

# 改革工程表2022や骨太の方針2023 に関する主な取組について (社会保障分野 ①)

令和5年10月24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) 働き方に中立的な社会保障制度、予防・健康づくりの推進
- (2) 医療DXの実現
- (3) 給付と負担の見直し
- (4) 少子高齢化・人口減少時代における医療・介護サービスの提供体制

# 目次

- (1) 働き方に中立的な社会保障制度、予防・健康づくりの推進
- (2) 医療DXの実現
- (3) 給付と負担の見直し
- (4) 少子高齢化・人口減少時代における医療・介護サービスの提供体制

## 以下項目のこれまでの取組についての説明

- ①短時間労働者への被用者保険の適用拡大
- ②フリーランス・ギグワーカーへの社会保険の適用の在り方の整理
- ③年収の壁への対応
- ④在職老齢年金の見直し等高齢期の働き方に関連する検討状況
- ⑤データヘルス計画など予防・健康づくりの推進に向けた現状と対応

●関連する改革項目とその進捗等について (1) 働き方に中立的な社会保障制度、予防・健康づくり

- ①短時間労働者への被用者保険の適用拡大
- ②フリーランス・ギグワーカーへの社会保険の適用の在り方の整理
- ③年収の壁への対応
- ④在職老齢年金の見直し等高齢期の働き方に関連する検討状況
- ⑤データヘルス計画など予防・健康づくりの推進に向けた現状と対応

進捗状況 (遅れている場合はその要因)	今後の取組方針
<p>①について</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ 令和2年年金制度改正法において、被用者保険の適用拡大を実施し、週労働時間20時間以上の要件に該当する短時間労働者について、従業員100人超の企業は令和4年10月から、従業員50人超の企業は令和6年10月から被用者保険を適用することとされた。</li><li>○ また、第4回社会保障審議会年金部会（令和5年5月30日）において現行制度や関連データについてお示しし、企業規模要件や非適用業種の在り方等について議論が行われた。</li></ul> <p>②について</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ フリーランス・ギグワーカーへの社会保険の適用の在り方について、第4回社会保障審議会年金部会において現行制度や関連データについてお示しし、議論が行われた。</li></ul>	<p>①について</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ 次期年金制度改正に向けて、引き続き検討を行う。</li></ul> <p>②について</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ 次期年金制度改正に向けて、引き続き検討を行う。</li></ul>

●関連する改革項目とその進捗等について (1) 働き方に中立的な社会保障制度、予防・健康づくり

- ①短時間労働者への被用者保険の適用拡大
- ②フリーランス・ギグワーカーへの社会保険の適用の在り方の整理
- ③年収の壁への対応
- ④在職老齢年金の見直し等高齢期の働き方に関連する検討状況
- ⑤データヘルス計画など予防・健康づくりの推進に向けた現状と対応

進捗状況 (遅れている場合はその要因)	今後の取組方針
<p>③について</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ 「年収の壁・支援強化パッケージ」(令和5年9月27日全世代型社会保障構築本部決定)を策定し、年収の壁を越えることに伴い手取り収入が減少しないよう事業主が支給する社会保険適用促進手当の創設や、当該手当や賃上げ等により労働者の収入を増加させる取組を行った事業主に対する助成金の新メニューの創設を行った。</li><li>○ また、第7回社会保障審議会年金部会(令和5年9月21日)において、いわゆる「年収の壁」等の女性の就労の制約と指摘される制度等について現行制度や関連データについてお示しし、議論が行われた。</li></ul>	<p>③について</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ 「こども未来戦略方針」(令和5年6月13日閣議決定)において、「支援強化パッケージを本年中に決定した上で実行し、さらに、制度の見直しに取り組む」とされていることを踏まえ、制度の見直しについて、引き続き検討を行う。</li></ul>

●関連する改革項目とその進捗等について (1) 働き方に中立的な社会保障制度、予防・健康づくり

- ①短時間労働者への被用者保険の適用拡大
- ②フリーランス・ギグワーカーへの社会保険の適用の在り方の整理
- ③年収の壁への対応
- ④在職老齢年金の見直し等高齢期の働き方に関する検討状況
- ⑤データヘルス計画など予防・健康づくりの推進に向けた現状と対応

進捗状況 (遅れている場合はその要因)	今後の取組方針
<p>④について</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ 令和2年年金制度改正法において、60～64歳の在職老齢年金制度（低在老）について、就労に与える影響が一定程度確認されているという観点等から、支給停止の基準額を28万円から、現行の65歳以上の在職老齢年金制度（高在老）と同じ47万円（令和5年は48万円）に引き上げた（令和4年10月施行）。</li><li>○ また、第8回社会保障審議会年金部会（令和5年10月24日）において、議論を行う予定。</li></ul>	<p>④について</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ 次期年金制度改正に向けて、引き続き検討を行う。</li></ul>

●関連する改革項目とその進捗等について (1) 働き方に中立的な社会保障制度、予防・健康づくり

- ①短時間労働者への被用者保険の適用拡大
- ②フリーランス・ギグワーカーへの社会保険の適用の在り方の整理
- ③年収の壁への対応
- ④在職老齢年金の見直し等高齢期の働き方に関連する検討状況
- ⑤データヘルス計画など予防・健康づくりの推進に向けた現状と対応

進捗状況 (遅れている場合はその要因)	今後の取組方針
<p>⑤について</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ データヘルス計画の標準化の進展に向けて、データヘルス計画作成の手引きの改訂を実施。</li></ul>	<p>⑤について</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ 令和6年度から始まる「第3期データヘルス計画」において、データヘルス計画の標準化の推進及び効率的・効果的なデータヘルスの更なる普及を進める。</li></ul>



## 2. 働き方に中立的な社会保障制度等の構築（被用者保険関係抜粋）

### （2）取り組むべき課題

#### ① 勤労者皆保険の実現に向けた取組

- 勤労者がその働き方や勤め先の企業規模・業種にかかわらず、ふさわしい社会保障を享受できるようにするとともに、雇用の在り方に対して中立的な社会保障制度としていく観点から、以下の課題への対応を着実に進めるべきである。

#### ◆ 短時間労働者への被用者保険の適用に関する企業規模要件の撤廃

週20時間以上勤務する短時間労働者にとって、勤め先の企業の規模によって被用者保険の適用に違いが生まれる状況の解消を図るべきであり、企業規模要件の撤廃について早急に実現を図るべきである。

#### ◆ 個人事業所の非適用業種の解消

常時5人以上を使用する個人事業所の非適用業種については、労働者がいずれの事業所で勤務するかによって被用者保険の強制適用の有無が異なる状況の解消を早急に図るべきである。

また、勤労者皆保険を実現する観点から、「5人未満を使用する個人事業所」についても、そこで働く方々への被用者保険の適用を図る道筋を検討すべきである。

#### ◆ 週労働時間20時間未満の短時間労働者への適用拡大

週労働時間20時間未満の短時間労働者についても、被用者にとってふさわしく、雇用の在り方に中立的な被用者保険を提供する観点からは、被用者保険の適用除外となっている規定を見直し、適用拡大を図ることが適切と考えられることから、そのための具体的な方策について、実務面での課題や国民年金制度との整合性等を踏まえつつ、着実に検討を進めるべきである。

複数の雇用関係に基づき、複数の事業所で勤務する者（マルチワーカー）で、いずれの事業所においても単独では適用要件を満たさないものの、労働時間等を合算すれば適用要件を満たす場合については、実務的な課題の解決を図ったうえで、被用者保険の適用に向けた具体的な検討を進めるべきである。

# 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大の概要

働きたい人が働きやすい環境を整えるとともに、短時間労働者について、年金等の保障を厚くする観点から、被用者保険（年金・医療）の適用拡大を進めていくことが重要。

- ① (2016年10月～) **500人超の企業等で、月額賃金8.8万円以上等の要件を満たす**短時間労働者に適用拡大。
- ② (2017年4月～) **500人以下の企業等で、労使の合意に基づき、企業単位で**短時間労働者への適用拡大を可能とする。  
(国・地方公共団体は、規模にかかわらず適用とする。)
- ③ 令和2年の改正では、**50人超規模の企業等まで適用範囲を拡大**。(100人超(2022年10月)→50人超(2024年10月))

## ① 2016年10月～

## ② 2017年4月～

## ③ 令和2年の改正内容

(適用拡大前)  
週30時間  
以上

- (1) 週労働時間20時間以上
- (2) 月額賃金8.8万円以上(年収換算で約106万円以上)  
(所定労働時間や所定内賃金で判断し、残業時間(代)等を含まない)
- (3) 勤務期間1年以上見込み
- (4) 学生は適用除外
- (5) **従業員500人超の企業等**  
(適用拡大前の基準で適用対象となる労働者の数で算定)

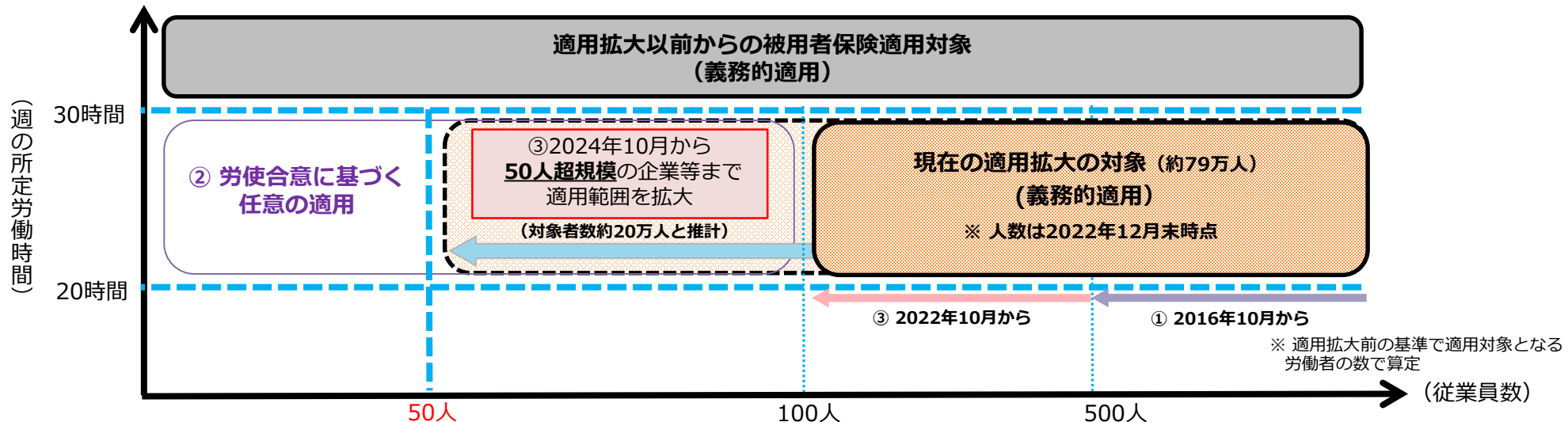
**500人以下の企業等**について、  
・民間企業は、**労使合意に基づき、適用拡大を可能に**  
・国・地方公共団体は、**適用**

(3) 勤務期間1年以上見込み  
→ 実務上の取扱いの現状も踏まえて**撤廃**  
(フルタイムの被保険者と同様の2ヶ月超の要件を適用)  
※ 2022年10月施行

(5) 従業員 500人超の企業等  
→ **50人超規模**の企業等まで適用範囲を拡大  
(2022年10月) 100人超規模の企業等まで適用  
(2024年10月) 50人超規模の企業等まで適用

## <被用者保険の適用拡大のイメージ>

※ その他(1)(2)(4)の要件は現状維持



### ◆ フリーランス・ギグワーカーについて

フリーランス・ギグワーカーについて、その被用者性の捉え方などの検討を深め、必要な整理を行うとともに、より幅広い社会保険の在り方を検討する観点からの議論を着実に進めるべきである。

具体的には、まずは、「フリーランスとして安心して働ける環境を整備するためのガイドライン」に照らして、現行の労働基準法上の「労働者」に該当する方々については、「被用者性」も認められ、適用除外の対象となる場合を除いて被用者保険が適用される旨を明確化した上で、その適用が確実なものとなるよう、必要な対応を早急に講ずるべきである。

そのうえで、上記以外の、「労働者性」が認められないフリーランス・ギグワーカーに関しては、新しい類型の検討も含めて、被用者保険の適用を図ることについて、フリーランス・ギグワーカーとして働く方々の実態や諸外国の例なども参考としつつ、引き続き、検討を深めるべきである。

### ◆ デジタル技術の活用

被用者保険の適用拡大を更に進めていくにあたっては、マイナンバー制度を含め、デジタル技術の積極的な活用を図ることによって、働く人一人ひとりの就労状況や所得を公平かつ正確に把握できる環境整備が重要である。

### ◆ 女性の就労の制約と指摘される制度等について

女性就労や高齢者就労の制約となっており指摘される社会保障制度や税制等について、働き方に中立的なものにしていくことが重要である。この点に関し、被用者保険が適用されることのメリットを分かりやすく説明しながら、適用拡大を一層強力に進めていくことが重要である。

### ◆ 被用者保険適用拡大の更なる推進に向けた環境整備・広報の充実

今後、被用者保険の更なる適用拡大を実現するためには、新たに対象となる事業主や労働者に対して、被用者保険の適用に関する正確な情報や、そのメリットについて、分かりやすく説明し、理解を得ながら進めることが極めて重要である。厚生労働省のみならず、業所管省庁もメンバーとする政府横断的な検討体制を構築し、事業主の理解を得て円滑に進めるための具体的な方策を検討すべきである。

また、いわゆる「就業調整」の問題に対しては、被用者保険適用に伴う短時間労働者の労働時間の延長、基幹従業員として従事することによる企業活動の活性化などの好事例を、業所管省庁の協力を得て積極的に集約するとともに、これらの好事例や具体的なメリットを労働者や事業主が実感できるような広報コンテンツやその活用法について、広報実務の専門家、雇用の現場に詳しい実務家などの参加も得た上で検討・作成し、業所管省庁の協力も得て広範かつ継続的な広報・啓発活動を展開するべきである。

# 「こども未来戦略方針」

～次元の異なる少子化対策の実現のための「こども未来戦略」の策定に向けて～  
(令和5年6月13日閣議決定) (年収の壁関連抜粋)

## Ⅱ. こども・子育て政策の強化：3つの基本理念

### 2. 3つの基本理念

#### (1) 若い世代の所得を増やす

- こうした施策を支える基盤として、多様な働き方を効果的に支える雇用のセーフティネットを構築するため、週所定労働時間20時間未満の労働者に対する雇用保険の適用拡大について検討し、2028年度までを目途に実施する。また、いわゆる106万円・130万円の壁を意識せずに働くことが可能となるよう、短時間労働者への被用者保険の適用拡大や最低賃金の引上げに取り組むことと併せて、被用者が新たに106万円の壁を超えても手取りの逆転を生じさせないための当面の対応を本年中に決定した上で実行し、さらに、制度の見直しに取り組む。

## Ⅲ. 「加速化プラン」～今後3年間の集中的な取組～

### Ⅲ-1. 「加速化プラン」において実施する具体的な施策

#### 1. ライフステージを通じた子育てに係る経済的支援の強化や若い世代の所得向上に向けた取組

##### (6) いわゆる「年収の壁(106万円/130万円)」への対応

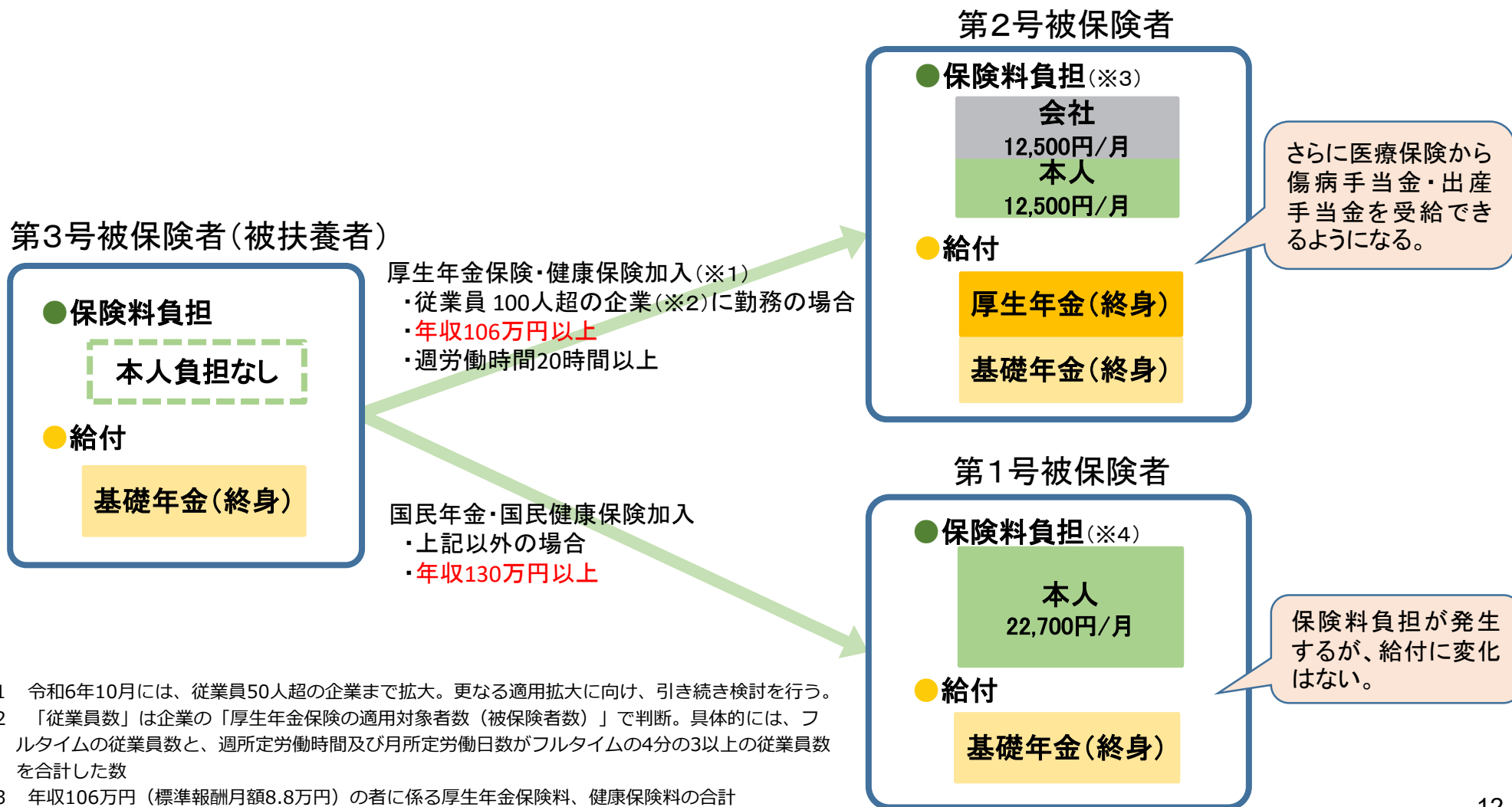
- いわゆる106万円・130万円の壁を意識せずに働くことが可能となるよう、短時間労働者への被用者保険の適用拡大、最低賃金の引上げに引き続き取り組む。

- こうした取組と併せて、人手不足への対応が急務となる中で、壁を意識せずに働く時間を延ばすことのできる環境づくりを後押しするため、当面の対応として、被用者が新たに106万円の壁を超えても手取り収入が逆転しないよう、労働時間の延長や賃上げに取り組む企業に対し、複数年(最大3年)で計画的に取り組むケースを含め、必要な費用を補助するなどの支援強化パッケージを本年中に決定した上で実行し、さらに、制度の見直しに取り組む。



# 「年収の壁」に関する適用関係（イメージ）

第3号被保険者（被扶養者）の収入等が増加したことにより、被扶養者でなくなる場合、本人が①厚生年金保険・健康保険に加入するか、②国民年金・国民健康保険に加入することになり、社会保険料の負担が発生する。



※1 令和6年10月には、従業員50人超の企業まで拡大。更なる適用拡大に向け、引き続き検討を行う。

※2 「従業員数」は企業の「厚生年金保険の適用対象者数（被保険者数）」で判断。具体的には、フルタイムの従業員数と、週所定労働時間及び月所定労働日数がフルタイムの4分の3以上の従業員数を合計した数

※3 年収106万円（標準報酬月額8.8万円）の者に係る厚生年金保険料、健康保険料の合計

※4 年収130万円の者に係る国民年金保険料、国民健康保険料の合計

# 「年収の壁」への当面の対応策（「年収の壁・支援強化パッケージ」）概要 （令和5年9月27日全世代型社会保障構築本部決定）

人手不足への対応が急務となる中で、短時間労働者が「年収の壁」を意識せず働くことができる環境づくりを支援するため、当面の対応として下記施策（支援強化パッケージ）に取り組むこととし、早急に開始する。さらに、制度の見直しに取り組む。

## 106万円の壁への対応

### ◆キャリアアップ助成金 ※省令の改正が必要

キャリアアップ助成金のコースを新設し、短時間労働者が被用者保険（厚生年金保険・健康保険）の適用による手取り収入の減少を意識せず働くことができるよう、労働者の収入を増加させる取組を行った事業主に対して、労働者1人当たり最大50万円の支援を行う。なお、実施に当たり、支給申請の事務を簡素化。

労働者の収入を増加させる取組については、賃上げや所定労働時間の延長のほか、被用者保険適用に伴う保険料負担軽減のための手当（社会保険適用促進手当）として、支給する場合も対象とする。

### ◆社会保険適用促進手当

事業主が支給した社会保険適用促進手当については、適用に当たっての労使双方の保険料負担を軽減するため、新たに発生した本人負担分の保険料相当額を上限として被保険者の標準報酬の算定において考慮しない。

## 130万円の壁への対応

### ◆事業主の証明による被扶養者認定の円滑化

被扶養者認定基準（年収130万円）について、労働時間延長等に伴う一時的な収入変動による被扶養者認定の判断に際し、事業主の証明の添付による迅速な判断を可能とする。

## 配偶者手当への対応

### ◆企業の配偶者手当の見直しの促進

特に中小企業においても、配偶者手当の見直しが進むよう、

- (1) 見直しの手順をフローチャートで示す等わかりやすい資料を作成・公表するとともに、
- (2) 中小企業団体等を通じて周知する。

# いわゆる「年収の壁」への対応策の考え方について

## いわゆる「年収の壁」への対応

- いわゆる「年収の壁」については、第3号被保険者が働いて収入が増加すると社会保険料が発生することによって、手取りが減少することを避けるため、就業調整が行われ、希望どおり働くことが阻害されているとの指摘。
- いわゆる「年収の壁」を意識せずに働くことが可能となるよう、短時間労働者への被用者保険の適用拡大、最低賃金の引上げに引き続き取り組む。
- 被用者保険の適用拡大の推進に向けた広範かつ継続的な広報・啓発活動を展開する。

## いわゆる「106万円の壁」への対応策の考え方

- いわゆる「106万円の壁」では保険料負担が増えるが厚生年金給付も増える。これは全ての厚生年金被保険者に共通であり、適用拡大に伴う短時間労働者のみ異なる取扱いとなるわけではない。
- 他方で、**給付のことは考えず、「壁」を境にした保険料負担による手取り収入の減少のみに着目すれば「壁」を感じる者が存在することから、これへの対応は「保険料負担による手取り収入の減少をどうするか」を出発点として考えることが基本**となる。なお、現在の適用要件の下においては、最低賃金の引上げ等により、適用時点で「106万円」を意識しない水準まで収入が増加していればいわゆる「年収の壁」は解消される。

## いわゆる「130万円」の壁への対応策の考え方

- いわゆる「130万円の壁」では保険料負担が増えても基礎年金給付は同じであり、これは第1号被保険者と第3号被保険者とで負担と給付の構造が異なることによるもの。
- したがってこれへの対応は、**第3号被保険者のあり方そのものに着目した何らかの見直しを行うか、「壁」を感じながら働く第3号被保険者が少なくなるよう、短時間労働者への被用者保険の適用拡大を一層加速化することが基本**となる。

# いわゆる「106万円の壁」への検討を進める上で社会保険の原理原則に関わる視点

いわゆる「106万円の壁」へ対応した制度的な見直しを進める上で、「保険料負担による手取り収入が減少しない」**仕組みを検討する際には、稼得能力に応じた負担、社会保険料の労使折半負担、他の被保険者との公平性といった社会保険の原理原則に抵触しないか**について留意する必要がある。

## 負担についての公平性

一定の収入があるにも関わらず、被保険者本人の保険料負担を免除することは、稼得能力に応じて負担するという社会保険の原理原則に反するのではないかと。また事業主負担の取扱いも課題。

## 社会保険料の労使折半負担の原則との整合性、事業主の理解

社会保険料は労使折半を原則としているところ、「壁」への対応を理由として本人の保険料負担のみを軽減する場合、従来の考え方からは大きな方向転換であることに留意し、事業主の理解が得られる仕組みとすることが必要。

## 他の被保険者との公平性

いわゆる「106万円の壁」を意識する第3号被保険者を対象に「手取り収入が減少しない仕組み」を設けた場合に、単身者や第1号被保険者の配偶者といった他の第2号被保険者（短時間被保険者）との負担面での公平性に留意することが必要であり、同じ第2号被保険者で同程度の収入がある者の理解が得られるものにすることが必要。



# いわゆる「106万円の壁」への検討を進める上で年金給付や実務面等に関わる視点

社会保険の原理原則に関わる視点以外にも、**将来の年金給付への影響や実務面への影響などを考慮し、簡素で分かりやすく中立的な制度設計となるよう留意する必要**がある。

## 簡素で分かりやすく中立的な制度設計

適用拡大によるメリットが一部では理解されていない状況で、負担と給付の組合せが更に複雑になるような新たな仕組みを導入すれば、不十分な情報のもと本人が不利益な選択をするリスクが高まる。また設計によっては「新たな壁」が生じたり、負担を回避する領域にとどまり続けるバイアスも生じ得る。検討に際しては、負担と給付の関係が簡素で分かりやすく、本人の選択に中立的な制度にすることが必要。

## 将来の年金給付への影響

保険料負担を軽減した結果、将来の年金給付が減るような制度を導入した場合には、それが本人の選択であったとしても、低年金者の増加につながる恐れがあり、被用者にふさわしい保障という適用拡大の精神を踏まえて検討することが必要。

## 実務面への影響、事業主への負荷

従来<sup>1</sup>の被用者保険にない仕組みを導入する場合には、適用事務や保険料徴収の手続きを行う事業主において保険料の源泉徴収業務が煩雑になるなどの事務負担が生じる。

※上記のほか、見直しの内容によっては実施機関である日本年金機構や共済組合においてシステム改修が必要となる。

## 健康保険との関係

従来、短時間労働者への適用拡大は、厚生年金保険と健康保険で一体的に進めてきたところ、今回の見直しでどのように取り扱うか。特に本人負担分を軽減する場合、その者が所属する医療保険者にとっては保険給付は変わらないまま保険料収入は減となり、財政的な影響が生じる。

# 令和2年年金制度改正法における在職老齢年金制度の見直し

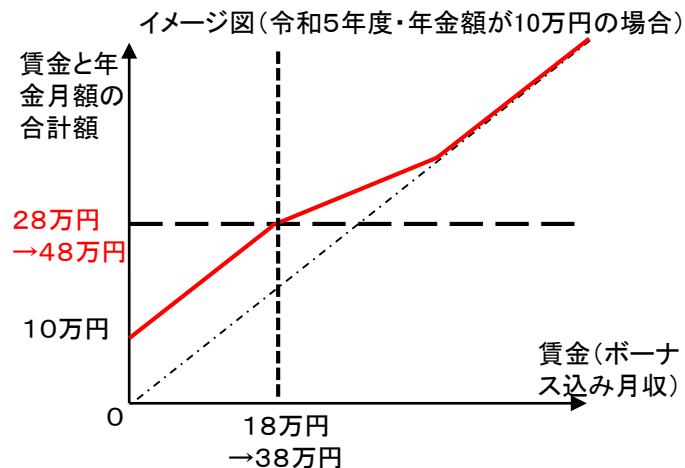
## 【見直し内容】(令和4(2022)年4月施行)

**60～64歳の在職老齢年金制度(低在老)※1**について、

- ・ 就労に与える影響が一定程度確認されている
- ・ 2030年度まで支給開始年齢の引上げが続く女性の就労を支援する
- ・ 制度を分かりやすくする

といった観点から、支給停止の基準額を**28万円**から、**現行の65歳以上の在職老齢年金制度(高在老)と同じ「47万円※2」に引き上げる。**

- ※1 60歳代前半に支給される特別支給の老齢厚生年金は、男性は2025年度まで  
女性には2030年度までの経過的な制度であるため、見直しによる長期的な財政影響は極めて軽微。  
※2 名目賃金変動率に従い改定される。令和5年度は48万円となっている。



## 【60～64歳の在職老齢年金制度(低在老)】(基準額及び対象者数・額は2019年度末推計における2022年度末のもの)

	見直し内容・考え方	支給停止対象者数	うち全額支給停止の対象者数	支給停止対象額
改正前	<b>基準額は28万円</b> ・ 夫婦2人の標準的な年金額相当を基準として設定。 2000年改正当時のモデル年金額に、2003年度からの総報酬制の施行を勘案して2004年度に設定。	<b>約37万人</b> (在職受給権者の51%)	<b>約16万人</b> (約22%)	<b>約2,600億円</b>
改正後	<b>基準額を47万円に引上げ</b> ・ 現役男子被保険者の平均月収(ボーナスを含む。)を基準として設定。(高在老と同じ)	<b>約11万人</b> (在職受給権者の15%)	<b>約5万人</b> (約7%)	<b>約1,000億円</b>

## 【65歳以上の在職老齢年金制度(高在老)】(基準額及び対象者数・額は2018年度末のもの)

	考え方	支給停止対象者数	うち全額支給停止の対象者数	支給停止対象額
現行	<b>基準額は47万円</b> ・ 現役男子被保険者の平均月収(ボーナスを含む。)を基準として設定。 1998年度末の現役男子被保険者の平均月収(ボーナスを含まない)に、2003年度からの総報酬制の施行を勘案して2004年度に設定。 (法律上は2004年度価格で「48万円」。)	<b>約41万人</b> (在職受給権者の17%)	<b>約20万人</b> (約8%)	<b>約4,100億円</b>

# 「社会保障審議会年金部会における議論の整理」 (令和元年12月27日) (抄)

## (在職老齢年金関連抜粋)

### Ⅲ 今後の年金制度改革の方向性 (P.14～)

#### 2 高齢期の就労と年金受給の在り方 (P.16)

- (前略)在職老齢年金制度は拠出制年金における例外的な仕組みであり、同じような所得を得る者間での公平性の問題、賃金増加分の半分に相当する年金が停止されるという比較的厳しい制度であるという制度の性質、また、繰下げ受給をしても在職支給停止相当分は増額対象とならないことを考えると、今回は改正しない高在老を含めた高齢期の年金と就労の在り方については、引き続き検討を進めていく必要がある。

今後、生産年齢人口の減少が加速化する中で高齢期の就労の重要性が増し、高齢期の就業が多様化する中、フルタイムなど現役期の働き方に近い形で就労する高齢者も増加していけば、現行の制度のままでは、高齢期にも現役平均程度で就労を続ける者にとって、年金水準の充実の効果が得にくいこととなる。

今後、マクロ経済スライドの調整により、将来世代の所得代替率が長期的に調整されていくことも踏まえれば、就労の長期化を年金制度に反映することにより、長期化する老後生活の経済基盤の充実が図られるよう、今後の高齢期の就労の変化を念頭に、高齢期の就労と年金の在り方について検討を進めていくことが求められる。

- また、高齢者が個々人の生活スタイルに合わせて、年金受給開始時期を柔軟に選択できるようになることは、高齢者の働き方の多様化が進む中で非常に意義が大きい。高齢者雇用においては、より多様な形での就業機会の確保が進められる中、就労と年金の組合せの選択がより多様で柔軟にできるよう、引き続き検討を続けるべきである。

# 年金部会における議論の進め方（案）

	年金部会	年金財政における経済前提に関する専門委員会	その他の予定（見込み）
令和5年 5月30日	第4回 ・年金部会における議論の進め方（案） ・次期制度改正に向けた主な検討事項（案） ・被用者保険の適用拡大		
令和5年夏	○それぞれの課題について議論		
令和6年1月	○専門委員会経過報告 ←	○基本的な考え方とりまとめ	
令和6年春	○オプション試算について議論		○内閣府の中長期試算
	○専門委員会結果報告 ← [厚生労働省における検証作業]	○議論のとりまとめ ←	○（独）労働政策研究・研修機構の労働力需給の推計
令和6年夏	○財政検証結果の報告 ○改正内容について議論		
令和6年末	○年金部会取りまとめ		

# データヘルス計画とは

## ● 健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針

### 第四 保健事業の実施計画（データヘルス計画）の策定、実施及び評価

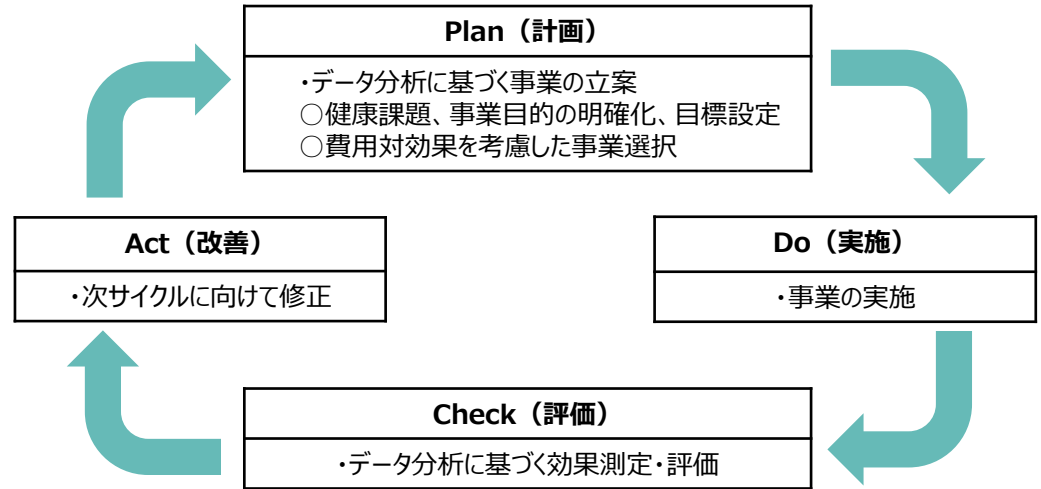
保険者は、健康・医療情報を活用した加入者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤が近年整備されてきていること等を踏まえ、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（以下「実施計画」という。）を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと。

- ⇒ 平成27年度からの**第1期データヘルス計画では、全健保組合・全協会けんぽ支部が計画を策定。**  
 平成30年度からの**第2期データヘルス計画は、本格稼働としてさらなる質の向上を目指す。**  
 令和6年度からの**第3期データヘルス計画はデータヘルス計画の標準化の推進及び効率的・効果的なデータヘルスの更なる普及を進める。**

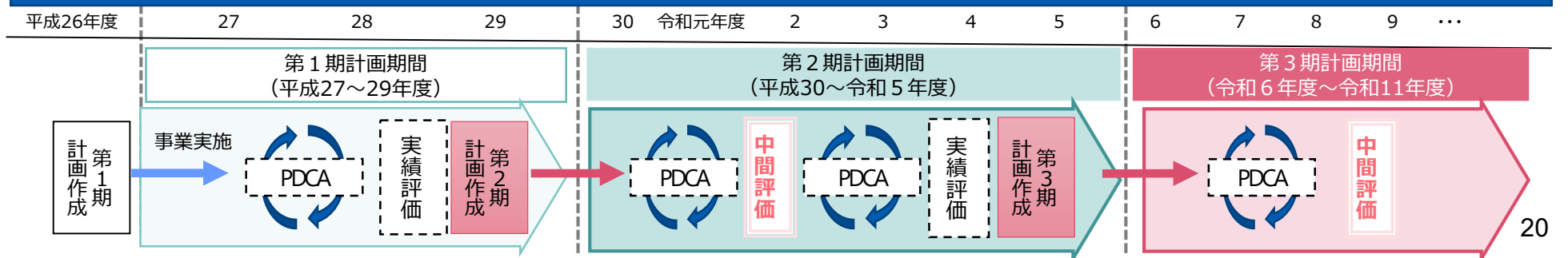
## 「データヘルス計画」

レセプト・健診情報等のデータの分析に基づく効率的・効果的な保健事業をPDCAサイクルで実施するための事業計画

**ねらい：「健康寿命の延伸」と「医療費適正化」を同時に図る。**



## データヘルス計画のスケジュール



# データヘルス計画作成の手引き

## ■ データヘルス計画作成の手引き

- ・健康保険組合がデータヘルス計画を策定するに当たっての基本的な考え方及び留意点を示した手引き。
- ・厚生労働省保険局と健康保険組合連合会の連名で発刊。

注) 協会けんぽではデータヘルス計画作成の手順やポイントをまとめた「保健事業実施計画（データヘルス計画）策定の手引き」を発刊。

## ■ 改訂等の経緯

- ・第1期データヘルス計画に向けて、平成26年度に初版を発刊。
- ・第2期データヘルス計画に向けて、平成29年度に改訂版を発刊。
- ・第3期データヘルス計画に向けて、令和5年7月に改訂版を発刊。  
データヘルス・ポータルサイトに蓄積されたデータヘルス計画の分析結果や、先進的な保険者による保健事業の事例を掲載。



目次	
<b>第1章</b>	<b>データヘルス計画の背景とねらい</b> ..... 04
①	データヘルス計画の背景 ..... 04
②	データヘルス計画のねらい ..... 06
③	他計画、他医療保険制度との関係 ..... 10
④	関係機関との協働 ..... 15
<b>第2章</b>	<b>計画に記載すべき事項</b> ..... 22
①	計画の期間及び公表・周知 ..... 22
②	データヘルス・ポータルサイト上で入力が必要な項目 ..... 23
<b>第3章</b>	<b>データヘルス計画の作成と評価・見直し</b> ..... 25
①	保健事業の構造と基盤 ..... 25
②	データヘルス計画の構造 ..... 27
STEP 1	現状を構造的に把握する ..... 29
STEP 2	健康課題の抽出と優先順位づけ ..... 39
STEP 3	課題解決に向けた事業設計と目標・評価指標の設定 ..... 41
STEP 4	事業評価と見直し ..... 47
③	効果的・効率的な保健事業設計に向けて ..... 51

# 目次

- (1) 働き方に中立的な社会保障制度、予防・健康づくりの推進
- (2) 医療DXの実現
- (3) 給付と負担の見直し
- (4) 少子高齢化・人口減少時代における医療・介護サービスの提供体制

## 以下項目のこれまでの取組についての説明

- ①医療DXの推進による医療介護の提供体制の改革による具体的な国民のメリット
- ②医療DXの推進に関する工程表の進捗状況。特に、次の事項の進捗状況や今後の見通し等
  - (i)マイナンバーカードと健康保険証の一体化・保険証の廃止
  - (ii)新しい医療技術の開発や創薬のための医療情報の二次利活用
  - (iii)PHR活用を通じた自らの健康づくりに活用できる仕組みの整備
  - (iv)電子カルテ情報の標準化等
  - (v)電子処方箋の普及
  - (vi)診療報酬改定DX



●関連する改革項目とその進捗等について (2) 医療DXの実現

- ①医療DXの推進による医療介護の提供体制の改革による具体的な国民のメリット
- ②医療DXの推進に関する工程表の進捗状況。特に、次の事項の進捗状況や今後の見通し等
  - (i)マイナンバーカードと健康保険証の一体化・保険証の廃止
  - (ii)新しい医療技術の開発や創薬のための医療情報の二次利活用
  - (iii)PHR活用を通じた自らの健康づくりに活用できる仕組みの整備
  - (iv)電子カルテ情報の標準化等、(v)電子処方箋の普及、(vi)診療報酬改定DX

進捗状況 (遅れている場合はその要因)	今後の取組方針
<p>(全体について)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ 第2回医療DX推進本部（令和5年6月2日開催）において、「医療DXの推進に関する工程表」を策定した。</li><li>○ また、第4回「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム（令和5年8月30日開催）において、工程表を踏まえた今後の進め方についての詳細を整理した。</li></ul>	

● 関連する改革項目とその進捗等について (2) 医療DXの実現

- ① 医療DXの推進による医療介護の提供体制の改革による具体的な国民のメリット
- ② 医療DXの推進に関する工程表の進捗状況。特に、次の事項の進捗状況や今後の見通し等
  - (i) マイナンバーカードと健康保険証の一体化・保険証の廃止
  - (ii) 新しい医療技術の開発や創薬のための医療情報の二次利活用
  - (iii) PHR活用を通じた自らの健康づくりに活用できる仕組みの整備
  - (iv) 電子カルテ情報の標準化等、(v) 電子処方箋の普及、(vi) 診療報酬改定DX

進捗状況 (遅れている場合はその要因)	今後の取組方針
<p>①について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 保健・医療・介護といった様々な情報が切れ目なく共有可能になる（自身の健康管理や疾病予防に繋がるとともに、適切なタイミングでの受診が可能となる、医療・介護関係者で情報が共有されることで、よりよいケアを効率的に受けられる（救急時や災害時でも自分が受けている医療や薬の情報が共有されるため、より安全安心な医療を受けられる）等）</li> <li>○ 医療機関・自治体サービスの業務効率化（紙の書類作成やデータ入力作業等の削減や正確な事務処理等により、残業時間の減少等、働き方改革が進む）</li> <li>○ 医療情報を二次利用することで、医薬品等の研究開発が促進され、よりよい治療や的確な診断が可能となる</li> </ul> <p>等が挙げられる。</p>	<p>①について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ メリットの具体化やその定量化について、さらに検討を進める。</li> </ul>

●関連する改革項目とその進捗等について (2) 医療DXの実現

- ①医療DXの推進による医療介護の提供体制の改革による具体的な国民のメリット
- ②医療DXの推進に関する工程表の進捗状況。特に、次の事項の進捗状況や今後の見通し等
  - (i)マイナンバーカードと健康保険証の一体化・保険証の廃止
  - (ii)新しい医療技術の開発や創薬のための医療情報の二次利活用
  - (iii)PHR活用を通じた自らの健康づくりに活用できる仕組みの整備
  - (iv)電子カルテ情報の標準化等、(v)電子処方箋の普及、(vi)診療報酬改定DX

進捗状況 (遅れている場合はその要因)	今後の取組方針
<p>②(i)について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2023年4月から保険医療機関・薬局にオンライン資格確認の原則義務化を実施(10/15時点で義務化対象施設の94.6%が運用開始)。居宅における資格確認の仕組みや資格情報のみを取得できる簡素な仕組みを開発し、順次テスト運用を開始中。</li> <li>○ マイナンバー法等の一部改正法が成立(6/2)し、2024年秋の保険証廃止に向けて円滑な移行のための取組を進めている。データの紐付け誤りや医療現場での課題にも継続して対応。</li> </ul> <p>②(ii)について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 全国医療情報プラットフォームにおいて共有される医療情報の二次利用の在り方について、法制度・運用等の論点について整理することとしており、検討するための体制を2023年度中に構築する。</li> </ul>	<p>②(i)について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 居宅における資格確認の仕組み等について、2024年4月からシステム本体の運用を開始する。2024年秋から訪問看護ステーション等に導入を義務付け、患者・利用者がマイナンバーカードで安心して必要な医療を受けられる環境を整備する。</li> </ul> <p>②(ii)について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療等情報の二次利活用のための法制度・情報連携基盤の運用等を検討する「医療等情報の二次利用に関するワーキンググループ」をこの秋に開催し議論していく予定。</li> </ul>

●関連する改革項目とその進捗等について (2) 医療DXの実現

- ①医療DXの推進による医療介護の提供体制の改革による具体的な国民のメリット
- ②医療DXの推進に関する工程表の進捗状況。特に、次の事項の進捗状況や今後の見通し等
  - (i)マイナンバーカードと健康保険証の一体化・保険証の廃止
  - (ii)新しい医療技術の開発や創薬のための医療情報の二次利活用
  - (iii)PHR活用を通じた自らの健康づくりに活用できる仕組みの整備
  - (iv)電子カルテ情報の標準化等、(v)電子処方箋の普及、(vi)診療報酬改定DX

進捗状況 (遅れている場合はその要因)	今後の取組方針
②(iii)について ○ データヘルス改革に関する工程表に基づき、自身の保健医療情報を閲覧できる仕組みの整備を進めるとともに、「民間PHR事業者による健診等情報の取扱いに関する基本的指針」を策定した。	②(iii)について ○ マイナポータルで閲覧できる保健医療情報の拡充に向けて引き続き取り組むとともに、新たなユースケースの創出に向けた実証事業の推進や民間PHR事業者の業界ガイドライン策定等の事業環境整備を進めていく。

●関連する改革項目とその進捗等について (2) 医療DXの実現

- ①医療DXの推進による医療介護の提供体制の改革による具体的な国民のメリット
- ②医療DXの推進に関する工程表の進捗状況。特に、次の事項の進捗状況や今後の見通し等
  - (i)マイナンバーカードと健康保険証の一体化・保険証の廃止
  - (ii)新しい医療技術の開発や創薬のための医療情報の二次利活用
  - (iii)PHR活用を通じた自らの健康づくりに活用できる仕組みの整備
  - (iv)電子カルテ情報の標準化等、(v)電子処方箋の普及、(vi)診療報酬改定DX

進捗状況 (遅れている場合はその要因)	今後の取組方針
<p>②(iv)について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 電子カルテ情報について、3文書6情報の共有を進め、順次、対象となる情報の範囲を拡大することとしており、透析情報及びアレルギーの原因となる物資のコード情報については2023年度に標準規格化するよう、厚労科研で検討中。</li> <li>○ 標準型電子カルテについて、2023年度に必要な要件定義等に関する調査研究を行っている。</li> </ul> <p>②(v)について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 電子処方箋については、令和4年10月末からのモデル事業（先行実施）においてシステム面の検証等を行い、令和5年1月から運用開始。現在（10/15時点）、7,766施設（3.83%）（※）で導入済み、61,388施設で利用申請済み。</li> </ul> <p>(※) オンライン資格確認等システム導入施設における導入割合</p>	<p>②(iv)について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2024年度に歯科・看護領域等の関連情報について標準規格化を行う予定。その他共有すべき情報の検討を順次行っていく。</li> <li>○ 標準型電子カルテについて、2024年度中にデジタル庁にてα版の調達・システム開発を行い、2024年末よりα版の提供を開始していく予定。</li> <li>○ 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。</li> </ul> <p>②(v)について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 今後、全国的な普及拡大に向けて、対象施設の戦略的な拡大や利便性を含めた周知広報等に取り組んでいく。</li> </ul>

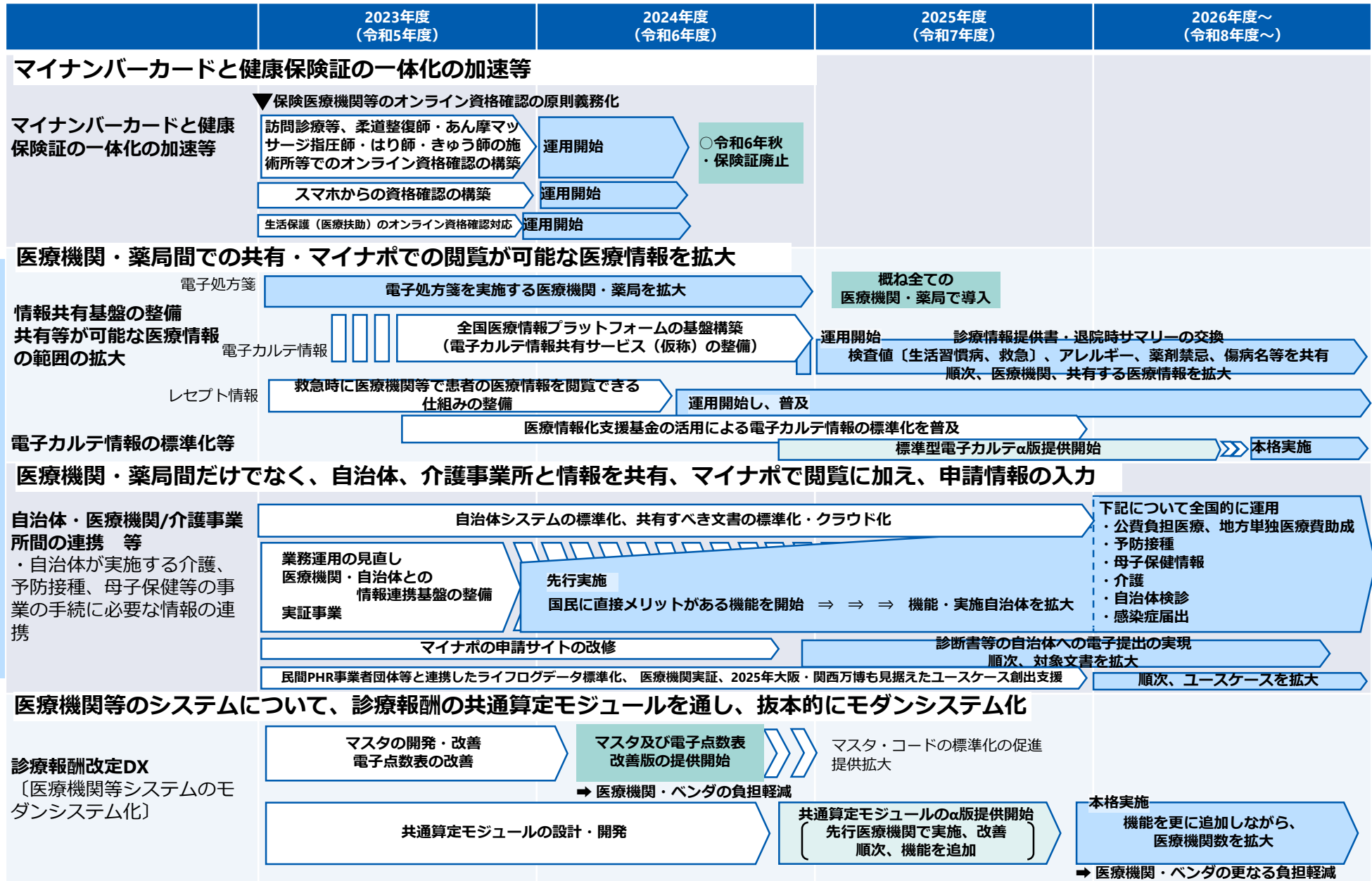
●関連する改革項目とその進捗等について (2) 医療DXの実現

- ①医療DXの推進による医療介護の提供体制の改革による具体的な国民のメリット
- ②医療DXの推進に関する工程表の進捗状況。特に、次の事項の進捗状況や今後の見通し等
  - (i)マイナンバーカードと健康保険証の一体化・保険証の廃止
  - (ii)新しい医療技術の開発や創薬のための医療情報の二次利活用
  - (iii)PHR活用を通じた自らの健康づくりに活用できる仕組みの整備
  - (iv)電子カルテ情報の標準化等、(v)電子処方箋の普及、(vi)診療報酬改定DX

進捗状況 (遅れている場合はその要因)	今後の取組方針
<p>②(vi)について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 共通算定モジュールの設計・開発業務について調達概要書を公示したところ。</li> <li>○ 令和7年度のモデル事業の実施に向けて、国立病院機構等と対象病院を協議中。</li> <li>○ 医療機関等・ベンダの要望を踏まえて基本マスタ・電子点数表の改善項目を整理し、現在、共通算定マスタ化に向けて作業中。</li> <li>○ 国で一元的に新たに国公費マスタと地方単独公費マスタを整備するため、関係者のご意見を伺いつつ作業中。</li> <li>○ 診療報酬改定の施行時期を令和6年度より6月1日(薬価改定の施行は4月1日)とすることについて、中央社会保険医療協議会で了解を得た。</li> </ul>	<p>②(vi)について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 共通算定モジュールは年明けより開発着手。</li> <li>○ 年度内にモデル事業の実施病院を選定し、令和6年度からテスト環境構築等を実施。</li> <li>○ 改善後の共通算定マスタ・電子点数表は、令和6年度の診療報酬改定の対応を行った上で、令和6年4月を目途に公表予定。</li> <li>○ 国公費マスタ、地方単独公費マスタは令和6年度診療報酬改定に合わせ、令和6年4月を目途に公表予定。</li> <li>○ 令和6年度診療報酬改定より、施行の後ろ倒しを実施。</li> </ul>



# 医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕



全国医療情報プラットフォームの構築

## 基本的な考え方

- 医療DXに関する施策の業務を担う主体を定め、その施策を推進することにより、①国民のさらなる健康増進、②切れ目なく質の高い医療等の効率的な提供、③医療機関等の業務効率化、④システム人材等の有効活用、⑤医療情報の二次利用の環境整備の5点の実現を目指していく
- サイバーセキュリティを確保しつつ、医療DXを実現し、保健・医療・介護の情報を有効に活用していくことにより、より良質な医療やケアを受けることを可能にし、国民一人一人が安心して、健康で豊かな生活を送れるようになる

## マイナンバーカードの健康保険証の一体化の加速等

- 2024年秋に健康保険証を廃止する
- 2023年度中に生活保護（医療扶助）でのオンライン資格確認の導入

## 全国医療情報プラットフォームの構築

- オンライン資格確認等システムを拡充し、全国医療情報プラットフォームを構築
- 2024年度中の電子処方箋の普及に努めるとともに、電子カルテ情報共有サービス（仮称）を構築し、共有する情報を拡大
- 併せて、介護保険、予防接種、母子保健、公費負担医療や地方単独の医療費助成などに係るマイナンバーカードを利用した情報連携を実現するとともに、次の感染症危機にも対応
- 2024年度中に、自治体の実施事業に係る手続きの際に必要な診断書等について、電子による提出を実現
- 民間PHR事業者団体やアカデミアと連携したライフログデータの標準化や流通基盤の構築等を通じ、ユースケースの創出支援
- 全国医療情報プラットフォームにおいて共有される医療情報の二次利用について、そのデータ提供の方針、信頼性確保のあり方、連結の方法、審査の体制、法制上あり得る課題等の論点について整理し検討するため、2023年度中に検討体制を構築



## 電子カルテ情報の標準化等

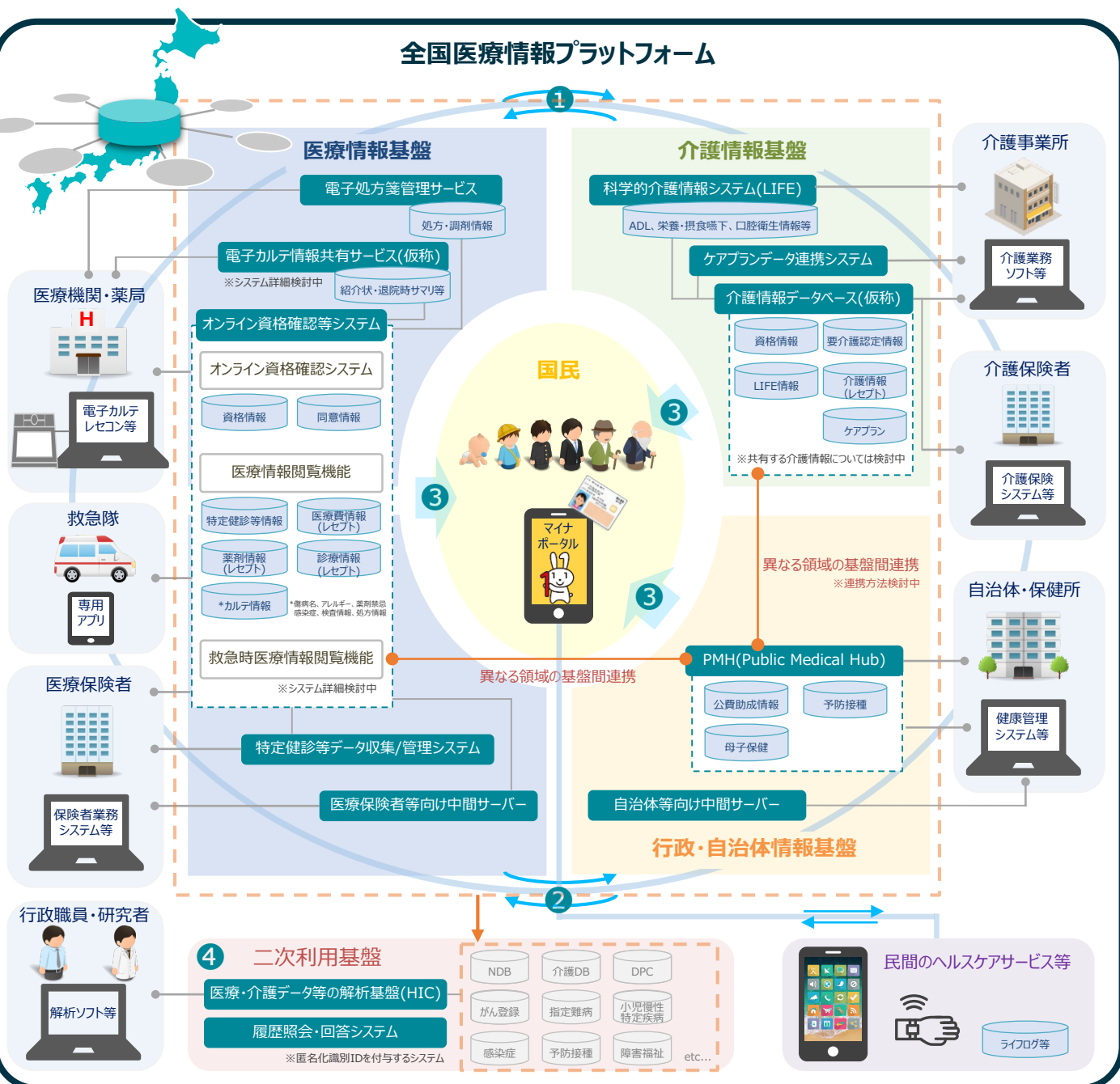
- 2023年度に透析情報及びアレルギーの原因となる物質のコード情報について、2024年度に蘇生処置等の関連情報や歯科・看護等の領域における関連情報について、共有を目指し標準規格化。2024年度中に、特に救急時に有用な情報等の拡充を進めるとともに、救急時に医療機関において患者の必要な医療情報が速やかに閲覧できる仕組みを整備。薬局との情報共有のため、必要な標準規格への対応等を検討
- 標準型電子カルテについて、2023年度に必要な要件定義等に関する調査研究を行い、2024年度中に開発に着手。電子カルテ未導入の医療機関を含め、電子カルテ情報の共有のために必要な支援策の検討
- 遅くとも2030年には、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

## 診療報酬改定DX

- 2024年度に医療機関等の各システム間の共通言語となるマスタ及びそれを活用した電子点数表を改善・提供して共通コストを削減。2026年度に共通算定モジュールを本格的に提供。共通算定モジュール等を実装した標準型レセコンや標準型電子カルテの提供により、医療機関等のシステムを抜本的に改革し、医療機関等の間接コストを極小化
- 診療報酬改定の施行時期の後ろ倒しに関して、実施年度及び施行時期について、中央社会保険医療協議会の議論を踏まえて検討

## 医療DXの実施主体

- 社会保険診療報酬支払基金を、審査支払機能に加え、医療DXに関するシステムの開発・運用主体の母体とし、抜本的に改組
- 具体的な組織のあり方、人員体制、受益者負担の観点踏まえた公的支援を含む運用資金のあり方等について速やかに検討し、必要な措置を講ずる



## 「医療DXのユースケース・メリット例」

### 1 救急・医療・介護現場の切れ目ない情報共有

✓ 意識不明時に、検査状況や薬剤情報等が把握され、迅速に的確な治療を受けられる。  
 ✓ 入退院時等に、医療・介護関係者で状況が共有され、より良いケアを効率的に受けられる。

### 2 医療機関・自治体サービスの効率化・負担軽減

✓ 受診時に、公費助成対象制度について、紙の受給者証の持参が不要になる。  
 ✓ 情報登録の手間や誤登録のリスク、費用支払に対する事務コストが軽減される。

### 3 健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート

✓ 予診票や接種券がデジタル化され、速やかに接種勧奨が届くので能動的でスムーズな接種ができる。予診票・問診票を何度も手書きしなくて済む。  
 ✓ 自分の健康状態や病態に関するデータを活用し、生活習慣病を予防する行動や、適切な受診判断等につなげることができる。

### 4 公衆衛生、医学・産業の振興に資する二次利用

✓ 政策のための分析ができることで、次の感染症危機への対応力強化につながる。  
 ✓ 医薬品等の研究開発が促進され、よりよい治療や確かな診断が可能になる。

二次利用データベース群(例)

NDB	介護DB	DPC
がん登録	指定難病	小児慢性特定疾病
感染症	予防接種	障害福祉

各DBのデータ連携 → 解析基盤 → 行政職員・研究者 医薬品産業等

# 医療機関・薬局におけるオンライン資格確認の導入状況

(2023/10/15時点)

## 1. 保険医療機関・薬局全体

準備完了施設数

209,388施設 **(91.3%)** ,

運用開始施設数

202,664施設 **(88.4%)**

(参考) 全施設数 229,378施設

(注1) 顔認証付きカードリーダー申込数は211,307施設 (92.1%)

全施設数に対する割合

	準備完了施設数	運用開始施設数	(参考) 全施設数
病院	98.4%	97.0%	8,163
医科診療所	90.8%	87.1%	89,659
歯科診療所	86.9%	83.1%	69,858
薬局	96.0%	94.9%	61,698

## 2. 義務化対象施設 (令和4年度末時点施設)

準備完了施設数

204,192施設 **(97.5%)** ,

運用開始施設数

198,062施設 **(94.6%)**

(参考) 義務化対象施設数 209,373施設

(注2) 顔認証付きカードリーダー申込数は206,892施設 (98.8%)

(注3) 義務化対象施設に対する割合は、オンライン資格確認が義務化された令和5年4月1日時点までに

導入又は経過措置の届出が求められた医療機関・薬局 (支払基金へのレセプト請求ベース) を対象として算出。

義務化対象施設数に対する割合

	準備完了施設数	運用開始施設数	(参考) 全施設数
病院	99.0%	97.6%	8,073
医科診療所	97.4%	93.7%	81,630
歯科診療所	95.9%	91.9%	61,198
薬局	99.2%	98.2%	58,472

【参考：健康保険証の利用の登録】

71,451,552件 カード交付枚数に対する割合 **74.1%**

【参考：マイナンバーカード申請・交付状況】

有効申請枚数： 約9,840万枚 (人口比： 78.5%)  
交付実施済数： 約9,648万枚 (人口比： 76.9%)

# マイナンバー法等の一部改正法の概要

今般の新型コロナウイルス感染症対策の経験により、社会における抜本的なデジタル化の必要性が顕在化。デジタル社会の基盤であるマイナンバー、マイナンバーカードについて国民の利便性向上等の観点から、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（マイナンバー法）等の一部改正を行う。

## 【改正のポイント】

### 1. マイナンバーの利用範囲の拡大

(マイナンバー法、住民基本台帳法)

- 理念として社会保障制度、税制及び災害対策以外の行政事務においてもマイナンバーの利用の推進を図る。  
※具体的な利用事務の追加は、従来通り法律改正で追加
  - 具体的には、理容師・美容師、小型船舶操縦士及び建築士等の国家資格等、自動車登録、在留資格に係る許可等に関する事務において、マイナンバーの利用を可能とする。
- ⇒ 各種事務手続における添付書類の省略等

### 2. マイナンバーの利用及び情報連携に係る規定の見直し

(マイナンバー法、住民基本台帳法)

- 法律でマイナンバーの利用が認められている事務に準ずる事務（事務の性質が同一であるものに限る）についても、マイナンバーの利用を可能とする。  
※個別の法律の規定に基づく事務は、従来通り法律改正で追加
  - 法律でマイナンバーの利用が認められている事務について、主務省令に規定することで情報連携を可能とする。  
※情報連携が行われた記録は、マイナポータル上で照会可能
- ⇒ 新規で必要とされる機関間の情報連携のより速やかな開始が可能に

### 3. マイナンバーカードと健康保険証の一体化

(マイナンバー法、医療保険各法)

- 乳児に交付するマイナンバーカードについて顔写真を不要とする。
  - 健康保険証を廃止するとともに、マイナンバーカードによりオンライン資格確認を受けることができない状況にある方が、必要な保険診療を受けられるよう、本人からの求めに応じて「資格確認書」を提供する。
- ⇒ すべての被保険者の円滑な保険診療を可能に

### 4. マイナンバーカードの普及・利用促進

(マイナンバー法、公的個人認証法、住民基本台帳法、郵便局事務取扱法)

- 在外公館で、国外転出者に対するマイナンバーカードの交付や電子証明書の発行等に関する事務を可能とする。
  - 市町村から指定された郵便局においても、マイナンバーカードの交付申請の受付等ができるようにする。
  - 暗証番号の入力等を伴う電子利用者証明を行わずに、利用者の確認をする方法の規定を整備する（例：図書館等での活用）。
- ⇒ マイナンバーカードを申請・取得できる選択肢の拡大及び利用の促進

### 5. 戸籍等の記載事項への「氏名の振り仮名」の追加

(戸籍法、住民基本台帳法、家事事件手続法、マイナンバー法、公的個人認証法)

- 戸籍、住民票等の記載事項に「氏名の振り仮名」を追加。
- マイナンバーカードの記載事項等に「氏名の振り仮名」を追加。

⇒ 公証された振り仮名が各種手続での本人確認で利用可能に



### 6. 公金受取口座の登録促進(行政機関等経由登録の特例制度の創設)

(公金受取口座登録法等)

- 既存の給付受給者等（年金受給者を想定）に対して書留郵便等により一定事項を通知した上で同意を得た場合又は一定期間内に回答がなく、同意したものと取り扱われる場合、内閣総理大臣は当該口座を公金受取口座として登録可能に。  
(※1) 公金受取口座は給付のみに利用。  
(※2) 事前・事後の本人通知に加え、広報で制度の周知徹底を図る。
- ⇒ デジタルに不慣れな方も簡易に登録が可能及び給付の迅速化

施行期日：公布の日から1年3月以内の政令で定める日（一部を除く。）

# 令和6年秋に向けたロードマップ

		2023年度 (令和5年度)	2024年度 (令和6年度)
①保険者による迅速かつ正確なデータ登録の徹底	・新規登録データの誤登録再発防止	<ul style="list-style-type: none"> <li>▼ 資格取得届出のマイナンバーの記載義務を明確化 (省令改正：6/1施行)</li> <li>▼ マイナンバー提出が困難な場合のJ-LIS照会手順を明確化 (通知改正：6/1適用)</li> </ul>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           新規登録データについて全件システムチェックによりJ-LIS照会を実施         </div>
	・登録済みデータの総点検	<ul style="list-style-type: none"> <li>▼ 作業状況報告 (6月末)</li> <li>▼ 点検結果の報告 (7月末)</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;">全保険者による点検</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>▼ 8月以降順次</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;">データ全体のチェック (J-LIS照会)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">誤登録の疑いがあるものについて、本人に送付する等により確認</div>	
②医療現場等におけるオンライン資格確認の円滑な運用	・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	<ul style="list-style-type: none"> <li>▼ 通知発出、マニュアル</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;">医療現場等への周知</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>▼ 8月以降</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">基本的考え方に基づいた取扱い (令和5年8月診療分から)</div>	
	・医療現場における実務上の課題の実態把握	コールセンターの問い合わせ分析/現場の課題等ヒアリング トラブルシューティングのQ&Aをさらに充実	
	・高齢者・障害者施設入居者等への対応	市町村による施設や個人宅への出張申請受付の推進 施設等による申請とりまとめ・代理受取りの推進 取得管理マニュアル等の作成・発出	

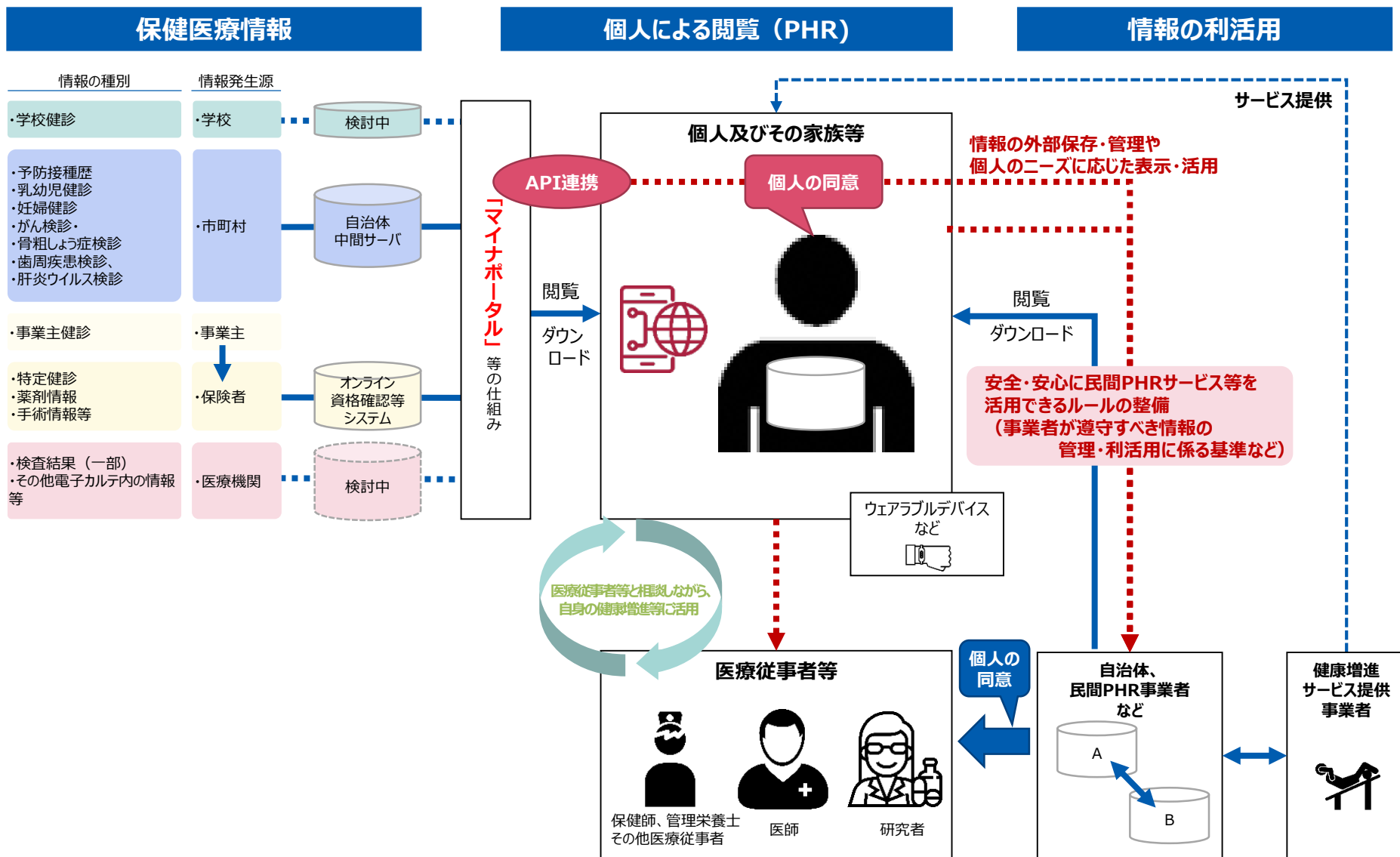
令和6年秋 保険証廃止

※ その他、保険証廃止に向け、マイナンバーカードの取得促進、資格確認書の運用整理、訪問診療等や柔整あはき施術所等におけるオンライン資格確認の実施、スマホ搭載されたマイナンバーカード機能を活用したオンライン資格確認の開発等についても進める。

※ 法律に基づき、令和7年秋まで、最大1年間、発行済みの健康保険証が使える猶予期間となる。



# PHRの全体像



# データヘルス改革に関する工程表

令和3年6月4日第8回データヘルス改革推進本部決定

- マイナポータル等を通じて、自身の保健医療情報を把握できるようにするとともに、UI（ユーザーインターフェース）にも優れた仕組みを構築する。  
また、患者本人が閲覧できる情報（健診情報やレセプト・処方箋情報、電子カルテ情報、介護情報等）は、医療機関や介護事業所でも閲覧可能とする仕組みを整備する。  
→ これにより、国民が生涯にわたり自身の保健医療情報を把握できるようになるとともに、医療機関や介護事業所においても、患者・利用者ニーズを踏まえた最適な医療・介護サービスを提供することが可能になる。

		2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	
自身の保健医療情報を閲覧できる仕組みの整備	<b>健診・検診情報</b>							
	乳幼児健診・妊婦健診	●	マイナポータルで閲覧可能（2020年6月～）					
	特定健診		●	マイナポータルで閲覧可能（2021年10月～）				
	事業主健診（40歳未満）		法制上の対応・システム改修			●	マイナポータルで閲覧可能（2023年度中～）	
	自治体検診 がん検診、骨粗鬆症検診 歯周疾患検診、肝炎ウイルス検診		データ標準化、システム要件整理	システム改修		●	マイナポータルで閲覧可能（2022年度早期～）	
	学校健診（私立等含む小中高大）		標準的な記録様式の策定	実証実験、システム改修		システム整備でき次第、随時提供開始		●
	予防接種 定期接種 A類：ジフテリア、百日せき等 B類：高齢者のインフルエンザ、肺炎球菌	●	2017年6月以降の定期接種歴はマイナポータルで閲覧可能（2017年6月～）					
	安全・安心な民間PHRサービスの利活用の促進に向けた環境整備		ガイドライン整備	●	マイナポータルと民間PHR事業者のAPI連携開始（2021年度早期～）		●	適切な民間PHRサービスの提供に向けて第三者認証制度等の運用開始（2023年度～）
より利便性の高い閲覧環境の在り方の検討			●	マイナポータルの利便性向上に向けた取組	ヒストリカルな健康情報にアクセスしやすい仕組みなど、利便性の高い閲覧環境の在り方を検討（マイナポータル以外の方策を含む）		●	
						検討結果を踏まえた措置（2024年度以降順次～）		
						● ※可能なものから2024年度を待たずに順次閲覧可能に		

		2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
自身の保健医療情報を閲覧できる仕組みの整備	<b>レセプト・処方箋情報</b>						
	薬剤情報 (レセプトに基づく過去の処方・調剤情報)	システム改修			マイナポータルで閲覧可能 (2021年10月～)		
	電子処方箋情報 (リアルタイムの処方・調剤情報)	システム要件整理	システム改修		マイナポータルで閲覧可能 (2022年夏～)		
	医療機関名等 手術・透析情報等 医学管理等情報	システム要件整理	システム改修		マイナポータルで閲覧可能 (2022年夏～)		
	<b>医療的ケア児等の医療情報</b>						
			MEIS本格運用開始 (2020年7月～)			電子カルテ情報の標準化等の流れを踏まえつつ、救急搬送時の活用等の運用状況を踏まえた改善等、システムのあり方を検討・対応 (順次)	
	<b>電子カルテ・介護情報等</b>						
	検査結果情報 アレルギー情報	技術的・実務的課題等を踏まえつつ、閲覧可能な情報の優先順位付けを検討			システム要件の整理、システム改修等		マイナポータル等で閲覧可能 (2024年度～)
	告知済傷病名	技術的・実務的課題等を踏まえつつ、傷病名の告知状況を確認できる方法を検討			告知済傷病名提供の具体的な仕組みを検討、システム要件の整理、システム改修等		マイナポータル等で閲覧可能 (2024年度～)
	画像情報			技術的・実務的課題等を踏まえつつ、自身の健康管理に有用な観点からキー画像等画像情報の範囲や交換の仕組みを検討	システム要件の整理、システム改修等		マイナポータル等で閲覧可能 (2024年度～)
介護情報	CHASEフィードバック機能の開発		CHASE等の解析結果の利用者単位等のフィードバック (2021年度～) CHASE等による自立支援等の効果を検証			次期システムの運用開始によるデータに基づく更なるフィードバック等 (2024年度～)	
その他の情報				技術的・実務的な課題等を踏まえ、利用者や介護現場で必要となる情報の範囲や、全国的に介護情報を閲覧可能とするための仕組みを検討	システム要件の整理、システム改修等	マイナポータル等で閲覧可能 (2024年度以降順次～)	



# 「民間PHR事業者による健診等情報の取扱いに関する基本的指針」の概要

- 本指針は、国民・患者本人が取得した健診等情報を、自身のニーズから民間PHR（Personal Health Record）サービスを用いて、予防・健康づくりに活用すること等を想定して、PHRサービスを行う民間PHR事業者における当該情報の取り扱いについて整理したものである。
- 健診等情報の機微性等を鑑み、個人情報保護法等に定められた対応（法規制に基づく遵守すべき事項）に加え、丁寧な同意、情報セキュリティ対策、申出に応じた消去、自己点検と結果の公表等の必要な対応を民間PHR事業者に求めるものである。
- これにより、業界の健全な発展や、個人による安全・安心なPHRサービスの利活用の促進を目指す。

## ●指針の位置づけ

<b>0</b> 基本的考え	・健診等情報を取り扱うサービスを提供する民間PHR事業者が法規制に加えて、適正なPHRの利活用を促進するために遵守することが必要と考えられる事項を含めて提示
<b>1</b> 指針の対象	・対象情報：個人が自らの健康管理に利用可能な要配慮個人情報（「健診等情報」と定義（健診等情報の具体例として、予防接種歴、乳幼児健診、特定健診、薬剤情報等を列挙） ・対象事業者：健診等情報を取り扱うPHRサービスを提供する民間事業者

## ●民間PHR事業者による健診等情報の取扱いに関する要件（法規制に基づく遵守すべき事項に上乗せする主な事項）

<b>2</b> 情報セキュリティ対策	・リスクマネジメントシステムを構築する上で第三者認証（ISMS又はプライバシーマーク等）を取得することに努める。ただし、マイナポータルAPI経由で健診等情報入手する事業者においては、第三者認証を取得すべき等
<b>3</b> 個人情報の適切な取扱い	・プライバシーポリシーやサービス利用規約を分かりやすく作成し、ホームページに掲載するなど義務化 ・利用目的に第三者提供を含む場合は、利用目的、提供される個人情報の内容や提供先等を特定し、分かりやすく通知した上での同意の徹底 ・本人同意があった場合でも、本人の不利益が生じないように配慮 ・同意撤回が容易に行える環境の整備 ・健診等情報の利用が必要なくなった場合又は本人の求めがあった場合、健診等情報を消去又は本人の権利利益を保護するため必要な代替措置を行う等
<b>4</b> 健診等情報の保存・管理、相互運用性の確保	・健診等情報について、民間PHR事業者から利用者へのエクスポート機能及び利用者から民間PHR事業者へのインポート機能について備えるべき等
<b>5</b> その他（要件遵守の担保方法など）	・対象事業者は、自己チェックシートに沿って本指針の各要件を満たしているかどうかを確認し、点検後のチェックシートを自社のホームページ等で公表すべき等

本指針の要件に係るチェックシート

項目	確認事項	確認結果	対応状況
1	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
2	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
3	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
4	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
5	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
6	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
7	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
8	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
9	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
10	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
11	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
12	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
13	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
14	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
15	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
16	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
17	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
18	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
19	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
20	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
21	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
22	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
23	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
24	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
25	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
26	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
27	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
28	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
29	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
30	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
31	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
32	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
33	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
34	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
35	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
36	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
37	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
38	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
39	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
40	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
41	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
42	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
43	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
44	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
45	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
46	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
47	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
48	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
49	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		
50	事業者が、本指針の要件に適合していることを確認している。		

※一部抜粋。要件毎にチェック項目を記載

# PHRサービス事業協会について

- 令和4年6月の団体設立宣言以降、経済産業省の支援等を受け、令和5年7月10日、様々な業種の企業を会員とする**PHRサービス事業協会（略称:PSBA）が設立**。今後は本協会が中心となり**業界ガイドライン策定等の事業環境整備**を推進していく。

## ■ 期待される役割

- ① **業界ガイドラインの策定**  
(データ標準化、サービス品質の確保)
- ② **ステークホルダー間の対話促進**
- ③ **政策提言等の窓口機能**

## ■ 参加申込企業数：119社 (7月10日時点)

医療機器・医薬品・通信・運動等幅広い業種から構成

令和4年6月の設立宣言の様子



## ■ 組織運営体制

協会内に5つの課題に応じた委員会を設置

- ① **運営・管理委員会**：協会全体の計画・管理・調整など
- ② **標準化委員会**：業界ガイドラインの策定  
※主にデータ標準化の観点で検討
- ③ **サービス品質委員会**：業界ガイドラインの策定  
※主にサービス品質の観点で検討
- ④ **広報委員会**：対外訴求・活動周知・イベント対応など
- ⑤ **技術・教育委員会**：内部訴求・会員への情報提供など

(参考) PHRサービス事業協会執行役

業種	社名	役職 (当時)	氏名
会長	SOMPOホールディングス株式会社	グループ CEO 取締役 代表執行役会長	櫻田 謙悟
副会長	株式会社Welby	代表取締役	比木 武
	イーザイ株式会社	代表執行役COO	岡田 安史
	塩野義製薬株式会社	取締役副会長	澤田 拓子
	シミックホールディングス株式会社	代表取締役会長CEO	中村 和男
	TIS株式会社	代表取締役社長	岡本 安史
	テルモ株式会社	代表取締役会長	高木 俊明

# 医療機関・薬局における電子処方箋システムの導入状況

(2023/10/15時点)

	1. 利用申請済み施設数	2. 運用開始施設数
全体	61,388 施設	7,766 施設
病院	1,414 施設	20 施設
医科診療所	22,735 施設	598 施設
歯科診療所	12,830 施設	33 施設
薬局	24,409 施設	7,115 施設

(※1) 利用申請済み施設数とは、医療機関等向け総合ポータルサイトで、電子処方箋の利用規約に同意し、利用申請を行った施設数をいう。

(※2) 運用開始施設数とは、電子処方箋の発行又は電子処方箋に基づく調剤が可能となる日（運用開始日）を医療機関等向け総合ポータルサイトで入力した施設であって、当該運用開始日が経過している施設をいう。

# 電子処方箋導入促進のための今後の取り組み

## 導入が進まない要因

① 周囲の医療機関・薬局が導入していない  
(導入施設数が限られ、緊要性を感じない)

② 患者からの要請がなく、ニーズを感じない

③ 導入しても問題なく使えるかどうか不安

④ 電子署名対応に手間がかかる  
(物理カード不足・発行遅延、カードリーダー不足、カードレス署名に必要なスマホ不足)

⑤ 複数のシステム改修が次々と(断続的に)必要となることによる負担増大

## 導入に向けた対応策

① 公的病院を中心に導入推進を強化

② 国民向け周知を強化

③ 先行して実施している施設の取り組みや、各種好事例/成功事例の発信

④ マイナンバーカードを活用した電子署名の仕組み構築(12~1月頃)、カードレス署名の推進、システムベンダへの早期導入呼び掛け

⑤ 複数のシステム改修の一体的な導入を推進

# 診療報酬改定DX対応方針

## 診療報酬改定DXの射程と効果

### ○ 最終ゴール

進化するデジタル技術を最大限に活用し、医療機関等（※）における負担の極小化をめざす

- ・ 共通のマスタ・コード及び共通算定モジュールを提供しつつ、全国医療情報プラットフォームと連携
- ・ 中小病院・診療所等においても負担が極小化できるよう、標準型レセプトコンピュータの提供も検討

（※）病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションのこと。

### 4つのテーマ

○最終ゴールをめざして、医療DX工程表に基づき、令和6年度から段階的に実現

#### 共通算定モジュールの開発・運用

- 診療報酬の算定と患者負担金の計算を実施
- 次の感染症危機等に備えて情報収集できる仕組みも検討

#### 標準様式のアプリ化とデータ連携

- 各種帳票※1の標準様式をアプリ等で提供  
※1 医療機関で作成する診療計画書や同意書など。
- 施設基準届出等の電子申請をシステム改修により更に推進

#### 共通算定マスタ・コードの整備と電子点数表の改善

- 基本マスタを充足化し共通算定マスタ・コードを整備
- 地単公費マスタの作成と運用ルールを整備

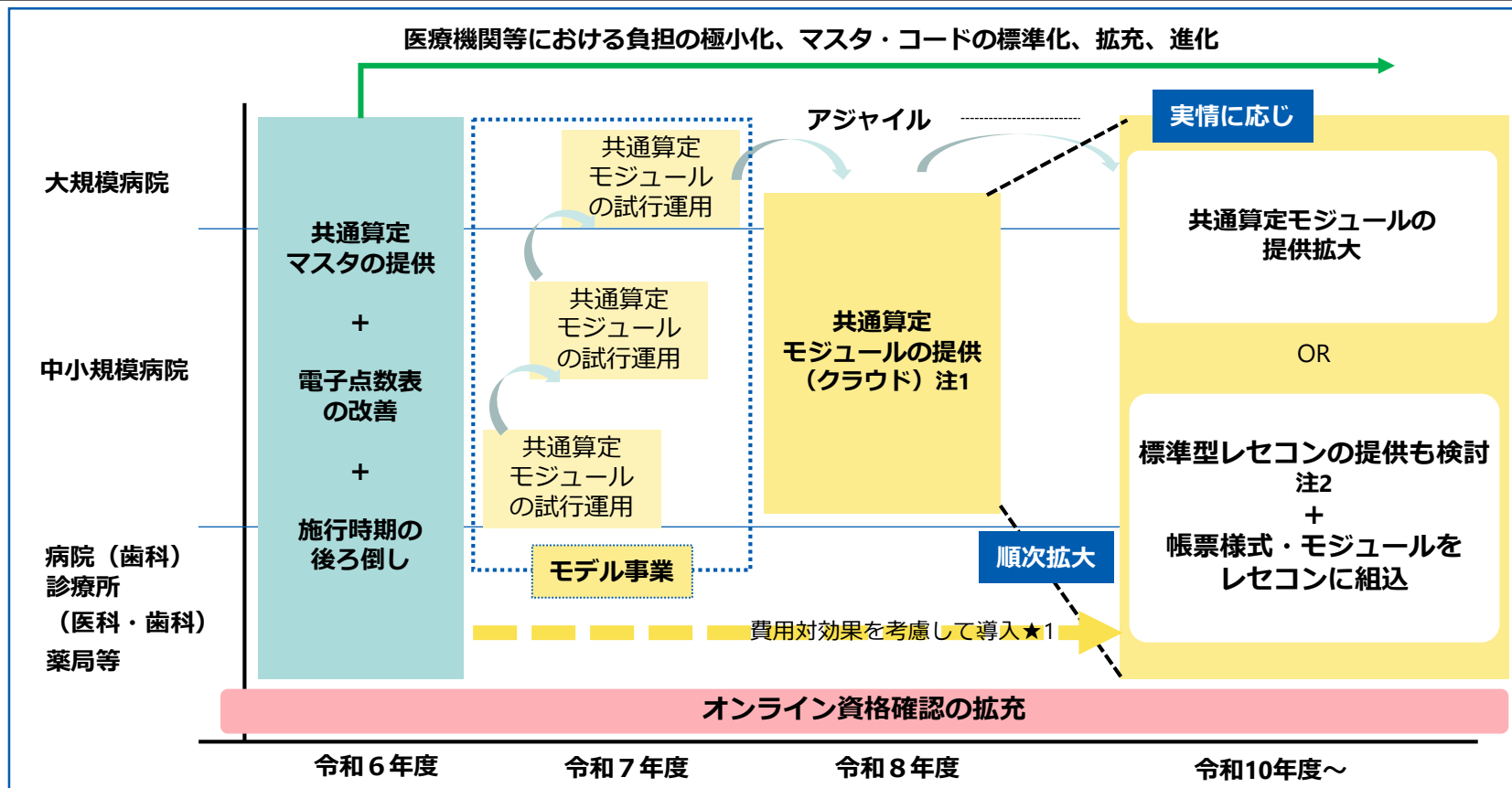
#### 診療報酬改定施行時期の後ろ倒し等

- 診療報酬改定の施行時期を後ろ倒しし、システム改修コストを低減
- 診療報酬点数表のルールの明確化・簡素化



# 診療報酬改定DX対応方針 取組スケジュール

- 共通算定モジュールは、導入効果が高いと考えられる中小規模の病院を対象に提供を開始し徐々に拡大。また、医療機関等の新設のタイミングや、システム更改時期に合わせて導入を促進。費用対効果を勘案して加速策を実施。
- 診療所向けには、一部の計算機能より、総合的なシステム提供による支援の方がコスト削減効果が高く得られるため、標準型電カルと一体型のモジュールを組み入れた標準型レセコンをクラウド上に構築して利用可能な環境を提供。

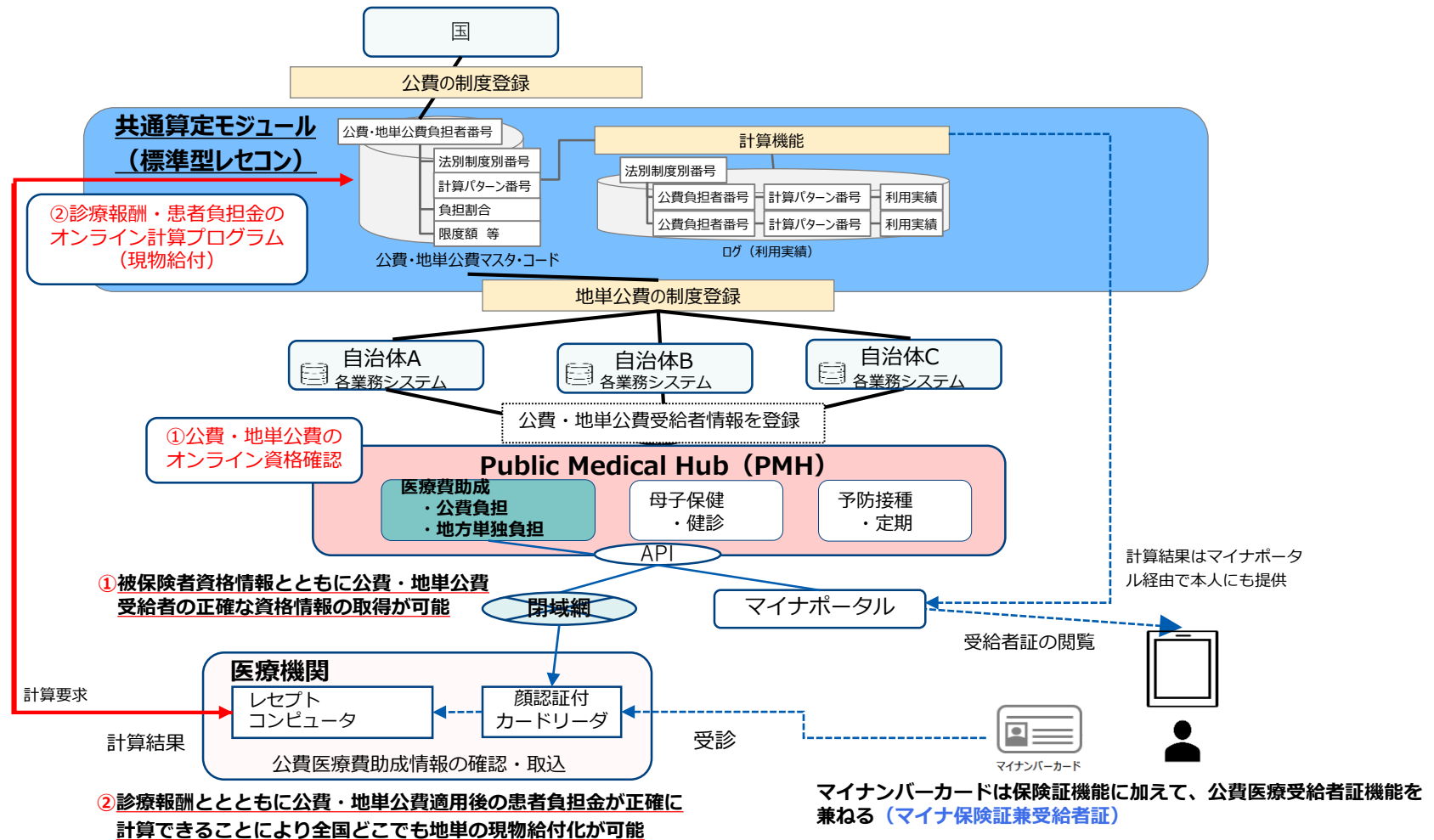


注1 全国医療情報プラットフォームと連携

注2 標準型レセコンは、標準型電子カルテ（帳票様式を含む）と一体的に提供することも検討。

★1 薬局向け・歯科向け・訪問看護向けについて、業界団体のご意見を丁寧にお聞きした上で対応を検討。

# 診療報酬改定DXの取組により新たに実現される姿（イメージ）



⇒③共通算定モジュール（標準型レセコン）は、診療報酬改定等の度に個々の医療機関等において生じるシステム改修の負荷を解消するとともに、上記の仕組みが、全ての病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションに普及すれば、医療機関等またぎの高額療養費も計算できる（償還払い不要）ほか、公費・地単公費に係る紙の上限管理票を廃止（電子化）できる



# 課題と論点

令和5年8月2日 中医協総会  
(論点を了解)

## (医療DX工程表について)

- 医療DXに関しては、「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)がとりまとめられたところ。
- 工程表においては、全国医療情報プラットフォームに関し、2024年度中の電子処方箋の普及に努めるとともに、電子カルテ情報共有サービス(仮称)を構築し、共有する情報を拡大。併せて、介護保険、予防接種、母子保健、公費負担医療や地方単独の医療費助成などに係るマイナンバーカードを利用した情報連携を実現するとともに、次の感染症危機にも対応することとされている。
- 2024年度に医療機関等の各システム間の共通言語となるマスタ及びそれを活用した電子点数表を改善・提供して共通コストを削減、2026年度には、共通算定モジュールを本格的に提供し、共通算定モジュール等を実装した標準型レセコンや標準型電子カルテの提供により、医療機関等のシステムを抜本的に改革し、医療機関等の間接コストを極小化することとされている。
- 診療報酬改定の施行時期の後ろ倒しに関しては、実施年度及び施行時期について、中央社会保険医療協議会の議論を踏まえて検討とされているところ。

## (診療報酬改定DXに対応するための施行の後ろ倒しについて)

- これまで診療報酬改定に伴い、答申や告示から施行、初回請求までの期間が短く、医療機関・薬局等及びベンダの業務が逼迫し、大きな負担がかかっている。
- 今後は、施行の時期を後ろ倒しし、共通算定モジュールを導入することで、負担の平準化や業務の効率化を図る必要がある。

## 【論点】



- 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担を平準化するため、令和6年度診療報酬改定より施行時期を6月1日施行とすることとしてはどうか。
- また、薬価改定の施行に関しては例年通り4月1日に改定とすることとしてはどうか。

# 目次

- (1) 働き方に中立的な社会保障制度、予防・健康づくりの推進
- (2) 医療DXの実現
- (3) 給付と負担の見直し
- (4) 少子高齢化・人口減少時代における医療・介護サービスの提供体制

## 以下項目のこれまでの取組についての説明

- ①医療費の地域差半減に向けた取組について（第4期医療費適正化計画等）
- ②介護給付費の適正化の現状と今後の対応（特に介護給付費地域差縮減について）
- ③医療介護分野の有料職業紹介事業の適正化に向けた取組の現状と対応

●関連する改革項目とその進捗等について (3) 給付と負担の見直し

- ①医療費の地域差半減に向けた取組について（第4期医療費適正化計画等）
- ②介護給付費の適正化の現状と今後の対応（特に介護給付費地域差縮減について）
- ③医療介護分野の有料職業紹介事業の適正化に向けた取組の現状と対応

進捗状況 (遅れている場合はその要因)	今後の取組方針
<p>①について</p> <p>○現在の状況</p> <p>2020年度の「年齢調整後一人当たり医療費の地域差」は、0.081となっており、2019年度の0.077からは微増。他方、2020年度の医療費の地域差は、新型コロナの感染状況とこれによる医療費の減の地域差の影響を受けているため、その分析については留意が必要。</p> <p>○これまでの取組</p> <p>法改正※を行い、医療費適正化に係る実効性向上のための体制構築として、都道府県が医療費適正化における中心的な役割を果たす責務を明確化するとともに、地域ごとに保険者・医療関係者等が取組の方向性を共有し、連携できるよう保険者協議会を必置化した。</p> <p><small>(※) 全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）</small></p> <p>令和5年7月20日に第4期医療費適正化計画の基本方針を公布し、これまでの後発医薬品に係る取組のほか、新たにバイオ後続品の使用促進や、医療資源の投入量に地域差のある医療の適正化等を示した。</p> <p>また、効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療と医療資源の投入量に地域差がある医療について、NDBを用いて地域差の実態等の分析を行う厚生労働科学研究（令和7年度まで）を開始した。</p>	<p>①について</p> <p>○ 今後、各都道府県において、各地域での関係者の議論を踏まえて第4期医療費適正化計画の具体的な目標や取組を定めていく予定。</p> <p>○ 個々の医療サービスの提供状況等について、地域ごとに関係者が把握・検討し、医療費適正化に向けて必要な取組を進められるよう、厚生労働科学研究等により検討し、詳細なデータを提供する予定。</p>

●関連する改革項目とその進捗等について (3) 給付と負担の見直し

- ①医療費の地域差半減に向けた取組について（第4期医療費適正化計画等）
- ②介護給付費の適正化の現状と今後の対応（特に介護給付費地域差縮減について）
- ③医療介護分野の有料職業紹介事業の適正化に向けた取組の現状と対応

進捗状況  
(遅れている場合はその要因)

今後の取組方針

②について

- 社会保障審議会介護保険部会において取りまとめられた「介護保険制度の見直しに関する意見」（令和4年12月20日）を踏まえ、令和5年9月12日に、以下の見直しを内容とする「介護給付適正化計画」に関する指針を改正した。
  - ・ 効果的・効率的に事業を実施するため、給付適正化主要5事業を3事業に再編し、事業の重点化を図りつつ、全ての保険者における事業の実施を目指す
  - ・ 地域包括ケア「見える化」システムの活用のほか、各保険者が実施結果の公表を行うなど、取組状況の「見える化」を図る
- 「新経済・財政再生計画 改革工程表2022」（令和4年12月22日）に記載のKPI「一人当たり介護費の地域差縮減」については、2019年度が5.4%、2020年度が5.2%。

②について

- 令和5年度中に各都道府県、市町村において、第6期介護給付適正化計画期間（令和6年度から令和8年度）に向け、左記の指針を踏まえた介護給付適正化計画を策定予定。
- このため、国において、都道府県等を対象とした介護給付適正化に係るブロック別の研修会を今年中に開催し、効果的な事業の取組方法や好事例の周知を図る。
- さらに今後、各事業の取組状況や実績について分析をした上で、保険者に対して結果の周知を行う予定。

●関連する改革項目とその進捗等について (3) 予防・健康づくりの推進、給付と負担の見直し

- ①医療費の地域差半減に向けた取組について（第4期医療費適正化計画等）
- ②介護給付費の適正化の現状と今後の対応（特に介護給付費地域差縮減について）
- ③医療介護分野の有料職業紹介事業の適正化に向けた取組の現状と対応

進捗状況  
(遅れている場合はその要因)

今後の取組方針

③について

- ハローワーク（人材確保対策コーナー）における求人充足支援を積極的に取り組むとともに、関係機関との連携を進めている。
- 都道府県労働局において医療介護分野を取り扱う有料職業紹介事業者への集中的指導監督を開始するとともに、有料職業紹介事業を利用する際の留意点・好事例等の展開のための情報収集・精査を進めている。

③について

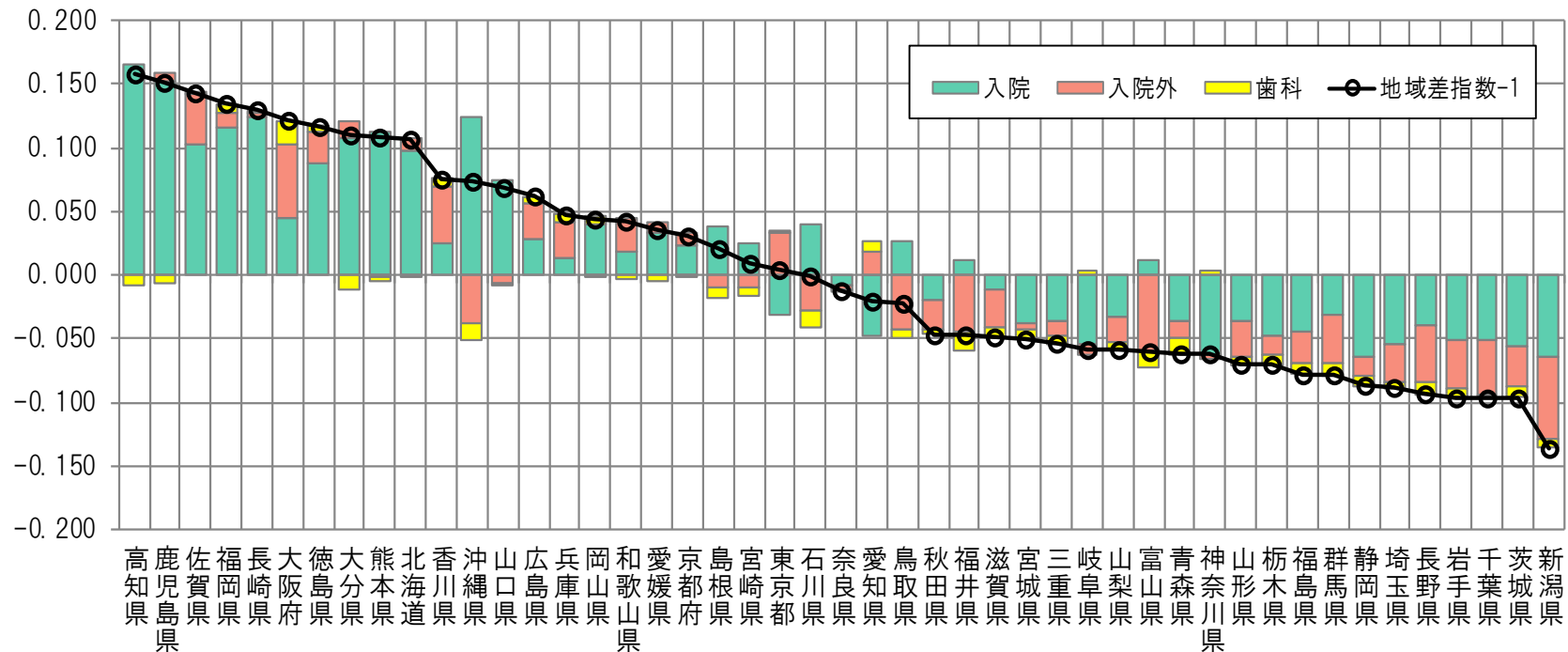
- 次年度に向けて、人材確保対策コーナーの拡充や地域の関係機関と協力したイベント開催の強化を図り、公的な支援を強化する。
- 医療介護分野を取り扱う有料職業紹介事業者への集中的指導監督は年度内の実施完了を目途に取り組む。また、有料職業紹介事業者を利用する際の留意点について、リーフレットに整理し、年内にも求人施設等への周知を開始（併せて「求人者向け特別相談窓口」も再度周知）。好事例等についても、関係機関等からの情報を収集・精査した上で完成・展開していく。



## 医療費の地域差①(国民医療費ベース、令和2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。

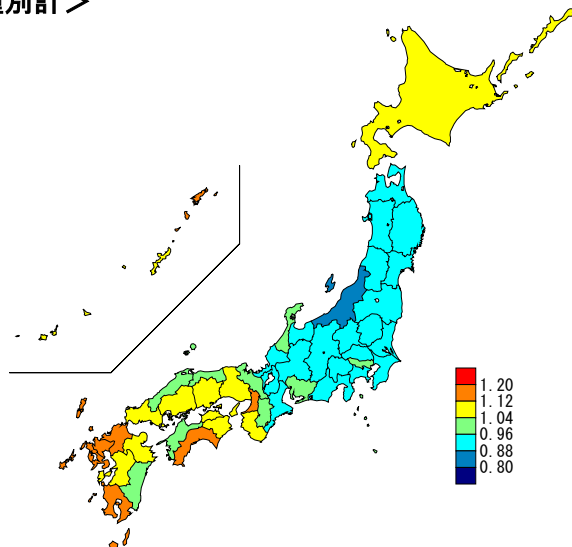
$$(\text{地域差指数}) = \frac{(\text{1人当たり年齢調整後医療費})}{(\text{全国平均の1人当たり医療費})}$$

## 医療費の地域差②(国民医療費ベース、令和2年度)

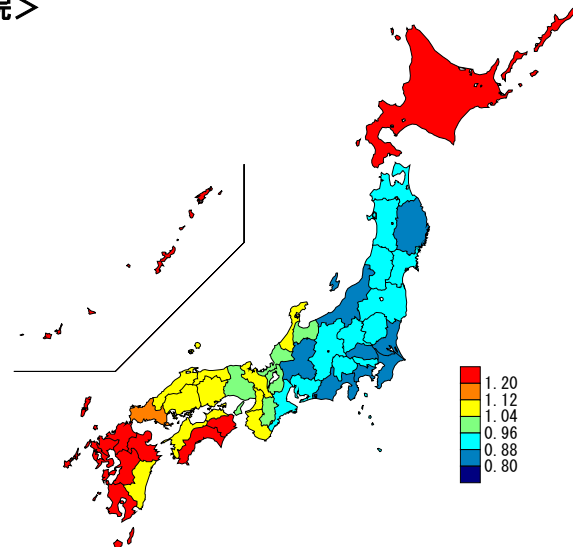
○医療費水準は北海道及び西日本が高く、東日本が低い傾向にあり、特に入院において顕著。

### 診療種別地域差指数の医療費マップ

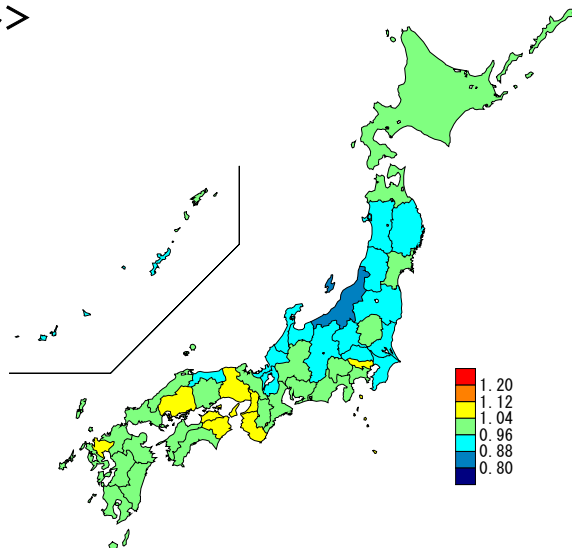
#### <診療種別計>



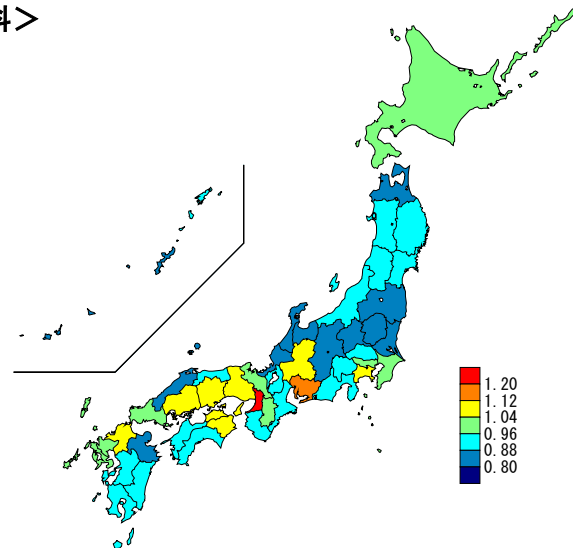
#### <入院>



#### <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7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
令和2年度 (2020年度)	高知県	394,613円 1.159	鹿児島県	392,277円 1.152	佐賀県	389,586円 1.144	福岡県	386,473円 1.135	長崎県	384,760円 1.130

	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 0.897	千葉県	315,101円 0.896	長野県	316,241円 0.899	茨城県	319,122円 0.907
令和2年度 (2020年度)	新潟県	294,445円 0.864	茨城県	307,694円 0.903	千葉県	307,813円 0.904	岩手県	307,966円 0.904	長野県	308,716円 0.906

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

# 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7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	384,804円 1.154	新潟県	286,374円 0.859	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
令和2年度 (2020年度)	高知県	394,613円 1.159	新潟県	294,445円 0.864	1.34倍	高知県	192,016円 1.418	新潟県	113,284円 0.836	1.69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
令和2年度 (2020年度)	大阪府	201,228円 1.109	新潟県	159,580円 0.880	1.26倍	大阪府	30,057円 1.263	福井県	19,067円 0.801	1.58倍

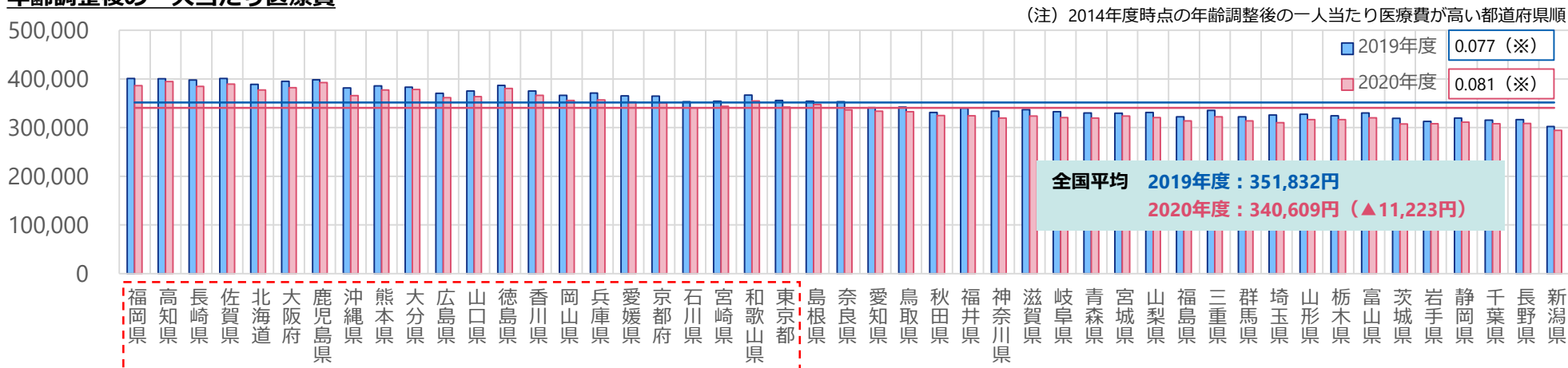
平成26年度(2014年度)の数値は、経済・財政一体改革推進委員会 第20回 社会保障ワーキング・グループ(平成29年4月25日)の資料1「医療費、介護費の地域差分析等」に基づくもの、平成27年度(2015年度)の数値は、経済・財政一体改革推進委員会 第5回 評価・分析ワーキング・グループ(平成29年11月24日)の資料3「予防・健康づくりと医療費適正化関係」に基づくものである。なお、平成25年度(2013年度)以前については、国民医療費ベースの1人当たり年齢調整後医療費及び地域差指数の算出を行っていない。

注) 上段: 1人当たり年齢調整後医療費、下段: 地域差指数

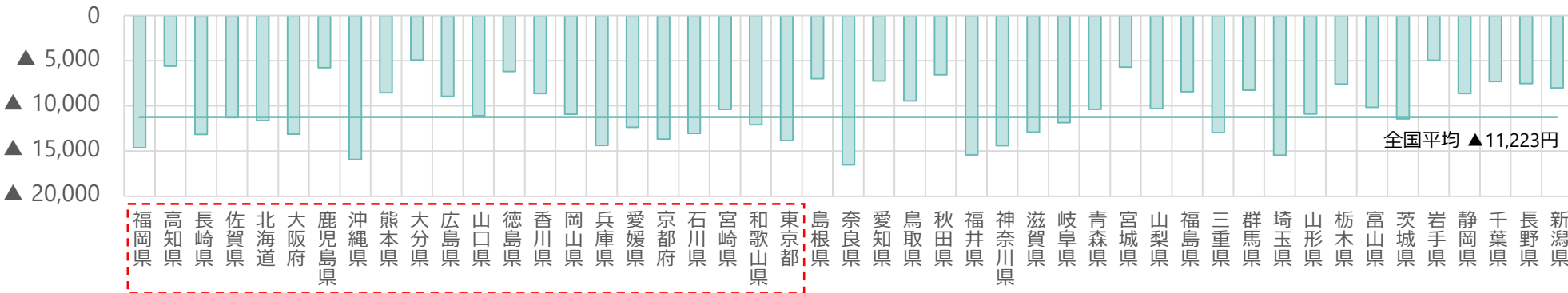
# 年齢調整後の一人当たり医療費の地域差 - 2020年度（2019年度との比較） -

- 2020年度の「年齢調整後一人当たり医療費の地域差」は、0.081となっており、2019年度の0.077から増加しているが、地域差に改善がみられた都道府県もある。
- 2020年度には、新型コロナによる受診減等の影響により、年齢調整後一人当たり医療費が全国的に減少しているが、その影響にも地域差があると考えられるため、「年齢調整後一人当たり医療費の地域差」の分析に当たって留意が必要。

## 年齢調整後の一人当たり医療費



## 対前年度増減



出典：厚生労働省「医療費の地域差分析」より作成。なお、地域差指数は、「年齢調整後の一人当たり医療費/全国平均の一人当たり医療費」。

※基準となる2014年度に年齢調整後の一人当たり医療費が全国平均よりも高い都道府県（22都道府県。グラフ中赤点線枠）についての、「地域差指数-1」の平均値。

# (参考) 令和2年度 医療費の動向 ～概算医療費の年度集計結果～ <都道府県別>

- 都道府県別に減少幅を見ると、東京都(▲4.8%)、石川県(▲4.4%)、福井県(▲4.4%)などの減少幅が大きい。とりわけ東京都は入院外以外の診療種別で最も減少幅が大きくなっている。
- データの散らばりの度合いを表す分散を見ると、入院、歯科で前年度よりも大きくなっている。

(単位：%)

	令和元年度					令和2年度				
	総計	入院	入院外	歯科	調剤	総計	入院	入院外	歯科	調剤
総数	2.4	2.0	2.0	1.9	3.6	▲3.2	▲3.4	▲4.4	▲0.8	▲2.7
北海道	2.0	1.3	2.2	1.4	3.1	▲3.8	▲4.5	▲4.1	▲0.3	▲3.2
青森県	1.0	0.3	1.2	1.2	2.0	▲3.1	▲1.9	▲4.8	0.6	▲4.1
岩手県	1.0	0.1	0.9	▲0.7	2.9	▲2.1	▲1.6	▲3.8	2.1	▲2.0
宮城県	2.2	2.1	1.7	0.6	3.5	▲2.6	▲1.8	▲4.1	1.0	▲3.2
秋田県	1.3	0.9	1.2	1.7	2.2	▲2.7	▲1.9	▲4.1	0.2	▲3.4
山形県	1.2	0.4	0.8	1.4	3.1	▲3.8	▲3.9	▲5.0	▲0.0	▲3.2
福島県	1.3	1.4	0.9	1.0	1.9	▲3.9	▲4.4	▲4.6	1.1	▲3.7
茨城県	2.2	1.6	1.6	1.2	4.2	▲3.2	▲3.4	▲4.1	▲0.5	▲2.6
栃木県	2.6	2.9	2.5	1.3	2.4	▲2.1	▲1.5	▲5.4	0.9	2.1
群馬県	1.7	1.1	1.6	1.8	3.3	▲2.7	▲2.1	▲4.4	▲0.3	▲2.3
埼玉県	3.1	3.3	2.6	1.7	3.7	▲2.7	▲2.5	▲3.6	▲1.6	▲2.8
千葉県	2.6	2.6	2.2	1.4	3.3	▲2.2	▲0.8	▲3.8	▲1.6	▲3.2
東京都	2.8	2.6	2.9	1.5	3.4	▲4.8	▲6.1	▲4.7	▲3.3	▲4.5
神奈川県	3.0	2.8	2.4	2.3	4.3	▲3.1	▲3.8	▲3.8	▲1.1	▲2.2
新潟県	1.6	1.4	1.2	0.6	2.7	▲3.3	▲2.3	▲5.3	▲0.1	▲3.5
富山県	2.3	1.8	1.8	0.9	5.0	▲3.1	▲2.6	▲6.0	▲1.1	0.1
石川県	1.8	1.3	1.4	1.0	3.3	▲4.4	▲5.5	▲5.2	▲2.9	▲1.7
福井県	1.8	1.4	0.4	1.9	6.1	▲4.4	▲4.5	▲6.0	▲1.6	▲1.6
山梨県	1.4	0.9	2.1	1.5	1.2	▲2.8	▲2.7	▲3.6	1.4	▲3.7
長野県	2.2	1.8	1.9	2.0	3.3	▲2.2	▲1.9	▲3.8	2.5	▲1.9
岐阜県	1.4	0.2	1.2	3.2	3.1	▲3.5	▲3.4	▲4.9	0.1	▲3.5
静岡県	2.4	2.2	2.3	2.6	2.7	▲2.2	▲2.1	▲2.8	1.7	▲2.8
愛知県	2.9	2.4	2.5	2.5	3.8	▲2.6	▲2.6	▲3.7	0.4	▲2.8
三重県	2.3	2.1	1.2	2.0	4.8	▲3.5	▲4.0	▲5.1	0.5	▲1.1

緑色 : 医療費の伸び率 上位5県 (減少幅が小さい)  
 赤色 : 医療費の伸び率 下位5県 (減少幅が大きい)

(単位：%)

	令和元年度					令和2年度				
	総計	入院	入院外	歯科	調剤	総計	入院	入院外	歯科	調剤
滋賀県	2.7	1.9	2.3	2.5	5.2	▲3.6	▲4.6	▲4.8	▲1.0	▲0.8
京都府	2.9	2.5	1.8	3.3	5.4	▲3.6	▲4.4	▲4.6	▲1.9	▲0.9
大阪府	2.9	2.7	2.1	2.7	4.3	▲3.3	▲3.8	▲4.6	▲2.1	▲1.8
兵庫県	2.3	1.5	2.1	2.7	4.0	▲3.7	▲4.2	▲4.7	▲1.3	▲2.8
奈良県	3.0	2.6	3.2	2.0	3.7	▲3.2	▲4.4	▲3.4	▲0.4	▲1.3
和歌山県	2.8	3.6	0.9	1.7	4.8	▲3.1	▲3.3	▲4.3	▲1.6	▲1.6
鳥取県	1.6	1.4	1.5	▲0.1	2.6	▲2.0	▲1.6	▲3.8	1.6	▲1.4
島根県	2.1	1.7	1.8	1.9	3.4	▲2.7	▲2.8	▲4.0	2.4	▲2.5
岡山県	2.4	1.9	2.1	2.8	4.2	▲3.2	▲3.5	▲4.3	1.6	▲2.9
広島県	2.0	1.7	1.7	2.1	3.1	▲3.0	▲2.2	▲4.6	▲1.4	▲2.8
山口県	1.1	0.6	0.6	1.0	3.3	▲2.8	▲2.3	▲4.7	2.4	▲3.3
徳島県	2.0	2.0	1.3	1.9	3.4	▲2.0	▲1.2	▲4.5	0.2	▲0.1
香川県	2.1	1.7	1.2	2.7	4.0	▲3.4	▲3.9	▲4.1	▲0.8	▲2.3
愛媛県	2.5	2.0	2.0	2.1	4.9	▲3.4	▲3.9	▲5.3	1.5	▲0.9
高知県	0.7	0.1	0.1	0.8	3.7	▲2.4	▲1.6	▲5.0	▲2.0	▲1.3
福岡県	2.2	1.7	1.7	2.1	4.0	▲3.7	▲3.9	▲5.2	▲1.6	▲2.5
佐賀県	1.6	0.9	2.5	1.6	1.9	▲2.0	▲1.4	▲3.1	2.2	▲3.9
長崎県	1.1	0.3	1.1	1.3	3.0	▲3.0	▲3.0	▲4.9	1.0	▲1.8
熊本県	1.9	1.6	1.0	2.3	4.2	▲2.3	▲1.3	▲5.5	3.2	▲1.3
大分県	1.8	1.7	1.0	1.5	3.6	▲3.0	▲2.5	▲4.3	▲0.7	▲3.0
宮崎県	1.9	1.1	2.0	2.3	3.3	▲3.0	▲3.6	▲3.6	1.1	▲2.8
鹿児島県	2.3	2.4	1.7	1.5	3.0	▲2.2	▲2.2	▲3.3	3.2	▲2.4
沖縄県	3.2	1.4	4.2	2.9	6.0	▲3.9	▲3.9	▲5.2	▲1.3	▲3.2

最大	3.2 (沖縄県)	3.6 (和歌山県)	4.2 (沖縄県)	3.3 (京都府)	6.1 (福井県)	▲2.0 (徳島県)	▲0.8 (千葉県)	▲2.8 (静岡県)	3.2 (熊本県)	2.1 (栃木県)
最小	0.7 (高知県)	0.1 (高知県)	0.1 (高知県)	▲0.7 (岩手県)	1.2 (山梨県)	▲4.8 (東京都)	▲6.1 (東京都)	▲6.0 (福井県)	▲3.3 (東京都)	▲4.5 (東京都)
分散	0.40	0.69	0.58	0.65	1.10	0.48	1.49	0.54	2.60	1.52

※分散とは、データの散らばりの度合いを表す値

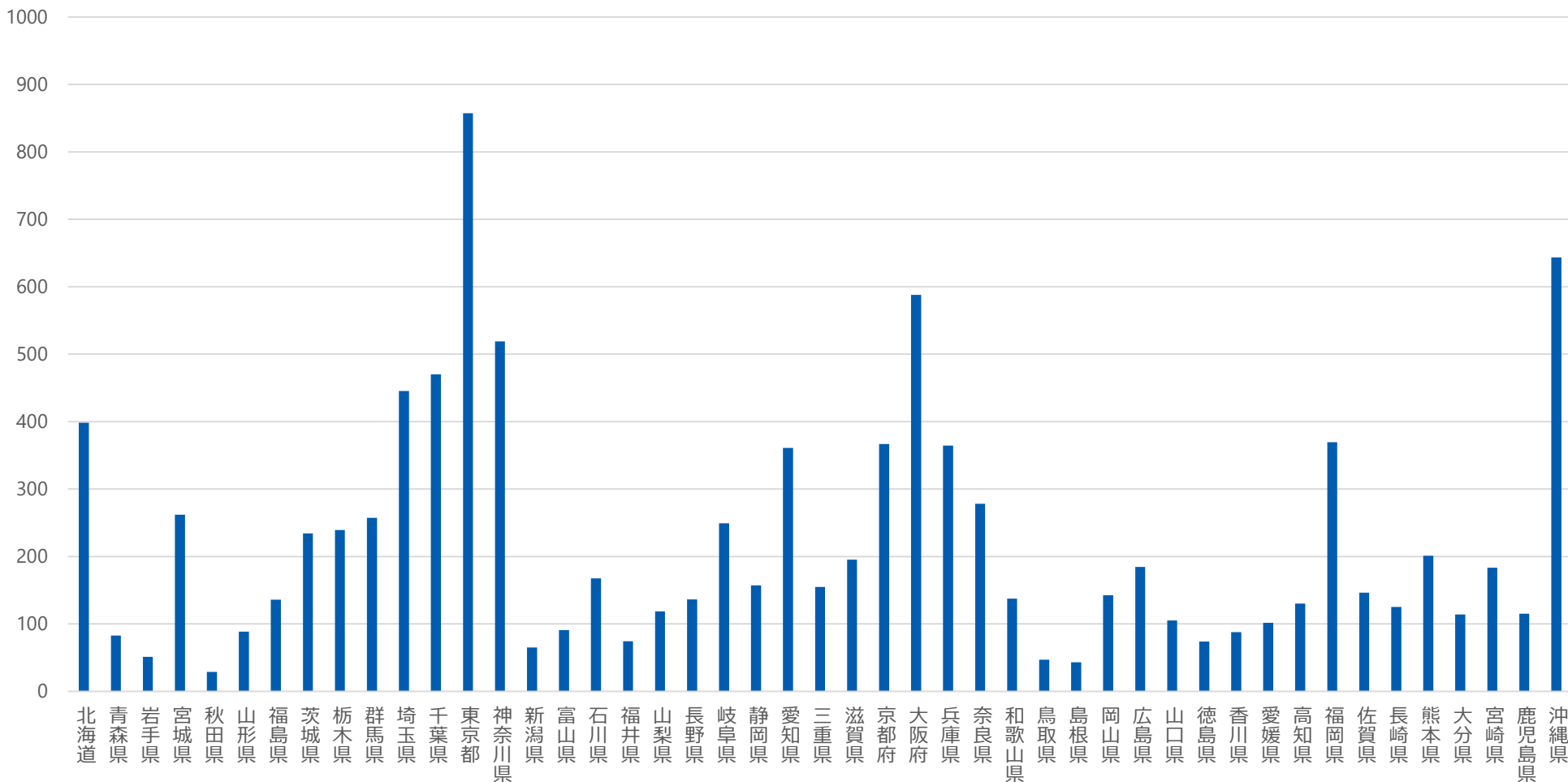


# (参考) 新型コロナウイルス感染症の都道府県別感染状況 (2020年度)

- 2020年度の新型コロナ新規陽性者数 (人口10万人当たり) は、都道府県間でばらつきが非常に大きい。

人口10万人当たりの新規陽性者数

(単位: 人)

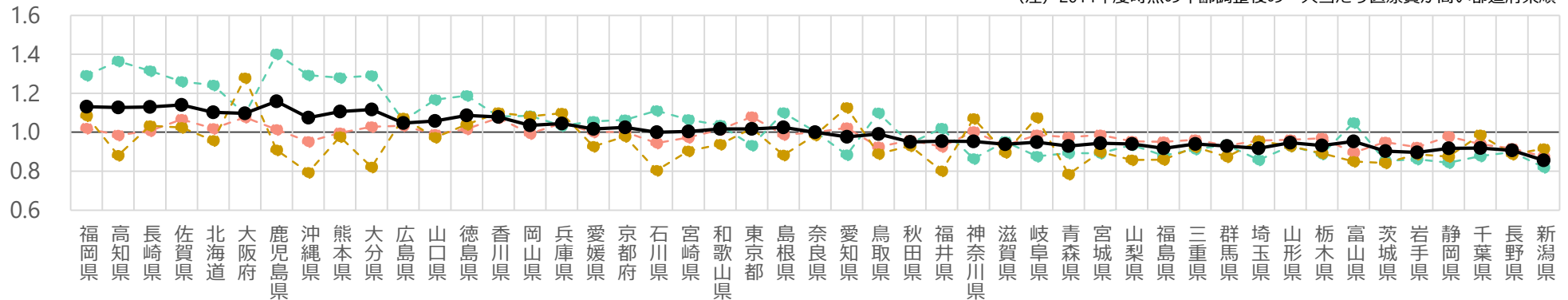


# 年齢調整後の一人あたり医療費の地域差 - 2021年度電算処理ベース -

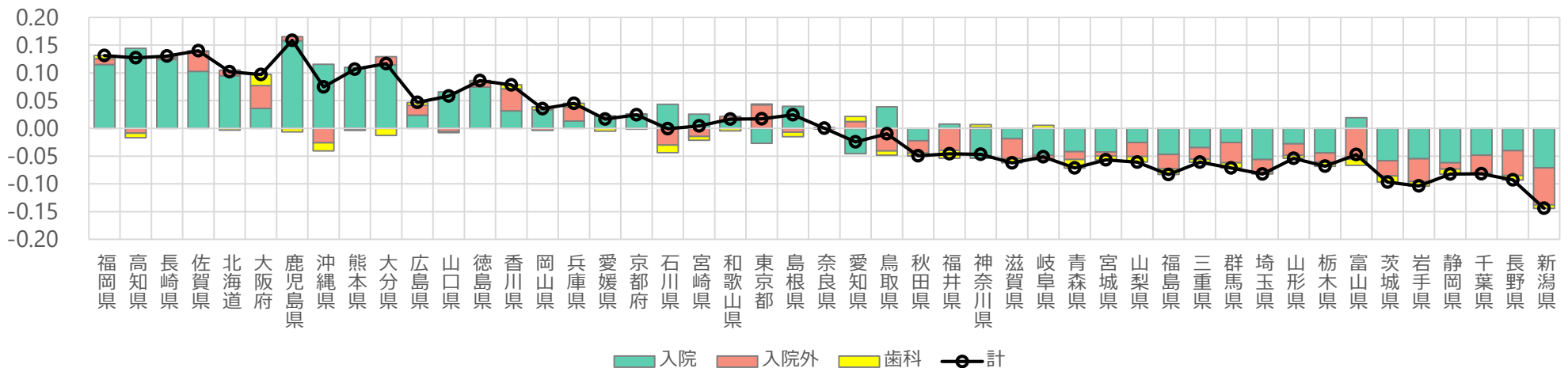
- 2021年度の地域差指数を診療種別にみると、入院の地域差が大きい。
- 従来から医療費が高い傾向にある都道府県のうち、例えば東京都については、昨年新型コロナの影響等により医療費が減少したことの反動増などにより、2021年度の地域差指数は昨年度から増加している。

## 地域差指数（診療種別）

(注) 2014年度時点の年齢調整後の一人あたり医療費が高い都道府県順



## 地域差指数の診療種別寄与度\*



出典：厚生労働省「医療費（電算処理分）の地域差分析」より作成。なお、地域差指数は、「年齢調整後の一人あたり医療費／全国平均の一人あたり医療費」。

\*各都道府県の地域差指数の全国平均からのかい離（地域差指数 - 1）を診療種別の寄与度に分解したもの。

# 第4期医療費適正化計画（2024～2029年度）に向けた見直し

医療費の更なる適正化に向けて、①新たな目標として、複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供等を加えるとともに、②既存の目標についてもデジタル等を活用した効果的な取組を推進する。また、計画の実効性を高めるため、③都道府県が関係者と連携するための体制を構築する。

## 計画の目標・施策の見直し

### ① 新たな目標の設定

- **複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供等**
    - ・ 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防
    - ・ 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供（例：骨折対策）
  - **医療資源の効果的・効率的な活用**
    - ・ 効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療（例：急性気道感染症・急性下痢症に対する抗菌薬処方）
    - ・ 医療資源の投入量に地域差がある医療（例：白内障手術や化学療法の外来での実施、リフィル処方箋（※））  
（※）リフィル処方箋については、地域差の実態等を確認した上で必要な取組を進める。
- ⇒ 有識者による検討体制を発足させて、エビデンスを継続的に収集・分析し、都道府県が取り組める目標・施策の具体的なメニューを追加

### ② 既存目標に係る効果的な取組

#### 健康の保持の推進

- **特定健診・保健指導の見直し**  
⇒アウトカム評価の導入、ICTの活用など

#### 医療の効率的な提供

- **重複投薬・多剤投与の適正化**  
⇒電子処方箋の活用
- **後発医薬品の使用促進**  
⇒個別の勧奨、フォーミュラリ策定等による更なる取組の推進や、バイオ後続品の目標設定等を踏まえた新たな数値目標の設定

➔ さらに、医療DXによる医療情報の利活用等を通じ、健康の保持の推進・医療の効率的な提供の取組を推進

※ 計画の目標設定に際し、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意

## 実効性向上のための体制構築

※ 全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）

### ③ 保険者・医療関係者との方向性の共有・連携

- **保険者・医療関係者との方向性の共有・連携**
  - ・ 保険者協議会の必置化・医療関係者の参画促進、医療費見込みに基づく計画最終年度の国保・後期の保険料の試算 等
- **都道府県の責務や取り得る措置の明確化**
  - ・ 医療費が医療費見込みを著しく上回る場合等の要因分析・要因解消に向けた対応の努力義務化 等

# 第4期医療費適正化計画（2024～2029年度）に向けた見直し

## ③ 保険者・医療関係者との連携による実効性向上

医療費適正化計画の策定・実施主体である都道府県が目標達成に向けて実効性のある取組を実施できるよう、保険者・医療関係者と方向性を共有・連携する枠組みを設けた上で、都道府県の責務や取り得る措置を明確化

### ① 保険者・医療関係者との方向性の共有・連携

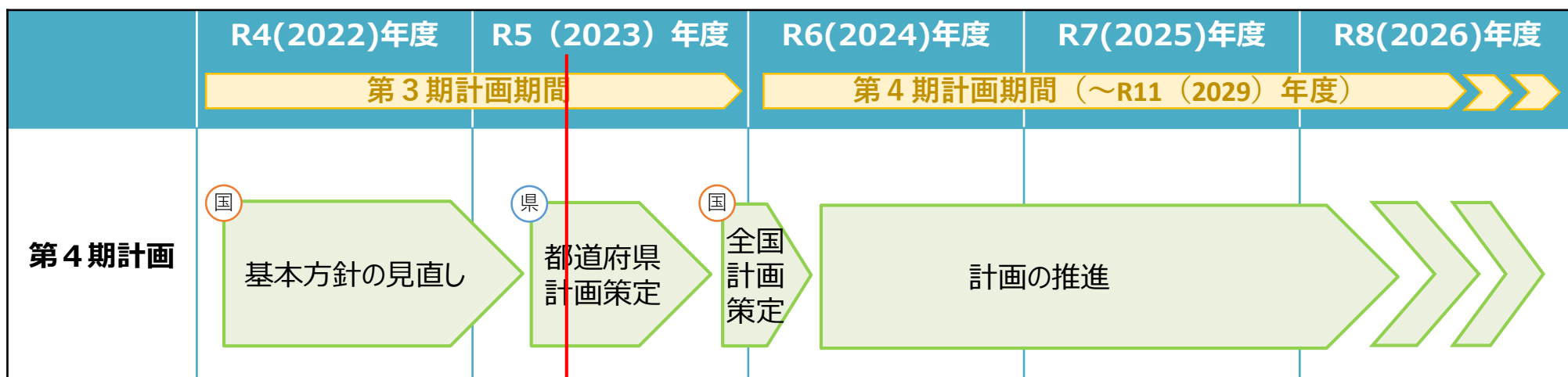
- 都道府県計画に記載すべき事項を充実させるとともに、保険者協議会を必置として都道府県計画への関わりを強化することにより、都道府県と関係者による医療費適正化のP D C Aサイクルを強化する。
- 保険者協議会への医療関係者の参画を促進し、都道府県・保険者・医療関係者が協力して医療費適正化に取り組む場とする。
- 都道府県計画の医療費見込みを精緻化し、制度区分別（国保、後期、被用者保険）に見える化するとともに、それをもとに国保・後期の1人当たり保険料を試算することとし、医療費適正化の意義・方向性を保険者・住民と共有する。
- 国保運営方針においても医療費適正化の取組を記載すべき事項とするとともに、財政見通しについて、都道府県計画の国保の医療費見込みを用いることが望ましいこととする。
- 支払基金及び国保連合会の目的や基本理念等に、診療報酬請求情報等の分析等を通じた医療費適正化を明記する。

### ② 都道府県の責務や取り得る措置の明確化

- 都道府県は、住民の高齢期における医療費の適正化を図るための取組において中心的な役割を果たすべきであることを明確化する。
- 都道府県は、医療費が医療費見込みを著しく上回る場合等には、その要因を分析し、当該要因の解消に向けて、保険者・医療関係者等と連携して必要な対応を講ずるよう努めるべきであることを明確化する。
- 医療費が医療費見込みを著しく上回る場合や、都道府県計画の目標を達成できないと認める場合に都道府県が取り得る措置として、高確法第9条第9項に基づく保険者・医療関係者等に対する協力要請があることを明確化するとともに、その内容の具体的な例を示す。

# 医療費適正化計画の今後のスケジュール

- 第4期医療費適正化計画については、国において令和5年7月20日に基本方針を示したところ。
- 現在、各都道府県において都道府県医療費適正化計画を策定中。
- 都道府県医療費適正化計画を踏まえ、国において全国医療費適正化計画を作成し、計画を推進していく



○ 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）

（医療費適正化基本方針及び全国医療費適正化計画）

第八条 厚生労働大臣は、国民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、医療に要する費用の適正化（以下「医療費適正化」という。）を総合的かつ計画的に推進するため、医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（以下「医療費適正化基本方針」という。）を定めるとともに、六年ごとに、六年を一期として、医療費適正化を推進するための計画（以下「全国医療費適正化計画」という。）を定めるものとする。

2～8（略）

（都道府県医療費適正化計画）

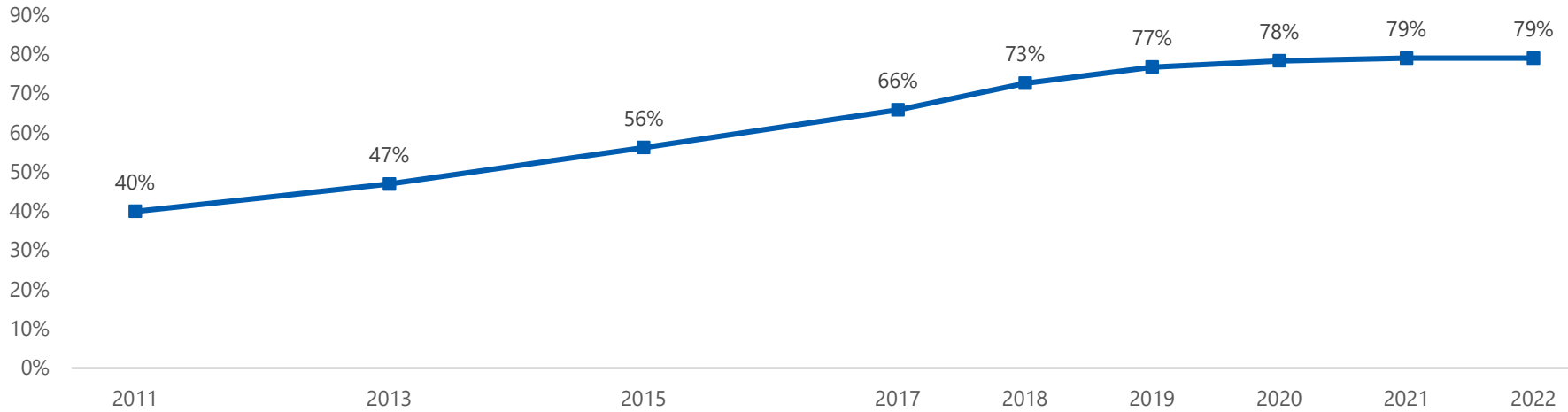
第九条 都道府県は、医療費適正化基本方針に即して、六年ごとに、六年を一期として、当該都道府県における医療費適正化を推進するための計画（以下「都道府県医療費適正化計画」という。）を定めるものとする。

2～10（略）

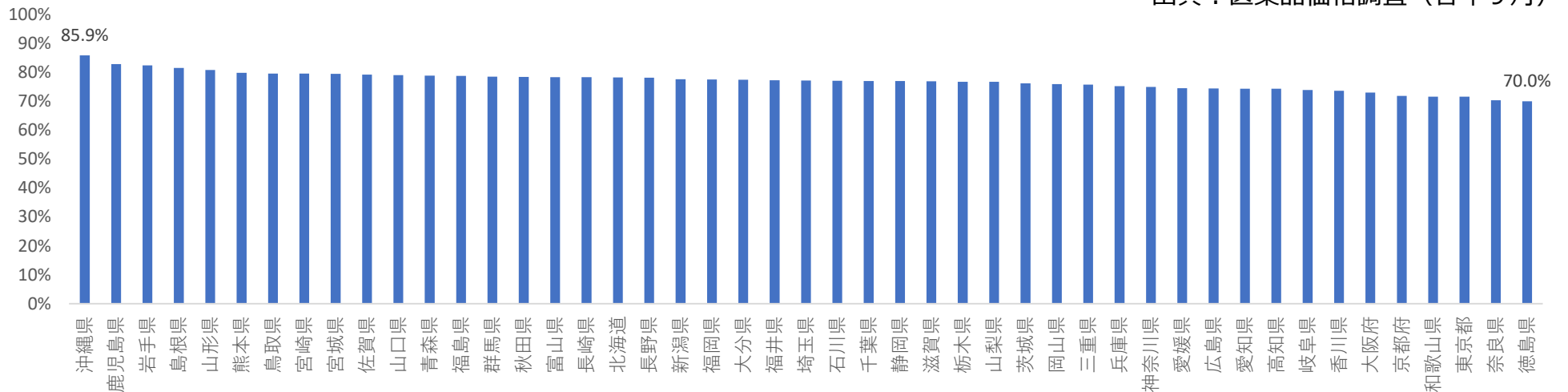
# 1 - ①. 後発医薬品の使用促進：全国の使用割合

全国の後発医薬品の使用割合はおおむね80%となっているが、都道府県毎にばらつきがある。

後発医薬品の使用割合



出典：医薬品価格調査（各年9月）







# バイオシミラーの品目一覧と置換え状況

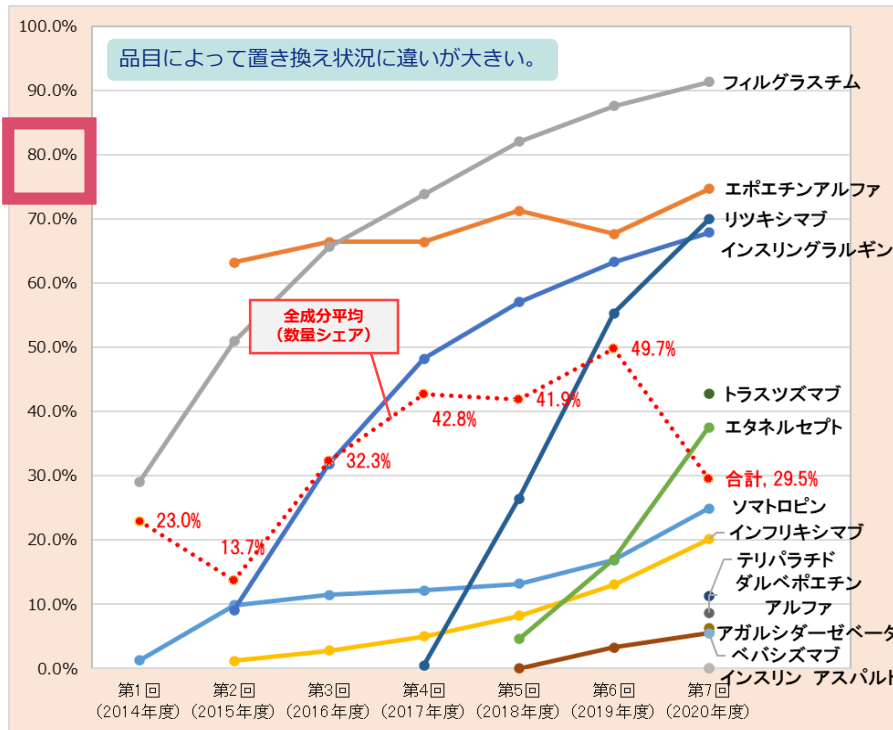
## バイオシミラー品目一覧

上段：販売名（主な効能）  
下段：製造販売業者名

発売日  
(初発)

1	ソマトロピンBS（先天性の低身長症の治療） (サンド)	2009.9
2	エポエチンアルファBS注（透析施行中の腎性貧血の改善） (JCRファーマ)	2010.5
3	フィルグラスチムBS注（がん化学療法による好中球減少症） (富士製薬、持田製薬、日医工、日本化薬)	2013.5
4	インフリキシマブBS点滴静注（関節リウマチの治療） (日本化薬、セルトリオン、あゆみ製薬、日医工、ファイザー)	2014.11
5	インスリングルアルギンBS注（糖尿病の治療） (日本イーライリリー、富士フィルム)	2015.8
6	リツキシマブBS点滴静注（B細胞性非ホジキンリンパ腫の治療） (サンド、ファイザー)	2018.1
7	エタネルセプトBS皮下注（関節リウマチの治療） (持田製薬、陽進堂、日医工)	2018.5
8	トラスツマブBS点滴静注用（胃がんの治療） (セルトリオン、日本化薬、第一三共、ファイザー)	2018.8
9	アガルシダーゼ ベータBS点滴静注用（ファブリー病の治療） (JCRファーマ)	2018.11
10	ペバシズマブBS点滴静注（悪性腫瘍の治療） (ファイザー、第一三共、日医工、日本化薬)	2019.12
11	ダルベポエチンアルファBS注（貧血の治療） (JCRファーマ、三和、マイラン)	2019.11
12	テリパラチドBS皮下注（骨粗鬆症の治療） (持田製薬)	2019.11
13	インスリンリスプロBS注（糖尿病の治療） (サノフィ)	2020.6
14	アダリムマブBS皮下注（関節リウマチの治療） (協和キリン富士フィルム、第一三共、持田製薬)	2021.2
15	インスリンアスパルトBS注（糖尿病の治療） (サノフィ)	2021.5
16	ラニズマブBS（眼科用製剤） (千寿製薬)	2021.12

## バイオシミラーの置換え状況



出所：厚生労働省「NDBオープンデータ」をもとに作成(件数)  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177221\\_00002.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177221_00002.html)

注：NDBオープンデータには、DPCを始めとする薬剤費が包括して算定される場合は、データに含まれないため、フィルグラスチム、EPOについては低めの推計値となっている。インスリン アスパルト、ラニズマブについては、バイオシミラー数量が「0」のため、合計値の計算からのぞいた。ソマトロピンは、ジェノロピンに対するシェア。インスリングルアルギンの先行品に「ランタスXR」は含まない。ダルベポエチン アルファにはジェネリックを含まない。

坂巻 弘之：日本のバイオシミラーのサステナビリティを考える。国際医薬品情報No.1221 p.10-15, 2023年3月13日号

厚生労働省医政局医薬産業振興・医療情報企画課にて一部改変

## バイオシミラーの置換えイメージ

<現状のイメージ (2021年)>

<目標のイメージ (2029年)>



厚生労働省「医薬品価格調査」に基づき、バイオシミラーに数量ベースで80%以上置き換わった成分数を全体の成分数で割ったもの。現状(2021年度)では、バイオシミラーに80%以上置き換わった成分数は18.8%(=3成分/16成分)、バイオシミラーの市場規模は約755億円。

# バイオシミラーの研究開発・普及の推進等について

## 改革工程表2022の記載

バイオシミラーに係る新たな目標を踏まえ、利用促進のための具体的な方策を検討する。

### ◆バイオシミラーに係る新たな目標について

#### 【これまでの取組】

○バイオシミラーの普及促進にあたっては、医療関係者や保険者を含めた多様な主体と連携しながら取組を進めることが必要であり、その方向性や基準を明確にするため、数値目標を設定することとしたもの。

○目標については、

- ・ 定量的でできる限りシンプルな進捗状況の指標であるとともに、医療現場等の関係者がそれぞれの取り組みに活用できる指標とすることが望ましく、まずは数量ベースの目標が適切であること
- ・ 医療費適正化計画（2024年度～2029年度）といった他の政策と連動できることが適切であること
- ・ バイオシミラーは、現時点で保険収載されている成分はわずか16成分であり、市場規模が十分に大きくなく、新たに保険収載されたバイオシミラーの市場規模によっては、全体の置換率が大きく低下する等の影響を受けうること

等を踏まえ、

**2029年度末までに、バイオシミラーに80%※1以上置き換わった成分数が全体の成分数の60%※2以上**にすることを目指すこととした。

※1 数量ベース ※2 成分数ベース



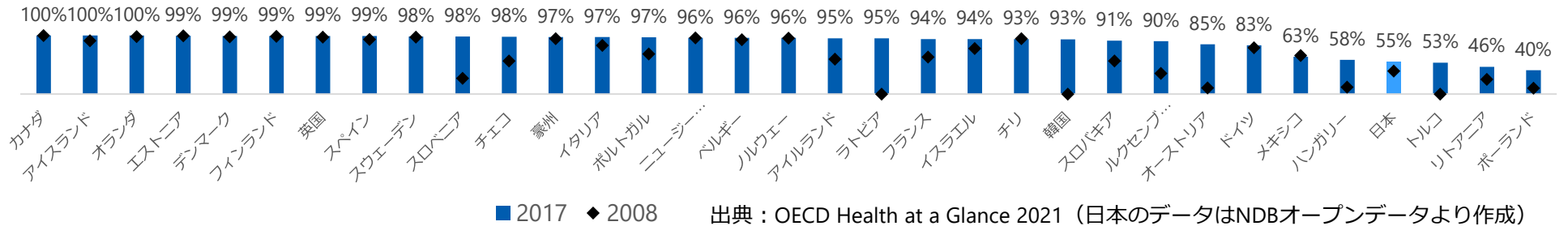
#### 【今後の取組】

- ・ 成分毎の使用促進策については、令和5年度「バイオ後続品の普及啓発に係る調査等事業」の中で実態調査等を行い、その結果を踏まえて具体化するとともに実施に向けた対応を進めていく。
- ・ 引き続き、バイオシミラーの普及を着実に促進する観点から、その目標の達成に向け、更なる取組を進める。

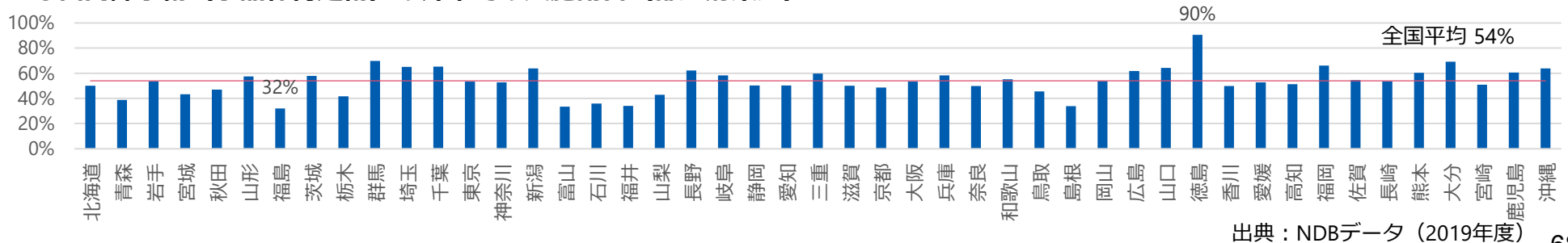
# 医療資源の投入量に地域差がある医療 白内障手術

- 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）

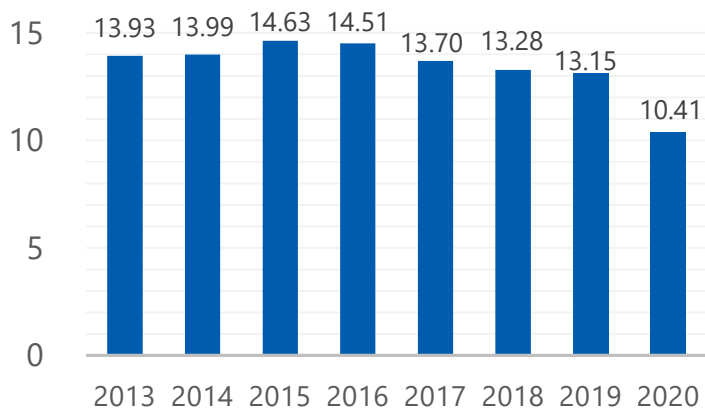


# 効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療 (抗菌薬適正使用の取組)

令和5年6月29日  
第165回社会保障審議会医療保険部会資料

- 効果が乏しいというエビデンスがある医療については知見が集積されてきている。こうした医療サービスの提供状況について、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、こうした医療サービスは、個別の診療行為としては医師の判断に基づき必要な場合があることには留意が必要。
- 例えば、急性気道感染症や急性下痢症の治療における抗微生物薬の使用については、AMRアクションプランや「抗微生物薬適正使用の手引き」の策定等の関係者の取組を通じて、使用量が減少してきている。

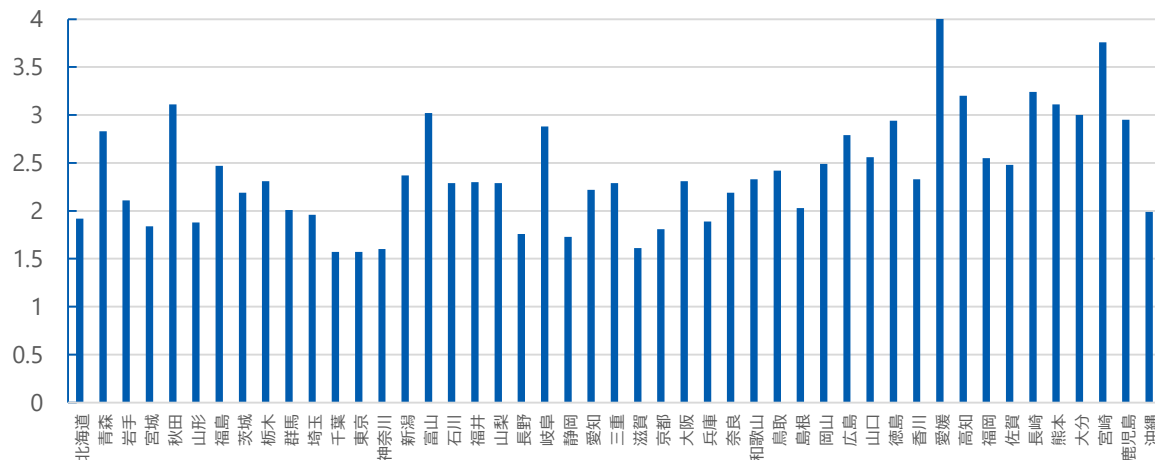
抗菌薬の使用動向 (DID)



※経口および注射用抗菌薬合計

出典：薬剤耐性ワンヘルス動向調査年次報告書2021

都道府県ごとの抗菌薬使用状況 (DID)



※15歳未満の第3世代セファロスポリン系のデータ

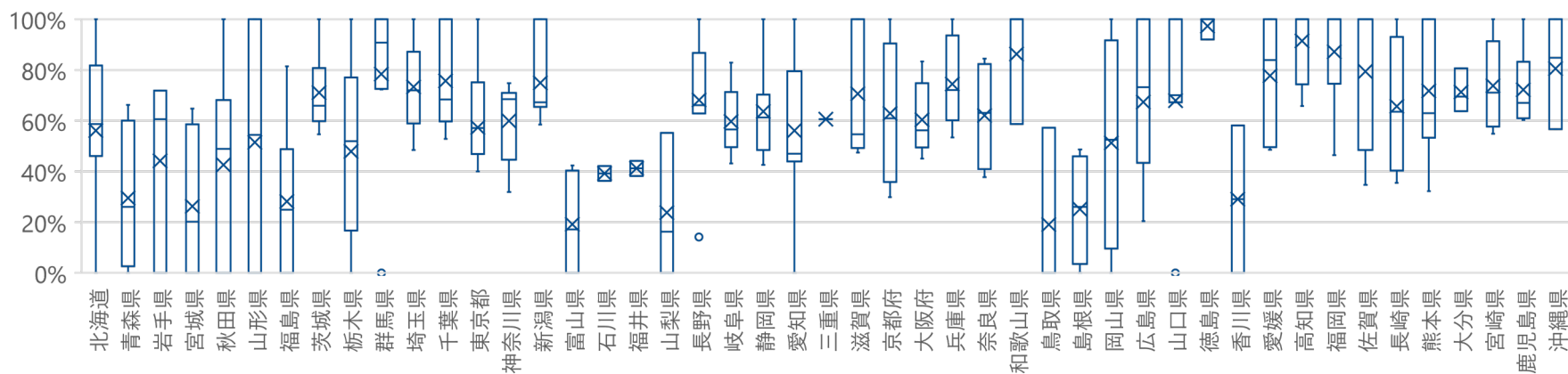
出典：薬剤耐性 (AMR) ワンヘルスプラットフォーム

※DID(DDDs per 1,000 inhabitants per day) : 人口や抗菌薬毎の使用量の差を補正するため、抗菌薬の使用量を1000住民・1日あたりの標準的な使用量で指標化したもの。

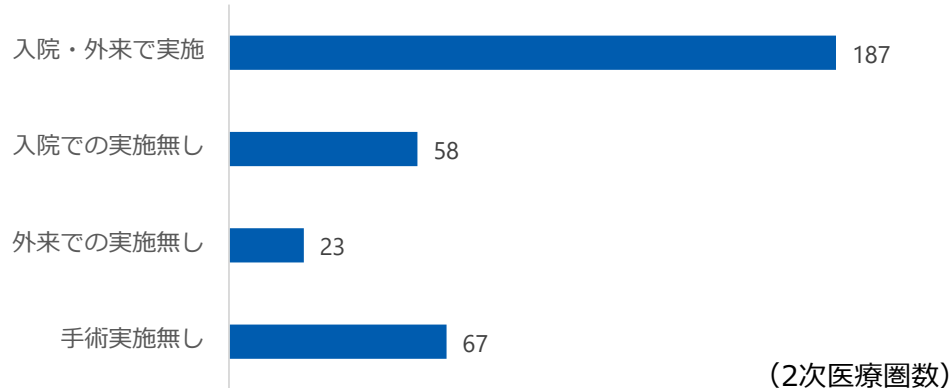
# 医療資源の投入量に地域差がある医療 (1)白内障手術 (二次医療圏の状況)

- 都道府県内でも、二次医療圏ごとに医療サービスの提供状況についてばらつきがある。
- 当該医療の提供を行っていない医療圏がある等、医療提供体制が地域差の要因となる場合がある。

二次医療圏ごとの外来での実施割合



二次医療圏ごとの白内障手術実施の状況





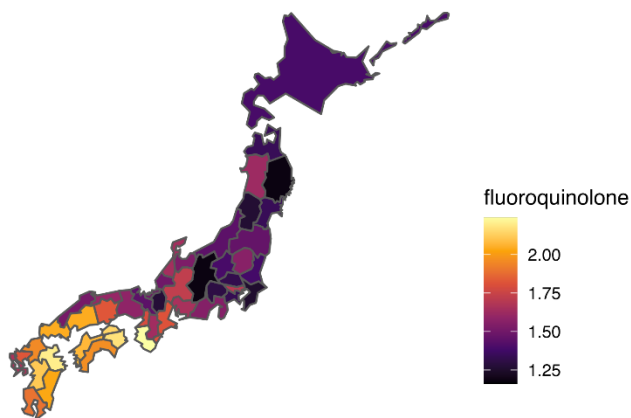
# 都道府県に対する医療費の調査分析のためのデータの提供について

- 国は、都道府県が、関係者と議論しながら地域の実情に応じた医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するよう、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）等から作成したデータを提供している。
- 第4期で新たに位置づけた目標に関するデータに加え、後発医薬品の薬効毎の使用状況や、抗菌薬の種類別の使用状況、医療提供体制に係る情報等、より詳細に地域の実態を把握でき、実効性のある取組に資するデータについて、厚生労働科学研究等により検討し、提供していく。

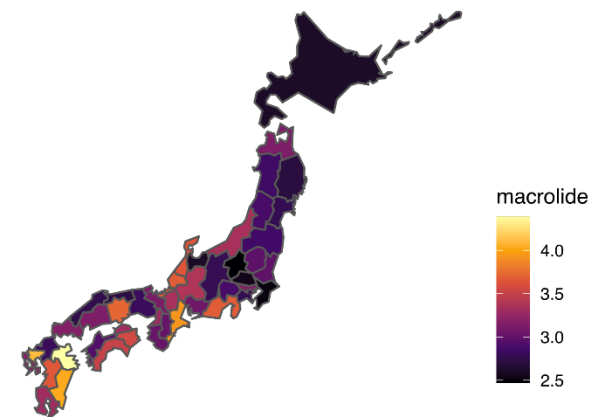
## ○提供しているデータの具体例：抗菌薬の使用状況

抗菌薬の種類毎に地域差があり、抗菌薬の種類毎の使用状況についても異なった傾向がみられる。

### フルオロキノロン系抗菌薬の使用状況



### マクロライド系抗菌薬の使用状況



出典：薬剤耐性（AMR）ワンヘルスプラットフォーム

※ AMRアクションプランにおいて「2027年までに経口第3世代セファロスポリン系薬、経口フルオロキノロン系薬、経口マクロライド系薬の人口千人当たりの一日使用量を2020年の水準からそれぞれ経口第3世代セファロスポリン系薬は40%、経口フルオロキノロン系薬は30%、経口マクロライド系薬は25%削減する。」とされており、地域の実態を把握し、きめ細かい取組が必要。

# 介護保険制度の見直しに関する意見（抜粋）

（令和4年12月20日 社会保障審議会介護保険部会）

## I. 地域包括ケアシステムの深化・推進

### 3. 保険者機能の強化

（給付適正化・地域差分析）

- 介護給付費の地域差改善と給付適正化は、相互に関係し合うものであり、一体として進めていくことが重要である。
- 地域差分析の取組を推進する観点から、国として、地域包括ケア「見える化」システムの更なる機能改善を行うことが必要である。
- 給付適正化の取組を推進する観点から、介護給付適正化主要5事業について、保険者の事務負担の軽減を図りつつ効果的・効率的に事業を実施するため、新たな取組を含めた事業の重点化・内容の充実・見える化を行うことが重要である。その際、都道府県ごとに不合理な地域差の改善や給付適正化に向けて管内保険者と議論を行う場で議論を行うこととし、保険者を支援することが必要である。

# 介護給付費適正化主要5事業

## ○ **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。

## ○ **ケアプランの点検**

- ・ 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。

国保連に委託することで実施可能

# 介護給付費適正化主要5事業の実施状況について

## 全体的な実施状況

- 適正化事業は、実施している保険者の割合も経年的に上昇傾向、平成30年度以降は全ての保険者で着手されてきていることから、現行の取組によって着実な実施の継続は図られていると言える。
- 一方、事業の着実な実施が進む中で、個別の適正化事業の取組のあり方についての課題が明確になってきた。

	H28実績	H29実績	H30実績	R元実績	R2実績
<b>介護給付適正化主要5事業</b>	<b>99.7%</b>	<b>99.8%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>
要介護認定の適正化	91.4%	91.6%	94.1%	94.2%	94.8%
ケアプランの点検	67.1% (3.5億円)	71.9% (2.6億円)	80.7% (0.6億円)	84.7% (1.2億円)	85.9% (0.8億円)
住宅改修・福祉用具実態調査	78.2% (0.1億円)	81.5% (0.1億円)	79.2% (0.1億円)	81.1% (0.1億円)	82.5% (0.1億円)
医療情報との突合・縦覧点検	91.7% (10.5億円)	94.7% (9.8億円)	97.5% (10.8億円)	98.0% (13.1億円)	99.0% (11.9億円)
介護給付費通知	74.2% (0.01億円)	75.1% (0.01億円)	78.7% (0.02億円)	79.4% (0.01億円)	81.3% (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29年度は、1県が未提出のため、46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。)

## 第6期「介護給付適正化計画」に関する指針（主な改訂内容）

### ○ 給付適正化主要事業の再編

- ・ 給付適正化主要5事業を3事業に再編する。
- ・ 具体的には、費用対効果を見込みづらい「介護給付費通知」を主要事業から除外するとともに、実施の効率化を図るため「住宅改修の点検、福祉用具購入・貸与調査」を「ケアプラン点検」に統合し、これに「要介護認定の適正化」、「医療情報との突合・縦覧点検」を合わせた3事業を給付適正化主要事業とする。
- ・ 再編後の3事業については、全ての保険者において実施すること（実施率100%）を目指す。

### ○ 事業の重点化・内容の充実・見える化

- ・ 効果的かつ効率的に事業を実施するため、国民健康保険団体連合会の介護給付適正化システムにより出力される給付実績等の帳票のうち、効果が期待される帳票に重点化した点検等を実施する。
- ・ 「ケアプラン点検」「住宅改修の点検、福祉用具購入・貸与調査」については、点検対象とする事業所の選定の際に当該帳票を積極的に活用する。
- ・ 「医療情報との突合・縦覧点検」については、費用対効果が期待される帳票を優先的に点検を行う。
- ・ 事業の取組状況については、「見える化システム」の活用のほか、保険者が各々のホームページ等において実施結果の公表を行うなど、取組状況の「見える化」を図る。

### ○ 小規模保険者等への支援

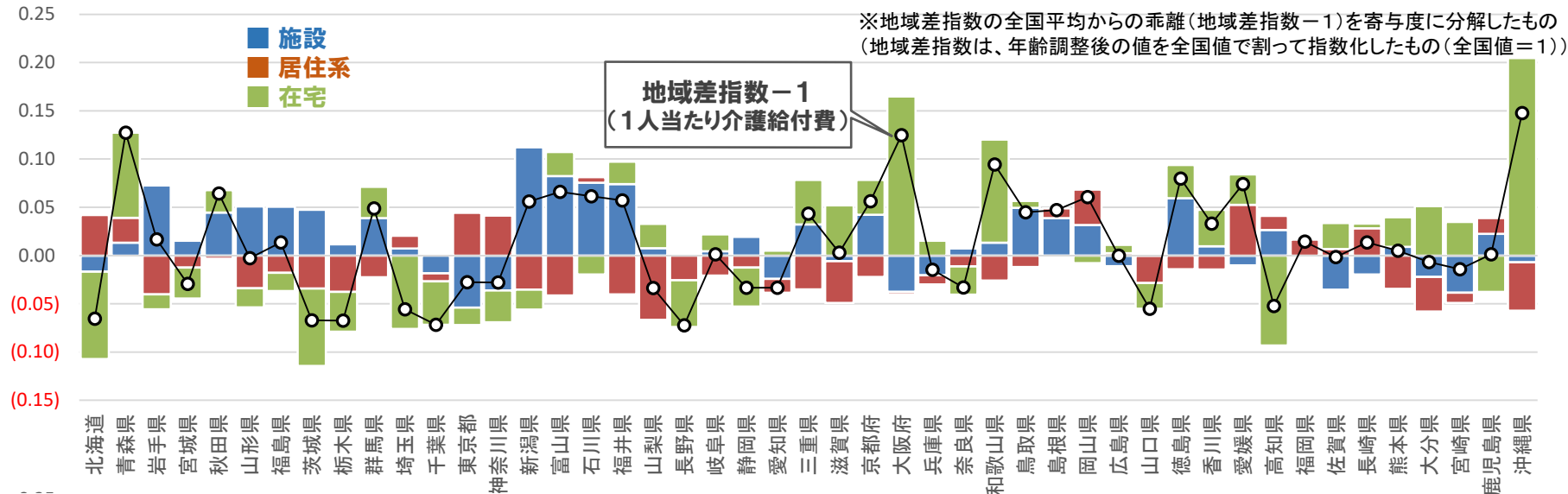
- ・ 都道府県と保険者との会議体の場で検討を行い、都道府県はそれぞれの地域に適した保険者支援を行う。
- ・ 特に国保連への委託が可能な「医療情報との突合・縦覧点検」については、地域の実情に応じ、都道府県が主導して国保連への委託を推進する。

# 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。

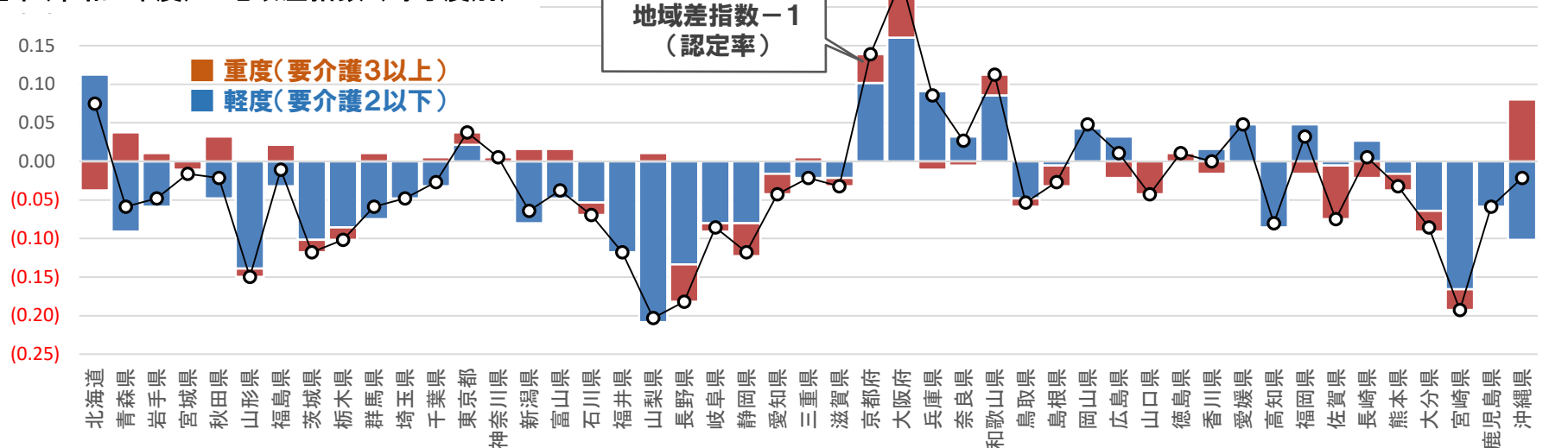
## 都道府県別地域差指数(寄与度別)

### ○1人当たり介護給付費(令和2年度)の地域差指数(施設・居住系・在宅の寄与度別)



↑ 全国平均より一人当たり介護給付費が高い  
↓ 低い

### ○認定率(令和2年度)の地域差指数(寄与度別)

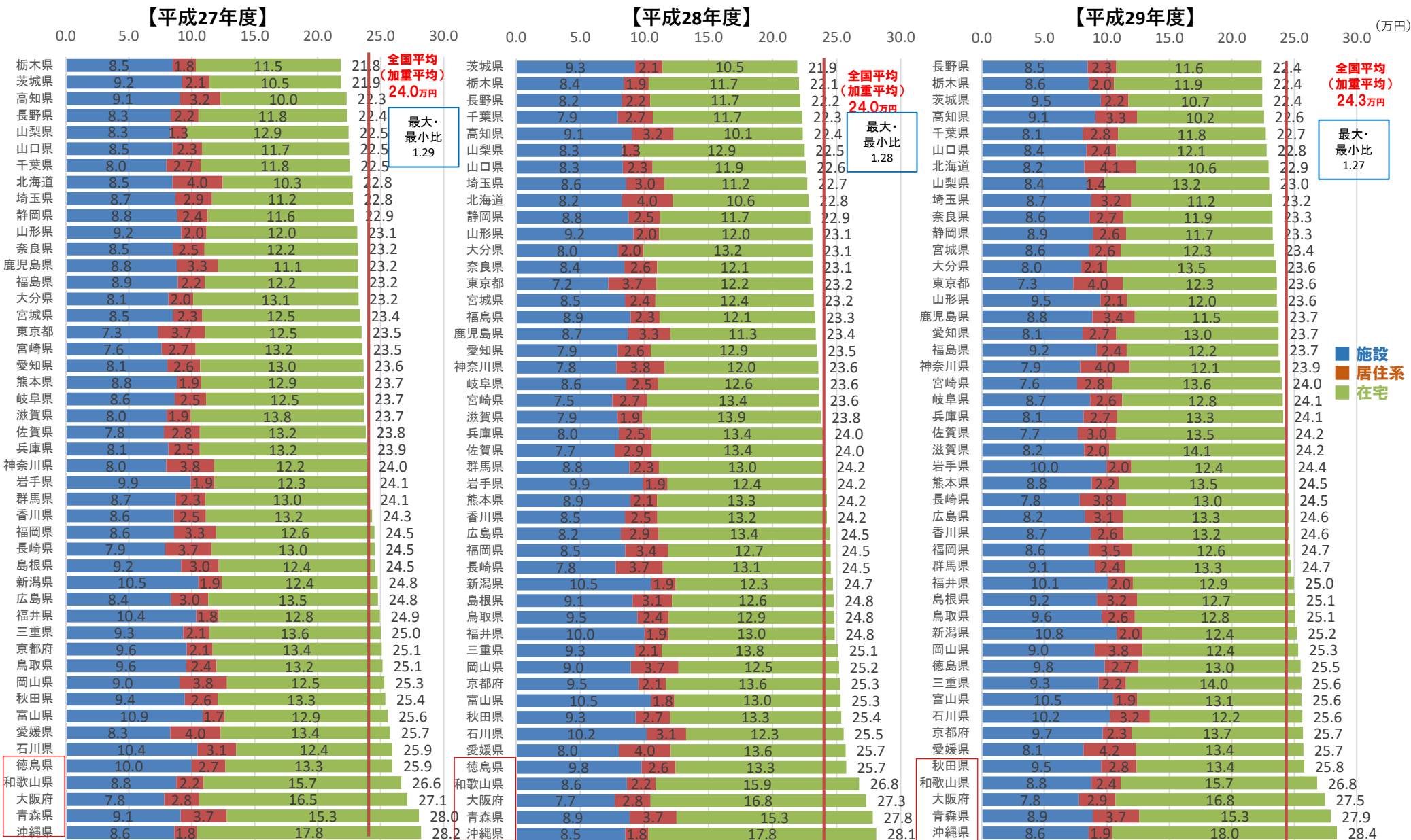


↑ 全国平均より認定率が高い  
↓ 低い

【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。



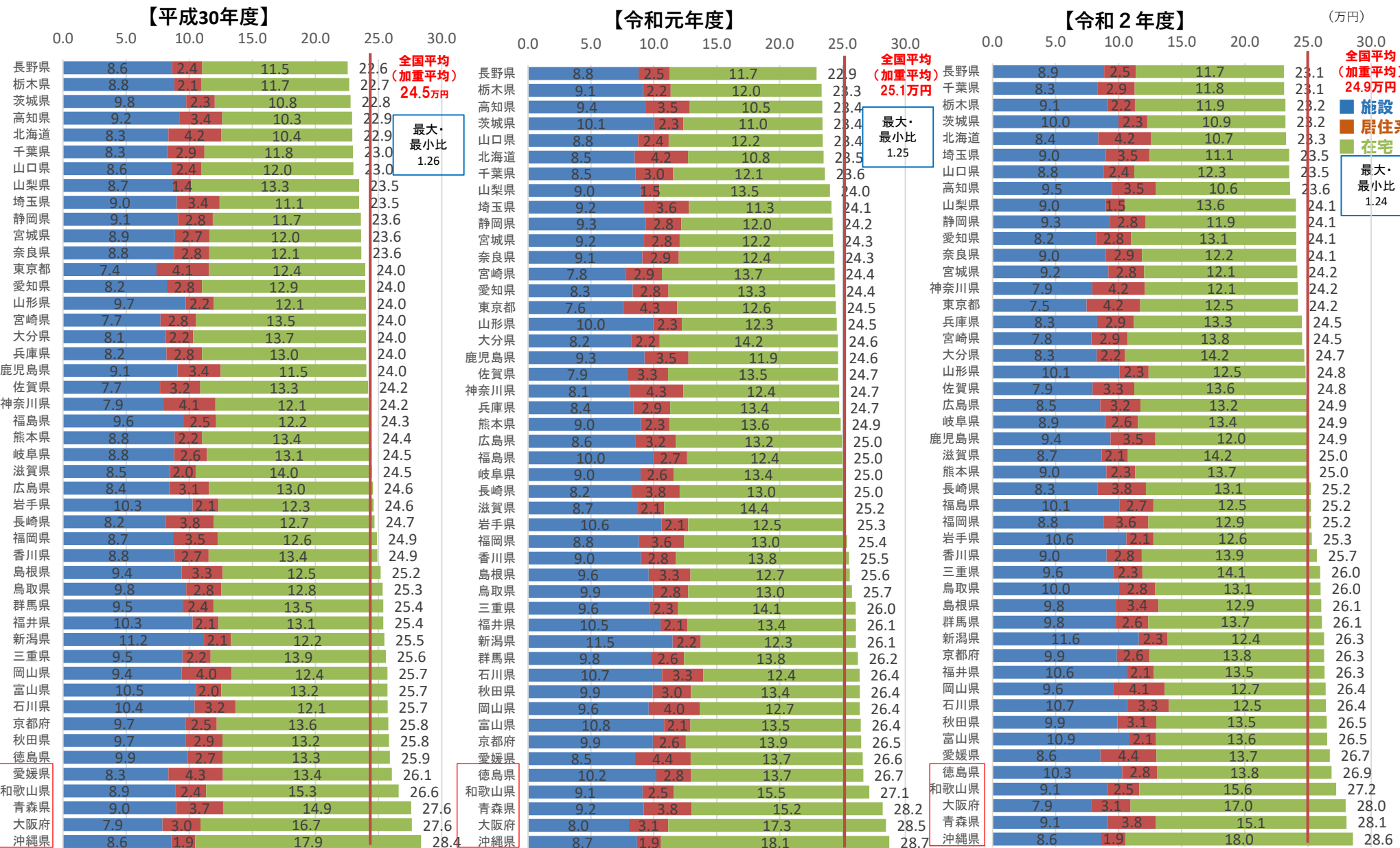
# 第1号被保険者1人当たり介護給付費の地域差(年齢調整後)(平成27年度～平成29年度)



【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30年度～令和2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)。

# 医療・介護・保育分野における職業紹介について

## 今後の対応

### 1. 悪質な職業紹介事業者の排除

- ・ 『「医療・介護・保育」求人者向け特別相談窓口』の一層の周知
- ・ 3分野の有料職業紹介事業者に対して、転職勧奨・お祝い金規制に係る集中的指導監督の実施
- ・ 求人者が適切な職業紹介事業者を選択できるよう、契約する際に確認すべきポイントをまとめたリーフレットの作成

### 2. 有料職業紹介事業の更なる透明化

- ・ 3分野の紹介手数料の平均値・分布、離職率について、地域（都道府県又は広域のエリア）ごと、職種ごとに、公表。
- ・ 離職状況の公表状況が不十分な事業主に対して追跡調査を徹底させるとともに、離職者数の掲載期間を現行の2年から5年へ延長。

### 3. 優良な紹介事業者の選択円滑化

- ・ 3分野適正事業者認定制度の認定基準に、6か月以内に離職した場合に返戻を行うことの追加を含め、認定基準の見直しについて検討し、必要な措置を講ずる。

### 4. ハローワークの機能強化

- ・ 労働者が定着しない理由に着目した求人者への支援を関係機関と協力し実施
- ・ 業界団体と連携したイベント開催等の実施
- ・ オンライン上での求人・求職者の利用推進
- ・ ハローワークごとの職種別就職実績を毎年度公表