

第138回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和2年12月23日（水）
15時00分～17時00分
場 所： 全 国 都 市 会 館

（ 議 題 ）

1. 医療保険制度改革について
2. 医療保険制度における新型コロナウイルス感染症の影響について
3. データヘルス改革の進捗状況等について
4. 令和2年度第三次補正予算案（保険局関係）の主な事項について
（報告）
5. 令和3年度予算案（保険局関係）の主な事項について（報告）
6. 新経済・財政再生計画 改革工程表2020について（報告）
7. 医療保険制度における押印の見直しについて（報告）

（ 配布資料 ）

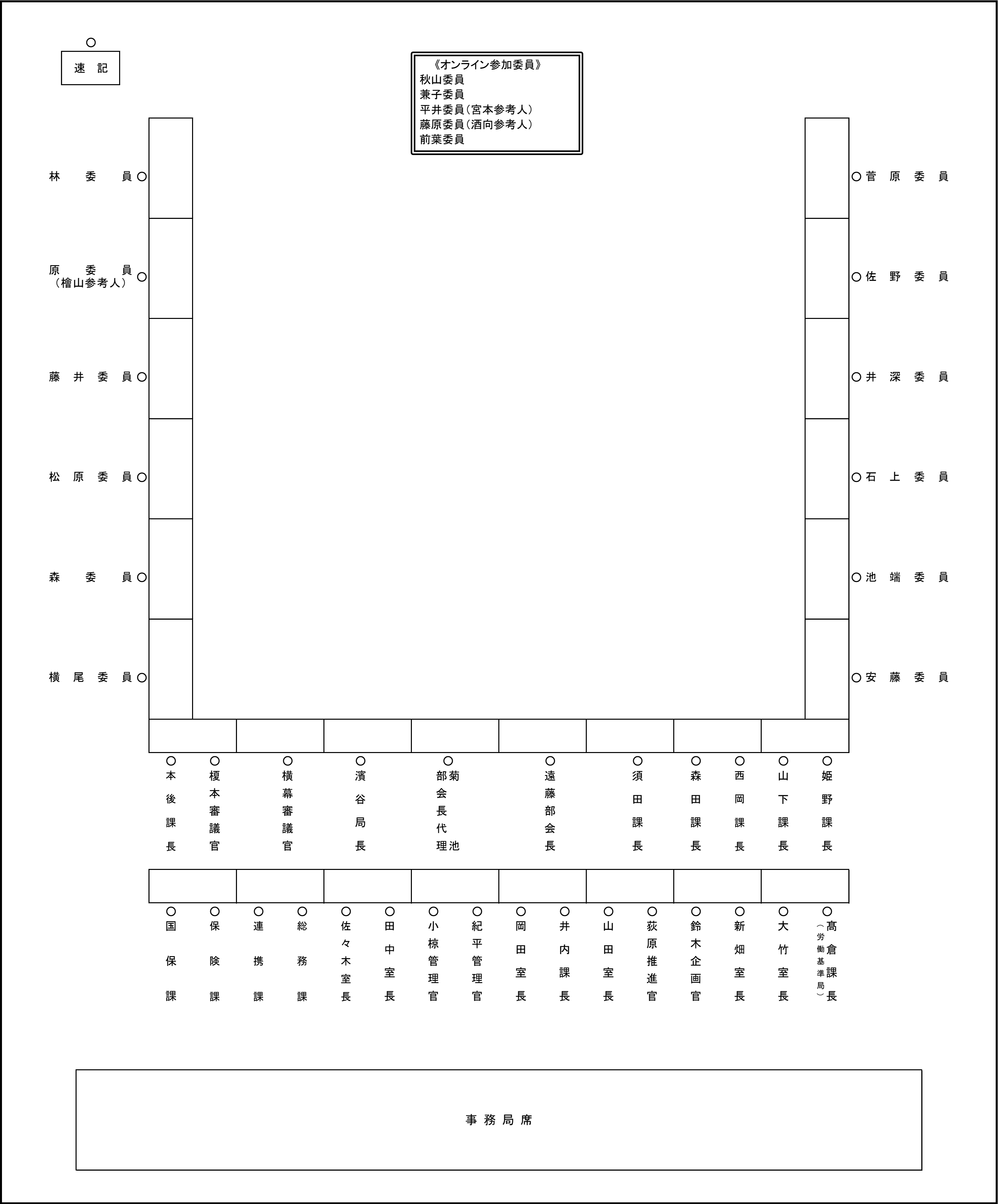
- | | |
|-------|--------------------------------|
| 資 料 1 | 議論の整理（案） |
| 資 料 2 | 医療保険制度における新型コロナウイルス感染症の影響について |
| 資 料 3 | データヘルス改革の進捗状況等について |
| 資 料 4 | 令和2年度第三次補正予算案（保険局関係）の主な事項 |
| 資 料 5 | 令和3年度予算案（保険局関係）の主な事項 |
| 資 料 6 | 新経済・財政再生計画 改革工程表2020（社会保障部分抜粋） |
| 資 料 7 | 医療保険制度における押印の見直しについて |

- | | |
|-------|---------------------------------|
| 参考資料1 | 議論の整理（案）に関する参考資料 |
| 参考資料2 | 全世代型社会保障検討会議（第12回）議事録 |
| 参考資料3 | 定期健康診断等及び特定健康診査等の実施に関する協力依頼について |
| 参考資料4 | 令和2年度第三次補正予算案（保険局関係）参考資料 |
| 参考資料5 | 令和3年度予算案（保険局関係）参考資料 |

第138回 社会保障審議会医療保険部会

令和2年12月23日(水) 15:00～17:00

全国都市会館 大ホール



社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

令和2年12月23日

あきやま ともや 秋山 智弥	日本看護協会副会長
あんどう のぶき 安藤 伸樹	全国健康保険協会理事長
いけばた ゆきひこ 池端 幸彦	日本慢性期医療協会副会長
いしがみ ちひろ 石上 千博	日本労働組合総連合会副事務局長
いちのせ まさた 一瀬 政太	全国町村会理事／長崎県波佐見町長
いぶか ようこ 井深 陽子	慶應義塾大学経済学部教授
えんどう ひさお ◎ 遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授
かねこ ひさし 兼子 久	全国老人クラブ連合会理事
きくち よしみ ○ 菊池 馨実	早稲田大学法学学術院教授
さの まさひろ 佐野 雅宏	健康保険組合連合会副会長
すがはら たくま 菅原 琢磨	法政大学経済学部教授
はやし まさずみ 林 正純	日本歯科医師会常務理事
はら かつのり 原 勝則	国民健康保険中央会理事長
ひぐち けいこ 樋口 恵子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長
ひらい しんじ 平井 伸治	全国知事会社会保障常任委員会委員長／鳥取県知事
ふじい りゅうた 藤井 隆太	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
ふじわら ひろゆき 藤原 弘之	日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会長
まえば やすゆき 前葉 泰幸	全国市長会相談役・社会文教委員／津市長
まつばら けんじ 松原 謙二	日本医師会副会長
もり まさひら 森 昌平	日本薬剤師会副会長
よこお としひこ 横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長

◎印は部会長、○印は部会長代理である。

(五十音順)

議論の整理（案）

令和2年12月23日
社会保障審議会医療保険部会

社会保障審議会医療保険部会においては、「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）や「新経済・財政再生計画 改革工程表2019」（令和元年12月19日経済財政諮問会議決定。以下「改革工程表」という。）、全世代型社会保障検討会議等において本年末までの検討が求められていた項目を中心に、令和2年1月31日以降、審議を開始したが、新型コロナウイルス感染症の拡大により中断を余儀なくされた。その後、9月16日以降、審議を再開し、議論を重ねてきた。

0. はじめに

- 新型コロナウイルス感染症の発生以来、この新たな感染症に立ち向かっている医療現場の奮闘ぶりと我が国の医療提供体制の強靱さ、また国民各位の衛生意識の高さ、感染拡大防止への協力には改めて敬意を表したい。
- 世界に冠たる国民皆保険の医療保険制度は、現役世代から高齢者まで幅広い世代の「安心」の基盤となり、医療へのアクセスの良さを保障し、長寿社会への礎となってきた。今般の新型コロナウイルス感染症への対応においても効果を発揮してきたと考えられる。
- 一方、中長期的には、人口減少及び少子高齢化は引き続き進行する。2022年度にはいわゆる団塊の世代が75歳以上となり始め、2040年頃には団塊ジュニア世代が高齢期を迎え、支え手の中心となる生産年齢人口の減少が加速する中、国民皆保険の持続可能性を確保し、将来世代に引き継いでいくことは重要なテーマである。特に、制度を支える現役世代の減少が続くことは、その負担の上昇も続くことを意味し、団塊の世代が後期高齢者入りする2022年度以降、その負担が特に大きく上昇することが強く懸念される。
- また、人生100年時代を迎える中、高齢者が何歳であっても地域や職場など、様々な分野で活躍している姿からは、「高齢者」と年齢で一括りにするのは現実とも合わず、適当でもない。元気で意欲ある方々が、その年齢

にかかわらず、能力を存分に発揮することは、個人の QOL にとって最善であるほか、制度や地域づくりの担い手としての期待も大きい。

- 全世代型社会保障検討会議では、これまで、医療や少子化対策、予防について議論がなされてきており、特に、医療や少子化対策については、令和 2 年 12 月 14 日に結論が出され、「全世代型社会保障改革の方針」（令和 2 年 12 月 14 日全世代型社会保障検討会議とりまとめ）がとりまとめられ、15 日に「全世代型社会保障改革の方針」（令和 2 年 12 月 15 日閣議決定。以下「改革の方針」という。）が閣議決定された。高齢者医療について年齢ではなく負担能力に応じた負担を原則とし、現役世代の負担上昇の抑制等を図るとともに、少子化への対応に配慮し、その更なる強化を図ることは、「現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心」というこれまでの社会保障の構造を見直し、全ての世代の方々が安心と信頼で支え合う、持続可能な社会保障制度を構築し、次の世代に引き継いでいくために不可欠な改革である。
- 今般の医療保険制度の改革においては、こういった課題に対応し、全ての世代の方々が安心と信頼で支え合う、持続可能な社会保障制度を構築するため、
 - ・ 後期高齢者の窓口負担の在り方などの給付と負担の見直しや不妊治療の保険適用、育児休業中の保険料免除などの子ども・子育て支援の実施といった「全ての世代の安心の構築のための給付と負担の見直し」
 - ・ 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大、医療費適正化の推進、国民健康保険制度の取組強化といった「医療機関の機能分化・連携等」
 - ・ オンライン資格確認等システムやマイナンバー制度等、インフラを最大限活用するとともに、健診データ提供に係る仕組みの整備による医療のデジタル化やデータヘルスの推進、セルフメディケーションの推進等を含めた「生涯現役で活躍できる社会づくりの推進（予防・健康づくりの強化）」等、総合的なパッケージとしての改革を進める必要がある。
- こうした観点から、下記項目について、当部会での意見について議論を整理する。

1. 全ての世代の安心の構築のための給付と負担の見直し (後期高齢者の窓口負担割合の在り方)

- 後期高齢者医療制度は、保険給付費について、後期高齢者の保険料が約1割、現役世代からの後期高齢者支援金が約4割、公費が約5割と支え合いの制度である。
後期高齢者の窓口負担割合については、現役並み所得を有する者は3割、それ以外の者は1割負担とされている。
- 後期高齢者の窓口負担割合の在り方については、全世代型社会保障検討会議中間報告（令和元年12月19日。以下「中間報告」という。）において、「後期高齢者（75歳以上。現役並み所得者は除く）であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方については1割とする。（中略）具体的な施行時期、2割負担の具体的な所得基準とともに、長期にわたり頻繁に受診が必要な患者の高齢者の生活等に与える影響を見極め適切な配慮について、検討を行う」とされている。また、改革工程表において、「全世代型社会保障検討会議の中間報告において示された方向性に基づき最終報告に向けて検討を進め、遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、（中略）速やかに必要な法制上の措置を講ずる」とされている。
- これを踏まえて、①所得基準、②長期頻回受診者への配慮措置、③施行時期について議論を行った。

【①所得基準】

- ①の所得基準については、事務局より所得基準として後期高齢者に占める割合として、上位20%、25%、30%、38%、44%（現役並み所得者7%も含む。）の5つが機械的な選択肢として提示された上で、モデル的な家計への影響、財政影響、支援金の試算（現役世代への影響）などの関連資料をもとに議論を行った。
- この5つの機械的な選択肢に対し、
 - ・ 高齢者の医療機関への受診抑制がおきないよう範囲を限定的とすべき
 - ・ 高齢者の生活状況を踏まえて慎重に考えるべき
 - ・ 介護保険制度の考え方に倣うべき
 - ・ 70～74歳との負担の連続性から考えるべき
 - ・ 現役世代の負担軽減効果を最大とするため、範囲を一般区分全てとすべき

などの意見があった。

○ 今回の一定以上所得者の窓口負担割合を２割とするのは、2022年に団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となり始める中、現役世代の負担上昇に歯止めをかけ、高齢者の疾病や生活の状況も踏まえた上で、負担能力に応じて負担いただき、支え手にまわっていただくものである。

○ 改革の方針において、「令和４年度（2022年度）以降、団塊の世代が後期高齢者となり始めることで、後期高齢者支援金の急増が見込まれる中で、若い世代は貯蓄も少なく住居費・教育費等の他の支出の負担も大きいという事情に鑑みると、負担能力のある方に可能な範囲でご負担いただくことにより、後期高齢者支援金の負担を軽減し、若い世代の保険料負担の上昇を少しでも減らしていくことが、今、最も重要な課題である。その場合にあっては、何よりも優先すべきは、有病率の高い高齢者に必要な医療が確保されることであり、他の世代と比べて、高い医療費、低い収入といった後期高齢者の生活実態を踏まえつつ、自己負担割合の見直しにより必要な受診が抑制されるといった事態が生じないようにすることが不可欠である。今回の改革においては、これらを総合的に勘案し、後期高齢者（75歳以上。現役並み所得者は除く）であっても課税所得が28万円以上（所得上位30%（※））かつ年収200万円以上（単身世帯の場合。複数世帯の場合は、後期高齢者の年収合計が320万円以上）の方に限って、その医療費の窓口負担割合を２割とし、それ以外の方は１割とする。

※現役並み所得者を除くと23%」
とされている。

○ 当部会では、この方針に対し、

- ・ 現役世代と高齢者世代の調和を図ろうというものであり評価できる。医療費の負担がゆえに受診控え等への配慮や、施行について拙速にならないように十分な合意形成を国民の中で図っていくことが肝要
- ・ 今回の基準は、従来の窓口負担における現役並み所得者の判定はあくまで後期高齢者のみに着目していることや、家族形態が多様化し、世帯も多様化している中での世帯間の公平性の観点から、個人、せいぜい後期高齢者のみに着目すべき。また、おのずから上位30%がぎりぎりの線。配慮措置についても、他制度の経過措置としては３年間で一般的であることから、２年から３年間に延長したことについては評価できる
- ・ 施行の段階で市民に対する説明が必要となる。現役世代の支えによりこの制度が成り立っていることを今一度、周知する必要がある。世代間の対立ではなく、世代間が相互に理解することが大切

- ・ 全ての世代が公平に支え合う全世代型社会保障に向けて一步前進。着実な施行を実施すべき。また、医療費適正化計画を実効性のあるものにしていくことが重要
- ・ 一貫して、応能負担は窓口負担で行うのではなく、保険料で行うのが基本だと申し上げてきた。今の高齢者も現役世代として高齢者を支えてきたのであり、時代の変化はあるものの、負担が増加することについて複雑な思いで受け止めている。所得格差が広がってきている中で、国民がどのように制度を支えていくのか、応能負担が貫かれているのか、医療の財源をどうしていくべきなのかという大きな議論をしていくべき
- ・ 全世代で社会保障を支える中で、現役世代の負担軽減の必要性が示されたことは評価するが、今回の改革では十分とは言えないことから、今回の改革で終わらせることなく、次なる改革に向けて引き続き取り組むべき。2割負担の対象範囲は更に拡大すべきであり、課税所得を基準とすることの妥当性についても検証すべき。また、施行期日は令和4年度後半となっているが、10月に実施したとしても財政効果は半分となることから、出来るだけ早く実施すべき
- ・ 生涯にわたり国民に健康で安心な生活をいかに保障するかという議論が必要。窓口負担の増加は受診控えにつながる。歯科では後期高齢者の受診率が低い。人生100年時代の人口減少問題に関して、健康な高齢者を増やし、支え手を確保することが必要不可欠。コロナの影響を配慮した施行時期や、国民が納得できるような配慮措置を踏まえ引き続き議論し、受診控えを防ぐための広報等、配慮措置の周知徹底を含め、高齢者に健康被害が起こらないよう配慮すべき
- ・ 政府において、2割負担導入の方針が閣議決定されたことは評価できる。他方、その対象範囲は限定されており、現役世代の負担軽減という観点からは不十分。将来的には一般区分をすべて2割負担とすることも視野に、2割負担導入後の実施状況も検証しつつ、継続して議論すべき。また、制度施行後の保険料の上昇率に後期高齢者と現役世代で格差があることから、後期高齢者が負担する保険料のあり方についても検討していくべき
- ・ 患者にとって大変なインパクト。若い人が幾らで、お年寄りが幾ら払ったかという話ではなく、人生100年の中で、トータルで考えるべき。若い人も高齢となり病気にもなる中で、人生100年の医療の持続可能性を高め、医療保険制度を全ての国民が全ての人を支えるといったものにしていくことが最も重要。これまで働いてきた75歳以上の高齢者の負担を増やすのは公正ではない。更に範囲を広げるべきということであれば、やるべき事は保険の1本化。抜本的な改革をするのであれば高齢者にだけ負担をかけるのは間違い。窓口で患者に説明するのは大変であ

り、厚生労働省も、内容について丁寧に説明すべき

- ・ 今回の見直しは年齢別から負担能力に応じた負担への転換と受け止め、評価している。保険者、患者、医療機関等への影響を所得基準や配慮措置の妥当性も含めて検証し、必要な対策をすべき。また、現役並み所得者への公費の拡充も検討すべき
- ・ 施行に当たっては、丁寧に説明し、高齢者の混乱や受診控えが起きないように配慮措置を含めて十分に周知すべき。施行後、高齢者の受診状況や負担の状況などについてフォローし、状況に応じて配慮措置の延長についても検討すべき
- ・ 持続可能な制度、国民皆保険の理念や能力に応じた負担ということを考えるとやむを得ない。医療関係者や被保険者、保険者に丁寧な周知を実施すべき。施行時期に関して、被保険者証の更新時期が8月である中で、施行の年に限って更新時期を施行まで延ばす等の、落ち着いて施行できる方法を検討すべき。また、できるだけ早期の情報提供や現場のシステム改修などの準備期間や事務負担への考慮が必要
- ・ 受診抑制が生じることを懸念しており、受診抑制による悪影響が生じていないかを適切に評価することが重要。評価結果について当部会にも報告すべき
- ・ 窓口負担の見直しにより、後期高齢者支援金が減るということは、被保険者だけではなく、事業主負担も減るということを確認しておきたい。これはコストシフティングの手法。持続可能な高齢者制度になるかということそうではない。これを拡大して3割とすることは収入格差があり不可能。今後は、保険財政における財源をどのように確保していくのかということを検討すべき
- ・ 後期高齢者の当事者として、今回の制度改革について議論を重ね、報告書がまとまったことに心から感謝。国民が協力し合わなくてはならないという雰囲気が出た中で、いい意味での妥協だったのではないかと。激変を緩和し、丁寧に実施をして欲しい。この整理を境目に高齢社会の姿が変わる。これからは65～74歳の方よりも75歳以上の方の方が多くなる。心身の衰弱を抱えた高齢者についても社会生活に参加し、できる程度の就労を通じて、希望の持てる社会を構築していくべき
- ・ 現役世代の企業、中小企業の負担は限界に達している。更なる負担増は、個人消費の低迷、企業の投資意欲の減退及び将来世代に負担を残すおそれなどがあることを踏まえると、少なくとも一般区分の方を2割負担とすべきであり、改革の方針で示された内容で終わらせることなく、さらなる改革に向けて引き続き取り組むべき。また、施行時期については、2022年度の初めから実施する必要がある

などの意見があった。

【②長期頻回受診者への配慮措置】

- ②の配慮措置については、75 歳以上の高齢者は、ほぼ全員が外来受診をしており、かつ、半数程度は毎月受診している。窓口負担割合が2割になると、高額療養費制度により全ての人の窓口負担割合が単純に2倍となるわけではなく、年平均3.4万円程度の負担増となるが、その多くが外来によるものである。一方、外来受診者において、窓口負担が2倍となる者は約6割に及ぶ。
- このため、外来診療に対しては、長期頻回受診による急激な負担増に対する経過的な配慮が必要である。

具体的には、長期にわたる外来受診について急激な負担増を抑制するため、2割負担への変更により影響が大きい外来患者について、施行後2年間、1月分の負担増加額が最大4,500円に収まるような配慮措置を導入することについて当部会で議論してきた。
- その上で、改革の方針においては、「施行に当たっては、長期頻回受診患者等への配慮措置として、2割負担への変更により影響が大きい外来患者について、施行後3年間、1月分の負担増を、最大でも3,000円に収まるような措置を導入する」とする方針が示されている。当部会の方向性にも沿うものであり、この方針に沿って進めるべきである。

【③施行期日】

- ③の施行期日については、改革の方針において、「今回の改革の施行時期については、施行に要する準備期間等も考慮し、令和4年度（2022年度）後半（※）までの間で、政令で定めることとする。
※令和4年（2022年）10月から令和5年（2023年）3月までの各月の初日を想定。」とされており、また改革の方針において、「令和3年（2021年）の通常国会に必要な法案の提出を図る。」とされている。
- この方針に沿って進めるべきである。

【まとめ】

- 当部会において、
 - ・ 現在、現役世代である方もいずれは高齢者となり、後期高齢者医療制度など医療保険制度の中で医療を受けることになるとともに、将来自らが後期高齢者となったときの負担増を受け入れるものであること、
 - ・ 現役世代にとっても、後期高齢者医療制度により、その親世代である

高齢者が安心して医療を受けることができる社会であることで、安心した生活を営むことが可能となること
を考えると、今回の議論は、高齢者の医療費増加を現役世代の負担で支えるというような世代間の問題で考えるのではなく、全ての世代にわたり、「人生 100 年の医療を保障する」という形で考えてほしい
といった趣旨の意見があった。

また、今後も少子高齢化が進み、人口構造の更なる変化が見込まれる中で、我が国において将来を担う世代が希望を持てるような医療保険制度の構築を目指すべきとの意見もあった。

- 「現在」のみの時間軸や世代間の問題としてとらえるのではなく、全ての人のための「人生 100 年の医療」、そのための後期高齢者医療制度について、持続可能性を高め、世界に冠たる制度を全ての人で支えることが重要であることを重ねて強調したい。

（傷病手当金の見直し）

- 健康保険における傷病手当金の支給期間については、同一の疾病・負傷に関して、支給を始めた日から起算して 1 年 6 ヶ月を超えない期間とされており、その間に被保険者が一時的に労務可能となり、傷病手当金が支給されなかった期間についても、1 年 6 ヶ月に含まれる制度とされている。
- このため、傷病手当金については、がん治療のために入退院を繰り返す場合等に患者が柔軟に利用できないとの指摘があり、「働き方改革実行計画」（平成 29 年 3 月 28 日働き方改革実現会議決定）及び「がん対策推進基本計画（第 3 期）」（平成 30 年 3 月 9 日閣議決定）では、「治療と仕事の両立等の観点から傷病手当金の支給要件等について検討し、必要な措置を講ずる」こととされている。
- これを踏まえ、当部会においては、
 - ① 治療と仕事の両立の観点から、より柔軟な所得保障を行うことが可能となるよう、傷病手当金の支給期間を通算して 1 年 6 ヶ月を経過した時点まで支給する仕組みとすること
 - ② 資格喪失後の継続給付を廃止すること
 - ③ 被保険者が労務不能か否かに係る審査の適正化、年金給付や労災給付との併給調整事務の効率化を図ることについて議論を行った。

- ①支給期間の通算化について、
 - ・ 傷病手当金は、労働力を回復するための生活の支えという趣旨の制度であり、治療と仕事の両立などのために柔軟に利用できるようにすべきである
 - ・ 支給期間が通算化されている共済組合と取扱いを合わせるべきなどの意見があった。
- ②資格喪失後の継続給付について、
 - ・ 本来、職場復帰を前提としている傷病手当金ではなく、雇用保険で給付すべきではないか
 といった意見があった一方で、
 - ・ 他制度との整理は必要であるものの、健康保険制度において、退職後の所得保障の措置を講じるニーズ自体は高いのではないかと
 といった意見があった。
- ③審査事務の適正化等について、
 - ・ 特に精神疾患について、本当に労務不能であるのかどうか、判断に悩む事例が多く、審査の適正化や判断基準について検討すべき
 - ・ 傷病手当金の支給後に障害年金や労災保険の休業給付が支給された場合、傷病手当金を回収する必要がある、不良債権にもつながっている。このため、確実に併給調整ができる仕組みを検討すべき
 といった意見があった。
- これらの意見を踏まえ、以下の措置を講じるべきである。
 - ①について、
 - ・ 傷病手当金の支給期間を通算して1年6ヶ月を経過した時点まで支給する仕組みとすること
 - ・ 通算化により延長されうる支給期限については、共済組合と同様に限度を定めず、保険者ごとに定められた文書の保存期間により確認できる範囲内で対応すること
 - ③について、
 - ・ 支給適正化に当たっては、各保険者で行われている審査運用のベストプラクティスの共有や裁決例のわかりやすい形での共有など、審査の効率化・適正化の方策を進めること
 - ・ 障害年金等との併給調整については、まずは現在行っている保険者と日本年金機構の情報連携の効率化等に努めること
 - ・ 労災保険との併給調整については、併給調整事務の円滑化に向けた対応を検討し、所要の措置を講じること

- なお、②資格喪失後の継続給付については、労働者保護の観点も踏まえつつ、引き続き検討すべきである。

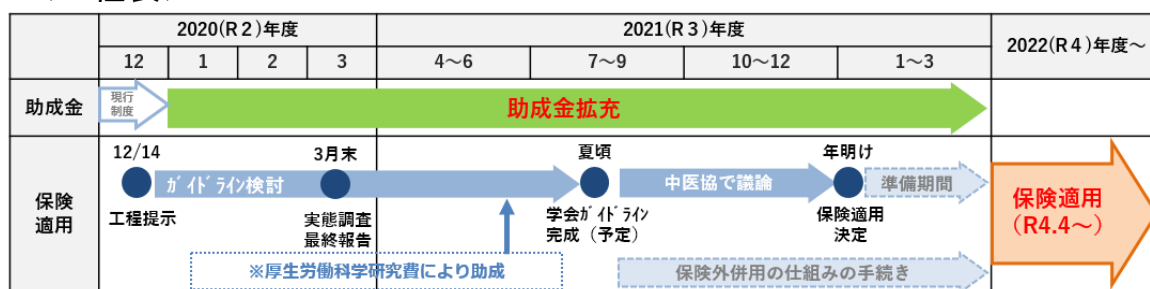
(不妊治療の保険適用)

- 不妊治療については、現在、治療と疾病の関係が明らかで、治療の有効性・安全性等が確立しているものについては、保険適用の対象としている一方で、原因が不明な不妊症に対して行われる体外受精や顕微授精等については、保険適用の対象としていない。
- 不妊治療等への支援については、少子化社会対策大綱（令和２年５月２９日閣議決定）において、「不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、高額の医療費がかかる不妊治療（体外受精、顕微授精）に要する費用に対する助成を行うとともに、適応症と効果が明らかな治療には広く医療保険の適用を検討し、支援を拡充する。そのため、まずは２０２０年度に調査研究等を通じて不妊治療に関する実態把握を行うとともに、効果的な治療に対する医療保険の適用の在り方を含め、不妊治療の経済的負担の軽減を図る方策等についての検討のための調査研究を行う」とされている。また、菅内閣の基本方針（令和２年９月１６日閣議決定）においては、「不妊治療への保険適用を実現」することとされている。
- 当部会においては、体外受精や顕微授精等を含めた不妊治療を保険適用することについて、不妊症に関する国際的な定義、不妊治療及び公費助成事業の実態、健康保険制度における疾病の考え方等の資料を基に議論を行った。
- これについては、
 - ・ 健康保険法においては、疾病又は負傷に対する治療について給付を行うものとされており、不妊治療を疾病における治療として位置づけることは十分理解できる
 - ・ 保険収載によって不妊治療に係るデータを蓄積することができることで、不妊治療の質の標準化が期待できるので、前向きに検討すべき
 - ・ 不妊治療の経済的負担の軽減を図ることは大変重要であるなどの意見があった。
- 今後、具体的な適用の範囲等については、実態を調査し、医学的データ等のエビデンスも踏まえた上で、有効性、安全性を明らかにしたうえで、中医協において議論する必要があるという意見があったが、その際、

- ・ 患者の安全性の確保と医療の標準化、医療アクセスへの公平性の確保を重視すべき
 - ・ 保険適用の対象とならない不妊治療が混合診療に当たってしまうおそれがあることについて、整理する必要がある
 - ・ 不妊治療への助成制度と保険適用が結び付けられるように検討すべきである
- などの意見もあった。

- 改革の方針において、「子供を持ちたいという方々の気持ちに寄り添い、不妊治療への保険適用を早急に実現する。具体的には、令和3年度（2021年度）中に詳細を決定し、令和4年度（2022年度）当初から保険適用を実施することとし、工程表に基づき、保険適用までの作業を進める」とされており、当部会の議論も踏まえて、保険適用に向けた検討を進めるべきである。

<工程表>



(任意継続被保険者制度の見直し)

- 任意継続被保険者制度は、健康保険の被保険者が退職した後も、選択によって、引き続き退職前に加入していた健康保険の被保険者になることができる制度である。
- 本制度については、退職した被保険者が国保に移行することによる給付率の低下の緩和という従来の意義の一部が失われていることから、
- ① 「従前の標準報酬月額又は当該保険者の全被保険者の平均の標準報酬月額のうち、いずれか低い額」とされている保険料の算定基礎を、「従前の標準報酬月額」とすること
 - ② 任意継続被保険者の被保険者期間を「最大2年」から「最大1年」とすること
 - ③ 資格喪失の日の前日まで継続して「2か月以上」被保険者であることという加入要件を「1年以上」とすること

という各論点について議論を行った。

- 任意継続被保険者制度の見直しの基本的な考え方としては、
 - ・ 様々な就労形態を考慮し、将来的な廃止を前提としつつ、見直しをしていくべき
 - ・ 職域保険と地域保険で所得の把握時期が異なるという制度の違いに起因する、退職後の負担能力を大きく上回る保険料負担を緩和するという意義のある制度であり、ある程度維持するべき
 - ・ 有期労働者や派遣労働者など、比較的立場の弱い人たちにしわ寄せが回るような見直しは回避すべき
 - ・ 市町村の事務コストの問題などにも配慮すべきという意見があった。

- ①保険料の算定基礎については、
 - ・ 医療保険が基本的には保険者内部での連帯の仕組みであるため、従前の標準報酬月額とすることが適当などの意見があった。

- ②被保険者期間を「最大1年」とすることについては、
 - ・ 60歳未満でみると約8割の被保険者期間が1年以内となっており、現行の2年から1年に短縮するべきではないか
 - ・ 退職後に所得がない方が国保に移って最大2年間は退職前の高い所得に基づいて保険料を算定されてしまうケースがあることを考えると、この期間は短縮すべきではないなどの意見があった。

- ③加入要件を「1年以上」とすることについては、
 - ・ 2か月加入すれば2年間継続して被保険者となることができることには違和感があるといった意見があった一方、
 - ・ 現在の働き方にあわせると、短い期間の方が適切ではないか
 - ・ 加入要件の本来の趣旨は逆選択の防止であり、単に期間を延ばすべきではないなどの意見があった。

- これらの意見を踏まえ、以下の措置を講じるべきである。
 - ①について、
 - ・ 健康保険組合の実状に応じた柔軟な制度設計を可能とするため、保険

料の算定基礎を「当該退職者の従前の標準報酬月額又は当該保険者の全被保険者の平均の標準報酬月額のうち、いずれか低い額」から「健保組合の規約により、従前の標準報酬月額」とすることもできるようにすること

②について、

- ・ 被保険者の生活実態に応じた加入期間の短縮化を支援する観点から、被保険者の任意脱退を認めること

○ なお、

- ・ ②被保険者期間を「最大１年」とすることについては、１年経過後の国保加入時に保険料が高くなるケースが一定数発生すること
- ・ ③加入要件を「１年以上」とすることについては、有期雇用の労働者など短期間での転職が多い被保険者が制度を利用できなくなるなどから、被保険者の選択の幅を制限することになるため、引き続き検討すべきである。

（育児休業中の保険料免除）

- 育児休業中の社会保険料については、被保険者の経済的負担に配慮して、免除される仕組みが設けられており、その免除期間については、その育児休業等を開始した日の属する月からその育児休業等が終了する日の翌日が属する月の前月までの期間とされている。
- 育児休業制度については、少子化社会対策大綱（令和２年５月２９日閣議決定）において「柔軟な取得を可能とするための分割取得の拡充を検討するとともに、配偶者の出産直後の時期を中心に、男性の休業を推進するための枠組みについて、取得しやすい手続や休業中の給付などの経済的支援等を組み合わせることを含めて検討する」とされていることなどを受け、労働政策審議会雇用環境・均等分科会において、男性の休業の取得をより進めるため、特に子の出生直後の時期について、現行の育児休業よりも柔軟で取得しやすい新たな仕組み（以下「新たな仕組み」という。）を創設すること等について検討が進められている。
- 当部会においては、育児休業の取得促進や公平性の是正、事務負担の軽減といった観点から、現行制度を含め以下の課題について議論した。
 - ① 新たな仕組みについて保険料免除の対象とすることの是非
 - ② 月末時点で育児休業を取得している場合に当月の保険料が免除される一方、月途中で短期間の育児休業を取得した場合には、保険料が免除さ

れないこと

- ③ 賞与保険料については、実際の賞与の支払に応じて保険料が賦課されているにも関わらず、免除されており、賞与月に育休の取得が多いといった偏りが生じている可能性があること

○ ①新たな仕組みについて、育休取得促進の観点から、保険料免除の対象とすべきである。

○ その上で、現行制度及び新たな仕組みに関し、以下の措置を講じるべきである。

- ・ ②月途中に短期間の育児休業を取得した場合に保険料が免除されないことへの対応として、育休開始日の属する月については、その月の末日が育休期間中である場合に加えて、その月中に2週間以上の育休を取得した場合にも保険料を免除すること。なお、その際には、同月内に取得した育児休業及び新たな仕組みによる休業等は通算して育休期間の算定に含めること
- ・ ③賞与保険料が免除されることを要因として、賞与月に育休の取得が多いといった偏りが生じている可能性があることへの対応として、育休が短期間であるほど、賞与保険料の免除を目的として育休取得月を選択する誘因が働きやすいため、連続して1ヶ月超の育休取得者に限り、賞与保険料の免除対象とすること
- ・ 今後、育休の分割取得を可能とすることが検討されており、標準報酬月額にかかる保険料免除のみを目的とした極めて短期の育休取得が繰り返されることも懸念されるため、適切な運用の促進、データの報告体制の確立などにより、スケジュール感をもってフォロー・検証を行うとともに必要な対応を行うこと。

○ なお、これらの対応について、

- ・ 月末要件を残すことについては、現行の標準報酬月額制度における限界であり、見直しの議論をするのであれば、標準報酬月額制度の在り方も含めて議論すべき
- ・ 中小企業の人手不足を鑑みると2週間、1ヶ月という育休取得期間は長すぎるため、1週間程度が妥当などの意見もあった。

(出産育児一時金)

○ 出産育児一時金は、健康保険法等に基づく保険給付として、健康保険や

国民健康保険などの被保険者またはその被扶養者が出産したとき、出産に要する経済的負担を軽減するため、一分娩当たり原則 42 万円(産科医療補償制度対象外の分娩の場合は 40.4 万円)が支給されている。

○ 出産費用を勘案し見直しを行うことについては、以下のような課題がある。

- ・ 出産費用は年々増加しているが、どのような要因により増加しているのか明らかではない。
- ・ 直接支払いの請求様式が詳細な費用区分を求めることになっておらず、詳細な費用を把握することができない。
- ・ 医療機関において、必ずしも事前に出産費用が明示されておらず、費用やサービスによる選択が難しくなっている。
- ・ 費用のばらつきが大きい、どのような要因により差があるのか十分な分析が行われていない。また、分娩の約 4 割を占める異常分娩の費用の分析を行っていない。
- ・ 出産育児一時金は、12 週以降の分娩に支給されるため、12 週を待つ人工妊娠中絶を行う者がおり、母体保護の観点から望ましくないとの指摘がある。

○ 産科医療補償制度の補償対象基準について、日本医療機能評価機構において検討会を設置し、補償対象基準の見直しと本制度の実績について検証を行い、報告書が 12 月 4 日にとりまとめられた。報告書においては、補償対象基準を見直し、低酸素状況を要件としている個別審査を廃止し一般審査に統合すること、新たな基準を 2022 年 1 月以降の分娩より適用すること、保険料水準を 2.2 万円(掛金 1.2 万円、返還保険料(剰余金)充当額 1.0 万円)とすることとされている。

○ これらを踏まえ、当部会においては、

- ・ 出産費用の実態を明らかにし、透明性を確保するため、請求様式を見直し、費用を詳細に把握すること
- ・ 費用やサービスに応じて医療機関を選択できるよう、医療機関において選択肢の明示を促すこと
- ・ 産科医療補償制度の見直しに伴う掛金の引き下げ分を含めた、出産育児一時金の金額等について議論を行った。

○ 出産育児一時金については、

- ・ まずは基準となる出産費用の実態把握が必要であり、産科医療補償制

度の掛金が下がることを考えると、一時金の支給額はその分引き下げるべき

- ・ 出産費用は年々増加傾向にあり、その水準まで引き上げるべき
 - ・ 少子化対策が重視されている中で、産科医療補償制度の掛金が下がった分、支給額を下げることは、少子化対策に逆行するメッセージとなる
 - ・ 無痛分娩などの出産形態の多様化が進む中で、妊婦が安心して出産できる環境が重要
 - ・ 正常分娩を含め、産科医療の標準化、現物給付化を検討すべき
- などの意見があった。

- これらの意見を踏まえ、出産に係る経済的負担をさらに軽減するため、費用実態を踏まえた支給額の検討やサービス選択肢の確保を段階的に進めるべきである。

具体的には、以下の措置を講じるべきである。

- ・ 出産育児一時金として必要な額の検討については、まずは直接支払い制度の請求様式の見直し、費用増加要因の調査等を通じて、費用を詳細に把握した上で、新たに収集したデータに基づき検討すること
- ・ 多様な出産形態や費用、サービスを踏まえ、医療機関を選択できるよう、医療機関において選択肢の明示を促すことも検討すること

- また、産科医療補償制度の見直しに伴う掛金が4,000円引き下げられることに伴い、出産育児一時金の支給額もその分引き下げる考え方もあるが、少子化対策としての重要性に鑑み、支給総額は維持し、本人の給付分を4,000円引き上げるべきである（本人の給付分40.8万円、産科医療補償制度の掛金1.2万円）。

（「現役並み所得」の判断基準の見直し）

- 後期高齢者の窓口負担割合については、現役並み所得を有する者は3割、それ以外の者は1割負担とされている。
- 「現役並み所得」の判断基準の見直しについては、改革工程表において、「年金受給者の就労が増加する中、（中略）「現役並み所得」の判断基準を現役との均衡の観点から見直しを検討する」とされている。
- これを踏まえ、当部会において検討した結果、
- ・ 現役並み所得者への医療給付費については公費負担がないため、判断基準や基準額の見直しに伴い現役世代の負担が増加することに留意する

必要があること

- ・ 「現役並みの所得の基準」の算定基礎となる現役世代の収入は、現在把握可能なデータは平成 30 年度のものであり、新型コロナウイルス感染症により現役世代の収入に影響があると考えられるところ、令和 2 年度の現役世代の収入は把握できないこと

から、引き続き検討すべきである。

- なお、「現役並み所得」の判断基準の見直し自体は必要であるものの、現役世代の負担が増えないよう公費の投入を行うべきとの意見があった。

(薬剤自己負担の引上げ)

- 薬剤自己負担については、改革工程表において、「諸外国の薬剤自己負担の仕組み（薬剤の種類に応じた保険償還率や一定額までの全額自己負担など）も参考としつつ、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス等の観点から、（中略）関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる」とされている。

- これを踏まえ、当部会においては、

- ① 市販品類似の医薬品の保険給付の在り方
- ② 自己負担の引上げ以外の方策による薬剤給付の適正化策（セルフメディケーションの推進等）

等の各論点について議論を行った。

- ①市販品類似の医薬品の保険給付の在り方については、

- ・ 皆保険制度を維持するためには、大きなリスクは共助、小さなリスクは自助という方向に進まざるを得ず、市販品類似薬については保険給付範囲からの除外や償還率の変更も考えざるを得ないのではないか
- ・ 薬剤の自己負担の引上げについて、諸外国の例も参考にしつつ、十分な財政効果が得られるような見直しを図っていくべきではないか

という意見がある一方で、

- ・ 医療上の必要性に応じて適切な医薬品を選択できるよう担保することが必要であり、財政問題だけで保険適用を見直すことは適当ではないのではないか
- ・ 医療用と市販薬では、同一の成分であっても期待する効能・効果や使用目的、患者の重篤性が異なる場合があり、市販薬の有無で取扱いを変えるのは理解し難いのではないか

という意見があった。

- ②自己負担の引上げ以外の方策による薬剤給付の適正化策については、
 - ・ 薬剤給付の適正化に向けては、自己負担の見直しのみならず、後発医薬品の利用促進やセルフメディケーション税制の拡充、生活習慣病の治療薬の在り方等についても検討すべき
 - ・ 新型コロナウイルス感染症による受診控えに伴い、OTC 医薬品の利用が進むなど、患者の意識も変化しつつあるため、スイッチ OTC 医薬品に限らず、OTC 医薬品全般の使用を進めるという観点で、セルフメディケーションの推進に取り組むべきではないかという意見があった。
- これらの意見を踏まえ、医療資源の効率的な活用を図る観点から、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師と連携しつつ、保険者の立場からも上手な医療のかかり方とセルフメディケーションの推進策を講じるべきである。
- なお、市販品類似の医薬品の保険給付の在り方等の薬剤自己負担の見直しや他の薬剤給付の適正化策については、引き続き検討すべきである。

(負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方)

- 医療保険制度における負担は、所得の状況に応じて決定されているところであるが、改革工程表において、「所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する」とされている。
- これを踏まえ、当部会において議論を行った結果、
 - ・ 平成 30 年 1 月から施行されている預貯金口座へのマイナンバーの付番の仕組みはあるものの、全ての預貯金番号に付番がなされている状況ではないなど、実務的な課題がある
 - ・ すでに金融資産の勘案の仕組みを導入している介護保険の補足給付が、低所得者向けに食費、居住費を福祉的に給付する仕組みであることを踏まえ、医療保険において金融資産等の保有状況を反映することの理論的課題をどのように整理するのかといった意見があった。
- これらの意見を踏まえ、現時点で金融資産等の保有状況を医療保険の負担に勘案するのは尚早であることから、預金口座へのマイナンバー付番の状況を見つつ、引き続き検討すべきである。

- なお、環境の整備などに向けて、今後も積極的、前向きな検討を行っていくべきとの意見もあった。

(医療費について保険給付率と患者負担率のバランス等の定期的に見える化)

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

- ・ どのような媒体を使っていくかということが重要なのではないか、ホームページでの発信に限らず、他の手法も考えるべきではないか
- ・ 「見える化」に加えてさらに積極的に教育するという視点も重要ではないか

などの意見があった。

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

(今後の医薬品等の費用対効果評価の活用)

- 費用対効果評価制度は、市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品や医療機器等を対象として、平成31年4月から運用が開始されているものであるが、現在、保険償還の可否の判断に用いるものとされておらず、保険収載されている医薬品や医療機器等について、価格調整を行うものとして用いられている。
- 今後の同制度については、改革工程表において、「医薬品や医療技術の保険収載の判断等に当たり費用対効果や財政影響などの経済性評価を活用し、保険対象外の医薬品等に係る保険外併用療養を柔軟に活用・拡大することについて、(中略)関係審議会等において検討」とされている。
- これを踏まえて、当部会で議論を行い、具体的な検討については、中医協において進めることとし、適宜当部会に報告することとした。
- 中医協においては、費用対効果評価制度の保険収載時の活用等も含めた実施範囲・規模の拡大について、現行の制度運用の状況、体制強化の取組状況、個別品目に係る総合的評価等の審議が今後なされること等を踏まえ、どのように考えるかといった論点について議論が行われた。
- これについては、
 - ・ 本制度の運用は、平成31年度から開始されたばかりであること等から、まずは現行制度の検証・評価等を行うことが重要であり、保険収載の可否等に用いることについては時期尚早である
 - ・ あわせて、体制の強化や人材の育成等を図ることが重要である
 といった意見があり、現在本制度において評価が進められている品目に

ついて、評価結果が得られ次第できるだけ速やかに報告し、その上で、現行の制度の課題を整理していくとされていることから、中医協において引き続き検討すべきである。

2. 医療機関の機能分化・連携等

(大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大)

- 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大については、中間報告において、「遅くとも 2022 年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、（中略）速やかに必要な法制上の措置を講ずる。他の医療機関からの文書による紹介がない患者が大病院を外来受診した場合に初診時 5,000 円・再診時 2,500 円以上（医科の場合）の定額負担を求める制度について、これらの負担額を踏まえてより機能分化の実効性が上がるよう、患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるとともに、大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数 200 床以上の一般病院に拡大する。具体的な負担額や詳細設計を検討する際、患者のアクセスを過度に制限しないよう配慮しつつ、病院・診療所の機能分化・連携が適切に図られるよう、現行の定額負担の徴収状況等を検証し、定額負担を徴収しない場合（緊急その他やむをえない事情がある場合、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など）の要件の見直しを行う。」とされている。また、改革工程表において、「全世代型社会保障検討会議の中間報告において示された方向性に基づき最終報告に向けて検討を進め、遅くとも 2022 年度初までに改革を実施できるよう、（中略）速やかに必要な法制上の措置を講ずる」とされている。
- 紹介状を持たない患者が特定機能病院及び一般病床 200 床以上の地域医療支援病院を外来受診した場合に初診時 5,000 円・再診時 2,500 円以上（医科の場合）の定額負担を求める制度について、中間報告において示された以下の方向性に基づき、議論を行った。
 - ① 大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数 200 床以上の一般病院に拡大する
 - ② より機能分化の実効性が上がるよう、患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改める
 - ③ 具体的な負担額や詳細設計を検討する際、患者のアクセスを過度に制限しないよう配慮しつつ、病院・診療所の機能分化・連携が適切に図ら

れるよう、現行の定額負担の徴収状況等を検証し、定額負担を徴収しない場合（緊急その他やむをえない事情がある場合、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など）の要件の見直しを行う

- ①大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数 200 床以上の一般病院に拡大することについては、
 - ・ 医療機能の分化と連携を進め、医療従事者の働き方改革を進めるという観点から、いわゆる一般病院に範囲を拡大すべき
 - ・ いわゆる一般病院については地域によって果たしている機能が違うため、手上げ方式にするなど、地域住民の医療の確保に支障が生じないような地域の実情に応じて丁寧な対応を行うべき
 - ・ 医療資源を重点的に活用する外来を受診する際には、紹介状が必要だということ等について、十分な周知が必要などの意見があった。

- ②患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減することについては、
 - ・ 保険財政面から制度の持続可能性に寄与するだけでなく、患者の受診行動を適正化し、大病院の負担軽減や医師の勤務環境改善が実現できるような水準を議論するべき
 - ・ 単に負担を増額するだけでなく、軽い症状の場合はかかりつけ医等で受診し、その上で紹介を受けて、専門の病院で受診すべきであることを啓発すべき
 - ・ 患者が安心して必要な医療機関を受診できる環境を作り、診察の待ち時間を減らすためには、国民を啓発し、患者自身が医療機関の選択等を適切に理解して医療にかかること（上手な医療のかかり方）が重要であり、医療保険財政のための制度ではない
 - ・ この制度を実行する場合には、病院の窓口で混乱が生じないように、しっかりとした説明を行うべきなどの意見があった。

特に、患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減する仕組みは、例外的・限定的な取扱いであることを、しっかりと明示すべきであるとされた。

- ③定額負担を徴収しない場合の要件の見直しについては、
 - ・ 大病院から診療所等に逆紹介されたにもかかわらず、大病院への再診を続ける患者も一定程度おり、初診だけではなく、再診時における定額負担をきちんと徴収する仕組みとしてほしい

- ・ 再診に関しては、徴収を認められない、あるいは求めないことができる患者の解釈が曖昧になっており、定額負担対象と捉えていない医療機関が多い
- ・ 実効性を上げるためには、再診時にどれだけ負担がかかるのかというのを初診の最後のところで再度徹底してきちんと説明するような、運用上の工夫も必要
- ・ 再診については、病院での対応が終わった患者が、きちんと地域の医療機関に戻って、地域で対応できるようにすることが重要であり、大病院から診療所等に逆紹介をすることを推進すべきなどの意見があった。

○ 改革の方針において、「医療提供体制の改革において、地域の実情に応じて明確化される「紹介患者への外来を基本とする医療機関」のうち一般病床 200 床以上の病院にも対象範囲を拡大する」、「また、より外来機能の分化の実効性が上がるよう、保険給付の範囲から一定額（例：初診の場合、2,000 円程度）を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求めるよう仕組みを拡充する」とされている。

○ これらの意見等を踏まえ、日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態にあった他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るといった流れをより円滑にするため、以下の方針に基づき、中医協において具体的に検討すべきである。

- ・ 新たに地域の実情に応じて明確化される「紹介患者への外来を基本とする医療機関」として報告された医療機関のうち一般病床 200 床以上の病院にも対象医療機関を拡大すること
- ・ かかりつけ医機能を担う地域の医療機関を受診せず、あえて紹介状なしで大病院を受診する患者の初・再診については、一定額（例：医科・初診の場合、2,000 円程度）を保険給付範囲から控除し、それと同額以上の定額負担を増額すること。また、こうした仕組みは、医療保険財政のためではなく、外来機能の分化のために行うものであるため、例外的・限定的な取扱とするとともに、制度趣旨について、国民への説明を丁寧に行うこと
- ・ 大病院からかかりつけ医機能を担う地域の医療機関への逆紹介を推進するとともに、再診を続ける患者への定額負担を中心に、除外要件の見直し等を行うこと

○ あわせて、上手な医療のかかり方に関する啓発を進めるべきである。

(国民健康保険制度の取組強化)

- 国民健康保険制度については、平成 30 年度の制度改革において、財政運営の安定化を図るため、財政運営の都道府県単位化やそれに伴う都道府県・市町村の役割分担、財政支援の拡充等を進めてきた。現在、施行から 3 年目を迎えているが、地方自治体や国民健康保険団体連合会、その他の関係者のご尽力により、改革は概ね順調に実施されている。
- 国民健康保険制度が、国民皆保険制度の要として、引き続き、財政運営の安定化を図りつつ、都道府県単位化の趣旨の深化を図るため、取組強化の方向性について、国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議（国保基盤強化協議会）事務レベルWGにおいて議論が進められ、その議論の結果が当部会に報告された。
- 具体的には、
 - ・ 都道府県の財政調整機能の更なる強化を図るため、財政安定化基金に年度間の財政調整機能を付与すること
 - ・ 都道府県と市町村の役割分担の下、都道府県国民健康保険運営方針に基づき、法定外繰入等の解消、保険料水準の統一に向けた議論、医療費適正化の取組等を推進すること
 - ・ 国会での附帯決議にも明記されている子どもに係る均等割保険料の軽減措置について、全世帯の未就学児に係る均等割保険料の 5 割（法定軽減の対象の場合は法定軽減後の 5 割）を公費により軽減する措置を講じること
 - ・ その他、国会での附帯決議、経済財政運営と改革の基本方針・改革工程表、政府・与党内での議論、地方団体の要望事項等について、国と地方、その他の関係者の間の調整を続け、結論が得られた事項について、法改正を含め、対応してはどうかというものであった。
- 当部会では、この報告に対し、
 - ・ 財政安定化基金の見直しについては、財政調整に資するものであり進めるべき
 - ・ 法定外繰入等の解消や保険料水準の統一については、地域の実情に応じて取組が進められている中で、法律に規定することは、国からの一方的な押しつけにならないよう、自治の基本にも配慮しながら、丁寧に議論する必要がある
 - ・ 法律に規定するかについて議論があったが、合意を得た上であるが、国保財政の安定化を図る方向に進むことを期待している

などの意見があった。

- これらの意見も踏まえ、国民健康保険制度の取組強化について法改正を含めた対応を行う場合は、国と地方を中心とする協議の結果を尊重すべきであり、地方分権の趣旨に反しないこと、国が一方的に議論等を押しつけないことといった点を十分に尊重しつつ、結論が得られた事項に限るべきである。
- なお、国民健康保険制度をめぐる議論において、
 - ・ 検討課題とされている「生活保護受給者の国保等への加入」については、日本国憲法第 25 条に定める、社会保障制度の最後の砦となる生活保護制度において果たすべき国の責任を放棄し、国の財政負担を地方自治体や国民に付け替えるものであり、容認できない
 - ・ 国と地方との信頼関係に基づき実施している社会保障制度の根幹を揺るがし、国民健康保険制度等の破綻を招くものであることから、強く反対するとの意見があった。
- また、後期高齢者医療制度の責任主体を都道府県に移すことに対して、
 - ・ 都道府県は、国保の広域化に伴い、運営主体として市町村とともに汗をかき、努力を始めている状況の中、後期高齢者医療制度の移管まで議論する環境にない。拙速な意見は厳に慎むべき
 - ・ 都道府県への移管という意見に困惑している。関係者で議論を尽くすことが必要であって、短兵急に変えればよいというものではない。現状では都道府県化に賛成しかねる。広域連合では現在、保健事業と介護予防の一体的実施などに取り組んでいるところであり、都道府県等との連携でお互いの役割を強化すべく取り組んでいる。こうしたことを十分に踏まえた対応が必要との意見があった。
- これらについては、地方公共団体の意見を十分に踏まえながら、検討すべきである。

3. 生涯現役で活躍できる社会づくりの推進（予防・健康づくりの強化） （40 歳未満の事業主健診情報の保険者への集約等）

- 高齢者医療確保法では、保険者は、40 歳以上の加入者に特定健康診査

を実施しなければならないが、労働安全衛生法に基づく事業主健診を受けた加入者については、これをもって特定健康診査を受けたものとすることができることとされている。

○ このため、同法では、保険者は事業者に対して事業主健診の情報の提供を求めることができ、また、提供を求められた事業者は事業主健診の情報を提供しなければならないこととされているが、労働者の健診情報という個人情報第三者である保険者に提供することについての懸念や事務負担を理由として、実態として特に中小企業等からの提供実績が低いという課題がある。

○ 健康保険法等では、保険者は、全ての被保険者等に対し、健康教育、健康相談、健康診査等の保健事業を行うように努めなければならないこととされている一方で、40歳未満の者に係る事業主健診等の結果が事業者等から保険者へ提供される法的仕組みがない。

○ 40歳未満の者に係る事業主健診情報の保険者への集約については、全世代型社会保障検討会議第2次中間報告（令和2年6月25日）において、「保険者や事業主による予防・健康づくりの基盤として、事業主から保険者に健診データを提供する法的仕組みを整備する」とされている。

○ これを踏まえ、当部会においては、

- ① 40歳未満の者の事業主健診等結果の保険者への提供等に係る法的仕組み
 - ② 後期高齢者医療広域連合等と被用者保険者等間の健診等情報の提供に係る法的枠組み
- 等について議論を行った。

○ これらについては、

- ・ 事業主と保険者が手を携え、労働者の健康を守るという基本的な考え方や、具体的な連携の在り方を関連する法体系の中にしっかりと位置づけるなど、関係者が一丸となって取り組めるよう、確固たる土台づくりを進める必要がある
- ・ 事業主健診データの取得の実効性を高めるため、労働安全衛生法に保険者への提出義務を追加すべき
- ・ 事業主健診と特定健診における血糖検査の取扱いをそろえる必要がある
- ・ 健診情報を保険者に集約するに当たって、標準化・デジタル化された

データとなるよう検討すべき

- ・ 健診情報という機微な個人情報を保険者に集約する趣旨や目的の説明や保険者による適切な情報の管理が必要といった意見があった。

○ これらの意見を踏まえ、以下の措置を講じるべきである。

- ・ 40 歳未満の者の事業主健診等結果の保険者への提供等に係る法的仕組みを整備し、保険者は当該情報も活用して適切かつ有効に保健事業を行うこと（健保連・国保連についても保健事業の実施主体となり得るため同様に情報の提供と活用に係る仕組みを設けること）。併せて、後期高齢者医療広域連合等と被用者保険者等間の健診等情報の提供についても法的枠組みの整備を行うこと
- ・ 労働安全衛生法に基づく「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」を改正し、事業者から保険者へ事業主健診の結果を提供すべき旨等を規定すること
- ・ 事業主健診の血糖検査の方法を特定健診と合わせ、事業主健診と特定健診の項目の差異を減らすこと
- ・ 事業者と健診実施機関の契約書のひな形を作成し、健診実施機関から保険者に事業主健診の結果を直接提供することを推進すること
- ・ 事業主の事務負担を軽減するため、健診実施機関による保険者への健診結果の提供や、保険者における被保険者等と健診結果の紐付けを円滑にする観点から、事業主健診の問診票のひな形に保険者番号や被保険者番号等を記入する欄を設け、健診実施時にその問診票の使用を推進すること
- ・ 40 歳未満の事業主健診等の結果も含め、保険者に集約された健診情報を活用し、事業主と保険者が連携し、加入者に対して予防・健康づくりに取り組む重要性を説明すること

○ なお、事業主健診情報の集約に当たっては、事業主や保険者に過度な負担が発生しない手法を検討すべきといった意見や、デジタル化の議論も踏まえたデータの集約の在り方を検討すべきといった意見があった。

4. 終わりに

○ 上記のとおり、人生 100 年時代に向けた医療保険制度改革の在り方について、議論の整理を行った。

○ 整理の前提として、新型コロナウイルス感染症に対し、総力を挙げた取組が必要であることは論を俟たない。ただし、その中にあっても、人口減少、少子高齢化は既に目に見える形で進んでおり、特に、団塊の世代が75歳以上となり始める2022年度を見据えると、諸課題への対応に取り組んでいく必要がある。

○ 今般の整理は、2022年度を見据え、全ての世代の方々の安心を広く支え合い、次の世代に引き継いでいくために不可欠な改革の姿をまとめたものであり、厚生労働省においては、当部会における意見を十分に踏まえ、確実に改革を行えるよう、取組を進められたい。

また、国民皆保険の持続可能性を確保し、将来世代に引き継いでいくためにも、厚生労働省においては、2022年度の対応のみならず、「新経済・財政再生計画 改革工程表 2020」（令和2年12月18日経済財政諮問会議決定）の対応を含め、更にその先にある、団塊ジュニア世代が高齢期を迎え、支え手の中心となる生産年齢人口の減少が加速する2040年頃を見据え、今後の医療保険制度の在り方について引き続き更なる検討を進め、必要となる改革を順次進められたい。

医療保険制度における 新型コロナウイルス感染症の影響について

医療費の動向 令和2年4月～8月

医療費の動向（メディアス）の月次報告については、通常、厚生労働省のホームページ上での公表としているが、新型コロナウイルス感染症の影響により患者の受診動向等に大きな変化があったと考えられることから、10月14日に令和2年4月～6月分、11月12日に令和2年7月分の一部をご報告したところである。
8月についても、受診動向等の更なる変化を注視する観点から、その一部を報告する。

- 令和2年4月～8月の医療費の伸び率（対前年同月比）を見ると、4月に▲8.8%、5月に▲11.9%と10%程度の減少、6月は▲2.4%に留まり、7月は▲4.5%と拡大したが、8月は▲3.5%と減少幅は小さくなった。
- 診療種類別では、8月になり、入院、入院外は減少幅が減少、歯科はわずかに増加に転じる一方、調剤は減少幅が拡大。
- 未就学者、医科診療所の小児科や耳鼻咽喉科は8月においても依然20%程度の減少となっており、都道府県間の減少幅の差異はわずかに拡大した。

（参考）

入院	：	4月に－6.5%、5月に－10.1%、6月に－4.0%、7月に－4.3%、8月に－3.0%の減少
入院外	：	4月に－13.7%、5月に－15.4%、6月に－2.6%、7月に－5.8%、8月に－4.7%の減少
歯科	：	4月に－15.3%、5月に－15.8%、6月に－0.2%、7月に－4.0%の減少、8月に0.9%の増加
調剤	：	4月に－3.1%、5月に－8.7%の減少、6月に0.1%の増加、7月に－3.6%、8月に－5.3%の減少

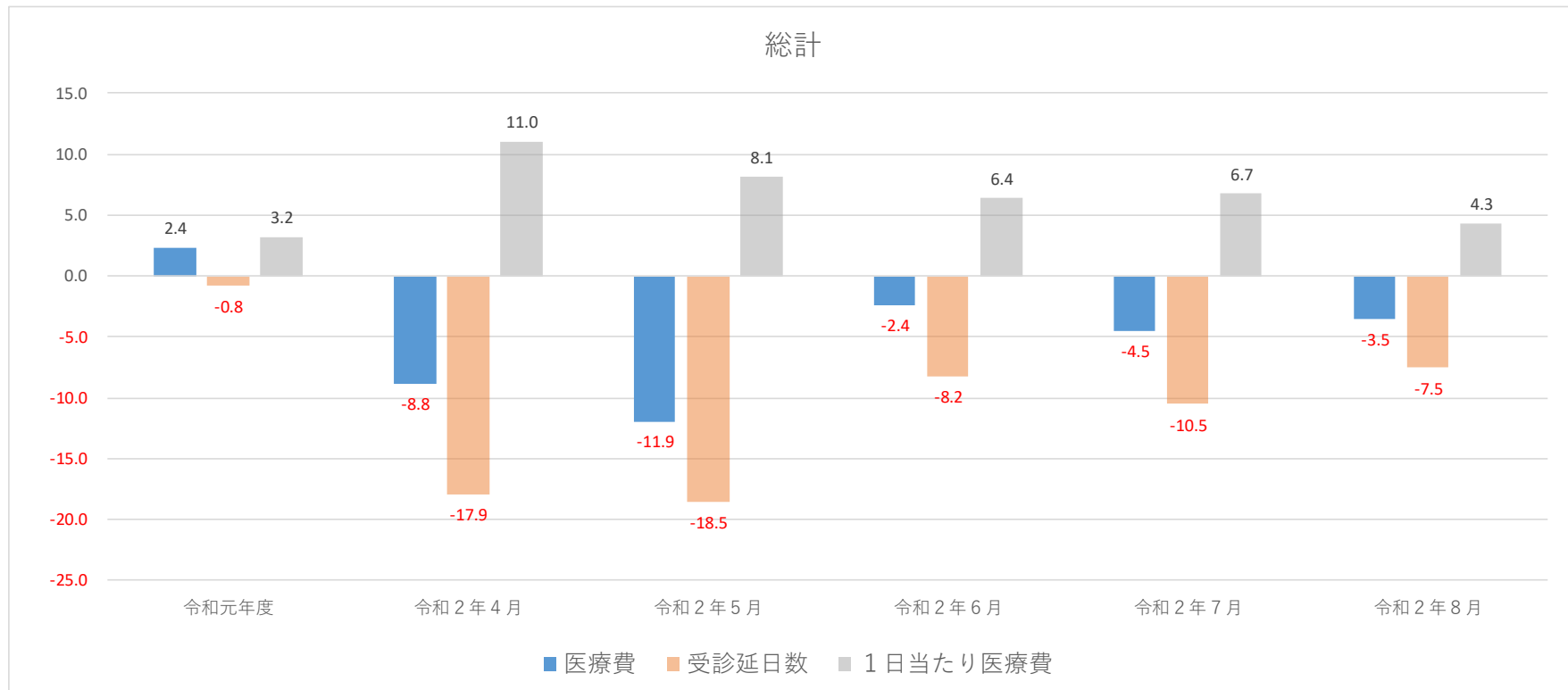
医療費の動向 令和2年4月～8月 ①概算医療費

- 令和2年4～8月の医療費の伸び（対前年同月比、以下同じ）を見ると、4月に▲8.8%、5月に▲11.9%と10%程度の減少となり、6月は▲2.4%の減少に留まり、7月は▲4.5%と減少幅は拡大したが、8月は▲3.5%と減少幅は小さくなった。
- 受診延べ日数の伸びは4月～5月は▲18～19%程度減少、6月は▲8.2%と減少幅は縮小し、7月は▲10.5%と拡大したが、8月は▲7.5%と小さくなった。
- 1日当たり医療費の伸びは4月～8月を通じてプラスで推移。

■ 総計 の伸び率（対前年同月比）

（単位：％）

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月	令和2年8月
医療費	2.4	-8.8	-11.9	-2.4	-4.5	-3.5
受診延日数	-0.8	-17.9	-18.5	-8.2	-10.5	-7.5
1日当たり医療費	3.2	11.0	8.1	6.4	6.7	4.3



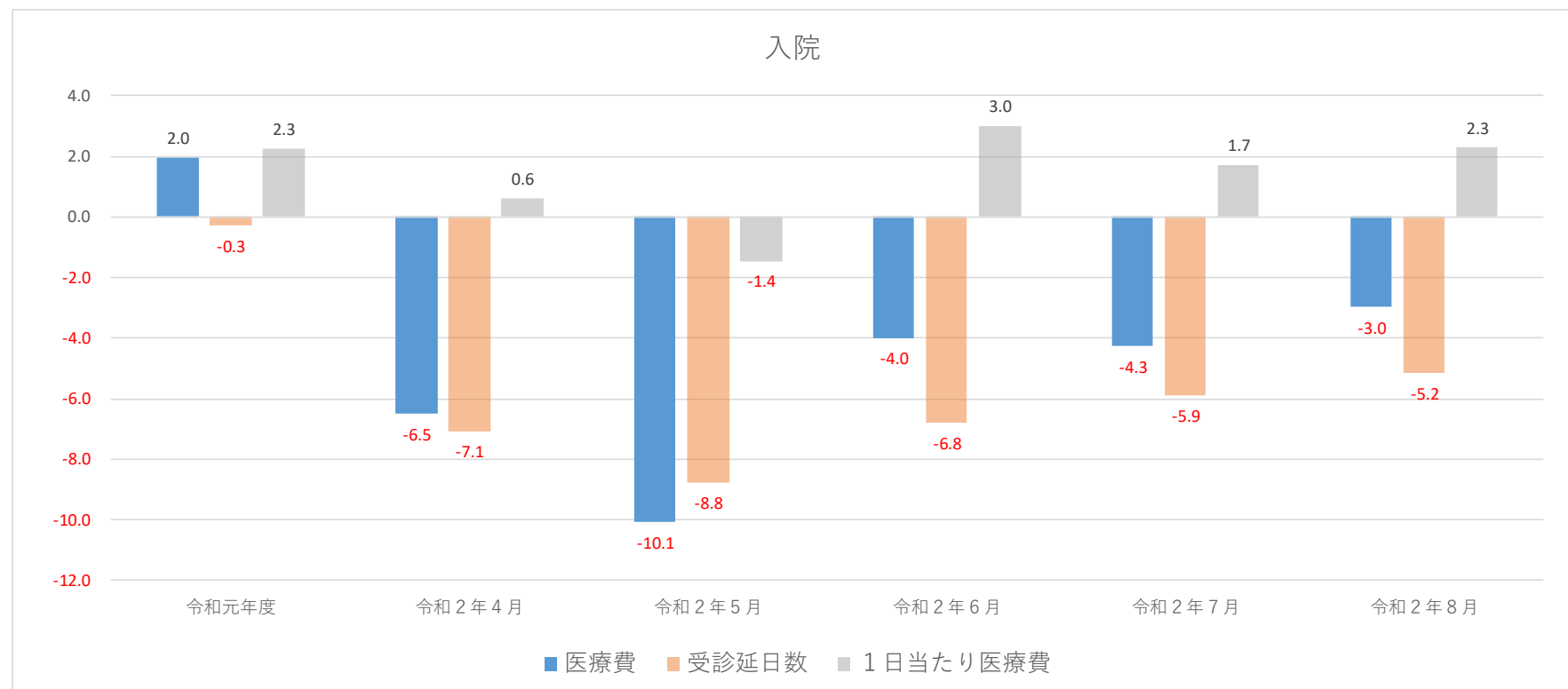
医療費の動向 令和2年4月～8月 ②－1 診療種別（入院）

- 入院医療費は、8月は▲3.0%と減少幅は縮小。
- 受診延べ日数の伸びは4月～8月を通じてマイナスで推移。1日当たり医療費は5月のみ減少している。

■ 入院の伸び率（対前年同月比）

（単位：％）

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月	令和2年8月
医療費	2.0	-6.5	-10.1	-4.0	-4.3	-3.0
受診延日数	-0.3	-7.1	-8.8	-6.8	-5.9	-5.2
1日当たり医療費	2.3	0.6	-1.4	3.0	1.7	2.3



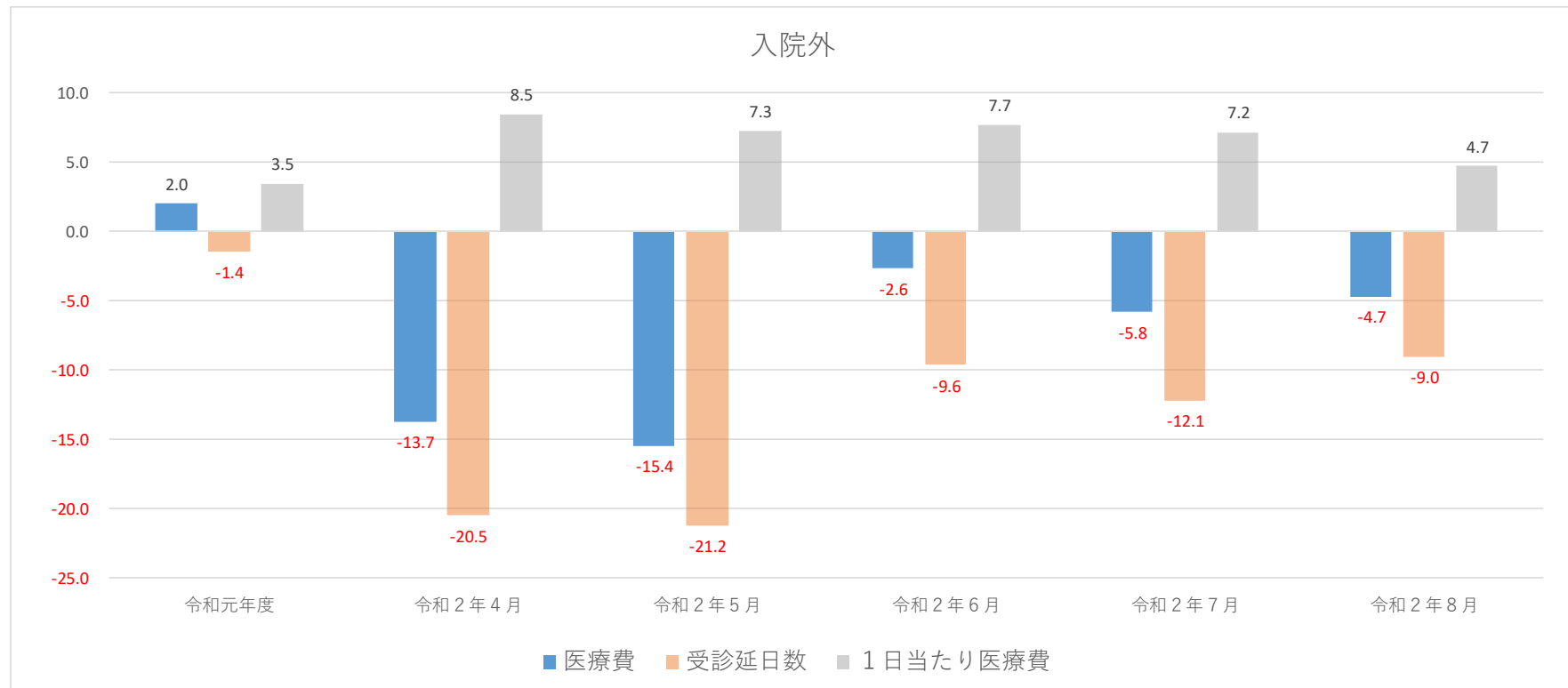
医療費の動向 令和2年4月～8月 ②－2 診療種別（入院外）

- 入院外医療費は6月に▲2.6%の減少に留まり、7月は▲5.8%と減少幅は拡大したが、8月は▲4.7%と減少幅は縮小。
- 受診延べ日数は4月～5月は2割を超える減少となったが、6月～8月の減少幅は1割程度。
- 1日当たり医療費は4月～7月を通じて7～8%程度の増加となったが、8月は4.7%と増加幅は縮小。

■ 入院外の伸び率（対前年同月比）

（単位：％）

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月	令和2年8月
医療費	2.0	-13.7	-15.4	-2.6	-5.8	-4.7
受診延日数	-1.4	-20.5	-21.2	-9.6	-12.1	-9.0
1日当たり医療費	3.5	8.5	7.3	7.7	7.2	4.7



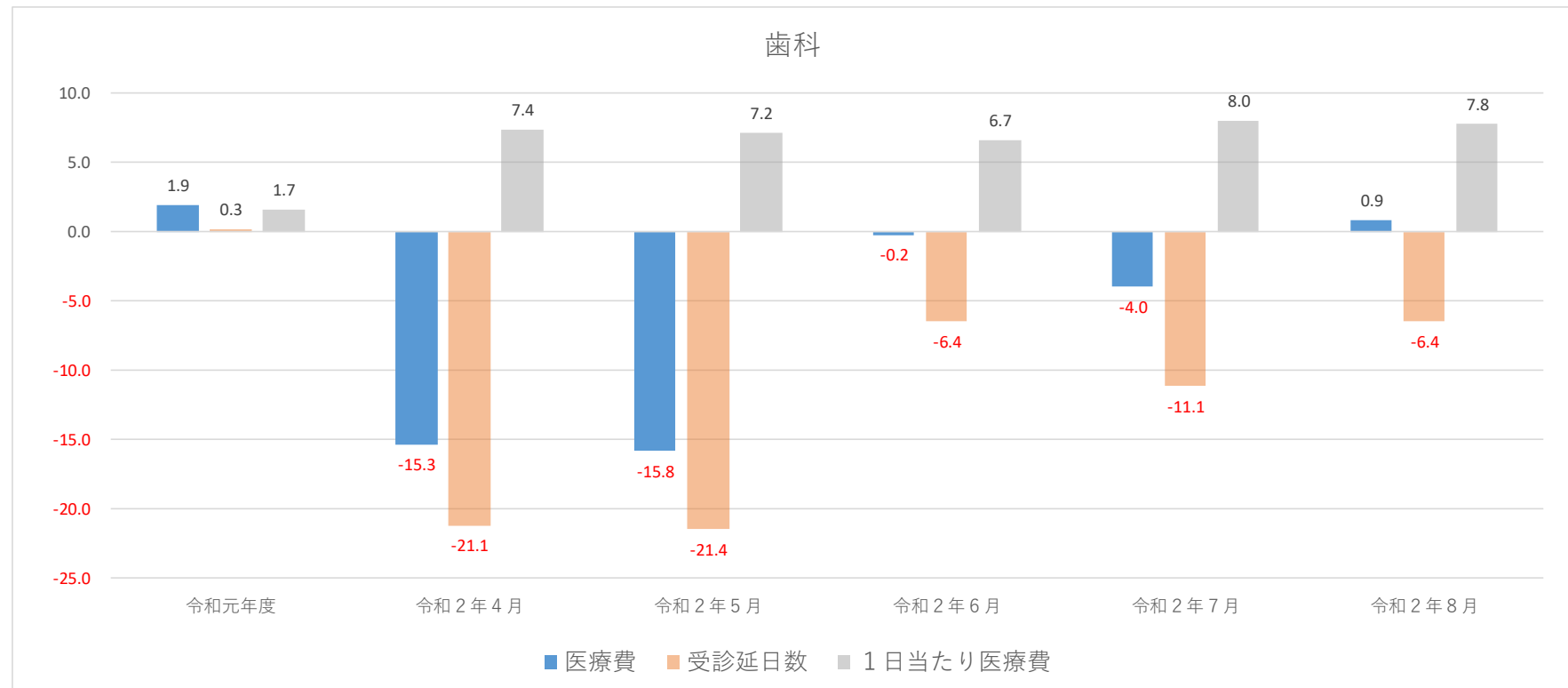
医療費の動向 令和2年4月～8月 ②－3 診療種別（歯科）

- 歯科医療費は、6月に▲0.2%の減少とほぼ前年並みとなり、7月は▲4.0%の減少となったが、8月は0.9%とわずかに増加。
- 受診延べ日数は、6月の減少幅▲6.4%から7月は▲11.1%に拡大したが、8月は再び▲6.4%となった。
- 1日当たり医療費は4月～8月を通じて6～8%程度の増加。

■ 歯科の伸び率（対前年同月比）

（単位：％）

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月	令和2年8月
医療費	1.9	-15.3	-15.8	-0.2	-4.0	0.9
受診延日数	0.3	-21.1	-21.4	-6.4	-11.1	-6.4
1日当たり医療費	1.7	7.4	7.2	6.7	8.0	7.8



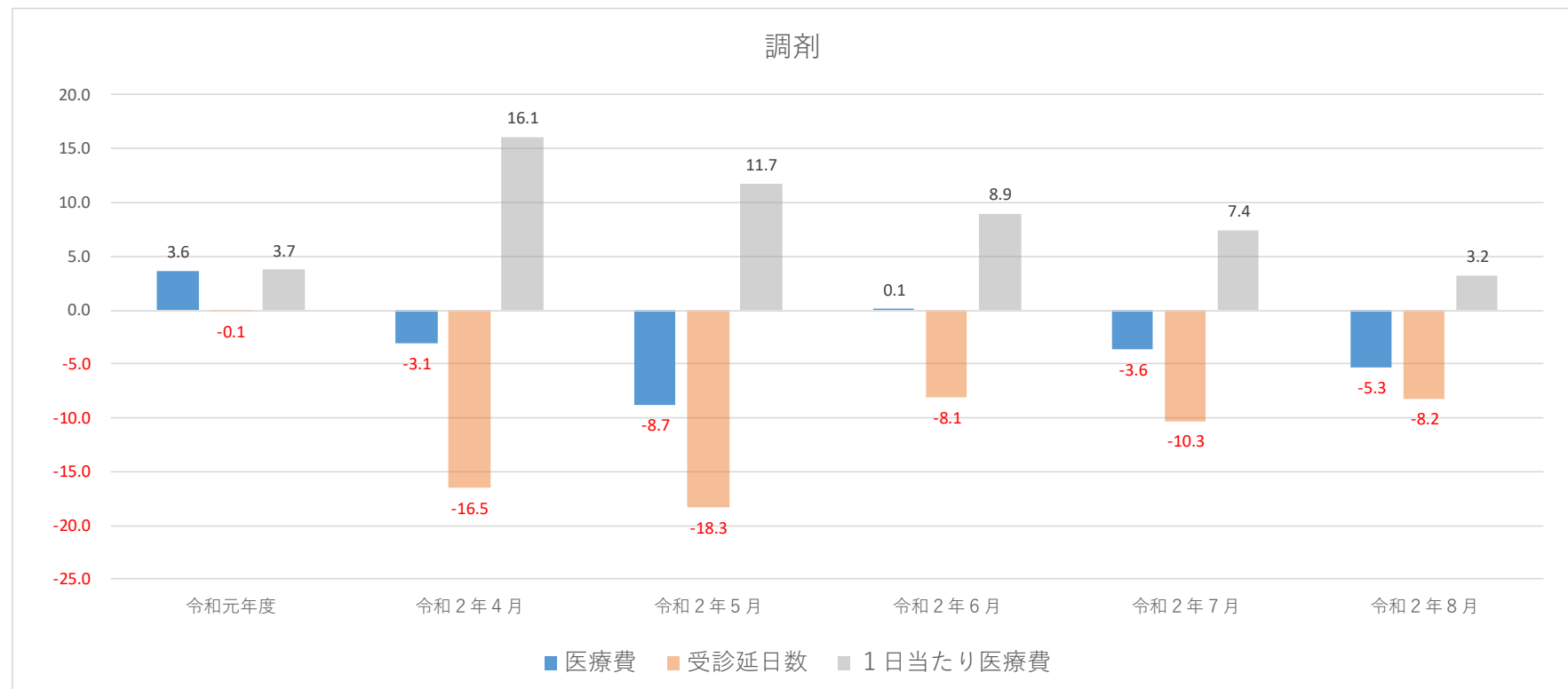
医療費の動向 令和2年4月～8月 ②－4 診療種別（調剤）

- 調剤医療費は、6月に+0.1%とほぼ前年並みとなったが、7月は▲3.6%と減少、8月は▲5.3%と減少幅は拡大。
- 受診延日数は入院外と同様4月～5月に▲16～▲18%程度と大きな減少となったが、6月～8月の減少幅は1割程度と縮小。
- 1日当たり医療費は4月に+16.1%と大きな伸びとなり、以降伸び率は低下傾向。

■ 調剤 の伸び率（対前年同月比）

（単位：％）

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月	令和2年8月
医療費	3.6	-3.1	-8.7	0.1	-3.6	-5.3
受診延日数 ※	-0.1	-16.5	-18.3	-8.1	-10.3	-8.2
1日当たり医療費	3.7	16.1	11.7	8.9	7.4	3.2



※受診延日数は「処方せん枚数（受付回数）」を集計したもの

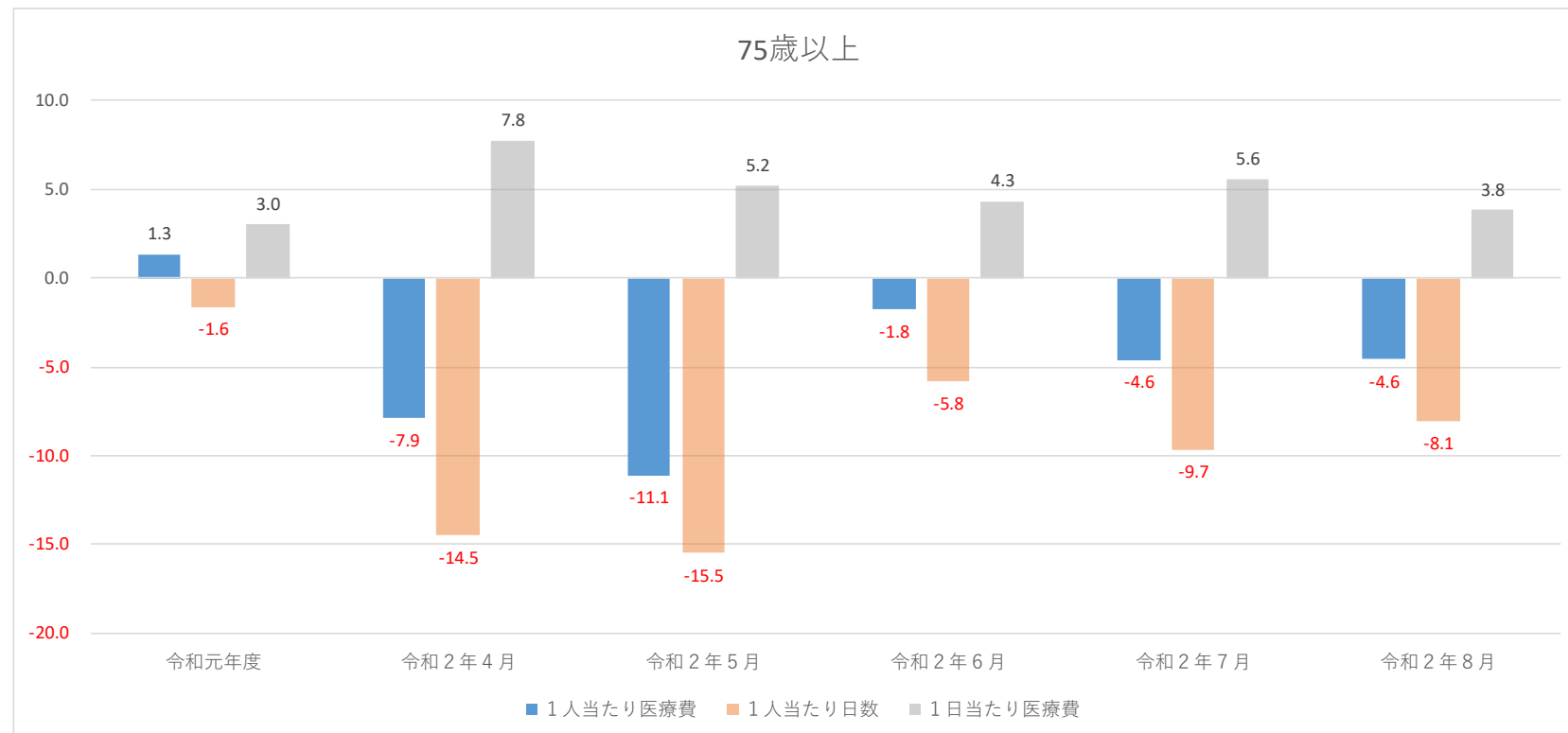
医療費の動向 令和2年4月～8月 ③－1 75歳以上の状況

○ 8月の1人当たり日数の減少幅、1日当たり医療費の増加幅は小さくなり、1人当たり医療費の減少幅は7月と同程度となった。

■ 75歳以上の医療費の伸び率（対前年同期比）

（単位：％）

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月	令和2年8月
1人当たり医療費	1.3	-7.9	-11.1	-1.8	-4.6	-4.6
1人当たり日数	-1.6	-14.5	-15.5	-5.8	-9.7	-8.1
1日当たり医療費	3.0	7.8	5.2	4.3	5.6	3.8



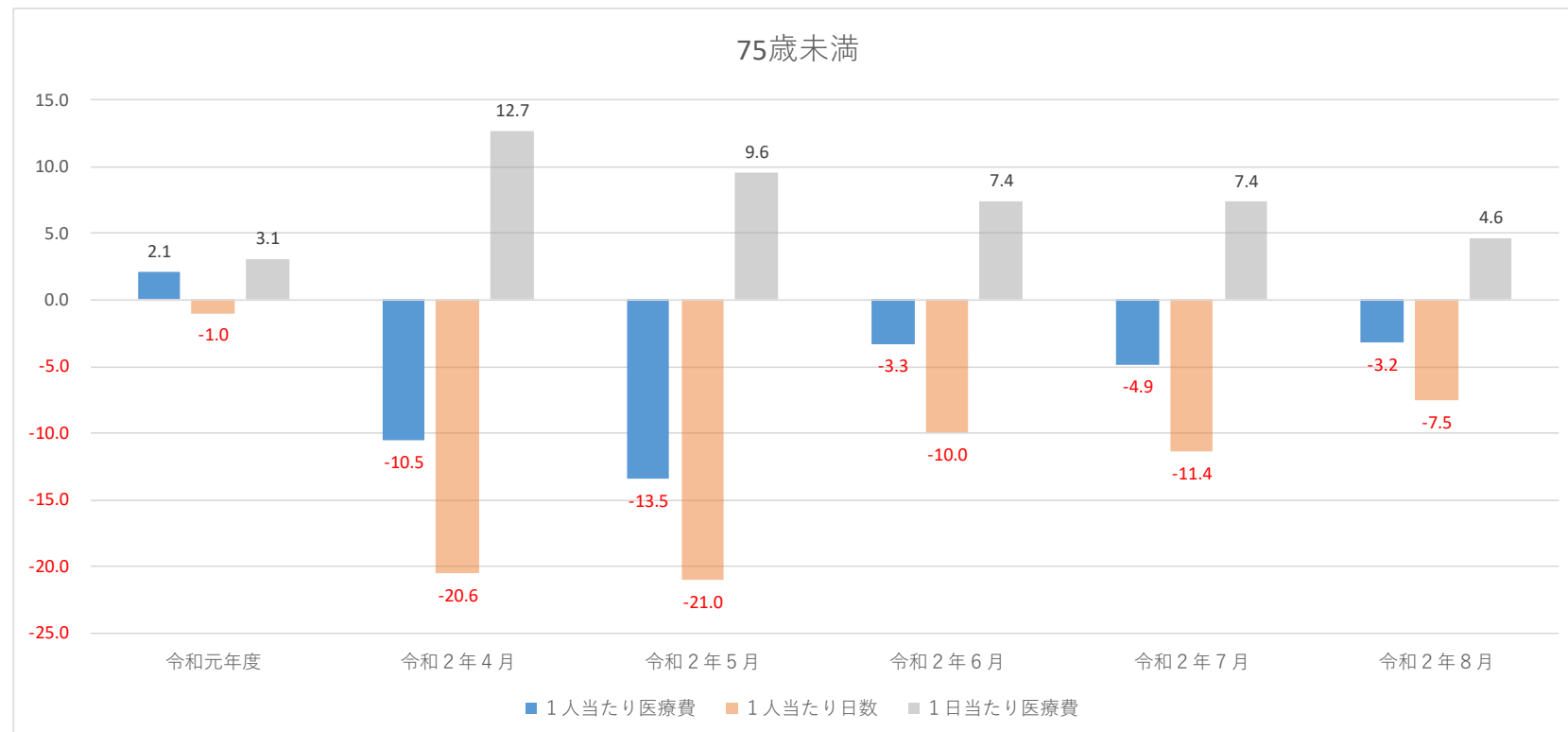
医療費の動向 令和2年4月～8月 ③－2 75歳未満の状況

- 8月は75歳以上と比べ、1日当たり医療費の増加幅は大きく、1人当たり医療費、1人当たり日数の減少幅は小さくなった。

■ 75歳未満 の医療費の伸び率（対前年同期比）

（単位：％）

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月	令和2年8月
1人当たり医療費	2.1	-10.5	-13.5	-3.3	-4.9	-3.2
1人当たり日数	-1.0	-20.6	-21.0	-10.0	-11.4	-7.5
1日当たり医療費	3.1	12.7	9.6	7.4	7.4	4.6



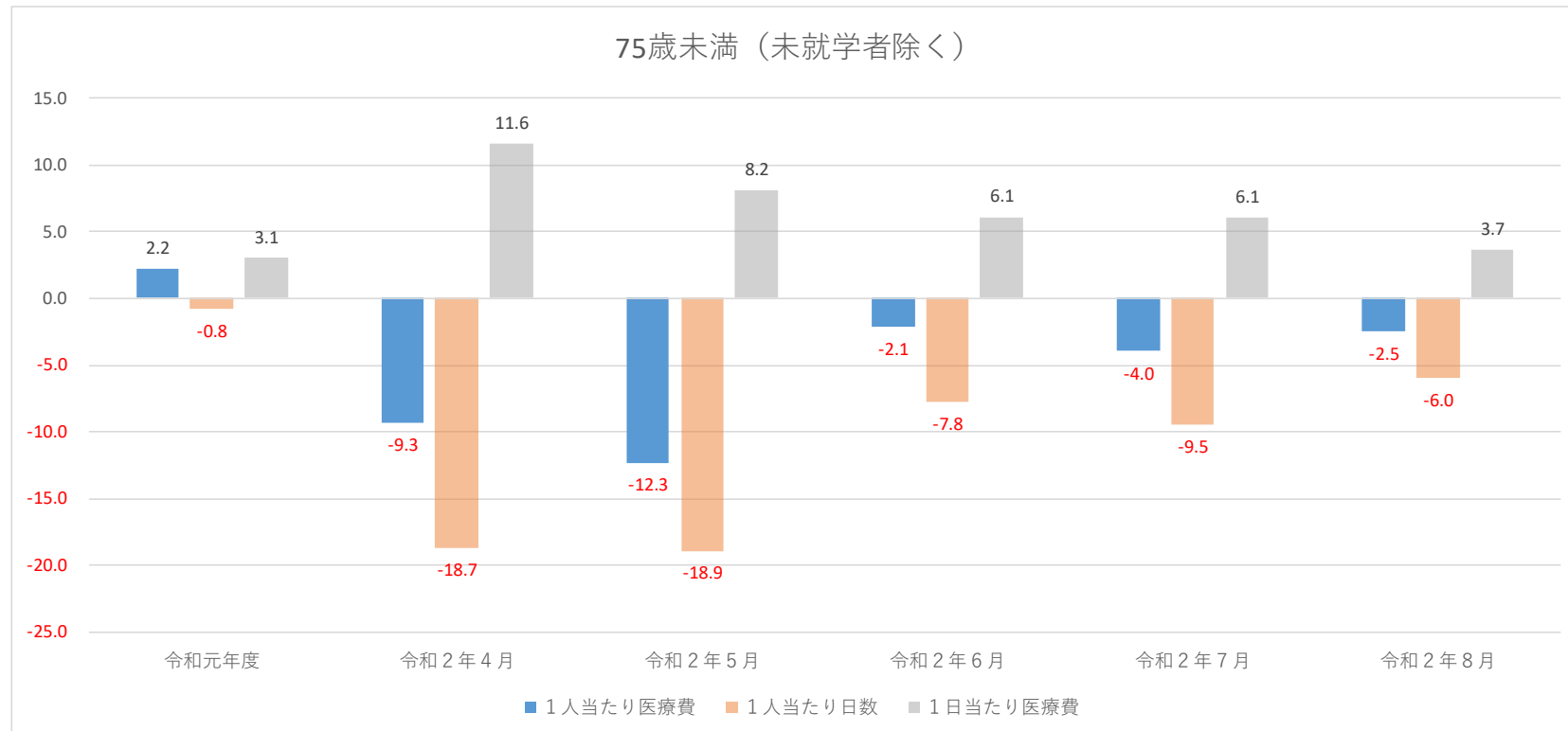
医療費の動向 令和2年4月～8月 ③－3 75歳未満（未就学者除く）の状況

○ 未就学者を除くと、1人当たり医療費の減少幅は▲2.5%とさらに小さくなる。

■ 75歳未満（未就学者除く）の医療費の伸び率（対前年同期比）

（単位：％）

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月	令和2年8月
1人当たり医療費	2.2	-9.3	-12.3	-2.1	-4.0	-2.5
1人当たり日数	-0.8	-18.7	-18.9	-7.8	-9.5	-6.0
1日当たり医療費	3.1	11.6	8.2	6.1	6.1	3.7



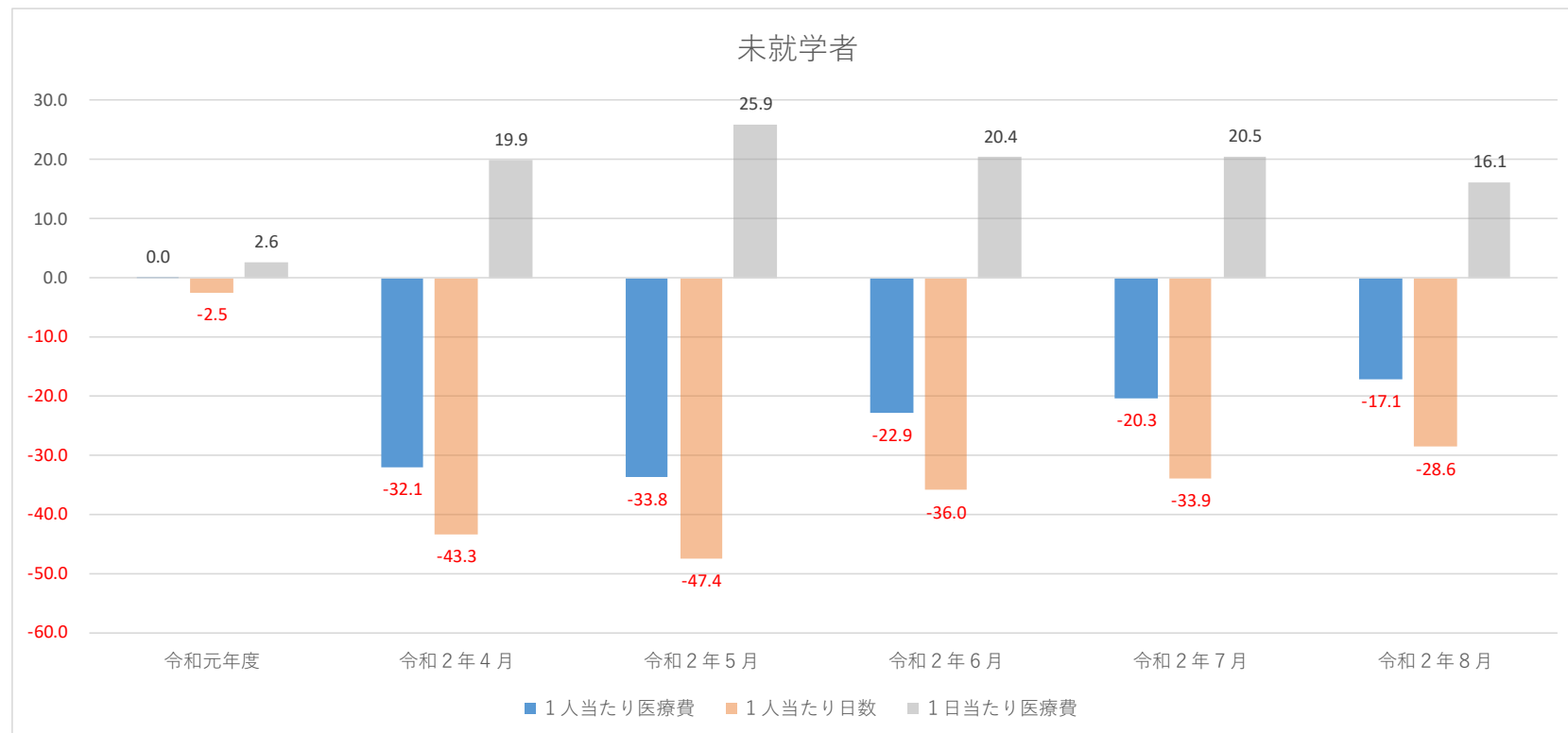
医療費の動向 令和2年4月～8月 ③－4 未就学者の状況

○ 未就学者については8月においても受診日数の減少、1日当たり医療費の増加、医療費の減少が対前年同月比は依然15%を超えている。

■ 未就学者 の医療費の伸び率（対前年同期比）

（単位：％）

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月	令和2年8月
1人当たり医療費	0.0	-32.1	-33.8	-22.9	-20.3	-17.1
1人当たり日数	-2.5	-43.3	-47.4	-36.0	-33.9	-28.6
1日当たり医療費	2.6	19.9	25.9	20.4	20.5	16.1



医療費の動向 令和2年4月～8月 ④診療科別の状況

- 入院外について、医科診療所の主たる診療科別の伸び率を見ると、小児科・耳鼻咽喉科の減少幅が小さくなってきているものの、依然、他の診療科に比べ減少幅は大きい。

■ 伸び率（対前年同月比）

（単位：％）

	医療費						受診延日数						1日当たり医療費					
	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月	令和2年8月	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月	令和2年8月	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月	令和2年8月
医科診療所	0.8	▲16.3	▲15.7	▲ 4.2	▲ 6.8	▲ 4.2	▲ 1.3	▲21.0	▲20.4	▲10.0	▲12.3	▲ 8.0	2.1	6.0	5.9	6.4	6.2	4.2
内科	0.4	▲11.6	▲12.1	▲ 2.4	▲ 4.9	▲ 3.6	▲ 1.7	▲15.6	▲18.0	▲ 8.8	▲11.0	▲ 8.3	2.1	4.8	7.1	7.0	6.9	5.0
小児科	0.1	▲38.4	▲44.9	▲31.9	▲26.8	▲21.8	▲ 2.2	▲42.8	▲51.1	▲40.1	▲35.3	▲30.3	2.3	7.8	12.6	13.6	13.1	12.2
外科	▲ 1.3	▲18.5	▲17.2	▲ 7.7	▲12.3	▲11.5	▲ 4.6	▲21.3	▲20.3	▲11.6	▲16.6	▲13.7	3.5	3.6	3.8	4.3	5.2	2.5
整形外科	1.8	▲18.3	▲14.9	▲ 1.6	▲ 6.7	▲ 3.1	▲ 1.0	▲22.7	▲19.1	▲ 6.8	▲11.8	▲ 6.4	2.8	5.7	5.1	5.5	5.8	3.5
皮膚科	1.9	▲15.2	▲ 6.0	6.2	▲ 5.4	2.5	1.2	▲14.2	▲ 5.1	5.6	▲ 5.7	2.4	0.6	▲ 1.2	▲ 1.0	0.6	0.3	0.1
産婦人科	1.4	▲14.9	▲11.9	▲ 0.1	▲ 2.7	1.6	0.8	▲15.9	▲13.8	▲ 4.2	▲ 6.7	▲ 2.7	0.6	1.2	2.3	4.3	4.4	4.4
眼科	2.3	▲19.7	▲21.4	▲ 2.0	▲ 4.9	0.3	▲ 1.3	▲25.8	▲24.0	▲ 7.5	▲ 7.0	▲ 3.2	3.6	8.1	3.4	5.9	2.2	3.6
耳鼻咽喉科	▲ 2.7	▲42.6	▲40.1	▲28.5	▲21.9	▲17.2	▲ 4.3	▲42.3	▲41.5	▲33.8	▲26.7	▲21.6	1.7	▲ 0.6	2.4	8.0	6.5	5.7
その他	2.3	▲11.1	▲10.0	0.5	▲ 3.3	▲ 1.9	1.4	▲11.2	▲10.5	▲ 1.8	▲ 5.5	▲ 3.2	0.8	0.1	0.5	2.3	2.3	1.3

医療費の動向 令和2年4月～8月 ⑤都道府県別の状況

- 都道府県別に入院外の医療費の伸び率を見ると、7月にデータの散らばりの度合いを表す分散は令和元年度と同等と、その差は小さくなり、8月にわずかに分散が大きくなったものの、データの散らばりは引き続き小さい。

■伸び率（対前年同月比）

	医療費					
	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月	令和2年8月
全国	2.0	-13.7	-15.4	-2.6	-5.8	-4.7
北海道	2.2	-10.9	-15.5	-0.4	-4.4	-5.3
青森県	1.2	-8.7	-11.8	0.2	-5.3	-5.4
岩手県	0.9	-6.5	-10.9	0.2	-6.1	-4.2
宮城県	1.7	-11.0	-14.3	-0.9	-6.5	-4.2
秋田県	1.2	-8.5	-10.7	1.1	-5.5	-4.7
山形県	0.8	-12.5	-15.3	0.1	-6.7	-5.0
福島県	0.9	-9.6	-14.8	-2.6	-6.2	-5.2
茨城県	1.6	-14.1	-14.9	-2.2	-5.3	-4.9
栃木県	2.5	-10.8	-14.4	-3.2	-6.8	-6.2
群馬県	1.6	-12.3	-14.5	-3.1	-6.4	-5.8
埼玉県	2.6	-16.3	-16.0	-3.6	-5.4	-3.8
千葉県	2.2	-15.5	-16.6	-4.3	-5.5	-4.3
東京都	2.9	-20.9	-19.5	-5.0	-6.3	-4.4
神奈川県	2.4	-16.9	-17.5	-5.0	-6.1	-4.1
新潟県	1.2	-8.9	-13.2	0.5	-6.6	-5.5
富山県	1.8	-11.9	-17.2	-2.3	-5.6	-4.6
石川県	1.4	-15.1	-17.8	-2.6	-5.3	-5.5
福井県	0.4	-17.7	-16.9	-1.2	-7.0	-6.1
山梨県	2.1	-13.0	-13.4	-1.3	-5.0	-5.1
長野県	1.9	-10.3	-13.9	-0.1	-4.7	-4.0
岐阜県	1.2	-14.4	-14.3	-2.1	-5.6	-5.1
静岡県	2.3	-8.3	-11.9	-0.3	-4.9	-3.8
愛知県	2.5	-12.2	-13.1	-1.3	-5.4	-4.4

	医療費					
	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月	令和2年8月
三重県	1.2	-12.3	-14.4	-2.0	-6.4	-6.0
滋賀県	2.3	-14.2	-15.8	-3.2	-5.7	-5.2
京都府	1.8	-14.0	-15.9	-3.0	-6.1	-4.5
大阪府	2.1	-14.5	-15.9	-3.3	-5.9	-4.2
兵庫県	2.1	-15.6	-16.7	-3.2	-6.1	-4.0
奈良県	3.2	-11.1	-13.1	-2.3	-4.2	-4.0
和歌山県	0.9	-10.2	-11.8	-1.6	-5.9	-4.9
鳥取県	1.5	-7.6	-12.2	-1.7	-5.2	-4.3
島根県	1.8	-7.5	-12.5	1.3	-5.5	-4.2
岡山県	2.1	-8.7	-14.2	-0.9	-5.5	-4.9
広島県	1.7	-10.8	-14.8	-1.8	-6.1	-3.8
山口県	0.6	-10.8	-14.2	-2.3	-6.1	-3.9
徳島県	1.3	-8.5	-10.4	-0.3	-6.1	-6.7
香川県	1.2	-10.9	-13.4	-1.2	-5.9	-5.4
愛媛県	2.0	-11.8	-14.3	-2.6	-6.1	-5.0
高知県	0.1	-12.5	-14.3	-1.1	-5.9	-5.0
福岡県	1.7	-16.0	-17.1	-4.6	-6.3	-4.5
佐賀県	2.5	-10.0	-12.5	0.6	-4.3	-1.0
長崎県	1.1	-8.6	-12.4	-0.7	-7.5	-5.7
熊本県	1.0	-11.8	-14.4	-3.9	-7.1	-6.0
大分県	1.0	-12.2	-12.8	-0.5	-5.4	-8.7
宮崎県	2.0	-7.5	-9.5	1.2	-3.1	-6.4
鹿児島県	1.7	-7.2	-10.8	-0.2	-5.4	-5.1
沖縄県	4.2	-14.8	-19.1	-3.6	-6.4	-8.4

最大：	4.2	-6.5	-9.5	1.3	-3.1	-1.0
最小：	0.1	-20.9	-19.5	-5.0	-7.5	-8.7
分散※：	0.6	9.9	5.1	2.8	0.7	1.4

※分散とは、データの散らばりの度合いを表す値

：医療費の伸び率 上位10県（減少幅が小さい）
 ：医療費の伸び率 下位10県（減少幅が大きい）

医療費の動向 令和2年4月～8月 ⑥休日数等の調整後の医療費の伸び率

- 休日数等の調整後の医療費の伸び率を見ると、いずれの診療種類においても、6月～8月にかけて減少幅は縮小している。

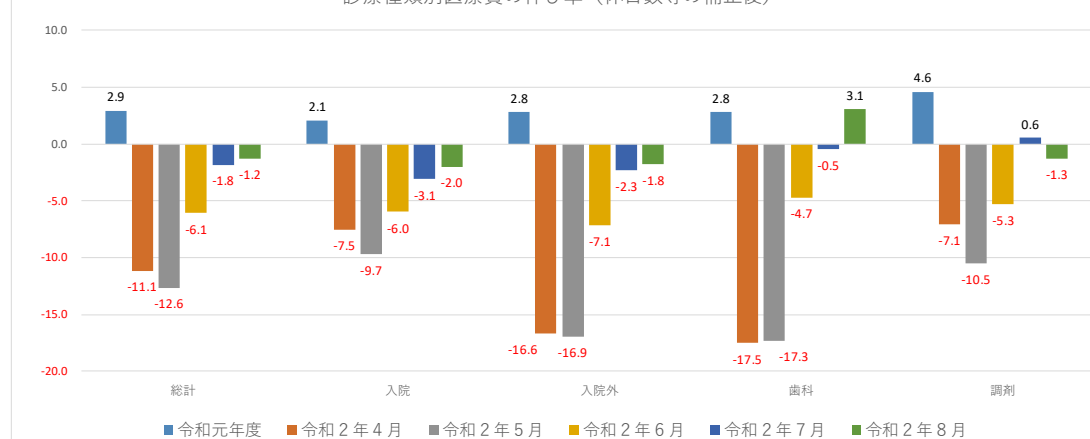
■診療種類別医療費の伸び率（休日数等の補正後・対前年同期比）

（単位：％）

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月	令和2年8月
総計	2.9	-11.1	-12.6	-6.1	-1.8	-1.2
入院	2.1	-7.5	-9.7	-6.0	-3.1	-2.0
入院外	2.8	-16.6	-16.9	-7.1	-2.3	-1.8
歯科	2.8	-17.5	-17.3	-4.7	-0.5	3.1
調剤	4.6	-7.1	-10.5	-5.3	0.6	-1.3

		令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月	令和2年8月
前年同期差 （日）	日曜・祭日等	+3	-1	-1	-1	+1	+1
	土曜	+2	0	+2	-1	0	0
	休日でない木曜	+1	+1	0	0	0	-1

診療種類別医療費の伸び率（休日数等の補正後）



（参考）医療費の伸び率（対前年同月比）に対する休日数等の対前年同月差の影響補正係数（平成22年度～）

	日曜・祭日等	土曜	休日でない木曜
総計	-2.7	-1.0	-0.4
入院	-1.2	-0.8	-0.2
入院外	-3.5	-1.0	-0.6
歯科	-3.5	-1.0	-1.3
調剤	-4.2	-1.2	-0.2

注.

休日数等の影響を補正した医療費の伸び率は、平成16～21年度の各月の制度別等の1人当たり医療費の伸び率（診療報酬改定等及び閏日の影響を除く）を、日曜・祭日等（年末年始については、12月29日～1月3日を日曜として扱っている）の数、土曜日の数、休日でない木曜日の数、1定点当たりインフルエンザ報告数（国立感染症研究所感染症情報センター「サーベイランス」）、花粉症の影響を表すデータ（環境省花粉観測システムの観測地点・観測時別データの単純平均）の対前年同月差を説明変数として重回帰分析した結果を用いて補正したものである。

なお、総計及び公費については、医療保険計について重回帰分析した結果を用いて補正している。

電子レセプトを用いた医科（入院・入院外）医療費の分析 ＜令和2年4月～8月＞

レセプト電算処理システムにより処理された診療報酬明細書（電子レセプト）のうち医科入院、医科入院外分を用いて集計、医療費の動向について詳細を分析。
ただし、以下の点について留意が必要。
・医科入院外分は月毎に100分の1の抽出率でランダム抽出したデータを用いていること。
・電算化率の変動が医療費の伸び率に影響を与えること（電算化率は入院は95%程度、入院外は98%程度）

- 年齢階級別では、入院・入院外ともに依然、「0歳以上 5歳未満」などの若齢層の減少幅が大きい、入院外については、これまで減少幅が大きかった「5歳以上 10歳未満」層などの減少幅が小さくなった。
- 疾病分類別では、入院・入院外ともに「呼吸器系の疾患」の減少が医療費の減少に大きく影響しており、8月においても、引き続き、その影響が大きい。
- 診療内容別では、入院は「DPC包括部分」とともに「手術・麻酔」の減少の影響が大きく、入院外は「初診」、「検査・病理診断」の減少の影響が大きい。

電子レセプトを用いた医科医療費の分析 令和2年4月～8月 ①年齢階級別

- 依然、「0歳以上 5歳未満」層の減少幅が大きい。
- 入院外については、令和2年8月には、「5歳以上 10歳未満」層の減少幅は小さくなり、「10歳以上 15歳未満」層はプラスに転じた。

■ 入院 1人当たり医療費 伸び率

(単位：%)

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月	令和2年8月
総数	2.5	-6.1	-10.7	-4.1	-4.5	-3.5
0歳以上 5歳未満	0.8	-19.3	-21.1	-15.8	-17.5	-15.2
5歳以上 10歳未満	3.4	-24.2	-27.4	-17.8	-20.5	-16.6
10歳以上 15歳未満	2.8	-12.2	-15.6	-4.6	-14.7	-6.7
15歳以上 20歳未満	4.3	-13.5	-16.3	-11.0	-21.3	-13.7
20歳以上 25歳未満	0.7	-10.3	-16.7	-8.1	-5.2	-10.4
25歳以上 30歳未満	0.3	-9.5	-12.6	-8.4	-7.1	-5.0
30歳以上 35歳未満	0.6	-7.1	-11.2	-4.2	-4.8	-2.5
35歳以上 40歳未満	0.7	-7.2	-12.0	-4.4	-2.7	-3.3
40歳以上 45歳未満	1.7	-6.0	-11.5	-6.0	-6.2	-4.6
45歳以上 50歳未満	0.9	-7.6	-12.4	-5.8	-6.1	-5.2
50歳以上 55歳未満	0.3	-6.7	-11.2	-5.3	-5.2	-4.4
55歳以上 60歳未満	1.3	-5.4	-11.1	-5.1	-5.5	-4.9
60歳以上 65歳未満	1.2	-5.0	-11.3	-6.1	-5.4	-3.2
65歳以上 70歳未満	1.2	-5.7	-12.0	-5.7	-5.2	-3.3
70歳以上 75歳未満	0.9	-7.1	-13.2	-5.4	-5.5	-3.6
75歳以上 80歳未満	1.1	-7.2	-13.0	-4.9	-5.0	-3.9
80歳以上 85歳未満	1.1	-7.7	-11.4	-4.5	-5.0	-5.0
85歳以上 90歳未満	0.8	-7.8	-9.9	-4.1	-5.0	-4.5
90歳以上 95歳未満	1.0	-7.4	-9.4	-4.5	-5.4	-5.4
95歳以上 100歳未満	-1.0	-8.4	-10.7	-6.0	-7.0	-8.3
100歳以上	3.6	-7.6	-8.5	-5.9	-9.0	-10.1

■ 入院外 1人当たり医療費 伸び率

(単位：%)

	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月	令和2年8月
総数	2.7	-12.7	-15.0	-2.7	-5.4	-4.7
0歳以上 5歳未満	-0.7	-44.5	-51.5	-37.6	-27.9	-28.9
5歳以上 10歳未満	-1.7	-38.2	-42.9	-22.1	-16.5	-5.9
10歳以上 15歳未満	0.4	-39.2	-32.4	-16.3	-6.7	4.8
15歳以上 20歳未満	0.3	-35.3	-20.9	-13.3	2.0	9.3
20歳以上 25歳未満	3.4	-15.9	-12.4	1.7	-16.8	-3.4
25歳以上 30歳未満	2.9	-17.6	-18.6	0.8	-7.9	1.2
30歳以上 35歳未満	4.0	-15.9	-21.5	-5.3	-1.7	-0.2
35歳以上 40歳未満	2.8	-15.6	-17.2	-6.1	-5.2	-4.7
40歳以上 45歳未満	1.8	-14.4	-16.1	-5.3	-0.6	-3.3
45歳以上 50歳未満	1.3	-10.3	-10.4	-8.0	-6.8	2.6
50歳以上 55歳未満	0.9	-9.8	-8.5	1.0	-4.9	-8.2
55歳以上 60歳未満	3.3	-6.0	-11.6	-3.2	-7.6	-6.3
60歳以上 65歳未満	1.6	-11.3	-10.1	2.3	-4.0	-1.7
65歳以上 70歳未満	2.9	-9.3	-15.7	-0.8	-6.6	-6.9
70歳以上 75歳未満	2.4	-10.6	-13.4	-0.3	-4.6	-7.4
75歳以上 80歳未満	1.3	-10.2	-15.7	-2.9	-4.9	-6.0
80歳以上 85歳未満	2.7	-11.7	-14.8	-1.7	-5.1	-5.9
85歳以上 90歳未満	1.3	-13.5	-9.2	2.6	-5.5	-3.5
90歳以上 95歳未満	0.7	-10.6	-12.3	0.3	-1.3	-6.3
95歳以上 100歳未満	-0.2	-10.5	-1.3	0.2	6.7	-0.7
100歳以上	4.7	24.1	-17.9	11.6	-13.6	-14.6

：伸び率の下位3階級（減少幅が大きい）

※ 1人当たり医療費の算出にあたり、各年齢階級毎の人数は総務省統計局「人口推計」における5歳階級別人口を用いた。

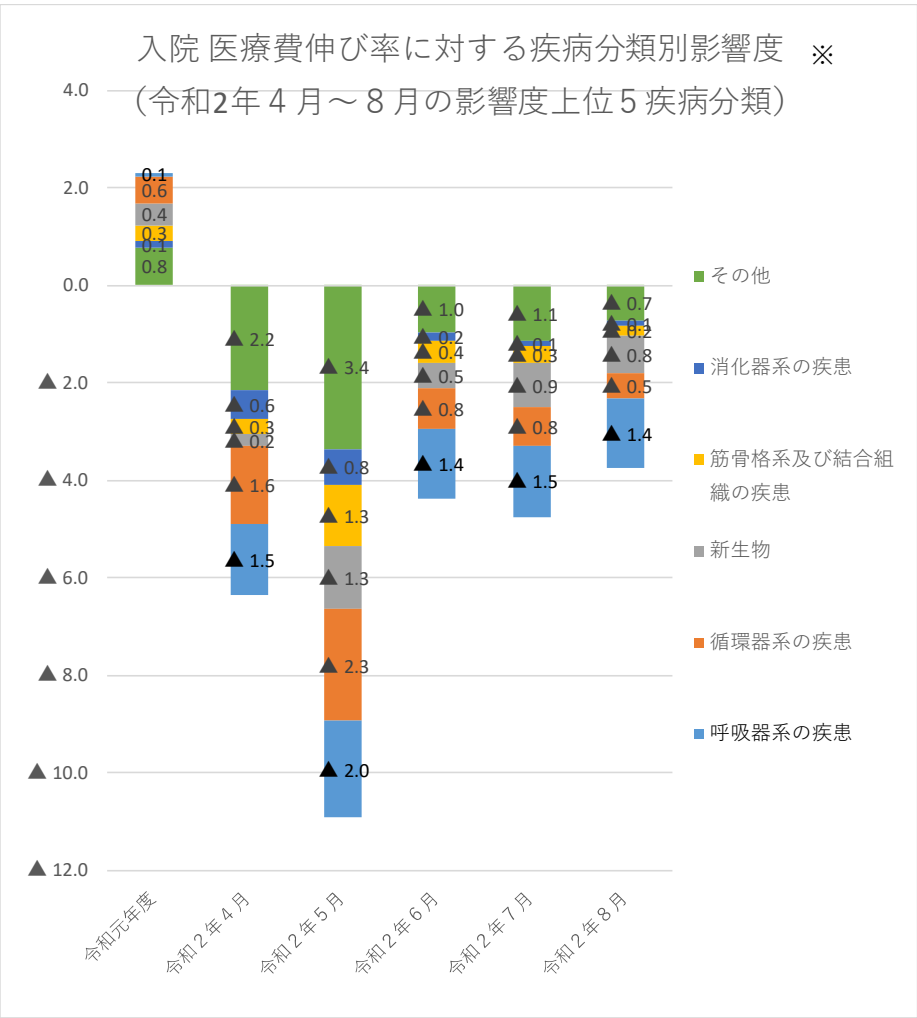
電子レセプトを用いた医科医療費の分析 令和2年4月～8月 ②-1 疾病分類別 入院

○ 疾病分類別の医療費の伸び率見ると、「眼及び付属器の疾患」や「耳及び乳様突起の疾患」、「呼吸器系の疾患」の減少幅が大きい、医療費全体の伸び率に対する影響度で見ると、「呼吸器系の疾患」や「循環器系の疾患」が大きく、「呼吸器系の疾患」は8月になっても減少幅が大きいまま。

■ 入院 疾病分類別医療費の伸び率							(単位: %)	(単位: %)
	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月	令和2年8月	令和元年度医療費の構成割合	
総数	2.3	▲ 6.4	▲ 10.9	▲ 4.4	▲ 4.7	▲ 3.8	100.0	
感染症及び寄生虫症	1.2	▲ 16.2	▲ 14.8	▲ 7.4	▲ 4.1	▲ 2.2	1.4	
新生物	2.7	▲ 1.5	▲ 8.1	▲ 3.2	▲ 5.5	▲ 4.7	16.4	
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	3.7	▲ 6.4	▲ 7.5	▲ 4.9	▲ 3.2	▲ 4.3	0.7	
内分泌、栄養及び代謝疾患	2.4	▲ 8.3	▲ 9.9	▲ 4.0	▲ 3.4	▲ 3.4	2.7	
精神及び行動の障害	▲ 0.4	▲ 1.9	▲ 2.6	▲ 1.2	▲ 1.0	▲ 1.1	8.6	
神経系の疾患	4.0	▲ 1.5	▲ 3.9	▲ 0.2	▲ 0.1	▲ 0.0	6.5	
眼及び付属器の疾患	3.4	▲ 13.9	▲ 38.8	▲ 16.9	▲ 17.1	▲ 12.2	1.5	
耳及び乳様突起の疾患	0.4	▲ 30.5	▲ 33.8	▲ 19.3	▲ 13.3	▲ 14.9	0.3	
循環器系の疾患	2.6	▲ 7.0	▲ 10.3	▲ 3.7	▲ 3.6	▲ 2.5	21.9	
呼吸器系の疾患	1.1	▲ 23.2	▲ 29.6	▲ 23.3	▲ 23.5	▲ 22.2	6.3	
消化器系の疾患	2.0	▲ 10.0	▲ 13.0	▲ 3.2	▲ 1.8	▲ 1.9	5.9	
皮膚及び皮下組織の疾患	3.6	▲ 5.6	▲ 7.7	▲ 0.5	0.4	▲ 0.8	0.8	
筋骨格系及び結合組織の疾患	4.8	▲ 4.5	▲ 18.4	▲ 6.0	▲ 4.5	▲ 2.8	7.2	
泌尿生殖器系の疾患	4.4	▲ 4.6	▲ 7.9	▲ 0.9	▲ 1.9	▲ 0.4	4.2	
妊娠、分娩及び産じょく	▲ 1.7	▲ 2.4	▲ 6.3	0.0	▲ 3.0	▲ 1.8	1.1	
周産期に発生した病態	0.4	4.2	6.4	11.6	0.1	5.0	0.9	
先天奇形、変形及び染色体異常	1.2	▲ 11.1	▲ 18.7	▲ 7.3	▲ 9.3	▲ 6.2	0.8	
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されない損傷、中毒及びその他の外因の影響	2.3	▲ 9.0	▲ 10.7	▲ 5.6	▲ 8.2	▲ 8.5	0.9	
不詳	▲ 11.4	▲ 14.0	▲ 17.4	▲ 19.4	▲ 17.2	▲ 16.8	1.5	

： 下位5疾病分類（減少幅が大きい）※不詳除く

： 上位5疾病分類



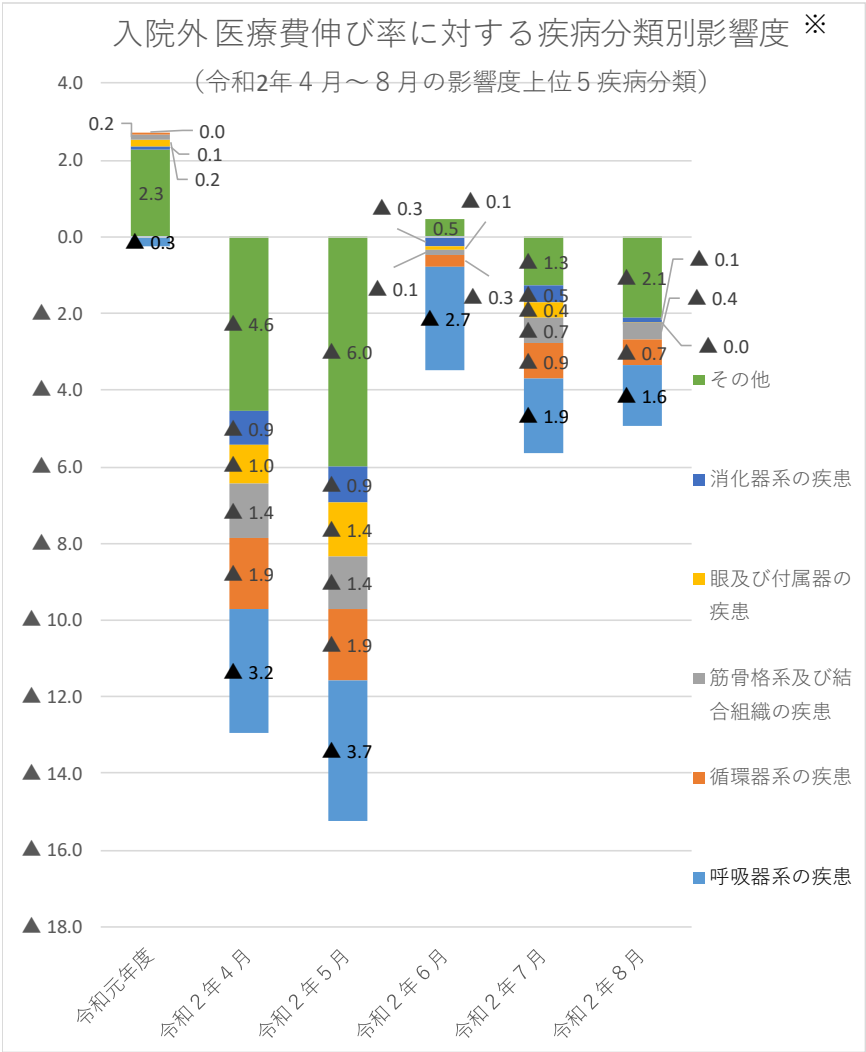
※影響度は（各疾病分類の医療費の増減分）÷（前期の医療費総数）×100 で算定

電子レセプトを用いた医科医療費の分析 令和2年4月～8月 ②-2 疾病分類別 入院外

○ 疾病分類別の医療費の伸び率を見ると、「耳及び乳様突起の疾患」、「呼吸器系の疾患」の減少幅が大きく、医療費全体の伸び率に対する影響度で見ると、「呼吸器系の疾患」の影響が大きく、8月になっても減少幅が大きいまま。

■ 入院外 疾病分類別医療費の伸び率							(単位: %)	(単位: %)
	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月	令和2年8月	令和元年度医療費の構成割合	
総数	2.5	▲ 13.0	▲ 15.2	▲ 3.0	▲ 5.6	▲ 4.9	100.0	
感染症及び寄生虫症	▲ 3.6	▲ 20.7	▲ 26.9	▲ 12.2	▲ 17.0	▲ 7.1	2.5	
新生物	9.4	▲ 3.3	▲ 11.7	4.0	2.3	▲ 5.9	12.3	
血液及び造血系の疾患並びに免疫機構の障害	25.4	3.6	▲ 4.7	▲ 12.4	▲ 3.7	▲ 5.7	1.2	
内分泌、栄養及び代謝疾患	2.7	▲ 6.6	▲ 6.5	0.7	▲ 2.4	▲ 4.9	10.6	
精神及び行動の障害	1.2	▲ 10.1	▲ 10.6	▲ 0.2	▲ 4.0	▲ 1.4	4.0	
神経系の疾患	4.7	▲ 2.7	▲ 3.0	1.4	0.4	0.5	3.3	
眼及び付属器の疾患	2.6	▲ 17.2	▲ 22.7	▲ 1.5	▲ 5.8	▲ 0.5	6.0	
耳及び乳様突起の疾患	▲ 0.9	▲ 30.6	▲ 30.6	▲ 16.1	▲ 12.1	▲ 12.3	0.9	
循環器系の疾患	0.2	▲ 11.3	▲ 11.9	▲ 2.1	▲ 5.8	▲ 4.2	15.7	
呼吸器系の疾患	▲ 3.1	▲ 38.1	▲ 46.6	▲ 35.9	▲ 27.3	▲ 24.9	8.1	
消化器系の疾患	1.8	▲ 16.6	▲ 18.3	▲ 4.7	▲ 8.5	▲ 2.0	5.3	
皮膚及び皮下組織の疾患	5.5	▲ 11.3	▲ 8.4	6.9	▲ 2.1	0.2	3.1	
筋骨格系及び結合組織の疾患	1.7	▲ 15.8	▲ 14.9	▲ 1.3	▲ 7.6	▲ 4.9	8.9	
泌尿生殖器系の疾患	3.9	▲ 2.9	▲ 5.7	6.3	▲ 1.0	▲ 2.7	10.9	
妊娠、分娩及び産じょく	▲ 5.8	▲ 9.9	▲ 4.4	▲ 5.1	2.8	▲ 1.7	0.1	
周産期に発生した病態	▲ 1.7	▲ 38.3	19.6	20.1	24.6	▲ 6.9	0.2	
先天奇形、変形及び染色体異常	5.9	▲ 26.5	▲ 15.9	12.5	6.7	5.2	0.4	
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	5.1	▲ 21.5	▲ 15.8	▲ 6.8	▲ 8.8	▲ 3.8	1.8	
損傷、中毒及びその他の外因の影響	1.4	▲ 24.1	▲ 23.9	▲ 2.6	▲ 7.5	▲ 0.4	2.7	
不詳	▲ 7.3	▲ 20.8	▲ 23.7	▲ 13.0	▲ 10.6	▲ 13.9	2.0	

：下位5疾病分類（減少幅が大きい）※不詳除く ：上位5疾病分類

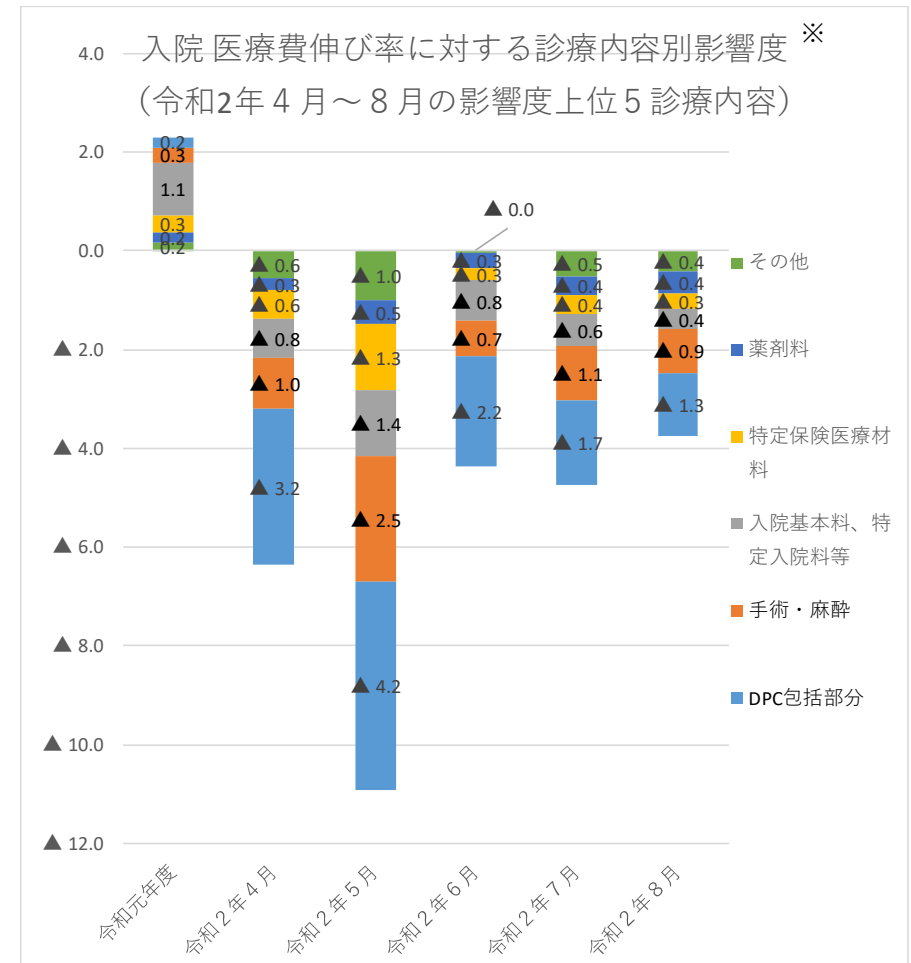


※影響度は（各疾病分類の医療費の増減分）÷（前期の医療費総数）×100 で算定

電子レセプトを用いた医科医療費の分析 令和2年4月～8月 ③-1 診療内容別 入院

- 診療内容別に医療費の伸び率を見ると、「手術・麻酔」や「初診」、「特定保険医療材料」の減少幅が大きい、医療費全体の伸び率に対する影響度で見ると、構成割合の大きい「DPC包括部分」や「手術・麻酔」の影響が大きい。

■ 入院 診療内容別医療費の伸び率 (単位：%)							(単位：%)
	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月	令和2年8月	令和元年度医療費の構成割合
総数	2.3	▲ 6.4	▲ 10.9	▲ 4.4	▲ 4.7	▲ 3.8	100.0
初診	0.6	▲ 22.3	▲ 18.3	▲ 8.7	▲ 12.0	▲ 8.7	0.1
医学管理	0.2	▲ 9.5	▲ 14.6	▲ 0.8	▲ 5.6	▲ 3.1	0.7
在宅	▲ 0.1	▲ 11.8	▲ 12.8	▲ 9.2	▲ 6.0	▲ 4.2	0.1
投薬	▲ 2.0	▲ 5.7	▲ 7.0	▲ 7.1	▲ 6.8	▲ 6.6	0.1
注射	▲ 3.1	▲ 8.2	▲ 9.4	▲ 7.2	▲ 9.6	▲ 9.6	0.2
処置	2.5	▲ 3.2	▲ 5.1	▲ 1.6	▲ 4.1	▲ 4.6	1.4
手術・麻酔	2.5	▲ 8.8	▲ 22.0	▲ 5.9	▲ 9.0	▲ 7.4	11.9
検査・病理診断	▲ 1.2	▲ 15.2	▲ 19.1	▲ 6.7	▲ 11.4	▲ 8.9	1.3
画像診断	▲ 0.8	▲ 10.3	▲ 13.1	▲ 1.0	▲ 9.1	▲ 6.9	0.5
リハビリテーション	2.6	2.6	▲ 0.3	6.7	1.5	1.5	5.1
精神科専門療法	1.9	1.2	▲ 3.9	10.1	▲ 0.6	1.2	0.5
放射線治療	3.0	2.2	▲ 12.1	3.6	▲ 6.9	▲ 3.7	0.3
入院基本料、特定入院料等	3.1	▲ 2.3	▲ 3.8	▲ 2.4	▲ 1.9	▲ 1.1	35.1
DPC包括部分	0.8	▲ 11.4	▲ 15.0	▲ 8.0	▲ 6.2	▲ 4.6	27.9
薬剤料	6.6	▲ 6.9	▲ 13.6	▲ 8.5	▲ 10.0	▲ 11.6	3.7
特定保険医療材料	5.2	▲ 8.7	▲ 21.3	▲ 4.0	▲ 6.0	▲ 5.4	6.4
入院時食事療養	0.1	▲ 6.8	▲ 9.1	▲ 7.1	▲ 5.7	▲ 5.1	3.7
生活療養食事療養	▲ 0.8	▲ 1.9	▲ 2.6	▲ 3.0	▲ 2.8	▲ 2.9	0.7
生活療養環境療養	▲ 0.2	▲ 1.8	▲ 2.5	▲ 2.9	▲ 2.8	▲ 2.9	0.2
その他	▲ 0.4	▲ 5.5	20.7	12.5	▲ 21.3	54.0	0.0



：下位5診療内容（減少幅が大きい）※その他除く

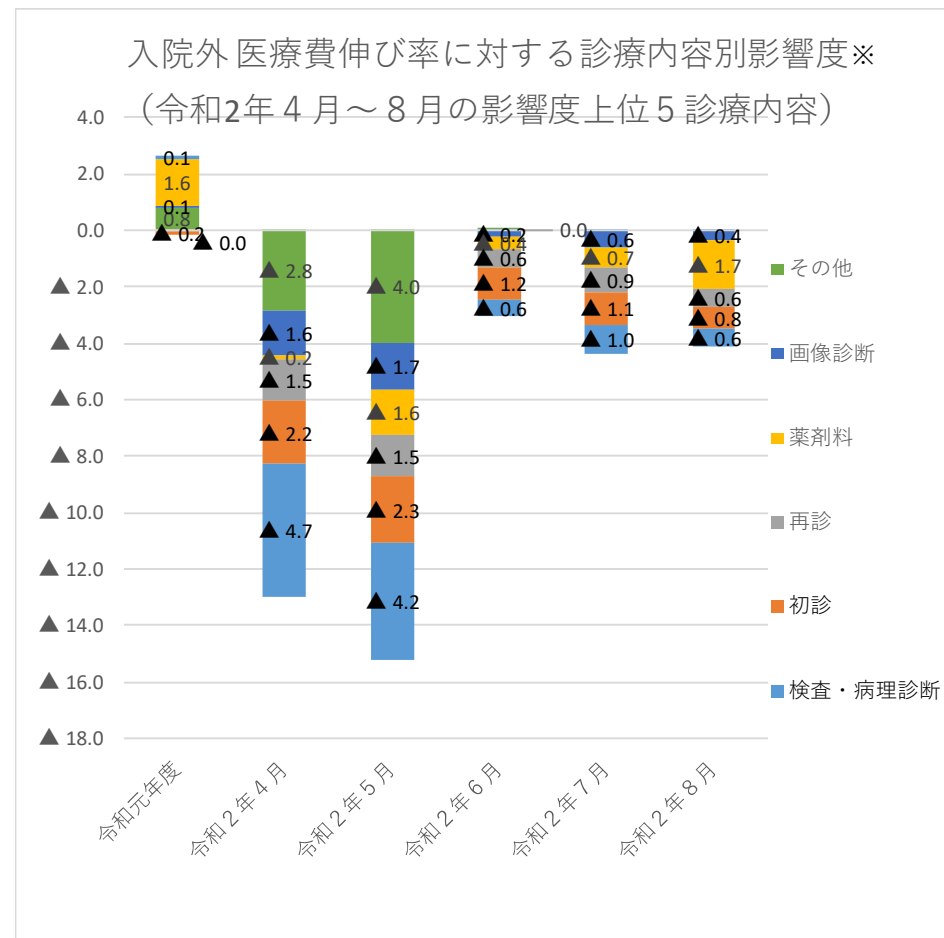
：上位5診療内容

※影響度は（各診療内容の医療費の増減分）÷（前期の医療費総数）×100 で算定

電子レセプトを用いた医科医療費の分析 令和2年4月～8月 ③-2 診療内容別 入院外

- 診療内容別に医療費の伸び率を見ると、「初診」や「検査・病理診断」、「画像診断」の減少幅が大きく、医療費全体の伸び率に対する影響度では、「初診」「検査・病理診断」が大きい。8月においては「薬剤料」の減少が大きく影響している。

■ 入院外 診療内容別医療費の伸び率 (単位：%)							(単位：%)
	令和元年度	令和2年4月	令和2年5月	令和2年6月	令和2年7月	令和2年8月	令和元年度医療費の構成割合
総数	2.5	▲ 13.0	▲ 15.2	▲ 3.0	▲ 5.6	▲ 4.9	100.0
初診	▲ 2.9	▲ 42.6	▲ 41.3	▲ 21.0	▲ 21.3	▲ 15.6	5.4
再診	▲ 0.3	▲ 16.5	▲ 17.3	▲ 7.3	▲ 10.2	▲ 7.3	8.7
医学管理	0.4	▲ 11.8	▲ 15.2	▲ 4.8	▲ 4.5	▲ 3.1	8.3
在宅	4.7	4.3	2.4	9.9	5.5	7.3	6.1
投薬	▲ 4.4	▲ 13.0	▲ 15.0	▲ 5.3	▲ 8.4	▲ 6.2	1.2
注射	▲ 0.7	▲ 15.1	▲ 15.2	▲ 3.4	▲ 9.1	▲ 9.4	0.7
処置	3.0	▲ 4.5	▲ 6.5	2.4	▲ 2.8	▲ 3.1	8.7
手術・麻酔	5.2	▲ 9.0	▲ 21.7	▲ 1.0	▲ 6.8	▲ 3.7	2.8
検査・病理診断	0.8	▲ 25.1	▲ 22.5	▲ 3.1	▲ 5.7	▲ 3.3	18.4
画像診断	0.7	▲ 23.0	▲ 23.5	▲ 3.3	▲ 8.3	▲ 5.5	6.9
処方箋料	0.5	▲ 13.1	▲ 15.6	▲ 5.9	▲ 8.1	▲ 6.3	4.8
リハビリテーション	1.0	▲ 20.4	▲ 21.7	▲ 0.7	▲ 5.4	▲ 2.8	1.5
精神科専門療法	1.1	▲ 13.3	▲ 14.1	▲ 0.2	▲ 6.1	▲ 6.0	2.2
放射線治療	5.6	7.0	▲ 6.4	▲ 1.4	▲ 9.0	▲ 2.7	0.6
薬剤料	7.6	▲ 0.7	▲ 7.2	▲ 1.9	▲ 3.2	▲ 7.3	22.7
特定保険医療材料	4.8	0.8	1.8	8.6	6.2	▲ 1.1	1.0
その他	13.7	16.7	▲ 12.2	▲ 21.4	▲ 4.1	16.7	0.0



▲ : 下位5診療内容 (減少幅が大きい) ※その他除く ▲ : 上位5診療内容

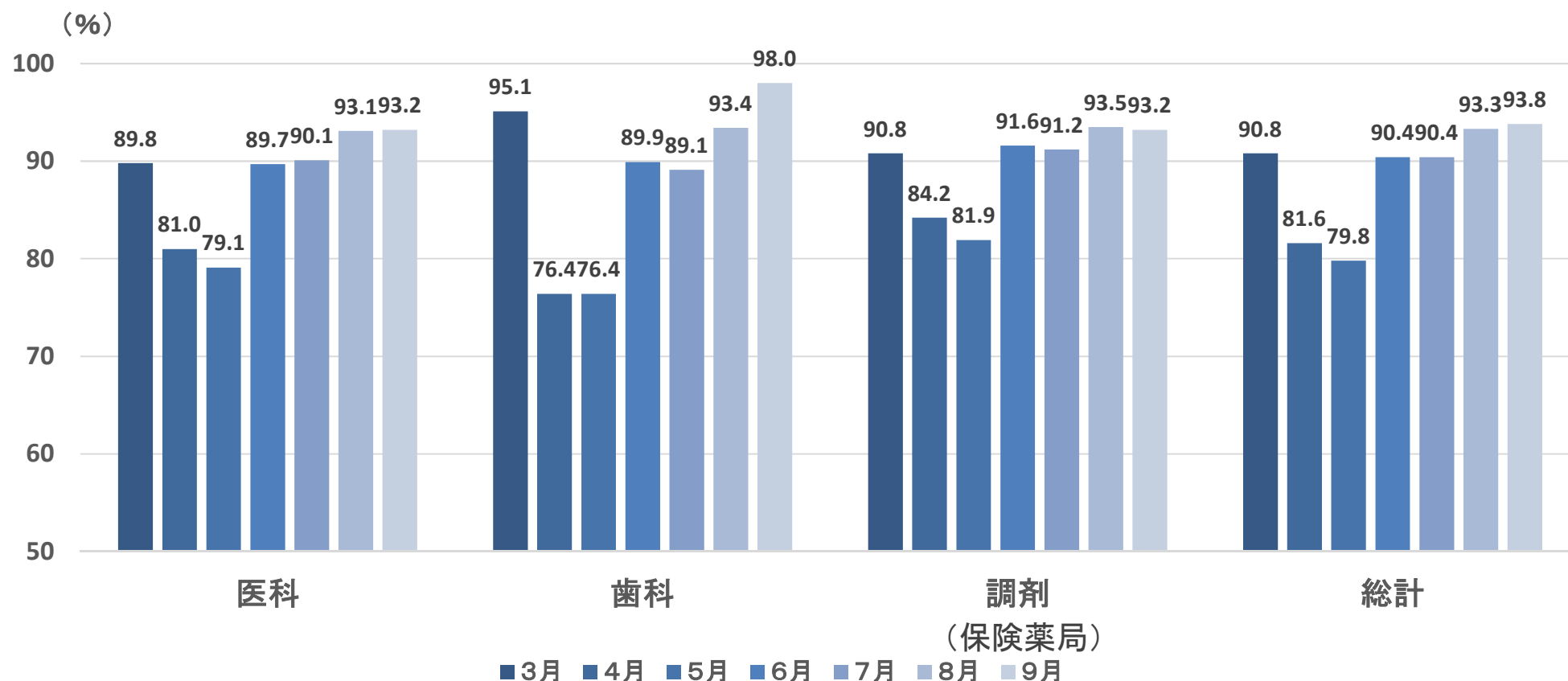
※影響度は (各疾病分類の医療費の増減分) ÷ (前期の医療費総数) × 100 で算定

レセプト件数・点数に関する調査

新型コロナウイルス感染症による医療機関の患者数の変化①（診療種別）

○ レセプト件数の前年同月比で見ると、4月以降、内科、歯科、調剤いずれにおいても、減少が見られるが、6月には下げ幅に回復がみられた。

診療種別レセプト件数の前年同月比



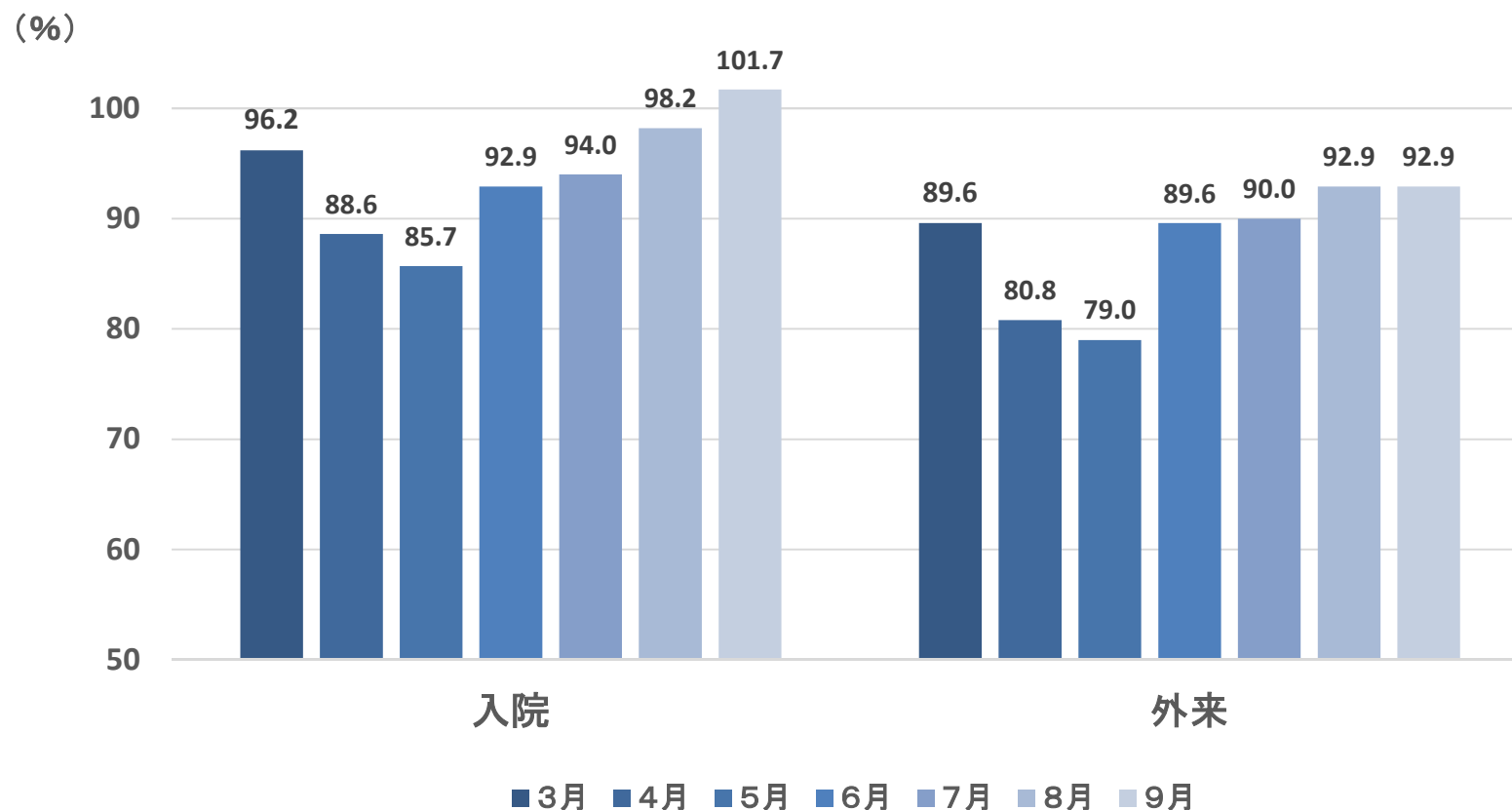
※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報及び国民健康保険中央会ホームページの国保連合会審査支払業務統計によるレセプトの確定件数を基に、厚生労働省で前年同月比を機械的に算出。

※2 総計には、訪問看護療養費が含まれる。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の患者数の変化②（医科のうち入院・外来別）

○ レセプト件数の前年同月比で見ると、入院、外来ともに減少しているが、外来の減少幅の方が大きい。双方とも6月には下げ幅に回復がみられ、入院の方が回復傾向にある。

医科のうち入院・外来別レセプト件数の前年同月比

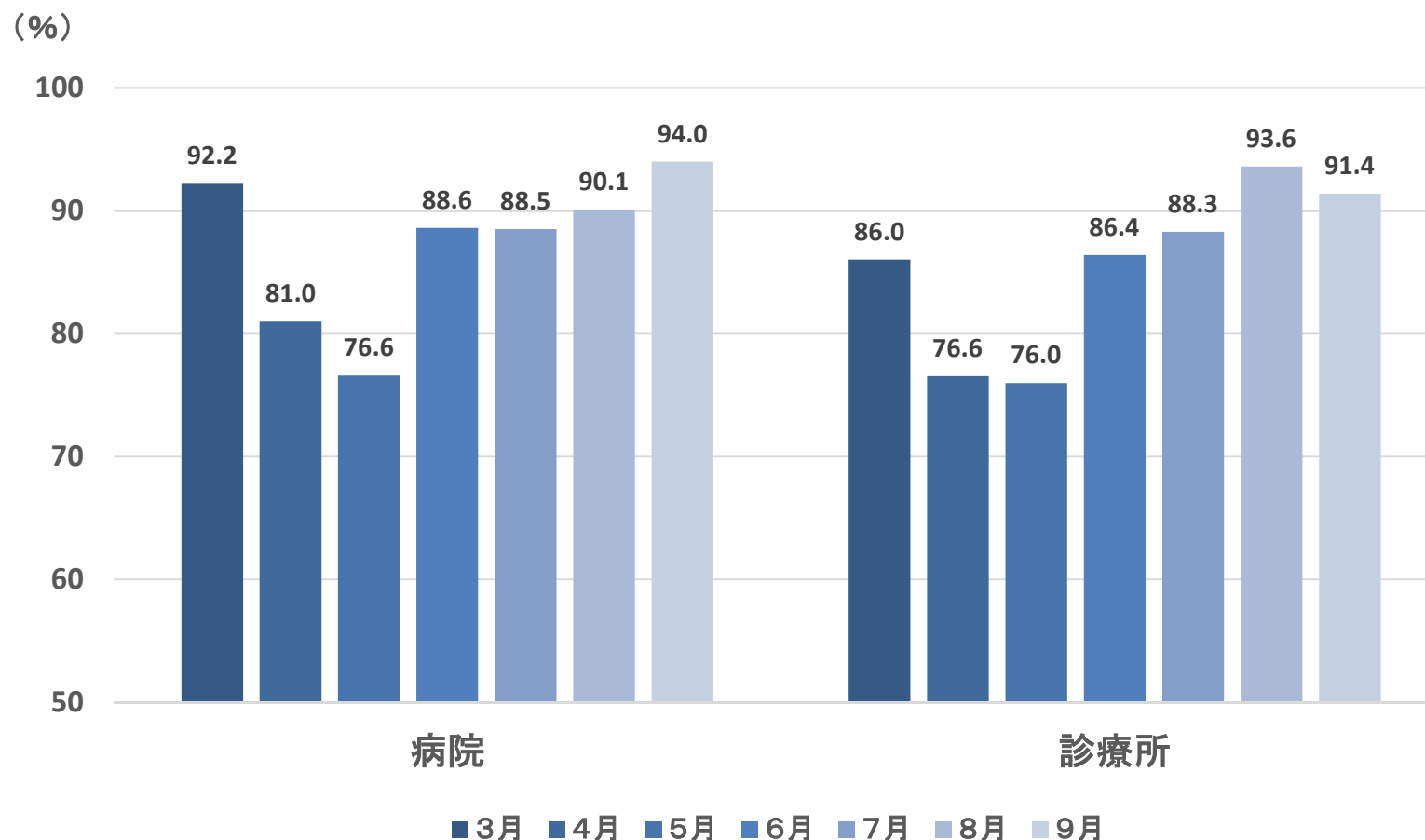


※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報及び国民健康保険中央会ホームページの国保連合会審査支払業務統計によるレセプトの確定件数を基に、厚生労働省で前年同月比を機械的に算出。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の患者数の変化③（医科のうち病院・診療所別）

○ レセプト件数の前年同月比で見ると、3月以降、病院も診療所も減少しているが、6月には下げ幅に回復がみられた。

医科のうち病院・診療所別レセプト件数の前年同月比

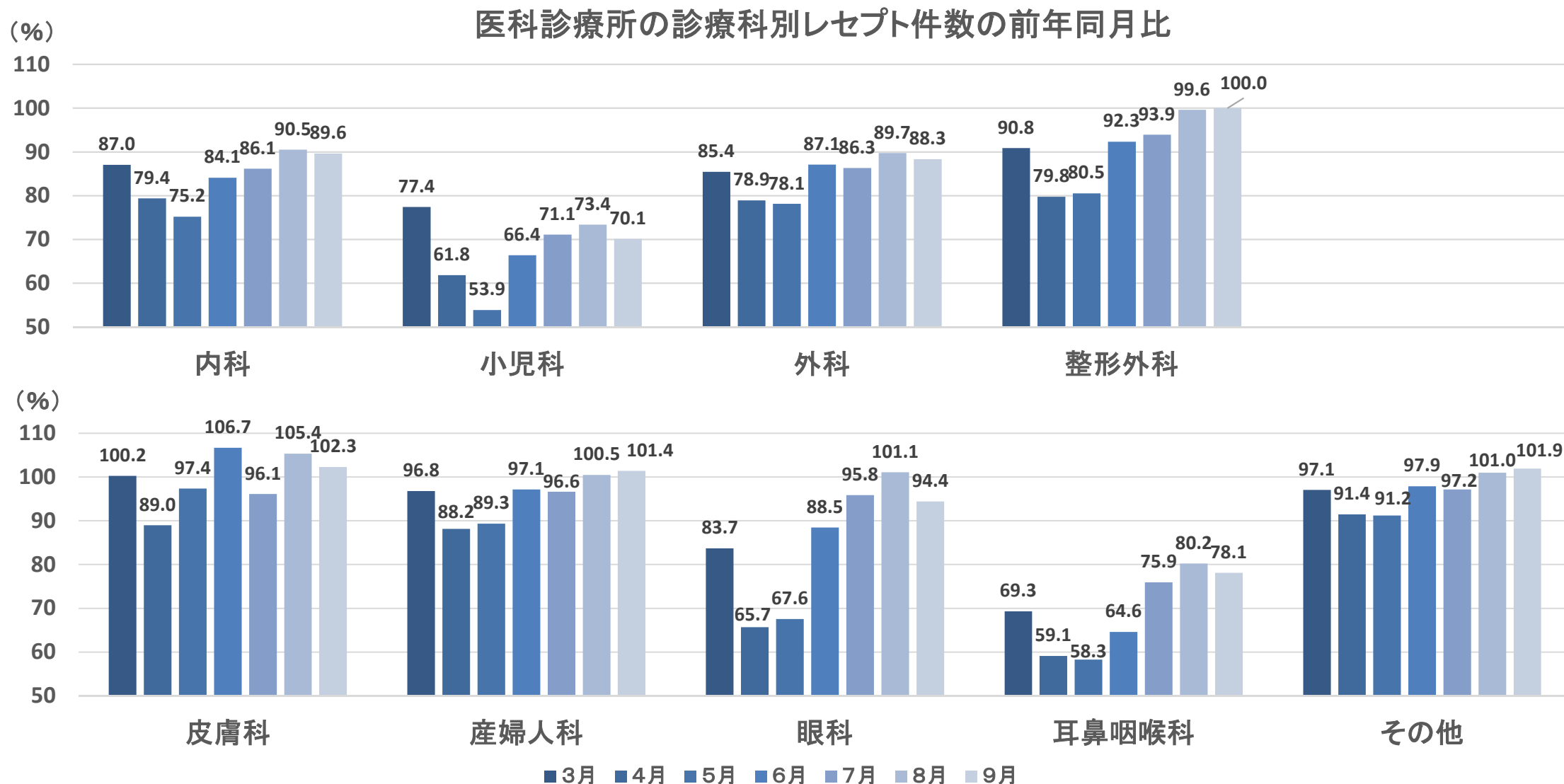


※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報によるレセプト件数を基に、厚生労働省で前年同月比を機械的に算出。

※2 再審査等の調整前の数値。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の患者数の変化④（医科診療所の診療科別）

○ レセプト件数の前年同月比で見ると、4月、5月は、いずれの診療科も減少しているが、小児科、耳鼻咽喉科の減少が顕著。6月には下げ幅に回復がみられたが、診療科ごとにバラツキがある。



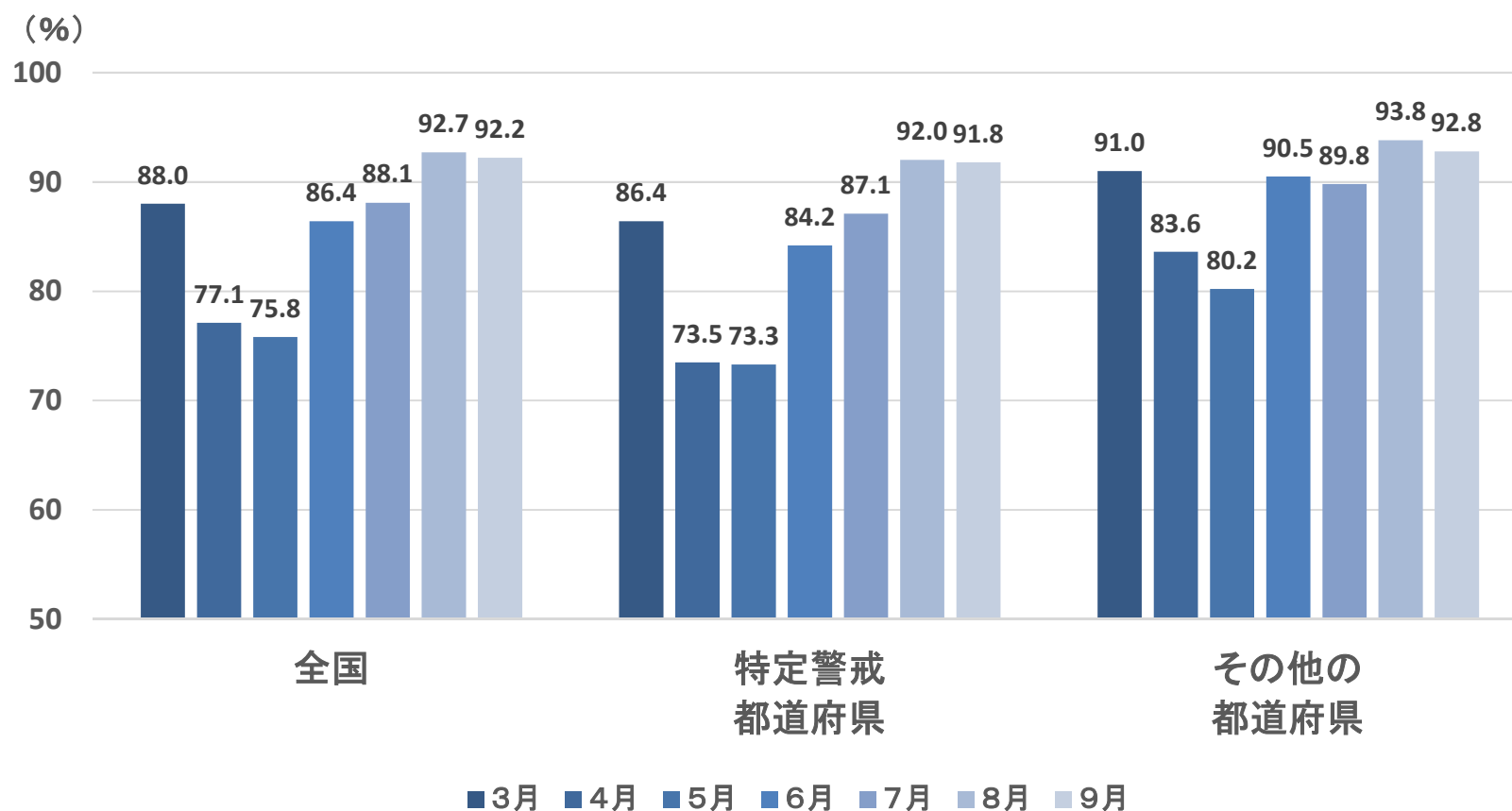
※ 1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報によるレセプト件数を基に、厚生労働省で前年同月比を機械的に算出。

※ 2 再審査等の調整前の数値。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の患者数の変化⑤（地域別）

○ 地域別のレセプト件数の前年同月比で見ると、3月以降は、特定警戒都道府県の方が、減少幅が大きい。双方とも6月には下げ幅に回復がみられ、地域別の差も小さくなった。

地域別レセプト総件数の前年同月比

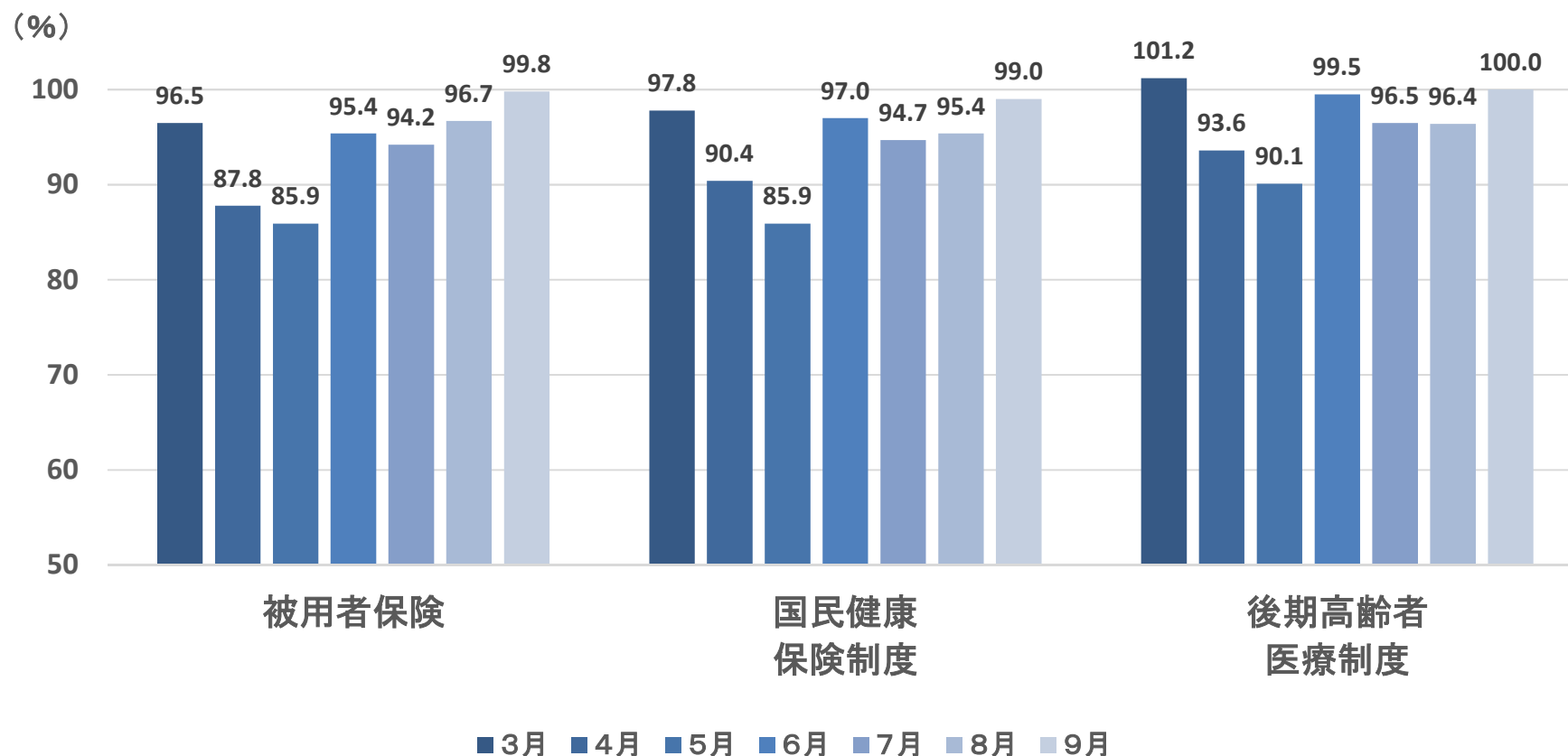


- ※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報によるレセプト件数を基に、厚生労働省で前年同月比を機械的に算出。
 ※2 特定警戒都道府県とは、4月16日に対策本部が、特に重点的に感染拡大防止の取組を進めていく必要があると位置づけた13の都道府県。（北海道・茨城・埼玉・千葉・東京・神奈川・岐阜・愛知・石川・京都・大阪・兵庫・福岡）

新型コロナウイルス感染症による医療機関の収入の変化①（制度別）

○ 制度別にレセプト点数を前年同月比で見ると、後期高齢者医療制度の減少幅が相対的に小さい。なお、いずれの制度においても4月、5月と大きく減少したが、6月以降は、減少幅に回復がみられた。

制度別レセプト総点数の前年同月比

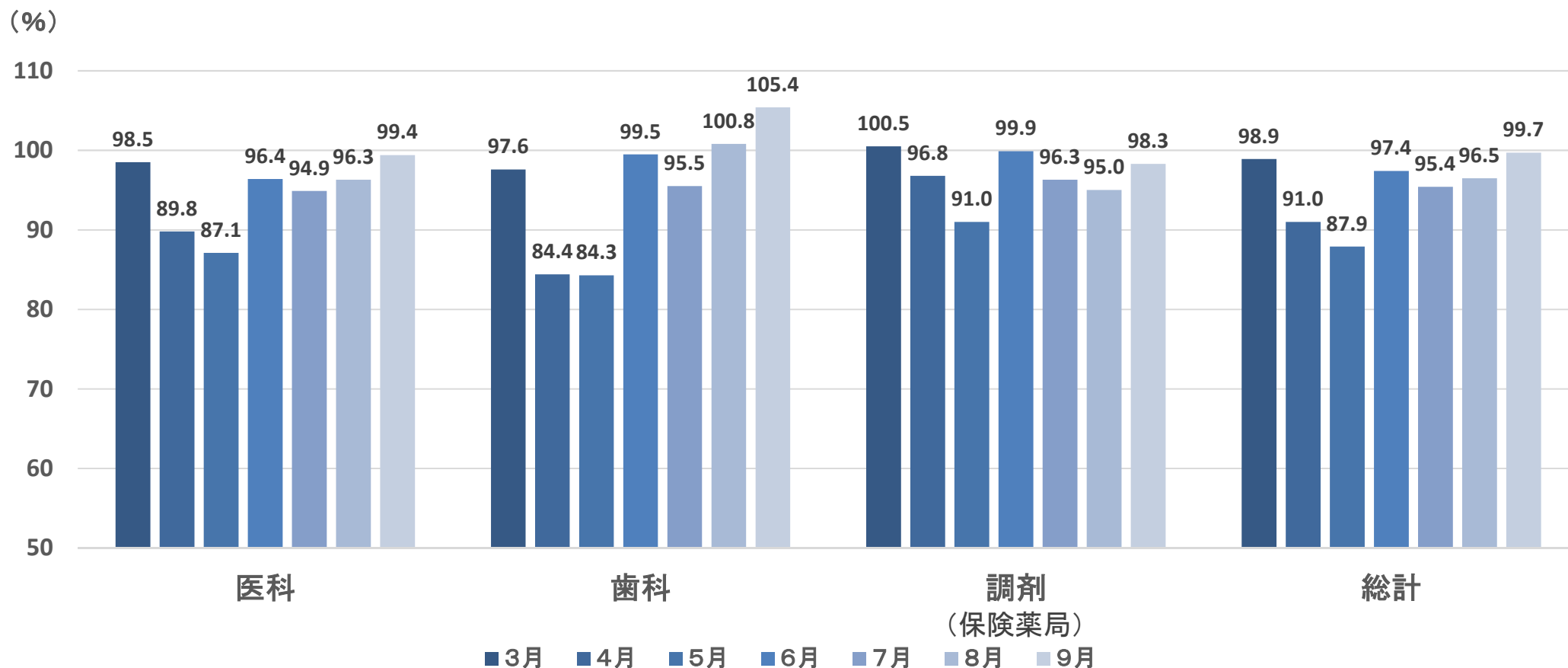


※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報及び国民健康保険中央会ホームページの国保連合会審査支払業務統計によるレセプトの確定点数を基に、厚生労働省で前年同月比を機械的に算出。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の収入の変化②（診療種別）

○ レセプト点数の前年同月比で見ると、4月は内科、歯科において減少が見られ、5月には調剤も含め更に減少している。6月には下げ幅に回復がみられた。

診療種別総点数の前年同月比



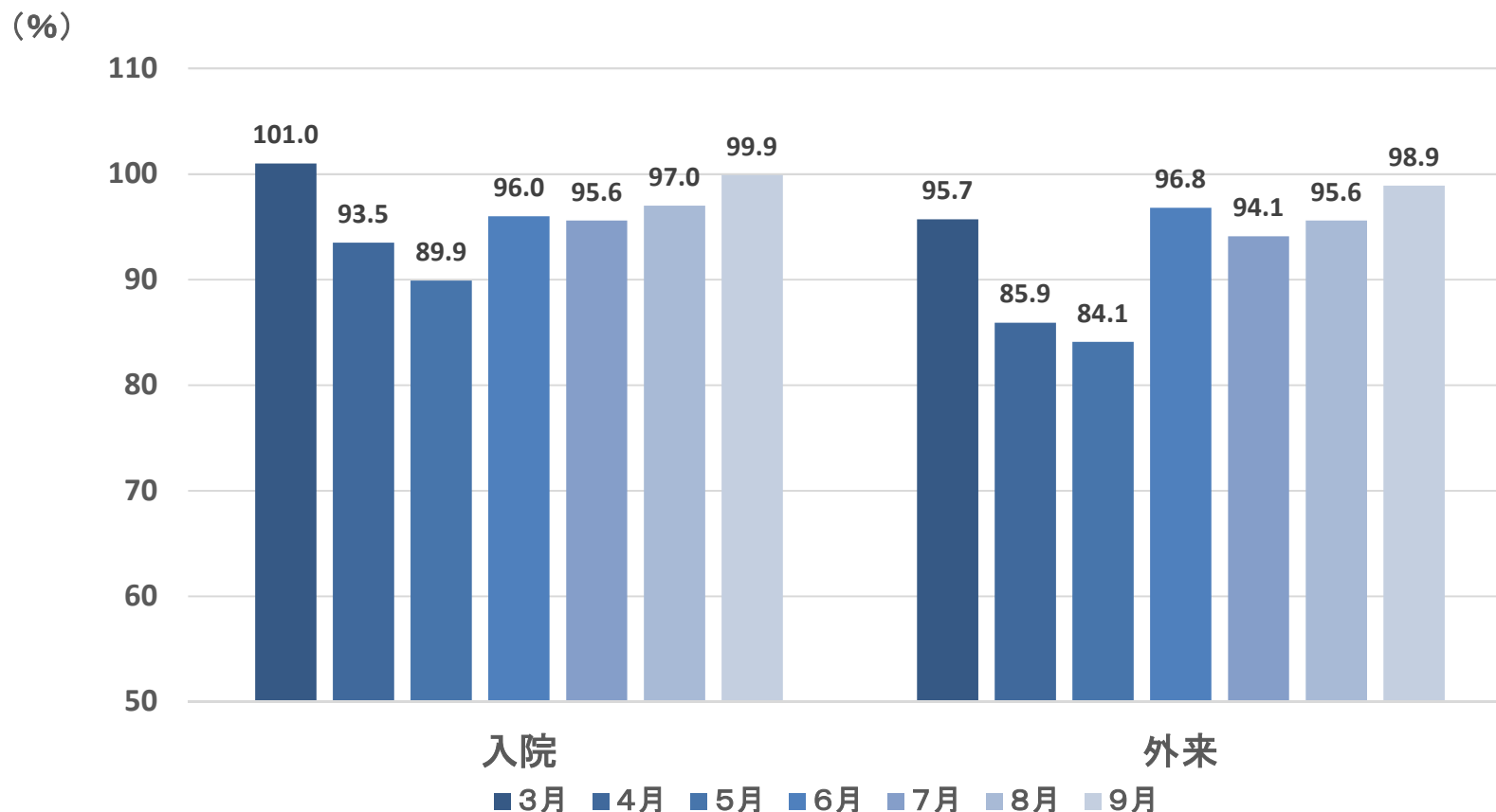
※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報及び国民健康保険中央会ホームページの国保連合会審査支払業務統計によるレセプトの確定点数を基に、厚生労働省で前年同月比を機械的に算出。

※2 総計には、食事・生活療養費、訪問看護療養費が含まれる。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の収入の変化③（医科のうち入院・外来別）

○ レセプト点数の前年同月比で見ると、4月以降は、入院、外来ともに減少している。双方とも6月には下げ幅に回復がみられた。

医科のうち入院・外来別点数の前年同月比

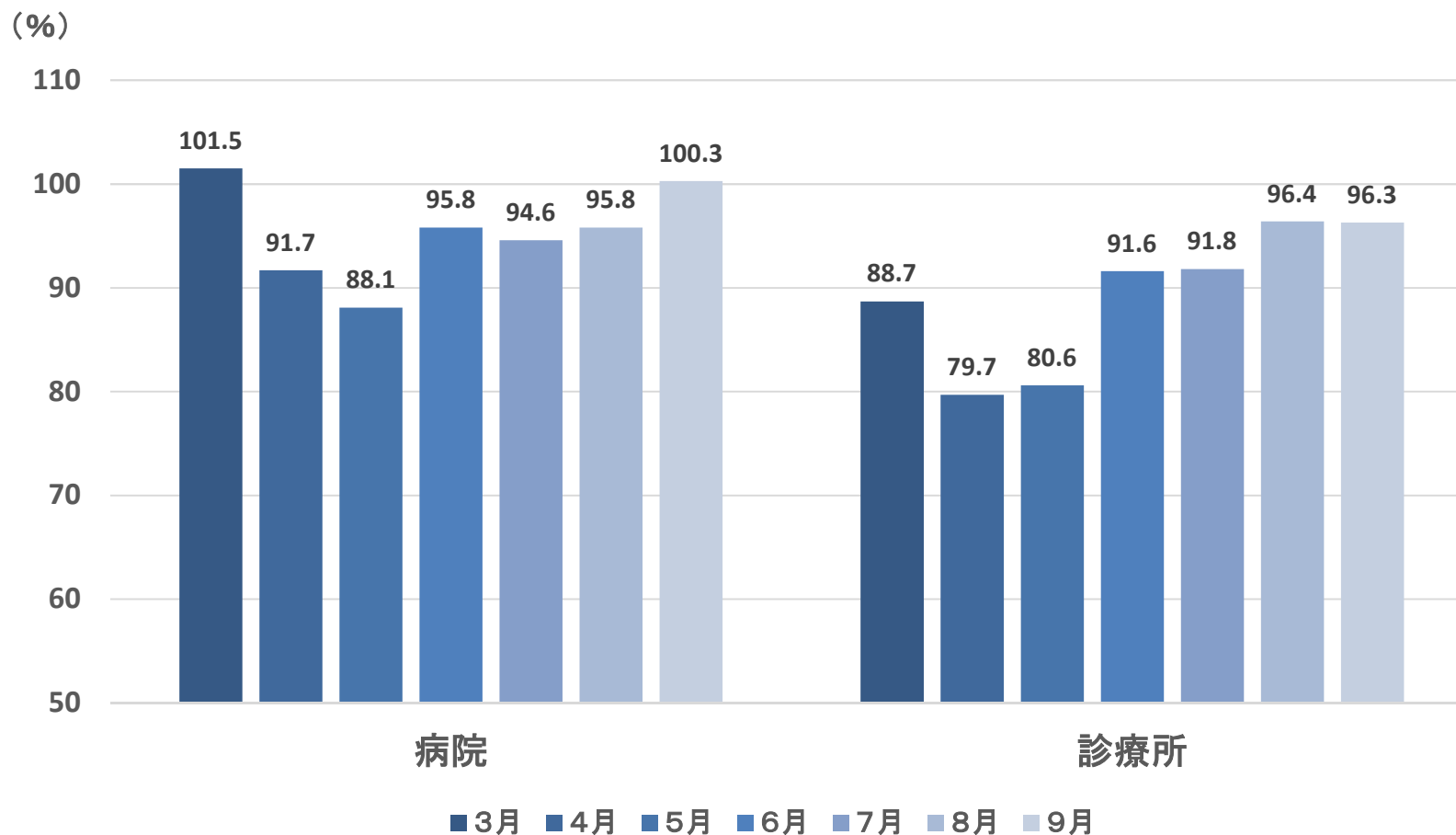


※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報及び国民健康保険中央会ホームページの国保連合会審査支払業務統計によるレセプトの確定点数を基に、厚生労働省で前年同月比を機械的に算出。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の収入の変化④（医科のうち病院・診療科別）

○ レセプト点数の前年同月比で見ると、4月以降は、病院も診療所も減少しているが、診療所の減少の方が大きい。双方とも6月には下げ幅に回復がみられ、病院の方が回復傾向にある。

医科のうち病院・診療所別点数の前年同月比



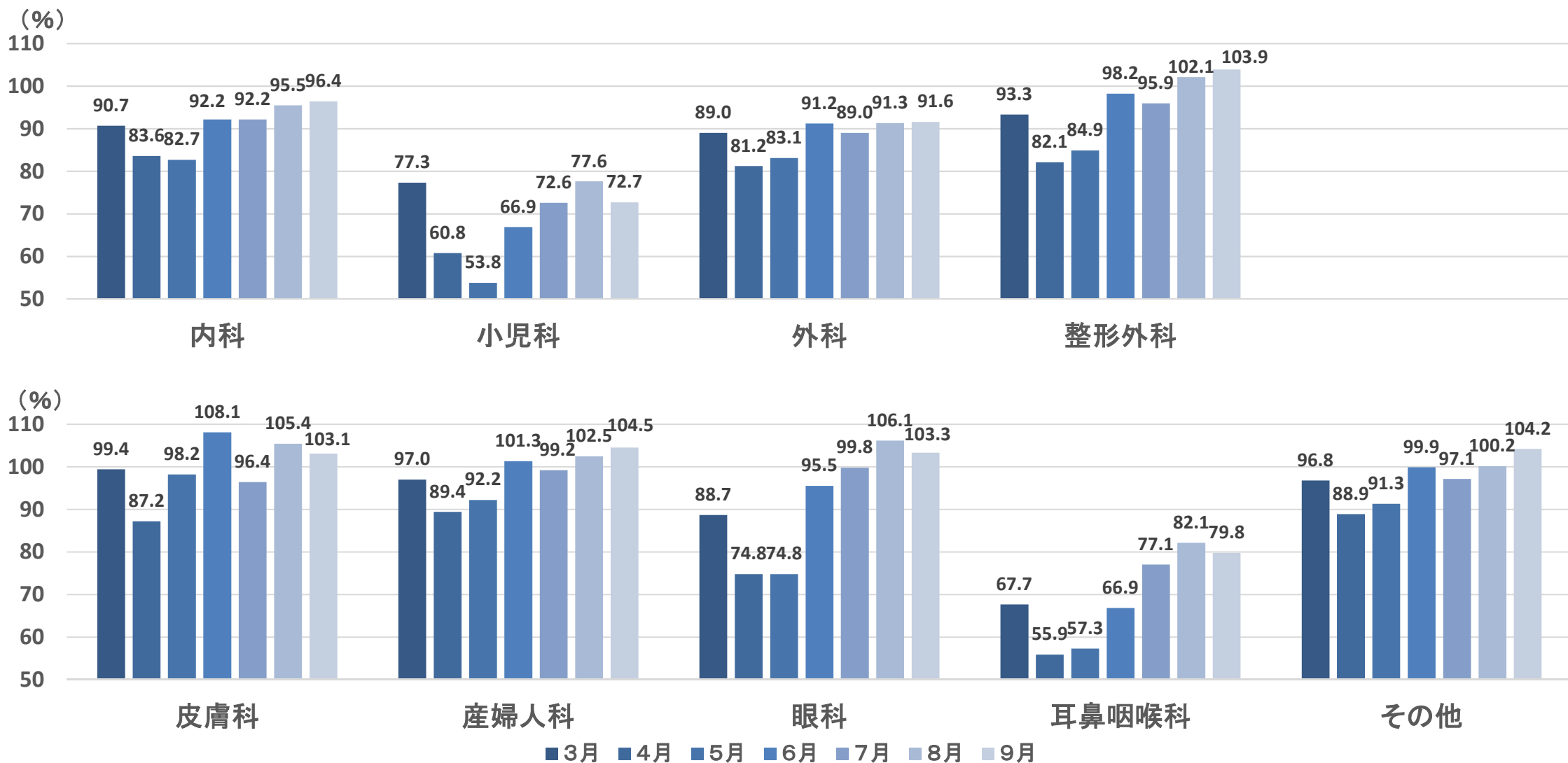
※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報による点数を基に、厚生労働省で前年同月比を機械的に算出。

※2 再審査等の調整前の数値。

新型コロナウイルス感染症による医療機関の収入の変化⑤（医科診療所の診療科別）

○ レセプト点数の前年同月比で見ると、4月以降は、いずれの診療科も減少しているが、耳鼻咽喉科、小児科の減少が顕著。6月には下げ幅に回復がみられたが、診療科ごとにバラツキがある。

医科診療所の診療科別レセプト点数の前年同月比



※ 1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報による点数を基に、厚生労働省で前年同月比を機械的に算出。

※ 2 再審査等の調整前の数値。

データヘルス改革の進捗状況等について

1. オンライン資格確認の普及状況について

デジタル社会形成の推進に係る予算の状況

内閣官房資料

令和2年度第3次補正

IT総合戦略室

計136.0億円

41.8億円

- ・人材確保・育成及びデジタル社会の形成に向けた広報事業
- ・国民に分かりやすく使いやすいUI/UXに関する検討事業
- ・デジタル基盤の整備に向けた検討 等

情報システム関係予算
(一括計上)

94.2億円

番号制度担当室

計40.2億円(※1)

2.7億円

- ・マイナンバー制度の普及促進に向けた周知・広報

37.5億円(94.2億円の内数)
・マイナポータルの整備

(※1) 合計額には一括計上額(令和2年度第3次補正予算37.5億円)を含む。

令和3年度(4月～8月末)

IT総合戦略室

計2,721.1億円

21.6億円

- ・人件費
- ・各種調査研究
- ・デジタル庁設立のための準備経費
- ・その他事務費

2,699.4億円

番号制度担当室

計67.8億円(※2)

2.4億円

- ・個人番号及び法人番号の利用の推進に必要な経費

65.4億円(2,699.4億円の内数)
・マイナポータルの整備

(※2) 合計額には一括計上額(令和3年度予算(4月～8月末)65.4億円)を含む。

令和3年度(9月～)

デジタル庁

計368.1億円

81.3億円

- ・人件費
- ・デジタル基盤の整備
- ・その他事務費

286.8億円

医療機関・薬局におけるオンライン資格確認システムの導入準備状況

1. 目標と現在の申込状況

(2020/12/13時点)

目標：医療機関等の6割程度での導入（令和3年3月時点）、概ね全ての医療機関等での導入（令和5年3月末）を目指す
（令和元年9月デジタル・ガバメント閣僚会議決定）

現状：オンライン資格確認の導入予定施設数

＜顔認証付きカードリーダー申込数＞※ 8/7から申込受付を開始

44,466施設（19.5%）／228,280施設

【内訳】				
病院	2,184／	8,281施設	26.4%	
医科診療所	11,467／	89,151施設	12.9%	
歯科診療所	11,166／	70,984施設	15.7%	
薬局	19,649／	59,864施設	32.8%	

※ 紙申請・グループ申請を含む
医科・歯科併設病院の歯科は歯科診療所に含む

＜参考：ポータルサイトアカウント登録数＞

※ 最新情報の提供やオンラインでの申請のために登録をお願いしているもの

71,963施設（31.5%）／228,280施設

＜参考：健康保険証利用の申込割合＞

※ 7/1から受付を開始。

マイナンバーカードの交付枚数に対する利用申込数の割合

1,926,156件（6.4%）／29,960,246枚

【マイナンバーカード申請・交付状況】

有効申請受付数： 約3,309万枚（人口比 26.0%）

交付実施済数： 約2,996万枚（人口比 23.6%）

2. 課題

- オンライン資格確認について、医療機関や薬局、システムベンダ等への周知が不十分。
- マイナンバーカードの普及率等を踏まえ、オンライン資格確認がどのようになるのか様子見の状況。
- システムベンダによる見積もりが過大になる傾向。新型コロナウイルス感染症の影響。

3. 対応

これまでの対応

- ・【費用支援】医療情報化支援基金（総額918億円）を用意
- ・【周知】全医療機関等へのリーフレット配布
- ・【周知】医師会等と共同した説明会の実施
- ・【周知】個別システムベンダへの働きかけ、共同での説明会実施
- ・【促進】大型チェーン薬局等への個別働きかけ



現時点の対応

- 追加的な財政支援策を周知。全医療機関等に対してリーフレットを再送付するとともに、導入意向調査を行う
- 三師会等医療関係団体に更なる働きかけを実施（局長から各会長へ）
- 大手システムベンダーに対して見積の適正化を依頼、個別医療機関からの相談に対応
- 導入の手引きやカードリーダーの比較紹介動画を作成し、申込の勧奨を行う
- 公的医療機関への働きかけを引き続き行う（導入状況をHPで公表）

マイナンバーカードの保険証利用の普及に向けた「加速化プラン」について

令和2年10月30日
閣議後記者会見にて
厚生労働大臣発表

- 厚生労働省は、令和3年3月末に医療機関・薬局の **6割程度** で、**オンライン資格確認等システム（マイナンバーカードの保険証利用）** の実施に必要な顔認証付きカードリーダーが導入されることを目指している。
- このような中、足元の顔認証付きカードリーダーの申込率は15.3%にとどまっている（10月18日時点）。
- そのため、厚生労働省は6割普及目標の早期達成を目指して、**新たな「加速化プラン」を実行** する。

1

医療機関等への更なる導入支援

- 多くの患者が来院する **公立・公的医療機関等** における顔認証付きカードリーダーの申込率を毎週公表し、**導入状況を「見える化」** する
- 病院（約0.8万施設）、医科診療所（約8.9万施設）、歯科診療所（約7.1万施設）、薬局（約6.0万施設）への導入を支援するため、ベンダへの見積もり適正化を依頼するとともに、**追加的な財政補助を検討し、早急に結論** を出す

2

マイナンバーカードの保険証利用申込の更なる促進

- 生涯で一回のみ必要となるマイナンバーカードの **健康保険証利用の申込みのアクセスポイントを増やす**
- 多くの方が日常利用する保険薬局について、**説明会や課題ヒアリング等の接点を増やすなど働きかけを強化し**、保険薬局が **マイナンバーカードで様々な手続き（健康保険証利用申し込みなど）ができる拠点** となるよう進めていく

3

訪問看護等におけるオンライン資格確認のあり方に関する検討

- 令和5年3月末までに、医療機関等におけるオンライン資格確認等システムの普及とマイナンバーカードの健康保険証利用が進むことを見据え、**訪問看護や柔道整復・あんま・はり・灸におけるオンライン資格確認のあり方について検討** する

「加速化プラン」を踏まえた追加的な財政補助について

令和2年11月17日
閣議後記者会見にて
厚生労働大臣発表

- マイナンバーカードも保険証として使えるようにする「オンライン資格確認等システム」の仕組みについては、令和3年3月の開始時点で **6割程度の医療機関・薬局において導入**していただくことを目指している。
- コロナ禍により医療機関等の経営状況に影響が及んでいる状況下でも、できるだけ早期に、多くの医療機関・薬局で導入していただくため、**「令和3年3月までに顔認証付きカードリーダーの申込を行った医療機関・薬局」に限定**して、構築に要した費用について **一定の補助上限まで定額補助を行う**こととする。

【見直し前】

	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 費用への 補助内容 (レセコン改修等)	1台導入する場合 基準とする事業額 210.1万円を上限に、 その1/2を補助	2台導入する場合 基準とする事業額 200.2万円を上限に、 その1/2を補助	3台導入する場合 基準とする事業額 190.3万円を上限に、 その1/2を補助	基準とする事業額 42.9万円を上限に、 その1/2を補助	基準とする事業額 42.9万円を上限に、 その3/4を補助

【追加的な導入支援策】

その他の費用 の補助内容	基準とする事業額210.1万円を上限に、実費補助	基準とする事業額200.2万円を上限に、実費補助	基準とする事業額190.3万円を上限に、実費補助	基準とする事業額42.9万円を上限に、実費補助
※ 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 を対象とする				

※ その他の費用：①オンライン資格確認の導入に必要な資格確認端末（パソコン）の購入・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。

2. 事業主健診の保険者への集約の検討状況について

現状と課題

- 健康保険法等では、保険者は、被保険者等の健康の保持増進のために必要な事業(保健事業)を行うに当たっては、医療保険等関連情報(※)を活用し、適切かつ有効に行うこととしている。

※「医療保険等関連情報」とは、医療に要する費用に関する地域別、年齢別、疾病別等の状況や特定健診・特定保健指導の実施状況に関する情報等。

- 保険者が保健事業を実施するにあたっては、特定健診の結果等を活用することとされているが、

課題① 特定健診の対象は40歳以上の者であり、40歳未満の者については労働安全衛生法による事業主健診等の結果の活用が考えられるが、40歳未満の者に係る事業主健診等の結果が事業者等から保険者へ提供される法的仕組みがない(※)

課題② 事業主健診等を受診した者については、保険者が事業者等からその結果の記録の写しの提供を受けることでこれを特定健診の結果として活用できるが、実態として特に中小企業等からの保険者への提供実績が低い

といった課題があるため、保険者が保健事業をより適切かつ有効に実施するためにはこれらの課題を解決する必要がある。

※ 個人情報保護法では、法令に基づく場合には本人同意を得ずに個人データを第三者に提供できるが、40歳以上の者に関しては既に高齢者の医療の確保に関する法律第27条において健康診断結果の提供に関する規定が存在するため、提供にあたり本人同意は不要とされている。

課題解決に向けた対応案

「法令・指針による対応案」

(1) 40歳未満の者の事業主健診等結果の保険者への提供等に係る法的仕組みの整備(法改正事項) 【課題①への対応】

- 保険者の適切・有効な保健事業の実施を促進するため、以下の内容について必要な法改正を実施。
- ① 保険者は事業者等に40歳未満の者の事業主健診等結果も提供を求めることを可能とする(※)。(提供を求められた事業者等はこれを提供しなければならないこととする)。
※40歳未満の者の事業主健診等の結果の提供についても個人情報保護法上の本人同意を得る必要がなくなる
※併せて、後期高齢者医療広域連合と被用者保険者等間の健診等情報の提供についても法的枠組みの整備を行う
- ② 保険者は①で提供を受けた事業主健診等結果を活用し適切・有効に保健事業を行うこととする。

* 健保連・国保連についても保健事業の実施主体となり得るため上記同様に情報の提供と活用に係る仕組みを設ける。

(2) 労働安全衛生法に基づく「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」の改正(指針改正) 【課題②への対応】

- 当該指針に、事業者から保険者へ事業主健診の結果を提供すべき旨等を規定する方向で検討。

(3) 事業主健診の血糖検査の取扱いの見直し 【課題②への対応】

- 事業主健診の血糖検査の方法を特定健診と合わせ(HbA1C検査を認める、随時血糖について食直後を選べることとする)、事業主健診と特定健診の項目の差異を減らす。

(4) 事業者と健診実施機関の契約書のひな形の作成 【課題②への対応】

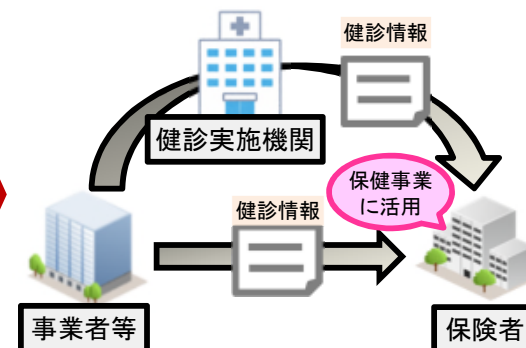
- 保険者への健診結果の提供事務を事業者が健診実施機関に委託するための契約書のひな形を作成し、健診実施機関から保険者に事業主健診の結果を直接提供することを推進。

(5) 事業主健診時における保険者番号等の活用促進 【課題②への対応】

- 健診実施機関による保険者への健診結果の提供や、保険者における被保険者等と健診結果の紐付けを円滑にする観点から、事業主健診の問診票のひな形に保険者番号や被保険者番号等を記入する欄を設け、健診実施時にその問診票の使用を推進。

「通知による対応案」

これらにより
健診結果の
提供を促進



メリット・効果

① データヘルスの推進

⇒ 加入者の状況に応じた効率的・効果的な保健事業が可能になる。

② コラボヘルスの促進

⇒ 保険者と事業者等の積極的連携による予防・健康づくりの推進につながる。

③ マイナポ等での健診結果の閲覧

⇒ 事業主健診等の結果をマイナポータル等で閲覧できるようになる。

ポイント

■ 健康スコアリングレポートの概要

- 各健保組合の加入者の健康状態や医療費、予防・健康づくりへの取組状況等について、**全健保組合平均や業態平均と比較したデータ**を見える化。
- 2018年度より、**厚労省・経産省・日本健康会議の三者が連携し**、NDBデータから保険者単位のレポートを作成の上、**全健保組合及び国家公務員共済組合等に対して通知**。2021年度からは、保険者単位のレポートに加え、**事業主単位**でも実施。

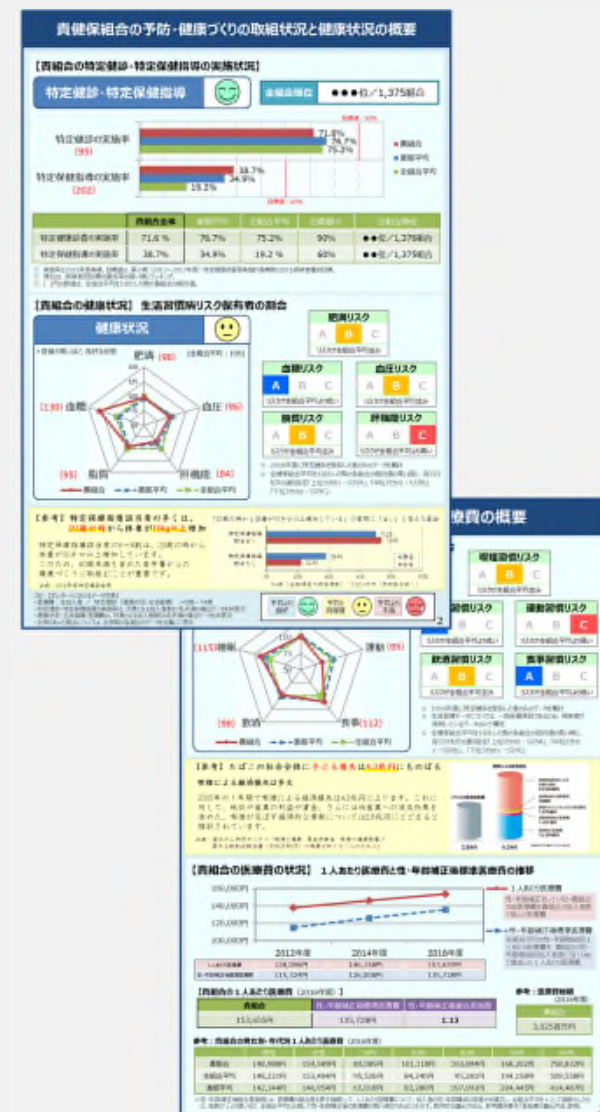
■ 健康スコアリングレポートの活用方法

- 経営者に対し、保険者が自らのデータヘルス分析と併せて、スコアリングレポートの説明を行い、従業員等の健康状況について現状認識を持ってもらうことを想定。
- その上で、企業と保険者が問題意識を共有し、**経営者のトップダウンによるコラボヘルス※の取組の活性化**を図る。
- レポートと併せて、企業・保険者の担当者向けに、経営者への説明のポイント等、レポートの見方や活用方法等を示した実践的な「**活用ガイドライン**」を送付。

※コラボヘルス：企業と保険者が連携し、一体となって予防・健康づくりに取り組むこと

※NDBデータ：レセプト（診療報酬明細書）及び特定健診等のデータ

【スコアリングレポートのイメージ】

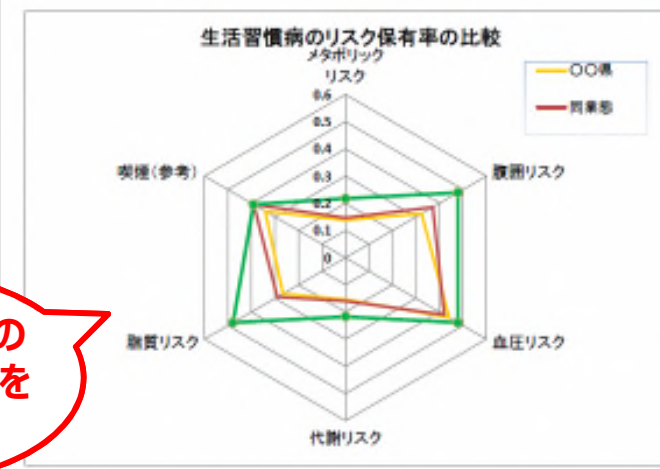
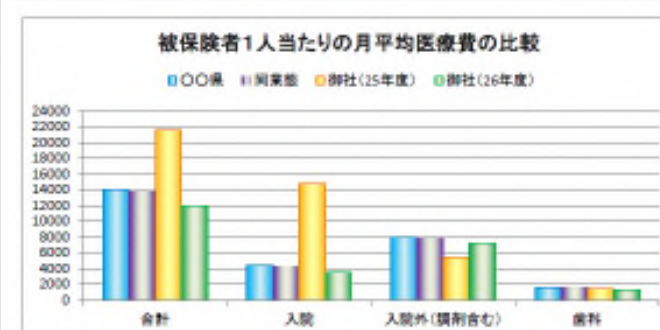
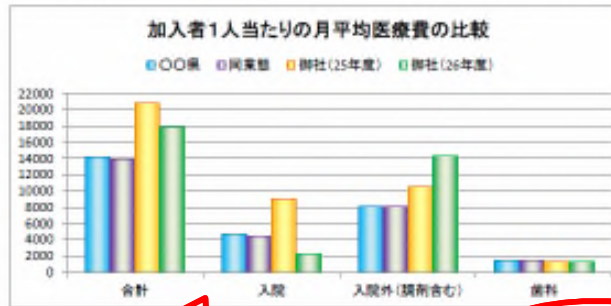
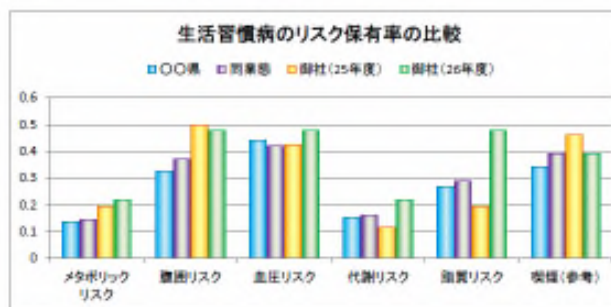


事業所カルテの概要

事業所特有の健康課題等を事業主と共有できるよう「事業所健康度診断シート（以下「事業所カルテ」）を健康宣言事業所等に提供しています。

事業所カルテは、事業所単位で健診受診率や健診結果だけでなく、加入者の日常の食生活や運動習慣についても、数値やグラフ、レーダーチャート等で経年的に示すなど、各支部が工夫を凝らして「見える化」しています。

【事業所カルテのイメージ】



医療費の経年変化を「見える化」

生活習慣病のリスク保有率を「見える化」

3. 公的個人認証サービスの 電子証明書のスマートフォンへの搭載について

【想定ユースケース】

オンライン利用



生体認証を使って
便利で安心

カードを毎回
読み取らないから
簡単・スマート



カードリーダーの
読取にも対応

カードリーダー
読み取り

マイナポータル

自己情報の確認

- ・お薬・健診情報
- ・母子健康手帳 等

オンライン行政手続

- ・子育て支援
- ・年末調整・確定申告 等

民間サービス

- ・銀行、証券口座開設
- ・住宅ローン契約
- ・携帯電話申込 等

資格確認

- ・ハローワーク受付
- ・障害者割引適用 等

※健康保険証としての
利用についても検討

資格確認

- ・コンビニ交付
- ・公共施設利用 等

1. 現行

- 被保険者等は、保険医療機関等で療養の給付等を受ける際、「電子資格確認」その他の厚生労働省令で定める方法により、被保険者等の資格の確認を受けることとされている（健康保険法第63条第3項等）。

「電子資格確認」の定義については、同法第3条第13項等に規定されており、同項において、「電子資格確認」とは、個人番号カードに記録された利用者証明用電子証明書を用いることにより被保険者等の資格の確認を受けることとされている。

2. 改正内容

- 公的個人認証法に基づく署名用電子証明書及び利用者証明用電子証明書（電子証明書）の利用者の利便性向上を図るため、同法の改正を行い、移動端末設備（スマートフォン）にも利用者証明用電子証明書（移動端末設備用利用者証明用電子証明書）を記録することが検討されている。

※署名用電子証明書・・・電磁的記録媒体が電子署名の措置を行った者の作成したものであることを証明するもの

利用者証明電子証明書・・・電子利用者証明の措置が、当該措置を行うことができる者が行った措置であることを証明するもの

- これに伴い、電子資格確認に係る利便性向上を図るため、個人番号カード用利用者証明用電子証明書に加えて、移動端末設備用利用者証明用電子証明書によっても電子資格確認ができることとし、所要の規定の整備を行う方向で検討する。

令和2年度第三次補正予算案（保険局関係）の主な事項

新型コロナウイルス感染症の拡大防止策

更なる感染拡大防止対策の支援

○ 地域の医療提供体制を維持・確保するための医療機関支援

小児科等への支援や新型コロナウイルス感染症からの回復患者の転院支援に係る診療報酬上の特例的な対応 71億円

未就学児の外来患者の感染防止に要する対応を評価する観点から、診療報酬の特例的な評価を行う。また、新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れる医療機関において、必要な感染予防策を講じる場合の診療報酬の特例的な評価を行う。

○ 健康保険組合等保険者機能の強化 65億円

新型コロナウイルス感染症の影響により、令和元年度から保険者機能強化支援事業の対象となっている健康保険組合については、更に支援が必要となることから、補助割合の見直しを行うと共に、解散を選択する蓋然性が高く、保健事業の維持が困難となる健康保険組合についても当該事業の対象とし財政支援を行う。

また、特定保健指導対象者等の受診控えに対する受診勧奨やICTを活用した特定保健指導への切り替えについて、保険者に対し費用を補助する。

ポストコロナに向けた経済構造の転換・好循環の実現

地域・社会・雇用における民需主導の好循環の実現

○ 国民健康保険料等の減免を行った市町村等に対する財政支援 397億円

新型コロナウイルス感染症の影響により一定程度収入が下がった被保険者に対して、国民健康保険料等の減免を行った市町村等に財政支援を行う。

デジタル改革の実現

○ 保健医療情報等の利活用 51億円

保健医療ビッグデータの利活用の推進のため、レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)や介護保険総合データベース等で保有する健康・医療・介護情報を連結して分析可能な環境の整備を行う。
また、保健医療情報を本人や本人の同意を得た全国の医療機関等で確認できる仕組みの対象となる情報項目を手術の情報などに拡大するため、必要なシステム改修を行う。

○ 新たな日常にも対応する処方箋等の電子化に向けたシステム構築 61億円

オンライン資格確認等システムの基盤を活用した電子処方箋管理のためのサーバを構築する。
また、レセプト情報等の利活用が推進されるため、訪問看護レセプトの電子化を推進する。

防災・減災、国土強靱化の推進など安全・安心の確保

○ 令和2年7月豪雨による災害対応 2.2億円

令和2年7月豪雨の被災者に対して医療保険の窓口負担や保険料等の減免を行った市町村等への財政支援を行う。

令和3年度予算案(保険局関係)の主な事項

令和3年度予算案(保険局関係)の主な事項

※()内は令和2年度予算額

地域包括ケアシステムの構築等に向けた安心で質の高い医療・介護サービスの提供

安定的で持続可能な医療保険制度の運営確保

○ 各医療保険制度などに関する医療費国庫負担 11兆7,607億円(11兆8,620億円)

各医療保険制度などに関する医療費国庫負担に要する経費を確保し、その円滑な実施を図る。

新型コロナウイルス感染症を踏まえた診療報酬上の特例的な対応

新型コロナウイルス感染症下で地域の医療提供体制を維持・確保するため、診療報酬において、期限を区切り特例的に、外来における小児診療等に係る評価、各医療機関等における感染症対策に係る評価を行う。(10月以降は、感染状況や地域医療の実態等を踏まえ、単純延長することを含め、必要に応じ、柔軟に対応)。また、当面の間、回復患者の転院支援に係る評価、中等症以上の患者に対する評価を行う。

薬価改定への対応

市場実勢価格を適時に薬価に反映して国民負担を抑制するため、価格乖離の大きな品目について、新型コロナウイルス感染症による影響も勘案した上で薬価改定を行う。

○ 国民健康保険への財政支援 3,104億円(3,104億円)

保険料の軽減対象となる低所得者数に応じた保険者への財政支援の拡充や保険者努力支援制度等を引き続き実施するために必要な経費を確保する。

○ 被用者保険への財政支援 820億円(820億円)

拠出金負担の重い被用者保険者の負担を軽減するための財政支援に必要な経費を確保する。

Society5.0の実現に向けた科学技術・イノベーションの推進等

○ 医療等分野におけるICTの利活用の促進等

① 医療保険分野における番号制度の利活用推進 108億円(145億円)

2021年3月から始まる医療保険のオンライン資格確認等システムの構築及び導入に係る周知広報等に関する必要な経費を確保する。

④ データヘルス分析関連サービスの構築に向けた整備 3.7億円 (4.0億円)

レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)や介護保険総合データベースなど健康・医療・介護情報を連結して、研究者などが分析可能な環境と民間事業者を含め幅広い主体へ提供する仕組みの整備等を行う。

健康で安全な生活の確保

健康増進対策や予防・健康管理の推進

○ 健康寿命の延伸に向けた予防・健康づくり

① 保険者のインセンティブ強化(国保・保険者努力支援制度) 1,412億円(1,412億円)

公的保険制度における疾病予防の取組を強化するため、保険者努力支援制度(国民健康保険)について、引き続き、配点のメリハリを強化するなどの適切な指標の見直しにより、予防・健康づくり等に関する取組を強力に推進する。

②データヘルス(医療保険者によるデータ分析に基づく保健事業)の効果的な実施の推進

ア レセプト・健診情報等の分析に基づいた保健事業等の推進 7.4億円(7.9億円)

医療保険者による第2期データヘルス計画に基づく予防・健康づくりの取組を推進するため、加入者への意識づけや、予防・健康づくりへのインセンティブの取組、生活習慣病の重症化予防等を推進するとともに、保険者による先進的なデータヘルスの実施を支援し、全国展開を図る。

イ 保険者協議会における保健事業の効果的な実施への支援 80百万円(88百万円)

住民の健康増進と医療費適正化について、都道府県単位で医療保険者等が共通認識を持って取組を進めるよう、都道府県単位で設置される保険者協議会に対して、都道府県内の医療費の調査分析など保険者のデータヘルス事業等の効果的な取組を広げるための支援を行う。

ウ 40歳未満の事業主健診情報の活用に向けたシステム構築の支援【新規】 40百万円

特定健康診査の対象者以外の者(40歳未満の者)の事業主健診の情報をマイナポータル等を通じて自らの保健医療情報として閲覧可能とするデータヘルスの推進を図るため、当該情報を保険者に集約し、保険者から支払基金に登録するためのシステム構築に向けた調査研究を実施する。

③ 先進事業等の好事例の横展開等

ア 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進等 1.9億円(1.1億円)

令和2年度より開始された高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について、広域連合・市町村向けの研修会の開催や優先介入対象リストの自動作成等の国保データベース(KDB)システムの活用ツール開発等により広域連合・市町村の取組を支援し、効果的な横展開を図る。

イ 糖尿病性腎症患者の重症化予防の取組への支援 50百万円(50百万円)

糖尿病性腎症の患者であって、生活習慣の改善により重症化の予防が期待される者に対して、医療保険者が医療機関と連携した保健指導を実施する。

ウ 健康寿命の延伸に向けた歯科口腔保健の推進等 18億円(17億円)

※内保険局分7.0億円(7.0億円)

後期高齢者医療広域連合が実施する高齢者の特性を踏まえた歯科健診の実施について支援を行う。

④ 保険者の予防・健康インセンティブの取組への支援 77百万円 (1.2億円)

健康長寿社会の実現や医療費の適正化を図るため、経済団体、保険者、自治体、医療関係団体等で構成される「日本健康会議」における、先進的な予防・健康づくりのインセンティブを推進する者を増やす支援を行う。

⑥ 健康増進効果等に関する実証事業の実施 11億円 (7.3億円)

※内保険局分4.5億円(1.5億円)

データ等を活用した予防・健康づくりの健康増進効果等に関するエビデンスを確認・蓄積するための大規模実証事業を、統計学的な正確性を確保した上で実施する。

⑨保険者とかかりつけ医等の共働による加入者の予防健康づくりの実施【新規】 1.0億円

かかりつけ医等と医療保険者が協働し、加入者の健康面や社会生活面の課題について情報共有しながら、加入者の重症化予防に必要な栄養指導等の保健指導や地域社会で行っている相談援助等の活用を推進する。

東日本大震災や熊本地震をはじめとした災害からの復旧・復興への支援

被災者・被災施設の支援

「東日本大震災復興特別会計」計上項目

○ 避難指示区域等での医療保険制度の特別措置(復興) 38億円(38億円)

東京電力福島第一原発の事故により設定された帰還困難区域及び上位所得層を除く旧避難指示区域等・旧避難指示解除準備区域等の住民について、医療保険の一部負担金や保険料の免除等の措置を延長する場合には、引き続き保険者等の負担を軽減するための財政支援を行う。

令和2年12月23日	第138回社会保障審議会医療保険部会	資料 6
令和2年12月18日経済財政諮問会議資料(抜粋)		

新経済・財政再生計画 改革工程表2020(社会保障部分抜粋)

新経済・財政再生計画 改革工程表 2020 － 概要－

改革工程表は、新経済・財政再生計画に掲げられた主要分野ごとの重要課題への対応とKPI、それぞれの政策目標とのつながりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すもの。

本年改定においては、（１）改革工程表2019の各施策の推進状況を点検・評価、（２）「経済財政運営と改革の基本方針2020」（令和２年７月17日閣議決定）を踏まえ、各施策の改革工程を具体化。

社会保障

予防・健康づくりの推進

OPHR推進を通じた健康・健診情報の予防への分析・活用

2020年度に策定した工程に基づき、必要な法制上の対応を行うとともに、マイナポータルインフラを活用して本人が健診情報を確認する際のデータのフォーマット等を整備。2022年度早期から、マイナポータルで提供する健診等情報を順次拡大。

医療・福祉サービス改革

○医療費適正化に向けた地域の実情を踏まえた取組の推進

各都道府県において定めた第3期医療費適正化計画に基づき、住民の健康保持や医療の効率的な提供のため、医療費適正化の取組を推進。計画期間（～2023年度）の最終年である2023年度における計画目標の達成に向け、各都道府県において毎年度進捗状況の把握、地域の課題・要因分析、対策の検討・実施といったPDCA管理を行い、その結果をHPに公表し、厚労省へ報告。

さらに、2024年度から開始する第4期の医療費適正化計画に向けて、国と都道府県が一緒になって効果的なPDCA管理ができるよう、法制化の対応も含め見直しに向けて検討。

○国保財政の健全化に向け、受益と負担の見える化の推進

赤字決算補填等を目的として、2018年度に法定外繰入を行った354の市町村において、その解消期限や公費の活用等解消に向けた実効的・具体的な手段が盛り込まれた計画を策定するよう要請。保険者努力支援制度における評価指標の見直し等により、2023年度に200市町村まで減らすこととしていた前年の目標値を100市町村に見直すなど、その実行を推進。

○後発医薬品の使用促進

後発医薬品の使用割合目標について、2020年9月の実績（速報値）は78.3%（目標は80%）であり、新たな目標について、目標の達成状況や地域差等を踏まえ、年度内に結論を得る。その中で、後発医薬品も含めた、医薬品の適正使用に資するフォーミュラガイドラインの策定や、後発医薬品使用割合の医療機関等の別の見える化についても検討。

1. 社会保障

骨太方針2018、骨太方針2019等の内容に沿って、社会保障制度の基盤強化を着実に進め、人生100年時代に対応した社会保障制度を構築し、世界に冠たる国民皆保険・皆年金の維持、そして持続可能なものとして次世代への継承を目指す。

新経済・財政再生計画に基づき、基盤強化期間内から改革を順次実行に移し、団塊の世代が75歳以上に入り始める2022年までに社会保障制度の基盤強化を進め、経済成長と財政を持続可能にするための基盤固めにつなげる。このため、給付と負担の見直しも含めた改革工程表について、進捗を十分に検証しながら、改革を着実に推進する。

予防・健康づくりを推進するため、先進事例の横展開やインセンティブの積極活用等を通じて糖尿病等の生活習慣病の予防・重点化予防や認知症の予防等に重点的に取り組む。これにより、健康寿命を延伸し、平均寿命との差を縮小することを目指す。

- ・平均寿命の延伸を上回る健康寿命の延伸を目標に、2040年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し、75歳以上とすることを目指す。

※要介護度を活用した「日常生活動作が自立した期間の平均」を補完的に活用する。

- ・高齢者の就業・社会参加率

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
—	—	<p>1. 2040年までに健康寿命を男女とも3歳以上延伸し、75歳以上とすることを目指す</p> <p>a. 「自然に健康になれる環境づくり」や「行動変容を促す仕掛け」など「新たな手法」も活用した「健康寿命延伸プラン」の着実な実施を通じ、次世代を含めた全ての人の健やかな生活習慣形成等、疾病予防・重症化予防、介護予防・フレイル対策、認知症予防等の取組を推進するとともに、客観的に健康づくり関連施策を評価できる指標の設定に向け、健康寿命に影響をもたらす要因に関する研究を実施（2019年度から2021年度まで）。</p> <p>b. 研究結果を踏まえ、客観的指標を次期健康づくり運動プランの目標として設定し、そこで得られた指標をK P Iとして活用できるか検討する。</p> <p>《厚生労働省》</p>	→	→	

社会保障 1. 予防・健康づくりの推進

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
<p>○年間新規透析患者数 【2028年度までに35,000人以下に減少】</p> <p>○糖尿病有病者の増加の抑制 【2022年度までに1,000万人以下】</p> <p>○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数 【2022年度までに2008年度と比べて25%減少】</p>	<p>○かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体、広域連合の数【2020年度までに市町村：1,500、広域連合：47】</p> <p>○特定健診の実施率 【2023年度までに70%以上】 （受診者数/対象者数。特定健診・特定保健指導の実施状況（回答率100%））</p> <p>○特定保健指導の実施率 【2023年度までに45%以上】 （特定保健指導終了者数/特定保健指導対象者数。特定健診・特定保健指導の実施状況（回答率100%））</p> <p>○スマート・ライフ・プロジェクト参画団体数【2022年度までに7,000団体以上】</p>	<p>2. 糖尿病等の生活習慣病や慢性腎臓病の予防の推進</p> <p>a. 日本健康会議の重症化予防WG等において重症化予防の先進・優良事例の把握を行うとともに、それを踏まえた糖尿病性腎症重症化予防プログラム等に基づき取組を推進。</p> <p>b. 「健康日本21（第2次）」も踏まえ、「適度な運動」「適切な食生活」「禁煙・受動喫煙防止」「健診・検診の受診」をテーマに、健康づくりに取り組む企業・団体・自治体への支援や好事例（※）の横展開や健康無関心層を含む国民への働きかけを行う「スマート・ライフ・プロジェクト（SLP）」を推進。（※）野菜摂取量増加に向けた地方自治体の取組など地域の関係者が一体となって推進する取組。</p> <p>c. 2017年度実績より、全保険者の特定健診・特定保健指導の実施率を公表（2018年度から実施）。</p> <p>d. 地域の医師会等とも連携しながら特定健診・特定保健指導の実施に取り組む好事例を横展開するなど、まずは目標値（2023年：70%（特定健診）、45%（特定保健指導））の早期達成を目指し、現状の分析を踏まえつつ、特定健診・特定保健指導の実施率の向上につながる効果的な方策等を検討。また、好事例の横展開等により、保険者別の取組の見える化を図る。</p> <p>e. 国保において、40～50歳代が特定健診を受診しやすくなるよう、休日夜間の健診実施や40歳未満からの健診実施等の横展開を図る。</p> <p>（次頁に続く）</p>			

社会保障 1. 予防・健康づくりの推進

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
<p>○年間新規透析患者数 【2028年度までに35,000人以下に減少】</p> <p>○糖尿病有病者の増加の抑制 【2022年度までに1,000万人以下】</p> <p>○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数 【2022年度までに2008年度と比べて25%減少】</p>	<p>○かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体、広域連合の数【2020年度までに市町村：1,500、広域連合：47】</p> <p>○特定健診の実施率 【2023年度までに70%以上】 （受診者数/対象者数。特定健診・特定保健指導の実施状況（回答率100%））</p> <p>○特定保健指導の実施率 【2023年度までに45%以上】 （特定保健指導終了者数/特定保健指導対象者数。特定健診・特定保健指導の実施状況（回答率100%））</p> <p>○スマート・ライフ・プロジェクト参画団体数【2022年度までに7,000団体以上】</p>	<p>2. 糖尿病等の生活習慣病や慢性腎臓病の予防の推進（前頁より続く）</p> <p>f. 慢性腎疾患（C K D）診療連携体制モデル事業を継続実施。</p> <p>g. モデル事業を踏まえ、自治体等への支援や好事例の横展開を実施。</p> <p>h. 腎疾患対策について、新型コロナウイルス感染拡大を受けて、既存の普及啓発のための取組（対一般市民）や研修会（対医療従事者）等について開催が困難となっているところ、厚生労働科学研究等を通じてオンラインの活用や新しい生活様式に沿った普及啓発活動等の好事例について収集・発信し、横展開を図る。</p> <p>i. 糖尿病性腎症の患者であって、生活習慣の改善により重症化の予防が期待される者に対して、医療保険者が医療機関と連携した保健指導を実施する好事例を横展開。</p> <p>j. 新型コロナウイルス感染症による影響を踏まえつつ、保険者インセンティブ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、戦略的な情報発信などによる後押しにより、先進・優良事例を横展開。</p> <p>k. 「受診率向上施策ハンドブック（第2版）」を活用し、特定健診とがん検診の一体的実施など自治体の先進事例の横展開を実施。</p> <p>l. 厚生労働科学研究において、2020年度に新たな技術を活用した血液検査など負荷の低い検査方法に関する検証を実施し、その検証結果を踏まえ、必要な検討を速やかに実施予定。</p> <p>（次頁に続く）</p>	→	→	→

社会保障 1. 予防・健康づくりの推進

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
<p>○年間新規透析患者数 【2028年度までに35,000人以下に減少】</p> <p>○糖尿病有病者の増加の抑制 【2022年度までに1,000万人以下】</p> <p>○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数 【2022年度までに2008年度と比べて25%減少】</p>	<p>○かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体、広域連合の数【2020年度までに市町村：1,500、広域連合：47】</p> <p>○特定健診の実施率 【2023年度までに70%以上】 （受診者数/対象者数。特定健診・特定保健指導の実施状況（回答率100%））</p> <p>○特定保健指導の実施率 【2023年度までに45%以上】 （特定保健指導終了者数/特定保健指導対象者数。特定健診・特定保健指導の実施状況（回答率100%））</p> <p>○スマート・ライフ・プロジェクト参画団体数【2022年度までに7,000団体以上】</p>	<p>2. 糖尿病等の生活習慣病や慢性腎臓病の予防の推進（前頁より続く）</p> <p>m. 事業主健診情報について、健診実施機関から保険者に健診結果を直接提供することを推進するための健診実施機関と保険者間の契約書のひな形の活用等を通じて、事業者から保険者への円滑な提供を促進していく。</p> <p>n. 全保険者種別で健康スコアリングレポート（保険者単位）で実施するとともに、健康保険組合、国家公務員共済組合においては、現行の保険者単位のレポートに加え、事業主単位でも実施し、業態内の平均等の見える化を通じて特定健診・保健指導の実施の促進を行う。</p> <p>o. 保険者インセンティブ制度を活用し、特定健診・保健指導の実施率向上に取り組む保険者を評価する。また、そのうち、後期高齢者支援金の加算・減算制度においては、加算対象範囲の拡大や加算率の引き上げ等により、保険者の予防・健康づくりの取組を推進。</p> <p>p. 効果的な特定健診・特定保健指導の実施方法について、予防・健康づくりに関する大規模実証事業の検証結果や、厚生労働科学研究の研究結果も踏まえ、そのあり方について第4期医療費適正化計画の見直しと併せて検討する。</p> <p>《厚生労働省》</p>	→	→	→

社会保障 1. 予防・健康づくりの推進

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
<p>○「日常生活自立度」がⅡ以上に該当する認知症高齢者の年齢階級別割合【2018年度と比べて減少】</p>	<p>○認知症カフェ等を設置した市町村【2025年度末までに100%】 （設置市町村数／全市町村数。認知症総合支援事業等実施状況調べ）</p> <p>（参考）○認知症サポーターの数【2020年度末までに1,200万人】達成済み</p> <p>○認知症サポート医の数【2025年までに1.6万人】</p> <p>○介護予防に資する通いの場への参加率【2025年度末までに8%】（通いの場の参加者実人数／住民基本台帳に基づく65歳以上の高齢者人口。平成30年度 介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況（平成30年度実施分）に関する調査結果）</p>	<p>3. 認知症予防の推進及び認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供</p> <p>a. 通いの場（身体を動かす場等）の充実や認知症カフェの増加に向けた取組の推進。新型コロナウイルス感染症の影響により、対面での実施が困難となっているところもあり、オンラインによる実施を促進するため、通いの場についてはアプリ等の活用を進めるとともに、認知症カフェについては2020年度に作成した手引きの活用や好事例の普及により、設置を推進。</p> <p>b. 認知症予防に関する先進・優良事例を収集・活用し、取組の実践に向けたガイドライン等を作成。</p> <p>c. ガイドライン等を各自治体へ周知。</p> <p>d. 認知症対策イノベーション基盤整備事業において、官民が連携した予防ソリューションの開発を推進。</p> <p>e. 各認知症疾患医療センターにおける、かかりつけ医や地域包括支援センター等との連携による診断後の相談支援機能を強化。</p> <p>f. 認知症疾患医療センターの機能のあり方等について引き続き検討</p> <p>g. 認知症疾患医療センターの機能のあり方等について検討結果に基づき対応。</p> <p>h. 認知症の予防・治療法開発に資するデータベースの構築と実用化について取り組む。</p> <p>i. 認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の活動支援、認知症サポート医の養成等の認知症高齢者等にやさしい地域づくりを推進。</p> <p>《厚生労働省・経済産業省》</p>	→	→	→

社会保障 1. 予防・健康づくりの推進

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
<p>○がんの年齢調整死亡率（75歳未満） 【2022年度までに2017年度と比べて低下】 （{ [観察集団の各年齢（年齢階級）の死亡率] × [基準人口集団のその年齢（年齢階級）の人口] } の各年齢（年齢階級）の総和／基準人口集団の総人口（人口10万人当たりで表示）。国立がん研究センターが「人口動態調査」に基づき集計）</p>	<p>○対策型検診で行われている全てのがん種における検診受診率 【2022年度までに50%以上】 （受診者数／対象者数。国民生活基礎調査（令和元年調査））</p> <p>○精密検査受診率 【2022年度までに90%以上】 （（要精密検査者数－精密検査未受診者数－精密検査未把握者数）／要精密検査者数。国立がん研究センターがん情報サービス）</p>	<p>4. がん対策の推進 i. がんの早期発見と早期治療</p> <p>a. がんを早期発見し、早期治療に結びつけるため、より精度の高い検査方法に関する研究を推進。</p> <p>b. 難治性がん等について、血液等による簡便で低侵襲な検査方法の開発。</p> <p>c. 「職域におけるがん検診に関するマニュアル」の普及に取り組むとともに、職域におけるがん検診の実態調査の結果も踏まえ、精度管理について検討。より効果的な受診勧奨の取組についての実証事業を実施。</p> <p>d. 「「がん検診のあり方に関する検討会」における議論の中間整理」を踏まえ、科学的根拠に基づいたがん検診を推進。</p> <p>e. 新型コロナウイルス感染拡大に伴う、検診の延期や受診控えなどにより、前年の同じ時期より受診者が減少しているとのデータが示されている。必要な検診を受診するよう、情報発信、広報活動に取り組むとともに、検診の実施状況の把握・分析を行い、効果的な受診勧奨等の方策を検討する。</p> <p>f. 次期がん対策推進基本計画に向け、各種がんの特性や年齢別の罹患率等も踏まえ、より効果的な取組を推進するための方策について、K P I も含め取り組むべき施策を検討する。</p> <p>＜厚生労働省＞</p>			

社会保障 1. 予防・健康づくりの推進

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
<p>○仕事と治療の両立ができる環境 と思う人の割合 【2025年度までに40%】 （「そう思う」又は「どちらか といえばそう思う」と回答した人数 ／有効回収数。がん対策・たばこ 対策に関する世論調査（令和元年 度調査回答率 54.9%））</p>	<p>○がん診療連携拠点病院において、 「治療と仕事両立プラン」等を活用し て支援した就労に関する相談件数 【2022年までに年間25,000件】</p>	<p>4. がん対策の推進 ii. がんの治療と就労の両立</p> <p>a. 「治療と仕事両立プラン」を活用した支援を行う「がん患者の仕事と治療の両立支援モデル事業」の成果を踏まえ、取組を拡大し、個々の事情に応じた就労支援を行うための体制整備。 b. 新型コロナウイルス感染拡大に伴い、社会全体での失業者の増加や労働環境が悪化しているところ、引き続き、がん診療連携拠点病院等の相談支援センターに就労に関する専門家（社労士等）や両立支援コーディネーターを配置し、就労支援を行う「がん患者の就労に関する総合支援事業」の活用を促進する。 c. 企業等への相談対応、個別訪問指導、助成金による制度導入支援。 d. 働き方・休み方改善ポータルサイト等を通じ、企業における傷病休暇等の取組事例を横展開。</p> <p>《厚生労働省》</p>	→	→	→

社会保障 1. 予防・健康づくりの推進

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
<p>○適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI25以上）、やせ（BMI18.5未満）の減少） 【2022年度までに ・20～60歳代男性の肥満者の割合28%（BMI（体重kg÷身長m÷身長m）の数値が25以上の者／調査対象者のうち、20～60歳代男性で、身長・体重を測定した者。国民健康・栄養調査） ・40～60歳代女性の肥満者の割合19%（BMI（体重kg÷身長m÷身長m）の数値が25以上の者／調査対象者のうち、40～60歳代女性で、身長・体重を測定した者。国民健康・栄養調査） ・20歳代女性のやせの者の割合20%（BMI（体重kg÷身長m÷身長m）の数値が18.5未満の者／調査対象者のうち、20歳代女性で、身長・体重を測定した者。国民健康・栄養調査） 】 ○がんの年齢調整死亡率（75歳未満） 【2022年度までに2017年度と比べて低下） （〔観察集団の各年齢（年齢階級）の死亡率〕×〔基準人口集団のその年齢（年齢階級）の人口〕の各年齢（年齢階級）の総和／基準人口集団の総人口（人口10万人当たりで表示）。国立がん研究センターが「人口動態調査」に基づき集計） ○年間新規透析患者数【2028年度までに35,000人以下に減少】 ○糖尿病有病者の増加の抑制 【2022年度までに1,000万人以下】 ○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数 【2022年度までに2008年度と比べて25%減少】 ○野菜摂取量の増加【2022年度までに350g】 ○食塩摂取量の減少【2022年度までに8g】</p>	<p>○スマート・ライフ・プロジェクト（SLP）参画団体数【2022年度までに7,000団体以上】 ○特定健診の実施率【2023年度までに70%以上】 （受診者数/対象者数。特定健診・特定保健指導の実施状況（回答率100%）） ○特定保健指導の実施率【2023年度までに45%以上】 （特定保健指導終了者数/特定保健指導対象者数。特定健診・特定保健指導の実施状況（回答率100%）） ○対策型検診で行われている全てのがん種における検診受診率【2022年度までに50%以上】（受診者数／対象者数。国民生活基礎調査（令和元年調査）） ○1日あたりの歩数 【2022年度までに ・20～64歳:男性9,000歩、女性8,500歩 ・65歳以上:男性7,000歩、女性6,000歩】 ○産学官連携プロジェクト本部の設置 【2021年度中】 ○産学官連携プロジェクト参画企業数 【2022年度までに20社以上】</p>	<p>5. 無関心層や健診の機会が少ない層への啓発</p> <p>a. 「健康日本21（第2次）」も踏まえ、「適度な運動」「適切な食生活」「禁煙・受動喫煙防止」「健診・検診の受診」をテーマに、健康づくりに取り組む企業・団体・自治体への支援や好事例の横展開や健康無関心層を含む国民への働きかけを行う「スマート・ライフ・プロジェクト（SLP）」を推進。特定健診・特定保健指導の見直しの際には、加入者の年齢等による特性にも留意の上、特定健診・特定保健指導の在り方やKPIの設定も含め検討を行う。</p> <p>b. 野菜摂取量増加に向けた取組等の横展開、民間主導の健康的な食事・食環境（スマート・ミール）の認証制度等の普及支援など、自然に健康になれる環境づくりを推進。</p> <p>c. 「栄養サミット2021」を契機に、産学官連携プロジェクト本部を設置し、企業への参画の働きかけを行う。</p> <p>d. 産学官連携プロジェクトにおいて、企業等へ本プロジェクトへの参画について働きかけを行い、各企業等から減塩等の定量目標を得る。</p> <p>e. 産学官連携プロジェクトにおいて、各企業等が設定した減塩等の定量目標について進捗評価を行う。</p> <p>f. 新型コロナウイルス感染症による食事や運動等の生活習慣の変化や、健康への影響、健診受診状況に関する厚生労働科学研究を2020年度末までを目途に実施予定。当該調査結果を踏まえ、「新しい生活様式」に対応した健康づくりの検討、普及・啓発を推進。</p> <p>g. 新たな日本健康会議において、産官学連携に向けた新たな取り組みについて検討する。 《厚生労働省》</p>			

社会保障 1. 予防・健康づくりの推進

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
<p>○適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI 25以上）、やせ（BMI 18.5未満）の減少）</p> <p>【2022年度までに</p> <ul style="list-style-type: none"> ・20～60歳代男性の肥満者の割合28%（BMI（体重kg÷身長m÷身長m）の数値が25以上の者 / 調査対象者のうち、20～60歳代男性で、身長・体重を測定した者。国民健康・栄養調査） ・40～60歳代女性の肥満者の割合19%（BMI（体重kg÷身長m÷身長m）の数値が25以上の者 / 調査対象者のうち、40～60歳代女性で、身長・体重を測定した者。国民健康・栄養調査） ・20歳代女性のやせの者の割合20%（BMI（体重kg÷身長m÷身長m）の数値が18.5未満の者 / 調査対象者のうち、20歳代女性で、身長・体重を測定した者。国民健康・栄養調査）】 <p>○がんの年齢調整死亡率（75歳未満）</p> <p>【2022年度までに2017年度と比べて低下】</p> <p>（〔観察集団の各年齢（年齢階級）の死亡率〕×〔基準人口集団のその年齢（年齢階級）の人口〕の各年齢（年齢階級）の総和／基準人口集団の総人口（人口10万人当たりで表示）。国立がん研究センターが「人口動態調査」に基づき集計）</p> <p>○年間新規透析患者数【2028年度までに35,000人以下に減少】</p> <p>○糖尿病有病者の増加の抑制</p> <p>【2022年度までに1000万人以下】</p> <p>○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数</p> <p>【2022年度までに2008年度と比べて25%減少】</p> <p>○野菜摂取量の増加【2022年度までに350g】</p> <p>○食塩摂取量の減少【2022年度までに8g】</p>	<p>○予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する市町村、被用者保険者等の数</p> <p>【2020年度までに市町村：800市町村、2023年度末までに被用者：600保険者】</p> <p>日本健康会議から引用</p>	<p>6. 予防・健康づくりに頑張った者が報われる制度の整備</p> <p>a. 保険者機能を強化するとともに、新型コロナウイルス感染症による影響を踏まえつつ、保険者インセンティブ制度の加減算双方向での評価指標による財政的インセンティブ及びナッジの活用などにより、予防・健康づくりに頑張った者が報われる仕組みを整備。</p> <p>b. 現状の分析を踏まえつつ「個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取組に係るガイドライン」の周知を行うほか、2018年度から後期高齢者支援金の減算制度において、保険者による個人インセンティブ事業を指標とし、取組を支援したことにより、インセンティブ事業に取り組む保険者数が増加。2021年度以降は、予防・健康づくりについて、個人を対象としたインセンティブを推進する被用者保険者等の数に関する指標の目標達成のために、後期高齢者支援金の加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、引き続き、保険者の取組を支援していく。</p> <p>《厚生労働省》</p>			

社会保障 1. 予防・健康づくりの推進

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
—	<p>○認定者数、受給者数、サービスの種類別の給付実績を定期的にモニタリング（点検）するとともに、地域差を分析し、介護給付費の適正化の方策を策定した上で、介護給付費適正化の取組を実施した保険者【2020年度末までに100%】（実施保険者数/全保険者数。保険者機能強化推進交付金等の評価指標に係る実施状況として把握）</p>	<p>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</p> <p>a. 医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（2019年法律第9号）に基づき、保健事業と介護予防の一体的な実施を着実に推進。</p> <p>b. 市町村を中心とした高齢者の保健事業と介護予防の一体的かつ効率的な実施を促すため、特別調整交付金を活用した支援を実施。</p> <p>c. 保険者機能強化推進交付金等については、取組状況の「見える化」を着実に実施する観点から、2021年度も引き続き都道府県及び市町村の指標項目ごとの得点獲得状況を一般公表するとともに、2021年度評価指標における各市町村の得点状況の分析を行う。</p> <p>d. また、2022年度評価指標について、アウトカム指標の強化や、地域差の縮減を見据えた自立支援・重度化防止・介護費用の適正化に関する市町村の取組につながる指標を評価する方向に制度を重点化・簡素化することも含め、必要な検討を行い、指標の見直しを行う。</p> <p>e. 年齢調整後の要介護度と認定率の地域差縮減に向け、引き続き、費用分析や適正化手法を普及することに加え、進捗管理の手引きを周知する。また、各保険者による定期的なモニタリング（点検）を行うとともに、地域差を分析した上で適正化方策の実施状況を把握し、その状況を踏まえて、都道府県が策定した介護給付費適正化計画に基づき、都道府県から市町村への必要な支援を行う。《厚生労働省》</p>	→	→	→
<p>○低栄養傾向（BMI 20以下）の65歳以上の者の割合の増加の抑制【2022年度に22%以下】（BMI（体重kg÷身長m÷身長m）の数値が20以下の者 / 調査対象者のうち、65歳以上で、身長・体重を測定した者。国民健康・栄養調査）</p>	<p>○フレイル予防の普及啓発ツールを活用した栄養に係る事業を実施する市町村【2022年度までに50%以上】（フレイル予防の普及啓発ツールを活用した栄養に係る事業を実施する市町村 / 全市町村 厚生労働省で把握）</p>	<p>8. フレイル対策に資する食事摂取基準の活用</p> <p>a. 食事摂取基準（2020年版）を活用したフレイル予防の普及啓発ツールの活用事例を収集し、好事例を公表・周知することにより、各自治体における取組を推進。</p> <p>《厚生労働省》</p>	→		

社会保障 1. 予防・健康づくりの推進

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
<p>○望まない受動喫煙のない社会の実現（2022年度） （⇒※受動喫煙の機会を有する者の割合 （a）行政機関（b）医療機関（c）職場（e）飲食店 月1回以上受動喫煙の機会ありと回答した者/調査対象者のうち20歳以上で、当該項目を回答した者 （d）家庭 毎日受動喫煙の機会ありと回答した者/調査対象者のうち20歳以上で、当該項目を回答した者。国民健康・栄養調査） ※「第3期がん対策基本計画（平成30年3月9日閣議決定）」や「健康日本21（第2次）」においても同様の目標を設定</p>	<p>○普及啓発等の受動喫煙対策に取り組んでいる都道府県数 【47都道府県】</p>	<p>9. 受動喫煙対策の推進</p> <p>a. 2020年4月に全面施行された健康増進法の一部を改正する法律に基づく受動喫煙対策の推進。 b. 2021年度は改正健康増進法の経過措置として喫煙可能室の設置ができる小規模飲食店等に限って受動喫煙対策の助成の継続及び相談支援の継続。</p> <p>《厚生労働省》</p>			
<p>○80歳で20歯以上自分の歯を有する者の割合 【2022年度までに60%以上】 （20歯以上の自分の歯を有する者/80歳の者（被調査者のうち、75～79歳、80～84歳の年齢階級から推計）。歯科疾患実態調査） ○60歳代における咀嚼良好者の割合の増加 【2022年度までに80%以上】 （何でも噛んで食べることができる回答した者/60歳代の被調査者のうち、当該項目を回答した者。国民健康・栄養調査） ○40歳代、60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少 【2022年度までに40歳代25%以下、60歳代45%以下】 （歯周ポケット（4mm以上）のある者/40歳代、60歳代の各被調査者。歯科疾患実態調査）</p>	<p>○歯科口腔保健の推進に関する条例を制定している都道府県の増加 【2022年度までに47都道府県】</p> <p>○過去1年間に歯科検診を受診した者の割合【2022年度までに65%】 （過去1年間に歯科検診を受診した者/20歳以上の被調査者のうち、当該項目を回答した者。国民健康・栄養調査）</p>	<p>10. 歯科口腔保健の充実と歯科保健医療の充実</p> <p>a. 口腔の健康と全身の健康に関するエビデンスや自治体が歯科口腔保健医療施策を効果的に行うために有用な情報等の収集・検証を行い、適切な情報提供を行う。 b. 歯科健診や歯科保健指導を効果的・効率的に実施するためのモデルとなる取組の提示等を行う。 c. 「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」（以下、基本的事項という。）の中間評価等を踏まえ、ワーキンググループにおいて、歯周病等の歯科疾患対策について、効果的な予防対策等の検討及び課題の整理等を行い、自治体等における歯科疾患予防の取組を推進するとともに、2022年度予定の「基本的事項」の最終評価及び次期計画策定に反映する。 d. う蝕予防、歯周病予防、口腔機能低下予防等を含めた歯科疾患の効果的な一次予防のモデルの検討等を行い、広く市町村で展開可能な歯科疾患予防に係る取組の提案等を行う。 e. 後期高齢者医療広域連合が実施する高齢者の特性を踏まえた歯科健診の実施支援。</p> <p>《厚生労働省》</p>			

社会保障 1. 予防・健康づくりの推進

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
<p>○妊娠中の喫煙率・飲酒率【2024年度に0%】（妊娠中に喫煙ありと回答した人数／全回答者数。母子保健課調査）</p> <p>○足腰に痛みのある女性高齢者の割合の減少【2022年度までに1,000人当たり260人】（足腰に痛み（「腰痛」か「手足の関節が痛む」のいずれか若しくは両方の有訴者）のある65歳以上の女性/調査対象者のうち65歳以上の女性で、当該項目を回答した者。国民生活基礎調査（令和元年調査））</p> <p>○子宮頸がんや乳がんを含めたがんの年齢調整死亡率（75歳未満）【2022年度までに2017年度と比べて低下】（〔観察集団の各年齢（年齢階級）の死亡率〕×〔基準人口集団のその年齢（年齢階級）の人口〕の各年齢（年齢階級）の総和／基準人口集団の総人口（人口10万人当たりで表示）。国立がん研究センターが「人口動態調査」に基づき集計）</p> <p>○妊娠・出産について満足している者の割合【2024年度までに85.0%】（「産後、助産師や保健師等からの指導・ケアを十分に受けることができた」と回答した人数／全回答者数。母子保健課調査）</p>	<p>○妊娠届出時にアンケートを実施する等して、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握している市区町村の割合【2024年度に100%】（「妊娠届け出時にアンケートを実施する等して、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握している」と回答した市区町村数／全市区町村数。母子保健課調査）</p> <p>○骨粗鬆症検診の受診率【2017年度を基準に上昇】（骨粗鬆症検診の受診者数（地域保健・健康増進事業報告）/骨粗鬆症検診の対象年齢（※）の女性の人数（国勢調査）（※）40,45,50,55,60,65,70歳。骨粗鬆症財団調べ）</p> <p>○子宮頸がん検診、乳がん検診の受診率【2022年度までに50%以上】（受診者数／対象者数。国民生活基礎調査（令和元年調査））</p>	<p>11. 生涯を通じた女性の健康支援の強化</p> <p>a. 女性の健康支援に関し、調査研究を進め、必要な情報を広く周知・啓発。</p> <p>b. 2020年度から「予防・健康づくりに関する大規模実証事業」において、女性特有の健康課題に関するスクリーニング、介入方法を検証。</p> <p>c. 検証結果に基づき、スクリーニング及び介入方法の健診・保健指導制度等への組み込みを検討。</p> <p>d. 新型コロナウイルス感染症の影響がある中でも、必要な検診を受診するよう、情報発信、広報活動に取り組む。</p> <p>e. 2019年度に開始した特定妊婦等に対する産科受診等支援を踏まえ、女性健康支援センターを通じた支援を引き続き行う。</p> <p>f. 2019年度に作成した好事例集の内容を踏まえ、子育て世代包括支援センターを通じた支援を引き続き行う。</p> <p>g. 「「がん検診のあり方に関する検討会」における議論の中間整理」を踏まえ、科学的根拠に基づいたがん検診を推進。</p> <p>h. 効果的な個別勧奨の手法の普及など、女性のがん検診受診率向上に向けた取組を推進。</p> <p>＜厚生労働省＞</p>	→	→	→
<p>○乳幼児健康診査の未受診率【2024年度までに3～5か月児が2.0%、1歳6か月児が3.0%、3歳児が3.0%】（100－〔健康診査受診実人員／対象人員〕。地域保健・健康増進事業報告）</p> <p>○むし歯のない3歳児の割合【2024年度までに90.0%】（100－〔むし歯のある人員の合計／歯科健康診査受診実人員。地域保健・健康増進事業報告）</p> <p>○全出生数中の低出生体重児の割合【平成28年度の9.4%に比べて減少】（低出生体重児出生数／出生数。人口動態統計）</p>	<p>○乳幼児健診にマイナンバー制度の情報連携を活用している市町村数【増加（2020年6月以降の数値を踏まえて検討）】</p> <p>○マイナポータルを通じて乳幼児健診等の健診情報を住民へ提供している市町村数【増加（2020年6月以降の数値を踏まえて検討）】</p>	<p>12. 乳幼児期・学童期の健康情報の一元的活用を検討</p> <p>a. 市町村におけるシステム改修及び乳幼児健診情報と学校健診情報の連携・利活用方法の研究を進める。</p> <p>b. 乳幼児健診の受診の有無等を電子化した情報について、転居時に市町村間で引き継がれる仕組みを開始し、また、マイナポータルを活用し、乳幼児健診、妊婦健診、予防接種等の個人の健康情報歴を一元的に確認できる仕組みを開始する。</p> <p>＜厚生労働省＞</p>	→	→	

社会保障 1. 予防・健康づくりの推進

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
<p>○健診・検診情報を標準化された形でデジタル化し、PHRとして活用。 【2022年度を目途に達成】</p>	<p>○PHR推進に向けて健診・検診情報の標準化や必要な法令等を整備 【2021年度を目途に達成】</p> <p>（参考）OPHR推進に向けた健診・検診情報の分析・活用のために必要な取組を整理【2020年夏までに工程化】達成済み</p>	<p>13. PHR推進を通じた健診・検診情報の予防への分析・活用</p> <p>a. 2020年度に策定した工程に基づき、必要な法制上の対応を行うとともに、フォーマットが未整備である自治体検診（がん検診、骨粗鬆症検診等）について、健診機関等から自治体に検診結果を提出する際や、マイナポータルインフラを活用して本人が検診情報を確認する際のデータのフォーマット等を整備する。</p> <p>b. 2022年度早期から、マイナポータルで提供する健診・検診情報を順次拡大。</p> <p>c. 民間連携の推進に向けて、2020年度内を目途に民間PHR事業者向けガイドラインを策定するとともに、民間PHR事業者において同ガイドラインが遵守される仕組みを官民が連携して構築。加えて、マイナポータルとのAPI連携等を推進。</p> <p>《厚生労働省》</p>	→	→	
<p>○食物によるアナフィラキシーショック死亡者数ゼロ 【2028年度まで】</p>	<p>○都道府県アレルギー疾患医療拠点病院を設置した都道府県数 【2021年度までに47都道府県】</p> <p>○都道府県が実施する患者市民への啓発事業及び医療従事者等への研修事業を実施した都道府県数 【2021年度までに47都道府県】</p> <p>○中心拠点病院での研修に参加した累積医師数 【2022年度までに100人】</p>	<p>14. アレルギー疾患の重症化予防と症状の軽減に向けた対策の推進</p> <p>a. アレルギー疾患の状態に応じた適切なアレルギー疾患医療を受けることができるよう、各都道府県におけるアレルギー疾患医療提供体制の整備を推進。</p> <p>b. 免疫アレルギー疾患研究10か年戦略に基づく重症化予防と症状の軽減に向けた研究を推進。</p> <p>c. アレルギーポータルを通じて、アレルギー疾患に係る最新の知見に基づいた正しい情報提供を実施。</p> <p>d. 新型コロナウイルス感染拡大に伴い、2020年度に中心拠点病院での医師の研修受け入れが中止されたことから、中心拠点病院での医師の研修に係るKPIを修正。また、中心拠点病院では、オンラインでの研修実施を検討している。</p> <p>《厚生労働省》</p>	→	→	→

社会保障 1. 予防・健康づくりの推進

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
<p>○糖尿病有病者の増加の抑制 【2022年度までに1,000万人以下】</p> <p>○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数 【2022年度までに2008年度と比べて25%減少】</p> <p>○適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI 25以上）、やせ（BMI 18.5未満）の減少） 【2022年度までに</p> <ul style="list-style-type: none"> ・20～60歳代男性の肥満者の割合28%（BMI（体重kg÷身長m÷身長m）の数値が25以上の者 / 調査対象者のうち、20～60歳代男性で、身長・体重を測定した者。国民健康・栄養調査） ・40～60歳代女性の肥満者の割合19%（BMI（体重kg÷身長m÷身長m）の数値が25以上の者 / 調査対象者のうち、40～60歳代女性で、身長・体重を測定した者。国民健康・栄養調査） ・20歳代女性のやせの者の割合20%（BMI（体重kg÷身長m÷身長m）の数値が18.5未満の者 / 調査対象者のうち、20歳代女性で、身長・体重を測定した者。国民健康・栄養調査）】 	<p>○国及び都道府県等による健康サポート薬局の周知活動の実施回数 【各実施主体において年1回以上】</p> <p>○健康サポート薬局の届出数 【2021年度までに2018年度と比べて50%増加】</p>	<p>15. 健康サポート薬局の取組の推進</p> <p>a. 「健康サポート薬局」の普及・推進のため、趣旨や考え方について、「薬と健康の週間」など、様々な機会を通じて、国民、自治体や薬局関係団体に向けて周知。</p> <p>b. 健康サポート薬局の要件として薬剤師の受講が求められている研修プログラムにおいて、生活習慣病等の内容の充実を引き続き検討。</p> <p>c. 健康サポート薬局の取組状況・効果や関連法令の改正を踏まえ、必要に応じて制度を見直し。</p> <p>《厚生労働省》</p>	→	→	→
<p>○1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者の割合 【2025年度までに男性13%、女性6.4%以下】</p>	<p>○都道府県・指定都市における相談拠点・専門医療機関・治療拠点機関の設置又は選定数 【2021年度までに67自治体】</p> <p>○精神保健福祉センター及び保健所の相談件数 【2016年度と比較して増加】</p>	<p>16. アルコール・薬物・ギャンブル等・ゲームの依存症対策の推進</p> <p>a. アルコール、薬物、ギャンブル等の依存症については、未設置自治体へのヒアリング実施や研修の充実を図るなどして、都道府県等における相談拠点機関・専門医療機関・治療拠点機関の整備を行うほか、地域における関係機関の連携強化や民間団体への支援等を推進する。</p> <p>b. ゲーム依存症については、実態調査の結果等を踏まえ、正しい知識の啓発、人材育成、相談体制の整備などについて検討する。</p> <p>《厚生労働省》</p>	→	→	

社会保障 1. 予防・健康づくりの推進

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
<p>○糖尿病有病者の増加の抑制 【2022年度までに1,000万人以下】</p> <p>○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数 【2022年度までに2008年度と比べて25%減少】</p> <p>○適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI 25以上）、やせ（BMI 18.5未満）の減少） 【2022年度までに ・20～60歳代男性の肥満者の割合28%（BMI（体重kg÷身長m÷身長m）の数値が25以上の者 / 調査対象者のうち、20～60歳代男性で、身長・体重を測定した者。国民健康・栄養調査） ・40～60歳代女性の肥満者の割合19%（BMI（体重kg÷身長m÷身長m）の数値が25以上の者 / 調査対象者のうち、40～60歳代女性で、身長・体重を測定した者。国民健康・栄養調査） ・20歳代女性のやせの者の割合20%（BMI（体重kg÷身長m÷身長m）の数値が18.5未満の者 / 調査対象者のうち、20歳代女性で、身長・体重を測定した者。国民健康・栄養調査）】</p>	<p>○保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者数 【2020年度までに100社以上】 日本健康会議から引用</p> <p>○健康保険組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業数 【2020年度までに500社以上】</p> <p>○協会けんぽ等保険者や商工会議所等のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業数 【2020年度までに3万社以上】 日本健康会議から引用</p>	<p>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</p> <p>a. 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、民間事業者等と連携したデータに基づく受診勧奨等の先進的取組の横展開や、複数保険者や民間事業者が連携したモデル事業の拡大等を通し、質の高いサービスの提供や効率性を高めるための、多様・包括的な民間委託を推進。</p> <p>b. 2020年度から「予防・健康づくりに関する大規模実証事業」において、医師等による管理・施設利用等を含む運動プログラムの効果を検証。</p> <p>c. 検証結果に基づき、運動プログラムの普及実装を検討・確立。</p> <p>※ 上記の取組に加え、項目21、項目13の取組等により、民間事業者と連携した効果的・効率的な予防・健康づくりを推進する。さらに、取組の状況や検証結果等を踏まえ、適切なKPIの設定等の対応についても検討する。 《厚生労働省》</p> <p>18. 企業による保険者との連携を通じた健康経営の促進</p> <p>a. 健康スコアリングレポートの見方や活用方法等を示した実践的なガイドラインの活用等により、企業が保険者との連携を通じて健康経営を促進し、予防・健康づくりの推進における先進・優良事例を全国展開。</p> <p>b. 全保険者種別で健康スコアリングレポート（保険者単位）で実施。健康保険組合、国家公務員共済組合においては、現行の保険者単位のレポートに加え、事業主単位でも実施。</p> <p>《厚生労働省》</p>	→	→	→

社会保障 1. 予防・健康づくりの推進

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
<p>○糖尿病有病者の増加の抑制 【2022年度までに1,000万人以下】</p> <p>○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数 【2022年度までに2008年度と比べて25%減少】</p> <p>○適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI 25以上）、やせ（BMI 18.5未満）の減少） 【2022年度までに ・20～60歳代男性の肥満者の割合28%（BMI（体重kg÷身長m÷身長m）の数値が25以上の者 / 調査対象者のうち、20～60歳代男性で、身長・体重を測定した者。国民健康・栄養調査） ・40～60歳代女性の肥満者の割合19%（BMI（体重kg÷身長m÷身長m）の数値が25以上の者 / 調査対象者のうち、40～60歳代女性で、身長・体重を測定した者。国民健康・栄養調査） ・20歳代女性のやせの者の割合20%（BMI（体重kg÷身長m÷身長m）の数値が18.5未満の者 / 調査対象者のうち、20歳代女性で、身長・体重を測定した者。国民健康・栄養調査）】</p>	<p>○かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体、広域連合の数 【2020年度までに市町村：1,500、広域連合：47】 日本健康会議から引用</p> <p>○レセプトの請求情報を活用し、被保険者の全体像を把握した上で、特定健診未受診者層や未治療者、治療中断者、治療中の者から事業対象者を抽出している自治体数 【増加】</p> <p>○アウトカム指標を用いて事業評価を実施している自治体数 【増加】</p>	<p>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</p> <p>a. 保険者インセンティブ制度の加減算双方向での評価指標による財政的インセンティブの一層の活用、戦略的な情報発信などによる後押しにより、先進・優良事例の横展開を促進。</p> <p>b. 効率的・効果的なデータヘルスの普及に向け、評価指標や保健事業の標準化を検討。健康保険組合については、2020年度の第2期データヘルス計画の中間見直し以降、保険者共通の評価指標を導入し、健康保険組合間での実績の比較等を可能にする。</p> <p>c. 保険者努力支援制度については、2021年度以降も加減算双方向での評価指標による財政的インセンティブを一層活用するとともに、「見える化」を促進する観点から市町村ごとの点数獲得状況を指標ごとに公表する。</p> <p>d. 国民健康保険における取組に加えて、後期高齢者医療や被用者保険等その他の各医療保険制度においても、評価指標や各保険者の取組状況等について、保険者等にとって活用しやすい形で見える化を進める。</p> <p>e. 2024年度以降の後期高齢者支援金の加減算制度について、検討を行う。</p> <p>《厚生労働省》</p>	→	→	→

社会保障 1. 予防・健康づくりの推進

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
<p>○2025年までに、認知症の診断・治療効果に資するバイオマーカーの確立（臨床試験取得3件以上）、日本発の認知症の疾患修飾薬候補の治験開始</p> <p>○がんの年齢調整死亡率（75歳未満）【2022年度までに2017年度と比べて低下】 （{ [観察集団の各年齢（年齢階級）の死亡率] × [基準人口集団のその年齢（年齢階級）の人口] } の各年齢（年齢階級）の総和 / 基準人口集団の総人口（人口10万人当たりで表示）。国立がん研究センターが「人口動態調査」に基づき集計）</p>	<p>（参考）○全国的な情報登録システム（オレンジレジストリ）への発症前も含めた認知症進行段階ごとにおける症例等の登録合計件数【2020年度までに合計1万件】達成済み</p> <p>○がんゲノム医療中核拠点病院又はがんゲノム医療拠点病院を地域ブロック毎に適正に設置 【2020年度までに地域ブロックごとに1医療機関以上設置】</p>	<p>20. 認知症、がんゲノム医療等の社会的課題解決に資する研究開発や実装</p> <p>a. 認知症の危険因子、防御因子を特定し、病態を解明する大規模コホート研究の実施。</p> <p>b. 有効な認知症予防、診断・治療法の研究・開発を推進。</p> <p>c. がんゲノム医療中核拠点病院等の整備を行うとともに、遺伝子パネル検査の実施施設を拡大。</p> <p>d. がんゲノム情報管理センターの整備を行うとともに、がんゲノム情報管理センターでゲノム情報や臨床情報を集約・整備し、産学官の研究者による革新的医薬品や診断技術などの開発を推進。</p> <p>e. がんゲノム医療中核拠点病院又はがんゲノム医療拠点病院を、地域ブロック毎に適正に配置(※)する。</p> <p>（※）「がんゲノム医療中核拠点病院等の指定に関する検討会」を踏まえ、2020年度からはがんゲノム医療中核拠点病院又はがんゲノム医療拠点病院について、設置した都道府県を増やすことから地域ブロック毎に適正に配置する方針とした。</p> <p>《厚生労働省》</p>	→	→	→
<p>【2019年に策定した実行計画（第1版）に掲げられたがん・難病全ゲノム解析等の工程表に基づき先行解析を実施】</p>	<p>【2019年に策定した実行計画（第1版）に掲げられたがん・難病全ゲノム解析等の工程表に基づき先行解析を実施】</p>	<p>21. ゲノム医療の推進</p> <p>a. 全ゲノム解析の推進 2019年に策定した実行計画を踏まえ、人材育成・体制整備を推進する。</p> <p>《厚生労働省》</p>	→	→	→

生涯現役社会を目指し、高齢者、女性をはじめとして多様な就労・社会参加を促進するため、働き方の多様化に応じた年金受給開始時期の選択肢の拡大、被用者保険の適用拡大について検討を進めるとともに、元気で働く意欲のある高齢者の雇用機会の更なる拡大に向けた環境を整備する。

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
—	—	<p>22. 勤労者皆保険制度（被用者保険の更なる適用拡大）の実現を目指した検討</p> <p>a. 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大について、2022年10月に100人超規模、2024年10月に50人超規模の企業まで適用範囲を拡大すること、また2022年10月に5人以上の個人事業所の適用業種に弁護士・税理士等の士業を追加することを盛り込んだ年金制度の機能強化のための国民年金法等の一部を改正する法律（令和2年法律第40号）が2020年5月に成立したところであり、その円滑な施行に向けた準備、周知、広報に努める。</p> <p>また、就業調整の防止に向けた環境整備については、2016年10月に施行された適用拡大では、社会保険加入のメリット等を企業が従業員に丁寧に説明し、理解いただくことが重要であったことから、短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大に伴い、企業が制度の意義を十分に理解し、従業員に説明できるための資料作成、専門家による相談受付、専門家の個別派遣（周知・専門家活用支援事業）を実施することにより、労働者本人への周知・企業から従業員への説明支援を行う。</p> <p>《厚生労働省》</p> <p>b. 適用範囲の拡大について、実施状況の把握に努めるとともに、同法の検討規定に基づき、今後の検討課題について検討を行う。</p> <p>《厚生労働省》</p>	→		
—	—	<p>23. 高齢期における職業生活の多様性に応じた公的年金制度の整備</p> <p>a. 2022年4月に施行が予定されている、在職定時改定の導入、在職老齢年金制度の見直し、年金の受給開始時期の選択肢の拡大等を盛り込んだ年金制度の機能強化のための国民年金法等の一部を改正する法律（令和2年法律第40号）の円滑な施行に向けた準備、周知、広報に努める。《厚生労働省》</p> <p>b. 高齢期における職業生活の多様性に応じた一人一人の状況を踏まえた年金受給の在り方について、同法の検討規定に基づき、今後の検討課題について検討を行う。</p> <p>《厚生労働省》</p>	→	→	

持続可能な社会保障制度の実現に向け、医療・介護提供体制の効率化を促進するとともに、医療・介護サービスの生産性向上を図るため、地域医療構想に示された病床の機能分化・連携や介護医療院への移行等を着実に進めるとともに、人口減少の中であって少ない人手で効率的なサービスが提供できるよう、AIの実装、ロボット・IoT・センサーの活用、データヘルスの推進など、テクノロジーの徹底活用を図る。これらにより、一人当たり医療費の地域差半減、介護費の地域差縮減を目指す。

- ①医療費・介護費の適正化
- ②年齢調整後の一人あたり医療費の地域差半減
- ③年齢調整後の一人あたり介護費の地域差縮減
- ④医療・福祉サービスの生産性の向上
- ⑤医療・福祉サービスの質の向上

K P I 第 2 階層	K P I 第 1 階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
—	—	24. 元気で働く意欲のある高齢者を介護・保育等の専門職の周辺業務において育成・雇用する取組を全国に展開 a. 多様な人材の活用を推進するために必要な取組を実施。《厚生労働省》			
—	—	25. 子ども・子育てについて、効果的・効率的な支援とするための優先順位付けも含めた見直し a. 教育・保育給付費の基礎となる公定価格について、子ども・子育て会議における議論も踏まえ、経営実態や収益性などの観点から、そのあり方について必要な検討を加え、予算にその内容を反映する。 b. 児童手当（特例給付）の見直しについて、令和3年（2021年）の通常国会に必要な法案を提出し、令和4年（2022年）10月支給分から適用する。 また、少子化社会対策大綱等に基づき、安定的な財源を確保しつつ、ライフステージに応じた総合的な少子化対策に向けた取組を進める。その際、児童手当について、多子世帯等への給付の拡充や世帯間の公平性の観点での世帯合算導入が必要との指摘も含め、財源確保の具体的方策と併せて、引き続き検討する。 《厚生労働省・内閣府》			

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
<p>○「人生の最終段階における医療・ケアに関する患者本人等の相談に適切に対応できる医療・介護人材を育成する研修」参加者が所属する医療機関等の実数【2021年度に300機関以上】</p>	<p>○「人生会議（ACP: アドバンス・ケア・プランニング）国民向け普及啓発事業」の集客数【2021年度に15,000人以上】</p>	<p>26. 人生の最終段階における医療・ケアの在り方等について（人生会議などの取組の推進）</p> <p>a. 人生会議の取組を全国に広げるため、各種イベントやツールを活用し、国民に対して、普及・啓発を進める。また、医療関係者等が人生の最終段階における医療・ケアの相談に対応出来るよう、研修を実施する。研修の実施方法については、新型コロナウイルス感染症の感染状況を踏まえ、オンライン形式等による開催を検討する。《厚生労働省》</p>			
	<p>○「人生の最終段階における医療・ケアに関する患者本人等の相談に適切に対応できる医療・介護人材を育成する研修」の実施回数【2021年度に12回以上】</p>	<p>a. 人生会議の取組を全国に広げるため、各種イベントやツールを活用し、国民に対して、普及・啓発を進める。また、医療関係者等が人生の最終段階における医療・ケアの相談に対応出来るよう、研修を実施する。研修の実施方法については、新型コロナウイルス感染症の感染状況を踏まえ、オンライン形式等による開催を検討する。《厚生労働省》</p>			
	<p>○「人生の最終段階における医療・ケアに関する患者本人等の相談に適切に対応できる医療・介護人材を育成する研修」の参加人数【2021年度に960人以上】</p>	<p>27. 在宅看取りの好事例の横展開</p> <p>a. 在宅看取りの好事例の整理及び各種研修等を通じた横展開。研修の実施方法については、新型コロナウイルス感染症の感染状況を踏まえ、オンライン形式等による開催を検討する。《厚生労働省》</p>			
<p>○精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数【2019年度の公表値316日から増加】</p>	<p>○「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業」の実施自治体数【2021年度までに150自治体】</p> <p>○「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業」において実施している事業総数【2021年度までに1,500事業】</p>	<p>28. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築</p> <p>a. 障害福祉計画に基づき、地域の関係機関の重層的な連携による支援体制の構築、サービス基盤の整備などを推進する。</p> <p>b. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進・構築支援事業及び多職種・多機関連携による地域連携体制整備事業を引き続き推進していく。《厚生労働省》</p>			

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
<p>○地域医療構想の2025年における医療機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の必要病床数を達成するために増減すべき病床数に対する実際に増減された病床数の割合【2025年度に100%】 （実際に増減された病床数／地域医療構想の2025年における医療機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の必要病床数を達成するために増減すべき病床数（病床機能報告））</p> <p>○介護療養病床の第8期計画期末までのサービス減量【2023年度末に100%】（2021年1月から2023年度末までに廃止した介護療養病床数／2021年1月の介護療養病床数。厚生労働省「病院報告」）</p>	<p>○地域医療構想調整会議において具体的対応方針について合意に至った医療施設の病床の割合 【2020年度冬の感染状況を見ながら、具体的な工程の設定について検討することとしており、その結果を踏まえて指標を改めて設定】</p> <p>○公立病院改革プランまたは公的医療機関等2025プラン対象病院で、再検証要請対象医療機関とされた医療施設のうち、地域医療構想調整会議において具体的対応方針について再度合意に至った医療施設の病床の割合【（同上）】</p>	<p>29. 地域医療構想の実現</p> <p>i. 地域医療構想の実現に向けた病床の機能分化・連携の取組を促進する</p> <p>a. 今般の新型コロナウイルス感染症対応で得られた知見（医療機関の対応状況等に関するデータ分析を含む。）を踏まえ、今後の新興感染症等の感染拡大時に必要な対策（医療機関・病床等の確保、マンパワーの確保等）が機動的に講じられるよう、新興感染症等対応を「医療計画」の記載事項として位置付けるための法制上の措置を講じる（第8次医療計画～）。</p> <p>b. これを前提に、中長期的な人口構造の変化に対応するための地域医療構想については、その基本的な枠組み（病床必要量の推計など）を維持しつつ、着実に取組を進めていく。</p> <p>各地域における検討状況を適時・適切に把握しつつ、自主的に検討・取組を進めている医療機関や地域については、その検討・取組を「重点支援区域」や「病床機能再編支援制度」等により支援するとともに、新型コロナウイルス感染症への対応状況に配慮しつつ、各地域において地域医療構想調整会議を主催する都道府県等とも協議を行い、2020年度冬の感染状況を見ながら、以下の取組に関する具体的な工程の設定について検討する。その際、2025年以降も継続する人口構造の変化を見据えつつ、段階的に取組を進めていく必要がある中、その一里塚として、2023年度に各都道府県において第8次医療計画（2024年度～2029年度）の策定作業が進められることから、2022年度中を目途に地域の議論が進められていることが重要となることに留意が必要である。</p> <ul style="list-style-type: none"> 再検証対象医療機関における具体的対応方針の再検証 民間医療機関も含めた再検証対象医療機関以外の医療機関における対応方針の策定（策定済の場合、必要に応じた見直しの検討） <p>c. 都道府県が運営する地域医療構想調整会議における協議の促進を図る環境整備として、広く地域の医療関係者等が地域医療構想の実現に向けて取り組むことができるよう、議論の促進に必要と考えられる情報・データの利活用の在り方、地域医療構想調整会議等における議論の状況の「見える化」やフォローアップの在り方等について、法制上の位置付けも含め、自治体と丁寧に検討の上、地域医療構想を着実に進めるために必要な措置を講ずる。</p> <p>d. 第8次医療計画における記載事項追加（新興感染症等対応）等に向けて、「基本方針」や「医療計画作成指針」の見直しを行う。</p> <p>e. 地域医療構想の議論の進捗状況を踏まえつつ、各都道府県において、第8次医療計画を策定する。</p> <p>f. 介護療養病床について、2023年度末の廃止期限に向け、2021年度介護報酬改定に向けた関係審議会における検討結果も踏まえ、基準や報酬、予算事業等を組み合わせた移行支援を行う。《厚生労働省》</p>			
—	—	<p>29. 地域医療構想の実現</p> <p>ii. 病床のダウンサイジング支援の追加的方策を検討</p> <p>a. 地域医療介護総合確保基金の活用状況の検証結果を踏まえ、病床のダウンサイジング支援の追加的方策について検討し、その結果に基づき所要の措置を講じる。</p> <p>b. 介護療養型医療施設及び医療療養病床からの転換状況を踏まえ、2021年度介護報酬改定に向けた関係審議会等における検討の結果に基づき、取組を推進。《厚生労働省》</p>			24

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
各都道府県が作成した医療計画に沿って、医療設備・機器等の共同利用計画を策定した医療機関 【2022年度末までに1000件以上】	○医療機関が策定した共同利用計画について、外来医療に係る医療提供体制の確保に関する協議の場において確認した都道府県の割合 【2021年度までに100%】 （共同利用計画について協議で確認を行った都道府県数/医療機関により共同利用計画が提出された都道府県数。厚生労働省より各都道府県に調査）	30. 高額医療機器の効率的な配置等を促進 a. 新型コロナウイルス感染症の感染状況を踏まえつつ、都道府県において策定された医療計画に基づき、医療機関が共同利用計画を策定するとともに、地域ごとに関係者による外来医療提供体制の確保に関する協議の場を開催し、医療機器等の効率的な活用を進める。 b. 共同利用計画策定の件数を含めた状況を把握するとともに、共同利用計画策定が十分に進まない場合には、更なる実効的な措置を速やかに検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。 《厚生労働省》	→	→	
—	—	31. 将来的な医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討 a. 2023年度以降の医学部定員について、医師偏在の是正のために地域枠を活用するという観点を踏まえ、2020年11月の「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会」において確認された方針に基づき、2036年時点での必要医師数や医師の供給推計等を用い、地域枠の設置方針を含めた医学部の臨時定員数について、2021年春までを目途に同検討会において検討し、結論を得る。《厚生労働省》	→	→	
—	—	32. 医師の働き方改革について検討 a. 「医師の働き方改革に関する検討会」の議論を踏まえ、長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の義務付け等、時間外労働の上限規制に係る制度上の必要な措置を講ずるとともに、上限規制が適用される予定の2024年4月1日に向けて、医師の労働時間の短縮のための各種勤務環境改善策の推進等の総合的な取組を実施。 b. タスク・シフティング等の勤務環境改善の先進的な取組を行う医療機関への支援を実施。 c. 医療勤務環境改善支援センターにおいて、労務管理等の専門家による医療機関の訪問支援等を実施。 《厚生労働省》	→	→	→

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
<p>○第3期医療費適正化計画における各都道府県の医療費目標及び適正化指標【2023年度における各都道府県での目標達成】 ※医療費適正化計画の見直しを踏まえたK P Iに今後修正</p> <p>○年齢調整後の一人当たり医療費の地域差【2023年度時点での半減を目指して年々縮小】 ※医療費適正化計画の見直しを踏まえたK P Iに今後修正</p> <p>○年齢調整後の要介護度別認定率の地域差【2020年度末までに縮減】</p>	<p>○後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取組を行う保険者【2023年度までに100 %】 （実施保険者数/全保険者数。保険者データヘルス全数調査（回答率96.6%））</p> <p>○重複・頻回受診、重複投薬の防止等の医療費適正化の取組を実施する保険者【2023年度までに100%】 （実施保険者数/全保険者数。保険者データヘルス全数調査（回答率96.6%））</p> <p>○認定者数、受給者数、サービスの種類別の給付実績を定期的にモニタリング（点検）するとともに、地域差を分析し、介護給付費の適正化の方策を策定した上で、介護給付費適正化の取組を実施した保険者【2020年度末までに100%】（実施保険者数/全保険者数。保険者機能強化推進交付金等の評価指標に係る実施状況として把握）</p>	<p>33. 地域の実情を踏まえた取組の推進</p> <p>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</p> <p>a. 各都道府県において、第3期医療費適正化計画（2018年度から2023年度まで）に基づき、医療費適正化の取組を推進するとともに、国から示した医療費適正化計画のPDCAに関する様式をもとに、各都道府県において地域差縮減に資するよう、他県と比較した分析を行うデータセットの提供等を通じて毎年度PDCA管理を行い、その結果を都道府県HPに公表し、厚労省へ報告する。</p> <p>b. 第4期の医療費適正化計画に向けては、第3期医療費適正化計画の進捗も踏まえ、都道府県の意見を聴きながら、国と都道府県が一緒になって効果的なPDCA管理ができるよう、そのあり方等について、以下の観点も踏まえ、法制上の対応も含め、見直しに向けた検討を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・計画期間中の年度ごとの医療費の見込みの設定及び改訂や、各医療保険制度における保険料算定に用いる足下の医療費と医療費の見込みの照合などの毎年度のPDCA管理の在り方 ・医療費の見込みを著しく上回る場合の都道府県の対応方法の在り方 ・医療費の見込みについて、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 ・地域医療構想の実現（病床機能の分化及び連携の推進等）や医療の効率的な提供の推進のための目標（後発医薬品の使用割合等）など、適正な医療を地域に広げるための計画における取組内容の見直し ・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 ・高齢者医療確保法上の都道府県の役割 <p>上記の見直しの中で、適切なK P Iの設定等についても併せて検討する。</p> <p>c. 保険者協議会の機能強化を図るため、以下の観点も踏まえ、法制上の対応も含め、検討を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険者協議会の位置づけを見直し、都道府県が中心的な役割を果たしつつ、国が支援を行うこと ・都道府県が行う都道府県計画の年度ごとの進捗や実績の評価について、保険者協議会の協力を得ながら行うこと <p>d. 後期高齢者支援金の加減算制度においては、2021年度から適用する指標について、加入者の適正服薬の取組を評価する指標を新たに追加する等の見直しを行い、引き続き、保険者インセンティブ制度を着実に実施していく。</p> <p>e. 国民健康保険の保険者努力支援制度においても、適用する指標について、引き続き地方団体と協議の上、見直しを行い、保険者インセンティブ制度を着実に実施していく。</p> <p>（次頁に続く）</p>			

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
<p>○第3期医療費適正化計画における各都道府県の医療費目標及び適正化指標【2023年度における各都道府県での目標達成】 ※医療費適正化計画の見直しを踏まえたK P Iに今後修正</p> <p>○年齢調整後の一人当たり医療費の地域差【2023年度時点での半減を目指して年々縮小】 ※医療費適正化計画の見直しを踏まえたK P Iに今後修正</p> <p>○年齢調整後の要介護度別認定率の地域差【2020年度末までに縮減】</p>	<p>○後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取組を行う保険者【2023年度までに100 %】 （実施保険者数/全保険者数。保険者データヘルス全数調査（回答率96.6%））</p> <p>○重複・頻回受診、重複投薬の防止等の医療費適正化の取組を実施する保険者【2023年度までに100%】 （実施保険者数/全保険者数。保険者データヘルス全数調査（回答率96.6%））</p> <p>○認定者数、受給者数、サービスの種類の給付実績を定期的にモニタリング（点検）するとともに、地域差を分析し、介護給付費の適正化の方策を策定した上で、介護給付費適正化の取組を実施した保険者【2020年度末までに100%】（実施保険者数/全保険者数。保険者機能強化推進交付金等の評価指標に係る実施状況として把握）</p> <p>○国保連合会と協働・連携して医療費適正化の観点からレセプトデータ等の分析等を行っている都道府県。 【2025年度までに50%】</p>	<p>33. 地域の実情を踏まえた取組の推進（前頁より続く）</p> <p>f.後期高齢者医療制度における一人当たり医療費の地域差縮減に寄与する都道府県及び知事の役割強化や在り方を検討。</p> <p>g. 年齢調整後の要介護度と認定率の地域差縮減に向け、引き続き、費用分析や適正化手法を普及することに加え、進捗管理の手引きを周知する。</p> <p>また、各保険者による定期的なモニタリング（点検）を行うとともに、地域差を分析した上で適正化方策の実施状況を把握し、その状況を踏まえて、都道府県が策定した介護給付費適正化計画に基づき、都道府県から市町村への必要な支援を行う。</p> <p>h. 地域包括ケア「見える化」システムに地域ごとの取組の具体的事例を掲載。</p> <p>i. 国において、介護給付費の地域差等の分析、「見える化」を引き続き推進し、地域包括ケア「見える化」システムを通じて国民に分かりやすい形で公表。</p> <p>j. 保険者機能強化推進交付金等については、取組状況の「見える化」を着実に実施する観点から、2021年度も引き続き介護給付費の適正化の取組も含めた都道府県及び市町村の指標項目ごとの得点獲得状況を一般公表するとともに、2021年度評価指標における各市町村の得点状況の分析を行う。</p> <p>k. また、2022年度評価指標については、アウトカム指標の強化や、地域差の縮減を見据えた自立支援・重度化防止・介護費用の適正化に関する市町村の取組につながる指標を評価する方向に制度を重点化・簡素化することも含め、必要な検討を行い、指標の見直しを行う。</p> <p>l. 介護給付費適正化計画の取組状況を分析するとともに、より効果の高い給付費適正化の取組について検討・周知する。</p> <p>m. 国保連合会と協働・連携して医療費適正化の観点からレセプトデータ等の分析を行っている都道府県の先進・優良事例について横展開を図る。</p> <p>n. 国保連合会及び支払基金における医療費適正化にも資する取り組みを着実に推進するための業務の在り方や位置づけについて、検討する。</p> <p>《厚生労働省》</p>	→	→	→

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
<p>○法定外繰入等を行っている市町村数【2023年度までに100市町村】【2026年度までに50市町村】</p>	<p>○法定外繰入等の額【2018年度決算(1,258億)より減少】 ○保険料水準の統一に向けて市町村と議論を開始している都道府県【2021年度までに100%】（実施都道府県数/47都道府県。厚生労働省より各都道府県に調査）</p> <p>○保険料水準の統一の目標年度を定めている都道府県【2023年度までに60%】（実施都道府県数/47都道府県。厚生労働省より各都道府県に調査）</p>	<p>3 3. 地域の実情を踏まえた取組の推進</p> <p>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）</p> <p>a. 法定外繰入等の解消期限や公費の活用等解消に向けた実効的・具体的な手段が盛り込まれた計画の策定・実行を推進する。</p> <p>国保都道府県単位化後の法定外繰入等の状況を踏まえつつ、法定外繰入等を解消する観点から、法定外繰入等が生じる要因の分析を市町村単位で行い法定外繰入等の額と併せて公表する。また、赤字発生要因ごとに効果的な取組を分析し、特に解消が遅れている市町村を中心に、その要因に応じて個別に展開を図るとともに、国と地方団体との議論の場を継続的に開催して協議し、その結果に基づき、より実効性のある更なる措置を進める。</p> <p>b. 都道府県内保険料水準の統一に向けて、令和2年度の納付金等算定ガイドラインや国保運営方針策定要領の見直しを踏まえた、各都道府県の取組状況の把握・分析を行う。その内容を踏まえ、戦略的な情報発信などにより、公費活用を含めた法定外繰入等の解消など、様々な課題がある中で市町村と議論を深め着実に統一に向けて取り組む都道府県の先進・優良事例の横展開を図る。</p> <p>c. 国保について、以下の観点から、地方団体等と協議し、その結果に基づき、より実行性のある更なる措置を検討。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法定外繰入等の解消及び保険料水準の統一に関する事項についての国保運営方針の記載事項への位置づけ ・国保制度の財政均衡を図るための在り方 ・医療費適正化を推進するための国保運営方針の記載事項の在り方 <p>《厚生労働省》</p>			
<p>—</p>	<p>—</p>	<p>3 3. 地域の実情を踏まえた取組の推進</p> <p>iii. 高齢者の医療の確保に関する法律第14条に基づく地域独自の診療報酬について在り方を検討</p> <p>a. 各都道府県において、第3期医療費適正化計画に基づき、医療費適正化の取組を推進するとともに、毎年度PDCA管理を実施し、国において、高齢者の医療の確保に関する法律第14条に基づく地域独自の診療報酬について、都道府県の意向を踏まえつつ、その判断に資する具体的な活用策を検討し、提示。《厚生労働省》</p>			
<p>—</p>	<p>—</p>	<p>3 4. 多剤投与の適正化</p> <p>i. レセプト情報を活用し、医師や薬剤師が投薬履歴等を閲覧できる仕組みの構築</p> <p>a. レセプト情報を活用し、医師や薬剤師が投薬履歴等を閲覧できるシステム（本人のマイナポータルでの閲覧を含む）を稼働し、2021年10月からデータ提供を開始。《厚生労働省》</p>			

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
—	—	<p>34. 多剤投与の適正化 ii. 診療報酬での評価等</p> <p>a. 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の評価等、2020年度診療報酬改定における取組に基づき、多剤投与の適正化を推進。《厚生労働省》</p>			
<p>○年齢調整後の要介護度別認定率の地域差【2020年度末までに縮減】</p> <p>○年齢調整後の一人当たり介護費の地域差（施設/居住系/在宅/合計）【2020年度末までに縮減】</p>	<p>○認定者数、受給者数、サービスの種類別の給付実績を定期的にモニタリング（点検）するとともに、地域差を分析し、介護給付費の適正化の方策を策定した上で、介護給付費適正化の取組を実施した保険者【2020年度末までに100%】（実施保険者数/全保険者数。保険者機能強化推進交付金等の評価指標に係る実施状況として把握）</p>	<p>35. 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</p> <p>a. 保険者機能強化推進交付金等については、取組状況の「見える化」を着実に実施する観点から、2021年度も引き続き介護給付費の適正化の取組も含めた都道府県及び市町村の指標項目ごとの得点獲得状況を一般公表するとともに、2021年度評価指標における各市町村の得点状況の分析を行う</p> <p>b. また、2022年度評価指標については、アウトカム指標の強化や、地域差の縮減を見据えた自立支援・重度化防止・介護費用の適正化に関する市町村の取組につながる指標を評価する方向に制度を重点化・簡素化することも含め、必要な検討を行い、指標の見直しを行う。</p> <p>c. 年齢調整後の要介護度と認定率の地域差縮減に向け、引き続き、費用分析や適正化手法を普及することに加え、進捗管理の手引きを周知する。 また、各保険者による定期的なモニタリング（点検）を行うとともに、地域差を分析した上で適正化方策の実施状況を把握し、その状況を踏まえて、都道府県が策定した介護給付費適正化計画に基づき、都道府県から市町村への必要な支援を行う。</p> <p>d. 介護給付費適正化計画の取組状況を分析するとともに、より効果の高い給付費適正化の取組について検討・周知する《厚生労働省》</p>			
—	—	<p>36. 第8期介護保険事業計画期間における保険者機能の強化に向けた調整交付金の新たな活用方策の運用状況の把握と第9期計画期間に向けた必要な検討</p> <p>a. 第8期介護保険事業計画期間からの保険者機能の強化に向けた調整交付金の新たな活用方策について、その実施状況を把握し、市町村における給付費適正化の取組を促す。《厚生労働省》</p>			

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
<p>○地域医療構想の2025年における医療機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の必要病床数を達成するために増減すべき病床数に対する実際に増減された病床数の割合 【2025年度に100%】 （実際に増減された病床数／地域医療構想の2025年における医療機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の必要病床数を達成するために増減すべき病床数（病床機能報告））</p> <p>○介護療養病床の第8期計画期末までのサービス減量 【2023年度末に100%】 （2021年1月から2023年度末までに廃止した介護療養病床数／2021年1月の介護療養病床数。厚生労働省「病院報告」。）</p>	<p>○公立病院改革プランまたは公的医療機関等2025プラン対象病院で、再検証要請対象医療機関とされた医療施設のうち、地域医療構想調整会議において具体的方針について再度合意に至った医療施設の病床の割合 【2020年度冬の感染状況を見ながら、具体的な工程の設定について検討することとしており、その結果を踏まえて指標を改めて設定】</p> <p>○在宅患者訪問診療件数 【2017年医療施設調査からの増加】</p>	<p>37. 大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域間連携の促進</p> <p>a. 今般の新型コロナウイルス感染症対応で得られた知見（医療機関の対応状況等に関するデータ分析を含む。）を踏まえ、今後の新興感染症等の感染拡大時に必要な対策（医療機関・病床等の確保、マンパワーの確保等）が機動的に講じられるよう、新興感染症等対応を「医療計画」の記載事項として位置付けるための法制上の措置を講じる（第8次医療計画～）。</p> <p>b. これを前提に、中長期的な人口構造の変化に対応するための地域医療構想については、その基本的な枠組み（病床必要量の推計など）を維持しつつ、着実に取組を進めていく。</p> <p>各地域における検討状況を適時・適切に把握しつつ、自主的に検討・取組を進めている医療機関や地域については、その検討・取組を「重点支援区域」や「病床機能再編支援制度」等により支援するとともに、新型コロナウイルス感染症への対応状況に配慮しつつ、各地域において地域医療構想調整会議を主催する都道府県等とも協議を行い、2020年度冬の感染状況を見ながら、以下の取組に関する具体的な工程の設定について検討する。その際、2025年以降も継続する人口構造の変化を見据えつつ、段階的に取組を進めていく必要がある中、その一里塚として、2023年度に各都道府県において第8次医療計画（2024年度～2029年度）の策定作業が進められることから、2022年度中を目途に地域の議論が進められていることが重要となることに留意が必要である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 再検証対象医療機関における具体的対応方針の再検証 ・ 民間医療機関も含めた再検証対象医療機関以外の医療機関における対応方針の策定（策定済の場合、必要に応じた見直しの検討） <p>c. 都道府県が運営する地域医療構想調整会議における協議の促進を図る環境整備として、広く地域の医療関係者等が地域医療構想の実現に向けて取り組むことができるよう、議論の促進に必要と考えられる情報・データの利活用の在り方、地域医療構想調整会議等における議論の状況の「見える化」やフォローアップの在り方等について、法制上の位置付けも含め、自治体と丁寧に検討の上、地域医療構想を着実に進めるために必要な措置を講ずる。</p> <p>d. 第8次医療計画における記載事項追加（新興感染症等対応）等に向けて、「基本方針」や「医療計画作成指針」の見直しを行う。</p> <p>e. 地域医療構想の議論の進捗状況を踏まえつつ、各都道府県において、第8次医療計画を策定する。 《厚生労働省》</p>			
—	—	<p>38. 診療報酬や介護報酬において、アウトカムに基づく支払いの導入等の推進</p> <p>a. 2018年度診療報酬改定の影響の検証結果を踏まえて実施した、2020年度診療報酬改定におけるアウトカム指標の見直し等に基づき、取組を推進。医療の質の向上と標準化に向け、データ分析を踏まえたDPC制度の効果的な運用を進めていく。</p> <p>b. 2018年度介護報酬改定で創設したADLの改善等のアウトカムを評価する加算等に関する検証結果等を踏まえ、2021年度介護報酬改定に向けた関係審議会等における検討結果に基づき、取組を推進。</p> <p>c. 介護事業所・施設の経営実態等を適切に把握できるように、介護報酬改定において参照される経営概況調査等の実施に向けて、介護事業所・施設ごとの正確な収益状況を把握するため、調査・集計方法等の見直しや有効回答率の向上を通じて、より適切な実態把握のための方策を検討</p> <p>d. 検証を通じて、より効果的な加算の在り方や経営実態の把握の在り方に関して、2024年度介護報酬改定に向けて必要な対応を検討。《厚生労働省》</p>			30

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
—	—	<p>39. データヘルス改革の推進</p> <p>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</p> <p>a. オンライン資格確認システムについて稼働状況を検証する。 《厚生労働省》</p>			
<p>○全国の医療機関等において保健医療情報を確認した件数 【確認できる項目については健康・医療・介護情報利活用検討会等での議論を経て決定する予定であり、その結果を踏まえて指標を設定】</p> <p>○NDB、介護DBの利活用による研究開発の件数【運用開始後（2020年度以降）利用件数増加】</p> <p>○オープンデータの充実化【集計項目数増加】</p>	<p>○全国の医療機関等において確認できる保健医療情報のデータ項目数 【確認できる項目については健康・医療・介護情報利活用検討会等での議論を経て決定する予定であり、その結果を踏まえて指標を設定】</p> <p>○NDB、介護DBと連結解析できる情報データベースの拡大【法的・技術的課題が解決したものから順次対応】</p>	<p>39. データヘルス改革の推進</p> <p>ii. 「保健医療データプラットフォーム」の2020年度本格運用開始</p> <p>a. 2019年9月にデータヘルス改革推進本部において策定した2025年度までの工程表に沿って、着実に取組を推進。</p> <p>b. レセプトに基づく薬剤情報及び特定健診情報を全国の医療機関等で確認できる仕組みについて薬剤情報は2021年10月から稼働。</p> <p>c. レセプトに基づく手術等のデータ項目を全国の医療機関等で確認できる仕組みについて、稼働。医療機関等において保健医療情報を確認する取組を通じて、通常時や救急・災害時であっても、より適切で迅速な診断や検査、治療等を受けることを可能にするとともに、電子カルテ情報及び交換方式の標準化について検討を進める。</p> <p>d. NDB、介護DBについて、生活保護受給者に係るデータの連結解析や、保健医療分野の他の公的データベースとの連結解析が可能となるよう検討し、連結解析のニーズ、有用性が認められ、かつ、法的・技術的課題が解決したものから対応する。NDBについては、研究者等へのデータ提供を開始して約10年が経過し、2019年の健康保険法等の改正により民間事業者も含めた第三者提供を制度化したことも踏まえ、今後、行政・研究者・民間事業者等によるデータ利活用をより推進し、データの価値を国民に還元できるよう、保健医療分野のみならず、国民生活に関するデータとの連結解析についても、上記の観点と同様に検討する。</p> <p>e. DPCDBについてはNDB・介護DBとの匿名での連結解析を開始。</p> <p>※上記について取組を進める中で、進捗状況・課題等を分析し、対応を更に適切に進めるためのK P I の設定等について検討する。 《厚生労働省》</p>	<p>2025年度まで</p>		

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
<p>○コンピュータで審査完結するレセプトの割合 【システム刷新（2021年内）後2年以内に9割程度】</p> <p>○既存の支部設定コンピュータチェックルールの移行・廃止 【新システム稼働時までに集約完了】</p>	<p>○「審査支払機関改革における今後の取組」等に掲げられた改革項目の進捗状況【各年度時点での十分な進捗を実現】</p>	<p>39. データヘルス改革の推進 iii. 医療保険の支払審査機関について、「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」等に掲げられた改革項目の着実な推進</p> <p>a. 2020年3月の「審査支払機関改革における今後の取組」等に基づき、審査支払システムや業務を統合的かつ効率的に機能させる等の改革を着実に進める。</p> <p>《厚生労働省》</p>			
<p>○6領域における、AI技術の製品化等、現場での実用化に至った領域数【2020年度末までに1領域】</p>	<p>○6つの重点領域（ゲノム医療、画像診断支援、診断・治療支援、医薬品開発、介護・認知症、手術支援）のうち、AIの構築に必要なデータベースを構築した領域数 【2020年度末までに6領域】</p>	<p>39. データヘルス改革の推進 iv. AIの実装に向けた取組の推進</p> <p>a. 重点6領域を中心に必要な研究事業等を実施し、AI開発を加速化するとともに、AI開発に必要な医用画像のデータベースを構築。</p> <p>b. 2020年6月にとりまとめたロードブロック（開発の障壁）解消に向けた工程表、AIの開発・利活用が期待できる領域の俯瞰図に基づく工程表に基づきAIの研究開発、社会実装を推進。</p> <p>《厚生労働省》</p>			
<p>—</p>	<p>—</p>	<p>39. データヘルス改革の推進 v. ケアの内容等のデータを収集・分析するデータベースの構築</p> <p>a. VISITやCHASEを活用し、自立支援・重度化防止等に資する介護の普及に向けたデータの収集・分析を実施。</p> <p>b. データの収集・活用とPDCAサイクルに沿った取組について、2021年度介護報酬改定に向けた関係審議会等における検討結果に基づき、取組を推進。</p> <p>c. データの分析結果を踏まえ、2024年度介護報酬改定に向けて必要な対応を検討。</p>			

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期） <div>212223</div>
<p>○介護労働者の平均労働時間・残業時間数【2020年度末までに縮減】</p> <p>○介護老人福祉施設等における介護・看護職員等の配置に係る人員ベースでの効率化【2020年度までに改善】</p>	<p>○介護ロボットの開発・実証・普及のプラットフォームを活用した実証件数【2020年度以降増加】</p> <p>○地域医療介護総合確保基金等によるロボット・センサーの導入支援件数【2021年度までに6000件（延べ件数）】</p> <p>○地域医療介護総合確保基金を活用した都道府県版介護現場革新会議等において、介護ロボット等の活用、ICT利活用等を含めた業務効率化・生産性向上に係るガイドラインを活用する事業所数【2020年度実績から増加】</p> <p>○地域医療介護総合確保基金によるICT導入支援事業を実施する都道府県数【2021年度までに全都道府県】</p>	<p>39. データヘルス改革の推進</p> <p>vi. ロボット・IoT・AI・センサーの活用</p> <p>a. 2040年に向けたロボット・AI等の実用化構想の策定の検討。</p> <p>b. 介護現場と開発事業者との連携など、介護ロボットの開発・実証・普及のプラットフォームを構築し、プラットフォームを活用した実証を実施。</p> <p>c. 介護事業所の生産性を向上するため、介護ロボット導入支援事業によりロボット・センサーの導入を支援し、ロボット・センサーの活用を推進。取組の進捗状況を踏まえ、より適切な実施に向けてKPIの設定等を検討するとともに、支援策を検討。</p> <p>d. 介護ロボット等の活用、ICT利活用等を含めた業務効率化・生産性向上に係るガイドラインを、地域医療介護総合確保基金を活用した都道府県版介護現場革新会議等を通じて普及させ、好事例を横展開。</p> <p>e. 介護ロボット、ICT等のテクノロジーの活用について、2021年度介護報酬改定に向けた関係審議会等における検討結果に基づき、取組を推進。</p> <p>f. 2021年度介護報酬改定の検証を通じて、より効果的な介護ロボット、ICT等のテクノロジーの活用に関して、2024年度介護報酬改定に向けて必要な対応を検討。</p> <p>g. 医療サービスの効率的な提供に向け、ロボット、AI、ICT等の活用方策について検討を進め、必要な措置を講じていく。</p> <p>h. ICTを活用した医療・介護連携を推進するため、データ連携標準仕様の実装・利活用の方策等について、引き続き検討しつつ、取組みを推進。</p> <p>i. 介護事業所の生産性を向上するため、ICT導入支援事業により標準仕様に基づくシステムの導入を支援するなど、ICTを活用した情報連携を推進。</p> <p>j. 2019年度のタイムスタディ調査で得た一定の結論を踏まえ、2020年度中に業務負担軽減に係るガイドラインを策定し、2021年度においてガイドラインに沿った業務負担軽減の取組事例を収集。2022年度において好事例を横展開予定。《厚生労働省》</p>
<p>○2020年度末までに研修を受けた全医療機関が、医療情報の品質管理・標準化を実施し、当該情報を利用した研究に着手【2021年度末までに延べ8機関】</p>	<p>○医療情報の品質管理・標準化について、MID-NETの経験を含む研修を受けた医療機関数【2021年度末までに延べ12機関】</p>	<p>40. クリニカル・イノベーション・ネットワークとPMDAの医療情報データベース（MID-NET）の連携</p> <p>a. 臨床研究中核病院の医療情報を継続的に品質管理・標準化する体制を構築し、リアルワールドデータを研究等に活用。《厚生労働省》</p>

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
—	—	<p>4 1. オンラインでの服薬指導を含めた医療の充実 <オンライン診療> a. オンライン診療については、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から時限的措置を実施しているところであるが、デジタル時代に合致した制度として、安全性と信頼性をベースとし、エビデンスに基づき、できるだけ早期に結論を得て、恒久化を行う。 b. オンライン診療については、「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」における、実施の際の適切なルールに関する議論を踏まえ、診療報酬について必要な見直しを検討。検討結果に基づき、必要な措置。</p> <p><オンライン服薬指導> c. オンライン服薬指導については、改正医薬品医療機器等法に基づき、一定のルールを定めたうえで、2020年9月に施行されたが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえた時限的措置により既に実施された実例等を踏まえた検証等を行い、できるだけ早期に結論を得て、恒久化を行う。 d. 実施の際の適切なルールに関する議論を踏まえ、診療報酬について必要な見直しを検討。検討結果に基づき、必要な措置。《厚生労働省》</p>	→	→	
○見直し後の臨床研修の実施を踏まえた基本的診療能力について、自信を持ってできる又はできると答えた研修医の割合【2022年度までに研修修了者の70%】（臨床研修後のアンケート調査により把握）	<p>○見直し後の一貫した到達目標に基づいた臨床研修プログラム数【2023年度までに1,400件】</p> <p>○一貫した評価システムで評価を行った臨床研修医数【2022年度までに800人】</p>	<p>4 2. 卒前・卒後の一貫した医師養成課程の整備</p> <p>a. 卒前卒後の一貫した評価システム（E P O C等）導入。《厚生労働省》</p>		→	
○総合診療専門研修を受けた専攻医数 【厚生労働科学研究において2021年度まで研究を行い、将来の各診療科の必要医師数を算出することとしており、その後研究結果を踏まえて指標を設定】	<p>○総合診療専門研修プログラム数</p> <p>○総合診療専門研修を希望する若手医師数 ⇒研究結果に基づいて指標を設定する予定</p>	<p>4 3. 総合診療医の養成の促進</p> <p>a. 総合診療専門研修の拡充。《厚生労働省》</p>		→	

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
<p>○看護業務の効率化に資する先進的事例を元に試行された取組事例数【2021年度までに2020年度に加えて5例】</p> <p>○特定行為研修を修了し、医療機関で就業している看護師の数【2023年度までに7,000人】</p> <p>○介護分野における書類の削減【2020年代初頭までに半減】</p> <p>○介護労働者の平均労働時間・残業時間数【2020年度末までに縮減】</p> <p>○介護老人福祉施設等における介護・看護職員等の配置に係る人員ベースでの効率化【2020年度までに改善】</p>	<p>○看護業務の効率化に資する先進的取組の公表事例数【2021年度までに25例】</p> <p>○特定行為研修の指定研修機関数【2023年度までに300機関】</p> <p>○地域医療介護総合確保基金を活用した都道府県版介護現場革新会議等において、介護ロボット等の活用、ICT利活用等を含めた業務効率化・生産性向上に係るガイドラインを活用する事業所数【2020年度実績から増加】</p>	<p>4 4. 事業所マネジメントの改革等を推進</p> <p>i. 従事者の役割分担の見直しと効率的な配置</p> <p>a. 医師の働き方改革に関する検討会等におけるタスクシフティング等に関する検討結果に基づき、患者等の理解や負担にも配慮しつつ必要な措置。</p> <p>b. 多様な人材の活用を推進するために必要な取組を実施。</p> <p>c. 介護ロボット等の活用、ICT利活用等を含めた業務効率化・生産性向上に係るガイドラインを、地域医療介護総合確保基金を活用した都道府県版介護現場革新会議等を通じて普及させ、好事例を横展開。</p> <p>d. 成果について、人員・設備基準の見直しや2024年度介護報酬改定に関する議論の際に活用。</p> <p>e. 特定行為研修制度の推進。</p> <p>f. 看護業務の効率化推進について、前年度選定された先進的取組を他施設にて試行し、そのプロセス・成果を公表することで、業務効率化を推進。</p> <p>g. 2019年度のタイムスタディ調査で得た一定の結論を踏まえ、2020年度中に業務負担軽減に係るガイドラインを策定し、2021年度においてガイドラインに沿った業務負担軽減の取組事例を収集予定。2022年度において好事例を横展開予定。</p> <p>《厚生労働省》</p>			
<p>○「介護に関する入門的研修」の実施からマッチングまでの一体的支援事業により介護施設等とマッチングした者の数【2021年度までに2018年度と比べて15%増加】（2021年度の「介護に関する入門的研修」の実施からマッチングまでの一体的支援事業により介護施設等とマッチングした者の数/2018年度の「介護に関する入門的研修」の実施からマッチングまでの一体的支援事業により介護施設等とマッチングした者の数）</p> <p>○保育補助者雇上強化事業により雇い上げられた人数【2021年度までに3,000人】</p>	<p>○地域医療介護総合確保基金による介護人材の資質向上のための都道府県の取組の実施都道府県数【毎年度47都道府県】</p> <p>○「介護に関する入門的研修」の延べ実施回数【2021年度までに2018年度と比べて15%増加】（2021年度の「介護に関する入門的研修」の述べ実施回数/2018年度の「介護に関する入門的研修」の述べ実施回数）</p> <p>○保育補助者雇上強化事業を利用した市町村数【2021年度までに300市町村】</p>	<p>4 4. 事業所マネジメントの改革等を推進</p> <p>ii. 介護助手・保育補助者など多様な人材の活用</p> <p>a. 多様な人材の活用を推進するために必要な取組を実施。</p> <p>なお、令和2年11月1日時点での各都道府県における今年度の介護に関する入門的研修の事業実施状況及び事業実施予定を調査することとしており、当該調査結果と同年4月1日時点での実施予定を比較し、本事業への影響を測ることとしている。《厚生労働省》</p>			

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
<p>○アンケート調査において医療従事者の勤務環境改善に「職種を問わず」または「一部職種で」取り組んでいると回答した病院の割合【2023年度までに85%】（上記回答をした保険医療機関（病院）／同調査に回答した保険医療機関（病院）。病院の勤務環境に関するアンケート調査 回答率：19.4%）</p> <p>○介護分野における書類の削減【2020年代初頭までに半減】</p> <p>○介護労働者の平均労働時間・残業時間数【2020年度末までに縮減】</p> <p>○介護老人福祉施設等における介護・看護職員等の配置に係る人員ベースでの効率化【2020年度までに改善】</p>	<p>○病院長に対する労務管理に関するマネジメント研修の受講者数【2021年度から2023年度の期間に延べ4,500人】 （参考）病院長に対する労務管理に関するマネジメント研修の受講者数【2020年度までに1,500人】 達成済み</p> <p>○職員のキャリアアップや職場環境等の改善に取り組む介護事業所の割合【2023年度末までに85%】 （介護職員処遇改善加算（Ⅰ）を算定している事業者数／全事業者数。介護給付費実態統計） （参考）職員のキャリアアップや職場環境等の改善に取り組む介護事業所の割合【2020年度末までに75%】 達成済み</p> <p>○地域医療介護総合確保基金を活用した都道府県版介護現場革新会議等において、介護ロボット等の活用、ICT利活用等を含めた業務効率化・生産性向上に係るガイドラインを活用する事業所数【2020年度実績から増加】 （参考）介護分野における生産性向上ガイドライン活用事業所数【2019年実績から増加】 達成済み</p>	<p>4 4. 事業所マネジメントの改革等を推進 iii. 事業所マネジメントの改革等を推進</p> <p>a. 医師の働き方改革に関する検討会等におけるタスクシフティング等に関する検討結果に基づき、患者等の理解や負担にも配慮しつつ必要な措置。</p> <p>b. 病院長に対する労務管理に関するマネジメント研修の実施等を通じて、医療機関における労務管理を担う人材を育成。</p> <p>c. 介護ロボット等の活用、ICT利活用等を含めた業務効率化・生産性向上に係るガイドラインを、地域医療介護総合確保基金を活用した都道府県版介護現場革新会議等を通じて普及させ、好事例を横展開。</p> <p>d. 成果について、人員・設備基準等の見直しや2024年度介護報酬改定に関する議論の際に活用。</p> <p>e. 介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会の中間取りまとめを踏まえ、ウェブ入力・電子申請、データの共有化・文書保管の電子化等について方針を得て、検討結果に応じてシステム改修等を行う。 また、保険者機能強化推進交付金の活用等を通じ、自治体における書類削減の取組を推進。</p> <p>f. 検討結果に応じた対応（システム改修等） 《厚生労働省》</p>	→	→	→

36

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
<p>○1 社会福祉法人当たりの介護サービスの事業数【2020年度末までに増加】</p> <p>○社会福祉法人数及び1 社会福祉法人当たりの職員数（常勤換算数）【見える化】</p>	<p>○効率的な体制構築に関する先進的取組の事例数【2020年度実績から増加】</p>	<p>4 4. 事業所マネジメントの改革等を推進</p> <p>iv. 介護の経営の大規模化・協働化</p> <p>a. 事業者の経営の大規模化・協働化等の取組状況等を把握し、経営の大規模化・協働化を推進するための施策について、2021年度介護報酬改定に向けた関係審議会等における検討結果等も踏まえ、取組を推進。第9期介護保険事業計画期間に向けて、介護サービスの種類や地域性、経営の効率性等を考慮しつつ、組織間連携の推進等の必要な措置を講じる。</p> <p>b. 2020年度に公表した効率的な体制構築方策に関するガイドラインを周知するとともに、更なる取組の把握等を行い、推進。</p> <p>c. 「社会福祉連携推進法人」制度の円滑な施行（「地域共生社会の実現に向けた社会福祉法等の一部を改正する法律」の公布（令和2年6月12日）から2年以内に政令で定める日）に向けて検討を進める。</p> <p>d. 「社会福祉連携推進法人」制度施行後に制度が活用されるような取組を推進する。</p> <p>《厚生労働省》</p>			
—	<p>令和2年度より実施する調査研究事業の研究結果を踏まえて検討</p>	<p>4 4. 事業所マネジメントの改革等を推進</p> <p>v. 医療法人の経営状況の透明性の確保</p> <p>a. 医療法人の損益計算書等の事業報告書等について、社会福祉法人同様、アップロードによる届出・公表を可能とする仕組みを検討する。</p> <p>b. 医療法人の損益計算書等の事業報告書等をアップロードするデータベースの整備を行う。</p> <p>《厚生労働省》</p>			
—	—	<p>4 5. 国保の普通調整交付金について見直しを検討</p> <p>a. 普通調整交付金の配分について、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。《厚生労働省》</p>			

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
—	—	4 6. 科学的介護・栄養の取組の推進 a. VISIT・CHASEを活用し、自立支援・重度化防止等に資する介護の普及に向けたデータの収集・分析を実施。 b. データの収集・活用とPDCAサイクルに沿った取組について、2021年度介護報酬改定に向けた関係審議会等における検討結果に基づき、取組を推進。 c. データの分析結果を踏まえ、2024年度介護報酬改定に向けて訪問系サービスや居宅サービス全体のケアマネジメントにおけるVISIT・CHASEの活用を通じた質の評価の在り方や標準的な介護サービス等について、必要な対応を検討。 d. 2020年度に策定予定の民間PHR事業者が遵守すべき情報の管理・利活用に係る基準を整理したガイドラインを踏まえ、食事歴等を管理する民間PHR事業者との連携について検討。 ≪厚生労働省≫	→	→	→
—	—	4 7. ケアマネジメントの質の向上 i. A Iも活用した科学的なケアプランの実用化 a. 2019年度の調査研究事業においては、ケアマネジメントの質の向上や業務効率化に対して一定程度の効果があるとの結論を得た一方で、A Iに学習させるべき教師データが不十分である等の課題も明らかになったことを踏まえ、2020年度以降、居宅介護支援事業所のケアマネジメントのデータ分析などを通して、A Iの思考過程を明らかにすることや、教師データのさらなる収集・学習等の実証検証などについて、引き続き調査研究を進める。 b. 取組の進捗状況を踏まえ、より適切な実施に向けてK P Iの設定等を検討するとともに、支援策を検討。 ≪厚生労働省≫	→	→	→
—	—	4 7. ケアマネジメントの質の向上 ii. ケアマネジャーの業務の在り方の検討 a. ケアマネジャーの業務の在り方について、2021年度介護報酬改定に向けた関係審議会等における検討結果に基づき、取組を推進。 b. 2021年度介護報酬改定の検証等を通じて、より効果的なケアマネジャーの業務の在り方に関して、科学的介護の取組も踏まえ2024年度介護報酬改定等に向けて必要な対応を検討。 ≪厚生労働省≫	→	→	→

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
—	—	<p>48. 医薬品・医療機器等の開発の促進に資する薬事規制の体制の整備・合理化</p> <p>a. 2020年9月施行の改正医薬品医療機器等法で導入された ①医療機器の特性やAI等による技術革新等に適切に対応する医療機器の承認制度 ②「先駆的医薬品等指定制度」や「条件付き承認制度」の安定的な運用に取り組む。《厚生労働省》</p>			
○バイオシミラーの品目数（成分数ベース） 【2023年度末までに品目数を2010年7月時点からの倍増（20成分）】	○バイオシミラー等のバイオ医薬品の技術研修に参加する企業数【年10社以上】	<p>49. バイオ医薬品の研究開発の推進等</p> <p>a. バイオ医薬品のデザイン技術開発等に関する研究を推進。 b. 国内に不足しているバイオ医薬品の製造・開発技術を担う人材育成を実施。 《厚生労働省》</p> <p>50. バイオシミラーの研究開発・普及の推進等</p> <p>a. バイオシミラーの医療費適正化効果額・金額シェアを公表。 b. バイオシミラーの有効性、安全性、品質等に関する教材を作成。 c. バイオシミラーの研究開発の推進。 d. バイオシミラーに係る新たな目標の在り方を検討し結論を得る。 《厚生労働省》</p>			
—	—	<p>51. 薬価制度抜本改革の更なる推進</p> <p>i. 医薬品等の費用対効果の本格実施に向けた検討</p> <p>a. 医薬品等の費用対効果評価の活用について、関係審議会等において、事例の集積、影響の検証、現行制度に係る課題を整理する必要があるとされたことも踏まえて、引き続き検討。《厚生労働省》</p>			

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
—	—	<p>5 1. 薬価制度抜本改革の更なる推進</p> <p>ii. 2021年度以降毎年薬価改定を実施する。</p> <p>a. 2021年度以降毎年薬価改定を実施する。 <<厚生労働省>></p>	→		
—	—	<p>5 1. 薬価制度抜本改革の更なる推進</p> <p>iii. 新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定の見直し、効能追加等による革新性・有用性の評価、長期収載品の段階的な価格引下げまでの期間の在り方等について、所要の措置を検討</p> <p>a. 新薬創出等加算の対象外である品目に関し、同加算の対象品目を比較薬とした薬価算定における比較薬の新薬創出等加算の累積額を控除する取扱いについて検討を行った結果に基づき所要の措置を講じた2020年度薬価改定を踏まえて、適切に薬価を設定。影響について検証を実施。</p> <p>b. 長期収載品に関し、イノベーションを推進するとともに医薬品産業を高い創薬力を持つ産業構造に転換する観点から、段階的な価格引下げ開始までの期間の在り方について検討を行った結果に基づき所要の措置を講じた2020年度薬価改定を踏まえて、適切に薬価を設定。影響について検証を実施。</p> <p>c. イノベーションの評価に関し、効能追加等による革新性・有用性の評価の是非について検討を行った結果に基づき必要な措置を講じた2020年度薬価改定を踏まえて、適切に薬価を設定。影響について検証を実施。</p> <p><<厚生労働省>></p>	→	→	→

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）		
		21	22	23
—	—	5 1. 薬価制度抜本改革の更なる推進 iv. 薬価算定プロセスの透明性の向上について検討		
		a. 薬価算定プロセスの透明性の向上のため、薬価算定組織の委員名簿、議事の内容の公開に向けて必要な対応を実施。 b. 原価計算方式における製造原価について、薬価算定において開示度の向上を促進する取組を引き続き推進。	→	→

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
—	—	<p>5 2. 調剤報酬の在り方について検討</p> <p>a. 地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価を進めるとともに、調剤料などの技術料を含めた対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化を行う観点から実施した、2020年度診療報酬改定における見直しに基づき、取組を推進しつつ、効果の検証を行う。《厚生労働省》</p>			
—	—	<p>5 3. 適正な処方の在り方について検討</p> <p>i. 高齢者への多剤投与対策の検討</p> <p>a. 2020年度に作成されたポリファーマシー対策導入のための業務手順書等をより実践的なものとするため、課題を検証する。《厚生労働省》</p>			
—	—	<p>5 3. 適正な処方の在り方について検討</p> <p>ii. 生活習慣病治療薬について費用面も含めた処方の在り方の検討</p> <p>a. 生活習慣病治療薬の費用面も含めた適正な処方の在り方について、2020年度診療報酬改定における見直しに基づき、取組を推進しつつ、効果の検証を行う。《厚生労働省》</p>			

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
<p>○後発医薬品の使用割合 新たな目標について、目標の達成状況や地域差等を踏まえ、年度内に結論。それを踏まえてK P Iを設定。</p>	<p>○後発医薬品の品質確認検査の実施 【年間約900品目】</p>	<p>5 4. 後発医薬品の使用促進</p> <p>a. 普及啓発の推進や医療関係者への情報提供等による環境整備に関する事業を実施。</p> <p>b. 保険者協議会や後発医薬品使用促進の協議会を活用するなどの現場の取組を促す。</p> <p>c. 保険者インセンティブの活用や、保険者ごとの使用割合の公表等により、医療保険者の使用促進の取組を引き続き推進。</p> <p>d. 後発医薬品の使用を推進する観点から実施した、2020年度診療報酬改定における後発医薬品使用体制加算や後発医薬品調剤体制加算に係る基準の見直し等に基づき、取組を推進しつつ、効果の検証を行う。検証結果に基づき必要な対応を検討。</p> <p>e. 信頼性向上のため、市場で流通する製品の品質確認検査を行い、その結果について、医療用医薬品最新品質情報集（ブルーブック）に順次追加して公表。</p> <p>f. 後発医薬品利用差額通知の送付など、後発医薬品の使用促進を図るための取組支援。</p> <p>g. 改正生活保護法（平成30年10月施行）に基づく生活保護受給者の後発医薬品の使用原則化について、引き続き地方自治体において確実に取組むよう促す。</p> <p>h. 後発医薬品の使用が進んでいない地域等の要因をきめ細かく分析し、その要因に即した対応を検討し、実施。</p> <p>i. 「2020年9月までに後発医薬品使用割合を80%以上」の目標達成後の新たな目標について、これまでに分かってきた課題も踏まえつつ、その内容について検討。</p> <p>j. 後発医薬品も含めた、医薬品の適正使用に資するフォーミュラガイドラインを策定</p> <p>k. 後発医薬品使用割合の見える化・公表を医療機関等の別に着目して拡大することを検討。</p> <p>l. 後発医薬品や新薬等の使用が医療費に与える影響等について分析・検討</p> <p>《厚生労働省》</p>			

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）		
—	—	<p>55. 医療技術評価の在り方について調査・研究・検討を推進するとともに、そのための人材育成・データ集積・分析を推進</p> <p>a. 引き続き、費用対効果評価を効果的・効率的に実施することができるよう、研究等を継続するとともに、人材の育成を推進。《厚生労働省》</p>		
<p>○大病院受診者のうち紹介状なしで受診したものの割合【2020年度までに400床以上の病院で40%以下】（400床以上の病院における紹介状なし初診患者数/400床以上の病院の初診患者数。診療報酬改定結果検証調査）</p> <p>○重複投薬・相互作用等防止に係る調剤報酬の算定件数【2021年度までに2017年度と比べて20%増加】</p> <p>○地域包括ケアシステムにおいて過去1年間に平均月1回以上医師等と連携して在宅業務を実施している薬局数【2022年度までに60%】 （地域包括ケアシステムにおいて過去1年間に平均月1回以上医師等と連携して在宅業務を実施している薬局数/薬局数（薬局機能情報提供制度による（回答率100%））</p>	<p>○「患者のための薬局ビジョン」において示すかかりつけ薬剤師としての役割を發揮できる薬剤師を配置している薬局数【2022年度までに60%】 （「患者のための薬局ビジョン」において示すかかりつけ薬剤師としての役割を發揮できる薬剤師を配置している薬局数/薬局数（薬局機能情報提供制度による（回答率100%））</p> <p>○各都道府県の、一人の患者が同一期間に3つ以上の医療機関から同じ成分の処方を受けている件数【見える化】</p> <p>○調剤報酬における在宅患者訪問薬剤管理指導料、介護報酬における居宅療養管理指導費、介護予防居宅療養管理指導費の算定件数【2021年度までに2017年度と比べて40%増加】</p>	<p>56. かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及</p> <p>a. 病院・診療所の機能分化・機能連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及を進める。《厚生労働省》</p>		

高齢化や現役世代の急減という人口構造の変化の中でも、国民皆保険を持続可能な制度としていくため、勤労世代の高齢者医療への負担状況にも配慮しつつ、必要な保険給付をできるだけ効率的に提供しながら、自助、共助、公助の範囲についても見直しを図る。

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
—	—	57. 高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担の検討 a. マイナンバーの導入等の金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、医療保険における負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方について、2020年の関係審議会のとりまとめを踏まえ検討課題の整理を行うなど関係審議会等において、預金口座へのマイナンバー付番の状況を見つつ、引き続き検討。 b. 2019年度の関係審議会における審議結果を踏まえ、介護保険の補足給付の見直しについて、必要な周知広報を行いつつ、施行。《厚生労働省》	→	→	
—	—	58. 団塊世代が後期高齢者入りするまでに、後期高齢者の窓口負担について検討 a. 全世代型社会保障改革の方針（令和2年12月15日閣議決定）を踏まえ、課税所得28万円以上かつ年収200万円以上（単身世帯の場合。複数世帯の場合は、後期高齢者の年収合計が320万円以上）の方に限って、窓口負担割合を2割とすること等とし、2021年の通常国会に必要な法案の提出を図る。《厚生労働省》	→	→	
—	—	59. 薬剤自己負担の引上げについて幅広い観点から関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる a. 2020年の関係審議会のとりまとめを踏まえ、医療資源の効率的な活用を図る観点から、薬剤給付の適正化に向けて、保険者の上手な医療のかかり方及びセルフメディケーションの推進策の具体化について関係審議会において早期の結論を得るべく引き続き検討するとともに、その他の措置についても検討。《厚生労働省》	→	→	
—	—	60. 外来受診時等の定額負担の導入を検討 a. 全世代型社会保障検討会議や関係審議会等の議論を踏まえ、医療機関が都道府県に外来機能を報告する制度を創設し、地域の実情に応じて、紹介患者への外来を基本とする医療機関を明確化するための法制上の措置を講じる。 b. 上記を踏まえ、紹介状なしの大病院受診時定額負担に関して、当該医療機関のうち一般病床200床以上の病院にも対象を拡大し、保険給付の範囲から一定額を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求めること等について、中央社会保険医療協議会で具体的に検討する。また、その結果に基づき、必要な措置を講ずる。《厚生労働省》	→	→	

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
—	—	<p>6 1. 医療費について保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討</p> <p>a. 医療費の財源構造、医療保険制度の比較、実効給付率の推移と要因分析、生涯医療費の分析内容を含む資料について、わかりやすさを重視したうえで、年1回関係審議会において報告するとともに、ホームページ上で公表する。《厚生労働省》</p>	→		
—	—	<p>6 2. 介護のケアプラン作成に関する給付の在り方について検討。</p> <p>a. 2019年度の関係審議会における審議結果を踏まえ、利用者負担の導入について、第9期介護保険事業計画期間に向けて、関係審議会等において結論を得るべく引き続き検討。《厚生労働省》</p>	→		
—	—	<p>6 3. 介護の多床室室料に関する給付の在り方について検討</p> <p>a. 2019年度の関係審議会における審議結果を踏まえ、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設の機能等を考慮しながら、負担の公平性の関係から、多床室の室料負担の見直しについて、第9期介護保険計画期間に向けて、関係審議会等において結論を得るべく引き続き検討。《厚生労働省》</p>	→		
—	—	<p>6 4. 介護の軽度者への生活援助サービス・福祉用具貸与に関する給付の在り方等について検討</p> <p>a. 介護の軽度者への生活援助サービス等の地域支援事業への移行を含めた方策について、2019年度の関係審議会における審議結果を踏まえ、第9期介護保険事業計画期間に向けて、関係審議会等において結論を得るべく引き続き検討。</p> <p>b. 地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業の上限制度の運用の在り方について、速やかに必要な対応を検討。</p> <p>c. 福祉用具貸与の在り方について、要介護度に関係なく給付対象となっている廉価な品目について、貸与ではなく販売とするなど、2020年度の関係審議会における審議結果を踏まえ、速やかに必要な対応を検討。《厚生労働省》</p>	→	→	→

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
—	—	<p>65. 医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しを検討</p> <p>a. 医療における「現役並み所得」の判断基準の見直しについて、現役との均衡の観点から、2020年の関係審議会のとりまとめを踏まえ関係審議会等において、判断基準や基準額の見直しに伴い現役世代の負担が増加することに留意しつつ、引き続き検討。</p> <p>b. 現役との均衡の観点から介護保険における「現役並み所得」（利用者負担割合を3割とする所得基準）等の判断基準の見直しについては、2019年度の関係審議会における審議結果も踏まえ、利用者への影響等を考慮しながら、第9期介護保険事業計画期間に向けて、関係審議会等において結論を得るべく引き続き検討。《厚生労働省》</p>	→	→	
—	—	<p>66. 新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討</p> <p>a. 医薬品や医療技術の保険収載の判断等に当たり費用対効果や財政影響などの経済性評価を活用し、保険対象外の医薬品等に係る保険外併用療養を柔軟に活用・拡大することについて、関係審議会等において、事例の集積、影響の検証、現行制度に係る課題を整理する必要があるとされたことを踏まえ、関係審議会等において早期の結論を得るべく引き続き検討。《厚生労働省》</p>	→		

社会保障 5. 再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
—	—	③ 医療・介護を通じた居住に係る費用負担の公平化の検討			
<p>○在宅サービスのサービス量進捗状況【2020年度までに100%】 （第7期介護保険事業計画の実績値／第7期介護保険事業計画の計画値。介護保険事業状況報告）</p>	<p>○地域包括ケアシステム構築のために必要な介護インフラに係る第7期介護保険事業計画のサービスの見込み量に対する進捗状況（小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護）【2020年度までに100%】（第7期介護保険事業計画の実績値／第7期介護保険事業計画の計画値。） ○在宅患者訪問診療件数【2017年医療施設調査からの増加】 ○在宅医療・介護連携推進事業、認知症総合支援事業、生活支援体制整備事業の実施保険者【2020年度以降100%を維持】（実施保険者／全保険者。地域支援事業交付金実績報告、認知症総合支援事業等実施状況調べ等）</p>	<p>⑦ 在宅や介護施設等における看取りも含めて対応できる地域包括ケアシステムを構築</p> <p>a. 第8期介護保険事業（支援）計画（2021～2023年度）に基づき、推進。《厚生労働省》 b. 第7次医療計画（2018～2023年度）に基づき、推進。《厚生労働省》</p>			
—	—	<p>⑩ 看護を含む医療関係職種の質評価・質向上や役割分担の見直しを検討</p> <p>a. 特定行為研修制度を着実に実施するとともに、地域医療介護総合確保基金に基づく新人看護職員研修をはじめとする研修を推進。《厚生労働省》</p>			
—	—	<p>⑪ 都道府県の行う病床再編や地域差是正の努力を支援するための取組</p> <p>i 地域医療介護総合確保基金について、改革に取り組む都道府県を重点的に支援する観点から、新型コロナウイルス感染症への対応状況に十分配慮した上で、取組の進捗状況を踏まえたメリハリある配分を実施する。</p> <p>a. 2021年度中に消費税財源による「医療・介護の充実」とするための法案を提出し、これに基づき病床機能の再編支援を実施する。《厚生労働省》</p>			
—	—	⑬ 国民健康保険において、保険者努力支援制度の趣旨を現行制度に前倒しで反映			

社会保障 5. 再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
<p>○年間新規透析患者数【2028年度までに35,000人以下に減少】</p> <p>○糖尿病有病者の増加の抑制【2022年度までに1,000万人以下】</p> <p>○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数【2022年度までに2008年度と比べて25%減少】</p>	<p>○好事例（の要素）を反映したデータヘルスの取組を行う保険者【100%】（好事例を反映したデータヘルスの取組を行う保険者数／データヘルス計画策定の保険者数 保険者データヘルス全数調査（回答率96.6%））</p> <p>○データヘルスに対応する健診機関（民間事業者も含む）を活用する保険者【データヘルス計画策定の保険者において100%】（データヘルスに対応する健診機関を活用している保険者数／データヘルス計画を策定の保険者数 保険者データヘルス全数調査（回答率96.6%））</p> <p>○健康維持率、生活習慣病の重症疾患の発症率、服薬管理率等の加入者の特性に応じた指標によりデータヘルスの進捗管理を行う保険者【データヘルス計画策定の保険者において100%】（加入者の特性に応じた指標によりデータヘルスの進捗管理を行う保険者数／データヘルス計画を策定の保険者数 保険者データヘルス全数調査（回答率96.6%））</p> <p>○健康保険組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業数【2020年度までに500社以上】</p> <p>○協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業数2020年度までに3万社以上】</p> <p>○保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者数【2020年度までに100社以上】</p>	<p>②① 医療関係職種の活躍促進、民間事業者による地域包括ケアを支える生活関連サービスの供給促進等</p> <p>i 障壁となっている規制がないか検証し必要な対応を検討・実施</p> <p>a. 関係者のニーズ等に基づきグレーゾーン解消制度の活用を含め柔軟に対応。《厚生労働省》</p> <p>ii 事業運営の効率化等に関する民間事業者の知見や資金の活用を促進</p> <p>a. 「地域包括ケアシステム構築に向けた公的介護保険外サービスの参考事例集」に加え、「地方自治体における地域包括ケアシステム構築に向けた『保険外サービス』の活用に関するポイント集・事例集」や「QOLを高める保険外（自費）サービス活用促進ガイド」を活用し、保険外サービスの活用について周知を推進。《厚生労働省》</p> <p>b. 介護サービス情報公表システムの活用等により、ケアマネジャーや高齢者等に対し情報提供を推進する取組を支援。《厚生労働省》</p>			
<p>○終了した研究に基づき発表された成果数（論文、学会発表、特許の件数など）【前年度と同水準】</p>	<p>○「事前評価委員会」による学術的・行政的観点に基づく評価・採択と、「中間・事後評価委員会」による研究成果の検証及び採択に基づく、採択課題の継続率【2022年度に100%】</p>	<p>②③ マイナンバー制度のインフラ等を活用した取組</p> <p>iii 医療等分野における研究開発の促進</p> <p>a. 医療等分野のデータを利活用した研究開発を促進《厚生労働省》</p>			
—	—	<p>②④ 世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点からの検討</p> <p>i 高額療養費制度の在り方</p> <p>iii 高額介護サービス費制度の在り方</p> <p>高額介護サービス費制度の見直しを2017年8月から実施。</p> <p>iv 介護保険における利用者負担の在り方</p> <p>利用者負担割合について、2割負担者のうち特に所得の高い層の負担を3割とする見直しを2018年8月から実施。</p>			

社会保障 5. 再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
—	—	<p>②5 現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図るための検討</p> <p>i 介護納付金の総報酬割 介護納付金の総報酬割について、2017年度から段階的に実施。</p> <p>ii その他の課題</p> <p>a. 現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図るためのその他の課題について、関係審議会等において検討。《厚生労働省》</p>	→		
—	—	<p>②7 公的保険給付の範囲や内容について適正化し、保険料負担の上昇等を抑制するための検討</p> <p>v 不適切な給付の防止の在り方について検討</p>			
<p>○200床以上の病院における単品単価取引が行われた医薬品のシェア【2020年度までに100 %】 （単品単価契約額／総販売額。5卸売事業者へのアンケート結果）</p> <p>○調剤薬局チェーン（20店舗以上）における単品単価取引が行われた医薬品のシェア【2020年度までに100 %】 （単品単価契約額／総販売額。5卸売事業者へのアンケート結果）</p> <p>○医療用医薬品の取引価格の妥結率【見える化】</p>	<p>○医薬品のバーコード（販売包装単位及び元梱包装単位の有効期限、製造番号等）の表示率【2020年度までに100%】</p>	<p>③4 適切な市場価格の形成に向けた医薬品の流通改善</p> <p>a. 「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン（2018年1月）に基づき、流通改善に取り組むとともに、当該懇談会において定期的に進捗状況を把握し、改善に向けた取組を推進。《厚生労働省》</p>	→		
—	—	<p>③5 医療機器の流通改善及び保険償還価格の適正化を検討</p> <p>a. 医療機器の流通に関して関係団体との協議を踏まえ、関係団体及び個別企業への調査結果を踏まえ、改善が必要とされる問題点を整理し、対応策を検討。医療機器のコード化の進捗状況を定期的に把握する等、改善に向けた取組を推進。《厚生労働省》</p>	→		

社会保障 5. 再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
<p>○重複投薬・相互作用等防止に係る調剤報酬の算定件数【2021年度までに2017年度と比べて20%増加】</p> <p>○地域包括ケアシステムにおいて過去1年間に平均月1回以上医師等と連携して在宅業務を実施している薬局数【2022年度までに60%】（地域包括ケアシステムにおいて過去1年間に平均月1回以上医師等と連携して在宅業務を実施している薬局数/薬局数（薬局機能情報提供制度による（回答率100%））</p>	<p>○「患者のための薬局ビジョン」において示すかかりつけ薬剤師としての役割を発揮できる薬剤師を配置している薬局数【2022年度までに60%】（「患者のための薬局ビジョン」において示すかかりつけ薬剤師としての役割を発揮できる薬剤師を配置している薬局数/薬局数（薬局機能情報提供制度による（回答率100%））</p> <p>○各都道府県の、一人の患者が同一期間に3つ以上の医療機関から同じ成分の処方を受けている件数【見える化】</p> <p>○調剤報酬における在宅患者訪問薬剤管理指導料、介護報酬における居宅療養管理指導費、介護予防居宅療養管理指導費の算定件数【2021年度までに2017年度と比べて40%増加】</p>	<p>③⑥ かかりつけ薬局推進のための薬局全体の改革の検討、薬剤師による効果的な投薬・残薬管理や地域包括ケアへの参画を目指す</p> <p>a. 服薬情報の一元的・継続的な把握等を行うかかりつけ薬剤師・薬局を推進。《厚生労働省》</p> <p>b. 各都道府県等の先進・優良事例の周知。《厚生労働省》</p>	→	→	
—	—	<p>③⑧ 診療報酬改定における前回改定の結果・保険医療費への影響の検証の実施とその結果の反映及び改定水準や内容に係る国民への分かりやすい形での説明</p> <p>a. 診療報酬改定の内容に係る分かりやすい周知方法について、引き続き検討。《厚生労働省》</p>	→		
—	—	<p>③⑨ 社会保障改革プログラム法等に基づく年金関係の検討</p> <p>i マクロ経済スライドの在り方</p> <p>a. 名目手取り賃金変動率がマイナスで、かつ名目手取り賃金変動率が物価変動率を下回る場合には、名目手取り賃金変動率にあわせて年金額を改定するルールが2021年4月に施行されることとされており、該当する場合には当該ルールに沿って対応するとともに、マクロ経済スライドの仕組みの在り方について、令和2年改正法の検討規定に基づき、今後の検討課題について検討を行う。</p> <p>iv 高所得者の年金給付の在り方を含めた年金制度の所得再分配機能の在り方及び公的年金等控除を含めた年金課税の在り方の見直し</p> <p>a. 年金制度の機能強化のための国民年金法等の一部を改正する法律（令和2年法律第40号）が2020年5月に成立したところであり、その円滑な施行に向けた準備、周知、広報に努めるとともに、公的年金制度の所得再分配機能の強化について、同法の検討規定、附帯決議に基づき、検討を加える。《厚生労働省》</p> <p>b. 個人所得課税について、総合的かつ一体的に税負担構造を見直す観点から、今後、政府税制調査会において、論点を整理しつつ、議論。《財務省》</p>	→	→	→

社会保障 5. 再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	21	22	23
<p>○就労支援事業等に参加した者のうち、就労した者及び就労による収入が増加した者の割合【2021年度までに50%】 （就労した者及び就労による収入が増加した者の数/就労支援事業等の参加者数）</p> <p>○「その他の世帯」の就労率（就労者のいる世帯の割合）【2021年度までに45%】 （「その他の世帯」のうち就労者のいる世帯数/「その他の世帯」数）</p> <p>○就労支援事業等を通じた脱却率【見える化】</p> <p>○就労支援事業等の参加者の就労・増収率についての自治体ごとの状況【見える化】</p> <p>○「その他の世帯」の就労率等の自治体ごとの状況【見える化】</p> <p>○生活保護受給者の後発医薬品の使用割合【毎年度80%】 （医療扶助における後発医薬品の数量/医療扶助における薬剤数量の総数）</p> <p>○頻回受診者に対する適正受診指導による改善者数割合【2021年度において2017年度比2割以上の改善】</p> <p>○生活保護受給者一人当たり医療扶助の地域差【見える化】</p> <p>○後発医薬品の使用割合の地域差【見える化】</p>	<p>○就労支援事業等に参加可能な者の事業参加率 【2021年度までに65%】 （就労支援事業等の参加者数/就労支援事業等の参加可能者数）</p> <p>○就労支援事業等に参加可能な者の事業参加率の自治体ごとの状況【見える化】</p> <p>○医療扶助の適正化に向けた自治体における後発医薬品使用促進計画の策定率 【毎年度100%】 （後発医薬品使用促進計画を策定している自治体数/全自治体数）</p> <p>○頻回受診対策を実施する自治体【毎年度100%】 （頻回受診対策を実施する自治体/全自治体数）</p>	<p>④ 就労支援を通じた保護脱却の推進のためのインセンティブ付けの検討など自立支援に十分取り組む a. 生活保護からの就労・増収等を通じた脱却を促進するため、就労支援を着実に実施しつつ、各種制度について、効率的かつ効果的なものとなるよう、就労意欲の向上の観点等を踏まえて不断に見直し、生活保護制度の適正化を推進。就労支援事業等の既存事業の積極的な活用を促す。 《厚生労働省》</p> <p>④ 生活保護の適用ルールの確実かつ適正な運用、医療扶助をはじめとする生活保護制度の更なる適正化 a. 頻回受診等に係る適正受診指導の徹底、生活保護受給者に対する健康管理支援の実施等により、医療扶助の適正化を推進。また、生活保護受給者の頻回受診対策については、現在開催している「医療扶助に関する検討会」の議論や2021年度までの実績等を踏まえ、該当要件についての検討を2022年度中に行う。また、その他医療扶助における適正化について、医療費適正化計画の医療費に医療扶助も含まれることを踏まえ他制度における取組事例も参考に推進しつつ、中期的に医療扶助のガバナンス強化に向け、EBPMの観点も踏まえて検討を行う。《厚生労働省》 b. 生活保護受給者が通院・入院する割合が高い病院・診療所について2021年度中に調査を行う。《厚生労働省》 c. マイナンバーカードを用いた、医療扶助のオンライン資格確認については、「デジタル・ガバメント実行計画」や「医療扶助に関する検討会」の議論を踏まえ、令和5年度中の実施に向け所要の措置を講ずる。《厚生労働省》 d. 生活保護からの就労・増収等を通じた脱却を促進するため、就労支援を着実に実施しつつ、各種制度について、効率的かつ効果的なものとなるよう、就労意欲の向上の観点等を踏まえて不断に見直し、生活保護制度の適正化を推進。《厚生労働省》 e. 級地制度について、地域ごとの最低生活費を測るための適切な指標の検討を行い、速やかに抜本的な見直しを行う。《厚生労働省》</p> <p>④ 令和3年度の次期生活扶助基準の検証に合わせた年齢、世帯類型、地域実態等を踏まえた真に必要な保護の在り方や更なる自立促進のための施策等、制度全般について予断なく検討し、必要な見直し</p>	<p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p>		

社会保障 5. 再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）		
<p>○生活困窮者自立支援制度の利用による就労者及び増収者数【見える化】</p> <p>○就労支援プラン対象者のうち、就労した者及び就労による収入が増加した者の割合【毎年度75%】 （就労した者及び就労による収入が増加した者数/就労支援プラン対象者数。生活困窮者自立支援統計システム）</p> <p>○自立生活のためのプラン作成者のうち、自立に向けての改善が見られた者の割合【2021年度までに90%】 （自立に向けての改善が見られた者数/自立生活のためのプラン作成者数。生活困窮者自立支援統計システム）</p>	<p>○福祉事務所設置自治体による就労準備支援事業及び家計改善支援事業の実施率【見える化】</p> <p>○自立生活のためのプラン作成件数【毎年度年間新規相談件数の50%】 （自立生活のためのプラン作成件数/年間新規相談件数。生活困窮者自立支援統計システム）</p> <p>○自立生活のためのプランに就労支援が盛り込まれた対象者数【毎年度プラン作成件数の60%】 （自立生活のためのプランに就労支援が盛り込まれた対象者数/自立生活のためのプラン作成件数。生活困窮者自立支援統計システム）</p> <p>○自立相談支援事業における生活困窮者の年間新規相談件数【2021年度までに25万件】</p> <p>○自立相談支援機関が他機関・制度へつないだ（連絡・調整や同行等）件数【見える化】</p> <p>○任意の法定事業及び法定外の任意事業の自治体ごとの実施率【見える化】</p>	<p>④③ 生活困窮者自立支援制度の着実な推進</p> <p>a. 改正生活困窮者自立支援法に基づき、就労や家計をはじめとした様々な課題に対応できる包括的な支援体制の整備の推進を図ることにより、自立に向けた意欲の向上や日常生活面・社会生活面の改善を含め、就労・増収等を通じた生活困窮者の自立支援を推進。 その際、本人の希望に応じて求職者支援制度等適切な就労支援施策へ繋ぎ、継続的な支援を実施する。《厚生労働省》</p> <p>b. 新型コロナウイルス感染症の影響も踏まえ、支援ニーズの増加に対する体制強化や支援のICT化を始めとした、生活困窮者自立支援制度の強化を進める。《厚生労働省》</p>		
<p>—</p>	<p>—</p>	<p>④④ 雇用保険の国庫負担の当面の在り方の検討</p> <p>a. 経済財政運営と改革の基本方針2019も踏まえ、雇用保険料と国庫負担の時限的な引下げの継続等について検討し、必要な措置を講ずる。《厚生労働省》</p>		

社会保障 5. 再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進

(再掲)

- ①都道府県ごとの地域医療構想の策定による、医療の「見える化」を踏まえた病床の機能分化・連携の推進（療養病床に係る地域差の是正）（社保-29 i、ii）
- ②慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービス提供体制に係る制度上の見直しの検討（社保-29 i）
- ④地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在の是正などの観点から踏まえた医師・看護職員等の需給について検討（社保-31）
- ⑤外来医療費について、データに基づき地域差を分析し、重複受診・重複投与・重複検査等の適正化を行いつつ地域差を是正（社保-33 i）
- ⑥地域医療構想と整合的な形で、都道府県ごとに医療費の水準や医療の提供に関する目標を設定する医療費適正化計画を策定。国が27年度中に標準的な算定方式を示す（都道府県別の医療費の差の半減を目指す）（社保-33 i）
- ⑧人生の最終段階における医療の在り方を検討（社保-26）
- ⑨かかりつけ医の普及の観点からの診療報酬上の対応や外来時の定額負担について検討（社保-56）
- ⑪都道府県の行う病床再編や地域差是正の努力を支援するための取組
 - ii 医療費適正化計画の進捗状況等を踏まえた高確法第14条の診療報酬の特例の活用の在り方の検討（社保-33 iii）
 - iv 都道府県の体制・権限の整備の検討（社保-29 i）
- ⑫全ての国民が自ら生活習慣病を中心とした疾病の予防、重症化予防、介護予防、後発医薬品の使用や適切な受療行動をとること等を目指し、特定健診等の受診率向上に取り組みつつ、個人や保険者の取組を促すインセンティブのある仕組みを構築（社保-2、5、6、7）
- ⑭保険者における医療費適正化に向けた取組に対する一層のインセンティブ強化に係る制度設計
 - i 2018年度までに国民健康保険の保険者努力支援制度のメリハリの効いた運用方法の確立（社保-19）
 - ii 国民健康保険料に対する医療費の地域差の一層の反映（社保-45）
 - iii 健康保険組合等の後期高齢者支援金の加算・減算制度の運用面での強化（社保-19）
 - iv 医療保険の審査支払機関の事務費・業務の在り方（社保-39 iii）
- ⑮ヘルスケアポイント付与や保険料への支援になる仕組み等の個人に対するインセンティブ付与による健康づくりや適切な受診行動等の更なる促進（社保-6）
- ⑯セルフメディケーションの推進（社保-15）
- ⑰要介護認定率や一人当たり介護費の地域差を分析し、保険者である市町村による給付費の適正化に向けた取組を一層促す観点からの、制度的な対応も含めて検討（社保-33 i、35、36）
- ⑱高齢者のフレイル対策の推進（社保-7、8）
- ⑲「がん対策加速化プラン」を年内めどに策定し、がん対策の取組を一層推進（社保-4 i、ii）
- ⑳民間事業者も活用した保険者によるデータヘルスの取組について、健康経営の取組との連携も図りつつ、好事例を強力に全国展開（社保-17、18）
- ㉒介護人材の資質の向上と事業経営の規模の拡大やICT・介護ロボットの活用等による介護の生産性向上（社保-39 vi（ICT・介護ロボットの活用）、44 ii（介護助手・保育補助者など多様な人材の活用）、44 iv（事業経営の規模の拡大））

社会保障 5. 再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進

(再掲)

- ②③マイナンバー制度のインフラ等を活用した取組
 - i 医療保険のオンライン資格確認の導入（社保-39 i）
 - ii 医療・介護機関等との間の情報連携の促進による患者負担軽減と利便性向上（社保-39 ii）
- ②④世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点からの検討
 - ii 医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方（社保-58）
- ②⑥医療保険、介護保険ともに、マイナンバーの活用等により、金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みについて検討（社保-57）
- ②⑦公的保険給付の範囲や内容について適正化し、保険料負担の上昇等を抑制するための検討
 - i 次期介護保険制度改革に向け、軽度者に対する生活援助サービス・福祉用具貸与等やその他の給付について、給付の見直しや地域支援事業への移行を含め検討（社保-64（軽度者に対する生活援助サービス））
 - ii 医薬品や医療機器等の保険適用に際して費用対効果を考慮することについて平成28年度診療報酬改定において試行的に導入した上で、速やかに本格的な導入を目指す（社保-51 i）
 - iii 生活習慣病治療薬等について、費用面も含めた処方の方等の方等の検討（社保-53 ii）
 - iv 市販品類似薬に係る保険給付について見直しを検討（社保-59）
- ②⑧後発医薬品に係る数量シェアの目標達成に向けて安定供給、信頼性の向上、情報提供の充実、診療報酬上の措置など必要な追加的措置を講じる（社保-54）
- ③⑩後発医薬品の価格等を踏まえた特許の切れた先発医薬品の保険制度による評価の仕組みや在り方等の検討（社保-51 iii）
- ③⑪基礎的な医薬品の安定供給、創薬に係るイノベーションの推進、真に有効な新薬の適正な評価等を通じた医薬品産業の国際競争力強化に向けた必要な措置の検討（社保-51 iii）
- ③⑫市場実勢価格を踏まえた薬価の適正化（社保-51 ii）
- ③⑬薬価改定の在り方について、その頻度を含め検討（社保-51 ii）
- ③⑭平成28年度診療報酬改定において、保険薬局の収益状況を踏まえつつ、医薬分業の下での調剤技術料・薬学管理料の妥当性、保険薬局の果たしている役割について検証し、調剤報酬について、服薬管理や在宅医療等への貢献度による評価や適正化、患者本意の医薬分業の実現に向けた見直し（社保-52）
- ③⑮社会保障改革プログラム法等に基づく年金関係の検討
 - ii 短時間労働者に対する被用者保険の適用範囲の拡大（社保-22）
 - iii 高齢期における職業生活の多様性に応じた一人ひとりの状況を踏まえた年金受給の在り方（社保-23）

社会保障 5. 再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進

(再掲)

- ④令和3年度の次期生活扶助基準の検証に合わせた年齢、世帯類型、地域実態等を踏まえた真に必要な保護の在り方や更なる自立促進のための施策等、制度全般について予断なく検討し、必要な見直し
- a生活保護からの就労・増収等を通じた脱却を促進するため、就労支援を着実に実施しつつ、各種制度について、効率的かつ効果的なものとなるよう、就労意欲の向上の観点等を踏まえて不断に見直し、生活保護制度の適正化を推進（社保-40 a）
- b級地制度について、地域ごとの最低生活費を測るための適切な指標の検討を行い、速やかに抜本的な見直しを行う（社保-41e）

医療保険制度における押印の見直しについて

押印原則の見直し

経緯

- 新型コロナウイルス感染症への緊急対応を契機として、規制改革実施計画（令和2年7月17日閣議決定）等において、**行政手続における押印原則の見直し**が明記された。

規制改革実施計画（令和2年7月17日閣議決定）（抄）

6. デジタルガバメント分野（3）新たな取組 ＜行政手続における書面規制・押印、対面規制の抜本的な見直し＞

各府省は、緊急対応として、所管する行政手続等のうち、法令等又は慣行により、国民や事業者等に対して紙の書面の作成・提出等を求めているもの、押印を求めているもの、又は対面での手続を求めているもの（以下「見直し対象手続」という。）について、優先順位の高いものから順次、規制改革推進会議が提示する基準に従い、必要な措置を講じるとともに、その周知を行う。

各府省は、緊急対応を行った手続だけでなく、原則として全ての見直し対象手続について、恒久的な制度的対応として、年内に、規制改革推進会議が提示する基準に照らして順次、必要な検討を行い、法令、告示、通達等の改正やオンライン化を行う。各府省の対応状況は、行政手続等の棚卸調査を実施するＩＴ総合戦略本部と連携して、今年度末までに明らかにするようにする。この場合において、年内の対応が困難なものについては、見直しの方針を明らかにした上で必要な取組を行う。

また、各府省及び独立行政法人は、会計手続、人事手続その他の内部手続について書面・押印・対面の見直しを行い、行政改革推進本部事務局は、見直し結果について年内を目途にフォローアップを行う。

【可及的速やかに緊急対応措置、制度的対応については令和2年措置、令和2年中に措置できないものは、令和3年以降速やかに措置】

「経済財政運営と改革の基本方針2020」（令和2年7月17日閣議決定）（抄）

書面・押印・対面を前提とした我が国の制度・慣行を見直し、実際に足を運ばなくても手続きできるリモート社会の実現に向けて取り組む。このため、全ての行政手続を対象に見直しを行い、原則として書面・押印・対面を不要とし、デジタルで完結できるよう見直す。また、押印についての法的な考え方の整理などを通じて、民民間の商慣行等についても、官民一体となって改革を推進する。行政手続について、所管省庁が大胆にオンライン利用率を引き上げる目標を設定し、利用率向上に取り組み、目標に基づき進捗管理を行う。

押印原則の見直し

デジタル改革閣僚会議 河野内閣府特命担当大臣発言（令和2年9月23日）（抄）

行政のオンライン化・デジタル化を妨げるものの1つに、判子がございます。民間から行政機関に申請などの手続が必要なものは2万2千件余りありますが、その内の約半分1万1千件に押印を求める手続がございます。この中で、印鑑証明が必要なもの、あるいは銀行印が必要なもの、契約書が必要なものを除いたものについては、ただ単に判子を押していますというだけですから、これは月内にも廃止をしたいと思っております。今申し上げたような、印鑑証明が必要なもの、銀行印が必要なものや契約書以外の形態で、どうしても判子を残さなければならないような手続があれば、9月中にお届けをいただき、それ以外のものについては速やかに廃止をすることにしたいと思っておりますので、ご協力をお願いしたいと思います。

改正対象となるものの考え方

- 保険局所管の法令（法律・政令・省令・告示）等において、行政機関等（国、地方公共団体、健康保険組合、協会けんぽ、審査支払機関等。以下同じ。）への申請、届出等の手続のうち、国民や事業者等に対して押印を求めている手続を改正対象とする。
- 民・民間の手続において、国民や民間事業主等に対して押印を求めているものは、改正対象としない。
- 行政機関等が国民や事業者等に発行する書面における押印は、改正対象ではない。
- 署名のみを求めている手続は、改正対象ではない。

改正事項一覧

法令	条項	手続
社会保険審査官及び社会保険審査会法施行令（昭和28年政令第190号）	第2条第1項	文書での審査請求又再審査請求
	第2条第2項	文書での審査請求又再審査請求
	第3条第2項	口頭での審査請求又は再審査請求
	第9条の2第1項	審査請求又は再審査請求の取下げ
前期高齢者交付金及び後期高齢者医療の国庫負担金の算定等に関する政令（平成19年政令第325号）	第30条第1項	基金高齢者医療制度債券の申込み
健康保険法施行規則（大正15年内務省令第36号）	第82条第3項	移送費の支給の申請
	第84条第3項	傷病手当金の支給の申請
	第87条第4項	出産手当金の支給の申請
	第99条第3項	特定疾病の認定の申請
	様式第1号	健康保険任意適用申請書
	様式第2号	健康保険任意適用取消申請書
	様式第3号、様式第3号の2	健康保険被保険者資格取得届
	様式第4号	健康保険被保険者報酬月額算定基礎届
	様式第5号	健康保険被保険者報酬月額変更届
	様式第6号	健康保険被保険者賞与支払届

改正事項一覧

法令	条項	手続
健康保険法施行規則（大正15年内務省令第36号）	様式第7号	健康保険被保険者氏名変更届
	様式第8号、様式第8号の2	健康保険被保険者資格喪失届
	様式第18号	健康保険印紙購入通帳
	様式第19号(1)(2)	健康保険印紙受払等報告書
船員保険法施行規則（昭和15年厚生省令第5号）	第67条第3項	移送費の支給の申請
	第69条第3項	傷病手当金の支給の申請
	第79条第3項	出産手当金の支給の申請
	第88条第3項	特定疾病の認定の申請
	様式第3号	船員保険療養補償証明書
社会保険審査官及び社会保険審査会法施行規則（昭和28年厚生省令第43号）	別記様式	収入印紙を貼付するための書面
保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令（昭和32年厚生労働省令第13号）	様式第一号（表面）	保険医療機関、保険薬局の指定の申請
	様式第一号の二（表面）	保険医療機関の指定の変更の申請
	様式第二号（表面）	保険医、保険薬剤師の登録の申請
国民健康保険法施行規則（昭和33年厚生省令第53号）	第15条第1項	届出の記載事項等
	第27条の11第3項	移送費の支給申請

改正事項一覧

法令	条項	手続
高齢者の医療の確保に関する法律施行規則（平成19年厚生労働省令第129号）	第60条第3項	移送費の支給の申請
	第62条第3項	特定疾病認定の申請
	第76条第2項	口頭による申請等
保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等（平成18年厚生労働省告示第498号）	11（3）	患者申出療養の申出に係る意見書作成
療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第七条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式（平成20年厚生労働省告示第126号）	様式第一（一）	国民健康保険又は後期高齢者医療の被保険者に係るものを除く、医科・歯科における入院・入院外併用の診療報酬請求
	様式第一（二）	国民健康保険又は後期高齢者医療の被保険者に係るものを除く、医科における入院外の診療報酬請求
	様式第一（三）	国民健康保険又は後期高齢者医療の被保険者に係るものを除く、歯科における入院外の診療報酬請求
	様式第四	国民健康保険又は後期高齢者医療の被保険者に係るものを除く、調剤報酬請求
	様式第六	国民健康保険の被保険者に係るものに限る、医科・歯科の診療報酬請求
	様式第七	国民健康保険の被保険者に係るものに限る、調剤報酬請求書
	様式第八	後期高齢者医療の被保険者に係るものに限る、医科・歯科の診療報酬請求
	様式第九	後期高齢者医療の被保険者に係るものに限る、調剤報酬請求
訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第二条の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式（平成20年厚生労働省告示第127号）	様式第一	国民健康保険又は後期高齢者医療の被保険者に係るものを除く、訪問看護療養費請求
	様式第二	国民健康保険の被保険者に係るものに限る、訪問看護療養費請求
	様式第三	後期高齢者医療の被保険者に係るものに限る、訪問看護療養費請求

施行期日：令和2年12月末（予定）

議論の整理(案)に関する参考資料

医療保険制度改革に向けて

1. 全ての世代の安心の構築のための給付と負担の見直し

- ① 現役世代の負担上昇を抑えるための後期高齢者の窓口負担割合の在り方見直し…………… 3
- ② 傷病手当金の見直し……………50
- ③ 不妊治療の保険適用に向けた検討……………54
- ④ 任意継続被保険者制度の見直し……………58
- ⑤ 育児休業保険料免除の見直し……………63
- ⑥ 出産育児一時金の見直し……………69
- ⑦ その他（現役並み所得者の基準の見直し、金融資産等の保有状況の反映の在り方など）……………76

2. 医療機関の機能分化・連携及び国保の取組強化の推進

- ① 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大……………99
- ② 国保の取組強化……………106

3. 生涯現役で活躍できる社会づくりの推進（予防・健康づくりの強化）

- ① 保険者努力支援制度等の着実な推進……………120
- ② 疾病予防、重症化予防の推進……………125
- ③ 効果的な予防・健康づくりに向けた事業主から保険者に健診データを提供する法的仕組みの整備……………133
- ④ エビデンスに基づく予防・健康づくりの推進……………136

1. 全ての世代の安心の構築のための 給付と負担の見直し

- ① 現役世代の負担上昇を抑えるための
後期高齢者の窓口負担割合の在り方見直し

後期高齢者の窓口負担割合の見直しについて

- 令和4年度（2022年度）以降、団塊の世代が後期高齢者となり始めることで、後期高齢者支援金の急増が見込まれる中で、若い世代は貯蓄も少なく住居費・教育費等の他の支出の負担も大きいという事情に鑑みると、負担能力のある方に可能な範囲でご負担いただくことにより、後期高齢者支援金の負担を軽減し、若い世代の保険料負担の上昇を少しでも減らしていくことが、今、最も重要な課題である。
- その場合でも、何よりも優先すべきは、有病率の高い高齢者に必要な医療が確保されることであり、他の世代と比べて、高い医療費、低い収入といった後期高齢者の生活実態を踏まえつつ、窓口負担割合の見直しにより必要な受診が抑制されるといった事態が生じないようにすることが不可欠である。
- 2割負担の所得基準、施行日、配慮措置について政府・与党が協議して確認した。12月14日に全世代型社会保障検討会議の最終報告でとりまとめ。

[① 2割負担の所得基準]

課税所得が28万円以上（所得上位30%（※1））かつ年収200万円以上（※2）の方を2割負担の対象（対象者は約370万人（※3））

（※1） 現役並み所得者を除くと23%

（※2） 単身世帯の場合。複数世帯の場合は、後期高齢者の年収合計が320万円以上。また、収入基準額は、課税所得をもとに年金収入のみの世帯を前提に計算（対象者のほとんどが年金収入であるため、年金収入のみで収入基準額を計算）。

収入基準に該当するかどうかは、介護保険同様に「年金収入とその他の合計所得金額」が年収の下限の額を上回るかで判定

（※3） 対象者数の積算にあたっては、収入基準に該当するかも含めて計算。対象者約370万人が被保険者全体（約1,815万人）に占める割合は、20%。

[② 施行日]

施行に要する準備期間等も考慮し、令和4年度後半（令和4年10月から令和5年3月までの各月の初日を想定）で、政令で定める。

（次期通常国会に必要な法案の提出を図る）

[③ 配慮措置]

長期頻回受診患者等への配慮措置として、2割負担への変更により影響が大きい外来患者について、施行後3年間、1月分の負担増を、最大でも3,000円に収まるような措置を導入

（※） 窓口負担の年間平均が約8.1万円⇒約10.6万円（+2.6万円）（配慮措置前は約11.5万円で+3.4万円）

（参考）財政影響（2022年度満年度）

給付費	後期高齢者支援金 （現役世代の負担軽減）	後期高齢者保険料 （高齢者の負担軽減）	公費
▲1,930億円	▲740億円	▲190億円	▲1,010億円

※ 施行日が2022年度後半であることから、2022年度における実際の財政影響は満年度分として示している上記の財政影響よりも小さくなる。

窓口負担の見直しに係る財政影響（2022年度、満年度）

	給付費	後期高齢者支援金 (現役世代の負担軽減)	後期高齢者保険料 (高齢者の負担軽減)	公費
課税所得28万円以上（上位30%） かつ収入単身200万円以上、複数320万円以上	▲1,930億円	▲740億円	▲190億円	▲1,010億円

※1 収入基準に該当するかどうかは、介護保険同様に「年金収入とその他の合計所得金額」が収入の下限の額を上回るかで判定。

※2 本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。

※3 2020年度予算ベースを足下にし、2022年度までの人口構成の変化を機械的に織り込んだ推計値。なお、医療の高度化等による伸びは直近の実績値により見込んでいる。

※4 実効給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減効果（いわゆる長瀬効果）を見込んでいる。

※5 後期高齢者支援金のうち国保からの支援金には公費が含まれており、右列の「公費」に計上している金額以外にも一定の公費に財政影響がある。

※6 施行日が2022年度後半であることから、2022年度における実際の財政影響は満年度分として示している上記の財政影響よりも小さくなる。

後期高齢者の窓口負担割合の見直しの必要性と意義

- 高齢者医療制度を持続可能なものとするためには、これを支える現役世代の理解を得ることが不可欠。
- 団塊の世代が今後2022年から75歳以上の高齢者となりはじめ、後期高齢者の医療費が増加する一方、それを支える現役世代が減少していく中で、このままでは2025年にかけて現役世代の負担が従来より更に大きく上昇。

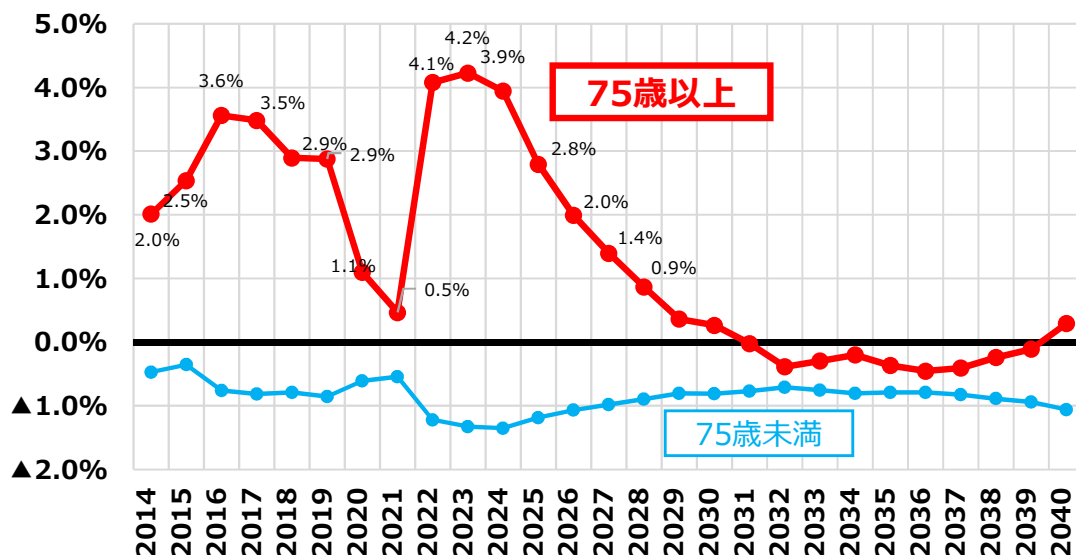
※現役世代の後期高齢者への支援金の現状と見込み

	2020年度	2022年度	2025年度
各年度の支援金	6.8兆円 (1人当たり6.3万円)	7.2兆円 (1人当たり6.8万円)	8.2兆円 (1人当たり8.0万円)
前年度からの増加額	+1,600億円 (1人当たり+1,700円) ※2010年代の平均	+2,500億円 (1人当たり+3,200円)	+3,100億円 (1人当たり+4,000円)

- このため、一定以上の所得のある方の負担割合を2割とする高齢者医療制度の改革を決めることにより、現役世代が負担する後期高齢者支援金の伸びを一定程度減少させることは待ったなしの課題。

※2026年度以降は、75歳人口の増減率の減少に伴い、将来の支援金増加額は現行の+千数百億円程度に戻ることにも留意が必要。

[年齢別の人口増減率の推移]



[現役世代の保険料に占める後期高齢者支援金相当額]

	2010年度	2020年度
現役世代1人当たり 後期高齢者支援金	約4.4万円 (月3,667円)	約6.3万円 (月5,248円)
(参考) 後期高齢者保険料(平均)	約6.3万円 (月5,258円)	約7.7万円 (月6,397円)

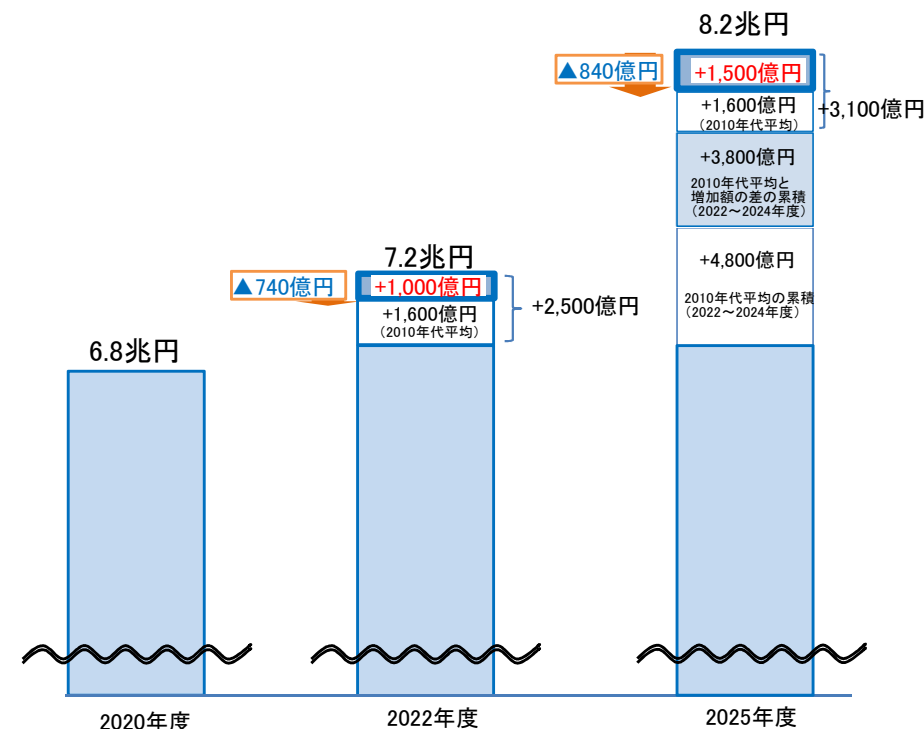
※2020年度は概算賦課ベース

(参考) 後期高齢者支援金の伸びと改正効果のイメージ

(注) 支援金の伸びは毎年度生じる一方、抑制効果は、2022年度に行った改革効果が、見直しを行わなかった場合と比較して持続している前提で試算

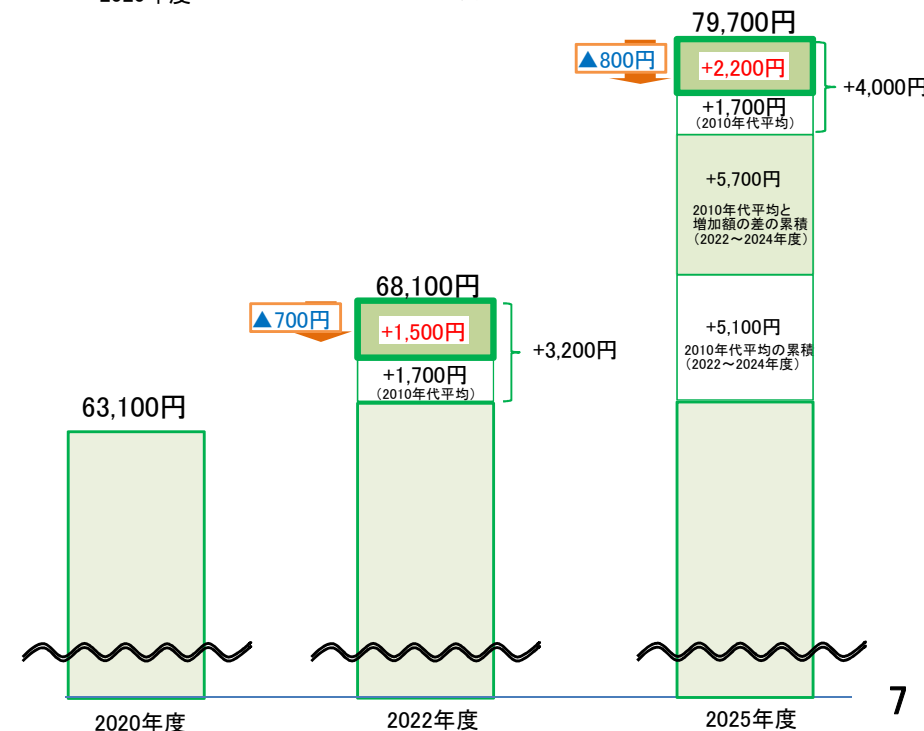
【支援金総額に対する抑制効果について】

	2020年度	2022年度時点	2025年度時点
支援金総額	6.8兆円	7.2兆円	8.2兆円
支援金の前年度からの増加額 (2010年代平均との増加額の差額)	2010年代の平均で +1,600億円/年	+2,500億円 (+1,000億円)	+3,100億円 (+1,500億円)
抑制効果額 <small>2割負担を導入した場合の支援金の抑制効果額であり、制度改正をしなかった場合に比べての効果額。</small>	後期高齢者医療費の伸びに沿って、 改革効果も一定程度増加する	▲740億円	▲840億円



【一人当たり支援金に対する抑制効果について】

	2020年度	2022年度時点	2025年度時点
1人当たり支援金総額	63,100円	68,100円	79,700円
1人当たり支援金の前年度からの増加額 (2010年代平均との増加額の差額)	2010年代の平均で +1,700円/年	+3,200円 (+1,500円)	+4,000円 (+2,200円)
抑制効果額 <small>2割負担を導入した場合の支援金の抑制効果額であり、制度改正をしなかった場合に比べての効果額。</small>	後期高齢者医療費の伸びに沿って、 改革効果も一定程度増加する	▲700円	▲800円



※2020年度予算ベースを足下にし、人口構成の変化を機械的に織り込んだ推計値。なお、医療の高度化等による伸びは直近の実績値により見込んでいる。

※抑制効果額は、2022年度、2025年度ともに満年度分。

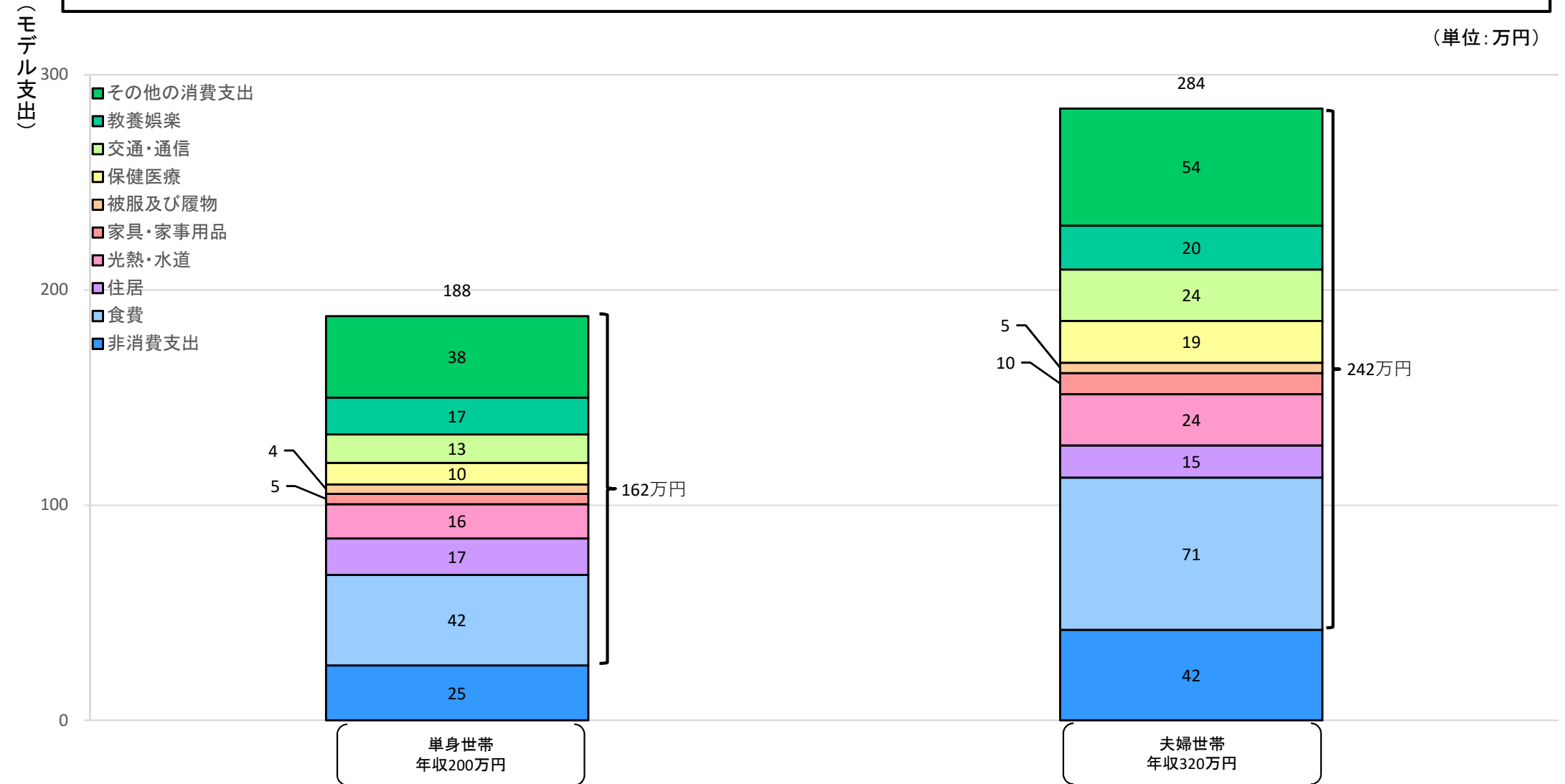
※経過措置は施行後3年間。

施行日が2022年度後半であることから、2022年度における実際の財政影響は満年度分として示している上記の抑制効果額よりも小さくなり、2025年度は大きくなる。

75歳以上の年収単身200万円世帯・夫婦320万円世帯の収入と支出の状況

○ 75歳以上の年収単身200万円世帯及び夫婦320万円世帯について、現行制度を基に非消費支出（税・社会保険料）を推計するとともに、一定の仮定に基づき、平均的な消費支出を推計し、収入と支出の状況をごく粗くみたもの。

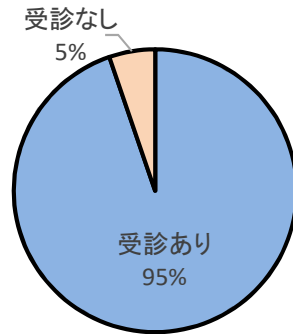
（単位：万円）



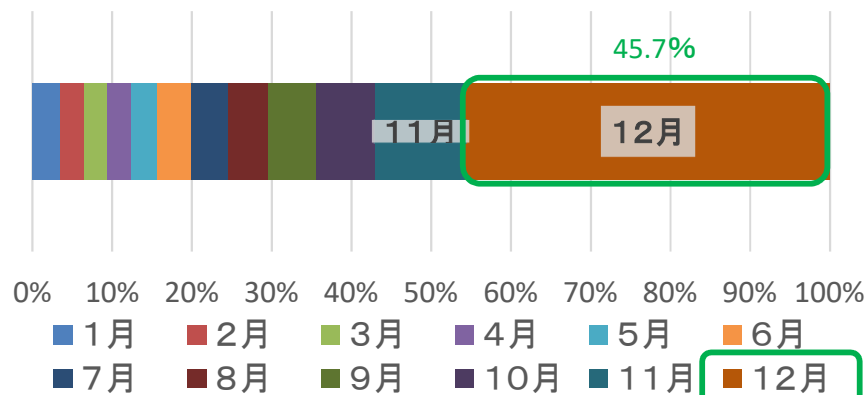
75歳以上の高齢者の受診の状況等

- 75歳以上の高齢者は、ほぼ全てが外来受診している。そのうち5割弱の者が毎月診療を受診している。
- 窓口負担割合を2割に引き上げることにより影響を受ける者の多くが、外来受診者である。窓口負担を2割負担とした場合、およそ6割の者が高額療養費の限度額に該当せず、負担が2倍となる。
- 1人当たり平均窓口負担額(年間)は、2割負担となると、約3.4万円増えるがほとんどは外来の影響。

年間で外来受診した患者の割合(後期高齢者)



外来受診した患者の受診月数(後期高齢者)



【1人当たり平均窓口負担額(年間)の変化】

	現行 (1割負担)	2割負担
外来	4.6万円	7.6万円 (+3.1万円)
入院	3.5万円	3.9万円 (+0.4万円)
計	8.1万円	11.5万円 (+3.4万円)

※ () 内は、現行制度からの増加額

出典: 医療給付実態調査(平成30年度)

- (注) 1. 集計対象は、協会(一般)、組合健保、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入者である。
 2. 同一医療保険制度内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして集計(「名寄せ」)したもののから、平成30年度において1年間のうち外来を受診したことのある月の数を集計したもの。
 3. 加入者数は、データの提出のあった保険者の加入者数の合計である。

配慮措置の考え方（案）

○ 配慮措置については、下記の内容で講じる。

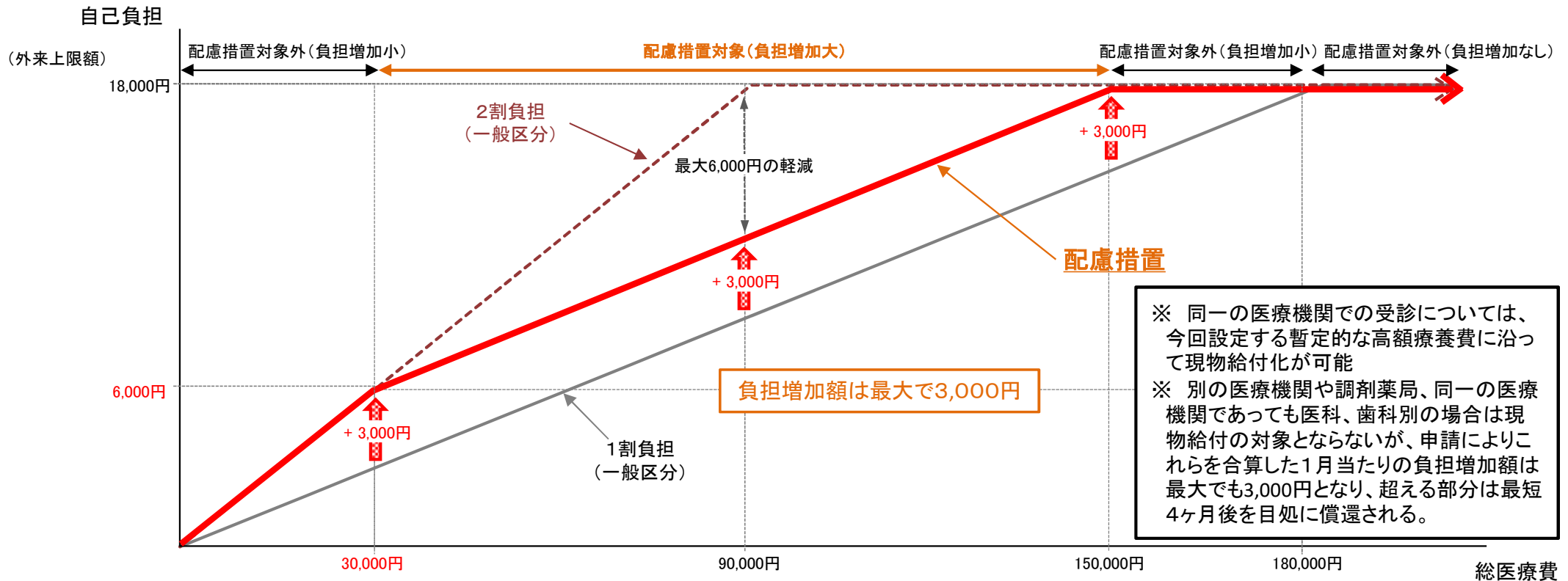
- ① 長期にわたる外来受診について、急激な負担増を抑制するため、世帯の所得の状況等に応じて、2割負担になる者の外来受診の負担増加額について、最大でも月3,000円に収まるよう措置を講じる。

※ 具体的には、負担額が月6,000円を超えた場合（すなわち医療費が30,000円を超えた場合）には、超えた医療費については1割負担となるよう、高額療養費の上限額を設定する。

※ 窓口負担の年間平均が約8.1万円⇒約10.6万円（+2.6万円）（配慮措置なしだと約11.5万円（+3.4万円））

※ 負担増となる被保険者のうち、外来受診に係る配慮措置を受けられる者の割合： 約80%

- ② 急激な負担増加を抑制するためのものであり、施行後3年間の経過措置とする。



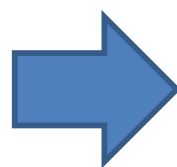
配慮措置の効果（平均窓口負担額の変化）

- 一定所得以上の者が2割負担となった場合、配慮措置を講じることにより、窓口負担額の年間平均が約8.1万円⇒約10.6万円（配慮措置前は約11.5万円）となり、負担を抑制
- 配慮措置の対象となる長期頻回受診者等は、外来患者の約8割に該当する。

【1人当たり平均窓口負担額（年間）の変化】

	現行 (1割負担)	2割負担
外来	4.6万円	7.6万円 (+3.1万円)
入院	3.5万円	3.9万円 (+0.4万円)
計	8.1万円	11.5万円 (+3.4万円)

※（）内は、現行制度からの増加額



	現行 (1割負担)	2割負担
外来	4.6万円	6.8万円 (+2.2万円)
入院	3.5万円	3.9万円 (+0.4万円)
計	8.1万円	10.6万円 (+2.6万円)

※（）内は、現行制度からの増加額

▲0.8万円

配慮措置の効果（具体的な疾病例）

○ 長期にわたり頻繁に受診が必要な患者が、大幅な負担増により必要な受診が抑制されないよう配慮。

	現行	見直し後			
		配慮措置なし		配慮措置あり	
		見直し影響額		配慮措置効果額	
1. 窓口負担額が2倍になる例					
(1)「関節症(膝の痛みなど)」で外来受診している場合 ※関節症患者の外来受診の平均的な診療間隔8日を基に計算(1年間通院)	3. 2万円 (2,800円/月)	6. 4万円 (5,600円/月)	(3. 2万円増) (2,800円増/月)	6. 4万円 (5,600円/月)	負担増/月は 3,000円以内
(2)「高血圧性疾患」で外来受診している場合 ※高血圧性疾患の外来受診の平均的な診療間隔17日を基に計算(1年間通院)	2. 9万円 (2,600円/月)	5. 7万円 (5,200円/月)	(2. 9万円増) (2,600円増/月)	5. 7万円 (5,200円/月)	負担増/月は 3,000円以内
(3)「脳血管疾患」で外来受診している場合 ※脳血管疾患患者の外来受診の平均的な診療間隔14日を基に計算(1年間通院)	4. 1万円 (4,500円/月)	8. 1万円 (9,000円/月)	(4. 1万円増) (4,500円増/月)	7. 7万円 (7,500円/月)	(0. 5万円) (1,500円/月減)
(4)「関節症」及び「高血圧性疾患」で外来受診した場合	6. 1万円 (5,400円/月)	12. 2万円 (10,800円/月)	(6. 1万円増) (5,400円増/月)	9. 7万円 (8,400円/月)	(2. 5万円) (2,400円/月減)
(5)「関節症」及び「脳血管疾患」で外来受診した場合	7. 3万円 (7,300円/月)	14. 4万円※ (14,600円/月)	(7. 1万円増) (7,300円増/月)	10. 9万円 (10,300円/月)	(3. 5万円) (4,300円/月減)
2. 窓口負担額が変化しない例					
(1)「骨折」して入院した場合 ※骨折の入院の平均的な在院日数50日を基に計算	11. 5万円 (57,600円/月)	11. 5万円 (57,600円/月)	(負担増なし)		
(2)「悪性新生物」で入院した場合 ※悪性新生物の入院の平均的な在院日数22日を基に計算	5. 8万円 (57,600円/月)	5. 8万円 (57,600円/月)	(負担増なし)		
3. 窓口負担額の変化が2倍未満である例					
「悪性新生物」で外来受診している場合 ※悪性新生物の外来受診の平均的な診療間隔12日を基に計算(1年間通院)	14. 3万円 (13,800円/月)	14. 4万円※ (18,000円/月)	(0. 1万円増) (4,200円増/月)	14. 4万円※ (16,800円/月)	(0. 0万円) (1,200円/月減)

※年間上限により年14.4万円に負担軽減される 月3,000円以内に抑制

配慮措置の対象者となる者の割合等

【1人当たり平均窓口負担額(年間)】

	現行（1割負担）	2割負担	配慮措置
外来	4.6万円	7.6万円（+3.1万円）	6.8万円（+2.2万円）
入院	3.5万円	3.9万円（+0.4万円）	3.9万円（+0.4万円）
合計	8.1万円	11.5万円（+3.4万円）	10.6万円（+2.6万円）

【外来・入院別の2割負担となる者の特徴】

※割合（％）は全て新たに2割負担となる対象者に対する割合

		外来	入院
	外来受診又は入院した患者 (1年間のうちに1度でも受診・入院した者)	96% (平均9.5ヶ月受診)	25% (平均2.9ヶ月受診)
①	2割負担となっても負担増加がない者 (全ての受診月で高額療養費の対象) →現行制度における窓口負担が外来月額18,000円以上、 入院月額57,600円以上	3%	6%
②	全ての受診月で負担額が2倍となる者 (全ての受診月で窓口負担が外来月額9,000円以下、 入院月額28,800円以下)	61%	4%
③	②以外で、負担増となる月がある者	32% (平均10.2ヶ月受診)	15% (平均3.1ヶ月受診)

※ 上記は、配慮措置がないとした場合のもの



※割合（％）は負担増となる者に対する割合

配慮措置の対象となる月がある者 (いずれかの受診月の負担増加額が3,000円超)	約80%
--	-------------

（これまでの医療保険部会において議論の用に供した資料等）

後期高齢者の窓口負担割合の在り方について

全世代型社会保障検討会議 中間報告(令和元年12月19日) (抄)

第2章 各分野の具体的方向性

3. 医療

(2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

①後期高齢者の自己負担割合の在り方

人生100年時代を迎える中、高齢者の体力や運動能力は着実に若返っており、高い就業意欲の下、高齢期の就労が大きく拡大している。こうした中で、年齢を基準に「高齢者」と一括りにすることは現実に合わなくなっており、元気で意欲ある高齢者が、その能力を十分に発揮し、年齢にかかわらず活躍できる社会を創る必要がある。

このため、70歳までの就業機会確保や、年金の受給開始時期の選択肢の拡大による高齢期の経済基盤の充実を図る取組等にあわせて、医療においても、現役並み所得の方を除く75歳以上の後期高齢者医療の負担の仕組みについて、負担能力に応じたものへと改革していく必要がある。これにより、2022年にかけて、団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される中で、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会においても検討を開始する。遅くとも団塊の世代が75歳以上の高齢者入りする2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- ・ 後期高齢者（75歳以上。現役並み所得者は除く）であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方については1割とする。
- ・ その際、高齢者の疾病、生活状況等の実態を踏まえて、**具体的な施行時期、2割負担の具体的な所得基準**とともに、**長期にわたり頻繁に受診が必要な患者の高齢者の生活等に与える影響を見極め適切な配慮**について、検討を行う。

全世代型社会保障検討会議 第2次中間報告(令和2年6月25日) (抄)

第1章 はじめに

1. これまでの検討経緯

全世代型社会保障検討会議は昨年12月に中間報告を公表し、昨年末の時点における検討成果について中間的な整理を行った。(略)。

本年は2月19日に第6回会議を開催後、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、審議を一時中断した。当初の予定では、本検討会議は本年夏に最終報告をとりまとめる予定であったが、こうした状況を踏まえ、最終報告を本年末に延期することとした。これに伴い、第2回目の中間報告を行うこととした。本年度の最終報告に向けて、与党の意見も踏まえ、検討を深めていく。

第2章 昨年の中間報告以降の検討結果

昨年12月の中間報告以降、本検討会議において検討したテーマについての検討結果は以下のとおり。

4. 医療

昨年12月の中間報告で示された方向性や進め方に沿って、更に検討を進め、昨年末の最終報告において取りまとめる。

後期高齢者の窓口負担割合及び高額療養費自己負担限度額

区 分	判定基準	負担割合	外来のみの 月単位の上限額 (個人ごと)	外来及び入院を合わせた 月単位の上限額 (世帯ごと)
現役並み所得 約130万人 (約7%)	課税所得145万円以上 年収約383万円以上	3割	収入に応じて80,100～252,600円 ＋(医療費－267,000～842,000円)×1% ＜多数回該当:44,400円～140,100円＞	
一般 約945万人 (約52%)	課税所得145万円未満 住民税が課税されている世帯(※)で年収383万円未満	1割	18,000円 〔 年14.4万円 〕	57,600円 ＜多数回該当:44,400円＞
低所得Ⅱ 約435万人 (約24%)	世帯全員が住民税非課税 年収約80万円超			24,600円
低所得Ⅰ 約305万人 (約17%)	世帯全員が住民税非課税 年収約80万円以下		8,000円	15,000円

※ 一般の年収は、課税所得のある子ども等と同居していない場合は「155万円超」、同居している場合は「155万円以下」も含む。

計：約1815万人

(参考) 後期高齢者医療における所得等の範囲の比較

収入	事業収入、給与収入、年金収入 等			
合計所得金額	必要経費、給与所得控除、 公的年金等控除、特別控除 等			
課税所得	所得控除 (基礎控除、配偶者控除、 社会保険料控除等)	雑損失の 繰越控除	純損失の 繰越控除 ※	必要経費、給与所得控除、 公的年金等控除、特別控除 等

※青色申告者のみ

後期高齢者の窓口負担が2割となる所得基準の考え方について

世帯内の後期高齢者のうち
課税所得が最大の方の
課税所得が28万円以上か

28万円未満

1割

28万円以上

世帯に後期高齢者
が2人以上いるか

1人だけ

2人以上

「年金収入＋その他の合計所得金額」
が200万円以上か

200万円未満

1割

200万円以上

2割

「年金収入＋その他の合計所得金額」
の合計が320万円以上か

320万円未満

1割

320万円以上

2割

- 「**課税所得**」は、収入から、給与所得控除や公的年金等控除、所得控除（基礎控除や社会保険料控除）を差し引いた後の金額〔所得税などで用いられる考え方〕
- 「**年金収入＋その他の合計所得金額**」〔介護保険の利用者負担割合と同様の考え方〕
 - ・ 年金は、公的年金等控除を差し引く前の金額
 - ・ その他の合計所得金額は、事業収入や給与収入から、必要経費や給与所得控除を差し引いた後の金額

※単身世帯（後期高齢者が1人の世帯）の年収200万円

＝課税所得（28万円）＋ 基礎控除（33万円）＋ 社会保険料控除（16万円）＋ 公的年金等控除（120万円）

※複数世帯（後期高齢者が2人以上の世帯）の年収320万円

＝課税所得（28万円）＋ 基礎控除（33万円）＋ 社会保険料控除（20万円）＋ 配偶者控除（38万円）＋ 公的年金等控除（120万円）＋ 配偶者の年金（78万円）
（基礎年金満額相当）

保険者別の財政影響（2022年度、満年度）

	後期高齢者支援金				
		保険料			公費
			事業主負担	本人負担	
総計	▲740億円	▲650億円	▲300億円	▲350億円	▲90億円
協会けんぽ	▲250億円	▲250億円	▲130億円	▲130億円	▲0億円
健保組合	▲250億円	▲250億円	▲140億円	▲110億円	-
共済組合等	▲80億円	▲80億円	▲40億円	▲40億円	-
国民健康保険	▲160億円	▲70億円	-	▲70億円	▲90億円

※1 本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。

※2 2020年度予算ベースを足下にし、2022年度までの人口構成の変化を機械的に織り込んだ推計値。なお、医療の高度化等による伸びは直近の実績値により見込んでいる。

※3 実効給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減効果（いわゆる長瀬効果）を見込んでいる。

※4 施行日が2022年度後半であることから、2022年度における実際の財政効果は満年度分として示している上記の財政効果よりも小さくなる。

※5 「協会けんぽ」の欄には日雇特例を含む。「共済組合等」の欄には船員保険を含む。「国民健康保険」は市町村国保と国保組合の合計。

窓口負担の見直しに係る財政影響（2025年度、満年度、保険者別）

給付費	後期高齢者支援金 （現役世代の負担軽減）	後期高齢者保険料 （高齢者の負担軽減）	公費
▲2,220億円	▲840億円	▲230億円	▲1,160億円



	後期高齢者支援金				
		保険料			公費
			事業主負担	本人負担	
総計	▲840億円	▲740億円	▲340億円	▲400億円	▲100億円
協会けんぽ	▲290億円	▲290億円	▲140億円	▲140億円	▲0億円
健保組合	▲280億円	▲280億円	▲150億円	▲130億円	-
共済組合等	▲90億円	▲90億円	▲40億円	▲40億円	-
国民健康保険	▲180億円	▲80億円	-	▲80億円	▲100億円

※1 本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。

※2 2020年度予算ベースを足下にし、2025年度までの人口構成の変化を機械的に織り込んだ推計値。なお、医療の高度化等による伸びは直近の実績値により見込んでいる。

※3 実効給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減効果（いわゆる長瀬効果）を見込んでいる。

※4 後期高齢者支援金のうち国保からの支援金には公費が含まれており、給付費の内訳の「公費」に計上している金額以外にも一定の公費に財政影響がある。

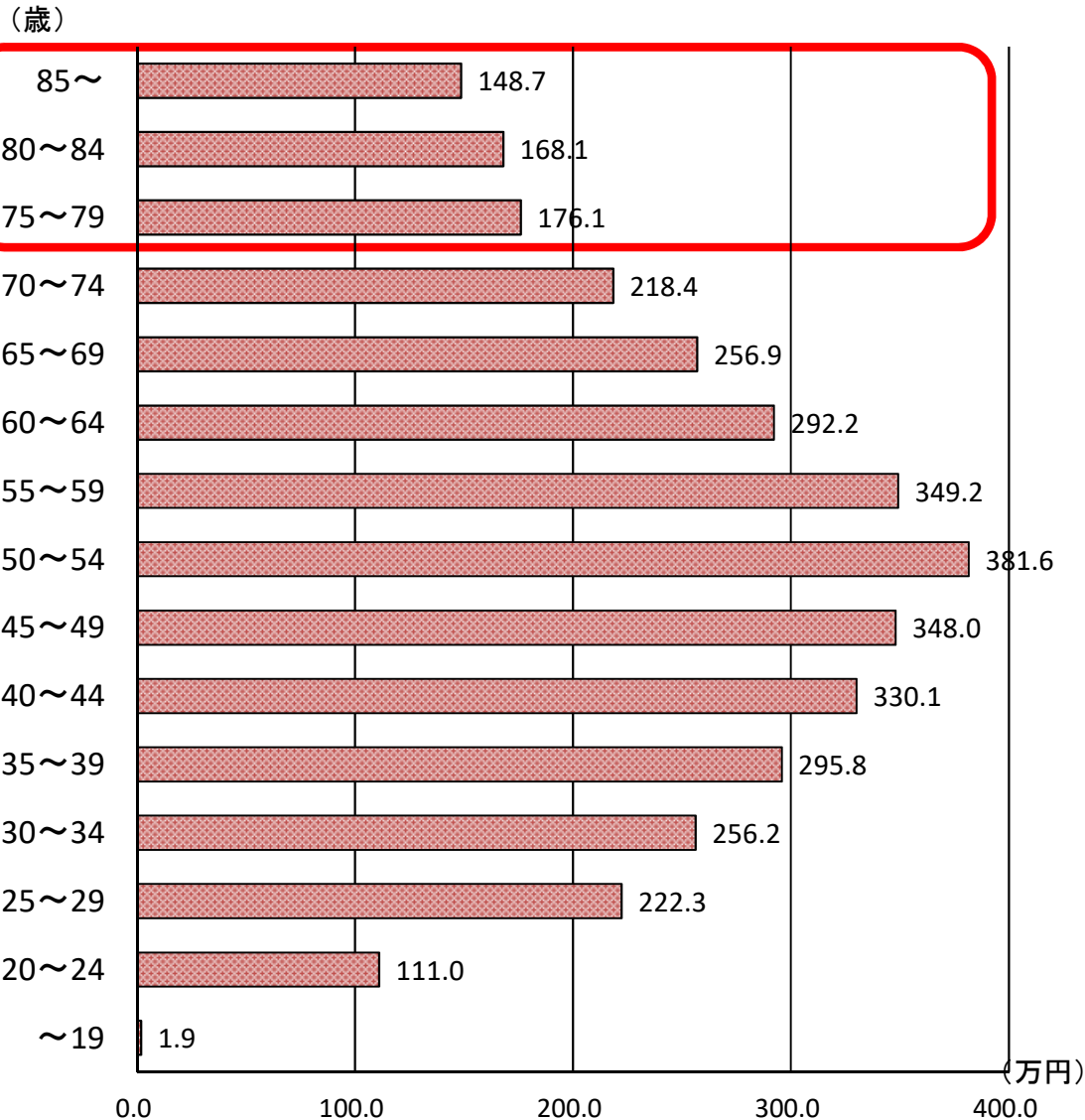
※5 経過措置は施行後3年間。施行日が2022年度後半であることから、2025年度における実際の財政影響は満年度分として示している上記の財政影響よりも大きくなる。

※6 「協会けんぽ」の欄には日雇特例を含む。「共済組合等」の欄には船員保険を含む。「国民健康保険」は市町村国保と国保組合の合計。

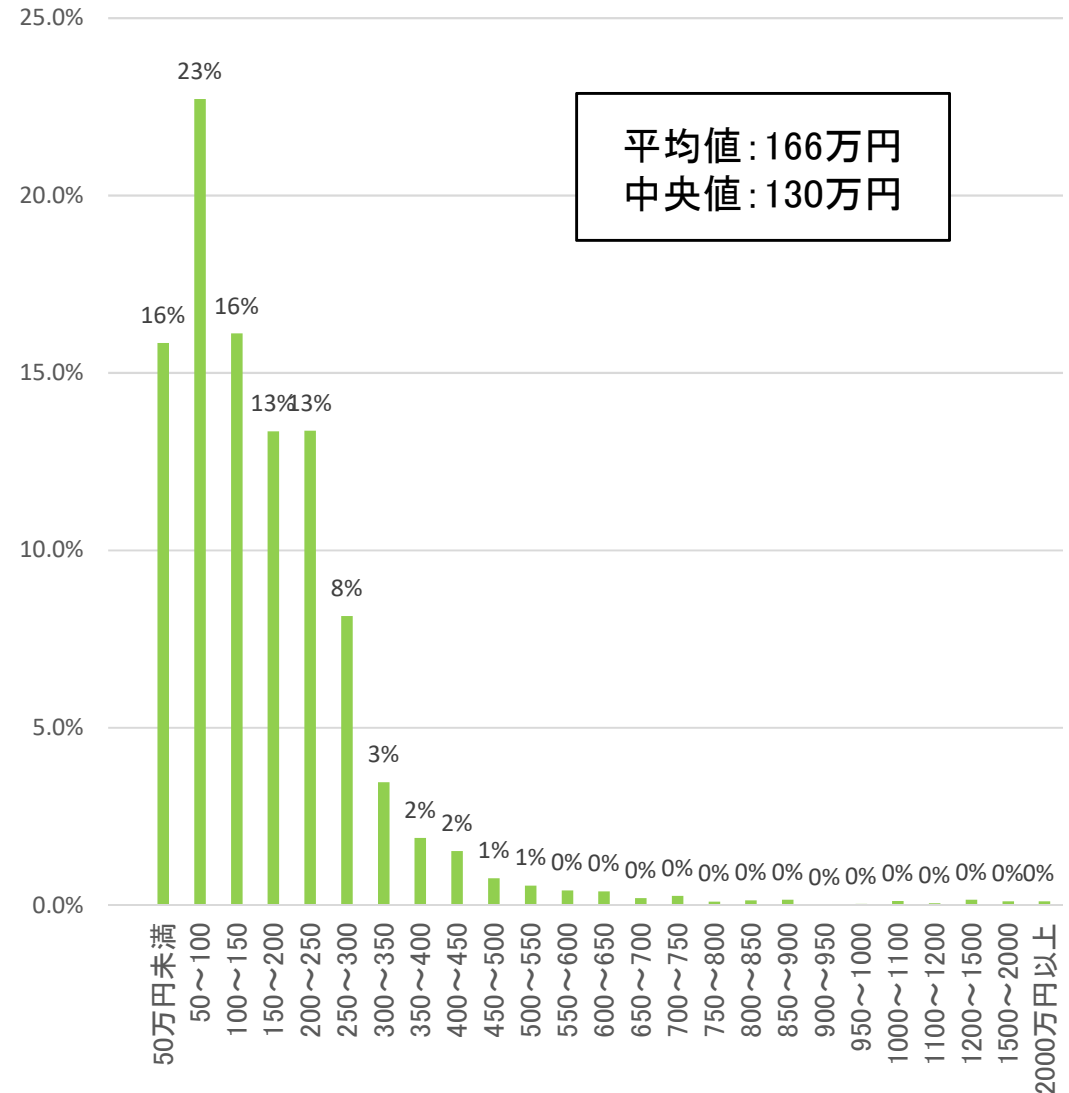
高齢者の収入の状況

- 平均収入は、50～54歳を頂点に、年齢を重ねるにつれて低下。
- 75歳以上個人の収入は、50%以上が150万円未満の階層に分布している。

＜年齢階層別の平均収入＞



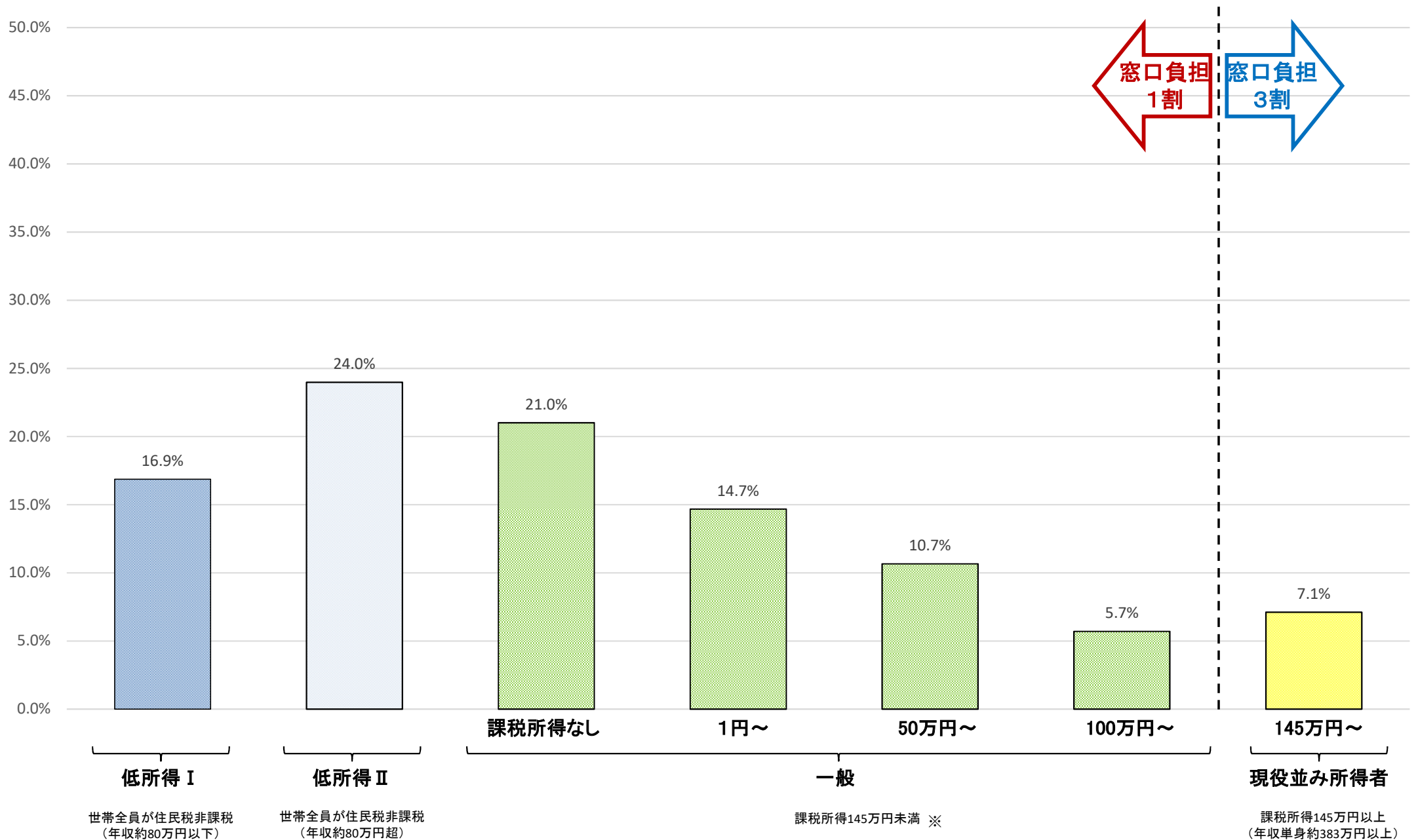
＜75歳以上個人の収入額の分布＞



【出典】2019年(令和元年)国民生活基礎調査(抽出調査)

※ 「収入」は、給与収入、年金等については給与所得控除、公的年金等控除を適用する前の金額。(事業収入等に係る仕入原価や必要経費は差し引いている)

後期高齢者医療制度加入者の課税所得分布



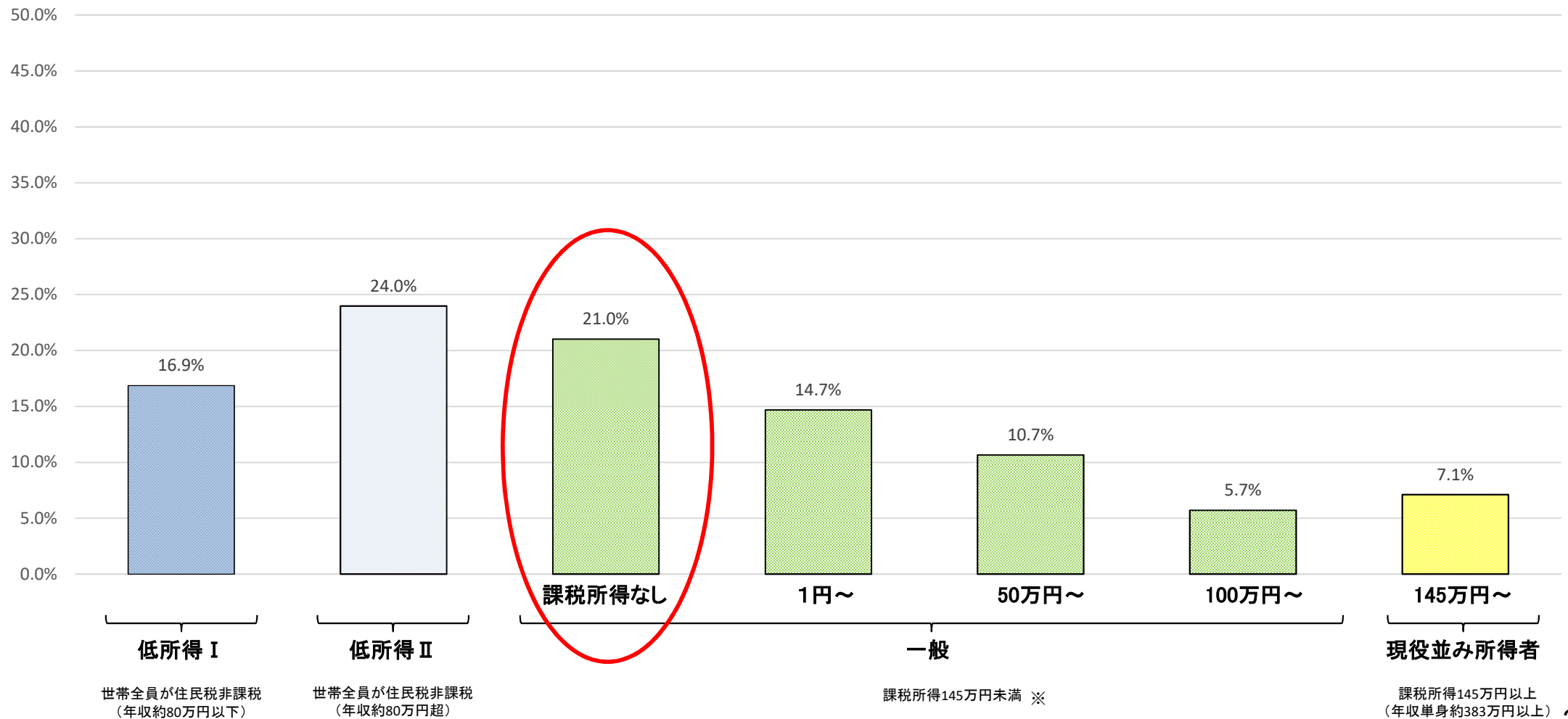
出典：令和2年7月時点の後期高齢者被保険者の所得状況等実態調査による令和元年の課税所得

後期高齢者制度の被保険者について、世帯内の被保険者の最大課税所得の階級別に集計。（例：夫100万円と妻0円の世帯の場合には、100万円2名とカウント）

※ 課税所得のある子ども等と同居していない場合は年収「155万円超」、同居している場合は年収「155万円以下」も含む。

一般区分の「課税所得なし」の世帯収入について

- 一般区分の「課税所得なし」は、同居する子等に住民税非課税水準を超える所得がある世帯が含まれる。
- 子との2人世帯で子が給与所得者の場合と仮定すると、子の収入は156万円超である。
※子の収入は、住民税非課税水準の所得(91万円)＋給与収入（給与所得控除65万円）で算定。

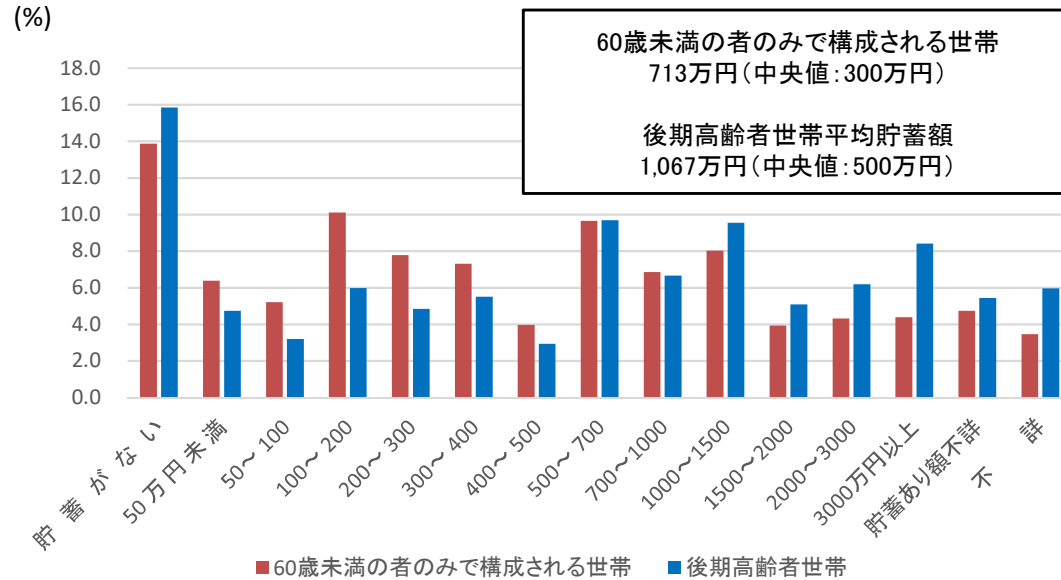


後期高齢者医療における窓口負担と保険料の判定について

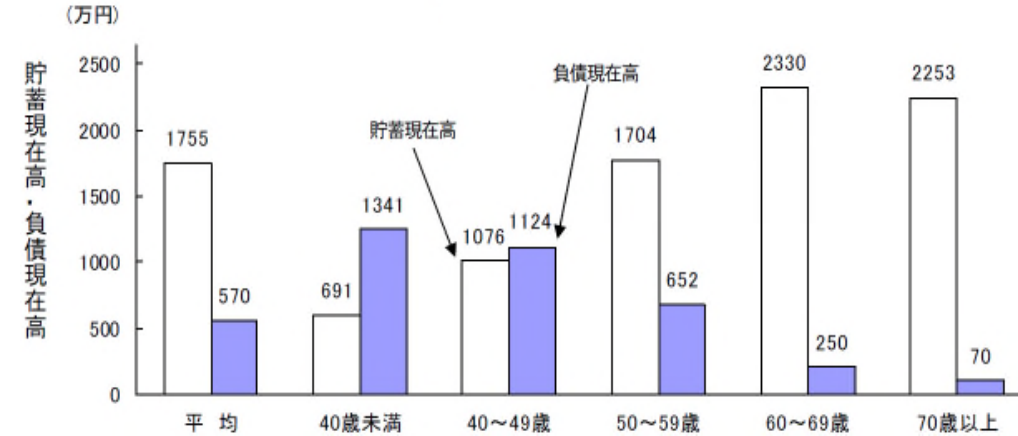
窓口負担	保険料
<ul style="list-style-type: none">○ 現役並み所得者の判定は、世帯内の後期高齢者の最大課税所得者の課税所得により判定。【個人単位】○ 低所得区分の判定は、同居する子ども等も含めた世帯全員が住民税非課税かどうかで判定。【世帯単位】	<ul style="list-style-type: none">○ 被保険者本人の所得により判定。【個人単位】○ 保険料の軽減の判定は、世帯主と世帯内の被保険者の所得の合計により判定。【世帯単位】

後期高齢者世帯の貯蓄の状況等

＜後期高齢者世帯の貯蓄額の分布＞



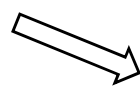
＜世帯主の年齢階級別貯蓄・負債現在高(2人以上の世帯)＞



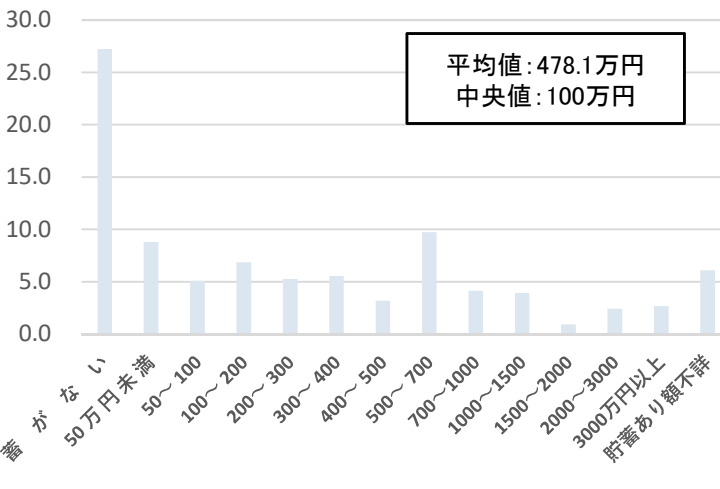
※ 後期高齢者世帯とは、75歳以上の者のみで構成するか、又はこれに18歳未満の未婚の者が加わった世帯をいう。

[出典]総務省「家計調査年報(貯蓄・負債編)」令和元年(2019年)

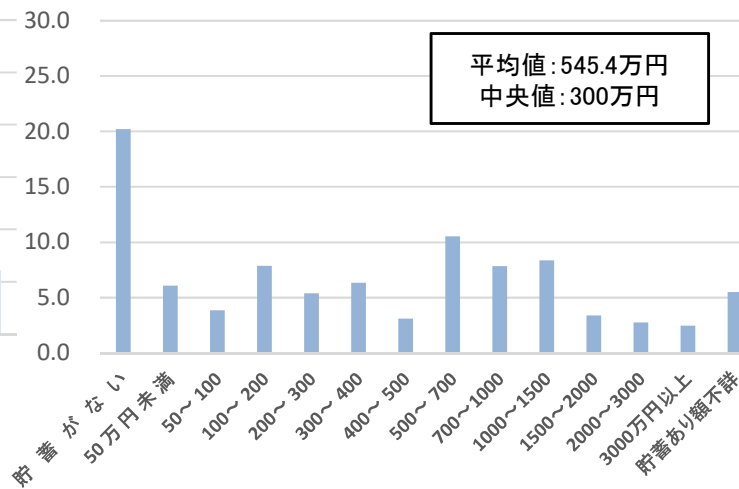
※ 2019年(令和元年)国民生活基礎調査(保険局高齢者医療課による特別集計)による2018年(平成30年)の数値。



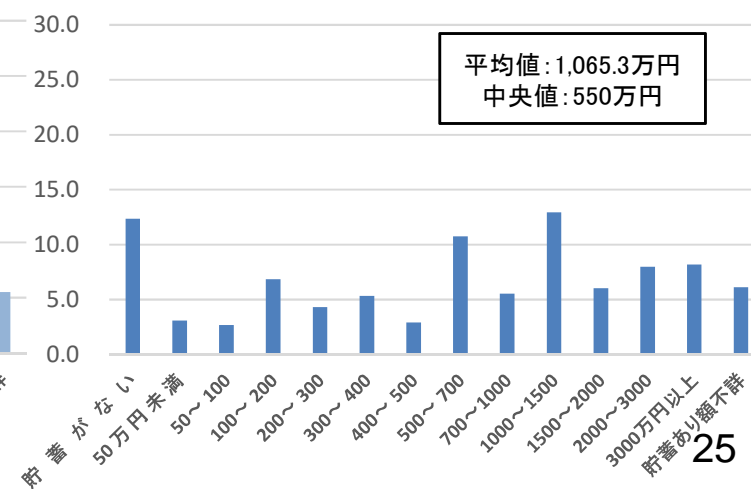
＜100万未満の年収世帯の分布＞



＜100万～200万の年収世帯の分布＞



＜200万～300万の年収世帯の分布＞



直近の家計の収支状況(令和元年・2年家計調査)

65歳以上の
夫婦無職世帯

用 途 分 類	2019年						2020年					
	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月
集計世帯数	1,448	1,418	1,405	1,405	1,404	2,990	1,349	1,398	1,408	1,433	1,416	1,422
世帯主の年齢(歳)	76.4	76.4	76.1	76.4	76.5	76.4	76.2	76.2	76.4	76.6	76.7	76.7
受取	381,388	842,630	417,345	843,025	377,289	836,029	395,707	821,768	386,208	981,658	404,637	854,930
実収入	25,343	451,401	19,904	455,763	23,877	449,945	27,303	455,796	44,387	572,703	57,751	475,803
經常収入	16,405	444,484	16,003	451,399	20,213	440,185	19,531	450,972	19,081	467,933	23,174	467,382
特別収入	8,937	6,918	3,901	4,364	3,664	9,761	7,772	4,824	25,306	104,770	34,577	8,421
実収入以外の受取(繰入金を除く)	279,801	323,138	313,041	310,841	272,310	309,945	288,798	292,334	258,622	333,045	265,666	301,671
繰入金	76,244	68,091	84,401	76,421	81,101	76,139	79,605	73,638	83,200	75,910	81,220	77,455
支払	381,388	842,630	417,345	843,025	377,289	836,029	395,707	821,768	386,208	981,658	404,637	854,930
実支出	255,770	277,472	275,210	276,060	249,723	277,567	254,777	250,064	227,935	287,529	237,094	264,157
消費支出	249,676	234,389	237,266	227,869	227,844	235,547	239,400	201,242	198,744	229,480	217,181	218,847
食料	64,839	64,945	66,690	63,529	63,964	67,892	66,463	63,434	65,143	65,224	62,967	66,741
住居	12,628	10,331	8,937	17,342	15,999	10,156	10,278	9,947	8,276	17,376	17,256	15,859
光熱・水道	23,851	21,074	20,911	16,846	15,698	16,364	24,305	22,231	19,140	17,552	15,832	16,239
家具・家事用品	8,065	6,873	8,884	11,416	12,725	12,497	7,178	7,496	9,449	13,356	12,490	12,764
被服及び履物	5,017	5,794	7,046	6,185	5,946	5,008	3,579	2,533	4,602	6,044	5,033	3,800
保健医療	15,305	15,073	14,413	15,778	15,709	14,113	16,349	16,482	13,138	16,394	17,296	16,644
医薬品	3,129	3,427	3,131	3,009	3,474	2,936	3,321	3,145	2,914	3,384	3,134	3,475
健康保持用摂取品	1,650	1,389	1,228	1,302	1,430	1,404	1,343	1,804	1,474	1,761	1,890	2,020
保健医療用品・器具	1,233	1,693	1,785	3,249	1,702	1,568	1,812	2,057	2,184	2,921	1,943	2,438
保健医療サービス	9,292	8,565	8,269	8,219	9,103	8,205	9,873	9,477	6,566	8,327	10,329	8,712
交通・通信	30,221	31,066	29,700	24,858	27,407	28,450	37,812	23,897	26,529	26,310	22,662	23,037
教育	39	0	0	0	0	0	51	0	0	0	0	0
教養娯楽	24,601	28,830	28,092	24,524	22,088	21,924	18,541	17,849	15,788	17,892	18,564	18,174
その他の消費支出	65,110	50,403	52,593	47,390	48,307	59,143	54,842	37,373	36,679	49,333	45,081	45,589
非消費支出	6,094	43,084	37,944	48,191	21,879	42,019	15,377	48,821	29,190	58,049	19,912	45,310
直接税	2,524	13,811	36,510	16,307	11,130	10,688	6,277	22,416	28,349	27,014	10,333	10,702
社会保険料	3,550	29,101	1,400	31,874	10,748	31,282	9,033	26,406	836	30,970	9,564	34,608

直近の家計の収支状況(令和元年・2年家計調査)

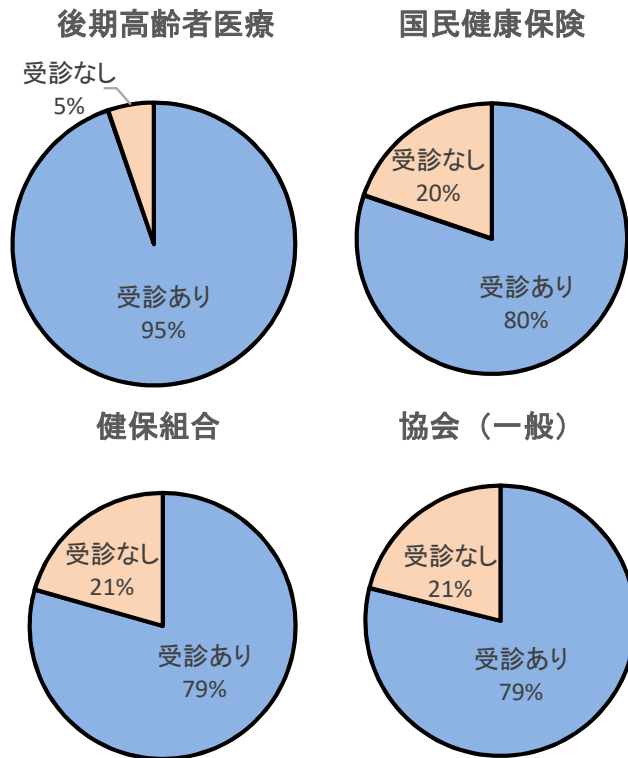
75歳以上の夫婦無職世帯

用 途 分 類	2019年							2020年						
	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月
集計世帯数	571	556	549	569	568	580	565	537	555	559	564	565	576	575
世帯主の年齢（歳）	81.62	81.69	81.52	81.57	81.69	82	81	81.84	81.93	82.02	82.05	81.91	82	82
受取	355,385	808,715	365,007	831,440	329,423	773,036	339,676	340,294	752,276	331,497	872,849	333,252	788,102	308,367
実収入	17,471	456,223	13,092	459,132	18,996	439,171	13,562	19,320	435,160	29,419	538,195	49,121	468,350	21,295
経常収入	10,333	451,455	9,525	455,788	15,718	431,362	10,551	12,984	432,508	11,462	442,790	16,445	460,192	17,736
特別収入	7,138	4,768	3,567	3,343	3,278	7,809	3,011	6,336	2,652	17,958	95,405	32,675	8,157	3,559
実収入以外の受取（繰入金を除く）	249,456	278,649	254,597	288,203	217,690	251,426	242,977	227,858	243,933	216,723	253,598	206,522	243,635	203,967
繰入金	88,457	73,844	97,318	84,105	92,736	82,438	83,137	93,116	73,183	85,355	81,056	77,609	76,118	83,105
支払	355,385	808,715	365,007	831,440	329,423	773,036	339,676	340,294	752,276	331,497	872,849	333,252	788,102	308,367
実支出	234,408	254,245	250,362	266,332	221,890	251,458	224,153	228,351	221,774	202,579	249,264	203,199	244,049	189,554
消費支出	230,560	209,836	219,499	216,051	207,570	205,430	217,017	218,182	177,200	184,174	198,834	190,482	202,161	181,159
食料	62,337	61,082	64,598	60,769	62,149	63,814	64,398	60,598	59,259	59,811	60,262	57,604	60,948	61,164
住居	13,436	7,347	7,878	14,464	13,746	9,004	12,027	8,733	8,270	11,149	16,166	16,133	16,682	7,763
光熱・水道	24,062	21,391	20,575	16,751	15,011	15,836	16,838	22,292	21,370	18,449	16,332	14,768	15,495	17,201
家具・家事用品	6,648	6,909	6,749	12,081	12,465	9,092	13,435	6,028	7,154	8,130	12,850	10,458	11,819	6,938
被服及び履物	4,245	4,312	5,860	5,845	5,281	4,032	4,957	2,809	1,831	3,500	5,045	3,866	2,995	2,662
保健医療	14,527	13,579	15,464	19,006	16,836	14,581	17,867	16,326	14,120	11,729	15,607	16,655	17,716	14,866
医薬品	2,734	3,452	3,311	2,861	3,260	3,188	3,662	3,260	3,064	2,950	3,337	3,102	3,120	2,913
健康保持用摂取品	1,402	1,599	1,171	1,578	1,654	1,614	1,806	1,612	2,568	1,604	2,051	2,218	2,681	1,859
保健医療用品・器具	1,221	2,202	2,486	5,824	1,697	1,794	2,053	1,348	2,388	2,081	3,124	1,704	2,697	1,928
保健医療サービス	9,171	6,326	8,496	8,743	10,225	7,985	10,346	10,107	6,100	5,094	7,095	9,632	9,219	8,166
交通・通信	20,403	18,661	24,401	19,239	18,279	19,902	21,394	35,804	15,521	27,085	18,149	16,757	20,225	15,987
教育	61	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
教養娯楽	21,143	27,089	23,828	22,600	18,116	18,318	20,952	16,416	16,652	13,430	14,674	14,970	15,002	15,893
その他の消費支出	63,699	49,466	50,146	45,296	45,687	50,851	45,148	49,176	33,023	30,890	39,749	39,269	41,279	38,687
非消費支出	3,848	44,409	30,863	50,281	14,321	46,027	7,135	10,169	44,574	18,405	50,430	12,717	41,889	8,395
直接税	2,187	12,476	29,992	16,882	8,459	11,935	4,439	5,228	18,164	18,255	20,110	8,842	9,933	4,090
勤労所得税	0	0	0	0	0	0	0	0	0	46	42	0	39	0
個人住民税	29	4,645	10	7,170	1,965	7,073	704	121	3,787	120	8,018	701	5,741	287
他の税	2,157	7,831	29,982	9,712	6,493	4,863	3,735	5,107	14,377	18,089	12,050	8,141	4,153	3,802
社会保険料	1,662	31,676	794	33,383	5,862	33,995	2,696	4,907	26,410	149	30,255	3,873	31,956	4,305

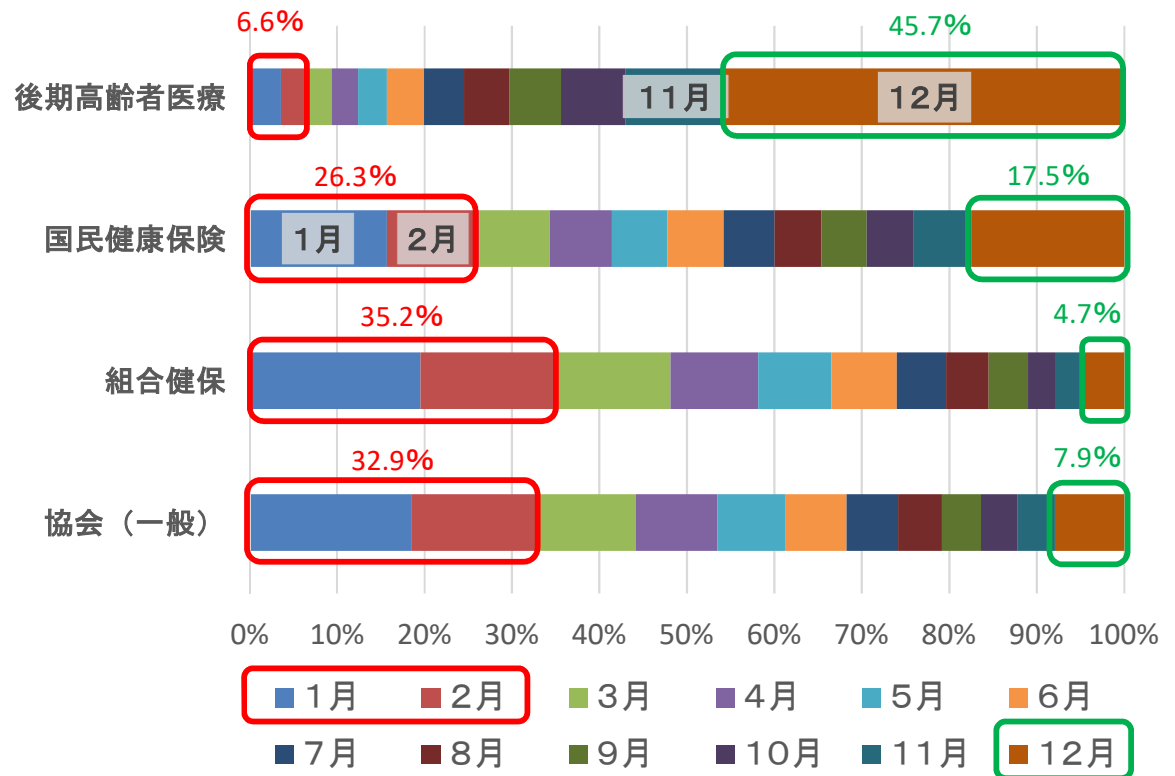
外来の受診動向の比較

- 外来診療を受けた者のうち受診月数が2ヶ月以下の割合は、被用者保険及び国民健康保険では約3割であるのに対し、後期高齢者医療では1割弱。
- また、後期高齢者医療では、外来受診者のうち5割弱の者が毎月診療を受けている。

年間で外来受診した患者の割合



受診ありの者の受診月数



出典: 医療給付実態調査(平成30年度)

(注) 1. 集計対象は、協会（一般）、組合健保、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入者である。

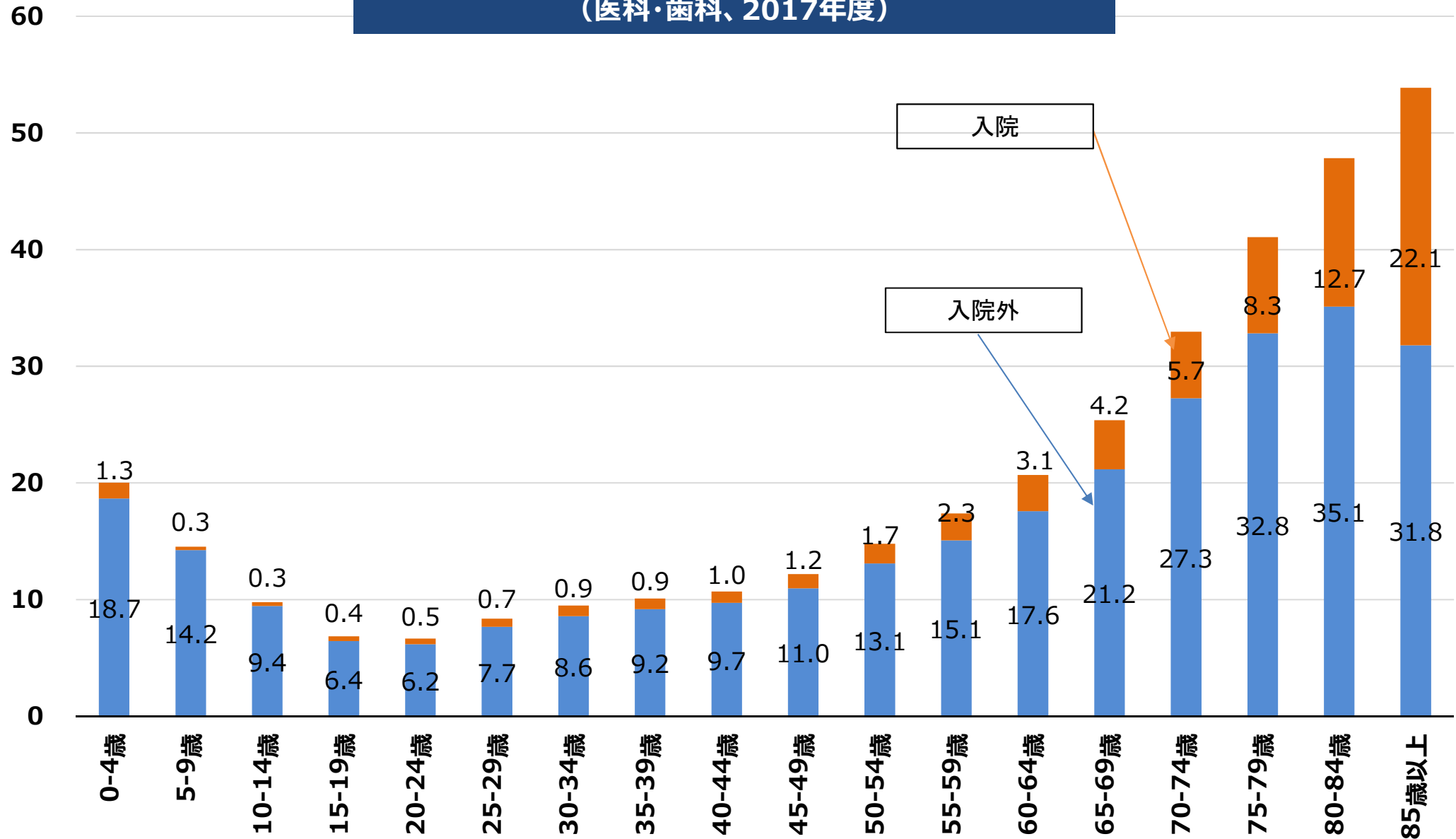
2. 同一医療保険制度内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして集計(「名寄せ」)したものと、平成30年度において1年間のうち外来を受診したことのある月の数を集計したもの。

3. 加入者数は、データの提出のあった保険者の加入者数の合計である。

年齢階級別 1 人当たり診療実日数

1 人当たり日数（日）

年齢階級別 1 人当たり診療実日数
(医科・歯科、2017年度)

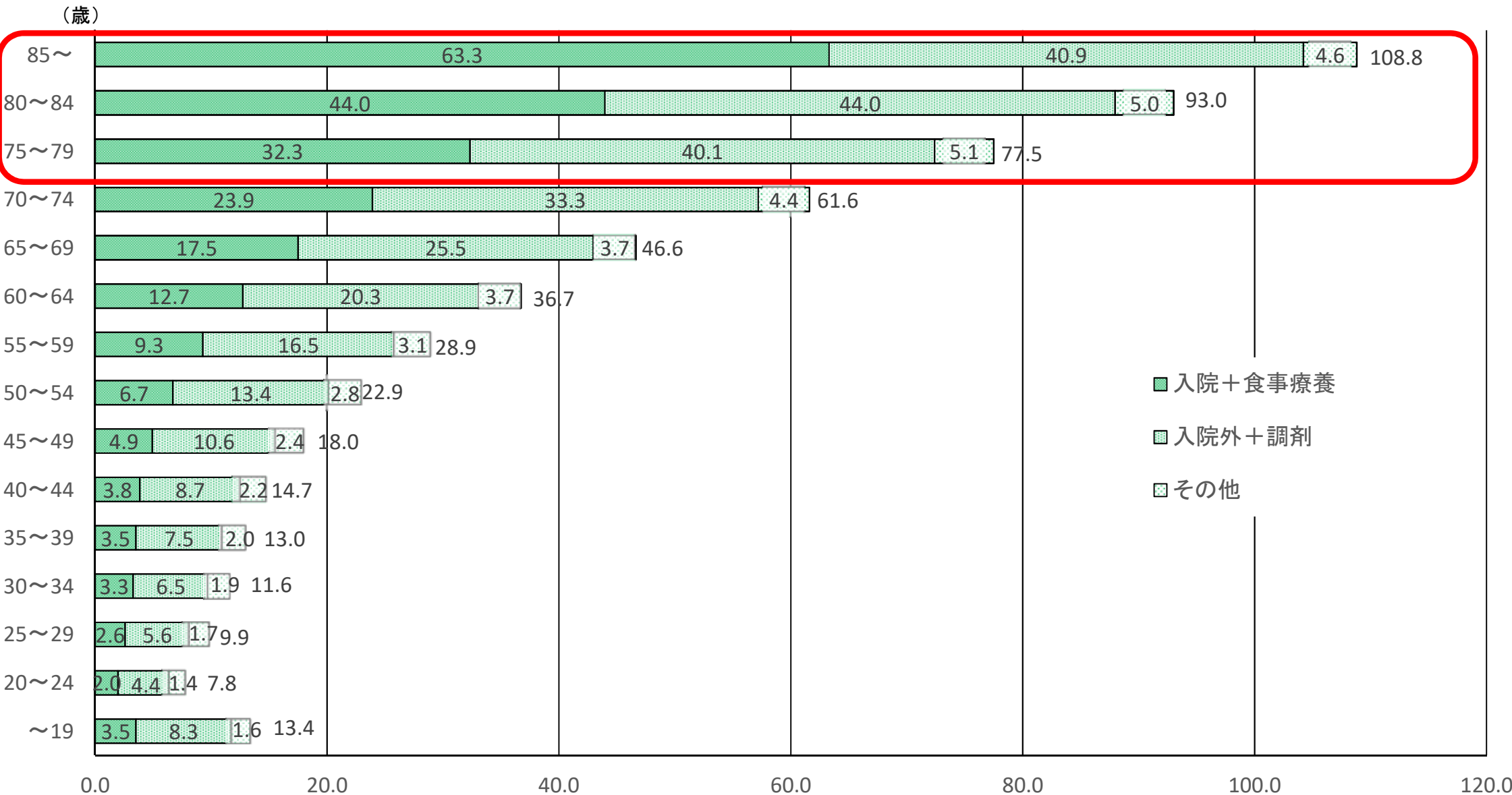


(出所) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」(2017年度)を基に作成。

※訪問診療、往診は基本的に「入院外」に計上されているが、往診の一部は「入院」に計上されている。

年齢階級別の１人当たり医療費

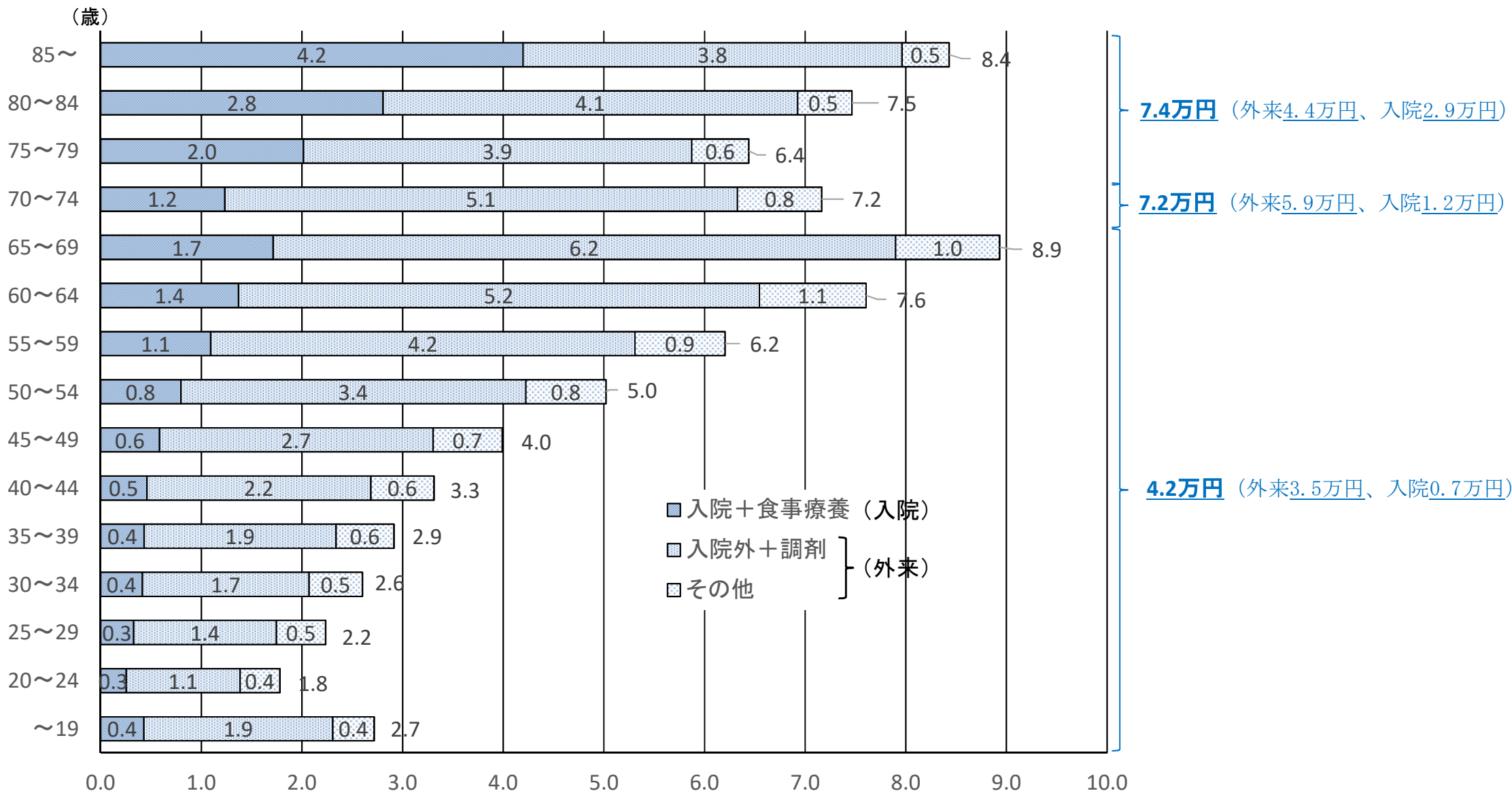
○ １人当たり医療費は、高齢になるにつれて増加する。



【出典】医療保険に関する基礎資料～平成29年度の医療費等の状況～
「その他」は歯科、療養費など

年齢階級別の1人当たり窓口負担額

○ 高齢になるにつれて医療費が増加することから、80歳以降、窓口負担額は70～74歳以上に高くなる



【出典】医療保険に関する基礎資料～平成29年度の医療費等の状況～

「その他」は歯科、療養費など

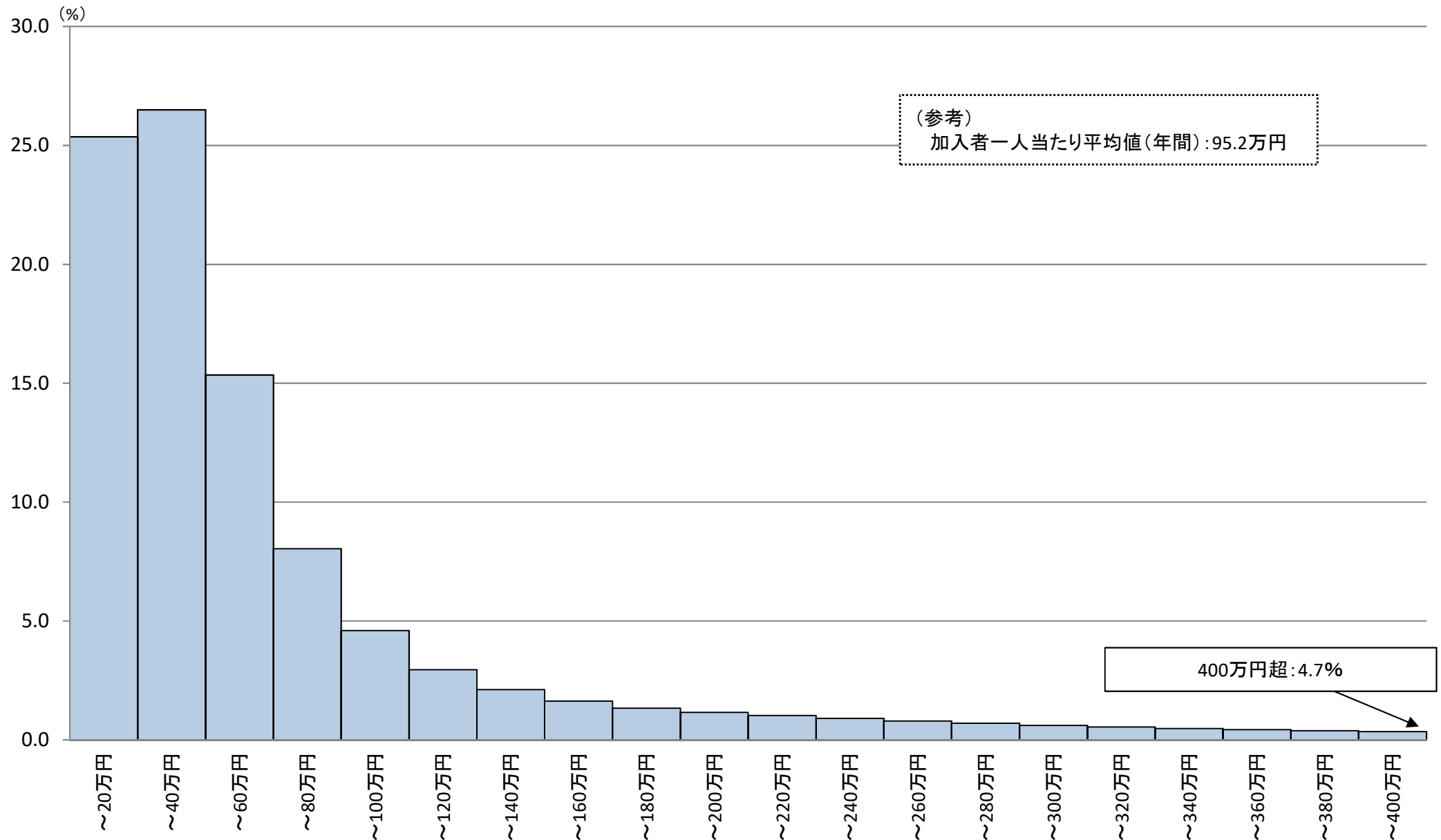
注) 窓口負担割合は、75歳以上は1割(現役並み所得者は3割)、70歳から74歳までの者は2割(現役並み所得者は3割)、70歳未満の者は3割。6歳(義務教育就学前)未満の者は2割。

なお、70歳～74歳までの者の2割は、平成26年4月以降70歳となる者が対象であり、その他の者は1割。

(万円)

後期高齢者の医療費の分布状況(現役並み所得区分以外)

年間の医療費の分布:現役並み以外



出典:医療給付実態調査(平成30年度)を特別集計。

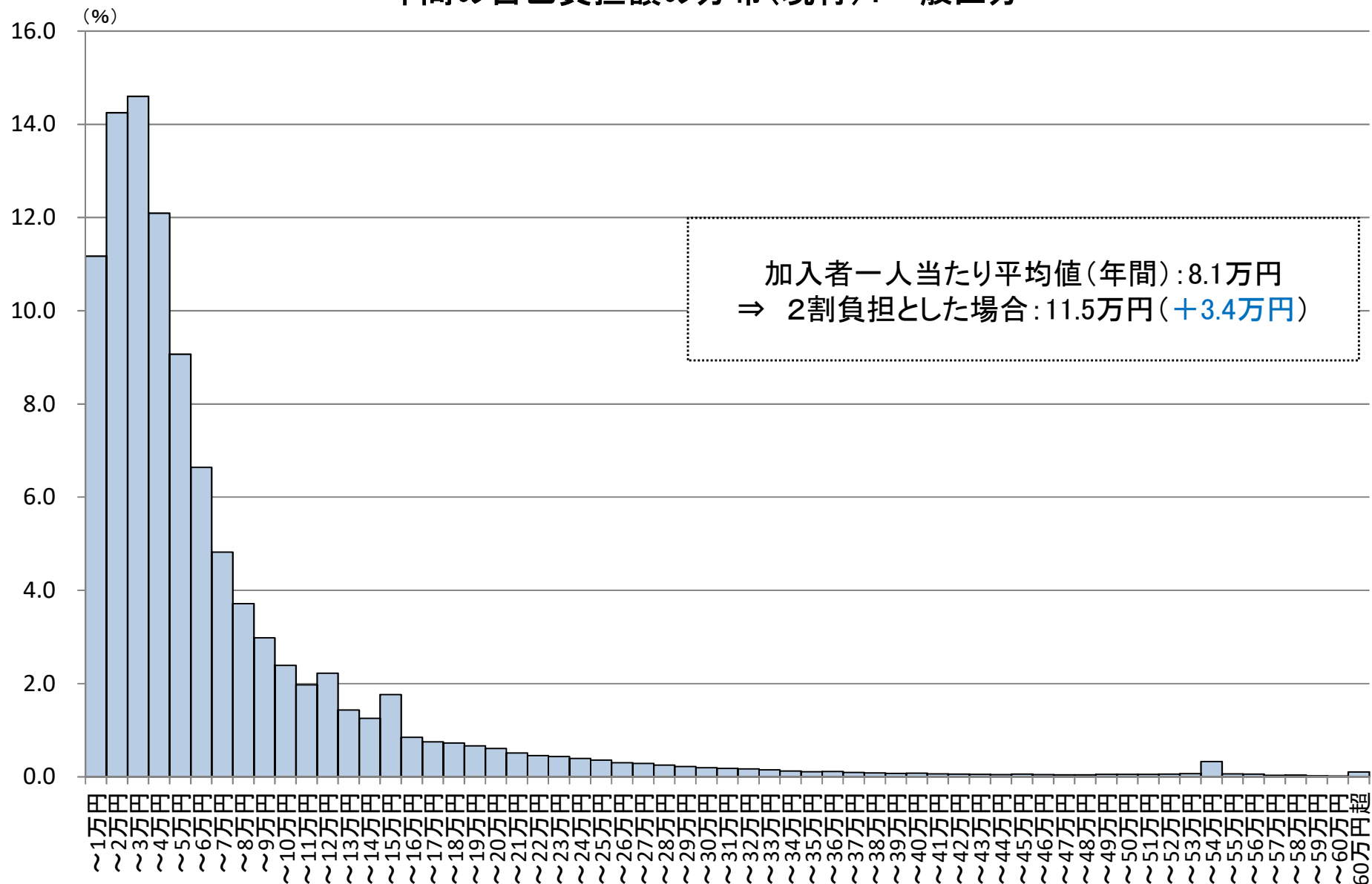
(注)1. 同一保険者内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位の数値にして推計したものである。

2. 1年間医療機関を受診していない者を除く分布である。

3. 加入者一人当たり平均値(年間)は、平成29年度医療保険に関する基礎資料の数値。

後期高齢者の自己負担の推計分布状況(一般区分)

年間の自己負担額の分布(現行):一般区分

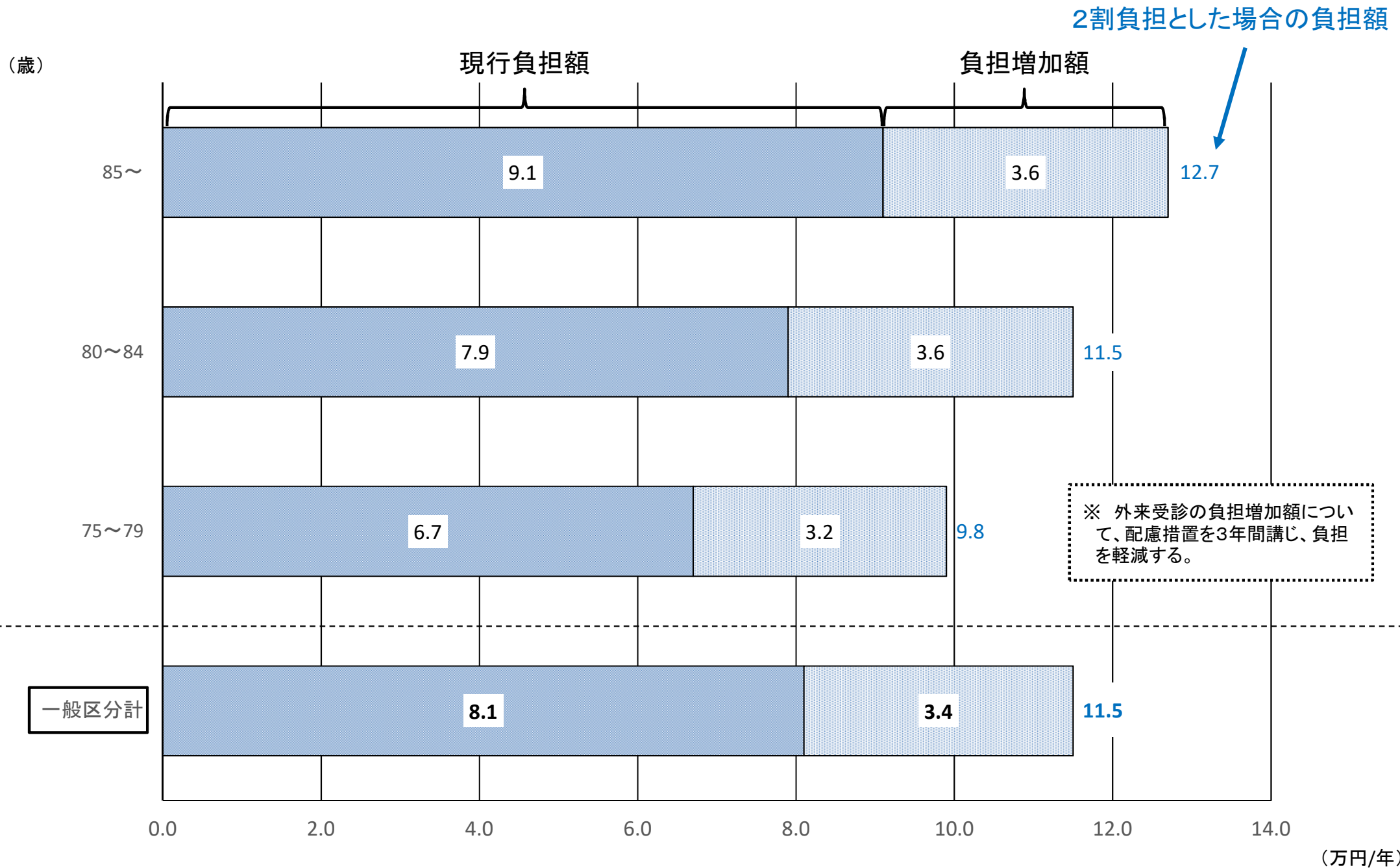


出典:医療給付実態調査(平成30年度)を特別集計。

※1 同一保険者内の同一の者に係るレセプトを合計し、現役並み所得者以外の医療費を個人単位で計算した上で、一般区分の高額療養費の負担限度額などを機械的に当てはめるなど、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもつてみる必要がある。

※2 1年間医療機関を受診していない者を除く分布である。

年齢階級別の加入者1人当たり自己負担額（一般区分）

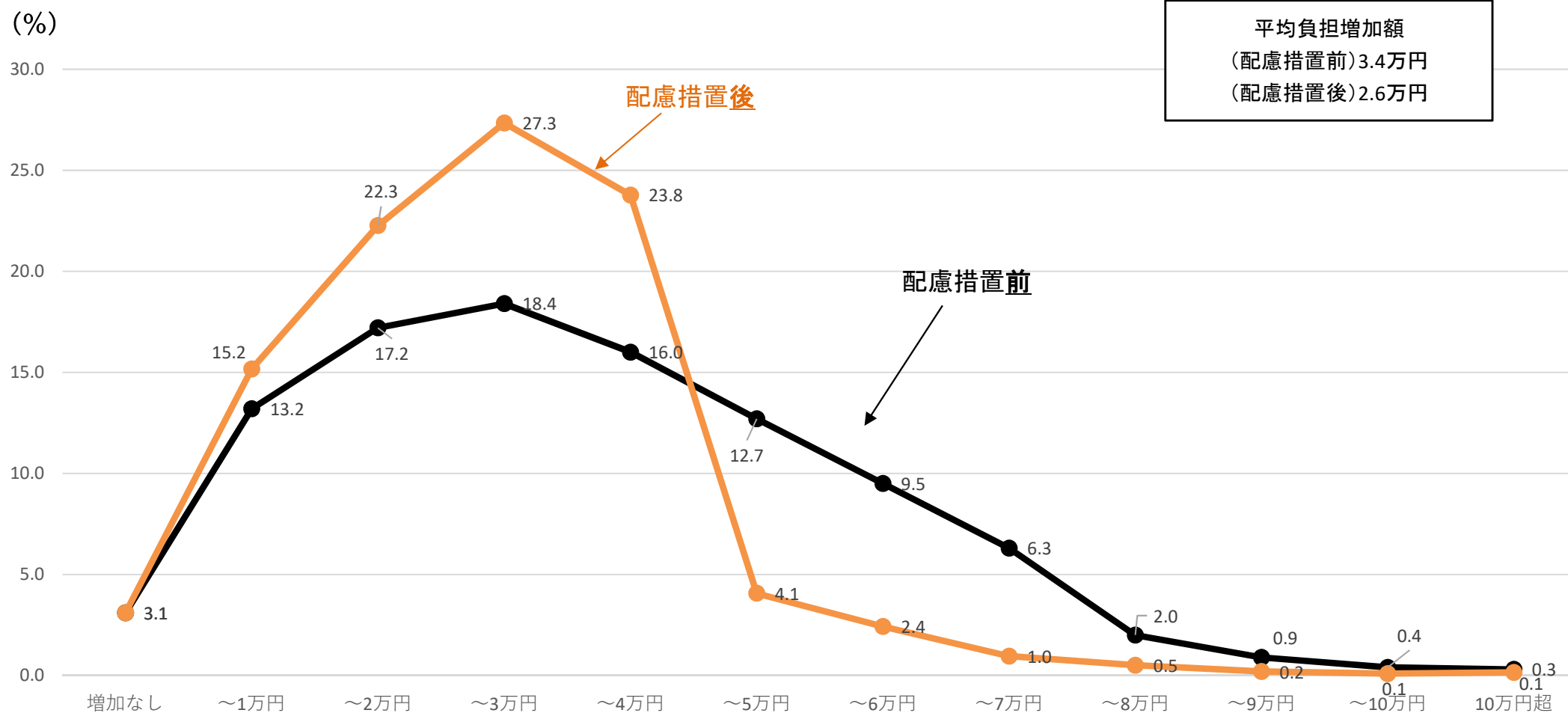


出典：医療給付実態調査（平成30年度）を特別集計。

※ 同一保険者内の同一の者に係るレセプトを合計し、現役並み所得者以外の医療費を個人単位で計算した上で、一般区分の高額療養費の負担限度額などを機械的に当てはめるなど、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。

2割負担となった場合の負担増加額の分布について

- 2割負担となった場合の患者のうち、負担が増加しない者は約3%、3万円以下の者は約52%、5万円以下の者は約81%となる。
- 配慮措置を講じた場合については、負担が増加しない者は約3%、3万円以下の者は約68%、5万円以下の者は約96%となる。

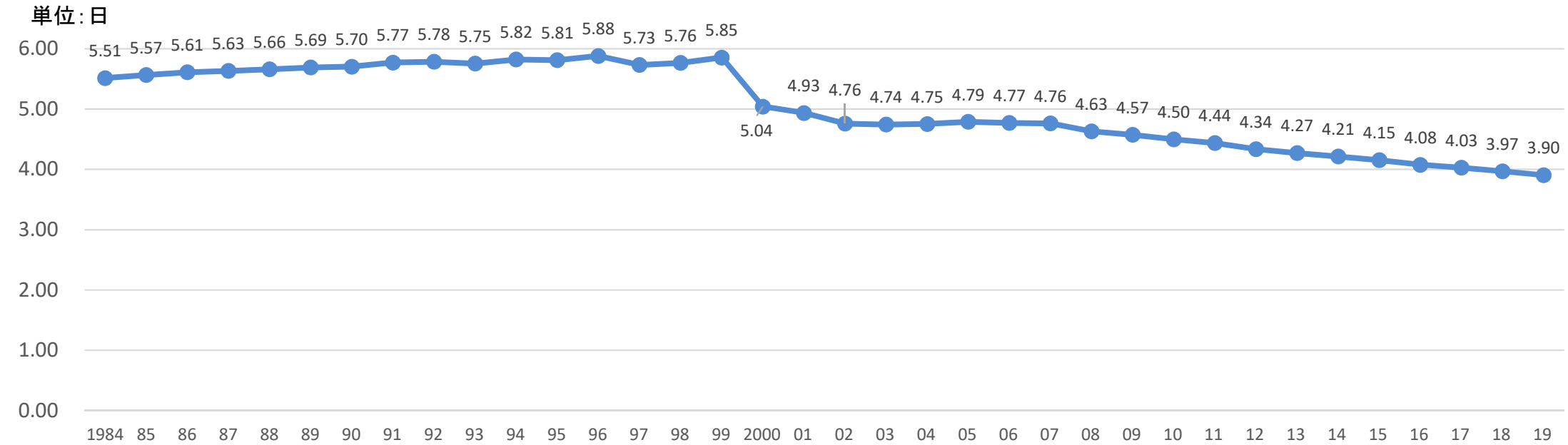


出典：医療給付実態調査(平成30年度)を特別集計。

※1 同一保険者内の同一の者に係るレセプトを合計し、現役並み所得者以外の医療費を個人単位で計算した上で、一般区分の高額療養費の負担限度額などを機械的に当てはめるなど、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみることが必要である。
 ※2 1年間医療機関を受診していない者を除く分布である。

高齢者医療における1人あたり受診日数(1月あたり)の推移

○ 高齢者医療における1人当たりの受診日数は、平成12年度の介護保険導入に合わせて大きく引き下がり、それ以降もほとんど一貫して減少傾向。



	S59	S60	S61	S62	S63	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1
主な制度改正	・老人保健制度(S58)の引上げ(3割→5割) (定額負担)							・介護に着目した公費負担割合の引上げ(3割→5割)				・介護に着目した公費負担割合5割の対象拡大					・高齢者1割負担導入 ・介護保険制度導入 (介護に着目した公費負担の廃止)		・現役並み所得者2割負担 ・現役並み所得者公費対象外 ・高齢者1割負担徹底				・現役並み所得者3割負担 ・高額療養費の見直し		・後期高齢者医療制度施行 ・高額介護合算導入								・高額療養費の見直し	・高額療養費の見直し		

【出典】医療費の動向調査の診療実日数を加入者数で除したもの。
※平成20年3月以前は老人保健法によるものであり、平成20年4月からは高齢者の医療の確保に関する法律によるもの
※平成14年から平成19年にかけて老人医療の対象年齢を70歳から75歳に段階的に引き上げている。

所得基準として考えられる機械的な選択肢

考え方		所得・収入基準 ※両方満たす必要	後期高齢者に占める割合 ※課税所得等でみて上位〇%	対象者数 ※収入基準(注)を勘案した対象者数
1	介護保険の2割負担の対象者の割合 (上位20%)と同等	本人課税所得64万円以上 本人収入240万円以上	上位20% (現役並み区分を除くと13%)	<u>約200万人</u>
2	現行2割負担である70～74歳の平均収入額(約218万円)を上回る水準	本人課税所得45万円以上 本人収入220万円以上	上位25% (現役並み区分を除くと18%)	<u>約285万人</u>
3	平均的な収入で算定した年金額(単身:187万円)を上回る水準	本人課税所得28万円以上 本人収入200万円以上	上位30% (現役並み区分を除くと23%)	<u>約370万人</u>
4	本人に課税の対象となる所得がある水準 (諸控除を加味したうえで、所得に応じて納税している水準)	本人課税所得あり 本人収入170万円以上	上位38% (現役並み区分を除くと31%)	<u>約520万人</u>
5	本人に住民税の負担能力が認められる水準 (本人所得が住民税非課税水準を超える水準)	本人所得35万円超 本人収入155万円以上	上位44% (現役並み区分を除くと37%)	<u>約605万人</u>

(参考) 後期高齢者1,815万人(うち一般区分945万人(52%)、現役並み区分130万人(7%))

(注) 対象者数の積算にあたって、収入基準として介護保険同様に「年金収入とその他の合計所得金額」が年収の下限の額を上回るかで判定することを前提に計算。

※1 本人収入は、それぞれの課税所得等をもとに年金収入のみの単身世帯を前提に計算。対象者のほとんどが年金収入であるため、年金収入のみで収入を計算している。

※2 後期高齢者夫婦世帯の場合の収入(配偶者:基礎年金想定)は、上位20%で360万円、上位25%で340万円、上位30%で320万円、上位38%で290万円、上位44%で290万円。

※3 上位44%は課税所得がある者に加えて、所得等が一定額以上の者を対象とするもの。

窓口負担の見直しに係る財政影響

配慮措置4,500円前提

	給付費	後期高齢者支援金 (現役世代の負担軽減)	後期高齢者 保険料 (高齢者の負担軽減)	公費
上位20%の場合 課税所得64万円 収入単身240万円、複数360万円	▲1,240億円	▲470億円	▲120億円	▲650億円
上位25%の場合 課税所得45万円 収入単身220万円、複数340万円	▲1,750億円	▲670億円	▲170億円	▲920億円
上位30%の場合 課税所得28万円 収入単身200万円、複数320万円	▲2,290億円	▲880億円	▲220億円	▲1,200億円
上位38%の場合 課税所得あり 収入単身170万円、複数290万円	▲3,200億円	▲1,220億円	▲310億円	▲1,660億円
上位44%の場合 所得35万円 収入単身155万円、複数290万円	▲3,740億円	▲1,430億円	▲370億円	▲1,960億円

一定所得以上の者の窓口負担割合を2割に引き上げ、一般所得の後期高齢者に対して、外来自己負担増加額を最大4,500円にした場合(2022年度施行、満年度)。

※1 本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。

※2 2020年度予算ベースを足下にし、2022年度までの人口構成の変化を機械的に織り込んだ推計値。なお、医療の高度化等による伸びは直近の実績値により見込んでいる。

※3 実効給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減効果(いわゆる長瀬効果)を見込んでいる。

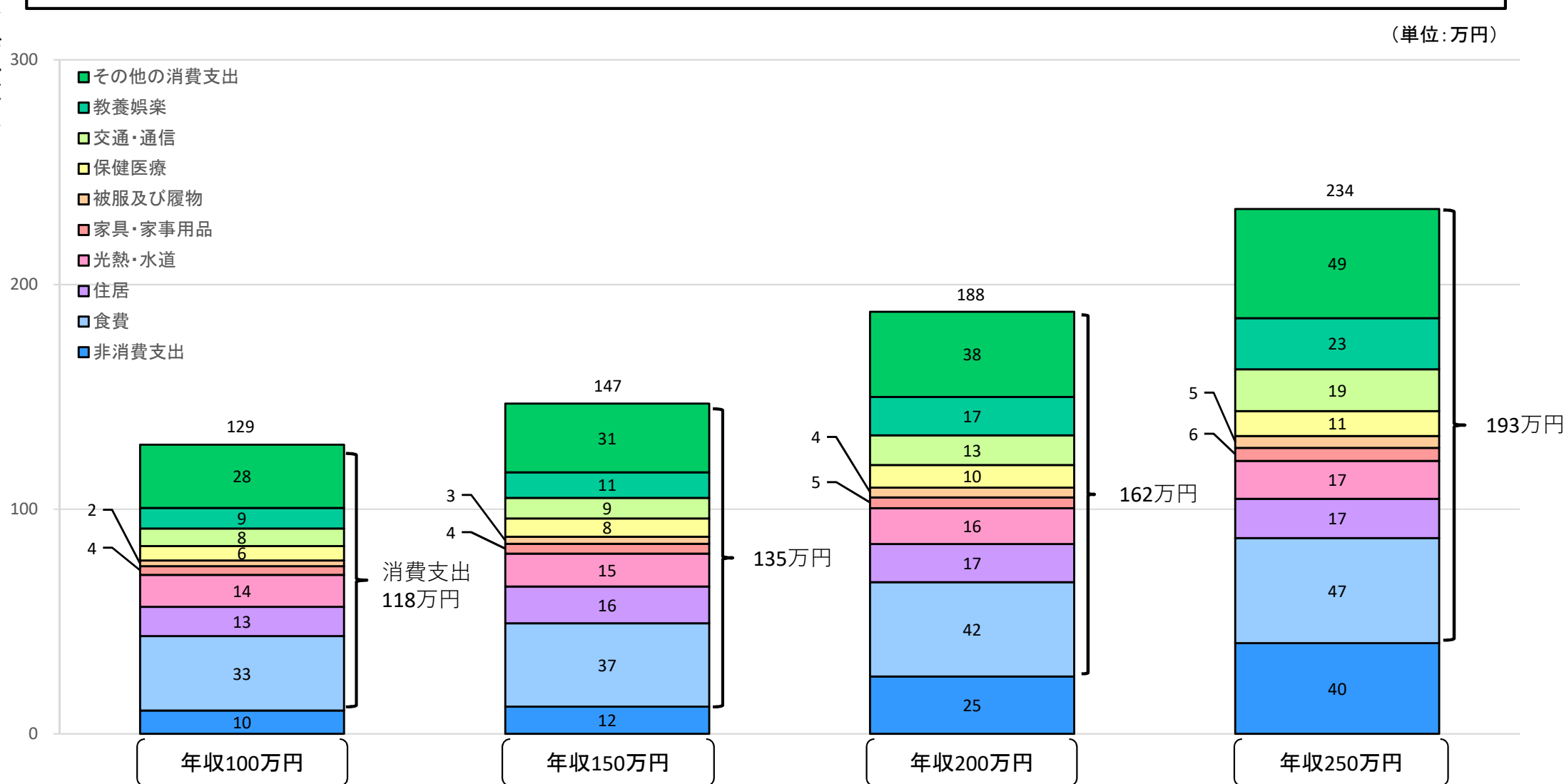
※4 後期高齢者支援金のうち国保からの支援金には公費が含まれており、右列の「公費」に計上している金額以外にも一定の公費に財政影響がある。

75歳以上の単身世帯の収入と支出の状況(年収別モデル)

単身世帯

○ 75歳以上の単身世帯について、年収50万円階級ごとに、現行制度を基に非消費支出（税・社会保険料）を推計するとともに、一定の仮定に基づき、平均的な消費支出を推計し、収入と支出の状況をごく粗くみたもの。

(単位:万円)



※1 「非消費支出」は、各年収を基に現行の税率や社会保険料率を用いて計算した住民税・所得税及び社会保険料額と家計調査上の「他の税」×12ヶ月分の合計額。なお、「他の税」は固定資産税などを含む支出項目であるが、最小項目であるためその内訳を細分化することができない。

※2 消費支出は、家計調査(平成30年)の75歳以上単身・無職世帯により厚生労働省保険局で作成。それぞれの年収水準から±50万円以内にあるサンプルの平均値を取っている。

それぞれのサンプル数は250万円±50万円は78世帯、200±50万円は123世帯、150±50万円は100世帯、100±50万円は58世帯。

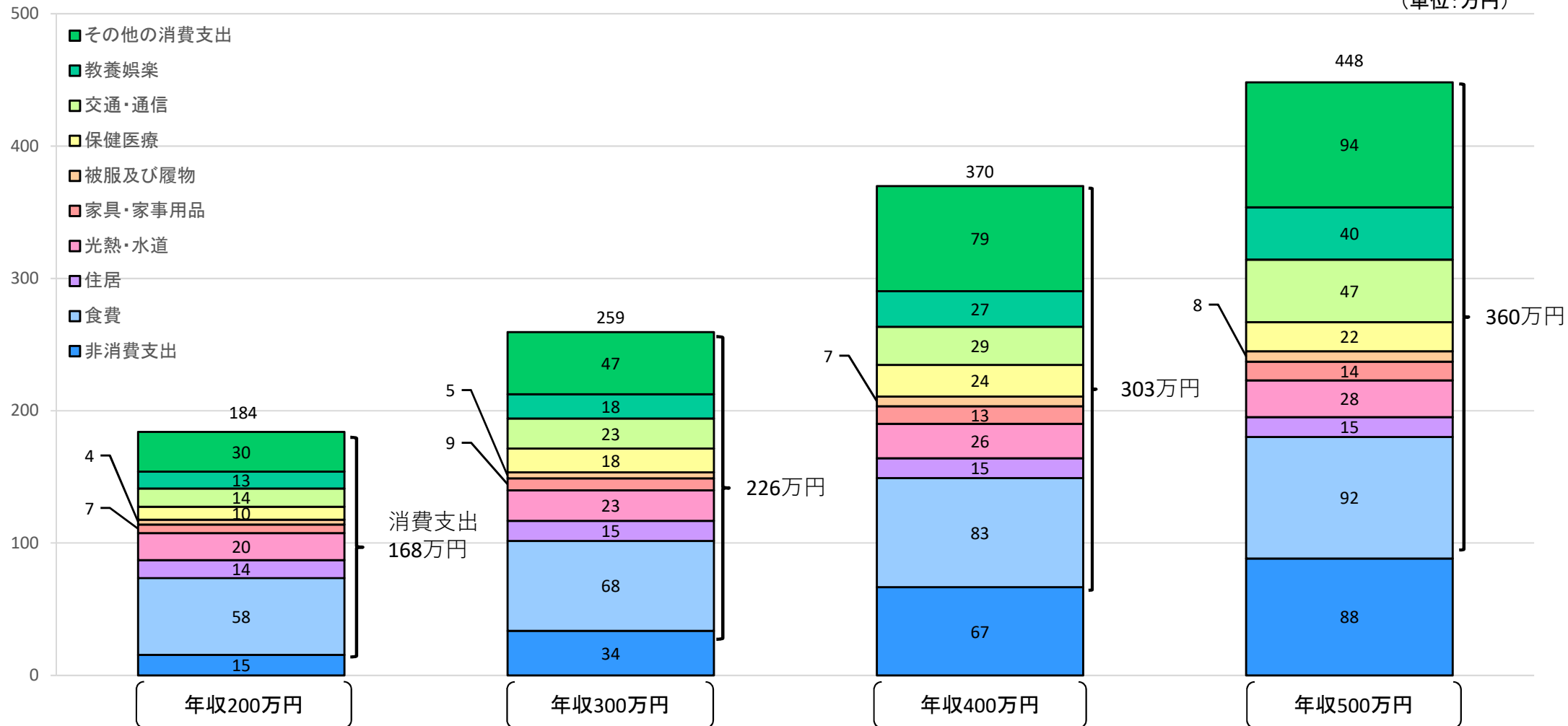
※3 平成30年の家計調査の利用に当たっては、消費税率の8%から10%への見直しによる支出増分を推計し、消費支出に上乗せしている。具体的には、「酒類・外食以外の食料」、「家賃地代」、「教育」、「非消費支出」以外の支出について、消費税率の引上げ(2%分)分を算出し、消費支出に加えている。

75歳以上の夫婦2人世帯の収入と支出の状況(年収別モデル)

夫婦世帯

○ 75歳以上の夫婦2人世帯について、年収100万円階級ごとに、現行制度を基に非消費支出（税・社会保険料）を推計するとともに、一定の仮定に基づき、平均的な消費支出を推計し、収入と支出の状況をごく粗くみたもの。

(単位: 万円)



※1 「非消費支出」は、各年収を基に現行の税率や社会保険料率を用いて計算した住民税・所得税及び社会保険料額と家計調査上の「他の税」×12ヶ月分の合計額。なお、「他の税」は固定資産税などを含む支出項目であるが、最小項目であるためその内訳を細分化することができない。

※2 消費支出は、家計調査(平成30年)の75歳以上夫婦・無職世帯により厚生労働省保険局で作成。それぞれの年収水準から±50万円以内にあるサンプルの平均値を取っている。それぞれのサンプル数は500±50万円は58世帯、400±50万円は144世帯、300±50万円は220世帯、200±50万円は86世帯。

※3 平成30年の家計調査の利用に当たっては、消費税率の8%から10%への見直しによる支出増分を推計し、消費支出に上乗せしている。具体的には、「酒類・外食以外の食料」、「家賃地代」、「教育」、「非消費支出」以外の支出について、消費税率の引上げ(2%分)分を算出し、消費支出に加えている。

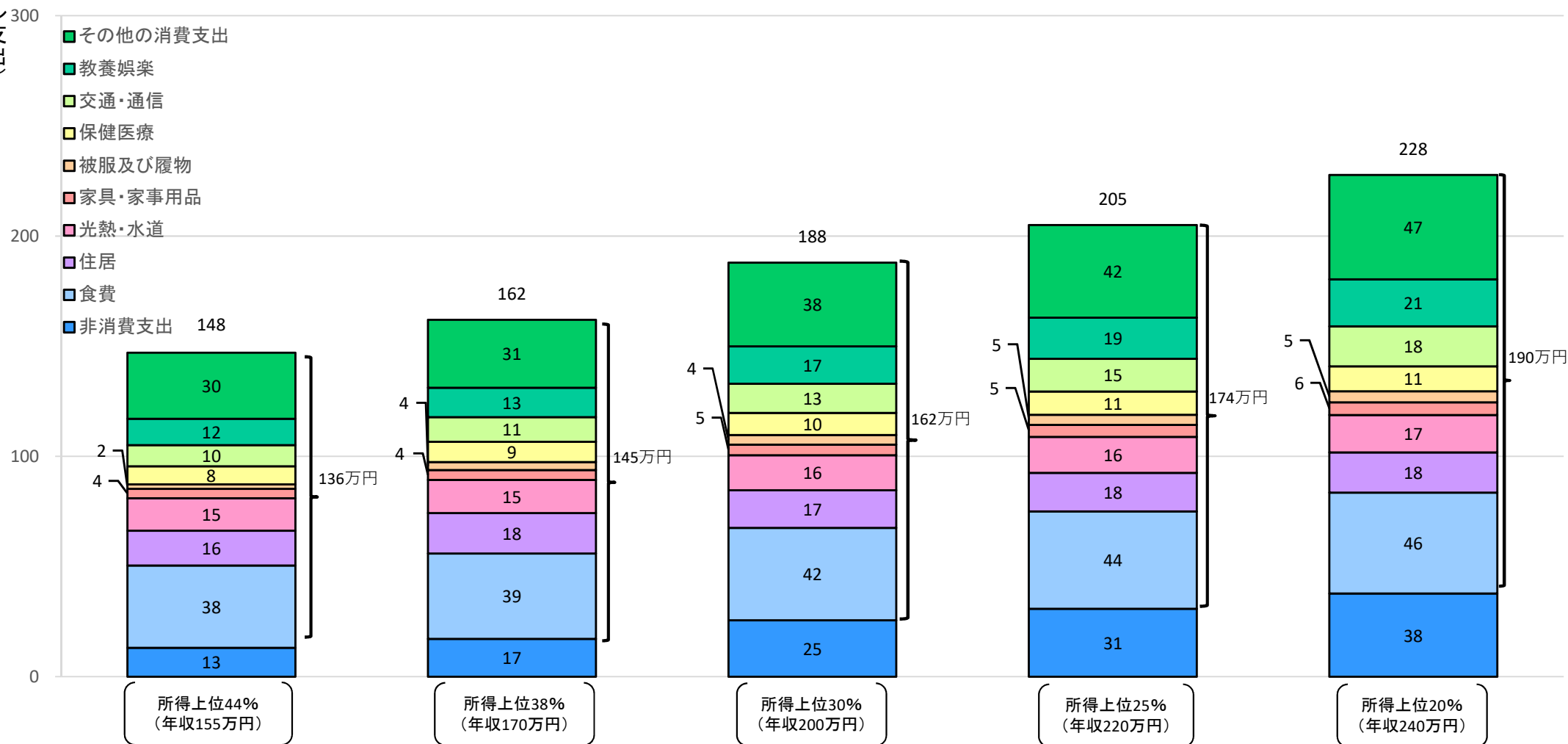
75歳以上の単身世帯の収入と支出の状況(年収別モデル)

単身世帯

○ 75歳以上の単身世帯について、モデル年収ごとに、現行制度を基に非消費支出（税・社会保険料）を推計するとともに、一定の仮定に基づき、平均的な消費支出を推計し、収入と支出の状況をごく粗くみたもの。

(単位:万円)

(モデル支出)



※1 「非消費支出」は、各年収を基に現行の税率や社会保険料率を用いて計算した住民税・所得税及び社会保険料額と家計調査上の「他の税」×12ヶ月分の合計額。なお、「他の税」は固定資産税などを含む支出項目であるが、最小項目であるためその内訳を細分化することができない。

※2 消費支出は、家計調査(平成30年)の75歳以上単身・無職世帯により厚生労働省保険局で作成。それぞれの年収水準から±50万円以内にあるサンプルの平均値を取っている。それぞれのサンプル数は240±50万円(上位20%)は87世帯、220±50万円(上位25%)は106世帯、200±50万円(上位30%)は123世帯、170±50万円(上位38%)は113世帯、155±50万円(上位44%)は104世帯。

※3 平成30年の家計調査の利用に当たっては、消費税率の8%から10%への見直しによる支出増分を推計し、消費支出に上乗せしている。具体的には、「酒類・外食以外の食料」、「家賃地代」、「教育」、「非消費支出」以外の支出について、消費税率の引上げ(2%分)分を算出し、消費支出に加えている。

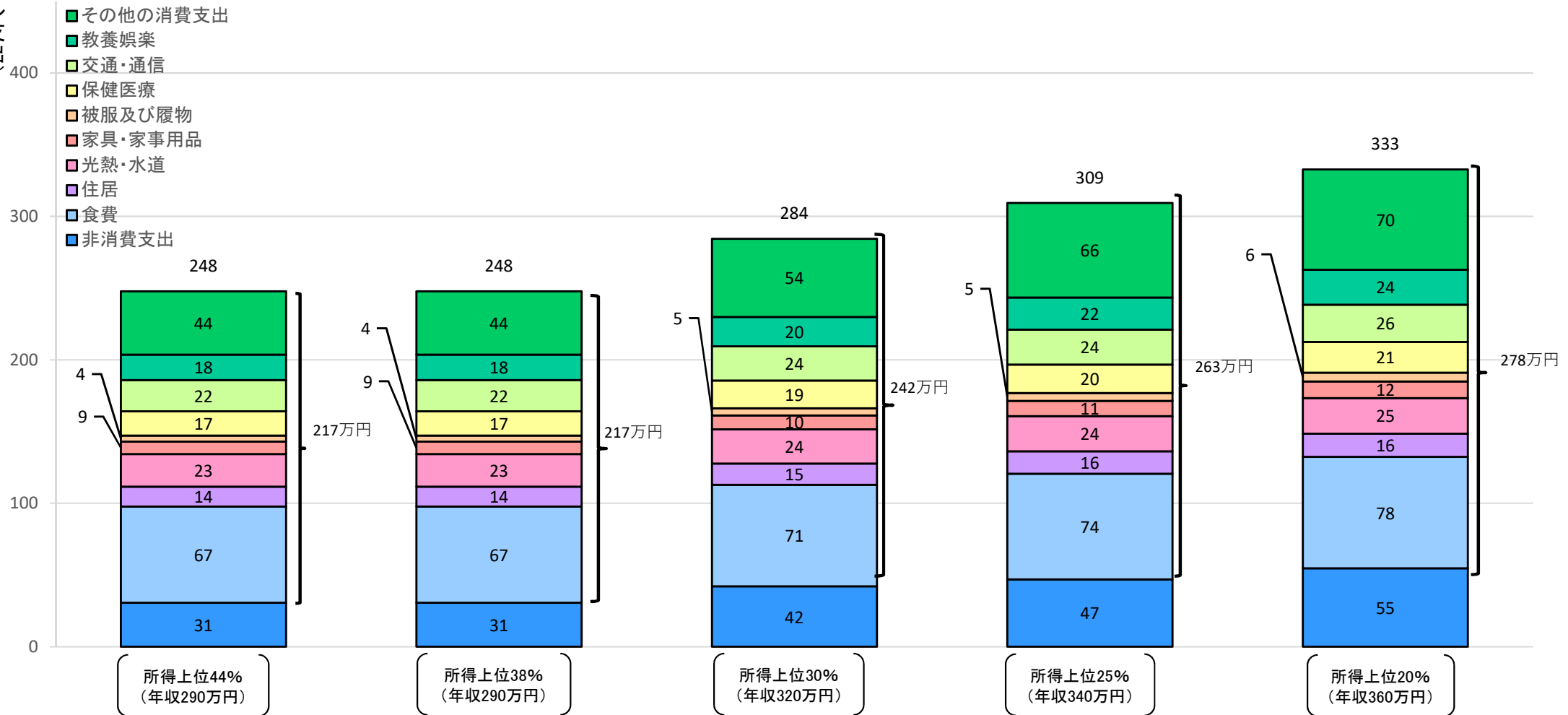
75歳以上の夫婦2人世帯の収入と支出の状況(年収別モデル)

夫婦世帯

○ 75歳以上の夫婦2人世帯について、モデル年収ごとに、現行制度を基に非消費支出（税・社会保険料）を推計するとともに、一定の仮定に基づき、平均的な消費支出を推計し、収入と支出の状況をごく粗くみたもの。

(単位:万円)

(モデル支出)



※1 「非消費支出」は、各年収を基に現行の税率や社会保険料率を用いて計算した住民税・所得税及び社会保険料額と家計調査上の「他の税」×12ヶ月分の合計額。なお、「他の税」は固定資産税などを含む支出項目であるが、最小項目であるためその内訳を細分化することができない。

※2 消費支出は、家計調査(平成30年)の75歳以上夫婦・無職世帯により厚生労働省保険局で作成。それぞれの年収水準から±50万円以内にあるサンプルの平均値を取っている。それぞれのサンプル数は360±50万円(上位20%)は204世帯、340±50万円(上位25%)は224世帯、320±50万円(上位30%)は232世帯、290±50万円(上位38%、上位44%)は209世帯。

※3 平成30年の家計調査の利用に当たっては、消費税率の8%から10%への見直しによる支出増分を推計し、消費支出に上乗せしている。具体的には、「酒類・外食以外の食料」、「家賃地代」、「教育」、「非消費支出」以外の支出について、消費税率の引上げ(2%分)分を算出し、消費支出に加えている。

一般区分全員の財政試算について

- 仮に一般区分全員を2割負担とした場合、給付費▲5,820億円、後期高齢者支援金▲2,230億円、後期高齢者保険料▲570億円、公費▲3,030億円となる。

令和2年度の消費税増収分の使途について

〈令和2年度消費税増収分の内訳〉（公費ベース）

《増収額計：14.1兆円》

○基礎年金国庫負担割合2分の1

（平成24・25年度の基礎年金国庫負担割合2分の1の差額に係る費用を含む）

3.4兆円

○社会保障の充実

- ・ 幼児教育・保育の無償化
- ・ 高等教育の無償化
- ・ 子ども子育て支援新制度の実施
- ・ 医療・介護サービスの提供体制改革
- ・ 医療・介護保険制度の改革
- ・ 難病・小児慢性特定疾病への対応
- ・ 年金生活者支援給付金の支給 等

3.89兆円

○消費税率引上げに伴う社会保障4経費の増

- ・ 診療報酬、介護報酬、年金、子育て支援等についての物価上昇に伴う増

0.60兆円

○後代への負担のつけ回しの軽減

- ・ 高齢化等に伴う自然増を含む安定財源が確保できていない既存の社会保障費

5.8兆円

（注1）増収額は、軽減税率制度による減収影響を除いている。

（注2）使途に関しては、総合合算制度の見送りによる4,000億円を軽減税率制度の財源としている。

令和2年度における「社会保障の充実」(概要)

(単位: 億円)

事 項		事 業 内 容	令和2年度 予算額			(参考) 令和元年度 予算額	
				国分	地方分		
子ども・子育て支援		子ども・子育て支援新制度の実施	(注3) 6,526	(注4) 2,985	3,541	6,526	
		社会的養育の充実	474	237	237	474	
		育児休業中の経済的支援の強化	17	10	6	17	
医 療 ・ 介 護	医療・介護サービスの 提供体制改革	病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等 ・ 地域医療介護総合確保基金(医療分) ・ 診療報酬改定における消費税財源等の活用分	(注5) 1,194 (注6) 602	796 425	398 177	1,034 476	
		地域包括ケアシステムの構築 ・ 地域医療介護総合確保基金(介護分) ・ 平成27年度介護報酬改定における消費税財源の活用分 (介護職員の処遇改善等) ・ 在宅医療・介護連携、認知症施策の推進など地域支援事業の充実	824 1,196 534	549 604 267	275 592 267	824 1,196 534	
		医療情報化支援基金	768	768	0	300	
		国民健康保険等の低所得者保険料軽減措置の拡充	612	0	612	612	
		国民健康保険への財政支援の拡充 ・ 低所得者数に応じた自治体への財政支援 ・ 保険者努力支援制度等	1,664 (注7) 2,272	832 2,272	832 0	1,664 1,772	
		被用者保険の拠出金に対する支援 70歳未満の高額療養費制度の改正 介護保険の1号保険料の低所得者軽減強化 介護保険保険者努力支援交付金	700 248 1,572 (注8) 200	700 217 786 200	0 31 786 0	700 248 900 —	
	難病・小児慢性 特定疾病への対応	難病・小児慢性特定疾病に係る公平かつ安定的な制度の運用 等	2,089	1,044	1,044	2,089	
	年 金		年金受給資格期間の25年から10年への短縮	644	618	26	644
			遺族基礎年金の父子家庭への対象拡大	68	64	4	61
			年金生活者支援給付金の支給	4,908	4,908	0	1,859
	合 計			27,111	18,282	8,829	21,930

(注1) 金額は公費(国及び地方の合計額)。計数は、四捨五入の関係により、端数において合計と合致しないものがある。

(注2) 消費税増収分(2.31兆円)と社会保障改革プログラム法等に基づく重点化・効率化による財政効果(▲0.4兆円)を活用し、上記の社会保障の充実(2.71兆円)の財源を確保。

(注3) 保育士の処遇改善については、「社会保障の充実」における全職員を対象とした3%の処遇改善を実施(平成27年度)。このほか、「社会保障の充実」とは別に、平成29年度から全職員を対象とした2%の処遇改善を行うとともに技能・経験に応じた月額最大4万円の処遇改善を行うなど、取組を進めている。

(注4) 「子ども・子育て支援新制度の実施」の国分については全額内閣府に計上。

(注5) 勤務医の働き方改革の推進のために令和2年度に措置した143億円を含む。

(注6) 救急病院の勤務医の働き方改革の推進のために令和2年度診療報酬改定において措置した126億円を含む。

(注7) 医療における保険者の予防・健康インセンティブの強化を図る観点から、地方自治体における予防・健康づくり事業を後押しするため、従来の保険者努力支援制度とは別に令和2年度に措置した500億円を含む。

(注8) 従来の保険者機能強化推進交付金200億円と合わせて、介護における保険者の予防・健康インセンティブの強化を図る観点から、地方自治体における予防・健康づくり事業を後押しするため、令和2年度に200億円を措置。

患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額

(平成30年8月～)

70歳未満	区分	負担割合	月単位の上限額（円）
	ア 年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上／国保：旧ただし書き所得901万円超	3割	252,600 + (医療費 - 842,000) × 1 % ＜多数回該当：140,100＞
	イ 年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円／国保：旧ただし書き所得600万～901万円		167,400 + (医療費 - 558,000) × 1 % ＜多数回該当：93,000＞
	ウ 年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円／国保：旧ただし書き所得210万～600万円		80,100 + (医療費 - 267,000) × 1 % ＜多数回該当：44,400＞
	エ ～年収約370万円 健保：標報26万円以下／国保：旧ただし書き所得210万円以下		57,600 ＜多数回該当：44,400＞
	オ 住民税非課税		35,400 ＜多数回該当：24,600＞

70歳以上			外来（個人ごと）	上限額（世帯ごと）
	現役並み所得Ⅲ 年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上／国保・後期：課税所得690万円以上	3割	252,600 + (医療費 - 842,000) × 1 % ＜多数回該当：140,100＞	
	現役並み所得Ⅱ 年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円／国保・後期：課税所得380万円以上		167,400 + (医療費 - 558,000) × 1 % ＜多数回該当：93,000＞	
	現役並み所得Ⅰ 年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円／国保・後期：課税所得145万円以上		80,100 + (医療費 - 267,000) × 1 % ＜多数回該当：44,400＞	
	一般 ～約370万円 健保：標報26万円以下(※1)／国保・後期：課税所得145万円未満(※1)(※2)	70～74歳 2割	18,000 〔年14.4万円(※4)〕	57,600 ＜多数回該当：44,400＞
	低所得Ⅱ 住民税非課税(※3)	75歳以上 1割	8,000	24,600
	低所得Ⅰ 住民税非課税 (所得がない者)(※5)			15,000

※1 収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合も含む。

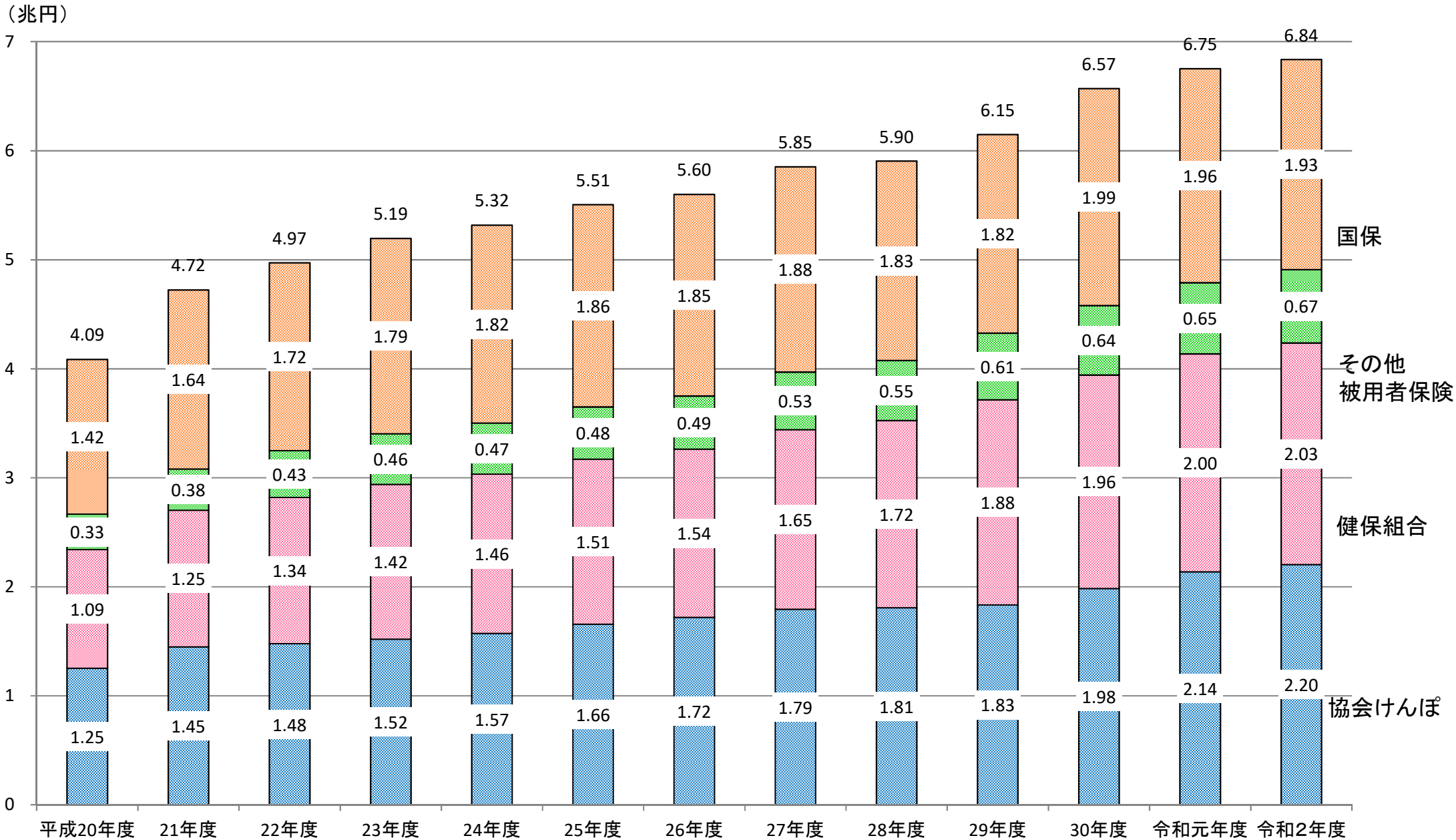
※2 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

※3 年金収入のみの者であれば、年収80万～

※4 1年間のうち一般区分又は住民税非課税区分であった月の外来の自己負担額の合計額について、14.4万円の上限を設ける。

※5 個人の所得のうち、公的年金等に係る雑所得の金額は、公的年金等控除を「80万円」として計算する。

後期高齢者支援金の推移

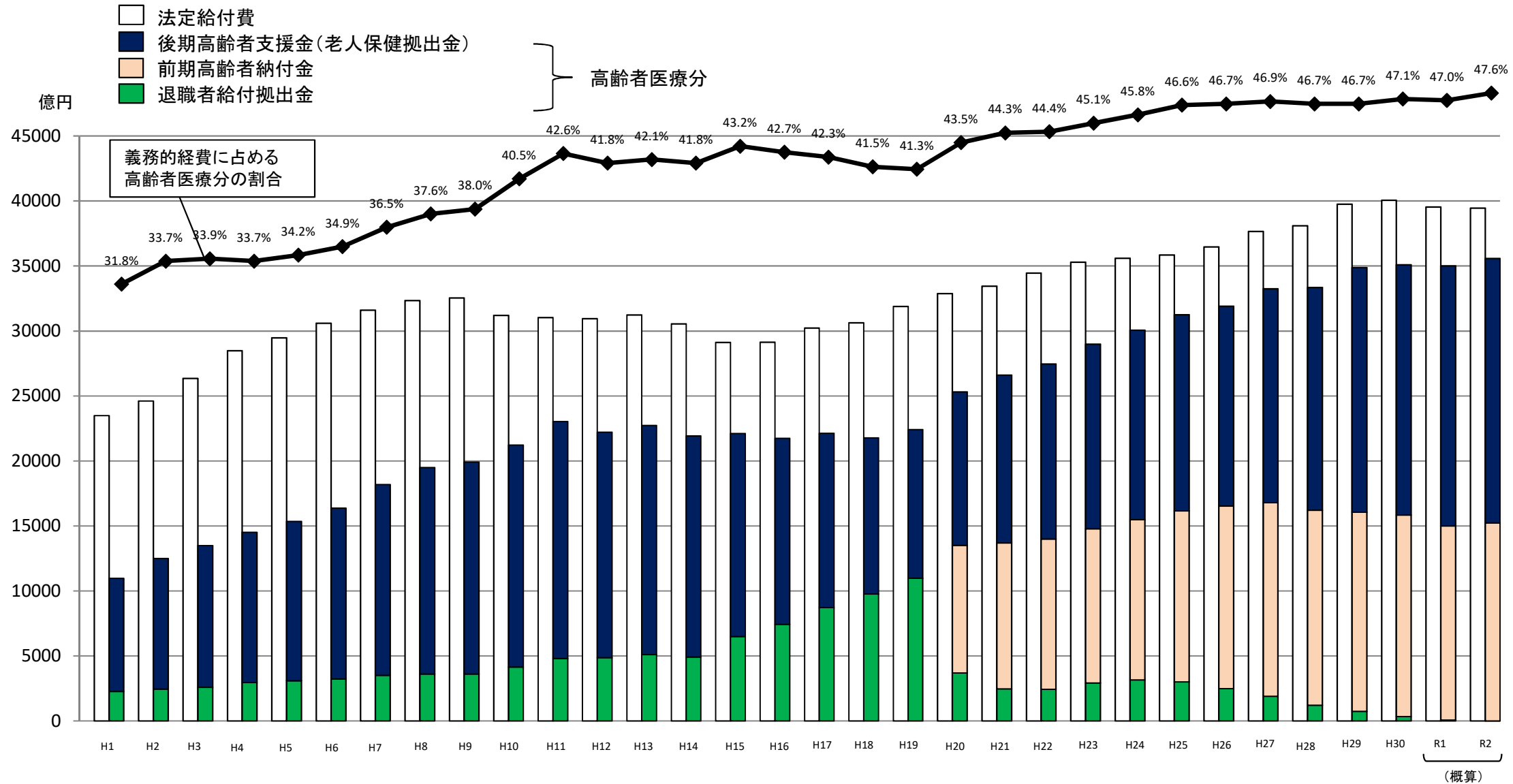


※ 平成29年度以前は確定賦課ベース(出典:医療保険に関する基礎資料～平成29年度の医療費等の状況～(令和元年12月))。
 平成30年度、令和元年度及び令和2年度は概算賦課ベースである。

※ 協会けんぽは日雇を含む。

高齢者医療への拠出負担の推移(健保組合)

○ 健保組合の義務的経費に占める高齢者医療への拠出負担割合は、47.6%(令和2年度概算賦課ベース)となっている。



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金(平成19年度以前は退職者給付拠出金)及び後期高齢者支援金(平成19年度以前は老人保健拠出金)の合計額。

平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

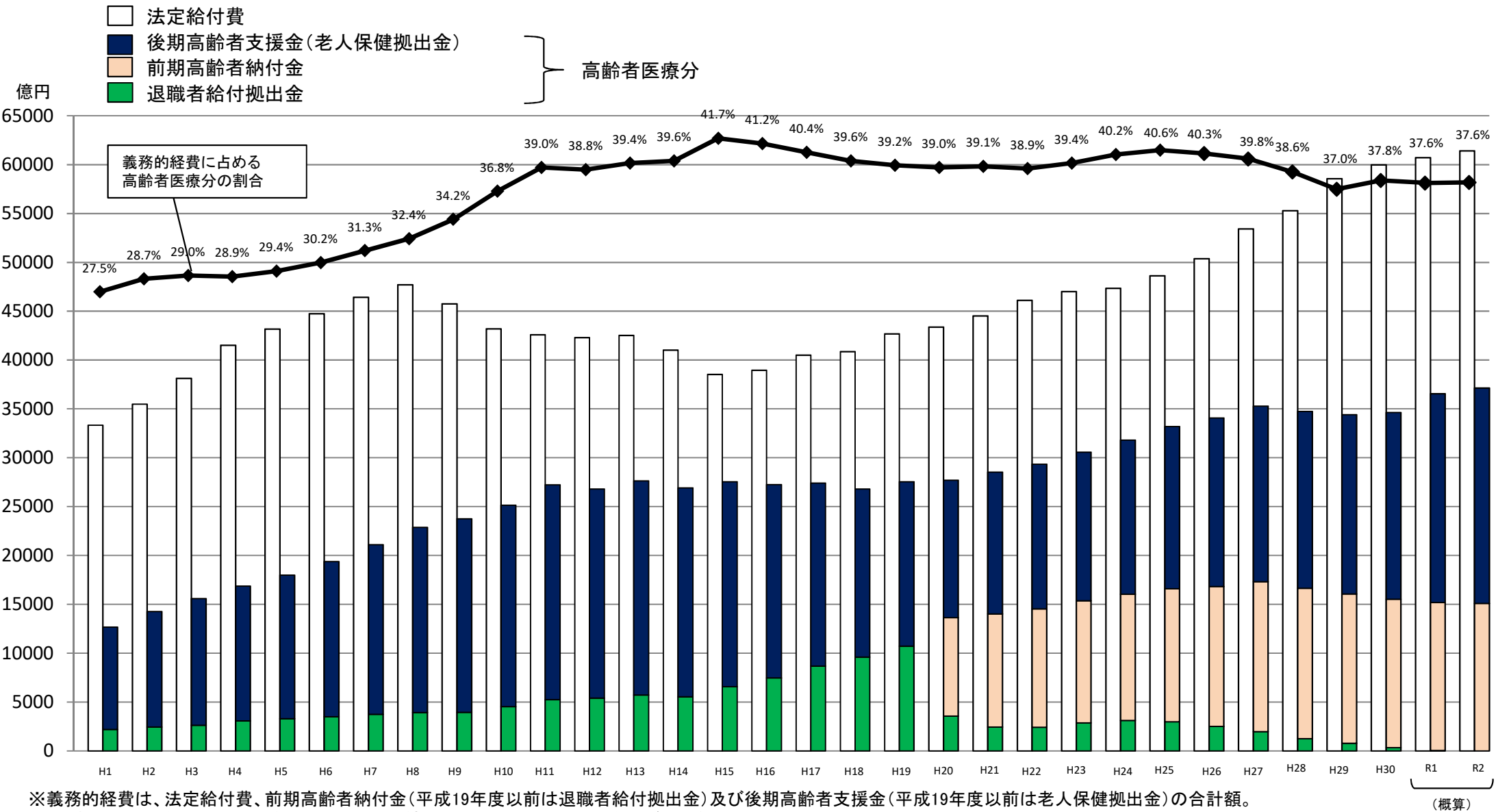
※法定給付費は、平成30年度までは実績額を、令和元年度及び令和2年度は概算賦課額を用いている。

※後期高齢者支援金等は、平成30年度までは医療給付費等実績に基づいた確定賦課額。令和元年度及び令和2年度は概算賦課額を用いている。

※後期高齢者支援金について、平成20年度及び平成21年度は加入者割、平成22年度～26年度は3分の1総報酬割、平成27年度は2分の1総報酬割、平成28年度は3分の2総報酬割、平成29年度以降は全面総報酬割としている。

高齢者医療への拠出負担の推移(協会けんぽ)

○ 協会けんぽの義務的経費に占める高齢者医療への拠出負担割合は、37.7%(令和2年度概算賦課ベース)となっている。



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金(平成19年度以前は退職者給付拠出金)及び後期高齢者支援金(平成19年度以前は老人保健拠出金)の合計額。

平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

※法定給付費は、平成30年度までは実績額を、令和元年度及び令和2年度は概算額を用いている。

※後期高齢者支援金等は、平成30年度までは医療給付費等実績に基づいた確定賦課額。令和元年度及び令和2年度は概算賦課額を用いている。

※後期支援金について、平成20年度及び平成21年度は加入者割、平成22年度～26年度は3分の1総報酬割、平成27年度は2分の1総報酬割、平成28年度は3分の2総報酬割、

平成29年度以降は全面総報酬割としている。

※前期高齢者に係る後期支援金分は前期納付金に含まれている。

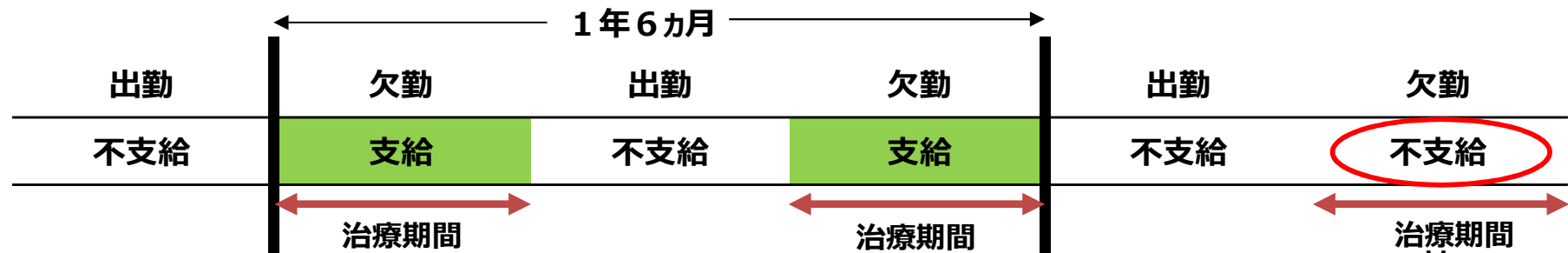
②傷病手当金の見直し

傷病手当金の支給期間について

- 健康保険における傷病手当金は、支給開始から起算して1年6か月を超えない期間支給する仕組みとなっており、1年6か月経過後は、同一の疾病等を事由に支給されない。
- 一方、共済組合における傷病手当金は、支給期間を通算して1年6か月を経過した時点までは支給される仕組みとなっている。

【健康保険における傷病手当金の支給期間】

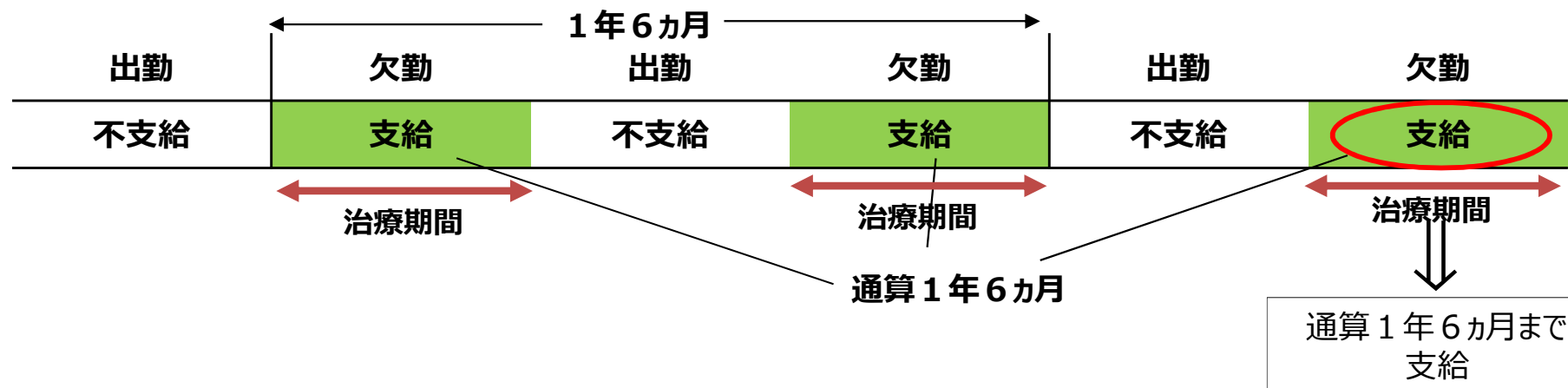
⇒ 支給開始から1年6か月を超えない期間まで支給（1年6か月後に同じ疾病が生じた場合は不支給）



※ 例えば、がん治療について、手術等により一定の期間入院した後、薬物療法（抗がん剤治療）や放射線治療として、働きながら、定期的に通院治療が行われることがある。

【共済組合における傷病手当金の支給期間】

⇒ 支給期間を通算して1年6か月の期間まで支給（延長される期限の限度はない）

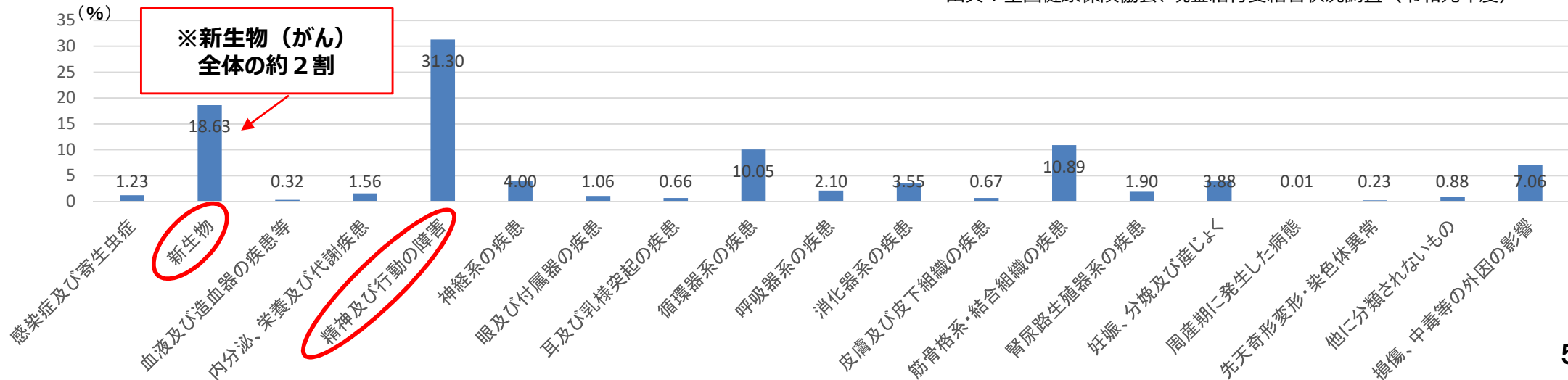


傷病手当金について

給付要件	被保険者が業務外の事由による療養のため労務に服することができないときは、その労務に服することができなくなった日から起算して3日を経過した日から <u>労務に服することができない期間</u> 、支給される。
支給期間	同一の疾病・負傷に関して、 <u>支給を始めた日から起算して1年6月を超えない期間</u>
支給額	1日につき、直近12か月の標準報酬月額を平均した額の30分の1に相当する額の <u>3分の2に相当する金額（休業した日単位で支給）</u> 。 <small>（※）国共済・地共済は、標準報酬の月額の平均額の22分の1に相当する額の3分の2に相当する額 私学共済は、標準報酬月額の平均額の22分の1に相当する額の100分の80に相当する額</small> なお、被保険者期間が12か月に満たない者については、 ①当該被保険者の被保険者期間における標準報酬月額の平均額 ②当該被保険者の属する保険者の全被保険者の標準報酬月額の平均額 のいずれか低い額を算定の基礎とする。
支給件数 (平成30年度)	約200万件（被用者保険分）うち協会けんぽ120万件、健保組合70万件、共済組合10万件 <small>（※）平成30年度中に支給決定された件数。申請のタイミングは被保険者によって異なるが、同一の疾病に対する支給について、複数回に分けて支給申請・支給決定が行われた場合には、それぞれ1件の支給として計算。</small>
支給金額 (平成30年度)	約3900億円（被用者保険分）うち協会けんぽ2100億円、健保組合1600億円、共済組合200億円

【参考】協会けんぽにおける傷病手当金の疾病別構成割合（令和元年度・支給件数ベース）

出典：全国健康保険協会、現金給付受給者状況調査（令和元年度）



傷病手当金の見直しの方向性

【支給期間の通算化】

- ・ 傷病手当金の支給期間は、支給開始日から起算して1年6ヶ月を超えない期間とされている。（その間、一時的に就労した場合であっても、その就労した期間が1年6ヶ月の計算に含まれる。）
- ・ がん治療のために入退院を繰り返すなど、長期間に渡って療養のため休暇を取りながら働くケースが存在し、**治療と仕事の両立の観点から、より柔軟な所得保障を行うことが可能となるよう、支給期間を通算化する。**
- ・ 通算化により延長されうる支給期限については、共済組合と同様に限度を定めず、文書により確認できる範囲内で対応することとする。

【その他の見直し】

- ・ 資格喪失後の継続給付の廃止は、労災以外の傷病の療養のため退職を余儀なくされた被保険者に対する給付を資格喪失と同時に打ち切ることになるが、退職後においても一定の所得保障は引き続き必要であり、労働者保護の観点から、現行制度を維持する。
- ・ 支給適正化に当たっては、各保険者で行われている審査運用のベストプラクティスの共有や裁決例のわかりやすい形での共有など、審査の効率化・適正化の方策を進める。
- ・ 年金保険との併給調整については、現在行っている保険者と日本年金機構の情報連携の効率化等に努める。なお、年金からの天引きにより調整することについては、年金受給者の受給権保護、生活原資の確保等の観点に照らし、極めて限定的に行われるべきものであること、天引きが行われていない他制度（児童扶養手当、生活保護給付及び労災給付等）との整合性なども勘案する必要があること、といった課題がある。
- ・ 労災保険との併給調整については、被保険者の同意が得られない場合には、保険者から労働基準監督署に傷病手当金の受給者の労災給付状況の照会を行うことができないといった課題があるため、併給調整事務の円滑化に向けた対応を検討し、所要の措置を講じる。

③不妊治療の保険適用に向けた検討

不妊治療の流れ(概略図)

検査



①男性不妊、②女性不妊、③原因が分からない機能性不妊に大別される。
診察所見、精子の所見、画像検査や血液検査等を用いて診断する。

原因の治療

男性不妊の治療

精管閉塞、先天性の形態異常、逆行性射精、造精機能障害など。
手術療法や薬物療法が行われる。

女性不妊の治療

子宮奇形や、感染症による卵管の癒着、子宮内膜症による癒着、ホルモンの異常による排卵障害や無月経など。
手術療法や薬物療法が行われる。

機能性不妊や治療が奏功しないもの

人工授精(AIH)

精液を注入器で直接子宮に注入し、妊娠を図る。主に、夫側の精液の異常、性交障害等の場合に用いられる。比較的、安価。

夫婦間で行われる
人工授精など

特定
不妊
治療

体外受精

体外で受精させ、妊娠を図る。採卵を伴うため、女性側の身体的負担が重い。主に、人工授精後や女性不妊の場合に用いられる。

顕微授精

体外受精のうち、人工的に(卵子に注射針等で精子を注入するなど)受精させるもの。

男性に対する治療

顕微鏡下精巣内精子回収法(MD-TESE)。手術用顕微鏡を用いて精巣内より精子を回収する。

精子提供による
人工授精(AID)

卵子・胚提供

代理懐胎

国費で助成(不妊に悩む方への特定治療支援事業の対象)

倫理的にどこまで行ってもいいのか、対象者、親子関係、子どもの出自を知る権利、近親婚の防止、対価の授受などの特有の課題

(H15厚労省の部会、H20日本学術会議で検討→法制化には至っていない)

※学会は精子提供による人工授精は容認、卵子提供はルールを示していない。胚提供・代理懐胎は禁止。

不妊症の定義・疾病分類

【国際的な定義・疾病分類】

<WHO-ICMART glossary> ※WHO HPより抜粋

- ・ 不妊症とは「避妊を行わない性交を定期的に12か月以上行った後、妊娠できないことによって定義される生殖器系の疾患」です。

【国内における定義・疾病分類】

<日本産科婦人科学会>

不妊（症） infertility, (sterility)

生殖年齢の男女が妊娠を希望し、ある一定期間、避妊することなく通常の性交を継続的に行っているにもかかわらず、妊娠の成立をみない場合を不妊という。その一定期間については1年というのが一般的である。なお、妊娠のために医学的介入が必要な場合は期間を問わない。

<日本生殖医学会> ※HP「不妊症Q&A」Q2より抜粋

- ・ 「不妊症」とは、なんらかの治療をしないと、それ以降自然に妊娠する可能性がほとんどない状態をいいます。
- ・ 特に病気のない健康な男女が妊娠を希望し、避妊をせず夫婦生活（セックス）を営むと一定期間内に大多数の方が妊娠します。しかし一定期間を過ぎても妊娠しない場合、その後いくらタイミングを取っても自然に妊娠する可能性は低くなるため、不妊症と診断することが出来ます。
- ・ 結婚年齢が高くなった日本でも1年以上妊娠しない場合に不妊症と診断し、年齢が高い場合にはより早期に検査と治療を開始したほうがよいという考えが一般化してきています。

「疾病」について

保険事故としての疾病の定義

- 健康保険法においては、医学的な定義に該当するような疾病のうち、ある程度のまたはある範囲のものを保険事故としての疾病としており、いかなる程度のあるいはいかなる範囲の疾病を保険事故としての疾病とするかについては、次第に変化してきている。

< 施行当初（大正10年） >

疾病であっても、身体異常の結果個人の労働能力に影響を及ぼし被保険者の平常の労務に障害を来たすものを保険事故としての疾病として取り扱うこととし、労働能力にまったく関係のない疾病は除外するものとしていた。

< 昭和16年 >

従来の労働能力との関連性を払拭し、診療方針を「健康保険ノ診療ハ被保険者ノ健康保持増進上最モ妥当適切ナルモノタルヲ要シ先天性タルト後天性タルトヲ問ハズ医師トシテ治療ヲ要スト認メラルル程度ノ傷病ニ対シ之ヲ為スモノトス」と改め、労働能力と直接関係なくとも、被保険者の健康の保持増進上必要と認められれば疾病の範囲内とすることとした。

< 現在 >

保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）第12条において、「一般に医師又は歯科医師として診療の必要があると認められる疾病又は負傷に対して」行うこととされている。

※保険医療機関及び保険医療養担当規則（抄）

（診療の一般的方針）

第十二条 保険医の診療は、一般に医師又は歯科医師として診療の必要があると認められる疾病又は負傷に対して、適確な診断をもととし、患者の健康の保持増進上妥当適切に行われなければならない。

- 施行当初は疾病の範囲外とされていたものでも、現在では範囲内とされるものが相当数あり、その範囲は極めて広いものである。

※「健康保険法の解釈と運用 平成29年度版」より作成

④任意継続被保険者制度の見直し

任意継続被保険者制度の概要と論点

- 任意継続被保険者制度は、健康保険の被保険者が、退職した後も、選択によって、引き続き最大2年間、退職前に加入していた健康保険の被保険者になることができる制度。

(現行制度)

保険料	<ul style="list-style-type: none"> ・全額被保険者負担(事業主負担なし) ・①従前の標準報酬月額又は②当該保険者の全被保険者の平均の標準報酬月額のうち、いずれか低い額に保険料率を乗じた額を負担
資格喪失事由	<ul style="list-style-type: none"> ・任意継続被保険者となった日から起算して2年を経過したとき ・死亡したとき ・保険料を納付期日までに納付しなかったとき ・被用者保険、船員保険又は後期高齢者医療の被保険者等となったとき
加入要件 (勤務期間)	<ul style="list-style-type: none"> ・資格喪失の日の前日まで継続して2か月以上被保険者であったこと

(論点)

→ ①保険料の算定基礎を従前の標準報酬月額とすることについて、どう考えるか。

→ ②被保険者期間を最大1年とすることについて、どう考えるか。

→ ③加入要件を1年以上とすることについて、どう考えるか。

任意継続被保険者制度の見直しの方向性

【見直しの基本的な考え方】

- 退職した被保険者が国保に移行することによる給付率の低下の緩和という従来の意義の一部が失われており、現在は国保への移行に伴う保険料負担の激変緩和が実質的な意義となっている。現在の働き方にあった制度の見直しを行う。
- 制度見直しに当たっては、雇用形態の変化等の現在の実状に沿った見直しを基本としつつ、有期雇用の労働者など短期間での転職が多い被保険者や保険者の事務負担への配慮を行う。

【見直しの方向性】

（保険料の算定基礎）

- 保険料の算定基礎については、健康保険組合によっては、管掌企業の雇用形態や、組合の財政状況を踏まえ、退職前に高額給与が支払われていた者についても、退職前と同等の応能負担を課することが適当な場合もあると考えられることから、健康保険組合の実状に応じて柔軟な制度設計が可能となるよう見直しを行う。
- 具体的には、**保険料の算定基礎を「①当該退職者の従前の標準報酬月額又は②当該保険者の全被保険者の平均の標準報酬月額のうち、いずれか低い額」から「健保組合の規約により、従前の標準報酬月額」とすることもできることとする。**

（被保険者期間）

- 被保険者期間の見直し（最大2年⇒最大1年）については、1年経過後の国保加入時に支払い保険料が高くなってしまうケースが一定数発生し、退職後の被保険者の選択の幅を制限することにつながるため、一律の制限は行わないこととする。この上で、被保険者の生活実態に応じた加入期間の短縮化を支援する観点から、被保険者の任意脱退を認めることとする。
- 具体的には、**資格喪失事由に「被保険者からの申請による任意脱退」を追加**する。保険料未納による資格喪失を行った場合、国保の資格を遡及適用させる、既保険者から支払審査機関へのレセプト返戻を行うなど、資格適用、保険料徴収及び保険給付の側面で事務負担が発生している。こうした事務を効率化するという観点からも利点がある。

（加入要件）

- 加入要件の見直し（2ヶ月以上⇒1年以上）については、有期雇用の労働者などの短期間での転職が多い被保険者が制度を利用できなくなり、被保険者の選択の幅を制限することになるため行わないこととする。

任意継続被保険者制度の概要

- 任意継続被保険者制度は、健康保険の被保険者が、退職した後も、選択によって、引き続き最大2年間、退職前に加入していた健康保険の被保険者になることができる制度。

（任意継続被保険者制度の概要）

加入要件 (勤務期間)	<ul style="list-style-type: none"> 資格喪失の日の前日まで継続して<u>2か月以上</u>被保険者であったこと
資格喪失事由	<ul style="list-style-type: none"> 任意継続被保険者となった日から起算して<u>2年</u>を経過したとき 死亡したとき 保険料を納付期日までに納付しなかったとき 被用者保険、船員保険又は後期高齢者医療の被保険者等となったとき
保険料	<ul style="list-style-type: none"> 全額被保険者負担(事業主負担なし) <u>①従前の標準報酬月額又は②当該保険者の全被保険者の平均の標準報酬月額</u> ※のうち、いずれか低い額に保険料率を乗じた額を負担 <p>※ 健保組合が当該平均した額の範囲内において規約で定めた額がある時は、その額</p>

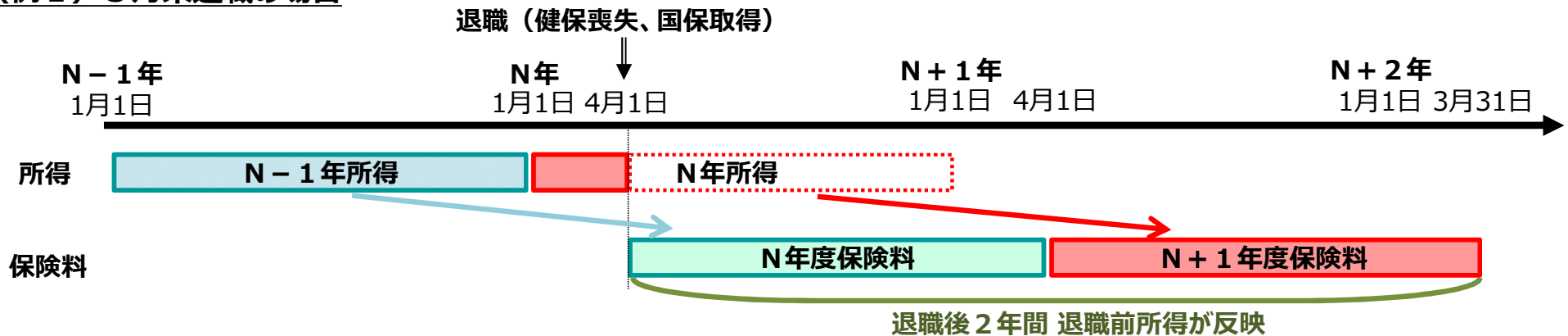
任意継続被保険者制度の意義

- 任意継続被保険者制度は、①国民皆保険実現(昭和36年)までは、解雇・退職に伴う無保険の回避、②給付率7割統一(平成15年)までは、国保への移行による給付率の低下の防止が主たる目的であったが、③現状では、国保への移行に伴う保険料負担の激変緩和が、その実質的な意義となっている。

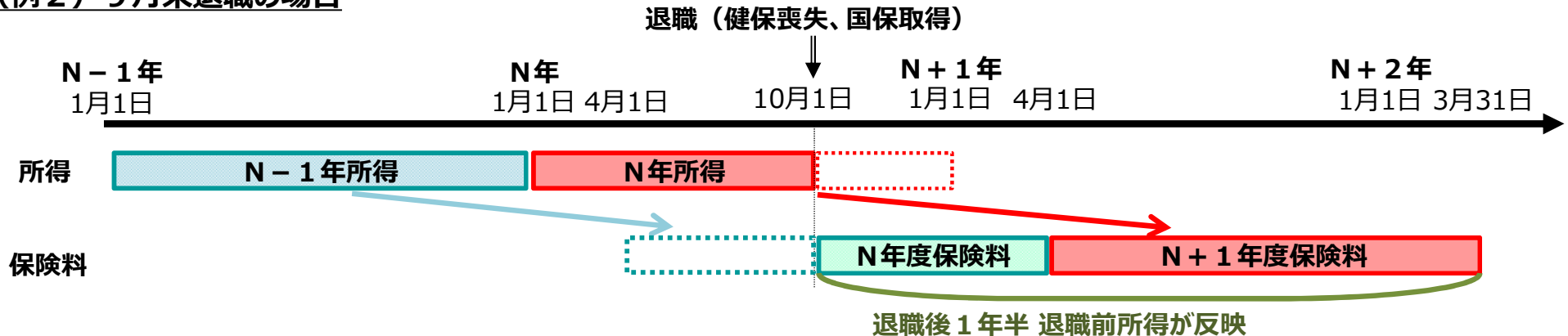
※ 国民健康保険は、前年所得を基準に保険料(所得割部分)が算定されることから、退職後に所得がないにも関わらず、退職時の高い所得に基づく高い保険料額が算定される場合がある。

<国民健康保険料(所得割分)の算定方法>

(例1) 3月末退職の場合



(例2) 9月末退職の場合



⑤ 育児休業保険料免除の見直し

男性の育児休業取得促進策について ①

令和2年11月12日
第33回労働政策審議会
雇用環境・均等分科会 資料より作成

1. 男性の育児休業取得促進策について

○ 検討の目的

- ・ 男女労働者の雇用継続の観点から、特に休業の取得が進んでいない男性について、家事・育児を行うことを促進するため、男性の育児休業取得促進策について検討することが目的でよい。

(1) 子の出生直後の休業の取得を促進する枠組み

○ 制度の必要性

- ・ **男性の休業の取得をより進めるため、特に子の出生直後の時期について、現行の育児休業よりも柔軟で取得しやすい新たな仕組みをつくることとしてはどうか。**

※仮に新たな仕組みをつくるならば、以下のようにはどうか。

○ 対象期間、取得可能日数等	<参考>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 対象期間：子の出生後8週としてはどうか。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 現行の育児休業：原則子が1歳に達するまで ● 現在育児休業をしている男性の半数近くが子の出生後8週以内に取得。 ● 出産した女性労働者の産後休業：産後8週
<ul style="list-style-type: none"> ・ 取得可能日数：期間を限定するかどうか。限定する場合は、4週間程度としてはどうか。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 現行の育児休業：期間の限定なし ● 年次有給休暇：年間最長20労働日
○ 権利義務の構成	<参考>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 労働者の申出により取得できる権利としてはどうか。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 現行の育児休業：労働者の申出により取得できる権利
○ 要件・手続き	<参考>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 申出期限：現行の育児休業より短縮し、2週間程度としてはどうか。あるいは、現行の育児休業と同様に1ヶ月とすべきか。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 現行の育児休業（原則）：1か月前 ● 保育所に入所できない場合等の1歳以降の育児休業（最長6か月）、介護休業（取得期間が最長93日）：2週間前 ● 現行の育児休業（出産予定日前に子が出生した場合等）：1週間前
<ul style="list-style-type: none"> ・ 分割：分割を可能としてはどうか。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 現行の育児休業：原則1回 ※いわゆる「パパ休暇」：子の出生後8週間以内に育児休業を終えた場合には再度取得可能
<ul style="list-style-type: none"> ・ 休業中の就労：あらかじめ予定した就労も可能としてはどうか。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 現行の育児休業：労使の話し合いにより、子の養育をする必要がない期間に、一時的・臨時的（災害や突発的な事態への対応等、あらかじめ予定していない場合）に、その事業主の下で就労可能。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 対象労働者、休業開始日及び終了日の変更：現行の育児休業と同様の考え方で設定してはどうか。 	

男性の育児休業取得促進策について ②

令和2年11月12日
第33回労働政策審議会
雇用環境・均等分科会 資料より作成

(2) 妊娠・出産（本人又は配偶者）の申出をした労働者に対する個別周知及び環境整備 （略）

(3) 育児休業の分割取得等

<p>○ 分割を認める場合、その要件及び回数</p> <p>・ <u>分割して2回程度取得可能としてはどうか。</u></p>	<p><参考></p> <ul style="list-style-type: none">● 現行の育児休業：原則1回※ いわゆる「パパ休暇」：子の出生後8週間以内に育児休業を終えた場合には再度取得可能
<p>○ 1歳以降の延長の場合の取扱い</p> <p>・ 延長した場合の育児休業の開始日が、各期間（1歳～1歳半、1歳半～2歳）の初日に限定されていることを見直してはどうか。</p>	<p><参考></p> <ul style="list-style-type: none">● 延長した場合の育児休業の開始日が、各期間（1歳～1歳半、1歳半～2歳）の初日に限定されていることを見直してはどうか。

(4) 育児休業取得率の公表の促進等 （略）

2. その他 （略）

育児休業取得者の保険料免除について

免除要件	<p>被保険者が育児休業等（※）を取得していること</p> <p>※ 第43条の2により、「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成三年法律第七十六号）第二条第一号に規定する育児休業、同法第二十三条第二項の育児休業に関する制度に準ずる措置若しくは同法第二十四条第一項（第二号に係る部分に限る。）の規定により同項第二号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業又は政令で定める法令に基づく育児休業」をいう。</p> <p>※ 産前産後休業についても、同様に保険料免除の制度が設けられている（健康保険法第159条の3）</p>
免除期間	<p>育児休業等を開始した日の属する月から<u>その育児休業等が終了する日の翌日が属する月の前月までの期間</u></p>
免除額	<p>育児休業等取得中の保険料負担の全額 ※賞与保険料を含む</p> <p>※ 被保険者の本人負担分（平成7年～）、事業主負担分（平成13年～）がいずれも免除される。</p>
免除実績 （件数）	<p>協会けんぽ：201万件（男性1.6万件、女性199万件※産休含む）</p> <p>健保組合：187万件（男性3.3万件、女性184万件）（平成30年度）</p> <p>※ 平成30年度の各月における免除件数を合計したのべ件数</p>
免除実績 （金額）	<p>協会けんぽ：484億円（※保険料率を一律10%として試算）</p> <p>健保組合：513億円（※保険料率を一律9.2%として試算）（平成30年度）</p>

◎健康保険法（大正11年法律第70号）抄

第百五十九条 育児休業等をしている被保険者（第百五十九条の三の規定の適用を受けている被保険者を除く。）が使用される事業所の事業主が、厚生労働省令で定めるところにより保険者等に申出をしたときは、その育児休業等を開始した日の属する月からその育児休業等が終了する日の翌日が属する月の前月までの期間、当該被保険者に関する保険料を徴収しない。

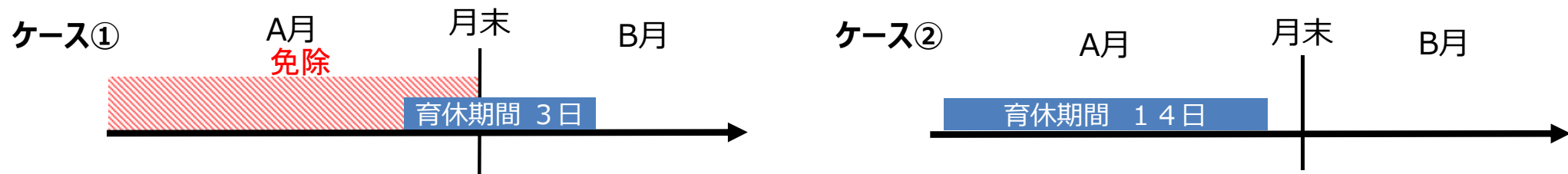
育児休業中の保険料免除の考え方と課題について

- 育児休業中の社会保険料免除は、育児休業中の賃金は無給とされるのが通例である一方、保険料は被保険者の標準報酬月額等に基づき賦課されることから、育児休業取得者の経済的負担に配慮して設けられたものである。
- 保険料免除期間については、「育児休業等を開始した日の属する月からその育児休業等が終了する日の翌日が属する月の前月までの期間」とされている（注）。

（注）この免除期間の考え方は、現行の保険料徴収において、事業主や保険者の事務負担軽減の観点から、月末時点まで在職しているかどうかで当月の保険料すべての徴収を決定する考え方を踏まえたものとなっている。現行の保険料徴収においては、退職等を行った翌日を被保険者資格の喪失日としており、資格を喪失した場合は当月の保険料すべてを徴収していない。したがって、月半ばに退職した場合は保険料は徴収されないが、月末に退職した場合はその翌月（翌日）が資格喪失日となるため、当月の保険料は徴収される。

（課題①）

- このため、月末時点で育児休業を取得している場合には、当月の保険料が免除される一方、月途中で短期間の育児休業を取得した場合には、保険料が免除されないという不公平が生じている。特に男性については、育休取得期間が1か月未満という短期間の取得が約8割となっており、影響が大きい。



（課題②）

- また、賞与保険料については、実際の賞与の支払に応じて保険料が賦課されているにも関わらず、賞与の支払を受けている場合にも全額免除されている。このため、賞与月に育休の取得が多いといった偏りが生じている可能性がある。

1月以下の育休取得に係る保険料免除の方向性

- 現在検討中の子の出生直後の時期における「**現行の育児休業よりも柔軟で取得しやすい新たな仕組み**」（以下、**新たな仕組み**）について、社会保険の観点からは現行の育児休業と同趣旨のものと考えられるため、育休取得推進のため新たな仕組みによる休業取得者の経済的負担に配慮して、**保険料免除の対象とする**。

（課題①への対処）

- これまで育休取得にかかる保険料免除については、月末時点の育休取得状況のみにより判断してきたが、新たな仕組みによる休業を含め1月以下の育休取得でも取得のタイミングによらず保険料免除制度を活用できるよう、育休開始日の属する月については、**その月の末日が育休期間中である場合に加えて、その月中に一定以上育休を取得した場合にも保険料を免除する**。

月末時点の育休取得を引き続き免除対象とするのは、子どもの生まれるタイミングによっては初月に一定以上の育休を取得できないことも考えられ、現在の免除対象となっている者も引き続き免除制度を活用できるようにするため。

- 月の半分にあたる**2週間以上の育休取得を保険料免除の基準**とする。

- **同月内に取得した育児休業及び新たな仕組みによる休業等は通算して育休期間の算定**に含めるものとする。
- 育休中の保険料免除は、育休中の無給期間など経済的負担への配慮が趣旨であるため、新たな仕組みにおける休業において仮に休業中の就労を認め、予定した就労を可能とする場合、**「予定した就労」の日については育休期間の算定から除くものとする**。ただし、災害等により一時的・臨時的に就労した場合は、事前に予期できない理由であることや事務負担軽減の観点から、事後的に育休期間の算定から除く必要はないものとする。

※ これまでも一時的・臨時的に就労した場合も育休期間としてみなしてきた。

（課題②への対処）

- 賞与保険料については、実際の賞与の支払に応じて保険料が賦課されるものであり、短期間の育休取得であればあるほど、賞与保険料の免除を目的として育休取得月を選択する誘因が働きやすいため、連続して**1ヶ月超の育休取得者に限り、賞与保険料の免除対象とする**。

⑥出産育児一時金の見直し

出産育児一時金について

- 出産育児一時金とは、健康保険法等に基づく保険給付として、健康保険や国民健康保険などの被保険者またはその被扶養者が出産したとき、出産に要する経済的負担を軽減するため、一定の金額が支給される制度。
- 出産育児一時金の支給額については、出産費用等の状況を踏まえ、弾力的な改定を実施するため、被用者保険は政令、市町村国保は条例で、それぞれ規定。

➤平成18年10月：30万円→35万円

➤平成21年1月：35万円→原則38万円（本来分35万円＋産科医療補償制度掛金分3万円）
・産科医療補償制度の導入に伴い3万円の加算措置を創設

➤平成21年10月：原則38万円→原則42万円（本来分39万円＋掛金分3万円）
※平成23年3月までの暫定措置

：出産育児一時金の直接支払制度導入

➤平成23年4月：原則42万円を恒久化

➤平成27年1月：原則42万円

（本来分39万円→40.4万円に引上げ＋掛金分3万円→1.6万円に引下げ）

※ 全国の公的病院における平均的な出産費用の状況等を踏まえて改定されてきた。

出産費用の状況

【令和元年度(速報値)】

	平均値	中央値
全体	460,217円	451,120円
公的病院	443,776円	440,530円
私的病院	481,766円	467,805円
診療所 (助産所を含む)	457,349円	449,300円

※正常分娩に係る直接支払制度専用請求書を集計したものであり、室料差額、産科医療補償制度掛金、その他の費目を除く
出産費用の合計額

公的病院:国公立病院、国公立大学病院、国立病院機構等

私的病院:私立大学病院、医療法人病院、個人病院等

診療所:官公立診療所、医療法人診療所、個人診療所、助産所等

※厚生労働省保険局において集計

公的病院 都道府県別出産費用（令和元年度（速報値））

（単位：円）	平均値	中央値
全国	443,776	440,530
北海道	394,803	401,014
青森県	404,956	409,380
岩手県	458,518	462,880
宮城県	473,158	478,740
秋田県	413,518	413,970
山形県	467,387	471,625
福島県	432,603	435,550
茨城県	502,470	492,615
栃木県	466,512	485,000
群馬県	449,400	450,140
埼玉県	443,627	460,245
千葉県	455,087	458,730
東京都	536,884	536,196
神奈川県	486,464	487,616
新潟県	466,526	474,650
富山県	420,242	439,930
石川県	415,243	404,644
福井県	400,242	399,540
山梨県	443,167	428,469
長野県	458,273	458,660
岐阜県	402,888	409,700
静岡県	435,525	433,755
愛知県	450,554	449,827

三重県	423,912	416,000
滋賀県	449,343	448,138
京都府	419,944	415,110
大阪府	419,305	434,000
兵庫県	441,781	441,100
奈良県	367,467	380,855
和歌山県	386,138	375,800
鳥取県	341,385	346,570
島根県	408,465	429,975
岡山県	453,495	464,715
広島県	448,532	448,700
山口県	391,542	395,168
徳島県	438,618	435,320
香川県	410,664	418,665
愛媛県	408,433	418,195
高知県	369,552	370,510
福岡県	411,166	425,980
佐賀県	370,744	373,998
長崎県	411,466	418,560
熊本県	397,549	393,745
大分県	381,973	389,375
宮崎県	405,869	407,077
鹿児島県	407,543	408,044
沖縄県	342,826	356,104

出産費用の推移(公的病院)

単位:円

公的病院の全国平均	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度 (速報値)
入院料	163,539	166,324	167,556	169,030	172,121	171,058	177,933	180,452
分娩料	178,419	180,220	185,117	191,661	196,095	197,324	198,445	201,458
新生児管理保育料	39,526	39,166	39,057	39,247	39,138	38,443	38,221	37,480
検査・薬剤料	14,018	14,200	14,044	14,066	14,221	14,141	14,684	14,439
処置・手当料	10,510	10,194	10,076	10,369	10,231	10,330	10,023	9,947
室料差額a	13,798	14,455	15,127	15,522	16,617	17,283	18,185	19,688
産科医療補償制度b	29,752	29,788	27,775	15,914	15,891	15,803	15,793	15,778
その他c	28,178	28,486	28,926	29,441	29,931	30,807	31,268	32,202
総計	477,740	482,834	487,678	485,249	494,245	495,187	504,552	511,444
総計-a-b-c	406,012	410,105	415,850	424,371	431,806	431,295	439,307	443,776
中央値(総計-a-b-c)	401,590	405,500	411,142	420,810	427,510	427,590	436,000	440,530

※厚生労働省保険局において集計

出産費用の明確化と透明性の確保

【現状・課題】

- 出産費用は年々増加しているが、どのような要因により増加しているのか明らかではない。
- 正常分娩の場合は、自由診療で行われており、価格設定の方法も様々である。また、直接支払いの請求様式も詳細な費用区分を求めることになっていない。このため、どのような行為を行い、それに対してどのような価格が設定されているか把握することができない。さらに、医療機関において、必ずしも事前に出産費用が明示されておらず、費用やサービスによる選択が難しくなっている。
(例：入院料は室料、食事料を合わせて記載することとなっており、それぞれの費用が分からない)
- 費用のばらつきが大きい、費用項目毎の分析や、在胎週数による分析などを実施しておらず、どのような要因により差があるのか明らかではない。また、分娩の約4割を占める異常分娩の費用の分析を行っていない。
- 出産育児一時金は、12週以降の分娩には、人工妊娠中絶だけでなく、死産、自然流産の場合にも支給している。このため、12週を待って人工妊娠中絶を行う者がおり、母体保護の観点から望ましくないとの指摘がある。
- 産科医療補償制度の見直しにより、掛金の引き下げが見込まれている。

【対応案】

- 出産に係る経済的負担をさらに軽減するため、費用実態を踏まえた支給額の検討やサービス選択肢の確保を段階的に進める。
具体的には
 - ・ 出産育児一時金として必要な額の検討については、まずは直接支払い制度の請求様式を見直し、費用増加要因の調査等を通じて、費用を詳細に把握した上で、新たに収集したデータに基づき検討する。
 - ・ 多様な出産形態や費用、サービスを踏まえ、医療機関を選択できるよう、医療機関において選択肢の明示を促すことを検討する。
- 産科医療補償制度の見直しに伴う掛金が4,000円引き下げられることに伴い、出産育児一時金の支給額もその分引き下げる考え方もあるが、少子化対策としての重要性に鑑み、支給総額は維持し、本人の給付分を4,000円引き上げる。

産科医療補償制度の補償対象基準の一部見直しについて

- 産科医療補償制度は、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児とその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、脳性麻痺発症の原因分析を行い、同じような事例の再発防止に資する情報を提供することなどにより、紛争の防止・早期解決や産科医療の質の向上を図ることを目的に2009年1月より創設され、2015年に制度改定が行われ、（公財）日本医療機能評価機構が運営している。
- 本制度の実績を通じて、補償対象基準の個別審査において補償対象外とされた事案の多くで分娩に関連する事象が認められる等医学的な不合理が明らかとなり、補償対象基準の見直しと本制度の実績について検証を行う場として、評価機構の下に、医療関係団体、患者団体、保険者等の関係者からなる「産科医療補償制度の見直しに関する検討会」が2020年9月に設置され、検証・検討を行った。その結果を踏まえ、2020年12月に報告書がとりまとめられた。

○現行基準の課題

- ・在胎週数28週～32週又は出生体重1400g未満の場合は個別審査となるが、個別審査で補償対象外とされた児の約99%が、医学的には「分娩に関連して発症した脳性麻痺」と考えられる事案であり、個別審査の見直しが必要であった。
- ・これらは、胎児心拍数モニター等で感知できる範囲に限界があること、および個別審査は一定の低酸素状況を基準としているので、低酸素状況以外の状態で「分娩に関連して発症した脳性麻痺」は補償対象外となることが主な理由と考えられる。
- ・28週～32週の早産児については、個別審査の対象としているが、近年の周産期医療の進歩により、医学的には「未熟性による脳性麻痺」ではなくなり、また、実際の医療現場においては、成熟児と同じような医療が行われている。

○見直し内容

- ・補償対象基準は低酸素状況を要件としている個別審査を廃止し、一般審査に統合する。

<補償対象範囲>

- ・以下の3つの基準をすべて満たすものを補償対象とする。
 - （補償対象基準）： 在胎週数が28週以上であること（32週から繰り上げるとともに体重基準及び個別審査基準を廃止）
 - （除外基準）： 先天異常や新生児期要因によらない脳性麻痺であること（変更無し）
 - （重症度基準）： 身体障害者手帳1・2級相当の脳性麻痺であること（変更無し）

<適用時期>

- ・2022年1月以降の分娩より適用

<補償対象者数の目安>

- ・年間455人（推定区間380人～549人）

<保険料水準>

- ・2.2万円（掛金1.2万円 / 返還保険料（剰余金）充当額1.0万円）
※現行は2.4万円（掛金1.6万円/返還保険料（剰余金）充当額0.8万円）

- ⑦ その他（現役並み所得者の基準の見直し、金融資産等の保有状況の反映の在り方など）

「現役並み所得」の判断基準の見直し

現行の制度

【現役並み所得区分の判定基準】

- ① 国保・後期高齢者医療制度加入者の場合は、課税所得145万円以上。かつ、
- ② 収入額の合計が単身383万円以上、世帯520万円以上

区 分	判定基準	負担割合	外来及び入院を合わせた 月単位の上限額	
			外来のみの月単位の上限額 (個人ごと)	月単位の上限額 (世帯ごと)
現役並み所得	課税所得145万円以上 年収約383万円以上	3割	収入に応じて80,100～252,600円 ＋(医療費－267,000～842,000円)×1% ＜多数回該当: 44,400円～140,100円＞	
一般	課税所得145万円未満	1割	18,000円 〔 年14.4万円 〕	57,600円 ＜多数回該当: 44,400円＞
低所得Ⅱ	世帯全員が住民税非課税 年収約80万円超		8,000円	24,600円
低所得Ⅰ	世帯全員が住民税非課税 年収約80万円以下			15,000円

→ 現役並み所得を有する後期高齢者の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっている。

現役並み所得の基準の見直しについて

新経済・財政再生計画 改革工程表2019 (令和元年12月19日)(抄)

○年金受給者の就労が増加する中、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均衡の観点から見直しを検討する。



以下の点を踏まえて、引き続き検討することとする。

○ 現役並み所得者への医療給付費については公費負担がないため、判断基準や基準額の見直しに伴い現役世代の負担が増加することに留意する必要がある。

※現役並み所得者への医療給付費に公費負担を導入する場合、数千億円の財源が必要となる。

○ 「現役並み所得の基準」の算定の基礎となる現役世代の収入は、現在把握可能なデータは平成30年度のものである。新型コロナウイルス感染症の影響で、現役世代の収入に影響があると考えられるが、令和2年度の現役世代の収入は、現在、把握できない。

既存医薬品の保険給付範囲の見直し

- 医薬品の保険給付範囲を見直す際、医薬品を保険給付範囲から除外するやり方と医薬品を保険収載したまま保険給付範囲を縮小するやり方がある。
- 前者については、現在、保険診療と保険外診療を併用して治療を行う場合には、原則として保険診療部分も含めて全額が自己負担とされているため、保険が適用されなくなる医薬品に係る薬剤料のみならず、初診料などの技術料も含めて全額が自己負担となりかねないことから、**保険外併用療養費制度に新たな類型を設ける**などの対応が必要。
- 後者については、**薬剤の種類に応じた患者負担の設定、薬剤費の一定額までの全額患者負担**などのやり方があり、これらの手法を幅広く検討すべき。

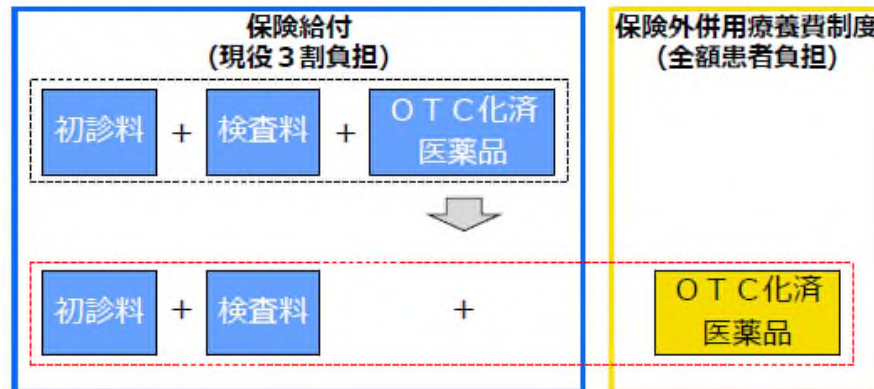
◆ 医薬品を保険給付対象から除外

過去の例	・栄養補給目的のビタミン製剤（2012） ・治療目的以外のうがい薬単体（2014） ・70枚超の湿布薬（2016）
今後の検討例※	・花粉症治療薬（OTC類似薬を1分類のみ投薬する場合） ・保湿剤（他の外用薬等との同時処方がない場合）

※健康保険組合連合会「政策立案に資する レセプト分析に関する調査研究Ⅲ、Ⅳ」政策提言（2017,2019）を参照

（参考）保険外併用療養費制度の活用

⇒ 薬局でも買える医薬品を医療機関で処方する場合に、技術料は保険適用のままで医薬品だけ全額自己負担とする枠組みを導入



◆ 医薬品を保険収載したまま保険給付範囲を縮小

① 薬剤の種類に応じた患者負担割合の設定（フランスの例）

抗がん剤等の代替性のない高額医薬品		0%
国民連帯の観点から負担を行うべき医療上の利益を評価して分類（医薬品の有効性等）	重要	35%
	中程度	70%
	軽度	85%
	不十分	100%

② 薬剤費の一定額までの全額患者負担（スウェーデンの例）

年間の薬剤費	患者負担額
1,150クローネまで	全額患者負担
1,150クローネから 5,645クローネまで	1,150クローネ + 超えた額の一定割合
5,645クローネ超	2,300クローネ

（注）1クローネ＝12円（令和2年9月中において適用される裁定外国為替相場）

薬剤自己負担の見直しに関する主な論点

【検討にあたっての考え方等】

- ・ 薬剤自己負担については、改革工程表において、「外国の薬剤自己負担の仕組み（薬剤の種類に応じた保険償還率や一定額までの全額自己負担など）も参考としつつ、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス等の観点から、関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる」ととされている。

【これまでの意見を踏まえた論点等】

- ・ 市販品類似の医薬品の保険給付の在り方
- ・ 国民皆保険制度を維持する観点からの保険給付の重点化
- ・ 医療上の必要性に応じて適切な医薬品を選択できるよう担保することの必要性
- ・ 平成14年の健保法等改正法の附則における7割給付を維持する必要性
- ・ 自己負担の引上げ以外の方策による薬剤給付の適正化策（セルフメディケーションの推進等）

等

【上手な医療のかかり方とセルフメディケーションの推進について】

- ・ 受診の必要性や医療機関の選択等を適切に理解して医療にかかることができれば、患者・国民にとって、必要なときに適切な医療機関にかかることができる。
- ・ また、医療提供者側の過度な負担が軽減されることで、医療の質・安全確保と同時に医療保険制度の安定につながる。
- ・ 医療保険制度において、医療資源の効率的な活用を図る観点から、保険者の立場からも上手な医療のかかり方とセルフメディケーションを推進する。

【具体的な取組案】

具体的には、例えば以下のような保険者による取組が検討されうるか。

- ① 過度な受診控えを防ぎつつ、医療資源の効率的な活用を図るため、上手な医療のかかり方とセルフメディケーション（OTC薬推進を含む）に関する周知・広報
- ② 被保険者のレセプトデータに基づき、スイッチOTC薬を使用した場合やセルフメディケーション税制を利用した場合の医療費負担の削減効果について、個別に通知
- ③ 被保険者に対するOTC薬購入等のセルフメディケーションに対するインセンティブ付与

金融資産等の保有状況の反映の在り方について

新経済・財政再生計画 改革工程表2019 (令和元年12月19日)(抄)

- 高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する。



- 資産勘案の仕組みを導入するに当たっては、預貯金口座等の金融資産を保険者が把握できることが必要である。平成30年1月より施行されている預貯金口座へのマイナンバー付番の仕組みは、本人の任意により預貯金口座とマイナンバーを紐付けるものであり、全ての預貯金口座に付番がなされている状況ではない。さらに、自治体から金融機関に口座情報を一括で照会する方法がなく、また、負債を把握することはできない。

※現在、「マイナンバー制度及び国と地方のデジタル基盤抜本改善WG」において、預貯金口座等への付番について更なる見直し(法制化)が検討されている。

- そのため、仮に介護保険の補足給付(※)と同様に資産要件を勘案することとした場合、保険者等は、相応の事務負担を要することとなる。

※介護保険においては、低所得者向けに食費・居住費を福祉的に給付する「補足給付」に資産要件を設けており、各保険者(市区町村)が、自己申告ベースで通帳の写しを確認するか、本人同意を得た上で、金融機関に対して照会することにより、申請者等の預貯金の状況を把握している。また、食費・居住費に係る負担限度額認定の対象となっている者は、全国で約120万人(平成30年介護保険事業状況報告)

- これに加えて、医療保険において金融資産等の保有状況を反映することに対する理屈をどのように整理するか、といった整理すべき論点がある。
- したがって、現時点において金融資産等の保有状況を医療保険の負担に勘案するのは尚早であり、預金口座へのマイナンバー付番の状況を見つつ、引き続き、医療保険制度における負担への反映方法の検討を進めることとする。

(参考) 介護保険制度の補足給付における資産勘案について

- 施設入所等にかかる費用のうち、食費及び居住費は本人の自己負担が原則となっているが、住民税非課税世帯である入居者については、その申請に基づき、補足給付を支給し負担を軽減。
- 平成26年度の介護保険法改正（平成27年8月施行）において、補足給付は、福祉的な性格を有する制度であり、預貯金を保有するにもかかわらず、保険料を財源とした給付が行われることは不公平であることから、資産等を勘案することとした。
- ※ 預貯金を完全に把握する仕組みがないため、自己申告制であり、金融機関への照会や不正受給に対する加算金により不正受給防止を図っている。
- ※ 生活保護制度では、保護の決定等において、金融機関に対し要保護者の預貯金の照会を実施。これを踏まえ、補足給付においても、同様の対応を行っている。

【補足給付の申請に当たっての資産等の確認方法】

資産等	確認方法	利用者負担段階	主な対象者
預貯金 (普通・定期)	通帳の写し (インターネットバンクであれば 口座残高ページの写し)	第1段階	・生活保護受給者 ・世帯全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者
有価証券 (株式・国債・地方債・社債など)	証券会社や銀行の口座残高の写し (ウェブサイトの写しも可)	第2段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、 年金収入等が80万円以下
投資信託	銀行、信託銀行、証券会社等の 口座残高の写し (ウェブサイトの写しも可)	第3段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、 第2段階該当者以外
現金	自己申告	第4段階	・世帯に課税者がいる者 ・市町村民税本人課税者
負債 (借入金・住宅ローンなど)	借用証書など		

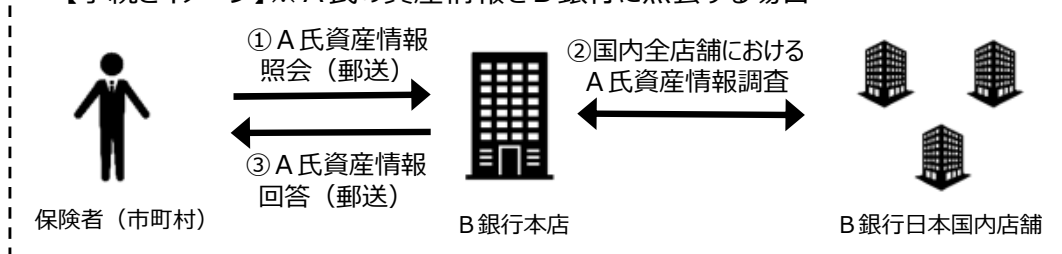
負担軽減の対象となる低所得者

資産等
単身：1,000万円
夫婦：2,000万円
以下

【預貯金確認と不正受給対策】

- 補足給付の申請の際に預貯金の額を申告するに当たっては、その額を確認するために通帳の写しを提出。
- 各保険者は、あらかじめ同意を得たうえで、申請者及び配偶者の預貯金の状況について、必要に応じて、金融機関に対して照会することができる。

【手続きイメージ】※ A氏の資産情報をB銀行に照会する場合



- 不正受給が発覚した場合には、給付額の返還に加え、最大2倍の加算金を徴収。

預貯金口座への付番については、社会保障制度の所得・資産要件を適正に執行する観点や、適正・公平な税務執行の観点等から、金融機関の預貯金口座をマイナンバーと紐付け、金融機関に対する社会保障の資力調査や税務調査の際にマイナンバーを利用して照会できるようにすることにより、現行法で認められている資力調査や税務調査の実効性を高めるものである。また、預金保険法又は農水産業協同組合貯金保険法の規定に基づき、預貯金口座の名寄せ事務にも、マイナンバーを利用できるようにするものである(平成30年1月1日より施行)。

【行政機関等】

預金保険機構・
農水産業協同組合貯金保険機構



地方自治体・
年金事務所等



税務署



マイナンバー付で
預貯金情報を照会

【社会保障給付関係法律・
預金保険関係法令改正】
マイナンバーが付された預
貯金情報の提供を求める
ことができる旨の照会規定
等を整備

【マイナンバー法改正】

預金保険機構及び農水産業協同組合貯金保険機構を、マイナンバー法における「個人番号利用事務実施者」として位置付け、マイナンバーの利用を可能とする など

【金融機関】



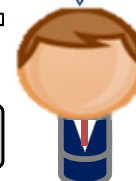
【国税通則法・地方税法改正】

照会に効率的に対応することができるよう、
預貯金情報をマイナンバーにより検索可能
な状態で管理する義務を課す

【顧客名簿】

預金者名	個人番号	種類	口座番号	残高
〇〇 〇〇	1234	普通	123...	〇〇円
		定期	456...	〇〇円
×× ××	9876	普通	987...	××円
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮

番号を
告知



預貯金者は、銀行等の
金融機関から、マイナンバー
の告知を求められる
※ 法律上、告知義務
は課されない



番号を
告知



【付番促進のための見直し措置の検討】

付番開始後3年を目途に、預貯金口座に対する付番状況等を踏まえて、必要と認められるときは、預貯金口座への付番促進のための所要の措置を講じる旨の見直し規定を法案の附則に規定。

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

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

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

①医療費の財源構造

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

②医療保険制度の比較

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

③実効給付率の推移と要因分析

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

④生涯医療費

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

医療費について保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化 【公表イメージ】

医療費の財源構成（平成29年度）

医療保険の自己負担割合は、医療保険制度全体で見ると15%程度。保険給付でまかなわれる残りの85%のうち、公費でまかなわれる部分が32%程度、保険料でまかなわれる部分が53%程度となっている。

後期高齢者とそれ以外で分けた場合、自己負担割合は後期高齢者が約8%、それ以外が約20%となっている。

医療費 40.2兆円	医療給付費 34.2兆円 (実効給付率 85.0%)		自己負担額 6.0兆円 (15.0%)
	公費 13.0兆円 (32.3%)	保険料 21.2兆円 (52.7%)	

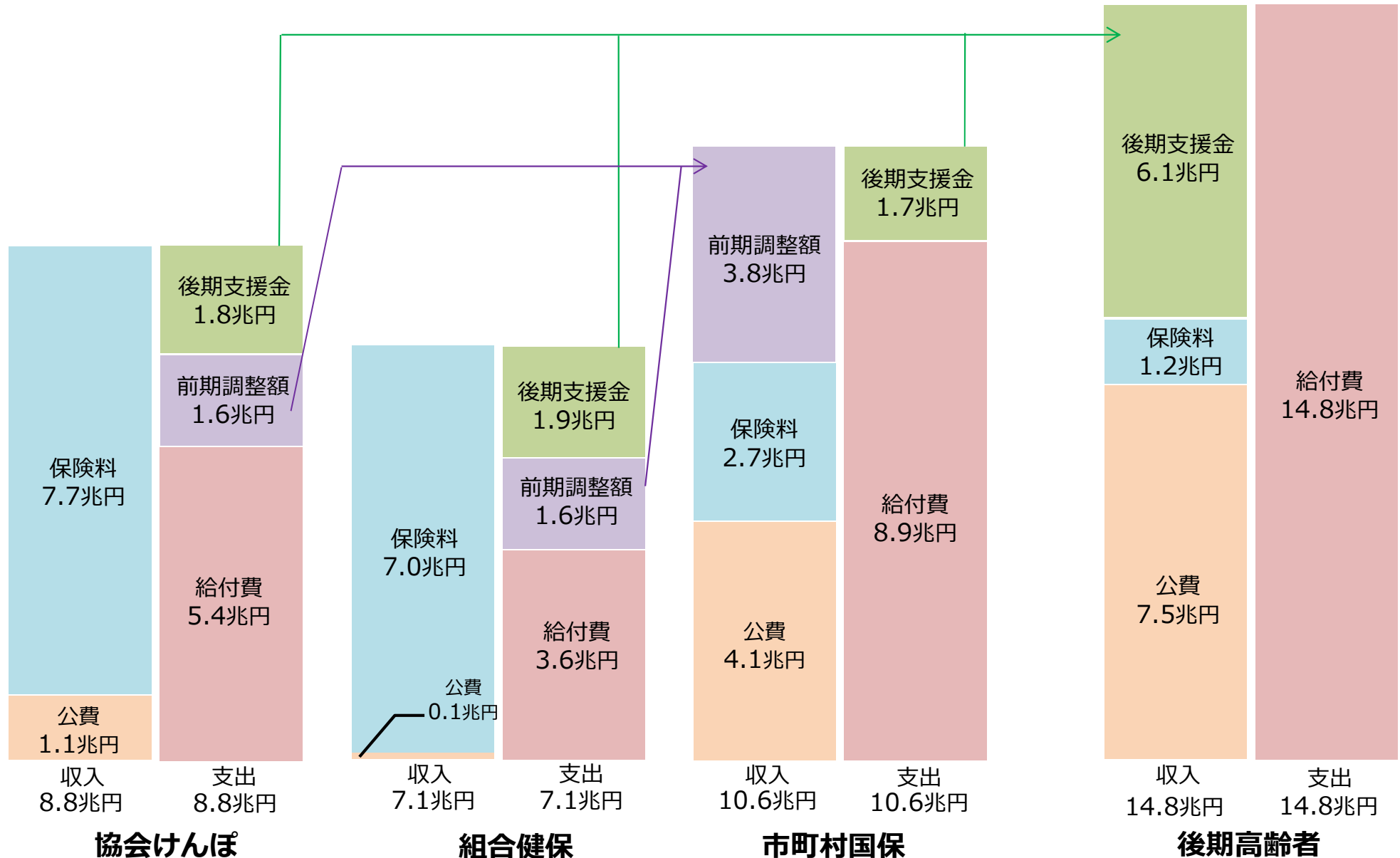


後期高齢者 以外 24.2兆円	医療給付費 19.4兆円 (実効給付率 80.3%)		自己負担額 4.8兆円 (19.7%)
	公費 4.7兆円 (19.6%)	保険料 14.7兆円 (60.7%)	

後期高齢者 16.1兆円	医療給付費 14.8兆円（実効給付率 92.0%）			自己負担額 1.3兆円 （8.0%）
	公費 7.5兆円（46.5%）	保険料 1.2兆円（7.2%）	支援金 6.1兆円（38.3%）	
	〔 公費 0.8兆円 保険料 5.4兆円 〕			

制度別の財政の概要（平成29年度）

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



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

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

各保険者の比較

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者 医療制度
保険者数 (平成30年3月末)	1,716	1	1,394	85	47
加入者数 (平成30年3月末)	2,870万人 (1,816万世帯)	3,893万人 〔被保険者2,320万人 被扶養者1,573万人〕	2,948万人 〔被保険者1,649万人 被扶養者1,299万人〕	865万人 〔被保険者453万人 被扶養者411万人〕	1,722万人
加入者平均年齢 (平成29年度)	52.9歳	37.5歳	34.9歳	33.0歳	82.4歳
65～74歳の割合 (平成29年度)	41.9%	7.2%	3.2%	1.5%	1.9%(※1)
加入者一人当たり 医療費(平成29年度)	36.3万円	17.8万円	15.8万円	16.0万円	94.5万円
加入者一人当たり 平均所得(※2) (平成29年度)	86万円 〔一世帯当たり 136万円〕	151万円 〔一世帯当たり(※3) 254万円〕	218万円 〔一世帯当たり(※3) 388万円〕	242万円 〔一世帯当たり(※3) 460万円〕	84万円
加入者一人当たり 平均保険料 (平成29年度)(※4) 〈事業主負担込〉	8.7万円 〔一世帯当たり 13.9万円〕	11.4万円〈22.8万円〉 〔被保険者一人当たり 19.1万円〈38.3万円〉〕	12.7万円〈27.8万円〉 〔被保険者一人当たり 22.7万円〈49.7万円〉〕	14.2万円〈28.4万円〉 〔被保険者一人当たり 27.1万円〈54.1万円〉〕	7.0万円
保険料負担率	10.2%	7.5%	5.8%	5.9%	8.4%
公費負担	給付費等の50% +保険料軽減等	給付費等の16.4%	後期高齢者支援金等の 負担が重い保険者等 への補助	なし	給付費等の約50% +保険料軽減等
公費負担額(※5) (令和元年度予算ベース)	4兆4,156億円 (国3兆1,907億円)	1兆2,010億円 (全額国費)	739億円 (全額国費)		8兆2300億円 (国5兆2,736億円)

(※1) 一定の障害の状態にある旨の広域連合の認定を受けた者の割合。

(※2) 市町村国保及び後期高齢者医療制度については、「総所得金額(収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離課税所得金額」を加えたものを年度平均加入者数で除したものである。(市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」のそれぞれの前年所得を使用している。)

協会けんぽ、組合健保、共済組合については、「標準報酬総額」から「給与所得控除に相当する額」を除いたものを、年度平均加入者数で除した参考値である。

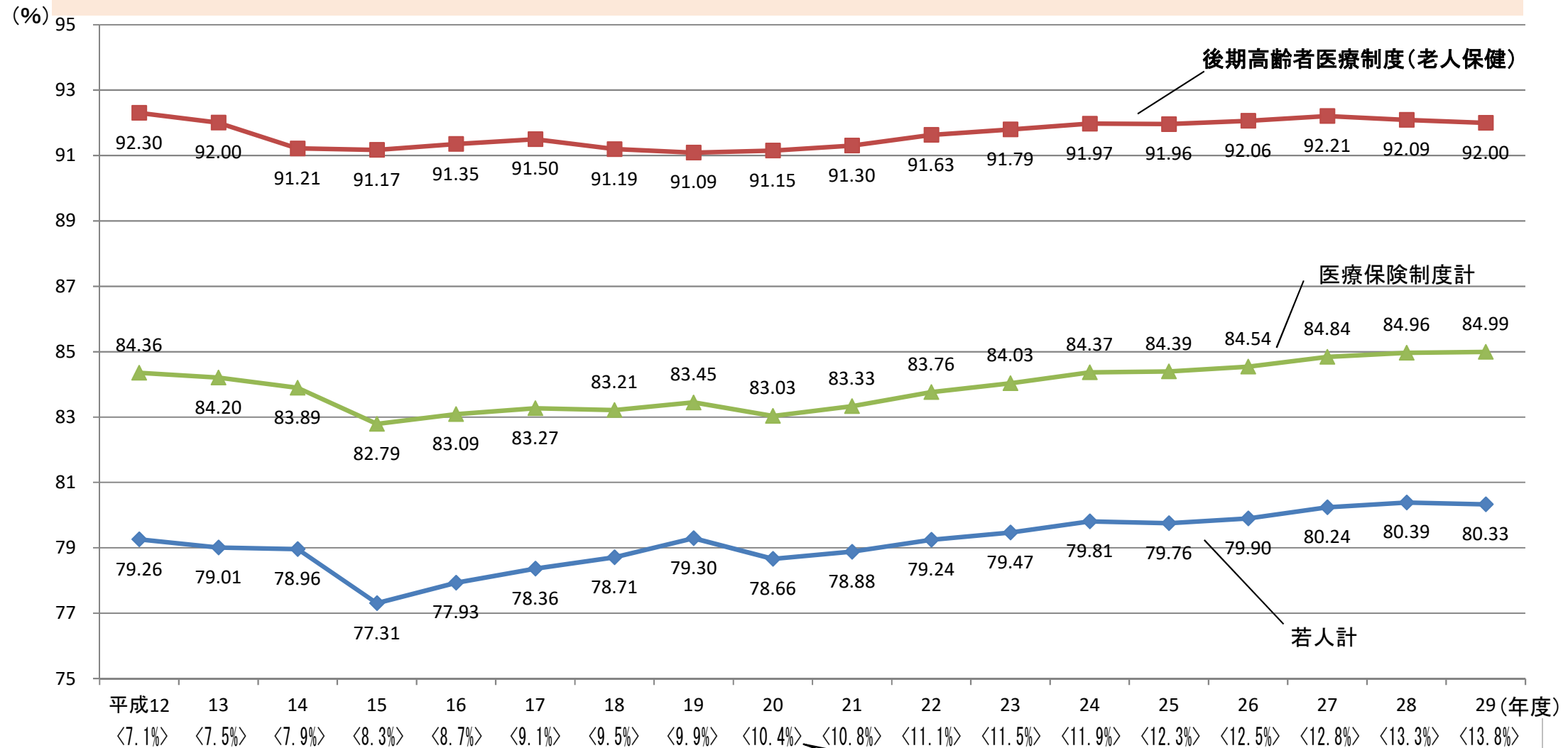
(※3) 被保険者一人当たりの金額を指す。

(※4) 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。

(※5) 介護納付金、特定健診・特定保健指導等に対する負担金・補助金は含まれていない。

実効給付率の推移

実効給付率は、制度改正等により上下することはあるものの、高齢化の進展等により、近年のトレンドとしては上昇傾向。



H14.10～70歳以上
: 定率1割(現役並み2割)

H15.4～健保
: 2割→3割

H18.10～70歳以上
: 現役並み: 2割→3割

H20.4～後期高齢者医療制度発足
70～74歳(凍結)/義務教育前: 2割

H26.4～70～74歳
: 順次凍結解除

(注1) 予算措置による70歳～74歳の患者負担補填分を含んでいない。

(注2) 特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾患治療研究事業といった公費による医療費の自己負担の軽減は含まれていない。

出典: 各制度の事業年報等を基に作成

実効給付率の推移と財源構成

実効給付率を財源別に見ると、保険料分が52%程度、公費分が32%程度となっている。

公費分の増減は、制度改正のほか高齢化による後期高齢者の増加、被用者化による国保加入者の減少等によって変化する。

	平成23年度 (2011)	平成24年度 (2012)	平成25年度 (2013)	平成26年度 (2014)	平成27年度 (2015)	平成28年度 (2016)	平成29年度 (2017)
実効給付率	84.0%	84.4%	84.4%	84.5%	84.8%	85.0%	85.0%
うち保険料分	52.3%	52.4%	52.3%	52.3%	52.4%	52.6%	52.7%
うち公費分	31.7%	32.0%	32.1%	32.3%	32.4%	32.4%	32.3%
前年度差（実効給付率）	0.3%	0.3%	0.0%	0.1%	0.3%	0.1%	0.0%
うち保険料分	0.2%	0.1%	▲0.1%	▲0.0%	0.1%	0.2%	0.1%
うち公費分	0.1%	0.3%	0.1%	0.2%	0.2%	▲0.1%	▲0.0%
制度改正				・国保の保険基盤安定 （保険料軽減）の拡充 （約500億円）	・国保の保険基盤安定 （保険者支援）の拡充 （約1,700億円） ・後期高齢者支援金の 総報酬割部分を1/2に引 上げ	・短時間労働者の適用 拡大（H28.10～） ・後期高齢者支援金の 総報酬割部分を2/3に引 上げ	・後期高齢者支援金の 全面総報酬割を実施

※1. 実効給付率は医療保険医療費に対する率である。

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

（参考）制度別加入者数割合

被用者保険	58.0%	58.1%	58.3%	58.7%	59.3%	60.1%	61.0%
うち協会けんぽ	27.5%	27.6%	28.0%	28.5%	29.2%	29.9%	30.6%
うち組合健保	23.3%	23.2%	23.1%	23.1%	23.1%	23.2%	23.4%
国民健康保険	30.5%	30.1%	29.6%	28.9%	28.1%	26.9%	25.6%
後期高齢者	11.4%	11.8%	12.1%	12.3%	12.7%	13.1%	13.5%

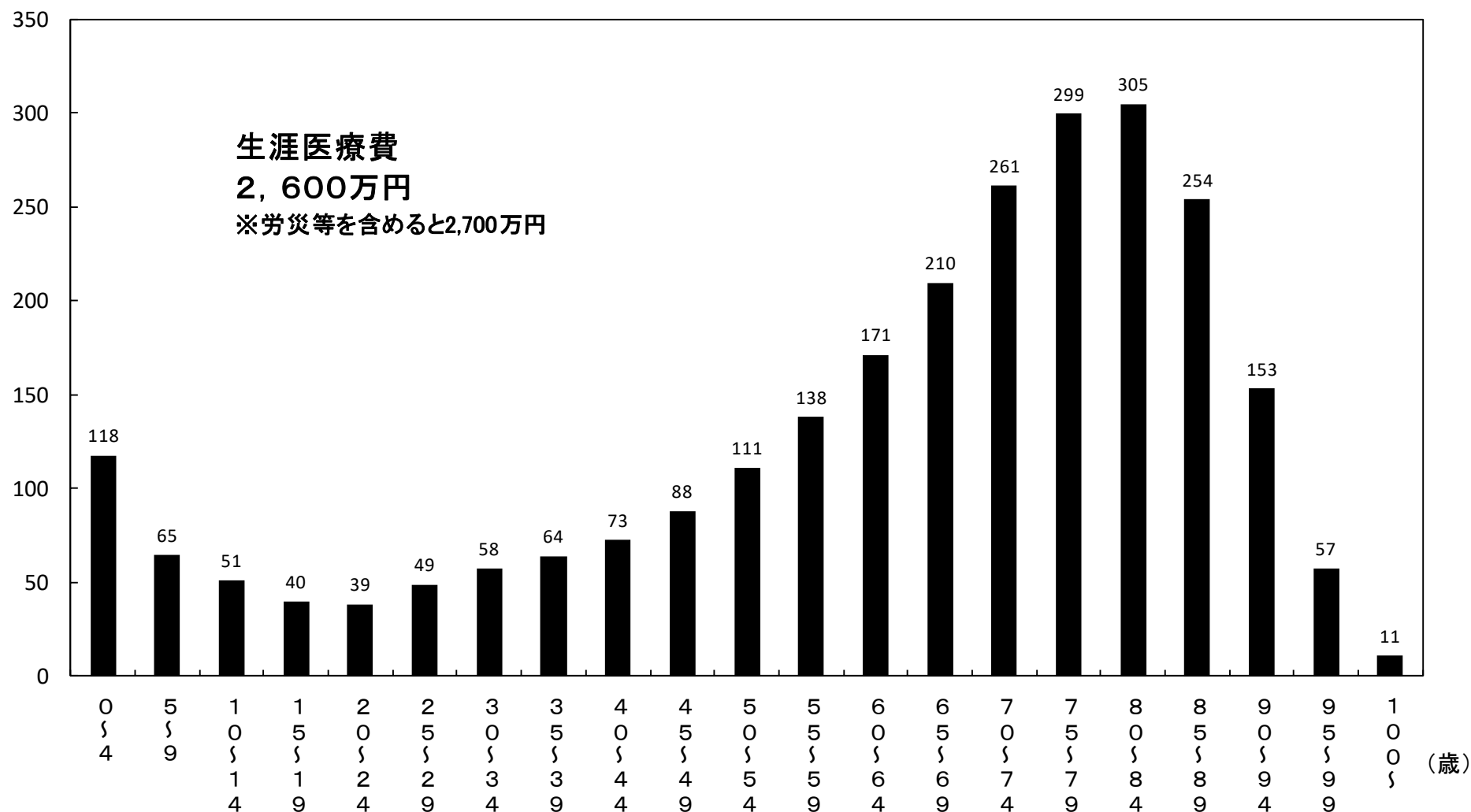
※. 国民健康保険には、国保組合が含まれている。

生涯医療費

生涯医療費（＝一生涯でかかると考えられる医療費の平均。死亡率を考慮したもの）は、約2,600万円となる。

生涯医療費
(平成29年度推計)

(万円)



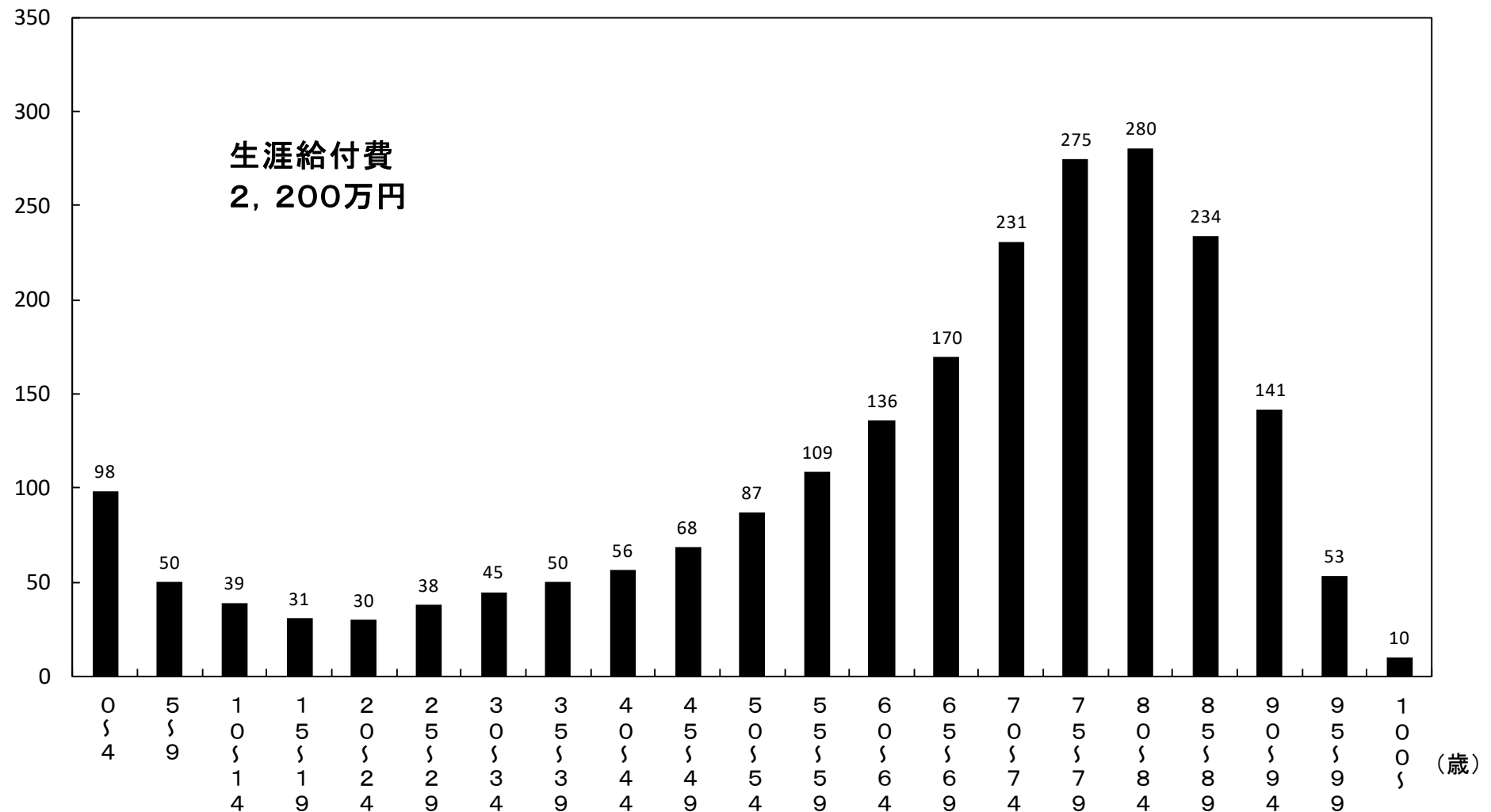
(注) 平成29年度の年齢階級別一人当たり医療費をもとに、平成29年簡易生命表による定常人口を適用して推計したものである。

生涯給付費

生涯医療費2,600万円のうち医療保険給付で賄われる部分は、約2,200万円となり、医療費の約85%は医療保険から賄われることとなる。

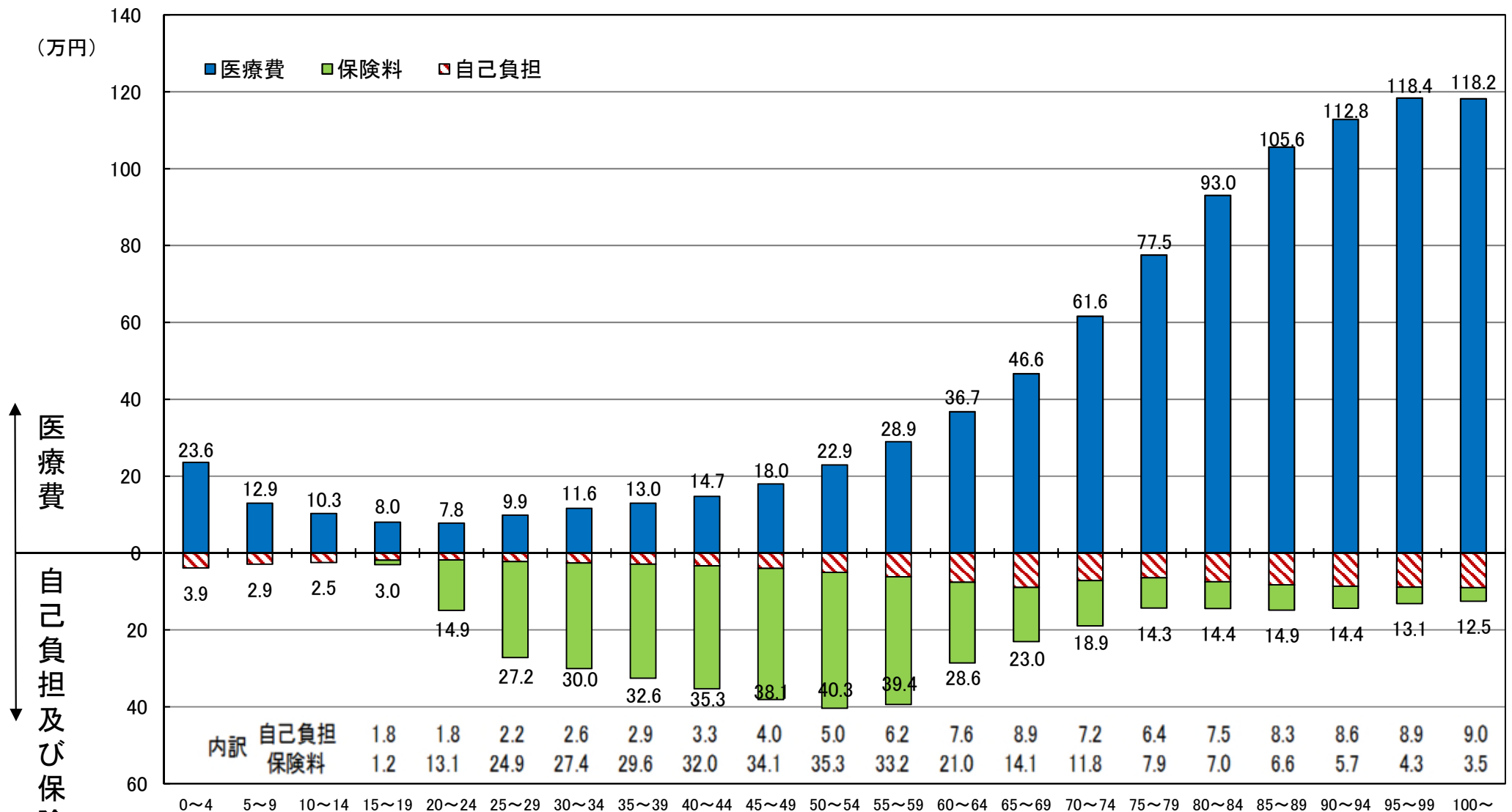
生涯給付費
(平成29年度推計)

(万円)



(注) 平成29年度の年齢階級別一人当たり給付費をもとに、平成29年簡易生命表による定常人口を適用して推計したものである。

年齢階級別1人当たり医療費、自己負担額及び保険料の比較(年額) (平成29年度実績に基づく推計値)



- (注) 1. 1人当たりの医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったものである。
 2. 自己負担は、医療保険制度における自己負担である。
 3. 予算措置による70～74歳の患者負担補填分は自己負担に含まれている。
 4. 1人当たり保険料は、被保険者(市町村国保は世帯主)の年齢階級別の保険料(事業主負担分を含む)を、その年齢階級別の加入者数で割ったものである。
 また、年齢階級別の保険料は健康保険被保険者実態調査、国民健康保険実態調査、後期高齢者医療制度被保険者実態調査等を基に推計した。
 5. 端数処理の関係で、数字が合わないことがある。

【検討にあたっての考え方等】

- ・ 今後の医薬品等の費用対効果評価の活用については、改革工程表2019において、「医薬品や医療技術の保険収載の判断等に当たり費用対効果や財政影響などの経済性評価を活用し、保険対象外の医薬品等に係る保険外併用療養を柔軟に活用・拡大することについて、…関係審議会等において検討」とされている。

【これまでの意見を踏まえた論点等】

- ・ 費用対効果の保険収載時の活用等も含めた実施範囲・規模の拡大について、現状や人材育成の状況や諸外国における取組も参考にしながら、検討を行うことが必要ではないか。 等

※ なお、今後、中医協において検討を行い、適宜医療保険部会に報告する。

今後の医薬品等の費用対効果評価の活用に係る現状及び課題と論点

【現状・課題】

- 2019年4月より運用開始となった費用対効果評価制度では、対象品目として12品目（令和2年10月1日時点）が選定され、分析を実施しているところ。
- 費用対効果評価制度に係る体制を拡充するため、公的分析班の追加、人材育成プログラム（2020年4月開始）、調査研究等、体制強化の取組みが進められている。
- 改革工程表2019では、「医薬品や医療技術の保険収載の判断等に当たり費用対効果や財政影響などの経済性評価を活用し、保険対象外の医薬品等に係る保険外併用療養を柔軟に活用・拡大することについて、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討」することとされている。
- 医療保険部会におけるこれまでの主な意見は、以下のとおり。
 - （現行の制度の実施状況等に係る意見）
 - ・ 昨年度から制度運用が開始されたところであり、まずはその影響の検証、課題の抽出などを行うべきであり、仕組みの検討は時期尚早である。
 - ・ 実施状況を検証し、制度の成熟度を高めるとともに、保険収載から価格調整までの期間をできる限り短縮していくことが先決ではないか。
 - （今後の制度の見直しに係る意見）
 - ・ 保険収載の可否も含めた費用対効果評価結果の活用に向けて検討が必要である。
 - ・ 有効性、安全性が確認された医薬品は速やかに保険収載すべきであり、患者アクセスの制限や追加負担があるべきではない。
 - ・ 技術的な閾値までは保険で、それを超えた部分は保険外併用療養費制度を活用する運用の仕方もあるのではないか。
- 今後、年度内にも複数品目の総合的評価について中医協において審議される見込み。
- 以上を踏まえ、医療保険部会においては、中医協での検討を継続するとともに、適宜報告を求めることとされたところ。

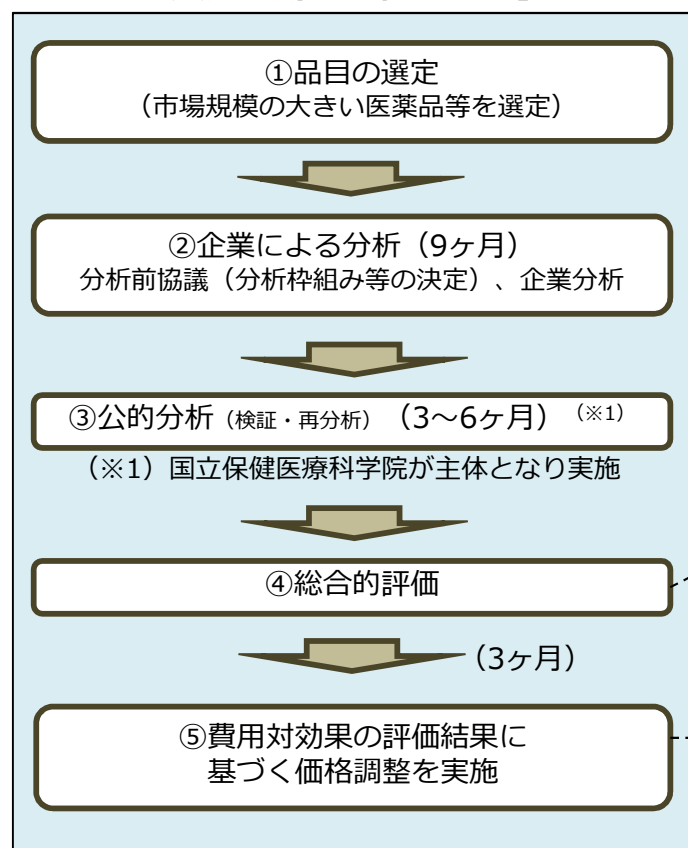
【論点】

- 費用対効果の保険収載時の活用等も含めた実施範囲・規模の拡大について、現行の制度運用の状況、体制強化の取組状況、個別品目に係る総合的評価の審議が今後なされること等を踏まえ、どのように考えるか。

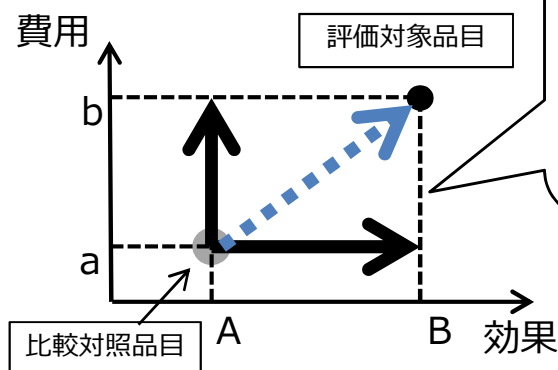
費用対効果評価制度について（概要）

- 費用対効果評価制度については、中央社会保険医療協議会での議論を踏まえ、2019年4月から運用を開始。
- 市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器を評価の対象とする。ただし、治療方法が十分に存在しない稀少疾患（指定難病等）や小児のみに用いられる品目は対象外とする。
- 評価結果は保険償還の可否の判断に用いるのではなく、いったん保険収載したうえで価格調整に用いる。
- 今後、体制の充実を図るとともに事例を集積し、制度のあり方や活用方法について検討する。

【費用対効果評価の手順】



(注) カッコ内の期間は、標準的な期間



評価対象品目が、既存の比較対照品目と比較して、費用、効果がどれだけ増加するかを分析。

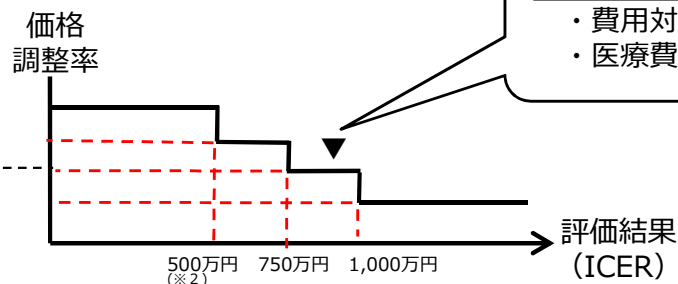
$$\text{増分費用効果比 (ICER)} = \frac{b-a \text{ (費用がどのくらい増加するか)}}{B-A \text{ (効果がどのくらい増加するか)}}$$

健康な状態での1年間の生存を延長するために必要な費用を算出。

総合的評価にあたっては、希少な疾患や小児、抗がん剤等の、配慮が必要な要素も考慮(※2)

評価結果に応じて対象品目の価格を調整(※3)

- ・費用対効果の悪い品目は価格を引下げ
- ・医療費の減少につながる品目等は価格を引上げ



(※2) 抗がん剤等については、通常よりも高い基準（750万円/QALY）を用いる。

(※3) 価格調整範囲は有用性系加算等

費用対効果評価の対象品目と現状について（令和2年11月11日時点）

品目名	効能・効果	収載時価格※1	うち有用性系 加算率	市場規模 (ピーク時予測)	費用対効果評価区分	総会での 指定日	現状
①テリルジー (グラク・スミスクライン)	COPD(慢性閉塞性 肺疾患)	4,012.30円(14吸入1キット) 8,597.70円(30吸入1キット)	10%	236億円	H1(市場規模が 100億円以上)	2019/5/15	公的分析中
②キムリア (ノバルティスファーマ)	白血病	33,493,407円	35%×0.2※2 (7%)	72億円	H3(単価が高い)	2019/5/15	公的分析中
③ユルトミリス (アレクシオンファーマ)	発作性夜間 ヘモグロビン尿症	717,605円	5%	331億円	H1(市場規模が 100億円以上)	2019/8/28	公的分析中
④ビレーズトリエアロス フィア(アステレックス)	COPD(慢性閉塞性 肺疾患)	4,012.30円	なし	189億円	H5(テリルジーの 類似品目)	2019/8/28	分析は行わない (テリルジーの 分析結果に準じる)
⑤トリンテリックス (武田薬品工業)	うつ病・うつ状態	168.90円(10mg錠) 253.40円(20mg錠)	5%	227億円	H1(市場規模が 100億円以上)	2019/11/13	公的分析中
⑥コララン (小野薬品工業)	慢性心不全	82.90円(2.5mg錠) 145.40円(5mg錠) 201.90円(7.5mg錠)	35%	57.5億円	H2(市場規模が 50億円以上)	2019/11/13	公的分析中
⑦ノクサフィル※3 (MSD)	深在性真菌症	3,109.10円(100mg錠)	なし	112億円	H1(市場規模が 100億円以上)	2020/4/8	企業分析中
⑧カボメテックス (武田薬品工業)	腎細胞癌	8,007.60円(20mg錠) 22,333.00円(60mg錠)	10%	127億円	H1(市場規模が 100億円以上)	2020/5/13	企業分析中
⑨エンハーツ (第一三共)	乳癌、胃癌※4	165,074円	5%	129億円	H1(市場規模が 100億円以上)	2020/5/13	企業分析中※4
⑩ゾルゲンスマ (ノバルティスファーマ)	脊髄性筋萎縮症	167,077,222円	50%	42億円	H3(単価が高い)	2020/5/13	企業分析中
⑪エンレスト (ノバルティスファーマ)	慢性心不全	65.70円(50mg錠) 115.20円(100mg錠) 201.90円(200mg錠)	なし	141億円	H5(コラランの 類似品目)	2020/8/19	分析は行わない (コラランの 分析結果に準じる)
⑫エナジア (ノバルティスファーマ)	気管支喘息	291.90円(中用量) 331.40円(高用量)	なし	251億円	H5(テリルジーの 類似品目)	2020/8/19	分析は行わない (テリルジーの 分析結果に準じる)
⑬リベルサス (ノバルティスファーマ)	2型糖尿病	143.20円(3mg錠) 334.20円(7mg錠) 501.30円(14mg錠)	5%	116億円	H1(市場規模が 100億円以上)	2020/11/11	分析前協議中

※1 収載時価格は、キット特徴部分の原材料費除いた金額。

※2 加算係数(製品総原価の開示度に応じた加算率)・・・開示度80%以上:1.0、50~80%:0.6、50%未満:0.2

※3 ノクサフィルは内用薬(ノクサフィル錠100mg)のみが費用対効果評価対象。

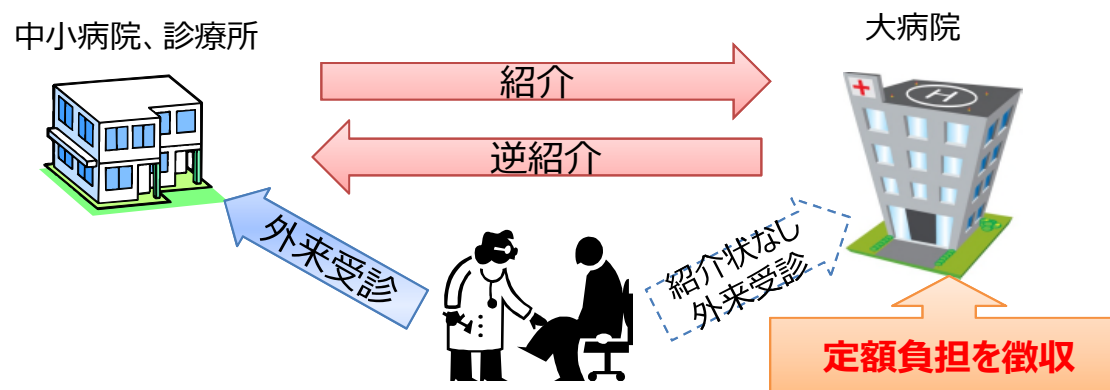
※4 胃癌については令和2年9月25日に効能追加され、分析前協議中

2. 医療の機能分化・連携及び国保の取組強化 の推進

①大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

紹介状なしで受診する場合等の定額負担（現行）

- 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を求めているところ。
- ① 特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。
 - ② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とする。
 - ③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。
 - [緊急その他やむを得ない事情がある場合]
救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者
 - [その他、定額負担を求めなくて良い場合]
 - a. 自施設の他の診療科を受診中の患者
 - b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
 - c. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者
- なお、一般病床200床以上の病院については、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除き、選定療養として特別の料金を徴収することができることとされている。



外来機能の明確化・連携

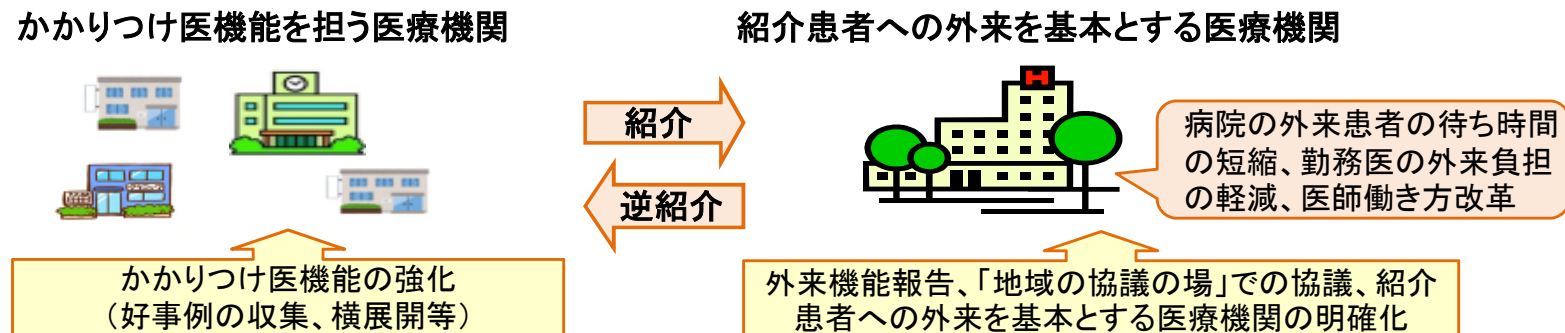
1. 外来医療の課題

- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

2. 改革の方向性（案）

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
 - ① 医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告する。（現在行われている「病床機能報告」の外来版）
 - ② ①の外来機能報告（仮称）を踏まえ、「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う。
- ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、紹介患者への外来を基本とする医療機関（「医療資源を重点的に活用する外来（仮称）」を地域で基幹的に担う医療機関）を明確化
 - ・ 医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより決定

➡ 患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与



〈「医療資源を重点的に活用する外来（仮称）」のイメージ〉

- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来（悪性腫瘍手術の前後の外来 など）
- 高額等の医療機器・設備を必要とする外来（外来化学療法、外来放射線治療 など）
- 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来 など）

大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡充について

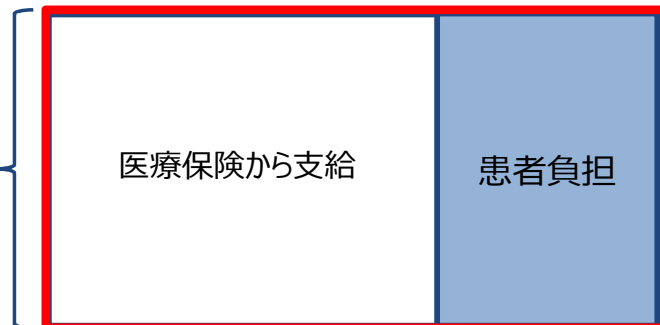
見直し案

- 患者が安心して必要な医療機関を受診できる環境を作り、診察の待ち時間を減らすためには、患者自身が医療機関の選択等を適切に理解して医療にかかること（上手な医療のかかり方）が必要。
- **日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態にあった他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るという流れをより円滑にするため、現行の紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担（選定療養）を以下のように見直しはどうか。**
 - ①新たに設けられる「**紹介患者への外来を基本とする医療機関**」にも、**対象医療機関を拡大**する。
※一般病床200床以上のみ
 - ②**かかりつけ医機能を担う地域の医療機関を受診せず、あえて紹介状なしで大病院を受診する患者の初・再診については、一定額を保険給付範囲から控除し、同額以上に定額負担の額を増額する。（例外的・限定的な取扱）**
※一定額の例：初診の場合、少なくとも生じる程度の額として2,000円
※外来初診患者数全体に占める定額負担徴収患者の比率は、定額負担5,000～7,000円の場合は10.9%であるが、7,000円～10,000円の場合は5.3%
 - ③さらに、**大病院からかかりつけ医機能を担う地域の医療機関への逆紹介を推進するとともに、再診を続ける患者への定額負担を中心に、除外要件の見直し等**を行う。

外来機能分化に沿った受診

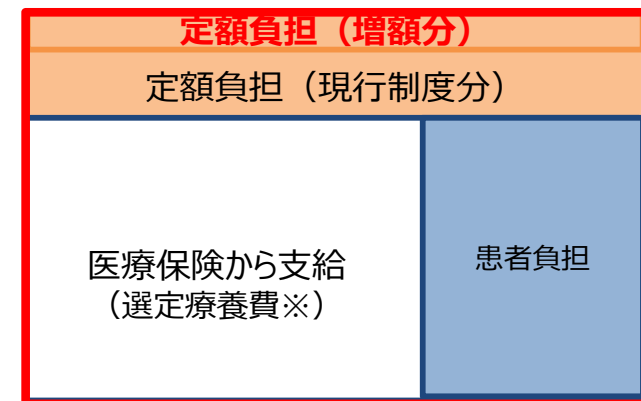
紹介状がある患者の場合 【療養の給付】

療養の給付
(診療報酬)



例外的・限定的な取扱

紹介状なし患者の場合 【選定療養】



※ 現行の算定額から一定額を控除した額を基準として選定療養費を支給

定額負担の対象病院拡大について

- 大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充する必要がある。
- 現在、外来機能報告（仮称）を創設することで、**新たに「紹介患者への外来を基本とする医療機関」（「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う医療機関）を、地域の実情を踏まえつつ、明確化**することが検討されている。
- 紹介患者への外来を基本とする医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担うこととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関間相互間の機能の分担が進むようにするために、**当該医療機関のうち、現在選定療養の対象となっている一般病床数200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加える**こととする。

病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
200～399床	0 (0%)	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)	7,058 (83.9%)
全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)

拡大
紹介患者への
外来を基本と
する医療機関

現在の定額負担
(義務)対象病院

現在の定額負担
(任意)対象病院

出典：特定機能病院一覧等を基に作成（一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より集計）

※ 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

定額負担対象病院の外来患者数の内訳（1病院当たりの平均値）

- 初診患者については、定額負担(義務)対象病院は、定額負担(任意)対象病院に比して、紹介状なしの患者、定額負担徴収患者の比率がいずれも低くなっている。
- 再診患者については、定額負担(義務)対象病院、定額負担(任意)対象病院のいずれも、定額負担徴収患者比率が非常に低くなっている。

定額負担(義務)対象病院

■初診(n=559)

①初診の患者数（人）	4034.3
②うち、紹介状なしの患者数（人）	1798.4
③うち、特別の料金を徴収した患者数（人）	423.3
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数（人）	1375.2
⑤紹介状なしの患者比率（②／①）	44.6%
⑥初診患者全体のうち、定額負担徴収患者の比率（③／①）	10.5%
⑦紹介状なし患者のうち、定額負担徴収患者の比率（③／②）	23.5%

■再診(n=269)

①再診の患者数（人）	50278.7
②うち、他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者（人）	15413.1
③うち、特別の料金を徴収した患者数（人）	38.1
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数（人）	15375.0
⑤他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者の比率（②／①）	30.7%
⑥再診患者のうち、定額負担徴収患者の比率（③／①）	0.1%
⑦他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した患者のうち、定額負担徴収患者の比率（③／②）	0.2%

定額負担(任意)対象病院

■初診(n=620)

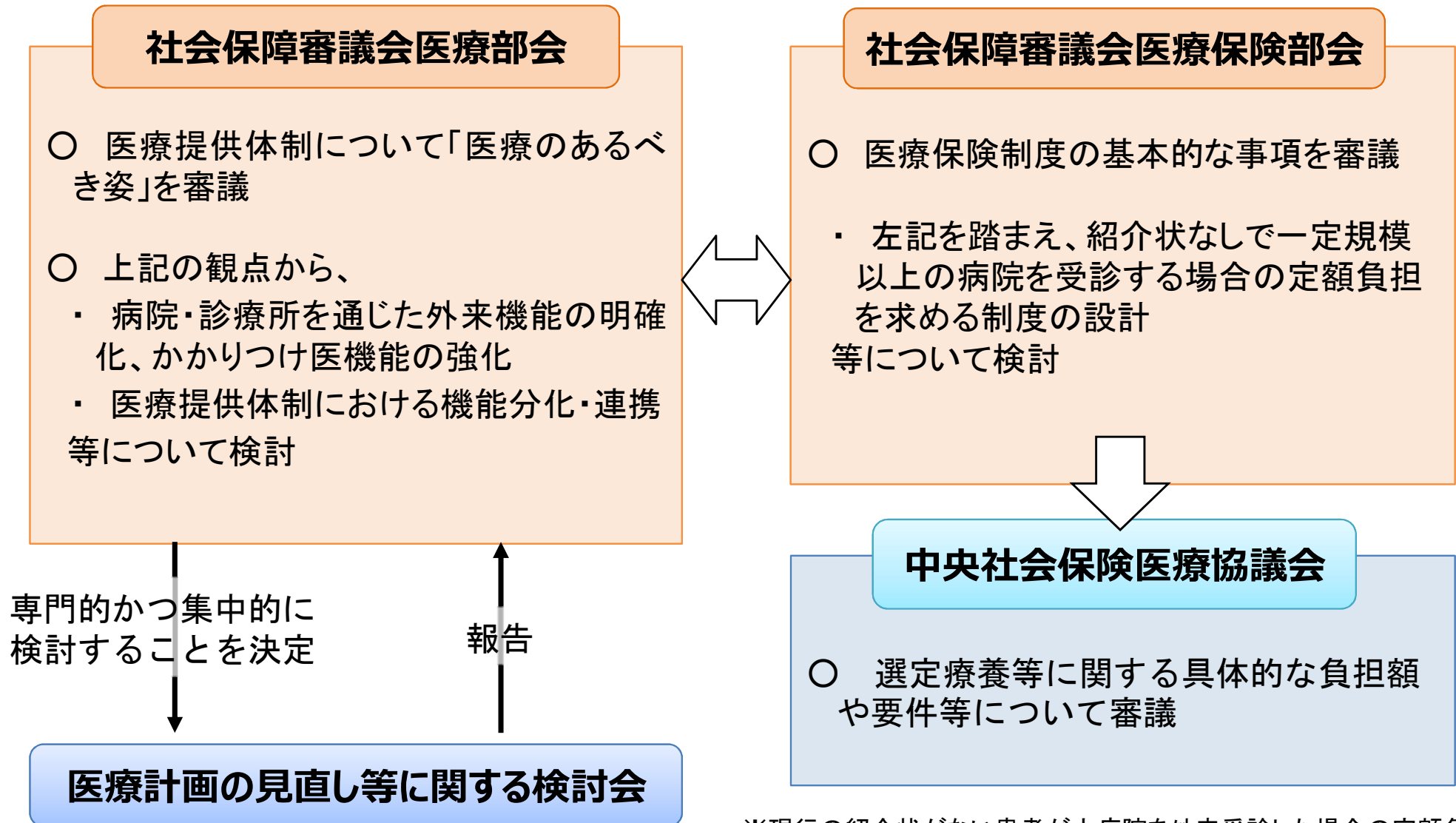
①初診の患者数（人）	3116.8
②うち、紹介状なしの患者数（人）	1900.2
③うち、特別の料金を徴収した患者数（人）	731.5
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数（人）	1168.7
⑤紹介状なしの患者比率（②／①）	61.0%
⑥初診患者全体のうち、定額負担徴収患者の比率（③／①）	23.5%
⑦紹介状なし患者のうち、定額負担徴収患者の比率（③／②）	38.5%

■再診(n=139)

①再診の患者数（人）	31909.9
②うち、他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者（人）	17139.5
③うち、特別の料金を徴収した患者数（人）	181.7
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数（人）	16957.8
⑤他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者の比率（②／①）	53.7%
⑥再診患者のうち、定額負担徴収患者の比率（③／①）	0.6%
⑦他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した患者のうち、定額負担徴収患者の比率（③／②）	1.1%

(注) ・ 保険医療機関等から地方厚生（支）局に報告を求めている事項について、令和2年4月1日～6月30日までの状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもの。
 （速報値であるため、今後修正の可能性がある。）
 ・ 患者数について、それぞれ①～④までのすべての数値について記入のあった施設を集計対象としている。
 ・ ①～④については、1病院当たりの平均値を機械的に算出したもの。また、⑤、⑥、⑦については、各集計項目における①、②、③の数字をもとに計算したもの。

医療部会における検討と関係審議会等における検討の関係について



※現行の紹介状がない患者が大病院を外来受診した場合の定額負担を設けた際(平成28年4月～)には、医療保険部会において制度の基本的な設計を検討、中医協において具体的な負担額、要件等を検討

②国保の取組強化

国民健康保険制度改革の状況

国保が抱える構造的課題

- ① 年齢構成が高く、医療費水準が高い
- ② 所得水準が低い
- ③ 保険料負担が重い
- ④ 保険料（税）の収納率
- ⑤ 一般会計繰入・繰上充用
- ⑥ 財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在
- ⑦ 市町村間の格差



国保改革（平成30年度～）

- ① 財政運営の都道府県単位化・都道府県と市町村の役割分担
 - ・都道府県が財政運営の主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等の国保運営に中心的な役割を担う
 - ・市町村は、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健健康事業等、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う
 - ・都道府県が統一的な方針として国保運営方針を示し、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進
 - ・都道府県に財政安定化基金を設置
- ② 財政支援の拡充
 - ・財政支援の拡充により、財政基盤を強化（毎年約3,400億円）
低所得者対策の強化、保険者努力支援制度 等



今後の主な課題

平成30年度改革が現在概ね順調に実施されており、引き続き、財政運営の安定化を図りつつ、「財政運営の都道府県単位化」の趣旨の深化を図るため、国保運営方針に基づき、都道府県と市町村の役割分担の下、以下の取組を進める。都道府県においては、令和2年度末に向けて、国保運営方針の改定（又は中間見直し）を進める。

○法定外繰入等の解消

赤字解消計画の策定・状況の見える化等を通じて、解消に向けた実行性のある取組を推進

○保険料水準の統一に向けた議論

将来的には都道府県での保険料水準の統一を目指すこととし、地域の実情に応じて議論を深めることが重要

○医療費適正化の更なる推進

保険者努力支援制度で予防・健康づくりが拡充されたことも踏まえ、都道府県内全体の医療費適正化に資する取組を推進

※上記の他、国会での附帯決議、骨太方針・改革工程表、地方団体の要望事項等について、地方団体と協議を進める。

国民健康保険制度の取組強化の方向性

趣旨

現在、平成30年度改革が概ね順調に実施されており、引き続き、財政運営の安定化を図りつつ、「財政運営の都道府県単位化」の趣旨の深化を図るため、国保運営方針に基づき、都道府県と市町村の役割分担の下、以下の取組を進めることについて、国と地方、その他の関係者の間の調整を続け、結論が得られた事項について、法改正を含め、対応してはどうか。

見直し内容

○ 都道府県の財政調整機能の更なる強化

- ・国保運営方針に基づき、国保特別会計の財政均衡を図り、財政運営の更なる安定化を図るため、平成30年度改革の財政支援の拡充と都道府県の財政安定化基金の設置に加え、新たに財政安定化基金に年度間の財政調整機能を付与することとしてはどうか。これにより、急激な医療費の上昇時などに納付金の上昇幅を抑え、複数年での保険料の平準化に資する財政調整が可能となると考えられる。

○ 都道府県と市町村の役割分担の下での取組強化

① 法定外繰入等の解消

- ・引き続き、国保運営方針・赤字解消計画に基づき、要因の分析、状況の見える化、解消に向けた実効性のある取組を推進する。
- ・国保特別会計での財政均衡に資するよう、財政安定化基金の財政調整を含め、国保運営方針に取組を記載して進めてはどうか。

② 保険料水準の統一に向けた議論

- ・現在、各都道府県において、国保運営方針の見直しを含め、将来的な保険料水準の統一に向けた議論が進められている。
- ・今後も都道府県と市町村の協議や国と地方の議論の深化を図りつつ、その結果を踏まえ、国保運営方針に保険料水準の統一に向けた取組を記載して進めてはどうか。

③ 医療費適正化

- ・国保制度においても医療費適正化の取組は重要であり、引き続き国保運営方針や医療費適正化計画に基づき取組を進めてはどうか。

※上記の取組を更に後押しするため、保険者努力支援制度の指標等について継続的に国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議・事務レベルWGで議論してはどうか。

- 上記の他、国会での附帯決議（子どもの均等割保険料の軽減の検討等）、骨太方針・改革工程表、政府・与党内での議論、地方団体の要望事項等について、引き続き国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議・事務レベルWG等で議論する。

国民健康保険制度の取組強化

1. 見直しの趣旨

- 国民健康保険制度は、現在、平成30年度改革が概ね順調に実施されている。引き続き、財政運営の安定化を図りつつ、「財政運営の都道府県単位化」の趣旨の深化を図るため、国保運営方針に基づき、都道府県と市町村の役割分担の下、更なる取組を推進することが必要。
- 特に今後の課題として、法定外繰入等の解消や保険料水準の統一の議論等を進めることが重要。
- このため、以下の見直し内容について、国と地方、その他の関係者の間の調整を続け、結論が得られた事項について、法改正を含め対応を行う。

2. 見直し内容

- 法定外繰入等の解消や保険料水準の統一に向けた議論について、その取組を推進する観点から、都道府県国保運営方針に記載して進める旨を位置づける。

(※) 国保運営方針は3年ごとの見直しを行っており、令和3年度に向けて各都道府県で現在改定作業を進めている。このため、施行時期はその次の改定年度である令和6年度とすることを検討。

- 都道府県の財政調整機能の更なる強化の観点から、財政安定化基金に年度間の財政調整機能を付与する。これにより、剰余金が生じた際に積み立て、急激な医療費の上昇時などに納付金の上昇幅を抑えるなど、複数年での保険料の平準化に資する財政調整を可能とする。

子どもに係る均等割保険料の軽減措置の導入（国民健康保険制度）

1. 見直しの趣旨

- 国民健康保険制度の保険料は、応益（均等割・平等割）と応能（所得割・資産割）に応じて設定されている。その上で、低所得世帯に対しては、応益保険料の軽減措置（7・5・2割軽減）が講じられている。
- 子育て世帯の経済的負担軽減の観点から、国・地方の取組として、国保制度において子どもの均等割保険料を軽減する。

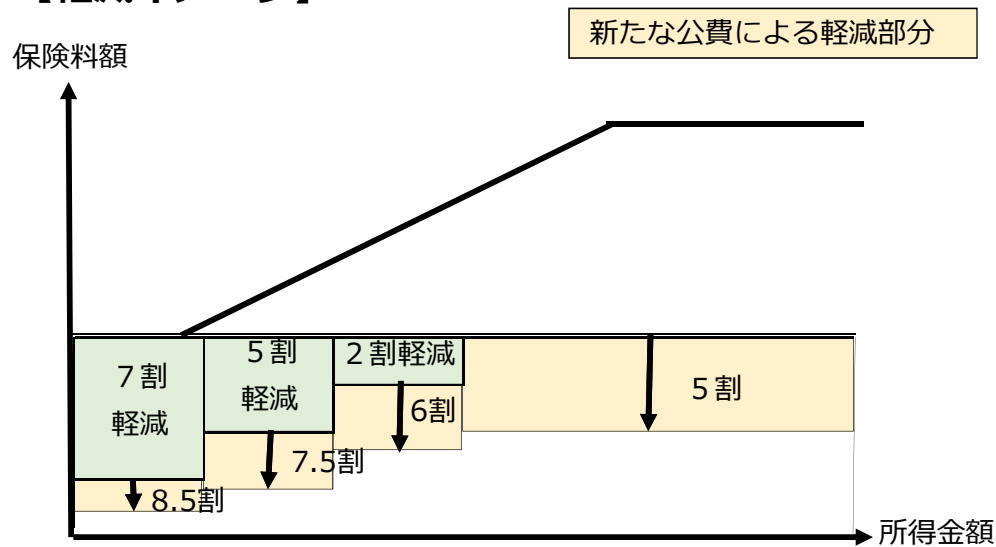
（参考）平成27年国保法改正 参・厚労委附帯決議

「子どもに係る均等割保険料の軽減措置について、地方創生の観点や地方からの提案も踏まえ、現行制度の趣旨や国保財政に与える影響等を考慮しながら、引き続き議論する」

2. 軽減措置スキーム

- 対象は、全世帯の未就学児とする。
- 当該未就学児に係る均等割保険料について、その5割を公費により軽減する。
※ 例えば、7割軽減対象の未就学児の場合、残りの3割の半分を減額することから8.5割軽減となる。
- 国・地方の負担割合：国1/2、都道府県1/4、市町村1/4
- 施行時期：令和4年度（2022年度）

【軽減イメージ】



国保制度改革の概要(都道府県と市町村の役割分担)

改革の方向性

1. 運営の在り方 (総論)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 都道府県が、当該都道府県内の市町村とともに、国保の運営を担う ○ 都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化 ○ <u>都道府県が、都道府県内の統一的な運営方針としての国保運営方針を示し、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進</u> 	
	都道府県の主な役割	市町村の主な役割
2. 財政運営	<u>財政運営の責任主体</u> <ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村ごとの国保事業費納付金を決定 ・ 財政安定化基金の設置・運営 	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>国保事業費納付金を都道府県に納付</u>
3. 資格管理	国保運営方針に基づき、事務の効率化、標準化、広域化を推進 ※4. と5. も同様	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域住民と身近な関係の中、資格を管理(<u>被保険者証等の発行</u>)
4. 保険料の決定 賦課・徴収	標準的な算定方法等により、 <u>市町村ごとの標準保険料率を算定・公表</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>標準保険料率等を参考に保険料率を決定</u> ・ 個々の事情に応じた<u>賦課・徴収</u>
5. 保険給付	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払い</u> ・ 市町村が行った保険給付の点検 	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>保険給付の決定</u> ・ 個々の事情に応じた窓口負担減免等
6. 保健事業	市町村に対し、必要な助言・支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 被保険者の特性に応じた<u>きめ細かい保健事業</u>を実施（データヘルス事業等）

国保改革による財政支援の拡充

- 国保の財政運営を都道府県単位化する国保改革とあわせ、毎年約3,400億円の財政支援の拡充を行う。

<2015年度（平成27年度）から実施>（約1,700億円）

- **低所得者対策の強化**
（低所得者数に応じた自治体への財政支援を拡充）

1,700億円

<2018年度（平成30年度）から実施>（約1,700億円）

- **財政調整機能の強化**
（精神疾患や子どもの被保険者数など自治体の責めによらない要因への対応）

800億円

- **保険者努力支援制度**
（医療費の適正化に向けた取組等に対する支援）

840億円
（2019年度、2020年度
は910億円）

- **財政リスクの分散・軽減方策**
（高額医療費への対応）

60億円

- ※ 保険料軽減制度を拡充するため、2014年度（平成26年度）より別途500億円の公費を投入
- ※ 2015～2018年度（平成27～30年度）予算において、2,000億円規模の財政安定化基金を積み立て
- ※ 保険者努力支援制度について、2020年度（令和2年度）は、上記とは別に新規500億円（事業費200億円、事業費連動300億円）を措置し予防・健康づくりを強力に推進

【参考】

（単位：億円）

	2015年度 （平成27年度）	2016年度 （平成28年度）	2017年度 （平成29年度）	2018年度 （平成30年度）	2019年度 （令和元年度）	2020年度 （令和2年度）
低所得者対策の強化	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700
財政調整機能の強化・ 保険者努力支援制度等	—	—	—	1,700	1,770	1,770
財政安定化基金の造成 ＜積立総額＞	200 ＜200＞	400 ＜600＞	1,100 ＜1,700＞	300 ＜2,000＞	— ＜2,000＞	— ＜2,000＞

財政安定化基金(本体基金)の設置

1. 趣旨

- 財政の安定化のため、給付増や保険料収納不足により財源不足となった場合に備え、一般財源からの財政補填等を行う必要がないよう、**都道府県に財政安定化基金を設置し、都道府県及び市町村に対し貸付・交付等を行うことができる体制を確保**する。

2. 事業

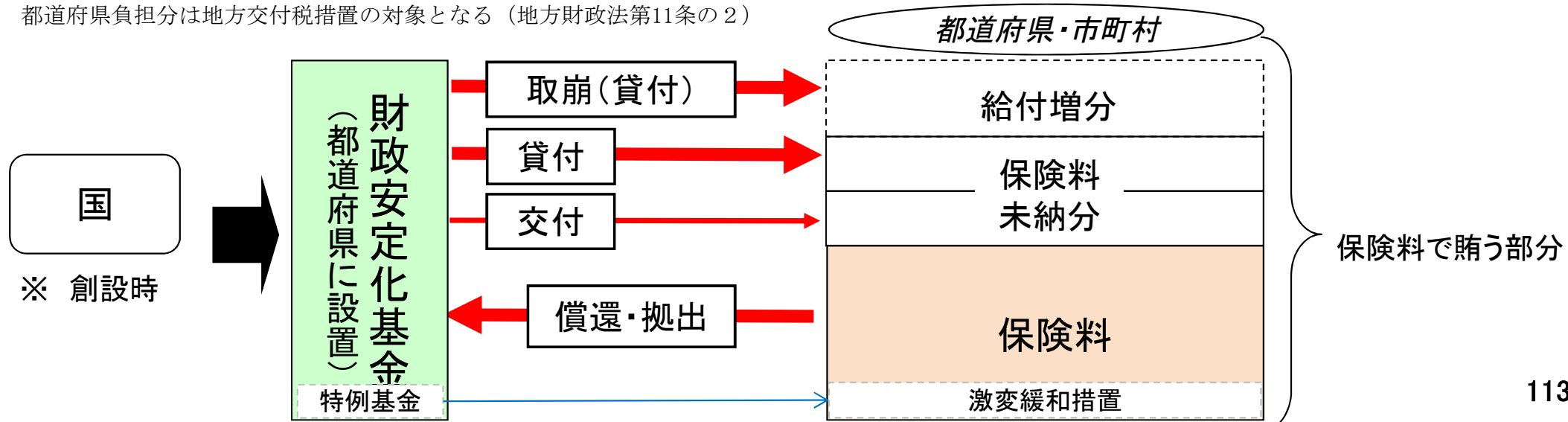
- **貸付**・・・各年度、市町村の保険料収納不足額に対する貸付。原則3年間で償還(無利子)
- **交付**・・・特別な事情が生じた場合、モラルハザードが生じないよう留意しつつ、財源不足額のうち保険料収納不足額×1/2以内を交付

特別な事情に該当する場合 ……災害、景気変動等

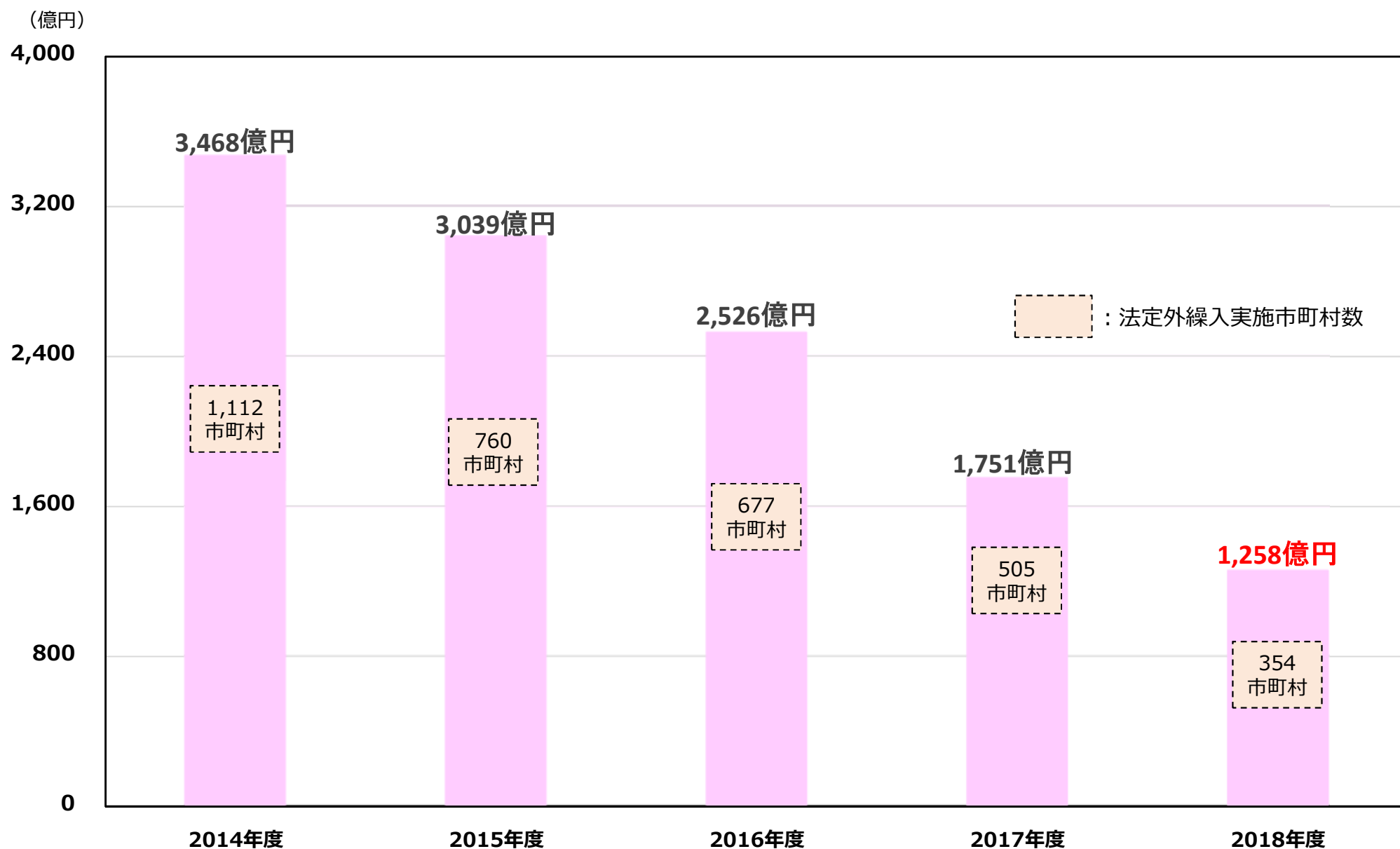
3. 基金規模等

- **国費で創設・順次積増**することとし、平成27年度は200億円、平成28年度は400億円、平成29年度は1,100億円、平成30年度は300億円を措置。**2,000億円**を造成。
- 交付分に対する補填は各都道府県が決定。
 - ※ 国・都道府県※※・市町村(保険料、交付を受けた当該市町村が負担することを基本)で1/3ずつ補填
- 併せて、令和5年度末までの激変緩和措置を可能とするため、特例基金として300億円を積立。

※※ 都道府県負担分は地方交付税措置の対象となる(地方財政法第11条の2)

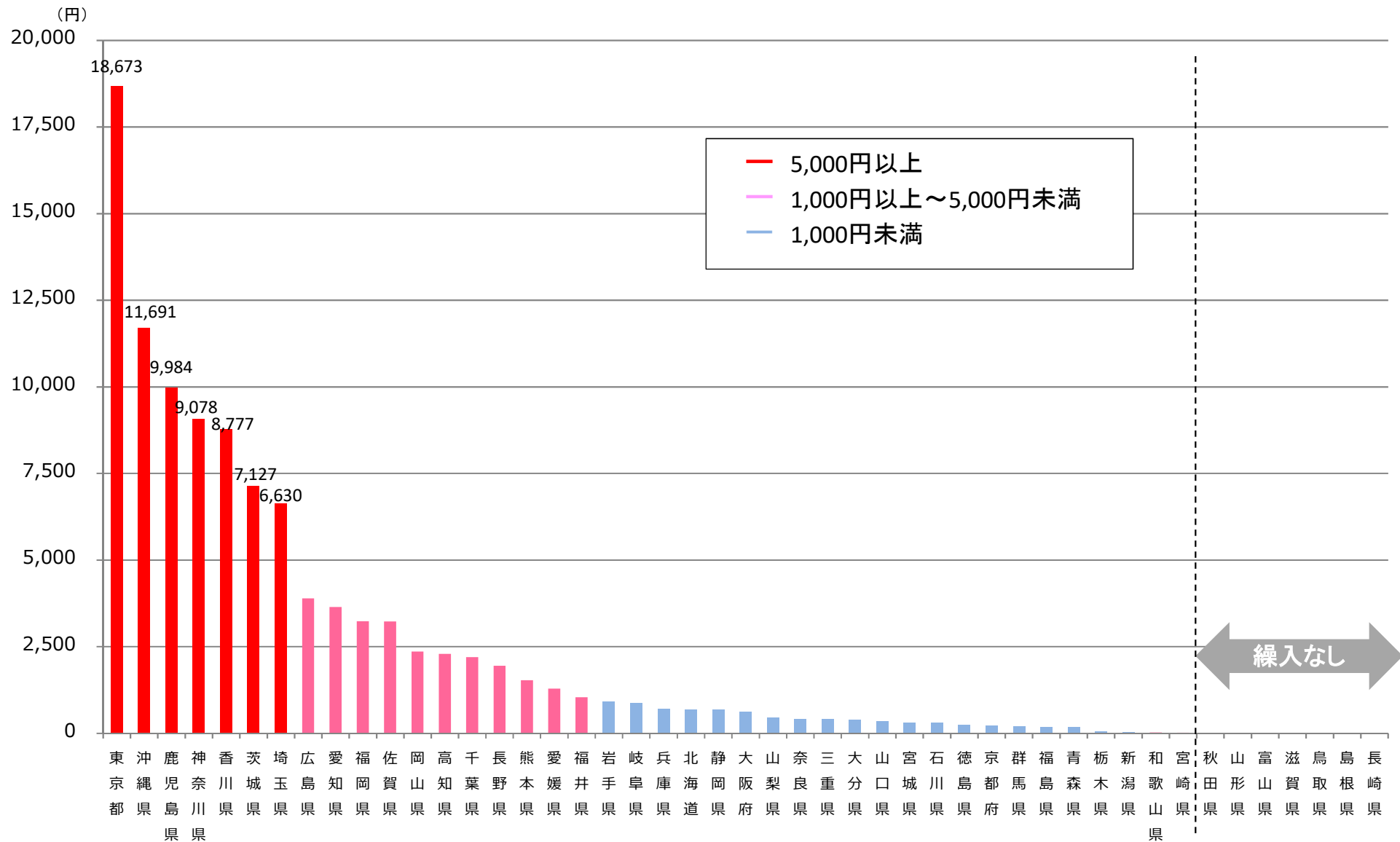


市町村の一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入の推移



(出典) 厚生労働省保険局国民健康保険課調べ

一人当たりの一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入（平成30年度）



（出典）国民健康保険事業年報

※ 市町村数で見ると、8割の自治体は繰入を行っていない。繰入金額合計で見ると、東京都、神奈川県、埼玉県の市区町村の合計が全体の7割（東京都：46%、神奈川県：14%、埼玉県：9%）を占めている。

保険料水準の統一に向けた課題

- 国は、納付金等算定ガイドラインにおいて、将来的に保険料水準の統一（同一都道府県内において、同じ所得水準・同じ世帯構成であれば、同じ保険料水準）を目指す、こととしている。
- 各都道府県における保険料水準の統一に向けた状況と課題は次のとおりであり、骨太方針2019においても「国保の都道府県内保険料水準の統一や収納率の向上など受益と負担の見える化に取り組む都道府県の先進・優良事例について全国展開を図る。」とされている。

2018年度～	2024年度までを目標に検討	2027年度まで
大阪府 (例外措置あり)	奈良県、沖縄県 北海道(納付金ベース)、広島県(準統一)	和歌山県 佐賀県

※ その他の都道府県については、時期を明示せず、将来的に統一を目指す。あるいは、医療費水準の平準化・赤字の解消等を踏まえ検討等と整理。
岐阜県は検討期間を2024年度に設定。
福島県、滋賀県は2024年度以降の統一を目指している。

① 医療費水準に関する課題

- ・ 将来にわたる医療費適正化インセンティブの確保
- ・ 医療費水準の平準化・均てん化

納付金算定に年齢調整後の医療費水準を反映させないことにより、保険料水準を統一することが可能。ただし、市町村の納得を得るためには、都道府県内の各市町村の医療費水準がある程度平準化されることが重要。また、納付金算定に年齢調整後の医療費水準を反映させない場合には、将来にわたり、医療費適正化インセンティブをどのように図るべきか、都道府県の役割として、今後検討が必要。

② 保険料算定方法に関する課題

- ・ 保険料算定方式の統一化
- ・ 賦課割合の統一化

都道府県と市町村との協議の場において、あるべき姿の議論が必要。

③ 各市町村の取組に関する課題

- ・ 将来にわたる保険料収納率向上インセンティブの確保
- ・ 保健事業費等の基準額の統一化
- ・ 地方単独事業の整理
- ・ 赤字の解消
- ・ 市町村事務の標準化、均質化、均一化

保健事業費や地方単独事業、決算補填等目的の法定外繰入など、市町村が個別に政策的に取り組んでいるものの統一化について、議論が必要。また、市町村ごとの保険料収納率の差をどのように扱うかについても整理が必要

国保運営方針の改定等に向けたガイドラインの見直しの方向性(ポイント)

- 都道府県は、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保のため、都道府県内の統一的な運営方針として国保運営方針を策定しており、令和2年度末に向けて、市町村と協議しつつ改定(又は中間見直し)を検討。
- 平成30年度改革が現在概ね順調に実施されていることを踏まえ、今後は国保の都道府県単位化の趣旨の深化を一層図ることが重要であり、都道府県における検討に資するよう、令和2年5月に、国のガイドラインについて見直しを実施。

国保運営方針策定要領

(法定外繰入等の解消を含めた財政運営の健全化)

- 法定外繰入等の計画的・段階的な解消の観点から、解消期限や解消に向けた実効的・具体的な手段が盛り込まれた赤字解消計画の策定・実行の推進、市町村ごとの見える化を追記
- 将来の歳出見込みも見据えた財政運営の観点から、決算剰余金等の留保財源の基金への積立てを追記

(都道府県内保険料水準の統一)

- 保険料水準の統一について、都道府県において将来的に目指すことを明確化し、そのための市町村との具体的な議論の実施を追記

(重症化予防や一体的実施を始めとする医療費適正化等)

- 健保法等改正(R2.4施行)や保険者努力支援制度の抜本的な強化(R2年度)を踏まえ、都道府県の保健事業支援や、市町村における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を追記
- 「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の改定(H31.4)等を踏まえ、都道府県を中心とした重症化予防の取組の推進を追記
- このほか、第2期データヘルス計画(令和2年度中間評価・見直し)との整合性の確保や、保険者協議会の活用を追記

納付金算定等ガイドライン

(保険者努力支援制度の抜本的な強化)

- 保険者努力支援制度の抜本的な強化(「事業費」として交付する部分を設け、「事業費に連動」して配分する部分と合わせて交付)に伴い、
 - ・「事業費部分」については、納付金の軽減財源から控除すること、
 - ・「事業費連動部分」については、当年度の保険給付費等交付金に充当し、結果として生じる剰余金を翌年度以降の調整財源に活用することをそれぞれ追記

(安定的な財政運営)

- 決算剰余金について、納付金の減算に加え、基金積立ても可能であることを明記

(都道府県内保険料水準の統一)

- 保険料水準の統一について、都道府県において将来的に目指すことを明確化

交付金ガイドライン

(保険者努力支援制度の抜本的な強化)

- 保険者努力支援制度(予防・健康づくり支援に係る部分)について、「事業費部分」と「事業費連動部分」の交付方法等をそれぞれ追記

【参考】子どもに係る均等割保険料に関するこれまでの経緯

国民健康保険の見直しについて(国保基盤強化協議会 議論のとりまとめ(平成27年2月))

4. 今後、更に検討を進めるべき事項

また、高齢化の進展等に伴い今後も医療費の伸びが見込まれる中、国保制度を所管する厚生労働省は、持続可能な国保制度の堅持に最終的な責任を有している。国民皆保険を支える国保の安定化を図ることはきわめて重要な課題であり、その在り方については、不断の検証を行うことが重要である。そして、その際には、地方からは子どもに係る均等割保険料の軽減措置の導入や地方単独事業に係る国庫負担調整措置の見直しといった提案も行われていることも踏まえ、そうした地方からの提案についても、現行制度の趣旨や国保財政に与える影響等を考慮しながら、引き続き議論していくこととする。

国保法等改正法 参議院附帯決議(平成27年5月)

一. 国民健康保険について

2 国民健康保険の保険料負担については、低所得者対策として介護保険には境界層措置があることも参考に、その在り方について検討するとともに、子どもに係る均等割保険料の軽減措置について、地方創生の観点や地方からの提案も踏まえ、現行制度の趣旨や国保財政に与える影響等を考慮しながら、引き続き議論すること。

少子化社会対策大綱(令和2年5月29日閣議決定)(抄))

(子育てに関する経済的支援・教育費負担の軽減)

子育てや教育にかかる経済的負担の軽減を図るため、児童手当の支給、幼児教育・保育の無償化、低所得者世帯に対する高等教育の修学支援、子供の数に応じた国民健康保険料の負担軽減を行う地方公共団体への支援などを着実に実施する。

3. 生涯現役で活躍できる社会づくり (予防・健康づくりの強化)

①保険者努力支援制度等の着実な推進

保険者努力支援制度

- 2015年国保法等改正により、医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、市町村国保について保険者努力支援制度を創設し、糖尿病重症化予防などの取組の状況に応じて、交付金を交付。

現状

- 交付は市町村分・都道府県分に分かれており、それぞれ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する。

市町村分 <500億円程度>

(指標の例)

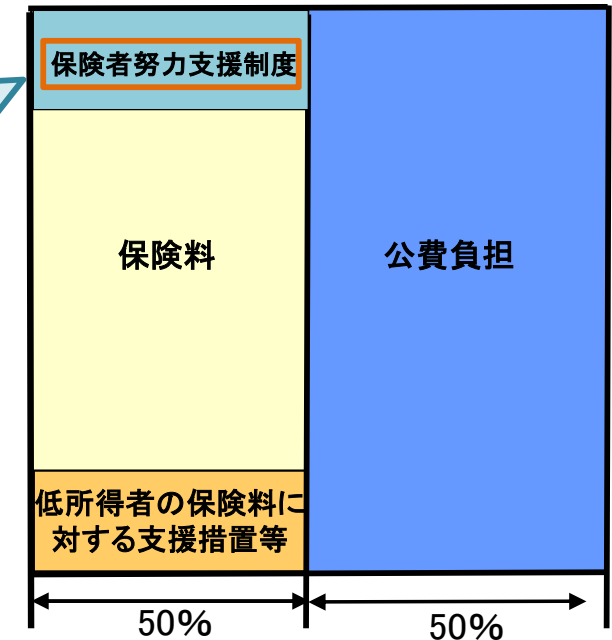
- ・ 特定健診・特定保健指導の実施率
- ・ メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

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（医療費水準や医療費の変化）

国保財政の仕組み(イメージ)



抜本的強化

2020年度

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、糖尿病等の重症化予防、個人インセンティブの提供、歯科健診、がん検診)について、配点割合を引き上げ

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（検査値の変化等）を用いて事業評価を実施している場合に加点

2020年度の国保の保険者努力支援制度について

○ 人生100年時代を迎え、疾病予防・健康づくりの役割が増加。このため、各般の施策に併せ、保険者における予防・健康インセンティブについても強化。

⇒ 予防・健康づくりについて、配点割合を高めてメリハリを強化するとともに、成果指標を拡大。

○ 法定外繰入等についても、インセンティブ措置により、早期解消を図る。

※ 一部の評価指標におけるマイナス点については、骨太の方針2019（令和元年6月21日閣議決定）等に基づき、設定することとしているが、これは、過去の取組状況に対し後年度になってペナルティを科し、あるいは罰則を付すものではなく、国保改革に伴って拡充された公費（自治体の取組等に対する支援）の配分について、一部メリハリを強化するものである。

○ 予防・健康インセンティブの強化

- ・ 予防・健康づくりに関する評価指標（特定健診・保健指導、糖尿病等の重症化予防、個人インセンティブの提供、歯科健診、がん検診）について、配点割合を引き上げ【市・県指標】
- ・ 特定健診・保健指導について、マイナス点を設定し、メリハリを強化（受診率が一定の値に満たない場合や2年連続で受診率が低下している場合）

○ 成果指標の拡大等

【糖尿病等の重症化予防】

- ・ アウトカム指標（検査値の変化等）を用いて事業評価を実施している場合に加点【市指標 共③】
- ・ 重症化予防のアウトカム指標を導入【県指標②】

【歯科健診】

- ・ 歯科健診の実施の有無に係る評価に加え、受診率に係る評価を追加【市指標 共②(2)】

【個人インセンティブ】

- ・ 健康指標の改善の評価や、参加者への健康データ等の提供等を行う場合に加点【市指標 共④(1)・県指標①(iii)】

○ 法定外繰入の解消等

- ・ 都道府県指標に加え、市町村指標を新設【市指標 個⑥(iv)・県指標③】
- ・ 赤字解消計画の策定状況だけではなく、赤字解消計画の見える化や進捗状況等に応じた評価指標を設定
- ・ マイナス点を設定し、メリハリを強化（赤字市町村において、削減目標年次や削減予定額(率)等を定めた赤字解消計画が未策定である場合等）

令和3年度の保険者努力支援制度（全体像）

市町村分（500億円程度）

保険者共通の指標

- 指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率
- 特定健診受診率・特定保健指導実施率
 - メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率
- 指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況
- がん検診受診率
 - 歯科健診受診率
- 指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況
- 重症化予防の取組の実施状況
- 指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況
- 個人へのインセンティブの提供の実施
 - 個人への分かりやすい情報提供の実施
- 指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況
- 重複・多剤投与者に対する取組
- 指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況
- 後発医薬品の促進の取組・使用割合

国保固有の指標

- 指標① 収納率向上に関する取組の実施状況
- 保険料（税）収納率
 - ※過年度分を含む
- 指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況
- データヘルス計画の実施状況
- 指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況
- 医療費通知の取組の実施状況
- 指標④ 地域包括ケア推進・一体的実施の実施状況
- 国保の視点からの地域包括ケア推進・一体的実施の取組
- 指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況
- 第三者求償の取組状況
- 指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況
- 適切かつ健全な事業運営の実施状況
 - 法定外繰入の解消等

都道府県分（500億円程度）

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価

- 主な市町村指標の都道府県単位評価(※)
- ・特定健診・特定保健指導の実施率
- ・糖尿病等の重症化予防の取組状況
- ・個人インセンティブの提供
- ・後発医薬品の使用割合
- ・保険料収納率
- ※都道府県平均等に基づく評価

指標② 医療費適正化のアウトカム評価

- 年齢調整後一人当たり医療費
- ・その水準が低い場合
- ・前年度(過去3年平均値)より一定程度改善した場合に評価
- 重症化予防のマクロ的評価
- ・年齢調整後新規透析導入患者数が少ない場合

指標③ 都道府県の取組状況

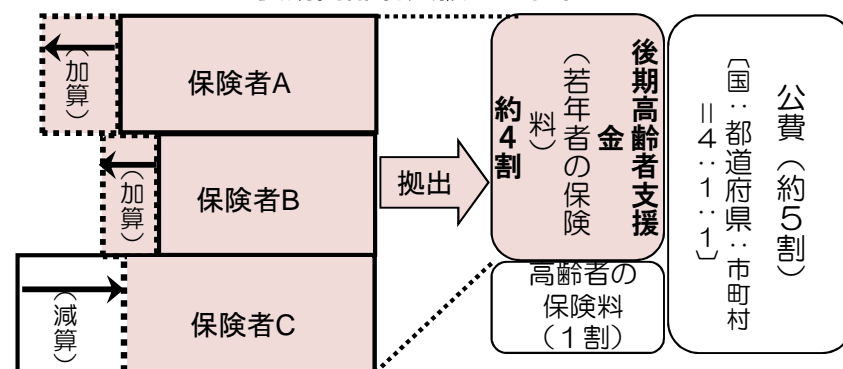
- 都道府県の取組状況
- ・医療費適正化等の主体的な取組状況（保険者協議会、データ分析、重症化予防の取組 等）
- ・法定外繰入の解消等
- ・保険料水準の統一
- ・医療提供体制適正化の推進

後期高齢者支援金の加算・減算制度

○ 平成18年の医療保険制度改正において、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後期高齢者支援金の加算・減算制度を創設。

○ 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。

＜後期高齢者支援金の仕組み＞



【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の加算率を段階的に引上げ(2018年度最大2% → 2019年度最大4% → 2020年度以降最大10%)

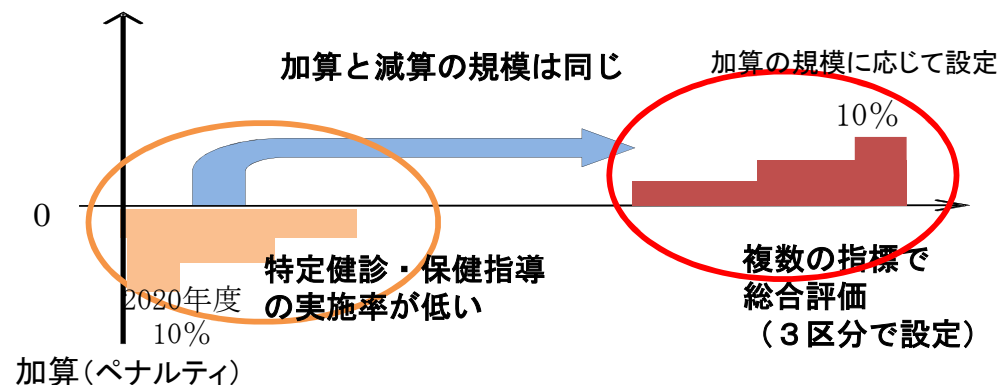
2. 支援金の減算(インセンティブ) ※減算の規模＝加算の規模

・ 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 ※減算率＝最大10%～1% 3区分で設定

(項目)

- ・特定健診・保健指導の実施率(＝成果指標)
- ・特定保健指導の対象者割合の減少幅(＝成果指標)
- ・後発品の使用割合(＝成果指標)
- ・糖尿病等の重症化予防、がん検診、歯科健診・保健指導等
- ・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)



中間見直しの方向性(2021年度～)

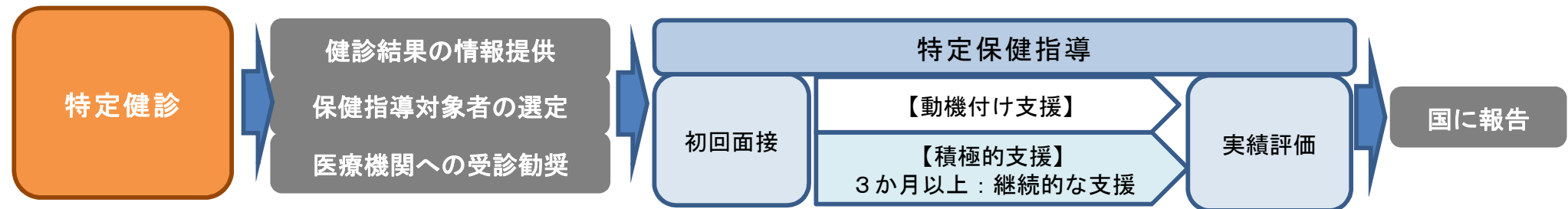
■ 加算(ペナルティ)範囲の拡大：健診受診率57.5%未満 ⇒ 70%未満(単一健保の場合)

■ 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

② 疾病予防、重症化予防の推進

特定健康診査・特定保健指導について

- 特定健診・保健指導は、保険者が健診結果により、内臓脂肪の蓄積に起因する糖尿病等のリスクに応じて対象者を選定し、対象者自らが健康状態を自覚し、生活習慣改善の必要性を理解した上で実践につなげるよう、専門職が個別に介入するものである（法定義務）。



＜特定健診の検査項目＞

- ・ 質問票（服薬歴、喫煙歴 等）
→ 「かんで食えるときの状態」を追加（2018年度～）
- ・ 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）、血圧測定
- ・ 血液検査（脂質検査、血糖検査、肝機能検査）
- ・ 尿検査（尿糖、尿蛋白）
- ・ 詳細健診（医師が必要と認める場合に実施）
心電図検査、眼底検査、貧血検査
→ 「血清クレアチニン検査」を追加（2018年度～）

＜特定保健指導の選定基準＞（※）服薬中の者は、特定保健指導の対象としない。

腹囲	追加リスク	④喫煙歴	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40-64歳	65-74歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当		積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり		
		なし		
上記以外で BMI ≥25	3つ該当		積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり		
		1つ該当	なし	

＜特定健診・保健指導の実施率＞（目標：特定健診70%以上 保健指導45%以上）

特定健診	受診者数	2019万人（2008年度）	→	<u>約2,940万人（2018年度）</u>
	実施率	38.9%（2008年度）	→	<u>54.7%（2018年度）</u>
特定保健指導	終了者数	30.8万人（2008年度）	→	<u>約118万人（2018年度）</u>
	実施率	7.7%（2008年度）	→	<u>23.2%（2018年度）</u>

保険者機能の責任を明確にする観点から、厚生労働省において、全保険者の特定健診・保健指導の実施率を公表する。
（2017年度実績～）



コラボヘルスとは

- コラボヘルスとは、健康保険組合等の保険者と企業（事業主）が積極的に連携し、明確な役割分担と良好な職場環境のもと、加入者の予防・健康づくりを効果的・効率的に実行すること。
- 保険者と企業による連携・役割分担のもと、職場環境の整備や保健事業の効率的・効果的な実施を推進することで、保険者による「データヘルスの推進」と事業主による「健康経営の推進」が同時に実現可能。

コラボヘルスの必要性

1. 効果的・効率的な保健事業の推進

- ・企業による保健事業に参加しやすい環境づくりや従業員等への働きかけによって、保険者による特定健診・特定保健指導をはじめとする保健事業を効率的に実施することが可能

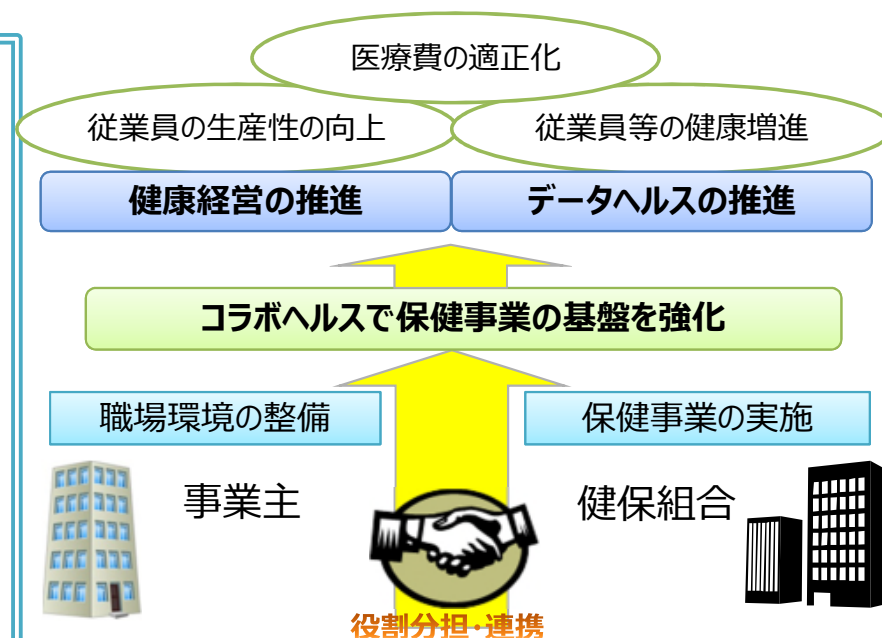
（例）就業時間中の保健事業参加の配慮（就業時間中に従業員が特定保健指導を受けられるよう事業主による配慮（出勤認定や特別休暇認定、実施場所の提供、勤務シフトの配慮等）等）

2. 予防・健康づくりを実践しやすい職場環境の整備

- ・1日の多くの時間を過ごす職場の動線を活用した健康づくりの仕組みづくりを行うことによって、日常生活の中で自然と生活習慣を改善しやすい環境をつくる事が可能

（例）職場の動線を利用した健康づくりの機会の提供（職場内階段利用、徒歩・自転車での通勤推奨、社員食堂での健康メニュー提供やカロリー表示、自動販売機のメニュー改善等）

（例）受動喫煙対策（事業主による敷地内禁煙や屋内完全禁煙の整備等）



これまでのコラボヘルスの推進策

■コラボヘルスガイドラインの策定

- ・企業・健保組合の双方に向けてコラボヘルスの推進方法や実践事例などをまとめたガイドラインを公表（平成29年7月）

■日本健康会議にて保険者・事業主の連携強化を推進

- ・「健康なまち・職場づくり宣言2020」において、保険者と企業が連携した健康宣言・健康経営の取組を推進

■保険者インセンティブの見直し

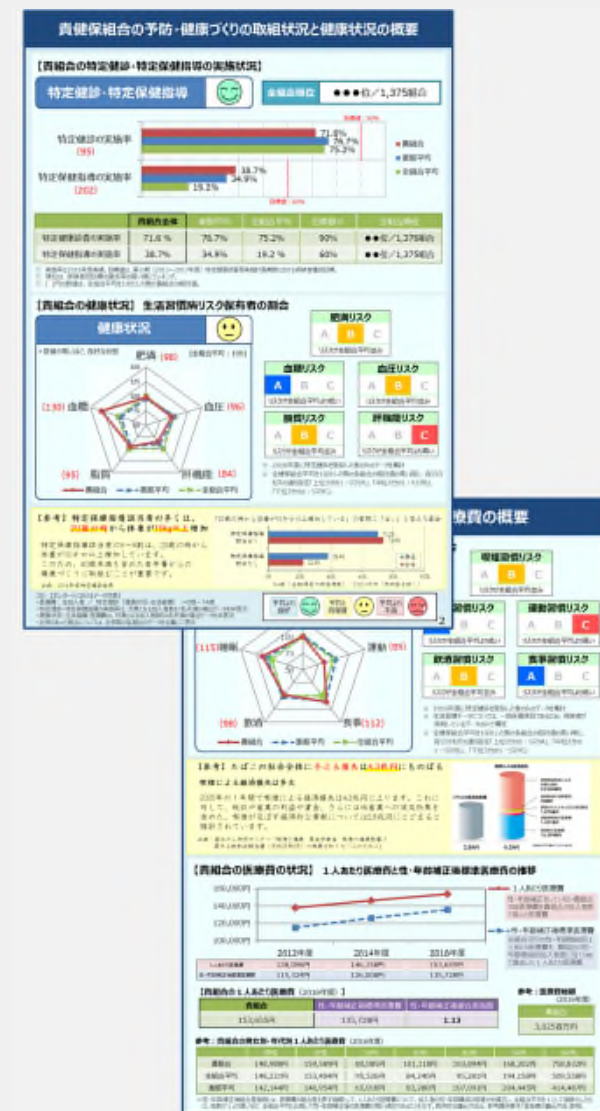
- ・健保組合の減算指標（インセンティブ）に「事業主との連携」に関する項目を新設

ポイント

- ・2018年度より、**厚労省・経産省・日本健康会議の三者が連携し**、NDBデータから**保険者単位**のレポートを作成の上、**全健保組合及び国家公務員共済組合等に対して通知**。2021年度からは、保険者単位のレポートに加え、**事業主単位**でも実施。

- ・経営者に対し、保険者が自らのデータヘルス分析と併せて、スコアリングレポートの説明を行い、従業員等の健康状況について現状認識を持ってもらうことを想定。
- ・その上で、企業と保険者が問題意識を共有し、**経営者のトップダウンによるコロナヘルス※の取組の活性化**を図る。
- ・レポートと併せて、企業・保険者の担当者向けに、経営者への説明のポイント等、レポートの見方や活用方法等を示した実践的な「**活用ガイドライン**」を送付。

※NDBデータ：レセプト（診療報酬明細書）及び特定健診等のデータ



糖尿病性腎症重症化予防の推進

背景

- 人工透析は医療費年間総額1.62兆円を要するため、人工透析の主な原疾患である糖尿病性腎症の重症化予防は、健康寿命の延伸とともに医療費適正化の観点において喫緊の課題である。
- 平成27年6月「経済財政運営と改革の基本方針2015」及び平成27年7月の日本健康会議「健康なまち・職場づくり宣言2020」※等において生活習慣病の重症化予防を推進することとされており、レセプトや健診データを効果的・効率的に活用した取組を全国に横展開することが必要である。
※かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を1,500市町村とする(2019年度より目標を800市町村から1,500市町村に上方修正)

横展開を推進

環境整備・ツール提供

- 厚生労働省・日本医師会・日本糖尿病対策推進会議の三者が連携協定を締結(平成28年3月)。
- 国レベルで「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定(平成28年4月策定)。**※平成31年4月改定。**
- 重症化予防WGとりまとめ「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」及び事例集を公表(平成29年7月)。

財政支援

- 国保ヘルスアップ事業(市町村向け)

市町村が実施する保健事業(特定健診未受診者対策、生活習慣病重症化予防等)に係る経費等を助成※する
※国保被保険者数に応じた助成限度額

- 都道府県国保ヘルスアップ支援事業(都道府県向け、平成30年度創設)

都道府県が実施する保健事業等(基盤整備、現状把握・分析等)に係る経費等を助成※する
※国保被保険者数に応じた助成限度額

保険者努力支援制度における評価

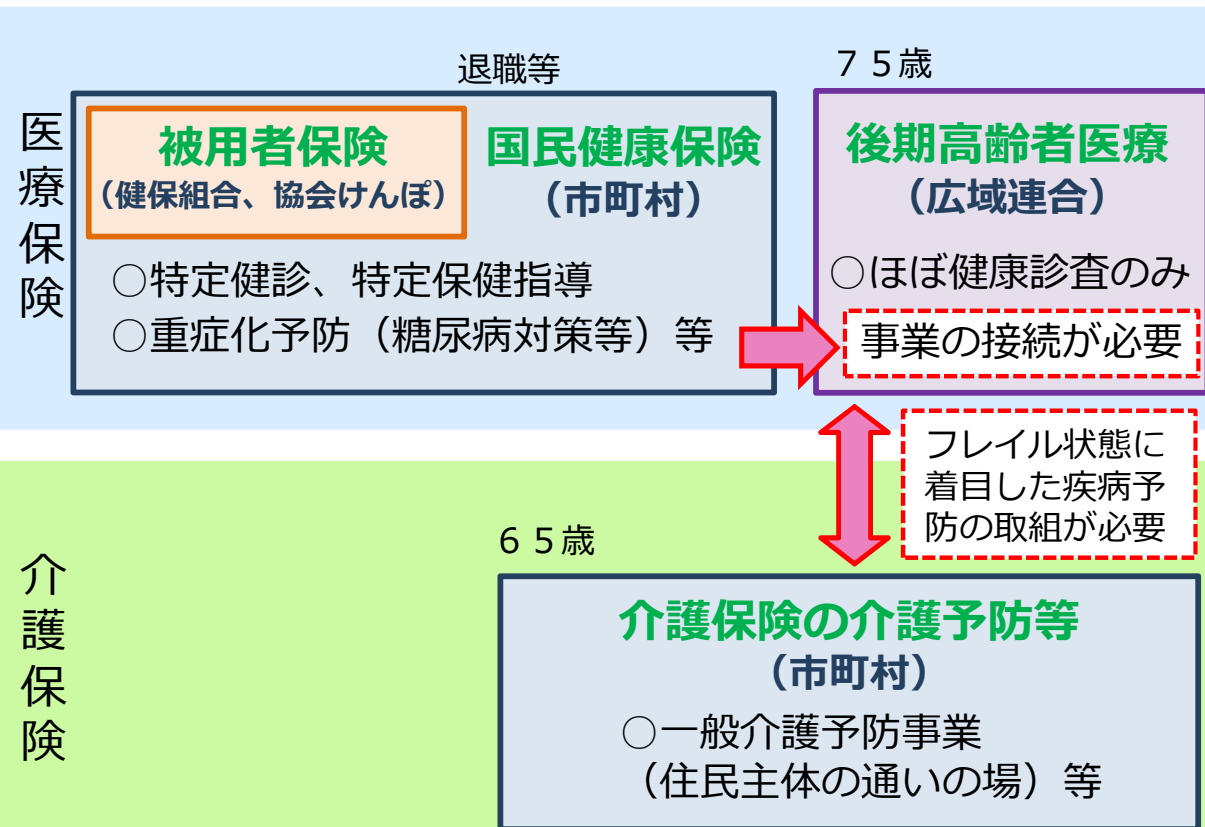
- 保険者努力支援制度の創設(平成28年度より前倒し実施、平成30年度より1,000億円規模のインセンティブとして本格実施)

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

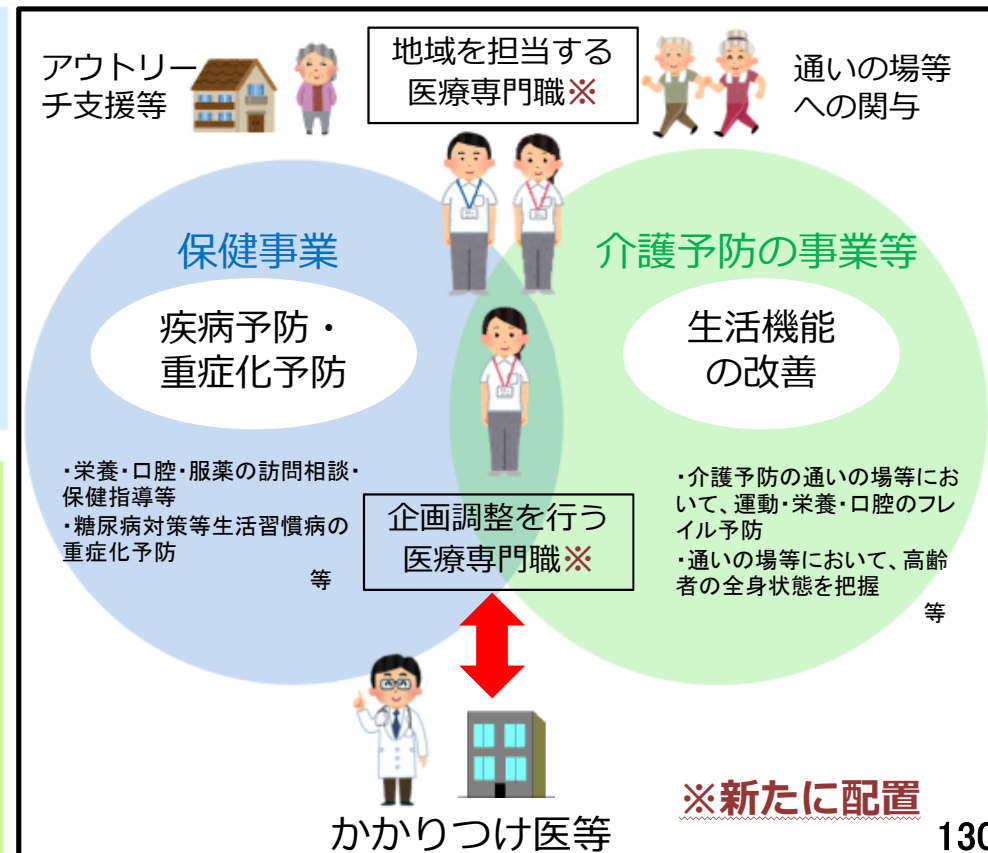
- ・ 広域連合が高齢者保健事業を国民健康保険保健事業及び介護予防の取組と一体的に実施する取組が令和2年4月から開始された。
- ・ 広域連合は、その実施を構成市町村に委託することができる。

- 令和2年度の実施計画申請済みの市町村は約330市町村、全体の約2割（R2.11現在）
- 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



後期高齢者医療の被保険者に係る歯科健診

概 要

令和3年度概算要求額（令和2年度予算額）7.0億円（7.0億円）

- 歯周病を起因とする細菌性心内膜炎・動脈硬化症等の悪化、口腔機能低下による誤嚥性肺炎等を予防するため、歯・歯肉の状態や口腔機能の状態等をチェックする歯科健診を実施することとし、広域連合に対して国庫補助を行う。

※経済財政運営と改革の基本方針2020

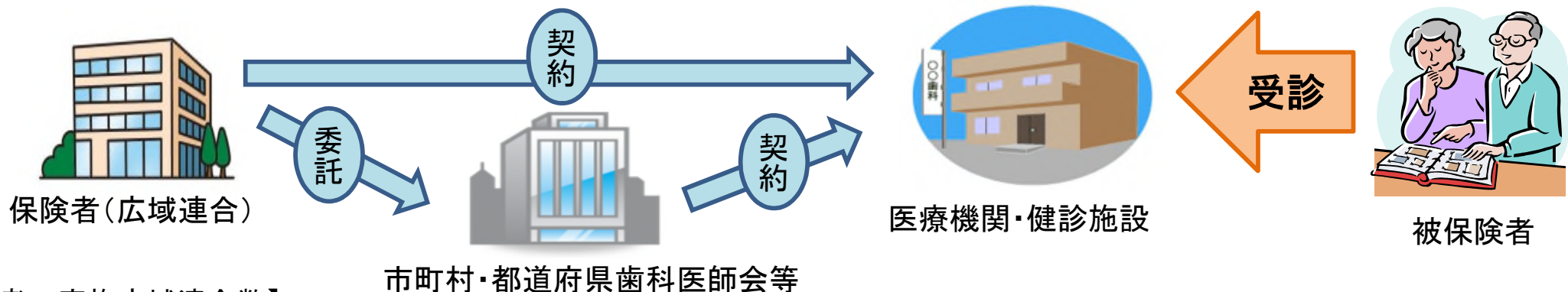
細菌性やウイルス性の疾患の予防という観点も含め、口腔の健康と全身の健康の関連性を更に検証し、エビデンスの国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科健診、フレイル対策・重症化予防にもつながる歯科医師、歯科衛生士による歯科口腔保健の充実、歯科医療専門職間、医科歯科、介護、障害福祉関係機関との連携を推進し、歯科保健医療提供体制の構築と強化に取り組む。

- 健康増進法に基づき実施されている歯周疾患検診や、厚生労働省において平成30年10月に策定した「後期高齢者を対象とした歯科健診マニュアル」などを参考にしつつ、高齢者の特性を踏まえた健診内容を各広域連合で設定。

〈例：後期高齢者を対象とした歯科健診マニュアル〉

咀嚼機能、舌・口唇機能、嚥下機能、口腔乾燥、歯の状態等（歯の状態、粘膜の異常、歯周組織の状況）

- 市町村や都道府県歯科医師会等への委託等により実施。



【参考：実施広域連合数】

平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
16広域連合	31広域連合	43広域連合	45広域連合	47広域連合

保険者とかかりつけ医等の協働による加入者の予防健康づくり（モデル事業）（新規）

令和3年度要求額：1億円＋一部事項要求・新規

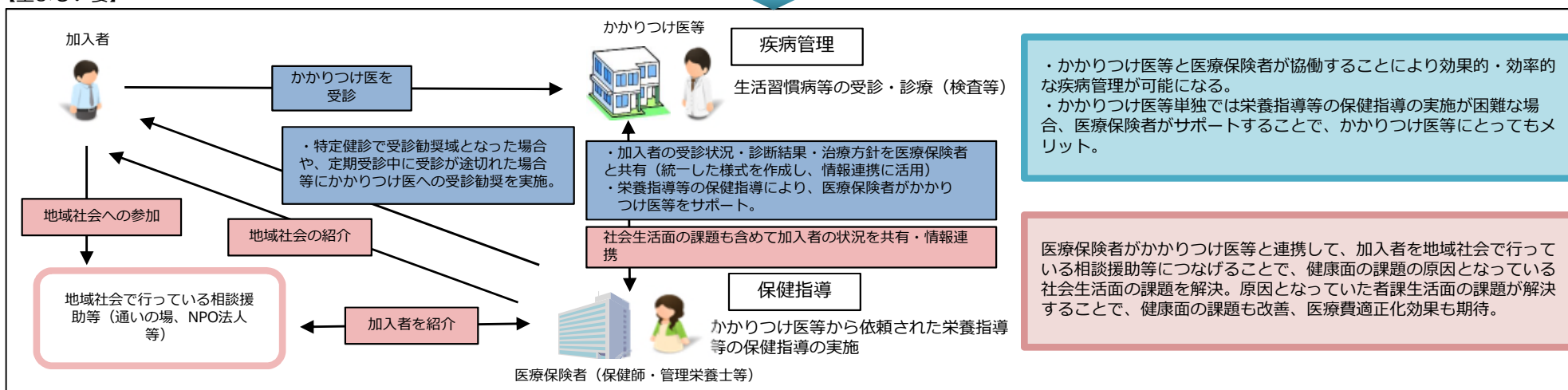
- 特定健診の結果、受診勧奨判定とされた加入者について、保険者がかかりつけ医等と連携し生活習慣病の重症化予防を図る必要があるものの、現状、かかりつけ医での診療と、特定保健指導をはじめとした医療保険者の取組との間で、連携する仕組みが乏しい。
- 社会生活面の課題が生活習慣病の治療を困難にしている場合（※）もあるため、地域社会で行っている相談援助等も活用しながら社会生活面の課題解決に向けた取組みが重要である。
- そのため、保険者による受診勧奨を契機として、かかりつけ医等と医療保険者が協働し、加入者の健康面や社会生活面の課題について情報共有しながら、加入者の重症化予防に必要な栄養指導等の保健指導の実施や地域社会で行っている相談援助等の活用を進めることで、加入者の健康面及び社会生活面の課題を解決するための取組みを推進する。

（※）孤立による食事意欲の低下などの社会的な課題のため糖尿病に対する食事療法が困難な場合に、地域社会での交流等につなげることで孤立を解消、食事療法にも取り組むことで糖尿病を改善

【現状】

- ・特定健診において受診勧奨領域となった加入者は医療機関を受診、疾患として診断された場合、栄養指導等を含めた診療を受ける。特定保健指導の対象者にもなっている場合、特定保健指導を別途受診する必要があるが、医療機関との連携が不十分な場合、栄養指導等が重複して実施される可能性がある。
- ・生活習慣病の重症化に影響する社会生活面の課題を解決する仕組みがない。

【望ましい姿】



● スケジュール（案）

2021年度

2022年度

2023年度

2024年度

モデル事業実施（市町村で数力所）

モデル事業実施結果取り纏め

実施結果を踏まえ保健指導プログラム・特定健診等
実施計画へ反映

③効果的な予防・健康づくりに向けた事業主から保険者に健診データを提供する法的仕組みの整備

現状と課題

- 健康保険法等では、保険者は、被保険者等の健康の保持増進のために必要な事業(保健事業)を行うに当たっては、医療保険等関連情報(※)を活用し、適切かつ有効に行うこととしている。

※「医療保険等関連情報」とは、医療に要する費用に関する地域別、年齢別、疾病別等の状況や特定健診・特定保健指導の実施状況に関する情報等。

- 保険者が保健事業を実施するにあたっては、特定健診の結果等を活用することとされているが、

課題① 特定健診の対象は40歳以上の者であり、40歳未満の者については労働安全衛生法による事業主健診等の結果の活用が考えられるが、40歳未満の者に係る事業主健診等の結果が事業者等から保険者へ提供される法的仕組みがない(※)

課題② 事業主健診等を受診した者については、保険者が事業者等からその結果の記録の写しの提供を受けることでこれを特定健診の結果として活用できるが、実態として特に中小企業等からの保険者への提供実績が低い

といった課題があるため、保険者が保健事業をより適切かつ有効に実施するためにはこれらの課題を解決する必要がある。

※ 個人情報保護法では、法令に基づく場合には本人同意を得ずに個人データを第三者に提供できるが、40歳以上の者に関しては既に高齢者の医療の確保に関する法律第27条において健康診断結果の提供に関する規定が存在するため、提供にあたり本人同意は不要とされている。

課題解決に向けた対応案

「法令・指針による対応案」

(1) 40歳未満の者の事業主健診等結果の保険者への提供等に係る法的仕組みの整備(法改正事項) 【課題①への対応】

- 保険者の適切・有効な保健事業の実施を促進するため、以下の内容について必要な法改正を実施。
- ① 保険者は事業者等に40歳未満の者の事業主健診等結果も提供を求めることを可能とする(※)。(提供を求められた事業者等はこれを提供しなければならないこととする。)
- ※40歳未満の者の事業主健診等の結果の提供についても個人情報保護法上の本人同意を得る必要がなくなる
- ※併せて、後期高齢者医療広域連合と被用者保険者等間の健診等情報の提供についても法的枠組みの整備を行う
- ② 保険者は①で提供を受けた事業主健診等結果を活用し適切・有効に保健事業を行うこととする。
- * 健保連・国保連についても保健事業の実施主体となり得るため上記同様に情報の提供と活用に係る仕組みを設ける。

(2) 労働安全衛生法に基づく「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」の改正(指針改正) 【課題②への対応】

- 当該指針に、事業者から保険者へ事業主健診の結果を提供すべき旨等を規定する方向で検討。

(3) 事業主健診の血糖検査の取扱いの見直し 【課題②への対応】

- 事業主健診の血糖検査の方法を特定健診と合わせ(HbA1C検査を認める、随時血糖について食直後を選べることとする)、事業主健診と特定健診の項目の差異を減らす。

(4) 事業者と健診実施機関の契約書のひな形の作成 【課題②への対応】

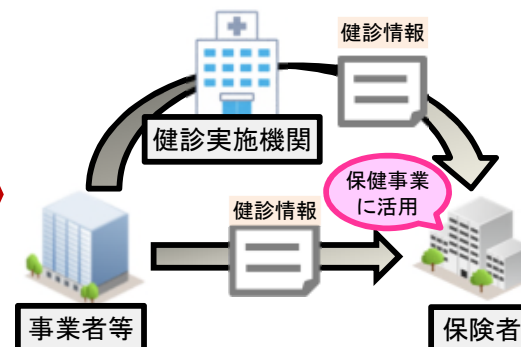
- 保険者への健診結果の提供事務を事業者が健診実施機関に委託するための契約書のひな形を作成し、健診実施機関から保険者に事業主健診の結果を直接提供することを推進。

(5) 事業主健診時における保険者番号等の活用促進 【課題②への対応】

- 健診実施機関による保険者への健診結果の提供や、保険者における被保険者等と健診結果の紐付けを円滑にする観点から、事業主健診の問診票のひな形に保険者番号や被保険者番号等を記入する欄を設け、健診実施時にその問診票の使用を推進。

「通知による対応案」

これらにより
健診結果の
提供を促進



メリット・効果

① データヘルスの推進

⇒ 加入者の状況に応じた効率的・効果的な保健事業が可能になる。

② コラボヘルスの促進

⇒ 保険者と事業者等の積極的連携による予防・健康づくりの推進につながる。

③ マイナポ等での健診結果の閲覧

⇒ 事業主健診等の結果をマイナポータル等で閲覧できるようになる。

保健事業を行う上で活用すべき情報の提供を求める根拠規定の有無

- 保険者は、特定健康診査・特定保健指導を行うほか、これら以外の事業であって健康教育、健康相談及び健康診査並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者等の自助努力についての支援その他の被保険者等の健康の 保持増進のために必要な事業（いわゆる保健事業）を行うように努めなければならないこととされている。
- また、保険者は、保健事業を行うに当たっては「医療保険等関連情報」を活用し、適切かつ有効に行うこととされている。

	保険者	健康保険組合連合会(※1)	国民健康保険団体連合会(※1)
①「医療保険等関連情報」(※2) ・医療に要する費用の状況に関する情報 ・特定健康診査の実施状況に関する情報 等	○ ※本来的に当該保険者に加入する者の情報を保有	× ※実際には各保険者の協力と同意を得た上で情報を入手、データ分析等に活用。 ⇒保険者に対し、提供を求めることを可能とする。(※2)	× ※実際には審査支払業務等の中で情報を入手、データ分析等に活用。 ⇒保険者に対し、提供を求めることを可能とする。(※2)
②事業主健診の情報	× (40歳以上の者は○) ※40歳以上の者については、事業主から特定健診情報として提供を受けている場合は保有(高確法第27条) ⇒(40歳未満含め)事業主に対し、提供を求めることを可能とする。(⇒新たに保健事業へ活用)	× ⇒事業主に対し、提供を求めることを可能とする。(⇒新たに保健事業へ活用)	× ⇒事業主に対し、提供を求めることを可能とする。(⇒新たに保健事業へ活用)

(○：本来的に保有している or 情報の提供を求める法令上の根拠あり／×：情報の提供を求める法令上の根拠なし)

(※1) 健保法第188条で同法第150条を、国保法第86条で同法第82条（特定健診・特定保健指導に係るもの等を除く。）を、それぞれ準用し、健保連・国保連についても保健事業を実施するよう努めなければならないこととされている。

(※2) 保険者が保健事業を行うにあたっては、医療保険等関連情報（高確法第16条第1項）を活用し適切かつ有効に行うこととされているが、健保連・国保連についても同様。

④エビデンスに基づく予防・健康づくりの推進

予防・健康づくりに関する大規模実証事業の実施

令和3年度要求額：4.5億＋一部事項要求
(令和2年度予算額：2.9億)

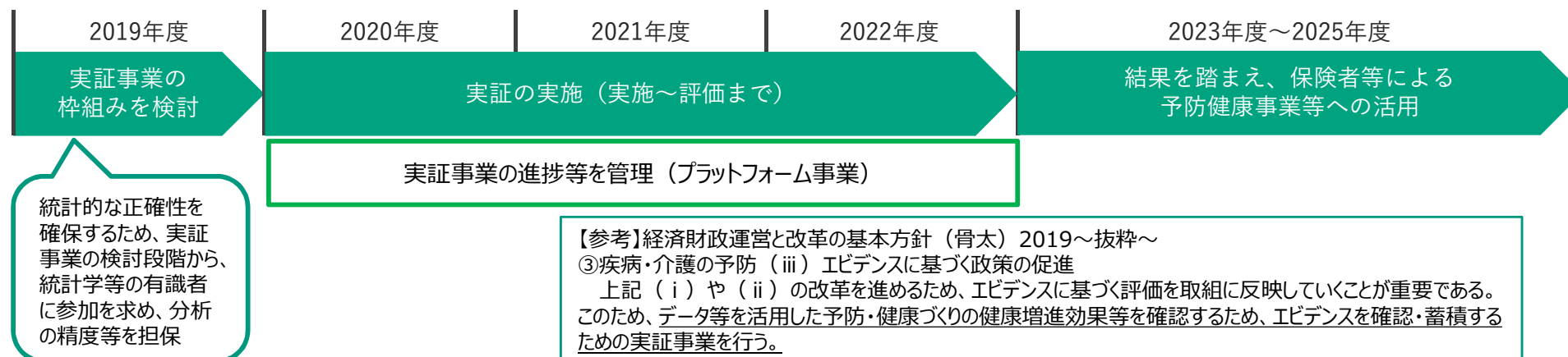
保険者等に対して適切な予防健康事業の実施を促進するため、**予防・健康づくりの健康増進効果等のエビデンスを確認・蓄積するための実証事業**を行う。

● 実証事業の内容（予定）

- 特定健診・保健指導の効果的な実施方法に係る実証事業
 - がん検診のアクセシビリティ向上策等の実証事業
 - 重症化予防プログラムの効果検証事業
 - 認知症予防プログラムの効果検証事業
 - 認知症共生社会に向けた製品・サービスの効果検証事業
 - 複数コラボヘルスを連携させた健康経営の効果検証事業
 - 歯周病予防に関する実証事業
 - AI・ICT等を活用した介護予防ツール等の効果・普及実証事業
 - 健康増進施設における標準的な運動プログラム検証のための実証事業
 - 女性特有の健康課題に関するスクリーニング及び介入方法検証のための実証事業
 - 食行動の変容に向けた尿検査及び食環境整備に係る実証事業
 - 健康にやさしいまちづくりのための環境整備に係る実証事業
- (●：厚生労働省、○：経済産業省)

● 全体スケジュール（案）

成長戦略実行計画では、2020年度から実証を開始し、その結果を踏まえて2025年度までに保険者等による予防健康事業等に活用することとされていることを踏まえ、以下のスケジュールで事業を実施する。



個別の実証事業について（保険局分）

● 特定健診・保健指導の効果的な実施方法に係る実証事業

特定健診・保健指導は、施行（2008年度）から10年経過し、目標（特定健診70%以上、特定保健指導45%以上（2023年度）とは依然乖離がある（それぞれ53.1%、19.5%（2017年度））ものの、実施率は着実に向上し、保険者ごとに様々取組が進んでいる。健康寿命の延伸を目指す中で、より健康増進効果等がある特定健診・保健指導の取組はどのようなものかについて、検証する。

（実証スケジュール（案））

2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度～2025年度
実証事業の枠組みを検討	実証の実施（実施～評価まで）			結果を踏まえ、保険者等による予防健康事業等への活用
・実証事業全体のスキームにおける位置づけを検討	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病予防に関連する文献レビュー・保険者の取組についての調査を行い、現状のエビデンスについて整理。 ・NDB等の既存データベースでの分析。 ・事業対象者、介入手法、アウトカム等の分析デザインを検討。 ・（文献レビューと分析デザインの検討を踏まえた）実証フィールドの選定。 ・試行的なデータ収集。 	<ul style="list-style-type: none"> ・分析デザインに沿って実証フィールドでのデータ（介入実施の有無や状態の変化等のアウトカムデータ等）収集を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・データ収集を継続 ・分析用データの作成 ・データ分析・評価：第三者の視点も加えて実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・2024年度（医療費適正化計画第4期の開始年度）からの特定健診等基本指針、運用等に反映

● 重症化予防プログラムの効果検証事業

人工透析にかかる医療費は年間総額約1.57兆円となっており、その主な原疾患である糖尿病性腎症の重症化予防は、健康寿命の延伸とともに、医療費適正化の観点で喫緊の課題である。専門医療機関等における介入のエビデンスは存在するが、透析導入患者をみると適切に医療を受けてこなかったケースも多く、医療機関未受診者を含めた戦略的な介入が必要である。このため、保険者において実施されている重症化予防の取組について、腎機能等一定の年月を必要とする介入・支援の効果やエビデンスを検証する。

（実証スケジュール（案））

2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度～2025年度
実証事業の枠組みを検討	実証の実施（実施～評価まで）			結果を踏まえ、保険者等による予防健康事業等への活用
・実証事業全体のスキームにおける位置づけを検討	<ul style="list-style-type: none"> ・既存の研究事業の効果検証の結果を踏まえ、実証事業に反映 ・実証フィールドの検証（市町村など100保険者） 	<ul style="list-style-type: none"> ・実証フィールド（100保険者）での実施 ・病期別の介入とデータ収集 	<ul style="list-style-type: none"> ・実証フィールド（100保険者）での実施 ・実証分析・評価：第三者の視点も加えて実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症重症化予防プログラム等への反映を検討

関係文書抜粋

経済財政運営と改革の基本方針2019

～「令和」新時代：「Society 5.0」への挑戦～（抄）

（令和元年6月21日 閣議決定）

2. 経済・財政一体改革の推進等

（2）主要分野ごとの改革の取組

① 社会保障

（基本的な考え方）

新経済・財政再生計画に基づき、基盤強化期間内から改革を順次実行に移し、団塊の世代が75歳以上に入り始める2022年までに社会保障制度の基盤強化を進め、経済成長と財政を持続可能にするための基盤固めにつなげる。このため、給付と負担の見直しも含めた改革工程表について、進捗を十分に検証しながら、改革を着実に推進する。

年金及び介護については、必要な法改正も視野に、2019年末までに結論を得る。医療等のその他の分野についても、基盤強化期間内から改革を順次実行に移せるよう、2020年度の「経済財政運営と改革の基本方針」（以下「骨太方針2020」という。）において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめる。

（給付と負担の見直しに向けて）

社会保障の給付と負担の在り方の検討に当たっては、社会保障分野における上記の「基本的な考え方」を踏まえつつ、骨太方針2018及び改革工程表の内容に沿って、総合的な検討を進め、骨太方針2020において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめる。

経済財政運営と改革の基本方針2020

～ 危機の克服、そして新しい未来へ ～（抄）

（令和2年7月17日 閣議決定）

4. 「新たな日常」を支える包摂的な社会の実現

（1）「新たな日常」に向けた社会保障の構築

現下の情勢を踏まえ、当面の最重要課題として、感染症の影響を踏まえ、新規感染者数の増大に十分対応することができる医療提供体制に向けて万全の準備を進めておく必要がある。また、検査体制の強化、保健所の体制強化及びクラスター対策の強化等に取り組むとともに、外出自粛下において再認識された日々の健康管理の重要性を踏まえ、エビデンスに基づく予防・健康づくり、重症化予防の取組もより一層推進する。

今般の感染症に係る施策の実施状況等の分析・評価を踏まえつつ、その重要性が再認識された以下の取組をより一層推進する。今般の診療報酬等の対応、病床・宿泊療養施設の確保状況、情報の利活用等の在り方を検証し、より迅速・柔軟に対応できる医療提供体制を再構築する。骨太方針2018、骨太方針2019等の内容に沿って、社会保障制度の基盤強化を着実に進め、人生100年時代に対応した社会保障制度を構築し、世界に冠たる国民皆保険・皆年金の維持、そして持続可能なものとして次世代への継承を目指す。

第1章 はじめに

1. これまでの検討経緯

政府は、昨年9月に全世代型社会保障検討会議（以下「検討会議」という。）を設置し、人生100年時代の到来を見据えながら、お年寄りだけではなく、子供たち、子育て世代、さらには現役世代まで広く安心を支えていくため、年金、労働、医療、介護、少子化対策など、社会保障全般にわたる持続可能な改革を検討してきた。

検討会議は昨年12月に第1回目の中間報告（以下「第1次中間報告」という。）を行った。当該中間報告に基づき、第201回国会では労働や年金分野等で所要の改革が実現した。本年6月には第2回目の中間報告を行い、医療について、第1次中間報告で示された方向性や進め方に沿って、更に検討を進め、本年末の最終報告において取りまとめることとした。

本年9月の菅内閣の発足後、検討会議の検討を再開し、10月15日に少子化対策、11月24日に医療改革について議論を行った。これまでの検討会議の検討や与党の意見を踏まえ、全世代型社会保障改革の方針を定める。

2. 全世代型社会保障改革の基本的考え方

菅内閣が目指す社会像は、「自助・共助・公助」そして「絆」である。まずは自分でやってみる。そうした国民の創意工夫を大事にしながら、家族や地域で互いに支え合う。そして、最後は国が守ってくれる、セーフティネットがしっかりとある、そのような社会を目指している。

社会保障制度についても、まずは、国民1人1人が、仕事でも、地域でも、その個性を発揮して活躍できる社会を創っていく。その上で、大きなリスクに備えるという社会保険制度の重要な役割を踏まえて、社会保障各制度の見直しを行うことを通じて、全ての世代の方々が安心できる社会保障制度を構築し、次の世代に引き継いでいく。

まず、我が国の未来を担うのは子供たちである。長年の課題である少子化対策を大きく前に進めるため、本方針において、不妊治療への保険適用の早急な実現、待機児童の解消に向けた新たな計画の策定、男性の育児休業の取得促進といった少子化対策をトータルな形で示す。

一方、令和4年（2022年）には、団塊の世代が75歳以上の高齢者となり始める中で、現役世代の負担上昇を抑えることは待ったなしの課題である。そのためにも、少しでも多くの方に「支える側」として活躍いただき、能力に応じた負担をいただくことが必要である。このため、本方針において高齢者医療の見直しの方針を示す。

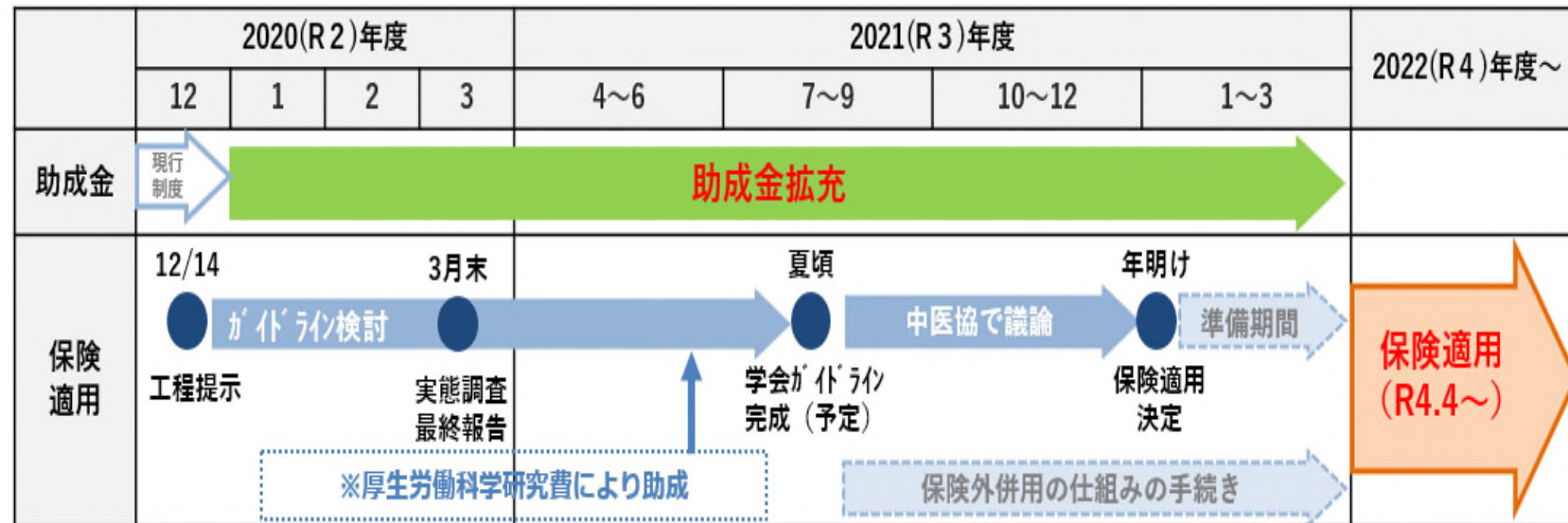
このような改革に取り組むことで、現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、切れ目なく全ての世代を対象とするとともに、全ての世代が公平に支え合う「全世代型社会保障」への改革を更に前に進めていく。

第2章 少子化対策

1. 不妊治療への保険適用等

子供を持ちたいという方々の気持ちに寄り添い、不妊治療への保険適用を早急に実現する。具体的には、令和3年度（2021年度）中に詳細を決定し、令和4年度（2022年度）当初から保険適用を実施することとし、工程表に基づき、保険適用までの作業を進める。保険適用までの間、現行の不妊治療の助成制度について、所得制限の撤廃や助成額の増額（1回30万円）等、対象拡大を前提に大幅な拡充を行い、経済的負担の軽減を図る。また、不育症の検査やがん治療に伴う不妊についても、新たな支援を行う。（略）

<工程表>



第3章 医療

少子高齢化が急速に進む中、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代の方々が安心できる社会保障制度を構築し、次の世代に引き継いでいくことは、我々の世代の責任である。こうした観点から、以下の取組を進める。

2. 後期高齢者の自己負担割合の在り方

第1次中間報告では、「医療においても、現役並み所得の方を除く75歳以上の後期高齢者医療の負担の仕組みについて、負担能力に応じたものへと改革していく必要がある。これにより、2022年にかけて、団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される中で、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する。」とされた上で、「後期高齢者（75歳以上。現役並み所得者は除く）であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方については1割とする。」とされたところである。

少子高齢化が進み、令和4年度（2022年度）以降、団塊の世代が後期高齢者となり始めることで、後期高齢者支援金の急増が見込まれる中で、若い世代は貯蓄も少なく住居費・教育費等の他の支出の負担も大きいという事情に鑑みると、負担能力のある方に可能な範囲でご負担いただくことにより、後期高齢者支援金の負担を軽減し、若い世代の保険料負担の上昇を少しでも減らしていくことが、今、最も重要な課題である。

その場合にあっては、何よりも優先すべきは、有病率の高い高齢者に必要な医療が確保されることであり、他の世代と比べて、高い医療費、低い収入といった後期高齢者の生活実態を踏まえつつ、自己負担割合の見直しにより必要な受診が抑制されるといった事態が生じないようにすることが不可欠である。

今回の改革においては、これらを総合的に勘案し、後期高齢者（75歳以上。現役並み所得者は除く）であっても課税所得が28万円以上（所得上位30%²）かつ年収200万円以上（単身世帯の場合。複数世帯の場合は、後期高齢者の年収合計が320万円以上）の方に限って、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方は1割とする。

今回の改革の施行時期については、施行に要する準備期間等も考慮し、令和4年度（2022年度）後半までの間³で、政令で定めることとする。

また、施行に当たっては、長期頻回受診患者等への配慮措置として、2割負担への変更により影響が大きい外来患者について、施行後3年間、1月分の負担増を、最大でも3,000円に収まるような措置を導入する。

「1.」及び「2.」について、令和3年（2021年）の通常国会に必要な法案の提出を図る。

² 現役並み所得者を除くと23%

³ 令和4年（2022年）10月から令和5年（2023年）3月までの各月の初日を想定。

第3章 医療

3. 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

第1次中間報告では、「外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する」とする方向性を示したところである。

現在、特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院について、紹介状なしで外来受診した場合に定額負担（初診5,000円）を求めているが、医療提供体制の改革において、地域の実情に応じて明確化される「紹介患者への外来を基本とする医療機関」のうち一般病床200床以上の病院にも対象範囲を拡大する。

また、より外来機能の分化の実効性が上がるよう、保険給付の範囲から一定額（例：初診の場合、2,000円程度）を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求めるよう仕組みを拡充する。

<対象範囲拡大のイメージ>

一般病床数	特定機能病院／地域医療支援病院	その他
200床以上	現在の定額負担（義務）対象病院 666 (7.9%)	紹介患者への外来を 基本とする医療機関 688 (8.2%)
200床未満	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)

第4章 終わりに

現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、切れ目なく全ての世代を対象とするとともに、全ての世代が公平に支え合う「全世代型社会保障」の考え方は、今後とも社会保障改革の基本であるべきである。本方針を速やかに実施するとともに、今後そのフォローアップを行いつつ、持続可能な社会保障制度の確立を図るため、総合的な検討を進め、更なる改革を推進する。

第1章 はじめに

1. これまでの検討経緯

全世代型社会保障検討会議は昨年12月に中間報告を公表し、昨年末の時点における検討成果について中間的な整理を行った。中間整理を行った項目は以下のとおり。

○医療

(1) 医療提供体制の改革

(2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

本年は2月19日に第6回会議を開催後、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、審議を一時中断した。当初の予定では、本検討会議は本年夏に最終報告を取りまとめる予定であったが、こうした状況を踏まえ、最終報告を本年末に延期することとした。これに伴い、第2回目の中間報告を行うこととした。

昨年末の最終報告に向けて、与党の意見も踏まえ、検討を深めていく。

第2章 昨年の中間報告以降の検討結果

昨年12月の中間報告以降、本検討会議において検討したテーマについての検討結果は以下のとおり。

4. 医療

昨年12月の中間報告で示された方向性や進め方に沿って、更に検討を進め、昨年末の最終報告において取りまとめる。

5. 少子化対策

少子化の問題は、結婚や出産、子育ての希望の実現を阻む様々な要因が絡み合っており、今後も、その一つ一つを粘り強く取り除いていくことで、できる限り早期に、「希望出生率1.8」の実現に取り組む。このため、少子化社会対策大綱（令和2年5月29日閣議決定）に基づき、以下の施策を含め、将来の子供達に負担を先送りすることのないよう、安定的な財源を確保しつつ、有効性や優先順位を踏まえ、できることから速やかに着手する。

(2) 妊娠・出産への支援

① 不妊治療に係る経済的負担の軽減

不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、高額な医療費がかかる不妊治療（体外受精、顕微授精）に要する費用に対する助成を行うとともに、適応症と効果が明らかな治療には広く医療保険の適用を検討し、支援を拡充する。そのため、まずは2020年度に調査研究等を通じて不妊治療に関する実態把握を行うとともに、効果的な治療に対する医療保険の適用の在り方を含め、不妊治療の経済的負担の軽減を図る方策等についての検討のための調査研究を行う。

6. 新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえた社会保障の新たな課題

新型コロナウイルス感染症の感染拡大により社会保障の新たな課題が生じている。これまで令和2年度第2次補正予算等で措置した施策を迅速かつ適切に執行するとともに、今後も、セーフティネットとしての重要性が増していることに留意して、社会保障改革の議論を進める。

（1）感染拡大防止に配慮した医療・介護・福祉サービスの提供等

令和2年度第2次補正予算において拡充した新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金等に基づき、感染拡大防止に配慮した医療・介護・福祉の提供体制の整備等を推進する。

具体的には、医療分野では、重点医療機関（新型コロナウイルス感染症患者専用の病院や病棟を設定する医療機関）等への病床確保料の補助や設備整備への支援、医療従事者等への慰労金の支給、医療用マスク・ガウン・手袋といった個人防護具（PPE）等の医療用物資の確保と医療機関等への配布、医療機関・薬局等の感染拡大防止等のための支援、経営が厳しい医療法人や個人診療所に対する持続化給付金による支援等を行う。

介護・福祉分野では、感染症対策を徹底したサービス等の提供をするために必要な経費への支援、介護・障害福祉サービス事業所の職員への慰労金の支給、サービス利用の再開支援等を行う。

また、オンライン診療やオンライン面会等の非接触サービス提供を促進するため、介護施設や医療機関等におけるタブレットやWi-Fi等の導入支援を強化するほか、今後の感染症対応力の強化に向けた取組を強力に進める。

さらに、「通いの場」の活動自粛等により、高齢者の外出・運動や社会的交流の機会が減少していることを踏まえ、屋外におけるプログラムや、通いの場に通うことができない高齢者への訪問型の支援など感染防止に配慮した支援の提供を進める。

（2）感染症への対応の視点も含めた医療提供体制の整備

感染症への対応の視点も含めて、質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の整備を進める。その際、地域医療構想調整会議における議論の活性化を図るとともに、データに基づく医療ニーズを踏まえ、都道府県が適切なガバナンスのもと医療機能の分化・連携を推進する。

（5）エビデンスに基づく予防・健康づくりの促進

新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、エビデンスに基づく予防・健康づくりを促進するため、実証事業を通じて予防・健康づくりのエビデンスを確認・蓄積し、効果が確認された予防・健康づくりを促進する。また、保険者や事業主による予防・健康づくりの基盤として、事業主から保険者に健診データを提供する法的仕組みを整備する。さらに、かかりつけ医等が患者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつなげる、いわゆる社会的処方についてモデル事業を実施し、制度化にあたっての課題を検討する。

第1章 基本的考え方

(1)はじめに

政府は、本年9月に全世代型社会保障検討会議を設置し、少子高齢化と同時にライフスタイルが多様となる中で、人生100年時代の到来を見据えながら、お年寄りだけではなく、子供たち、子育て世代、さらには現役世代まで広く安心を支えていくため、年金、労働、医療、介護など、社会保障全般にわたる持続可能な改革を検討してきた。

与党においても並行して検討が進められ、自由民主党では、①就労しやすい社会づくり、②個性・多様性を尊重し支えていく環境づくり、③社会保障の持続可能性の重視という3つの原則を念頭に議論が行われ、本年12月17日に政府に対する提言が行われた。また、公明党では、誰もが安心して暮らすことのできる全世代型社会保障の構築に向けて、本年12月18日に政府への中間提言が行われた。

本中間報告は、これら与党からの提言を踏まえ、全世代型社会保障検討会議における現時点での検討成果について、中間的な整理を行ったものである。

来年夏の最終報告に向けて、与党の意見を更にしっかり聞きつつ、検討を深めていく。

(4)今後の改革の視点

(現役世代の負担上昇の抑制)

2022年には団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現行の社会保障制度を前提とすると、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される。人生100年時代の到来をチャンスとして前向きに捉えながら、働き方の変化を中心に据えて、年金、医療、介護、社会保障全般にわたる改革を進めることで、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する必要がある。

(全ての世代が公平に支える社会保障)

世界に冠たる我が国の社会保障制度を将来世代に着実に受け継いでいくためには、制度の持続可能性が重要である。このため、改革全般を通じて、自助・共助・公助の適切な役割分担を見直しつつ、大きなリスクに備えるという社会保険制度の重要な役割も踏まえ、年齢ではなく負担能力に応じた負担という視点を徹底していく必要がある。こうした取組と併せて、必要な財源確保を図ることを通じて、中長期的に受益と負担のバランスを確保する努力を継続していく必要がある。

第2章 各分野の具体的方向性

3. 医療

(2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

① 後期高齢者の自己負担割合の在り方

人生100年時代を迎える中、高齢者の体力や運動能力は着実に若返っており、高い就業意欲の下、高齢期の就労が大きく拡大している。こうした中で、年齢を基準に「高齢者」と一括りにすることは現実に合わなくなっており、元気で意欲ある高齢者が、その能力を十分に発揮し、年齢にかかわらず活躍できる社会を創る必要がある。

このため、70歳までの就業機会確保や、年金の受給開始時期の選択肢の拡大による高齢期の経済基盤の充実を図る取組等にあわせて、医療においても、現役並み所得の方を除く75歳以上の後期高齢者医療の負担の仕組みについて、負担能力に応じたものへと改革していく必要がある。これにより、2022年にかけて、団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される中で、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会においても検討を開始する。遅くとも団塊の世代が75歳以上の高齢者入りする2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- ・ 後期高齢者(75歳以上。現役並み所得者は除く)であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方については1割とする。
- ・ その際、高齢者の疾病、生活状況等の実態を踏まえて、具体的な施行時期、2割負担の具体的な所得基準とともに、長期にわたり頻繁に受診が必要な患者の高齢者の生活等に与える影響を見極め適切な配慮について、検討を行う。

第2章 各分野の具体的方向性

3. 医療

(2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

② 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

2022年にかけて団塊の世代が75歳以上の高齢者となる中で、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢者医療のウエイトがますます高まっていく。医療のアクセスや質を確保しつつ、病院勤務医・看護師等の過酷な勤務環境を改善して持続可能な医療提供体制を確保していくためには、地域医療構想の推進や医師等の働き方改革、医師偏在対策を進めるとともに、地域密着型の中小病院・診療所の在り方も踏まえ、外来機能の明確化とかかりつけ医機能の強化を図ることが不可欠である。

医療のあるべき姿は、「病院完結型」の医療から、患者の住み慣れた地域や自宅での看取りを含めた生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療に変わりつつあり、身近なところで診療を受けられる「かかりつけ医」の普及や訪問看護の充実が不可欠となる。大病院は充実した人員配置や施設設備を必要とする入院医療や重装施設を活用した専門外来に集中し、外来診療は紹介患者を基本とする。一般的な外来受診はかかりつけ医機能を発揮する医療機関が担う方向を目指す。このことが、患者の状態に合った質の高い医療の実現のみならず、限りある医療資源の有効な活用や病院勤務医・看護師をはじめとする医師等の働き方改革にもつながる。

このような考え方の下、外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会及び中央社会保険医療協議会においても検討を開始する。遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会等の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- ・ 他の医療機関からの文書による紹介がない患者が大病院を外来受診した場合に初診時5,000円・再診時2,500円以上(医科の場合)の定額負担を求める制度について、これらの負担額を踏まえてより機能分化の実効性が上がるよう、患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるとともに、大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する。
- ・ 具体的な負担額や詳細設計を検討する際、患者のアクセスを過度に制限しないよう配慮しつつ、病院・診療所の機能分化・連携が適切に図られるよう、現行の定額負担の徴収状況等を検証し、定額負担を徴収しない場合(緊急その他やむをえない事情がある場合、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など)の要件の見直しを行う。

第2章 各分野の具体的方向性

4. 予防・介護

人生100年時代の安心の基盤は「健康」である。予防・健康づくりには、①個人の健康を改善することで、個人のQOLを向上し、将来不安を解消する、②健康寿命を延ばし、健康に働く方を増やすことで、社会保障の「担い手」を増やす、③高齢者が重要な地域社会の基盤を支え、健康格差の拡大を防止する、といった多面的な意義が存在している。これらに加え、生活習慣の改善・早期予防や介護予防、認知症施策の推進を通じて、生活習慣病関連の医療需要や伸びゆく介護需要への効果が得られることも期待される。こうしたことにより、社会保障制度の持続可能性にもつながり得るという側面もある。

今後は、国民一人一人がより長く健康に活躍することを応援するため、病気になってからの対応だけでなく、社会全体で予防・健康づくりへの支援を強化する必要がある。

その際、社会保障教育の充実や保険者による被保険者への教育、戦略的な広報による国民への積極的な情報提供を進めるとともに、質の高い民間サービスを積極的に活用しつつ、個人が疾病や障害に対処して乗り越えていく力を高めていく必要がある。

(1) 保険者努力支援制度の抜本強化

保険者努力支援制度は、保険者(都道府県と市町村)の予防・健康づくり等への取組状況について評価を加え、保険者に交付金を交付する仕組みである。

先進自治体のモデルの横展開を進めるために保険者の予防・健康インセンティブを高めることが必要であり、公的保険制度における疾病予防の位置付けを高めるため、保険者努力支援制度の抜本的な強化を図る。同時に、疾病予防に資する取組を評価し、①生活習慣病の重症化予防や個人へのインセンティブ付与、歯科健診やがん検診等の受診率の向上等については、配点割合を高める、②予防・健康づくりの成果に応じて配点割合を高め、優れた民間サービス等の導入を促進する、といった形で配分基準のメリハリを実効的に強化する。

(3) エビデンスに基づく政策の促進

上記(1)や(2)の改革を進め、疾病・介護予防に資する取組を促進するに当たっては、エビデンスに基づく評価を取組に反映していくことが重要である。このため、データ等を活用した予防・健康づくりの健康増進効果等を確認するため、エビデンスを確認・蓄積するための実証事業を行う。

その際、統計学的な正確性を確保するため、国が実証事業の対象分野・実証手法等の基本的な方向性を定めるとともに、その結果を踏まえ、保険者等に対して適切な予防健康事業の実施を促進する。

第3章 来年夏の最終報告に向けた検討の進め方

現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、切れ目無く全ての世代を対象とするとともに、全ての世代が公平に支え合う「全世代型社会保障」への改革を進めることは、政府・与党の一貫した方針である。

改革の推進力は、国民の幅広い理解である。来年夏の最終報告に向けて、政府・与党ともに、今後も国民的な議論を一層深める努力を継続する。

本中間報告で「最終報告に向けて検討を進める」こととした兼業・副業に係る労働時間規制等の取扱いや、医療保険制度改革の具体化等については、与党や幅広い関係者の意見も聞きながら、来年夏の最終報告に向けて検討を進める。

また、世論調査等を通じて、国民の不安の実態把握を進める。

さらに、個別政策ごとに今後の取組の進め方と時間軸を示した改革工程表を策定しており、これに則った社会保障改革の推進と一体的な取組を進める。

特に、地域医療構想、医師の働き方改革、医師偏在対策を三位一体で推進する。国民の高齢期における適切な医療の確保を図るためにも地域の実情に応じた医療提供体制の整備等が必要であり、持続可能かつ効率的な医療提供体制に向けた都道府県の取組を支援することを含め、地方公共団体による保険者機能の適切な発揮・強化等のための取組等を通じて、国と地方が協働して実効性のある社会保障改革を進める基盤を整備する。併せて、地域や保険制度、保険者の差異による保険料水準の合理的でない違いについて、その平準化に努めていく。

新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

2-4 給付と負担の見直し

高齢化や現役世代の急減という人口構造の変化の中でも、国民皆保険を持続可能な制度としていくため、勤労世代の高齢者医療への負担状況にも配慮しつつ、必要な保険給付をできるだけ効率的に提供しながら、自助、共助、公助の範囲についても見直しを図る。

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	57 高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担の検討					
	高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する。	マイナンバーの導入等の金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、医療保険・介護保険制度における負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方について、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。 介護の補足給付については、2019年度の関係審議会における議論を踏まえ対応。 《厚生労働省》			—	—
	58 団塊世代が後期高齢者入りするまでに、後期高齢者の窓口負担について検討					
	団塊世代が後期高齢者入りするまでに、世代間の公平性や制度の持続性確保の観点から、後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する。	全世代型社会保障検討会議の中間報告において示された方向性に基づき最終報告に向けて検討を進め、遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、2020年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。 《厚生労働省》			—	—
	59 薬剤自己負担の引上げについて幅広い観点から関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる					
	薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。	薬剤自己負担の引上げについて、諸外国の薬剤自己負担の仕組み（薬剤の種類に応じた保険償還率や一定額までの全額自己負担など）も参考としつつ、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス等の観点から、骨太2020に向けて引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。 《厚生労働省》			—	—

新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	60 外来受診時等の定額負担の導入を検討				—	—
	<p>病院・診療所の機能分化・機能連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及を進めるとともに、外来受診時等の定額負担導入を検討する。</p>	<p>全世代型社会保障検討会議の中間報告において示された方向性に基づき最終報告に向けて検討を進め、遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、2020年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。</p> <p>《厚生労働省》</p>				
	61 医療費について保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討				—	—
	<p>支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討する。</p>	<p>支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において総合的な対応を検討。</p> <p>《厚生労働省》</p>				
	65 医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しを検討				—	—
	<p>年金受給者の就労が増加する中、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均衡の観点から見直しを検討する。</p>	<p>年金受給者の就労が増加する中、税制において行われた諸控除の見直しも踏まえつつ、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しについて、現役との均衡の観点から、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。</p> <p>《厚生労働省》</p>				
	66 新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討				—	—
	<p>新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討する。</p>	<p>医薬品や医療技術の保険収載の判断等に当たり費用対効果や財政影響などの経済性評価を活用し、保険対象外の医薬品等に係る保険外併用療養を柔軟に活用・拡大することについて、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。</p> <p>《厚生労働省》</p>				

不妊治療の保険適用に係る政府方針

少子化社会対策大綱（令和2年5月29日閣議決定）（抄）

（不妊治療等への支援）

○ 不妊治療に係る経済的負担の軽減等

- ・ 不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、高額な医療費がかかる不妊治療（体外受精、顕微授精）に要する費用に対する助成を行うとともに、適応症と効果が明らかな治療には広く医療保険の適用を検討し、支援を拡充する。そのため、まずは2020年度に調査研究等を通じて不妊治療に関する実態把握を行うとともに、効果的な治療に対する医療保険の適用の在り方を含め、不妊治療の経済的負担の軽減を図る方策等についての検討のための調査研究を行う。あわせて、不妊治療における安全管理のための体制の確保が図られるようにする。

※ 全世代型社会保障検討会議 第2次中間報告（令和2年6月25日 全世代型社会保障検討会議決定）
においても同様の記載あり

菅内閣の基本方針（令和2年9月16日閣議決定）（抄）

4. 少子化に対処し安心の社会保障を構築

喫緊の課題である少子化に対処し、誰もが安心できる社会保障制度を構築するため改革に取り組む。そのため、不妊治療への保険適用を実現し、保育サービスの拡充により、待機児童問題を終わらせて、安心して子どもを生育てられる環境をつくる。さらに、制度の不公平・非効率を是正し、次世代に制度を引き継いでいく。

全世代型社会保障検討会議（第12回）

議事録

（開催要領）

1. 開催日時：令和2年12月14日（月）10:40～11:00

2. 場 所：官邸2階大ホール

3. 出席者：

議 長	菅 義 偉	内閣総理大臣
議長代理	西 村 康 稔	全世代型社会保障改革担当大臣
構 成 員	麻 生 太 郎	副総理 兼 財務大臣
	加 藤 勝 信	内閣官房長官
	武 田 良 太	総務大臣
	田 村 憲 久	厚生労働大臣
	梶 山 弘 志	経済産業大臣
	遠 藤 久 夫	学習院大学経済学部教授
	翁 百 合	株式会社日本総合研究所理事長
	鎌 田 耕 一	東洋大学名誉教授
	櫻 田 謙 悟	SOMPOホールディングス株式会社 グループCEO 取締役 代表執行役社長
	清 家 篤	日本私立学校振興・共済事業団理事長
	新 浪 剛 史	サントリーホールディングス株式会社 代表取締役社長
	増 田 寛 也	東京大学公共政策大学院客員教授
	柳 川 範 之	東京大学大学院経済学研究科教授
	坂 本 哲 志	内閣府特命担当大臣（少子化対策担当）

（議事次第）

1. 開会

2. 全世代型社会保障改革の方針（案）について

3. 閉会

（配布資料）

資料1 全世代型社会保障改革の方針（案）

資料2 中西議員提出資料

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 おはようございます。それでは、ただいまから第12回の「全世代型社会保障検討会議」を開催いたします。

距離は適宜取っておりますので、マスクのほうは適宜外していただければと思います。

本日は、全世代型社会保障改革の方針（案）につきまして御議論いただきます。

お手元に資料1として取りまとめ案を配付しておりますが、議員の皆様方には事前に送付をいたしておりますので、説明は省略し、早速議論に入りたいと思います。

なお、本日、中西議員は御欠席でありますけれども、お手元の資料2にお考えを配付しております。後期高齢者の2割負担の改革や児童手当を見直す方向性について評価するとコメントとともに、新子育て安心プランに対する事業主拠出金の充当について言及されておられます。

では、民間議員の方々から御発言いただきます。時間が限られておりますので、御発言は簡潔にお願いできればと思います。

それでは、遠藤議員、お願いします。

○遠藤議員 社会保障制度における給付と負担の世代間の公平性を高める上で重要な諸課題について、今日このように取りまとめが行われたことは大変意義のあることだと思います。特に後期高齢者の自己負担引上げの問題につきましては、社会保障審議会においても現役世代の負担軽減を重視する意見と、高齢者の負担能力を重視する意見とが対立しまして、それぞれ合理性があるだけにコンセンサスを得るのが難しい状況にありますが、本日このように取りまとめがなされたということは、医療費負担の世代間の公平性を考える上で貴重な前進だと思います。

本日、取りまとめで示された方向性を踏まえつつ、社会保障審議会医療保険部会においても改めて委員の意見を伺い、部会としての結論を得たいと考えております。

最後に、新型コロナウイルスの感染拡大により、医療や介護の現場が大変疲弊しております。政府におかれましては、これまでも増して適切な対応を迅速に行っていただくことを切にお願いいたします。

以上でございます。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

翁議員、お願いします。

○翁議員 給付は高齢者中心、負担は現役世代中心という社会保障の構造を見直し、全世代型社会保障改革を実現することは、未来を担う若年世代や発言の機会がない子供たちに対する責務を果たすために欠かせないと思います。

その意味で、今回、不妊治療の保険適用、待機児童対策、男性育休促進などが決まったことは大きな進展であると思います。最優先課題として少子化対策を今後も推進していただきたいと思います。また、今回の高齢者医療の負担見直し等も重要な前進であり、是非実現していただきたいと思います。

ただ今後の人口動態変化を考えれば、報告書に記載のとおり、全世代が公平に支え合う

持続可能な社会保障制度にするには、改革の成果をデータでしっかりフォローアップしつつ、さらなる改革推進、検討継続の必要があると思います。

例えば、後期高齢者医療制度にガバナンスや保険者機能をより利かせる仕組み等の医療保険制度の多角的検討、環境変化に合わせた医療提供体制のさらなる改革等も、不断の取組が求められると思います。どうぞよろしくお願いいたします。

以上でございます。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 鎌田議員、お願いします。

○鎌田議員 ありがとうございます。

人生100年時代の到来を見据えながら、社会保障を国民の全世代が、それぞれの置かれた状況に応じて支えられ、かつ、支えるという観点から考えると、今回、後期高齢者が支払う窓口負担割合を単身世帯ベースで年収200万円以上の人について1割から2割に引き上げる方針を示すことは、大変意義深いことと思います。

また、働き方が大きく変化し、多様化する中で、この会議が兼業・副業の拡大や雇用によらない働き方などを議題として、フリーランスの保護等について一定の方向性を示したことは、一歩前進と考えます。ただし、これは今後の状況を見据えながら、さらに検討を加えていくことが肝要だと考えます。

少子化対策は差し迫った課題であります。今回の方針案にあるように、不妊治療と仕事の両立を図るために職場環境を整備する事業主に支援を行うことや、男性の育児休業を促進することも重要な課題であります。男性の育児休業促進のための具体的な措置については、労働政策審議会においてしっかりと議論を行い、速やかに結論を得るべきものと考えます。

以上であります。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

続いて、櫻田議員、お願いします。

○櫻田議員 ありがとうございます。

後期高齢者の医療改革に一番スポットが当たったと思っていますけれども、これにつきましては本当に様々な意見があって、調整にとっても御苦労されたと思います。私個人としては、いろいろな思いがございますけれども、この会議に課せられた責任の一端は果たしたのだらうと信じております。

ただ、この会議に求められたミッションの全体はまだまだ終わっていないと思っておりまして、例えば年金については、マクロ経済スライドの名目下限措置をどうするか、厚生年金の被用者をもっと拡大できないのか。医療について言えば、ワンコインを再度検討できないのか。介護は、ケアプランの有料化などに加えて、制度の持続性を考えて特に人手不足問題にどう対処するかなどなど、全世代にとっての社会保障の持続可能性、特に現役世代にとっての予見可能性、これは総理の最も強い問題意識と認識しておりますけれども、これらについて何らかの議論の場は、どのような形を取るかは別として、必要であると思

っています。

成長なくして財政再建なしという方針は大賛成ですが、真に成長を実現するための政府と民間の果たすべき役割、成長だけでなく歳出合理化の具体的な努力を引き続き、そして実行を引き続き積み重ねることが大切だと思っています。どうぞよろしくお願いします。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 それでは、オンラインで御参加の清家議員、つながりますか。

では、事務方、ちょっと調整してください。

新浪議員、つながりますか。

○新浪議員 おはようございます。ありがとうございます。

今般、後期高齢者の窓口負担につきまして、総理自ら御調整賜り、決着に至ったこと、大変感謝申し上げたいと思います。これで一步前進したと、このように思います。

ただ、私ども企業にとっても、健保における後期高齢者支援金は大変大きな負担となっております。これは企業のみならず、社員が負担するということでございまして、今まで賃上げをしてきてもなかなか可処分所得が増えていかない大きな要因でございました。そんな意味もありまして、この後期高齢者の医療費用というものも、在り方をしっかりと検討していただきたいと、このように思います。

そして、社会保障制度には、まだまだ課題がたくさんあると思います。例えば生活習慣病や認知症の重症化予防、そのための健診率の向上、及び法定外繰入れの解消や県内保険料統一の徹底、そのための地域医療構想の推進、そして、究極的にはマイナンバー活用による応能負担の仕組みの構築。このようにまだまだたくさんの課題が残っております。これらの課題を政府一丸となってしっかりと取り組んでいかななくてはならないと思います。

引き続き、これらのような様々な課題を解決し、必ずや持続可能な社会保障制度を構築すべく、総理のリーダーシップをお願いしたいと、このように思います。

以上です。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

清家議員、つながりますね。お願いします。

○清家議員 ありがとうございます。

社会保障制度を全世代型に一步進めた報告書になったと思います。特にかつて社会保障制度改革国民会議で報告書を取りまとめた者の一人としましては、そのときの報告書で一丁目一番地と位置づけました少子化対策と、そのときの報告書の基本理念でもございました将来世代の負担軽減という観点からの改革の前進を大変ありがたく思っているところでございます。

いずれにいたしましても、日本の世界に誇るべき社会保障制度をしっかりと持続可能な形で将来世代に伝えていくために、議論の場などを設けて社会保障制度改革を、引き続きしっかりと進めていただきたいと考えております。ありがとうございます。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

続いて、増田議員、お願いします。

○増田議員 後期高齢者の窓口2割負担の範囲が定まったこと、これは総理の御英断でありまして、現役世代、将来世代に明確なメッセージとなりました。社会保障の課題は依然として山積をしております。地域医療構想や国保改革など従前のこれは積み残しでありますが、これに加えて、高齢者医療では医療費適正化計画の見直しも必要でありますし、中期的には、後期高齢者医療制度の財政運営の責任主体を国保と同様に都道府県にするなどの大がかりな改革も検討すべきだと思います。

今回のフォローアップを含め、しっかりとした場で社会保障改革の議論を継続し、さらに前進させていただくようにお願いをいたします。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

それでは、柳川議員、お願いします。

○柳川議員 後期高齢者の自己負担割合の在り方に関しては、かなりいろいろな意見がある中、総理の強いリーダーシップの下、このような形でまとまったことは、私も非常に敬意を表したいと思っておりますし、感謝申し上げたいと思っております。全世代のバランスを取る大きな改革の一步であり、このメッセージ効果というのは非常に大きなものがあると思っております。

それから、少子化対策をきっちりと書き込まれたこと、不妊治療への保険適用をはじめ、いろいろな改革がここで書かれたことも非常に大きな意義があると思っておりますし、これが大きな働き方改革も含めた改革につながっていくということを期待したいと思っております。

それに加えて、やはり「終わりに」に書かれているように、フォローアップが必要だと思っておりますし、さらなる改革を推進していくことも必要だと思っております。やはりこの医療や介護については、ある程度自動調整プログラムのようなものをつくっていく必要が長期的にはあるのだろうと思っております。長期的なマクロトレンドに沿って、医療負担の仕組みが自動的に調整されていくようなプログラムをつくっていかないと、個別のところはかなりいろいろな論点、政治的な論点が積み上がってくるというのは、なかなか改革が進まないのだろうと思っておりますので、少しそのような方向も考えていく必要があるだろうと思っております。

いずれにしても、この報告書を踏まえて、さらなる改革を推進していきたいと思っております。どうもありがとうございます。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

それでは、次に、あらかじめ発言を予定しております閣僚から御発言いただきます。

田村厚生労働大臣、お願いします。

○田村厚生労働大臣 今回の最終報告においては、長年の課題である少子化対策及び後期高齢者の窓口負担割合を含む医療の問題に一定の方向性を出していただきました。議員の皆様方におかれては、1年3か月にわたる熱心な御議論に心より感謝を申し上げたいと思

います。

厚生労働省といたしましては、この報告書の方向性に沿って、関係審議会で御議論をいただき、法案を取りまとめ、速やかに国会にお諮りしていくこととしたいと思っております。今回、切れ目なく全ての世代を対象とするとともに、全ての世代が公平に支え合う全世代型社会保障という方向性を示していただいたこと、そして、社会保障改革をめぐる議論を終わることなくこの理念に沿って引き続き改革を進めてまいりたいと考えております。

以上です。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 続いて、麻生副総理、お願いいたします。

○麻生副総理兼財務大臣 議員の方々には、1年3か月にわたりまして熱心に御議論をいただき、誠にありがとうございました。心から感謝を申し上げる次第です。

今回の取りまとめにおきまして、現役世代への給付が少なく、そして、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心と、こういったこれまでの社会保障の構造自体を改めるべく、少子化対策や医療改革の内容が示されたことは極めて意義が深いことだったと思っております。とりわけ医療改革につきましては、団塊の世代が2022年には75歳に到達し始めるというので極めて時間が限られております。そういった中で、後期高齢者の窓口負担の見直しについて結論を得たということは、現役世代の負担軽減の観点からも大きな評価ができるものだと思っております。

日本の社会保障というものは受益と負担のバランスがいわゆる不均衡という状況にありますので、これを是正していかない限りはこの制度の持続可能性というものができません。今回の改革のフォローアップというものをやっていかねばなりませんけれども、今後も議論を積み重ねて、不断に制度を見直していただく必要があろうかと存じます。よろしくお願い申し上げます。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございました。

以上で一通り御発言をいただきました。

ほかに何か御意見ある方はおられますでしょうか。よろしいですか。

それでは、お手元の資料1にあります方針案で取りまとめをさせていただきたいと思いますが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございました。

それでは、取りまとめさせていただき、政府としては、この取りまとめを閣議決定するため、与党との調整プロセスに入りたいと思います。

それでは、総理から締めくくりの御発言をいただきます。

その前にプレスが入室します。

(報道関係者入室)

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 菅総理、よろしくお願いいたします。

○菅内閣総理大臣 少子高齢化が急速に進む中であって、現役世代の負担上昇を抑えなが

ら、全ての世代の方々が安心できる社会保障制度を構築し、次の世代に引き継いでいくことが、我々の世代の責任であります。

まず、高齢者医療の見直しです。2022年には団塊の世代が75歳以上の高齢者となり始める中で、若者と高齢者で支え合い、若い世代の負担上昇を抑えることは、待ったなしの課題であります。このため、75歳以上の高齢者のうち、新たに窓口負担割合を2割とする範囲を、単身者の場合、年収200万円以上とするとともに、急激な負担増にならないための経過措置を設けます。

また、長年の課題でありました少子化対策に真正面から取り組み、大きく前に進めます。

第1に、安定的な財源を確保しながら、幼稚園を含め地域のあらゆる子育て資源を活用しつつ、令和6年度末、4年間で約14万人分の保育の受け皿を整備します。併せて、児童手当について、年収1,200万円以上の方の特例給付を見直します。

第2に、不妊治療への保険適用を令和4年度から実施します。保険適用までの間、現行の不妊治療の助成制度について、医療保険適用を見据えつつ、所得制限を撤廃するなど大幅に拡充します。

第3に、男性の、出産直後の休業取得を促進する新たな枠組みを導入するとともに、労働者への周知や、職場環境の整備を事業主に義務付けることを検討したいと思います。

少子化対策の強化と高齢者医療の見直しに取り組むことで、全世代型社会保障への改革を、更に前に進めてまいります。

民間議員の皆様には、昨年9月以来、1年3か月に渡り、大変御熱心な御議論を頂き、また御協力を賜りましたことに心から感謝と御礼を申し上げます。ありがとうございました。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 それでは、マスコミの皆さんは御退室をお願いいたします。

(報道関係者退室)

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございました。

民間議員の皆様におかれましては、大変活発な御議論をいただき、心から御礼を改めて申し上げたいと思います。

本日の会議の概要につきましては、この後、私から記者説明を行いたいと思います。

以上をもちまして、本日の会議を終了いたします。ありがとうございました。

基 発 1223 第 5 号

保 発 1223 第 1 号

令 和 2 年 12 月 23 日

(別記) 事業者団体及び関係団体の長 殿

厚生労働省労働基準局長

(公 印 省 略)

厚生労働省保険局長

(公 印 省 略)

定期健康診断等及び特定健康診査等の実施に関する協力依頼について

厚生労働行政の推進について、日頃より格段のご協力を賜り、御礼申し上げます。

医療保険制度では、糖尿病をはじめとする生活習慣病の発症・重症化を予防し、医療費を適正化するため、保険者が法定義務の保健事業として、特定健康診査及び特定保健指導を行っております。高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高確法」という。）では、労働安全衛生法（昭和47年法律第57号。以下「安衛法」という。）その他の法令に基づく健康診断を受診した者については、その結果を保険者が受領することにより、特定健康診査の全部又は一部を行ったものとすることとされ、また保険者から健康診断の記録の写しの提供を求められた事業者は、その記録の写しを保険者に提供しなければならないとされています。

また、事業者から保険者に安衛法に基づく定期健康診断等の結果を提供することは、データヘルスやコラボヘルス等の推進により、労働者の健康保持増進につながり、また、労働者が健康になることによって企業の生産性向上、経営改善及び経済成長にもつながるため、労働者及び事業者の双方にとって、取組を進めていくことが望ましいものです。このため、安衛法第70条の2第1項の規定に基づく「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」（昭和63年健康保持増進のための指針公示第1号）に健康保持増進対策の推進体制を確立するための事業場外資源として「医療保険者」を位置づける等、労働者の健康保持増進の措置として、保険者との連携を推進しています。

さらに、令和3年3月からは、社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険中央会が共同で運営するオンライン資格確認等システムを利用し、マイナポータルを通じて本人が自らの特定健康診査情報等を閲覧することができる仕組みを稼働させることとしており、事業者から保険者に提供された定期健康診断等の結果は、保険者を通じてオンライン資格確認等システムに格納されることで、特定健康診査情報としてマイナポータルを用いた本人閲覧の用に供することができるようになります。

これらを着実に進めていくためには、事業者から保険者に定期健康診断等の結果を迅速かつ確実に情報提供することが必須であり、事業者と保険者が一体となって取組

を進めていく必要があります。このため、実施年度中に 40～74 歳となる労働者（実施年度中に 75 歳になる 75 歳未満の労働者も含む。）の定期健康診断等の結果を保険者に提供する上で、事業者が取り組むべき事項について、別紙のとおり整理しましたので、その趣旨を御理解の上、保険者と緊密に連携して労働者の健康管理等に取り組みいただくとともに、貴下会員その他関係機関等に周知いただくよう、お願い申し上げます。

(別紙)

定期健康診断等及び特定健康診査等の実施に係る事業者と保険者の連携・協力事項について

1. 定期健康診断等の結果の情報提供等の事業者と保険者の連携の基本的な考え方

保険者は、糖尿病をはじめとする生活習慣病の発症・重症化を予防し、医療費を適正化するため、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号。以下「高確法」という。）に基づく法定義務の保健事業として、特定健康診査及び特定保健指導を行っている。事業者は健康保険料の一部を負担し、保険者の運営に関わっている。保険者が特定健康診査及び特定保健指導等の保健事業を的確に実施し、医療費適正化に取り組むとともに、制度間の健診の重複を避けるためには、事業者と保険者が緊密に連携し、定期健康診断等の結果を事業者から保険者に迅速かつ確実に情報提供する必要がある。

このため、高確法では、労働者が労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号。以下「安衛法」という。）その他の法令に基づき行われる特定健康診査に相当する健康診断を受診した場合は、特定健康診査の全部又は一部を行ったものとし、保険者から健康診断に関する記録の写しの提供を求められた事業者は、その記録の写しを提供しなければならないとされている。

また、事業者から保険者に安衛法に基づく定期健康診断等の結果を提供することは、データヘルスやコラボヘルス等の推進により、労働者の健康保持増進につながり、また、労働者が健康になることによって企業の生産性向上、経営改善及び経済成長にもつながるため、労働者及び事業者の双方にとって、取組を進めていくことが望ましいものである。このため、安衛法第 70 条の 2 第 1 項の規定に基づき、「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」（昭和 63 年健康保持増進のための指針公示第 1 号）に健康保持増進対策の推進体制を確立するための事業場外資源として「医療保険者」を位置づける等、労働者の健康保持増進の措置として、保険者との連携を推進している。

さらに、令和 3 年 3 月からは、社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険中央会が共同で運営するオンライン資格確認等システムを利用し、マイナポータルを通じて本人が自らの特定健康診査情報等を閲覧することができる仕組みを稼働させることとしており、事業者から保険者に提供された定期健康診断等の結果は、保険者を通じてオンライン資格確認等システムに格納されることで、特定健康診査情報としてマイナポータルを用いた本人閲覧の用に供することができるようになる。

これらを着実に進めていくためには、事業者において定期健康診断等を適切に実施するとともに事業者から保険者に定期健康診断等の結果を迅速かつ確実に情報提供することが必須であり、事業者と保険者が一体となって取組を進めていく必要がある。

2. 定期健康診断等及び特定健康診査の実施と保険者への情報提供の方法等

(1) 定期健康診断等及び特定健康診査の一体的な実施

特定健康診査では、既往歴の聴取において服薬歴（※）及び喫煙習慣を聴取することとしている。労働安全衛生規則（昭和 47 年労働省令第 32 号。以下「安衛則」という。）に規定する定期健康診断等では、既往歴の調査項目に服薬歴及び喫煙歴が位置づけられていないが、事業者と保険者が緊密に連携して労働者の健康増進に取り組む必要があり、服薬歴及び喫煙歴の有無は特定保健指導の対象者の抽出に不可欠な調査項目であること、定期健康診断等では従来からこれらを聴取している場合が多いことから、今後は、原則として、定期健康診断等と特定健康診査の検査項目が同時に実施されるようにすることとし、特定健康診査の必須項目である服薬歴及び喫煙歴を含む問診については別添 1 を用いて行い、その結果を保険者に提供すること。

なお、定期健康診断等において実施される既往歴及び業務歴の調査、自覚症状の有無の検査について、別添 1 の問診票の項目以外の項目は医師の判断により適宜追加すること。

何らかの事情により別添 1 以外の問診票を用いざるを得ず、また、安衛則に基づく健康診断個人票に服薬歴及び喫煙歴の有無が記載されていない場合でも、事業者がこれらに関する情報を定期健康診断等の問診等により把握している場合には、健康診断個人票の写しと併せて、その結果を保険者に提供すること。

また、定期健康診断等の実施時に服薬歴及び喫煙歴について聴取を行わなかった場合は、保険者が労働者個人に対して直接に聴取を行う可能性がある旨を周知すること。

なお、血糖検査の取扱いについては、「定期健康診断等における血糖検査の取扱いについて」（令和 2 年 12 月 23 日付け基発 1223 第 7 号）により、定期健康診断等において、ヘモグロビン A1c 検査を血糖検査として認めるとともに、随時血糖による血糖検査を行う場合は食直後（食事開始時から 3.5 時間未満）を除いて実施することとしたため、特定健康診査における取扱いと揃っていることに留意すること。

（※）服薬歴については、血圧を下げる薬、血糖を下げる薬又はインスリン注射、コレステロールや中性脂肪を下げる薬の使用の有無について聴取することとしている。

(2) 定期健康診断等の結果の保険者への情報提供の方法等

① 電子的な標準記録様式による提出について

安衛法では、事業者は、定期健康診断等の結果について、電磁的方法による記録の保存を義務付けられていない。他方、高確法及び関係法令では、保険者は、特定健康診査の結果を電磁的方法により保存しなければならないこと、電磁的方法による記録を作成、保存及び提出できる機関に委託できるとされている。

このため、事業者から保険者への定期健康診断等の結果の情報提供にあたっては、保険者と事業者又は健診実施機関等との契約等により、厚生労働省ホームページ

ジで示す電子的な標準記録様式

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000165280.html>) による方法やその他適切な方法により、保存している定期健康診断等の結果の写しを提出すること。

(※) 電子的な標準記録様式による結果の提出が可能な健診実施機関等：社会保険診療報酬支払基金の特定健診等機関基本情報リスト

(<http://www.ssk.or.jp/kikankensaku/index.html>) や国立保健医療科学院の特定健康診査機関・特定保健指導機関データベース (<https://kenshin-db.niph.go.jp/kenshin/>) を参照いただきたい。

②定期健康診断等の結果の情報提供に関する必要な取決め等

高確法に基づく保険者への定期健康診断等の結果の情報提供を適切に実施するためには、2 (2) ①の電子的な標準記録様式に対応している健診実施機関にこれを委託することが望ましい。事業者は、自ら保険者への情報提供を行うことが困難な場合には、事務的な負担の軽減になること等から、定期健康診断等の実施を委託することについて健診実施機関と契約する際に、事業者に代わり健診実施機関が保険者に定期健康診断等の結果を提供することについて予め契約で取り決め、健診実施機関を通じて保険者へ定期健康診断等の結果を提供すること。

なお、上記について契約する事業者及び健診実施機関については、別添2の契約書のひな形を参考にされたい。

また、健診実施機関から保険者に定期健康診断等の結果を円滑に提供するためには、受診者が加入する保険者の保険者番号や受診者本人の被保険者証等記号・番号が必要なことから、定期健康診断等の実施時に、受診者本人に健康保険証又はその写しを持参してもらうこと、記入欄を設けた別添1の問診票を活用して受診者本人に記載してもらうこと等により、原則として受診者本人から健診実施機関にこれらが提供されるよう、事業者は受診者に対して説明すること。事業者は、健診実施機関がこれらを確認する際に受診者本人に協力を促すこと等、必要に応じて、健診実施機関がこれらの情報を把握できるよう協力すること。

上記の契約の他、定期健康診断等の結果の提供に関する必要な取決め等は、事業者、保険者及び健診実施機関等の間で、納得できる方法、形態等を十分に協議し、定期健康診断等の実施を保険者に委託する又は共同して実施する契約等を締結するなど、円滑な連携を確保いただきたい。なお、健診実施機関と保険者において、特定健診のデータの作成・提供に係る契約をしている場合には、当該契約を参考に定期健康診断等のデータの作成・提供をしていただきたい。

事業者が保険者への提供のみを目的として定期健康診断等の結果のデータを作成又は送付する場合は、それに要した費用を保険者に請求して差し支えないこととなっており、当該事務を健診実施機関に委託した場合についても、委託された健診実施機関が当該費用を保険者に請求して差し支えないこと。

(3) 個人情報保護についての配慮

①特定健康診査の項目の取扱い

事業者が保険者からの求めに応じて、高確法及び関係法令に定める検査項目（別表参照）に対応する定期健康診断等の記録の写しを提供することは、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号。以下「個人情報保護法」という。）第 23 条第 1 項第 1 号の「法令に基づく場合」に該当し、第三者提供に係る本人の同意は不要である（※）。また、事業者から高確法に基づく保険者への定期健康診断等の結果の提供を委託された健診実施機関についても同様である。

（※）健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）では、全国健康保険協会及び健康保険組合の役職員又はこれらの職にあった者は健康保険事業に関して職務上知り得た秘密を正当な理由なく漏らしてはならないこととされ、これに違反して秘密を漏らした者は、1 年以下の懲役又は 100 万円以下の罰金に処することとされている。

②特定健康診査に含まれない項目の取扱い

事業者が行う各種健（検）診の検査項目のうち、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成 19 年厚生労働省令第 157 号。以下「実施基準」という。）第 2 条に定める項目に含まれないもの（※ 1）であって、保険者において保健事業の実施に必要な項目は、事業者又は健診実施機関が定期健康診断等の実施時に、労働者に対し定期健康診断等の結果の情報を保険者に提供する旨を明示し、本人の同意を得ることで（※ 2）、特定健康診査に含まれない項目の結果も含めて、保険者に情報提供できる。

このような中で、事業者は、保険者による的確な保健事業の実施の観点から、保険者の求めに応じて、労働者の同意を得た上で、保険者へ健康診断の結果を提供することについて、協力いただきたい。また、保険者は、上記の本人同意を得る方法により受領した定期健康診断等の結果について、個人情報保護に十分配慮した取扱いを行う必要がある。

なお、保険者は、事業者から定期健康診断等の実施についての委託を受ける、又は事業者と共同で定期健康診断等を実施することにより、実施基準第 2 条に定める項目以外の記録について、保険者の保健事業の実施に必要な範囲において利用できる。この場合、保険者が保健事業の実施に記録を利用することは、事業者から保険者への個人情報の第三者提供には該当しないが（※ 3）、保険者では、上記同様に、個人情報保護に十分に配慮して取り扱う必要がある。

（※ 1）事業者が保存している健康診断の記録のうち、実施基準第 2 条に定める項目に含まれないものは、定期健康診断等の業務歴、視力、聴力、胸部エックス線検査、喀痰検査の結果やがん検診等の記録である（実施基準第 2 条に定める項目は、別表参照）。

（※ 2）「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（通則編）」（平成 28 年 11 月個人情報保護委員会）では、本人の同意は「事業の性質及び個人情報の取扱状況に応じ、本人が同意に係る判断を行うために必要と考えられる合理的かつ適切な方法によらなければならない」とされており、

同意の取得は、保険者への情報提供に関する説明や本人同意が確認できるチェック欄などを問診票や添付の説明資料等により説明し、同意を取得する方法が考えられる。

- (※3) 事業者と保険者が共同で定期健康診断等や事後指導を実施する場合など、データの共同利用における個人情報の取扱いについては、「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成29年4月個人情報保護委員会、厚生労働省）Ⅲの5の（4）において、以下のとおり留意事項を整理している。

(※) 個人データの共同での利用における留意事項

健保組合と労働安全衛生法に規定する事業者が共同で健康診断を実施している場合又は共同で健診結果を用いて事後指導を実施している場合など、あらかじめ個人データを特定の者との間で共同して利用することが予定されている場合、（ア）共同して利用される個人データの項目、（イ）共同利用者の範囲（個別列挙されているか、本人から見てその範囲が明確となるように特定されている必要がある）、（ウ）利用する者の利用目的、（エ）当該個人データの管理について責任を有する者の氏名又は名称、をあらかじめ本人に通知し、又は本人が容易に知り得る状態においておくとともに、共同して利用することを明らかにしている場合には、当該共同利用者は第三者に該当しない。

この場合、（ア）、（イ）については変更することができず、（ウ）、（エ）については、本人が想定することが困難でない範囲内で変更することができ、変更前、本人に通知又は本人の容易に知り得る状態におかなければならない。

なお、共同利用でない場合は、健康保険組合と労働安全衛生法に規定する事業者は、異なる主体となるため、それらが健診結果を共有するに当たっては、被保険者又は労働者の同意を要することとなる。

3. 特定保健指導の円滑な実施の確保

(1) 就業時間中における特定保健指導の実施等

特定保健指導は、保険者に実施義務を課し、労働者個人の意思により利用されるものであって、業務遂行との関連において行われるものではないことから、その受診に要した時間の賃金を事業者が負担する義務を負うものではない。

しかしながら、特定保健指導等を受けるための機会の拡充や実施率の向上は、労働者の健康の保持増進につながり、医療費適正化等を通じて事業者の保険料負担にも関係することから、事業者におかれては、就業時間中の特定保健指導に要した時間の賃金等の取扱いについて、特段の配慮をいただき、協力いただきたい。

なお、就業時間中における特定保健指導の実施の配慮は、実施率の向上において重要な要素であるので、保険者と事業者の連携の取組をインセンティブで評価する項目の一つに位置づけられている。

(2) 事業者が実施する保健指導と併せて特定保健指導を実施する場合の費用負担

事業者が定期健康診断等の実施後の保健指導と併せて特定保健指導も行う場合、特定保健指導の費用として事業者が保険者に請求できる範囲は、その趣旨及び法定の実施内容に鑑み特定保健指導とみなすことができる部分に限られ、明確な区分けに基づく費用の算定が求められる。

このため、事業者と保険者との間で事前に十分な協議・調整を行い、円滑な実施を確保いただきたい。その際、事業者が実施する保健指導と特定保健指導との棲み分けや一体実施の方法等について、具体的に整理しておく必要があることに留意いただきたい。

4. 被保険者及び被扶養者の住所情報の保険者への情報提供

被保険者及び被扶養者（以下「被保険者等」という。）の住所情報は、保険者が円滑に特定健康診査をはじめとする保健事業を行う上で重要な情報であるほか、平成 29 年 11 月から本格運用が開始された個人番号を活用した情報連携事務においては、被保険者等が居住する市町村を特定した上で、該当の市町村に情報照会を行うなど、近年、保険者が被保険者等に係る住所情報を把握・管理することの重要性が高まっている。

この点、健康保険法施行規則（大正 15 年内務省令第 36 号）においては、被保険者は、その住所を変更したときは、原則として、速やかに、変更後の住所を事業主に申し出なければならないこととされており、当該申出を受けた事業主は、遅滞なく住所変更の届書を厚生労働大臣（日本年金機構を経由して提出する。）又は健康保険組合（以下「厚生労働大臣等」という。）に提出しなければならないこととされている。また、被扶養者についても、その住所に変更があった場合には、被保険者はその都度、事業主を経由して厚生労働大臣等に届け出なければならないこととされている。

労働者やその家族等の住所に変更があった場合には、保険者が被保険者等の住所を把握・管理できるよう、これらの規定に基づく届出を行われない。

(別記)

中央労働災害防止協会会長

陸上貨物運送事業労働災害防止協会会長

林業・木材製造業労働災害防止協会会長

仮設工業会会長

日本建設業連合会会長

合板仮設安全技術協会会長

産業安全技術協会会長

生命保険協会会長

全国火薬類保安協会会長

全国警備業協会会長

全国建設業労災互助会理事長

全国森林土木建設業協会会長

全国中小建設業協会会長

全国登録教習機関協会会長

全日本シティホテル連盟会長

日本鍛造協会会長

情報通信エンジニアリング協会会長

日本溶接協会会長

日本鑄造協会会長

全国LPガス協会会長

日本化学物質安全・情報センター会長

日本機械工業連合会会長

日本金属プレス工業協会会長

日本クレーン協会会長

日本建設機械施工協会会長

日本建設業経営協会会長

日本型枠工事業協会会長

日本港湾福利厚生協会会長

日本碎石協会会長

日本作業環境測定協会会長

日本新聞協会会長

日本生産技能労務協会会長

日本造園建設業協会会長

日本造船工業会会長

建設業労働災害防止協会会長

港湾貨物運送事業労働災害防止協会会長

船員災害防止協会会長

建設産業専門団体連合会会長

建設荷役車両安全技術協会会長

日本旅館協会会長

信託協会会長

セメント協会会長

全国クレーン建設業協会会長

全国建設業協会会長

全国建築コンクリートブロック工業会会長

全国地方銀行協会会長

全国中小建築工事業団体連合会会長

全国ビルメンテナンス協会会長

全国労働保険事務組合連合会会長

大日本水産会会長

全日本トラック協会会長

東京ガラス外装クリーニング協会会長

日本埋立浚渫協会会長

日本化学工業協会会長

日本ガス協会会長

日本橋梁建設協会会長

日本空調衛生工事業協会会長

日本経済団体連合会会長

日本建設機械工業会会長

日本建設躯体工事業団体連合会会長

日本港運協会会長

日本在外企業協会会長

日本左官業組合連合会会長

日本産業機械工業会会長

日本自動車工業会会長

日本新聞販売協会会長

日本造園組合連合会会長

日本造船協力事業者団体連合会会長

日本鉄鋼連盟会長
日本電気協会会長
日本電設工業協会会長
日本塗装工業会会長
日本人材派遣協会会長
日本プラントメンテナンス協会会長
日本保安用品協会会長
日本ボイラ整備据付協会会長
日本民営鉄道協会会長
日本労働安全衛生コンサルタント会会長
ビール酒造組合組合長
プレハブ建築協会会長
林業機械化協会会長
建設業振興基金理事長
産業医学振興財団理事長
あんしん財団理事長
化成品工業協会会長
高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長
政府関係特殊法人連絡協議会会長
石油連盟会長
全国仮設安全事業協同組合理事長
全国基礎工業協同組合連合会会長
全国木材組合連合会会長
全国社会保険労務士会連合会会長
全国森林組合連合会会長
全国段ボール工業組合連合会理事長
全国生コンクリート工業組合連合会会長
全日本家具商組合連合会会長
損害保険経営者懇談会会長
電機・電子・情報通信産業経営者連盟理事長
全国銀行協会会長
日本麻紡績協会会長
日本化学繊維協会会長
日本鋁業協会会長

日本中小型造船工業会会長
日本鉄道車輛工業会会長
日本電機工業会会長
日本道路建設業協会会長
日本鳶工業連合会会長
日本フードサービス協会会長
日本ベアリング工業会会長
日本ボイラ協会会長
日本ホテル協会会長
日本民間放送連盟会長
日本ロボット工業会会長
プレストレスト・コンクリート建設業協会会長
ボイラ・クレーン安全協会会長
安全衛生技術試験協会理事長
建設業福祉共済団理事長
地方公務員安全衛生推進協会理事長
日本フルハップ会長
日本製紙連合会会長
石油化学工業協会会長
全国安全会議議長
全国管工事業協同組合連合会会長
全国建設業協同組合連合会会長
全国産業廃棄物連合会会長
全国商工会連合会会長
全国石油商業組合連合会会長
全国中小企業団体中央会会長
全国農業協同組合連合会会長
全日本交通安全協会会長
電気事業連合会会長
電線工業経営者連盟理事長
日本肥料アンモニア協会会長
日本火薬工業会会長
日本ゴム工業会会長
日本消防協会会長

日本商工会議所会頭
日本醤油協会会長
日本生活協同組合連合会会長
日本ソーダ工業会会長
日本鋳鍛鋼会会長
日本フェロアロイ協会会長
日本無機薬品協会会長
日本羊毛産業協会会長
日本基幹産業労働組合連合会中央執行委員長
全国セメント労働組合連合会代表
全国法律関連労組連絡協議会
日本 J A T I 協会会長
日本 L P ガス協会会長
日本下水道事業団理事長
せんい強化セメント板協会会長
日本損害保険協会会長
全国都市清掃会議会長
日本ゴルフ場事業協会理事長
全国素材生産業協同組合連合会会長
全日本紙器段ボール箱工業組合連合会会長
21世紀職業財団会長
政府関係法人連絡協議会専務理事
日本産業衛生学会理事長
健康保険組合連合会会長
共済組合連盟会長
地方公務員共済組合協議会会長
社会保険診療報酬支払基金理事長
日本医師会会長
日本看護協会会長
結核予防会理事長
全日本病院協会会長
日本人間ドック学会理事長
全国知事会会長
全国町村会会長

日本伸銅協会会長
日本洗淨技能開発協会理事長
日本チェーンストア協会会長
鉄道建設・運輸施設整備支援機構理事長
日本百貨店協会会長
日本紡績協会会長
日本証券業協会会長
全国ハイヤー・タクシー連合会
全国通運協会会長
石炭エネルギーセンター会長
建設業振興基金
日本橋梁・鋼構造物塗装技術協会会長
全日本紙製品工業組合会長
日本小型貫流ボイラー協会会長
産業医科大学理事長
全国労働基準関係団体連合会会長
日本医療法人協会会長
日本産業カウンセラー協会会長
日本精神科病院協会会長
中小企業基盤整備機構理事長
港湾労働安定協会会長
日本砂利協会会長
国民健康保険中央会会長
全国健康保険協会理事長
日本私立学校振興・共済事業団理事長
労働者健康安全機構理事長
全国労働衛生団体連合会会長
日本歯科医師会会長
日本栄養士会会長
日本総合健診医学会理事長
日本病院会会長
予防医学事業中央会理事長
全国市長会会長

別表

労働安全衛生法に基づく定期健康診断の項目と高齢者の医療の確保に関する法律に基づき保険者が事業者等に対して提供を求めることができる項目との関係

		労働安全衛生法 (定期健康診断)	高齢者医療確保法 (実施基準第2条)
	既往歴	○	<input type="checkbox"/>
	業務歴	○	
	自覚症状	○	<input type="checkbox"/>
	他覚症状	○	<input type="checkbox"/>
	身長	○ ^{#1}	<input type="checkbox"/>
	体重	○	<input type="checkbox"/>
	B M I	○ ^{#2}	<input type="checkbox"/>
	腹囲	○ ^{#3}	<input type="checkbox"/>
	視力	○	
	聴力	○	
	胸部エックス線検査	○	
	喀痰検査	○ ^{#4}	
	血圧	○	<input type="checkbox"/>
貧血検査	血色素量	○	<input type="checkbox"/>
	赤血球数	○	<input type="checkbox"/>
肝機能検査	AST (GOT)	○	<input type="checkbox"/>
	ALT (GPT)	○	<input type="checkbox"/>
	γ-GT (γ-GTP)	○	<input type="checkbox"/>
血中脂質検査	LDL コレステロール	○ ^{#5}	<input type="checkbox"/>
	(Non-HDL コレステロール)		
	HDL コレステロール	○	<input type="checkbox"/>
	血清トリグリセライド (中性脂肪)	○	<input type="checkbox"/>
血糖検査	空腹時血糖	●	<input type="checkbox"/>
	HbA1c	●	<input type="checkbox"/>
	随時血糖	● ^{#6}	<input type="checkbox"/>
尿検査	尿糖	○	<input type="checkbox"/>
	尿蛋白	○	<input type="checkbox"/>
心電図検査		○	<input type="checkbox"/>
血清クレアチニン検査 (eGFR)		△	<input type="checkbox"/>
質問票	服薬歴	※	<input type="checkbox"/>
	既往歴	※	<input type="checkbox"/>
	貧血	※	<input type="checkbox"/>
	喫煙	※	<input type="checkbox"/>
	20 歳からの体重変化	※	<input type="checkbox"/>
	30 分以上の運動習慣	※	<input type="checkbox"/>
	歩行又は身体活動	※	<input type="checkbox"/>
	歩行速度	※	<input type="checkbox"/>

	食べる時の状態	※	<input type="checkbox"/>
	食べ方	※	<input type="checkbox"/>
	食習慣	※	<input type="checkbox"/>
	飲酒	※	<input type="checkbox"/>
	飲酒量	※	<input type="checkbox"/>
	睡眠	※	<input type="checkbox"/>
	生活習慣の改善	※	<input type="checkbox"/>
	保健指導の希望	※	<input type="checkbox"/>

○・・・労働安全衛生法の定期健康診断の必須項目

●・・・労働安全衛生法の定期健康診断の選択実施項目

□・・・高齢者医療確保法で保険者が事業者等に対して提供を求めることができる項目

△・・・医師が必要と認めた場合に実施することが望ましい項目

※・・・特定健康診査の検査項目であるため、別添 1 の問診票を活用して同時に聴取すべき項目

#1・・・医師が必要でないと認めるときは省略可。

#2・・・算出可。

#3・・・以下の者については医師が必要でないと認める時は省略可。

1 妊娠中の女性そのほかの者であって、その腹囲が内臓脂肪の蓄積を反映していないと判断されたもの

2 BMI（次の算式により算出したものをいう。以下同じ。）が 20 未満である者

$$BMI = \text{体重 (kg)} / \text{身長 (m)}^2$$

3 自ら腹囲を測定し、その値を申告した者（BMI が 22 未満の者に限る。）

#4・・・胸部エックス線検査により病変及び結核発病のおそれがないと判断された者について医師が必要でないと認めるときは省略可。

#5・・・血清トリグリセライド（中性脂肪）が 400mg/dl 以上である場合又は食後採血の場合は、LDL コレステロールに代えて Non-HDL コレステロール（総コレステロールから HDL コレステロールを除いたもの）で評価を行うことができる。

#6・・・食直後（食事開始時から 3.5 時間未満）の採血は避けることが必要。また、食事開始時から何時間後に採血したか、健康診断結果として記載することが必要。

注）「標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版）」（平成 30 年厚生労働省健康局）第 2 編別紙 3 に定められている質問項目中の以下の項目の聴取は必須ではないが、事業者が情報を入手していた場合には、保険者は事業者に対して提供を求めることができる。

貧血、20 歳からの体重変化、30 分以上の運動習慣、歩行又は身体活動、歩行速度、食べる時の状態、食べ方、食習慣、飲酒、飲酒量、睡眠、生活習慣の改善、保健指導の希望

一般健康診断問診票（素案）

健康保険被保険者証等（健康保険証）に記載されている記号、番号（枝番）、保険者番号を転記してください。記載いただいた場合は、記号・番号を健診結果とともに加入する保険者へ提供し、健診結果の管理に活用いたします。番号（枝番）□－□□の「－□□」の部分が枝番です。健康保険証に「－□□」に該当する番号の記載がない場合には、空欄としてください。

記号：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

番号（枝番）：

										－		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

保険者番号：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

団体・会社名：_____

所属部署名：_____

氏名：_____

生年月日： 年 月 日 年齢： 歳 性別： 男・女

No.	質問項目	回答
1	これまでに、重量物の取扱いの経験がありますか。	①はい ②いいえ
2	これまでに、粉塵の取扱いのある業務経験がありますか。	①はい ②いいえ
3	これまでに、激しい振動を伴う業務経験がありますか。	①はい ②いいえ
4	これまでに、有害物質の取扱いのある業務経験がありますか。	①はい ②いいえ
5	これまでに、放射線の取扱いのある業務経験がありますか。	①はい ②いいえ
6	現在の職場では、どのような勤務体制で働いていますか。	①常時日勤 ②常時夜勤 ③交替制（日勤と夜勤の両方あり）
7	現在の職場での、直近1ヶ月間の1日あたりの平均的な労働時間はどのぐらいですか。	①6時間未満 ②6時間以上8時間未満 ③8時間以上10時間未満 ④10時間以上
8	現在の職場での、直近1ヶ月間の1週間あたりの平均的な労働日数はどのぐらいですか。	①3日間未満 ②3日間以上5日間未満 ③5日間 ④6日間以上
	現在、a から c の薬の使用の有無※	
9	a. 血压を下げる薬	①はい ②いいえ
10	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ
11	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ
12	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
13	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
14	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	①はい ②いいえ
15	医師から、貧血といわれたことがありますか。	①はい ②いいえ
16	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計 100 本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近 1 ヶ月間も吸っている者）	①はい ②いいえ
17	20 歳の時の体重から 10kg 以上増加していますか。	①はい ②いいえ
18	1 回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 日以上、1 年以上実施していますか。	①はい ②いいえ
19	日常生活において歩行又は同等の身体活動を 1 日 1 時間以上実施していますか。	①はい ②いいえ
20	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	①はい ②いいえ
21	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	①何でもかんで食べることができる ②歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ほとんどかめない
22	人と比較して食べる速度が速いですか。	①速い ②ふつう ③遅い
23	就寝前の 2 時間以内に夕食をとることが週に 3 回以上ありますか。	①はい ②いいえ

24	朝昼夕の３食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	①毎日 ②時々 ③ほとんど摂取しない
25	朝食を抜くことが週に３回以上ありますか。	①はい ②いいえ
26	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）はどの位の頻度で飲みますか。	①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない（飲めない）
27	飲酒日の１日当たりの飲酒量はどの位ですか。 日本酒１合（１８０ｍｌ）の目安：ビール中瓶１本（約５００ｍｌ）、 焼酎２５度（１１０ｍｌ）、ウイスキーダブル一杯（６０ｍｌ）、ワイン ２杯（２４０ｍｌ）	①１合未満 ②１～２合未満 ③２～３合未満 ④３合以上
28	睡眠で休養が十分とれていますか。	①はい ②いいえ
29	運動や食生活等の生活習慣を改善しようと思っていますか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである（概ね６か月以 内） ③近いうちに（概ね１か月以内）改善す るつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる（６か月未 満） ⑤既に改善に取り組んでいる（６か月以 上）
30	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用します か。	①はい ②いいえ
31	何か健康について相談したいことがありますか。	①はい ②いいえ

※医師の診断・治療のもとで服薬中の者を指す。

* 本問診票は、労働安全衛生法に基づく定期健康診断等と高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健康診査の項目を同
時に実施する場合の、標準的な問診票です。

※本契約書はひな型の例であり、必ずしもこのひな形にとられる必要はなく、実際の契約においては当事者間で自由に定められたい。

健康診断委託契約書

委託者名（以下、「甲」という。）と受託機関名（以下、「乙」という。）は、健康診断等の実施に関し、以下のとおり契約を締結する。

（業務の内容）

第1条 甲は、甲の従業員等の健康診断、保健指導等（以下「健康診断等」という。）に関する業務を乙に委託し、乙はこれを受託するものとする。

2 甲が乙に委託する本件業務の内容、範囲及び料金は、別紙「料金表」のとおりとする。

（業務の実施）

第2条 甲と乙は、健康診断等の実施日時、実施場所について協議し、実施する。

2 予め定めた実施日時、実施場所について変更する必要がある場合、甲と乙は協議して対応することとする。

3 乙は、本件業務の実施に際し、関係法令を遵守するものとする。

（業務の再委託）

第3条 乙は、甲の承諾を得て、本件業務の一部を第三者に委託若しくは代行させることができる。

2 乙は、前項の規定に従い、甲の承諾を得て第三者に本件業務を再委託した場合であっても、当該第三者に対して本契約に定める乙の義務と同等の義務を負わせるものとし、当該第三者による義務違反があった場合、乙による義務違反と見なす。

（報告義務）

第4条 乙は、甲から請求があったときは、本件業務の実施に関する進捗状況その他について、遅滞なく甲に報告しなければならない。

（結果の通知）

第5条 乙は、健康診断を行った日から原則として土日祝日を除く14日以内に受診者本人及び甲に対してその結果を通知するものとする。

2 甲が労働安全衛生法に基づく健康診断項目以外に実施した検査結果の報告を乙に求める場合には、甲は、事前に甲の従業員等にその項目の範囲及び利用目的を明示して同意を得ていなければならない。

(精算、請求)

第6条 乙は、甲が委託する健康診断等の業務の内容、範囲及び料金を定めた別紙「料金表」に基づき、本件業務終了後、翌月の○日までに清算報告書、請求書を甲に提出するものとする。

2 乙は、乙が実施した本件業務の金額に、消費税法及び地方税法に定める率を乗じて得た額を加算して請求するものとする。

(支払)

第7条 甲は、乙から前条の請求があった場合は、請求額について受領月の翌々月末日までに乙の指定する口座に支払うものとする。

(譲渡の禁止)

第8条 乙は、甲から委託された本件業務の全部又は一部を、第三者に譲渡してはならない。

(守秘義務、個人情報保護)

第9条 乙は、本契約に基づき実施する本件業務に関して知り得た甲及び甲の従業員等に関する個人情報の取り扱いについては、個人情報保護法及び関係ガイドライン等に基づき、必要な情報保護対策を講じるものとする。

2 乙は、個人情報保護法に定める個人情報取扱業者の義務を遵守し、本件業務を遂行する。

3 乙は、本件業務を実施するために甲から取得した情報については、本件業務終了後、遅滞なく返却又は消去するものとする。ただし、経年管理に必要な情報についてはこの限りではない。

4 甲は、乙に対し、甲が提供した個人情報の管理が適切に行われているか調査し、必要な措置を講じるよう指示することができる。

5 乙は、甲から提供を受けた個人情報について、漏えい、滅失、毀損その他本条に係る違反等が発生した時は、速やかに甲に報告し、善後措置について協議しなければならない。

6 本条の規定については、本契約終了後も効力を有するものとする。

(健診結果の保険者への提供)

第10条 乙は、高齢者の医療の確保に関する法律及び関係法令に基づく甲の義務を代行し、甲の従業員等の健康診断結果（高齢者の医療の確保に関する法律及び関係法令に定める項目に限る。）を、受診者が加入する保険者に提供することとする。

2 甲は、事前に受診者にその趣旨を十分に説明し、受診時に受診者が健康保険証を持参する等の方法により、保険者番号等を乙に提供することとする。

3 乙は、受診者が加入する保険者に対し、前項の規定に基づき甲の従業員等の健康診断結

果を提供する旨、通知することとする。

4 甲は、乙が前項の規定に基づき通知する際に、受診者が加入する保険者の確認が必要となった場合、乙に協力するものとする。

5 乙は、甲の協力が得られないことにより、受診者が加入する保険者を特定することができない場合、加入する保険者が特定できなかった受診者の健康診断結果は保険者に提供しないこととする。

6 健康診断結果の提供方法及びその費用の負担等については、乙と健康診断結果の提供先である保険者が別途締結する契約によるものとする。

7 乙は、保険者と契約が締結できなかった場合、契約できなかった保険者に加入している受診者の健康診断結果は保険者に提供しないこととする。

（検査結果等の利用）

第11条 乙は、検査結果について精度管理、統計あるいは研究の目的として、受診者の同意を得たうえで利用することができる。

2 乙は、研究目的に大学等の研究機関に検査結果等を提供する場合、匿名化処理を施すものとする。

（誠実履行義務）

第12条 乙は、善良なる管理者の注意をもって誠実に本業務を行うものとする。

2 甲は、乙が本件業務を実施する上で必要となる資料、その他甲の管理物を乙に貸与する。乙は、甲から借り受けた当該資料等を善良なる管理者の注意をもって利用しなければならない。

（事故及び損害の責任）

第13条 乙は、本件業務を実施するに当たり、事故が発生し又は発生する恐れが生じたときは、速やかに甲に通知し、甲の指示に従うものとする。

2 本件業務の実施に際し、乙の故意又は重大な過失により事故が発生し甲が損害を被った場合、乙は甲に対してその損害を賠償する責を負う。

3 本件業務の実施に伴い前項に示す事故以外の事故が発生し損害が生じた場合については、その負担と責任について甲、乙間で協議するものとする。

（契約内容の変更）

第14条 本件業務の実施に関し、甲又は乙の都合により契約内容の全部又は一部を変更する必要がある場合は、その都度協議の上、契約内容の全部又は一部を変更できるものとする。

(契約の解除)

第15条 甲、乙は、相手方が次の各号の一に該当した場合、直ちに本契約の全部を解除することができる。

- ①金融機関から取引停止の処分を受けたとき
- ②監督官庁より営業の取り消し、停止の処分を受けたとき
- ③第三者より、仮差押え、仮処分、強制執行等を受け、契約の履行が困難と認められるとき
- ④破産、特別清算、民事再生、会社整理、会社更生の申し出があったとき
- ⑤営業の廃止、解散の決議をしたとき
- ⑥前各号の外、本契約が維持しがたい重大な事由が生じたとき

2 甲は、前項各号の事由以外を理由として本契約を解除しようとするときは、1か月間の予告期間において解除することができる。なお、年度途中において本契約の解除を行う場合、検査結果等に特段の瑕疵がある場合を除き、すでに実施した本件業務に関し、第1条に定める料金は返金されない。

3 乙の本契約違反によって甲が損害を受けた場合、甲はその実損害額の賠償請求を行うことができる。ただし、その総額は、本契約に基づいて甲が乙に支払った料金総額を超過しないものとする。

(有効期間)

第16条 本契約の有効期間は、○年○月○日から○年○月○日までの1年間とする。ただし、本契約の終了期間満了の3か月前までに、甲、乙いずれからも申出がないときは、その期間満了の翌日からさらに1年間継続してその効力を有するものとし、それ以降も同様とする。

(反社会的勢力の排除)

第17条 甲及び乙は、反社会的勢力（暴力団、暴力団員、暴力団関係企業、暴力団員でなくなった時から5年を経過しない者、特殊知能暴力集団その他これらに準ずる者）ではないこと及びこれらとの関係がないことを確約する。

2 甲及び乙は、自ら又は第三者を利用した暴力的要求行為、法的な責任を超えた不当な要求行為等を行わないことを確約する。

3 前2項に違反することが判明した場合には、何らの催告を要せず、本契約を解除することができる。

4 甲または乙が、第3項の規定により本契約を解除した場合、契約の相手方に損害が生じても賠償ないし補償をすることを要せず、また、かかる解除により、解除したものに損害が生じたときは、相手方は、その損害を賠償するものとする。

(管轄裁判所)

第18条 本契約に関する一切の紛争については、甲の所在地を管轄する裁判所を第一審の専属的合意管理裁判所として処理するものとする。

(協議)

第19条 この契約の定めのない事項が生じたときは、甲、乙は誠意を持って協議のうえ、決定するものとする。

○年○月○日

委託者（甲）

受託者（乙）

別紙

料金表

健康診断

健康診断の種類	料金
雇い入れ時健康診断	円
定期健康診断	円
特定業務健康診断	円
人間ドック	円

保健指導

1 人	円
-----	---

基 発 1223 第 7 号
令和 2 年 12 月 23 日

都道府県労働局長 殿

厚生労働省労働基準局長
(公 印 省 略)

定期健康診断等における血糖検査の取扱いについて

労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）に基づく定期健康診断等について、「経済財政運営と改革の基本方針 2019～「令和」新時代：「Society 5.0」への挑戦～」（令和元年 6 月 21 日閣議決定）において、「生まれてから学校、職場など生涯にわたる健診・検診情報の予防等への分析・活用を進めるため、マイナポータルを活用する P H R との関係も含めて対応を整理し、健診・検診情報を 2022 年度を目処に標準化された形でデジタル化し蓄積する方策も含め、2020 年夏までに工程化する。」等とされたことを踏まえ、健康・医療・介護情報利活用検討会健診等情報利活用ワーキンググループの事業主健診作業班において、事業主健診における P H R の推進のため、その在り方や実施方法等について検討を行ったところである。

本作業班における検討を踏まえ、労働安全衛生規則（昭和 47 年労働省令第 32 号）第 43 条、第 44 条、第 45 条及び第 45 条の 2 の規定に基づく定期健康診断等の項目のうち、血糖検査の取扱いについて、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）に基づく特定健康診査との整合を図り、下記のとおりとしたので、関係者への周知徹底を図るとともに、的確な実施に遺憾なきを期されたい。

なお、下記については、本日からの取扱いとすること。

記

血糖検査は、空腹時血糖又は随時血糖によることを原則としてきたが、ヘモグロビン A1c 検査を行った場合についても、血糖検査を実施したものとする。

また、ヘモグロビン A1c（NGSP 値）を測定せずに随時血糖による血糖検査を行う場合は、食直後（食事開始時から 3.5 時間未満）を除いて実施することとする。

なお、本通達をもって、「定期健康診断等における診断項目の取扱い等について」（平成 29 年 8 月 4 日付け基発 0804 第 4 号）の記の 3 の血糖検査の取扱いを廃止する。

令和2年度第三次補正予算案(保険局関係)参考資料

1. 小児科等への支援や新型コロナウイルス感染症から回復患者の転院支援に係る 診療報酬上の特例的な対応	2
2. 健康保険組合等保険者機能の強化	3
3. 国民健康保険料等の減免を行った市町村に対する財政支援	5
4. 保健医療情報等の利活用	6
5. 新たな日常にも対応する処方箋等の電子化に向けたシステム構築	10
6. 令和2年7月豪雨による災害対応	11

新型コロナウイルス感染症を踏まえた診療に係る特例的な対応

- 新型コロナウイルスの感染拡大を受けて、小児に対する診療の実態や、新型コロナウイルス感染症から回復した後の継続的な治療の必要性の観点から、感染が急速に拡大している間、期中における臨時異例の措置として、以下の対応を行うこととする（令和2年12月15日付け事務連絡発出）。

1. 外来における小児診療等に係る評価

- 感染予防策の実施について、成人等と比較して、
 - ・ 親や医療従事者と濃厚接触しやすいため（抱っこ、おむつ交換など）、感染経路が非常に多く、感染予防策の徹底が重要であること
 - ・ 訴えの聴取等が困難であり、全ての診療等において、新型コロナウイルス感染症を念頭においた対策が必要であること

などから、より配慮が求められる **6歳未満の乳幼児への外来診療等**に対する評価が必要

→ 小児特有の感染予防策（※）を講じた上で外来診療等を実施した場合、初再診に関わらず患者毎に

- 医科においては、**100点**
- 歯科においては、**55点**
- 調剤についても、**12点**

に相当する点数を、特例的に算定できることとする。

※ 「小児の外来診療におけるコロナウイルス感染症2019（COVID-19）診療指針」を参考に感染予防策を講じた上で、保護者に説明し、同意を得ること。

2. 新型コロナウイルス感染症からの回復患者の転院支援

- 新型コロナウイルス感染症の回復後においても、感染対策を実施するための体制整備が必要

→ 新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関において、必要な感染予防策を講じた上で入院診療を行った場合の**評価を3倍に引き上げる**。

※ これまでの臨時特例 二類感染症患者入院診療加算（1倍）250点 → 今回の見直し 二類感染症患者入院診療加算（3倍）750点

○健保組合に係る保険者機能強化支援事業の概要

解散を選択する蓋然性の高い健保組合に対して、3か年の「事業実施計画」を策定させ、財政検証事業、医療費適正化対策事業及び保健事業の実施に係る経費を助成。併せて3か年の収支均衡計画を策定させる。

本事業は3か年間の時限措置（令和元～）。

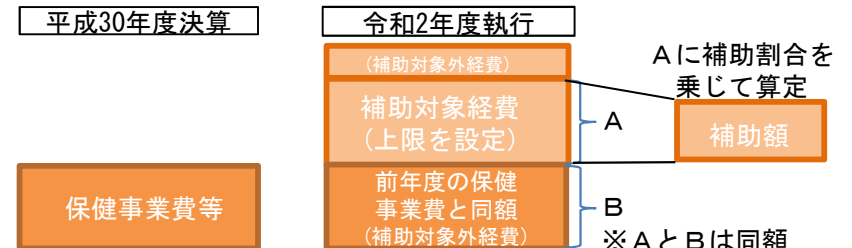
○対象組合

次の全ての基準に該当する健保組合。（対象組合は令和元年度の40組合で固定。）

- ①保険料率が9.5%以上、②財源率（法定給付費等を賄うのに必要な料率）が9.0%超、
- ③保有資産が法定準備金（給付費2月分・拠出金1月分）の200%未満、
- ④経常赤字が過去3か年度連続

○補助割合

- a) 1人あたり保健事業費が全組合の半分未満の組合 ⇒ 1/2
- b) 1人あたり保健事業費が全組合の半分以上の組合 ⇒ 1/3



1) 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた令和3年度事業の前倒し

新型コロナウイルス感染症の影響により保険料収入の減少が見込まれ、それに伴い健保組合の安定的かつ継続的な保健事業が阻害されることのないように、保健師や会場確保等の実施体制の準備及びコロナ禍において三密を避けた開催場所の確保や参加人数の制限等、感染予防の取り組みを行いつつ全体の事業規模は維持するため、令和2年度に前倒しして補助を行う。

2) 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた補助率の引上げ

現在対象となっている健保組合については、新型コロナウイルス感染症の影響により保険料収入の減少が見込まれ、更に支援が必要となることから、令和2年度交付分の補助金の補助割合の見直しを行う。

- a) 1人あたり保健事業費が全組合の半分未満の組合
現行 1/2 ⇒ 見直し後 1/1 (補助割合+0.5)
- b) 1人あたり保健事業費が全組合の半分以上の組合
現行 1/3 ⇒ 見直し後 1/2 (補助割合+0.17)

3) 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた対象組合の拡大

新型コロナウイルス感染症の影響により保険料収入が減少し、保険者機能強化支援事業の要件に相当すると見込まれる健保組合を、新たに補助対象とする。実施体制の準備及び事業規模の維持のため、令和2年度に前倒しして補助を行う。

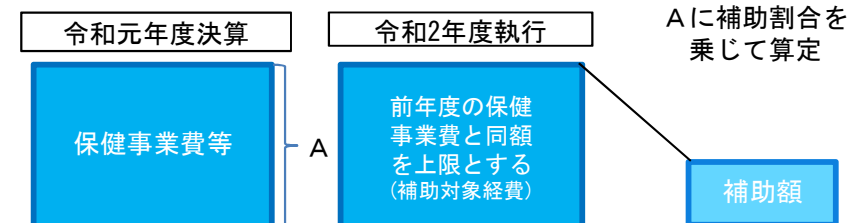
○対象組合

次の全ての基準に該当する健保組合。

- ①保険料率が9.5%以上、②財源率が9.0%超、
- ③保有資産が法定準備金の200%未満、
- ④単年度経常赤字

○補助割合

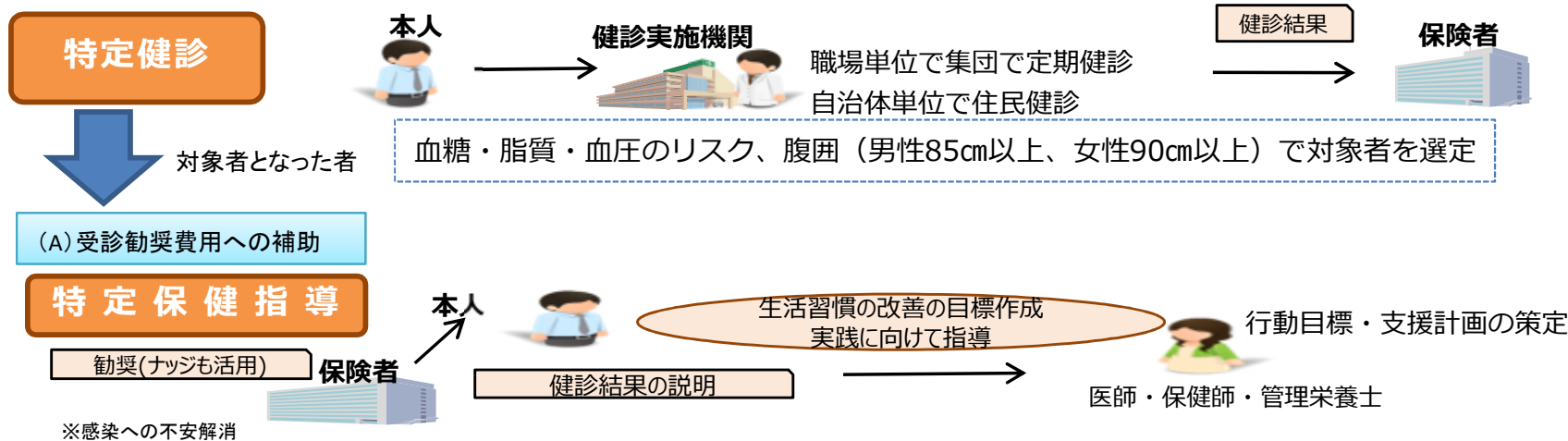
- a) 1人あたり保健事業費が全組合の半分未満の組合 ⇒ 1/2
- b) 1人あたり保健事業費が全組合の半分以上の組合 ⇒ 1/3



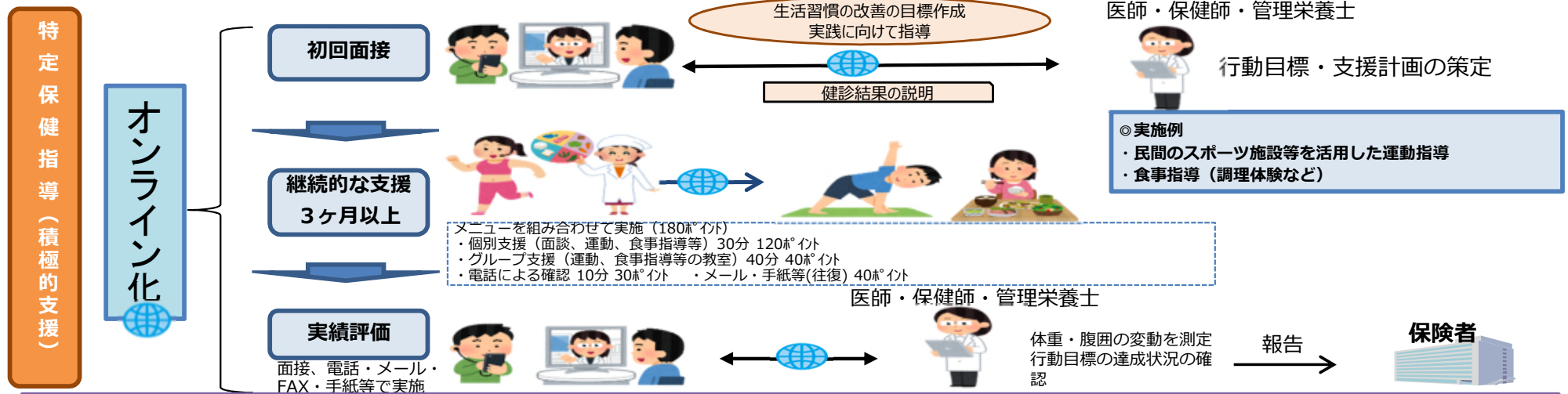
保険者による特定保健指導対象者への受診勧奨等

令和2年度第三次補正予算案:12億円

- 新型コロナウイルス禍において特定保健指導を適切に実施するために要する費用を、保険者に対し補助金として交付。
- 対象経費は(A)特定保健指導対象者への受診勧奨に要する費用、(B)情報通信技術を活用した特定保健指導への切り替えに要する費用。
- 補助対象は市町村国保、健保組合、協会けんぽ、国保組合。



(B) 情報通信技術を活用した特定保健指導への切り替えに要する経費※一定の保険者でモデル実施



特定保健指導の初回面接については、対面が情報通信技術(テレビ電話等の表情、声、しぐさ等を確認できること)を活用した方法である必要があるが、**新型コロナウイルスの影響により対面での実施が困難となっているため、情報通信技術を用いた方法による特定保健指導の実施のニーズが高まっている。**

* **新型コロナウイルス感染症の影響等を踏まえた情報通信技術を活用した特定保健指導の実施要件の緩和等についても別途検討中。** 平行して効果検証を行うことで有効的な実施方法について保険者へ横展開を図る。

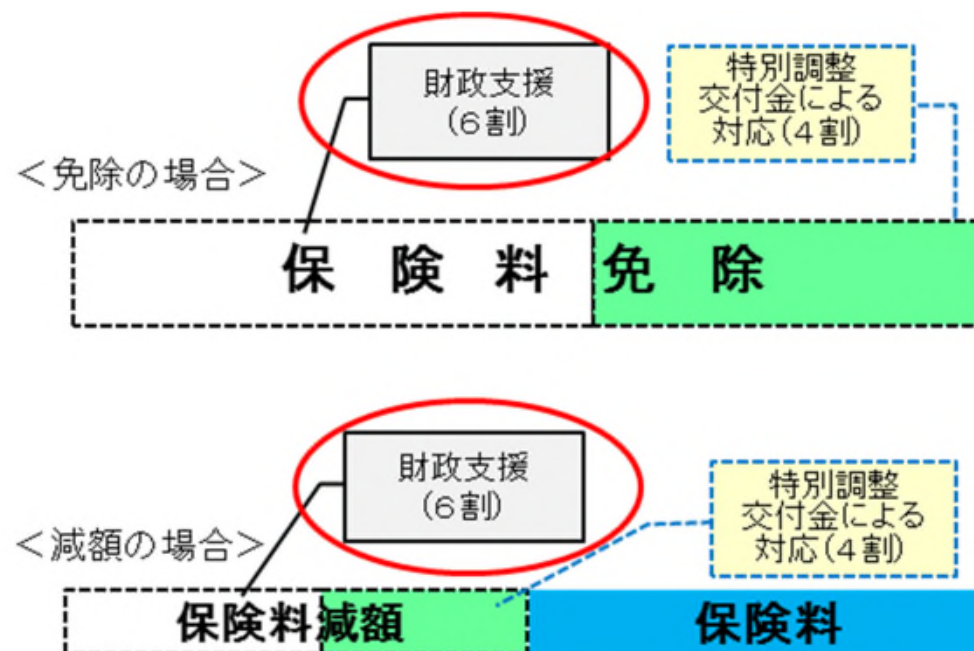
新型コロナウイルス感染症の影響に伴う国民健康保険料等の減免を行った市町村等に対する財政支援

令和2年度第三次補正予算案:397億円
(国保:391.5億円、後期:5.8億円)

国民健康保険料等の減免に対する財政支援 〈397億円〉

国民健康保険料等の減免に対する財政支援

新型コロナウイルス感染症の影響により、一定程度収入が下がった方々等に対して、保険料等を減免した市町村等への補助
(第1次補正予算で措置した金額を上回る所要額が見込まれるため、追加の予算措置を行うもの。)



① 施策の目的

現在稼働7年目に入っているレセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)のリプレースを行う。

② 施策の概要

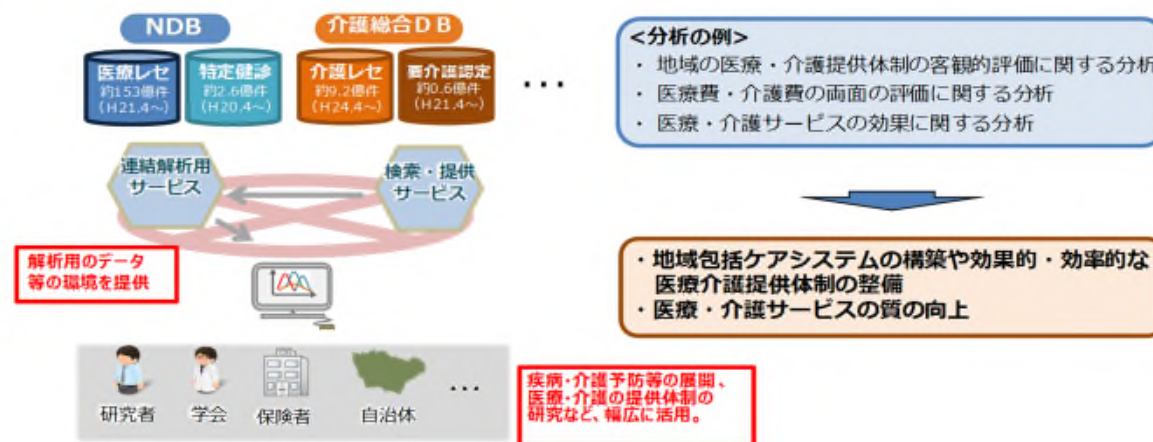
全国の医療機関等で受診したレセプトデータ等が格納されているNDBについては、患者の受診動向や地域別の疾病状況等の把握が可能であり、データ利活用の基盤となるもの。昨年の法改正で民間事業者も活用が可能となり、介護データとの連結も可能となるなど、今後、政策目的、研究目的での幅広いニーズが期待される。一方、現在のシステムは稼働7年目を迎えオンプレで老朽化している。このため、NDBについて、リプレースを行い機能改善を図ることで、データ活用を推進するための基盤整備を行う。

③ 施策のスキーム図、実施要件
(対象、補助率等)等

政策目的、研究目的のデータ抽出及びデータ利用の影響等を考慮した新NDB構築にかかるアプリ構築経費を要求するもの。

成長戦略フォローアップ(令和2年7月17日閣議決定)

- NDBや介護DBの連結解析を2020年10月から本格稼働し、行政・研究者・民間事業者等の利活用を可能とする。



① 施策の目的

NDBにレセプト情報・特定健診等情報を提供する、国保連合会および支払基金が管理・運用する特定健診・レセプト等情報収集提供システムのリプレースを行う。

② 施策の概要

保健医療分野のデータ利活用の基盤であるNDBの政策目的・研究目的での利活用件数の増加が見込まれる中、NDBのリプレイスに併せて、NDBにデータが格納されるまでの関連システムである「特定健診・レセプト等情報収集提供システム」についても、機器更改の時期に合わせてクラウド化を行い機能改善を図ることで、データ収集の効率化・データ分析の利用促進を図る。

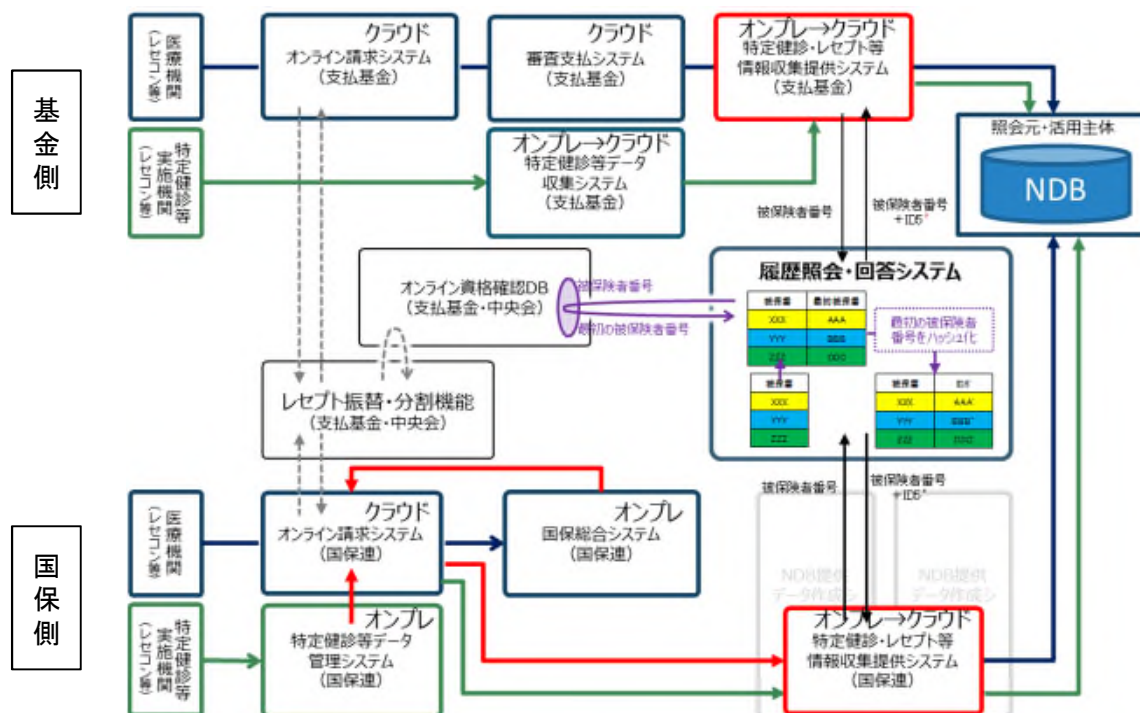
③ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

① NDBへの提供システムの機器更改に要する経費

R3年度末に機器更改の時期を迎える。その際、履歴照会回答システムとの接続の親和性や経費削減のため、クラウド化する。

② NDBへの提供システムの機器更改に要する経費

R3年12月末に機器更改の時期を迎えるため、①と同様、クラウド化して更改する。
その際、既存の「国保総合システム」や「特定健診等データ管理システム」はオンプレでありこれらのシステムとの接続のための回線を引くとコストが増大することから、既存のクラウドである「オンライン請求システム」を介する形でデータの流を変える改修を行う。



① 施策の目的

レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)に患者所在地情報を格納し、政策目的・研究目的に分析を行うことができる環境を整える。

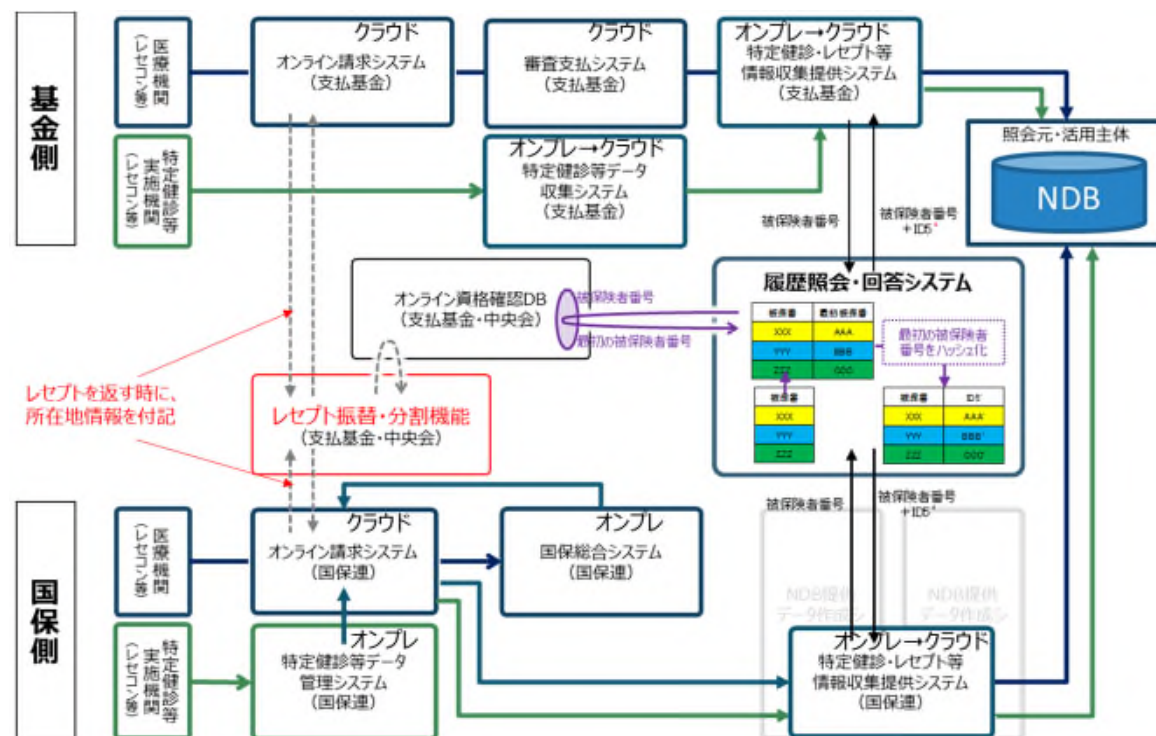
② 施策の概要

- 現在、レセプトには、医療機関情報は含まれるが、患者所在地情報は含まれておらず、NDBデータを活用した地域別の医療費適正化や医療資源分配等の分析は、医療機関の所在地毎の分析が基本となっている。
- オンライン資格確認等システムの機能を活用して、レセプトに患者所在地情報を追加することで、NDBデータに患者の所在地情報が反映されるようにする。

③ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

○オンライン資格確認等システムには、最新の資格情報をレセプトに反映させるための「レセプト振替システム」がある。

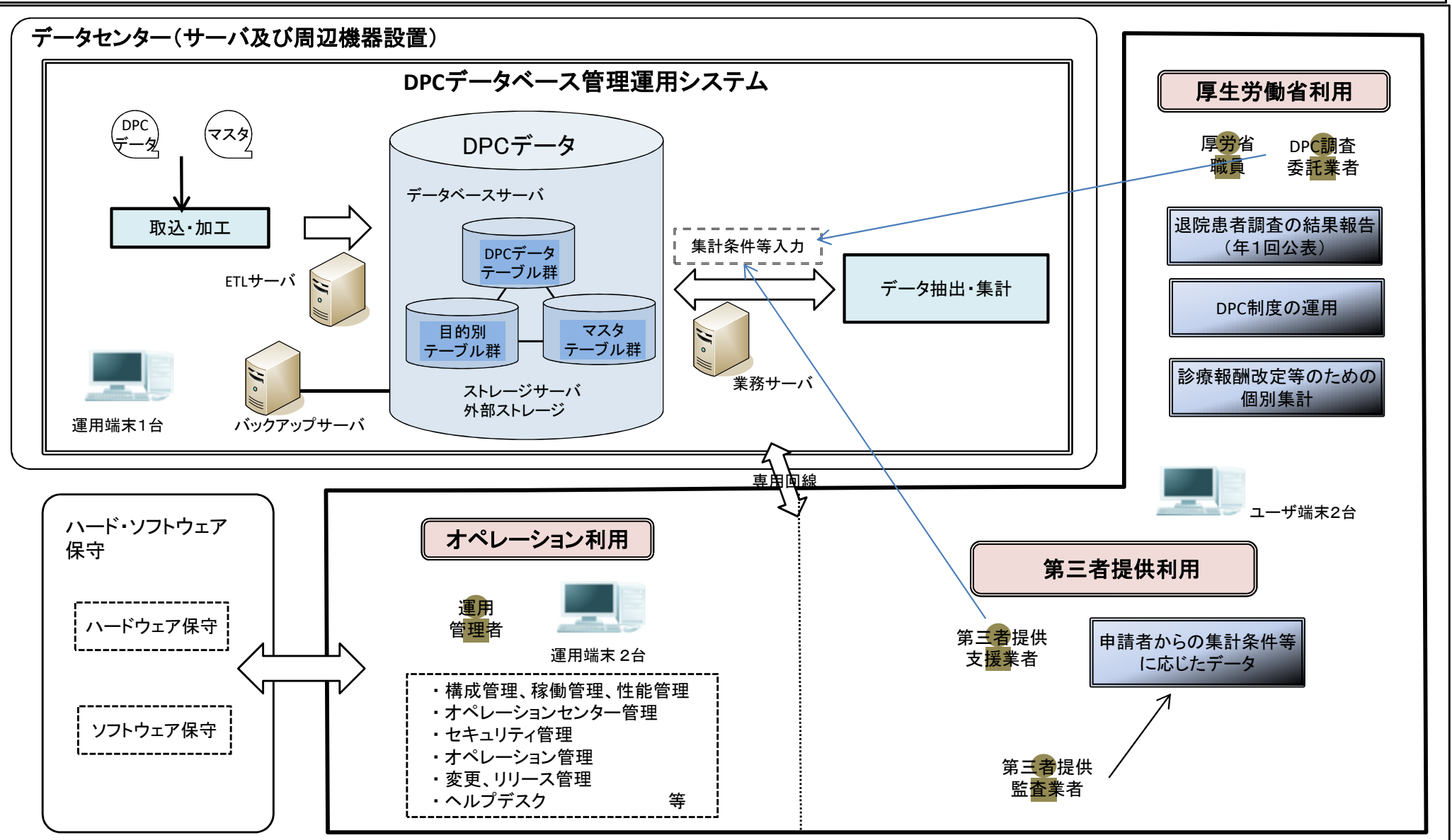
○この機能を活用して、レセプトに最新の資格情報を反映させる際に、所在地情報も付記する機能を追加するもの。



DPCデータベース管理運用システム等に要する経費(システム改修等に要する経費)

令和2年度第3次補正予算案: 6.5億円

「日本再興戦略」2016(平成28年6月2日閣議決定)の中短期工程表において、平成29年度より、DPCデータの一元管理及び利活用を可能とするデータベースのシステム運用を開始し、DPCデータの第三者提供を実施することとしている。令和2年度には導入から5年が経過し、毎年度データを蓄積することによるデータ量の増加等への対応のための機器の更新等が必要となることから、システム改修に必要な経費を要求するものである。



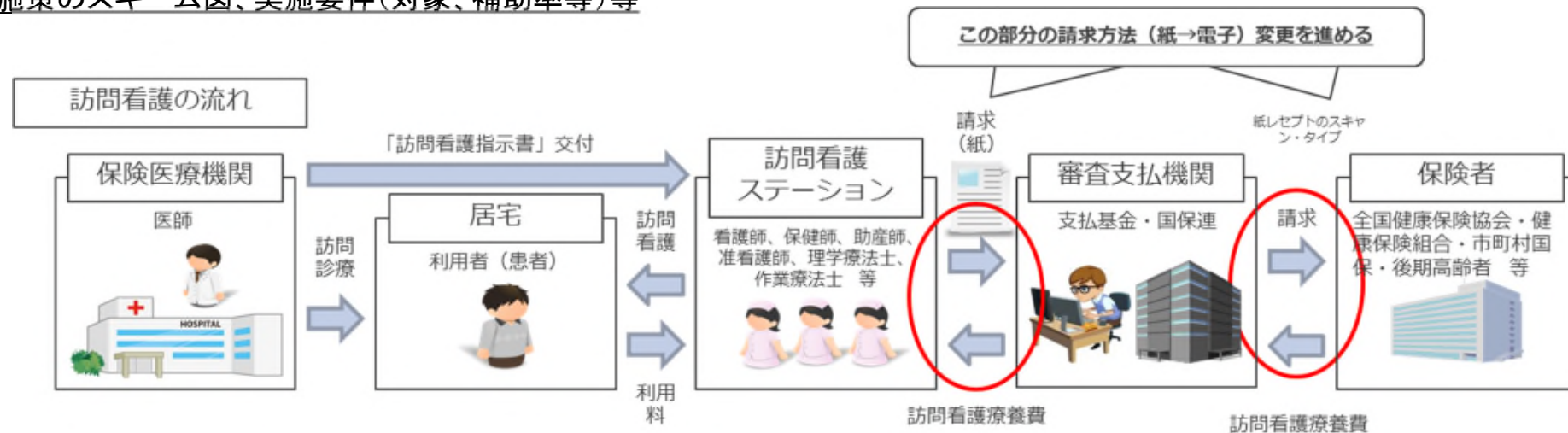
① 施策の目的

業務の効率化、医療政策や医療の質の向上を図ることができることで、更にレセプト情報等の利活用が推進されるため、訪問看護レセプトの電子化を推進していく。

② 施策の概要

訪問看護事業者におけるオンライン資格確認の利用前提であるオンライン請求ネットワーク構築を見据え、2022年度に本格運用を予定している訪問看護療養費のレセプト電子化に向け、訪問看護ステーションからの請求の受付・審査等のための審査支払機関におけるレセプト電算処理システム等構築経費を要求するものである。

③ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



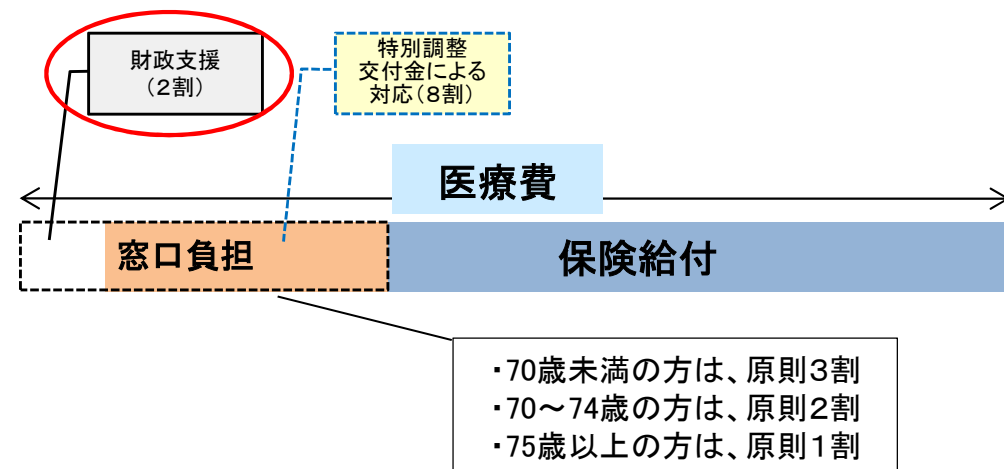
令和2年7月豪雨に係る医療保険者への財政支援

令和2年度第三次補正予算案: 2. 2億円
(国保: 1.6億円、後期: 0.6億円)

1. 一部負担金の免除による財政支援 (1. 2億円)

一部負担金の免除による財政支援(1. 2億円)

災害救助法適用市町村の住民の方の医療機関での一部負担金を免除した保険者等への補助

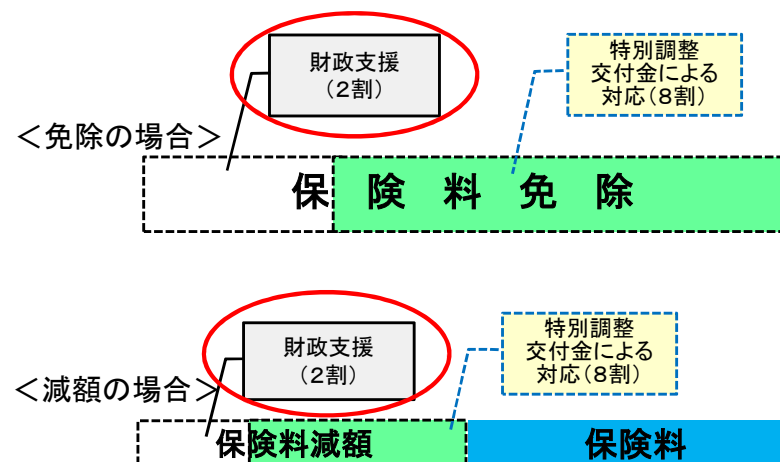


2. 保険料の減免等による財政支援 (1. 0億円)

保険料の減免等による財政支援(1. 0億円)

災害救助法適用市町村の住民の方の保険料を減免した保険者等への補助

※各市町村の条例に基づいて被災者に対して固定資産税を減免し、その影響を受けて国民健康保険料(税)の収入が減少した場合の財政支援を含む。



令和3年度予算案(保険局関係)参考資料

1. 国民健康保険への財政支援	2
2. 被用者保険への財政支援	3
3. 医療分野におけるICTの利活用の促進等	
① 医療保険分野における番号制度の利活用の推進	6
⑤ データヘルス分析関連サービスの構築に向けた整備	8
4. 健康寿命の延伸に向けた予防・健康づくり	
① 保険者のインセンティブ強化(国保・保険者努力支援制度)	9
② データヘルス(医療保険者によるデータ分析に基づく保健事業)の効果的な実施の推進	
ア レセプト・健診情報等の分析に基づいた保健事業等の推進	10
イ 保険者協議会における保健事業の効果的な実施への支援	14
ウ 40歳未満の事業主健診情報の活用に向けたシステム構築の支援	15
③ 先進事業等の好事例の横展開等	
ア 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進等	16
イ 糖尿病性腎症患者の重症化予防の取組への支援	18
ウ 健康寿命の延伸に向けた歯科口腔保健の推進等	19
④ 保険者の予防・健康インセンティブの取組への支援	20
⑥ 健康増進効果等に関する実証事業の実施	21
⑨ 保険者とかかりつけ医等の共働による加入者の予防健康づくりの実施	23
5. 避難指示区域等での医療保険制度の特別措置(復興)	24

国保改革による財政支援の拡充について

- 国保の財政運営を都道府県単位化する国保改革とあわせ、毎年約3,400億円の財政支援の拡充を行う。

＜2015年度（平成27年度）から実施＞（約1,700億円）

- **低所得者対策の強化**
（低所得者数に応じた自治体への財政支援を拡充）

1,700億円

＜2018年度（平成30年度）から実施＞（約1,700億円）

- **財政調整機能の強化**
（精神疾患や子どもの被保険者数など自治体の責めによらない要因への対応）

800億円

- **保険者努力支援制度**
（医療費の適正化に向けた取組等に対する支援）

840億円
（2019年度～2021年度は
910億円）

- **財政リスクの分散・軽減方策**
（高額医療費への対応）

60億円

- ※ 保険料軽減制度を拡充するため、2014年度（平成26年度）より別途500億円の公費を投入
- ※ 2015～2018年度（平成27～30年度）予算において、2,000億円規模の財政安定化基金を積み立て
- ※ 保険者努力支援制度については、2020年度より、上記とは別に新規500億円により予防・健康づくりを強力に推進

【参考】

（単位：億円）

	2015年度 （平成27年度）	2016年度 （平成28年度）	2017年度 （平成29年度）	2018年度 （平成30年度）	2019年度 （令和元年度）	2020年度 （令和2年度）	2021年度 （令和3年度）
低所得者対策の強化	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700
財政調整機能の強化・ 保険者努力支援制度等	—	—	—	1,700	1,770	1,770	1,770
財政安定化基金の造成 ＜積立総額＞	200 ＜200＞	400 ＜600＞	1,100 ＜1,700＞	300 ＜2,000＞	— ＜2,000＞	— ＜2,000＞	— ＜2,000＞

被用者保険の拠出金に対する支援

令和3年度予算案：820億円
(令和2年度予算額：820億円)

○被用者保険の負担が増加する中で、拠出金負担の重い被用者保険者への支援を実施する。

○具体的には、①平成29年度から対象を拡大した拠出金負担が重い保険者への負担軽減対策において、拡大分に該当する保険者の負担を保険者相互の拠出と国費の折半により軽減する(枠組みを法律に規定し、制度化を行う。)とともに、②平成27年度から段階的に拡充してきた高齢者医療運営円滑化等補助金により、前期高齢者納付金の負担軽減を図る。

(参考)平成27年度(予算額:308億円)
平成28年度(予算額:370億円)

○ 高齢者医療運営円滑化等補助金を段階的に拡充。

○ (平成27年度)既存分(199億円)※に拡充分109億円を加えた308億円規模の補助金により、被用者保険者の前期高齢者納付金、後期高齢者支援金等の負担軽減を実施。

※ 総報酬に占める拠出金負担の重い被用者保険者等に対する負担軽減。

○ (平成28年度)既存分(160億円)に、拡充分の210億円を加えた370億円規模の補助金により、被用者保険者の負担軽減等を更に拡充。

その他に適用拡大に伴う給付費増に対する財政支援を別途措置。

・平成29年度(予算額:820億円)
・平成30年度(予算額:820億円)

○ 高齢者医療運営円滑化等補助金を拡充し、前期高齢者納付金負担の負担増の緩和のため、被用者保険者等への負担軽減を実施。(600億円)

※ 団塊世代が前期高齢者に到達することにより、納付金負担が増大することから、前期高齢者への移行前の平成23年度からの伸び等に着眼して、負担軽減を行う。

○ 現在、保険者の支え合いで実施している拠出金(後期高齢者支援金、前期高齢者納付金)負担の特に重い保険者の負担軽減策の対象を拡大し※1、拡大分に該当する保険者の負担軽減の費用は、保険者の支え合い※2と国費で折半する。(100億円)

※1 拡大分は、国費を投入することから、財政力(総報酬)が平均以下の保険者に限定

※2 保険者の支え合い部分に各保険者の医療費水準を反映

○ 上記に、既存分(約120億円)を加えた820億円規模の補助金財源により、被用者保険者の負担軽減を実施。

その他に適用拡大に伴う財政支援(平成28年度からの時限付き予算)を別途措置。

・令和元年度(予算額:820億円)
・令和2年度(予算額:820億円)
・令和3年度(予算案:820億円)

○ 高齢者医療運営円滑化等補助金を維持し、前期高齢者納付金負担の負担増の緩和のため、被用者保険者等への負担軽減を実施。(600億円)

※ 令和元年度からは、600億円の財源を活用して、前期高齢者納付金の単年度の急激な伸び等に着眼した負担軽減を行っている。

○ 負担軽減策の対象となる※1拠出金負担の特に重い保険者の負担軽減の費用を、引き続き、保険者の支え合い※2と国費で折半する。(100億円)

※1 拡大分は、国費を投入することから、財政力(総報酬)が平均以下の保険者に限定

※2 保険者の支え合い部分に各保険者の医療費水準を反映

○ 上記に、既存分(約120億円)を加えた820億円規模の補助金財源により、被用者保険者の負担軽減を実施。

被用者保険者への支援について

	特別負担調整 (高齢者医療特別負担調整交付金)	高齢者医療運営円滑化等補助金		
		(既存分)	(新規分)	
予算額 (令和3年度)	100億円	120.4億円	600億円(※1)	
開始年度 ・概要	<p>＜平成29年度から＞ 拠出金負担が、義務的支出(※2)に比べ過大な保険者の負担を全保険者で按分する仕組みを拡大し、拡大部分に国費を一部充当して負担軽減を行う。</p> <p>[拠出金負担(前期高齢者納付金及び後期高齢者支援金)の軽減措置]</p>	<p>＜平成2年度から＞ 被用者保険の拠出金負担増の緩和を図ることを目的として、総報酬に占める前期高齢者納付金の割合(所要保険料率)が重い保険者に対して負担軽減を行う。(※3)</p> <p>[前期高齢者納付金負担の軽減措置]</p>	<p>＜平成27年度から＞ 団塊世代が前期高齢者に到達することにより、前期高齢者納付金が増加することが見込まれることから、納付金負担が過大となる保険者の負担を軽減するため、前期高齢者納付金負担の伸びに着目した負担軽減を行う。</p>	
対象組合数 (令和2年度)	128組合(健125、共3)	1,105組合(健1,046、共59)(※4)		
助成額	100億円	123.2億円(261組合)	530.6億円(915組合)	66.7億円(310組合)
助成要件 (令和2年度)	<p>・義務的支出に占める拠出金負担の割合が54.352%以上の保険者については、その過大な負担分を全保険者で按分し、</p> <p>・それに加えて、財政力が平均以下の保険者に限り、50.05511%以上54.352%未満である部分の2分の1を国庫補助し、残りの2分の1部分を全保険者で按分する。</p> <p>⇒ 結果として、該当する保険者は、拠出金負担の割合が50.05511%を超えないこととなる。</p>	<p>(既存分)</p> <p>・所要保険料率が健保組合平均(1.72約%)の1.1倍以上、かつ、</p> <p>・被保険者一人当たり総報酬額が健保組合平均(577.3万円)未満の保険者を対象とする。</p> <p>[・1.3倍～ 60%助成 ・1.2倍～1.3倍 30%助成 ・1.1倍～1.2倍 15%助成(※5)]</p>	<p>(新規分:平成27年度～)</p> <p>・加入者一人当たりの前期高齢者納付金について、団塊世代の前期高齢者への移行前の平成23年度から令和2年度への伸び率が大きい保険者に対し、伸び率に応じて助成する。</p> <p>[・2.5倍～ 78%助成 ・2.0倍～2.5倍 58%助成 ・1.5倍～2.0倍 38%助成 ・1.35倍～1.5倍 18%助成 ・1.2倍～1.35倍 6.97%助成]</p>	<p>(急増分:令和元年度～)</p> <p>・加入者一人当たりの前期高齢者納付金について、令和元年度から令和2年度(単年度)又は平成30年度及び令和元年度の平均値(2年平均)から令和2年度への伸び率に応じて助成する。</p> <p>[・2.0倍～ 80%助成 ・1.5倍～2.0倍 60%助成 ・1.1倍(又は、2年平均で1.05倍)～1.5倍 40%助成]</p>

(※1) 旧臨給(指定組合の保険給付等に要する費用に対して行う助成事業) 7.9億円を含む。

(※2) 法定給付費等+後期高齢者支援金+前期高齢者納付金

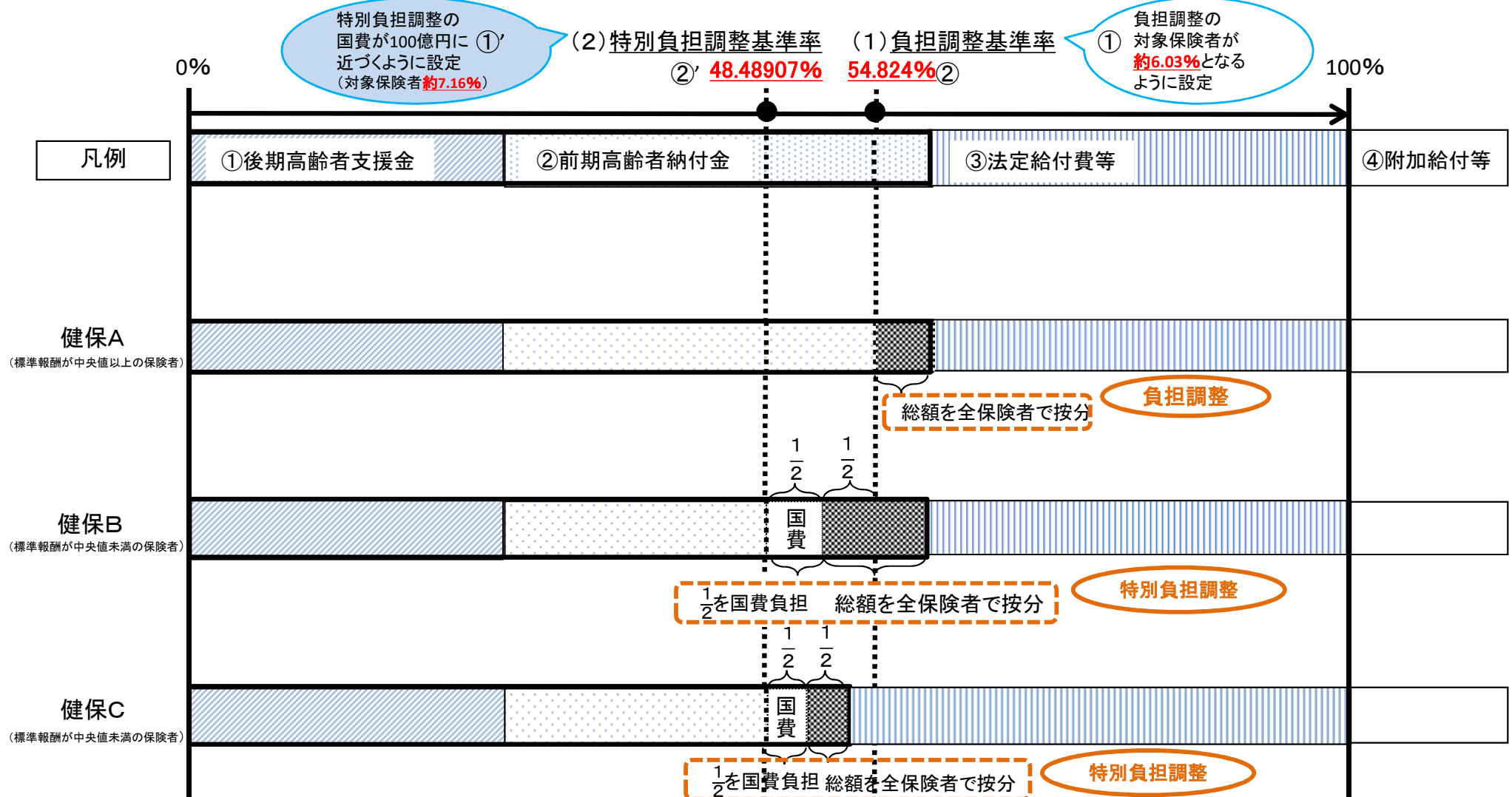
(※3) 平成29年度から被用者保険者の後期高齢者支援金の全面総報酬割が導入されたことから、所要保険料率の算出については前期高齢者納付金のみを対象としている。

(※4) 既存分・新規分(伸び率)・急増分それぞれで対象となっている保険者がいるため、重複を考慮すると1,105組合となる。

(※5) 15%助成は、全体の予算規模を勘案の上、実質13.7%助成となる。

負担調整基準率・特別負担調整基準率について

- 被用者保険における後期高齢者支援金・前期高齢者納付金の負担が増加する中で、拠出金（前期高齢者納付金・後期高齢者支援金）の負担が重い保険者を支援するため、拠出金負担が、義務的支出（前期高齢者納付金・後期高齢者支援金・法定給付費等）に比して過大となる保険者について、その過大部分を全保険者で按分し、前期高齢者納付金で調整している。



オンライン資格確認のイメージ

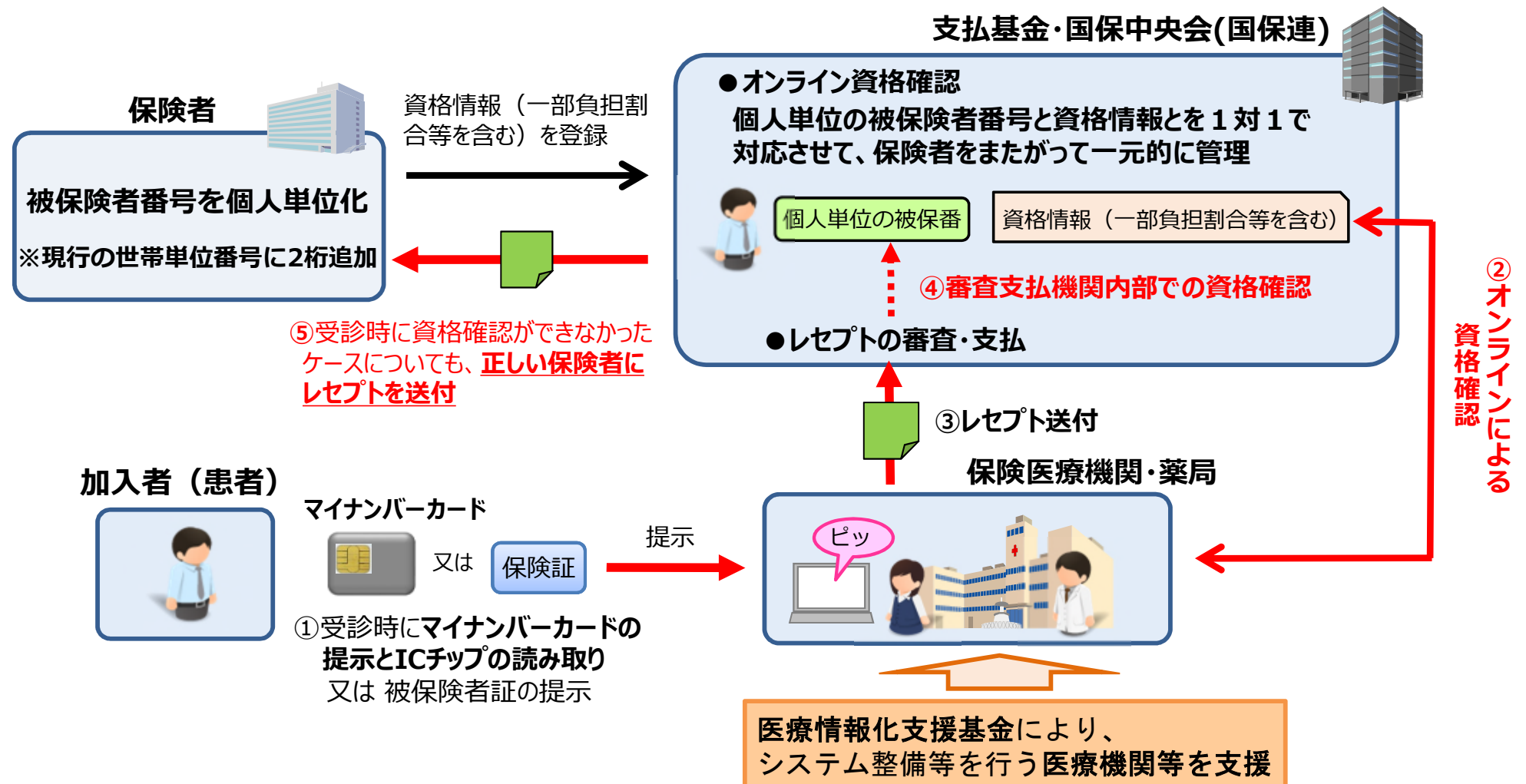
令和3年度予算案：108億円
(令和2年度予算額：145億円)

【導入のメリット】

○マイナンバーカードにより、医療機関・薬局で受診が可能になる。

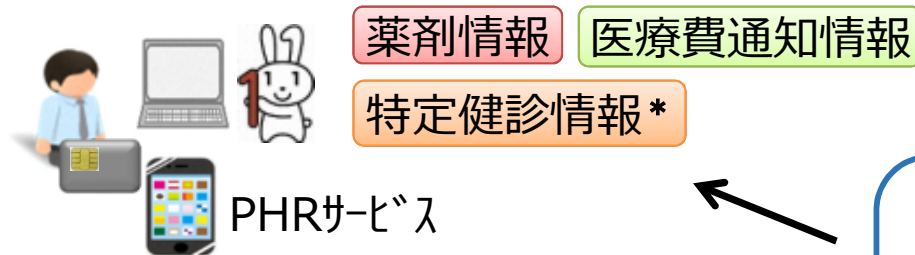
高額療養費の限度額適用認定証（※）の発行を求める必要がなくなる。 ※窓口での負担の上限額が分かる証。保険者が発行。

○保険者においては、失効保険証の利用による過誤請求や未収金が大幅に減少する。



- オンライン資格確認等システムを基盤として、患者本人や医療機関等において、薬剤情報や特定健診情報等の経年データの閲覧が可能となる。

マイナポータル



支払基金・国保中央会（国保連）

個人単位被保番と特定健診情報、
薬剤情報等を1対1で管理

個人単位被保番

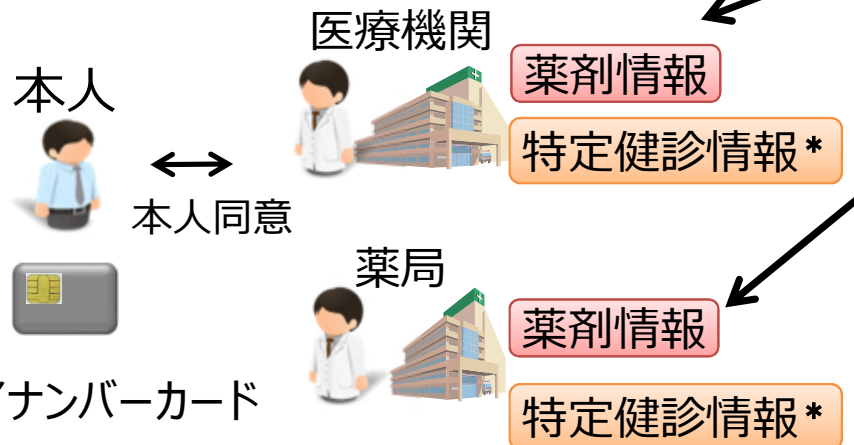
資格情報

薬剤情報

特定健診情報*

医療費通知情報

* 75歳以上の者については広域連合が行う後期高齢者健診の情報



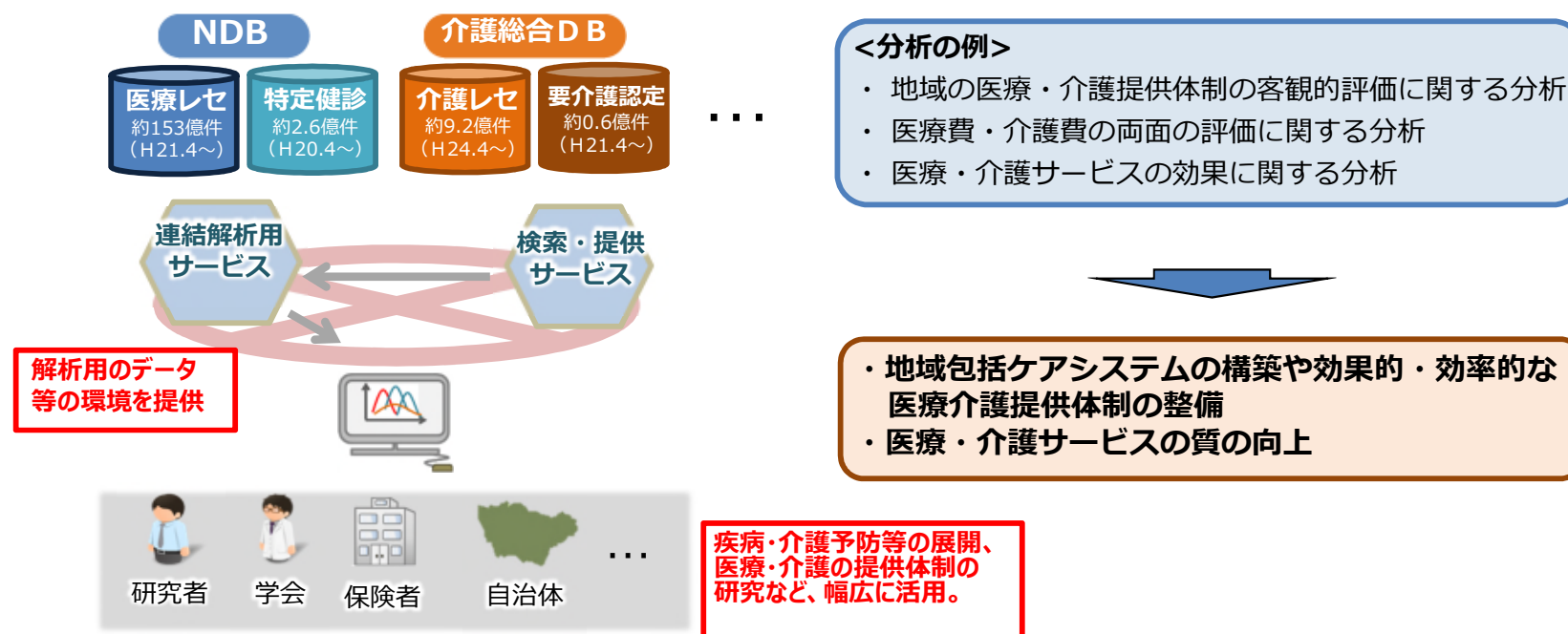
- ※1 ①本人から医療機関・薬局に対し薬剤情報を提供すること、②医療機関・薬局が照会作業を行うことについて、マイナンバーカードにより本人確認と本人から同意を取得した上で、医療機関・薬局から支払基金・国保中央会に薬剤情報を照会する。支払基金・国保中央会は保険者の委託を受けてオンラインで薬剤情報を回答する。
- ※2 医療機関・薬局における本人確認と本人同意の取得の履歴管理は、オンライン資格確認等システムにより、マイナンバーカードの電子証明書を用いて行う。

データヘルス分析サービスの構築に向けた事業

令和3年度予算案（3.7億円）
（令和2年度予算額：4億円）

成長戦略フォローアップ（令和2年7月17日閣議決定）

- NDBや介護DBの連結解析を2020年10月から本格稼働し、行政・研究者・民間事業者等の利活用を可能とする。



（事業内容）

NDBや介護DBなどの各種データベースで保有する健康・医療・介護情報を連結して分析可能な環境整備に伴い、既存のデータベース（NDB）の性能向上のための更改を行う。

保険者努力支援制度の抜本的な強化

人生100年時代を見据え、令和2年度より保険者努力支援制度を抜本的に強化し、新規500億円（総額550億円）により予防・健康づくりを強力に推進

事業スキーム（右図）

令和2年度より新規500億円について、保険者努力支援制度の中に

- ① **「事業費」として交付する部分**を設け（約200億円。現行の国保ヘルスアップ事業を統合し事業総額は約250億円）、

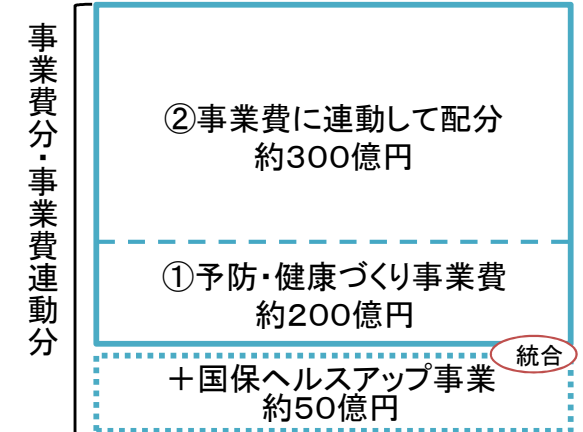
※ 政令改正を行い使途を事業費に制限

- ② **「事業費に連動」して配分する部分**（約300億円）と合わせて交付

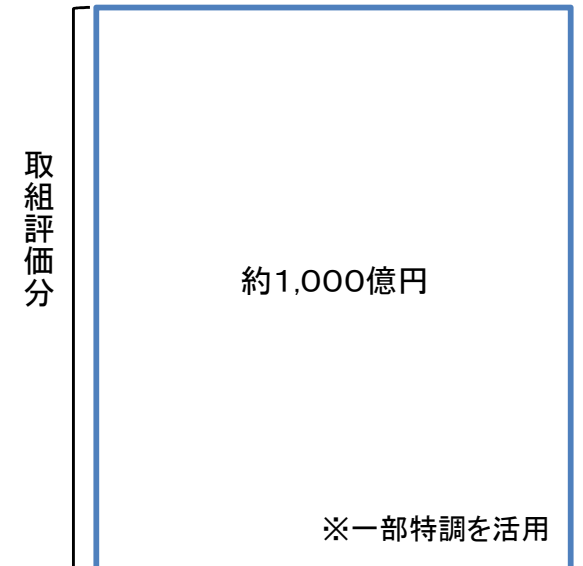
※ ①の予防・健康づくり事業を実施することにより、高い点数が獲得できるような評価指標を設定し配分

⇒ ①と②と相まって、**自治体における予防・健康づくりを抜本的に後押し**

【見直し後の保険者努力支援制度】



+



事業内容

【都道府県による基盤整備事業】

- 国保ヘルスアップ支援事業の拡充
- 人材の確保・育成
- データ活用の強化

【市町村事業】

- 国保ヘルスアップ事業の拡充
- 効果的なモデル事業の実施（※都道府県も実施可）

- 健康保険組合等の保険者において、データヘルスの取組を一層効果的・効率的に実施し、保険者機能を強化するための事業に係る費用を補助する。

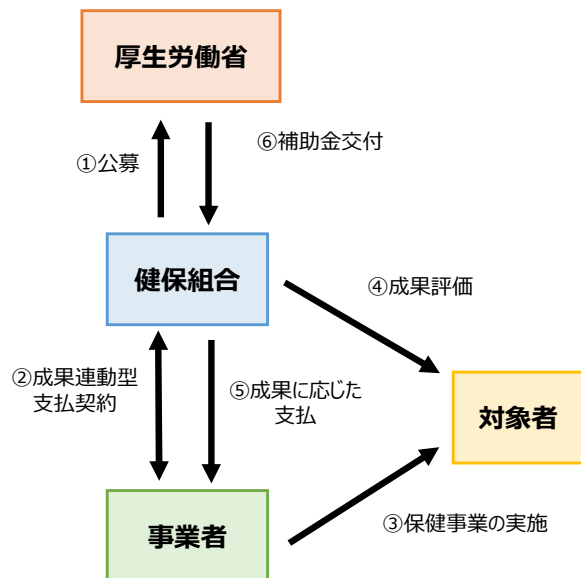
- ・成果連動型の民間事業者への委託方式による保健事業のスキームの構築
- ・保健事業を共同で実施するスキームの自走化に向けた支援
- ・評価指標の標準化や保健事業のパターン化の検討

1. 成果連動型民間委託方式(PFS)に関する補助事業

- 健保組合が成果連動型民間委託方式で保健事業を実施するにあたり、成果連動型民間委託方式の事業のスキーム構築のために係る費用を補助。

※「成果連動型民間委託契約方式（PFS）アクションプラン（令和2～4年度）」において、地方公共団体等が実施する保健事業のPFSの普及促進が掲げられており、被用者保険においても普及促進が必要。

【事業イメージ】



2. 保健事業の共同化支援に関する補助事業

- これまでの取組により、複数の保険者が共同で保健事業を実施することで、保健事業費のスケールメリットを享受できるなど付加価値が得られていることから、特定保健指導等の継続的な保健事業について、保健事業の共同化が自走するよう取組を支援。

共同による保健事業



例) 業種・業態や地域単位で共通する健康課題をもつ健保組合等で構成するコンソーシアム

【これまでの取組】

- 平成29年～令和元年度：モデル事業実施
- 令和2年度：手引きの作成（予定）
データヘルスポータルサイトに
共同事業支援機能構築（予定）

3. 評価指標・保健事業の標準化に関する補助事業

- データヘルス・ポータルサイトに蓄積される健康課題や保健事業の実績データをもとに、個別の健康課題に応じた効果的な保健事業のパターン化（標準化）の検討に係る費用を補助。

※「新経済・財政再生計画改革工程表2019」において、効果的・効率的なデータヘルスの普及に向けて、「評価指標や保健事業の標準化」を検討することが示されている。

〈データヘルス・ポータルサイト〉

データヘルス計画の円滑な運営を支援することを目的に開設。健保組合は、ポータルサイトを活用して、計画策定および評価・見直しを実施。



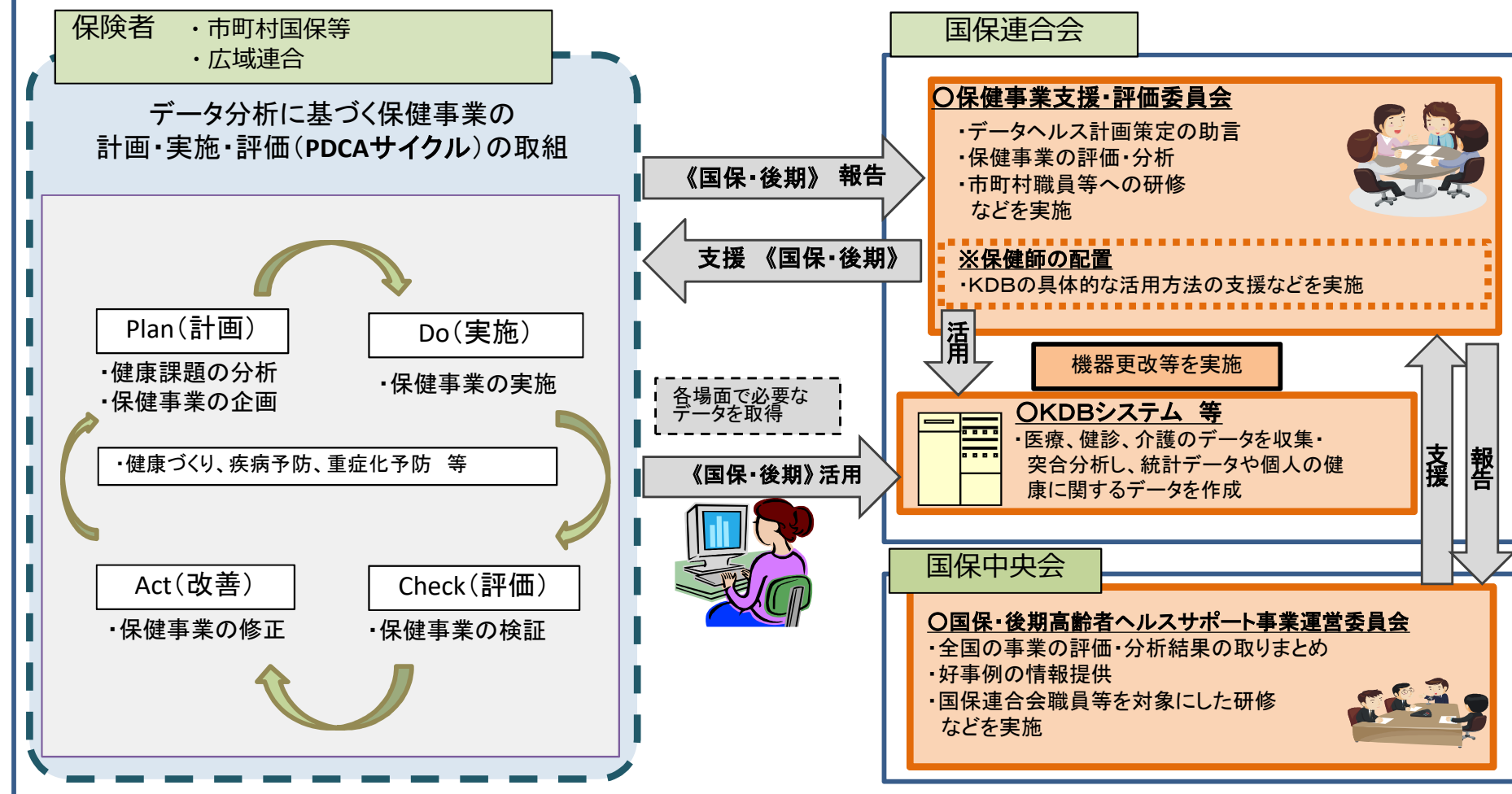
○国保・後期高齢者ヘルスサポート事業

令和3年度予算案：4.4億円（国保：4.3億円、後期：0.1億円）

令和2年度予算額：4.3億円（国保：4.2億円、後期：0.1億円）

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業

レセプト・健診情報等のデータ分析に基づく保健事業のPDCAサイクルに沿った効率的・効果的な実施に向け、KDBシステム等を活用した保健事業を行う市町村国保等に対する支援を実施する。



○特定健診・保健指導における医療費適正化効果検証事業

令和3年度予算案：0.5億円
令和2年度予算額：0.6億円

レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）のデータを用いて、都道府県別に外来・入院の医療費の構成要素を分析し、医療費の増加と関係する要素を分析する事業や特定健診・保健指導（以下「特定健診等」という。）による検査値の改善状況・行動変容への影響、医療費適正化効果について分析し、保険者の予防・健康づくりと医療費適正化を推進するための事業

(1) 医療費適正化計画等に係るデータの集計及び分析等補助業務

都道府県の医療費適正化計画のPDCAサイクルを支援するため、NDBに収録されたデータを活用して、医療費の地域差や外来・入院医療費の構成要素を分析し、医療費の増加と関係する要素の分析作業を行う。また、都道府県別データブックの作成や医療費適正化効果推計ツールを更新し各都道府県へ配布する。

[主な分析内容]

- ・疾患別医療費内訳、地域差分析（都道府県別、二次医療圏別、保険者種別別）、入院・入院外別、性年齢階級別、全疾患集計 等

時期	2018.4～.12	2019.4	...	2023.4	2023.6	...	2024.3	2024.4～.12
都道府県の対応	第2期計画 実績評価 公表・報告	第3期計画期間 毎年度、進捗状況の公表(PDCA管理の実施)						第4期計画期間 第3期計画 実績評価 公表・報告
		第4期計画の策定 暫定評価						

(2) レセプト情報・特定健診等情報の分析等に係る支援業務

特定健診等の医療費適正化効果を検証するため、NDBに収録されたデータを活用して、様々な調査・分析用資料を作成し、公表する。また、作成された調査・分析用資料について学術的な検証を実施するため、公衆衛生及び疫学等の知見を有する有識者により構成されるワーキンググループ（WG）を設置・運営する。

[調査・分析用資料の例]

- ・レセプト情報と特定健診等情報を経年的に個人単位で紐付けた上で、特定保健指導の実施による検査値や医療費への効果を分析（5年間の経過分析の結果、保健指導による検査結果、医療費等への効果があることを検証し、平成28年4月に公表。）
- ・性年齢階級別、保険者種別、都道府県別の特定健診・保健指導の実施状況、メタボ率 等
- ・分析結果は、厚生労働省のホームページで広く公開

<特定健診の検査項目>

- ・質問票（服薬歴、喫煙歴 等）、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）、血圧測定、血液検査（脂質検査、血糖検査、肝機能検査）、尿検査（尿糖、尿蛋白）
- ※詳細健診（医師が必要と認める場合に実施）
→心電図検査、眼底検査、貧血検査、血清クレアチニン検査（2018年度～）

○高齢者の保健事業のあり方検討事業

令和3年度予算案 0.3億円
(令和2年度予算額: 0.3億円)

<経緯・目的>

令和2年4月から開始された高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について、市町村が円滑に取組を推進できるよう「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（第2版）」を令和元年10月に策定している。

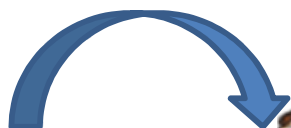
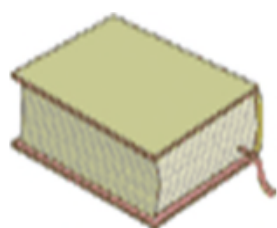
令和2年度は、本ガイドラインに基づき実施した保健事業の現状を把握するため、実施状況調査及び先進事例調査を行っているところ。

令和3年度においては、実施した調査結果等を分析し、保健事業の課題整理、効果検証等を行う。

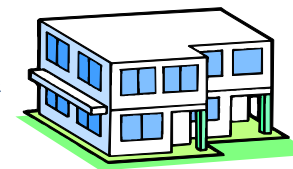
1. 効果検証会議の実施

<令和元年度>
ガイドライン（第2版）策定
<令和2年度>
保健事業の実施状況調査、
先進事例調査（予定）
<令和3年度>
保健事業の課題整理、効果検証

- 高齢者保健事業と介護予防の一体的実施の取組状況・現状分析
- 実施自治体への指導助言
- 収集したデータに基づく詳細な分析
- 取組状況を類型化し、類型ごとの効果検証を実施
- ※年3回程度開催予定
- ※専門知識のある有識者が随時参加【構成員:15人、作業チームの人員:10人程度】
- ※外部(民間シンクタンク)への委託により運営



検討結果の見える化、横展開



広域連合・市町村

※「高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ」により検討・精査

2. 検討班・ヒアリング等の実施

- (1) 広域連合による検討班(年2回程度開催予定)
広域連合のブロック代表を構成員として、保健事業の趣旨・目的・背景、事業実施に必要な技術的、専門的事項などについて理解を深めるとともに、課題の整理やインセンティブ指標の見直し検討等を行う。
- (2) ヒアリング(10市町村程度予定)
令和2年度より本格実施する高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について、先進的な取組を実施している広域連合及び市町村等に対してヒアリングを実施。
- (3) その他、必要に応じて運営に係る会合を実施

○保険者協議会における保健事業の効果的な実施支援事業

令和3年度予算案：80百万円
(令和2年度予算額：88百万円)

○ 保険者協議会は、都道府県単位で保険者横断的に住民の予防・健康づくりと医療費適正化を推進する取組を行っている。保険者が共通認識を持って取組を進めるよう、都道府県内の医療費の調査分析など、保険者が行う加入者の健康の保持増進や医療費適正化の効果的な取組を推進するために必要な体制を確保できるよう、補助するものである。

- ※1 都道府県内の医療費の適正化については、被用者保険を含め、都道府県と保険者が同じ意識をもって共同で取り組む必要がある。こうした観点から、保険者と後期高齢者広域連合が都道府県ごとに共同で「保険者協議会」を組織し（高齢者医療確保法）、都道府県や必要に応じて医療関係者等の参画も得て会議を開催している。
- ※2 第3期の医療費適正化計画からは、都道府県が医療費適正化計画の策定に当たって、保険者協議会に事前に協議することとなった。また、都道府県は、計画に盛り込んだ施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者協議会を通じて、保険者、医療関係者等に必要な協力を求めることができることとされている。

【保険者協議会が行う事業（補助率）】

◇保険者協議会の開催等（1／2）

医療計画（地域医療構想）、医療費適正化計画への意見提出に係る、専門家等を活用したデータ分析、意見聴取等を行うための保険者協議会、専門部会等の開催

◇データヘルスの推進等に係る事業（1／2）

保険者等が実施する、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推進を図るために実施する事業等

※令和2年度より補助率を10／10→1／2へ改正

◇特定健診等に係る受診率向上のための普及啓発に係る事業（1／2）

特定健診等の受診率向上のため、保険者等が共同して行う積極的な普及・啓発活動等

◇特定健診等の円滑な実施のための事業（1／2）

保険者等への情報提供を迅速かつ効率的に実施するためのHPの作成等

◇特定保健指導プログラム研修等事業（1／2）

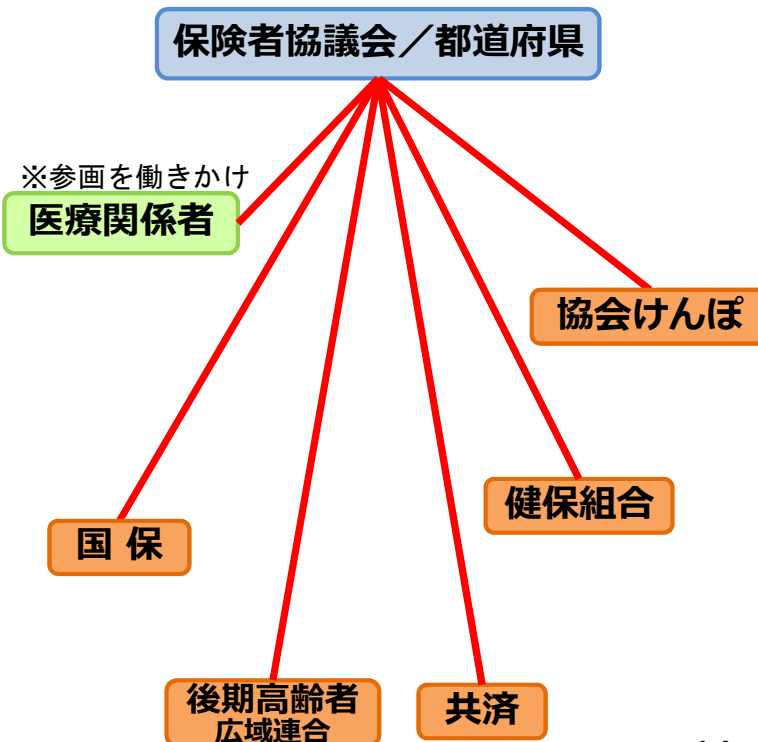
特定保健指導を行う医師、保健師及び管理栄養士等に対するプログラム習得のための研修の実施

◇特定保健指導実施機関の評価事業（1／2）

◇特定健診と各種検診の同時実施の促進事業（1／2）

被用者保険の被扶養者向け健診と自治体のがん検診等の同時実施等

医療関係者等の協力も得て、協議会を活用しながら、健康増進や医療費分析等を推進



40歳未満の事業主健診情報の活用に向けたシステム構築の支援（新規） 令和3年度予算案：40百万円

- 高齢者医療確保法では、保険者は、40歳以上の加入者に特定健康診査を実施しなければならないが、労働安全衛生法に基づく事業主健診を受けた加入者については、これをもって特定健康診査を受けたものとすることができることとされている。
- このため、同法では、保険者は事業者に対して事業主健診の情報の提供を求めることができ、また提供を求められた事業者は事業主健診の情報を提供しなければならないこととされている。（実態として特に中小企業等からの提供実績が低いという課題がある。）
- 一方、40歳未満の者については、特定健康診査の実施義務はないが、健康保険法等では、保険者は、全ての被保険者等に対し、健康教育、健康相談、健康診査等の保健事業を行うように努めなければならないこととされている。

事業主健診の情報を保険者に集約することのメリット

【メリット①】データヘルスの一層の推進

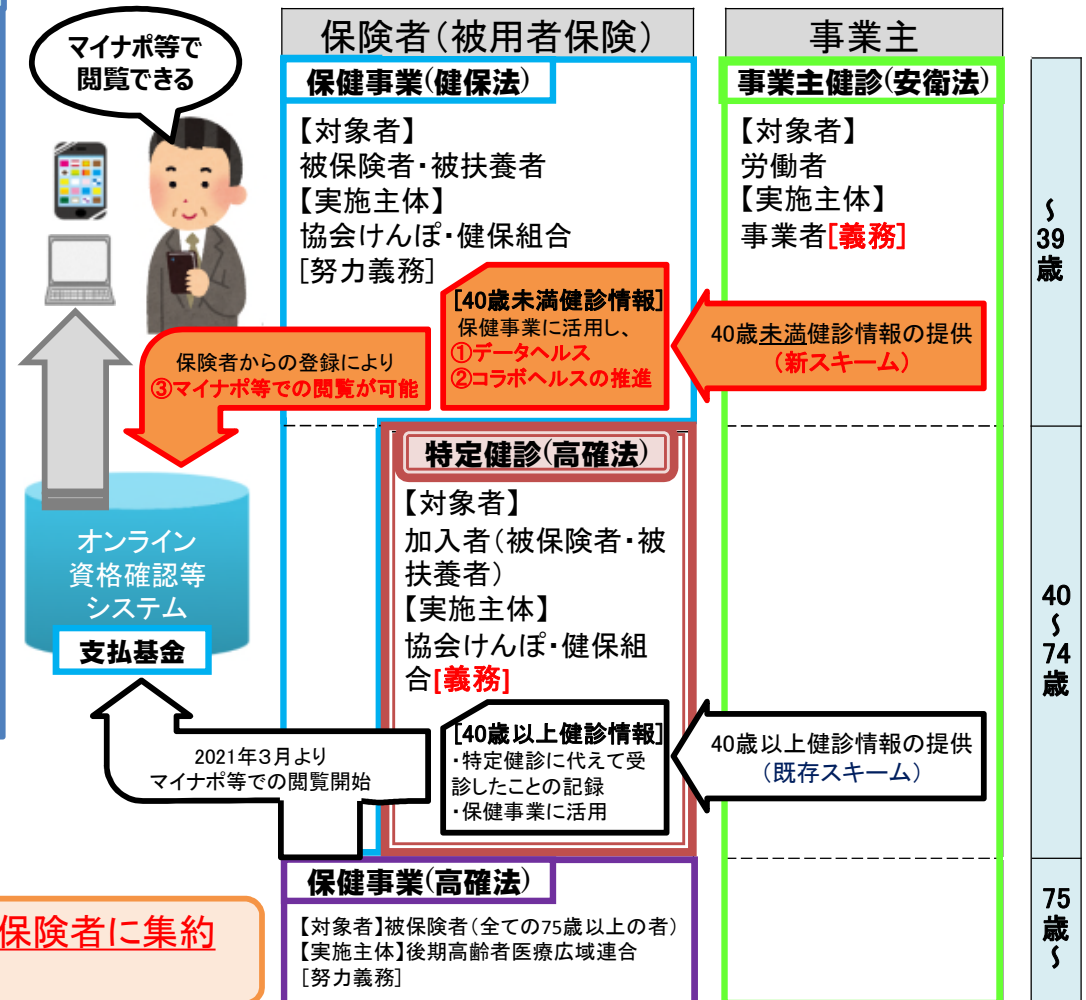
データヘルスが一層推進され、加入者の状況に応じた効率的・効果的な保健事業の実施が可能に。また、集まった情報を協会けんぽや健保連等で統計・分析することで、地域間や業種間、事業所間のデータ比較が可能になり、保険者や事業者等による加入者（＝労働者）の健康課題の把握・対策に生かされる。（40歳未満の者の生活習慣病予防対策等にも役立つ。）

【メリット②】コラボヘルスの実現につながる

保険者と事業者等が同じ情報を基に連携して加入者の健康確保を進めることが可能になり、コラボヘルス（保険者と事業者等の積極的連携による加入者の予防・健康づくりの推進）の実現につながる。

【メリット③】マイナポ等での健診情報の閲覧が可能に

特定健康診査の情報は、保険者による支払基金等のオンライン資格確認等システムへの登録を通じ、マイナポータル等で個人や医療機関での閲覧を可能とする予定だが、事業主健診の情報の保険者への提供は、事業主健診を受けた労働者の健診情報をマイナポータル等で閲覧できるようにするために必要不可欠。



以上のメリットを踏まえ、**40歳未満の者の事業主健診情報も保険者に集約するための法制上の対応を講じていく。**

○ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の全国的な横展開事業

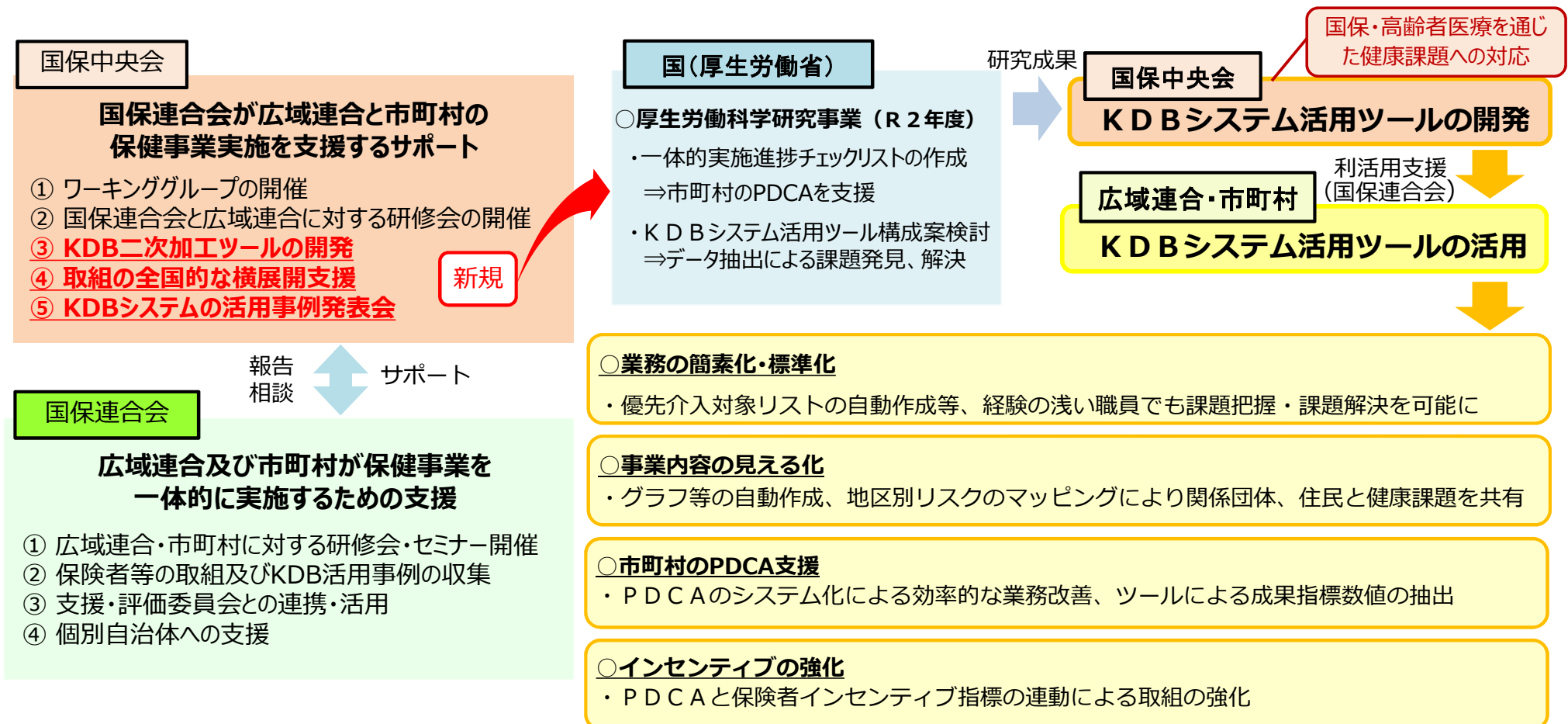
令和3年度予算案：1.9億円
(令和2年度予算額：1.1億円)

<目的>

令和2年度より開始された高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について、令和6年度までの全市町村における取組の実施に向けて、効果的な横展開を図る。

<事業概要>

国保中央会が行うKDBシステムのデータ活用ツール開発及び国保連合会等へのサポート事業等を支援する。また、国保連合会が行う広域連合及び市町村の保健事業のサポート事業等を支援する。



KDBシステム活用ツールの開発等により市町村の業務を支援し、取組事例を全国的に横展開していく。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の全国的な横展開事業に関するロードマップ

令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4～6年度
<ul style="list-style-type: none"> ・保健事業指針改定 ・ガイドライン改定 	<ul style="list-style-type: none"> ・PDCA、成果指標設定 ・KDB活用ツール案 	令和6年度までの全市町村における実施に向けた取組	

▽横展開事業に係る既存の取組

国保中央会

- ・研修指針策定、改定
- ・連合会・広域連合向け研修
- ・KDBシステム活用情報提供

国保連合会

- ・広域連合及び市町村向け研修
- ・開始に向けた支援（R1）、取組のフォローアップ（R2～）
- ・KDBシステム利活用推進

▽令和3年度からの新たな取組

○事業展開に当たって留意すべき課題

- ・地域健康課題の適切な分析、見える化
- ・データ分析に基づく保健事業メニューの提案
- ・効果的な事業展開（評価指標の標準化）

KDBシステムを有効に活用することが必要

課題

- ・一定の抽出条件によって作成される帳票やCSVデータを組み合わせることが必要となるが、解析に習熟していない職員には困難

- ・経験の浅い職員でも、標準的な活用を可能にしておく必要がある。

⇒**KDBシステムの活用ツールの開発**

国保中央会

➤ KDBシステムの活用ツール開発

ツールの機能、効果

- ・優先介入対象者リストアップ等により課題の把握、解決を支援
- ・グラフ作成やマッピング等により事業内容が見える化
- ・指標をベースにした事業効果の測定（PDCA支援）

➤ 取組の全国的な横展開支援

- ・Webコンテンツ提供

➤ KDBシステム活用事例発表会

- ・事務の簡素化、標準化〔職員の経験等によらない標準的な活用、事務負担軽減〕
- ・事業内容の見える化〔関係団体、住民との健康課題の共有〕
- ・PDCA支援〔効果的・効率的な保健事業の展開〕
- ・インセンティブの強化〔保険者インセンティブ指標と連動した取組の強化〕

○糖尿病性腎症患者重症化予防の取組への支援

令和3年度予算案:50百万円
(令和2年度予算額:50百万円)

(背景)

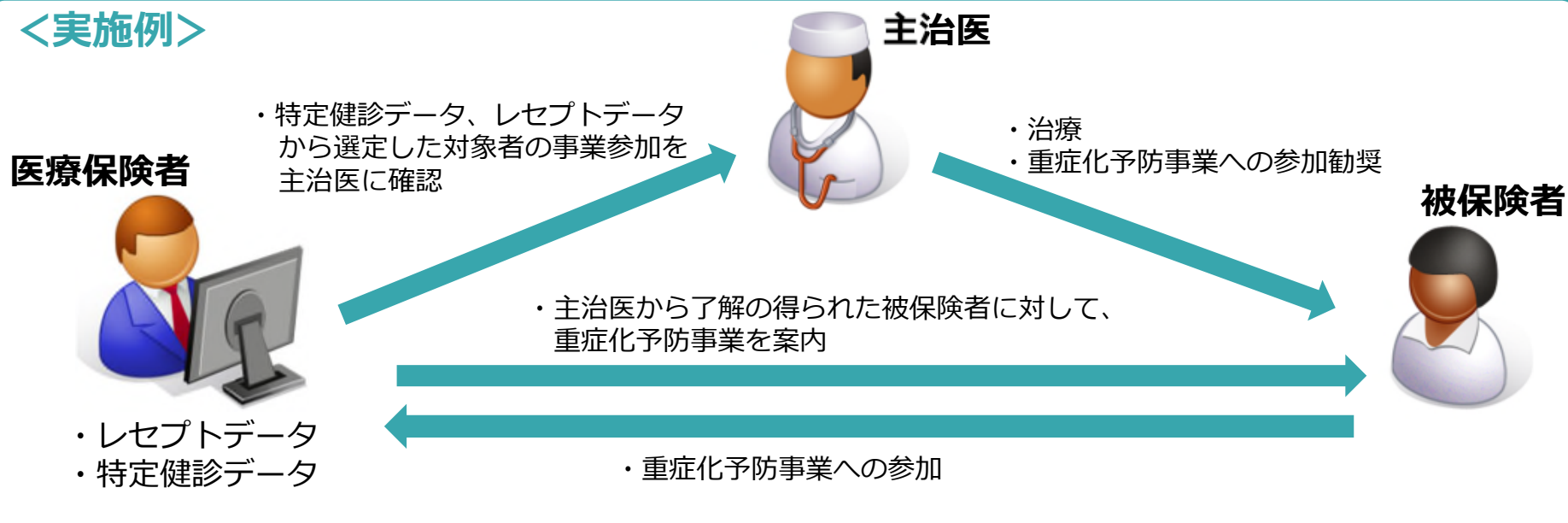
「経済財政運営と改革の基本方針2020」（令和2年7月17日閣議決定）及び令和2年度革新的事業活動に関する実行計画（令和2年7月17日閣議決定）において、糖尿病等の生活習慣病の重症化予防に関して、より一層推進することとされている。

日本医師会、日本糖尿病対策推進会議との連携協定に基づく「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」等を参考にしながら、さらに効果的に取組を推進する。

(事業内容)

- 糖尿病性腎症の患者等であって、生活習慣の改善により重症化の予防が期待される者に対して医療保険者が実施する、医療機関と連携した保健指導等を支援する。

<実施例>



概 要

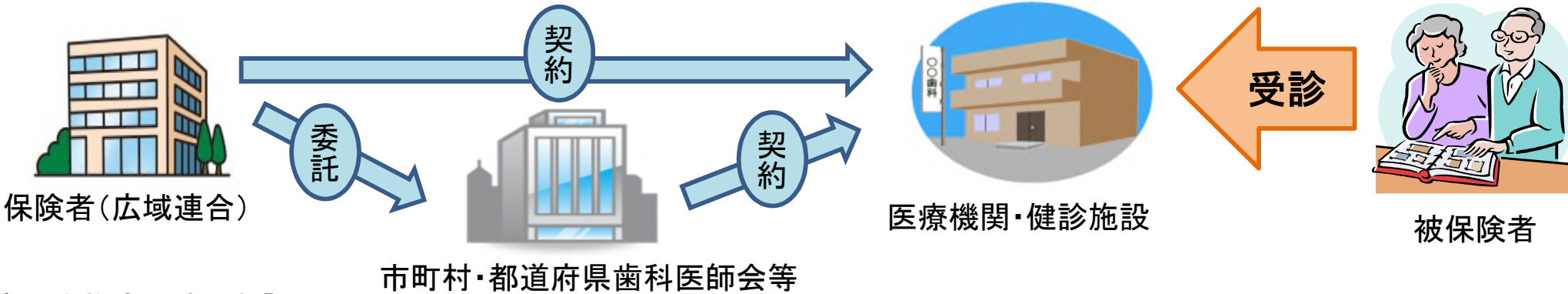
○ 歯周病を起因とする細菌性心内膜炎・動脈硬化症等の悪化、口腔機能低下による誤嚥性肺炎等を予防するため、歯・歯肉の状態や口腔機能の状態等をチェックする歯科健診を実施することとし、広域連合に対して国庫補助を行う。

※経済財政運営と改革の基本方針2020
細菌性やウイルス性の疾患の予防という観点も含め、口腔の健康と全身の健康の関連性を更に検証し、エビデンスの国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科健診、フレイル対策・重症化予防にもつながる歯科医師、歯科衛生士による歯科口腔保健の充実、歯科医療専門職間、医科歯科、介護、障害福祉関係機関との連携を推進し、歯科保健医療提供体制の構築と強化に取り組む。

○ 健康増進法に基づき実施されている歯周疾患検診や、厚生労働省において平成30年10月に策定した「後期高齢者を対象とした歯科健診マニュアル」などを参考にしつつ、高齢者の特性を踏まえた健診内容を各広域連合で設定。

〈例：後期高齢者を対象とした歯科健診マニュアル〉
咀嚼機能、舌・口唇機能、嚥下機能、口腔乾燥、歯の状態等（歯の状態、粘膜の異常、歯周組織の状況）

○ 市町村や都道府県歯科医師会等への委託等により実施。



【参考：実施広域連合数】

平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
16広域連合	31広域連合	43広域連合	45広域連合	47広域連合

○予防・健康インセンティブ推進事業に係る経費

令和3年度予算案： 77百万円
(令和2年度予算額： 1.2億円)

健康長寿社会の実現や医療費の適正化を図るため、経済団体、保険者、自治体、医療関係団体等で構成される「日本健康会議」における先進的な予防・健康づくりのインセンティブを推進する自治体を増やすなどの目標を達成するための取組を支援するための経費。

(1) 日本健康会議

- ◆ 経済界・医療関係団体・自治体・保険者のリーダーが手を携え、健康寿命の延伸と医療費の適正化を目的として、先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げるため、民間主導で「日本健康会議」を2015年7月に発足。
- ◆ 2020年までの数値目標（KPI）を入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を採択。
- ◆ この目標を着実に達成するため、
 - ① 厚労省と日本健康会議において、毎年、全保険者を対象として調査を実施し、その結果を公表。
※2020年度調査の結果は、『日本健康会議2020』において、宣言の達成に向けた進捗状況として報告。
 - ② 「日本健康会議 データポータルサイト」を開設し、県別や業界別などの形で取組状況を「見える化」。
- ◆ 地域版の日本健康会議の開催も進めていく。

<2020年度の開催状況>

日時・会場：2020年9月30日（水）@イイノホール & カンファレンスセンター

1. 主催者・来賓挨拶

日本健康会議共同代表 日本商工会議所 会頭 三村 明夫
内閣官房長官 加藤 勝信
厚生労働大臣 田村 憲久
経済産業大臣 梶山 弘志

2. 保険者の取組状況の報告～4年目を迎えた「宣言」達成状況の概要～

(1) 「健康なまち・職場づくり宣言2020」達成状況の報告

日本健康会議事務局長 渡辺 俊介

(2) 保険者の取組状況の報告

健康保険組合連合会 副会長 佐野 雅宏
全国健康保険協会 理事長 安藤 伸樹
国民健康保険中央会 理事長 原 勝則
全国後期高齢者医療広域連合協議会 会長 横尾 俊彦

3. 日本健康会議の成果とこれからの「健康なまち・職場づくり」

日本健康会議共同代表 公益社団法人日本医師会 名誉会長 横倉 義武
(ほか)



『日本健康会議2020』の様子

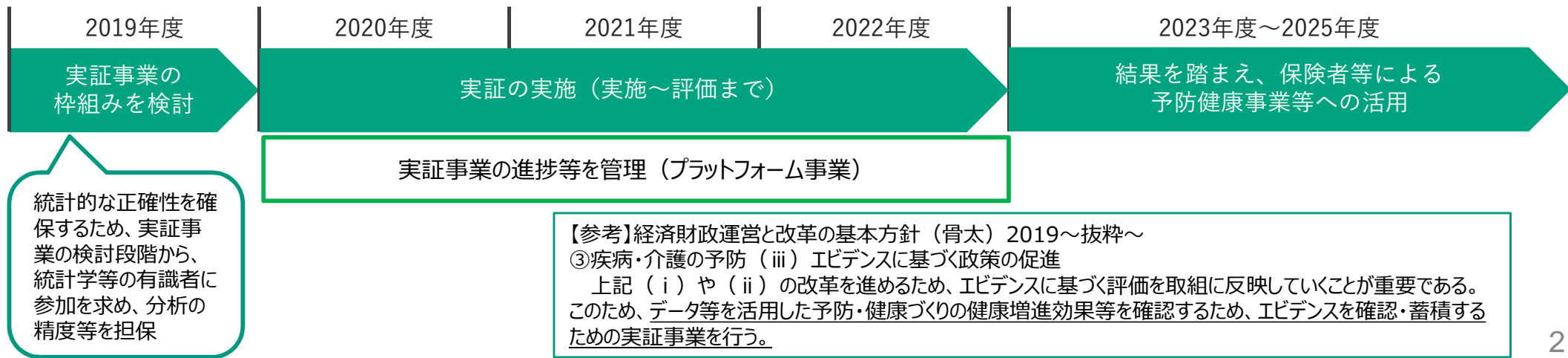
保険者等に対して適切な予防健康事業の実施を促進するため、**予防・健康づくりの健康増進効果等のエビデンスを確認・蓄積するための実証事業**を行う。

● 実証事業の内容（予定）

- 特定健診・保健指導の効果的な実施方法に係る実証事業
 - がん検診のアクセシビリティ向上策等の実証事業
 - 重症化予防プログラムの効果検証事業
 - 認知症予防プログラムの効果検証事業
 - 認知症共生社会に向けた製品・サービスの効果検証事業
 - 複数コラボヘルスを連携させた健康経営の効果検証事業
 - 歯周病予防に関する実証事業
 - AI・ICT等を活用した介護予防ツール等の効果・普及実証事業
 - 健康増進施設における標準的な運動プログラム検証のための実証事業
 - 女性特有の健康課題に関するスクリーニング及び介入方法検証のための実証事業
 - 食行動の変容に向けた尿検査及び食環境整備に係る実証事業
 - 健康にやさしいまちづくりのための環境整備に係る実証事業
- (●：厚生労働省、○：経済産業省)

● 全体スケジュール（案）

成長戦略実行計画では、2020年度から実証を開始し、その結果を踏まえて2025年度までに保険者等による予防健康事業等に活用することとされていることを踏まえ、以下のスケジュールで事業を実施する。



個別の実証事業について（保険局分）

● 特定健診・保健指導の効果的な実施方法に係る実証事業

令和3年度予算案：4.5億円

特定健診・保健指導は、施行（2008年度）から10年経過し、目標（特定健診70%以上、特定保健指導45%以上（2023年度））とは以前乖離がある（それぞれ53.1%、19.5%（2017年度））ものの、実施率は着実に向上し、保険者ごとに様々取組が進んでいる。健康寿命の延伸を目指す中で、より健康増進効果等がある特定健診・保健指導の取組はどのようなものかについて、検証する。

（実証スケジュール（案））

2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度～2025年度
実証事業の 枠組みを検討	実証の実施（実施～評価まで）			結果を踏まえ、保険者等による 予防健康事業等への活用
・実証事業全体のスキームにおける位置づけを検討	・生活習慣病予防に関連する文献レビュー・保険者の取組についての調査を行い、現状のエビデンスについて整理。 ・NDB等の既存データベースでの分析。 ・事業対象者、介入手法、アウトカム等の分析デザインを検討。 ・（文献レビューと分析デザインの検討を踏まえた）実証フィールドの選定。 ・試行的なデータ収集。	・分析デザインに沿って実証フィールドでのデータ（介入実施の有無や状態の変化等のアウトカムデータ等）収集を実施	・データ収集を継続 ・分析用データの作成 ・データ分析・評価：第三者の視点も加えて実施	・2024年度（医療費適正化計画第4期の開始年度）からの特定健診等基本指針、運用等に反映

● 重症化予防プログラムの効果検証事業

人工透析にかかる医療費は年間総額約1.57兆円となっており、その主な原疾患である糖尿病性腎症の重症化予防は、健康寿命の延伸とともに、医療費適正化の観点で喫緊の課題である。専門医療機関等における介入のエビデンスは存在するが、透析導入患者をみると適切に医療を受けてこなかったケースも多く、医療機関未受診者を含めた戦略的な介入が必要である。このため、保険者において実施されている重症化予防の取組について、腎機能等一定の年月を必要とする介入・支援の効果やエビデンスを検証する。

（実証スケジュール（案））

2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度～2025年度
実証事業の 枠組みを検討	実証の実施（実施～評価まで）			結果を踏まえ、保険者等による 予防健康事業等への活用
・実証事業全体のスキームにおける位置づけを検討	・既存の研究事業の効果検証の結果を踏まえ、実証事業に反映 ・実証フィールドの検証（市町村など100保険者）	・実証フィールド（100保険者）での実施 ・病期別の介入とデータ収集	・実証フィールド（100保険者）での実施 ・実証分析・評価：第三者の視点も加えて実施	・糖尿病性腎症重症化予防プログラム等への反映を検討

保険者とかかりつけ医等の協働による加入者の予防健康づくり（モデル事業）（新規）

令和3年度予算案： 1億円

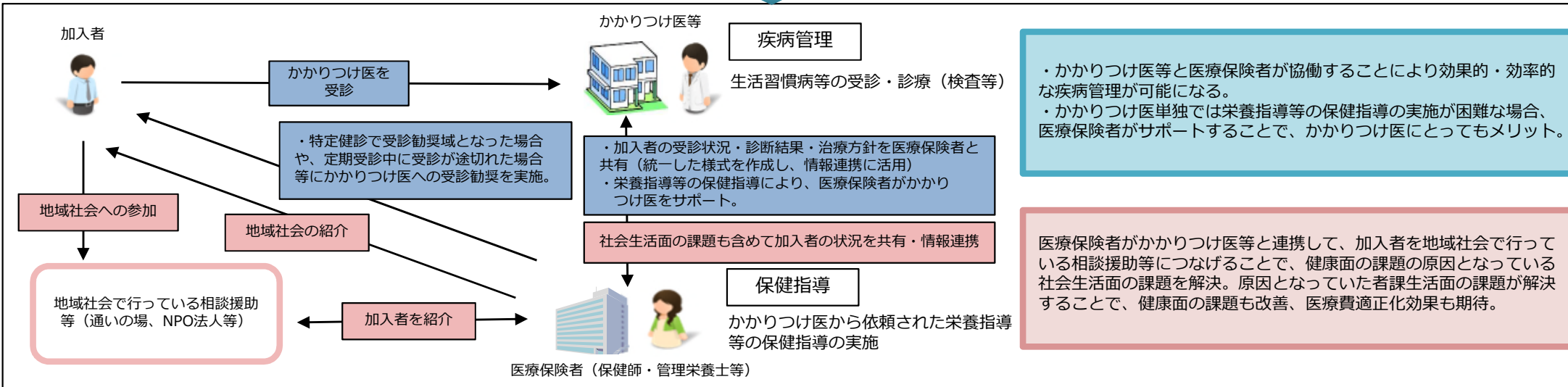
- 特定健診の結果、受診勧奨判定とされた加入者について、保険者がかかりつけ医等と連携し生活習慣病の重症化予防を図る必要があるものの、現状、かかりつけ医での診療と、特定保健指導をはじめとした医療保険者の取組との間で、連携する仕組みが乏しい。
- 社会生活面の課題が生活習慣病の治療を困難にしている場合（※）もあるため、地域社会で行っている相談援助等も活用しながら社会生活面の課題解決に向けた取組みが重要である。
- そのため、保険者による受診勧奨を契機として、かかりつけ医等と医療保険者が協働し、加入者の健康面や社会生活面の課題について情報共有しながら、加入者の重症化予防に必要な栄養指導等の保健指導の実施や地域社会で行っている相談援助等の活用を進めることで、加入者の健康面及び社会生活面の課題を解決するための取組みを推進する。

（※）孤立による食事意欲の低下などの社会的な課題のため糖尿病に対する食事療法が困難な場合に、地域社会での交流等につなげることで孤立を解消、食事療法にも取り組むことで糖尿病を改善

【現状】

- ・特定健診において受診勧奨領域となった加入者は医療機関を受診、疾患として診断された場合、栄養指導等を含めた診療を受ける。特定保健指導の対象者にもなっている場合、特定保健指導を別途受診する必要があるが、医療機関との連携が不十分な場合、栄養指導等が重複して実施される可能性がある。
- ・生活習慣病の重症化に影響する社会生活面の課題を解決する仕組みがない。

【望ましい姿】



● スケジュール（案）

2021年度

2022年度

2023年度

2024年度

モデル事業実施（市町村で数力所）

モデル事業実施結果取り纏め

実施結果を踏まえ保健指導プログラム・特定健診等
実施計画へ反映

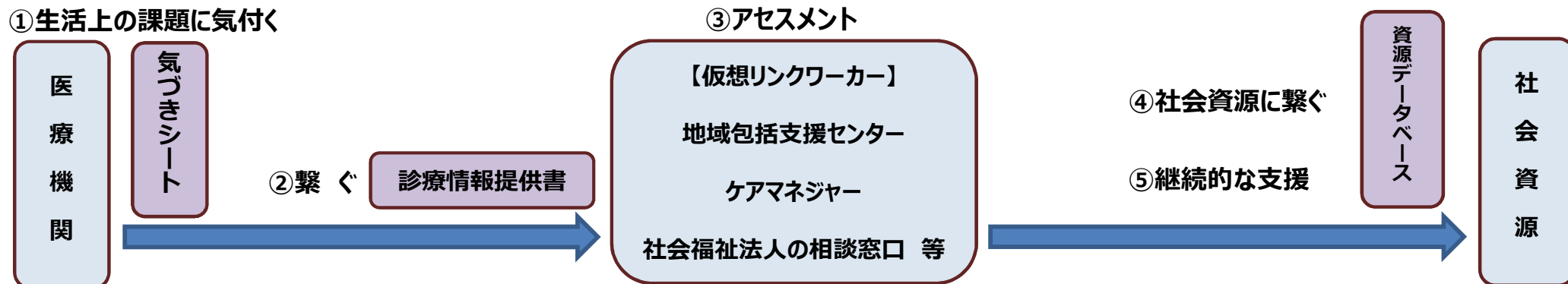
「社会的処方」の実践と検証（宇都宮市医師会）

宇都宮市医師会提供資料

【事業の目的】わが国において、日常診療の現場で患者の「生活上の課題」に気づき、地域の社会資源に繋げる『医療機関発「社会的処方」』について、「地域包括ケアシステム」の仕組みを活用した実践と、定着に向けた課題の検証を行う。

【事業のポイント】多職種協働による「医療・介護連携支援体制」と、地域支援やサービスの提供・創出を目的とする「介護予防・日常生活支援総合事業」をベースに「社会的処方」の実装を目指すことで、日本における「地域包括ケアシステム」の中の「社会的処方」のシステム構築を目指す。

【事業スキームと検証ポイント】



「医療・介護連携支援体制」

検証ポイント（手順①～②）

- ①医師等に「生活上の課題」の気づきを促す「気づきシート」の効果。
→ 「設問の聞き易さ」や「患者の反応」等の使用感と、回答の感度、特異度の検証。
- ②提供する情報の範囲
→ 医師とリンクワーカーとで、お互いに出せる情報と必要とする情報の内容について、認識の共有に向けた意見交換を行う。

検証ポイント（リンクワーカー）

- ①「リンクワーカー」としての各職種の可能性と課題。
→ 各職種の「強み」と「弱み」を、リンクワーカー活動の視点で比較・検証する。
- ②制度化にあたってのインセンティブや職務の整理。
→ 医療保険や介護保険、事業委託費等からのインセンティブ付与や、現在の職務内容を整理して、効率化と負担軽減について検討する。

「介護予防・日常生活支援総合事業」

検証ポイント（手順③～⑤）

- ①リンクワーカーのアセスメントに基づいて選定した「社会資源」の妥当性。
→ 医師からの情報とアセスメントの内容を基に、どの様に「社会資源」を絞り込んでいったのかのプロセスを確認・検証する。
- ②継続的な利用に向けた伴走型の支援。
→ 職種ごとの支援の範囲と、支援の最終目標の設定について話し合う。

検証ポイント（制度とアウトカム）

- ①一連の流れの検証（連携の課題、制度の課題 等）。
→ 職種ごとの「出来たこと」「難しかったこと」を取り上げ、連携促進を図る。
- ②アウトカム評価（エンドポイント：受療行動・生活の質と主観的健康感（幸福度） 等）。
→ 数値的な評価とランダム化比較による評価。
- ③定着に向けた取り組み。
→ 市民や関係者への普及・啓発と、現行制度（事業）の効率的活用について検討する。

東日本大震災の特別措置の延長 (医療保険者等への財政支援措置)

令和3年度予算(案)額
37.9億円(37.9億円)
 (ほか介護分:0.7億円(0.7億円))
 (計:38.6億円(38.6億円))
 ()の金額は令和2年度当初予算額

1. 一部負担金の免除等による財政支援<29.3億円(29.3億円)>

①一部負担金の免除等による財政支援

(29.1億円(29.1億円))

東電福島第一原発の事故により設定された避難指示区域等の住民の方の医療機関等で一部負担金を免除した保険者等への補助

②特定健診の自己負担金の免除等による財政支援等

(0.2億円(0.2億円))

東電福島第一原発の事故により設定された避難指示区域等の保険者等への補助

- ☐ 特定健康診査等に係る自己負担金に対する助成
- ☐ 避難先の保険者と被災元の保険者が実施する特定健康診査等の費用との差額に対する助成
- ☐ 被災者に対する特別措置についての周知事業

2. 保険料の免除による財政支援 <8.6億円(8.6億円)>

①保険料の免除による財政支援(7.3億円(7.3億円))※

東電福島第一原発の事故により設定された避難指示区域等の住民の方の保険料を免除した保険者等への補助

※このほか、介護分0.7億円(0.7億円)

②固定資産税の課税免除に伴う保険者への財政支援

(1.3億円(1.3億円))

東電福島第一原発の事故により設定された避難指示区域等の固定資産税の免除に伴う保険料減収分の1/2を財政支援

