

改革工程表2021や骨太の方針2022 に関する主な取組について (社会保障分野 ①)

令和4年10月14日

経済・財政一体改革推進委員会
社会保障ワーキング・グループ

目次

① 予防健康づくり、医療・介護費の地域差縮減に向けた取組

< 関連する改革項目 >

- 6. 予防・健康づくりに頑張った者が報われる制度の整備
- 7. インセンティブの活用を含め介護予防・フレイル対策や生活習慣病等の疾病予防・重症化予防等を市町村が一体的に実施する仕組みの検討
- 19. 保険者努力支援制度の評価指標への追加などインセンティブの一層の活用等
- 45. 国保の普通調整交付金について見直しを検討
- 36. 介護保険制度における財政的インセンティブの評価指標による評価結果の公表及び取組状況の「見える化」や改善の推進
- 17. 予防・健康づくりへの取組やデータヘルス、保健事業について、多様・包括的な民間委託を推進
- 34. 地域の実情を踏まえた取組の推進（医療）
 - i. 地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、さらなる対応の検討
 - ii. 国保財政の健全化に向け、受益と負担の見える化の推進（法定外繰入の解消等）
- 30. 地域医療構想の実現、大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域連携の促進（次回の社会保障WGで議論）

② マイナンバーの活用、医療DX対応

< 関連する改革項目 >

- 39. データヘルス改革の推進
 - i. 被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認を導入
 - ii. 「保健医療データプラットフォーム」の運用
- 医療DX推進本部

○医療費、介護費の地域差の動向について

医療費・介護費の状況

○医療費について

- ・一人当たり年齢調整後医療費（当該地域の加入者の年齢構成が全国平均と同じとした場合の一人当たり医療費）を都道府県別に見ると、北海道と西日本が高く、東日本が低い傾向にある。
- ・一人当たり年齢調整後医療費の、上位・下位 5 都道府県は平成26年度から令和元年度までの間、概ね変わっていない。
- ・都道府県別の一人当たり年齢調整後医療費の最大・最小比は、平成26年度から令和元年度までの間 1.33～1.34倍であり、概ね横ばいで推移している。

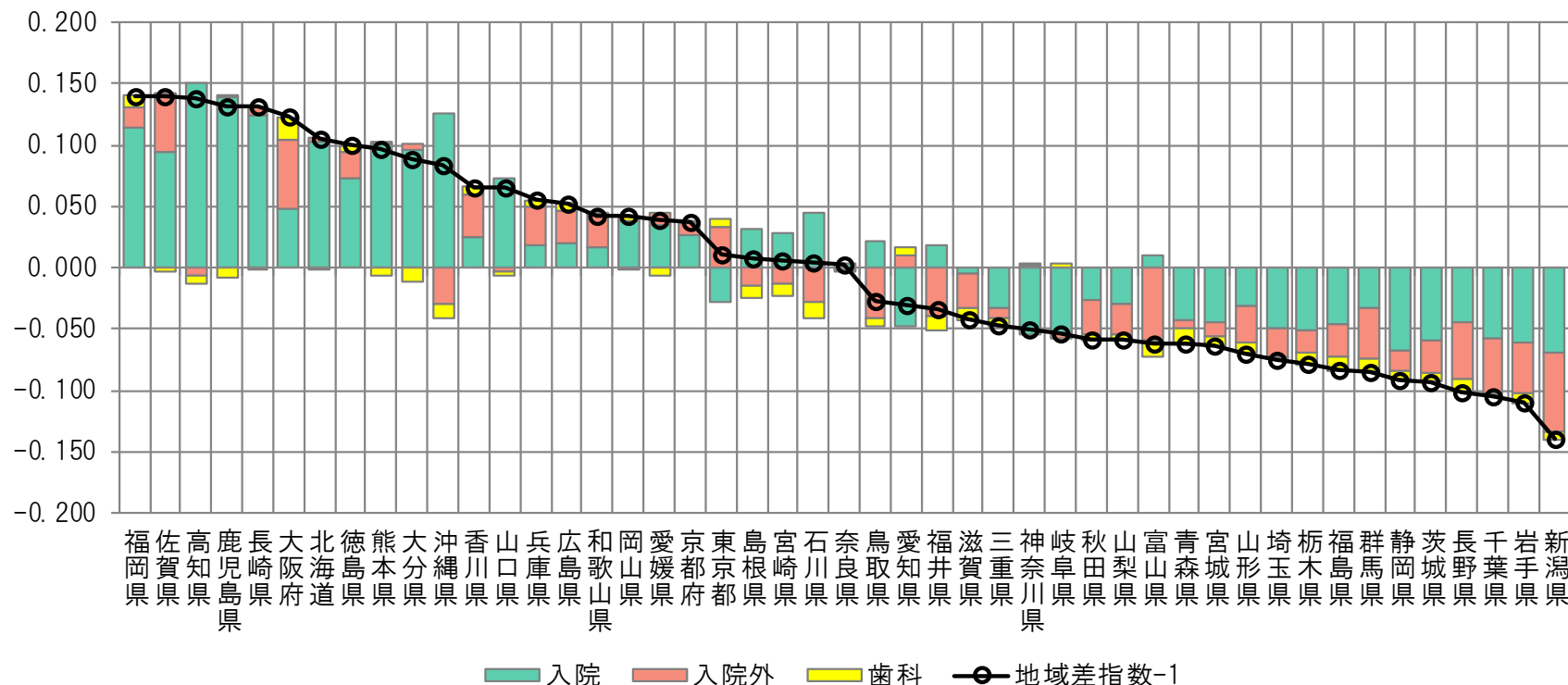
○介護費について

- ・一人当たり年齢調整後介護給付費を都道府県別に見ると、上位・下位 5 都道府県は平成26年度から令和元年度までの間、概ね変わっていない。
- ・なお、保険者による地域差分析の取り組み等を推進しているところ、都道府県別の一人当たり年齢調整後介護給付費の最大・最小比は、平成26年度から令和元年度までの間、1.30倍から1.25倍へと緩やかな減少傾向で推移している。

医療費の地域差①(国民医療費ベース、令和元年度)

- 医療費水準は北海道及び西日本が高く、東日本が低い傾向にある。
- 地域差への寄与を診療種別に見ると、入院の寄与度が大きく、入院外及び歯科の寄与度は比較的小さい。

地域差指数(診療種別計)に対する診療種別寄与度



【地域差指数とは】

地域差を“見える化”するために、人口の年齢構成の相違による分を補正した「1人当たり年齢調整後医療費」(＝仮に当該地域の加入者の年齢構成が全国平均と同じだとした場合の1人当たり医療費)を全国平均の1人当たり医療費で指数化したもの。

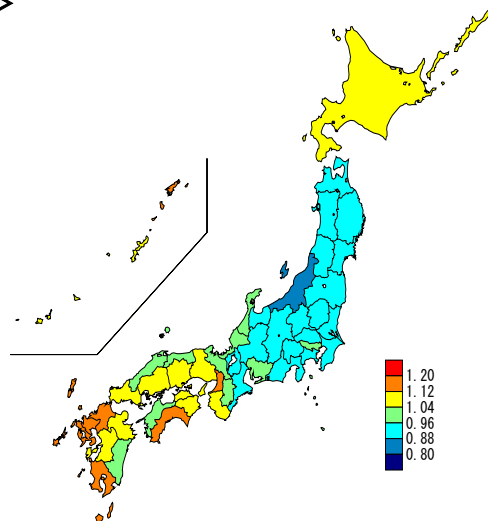
$$(\text{地域差指数}) = \frac{(\text{1人当たり年齢調整後医療費})}{(\text{全国平均の1人当たり医療費})}$$

医療費の地域差②(国民医療費ベース、令和元年度)

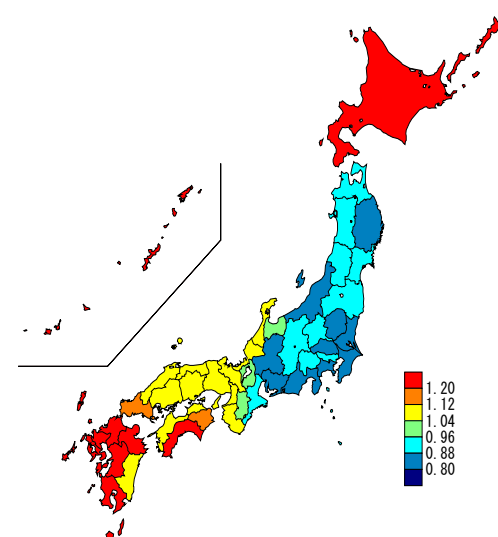
○医療費水準は北海道及び西日本が高く、東日本が低い傾向にあり、特に入院において顕著。

診療種別地域差指数の医療費マップ

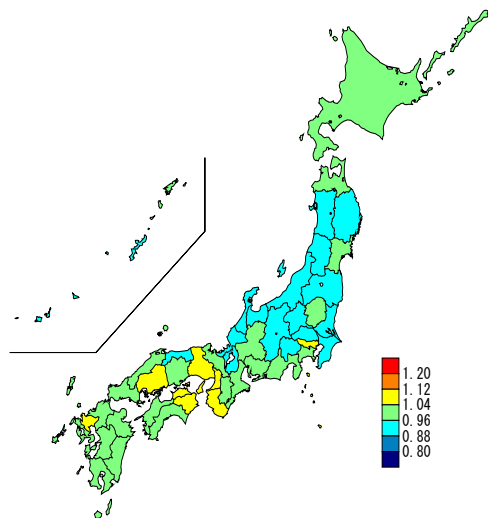
<診療種別計>



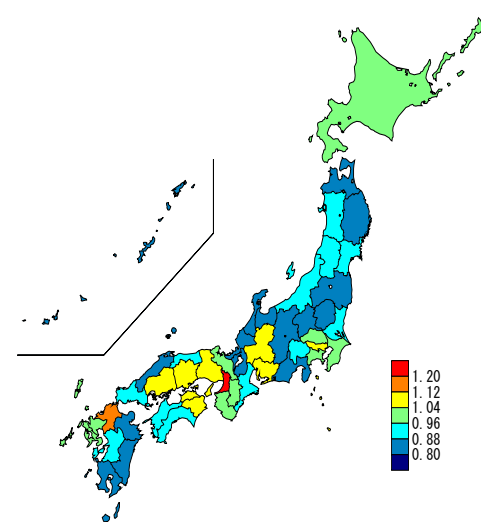
<入院>



<入院外>



<歯科>



医療費の地域差③(国民医療費ベース)

○一人当たり年齢調整後医療費の上位及び下位5都道府県は、過去6年間概ね変わっていない。

1人当たり年齢調整後医療費の上位及び下位5都道府県の推移

	上位 5 都道府県									
	1位		2位		3位		4位		5位	
平成26年度 (2014年度)	福岡県	373,484円 1.163	高知県	362,458円 1.129	長崎県	361,453円 1.126	佐賀県	361,399円 1.126	北海道	361,157円 1.125
平成27年度 (2015年度)	福岡県	384,804円 1.154	高知県	381,896円 1.146	大阪府	376,317円 1.129	長崎県	375,286円 1.126	佐賀県	374,603円 1.124
平成28年度 (2016年度)	福岡県	381,648円 1.150	高知県	380,765円 1.147	佐賀県	376,329円 1.134	長崎県	375,558円 1.131	大阪府	374,079円 1.127
平成29年度 (2017年度)	福岡県	388,620円 1.143	佐賀県	387,558円 1.140	高知県	387,133円 1.139	長崎県	384,777円 1.132	大阪府	381,484円 1.122
平成30年度 (2018年度)	高知県	393,452円 1.146	福岡県	393,066円 1.145	佐賀県	391,055円 1.139	長崎県	387,858円 1.130	鹿児島県	386,130円 1.125
令和元年度 (2019年度)	福岡県	401,091円 1.140	佐賀県	400,880円 1.139	高知県	400,208円 1.137	鹿児島県	398,035円 1.131	長崎県	397,909円 1.131

	下位 5 都道府県									
	47位		46位		45位		44位		43位	
平成26年度 (2014年度)	新潟県	278,552円 0.868	長野県	287,279円 0.895	千葉県	287,981円 0.897	静岡県	290,304円 0.904	岩手県	290,591円 0.905
平成27年度 (2015年度)	新潟県	286,374円 0.859	岩手県	297,023円 0.891	長野県	298,175円 0.895	千葉県	300,526円 0.902	静岡県	300,620円 0.902
平成28年度 (2016年度)	新潟県	285,765円 0.861	岩手県	294,530円 0.887	長野県	297,932円 0.897	静岡県	300,030円 0.904	千葉県	301,793円 0.909
平成29年度 (2017年度)	新潟県	291,744円 0.858	長野県	302,618円 0.890	岩手県	303,960円 0.894	千葉県	306,137円 0.901	静岡県	308,578円 0.908
平成30年度 (2018年度)	新潟県	294,874円 0.859	岩手県	306,432円 0.893	長野県	307,837円 0.897	千葉県	308,009円 0.897	茨城県	310,272円 0.904
令和元年度 (2019年度)	新潟県	302,447円 0.860	岩手県	312,914円 0.889	千葉県	315,101円 0.896	長野県	316,241円 0.899	茨城県	319,122円 0.907

平成26年度（2014年度）の数値は、経済・財政一体改革推進委員会 第20回 社会保障ワーキング・グループ（平成29年4月25日）の資料1「医療費、介護費の地域差分析等」に基づくもの、平成27年度（2015年度）の数値は、経済・財政一体改革推進委員会 第5回 評価・分析ワーキング・グループ（平成29年11月24日）の資料3「予防・健康づくりと医療費適正化関係」に基づくものである。なお、平成25年度（2013年度）以前については、国民医療費ベースの1人当たり年齢調整後医療費及び地域差指数の算出を行っていない。

注）上段：1人当たり年齢調整後医療費、下段：地域差指数

【出典】「令和元年度（2019年度）医療費の地域差分析」（厚生労働省）より

医療費の地域差④(国民医療費ベース)

○一人当たり年齢調整後医療費の最大・最小比は、過去6年間概ね横ばいで推移している。

1人当たり年齢調整後医療費の最大・最小比の推移

	計					入院				
	最大		最小		最大／最小	最大		最小		最大／最小
平成26年度 (2014年度)	福岡県	373,484円 1.163	新潟県	278,552円 0.868	1.34倍	福岡県	169,785円 1.333	新潟県	103,017円 0.809	1.65倍
平成27年度 (2015年度)	福岡県	384,804円 1.154	新潟県	286,374円 0.859	1.34倍	高知県	178,622円 1.386	新潟県	105,563円 0.819	1.69倍
平成28年度 (2016年度)	福岡県	381,648円 1.150	新潟県	285,765円 0.861	1.34倍	高知県	181,048円 1.386	新潟県	107,634円 0.824	1.68倍
平成29年度 (2017年度)	福岡県	388,620円 1.143	新潟県	291,744円 0.858	1.33倍	高知県	184,942円 1.378	新潟県	110,390円 0.822	1.68倍
平成30年度 (2018年度)	高知県	393,452円 1.146	新潟県	294,874円 0.859	1.33倍	高知県	191,371円 1.395	新潟県	112,762円 0.822	1.70倍
令和元年度 (2019年度)	福岡県	401,091円 1.140	新潟県	302,447円 0.860	1.33倍	高知県	193,199円 1.378	新潟県	115,537円 0.824	1.67倍

	入院外					歯科				
	最大		最小		最大／最小	最大		最小		最大／最小
平成26年度 (2014年度)	大阪府	191,727円 1.097	富山県	154,187円 0.882	1.24倍	大阪府	23,791円 1.258	沖縄県	15,488円 0.819	1.54倍
平成27年度 (2015年度)	大阪府	202,670円 1.112	新潟県	160,119円 0.879	1.27倍	大阪府	28,565円 1.283	福井県	17,566円 0.789	1.63倍
平成28年度 (2016年度)	大阪府	198,947円 1.113	沖縄県	155,744円 0.871	1.28倍	大阪府	28,882円 1.283	福井県	17,865円 0.794	1.62倍
平成29年度 (2017年度)	大阪府	202,227円 1.106	新潟県	160,688円 0.879	1.26倍	大阪府	28,986円 1.266	福井県	18,253円 0.797	1.59倍
平成30年度 (2018年度)	大阪府	202,033円 1.106	新潟県	160,857円 0.881	1.26倍	大阪府	29,499円 1.261	青森県	18,836円 0.805	1.57倍
令和元年度 (2019年度)	大阪府	207,835円 1.107	新潟県	165,277円 0.880	1.26倍	大阪府	30,317円 1.269	青森県	19,213円 0.804	1.58倍

平成26年度（2014年度）の数値は、経済・財政一体改革推進委員会 第20回 社会保障ワーキング・グループ（平成29年4月25日）の資料1「医療費、介護費の地域差分析等」に基づくもの、平成27年度（2015年度）の数値は、経済・財政一体改革推進委員会 第5回 評価・分析ワーキング・グループ（平成29年11月24日）の資料3「予防・健康づくりと医療費適正化関係」に基づくものである。なお、平成25年度（2013年度）以前については、国民医療費ベースの1人当たり年齢調整後医療費及び地域差指数の算出を行っていない。

注）上段：1人当たり年齢調整後医療費、下段：地域差指数

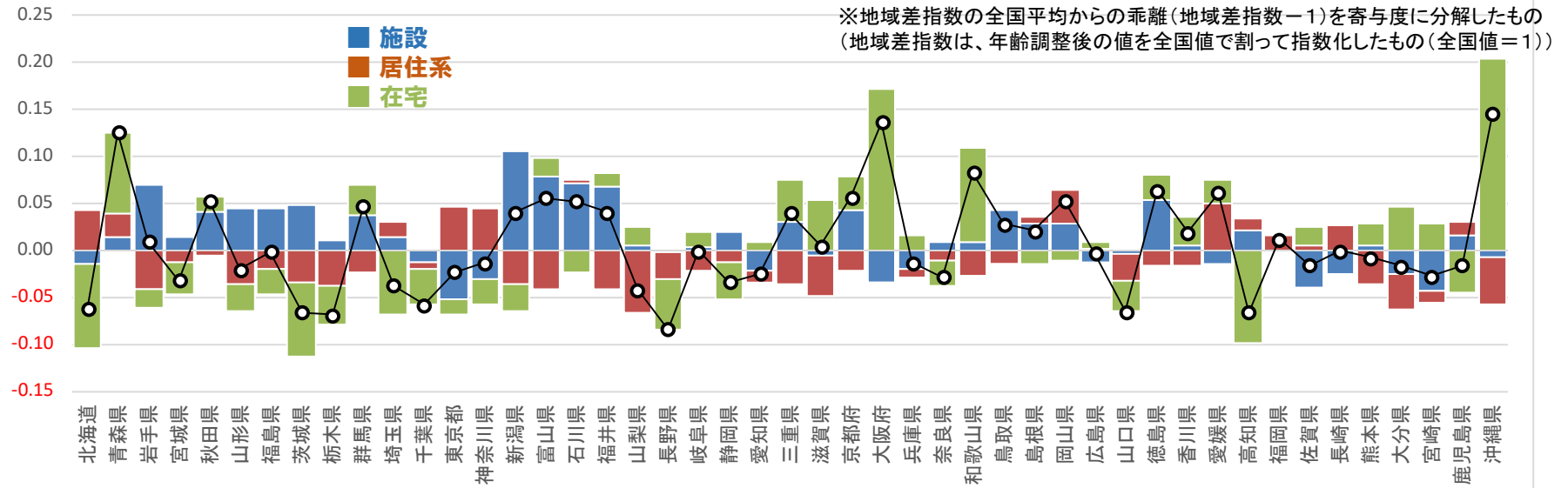
【出典】「令和元年度（2019年度）医療費の地域差分析」（厚生労働省）より

介護費の地域差

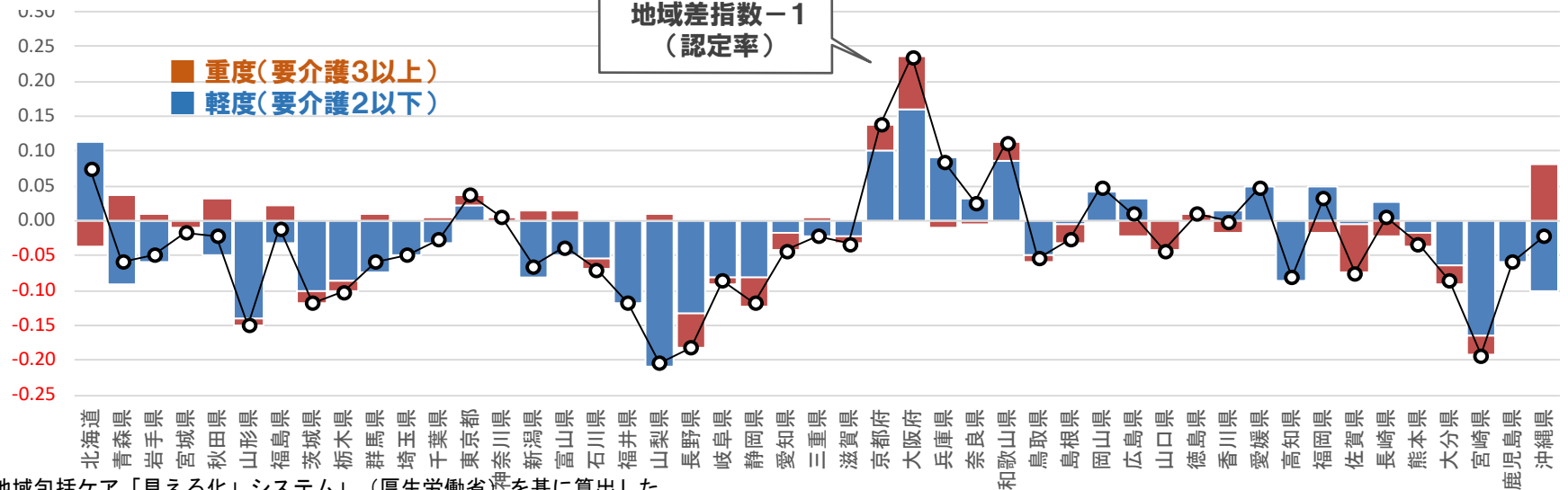
○介護保険分野では、年齢調整後においても(被保険者)一人当たり給付費や要介護認定率等の地域差が生じている。

都道府県別地域差指数(寄与度別)

○1人当たり介護給付費(令和元年度)の地域差指数(施設・居住系・在宅の寄与度別)

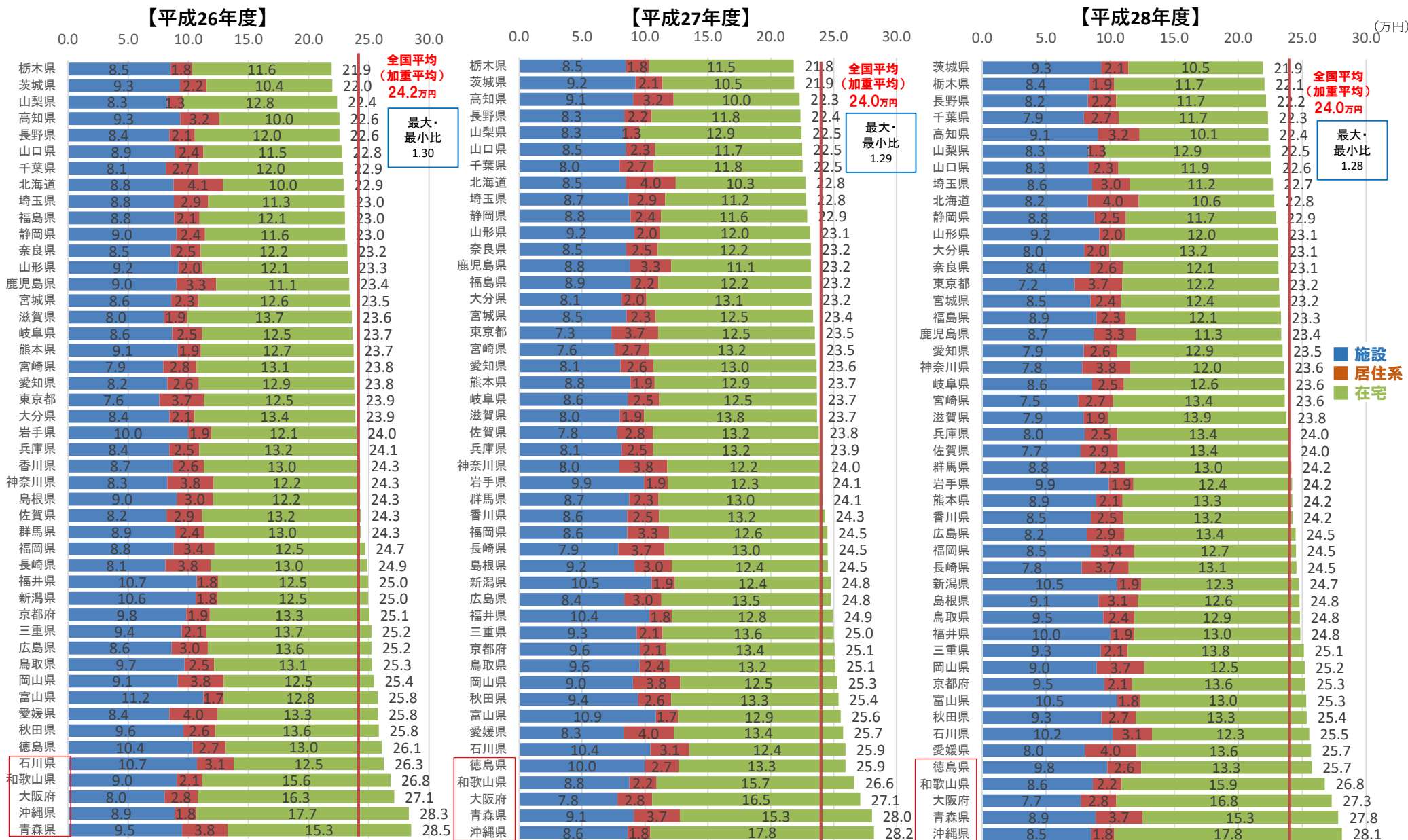


○認定率(令和元年度)の地域差指数(寄与度別)



【出典】「地域包括ケア「見える化」システム」(厚生労働省)を基に算出した。

第1号被保険者1人当たり介護給付費の地域差(年齢調整後)(平成26年度～平成28年度)

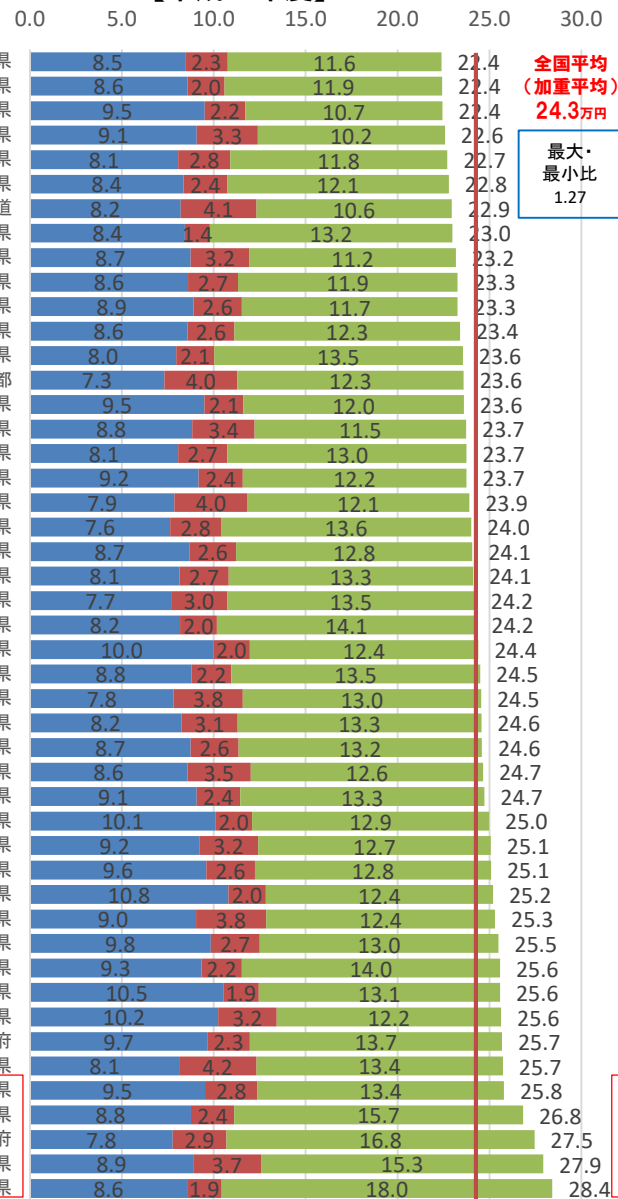


【出典】「地域包括ケア「見える化」システム」より

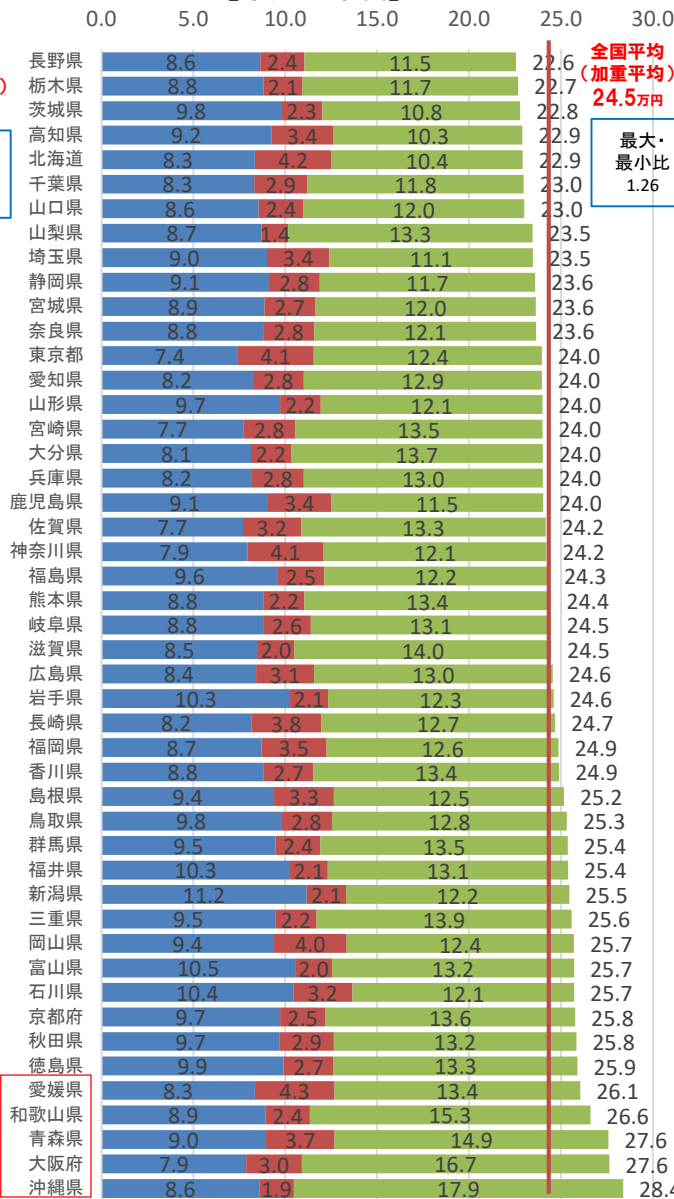
注：介護予防訪問介護及び介護予防通所介護が、2015年度から2017年度までに、順次市町村で行う介護予防・日常生活支援総合事業に移行される。(2017年度から全市町村で移行)。

第1号被保険者1人当たり介護給付費の地域差(年齢調整後)(平成29年度～令和元年度)

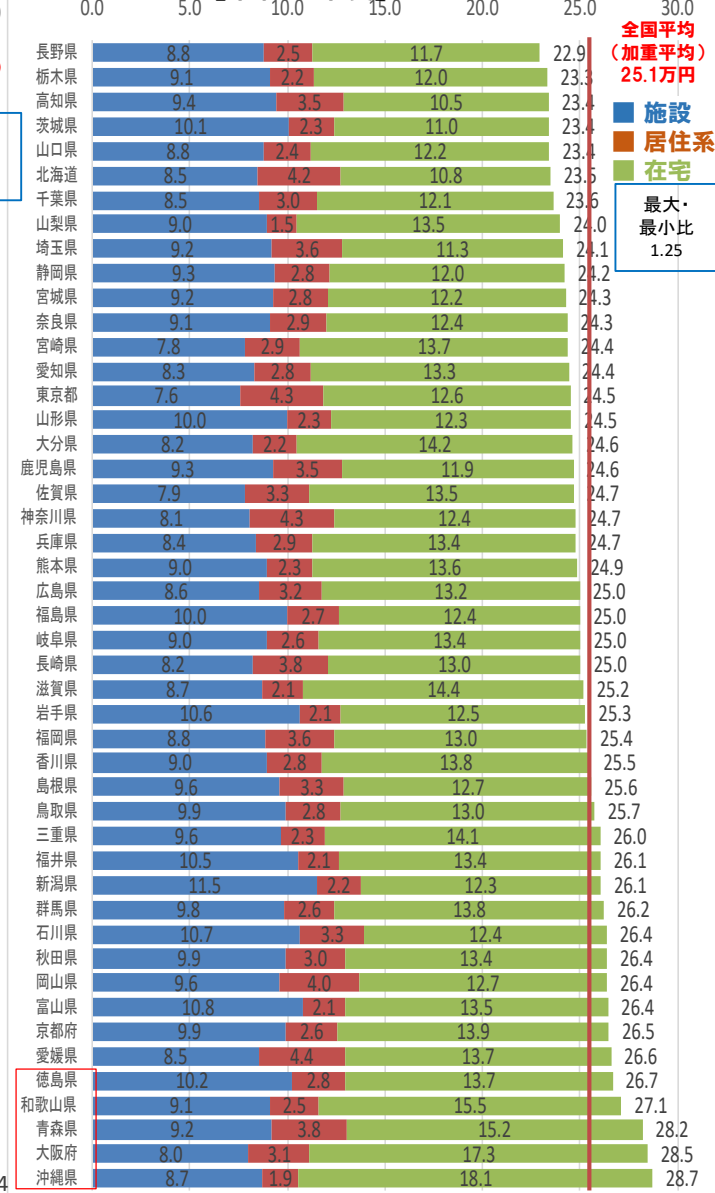
【平成29年度】



【平成30年度】



【令和元年度】



【出典】「地域包括ケア「見える化」システム」より

注：介護予防訪問介護及び介護予防通所介護が、2015年度から2017年度までに、順次市町村で行う介護予防・日常生活支援総合事業に移行される。(2017年度から全市町村で移行)。

① 予防健康づくり、医療・介護費の地域差縮減に向けた取組

＜関連する改革項目＞

- 6. 予防・健康づくりに頑張った者が報われる制度の整備
- 7. インセンティブの活用を含め介護予防・フレイル対策や生活習慣病等の疾病予防・重症化予防等を市町村が一体的に実施する仕組みの検討
- 19. 保険者努力支援制度の評価指標への追加などインセンティブの一層の活用等
- 45. 国保の普通調整交付金について見直しを検討
- 36. 介護保険制度における財政的インセンティブの評価指標による評価結果の公表及び取組状況の「見える化」や改善の推進
- 17. 予防・健康づくりへの取組やデータヘルス、保健事業について、多様・包括的な民間委託を推進
- 34. 地域の実情を踏まえた取組の推進(医療)
 - i. 地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、さらなる対応の検討
 - ii. 国保財政の健全化に向け、受益と負担の見える化の推進(法定外繰入の解消等)
- 30. 地域医療構想の実現、大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域連携の促進(次回の社会保障WGで議論)

② マイナンバーの活用、医療DX対応

＜関連する改革項目＞

- 39. データヘルス改革の推進
 - i. 被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認を導入
 - ii. 「保健医療データプラットフォーム」の運用
- 医療DX推進本部

6. 予防・健康づくりに頑張った者が報われる制度の整備

7. インセンティブの活用を含め介護予防・フレイル対策や生活習慣病等の疾病予防・重症化予防等を市町村が一体的に実施する仕組みの検討

進捗状況 (遅れている場合はその要因)

6 について

- 保険者インセンティブ制度において、特定健診・保健指導の実施状況だけでなく、がん検診や事業主との連携などの取組を評価し、特定健診・保健指導や予防・健康づくり等に取り組む保険者に対するインセンティブをより重視する仕組みに見直し・運用。
- 後期高齢者支援金の加算・減算制度の総合評価指標の要件に、個人インセンティブ事業の実施だけでなく、効果検証まで行うことを追加し、個人を対象としたインセンティブを推進。

7 について

- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施については、令和2年4月から開始。
- 一体的実施を促すため、特別調整交付金を活用した支援を実施。令和4年度から開始予定の市町村を含め、実施市町村は全体の6割を超えており、令和6年度までに全体の9割弱の市町村で実施の目途が立っている状況。（令和4年2月時点）

今後の取組方針

6 について

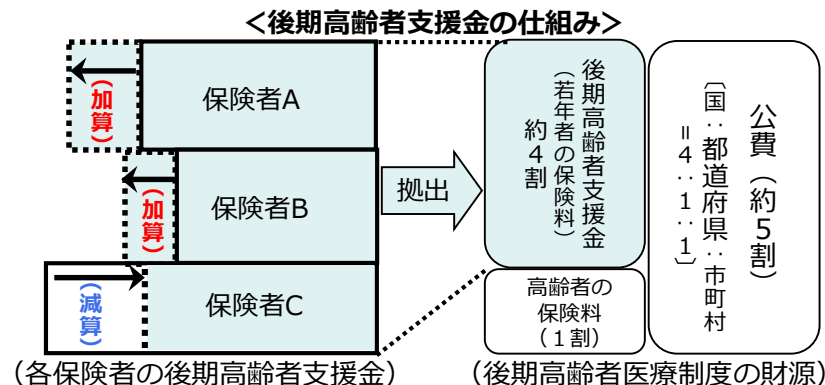
- 今後も各保険者の取組状況等を踏まえ、評価指標・配点割合の見直し等を適切に実施していく。

7 について

- 令和6年度までに全ての市町村において一体的な実施を展開することを目指し、国として、特別調整交付金を活用した支援等を継続。

後期高齢者支援金の加算・減算制度

- 各保険者の特定健診の実施率等により、当該保険者の後期高齢者支援金の額について一定程度加算又は減算を行う制度。
- 2018年度以降、特定健診・保健指導の実施状況だけでなく、がん検診や事業主との連携などの取組を評価し、**特定健診・保健指導や予防・健康づくり**等に取り組む保険者に対する**インセンティブ**をより重視する仕組みに見直し。



【2018年度以降】※加減算は、**健保組合・共済組合**が対象（市町村国保は保険者努力支援制度で対応）

1. 支援金の**加算（ペナルティ）**

- ・ **特定健診・保健指導の実施率**が一定割合に満たない場合に加算対象となる。
- ・ **加算率は段階的に引上げ**（2018年度最大2% → 2019年度最大4% → 2020年度以降**最大10%**）

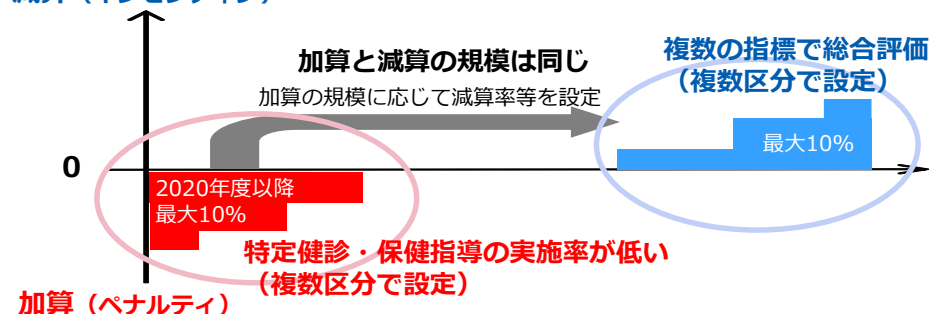
2. 支援金の**減算（インセンティブ）**

- ・ **特定健診・保健指導の実施率**に加え、**特定保健指導の対象者割合の減少幅（＝成果指標）**、がん検診・歯科健診、事業主との連携等の複数の指標で総合評価

（上記以外の総合評価項目）

- ・ 後発医薬品の使用割合（＝成果指標）
- ・ 糖尿病等の重症化予防等
- ・ 健診の結果の分かりやすい情報提供、対象者への受診勧奨
- ・ 事業主との連携（受動喫煙防止、就業時間中の配慮等）
- ・ 予防・健康づくりの個人へのインセンティブの取組等

減算（インセンティブ）



中間見直しの内容（2021年度～）

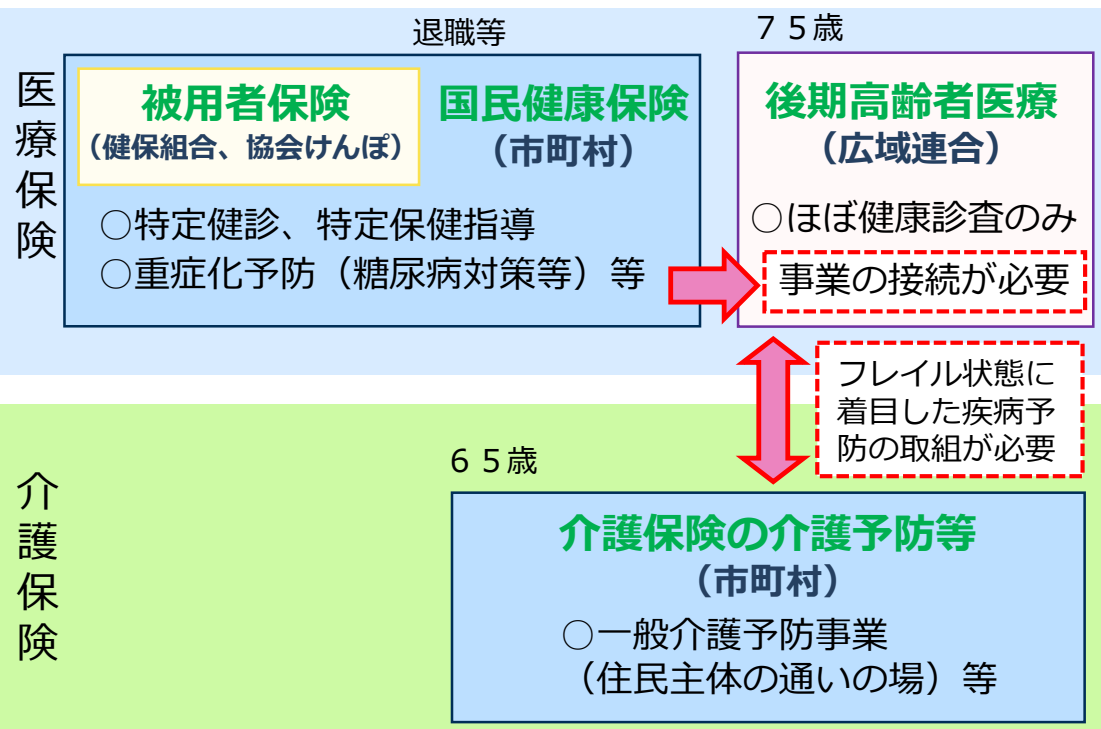
- **加算（ペナルティ）範囲の拡大**：健診受診率57.5%未満 ⇒ 70%未満（単一健保の場合）
- **減算（インセンティブ）の評価基準見直し**：①成果指標の拡大（がん精密検査受診率など）、②事業の効果検証の要件化
③適正服薬の取組を評価、④歯科健診等の評価点引き上げ等

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

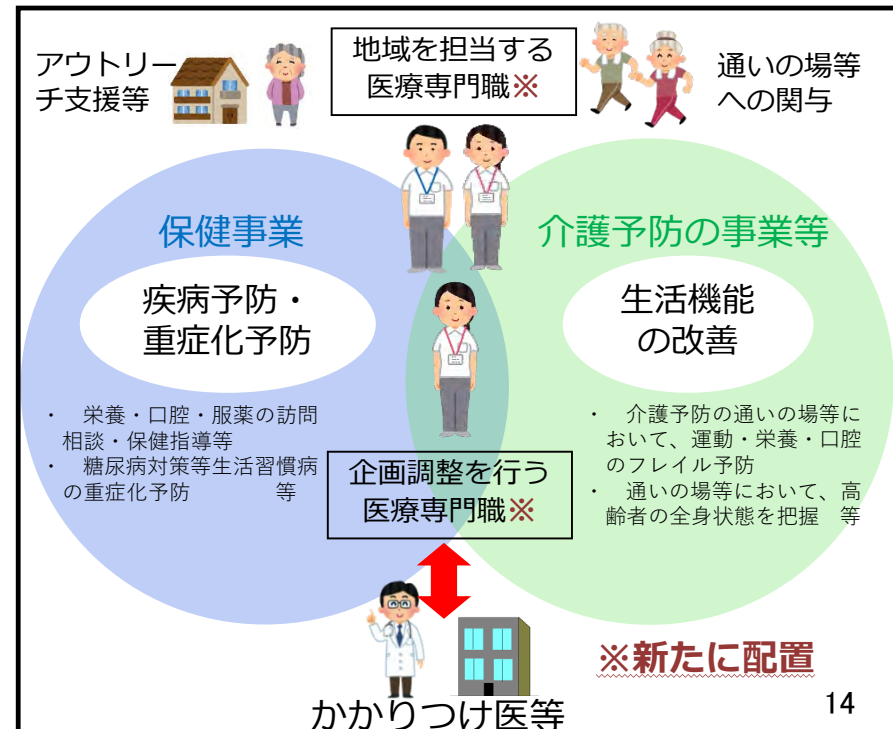
- 広域連合が**高齢者保健事業を国民健康保険保健事業及び介護予防の取組と一体的に実施する取組**が**令和2年4月から開始**された。
- 広域連合は、その実施を**構成市町村に委託**することができる。

- 令和3年度の実施計画申請済みの市町村は **793市町村**、全体の**約5割**（令和4年2月現在）。
- 令和4年度から開始予定の市町村は **307市町村**、全体の**6割超**の市町村で実施される予定。
- 令和6年度には **1,552市町村**、全体の**9割弱**の市町村で実施の目途が立っている状況。
- **令和6年度までに全ての市町村**において一体的な実施を展開することを目指す。

▼保健事業と介護予防の現状と課題



▼一体的実施イメージ図



19. 保険者努力支援制度の評価指標への追加などインセンティブの一層の活用等

45. 国保の普通調整交付金について見直しを検討

進捗状況 (遅れている場合はその要因)

<19について>

- 国民健康保険の保険者努力支援制度について、市町村における予防・健康づくり等の取組状況を踏まえて評価指標や配点の見直しを行うとともに、市町村ごとの点数獲得状況を指標ごとに毎年HPで公表している。
- 後期高齢者支援金の加算・減算制度について、現行制度の効果を検証し、2024年度以降の制度の内容について検討を行っている。

<45について>

- 普通調整交付金は、定率国庫負担では解消できない自治体間の財政力の不均衡を調整するための制度。定率国庫負担等と合わせ、全国ベースで前期高齢者交付金分を除いた医療給付費等の50%を保障。

今後の取組方針

<19について>

- 保険者インセンティブ制度について、今後も各保険者の取組状況等を踏まえ、保険者機能の強化と医療費適正化に繋がるよう評価指標・配点割合の見直し等を適切に実施していく。
- 後期高齢者支援金の加算・減算制度について、各保険者の総合評価指標の実績値を2022年度中に公表する予定。

<45について>

- 地方団体と今後の方向性について議論を深める。
- ※ 保険者機能の強化や医療費適正化の取組については、
 - ・保険者インセンティブ制度（保険者努力支援制度）の評価指標・配点割合の見直し等を適切に実施していく
 - ・第4期医療費適正化計画に向けて、骨太2021に基づき、必要な法制上の措置を講ずることとしている。

保険者努力支援制度

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

制度概要

- 市町村・都道府県について、医療費適正化に向けた取組等を評価する指標を設定し、達成状況に応じて交付金を交付（平成30年度～）

※H28・29年には市町村を対象に前倒しで実施
（財源：特別調整交付金、H28年度：150億円、H29年度：250億円）

- 財政規模：約1000億円（国保改革による公費拡充の財源を活用）

※うち、特別調整交付金によりH30年度：約163億円、H31年度以降：約88億円を措置

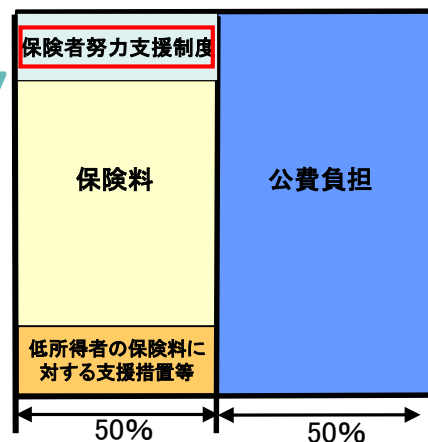
□市町村分 <500億円程度>

（指標の例）特定健診・特定保健指導の実施率、後発医薬品の促進の取組・使用割合 等

□都道府県分 <500億円程度>

（指標の例）医療費適正化のアウトカム評価（医療費水準・医療費の変化） 等

国保財政の仕組み（イメージ）



令和2年度～

抜本的強化

<取組評価分>

- ①予防・健康インセンティブの強化（例）予防・健康づくりに関する評価指標（特定健診・保健指導、重症化予防等）の配点割合を引上げ
- ②成果指標の拡大（例）糖尿病等の重症化予防について、アウトカム指標を導入

<予防・健康づくり支援分（事業費分・事業費連動分）> ※新設

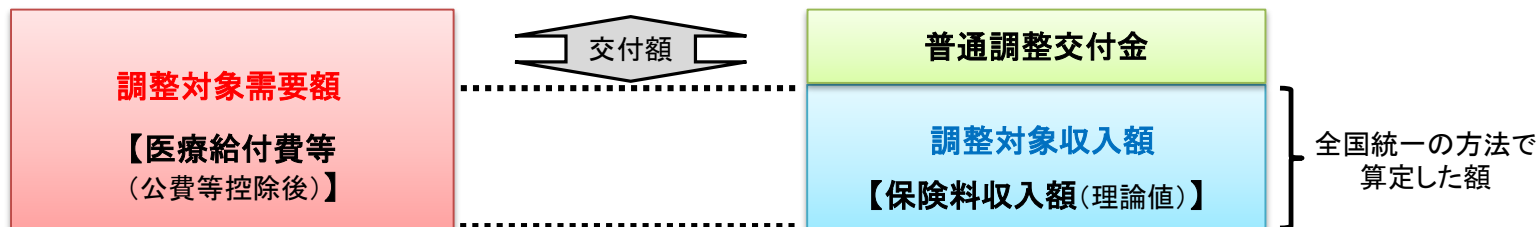
- 令和2年度より500億円を追加し、「事業費」として交付する部分（200億円※）を設け、「事業費に連動」して配分する部分（300億円。評価指標を設定し配分）と合わせて交付することにより、自治体における予防・健康づくりの取組を後押し

※従来の国保ヘルスアップ事業（特別調整交付金）を統合し事業総額は250億円

以降も毎年度、各自治体の取組状況等を踏まえ、地方団体等と協議の上、評価指標・配点割合の見直しを実施

普通調整交付金の仕組み

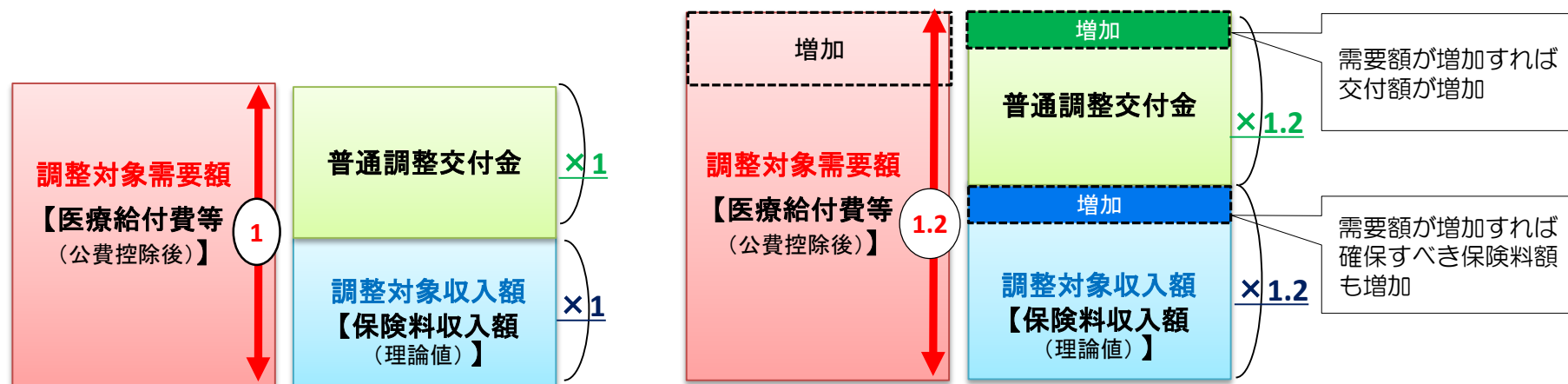
- 普通調整交付金は、都道府県間の財政力の不均衡を調整するために交付。
- 各都道府県の **調整対象需要額**【医療給付費等（公費等控除後）】と **調整対象収入額**【保険料収入額（理論値）】の差額を交付。



- **調整対象需要額**は、各都道府県の医療給付費等の見込額から、公費（定率国庫負担、都道府県繰入金など）や前期高齢者交付金の収入見込額を除いたもの。
- **調整対象収入額**は、医療費（調整対象需要額）に対応して確保すべき保険料額（理論値）。

- 各都道府県の調整対象需要額、調整対象収入額のいずれも、当該都道府県における医療費水準と連動するため、その差額から算出される普通調整交付金の交付額も医療費水準に連動。
- ⇒ 医療費水準が高い都道府県では、その分、交付額が増加。他方、その医療費に対応して確保すべき保険料額も増加。

（需要額が1.2倍となった場合）



医療給付費等総額： 約107,300億円

市町村への地方財政措置：1,000億円

保険者努力支援制度

- 都道府県・市町村の医療費適正化、予防・健康づくり等の取組状況に応じ支援。
予算額：約1400億円 ※4 (うち事業費200億円)

特別高額医療費共同事業

- 著しく高額な医療費(1件420万円超)について、都道府県からの拠出金を財源に全国で費用負担を調整。国は予算の範囲内で一部を負担。 国庫補助額：60億円

高額医療費負担金

- 高額な医療費(1件80万円超)の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、国と都道府県が高額医療費の1/4ずつを負担。
事業規模：3,700億円、国庫補助額：900億円

子ども保険料軽減制度

- 未就学児に係る均等割保険料について保険料額の5割を公費で支援。
事業規模：80億円、国庫補助額：40億円
(国 1/2、都道府県 1/4、市町村 1/4)

保険者支援制度

- 低所得者数に応じ、保険料額の一定割合を公費で支援。
事業規模：2,600億円、国庫補助額：1,300億円
(国 1/2、都道府県 1/4、市町村 1/4)

財政安定化支援事業

保険者努力支援制度

特別高額医療費
共同事業

高額医療費負担金

保険料

(24,700億円)

法定外一般会計繰入

約1,100億円 ※2

子ども保険料軽減制度

保険者支援制度

低所得者保険料軽減制度

調整交付金(国)

(9%) ※1

7,900億円

定率国庫負担

(32%) ※1

22,000億円

都道府県繰入金

(9%) ※1

6,200億円

調整交付金(国)

○普通調整交付金(7%)

都道府県間の財政力の不均衡を調整するために交付。

○特別調整交付金(2%)

画一的な測定方法によって、措置できない都道府県・市町村の特別の事情(災害等)を考慮して交付。

前期高齢者交付金

- 国保・被用者保険の65歳から74歳の前期高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を、各保険者の加入者数に応じて調整。

低所得者保険料軽減制度

- 低所得者の保険料軽減分を公費で支援。
事業規模：4,400億円
(都道府県 3/4、市町村 1/4)

公費負担額

46,500億円

国 計： 33,600億円

都道府県計： 11,100億円

市町村計： 1,800億円

※1 それぞれ保険給付費等の9%、32%、9%の割合を基本とするが、定率国庫負担等のうち一定額について、財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振りかえる等の法律上の措置がある

※2 令和元年度決算における決算補填等の目的の一般会計繰入の額

※3 退職被保険者を除いて算定した前期高齢者交付金額であり、実際の交付額とは異なる

※4 令和4年度は、平成29年度に特例基金に措置した500億円のうち残330億円は取り崩ししない

骨太方針における、普通調整交付金の在り方に関する記載

- 国保の普通調整交付金の在り方については、2017年度から骨太方針に記載が盛り込まれており、骨太方針2022においては、方向性を示すべく地方団体等との議論を深める、とされている。

骨太方針2017（平成29年6月9日閣議決定）

現行の普通調整交付金は、医療費が増えると配分が増える算定方法ともなっているため、所得調整機能を維持しながら、医療費適正化のインセンティブを効かせる観点から、地域差に関する調整・配分の在り方を検証し、2018年度（平成30年度）の新制度への円滑な移行に配慮しつつ速やかに関係者間で見直しを検討する。

骨太方針2018（平成30年6月15日閣議決定）

国保の普通調整交付金について、所得調整機能を維持しながら、医療費適正化のインセンティブを効かせる観点から、地域差に関する調整・配分の在り方の検証を進め、都道府県が国民健康保険の財政運営の責任主体となる新制度の円滑な運営に配慮しつつ、速やかに関係者間で見直しを検討¹⁸⁹する。

189 加入者の性・年齢で調整した標準的な医療費を基準に配分すべきとの意見や、普通調整交付金が担う地方団体間の所得調整機能は大変重要であるとの意見等があることを踏まえつつ検討を行う。

骨太方針2019（令和元年6月21日閣議決定）

国保の普通調整交付金の配分について、骨太方針2020における取りまとめに向けて、所得調整機能の観点や、加入者の性・年齢で調整した標準的な医療費を基準とする観点から引き続き地方団体等と議論を継続する。

骨太方針2020（令和2年7月17日閣議決定）

「経済財政運営と改革の基本方針2020」は、現下の情勢下では政府として新型コロナウイルス感染症への対応が喫緊の課題であることから、令和3年度概算要求基準の内容をできる限り簡素なものとすることと歩調を合わせ、記載内容を絞り込み、今後の政策対応の大きな方向性に重点を置いたものとしている。「経済財政運営と改革の基本方針2019」（令和元年6月21日閣議決定）のうち、本基本方針に記載がない項目についても、引き続き着実に実施する。

骨太方針2021（令和3年6月18日閣議決定）

国保財政を健全化する観点から、法定外繰入等の早期解消を促すとともに、普通調整交付金の配分の在り方について、引き続き地方団体等と議論を継続する。

骨太方針2022（令和4年6月8日閣議決定）

国保財政健全化の観点から、法定外繰入等の早期解消を促すとともに、普通調整交付金の配分の在り方について、方向性を示すべく地方団体等との議論を深める。

普通調整交付金の配分方法の見直しに係る要望等

骨太方針の策定等について（令和４年５月２０日地方六団体）

- 国民健康保険制度の普通調整交付金が担う地方団体間の所得調整機能は極めて重要であることから、配分方法等の見直しは容認できるものではない。国民健康保険制度における保険者へのインセンティブ機能を担うものとしては、「保険者努力支援制度」を有効に活用することとし、その評価の在り方など制度の運用については地方と十分に協議を行うこと。

国民健康保険制度等に関する提言（令和４年６月１日全国市長会）

２．国民健康保険制度について

- （５）普通調整交付金が担う自治体間の所得調整機能は極めて重要であることから、見直しは行わないこと。

令和５年度政府予算編成及び施策に関する要望（令和４年７月７日全国町村会）

12. 医療保険制度の安定運営の確保 ２．国民健康保険の安定運営の確保

- （３）普通調整交付金が担う自治体間の所得調整機能を引き続き堅持すること。

令和５年度国の施策並びに予算に関する提案・要望（令和４年７月２９日全国知事会）

- 【社会保障関係】 ２ 医療保険制度改革の推進について （１）医療保険制度
ウ 国民健康保険制度の抱える構造的な課題を解消するためには、普通調整交付金が担う自治体間の所得調整機能は大変重要であることから、今後もその機能を引き続き維持することとし、国民健康保険制度における保険者のインセンティブ機能を担うものとしては、「保険者努力支援制度」を有効に活用し、具体的に受益と負担の見える化に取り組んでいる都道府県への評価のあり方など制度の運用については地方と十分に協議を行うこと。（略）

36. 介護保険制度における財政的インセンティブの評価指標による評価結果の公表及び取組状況の「見える化」や改善の推進

進捗状況 (遅れている場合はその要因)

- 保険者機能強化推進交付金等の公表について
保険者機能強化推進交付金等の取組状況の「見える化」については、2022年度も、国による得点獲得状況の一般公表・分析に向けて、まずは各保険者等において9月末までに自己評価を実施した。
- 保険者機能強化推進交付金等の評価指標について
2023年度評価指標については、以下の所要の見直しを行った上で、本年8月に通知した。
 - ・長期的な平均要介護度の変化に関する指標を追加し、アウトカム指標を強化
 - ・既存の指標の趣旨を明確化また、今後の評価指標の在り方について、9月12日に関係審議会で議論を開始した。
- 介護給付適正化の取組について
第9期介護保険事業計画期間（令和6～8年度）に向けて、介護給付適正化の取組について9月12日に関係審議会で議論を開始した。

今後の取組方針

- 保険者機能強化推進交付金等の公表について
国において、保険者等における評価結果を集約の上、2022年度末までに指標項目ごとの得点獲得状況等の公表等を行うとともに、その分析を行い、来年度評価指標等に反映していく。
- 保険者機能強化推進交付金等の評価指標について
今後の評価指標の在り方について、アウトカム指標の強化を含め、保険者機能の強化に資するものとなるよう、関係審議会でさらに議論を深めていく。
- 介護給付適正化の取組について
介護給付適正化の取組を強化する観点から、介護給付適正化主要5事業をより効果的・効率的な取組に見直していくことについて、関係審議会でさらに議論を深めていく。

保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金

令和4年度予算額（令和3年度予算額）：400億円（400億円）

400億円の内訳
 ・保険者機能強化推進交付金：200億円
 ・介護保険保険者努力支援交付金：200億円（社会保障の充実分）

趣 旨

- 平成29年地域包括ケア強化法において、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組や都道府県による保険者支援の取組が全国で実施されるよう、PDCAサイクルによる取組を制度化
- この一環として、自治体への財政的インセンティブとして、市町村や都道府県の様々な取組の達成状況を評価できるよう客観的な指標を設定し、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進するための保険者機能強化推進交付金を創設
- 令和2年度においては、公的保険制度における介護予防の位置付けを高めるため、保険者機能強化推進交付金に加え、介護保険保険者努力支援交付金（社会保障の充実分）を創設し、介護予防・健康づくり等に資する取組を重点的に評価することにより配分基準のメリハリ付けを強化

概 要

各市町村が行う自立支援・重度化防止の取組及び都道府県が行う市町村に対する取組の支援に対し、それぞれ評価指標の達成状況（評価指標の総合得点）に応じて、交付金を交付する。

- 【主な指標】
- | | |
|--------------------------|-------------------|
| ① PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化 | ④ 介護予防の推進 |
| ② ケアマネジメントの質の向上 | ⑤ 介護給付適正化事業の推進 |
| ③ 多職種連携による地域ケア会議の活性化 | ⑥ 要介護状態の維持・改善の度合い |

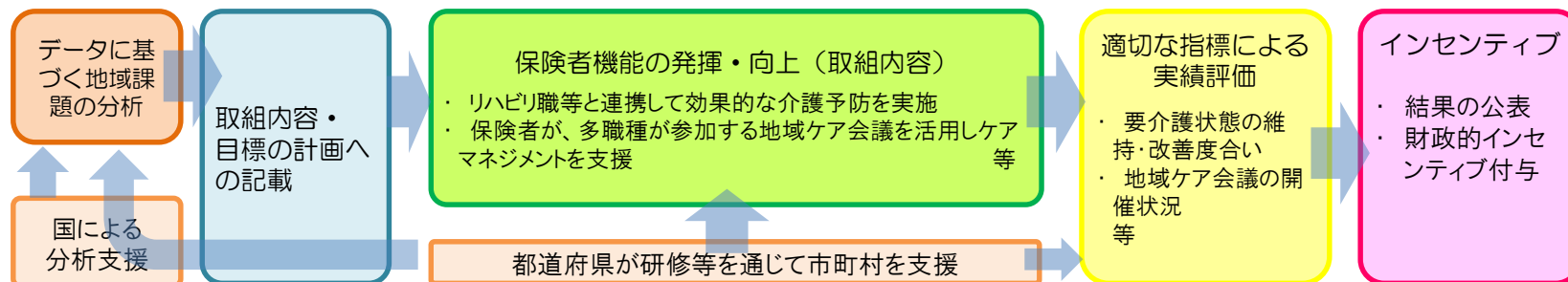
<市町村分>

- 1 配分 介護保険保険者努力支援交付金200億円のうち190億円程度
 保険者機能強化推進交付金200億円のうち190億円程度
- 2 交付対象 市町村（特別区、広域連合及び一部事務組合を含む。）
- 3 活用方法 国、都道府県、市町村及び第2号保険料の法定負担割合に加えて、介護保険特別会計に充当
- なお、交付金は、高齢者の市町村の自立支援・重度化防止等に向けた取組を支援し、一層推進することを趣旨としていることも踏まえ、各保険者は、交付金を活用し、地域支援事業、市町村特別給付、保健福祉事業を充実し、高齢者の自立支援、重度化防止、介護予防等に必要な取組を進めていくことが重要。

<都道府県分>

- 1 配分 介護保険保険者努力支援交付金200億円のうち10億円程度
 保険者機能強化推進交付金200億円のうち10億円程度
- 2 交付対象 都道府県
- 3 活用方法 高齢者の自立支援・重度化防止等に向けて市町村を支援する各種事業（市町村に対する研修事業や、リハビリ専門職等の派遣事業等）の事業費に充当。

<参考>平成29年介護保険法改正による保険者機能の強化



現状・課題⑬

（保険者機能強化推進交付金等）

- 平成30年度から、高齢者の自立支援・重度化防止等に関する保険者の取組を推進するため、国が定める保険者等の取組に係る評価指標による評価結果に応じて交付金を交付する保険者機能強化推進交付金（200億円）を創設した。
- 令和2年度からは、介護予防・健康づくり等に資する取組を重点的に評価する介護保険保険者努力支援交付金（200億円）を創設している。
- これらの交付金については、創設から約5年が経過した中で、保険者機能の強化に向け、その実効性をより一層高めていくためには、現在の評価指標や仕組みを改善し、保険者等において、課題の把握、改善策の検討、改善策の実行などといったPDCAサイクルの確立に重点を置くことが必要である。
- このため、それぞれの交付金で達成すべき自立支援・重度化防止の目標（アウトカム）を精査していく必要がある。その上で、アウトカム指標を重点的に評価する仕組みを設ける必要がある。
- なお、新しい資本主義実現本部フォローアップ（令和4年6月7日閣議決定）や、成長戦略フォローアップ（令和3年6月18日閣議決定）等の政府の閣議決定文書等においても、アウトカム指標の強化などが指摘されている。

論点⑤

（保険者機能強化推進交付金等）

- 令和2年度に創設した介護保険保険者努力支援交付金は介護予防・健康づくり等に資する取組を重点的に評価する目的で創設されたものの、保険者機能強化推進交付金との棲み分けが明確になされていない現状を踏まえ、これらの交付金の役割分担を明確化することについてどのように考えるか。
- 保険者機能強化推進交付金等の評価指標について、アウトカム指標を強化していくことについてどのように考えるか。
- 保険者機能強化推進交付金等の評価結果については、現在、一定の評価テーマごとの得点獲得状況を厚生労働省HPにて公表しているが、地域において評価結果を共有し、当該評価結果も踏まえた保険者等の更なる取組を促す観点から、個別の評価項目ごとの得点獲得状況についても公表するなど、見える化の徹底を図ることについてどのように考えるか。

第5期介護給付適正化計画（市町村介護給付適正化計画及び都道府県介護給付適正化計画）について （令和3年度～令和5年度）

- 第7期市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画から、介護給付等に要する費用の適正化に関する事項又はその取組への支援に関し、取り組むべき施策及びその目標を定めることが法律上位置づけられた。
（第8期の事業（支援）計画の基本指針において、介護給付適正化計画を別に策定することでも差し支えないとした。）
- このため、計画策定に資するよう、事業（支援）計画の基本指針に加え、第5期介護給付適正化計画に関する指針を策定。
（計画期間：令和3年度～令和5年度）

○ 第5期介護給付適正化計画に関する指針の概要

（1）第5期計画の基本的な方向

- i 保険者の主体的取組の推進
適正化事業の実施主体である保険者が自発的な事業への取組の重要性を提示。
- ii 都道府県・保険者・国保連の連携
都道府県・保険者・国保連が相互の主体性を尊重しつつ、現状認識を共有し、一体的に取り組むよう連携を図る。
- iii 保険者における実施阻害要因への対応
適正化事業が低調な保険者の人員や予算の制約など様々な実施阻害要因を分析・把握し個々に応じた方策を講じ、適正化事業に取り組む。
- iv 事業内容の把握と改善
単に実施率の向上を図るだけでなく、事業の具体的な実施状況及び実施内容の把握・改善に取り組む。

（2）第5期において取り組むべき事業

- i 主要5事業の実施
第4期に引き続き、主要5事業（要介護認定の適正化、ケアプランの点検、住宅改修・福祉用具実態調査、医療情報との突合・縦覧点検、介護給付費通知）の着実な実施とともに、より具体性・実効性のある構成・内容に見直す。
- ii 積極的な実施が望まれる取組
主要5事業以外に、国保連の適正化システムによって出力されるデータを積極的に活用し、適正なサービス提供と費用の効率化等を図る。
- iii 事業の優先度
地域の状況を十分に踏まえ、効果的と思われる取組を優先して実施目標として設定し、主要5事業の均等な拡充が難しい場合には3事業を優先的に実施し、その具体的な実施方法を検討。
- iv 介護給付費財政調整交付金の算定
介護給付費財政調整交付金の算定に当たっては、主要5事業の取組状況を勘案。

（3）計画的な適正化事業の推進

- i 都道府県介護給付適正化計画との連携
保険者は具体的な事業実施の目標設定に当たっては、計画に掲げられた目標との連携を意識しつつ、都道府県の行う支援措置について積極的に活用。
- ii 体制の整備
保険者は適正化事業を推進する上で、十分な体制を整えるため、必要な予算を確保するとともに、地域支援事業交付金や都道府県の保険者支援も積極的に活用。
- iii 事業の効果の把握とPDCAサイクルの展開
見える化システム等を活用し、適正化事業の実施状況及び取組状況等を把握・分析。また、適正化事業の着実な実施に向けて、PDCAサイクルを展開。

介護給付費適正化主要 5 事業

国保連に委託することで実施可能

○要介護認定の適正化

- ・指定居宅介護支援事業者、施設又は介護支援専門員が実施した変更認定又は更新認定に係る認定調査の内容を市町村職員等が訪問又は書面等の審査により点検する。

○ケアプラン点検

- ・介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容を、事業者からの提出又は事業所への訪問調査等により、市町村職員等の第三者がその内容等の点検及び指導を行う。

○住宅改修・福祉用具実態調査

- ・居宅介護住宅改修費の申請時に請求者宅の実態確認、利用者の状態確認又は工事見積書の点検を行ったり、竣工後に訪問調査等により施工状況の点検を行う。
- ・福祉用具利用者に対する訪問調査等により、福祉用具の必要性や利用状況等を点検する。

○医療情報との突合・縦覧点検

- ・後期高齢者医療制度及び国民健康保険の入院情報等と介護保険の給付情報を突合し、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検を行う。
- ・受給者ごとに複数月にまたがる支払情報（請求明細書の内容）を確認し、提供されたサービスの整合性の点検を行う。

○介護給付費通知

- ・利用者本人（又は家族）に対して、サービスの請求状況及び費用等について通知する。

介護給付費適正化主要 5 事業の実施状況について

	H 2 7 実績	H 2 8 実績	H 2 9 実績	H 3 0 実績	R 元実績
介護給付適正化主要 5 事業	99.5%	99.7%	99.8%	100.0%	100.0%
要介護認定の適正化	91.2%	91.4%	91.6%	94.1%	94.2%
ケアプランの点検	63.9% (2.6億円)	67.1% (3.5億円)	71.9% (2.6億円)	80.7% (0.6億円)	84.7% (1.2億円)
住宅改修・福祉用具実態調査	77.1% (0.2億円)	78.2% (0.1億円)	81.5% (0.1億円)	79.2% (0.1億円)	81.1% (0.1億円)
医療情報との突合・縦覧点検	89.6% (10.0億円)	91.7% (10.5億円)	94.7% (9.8億円)	97.5% (10.8億円)	98.0% (13.1億円)
介護給付費通知	72.7% (0.02億円)	74.2% (0.01億円)	75.1% (0.01億円)	78.7% (0.02億円)	79.4% (0.01億円)

※ 厚生労働省老健局介護保険計画課調べ

(注)

1. 「介護給付適正化主要 5 事業」の各年度の実施率は 5 事業のうち、いずれかを実施している保険者の割合である。
2. 平成 2 9 年度は、1 県が未提出のため、4 6 都道府県で集計した数値である。
3. () は、適正化事業実施による金額的効果（ケアプラン点検のような質の向上、給付費通知のような事業者への牽制効果などを目的として実施する事業の波及効果は含まれない。）

現状・課題⑨

（給付適正化・地域差分析）

- 介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要なとする過不足のないサービスを、事業者が適切に提供することを促すために、都道府県及び市町村は、介護保険事業（支援）計画と一体的に介護給付適正化計画を策定しており、市町村においては、当該計画に介護給付費適正化主要5事業等の実施目標を定めている。第8期介護保険事業計画期間からは、介護給付費適正化主要5事業のうち3事業以上実施していない保険者等については、調整交付金を減額する措置を導入している。給付費の増加が見込みまれる中で、こうした適正化の取組を効果的に実施していくための仕組み作りが必要となっている。
- また、高齢化の状況やそれに伴う介護ニーズは地域ごとに異なり、都道府県及び市町村はそのような地域の実情に応じて基盤整備を行っていることから、介護保険制度において地域差が生じていること自体が問題というわけではないが、保険者は地域差について多角的に分析を行い、縮小されるべき地域差については、これを縮小するよう適切に対応していくことが求められる。
- 現状、都道府県ごとの年齢調整後の1人あたり介護給付費（令和元年度）については、最も高い沖縄県（29万円）と最も低い長野県（23万円）の間で約6万円の地域差が生じている。同様に、年齢調整後の要介護（要支援）認定率（令和元年度）についても、最も高い大阪府（23%）と最も低い山梨県（15%）の間で約8%の地域差が生じている。なお、いずれの地域差についても、近年縮小傾向にある。
- このような地域差を保険者が自ら分析するツールとして、2015年7月に地域包括ケア「見える化」システムをリリースしており、他地域や全国と比較して、給付状況や各種関連指標の差がどの程度生じているか等をシステム上表示できるようになっている。

論点③

（給付適正化・地域差分析）

- 介護給付適正化の取組を強化する観点から、介護給付費適正化主要5事業を、より効果的・効率的な取組に見直していくことについて、どのように考えるか。また、介護給付費適正化主要5事業に係る取組状況について、国による「見える化」を行うことについてどのように考えるか。
- 上記の介護給付適正化の取組の見直しを踏まえ、現行の介護給付費適正化主要5事業の取組状況に応じた調整交付金の減額措置の在り方についてどのように考えるか。
- 保険者による地域差分析を更に進めるとともに、その縮減に向けた取組をより効果的に行うため、どのような仕組みやツールが必要と考えられるか。

17. 予防・健康づくりへの取組やデータヘルス、保健事業について、多様・包括的な民間委託を推進

進捗状況 (遅れている場合はその要因)

- 複数の保険者や民間のヘルスケア事業者等による保健事業の共同実施について、ガイドラインでの周知を通じて推進。
- 保険者が策定するデータヘルス計画の標準化の進展に向け、保険者共通の評価指標の拡充を行ったところであり、これらを踏まえ、当該計画の手引きの改訂等を検討。

今後の取組方針

- 保健事業の共同実施については、ガイドラインの周知も含め、普及促進に向けて取り組んでいく。また、データヘルス計画の手引きについては、2022年度中に見直しの方針をとりまとめ、改訂を行う予定。

34. 地域の実情を踏まえた取組の推進（医療）

i. 地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、さらなる対応の検討

ii. 国保財政の健全化に向け、受益と負担の見える化の推進（法定外繰入の解消等）

進捗状況 (遅れている場合はその要因)	今後の取組方針
i について 2024年度からはじまる第4期医療費適正化計画の策定に向けて、医療費適正化の更なる推進と計画の実効性の確保のため、骨太の方針2021等を踏まえ、審議会で議論中。 ii について ○ 決算補填等目的の法定外繰入総額：767億円（前年度比333億円減） 法定外繰入実施市町村数：269市町村数（前年度比52市町村減）（令和2年度実績） ○ 法定外繰入等が発生する要因や課題等に応じた<u>取組の好事例を横展開し、都道府県ごとの法定外繰入等の解消予定年度の設定状況</u>見える化。 ○ 各都道府県に対し、令和4年度都道府県ブロック会議等の様々な機会を通じて、 ① <u>法定外繰入等の解消期限の短縮化に向けて各市町村と協議いただきたいこと</u> ② <u>新たに法定外繰入等が発生させないようあらゆる機会を活用し、各市町村に確認・助言いただきたいこと</u>等を周知。	i について 第4期医療費適正化計画に向けて、骨太2021に基づき、必要な法制上の措置を講ずる。2023年度の都道府県における計画策定に資するよう、審議会での議論を踏まえ、国において基本方針を策定する。 ii について 新型コロナウイルス感染症の影響を注視しつつ、 ○ <u>取組の好事例の横展開を図るとともに、法定外繰入等の解消に向けた取組をより一層加速化させるため、保険者努力支援制度の配点メリハリ強化</u>も含め、引き続き地方団体と協議を進める。 ○ 特に<u>解消期限の長い市町村がある場合は、都道府県から市町村に適正に関与（設定理由の確認・具体的な取組の助言等）するよう促し、解消期限の短縮化を進める。</u>

経済財政運営と改革の基本方針2021（2021.6.18 閣議決定） （医療費適正化関係）

第3章 感染症で顕在化した課題等を克服する経済・財政一体改革

○数字：事務局にて追記

2. 社会保障改革

（2）団塊の世代の後期高齢者入りを見据えた基盤強化・全世代型社会保障改革

- 効率的な医療提供体制の構築や一人当たり医療費の地域差半減に向けて、地域医療構想のP D C Aサイクルの強化や医療費適正化計画の在り方の見直しを行う。
- 具体的には、前者について、地域医療構想調整会議における協議を促進するため、関係行政機関に資料・データ提供等の協力を求めるなど 環境整備を行うとともに、都道府県における提供体制整備の達成状況の公表や未達成の場合の都道府県の責務の明確化を行う。
- また、後者について、都道府県が策定する都道府県医療費適正化計画（以下「都道府県計画」という。）における医療に要する費用の見込み（以下「医療費の見込み」という。）については、
 - ― ①定期改訂や制度別区分などの精緻化を図りつつ、
 - ― ②各制度における保険料率設定の医療費見通しや財政運営の見通しとの整合性の法制的担保を行い、
 - ― ③医療費の見込みを医療費が著しく上回る場合の対応の在り方など都道府県の役割や責務の明確化を行う。
- また、医療費の見込みについて、
 - ― ④取組指標を踏まえた医療費を目標として代替可能であることを明確化するとともに、
 - ― ⑤適正な医療を地域に広げるために適切な課題把握と取組指標の設定や、取組指標を踏まえた医療費の目標設定を行っている先進的な都道府県の優良事例についての横展開を図る。
- ⑥都道府県計画において「医療の効率的な提供の推進」に係る目標及び「病床の機能の分化及び連携の推進」を必須事項とするとともに、⑦都道府県国保運営方針においても「医療費適正化の取組に関する事項」を必須事項とすることにより、医療費適正化を推進する。
- ⑧あわせて保険者協議会を必置とするとともに、都道府県計画への関与を強化し、国による運営支援を行う。
- ⑨審査支払機関の業務運営の基本理念や目的等へ医療費適正化を明記する。
- これらの医療費適正化計画の在り方の見直し等について、2024年度から始まる第4期医療費適正化計画期間に対応する都道府県計画の策定に間に合うよう、必要な法制上の措置を講ずる。
- 国保財政を健全化する観点から、法定外繰入等の早期解消を促すとともに、普通調整交付金の配分の在り方について、引き続き地方団体等と議論を継続する。
- 中長期的課題として、都道府県のガバナンスを強化する観点から、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、生活保護受給者の国保及び後期高齢者医療制度への加入を含めた医療扶助の在り方の検討を深める

1. 現行の目標について、どういった点を更に推進すべきか

- ① 後発医薬品の使用促進
- ② 重複投薬・多剤投与の適正化
- ③ 特定健診・保健指導
- ④ 入院医療費の取扱い（地域医療構想との関係）

2. 新たに取り組むべき目標はないか

- ① 複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供
- ② 医療資源の効果的・効率的な活用

3. 取組の実効性を確保するための体制をどう構築するか

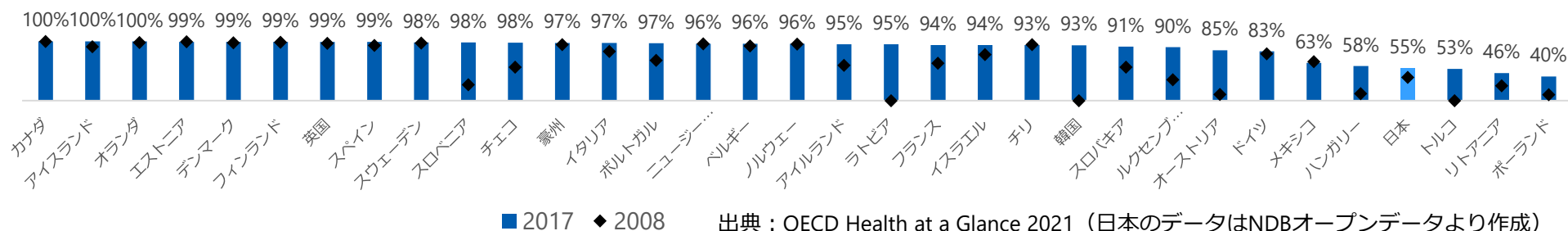
- ① 保険者・医療関係者との方向性の共有・連携
- ② 都道府県の責務の明確化
- ③ 実効性確保のために都道府県がとりうる方策

2 - ②. 医療資源の効果的・効率的な活用： 医療資源の投入量に地域差がある医療 白内障手術

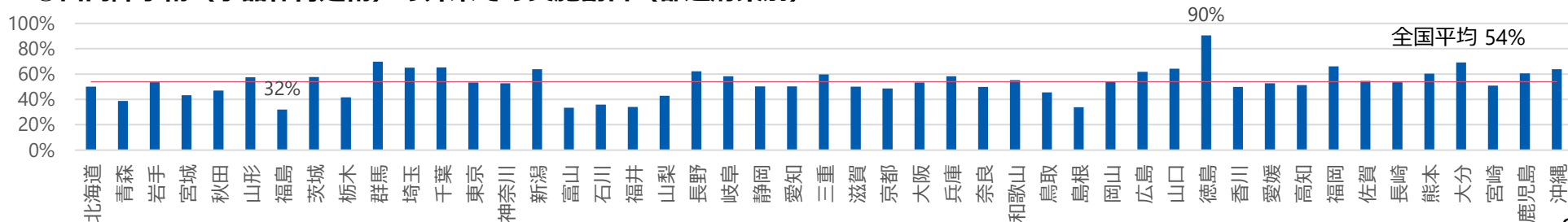
令和4年10月13日
第155回社会保障審議会医療保険部会 資料
(一部改変)

- 医療資源の投入量は地域ごとに様々であり、他地域と比較して多くの資源が投入されている医療サービスについて、地域ごとに都道府県、医療関係者、保険者などが把握・検討を行い、これを踏まえて必要な適正化に向けた取組を進めることは重要。他方、医療サービスの提供は、患者の状態を踏まえた医師の判断及び患者の合意によりなされるものであり、一概に減少させればよいわけではない点には留意が必要。
- 白内障の手術については、OECDにより、多くの国で90%以上が外来で実施されている一方で、一部の国では外来での実施割合が低いことが指摘されている。外来での実施は、医療資源の節約だけでなく、在院期間の短縮によるCOVID-19に曝露されるリスクの減少など患者安全にも寄与するとされている。
- 日本での白内障手術については、外来の実施割合は54%であり、都道府県ごとに実施状況は様々である。

○白内障手術の外来実施割合（OECD加盟国及び日本）

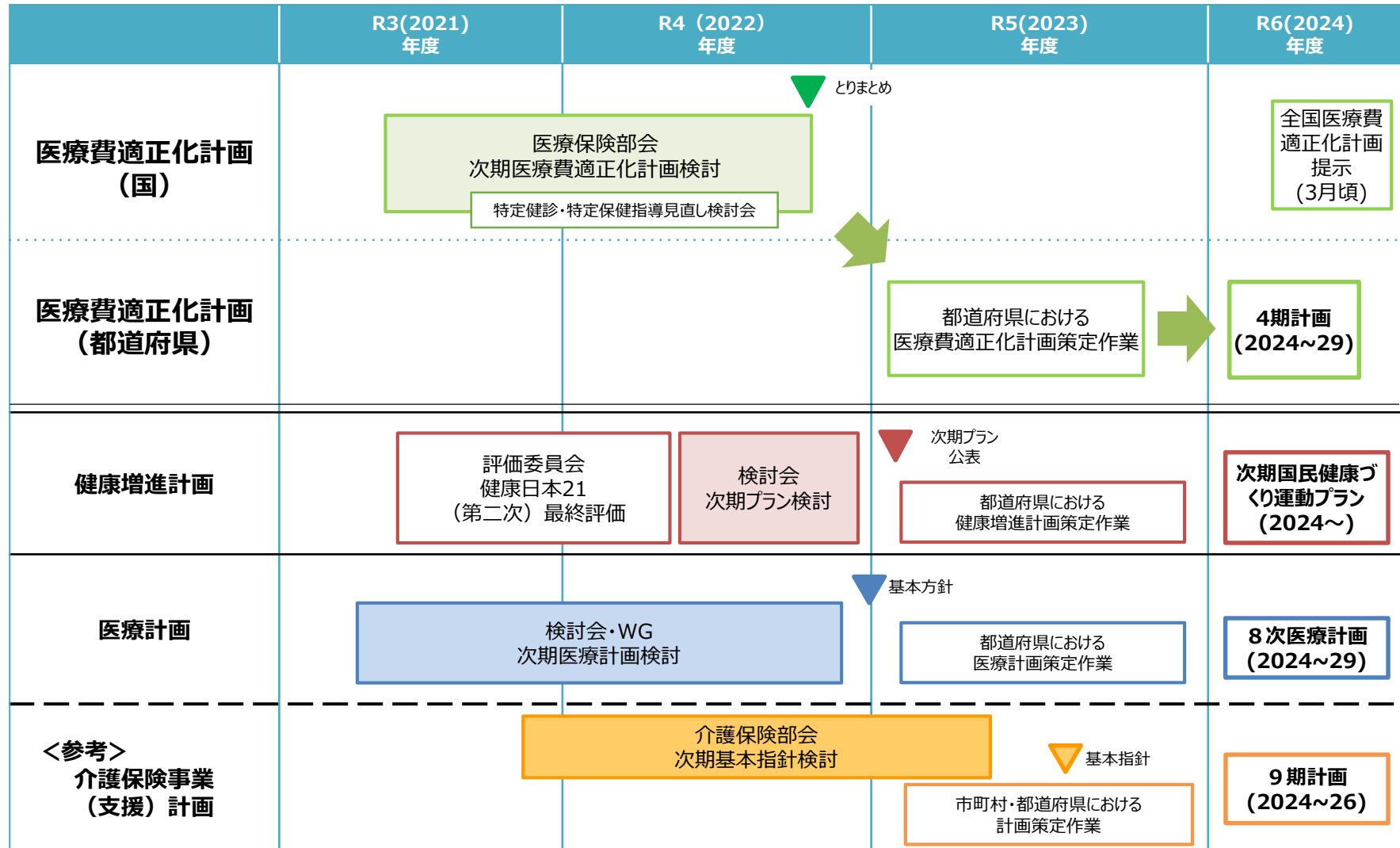


○白内障手術（水晶体再建術）の外来での実施割合（都道府県別）

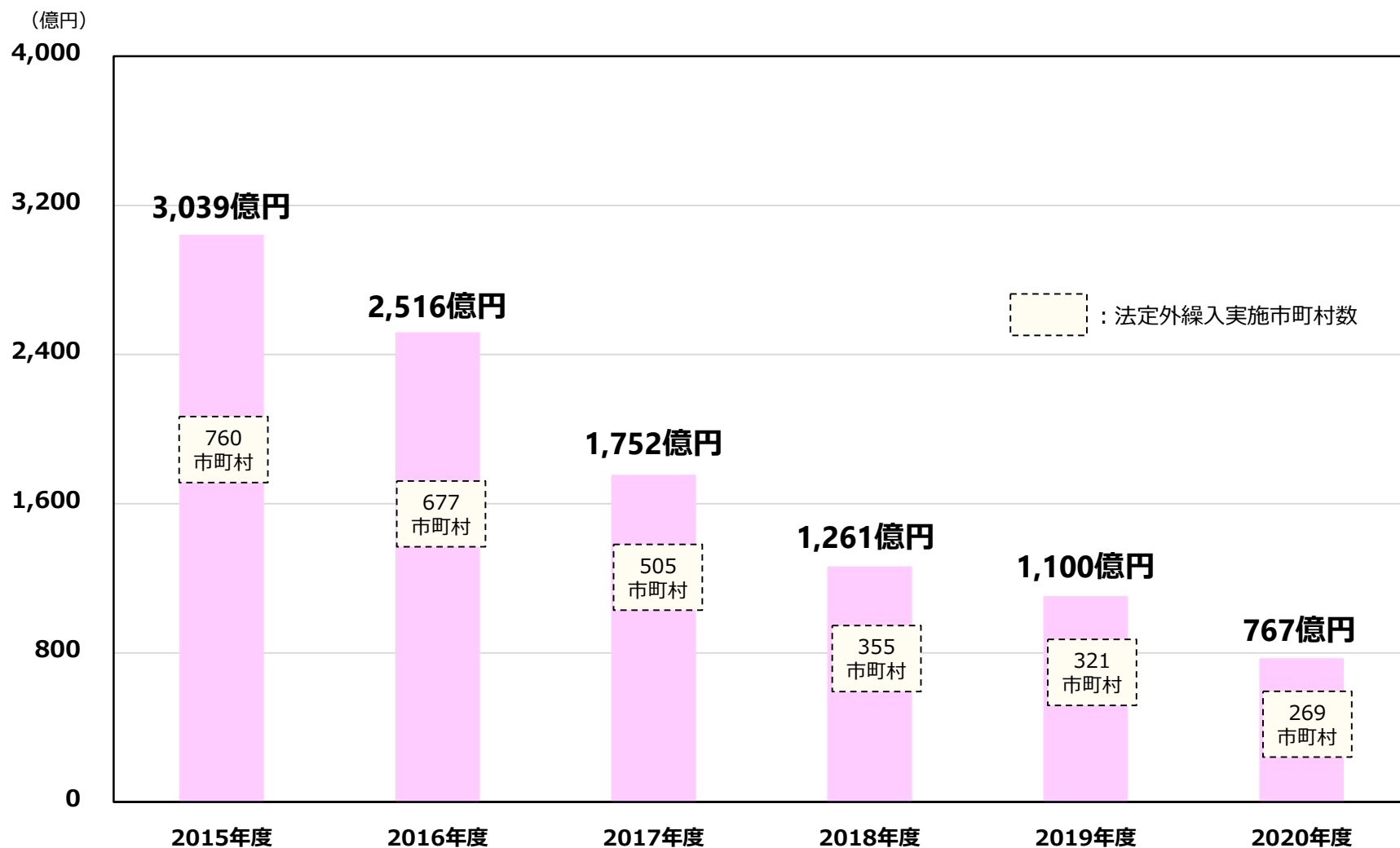


次期計画に向けたスケジュール

令和4年9月29日
第154回社会保障審議会医療保険部会 資料



市町村の一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入の推移



(出典) 厚生労働省保険局国民健康保険課調べ

赤字削減・解消計画の策定状況

令和4年5月31日時点

	都道府県	市町村数	計画策定市町村数	計画初年度					参考 R2解消済	解消予定年度		
				H30	R元	R2	R3	R4		R3～5	R6～8	R9以降
1	北海道	157	15	10		2	2	1	3	9	5	1
2	青森県	40	0						1	0	0	0
3	岩手県	33	3			1	1	1	2	0	3	0
4	宮城県	35	0						0	0	0	0
5	秋田県	25	0						0	0	0	0
6	山形県	32	0						0	0	0	0
7	福島県	59	1		1				0	1	0	0
8	茨城県	44	12		11	1			6	2	7	3
9	栃木県	25	1	1					0	1	0	0
10	群馬県	35	0						1	0	0	0
11	埼玉県	63	30	24	2	4			4	18	12	0
12	千葉県	54	8	7			1		0	5	0	3
13	東京都	62	58	58					1	12	3	43
14	神奈川県	33	14	14					5	4	8	2
15	新潟県	30	1	1					0	1	0	0
16	富山県	15	0						0	0	0	0
17	石川県	19	1	1					1	1	0	0
18	福井県	17	2	1			1		0	0	1	1
19	山梨県	27	2	1			1		0	1	1	0
20	長野県	77	4		4				2	4	0	0
21	岐阜県	42	2	1		1			0	2	0	0
22	静岡県	35	2			2			0	0	1	1
23	愛知県	54	25	21	1	2	1		3	15	8	2
24	三重県	29	3	2	1				0	3	0	0

	都道府県	市町村数	計画策定市町村数	計画初年度					参考 R2解消済	解消予定年度		
				H30	R元	R2	R3	R4		R3～5	R6～8	R9以降
25	滋賀県	19	0						0	0	0	0
26	京都府	26	1	1					2	1	0	0
27	大阪府	43	2	2					5	0	2	0
28	兵庫県	41	3	3					0	2	1	0
29	奈良県	39	1		1				1	1	0	0
30	和歌山県	30	1	1					0	1	0	0
31	鳥取県	19	0						0	0	0	0
32	島根県	19	0						0	0	0	0
33	岡山県	27	2	2					0	2	0	0
34	広島県	23	1	1					2	1	0	0
35	山口県	19	1	1					0	1	0	0
36	徳島県	24	1	1					1	1	0	0
37	香川県	17	2	2					2	0	0	2
38	愛媛県	20	4	2			2		0	2	2	0
39	高知県	34	11	5			6		1	7	4	0
40	福岡県	60	15	6	1	3	2	3	2	8	5	2
41	佐賀県	20	5	1	2	2			0	3	2	0
42	長崎県	21	1					1	0	0	0	1
43	熊本県	45	1	1					0	0	0	1
44	大分県	18	1	1					0	1	0	0
45	宮崎県	26	2	1	1				0	1	1	0
46	鹿児島県	43	14	10			2	2	1	9	1	4
47	沖縄県	41	19	14		4		1	3	11	4	4
	計	1,716	272	197	25	22	19	9	49	131	71	70

赤字削減・解消計画の策定状況

令和4年5月31日時点

(参考) 解消予定年度ごとの市町村数

(出典) 厚生労働省保険局国民健康保険課調べ

		(参考) R 2 解消済	R 3～5 解消	R 6～8 解消	R 9以降 解消	合計
計画 初年度	H30	(35)	108	30	59	197
	R1	(9)	10	12	3	25
	R2	(5)	6	14	2	22
	R3		7	12	0	19
	R4		0	3	6	9
. . .						
合計 解消		(49)	131	71	70	272
未解消			141	70	—	

⇒ 解消予定年度の更なる短縮化に向け、保険者努力支援制度の配点メリハリ強化等も含め、引き続き地方団体と協議を進める。

保険者努力支援制度の評価指標（決算補填等目的の法定外一般会計繰入の解消等部分）

<都道府県取組評価分>

決算補填等目的の法定外一般会計繰入の解消等 (令和3年度の実施状況を評価)	配点
① 都道府県内の全ての市町村について、市町村指標①に該当している場合	30
② ①の基準は満たさないが、都道府県内の全ての市町村のうち8割以上の市町村について、市町村指標①又は②に該当している場合	10
③ 都道府県内の全ての市町村のうち1割以上の市町村について、市町村指標⑤、⑥又は⑦に該当している場合	-30
④ ③の基準は満たさないが、都道府県内の全ての市町村のうち0.5割以上の市町村について、市町村指標⑤、⑥又は⑦に該当している場合	-10
⑤ 令和4年9月末時点で、都道府県内の全ての市町村のうち1割以上の市町村が、赤字削減・解消計画の解消予定年度が令和8年度までになっていない場合。 ただし、解消予定年度を令和9年度以降としていた計画策定対象市町村が解消予定年度を令和8年度までに変更し、1割以上純減した場合を除く（令和3年10月～令和4年9月に提出された変更計画が対象）。	-10

<市町村取組評価分>

プラスの配点
 マイナスの配点

決算補填等目的の法定外一般会計繰入等の削減 (令和3年度の実施状況を評価)	配点
① 令和3年度決算において決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っていない場合 赤字の解消期限（6年以内）、年次毎の削減予定額（率）及び具体的な取組内容を定めた赤字削減・解消計画を策定している場合であって、次の要件に該当している場合	30
② 令和3年度の削減予定額（率）を達成している場合	20
③ 令和3年度の削減予定額（率）は達成していないが、その1/2以上の額（率）を削減している場合 赤字の削減目標年次、削減予定額（率）及び具体的な取組内容を定めた赤字削減・解消計画を策定しているが、解消期限（6年以内）を定めていない場合であって、次の要件に該当している場合	10
④ 令和3年度の削減予定額（率）を達成している場合 ※計画初年度からの平均削減予定額(率)が10%未満の場合は、達成していたとしても⑤とする。	5
⑤ 令和3年度決算において決算補填等目的の法定外一般会計繰入等の金額は増加していないが、削減予定額（率）は達成していない場合	-15
⑥ 令和3年度決算において決算補填等目的の法定外一般会計繰入等の金額が増加している場合	-25
⑦ 計画策定対象市町村※であるにもかかわらず、赤字削減・解消計画を策定していない場合、又は赤字削減・解消計画を策定しているが、赤字の削減目標年次、削減予定額（率）若しくは具体的な取組内容のいずれかを定めていない場合 ※令和3年度までに赤字の解消が確実に見込まれるとして赤字削減・解消計画を策定していなかったが、令和3年度決算において決算補填等目的の法定外繰入等を行っている場合を含む。	-30

今後の対応（法定外繰入等の解消）

- 法定外繰入等の着実な解消を進めていくため、以下の取組を進めていただきたい。

赤字削減・解消計画に基づく着実な取組の推進

- 法定外繰入等の着実な解消のため、国保運営方針に実効性のある取組を定めた上で、赤字市町村及び都道府県において、解消目標年度や解消に向けた具体的な取組等を定めた赤字解消計画を策定・公表し、計画的に取り組むことが重要。
⇒ 国として、引き続き、要因や課題等に応じた取組の好事例を展開。各都道府県・市町村において、引き続き、赤字の要因の分析を行い、効果的な取組を検証の上、計画的に解消に向けた取組を進めていただきたい。

解消期限の短縮化に向けた検討

- 令和2年度に、ほぼ全ての市町村において、赤字削減・解消計画に解消予定年度を定めていただいた。一方で、解消予定年度が長期に及ぶものや、具体的な取組と結びつけずにまず年度だけ定めた計画もある状況。
⇒ 国として、引き続き、都道府県ごとの解消予定年度の設定状況等が見える化。各都道府県において、管内市町村の解消予定年度の設定理由等についてよく確認いただき、具体的な取組方針と併せ、できる限り早期の解消に向けた年度設定を協議いただきたい。

新たな法定外繰入等を発生させないための取組

- 法定外繰入等の解消のためには、削減を進めていく一方で、新たに法定外繰入等を発生させないことが重要。
⇒ 国として、引き続き、解消に向けた方針等を発信。各都道府県において、赤字市町村の計画の進捗状況に加え、法定外繰入等を行っていない市町村の財政状況等も注視し、新たな法定外繰入等を発生させないよう、あらゆる機会を活用し、定期的に確認・助言等をいただきたい。また、連携会議の場等を活用し、定期的に情報共有・周知を行うことにより、市町村との間で法定外繰入等を発生させないことを共通認識としていただきたい。

① 予防健康づくり、医療・介護費の地域差縮減に向けた取組

＜関連する改革項目＞

- 6. 予防・健康づくりに頑張った者が報われる制度の整備
- 7. インセンティブの活用を含め介護予防・フレイル対策や生活習慣病等の疾病予防・重症化予防等を市町村が一体的に実施する仕組みの検討
- 19. 保険者努力支援制度の評価指標への追加などインセンティブの一層の活用等
- 45. 国保の普通調整交付金について見直しを検討
- 36. 介護保険制度における財政的インセンティブの評価指標による評価結果の公表及び取組状況の「見える化」や改善の推進
- 17. 予防・健康づくりへの取組やデータヘルス、保健事業について、多様・包括的な民間委託を推進
- 34. 地域の実情を踏まえた取組の推進（医療）
 - i. 地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、さらなる対応の検討
 - ii. 国保財政の健全化に向け、受益と負担の見える化の推進（法定外繰入の解消等）
- 30. 地域医療構想の実現、大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域連携の促進（次回の社会保障WGで議論）

② マイナンバーの活用、医療DX対応

＜関連する改革項目＞

- 39. データヘルス改革の推進
 - i. 被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認を導入
 - ii. 「保健医療データプラットフォーム」の運用
- 医療DX推進本部

39. データヘルス改革の推進

i. 被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認を導入

進捗状況 (遅れている場合はその要因)

i について

- ・ 医療機関・薬局にオンライン資格確認の導入を原則義務化（令和5年4月施行）。医療機関・薬局向けの補助の拡充、診療報酬上の加算を見直し（令和4年10月施行）を実施。
- ・ 義務化対象施設に対する顔認証付きカードリーダーの申込割合は86.6%、準備完了施設割合は38.8%、運用開始施設割合は33.5%（令和4年10月2日時点）。

今後の取組方針

i について

原則義務化に向けて、速やかな顔認証付きカードリーダーの申込みを働きかけるとともに、医療機関等におけるシステム改修が円滑に進むよう、システム事業者の体制拡充について働きかけを行う。

医療機関・薬局におけるオンライン資格確認の導入状況

(2022/10/2時点)

1. 顔認証付きカードリーダー申込数

184,502施設 **(80.2%)** / 229,941施設

※義務化対象施設に対する割合：**86.6%**

	全施設数 に対する割合	義務化対象施設 に対する割合
病院	92.6%	92.8%
内科診療所	74.3%	80.2%
歯科診療所	76.7%	87.0%
薬局	91.3%	94.4%

参考：全施設数

病院	8,189
内科診療所	89,746
歯科診療所	70,614
薬局	61,392

2. 準備完了施設数 (カードリーダー申込数の内数)

82,627施設 **(35.9%)** / 229,941施設

※義務化対象施設に対する割合：**38.8%**

	全施設数 に対する割合	義務化対象施設 に対する割合
病院	52.4%	52.5%
内科診療所	25.7%	27.7%
歯科診療所	26.7%	30.2%
薬局	59.4%	61.5%

3. 運用開始施設数 (準備完了施設数の内数)

71,268施設 **(31.0%)** / 229,941施設

※義務化対象施設に対する割合：**33.5%**

	全施設数 に対する割合	義務化対象施設 に対する割合
病院	47.3%	47.4%
内科診療所	21.0%	22.7%
歯科診療所	22.2%	25.2%
薬局	53.5%	55.4%

注) 義務化対象施設数は、社会保険診療報酬支払基金にレセプト請求している医療機関・薬局の合計 (213,026施設)
(紙媒体による請求を行っている施設を除く。令和4年6月診療分)

【参考：健康保険証の利用の登録】

24,802,533件 カード交付枚数に対する割合 **40.2%**

【参考：マイナンバーカード申請・交付状況】

有効申請受付数：約7,011万枚 (人口比 55.7%)
交付実施済数：約6,171万枚 (人口比 49.0%)

「オンライン資格確認」に関する取組について

「経済財政運営と改革の基本方針2022」（令和4年6月7日閣議決定）を踏まえ、
8月10日の中央社会保険医療協議会（中医協）において、答申・公表。

① **保険医療機関・薬局にオンライン資格確認の導入を原則義務化**（療養担当規則等(省令)改正。令和5年4月施行）

※ 例外：「現在紙レセプトでの請求が認められている医療機関・薬局」（全体の約4%）
（電子請求の義務化時点で65歳以上*・手書き請求） * 75歳以上程度の医師

② **医療情報化支援基金による医療機関・薬局向け補助の拡充**（中医協で公表）

※ 診療所等に対する定額補助の実施及び病院に対する補助上限の引き上げ

③ **診療報酬上の加算の取扱いの見直し**（令和4年10月から施行）

※ 今般の医療DXの基盤となるオンライン資格確認の義務化を踏まえ、オンライン資格確認導入に伴う医療の質の向上を評価する新たな仕組みに改める。

※ マイナ保険証利用時には、利用しない場合よりも、患者負担が小さくなる仕組みとする。

医療情報化支援基金による医療機関・薬局への補助の見直し

- **顔認証付きカードリーダーは、医療機関・薬局に無償提供**（病院 3 台まで、診療所等 1 台）
- **それ以外の費用は、補助を拡充※1**（病院向けに補助上限の引上げ・診療所等向けに定額補助の実施）

※1 オンライン資格確認の導入を原則として義務化することに伴い、閣議決定を行った令和4年6月7日から令和4年12月末までに顔認証付きカードリーダーを申し込むとともに、令和5年2月末までにシステム事業者との契約を結んだ医療機関・薬局を対象（上記申込期限は最も遅いケースであり、医療機関等はより早期の申込や契約が必要。）
（従前どおり、令和5年3月末までに事業完了、同年6月末までに交付申請が必要）

顔認証付き カードリーダー の申込時期		病 院			大型チェーン薬局 (グループで処方箋の受付が 月4万回以上の薬局)	診療所 薬局 (大型チェーン 薬局以外)
顔認証付きカードリーダー 提供台数		3台まで無償提供			1台無償提供	1台無償提供
その他の費用 の補助内容	①令和3年4月 ～令和4年 6月6日	1台導入する場合 105万円を 上限に補助 ※事業額の210.1万円を 上限に、その1／2を補助	2台導入する場合 100.1万円を 上限に補助 ※事業額の200.2万円を 上限に、その1／2を補助	3台導入する場合 95.1万円を 上限に補助 ※事業額の190.3万円を 上限に、その1／2を補助	21.4万円を 上限に補助 ※事業額の42.9万円 を上限に、その1／2を 補助	32.1万円を 上限に補助 ※事業額の42.9万円を上 限に、その3／4を補助
	②令和4年 6月7日～	210.1万円 を 上限に補助 ※事業額の420.2万円を 上限に、その1／2を補助	200.2万円 を 上限に補助 ※事業額の400.4万円を 上限に、その1／2を補助	190.3万円 を 上限に補助 ※事業額の380.6万円を 上限に、その1／2を補助	同上	基準とする事業額 42.9万円を上限に 実費補助

※ その他の費用：(1)マイナンバーカードの読取・資格確認等のソフトウェア・機器の導入、(2)ネットワーク環境の整備、(3)レセプトコンピュータ、電子カルテシステム等の既存システムの改修等。

※ 消費税分（10%）も補助対象であり、上記の上限額は、消費税分を含む費用額

※ 令和3年3月末までに顔認証付きカードリーダーを申し込んだ医療機関・薬局については上限額まで実費を補助する特例を実施

※ ①の期間にカードリーダーを申し込んだ施設において、オンライン資格確認の運用が進んでいない状況に鑑み、迅速な運用を促進する観点から、令和4年6月7日から令和5年1月末までに運用開始した施設については、別途の補助を実施する（補助金交付済の施設を除く。別途の補助の内容は、①と②の差額とする）。

※ 補助の見直しについて。病院：過半数以上の病院が事業額の上限を超過していることを踏まえ、現行の補助上限額を見直し（補助率は1/2を維持）。診療所・薬局（大型チェーン薬局以外）：経営規模を踏まえ、実費補助とする。

大型チェーン薬局：補助基準内にほぼ収まっていることから、現状を維持。

医療DXを推進し、医療機関・薬局において診療情報を取得・活用し質の高い医療を実施する体制の評価

- 令和5年度より、保険医療機関・薬局に、医療DXの基盤となるオンライン資格確認等システムの導入が原則義務化されることを踏まえ、当該システムを通じた患者情報の活用に係る現行の評価を廃止。
- その上で、医療DXの推進により、国民が医療情報の利活用による恩恵を享受することを推進する観点から、初診時等における情報の取得・活用体制の充実及び情報の取得の効率性を考慮した評価を新設。

オンライン資格確認等システムを通じた情報活用に係る現行の評価の廃止

○ 電子的保健医療情報活用加算

【医科・歯科】マイナ保険証を利用する場合 7点（初診） 4点（再診） / 利用しない場合 3点（初診）
【調剤】マイナ保険証を利用する場合 3点（月1回） / 利用しない場合 1点（3月に1回）

廃止

初診時等における診療情報取得・活用体制の充実に係る評価の新設（令和4年10月～）

（新）医療情報・システム基盤整備体制充実加算

- 1 施設基準を満たす医療機関で初診を行った場合 **4点**
- 2 1であって、オンライン資格確認等により情報を取得等した場合 **2点**
※調剤は、1 **3点（6月に1回）**、2 **1点（6月に1回）**

医療機関・薬局に求められること

【施設基準】

- 次の事項を当該医療機関・薬局の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること（対象はオンライン請求を行っている医療機関・薬局）。
- ① オンライン資格確認を行う体制を有していること。（厚労省ポータルサイトに運用開始日の登録を行うこと）
- ② 患者に対して、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用（※）して診療等を行うこと。

【算定要件】

- 上記の体制を有していることについて、掲示するとともに、必要に応じて患者に対して説明すること。（留意事項通知）

（※）この情報の取得・活用の具体的な方法として、上記にあわせて、初診時の問診票の標準的項目を新たに定めることを予定（薬局については、文書や聞き取りにより確認する項目を定めるとともに、当該情報等を薬剤服用歴に記録することを求める予定）

診療情報を取得・活用する効果（例）

医療機関

- ✓ 薬剤情報により、重複投薬を適切に避けられるほか、投薬内容から患者の病態を把握できる。
- ✓ 特定健診結果を診療上の判断や薬の選択等に生かすことができる。

問診票の標準的項目を新たに定める（イメージ）

問診票（初診時）

- 今日の症状
- 他の医療機関の受診歴
- 過去の病気
- 処方されている薬
- 特定健診の受診歴
- アレルギーの有無
- 妊娠・授乳の有無
- ……

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。

薬局

- ✓ 薬剤情報により、重複投薬や相互作用の確認が可能になる。
- ✓ 特定健診の検査値を踏まえた処方内容の確認や服薬指導が可能になる。

今後、閲覧可能な情報が増えること等によって
正確な情報をより効率的に取得・活用可能となり、
更なる医療の質の向上を実現

答申書の附帯意見について

- 1 関係者それぞれが令和5年4月からのオンライン資格確認の導入の原則義務化に向けて取組を加速させること。その上で、令和4年末頃の導入の状況について点検を行い、地域医療に支障を生じる等、やむを得ない場合の必要な対応について、その期限も含め、検討を行うこと。
- 2 今回新設された医療情報・システム基盤整備体制充実加算に関し、その評価の在り方について、算定状況や導入状況も踏まえつつ、患者・国民の声をよく聴き、取得した医療情報の活用による医療の質の向上の状況について調査・検証を行うとともに、課題が把握された場合には速やかに対応を検討すること。
- 3 オンライン資格確認を医療DXの基盤として、今後、患者の同意の下でいかすことができる患者の健康・医療情報が拡大し、さらに安心・安全でより良い医療が受けられる環境が整備されていくということが、患者・国民に広く浸透するよう、関係者が連携して周知を図っていくこと。

39. データヘルス改革の推進

ii. 「保健医療データプラットフォーム」の運用

進捗状況 (遅れている場合はその要因)	今後の取組方針
ii について ○NDBについて ・ 利用方法 システムのクラウド化を本年4月に実施。医療・介護データ等の解析基盤（HIC）を本年4月に運用開始。 ・ 患者居住地・所得階層情報 収集・提供を本年4月に開始。 ・ 生活保護受給者の医療扶助レセプト 提供を昨年12月に開始。 ・ 他の公的データベース等との連結 本年4月からDPCDBとの連結開始。他の公的DB等との連結解析について本年8月の審議会です承。 ・ 死亡情報との連結 NDBとの連結について本年8月の審議会です承。	ii について ○NDBについて ・ 利用方法 医療・介護データ等の解析基盤（HIC）を来年度に本格運用開始予定 ・ 他の公的データベースとの連結 NDBと各公的DB（障害福祉DB・予防接種DB・感染症DB・難病DB・小慢DB）の連結解析を可能とする法案を提出。 ・ 死亡情報との連結 関係省令を本年度中に改正予定（令和5年度システム改修、令和6年度NDB収載開始予定）。

NDBの充実（公的データベース等・死亡情報との連結）

- EBPMや研究利用の基盤として、NDBの利便性・価値向上を図っていくため、**①NDBと公的データベース等との連結解析や、②死亡情報との連結**を順次進めていく。

区分	DB名	主なデータ	NDBとの連結の意義・必要性	連結の検討状況等
公的	介護DB	・介護レセプト ・要介護認定情報	・要介護者の治療前後の医療・介護サービスの利用状況の把握・分析に資する。	・令和2年10月開始
	DPCDB	・DPCデータ (診療情報、請求情報)	・急性期病院の入院患者の状態の把握が可能となり、急性期医療の治療実態の分析に資する。	・令和4年4月開始
	障害福祉DB	・給付費等明細書情報 ・障害支援区分認定情報	・障害者の治療前後の医療・障害福祉サービスの利用状況の把握・分析に資する。	・ 連結解析を可能とする法案を提出
	予防接種DB	・予防接種記録 ・副反応疑い報告	・予防接種の有無を比較した、ワクチンの有効性・安全性に関する調査・分析に資する。	・ 連結解析を可能とする法案を提出
	感染症DB	・発生届情報	・感染症の治療実態と予後の把握・分析に資する。	・ 連結解析を可能とする法案を提出
	難病DB	・臨床調査個人票	・網羅的・経時的な治療情報を得ることが可能となり、より詳細な治療実態の把握・分析に資する。	・ 連結解析を可能とする法案を提出
	小慢DB	・医療意見書		
民間	全国がん登録DB	・届出対象情報 ・死亡情報	・各種がんの各ステージ分類毎による治療実態と予後の把握・分析に資する。	・引き続き検討中
	次世代DB	・医療機関の診療情報	・医療情報と連結・分析を可能にすることにより医療分野の研究開発を促進する。	・ 連結する方向で内閣府で検討中

その他	死亡情報	・死亡の時期や原因等	・発症から死亡に至るまでの治療実態を把握し、治療介入の必要性の検討や効果の検証に資する。	・ 令和4年度中に省令改正予定 (令和5年度システム改修) (令和6年度NDB収載開始)
-----	------	------------	--	---

今後の進め方について

【今後の進め方】

- ・ 連結の方法や連結して提供する情報の範囲等については、各DBが法制化され、DBの情報の詳細が確定した後、検討してはどうか。

【スケジュール案】

区分	DB名	令和4年度～
公的	介護DB	連結解析開始 (令和2年10月～)
	DPCDB	連結解析開始 (令和4年4月～)
	障害福祉DB	各DBの法制化 システム開発・改修 被保番収集開始 連結解析開始
	予防接種DB	
	感染症DB	
	難病DB	
	小慢DB	
	全国がん登録DB	がん登録部会で議論
民間	次世代DB	連結解析の法制化 システム開発・改修 連結解析開始

※各DBのスケジュールは今後変更があり得る。

医療DX推進本部

進捗状況 (遅れている場合はその要因)

- 骨太の方針2022において、総理を本部長とする「医療DX推進本部」を新たに設置（※）し、医療DXの推進に向けて取り組むことを明確化したところ。
（※）「全国医療情報プラットフォームの創設」、「電子カルテ情報の標準化等」及び「診療報酬改定DX」の取組を行政と関係業界が一丸となって進めるとともに、医療情報の利活用について法制上の措置等を講ずる。そのため、政府に総理を本部長とし関係閣僚により構成される「医療DX推進本部（仮称）」を設置する。
- 本年10月12日に第1回医療DX推進本部を開催。
 - ・ 各省庁の医療DXに係る状況について説明
 - ・ 総理から、医療DXに係る工程表作成と当該工程表に沿った計画的な取組を推進するとともに、今すぐ取りかけられるものについては経済対策に盛り込むよう指示が行われた。

今後の取組方針

- 今すぐ取りかけられるものについては経済対策に盛り込み、施策を実施。
- 医療DXに係る工程表作成と当該工程表に沿った計画的な取組を推進。
- 第2回は、おおよそ半年後に開催予定。施策の進捗状況等の報告を行い、以降フォローアップのため、定期的に開催予定。
- なお、医療DX推進本部の下に、副長官を議長とする幹事会を設置し、具体的な施策に係る進捗管理を実施。

具体的に推進すべき施策

(「経済財政運営と改革の基本方針2022」(令和4年6月7日閣議決定)より抜粋して一部改変)

(1)「全国医療情報プラットフォームの創設」

オンライン資格確認等システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診等情報に加え、予防接種、電子処方箋情報、自治体検診情報、電子カルテ等の医療(介護を含む)全般にわたる情報について共有・交換できる全国的なプラットフォームを創設。

(2)「電子カルテ情報の標準化等」

医療情報の共有や交換を行うに当たり、情報の質の担保や利便性・正確性の向上の観点から、その形式等を統一。その他、標準型電子カルテの検討や、電子カルテデータを、治療の最適化やAI等の新しい医療技術の開発、創薬のために有効活用することが含まれる。

(3)「診療報酬改定DX」

デジタル人材の有効活用やシステム費用の低減等の観点から、デジタル技術を活用して、診療報酬やその改定に関する作業を大幅に効率化。これにより、医療保険制度全体の運営コスト削減につなげることを目指す。

※医療情報の利活用に係る法制上の措置等を講ずることとしている点についてもフォローアップを行う。

医療DXに関する施策の推進に関する当面の進め方

- 医療DXに関する施策について、関係行政機関の密接な連携の下、政府一体となって推進していくため、医療DX推進本部及び推進本部幹事会を設置。
- 医療DXに関する施策をスピード感をもって推進していくため、工程表の策定を行う。

推進体制

医療DX推進本部

- ・ 本部長：総理
- ・ 本部長代理：内閣官房長官、デジタル大臣、厚生労働大臣
- ・ 構成員：総務大臣、経済産業大臣

(医療DXの施策推進に係る司令塔)

医療DX推進本部幹事会

- ・ 議長：木原内閣官房副長官
- ・ 議長代理：デジタル副大臣、厚生労働副大臣
- ・ 副議長：藤井内閣官房副長官補
- ・ 構成員：関係省庁の審議官級が中心

(医療DXの具体的施策の検討)

関係省庁

デジタル庁、厚生労働省、総務省、経済産業省

(医療DXの具体的施策の企画・立案・実施)

当面の進め方(案)

(今秋)

(来春)

第1回医療DX
推進本部
(本会合)



第1回医療DX
推進本部
幹事会



第2回医療DX
推進本部
幹事会



第3回医療DX
推進本部
幹事会



第2回医療DX
推進本部
(工程表策定)

(項目ごとの主な論点の提示・議論等)

(工程表骨子案の検討)

(工程表案の最終確認)

- 来春に工程表を策定。以降は、各省庁で取組を推進。定期的に幹事会で実施状況等のフォローアップを行い、必要に応じて推進本部を開催。

医療DXにより実現される社会

資料4(厚生労働大臣提出資料)

- 誕生から現在までの生涯にわたる保健医療データが自分自身で一元的に把握可能となることにより、個人の健康増進に寄与
 - 自分で記憶していない検査結果情報、アレルギー情報等が可視化され、将来も安全・安心な受療が可能【PHRのさらなる推進】
- 本人同意の下で、全国の医療機関等が必要な診療情報を共有することにより、切れ目なく質の高い医療の受療が可能【オンライン資格確認等システムの拡充、電子カルテ情報の標準化等、レセプト情報の活用】
 - 災害や次の感染症危機を含め、全国いつどの医療機関等にかかっても、必要な医療情報が共有
- デジタル化による医療現場における業務の効率化、人材の有効活用【診療報酬改定に関するDXの取組の推進等】
 - 次の感染症危機において、必要な情報を迅速かつ確実に取得できるとともに、医療現場における情報入力等の負担を軽減し、診療報酬改定に関する作業の効率化により、医療従事者のみならず、医療情報システムに関与する人材の有効活用、費用の低減を実現することで、医療保険制度全体の運営コストを削減できる
- 保健医療データの二次利用による創薬、治験等の医薬産業やヘルスケア産業の振興【医療情報の利活用の環境整備】
 - 産業振興により、結果として国民の健康寿命の延伸に資する

