてもっと知りたい方はこちら

厚生労働省 Ministry of Health, Labour and Welfare（ひと、くらし、みらいのために）

○６月２日読売新聞朝刊掲載の新聞広告



Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

外来診療等におけるスマートフォンのマイナ保険証利用への対応

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

外来診療等におけるスマートフォンのマイナ保険証利用への対応について

医療機関・薬局において、マイナ保険証を読み取る顔認証付きカードリーダーの導入が進んでいる中では、マイナンバーカードとしてのマイナ保険証の利用の定着を引き続き進めていくとともに、スマホでの受付を希望する医療機関・薬局に対しては補助金の活用により環境整備を進めていく。

マイナンバーカード

- ほぼ全ての医療機関・薬局でマイナ保険証として利用可能
- 券面に顔写真や氏名・住所等の記載があり、単体で本人確認が可能
- 手続として必要になる場面以外で、日常的に持ち歩く習慣がない方も一定数存在
- マイナ保険証としての利用も進んでいる一方、保険証の有効期限が切れるまでは発行済みの保険証を引き続き利用するという声もある

⇒引き続き実物のカードによるマイナ保険証の利用経験が増えていくよう取り組みを進めていく必要。

スマートフォン

- マイナポータルへのログインが簡便になり、自身の医療情報の把握・管理が容易に
- 日常的に広く利用されるスマートフォンでもマイナ保険証として利用できるようにすることで、患者の利便性の向上にもつながるほか、来院時の資格確認がスマホ１台でできることで、医療機関等の窓口での受付がスムーズになることも期待される

⇒カードに加えてスマートフォンでも利用できる医療機関等の環境整備を支援していく。

外来診療等におけるスマートフォンのマイナ保険証利用への対応（実証事業）

- **<u>iPhoneでのマイナンバーカード機能の利用が６月24日より開始</u>**。これにより、既に電子証明書の利用が始まっていたAndroidも含めて、スマートフォンでもコンビニ交付等のサービスの利用が可能に。
- あわせて、スマートフォンでのマイナ保険証の医療機関・薬局での利用について、**<u>７月より実証事業を実施</u>**（7/1～7/18と、8/4～8/15の２回に分けて実施）。実際の医療機関等の窓口で円滑に、問題なくオンライン資格確認が行われるか確認を行った。

スマートフォンでのマイナ保険証利用のリーフレット





（参考）大臣視察の模様（7/2）



スマートフォンのマイナ保険証利用の実証事業の結果

- 実証事業期間中にスマートフォンで資格確認を行った人数は321人（テスト利用と実証期間の中断期間も含む）。AndroidよりもiPhoneの利用が目立った。対象施設でのマイナ保険証の利用率は約５割である一方、マイナ保険証の利用に占めるスマホの割合は１％未満に留まったが、大きな支障なく資格確認を実施できることが確認された。
- 実証事業でスマホを利用した患者からは、利便性向上の意見もあった一方、利用前のスマホの設定や、スマホのかざし方がわかりにくいといった意見もあった。職員からは来院前にスマホ搭載を終えてから受付で利用して欲しいなどの意見があった。

スマホの利用状況（15医療機関等の合計）

デバイス	利用者数
iPhone （生体認証）	252
Android （PIN認証）	69
合計	321

資格確認種別	件数
①オンライン資格確認件数	146,102
②マイナ保険証の利用件数（カード+スマホ）	73,982
③スマホの利用件数（※）	398
マイナ保険証利用率（②÷①）	50.64%
マイナ保険証に対するスマホ利用割合（③÷②）	0.54%

（※）資格確認のログ上は同一患者の利用の重複があるため利用者数より多い

患者・職員の主な意見

（患者）

- カードを出す手間がなくなり、受付がスムーズになった
- カードの持ち歩きによる紛失の心配がなくなった
- スマホの最初の設定が難しかった
- スマホをかざす場所や端末の操作方法がわからなかった
- 機種変更時等のセキュリティ面に不安がある

（職員）

- 来院前にマイナンバーカードのスマートフォンへの追加を終えてから受付で利用してほしい
- マイナンバーカードのスマートフォンへの追加に必要な署名用電子証明書のパスワードが分からず利用を断念される方がいた
- 顔認証付きCRの操作をせずにいきなりスマホをかざす方が多い

スマホ利用に当たっての必要な事前準備や留意点について周知を図っていく

スマートフォンでのマイナ保険証の利用に向けた環境整備（医療機関・薬局側での対応）

本年９月19日（予定）から、スマートフォンでのマイナ保険証の読み取りに関するオンライン資格確認システムの機能を開放。スマートフォンに搭載されたマイナ保険証への対応に向けて、医療機関・薬局と患者側双方の環境整備を推進・支援していく。

医療機関・薬局側の対応

- **顔認証付きカードリーダーに対応した汎用カードリーダーの購入**
  →8/29よりECサイト（Amazonビジネス）の専用ページ開設。各医療機関・薬局向けに発行されたクーポンを利用し、申請手続なく1/2補助（補助上限7,000円）で割引後の価格で購入可。診療所・薬局は１台、病院は３台まで補助対象。
  ※接続にUSBケーブルやUSBハブが必要な場合は、CRの台数に応じた数が補助対象（CRとセットで購入）
  ※キヤノン製の顔認証付きカードリーダーを導入している場合は、汎用カードリーダーは設置不要
- **汎用カードリーダーと資格確認端末（PC）との接続**
  ※医療機関・薬局でのシステム改修や、顔認証付きカードリーダーの買い替えは不要
- **窓口での受付環境の整備**
  →患者にとってスマホをかざす位置が分かりやすくなるよう、
  ・顔認証付きカードリーダーの近くに汎用カードリーダーの設置
  ・スマホをかざす場所を示すステッカーの活用　を推奨
  →スマホ対応施設であることを患者が確認できるステッカーの掲示





※何らかの事由でスマートフォンでのオンライン資格確認ができなかった場合、その場でマイナポータルにログインし、表示された資格情報の画面を提示することで資格確認を行う。（要告示改正）

スマートフォンでのマイナ保険証の利用に向けた環境整備（患者側での対応）

スマートフォンでのマイナ保険証への対応に向けて、医療機関・薬局と患者側双方の環境整備を推進・支援していく。患者に対しては、来院前に必要な事前準備をした上でスマホを持参して受診していただくよう呼びかけを行う。

患者側の対応



- **自身のスマートフォンがスマホ用電子証明書の利用に対応しているかの確認**
  ※対象機種はデジタル庁のiPhone/Androidの各サービスサイトに掲載
- **健康保険証利用登録**
  （未登録の場合：マイナポータルで後続の手続とあわせて実施可能）
- **来院前のスマートフォンへのマイナンバーカードの追加**
  →マイナポータルアプリからスマートフォンにマイナンバーカードを追加するには、
  実物のマイナンバーカードと、署名用電子証明書のパスワードが必要。
  ※署名用電子証明書のパスワードが分からない場合には、スマートフォンの暗証番号リセットの専用アプリとコンビニのキオスク端末の利用により、自治体窓口に行かずとも再設定可能
  ※電子証明書の有効期限切れの場合には、自治体窓口で再発行を行う
  ※スマートフォンにマイナンバーカードを追加した後でも、引き続き実物のマイナンバーカードもマイナ保険証として利用可
- **スマホ対応医療機関・薬局の確認**
  →**医療機関・薬局の受付にあるステッカーを事前に確認した上で、スマホを持参**して受付。
  （ステッカーの掲示がなければ、引き続きマイナンバーカードを持参）
  ※スマホ対応医療機関・薬局については、厚労省ＨＰにも順次掲載



※電子証明書の有効期限が切れると、スマホでのオンライン資格確認は不可。
※スマートフォンへのマイナンバーカードの追加は１人１端末のみ可能だが、機種変更時にはマイナポータルアプリで古い端末から削除・再追加をするか、新しい端末で追加することで対応（この場合、古い端末での削除は不要）。また、15歳以上が利用可。

医療機関・薬局での資格確認とレセプト請求（令和６年12月２日以降の取扱い）

令和６年10月３１日
第184回社会保障審議会
医療保険部会
資料２

マイナンバーカードをカードリーダーにかざすようご案内ください

確認できた

問題なし

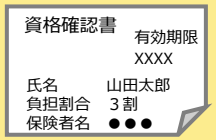
マイナンバーカードを持っていない方の場合

何らかの事情でオンライン資格確認を行えなかった場合

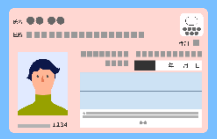
健康保険証
（～2025.12/1）



資格確認書
（2024.12/2～）



マイナ保険証



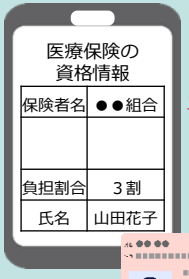
※追加で保険証の提示は不要

※電子証明書の有効期限後３カ月間は資格確認可

【患者が提示可能な場合】

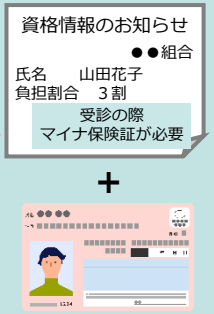
マイナポータル画面

※マイナポータルからダウンロードしたPDFファイルも可



※追加で保険証の提示は不要

資格情報のお知らせ



【再診の場合】

過去の受診で請求に必要な資格情報を把握していれば、患者への口頭確認

【初診の場合】

被保険者資格申立書



（事後に確認）

患者には適切な自己負担分（３割分等）の支払を求めてください

上記の方法で確認した被保険者番号等を入力して、
レセプト請求をしてください

※オンライン資格確認等システムから資格情報をダウンロードしておくことで、事後的に被保険者番号等の確認が可能です

以下の①→②→③の順に可能な方法を選択してレセプト請求をしてください

① 患者からの聞き取りや過去の受診歴等から確認できた「現在」の被保険者番号等を入力する

② オンライン資格確認における「資格（無効）」画面や過去の受診歴等から確認できた「過去」の被保険者番号等を入力する
→資格無効の場合には喪失した「旧資格情報」で請求してください

③ 被保険者資格申立書に記入された患者の住所・連絡先等を摘要欄に記載の上、被保険者番号等は不詳として「７」を必要な桁数分入力する
→資格情報なしの場合には「不詳レセプト」として請求をしてください

スマートフォンでのマイナ保険証の利用に向けた環境整備（資格確認方法）

何らかの事情によりスマートフォンのマイナンバーカードが読み取れずマイナ保険証で資格確認が行えなかった場合については、**その場でマイナポータルにログインし、表示された資格情報の画面を提示**することで資格確認を行う。

マイナンバーカードか、**マイナ保険証として利用可能なスマートフォン**をカードリーダーにかざすようご案内ください

赤字が今回の変更部分

確認できた

何らかの事情でオンライン資格確認を行えなかった場合

何らかの事情でスマートフォンの読み取りに失敗した場合

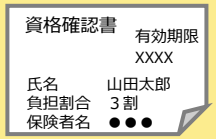
マイナンバーカードを持っていない方の場合

問題なし

健康保険証
（～2025.12/1）

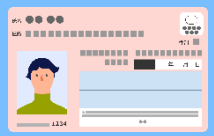


資格確認書
（2024.12/2～）



マイナ保険証

カード



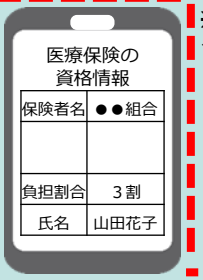
スマホ



※カードは電子証明書の有効期限後３カ月間はオンライン資格確認可

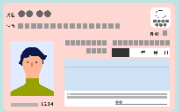
【患者が提示可能な場合】

マイナポータル画面



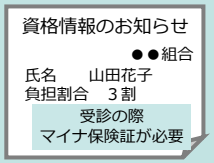
※マイナポータルからダウンロードしたPDFファイルも可

+

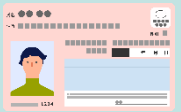


その場でマイナポータルにログインし、表示された資格情報の画面を提示

資格情報のお知らせ



+

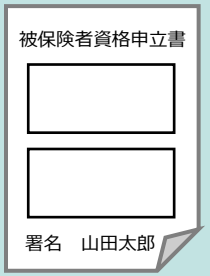


【再診の場合】

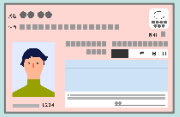
過去の受診で請求に必要な資格情報を把握していれば、患者への口頭確認

【初診の場合】

被保険者資格申立書



+



（事後に確認）

患者には適切な自己負担分（３割分等）の支払を求めてください

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

3

黒丸文字の解消に向けた対応

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

地方公共団体情報システムの標準化に関する法律に基づく文字の標準化

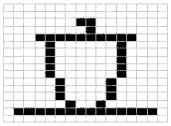
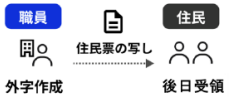
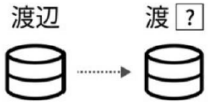
- 令和３年に成立した地方公共団体情報システムの標準化に関する法律（標準化法）の施行に伴い、原則、令和８年４月１日より、自治体システムで使用する文字について標準化されることとされている。
- これにより、自治体の基幹業務システム（戸籍、住基、地方税、国保、後期、生保など）において使用される文字について、自治体ごとに、順次、行政事務標準文字に置き換えられる。また、外部システムと情報連携する際は、医療保険者等向け中間サーバーを含む個々の外部システムの要件に応じた文字セットで連携される。

地方公共団体情報システムにおける文字の課題

文字を取り巻く地方公共団体の現状	文字を取り巻くシステムの現状
・手書きで作成された戸籍にはくずし字や書き癖により様々な文字が存在。戸籍の電子化に際し、そのまま外字として登録 ・アイデンティティとして文字を考える国民が一定数存在	・コンピュータで標準で扱える文字数には制限あり （スマホ等で扱える文字は約1万文字）

地方公共団体固有の外字、ベンダ固有外字が膨大に（約163万文字）

外字による様々な課題

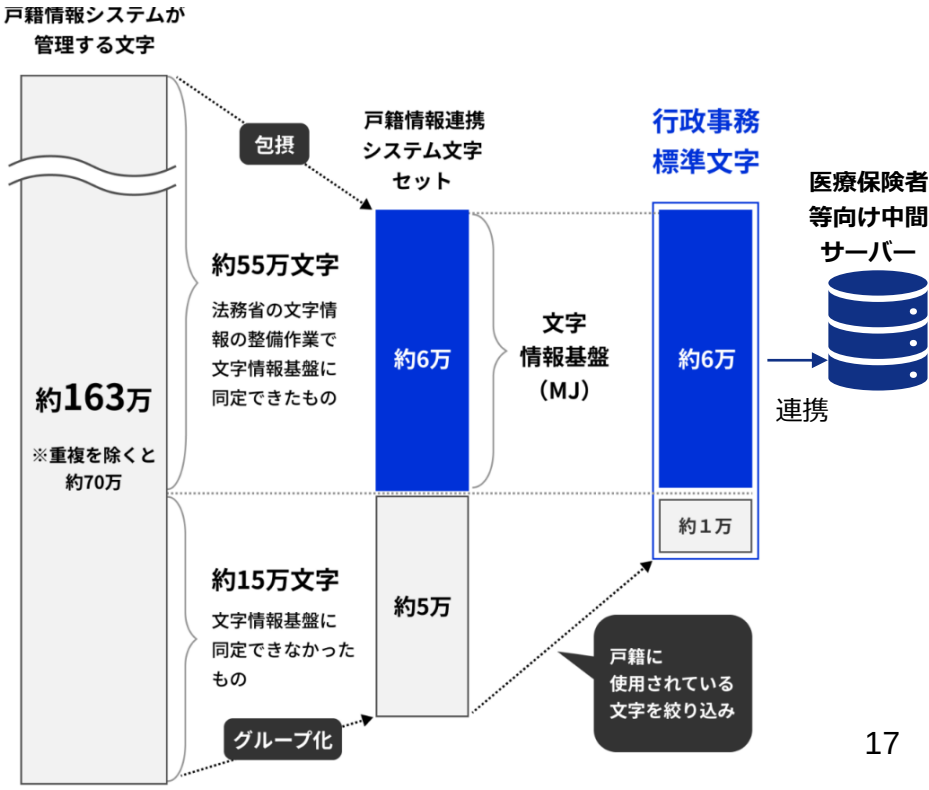
外字作成コスト	職員・住民の負荷大 （転入時の即時発行できず）	システム選択時の制約 （ベンダーロックイン）	システム間での情報連携を阻害 （文字化け）
			

文字作成等のコスト抑制や互換性確保のために文字の標準化が必要

※文字の標準化は、自治体における文字作成等のコスト抑制やシステム間の互換性確保のために字形が異なる文字を標準化するもので、字体（漢字の骨組み）を変更するものではないため、標準化前の文字と同一の文字として扱うこととなる。
（令和7年8月4日付けデ社第457号 デジタル庁留意事項通知抜粋）

（参考）行政事務標準文字の策定

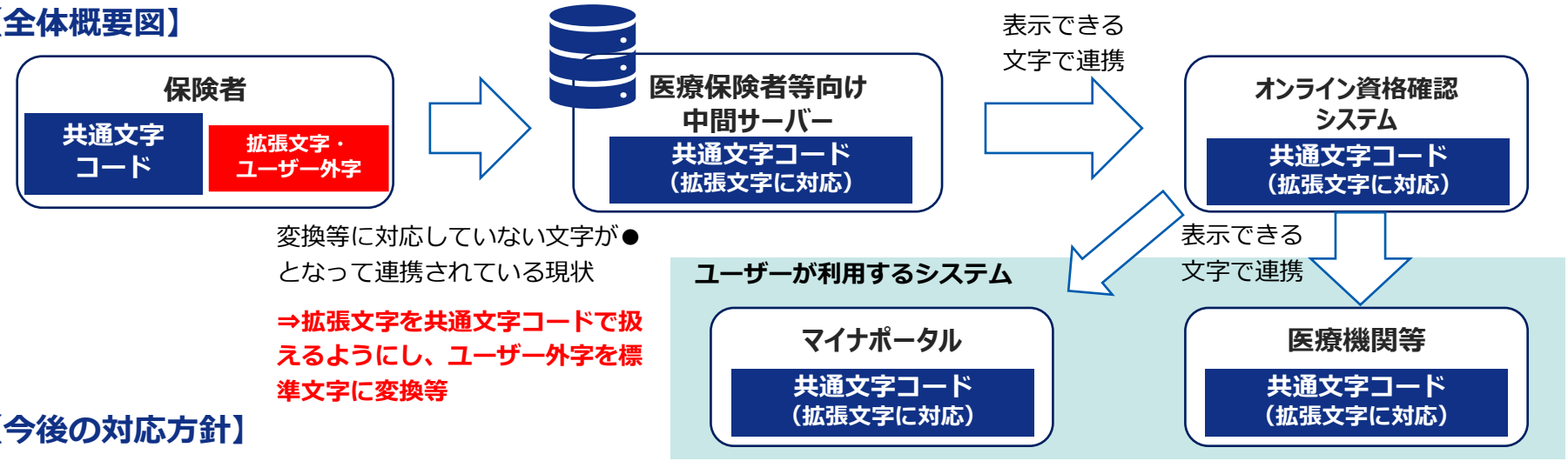
データ管理やシステム間の情報連携を容易にし、行政事務の効率化と住民サービスの向上を図るため、デジタル庁で行政事務標準文字を策定。



黒丸文字の解消に向けた対応

- 医療保険者等向け中間サーバーに登録されている1.2億件の加入者情報のうち、約550万件（4.4%）の加入者の氏名で、医療機関等のレセコンやマイナポータルで表示したときに黒丸になる文字が含まれている。
- 黒丸表記のままでもレセプト請求が可能であることを改めて周知するほか、自治体システムの標準化の取組の中で、戸籍、住基、地方税、国保、後期、生保等でも文字の標準化が進むことと併せて、中間サーバーで扱える文字を広げつつ、保険者で登録している外字を標準文字に置き換えることで、黒丸で表示される文字を縮小させていく。

【全体概要図】



【今後の対応方針】

- **保険者で使用している拡張文字への対応**（例：「髙」「﨑」など）

  中間サーバー側で表示可能な文字種別を追加し、保険者から登録があった際に「●」にならずに表示可能に

- **保険者で独自に使用しているユーザー外字への対応**（例：「𠮷」など）

  中間サーバー側で、保険者独自のユーザー外字について、加入者の理解も得ながら、簡易な標準文字か共通の文字コードで対応できる文字への置き換えを行っていき、加入者には、マイナポータルで標準文字に変換した旨をご案内
（国保・後期・生保については、保険者で使用するユーザー外字が行政標準文字へと置き換わっていく）

⇒令和８年度中を目途に、大多数の文字の「●」表示の解消を目指す

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

参考資料

ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

マイナ保険証に関する現状

取得 ⇩ 登録 ⇩ 携行 ⇩ 利用

①マイナンバーカードの保有状況 ※（ ）内は令和６年１月末時点

マイナンバーカードの保有者
R7.7月末：9,852万人（9,168万人）、全人口の79.2%（73.1%）

保有率向上

②マイナ保険証の登録状況 ※（ ）内は令和６年１月末時点

マイナ保険証の登録者
R7.7月末：8,534万人（7,143万人）、カード保有者の86.6%（77.9%）

登録率向上

③マイナンバーカードの携行状況 ※（ ）内は令和６年２月時点

マイナンバーカードの携行者
R7.4月： カード保有者の約60%（約40%）

携行率向上

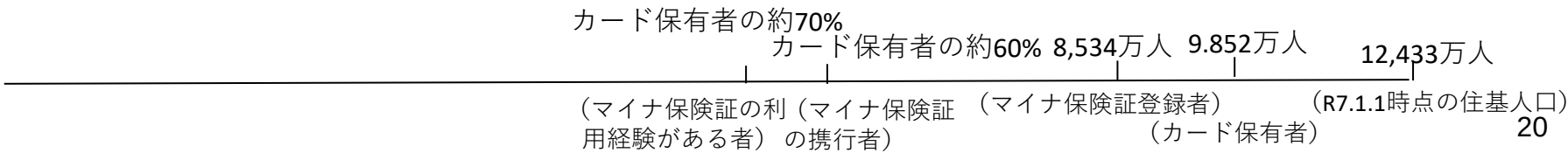
④マイナ保険証の利用状況 ※（ ）内は令和６年２月時点

マイナンバーカード保有者の
利用経験（Web調査）
R7.4月：約7人に5人（約4人に1人）

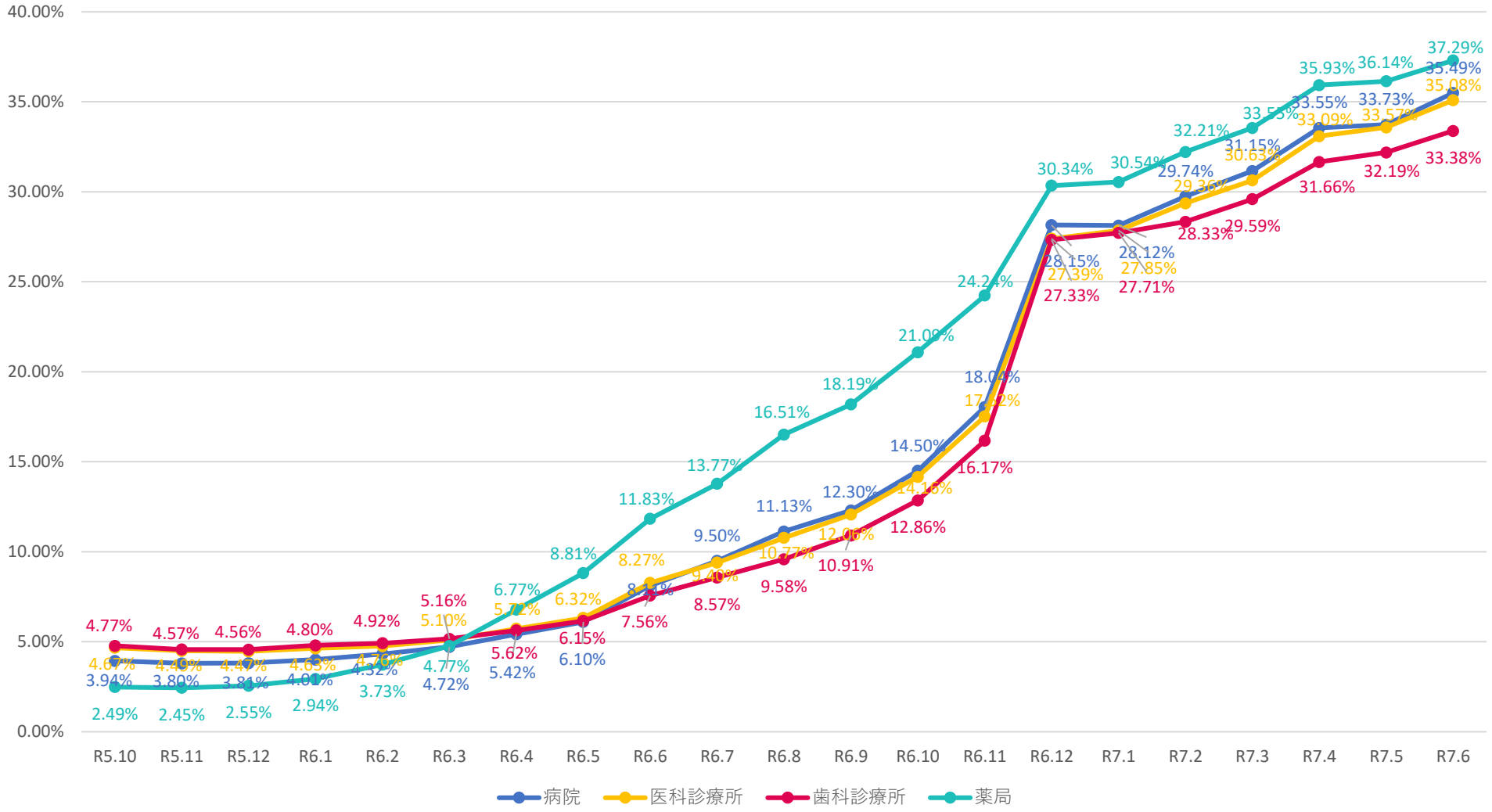
利用率向上

マイナ保険証の利用実績 ※（ ）内はR6.3月時点
R6.7月：7,810万件（838万件）、31.43%（4.99%）

（参考）マイナ保険証の利用者数（7月）：3,146万人、
（同月の医療機関受診者（マイナ保険証登録者）に占める割合は66.9%（推計値））



施設類型別のマイナ保険証利用率の推移



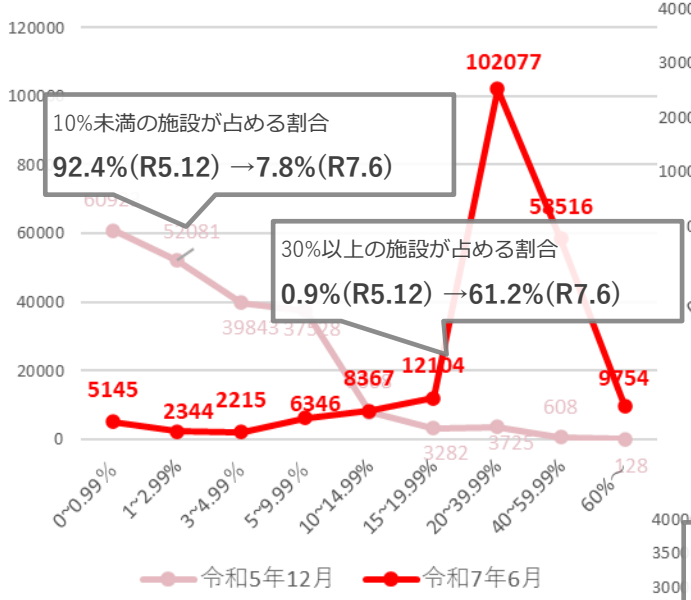
※ 利用割合＝MNC利用人数 / レセプト件数

マイナ保険証の利用状況

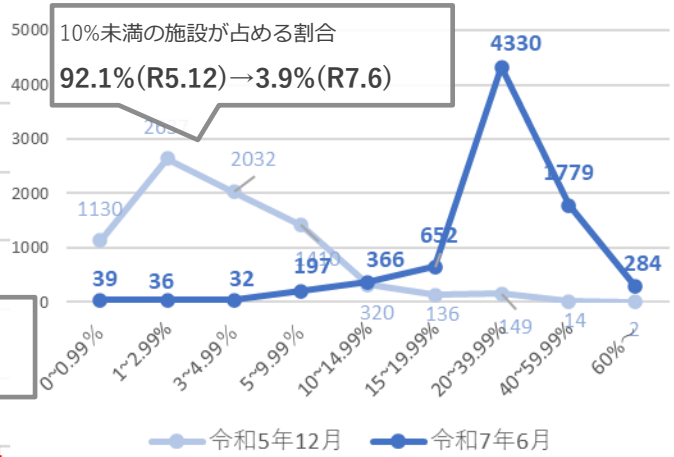
■マイナ保険証利用割合ごとの施設数の分布（レセプトベース利用割合）

令和5年12月、令和7年6月時点

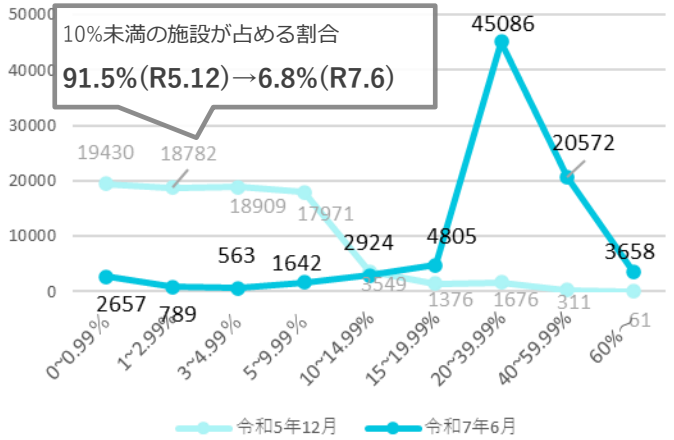
全体



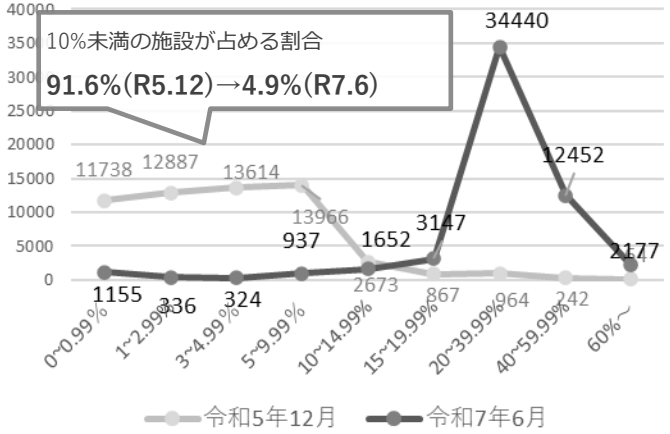
病院



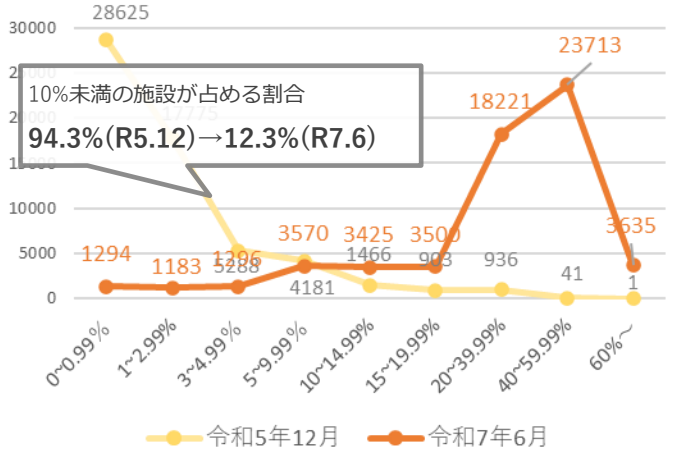
医科診療所



歯科診療所

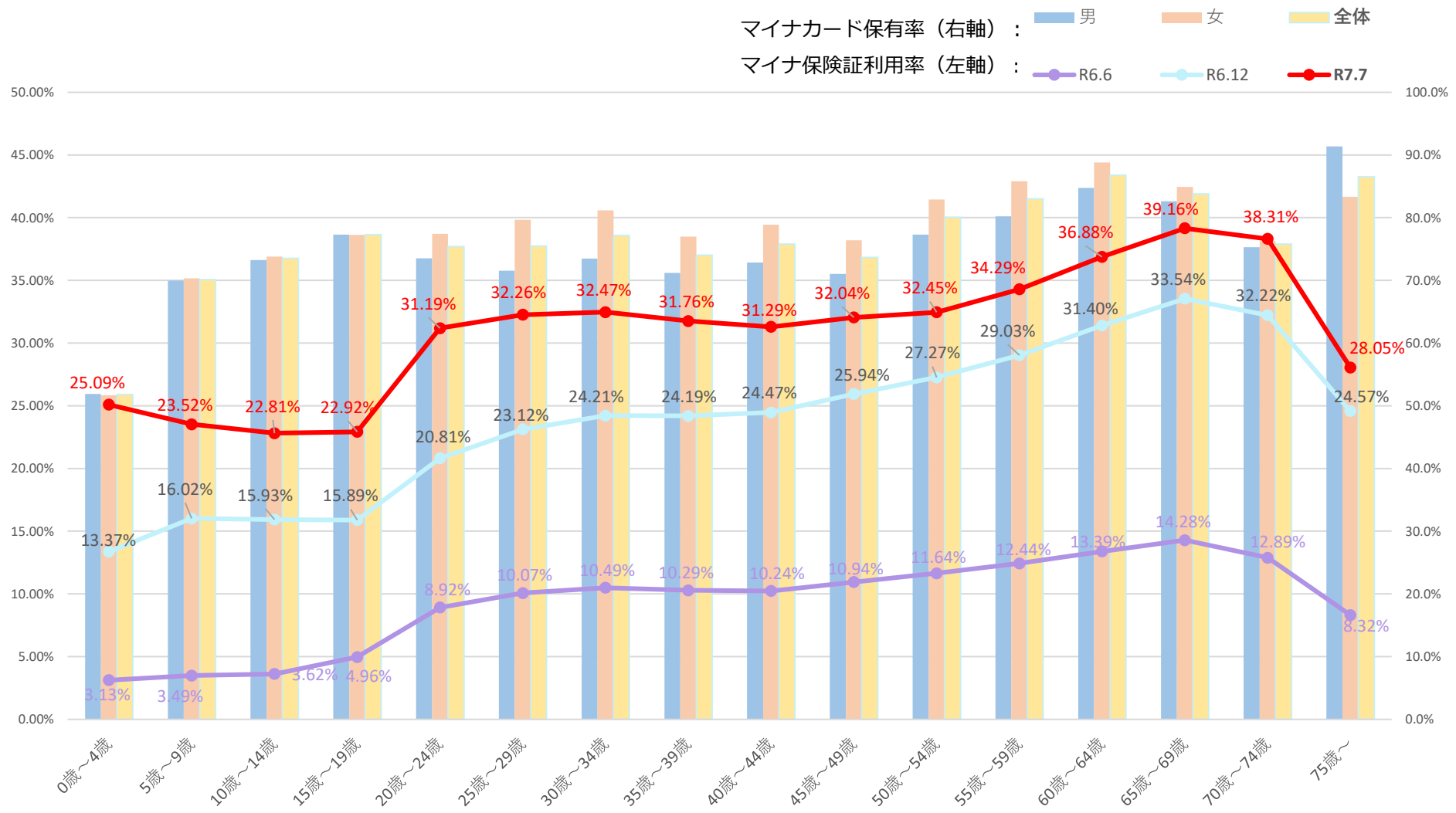


薬局



※ 利用割合＝MNC利用人数 / レセプト件数
※ レセプト件数50以上等の施設を対象に算出（施設数：206,126(R5.12)、206,868(R7.6)）

マイナ保険証利用率（年齢階層別）



※利用率=マイナ保険証利用件数/オンライン資格確認利用件数
※マイナカード保有率は令和7年3月時点のデータ

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

○　都道府県別のマイナ保険証の利用率（令和7年7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	30.26%（+0.76%）
青森県	31.16%（+1.05%）
岩手県	34.46%（+0.43%）
宮城県	29.29%（+0.68%）
秋田県	29.69%（+0.76%）
山形県	33.93%（+0.56%）
福島県	37.16%（+0.39%）
茨城県	34.15%（+0.89%）
栃木県	35.55%（+0.83%）
群馬県	33.19%（+0.65%）
埼玉県	29.30%（+0.77%）
千葉県	34.25%（+1.09%）
東京都	28.62%（+0.55%）
神奈川県	31.08%（+0.82%）

全国	31.43%（+0.79%）

都道府県名	利用率
新潟県	39.23%（+1.14%）
富山県	41.52%（+0.88%）
石川県	37.56%（+0.93%）
福井県	46.10%（+1.17%）
山梨県	30.46%（+0.96%）
長野県	28.59%（+0.91%）
岐阜県	31.00%（+0.96%）
静岡県	34.40%（+0.86%）
愛知県	28.90%（+0.79%）
三重県	30.03%（+0.78%）
滋賀県	35.60%（+1.03%）
京都府	33.87%（+0.05%）
大阪府	28.85%（+0.73%）
兵庫県	31.36%（+0.45%）
奈良県	32.82%（+1.35%）
和歌山県	25.62%（+1.24%）

都道府県名	利用率
鳥取県	34.18%（+0.64%）
島根県	39.35%（+1.04%）
岡山県	31.04%（+0.91%）
広島県	34.53%（+0.71%）
山口県	37.33%（+1.04%）
徳島県	31.36%（+0.98%）
香川県	32.93%（+0.85%）
愛媛県	25.66%（+0.86%）
高知県	27.96%（+0.74%）
福岡県	30.77%（+0.94%）
佐賀県	34.29%（+0.72%）
長崎県	32.49%（+0.90%）
熊本県	34.45%（+0.86%）
大分県	31.04%（+0.97%）
宮崎県	34.80%（+0.96%）
鹿児島県	37.48%（+1.23%）
沖縄県	18.98%（+0.40%）

※ 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
（括弧内の値は令和7年6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 = マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数

【医科診療所】

順位	R7.6順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
1	(1)	秋田	**39.08%**	220,154	563,380
2	(2)	新潟	**39.01%**	581,128	1,489,569
3	(3)	富山	**38.54%**	274,690	712,796
4	(4)	福井	**38.25%**	174,845	457,071
5	(5)	青森	**37.40%**	312,554	835,645
6	(6)	島根	**36.67%**	196,340	535,492
7	(7)	鹿児島	**35.89%**	449,384	1,252,019
8	(8)	静岡	**35.65%**	1,135,654	3,185,686
9	(9)	宮崎	**35.06%**	280,091	798,779
10	(10)	滋賀	**34.67%**	318,558	918,719
11	(11)	栃木	**33.87%**	503,602	1,486,869
12	(12)	山口	**33.45%**	436,603	1,305,159
13	(15)	千葉	**33.16%**	1,473,979	4,444,682
14	(13)	福島	**32.57%**	427,562	1,312,740
15	(17)	石川	**32.47%**	271,906	837,448
16	(14)	鳥取	**32.24%**	139,272	432,043
17	(19)	茨城	**31.83%**	573,409	1,801,359
18	(18)	山形	**31.73%**	304,485	959,487
19	(16)	岩手	**31.72%**	283,631	894,165
20	(20)	北海道	**31.35%**	1,073,060	3,422,621
21	(21)	香川	**31.23%**	207,268	663,775
22	(22)	群馬	**30.51%**	477,558	1,565,429
23	(23)	宮城	**30.49%**	602,327	1,975,211
24	(24)	神奈川	**30.15%**	2,532,665	8,398,993
25	(25)	熊本	**29.29%**	498,848	1,703,082
26	(28)	奈良	**29.13%**	295,223	1,013,378
27	(27)	山梨	**29.08%**	148,671	511,223
28	(31)	岐阜	**28.67%**	519,529	1,811,881
29	(26)	京都	**28.50%**	503,255	1,765,931
30	(29)	広島	**28.40%**	742,874	2,615,541

【病院】

順位	R7.6順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
1	(1)	栃木	**65.61%**	191,843	292,386
2	(2)	山形	**62.78%**	110,192	175,519
3	(3)	新潟	**61.97%**	213,589	344,648
4	(5)	千葉	**59.67%**	527,460	884,025
5	(8)	富山	**59.50%**	161,133	270,825
6	(4)	茨城	**59.34%**	236,696	398,899
7	(7)	島根	**58.71%**	69,181	117,839
8	(9)	京都	**57.95%**	227,220	392,093
9	(6)	山梨	**57.36%**	63,203	110,192
10	(10)	石川	**56.19%**	136,642	243,167
11	(14)	鳥取	**55.16%**	51,839	93,980
12	(11)	滋賀	**54.69%**	102,488	187,395
13	(13)	香川	**53.95%**	84,296	156,240
14	(12)	岐阜	**53.95%**	152,821	283,287
15	(15)	宮城	**53.90%**	182,405	338,408
16	(20)	長野	**53.63%**	199,872	372,717
17	(17)	山口	**53.54%**	133,940	250,152
18	(16)	神奈川	**53.45%**	591,685	1,106,983
19	(18)	北海道	**53.18%**	565,332	1,062,974
20	(21)	福井	**53.07%**	87,527	164,929
21	(22)	奈良	**52.48%**	109,345	208,349
22	(23)	三重	**51.83%**	128,328	247,608
23	(19)	福島	**51.71%**	154,276	298,330
24	(25)	宮崎	**51.64%**	120,134	232,650
25	(24)	岩手	**51.37%**	106,579	207,468
26	(26)	広島	**51.30%**	238,714	465,369
27	(28)	大分	**51.16%**	124,675	243,701
28	(27)	青森	**51.10%**	115,924	226,843
29	(29)	静岡	**50.72%**	279,154	550,390
30	(30)	愛媛	**50.47%**	115,029	227,928

施設類型別・都道府県別の利用実績

※ 利用率 = マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数

【医科診療所】

順位	R7.6順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
31	(34)	愛媛	**28.10%**	276,351	983,354
32	(30)	兵庫	**28.08%**	1,280,474	4,560,697
33	(32)	埼玉	**28.04%**	1,533,623	5,469,346
34	(33)	三重	**28.03%**	464,336	1,656,363
35	(35)	長野	**27.63%**	396,772	1,435,779
36	(38)	大分	**27.51%**	229,857	835,510
37	(36)	東京	**27.22%**	3,634,266	13,350,716
38	(37)	愛知	**27.21%**	2,019,168	7,420,922
39	(39)	徳島	**27.05%**	137,066	506,788
40	(40)	岡山	**26.87%**	385,998	1,436,625
41	(41)	長崎	**26.73%**	344,715	1,289,491
42	(42)	大阪	**26.53%**	1,909,846	7,198,234
43	(43)	佐賀	**26.15%**	214,737	821,272
44	(44)	福岡	**25.86%**	1,293,759	5,002,278
45	(45)	高知	**24.93%**	95,589	383,495
46	(46)	和歌山	**22.43%**	190,668	849,993
47	(47)	沖縄	**20.90%**	181,293	867,267

【病院】

順位	R7.6順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
31	(31)	秋田	**50.25%**	66,462	132,265
32	(32)	長崎	**49.61%**	125,339	252,642
33	(33)	東京	**49.37%**	940,750	1,905,326
34	(34)	鹿児島	**48.88%**	178,606	365,418
35	(35)	群馬	**48.83%**	151,994	311,246
36	(36)	埼玉	**48.64%**	488,000	1,003,218
37	(37)	兵庫	**47.68%**	380,856	798,793
38	(39)	岡山	**47.61%**	172,591	362,495
39	(38)	佐賀	**46.94%**	84,827	180,710
40	(41)	熊本	**46.02%**	179,303	389,644
41	(40)	大阪	**45.86%**	555,555	1,211,514
42	(42)	和歌山	**44.44%**	75,002	168,755
43	(43)	愛知	**44.27%**	489,668	1,106,215
44	(45)	福岡	**43.38%**	373,575	861,083
45	(44)	徳島	**43.27%**	78,483	181,386
46	(46)	高知	**41.26%**	65,961	159,848
47	(47)	沖縄	**29.54%**	64,269	217,573

施設類型別・都道府県別の利用実績

※ 利用率 = マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数

【歯科診療所】

順位	R7.6順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
1	(1)	宮崎	**63.67%**	92,210	144,822
2	(2)	富山	**57.09%**	95,601	167,455
3	(4)	三重	**56.36%**	147,454	261,611
4	(3)	岐阜	**56.32%**	178,154	316,303
5	(5)	山梨	**56.21%**	52,011	92,524
6	(6)	山口	**55.15%**	128,318	232,668
7	(8)	岩手	**53.84%**	83,174	154,476
8	(9)	鹿児島	**53.78%**	139,702	259,765
9	(7)	広島	**53.56%**	248,337	463,690
10	(10)	静岡	**53.01%**	335,988	633,855
11	(13)	山形	**52.01%**	90,583	174,159
12	(12)	石川	**51.84%**	83,165	160,437
13	(18)	奈良	**51.80%**	88,418	170,701
14	(14)	熊本	**51.69%**	150,790	291,694
15	(11)	福島	**51.51%**	128,656	249,765
16	(15)	京都	**51.48%**	161,042	312,814
17	(16)	和歌山	**51.43%**	51,781	100,676
18	(17)	滋賀	**51.31%**	98,632	192,218
19	(20)	福井	**50.78%**	53,626	105,596
20	(21)	長崎	**50.48%**	107,249	212,454
21	(19)	秋田	**50.19%**	67,059	133,613
22	(22)	愛知	**49.74%**	619,044	1,244,634
23	(23)	長野	**49.67%**	136,244	274,305
24	(24)	大分	**48.13%**	63,977	132,913
25	(25)	佐賀	**47.23%**	63,858	135,195
26	(26)	群馬	**47.23%**	149,306	316,156
27	(28)	栃木	**46.39%**	172,056	370,917
28	(27)	兵庫	**46.26%**	368,552	796,670
29	(29)	青森	**45.92%**	83,103	180,973
30	(30)	茨城	**45.79%**	194,188	424,116

【薬局】

順位	R7.6順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
1	(1)	福井	**49.94%**	252,384	505,330
2	(2)	佐賀	**39.04%**	217,519	557,128
3	(3)	島根	**36.02%**	167,730	465,670
4	(4)	福島	**35.62%**	438,303	1,230,426
5	(6)	新潟	**34.84%**	651,410	1,869,529
6	(5)	富山	**34.78%**	276,229	794,306
7	(8)	山口	**34.75%**	421,920	1,214,206
8	(9)	広島	**34.26%**	722,327	2,108,585
9	(7)	石川	**34.14%**	256,034	749,911
10	(10)	熊本	**33.84%**	416,776	1,231,622
11	(14)	鹿児島	**32.47%**	415,899	1,280,729
12	(12)	長崎	**31.72%**	299,080	942,821
13	(13)	福岡	**31.10%**	1,193,046	3,835,831
14	(11)	京都	**30.73%**	536,127	1,744,355
15	(15)	岩手	**30.47%**	310,201	1,018,050
16	(16)	鳥取	**30.23%**	116,661	385,876
17	(19)	滋賀	**29.89%**	301,122	1,007,424
18	(20)	岡山	**29.28%**	370,635	1,265,662
19	(18)	栃木	**29.28%**	481,038	1,642,890
20	(17)	群馬	**29.25%**	378,912	1,295,411
21	(23)	茨城	**28.95%**	600,369	2,073,890
22	(22)	兵庫	**28.90%**	1,168,899	4,044,132
23	(21)	山形	**28.85%**	346,305	1,200,533
24	(25)	千葉	**28.78%**	1,352,243	4,698,148
25	(24)	香川	**28.57%**	202,145	707,590
26	(27)	奈良	**28.49%**	236,437	829,824
27	(26)	徳島	**28.44%**	125,933	442,856
28	(28)	静岡	**27.69%**	1,020,678	3,686,670
29	(29)	神奈川	**27.10%**	2,115,970	7,808,744
30	(31)	宮崎	**26.54%**	266,698	1,004,899

施設類型別・都道府県別の利用実績

※ 利用率 = マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数

【歯科診療所】

順位	R7.6順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
31	(31)	福岡	**45.27%**	387,294	855,438
32	(32)	島根	**45.27%**	54,104	119,526
33	(33)	徳島	**44.48%**	44,788	100,688
34	(34)	大阪	**43.01%**	574,570	1,335,859
35	(35)	埼玉	**42.40%**	515,791	1,216,540
36	(38)	高知	**41.42%**	43,804	105,767
37	(37)	千葉	**41.25%**	472,598	1,145,569
38	(39)	新潟	**40.78%**	178,044	436,644
39	(36)	宮城	**40.76%**	183,187	449,402
40	(40)	神奈川	**39.15%**	683,401	1,745,533
41	(41)	香川	**38.67%**	63,104	163,182
42	(44)	鳥取	**37.70%**	41,894	111,114
43	(43)	岡山	**37.35%**	130,708	349,924
44	(42)	北海道	**37.18%**	395,937	1,065,058
45	(45)	愛媛	**37.06%**	93,012	250,961
46	(46)	沖縄	**36.17%**	44,716	123,644
47	(47)	東京	**30.60%**	991,253	3,239,254

【薬局】

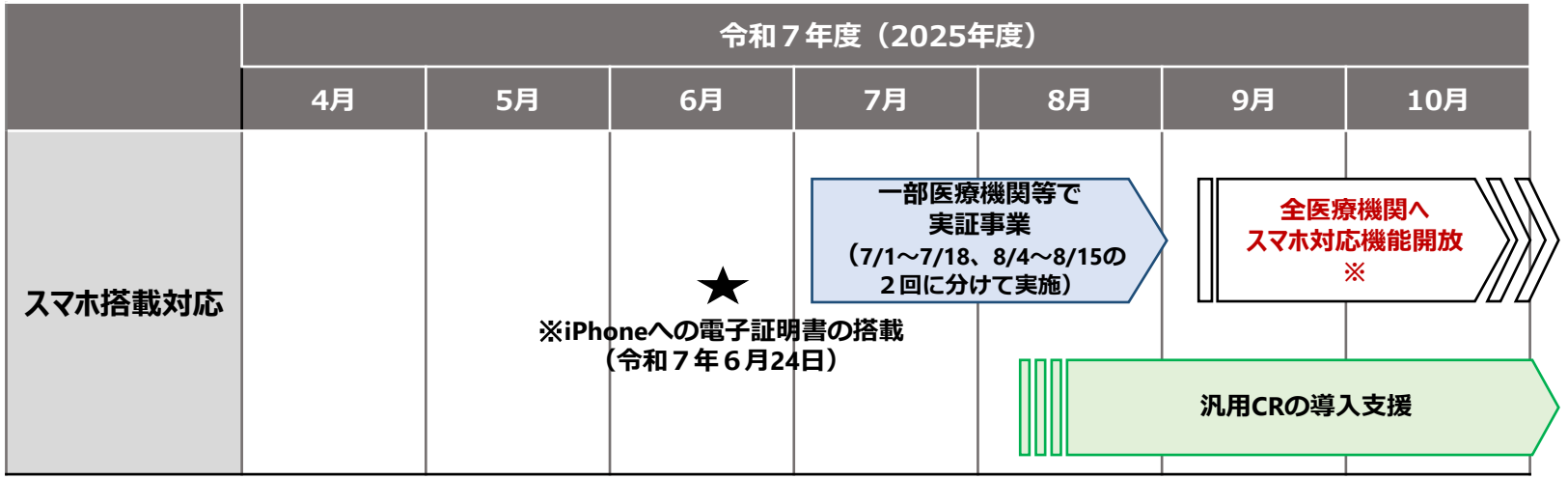
順位	R7.6順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
31	(30)	大分	**26.32%**	235,269	893,805
32	(32)	東京	**26.28%**	3,060,039	11,643,201
33	(33)	大阪	**25.21%**	1,586,474	6,291,825
34	(34)	岐阜	**25.12%**	440,232	1,752,593
35	(35)	埼玉	**24.70%**	1,524,902	6,173,349
36	(37)	愛知	**24.47%**	1,677,594	6,854,488
37	(36)	三重	**24.45%**	393,487	1,609,569
38	(38)	山梨	**23.80%**	166,152	697,977
39	(39)	北海道	**23.43%**	1,215,438	5,187,421
40	(40)	宮城	**22.94%**	572,753	2,497,023
41	(41)	高知	**22.59%**	100,428	444,542
42	(42)	青森	**22.47%**	321,209	1,429,393
43	(45)	和歌山	**21.63%**	166,546	769,882
44	(43)	秋田	**21.26%**	270,820	1,274,024
45	(44)	長野	**20.71%**	361,036	1,743,490
46	(46)	愛媛	**18.19%**	266,021	1,462,328
47	(47)	沖縄	**13.49%**	149,348	1,107,307

外来診療等におけるスマホ搭載対応について

令和７年４月３日
第193回社会保障審議会
医療保険部会
資料１
（一部更新）

- iPhoneへの電子証明書の搭載後、Androidも含めて、スマホ搭載されたマイナ保険証の使用について一部の医療機関等（15施設）において実証事業を実施予定。
- 実証事業において窓口での動作確認やスマホ保険証を用いた資格確認時に生じうるエラー等の検証を行った後、導入を希望する医療機関等より順次、スマホ保険証の利用を開始する想定。

令和7年度の実施スケジュール（想定）



※環境が整った医療機関等から徐々に運用開始
（全医療機関に導入を義務付けるものではない）

実証事業の概要

先行してスマホ搭載対応の環境が整備された医療機関等において、患者がスマホ保険証を用いた場合の資格確認が問題なく実施されるか、以下の観点を念頭において確認する。

- 患者向け　　：スマホをかざす場所や画面操作方法に分かりづらい点がないか、マイナンバーカードと同じようにご利用いただけるか
- 医療機関等向け：導入のための機器設定や運用に分かりづらい点がないか、誤操作等に起因するエラーにより窓口が混乱することがないか　など

※実証事業を実施する医療機関等については、病院：４施設、医科診療所：７施設、歯科診療所：2施設、薬局：2施設。

スマートフォンでの保険証利用について

令和７年４月３日	資料１
第193回社会保障審議会 医療保険部会	

スマートフォンでのマイナ保険証は、スマホ用電子証明書の搭載準備を行った上で、医療機関・薬局の顔認証付きカードリーダーで操作をした上で、汎用カードリーダーにかざして利用。

事前準備

○（iPhoneのみ）生体認証（Face ID・Touch ID 等）の登録

※iPhone本体の生体認証（Face IDまたはTouch ID）が登録されていることが
スマホ用電子証明書の登録（発行）には必要です。

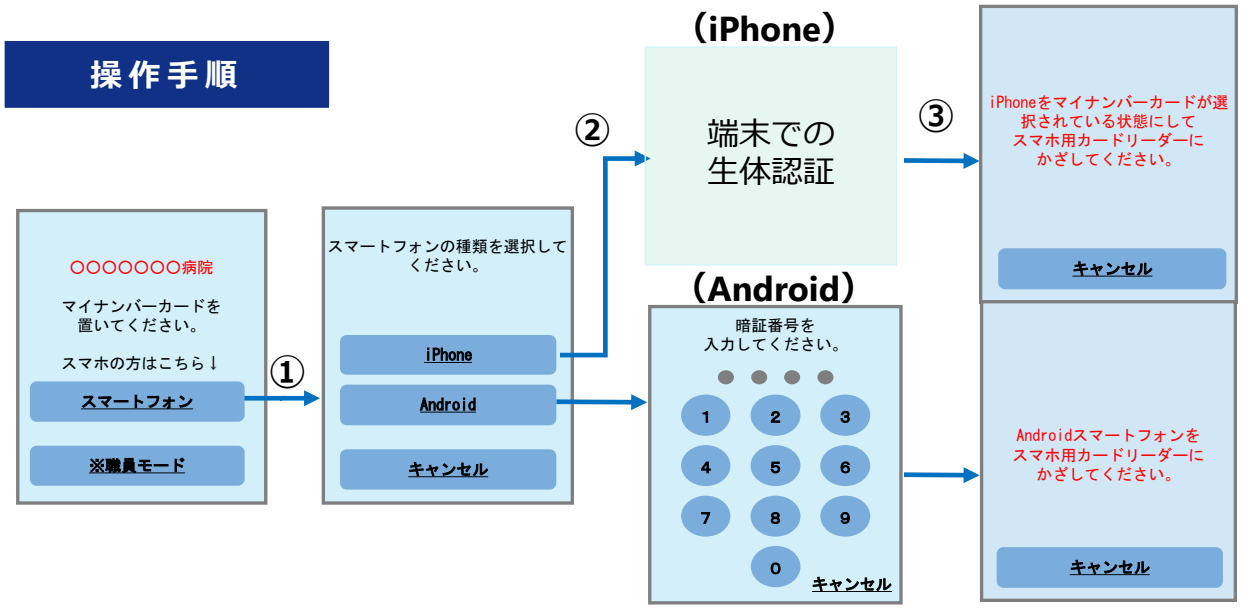
○ スマホ用電子証明書の利用申請

※申請にはマイナンバーカードと署名用電子証明書（原則15歳以上に発行）が必要です。

○ スマートフォンへの電子証明書の登録

※マイナ保険証の利用登録がお済みでない方は、あわせてマイナポータル上から登録可

操作手順



（参考）汎用カードリーダーの設置イメージ



【操作の流れ】

①顔認証付きカードリーダーでスマホ利用を選択

②該当する端末を選び、対応する本人認証を実施

③スマホを汎用CRにかざし電子証明書を読み取る

⇒マイナンバーカード利用時と同様に、顔認証付きカードリーダーで同意情報を入力

※初めて受診する医療機関にはマイナンバーカードもあわせてお持ち下さい

登録済みデータの確認作業の結果

令和６年８月30日
第181回社会保障審議会
医療保険部会
資料１
（一部更新）

令和７年７月末現在

住基情報（J-LIS情報）との突合結果	令和５年 11月	令和５年 12月	令和６年 1月	令和６年 2月	令和６年 3月	令和６年 4月	令和６年 5月～
生年月日・性別不一致（①：2,779件）	【全ての登録済みデータ（1.6億件）について、住民基本台帳情報との突合を完了。確認が必要な約139万件について閲覧停止をしたうえで、保険者等による確認作業を実施】 → 4月までに、**①・②の不一致データの確認作業を終了**し、確認済みの**全てのデータについて閲覧停止を解除** ※ 検知された誤登録数：602件 （令和７年７月末現在。令和6年8月30日に公表した件数539件に、その後追加で報告のあった件数を加えた） 上記誤登録数うち、薬剤情報等が閲覧された件数：31件（令和７年７月末現在。令和6年8月30日に公表した件数16件に、その後追加で報告があった件数を加えた） （試行実施で検出されたものや、保険者の自己点検等で検知された誤登録を含む）					**新誤入力チェックシステムの運用開始** 【５月７日～】 → データ登録時に全てのデータについて住民基本台帳情報との突合を行う
氏名の不一致等（②：約139万件）							
全加入者（＊）						確認作業終了を踏まえ、安心してマイナ保険証をご利用いただけるよう、**原則全加入者に対して個人番号下４桁を送付** ・被用者保険：資格情報のお知らせ送付時 ・地域保険：保険証の更新時　　等	

＊　個人番号未提出者等については別途対応

健康保険証の有効期限切れに伴う暫定的な取扱い（令和７年６月27日事務連絡）

問　多数の自治体で国民健康保険の健康保険証が有効期限切れにより順次失効するが、
・有効期限が切れた健康保険証を引き続き持参してしまう患者や
・健康保険証の切り替えに伴って通知された「資格情報のお知らせ」のみを持参する患者
に対しては、どのように受給資格の確認をするのか。

（答）

○　受給資格の確認は、受診等の都度、患者本人が提示した情報に基づく資格確認を行う必要があることから、
①　患者がマイナンバーカードを利用して電子資格確認を受ける
②　患者が保険医療機関等に資格確認書、又は有効期限内の発行済み健康保険証を提出する
のいずれかにより行うことが基本である。

○　また、①の資格確認を受けられなかった場合には、
・患者のマイナンバーカードと「資格情報のお知らせ」（※）か、
・患者のマイナンバーカードとマイナポータルに表示する資格情報画面
によって資格確認を行うことを可能としている。
（※）健康保険証の利用登録を行ったマイナンバーカード（以下「マイナ保険証」という。）を有する被保険者に対して健康保険証の有効期限が切れる前までに送付される。書面上はこのお知らせのみでは受診できない旨が通常記載されている。

○　しかし、令和７年８月１日以降、多数の自治体で国民健康保険の健康保険証が有効期限切れにより順次失効していくことにより、気がつかずに有効期限が切れた健康保険証を引き続き持参してしまう患者、健康保険証の切り替えに伴って通知された「資格情報のお知らせ」のみを持参する患者が保険医療機関等を訪れることも当面は想定される。

○　患者が有効期限を迎えた従来の健康保険証からの切り替えやマイナ保険証の電子証明書の有効期限の更新等への対応が必要な中において、こうした場合の移行期の対応として、患者に10割の負担を求めるのではなく、保険給付を受ける資格を確認した上で適切に受診が行われるよう、被保険者番号等によりオンライン資格確認システムに資格情報を照会するなどした上で、患者に対して３割等の一定の負担割合を求めてレセプト請求を行うこととする運用は、保険医療機関等の現場における実態を勘案すれば、暫定的な対応として差し支えないものと考える。

○　こうした移行期における暫定的な対応は、最後に切り替わる自治体の健康保険証の有効期限が令和７年12月１日であることに鑑み、令和８年３月末までの対応とし、あわせて、保険医療機関等から患者に対し、次回以降はマイナ保険証又は資格確認書を持参いただくよう働きかけることについて御協力いただきたい。

令和７年８月28日	第196回社会保障審議会医療保険部会	資料３

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

電子処方箋・電子カルテの目標設定等について

厚生労働省　医薬局・医政局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

電子処方箋・電子カルテの目標設定等の概要①

１．電子処方箋の新目標

- 電子処方箋については、「概ね全国の医療機関・薬局に対し、2025年３月までに普及させる」※1こととしていた。
  2025年６月時点で運用開始済の薬局は８割を超えており、薬局については今夏には概ね全ての薬局での導入が見込まれる。
  一方、医療機関への導入は１割程度に留まる。
- 医療機関において電子処方箋の導入を進めるにあたっては、電子カルテが導入されていることが重要であるため、**電子処方箋の新たな目標では、電子カルテ／共有サービスと一体的な導入を進めることとし、「患者の医療情報を共有するための電子カルテを整備するすべての医療機関への導入を目指す」**。

  歯科医療機関については、現場に求められる電子カルテ・電子処方箋の機能に関し、本年度から検討を行い2026年度中に具体的な対応方針を決定する。

※１ 医療 DX の推進に関する工程表 2023.6.2 医療ＤＸ推進本部

２．電子カルテ／共有サービスの普及策

- 電子カルテについては、「遅くとも2030年には概ねすべての医療機関において必要な患者の医療情報を共有するための電子カルテの導入を目指す」※1こととしている。この目標達成に向け、オンプレ型で、かつ、カスタマイズしている現行の電子カルテから、いわゆるクラウドネイティブを基本とする廉価なものへと移行することを図りつつ、
  ① 電子カルテ導入済の医療機関※2には、次回更改時に、共有サービス／電子処方箋に対応するシステム改修等の実施、
  ② 電子カルテ未導入の医療機関※2には、**共有サービス／電子処方箋に対応できる標準化された電子カルテの導入**を進める。

※２ 医科診療所／病院が対象。歯科医療機関については、現場に求められる電子カルテ・電子処方箋の機能に関し、本年度から検討を行い2026年度中に具体的な対応方針を決定する。

今後の主な対応方針

- 標準型電子カルテ（デジタル庁で開発中）について、本格運用の具体的内容を2025年度中に示した上で、**必要な支援策の具体化を検討**するとともに、**2026年度中目途の完成**を目指す。
- 併せて、標準型電子カルテの要件※3を参考として、**医科診療所向け電子カルテの標準仕様（基本要件）を2025年度中に策定**する。

※３ 小規模な医療機関でも過度な負担なく導入が可能となるよう、①共有サービス・電子処方箋管理サービスへの対応、②ガバメントクラウドへの対応が可能となり、かつ、１つのシステムを複数の医療機関で共同利用することで廉価なサービス提供が可能となるマルチテナント方式（いわゆるSaaS型）のクラウド型サービスとする、③関係システムへの標準APIを搭載する、④データ引き継ぎが可能な互換性を確保すること等を要件とする方向。

- **2026年夏までに、電子カルテ／共有サービスの具体的な普及計画**を策定する。

電子処方箋・電子カルテの目標設定等の概要②

３．その他（医薬品・臨床検査コードの整備）

- **医薬品コード**については、現在、様々な場面で様々なコードが活用されているが、各コードの関係性が整理されておらず、トラブルの発生や現場負担等につながっている。そこで、**電子処方箋トラブルの再発リスクの低減、医薬品のトレーサビリティの強化等を目的として、令和８年度から各医薬品コードの関係性を国が明らかにする等の対応を行う**。

- **臨床検査コード**については、厚労省標準規格（JLAC10）の使用が推奨されているが、実際にはコードが統一されていないため、システム間での情報連携が容易でなく、現場のコスト増大の一因になっている。
  そこでJLAC10を改善した**JLAC11を厚労省標準規格として、電子カルテ等の標準仕様で統一的な検査コードとして位置付ける**。

電子処方箋に関する新たな目標設定

○　電子処方箋については、令和７年６月時点で、薬局の８割超に導入、利用申請は９割を超えていることから、今夏時点で概ねすべての薬局に導入されることが見込まれる。一方で、医療機関への導入は１割程度に留まる。

○　**調剤結果登録率も全処方箋の約８割に達し**、８月には電子処方箋管理サービスの改修（医薬品のダミーコードを受け付けない）も完了し、今夏以降、**薬局において電子処方箋システムの利用も一般的になり、直近の薬剤情報の活用による医療安全が確保**されつつあるが、電子処方箋の意義を発揮し、更なる医療安全を確保するためにも、**調剤結果登録の更なる充実及び医療機関への導入は課題**である。

○　**医療機関において電子処方箋の導入を進めるにあたっては、電子カルテが導入されていることが重要**である。電子カルテが既に導入されていたとしても、改修費用が一定かかることから、医療機関に過度な負担が生じないよう、電子カルテの更新期間（５～７年）の希望するタイミングで、電子カルテ情報共有サービスへの対応とともに一体的に導入を促すことが肝要である。

電子処方箋の新目標

更なる医療安全を確保するため、電子処方箋については、

- **保険制度下における処方箋について、速やかに概ねすべての調剤結果が電子処方箋管理サービスに登録されることを目指すとともに、**
- **患者の医療情報を共有するための電子カルテを整備するすべての医療機関への導入を目指す**

医療機関への導入方針

【電子カルテを導入済の医療機関】電子カルテを更改するタイミング等で、電子カルテ情報共有サービスへの対応とともに一体的に導入を促進

※ 既に電子カルテ情報共有サービスに対応している医療機関に対しては電子処方箋単独の導入を促進

【電子カルテを未導入の医療機関】電子処方箋機能を実装する標準型電子カルテの導入もしくは電子カルテ情報共有サービスに対応したクラウド型電子カルテとの一体的な導入を促進

※　医科医療機関を想定。歯科医療機関については、現場に求められる電子カルテ・電子処方箋の機能に関し、本年度から検討を行い2026年度中に具体的な対応方針を決定する。
※　上記については、経済財政運営と改革の基本方針2025（令和７年６月13日閣議決定）における「全国医療情報プラットフォームを構築し、電子カルテ情報共有サービスの普及や電子処方箋の利用拡大（中略）これらの取組に加えて、必要に応じて医療ＤＸ工程表の見直しを検討する」に基づき対応していく

今後の対応方針

電子処方箋については、今夏時点で概ねすべての薬局に導入されることが見込まれ、今夏以降、薬局においては電子処方箋システムの利用も一般的になる。新たな目標を踏まえ、電子処方箋の意義を発揮し、医療現場にとって電子処方箋を利用しやすく安全に運用できる仕組み・環境を引き続き整備するとともに、導入阻害要因の解消に向け、新たな導入・利用促進策、周知広報の強化、効果検証等を実施する。

安全に運用できる仕組み・環境の整備	● **令和７年８月に電子処方箋管理サービスの改修（医薬品のダミーコードを受け付けない）を完了。**その他医薬品コードに関するシステム上の措置も同月までに実施完了。必要な改修については、医療現場への負担が可能な限り生じないよう、速やかに実施 ● **医薬品コードの整備、マスタの一元管理を進める** ● 医療従事者等に向けたコードやマスタ等に関するわかりやすい周知の実施
新たな導入・利用促進策の方針	● **保険制度下における医療用医薬品の薬剤情報取得は電子処方箋システムの活用を原則としていく** ● 医療機関については、**医療機関の実情を踏まえた、患者の医療情報を共有するための電子カルテ等との一体的な導入を進める**とともに、地域の医療ニーズに合わせた医療DXの推進を進める ● **電子処方箋の導入状況や医療機関の実情等を踏まえ、財政支援のあり方について検討** ● **ダミーコードに関する電子処方箋管理サービスの改修・医薬品コードの整備により、導入済医療機関で安全に電子処方箋が発行できる環境を構築する**とともに、利用者のUX向上に資するよう運用を改善 ● 電子処方箋の運用に必要な**電子署名システムに関し、安定的な運用基盤の整備の検討**を進める ● ベンダーに対し、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスへの対応並びに医薬品コード等への適切な対応を要請する
周知広報の強化	● 令和７年９月以降、国民・医療従事者向けに、電子処方箋を含む医療DXのメリット・医療機関薬局間連携を含む臨床活用事例等について周知広報を強化し、**国民理解を醸成**する。 ● 院内処方においても電子処方箋で得られるメリットや負担のない運用等について、プレ運用の検証も踏まえながら適切な周知を実施 ● 日本災害医学会等の関連学会と協力し、臨床における電子処方箋の活用事例等を周知
効果検証	● **未導入医療機関の導入阻害要因を継続的に分析するため、定期的にフォローアップを実施** ● 導入済医療機関・薬局における利活用状況や効果等の調査。今夏概ねすべての薬局に導入されることが見込まれることを踏まえ、**令和８年に既に導入された医療機関・薬局における利活用状況や効果等を提示**

電子カルテ・電子カルテ情報共有サービスの普及について（１）

現状

- 電子カルテの普及率は、医科診療所：約55%、一般病院：約65%（2023年医療施設調査）
- 電子カルテ未導入の医科無床診療所向けに、国がクラウドベースの標準型電子カルテを開発中。本年３月末より、一部医療機関でモデル事業を実施。
- 電子カルテ情報共有サービス（以下「共有サービス」）については、本年２月より、一部医療機関でモデル事業を実施。
  本格運用に必要な法制上の措置を規定した「医療法等の一部を改正する法律案」を第217回通常国会に提出。

⇒「医療DXの推進に関する工程表」においては、「**遅くとも2030年には概ねすべての医療機関**において必要な患者の**医療情報を共有するための電子カルテの導入を目指す**」とされている。この目標達成に向け、
・導入済の医療機関（医科診療所／病院）には、共有サービス／電子処方箋に対応するシステム改修等
・未導入の医療機関（医科診療所／病院）には、共有サービス／電子処方箋に対応できる標準化された電子カルテの導入
が必要であり、具体的には、今後以下の方針で進める。

今後の対応

（電子カルテ導入済の医科無床診療所）　57,662施設（2023年医療施設調査）

■ オンプレミス型電子カルテの医科診療所（～約47,000施設）については、**次回システム更改時に、標準型電子カルテに準拠したクラウド型電子カルテへの移行を促す**。

■ クラウド型電子カルテの医科診療所（約10,000施設～）については、標準型電子カルテに準拠したクラウド型電子カルテへの移行を図りつつ、速やかな移行が困難な場合には、共有サービス／電子処方箋に対応したアップデートを推進する。

（電子カルテ未導入の医科無床診療所）　47,232施設（2023年医療施設調査）

■ 国は、モデル事業の結果を踏まえ、**標準型電子カルテ**の改良を重ね、**2025年度中に本格運用の具体的内容について示した上で、2026年度中目途の完成を目指す**。また、本格運用の具体的内容を示すことを含め、**必要な支援策の具体化を検討し、普及を促進**する。

■ 上記と並行して、小規模な医療機関でも過度な負担なく導入が可能となるよう、**2025年度中に**、 標準型電子カルテの要件（①共有サービス・電子処方箋への対応、②ガバメントクラウド対応が可能となる、マルチテナント方式（いわゆるSaaS型）のクラウド型サービス、③関係システムへの標準APIの搭載、④データ引き継ぎが可能な互換性の確保等）を参考に、システム費用の抑制を目指して、**医科診療所向けの電子カルテの標準仕様（基本要件）を策定**する。
標準仕様（基本要件）に準拠した電子カルテの開発を民間事業者に促し、当該電子カルテを厚生労働省又は社会保険診療報酬支払基金等が認証する。また、認証された電子カルテと国の医療DXの各サービスとは、クラウド間で連携できるようにする。

電子カルテ・電子カルテ情報共有サービスの普及について（２）

今後の対応

（電子カルテ導入済みの病院）　4,638施設（2023年医療施設調査）

- 共有サービス／電子処方箋管理サービスに対応するため、**医療情報化支援基金を活用し、次回システム更改時のシステム改修を促す。**

  ※病院の多くはオンプレミス型システム。特に、400床以上の病院（約650施設）では、2030年までに毎年100前後の病院でシステム更改時期を迎える。一部のクラウド型システムの病院は、当面、共有サービス／電子処方箋に対応するアップデートを進める。

- 特に、地域医療支援病院・特定機能病院等については、医療法改正法案において、共有サービスの体制整備に関する努力義務規定が設けられていることに鑑み、率先してシステム改修に取り組むことを促す。
- その上で、病院の電子カルテシステム等の医療情報システムについて、カスタマイズ等による高コスト構造になっている現行のオンプレミス型から、いわゆるクラウド・ネイティブなシステムへと移行するべく、国は、2025年度中目途に、標準仕様（基本要件）を策定することとしている。
  今後、国の標準仕様に準拠したクラウド・ネイティブなシステムが登場してきた段階で、順次、クラウド・ネイティブなシステムへの移行を進める。

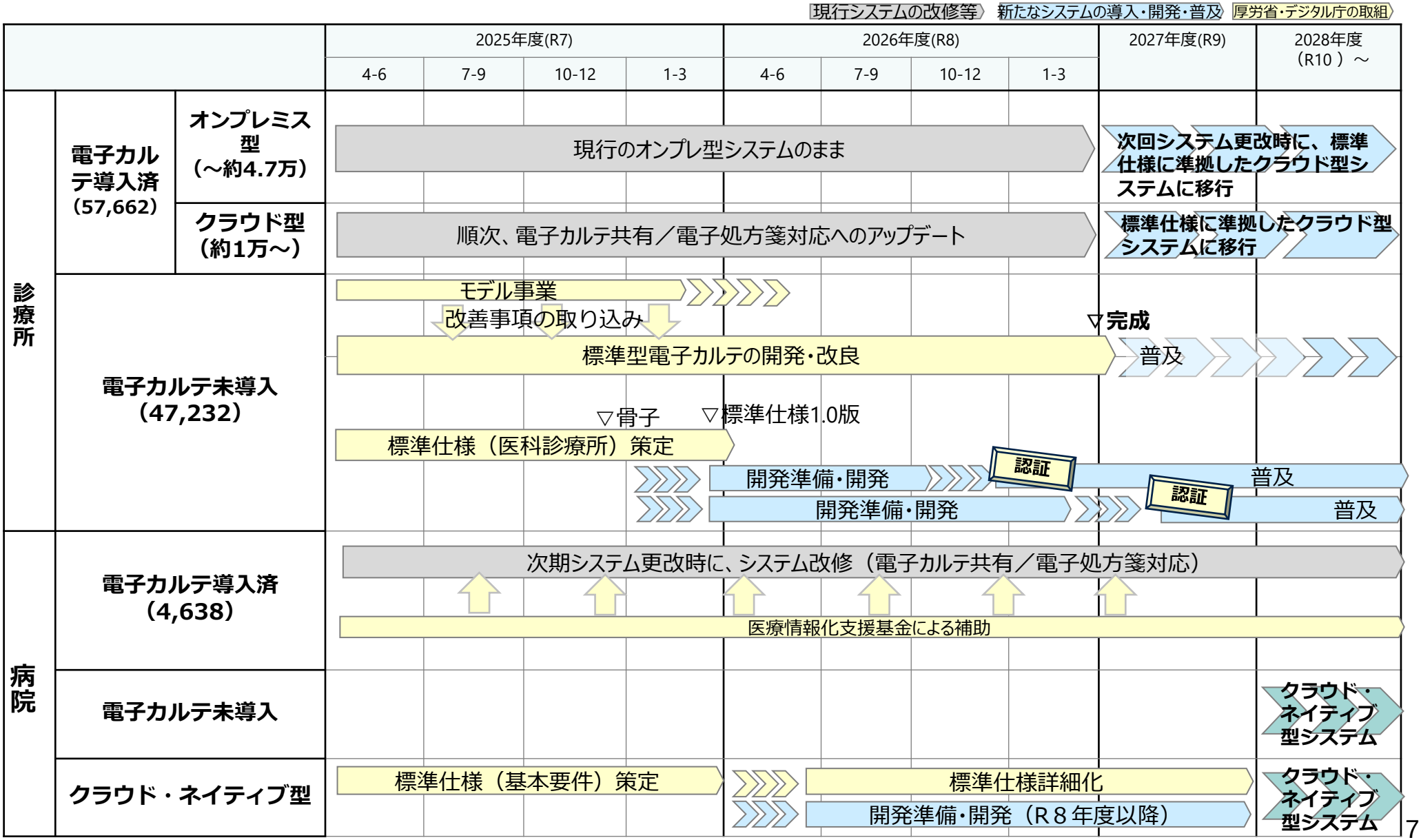
（電子カルテ未導入の病院）　2,427施設（2023年医療施設調査）

- 病院の電子カルテシステム等の医療情報システムについて、カスタマイズ等による高コスト構造になっている現行のオンプレミス型から、いわゆるクラウド・ネイティブなシステムへと移行するべく、国は、2025年度中目途に、標準仕様（基本要件）を策定することとしている。
- 既に電子カルテの導入を予定している病院については、導入時に、共有サービス・電子処方箋管理サービスへの対応を促す。

➢ 今後、本格運用の具体的内容を2025年度中に示すことを含め、必要な支援策の具体化を検討するとともに、電子カルテ導入済医科診療所の詳細（オンプレ・クラウドの別、システム更改時期等）等を把握した上で、医療現場やシステムベンダー等の関係者の意見も聴いて、**電子カルテ／共有サービスの具体的な普及計画を2026年夏までにとりまとめる。**

※　医科医療機関を想定。歯科医療機関については、現場に求められる電子カルテ・電子処方箋の機能に関し、本年度から検討を行い2026年度中に具体的な対応方針を決定する。

電子カルテ・電子カルテ情報共有サービスの普及について（３）



医薬品コードについて

現状と課題

- 医薬品コードは、卸業者と医療機関との間等での受発注や、医療現場での処置･投薬等、様々な場面で、様々なコードが活用されている。特に、医療機関や薬局までの物流段階と、納入以降の段階で活用されているコードが大きく異なり、容易には変換できないため、医療従事者の作業負担になっているとの意見もある。
- また、各コードの関係性が整理されていないことや、関係者が必要とするタイミングで付番されていない場合もあること等から、各システムベンダーや医療機関・薬局などにおいて、独自マスタの整備や独自コード（ハウスコード・ダミーコード）の設定等を行う必要が生じ、結果として、トラブルの発生や費用・時間の増大につながっていると考えられる。

これらの観点から、主要な医薬品コードの関係性を医薬品マスタとして整理し、国が責任を持ってマスタ情報の維持管理を行う必要がある。（コードに意味が含まれている場合があるため、統一的な医薬品コードを新設することは困難）

対応

R8年度～

令和６年12月に生じた電子処方箋トラブルの再発リスクを低減するとともに、システムベンダーや医療機関のシステム担当者の負担を軽減するために、厚生労働省は必要な関係者調整等を行い、令和８年度から、

・医薬品コードの関係性（YJコード･レセ電コード･一般名コードの対応関係）を明らかにする。
（具体的には、電子処方箋管理サービス内で使用している医薬品マスタを公開※１する。）

※１ 関係者（関係企業、社会保険診療報酬支払基金、PMDA等）を入れた検討の場を速やかに設け、管理･公開方法等の運用方針について令和７年度中に決定する。

・コードの早期付番や一般名コードの整備を進める。

＜残課題＞ワクチン等の保険適用外の医薬品に関する情報や物流分野のキーコードの情報について整備等が不十分

R10年度～

令和10年度当初を目途にワクチン等を含む医療用医薬品の流通分野のキーコード（GS1コード）とYJコードを含む公的なデータベース※２を公開し、維持管理する。　※２ PMDA等への設置を検討。

➡ 物流分野のキーコードも整備されるため、医薬品のトレーサビリティが強化されるとともに、医療機関の在庫管理等の作業負担を軽減できる。また、医療情報の二次利用の促進にも資する。



臨床検査コードについて

現状と課題

- 臨床検査コードの厚生労働省標準規格として、2011年からJLAC10（Japan Laboratory Code, version10）の使用を推奨しているが、医療機関等での利用は非常に低く、日本では複数のコード（例：JLAC10、JLAC11、LOINC、ハウスコード等）が併存している。
- コードが統一されていないため、システム間での情報連携が容易でないことに加え、医療機関毎にマスタを管理しているため一括更新できない等の医療機関やベンダー等のコストを増大する一因になっている。
- JLAC10が十分に利用されていない主な理由は、JLAC10がコードそのものでなく、付番規則であるため、各医療機関等で付番する必要があるためと考えられる。また、JLAC10のコード体系には検査結果の「単位」が含まれていない課題もある。
  そのため、JLAC10を改訂したJLAC11では、「単位」に係る情報を加えるとともに、一意のコードとなるようにJLACセンターでコードを付番することとしている。
  ただし、JLAC11で付番されている検査は、カバー率に課題がある。（検査頻度ベースでは概ねカバーされているが、検査の種類ベースでは、十分でない。）

※ JLACセンターは一般社団法人医療データ活用基盤整備機構（IDIAL）内に置かれた組織で、日本臨床検査医学会臨床検査項目コード委員会の委嘱を受けた唯一のJLAC正統機関

【出典】https://www.idial.or.jp/jlac_found.html

対応

<u>コードの統一化とJLAC11のカバー率の改善</u>

- 病院の情報システムの刷新・システム関係経費の削減に資するよう、JLAC11を厚生労働省標準規格として認定し、電子カルテ等のシステムの標準仕様で統一的な検査コードとしてJLAC11を位置付ける。
- コードの付番や維持管理にかかる体制として、JLACセンターの機能を公的に行う仕組み※に移行して、機能を強化する。 ※ JLACセンター等の関係者と連携し、コードの付番や維持管理にかかる体制等の具体化、運用方針の決定を令和７年度中に行う。
  その上で、JLAC11のカバー率にかかる課題への対策として、付番されていない検査について、使用頻度の高い検査から付番する。

＜参考＞ 病院の情報システムの刷新に係る方向性について（厚生労働省 令和7年1月22日）
医薬品･検査等の標準コード･マスタ、並びにこれらの維持管理体制の整備を進めるとともに、現場における標準コード･マスタの利用の徹底を図る。

参考資料①

経済財政運営と改革の基本方針2025（令和７年６月13日閣議決定）

第２章 賃上げを起点とした成長型経済の実現
３．「投資立国」及び「資産運用立国」による将来の賃金・所得の増加
（２） ＤＸの推進
（医療・介護・こどもＤＸ）
全国医療情報プラットフォームを構築し、電子カルテ情報共有サービスの普及や電子処方箋の利用拡大、ＰＨＲ情報の利活用を進めるほか、標準型電子カルテの本格運用の具体的内容を2025年度中に示すことも含め必要な支援策の具体化を検討し、その普及を促進するとともに、介護情報基盤の整備、診療報酬改定ＤＸ、薬局が有する情報の標準化とＤＸを進める。（中略）標準仕様を策定し、クラウド技術を活用した病院の情報システムの開発・導入に向け、規制的手法や財政的手法など必要なインセンティブ措置の在り方を含め、検討を進める。医薬品や検査の標準コードの在り方の検討を踏まえたマスタの一元管理、予防接種事務のデジタル化、ワクチン副反応疑いの電子報告、予防接種データベースの整備を進める。（中略）医療安全の向上に向け、医療機関のサイバーセキュリティ対策、医薬品・医療機器等の物流ＤＸの推進に資する製品データベース構築を進める。これらの取組に加えて、必要に応じて医療ＤＸ工程表の見直しを検討する。

新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画2025年改訂版（令和７年６月13日閣議決定）

Ⅱ．中小企業・小規模事業者の賃金向上推進５か年計画の推進
２．サービス業を中心とした中小企業・小規模事業者の生産性向上
（３）12業種における省力化投資の具体策
⑨医療
ⅴ）主なKPI
2030年までに、おおむね全ての医療機関において必要な患者の医療情報を共有するための電子カルテの導入を目指す。

参考資料②

デジタル社会の実現に向けた重点計画（令和７年６月13日閣議決定）

第１ 目指す社会の姿、取組の方向性と重点的な取組
４．取組の方向性と重点的な取組
（３）競争・成長のための協調
② 防災・医療・こども・教育等の準公共分野におけるデジタル化
イ 医療・健康・介護分野におけるデジタル化
（ア）電子カルテ情報の標準化等

医療機関等での電子カルテ情報の共有について、医科診療所向けに標準規格に準拠したクラウドベースの電子カルテ（標準型電子カルテα版）の試行的実施で把握した課題等を踏まえ、2026年度以降に本格実施を目指す。さらに、必要な患者の医療情報を共有するため、遅くとも2030年にはおおむね全ての医療機関において電子カルテの導入を目指す。

（イ）病院の情報システムのクラウド化

病院の情報システムについて、更新や維持管理に要する費用の上昇の抑制やサイバーセキュリティの向上を図るとともに、生成 AI など最新技術を活用しやすくするため、現在のオンプレ型のシステムを刷新し、電子カルテシステム/医事会計システム（レセプトコンピュータ）/部門システムを一体的に、モダン技術を活用したクラウド型システムに移行していくことを目指し、2030 年までのできる限り早い時期に、希望する病院が導入できる環境を整備する。その際、ガバメントクラウドの活用も検討する。

参考資料③

デジタル行財政改革　取りまとめ２０２５（令和７年６月13日デジタル行財政改革会議決定）

Ⅱ．各分野における改革

３．医療

＜利用者起点で目指す姿＞

少子高齢化の進展に伴い、地域における医療従事者の確保が重大な課題となっている中、デジタルの力も積極的に活用して、患者一人一人により質が高く、効率的な医療を提供できるようにしていくことは喫緊の課題である。 このような観点から、取りまとめ２０２４では、「医療 DX の推進に関する工程表」（以下「医療 DX 工程表」という。）に基づく取組を着実に推進することとし、一方で、進捗状況が芳しくなく、様々な課題が挙げられた電子処方箋を取り上げて導入促進の取組を進めてきた。 今後は、これまでの取組やフォローアップ調査の結果などを踏まえて、特に医療機関への電子処方箋の着実な導入の推進と、医療現場にとって電子処方箋を利用しやすく、安全に運用できる仕組み・環境の整備が重要となる。

＜実現に向けて必要となる取組＞

（２）電子処方箋の導入促進

①導入目標の設定

電子処方箋について、医療DX工程表の「2025年３月までに、オンライン資格確認を導入した概ねすべての医療機関・薬局に導入する」との目標の達成には至らなかったが、2025 年夏頃には概ね全ての薬局での導入が見込まれており、複数の医療機関を受診する患者を薬の相互作用リスク（重複投薬等）から守る観点や、直近の薬剤情報が有事の際に利用可能になる観点といった主要な施策目標は実現されることとなる。一方で、効率的な情報連携のためには、足下の導入率が１割程度にとどまる医療機関への導入が課題となる。

こうした課題の解決に向けては、医療現場にとって電子処方箋を利用しやすく、安全に運用できる仕組み・環境を整備していくことが前提となる。このため、昨年末に電子処方箋の発行を一時停止し、電子処方箋システムの一斉点検の実施に至った事案を踏まえた対応として、まずは 2025 年８月に、電子処方箋管理サービスにおけるダミーコードに係るシステム改修を終える。また、更なる対応として医薬品コードの仕組みの在り方について方向性を整理する。

また、2025年２月には、電子処方箋が導入されていない医療機関等の導入阻害要因の分析と必要な対応の検討のため、病院、医科診療所、歯科診療所等のセグメント別にフォローアップ調査を実施した。この調査では、導入促進のためには電子カルテの導入と一体となった取組や費用負担の軽減、国民の利用意向向上の必要性等が示されている。３月には、電子処方箋システムの必要最小限の基本機能を新たに提示するとともに、４月より補助金の延長、診療報酬上の対応、活用できる税制の周知などの更なる導入策を講じているところであるが、こうした調査の結果を踏まえた必要な施策を検討する。さらに、現在実施している早期に電子処方箋を導入した医療機関等に対する電子処方箋の利活用状況や効果等に関する調査を通じ、医療関係者の理解向上・活用促進につながる施策を検討する予定である。

こうした取組や分析を着実に進め、2025 年夏を目途に新たな導入目標を設定し、当該目標に向け、電子処方箋の導入を進めるための施策を速やかに実施する。

（参考）令和６年度診療報酬改定のスケジュール【実績】

社会保障審議会 医療保険部会・医療部会

夏以降　令和６年度診療報酬改定の基本方針の議論
12/11　令和６年度診療報酬改定の基本方針の策定

内閣

12/20　予算編成過程で、診療報酬の改定率を決定

厚生労働大臣

1/12
中医協に対し、
- 予算編成過程を通じて内閣が決定した「改定率」
- 社会保障審議会で策定された「基本方針」

に基づき改定案の調査・審議を行うよう諮問

厚生労働大臣

3/5　診療報酬改定に係る告示・通知の発出

中央社会保険医療協議会

1月～　入院医療、外来医療、在宅医療等のあり方について議論

令和６年度改定の検証結果も含め、個別項目について集中的に議論

11/24　医療経済実態調査の結果報告

12/1　薬価調査・材料価格調査の結果報告

1月以降　厚生労働大臣の諮問を受け、具体的な診療報酬点数の設定に係る調査・審議

（公聴会、パブリックコメントの実施）

2/14
厚生労働大臣に対し、改定案を答申

令和6年6月1日　施行

（参考）令和６年度の診療報酬改定等に関する大臣折衝事項
（令和５年12月20日）

１．診療報酬　　＋０．８８％（R6年６月１日施行）

① 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（下記※に該当する者を除く）について、R6年度にベア＋2.5%、R7年度にベア＋2.0%を実施していくための特例的な対応　**＋０．６１％**

② 入院時の食費基準額の引上げ（１食当たり30円）の対応（うち、患者負担については、原則、１食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10～20円）　**＋０．０６％**

③ 生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化　**▲０．２５％**

④ ①～③以外の改定分　**＋０．４６％**（※40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分（＋0.28%程度）を含む）

うち各科改定率：医科＋０．５２％、 歯科＋０．５７％、 調剤＋０．１６％

２．薬価等

① 薬価　　▲０．９７％（R6年４月１日施行）

② 材料価格　▲０．０２％（R6年６月１日施行）

※ イノベーションの更なる評価等として、革新的新薬の薬価維持、有用性系評価の充実等への対応を含む。

※ 急激な原材料費の高騰、後発医薬品等の安定的な供給確保への対応として、不採算品再算定に係る特例的な対応を含む（対象：約2000品目程度）

※ イノベーションの更なる評価等を行うため、長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行う。

⇒選定療養の仕組みを導入し、後発医薬品の上市後５年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が50%以上となったものを対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の４分の３までを保険給付の対象とする（R6年10月1日施行）

３．診療報酬・薬価等に関する制度改革事項

良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

・医療ＤＸの推進による医療情報の有効活用等

・調剤基本料等の適正化

加えて、医療現場で働く方にとって、R6年度に2.5%、R7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定による医療従事者の賃上げの状況、食費を含む物価の動向、経営状況等について、実態を把握する。

令和６年度診療報酬改定の基本方針

令和５年12月11日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

１．改定に当たっての基本認識

（物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応）

○　現下の食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰の状況、30 年ぶりの高水準となる賃上げの状況などといった経済社会情勢は、医療分野におけるサービス提供や人材確保にも大きな影響を与えており、患者が必要とする医療が受けられるよう、機動的な対応が必要となっている。

○　令和６年度診療報酬改定では、デフレ完全脱却のための総合経済対策（令和５年 11 月２日閣議決定）を踏まえつつ、物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者負担・保険料負担への影響を踏まえ、患者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行う。

（全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応）

○　我が国は、国民皆保険や優れた保健・医療システムの成果により、世界最高水準の平均寿命を達成してきた。今後は、75 歳以上人口の増加と生産年齢人口の減少という人口構造の変化が加速することとなるが、このような中、社会の活力を維持・向上していくためには、健康寿命の延伸により高齢者をはじめとする意欲のある方々が役割を持ち活躍のできる社会を実現するとともに「全世代型社会保障」を構築することが急務の課題である。

○　令和６年度の改定は、６年に一度の診療報酬、介護報酬及び障害福祉サービス等報酬の同時改定であり、重要な節目となる。いわゆる団塊の世代が全て 75 歳以上の高齢者となる 2025 年だけでなく、ポスト 2025 年のあるべき医療・介護の提供体制を見据え、医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実

に進め、医療・介護の複合ニーズを有する者が、必要なときに「治し、支える」医療や個別ニーズに寄り添った介護を地域で完結して受けられるようにする社会を目指すことが重要である。あわせて、医療と障害福祉サービスの連携も重要である。

○　加えて、今般の感染症対応により浮き彫りとなった課題にも対応し、新興感染症等に対応できる医療提供体制を構築することをはじめとして、引き続き、必要な医師等の確保も含めて質の高い効率的・効果的な医療提供体制の構築に向けた取組を、地域の実情に応じて着実に進める必要がある。

（医療 DX やイノベーションの推進等による質の高い医療の実現）

○　新型コロナウイルス感染症の感染拡大を契機に、我が国のデジタル化の遅れが顕在化した。医療分野においても、デジタル化された医療情報の利活用を積極的に推進していくことが、個人の健康増進に寄与するとともに、医療現場等における業務効率化の促進、より効率的・効果的な質の高い医療の提供を行っていく上で、非常に重要である。こうした背景を踏まえて、医療情報の活用や医療機関間における連携のための取組等を含む医療 DX を、国民にも働きかけつつ推進することで、地域医療連携の円滑化、個々の医療機関等の負担軽減を図り、安心・安全で質の高い医療サービスを実現していく必要がある。

○　また、新型コロナウイルス感染症により、医薬品・医療機器等の存在意義や創薬力の重要性が社会的に改めて注目されてきており、イノベーションの推進により創薬力・開発力を維持・強化するとともに、革新的医薬品を含めたあらゆる医薬品・医療機器等を国民に安定的に供給し続けるための生産供給体制の構築等の取組を通じて、医療と経済の発展を両立させ、安心・安全な暮らしを実現することが重要である。

（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）

○　制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持するためには、経済・財政との調和を図りつつ、より効率的・効果的な医療政策を実現するとともに、国民の制度に対する納得感を高めることが不可欠である。

○　そのためには、「経済財政運営と改革の基本方針 2023」や「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画 2023 改訂版」等を踏まえつつ、更なる適正化、医療資源の効率的・重点的な配分、医療分野におけるイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献を図ることが必要である。

2．改定の基本的視点と具体的方向性

○　平成 30 年度の診療報酬、介護報酬及び障害福祉サービス等報酬の同時改定では、団塊の世代が全て 75 歳以上の高齢者となる 2025 年に向けた道筋を示すものとして、医療機能の分化・強化、連携や、医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実に進める改定が行われ、令和２年度診療報酬改定では、重点課題として医師等の働き方改革等の推進に取り組んだ。

○　令和４年度診療報酬改定では、これらの取組を更に推進するとともに、新型コロナウイルス感染症への対応や、感染拡大により明らかになった様々な医療提供体制の課題に対応した。

○　令和６年度診療報酬改定では、物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえ、これまでの改定の流れを継承しながら、ポスト 2025 年のあるべき医療・介護の提供体制を見据えつつ、DX（デジタルトランスフォーメーション）等の社会経済の新たな流れも取り込んだ上で、効果的・効率的で質の高い医療サービスの実現に向けた取組を進める必要がある。

○　また、診療報酬改定 DX の推進に向け、医療機関・薬局等やベンダの集中的な業務負荷を平準化するため、令和 6 年度診療報酬改定から施行時期を６月１日とする。

（１）現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進【重点課題】

（基本的視点）

○　2023 年の春闘などを通じて賃上げが行われているものの、医療分野では賃上げが他の産業に追いついていない状況にある。そうした中で、医療分野における人材確保の状況は、目下のところ、高齢化等による医療需要増加の一方、

有効求人倍率が全職種平均の２～３倍程度の水準で高止まるとともに、入職率から離職率を差し引いた医療分野の入職超過率は０％に落ち込むなど悪化している状況であり、また、長期的にも、人口構造の変化により生産年齢人口の減少に伴った支え手不足が見込まれる。

○　このような状況を踏まえ、必要な処遇改善等を通じて、医療現場を支えている医療従事者の人材確保のための取組を進めることが急務である。その際、特に医師、歯科医師、薬剤師及び看護師以外の医療従事者の賃金の平均は全産業平均を下回っており、また、このうち看護補助者については介護職員の平均よりも下回っていることに留意した対応が必要である。

○　加えて、医師等の働き方改革を進め、心身ともに健康に働き続けることのできる環境を整備することは、患者・国民に対して提供される医療の質・安全を確保すると同時に、持続可能な医療提供体制を維持していく上で重要である。診療報酬においてはこれまで、タスク・シェアリング／タスク・シフティングやチーム医療の推進等、医療従事者の高い専門性の発揮と医療機関における勤務環境改善に資する取組を評価してきたところ。2024 年（令和６年）４月から、医師について時間外労働の上限規制が適用される予定であるが、同規制の適用以後も、引き続き、総合的な医療提供体制改革の進展の状況、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点等を踏まえながら、診療報酬の対応がより実効性のあるものとなるよう検討する必要がある。

（具体的方向性の例）

○　医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

・　令和４年度に実施した看護職員の処遇改善に係る取組や令和５年 11 月の経済対策も踏まえつつ、医療従事者の賃上げに向けた取組の推進。

○　各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、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

○　業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価

○　地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保
○　多様な働き方を踏まえた評価の拡充
○　医療人材及び医療資源の偏在への対応

（２）ポスト 2025 を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療 DX を含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

（基本的視点）

○　団塊の世代が全て 75 歳以上となる 2025 年に向けて、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築が進められてきたが、2025 年以降も人口減少・高齢化が進む中、患者の状態等に応じて質の高い医療を適切に受けられるよう、介護サービス等と連携しつつ、切れ目のない提供体制が確保されることが重要である。
○　このため、医療 DX を推進し、今般の感染症対応の経験やその影響も踏まえつつ、外来・入院・在宅を含めた地域全体での医療機能の分化・強化、連携を着実に進めることが必要である。

（具体的方向性の例）

○　医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進
・　マイナ保険証を活用した、質が高く効率的な医療の提供。
・　電子処方箋の普及、電子カルテ情報の３文書・６情報（診療情報提供書、退院時サマリー、健康診断結果報告書、傷病名、アレルギー情報、感染症情報、薬剤禁忌情報、検査情報（救急及び生活習慣病）、処方情報）の入力・管理、入院診療計画書等の電子的な文書提供等の医療情報の標準化・ICT の活用等を通じて、医療連携の取組を推進。
○　生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
・　医療機関間や医療機関と薬局・訪問看護ステーション等との連携、医科歯科連携、医歯薬連携、医療と介護の連携、医療と障害福祉サービスの連携、

その他の地域の保健・福祉・教育・行政等の関係機関との連携も含め、地域包括ケアシステムの深化・推進のための多職種連携・協働の取組等を推進。

・　高齢化する障害者施設における適切な医療提供に向けた取組等の推進。

○　リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

・　ＡＤＬの低下の防止等を効果的に行うため、より早期からの取組の評価や切れ目のない多職種による取組を推進。

○　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

・　増加する高齢者急性期医療のニーズや地域医療構想等を踏まえた、患者の状態に応じた適切な医療資源を効率的に提供するための機能分化を推進。その際、質の高い効率的・効果的な医療提供体制の構築という観点からも、より適切な包括払いの在り方を検討。

○　外来医療の機能分化・強化等

・　令和５年改正医療法も踏まえた生活習慣病等の継続的な医療を要する者に対する説明に関する評価の見直し等、外来機能の強化を推進。

・　外来における腫瘍化学療法の推進。

・　外来医療から在宅医療への円滑な移行に当たって必要となる連携を推進。

○　新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組

・　平時からの感染症対策に係る取組が広く実施されるよう、令和４年改正感染症法及び第８次医療計画も踏まえ、個々の医療機関・薬局等における感染防止対策の取組や地域の医療機関・薬局と都道府県等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進するとともに、高齢者施設等と医療機関・薬局の連携を強化。

○　かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価

・　かかりつけ医機能を担う医療機関が地域の介護支援専門員や介護サービス事業者と「顔と顔の見える関係性」を構築し、有機的な連携を行うことを推進。

・　ＩＣＴ等を活用した時間外の対応体制の整備の推進。

・　歯科医療機関を受診する患者像が多様化する中、地域の関係者との連携体制を確保しつつ、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上のため、ラ

イフステージに応じ、生涯を通じた継続的な口腔管理・指導が行われるよう、かかりつけ歯科医の機能を評価。

・　患者に対する薬物療法の有効性・安全性を確保するため、新薬・ハイリスク薬等、特に充実した服薬指導が必要な場合の対応も含め、服薬状況等の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導が行われるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価を推進。

○　質の高い在宅医療・訪問看護の確保

・　中長期的には在宅医療の需要が大幅に増加することが見込まれる中、在宅医療を担う医療機関と市町村・医師会等との連携、及び医療・介護の切れ目のない、地域の実情に応じた提供体制の構築等を推進し、専門性の高い看護師も活用しつつ、効率的・効果的で質の高い訪問診療・往診、訪問看護、歯科訪問診療、訪問薬剤管理指導、訪問栄養食事指導等の提供体制を確保。

・　地域における医薬品提供体制を構築。

・　ＩＣＴ等を活用し、他の医療機関との連携を促進。

・　非がん患者を含めた在宅緩和ケアの充実。

（3）安心・安全で質の高い医療の推進

（基本的視点）

○　食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえつつ、患者にとって必要な質の高い医療を確保する取組を進める。

○　患者の安心・安全を確保しつつ、医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めながら、イノベーションを推進し、新たなニーズにも対応できる医療の実現に資する取組の評価を進める。

（具体的方向性の例）

○　食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応

○　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

・　患者が安心して医療を受けられ、それぞれの実情に応じて住み慣れた地域

で継続して生活できるよう、医療機関間の連携の強化に資する取組等を実施。

・　人生の最終段階における医療・ケアを充実させるための取組を推進。

○　アウトカムにも着目した評価の推進

・　患者の状態に応じた質の高いリハビリテーションの評価など、きめ細かいアウトカムにも着目した評価を推進。

○　重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）

・　高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進。

・　小児医療、周産期医療の充実。

・　質の高いがん医療及び緩和ケアの評価。

・　認知症の者に対する適切な医療の評価。

・　地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価。

・　難病患者に対する適切な医療の評価。

○　生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進

○　口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進

・　歯科医療機関を受診する患者像が多様化する中、地域の関係者との連携体制を確保しつつ、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上のため、ライフステージに応じ、生涯を通じた継続的な口腔管理・指導が行われるよう、かかりつけ歯科医の機能を評価。（再掲）

・　病院歯科の役割に応じた評価、歯科診療所との連携の推進。

・　歯科衛生士が行う指導管理、歯科技工士が関わる技術を含む歯科固有の技術等の適切な評価。

○　薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価

・　患者に対する薬物療法の有効性・安全性を確保するため、新薬・ハイリスク薬等、特に充実した服薬指導が必要な場合の対応も含め、服薬状況等の

一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導が行われるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価を推進。（再掲）

・　病院薬剤師業務を適切に評価。

○　薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進。

○　医薬品産業構造の転換も見据えた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

・　患者の安心・安全を確保するための医薬品の安定供給の確保を推進。

・　医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価。

（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

（基本的視点）

○　高齢化や技術進歩、高額な医薬品の開発等により医療費が増大していくことが見込まれる中、国民皆保険を維持するため、医療資源を効率的・重点的に配分するという観点も含め、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が必要である。

○　これまで、団塊の世代が全て 75 歳以上となる 2025 年に向けて、医療保険制度の安定性・持続可能性の向上につながる各種施策を進めてきており、2025 年をまたぐ今回の改定では、これらの施策を着実に進めていくという視点が必要不可欠である。

○　また、医療関係者が協働して、医療サービスの維持・向上を図るとともに、効率化・適正化を図ることが求められる。

（具体的方向性の例）

○　後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等

・　後発医薬品について、安定供給の確保の状況を踏まえつつ、使用促進の取組を推進。

・　バイオ後続品について、新たに設定された政府目標を踏まえて使用促進の取組を推進。

・　医療保険財政の中でイノベーションを推進するため、長期収載品の保険給付の在り方の見直しとともに、経済性に優れた医療機器等の診療報酬上の評価や患者が自ら使用するプログラム医療機器等の保険適用の在り方について検討。

○　費用対効果評価制度の活用

・　革新性が高く市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器について、費用対効果評価制度を活用し、適正な価格設定を実施。

○　市場実勢価格を踏まえた適正な評価

・　医薬品、医療機器、検査等について、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、効率的かつ有効・安全な利用体制を確保。

・　エビデンスや相対的な臨床的有用性を踏まえた医療技術等の適正な評価。

○　医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）

・　マイナ保険証を活用した、質が高く効率的な医療の提供。

・　電子処方箋の普及、電子カルテ情報の３文書・６情報（診療情報提供書、退院時サマリー、健康診断結果報告書、傷病名、アレルギー情報、感染症情報、薬剤禁忌情報、検査情報（救急及び生活習慣病）、処方情報）の入力・管理、入院診療計画書等の電子的な文書提供等の医療情報の標準化・ICT の活用等を通じて、医療連携の取組を推進。

○　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（再掲）

・　増加する高齢者急性期医療のニーズや地域医療構想等を踏まえた、患者の状態に応じた適切な医療資源を効率的に提供するための機能分化を推進。その際、質の高い効率的・効果的な医療提供体制の構築という観点からも、より適切な包括払いの在り方を検討。

○　外来医療の機能分化・強化等（再掲）

・　令和５年改正医療法も踏まえた生活習慣病等の継続的な医療を要する者に対する説明に関する評価の見直し等、外来機能の強化を推進。

○　生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防

の取組推進（再掲）

○　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

・　重複投薬、ポリファーマシー、残薬や、適正使用のための長期処方の在り方への対応、リフィル処方箋の活用等、医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安全で有効な使用を促進。

・　医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方を推進。

○　薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進。（再掲）

３．将来を見据えた課題

○　我が国の医療制度が直面する様々な課題に対応し、持続可能な「全世代型社会保障」を実現するためには、診療報酬のみならず、医療法、医療保険各法等の制度的枠組みや、国や地方自治体の補助金等の予算措置などにより社会保障が支えられていることを踏まえ、総合的な政策を構築していくことが求められる。

○　患者自身が納得して医療を受けられるよう、患者にとって身近で分かりやすい医療を実現していくとともに、国民の制度に対する納得感を高めるため、政府において、診療報酬制度を分かりやすくするための取組を継続していくこと、また、国民に対して医療制度に関する丁寧な説明を行い、理解を得ていくことが必要である。

○　予防・健康づくりやセルフケア等の推進、ヘルスリテラシーの向上が図られるよう、住民、医療提供者、保険者、民間企業、行政等の全ての関係者が協力・連携して国民一人一人を支援するとともに、国はこうした取組に向けた環境整備を行うことが必要である。

○　今後も、医療情報の活用や医療機関間における連携のための取組等を含む医療 DX を推進することにより、地域医療連携の円滑化、個々の医療機関等の負担軽減を図り、将来にわたって安心・安全で質の高い医療サービスを実現していく必要がある。

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）（主な箇所抜粋①）

第２章　賃上げを起点とした成長型経済の実現
１．物価上昇を上回る賃上げの普及・定着～賃上げ支援の政策総動員～

（１）中小企業・小規模事業者の賃金向上推進５か年計画の実行

（略）

地域の人材育成と処遇改善については、在職者を含め、大学、短期大学、高等専門学校及び専門学校においてアドバンスト・エッセンシャルワーカー※17の育成に取り組むほか、医療・介護・保育・福祉等の人材確保に向けて、保険料負担の抑制努力を継続しつつ、公定価格の引上げを始めとする処遇改善を進める。

※17　デジタル技術等も活用して、現在よりも高い賃金を得るエッセンシャルワーカー。

（２）三位一体の労働市場改革及び中堅・中小企業による賃上げの後押し

（個別業種における賃上げに向けた取組）

建設業や自動車運送業の賃上げに向け、労務費の基準の設定及び実効性確保、建設キャリアアップシステムの利用拡大、賃上げに対応した運賃設定や荷主への是正指導の強化等を通じ、処遇改善や取引適正化を推進する。警備業やビルメンテナンス業の賃上げに向け、官公需におけるリスクや重要度に応じた割増加算を含め、適切な単価設定や分離発注の徹底により、労務費の価格転嫁を進める。

医療・介護・障害福祉の処遇改善について、過去の報酬改定等における取組の効果を把握・検証し、2025年末までに結論が得られるよう検討する。

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）（主な箇所抜粋②）

第２章　賃上げを起点とした成長型経済の実現
３．「投資立国」及び「資産運用立国」による将来の賃金・所得の増加

（２）ＤＸの推進

（医療・介護・こどもＤＸ）

医療ＤＸ工程表※94に基づき、医療・介護ＤＸの技術革新の迅速な実装により、全国で質の高い効率的な医療・介護サービスが提供される体制を構築することについて、必要な支援を行いつつ、政府を挙げて強力に推進する。このため、医療ＤＸの基盤であるマイナ保険証の利用を促進しつつ、2025年12月の経過措置期間後はマイナ保険証を基本とする仕組みに円滑に移行する。全国医療情報プラットフォームを構築し、電子カルテ情報共有サービスの普及や電子処方箋の利用拡大、ＰＨＲ※95情報の利活用を進めるほか、標準型電子カルテの本格運用の具体的内容を2025年度中に示すことも含め必要な支援策の具体化を検討し、その普及を促進するとともに、介護情報基盤の整備、診療報酬改定ＤＸ、薬局が有する情報の標準化とＤＸを進める。ＡＩ創薬、ＡＩホスピタルの実用化を支援する。標準仕様を策定し、クラウド技術を活用した病院の情報システムの開発・導入に向け、規制的手法や財政的手法など必要なインセンティブ措置の在り方を含め、検討を進める。医薬品や検査の標準コードの在り方の検討を踏まえたマスタの一元管理、予防接種事務のデジタル化、ワクチン副反応疑いの電子報告、予防接種データベースの整備を進める。医療・介護データを最大限有効活用し、イノベーションを進めるため、医療・介護の公的データベースの仮名化情報等の利活用を可能とするためのシステム整備を進めるとともに、社会保険診療報酬支払基金の改組や公費負担医療制度等のオンライン資格確認を円滑に実施する。医療安全の向上に向け、医療機関のサイバーセキュリティ対策※96、医薬品・医療機器等の物流ＤＸの推進に資する製品データベース構築を進める。これらの取組に加えて、必要に応じて医療ＤＸ工程表の見直しを検討する。

子育て世代の使いやすさに配慮し、保育や母子保健等のこども政策のＤＸを推進する

※94　「医療ＤＸの推進に関する工程表」（令和５年６月２日医療ＤＸ推進本部決定）。
※95　Personal Health Record。
※96　医療機器のサイバーセキュリティ対策を含む。

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）（主な箇所抜粋③）

第２章　賃上げを起点とした成長型経済の実現
４．国民の安心・安全の確保

（５）外国人との秩序ある共生社会の実現
（外免切替手続・社会保障制度等の適正化）
外国の運転免許の日本の運転免許への切替手続（外免切替手続）について、運転免許の住所確認の厳格化や知識確認・技能確認の審査内容の厳格化を進める。外国人の税・社会保険料の未納付防止や社会保険制度の適正な利用に向けて、未納付情報や医療費不払情報の連携による在留審査への有効活用、外国人の保険適用の在り方等の検討を行う。児童手当・就学援助の実態に即した適正利用を図る。

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）（主な箇所抜粋④）

第３章中長期的に持続可能な経済社会の実現
１．「経済・財政新生計画」の推進

（「経済・財政新生計画」に基づく今後の取組方針）

経済あっての財政との考え方の下、財政健全化目標によって、米国の関税措置への対応や物価高への的確な対応も含め、状況に応じたマクロ経済政策の選択肢が歪められてはならない。必要な政策対応を行うことと財政健全化目標に取り組むことを矛盾しないものにしていく。経済を成長させ、そして財政健全化に向けて取り組んでいく。こうした取組を通じて、金利が上昇する局面において、大災害や有事に十分に対応する財政余力を確保し、将来の経済・財政・社会保障の持続可能性を確保していく。

そうした中、金利のある世界において、我が国の経済財政に対する市場からの信認を確実なものとするため、財政健全化の「旗」を下ろさず、長期を見据えた一貫性のある経済財政政策の方向性を明確に示すことが重要である。このため、2025年度から2026年度を通じて、可能な限り早期の国・地方を合わせたＰＢ黒字化を目指す。ただし、米国の関税措置の影響は不透明であり、その経済財政への影響の検証を行い、的確に対応すべきであり、必要に応じ、目標年度の再確認を行う。その上で、「経済・財政新生計画」の期間を通じて、その取組の進捗・成果を後戻りさせることなく、ＰＢの一定の黒字幅を確保しつつ、債務残高対ＧＤＰ比を、まずはコロナ禍前の水準に向けて安定的に引き下げることを目指し、経済再生と財政健全化を両立させる歩みを更に前進させる。

予算編成においては、2027年度までの間、骨太方針2024で示された歳出改革努力を継続しつつ、日本経済が新たなステージに移行しつつあることが明確になる中で、経済・物価動向等を踏まえ、各年度の予算編成において適切に反映する。とりわけ社会保障関係費※204については、医療・介護等の現場の厳しい現状や税収等を含めた財政の状況を踏まえ、これまでの改革を通じた保険料負担の抑制努力も継続しつつ、2025年春季労使交渉における力強い賃上げの実現や昨今の物価上昇による影響等について、経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう、的確な対応を行う。具体的には、高齢化による増加分に相当する伸びにこうした経済・物価動向等を踏まえた対応に相当する増加分を加算する。非社会保障関係費※205及び地方財政についても、第３章第４節「物価上昇に合わせた公的制度の点検・見直し」も踏まえ、経済・物価動向等を適切に反映する。

今後も、状況に応じて必要な政策対応を行っていくことに変わりはないが、ＰＢの黒字化を達成した後、黒字幅が一定水準を超えた場合には、経済成長等に資するような政策の拡充を通じて経済社会に還元することをあらかじめルール化することについても検討に着手していく。

※204　社会保障関係費の伸びの要因として高齢化と高度化等が存在する。

※205　令和７年度予算の非社会保障関係費は、近年の物価上昇率の変化を反映した令和６年度予算の増（＋1,600億円程度）と同水準を維持しつつ、公務員人件費の増により実質的に目減りしないよう、相当額（＋1,400億円程度）を上乗せし、＋3,000億円程度とした。

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）（主な箇所抜粋⑤）

第３章中長期的に持続可能な経済社会の実現
２．主要分野ごとの重要課題と取組方針

（１）全世代型社会保障の構築

本格的な少子高齢化・人口減少が進む中、技術革新を促進し、中長期的な社会の構造変化に耐え得る強靱で持続可能な社会保障制度を確立する。このため、「経済・財政新生計画」に基づき、持続可能な社会保障制度を構築するための改革を継続し、国民皆保険・皆年金を将来にわたって維持し、次世代に継承することが必要である。

医療・介護・障害福祉等の公定価格の分野の賃上げ、経営の安定、離職防止、人材確保がしっかり図られるよう、コストカット型からの転換を明確に図る必要がある。このため、これまでの歳出改革を通じた保険料負担の抑制努力も継続しつつ、次期報酬改定を始めとした必要な対応策において、2025年春季労使交渉における力強い賃上げ※207の実現や昨今の物価上昇による影響等について、経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう、的確な対応を行う。

このため、2024年度診療報酬改定による処遇改善・経営状況等の実態を把握・検証し、2025年末までに結論が得られるよう検討する。また、介護・障害福祉分野の職員の他職種と遜色のない処遇改善や業務負担軽減等の実現に取り組むとともに、これまでの処遇改善等の実態を把握・検証し、2025年末までに結論が得られるよう検討する。また、事業者の経営形態やサービス内容に応じた効果的な対応を検討する。

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

※207　日本労働組合総連合会の集計によれば、現時点（第６回集計）で定期昇給含む平均賃上げ率は5.26%（うちベースアップ分のみで3.71%）、組合員数300人未満の組合の平均賃上げ率は4.70%（うちベースアップ分のみで3.51%）となっている。

※208　医療機関における必要な受診を確保し、こどもや慢性疾患を抱えている方、低所得の方の患者負担などに配慮しつつ、個別品目に関する対応について適正使用の取組の検討や、セルフメディケーション推進の観点からの更なる医薬品・検査薬のスイッチＯＴＣ化に向けた実効的な方策の検討を含む。

※209　普及推進策を検討し、各地域において地域フォーミュラリが策定されるよう取組を推進する。

※210　人口減少等により不要となると推定される一般病床・療養病床・精神病床といった病床について、地域の実情を踏まえた調査を行った上で、２年後の新たな地域医療構想に向けて、不可逆的な措置を講じつつ、調査を踏まえて次の地域医療構想までに削減を図る。

※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書の現状も踏まえつつ、マイナンバーの記載や情報提出のオンライン化等の課題、負担の公平性、関係者の事務負担等に留意しながら、具体的な制度設計を進める。

※212　詳細については、「自由民主党、公明党、日本維新の会合意」（令和７年６月11日自由民主党・公明党・日本維新の会）を参照。

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）（主な箇所抜粋⑥）

第３章中長期的に持続可能な経済社会の実現
２．主要分野ごとの重要課題と取組方針

（中長期的な時間軸を見据えた全世代型社会保障の構築）

現役世代が急速に減少し、高齢者数がピークを迎える2040年頃を見据えた中長期的な時間軸も視野に入れ、現役世代の負担を軽減しつつ、年齢に関わりなく、能力に応じて負担し、個性を活かして支え合う「全世代型社会保障」の構築が不可欠である。改革工程※213を踏まえ、医療・介護ＤＸやＩＣＴ、介護テクノロジー、ロボット・デジタルの実装やデータの二次利用の促進、特定行為研修を修了した看護師の活用、タスクシフト／シェアなど、医療・介護・障害福祉分野の生産性向上・省力化を実現し、職員の負担軽減や資質向上につなげるとともに、地域医療連携推進法人、社会福祉連携推進法人の活用や小規模事業者のネットワーク構築による経営の協働化・大規模化や障害福祉サービスの地域差の是正を進める。医療機関、介護施設、障害福祉サービス等事業者の経営情報の更なる見える化※214を進める。医療・介護・障害福祉分野の不適切な人材紹介の問題について実効性ある対策を講ずる。

現役世代の消費活性化による成長と分配の好循環を実現するため、各種データ分析・研究を始めＥＢＰＭによるワイズスペンディングを徹底し、保険料負担の上昇を抑制するとともに、全世代型社会保障の将来的な姿を若者も含め国民に分かりやすく情報提供する。

※213　「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（令和５年12月22日閣議決定）。
※214　経営情報の提出、分析及び公表の電子化を含む。

（中長期的な医療提供体制の確保等）

（略）

医療保険制度について、給付と負担のバランスや現役世代の負担上昇の抑制※216を図りつつ、給付と負担の見直し等の総合的な検討を進める。高額療養費制度について、長期療養患者等の関係者の意見を丁寧に聴いた上で、2025年秋までに方針を検討し、決定する。

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

リフィル処方箋の普及・定着や多剤重複投薬や重複検査の適正化を進めるとともに、保険外併用療養費制度の対象範囲の拡大や保険外診療部分を広くカバーし、公的保険を補完する民間保険の開発を促す。国民健康保険の都道府県保険料水準の統一に加え、保険者機能や都道府県のガバナンスの強化を進めるための財政支援の在り方について検討※217を行う。

※216　後期高齢者支援金を含む。
※217　調整交付金や保険者努力支援制度その他の財政支援の在り方、現在広域連合による事務処理が行われている後期高齢者医療制度の在り方、生活保護受給者の医療扶助の在り方の検討。

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）（主な箇所抜粋⑦）

第３章中長期的に持続可能な経済社会の実現
２．主要分野ごとの重要課題と取組方針

（働き方に中立的な年金制度の構築）

公的年金については、働き方に中立的な制度を構築する観点から、改正年金法※218を踏まえ、更なる被用者保険の適用拡大や在職老齢年金制度の見直しを進めるとともに、いわゆる「年収の壁」への対応として、「年収の壁・支援強化パッケージ」※219の活用を促進する。

※218　社会経済の変化を踏まえた年金制度の機能強化のための国民年金法等の一部を改正する等の法律（令和７年６月13日成立）。また、今回の法律で決定した改正内容により、将来の所得代替率は、制度改正を行わない場合と比べて、令和６年財政検証における成長型経済移行・継続ケースで1.3%、過去30年投影ケースで1.4%それぞれ上昇すると見込まれる。
※219　令和５年９月27日全世代型社会保障構築本部決定。

（がん、循環器病等の疾患に応じた対策等）

がん対策※220、循環器病対策※221、慢性腎疾患対策※222、慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）、慢性疼痛等の疾患に応じた対策、難病対策、移植医療対策※223、アレルギー対策※224、依存症対策、難聴対策、栄養対策、受動喫煙対策、科学的根拠等に基づく予防接種の促進を始めとした肺炎等の感染症対策※225、更年期障害や骨粗しょう症など総合的な女性の健康支援※226を推進する。運送業での睡眠時無呼吸対策、睡眠障害の医療アクセス向上と睡眠研究の推進、睡眠ガイド等の普及啓発、健康経営の普及、睡眠関連の市場拡大や企業支援に一層取り組む。

糖尿病と歯周病との関係など全身の健康と口腔の健康に関するエビデンスの活用、生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）に向けた具体的な取組、オーラルフレイル対策・疾病の重症化予防につながる歯科専門職による口腔健康管理の充実、歯科医療機関・医歯薬連携などの多職種連携、歯科衛生士・歯科技工士の離職対策を含む人材確保、歯科技工所の質の担保、歯科領域のＩＣＴ活用、歯科医師の不足する地域の分析等を含めた適切な配置の検討を含む歯科保健医療提供体制構築の推進・強化に取り組むとともに、有効性・安全性が認められたデジタル化等の新技術・新材料の保険導入を推進する。また、自立支援・在宅復帰・社会復帰に向けたリハビリテーションの推進に取り組む。

※220　「がん対策推進基本計画」（令和５年３月28日閣議決定）に基づく取組。
※221　「循環器病対策推進基本計画」（令和５年３月28日閣議決定）に基づく取組。基盤整備及び研究推進や、後遺症支援を含む。
※222　腎不全患者の緩和ケアを含む。
※223　イスタンブール宣言を踏まえた国内の臓器提供、臓器あっせんや移植実施の抜本的な体制整備を含む。
※224　アレルギー疾患（アトピー性皮膚炎等を含む。）医療の均てん化促進等を含む。
※225　小児の感染症を含む。
※226　科学的知見に基づき女性の負担にも配慮した乳がん検診の推進などがん検診の受診率の向上に向けた取組を含む。

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）（主な箇所抜粋⑧）

第３章中長期的に持続可能な経済社会の実現
２．主要分野ごとの重要課題と取組方針

（予防・健康づくり、重症化予防）

世界最高水準の健康寿命を誇る我が国の高齢者は、労働参加率や医療費でみても若返っており、こうした前向きな変化を踏まえ、更に健康寿命を延伸し、Well-beingの向上を図り、性別や年齢に関わらず生涯活躍できる社会を実現する。データヘルス計画に基づく保険者と事業主の連携した取組（コラボヘルス）や保険者の保健事業でのＩＣＴを活用したエビデンスに基づくＰＨＲや健康経営と共働した効果的な取組を支援するほか、働き盛り世代の職域でのがん検診を広く普及するため、受診率や精度管理の向上の取組を更に推進する。ＡＭＥＤのプライマリヘルスケア・プラットフォーム等を通じた支援により、エビデンスに基づくヘルスケアサービスを普及する。糖尿病性腎症の重症化予防等の大規模実証事業を踏まえたプログラムの活用を進める。高齢者の社会参加促進や要介護認定率の低下に向け、データを活用したエビデンスに基づく取組として、地域の多様な主体の連携協力や、成果指向型の取組等による効果的な介護予防やリハビリテーションを充実する。

（創薬力の強化とイノベーションの推進）

（略）国民負担の軽減と創薬イノベーションを両立する薬価上の適切な評価※230の実施、承認審査・相談体制の強化、バイオ医薬品を含む医薬品の製造体制の整備や人材育成・確保により、国際水準の研究開発環境を実現し、ドラッグラグ／ロスの解消やプログラム医療機器への対応を進めるほか、ＰＭＤＡの海外拠点を活用し、薬事相談・規制調和を推進する。（略）

医薬品の安定供給に向け、抗菌薬等のサプライチェーンの強靱化や取り巻く環境の変化を踏まえた持続可能な流通の仕組みの検討を図るとともに、感染症の流行による需要の急激な増加といったリスクへの対策を講じ、基礎的な医薬品等※231の足元の供給不安に対応する。さらに、少量多品目構造解消に向けた後発医薬品業界の再編を推進するほか、バイオシミラーについて、国内生産体制の整備及び製造人材の育成・確保を着実に進め、使用を促進する。当初の医師の診断や処方に基づき症状の安定している患者が定期的に服用する医薬品や、低侵襲性検体である穿刺血を用いる検査薬を含む医薬品・検査薬の更なるスイッチＯＴＣ化など、具体的な工程表を策定した上でセルフケア・セルフメディケーションを推進しつつ、薬剤自己負担の見直しを検討する。（略）。イノベーションの推進や現役世代の保険料負担への配慮の観点から、費用対効果評価制度について、客観的な検証を踏まえつつ、更なる活用に向け、適切な評価手法、対象範囲や実施体制の検討と併せ、薬価制度上の活用や診療上の活用等の方策を検討する。標準的な薬物治療の確立に向け、休薬・減薬を含む効果的・効率的な治療に関する調査研究を進め、診療ガイドラインに反映していく。医薬品の適正使用や後発医薬品の使用促進のみならず、医療費適正化の観点から、地域フォーミュラリを普及する。（略）

※230　2024・2025年度薬価改定において新薬創出・適応外薬解消等促進加算の対象となる革新的新薬について薬価を基本的に維持したことを念頭に置いた革新的新薬の特許期間中の対応に関する創薬イノベーション推進の観点からの検討等。

※231　日本薬局方収載医薬品の一部を含む。

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）（主な箇所抜粋⑨）

第３章中長期的に持続可能な経済社会の実現
２．主要分野ごとの重要課題と取組方針

（２）少子化対策及びこども・若者政策の推進
（加速化プランの本格実施と効果検証の徹底）

こどもを生み、育てたいという希望が叶う社会、こどもたちが健やかに育まれる社会の実現と少子化トレンドの反転を目指し、政策を総動員することが不可欠である。集中取組期間において、「経済・財政新生計画」や加速化プラン※238に沿って、経済的支援、全てのこども・子育て世帯を対象とする支援、共働き・共育ての推進のための施策を本格実施する。具体的には、保育士・幼稚園教諭等の処遇改善、保育士配置の改善、こども誰でも通園制度の全国展開や、放課後児童クラブ等への支援※239 、子育て世帯への住宅支援に取り組むとともに、施策全般について出生率やこどものWell-beingに関する指標等関連指標に与える効果の検証を徹底し、より効果的な施策への重点化など施策の見直しを検討する。このため、改革工程に基づく徹底した歳出改革を進めるなど財源確保を図るとともに、2026年度からの子ども・子育て支援金制度の円滑な導入に向け、国民の共感を得られるよう制度の意義やその使途などの周知の準備を進めるほか、少子化の危機的かつ深刻な状況を踏まえ、官民が連携し、社会全体でこども・子育て世帯を支える意識を醸成する。

※238　「こども未来戦略」（令和５年12月22日閣議決定）に基づくこども・子育て支援加速化プラン。
※239　実施に当たっては、多様な体験活動を推進すること。

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）（主な箇所抜粋⑩）

第３章中長期的に持続可能な経済社会の実現
３．計画推進のための取組の強化

（経済・財政一体改革の点検・評価）

「経済・財政新生計画」の推進においては、経済、社会、環境や技術の変化に適切に対応した予算編成や制度改正に資するよう、人口減少下の持続可能な国・地方の行財政、人々のやりがいやWell-being（幸福度）、デジタル・新技術の導入による生産性向上に着目しつつ、プロセス管理を行う。経済財政諮問会議において、「ＥＢＰＭアクションプラン」、「改革実行プログラム」及び「進捗管理・点検・評価表」に基づき、毎年改革の進捗管理・点検・評価を行い、進捗や政策効果を確認し、更なる政策の企画・立案に結び付ける。

（政府全体のＥＢＰＭの強化）

「経済・財政新生計画」の推進においては、限られたリソースから高い政策効果を生み出すことが重要である。このため、関係府省庁において「ＥＢＰＭアクションプラン」に基づき、政府全体のＥＢＰＭの取組を本格化する。年末に同プランの見直し・強化を行うとともに、その成果を翌年度以降の骨太方針へ反映するなどＥＢＰＭを強化する。ＥＢＰＭ強化や分野横断的な施策の深化のため、行政記録情報を含めたデータの整備や「見える化」について関係府省庁間の連携を強化する。行政事業レビューとの連携を通じて、データ収集や分析・評価を一体的かつ効率的に進める。その際、行政事業レビューシステムの機能強化とＡＩ技術を活用したデータの利活用を推進する。ビッグデータを用いた分析や指標の実用化を進める。

基金について、資金の有効活用の観点から、ＥＢＰＭの手法を用いた効果検証やＰＤＣＡの取組を推進し、基金の点検・見直しの横断的な方針※268も踏まえ、必要性や成果の達成状況、管理費を含む執行見込み、設置法人の適格性について、不断に点検・検証を行う。

公的部門が保有する資産について、その保有目的等も踏まえつつ、運用改善や有効活用の有用性を検討する。

※268　「基金の点検・見直しの横断的な方針について」（令和５年12月20日行政改革推進会議決定）。

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）（主な箇所抜粋⑪）

第３章中長期的に持続可能な経済社会の実現
４．物価上昇に合わせた公的制度の点検・見直し

賃上げや投資が増加し、コストカット型経済からの脱却が見えてきた今、政府自身が、物価上昇を上回る賃金上昇の実現に向けて率先すべく、以下の３つの取組を総合的に実行する。その際には、労働の価値、平素からの備えの価値を正しく評価し、価格に表すことの重要性を軸に据えて取組を進める。

物価上昇が継続していることを踏まえ、予算、税制における長年据え置かれたままの様々な公的制度に係る基準額や閾値について、国民生活へ深刻な影響が及ばないよう、省庁横断的・網羅的に点検し、見直しを進める※269。その際、各項目の点検と併せ、政策効果を担保するため、制度の特性に応じた定期的な改定ルールを設け、足元の物価上昇に的確に対応できるような仕組みづくりを行う。

同時に、本基本方針第２章及び第３章に記載している、
・公定価格（医療・介護・保育・福祉等）の引上げ
・働き手の賃上げ原資を確保できる官公需における価格転嫁の徹底
を省庁横断的に推進する。

※269　長年据え置かれてきた公的制度の基準額や閾値の例として、交通遺児育成給付金、子どもの学習・生活支援事業（生活困窮者自立支援制度）、食事支給に係る所得税非課税限度額、マイカー通勤に係る通勤手当の所得税非課税限度額が存在し、これらについては速やかに見直しを行う。