第 152 回社会保障審議会医療保険部会
議事次第

令和４年８月 19 日（金）
13 時 00 分～15 時 00 分
場所：オンライン開催

（ 議　題 ）

１．　感染症法の改正について

２．　オンライン資格確認等システムについて

（ 報告事項 ）

１．　医療費における保険給付率と患者負担率のバランス等の定期的な見える化について

２．　「経済財政運営と改革の基本方針 2022」、「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画」及び「規制改革実施計画」等について

３．　出産費用の実態把握に関する調査研究（令和３年度）の結果等について

（ 配布資料 ）

資　料　１	感染症法の改正について
資　料　２	オンライン資格確認等システムについて
資　料　３	医療費における保険給付率と患者負担率のバランス等の定期的な見える化について
資　料　４	「経済財政運営と改革の基本方針 2022」、「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画」及び「規制改革実施計画」等について（保険局関係）
資　料　５	出産費用の実態把握に関する調査研究（令和３年度）の結果等について
参考資料１	新型コロナウイルス感染症に関するこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に備えるための対応の方向性
参考資料２	「経済財政運営と改革の基本方針 2022」、「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画」及び「規制改革実施計画」等の概要について

社会保障審議会医療保険部会　委員名簿

令和4年7月21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
いのくち　ゆうじ 猪口　雄二	日本医師会副会長
いぶか　ようこ 井深　陽子	慶應義塾大学経済学部教授
うちぼり　まさお 内堀　雅雄	全国知事会社会保障常任委員会委員長／福島県知事
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 〇 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
そでい　たかこ 袖井　孝子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会副理事長
たなべ　くにあき ◎ 田辺　国昭	国立社会保障・人口問題研究所所長
はた　けんいちろう 羽田　健一郎	全国町村会副会長／長野県長和町長
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
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
ほんだ　こういち 本多　孝一	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
むらかみ　ようこ 村上　陽子	日本労働組合総連合会副事務局長
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、〇印は部会長代理である。　　（五十音順）

令和4年8月19日	第152回社会保障審議会医療保険部会	資料1

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

感染症法の改正について

厚生労働省　保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

（１）感染症に対応する医療機関の抜本的拡充

第63回厚生科学審議会感染症部会
（令和4年８月１日）　資料１（抜粋）

課題

○　感染症患者の専用病床を有する感染症指定医療機関だけでは新型コロナの入院患者を受け入れきれず、一般の病院ががん治療をはじめとする通常医療を制限してでも病床確保をする必要が生じたが、そうした事態を想定した入院調整、救急搬送、院内ゾーニングを含めた具体的な訓練は行われていなかったため、体制の立ち上げに時間がかかった。

○　感染拡大初期において、感染症指定医療機関以外に新型コロナの特性も明らかでない時期から対応する医療機関と、ウイルスの特性が明らかになってきた後に対応する医療機関との役割が平時から明確でなく、地域によって役割の調整が困難であった。

○　感染拡大する中で、都道府県が病床等の確保計画を立案したが、新型コロナの特性が明らかになった後においても、医療機関との認識のずれや医療人材の確保の困難さなどから、地域によっては病床確保や発熱外来等の医療体制が十分に確保できないことがあった。

○　発熱や呼吸器症状のある疑い患者について、普段からかかっている医療機関で診療を受けられず、直接地域の総合病院を受診するケースや保健所・地方公共団体に相談するケースが発生した。

○　新型コロナ疑いの発熱患者を診療する診療・検査医療機関について、国民が受診等しやすいよう医療機関に公表を働きかけたが、公表は一部の医療機関にとどまったため、公表済みの医療機関に患者が集中し、外来がひっ迫する事態が生じた（最終的に地域により一律公表のルールにした。）。

対応の方向性

○　平時において都道府県と医療機関との間で新興感染症等に対応する病床等を提供する協定を結ぶ「全体像」の仕組みを法定化し、感染症危機発生時には協定に従い医療を提供する。医療機関に対し、協定に沿って病床確保等を行うことについて、履行の確保を促す措置を設けるなど、国・都道府県が医療資源の確保等についてより強い権限を持つことができるよう法律上の手当を行う。

＜具体的事項＞

○　都道府県は、国の定める基本指針に基づき、感染症まん延時等における医療提供体制の確保に関し、数値　目標（病床、発熱外来・診療、後方支援、人材派遣）等を盛り込んだ計画を平時から策定するなど、計画的な取組を推進する。

○　都道府県が、あらかじめ医療機関との間で病床や外来医療の確保等の具体的な内容に関する協定を締結する仕組みを創設する。公立・公的医療機関等、特定機能病院などについて、その機能を踏まえた協定を締結する義務を課すとともに、その他の病院との協定締結を含めた都道府県医療審議会における調整の枠組みを設けるなど、計画の実効性を担保し、地域において平時から必要な病床を確保できる体制を整備する。

○　あわせて、感染症まん延時等において、協定に沿った履行を確保するための措置（協定の履行状況の公表、一定の医療機関にかかる感染症流行初期における事業継続確保のための減収補償の仕組みの創設、都道府県知事の勧告・指示、特定機能病院等の承認取消 等）を具体的に検討　等

医療部会における主なご意見

第89回社会保障審議会医療部会における意見
（抜粋）

主なご意見

○　減収補償について、感染症対応が不十分では、社会経済が回らないこともあるかと思うので、これを全部公費で負担するというよりも、広く国民で支えるという仕組みが良いのではないか。公費、それから保険料を、減収補償に投入できるという仕組みを作るというのはどうか。

○　諸外国の例を見ると、どこの医療機関が何をやるか、どの医師・看護師が協力するのかといったことが、予め計画をされており、有事にそれに基づいて、病床や人員の確保を行う。カナダにもそういったものがあり、保険医療機関が関与している。これらも参考に、感染症対応について保険医療機関が協力するということを、健康保険法に明記すべきではないか。

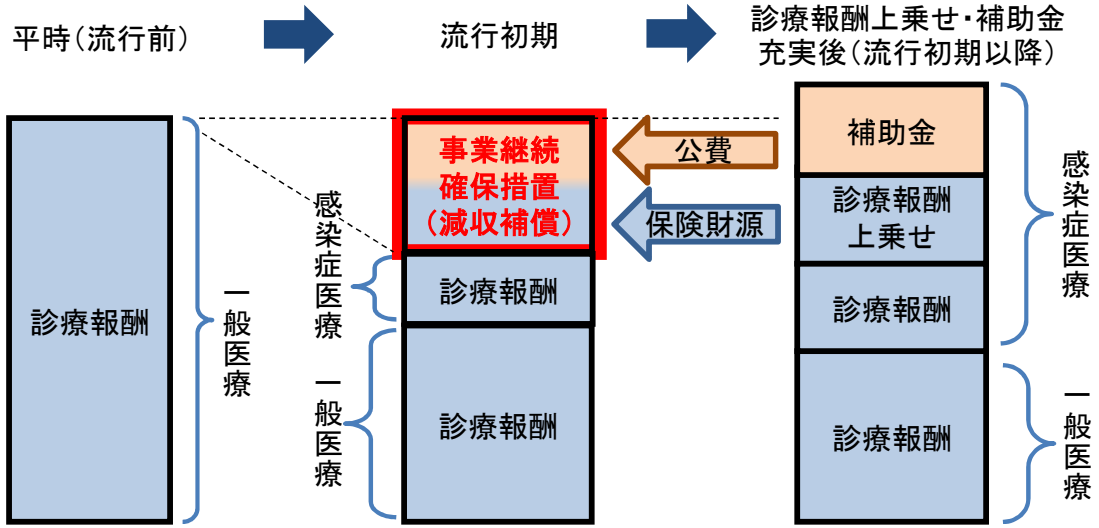
事業継続確保のための減収補償の仕組みのイメージ（案）

1．措置の目的・内容
- 「初動対応等を含む特別な協定を締結した医療機関」について、協定に基づく対応により経営の自律性（一般医療の提供）を制限して、大きな経営上のリスクのある流行初期の感染症医療（感染患者への医療）の提供をすることに対し、減収補償を行う。
- 補償額は、感染症医療の提供を行った月の診療報酬収入が、感染症流行前の同月の診療報酬収入を下回った場合、その差額を支払う。その上で、月ごとに、感染症流行前の診療報酬収入と、当該年度の診療報酬収入に補助金を加えた収入との差額になるよう精算を実施（減収補償の範囲内で補助金の額を返還）。

2．事業実施主体　都道府県

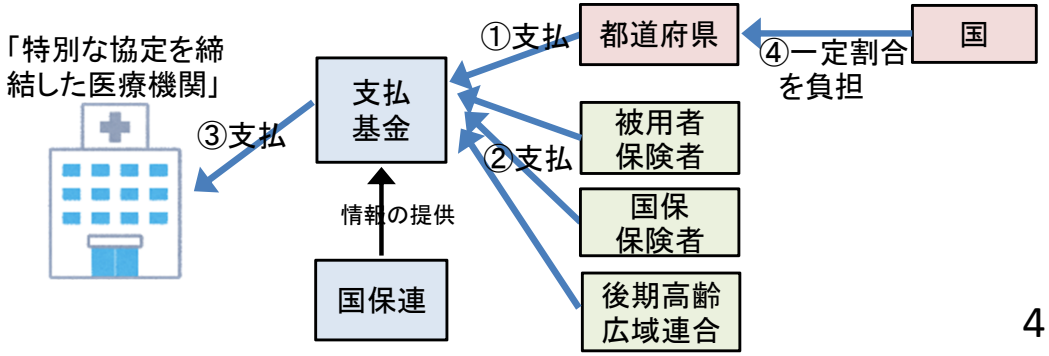
3．費用負担者
- 国、都道府県
- 保険者（被用者保険、国保、後期高齢広域連合）

平時（流行前）、流行初期、診療報酬上乗せ・補助金充実後（流行初期以降）における「特別な協定を締結した医療機関」の収入（イメージ）



事業継続確保措置（減収補償）の支払スキーム（イメージ）

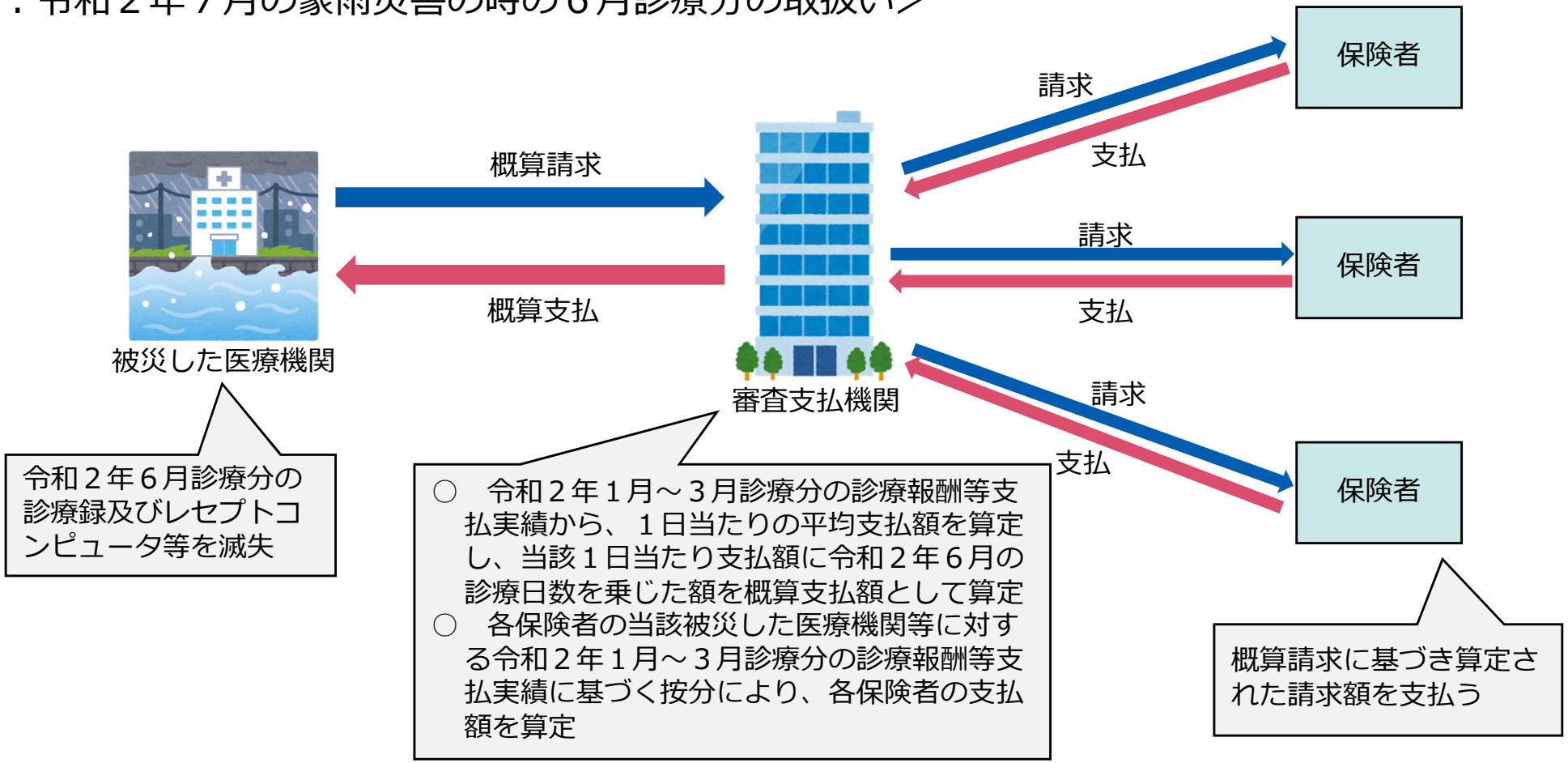
① 都道府県から、支払基金に対し、補償額の一定割合を支払
② 各保険者から、支払基金に対し、補償額の一定割合を支払
③ 支払基金から「特別な協定を締結した医療機関」に対し、支給対象月の2か月後に支払
④ 都道府県の支払い額の一定割合を国が負担



参考　災害時の診療報酬等の概算請求・支払について

○　保険医療機関等が、豪雨や津波等の災害により診療録等を滅失等した場合、滅失等の影響で診療録に基づく請求ができない月分の診療報酬等の請求について、概算請求を行うことを認める取扱いとするケースがある。
○　具体的には、過去３ヶ月分の診療報酬等支払実績から、１日当たりの平均支払額を算定し、当該１日当たり支払額に実際の診療日数を乗じた額等をもとにして、当該月分の診療報酬として支払いを行っている。
○　各保険医療機関等に対して保険者が支払う診療報酬等については、保険医療機関等ごとに、上記の過去３ヶ月における各保険者の当該保険医療機関等に対する診療報酬等支払実績に基づき、保険者間で按分されている。

＜例：令和２年７月の豪雨災害の時の６月診療分の取扱い＞



令和4年8月19日	第152回社会保障審議会医療保険部会	資料2

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

オンライン資格確認等システムについて

厚生労働省　保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

１　オンライン資格確認の導入状況・利用状況

医療機関・薬局におけるオンライン資格確認の導入状況

（2022/8/14時点）

1．顔認証付きカードリーダー申込数

144,316施設 **(62.8%)** ／ 229,686施設

※　オンライン資格確認の導入予定施設数

	施設数	割合
病院	6,723	82.1%
医科診療所	46,681	52.1%
歯科診療所	38,827	55.0%
薬局	52,085	85.1%

参考：全施設数

病院	8,193
医科診療所	89,621
歯科診療所	70,651
薬局	61,221

2．準備完了施設数（カードリーダー申込数の内数）

72,917施設 **(31.7%)** ／ 229,686施設

※　院内システムの改修などが完了している施設数

	施設数	割合
病院	3,974	48.5%
医科診療所	20,114	22.4%
歯科診療所	16,253	23.0%
薬局	32,576	53.2%

3．運用開始施設数（準備完了施設数の内数）

61,659施設 **(26.8%)** ／ 229,686施設

	施設数	割合
病院	3,542	43.2%
医科診療所	16,243	18.1%
歯科診療所	13,253	18.8%
薬局	28,621	46.8%

【参考：健康保険証の利用の登録】

17,046,030件　カード交付枚数に対する割合 **29.0%**

【参考：マイナンバーカード申請・交付状況】

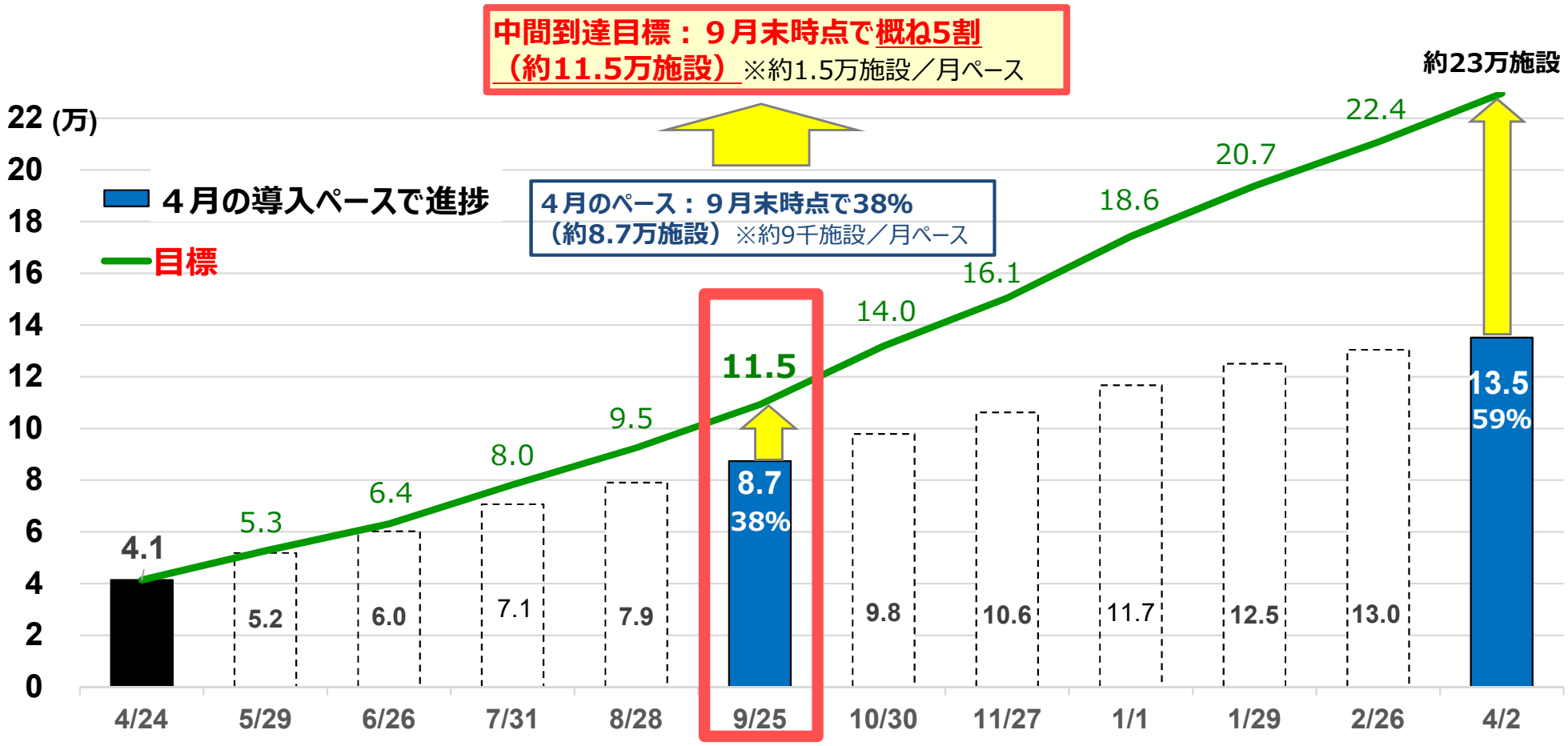
有効申請受付数：　約6,196万枚　（人口比　49.2%）
交付実施済数　：　約5,871万枚　（人口比　46.6%）

オンライン資格確認の「中間到達目標」

第151回社会保障審議会医療保険部会
資料１抜粋（令和４年５月25日）

○ **今後の導入目標**：令和５年３月末までに概ね全ての医療機関・薬局での導入を目指すとの目標達成のために必要な導入ペースを踏まえ、**環境が整うことで累積的に増加していく**ことを念頭に、中間到達目標として、**9月末時点で概ね５割（約11.5万施設程度、平均で約1.5万施設／月）の導入を目指す**。

- ４月の導入ペースで進捗した場合（約9千施設/月）、令和５年３月末の導入率は**約６割**（約13.5万施設。**病院・薬局は100%**）。
- 令和4年10月以降は平均で約1.9万施設／月



都道府県別の運用開始状況（施設類型別・８月14日時点）

	病院	医科診療所	歯科診療所	薬局
①	岩手(75.0%)	宮崎(29.3%)	宮崎(50.2%)	岩手(63.1%)
②	山形(62.7%)	鹿児島(28.7%)	鳥取(45.2%)	富山(59.7%)
③	滋賀(62.1%)	富山(28.1%)	富山(32.9%)	岡山(59.3%)
④	鳥取(60.5%)	長野(27.5%)	岩手(31.7%)	青森(57.5%)
⑤	島根(58.7%)	秋田(27.0%)	福井(30.4%)	秋田(56.2%)
	……	……	……	……
㊸	千葉(36.1%)	東京(14.7%)	群馬(15.2%)	長野(34.1%)
㊹	福岡(35.6%)	大阪(14.5%)	大阪(15.1%)	群馬(32.8%)
㊺	大阪(32.6%)	京都(14.3%)	徳島(15.1%)	佐賀(31.7%)
㊻	東京(31.4%)	奈良(13.8%)	神奈川(14.8%)	長崎(31.0%)
㊼	茨城(25.9%)	島根(12.4%)	東京(12.7%)	徳島(27.4%)
合計	43.2%	18.1%	18.8%	46.8%

各地域におけるオンライン資格確認の推進体制について

○　オンライン資格確認の導入については、各地域で差が生じている状況にある。このような状況を踏まえ、各都道府県単位で、地方厚生（支）局、支払基金支部、国保連に担当者を置き、連携して関係者への働きかけ等を行う「オンライン資格確認の普及に向けた連携会議」を設置する。また、各都道府県における保険者協議会等の場においてオンライン資格確認の推進に関する議論を実施する。

厚生労働省本省　：各都道府県担当を設置

地方厚生（支）局
支払基金支部
国保連
：「オンライン資格確認の普及に向けた連携会議」を設置

都道府県　：保険者協議会等の場で議論

医療関係団体や個別医療機関・薬局に働きかけ

オンライン資格確認の導入を強く推進

実施事項

○　各都道府県単位で、地方厚生（支）局、支払基金支部、国保連による「オンライン資格確認の普及に向けた連携会議」を設置し、当該連携会議を中心として、**当該都道府県下での導入状況の確認、関係団体等への働きかけ、本省主催説明会等の関係者への周知、説明会の実施等**の活動を行う。また、今後、個別医療機関・薬局への働きかけを随時行う。

○　上記に加え、各都道府県における**保険者協議会等の場において、オンライン資格確認の推進に関する議論**を実施

市区町村別の運用開始状況（7月31日時点）

○　市区町村別の顔認証付きカードリーダー申込率と運用開始率を厚生労働省ホームページで公表した
厚生労働省ホームページ（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08280.html）。随時更新予定。

イメージ

	都道府県名	市区町村名	顔認証付きカードリーダー申込率	運用開始率
1	北海道	札幌市中央区	57.5%	21.6%
2	北海道	札幌市北区	61.3%	24.4%
3	北海道	札幌市東区	60.7%	25.7%
4	北海道	札幌市白石区	59.5%	21.9%
5	北海道	札幌市豊平区	60.4%	22.8%
6	北海道	札幌市南区	58.8%	26.2%
7	北海道	札幌市西区	61.7%	26.2%
8	北海道	札幌市厚別区	62.1%	25.2%
9	北海道	札幌市手稲区	63.1%	28.1%
10	北海道	札幌市清田区	57.9%	21.4%
11	北海道	函館市	61.6%	25.9%
12	北海道	小樽市	61.5%	27.2%
13	北海道	旭川市	64.2%	26.0%
14	北海道	室蘭市	59.7%	24.5%
15	北海道	釧路市	67.4%	32.2%
16	北海道	帯広市	68.3%	26.9%
17	北海道	北見市	67.1%	35.3%
18	北海道	夕張市	38.5%	15.4%
19	北海道	岩見沢市	58.3%	22.3%
20	北海道	網走市	51.1%	27.7%
21	北海道	留萌市	64.9%	37.8%
22	北海道	苫小牧市	68.4%	29.4%
23	北海道	稚内市	66.7%	43.6%
24	北海道	美唄市	70.6%	23.5%
25	北海道	芦別市	58.8%	23.5%
26	北海道	江別市	60.8%	26.9%
27	北海道	赤平市	50.0%	35.7%
28	北海道	紋別市	62.5%	33.3%
29	北海道	士別市	70.4%	25.9%
30	北海道	名寄市	66.7%	30.6%
31	北海道	三笠市	77.8%	22.2%
32	北海道	根室市	64.0%	16.0%
33	北海道	千歳市	61.2%	23.3%
34	北海道	滝川市	69.9%	38.4%
35	北海道	砂川市	70.8%	20.8%
36	北海道	歌志内市	100.0%	33.3%
37	北海道	深川市	56.4%	25.6%
38	北海道	富良野市	63.2%	26.3%
39	北海道	登別市	66.7%	28.1%
40	北海道	恵庭市	58.6%	23.2%
41	北海道	伊達市	66.2%	31.1%
42	北海道	北広島市	63.3%	32.2%
43	北海道	石狩市	65.7%	28.4%
44	北海道	北斗市	63.6%	12.7%
45	北海道	石狩郡	57.9%	10.5%
46	北海道	松前郡	71.4%	50.0%
47	北海道	上磯郡	41.7%	50.0%
48	北海道	亀田郡	46.3%	12.2%
49	北海道	茅部郡	53.8%	26.9%
50	北海道	二海郡	70.6%	52.9%
51	北海道	山越郡	66.7%	50.0%
52	北海道	檜山郡	63.6%	31.8%
53	北海道	爾志郡	100.0%	33.3%
54	北海道	奥尻郡	33.3%	33.3%
55	北海道	瀬棚郡	85.7%	42.9%
56	北海道	久遠郡	83.3%	58.3%
57	北海道	島牧郡	100.0%	0.0%
58	北海道	寿都郡	62.5%	0.0%
59	北海道	磯谷郡	50.0%	50.0%
60	北海道	虻田郡	65.1%	25.4%
61	北海道	岩内郡	62.5%	31.3%
62	北海道	古宇郡	50.0%	25.0%
63	北海道	積丹郡	66.7%	33.3%
64	北海道	古平郡	50.0%	0.0%
65	北海道	余市郡	47.8%	15.2%
66	北海道	空知郡	63.4%	24.4%
67	北海道	夕張郡	55.8%	30.8%
68	北海道	樺戸郡	80.0%	13.3%
69	北海道	雨竜郡	50.0%	22.2%
70	北海道	上川郡	61.3%	26.3%
71	北海道	勇払郡	50.0%	15.4%
72	北海道	中川郡	54.1%	29.5%
73	北海道	増毛郡	50.0%	25.0%
74	北海道	留萌郡	50.0%	0.0%
75	北海道	苫前郡	58.3%	25.0%
76	北海道	天塩郡	73.3%	60.0%
77	北海道	宗谷郡	33.3%	33.3%
78	北海道	枝幸郡	86.7%	46.7%
79	北海道	礼文郡	75.0%	75.0%
80	北海道	利尻郡	60.0%	50.0%
81	北海道	網走郡	68.4%	31.6%
82	北海道	斜里郡	50.0%	16.7%
83	北海道	常呂郡	63.6%	36.4%
84	北海道	紋別郡	56.6%	26.4%
85	北海道	有珠郡	66.7%	66.7%
86	北海道	白老郡	41.7%	8.3%
87	北海道	沙流郡	57.1%	14.3%
88	北海道	新冠郡	50.0%	25.0%
89	北海道	浦河郡	76.2%	33.3%
90	北海道	様似郡	100.0%	75.0%

公的医療機関等における導入状況について

2022/7/1時点

No	経営主体	全病院数	運用開始		令和4年9月末まで		令和4年12月末まで		令和5年1月以降	
			病院数	割合	増加病院数	割合（累積）	増加病院数	割合（累積）	増加病院数	割合（累積）
1	国立高度専門医療研究センター	8	8	100.0%	＋ 0	100.0%	＋ 0	100.0%	＋ 0	100.0%
2	国立病院機構	140	105	75.0%	＋ 17	87.1%	＋ 4	90.0%	＋ 14	100.0%
3	JCHO	57	55	96.5%	＋ 2	100.0%	＋ 0	100.0%	＋ 0	100.0%
4	労働者健康安全機構	32	27	84.4%	＋ 5	100.0%	＋ 0	100.0%	＋ 0	100.0%
5	日本赤十字社	92	56	60.9%	＋ 26	89.1%	＋ 4	93.5%	＋ 6	100.0%
6	済生会	81	56	69.1%	＋ 10	81.5%	＋ 5	87.7%	＋ 10	100.0%
7	自治体（都道府県立、市町村立）	878	809	92.1%	＋ 21	94.5%	＋ 27	97.6%	＋ 21	100.0%
8	厚生農業協同組合連合会（厚生連）	96	57	59.4%	＋ 14	74.0%	＋ 16	90.6%	＋ 9	100.0%
9	国共連（KKR）	32	30	93.8%	＋ 1	96.9%	＋ 0	96.9%	＋ 1	100.0%
10	地方公務員共済組合	8	6	75.0%	＋ 2	100.0%	＋ 0	100.0%	＋ 0	100.0%
11	国立大学	46	30	65.2%	＋ 12	91.3%	＋ 3	97.8%	＋ 1	100.0%
12	公立大学	16	13	81.3%	＋ 1	87.5%	＋ 2	100.0%	＋ 0	100.0%
合　計（累計）		1,486	1,252	84.3%	1,363	91.7%	1,424	95.8%	1,486	100.0%

※ 自治体（都道府県立、市町村立）については2022/6/30時点

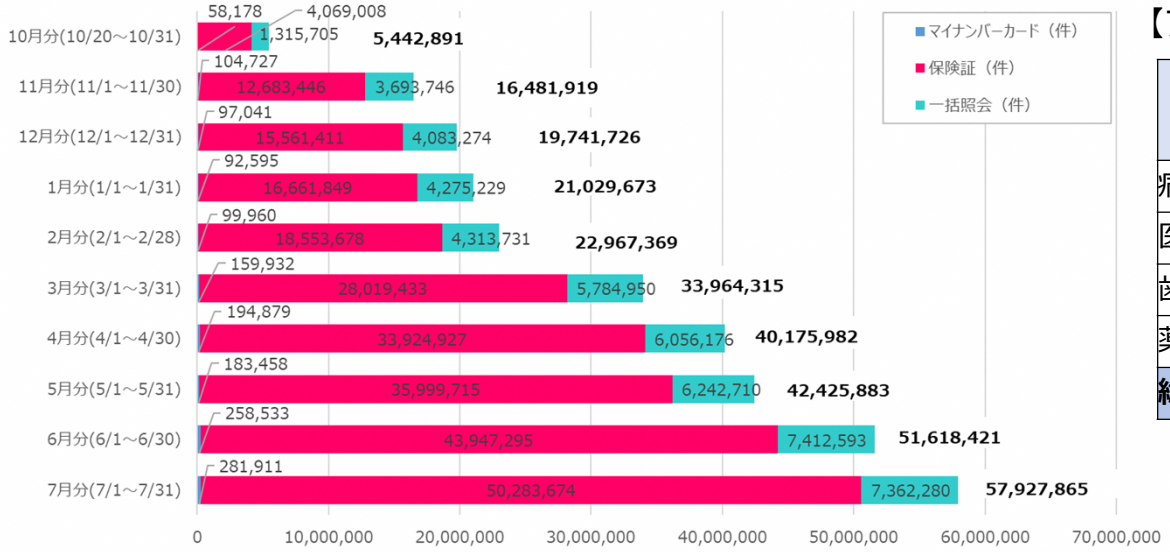
オンライン資格確認の利用状況①

○　本格運用開始から７月末までの期間で、オンライン資格確認等システムを活用した資格確認が約3.1億件行われた。
（マイナンバーカードによるもの：約150万件、保険証によるもの：約2億6,000万件、一括照会によるもの：約5,100万件）

■運用開始施設における資格確認の利用件数

※ 一括照会：医療機関等が事前に予約患者の保険資格が有効かどうか等、オンライン資格確認等システムに一括して照会すること

期間	合計（件）	マイナンバーカード（件）	保険証（件）	一括照会（件）
10月分(10/20～10/31)	5,442,891	58,178	4,069,008	1,315,705
11月分(11/1～11/30)	16,481,919	104,727	12,683,446	3,693,746
12月分(12/1～12/31)	19,741,726	97,041	15,561,411	4,083,274
1月分(1/1～1/31)	21,029,673	92,595	16,661,849	4,275,229
2月分(2/1～2/28)	22,967,369	99,960	18,553,678	4,313,731
3月分(3/1～3/31)	33,964,315	159,932	28,019,433	5,784,950
4月分(4/1～4/30)	40,175,982	194,879	33,924,927	6,056,176
5月分(5/1～5/31)	42,425,883	183,458	35,999,715	6,242,710
6月分(6/1～6/30)	51,618,421	258,533	43,947,295	7,412,593
7月分(7/1～7/31)	57,927,865	281,911	50,283,674	7,362,280
総計	**311,776,044**	**1,531,214**	**259,704,436**	**50,540,394**



【7月分の内訳】

	合計（件）	マイナンバーカード（件）	保険証（件）	一括照会（件）
病院	9,926,786	43,534	4,295,278	5,587,974
医科診療所	13,277,669	68,969	12,876,249	332,451
歯科診療所	4,174,301	46,776	2,715,935	1,411,590
薬局	30,549,109	122,632	30,396,212	30,265
総計	**57,927,865**	**281,911**	**50,283,674**	**7,362,280**

オンライン資格確認の利用状況②

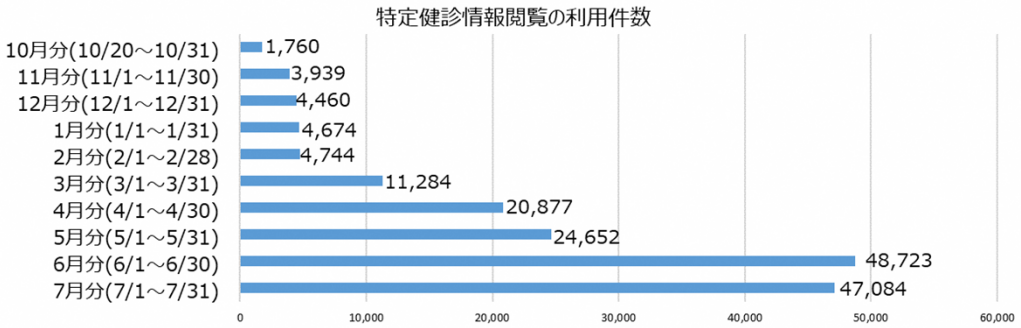
■特定健診等情報・薬剤情報の利用件数

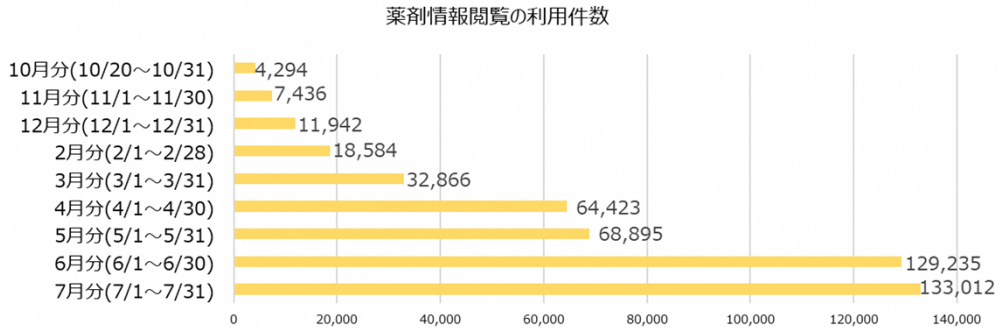
※ マイナンバーカードを持参した患者で特定健診等情報、薬剤情報の閲覧に同意をし、医療機関・薬局が利用した件数

期間	特定健診等情報（件）	薬剤情報（件）
10月分(10/20～10/31)	1,760	4,294
11月分(11/1～11/30)	3,939	7,436
12月分(12/1～12/31)	4,460	11,942
1月分(1/1～1/31)	4,674	13,630
2月分(2/1～2/28)	4,744	18,584
3月分(3/1～3/31)	11,284	32,866
4月分(4/1～4/30)	20,877	64,423
5月分(5/1～5/31)	24,652	68,895
6月分(6/1～6/30)	48,723	129,235
7月分(7/1～7/31)	47,084	133,012
総計	**172,197**	**484,317**

【7月分の内訳】

	特定健診等情報（件）	薬剤情報（件）
病院	3,835	9,948
医科診療所	8,308	39,729
歯科診療所	4,277	8,741
薬局	30,664	74,594
総計	**47,084**	**133,012**





■マイナポータルでの特定健診等情報・薬剤情報の閲覧件数

期間	特定健診等情報（件）	薬剤情報（件）
10月分(10/21～10/31)	4,655	8,760
11月分(11/1～11/30)	9,985	20,656
12月分(12/1～12/31)	7,698	18,174
1月分(1/1～1/31)	11,919	29,407
2月分(2/1～2/28)	12,097	35,403
3月分（3/1～3/31）	11,087	35,564
4月分(4/1～4/30)	7,843	23,723
5月分(5/1～5/31)	7,126	23,364
6月分(6/1～6/30)	8,548	34,608
7月分(7/1～7/31)	10,679	68,238
総計	**91,637**	**297,897**

２　オンライン資格確認の導入の原則義務化、関連する財政措置見直しについて

オンライン資格確認の「更なる対策」

第151回社会保障審議会医療保険部会
資料１抜粋（令和４年５月25日）

オンライン資格確認については、令和５年３月末までに概ね全ての医療機関及び薬局へのシステムの導入を目指して取組を進めているが、運用開始施設は２割弱に留まっている。

データヘルスの基盤となるオンライン資格確認の導入目標を達成するための「更なる対策」として、以下の①～③を実施することが必要ではないか。

① 令和５年４月から保険医療機関・薬局におけるシステム導入について原則として義務化する。

② 医療機関・薬局でのシステム導入が進み、患者によるマイナンバーカードの保険証利用が進むよう、関連する財政措置を見直す（診療報酬上の加算の取扱については、中医協で検討）。

③ 令和６年度中を目途に保険者による保険証発行の選択制の導入を目指す。

さらに、上記以外で保険証を利用している機関（訪問看護、柔整あはき等）のオンライン資格確認の導入状況等を踏まえ、保険証の原則廃止（※）を目指す。

※ 加入者から申請があれば保険証は交付される

第４章 中長期の経済財政運営

２． 持続可能な社会保障制度の構築

（社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進）

オンライン資格確認について、保険医療機関・薬局に、2023 年４月から**導入を原則として義務付ける**とともに、導入が進み、患者によるマイナンバーカードの保険証利用が進むよう、**関連する支援等の措置を見直す**[141]。2024 年度中を目途に**保険者による保険証発行の選択制の導入**を目指し、さらにオンライン資格確認の導入状況等を踏まえ、**保険証の原則廃止**[142]を目指す。

「全国医療情報プラットフォーム[143]の創設」、「電子カルテ情報の標準化等[144]」及び「診療報酬改定ＤＸ」[145]の取組を行政と関係業界[146]が一丸となって進めるとともに、医療情報の利活用について法制上の措置等を講ずる。そのため、政府に総理を本部長とし関係閣僚により構成される「医療ＤＸ推進本部（仮称）」を設置する。

---

141 診療報酬上の加算の取扱いについては、中央社会保険医療協議会において検討。

142 加入者から申請があれば保険証は交付される。

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

144 その他、標準型電子カルテの検討や、電子カルテデータを、治療の最適化やＡＩ等の新しい医療技術の開発、創薬のために有効活用することが含まれる。

145 デジタル時代に対応した診療報酬やその改定に関する作業を大幅に効率化し、システムエンジニアの有効活用や費用の低廉化を目指すことをいう。これにより、医療保険制度全体の運営コスト削減につなげることが求められている。

146 医療界、医学界、産業界をいう。

「オンライン資格確認」に関する取組について

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

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

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

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

※　診療所等に対する定額補助の実施及び病院に対する補助上限の引き上げ

③**診療報酬上の加算の取扱いの見直し**　（令和４年10月から施行）

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

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

医療DXの基盤となるオンライン資格確認の導入の原則義務化

基本的な考え方

- オンライン資格確認は、患者の医療情報を有効に活用して、安心・安全でより良い医療を提供していくための医療DXの基盤となるもの。

具体的な内容

（療養担当規則等（省令）、令和5年4月施行）

- 保険医療機関・薬局にオンライン資格確認の導入を原則義務化
- 現在紙レセプトでの請求が認められている保険医療機関・薬局※は、院内等の電子化が進んでいない現状に鑑み、オンライン資格確認導入の義務化の例外とする。

※電子請求の義務化時点で65歳以上（75歳以上程度の医師等）・手書き請求

（参考）レセプトの請求状況

○　診療報酬の請求については、電子請求（オンラインでの請求又は光ディスクでの請求）が義務付けられているが、

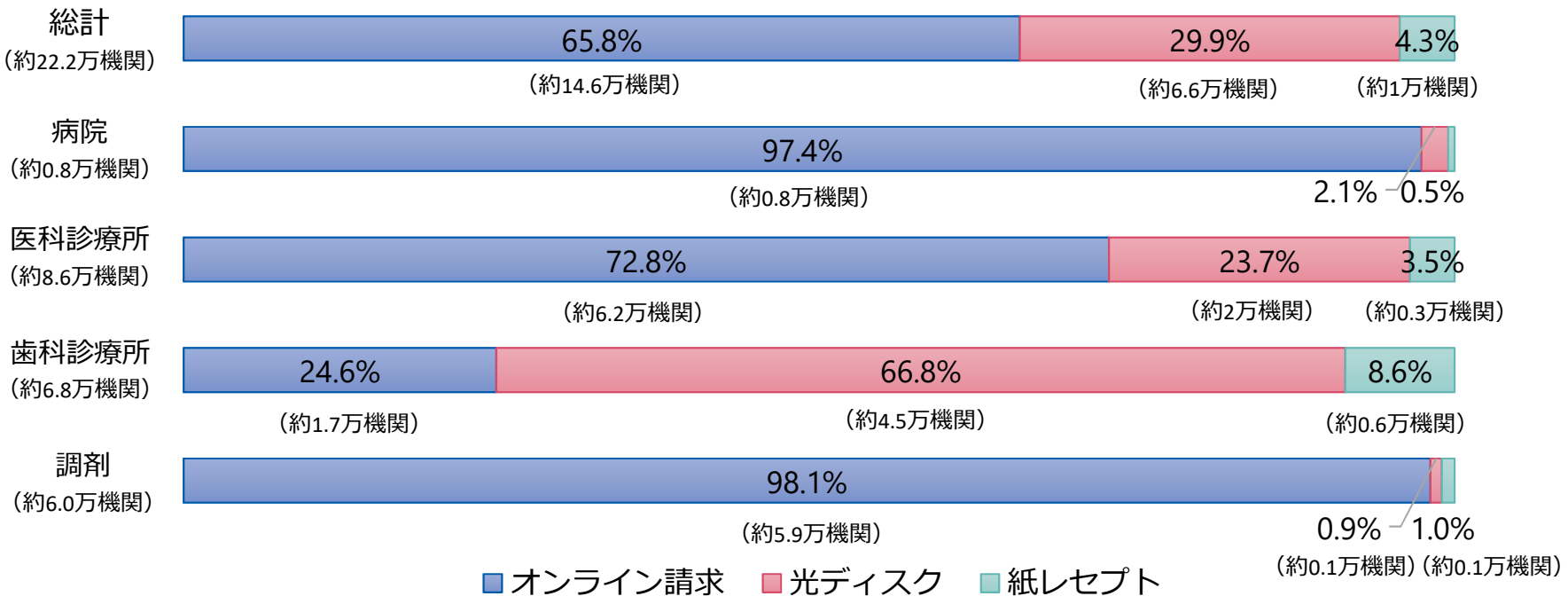
①手書きでレセプトを作成している医療機関・薬局や

②電子請求の義務化時点で65歳以上の医師等※の医療機関・薬局　※現時点で75歳以上程度

については、**当該義務の例外として紙レセプトでの請求が認められている**。

⇒　現在、全医療機関・薬局のうち**約66%はオンラインでの請求**、**約30%は光ディスクでの請求**、**約4%は紙での請求**。

【レセプトの請求状況】



※四捨五入等の関係上、合計が不一致の場合がある。施設数はレセプト請求機関ベース、令和４年３月時点。

医療情報化支援基金による医療機関・薬局への補助の見直し

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

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

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

※　その他の費用：(1)マイナンバーカードの読取・資格確認等のソフトウェア・機器の導入、(2)ネットワーク環境の整備、(3)レセプトコンピュータ、電子カルテシステム等の既存システムの改修等。
※　消費税分（10%）も補助対象であり、上記の上限額は、消費税分を含む費用額
※　令和３年３月末までに顔認証付きカードリーダーを申し込んだ医療機関・薬局については上限額まで実費を補助する特例を実施
※　①の期間にカードリーダーを申し込んだ施設において、オンライン資格確認の運用が進んでいない状況に鑑み、迅速な運用を促進する観点から、令和４年６月７日から令和５年１月末までに運用開始した施設については、別途の補助を実施する（補助金交付済の施設を除く。別途の補助の内容は、①と②の差額とする）。
※　補助の見直しについて。病院：過半数以上の病院が事業額の上限を超過していることを踏まえ、現行の補助上限額を見直し（補助率は1/2を維持）。診療所・薬局（大型チェーン薬局以外）：経営規模を踏まえ、実費補助とする。
大型チェーン薬局：補助基準内にほぼ収まっていることから、現状を維持。

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

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

オンライン資格確認等システムを通じた情報活用に係る現行の評価の廃止

○　電子的保健医療情報活用加算

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

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

→ **廃止**

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

（新）医療情報・システム基盤整備体制充実加算

1　施設基準を満たす医療機関で**初診**を行った場合　**４点**

2　１であって、**オンライン資格確認等により情報を取得等**した場合　**２点**

※調剤は、1　**３点（６月に１回）**、2　**１点（６月に１回）**

医療機関・薬局に求められること

［施設基準］

○　次の事項を当該医療機関・薬局の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること（対象はオンライン請求を行っている医療機関・薬局）。

①　オンライン資格確認を行う体制を有していること。（厚労省ポータルサイトに運用開始日の登録を行うこと）

②　患者に対して、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用（※）して診療等を行うこと。

［算定要件］

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

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

診療情報を取得・活用する効果（例）

医療機関

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

問診票の標準的項目を新たに定める（イメージ）

問診票（初診時）

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

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

R4年8月時点でオン資により確認可能

薬局

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

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

（参考）オンライン資格確認等システム導入医療機関・薬局へのヒアリング

○ オンライン資格確認等システムの導入による取組・効果等について、導入医療機関・薬局に対してヒアリング調査を実施。

【概要】

1. 調査対象

○ オンライン資格確認等システムを導入している医療機関・薬局
- 医療機関（医科） ・・・ 病院 2施設、診療所 2施設
- 医療機関（歯科） ・・・ 診療所 3施設
- 薬局 ・・・ 2施設

2. 調査期間

○ 令和4年7月18日～7月26日

3. 調査方法

○ WEBカンファレンスを通じて、医師、歯科医師、薬剤師、医事課職員、受付事務担当者等の関係者にヒアリング

4. 調査項目

（1） オンライン資格確認を利用する効果について
（2） マイナ保険証を利用する効果について
（3） 初診時・調剤時等における患者情報の確認について
（4） オンライン資格確認等システム導入に対する患者の声について

（参考）オンライン資格確認等システム導入医療機関・薬局の意見

	医科	歯科	調剤
【1】オンライン資格確認を利用する効果	○ 患者の被保険資格の有無を随時確認できるため、**返戻による事務負担が軽減**した。 ○ 予約患者については**事前に一括で資格確認を行う**ことで、**事務が効率化**された。 ○ 患者の**限度額適用認定証の申請・提出の手間がなくなった**。	○ 無資格による**返戻が少なくなる**とともに、保険者変更の場合も速やかにオンラインに反映されて確認できるため、**事務負担が軽減**した。 ○ オンライン資格確認により、レセプトコンピュータに被保険者番号等が自動入力されるため、**事務が効率化**された。 ○ 患者と受付との間の**保険証に関するトラブルが減った**。	○ 患者の被保険資格の有無を随時確認できるため、**資格の有無の間違いがなくなり**、薬局・患者双方の**事務負担・手間が軽減された**。
【2】マイナ保険証を利用する効果	○ 薬剤情報をより正確に確認することで、**併用禁忌や重複投与を確実に避けられる**ため、**患者の安全性が向上**する。また、**他院の投薬内容から患者の状態を把握して診療に生かす**ことができる。 ○ 健康診断後の受診時に、直近分の結果しか持参しないことも多く、**過去の健診結果を閲覧して経過を正確に把握**できる。 ○ **現時点では**利用者が少なく、閲覧可能な情報も限られるため、**効果を実感しにくいが**、今後、数種類の診療情報や電子処方箋による直近の処方歴等、閲覧可能な情報が増えることとなっており、**更に診療の質の向上が見込まれ**、それにより**利用者も増加するのではないか**。	○ 本人や家族が忘れているために**問診では把握できない情報も、オンライン資格確認システムを通じて把握**できる。 ○ 他院で処方された薬剤情報をより正確に確認することで、**重複投薬を回避**できた。 ○ お薬手帳がなくても薬剤情報を確認できるため、**抜歯などの処置に際しての薬剤情報の確認が効率化**された。	○ 院内処方の薬剤情報も含め**より正確な薬剤情報に基づき、重複投薬や相互作用等の確認が可能**となる。 ○ マイナ保険証で**特定健診情報が確認できれば、検査値の情報を活用した処方内容の確認や服薬指導についてより適切に実施**できる。 ○ 今後、確認できる医療情報が増えると、更なる薬剤師が行う業務の質の向上が見込まれる。

【出典】オンライン資格確認等システム導入医療機関（病院・診療所）及び薬局に意見聴取（医科・歯科・調剤各２～４施設）

（参考）オンライン資格確認等システム導入医療機関・薬局の意見

	医科	歯科	調剤
【3】初診時・調剤時等における患者情報の確認	○ **初診時**において、問診票により**現病歴、受診歴、既往歴、手術歴、アレルギー情報、薬剤情報、妊娠の有無等を確認**している。 ○ 患者が内服薬を**覚えていない**、受診歴を申告してもらえない等で、**問診では正確な情報把握が難しい場合がある**。 ○ **薬剤情報**は、患者がお薬手帳を持参されれば必ず確認しているが、**持参を忘れることもある**。 ○ **特定健診情報**は、健診を受けていない場合もあるため、**必ずしも全ての患者に確認できていないが、健診を受けているかの情報が得られれば診療に有用**と考えられる。	○ **初診時**において、問診票により**現病歴、受診歴、既往歴、アレルギー情報、易出血性、薬剤情報、妊娠の有無等を確認**している。 ○ 抜歯時期を検討する際に、薬の投薬時期や頻度等を確認する。治療方針が決まった時に、より詳細に聞く場合もある。 ○ 患者が**お薬手帳を忘れた場合**には、**正確な薬剤情報の確認は次回診療以降に行う**ことになる。 ○ マイナ保険証から確認できない情報は問診票で確認している。	○ 患者の**服薬状況等については**、お薬手帳や聞き取りにより必ず確認するが、**院内で使用された薬剤情報**などは、**正確な情報把握が難しい場合がある**。 ○ 検査値の情報は処方内容の確認や服薬指導に有用であるが、**患者が情報を把握しておらず確認できない場合も多い**。 ○ **マイナ保険証では確認できない情報**もあり、**お薬手帳とともに活用**することで、薬剤に関する**質の高い情報が得られる**。
【4】オンライン資格確認等システム導入に対する患者の声	○ 活用できている患者からは、**情報取得の効果について概ね肯定的な意見**を得られている。 ○ マイナ保険証を持参していても、**点数が高くなることを知って同意を得られない場合がある**。 ○ 院内掲示していてもまだ内容を理解していない患者も多く、医療者からの説明や活用の呼びかけが大事だと感じる。	○ 患者から、電子的保健医療情報活用加算に関する批判的な意見等は聞いていない。 ○ 政府広報が積極的になって以降、マイナ保険証を持っている患者が増えたように思う。 ○ 受付のチラシをみて、マイナンバーカードを持っていた人が提示することもあり、**院内掲示の効果を感じる**。	○ 患者自身にとっては、**薬剤情報等を共有することによるメリットがわかりづらく、意義を感じることができない場合も多い**。 ○ 意義やメリットについて患者に理解していただけるよう、**もっと周知・広報することが必要**。

【出典】オンライン資格確認等システム導入医療機関（病院・診療所）及び薬局に意見聴取（医科・歯科・調剤各２～４施設）

オンライン資格確認のメリット

患者	・マイナンバーカードを用いて、**特定健診情報等、薬剤情報、医療費通知情報を閲覧**できます。 本人が同意をすれば、医療関係者と共有し、**より良い医療を受けることが出来る**ようになります。 ・限度額適用認定証等がなくても、**窓口での限度額以上の一時的な支払いが不要**となります。 （従来は、一時的に支払いをした後に還付を受けるか、事前に医療保険者等に限度額適用認定証等を申請する必要がありました。） ・転職等のライフイベント後でも、**健康保険証としてずっと使うことができます**（医療保険者等への加入の届出は引き続き必要です）。国民健康保険や後期高齢者医療に加入している際の**定期的な保険証の更新が不要**になります。また、**高齢受給者証（70歳から75歳になるまでの間、自己負担割合を示す証明書）の持参が不要**になります。 ・顔認証により本人確認と保険証確認が同時に行われ、**受付が円滑**になります。保険医療機関等の窓口での資格確認がシステム化されることで、待ち時間が減少することがあります。
医療機関・薬局	・病院システムへの資格情報の**入力の手間が軽減され、誤記リスクが減少**します。 ・正しい資格情報の確認ができないことでレセプト請求後に返戻されていましたが、オンラインでの即時の資格確認により**レセプトの返戻を回避でき、患者等への確認事務が減少**します。**未収金の減少**につながります。 ・マイナンバーカードを持っている患者の同意を得て、**薬剤情報、特定健診情報等を閲覧**することが出来るようになり、**より正確な情報に基づく適切な医療を提供**することが出来ます。 ・**災害時**には、マイナンバーカードを持っていない患者であっても、薬剤情報、特定健診情報等を閲覧することが可能となります。（患者の同意は必要です。） ・被保険者証の資格確認がシステム化されることで、窓口の混雑が緩和されます。
保険者	・**資格喪失後の被保険者証の使用が抑制**されます。 ・資格喪失後の被保険者証の使用や被保険者番号の誤記による**過誤請求の事務処理負担（資格喪失や異動後の資格情報の照会、医療保険者間調整、本人への請求等の事務作業）が減少**します。 ・限度額適用認定証等の適用区分や負担割合等が保険医療機関等に正確に伝わり、**レセプトにかかる保険医療機関等との調整が減少**します。 ・**限度額適用認定証等の申請にかかる事務手続きや認定証等の発行が減少**します。

答申書の附帯意見について

1　関係者それぞれが令和５年４月からのオンライン資格確認の導入の原則義務化に向けて取組を加速させること。その上で、令和４年末頃の導入の状況について点検を行い、地域医療に支障を生じる等、やむを得ない場合の必要な対応について、その期限も含め、検討を行うこと。

2　今回新設された医療情報・システム基盤整備体制充実加算に関し、その評価の在り方について、算定状況や導入状況も踏まえつつ、患者・国民の声をよく聴き、取得した医療情報の活用による医療の質の向上の状況について調査・検証を行うとともに、課題が把握された場合には速やかに対応を検討すること。

3　オンライン資格確認を医療DXの基盤として、今後、患者の同意の下でいかすことができる患者の健康・医療情報が拡大し、さらに安心・安全でより良い医療が受けられる環境が整備されていくということが、患者・国民に広く浸透するよう、関係者が連携して周知を図っていくこと。

三師会・厚労省合同説明会の開催について

○　8月10日の中医協で答申・公表された内容を踏まえ、医療機関・薬局等の医療関係者へ周知するため、日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会により設置された「オンライン資格確認推進協議会」と厚労省合同での説明会（ライブ配信）を８月24日（水）18:30からオンラインで開催予定。

日程：　令和４年８月24日（水）
時間：　18：30~（75分程度）
URL： https://youtu.be/1H3mhnEd-U8

【内容】

○　オンライン資格確認の趣旨について（安心・安全で質の高い医療を提供していく医療DXの基盤）

○　8月10日の中医協で答申・公表された内容について
- 原則義務化の内容について
- 医療機関・薬局向け補助金の拡充について
- 診療報酬上の加算の取扱いの見直しについて

○　具体的な申込手続きなど

○　顔認証付きカードリーダーのデモ

○　質疑応答

【参考】「オンライン資格確認推進協議会」について

令和４年２月10日
三師会連名によるプレスリリース

「オンライン資格確認推進協議会」の設置について

公益社団法人日本医師会
公益社団法人日本歯科医師会
公益社団法人日本薬剤師会

令和３年10月20日から本格運用が始まっているオンライン資格確認については、導入に必要となる「顔認証付きカードリーダー」の申込数が、全医療機関・薬局の約６割となっているなかで、様々な課題があるため、実際に運用を開始している施設は約１割となっている。

三師会としては、医療機関間での情報共有を進め、安心・安全で質の高い医療を提供していくデータヘルスの基盤として、オンライン資格確認の導入を推進していく必要があると考えており、これまでも様々な取組を行ってきた。

令和５年３月末までに、おおむね全ての医療機関・薬局での導入を目指すという政府目標が掲げられている。こうした中で、関係者と連携して課題を解決し、導入を加速化させていくため、医療関係団体により「オンライン資格確認推進協議会」を立ち上げ、下記の取組を行っていく。

推進協議会の構成

日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会
（オブザーバー）
厚生労働省、社会保険診療報酬支払基金・国民健康保険中央会、保健医療福祉情報システム工業会（JAHIS）

推進協議会における取組

まずは顔認証付きカードリーダー申込済のすべての施設において速やかに導入されるよう、システム事業者への発注が終了している状態を目指すとともに、未申込施設においても令和５年３月末に向けて導入が進むよう、厚生労働省やオンライン資格確認の実施機関、システム事業者に必要な要請等も行いながら、これらの主体と連携して、以下の取組を行う。

- 各団体の取組状況の共有
- 各施設、各地域等における好事例の共有
- 現場の状況を踏まえたシステム事業者からのヒアリング及び意見交換
- 行政の取組状況の検証
- 導入の加速化に向けた課題の共有と対応策の検討
- 三師会が連携した合同説明会の開催

３　オンライン資格確認の用途拡大について

オンライン資格確認の用途拡大について

○　オンライン資格確認はデータヘルスの基盤であり、「現在、保険資格を確認するために健康保険証を利用しているが、マイナンバーカードによるオンライン資格確認に対応していない機関・業態」についても、**オンライン資格確認が可能となるように用途を拡大する必要がある。**

○　外来診療等を行う保険医療機関・薬局の他に、従来の保険証を利用している機関・業態としては、訪問看護や職域診療所、柔整あはきの施術所や健診実施機関等がある。

○　令和４年度において、システム開発予算を確保している以下の機関・業態については、開発に着手する。※１

・　居宅同意取得型（訪問看護等※２）
　医療機関等の外部（患者の自宅等）で資格確認や薬剤情報等の提供に関する同意を取得し、医療機関等でオンライン資格確認等システムを利用する仕組み

・　既存型（職域診療所等※３）
　医療機関等コードの代替となるコードを付番するため仕組みを開発し、既存のオンライン資格確認等システムを導入できる仕組み

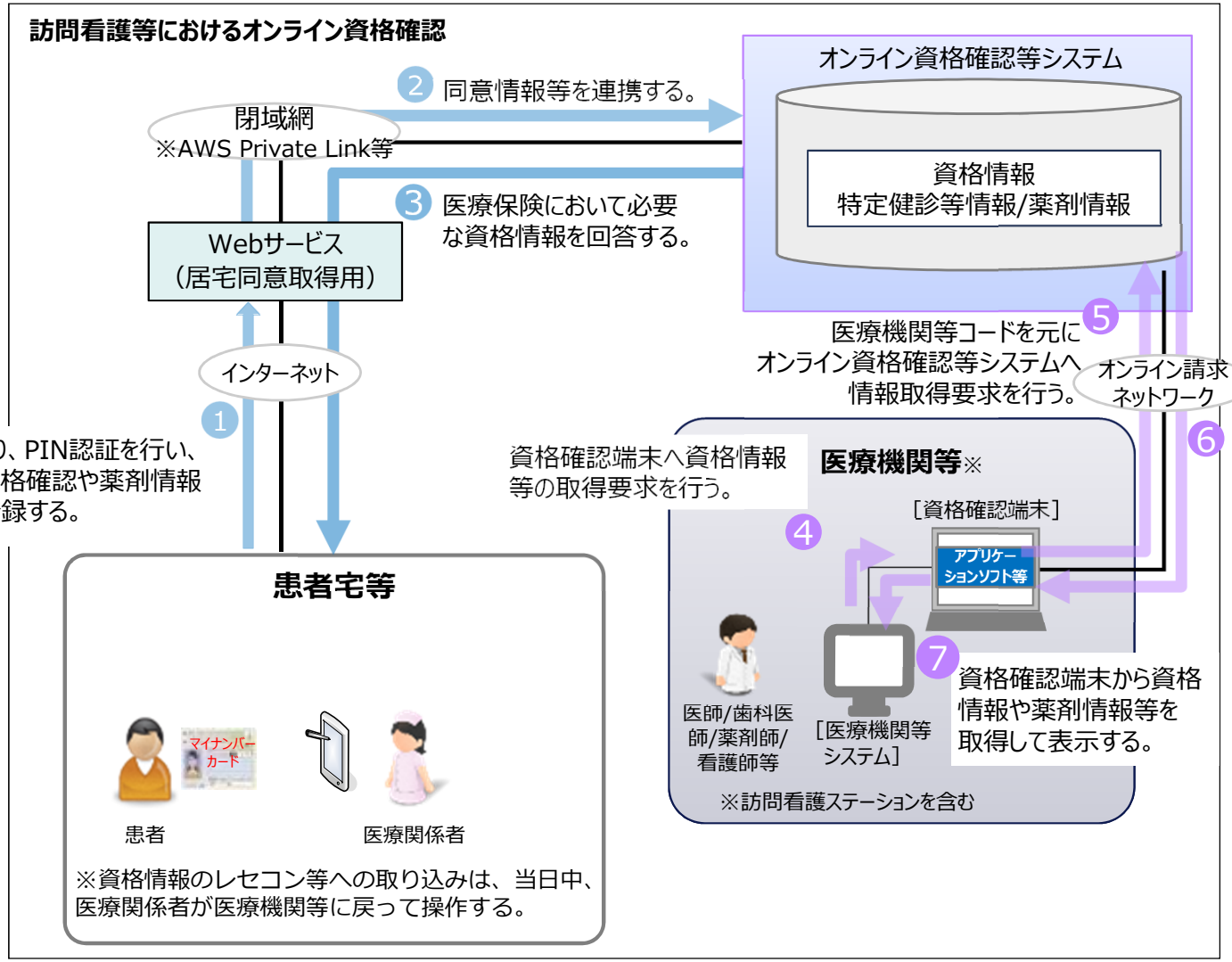
※１　この他、柔整あはきの施術所や健診実施機関の健康保険証を利用している機関・業態についても、引き続き、仕組みの検討を行う
※２　訪問看護、訪問診療、訪問歯科、訪問服薬指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養指導
※３　医療法第８条の規定に基づき開設された診療所等のうち、保険医療機関・薬局ではない施設

居宅同意取得型

訪問看護等におけるオンライン資格確認の仕組み案（概要）

○　初回訪問時は、資格確認や薬剤情報等の提供に関する同意は、医療関係者が持参したモバイル端末等を用いて実施する。

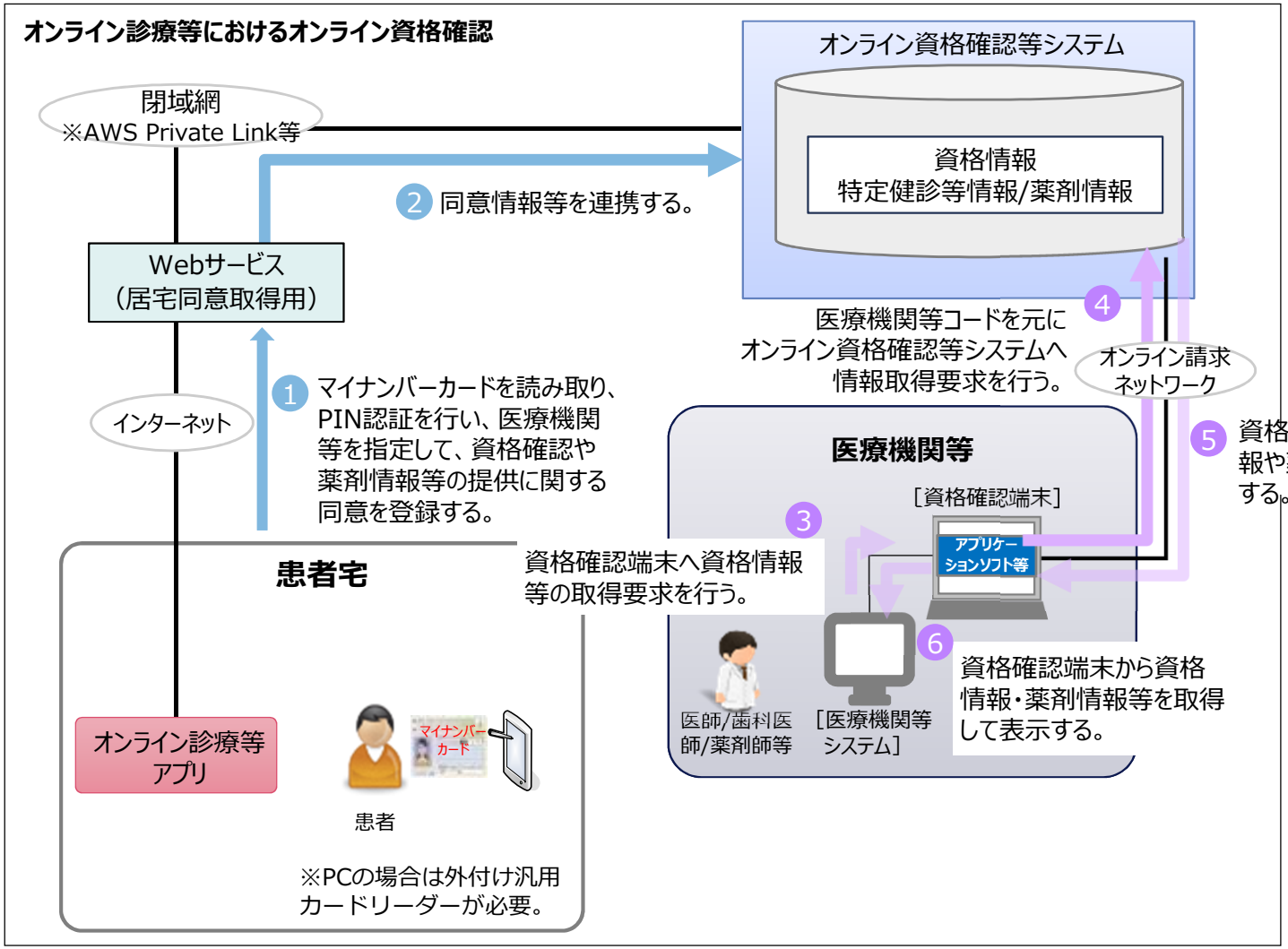
○　２回目以降は、訪問看護等では医療関係者が患者宅等を訪問することから、患者のなりすましリスクが低いことを踏まえ、医療機関等で資格の有効性確認を行う仕組みとする。また、薬剤情報等は、診療が行われている間の提供について同意を得たうえで、情報を取得する仕組みとする。



オンライン診療等におけるオンライン資格確認の仕組み案（概要）

○　資格確認や薬剤情報等の提供に関する同意は、患者本人のモバイル端末またはPCを用いて実施※する。
なお、資格確認及び薬剤情報等の提供に関する同意は、通常の外来診療と同様に、医療機関等を利用する都度行う仕組みとする。

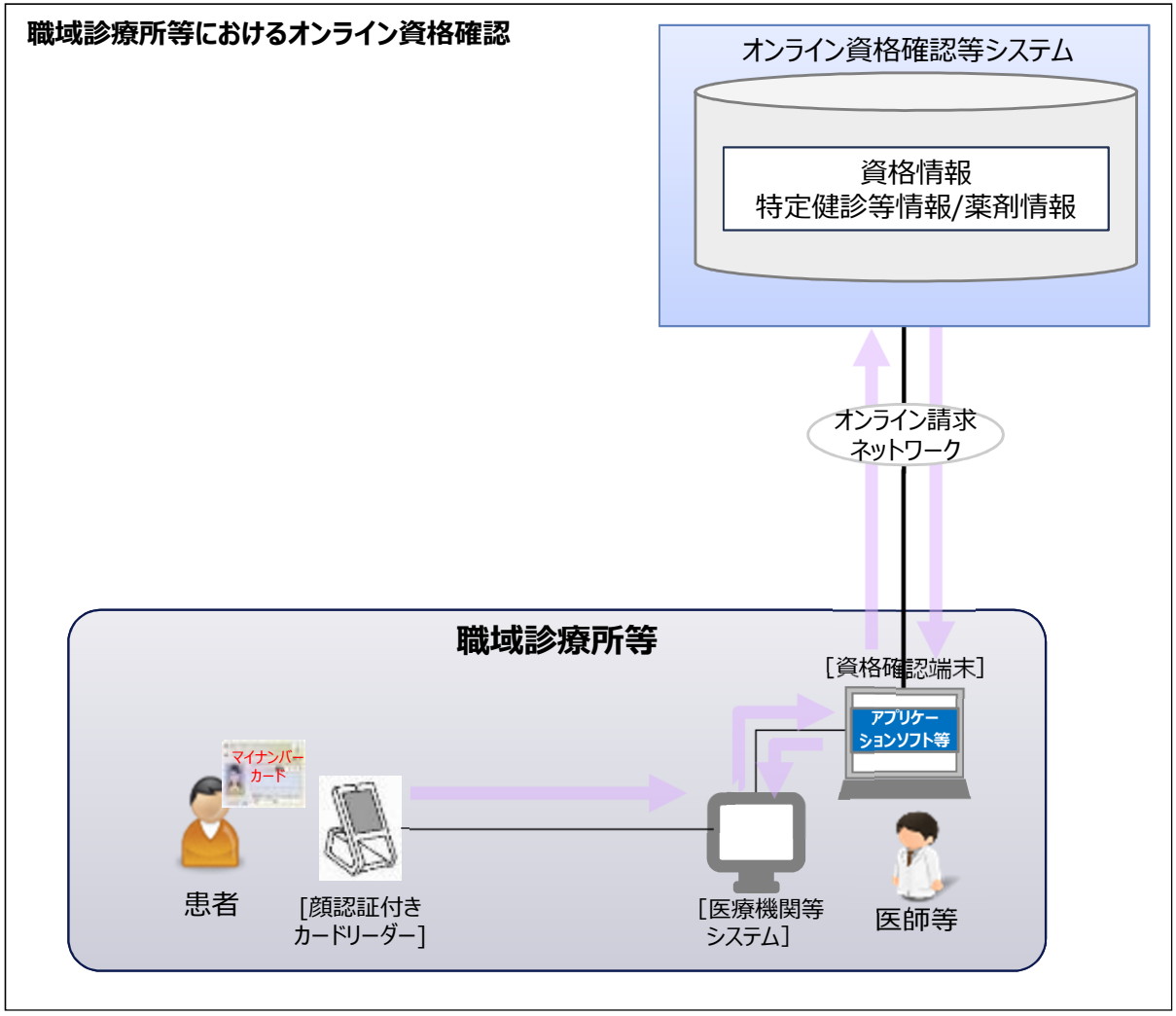
※　Webサービス（居宅同意取得用）へのアクセスは、オンライン診療等アプリとAPI連携を行う。また、患者本人がWebサービス（居宅同意取得用）へ直接アクセス可能な仕組みも実装予定。



既存型

職域診療所等におけるオンライン資格確認の仕組み案（概要）

○　現在、健康保険証を利用しているが保険医療機関・薬局の指定を受けていない職域診療所等に既存のオンライン資格確認等システムを導入するために、医療機関等コードの代替となるコードを付番するためのシステムを構築する。

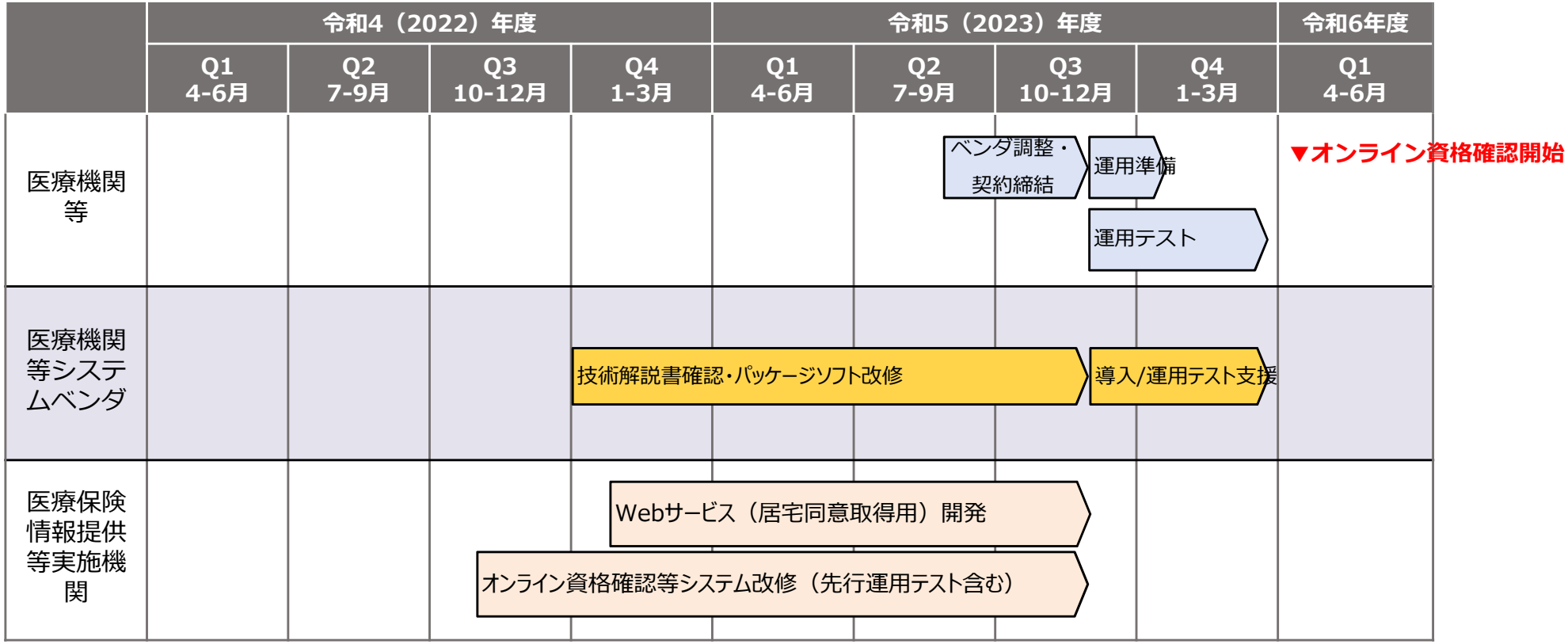


参考資料

スケジュール案

○　訪問看護におけるオンライン請求は令和６年５月（令和６年４月診療分）から開始予定である。

○　訪問看護のオンライン請求の開始時期を踏まえ、居宅同意取得型のオンライン資格確認については令和６年４月の開始を目途として、開発を行う。



※職域診療所等については、令和6年度中のオンライン資格確認の開始を目指す。

４　医療情報化支援基金の執行状況

医療情報化支援基金（オンライン資格確認）の執行状況

	～令和3年度実績	令和4年度～見込	
国からの交付額	918億円	352億円	
基金執行額	令和3年度末までにカードリーダー申込（約13万機関）		未申込（約10万機関）
・事業費（システム改修等補助金交付）	115億円	545億円	327億円
・管理費（顔認証付きカードリーダー提供費用を含む事務取扱費）	153億円	130億円	
執行額計	268億円	1,002億円	
基金残高	650億円		

【令和3年度末までの執行状況】

令和3年度までは、顔認証付きカードリーダー（受注生産）の申込みがあった約13万機関について、カードリーダーの提供（135億円）と、一部医療機関等への補助金交付（2．3万機関、115億円）等を行い、基金残高は650億円となった。

【令和4年度以降の執行予定】

約13万機関のうち補助金未交付の機関への補助金交付（11万機関、545億円）、カードリーダー未申込の約10万機関に係る補助金交付（327億円）、カードリーダー提供費用を含む事務取扱費（130億円）として、1,002億円を執行予定としていたところ、令和4年8月10日に公表した補助金見直しを踏まえ、今後見直し予定。

厚生労働省においては、オンライン資格確認等システムの導入義務化に向け、すべての機関が導入完了までたどりつけるよう、導入作業に係る課題解消への支援や、申込みいただいていない機関への働きかけなどを、しっかりと行っていく。

５　電子処方箋導入の数値目標とモデル事業の実施について（医薬・生活衛生局）

医療機関・薬局の導入に係る数値目標について

○フォローアップ（令和４年６月７日新しい資本主義実現本部決定・閣議決定）

Ⅲ．経済社会の多極集中化

１．デジタル田園都市国家構想の推進

（１）デジタル田園都市国家の実現に向けた基盤整備

（遠隔医療）

・2023年１月からの電子処方箋の運用開始に向けて、安全かつ正確な運用のための環境整備を行うとともに、2025年３月を目指してオンライン資格確認を導入した概ね全ての医療機関及び薬局での電子処方箋システムの導入を支援する。

○段階的な普及拡大

- **2023年３月末：オンライン資格確認等システムを導入した施設の７割程度の医療機関及び薬局の導入**
- **2024年３月末：オンライン資格確認等システムを導入した施設の９割程度の医療機関及び薬局の導入**
- **2025年３月末：オンライン資格確認等システムを導入した施設の概ね全ての医療機関及び薬局の導入**

※ただし、新型コロナウイルス感染症対策などの**個別の医療機関や薬局の事情を加味**しながら、**必要に応じて適宜見直していく。**

電子処方箋のモデル事業について　ー先行導入地域として４地域を選定ー

目的

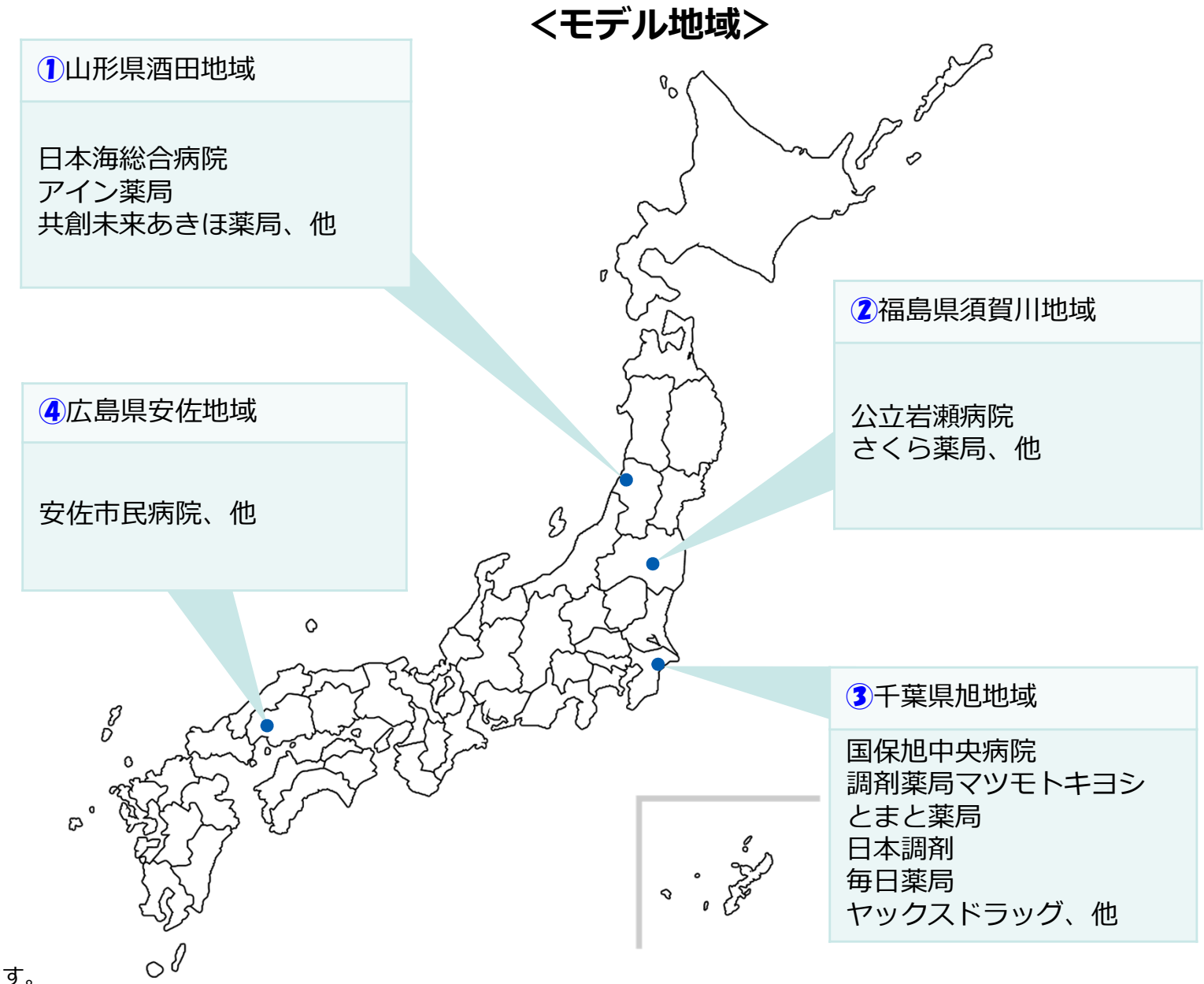
令和５年１月の電子処方箋管理サービスの運用開始に向けて、医療機関・薬局等における運用プロセスやトラブル・問い合わせ対応を確立するとともに、電子処方箋の活用方法の展開を行う。

期間

令和４年10月末～（１年間）

概要

地域を限定したうえで、電子処方箋を先行導入可能な医療機関・薬局を対象に、効果的な服薬指導を実現するため、重複投薬等のチェックをはじめとした電子処方箋の運用面での検証を行うとともに、電子処方箋を活用した先進的な取組や課題、優良事例を収集することにより、電子処方箋の更なる活用方策についてとりまとめる予定。



※ 施設については、今後、追加する可能性があります。

参考資料

（参考）都道府県別の状況一覧（８月14日時点）

○ 厚生労働省ホームページ（https://www.mhlw.go.jp/stf/index_16743.html）で公表。毎週更新

No	県名	病院							医科診療所							歯科診療所							薬局							合計						
		機関数	ｶｰﾄﾞﾘｰﾀﾞｰ申込機関数	申込率	本番接続機関数	接続率	運用機関数	参加率	機関数	ｶｰﾄﾞﾘｰﾀﾞｰ申込機関数	申込率	本番接続機関数	接続率	運用機関数	参加率	機関数	ｶｰﾄﾞﾘｰﾀﾞｰ申込機関数	申込率	本番接続機関数	接続率	運用機関数	参加率	機関数	ｶｰﾄﾞﾘｰﾀﾞｰ申込機関数	申込率	本番接続機関数	接続率	運用機関数	参加率	機関数	ｶｰﾄﾞﾘｰﾀﾞｰ申込機関数	申込率	本番接続機関数	接続率	運用機関数	参加率
01	北海道	538	448	83.3%	259	48.1%	221	41.1%	2,764	1,427	51.6%	608	22.0%	495	17.9%	2,909	1,634	56.2%	763	26.2%	518	17.8%	2,275	1,931	84.9%	1,158	50.9%	1,036	45.5%	8,486	5,440	64.1%	2,788	32.9%	2,270	26.7%
02	青森	92	72	78.3%	54	58.7%	52	56.5%	667	361	54.1%	184	27.6%	165	24.7%	536	335	62.5%	145	27.1%	127	23.7%	612	541	88.4%	395	64.5%	352	57.5%	1,907	1,309	68.6%	778	40.8%	696	36.5%
03	岩手	92	86	93.5%	73	79.3%	69	75.0%	687	372	54.1%	181	26.3%	152	22.1%	600	442	73.7%	216	36.0%	190	31.7%	624	569	91.2%	421	67.5%	394	63.1%	2,003	1,469	73.3%	891	44.5%	805	40.2%
04	宮城	136	114	83.8%	63	46.3%	58	42.6%	1,446	817	56.5%	408	28.2%	307	21.2%	1,107	589	53.2%	341	30.8%	297	26.8%	1,198	1,021	85.2%	707	59.0%	594	49.6%	3,887	2,541	65.4%	1,519	39.1%	1,256	32.3%
05	秋田	65	56	86.2%	39	60.0%	36	55.4%	608	332	54.6%	181	29.8%	164	27.0%	452	301	66.6%	148	32.7%	135	29.9%	516	459	89.0%	328	63.6%	290	56.2%	1,641	1,148	70.0%	696	42.4%	625	38.1%
06	山形	67	60	89.6%	45	67.2%	42	62.7%	725	412	56.8%	211	29.1%	176	24.3%	500	329	65.8%	148	29.6%	125	25.0%	593	525	88.5%	350	59.0%	291	49.1%	1,885	1,326	70.3%	754	40.0%	634	33.6%
07	福島	131	105	80.2%	58	44.3%	56	42.7%	1,107	550	49.7%	260	23.5%	215	19.4%	913	602	65.9%	234	25.6%	209	22.9%	890	758	85.2%	440	49.4%	390	43.8%	3,041	2,015	66.3%	992	32.6%	870	28.6%
08	茨城	174	127	73.0%	58	33.3%	45	25.9%	1,438	735	51.1%	325	22.6%	265	18.4%	1,460	819	56.1%	395	27.1%	351	24.0%	1,331	1,140	85.6%	769	57.8%	691	51.9%	4,403	2,821	64.1%	1,547	35.1%	1,352	30.7%
09	栃木	109	92	84.4%	54	49.5%	48	44.0%	1,189	549	46.2%	227	19.1%	202	17.0%	992	517	52.1%	203	20.5%	173	17.4%	923	747	80.9%	537	58.2%	501	54.3%	3,213	1,905	59.3%	1,021	31.8%	924	28.8%
10	群馬	128	108	84.4%	61	47.7%	60	46.9%	1,318	758	57.5%	360	27.3%	283	21.5%	1,021	598	58.6%	181	17.7%	155	15.2%	967	787	81.4%	360	37.2%	317	32.8%	3,434	2,251	65.6%	962	28.0%	815	23.7%
11	埼玉	343	264	77.0%	146	42.6%	130	37.9%	3,869	1,986	51.3%	957	24.7%	760	19.6%	3,688	1,871	50.7%	678	18.4%	564	15.3%	3,120	2,599	83.3%	1,628	52.2%	1,429	45.8%	11,020	6,720	61.0%	3,409	30.9%	2,883	26.2%
12	千葉	291	233	80.1%	117	40.2%	105	36.1%	3,353	1,709	51.0%	656	19.6%	495	14.8%	3,380	1,850	54.7%	709	21.0%	543	16.1%	2,588	2,208	85.3%	1,393	53.8%	1,198	46.3%	9,612	6,000	62.4%	2,875	29.9%	2,341	24.4%
13	東京	631	468	74.2%	235	37.2%	198	31.4%	12,564	5,834	46.4%	2,338	18.6%	1,845	14.7%	10,859	5,332	49.1%	1,754	16.2%	1,384	12.7%	6,882	5,955	86.5%	3,872	56.3%	3,306	48.0%	30,936	17,589	56.9%	8,199	26.5%	6,733	21.8%
14	神奈川	341	247	72.4%	142	41.6%	128	37.5%	6,403	3,030	47.3%	1,230	19.2%	971	15.2%	5,145	2,224	43.2%	915	17.8%	761	14.8%	4,054	3,456	85.2%	2,067	51.0%	1,812	44.7%	15,943	8,957	56.2%	4,354	27.3%	3,672	23.0%
15	新潟	120	98	81.7%	70	58.3%	66	55.0%	1,265	585	46.2%	256	20.2%	209	16.5%	1,197	671	56.1%	286	23.9%	241	20.1%	1,162	978	84.2%	590	50.8%	547	47.1%	3,744	2,332	62.3%	1,202	32.1%	1,063	28.4%
16	富山	106	89	84.0%	67	63.2%	62	58.5%	629	390	62.0%	213	33.9%	177	28.1%	462	356	77.1%	175	37.9%	152	32.9%	509	464	91.2%	337	66.2%	304	59.7%	1,706	1,299	76.1%	792	46.4%	695	40.7%
17	石川	91	82	90.1%	50	54.9%	42	46.2%	721	451	62.6%	228	31.6%	191	26.5%	501	294	58.7%	145	28.9%	124	24.8%	549	507	92.3%	304	55.4%	273	49.7%	1,862	1,334	71.6%	727	39.0%	630	33.8%
18	福井	67	55	82.1%	37	55.2%	32	47.8%	453	259	57.2%	112	24.7%	103	22.7%	316	264	83.5%	142	44.9%	96	30.4%	306	282	92.2%	180	58.8%	164	53.6%	1,142	860	75.3%	471	41.2%	395	34.6%
19	山梨	60	52	86.7%	31	51.7%	24	40.0%	568	311	54.8%	164	28.9%	122	21.5%	453	263	58.1%	118	26.0%	82	18.1%	467	376	80.5%	220	47.1%	208	44.5%	1,548	1,002	64.7%	533	34.4%	436	28.2%
20	長野	125	114	91.2%	73	58.4%	63	50.4%	1,313	784	59.7%	440	33.5%	361	27.5%	1,060	636	60.0%	228	21.5%	200	18.9%	992	866	87.3%	426	42.9%	338	34.1%	3,490	2,400	68.8%	1,167	33.4%	962	27.6%
21	岐阜	98	83	84.7%	59	60.2%	48	49.0%	1,340	769	57.4%	350	26.1%	273	20.4%	1,003	618	61.6%	252	25.1%	217	21.6%	1,033	875	84.7%	516	50.0%	446	43.2%	3,474	2,345	67.5%	1,177	33.9%	984	28.3%
22	静岡	170	139	81.8%	86	50.6%	80	47.1%	2,310	1,451	62.8%	723	31.3%	595	25.8%	1,803	1,145	63.5%	399	22.1%	308	17.1%	1,864	1,621	87.0%	1,052	56.4%	942	50.5%	6,147	4,356	70.9%	2,260	36.8%	1,925	31.3%
23	愛知	317	274	86.4%	152	47.9%	133	42.0%	4,802	2,821	58.7%	1,244	25.9%	944	19.7%	3,817	1,886	49.4%	731	19.2%	610	16.0%	3,537	2,970	84.0%	1,818	51.4%	1,589	44.9%	12,473	7,951	63.7%	3,945	31.6%	3,276	26.3%
24	三重	93	82	88.2%	50	53.8%	47	50.5%	1,277	732	57.3%	343	26.9%	271	21.2%	843	453	53.7%	210	24.9%	177	21.0%	856	758	88.6%	502	58.6%	448	52.3%	3,069	2,025	66.0%	1,105	36.0%	943	30.7%
25	滋賀	58	51	87.9%	39	67.2%	36	62.1%	916	549	59.9%	247	27.0%	193	21.1%	589	384	65.2%	204	34.6%	165	28.0%	644	572	88.8%	361	56.1%	344	53.4%	2,207	1,556	70.5%	851	38.6%	738	33.4%
26	京都	164	143	87.2%	86	52.4%	80	48.8%	2,252	1,030	45.7%	429	19.0%	322	14.3%	1,348	808	59.9%	373	27.7%	297	22.0%	1,137	969	85.2%	649	57.1%	550	48.4%	4,901	2,950	60.2%	1,537	31.4%	1,249	25.5%
27	大阪	506	371	73.3%	188	37.2%	165	32.6%	8,103	4,104	50.6%	1,485	18.3%	1,171	14.5%	5,637	2,769	49.1%	1,073	19.0%	853	15.1%	4,430	3,732	84.2%	2,593	58.5%	2,256	50.9%	18,676	10,976	58.8%	5,339	28.6%	4,445	23.8%
28	兵庫	349	293	84.0%	184	52.7%	166	47.6%	4,696	2,549	54.3%	1,059	22.6%	862	18.4%	3,062	1,793	58.6%	693	22.6%	557	18.2%	2,792	2,276	81.5%	1,440	51.6%	1,286	46.1%	10,899	6,911	63.4%	3,376	31.0%	2,871	26.3%
29	奈良	76	64	84.2%	42	55.3%	40	52.6%	1,065	583	54.7%	182	17.1%	147	13.8%	704	432	61.4%	190	27.0%	146	20.7%	560	474	84.6%	311	55.5%	283	50.5%	2,405	1,553	64.6%	725	30.1%	616	25.6%
30	和歌山	83	71	85.5%	49	59.0%	44	53.0%	913	485	53.1%	277	30.3%	233	25.5%	548	279	50.9%	135	24.6%	117	21.4%	472	380	80.5%	213	45.1%	179	37.9%	2,016	1,215	60.3%	674	33.4%	573	28.4%
31	鳥取	43	36	83.7%	28	65.1%	26	60.5%	411	235	57.2%	80	19.5%	70	17.0%	272	197	72.4%	138	50.7%	123	45.2%	277	247	89.2%	151	54.5%	127	45.8%	1,003	715	71.3%	397	39.6%	346	34.5%
32	島根	46	38	82.6%	28	60.9%	27	58.7%	566	232	41.0%	90	15.9%	70	12.4%	274	164	59.9%	96	35.0%	82	29.9%	337	298	88.4%	192	57.0%	174	51.6%	1,223	732	59.9%	406	33.2%	353	28.9%
33	岡山	159	134	84.3%	93	58.5%	83	52.2%	1,311	765	58.4%	334	25.5%	282	21.5%	1,056	495	46.9%	222	21.0%	192	18.2%	824	715	86.8%	545	66.1%	489	59.3%	3,350	2,109	63.0%	1,194	35.6%	1,046	31.2%
34	広島	232	191	82.3%	104	44.8%	91	39.2%	2,257	1,209	53.6%	422	18.7%	358	15.9%	1,593	872	54.7%	451	28.3%	383	24.0%	1,593	1,269	79.7%	899	56.4%	831	52.2%	5,675	3,541	62.4%	1,876	33.1%	1,663	29.3%
35	山口	139	116	83.5%	67	48.2%	60	43.2%	1,019	537	52.7%	221	21.7%	183	18.0%	695	433	62.3%	183	26.3%	152	21.9%	770	649	84.3%	395	51.3%	362	47.0%	2,623	1,735	66.1%	866	33.0%	757	28.9%
36	徳島	106	86	81.1%	43	40.6%	39	36.8%	598	271	45.3%	105	17.6%	88	14.7%	450	254	56.4%	82	18.2%	68	15.1%	390	315	80.8%	126	32.3%	107	27.4%	1,544	926	60.0%	356	23.1%	302	19.6%
37	香川	87	72	82.8%	43	49.4%	39	44.8%	701	436	62.2%	156	22.3%	131	18.7%	501	350	69.9%	163	32.5%	134	26.7%	532	413	77.6%	244	45.9%	227	42.7%	1,821	1,271	69.8%	606	33.3%	531	29.2%
38	愛媛	135	117	86.7%	82	60.7%	76	56.3%	1,022	531	52.0%	270	26.4%	231	22.6%	693	456	65.8%	213	30.7%	167	24.1%	615	506	82.3%	314	51.1%	286	46.5%	2,465	1,610	65.3%	879	35.7%	760	30.8%
39	高知	120	97	80.8%	57	47.5%	51	42.5%	424	218	51.4%	131	30.9%	112	26.4%	364	214	58.8%	107	29.4%	82	22.5%	395	315	79.7%	155	39.2%	137	34.7%	1,303	844	64.8%	450	34.5%	382	29.3%
40	福岡	452	369	81.6%	188	41.6%	161	35.6%	4,143	1,968	47.5%	775	18.7%	647	15.6%	3,192	1,879	58.9%	873	27.3%	723	22.7%	2,914	2,589	88.8%	1,514	52.0%	1,326	45.5%	10,701	6,805	63.6%	3,350	31.3%	2,857	26.7%
41	佐賀	96	82	85.4%	46	47.9%	39	40.6%	592	330	55.7%	162	27.4%	135	22.8%	428	314	73.4%	141	32.9%	120	28.0%	498	443	89.0%	190	38.2%	158	31.7%	1,614	1,169	72.4%	539	33.4%	452	28.0%
42	長崎	148	130	87.8%	70	47.3%	62	41.9%	1,105	603	54.6%	222	20.1%	179	16.2%	756	435	57.5%	175	23.1%	148	19.6%	725	577	79.6%	280	38.6%	225	31.0%	2,734	1,745	63.8%	747	27.3%	614	22.5%
43	熊本	205	181	88.3%	114	55.6%	100	48.8%	1,221	593	48.6%	239	19.6%	204	16.7%	895	601	67.2%	317	35.4%	261	29.2%	869	730	84.0%	363	41.8%	317	36.5%	3,190	2,105	66.0%	1,033	32.4%	882	27.6%
44	大分	152	134	88.2%	82	53.9%	74	48.7%	820	476	58.0%	240	29.3%	211	25.7%	540	352	65.2%	162	30.0%	126	23.3%	572	479	83.7%	251	43.9%	200	35.0%	2,084	1,441	69.1%	735	35.3%	611	29.3%
45	宮崎	132	117	88.6%	76	57.6%	71	53.8%	727	460	63.3%	259	35.6%	213	29.3%	510	389	76.3%	290	56.9%	256	50.2%	579	516	89.1%	323	55.8%	280	48.4%	1,948	1,482	76.1%	948	48.7%	820	42.1%
46	鹿児島	231	210	90.9%	137	59.3%	124	53.7%	1,121	685	61.1%	366	32.6%	322	28.7%	848	592	69.8%	325	38.3%	255	30.1%	871	738	84.7%	410	47.1%	370	42.5%	3,071	2,225	72.5%	1,238	40.3%	1,071	34.9%
47	沖縄	89	72	80.9%	49	55.1%	43	48.3%	822	407	49.5%	164	20.0%	138	16.8%	679	336	49.5%	131	19.3%	107	15.8%	577	490	84.9%	287	49.7%	247	42.8%	2,167	1,305	60.2%	631	29.1%	535	24.7%
合計		8,193	6,723	82.1%	3,974	48.5%	3,542	43.2%	89,621	46,681	52.1%	20,114	22.4%	16,243	18.1%	70,651	38,827	55.0%	16,253	23.0%	13,253	18.8%	61,221	52,085	85.1%	32,576	53.2%	28,621	46.8%	229,686	144,316	62.8%	72,917	31.7%	61,659	26.8%

（参考）市区町村別の運用開始状況一覧（7月31日時点）

	都道府県名	市区町村名	顔認証付きカードリーダー申込率	運用開始率
1	北海道	札幌市中央区	57.5%	21.6%
2	北海道	札幌市北区	61.3%	24.4%
3	北海道	札幌市東区	60.7%	25.7%
4	北海道	札幌市白石区	59.5%	21.9%
5	北海道	札幌市豊平区	60.4%	22.8%
6	北海道	札幌市南区	58.8%	26.2%
7	北海道	札幌市西区	61.7%	26.2%
8	北海道	札幌市厚別区	62.1%	25.2%
9	北海道	札幌市手稲区	63.1%	28.1%
10	北海道	札幌市清田区	57.9%	21.4%
11	北海道	函館市	61.6%	25.9%
12	北海道	小樽市	61.5%	27.2%
13	北海道	旭川市	64.2%	26.0%
14	北海道	室蘭市	59.7%	24.5%
15	北海道	釧路市	67.4%	32.2%
16	北海道	帯広市	68.3%	26.9%
17	北海道	北見市	67.1%	35.3%
18	北海道	夕張市	38.5%	15.4%
19	北海道	岩見沢市	58.3%	22.3%
20	北海道	網走市	51.1%	27.7%
21	北海道	留萌市	64.9%	37.8%
22	北海道	苫小牧市	68.4%	29.4%
23	北海道	稚内市	66.7%	43.6%
24	北海道	美唄市	70.6%	23.5%
25	北海道	芦別市	58.8%	23.5%
26	北海道	江別市	60.8%	26.9%
27	北海道	赤平市	50.0%	35.7%
28	北海道	紋別市	62.5%	33.3%
29	北海道	士別市	70.4%	25.9%
30	北海道	名寄市	66.7%	30.6%
31	北海道	三笠市	77.8%	22.2%
32	北海道	根室市	64.0%	16.0%
33	北海道	千歳市	61.2%	23.3%
34	北海道	滝川市	69.9%	38.4%
35	北海道	砂川市	70.8%	20.8%
36	北海道	歌志内市	100.0%	33.3%
37	北海道	深川市	56.4%	25.6%
38	北海道	富良野市	63.2%	26.3%
39	北海道	登別市	66.7%	28.1%
40	北海道	恵庭市	58.6%	23.2%
41	北海道	伊達市	66.2%	31.1%
42	北海道	北広島市	63.3%	32.2%
43	北海道	石狩市	65.7%	28.4%
44	北海道	北斗市	63.6%	12.7%
45	北海道	石狩郡	57.9%	10.5%
46	北海道	松前郡	71.4%	50.0%
47	北海道	上磯郡	41.7%	50.0%
48	北海道	亀田郡	46.3%	12.2%
49	北海道	茅部郡	53.8%	26.9%
50	北海道	二海郡	70.6%	52.9%
51	北海道	山越郡	66.7%	50.0%
52	北海道	檜山郡	63.6%	31.8%
53	北海道	爾志郡	100.0%	33.3%
54	北海道	奥尻郡	33.3%	33.3%
55	北海道	瀬棚郡	85.7%	42.9%
56	北海道	久遠郡	83.3%	58.3%
57	北海道	島牧郡	100.0%	0.0%
58	北海道	寿都郡	62.5%	0.0%
59	北海道	磯谷郡	50.0%	50.0%
60	北海道	虻田郡	65.1%	25.4%
61	北海道	岩内郡	62.5%	31.3%
62	北海道	古宇郡	50.0%	25.0%
63	北海道	積丹郡	66.7%	33.3%
64	北海道	古平郡	50.0%	0.0%
65	北海道	余市郡	47.8%	15.2%
66	北海道	空知郡	63.4%	24.4%
67	北海道	夕張郡	55.8%	30.8%
68	北海道	樺戸郡	80.0%	13.3%
69	北海道	雨竜郡	50.0%	22.2%
70	北海道	上川郡	61.3%	26.3%
71	北海道	勇払郡	50.0%	15.4%
72	北海道	中川郡	54.1%	29.5%
73	北海道	増毛郡	50.0%	25.0%
74	北海道	留萌郡	50.0%	0.0%
75	北海道	苫前郡	58.3%	25.0%
76	北海道	天塩郡	73.3%	60.0%
77	北海道	宗谷郡	33.3%	33.3%
78	北海道	枝幸郡	86.7%	46.7%
79	北海道	礼文郡	75.0%	75.0%
80	北海道	利尻郡	60.0%	50.0%
81	北海道	網走郡	68.4%	31.6%
82	北海道	斜里郡	50.0%	16.7%
83	北海道	常呂郡	63.6%	36.4%
84	北海道	紋別郡	56.6%	26.4%
85	北海道	有珠郡	66.7%	66.7%
86	北海道	白老郡	41.7%	8.3%
87	北海道	沙流郡	57.1%	14.3%
88	北海道	新冠郡	50.0%	25.0%
89	北海道	浦河郡	76.2%	33.3%
90	北海道	様似郡	100.0%	75.0%
91	北海道	幌泉郡	60.0%	20.0%
92	北海道	日高郡	53.4%	20.4%
93	北海道	河東郡	72.1%	27.9%
94	北海道	河西郡	83.3%	12.5%
95	北海道	広尾郡	68.4%	26.3%
96	北海道	足寄郡	76.9%	30.8%
97	北海道	十勝郡	75.0%	75.0%
98	北海道	釧路郡	80.0%	20.0%
99	北海道	厚岸郡	76.9%	46.2%
100	北海道	川上郡	66.7%	20.0%
101	北海道	阿寒郡	66.7%	66.7%
102	北海道	白糠郡	58.3%	33.3%
103	北海道	野付郡	66.7%	33.3%
104	北海道	標津郡	64.3%	21.4%
105	北海道	目梨郡	33.3%	0.0%
106	青森県	青森市	63.4%	31.8%
107	青森県	弘前市	65.5%	35.3%
108	青森県	八戸市	65.6%	35.4%
109	青森県	黒石市	62.2%	40.5%
110	青森県	五所川原市	77.8%	49.5%
111	青森県	十和田市	64.0%	28.1%
112	青森県	三沢市	75.0%	39.6%
113	青森県	むつ市	70.8%	37.5%
114	青森県	つがる市	90.0%	55.0%
115	青森県	平川市	74.2%	35.5%
116	青森県	東津軽郡平内町	60.0%	44.0%
117	青森県	西津軽郡	80.0%	33.3%
118	青森県	南津軽郡	68.0%	36.0%
119	青森県	北津軽郡	59.5%	27.0%
120	青森県	上北郡	71.6%	37.3%

（参考）市区町村別の運用開始状況一覧（7月31日時点）

	都道府県名	市区町村名	顔認証付きカードリーダー申込率	運用開始率
121	青森県	三戸郡	76.8%	48.2%
122	岩手県	盛岡市	70.9%	35.1%
123	岩手県	宮古市	76.5%	30.9%
124	岩手県	大船渡市	67.9%	50.0%
125	岩手県	花巻市	64.1%	33.3%
126	岩手県	北上市	77.6%	42.7%
127	岩手県	久慈市	63.6%	36.4%
128	岩手県	遠野市	63.9%	30.6%
129	岩手県	一関市	73.9%	37.8%
130	岩手県	陸前高田市	91.7%	58.3%
131	岩手県	釜石市	64.7%	39.2%
132	岩手県	二戸市	79.2%	45.8%
133	岩手県	八幡平市	78.8%	51.5%
134	岩手県	奥州市	68.8%	39.1%
135	岩手県	滝沢市	76.4%	56.4%
136	岩手県	岩手郡	71.4%	40.5%
137	岩手県	紫波郡	75.0%	37.5%
138	岩手県	和賀郡	63.6%	27.3%
139	岩手県	胆沢郡	71.4%	28.6%
140	岩手県	西磐井郡	75.0%	75.0%
141	岩手県	気仙郡	100.0%	75.0%
142	岩手県	上閉伊郡	87.5%	43.8%
143	岩手県	下閉伊郡	80.0%	30.0%
144	岩手県	九戸郡	82.8%	58.6%
145	岩手県	二戸郡	76.2%	42.9%
146	宮城県	仙台市青葉区	64.4%	29.8%
147	宮城県	仙台市宮城野区	68.8%	33.0%
148	宮城県	仙台市若林区	66.8%	29.1%
149	宮城県	仙台市太白区	71.9%	35.7%
150	宮城県	仙台市泉区	68.7%	39.0%
151	宮城県	石巻市	54.0%	25.5%
152	宮城県	塩竈市	56.8%	30.5%
153	宮城県	気仙沼市	59.3%	25.9%
154	宮城県	白石市	64.9%	36.8%
155	宮城県	名取市	59.5%	33.3%
156	宮城県	角田市	63.6%	24.2%
157	宮城県	多賀城市	62.0%	29.3%
158	宮城県	岩沼市	69.0%	21.1%
159	宮城県	登米市	57.0%	30.0%
160	宮城県	栗原市	63.6%	29.9%
161	宮城県	東松島市	58.9%	33.9%
162	宮城県	大崎市	60.7%	27.5%
163	宮城県	富谷市	65.6%	35.9%
164	宮城県	刈田郡	56.3%	37.5%
165	宮城県	柴田郡	66.7%	33.3%
166	宮城県	亘理郡	58.8%	35.3%
167	宮城県	宮城郡	68.9%	33.8%
168	宮城県	黒川郡	71.4%	31.0%
169	宮城県	加美郡	62.2%	24.3%
170	宮城県	遠田郡	51.2%	23.3%
171	宮城県	牡鹿郡	75.0%	75.0%
172	宮城県	本吉郡	38.5%	23.1%
173	秋田県	秋田市	71.0%	34.5%
174	秋田県	能代市	66.1%	40.2%
175	秋田県	横手市	67.5%	37.5%
176	秋田県	大館市	68.5%	39.8%
177	秋田県	男鹿市	61.9%	31.0%
178	秋田県	湯沢市	61.3%	33.9%
179	秋田県	鹿角市	73.8%	42.9%
180	秋田県	由利本荘市	73.2%	37.4%
181	秋田県	潟上市	65.6%	25.0%
182	秋田県	大仙市	71.1%	36.9%
183	秋田県	北秋田市	68.2%	50.0%
184	秋田県	にかほ市	55.6%	37.0%
185	秋田県	仙北市	57.1%	31.0%
186	秋田県	鹿角郡	60.0%	60.0%
187	秋田県	北秋田郡	50.0%	50.0%
188	秋田県	山本郡	45.8%	29.2%
189	秋田県	南秋田郡	63.0%	48.1%
190	秋田県	仙北郡	73.3%	53.3%
191	秋田県	雄勝郡	77.8%	50.0%
192	山形県	山形市	70.4%	34.6%
193	山形県	米沢市	72.0%	30.8%
194	山形県	鶴岡市	65.4%	23.7%
195	山形県	酒田市	67.2%	39.6%
196	山形県	新庄市	68.7%	25.4%
197	山形県	寒河江市	67.1%	25.3%
198	山形県	上山市	74.1%	32.8%
199	山形県	村山市	72.2%	41.7%
200	山形県	長井市	82.6%	32.6%
201	山形県	天童市	63.9%	28.7%
202	山形県	東根市	72.2%	43.1%
203	山形県	尾花沢市	76.5%	64.7%
204	山形県	南陽市	52.7%	20.0%
205	山形県	東村山郡	51.7%	17.2%
206	山形県	西村山郡	52.3%	35.4%
207	山形県	北村山郡	80.0%	20.0%
208	山形県	最上郡	59.4%	37.5%
209	山形県	東置賜郡	81.5%	40.7%
210	山形県	西置賜郡	73.1%	42.3%
211	山形県	東田川郡	51.7%	27.6%
212	山形県	飽海郡	63.6%	36.4%
213	福島県	福島市	66.8%	27.7%
214	福島県	会津若松市	64.5%	32.7%
215	福島県	郡山市	68.4%	30.0%
216	福島県	いわき市	58.3%	22.7%
217	福島県	白河市	62.2%	24.3%
218	福島県	須賀川市	69.7%	31.1%
219	福島県	喜多方市	55.1%	27.5%
220	福島県	相馬市	61.7%	25.0%
221	福島県	二本松市	72.0%	32.9%
222	福島県	田村市	57.8%	22.2%
223	福島県	南相馬市	69.2%	27.9%
224	福島県	本宮市	89.2%	54.1%
225	福島県	伊達郡	64.7%	33.3%
226	福島県	安達郡	50.0%	0.0%
227	福島県	岩瀬郡	58.3%	33.3%
228	福島県	南会津郡	65.7%	25.7%
229	福島県	耶麻郡	57.6%	24.2%
230	福島県	河沼郡	57.9%	15.8%
231	福島県	大沼郡	62.5%	37.5%
232	福島県	西白河郡	75.9%	37.0%
233	福島県	東白川郡	68.8%	31.3%
234	福島県	石川郡	60.4%	22.9%
235	福島県	田村郡	78.8%	36.4%
236	福島県	双葉郡	31.3%	16.7%
237	福島県	相馬郡	85.7%	42.9%
238	茨城県	水戸市	62.6%	30.4%
239	茨城県	日立市	64.1%	32.0%
240	茨城県	土浦市	64.1%	30.5%

（参考）市区町村別の運用開始状況一覧（7月31日時点）

	都道府県名	市区町村名	顔認証付きカードリーダー申込率	運用開始率
241	茨城県	古河市	65.8%	31.5%
242	茨城県	石岡市	63.8%	23.3%
243	茨城県	結城市	63.2%	28.9%
244	茨城県	龍ケ崎市	64.2%	26.0%
245	茨城県	下妻市	64.1%	37.5%
246	茨城県	常総市	56.2%	24.7%
247	茨城県	常陸太田市	64.4%	35.6%
248	茨城県	高萩市	66.0%	28.0%
249	茨城県	北茨城市	57.4%	33.3%
250	茨城県	笠間市	69.0%	31.0%
251	茨城県	取手市	49.7%	24.2%
252	茨城県	牛久市	64.5%	25.4%
253	茨城県	つくば市	65.9%	30.3%
254	茨城県	ひたちなか市	65.5%	34.5%
255	茨城県	鹿嶋市	63.4%	44.1%
256	茨城県	潮来市	55.6%	33.3%
257	茨城県	守谷市	67.5%	22.2%
258	茨城県	常陸大宮市	50.0%	31.5%
259	茨城県	那珂市	63.4%	28.0%
260	茨城県	筑西市	60.9%	28.2%
261	茨城県	坂東市	59.0%	31.1%
262	茨城県	稲敷市	62.8%	27.9%
263	茨城県	かすみがうら市	60.5%	18.4%
264	茨城県	桜川市	69.1%	38.2%
265	茨城県	神栖市	63.5%	27.8%
266	茨城県	行方市	68.8%	46.9%
267	茨城県	鉾田市	60.0%	26.7%
268	茨城県	つくばみらい市	55.0%	26.7%
269	茨城県	小美玉市	61.9%	35.7%
270	茨城県	東茨城郡	54.8%	31.0%
271	茨城県	那珂郡	69.2%	33.3%
272	茨城県	久慈郡	76.5%	41.2%
273	茨城県	稲敷郡	64.1%	31.5%
274	茨城県	結城郡	61.1%	38.9%
275	茨城県	猿島郡	61.5%	20.5%
276	茨城県	北相馬郡	35.3%	0.0%
277	栃木県	宇都宮市	57.6%	27.1%
278	栃木県	足利市	62.1%	27.3%
279	栃木県	栃木市	56.3%	33.8%
280	栃木県	佐野市	58.1%	29.0%
281	栃木県	鹿沼市	63.8%	32.6%
282	栃木県	日光市	65.0%	35.8%
283	栃木県	小山市	59.3%	26.9%
284	栃木県	真岡市	54.3%	26.1%
285	栃木県	大田原市	51.5%	25.2%
286	栃木県	矢板市	48.9%	12.8%
287	栃木県	那須塩原市	60.4%	20.8%
288	栃木県	さくら市	56.6%	28.3%
289	栃木県	那須烏山市	54.3%	28.6%
290	栃木県	下野市	72.1%	45.0%
291	栃木県	河内郡	56.8%	18.9%
292	栃木県	芳賀郡	46.3%	25.4%
293	栃木県	下都賀郡	60.4%	30.7%
294	栃木県	塩谷郡	43.8%	18.8%
295	栃木県	那須郡	42.1%	21.1%
296	群馬県	前橋市	60.4%	22.6%
297	群馬県	高崎市	63.1%	23.7%
298	群馬県	桐生市	62.8%	22.7%
299	群馬県	伊勢崎市	66.3%	23.8%
300	群馬県	太田市	63.9%	23.2%
301	群馬県	沼田市	56.8%	26.1%
302	群馬県	館林市	71.0%	26.8%
303	群馬県	渋川市	66.1%	24.8%
304	群馬県	藤岡市	67.9%	21.1%
305	群馬県	富岡市	57.7%	19.2%
306	群馬県	安中市	67.9%	22.2%
307	群馬県	みどり市	71.4%	21.4%
308	群馬県	北群馬郡	48.9%	24.4%
309	群馬県	多野郡	0.0%	0.0%
310	群馬県	甘楽郡	60.0%	22.5%
311	群馬県	吾妻郡	52.8%	23.6%
312	群馬県	利根郡	62.1%	24.1%
313	群馬県	佐波郡	53.3%	15.6%
314	群馬県	邑楽郡	66.4%	25.0%
315	埼玉県	さいたま市西区	64.5%	36.4%
316	埼玉県	さいたま市北区	60.2%	30.1%
317	埼玉県	さいたま市大宮区	54.5%	20.1%
318	埼玉県	さいたま市見沼区	55.3%	24.1%
319	埼玉県	さいたま市中央区	59.8%	25.1%
320	埼玉県	さいたま市桜区	61.6%	22.2%
321	埼玉県	さいたま市浦和区	53.6%	21.9%
322	埼玉県	さいたま市南区	59.2%	24.6%
323	埼玉県	さいたま市緑区	66.5%	34.7%
324	埼玉県	さいたま市岩槻区	62.3%	27.4%
325	埼玉県	川越市	56.9%	25.5%
326	埼玉県	熊谷市	63.9%	27.0%
327	埼玉県	川口市	58.7%	26.2%
328	埼玉県	行田市	57.8%	27.6%
329	埼玉県	秩父市	60.0%	21.6%
330	埼玉県	所沢市	56.9%	23.7%
331	埼玉県	飯能市	55.6%	24.1%
332	埼玉県	加須市	61.9%	28.8%
333	埼玉県	本庄市	63.3%	32.0%
334	埼玉県	東松山市	58.3%	22.3%
335	埼玉県	春日部市	55.7%	24.6%
336	埼玉県	狭山市	61.2%	29.0%
337	埼玉県	羽生市	65.8%	34.2%
338	埼玉県	鴻巣市	59.4%	28.0%
339	埼玉県	深谷市	66.5%	31.7%
340	埼玉県	上尾市	62.7%	26.9%
341	埼玉県	草加市	60.7%	24.0%
342	埼玉県	越谷市	61.2%	23.6%
343	埼玉県	蕨市	59.8%	25.4%
344	埼玉県	戸田市	67.3%	24.8%
345	埼玉県	入間市	57.9%	21.3%
346	埼玉県	朝霞市	58.9%	29.9%
347	埼玉県	志木市	62.6%	23.2%
348	埼玉県	和光市	64.3%	22.4%
349	埼玉県	新座市	57.5%	25.1%
350	埼玉県	桶川市	48.0%	19.6%
351	埼玉県	久喜市	54.1%	24.2%
352	埼玉県	北本市	53.4%	20.3%
353	埼玉県	八潮市	69.7%	25.7%
354	埼玉県	富士見市	55.7%	19.8%
355	埼玉県	三郷市	59.1%	22.1%
356	埼玉県	蓮田市	64.6%	26.0%
357	埼玉県	坂戸市	62.4%	34.7%
358	埼玉県	幸手市	56.3%	29.9%
359	埼玉県	鶴ヶ島市	57.0%	27.0%
360	埼玉県	日高市	69.0%	20.7%

（参考）市区町村別の運用開始状況一覧（7月31日時点）

	都道府県名	市区町村名	顔認証付きカードリーダー申込率	運用開始率
361	埼玉県	吉川市	62.4%	19.8%
362	埼玉県	ふじみ野市	56.8%	19.3%
363	埼玉県	白岡市	56.9%	23.6%
364	埼玉県	北足立郡	67.2%	26.2%
365	埼玉県	入間郡	65.8%	32.4%
366	埼玉県	比企郡	63.6%	28.3%
367	埼玉県	秩父郡	57.4%	18.5%
368	埼玉県	児玉郡	63.8%	24.6%
369	埼玉県	大里郡	51.0%	15.7%
370	埼玉県	南埼玉郡	58.8%	23.5%
371	埼玉県	北葛飾郡	52.6%	18.4%
372	千葉県	千葉市中央区	60.2%	22.3%
373	千葉県	千葉市花見川区	57.3%	22.4%
374	千葉県	千葉市稲毛区	59.8%	21.4%
375	千葉県	千葉市若葉区	59.6%	22.7%
376	千葉県	千葉市緑区	65.6%	24.3%
377	千葉県	千葉市美浜区	59.8%	26.1%
378	千葉県	銚子市	58.6%	17.2%
379	千葉県	市川市	55.6%	18.5%
380	千葉県	船橋市	62.0%	24.9%
381	千葉県	館山市	58.7%	21.2%
382	千葉県	木更津市	65.8%	27.4%
383	千葉県	松戸市	56.8%	22.2%
384	千葉県	野田市	53.1%	20.3%
385	千葉県	茂原市	62.4%	22.5%
386	千葉県	成田市	67.3%	27.9%
387	千葉県	佐倉市	62.7%	28.3%
388	千葉県	東金市	63.7%	26.4%
389	千葉県	旭市	57.9%	20.6%
390	千葉県	習志野市	61.6%	26.8%
391	千葉県	柏市	64.6%	25.9%
392	千葉県	勝浦市	71.4%	19.0%
393	千葉県	市原市	62.8%	26.7%
394	千葉県	流山市	62.8%	25.2%
395	千葉県	八千代市	58.3%	21.8%
396	千葉県	我孫子市	64.8%	21.9%
397	千葉県	鴨川市	58.3%	14.6%
398	千葉県	鎌ケ谷市	57.2%	20.1%
399	千葉県	君津市	67.8%	27.0%
400	千葉県	富津市	62.3%	18.0%
401	千葉県	浦安市	65.6%	25.2%
402	千葉県	四街道市	63.2%	24.3%
403	千葉県	袖ケ浦市	68.7%	32.5%
404	千葉県	八街市	65.5%	21.4%
405	千葉県	印西市	68.0%	22.4%
406	千葉県	白井市	67.9%	29.8%
407	千葉県	富里市	66.2%	16.9%
408	千葉県	南房総市	61.5%	19.2%
409	千葉県	匝瑳市	62.7%	32.2%
410	千葉県	香取市	65.1%	26.2%
411	千葉県	山武市	64.7%	26.5%
412	千葉県	いすみ市	69.1%	21.8%
413	千葉県	大網白里市	60.5%	25.0%
414	千葉県	印旛郡	64.0%	24.0%
415	千葉県	香取郡	44.4%	30.6%
416	千葉県	山武郡	67.3%	27.3%
417	千葉県	長生郡	65.8%	23.3%
418	千葉県	夷隅郡	61.9%	38.1%
419	千葉県	安房郡	61.5%	23.1%
420	東京都	千代田区	52.9%	18.6%
421	東京都	中央区	51.2%	17.9%
422	東京都	港区	48.1%	17.7%
423	東京都	新宿区	52.9%	21.1%
424	東京都	文京区	54.9%	20.7%
425	東京都	台東区	55.9%	17.1%
426	東京都	墨田区	51.3%	20.6%
427	東京都	江東区	60.2%	24.2%
428	東京都	品川区	57.4%	22.8%
429	東京都	目黒区	58.3%	22.0%
430	東京都	大田区	55.5%	23.5%
431	東京都	世田谷区	53.9%	19.6%
432	東京都	渋谷区	47.8%	17.9%
433	東京都	中野区	54.8%	24.2%
434	東京都	杉並区	49.4%	17.9%
435	東京都	豊島区	53.6%	17.2%
436	東京都	北区	59.3%	20.8%
437	東京都	荒川区	54.3%	21.1%
438	東京都	板橋区	61.9%	26.3%
439	東京都	練馬区	58.3%	25.7%
440	東京都	足立区	55.2%	21.4%
441	東京都	葛飾区	56.6%	21.5%
442	東京都	江戸川区	59.6%	20.3%
443	東京都	八王子市	57.9%	21.3%
444	東京都	立川市	62.3%	23.7%
445	東京都	武蔵野市	57.8%	20.1%
446	東京都	三鷹市	60.5%	22.1%
447	東京都	青梅市	55.9%	23.2%
448	東京都	府中市	57.9%	22.6%
449	東京都	昭島市	54.5%	18.2%
450	東京都	調布市	53.4%	18.4%
451	東京都	町田市	55.0%	20.7%
452	東京都	小金井市	61.8%	23.2%
453	東京都	小平市	57.5%	19.1%
454	東京都	日野市	62.2%	28.5%
455	東京都	東村山市	55.4%	24.7%
456	東京都	国分寺市	51.7%	15.3%
457	東京都	国立市	47.7%	20.1%
458	東京都	福生市	56.4%	31.8%
459	東京都	狛江市	58.3%	20.5%
460	東京都	東大和市	62.1%	27.3%
461	東京都	清瀬市	72.2%	22.6%
462	東京都	東久留米市	55.9%	29.9%
463	東京都	武蔵村山市	64.5%	15.1%
464	東京都	多摩市	59.9%	23.1%
465	東京都	稲城市	60.8%	25.2%
466	東京都	羽村市	53.4%	18.2%
467	東京都	あきる野市	60.5%	24.6%
468	東京都	西東京市	60.9%	20.4%
469	東京都	西多摩郡	54.4%	24.6%
470	東京都	大島町	12.5%	12.5%
471	東京都	利島村	0.0%	0.0%
472	東京都	新島村	100.0%	0.0%
473	東京都	神津島村	0.0%	0.0%
474	東京都	三宅島三宅村	25.0%	0.0%
475	東京都	御蔵島村	0.0%	0.0%
476	東京都	八丈島八丈町	33.3%	25.0%
477	東京都	青ヶ島村	0.0%	0.0%
478	東京都	小笠原村	20.0%	0.0%
479	神奈川県	横浜市鶴見区	54.7%	23.4%
480	神奈川県	横浜市神奈川区	56.7%	23.0%

（参考）市区町村別の運用開始状況一覧（7月31日時点）

	都道府県名	市区町村名	顔認証付きカードリーダー申込率	運用開始率
481	神奈川県	横浜市西区	56.2%	20.8%
482	神奈川県	横浜市中区	51.0%	18.6%
483	神奈川県	横浜市南区	53.2%	21.7%
484	神奈川県	横浜市保土ケ谷区	53.2%	23.7%
485	神奈川県	横浜市磯子区	55.4%	22.6%
486	神奈川県	横浜市金沢区	57.1%	23.7%
487	神奈川県	横浜市港北区	56.7%	25.3%
488	神奈川県	横浜市戸塚区	61.6%	25.0%
489	神奈川県	横浜市港南区	55.0%	18.0%
490	神奈川県	横浜市旭区	57.6%	18.5%
491	神奈川県	横浜市緑区	54.0%	17.4%
492	神奈川県	横浜市瀬谷区	59.8%	24.9%
493	神奈川県	横浜市栄区	60.8%	26.6%
494	神奈川県	横浜市泉区	58.7%	20.9%
495	神奈川県	横浜市青葉区	55.6%	24.7%
496	神奈川県	横浜市都筑区	62.2%	26.7%
497	神奈川県	川崎市川崎区	51.7%	22.6%
498	神奈川県	川崎市幸区	53.0%	22.2%
499	神奈川県	川崎市中原区	55.2%	23.8%
500	神奈川県	川崎市高津区	59.2%	20.6%
501	神奈川県	川崎市多摩区	57.6%	22.9%
502	神奈川県	川崎市宮前区	61.4%	23.9%
503	神奈川県	川崎市麻生区	56.2%	17.8%
504	神奈川県	相模原市緑区	53.3%	25.2%
505	神奈川県	相模原市中央区	54.5%	24.3%
506	神奈川県	相模原市南区	53.2%	21.0%
507	神奈川県	横須賀市	49.2%	21.2%
508	神奈川県	平塚市	56.1%	23.8%
509	神奈川県	鎌倉市	51.4%	21.4%
510	神奈川県	藤沢市	53.1%	22.5%
511	神奈川県	小田原市	48.9%	21.1%
512	神奈川県	茅ヶ崎市	54.8%	21.8%
513	神奈川県	逗子市	44.9%	17.0%
514	神奈川県	三浦市	57.6%	16.7%
515	神奈川県	秦野市	53.9%	20.4%
516	神奈川県	厚木市	52.3%	25.7%
517	神奈川県	大和市	54.2%	23.1%
518	神奈川県	伊勢原市	52.2%	28.9%
519	神奈川県	海老名市	56.3%	19.2%
520	神奈川県	座間市	55.0%	23.7%
521	神奈川県	南足柄市	69.0%	19.0%
522	神奈川県	綾瀬市	47.3%	20.3%
523	神奈川県	三浦郡	54.8%	26.2%
524	神奈川県	高座郡	59.3%	24.1%
525	神奈川県	中郡	54.0%	21.0%
526	神奈川県	足柄上郡	55.7%	23.0%
527	神奈川県	愛甲郡	44.7%	14.9%
528	新潟県	新潟市北区	68.7%	35.4%
529	新潟県	新潟市東区	65.7%	29.7%
530	新潟県	新潟市中央区	56.8%	25.4%
531	新潟県	新潟市江南区	58.3%	24.0%
532	新潟県	新潟市秋葉区	56.3%	18.3%
533	新潟県	新潟市南区	69.3%	30.7%
534	新潟県	新潟市西区	58.1%	27.1%
535	新潟県	新潟市西蒲区	55.4%	25.0%
536	新潟県	長岡市	61.5%	29.9%
537	新潟県	三条市	68.3%	32.3%
538	新潟県	柏崎市	62.5%	34.2%
539	新潟県	新発田市	56.5%	23.5%
540	新潟県	小千谷市	59.2%	36.7%
541	新潟県	加茂市	66.7%	25.0%
542	新潟県	十日町市	69.1%	36.8%
543	新潟県	見附市	49.2%	28.8%
544	新潟県	村上市	53.9%	27.5%
545	新潟県	燕市	59.1%	26.8%
546	新潟県	糸魚川市	65.6%	29.7%
547	新潟県	妙高市	67.6%	38.2%
548	新潟県	五泉市	57.3%	18.7%
549	新潟県	上越市	65.0%	29.3%
550	新潟県	阿賀野市	58.8%	31.4%
551	新潟県	佐渡市	56.4%	20.5%
552	新潟県	魚沼市	66.7%	37.5%
553	新潟県	南魚沼市	68.8%	39.1%
554	新潟県	胎内市	56.8%	18.2%
555	新潟県	北蒲原郡	84.6%	30.8%
556	新潟県	西蒲原郡	58.8%	11.8%
557	新潟県	東蒲原郡	66.7%	53.3%
558	新潟県	三島郡	44.7%	12.8%
559	新潟県	南魚沼郡	70.0%	10.0%
560	新潟県	中魚沼郡	60.0%	20.0%
561	新潟県	刈羽郡	50.0%	0.0%
562	新潟県	岩船郡	50.0%	12.5%
563	富山県	富山市	71.8%	36.4%
564	富山県	高岡市	77.7%	43.7%
565	富山県	魚津市	76.0%	37.3%
566	富山県	氷見市	82.1%	42.9%
567	富山県	滑川市	71.1%	28.9%
568	富山県	黒部市	75.4%	47.7%
569	富山県	砺波市	71.3%	44.8%
570	富山県	小矢部市	82.1%	41.0%
571	富山県	南砺市	77.6%	50.7%
572	富山県	射水市	78.4%	46.6%
573	富山県	中新川郡	76.8%	48.2%
574	富山県	下新川郡	64.0%	28.0%
575	石川県	金沢市	69.3%	34.9%
576	石川県	七尾市	68.8%	27.1%
577	石川県	小松市	70.8%	33.9%
578	石川県	輪島市	48.8%	24.4%
579	石川県	珠洲市	42.9%	35.7%
580	石川県	加賀市	76.6%	41.1%
581	石川県	羽咋市	71.8%	38.5%
582	石川県	かほく市	69.6%	28.3%
583	石川県	白山市	73.6%	34.0%
584	石川県	能美市	74.1%	29.3%
585	石川県	野々市市	67.0%	33.0%
586	石川県	能美郡	83.3%	50.0%
587	石川県	河北郡	75.3%	28.6%
588	石川県	羽咋郡	63.3%	20.0%
589	石川県	鹿島郡	78.6%	0.0%
590	石川県	鳳珠郡	79.5%	38.5%
591	福井県	福井市	72.8%	34.8%
592	福井県	敦賀市	66.7%	38.5%
593	福井県	小浜市	77.8%	44.4%
594	福井県	大野市	74.4%	23.1%
595	福井県	勝山市	50.0%	13.3%
596	福井県	鯖江市	73.7%	30.3%
597	福井県	あわら市	83.3%	33.3%
598	福井県	越前市	71.8%	33.3%
599	福井県	坂井市	84.2%	32.7%
600	福井県	吉田郡	95.5%	45.5%

（参考）市区町村別の運用開始状況一覧（7月31日時点）

	都道府県名	市区町村名	顔認証付きカードリーダー申込率	運用開始率
601	福井県	今立郡	66.7%	33.3%
602	福井県	南条郡	77.8%	22.2%
603	福井県	丹生郡	75.0%	45.0%
604	福井県	三方郡	66.7%	33.3%
605	福井県	大飯郡	73.7%	47.4%
606	福井県	三方上中郡	66.7%	27.8%
607	山梨県	甲府市	61.0%	29.1%
608	山梨県	富士吉田市	64.9%	25.2%
609	山梨県	都留市	55.8%	27.9%
610	山梨県	山梨市	68.2%	34.8%
611	山梨県	大月市	51.1%	22.2%
612	山梨県	韮崎市	69.7%	40.9%
613	山梨県	南アルプス市	64.4%	29.9%
614	山梨県	北杜市	74.5%	21.8%
615	山梨県	甲斐市	64.2%	23.9%
616	山梨県	笛吹市	68.3%	22.1%
617	山梨県	上野原市	61.1%	30.6%
618	山梨県	甲州市	58.8%	31.4%
619	山梨県	中央市	71.9%	29.8%
620	山梨県	西八代郡	80.0%	40.0%
621	山梨県	南巨摩郡	54.8%	22.6%
622	山梨県	中巨摩郡	71.2%	28.8%
623	山梨県	南都留郡	58.3%	26.4%
624	山梨県	北都留郡	25.0%	0.0%
625	長野県	長野市	65.9%	28.6%
626	長野県	松本市	70.4%	26.4%
627	長野県	上田市	73.2%	27.5%
628	長野県	岡谷市	60.2%	28.9%
629	長野県	飯田市	59.3%	28.0%
630	長野県	諏訪市	70.6%	29.4%
631	長野県	須坂市	71.6%	33.0%
632	長野県	小諸市	77.5%	43.7%
633	長野県	伊那市	61.2%	21.6%
634	長野県	駒ヶ根市	60.7%	23.0%
635	長野県	中野市	63.6%	24.7%
636	長野県	大町市	68.2%	38.6%
637	長野県	飯山市	80.0%	33.3%
638	長野県	茅野市	61.4%	20.5%
639	長野県	塩尻市	70.7%	27.2%
640	長野県	佐久市	70.2%	24.5%
641	長野県	千曲市	70.9%	24.4%
642	長野県	東御市	66.7%	38.9%
643	長野県	安曇野市	60.6%	21.8%
644	長野県	南佐久郡	71.4%	28.6%
645	長野県	北佐久郡	58.3%	18.3%
646	長野県	小県郡	54.5%	0.0%
647	長野県	諏訪郡	72.2%	20.4%
648	長野県	上伊那郡	68.0%	21.6%
649	長野県	下伊那郡	53.3%	24.0%
650	長野県	木曽郡	63.9%	19.4%
651	長野県	東筑摩郡	59.1%	27.3%
652	長野県	北安曇郡	69.4%	30.6%
653	長野県	埴科郡	68.8%	37.5%
654	長野県	上高井郡	65.2%	39.1%
655	長野県	下高井郡	50.0%	20.0%
656	長野県	上水内郡	80.0%	45.0%
657	長野県	下水内郡	75.0%	25.0%
658	岐阜県	岐阜市	64.9%	29.3%
659	岐阜県	大垣市	59.6%	24.6%
660	岐阜県	高山市	58.2%	29.1%
661	岐阜県	多治見市	70.5%	29.5%
662	岐阜県	関市	67.4%	30.2%
663	岐阜県	中津川市	70.2%	33.3%
664	岐阜県	美濃市	74.2%	35.5%
665	岐阜県	瑞浪市	68.1%	21.7%
666	岐阜県	羽島市	62.1%	24.3%
667	岐阜県	恵那市	68.1%	19.4%
668	岐阜県	美濃加茂市	69.9%	18.3%
669	岐阜県	土岐市	70.1%	30.9%
670	岐阜県	各務原市	67.9%	30.5%
671	岐阜県	可児市	62.1%	23.6%
672	岐阜県	山県市	65.8%	23.7%
673	岐阜県	瑞穂市	73.5%	30.9%
674	岐阜県	飛騨市	73.7%	39.5%
675	岐阜県	本巣市	62.9%	25.7%
676	岐阜県	郡上市	68.9%	24.6%
677	岐阜県	下呂市	54.4%	21.1%
678	岐阜県	海津市	67.4%	13.0%
679	岐阜県	羽島郡	66.3%	38.9%
680	岐阜県	養老郡	56.3%	18.8%
681	岐阜県	不破郡	66.7%	40.5%
682	岐阜県	安八郡	69.8%	15.1%
683	岐阜県	揖斐郡	77.5%	30.3%
684	岐阜県	本巣郡	70.6%	19.6%
685	岐阜県	加茂郡	56.9%	15.7%
686	岐阜県	可児郡	58.8%	11.8%
687	岐阜県	大野郡	66.7%	0.0%
688	静岡県	静岡市葵区	74.0%	30.6%
689	静岡県	静岡市駿河区	79.1%	36.7%
690	静岡県	静岡市清水区	67.3%	29.4%
691	静岡県	浜松市中区	69.2%	32.4%
692	静岡県	浜松市東区	69.6%	33.0%
693	静岡県	浜松市西区	70.9%	27.2%
694	静岡県	浜松市南区	74.4%	32.8%
695	静岡県	浜松市北区	63.8%	27.5%
696	静岡県	浜松市浜北区	68.5%	31.5%
697	静岡県	浜松市天竜区	47.5%	20.0%
698	静岡県	沼津市	65.1%	29.6%
699	静岡県	熱海市	63.2%	21.1%
700	静岡県	三島市	75.6%	28.6%
701	静岡県	富士宮市	60.5%	24.0%
702	静岡県	伊東市	55.8%	22.5%
703	静岡県	島田市	72.2%	31.0%
704	静岡県	富士市	70.8%	32.4%
705	静岡県	磐田市	69.7%	32.2%
706	静岡県	焼津市	72.4%	31.9%
707	静岡県	掛川市	64.6%	30.3%
708	静岡県	藤枝市	71.6%	35.3%
709	静岡県	御殿場市	67.5%	25.0%
710	静岡県	袋井市	72.3%	37.8%
711	静岡県	下田市	58.1%	39.5%
712	静岡県	裾野市	81.4%	37.1%
713	静岡県	湖西市	64.4%	30.1%
714	静岡県	伊豆市	58.1%	14.0%
715	静岡県	御前崎市	72.5%	37.5%
716	静岡県	菊川市	70.8%	32.3%
717	静岡県	伊豆の国市	67.1%	19.7%
718	静岡県	牧之原市	66.1%	29.0%
719	静岡県	賀茂郡	63.4%	33.8%
720	静岡県	田方郡	74.5%	34.5%

（参考）市区町村別の運用開始状況一覧（7月31日時点）

	都道府県名	市区町村名	顔認証付きカードリーダー申込率	運用開始率
721	静岡県	駿東郡	70.3%	26.6%
722	静岡県	榛原郡	75.0%	29.2%
723	静岡県	周智郡	47.1%	29.4%
724	愛知県	名古屋市千種区	51.8%	21.0%
725	愛知県	名古屋市東区	53.7%	23.3%
726	愛知県	名古屋市北区	60.0%	27.1%
727	愛知県	名古屋市西区	54.8%	22.4%
728	愛知県	名古屋市中村区	57.8%	26.0%
729	愛知県	名古屋市中区	55.8%	20.0%
730	愛知県	名古屋市昭和区	63.2%	23.8%
731	愛知県	名古屋市瑞穂区	63.8%	21.3%
732	愛知県	名古屋市熱田区	58.5%	24.5%
733	愛知県	名古屋市中川区	66.1%	29.2%
734	愛知県	名古屋市港区	57.4%	27.2%
735	愛知県	名古屋市南区	65.5%	29.8%
736	愛知県	名古屋市守山区	68.3%	27.0%
737	愛知県	名古屋市緑区	63.0%	21.8%
738	愛知県	名古屋市名東区	64.0%	24.2%
739	愛知県	名古屋市天白区	63.6%	24.6%
740	愛知県	豊橋市	58.7%	22.8%
741	愛知県	岡崎市	62.2%	30.3%
742	愛知県	一宮市	63.6%	25.1%
743	愛知県	瀬戸市	62.0%	30.4%
744	愛知県	半田市	63.3%	28.7%
745	愛知県	春日井市	67.1%	29.0%
746	愛知県	豊川市	69.3%	25.9%
747	愛知県	津島市	57.3%	26.6%
748	愛知県	碧南市	66.1%	28.6%
749	愛知県	刈谷市	61.3%	26.5%
750	愛知県	豊田市	61.9%	24.0%
751	愛知県	安城市	53.2%	20.2%
752	愛知県	西尾市	59.2%	22.9%
753	愛知県	蒲郡市	49.7%	24.8%
754	愛知県	犬山市	62.7%	25.5%
755	愛知県	常滑市	71.4%	32.1%
756	愛知県	江南市	64.5%	29.6%
757	愛知県	小牧市	64.8%	23.7%
758	愛知県	稲沢市	70.1%	30.8%
759	愛知県	新城市	56.6%	26.3%
760	愛知県	東海市	64.0%	30.5%
761	愛知県	大府市	69.0%	31.0%
762	愛知県	知多市	55.2%	27.6%
763	愛知県	知立市	51.8%	23.5%
764	愛知県	尾張旭市	64.6%	28.0%
765	愛知県	高浜市	55.1%	20.4%
766	愛知県	岩倉市	68.1%	18.1%
767	愛知県	豊明市	61.6%	20.2%
768	愛知県	日進市	62.8%	20.6%
769	愛知県	田原市	66.2%	21.6%
770	愛知県	愛西市	62.7%	29.3%
771	愛知県	清須市	65.4%	26.9%
772	愛知県	北名古屋市	66.7%	30.9%
773	愛知県	弥富市	60.6%	31.0%
774	愛知県	みよし市	65.5%	29.9%
775	愛知県	あま市	57.4%	29.6%
776	愛知県	長久手市	64.6%	22.9%
777	愛知県	愛知郡	66.7%	21.4%
778	愛知県	西春日井郡	41.2%	17.6%
779	愛知県	丹羽郡	58.3%	29.8%
780	愛知県	海部郡	64.2%	24.8%
781	愛知県	知多郡	55.8%	21.1%
782	愛知県	額田郡	57.4%	23.4%
783	愛知県	北設楽郡	73.3%	26.7%
784	三重県	津市	63.2%	28.6%
785	三重県	四日市市	65.5%	32.5%
786	三重県	伊勢市	62.5%	29.4%
787	三重県	松阪市	62.1%	30.6%
788	三重県	桑名市	68.2%	34.3%
789	三重県	鈴鹿市	72.1%	34.8%
790	三重県	名張市	65.1%	35.7%
791	三重県	尾鷲市	56.4%	20.5%
792	三重県	亀山市	76.1%	38.0%
793	三重県	鳥羽市	40.0%	28.0%
794	三重県	熊野市	35.7%	16.7%
795	三重県	いなべ市	62.0%	32.0%
796	三重県	志摩市	60.4%	15.6%
797	三重県	伊賀市	67.4%	29.6%
798	三重県	桑名郡	100.0%	25.0%
799	三重県	員弁郡	65.7%	22.9%
800	三重県	三重郡	70.3%	31.1%
801	三重県	多気郡	70.2%	28.1%
802	三重県	度会郡	59.6%	15.8%
803	三重県	北牟婁郡	50.0%	16.7%
804	三重県	南牟婁郡	48.3%	27.6%
805	滋賀県	大津市	69.8%	32.0%
806	滋賀県	彦根市	69.8%	29.6%
807	滋賀県	長浜市	69.4%	39.9%
808	滋賀県	近江八幡市	62.6%	29.8%
809	滋賀県	草津市	70.7%	33.1%
810	滋賀県	守山市	72.9%	37.6%
811	滋賀県	栗東市	72.6%	37.7%
812	滋賀県	甲賀市	67.2%	32.8%
813	滋賀県	野洲市	63.8%	30.0%
814	滋賀県	湖南市	60.0%	27.7%
815	滋賀県	高島市	72.7%	30.7%
816	滋賀県	東近江市	73.1%	33.3%
817	滋賀県	米原市	60.4%	29.2%
818	滋賀県	蒲生郡	67.6%	35.1%
819	滋賀県	犬上郡	58.8%	17.6%
820	京都府	京都市北区	59.8%	24.6%
821	京都府	京都市上京区	63.8%	24.8%
822	京都府	京都市左京区	52.7%	23.8%
823	京都府	京都市中京区	56.3%	23.9%
824	京都府	京都市東山区	51.0%	28.6%
825	京都府	京都市下京区	59.5%	26.9%
826	京都府	京都市南区	58.1%	23.8%
827	京都府	京都市右京区	58.0%	25.9%
828	京都府	京都市伏見区	60.6%	26.0%
829	京都府	京都市山科区	56.5%	26.1%
830	京都府	京都市西京区	56.1%	26.0%
831	京都府	福知山市	57.1%	18.0%
832	京都府	舞鶴市	64.7%	36.1%
833	京都府	綾部市	52.2%	37.0%
834	京都府	宇治市	62.8%	22.9%
835	京都府	宮津市	63.0%	25.9%
836	京都府	亀岡市	56.3%	20.6%
837	京都府	城陽市	61.5%	25.6%
838	京都府	向日市	65.3%	23.5%
839	京都府	長岡京市	52.0%	23.0%
840	京都府	八幡市	61.5%	24.0%

（参考）市区町村別の運用開始状況一覧（7月31日時点）

	都道府県名	市区町村名	顔認証付きカードリーダー申込率	運用開始率
841	京都府	京田辺市	68.9%	26.9%
842	京都府	京丹後市	56.7%	20.9%
843	京都府	南丹市	57.1%	19.6%
844	京都府	木津川市	54.0%	25.7%
845	京都府	乙訓郡	50.0%	42.9%
846	京都府	久世郡	77.3%	36.4%
847	京都府	綴喜郡	69.2%	30.8%
848	京都府	相楽郡	57.5%	19.2%
849	京都府	船井郡	50.0%	5.6%
850	京都府	与謝郡	53.8%	25.6%
851	大阪府	大阪市都島区	53.4%	26.7%
852	大阪府	大阪市福島区	56.5%	23.3%
853	大阪府	大阪市此花区	55.7%	25.4%
854	大阪府	大阪市西区	55.0%	25.2%
855	大阪府	大阪市港区	60.9%	25.5%
856	大阪府	大阪市大正区	53.3%	21.5%
857	大阪府	大阪市天王寺区	57.1%	25.6%
858	大阪府	大阪市浪速区	66.7%	29.0%
859	大阪府	大阪市西淀川区	53.7%	24.7%
860	大阪府	大阪市東淀川区	58.4%	23.1%
861	大阪府	大阪市東成区	57.5%	21.5%
862	大阪府	大阪市生野区	51.8%	17.1%
863	大阪府	大阪市旭区	58.3%	17.9%
864	大阪府	大阪市城東区	60.1%	24.1%
865	大阪府	大阪市阿倍野区	57.4%	24.3%
866	大阪府	大阪市住吉区	54.5%	22.7%
867	大阪府	大阪市東住吉区	56.1%	19.9%
868	大阪府	大阪市西成区	49.8%	13.3%
869	大阪府	大阪市淀川区	57.0%	26.2%
870	大阪府	大阪市鶴見区	56.4%	25.1%
871	大阪府	大阪市住之江区	61.0%	26.0%
872	大阪府	大阪市平野区	58.0%	23.6%
873	大阪府	大阪市北区	55.0%	23.5%
874	大阪府	大阪市中央区	53.6%	19.7%
875	大阪府	堺市堺区	52.9%	18.4%
876	大阪府	堺市中区	59.2%	25.5%
877	大阪府	堺市東区	52.8%	17.2%
878	大阪府	堺市西区	57.9%	23.6%
879	大阪府	堺市南区	54.3%	21.4%
880	大阪府	堺市北区	58.7%	23.6%
881	大阪府	堺市美原区	61.0%	26.8%
882	大阪府	岸和田市	52.5%	21.3%
883	大阪府	豊中市	55.3%	22.3%
884	大阪府	池田市	52.8%	23.1%
885	大阪府	吹田市	59.2%	26.3%
886	大阪府	泉大津市	55.9%	19.1%
887	大阪府	高槻市	61.1%	22.6%
888	大阪府	貝塚市	60.3%	27.8%
889	大阪府	守口市	60.2%	25.2%
890	大阪府	枚方市	62.2%	24.4%
891	大阪府	茨木市	58.0%	28.4%
892	大阪府	八尾市	58.6%	21.5%
893	大阪府	泉佐野市	56.8%	24.6%
894	大阪府	富田林市	60.9%	23.3%
895	大阪府	寝屋川市	60.3%	25.2%
896	大阪府	河内長野市	64.9%	27.7%
897	大阪府	松原市	49.3%	20.5%
898	大阪府	大東市	60.2%	25.8%
899	大阪府	和泉市	56.0%	22.7%
900	大阪府	箕面市	58.2%	20.5%
901	大阪府	柏原市	53.6%	15.5%
902	大阪府	羽曳野市	55.6%	20.1%
903	大阪府	門真市	59.8%	24.4%
904	大阪府	摂津市	52.8%	21.3%
905	大阪府	高石市	53.7%	21.1%
906	大阪府	藤井寺市	66.3%	23.1%
907	大阪府	東大阪市	54.2%	23.6%
908	大阪府	泉南市	53.3%	21.3%
909	大阪府	四條畷市	60.2%	28.9%
910	大阪府	交野市	66.1%	31.4%
911	大阪府	大阪狭山市	57.1%	19.0%
912	大阪府	阪南市	53.1%	22.9%
913	大阪府	豊能郡	71.1%	15.8%
914	大阪府	泉北郡	58.2%	21.6%
915	大阪府	南河内郡	64.5%	38.7%
916	兵庫県	神戸市東灘区	57.8%	24.6%
917	兵庫県	神戸市灘区	62.0%	20.5%
918	兵庫県	神戸市兵庫区	60.6%	27.0%
919	兵庫県	神戸市長田区	57.1%	20.3%
920	兵庫県	神戸市須磨区	60.4%	19.6%
921	兵庫県	神戸市垂水区	57.0%	24.9%
922	兵庫県	神戸市北区	67.2%	27.2%
923	兵庫県	神戸市中央区	57.1%	24.7%
924	兵庫県	神戸市西区	63.8%	28.7%
925	兵庫県	姫路市	70.8%	28.8%
926	兵庫県	尼崎市	57.9%	21.9%
927	兵庫県	明石市	62.4%	23.9%
928	兵庫県	西宮市	58.4%	19.8%
929	兵庫県	洲本市	50.0%	19.8%
930	兵庫県	芦屋市	54.8%	17.8%
931	兵庫県	伊丹市	59.7%	25.2%
932	兵庫県	相生市	78.7%	36.2%
933	兵庫県	豊岡市	68.3%	31.7%
934	兵庫県	加古川市	66.0%	29.7%
935	兵庫県	赤穂市	63.6%	26.1%
936	兵庫県	西脇市	73.1%	33.3%
937	兵庫県	宝塚市	59.7%	25.9%
938	兵庫県	三木市	67.2%	31.4%
939	兵庫県	高砂市	71.1%	33.8%
940	兵庫県	川西市	58.6%	25.3%
941	兵庫県	小野市	71.0%	34.4%
942	兵庫県	三田市	57.1%	27.7%
943	兵庫県	加西市	68.1%	33.3%
944	兵庫県	丹波篠山市	62.5%	25.0%
945	兵庫県	養父市	71.4%	47.6%
946	兵庫県	丹波市	78.6%	42.9%
947	兵庫県	南あわじ市	53.3%	20.0%
948	兵庫県	朝来市	71.7%	33.3%
949	兵庫県	淡路市	54.9%	18.3%
950	兵庫県	宍粟市	57.9%	31.6%
951	兵庫県	加東市	59.1%	39.4%
952	兵庫県	たつの市	70.1%	31.6%
953	兵庫県	川辺郡	56.8%	31.8%
954	兵庫県	多可郡	87.1%	45.2%
955	兵庫県	加古郡	58.9%	26.3%
956	兵庫県	神崎郡	62.5%	19.4%
957	兵庫県	揖保郡	64.7%	25.5%
958	兵庫県	赤穂郡	81.0%	33.3%
959	兵庫県	佐用郡	73.1%	23.1%
960	兵庫県	美方郡	48.8%	25.6%

（参考）市区町村別の運用開始状況一覧（7月31日時点）

	都道府県名	市区町村名	顔認証付きカードリーダー申込率	運用開始率
961	奈良県	奈良市	62.9%	25.5%
962	奈良県	大和高田市	62.2%	27.7%
963	奈良県	大和郡	59.1%	25.2%
964	奈良県	天理市	69.7%	27.3%
965	奈良県	橿原市	64.6%	25.2%
966	奈良県	桜井市	59.4%	21.7%
967	奈良県	五條市	57.4%	25.5%
968	奈良県	御所市	46.0%	30.0%
969	奈良県	生駒市	65.1%	23.0%
970	奈良県	香芝市	56.9%	26.2%
971	奈良県	葛城市	60.9%	19.6%
972	奈良県	宇陀市	83.7%	27.9%
973	奈良県	山辺郡	80.0%	20.0%
974	奈良県	生駒郡	70.6%	27.5%
975	奈良県	磯城郡	73.3%	30.0%
976	奈良県	宇陀郡	75.0%	0.0%
977	奈良県	高市郡	64.7%	35.3%
978	奈良県	北葛城郡	66.1%	21.8%
979	奈良県	吉野郡	54.3%	10.0%
980	和歌山県	和歌山市	56.6%	28.6%
981	和歌山県	海南市	68.9%	36.8%
982	和歌山県	橋本市	60.4%	19.4%
983	和歌山県	有田市	52.7%	27.3%
984	和歌山県	御坊市	64.9%	29.7%
985	和歌山県	田辺市	62.5%	28.8%
986	和歌山県	新宮市	62.5%	35.0%
987	和歌山県	紀の川市	61.3%	26.9%
988	和歌山県	岩出市	62.6%	29.7%
989	和歌山県	海草郡	68.8%	37.5%
990	和歌山県	伊都郡	68.0%	34.0%
991	和歌山県	有田郡	64.6%	20.7%
992	和歌山県	西牟婁郡	48.6%	23.6%
993	和歌山県	東牟婁郡	58.3%	29.2%
994	鳥取県	鳥取市	69.5%	29.6%
995	鳥取県	米子市	70.8%	34.8%
996	鳥取県	倉吉市	74.4%	45.6%
997	鳥取県	境港市	62.7%	33.3%
998	鳥取県	岩美郡	25.0%	25.0%
999	鳥取県	八頭郡	59.5%	29.7%
1000	鳥取県	東伯郡	67.3%	28.8%
1001	鳥取県	西伯郡	76.0%	36.0%
1002	鳥取県	日野郡	84.6%	30.8%
1003	島根県	松江市	58.1%	29.2%
1004	島根県	浜田市	60.7%	26.8%
1005	島根県	出雲市	56.9%	26.8%
1006	島根県	益田市	65.7%	29.4%
1007	島根県	大田市	65.0%	28.3%
1008	島根県	安来市	51.1%	25.5%
1009	島根県	江津市	52.2%	23.9%
1010	島根県	雲南市	52.7%	30.9%
1011	島根県	仁多郡	81.3%	25.0%
1012	島根県	飯石郡	100.0%	100.0%
1013	島根県	邑智郡	30.0%	10.0%
1014	島根県	鹿足郡	66.7%	41.7%
1015	島根県	隠岐郡	51.7%	27.6%
1016	岡山県	岡山市北区	60.5%	27.0%
1017	岡山県	岡山市中区	68.7%	37.7%
1018	岡山県	岡山市東区	68.7%	34.0%
1019	岡山県	岡山市南区	66.5%	34.7%
1020	岡山県	倉敷市	60.9%	29.5%
1021	岡山県	津山市	62.0%	35.0%
1022	岡山県	玉野市	60.2%	33.6%
1023	岡山県	笠岡市	48.8%	27.4%
1024	岡山県	井原市	58.7%	27.0%
1025	岡山県	総社市	60.2%	33.7%
1026	岡山県	高梁市	56.6%	26.4%
1027	岡山県	新見市	61.2%	18.4%
1028	岡山県	備前市	63.5%	28.8%
1029	岡山県	瀬戸内市	55.9%	20.3%
1030	岡山県	赤磐市	53.6%	15.9%
1031	岡山県	真庭市	69.6%	40.5%
1032	岡山県	美作市	52.1%	35.4%
1033	岡山県	浅口市	69.0%	33.3%
1034	岡山県	和気郡	66.7%	28.6%
1035	岡山県	都窪郡	66.7%	33.3%
1036	岡山県	浅口郡	61.5%	46.2%
1037	岡山県	小田郡	65.0%	45.0%
1038	岡山県	真庭郡	0.0%	0.0%
1039	岡山県	苫田郡	63.2%	36.8%
1040	岡山県	勝田郡	52.4%	23.8%
1041	岡山県	英田郡	100.0%	0.0%
1042	岡山県	久米郡	56.3%	18.8%
1043	岡山県	加賀郡	45.0%	5.0%
1044	広島県	広島市中区	61.0%	24.4%
1045	広島県	広島市東区	64.7%	26.1%
1046	広島県	広島市南区	55.4%	25.7%
1047	広島県	広島市西区	60.0%	32.1%
1048	広島県	広島市安佐南区	64.4%	32.2%
1049	広島県	広島市安佐北区	60.0%	30.7%
1050	広島県	広島市安芸区	60.6%	29.8%
1051	広島県	広島市佐伯区	64.5%	34.6%
1052	広島県	呉市	58.1%	26.1%
1053	広島県	竹原市	61.5%	9.6%
1054	広島県	三原市	61.8%	38.2%
1055	広島県	尾道市	59.8%	35.1%
1056	広島県	福山市	60.5%	27.1%
1057	広島県	三次市	62.4%	28.4%
1058	広島県	庄原市	55.7%	24.3%
1059	広島県	大竹市	50.8%	20.0%
1060	広島県	東広島市	68.3%	31.4%
1061	広島県	廿日市市	62.6%	27.6%
1062	広島県	安芸高田市	59.3%	37.3%
1063	広島県	江田島市	53.7%	17.1%
1064	広島県	安芸郡	59.2%	29.2%
1065	広島県	山県郡	54.8%	23.8%
1066	広島県	豊田郡	46.7%	6.7%
1067	広島県	世羅郡	57.1%	42.9%
1068	広島県	神石郡	18.2%	9.1%
1069	山口県	下関市	61.8%	21.4%
1070	山口県	宇部市	67.3%	30.4%
1071	山口県	山口市	65.9%	26.3%
1072	山口県	萩市	67.0%	26.0%
1073	山口県	防府市	64.9%	26.6%
1074	山口県	下松市	74.5%	35.3%
1075	山口県	岩国市	65.4%	28.9%
1076	山口県	光市	67.4%	36.0%
1077	山口県	長門市	64.4%	28.8%
1078	山口県	柳井市	64.1%	32.1%
1079	山口県	美祢市	55.0%	22.5%
1080	山口県	周南市	68.7%	37.7%

（参考）市区町村別の運用開始状況一覧（7月31日時点）

	都道府県名	市区町村名	顔認証付きカードリーダー申込率	運用開始率
1081	山口県	山陽小野田市	66.2%	30.9%
1082	山口県	大島郡	63.2%	28.3%
1083	山口県	玖珂郡	100.0%	83.3%
1084	山口県	熊毛郡	60.8%	29.7%
1085	山口県	阿武郡	100.0%	50.0%
1086	徳島県	徳島市	63.0%	17.4%
1087	徳島県	鳴門市	61.5%	16.5%
1088	徳島県	小松島市	57.7%	11.5%
1089	徳島県	阿南市	56.4%	11.1%
1090	徳島県	吉野川市	60.5%	18.6%
1091	徳島県	阿波市	51.9%	23.1%
1092	徳島県	美馬市	55.2%	20.7%
1093	徳島県	三好市	55.8%	25.0%
1094	徳島県	勝浦郡	50.0%	25.0%
1095	徳島県	名東郡	0.0%	0.0%
1096	徳島県	名西郡	66.1%	22.0%
1097	徳島県	那賀郡	72.2%	33.3%
1098	徳島県	板野郡	51.4%	20.7%
1099	徳島県	美馬郡	46.2%	15.4%
1100	徳島県	三好郡	54.5%	22.7%
1101	香川県	高松市	64.5%	25.3%
1102	香川県	丸亀市	74.4%	28.1%
1103	香川県	坂出市	73.5%	31.9%
1104	香川県	善通寺市	74.1%	24.1%
1105	香川県	観音寺市	74.8%	34.6%
1106	香川県	さぬき市	75.0%	36.3%
1107	香川県	東かがわ市	67.3%	40.4%
1108	香川県	三豊市	71.3%	34.5%
1109	香川県	小豆郡	52.8%	22.2%
1110	香川県	木田郡	78.6%	31.0%
1111	香川県	香川郡	66.7%	33.3%
1112	香川県	綾歌郡	76.1%	35.2%
1113	香川県	仲多度郡	64.4%	25.3%
1114	愛媛県	松山市	67.9%	31.6%
1115	愛媛県	今治市	65.1%	28.9%
1116	愛媛県	宇和島市	60.1%	25.2%
1117	愛媛県	八幡浜市	54.7%	24.4%
1118	愛媛県	新居浜市	64.0%	34.4%
1119	愛媛県	西条市	61.9%	25.6%
1120	愛媛県	大洲市	61.9%	26.8%
1121	愛媛県	伊予市	53.1%	22.4%
1122	愛媛県	四国中央市	57.8%	36.7%
1123	愛媛県	西予市	55.4%	25.7%
1124	愛媛県	東温市	75.4%	38.5%
1125	愛媛県	越智郡	50.0%	12.5%
1126	愛媛県	上浮穴郡	36.8%	21.1%
1127	愛媛県	伊予郡	62.5%	25.0%
1128	愛媛県	喜多郡	66.7%	12.5%
1129	愛媛県	西宇和郡	60.0%	40.0%
1130	愛媛県	北宇和郡	69.2%	42.3%
1131	愛媛県	南宇和郡	57.1%	31.4%
1132	高知県	高知市	67.2%	31.8%
1133	高知県	室戸市	42.1%	5.3%
1134	高知県	安芸市	59.0%	25.6%
1135	高知県	南国市	70.7%	34.7%
1136	高知県	土佐市	65.9%	31.7%
1137	高知県	須崎市	71.1%	23.7%
1138	高知県	宿毛市	55.0%	30.0%
1139	高知県	土佐清水市	66.7%	13.3%
1140	高知県	四万十市	57.7%	21.1%
1141	高知県	香南市	57.1%	23.8%
1142	高知県	香美市	56.5%	30.4%
1143	高知県	長岡郡	60.0%	20.0%
1144	高知県	土佐郡	71.4%	14.3%
1145	高知県	吾川郡	51.0%	27.5%
1146	高知県	高岡郡	62.0%	27.8%
1147	高知県	幡多郡	22.7%	9.1%
1148	福岡県	北九州市門司区	70.4%	33.8%
1149	福岡県	北九州市若松区	57.7%	24.0%
1150	福岡県	北九州市戸畑区	65.5%	29.5%
1151	福岡県	北九州市小倉北区	58.8%	23.1%
1152	福岡県	北九州市小倉南区	62.9%	25.6%
1153	福岡県	北九州市八幡東区	59.1%	25.6%
1154	福岡県	北九州市八幡西区	60.6%	23.3%
1155	福岡県	福岡市東区	60.7%	26.3%
1156	福岡県	福岡市博多区	55.7%	26.1%
1157	福岡県	福岡市中央区	58.5%	22.8%
1158	福岡県	福岡市南区	59.5%	25.5%
1159	福岡県	福岡市西区	65.3%	27.0%
1160	福岡県	福岡市城南区	70.0%	27.6%
1161	福岡県	福岡市早良区	66.3%	27.2%
1162	福岡県	大牟田市	62.7%	26.5%
1163	福岡県	久留米市	62.3%	28.3%
1164	福岡県	直方市	57.9%	21.1%
1165	福岡県	飯塚市	59.5%	17.5%
1166	福岡県	田川市	61.3%	19.4%
1167	福岡県	柳川市	56.3%	25.8%
1168	福岡県	八女市	50.0%	18.5%
1169	福岡県	筑後市	76.4%	29.1%
1170	福岡県	大川市	54.0%	19.0%
1171	福岡県	行橋市	69.5%	29.9%
1172	福岡県	豊前市	54.2%	22.0%
1173	福岡県	中間市	63.2%	30.3%
1174	福岡県	小郡市	65.3%	29.8%
1175	福岡県	筑紫野市	63.7%	32.6%
1176	福岡県	春日市	63.6%	27.7%
1177	福岡県	大野城市	67.8%	31.1%
1178	福岡県	宗像市	60.2%	29.8%
1179	福岡県	太宰府市	65.8%	36.0%
1180	福岡県	古賀市	72.9%	29.9%
1181	福岡県	福津市	63.4%	31.3%
1182	福岡県	うきは市	61.5%	21.5%
1183	福岡県	宮若市	65.2%	21.7%
1184	福岡県	嘉麻市	44.8%	15.5%
1185	福岡県	朝倉市	76.9%	28.9%
1186	福岡県	みやま市	73.3%	26.7%
1187	福岡県	糸島市	64.4%	23.9%
1188	福岡県	那珂川市	49.4%	19.8%
1189	福岡県	糟屋郡	72.8%	33.1%
1190	福岡県	遠賀郡	61.5%	25.7%
1191	福岡県	鞍手郡	62.5%	18.8%
1192	福岡県	嘉穂郡	64.3%	35.7%
1193	福岡県	朝倉郡	62.2%	27.0%
1194	福岡県	三井郡	60.5%	18.6%
1195	福岡県	八女郡	68.4%	26.3%
1196	福岡県	田川郡	56.1%	22.4%
1197	福岡県	京都郡	59.5%	20.3%
1198	福岡県	築上郡	63.2%	17.5%
1199	佐賀県	佐賀市	71.1%	25.2%
1200	佐賀県	唐津市	67.9%	29.2%

（参考）市区町村別の運用開始状況一覧（7月31日時点）

	都道府県名	市区町村名	顔認証付きカードリーダー申込率	運用開始率
1201	佐賀県	鳥栖市	68.6%	19.2%
1202	佐賀県	多久市	66.7%	18.5%
1203	佐賀県	伊万里市	74.7%	24.2%
1204	佐賀県	武雄市	72.9%	22.4%
1205	佐賀県	鹿島市	77.1%	33.3%
1206	佐賀県	小城市	74.3%	34.3%
1207	佐賀県	嬉野市	78.0%	50.0%
1208	佐賀県	神埼市	72.2%	24.1%
1209	佐賀県	神埼郡	76.0%	44.0%
1210	佐賀県	三養基郡	69.6%	20.3%
1211	佐賀県	東松浦郡	50.0%	33.3%
1212	佐賀県	西松浦郡	70.0%	20.0%
1213	佐賀県	杵島郡	79.7%	37.7%
1214	佐賀県	藤津郡	50.0%	12.5%
1215	長崎県	長崎市	59.3%	19.9%
1216	長崎県	佐世保市	59.4%	18.5%
1217	長崎県	島原市	61.0%	23.0%
1218	長崎県	諫早市	67.9%	24.2%
1219	長崎県	大村市	76.2%	32.8%
1220	長崎県	平戸市	69.8%	39.5%
1221	長崎県	松浦市	62.1%	13.8%
1222	長崎県	対馬市	36.5%	19.2%
1223	長崎県	壱岐市	53.8%	10.3%
1224	長崎県	五島市	54.9%	23.9%
1225	長崎県	西海市	62.5%	25.0%
1226	長崎県	雲仙市	63.0%	19.2%
1227	長崎県	南島原市	53.2%	12.9%
1228	長崎県	西彼杵郡	66.9%	25.9%
1229	長崎県	東彼杵郡	71.9%	28.1%
1230	長崎県	北松浦郡	73.3%	40.0%
1231	長崎県	南松浦郡	64.9%	13.5%
1232	熊本県	熊本市中央区	69.3%	27.6%
1233	熊本県	熊本市東区	68.2%	26.7%
1234	熊本県	熊本市西区	77.1%	27.1%
1235	熊本県	熊本市南区	62.4%	28.2%
1236	熊本県	熊本市北区	68.6%	30.0%
1237	熊本県	八代市	50.8%	20.4%
1238	熊本県	人吉市	69.2%	34.6%
1239	熊本県	荒尾市	61.1%	26.7%
1240	熊本県	水俣市	69.8%	28.3%
1241	熊本県	玉名市	63.0%	31.1%
1242	熊本県	山鹿市	71.3%	28.8%
1243	熊本県	菊池市	63.6%	19.5%
1244	熊本県	宇土市	57.8%	20.0%
1245	熊本県	上天草市	55.8%	14.0%
1246	熊本県	宇城市	59.4%	36.6%
1247	熊本県	阿蘇市	55.8%	20.9%
1248	熊本県	天草市	55.2%	24.0%
1249	熊本県	合志市	52.9%	24.7%
1250	熊本県	下益城郡	50.0%	14.3%
1251	熊本県	玉名郡	62.5%	20.0%
1252	熊本県	菊池郡	66.2%	31.5%
1253	熊本県	阿蘇郡	75.6%	24.4%
1254	熊本県	上益城	67.7%	25.6%
1255	熊本県	八代郡	47.1%	5.9%
1256	熊本県	葦北郡	57.1%	22.9%
1257	熊本県	球磨郡	61.8%	23.5%
1258	熊本県	天草郡	90.0%	30.0%
1259	大分県	大分市	73.3%	31.1%
1260	大分県	別府市	71.5%	29.3%
1261	大分県	中津市	65.1%	27.5%
1262	大分県	日田市	52.0%	19.7%
1263	大分県	佐伯市	69.7%	34.5%
1264	大分県	臼杵市	69.1%	29.4%
1265	大分県	津久見市	63.6%	12.1%
1266	大分県	竹田市	44.7%	13.2%
1267	大分県	豊後高田市	72.7%	36.4%
1268	大分県	杵築市	76.7%	39.5%
1269	大分県	宇佐市	60.4%	31.7%
1270	大分県	豊後大野市	54.0%	15.9%
1271	大分県	由布市	72.3%	29.8%
1272	大分県	国東市	59.6%	19.1%
1273	大分県	東国東郡	100.0%	100.0%
1274	大分県	速見郡	52.5%	27.5%
1275	大分県	玖珠郡	38.9%	19.4%
1276	宮崎県	宮崎市	77.3%	43.4%
1277	宮崎県	都城市	78.6%	50.2%
1278	宮崎県	延岡市	77.0%	37.1%
1279	宮崎県	日南市	68.0%	33.0%
1280	宮崎県	小林市	75.0%	44.4%
1281	宮崎県	日向市	75.2%	38.1%
1282	宮崎県	串間市	69.6%	47.8%
1283	宮崎県	西都市	60.8%	29.4%
1284	宮崎県	えびの市	70.3%	40.5%
1285	宮崎県	北諸県郡	83.9%	38.7%
1286	宮崎県	西諸県郡	70.0%	20.0%
1287	宮崎県	東諸県郡	67.6%	26.5%
1288	宮崎県	児湯郡	63.4%	29.0%
1289	宮崎県	東臼杵郡	71.4%	40.0%
1290	宮崎県	西臼杵郡	72.7%	40.9%
1291	鹿児島県	鹿児島市	70.6%	33.7%
1292	鹿児島県	鹿屋市	76.7%	40.3%
1293	鹿児島県	枕崎市	76.9%	35.9%
1294	鹿児島県	阿久根市	72.2%	33.3%
1295	鹿児島県	出水市	65.7%	30.4%
1296	鹿児島県	指宿市	73.2%	39.0%
1297	鹿児島県	西之表市	73.3%	46.7%
1298	鹿児島県	垂水市	78.3%	47.8%
1299	鹿児島県	薩摩川内市	67.6%	29.2%
1300	鹿児島県	日置市	72.3%	27.7%
1301	鹿児島県	曽於市	67.4%	23.3%
1302	鹿児島県	霧島市	74.9%	35.9%
1303	鹿児島県	いちき串木野市	73.4%	39.1%
1304	鹿児島県	南さつま市	66.7%	37.5%
1305	鹿児島県	志布志市	78.7%	29.8%
1306	鹿児島県	奄美市	65.9%	38.6%
1307	鹿児島県	南九州市	73.7%	33.3%
1308	鹿児島県	伊佐市	61.7%	36.2%
1309	鹿児島県	姶良市	79.9%	34.7%
1310	鹿児島県	鹿児島郡	0.0%	0.0%
1311	鹿児島県	薩摩郡	75.6%	31.7%
1312	鹿児島県	出水郡	30.0%	10.0%
1313	鹿児島県	姶良郡	93.3%	40.0%
1314	鹿児島県	曽於郡	61.5%	53.8%
1315	鹿児島県	肝属郡	57.9%	24.6%
1316	沖縄県	那覇市	60.3%	24.7%
1317	沖縄県	宜野湾市	55.6%	21.8%
1318	沖縄県	石垣市	63.5%	23.0%
1319	沖縄県	浦添市	64.6%	27.1%
1320	沖縄県	名護市	60.2%	15.7%
1321	沖縄県	糸満市	58.0%	20.3%
1322	沖縄県	沖縄市	58.8%	27.1%
1323	沖縄県	豊見城市	57.1%	23.5%
1324	沖縄県	うるま市	63.3%	27.5%
1325	沖縄県	宮古島市	51.8%	21.7%
1326	沖縄県	南城市	46.9%	15.6%
1327	沖縄県	国頭郡	47.5%	11.5%
1328	沖縄県	中頭郡	60.0%	28.7%
1329	沖縄県	島尻郡	59.5%	23.5%
1330	沖縄県	宮古郡	50.0%	50.0%
1331	沖縄県	八重山郡	9.1%	0.0%

令和4年8月19日	第152回社会保障審議会医療保険部会	資料3

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

医療費における保険給付率と患者負担率のバランス等の定期的な見える化について

厚生労働省　保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

これまでの経緯

基本的な考え方

- 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。
- 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、国民にわかりやすい形で公表していくことが必要。
- 国民に広く医療保険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ため、こうした内容を年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こととしたところ（令和２年10月28日医療保険部会において、公表資料案とともに議論）

医療保険部会における議論の整理（令和２年12月23日）

（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）

（略）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。

新経済・財政再生計画改革工程表 2021（令和３年12月23日）

５９．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

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》

対応方針

令和2年10月28日 | 第132回社会保障審議会医療保険部会 | 資料1－6
（一部抜粋）

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。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

本年度公表予定の資料について（４～11ページ）

ひと、くらし、みらいのために

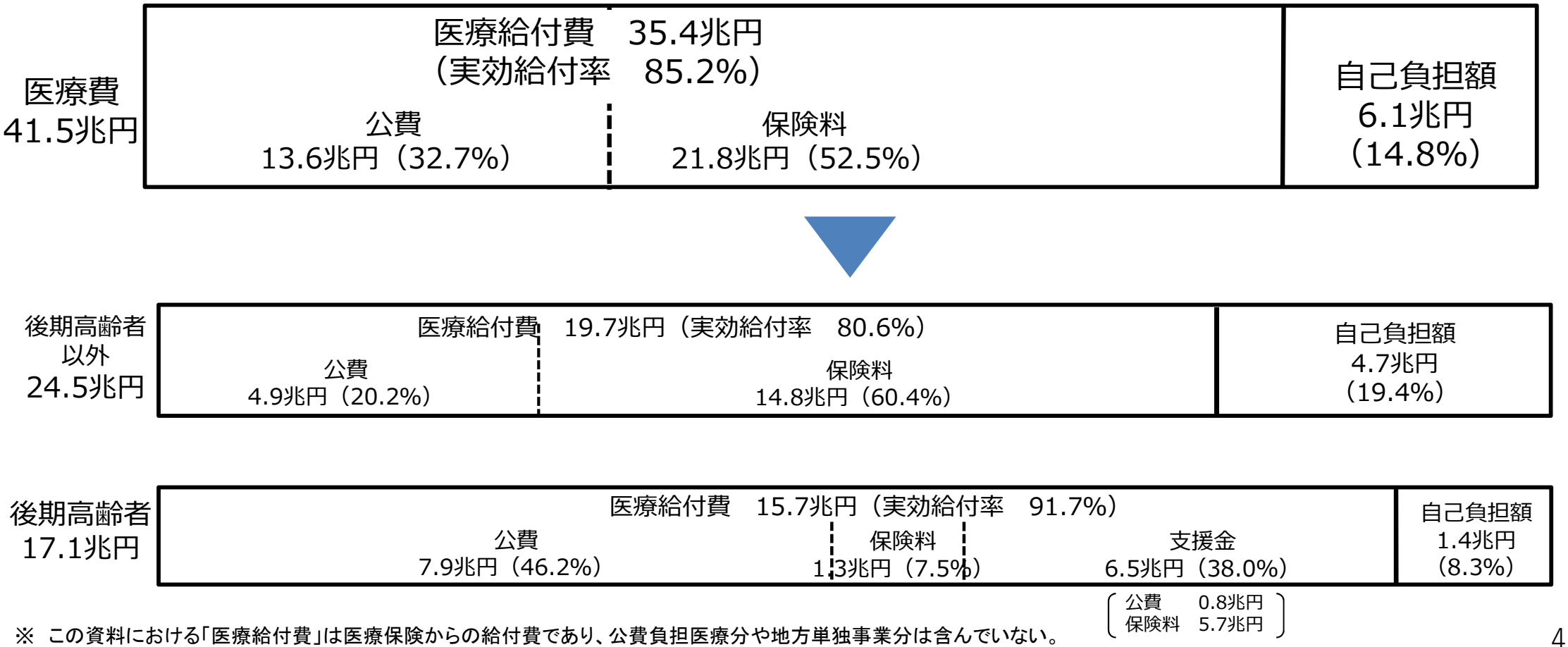
厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

医療費の財源構成（令和元年度）

皆さんが病院の窓口で支払う金額（自己負担額）は、平均的には、受けた医療にかかった費用（医療費）の約15%程度です。その他の部分は医療保険制度から支払われます。この医療保険でまかなわれる割合（85%）を、「実効給付率」といいます。またこの85%のうち、公費でまかなわれる部分が33%程度、保険料でまかなわれる部分が52%程度となっています。

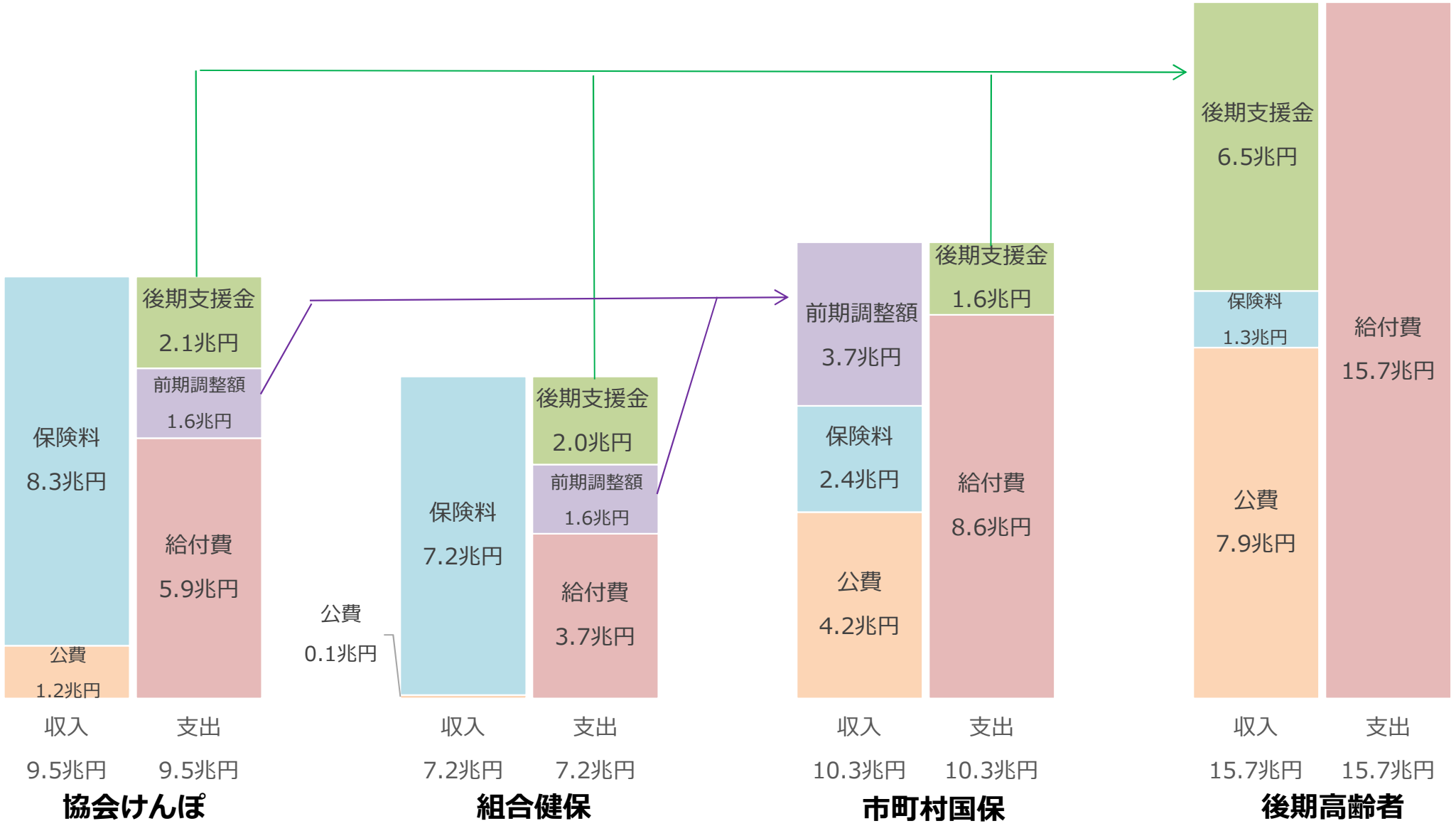
自己負担額の割合は年齢によって異なり、後期高齢者（75歳以上）とそれ以外で分けた場合には、後期高齢者が約8%、それ以外が約19%となっています。



※　この資料における「医療給付費」は医療保険からの給付費であり、公費負担医療分や地方単独事業分は含んでいない。
　　また、「自己負担額」は医療保険に係る医療費から上記の「医療給付費」を除いたものとなっている。

制度別の財政の概要（令和元年度）

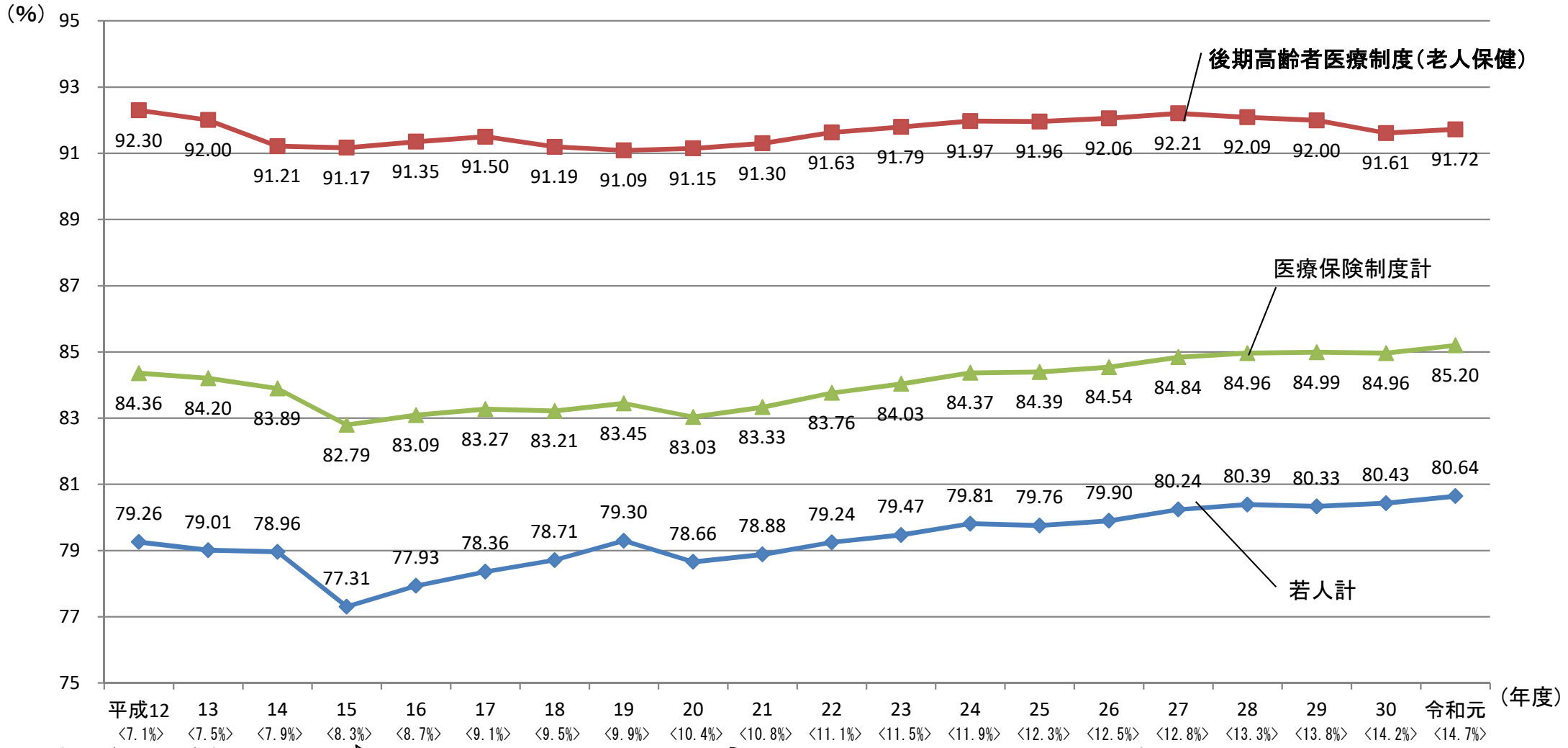
医療保険制度間では、年齢構成による医療費の違いなどによる財政の負担を調整するために、負担を調整する仕組みとなっています（前期調整額）。また後期高齢者に係る給付費の一部は他の制度も支援金という形で負担しています。（後期支援金）



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。

実効給付率の推移

実効給付率（直近では約85%）は、制度改正等により上下することはあるものの、高齢者の方が実効給付率が高い傾向にあるため、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になっています。



＜＞内は75歳以上人口割合

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33%程度となっています。

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しています。

	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）	平成30年度（2018）	令和元年度（2019）
実効給付率	84.0%	84.4%	84.4%	84.5%	84.8%	85.0%	85.0%	85.0%	85.2%
うち保険料分	52.3%	52.4%	52.3%	52.3%	52.4%	52.6%	52.7%	52.4%	52.5%
うち公費分	31.7%	32.0%	32.1%	32.3%	32.4%	32.4%	32.3%	32.6%	32.7%
前年度差（実効給付率）	0.3%	0.3%	0.0%	0.1%	0.3%	0.1%	0.0%	▲0.0%	0.2%
うち保険料分	0.2%	0.1%	▲0.1%	▲0.0%	0.1%	0.2%	0.1%	▲0.3%	0.1%
うち公費分	0.1%	0.3%	0.1%	0.2%	0.2%	▲0.1%	▲0.0%	0.3%	0.1%
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	・国保の財政支援の拡充（約1,700億円）	

※１．実効給付率は医療保険医療費に対しての率である。

※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。

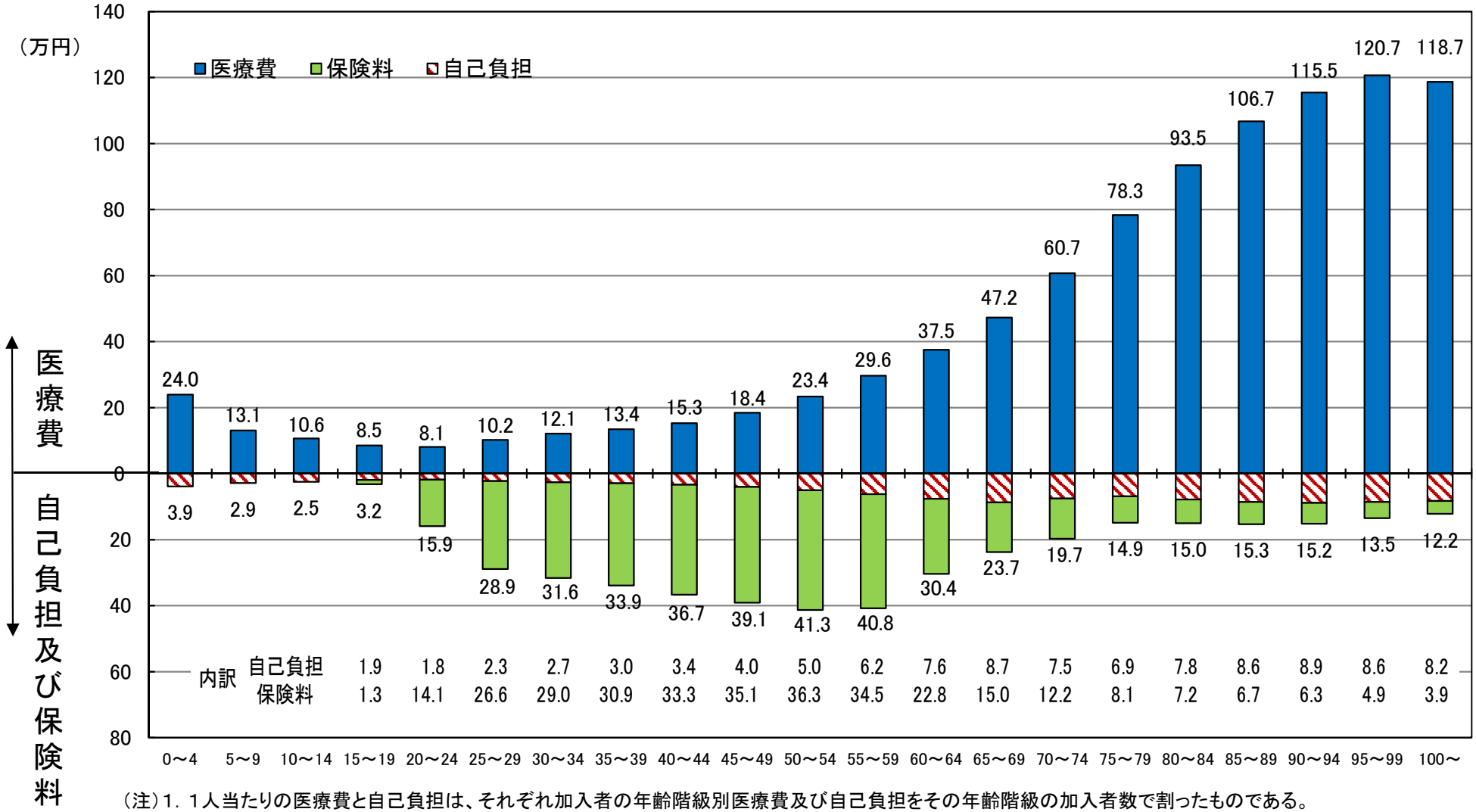
（参考）制度別加入者数割合

被用者保険	58.0%	58.1%	58.3%	58.7%	59.3%	60.1%	61.0%	61.5%	62.0%
うち協会けんぽ	27.5%	27.6%	28.0%	28.5%	29.2%	29.9%	30.6%	31.2%	32.1%
うち組合健保	23.3%	23.2%	23.1%	23.1%	23.1%	23.2%	23.4%	23.5%	23.0%
国民健康保険	30.5%	30.1%	29.6%	28.9%	28.1%	26.9%	25.6%	24.6%	23.8%
後期高齢者	11.4%	11.8%	12.1%	12.3%	12.7%	13.1%	13.5%	13.9%	14.2%

※．国民健康保険には、国保組合が含まれている。

年齢による医療費と負担額の違い（令和元年度）

一般的に、年齢が高いほど平均的な医療費は高くなります。一方で、保険料の負担額は現役世代の間が比較的高くなります。



（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。

生涯医療費とは

生涯医療費は、その年に生まれた０歳の人が、平均で生涯にどのくらいの医療費が必要となるかを表したものです。

　生涯医療費は、今後、年齢別の1人当たり医療費や死亡の状況が変化しないと仮定し、

「ある年齢の1人当たり医療費」×

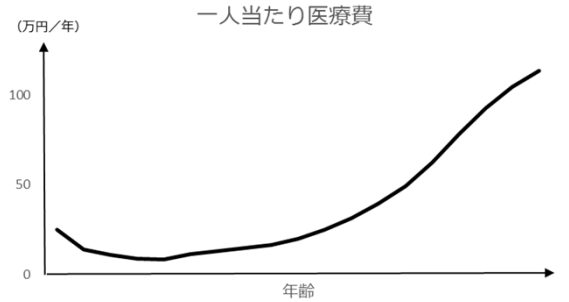
「０歳からその年齢までの生存割合」

を計算して、それを全ての年齢で足し上げることにより算出しています。

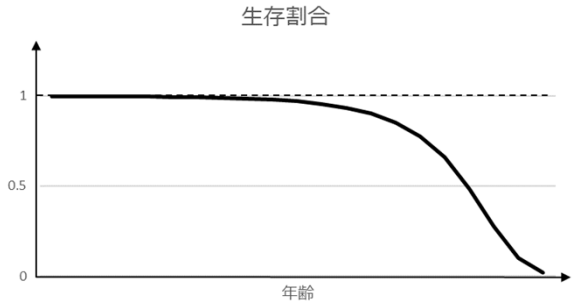
　つまり、これは途中で死亡することも考慮した医療費と言えます。

　このため、生涯医療費は、年齢ごとの1人当たり医療費を単純に足し上げたものとは異なります。

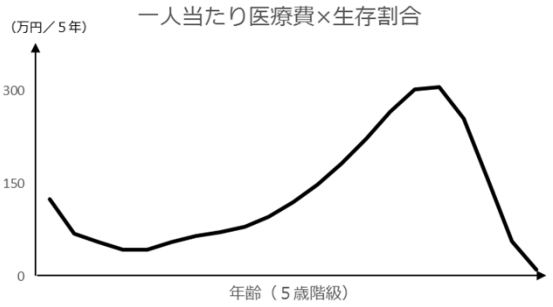
※ 実際の計算は、年齢を５歳階級ごとにまとめて行っています。



×

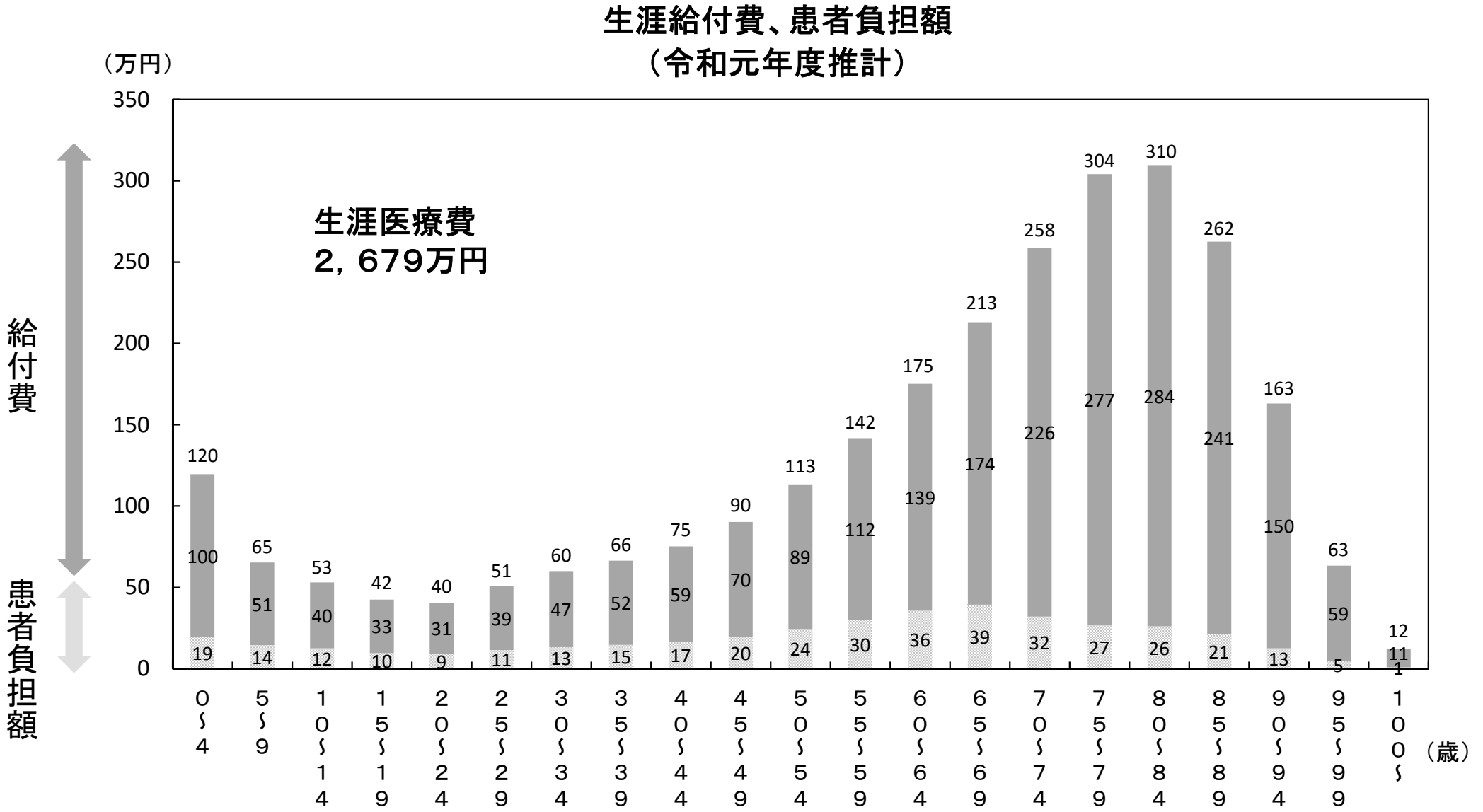


＝



生涯医療費（令和元年度）

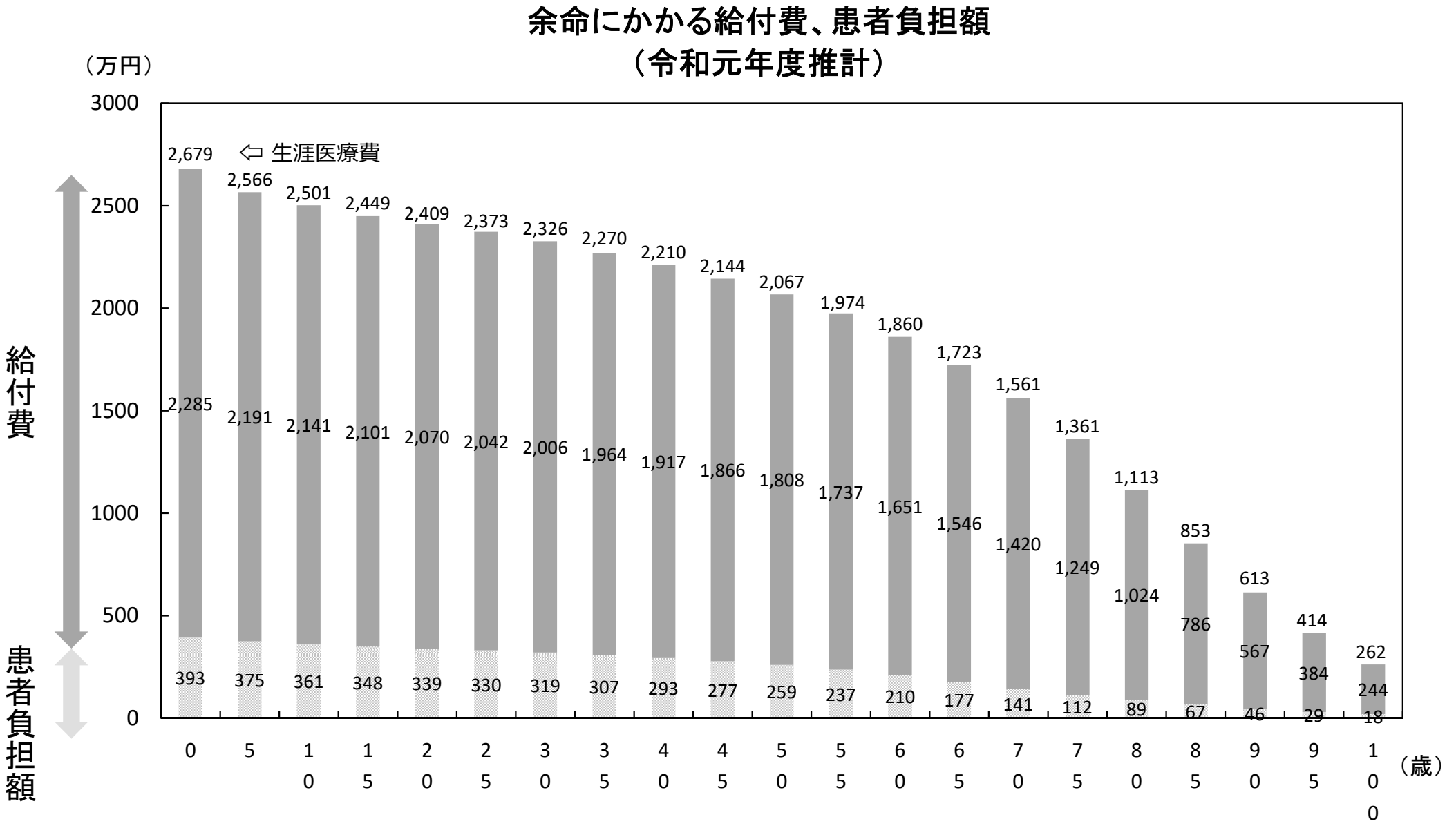
直近のデータを元に計算した生涯医療費は、約2,700万円となっています。生涯医療費のうち医療保険給付で賄われる部分は、約2,300万円となり、医療費の約85%は医療保険から賄われることとなります。



（注）1．令和元年度の年齢階級別一人当たり医療費をもとに、令和元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。
2．労災等を含めた生涯医療費は約2,800万円である。

余命にかかる医療費（令和元年度）

ある年齢に達した人がその後にかかる平均的な医療費（給付費、患者負担額）を表しています。



（注）令和元年度の年齢階級別一人当たり医療費をもとに、令和元年度人口推計ならびに令和元年簡易生命表による生存数および定常人口を適用して推計したものである。

（参考）医療保険部会における議論の整理（令和２年12月23日）

（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。

令和4年8月19日	第152回社会保障審議会医療保険部会	資料4

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

「経済財政運営と改革の基本方針2022」、「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画」及び「規制改革実施計画」等について（保険局関係）

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

経済財政運営と改革の基本方針2022（令和４年６月７日 閣議決定）（主な箇所抜粋①）

第２章　新しい資本主義に向けた改革
２．社会課題の解決に向けた取組

（２）包摂社会の実現
（少子化対策・こども政策）
　結婚・妊娠・出産・子育てに夢や希望を感じられる社会を目指し、「希望出生率1.8」の実現に向け、「少子化社会対策大綱」等に基づき、結婚、妊娠・出産、子育てのライフステージに応じた総合的な取組の推進、結婚新生活立上げ時の経済的負担の軽減や出会いの機会・場の提供など地方自治体による結婚支援の取組に対する支援、妊娠前から妊娠・出産、子育て期にわたる切れ目ない支援の充実、「新子育て安心プラン」の着実な実施や病児保育サービスの推進等仕事と子育ての両立支援に取り組む。妊娠・出産支援として、不妊症・不育症支援やデジタル相談の活用を含む妊産婦支援・産後ケアの推進等に取り組むとともに、出産育児一時金の増額を始めとして、経済的負担の軽減についても議論を進める。流産・死産等を経験された方への支援に取り組む。

（孤独・孤立対策）
　「孤独・孤立対策の重点計画」の施策を着実に推進するとともに、さらに全省庁の協力による取組を進める。実態調査結果を踏まえた施策の重点化と「予防」の観点からの施策の充実を図り、重点計画に適切に反映する。いわゆる「社会的処方」の活用、ワンストップの相談窓口の本格実施に向けた環境整備、食・住など日常生活での孤独・孤立の軽減、ひきこもり支援に資する支援策の充実とともに、アウトリーチ型のアプローチや同世代・同性の対応促進のための取組を推進し、確実に支援を届ける方策を講ずる。官民一体で取組を推進する観点から、国の官民連携プラットフォームの活動を促進し、複数年契約の普及促進等によりＮＰＯ等の活動を継続的にきめ細かく支援するとともに、地方における官民連携プラットフォームの形成に向けた環境整備に取り組む。あわせて、支援者支援など孤独・孤立対策に関するＮＰＯ等の諸活動への支援を促進する方策の在り方を検討する。

経済財政運営と改革の基本方針2022（令和４年６月７日 閣議決定）（主な箇所抜粋②）

第４章　中長期の経済財政運営
２．持続可能な社会保障制度の構築

（全世代型社会保障の構築）

全世代型社会保障は、「成長と分配の好循環」を実現するためにも、給付と負担のバランスを確保しつつ、若年期、壮中年期及び高齢期のそれぞれの世代で安心できるよう構築する必要がある。そのために、社会保険を始めとする共助について、包摂的で中立的な仕組みとし、制度による分断や格差、就労の歪みが生じないようにする。これにより、我が国の中間層を支え、その厚みを増すことに寄与する。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、能力に応じて皆が支え合うことを基本としながら、それぞれの人生のステージに応じて必要な保障をバランスよく確保する。その際、給付と負担のバランスや現役世代の負担上昇の抑制を図りつつ、後期高齢者医療制度の保険料賦課限度額の引上げを含む保険料負担の在り方等各種保険制度における負担能力に応じた負担の在り方等※１の総合的な検討を進める。全世代型社会保障の構築に向けて、世代間の対立に陥ることなく、全世代にわたって広く基本的な考え方を共有し、国民的な議論を進めていく。

男女が希望どおりに働ける社会を構築するため、男性や非正規雇用労働者の育児休業取得促進や子育て支援に取り組む。そして、子育て・若者世代が出産・育児によって収入や生活に不安を抱くことなく、仕事と子育てを両立できる環境を整備するために必要となる更なる対応策について、国民的な議論を進める。勤労者皆保険の実現に向けて、被用者保険の適用拡大の着実な実施や更に企業規模要件の撤廃・非適用業種の見直しの検討、フリーランス・ギグワーカーへの社会保険適用について被用者性の捉え方等の検討を進める。家庭における介護の負担軽減のため介護サービスの基盤整備等を進める。公的価格の費用の見える化等を行った上で、職種毎に仕事の内容に比して適正な水準まで賃金が引き上がり、必要な人材が確保されること等を目指して、現場で働く方々の更なる処遇改善に取り組んでいく。また、独居の困窮者・高齢者等に対する相談支援や医療・介護・住まいの一体的な検討・改革等地域共生社会づくりに取り組む。また、医療・介護提供体制などの社会保障制度基盤の強化については、今後の医療ニーズや人口動態の変化、コロナ禍で顕在化した課題を踏まえ、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するため、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めることとし、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行うとともに、地域医療連携推進法人の有効活用や都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進する。あわせて、医師の働き方改革の円滑な施行に向けた取組を進める。その他基盤強化に向けて、医療費適正化計画の在り方の見直しや都道府県のガバナンスの強化など関連する医療保険制度等の改革※２とあわせて、これまでの骨太方針2021等に沿って着実に進める。

これらの取組について、今後、生産年齢人口が急速に減少していく中、高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる2040年頃を視野に入れつつ、コロナ禍で顕在化した課題を含め、2023年、2024年を見据えた短期的課題及び中長期的な各種の課題を全世代型社会保障構築会議において整理し、中長期的な改革事項を工程化した上で、政府全体として取組を進める。

※１これまでの経済財政運営と改革の基本方針や新経済・財政再生計画改革工程表に掲げられた医療・介護等に関する事項を含む。

※２中長期的課題として、現在広域連合による事務処理が行われている後期高齢者医療制度の在り方、生活保護受給者の国保及び後期高齢者医療制度への加入を含めた医療扶助の在り方の検討を深めることなどを含む。

経済財政運営と改革の基本方針2022（令和４年６月７日 閣議決定）（主な箇所抜粋③）

第４章　中長期の経済財政運営
２．持続可能な社会保障制度の構築

（社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進）

医療・介護費の適正化を進めるとともに、医療・介護分野でのＤＸを含む技術革新を通じたサービスの効率化・質の向上を図るため、デジタルヘルスの活性化に向けた関連サービスの認証制度や評価指針による質の見える化やイノベーション等を進め、同時にデータヘルス改革に関する工程表にのっとりＰＨＲの推進等改革を着実に実行する。オンライン資格確認について、保険医療機関・薬局に、2023年４月から導入を原則として義務付けるとともに、導入が進み、患者によるマイナンバーカードの保険証利用が進むよう、関連する支援等の措置を見直す※１。2024年度中を目途に保険者による保険証発行の選択制の導入を目指し、さらにオンライン資格確認の導入状況等を踏まえ、保険証の原則廃止※２を目指す。「全国医療情報プラットフォーム※３の創設」、「電子カルテ情報の標準化等」及び「診療報酬改定ＤＸ※４」の取組を行政と関係業界※５が一丸となって進めるとともに、医療情報の利活用について法制上の措置等を講ずる。そのため、政府に総理を本部長とし関係閣僚により構成される「医療ＤＸ推進本部（仮称）」を設置する。経営実態の透明化の観点から、医療法人・介護サービス事業者の経営状況に関する全国的な電子開示システム等を整備するとともに、処遇改善を進めるに際して費用の見える化などの促進策を講ずる。医療・介護サービスの生産性向上を図るため、タスク・シフティングや経営の大規模化・協働化を推進する。加えて、医療ＤＸの推進を図るため、オンライン診療の活用を促進するとともに、ＡＩホスピタルの推進及び実装に向け取り組む。

※１診療報酬上の加算の取扱いについては、中央社会保険医療協議会において検討。
※２加入者から申請があれば保険証は交付される。
※３オンライン資格確認等システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診等情報に加え、予防接種、電子処方箋情報、自治体検診情報、電子カルテ等の医療（介護を含む）全般にわたる情報について共有・交換できる全国的なプラットフォームをいう。
※４デジタル時代に対応した診療報酬やその改定に関する作業を大幅に効率化し、システムエンジニアの有効活用や費用の低廉化を目指すことをいう。これにより、医療保険制度全体の運営コスト削減につなげることが求められている。
※５医療界、医学界、産業界をいう。

経済財政運営と改革の基本方針2022（令和４年６月７日 閣議決定）（主な箇所抜粋③）

第４章　中長期の経済財政運営
２．持続可能な社会保障制度の構築

（社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進）の続き

経済安全保障や医薬品産業ビジョン2021 等の観点も踏まえ、医薬品の品質・安定供給の確保とともに創薬力を強化し、様々な手段を講じて科学技術力の向上とイノベーションを実現する。がん・難病に係る創薬推進等のため、臨床情報と全ゲノム解析の結果等の情報を連携させ搭載する情報基盤を構築し、その利活用に係る環境を早急に整備する。がん専門医療人材を養成するとともに、「がん対策推進基本計画」の見直し、新たな治療法を患者に届ける取組を推進する等がん対策を推進する。大麻に関する制度を見直し、大麻由来医薬品の利用等に向けた必要な環境整備を進める。熱中症対策に取り組むとともに、ＯＴＣ医薬品・ＯＴＣ検査薬の拡大に向けた検討等によるセルフメディケーションの推進、ヘルスリテラシーの向上に取り組む。早期発見・早期治療のため、疾患に関する正しい知識の周知啓発を実施し、感染拡大によるがん検診受診の実態を踏まえ、引き続き、受診勧奨に取り組むとともに、政策効果に関する実証事業を着実に実施するなどリハビリテーションを含め予防・重症化予防・健康づくりを推進する。また、移植医療を推進する。

良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、2022年度診療報酬改定により措置された取組の検証を行うとともに、周知・広報の推進とあわせたリフィル処方箋の普及・定着のための仕組みの整備を実現する。バイオシミラーについて、医療費適正化効果を踏まえた目標値を今年度中に設定し、着実に推進する。新型コロナウイルス感染症対応の経験を踏まえ、コロナ入院患者受入医療機関等に対する補助の在り方について、これまでの診療報酬の特例等※も参考に見直す。国保財政健全化の観点から、法定外繰入等の早期解消を促すとともに、普通調整交付金の配分の在り方について、方向性を示すべく地方団体等との議論を深める。

※過去の収入に応じた支払いを含む。

新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画（令和４年６月７日 閣議決定）（主な箇所抜粋①）

Ⅲ.新しい資本主義に向けた計画的な重点投資
１．人への投資と分配

（１）賃金引上げの推進

③介護・障害福祉職員、保育士等の処遇改善のための公的価格の更なる見直し

介護・障害福祉職員、保育士等や、コロナ対応等を担っている看護師等の収入を３％程度引き上げる措置を講じた。

介護・障害福祉職員、保育士等の今後の具体的な処遇改善の方向性については、公的価格評価検討委員会の中間整理を踏まえ、職種ごとに仕事の内容に比して適正な水準まで収入が引き上がり、必要な人材が確保されるかといった観点から検討する。

看護師の今後の処遇改善については、今回の措置の結果も踏まえつつ、全ての職場における看護師のキャリアアップに伴う処遇改善の在り方について検討する。

これらの結果に基づき、引き続き、処遇改善に取り組む。

（４）子ども・現役世代・高齢者まで幅広い世代の活躍を応援

⑦健康経営の推進

企業と保険者が連携して健康経営を推進するとともに、そのスコアリングの方法等を見直す。

（５）多様性の尊重と選択の柔軟性

④勤労者皆保険の実現

働き方の多様化が進む中で、働き方に対して「中立」な社会保障制度の構築を進める必要がある。

まずは、企業規模要件の段階的引下げ等を内容とする令和２年年金制度改正法に基づき、被用者保険（厚生年金・健康保険）の適用拡大を着実に実施する。さらに、企業規模要件の撤廃も含めた見直しや非適用業種の見直し等を検討する。

フリーランス・ギグワーカー等への社会保険の適用については、被用者性等をどう捉えるかの検討を行う。その上で、労働環境の変化等を念頭に置きながら、より幅広い社会保険の適用の在り方について総合的に検討を進める。

新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画（令和４年６月７日 閣議決定）（主な箇所抜粋②）

Ⅲ.新しい資本主義に向けた計画的な重点投資
４．GX（グリーン・トランスフォーメーション）及びDX（デジタル・トランスフォーメーション）への投資

（２）DXへの投資

④デジタルヘルスの普及

デジタルヘルスを普及するため、承認アプリを活用した際の診療報酬上の加算を行う。また、ヘルスケア製品・サービスについて、自主的な認証制度の実施を支援する。

⑤マイナンバーカードの普及

デジタル社会のパスポートであるマイナンバーカードについて、健康保険証としての利用や運転免許証との一体化、スマートフォンへの機能搭載等により、国民の利便性の向上を図るとともに、国際標準のセキュリティ認証を取得したシステム面でのセキュリティ対策の安全性やメリットの周知を通じて、その普及を加速する。

⑦医療のＤＸ

全国医療情報プラットフォームの創設、電子カルテ情報の標準化等及び診療報酬改定に関するＤＸの取組を行政と関係業界が一丸となって進めるとともに、医療情報の利活用について法制上の措置等を講ずる。そのため、政府に総理を本部長とし関係閣僚により構成される「医療ＤＸ推進本部（仮称）」を設置する。

規制改革実施計画（令和４年６月７日 閣議決定）（主な箇所抜粋①）

１．デジタル原則を踏まえた規制の横断的な見直し
(8)申請・届出・交付・通知に書面・対面を求める規制の見直し

No.	事項名	規制改革の内容	実施時期
14	行政手続のオンライン化の推進	a, b　（略） c　厚生労働省は、健康保険組合における請求書及び領収書等の電磁的記録による保存について、適確かつ速やかに普及が図られるよう、健康保険組合の業務の見直しや体制整備も含め検討を行い、必要な措置を講ずる。 d～f　（略）	c：令和４年度までに結論を得て、可能なものから順次措置

５．個別分野の取組　＜医療・介護・感染症対策＞
(3)医療DXを支える医療関係者の専門能力の最大発揮

No.	事項名	規制改革の内容	実施時期
11	社会保険診療報酬支払基金等における審査・支払業務の円滑化	a　社会保険診療報酬支払基金の審査支払システムを最大限活用するため、現時点でコンピュータチェックにより完結しないこととなっている、ＡＩによる振り分けの対象とならない目視対象のレセプト（入院レセプト等）について、ＡＩによる振り分けの適用に向けた具体的な検討を行い、適用可能な部分について適用する。 b　自動的なレポーティング機能を有効に活用するため、審査結果の差異の検証が完了しているか否かにかかわらず差異の分析が可能となるよう、差異のデータは、順次、一定数を定期的に公表する。 c　厚生労働省は、より効果的・効率的な審査支払システムによる審査等のためには、紙レセプトはもとより、電子媒体による請求が行われている場合も含め、オンライン請求への移行を進める必要があることから、オンライン請求を行っていない医療機関等の実態調査を行うとともに、その結果も踏まえ、将来的にオンライン請求の割合を100%に近づけていくための具体的なロードマップを作成する。 d　厚生労働省は、令和３年３月に取りまとめられた「審査支払機能の在り方に関する検討会」の報告書において令和４年度中に実施予定とされている、再請求等のオンライン化を確実に実施するため、具体的なオンライン化の時期を決定する。 e　厚生労働省は、柔道整復療養費について、公的な関与の下に請求・審査・支払いが行われる仕組みを検討するとともに、併せてオンライン請求の導入について検討を行う。	a：引き続き検討を進め、令和４年度措置 b：継続的に措置 c：令和４年度末目途措置 d：令和４年度上期措置 e：引き続き検討を進め、令和４年度上期結論

規制改革実施計画（令和４年６月７日 閣議決定）（主な箇所抜粋②）

５．個別分野の取組　＜医療・介護・感染症対策＞
(3)医療DXを支える医療関係者の専門能力の最大発揮

No.	事項名	規制改革の内容	実施時期
12	医療現場の負担軽減のための手続のデジタル化等	a　厚生労働省は、厚生労働省が所管する法令等に基づき医療機関又は医師（以下「医療機関等」という。）が厚生労働省本省、その地方支分部局、社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会若しくは地方公共団体に対して行う申請若しくは届出又は患者に対して行う交付の手続（以下「申請等手続」という。）について、情報通信技術を活用した行政の推進等に関する法律（平成14 年法律第151 号）及び「デジタル社会の実現に向けた重点計画」（令和４年６月７日閣議決定）等を踏まえ、申請等手続を書面で行う場合の医師又は患者の当該書面への押印又は署名、該書面の日本産業規格Ａ列４番以外の大きさ又は白以外の色による作成等によって医療機関等に生じる負担を軽減するため、医療現場、地方公共団体その他の関係者の意見を踏まえて相当の業務量が生じていると認められる申請等手続についてデジタル化（電子メールにより申請等手続を行うことを含む。）を進めるための工程表を作成する。当該工程表には、申請等手続のデジタル化のみならず、書面による作成を求める場合の医療機関等の負担軽減に関する方策を含むものとし、署名又は押印の廃止や、その廃止を困難とする場合に署名又は押印を印刷印影又は組織印に代えることの可否に関する内容を含むものとする。 b　厚生労働省は、電子処方箋以外の医療現場での書類について、デジタル化によって、医療従事者の負担軽減等を実現する観点から、電子署名の要否等について整理を行う。	a:令和４年措置 b:引き続き検討、早期に結論

５．個別分野の取組　＜医療・介護・感染症対策＞
(4)質の高い医療を支える先端的な医薬品・医療機器の開発の促進

No.	事項名	規制改革の内容	実施時期
12	医療現場の負担軽減のための手続のデジタル化等	a　民間事業者や研究者が、医薬品等の治療のアウトカムを把握し、その効果・実態等の分析に活用することができるよう、厚生労働省と総務省は、レセプト情報・特定健診等情報データベース（ＮＤＢ）について、統計法（平成19 年法律第53 号）との関係について整理した上で、死亡の時期や原因など、死亡した者に関する情報との連結が可能となるよう検討を行う。 b, c　（略）	a:令和４年度上期検討開始、令和４年度結論

デジタル社会の実現に向けた重点計画（令和４年６月７日 閣議決定）（主な箇所抜粋①）

第６　デジタル社会の実現に向けた施策
１．国民に対する行政サービスのデジタル化

（４）マイナンバーカードの普及及び利用の推進

① マイナンバーカードの健康保険証としての利用の推進

診療時における確実な本人確認と保険資格確認を可能とし、医療保険事務の効率化や患者の利便性の向上等を図るため、オンライン資格確認について、保険医療機関・薬局に、令和５年（2023年）４月から導入を原則として義務付けるとともに、導入が進み、患者によるマイナンバーカードの保険証利用が進むよう、関連する支援等の措置を見直す※１。令和６年度（2024年度）中を目途に保険者による保険証発行の選択制の導入を目指し、さらにオンライン資格確認の導入状況等を踏まえ、保険証の原則廃止※２を目指す。また、訪問診療・訪問看護等のオンライン資格確認の仕組みの構築を進めるとともに、マイナンバーカードの機能（電子証明書）のスマートフォン搭載に対応したオンライン資格確認の検討を進める。

※１診療報酬上の加算の取扱いについては、中央社会保険医療協議会において検討。
※２加入者から申請があれば保険証は交付される。

デジタル社会の実現に向けた重点計画（令和４年６月７日 閣議決定）（主な箇所抜粋②）

第６　デジタル社会の実現に向けた施策
２．暮らしのデジタル化

（２）準公共分野のデジタル化の推進

①　健康・医療・介護

ア　データヘルス改革の推進等

「データヘルス改革に関する工程表について」に記載された「自身の保健医療情報を閲覧できる仕組みの整備」「医療・介護分野での情報利活用の推進」等の取組を着実に進める。

具体的には、以下の施策等に取り組む。

・マイナポータルを活用した自身の保健医療情報を閲覧できる仕組みについて、健診・検診情報、レセプト・処方箋情報については自治体検診（令和４年度（2022年度）早期～）、学校健診（令和４年度（2022年度）以降早期～）、事業主健診（40歳未満）※１（令和５年度（2023年度）～）、電子処方箋情報（令和５年（2023年）１月頃～）、手術等の医療情報（令和４年（2022年）夏～）、等に対象となる情報を拡大するため、必要な法制上の対応やシステム改修を行う。電子カルテ・介護情報については、技術的・実務的課題等を踏まえてその実現に向けた検討を行う。

（略）

・令和２年度（2020年度）に連結解析が本格稼働したレセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB：National Database）と介護保険総合データベース（介護DB）について、行政、保険者、研究者、民間事業者など幅広い主体の利活用を可能としたNDB・介護DB について更なる利活用を推進するため、NDBと介護DBを連結できるデータのサンプルデータについても、研究等のニーズもくみ上げつつ、オープンデータとして公表することを今後検討していく。

・上記のNDBと介護DBの連結解析に加え、NDB、介護DB とDPCデータベースの連結解析を令和４年度（2022年度）から開始しているほか、保健医療分野や国民生活に関する他の公的データベース※２との連結解析については、各データベースの法的・技術的課題を解決した上で、連結解析に向けた検討を進める。

・また、NDBの収載情報について、令和４年度（2022年度）から患者居住地情報（郵便番号・市町村コード）及び高額療養費自己負担限度額区分を追加している。

（略）

・「全国医療情報プラットフォーム※３の創設」、「電子カルテ情報の標準化等※４」及び「療報酬改定DX」※５の取組を行政と関係業界※６が一丸となって進めるとともに、医療情報の利活用について法制上の措置等を講じる。そのため、政府に総理を本部長とし関係閣僚により構成される「医療DX推進本部（仮称）」を設置する。

※１特定健診結果として保険者に提供された40歳以上の事業主健診の結果は、令和3 年（2021年）10月から、マイナポータルを用いた本人閲覧が可能となっている。
※２全国がん登録データベース、指定難病患者データベース・小児慢性特定疾病児童等データベース。
※３オンライン資格確認等システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診等情報に加え、予防接種、電子処方箋情報、自治体検診情報、電子カルテ等の医療（介護を含む）全般にわたる情報について共有・交換できる全国的なプラットフォームをいう。
※４その他、標準型電子カルテの検討や、電子カルテデータを、治療の最適化やAI 等の新しい医療技術の開発、創薬のために有効活用することが含まれる。
※５デジタル時代に対応した診療報酬やその改定に関する作業を大幅に効率化し、システムエンジニアの有効活用や費用の低廉化を目指すことをいう。これにより、医療保険制度全体の運営コスト削減につなげることが求められている。
※６医療界、医学界、産業界をいう。

デジタル田園都市国家構想基本方針（令和４年６月７日 閣議決定）（主な箇所抜粋）

第３章　各分野の政策の推進
１．デジタル実装による地方の課題解決

（５）豊かで魅力あふれる地域づくり
①質の高い教育、医療サービスの提供
ⅱ 疾病予防や健康づくりの推進による地域の活性化
(b)データヘルスと健康経営の一体的な推進
・健康保険組合等によるデータヘルスと事業主による健康経営とが連携（コラボヘルス）を図ることにより、加入者及び従業員の健康増進に向けた取組の効果的・効率的な実施を促進する。また、予防・健康づくり等に向けた加入者の行動変容を促す保険者の取組を推進するため、保険者に対するインセンティブを強化する。

ⅴ 医療・教育分野での未来技術の活用
(c)電子処方箋、オンライン資格確認の推進
・薬局薬剤師DXを推進するため、電子処方箋の仕組みについて、今秋のモデル事業による全国的な検証を含め、安全かつ正確な運用に向けた環境整備を行い、2023年１月から運用開始する。また、オンライン資格確認について、保険医療機関・薬局に、2023年４月から導入を原則として義務付けるとともに、導入が進み、患者によるマイナンバーカードの保険証利用が進むよう、関連する支援等の措置を見直す※１。2024年度中を目途に保険者による保険証発行の選択制の導入を目指し、さらにオンライン資格確認の導入状況等を踏まえ、保険証の原則廃止※２を目指す。あわせて、訪問診療・訪問看護等のオンライン資格確認の仕組みの構築を進めるとともに、マイナンバーカードの機能（電子証明書）のスマートフォン搭載に対応したオンライン資格確認の検討を進める。
※１診療報酬上の加算の取扱いについては、中央社会保険医療協議会において検討。
※２加入者から申請があれば保険証は交付される。

(d)レセプト情報等を活用した分析の体制整備の推進
・保健医療に関するビッグデータの効果的な利活用を推進するため、NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）や、NDBと介護DB（介護保険総合データベース）の情報の連結解析を可能とするために構築した医療介護連結解析基盤（HIC）について、機能の充実や利便性の向上等を図る。

全世代型社会保障構築会議 議論の中間整理（抄）
（令和４年５月17日 取りまとめ）

２．男女が希望どおり働ける社会づくり・子育て支援

○　まずは、既に決定された各種の取組を着実に推進していく。具体的には、
- 男性の育児休業について、本年10月に施行する「産後パパ育休制度」の十分な周知と検証を行うとともに、本年４月に施行された改正育児・介護休業法による労働者への個別の周知・意向確認、雇用環境整備の措置の履行確保、不利益取扱いの禁止の徹底等により取得日数の男女差の縮小に向けて取得促進に取り組むこと、
- 非正規雇用労働者について、育児休業に係る権利を希望に応じて行使できるよう、本年４月に施行された改正育児・介護休業法による労働者への休業の意向確認、雇用環境整備及び有期雇用労働者の取得要件緩和等の着実な実施に取り組むこと、
- 短時間勤務制度についても、キャリア形成に配慮しつつ希望に応じて利用できる環境整備を図ること、
- 「新子育て安心プラン」等に基づく保育サービスの基盤整備や放課後児童クラブの整備等を着実に実施すること、
- 本年４月から保険適用された不妊治療について、実態の調査・検証を行いつつ、活用を促進していくこと、である。

また、妊娠・出産支援として、出産育児一時金での対応をはじめとして、経済的負担の軽減についても議論を進めることが求められる。加えて、短時間労働者等が保育を利用しづらい状況の改善や男性の家事・育児参加に向けた取組をさらに進めることが求められる。

３．勤労者皆保険の実現・女性就労の制約となっている制度の見直し

○　働き方の多様化が進む中で、それに対応し、働き方に対して「中立」な社会保障制度の構築を進める必要がある。現状、制度からこぼれ落ちるケースが生じたり、労働市場に歪みをもたらしたりしていることが指摘されている。

○　勤労者皆保険の実現に向けて、こうした状況を解消していく必要がある。このため、まずは、企業規模要件の段階的引下げなどを内容とする令和２年年金制度改正法に基づき、被用者保険（厚生年金・健康保険）の適用拡大を着実に実施する。さらに、企業規模要件の撤廃も含めた見直しや非適用業種の見直し等を検討すべきである。フリーランス・ギグワーカーなどへの社会保険の適用については、まずは被用者性等をどう捉えるかの検討を行うべき。その上で、労働環境の変化等を念頭に置きながら、より幅広い社会保険の適用の在り方について総合的な検討を進めていくことが考えられる。

○　また、女性就労の制約となっていると指摘されている社会保障や税制について働き方に中立的なものにしていくことが重要である。なお、被用者保険の適用拡大が図られると、女性の就労の制約となっている、いわゆる「130万円の壁」を消失させる効果があるほか、いわゆる「106万円の壁」についても、最低賃金の引上げによって、解消されていくものと見込まれる。

全世代型社会保障構築会議 議論の中間整理（抄）
（令和４年５月17日 取りまとめ）

６．医療・介護・福祉サービス

○　今後の更なる高齢化の進展とサービス提供人材の不足等を踏まえると、医療・介護提供体制の改革や社会保障制度基盤の強化の取組は必須である。まずは、「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築に向け、地域医療構想の推進、地域医療連携推進法人の活用、地域包括ケアシステムの整備などを、都道府県のガバナンス強化など関連する医療保険制度等の改革と併せて、これまでの骨太の方針や改革工程表に沿って着実に進めていくべきである。

○　国民がより質の高い医療、介護等のサービスを享受できるようにするためには、患者のカルテ等の電子化・共有と活用が重要である。こうした取組は、医療や介護の効果的な機能分化と連携や重複検査・投薬の回避による患者等のメリットが大きいほか、医師等の従事者にとっても業務の効率化による負担軽減が期待される。また、２次的な活用により、ＡＩ等の新しい医療技術の開発や革新的な新薬の創出にもつなげるべきである。国・公的主体によって統一的に管理されるデータ（マイナンバーカードで利用できる健康データ（ＰＨＲ（パーソナル・ヘルス・レコード））など）、事業者等が管理する規格化されたデータ（電子カルテ情報及び交換方式等の標準化など）の活用に向けてオンライン資格確認等の環境整備を着実に進めるとともに、健康診断等で得られる個人の医療情報を、自分で管理・活用することができる将来像を見据え、個人・患者の視点に立ち、ブロックチェーン等の技術を活用したデータ管理の議論を進める必要がある。データの連携、総合的な活用は、社会保障の各分野におけるサービスの質の向上等に重要な役割を果たすものである。こうしたことを含め、社会保障全体のＤＸを進めるべきである。

○　このほか、サービスの質の向上、人材配置の効率化、働き方改革等の観点から、

・　医療・介護・福祉サービス（障害、児童福祉など）におけるＩＣＴの活用や資格の養成課程の見直しなど

・　看護、介護、保育などの現場で働く人の処遇改善を進めるに際して事業報告書等を活用した費用の見える化などの促進策のパッケージ

・　処遇改善も勘案したタスクシェア・タスクシフティングや経営の大規模化・協働化

も進めるべきである。

令和4年8月19日	第152回社会保障審議会医療保険部会	資料5

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

出産費用の実態把握に関する調査研究（令和３年度）の結果等について

厚生労働省　保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

出産費用の実態把握に関する調査研究（令和３年度）結果のポイント

出産費用の増加要因や地域差の分析
（約500万件の出産請求データを公知の統計情報との突合等から分析）

- ◆ 出産費用は、年間平均１％程度で上昇している。
  ※　令和２年度の室料差額等を除いた公的病院の平均出産費用は45.2万円、全施設の平均出産費用は46.7万円であった。
- ◆ 公的病院は、私的病院や診療所よりも平均出産費用が低い傾向にあった。私的病院は、高額帯にバラツキが大きく、平均出産費用を引き上げている。
- ◆ 地域の所得水準や物価、医療費水準、私的病院の割合、妊婦年齢等が出産費用の増加要因や地域差の要因となっていた。最も影響が大きかったのは所得水準であった。

妊婦へのアンケート調査
（約350人の妊産婦へのアンケート調査により医療機関において、事前の費用提示で選択肢がどの程度明示されているか等を調査）

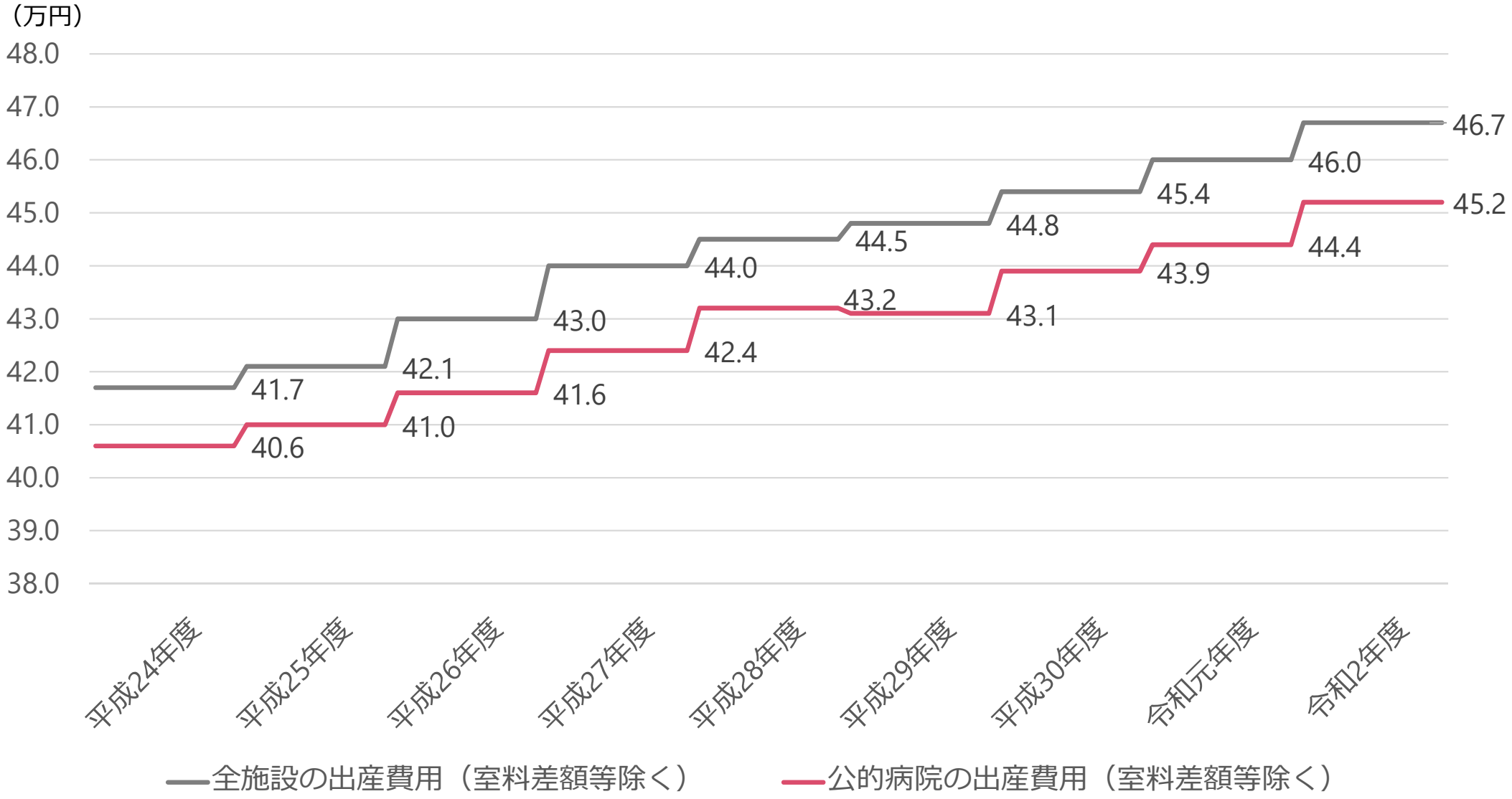
- ◆ 出産場所選択の理由として「アクセス距離」「施設ブランド」「設備環境」「スタッフ対応」の比重が高い傾向にあった。
- ◆ 出産場所の決定時にもっと欲しかった主な情報は「費用」「医療体制」「付帯サービス」等であった。

令和４年度研究内容

- ◆ 妊婦が医療機関に求める情報について、より詳細な調査を行うとともに、医療機関から提供されている情報や発信方法等を把握し、妊婦が医療機関やサービスを選択しやすくなるような医療機関が提供すべき情報や発信方法等について検討を行う。

出産費用の推移

○　出産費用は年間平均１％前後で増加している。

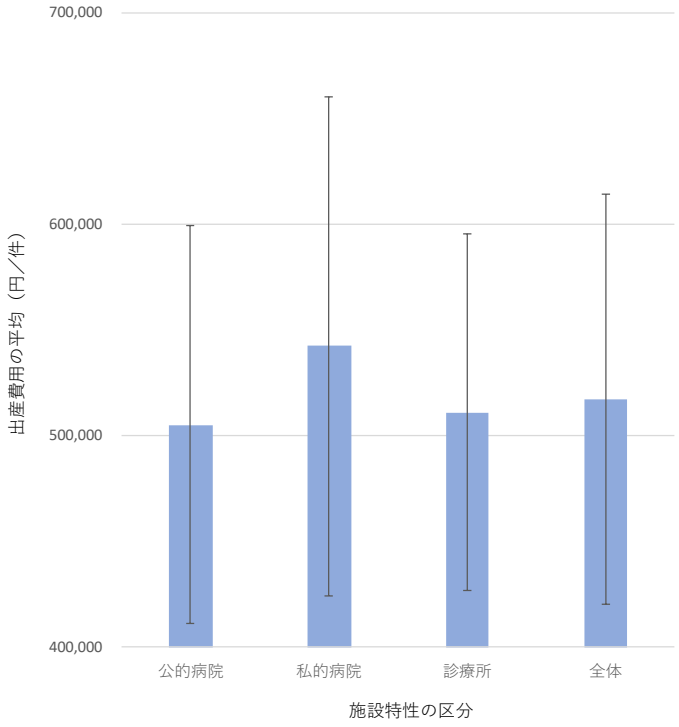


（データ）　厚生労働省。室料差額、産科医療補償制度掛金、その他の費目を除く出産費用の合計額。
（※）平成24年以降、出生数は年間平均2.5%減少傾向（2020年人口動態統計）

施設特性別・分娩タイプ別にみた出産費用の傾向

○　公的病院は、私的病院や診療所よりも平均出産費用が低い傾向にあった。私的病院は、高額帯にバラツキが大きく、平均出産費用を引き上げている。
○　異常分娩は、正常分娩よりも平均妊婦負担額は低い傾向にあったが、高額帯のバラツキはむしろ正常分娩より大きかった。

＜施設別の出産費用＞

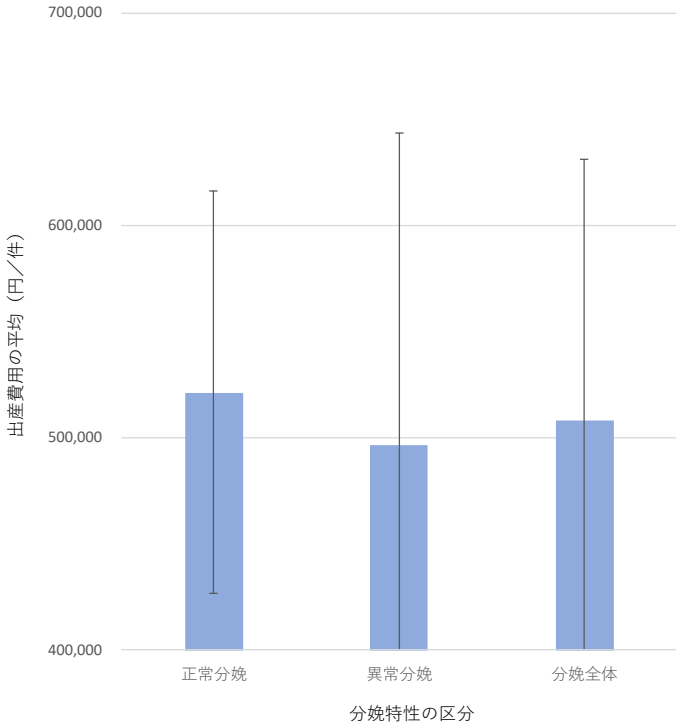


（データ）5年間平均（2016年－2020年），
支払基金・国保中央会

エラーバー：SD

サンプル数：延べ約270万件

＜正常分娩と異常分娩の出産費用＞



（データ）年間平均（2020年），協会けんぽ

エラーバー：SD

サンプル数：延べ約210万件の一部

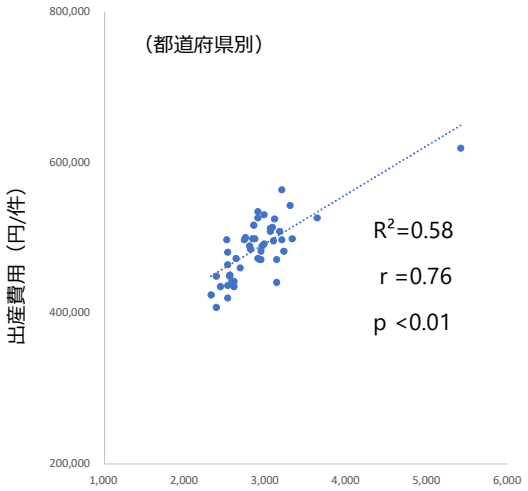
（参考）エラーバーは平均値±標準偏差であり、バラツキを示している。

出産費用に影響を与える因子の分析

○ 地域の所得水準、医療費水準、物価水準、私的病院の割合、妊婦年齢等が出産費用の増加要因や地域差の要因となっていた。

○ 最も影響が大きかったのは所得水準であった。

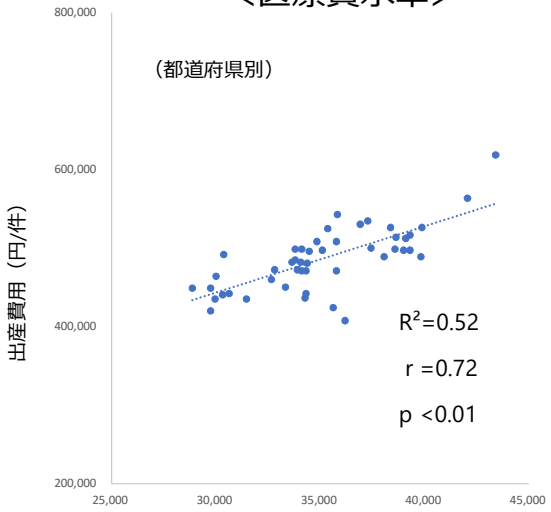
＜所得水準＞



県民１人あたり年間所得（千円／年）

（データ）５年間平均（2016-2020年），協会けんぽ，正常分娩，都道府県単位

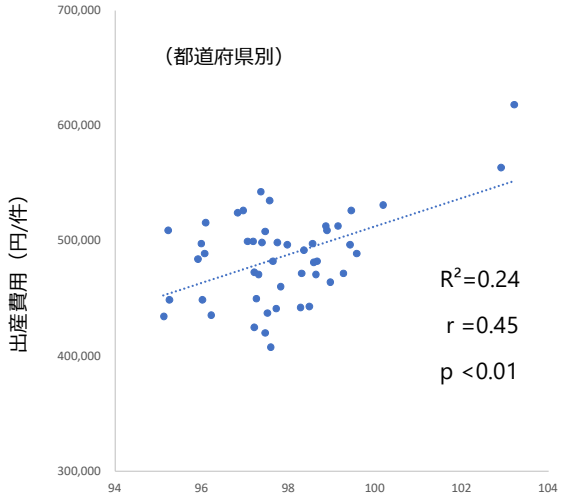
＜医療費水準＞



全体病床１日入院単価（全体：円／日件，2017年医科）

（データ）５年間平均（2016-2020年），協会けんぽ，正常分娩，都道府県単位

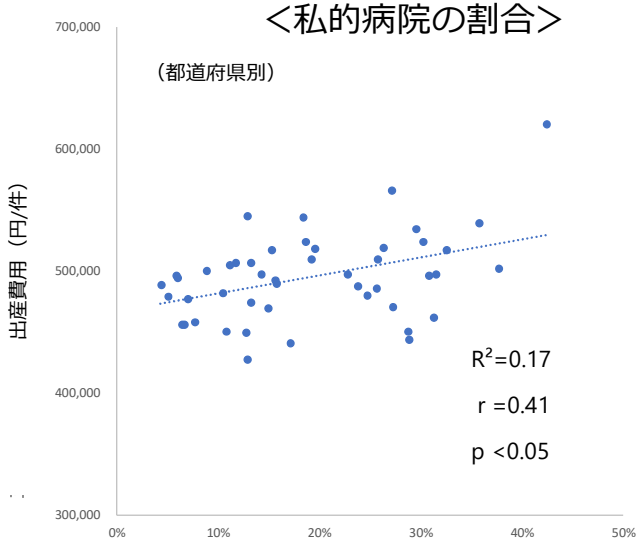
＜物価水準＞



消費者物価指数（５年間平均，全国100／2020年100）

（データ）５年間平均（2016-2020年），協会けんぽ，正常分娩，都道府県単位

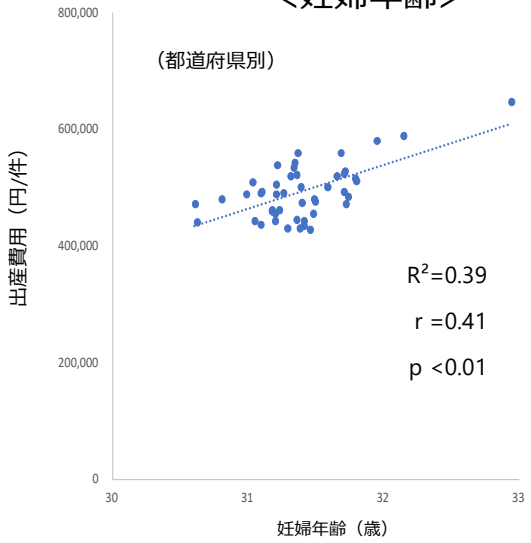
＜私的病院の割合＞



分娩数に占める指摘病院割合（%，５年間平均）

（データ）５年間平均（2016-2020年），支払基金・国保中央会，正常分娩，都道府県単位

＜妊婦年齢＞



妊婦年齢（歳）

（データ）年間平均（2020年），協会けんぽ，正常・異常分娩，都道府県単位

参考

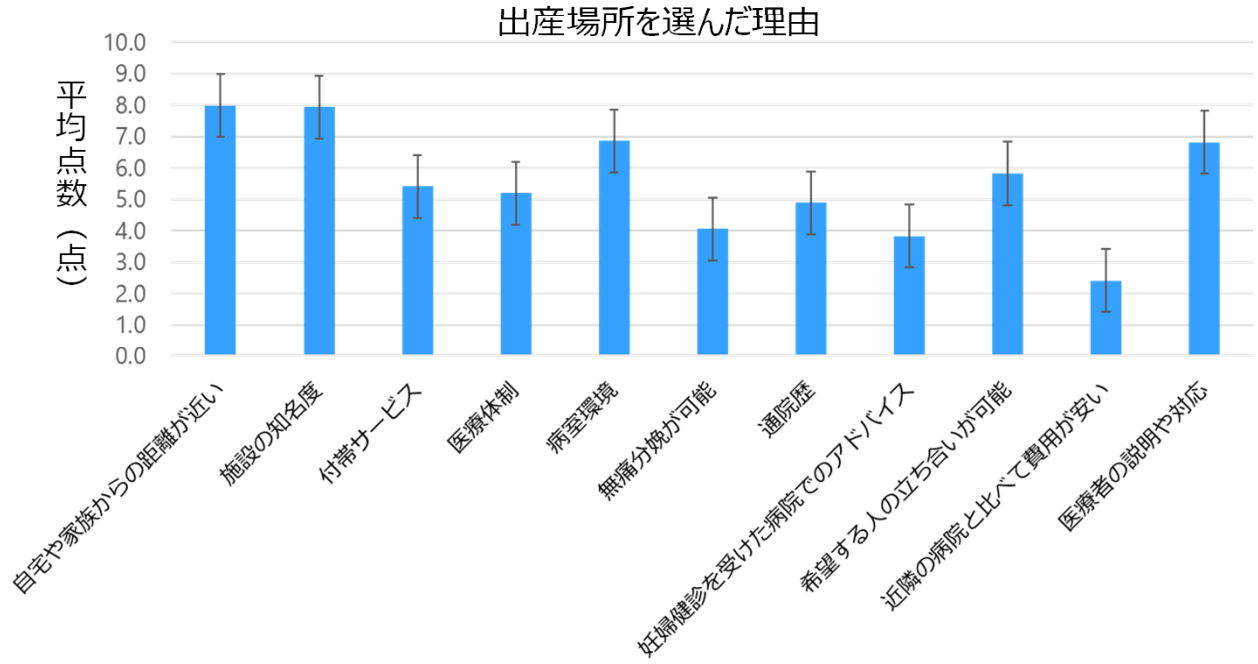
公的病院　都道府県別出産費用（令和2年度）

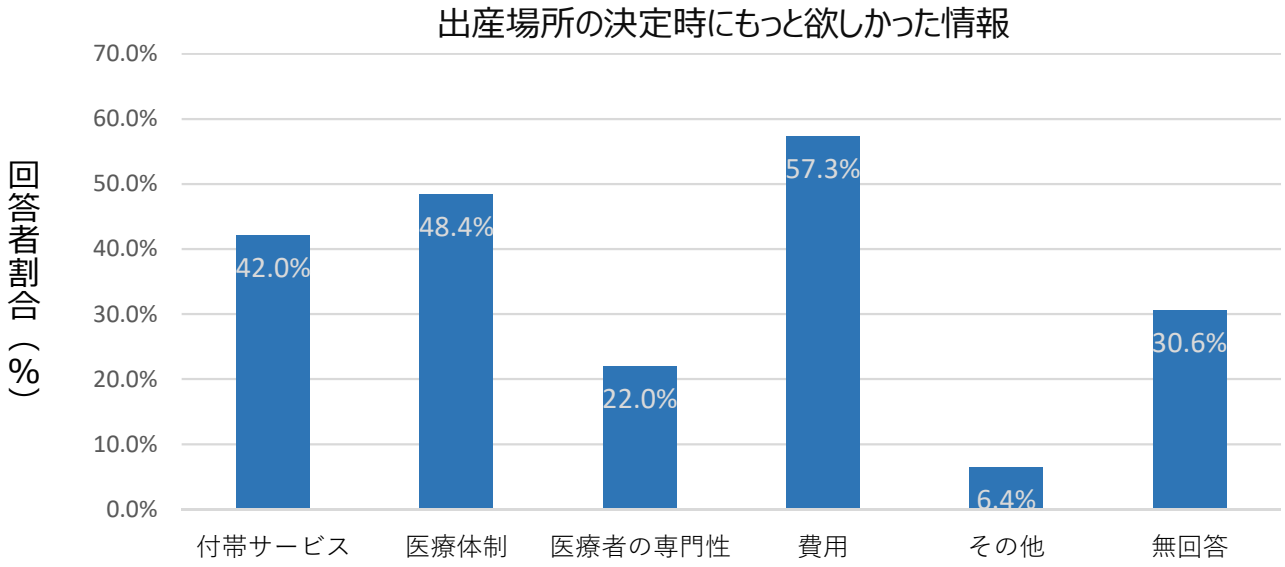
（単位：円）	平均値	中央値
全国	452, 288	449,915
北海道	402,651	408,471
青森県	406,179	418,560
岩手県	465,645	468,775
宮城県	479,596	492,640
秋田県	427,072	428,050
山形県	470,214	472,475
福島県	437,126	439,955
茨城県	515,129	520,400
栃木県	468,764	491,120
群馬県	456,861	463,135
埼玉県	451,431	468,480
千葉県	468,075	480,180
東京都	553,021	547,768
神奈川県	499,404	500,315
新潟県	478,310	483,380
富山県	439,042	452,825
石川県	411,658	408,910
福井県	401,368	401,260
山梨県	443,427	429,000
長野県	467,386	465,140
岐阜県	408,489	418,160
静岡県	441,601	442,485
愛知県	454,331	448,574
三重県	429,582	421,245
滋賀県	468,269	470,980
京都府	432,537	423,095
大阪府	423,284	440,331
兵庫県	453,911	455,500
奈良県	371,926	383,705
和歌山県	395,810	388,210
鳥取県	354,499	354,949
島根県	417,430	442,790
岡山県	458,322	466,430
広島県	457,017	456,183
山口県	397,037	401,235
徳島県	446,496	446,260
香川県	430,889	435,085
愛媛県	418,350	425,710
高知県	378,569	383,205
福岡県	422,344	432,580
佐賀県	351,774	354,895
長崎県	411,816	422,040
熊本県	391,844	385,515
大分県	394,812	398,800
宮崎県	400,112	400,495
鹿児島県	400,763	399,657
沖縄県	353,223	365,010

※厚生労働省保険局において集計。
※室料差額等を除く。
※総件数は97,392件

出産場所を選んだ理由／もっと欲しかった情報

○　出産場所を選んだ主な理由は、施設までの距離、施設の知名度、病室環境、医療者の説明や対応等であった。
○　出産場所の決定時にもっと欲しかった主な情報は、費用、医療体制、付帯サービス等であった

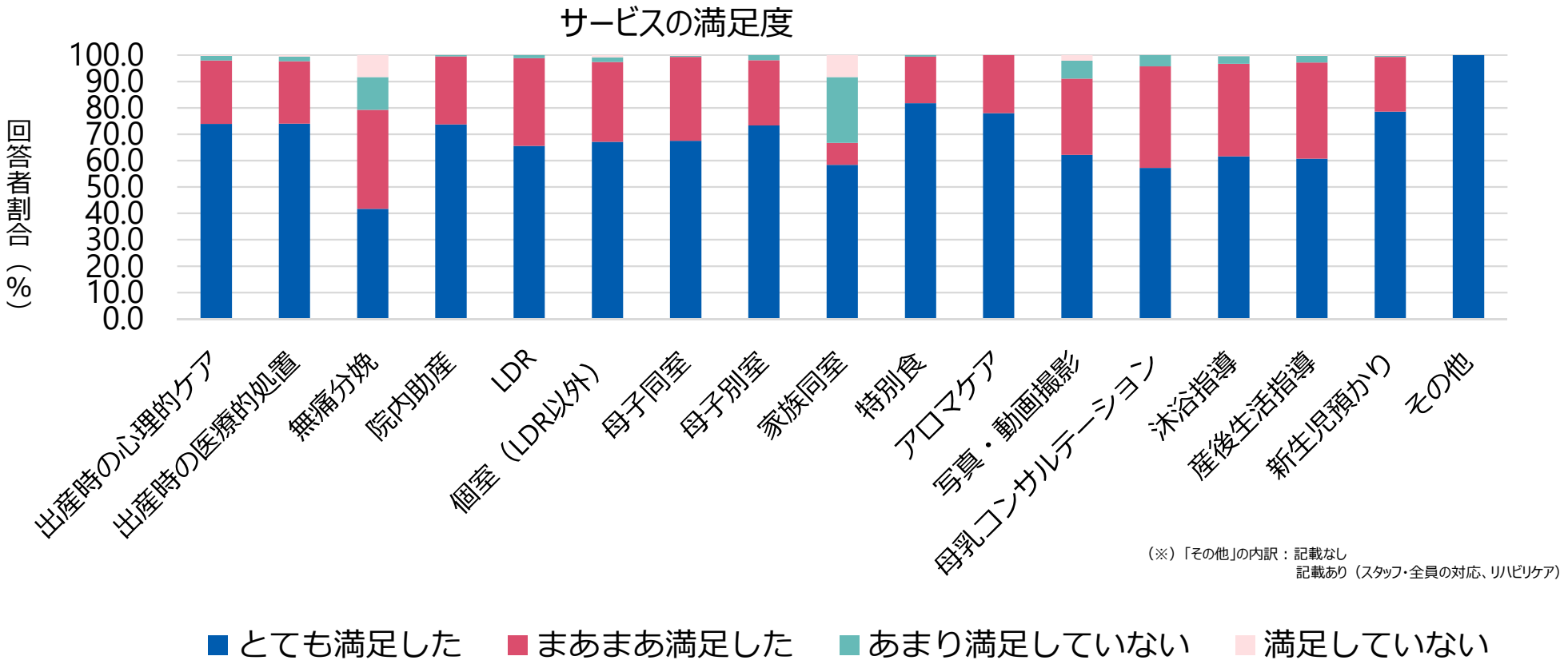




サービスに対する満足度

② 妊婦へのアンケート調査

○　サービスの満足度において、「とても満足した」の割合が高いのは、「特別食」、「アロマケア」、「新生児預かり」、「出産時の医療的処置」、「出産時の心理的ケア」等であった。



（※）「その他」の内訳：記載なし
記載あり（スタッフ・全員の対応、リハビリケア）

※　「LDR」とはLabor（陣痛）、Delivery（出産）、Recovery（回復）の略。陣痛室と分娩室が一緒になっており、陣痛の最中に陣痛室から分娩室へ移動をする負担がなく、出産を行うことができる。

参考資料

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（本人分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（本人分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**

  （本人分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）
- **令和４年１月：原則42万円**

  （本人分40.4万円→40.8万円に引上げ＋掛金分1.6万円→1.2万円に引下げ）

参考

産科医療補償制度の概要

１．制度創設の経緯

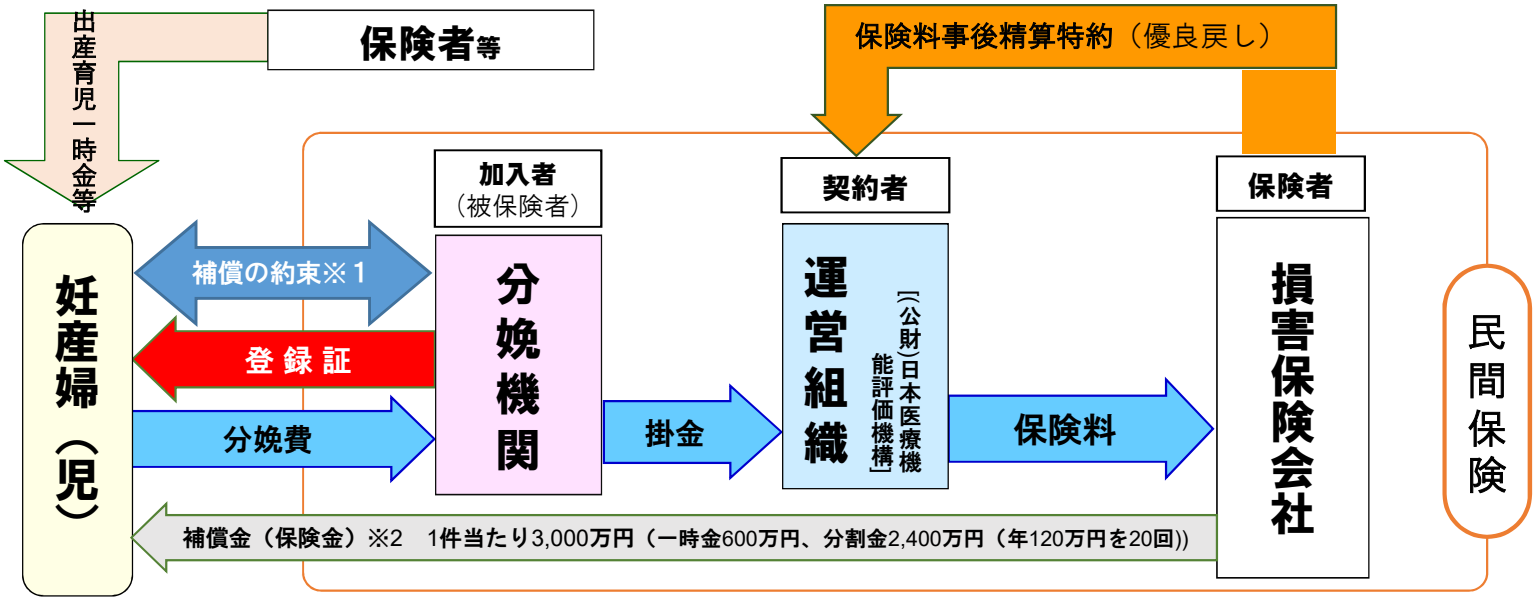
・平成18年2月に福島県立大野病院事件※により担当医（産科医）が業務上過失致死と医師法第21条違反容疑で逮捕されたことも契機として、自由民主党「医療紛争処理のあり方検討会」において議論を行い、同年11月に「産科医療における無過失補償制度の枠組みについて」を取りまとめ。（公明党「医療事故に係る無過失補償制度とADRに関する検討WT」においても同様の結論）
・この枠組みを踏まえ、日本医療機能評価機構において制度の詳細について検討を行い、平成21年1月から日本医療機能評価機構において運営を開始。

※「福島県立大野病院事件」とは、帝王切開手術において子宮に癒着した胎盤を剥離する際に大量出血が生じ、輸血量が不足したことも影響して、心室細動を起こして死亡した事例。

２．制度の目的

・分娩時の医療事故では、過失の有無の判断が困難な場合が多く、裁判で争われる傾向があり、このような紛争が多いことが産科医不足の理由の一つであったため、安心して産科医療を受けられる環境整備の一環として、<u>①分娩に係る医療事故により障害等が生じた患者に対して救済</u>し、<u>②紛争の早期解決</u>を図るとともに、<u>③事故原因の分析を通して産科医療の質の向上を図る</u>こととしている。

３．補償の仕組み



※１：運営組織が定めた標準補償約款を使用して補償を約束

※２：運営組織にて補償対象と認定されると、運営組織が加入分娩機関の代わりに損害保険会社に保険金を請求し、保険金が補償金として支払われる

４．保険料の推移

2009年1月～2014年まで	2015年1月～2021年まで	2022年1月以降
一分娩当たり30,000円 （掛金30,000円）	一分娩当たり24,000円 （掛金16,000円＋剰余金からの充当8,000円）	一分娩当たり22,000円 （掛金12,000円＋剰余金からの充当10,000円）

新型コロナウイルス感染症に関するこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に備えるための対応の方向性

令和４年６月 17 日
新型コロナウイルス感染症対策本部決定

令和元年 12 月に中国武漢市で原因不明の肺炎が報告されて以降、今日に至るまで、新型コロナウイルスは変異を繰り返しながら、世界中の人々の生命・健康や社会経済活動に影響を与え続けている。

我が国では、感染の初期でウイルスの特性が不明であった段階から、国内外の情報を収集し、関係府省庁連携の下、次々と変化する事象に対し、国民の命と暮らしを守る観点から、最大限取り組んでいる。この間、医療従事者、各事業所、自治体をはじめとする国民一人ひとりの感染拡大防止の取組への理解と協力に政府として心から感謝申し上げる。

こうした中で、令和３年 11 月に政府は「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」（以下「全体像」という。）を取りまとめ、感染力が高まった場合にも対応できるよう、都道府県と医療機関との間で新型コロナウイルス感染症に対応する病床等を提供する協定の締結などを行い、保健・医療提供体制の強化、ワクチン接種の促進、治療薬の確保等に取り組んできた。

これまでのところ、国際的に見ても新型コロナウイルス感染症により亡くなった方は、人口比で見れば OECD 諸国の中でも非常に少なく、WHO の分析によれば他の死因も含めた超過死亡は新型コロナ以前と比較すればむしろ減っている。

新型コロナウイルス感染症については、引き続き、その変異株の特性等に応じた適切な対策を講じ、感染リスクを引き下げながら経済社会活動の継続を可能とする新たな日常の実現に取り組む。

その上で、世界的な環境変化の中で、今後も感染症によるリスクはなくならないことに鑑みれば、新型コロナウイルス感染症に関するこれまでの取組を振り返り、次の感染症危機に備えることが重要である。

このため、「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議（永井良三座長。）」を開催し、同会議で新型コロナウイルス感染症発生以降これまでの、新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成 24 年法律第 31 号。以下「特措法」という。）に基づく対応や、保健・医療の提供体制等の評価と、これらの対応に係る中長期的観点からの課題の整理がなされた。政府として、同会議に指摘された多くの重要な課題を真摯に受け止める。その中で、「全体像」に盛り込まれた各施策の実効性を更に確保する観点から、医療機関との協定を法定化するなど必要な法改正を含め、対応を強化する。

次の感染症危機に備え、感染の初期段階から、より迅速に、より効果的に対策を講ずるための司令塔機能の強化や保健・医療提供体制の方向性は、次のとおりとする。今後、詳細を検討し、順次成案を得て、必要な法律案を国会に提出する。

Ⅰ　次の感染症危機に対応する政府の司令塔機能の強化

司令塔である内閣総理大臣（以下「総理」という。）の指揮命令を徹底するため、内閣官房に新たな庁を設置するとともに、政府における平時・有事の体制、専門家組織を強化する。

（具体的事項）

平時

- 司令塔である総理の指揮命令を徹底するため、内閣官房に感染症危機管理監（仮称）を長とする「内閣感染症危機管理庁（仮称）」を置き、感染症危機に対する企画立案・総合調整の機能を一体化して強化する。
- 厚生労働省における平時からの感染症対応能力を強化するため、各局にまたがる感染症対応・危機管理に関係する課室を統合した新たな組織として「感染症対策部（仮称）」を設ける。新設する「日本版 CDC」（後述）を「感染症対策部」が管理することとし、平時から日本版 CDC や関係自治体等と一体的に連携する。あわせて、生活衛生関係の組織について、一部業務の他府省庁への移管を含めた所要の見直しを行う。
- 内閣感染症危機管理庁は、行政各部の有事への備えがしっかりと機能しているかをチェックし改善させるほか、平時から厚生労働省感染症対策部との間で緊密な連携を図る。
- 医療対応、公衆衛生対応、危機対応、研究開発等の機能を一体的に運用するため、国立感染症研究所と国立研究開発法人国立国際医療研究センターを統合し、感染症に関する科学的知見の基盤・拠点となる新たな専門家組織として、いわゆる日本版 CDC を創設する。

有事

- 有事には、内閣感染症危機管理庁の下で、政府対策本部長（総理）の指示を行政各部に徹底し、強化された行政権限等を的確に行使させ、日本版 CDC とも連携しつつ、一元的に感染症対策を行う。
- 具体的には、特措法の規定により、有事には政府対策本部長（総理）が各府省庁を指揮監督・指示する。これを徹底するため、厚生労働省感染症対策部をはじめとして厚生労働省及びその他府省庁の関連業務（物資調達、広報など）にたずさわる職員を内閣感染症危機管理庁の指揮下に置く。なお、これらの職員については、有事の際の招集職員をあらかじめリスト化し、迅速に増員して十分な体制を確保する。

Ⅱ　感染初期から速やかに立ち上がり機能する保健医療体制の構築等

１．医療提供体制の強化

（１）感染症に対応する医療機関の抜本的拡充

平時において都道府県と医療機関との間で新興感染症等に対応する病床等を提供する協定を結ぶ「全体像」の仕組みを法定化し、感染症危機発生時には協定に従い医療を提供する。医療機関に対し、協定に沿って病床確保等を行うことについて、履行の確保を促す措置を設けるなど、国・都道府県が医療資源の確保等についてより強い権限を持つことができるよう法律上の手当を行う。

（具体的事項）

- 都道府県は、国の定める基本指針に基づき、感染症まん延時等における医療提供体制の確保に関し、数値目標（病床、発熱外来・診療、後方支援、人材派遣）等を盛り込んだ計画を平時から策定するなど、計画的な取組を推進する。
- 都道府県が、あらかじめ医療機関との間で病床や外来医療の確保等の具体的な内容に関する協定を締結する仕組みを創設する。公立・公的医療機関等、特定機能病院などについて、その機能を踏まえた協定を締結する義務を課すとともに、その他の病院との協定締結を含めた都道府県医療審議会における調整の枠組みを設けるなど、計画の実効性を担保し、地域において平時から必要な病床を確保できる体制を整備する。
- あわせて、感染症まん延時等において、協定に沿った履行を確保するための措置（協定の履行状況の公表、一定の医療機関にかかる感染症流行初期における事業継続確保のための減収補償の仕組みの創設、都道府県知事の勧告・指示、特定機能病院等の承認取消　等）を具体的に検討等

（２）自宅・宿泊療養者等への医療提供体制の確保等

（１）と同様に、平時において都道府県と医療機関等との間で自宅・宿泊療養者に対する医療の提供や健康観察の実施について協定を締結し、感染症危機発生時には協定に従い着実に実施されるよう枠組みを整備する。あわせて、自宅・宿泊療養者に対する健康観察の医療機関等への委託を推進する。

（具体的事項）

- 都道府県は、国の定める基本指針に基づき、感染症まん延時等における医療提供体制の確保に関し、数値目標（オンライン診療、往診・訪問看護等）等を盛り込んだ計画を平時から策定するなど、計画的な取組を推進する。（一部再掲）
- 感染症まん延時等における自宅・宿泊療養者に対する健康観察について、関係団体と協力の下、医療機関等への委託を推進する。

- 都道府県は、医療機関等との間で自宅・宿泊療養者に対する医療の提供（オンライン診療、往診、訪問看護等）や健康観察の具体的な内容に関する協定を締結し、自宅・宿泊療養者への必要な医療提供体制を確保する仕組みを創設し、感染症まん延時の医療確保等の実効性を担保する。都道府県が医療関係団体に対し、協力要請を法的に可能とするなど計画の実効性を確保する（協定に沿った履行を確保するための措置は（１）と同様）。
- 健康観察や食事の提供等の生活支援について、一般市町村（保健所設置市・特別区以外の市町村）に協力を求めることや、都道府県と一般市町村間の情報共有を進める。
- 都道府県等において自宅・宿泊療養すべきとされた者への医療の提供について、入院医療と同様に、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成 10 年法律第 114 号）上の位置づけに応じて、患者の自己負担分を公費で負担する仕組み（公費負担医療）の創設を検討する。
- オンライン診療を含む遠隔医療の更なる活用のための基本方針を策定　等

（３）広域での医療人材の派遣等の調整権限創設等

国による広域での医師・看護師等の派遣や、患者の搬送等について円滑に進めるための調整の仕組みを創設するとともに、DMAT（災害派遣医療チーム）等の派遣・活動の強化に取り組む。

（具体的事項）
- 感染症まん延時等における広域的な医療人材の派遣や患者の搬送等について、より円滑に進めるため、国による都道府県、保健所設置市・特別区、医療機関との調整の仕組みを設ける。
- 都道府県知事が、医療ひっ迫時に他の都道府県知事に医療人材の派遣の応援を求めることができる仕組みを設ける。
- DMAT 等の派遣や活動をより円滑に行えるようにする。
- マイナンバー制度を活用した看護職の人材活用システムを構築し、ナースセンターによる潜在看護職に対する復職支援や看護職キャリア情報に基づくスキルアップに資する情報の提供などを実施する。
- 良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和３年法律第 49 号）に基づきタスクシフト／タスクシェアを着実に推進　等

２．保健所の体制とその業務に関する都道府県の権限・関与の強化等

感染症まん延時等における保健所体制の平時からの計画的な準備、保健

師の応援派遣の仕組み（IHEAT）の強化など、保健所の機能強化を図る。また、平時からの地域の関係者の意思疎通・情報共有を確保するとともに、緊急時の入院勧告措置については都道府県知事が保健所設置市・特別区の長に対して指示できる権限の創設を検討する。

（具体的事項）

- 感染症まん延時等でも保健所業務がひっ迫しないよう、繁忙時の全庁応援態勢を含め、計画的に保健所の体制を準備する。
- 緊急時に外部保健師等を円滑に応援派遣する仕組み（IHEAT）を整備する。
- 都道府県、保健所設置市・特別区その他関係者の平時からの意思疎通・情報共有・連携を推進するため、協議会の設置を推進する。
- 人命にかかわるような緊急時の入院勧告・措置について、都道府県知事が保健所設置市・特別区の長に指示できる権限の創設を検討　等

３．検査体制の強化

検査が感染初期の段階から円滑に実施されるよう、都道府県等が必要な体制を整備するほか、民間の検査機関の活用も推進する等、検査体制を抜本的に強化する。

（具体的事項）

- 都道府県、保健所設置市・特別区が試験検査・調査研究等をするために必要な体制（地方衛生研究所等）を整備する。
- 都道府県、保健所設置市・特別区は、検査の実施能力の確保に関して数値目標を設定し、検査実施機関との間で協定を締結することで、計画的に検査能力を確保することとする。
- 検査試薬や検査キット等、検査に必要な物資の確保（関連６.）　等

４．感染症データ収集と情報基盤の整備・医療 DX 等の推進

HER-SYS による発生届等の入力を強力に推進するとともに、危機時に情報を迅速に収集・共有・分析・公表することができる情報基盤を整備し、サーベイランスを強化する。また、電子カルテ情報の標準化など、業務効率化や関係機関の連携を強化する医療 DX 等を推進する。

（具体的事項）

- 医療機関による HER-SYS での発生届を強力に推進するとともに、入院患者の状態等の入力も促進する。

- 発生届等の情報と医療保険レセプト情報等のデータベース（NDB）等の他のデータベースの情報との連携や外部研究機関への情報の提供等を可能とすることを検討する。
- G-MIS、HER-SYS、VRS 等の各種システムの活用や発展を推進し、業務効率化、関係機関間の連携、国民の利便性向上等の取組を強力に推進する。
- 「経済財政運営と改革の基本方針 2022」に基づき、全国医療情報プラットフォームの創設、電子カルテ情報の標準化等、DX の取組を推進する。

５．ワクチン等の開発・効率的な接種体制の確保

創薬分野において産学官の協働に基づいてイノベーションを進める中で、今後の感染症危機に備えるためのワクチン・治療薬の開発に取り組む。また、体系的な接種類型の整備、デジタル化の推進、接種記録等のデータベースの整備等により、効率的にワクチン接種を進める仕組みを構築する。

（具体的事項）

- 本年３月に国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）に設立された先進的研究開発戦略センター（SCARDA）を中心に産学官の基礎研究から実用化までを見据えた研究開発支援を行うなど、「ワクチン開発・生産体制強化戦略」等に沿って、ワクチン等の開発・生産を促進する。
- 治療薬についても、感染症の特殊性を踏まえ、より早期に開発・活用できるよう、備蓄を含め、戦略的な取組を推進する。
- 今後の新たなパンデミックに備え、臨時の予防接種の類型を整備、担い手確保、円滑なワクチンの確保等のための枠組みを創設する。
- 予防接種に関してマイナンバーカードを活用した資格確認を導入するとともに、予防接種の実施状況及び副反応疑い報告等に関するデータベースを整備し、他のデータベース等との連結解析や外部研究機関への情報の提供を可能とすることを検討　等

６．医療用物資等の確保の強化

感染症まん延時等において、医薬品、医療機器、個人防護具等の物資に対する世界的需要が高まる中においても、これらが確実に確保されるよう、平時からモニタリングを強化し、サプライチェーンの把握、計画的な備蓄等を進めるほか、緊急時等に生産・輸入等に係る適切な措置を講ずるための枠組みを整備する。

（具体的事項）

- サプライチェーンの把握を含め、平時からのモニタリングを推進する。このため、生産・輸入・販売・貸付業者からの情報収集等による状況把握を円滑に行えるよう環境を整備する。
- 国、都道府県等、多様な主体による平時からの計画的な備蓄を推進する。
- 緊急時等において、生産・輸入・販売・貸付業者に対し、生産・輸入の促進や出荷調整の要請等を確実に実施するための枠組みを創設する等

７．水際対策の実効性の向上

検疫措置としての居宅待機や宿泊施設での待機について実効性を向上させるための措置を検討するほか、検疫所による隔離・停留施設や運送手段の確保を進めるための環境を整備する。

（具体的事項）
- 検疫所長による入国者に対する居宅や宿泊施設等での待機要請について、実効性を担保する措置を設ける。
- 検疫所長が医療機関と協議し、隔離措置の実施のための病床確保に関する協定を締結するとともに、宿泊施設、運送事業者等に対して施設の提供や運送等の必要な協力を得やすくする　等

Ⅲ　初動対応と特措法の効果的な実施等

１．要請等の措置の実効性の向上

将来の感染症危機において、止むを得ず緊急事態宣言等を行わざるを得ない場合を念頭に、事業者等に対する要請等の実効性を確保する。

（具体的事項）
- 事業者や個人に対する要請等に関し、目的や手段の合理性に係る説明の充実・強化とあわせて、実効性の向上について検討する。

２．その他特措法の対応

国内におけるまん延の初期段階から、国・地方を通じて迅速に措置を講じ得るよう必要な措置を検討するとともに、クラスターの発生等により行政機関が機能不全となる場合への備えを行う。

（具体的事項）

- 政府対策本部長が行う指定行政機関の長や都道府県知事等への指示について、緊急事態宣言やまん延防止等重点措置の期間のみならず、政府対策本部設置時から行い得るようにすることを検討する。
- 感染拡大により事務の遂行が困難になった場合における、事務代行等の要請について、政府対策本部設置時から行い得ること等を検討する。
- 新たな感染症や変異株が発生し、急速に拡大する場合において、まん延防止等重点措置や緊急事態措置を適切に発動することができるよう、同措置の対象となる新型インフルエンザ等の要件について再整理する。

令和4年8月19日	第152回社会保障審議会医療保険部会	参考資料2

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

「経済財政運営と改革の基本方針2022」、「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画」及び「規制改革実施計画」等の概要について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

「経済財政運営と改革の基本方針2022」（厚生労働省関係）

コロナ禍からの回復とウクライナ情勢の下でのマクロ経済運営（第１章）

●経済社会活動の正常化に向けた感染症対策（Ｐ2、３）

➢ 新型コロナ対策については、必要な財政支援や見える化等により医療提供体制の強化を進めるとともに、感染状況や変異株の発生動向に細心の注意を払いつつ段階的な見直しを行い、一日も早い経済社会活動の正常化を目指す。

・入院を必要とする者が確実に入院につながる体制整備
・臨時の医療施設等への医療人材の派遣
・医療体制の稼働状況の徹底的な「見える化」
・ワクチン、検査、経口治療薬の普及等による予防、発見から早期治療までの流れの強化
・ワクチン接種証明書のデジタル化等による、入国時の効率的なワクチン接種履歴確認
・Ｇ７諸国並みの円滑な入国を可能とする水際措置の見直しなど水際対策の緩和、新たな変異株が発生する場合の機動的対処
・コロナに関する罹患後症状（いわゆる後遺症）についての実態把握や病態解明等に資する調査・研究
・これまでの新型コロナ対応を客観的に評価し、次の感染症危機に備えて、本年６月を目途に、危機に迅速・的確に対応するための司令塔機能の強化や感染症法の在り方、保健医療体制の確保など、中長期的観点から必要な対応をとりまとめ

人への投資と分配（第２章）

●人的資本投資（Ｐ４、５）

・「人への投資」抜本強化のため、３年間4,000億円規模の施策パッケージによる、成長分野への移動の支援
・社会全体で学び直し（リカレント教育）を促進するための環境整備
・学び直しによる成果の可視化と適切な評価、学ぶ意欲がある人への支援の充実や環境整備、成長分野のニーズに応じた学び直しの産学官の対話、企業におけるリカレント教育による人材育成強化等
・雇用調整助成金の特例措置等について雇用情勢を見極めながら段階的縮減
・人への投資や強力な就職支援を通じた円滑な労働移動
・同一労働同一賃金の徹底等を通じた非正規雇用労働者の処遇改善や正規化

●多様な働き方の推進（Ｐ５）

・就業場所・業務の変更の範囲の明示など、労働契約関係の明確化
・専門知識・技能を持った新卒学生・既卒数年程度の若者の就職・採用方法を産学と共に検討
・裁量労働制を含めた労働時間制度の在り方の更なる検討
・フリーランスについて、事業者が取引する際の契約の明確化を図る法整備や相談体制の充実
・良質なテレワークの促進、副業・兼業の推進、選択的週休３日制度の好事例の収集・提供
・労働者協同組合についてのNPO等からの円滑な移行等

●賃上げ・最低賃金（Ｐ６）

・中小企業支援等の最低賃金引上げの環境整備を一層進めつつ、景気や物価動向を踏まえ、地域間格差にも配慮しながら、できる限り早期に全国加重平均が1000円以上となることを目指し、引上げに取り組む。引上げ額は、公労使三者構成の最低賃金審議会で議論

「経済財政運営と改革の基本方針2022」（厚生労働省関係）

人への投資と分配（第２章）

●「貯蓄から投資」のための「資産所得倍増プラン」（Ｐ７）

・NISAの抜本的拡充や、高齢者に向けたiDeCo（個人型確定拠出年金）制度の改革などを通じた、貯蓄から投資へのシフトの大胆・抜本的な推進
・これらを含めた、本年末の総合的な「資産所得倍増プラン」の策定
・将来受給可能な年金額等の見える化

科学技術・イノベーションへの投資（第２章）

●科学技術・イノベーションへの投資（Ｐ７）

・量子、AI、バイオものづくり、再生・細胞医療・遺伝子治療等のバイオテクノロジー・医療分野といった我が国の国益に直結する科学技術分野の国家戦略の明示、官民が連携した科学技術投資の抜本拡充

包摂社会の実現（第２章）

●少子化対策・こども政策（Ｐ13、14）

・結婚、妊娠・出産、子育てのライフステージに応じた総合的取組の推進
・妊娠前から妊娠・出産、子育て期にわたる切れ目のない支援の充実
・「新子育て安心プラン」の着実な実施や病児保育サービスの推進等仕事と子育ての両立支援
・不妊症・不育症支援やデジタル相談の活用を含む妊産婦支援・産後ケアの推進等
・出産育児一時金の増額を始めとして経済的負担の軽減を議論
・流産・死産等を経験された方への支援
・養育費の支払い確保に向けた取組の推進
・教育・保育施設等において働く際に性犯罪歴等についての証明を求める仕組み（日本版DBS）の導入
・予防のためのこどもの死亡検証（CDR）の検討
・未就園児等の実態把握と保育所等の空き定員の活用等による支援
・SNS等の活用を含めこどもの意見を政策に反映する仕組みづくり
・放課後児童クラブ等様々なこどもの居場所づくり
・こども食堂、こども宅食・フードバンク等への支援を通じた、こどもの貧困解消や見守り強化
・児童虐待防止対策の更なる強化
・ヤングケアラーやひとり親世帯への支援
・真に支援を要するこどもや家庭の早期発見・プッシュ型支援のためのデータ連携
・医療的ケア児を含む障害児に対する支援
・いじめ防止対策の推進
・市町村における家庭支援機能の強化、里親支援の充実等家庭養育優先原則の徹底、社会的養育経験者等に対する自立支援の充実等改正児童福祉法の円滑な施行
・認定資格の取得促進を含む児童相談所等の質・量の体制強化
・応能負担や歳入改革を通じて、安定的な財源を確保しつつ、企業を含め全員が公平な立場で、広く負担していく新たな枠組みを検討

●女性活躍（Ｐ14）

・大企業への男女間の賃金格差の開示義務付け
・同一労働同一賃金を徹底し、女性が多い非正規雇用労働者の待遇改善
・女性の視点も踏まえた社会保障制度や税制等の検討
・男性の育休取得促進や長時間労働是正等働き方改革の着実な実施
・男性が子育てに参画しやすくなるための環境整備
・女性の登用・採用の拡大を含めた幅広い分野の女性の参画拡大
・ベビーシッター・家政士等の活用推進
・女性の健康に関する支援、困難な問題を抱える女性に対する支援

「経済財政運営と改革の基本方針2022」（厚生労働省関係）

包摂社会の実現（第２章）

●共生社会づくり（Ｐ14、15）
・重層的支援体制整備事業など市町村における包括的支援体制整備
・生活に困窮する者への自立相談支援等の強化
・生活保護基準の定期的な見直しについて、検証結果や社会経済情勢等を踏まえて対応
・長生きが幸せと思える社会の実現のため、高齢者の豊富な人生経験が尊重され、心通う拠り所となり、誰もが繋がりあえる地域づくりの推進
・認知症サポーターが地域で活躍できる場の整備等認知症の人や家族に対する支援の推進
・成年後見制度を含めた総合的な権利擁護支援の取組推進
・障害者の就労や情報コミュニケーション等への支援、難聴対策、難病対策等の着実な推進
・感染症による不安やうつ等を含めたメンタルヘルスへの対応の推進
・性的マイノリティに関する正しい理解及び社会全体が多様性を受け入れる環境づくり

●孤独・孤立対策（Ｐ15）
・孤独・孤立対策の重点計画の施策の着実な推進
・いわゆる「社会的処方」の活用
・ひきこもり支援に資する支援策の充実
・SNSを含むきめ細かい相談支援など自殺総合対策の推進

●就職氷河期世代支援（Ｐ15、16）
・相談、教育訓練から就職、定着までの切れ目のない支援
・同世代の正規の雇用者数を30万人増やすことを目指す

多極化・地域活性化の推進（第２章）

●債務が増大している企業や家計への対応（Ｐ19）
・2023年１月から償還が始まる緊急小口資金等の特例貸付について、住民税非課税世帯に対する償還免除や償還が困難な借受人への相談支援等をきめ細かく実施、そのための体制整備

対外経済連携の促進（第３章）

●国際連携の強化（Ｐ24、25）
・グローバルヘルス戦略に基づき、感染症に対する予防・備え・対応の強化など世界の保健課題の解決に貢献し、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の達成を目指すほか、WHOとの連携について協議
・薬剤耐性対策において、市場インセンティブなど薬剤耐性菌の治療薬確保のための具体的手法を包括的に検討した上で結論を出し、国際的な議論において主導的な役割を果たす

●外国人材の受入れ・共生（Ｐ26）
・技能実習制度について人権への配慮等の運用の適正化
・外国人が暮らしやすい地域社会づくり等「外国人材の受入れ・共生のための総合的対応策」等に基づく施策の着実な実施

防災・減災、国土強靭化の推進、東日本大震災等からの復興（第３章）

●防災・減災、国土強靭化（Ｐ26、27）
・船舶活用医療の推進、医療コンテナの活用を通じた医療体制の強化

「経済財政運営と改革の基本方針2022」（厚生労働省関係）

持続可能な社会保障制度の構築（第４章）

●全世代型社会保障の構築（Ｐ30、31、32）

- 全世代型社会保障は、「成長と分配の好循環」を実現するためにも、給付と負担のバランスを確保しつつ、各世代で安心できるよう構築する必要。
- 包摂的で中立的な仕組みとし、制度による分断や格差、就労の歪みが生じないようにすることで、中間層を支え、その厚みを増すことに寄与。
- 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、能力に応じて皆が支え合うことを基本としながら、それぞれの人生のステージに応じて必要な保障をバランスよく確保する。
- 給付と負担のバランスや現役世代の負担上昇の抑制を図りつつ、後期高齢者医療制度の保険料賦課限度額の引上げを含む保険料負担の在り方等各種保険制度における負担能力に応じた負担の在り方等の総合的な検討を進める。
- 世代間の対立に陥ることなく、全世代にわたって広く基本的な考え方を共有し、国民的な議論を進める。

・男性や非正規雇用労働者の育児休業取得促進や子育て支援
・仕事と子育てを両立できる環境を整備するために必要な更なる対応策について国民的な議論を進める
・勤労者皆保険の実現に向けた、
　✓被用者保険の適用拡大の着実な実施
　✓更に企業規模要件の撤廃・非適用業種の見直しの検討
　✓フリーランス・ギグワーカーへの社会保険適用について被用者性の捉え方等の検討
・家庭における介護の負担軽減のため介護サービスの基盤整備等
・公的価格の費用の見える化、現場で働く方々の更なる処遇改善
・独居の困窮者・高齢者等に対する相談支援や医療・介護・住まいの一体的な検討・改革等地域共生社会づくり
・機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革
　✓かかりつけ医機能が発揮される制度整備
　✓地域医療連携推進法人の有効活用や都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含めた地域医療構想の推進
　✓医師の働き方改革の円滑な施行に向けた取組
・基盤強化に向けて、医療費適正化計画の見直しや都道府県のガバナンスの強化など関連する医療保険制度等の改革とあわせて、これまでの骨太方針2021等に沿って着実に進める
・これらの取組について、中長期的な改革事項を工程化した上で、政府全体として取組を進める

●社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進（Ｐ32、33）

・デジタルヘルスの活性化に向けた質の見える化やイノベーション等
・データヘルス改革工程表に則りPHRの推進等改革を着実に実行
・オンライン資格確認について、
　✓保険医療機関・薬局に2023年４月から導入を原則義務付けるとともに、導入が進み、患者によるマイナンバーカードの保険証利用が進むよう、関連する支援等の措置を見直し
　※ 診療報酬上の加算の取扱いについては、中央社会保険医療協議会において検討
　✓導入状況等を踏まえ、保険証の原則廃止を目指す
　※ 加入者から申請があれば保険証は交付される
・「全国医療情報プラットフォームの創設」、「電子カルテ情報の標準化等」、「診療報酬改定ＤＸ」の取組を行政と関係業界が一丸となって進めるとともに、医療情報の利活用について法制上の措置等を講ずる
　→そのため、政府に総理を本部長とし関係閣僚により構成される「医療DX推進本部（仮称）」を設置
・医療法人・介護サービス事業者の経営状況に関する全国的な電子開示システム等の整備
・処遇改善を進めるに際して費用の見える化などの促進策を講ずる
・タスク・シフティングや経営の大規模化・協働化の推進

「経済財政運営と改革の基本方針2022」（厚生労働省関係）

持続可能な社会保障制度の構築（第４章）

●社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進（Ｐ32、33）

・オンライン診療の活用促進、AIホスピタルの推進・実装
・経済安全保障や医薬品産業ビジョン2021等の観点も踏まえた、医薬品の品質・安定供給の確保と創薬力の強化、様々な手段を講じることによる科学技術力の向上とイノベーションの実現
・がん・難病に係る創薬推進等のため、臨床情報と全ゲノム解析の結果等の情報を連携させ搭載する情報基盤を構築し、その利活用に係る環境を早急に整備
・がん専門医療人材の養成、がん対策推進基本計画の見直し、新たな治療法を患者に届ける取組の推進等がん対策の推進
・大麻に関する制度を見直し、大麻由来医薬品の利用等に向けた必要な環境を整備
・OTC医薬品・検査薬の拡大に向けた検討等によるセルフメディケーションの推進、ヘルスリテラシーの向上
・疾患に関する正しい知識の周知啓発、がん検診の受診勧奨、政策効果に関する実証事業の実施などリハビリテーションを含め予防・重症化予防・健康づくりの推進
・移植医療の推進
・良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、令和４年度診療報酬改定により措置された取組の検証
・周知・広報の推進とあわせたリフィル処方箋の普及・定着のための仕組みの整備
・バイオシミラーについて目標値を今年度中に設定、着実に推進
・コロナ入院患者受入医療機関等に対する補助の在り方について、これまでの診療報酬の特例等（過去の収入に応じた支払いを含む）も参考に見直し
・国保財政健全化の観点から、
　✓法定外繰入等の早期解消を促す
　✓普通調整交付金の配分の在り方について、方向性を示すべく地方団体等との議論を深める
・全身の健康と口腔の健康に関する科学的根拠の集積と国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）の具体的な検討、オーラルフレイル対策等につながる口腔健康管理の充実、歯科技工を含む歯科領域のICT活用の推進、市場価格に左右されない歯科用材料の導入の推進

令和５年度予算編成に向けた考え方（第５章）

●令和５年度予算編成に向けた考え方（Ｐ36）

➢ 令和５年度予算において、本方針及び骨太方針2021に基づき、経済・財政一体改革を着実に推進する。ただし、重要な政策の選択肢をせばめることがあってはならない。

【参考】経済財政運営と改革の基本方針2021（抜粋）
　歳出の目安がこれまで財政規律としての役割を果たしてきたことを踏まえ、機動的なマクロ経済運営を行いつつ成長力強化に取り組む中で、2022 年度から2024 年度までの3年間について、これまでと同様の歳出改革努力を継続することとし、以下の目安に沿った予算編成を行う。
　社会保障関係費については、基盤強化期間においてその実質的な増加を高齢化による増加分に相当する伸びにおさめることを目指す方針とされていること、経済・物価動向等を踏まえ、その方針を継続する。

Ⅲ．１　人への投資と分配

（１）賃金引上げの推進

○最低賃金（Ｐ．５）

・人への投資のためにも最低賃金の引上げは重要な政策決定事項。物価が上昇する中で、官民が協力して、引上げを図るとともに、その引上げ額については、公労使三者構成の最低賃金審議会で、生計費、賃金、賃金支払能力を考慮し、しっかり議論していただくことが必要。

○介護・障害福祉職員、保育士等の処遇改善のための公的価格の更なる見直し（Ｐ．６）

・介護・障害福祉職員、保育士等の今後の具体的な処遇改善の方向性については、公的価格評価検討委員会の中間整理を踏まえ、職種ごとに仕事の内容に比して適正な水準まで賃金が引き上がり、必要な人材が確保されるかといった観点から検討。
・看護師の今後の処遇改善については、今回の措置の結果も踏まえつつ、全ての職場における看護師のキャリアアップに伴う処遇改善のあり方について検討。

（２）スキルアップを通じた労働移動の円滑化

○自分の意思で仕事を選択することが可能な環境（学びなおし、兼業推進、再就職支援）　（Ｐ．６）

・従業員、経営者、教育サービス事業者など一般の方から募集したアイディアを踏まえた、３年間で4,000億円規模の施策パッケージに基づき、非正規雇用の方を含め、能力開発支援、再就職支援、他社への移動によるステップアップ支援を講じる。
・教育訓練投資を強化して、企業の枠を超えた国全体としての人的資本の蓄積を推進することで、労働移動によるステップアップを積極的に支援する。
・Off-JTの研修費用が低くとどまり、かつ、近年更に低下傾向にある日本企業の人的投資について、早期に少なくとも倍増させ、更にその上を目指していく。

○副業・兼業の拡大（Ｐ．７）

・労働者の職業選択の幅を広げ、多様なキャリア形成を支援する観点から、企業に副業・兼業を許容しているか否か、また条件付許容の場合はその条件について、「副業・兼業の促進に関するガイドライン」を改定し、情報開示を行うことを企業に推奨する。

（３）貯蓄から投資のための「資産所得倍増プラン」の策定（Ｐ．８）

・iDeCo（個人型確定拠出年金）制度の改革やその子ども世代が資産形成を行いやすい環境整備等を図る。本年末に総合的な「資産所得倍増プラン」を策定する。
・働き方の変化に応じて、将来受給可能な年金額を試算できる公的年金シミュレーターを本年４月に導入したが、民間アプリとの連携を図り、私的年金や民間の保険等を合わせた全体の見える化を進める。

Ⅲ．1　人への投資と分配

（４）子供・現役世代・高齢者まで幅広い世代の活躍を応援

○保育・放課後児童クラブの充実（Ｐ．８）
・「新子育て安心プラン」等に基づく保育サービスの基盤整備や放課後児童クラブの整備等を着実に実施することを通じて、親の負担を軽減し社会全体で子育てを支援する。

○家庭における介護の負担軽減（Ｐ．９）
・高齢化の進展により今後、要介護高齢者が大幅に増加するとともに、単身・夫婦のみの高齢者世帯が増え、家族の介護力の低下が予想される。これを前提に、圏域ごとの介護ニーズの将来予測を踏まえ、介護サービスの基盤整備を着実に実施する。

○認知症対策充実、介護予防の充実・介護休業の促進等（Ｐ．９）
・今後も認知症の方が増加することを踏まえ、認知症に関する総合的な施策を推進することとし、地域包括支援センター等の身近な拠点を活用した認知症の方を含む要介護者及び家族介護者等への伴走型支援や、成年後見・権利擁護支援等について議論を進める。
・ヤングケアラーへの支援について、ＩＣＴも活用しつつ、その実態をしっかり把握するとともに、モデル事業の検証も踏まえて、効果的な支援策を講じる。
・在宅高齢者について、医療・介護連携体制の強化等、地域全体でのサービス基盤を整備していくとともに、介護予防や社会参加活動の場の充実の観点から、地域全体での活動を支援していく。
・介護休業制度のより一層の周知も含め、男女ともに介護離職を防ぐための対応を行う。
・新型コロナウイルスの感染拡大を踏まえ、メンタルヘルス対策を推進する。

（５）多様性の尊重と選択の柔軟性

○多様性の尊重（Ｐ．９）
・同一労働同一賃金制度の徹底とともに、短時間正社員制度、勤務地限定正社員制度、職種・職務限定正社員制度といった多様な正社員制度の導入拡大を、産業界に働きかけていく。
・女性・若者等の多様な人材の役員等への登用、サバティカル休暇やスタートアップへの出向等の企業組織の変革に向けた取組を促進する。

○男女間の賃金差異の開示義務化（Ｐ．10）
・男女間の賃金差異について、本年夏、女性活躍推進法に基づき労働者301人以上の事業主に対して全労働者及び正規・非正規雇用に分けて開示を義務化する。

○勤労者皆保険の実現（Ｐ．10）
・企業規模要件の段階的引下げ等を内容とする令和２年年金制度改正法に基づき、被用者保険（厚生年金・健康保険）の適用拡大を着実に実施する。さらに、企業規模要件の撤廃も含めた見直しや非適用業種の見直し等を検討する。
・フリーランス・ギグワーカー等への社会保険の適用については、被用者性等をどう捉えるかの検討を行う。その上で、労働環境の変化等を念頭に置きながら、より幅広い社会保険の適用の在り方について総合的に検討を進める。

○勤務間インターバル・育休促進・転職なき移住等の働き方改革の推進（Ｐ．11）
・時間外労働の上限規制の法遵守の徹底とともに、勤務間インターバル制度の普及を図り、長時間労働の是正を図る。
・男性の育児休業について、本年秋に施行する「産後パパ育休」の周知と検証等を行うとともに、取得日数・取得率の男女差の縮小に向けて、取得促進に取り組む。

新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画（厚生労働省関係 概要）

Ⅲ.２　科学技術・イノベーションへの重点的投資

（４）再生・細胞医療・遺伝子治療等

○再生・細胞医療・遺伝子治療（Ｐ.13）
・新たな医療技術の臨床研究・治験の推進、これらの医療技術の製品化に向けた研究開発、治療に用いる細胞・ベクター（ウイルスなど細胞へ遺伝子を導入するための媒介）の製造基盤強化、人材育成等を進め、有効な技術を実用化につなげる。
・再生・細胞医療と遺伝子治療の垣根を取り払い、遺伝子治療におけるゲノム編集技術を再生・細胞医療に応用するなど一体的な研究開発や臨床研究拠点の整備を進める。

○ゲノム医療の推進（Ｐ.14）
・がん・難病に係る創薬推進等のため、臨床情報と全ゲノム解析の結果等の情報を連携させ搭載する情報基盤を構築し、その利活用に係る環境を早急に整備する。なお、当該結果等には、10万ゲノム規模を目指した解析結果のほか、マルチ・オミックス（網羅的な生体分子についての情報）解析の結果等を含む。

○感染症の治療薬・ワクチンの開発（Ｐ.14）
・今後の感染症危機に備えるため、治療薬やワクチンの開発に取り組む。

Ⅲ.３　スタートアップの起業加速及びオープンイノベーションの推進

（１）スタートアップ育成５か年計画の策定

○個人金融資産及びGPIF等の長期運用資金のベンチャー投資への循環（Ｐ.16）
・GPIF等の長期運用資金が、ベンチャー投資やインフラ整備などに循環する流れを構築する。

○従業員を雇わない創業形態であるフリーランスの取引適正化法制の整備（Ｐ.17）
・相談体制の充実を図るとともに、取引適正化のための法制度について検討し、早期に国会に提出する。

Ⅲ.４　ＧＸ（グリーン・トランスフォーメーション）及びＤＸ（デジタル・トランスフォーメーション）への投資

（２）DXへの投資

○デジタルヘルスの普及（Ｐ.23）
・デジタルヘルスを普及するため、承認アプリを活用した際の診療報酬上の加算を行う。

○医療のＤＸ（Ｐ.24）
・全国医療情報プラットフォームの創設、電子カルテ情報の標準化等及び診療報酬改定に関するＤＸの取組を行政と関係業界が一丸となって進めるとともに、医療情報の利活用について法制上の措置等を講ずる。そのため、政府に総理を本部長とし関係閣僚により構成される「医療ＤＸ推進本部（仮称）」を設置する。

令和4年　規制改革実施計画について

（厚生労働省関係の主な項目抜粋）

1．デジタル原則を踏まえた規制の横断的な見直し

(8)申請・届出・交付・通知に書面・対面を求める規制の見直し

・No.14 行政手続のオンライン化の推進（P7）

各府省は、法令等又は慣行により、国民や事業者等に対して書面の作成・提出等を求める行政手続のうち、令和7年までにオンライン化する方針が決定している約12,000種類の手続について、可能な限り前倒しを図りつつ措置する。

【可能な限り前倒しを図りつつ、令和7年までに措置】等

・No.15 性質上オンライン化が適当でないとされた手続の検証（P8）

デジタル完結・自動化原則をはじめとするデジタル原則及び諸外国における取組状況や、失業者に対する再就職支援の効果的な実施の必要性を十分に踏まえ、失業認定関連手続を含む雇用保険の受給関連手続の在り方について、デジタル技術を活用した行政サービスの見直しに知見のある者の意見も得ながら検討する場を速やかに立ち上げるとともに、客観的なデータ等に基づき、対応の方向性の検討を行い、1年を目途に結論を得る。

【令和4年中の可能な限り早期に検討を開始し、1年を目途に結論を得る】等

・No.18 行政手続におけるオンライン利用率を大胆に引き上げる取組の推進（P11）

各府省は、オンライン利用率を大胆に引き上げる取組を開始している93事業について、デジタル原則や会議が示す考え方も踏まえ、短い期間でPDCAを回してオンライン利用率を大胆に引き上げる取組を着実に推進するとともに、エンドツーエンドでのサービスのデジタル完結に向けた取組の更なる拡充・加速を図る。

【引き続き措置】等

2．デジタル分野以外の横断的な取組

(2)ローカルルールの見直し

・No.6 介護分野におけるローカルルール等による手続負担の軽減（P17）

介護事業者が介護保険法の関係法令の規定に基づいて地方公共団体に対して提出する指定申請関連文書等について、介護事業者は国が定める様式に基づいて作成の上、国が定める書類を添付して手続等を行うこととするための所要の法令上の措置を講ずる。

【令和4年度措置】等

5．個別分野の取組

＜人への投資＞

(3)柔軟な働き方の実現に向けた各種制度の活用・見直し

・No.6 既存の各種制度の活用・拡充（P26）

労働者のキャリア形成に向けた自律的・主体的な活動を支援する観点も踏まえ、テレワークや副業・兼業、既存の労働時間制度、教育訓練休暇制度、選択的週休3日制度の活用促進のため、好事例を周知するとともに、これらの制度を活用している企業が求職者等に分かりやすく示される方策を検討し、必要な措置を講ずる。

【令和4年度検討開始、結論を得次第速やかに措置】

(4)個人の自律的・主体的なキャリア形成の促進

・No.8 多様な働き手の長期的なキャリア形成に向けた能力開発支援（P26）

個人の能力開発・キャリア形成の目標が明確となるよう、各企業で職務に必要な能力・スキル等が明確化されることを求めるとともに、個人の学び・学び直しにより身に付けた能力・スキルについて適切な評価を行うことが望ましい旨を示した社会人の職業に関する学び・　学び直しを促進するためのガイドラインを策定し、企業におけるこれらの取組を推進する。

【令和４年措置】等

(8)養育費の確保に向けた取組（P29）

内閣府、法務省及び厚生労働省は、養育費の確保に資する取組を行う地方公共団体を増やすため、好事例の横展開等の周知・支援策を連携して継続的に実施する。

【引き続き措置】等

5. 個別分野の取組（続き）

＜医療・介護・感染症対策＞

(1)新型コロナウイルス感染症に係る在宅での検査等の円滑化

・No.1 質の確保された抗原定性検査キットの利用環境の整備（P33）

新型コロナへの対応として、薬局での購入が特例的に可能となっている現状も踏まえ、抗原定性検査キットのOTC化を検討する。その際、昨年12月の厚生労働省アドバイザリーボードで課題とされた事項（検査結果を踏まえ適切な受診行動につなげるための情報提供の必要性）が、国民による抗原定性検査キットの利用が進んだ現状においてもなお維持されるか否かについても、検証を行う。

【引き続き検討を進め、令和4年度上期結論】

(2)医療DXの基盤整備（在宅での医療や健康管理の充実）

・No.3 オンライン診療・服薬指導の更なる推進（P34）

オンライン診療の場合に対面診療に比べ厳格な情報セキュリティを求めることやオープンネットワークの利用を阻害するセキュリティ設計を前提とすることは合理性に欠けることを踏まえ、オンライン診療指針について必要な見直しを行う。

【令和4年検討・結論】

通所介護事業所や公民館等の身近な場所での受診を可能とする必要があるとの指摘があること等も踏まえ、オンライン診療を受診することが可能な場所や条件について、課題を整理・検討し、結論を得る。

【引き続き検討を進め、令和4年度結論】等

・No.5 患者のための医薬品アクセスの円滑化（P38）

現状、過去5年以内のうち「2年以上」かつ「1920時間以上」の実務経験が必要とされる登録販売者に係る店舗管理者要件について、一定の追加的なオンライン研修などを条件としつつ、「2年以上」の要件を「1年以上」へと見直す。

【令和4年度措置】等

(3)医療DXを支える医療関係者の専門能力の最大発揮

・No.8 薬剤師の地域における対人業務の強化（対物業務の効率化）（P40）

薬局における調剤業務のうち、一定の薬剤に関する調製業務を、患者の意向やニーズを尊重しつつ、当該薬局の判断により外部に委託して実施することを可能とする方向で、その際の安全確保のために委託元や委託先が満たすべき基準、委託先への監督体制などの技術的詳細を検討する。

【令和4年度検討・結論】

(4)質の高い医療を支える先端的な医薬品・医療機器の開発の促進

・No.13 プログラム医療機器（SaMD）に関する承認審査等の見直し（P43）

SaMDの承認後のアップデートについて、一定の条件の下で、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）による審査省略を含め審査の簡略化を検討。

【令和4年度結論】等

・No.14 プログラム医療機器（SaMD）の開発に関する医療機器製造業規制等の見直し（P43）

現行の医療機器等総括製造販売責任者の資格要件について、諸外国の状況も含めた実態の把握を行い、SaMDの適切な製造管理及び品質管理並びに製造販売後安全管理を行うための課題を明らかにした上で、資格要件として定められている学歴に該当しない場合の対応として、オンラインでの研修等を含めて検討する。

【引き続き検討を進め、令和4年度結論】

(5)利用者のケアの充実が図られ専門職が力を発揮できる持続的な介護制度の構築

・No.17 特定施設（介護付き有料老人ホーム）等における人員配置基準の特例的な柔軟化（P45）

ICT技術の最大活用等を行う先進的な特定施設等において実証事業を実施し、現行の人員配置基準より少ない人員配置であっても、介護の質が確保され、かつ、介護職員の負担が軽減されるかに関する検証を行う。当該検証の結果を踏まえ、一定の要件を満たす高齢者施設における人員配置基準の特例的な柔軟化の可否について、 社会保障審議会介護給付費分科会の意見を聴き、論点を整理する。当該論点整理を踏まえ、同分科会の意見を聴き、当該特例的な柔軟化の可否を含めた内容に関する所要の検討を行い、結論を得次第速やかに必要な措置を講ずる。

【(前段)令和4年度措置、(中段)令和4年度目途措置、(後段)遅くとも令和5年度結論・措置】

デジタル社会の実現に向けた重点計画の概要

■ **デジタル社会の形成のために政府が迅速かつ重点的に実施すべき施策等**を定めるもの。（デジタル社会形成基本法37②等）

■ **デジタル社会の実現の司令塔であるデジタル庁のみならず各省庁の取組も含め工程表などスケジュール**とあわせて明らかにするもの。

我が国が目指すデジタル社会「デジタルの活用により、一人ひとりのニーズに合ったサービスを選ぶことができ、多様な幸せが実現できる社会」

デジタル社会で目指す6つの姿

- ① デジタル化による成長戦略
- ②医療・教育・防災・こども等の準公共分野のデジタル化
- ③ デジタル化による地域の活性化
- ④ 誰一人取り残されないデジタル社会
- ⑤ デジタル人材の育成・確保
- ⑥ DFFTの推進を始めとする国際戦略
  →Data Free Flow with Trust

※進捗把握指標の設定

具体策を考える上で前提となる理念・原則

誰一人取り残されないデジタル社会の実現　※デジタル推進委員の全国展開
→誰もが、いつでも、どこでもデジタルの恩恵を享受

デジタル社会形成のための基本原則

→10原則（デジタル改革基本方針）
①オープン・透明②公平・倫理③安全・安心④継続・安定・強靱⑤社会課題の解決⑥迅速・柔軟⑦包摂・多様性⑧浸透⑨新たな価値の創造⑩飛躍・国際貢献

→デジタル3原則（国の行政手続オンライン化原則）
デジタルファースト/
ワンスオンリー/
コネクテッド・ワンストップ

BPRと規制改革の必要性
→Business Process Reengineering

クラウド・バイ・デフォルト原則

目指す姿を実現する上で有効な戦略的な取組（基本戦略）

デジタル臨時行政調査会
デジタル・規制・行政改革に通底する構造改革のためのデジタル原則※に沿って4万以上の法令等の適合を目指す

デジタル田園都市国家構想実現会議
デジタル原則の遵守やデータ基盤の活用等を前提に、各地域の社会的課題の解決などに向けて様々な取組を支援

国際戦略の推進
DFFT/諸外国デジタル政策関連機関との連携強化

サイバーセキュリティ等の安全・安心の確保
国際情勢の変化等へ対応/国家安全保障上のリスクへの対応としてのサイバーセキュリティの確保/個人情報保護

包括的データ戦略の推進　※トラスト基盤構築を推進
トラスト/ベース・レジストリ/オープンデータ

デジタル産業の育成
クラウドサービス産業・ITスタートアップの育成

Web3.0の推進
ブロックチェーン技術を基盤とするNFTの利用等の環境整備

※①デジタル完結・自動化原則　②アジャイルガバナンス原則　③官民連携原則　④相互運用性確保原則　⑤共通基盤利用原則

デジタル社会の実現に向けた基本的な施策

国民に対する行政サービスのデジタル化

- **国・地方公共団体・民間を通じたトータルデザイン**（アーキテクチャの将来像整理）
- **新型コロナウイルス感染症対策など緊急時の行政サービスのデジタル化**
  （ワクチン接種証明書のスマホ搭載の推進/公金受取口座登録推進及び行政機関による利用）
- **マイナンバー制度の利活用の推進**
  （情報連携の拡大/各種免許等のデジタル化）
- **マイナンバーカードの普及及び利用の推進**
  （オンライン市役所サービス/市民カード化/民間利用推進/健康保険証利用/運転免許証と一体化/市町村や業界に働きかけ）
- **公共フロントサービスの提供等**
  （ワンストップサービスの推進）

暮らしのデジタル化

- **準公共分野のデジタル化の推進等**
  （健康・医療・介護（PHR/オンライン診療）/
  →Personal Health Record
  教育（校務のデジタル化/教育データ利活用）/
  防災/こども/モビリティ/取引）

産業のデジタル化

- **事業者向け行政サービスの質の向上に向けた取組**
  （電子署名/電子委任状/商業登記電子証明書/GビズID/e-Gov）
- **中小企業のデジタル化の支援**（IT専門家派遣/IT導入補助金/サイバーセキュリティ対策支援）
- **産業全体のデジタルトランスフォーメーション**
  （DX認定制度/DX銘柄/DX投資促進税制/サイバーセキュリティ強化）

デジタル社会を支えるシステム・技術

- **国の情報システムの刷新**
  （重要システム開発体制整備/ガバメントクラウドの整備/ネットワークの整備/政府調達）
- **地方の情報システムの刷新**（標準化基本方針の策定等）
- **デジタル化を支えるインフラの整備**
  （光ファイバ/ 5G/半導体/データセンター/海底ケーブル）
- **デジタル社会に必要な技術の研究開発・実証の推進**（情報通信・コンピューティング・セキュリティ技術高度化/スーパーコンピュータ整備）

デジタル社会のライフスタイル・人材

- **ポストコロナも見据えた新たなライフスタイルへの転換**（テレワーク/シェアエコ）
- **デジタル人材の育成・確保**（プログラミング必修化/リカレント教育/女性人材）

今後の推進体制（政府のデジタル改革推進体制強化）

デジタル田園都市国家構想基本方針の全体像

【基本的な考え方～「全国どこでも誰もが便利で快適に暮らせる社会」を目指して～】

デジタルは地方の社会課題を解決するための鍵であり、新しい価値を生み出す源泉。今こそデジタル田園都市国家構想の旗を掲げ、デジタルインフラを急速に整備し、官民双方で地方におけるデジタルトランスフォーメーション（DX）を積極的に推進。

- デジタル田園都市国家構想は**「新しい資本主義」の重要な柱の一つ。地方の社会課題を成長のエンジンへと転換**し、持続可能な経済社会の実現や新たな成長を目指す。
- 構想の実現により、地方における仕事や暮らしの向上に資する新たなサービスの創出、持続可能性の向上、Well-beingの実現等を通じて、**デジタル化の恩恵を国民や事業者が享受できる社会**、いわば**「全国どこでも誰もが便利で快適に暮らせる社会」**を目指す。これにより、東京圏への一極集中の是正を図り、**地方から全国へとボトムアップの成長**を推進する。
- 国は、基本方針を通じて、**構想が目指すべき中長期的な方向性を提示し、地方の取組を支援**。特に、データ連携基盤の構築など**国が主導して進める環境整備に積極的に取り組む**。地方は、**自らが目指す社会の姿を描き、自主的・主体的に構想の実現に向けた取組を推進**。

【取組方針】

☆解決すべき地方の社会課題

- **人口減少・少子高齢化**
  ※出生率　1.45(2015年)→1.33(2020年)
  ※生産年齢人口　7,667万人(2016年)
  →7,450万人(2021年)
- **過疎化・東京圏への一極集中**
  ※東京圏転入超過数　80,441人(2021年)
- **地域産業の空洞化**
  ※都道府県別労働生産性格差
  最大1.5倍(2018年)

等

デジタル実装を通じて、**地域の社会課題解決・魅力向上の取組を、より高度・効率的に推進**

➢ デジタルの力を活用した地方の社会課題解決

（2024年度末までにデジタル実装に取り組む地方公共団体1000団体達成）

①地方に仕事をつくる
スタートアップ・エコシステムの確立、中小・中堅企業DX（キャッシュレス決済、シェアリングエコノミー等）、スマート農林水産業、観光DX、地方大学を核としたイノベーション創出等

②人の流れをつくる
「転職なき移住」の推進（**2024年度末までにサテライトオフィス等を地方公共団体1000団体に設置**）、オンライン関係人口の創出・拡大、二地域居住等の推進、サテライトキャンパス等

③結婚・出産・子育ての希望をかなえる
母子オンライン相談、母子健康手帳アプリ、子どもの見守り支援等

④魅力的な地域をつくる
GIGAスクール・遠隔教育（教育DX）、遠隔医療、ドローン物流、自動運転、MaaS、インフラ分野のDX、3D都市モデル整備・活用、文化芸術DX、防災DX等

⑤地域の特色を活かした分野横断的な支援
デジタル田園都市国家構想交付金による支援、スマートシティ関連施策の支援（**地域づくり・まちづくりを推進するハブとなる経営人材を国内100地域に展開**）　等

➢ デジタル田園都市国家構想を支えるハード・ソフトのデジタル基盤整備

2030年度末までの5Gの人口カバー率99%達成、全国各地で十数か所の地方データセンター拠点を５年程度で整備、2027年度末までに光ファイバの世帯カバー率99.9%達成、日本周回の海底ケーブル(デジタル田園都市スーパーハイウェイ)を2025年度末までに完成など、「デジタル田園都市国家インフラ整備計画」の実行等を通じてデジタル基盤整備を推進。

①デジタルインフラの整備　②マイナンバーカードの普及促進・利活用拡大　③データ連携基盤の構築
④ICTの活用による持続可能性と利便性の高い公共交通ネットワークの整備　⑤エネルギーインフラのデジタル化

➢ デジタル人材の育成・確保

デジタル推進人材について、**2026年度末までに230万人育成**。「デジタル人材地域還流戦略パッケージ」に基づき、人材の地域への還流を促進。
「女性デジタル人材育成プラン」に基づく取組を推進。

①デジタル人材育成プラットフォームの構築　②職業訓練のデジタル分野の重点化　③高等教育機関等におけるデジタル人材の育成　④デジタル人材の地域への還流促進

➢ 誰一人取り残されないための取組

2022年度に２万人以上で「デジタル推進委員」の取組をスタートし、今後更なる拡大を図るなど、誰もがデジタルの恩恵を享受できる「取り残されない」デジタル社会を実現。

①デジタル推進委員の展開　②デジタル共生社会の実現　③経済的事情等に基づくデジタルデバイドの是正　④利用者視点でのサービスデザイン体制の確立
⑤「誰一人取り残されない」社会の実現に資する活動の周知・横展開

（構想の実現に向けた地域ビジョンの提示）　地方の取組を促すため、構想を通じて実現する地域ビジョンを提示。

スマートシティ・スーパーシティ

「デジ活」中山間地域

産学官協創都市

SDGs未来都市

脱炭素先行地域

MaaS実装地域

【今後の進め方】

○デジタル田園都市国家構想総合戦略（仮称）の策定（まち・ひと・しごと創生総合戦略の改訂）

・国は、2024年度までの地方創生の基本的方向を定めた**まち・ひと・しごと創生総合戦略を抜本的に改訂し**、構想の中長期的な基本的方向を提示する**デジタル田園都市国家構想総合戦略(仮称)を策定**。
・**地方公共団体は、新たな状況下で目指すべき地域像を再構築し、地方版総合戦略を改訂**し、具体的な取組を推進。国は、様々な施策を活用して地方の取組を支援。

全世代型社会保障構築会議　議論の中間整理（概要）

1．全世代型社会保障の構築に向けて

≪課題と目指すべき方向≫

○「**成長と分配の好循環**」の実現のためには、**全ての世代で安心できる「全世代型社会保障」の構築**が必要。

○ **社会保障の担い手を確保**するとともに、**男女が希望どおり働ける社会**をつくる「**未来への投資**」として、「**子育て・若者世代**」への**支援**や、「**社会経済の変化に即応した社会保障制度**」の**構築**が重要。

○ **包摂的で中立的な仕組み**とし、制度による分断、格差、就労の歪みが生じないようにすべき。これにより、中間層を支え、厚みを増すことに寄与。

≪今後の取組≫

○ **短期的及び中長期的な課題**について、「**時間軸**」を持って、**計画的に取り組む**。「**地域軸**」も意識。

○ 給付は高齢者中心、負担は現役世代中心という構造を見直し、**能力に応じて皆が支え合い、人生のステージに応じて必要な保障**を確保することが基本。

○ 世代間対立に陥ることなく、**国民的な議論を進めながら対策を進めていく**ことが重要。

2．男女が希望どおり働ける社会づくり・子育て支援

○ 今なお子育て・若者世代は、「仕事か、子育てか」の二者択一を迫られる状況が多い。「**仕事と子育ての両立**」**の実現**のため、早急に是正されるべき。

○ このため、①妊娠・出産・育児を通じた切れ目ない支援が包括的に提供される**一元的な体制・制度の構築**、②働き方や子どもの年齢に応じて、**育児休業、短時間勤務、保育・幼児教育など多様な両立支援策を誰もが選択し、利用できる**環境の整備が望まれる。

○ 改正育児・介護休業法による**男性育休の推進、労働者への個別周知・意向確認**のほか、**保育サービス整備など**の取組を着実に推進。

○ 子育て・若者世代が不安を抱くことなく、**仕事と子育てを両立できる環境整備のため更なる対応策について、国民的な議論を進めていく**。

○ こども家庭庁の創設を含め、子どもが健やかに成長できる社会に向け、**子ども・子育て支援の強化を検討**。

3. 勤労者皆保険の実現・女性就労の制約となっている制度の見直し

○ 働き方の多様化が進む中、**働き方に対して「中立」な社会保障制度の構築**を進めることが必要。

○ **勤労者皆保険の実現**に向けて取り組んでいくことが必要。

○ 令和2年年金制度改正法に基づき、**被用者保険の適用拡大**を着実に実施。**さらに、企業規模要件の撤廃**も含めた見直しや**非適用業種の見直し**等を検討。

○ **フリーランス**などについて、**被用者性等**をどう捉えるかを検討。その上で、**より幅広い社会保険の適用の在り方**について総合的に検討。

○ 女性就労の制約となっていると指摘されている社会保障や税制、企業の諸手当などについて**働き方に中立的なものにしていく**。

4. 家庭における介護の負担軽減

○ 今後、**要介護高齢者が大幅に増加**し、単身・夫婦のみ世帯の増加、家族の介護力の低下が予想される。

○ **介護についても、仕事との両立**が重要。

○ **認知症の人の増加**など。

○ **圏域ごとの介護ニーズ**を踏まえた**サービスの基盤整備**、在宅高齢者について**地域全体での基盤整備**。

○ 介護休業制度の一層の周知を行うことを含め、**男女ともに介護離職を防ぐための対応**。

○ **認知症に関する総合的な施策**を更に推進。要介護者及び家族介護者等への**伴走型支援**などの議論を進める。**ヤングケアラー**の実態を把握し、効果的な支援策を講じる。

5.「地域共生社会」づくり

○ **孤独・孤立や生活困窮**の人々が地域社会と繋がりながら、安心して生活を送れる**「地域共生社会」づくり**に取り組む必要。

○ **「住まい」をいかに確保するか**は、老齢期を含む生活の維持にとっても大きな課題。**制度的な対応も含めた検討**が求められる。

○ ソーシャルワーカーによる**相談支援**、多機関連携による**総合的な支援体制。分野横断的な取組**を進める。

○ 住民に身近な地域資源を活用しながら、**地域課題の解決のために住民同士が助け合う「互助」を強化。**

○ **住まい確保の支援**のみならず、**地域とつながる居住環境**や**見守り・相談支援**の提供も含め検討。その際には、**空き地・空家の活用**やまちづくりなどの視点も必要。

6. 医療・介護・福祉サービス

○ 今後の**高齢化の進展とサービス提供人材の不足**を踏まえると、**医療・介護提供体制の改革**や社会保障制度基盤の強化は必須。

○ コロナ禍により、地域医療の機能が十分作動せず総合病院に大きな負荷がかかる課題に直面。**機能分化と連携を重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革**を進めるべき。

○ データの連携、総合的な活用は、社会保障の各分野におけるサービスの質の向上等に重要な役割を果たす。

○ サービスの質の向上、人材配置の効率化、働き方改革等の観点。

○「地域完結型」の提供体制の構築に向け、**地域医療構想の推進、地域医療連携推進法人**の活用、**地域包括ケアシステムの整備**などを、**都道府県のガバナンス強化**など関連する医療保険制度等の改革と併せて着実に推進。

○ **かかりつけ医機能が発揮される制度整備**を含め、**機能分化と連携を一層重視**した医療・介護提供体制等の改革を推進。

○ **地域医療構想**について、第８次医療計画策定とあわせて議論を進める。さらに2040年に向けバージョンアップ。

○ **データ活用の環境整備**を進め、**個人・患者の視点に立ったデータ管理**を議論。**社会保障全体のDX**を進める。

○ **ICTの活用、費用の見える化、タスクシェア・タスクシフティング**や**経営の大規模化・協働化**を推進。