第162回社会保障審議会医療保険部会
議事次第

令和５年１月16日（月）
14時00分～16時00分
場所：オンライン開催

（議　題）

オンライン資格確認等システムについて

（報告事項）

１．電子処方箋について

２．令和５年度予算案（保険局関係）の主な事項について

３．新経済・財政再生計画 改革工程表2022について

４．全世代型社会保障構築会議の報告書について

（配布資料）

資　料　１	オンライン資格確認等システムについて
資　料　２	電子処方箋について
資　料　３	令和５年度予算案（保険局関係）の主な事項
資　料　４	新経済・財政再生計画 改革工程表2022（社会保障部分抜粋）
資　料　５	全世代型社会保障構築会議 報告書（概要）

参考資料１	令和５年度予算案（保険局関係）参考資料
参考資料２	全世代型社会保障構築会議 報告書
参考資料３	社会保障審議会医療保険部会における議論の整理
参考資料４	医療保険制度改革について

社会保障審議会医療保険部会　委員名簿

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 ○ 菊池　馨実	早稲田大学理事・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
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
わたなべ　だいき 渡邊　大記	日本薬剤師会副会長

◎印は部会長、○印は部会長代理である。　　（五十音順）

令和5年1月16日 | 第162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

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の原則義務付けに係る経過措置及び加算の特例措置について

「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。

中医協の答申書の附帯意見（令和4年8月10日）

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。

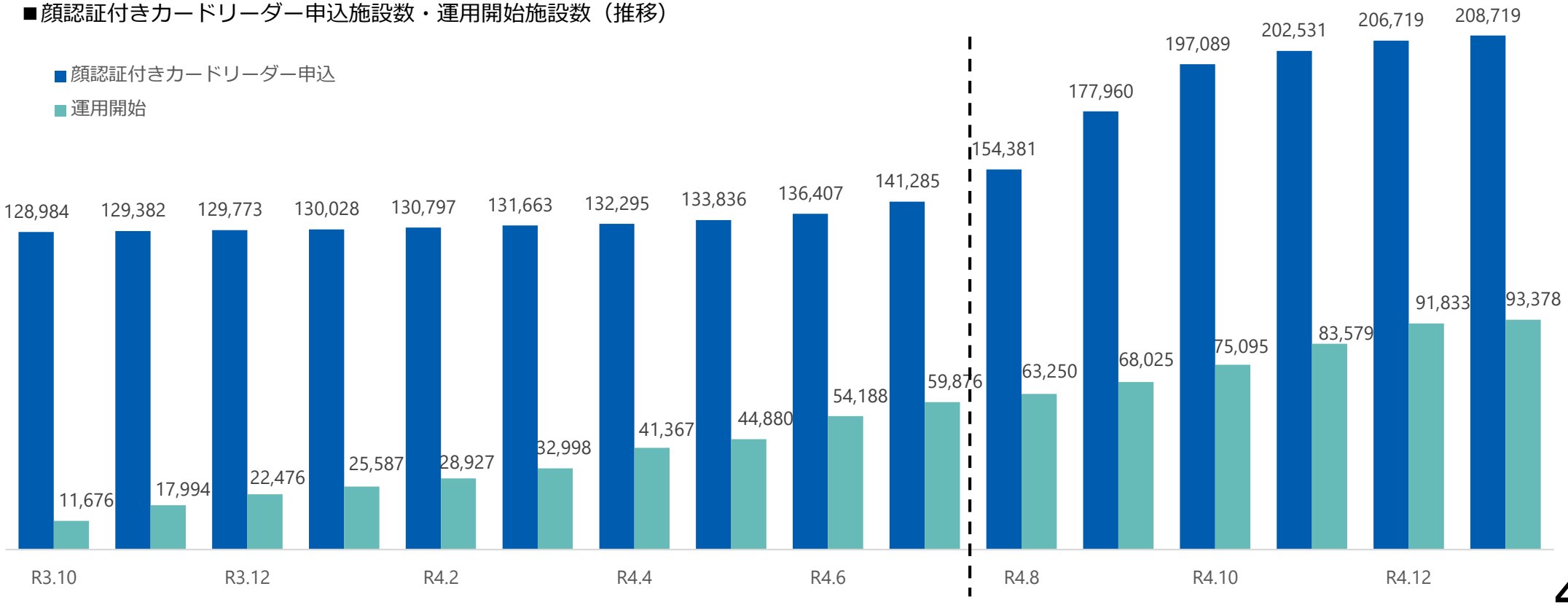
オンライン資格確認の導入の原則義務化に向けた取組

令和４年１２月２３日

中央社会保険医療協議会　総会 第535回
（一部更新）

- 医療関係団体（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」と厚生労働省が連携して、**オンライン説明会を実施（8/24）**。
- 都道府県担当者や地域の関係団体への**地域ごとでの説明会を開催（8月以降計42回厚生労働省から直接実施）**。**都道府県単位での顔認証付きカードリーダー申し込みのとりまとめ**を求めるとともに、**市・郡単位での申込状況を公表**し取組を後押し
- **「システム事業者導入促進協議会」**を、デジタル庁・経済産業省とも連携して、**集中的に開催（計3回6/10、8/23、11/2）**。改修完了に向けた導入計画の策定を依頼など、**システム事業者向けに働きかけを強化**。

■顔認証付きカードリーダー申込施設数・運用開始施設数（推移）



医療機関・薬局におけるオンライン資格確認の導入状況

（2023/1/8時点）

1．顔認証付きカードリーダー申込数

208,719施設**(90.8%)** ／ 229,936施設

※義務化対象施設に対する割合：**97.7%**

	全施設数に対する割合	義務化対象施設に対する割合
病院	98.4%	98.4%
医科診療所	90.1%	97.0%
歯科診療所	87.3%	98.6%
薬局	94.7%	97.5%

参考：全施設数	
病院	8,186
医科診療所	89,804
歯科診療所	70,468
薬局	61,478

2．準備完了施設数（カードリーダー申込数の内数）

112,307施設**(48.8%)** ／ 229,936施設

※義務化対象施設に対する割合：**52.6%**

	全施設数に対する割合	義務化対象施設に対する割合
病院	63.3%	63.3%
医科診療所	38.1%	41.0%
歯科診療所	39.2%	44.3%
薬局	73.7%	75.9%

3．運用開始施設数（準備完了施設数の内数）

93,378施設**(40.6%)** ／ 229,936施設

※義務化対象施設に対する割合：**43.7%**

	全施設数に対する割合	義務化対象施設に対する割合
病院	53.1%	53.2%
医科診療所	28.7%	30.9%
歯科診療所	31.5%	35.6%
薬局	66.7%	68.7%

注）義務化対象施設数は、社会保険診療報酬支払基金にレセプト請求している医療機関・薬局の合計（213,686施設）で算出
（紙媒体による請求を行っている施設を除く。令和4年10月診療分）

【参考：健康保険証の利用の登録】
40,713,474件 カード交付枚数に対する割合 **56.1%**
（2023年1月9日時点）

【参考：マイナンバーカード申請・交付状況】
有効申請枚数： 約8,350万枚 （人口比： 66.3%）
交付実施済数： 約7,261万枚 （人口比： 57.7%）

原則義務化の経過措置

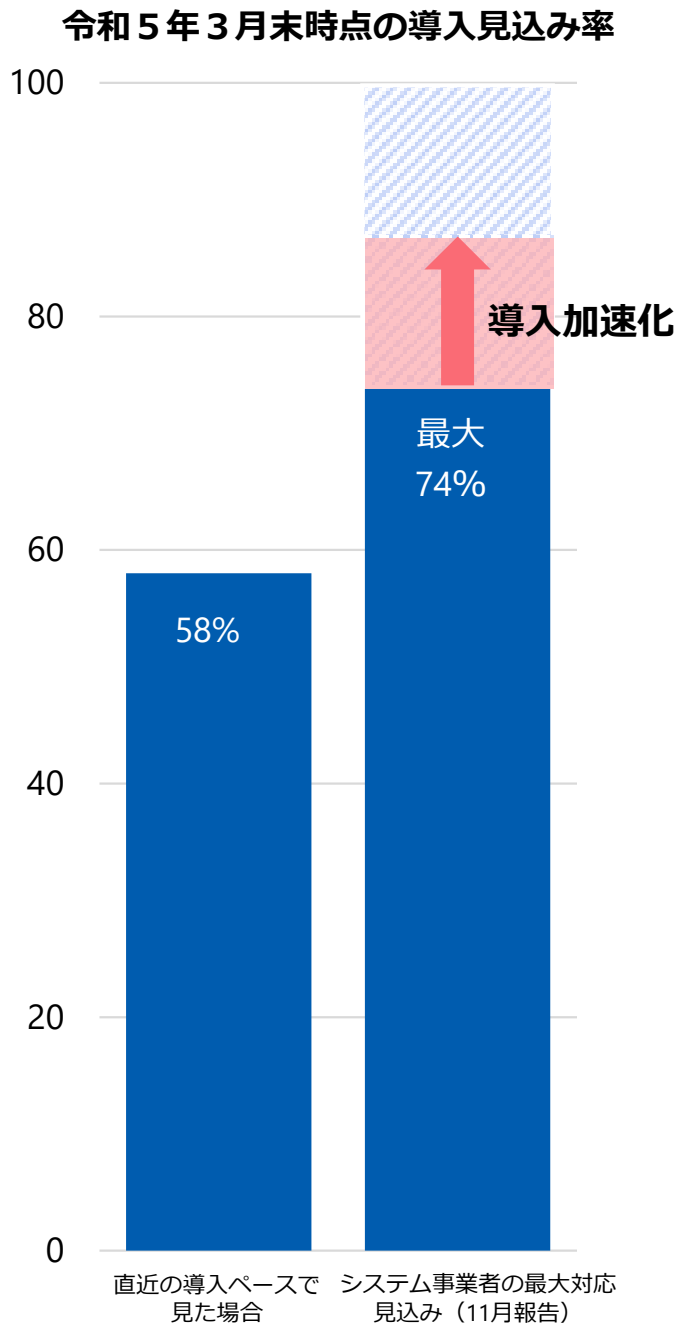
- 令和4年度末時点で、やむを得ない事情がある保険医療機関・薬局は、期限付きの経過措置を設ける。

※対象の保険医療機関・薬局は、地方厚生(支)局に原則オンラインで事前届出を行う（支払基金とも情報共有）
※令和６年４月メドで資格確認限定型・居宅同意取得型の運用を開始することとしており、こうした状況を踏まえ、今後、必要な見直しを行う。

やむを得ない事情	期限
(1) 令和5年2月末までにベンダーと契約締結したが、導入に必要なシステム整備が未完了の保険医療機関、薬局（システム整備中）	システム整備が完了する日まで （遅くとも令和5年9月末まで） ※ 医療情報化支援基金による補助の拡充措置は、令和５年９月末事業完了まで継続
(2) オン資に接続可能な光回線のネットワーク環境が整備されていない保険医療機関、薬局（ネットワーク環境事情）	オン資に接続可能な光回線のネットワークが 整備されてから6ヶ月後まで ※ 医療情報化支援基金による補助の拡充措置は、令和６年３月末事業完了まで継続
(3) 訪問診療のみを提供する保険医療機関	訪問診療のオン資（居宅同意取得型）の 運用開始（令和6年4月）まで ※ 訪問診療等におけるオン資の導入に係る財政支援は、令和６年３月末補助交付まで実施
(4) 改築工事中、臨時施設の保険医療機関、薬局	改築工事が完了するまで 臨時施設が終了するまで ※ 令和5年2月末までに契約し、令和５年９月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象
(5) 廃止・休止に関する計画を定めている保険医療機関、薬局	廃止・休止まで （遅くとも令和6年秋まで） ※ 令和5年2月末までに契約し、令和５年９月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象
(6) その他特に困難な事情がある保険医療機関・薬局 ※ 例外措置又は(1)～(5)の類型と同視できるか個別判断	特に困難な事情が解消されるまで ※ 令和5年2月末までに契約し、令和５年９月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象

※上記のほか、患者から電子資格確認を求められた場合に応じる義務について、訪問診療等・オンライン診療の場合の経過措置（居宅同意取得型の運用開始（令和6年4月）まで）を設ける。

オンライン資格確認導入の更なる徹底に向けた取組



1．令和5年3月末までの更なる導入加速化

- 令和4年内に、システム事業者の名称と年度末導入見込み率を公表。
- 猶予の医療機関等は、令和５年３月末までの届出（改修完了予定月を含む）を義務付け。

2．それ以降の更なる導入加速化

- 令和4年内に、システム事業者に対して（令和５年3月末までに改修が完了しない事業者は）令和５年６月末までの導入見込み率の提出を要請。
- 令和５年６月末までに達成できないとする事業者については、導入支援事業者との連携を強力に促し、令和５年９月末までの導入完了を目指す。

※　令和5年９月末までの導入完了に向けて、診療報酬の加算の特例（令和５年4月～12月）を実施。

医療DXの基盤となるオンライン資格確認について

令和４年１２月２３日
中央社会保険医療協議会　総会 第535回

	種類	本人確認	ネットワーク
保険医療機関、薬局	資格確認や健康・医療情報を取得・活用できる仕組み **【現行のオンライン資格確認】** （令和5年4月原則義務化）	顔認証付きカードリーダー ＋ マイナンバーカードと顔認証又はPIN入力	閉域回線を利用 （IP-VPN方式又はIPsec+IKE方式）
経過措置の対象施設 システム整備中 ネットワーク環境事情 訪問診療のみ 改築工事中・臨時施設 廃止・休止 その他特に困難な事情	資格確認や健康・医療情報を取得・活用できる仕組み **【現行のオンライン資格確認】**	顔認証付きカードリーダー ＋ マイナンバーカードと顔認証又はPIN入力	
	資格確認のみを行う簡素な仕組み **【資格確認限定型】** （令和６年４月メド運用開始）	汎用カードリーダー モバイル端末 ＋ マイナンバーカードと施設における本人確認	閉域回線を利用※ （Webサービス経由）
	資格確認や健康・医療情報を取得・活用できる仕組み **【居宅同意取得型】** （令和６年４月メド運用開始）	モバイル端末 ＋ マイナンバーカードとPIN入力（初回のみ）	
紙レセプト医療機関・薬局 柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師の施術所など	資格確認のみを行う簡素な仕組み **【資格確認限定型】** （令和６年４月メド運用開始）	汎用カードリーダー モバイル端末 ＋ マイナンバーカードと施設における本人確認	
訪問診療、訪問看護、オンライン診療など	資格確認や健康・医療情報を取得・活用できる仕組み **【居宅同意取得型】** （令和６年４月メド運用開始）	モバイル端末 ＋ マイナンバーカードとPIN入力（初回のみ）	

※インターネット回線で専用ポータルサイトを経由してオン資システムに接続。ポータルサイトとオン資システムの間は閉域回線。

経過措置の考え方（その１）

(1) 令和5年2月末までにベンダーと契約締結したが、導入に必要なシステム整備が未完了の保険医療機関、薬局

- 関係者それぞれがオンライン資格確認の原則義務化に向け取組を加速させてきたが、PC/ルーター不足やベンダーの人材不足等により、システム整備が完了しない施設が一定数見込まれる。また、国は、マイナンバーカードと保険証の一体化を加速し、令和6年秋の保険証廃止を目指すとしている。
- 当該施設については、ベンダーの「システム整備が完了するまで（遅くとも令和5年9月末まで）」の経過措置を設ける。

※当該施設は、システム整備が完了する見込み（予定月）を届出で報告。

- 医療情報化支援基金による補助の拡充措置は、令和５年９月末事業完了まで継続。
- 併せて、引き続き、システム整備を加速させるため、「システム事業者導入促進協議会※１」を活用して、ベンダーへの働きかけを強化していく。

※１）大手システムベンダー、導入支援事業者、カードリーダーベンダーの参加に加え、一般社団法人 保健医療福祉情報システム工業会（JAHIS）、日本歯科コンピューター協会、医療機関等ＯＮＳを通じて、中小システムベンダーや自機関で導入等している医療機関・薬局、個人事業主に呼びかけ。

経過措置の考え方（その２）

⑵ オン資に接続可能な光回線のネットワーク環境が整備されていない保険医療機関、薬局

- オンライン資格確認には、オンライン資格確認に接続可能な光回線（IP-VPN接続方式）のネットワーク環境が必要であるが、離島・山間地域や、施設がある建物によっては、こうしたネットワーク環境が敷設されていない施設がある。また、国は、マイナンバーカードと保険証の一体化を加速し、令和6年秋の保険証廃止を目指すとしている。
- 当該施設については、オンライン資格確認に接続可能な光回線のネットワーク環境が整備された後、オンライン資格確認のシステム整備を完了させる猶予期間を設けて、「オン資に接続可能な光回線が整備されてから6ヶ月後まで」の経過措置を設ける。併せて、オンライン資格確認を用いるには、インターネット回線を用いる方法（IP-SEC+IKE方式）も可能である。オンライン資格確認に接続可能な光回線が使用できない場合には、これらの方式による導入が望ましいことを働きかけていく。
- 医療情報化支援基金による補助の拡充措置は、令和６年３月末事業完了まで継続。

（参考）現在、光回線の整備率は、令和3年3月末で99.3%（未整備39万世帯）である。国は、令和9年度末（2027年度末）までに99.9%（未整備5万世帯）とすることを目指すとともに、未整備世帯についても光ファイバを必要とする全地域の整備を目指す、としている。（令和2年度末ブロードバンド基盤整備率調査（総務省調査（令和4年1月公表））、デジタル社会の実現に向けた重点計画（令和４年６月閣議決定））
（参考）IP-VPN接続は閉域（クローズド）ネットワークであり、インターネットを経由しない方式を指す。IPsec+IKEを用いたインターネット接続は、オープンなインターネット環境の中、通信経路を暗号化して送信することにより、IP-VPN接続と同等のセキュリティを確保したもの。どちらの接続方式であっても、通信経路の機密性として、同等のセキュリティが確保されている。

経過措置の考え方（その３）

⑶ 訪問診療のみを提供する保険医療機関

- 訪問診療のみを行う施設※１は、居宅におけるオンライン資格確認の仕組み（居宅同意取得型※２）の構築（令和6年4月の運用開始を想定）を進めている。また、国は、マイナンバーカードと保険証の一体化を加速し、令和6年秋の保険証廃止を目指すとされている。
- 当該施設については、居宅同意取得型の運用開始（令和6年4月）までの経過措置を設ける。
- 訪問診療等におけるオン資の導入に係る財政支援は、令和６年３月末補助交付まで実施。

⑷ 改築工事中、臨時施設の保険医療機関、薬局

- 改築工事中、臨時施設については、オンライン資格確認を導入できないやむを得ない事由であると考えられる。
- 改築工事中、臨時施設の期間中の施設については、「改築工事が完了するまで」「臨時施設が終了するまで」の経過措置を設ける。
- 当該施設については、令和5年2月末までに契約し、令和５年９月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象となる。

※１）「在宅医療のみを実施する医療機関に係る保険医療機関の指定の取扱いについて」（平成28年３月厚生労働省通知）
※２） モバイル端末を用いて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、施設等でオンライン資格確認等システムを利用する仕組み。

経過措置の考え方（その４）

⑸ 廃止・休止に関する計画を定めている保険医療機関、薬局

- 国は、マイナンバーカードと保険証の一体化を加速し、令和6年秋の保険証廃止を目指すとされている。
- 令和6年秋までの廃止・休止決めている場合は、オンライン資格確認を導入できないやむを得ない事由であると考えられる。（具体的な廃止、休止時期が定まっていない場合には該当しない。）
- 令和6年秋までの廃止・休止を決めている施設については、廃止・休止に関する計画を提出の上、「廃止・休止の間まで」の経過措置を設ける。
- 当該施設については、令和5年2月末までに契約し、令和５年９月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象となる。

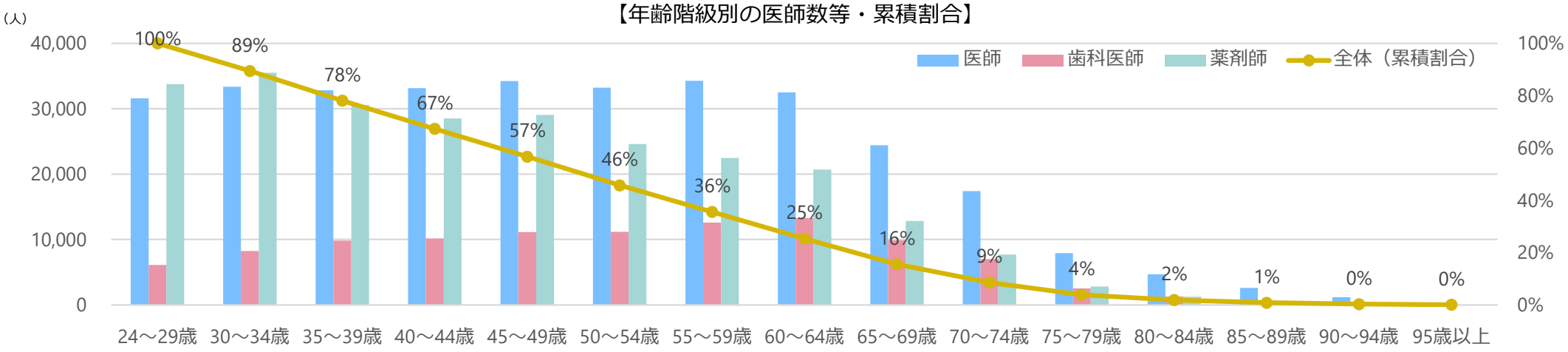
⑹ その他特に困難な事情がある保険医療機関・薬局

- 例外措置又は⑴～⑸の類型と同視できるか個別に判断するバスケットクローズの経過措置を設ける。
- 「特に困難な事情」は、例えば、以下の場合が想定される。個々の事例について疑義が生じた場合には、地方厚生（支）局を通じて厚生労働省保険局データ企画室に照会する。
  - 自然災害等により継続的に導入が困難となる場合
  - 高齢の医師等でレセプト取扱件数が少ない場合
    （目安として、令和5年4月時点で常勤の医師等が高齢であって、月平均レセプト件数が50件以下である）
  - その他例外措置又は⑴～⑸の類型と同視できる特に困難な事情がある場合
- 当該施設については、令和5年2月末までに契約し、令和５年９月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象となる。

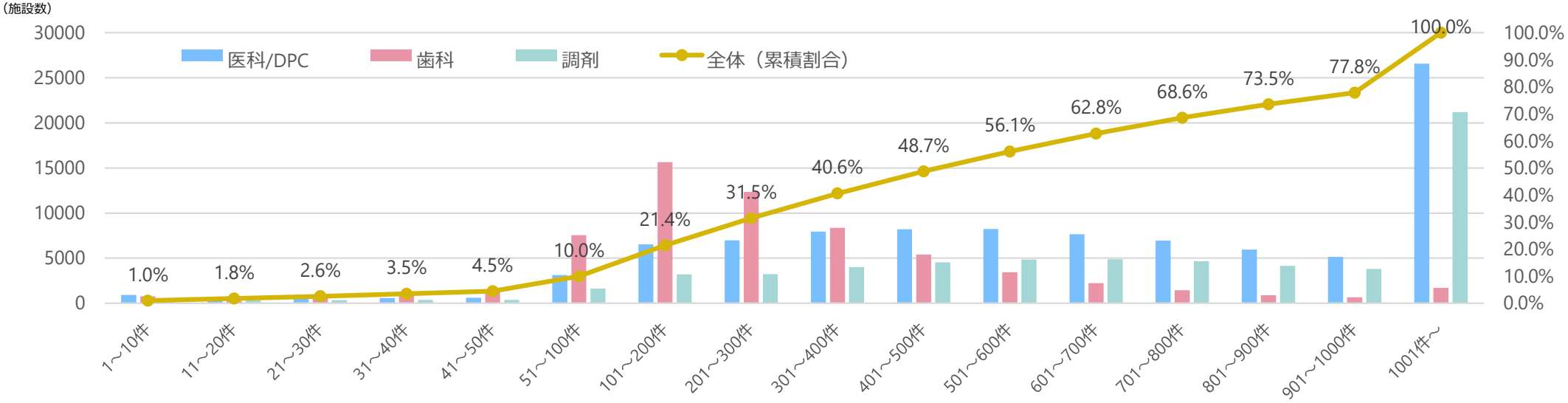
（参考）高齢の医師等でレセプト取扱件数が少ない場合

- 常勤の医師等が高齢であって、月平均レセプト件数が50件以下である場合を、「特に困難な事情」の目安とする。
  （参考）１日のレセプト件数が2~3件以下であるとすると、月平均約50件以下となる。該当施設は全体の4.5%（医科で3.4%、歯科で7.5%、調剤で3.2%）

【年齢階級別の医師数等・累積割合】



【月平均レセプト請求件数別の施設数・累積割合】



※医師・歯科医師・薬剤師統計（令和2年）を基に作成（医師数等は病院・診療所・薬局の従事者数）、NDBから集計したデータ（令和３年12月～令和４年11月取込分）を基に作成

医療DXの推進のためのオンライン資格確認の導入・普及に関する加算の特例措置

令和４年１２月２３日
中央社会保険医療協議会　総会 第535回

○　医療DXの推進のためのオンライン資格確認の導入・普及の徹底の観点から、「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」について、**（１）初診時・調剤時の評価を見直す**とともに、**（２）再診時についても新たに評価**を行う特例措置を講ずる。

○　また、あわせてオンライン請求を更に普及する観点から、**（３）当該加算の算定要件を見直す**特例措置を講ずることとする。

○　これらの特例措置を**令和５年４月から12月まで（９か月間）時限的に適用**する。

医療情報・システム基盤整備充実体制加算

※　本加算で、医療機関・薬局に求められる取組・体制は、次ページ

（１）初診時・調剤時の加算の特例

施設基準を満たす保険医療機関・保険薬局において、初診又は調剤を行った場合における評価の特例

・初診料（医科・歯科）

医療情報・システム基盤整備体制充実加算１（マイナンバーカードの利用なし）　**４点　→　６点**

・調剤管理料（調剤）

医療情報・システム基盤整備体制充実加算１（マイナンバーカードの利用なし）　**３点**（６月に１回）→　**４点**

（２）再診時の加算の特例

施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対し、再診を行った場合における評価を設ける

・再診料

（新）　医療情報・システム基盤整備体制充実加算３（マイナンバーカードの利用なし）　**２点（１月に１回）**

（３）加算要件の特例（オンライン請求の要件）

現行の加算は、オンライン請求を行っていることが要件となっているが、オンライン請求を令和５年12月31日までに開始する旨の届出を行っている保険医療機関・保険薬局は、令和５年12月31日までの間に限り、この要件を満たすものとみなす。

		現行の加算	特例措置（令和5年4～12月）
初診	マイナンバーカードを利用しない	４点	６点
	〃　利用する	２点	２点
再診	マイナンバーカードを利用しない	-	２点
	〃　利用する場合	-	-
調剤	マイナンバーカードを利用しない	３点	４点
	〃　利用する場合	１点	１点

医療DXの推進のためのオンライン資格確認の導入・普及に関する加算の特例措置

（続き）

【医療機関・薬局に求められること】

今般の特例で新たに設定

初診時等における診療情報取得・活用体制の充実

再診時における診療情報取得・活用体制の充実

［施設基準］（初診時・再診時共通）

○　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。

①　オンライン請求を行っていること。

②　オンライン資格確認を行う体制を有していること。

③　②の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うこと（※）について、当該保険医療機関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。

（＊）①は今回の特例措置で、Ｒ５.12.31日までににオンライン請求を開始することを地方厚生局長等に届け出た場合には要件を満たしたものとみなす。

［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。（通知）

(※)具体的の対応として問診票の標準的項目を規定（通知）

（※）　再診時の具体の対応として、薬剤情報の確認や、その他必要に応じて健診情報等の確認を行う旨を規定予定（通知）

診療情報を取得・活用する効果（初診・調剤）

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通知で示している

問診票（初診時）

- ●今日の症状
- ●過去の病気
- ●他の医療機関の受診歴
- ●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
- ……

オン資により確認可能

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

薬局

✓ 薬剤情報により、重複投薬や相互作用の確認が可能になる。

✓ 特定健診の検査値を踏まえた処方内容の確認や服薬指導が可能になる。

診療情報を取得・活用する効果（再診）

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。

再診時の確認等について通知で示す予定

再診時の確認事項

- **薬剤情報**
- **その他、必要に応じて健診情報等**

中医協の答申書の附帯意見（令和4年12月23日）（オンライン資格確認関係抜粋）

1. まずは令和５年４月のオンライン資格確認の原則義務化に向けて、更なる導入の加速化を図ること。その上で、本経過措置は真にやむを得ない事情に限定して対象を明確化し、最小限に留めるものであるという前提の下、延長を行わないこと。契約を締結したがシステム整備未完了の場合の経過措置の適用に当たっては、保険医療機関及び保険薬局、システム事業者並びに導入支援事業者に対し、当該経過措置は期限を区切って更に導入を加速化することを目指したものであるという趣旨の周知徹底を図るとともに、更なる導入に向けた取組を行い、令和５年９月末までにシステム整備を完了させること。また、その他特に困難な事情がある場合については、具体例を明確化し、特に限定的に扱うこと。

2. 医療情報・システム基盤整備体制充実加算に係る初診時・調剤時の追加的な加算、再診時の加算及び加算に係るオンライン請求要件の緩和並びに一般名処方、後発品使用体制に係る加算及び薬局における地域支援体制に係る加算の上乗せ措置については、オンライン資格確認に伴うマイナンバーカードを用いない場合の診療情報取得に係る医療機関等の負荷・手間を考慮し、オンライン資格確認等システムの導入・普及を徹底していく観点及び医薬品の供給が不安定な中、患者への適切な薬剤処方の実施や薬局の地域における協力を促進等していく観点から特例的に措置されているものであることを踏まえ、令和５年12月末までの措置とし、延長は行わないこと。また、オンライン請求の導入やその体制整備もあわせて強力に促進すること。

3. 医療情報・システム基盤整備体制充実加算に係る評価の特例については、本年８月10日の附帯意見２に照らして、患者・国民の声の聴取と医療の質の向上の状況に係る調査・検証についてまだ行われていないとの指摘を踏まえ、同附帯意見２と合わせて、早急に患者・国民の声を丁寧かつ幅広く聴き、初診時・調剤時及び今回追加された再診時において、取得した医療情報の活用による医療の質の向上の状況等について十分に調査・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中医協へ報告の上、対応を検討すること。

4. 医療情報・システム基盤整備体制充実加算が、創設後、短期間のうちに見直しが行われることを踏まえ、改めて、医療DXの基盤となるオンライン資格確認について、患者がマイナンバーカードを用いて医療機関等を受診することで、健康・医療情報に関する多くのデータに基づいた安心・安全でより良い医療を受けることが可能になるなど、様々なメリットがあることについて、広く患者・国民が理解し、実感できるよう、関係者が連携して周知等に取り組んでいくこと。

２　マイナンバーカードと健康保険証の一体化について

マイナンバーカードと健康保険証の一体化（保険証の廃止）

- マイナンバーカードは、社会全体のデジタル化を進めるための最も重要なインフラ。このインフラを活用し、国民にマイナンバーカード１枚で受診していただくことで、健康・医療に関する多くのデータに基づいた、よりよい医療を受けていただけることが可能となる。
- **「マイナンバーカードと健康保険証の一体化」を進めるため、令和6年秋に保険証の廃止を目指す。**
- 保険証の廃止に向けては、細部にわたりきめ細かく環境を整備する必要がある。また、医療を受ける国民、医療を提供する医療機関関係者などの理解が得られるよう、丁寧に取り組んでいく。
- 具体的に、以下２つの課題に取り組む。

1. 訪問診療・柔整あはき等にオンライン資格確認を導入

・ 訪問診療等の居宅における資格確認の仕組みの構築。

・ 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師の施術所等に資格情報のみを取得できる簡素な仕組みの構築。

（オンライン資格確認義務化の例外医療機関等について、簡素な仕組みを導入し、必要な資格確認を行える方向で検討。）

⇒ 事業者のシステム改修及び利用機器の導入支援（173億円）、支払基金・国保中央会のオンライン資格確認等システムの改修（51億円）、保険者等のシステム改修（56億円）を実施。

※上記の予算は、厚生労働省において第二次補正予算に計上。

2. マイナンバーカードの取得の徹底

・ 保険証の廃止に当たっては、マイナンバーカード取得の徹底に加え、カードの手続き・様式の見直しの検討が必要。

※ 何らかの事情により手元にマイナンバーカードがない方が必要な保険診療等を受ける際の事務手続などについては、今後「マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会」において検討を進める。

マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会の設置について

(1)　名称

マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会

(2)　設置形式

デジタル庁で設置した検討会議（総務省及び厚労省の協力を得て開催）

(3)　公開の取扱

議事は非公開（議事概要を公開）

(4)　スケジュール

第１回	検討会（12/6開催）	論点の提示・整理、専門家WGの設置
第１回	専門家WG（12/12開催）	論点の提示・整理、構成員の意見聴取
第２回	専門家WG（12/22開催）	団体からのヒアリング
第３回	専門家WG（12/23開催）	〃

検討会、専門家ワーキンググループメンバー

マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会

河野　太郎　デジタル大臣

松本　剛明　総務大臣

加藤　勝信　厚生労働大臣

専門家ワーキンググループ

村上　敬亮	デジタル庁　国民向けサービスグループ統括官	
吉川　浩民	総務省　自治行政局長	（オブザーバー）
伊原　和人	厚生労働省　保険局長	全国健康保険協会
長島　公之	日本医師会　常任理事	全国知事会
遠藤　秀樹	日本歯科医師会　副会長	全国市長会
森　　昌平	日本薬剤師会　副会長	全国町村会
伊藤　悦郎	健康保険組合連合会　常務理事	全国後期高齢者医療広域連合協議会
岡﨑　誠也	国民健康保険中央会　会長	地方公共団体情報システム機構

検討会における検討事項（案）

（1）特急発行・交付の仕組みの創設等について

- 特急発行・交付の対象者（新生児、紛失、海外からの入国など）
- 発行・交付に要する期間のさらなる改善

（2）代理交付・申請補助等について

- 代理交付を幅広く活用できるようにするための柔軟な対応、申請補助・代理での受取等を行う者の確保等の具体的な促進方法等

（3）市町村による申請受付・交付体制強化の対応

- 出張申請受付等の拡大など効率的な実施方法等

検討会における検討事項（案）

（4）紛失など例外的な事情によりマイナンバーカード不所持の場合の取扱い

- 不所持の場合の資格確認の方法
- 子どもや要介護者等におけるマイナンバーカードの取り扱いについて

（5）保険者の資格情報入力のタイムラグ等への対応

- 資格変更時のオンライン資格確認システムへの入力のタイムラグ

※その他、保険証廃止後のオンライン資格確認における実務上の課題

- 発行済の保険証の取扱い
- 災害時、システム障害時の対応

法律改正が想定される事項

（1）番号法

① 乳幼児の写真

（2）国民健康保険法等

① 資格の取得や喪失の事実関係、資格確認に必要な事項の証明に関する規定の整備

② 滞納対策の仕組み、滞納者への通知等に関する規定の整備

③ 保険証廃止に伴い不要となる規定の削除、これらに伴う技術的改正

（参考）ヒアリング対象団体

（第２回　専門家WG）

社会福祉法人全国社会福祉協議会
全国民生委員児童委員連合会
全国社会福祉法人経営者協議会
特定非営利活動法人
KHJ 全国ひきこもり家族会連合会
一般社団法人ひきこもり
UX 会議
公益社団法人
全国老人福祉施設協議会
公益財団法人
日本知的障害者福祉協会
一般社団法人
日本介護支援専門員協会
特定非営利活動法人日本相談支援専門員協会
一般社団法人
全国手をつなぐ育成会連合会

（第３回　専門家WG）

一般社団法人
日本認知症本人ワーキンググループ
公益財団法人
全国老人クラブ連合会
公益社団法人
認知症の人と家族の会
社会福祉法人日本視覚障害者団体連合
一般社団法人
全日本ろうあ連盟
全国身体障害者施設協議会
公益社団法人
成年後見センター・リーガルサポート
千葉市
都城市

※順不同

参考資料

都道府県別の運用開始状況（施設類型別・1月8日時点）

	病院	医科診療所	歯科診療所	薬局
①	岩手(78.3%)	宮崎(44.7%)	鳥取(65.4%)	岡山(82.4%)
②	富山(73.6%)	石川(42.5%)	宮崎(62.8%)	岩手(82.2%)
③	滋賀(72.4%)	鹿児島(41.9%)	福井(56.1%)	富山(81.0%)
④	鳥取(72.1%)	富山(41.7%)	岩手(53.7%)	青森(80.6%)
⑤	愛媛(69.6%)	山形(39.9%)	富山(52.1%)	秋田(76.3%)
	……	……	……	……
㊸	千葉(44.3%)	千葉(24.9%)	大阪(27.2%)	群馬(58.3%)
㊹	大阪(43.9%)	徳島(24.0%)	群馬(26.4%)	徳島(57.1%)
㊺	神奈川(42.5%)	神奈川(22.9%)	千葉(25.9%)	佐賀(56.9%)
㊻	東京(40.7%)	東京(22.6%)	神奈川(24.6%)	山梨(56.9%)
㊼	茨城(39.7%)	島根(18.4%)	東京(21.8%)	大分(54.8%)
合計	53.1%	28.7%	31.5%	66.7%

オンライン資格確認の利用状況①

○　本格運用開始から令和4年12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7億件行われた。
（マイナンバーカードによるもの：約495万件、保険証によるもの：約6億件、一括照会によるもの：約9,200万件）

※ 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

■運用開始施設における資格確認の利用件数

期間		合計（件）	マイナンバーカード（件）	保険証（件）	一括照会（件）
2021年	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
2022年	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
	8月分(8/1～8/31)	71,170,310	293,332	63,924,175	6,952,803
	9月分(9/1～9/30)	64,854,509	351,571	56,914,455	7,588,483
	10月分(10/1～10/31)	78,241,261	853,810	68,982,786	8,404,665
	11月分(11/1～11/30)	83,036,144	902,086	73,295,257	8,838,801
	12月分(12/1～12/31)	91,082,029	1,009,089	80,385,100	9,687,840
総計		**700,160,297**	**4,941,102**	**603,206,209**	**92,012,986**

【12月分の内訳】

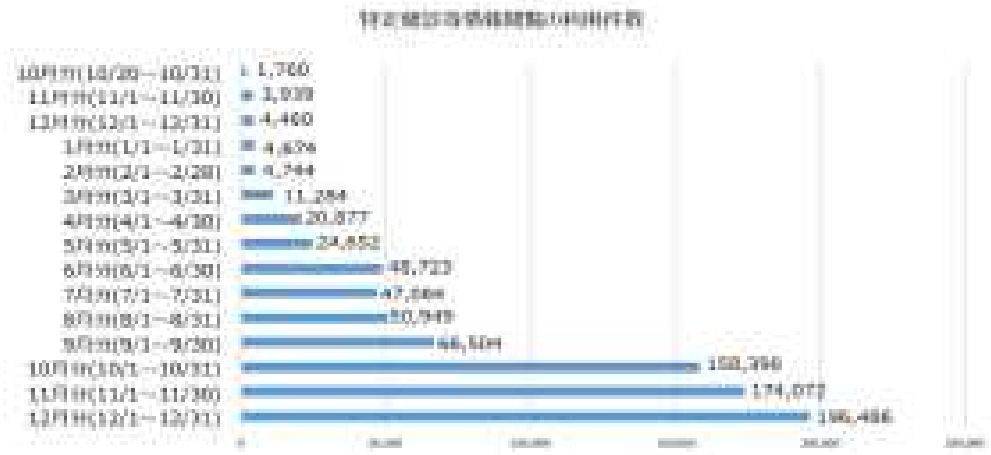
	合計（件）	マイナンバーカード（件）	保険証（件）	一括照会（件）
病院	11,349,879	148,949	4,250,278	6,950,652
医科診療所	23,538,558	287,308	22,701,065	550,185
歯科診療所	6,951,570	168,374	4,633,781	2,149,415
薬局	49,242,022	404,458	48,799,976	37,588
総計	**91,082,029**	**1,009,089**	**80,385,100**	**9,687,840**

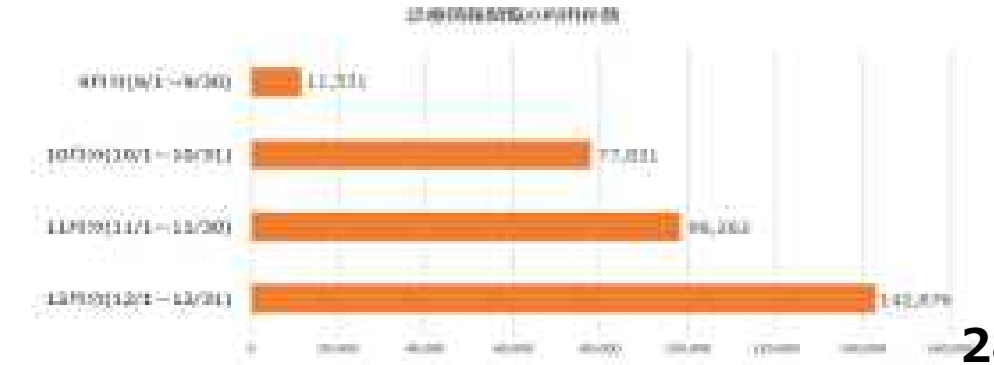
オンライン資格確認の利用状況②

■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）	診療情報（件）
2021年	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	－
2022年	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	－
	8月分(8/1～8/31)	50,949	157,056	－
	9月分(9/1～9/30)	66,504	199,072	11,531
	10月分(10/1～10/31)	158,398	429,617	77,831
	11月分(11/1～11/30)	174,072	435,973	98,263
	12月分(12/1～12/31)	196,486	462,936	142,876
総計		**818,606**	**2,168,971**	**330,501**





【12月分の内訳】

	特定健診等情報（件）	薬剤情報（件）	診療情報（件）
病院	18,777	28,870	21,657
医科診療所	47,444	209,606	40,271
歯科診療所	19,343	36,173	3,073
薬局	110,922	188,287	77,875
総計	**196,486**	**462,936**	**142,876**

■マイナポータルでの特定健診等情報・薬剤/診療情報の閲覧件数

期間		特定健診等情報（件）	薬剤/診療情報（件）
2021年	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
2022年	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
	8月分(8/1～8/31)	7,776	51,248
	9月分(9/1～9/30)	7,928	52,566
	10月分(10/1～10/31)	10,754	56,719
	11月分(11/1～11/30)	8,570	61,543
	12月分(12/1～12/31)	9,831	79,988
総計		**136,496**	**599,961**

（参考）都道府県別の状況一覧（1月8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

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
北海道	538	530	98.5%	338	62.8%	283	52.6%	2,755	2,496	90.6%	1,025	37.2%	756	27.4%	2,902	2,588	89.2%	1,231	42.4%	990	34.1%	2,279	2,173	95.3%	1,704	74.8%	1,495	65.6%	8,474	7,787	91.9%	4,298	50.7%	3,524	41.6%
青森	92	89	96.7%	64	69.6%	58	63.0%	662	622	94.0%	309	46.7%	241	36.4%	529	461	87.1%	230	43.5%	211	39.9%	614	594	96.7%	512	83.4%	495	80.6%	1,897	1,766	93.1%	1,115	58.8%	1,005	53.0%
岩手	92	91	98.9%	75	81.5%	72	78.3%	684	634	92.7%	267	39.0%	221	32.3%	598	547	91.5%	363	60.7%	321	53.7%	628	605	96.3%	539	85.8%	516	82.2%	2,002	1,877	93.8%	1,244	62.1%	1,130	56.4%
宮城	135	133	98.5%	100	74.1%	73	54.1%	1,450	1,315	90.7%	663	45.7%	483	33.3%	1,100	992	90.2%	506	46.0%	448	40.7%	1,187	1,117	94.1%	957	80.6%	852	71.8%	3,872	3,557	91.9%	2,226	57.5%	1,856	47.9%
秋田	65	64	98.5%	46	70.8%	43	66.2%	606	540	89.1%	256	42.2%	203	33.5%	446	396	88.8%	221	49.6%	191	42.8%	514	505	98.2%	411	80.0%	392	76.3%	1,631	1,505	92.3%	934	57.3%	829	50.8%
山形	67	67	100.0%	51	76.1%	46	68.7%	724	670	92.5%	344	47.5%	289	39.9%	495	450	90.9%	260	52.5%	230	46.5%	602	568	94.4%	463	76.9%	439	72.9%	1,888	1,755	93.0%	1,118	59.2%	1,004	53.2%
福島	130	123	94.6%	79	60.8%	67	51.5%	1,104	984	89.1%	471	42.7%	311	28.2%	903	805	89.1%	397	44.0%	342	37.9%	896	851	95.0%	673	75.1%	609	68.0%	3,033	2,763	91.1%	1,620	53.4%	1,329	43.8%
茨城	174	172	98.9%	91	52.3%	69	39.7%	1,439	1,281	89.0%	575	40.0%	438	30.4%	1,455	1,273	87.5%	617	42.4%	539	37.0%	1,341	1,252	93.4%	1,022	76.2%	946	70.5%	4,409	3,978	90.2%	2,305	52.3%	1,992	45.2%
栃木	109	107	98.2%	64	58.7%	59	54.1%	1,189	1,087	91.4%	395	33.2%	298	25.1%	992	868	87.5%	367	37.0%	300	30.2%	930	851	91.5%	694	74.6%	662	71.2%	3,220	2,913	90.5%	1,520	47.2%	1,319	41.0%
群馬	128	126	98.4%	86	67.2%	75	58.6%	1,321	1,233	93.3%	579	43.8%	447	33.8%	1,019	901	88.4%	347	34.1%	269	26.4%	977	895	91.6%	623	63.8%	570	58.3%	3,445	3,155	91.6%	1,635	47.5%	1,361	39.5%
埼玉	343	338	98.5%	193	56.3%	155	45.2%	3,891	3,507	90.1%	1,485	38.2%	1,142	29.3%	3,682	3,193	86.7%	1,250	33.9%	1,007	27.3%	3,133	2,941	93.9%	2,271	72.5%	2,032	64.9%	11,049	9,979	90.3%	5,199	47.1%	4,336	39.2%
千葉	291	289	99.3%	167	57.4%	129	44.3%	3,365	2,967	88.2%	1,119	33.3%	837	24.9%	3,370	2,833	84.1%	1,180	35.0%	874	25.9%	2,599	2,445	94.1%	1,945	74.8%	1,740	66.9%	9,625	8,534	88.7%	4,411	45.8%	3,580	37.2%
東京	632	613	97.0%	331	52.4%	257	40.7%	12,698	11,048	87.0%	4,050	31.9%	2,864	22.6%	10,856	9,014	83.0%	3,136	28.9%	2,365	21.8%	6,916	6,585	95.2%	5,092	73.6%	4,573	66.1%	31,102	27,260	87.6%	12,609	40.5%	10,059	32.3%
神奈川	341	328	96.2%	174	51.0%	145	42.5%	6,422	5,787	90.1%	2,000	31.1%	1,470	22.9%	5,132	4,413	86.0%	1,626	31.7%	1,261	24.6%	4,082	3,907	95.7%	2,847	69.7%	2,520	61.7%	15,977	14,435	90.3%	6,647	41.6%	5,396	33.8%
新潟	119	118	99.2%	83	69.7%	72	60.5%	1,263	1,143	90.5%	434	34.4%	318	25.2%	1,191	1,045	87.7%	486	40.8%	381	32.0%	1,163	1,097	94.3%	882	75.8%	830	71.4%	3,736	3,403	91.1%	1,885	50.5%	1,601	42.9%
富山	106	103	97.2%	82	77.4%	78	73.6%	626	569	90.9%	345	55.1%	261	41.7%	461	423	91.8%	276	59.9%	240	52.1%	516	485	94.0%	441	85.5%	418	81.0%	1,709	1,580	92.5%	1,144	66.9%	997	58.3%
石川	91	90	98.9%	70	76.9%	58	63.7%	715	672	94.0%	366	51.2%	304	42.5%	499	440	88.2%	228	45.7%	186	37.3%	558	530	95.0%	463	83.0%	407	72.9%	1,863	1,732	93.0%	1,127	60.5%	955	51.3%
福井	67	67	100.0%	42	62.7%	39	58.2%	451	415	92.0%	195	43.2%	158	35.0%	314	297	94.6%	215	68.5%	176	56.1%	308	289	93.8%	256	83.1%	234	76.0%	1,140	1,068	93.7%	708	62.1%	607	53.2%
山梨	60	59	98.3%	39	65.0%	31	51.7%	566	523	92.4%	246	43.5%	182	32.2%	453	395	87.2%	186	41.1%	154	34.0%	471	448	95.1%	288	61.1%	268	56.9%	1,550	1,425	91.9%	759	49.0%	635	41.0%
長野	124	123	99.2%	90	72.6%	77	62.1%	1,313	1,194	90.9%	609	46.4%	522	39.8%	1,060	932	87.9%	427	40.3%	354	33.4%	1,005	973	96.8%	672	66.9%	608	60.5%	3,502	3,222	92.0%	1,798	51.3%	1,561	44.6%
岐阜	98	96	98.0%	67	68.4%	60	61.2%	1,340	1,229	91.7%	586	43.7%	452	33.7%	997	900	90.3%	475	47.6%	379	38.0%	1,036	960	92.7%	719	69.4%	647	62.5%	3,471	3,185	91.8%	1,847	53.2%	1,538	44.3%
静岡	170	167	98.2%	104	61.2%	91	53.5%	2,308	2,141	92.8%	1,109	48.1%	886	38.4%	1,793	1,620	90.4%	751	41.9%	563	31.4%	1,873	1,778	94.9%	1,433	76.5%	1,323	70.6%	6,144	5,706	92.9%	3,397	55.3%	2,863	46.6%
愛知	318	315	99.1%	196	61.6%	164	51.6%	4,810	4,476	93.1%	2,092	43.5%	1,579	32.8%	3,817	3,422	89.7%	1,366	35.8%	1,119	29.3%	3,554	3,352	94.3%	2,518	70.8%	2,284	64.3%	12,499	11,565	92.5%	6,172	49.4%	5,146	41.2%
三重	93	93	100.0%	63	67.7%	56	60.2%	1,273	1,154	90.7%	567	44.5%	441	34.6%	841	748	88.9%	349	41.5%	290	34.5%	862	828	96.1%	655	76.0%	604	70.1%	3,069	2,823	92.0%	1,634	53.2%	1,391	45.3%
滋賀	58	57	98.3%	42	72.4%	42	72.4%	919	849	92.4%	408	44.4%	304	33.1%	591	538	91.0%	312	52.8%	267	45.2%	651	622	95.5%	511	78.5%	472	72.5%	2,219	2,066	93.1%	1,273	57.4%	1,085	48.9%
京都	164	158	96.3%	113	68.9%	98	59.8%	2,252	1,925	85.5%	802	35.6%	567	25.2%	1,343	1,198	89.2%	619	46.1%	526	39.2%	1,146	1,065	92.9%	848	74.0%	786	68.6%	4,905	4,346	88.6%	2,382	48.6%	1,977	40.3%
大阪	506	501	99.0%	273	54.0%	222	43.9%	8,148	7,316	89.8%	2,878	35.3%	2,093	25.7%	5,627	4,814	85.6%	1,933	34.4%	1,531	27.2%	4,463	4,211	94.4%	3,380	75.7%	3,051	68.4%	18,744	16,842	89.9%	8,464	45.2%	6,897	36.8%
兵庫	348	342	98.3%	227	65.2%	196	56.3%	4,715	4,245	90.0%	1,842	39.1%	1,449	30.7%	3,055	2,698	88.3%	1,263	41.3%	951	31.1%	2,800	2,600	92.9%	2,063	73.7%	1,829	65.3%	10,918	9,885	90.5%	5,395	49.4%	4,425	40.5%
奈良	76	74	97.4%	52	68.4%	46	60.5%	1,070	973	90.9%	408	38.1%	307	28.7%	704	623	88.5%	303	43.0%	251	35.7%	562	521	92.7%	420	74.7%	390	69.4%	2,412	2,191	90.8%	1,183	49.0%	994	41.2%
和歌山	83	83	100.0%	60	72.3%	49	59.0%	917	821	89.5%	400	43.6%	347	37.8%	548	463	84.5%	227	41.4%	192	35.0%	473	434	91.8%	306	64.7%	288	60.9%	2,021	1,801	89.1%	993	49.1%	876	43.3%
鳥取	43	43	100.0%	34	79.1%	31	72.1%	412	380	92.2%	156	37.9%	107	26.0%	272	241	88.6%	191	70.2%	178	65.4%	280	266	95.0%	227	81.1%	200	71.4%	1,007	930	92.4%	608	60.4%	516	51.2%
島根	46	45	97.8%	31	67.4%	31	67.4%	565	489	86.5%	152	26.9%	104	18.4%	271	247	91.1%	145	53.5%	123	45.4%	338	332	98.2%	262	77.5%	246	72.8%	1,220	1,113	91.2%	590	48.4%	504	41.3%
岡山	159	156	98.1%	110	69.2%	93	58.5%	1,303	1,199	92.0%	566	43.4%	453	34.8%	1,057	909	86.0%	461	43.6%	358	33.9%	822	769	93.6%	706	85.9%	677	82.4%	3,341	3,033	90.8%	1,843	55.2%	1,581	47.3%
広島	231	229	99.1%	135	58.4%	112	48.5%	2,241	2,013	89.8%	806	36.0%	643	28.7%	1,585	1,395	88.0%	683	43.1%	570	36.0%	1,562	1,438	92.1%	1,161	74.3%	1,086	69.5%	5,619	5,075	90.3%	2,785	49.6%	2,411	42.9%
山口	139	138	99.3%	90	64.7%	77	55.4%	1,016	921	90.6%	373	36.7%	283	27.9%	687	605	88.1%	286	41.6%	244	35.5%	773	743	96.1%	564	73.0%	516	66.8%	2,615	2,407	92.0%	1,313	50.2%	1,120	42.8%
徳島	106	104	98.1%	65	61.3%	52	49.1%	595	522	87.7%	194	32.6%	143	24.0%	449	388	86.4%	164	36.5%	126	28.1%	387	366	94.6%	252	65.1%	221	57.1%	1,537	1,380	89.8%	675	43.9%	542	35.3%
香川	87	86	98.9%	58	66.7%	49	56.3%	699	646	92.4%	277	39.6%	206	29.5%	502	452	90.0%	266	53.0%	213	42.4%	533	517	97.0%	385	72.2%	354	66.4%	1,821	1,701	93.4%	986	54.1%	822	45.1%
愛媛	135	134	99.3%	105	77.8%	94	69.6%	1,011	878	86.8%	404	40.0%	321	31.8%	689	627	91.0%	349	50.7%	265	38.5%	619	577	93.2%	440	71.1%	381	61.6%	2,454	2,216	90.3%	1,298	52.9%	1,061	43.2%
高知	120	117	97.5%	68	56.7%	59	49.2%	420	359	85.5%	173	41.2%	145	34.5%	362	319	88.1%	168	46.4%	139	38.4%	398	367	92.2%	250	62.8%	237	59.5%	1,300	1,162	89.4%	659	50.7%	580	44.6%
福岡	452	448	99.1%	278	61.5%	206	45.6%	4,142	3,815	92.1%	1,464	35.3%	1,061	25.6%	3,185	2,860	89.8%	1,437	45.1%	1,148	36.0%	2,922	2,827	96.7%	2,212	75.7%	1,928	66.0%	10,701	9,950	93.0%	5,391	50.4%	4,343	40.6%
佐賀	96	94	97.9%	60	62.5%	49	51.0%	591	544	92.0%	243	41.1%	184	31.1%	425	399	93.9%	224	52.7%	182	42.8%	499	486	97.4%	335	67.1%	284	56.9%	1,611	1,523	94.5%	862	53.5%	699	43.4%
長崎	147	146	99.3%	97	66.0%	77	52.4%	1,099	1,012	92.1%	431	39.2%	312	28.4%	752	683	90.8%	305	40.6%	246	32.7%	723	703	97.2%	496	68.6%	429	59.3%	2,721	2,544	93.5%	1,329	48.8%	1,064	39.1%
熊本	204	201	98.5%	143	70.1%	127	62.3%	1,219	1,132	92.9%	426	34.9%	341	28.0%	894	811	90.7%	462	51.7%	389	43.5%	871	855	98.2%	586	67.3%	524	60.2%	3,188	2,999	94.1%	1,617	50.7%	1,381	43.3%
大分	152	150	98.7%	111	73.0%	99	65.1%	816	756	92.6%	388	47.5%	308	37.7%	537	489	91.1%	268	49.9%	209	38.9%	573	550	96.0%	351	61.3%	314	54.8%	2,078	1,945	93.6%	1,118	53.8%	930	44.8%
宮崎	132	132	100.0%	99	75.0%	83	62.9%	729	673	92.3%	407	55.8%	326	44.7%	506	471	93.1%	351	69.4%	318	62.8%	583	572	98.1%	436	74.8%	399	68.4%	1,950	1,848	94.8%	1,293	66.3%	1,126	57.7%
鹿児島	230	227	98.7%	174	75.7%	149	64.8%	1,121	1,025	91.4%	584	52.1%	470	41.9%	845	773	91.5%	484	57.3%	382	45.2%	877	840	95.8%	628	71.6%	582	66.4%	3,073	2,865	93.2%	1,870	60.9%	1,583	51.5%
沖縄	89	85	95.5%	60	67.4%	51	57.3%	829	744	89.7%	319	38.5%	235	28.3%	677	552	81.5%	249	36.8%	212	31.3%	579	543	93.8%	400	69.1%	349	60.3%	2,174	1,924	88.5%	1,028	47.3%	847	39.0%
	8,186	8,051	98.4%	5,180	63.3%	4,349	53.1%	89,804	80,924	90.1%	34,188	38.1%	25,812	28.7%	70,468	61,511	87.3%	27,640	39.2%	22,210	31.5%	61,478	58,233	94.7%	45,299	73.7%	41,007	66.7%	229,936	208,719	90.8%	112,307	48.8%	93,378	40.6%

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

電子処方箋について

厚生労働省　医薬・生活衛生局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

電子処方箋モデル事業 及び 電子処方箋の運用開始について

○ 10月31日から山形県酒田市を始めとした４地域の医療機関・薬局でモデル事業を開始
○ 今後、各地域において準備が整った施設から順次参加

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・問合せ 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。

概要

地域を限定した上で、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。

お薬手帳だと患者さんが忘れてしまうこともあり、ひとつの診療機関が使っている薬をすべて把握するのは難しい。電子処方箋によって薬剤師も含めて複数のチェック機能が働く。

令和４年10月31日　NHK山形 NEWS WEB

運用開始日について

運用開始については、**令和5年1月26日(木)**とし、同日以降、システム導入が完了した医療機関・薬局は電子処方箋の発行等が可能。

併せて国民・医療機関・薬局向け周知について、説明会・利用方法解説動画・HP広報・ポスター等を活用し、引き続き注力していく。

① 山形県酒田地域
- 日本海総合病院
- アイン薬局 酒田店
- 共創未来 あきほ薬局　他

④ 広島県安佐地域
- 安佐市民病院
- ココカラファイン薬局 安佐市民病院店
- 日本調剤 安佐北薬局
- びーだま薬局　他

② 福島県須賀川地域
- 公立岩瀬病院
- さくら薬局 須賀川北町店
- フジ薬局　他

③ 千葉県旭地域
- 国保旭中央病院
- 調剤薬局 マツモト キヨシ旭店
- とまと薬局 旭店
- 日本調剤 旭病院前薬局
- 日本調剤 旭薬局
- 毎日薬局 旭店
- ヤックスドラッグ 旭薬局　中央病院前店　他

モデル事業の実施概況

参加施設

全国４地域で38施設（医療機関７施設／薬局31施設）

令和５年１月６日時点

	酒田地域	須賀川地域	旭地域	安佐地域
STEP 1	• 共創未来 千石町薬局 • 共創未来 ライラック薬局 • ニーズ薬局 あきほ店 • ひまわり薬局 • ラパス調剤薬局 酒田南店	• フジ薬局 • クオール薬局 鏡石北店 • アイランド薬局須賀川店 • さくら調剤薬局 • 大町調剤薬局	• 調剤薬局 マツモトキヨシ旭店 • 毎日薬局 旭店 • ヤックスドラッグ 旭薬局 中央病院前店	• 長久堂野村病院 • 西山整形外科・胃腸科 • 広島共立病院 • のぞみ薬局本店 • みわ薬局 • コスモス薬局 勝木台店 • アイビー薬局可部 • エスマイル薬局 緑井店 • ハート薬局 高陽店 • ドレミ薬局 • すずらん薬局 川内店 • すずらん薬局 上安店
STEP 2	• 日本海総合病院 • アイン薬局 酒田店 • 共創未来 あきほ薬局	• 公立岩瀬病院 • さくら薬局 須賀川北町店	• 国保旭中央病院 • とまと薬局 旭店 • 日本調剤 旭病院前薬局 • 日本調剤 旭薬局	• 安佐市民病院 • ココカラファイン薬局 安佐市民病院店 • びーだま薬局 • 日本調剤安佐北店

電子処方箋管理サービス利用状況

令和４年10月31日～12月31日

データ登録件数90,241件(※1)

医療機関

○**処方箋登録件数**
65,184件

薬局

○**調剤結果登録件数**
25,057件(※2)

（※1）紙の処方箋の受付又は紙の処方箋に基づく調剤の際に登録された処方情報データ及び調剤情報データを含めた合計件数。

（※2）電子処方箋に対応する医療機関から応需した処方箋に加え、非対応の医療機関から応受した処方箋の調剤情報が含まれる。

重複投薬等チェック実施件数

155,812件

医療機関　104,105件
（重複投薬等 3,812件検知）

薬局　51,707件
（重複投薬等 4,337件検知）

モデル事業における対応事例

○　モデル事業においては、規模を問わず、医療機関、薬局の施設が参加し、実際に患者を巻き込んで、電子処方箋管理サービスでの重複投薬等チェック、処方箋の発行や受付等を実施できており、システム面において概ね問題なく運用されている。

○　また、運用面についても、以下のような対応事例も生じているところ、対応策についてはオンライン説明会での周知やＱＡへの反映等を行っていく。

対応事例

○診察室、または調剤室に電子処方箋管理サービスと接続する端末がない場合の取り扱い

受付にレセプトコンピュータが設置されているが、診察室、または調剤室に電子処方箋管理サービスと接続する端末がない場合、電子処方箋にどのように対応するか。

（対応策①）※医療機関・薬局共通
⇒外部と接続されていないが医師・薬剤師が使用する端末が診察室・調剤室にある場合は、
　当該端末をレセプトコンピュータ経由で電子処方箋管理サービスと連携する。（タブレット等で対応していた施設もあり）

（対応策②）※薬局のみ
⇒レセプトコンピュータがデータを受け取り、取り込まれたデータを調剤指示書等の用紙に印刷し、調剤室で調剤する。

○マイナンバーカードや電子処方箋について患者に説明できない場合の取り扱い

電子処方箋の仕組みや利用方法、マイナンバーカードで受付を行うことのメリット等について患者に、どのように説明すれば患者に理解してもらうか。

（対応策）
⇒モデル事業では、厚生労働省が提供する周知資料を活用して患者に説明いただくことで対応（次頁参照）　。

周知広報の取組状況

モデル事業フォーラム・住民説明会

各所で使用可能な周知物の掲載

医療機関・薬局の他、各自治体で使用可能な周知物を適宜HPに掲載しています。

電子処方箋がいよいよ始まること、利用方法などをメディア向けに広報

より多くの患者に周知するため、メディア向けの説明会などを実施いたします。

- 電子処方箋が令和5年1月26日から開始すること
- 電子処方箋対応の医療機関・薬局での利用方法
- 先行して実施するモデル事業の取組　など

現場で掲載する周知物の配布 電子処方箋対応施設の検索等

- 医療機関・薬局内に掲載する周知物として、ポスターを医療機関・薬局に配送済。
- 電子処方箋対応施設は厚労省HPで公開予定です。
- マイナ保険証対応施設のリストはCSVファイルで公開しており、電子処方箋の内容込みの様式を案内済み。PHR事業者・電子版お薬手帳アプリ事業者に対応依頼済。

国民向け

医療機関・薬局向け

10月　モデル事業開始 10/31　11月　12月　1月

利用申請開始 10/3

電子処方箋運用開始 1/26

運用開始に向けて、コンテンツの公開や説明会を順次公開

- 導入後の業務イメージを持っていただくため業務内容をまとめたマニュアル（公開済み）
- 電子処方箋の導入を決定した医療機関・薬局向けに、利用開始までの作業内容をまとめたドキュメント（公開済み）
- 第1回説明会（電子処方箋の概要、導入によるメリット、導入に向けた主な準備作業）を開催（7/25実施済み）
- 業務内容の動画公開

第2回説明会(10/17)

- 利用申請開始のご案内
- 導入に向けた準備作業詳細
- 導入後の業務内容

第3回説明会(12/23)

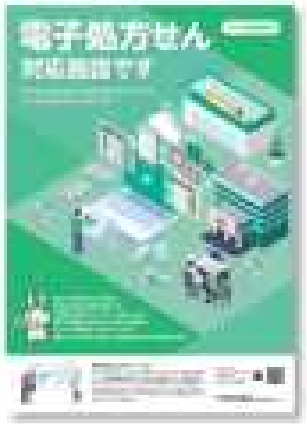
- 1月26日の運用開始のご案内
- モデル事業の進捗

医療機関向け動画

薬局向け動画

国民向けwebページ

医療現場掲示物



電子処方箋の安全かつ正確な運用に向けた環境整備

医薬・生活衛生局総務課

令和４年度補正予算額　３４億円（－）　※（　）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

電子処方箋管理サービスは個人の身体・健康に関する情報を取り扱うとともに医薬品の処方に直結するという性質上、一度、不具合等の問題が発生した場合、患者をはじめとした関係者に甚大な影響が及ぶ恐れがある。
令和5年1月から導入が開始される電子処方箋管理サービスについて必要なシステムの改修、システムの動作や運用に関して検証作業を実施のうえ、その結果をフィードバック、全国の医療機関・薬局やそのシステムベンダ及び一般国民に対して、電子処方箋導入のための説明会、周知広報等を実施し安全かつ正確な運用に向けた環境整備を行う。

2 事業の概要・スキーム

1．電子処方箋管理サービスの円滑運用に向けた環境整備(30.5億)
1）電子処方箋管理サービスの追加開発・改修費用、
・運用開始後に新たに整備が必要となる追加システムの開発及び改修要する費用
2）電子処方箋管理サービスの稼働準備支援等
・システム設計・開発費等の工程管理
・運用開始直後のフォローアップに要する費用
3）電子処方箋管理サービスのコールセンター
・医療機関・薬局向けポータル及びコールセンター

2．電子処方箋を活用したモデル事業(0.6億)
1）事例の収集及びガイドライン等の作成

3．電子処方箋に関する周知広報事業(3億)
1）医療機関・薬局及びベンダ向け説明会、周知広報等の実施
2）一般国民向け周知広報の実施

3 実施主体等

実施主体：１は社会保険診療報酬支払基金　２、３は民間団体等で実施

保健医療福祉分野の公開鍵基盤(ＨＰＫＩ)普及事業

医薬・生活衛生局総務課

令和４年度補正予算額　２２億円（－）　※（　）内は前年度当初予算額

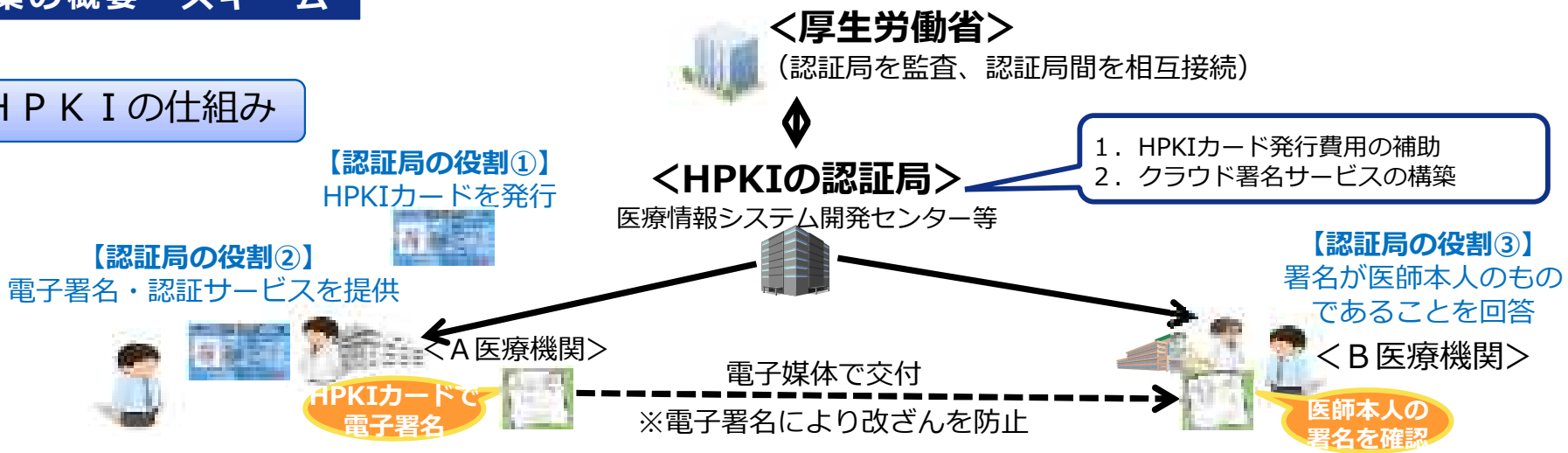
1 事業の目的

電子処方箋には、真正性を確保するために医師等の電子署名(※)を付すこととしているが、オンライン資格確認等システムが導入される医療機関の全ての常勤医師及び薬局の全ての薬剤師が、電子処方箋へ電子署名が行えるよう、電子署名の仕組みとして、現時点で利用可能であるＨＰＫＩカードの普及を図るためHPKIの認証局にHPKIカード発行費用を補助をする。また、HPKIカードの発行を前提に、カードの紛失や緊急に処方箋に署名が必要な場合といった万が一の事態に備えてカードレスでも電子署名することができるクラウド署名サービスの構築を行い、その利便性の向上を図る。

(※) 医師等の国家資格確認を有する者による作成を求められている文書については、HPKI以外に、クラウド型電子署名など電子署名事業者が提供する電子署名（電子署名法第2条第1項の要件を満たすもの）であって適切な外部からの評価を受けるなど一定の要件を満たすものや国家資格確認に対応した公的個人認証サービス（マイナンバーカード）を用いた電子署名なども利用可能であるが、現時点で実際に事業者から既に提供されている電子署名等はHPKIカードのみとなっている。

2 事業の概要・スキーム

ＨＰＫＩの仕組み



HPKI（Healthcare Public Key Infrastructure）とは、保健医療福祉分野の国家資格（医師、歯科医師、薬剤師など）保有情報を含んだICカードを用いて、システムにアクセスしようとしている利用者の認証や電子署名付与を可能とする仕組み。例えば、電子的診療情報提供書の作成者の医師資格の有無の検証が可能となるもの。

3 HPKIカード発行費用の補助内容

＜補助期間＞
令和４年10月28日（※）～令和４年度内
※「物価高克服・経済再生実現のための総合経済対策」閣議決定

＜補助額＞
HPKI 発行費用11000円を上限にその２分の１を補助

HPKI認証局	区分	補助適用前発行費用	補助額	補助適用後発行費用
日本医師会	－	5,500円	2,750円	2,750円
日本薬剤師会	会員	19,800円	5,500円	14,300円
	非会員	26,400円	5,500円	20,900円
一般財団法人医療情報システム開発センター（MEDIS）	－	26,950円	5,500円	21,450円

（※全て税込み）

医療情報化支援基金の補助率の見直し

医薬・生活衛生局総務課

令和５年度予算案額　130.9億円（383.3億円）※（）内は前年度当初予算額

電子処方箋管理サービス導入費用の補助率の見直し

○令和5年度に電子処方箋管理サービスを導入した施設の補助率を引き上げる。
(令和4年度に導入した施設の補助率と同率にする。)

	大規模病院 （病床数200床以上）	病 院 （大規模病院以外）	診療所	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）	薬局 （大型チェーン薬局以外）
令和4年度 導入完了した 施設	162.2万円を上限に補助 ※事業額の486.6万円を上限にその 1/3を補助	108.6万円を上限に補助 ※事業額の325.9万円を上限にその 1/3を補助	19.4万円を上限に補助 ※事業額38.7万円を上限にその 1/2を補助	9.7万円を上限に補助 ※事業額38.7万円を上限にその 1/4を補助	19.4万円を上限に補助 ※事業額38.7万円を上限にその 1/2を補助
令和５年度 導入完了した 施設	162.2万円を上限に補助 ※事業額の486.6万円を上限にその **1/3**を補助 (見直し前:1/4)	108.6万円を上限に補助 ※事業額の325.9万円を上限にその **1/3**を補助 (見直し前：1/4)	19.4万円を上限に補助 ※事業額38.7万円を上限にその **1/2**を補助 (見直し前：1/3)	9.7万円を上限に補助 ※事業額38.7万円を上限にその **1/4**を補助 (見直し前：1/5)	19.4万円を上限に補助 ※事業額38.7万円を上限にその **1/2**を補助 (見直し前：1/3)

＜補助の対象となる事業＞

①～③については、上記電子処方箋管理サービス導入費用の補助率による。（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）

①基本パッケージ改修費用：電子カルテシステム、レセプト電算化システム等の既存システム改修にかかる費用
②接続・周辺機器費用：オンライン資格確認端末の設定作業、医師・薬剤師の資格確認のためのカードリーダー導入費用
③システム適用作業費用：現地システム環境適用のための運用調査・設計、システムセットアップ、運用テスト、運用立会い等

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

令和５年度予算案（保険局関係）の主な事項

厚生労働省　保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

令和5年度予算案（保険局関係）の主な事項

※（　　）内は前年度当初予算額

安定的で持続可能な医療保険制度の運営確保

○ 各医療保険制度などに関する医療費国庫負担　10兆648億円（9兆9,221億円）

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

薬価改定への対応

令和4年薬価調査に基づき、国民負担軽減の観点から、平均乖離率7.0%の0.625倍を超える品目を対象に薬価改定を行う。その際、急激な原材料費の高騰、安定供給問題に対応するため、不採算品再算定について臨時・特例的に全品を対象に適用するとともに、イノベーションに配慮する観点から、新薬創出等加算の加算額を臨時・特例的に増額し、従前の薬価と遜色ない水準とする対応を行う。これらにより、薬剤費を▲3,100億円（国費▲722億円）削減する。

診療報酬上の対応（250億円（国費63億円））

オンライン資格確認の導入・普及の徹底の観点から、令和5年12月末までの間、初診時・調剤時における追加的な加算、再診時における加算を設定するとともに、加算に係るオンライン請求の要件を緩和する。

医薬品の供給が不安定な中、患者への適切な薬剤処方の実施や薬局の地域における協力促進などの観点から、令和5年12月末までの間、一般名処方、後発品の使用体制に係る加算、薬局における地域支援体制に係る加算について上乗せ措置を講ずる。

○ 国民健康保険への財政支援　2,951億円（3,145億円）

保険料の軽減対象となる低所得者数に応じた保険者への財政支援の拡充や保険者努力支援制度等を引き続き実施するために必要な経費を確保する。
また、令和5年度から実施する産前産後保険料の免除等の経費を確保する。
※以下、医療保険制度改革関係及び保険者のインセンティブ強化（国保・保険者努力支援制度）は内数

○ 被用者保険への財政支援　831億円（825億円）

拠出金負担の重い被用者保険者の負担の軽減、短時間労働者の適用拡大の影響を受けた健康保険組合に係る財政支援に必要な経費を確保する。

医療保険制度改革関係

○ 出産育児一時金の増額に伴う支援措置　76億円（―）

出産育児一時金を42万円から50万円へと、8万円増額（令和5年4月より）するとともに、国費による支援措置（76億円）を令和5年度限りとして設ける。

○ 国民健康保険の産前産後保険料の免除　1.9億円（―）

子育て世帯の負担軽減、次世代育成支援等の観点から、国・地方の取組として、国保制度において出産する被保険者に係る産前産後期間相当分（4ヶ月間）の均等割保険料及び所得割保険料を免除する。※令和6年1月から実施

※　大臣折衝事項（令和4年12月21日）

○　今般の医療保険制度改革に際し、後期高齢者の保険料負担の激変緩和策として、出産育児一時金に対する後期高齢者医療制度からの支援について、対象額は、令和6・7年度は出産育児一時金全体（公費を除く。）の2分の1とし、令和8年度からは出産育児一時金全体とする。併せて、特例的な保険料算定を行い、①施行後1年内に新たに75歳に到達する方を除き、賦課限度額を2年かけて段階的に引き上げ（令和6年度73万円、令和7年度80万円）、②年収211万円相当以下の所得層について、令和6年度は制度改正分を軽減した所得割とし、令和7年度は制度改正分を含む所得割とする。

○　今般の医療保険制度改革に際し、他の制度における企業負担を勘案して、令和6年度から特例的に、健康保険組合への支援を430億円追加する。そのうち、230億円は企業の賃上げ努力に配慮した納付金負担軽減補助に、100億円は健康保険組合連合会が実施する高額医療交付金事業に対する財政支援の制度化に、100億円は特別負担調整への国費充当の拡大に、それぞれ充てることとする。

医療分野におけるDXの推進

○ 医療情報化支援基金による支援　289億円（735億円）

オンライン資格確認及び電子処方箋の導入に向けた医療機関・薬局のシステム整備の支援を行う。

予防・重症化予防・健康づくり

① 保険者のインセンティブ強化（国保・保険者努力支援制度）　1,292億円(※)（1,412億円）

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

※　財政安定化基金（特例基金）の財政基盤強化分の残額330億円から充てる額（80億円）を含む。なお、残り250億円は国民健康保険事業の健全な運営の確保のために、令和5年度の各都道府県の予算編成において、国保特会に繰り入れて活用する。

② 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進　1.0億円（69百万円）

令和2年度より開始された高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について、広域連合・市町村向けの研修会の開催や国保データベース(KDB)システムの活用ツールの充実等により広域連合・市町村の取組を支援し、効果的な横展開を図る。

予防・重症化予防・健康づくり

③ 糖尿病性腎症の重症化予防事業を含む保健事業等への支援

ア 糖尿病性腎症患者重症化予防の取組への支援　52百万円(52百万円)

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

イ 糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引きの改訂等事業　50百万円(ー)

令和2年度から令和4年度にかけて実施された糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証事業の結果を踏まえ、重症化予防の取組を一層推進するために、糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引きの改訂等を行う。

ウ 予防・健康づくりに関する大規模実証事業の実施　82百万円　(3.6億円)

健康増進効果等のエビデンスが示されており、保険者等が取り組みやすい予防・健康づくりの介入方法に関するポジティブリストを継続的にアップデートするとともに、保険者等が活用できるように整理する。また、特定健診・保健指導の質向上のためのエビデンスを収集する保険者を支援する。

エ 保険者とかかりつけ医等の協働による加入者の予防健康づくりの実施　92百万円 (1.1億円)

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

予防・重症化予防・健康づくり

④ 後期高齢者医療の被保険者に係る歯科健診事業　7.0億円（7.0億円）

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

⑤ レセプト・健診情報等の分析に基づいた保健事業等の推進　7.2億円 （7.9億円）

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

⑥ 保険者協議会における保健事業の効果的な実施への支援　80百万円（80百万円）

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

⑦ 保険者の予防・健康インセンティブの取組への支援　69百万円 （69百万円）

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

看護など現場で働く方々の処遇改善

○ 看護など現場で働く方々の処遇改善の引き続きの実施　240億円（100億円）

「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」（令和3年11月19日閣議決定）及び「公的価格評価検討委員会中間整理」（令和3年12月21日）を踏まえた、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象とする、収入を3%程度（月額平均12,000円相当）引き上げるための処遇改善の仕組み（令和4年10月から診療報酬により実施）について、令和5年度においても引き続き実施する。

医療保険制度における被災者の支援

○ 避難指示区域等での医療保険制度の特別措置　36億円（38億円）

「東日本大震災復興特別会計」計上項目

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

※　被保険者間の公平性を確保するとともに、十分な経過措置を講じる観点から、平成29年4月以前に避難指示区域等の指定が解除された地域を対象として、令和5年度から解除時期ごとに段階的な見直しを実施する。

○ 医療・介護保険料等の収納対策等支援　1.0億円（―）

「東日本大震災復興特別会計」計上項目

医療・介護保険料等の減免措置の見直しに当たっては、見直しの対象となる住民の不安や疑問へ対応するためのコールセンターを設置するとともに、保険者における収納業務等に係る所要の財政措置を実施する。

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

新経済・財政再生計画 改革工程表2022
（社会保障部分抜粋）

厚生労働省　保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

新経済・財政再生計画
改革工程表2022
－概要－

令和４年12月22日

全体総括

「骨太方針2022」を踏まえて新たな施策の盛り込みや全体構成の見直しを行って新たな「改革工程表2022」案を取りまとめ。様々な分野でのＤＸやＥＢＰＭの推進、事業の性質に応じた基金の活用、関係府省庁の連携によるマイナンバーの利活用の拡大等は確実に前進。新たに拡充を図ることとされている政策分野（防衛、ＧＸ、こども政策）のＰＤＣＡ構築に着手。経済・財政一体改革に係る取組の約８割は着実な実施を確認（※）。ＫＰＩ等の目標との結びつきの強化が重要。

社会保障	一人当たり介護の地域差縮減や国保の法定外繰入等の額の縮小は進展したものの、一人当たり医療費の地域差縮減は進捗が見られないことを踏まえ、保険者協議会の連携強化などを行い、医療資源の投入量に地域差がある医療について、地域ごとに都道府県、医療関係者、保険者などが把握・検討し、これを踏まえて必要な適正化に向けた取組を進める。また、新たな課題として「医療・介護分野のＤＸ」の一層の推進を図ることが必要。
社会資本整備等	社会資本整備等分野においては、ＰＰＰ／ＰＦＩの事業規模目標を前倒しで上回ったことを始め、全体的にＫＰＩ値の上昇がみられる一方、インフラ維持管理における予防保全型の老朽化対策や新技術の導入促進、不動産ＩＤの活用等の総合的な推進、ＰＰＰ／ＰＦＩの更なる推進等について一層の取組が必要。
地方行財政改革等	地方行財政分野等においては、自治体等における業務・経営改革や見える化、広域化・共同化、デジタル化等により、自治体の歳出効率化に向けた取組は進展している一方、地方創生臨時交付金事業の見える化や自治体業務の効率化等について一層の取組が必要。
文教科学技術	文教・科学技術分野においては、ＧＩＧＡスクール構想について、義務教育段階の児童生徒１人１台端末整備の実現などＩＣＴ環境整備は進展したが、利活用の日常化に向けた一層の取組が必要。若手研究者への経済的支援は進みつつあるが、研究時間の確保に向けた重点的な取組が必要。

※骨太方針2018に基づく基盤強化期間（2019-2021年度）が終了したことを踏まえ、取組等の進捗を評価（工程化した569項目）。

社会保障

【政策目標】

① 医療・介護分野でのＤＸ推進によるサービスの効率化・質の向上、最適な医療・介護実現のための基盤整備
② 予防・健康づくりの推進や高齢者の就業・社会参加に向けた健康寿命の延伸
③ 被用者保険の適用拡大等の検討や高齢者の雇用機会の更なる拡大に向けた環境整備
④ 地域医療構想の推進、テクノロジーの徹底活用等によるサービスの生産性・質の向上と一人当たり医療費・介護費の地域差縮減等
⑤ 保険給付の効率的な提供や自助、共助、公助の範囲の見直し

○医療・介護分野におけるＤＸの推進、データベースの整備：医療・介護分野でのＤＸを通じたサービスの効率化・質の向上を実現することにより、国民の保健医療・介護の向上を図る観点から、既存項目の組換とともに、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等の新規項目を追加し、「医療・介護分野におけるＤＸの推進」というアンブレラを新設する。医療法人・介護サービス事業者の経営状況に関するデータベースを整備し、政策決定等に活用する。

○医療費・介護費の適正化や国保財政の健全化：一人当たり介護費の地域差縮減や国保の法定外繰入等の額の減少は進展したが、一人当たり医療費の地域差縮減は進捗が見られない。介護費の地域差縮減や国保の法定外繰入の解消に向け更に取り組むとともに、医療費の地域差縮減に向けて、保険者協議会の機能強化などを行い、医療資源の投入量に地域差がある医療について、地域ごとに都道府県、医療関係者、保険者などが把握・検討し、これを踏まえて必要な適正化に向けた取組を進める。

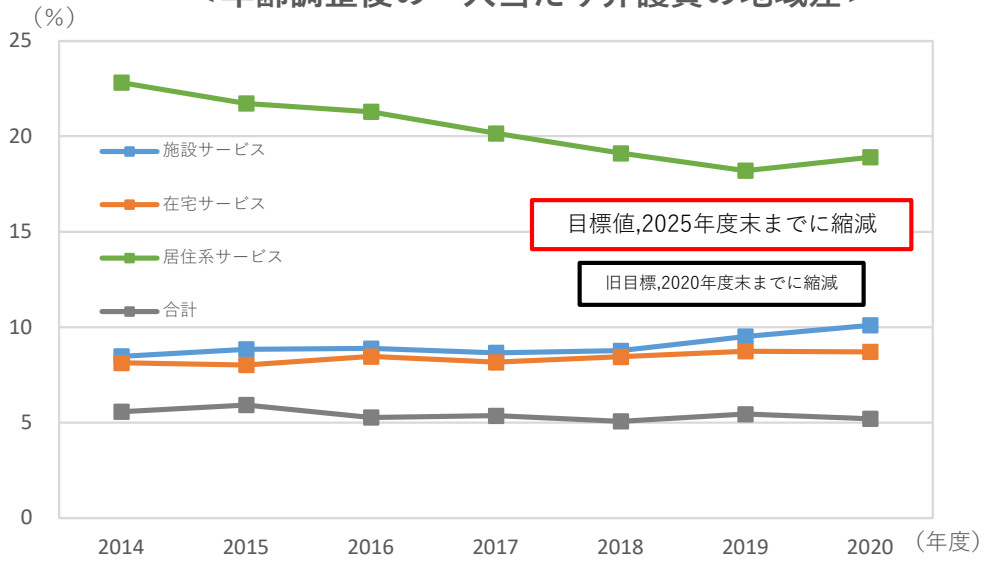
○かかりつけ医機能が発揮される制度整備：全世代型社会保障構築会議報告書等を踏まえ、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う。

○地域医療構想の実現：都道府県に対し、病床機能報告における2025年の病床数の見込みと病床数の必要量に著しい乖離が生じている構想区域について、医療提供体制に関する分析・評価を行い、評価結果に基づき必要な方策を講じること等を求める。また、国においては、乖離が著しい構想区域を有する都道府県に対して、「重点支援区域」の活用を促す等のアウトリーチの対応等を行う。

○介護分野における給付と負担の見直し：ケアプラン作成に関する給付の在り方、多床室室料に関する給付の在り方、軽度者（要介護１・２の者）への生活援助サービスに関する給付の在り方、介護保険における「現役並み所得」・「一定以上所得」の判断基準の見直し、介護保険の１号保険料負担の在り方について、介護保険部会の意見等を踏まえ、見直しの検討を進める。

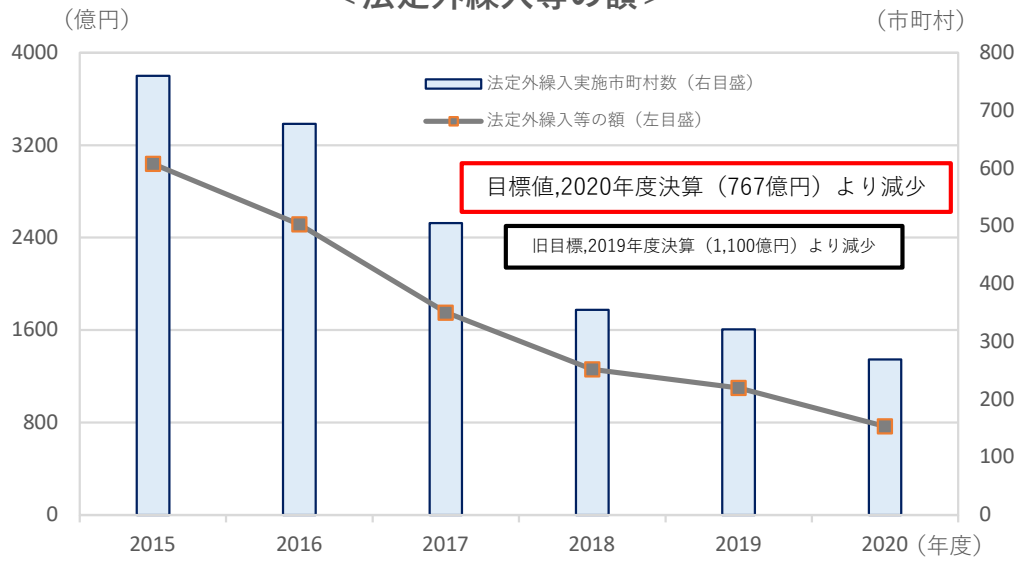
参考図表（社会保障）

＜年齢調整後の一人当たり介護費の地域差＞



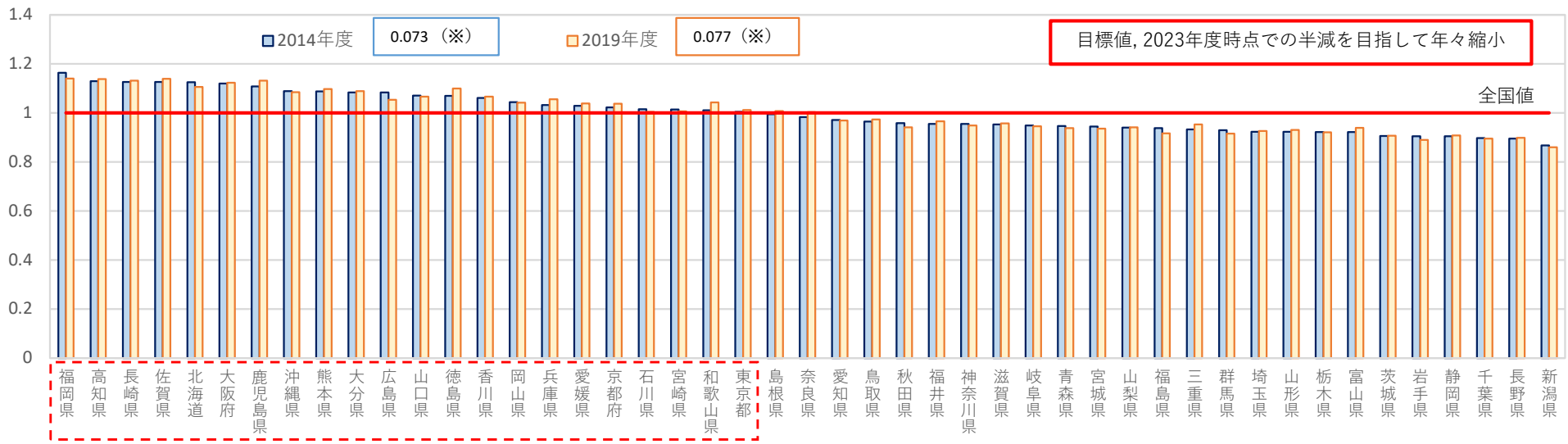
（備考）１．厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム」より作成。
２．サービス種別ごとに、全国平均値を上回る都道府県の「「平均値との差」の平均」÷「平均値」を算出。

＜法定外繰入等の額＞



（備考）厚生労働省「厚生労働省保険局国民健康保険課調べ」より作成。

＜年齢調整後の一人当たり医療費の地域差＞



（備考）厚生労働省「医療費の地域差分析」より作成。なお、地域差指数は「年齢調整後の一人当たり医療費／全国平均の一人当たり医療費」。
※基準となる2014年度に年齢調整後一人当たり医療費が全国平均より高い都道府県（22都道府県。グラフ中赤点線枠）についての、「地域差指数－１」の平均値。

１. 社会保障

社会保障　１．医療・介護分野におけるＤＸの推進

政策目標

医療・介護分野でのＤＸ(デジタルトランスフォーメーション)を通じたサービスの効率化・質の向上を実現することにより、国民の保健医療・介護の向上を図るとともに、最適な医療・介護を実現するための基盤整備を推進する。

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組・所管府省、実施時期)	23	24	25
		１．全国医療情報プラットフォームの創設			
－	－	ａ．医療ＤＸ推進本部で 2023 年春に策定する工程表に基づき、全国医療情報プラットフォームを創設に向けた取組を進める。 ※医療ＤＸ推進本部での議論を踏まえ実施時期について検討。 《所管省庁：デジタル庁、厚生労働省》	→	→	→
		２．オンライン資格確認の推進とマイナンバーカードと健康保険証の一体化の加速			
○国民が健康・医療情報に基づいたより良い医療を受けることが可能となるよう、健康保険証の廃止を目指す 【2024 年秋】 ○マイナンバーカードを用いた医療扶助のオンライン資格確認を導入する 【2023 年度中】	○全国の医療機関等におけるオンライン資格確認の運用開始施設数 【2023 年４月に導入が義務である全ての保険医療機関等での導入】 ○居宅における資格確認の仕組みや資格情報のみを取得できる簡素な仕組みの運用 【2024 年４月から運用開始】	ａ．国民がマイナンバーカードで受診することで、健康・医療情報に基づいたより良い医療を受けることが可能となるよう、保険医療機関・薬局へのオンライン資格確認の導入の原則義務化を実施するとともに、訪問診療・訪問看護等の居宅における資格確認の仕組みや、柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師の施術所等における資格情報のみを取得できる簡素な仕組みを構築し、マイナンバーカードと健康保険証の一体化を進め、2024 年秋の健康保険証の廃止を目指す。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	
		ｂ．マイナンバーカードを用いた、医療扶助のオンライン資格確認については、「デジタル社会の実現に向けた重点計画」や「医療扶助に関する検討会」の議論を踏まえ、2023 年度中の実施に向け所要の措置を講ずる。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
		３．ＰＨＲ推進を通じた健診・検診情報の予防への分析・活用			
○マイナポータル等を通じた学校健診及び事業主健診情報の提供開始 【事業主健診は 2023 年度、学校健診は 2024 年度を目途に達成】	○マイナポータル等を通じた個人の健診・検診情報の提供のためのシステム整備 【事業主健診は 2023 年度、学校健診は 2024 年度までに達成】	ａ．データヘルス改革に関する工程表に基づき、マイナポータル等で提供する健診・検診情報を順次拡大。 《所管省庁：文部科学省、厚生労働省》	→	→	

社会保障　１．医療･介護分野におけるＤＸの推進

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
○乳幼児健康診査の未受診率 【2024 年度までに３～５か月児が 2.0%、１歳６か月児が 3.0%、３歳児が 3.0% 】(100－｛健康診査受診実人員／対象人員｝。地域保健･健康増進事業報告) ○むし歯のない３歳児の割合 【2024 年度までに 90.0%】(100－｛むし歯のある人員の合計／歯科健康診査受診実人員。地域保健･健康増進事業報告) ○全出生数中の低出生体重児の割合 【平成 28 年度の 9.4%に比べて減少】(低出生体重児出生数／出生数。人口動態統計)	○乳幼児健診にマイナンバー制度の情報連携を活用している市町村数 【増加(2024 年度までに 50%)】 ○マイナポータルを通じて乳幼児健診等の健診情報を住民へ提供している市町村数 【増加(2024 年度までに 50%)】	**４．乳幼児期･学童期の健康情報の一元的活用の検討**			
		ａ．乳幼児健診の受診の有無等を電子化した情報について、転居時に市町村間で引き継がれる仕組み、マイナポータルを活用し、乳幼児健診、妊婦健診、予防接種等の個人の健康情報歴を一元的に確認できる仕組みを構築しており、市町村等における利用を推進する。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	
－	－	**５．　自身の介護情報を閲覧できる仕組みの構築**			
		ａ．自身の介護情報を閲覧できる仕組みの整備に向けて、技術的･実務的な課題等を踏まえ、利用者や介護現場で必要となる情報の範囲や、全国的に介護情報を閲覧可能とするための仕組みを検討し、システム改修･システム開発等の必要な対応を行う。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
－	－	**６．電子カルテ情報の標準化等**			
		ａ．医療ＤＸ推進本部で 2023 年春に策定する工程表に基づき、電子カルテ情報及び交換方式の標準化について検討を進める。 ※医療ＤＸ推進本部での議論を踏まえ実施時期について検討 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→

社会保障　１．医療･介護分野におけるＤＸの推進

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
○全国の医療機関等において保健医療情報を確認した件数 【2023 年度以降増加】 ○ＮＤＢ･介護ＤＢの利活用による研究開発の件数 【増加】	○全国の医療機関等において確認できる保健医療情報のデータ項目のうち診療情報に、手術情報を追加 ○ＮＤＢ･介護ＤＢと連結解析できるデータベース 【増加】	**７．医療･健康分野での情報利活用の推進**			
		ａ．通常時や救急･災害時であっても、より適切で迅速な診断や検査、治療等を受けることを可能とするため、医療機関等において保健医療情報を確認できる仕組みについて、取組を進める。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	
		ｂ．ＮＤＢ･介護ＤＢと他の公的データベース等との連結解析について、法的･技術的課題を検討し、課題が解決したものから対応するとともに、ＮＤＢと死亡情報の連結を 2024 年度から開始する。 ※必要に応じて 2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
–	–	**８．介護事業所間における介護情報の閲覧･共有を可能とする仕組みの構築**			
		ａ．介護事業所における情報共有のため、全国的に介護情報を閲覧可能とするための基盤の在り方について検討し、システム改修･システム開発等の必要な対応を行う。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
–	–	**９．科学的介護の取組の推進**			
		ａ．2021 年度介護報酬改定において創設したデータの収集･活用とＰＤＣＡサイクルに沿った取組を評価する加算等について、改定の影響の検証結果に基づき、2024 年度介護報酬改定に向けて訪問系サービスや居宅サービス全体のケアマネジメントにおけるＬＩＦＥの活用を通じた質の評価の在り方や標準的な介護サービス等について、必要な対応を検討。 《所管省庁：厚生労働省》	→		

社会保障　１．医療･介護分野におけるＤＸの推進

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
○オンライン資格確認等システムを導入した施設における電子処方箋システムの導入状況 【2025 年３月末に、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での導入】	○医療機関等向けポータルサイトでの電子処方箋利用申請完了施設数 【2025 年３月末に、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での導入に向けて増加】	**１０．電子処方箋の利活用**			
		ａ．2023 年１月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い、オンライン資格確認等システムを導入した医療機関･薬局での電子処方箋システムの導入を図る。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	
–	–	**１１．オンラインでの服薬指導を含めた医療の充実**			
		ａ．初診からのオンライン診療については｢オンライン診療の適切な実施に関する指針｣において恒久化した。また、新型コロナウイルス感染症の拡大に際してのオンライン診療･服薬指導の時限的措置については着実に実施する。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｂ．適切なオンライン診療の普及のために、｢オンライン診療の適切な実施に関する指針｣の情報セキュリティに係る項目等の見直しに向けた取組を推進する。 ※2025 年度以降も実施。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
–	–	**１２．診療報酬改定ＤＸ**			
		ａ．医療ＤＸ推進本部で 2023 年春に策定する工程表に基づき、診療報酬改定ＤＸの取組を進める。 ※医療ＤＸ推進本部での議論を踏まえ実施時期について検討 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
○コンピュータチェックで完結するレセプトの割合 【2023 年９月までに９割程度】	○｢審査支払機能に関する改革工程表｣等に掲げられた改革項目の進捗状況 【各年度時点での十分な進捗を実現】 ※審査支払新システムに実装したＡＩによる振分機能により、人による審査を必要としないレセプトの割合を増加	**１３．医療保険の審査支払機関について、｢支払基金業務効率化･高度化計画･工程表｣等に掲げられた改革項目の着実な推進**			
		ａ．2021 年３月の｢審査支払機能に関する改革工程表｣等に基づき、審査支払機関の改革を進める。 《所管省庁：厚生労働省》	→		

社会保障　１．医療･介護分野におけるＤＸの推進

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
		１４．介護保険業務のデジタル化			
○文書負担が軽減された介護事業所数 【2022 年度実績と比較して 2025 年度末までに改善】	○電子申請･届出システムを利用する自治体数 【2025 年度末までに全自治体】 ○ケアプランデータ連携システムを利用している介護事業所数 【2022 年度以降増加】	ａ．介護サービス情報公表システムについて、介護現場の負担軽減を進めるため、指定申請等の手続きをＷＥＢ上で行う電子申請･届出機能を追加し活用促進に取り組むとともに、対象事務の機能追加に取り組む。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｂ．ＩＣＴ等のテクノロジーを活用したデータ連携や情報共有を推進し、介護事業所の負担軽減を進めるため、ケアプランのデータ連携を可能とするケアプランデータ連携システムについて、活用促進等に向けた取組を推進。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→

社会保障　２．予防・健康づくりの推進

政策目標

社会全体の活力を維持していく基盤として、予防・健康づくりの推進や高齢者の就業・社会参加率の向上等の観点から、2040 年までに健康寿命を男女ともに３年以上延伸し、75 歳以上とすることを目指す。具体的には、先進事例の横展開やインセンティブの積極活用等を通じて糖尿病等の生活習慣病の予防・重症化予防や認知症の予防等に重点的に取り組む。

■2040 年までに健康寿命を男女ともに３年以上延伸し、75 歳以上とする。

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組・所管府省、実施時期)	23	24	25
		１５．「健康寿命延伸プラン」の着実な実施			
― (参考) 〇平均寿命の延伸を上回る健康寿命の延伸を目標に、2040 年までに健康寿命を男女ともに３年以上延伸し、75 歳以上とすることを目指す。 ※要介護度を活用した「日常生活動作が自立した期間の平均」を補完的に活用する。	―	ａ．「自然に健康になれる環境づくり」や「行動変容を促す仕掛け」など「新たな手法」も活用した「健康寿命延伸プラン」の着実な実施を通じ、次世代を含めた全ての人の健やかな生活習慣形成等、疾病予防・重症化予防、介護予防・フレイル対策、認知症予防等の取組を推進するとともに、健康寿命に影響をもたらす要因に関する研究を実施し(2019 年度から 2024 年度まで)、その結果を踏まえ、客観的指標をＫＰＩとして活用できるか検討する。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	
		１６．糖尿病等の生活習慣病や慢性腎臓病の予防の推進			
○年間新規透析患者数 【2028 年度までに 35,000 人以下に減少】 ○糖尿病有病者の増加の抑制 【2022 年度までに 1,000 万人以下 ※2023 年度以降の目標については 2023 年春目途に策定する次期国民健康づくり運動プランを踏まえ決定】 ○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数 【2023 年度までに 2008 年度と比べて 25%減少】	○加入者や企業への予防・健康づくりや健康保険の大切さについて学ぶ場の提供、及び上手な医療のかかり方を広める活動に取り組む、保険者の数 【2025 年度までに 2,000 保険者以上】 日本健康会議から引用 ○特定健診の実施率 【2023 年度までに 70%以上】 (受診者数/対象者数。特定健診・特定保健指導の実施状況(回答率 100%)) ○特定保健指導の実施率 【2023 年度までに 45%以上】 (終了者数/対象者数。特定健診・特定保健指導の実施状況(回答率 100%))	ａ．生活習慣病予防と重症化予防の先進・優良事例の把握・横展開を行うとともに、それを踏まえた糖尿病性腎症重症化予防プログラム等に基づき取組を推進する。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｂ．特定健診・特定保健指導による生活習慣病への移行の防止や実施率の向上を促進するために、保険者による先進・優良事例を横展開等するとともに、2024 年度からはじまる第４期特定健診等実施計画に向けて、保険者が、特定保健指導におけるアウトカム評価の導入、成果等の見える化、ＩＣＴ活用等の新たな取組を円滑に実施できるよう支援する。 《所管省庁：厚生労働省》	→		

社会保障　２．予防・健康づくりの推進

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組・所管府省、実施時期)	23	24	25
		ｃ．国保において、40～50 歳代が特定健診を受診しやすくなるよう、休日夜間の健診実施や 40 歳未満からの健診実施等の横展開を図る。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｄ．慢性腎疾患(ＣＫＤ)重症化予防のための診療体制構築及び多職種連携を推進するためのモデル事業を実施。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｅ．慢性腎臓病(ＣＫＤ)対策に係る自治体等への支援や先進・優良事例の横展開を実施。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｆ．「受診率向上施策ハンドブック(第２版)」を活用し、特定健診とがん検診の一体的実施など自治体の先進・優良事例の横展開を実施。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｇ．全保険者種別で健康スコアリングレポート(保険者単位)を作成するとともに、健康保険組合、国家公務員共済組合においては、保険者及び事業主単位のレポートを作成し、業態内の平均等の見える化を通じて特定健診・保健指導の実施の促進を行う。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
		ｈ．保険者インセンティブ制度を活用し、特定健診・保健指導の実施率向上等に取り組む保険者を評価する。また、そのうち、後期高齢者支援金の加算・減算制度においては、加算対象範囲の拡大や加算率の引き上げ等により、保険者の予防・重症化予防・健康づくりの取組を推進。 《所管省庁：厚生労働省》	→		

社会保障　２．予防・健康づくりの推進

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組・所管府省、実施時期)	23	24	25
○「日常生活自立度」がⅡ以上に該当する認知症高齢者の年齢階級別割合【2018 年度と比べて減少】	○認知症サポート医の数 【2025 年までに１.6 万人】 ○介護予防に資する通いの場への参加率 【2025 年度末までに８％】(通いの場の参加者実人数／住民基本台帳に基づく 65 歳以上の高齢者人口。 介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査結果) ○認知症ケアパスを作成した市町村 【2025 年度末までに 100%】 (設置市町村数／全市町村数。認知症総合支援事業等実施状況調べ)	**１７．認知症予防の推進及び認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供**			
		ａ．通いの場(身体を動かす場等)の充実や認知症カフェの増加に向けた取組の推進。新型コロナウイルス感染症の感染防止対策を考慮した上での開催を促進するため、通いの場については広報やアプリ等の活用を進めるとともに、認知症カフェについては 2020 年度に作成した手引きの活用や先進・優良事例の横展開により、設置を推進。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｂ．認知症予防に関する先進・優良事例を収集・活用し、取組の実践に向けたガイドライン等を各自治体へ周知し、活用を推進。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｃ．予防・健康づくりの社会実装に向けた研究開発基盤整備事業において、官民が連携した認知症予防ソリューションの開発を推進。 ※2023 年３月で取組終了 《所管省庁：厚生労働省・経済産業省》	→		
		ｄ．各認知症疾患医療センターにおける、かかりつけ医や地域包括支援センター等との連携による診断後の相談支援機能を強化。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｅ．各地域における認知症疾患医療センターの機能等のあり方の検討を踏まえ、地域の専門医療機関としてその機能が発揮されるよう取組を推進する。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｆ．認知症の予防・治療法開発に資するデータベースの構築と実用化について取り組む。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組・所管府省、実施時期)	23	24	25
		ｇ．認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の活動支援、認知症サポート医の養成等の認知症高齢者等にやさしい地域づくりを推進。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
○がんの年齢調整死亡率(75 歳未満) 【2022 年度までに 2017 年度と比べて低下 ※2023 年度以降の目標については 2022 年度末を目途に策定する第４期がん対策推進基本計画を踏まえ決定】 (｛［観察集団の各年齢(年齢階級)の死亡率］×［基準人口集団のその年齢(年齢階級)の人口］｝の各年齢(年齢階級)の総和／基準人口集団の総人口(人口 10 万人当たりで表示)。国立がん研究センターが「人口動態調査」に基づき集計)	○対策型検診で行われている全てのがん種における検診受診率 【2022 年度までに 50%以上 ※2023 年度以降の目標については 2022 年度末を目途に策定する第４期がん対策推進基本計画を踏まえ決定】 (受診者数／対象者数。国民生活基礎調査) ○精密検査受診率 【2022 年度までに 90%以上 ※2023 年度以降の目標については 2022 年度末を目途に策定する第４期がん対策推進基本計画を踏まえ決定】 ((要精密検査者数－精密検査未受診者数－精密検査未把握者数)／要精密検査者数。国立がん研究センターがん情報サービス)	**１８．がん対策の推進** **ｉ．がんの早期発見と早期治療**			
		ａ．がんを早期発見し、早期治療に結びつけるため、より精度の高い検査方法に関する研究を推進。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｂ．難治性がん等について、血液等による簡便で低侵襲な検査方法の開発を推進。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｃ．「職域におけるがん検診に関するマニュアル」の普及に取り組むとともに、職域におけるがん検診の実態調査の結果も踏まえ、精度管理について検討。より効果的な受診勧奨の取組についての実証事業を実施。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｄ．「「がん検診のあり方に関する検討会」における議論の中間整理」を踏まえ、科学的根拠に基づいたがん検診を推進。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｅ．新型コロナウイルス感染症の影響がある中でも、必要な検診を受診するよう、情報発信、広報活動に取り組むとともに、検診の実施状況の把握・分析を行い、効果的な受診勧奨等の方策を検討する。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→

社会保障　２．予防・健康づくりの推進

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組・所管府省、実施時期)	23	24	25
		ｆ．各種がんの特性や年齢別の罹患率等も踏まえ、第４期がん対策推進基本計画(2022 年度末を目途に策定予定)に沿った、より効果的な取組を推進するための方策について、取り組むべき施策を検討する。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
○仕事と治療の両立ができる環境と思う人の割合 【2025 年度までに 40%】 (「そう思う」又は「どちらかといえばそう思う」と回答した人数／有効回収数。がん対策・たばこ対策に関する世論調査(2019 年度調査回答率　54.9%))	○がん診療連携拠点病院において、「治療と仕事両立プラン」等を活用して支援した就労に関する相談件数 【2025 年までに年間 40,000 件】	**１８．がん対策の推進** **ii．がんの治療と就労の両立**			
		ａ．「治療と仕事両立プラン」を活用した支援を行う「がん患者の仕事と治療の両立支援モデル事業」の成果を踏まえ、取組を拡大し、両立支援コーディネーターの配置など個々の事情に応じた就労支援を行うための体制を整備。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｂ．企業等への相談対応、個別訪問指導、助成金により両立支援体制の導入等を支援。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｃ．働き方・休み方改善ポータルサイト等を通じ、企業における傷病休暇等の取組事例を横展開。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
○年間新規透析患者数【2028 年度までに 35,000 人以下に減少】 ○糖尿病有病者の増加の抑制 【2022 年度までに 1,000 万人以下 ※2023 年度以降の目標については 2023 年春目途に策定する次期国民健康づくり運動プランを踏まえ決定】	○スマート・ライフ・プロジェクト(ＳＬＰ)参画団体数 【2022 年度までに 7,000 団体以上 ※2023 年度以降の目標については 2023 年春目途に策定する次期国民健康づくり運動プランを踏まえ決定】	**１９．無関心層や健診の機会が少ない層への啓発**			
		ａ．「健康日本 21(第二次)」も踏まえ、「適度な運動」「適切な食生活」「禁煙・受動喫煙防止」「健診・検診の受診」をテーマに、健康づくりに取り組む企業・団体・自治体への支援や先進・優良事例の横展開や健康無関心層を含む国民への働きかけを行う「スマート・ライフ・プロジェクト(ＳＬＰ)」を推進。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→

社会保障　２．予防・健康づくりの推進

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組・所管府省、実施時期)	23	24	25
○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数 【2023 年度までに 2008 年度と比べて 25%減少】 ○野菜摂取量の増加 【2022 年度までに 350g ※2023 年度以降の目標については 2023 年春目途に策定する次期国民健康づくり運動プランを踏まえ決定】 ○食塩摂取量の減少 【2022 年度までに８g ※2023 年度以降の目標については 2023 年春目途に策定する次期国民健康づくり運動プランを踏まえ決定】 ○１日あたりの歩数 【2022 年度までに ・20～64 歳：男性 9,000 歩、女性 8,500 歩 ・65 歳以上：男性 7,000 歩、女性 6,000 歩 ※2023 年度以降の目標については 2023 年春目途に策定する次期国民健康づくり運動プランを踏まえ決定】	○健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ参画企業数 【2023 年度までに 40 社以上】	ｂ．野菜摂取量増加に向けた取組等の横展開、民間主導の健康な食事・食環境(スマート・ミール)の認証制度等の普及支援など、自然に健康になれる環境づくりを推進。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｃ．「栄養サミット 2021」を契機に、産学官等連携による食環境づくりの推進体制として立ち上げた「健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」において、企業等へ本イニシアチブへの参画について働きかけを行い、各企業等から減塩等の定量目標を得る。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
		ｄ．「健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」において、各企業等が設定した減塩等の定量目標について進捗評価を行う。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｅ．新型コロナウイルス感染症による食事や運動等の生活習慣の変化や、健康への影響、健診受診状況に関する厚生労働科学研究を 2023 年度末までを目途に実施予定。当該調査結果を踏まえ、「新しい生活様式」に対応した健康づくりの検討、普及・啓発を推進。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	
		ｆ．日本健康会議の「健康づくりに取り組む５つの実行宣言 2025」に基づき、産官学が連携した予防・健康づくりを推進。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→

社会保障　２．予防・健康づくりの推進

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組・所管府省、実施時期)	23	24	25
		２０．予防・健康づくりに頑張った者が報われる制度の整備			
–	○予防・健康づくりについて、加入者を対象としたインセンティブを推進する被用者保険者等の数 【2023 年度末までに 600 保険者】	ａ．保険者機能を強化するとともに、新型コロナウイルス感染症による影響を踏まえつつ、保険者インセンティブ制度の加減算双方向での評価指標による財政的インセンティブの活用などにより、予防・健康づくりに頑張った者が報われる仕組みを整備。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｂ．予防・健康づくりについて、被用者保険者において個人を対象としたインセンティブを推進する観点から、後期高齢者支援金の加減算制度の総合評価指標の中で、個人インセンティブ事業の実施だけでなく、効果検証まで行うことを評価するとともに、保険者の取組を支援していく。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
		２１．フレイル対策に資する食事摂取基準の活用			
○低栄養傾向(ＢＭＩ20 以下)の 65 歳以上の者の割合の増加の抑制 【2022 年度に 22%以下 ※2023 年度以降の目標については 2023 年春目途に策定する次期国民健康づくり運動プランを踏まえ決定】 (BMI(体重 kg÷身長 m÷身長 m)の数値が 20 以下の者 / 調査対象者のうち、65 歳以上で、身長・体重を測定した者。国民健康・栄養調査)	○フレイル予防の普及啓発ツールを活用した栄養に係る事業を実施する市町村 【2024 年度までに 50%以上】(フレイル予防の普及啓発ツールを活用した栄養に係る事業を実施する市町村 / 全市町村 厚生労働省で把握)	ａ．食事摂取基準(2020 年版)を活用したフレイル予防の普及啓発ツールの活用事例を収集し、先進・優良事例を公表・周知することにより、各自治体における取組を推進。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	

社会保障　２．予防・健康づくりの推進

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組・所管府省、実施時期)	23	24	25
		２２．受動喫煙対策の推進			
○望まない受動喫煙のない社会の実現 【2022 年度 ※2023 年度以降の目標については 2023 年春目途に策定する次期国民健康づくり運動プランを踏まえ決定】 (⇒※受動喫煙の機会を有する者の割合 (a)行政機関 (b)医療機関 (c)職場 (e)飲食店 月 1 回以上受動喫煙の機会ありと回答した者/調査対象者のうち 20 歳以上で、当該項目を回答した者 (d)家庭 毎日受動喫煙の機会ありと回答した者/調査対象者のうち 20 歳以上で、当該項目を回答した者 。国民健康・栄養調査) ※「第３期がん対策基本計画(平成 30 年３月９日閣議決定)」や「健康日本 21(第２次)」においても同様の目標を設定	○普及啓発等の受動喫煙対策に取り組んでいる都道府県・保健所設置市・特別区数 【2025 年度までに都道府県・保健所設置市・特別区総数の 80%以上】	ａ．次期国民健康づくり運動プランと連携した受動喫煙対策・啓発活動の推進。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		２３．歯科口腔保健の充実と歯科保健医療の充実			
○過去１年以内に自治体が実施する歯科健診の受診者数の増加 【2022 年度の実績から増加】	○歯科健診を実施している自治体数の増加 【2022 年度の実績から増加】	a.「経済財政運営と改革の基本方針 2022」に「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」が盛り込まれたことや、次期「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」(2023 年春を目途に公表予定)を踏まえて、歯科口腔保健の推進に取り組む。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｂ．都道府県等の自治体が行う歯科健診や歯科保健指導等の歯科口腔保健施策の推進。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
		ｃ．後期高齢者医療広域連合が実施する高齢者の特性を踏まえた歯科健診の実施支援。 《所管省庁：厚生労働省》	→		

社会保障　２．予防・健康づくりの推進

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組・所管府省、実施時期)	23	24	25
○妊娠中の喫煙率・飲酒率【2024 年度に０％】(妊娠中に喫煙ありと回答した人数／全回答者数・妊娠中に飲酒ありと回答した人数／全回答者数。母子保健課調査) ○足腰に痛みのある女性高齢者の割合の減少 【2022 年度までに 1,000 人当たり 260 人 ※2023 年度以降の目標については 2023 年春目途に策定する次期国民健康づくり運動プランを踏まえ決定】 (足腰に痛み(「腰痛」か「手足の関節が痛む」のいずれか若しくは両方の有訴者)のある 65 歳以上の女性/調査対象者のうち 65 歳以上の女性で、当該項目を回答した者。国民生活基礎調査(2019 年調査)) ○子宮頸がんや乳がんを含めたがんの年齢調整死亡率(75 歳未満) 【2022 年度までに 2017 年度と比べて低下 ※2023 年度以降の目標については 2022 年度末を目途に策定する第４期がん対策推進基本計画を踏まえ決定】 (｛［観察集団の各年齢(年齢階級)の死亡率］×［基準人口集団のその年齢(年齢階級)の人口］｝の各年齢(年齢階級)の総和／基準人口集団の総人口(人口 10 万人当たりで表示)。国立がん	○妊娠届出時にアンケートを実施する等して、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握している市区町村の割合【2024 年度に 100%】(「妊娠届け出時にアンケートを実施する等して、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握している」と回答した市区町村数／全市区町村数。母子保健課調査) ○骨粗鬆症検診の受診率 【2017 年度を基準に上昇】 (骨粗鬆症検診の受診者数(地域保健・健康増進事業報告)/骨粗鬆症検診の対象年齢(※)の女性の人数(国勢調査)(※)40,45,50,55,60,65,70 歳。骨粗鬆症財団調べ) ○子宮頸がん検診、乳がん検診の受診率 【2022 年度までに 50%以上 ※2023 年度以降の目標については 2022 年度末を目途に策定する第４期がん対策推進基本計画を踏まえ決定】 (受診者数／対象者数。国民生活基礎調査)	**２４．生涯を通じた女性の健康支援の強化**			
		ａ．女性の健康支援に関し、調査研究を進め、必要な情報を広く周知・啓発。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｂ．2020 年度から「予防・健康づくりに関する大規模実証事業」において、女性特有の健康課題に関するスクリーニング、介入方法を検証し、検証結果に基づき、スクリーニング及び介入方法の健診・保健指導制度等への組み込みを検討。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｃ．感染症等の影響がある中でも、必要な検診を受診するよう、情報発信、広報活動に取り組む。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｄ．妊産婦等の健康管理を支援するなど、性と健康の相談センターを通じた切れ目のない支援を行う。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｅ．主に妊産婦や乳幼児を対象として、子育て世代包括支援センター(2024 年度からはこども家庭センター)を通じた実情の把握や相談支援等、切れ目のない支援を行う。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｆ．第４期がん対策推進基本計画(2022 年度末を目途に策定予定)に沿って、科学的根拠に基づいたがん検診を推進。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→

社会保障　２．予防・健康づくりの推進

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組・所管府省、実施時期)	23	24	25
研究センターが「人口動態調査」に基づき集計) ○妊娠・出産について満足している者の割合 【2024 年度までに 85.0%】(「産後、助産師や保健師等からの指導・ケアを十分に受けることができた」と回答した人数／全回答者数。母子保健課調査)		ｇ．効果的な個別勧奨の手法の普及など、女性のがん検診受診率向上に向けた取組を推進。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
○食物によるアナフィラキシーショック死亡者数ゼロ 【2028 年度まで】	○中心拠点病院での研修に参加した累積医師数 【2025 年度までに 1,850 人】	**２５．アレルギー疾患の重症化予防と症状の軽減に向けた対策の推進**			
		ａ．免疫アレルギー疾患研究 10 か年戦略に基づく重症化予防と症状の軽減に向けた研究を推進。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｂ．アレルギーポータルを通じて、アレルギー疾患に係る最新の知見に基づいた正しい情報提供を実施。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｃ．中心拠点病院での医師の研修について、実地研修と併行してオンラインを活用した研修を実施。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
○１日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者の割合 【2025 年度までに男性 13%、女性 6.4%以下】	○都道府県・指定都市における相談拠点・専門医療機関・治療拠点機関の設置又は選定数 【2025 年度までに 67 自治体】 ○精神保健福祉センター及び保健所の相談件数 【2020 年度と比較して増加】	**２６．アルコール・薬物・ギャンブル等・ゲームの依存症対策の推進**			
		ａ．アルコール、薬物、ギャンブル等の依存症については、未設置自治体へのヒアリング実施や研修の充実を図るなどして、都道府県等における相談拠点機関・専門医療機関・治療拠点機関の整備を行うほか、地域における関係機関の連携強化や民間団体への支援等を推進する。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→

社会保障　２．予防・健康づくりの推進

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組・所管府省、実施時期)	23	24	25
		ｂ．ゲーム障害については、精神保健の領域における新しい分野であることから、実態や診断・治療・適切な支援方法等の知見の収集を継続し、それに基づく啓発や人材の育成、相談体制整備等を検討する。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
○アウトカムベースでのＫＰＩ設定をしたデータヘルス計画を策定する保険者の割合(被用者、市町村、広域連合) 【2024 年度までに各保険者で 100%】 (策定している保険者数/保険者数)	○感染症の不安と共存する社会においてデジタル技術を活用した生涯を通じた新しい予防・健康づくりに取り組む保険者数 【2025 年度までに 2,500 保険者以上】 日本健康会議から引用	**２７．予防・健康づくりへの取組やデータヘルス、保健事業について、多様・包括的な民間委託を推進**			
		ａ．多様で包括的な保健事業の民間委託を推進するため、複数保険者や民間事業者が連携して行う事業について当該事業の実施におけるガイドラインの周知等の取組を実施。また、当該取組等を踏まえて保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なＫＰＩの設定を推進する。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
	○保険者とともに健康経営に取り組む企業数 【2025 年度までに 10 万社以上】 日本健康会議から引用	**２８．企業による保険者との連携を通じた健康経営の促進**			
		ａ．健康スコアリングレポートの見方や活用方法等を示した実践的なガイドラインの活用等により、企業が保険者との連携を通じて健康経営を促進し、予防・健康づくりの推進における先進・優良事例を全国展開。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｂ．全保険者種別で健康スコアリングレポート(保険者単位)を作成。健康保険組合及び国家公務員共済組合においては、保険者単位及び事業主単位のレポートを作成。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→

社会保障　２．予防・健康づくりの推進

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組・所管府省、実施時期)	23	24	25
		２９．保険者努力支援制度の評価指標への追加などインセンティブの一層の活用等			
–	○加入者や企業への予防・健康づくりや健康保険の大切さについて学ぶ場の提供、及び上手な医療のかかり方を広める活動に取り組む、保険者の数 【2025 年度までに 2,000 保険者以上】 日本健康会議から引用 ○レセプトの請求情報を活用し、被保険者の全体像を把握した上で、特定健診未受診者層や未治療者、治療中断者、治療中の者から事業対象者を抽出している自治体数 【増加】 ○アウトカム指標を用いて事業評価を実施している自治体数 【増加】	ａ．保険者インセンティブ制度の加減算双方向での評価指標による財政的インセンティブの一層の活用、戦略的な情報発信などによる後押しにより、先進・優良事例の横展開を促進。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
		ｂ．保険者努力支援制度については、加減算双方向での評価指標による財政的インセンティブを一層活用するとともに、「見える化」を促進する観点から市町村ごとの点数獲得状況を指標ごとに公表する。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｃ．後期高齢者医療や被用者保険等その他の各医療保険制度については、評価指標や各保険者の取組状況等について、保険者等にとって活用しやすい形で見える化を進める。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
		ｄ．2024 年度以降の後期高齢者支援金の加減算制度について、検討を行い、所要の措置を講ずる。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
		３０．認知症等の社会的課題解決に資する研究開発や実装			
○2025 年までに、認知症の診断・治療効果に資するバイオマーカーの確立(ＰＯＣ取得５件以上)、日本発の認知症の疾患修飾薬候補の治験開始	○薬剤治験に即刻対応できるコホートを構築 【薬剤治験対応コホート(Ｊ－ＴＲＣ)における web スタディ及びオンサイトスタディの登録者数の増加】	ａ．認知症の危険因子、防御因子を特定し、病態を解明する大規模コホート研究の実施。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｂ．有効な認知症予防、診断・治療法の研究・開発を推進。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→

社会保障　２．予防・健康づくりの推進

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組・所管府省、実施時期)	23	24	25
○がん・難病の本態解明 ○創薬等の産業利用 ○効果的な治療・診断方法の開発促進 【「全ゲノム解析等実行計画 2022」に基づき、上記を推進する事業実施組織の発足のため、令和５年度を目途に相応しい事業実施組織の組織形態を決定】	【「全ゲノム解析等実行計画 2022」に基づき、本格解析(2022 年度：がん領域 2,000 症例、難病領域 2,500 症例)を実施する】	**３１．ゲノム医療の推進**			
		ａ．全ゲノム解析等の推進 2022 年９月に策定した「全ゲノム解析等実行計画 2022」を推進し、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登載する情報基盤を構築し、その利活用に係る環境の整備を進める。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→

社会保障　３．多様な就労･社会参加

政策目標

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

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
–	–	**３２．勤労者皆保険制度(被用者保険の更なる適用拡大)の実現を目指した検討**			
		ａ．短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大について、2024 年 10 月からの 50 人超規模の企業までの適用範囲拡大の円滑な施行に向けた準備、周知、広報を実施していく。 適用拡大においては、社会保険加入のメリット等を企業が従業員に丁寧に説明し、企業･従業員ともに理解いただくことが重要であるため、文書やリーフレットによる周知、厚労省や年金機構ＨＰ上での周知、専門家活用支援事業等を実施していく。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	
		ｂ．適用範囲の拡大について、実施状況の把握に努めるとともに、年金制度の機能強化のための国民年金法等の一部を改正する法律（令和２年法律第 40 号）の検討規定に基づき、全世代型社会保障構築会議報告書において指摘された事項を踏まえて、検討を行う。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
–	–	**３３．高齢期における職業生活の多様性に応じた公的年金制度の整備**			
		ａ．高齢期における職業生活の多様性に応じた一人一人の状況を踏まえた年金受給の在り方について、年金制度の機能強化のための国民年金法等の一部を改正する法律の検討規定に基づき、今後の検討課題について省内で検討を行う。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	

社会保障　３．多様な就労・社会参加

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組・所管府省、実施時期)	23	24	25
—	—	**３４．元気で働く意欲のある高齢者を介護・保育等の専門職の周辺業務において育成・雇用する取組を全国に展開**			
		ａ．介護助手等としての就労など、多様な人材の活用を推進するために必要な取組を実施。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→

社会保障　４．医療･福祉サービス改革

政策目標

持続可能な社会保障制度の実現に向け、医療･介護提供体制の効率化を促進するとともに、医療･福祉サービスの生産性向上･質の向上を図るため、地域医療構想に示された病床の機能分化･連携や介護医療院への移行等を着実に進めるとともに、人口減少の中にあって少ない人手で効率的なサービスが提供できるよう、ＡＩの実装、ロボット･ＩｏＴ･センサーの活用、データヘルスの推進など、テクノロジーの徹底活用を図る。これらにより、医療費･介護費の適正化並びに一人当たり医療費の地域差半減及び介護費の地域差縮減を目指す。

■一人当たり医療費の地域差半減

■一人当たり介護費の地域差縮減

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
—	—	**３５．子ども･子育てについて、効果的･効率的な支援とするための優先順位付けも含めた見直し**			
		ａ．保育所等の経営状況の透明性の確保の観点から、経営情報の公表とデータベース化について、2023 年の早い段階から有識者の参画を得てその在り方について検討を行い、早急に必要な措置を講じる。 《所管省庁：内閣府》	→		
		ｂ．「子ども･子育て支援法及び児童手当法の一部を改正する法律」(令和３年法律第 50 号)附則の検討規定に基づき、子ども･子育て支援に関する施策の実施状況等を踏まえ、少子化の進展への対処に寄与する観点から、児童手当の支給を受ける者の児童の数等に応じた児童手当の効果的な支給及びその財源の在り方並びに児童手当の支給要件の在り方について検討する。 ※子ども･子育て支援に関する施策の実施状況等を踏まえつつ、検討。 《所管省庁：内閣府》	→	→	→
○精神障害者の精神病床から退院後１年以内の地域での平均生活日数【2019 年度に公表した 2016 年度の数値(316 日)から増加】	○「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業」の実施自治体数 【2024 年度までに 150 自治体】	**３６．精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築**			
		ａ．障害福祉計画に基づき、地域の関係機関の重層的な連携による支援体制の構築、サービス基盤の整備などを推進する。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→

社会保障　４．医療･福祉サービス改革

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
	○「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業」において実施している事業総数 【2024 年度までに 750 事業】	ｂ．精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進・構築支援事業を推進していく。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
○心のサポーター養成研修の受講者数 【2023 年度に 800 人以上】 ○心のサポーター指導者養成研修受講者数 【2023 年度に 50 人以上】	○心のサポーター養成研修の実施自治体数 【2023 年度に 16 自治体以上】	**３７．精神疾患の予防や早期介入の促進**			
		ａ．2023 年度までは、全国展開に向けた研修スキームの構築と指導者養成に重点を置きながら事業を実施し、2024 年度からは全国的な心のサポーターの養成、国民の精神疾患に対する理解の促進及び地域や職場での支援を受けられる体制確保に取り組む。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
○地域医療構想の 2025 年における医療機能別(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)の必要病床数を達成するために増減すべき病床数に対する実際に増減された病床数の割合 【2025 年度に 100%】 (実際に増減された病床数／地域医療	○地域医療構想調整会議の開催回数 【2024 年度末までに約 2,000 回】 ○重点支援区域の設定の要否を判断した都道府県の割合 【2023 年度末までに 100%】	**３８．地域医療構想の実現、大都市や地方での医療･介護提供に係る広域化等の地域間連携の促進**			
		ａ．第８次医療計画(2024 年度～2029 年度)における記載事項追加(新興感染症等対応)等に向けて、検討状況を適時･適切に各自治体と共有しつつ、「基本方針」や「医療計画作成指針」の見直しを行う。 《所管省庁：厚生労働省》	→		

社会保障　４．医療･福祉サービス改革

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
構想の 2025 年における医療機能別(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)の必要病床数を達成するために増減すべき病床数(病床機能報告)) ○介護療養病床の第８期計画期末までのサービス減量 【2023 年度末に 100%】(2021 年１月から 2023 年度末までに廃止した介護療養病床数／2021 年１月の介護療養病床数。厚生労働省「病院報告」)	○各医療機関の対応方針の策定率【2025 年度に 100%】 ○対応方針の検討状況等の公表率【100%】	ｂ．都道府県に対し以下の取組を求める。 ・病床機能報告における 2025 年の病床数の見込みと病床数の必要量に著しい乖離が生じている構想区域について、医療提供体制に関する分析・評価を行い、評価結果に基づき必要な方策を講じること ・地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定率をＫＰＩとしたＰＤＣＡサイクルを年度ごとに実施し、対応方針の検討状況、策定率を公表すること また、国においては、以下の取組を行う。 ・各地域における検討状況を適時・適切に把握しつつ、自主的に検討・取組を進めている医療機関や地域については、その検討・取組を「重点支援区域」や「病床機能再編支援制度」等により支援すること ・当該乖離が著しい構想区域を有する都道府県に対して、評価結果に基づき「重点支援区域」の活用を促す等のアウトリーチの対応を行うこと ・地域医療連携推進法人の有効活用に関し必要な措置を講じること 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｃ．都道府県が運営する地域医療構想調整会議における協議の促進を図る環境整備として、広く地域の医療関係者等が地域医療構想の実現に向けて取り組むことができるよう、議論の促進に必要と考えられる情報・データの利活用及び地域医療構想調整会議等における議論の状況の透明性の確保を図るために、地域医療構想調整会議の議事録の公表や議論の実施状況の市町村への報告等について、法制上の位置付けも含め、必要な措置を講じ、取組を進める。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｄ．地域医療構想の議論の進捗状況を踏まえつつ、各都道府県において、第８次医療計画を策定する。 《所管省庁：厚生労働省》	→		

社会保障　４．医療･福祉サービス改革

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
		ｅ．介護療養病床について、2023 年度末の廃止期限に向け、2021 年度介護報酬改定における移行計画を提出していない場合の減算の設定等や予算事業等による移行支援を組み合わせた取組を行う。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
		３９．高額医療機器の効率的な配置等を促進			
○各都道府県が作成した医療計画に沿って、医療設備･機器等の共同利用計画を策定した医療機関 【2023 年度末までに 1000 件以上】	○医療機関が策定した共同利用計画について、外来医療に係る医療提供体制の確保に関する協議の場において確認した都道府県の割合 【2023 年度までに 100%】 (共同利用計画について協議で確認を行った都道府県数/医療機関により共同利用計画が提出された都道府県数。厚生労働省より各都道府県に調査)	ａ．新型コロナウイルス感染症の感染状況を踏まえつつ、都道府県において策定された医療計画に基づき、医療機関が共同利用計画を策定するとともに、地域ごとに関係者による外来医療提供体制の確保に関する協議の場を開催し、医療機器等の効率的な活用を進める。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｂ．共同利用計画策定の件数を含めた状況を把握するとともに、共同利用計画策定が十分に進まない場合には、更なる実効的な措置を速やかに検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		４０．将来的な医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討			
―	―	ａ．2025 年度以降の医学部定員については、「第８次医療計画等に関する検討会」等における議論の状況を踏まえ検討を行う。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
		４１．医師の働き方改革について検討			
―	―	ａ．2021 年５月に成立した医療法等改正法を施行するため、「医師の働き方改革の推進に関する検討会」において、施行に向けた課題についての議論を行うなど、医師の労働時間短縮に向けた総合的な取組を実施。 《所管省庁：厚生労働省》	→		

社会保障　４．医療･福祉サービス改革

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
		ｂ．地域医療介護総合確保基金区分Ⅵにより、勤務医の労働時間短縮に取り組む医療機関に対して総合的な支援を実施。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
		ｃ．各都道府県が設置する医療勤務環境改善支援センターにおいて、労務管理等の専門家による医療機関への訪問支援等を実施。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
		ｄ．地域医療体制確保加算における医師労働時間短縮計画作成の要件化等、医師の働き方改革に係る 2022 年度診療報酬改定の対応についてその影響等の検証を踏まえ、2024 年度診療報酬改定において必要な見直しを検討。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
○第３期医療費適正化計画における各都道府県の医療費目標及び適正化指標 【2023 年度における各都道府県での目標達成】 ※医療費適正化計画の見直しを踏まえたＫＰＩに今後修正 ○年齢調整後の一人当たり医療費の地域差 【2023 年度時点での半減を目指して年々縮小】	○厚生労働省が提供するＮＤＢデータを保険者協議会に提示･提供し、大学や有識者と連携して、医療費の分析を行っている都道府県 【2029 年度までに 100%】 ○後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取組を行う保険者 【2023 年度までに 100 ％ 】 (実施保険者数/全保険者数。保険者データヘルス全数調査(回答率 96.8%))	**４２．地域の実情を踏まえた取組の推進(医療)** **ｉ．地域別の取組や成果について進捗管理･見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、さらなる対応の検討**			
		ａ．各都道府県において、第３期医療費適正化計画(2018 年度から 2023 年度まで)に基づき、医療費適正化の取組を推進するとともに、国から示した医療費適正化計画のＰＤＣＡに関する様式をもとに、各都道府県において地域差縮減に資するよう、他県と比較した分析を行うデータセットの提供等を通じて毎年度ＰＤＣＡ管理を行い、その結果を都道府県ＨＰに公表し、厚労省へ報告する。 《所管省庁：厚生労働省》	→		

社会保障　４．医療･福祉サービス改革

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
※医療費適正化計画の見直しを踏まえたＫＰＩに今後修正	○重複･頻回受診、重複投薬の防止等の医療費適正化の取組を実施する保険者 【2023 年度までに 100%】 (実施保険者数/全保険者数。保険者データヘルス全数調査(回答率 96.8%)) ○国保連合会と協働･連携して医療費適正化の観点からレセプトデータ等の分析等を行っている都道府県。 【2025 年度までに 50%】	ｂ．医療費適正化の更なる推進と計画の実効性の確保のため、医療費適正化計画の在り方の見直しについて、①現行の目標の更なる推進、②新たに取り組むべき目標、③取組の実効性確保のための体制構築の観点から検討し、必要な法制上の措置を講ずるとともに、都道府県における 2024 年度から始まる第４期医療費適正化計画の策定に間に合うよう、国において基本方針を策定する。医療費の地域差縮減に向けて、保険者協議会の機能強化などを行い、医療資源の投入量に地域差がある医療について、地域ごとに都道府県、医療関係者、保険者などが把握･検討し、これを踏まえて必要な適正化に向けた取組を進めることを検討。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
		ｃ．後期高齢者支援金の加減算制度については、2021 年度から新たに設定した加入者の適正服薬の取組に対する評価も含めて、保険者インセンティブ制度を実施していく。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
		ｄ．国民健康保険の保険者努力支援制度においても、適用する指標について、地方団体と協議の上、見直しを行い、保険者インセンティブ制度を実施していく。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｅ．中長期的課題として、都道府県のガバナンスを強化する観点から、現在広域連合による事務処理が行われる後期高齢者医療制度の在り方の検討を進める。 ※中長期的課題として検討 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｆ．国保連合会と協働･連携して医療費適正化の観点からレセプトデータ等の分析を行っている都道府県の先進･優良事例について横展開を図る。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
		ｇ．国保連合会及び支払基金における医療費適正化にも資する取り組みを推進するための業務の在り方や位置づけについて、骨太の方針 2021 に基づき、2024 年度から始まる第４期医療費適正化計画に対応する都道府県医療費適正化計画の策定に間に合うよう、必要な法制上の措置を講ずる。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
○法定外繰入等を行っている市町村数 【2023 年度までに 100 市町村】 【2026 年度までに 50 市町村】	○法定外繰入等の額 【2020 年度決算(767 億)より減少】 ○保険料水準の統一の目標年度を定めている、または統一を達成した都道府県 【2023 年度までに 60 %】(実施都道府県数/47 都道府県。厚生労働省より各都道府県に調査)	**４２．地域の実情を踏まえた取組の推進(医療)** ⅱ．国保財政の健全化に向け、受益と負担の見える化の推進(法定外繰入の解消等)			
		ａ．法定外繰入等の解消期限や解消に向けた具体的な手段が盛り込まれた計画の策定･実行を推進するとともに、解消期限の設定状況等を公表。2021 年の国民健康保険法の改正を踏まえた国保運営方針に基づき、特に解消期限の長い市町村がある場合は、都道府県から市町村に適切に関与するよう促すなど、解消期限の短縮化を図る。また、ＫＰＩ達成を見据えて、国と地方団体との議論の場を継続的に開催し、その結果に基づき、保険者努力支援制度における法定外繰入等の状況に応じた評価の活用など、より実効性のある更なる措置を進める。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｂ．都道府県内保険料水準の統一に向けて、2021 年度からの国保運営方針を踏まえた、各都道府県の取組状況の把握･分析を行う。その内容を踏まえ、統一に向けて取り組む都道府県の先進･優良事例の横展開等、戦略的な情報発信を行い、2023 年度からの次期国保運営方針策定の際に、参考にしていただく。また、国と地方団体との議論の場を継続的に開催し、その結果に基づき、保険者努力支援制度における統一の進捗状況に応じた評価等も活用する。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→

社会保障　４．医療･福祉サービス改革

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
		ｃ．医療費適正化を推進するための国保運営方針の記載事項の在り方について、地方団体等と協議し、その結果に基づき、より実行性のある更なる措置を検討。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
—	—	**４２．地域の実情を踏まえた取組の推進(医療)** ⅲ．高齢者の医療の確保に関する法律第 14 条に基づく地域独自の診療報酬について在り方を検討			
		ａ．各都道府県において、第３期医療費適正化計画に基づき、医療費適正化の取組を推進するとともに、毎年度ＰＤＣＡ管理を実施し、国において、高齢者の医療の確保に関する法律第 14 条に基づく地域独自の診療報酬について、都道府県の意向を踏まえつつ、その判断に資する具体的な活用策を検討し、提示。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
—	—	**４３．多剤投与の適正化(診療報酬での評価等)**			
		ａ．医師･病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の評価等、2022 年度診療報酬改定における取組に基づき、多剤投与の適正化を推進。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
○年齢調整後の要介護度別認定率の地域差 【2025 年度末までに縮減】 ○年齢調整後の一人当たり介護費の地域差(施設/居住系/在宅/合計) 【2025 年度末までに縮減】	○認定者数、受給者数、サービスの種類別の給付実績を定期的にモニタリング(点検)するとともに、地域差を分析し、介護給付費の適正化の方策を策定した上で、介護給付費適正化の取組を実施した保険者 【2023 年度末までに 100%】(実施保険者数/全保険者数。保険者機能強化推進交付金等の評価指標に係る実施状況として把握)	**４４．介護保険制度における財政的インセンティブの評価指標による評価結果の公表及び取組状況の「見える化」や改善の推進**			
		ａ．保険者機能強化推進交付金等については、取組状況の「見える化」を実施する観点から、2023 年度も都道府県及び市町村の指標項目ごとの得点獲得状況を一般公表するとともに、評価指標における各市町村の得点状況の分析を行う。 《所管省庁：厚生労働省》	→		

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
		ｂ．また、2024 年度評価指標について、保険者等における高齢者の自立支援･重度化防止等の取組の一層の強化に資するものとなるよう、介護保険部会等における議論も踏まえて、アウトカム指標を含む評価指標の充実など、必要な見直しを行う。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
		ｃ．一人当たり介護費の地域差縮減に寄与する観点から、都道府県単位の介護給付費適正化計画の在り方の見直しを含めたパッケージ及び市町村別の介護給付費適正化に係る取組状況の見える化について検討する。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
―	―	**４５．第８期介護保険事業計画期間における保険者機能の強化に向けた調整交付金の新たな活用方策の運用状況の把握と第９期計画期間に向けた必要な検討**			
		ａ．調整交付金の活用方策について、第８期介護保険事業計画期間における取組状況も踏まえつつ、地方団体等と議論を継続する。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
―	―	**４６．診療報酬や介護報酬において、アウトカムに基づく支払いの導入等の推進**			
		ａ．更なる包括払いの在り方について、2022 年度診療報酬改定の結果検証に基づき、2024 年度診療報酬改定において必要な見直しを検討するとともに、医療の質の向上と標準化に向け、データ分析を踏まえたＤＰＣ制度の効果的な運用を進めていく。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
		ｂ．2021 年度介護報酬改定の効果の検証や介護事業所･施設の経営実態の把握の結果等を踏まえ、より効果的な加算の在り方について、2024 年度介護報酬改定に向けて必要な対応を検討。 《所管省庁：厚生労働省》	→		

社会保障　４．医療･福祉サービス改革

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
○臨床研究中核病院において実施実績のあるリアルワールドデータを用いた研究数 【2023 年度までに１件以上】	○医療情報の品質管理･標準化について、ＭＩＤ－ＮＥＴの経験を含む研修を受けた医療機関数 【2022 年度末までに全ての臨床研究中核病院】	**４７．クリニカル･イノベーション･ネットワークとＰＭＤＡの医療情報データベース(ＭＩＤ－ＮＥＴ)の連携**			
		ａ．臨床研究中核病院の医療情報を継続的に品質管理･標準化する体制を構築し、リアルワールドデータを研究等に活用。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
○臨床研修医の満足度を５段階で評価する中で４又は５と回答した研修医の割合 【2025 年度までに研修修了者の 90%】 (臨床研修後のアンケート調査により把握)	○指導医講習会修了医師数 【2025 年度までに 110,000 人】	**４８．卒前･卒後の一貫した医師養成過程の整備**			
		ａ．充実した臨床研修による質の高い医師の養成。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
○厚生労働科学研究において、地域医療に従事する総合診療医の需要や、総合診療医の養成等に関する研究を 2023 年度まで行い、研究成果等を踏まえて指標の設定を検討。	○厚生労働科学研究において、地域医療に従事する総合診療医の需要や、総合診療医の養成等に関する研究を 2023 年度まで行い、研究成果等を踏まえて指標の設定を検討。	**４９．総合診療医の養成の促進**			
		ａ．総合診療医の養成 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	
○特定行為研修を修了し、医療機関で就業している看護師の数 【2023 年度までに 7,000 人】	○特定行為研修の指定研修機関数 【2023 年度までに 370 機関】	**５０．事業所マネジメントの改革等を推進** ｉ．従事者の役割分担の見直しと効率的な配置			
		ａ．医師の働き方改革に関する検討会等におけるタスクシフティング等に関する検討結果に基づき、患者等の理解や負担にも配慮しつつ必要な措置。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
		ｂ．特定行為研修制度の推進。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→

社会保障　４．医療･福祉サービス改革

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
○アンケート調査において医療従事者の勤務環境改善に「職種を問わず」または「一部職種で」取り組んでいると回答した病院の割合 【2023 年度までに 85%】(上記回答をした保険医療機関(病院)／同調査に回答した保険医療機関(病院)。病院の勤務環境に関するアンケート調査　回答率：19.4%)	○病院長に対する労務管理に関するマネジメント研修の受講者数 【2021 年度から 2023 年度の期間に延べ 4,500 人】	**５０．事業所マネジメントの改革等を推進** ⅱ．事業所マネジメントの改革等を推進			
		ａ．病院長に対する労務管理に関するマネジメント研修の実施等を通じて、医療機関における労務管理を担う人材を育成。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
○１社会福祉法人当たりの介護サービスの事業数 【2020 年度実績と比較して 2025 年度末までに増加】	○【第９期介護保険事業計画期間に向けた議論等を踏まえて、2023 年度中にさらなる数値目標を示せるよう検討】 ○社会福祉連携推進法人の設立総数 【2022 年度実績から増加】 〇介護サービス事業者の経営情報のデータベースを公表するためのＨＰを開設 【2024 年度中を目処に開設】	**５０．事業所マネジメントの改革等を推進** ⅲ．介護の経営の大規模化･協働化及び介護の経営状況の見える化			
		ａ．事業者の経営の大規模化･協働化等の取組状況等を把握し、経営の大規模化･協働化を推進するための施策について、第９期介護保険事業計画期間に向けた議論等を踏まえ、介護サービスの種類や地域性、経営の効率性等を考慮しつつ、組織間連携の推進等の必要な措置を講じる。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｂ．「社会福祉連携推進法人」制度を含めた社会福祉法人の連携等に資する施策が活用されるような取組を推進する。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｃ．経営実態の透明化等の観点から、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の整備等を行う。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	
○医療法人の経営情報のデータベースを活用したオープンデータの閲覧件数 【2023 年度中に 400 件】	○医療法人の経営情報のデータベースを構築し、公表するためのＨＰを開設し、属性等に応じたグルーピングによる分析等の結果を示し、医療が置かれている現状･実態に対する理解を促進する。 【2023 年度末目処】	**５０．事業所マネジメントの改革等を推進** ⅳ．医療法人の経営状況の透明性の確保			
		ａ．医療法人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。 《所管省庁：厚生労働省》	→		

社会保障　４．医療・福祉サービス改革

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組・所管府省、実施時期)	23	24	25
―	―	**５０．事業所マネジメントの改革等を推進** ｖ．障害福祉サービス等事業者の経営状況の透明性の確保			
		ａ．公的価格評価検討委員会における議論も踏まえ、経営情報の公表とデータベース化について、2023 年度の早い段階から介護分野での取組を踏まえつつ、そのあり方について早急に検討を行う。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
○介護労働者の残業時間数 【2020 年度実績と比較して 2023 年度末までに縮減】 ○介護老人福祉施設等における介護・看護職員等の配置に係る人員ベースでの効率化 【2020 年度実績と比較して 2025 年度末までに改善】	○介護ロボットの開発・実証・普及のプラットフォームを活用した実証件数 【2021 年度以降増加】 ○地域医療介護総合確保基金による、介護福祉施設等に占めるロボット・センサーの導入施設数の割合 【2021 年度以降上昇】 ○地域医療介護総合確保基金を活用した都道府県版介護現場革新会議等において、介護ロボット等の活用、ＩＣＴ利活用等を含めた業務効率化・生産性向上に係るガイドラインを活用する事業所数 【2021 年度実績から増加】	**５０．事業所マネジメントの改革等を推進** ⅵ．ロボット・ＩｏＴ・ＡＩ・センサーの活用等を通じた生産性の向上			
		ａ．介護現場と開発事業者との連携など、介護ロボットの開発・実証・普及のプラットフォームを構築し、プラットフォームを活用した実証を実施。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｂ．介護事業所の生産性を向上するため、介護ロボット等の活用、ＩＣＴ利活用等を含めた業務効率化・生産性向上に係るガイドラインの普及や、介護ロボット導入支援事業による支援を実施。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｃ．生産性の向上を含む働きやすい職場環境づくりに積極的に取り組む介護サービス事業者の総理大臣による表彰等を通じた好事例の普及促進を図る。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｄ．2021 年度介護報酬改定の検証を通じて、より効果的な介護ロボット、ＩＣＴ等のテクノロジーの活用に関して、2024 年度介護報酬改定に向けて必要な対応を検討。 ※2023 年度に終了 《所管省庁：厚生労働省》	→		

社会保障　４．医療･福祉サービス改革

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
		ｅ．医療サービスの効率的な提供に向け、ロボット、ＡＩ、ＩＣＴ等の活用方策について検討を進め、必要な措置を講じていく。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省、経済産業省》	→	→	→
		ｆ．介護事業所の生産性を向上するため、ＩＣＴ導入支援事業により標準仕様に基づくシステムの導入を支援するなど、ＩＣＴを活用した情報連携を推進。 ※上記の取組に加え、項目 14 の取組等により、介護事業所の生産性向上の取組を推進する。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		５１．国保の普通調整交付金について見直しを検討			
―	―	ａ．普通調整交付金の配分について、所得調整機能の観点や、加入者の性･年齢で調整した標準的な医療費を基準とする観点から、論点や改善点を整理しつつ、地方団体等と議論。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
		５２．ケアマネジメントの質の向上 ｉ．ＡＩも活用した科学的なケアプランの実用化			
―	―	ａ．2019 年度の調査研究事業においては、ケアマネジメントの質の向上や業務効率化に対して一定程度の効果があるとの結論を得た一方で、ＡＩに学習させるべき教師データが不十分である等の課題も明らかになったことを踏まえ、2020 年度以降、居宅介護支援事業所のケアマネジメントのデータ分析などを通して、ＡＩの思考過程を明らかにすることや、教師データのさらなる収集･学習、試作システムの試用等の実証検証などについて、調査研究を進める。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
		ｂ．取組の進捗状況を踏まえ、より適切な実施に向けてＫＰＩの設定等を検討する。 《所管省庁：厚生労働省》	→		

社会保障　４．医療･福祉サービス改革

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
―	―	**５２．ケアマネジメントの質の向上** ⅱ．ケアマネジャーの業務の在り方の検討			
		ａ．2021 年度介護報酬改定の検証等を通じて、より効果的なケアマネジャーの業務の在り方に関して、科学的介護の取組も踏まえ 2024 年度介護報酬改定等に向けて必要な対応を検討。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
○バイオシミラーの品目数(成分数ベース)【2023 年度末までに品目数を 2020 年７月時点からの倍増(20 成分)】	○バイオシミラー等のバイオ医薬品の技術研修に参加する企業数【年 10 社以上】	**５３．バイオ医薬品の研究開発の推進等**			
		ａ．バイオ医薬品のデザイン技術開発等に関する研究を推進。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｂ．国内に不足しているバイオ医薬品の製造･開発技術を担う人材育成を実施。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		５４．バイオシミラーの研究開発･普及の推進等			
		ａ．バイオシミラーの医療費適正化効果額･金額シェアを公表。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｂ．バイオシミラーの研究開発の推進。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｃ．バイオシミラーに係る新たな目標を踏まえ、利用促進のための具体的な方策を検討する。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	

社会保障　４．医療･福祉サービス改革

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
—	—	**５５．薬価制度抜本改革の更なる推進** ⅰ．医薬品等の費用対効果の本格実施に向けた検討			
		ａ．医薬品等の費用対効果評価の活用について、標準的な分析プロセス等の制度の見直しを行った 2022 年度診療報酬改定を踏まえて、適切に薬価等を設定。その影響の検証を実施。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
—	—	**５５．薬価制度抜本改革の更なる推進** ⅱ．2021 年度以降毎年薬価改定を実施する。			
		ａ．2021 年度以降毎年薬価改定を実施する。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
—	—	**５５．薬価制度抜本改革の更なる推進** ⅲ．新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定の見直し、効能追加等による革新性･有用性の評価、長期収載品の段階的な価格引下げまでの期間の在り方等について、所要の措置を検討			
		ａ．新薬創出等加算の対象外である品目に関し、同加算の対象品目を比較薬とした薬価算定における比較薬の新薬創出等加算の累積額を控除する取扱いについて検討を行った結果に基づき所要の措置を講じた 2020 年度薬価改定を踏まえて、適切に薬価を設定。影響について検証を実施。 《所管省庁：厚生労働省》			→
		ｂ．2024 年度薬価改定において、「国民皆保険の持続可能性」と「イノベーションの推進」を両立する観点から、新薬創出等加算や長期収載品に関する薬価算定ルールの見直しに向けた検討を行う。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
		ｃ．薬剤流通の安定のために設定された調整幅の在り方について 2024 年度薬価改定において検討。 《所管省庁：厚生労働省》	→		

社会保障　４．医療･福祉サービス改革

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
—	—	**５５．薬価制度抜本改革の更なる推進** ⅳ．薬価算定プロセスの透明性の向上について検討			
		《所管省庁：厚生労働省》			
—	—	**５６．調剤報酬のあり方の検討及び良質な医療の効率的な提供**			
		ａ．2022 年度診療報酬改定における、地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価や調剤料などの技術料を含めた対物業務から対人業務への構造的な転換に係る診療報酬上の対応について、その影響の検証等を踏まえ、2024 年度診療報酬改定において必要な見直しを検討。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
		ｂ．リフィル処方箋について、2022 年度診療報酬改定による影響の調査･検証を行うとともに、適切な運用や活用策について検討を行い、また、地域差の実態等を確認し、必要な取組を進める。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
—	—	**５７．適正な処方の在り方について検討** ⅰ．高齢者への多剤投与対策の検討			
		ａ．高齢者医薬品適正使用検討会で検討され、厚生労働省が取りまとめたポリファーマシー対策に関する業務手順書等の見直しを検討するなど、病院や地域における取組を推進。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
—	—	**５７．適正な処方の在り方について検討** ⅱ．生活習慣病治療薬について費用面も含めた処方の在り方の検討			
		《所管省庁：厚生労働省》			

社会保障　４．医療･福祉サービス改革

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
		５８．後発医薬品の使用促進			
○後発医薬品の使用割合 【後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性確保を図りつつ、2023 年度末までに全ての都道府県で 80%以上】 ○生活保護受給者の後発医薬品の使用割合 【毎年度全ての都道府県で 80%】 (医療扶助における後発医薬品の数量/医療扶助における薬剤数量の総数) (参考)後発医薬品の使用割合の地域差	○後発医薬品の品質確認検査の実施 【年間約 900 品目】 ○医療扶助の適正化に向けた自治体における後発医薬品使用促進計画の策定率 【毎年度 100%】 (後発医薬品使用促進計画を策定している自治体数/全後発医薬品使用促進計画の策定対象自治体数)	ａ．普及啓発の推進や医療関係者への情報提供等による環境整備に関する事業を実施。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｂ．保険者協議会や後発医薬品使用促進の協議会を活用するなどの現場の取組を促す。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｃ．保険者インセンティブの活用や、保険者ごとの使用割合の公表等により、医療保険者の使用促進の取組を推進。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｄ．信頼性向上のため、市場で流通する製品の品質確認検査を行い、その結果について、医療用医薬品最新品質情報集(ブルーブック)に順次追加して公表。また、検査結果を踏まえた立入検査を実施。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
		ｅ．後発医薬品利用差額通知の送付や医薬品の適正使用の効果も期待されるフォーミュラリの作成など、後発医薬品の使用促進を図るための取組支援。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｆ．改正生活保護法(平成 30 年 10 月施行)に基づく生活保護受給者の後発医薬品の使用原則化について、地方自治体において確実に取り組むよう促す。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
		ｇ．後発医薬品の使用が進んでいない地域等の要因をきめ細かく分析し、その要因に即した対応を検討し、実施。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｈ．後発医薬品も含めた、医薬品の適正使用に資するフォーミュラリガイドラインを策定。 ※2023 年３月取組終了 《所管省庁：厚生労働省》	→		
		ｉ．後発医薬品使用割合の見える化･公表を医療機関等の別に着目して拡大することを検討し、実施。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
○大病院受診者のうち紹介状なしで受診したものの割合 【2024 年度までに 200 床以上の病院で 40%以下】(200 床以上の病院における紹介状なしの初診患者数/200 床以上の病院の初診患者数。入院･外来医療等の調査･評価分科会) ○地域包括ケアシステムにおいて過去１年間に平均月２回以上医師等と連携して在宅業務を実施している薬局数 【2024 年度までに 40%】 (地域包括ケアシステムにおいて過去１年間に平均月２回以上医師等と連携して在宅業務を実施している薬局数/薬局数(薬局機能情報提供制度による(回答率 100%)) ○健康サポート薬局を活用した施策を行った都道府県数 【2024 年度までに 2021 年度と比べて倍増】	○地域連携薬局の数 【2024 年度までに 2021 年度と比べて 50%増加】 ○健康サポート薬局の届出数 【2024 年度までに 2021 年度と比べて 30%増加】 ○国及び都道府県による健康サポート薬局の周知活動の実施回数 【各実施主体において年１回以上】 ○調剤後薬剤管理指導加算の算定件数 【2024 年度までに 2021 年度と比べて 50%増加】	**５９．かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及**			
		ａ．病院･診療所の機能分化･機能連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及を進める。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｂ．全世代型社会保障構築会議報告書等を踏まえ、かかりつけ医機能が発揮される制度整備の実施に向けた具体化について、早急に検討を進める。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
		ｃ．地域包括診療料等の対象疾患の見直し等、かかりつけ医機能に係る 2022 年度診療報酬改定の対応について、その影響の検証等を踏まえ、2024 年度診療報酬改定において必要な見直しを検討。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
		ｄ．「健康サポート薬局」の普及･推進のため、趣旨や考え方について、「薬と健康の週間」など、様々な機会を通じて、国民、自治体や薬局関係団体に向けて周知。 《所管省庁：厚生労働省》	→		

社会保障　４．医療･福祉サービス改革

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
		ｅ．健康サポート薬局の取組状況･効果や関連法令の改正を踏まえ、必要に応じて制度を見直し。 《所管省庁：厚生労働省》	→		

社会保障　５．給付と負担の見直し

政策目標

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

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
		６０．高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担の検討			
―	―	ａ．マイナンバーの導入等の金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、医療保険における負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方について、2020 年の関係審議会のとりまとめを踏まえ検討課題の整理を行うなど関係審議会等において、預金口座へのマイナンバー付番の状況を見つつ、検討。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
		６１．薬剤自己負担の引上げについて幅広い観点から関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる			
―	―	ａ．2020 年の関係審議会のとりまとめを踏まえ、医療資源の効率的な活用を図る観点から、薬剤給付の適正化に向けて、保険者の上手な医療のかかり方及びセルフメディケーションを推進するとともに、その他の措置についても検討。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
		６２．外来受診時等の定額負担の導入を検討			
―	―	ａ．2022 年度診療報酬改定における、紹介状なしの大病院受診時定額負担に関する見直しについて影響の検証を行う。 《所管省庁：厚生労働省》	→		

社会保障　５．給付と負担の見直し

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
—	—	**６３．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。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
—	—	**６４．介護のケアプラン作成に関する給付の在り方について検討**			
		ａ．ケアマネジメントに関する給付の在り方については、利用者やケアマネジメントに与える影響、他のサービスとの均衡等も踏まえながら、包括的に検討を行い、第 10 期介護保険事業計画期間の開始までの間に結論を出す。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
—	—	**６５．介護の多床室室料に関する給付の在り方について検討**			
		ａ．介護老人保健施設及び介護医療院の多床室の室料負担の導入については、在宅でサービスを受ける者との負担の公平性、各施設の機能や利用実態等、これまでの介護保険部会における意見を踏まえつつ、介護給付費分科会において介護報酬の設定等も含めた検討を行い、次期介護保険事業計画に向けて結論を得る。 《所管省庁：厚生労働省》	→		

社会保障　５．給付と負担の見直し

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
―	―	**６６．介護の軽度者(要介護１・２の者)への生活援助サービス･福祉用具貸与に関する給付の在り方等について検討**			
		ａ．軽度者(要介護１・２の者)への生活援助サービス等に関する給付の在り方については、介護サービスの需要が増加する一方、介護人材の不足が見込まれる中で、現行の総合事業に関する評価･分析等を行いつつ、第 10 期介護保険事業計画期間の開始までの間に、介護保険の運営主体である市町村の意向や利用者への影響等も踏まえながら、包括的に検討を行い、結論を出す。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｂ．地域支援事業の介護予防･日常生活支援総合事業の上限制度の運用の在り方について、必要な対応を検討。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
		ｃ．福祉用具貸与の在り方について、要介護度に関係なく給付対象となっている廉価な品目について、貸与ではなく販売とするなど、介護保険制度における福祉用具貸与･販売種目のあり方検討会や介護給付費分科会等における議論等を踏まえ、必要な対応を検討。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
―	―	**６７．医療･介護における「現役並み所得」等の判断基準の見直しを検討**			
		ａ．医療における「現役並み所得」の判断基準の見直しについて、医療保険部会におけるとりまとめを踏まえ、判断基準や基準額の見直しに伴い現役世代の負担が増加することや、2022 年 10 月に施行された後期高齢者医療制度における窓口負担割合の見直し(一定以上所得のある者への２割負担導入)の施行の状況等を注視する必要があることに留意しつつ検討。 《所管省庁：厚生労働省》	→		

社会保障　５．給付と負担の見直し

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
		ｂ．介護における「一定以上所得」(２割負担)の判断基準の見直しについて、後期高齢者医療制度との関係、介護サービスは長期間利用されること等を踏まえつつ、高齢者の方々が必要なサービスを受けられるよう、高齢者の生活実態や生活への影響等も把握しながら検討を行い、次期介護保険事業計画に向けて結論を得る。 また、「現役並み所得」(３割負担)の判断基準については、医療保険制度との整合性や利用者への影響等を踏まえつつ、引き続き検討を行う。 ※次期介護保険事業計画に向けて結論を得るとされた事項については、遅くとも来年夏までに結論を得るべく引き続き議論 《所管省庁：厚生労働省》	→		
—	—	**６８．介護保険の１号保険料負担の在り方を検討**			
		ａ．介護保険の１号保険料について、国の定める標準段階の多段階化、高所得者の標準乗率の引上げ、低所得者の標準乗率の引下げ等について検討を行い、具体的な段階数、乗率、公費と保険料多段階化の役割分担等について、次期介護保険事業計画に向けた保険者の準備期間等を確保するため、早急に結論を得る。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
—	—	**６９．新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討**			
		ａ．医薬品や医療技術の保険収載の判断等に当たり費用対効果や財政影響などの経済性評価を活用し、保険対象外の医薬品等に係る保険外併用療養を柔軟に活用･拡大することについて、2022 年度診療報酬改定での対応も踏まえ、引き続き検討。 《所管省庁：厚生労働省》	→		

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
―	―	**③　医療･介護を通じた居住に係る費用負担の公平化の検討**			
		《所管省庁：厚生労働省》			
○在宅サービスのサービス量進捗状況 【2023 年度までに 100%】 (第８期介護保険事業計画の実績値／第８期介護保険事業計画の計画値。介護保険事業状況報告)	○地域包括ケアシステム構築のために必要な介護インフラに係る第８期介護保険事業計画のサービスの見込み量に対する進捗状況(小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護)【2023 年度までに 100%】(第８期介護保険事業計画の実績値／第８期介護保険事業計画の計画値。) ○在宅患者訪問診療件数 【2020 年医療施設調査からの増加】 ○認知症総合支援事業、生活支援体制整備事業の実施保険者 【 2022 年度までに 100%を達成】(実施保険者／全保険者。地域支援事業交付金実績報告、認知症総合支援事業等実施状況調べ等)	**⑦　在宅や介護施設等における看取りも含めて対応できる地域包括ケアシステムを構築**			
		ａ．第８期介護保険事業(支援)計画(2021～2023 年度)に基づき、推進 《所管省庁：厚生労働省》	→		
		ｂ．第７次医療計画(2018～2023 年度)に基づき、推進。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
○年間新規透析患者数 【2028 年度までに 35,000 人以下に減少】 ○糖尿病有病者の増加の抑制 【2022 年度までに 1,000 万人以下 ※2023 年度以降の目標については 2023 年春目途に策定する次期国民健	○先進･優良事例(の要素)を反映したデータヘルスの取組を行う保険者 【100%】(先進･優良事例を反映したデータヘルスの取組を行う保険者数／データヘルス計画策定の保険者数　保険者データヘルス全数調査(回答率 96.8%))	**㉑　医療関係職種の活躍促進、民間事業者による地域包括ケアを支える生活関連サービスの供給促進等** ｉ　障壁となっている規制がないか検証し必要な対応を検討･実施			
		ａ．関係者のニーズ等に基づきグレーゾーン解消制度の活用を含め柔軟に対応。 ※2025 年度以降も必要に応じて実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組・所管府省、実施時期)	23	24	25
康づくり運動プランを踏まえ決定】 ○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数 【2022 年度までに 2008 年度と比べて 25%減少)】	○データヘルスに対応する健診機関(民間事業者も含む)を活用する保険者 【データヘルス計画策定の保険者において100%】(データヘルスに対応する健診機関を活用している保険者数／データヘルス計画を策定の保険者数　保険者データヘルス全数調査(回答率 96.8%)) ○健康維持率、生活習慣病の重症疾患の発症率、服薬管理率等の加入者の特性に応じた指標によりデータヘルスの進捗管理を行う保険者 【データヘルス計画策定の保険者において100%】(加入者の特性に応じた指標によりデータヘルスの進捗管理を行う保険者数／データヘルス計画を策定の保険者数保険者データヘルス全数調査(回答率 96.8%)) ○保険者とともに健康経営に取り組む企業数 【2025 年度までに 10 万社以上】 日本健康会議から引用 感染症の不安と共存する社会においてデジタル技術を活用した生涯を通じた新しい予防・健康づくりに取り組む保険者数 【2025 年度までに 2,500 保険者以上】 日本健康会議から引用	**㉑　医療関係職種の活躍促進、民間事業者による地域包括ケアを支える生活関連サービスの供給促進等** ⅱ　事業運営の効率化等に関する民間事業者の知見等の活用を促進			
		ａ．「地域包括ケアシステム構築に向けた公的介護保険外サービスの参考事例集」に加え、「地方自治体における地域包括ケアシステム構築に向けた『保険外サービス』の活用に関するポイント集・事例集」や「ＱＯＬを高める保険外(自費)サービス活用促進ガイド」を活用し、保険外サービスの活用について周知を推進。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
○終了した研究に基づき発表された成果数(論文、学会発表、特許の件数など) 【前年度と同水準】	○「事前評価員会」による学術的・行政的観点に基づく評価・採択と、「中間・事後評価員会」による研究成果の検証及び採点に基づく、採択課題の継続率 【2023 年度に 100%】	**㉓　マイナンバー制度のインフラ等を活用した取組** ⅲ　医療等分野における研究開発の促進			
		ａ．医療等分野のデータを利活用した研究開発を促進。 《所管省庁：厚生労働省》	→		

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
―	―	**㉔ 世代間･世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点からの検討**			
		ⅰ 高額療養費制度の在り方 《所管省庁：厚生労働省》			
―	―	**㉕ 現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図るための検討** ⅱ その他の課題			
		ａ．現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図るためのその他の課題について、関係審議会等において検討。 《所管省庁：厚生労働省》	→		
○頻繁な価格交渉の改善 【200 床以上の病院、20 店舗以上の調剤薬局チェーンにおける、年間契約の割合 2025 年度末までに 60%以上(軒数ベース、金額ベース)】	○医薬品のバーコード(販売包装単位及び元梱包装単位の有効期限、製造番号等)の表示率 【2022 年度の調査結果を踏まえて新たな指標を設定】	**㉞ 適切な市場価格の形成に向けた医薬品の流通改善**			
		ａ．「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン」(2021 年 11 月改訂)に基づき、流通改善に取り組むとともに、「医療用医薬品の流通改善に関する懇談会」において定期的に進捗状況を把握し、改善に向けた取組を推進。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
―	―	**㉟ 医療機器の流通改善及び保険償還価格の適正化を検討**			
		ａ．医療機器の流通に関して関係団体との協議を踏まえ、関係団体及び個別企業への調査結果を踏まえ、改善が必要とされる問題点を整理し、対応策を検討。医療機器のコード化の進捗状況を定期的に把握する等、改善に向けた取組を推進。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
―	―	**㊳ 診療報酬改定における前回改定の結果･保険医療費への影響の検証の実施とその結果の反映及び改定水準や内容に係る国民への分かりやすい形での説明**			
		ａ．診療報酬改定の内容について分かりやすい周知を行う。 《所管省庁：厚生労働省》	→		

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
―	―	**㊴ 社会保障改革プログラム法等に基づく年金関係の検討** ⅰ マクロ経済スライドの在り方			
		ａ．2021 年４月に施行された、名目手取り賃金変動率がマイナスで、かつ名目手取り賃金変動率が物価変動率を下回る場合には、名目手取り賃金変動率にあわせて年金額を改定するルールに対応していくとともに、マクロ経済スライドの仕組みの在り方について、2020 年改正法の検討規定に基づき、今後の検討課題について省内で検討を行う。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	
		㊴ 社会保障改革プログラム法等に基づく年金関係の検討 ⅳ 高所得者の年金給付の在り方を含めた年金制度の所得再分配機能の在り方及び公的年金等控除を含めた年金課税の在り方の見直し			
		ａ．公的年金制度の所得再分配機能の強化について、年金制度の機能強化のための国民年金法等の一部を改正する法律の検討規定、附帯決議に基づき、省内で検討を行う。 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	
		ｂ．個人所得課税について、総合的かつ一体的に税負担構造を見直す観点から、今後、政府税制調査会において、論点を整理しつつ、議論。 《所管省庁：財務省》			
○就労支援事業等に参加した者のうち、就労した者及び就労による収入が増加した者の割合 【2025 年度までに 50%】 (就労した者及び就労による収入が増加した者の数/就労支援事業等の参加者数) ○「その他の世帯」の就労率(就労者のいる世帯の割合)【2025 年度までに 45%】	【2025 年度までに 65%】 (就労支援事業等の参加者数/就労支援事業等の参加可能者数) (参考)就労支援事業等に参加可能な者の事業参加率の自治体ごとの状況 ○頻回受診対策を実施する自治体 【毎年度 100%】 (頻回受診対策を実施する自治体/頻回	**㊵ 就労支援を通じた保護脱却の推進等のための自立支援に十分取り組む**			
		ａ．生活保護からの就労･増収等を通じた脱却を促進するため、就労支援を実施しつつ、各種制度について、効率的かつ効果的なものとなるよう、就労意欲の向上の観点等を踏まえて不断に見直し、生活保護制度の適正化を推進。 就労支援事業等の既存事業の積極的な活用を促し、経済的自立だけでなく、日常生活自立や社会生活自立を促進する。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
(「その他の世帯」のうち就労者のいる世帯数/「その他の世帯」数) ○被保護者就労支援事業等の活用により日常生活の課題がある者の状態像が改善した者 【2025 年度までに 26%】 ○被保護者就労支援事業等の活用により社会生活の課題がある者の状態像が改善した者 【2025 年度までに 28%】 (参考)就労支援事業等の参加者の就労･増収率についての自治体ごとの状況 (参考)「その他の世帯」の就労率等の自治体ごとの状況 〇頻回受診者に対する適正受診指導による改善者数割合 【2024 年度において 2020 年度比２割以上の改善】 (参考)生活保護受給者一人当たり医療扶助の地域差	受診対策の実施対象自治体数)	**㊶ 生活保護の適用ルールの確実かつ適正な運用、医療扶助をはじめとする生活保護制度の更なる適正化**			
		ａ．頻回受診等に係る適正受診指導の徹底、生活保護受給者に対する健康管理支援の実施等により、医療扶助の適正化を推進。また、生活保護受給者の頻回受診対策については、「医療扶助に関する検討会」の議論等を踏まえ、更なる適正化に向けた検討を行う。また、その他医療扶助における適正化について、医療費適正化計画の医療費に医療扶助も含まれることを踏まえ他制度における取組事例も参考に推進しつつ、中期的に医療扶助のガバナンス強化に向け、ＥＢＰＭの観点も踏まえて検討を行う。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｂ．生活保護からの就労･増収等を通じた脱却を促進するため、就労支援を実施しつつ、各種制度について、効率的かつ効果的なものとなるよう、就労意欲の向上の観点等を踏まえて不断に見直し、生活保護制度の適正化を推進。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｃ．級地制度について、生活保護基準の次期検証結果等も踏まえ、あり方の検討を行う。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
		ｄ．中長期的課題として、都道府県のガバナンスを強化する観点から、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。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工程(取組･所管府省、実施時期)	23	24	25
		㊷ 生活保護制度について、更なる自立促進のための施策等を検討し、必要な見直し			
		※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→
(参考)生活困窮者自立支援制度の利用による就労者及び増収者数 〇就労支援プラン対象者のうち、就労した者及び就労による収入が増加した者の割合 【毎年度 75%】 (就労した者及び就労による収入が増加した者数/就労支援プラン対象者数。 生活困窮者自立支援統計システム) 〇自立生活のためのプラン作成者のうち、自立に向けての改善が見られた者の割合 【毎年度 90%】 (自立に向けての改善が見られた者数/自立生活のためのプラン作成者数。 生活困窮者自立支援統計システム)	(参考)福祉事務所設置自治体による就労準備支援事業及び家計改善支援事業の実施率 〇自立生活のためのプラン作成件数の割合 【毎年度年間新規相談件数の 50%】 (自立生活のためのプラン作成件数/年間新規相談件数。 生活困窮者自立支援統計システム) 〇自立生活のためのプランに就労支援が盛り込まれた対象者の割合 【毎年度プラン作成件数の 60%】 (自立生活のためのプランに就労支援が盛り込まれた対象者数/自立生活のためのプラン作成件数。 生活困窮者自立支援統計システム) 〇自立相談支援事業における生活困窮者の年間新規相談件数 【2025 年度までに 40 万件】 (参考)自立相談支援機関が他機関･制度へつないだ(連絡･調整や同行等)件数 (参考)任意の法定事業及び法定外の任意事業の自治体ごとの実施率 (参考)就労準備支援事業及び家計改善支援事業の利用件数	**㊸ 生活困窮者自立支援制度の着実な推進**			
		ａ．改正生活困窮者自立支援法に基づき、就労や家計をはじめとした様々な課題に対応できる包括的な支援体制の整備の推進を図ることにより、自立に向けた意欲の向上や日常生活面･社会生活面の改善を含め、就労･増収等を通じた生活困窮者の自立支援を推進。 その際、本人の希望に応じて求職者支援制度等適切な就労支援施策へ繋ぎ、継続的な支援を実施する。 ※2025 年度以降も実施 《所管省庁：厚生労働省》	→	→	→

(再掲)

①都道府県ごとの地域医療構想の策定による、医療の「見える化」を踏まえた病床の機能分化・連携の推進(療養病床に係る地域差の是正)(社保-38)
②慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービス提供体制に係る制度上の見直しの検討(社保-38)
④地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在の是正などの観点を踏まえた医師・看護職員等の需給について検討(社保-40)
⑤外来医療費について、データに基づき地域差を分析し、重複受診・重複投与・重複検査等の適正化を行いつつ地域差を是正(社保-42ｉ)
⑥地域医療構想と整合的な形で、都道府県ごとに医療費の水準や医療の提供に関する目標を設定する医療費適正化計画を策定。国が 27 年度中に標準的な算定方式を示す(都道府県別の医療費の差の半減を目指す) (社保-42ｉ)
⑨かかりつけ医の普及の観点からの診療報酬上の対応や外来時の定額負担について検討(社保-59)
⑩看護を含む医療関係職種の質評価・質向上や役割分担の見直しを検討(社保- 50ｉ(特定行為研修制度の推進))
⑪都道府県の行う病床再編や地域差是正の努力を支援するための取組
ｉ地域医療介護総合確保基金による病床のダウンサイジング支援(社保-38)
ii 医療費適正化計画の進捗状況等を踏まえた高確法第 14 条の診療報酬の特例の活用の在り方の検討(社保-42iii)
iv都道府県の体制・権限の整備の検討(社保-38)
⑫全ての国民が自ら生活習慣病を中心とした疾病の予防、重症化予防、介護予防、後発医薬品の使用や適切な受療行動をとること等を目指し、特定健診等の受診率向上に取り組みつつ、個人や保険者の取組を促すインセンティブのある仕組みを構築(社保-16、19、20)
⑬国民健康保険において、保険者努力支援制度の趣旨を現行制度に前倒しで反映(社保-42ｉ)
⑭保険者における医療費適正化に向けた取組に対する一層のインセンティブ強化に係る制度設計
ｉ2018 年度までに国民健康保険の保険者努力支援制度のメリハリの効いた運用方法の確立(社保-29)
ii 国民健康保険料に対する医療費の地域差の一層の反映(社保-51)
iii 健康保険組合等の後期高齢者支援金の加算・減算制度の運用面での強化(社保-29)
iv医療保険の審査支払機関の事務費・業務の在り方(社保-13)
⑮ヘルスケアポイント付与や保険料への支援になる仕組み等の個人に対するインセンティブ付与による健康づくりや適切な受診行動等の更なる促進(社保-20)
⑯セルフメディケーションの推進(社保-59)
⑰要介護認定率や一人当たり介護費の地域差を分析し、保険者である市町村による給付費の適正化に向けた取組を一層促す観点からの、制度的な対応も含めて検討(社保-44、45)
⑱高齢者のフレイル対策の推進(社保-21)
⑲「がん対策加速化プラン」を年内めどに策定し、がん対策の取組を一層推進(社保-18ｉ、ii)
⑳民間事業者も活用した保険者によるデータヘルスの取組について、健康経営の取組との連携も図りつつ、好事例を強力に全国展開(社保-27、28)
㉒介護人材の資質の向上と事業経営の規模の拡大やＩＣＴ・介護ロボットの活用等による介護の生産性向上(社保-50vi(ＩＣＴ・介護ロボットの活用)、34(介護助手など多様な人材の活用)、50iii(事業経営の規模の拡大))

(再掲)

㉓マイナンバー制度のインフラ等を活用した取組

ⅰ医療保険のオンライン資格確認の導入(社保-２)

ⅱ医療・介護機関等の間の情報連携の促進による患者負担軽減と利便性向上(社保-７、８)

㉖医療保険、介護保険ともに、マイナンバーの活用等により、金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みについて検討(社保-60)

㉗公的保険給付の範囲や内容について適正化し、保険料負担の上昇等を抑制するための検討

ⅰ次期介護保険制度改革に向け、軽度者に対する生活援助サービス・福祉用具貸与等やその他の給付について、給付の見直しや地域支援事業への移行を含め検討(社保-66(軽度者に対する生活援助サービス))

ⅱ医薬品や医療機器等の保険適用に際して費用対効果を考慮することについて平成 28 年度診療報酬改定において試行的に導入した上で、速やかに本格的な導入を目指す(社保-55ⅰ)

ⅲ生活習慣病治療薬等について、費用面も含めた処方の在り方等の検討(社保-57ⅱ)

ⅳ市販品類似薬に係る保険給付について見直しを検討(社保-61)

㉘後発医薬品に係る数量シェアの目標達成に向けて安定供給、信頼性の向上、情報提供の充実、診療報酬上の措置など必要な追加的措置を講じる(社保-58)

㉚後発医薬品の価格等を踏まえた特許の切れた先発医薬品の保険制度による評価の仕組みや在り方等の検討(社保-55ⅲ)

㉛基礎的な医薬品の安定供給、創薬に係るイノベーションの推進、真に有効な新薬の適正な評価等を通じた医薬品産業の国際競争力強化に向けた必要な措置の検討(社保-55ⅲ)

㉜市場実勢価格を踏まえた薬価の適正化(社保-55ⅱ)

㉝薬価改定の在り方について、その頻度を含め検討(社保-55ⅱ)

㊱かかりつけ薬局推進のための薬局全体の改革の検討、薬剤師による効果的な投薬・残薬管理や地域包括ケアへの参画を目指す(社保-59)

㊲平成 28 年度診療報酬改定において、保険薬局の収益状況を踏まえつつ、医薬分業の下での調剤技術料・薬学管理料の妥当性、保険薬局の果たしている役割について検証し、調剤報酬について、服薬管理や在宅医療等への貢献度による評価や適正化、患者本意の医薬分業の実現に向けた見直し(社保-56)

㊴社会保障改革プログラム法等に基づく年金関係の検討

ⅱ短時間労働者に対する被用者保険の適用範囲の拡大(社保-32)

ⅲ高齢期における職業生活の多様性に応じた一人ひとりの状況を踏まえた年金受給の在り方(社保-33)

㊶生活保護の適用ルールの確実かつ適正な運用、医療扶助をはじめとする生活保護制度の更なる適正化

b マイナンバーカードを用いた、医療扶助のオンライン資格確認については、「デジタル・ガバメント実行計画」や「医療扶助に関する検討会」の議論を踏まえ、2023 年度中の実施に向け所要の措置を講ずる。(社保-２)

㊷2021 年度の次期生活扶助基準の検証に合わせた年齢、世帯類型、地域実態等を踏まえた真に必要な保護の在り方や更なる自立促進のための施策等、制度全般について予断なく検討し、必要な見直し

a 生活保護からの就労・増収等を通じた脱却を促進するため、就労支援を着実に実施しつつ、各種制度について、効率的かつ効果的なものとなるよう、就労意欲の向上の観点等を踏まえて不断に見直し、生活保護制度の適正化を推進(社保-㊵ａ)

b 級地制度について、地域ごとの最低生活費を測るための適切な指標の検討を行い、速やかに抜本的な見直しを行う(社保-㊶ｃ)

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

全世代型社会保障構築会議　報告書（概要）

厚生労働省　保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

全世代型社会保障構築会議　報告書（概要）

令和4年12月16日
全世代型社会保障構築会議

全世代型社会保障の基本的考え方

1．目指すべき社会の将来方向

①「少子化・人口減少」の流れを変える

・少子化・人口減少の進行は、経済活動における供給（生産）及び需要（消費）の縮小、社会保障機能の低下をもたらし、経済社会を「縮小スパイラル」に突入させる、国の存続そのものにかかわる問題

・こどもを生み育てたいという個人の希望を叶えることは、個人の幸福追求の支援のみならず、少子化・人口減少の流れを大きく変え、経済と社会保障の持続可能性を高め、「成長と分配の好循環」を実現する上で社会全体にも大きな福音

→　最も緊急を要する取組は、「未来への投資」として、子育て・若者世代への支援を急速かつ強力に整備すること。子育て費用を社会全体で分かち合い、こどもを生み育てたいと希望する全ての人が、安心して子育てができる環境の整備が急務

② これからも続く「超高齢社会」に備える

・働き方に中立的な社会保障制度を構築し、女性や高齢者を含め、経済社会の支え手となる労働力を確保する

・社会保障を能力に応じて皆で支える仕組みを構築し、医療・介護・福祉等のニーズの変化に的確に対応する

③ 「地域の支え合い」を強める

・独居者の増加、就職氷河期世代の高齢化、孤独・孤立の深刻化等を見据え、人々が地域社会との中で安心して生活できる社会の構築が必要

2．全世代型社会保障の基本理念

①「将来世代」の安心を保障する

「全世代」は、これから生まれる「将来世代」も含む。彼らの安心のためにも、負担を先送りせず、同時に、給付の不断の見直しが必要。

②能力に応じて、全世代が支え合う

年齢に関わらず、全ての国民が、能力に応じて負担し、支え合うことで人生のステージに応じ、必要な保障の提供を目指す。

③個人の幸福とともに、社会全体を幸福にする

社会保障は、リスク等に社会全体で備え、個人の幸福増進を図るとともに、健康寿命の延伸等により社会全体も幸福にする。

④制度を支える人材やサービス提供体制を重視する

人材確保・育成や働き方改革、処遇改善、生産性向上、業務効率化に加え、医療・介護ニーズ等を踏まえたサービス提供体制の構築が必要。

⑤社会保障のDXに積極的に取り組む

社会保障給付事務の効率化、新サービスの創造等のため、社会保障全体におけるデジタル技術の積極的な活用を図ることが重要。

3．全世代型社会保障の構築に向けての取組

○ 時間軸の視点

2040年頃までを視野に入れつつ、足元の短期的課題とともに、当面の2025年や2030年を目指した中長期的な課題について、「時間軸」を持って取組を進めていくことが重要。（「今後の改革の工程」を提示。）

○ 地域軸の視点

社会保障ニーズや活用可能資源の地域的差異を考慮し、地域に応じた解決の手法や仕組みを考案することが重要。

１．こども･子育て支援の充実

（１）基本的方向

○ これまで、保育の受け皿整備や幼児教育・保育の無償化などに取り組み、大きな成果も見られるが、少子化の流れを変えるには至っておらず、少子化の危機的な状況から脱却するための更なる対策が必要

○ 今後、こども家庭庁の下で「こども大綱」を策定する中で、特に、現行制度で手薄な０～２歳児へのきめ細やかな支援が重要との認識の下、「未来への投資」として、社会全体でこども・子育てを支援する観点から、妊娠・出産・子育てを通じた切れ目ない包括的支援を早期に構築すべき

○ 恒久的な施策には恒久的な財源が必要であり、「骨太の方針2022」の方針に沿って、全ての世代でこどもや、子育て・若者世代を支えるという視点から、支援策の更なる具体化とあわせて検討すべき

○ まずは（２）に掲げる支援策の具体化に取り組み、これも含め、こどもの視点に立って、必要なこども政策が何か、体系的にとりまとめることが重要であり、来年度の「骨太の方針」において、将来的にこども予算の倍増を目指していく上での当面の道筋を示していく必要

○ ０～２歳児に焦点を当てた支援の早期構築後には、幅広い年齢層の子育て世帯に対する経済的支援の充実を検討する必要

（２）取り組むべき課題

① 全ての妊産婦・子育て世帯支援

・妊娠時から寄り添う「伴走型相談支援」と経済的支援の充実（０～２歳児の支援拡充）☆★
・全ての希望者が、産前・産後ケアや一時預かりなどを利用できる環境の整備　★
・出産育児一時金の引上げ（42万円→50万円）と出産費用の見える化（後期高齢者医療制度が費用の一部を支援する仕組みの導入を含む）　☆
・不妊治療等に関する支援　★

② 仕事と子育ての両立支援（「仕事か、子育てか」の二者択一を迫られている状況の是正）

・育児休業後において切れ目なく保育を利用でき、また、円滑に職場復帰できるよう、予め保育の枠を確保できる入所予約システムの構築　★
・子育て期の長時間労働の是正、柔軟な働き方の促進　★
・育児休業取得の一層の促進と時短勤務を選択する際の給付の創設　★
・非正規雇用労働者の処遇改善、雇用のセーフティネットや育児休業給付の対象外となっている短時間労働者への更なる支援　★
・自営業者やフリーランス・ギグワーカー等の育児休業給付の対象外である方々への育児期間中の給付の創設　★

（３）今後の改革の工程

① 足元の課題

・（２）☆の項目

② 来年、早急に具体化を進めるべき項目

・（２）★の項目

・「骨太の方針2022」にもあるように、こども・子育て支援の充実を支える安定的な財源について、企業を含め社会全体で連帯し、公平な立場で、広く負担し、支える仕組みの検討

・０～２歳児に焦点を当てた切れ目のない包括的支援の早期構築後の課題として、児童手当の拡充など幅広い年齢層の子育て世帯に対する経済的支援の充実について恒久的な財源とあわせて検討

2. 働き方に中立的な社会保障制度等の構築

（1）基本的方向

○ 国民の価値観やライフスタイル、働き方の多様化が進む中、格差の固定化や貧困の防止を図り、社会の分断を防ぐ観点からも、どのような働き方をしても、セーフティネットが確保され、誰もが安心して希望どおりに働くことができる社会保障制度等の構築が求められている

○ 少子化対策の観点からも、子育て・若者世代が将来に展望を持ち、生涯未婚率の低下にもつながるよう、労働市場、雇用の在り方について不断の見直しが重要であり、非正規雇用労働者を取り巻く課題の解決や、希望すれば誰もが主体的に成長分野などの企業へ円滑に移動できるような環境整備が必要

（2）取り組むべき課題

① 勤労者皆保険の実現に向けた取組

・短時間労働者への被用者保険の適用に関する企業規模要件の撤廃
・個人事業所の非適用業種の解消
・週労働時間20時間未満の短時間労働者への適用拡大
・フリーランス・ギグワーカーについて、被用者性の捉え方などの検討を深め、より幅広い社会保険の在り方を検討する
・被用者保険の適用拡大を進めるにあたってはデジタル技術の活用による環境整備が重要
・女性の就労の制約と指摘される制度等を働き方に中立的なものにしていくことが重要
・被用者保険適用拡大の更なる推進に向けた環境整備・広報の充実

② 労働市場や雇用の在り方の見直し

・非正規雇用労働者を取り巻く課題の解決
（「同一労働同一賃金」の履行確保と効果検証・必要な見直し、有期雇用労働者の「無期転換ルール」の実効性確保、キャリアアップ支援、「多様な正社員」の拡充、取組状況の開示等の企業の取組の促進策） ★

・労働移動の円滑化
（リスキリング、キャリアサポート、職業・職場情報の見える化などの継続的な推進及び「労働移動円滑化に向けた指針」の策定、取組状況の開示等の企業の取組の促進策） ★

（3）今後の改革の工程

（勤労者皆保険の実現に向けた取組）

○ 次期年金制度改正に向けて検討・実施すべき項目

・短時間労働者への被用者保険の適用拡大（企業規模要件の撤廃など）
・常時５人以上を使用する個人事業所の非適用業種の解消
・週所定労働時間20時間未満の労働者、常時５人未満を使用する個人事業所への被用者保険の適用拡大
・フリーランス・ギグワーカーの社会保険の適用の在り方の整理

（労働市場や雇用の在り方の見直し）

○ 速やかに検討・実施すべき事項

・（２）★の項目

3. 医療・介護制度の改革

（1）基本的方向

○ 超高齢社会への備えを確かなものとするとともに、人口減少に対応していく観点から、医療・介護制度の改革を前に進めることが喫緊の課題。特に、2025年までに75歳以上の後期高齢者の割合が急激に高まることを踏まえ、負担能力に応じて、全ての世代で、増加する医療費を公平に支え合う仕組みを早急に構築する必要がある。

○ 限りある資源を有効に活用しながら、地域における医療・介護ニーズの増大に的確に対応する。全ての国民が、それぞれの地域において、質の高い医療・介護サービスを必要に応じて受けることのできる体制を確保していく観点から、医療の機能分化と連携の更なる推進、医療・介護人材の確保等に力を注ぐ。

（2）取り組むべき課題

① 医療保険制度

・後期高齢者医療制度の保険料負担の在り方の見直し（後期高齢者の保険料負担と現役世代の支援金について、一人当たりの伸び率が均衡するよう見直し。高齢者の保険料負担については低所得層に配慮しつつ、賦課限度額、所得割率を引上げ）　☆

・被用者保険者間の格差是正（健保組合への更なる支援を行いつつ、前期高齢者の財政調整に部分的に「報酬水準に応じた調整」を導入）　☆

・ 引き続き、給付の在り方、給付と負担のバランスを含めた不断の見直し。また、都道府県の役割について検討を深めていく必要。

② 医療提供体制

・サービス提供体制の改革に向けた主な課題（都道府県の責務の明確化等による地域医療構想の推進、医療法人の経営情報のデータベースの構築などの医療法人改革等）

・かかりつけ医機能が発揮される制度整備（今後の高齢者人口の更なる増加と人口減少を見据え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備は不可欠であり、早急な実現を目指す。その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要がある。）　☆

③ 介護

・地域包括ケアシステムの深化・推進

・次の計画期間に向けた改革

－介護現場の生産性向上と働く環境の改善　★

－介護保険の持続可能性の確保のため、「骨太の方針2022」等で指摘された課題について来年度の「骨太の方針」に向けて検討　★

④ 医療・介護分野等におけるDXの推進　★

・医療・介護分野の関連データの積極的な利活用の推進

・医療DXの実装化

（3）今後の改革の工程

① 足元の課題

・（2）☆の項目

・医療法人改革の推進、医療介護間での情報連携

② 来年、早急に検討を進めるべき項目

・更なる医療制度改革（かかりつけ医機能の制度整備の実施に向けた具体化、地域医療構想の実現に向けた更なる取組、診療報酬・薬価改定に向けた検討）

・（2）★の項目

③ 2025年度までに取り組むべき項目

・医療保険及び介護保険における負担能力に応じた負担と給付の内容の不断の見直し

・本格的な人口減少期に向けた地域医療構想の見直し、実効性の確保

・地域包括ケアの実現に向けた提供体制の整備と効率化・連携強化

4.「地域共生社会」の実現

（1）基本的方向

○ 人口構造及び世帯構成が変化し、家族のつながりや地縁も希薄化する中で、今後更なる増加が見込まれる独居高齢者等を住まいの確保を含め、社会全体でどのように支えていくかが大きな課題

○ 制度・分野や、「支える側」、「支えられる側」という従来の関係を越えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的な社会の実現が必要

→各種社会保障サービスの担い手や幅広い関係者の連携の下、地域全体で、一人ひとりに寄り添い、伴走支援するという視点が重要

○ 人口急減地域においては、地域社会における支え合い機能が低下し、住民の日常生活の維持に課題が生じる事態も想定

→住民同士が助け合う「互助」の機能を強化することが重要

（2）取り組むべき課題

① 一人ひとりに寄り添う支援とつながりの創出

・重層的支援体制の整備　☆

・ソーシャルワーカー等の確保・育成　☆

・多様な主体による地域づくりの推進　☆

・孤独・孤立対策の推進　☆

・地域共生社会の実現に向けた社会保障教育の推進　☆

② 住まいの確保

○ 住まい政策を社会保障の重要な課題と位置づけ、必要な施策を本格的に展開すべき。その際、支援対象のニーズや既存制度の関係の整理も含めて議論を深め、必要な制度的対応を検討すべき。

・ソフト面での支援の強化（住宅の提供と見守り・相談支援の提供をあわせて実施）

・住宅の所有者との関係、空き地・空き家の活用

（3）今後の改革の工程

① 来年度、実施・推進すべき項目

・（2）☆の項目

・「住まい支援システム」の構築に向けたモデル事業の実施を踏まえた実践面での課題の抽出、全国的な普及に向けた具体的な手法の周知・啓発

・上記モデル事業の成果を活用して、住まいに課題を抱える者の属性や量的な把握についての推計及びその精緻化

・生活困窮者自立支援制度、住宅セーフティネット制度などにおける住まい支援を強化

② 制度改正について検討を進めるべき項目

・既存の各制度における住まい支援の強化に向けて、①のモデル事業の結果等を踏まえつつ更なる検討を深め、必要な制度改正を実施

全世代型社会保障の検討体制について

全世代型社会保障構築本部
（総理・関係閣僚）

【構成員】
本部長　：総理
副本部長：全世代型社会保障改革担当大臣
本部員　：官房長官、総務大臣、財務大臣、厚労大臣、少子化担当大臣
男女共同参画担当大臣

【趣旨】
全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、内閣に、その企画及び立案並びに総合調整を行う全世代型社会保障構築本部を設置する。

全世代型社会保障構築会議
（全世代型社会保障改革担当大臣（主宰）・有識者）

【趣旨】
全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築する観点から、社会保障全般の総合的な検討を行うため、全世代型社会保障構築会議を開催する。

有識者

秋田喜代美　学習院大学文学部教授
落合陽一　メディアアーティスト
笠木映里　東京大学大学院法学政治学研究科教授
香取照幸　上智大学総合人間科学部教授/
一般社団法人未来研究所臥龍代表理事
菊池馨実　早稲田大学法学学術院教授
熊谷亮丸　株式会社大和総研副理事長
権丈善一　慶應義塾大学商学部教授
國土典宏　国立国際医療研究センター理事長
◎ 清家　篤　日本赤十字社社長/慶應義塾学事顧問
高久玲音　一橋大学経済学研究科准教授
武田洋子　三菱総合研究所研究理事 シンクタンク部門
副部門長（兼）政策・経済センター長
田辺国昭　国立社会保障・人口問題研究所所長
土居丈朗　慶應義塾大学経済学部教授
冨山和彦　株式会社経営共創基盤IGPIグループ会長/
株式会社日本共創プラットフォーム（JPiX）代表取締役社長
沼尾波子　東洋大学国際学部国際地域学科教授
○ 増田寛也　日本郵政株式会社取締役兼代表執行役社長
水島郁子　大阪大学理事・副学長
横山　泉　一橋大学大学院経済学研究科准教授

（五十音順　敬称略）　◎：座長　○：座長代理

全世代型社会保障構築本部・全世代型社会保障構築会議の開催実績

全世代型社会保障構築本部	令和4年1月28日	第1回 開催 議題：今後の全世代型社会保障改革等について
	令和4年5月17日	第2回開催 議題：全世代型社会保障構築会議　議論の中間整理
	令和4年9月7日	第3回開催 議題：全世代型社会保障の構築に向けた今後の進め方について
	令和4年11月24日	第4回開催 議題：全世代型社会保障の構築に向けた論点の整理について
	令和4年12月16日	第5回開催 議題：全世代型社会保障構築会議　報告書について
	令和4年12月23日	第6回開催 議題：介護職員の働く環境改善に向けた取組について

全世代型社会保障構築会議	令和3年11月9日	第1回開催　※第1回公的価格評価検討委員会と合同開催 議題：今後の全世代型社会保障改革等について
	令和4年3月9日	第2回開催 議題：全世代型社会保障の当面の論点について
	令和4年3月29日	第3回開催 議題：全世代型社会保障の当面の論点に係る議論の整理について
	令和4年4月26日	第4回開催 議題：全世代型社会保障構築会議　議論の中間整理に向けて
	令和4年5月17日	第5回開催 議題：全世代型社会保障構築会議　議論の中間整理
	令和4年9月7日	第6回開催 議題：全世代型社会保障の構築に向けた今後の進め方について
	令和4年9月28日	第7回開催 議題：テーマ別検討の議論の状況について
	令和4年11月11日	第8回開催 議題：テーマ別検討の議論の状況について、その他の論点について、全世代型社会保障の構築についてヒアリング
	令和4年11月24日	第9回開催 議題：全世代型社会保障の構築に向けた論点の整理について
	令和4年12月7日	第10回開催 議題：医療・介護制度の改革に関する検討状況について、全世代型社会保障の構築に向けた論点の整理について
	令和4年12月14日	第11回開催 議題：全世代型社会保障構築会議　報告書（案）について
	令和4年12月16日	第12回開催 議題：全世代型社会保障構築会議　報告書について

2040年までの人口等に関する短期・中期・長期の見通し

2022 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040

2022年
- 総人口
:1億2544万人
（年間▲63万人）

- 生産年齢人口
:7449万人

- 高齢者人口
:3622万人

2023年～
生産年齢人口の減少が加速化
（年間▲50～70万人）

2030年
- 総人口：1億2000万人を切る
（年間▲73万人）
- 生産年齢人口:6900万人を切る
（年間▲75万人）

2035年
- 総人口：1億1522万人
（年間▲82万人）
- 生産年齢人口:6500万人を切る
（年間▲92万人）

2040年
- 総人口：1億1092万人
（年間▲88万人）
- 生産年齢人口:6000万人を切る
（年間▲97万人）

2022年～2024年
後期高齢者が急増する
（年間＋80万人）

2025年
団塊の世代全員が後期高齢者へ
（後期高齢者総数2180万人）

2026年～
後期高齢者の増加率が低下

2030年～
高齢者数が安定し始める（年間＋20～30万人）
- 多くの地域で高齢者数は減少、首都圏では高齢者（後期高齢者）は増加し続ける。

2042年
高齢者総数が3935万人となり、ピークを迎える

2025年
認知症：675万人

2030年
認知症：744万人
（2025年より69万人増）

2040年
認知症：802万人
（2030年より58万人増）

2025年
介護職員必要数：243万人
（年間＋5.3万人）

2040年
介護職員必要数：280万人
（2025年より37万人増）

2025年
単身高齢世帯：751万世帯

2030年
単身高齢世帯：796万世帯
（2025年より45万世帯増）

2040年
単身高齢世帯：896万世帯
（2030年より100万世帯増、高齢世帯の４割）

2035年～
就職氷河期世代が高齢者になり始める

【出典】
・人口について：総務省「人口推計」（令和４年１月1日現在）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」（出生中位（死亡中位）推計）
・世帯数について：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）（平成30年推計）」
・認知症について：厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（研究代表者：二宮利治（平成27年３月））。各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計。
・介護職員数の必要数について：市町村により第８期介護保険事業計画に位置づけられたサービス見込み量（総合事業を含む）等に基づく都道府県による推計値を集計したもの。

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

令和５年度予算案（保険局関係）参考資料

厚生労働省　保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1．被用者保険への財政支援・・・

拠出金負担の重い被用者保険への財政支援

令和５年度当初予算案　820億円（820億円）※() 内は前年度当初予算額

1 事業の目的

○被用者保険において、高齢者医療制度を支えるための拠出金負担（前期高齢者納付金及び後期高齢者支援金）が増加する中で、拠出金負担の重い被用者保険者への支援を実施する。

2 事業の概要・スキーム・実施主体等

①高齢者医療特別負担調整交付金（100億円）＜平成29年度から開始＞

従来から、拠出金負担が、義務的支出（拠出金負担＋自保険者の法定給付費）に比べて過大な保険者の負担を全保険者で按分する仕組みを設けていたところ、この仕組みを拡大し、拡大部分に国費を一部充当して負担軽減を行う。（補助率：１／２）

（事業実績）140保険者（令和3年度）

②高齢者医療運営円滑化等補助金（720.4億円）＜（１）平成２年度から開始、（２）平成27年度から開始＞

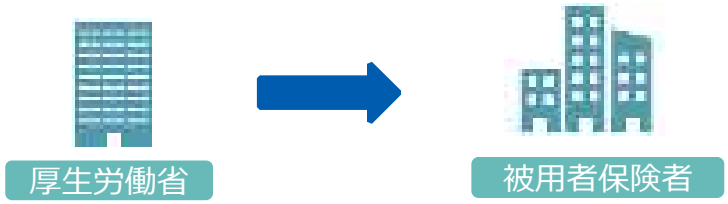
被用者保険者の負担の重さに応じて、

（１）総報酬に占める前期高齢者納付金等の割合（所要保険料率）が重い保険者に対する負担軽減（120.4億円）

（２）前期高齢者納付金負担の対前年度からの伸び率の急増等に着目した負担軽減（600 億円）

を行う。（補助率：定額）

（事業実績）1,149保険者（令和3年度）



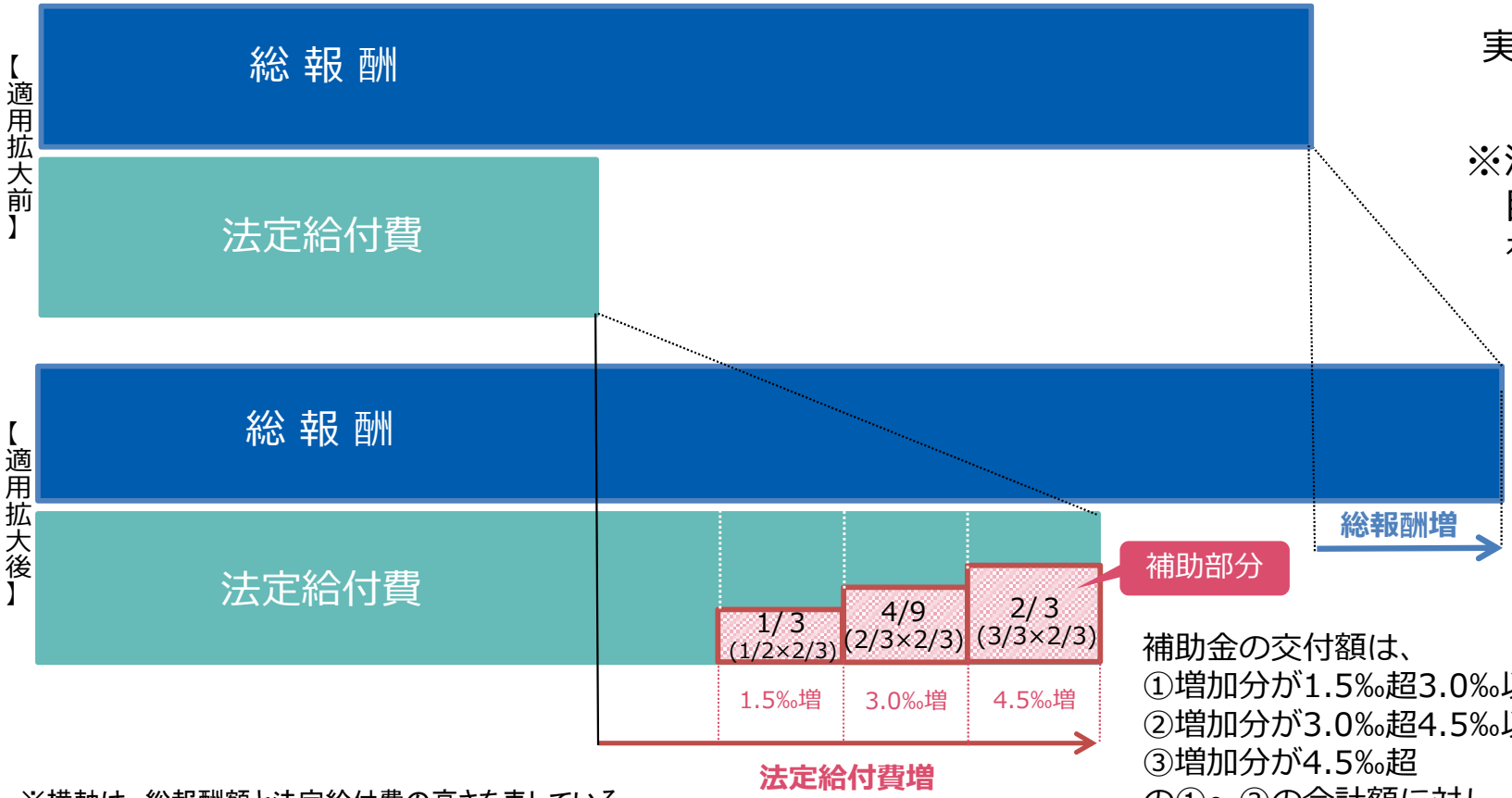
拡充 被用者保険の適用拡大に係る健康保険組合への財政支援

令和５年度当初予算案　10億円（5.0億円）※（）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

年金制度の機能強化のための国民年金法等の一部を改正する法律に基づき、令和４年10月からの短時間労働者の適用拡大の施行により、令和５年度は加入者の増に伴う法定給付費の増加による影響が満年度となることから、財政が逼迫する恐れのある健康保険組合に対して、法定給付費の増加等に着目した財政支援を行う。

2 事業の概要・スキーム・実施主体等



※横軸は、総報酬額と法定給付費の高さを表している。

実施主体：健康保険組合

※法定給付費の増加等に着目し、段階的に一定割合を財政支援する。

補助金の交付額は、
①増加分が1.5‰超3.0‰以下：法定給付費相当額の１／２
②増加分が3.0‰超4.5‰以下：法定給付費相当額の２／３
③増加分が4.5‰超　　：法定給付費相当額の３／３
の①～③の合計額に対し、２／３を乗じて算定する。

出産育児一時金補助金

保険局保険課
国民健康保険課

令和５年度当初予算案　76億円（－）

1 事業の目的

○　出産育児一時金について、令和５年度から８万円という大幅な引き上げが行われることに対し、令和６年度以降は後期高齢者医療制度から支援金が充当されることも考慮し、令和５年度に限り、保険者に対し、増額分の一部について国庫補助を実施する。

2 事業の概要・スキーム、実施主体等

＜健保組合・協会けんぽ等＞

○　保険料率に与える影響等を考慮し、財政負担増の割合が高い保険者に対して重点的な補助を行う観点から、出産育児一時金１件当たり、 以下の国庫補助を実施（保険料率に与える影響度合いに応じて算定）

・赤字保険者　8,000円～40,000円
・黒字保険者　4,000円～20,000円

※全国土木国保組合、私学振興・共済事業団を含む

＜国保＞

（市町村：約2.8億円）

○　出産育児一時金１件当たり、5,000円の国庫補助を実施。

※別途、出産育児一時金（50万円）のうち３分の２（33.3万円）は地方交付税措置を実施する。

（国保組合：約1.9億円）

○　既存の国庫補助に加え、出産育児一時金１件当たり、以下の国庫補助を実施。

・定率補助13～20%の組合　6,500円
・定率補助22～32%の組合　13,000円

※全国土木国保組合を除く。
※別途、出産育児一時金（50万円）のうち４分の１（12.5万円）相当は国庫補助を実施する（全国土木国保組合を除く）。

国民健康保険の産前産後保険料の免除

令和５年度当初予算案　**2** 億円（－億円）※()内は前年度当初予算額

1 事業の目的

○　国民健康保険制度の保険料は、加入者が等しく負担する均等割と所得に応じて負担する所得割により設定されている。その上で、低所得世帯に対しては、均等割保険料の軽減措置（７・５・２割軽減）が講じられている。

○　**子育て世帯の負担軽減、次世代育成支援等の観点**から、国・地方の取組として、国保制度において出産する被保険者に係る**産前産後期間相当分（４ヶ月間）の均等割保険料及び所得割保険料を免除する**。

（参考）**健保法等改正法　参議院附帯決議**（令和３年６月）
国民健康保険については、被用者保険と異なり（略）産前・産後期間等における保険料免除制度も設けられていないことから、少子化対策　等の観点を踏まえ、財源や保険料負担の在り方等も勘案しつつ、出産に関する保険料における配慮の必要性や在り方等を検討すること。

2 事業の概要・実施主体等

○　対象は、出産する被保険者とする。

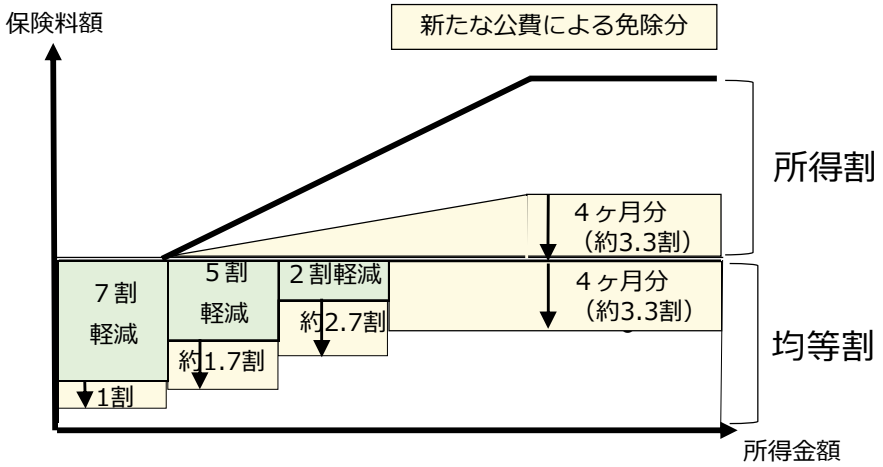
※　出産育児一時金支給件数：76,943件（令和２年度国民健康保険事業年報）

○　当該出産する被保険者に係る産前産後期間相当分（４ヶ月分）の均等割保険料と所得割保険料を公費により免除する。

○　令和５年度所要額（公費）４億円
（国１/２、都道府県１/４、市町村１/４）
※　令和５年度は、令和６年１月から３月までの３ヶ月間。年度ベースは16億円。

○　施行時期：**令和６年１月**（予定）

【イメージ：賦課方法が２方式（均等割、所得割）の場合】



医療情報化支援基金による支援

保険局医療介護連携政策課　保険データ企画室
医薬・生活衛生局総務課

令和５年度当初予算案　　289億円（735億円）※()内は前年度当初予算額

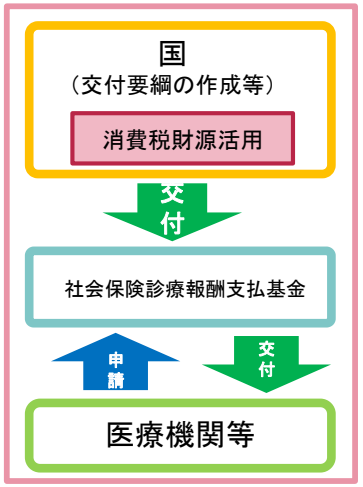
1 事業の目的

技術革新が進む中で、医療分野においてもＩＣＴを積極的に活用し、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築していくことが急務である。このため、令和元年度において、医療情報化支援基金を創設し、医療分野におけるＩＣＴ化を支援している。（「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」を改正。令和元年10月1日施行）

【対象事業】
① オンライン資格確認の導入に向けた医療機関・薬局のシステム整備の支援
② 電子カルテの標準化に向けた医療機関の電子カルテシステム等導入の支援
③ 電子処方箋導入に向けた医療機関・薬局のシステム整備の支援

2 事業の概要・スキーム・実施主体等

【対象事業①オンライン資格確認の導入について】
○ 「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」（令和2年6月12日施行）に基づき、顔認証付きカードリーダーを支払基金で一括調達し、医療機関及び薬局に配布（無償）。
○ 令和２年３月に実施要領を定め、診療所等は3/4補助、病院は1/2補助等とした。
○ 骨太方針2022（令和４年６月７日閣議決定）において、「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」とされたことに基づき、義務化に伴う補助の拡充を行ったことで、追加的に必要となった財源を措置する。
※拡充措置：診療所等は定額補助、病院は補助上限額の引上げ
○ 訪問看護ステーションや職域診療所での診療においても、オンライン資格確認を導入できるよう、システム整備を支援するため、医療情報化支援基金を拡充する。



【対象事業③電子処方箋の導入について】
○ 令和5年1月の電子処方箋導入に向けて医療機関・薬局が電子処方箋導入に必要となるシステムの改修経費等を医療情報化支援基金を活用し支援を行っている。
○ 令和5年度導入分の補助率を診療所等は1/2補助 、大規模病院・病院は１/３補助、大型チェーン薬局は1/4とするため医療情報化支援基金を拡充する。

実施主体：社会保険診療報酬支払基金

保険者努力支援制度

保険局国民健康保険課

令和５年度当初予算案　1,292億円（1,412億円）　※（）内は前年度当初予算額。令和5年度には財政安定化基金（特例基金）の財政基盤強化分から充てる額を含む。

1　事業の目的・概要

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

＜取組評価分＞（事業開始年度：平成30年度）

○医療費適正化に向けた取組等を評価する指標を設定し、都道府県・市町村の達成状況に応じて交付金を交付

・財政規模：912億円　※特別調整交付金（88億円）を活用し事業の財政規模は総額約1000億円

＜予防・健康づくり支援分（事業費分・事業費連動分）＞（事業開始年度：令和２年度）

○予防・健康づくり事業の事業費として都道府県・市町村に交付金を交付（事業費分）

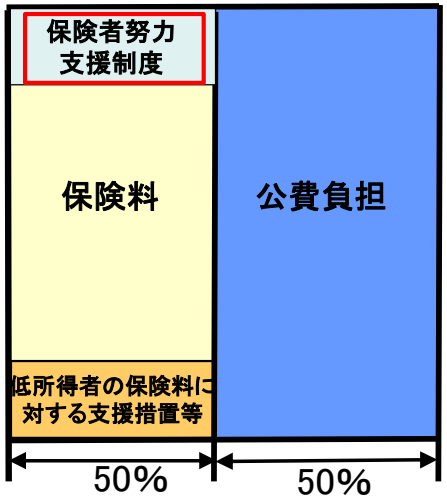
・財政規模：152億円　※従来の国保ヘルスアップ事業（特別調整交付金）を統合し事業の財政規模は総額202億円

○予防・健康づくり事業に関する評価指標を用いて都道府県に交付金を交付（事業費連動分）

・財政規模：228億円

※予防・健康づくり支援分の財政規模には財政安定化基金（特例基金）の財政基盤強化分の残額330億円から充てる額（80億円）を含む。なお、残り250億円は、国民健康保険事業の健全な運営の確保のために、令和５年度の各都道府県の予算編成において国保特会に繰り入れて活用する。また、執行実績を踏まえ、令和５年度で財政規模を縮減（▲120億円）している。

国保財政の仕組み（イメージ）



2　事業のスキーム・実施主体等

取組評価分

【交付金の配分方法】

○　都道府県・市町村ごとに、医療費適正化に向けた取組等に関する評価指標に基づいて採点

○　都道府県・市町村ごとの「点数」×「合計被保険者数」＝「総得点」を算出し、総得点で予算額を按分して配分

【交付金のプロセス】

（前年度）

①　国において評価指標を決定・提示

②　都道府県・市町村は評価指標に関する取組の実施状況を報告し、国において採点

③　国は、採点結果に基づいて交付見込額を内示

（当年度）

④　都道府県は市町村分も含め交付申請を行い、国は採点結果に基づいて交付決定し、都道府県に交付金を交付

⑤　都道府県は市町村に対し、市町村分の交付金を交付

予防・健康づくり支援分（事業費分・事業費連動分）

【（事業費分）交付金の配分方法】

○　都道府県・市町村ごとに、予防・健康づくり事業の事業費として配分

【（事業費分）交付金のプロセス】

（当年度）

①　市町村は、市町村事業計画を作成し、都道府県に提出

②　都道府県は、市町村事業計画を踏まえた都道府県事業計画を作成し、国に交付申請

③　国は、都道府県事業計画の内容を審査の上、交付決定し、都道府県に事業費を交付

④　都道府県は市町村に対し、市町村事業に係る事業費を交付

⑤　都道府県、市町村において事業を実施

【（事業費連動分）交付金の配分方法】

○　都道府県ごとに、予防・健康づくり事業に関する評価指標に基づいて採点

○　都道府県ごとの「点数」×「合計被保険者数」＝「総得点」を算出し、総得点で予算額を按分して配分

【（事業費連動分）交付金のプロセス】

（前年度）

①　国において評価指標を決定・提示

（当年度）

②　（都道府県事業計画を踏まえつつ）評価指標に基づいて採点

③　国は、採点結果に基づいて交付決定し、都道府県に交付金を交付

④　都道府県は、当年度の保険給付費に充当する形で予算執行

拡充

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の全国的な横展開事業

令和５年度当初予算案　1.0 億円（69百万円）　※（）内は前年度当初予算額

※令和４年度第二次補正予算額　14百万円

1　事業の目的

令和２年度より開始された「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施※」について、令和６年度までに全ての市町村において取組が実施されるよう、効果的な横展開を図る。※高齢者の心身の多様な課題に対してきめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施。

2　事業の概要・スキーム

国保中央会

国保連合会による広域連合と市町村の保健事業実施に係る支援をサポート

① ワーキンググループの開催
② 国保連合会・広域連合・都道府県等に対する市町村支援等に関する研修会の開催
③ 一体的実施・KDBシステム活用事例等発表会
④ KDB二次加工ツールの充実
⑤ 一体的実施の全国的な横展開支援　　等

報告・相談　サポート

国保連合会

広域連合及び市町村が一体的実施に取り組むための支援

① 広域連合・市町村向け研修会・セミナーの開催
② 保険者等の取組・KDB活用事例の収集
③ 支援・評価委員会との連携・活用
④ <u>個別自治体への支援</u>　等

※ 下線が令和５年度の拡充事項

サポート

連携

国（厚生労働省）

厚生労働科学研究事業

・一体的実施の事業検証
・KDB二次加工ツールの検証　等
⇒広域・市町村における事業開始の促進、一体的実施の課題の整理

研究成果

国保・高齢者医療を通じた健康課題への対応

広域連合・市町村

KDBシステム二次加工ツールの活用

広域連合が市町村に事業の一部を委託し、高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する。

● **業務の簡素化･標準化**
・優先介入対象リストの自動作成等、経験の浅い職員でも課題把握・課題解決を可能に

● **市町村のPDCA支援**
・ツール等の活用を通したPDCAの推進、効率的な業務改善、成果指標の抽出等

● **インセンティブの強化**
・PDCAと保険者インセンティブ指標の連動による取組の強化

3　実施主体等

・実施主体：国保中央会
　　国保連合会

・補助率　：定額

・事業実績：全広域連合及び全市町村等を対象に実施。

・一体的実施市町村数：
　３６１（令和２年度）
　７９３（令和３年度）
　※令和６年度までに全ての市町村での実施を目指す。
　※令和３年度の市町村数は令和４年２月時点

糖尿病性腎症患者重症化予防の取組への支援
（うち、糖尿病性腎症患者重症化予防の取組への支援）

保険局保険課

令和５年度当初予算案　52百万円（52百万円）※（）内は前年度当初予算額

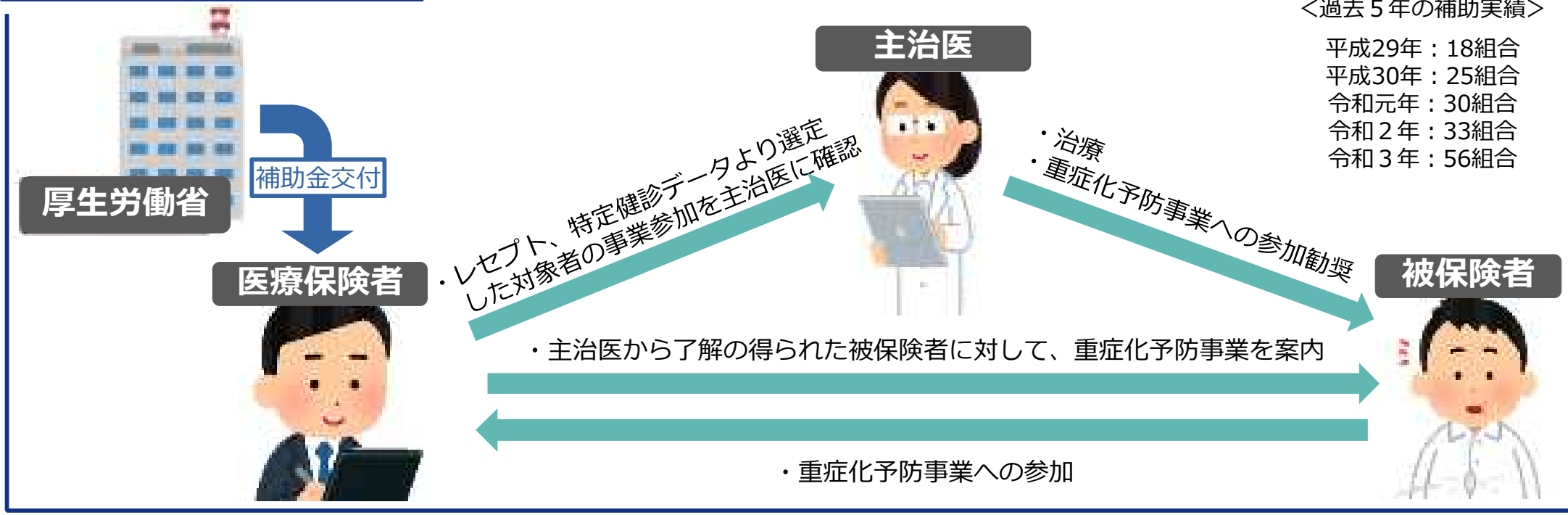
1　事業の目的

- 「新経済・財政再生計画改革工程表2020」（令和２年12月18日閣議決定）において、「重症化予防の先進・優良事例の把握を行うとともに、それを踏まえた糖尿病性腎症重症化予防プログラム等に基づき取組を推進」と掲げられている。
- 日本医師会、日本糖尿病対策推進会議との連携協定に基づく「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」等を参考にしながら、さらに効果的に取組を推進する。

2　事業の概要

- 糖尿病性腎症の患者等であって、生活習慣の改善により重症化の予防が期待される者に対して医療保険者が実施する、医療機関と連携した保健指導等の費用を補助する。
- 令和４年度より、糖尿病性腎症の重症化予防に加えて、**循環器病の予防・進行抑制を目的とした生活習慣病の重症化予防のための保健指導等も補助の対象とする拡充**を行った。

3　事業スキーム・実施主体等



＜過去５年の補助実績＞

平成29年：18組合
平成30年：25組合
令和元年：30組合
令和２年：33組合
令和３年：56組合

新規

糖尿病性腎症患者重症化予防事業を含む保健事業等への支援
（うち、糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引きの改訂等事業について）

令和５年度当初予算案　0.5億円

1　事業の目的

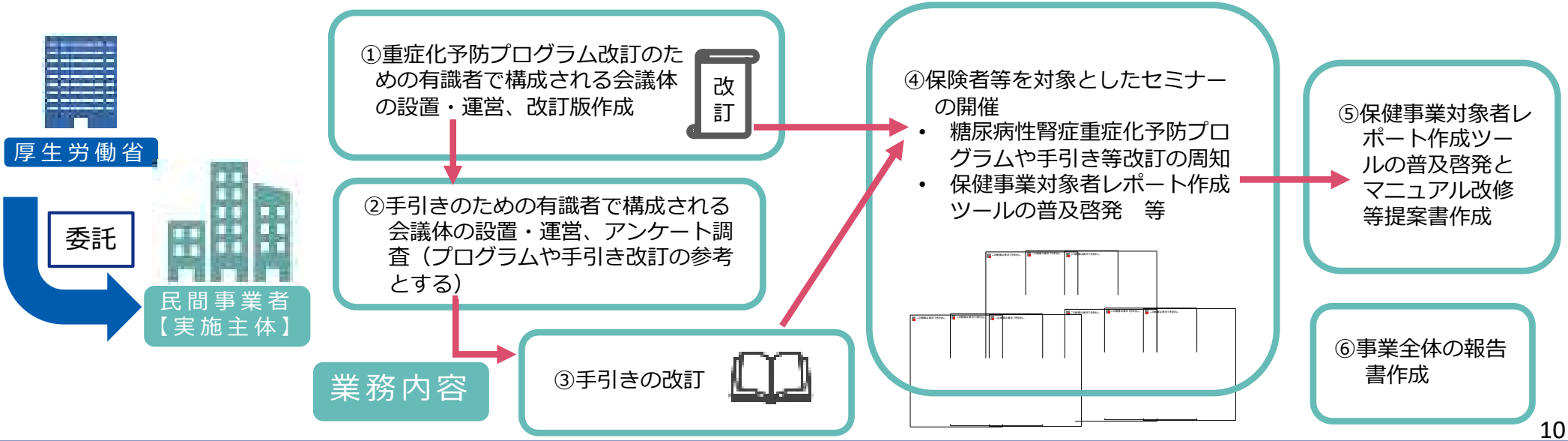
令和２年度から令和４年度にかけて実施された予防・健康づくりに関する大規模実証事業のうち、糖尿病性腎症重症化予防プログラム（※１）の効果検証事業（※２）の結果を踏まえ、重症化予防の取組を一層推進するために、糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引きの改訂等を行う。

※１糖尿病性腎症重症化予防プログラム（平成28年度策定、令和元年度改訂）は、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・受診中断者について、関係機関からの適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつけること等を目的としている。

※２糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証事業では、これまで保険者で行われてきた同プログラムに基づく取組の介入・支援の効果やエビデンスの検証を行った。

2　事業の概要・スキーム・実施主体等

- 厚生労働省からの委託により、以下の業務内容を実施する。



糖尿病性腎症患者重症化予防事業を含む保健事業等への支援
（うち、予防・健康づくりに関する大規模実証事業の実施）

保険局医療介護連携政策課
医療費適正化対策推進室

令和５年度当初予算案　82百万円（3.6億円）　※（）内は前年度当初予算額

1　事業の目的

○　令和2年度から令和4年度まで、保険者等による適切な予防健康事業の実施を促進するため、以下の事業を実施。
・予防・健康づくりの健康増進効果等のエビデンスを確認・蓄積するための実証事業
・健康増進効果等のエビデンスが示されており、保険者等が取り組みやすい予防・健康づくりの介入方法に関するポジティブリストの整理

○　令和5年度は、ポジティブリストを継続的にアップデートするとともに、保険者等が活用できるように整理する。

○　また、特定健診・保健指導の質向上のためのエビデンス収集のため、保険者等が被保険者や保健指導内容の詳細な情報を収集し、分析できるよう、健保組合等の主体的なエビデンスの蓄積を支援する。

2　事業の概要・スキーム・実施主体等

（１）ポジティブリストを継続的にアップデートするために、質の高い海外の予防・健康づくりに関する文献レビューのサマリを作成するとともに、ポジティブリストを保険者等が活用できるようにするために、国内事例への適用に関する情報を学識者と収集・追加する。

（２）特定健診・保健指導の質向上のためのエビデンス収集のためには、限られたNDBのデータだけではなく、より現場に近い保険者等が患者の詳細な情報や、保健指導の詳細な情報を収集し、自ら分析をすることが必要であるため、健保組合等の主体的なエビデンスの蓄積を支援する。

実施主体等

【実施主体】（１）委託事業、（２）保険者
【事業実績】
公募により選定された保険者
令和３年度：５保険者

プラットフォーム事業

2020年度

- 海外で健康増進効果が示されているトピックをリサーチして整理

2021年度

- 2020年度に整理したトピックのうち①侵襲がなく、セルフモニタリング等で実施が比較的容易なトピック、②国内でも類似研究が実施されているトピックの観点から、7つのトピックに絞り込み
- うち1つのトピックについて、社会実装する上での留意点や経済性分析の結果を追記

2022年度

- 社会実装する上での留意点や経済分析の結果を残り６つのトピックにも展開
- トピックごとに介入内容を統合・サマライズし、ポジティブリスト1.0として整理

ポジティブリスト1.0

2023年度－

ポジティブリスト1.0をもとにエビデンスの状況等を判断し、保険者等が利活用しやすいリストとして公開予定

糖尿病性腎症患者重症化予防事業を含む保健事業等への支援
（うち、保険者とかかりつけ医等の協働による加入者の予防健康づくり）

保険局医療介護連携政策課
医療費適正化対策推進室

令和５年度当初予算案　92百万円（1.1億円）　※（）内は前年度当初予算額

1　事業の目的

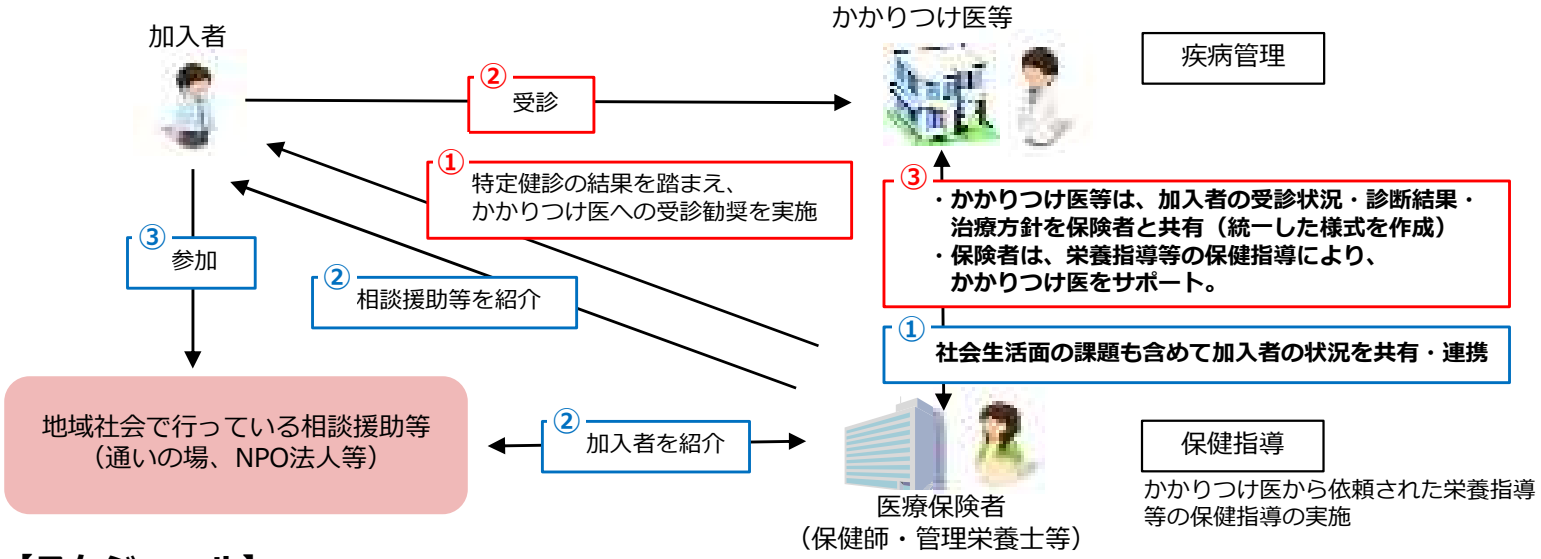
○　かかりつけ医等と医療保険者が協働し、加入者の健康面や社会生活面の課題について情報共有しながら、加入者の重症化予防に必要な栄養指導等の保健指導の実施や地域社会で行っている相談援助等の活用を進めることで、加入者の健康面及び社会生活面の課題を解決するための取組を推進する。

○　令和3年度は全国７箇所、令和4年度は全国６箇所の保険者協議会においてモデル事業を実施。

○　令和5年度は先進的な事例を横展開するとともに、モデル事業での実施結果を踏まえ保険者が活用可能な取りまとめを実施する。

2　事業の概要・スキーム・実施主体等

【イメージ】



実施主体等

【実施主体】
保険者協議会
委託事業（取りまとめ分）

【事業実績】
公募により選定された保険者協議会
令和３年度：７保険者協議会

【スケジュール】

2021（R3）～2022（R4）年度	2023（R5）年度	2024（R6）年度
モデル事業実施（保険者協議会で数カ所）	先進的事例の横展開 モデル事業実施結果取りまとめ	取りまとめを踏まえた保健事業等の実施

後期高齢者医療の被保険者に係る歯科健診事業

令和５年度当初予算案　7.0億円（7.0億円）　※（）内は前年度当初予算額

1　事業の目的

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

※経済財政運営と改革の基本方針2022

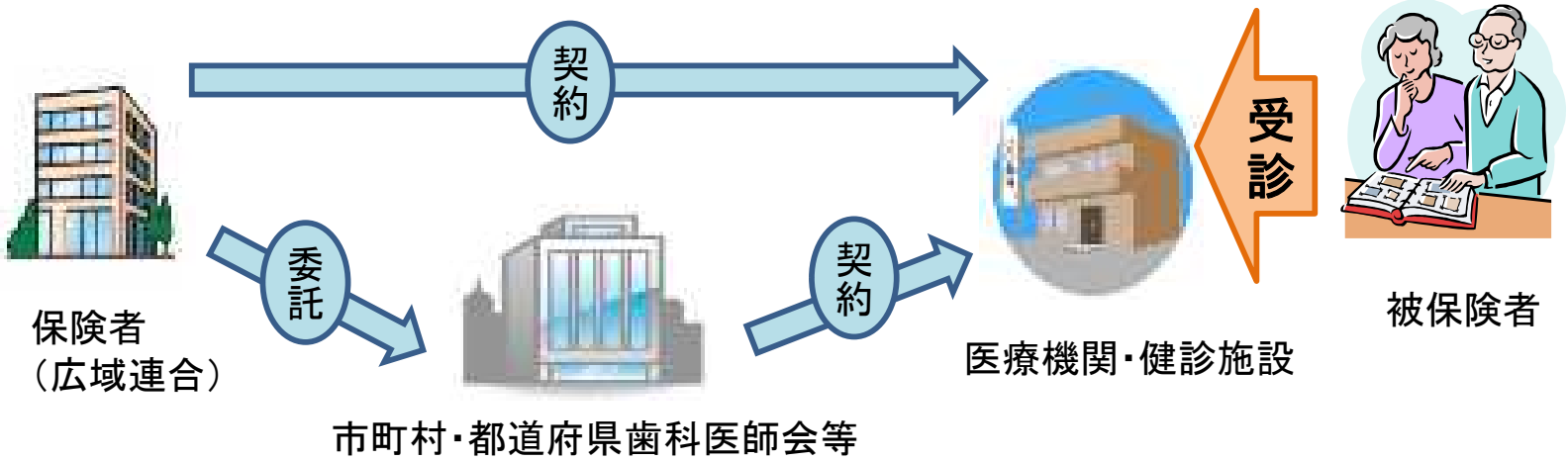
全身の健康と口腔の健康に関する科学的根拠の集積と国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）の具体的な検討、オーラルフレイル対策・疾病の重症化予防につながる歯科専門職による口腔健康管理の充実、歯科医療職間・医科歯科連携を始めとする関係職種間・関係機関間の連携、歯科衛生士・歯科技工士の人材確保、歯科技工を含む歯科領域におけるＩＣＴの活用を推進し、歯科保健医療提供体制の構築と強化に取り組む。また、市場価格に左右されない歯科用材料の導入を推進する。

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

〈例：後期高齢者を対象とした歯科健診マニュアル（H30.10策定）〉咀嚼機能、舌・口唇機能、嚥下機能、口腔乾燥、歯の状態等（歯の状態、粘膜の異常、歯周組織の状況）

○　市町村や都道府県歯科医師会等への委託等により実施。

2　事業の概要・スキーム



3　実施主体等

実施主体：広域連合

補助率：１／３

負担割合：国１／３、
地財措置１／３
保険料１／３

事業実績：実施広域連合数
４７(平成30年度)
４７(令和元年度)
４４(令和２年度)
４６(令和３年度)

レセプト・健診情報等の分析に基づいた保健事業等の推進
（うち、レセプト・健診情報等を活用したデータヘルスの推進事業）

保険局保険課

令和５年度当初予算案　1.0億円（1.1億円）※（）内は前年度当初予算額

※令和４年度二次補正予算額　50百万円

事業目的・概要

健康保険組合等の保険者において、データヘルスの取組を一層効果的・効率的に実施し、保険者機能を強化するための事業に係る費用を補助する。

- 保健事業を共同で実施するスキームの普及に向けた支援
- データヘルス計画の標準化推進や共通の評価指標の検討

保健事業の共同化支援に関する補助事業

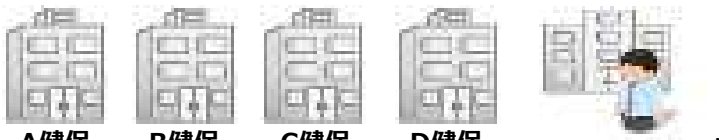
これまでの取組により、複数の保険者が共同で保健事業を実施することで、保健事業費のスケールメリットを享受できるなど付加価値が得られていることから、特定保健指導等の継続的な保健事業について、保健事業の共同化が自走するよう取組を支援。

※「経済財政運営と改革の基本方針2021」において、予防・重症化予防・健康づくりサービスの産業化に向けて、包括的な民間委託の活用が推進されるよう掲げられており、引き続き普及促進が必要。

【これまでの取組】
○平成29年～令和元年度：モデル事業実施
○令和２年度：手引きの作成・データヘルスポータルサイトに共同事業支援機能構築
○令和３～４年度：普及を目的とした補助事業実施

共同による保健事業

例）業種・業態や地域単位で共通する健康課題をもつ健保組合等で構成するコンソーシアム



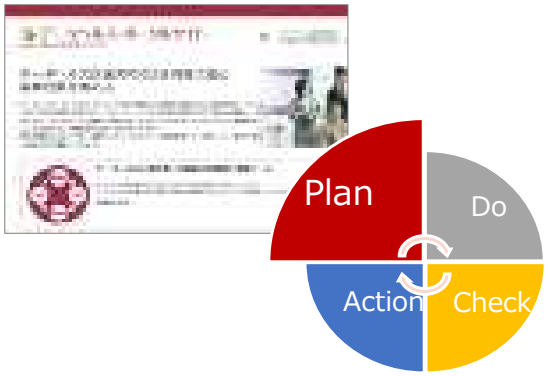
普及を支援

ＤＨ計画の標準化の推進に関する補助事業

データヘルス・ポータルサイトに蓄積される健康課題や保健事業の実績データをもとに、個別の健康課題に応じた効果的な保健事業のパターン化（標準化）の検討に係る費用を補助。

※「経済財政運営と改革の基本方針2021」において、保険者が策定するデータヘルス計画の標準化推進が掲げられており、補助を通じた支援が必要。

〈データヘルス・ポータルサイト〉
データヘルス計画の円滑な運営を支援することを目的に開設。健保組合は、ポータルサイトを活用して、計画策定および評価・見直しを実施。



レセプト・健診情報等の分析に基づいた保健事業等の推進
（うち、成果連動型民間委託契約方式保健事業（国庫債務負担行為分））

保険局保険課

令和５年度当初予算案　1.6億円（1.1億円）　※（）内は前年度当初予算額

1　事業の目的

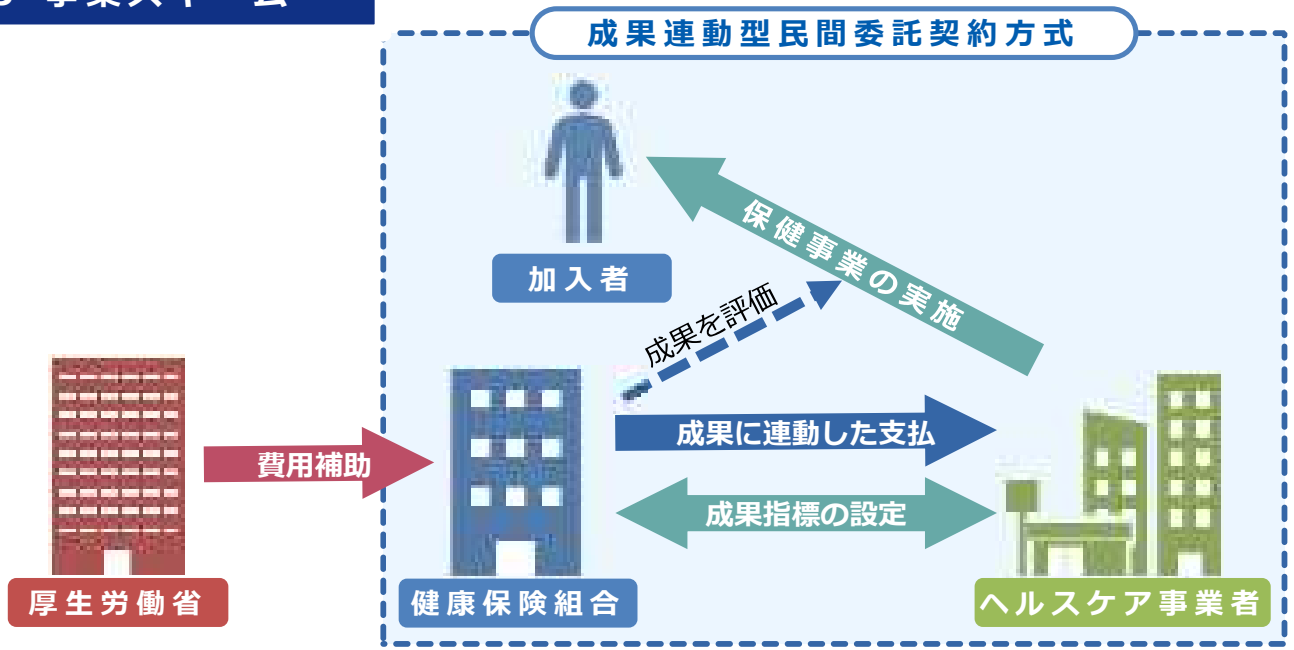
- 健康保険組合において、データヘルスの取組を一層効果的・効率的に実施し、保険者機能を強化するため、成果連動型民間委託契約方式（PFS）の保健事業のモデル構築のために係る費用を補助する。

※「経済財政運営と改革の基本方針2021」において、複数年にわたる成果連動型民間委託方式について、取り組む分野を拡大していくことが掲げられており、被用者保険においてもモデル事業構築及び普及促進が必要とされる。

2　事業の概要

- PFSによる保健事業とは、保険者が民間事業者に委託等して実施させる保健事業のうち、その事業により解決を目指す健康課題に対応した成果指標が設定され、民間事業者に支払う額等が当該成果指標の改善状況に連動するものを指す。
- 成果指標の改善状況に連動するリスクを民間事業者が負うことで、より事業の費用対効果が高まり、効果的・効率的な保健事業を実施することにつながることが期待される。

3　事業スキーム



4　実施主体等

- ■ 実施主体：健康保険組合
- ■ 補助期間：１年度～３年度
- ■ 補助上限：1,000万円／年
- ■ 補助率※：基礎分１／２
  成果連動分10／10

※ 総事業費は、事業の完了をもって支払われる基礎分と、成果指標の達成度合いに応じて支払われる成果連動分で構成する

レセプト・健診情報等の分析に基づいた保健事業等の推進
（うち、国保・後期ヘルスサポート事業）

保険局国民健康保険課
高齢者医療課

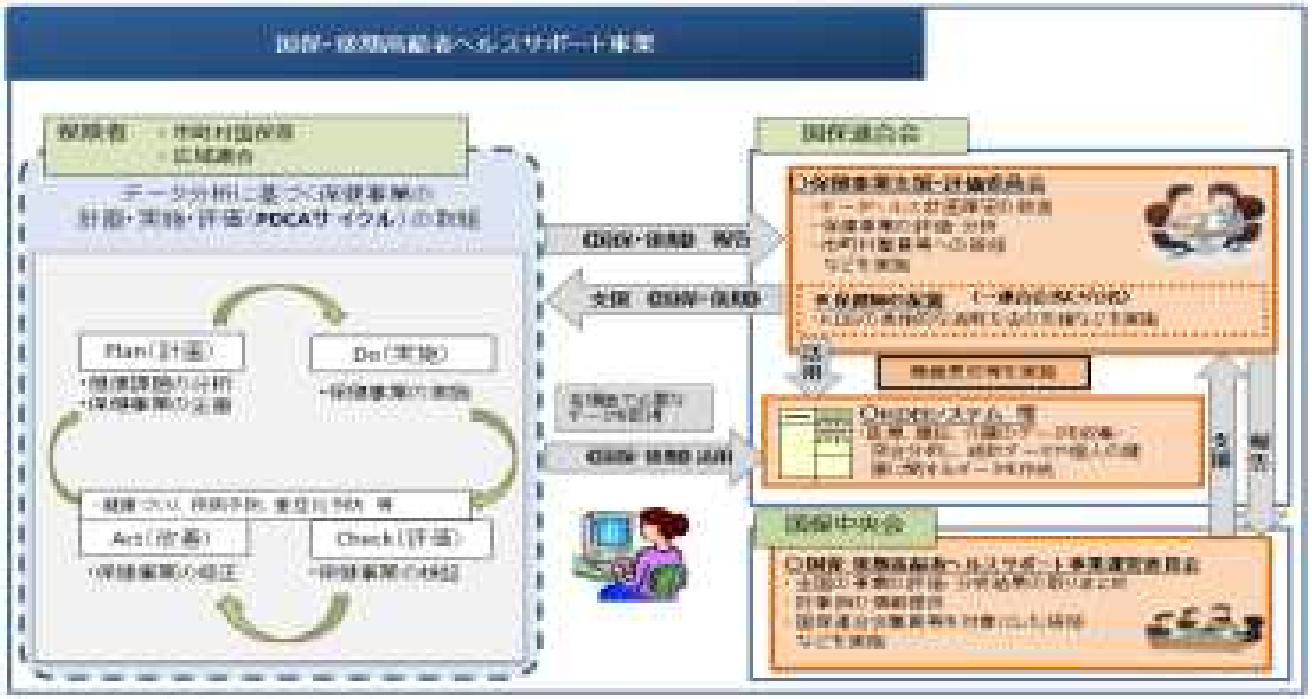
令和５年度当初予算案　3.8億円（国民健康保険団体連合会等補助金　3.7億円　後期高齢者医療制度関係業務事業費補助金　0.1億円）
（4.3億円）　※（）内は令和4年度予算額

1　事業の目的

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業は、年齢で途切れることのない連続性のある保健事業の展開を図ることを目指し、医療費適正化に資することを目的に、レセプト・健診情報等に基づく保健事業のPDCAサイクルに沿った効率的・効果的な実施に向け、KDBシステム等を活用した保健事業を行う市町村国保等に対する支援体制を構築する。

2　事業の概要・スキーム

レセプト・健診情報等のデータ分析に基づく保健事業のＰＤＣＡサイクルに沿った効率的・効果的な実施に向け、ＫＤＢシステム等を活用した保健事業を行う市町村国保等に対する支援を実施する。



3　実施主体等

- 実施主体　：　国民健康保険中央会・国民健康保険団体連合会
- 補助率　　：　国　7/8　等（後期：国民健康保険団体連合会へのみ補助（補助率1/2））

レセプト・健診情報等の分析に基づいた保健事業等の推進
（うち、特定健診・保健指導における医療費適正化効果検証事業）

保険局医療介護連携政策課
医療費適正化対策推進室

令和５年度当初予算案　51百万円（1.1億円）

1 事業の目的

○ レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB)のデータを用いて、都道府県別に外来・入院の医療費の構成要素を分析し医療費の増加と関係する要素を分析する事業や特定健診・保健指導による検査値の改善状況・行動変容への影響、医療費適正化効果について分析し、保険者の予防・健康づくりと医療費適正化を推進するための事業。

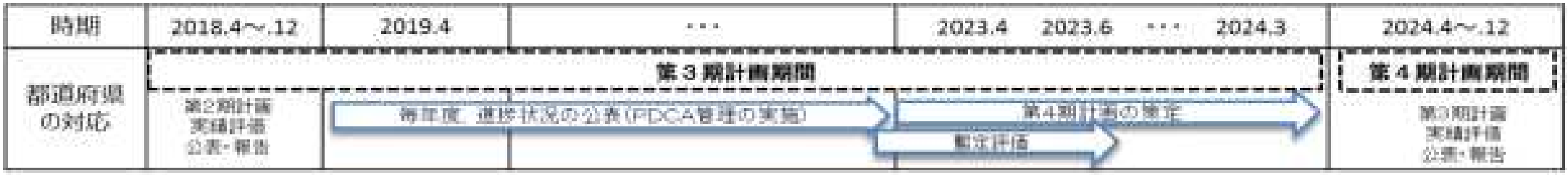
2 事業の概要・スキーム、実施主体等

（１）医療費適正化計画等に係るデータの集計及び分析等補助業務

都道府県の医療費適正化計画のPDCAサイクルを支援するため、NDBに収録されたデータを活用して、医療費の地域差や外来・入院医療費の構成要素を分析し、医療費の増加と関係する要素の分析作業を行う。また、都道府県別データブックの作成や医療費適正化効果推計ツールを更新し各都道府県へ配布する。

【主な分析内容】

・疾患別医療費内訳、地域差分析（都道府県別、二次医療圏別、保険者種別別）、入院・入院外別、性年齢階級別、全疾患集計　等



（２）レセプト情報・特定健診等情報の分析等に係る支援事業

特定健診等の医療費適正化効果を検証するため、NDBに収録されたデータを活用して、様々な調査・分析用資料を作成し、公表する。また、作成された調査・分析用資料について学術的な検証を実施するため、公衆衛生及び疫学等の知見を有する有識者により構成されるワーキンググループを設置・運営する。

【調査・分析用資料の例】

・レセプト情報と特定健診等情報を経年的に個人単位で紐付けた上で、特定保健指導の実施による検査値や医療費への効果を分析
・性年齢階級別、保険者種別、都道府県別の特定健診・保健指導の実施状況、メタボ率　等
・分析結果は、厚生労働省のホームページで広く公開

実施主体：委託事業（株式会社）

レセプト・健診情報等の分析に基づいた保健事業等の推進
（うち、高齢者の保健事業のあり方検討事業）

保険局高齢者医療課

令和５年度当初予算案　25 百万円（25百万円）※（）内は前年度当初予算額

１ 事業の目的

○　令和２年４月から開始された「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」について、令和６年度までに全ての市町村において取り組まれるよう、一体的実施の取組状況・現状分析や広域連合及び自治体への支援が求められている。

○　令和５年度は、調査分析や市町村の取組状況から課題の整理や効果検証を行い、効果的・効率的な事業実施に向けてガイドライン策定等を行う。

２ 事業の概要・スキーム・実施主体等

＜令和元年度＞
・ガイドライン（第２版）策定
＜令和２年度＞
・保健事業の実施状況調査
・先行事例調査
＜令和３年度＞
・ガイドライン補足版策定
＜令和４年度＞
・一体的実施、データヘルス計画の課題の整理
・効果的・効率的な実施に向けた支援
＜令和５年度＞（予定）
・ガイドライン（第３版）策定

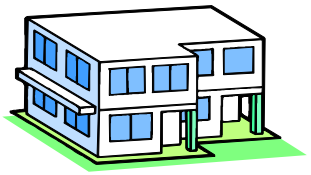
「高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ」により検討・精査

１．ヒアリング・検討班等の実施

（１）実施状況調査等の実施（広域連合・市町村を対象）
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について、調査により実施自治体、未実施自治体の状況から課題を整理し、必要な情報提供を実施。
（２）有識者・広域連合等による検討班「高齢者の保健事業のあり方検討WG」（年２回程度開催予定）
有識者や広域連合のブロック代表を構成員として、保健事業の趣旨・目的・背景、事業実施に必要な技術的、専門的事項等についての課題の整理や効果的・効率的な事業実施に向けた支援の検討等を行う。（ガイドライン策定等）
（３）その他、必要に応じて運営に係る会合を実施

「高齢者の保健事業のあり方検討WG」

検討結果を横展開



広域連合・市町村

２．事業検証会議の実施

○　高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組状況・現状分析
○　広域連合及び実施自治体・未実施自治体への指導助言
○　収集したデータに基づく詳細な分析
○　取組状況の類型化、類型ごとの効果検証
※年３回程度開催予定　※専門知識のある有識者が随時参加【構成員：10人程度】
※外部（民間シンクタンク）への委託により運営

保険者協議会における保健事業の効果的な実施支援事業

保険局医療介護連携政策課
医療費適正化対策推進室

令和５年度当初予算案　80百万円（80百万円）　※（）内は前年度当初予算額

1　事業の目的

○　保険者協議会は、都道府県単位で保険者横断的に住民の予防・健康づくりと医療費適正化を推進する取組を行っている。保険者が共通認識を持って取組を進めるよう、都道府県内の医療費の調査分析など、保険者が行う加入者の健康の保持増進や医療費適正化の効果的な取組を推進するために必要な体制を確保できるよう、補助するものである。

※１　都道府県内の医療費の適正化については、被用者保険を含め、都道府県と保険者が同じ意識をもって共同で取り組む必要がある。こうした観点から、保険者と後期高齢者広域連合が都道府県ごとに共同で「保険者協議会」を組織し（高齢者医療確保法）、都道府県や必要に応じて医療関係者等の参画も得て会議を開催している。

※２　第３期の医療費適正化計画からは、都道府県が医療費適正化計画の策定に当たって、保険者協議会に事前に協議することとなった。また、都道府県は、計画に盛り込んだ施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者協議会を通じて、保険者、医療関係者等に必要な協力を求めることができることとされている。

2　事業の概要・スキーム・実施主体等

【保険者協議会が行う事業（補助率）】（案）

◇保険者協議会の開催等（１／２）
医療計画（地域医療構想）、医療費適正化計画への意見提出に係る、専門家等を活用したデータ分析、意見聴取等を行うための保険者協議会、専門部会等の開催

◇データヘルスの推進等に係る事業（１／２）
保険者等が実施する、健康・医療情報を活用してＰＤＣＡサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の推進を図るために実施する事業等
※令和２年度より補助率を１０／１０→１／２へ改正

◇特定健診等に係る受診率向上のための普及啓発に係る事業（１／２）
特定健診等の受診率向上のため、保険者等が共同して行う積極的な普及・啓発活動等

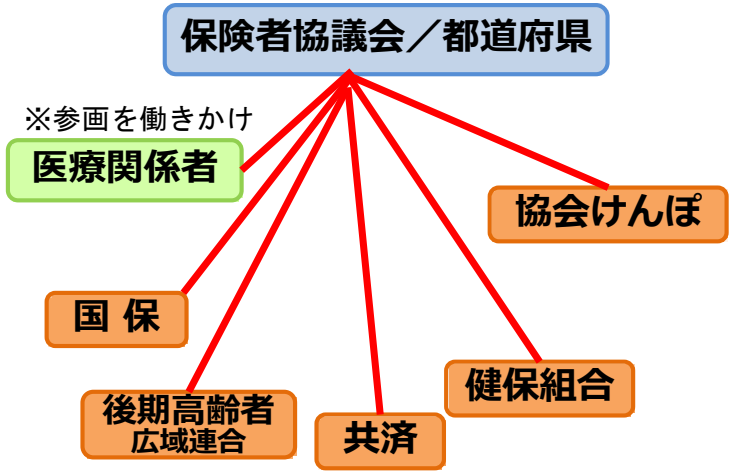
◇特定健診等の円滑な実施のための事業（１／２）
保険者等への情報提供を迅速かつ効率的に実施するためのHPの作成等

◇特定保健指導プログラム研修等事業（１／２）
特定保健指導を行う医師、保健師及び管理栄養士等に対するプログラム習得のための研修の実施

◇特定保健指導実施機関の評価事業（１／２）

◇特定健診と各種検診の同時実施の促進事業（１／２）
被用者保険の被扶養者向け健診と自治体のがん検診等の同時実施等

医療関係者等の協力も得て、協議会を活用しながら、健康増進や医療費分析等を推進



実施主体等
【実施主体】保険者協議会

予防・健康インセンティブ推進事業に係る経費

保険局医療介護連携政策課
医療費適正化対策推進室

令和５年度当初予算案　69百万円（69百万円）　※()内は前年度当初予算額

1 事業の目的

○ 健康長寿社会の実現や医療費の適正化を図るため、経済団体、保険者、自治体、医療関係団体等で構成される「日本健康会議」における先進的な予防・健康づくりのインセンティブを推進する自治体を増やすなどの目標を達成するための取組を支援するための経費。

2 事業の概要・スキーム・実施主体等

○ 2015年7月に、**「日本健康会議」**が発足。
・保険者等における先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げるための**民間主導の活動体**。
・**健康寿命の延伸**とともに**医療費の適正化**を図ることを目的。
・メンバーは、経済界・医療関係団体・自治体・保険者団体のリーダーおよび有識者で構成。

【第一期（2015年～2020年）】
(※)日本商工会議所会頭、日本医師会名誉会長、読売新聞会長が共同代表。

○ **予防・健康づくりの目標を設定（８つの宣言）**。
進捗状況をデータポータルサイトで「見える化」し取組を加速化。

○ 2020年度は5年間の活動の成果のまとめとして、令和２年９月30日に開催。

【第二期（2021年～2025年）】
(※)日本商工会議所会頭、日本医師会会長、読売新聞会長、健康保険組合連合会会長、全国知事会会長が共同代表。

○ **「経済団体、医療団体、保険者、自治体等の連携」、「厚労省と経産省の連携」、「官民の連携」**の3つの連携 により、コミュニティの結びつき定額、一人ひとりの健康管理、デジタル技術等の活用に力点を置いた健康づくりを応援することをコンセプトとして、令和３年10月29日に開催。

○ **「健康づくりに取り組む5つの実行宣言2025」**を採択。

「健康づくりに取り組む５つの実行宣言2025」

宣言1	**地域づくり・まちづくり**を通じて、生活していく中で健康でいられる環境整備に取り組む自治体を1,500市町村以上とする。
宣言2	47都道府県全てにおいて、**保険者協議会**を通じて、加入者及び医療者と一緒に予防・健康づくりの活動に取り組む。
宣言3	保険者とともに**健康経営**に取り組む企業等を10万社以上とする。
宣言4	加入者や企業への予防・健康づくりや健康保険の大切さについて**学ぶ場**の提供、及び**上手な医療のかかり方**を広める活動に取り組む、保険者を2,000保険者以上とする。
宣言5	感染症の不安と共存する社会において、**デジタル技術**を活用した生涯を通じた新しい予防・健康づくりに取り組む保険者を2,500保険者以上、医療機関・薬局を20万施設以上とする。

実施主体等

【実施主体】日本健康会議

看護の現場で働く方々の処遇改善の引き続きの実施

保険局医療課/総務課/保険課
国民健康保険課/高齢者医療課

令和５年度当初予算案　240億円（100億円）※（）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」（令和３年11月19日閣議決定）及び「公的価格評価検討委員会中間整理」（令和３年12月21日）を踏まえた、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象とする、収入を３％程度（月額平均12,000円相当）引き上げるための処遇改善の仕組み（令和４年10月から診療報酬により実施）について、令和５年度においても引き続き実施する。

2 事業の概要・スキーム・実施主体等

【診療報酬の内容】

○対象となる医療機関

・救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台／年以上の医療機関

・三次救急を担う医療機関

○対象となる職種

・看護職員（看護師、准看護師、保健師、助産師）

・医療機関の判断により、看護補助者・理学療法士・作業療法士等のコメディカルの賃金改善に充てることが可能

○点数の要件等

・入院日数に応じて支払われる入院基本料等に、それぞれの医療機関の看護職員数と延べ入院患者数に応じて、点数を上乗せ

$$\text{それぞれの医療機関の必要点数} = \frac{\text{看護職員の賃上げ必要額（それぞれの医療機関の看護職員数}\times 12{,}000\text{円}\times\text{社会保険負担率）}}{\text{それぞれの医療機関の延べ入院患者数}\times 10\text{円}}$$

・点数による収入の全額について、看護職員等の賃上げに充当することを求めるとともに、点数による収入の2/3について、看護職員等の賃金のベースアップに使用することを求める

・各医療機関に対し、看護職員等の賃金改善額と点数による収入額を記載した計画書及び実績報告書の提出を求める

【主な国庫負担割合】

協会けんぽ（164/1000）、市町村国保（32/100 及び 9/100）、後期高齢者医療（3/12 及び 1/12）

東日本大震災の特別措置の延長（医療保険者等への財政支援措置）

保険局国民健康保険課/保険課
高齢者医療課/医療費適正化対策推進室

令和５年度当初予算案　36億円（38億円）　※（）内は前年度当初予算額

1　事業の目的

保険者（市町村等）が、東日本大震災により被災した医療保険の被保険者について、保険料や一部負担金の免除措置を行った場合の財政支援を行うことで、当該保険者の医療保険事業運営の安定化を図る。

2　事業の概要・スキーム・実施主体等

1．一部負担金の免除等による財政支援〈29．3億円（29．3億円）〉

①一部負担金の免除等による財政支援
（29．1億円（29．1億円））

東電福島第一原発の事故により設定された避難指示区域等の住民の方の医療機関等での一部負担金を免除した保険者等への補助

②特定健診の自己負担金の免除等による財政支援等
（0．2億円（0．2億円））

東電福島第一原発の事故により設定された避難指示区域等の保険者等への補助

- 特定健康診査等に係る自己負担金に対する助成
- 避難先の保険者と被災元の保険者が実施する特定健康診査等の費用との差額に対する助成
- 被災者に対する特別措置についての周知事業

2．保険料の免除による財政支援　〈7．1億円（8．6億円）〉

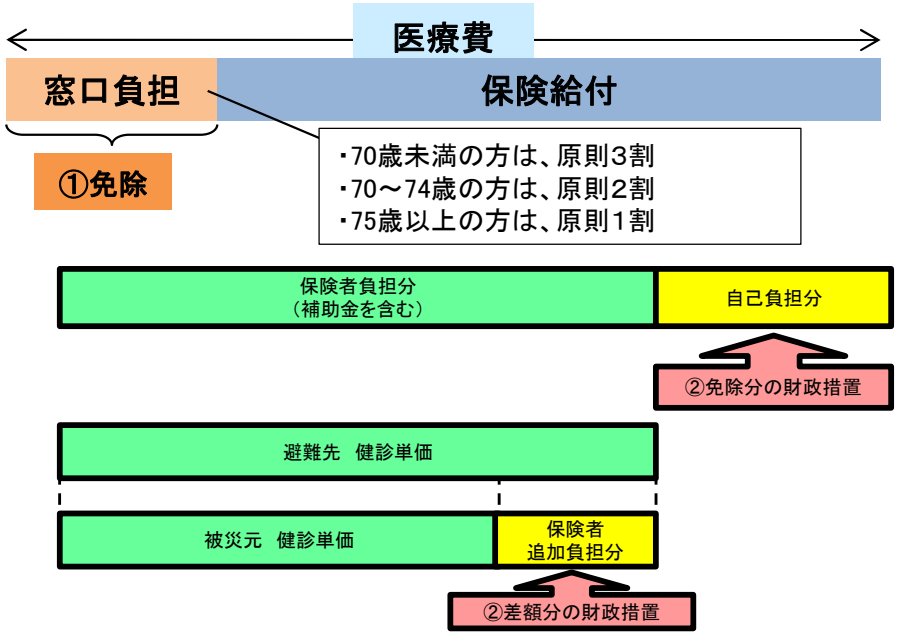
①保険料の免除による財政支援（6．0億円（7．3億円））※

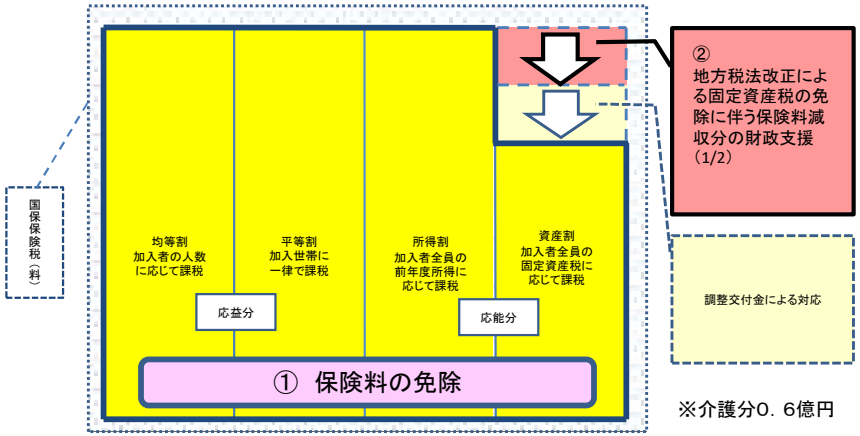
東電福島第一原発の事故により設定された避難指示区域等の住民の方の保険料を免除した保険者等への補助

※このほか、介護分0．6億円（0．7億円）

②固定資産税の課税免除に伴う保険者への財政支援
（1．1億円（1．3億円））

東電福島第一原発の事故により設定された避難指示区域等の固定資産税の免除に伴う保険料減収分の1/2を財政支援





※介護分0．6億円

（実施主体）
保険者（市町村等）

（負担割合）
国１０／１０

※　財源構成割合（復興特会：特別調整交付金）は、令和3年度以降は2：8。

新規 原発被災地の医療・介護保険料等の収納対策等支援

保険局国民健康保険課
保険局高齢者医療課
老健局介護保険計画課

令和５年度当初予算案　１億円　※復興特会のため復興庁一括計上予定

1 事業の目的

原子力災害被災地域における医療・介護保険料等の減免措置については、「第２期復興・創生期間」以降における東日本大震災からの復興の基本方針（令和３年３月９日閣議決定）を踏まえ、被災者の方々の実態を把握している関係自治体の御意見を聞きながら、丁寧に調整を行い、令和５年度から順次、見直すことを決定した。

減免措置の見直しの実施に当たっては、これまで10年以上にわたって免除対象であった被保険者から新たに保険料（税）を徴収するため、滞納によって、市町村の財政状況が悪化しないよう、国・市町村において、以下の取組が必要となる。

①国：当該減免措置の見直しを決定をした趣旨を全国の被保険者に周知し、理解いただく必要があることから、相談窓口（コールセンター）を設置し、被保険者が負担なく相談できる体制を整備すること

②市町村：収納率低下を防ぐため、通常の保険料（税）の徴収時に比べ、より一層、労力をかけて（あるいは勧奨の頻度を上げて）丁寧にきめ細かく（体制整備を含め）収納・滞納対策を実施する必要があること

上記取組については、関係市町村からも財政支援を強く要望されているところであり、福島県内の12市町村の財政安定化に向けた支援や12市町村以外の福島県内市町村も含めた収納・滞納対策に係る取組に対し、所要の財政措置を実施する。

2 事業の概要・スキーム

①国分：国（厚生労働省）のコールセンター設置：約0.15億円
：福島県内の12市町村の住民及び福島県以外に居住する対象者の医療・介護保険料等に関する不安や疑問に対応するため、コールセンターを設置。フリーダイヤルとし、負担なく相談できる体制を整備。

②市町村分：福島県内市町村が実施する以下の取組について一定の上限を設け補助：約0.85億円
《取組》口座振替等の勧奨通知等（口座振替等による保険料（税）の自動引き落としを推奨するための勧奨通知の作成・送付費用）
収納業務委託（外部の民間業者や国保連合会に収納事務を委託する場合の委託費用）
滞納対策等のための非常勤職員増員（納付相談や滞納処分を実施するために非常勤職員を増員した場合の人件費）
《補助上限額》保険料減免見直し対象市町村：対象人口等を考慮して上限額を設定
避難者の多い県内市町村：対象人口等を考慮して上限額を設定

3 実施主体等

- 実施主体：国（厚生労働省）
  県内市町村等（広野町、楢葉町、川内村、田村市、南相馬市、葛尾村、飯舘村、浪江町、川俣町、富岡町、大熊町、双葉町等）
- 補助率　：国（復興特会）　10/10

全世代型社会保障構築会議
報告書

～全世代で支え合い、人口減少・超高齢社会の課題を克服する～

令和4年12月16日

全世代型社会保障構築会議

全世代型社会保障構築会議　報告書

目次

Ⅰ．　はじめに 2

Ⅱ．　全世代型社会保障の基本的考え方 3

１．　目指すべき社会の将来方向 3

２．　全世代型社会保障の基本理念 5

３．　全世代型社会保障の構築に向けての取組 7

Ⅲ．　各分野における改革の方向性 9

１．　こども・子育て支援の充実 9

（１）　基本的方向 9

（２）　取り組むべき課題 9

（３）　今後の改革の工程 11

２．　働き方に中立的な社会保障制度等の構築 13

（１）　基本的方向 13

（２）　取り組むべき課題 13

（３）　今後の改革の工程 16

３．　医療・介護制度の改革 17

（１）　基本的方向 17

（２）　取り組むべき課題 17

（３）　今後の改革の工程 22

４．「地域共生社会」の実現 23

（１）　基本的方向 23

（２）　取り組むべき課題 23

（３）　今後の改革の工程 25

Ⅰ．　はじめに

○　全世代型社会保障構築会議（以下「会議」という。）は、2021 年 11 月、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築する観点から、社会保障全般の総合的な検討を行うため、全世代型社会保障改革担当大臣の下に開催された。あわせて、会議の下に、医療・介護・保育・障害福祉等における公的価格の在り方を検討するため、公的価格評価検討委員会（以下「委員会」という。）が設置された。その後、同年 12 月、閣議決定によって、内閣総理大臣を本部長とする全世代型社会保障構築本部（以下「本部」という。）が設置され、本年 1 月、改めて本部の決定によって会議及び委員会の設置が行われた。その後の検討状況は以下のとおりである。

・ 全世代型社会保障改革等についての議論を行い、5 月 17 日の第5回会議において「議論の中間整理」をとりまとめ、同日に開催された第2回本部に報告を行った。

・ 9 月 7 日の第3回本部において、内閣総理大臣から、「こども・子育て支援の充実」「働き方に中立的な社会保障制度等の構築」「医療・介護制度の改革」を主なテーマとして特に検討を深めるよう指示があり、第6回会議以降はそれを受けた議論を行い、さらに 11 月 11 日の第8回会議では関係団体からのヒアリングを実施した。

・ 11 月 24 日の第4回本部に「全世代型社会保障構築会議の論点整理（各分野の改革の方向性）」を報告し、内閣総理大臣からは、これに沿って年末に向けて検討を進め、早急に実施すべき課題と中長期的な課題を整理した上で、今後の改革の方向性を示す報告書をとりまとめるよう指示があった。

○　本報告書は、上記の経緯を踏まえ、これまで12回にわたって開催してきた会議での議論をとりまとめ、本部に対して報告するものである。政府においては、本報告書の内容に基づき、今後、全世代型社会保障の構築に向けて、着実に取組を進めることを期待する。

Ⅱ．　全世代型社会保障の基本的考え方

１．　目指すべき社会の将来方向

○　日本は、本格的な「少子高齢化・人口減少時代」を迎えようとしており、今はまさにそれに対処するために舵を切っていくべき重要な時期にあたる。この歴史的転換期において、今後の人口動態の変化や経済社会の変容を見据えつつ、日本が目指すべき社会の姿を描くこと、そして、その実現に向けて社会保障政策が取り組むべき課題を総合的かつ明確に示すことは、極めて重要である。そこで、まず、「全世代型社会保障」の構築を通じて目指すべき社会の将来方向として、次の３点をあげる。

◆ **「少子化・人口減少」の流れを変える**

2013 年の社会保障制度改革国民会議報告書は、少子化対策は、社会保障の持続可能性・経済成長を確かなものとする、「社会保障制度改革の基本」であると指摘した。政府は、これまで、この考え方に沿って、保育の受け皿整備や幼児教育・保育の無償化など様々な対策を講じてきたが、いまだに少子化の流れを変えるには至っていない。この流れを変えられなければ、日本の人口は急速かつ長期にわたって減少し続けることとなる。

こうした少子化・人口減少の進行は、経済活動における供給（生産）及び需要（消費）の縮小、社会保障機能の低下をもたらし、さらには、多くの地域社会を消滅の危機に導くなど、経済社会を「縮小スパイラル」に突入させることになるだろう。少子化は、まさに、国の存続そのものに関わる問題であると言っても過言ではない。

もとより、結婚、妊娠・出産、子育ては個人の自由な意思決定に基づくものであって、こどもを生み育てたいと考える個人の希望を叶えることは、個人の幸福追求を支援するという意味において重要である。他方、このことは同時に、少子化・人口減少の流れを大きく変え、危機的な状況から脱却することによって、経済と社会保障の持続可能性を高め、「成長と分配の好循環」を実現する上で、社会全体にも大きな福音となるものでもある。つまり、少子化対策は、個人の幸福追求と社会の福利向上をあわせて実現するという、極めて価値の大きい社会保障政策なのである。

こうした観点から、今日、最も緊急を要する取組は、「未来への投資」として、子育て・若者世代への支援を急速かつ強力に整備することである。少子化の背景には、経済社会の発展によって子育てに関わる直接的な費用や就業機会損失などの機会費用が増加する一方で、就業構造や就労環境の変化によって子育て・若者世代の雇用・所得が不安定なものとなっていることなどから、結婚、妊娠・出産、子育てを選択することに不安を感じ、それをためらう国民が増えていることがある。子育て費用を社会全体で分かち合い、こどもを生み育てたいと希望する全ての人が、安心して子育てができる環境を整備することこそ何よりも求められている。

わたしたちの目指すべき社会の将来方向の第一は、ここにある。

◆ **これからも続く「超高齢社会」に備える**

大胆な少子化対策によって人口減少の流れを変えると同時に、これからも続く超高齢社会に備えて、社会の持続可能性を高める対応を強化していかなければならない。

・ **働き方に中立的な社会保障制度を構築し、労働力を確保する**

具体的には、第一に、超高齢社会にあって、経済社会の支え手となる労働力を確保する必要がある。この点で、女性や高齢者の就労を最大限に促進し、その能力発揮を実現することが必要であり、誰もが安心して希望どおり働けるようにしていくことが目標となる。このためには、雇用や働き方に対して歪みをもたらすことのない「中立的」な社会保障制度の構築を進め、制度の包摂性を高めることで、女性や高齢者をはじめ誰もが安心して希望どおり働き、活躍できる社会を実現していく必要がある。また、子育て支援や健康寿命延伸、介護サービスに係る社会保障の充実は、女性や高齢者の就労を促進し、介護離職を減らすなど、支え手を増やす上でも重要となる。

・ **社会保障を皆で支える仕組みを構築し、ニーズの変化に的確に対応する**

第二に、社会保障給付を皆で支え合う仕組みを整備するとともに、国民一人ひとりがそれぞれの多様なニーズに対応するサービスを利用できる環境を創出する必要がある。高齢者人口（65 歳～）は、いわゆる団塊の世代が 2025 年までに全て 75 歳以上となった後、2042 年にピークを迎え減少し始めるが、その後も、より若い世代の人口減少も進む中で高齢人口比率は高止まりし、中でも 75 歳以上人口の比率は増え続けると見込まれる。

こうした見通しを踏まえ、増加する社会保障給付について、負担能力に応じて、全ての世代で、公平に支え合う仕組みを早急に強化するとともに、給付と負担のバランスを確保していく必要がある。さらに、医療や介護ニーズの増大や多様化する福祉ニーズに応える人材の確保・育成、働き方改革に力を注ぐとともに、こうしたニーズの変化に的確に対応した医療・介護サービス提供体制の確立やデジタル技術の積極的な活用により、住民にとって使いやすく、かつ効率的にサービスが利用できる環境を整備することが重要である。

◆ **「地域の支え合い」を強める**

さらに、高齢期はもとより、全ての世代において独居者が増加し、2035 年頃には、不安定な雇用・生活環境に直面してきた就職氷河期世代が高齢期を迎え始める中で、孤独・孤立の問題も深刻化するおそれがある。また、特に人口減少が急速に進む地域では、地域における支え合い機能が低下し、日常生活の維持も困難になってくると想定される。

こうした中で、人々が地域社会とつながりながら安心して生活を送ることのできる社会の構築を目指さなければならない。そのためには、多様なニーズを有する人々を支える観点から、それぞれの地域において、医療・介護・福祉をはじめとする包括的なケアを提供する体制の整備が求められる。また、今後、地域住民の生活を守るためには、住民同士が助け合う「互助」の機能の強化も必要となってくる。さらに、高齢期をはじめ全ての世代の人々に

とって、その生活維持の重要な支えとなる「住まい」の確保を社会保障の重要な課題として位置づけ、本格的に取り組まなければならない。

２．　全世代型社会保障の基本理念

○　日本の社会保障は、戦後 70 年以上の歴史の中で、国民生活の安定や経済社会の発展に大きく貢献してきた。一方で、これまで、時々の情勢に応じて制度改正を重ねてきた結果として、各制度は複雑化・専門特化し、制度ごとの縦割りや制度間の不整合といった問題も指摘されている状況にある。

○　こうした中で、社会保障の全体像をいま一度俯瞰し、その再構築を図ることが、「全世代型社会保障」に求められていることである。その基本理念は、「１．目指すべき社会の将来方向」を踏まえ、以下の５点に集約することができる。これらの基本理念に基づいた社会保障の構築は、国民一人ひとりが、互いにリスクに備え合い、社会に参加する個人として、それぞれの生き方を自ら選択することができ、その生き方が尊重される社会を創る上での不可欠な条件と言える。

◆ 「将来世代」の安心を保障する

「全世代型社会保障」とは、全ての世代にとって安心できる社会保障である。この「全世代」は、若年期、壮中年期及び高齢期はもとより、これから生まれる「将来世代」も含むものとして考える必要がある。

将来にわたって社会保障制度を持続させ、将来世代が安心して暮らしていけるようにするためには、負担を将来世代へ先送りせず、同時に、社会保障給付の不断の見直しを図る必要がある。そして、社会保障を含む経済社会の「支え手」を増やしながら、今の世代で制度を支えていくことを基本理念に置かなければならない。このことは、現在の現役世代の安心を確保することにもつながるものである。

◆ 能力に応じて、全世代が支え合う

「全世代型社会保障」は、年齢に関わりなく、全ての国民が、その能力に応じて負担し、支え合うことによって、それぞれの人生のステージに応じて、必要な保障がバランスよく提供されることを目指すものである。

超高齢社会にあっては、社会保障は世代を超えた全ての人々が連帯し、困難を分かち合い、未来の社会に向けて協力し合うためにあるという認識を、世代間対立に陥ることなく、全ての世代にわたって広く共有していかなければならない。すなわち、「全世代型社会保障」の要諦は、「社会保障を支えるのは若い世代であり、高齢者は支えられる世代である」という固定観念を払しょくし、「全世代で社会保障を支え、また社会保障は全世代を支える」ということにある。

◆ 個人の幸福とともに、社会全体を幸福にする

社会保障は、元来、個人の力だけでは備えることに限界がある課題や、リスク、不確実性に対して、社会全体での支え合いによって、個人の幸福増進を図るために存在するものである。例えば、少子化対策はこどもを生み育てたい個人の希望を実現するためのものであり、医療保険は健康な生活を送るため、年金は個人の老後の生活を守るためのものである。しかし、それらは同時に、少子化・人口減少の流れを変え、健康寿命を伸ばし、高齢者による消費、ひいては高齢者の多く住む地方の消費を下支えするという意味では、社会全体も幸福にする。

さらに、個人と社会を共に豊かにするという観点からは、消費の中心的な担い手である「中間層」を厚くし、「成長と分配の好循環」の実現にも寄与するという社会保障の意義を再認識すべきである。すなわち、市場による働きによって生じた所得分配の歪みに対して、社会保障は、より必要な人たちにより多くの所得を再分配する機能を発揮することによって、格差の是正や貧困の解消を図り、消費や「人への投資」を活発にすることができる。加えて、格差の固定化を防ぎ、貧困の連鎖を断ち切る役割を果たすことで、全ての人々が未来に向けて果敢に挑戦することのできる活力あふれる社会を創り出す鍵ともなる。こうした意味でも、社会保障は、単なる社会的な支出にとどまらず、社会的に大きな効果をもたらすものであり、財源調達とあわせて、その機能が発揮されるようにすることが重要である。

また、こうした社会保障の機能が十全に発揮されるためには、人々を働き方や勤務先の企業の属性などによって制度的に排除することなく、社会保障制度の内に包摂していくことが重要となる。それによって、社会の分断を防ぎ、統合を強めていくことは、若者世代における格差拡大が懸念される今日において、特に強調されるべきことである。

◆ 制度を支える人材やサービス提供体制を重視する

社会保障は、法令や制度、財源のみによって成り立ち得るものではない。医療・介護・福祉など多くの社会保障サービスを支えているのは現場の人材であって、これまで、社会保障は、この分野で働く方々の増加によって支えられ、その発展を遂げてきた。しかし、今や事態は変わり、介護、保育をはじめ各分野において、人材不足の傾向が顕著となっている。今後、労働力がさらに減少していく中で、人材の確保・育成や働き方改革、経営の見える化とあわせた処遇改善、医療・介護現場の生産性の向上、業務の効率化がますます重要になってくる。同時に、人が人を受け止め、寄り添いながら支援することが、互いに心を通わせ、生きる力を高めていくということの重要性も忘れてはならない。

そのうえで、医療・介護などのサービス提供体制については、今後の医療・介護ニーズや人口動態の変化、コロナ禍で顕在化した課題も踏まえ、質の高い医療・介護を効率的・効果的に提供できる体制を構築するため、機能分化と連携をより一層進め、国民目線での改革に取り組むことが重要となる。

◆ **社会保障のDX（デジタルトランスフォーメーション）に積極的に取り組む**

社会保障制度全般について、マイナンバー制度の下で保有されるデータを含め、幅広い主体によって保有される関係データを連携し、そのデータの活用を推進するとともに、こうした豊富なデータに基づき、個別の社会保障政策における EBPM[1]の実現を目指す必要がある。あわせて、社会保障におけるデジタル技術の導入を積極的に図ることによって、社会保障給付に要する事務コストを大幅に効率化するとともに、プッシュ型による現金給付や個別サービスの提供を行うことができる環境を整備していくことが重要である。

このように、日々著しい進展を遂げるデジタル技術を積極的に活用し、社会保障分野に革新的なイノベーションをもたらすことは、人々の生活をさらに豊かなものとする。最新のデジタル技術は、規格の共通化・標準化や業務の効率化にとどまらず、医療技術・医薬品の開発、健康・医療・生活情報に関わる新たなサービスや付加価値の創造にも寄与する。そして、何よりも、「困っている人に対し、公平、迅速、かつ効率的に支援を届ける」という、社会支援のベースとなる社会インフラの整備において制度的な革新をもたらすものである。

こうした視点に立ち、関係省庁が連携をしながら、政府一体となって、社会保障制度全体におけるデジタル技術の積極的な活用を図っていくことが重要である。また、その際、デジタルではどうしても代替できない部分について、リアルな人と人とのかかわりによる支援を適切に組み合わせるという視点も重要である。

３．　全世代型社会保障の構築に向けての取組

○　「２．全世代型社会保障の基本理念」に基づき、「全世代型社会保障」を構築していくにあたっては、それぞれの地域ごとに高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる時期が大きく異なることを前提として、2040 年頃までを視野に入れつつ、足元の短期的課題とともに、当面の 2025 年や 2030 年を目指した中長期的な課題について、しっかりとした「時間軸」を持って取組を進めていくことが重要である。さらに、社会保障ニーズや活用可能資源の地域的差異を考慮した「地域軸」も踏まえた取組も必要である。

◆ **「時間軸」の視点**

「時間軸」を考える上では、課題の緊急性や重大性、さらには一定の効果をあげるまでのリードタイム（所要時間）の長さ、対象となる利用者や関係者の広がりなどを念頭に置いて、計画的に取り組むべき課題の順序を適切に設定する必要がある。

これにより、着実な改革の実施を担保することは、社会保障制度の持続可能性に関する国民の不安を解消することにもつながるものである。

[1] EBPM（Evidence-based policy making：証拠に基づく政策立案）とは、政策の企画をその場限りのエピソードに頼るのではなく、政策目的を明確化したうえで合理的根拠（エビデンス）に基づくものとすること。

そこで、本会議として、以下「Ⅲ．各分野における改革の方向性」のとりまとめに際して、それぞれの分野ごとに具体的な「今後の改革の工程」をあわせて提示した。重要なのは、国民や関係者に対して、できる限り早い段階で、今後、取り組むべき課題とその時期を示し、国民的な合意の形成に努めることである。

◆ **「地域軸」の視点**

少子高齢化・人口減少が進む中で、地域によって、社会保障をめぐるニーズや、人材など活用が可能な資源の状況は大きく異なってくる。例えば、既に人口減少の急速に進んでいる地域においては、少子化対策をはじめ各分野の課題は、目の前の課題として直ちに取り組むべきものとなる。したがって、「全世代型社会保障」を構築するにあたっては、全国一律の対応ではなく、それぞれの地域が、その特性に応じて取り組むべき課題を摘出し、解決の手法や仕組みを考案していくことが重要である。

このため、国においても、今後明らかになる新たな「地域別将来推計人口」も踏まえ、各地方自治体において各分野（保健・医療・介護・福祉・地方創生など）の計画・戦略を策定する際にポイントとなる課題や考え方、事例などを提供し、地域における検討の一助としていくことが望まれる。

Ⅲ．　各分野における改革の方向性

１．　こども・子育て支援の充実

（1）　基本的方向

○　こども・子育て支援については、消費税率引上げなどの財源を活用して、大幅に予算を拡充しながら、保育の受け皿整備や幼児教育・保育の無償化などの取組を積極的に進めてきており、その結果、例えば、待機児童数が大幅に減少するなど大きな成果も見られる[2]。しかしながら、少子化の流れを変えるには至っておらず、更に足元ではコロナ禍で出生数が低下しており、この危機的な状況から脱却するための更なる対策が求められる。

○　今後、こども家庭庁の下で、こども政策を総合的に推進するための「こども大綱」を策定する中で、特に、現行制度で手薄な０～２歳児へのきめ細やかな支援が重要との認識の下、「未来への投資」として、社会全体でこども・子育てを支援する観点から、妊娠・出産・子育てを通じた切れ目ない包括的支援を早期に構築すべきである。また、あわせて、恒久的な施策には恒久的な財源が必要であり、「経済財政運営と改革の基本方針 2022」（「骨太の方針 2022」）の方針に沿って、全ての世代で、こどもや子育て・若者世代を支えるという視点から、支援策の更なる具体化とあわせて検討すべきである。

○　まずは、下記（2）に掲げる支援策の具体化に取り組み、これも含め、こどもの視点に立って、必要なこども政策が何か、体系的にとりまとめることが重要であり、来年度の「骨太の方針」において、将来的にこども予算の倍増を目指していく上での当面の道筋を示していくことが必要である。

○　その際、０～２歳児に焦点を当てた支援の早期構築後には、幅広い年齢層の子育て世帯に対する経済的支援の充実を検討する必要がある。また、今後、こども・子育て支援の現場においても、DX の推進によるサービス提供の変革・効率化を図ることが重要であることを十分に意識し、必要な対応を検討するべきである[3]。

（2）　取り組むべき課題

①　全ての妊産婦・子育て世帯支援

○　全ての妊産婦・子育て世帯において、親の働き方やライフスタイル、こどもの年齢や発達段階に応じて、必要な支援サービスを適切に選択し、利用することのできる環境を整備する観点から、現金給付と現物給付を適切に組み合わせ、妊娠・出産・子育てを通じて、切れ目なく、必要な社会的支援が包括的に提供される制度を構築していくことが重要である。

---

[2] 少子化対策関係の予算額は 2013 年度の約 3.3 兆円から 2022 年度の約 6.1 兆円となり、その間、保育の受け皿を約 241 万人から約 323 万人まで拡大させ、その結果、待機児童数は、2013 年度以降最も多かった 2017 年度の約 2.6 万人から 2022 年度は約 0.3 万人まで減少している。

[3] 今後のこども政策のとりまとめにあたっても、デジタル技術の積極的な導入を図ることが重要である。

◆ **妊娠時から寄り添う「伴走型相談支援」と経済的支援の充実（0～2歳児の支援拡充）**

全ての妊婦・子育て世帯が安心して出産・子育てができるよう、妊娠時から出産・子育てまで一貫して身近で相談に応じ、様々なニーズに即した必要なサービスにつなぐ「伴走型相談支援」の充実を図るとともに、妊婦を含めて、低年齢児を育てる子育て世帯への経済的な支援（必要な物品購入やサービス利用の負担軽減）の充実を図る必要がある。

◆ **全ての希望者が、産前・産後ケアや一時預かりなどを利用できる環境の整備**

産前・産後の心身の負担を軽減するため、希望する全ての方が産前・産後ケアを利用することができるよう、産前・産後ケアの体制の充実を図るとともに、利用者負担の軽減を図る必要がある。

また、育児の負担や孤立感を解消するとともに、低年齢のこどもの良質な成育環境を確保することが重要であることも踏まえ、未就園児の親についても、一時預かりなどの必要なサービスの利用を保障するなどの支援の充実を図る必要がある。

◆ **出産育児一時金の大幅な増額**

増加する出産費用の負担を軽減する観点から、出産育児一時金について、来年 4 月から 50 万円に引き上げるとともに、出産費用の見える化及びその効果検証を実施すべきである。

その際、後期高齢者医療制度創設前は、出産育児一時金について、高齢者世代も負担していた経緯や、負担能力のある後期高齢者も含めて医療保険制度全体で支え合うという観点も踏まえ、現役世代・後期高齢者の保険料負担額に基づいて、後期高齢者医療制度が出産育児一時金に係る費用の一部を支援する仕組みを導入すべきである。

◆ **不妊治療等に関する支援**

不妊治療に対する経済的な支援（本年 4 月から保険適用）や仕事との両立支援、プレコンセプションケア（性や妊娠に関する相談支援）の推進を図る必要がある。

② 仕事と子育ての両立支援 （「仕事か、子育てか」の二者択一を迫られている状況の是正）

○ 今なお、こどもを持つことにより所得が低下するか、それを避けるためにこどもを持つことを断念するか、といった「仕事か、子育てか」の二者択一を迫られる状況が見られることから、保育の利用保障の強化や両立支援に係る給付の拡充など、こどもを生み育てたいと希望する全ての人が、働き方にかかわらず安心して子育てができる環境の整備を進める必要がある。

◆ **保育の枠を確保できる入所予約システムの構築**

育児休業後において、切れ目なく保育を利用でき、また、円滑に職場復帰できるよう、保育の利用開始希望時期について、予め相談して、保育の枠を確保することのできる入所予約システムの構築を図る必要がある。

◆ **子育て期の長時間労働の是正、柔軟な働き方の促進**

正規雇用労働者を中心として、労働時間の長さが育児時間の短さにつながり、男女双方の子育てや働き方にも影響を与えていることから、子育て期において、長時間労働の是正（残業免除等）や、労働者のニーズや個々の職場の状況等に応じて、時短勤務、テレワークなどを組み合わせた柔軟な働き方を可能とする仕組みについて検討すべきである。

◆ **育児休業取得の一層の促進と時短勤務を選択する際の支援**

男女ともに子育て期における柔軟な働き方の選択肢を広げられるよう、育児休業の取得を促進するとともに、希望する方が時短勤務を選択しやすくする給付の創設を検討すべきである。

◆ **非正規雇用労働者の処遇改善と短時間労働者への更なる支援**

非正規雇用労働者の待遇差や雇用の不安定さが少子化の背景になっていることを踏まえ、「同一労働同一賃金」[4]の徹底を図ることとあわせて、雇用のセーフティネットや育児休業給付の対象外となっている短時間労働者への支援を検討すべきである。

◆ **育児休業給付の対象外である方々への支援**

自営業者やフリーランス・ギグワーカー[5]等に対する育児期間中の給付の創設についても、子育て期の就労に関する機会損失への対応という観点から、検討を進めるべきである。

（3） 今後の改革の工程

① 足元の課題

- 出産育児一時金の引上げと出産費用の見える化等
- 令和 4 年度第二次補正予算で措置された、妊娠時から出産・子育てまで一貫した伴走型相談支援と妊娠届出・出生届出を行った妊婦・子育て世帯に対する経済的支援をあわせたパッケージを、恒久的な財源を確保しつつ継続的に実施

---

[4] 「働き方改革」の一環として導入された、パート・有期雇用労働法等に基づく不合理な待遇差の禁止。

[5] フリーランスとは、実店舗がなく、雇人もいない自営業や一人社長であって、自身の経験や知識、スキルを活用して収入を得る者（「フリーランスとして安心して働ける環境を整備するためのガイドライン」の定義）のこと。ギグワーカーは、一般的に、インターネットを通じて短期・単発の仕事を請け負い、個人で働く就業形態で働く者のことを指す。

② 来年、早急に具体化を進めるべき項目

- １．（2）において記載された項目のうち、上記①以外の項目
- 「骨太の方針 2022」にもあるように、こども・子育て支援の充実を支える安定的な財源について、企業を含め社会全体で連帯し、公平な立場で、広く負担し、支える仕組みの検討
- ０～２歳児に焦点を当てた切れ目のない包括的支援の早期構築後の課題として、児童手当の拡充などについて恒久的な財源とあわせて検討

２．　働き方に中立的な社会保障制度等の構築

（1） 基本的方向

○　国民の価値観やライフスタイルが多様化し、働き方の多様化もますます進んでいる。こうした中で、格差の固定化や貧困の防止を図り、社会の分断を防ぐ観点からも、どのような働き方をしてもセーフティネットが確保され、誰もが安心して希望どおりに働くことができる社会保障制度等を構築することが求められている。

○　同時に、少子化対策の観点からも、子育て・若者世代が将来に展望を持つことができ、生涯未婚率の低下にもつなげられるよう、労働市場、雇用の在り方について不断に見直しを図ることが重要であり、非正規雇用労働者を取り巻く課題の解決や、希望すれば誰もが主体的に成長分野などの企業へ円滑に移動できるような環境整備を図ることが必要である。このことは、「構造的な賃上げ」につながるとともに、国民所得の持続的な向上によって社会保障制度の持続可能性を支えることにもなる。

（2） 取り組むべき課題

① 勤労者皆保険の実現に向けた取組

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

◆　短時間労働者への被用者保険の適用に関する企業規模要件の撤廃

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

◆　個人事業所の非適用業種の解消

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

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

◆　週労働時間 20 時間未満の短時間労働者への適用拡大

週労働時間 20 時間未満の短時間労働者についても、被用者にとってふさわしく、雇用の在り方に中立的な被用者保険を提供する観点からは、被用者保険の適用除外となっている規定を見直し、適用拡大を図ることが適当と考えられることから、そのための具体的な方

策について、実務面での課題や国民年金制度との整合性等を踏まえつつ、着実に検討を進めるべきである。

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

◆ **フリーランス・ギグワーカーについて**

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

具体的には、まずは、「フリーランスとして安心して働ける環境を整備するためのガイドライン」[6]に照らして、現行の労働基準法上の「労働者」に該当する方々については、「被用者性」も認められ、適用除外の対象となる場合を除いて被用者保険が適用される旨を明確化した上で、その適用が確実なものとなるよう、必要な対応を早急に講ずるべきである。

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

◆ **デジタル技術の活用**

被用者保険の適用拡大を更に進めていくにあたっては、マイナンバー制度を含め、デジタル技術の積極的な活用[7]を図ることによって、働く人一人ひとりの就労状況や所得を公平かつ正確に把握できる環境整備が重要である。

◆ **女性の就労の制約と指摘される制度等について**

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

◆ **被用者保険適用拡大の更なる推進に向けた環境整備・広報の充実**

今後、被用者保険の更なる適用拡大を実現するためには、新たに対象となる事業主や労働者に対して、被用者保険の適用に関する正確な情報や、そのメリットについて、分かりやすく説明し、理解を得ながら進めることが極めて重要である。厚生労働省のみならず、業

---

[6] 2021 年 3 月 26 日内閣官房、公正取引委員会、中小企業庁、厚生労働省策定。
[7] 例えば社会保険・税手続のオンライン・ワンストップサービスなど。

所管省庁もメンバーとする政府横断的な検討体制を構築し、事業主の理解を得て円滑に進めるための具体的な方策を検討すべきである。

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

② 労働市場や雇用の在り方の見直し

○ 子育て・若者世代の非正規雇用労働者[8]は、基本給や各種手当の支給、能力開発機会等における待遇差や雇用の不安定さなどの課題に直面している。こうした実態が、少子化の背景の一つとなっているとも考えられることから、雇用形態に関わらない公正な待遇確保に向けた方策について、引き続き促進する必要がある。

○ また、子育て・若者世代にとって、結婚、妊娠・出産、子育てを含めた個人のライフスタイル・ライフサイクルに応じた多様な働き方やキャリア選択が可能となり、将来への展望を持ちながら安心して働き、子育てすることができる機能的な労働市場を整備することが重要である。

◆ 非正規雇用労働者を取り巻く課題の解決

「同一労働同一賃金」については、その履行確保に向けた取組を一層強力に推進するとともに、非正規雇用労働者の処遇改善に与えた効果を丁寧に検証した上で、「同一労働同一賃金ガイドライン」[9]等の必要な見直しを検討すべきである。

非正規雇用労働者の処遇改善に資する政策のうち、有期雇用労働者の雇用の安定を図るために導入された「無期転換ルール」[10]については、その実効性を更に高めるための方策を講ずるべきである。

より安定した働き方やスキルアップを望む非正規雇用労働者に対しては、引き続き、キャリアアップ助成金[11]を通じた支援や、学び直し、職業訓練の支援などの施策について積極的に推進していくべきである。

勤務地等を限定した「多様な正社員」の拡充については、子育てとの両立を実現するための働き方の推進の観点から重要であるだけでなく、非正規雇用と正規雇用の垣根を喪

---

[8] 総務省「労働力調査（詳細集計）」（2021 年平均）によると、25～34 歳の男性の 14.0%、女性の 32.4%が非正規雇用労働者となっている。

[9] 2018 年 12 月 28 日厚生労働省告示第 430 号。

[10] 同一の使用者（企業）との間で、有期労働契約が更新されて通算 5 年を超える時に、労働者の申込みによって無期労働契約に転換されるルール。

[11] 非正規雇用労働者の正社員化や処遇改善の取組を実施した事業主に対して支給される助成金。

失させることによって、より包摂性の高い雇用や良質な職場環境の実現にも寄与するものであることから、労使双方にとって望ましい形で、これを普及・促進するための方策を検討すべきである。

さらに、非正規雇用労働者の待遇改善に関する取組状況について、非財務情報の開示対象に加えることも含め、企業の取組の促進策を検討すべきである。

◆ **労働移動の円滑化**

個人のリスキリングなど人材の育成・活性化や、継続的なキャリアサポート、職業・職場情報の見える化など、労働移動の円滑化・「人への投資」への支援を継続的に推進するとともに、今後、「労働移動円滑化に向けた指針」を官民で策定し、「構造的な賃上げ」につなげていくことが必要である。また、経験者採用（中途採用）に関する企業の取組状況について、非財務情報の開示対象に加えることも含め、企業の取組の促進策を検討すべきである。

（3） 今後の改革の工程

（勤労者皆保険の実現に向けた取組）

① 次期年金制度改正に向けて検討・実施すべき項目

- 短時間労働者への被用者保険の適用拡大（企業規模要件の撤廃など）
- 常時5人以上を使用する個人事業所の非適用業種の解消
- 週所定労働時間 20 時間未満の労働者、常時5人未満を使用する個人事業所への被用者保険の適用拡大
- フリーランス・ギグワーカーの社会保険の適用の在り方の整理

（労働市場や雇用の在り方の見直し）

① 速やかに検討・実施すべき事項

- 「同一労働同一賃金ガイドライン」等の効果検証・必要な見直し
- 「無期転換ルール」の実効性を更に高めるための見直し
- 「多様な正社員」の拡充に向けた普及・促進策
- 非正規雇用労働者の待遇改善や経験者採用（中途採用）に関する取組状況について、企業による非財務情報の開示対象とすることを含めた、企業の取組の促進策
- その他、「労働移動円滑化に向けた指針」の策定をはじめ、「構造的な賃上げ」につながる労働移動円滑化・「人への投資」への支援の着実な実行

３．　医療・介護制度の改革

（1） 基本的方向

○　超高齢社会への備えを確かなものとするとともに、人口減少に対応していく観点から、医療・介護制度の改革を前に進めることが喫緊の課題である。特に、2025 年までに 75 歳以上の後期高齢者の割合が急激に高まることを踏まえ、負担能力に応じて、全ての世代で、増加する医療費を公平に支え合う仕組みを早急に構築する必要がある。

○　同時に、コロナ禍での経験は、今後の高齢者人口の増加と生産年齢人口の急減を前にして、限りある資源を有効に活用しながら、地域における医療・介護ニーズの増大に的確に対応することの必要性を強く意識させるものとなった。全ての国民が、それぞれの地域において、質の高い医療・介護サービスを必要に応じて受けることのできる体制を確保していく観点から、医療の機能分化と連携の更なる推進、医療・介護人材の確保・育成、働き方改革に力を注ぐとともに、医療・介護ニーズの変化やデジタル技術の著しい進展に対応した医療・介護サービス提供体制の改革を進めていく必要がある。その際、少子高齢化・人口減少などの状況は地域によって大きく異なり、求められる対応も地域によって異なることに十分留意する必要がある。

（2） 取り組むべき課題

① 医療保険制度

○　まずは、増加する高齢者医療費について、負担能力に応じて、全ての世代で公平に支え合う仕組みを構築する観点から、以下の施策を早急に実施すべきである。

医療保険制度については、今後とも、「全ての世代での支え合い」「世代間・世代内における公平性の確保」「保険者間の格差是正」といった基本的な考え方に沿って、引き続き、給付の在り方、給付と負担のバランスを含めた不断の見直しを図るべきである。

また、医療保険制度において保険者機能を発揮する主体であり、医療提供体制の整備における役割・責務を有する都道府県の役割について検討を深めていく必要がある。

◆　後期高齢者医療制度の保険料負担の在り方の見直し

後期高齢者の保険料負担と現役世代の支援金について、負担能力のある高齢者に応分の負担を求めつつ、介護保険制度も参考に、一人当たりの伸び率が均衡するよう、必要な見直しを図るべきである。

その際、高齢者の保険料負担については、高齢者世代内で能力に応じた負担を強化する観点から、賦課限度額及び所得割率の引上げを行いつつ、制度改正に伴って、低所得者層の保険料負担が増加しないよう配慮すべきである。

◆ **被用者保険者間の格差是正**

報酬の低い健康保険組合の負担を軽減し、被用者保険における保険料率の格差を是正する観点から、前期高齢者（65 歳以上 74 歳以下の高齢者）の医療費の分担について、現行の「加入者数に応じた調整」に加え、部分的に「報酬水準に応じた調整」（報酬調整）を導入することが必要である。あわせて、健康保険組合全体として、今回の後期高齢者医療制度の見直しや報酬調整の導入を通じて、負担上昇が抑制されるよう、健康保険組合を対象として実施されている既存の支援を見直すとともに、更なる支援を行うこととし、その際、企業の賃上げ努力を促進する形での支援を行うべきである。

② 医療提供体制

○ 今後、更なる高齢者の増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中で、地域によって大きく異なる医療・介護ニーズや活用可能な資源の状況を踏まえつつ、介護分野も含めた機能分化と連携、人材の確保等の取組を一層促進することにより、国民・患者から見て、質の高い、効率的で効果的な医療サービスを届けることができるよう、医療提供体制の不断の見直しを図ることが必要である。

○ 今回の新型コロナの経験を踏まえ、今後の感染症への対応については、まずは改正感染症法に基づき、平時から医療機関の役割分担を明確化し、協定締結医療機関の枠組みが確実に機能するよう準備を進めるべきである。

◆ **サービス提供体制の改革に向けた主な課題**

将来を見据えた医療提供体制を構築するため、都道府県の責務の明確化等による地域医療構想の推進、医療法人の経営情報のデータベースの構築などの医療法人改革、医師等の働き方改革の確実な実施、医療専門職におけるタスク・シフト／シェア[12]、医療の担い手の確保、医師偏在対策等の課題に着実に対応していく必要がある。

◆ **かかりつけ医機能が発揮される制度整備**

今後の高齢者人口の更なる増加と人口減少を見据え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備は不可欠であり、その早急な実現に向けて、以下に整理した基本的な考え方のもとで、必要な措置を講ずるべきである。その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要がある。

また、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進めるにあたっては、医療従事者、特に医師の育成やキャリアパスの在り方について、大規模病院の果たす役割も含めて検討すべきである。さらに、必要なときに迅速に必要な医療を受けられるフリーアクセスの考え

[12] 医療専門職において、主に医師が担っている業務について、他の医療関係職種との間で「移管」（タスク・シフト）・「共同化」（タスク・シェア）することを念頭に取り組まれているもの。

方のもとで、地域包括ケアの中で、地域のそれぞれの医療機関が地域の実情に応じて、その機能や専門性に応じて連携しつつ、かかりつけ医機能を発揮するよう促すべきである。

- ✓ かかりつけ医機能の定義については、現行の医療法施行規則[13]に規定されている「身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う機能」をベースに検討すべきである。
- ✓ こうした機能の一つとして、日常的に高い頻度で発生する疾患・症状について幅広く対応し、オンライン資格確認[14]も活用して患者の情報を一元的に把握し、日常的な医学管理や健康管理の相談を総合的・継続的に行うことが考えられる。そのほか、例えば、休日・夜間の対応、他の医療機関への紹介・逆紹介、在宅医療、介護施設との連携などが考えられる。
- ✓ このため、医療機関が担うかかりつけ医機能の内容の強化・向上を図ることが重要と考えられる。また、これらの機能について、複数の医療機関が緊密に連携して実施することや、その際、地域医療連携推進法人の活用も考えられる。
- ✓ かかりつけ医機能の活用については、医療機関、患者それぞれの手挙げ方式、すなわち、患者がかかりつけ医機能を担う医療機関を選択できる方式とすることが考えられる。そのため、医療機能情報提供制度を拡充することで、医療機関は自らのかかりつけ医機能に関する情報について住民に分かりやすく提供するとともに、医療機関が自ら有するかかりつけ医機能を都道府県に報告する制度を創設することで、都道府県が上記の機能の充足状況を把握できるようにすることが考えられる。また、医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関がかかりつけ医機能として提供する医療の内容を書面交付など[15]により説明することが重要である。
- ✓ 特に高齢者については、幅広い診療・相談に加え、在宅医療、介護との連携に対するニーズが高いことを踏まえ、これらのかかりつけ医機能をあわせもつ医療機関を都道府県が確認・公表できるようにすることが重要である。同時に、かかりつけ医機能を持つ医療機関を患者が的確に認識できるような仕組みを整備すべきである。
- ✓ 地域全体で必要な医療が必要なときに提供できる体制が構築できるよう、都道府県が把握した情報に基づいて、地域の関係者が、その地域のかかりつけ医機能に対する改善点を協議する仕組みを導入すべきである。

これらの枠組みが導入された後、国民一人ひとりのニーズを満たすかかりつけ医機能が実現するまでには、各医療機関、各地域の取組が必要であり、今回の制度整備はそれに向けた第一歩と捉えるべきである。

---

[13] 昭和 23 年厚生省令第 50 号。
[14] 医療機関・薬局において患者が加入する医療保険の資格確認をオンラインで行うシステムのこと。
[15] 電子的手段を含む。

③ 介護

○　介護保険は、制度創設以来、総費用が約4倍、保険料が約2倍と、医療保険をはるかに上回るペースで増加しており、今後、要介護認定率が高い 75 歳以上、さらには 85 歳以上の人口の急増が見込まれる。一方で、生産年齢人口が減少する中で、介護人材の不足が深刻化するおそれがある。

○　高齢者ができる限り住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の深化・推進を図るとともに、制度の持続可能性を確保するため、サービス提供体制や給付と負担の見直し、介護人材の確保が喫緊の課題となっている。

◆ **地域包括ケアシステムの深化・推進**

単身・独居や高齢者のみの世帯の増加、介護ニーズが急増する都市部の状況等を踏まえ、それぞれの地域社会の実情に合わせた柔軟なサービスの提供によって、医療ニーズの高い中重度の要介護者を含めた要介護高齢者が在宅で生活できる介護サービス提供体制の整備が必要であり、ケアマネジメントの質の向上を図るとともに、地域の拠点となる在宅サービス基盤の整備と機能強化が求められている。また、総合事業[16]について、担い手の育成や継続的に利用する者の選択肢の拡大の検討を含め、現行事業の受け皿整備や活性化を図ることが重要である。

また、今後更に増加する認知症の方や、その家族、地域住民が、より長くいきいきと地域で暮らし続けることができるよう、それぞれの地域社会のニーズに応じて、多世代交流や就労的活動を含めた介護予防や社会参加の場の充実を図るとともに、認知症の方やその家族を含めた包括的な支援・権利擁護を図るため、相談支援や関係者との連携調整を担う地域包括支援センターの体制整備を推進する必要がある。

◆ **次の計画期間に向けた改革**

介護現場における生産性の向上と働きやすい職場環境づくりは、逼迫する介護人材を確保するためにも必要であり、この観点から、

- ✓ 介護現場革新のワンストップ窓口の設置
- ✓ 介護ロボット・ICT 機器の導入支援
- ✓ 優良事業者・職員の総理表彰等を通じた好事例の普及促進
- ✓ 介護サービス事業者の経営の見える化
- ✓ 福祉用具、在宅介護におけるテクノロジーの導入・活用促進

[16] 介護保険法に規定される「介護予防・日常生活支援総合事業」のこと。市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等の方に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指すもの。

✓ 生産性向上に向けた処遇改善加算の見直し

✓ 職員配置基準の柔軟化の検討

✓ 介護行政手続の原則デジタル化

などを促進することが重要である。

あわせて、人材や資源の有効活用の観点から、介護サービス事業者の経営の協働化・大規模化に向けた取組を一層進める必要がある。

また、2024 年度からの次の計画期間に向けて、介護保険制度の持続可能性を確保するため、「骨太の方針 2022」や「新経済・財政再生計画 改革工程表 2021」、社会保障審議会介護保険部会等で指摘された課題（保険料負担や利用者負担の在り方など）について、来年度の「骨太の方針」に向けて検討を進めるべきである。

④ 医療・介護分野等における DX の推進

○ 国民目線での医療・介護サービスの提供体制を整備するにあたり、国民一人ひとりの医療・介護ニーズに的確に対応し、最適な医療・ケアを届けることができるよう、最大限、デジタル技術の活用を図るべきである。

◆ 医療・介護分野の関連データの積極的な利活用の推進

国民各層の幅広い合意を得ながら、政府・地方自治体はもとより、医療・介護現場、研究者、関係事業者、国民一人ひとりによる本格的なデータ利活用を推進するため、以下のような課題についての具体的な検討を進めるべきである。

✓ 個人情報の匿名化等によって、個人のプライバシーを保護することを前提に、EBPM を実現すること

✓ PHR（パーソナル・ヘルス・レコード）など、マイナンバー制度の下で公共機関の保有する社会保障関係のデータと、関係事業者の保有する各種のデータの連携を推進すること

✓ 健康診断等で得られる自らの健康・医療情報について、自分自身で管理・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、情報の連携・活用の在り方を整理すること

◆ 医療 DX の実装化

特に、医療 DX については、現在、政府において、具体的に推進すべき施策として、以下の３点について検討を進めているところであり、早急に実装化すべきである。

✓ オンライン資格確認等システム[17]のネットワークを拡充し、レセプト・特定健診等情報に

[17] オンライン資格確認システム、薬剤情報閲覧機能、特定健診情報閲覧機能及びレセプト振替機能に関わるシステムの総称のこと。

加えて、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（全国医療情報プラットフォーム）を創設すること

- ✓ 医療情報の共有や交換を行うにあたり、その形式等を統一すること（電子カルテ情報の標準化）、その他、電子カルテデータについて、治療最適化や AI 等を用いた新しい医療技術の開発、創薬のために有効活用すること
- ✓ 医療保険制度全体の運営コスト削減につなげるため、デジタル人材の有効活用やシステム費用の低減等の観点から、デジタル技術を利活用して、診療報酬やその改定に関する作業を大幅に効率化すること

（3） 今後の改革の工程

① 足元の課題

- ➢ ３．（2）①医療保険制度において記載された項目
- ➢ かかりつけ医機能を発揮するための制度整備
- ➢ 医療法人改革の推進、医療・介護間での情報連携

② 来年、早急に検討を進めるべき項目

- ➢ 更なる医療制度改革（かかりつけ医機能の制度整備の実施に向けた具体化、地域医療構想の実現に向けた更なる取組、診療報酬・薬価改定に向けた検討）
- ➢ 医療・介護等 DX の推進、介護職員の働く環境の改善
- ➢ 次期介護保険事業計画に向けた具体的な改革

③ 2025 年度までに取り組むべき項目

- ➢ 医療保険及び介護保険における負担能力に応じた負担と給付の内容の不断の見直し
- ➢ 本格的な人口減少期に向けた地域医療構想の見直し、実効性の確保
- ➢ 地域包括ケアの実現に向けた提供体制の整備と効率化・連携強化

４．「地域共生社会」の実現

（1） 基本的方向

○　人口構造及び世帯構成が変化し、家族のつながりや地縁も希薄化する中で、今後、更なる増加が見込まれる独居高齢者の生活について、住まいの確保を含め、社会全体でどのようにして支えていくかが大きな課題である。また、コロナ禍を通じて、孤独・孤立や生活困窮の問題に直面する方々が世代にかかわらず存在することが浮き彫りとなった。

○　こうした中で、高齢者福祉、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度・分野の枠や、「支える側」、「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らせる包摂的な社会の実現が必要である。そこで重要なのは、各種サービスの担い手等による連携の下、地域全体で、多様な困りごとを抱える人やその家族を包括的に受け止め、一人ひとりに寄り添い、伴走支援するという視点であるが、この伴走支援は、各種サービスにつなぐという役割のみならず、人と人とのつながりを創出すること自体に価値を有するものである。その際、公平、迅速、かつ効率的に支援を届けるため、デジタル技術の活用を積極的に図ることも重要である。

○　さらに、人口減少が急速に進む地域においては、地域社会における支え合い機能が低下し、住民の日常生活の維持に課題が生じる事態も想定される。地域社会におけるつながりの弱体化を防ぎ、住民同士が助け合う「互助」の機能を強化することが重要であり、地域における「互助」を支えるコミュニティ機能の強化に向けた取組が求められる。

（2） 取り組むべき課題

① 一人ひとりに寄り添う支援とつながりの創出

○　いわゆる「８０５０問題」[18]など、複雑化・複合化する地域住民の支援ニーズに対応するため、各地方自治体において、包括的な支援体制を整備する必要があり、国としても、こうした取組を積極的に推進する必要がある。その際、地域での活動の担い手が、制度・分野の縦割りを超えて、支援ニーズを有する地域住民を中心に置き、地域全体に開かれた形で連携する体制の整備が重要である。

○　また、「互助」の機能を強化するため、多世代での交流の促進や、地域活動への参加などにより、住民がつながりを実感できる地域づくりを進めることが肝要である。

◆ 重層的支援体制の整備

従来の「属性別の体制整備」によっては複合的な課題や狭間のニーズへの対応や地域

[18] 高齢の親と働いていない独身の 50 代の子とが同居している世帯に係る問題のこと。

づくりが困難であるとの問題意識から新設された、重層的支援体制整備事業[19]について、より多くの市町村において実施されるよう、必要な対応を実施すべきである。

◆ **ソーシャルワーカー等の確保・育成**

相談支援が包括的かつ個別的に行われるためには、一人ひとりの課題や支援ニーズを的確に評価・分析した上で、地元の関係機関と密接に連携しつつ、適切な支援につなぐコーディネーターとしての役割を果たすソーシャルワーカーの存在が欠かせない。今後、社会福祉法人や NPO 等の職員も含め、ソーシャルワーカーの確保に向けた取組を進めるべきである。

また、地域生活の中で一人ひとりに寄り添った支援をしていく観点から、医療・介護・福祉の専門職による職種や分野を超えた連携が求められており、それぞれの専門資格の養成課程において共通の基礎的な知識や素養を身につけるとともに、一人の人材が複数の分野にわたる専門的知識を習得できるような工夫（複数分野の資格の取得、学び直しや中高年の参加の促進も含む。）の検討が必要である。

◆ **多様な主体による地域づくりの推進**

住民の一人ひとりが、コミュニティの担い手として、社会福祉法人や協同組合、医療法人、企業・事業者、NPO やボランティア団体など多様な主体の参画の下、地域共生の基盤を強め、発展させていくためのプラットフォームの構築を引き続き進めるべきである。

◆ **孤独・孤立対策の推進**

孤独・孤立の問題を抱える人へ必要な支援を届けるため、官・民・NPO の連携基盤の形成や一元的な相談支援体制の本格実施に向けた環境整備を着実に推進する必要がある。そのうえで、さらに広く多様な分野や主体による連携・協働を進めるための方策を検討すべきである。加えて、孤独・孤立を未然に防止する観点からも、多様な主体の参画の下、こども食堂や高齢者等による通いの場など日常生活の様々な場で人と人との緩やかなつながりを築けるような地域づくりを推進するべきである。

◆ **地域共生社会の実現に向けた社会保障教育の推進**

社会保障制度は、人々が助け合いながら暮らすことのできる社会を形成する上において基底となるものであり、国民一人ひとりが、地域住民の日常生活を支える社会保障の担い手であるという当事者意識を持つことが極めて重要である。とりわけ、次世代の主役となるべき中高生をはじめとした若い世代が、社会保障の意義や仕組みを理解し、必要な制度を活用できるようにする観点から、社会保障教育の取組を一層推進すべきである。

---

[19] 市町村において、「包括的な相談支援」「参加支援」「地域づくりに向けた支援」を一体的に実施するもので、社会福祉法改正により創設され、2021 年 4 月から施行されている。

② 住まいの確保

○　今後、地域社会を取り巻く環境が変化する中で、独居高齢者、生活困窮者をはじめとする地域住民が安心して日々の生活を営むことができるよう、入居後の総合的な生活支援も含めて、地域住民の生活を維持するための基盤となる住まいが確保されるための環境整備が必要である。

○　こうした観点から、住まい政策を社会保障の重要な課題として位置づけ、そのために必要となる施策を本格的に展開すべきである。その際、年齢層や属性などを考慮した支援対象者の具体的なニーズや、各地域における活用可能な資源等の実態を十分に踏まえつつ、住宅の質の確保や既存の各制度の関係の整理も含めて議論を深め、必要な制度的対応を検討すべきである。

○　また、今後、住まいの確保に向けた取組を推進していくにあたっては、各地方自治体において、住まい支援の必要性についての認識を深めていく必要がある。

◆ ソフト面での支援の強化

「住まいに課題を抱える者」は、複合的な課題を抱えている場合が多く、ハードとしての住宅の提供のみならず、個別の状況に応じて、ICT も活用しつつ、地域とつながる居住環境や見守り・相談支援の提供をあわせて行うことが求められる。

そのため、行政における様々な分野の関係部署や、居住支援法人及び居住支援協議会、不動産団体、社会福祉法人、NPO 等の関係団体が連携を深めつつ、住まい支援に関する総合的な窓口や支援体制について、それぞれの地域の実情に合った形で構築していくべきである。

◆ 住宅の所有者との関係、空き地・空き家の活用

入居者だけではなく、「大家の安心」という視点も含めて、入居後の支援について一体的に検討する必要がある。

また、空き地・空き家の活用や、まちづくりといった観点から、地域の実情に応じた対応を検討する必要がある。

（3） 今後の改革の工程

① 来年度、実施・推進すべき項目

- 重層的支援体制整備事業の更なる促進
- 多様な専門性や背景を持つソーシャルワーカーの確保・活用のための取組
- 複数の分野にわたる専門的知識を習得できるような工夫（複数分野の資格の取得、学び直しや中高年の参加の促進も含む。）の検討

- 多様な主体による地域づくりの推進のためのプラットフォームの構築支援
- 地域における孤独・孤立対策の官民連携基盤の整備及び取組モデルの構築
- 社会保障教育の推進
- 「住まい支援システム」の構築に向けたモデル事業[20]の実施を踏まえた実践面での課題の抽出、全国的な普及に向けた具体的な手法の周知・啓発
- 上記モデル事業の成果を活用して、住まいに課題を抱える者の属性や量的な把握についての推計及びその精緻化を実施
- 生活困窮者自立支援制度、住宅セーフティネット制度などにおける住まい支援を強化

② 制度改正について検討を進めるべき項目

- 既存の各制度における住まい支援の強化に向けて、①のモデル事業の結果等を踏まえつつ更なる検討を深め、必要な制度改正を実施

[20] 厚生労働省の令和 4 年度老人保健健康増進等事業において、『地域共生社会づくりのための「住まい支援システム」構築に関する調査研究事業』を実施しており、全国5自治体が本事業の実施に協力している。

全世代型社会保障構築会議　構成員名簿

	秋田喜代美	学習院大学文学部教授
	落合　陽一	メディアアーティスト
	笠木　映里	東京大学大学院法学政治学研究科教授
	香取　照幸	上智大学総合人間科学部教授／ 一般社団法人未来研究所臥龍代表理事
	菊池　馨実	早稲田大学法学学術院教授
	熊谷　亮丸	株式会社大和総研副理事長
	権丈　善一	慶應義塾大学商学部教授
	國土　典宏	国立国際医療研究センター理事長
◎	清家　　篤	日本赤十字社社長／慶應義塾学事顧問
	高久　玲音	一橋大学経済学研究科准教授
	武田　洋子	三菱総合研究所研究理事　シンクタンク部門 副部門長（兼）政策・経済センター長
	田辺　国昭	国立社会保障・人口問題研究所所長
	土居　丈朗	慶應義塾大学経済学部教授
	冨山　和彦	株式会社経営共創基盤 IGPI グループ会長／ 株式会社日本共創プラットフォーム（JPiX）代表 取締役社長
	沼尾　波子	東洋大学国際学部国際地域学科教授
○	増田　寛也	日本郵政株式会社取締役兼代表執行役社長
	水島　郁子	大阪大学理事・副学長
	横山　　泉	一橋大学大学院経済学研究科准教授

（五十音順）

◎は座長、○は座長代理

全世代型社会保障構築会議　議論の経過

第1回（2021 年 11 月 9 日）　※第1回公的価格評価検討委員会と合同開催

・今後の全世代型社会保障改革等について

第2回（2022 年 3 月 9 日）

・全世代型社会保障の当面の論点について

第3回（2022 年 3 月 29 日）

・全世代型社会保障の当面の論点に係る議論の整理について

第4回（2022 年 4 月 26 日）

・全世代型社会保障構築会議　議論の中間整理に向けて

第5回（2022 年 5 月 17 日）

・「全世代型社会保障構築会議　議論の中間整理」について

第6回（2022 年 9 月 7 日）

・全世代型社会保障の構築に向けた今後の進め方について

第7回（2022 年 9 月 28 日）

・テーマ別検討の議論の状況について

第8回（2022 年 11 月 11 日）

・テーマ別検討の議論の状況について

・その他の論点について

・全世代型社会保障の構築についてヒアリング

日本経済団体連合会、日本労働組合総連合会、全国知事会、全国市長会、全国町村会

第9回（2022 年 11 月 24 日）

・全世代型社会保障の構築に向けた論点の整理について①

第10回（2022 年 12 月 7 日）

・医療・介護制度の改革に関する検討状況について厚生労働省からヒアリング

・全世代型社会保障の構築に向けた論点の整理について②

第11回（2022 年 12 月 14 日）

・「全世代型社会保障構築会議　報告書（案）」について

第12回（2022 年 12 月 16 日）

・「全世代型社会保障構築会議　報告書」について

議論の整理

令和４年 12 月 15 日
社会保障審議会医療保険部会

社会保障審議会医療保険部会においては、全世代型社会保障構築会議や「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。以下「骨太の方針」という。）、「新経済・財政再生計画改革工程表 2021」（令和３年 12 月 23 日経済財政諮問会議決定。以下「改革工程表」という。）において検討が求められていた項目等を中心に、令和４年９月 29 日以降、審議を開始し、議論を重ねてきた。

はじめに

○　世界に冠たる国民皆保険を支える我が国の医療保険制度は、現役世代から高齢者まで幅広い世代の「安心」の基盤となり、医療へのアクセスを保障し、長寿社会への礎となってきた。今般の新型コロナウイルス感染症への対応においても効果を発揮してきたと考えられる。

○　一方、中長期的には、人口減少及び少子高齢化は引き続き進行する。2025 年までに全ての団塊の世代が 75 歳以上となり、その後、支え手の中心となる生産年齢人口の減少が加速する中、医療保険制度の持続可能性を確保し、将来世代に引き継いでいくことは重要なテーマである。その際、特に制度を支える現役世代の減少が続くことを放置するのは、その負担の上昇が続くこととなり、適切ではない。

○　また、人生 100 年時代を迎える中、様々な地域や職場において、高齢者が何歳であっても、様々な形で活躍する姿が見られるようになっている。こうした現実は、「高齢者」を年齢で一括りにする対応を所与としてきたこれまでのアプローチの課題を浮き彫りにしている。

○　こうした中で、全世代型社会保障構築会議においても、負担能力に応じて、全ての世代で、増加する医療費を公平に支え合う仕組みを強化するための改革を実現することの必要性が指摘されており、医療保険関係として、次の事項について検討を行うこととされた。

・　子育て世代の支援のための出産育児一時金の大幅な増額と、その際、

医療保険全体の中で支え合うことについて

・　負担能力に応じて、全ての世代で、増加する医療費を公平に支え合う仕組みを強化する観点を踏まえた、高齢者の保険料賦課限度額や高齢者医療制度への支援金の在り方、被用者保険者間の格差是正の方策等について

・　更なる国民の負担軽減の観点から、医療費の伸びを適正化するため、給付の効率化を含め、より実効的な取組について

○　今般の医療保険制度の改革においては、こうした課題に対応し、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、全ての世代の方々が安心と信頼で支え合う、持続可能な医療保険制度を構築するため、

・　出産育児一時金の引き上げ及び後期高齢者医療制度からの支援金の導入や国民健康保険における産前産後の保険料負担軽減措置の創設といった「子育て世帯への支援の強化」

・　後期高齢者医療制度における高齢者負担率の見直しといった「高齢者医療を負担能力に応じて全ての世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し」

・　前期高齢者の医療給付費負担における被用者保険者間の格差の是正、現役世代の負担上昇の抑制・賃上げ促進のための支援といった「被用者保険者間における負担能力に応じて公平に負担する仕組みの強化」

・　保険者協議会の必置化や都道府県の責務の明確化といった「医療費適正化計画の実効性の確保」

等を総合的なパッケージとして改革を進める必要がある。

○　こうした観点から、下記項目について、当部会での意見について議論を整理する。

１．子育て世帯への支援の強化

（出産育児一時金の引き上げ、出産費用の見える化、出産育児一時金を全世代で支え合う仕組みの導入）

○　出産育児一時金は、健康保険法等に基づく保険給付として、健康保険や国民健康保険などの被保険者またはその被扶養者が出産したとき、出産に要する経済的負担を軽減するため、一分娩当たり原則 42 万円(産科医療補償制度対象外の分娩の場合は 40.8 万円）が支給されている。

○　出産育児一時金の在り方については、当部会が令和２年 12 月 23 日にとりまとめた議論の整理において、「出産に係る経済的負担をさらに軽減するため、費用実態を踏まえた支給額の検討やサービス選択肢の確保を段階的に進めるべきである。具体的には、以下の措置を講じるべきである。(中略)・多様な出産形態や費用、サービスを踏まえ、医療機関を選択できるよう、医療機関において選択肢の明示を促すことも検討すること」とされている。

○　また、骨太の方針において、「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」とされている。

○　これらを踏まえて、①出産育児一時金の引き上げ額、②出産費用の見える化、③出産育児一時金を全世代で支え合う仕組みの導入について議論を行った。

【①出産育児一時金の引き上げ額】

○　①の引き上げ額については、過去、公的病院の平均出産などを勘案して引き上げ額を決定してきた経緯があり、全施設、公的病院、私的病院、診療所ごとの平均出産費用等を提示し、また、出産費用の実態把握に関する調査研究の結果なども提示し、出産費用が上昇している要因についての分析もしながら、引き上げに向けた議論を行ってきた。

○　また、出産費用の地域差と出産育児一時金の支給額の設定に係る課題について、全国一律の支給額とした場合の課題と地域別の支給額とした場合の課題に分けて提示をし、議論を行った。

○　当部会では、出産育児一時金の引き上げについて、

・　出産育児一時金は、必要十分な金額設定をし、出産を躊躇させてはい

けない
- 出産費用が増額傾向にあり、出産費用の実態に即した出産育児一時金の引上げが必要と考える
- 当面の対応策として、出産育児一時金の増額による対応が欠かせない
- これまでの引上げの根拠となるデータを提示し、明確なルールに基づいた額の決定すべき
- 出産育児一時金の引上げが、費用の増加につながるとの指摘もあり、適正な費用の在り方の検討も必要。これまでの引上げ時の考え方・ルール、データや実績に基づき、合理性のある引上げ幅とすべき
- 妊娠・出産にかかる費用については、負担軽減措置を講じつつ、正常分娩も含めて、すべて健康保険の適用、現物給付とすべき
- 正常分娩については、現行のとおり、保険適用すべきでない
- 一部に、出産育児一時金目当てに、12 週以降に中絶を行うような事案も生じている。出産育児一時金の給付の趣旨から、不適切な事案には、必要な対策を検討すべき
- 地域差については、異常分娩の時は全国一律の診療報酬で分娩することになることや、地域別では不公平感が出ることも考えると、額は一律にすべき

などの意見があった。

○　これらの意見を踏まえ、出産育児一時金の額は、令和４年度の全施設の出産費用の平均額の推計等を勘案し、令和５年４月から全国一律で 50 万円に引き上げるべきである。一方で、出産費用については、年々上昇しており地域差もあることから、引き続き、こうした状況を踏まえたより詳細な出産費用の分析を行うとともに､出産費用の見える化の効果等を踏まえ、引上げ後３年を目途に、出産育児一時金の在り方について、今回の議論の整理も踏まえて、検討するべきである。

【②出産費用の見える化】

○　②の見える化については、令和４年度の調査研究である「妊産婦のニーズに適合した産科医療機関の選択に必要な情報の内容と提供方法の検討のための研究　予備的報告」においても、妊婦・経産婦が出産施設を選択する際の情報収集において、「情報収集が簡便と感じたか」「実際に情報を入手したか」「情報収集に対する満足度」を項目別に調査したところ、これらのいずれについても、「出産にかかる費用の説明方法」、「出産にかかる費用の説明内容」の２項目が、他の項目と比べ、最も低い結果となるなど、出産費用の見える化を行う必要性が浮き彫りとなった。

○　出産育児一時金の引上げによって必要以上の値上げが行われたり、意図しないサービス付加が生じたりすることがないよう、妊婦の方々が、あらかじめ費用やサービスを踏まえて適切に医療機関等を選択できる環境を整備することが重要であり、当部会では、出産費用の見える化の方策について、日本産婦人科医会からのヒアリングも行い、議論を行った。

○　当部会では、出産費用の見える化について、

・　平均出産費用が上昇していく構造などについて、必ずしも明らかになったとは言えない中で、今後、費用の更なる分析や適正な費用の在り方の検討を行う必要があるという観点からも、出産費用の見える化について、医療施設等ごとに平均費用を示していくということは、大変重要。出産育児一時金の引上げと見える化はセットで行うべき

・　少なくとも、平均入院日数や、出産費用及び妊婦合計負担額の平均額については、医療機関等ごとに公表する必要があると考える。その際、出産件数が一定数以下の医療機関等については公表を任意とするといった対応を検討してはどうか。

・　平均入院日数や平均の費用額の算出・公表については、直接支払制度の枠組みを活用し、医療機関の了解のもと、その専用請求書のデータに基づいて行うことにより、医療機関等に対して追加的な負担を求めずに収集できる

・　妊産婦のニーズは多様で、費用以外の情報も考慮して医療機関等を選択されているということを考えれば、費用とともに、そういった医療機関ごとの特色も併せて公表するよう工夫してはどうか。ハイリスクの分娩に対応する高次医療施設から正常分娩のみを取り扱う助産所までを一律に一覧にすることにより懸念される弊害についても、医療機関等ごとの特色も併せて公表する中で、その医療機関等の性格や役割が分かるようにすれば、乗り越えられる

・　例えば院内助産や助産師外来が可能かどうか、あるいは産科区域が特定されているかどうか、アドバンス助産師が何人いるかといった情報を分かりやすく提供していくことが重要

・　今回の見える化の実施後においても、より詳細なサービスの見える化について、引き続き検討を行うべき

・　公表の具体化に必要な詳細については、専門家に参画いただいて、引き続き検討し、医療保険部会に報告を求めることとしてはどうか

・　公表情報までスムーズにたどりつくことが前提となることから、情報発信とともに効果的な周知策の検討もあわせて行うべき

・　見える化によって、妊産婦等と医療機関も自立的な意志決定を行う基盤が整う。今後は見える化によって、出産費用の推移の変化を見極めながら、保険適用の議論をしていくべき

などの意見があった。

○　これらの意見を踏まえ、出産費用の見える化については、医療機関等ごとの出産費用の状況のみならず、その医療機関等の特色やサービスの内容なども併せて公表し、被保険者等である妊婦の方々が適切に医療機関等を選択できるようにすることが適切である。

○　具体的には、被保険者等である妊婦の方々が適切に医療機関等を選択できるよう、直接支払制度を行っている医療機関等については、
①その医療機関等の特色（機能や運営体制等）、
②室料差額や無痛分娩の取扱い等のサービス内容、
③その医療機関等における分娩に要する費用及び室料差額、無痛分娩等の内容（価格等）の公表方法、
に関してそれぞれ報告を求め、
④直接支払制度の専用請求書の内容に基づき算出した平均入院日数や出産費用、妊婦合計負担額等の平均値に係る情報
と併せ、新たに設ける「見える化」のためのＨＰで医療機関等ごとに公表すべきである。

○　なお、④については一定期間における平均値であることから、分娩数が少ない医療機関等については公表を任意とする。①～④の公表項目等の詳細については、有識者により令和５年夏までに検討を行い、医療保険部会に報告の上、令和６年４月を目途に実施すべきである。

【③出産育児一時金を全世代で支え合う仕組みの導入】

○　現在、出産育児一時金に係る費用は、原則として現役世代の被保険者が自らの保険料で負担することとされているが、後期高齢者医療制度創設前は、出産育児一時金を含め子ども関連の医療費について、高齢者世代も負担を行っていた。他方、生産年齢人口が急激に減少していく中で、少子化をめぐっては、新型コロナウイルス感染症下で出生数が将来人口推計よりも７年程度早く減少するなど危機的な状況にあり、今や、全ての世代にとって、正面から向き合い、その克服に向けた取組が必要な事態となっている。

○　当部会では、少子化を克服し、子育てを社会全体で支援する観点から、後期高齢者医療制度が出産育児一時金に係る費用の一部を支援する仕組みを導入することについて、議論を行った。

＜後期高齢者医療からの支援の対象等＞

・　上記のとおり、後期高齢者医療制度創設前は、出産育児一時金を含め子ども関連の医療費について、高齢者世代も負担しており、具体的には、75歳以上の高齢者は国民健康保険・被用者保険に加入し、各々に保険料を納付しつつ、その保険料の一部が出産育児一時金等にも充当されていた。

　こうした経緯も踏まえ、後期高齢者医療制度が出産育児一時金に係る費用の一部を支援する仕組みを導入することとし、具体的な方針としては、以下のような提案が行われた。

　対象範囲については、現行の現役世代・後期高齢者の保険料負担の実績を踏まえ、出産育児一時金の対象額の７％(※)とし、以後は、７％を起点として、出産育児一時金に関する現役世代と後期高齢者の１人当たり負担額の伸び率が揃うよう割合を設定する。

　※　後期高齢者医療の保険料の総額（1.7兆円）が全医療保険制度をあわせた保険料の総額（24.4兆円）に占める割合（令和６年度推計）

　また、後期高齢者医療制度内の費用分担に関しては、後期高齢者医療広域連合それぞれの被保険者数により按分する。

＜出産育児一時金への充当方法＞

・　出産育児一時金の支給実績の確定後に後期高齢者医療制度からの支援を受けるとした場合、拠出を受けるまでに時間がかかることから、支給見込みに応じて概算で拠出を受け、支給実績を踏まえて確定（概算との精算）を行う仕組みとする。

・　後期高齢者医療制度からの実際の拠出は、保険者の事務を簡素にするため、後期高齢者支援金と相殺する。

○　この方針に対し、

・　出産育児一時金については、後期高齢者医療制度創設以前は、75歳以上も含め全世代で負担しており、現役世代の保険料だけでなく、全世代で支えていくことが必要

・　高齢者に負担を求めるのであれば、能力に応じたものにすべきであり、高所得の方に負担してもらう等きめ細かい対応が必要

・　後期高齢者医療制度の負担割合を現役世代と後期高齢者の保険料負担に応じて定めることは妥当

・　後期高齢者の制度の場合は非常に低年金者、低所得者の比率が高い。生活に欠かせない支出が圧迫されている現状があり、他制度と同列に並べて負担を求めるというのは、適切ではないのではないか

・　全世代型社会保障という観点からいえば、後期高齢者医療制度から出産育児一時金に出すというのは、当然で受け入れざるを得ないだろうと

思うが、少子化対策として出産育児一時金がどれほど役に立つのかという問題、出産育児一時金の効果について、厚生労働省でしっかり調べるべき

・　後期高齢者に負担をお願いするに当たっては、具体的な影響額を提示する等、厚生労働省で理解を得られる工夫をしっかり重ねて欲しい。また、全世代型で支える社会保障制度という趣旨で色々な議論がされている中で、全世代で支えるということの趣旨も伝えながら進めていくことがとても大切

・　出産育児一時金を全世代で支え合う仕組みの創設については、高齢者の保険料負担が大きく、被保険者の理解が得られるか、市町村窓口で混乱が生じるのではないかと懸念される

・　後期高齢者からの出産育児一時金の費用に係る拠出の対象額については、出産育児一時金の全額とすべき

・　少子化への対応として、保険制度に依拠するあり方が良いのか疑問。全世代の支え合いという言葉のもと、生活費に食い込んでまで保険料を徴収することには納得できない

・　出産育児一時金の引上げと後期高齢者からの支援する仕組みの導入の施行は同時に実施すべきと考えるが、仮にタイムラグが生じるのであれば、財政支援も含め、この間の現役世代の負担軽減を行うべき

などの意見があった。

○　後期高齢者医療制度からの支援金の導入については、同制度において次期保険料率改定が行われる令和６年度から施行する。その際、対象額については、新たに後期高齢者医療制度からの支援を導入することに鑑み、令和６年度及び７年度については激変緩和措置として、出産育児一時金の全体（公費を除く。）の１／２とし、令和８年度からは出産育児一時金の全体とする。

（国民健康保険における産前産後の保険料負担軽減措置の創設）

○　国民健康保険の保険料は、受益に応じた「応益割」と負担能力に応じた「応能割」があり、応益割には「均等割」と「平等割」、応能割には「所得割」と「資産割」の賦課方法がある。

「均等割」は、「世帯に属する被保険者数」に応じて、「平等割」は「世帯ごと」に賦課される。また、「所得割」は、世帯に属する被保険者の所得に応じて、「資産割」は固定資産税額に応じて、それぞれ賦課される。

○　国民健康保険の保険料については、国会での附帯決議において、子育て世代の負担軽減や少子化対策等の観点を踏まえ、出産に関する保険料の配慮の必要性や在り方等について検討すべきとされている。

○　こうした指摘も踏まえ、国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議（国保基盤強化協議会）事務レベルＷＧにおいて議論が進められ、出産する被保険者に係る産前産後期間相当分（４か月間）の均等割保険料及び所得割保険料を免除する措置を講じることについて、国と地方、その他の関係者の間の調整を続け、結論が得られた場合には、法改正を含め、対応してはどうか、という議論の結果が、当部会に報告された。

○　当部会では、この報告に対し、

・　出産時における保険料の負担軽減はぜひ進めるべきであるが、子育て支援、次世代育成支援という国の政策であるため、国からの財政支援を検討すべき

・　少子化対策の一環として子育て家庭の経済的負担を軽減することは大変重要な施策であり、実施に当たっては、保険者の事務負担に最大限配慮するとともに、必要となる財源について公費を拡充すべき

・　国民年金で産前産後期間の保険料免除の制度を創設したときは、保険料財源で対応しており、平仄をとるため、国保においても保険料財源で対応すべき

・　国保の構造上、財政的に脆弱な部分があるという観点から国費を投入するのか、あるいは少子化対策という政策としての意味合いという観点から国費を投入するのかを考えると、今回の国保における制度創設に当たっての国費投入は、後者の政策としての意味合いが強いのではないか。このため、国費による財政支援を講じるべき

などの意見があった。

○　これらの意見を踏まえ、国と地方、その他の関係者の間で結論が得られた場合、以下の措置を講じるべきである。

・　出産する被保険者に係る産前産後期間相当分（４か月間）の均等割保険料及び所得割保険料を免除すること

２．高齢者医療を負担能力に応じて全ての世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し
（高齢者負担率、後期高齢者の保険料負担のあり方の見直し）

○　後期高齢者の医療費については、約５割を公費、約４割を現役世代の後期高齢者支援金、約１割を後期高齢者の保険料により負担することとされている。

○　2025 年までに全ての団塊の世代が後期高齢者となり、全国的には 2040 年頃をピークに高齢者人口が増え続ける一方で、現役世代の人口は、今後、急速に減少し、現役世代の負担する高齢者医療制度への支援金は引き続き増加が見込まれている。制度の持続可能性を考えた時に、負担能力に応じて、全ての世代で、増加する医療費を公平に支え合う仕組みが必要となっている。

○　後期高齢者の医療費の在り方については、骨太の方針においても、「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。」とされている。

○　これを踏まえ、当部会においては、後期高齢者の保険料負担と現役世代の支援金について、賦課限度額や所得にかかる保険料率の引き上げにより、負担能力のある高齢者に応分の負担を求めつつ、介護保険制度を参考に、後期高齢者の負担割合（高齢者負担率）を見直すことについて、議論を行った。

【①高齢者負担率の見直し】

・　高齢者負担率については、「現役世代人口の減少」による現役世代１人当たりの負担の増加分を、高齢者と現役世代で折半して設定する仕組みとなっている。その結果、「現役世代人口の減少」と「高齢者人口の増加」の両方の影響を受ける現役世代１人当たりの負担の伸びは、制度導入以降約 1.7 倍となっている一方で、後期高齢者１人当たりの負担の伸びは約 1.2 倍となっており、現役世代の方が負担の伸びが大きいという課題がある。

　この仕組みが維持された場合、2025 年までに全ての団塊の世代が後期高齢者になる中で、当面の間、現役世代の負担が増加する傾向が続くほか、将来的な高齢者人口の減少局面においても、高齢者負担率が上昇し続け

ることが見込まれる。

・　他方、介護保険においては、３年に１度、65 歳以上の被保険者（第 1 号被保険者）と 40 歳から 64 歳までの被保険者（第２号被保険者）の人口比に応じて負担割合を見直しており、第１号被保険者と第２号被保険者の１人当たり保険料額は概ね同じになる仕組みとなっている。

・　そこで、高齢者世代・現役世代それぞれの人口動態に対処できる持続可能な仕組みとするとともに、当面の現役世代の負担上昇を抑制するため、介護保険を参考に、後期高齢者１人当たり保険料と現役世代１人当たり後期高齢者支援金の伸び率が同じになるよう、次期保険料率改定が行われる令和６年度から、高齢者負担率の設定方法を見直すこととする。

【②高齢者の保険料負担のあり方の見直し】

・　今般の制度改正（出産育児一時金を全世代で支え合う仕組みの導入、高齢者負担率の見直し）にあわせ、高齢者世代内で能力に応じた負担を強化する観点から、

➢　国民健康保険との均衡の観点から、年間の保険料の賦課限度額を現在の 66 万円から 80 万円に引き上げるとともに、所得割率を引き上げ、

➢　現在１：１となっている保険料の均等割と所得割の比率について、所得割の比率を引き上げ、48 対 52 程度とすることにより、今般の制度改正に伴って、低所得者層の保険料負担が増加しないよう配慮する。

○　この方針に対し、

・　負担の公平や世代間の公平の観点から、現役世代１人当たりの保険料負担額の伸び率が、少なくとも後期高齢者１人当たりの保険料負担額の伸び率と同程度以下となるよう、後期高齢者の保険料負担割合の見直しを行うべき

・　現役世代の負担が大きく増加しており、高齢者負担率についても、負担の公平化や世代間の公平の観点から、見直しの検討を進めるべき

・　世代間の公平だけでなく、世代内の公平も必要であり、賦課限度額の引き上げにより、高所得の高齢者には相応の負担を求めていくことが必要

・　保険制度は、非常に多岐にわたっており、高齢者、国民は細部にわたる制度の在り方については理解が難しい。その上で、今後の被保険者の保険料の在り方としては、非課税世帯への保険料は減免を強化するということが必要。負担が大きくのしかからないよう、所得割率の引上げに加え、均等割を廃止すべき

・　現役世代と高齢者世代の対立構造ではなくて、連続性のある人生百年時代を、どうみんなで乗り切っていくかということに関しての制度の変

更・調整という視点も必要

・　国民健康保険制度から後期高齢者医療制度に移行した際、賦課限度額の差が生じているため、十分な検討が必要

・　高齢者医療制度において、負担能力に応じた負担を推進することに異論はないが、歯止めのない議論になるおそれがある。高額な賦課限度額を課すことが可能だとしても、保険料に見合った給付に一定の限度がある以上、保険料について、負担能力に応じた負担をどこまでも推し進めることはできない。また、国民の信頼感を毀損することにつながるため、高所得者への過度な給付抑制は進めるべきではない

・　負担の拡大について、税や社会保障全体の在り方において考えていくべき

・　現役世代もいずれは歳をとる。若者が将来の日本に対して不安感を強めないよう、高齢者負担が望ましいのか、公費投入が望ましいのか検討すべきではないか

・　今回の制度改革全体で現役世代の負担軽減を実現できるかどうかが重要であり、現役世代の負担上昇の抑制に資する高齢者医療制度改革を確実に実施すべき

・　全体の負担増の見える化が出来ていない中、窓口２割負担の導入もあり、高齢者の負担がここ数年一気に増えようとしている。高齢者の全体の負担増も見極めつつ考えることが必要

・　今後の議論においても、低所得層を守って欲しい。保険料は課税最低限の人からも徴収される。負担が生活費に食い込んで、結果として、お金がないがために医療にかかることができないということがないようにすべき。また、保険制度が分かれており、複雑化していることにより、能力に応じた負担となっているかが見えなくなっているのではないか

・　現役世代、とくに若い世代に不安を与えないよう、高齢者の具体的な負担も含めた全体像や今後の負担の将来像を見える化し、国民の安心と納得が得られるよう周知するとともに、高齢者の負担増により医療への受診抑制が生じないよう丁寧な検討を行うことが必要

・　全世代型社会保障や、能力に応じた負担という考え方は理解できるが、結局、弱者が弱者を支える形になっていないか。共助の強調だけではなく、公費による皆保険の維持も考える必要があるのではないか

などの意見があった。

○　負担能力に応じた公平な支え合いを実現するに当たっては、具体的な負担の在り方について、丁寧に検討することが必要である。このため、本部会では、事務局より収入別の保険料への影響について提示を受けて議論を行った。これに対し、

・　後期高齢者の保険料負担の見直しについては、不安の声を聞いている。市町村窓口等の現場が混乱しないよう、現場の声も聞いていただきながら、激変緩和措置等を検討すべき
・　困窮された方々への配慮が必要。将来へ不安を抱くような内容にもなりうるため、様々な制度において、同時多発的にたくさんの負担が増えることがないよう、負担を徐々に引き上げていく、所得に基づく減免など配慮措置を設けることについて検討が必要

などの意見があった。こうした意見を踏まえ、今回の見直しに伴い、次の激変緩和措置を講ずるべきである。

【③後期高齢者の保険料負担の激変緩和措置】
・　賦課限度額の引き上げに伴う保険料の急増に配慮し、施行後１年内に新たに 75 歳に到達する方を除き、賦課限度額を２年かけて段階的に引き上げる（令和６年度 73 万円、令和７年度 80 万円）。
・　所得割のある一定所得以下の方への激変緩和措置として、年金収入 211 万円相当の方まで（約 240 万人）を対象に、保険料を２年かけて段階的に引き上げるべきである（制度改正分は令和７年度）。

○　全世代型社会保障構築本部においても、
・　「全世代型社会保障」は、年齢に関わりなく、全ての国民が、その能力に応じて負担し、支え合うことによって、それぞれの人生のステージに応じて、必要な保障がバランスよく提供されることを目指すものであるとされており、
・　超高齢社会にあって、社会保障は世代を超えた全ての人々が連帯し、困難を分かち合い、未来の社会に向けて協力し合うためにあるという認識を、世代間対立に陥ることなく、全ての世代にわたって広く共有していかなければならない旨が指摘されている。

○　これまでも当部会においても議論してきたとおり、「現在」のみの時間軸や世代間の問題としてとらえるのではなく、全ての人のための「人生 100 年の医療」を今後とも適切に提供し続けられるよう、後期高齢者医療制度についても、持続可能性を高め、世界に冠たる国民皆制度を全ての人で支えることが重要である。

○　出産育児一時金への後期高齢者医療制度からの支援金の導入や、上記の高齢者負担率、後期高齢者の保険料負担のあり方の見直しに当たっては、こうした考え方を含め、後期高齢者への丁寧な説明を行った上で、当部会で議論した方針に沿って進めるべきである。

（「現役並み所得」の判断基準の見直し）

○　後期高齢者の窓口負担割合は、現役並み所得を有する方は３割とされており、現役並み所得の判断基準については、改革工程表や、前回の当部会の議論の整理において、現役世代との均衡の観点から、見直しを検討することとされている。

○　これを踏まえ、当部会において検討した結果、

・　窓口負担割合の見直し（一定以上所得のある方への２割負担の導入）が本年 10 月に施行されたところであり、施行の状況等を注視する必要があること

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

から、引き続き検討することが適当である。

○　なお、

・　高齢者であっても一定の所得がある場合の医療費窓口の割合については、年齢にかかわらず応能負担を基本とし、一律３割にするなどの方向性を打ち出してほしい

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

との意見があった。

（負担への金融資産・金融所得の反映の在り方）

○　現在、医療保険制度における負担は、市町村民税の課税所得等に応じて決定されている。能力に応じた負担を求める観点から、これに加えて金融資産を勘案することについては、改革工程表や、前回の当部会における議論の整理において、預金口座へのマイナンバー付番の状況を見つつ、引き続き検討することとされている。

○　こうした取組には、

・　預貯金口座への付番は開始しているものの、全ての預貯金口座に付番はなされておらず、また、負債を把握することも困難。

・　そのため、仮に介護保険の補足給付と同様に資産要件を勘案することとした場合、医療保険では加入者数が更に多いこと等から、保険者等は、

相当な事務負担を要することとなる。

・　さらに、介護保険の補足給付は、低所得者を対象として、食費、居住費を福祉的に給付する仕組みであることを踏まえると、医療保険において金融資産等の保有状況を反映することのロジックをどのように整理するのか。

といった課題がある。

○　また、令和３年の改正法の審議において指摘されたように、株や債券などの譲渡、配当、利子所得において、源泉徴収で課税関係を終了させ、確定申告を行わない場合は、市町村民税の課税所得等に勘案されないことについて、不公平との指摘がある（確定申告を行った場合には、課税所得等に勘案される）。公平性の観点から重要な指摘である一方で、どのように、こうした金融所得の情報を把握するかなどの課題がある。

○　これらに対しては、

・　金融資産の把握については、能力に応じた負担を求めることが重要であり、社会保障制度の持続可能性の観点からも重要。医療分野だけでできるものではなく、政府全体でマイナンバー活用した基盤整備を早急に進めるべき

・　金融所得を確定申告するのは、通算でマイナスになるときが多いのではないか。こうした実態を含め、税との関係を考えた上で、方向性を検討すべき

・　資産および負債の把握などの検討課題が多々ある。将来にわたり、公平な医療アクセスを確保していくことが重要であり、これに大きな影響を及ぼさないよう、十分慎重に検討していくべき

等の意見があった。

○　上記の課題や、金融資産・金融所得に応じた負担の公平性の観点等も踏まえつつ、引き続き検討することとしてはどうか。

３．被用者保険者間における負担能力に応じて公平に負担する仕組みの強化

○　健保組合の保険料負担について、現在の状況をみると、医療費や報酬水準の違いなど、様々な要因により、保険料率が５％を下回る保険者がある一方で、保険料率がその２倍を超える11%超となっている保険者が20近く存在しているほか、協会けんぽの全国平均保険料率（10%）以上となっている保険者は２割を超えている。

○　被用者保険に関わる高齢者医療についての負担の調整の枠組みとしては、現行、

・　後期高齢者支援金における総報酬割として、後期高齢者支援金について、被用者保険者間で各保険者の総報酬額に応じて按分する仕組み
・　前期高齢者に係る財政調整として、前期高齢者給付費と前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、各保険者が前期高齢者加入率に応じた納付金を負担する仕組み
・　負担調整・特別負担調整として、高齢者医療に対する拠出金負担（後期高齢者支援金、前期高齢者納付金）が過大となる保険者の負担を、全保険者と国費で軽減する仕組み
・　高齢者医療運営円滑化等補助金として、前期納付金負担の割合・伸びに着目し、納付金負担が過大となる保険者に対する補助金による支援が存在する一方、健保組合には、調整保険料という自主財源を原資にした独自の交付金事業が存在し、
・　高額医療給付の財政影響を緩和するための交付金事業
・　所要保険料率の高い健保組合への財政負担を軽減するための交付金事業

を行っており、自主的なリスク調整を行っている。

○　また、前期高齢者の医療給付費負担については、前期高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を是正するため、前期高齢者の加入者数に応じて、費用負担の調整を行っている（前期財政調整制度）が、この前期財政調整制度については、保険者ごとの財政力を考慮せず、各保険者の前期高齢者加入率に応じた一律の負担を課すことにより、財政力の弱い保険者の負担が相対的に重くなる等の課題がある。

○　これに対し、

・　この10年間に全体として健保組合の保険料率が上がってきており、特に協会けんぽの全国平均保険料率である10%を超える健保もかなり

多くなっているが、このような状態を放置すると、組合が解散して、協会けんぽへの移行がおこり、財政負担が発生してくるだけではなく、全体の保険財政運営の予見性の低下のほか、被保険者に対する影響が懸念をされる

・　あまりにも大きな保険料率の負担の格差というのはやはり社会保険の在り方から考えて望ましくないのではないか

・　実際には保険料率が５％下回る組合も存在する一方、保険料率が 10%を超える組合も増えている現状においては、個々の保険者のみで解決が困難な課題に共同して取り組むことも必要ではないか

・　組合全体の保険料の増加、保険料 10%超の組合の増加は、解散で協会への移行・国庫負担増に繋がる。格差是正は必要

・　健保組合は保険者機能を発揮して加入者の健康寿命の延伸や医療費適正化を含めてこの制度の維持発展に貢献してきた。そういう意味で、健保組合のこうした取組や保険者機能を後退させないように十分な配慮、や対応が必要

・　保険料率が高いところと低いところばらつきあり、保険料率の一本化も検討課題ではないか

等の意見があった。

○　これを踏まえ、当部会では

・　被用者保険における保険料率の格差を是正する観点から、前期高齢者の医療給付費負担について報酬水準に応じた調整の仕組みを導入すること、あわせて、前期高齢者の少ない小規模な保険者における年度毎の前期高齢者納付金の変動を抑えるための見直し

・　その際、現役世代の負担をできる限り抑制し、企業の賃上げ努力を促進する形で、既存の支援を見直すとともに更なる支援を行うこと

について議論を行った。

（前期高齢者の医療給付費負担における被用者保険者間の格差の是正）

○　前期高齢者の医療給付費負担における被用者保険者間の格差の是正については、以下の内容について議論を行った。

・　前期高齢者の給付費の調整は、現在、「加入者数に応じた調整」を一律に実施しているが、負担能力に応じた負担の観点から、被用者保険者間では、現行の「加入者数に応じた調整」に加え、部分的に「報酬水準に応じた調整」（報酬調整）を導入する。

・　前期財政調整では、納付金の計算において前期高齢者１人当たり給付

費を使用しており、給付費水準が高いほど納付金額が増加する。小規模な保険者においては、高額な医療費を必要とする前期高齢者の発生割合によって毎年度の給付費水準が大きくばらつき、それによって前期高齢者納付金の変動が大きくなるという課題が存在する。

こうした課題に対応するため、前期高齢者納付金の計算において複数年（３年）平均給付費を用いることとする。

○　これに対し、

・　保険者機能・独自性を踏まえつつ、格差是正のためには、前期財政調整についても、精緻化の議論が必要

・　諸外国では保険者間のリスク構造調整も進んでいるところ、我が国の財政調整は年齢構成と被保険者の数のみで行われており、報酬水準に応じた調整を考慮することには一定の合理性がある

・　報酬水準に応じた更なる財政調整については、給付と負担の関係を一層歪めることになる。これからますます重要になる保険者機能の発揮をさらに困難にする懸念もあることから、各保険者や労使の理解が不可欠であり、慎重に対応すべき

・　前期高齢者納付金について、仮に報酬調整を行うとしても、報酬調整の割合が高くなるほど、現役世代の負担増となるため、調整部分は極力小さくすべきである。さらに調整割合を引き上げるようなことは断じてあってはならない。健保組合に対する支援策を充実・強化し、保険者機能の発揮を決して阻害することのないようにすべき

・　今回の改革によって減少した公費財源については、必ず全額を現役世代の負担軽減に充てていただきたい。現役世代の負担軽減を目指す中で、財源捻出策として、国の財政責任を「肩代わり」させ、被用者保険に更なる負担を求めることは容認できない

・　前期財政調整への報酬調整導入により、各保険者の保険料負担が増加する一方で、国費が大幅に削減され、結果的に現役世代の負担軽減にはなっていないのではないか。現役世代の既存の支援の見直し・更なる支援に当たっては、今回の改革に伴い削減される国費を全額充てるべき

・　前期高齢者の少ない小規模保険者は、毎年の前期高齢者納付金の変動が大きな負担となるため、複数年平均給付費を用いることで前期納付金の変動幅を抑制すべき

などの意見があった。

○　こうした意見を踏まえ、報酬水準の導入は、あくまでも部分的なものとし、その範囲については、１／３に止めるべきである。

（現役世代の負担上昇の抑制・賃上げ促進のための健保組合等への支援）

○　今般の改革では、高齢者医療制度の見直しを通じて、現役世代の負担上昇の抑制効果が期待される一方、前期財政調整において報酬調整を導入することに伴い、被用者保険者内でも相対的に財政力のある健保組合等は納付金負担が増加することとなる。こうした高齢者医療に対する拠出金負担（後期高齢者支援金、前期高齢者納付金）の軽減を図るとともに、健保組合全体として、今回の高齢者医療制度の見直しや報酬調整の導入による改革を通じて、負担上昇がトータルとして抑制されるよう、健保組合等を対象として実施されている既存の支援を見直すとともに、更なる支援を行う。

○　その際、企業の賃上げを促す観点から、賃上げ等により一定以上報酬水準が引き上がった健保組合について、賃上げに伴う納付金負担増を軽減する仕組みを導入する。

○　これに対し、

・　被用者保険者間の格差是正にあたっての健保組合への支援については、制度改革全体として負担軽減となることを明確に示すべき。さらに、健保組合の安定運営につながるよう制度化等も含め、継続性をもった支援となるよう見直すべき

・　高齢者医療運営円滑化等補助金について、今後３年間で団塊の世代が後期高齢者となり、後期高齢者支援金が急増する見通しであることも踏まえ、現行の支援にかかる制度の見直しを含む拡充を行うべき

・　特別負担調整については、負担軽減対象となる保険者の範囲拡大および国費の増額、もしくは負担軽減分全額を国費負担とすべき。また、こうした負担調整の仕組みを通じて確実に現役世代の負担軽減を実現するために、高齢者医療への拠出金負担については義務的経費に占める拠出金負担割合が 50%を超えないよう上限を設定することを早急に検討し、実施すべき

・　健保組合の共助の仕組みである交付事業については、保険基盤の安定確保のためにも見直した方が良く、必要な範囲で、国による支援を考えるべき

・　国の施策として企業の賃上げを促進することは理解するが、健保組合を通じた支援には違和感があり、慎重な検討が必要。今回の健保組合支援の見直しとは切り離し、別財源で対応すべき

・　企業の賃上げ努力促進については否定しないが、賃上げ税制に対する評価も様々ある中で、労使の賃上げの取組に与える影響も含めて丁寧な説明が必要

などの意見があった。

○　こうした意見を踏まえ、健保組合に対し、企業の賃上げ努力を促進する形で、既存の支援を見直すとともに、高齢者負担率の見直しとあわせて負担減となるように国費による更なる支援を行うこととし、具体的には、

・　高齢者医療運営円滑化等補助金について、賃上げ等により一定以上報酬水準が引き上がった健康保険組合に対する補助を創設するなど、拠出金負担の更なる軽減を行い、

・　健保組合の自主的な支え合いである交付金交付事業を強化する観点から、健康保険組合連合会が実施する健保組合に対する高額医療交付金事業について、財政的支援の制度化を行うことで事業規模を拡充し、

・　拠出金負担が義務的支出に比して過大で財政力の弱い保険者の負担を軽減する特別負担調整への国費充当を拡大し、負担軽減対象となる保険者の範囲を拡大するべきである。

４.医療費適正化対策の実効性の確保
（医療費適正化計画の実効性の確保）

○　国及び都道府県は、６年を一期として医療費適正化計画を定め、これに基づき、住民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進に関する目標の達成に向けて、保険者、広域連合、医療関係者等の協力を得て、取組を進めている。

○　現在は平成 30 年度から令和５年度までの第三期計画の期間中であるが、第一期計画が始まった平成 20 年度には約 34.8 兆円（GDP 比 6.74%）だった国民医療費が、令和元年度には約 44.4 兆円（GDP 比 7.93%）となっており、今後、持続可能な社会保障制度を構築していくためには、医療費適正化の取組の更なる実効性強化が必要となっている。

○　こうした中で、医療費適正化計画のあり方については、「経済財政運営と改革の基本方針 2021」（令和３年６月 18 日閣議決定）において、医療費見込みの精緻化、都道府県の役割や責務の明確化、都道府県医療費適正化計画及び国保運営方針の必須記載事項の見直し、保険者協議会の必置化、審査支払機関の業務運営の基本理念や目的等への医療費適正化の明記等について、「2024 年度から始まる第４期医療費適正化計画期間に対応する都道府県計画の策定に間に合うよう、必要な法制上の措置を講ずる」こととされている。

○　これを踏まえ、医療費適正化計画については、
- 　現行の目標について、どういった点を更に推進すべきか
- 　新たに取り組むべき目標はないか
- 　取組の実効性を確保するための体制をどう構築するか

について議論を行った。

○　当部会では、これらの論点について、
- 　国民一人ひとりが「自分の健康は自分で守る」と意識して行動を変えることが重要である。医療保険制度の持続可能性を高める観点からも、セルフメディケーションや個人が自らの健康づくりに取り組むことが重要であり、更なる普及啓発に取り組むべき
- 　後発医薬品の使用促進について、個別通知やフォーミュラリなどの取組を進めるとともに、医薬品の安定供給の確保が重要であり、それに向けた対策の状況を踏まえつつ、バイオシミラーや更なる置き換え余地がある領域に取り組んでいくことが重要

・　重複投薬・多剤投与の適正化について、電子処方箋が果たす役割は大きいため、活用促進に取り組むとともに、医療費適正化計画における多剤投与の基準については、複数種類の医薬品の投与の適否は一概に判断できない点に留意しつつ、高齢者の医薬品適正使用の指針、くすりの適正使用協議会や調剤報酬における基準を踏まえて見直すことも検討すべき
・　特定健診・特定保健指導について、成果の見える化やエビデンスの蓄積が必要
・　今後、医療と介護の複合的なニーズを抱える高齢者の増加が見込まれることを踏まえ、フレイル対策や介護予防といった、医療と介護にまたがる取組を推進していく必要がある。地域完結型医療を目指した、地域包括ケアシステムと一体となった医療費適正化を進めるべき。また、訪問看護等のサービスの拡充・強化はこうした取組に資する
・　医療資源を効果的・効率的に活用する観点から、医療サービスの提供状況について、地域ごとに関係者が把握・検討し、適正化に向けて必要な取組を進めていくことが重要
・　都道府県は、地域医療構想に基づく病床の必要量の見込みを目標と捉え、病床の機能の分化及び連携を更に推進し、地域医療構想の実現と医療費適正化を不退転の決意で進めていくべき
・　取組の実効性を確保するために、医療費適正化計画を策定し、目標の達成に向けて関係者の理解・協力を得て取り組む都道府県の責務を明確化すべき
・　医療費データの分析等に基づいて医療費適正化の取組を進めることは重要であり、こうした機能を果たしている保険者協議会の取組を推進するために、法的な位置づけの強化やデータ分析に関する支援を行うべき
・　国保連合会・国保中央会におけるKDBを活用した取組の実績や経験を、次期医療費適正化計画の新しい政策目標の設定や実現に活用することが有益
・　医療費適正化計画と関連する他計画との整合性の確保を図るとともに、企業による健康経営の取組、セルフケアの推進など、日本健康会議をはじめとする民間主導の取組との連携も進めるべき
・　オンライン資格確認等システムを利用した薬剤情報・特定健診情報の活用や電子処方箋の活用推進には、マイナンバーカードが必須のツールとなることから、これらについて国民の十分な理解を得られるよう周知等に努めるべき

などの意見があった。

○　「経済財政運営と改革の基本方針2021」に基づく対応を行うととも

に、これらの意見を踏まえ、以下の措置を講じるべきである。

- 後発医薬品の使用促進に向けて、使用促進効果が確認されている個別通知や、医薬品の適正使用の効果も期待されるという指摘もあるフォーミュラリ等の取組を地域の実情に応じて検討・推進するとともに、「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」の議論や、バイオ後続品に関する目標設定を踏まえ、今後、まずは医薬品の安定的な供給を基本としつつ、新たな数値目標を設定すること
- 重複投薬・多剤投与の適正化に向けて、電子処方箋の活用推進等により更なる取組の推進を図るとともに、多剤投与については、複数種類の医薬品の投与の適否については一概に判断できない点に留意しつつ、高齢者の医薬品適正使用の指針を基に、くすりの適正使用協議会や調剤報酬で６種類以上という基準が用いられていることを踏まえて取組の対象を広げること
- 第４期特定健診・特定保健指導に向けて、特定保健指導へのアウトカム評価の導入や、保健指導の効果の見える化による成果の公表、ICT の活用等による実施率の向上に取り組むこと
- 新たな目標として、医療・介護の効果的・効率的な提供の重要性を踏まえた取組の推進や、急性気道感染症に対する抗菌薬処方などの効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療、白内障手術や化学療法の外来での実施など医療資源の投入量に地域差がある医療の適正化を位置づけること。リフィル処方箋については、地域差の実態等を確認した上で必要な取組を進めること
- 都道府県と関係者による PDCA サイクルを強化するために、都道府県医療費適正化計画及び国保運営方針に記載すべき事項の充実化、保険者協議会の必置化と国からの必要な支援を行うとともに、構成員としての参画を含め、保険者協議会への医療関係者の参画を検討・促進すること
- 医療費見込みについて、年度別・制度区分別の推計や、報酬改定・制度改正の影響を反映した随時改訂などの精緻化を図るとともに、医療費適正化効果額の推計方法については、今後、有識者の議論を踏まえて適切な推計方法を示すこと
- 都道府県は、住民の高齢期における医療費の適正化を図るための取組において中心的な役割を果たすべきであることを明確化すること
- 都道府県は、医療費が医療費見込みを著しく上回る場合等には、その要因を分析し、当該要因の解消に向けて関係者と連携して必要な対応を講ずるよう努めるべきであることを明確化するとともに、都道府県が取り得る措置として、高齢者の医療の確保に関する法律第９条第９項に基づく関係者に対する協力要請があることを明確化すること
- 国が都道府県に提供しているデータセットについて、都道府県や保険

者協議会におけるデータ分析において活用しやすいよう、メリハリをつけるとともに、KDB 等を活用した分析の促進や、NDB の機能拡充を図ること

- 支払基金及び国保連合会の目的や基本理念等に、診療報酬請求情報等の分析等を通じた医療費適正化を明記すること
- 保険者が策定するデータヘルス計画や特定健診等実施計画など、医療費適正化計画と関連する他計画との整合性を図るとともに、国民一人ひとりの健康寿命延伸と医療費適正化に向けた日本健康会議の宣言に基づく産官学連携の取組との連携も推進すること

５.国民健康保険制度改革の推進
（国民健康保険制度改革の推進）

○　国民健康保険制度については、平成 30 年度の制度改革において、財政運営の安定化を図るため、財政運営の都道府県単位化やそれに伴う都道府県・市町村の役割分担、財政支援の拡充等を進めてきた。現在、施行から５年目を迎えているが、地方自治体や国民健康保険団体連合会、その他の関係者の取組により、改革は概ね順調に実施されている。

○　国民健康保険制度が、国民皆保険制度の要として、引き続き、財政運営の安定化を図りつつ、令和６年度からの国保運営方針に基づき、保険料水準の統一や医療費適正化等の取組をより一層進め、都道府県単位化の趣旨の更なる深化を図るため、取組強化の方向性について、国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議（国保基盤強化協議会）事務レベルＷＧにおいて議論が進められ、その議論の結果が当部会に報告された。

○　具体的には、

・　国会での附帯決議にも明記されている出産に関する保険料の配慮の在り方について、出産する被保険者に係る産前産後期間相当分（４か月間）の均等割保険料及び所得割保険料を免除する措置を講じること（再掲）
・　保険料水準の統一に向けた取組等のより一層の推進、都道府県と保険者双方による一体的な医療費適正化の推進等の観点から、都道府県内の国保運営の統一的な方針である都道府県国民健康保険運営方針について、対象期間を法定化するとともに、全ての記載事項を必須化すること。また、保険料水準の統一に向けた取組を国としても強力に支援するため、保険料水準統一加速化プラン（仮称）を策定すること
・　国保財政を支出面から適正に管理するため、国保の財政運営の責任主体である都道府県が、保険給付の適正化に資する取組である第三者行為求償事務のうち、広域的な対応が必要なもの・専門性の高いものについて、市町村等の委託を受けて実施可能とすること
・　これらの取組を更に後押しするため、保険者努力支援制度について、事業メニューや指標等について必要な見直しを行うこと
・　退職者医療制度について、対象者の激減に伴い財政調整効果がほぼ無くなっている中、保険者等の事務コストが継続しているため、業務のスリム化、事務コストの削減を図る観点から、前倒しして廃止すること
・　その他、経済財政運営と改革の基本方針・改革工程表、政府・与党内での議論、地方団体の要望事項等

について、国と地方、その他の関係者の間の調整を続け、結論が得られた

事項について、法改正を含め、対応してはどうかというものであった。

○　当部会では、この報告に対し、

・　出産時における保険料の負担軽減はぜひ進めるべきであるが、子育て支援、次世代育成支援という国の政策であるため、国からの財政支援を検討すべき（再掲）

・　少子化対策の一環として子育て家庭の経済的負担を軽減することは大変重要な施策であり、実施に当たっては、保険者の事務負担に最大限配慮するとともに、必要となる財源について公費を拡充すべき（再掲）

・　第三者行為求償事務に係る見直しについては、都道府県に新たな事務負担が生じることから、準備に要する十分な期間を設けた上で都道府県と丁寧に協議するとともに、取組強化に伴い必要となる費用は国の責任において確実に財政措置を講じるべき

・　退職者医療制度について、事務コストの削減等を図る観点から前倒しでの廃止をすべき

などの意見があった。

○　これらの意見も踏まえ、今後、国民健康保険制度改革を推進するに当たって法改正を含めた対応を行う場合は、国と地方を中心とする協議の結果を尊重すべきであり、地方分権の趣旨に反しないこと、国が一方的に議論等を押しつけないことといった点を十分に尊重しつつ、結論が得られた事項に限り実施すべきである。

○　なお、国民健康保険制度をめぐる議論において、

・　一定の方向性を示すべき検討課題とされている「普通調整交付金の配分の在り方」については、普通調整交付金が担う自治体間の所得調整機能は極めて重要であるため、今後もその機能を引き続き維持し、見直しを行わないことを基本姿勢として、議論を深めるべき。また、仮に「普通調整交付金の配分の在り方」について議論がされる場合には、地方分権の観点からも地方団体の意見が尊重されるべき

・　中長期的な検討課題とされている「生活保護受給者の国保等への加入」については、社会保障制度の根幹を揺るがし、国保制度の破綻を招きかねないため、国保等への加入は非常に難しいということを基本姿勢として、議論を深めるべきとの意見があった。

○　また、後期高齢者医療制度の責任主体を都道府県に移すことに対して、

・　後期高齢者医療制度については、都道府県内の全市町村が責任をもって運営に参加できるよう、広域連合という枠組みが取られていると理解。

都道府県への移管という議論があるが、拙速な議論は社会保障制度への信頼を損なう。慎重な検討が必要

・　広域連合による運営は制度施行後十数年を経て定着してきたところであり、広域連合と市町村が相互に連携しながら一体的実施や医療費適正化に向け、効率的・効果的に業務を行っており、保険者の変更は被保険者にも大きな混乱をもたらすと考える

・　広域連合の立ち上げ時の混乱は事実だが、現在は、混乱を避けながら新しい課題に立ち向かっている。国民健康保険では、都道府県はまだ運営経験も浅く、市町村の意見を聞きながら制度運営を進めている状況。安定した制度運営のためにも、実態をよく理解して対応が必要

との意見があった。

○　これらについては、地方公共団体の意見を十分に踏まえながら、議論・検討を深めるべきである。

おわりに

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

○　整理の前提として、新型コロナウイルス感染症に対し、総力を挙げた取組が必要であることは論を俟たない。ただし、その中にあっても、人口減少、少子高齢化は既に目に見える形で進んでおり、生産年齢人口の減少にも対応した諸課題への対応に取り組んでいく必要がある。

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

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

医療保険制度改革について

厚生労働省　保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

次期医療保険制度改革の主要事項

Ⅰ．出産育児一時金の引き上げ

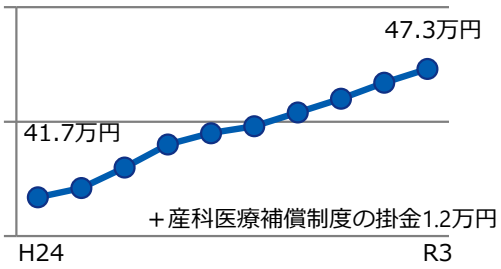
○　**出産育児一時金について、費用の見える化を行いつつ、大幅に増額（42万円→50万円/令和5年4月）**

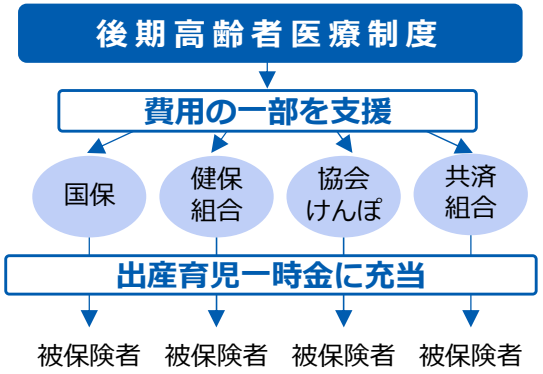
○　**後期高齢者医療制度が出産育児一時金に係る費用の一部を支援する仕組みを導入し、子育てを社会全体で支援**

※高齢者医療制度創設前は、全ての世代で出産育児一時金を含め子ども関連の医療費を負担

≪出産費用（正常分娩）の推移≫

※民間医療機関を含めた全施設の平均



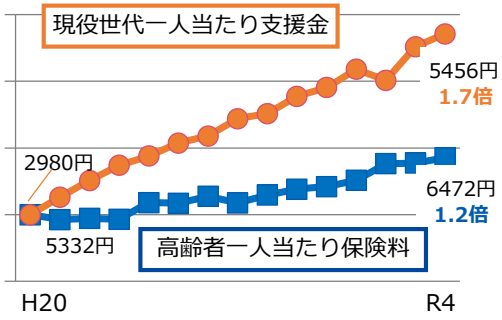


Ⅱ．高齢者医療を全ての世代で公平に支え合う仕組み

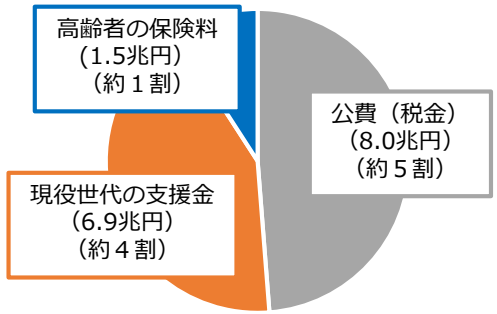
○　**現役世代の負担上昇を抑制するため、後期高齢者医療における高齢者の保険料負担割合を見直し**

- 制度創設時と比べ、現役世代の支援金は1.7倍、高齢者の保険料は1.2倍の伸びとなっており、高齢者の保険料と現役世代の支援金の伸びが同じになるよう見直し。
- 高齢者世代の保険料について、低所得層の負担増に配慮し、賦課限度額や所得に係る保険料率を引き上げる形で負担能力に応じた負担としつつ、激変緩和措置を講ずる。

≪一人当たり保険料･支援金の推移（月額）≫



≪後期高齢者医療の財源≫



※令和４年度予算ベース。窓口負担（1.5兆円）等を除く。

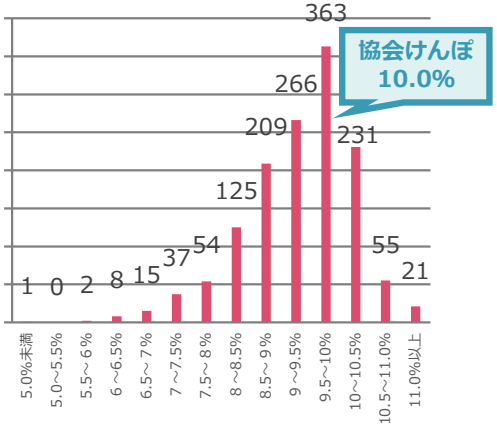
Ⅲ．被用者保険における負担能力に応じた格差是正の強化

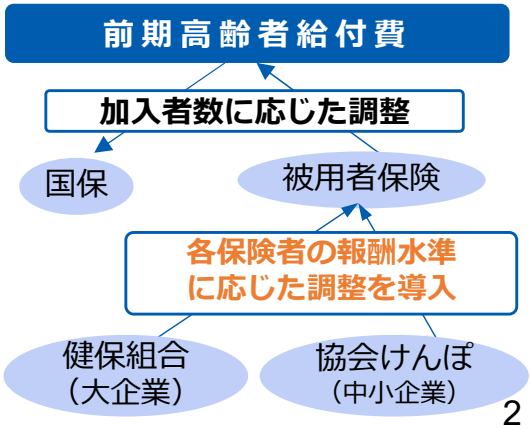
○　**前期高齢者の給付費の調整において、現行の「加入者数に応じた調整」に加え、「報酬水準に応じた調整」を導入**

※被用者保険者間の保険料率の格差が拡大。協会けんぽ（10%）以上の保険者が２割超。

○　**あわせて、現役世代の負担をできるかぎり抑制し、企業の賃上げ努力を促進する形で、既存の支援を見直すとともに国費による更なる支援を実施**

≪健康保険組合の保険料率の分布（Ｒ３）≫



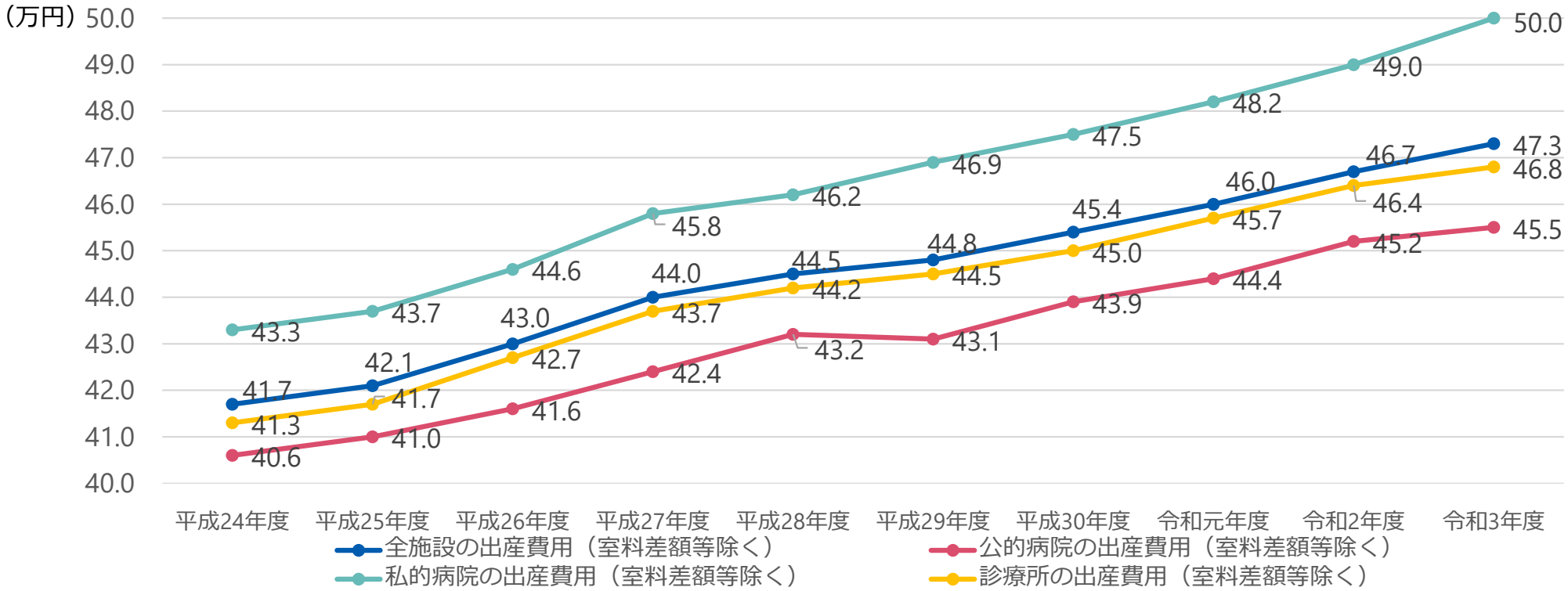


出産育児一時金の引上げ額について

○　出産育児一時金の額については、前回の引き上げ時は、「公的病院」の平均出産費用を勘案し、設定。
○　出産費用は年々上昇する中で、平均的な標準費用を全て賄えるようにする観点から、
・「全施設」の平均出産費用を勘案するとともに、
・近年の伸びを勘案し、直近の出産費用も賄える額に設定する。
○　以上より、48.0万円（令和４年度の全施設平均出産費用の推計額（※））＋1.2万円（産科医療補償制度の掛金）＝49.2万円となるため、出産育児一時金の額は、令和５年４月から、全国一律で、 **５０万円**とする。

※「全施設」の平均出産費用は、ここ10年、毎年平均で1.4%上昇しており、令和４年度の平均出産費用を48.0万円と推計。

＜参考：出産費用（正常分娩）の推移＞



（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）

出産育児一時金を全世代で支え合う仕組みの導入

- 今後、生産年齢人口は急激に減少していく中で、特に少子化については、新型コロナウイルス感染症下で出生数が将来人口推計よりも７年程度早く減少するなど危機的な状況。**少子化を克服し、子育てを社会全体で支援する観点から、後期高齢者医療制度が出産育児一時金に係る費用の一部を支援する仕組み**を導入。

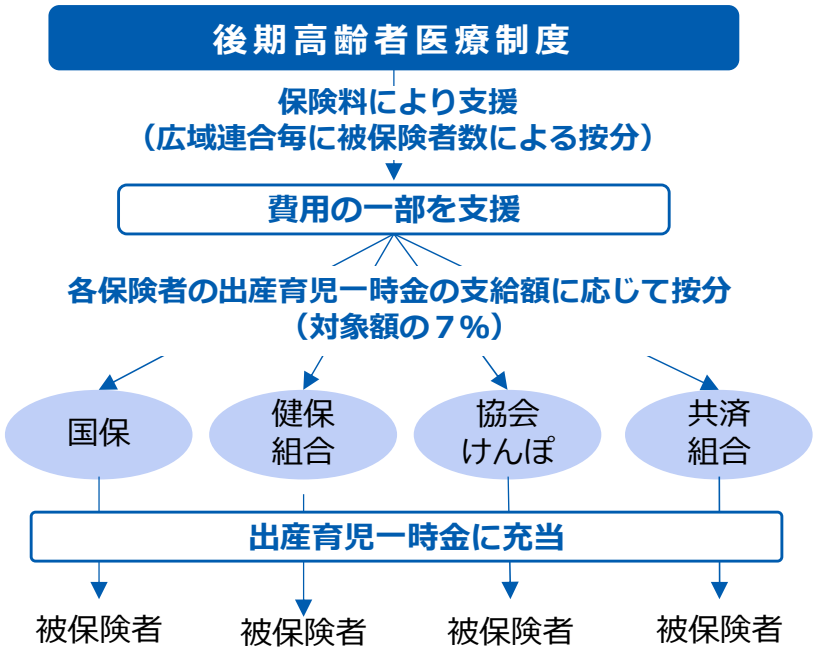
  ※後期高齢者医療制度は、**高齢者医療を社会全体で支えるという観点**に立って平成20年４月に創設。
  制度創設前は、出産育児一時金を含め子ども関連の医療費について、高齢者世代も負担。

  （参考）老人保健制度（高齢者医療制度創設前）
  75歳以上の高齢者は国保・被用者保険に加入し、各々に保険料を納付しつつ、市町村が運営する老人保健制度から給付を受ける仕組み。

- 後期高齢者医療制度が出産育児一時金に係る費用の一部を支援する仕組みを導入するに当たり、**現行の現役世代・後期高齢者の保険料負担に応じ、後期高齢者医療制度の支援割合を対象額の７％と設定**。

  ※次期の後期高齢者医療の保険料率改定（２年毎）のタイミングである**令和６年４月から導入（出産育児一時金の引き上げは令和５年４月～）**。
  支援割合は、料率改定とあわせて見直し。
  （以後は、７％を起点として、出産育児一時金に関する現役世代と後期高齢者の１人当たり負担額の伸び率が揃うよう支援割合を設定）
  ※後期高齢者の支援については、**能力に応じた負担の観点**から、低所得者に配慮しつつ、能力に応じた負担を強化する観点から、
  賦課限度額や所得に係る保険料率を引き上げる等により対応。

見直しのイメージ



■　導入時点（令和６年度）

- **現役世代・後期高齢者の保険料負担に応じて、現役保険者・後期高齢者医療制度で出産育児一時金を按分。**

  →　後期高齢者医療の所要保険料（1.7兆円）
  ÷全医療保険制度計の所要保険料（24.4兆円）＝ 7%

  ＜令和６年度の所要保険料（推計）＞

全医療保険制度計	うち後期
24.4兆円	1.7兆円

※ 令和4年度予算ベースを足下として、令和6年度までの人口構成の変化を機械的に織り込んだ推計値。なお、医療の高度化等による伸びは直近の実績値により見込んでいる。

■　出産育児一時金への充当方法

- 出産育児一時金の支給実績の確定後に後期高齢者医療制度からの支援を受けるとした場合、支援を受けるまでに時間がかかることから、**支給見込みに応じて概算で支援を受け、支給実績を踏まえて確定（概算との精算）を行う仕組みとする。**
- 後期高齢者医療制度からの実際の支援は、保険者の事務を簡素にするため、後期高齢者支援金と相殺する。

出産費用の見える化について

○　出産費用の見える化を進め、妊婦の方々が、費用やサービスを踏まえて適切に医療機関を選択できる環境を整備
医療機関等ごとの出産費用の状況のみならず、その医療機関等の特色やサービスの内容なども併せて公表

【対象医療機関】
　直接支払制度を行っている医療機関等

【公表事項】
　①医療機関等の特色（機能や運営体制等）
　②室料差額や無痛分娩の取扱い等のサービス内容
　③医療機関等における分娩に要する費用及び室料差額、無痛分娩等の内容（価格等）の公表方法
　④平均入院日数や出産費用、妊婦合計負担額等の平均値に係る情報
　　※直接支払制度の専用請求書の内容に基づき算出
　　※一定期間における平均値であることから、分娩数が少ない医療機関等の公表は任意

【公表方法】
　新たに設ける「見える化」のためのＨＰで医療機関等ごとに公表

【今後の進め方】
　公表項目等の詳細について、有識者により令和５年夏までに検討を行い、医療保険部会に報告の上、
　令和６年４月を目途に見える化を実施

財政影響（出産育児一時金の増額、出産育児一時金を全世代で支え合う仕組みの導入）

- 今回の見直し（出産育児一時金の増額、出産育児一時金を全世代で支え合う仕組みの導入）に係る財政影響を制度別にみたもの。
- 出産育児一時金は 50万円（８万円引き上げ）、後期高齢者医療からの支援対象額は一時金の1/2。

（2024年度：満年度ベース）

※（括弧）内は、後期高齢者医療制度からの支援導入による影響額

	42万円（現行）		50万円（＋8万円）	
	給付費	加入者一人当たり［］：月額	影響額	加入者一人当たり［］：月額
合計	**3,320億円**		**630億円** （－）	
協会けんぽ	1,440億円	3,800円〔320円〕	220億円 （▲60億円）	600円〔50円〕 （▲200円〔▲10円〕）
健保組合	1,040億円	3,800円〔310円〕	160億円 （▲40億円）	600円〔50円〕 （▲200円〔▲10円〕）
共済組合等	510億円	5,200円〔440円〕	80億円 （▲20億円）	800円〔70円〕 （▲200円〔▲20円〕）
国民健康保険	320億円	1,200円〔100円〕	60億円 （▲10億円）	200円〔20円〕 （▲20円〔▲2円〕）
後期高齢者	－	－	130億円 （130億円）	600円〔50円〕 （600円〔50円〕）

※1　出産育児一時金（公費除く）の1/2の7%を後期高齢者が支援するとともに、それに伴う後期高齢者の保険料増は所得割で対応する前提で試算。
※2　本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。
※3　2022年度予算ベースを足下にし、2024年度までの人口構成の変化を機械的に織り込んだ推計値。なお、医療の高度化等による伸びは直近の実績値により見込んでいる。
※4　「共済組合等」には日雇特例及び船員保険を含む。「国民健康保険」は市町村国保と国保組合の合計。
※5　被用者保険各制度の「影響額」には事業主負担分を、国民健康保険の「影響額」には地財措置等分を含む。
※6　「加入者一人当たり」は、各制度の給付費・影響額を当該制度の加入者数で除して加入者一人当たりに換算したものである。
※7　端数処理のため内訳が合計に一致しない場合がある。

高齢者負担率の見直し

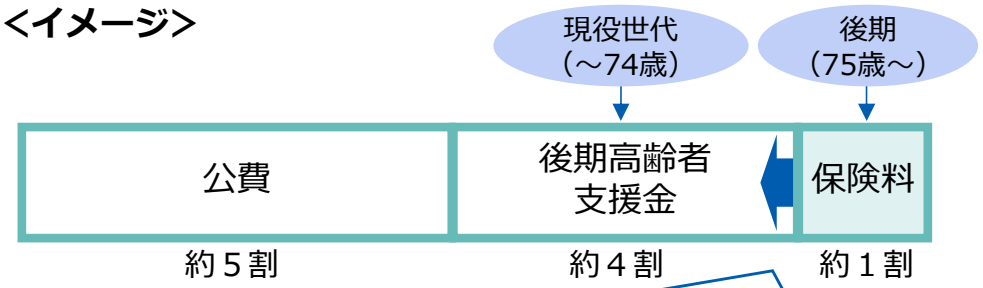
- 現行の高齢者負担率（高齢者が保険料で賄う割合）の設定方法は、現役世代の減少のみに着目しており、**制度導入以降、現役世代の負担（後期高齢者医療支援金）が大きく増加し（制度創設時と比べ、現役は1.7倍、高齢者は1.2倍の水準）**、**2025年までに団塊の世代が後期高齢者になる中で、当面その傾向が続く**一方、長期的には、高齢者人口の減少局面においても、高齢者負担率が上昇し続けてしまう構造。
- 高齢者世代・現役世代それぞれの人口動態に対処できる持続可能な仕組みとするとともに、当面の現役世代の負担上昇を抑制するため、**介護保険を参考に、後期高齢者１人当たり保険料と現役世代１人当たり後期高齢者支援金の伸び率が同じになるよう、高齢者負担率の設定方法を見直し**。

後期高齢者医療

＜現行＞

- ２年に１度、**現役世代人口の減少による増加分を高齢者と現役世代で折半**するように高齢者負担率を見直し。

＜イメージ＞



現役世代減少による増加分を 高齢者と現役世代で折半
※75歳～の負担割合：10%（H20）→11.72%（現在）

＜見直し案＞

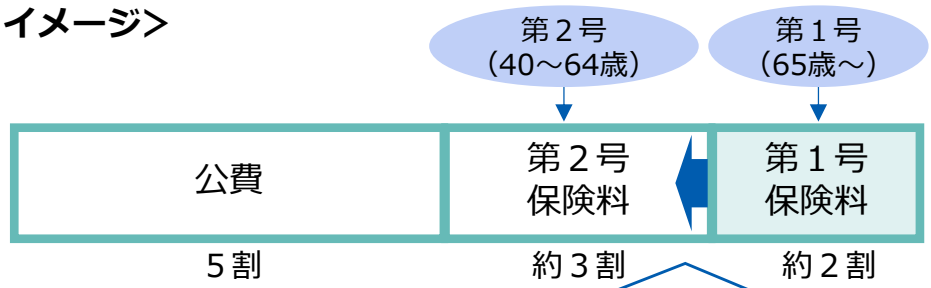
令和６年度以降の後期高齢者１人当たり保険料と現役世代１人当たり後期高齢者支援金の伸び率が同じになるよう、高齢者負担率の設定方法を見直し

（参考）介護保険

＜現行＞

- ３年に１度、第1号被保険者と第２号被保険者の**人口比に応じて負担割合を見直し**。
- **第１号被保険者と第２号被保険者の１人当たり保険料額は概ね同じ**になる。

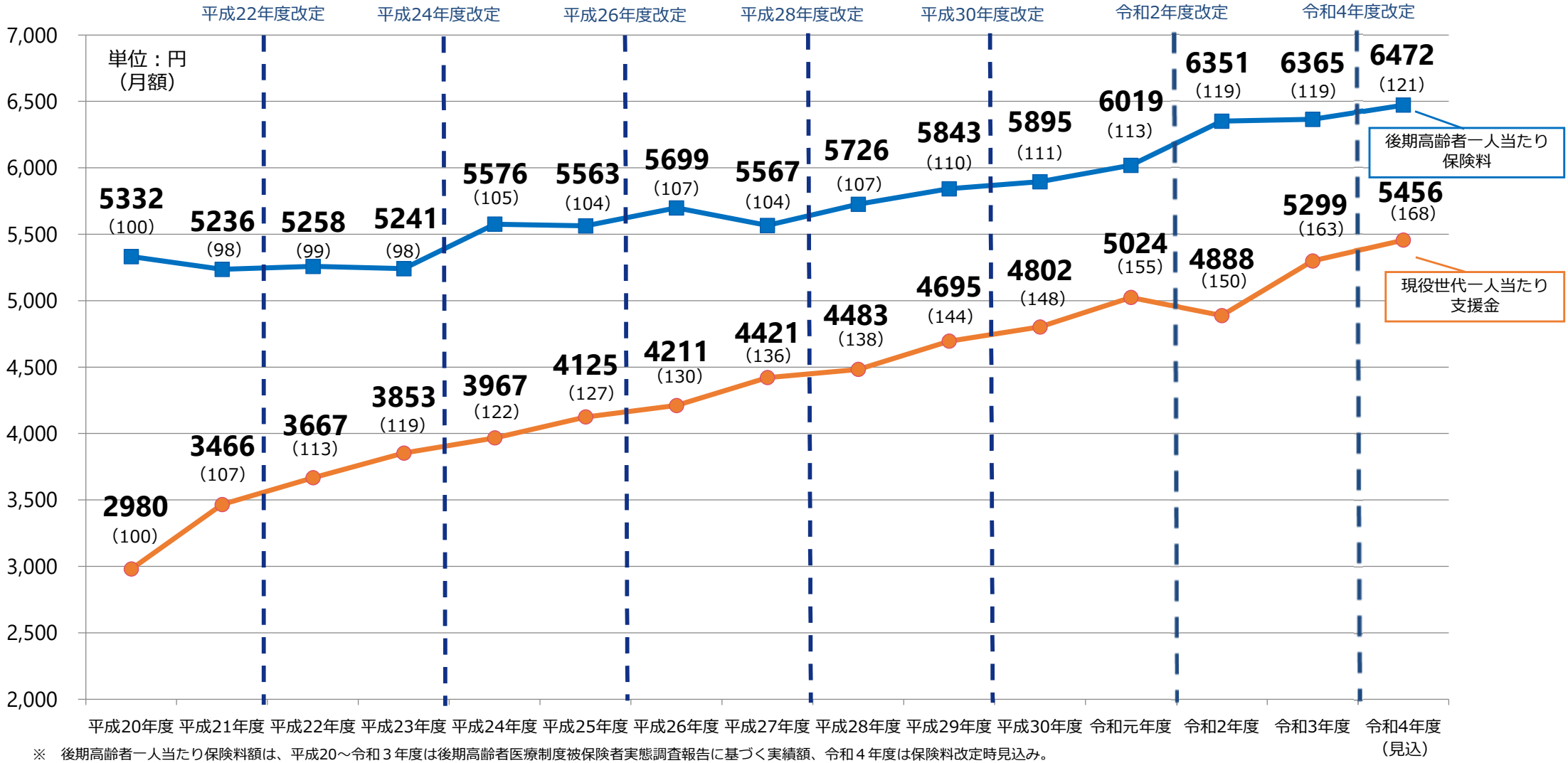
＜イメージ＞



保険料分（５割）を１号・２号の人口比で按分
※65歳～の負担割合：17%（H12）→23%（現在）

後期高齢者１人当たり保険料、現役１人当たり支援金の推移

- 現行の高齢者負担率（高齢者が保険料で賄う割合）の設定方法は、現役世代の減少のみに着目しており、
制度導入以降、現役世代の負担（後期高齢者医療支援金）が大きく増加（制度創設時と比べ、現役は1.7倍、高齢者は1.2倍の水準）



※　後期高齢者一人当たり保険料額は、平成20～令和３年度は後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告に基づく実績額、令和４年度は保険料改定時見込み。
　　なお、今般の改正に伴い、後期高齢者一人当たり保険料額は、令和６年度7170円、令和７年度7270円（推計値）。
※　現役世代一人当たり支援金額は、平成20～令和２年度は確定賦課、令和３年度及び令和４年度は概算賦課ベース。なお、今般の改正に伴い、現役世代一人当たり支援金額は、令和６年度5980円、令和７年度6280円（推計値）。
※　現役世代一人当たり支援金額の伸びは、満年度化の影響排除のため、平成20年度の金額に12/11を乗じたものを基準に計算。
※　平成28年度の現役世代一人当たり支援金額は、平成28年10月以降の適用拡大を含めた金額。
※　（）内の数値は、平成20年度の数値を100とした場合の指数。

財政影響（高齢者負担率の見直し）

- 今回の見直し（高齢者負担率の見直し）に係る財政影響を制度別にみたもの。

（2024年度：満年度ベース）

	保険料	加入者一人当たり［］：月額	公費		
				国	地方
合計	**50億円**		**▲50億円**	**▲50億円**	**0億円**
協会けんぽ	▲300億円	▲800円〔▲70円〕	0億円	0億円	-
健保組合	▲290億円	▲1,000円〔▲90円〕	-	-	-
共済組合等	▲100億円	▲1,100円〔▲90円〕	0億円	0億円	-
国民健康保険	▲80億円	▲300円〔▲20円〕	▲100億円	▲70億円	▲20億円
後期高齢者	820億円	4000円〔340円〕	50億円	20億円	20億円

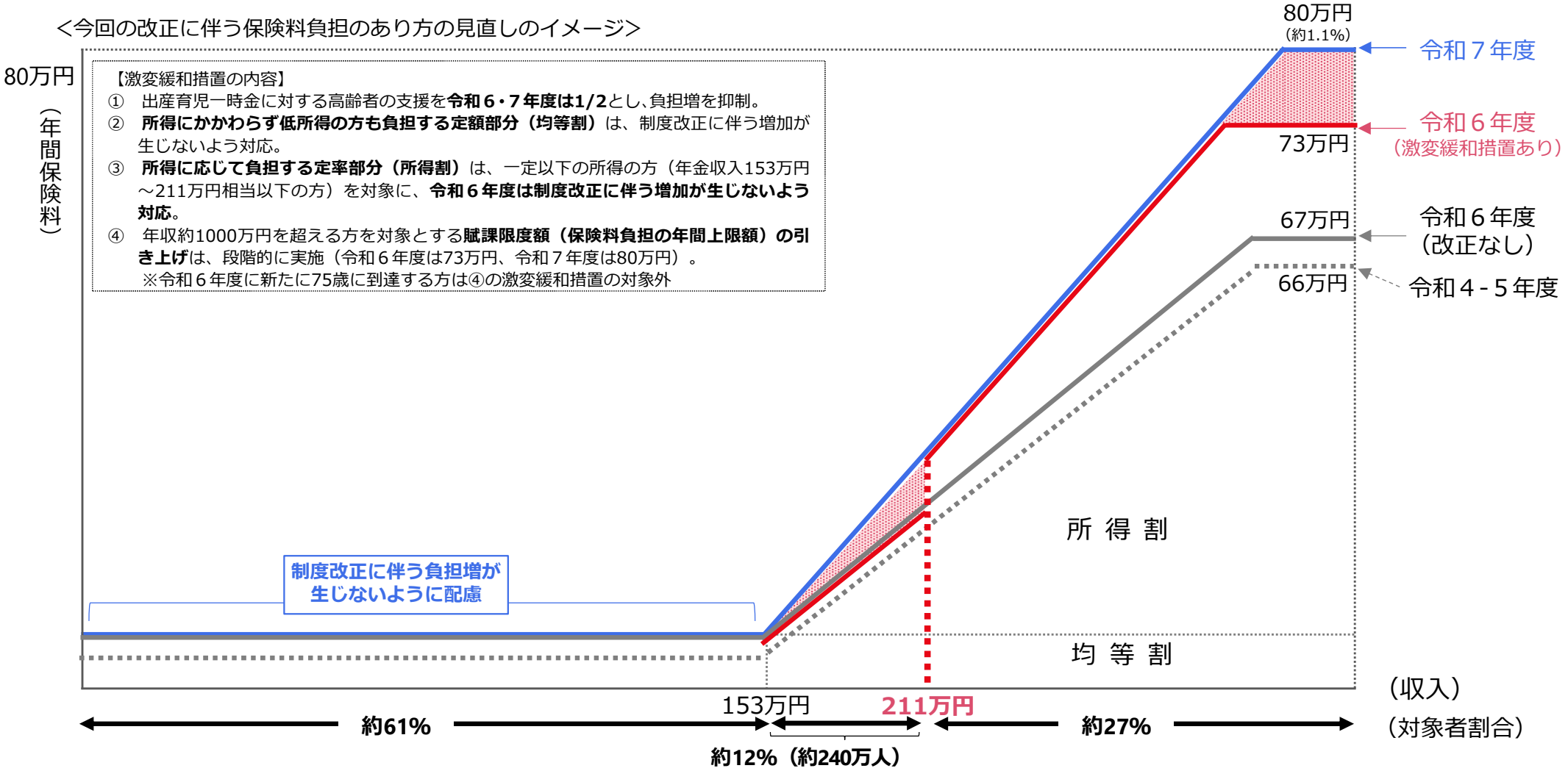
※1　見直しに伴う後期高齢者の保険料増は所得割で対応する前提で試算。
※2　本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。
※3　2022年度予算ベースを足下にし、2024年度までの人口構成の変化を機械的に織り込んだ推計値。なお、医療の高度化等による伸びは直近の実績値により見込んでいる。
※4　「共済組合等」には日雇特例及び船員保険を含む。「国民健康保険」は市町村国保と国保組合の合計。
※5　被用者保険各制度の「保険料」には事業主負担分を含む。
※6　「加入者一人当たり」は、各制度の保険料影響額を当該制度の加入者数で除して加入者一人当たりに換算したものである。
※7　端数処理のため内訳が合計に一致しない場合がある。

負担能力に応じた後期高齢者の保険料負担の見直し

■ 後期高齢者医療における保険料は、高齢化等による医療費の増加を反映して、２年に１度、引き上げ。

■ **今回の制度改正による、令和６年度からの新たな負担に関しては、**
- **約６割の方**（年金収入153万円相当以下の方）については、**制度改正に伴う負担の増加が生じないようにするとともに**、
- さらに**約12%の方**（年金収入211万円相当以下の方）についても、**令和６年度は制度改正に伴う負担の増加が生じないよう対応**。

<今回の改正に伴う保険料負担のあり方の見直しのイメージ>



（※）対象者割合（対象者数）は後期高齢者被保険者実態調査特別集計等に基づく推計値

後期高齢者１人当たり保険料額（２年間）への影響（収入別）

- 今回の見直しに伴う後期高齢者一人当たり保険料額（２年間）への影響を収入別に試算したもの。

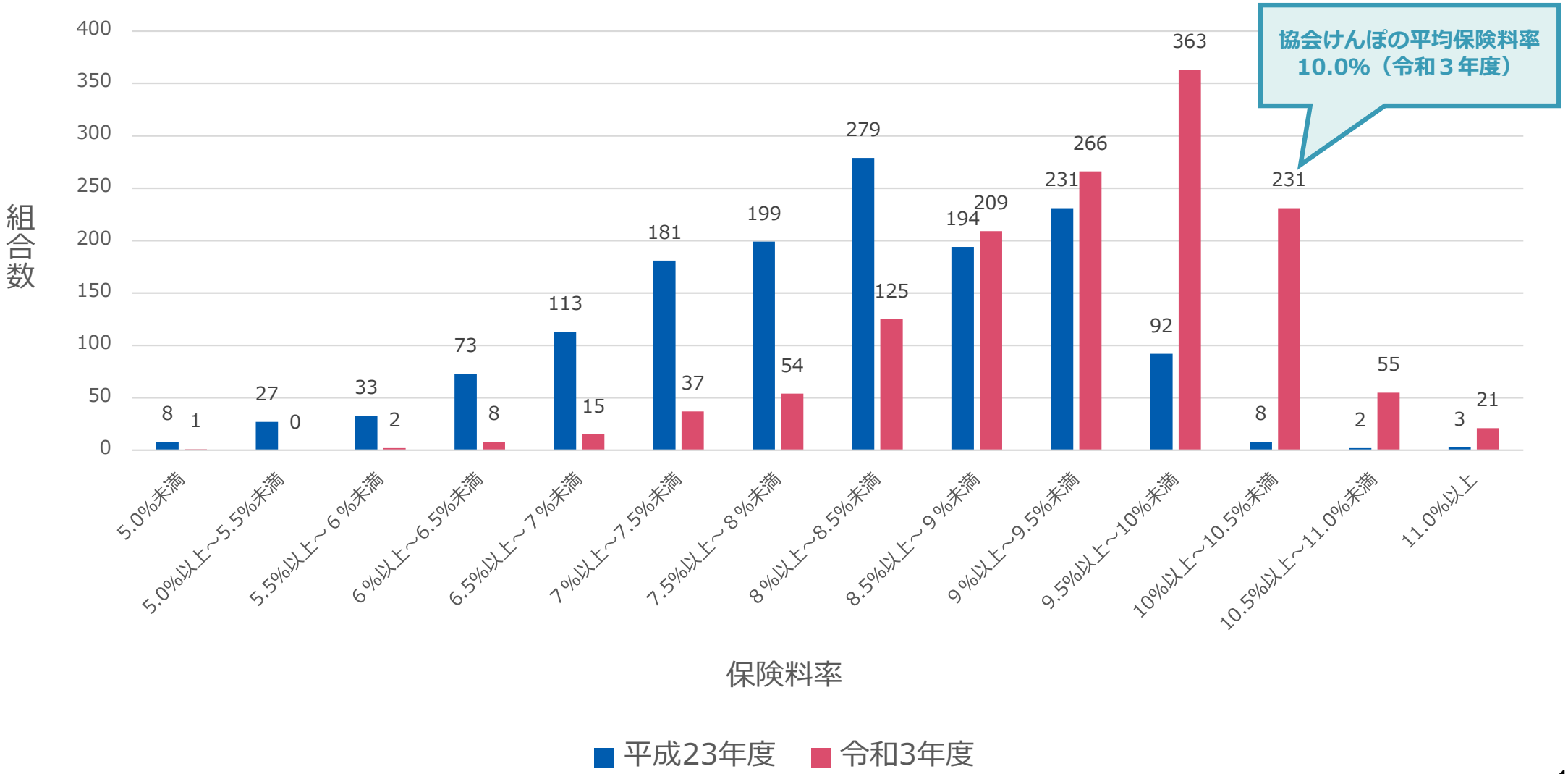
		賦課限度額 ＜超過割合＞ ＜到達収入＞	均等割額	所得割率	保険料額　[ ]：月額									
					後期1人当たり平均		年収80万円		年収200万円		年収400万円		年収1,100万円	
						増加額		増加額		増加額		増加額		増加額
改正なし	令和６・７年度	67万円 ＜1.30%＞ ＜976万円＞	50,500円	9.87%	82,000円 [6,830円]		15,100円 [1,260円]		86,800円 [7,230円]		217,300円 [18,110円]		670,000円 [55,830円]	
改正後	令和６年度	73万円 ＜1.28%＞ ＜984万円＞	50,500円	10.70%	86,100円 [7,170円]	+4,100円 [+340円]	15,100円 [1,260円]	制度改正影響なし	86,800円 [7,230円]	制度改正影響なし	231,300円 [19,270円]	+14,000円 [+1,170円]	730,000円 [60,830円]	+60,000円 [+5,000円]
改正後	令和７年度	80万円 ＜1.13%＞ ＜1,049万円＞	50,500円	10.70%	87,200円 [7,270円]	+1,100円 [+90円]	15,100円 [1,260円]	制度改正影響なし	90,700円 [7,560円]	+3,900円 [+330円]	231,300円 [19,270円]	制度改正影響なし	800,000円 [66,670円]	+70,000円 [+5,830円]
（参考）	令和４・５年度	66万円 ＜1.29%＞ ＜1,004万円＞	47,800円	9.34%	77,700円 [6,470円]		14,300円 [1,190円]		82,100円 [6,840円]		205,600円 [17,140円]		660,000円 [55,000円]	

※増加額　・改正後（令和６年度）･･･制度改正に伴うＲ６における保険料負担の増加　・改正後（令和７年度）･･･前年度からのＲ７における保険料負担の増加

※1　**負担率の見直し**とあわせ、**出産育児一時金を8万円引き上げ**、**一時金（公費除く）の1/2の7%を後期高齢者が支援**するとともに、これに伴う後期高齢者の保険料増は所得割で対応する前提で試算。
※2　本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。
※3　2022年度予算ベースを足下にし、2024年度までの人口構成の変化を機械的に織り込んだ推計値。なお、医療の高度化等による伸びは直近の実績値により見込んでいる。
※4　2021年度後期高齢者被保険者実態調査を特別集計したものを基に試算。
※5　「均等割額」、「所得割率」、「保険料額（後期一人当たり平均）」は、全国ベースの推計値であり、収入別の保険料額は、当該全国ベースの推計値をもとに、控除・均等割軽減について現行制度を前提に試算。
※6　「到達収入」・「年収1,100万円」は、単身、年金収入110万円、その他を給与収入をモデルに算定。「年収80万円」・「年収200万円」は、単身、年金収入のみをモデルに算定（「年収80万円」は均等割7割軽減、「年収200万円」は均等割2割軽減）。「年金収入400万円」は、単身、年金収入200万円、その他を給与収入をモデルに算定。

健康保険組合の保険料率の分布

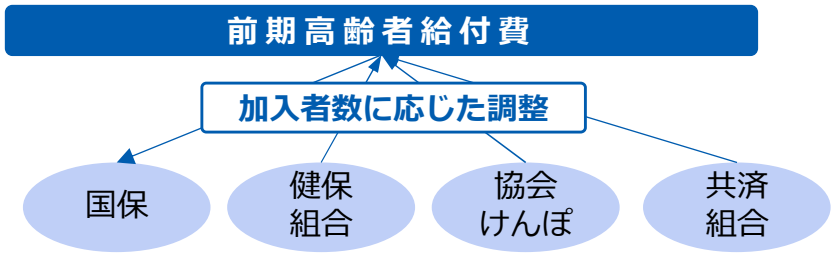
○ 健保組合の平均保険料率は、平成23年度は8.0%、令和３年度は9.2%となっており（＋1.2ポイント）、全体的に上昇している。
○ 協会けんぽの平均保険料率以上（平成23年度は9.50%以上、令和3年度は10.00%以上）の健保組合は、平成23年度は105組合（７%）、令和３年度は307組合（22%）となっている。



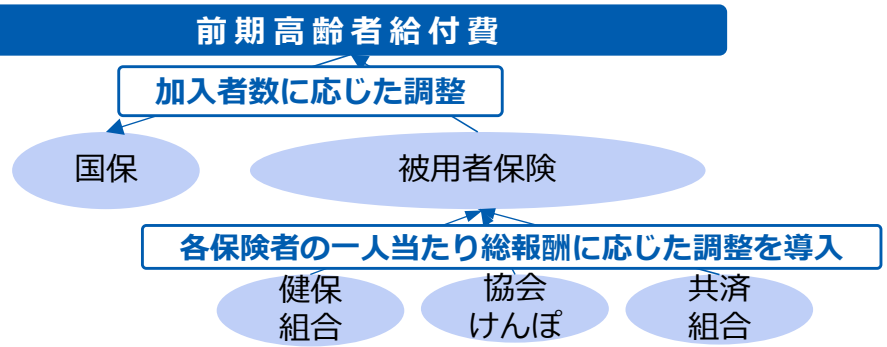
前期財政調整における報酬調整の導入

- 前期高齢者の給付費の調整は、**現在、「加入者数に応じた調整」**を実施。
- 負担能力に応じた負担の観点から、**被用者保険間**では、現行の「加入者数に応じた調整」に加え、**部分的（導入の範囲は１/３）に「報酬水準に応じた調整」（報酬調整）を導入**。
- あわせて、**現役世代の負担をできるかぎり抑制し、企業の賃上げ努力を促進する形で、既存の支援を見直すとともに更なる支援を行う**。

＜制度創設当初～現行＞



＜報酬調整導入後＞



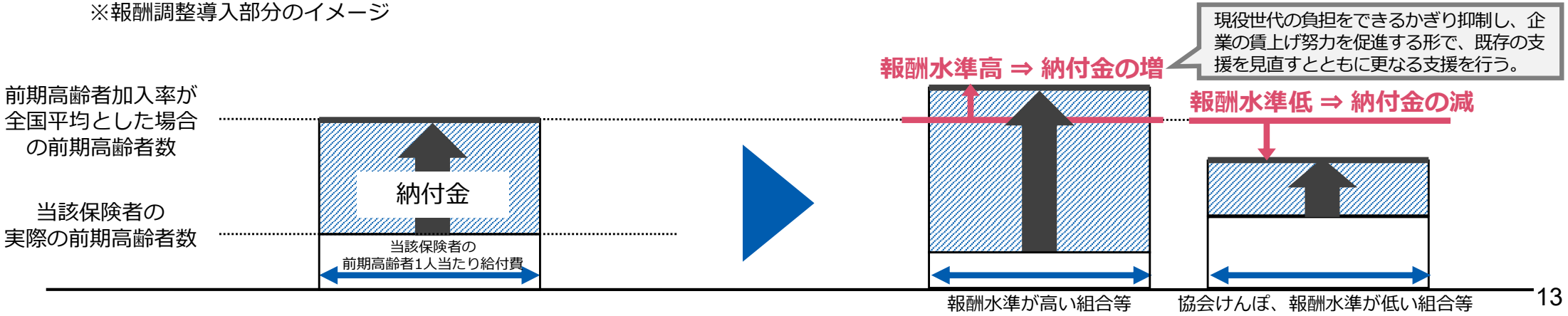
報酬調整導入に伴う前期高齢者納付金の増減イメージ

見直し後

加入者数に応じた調整

（前期高齢者加入率が全国平均とした場合の前期高齢者数 × **報酬水準に応じた調整**（当該保険者の加入者一人当たり総報酬 ／ 被用者平均の加入者一人当たり総報酬） と 当該保険者の実際の前期高齢者数 の差） × 当該保険者の前期高齢者１人当たり給付費

※報酬調整導入部分のイメージ



前期財政調整における複数年平均給付費の使用

- 前期財政調整では、納付金の計算において前期高齢者１人当たり給付費を使用しており、給付費水準が高いほど納付金額が増加。
- **小規模な保険者**においては、高額な医療費を必要とする前期高齢者がいるかいないかによって**毎年度の給付費水準が大きくばらつき、それによって前期高齢者納付金の変動が大きくなるという課題**が存在。
- こうした課題に対応するため、**前期高齢者納付金の計算において複数年（３年）平均給付費を用いる**こととする。

※ 給付費が平準化されるだけであり、複数年でみれば基本的には財政中立的。

現行の前期財政調整の仕組み（前期高齢者給付費分）

加入者数に応じた調整

（前期高齢者加入率が全国平均とした場合の前期高齢者数 と 当該保険者の実際の前期高齢者数 の差）

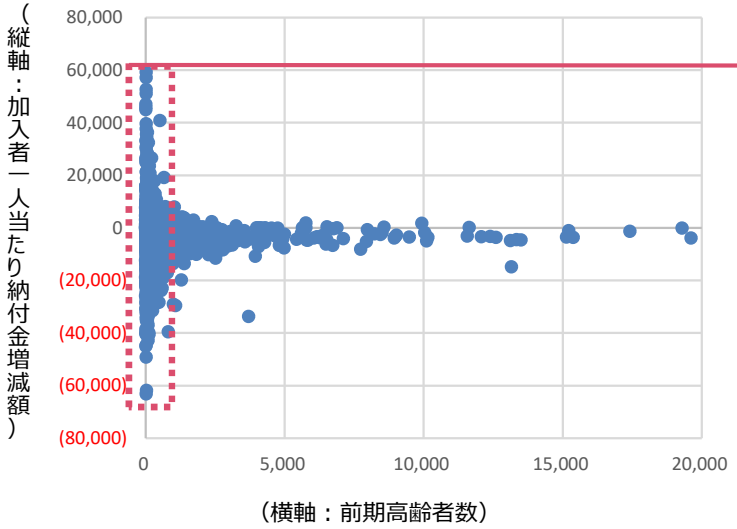
×

当該保険者の前期高齢者１人当たり給付費

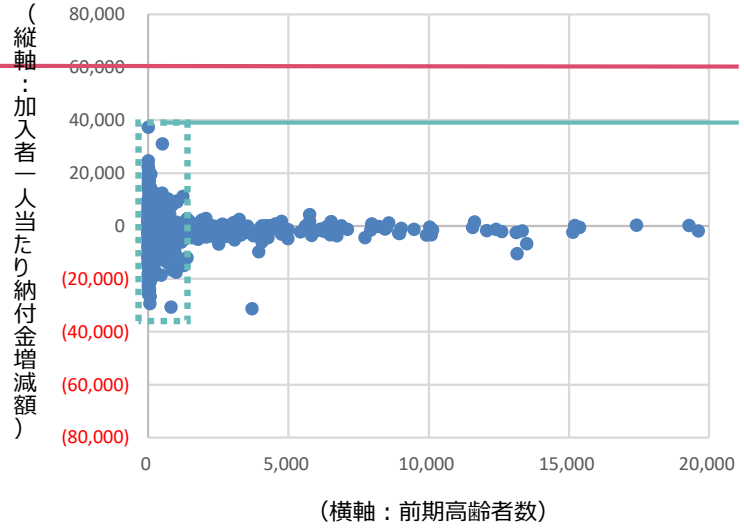
給付費水準の変化に応じて、前期高齢者納付金額が変動

加入者一人当たり前期高齢者納付金額の変動

当該年度給付費で計算した納付金額



３年平均給付費で計算した納付金額



※１　全保険者のうち、令和４年度概算賦課における前期高齢者数が２万人以下の保険者について、令和３年度から令和４年度の増減額を試算。
※２　３年平均給付費は前期高齢者一人当たり調整対象給付費の平均額を、当年度（令和３年度又は令和４年度）の前期高齢者数に乗じることで算出。新設保険者等で給付費が３年に満たない場合には、その満たない給付費の平均（新設２年目の場合は２年分の調整対象給付費を２で除す）を使用。

健保組合に対する更なる支援について

- 負担能力に応じた負担の観点から、前期財政調整について、**被用者保険者間**では、**部分的（導入の範囲は１/３）に報酬調整を導入**。また、**後期高齢者の保険料と現役世代の支援金の一人当たりの伸び率が均衡**するよう、**高齢者負担率の設定方法を見直す**。
- こうした医療保険制度改革に際し、**他の制度における企業負担を勘案して、令和６年度から特例的に、健保組合への国費による支援を430億円追加**。**企業の賃上げ努力を促進する形で、既存の支援を見直すとともに更なる支援を行う**。

拠出金負担に係る調整の仕組み

○ 拠出金負担に対する特別負担調整（高齢者医療確保法第38条等）の拡充

・拠出金負担（後期支援金、前期納付金）が過大となる保険者の負担を、全保険者と国費で軽減

⇒ 国費充当（R4：100億円）を拡大し、負担軽減対象となる保険者の範囲を拡大（国費**＋100億円**）

健保組合間での共助の仕組み

○ 健保組合の交付金交付事業（健康保険法附則第２条）への財政支援

・調整保険料（1.3‰）を財源に、保険給付や拠出金の納付に要する費用の財源の財政負担の不均衡を調整

⇒ 高額レセプトの発生した健保組合に対する支援を行う高額医療費交付金事業について、国費による財政支援を制度化（国費**＋100億円**）

補助金による国からの支援

○ 高齢者医療運営円滑化等補助金の拡充

・前期納付金負担の割合・伸びに着目し、納付金負担が過大となる保険者に対して補助金で支援

⇒ 予算規模（R4：720億円）を拡充し、現行の支援を見直すとともに、賃上げ等により一定以上報酬水準が引き上がった健保組合に対する補助を創設し、拠出金負担を更に軽減（国費**＋230億円**）

財政影響（被用者保険者間の格差是正）

- 今回の見直し（被用者保険者間の格差是正）に係る財政影響を制度別にみたもの。
- 前期財政調整における報酬調整の導入の範囲は１/３。

（2024年度：満年度ベース）

前期納付金等への影響額	１／３報酬調整
合計	-
協会けんぽ	▲970億円
健保組合	600億円
共済組合等	350億円
国民健康保険	20億円
後期高齢者	-

※1　健保組合に対し、高齢者負担率の見直し（▲290億円）も踏まえつつ、企業の賃上げ努力を促進する形で、既存の支援を見直すとともに国費による更なる支援（国費＋430億円）を行う。これにより、高齢者負担率の見直しと合わせた健保組合の財政影響は、▲120億円となる。
※2　報酬調整の導入に伴う導入部分に係る協会けんぽへの国庫補助の廃止等により、国費は合計▲1,290億円。
上記の影響額を含めた 協会けんぽの保険料への影響額は320億円、国民健康保険の保険料への影響額は30億円。
（参考）近年、協会けんぽの報酬水準が上昇していることから、保険料負担は増加する見通しとなっているが、協会けんぽの平均報酬は、平成28年以前は13年間、被用者保険全体の平均報酬に比べ、国庫補助率の16.4%以上下回っており、こうした状況下では保険料負担は減少。なお、協会けんぽの今年度末の積立金見込みは4.9兆円。
※3　本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。
※4　2022年度予算ベースを足下にし、2024年度までの人口構成の変化を機械的に織り込んだ推計値。なお、医療の高度化等による伸びは直近の実績値により見込んでいる。
※5　「前期納付金等への影響額」は、各制度における「前期納付金－前期交付金」の見直しによる影響額。
※6　「共済組合等」には日雇特例及び船員保険を含む。「国民健康保険」は市町村国保と国保組合の合計。
※7　端数処理のため内訳が合計に一致しない場合がある。

第４期医療費適正化計画（2024～2029年度）に向けた見直し

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

計画の目標・施策の見直し

①新たな目標の設定

- **複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供**
  - 医療・介護の機能連携を通じた効果的・効率的なサービス提供（例：骨折対策）
  - 高齢者の心身機能の低下に起因した疾病予防・介護予防
- **医療資源の効果的・効率的な活用**
  - 効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療
    （例：急性気道感染症・急性下痢症に対する抗菌薬処方）
  - 医療資源の投入量に地域差がある医療
    （例：白内障手術や化学療法の外来での実施、リフィル処方箋（※））
    （※）リフィル処方箋については、地域差の実態等を確認した上で必要な取組を進める。

⇒ 有識者による検討体制を発足させて、エビデンスを継続的に収集・分析し、都道府県が取り組める目標・施策の具体的なメニューを追加

＋

②既存目標に係る効果的な取組

健康の保持の推進	**特定健診・保健指導の見直し** ⇒アウトカム評価の導入、ICTの活用など
医療の効率的な提供	**重複投薬・多剤投与の適正化** ⇒電子処方箋の活用 **後発医薬品の使用促進** ⇒個別の勧奨、フォーミュラリ策定等による更なる取組の推進や、バイオ後続品の目標設定等を踏まえた新たな数値目標の設定

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

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

実効性向上のための体制構築

③
- **保険者・医療関係者との方向性の共有・連携**
  - 保険者協議会の必置化・医療関係者の参画促進、医療費見込みに基づく計画最終年度の国保・後期の保険料の試算　等
- **都道府県の責務や取り得る措置の明確化**
  - 医療費が医療費見込みを著しく上回る場合等の要因分析・要因解消に向けた対応の努力義務化　等

国民健康保険制度改革の推進

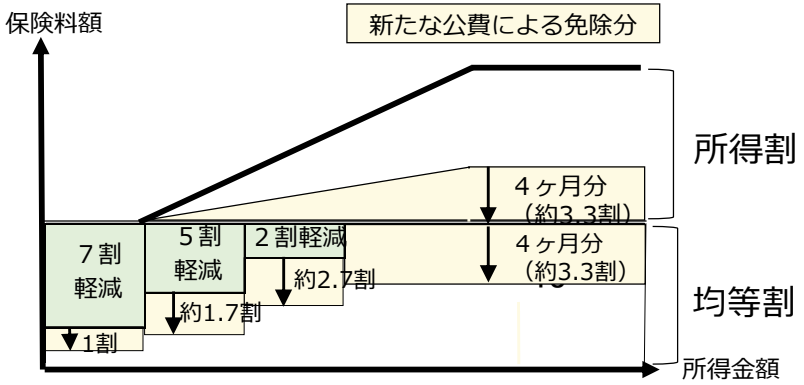
○　**財政運営の安定化**を図りつつ、**「財政運営の都道府県単位化」の更なる深化**を図るため、令和６年度からの新たな国保運営方針に基づき、**保険料水準の統一**や**医療費適正化**等の取組をより一層進める。

（１）出産時における保険料負担の軽減【令和６年１月施行】

・令和４年４月から、未就学児の均等割保険料の軽減制度を導入。

・更なる子育て世帯の負担軽減、次世代育成支援等の観点から、出産する被保険者に係る産前産後期間相当分（４か月間）の保険料（均等割額、所得割額）を免除する措置を創設。

※費用負担　公費（国１/２、都道府県１/４、市町村１/４）
　所要額　　４億円（令和５年度）



（２）国保運営方針に基づく保険料水準の統一、医療費適正化の推進

・都道府県国保運営方針（都道府県内の国保運営の統一的な方針）について、対象期間の考え方や記載事項を見直し。【令和６年４月施行】

・「保険料水準統一加速化プラン（仮称）」を策定し、保険料水準の統一に向けた取組を支援。

（国保運営方針の見直し）

【対象期間】おおむね６年

【記載事項】

「医療費の適正化の取組に関する事項」、「市町村が担う事務の広域的及び効率的な運営の推進に関する事項」を必須記載事項化

（３）その他保険者機能の強化

①第三者行為求償事務の取組強化

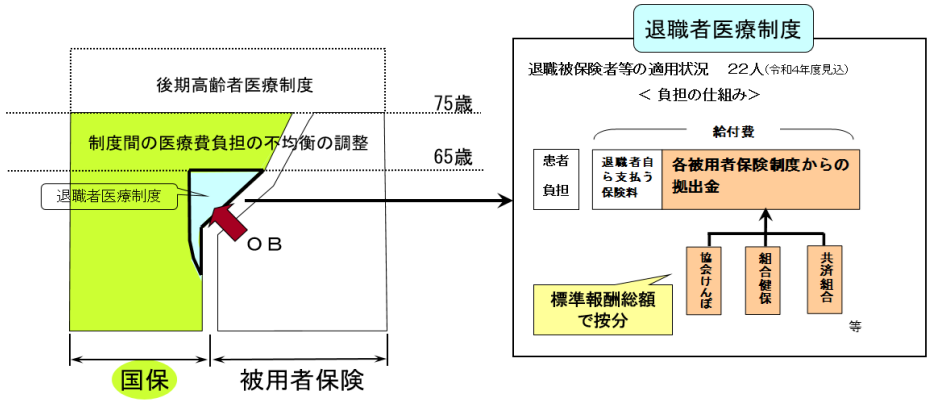
・広域性や専門性のある事案について、市町村の委託を受けて都道府県が実施可能とする。【令和７年４月～】

・市町村が、官公署等の関係機関に対し、第三者の行為によって生じた事実に係る資料の提供等を求めることを可能とする。【公布日～】

※　市町村は、給付事由が第三者の行為によって生じた場合には、その給付額の限度で、被保険者が第三者に対して有する損害賠償の請求権を取得

②退職者医療制度の廃止

・対象者が激減し財政調整効果が実質喪失していることを踏まえ、事務コスト削減を図る観点から、前倒しして廃止。【令和６年４月】



Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

【参考資料】

ひと、くらし、みらいのために

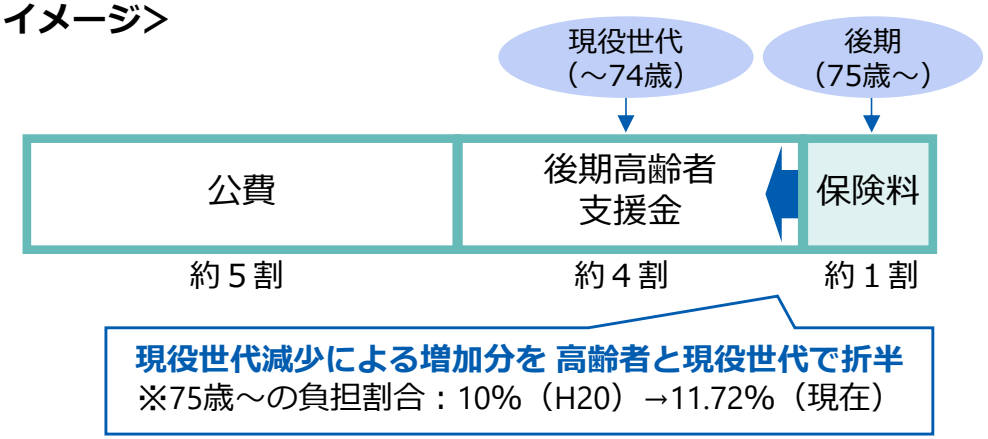
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

後期高齢者医療・介護保険制度における高齢者と現役世代の負担割合

後期高齢者医療

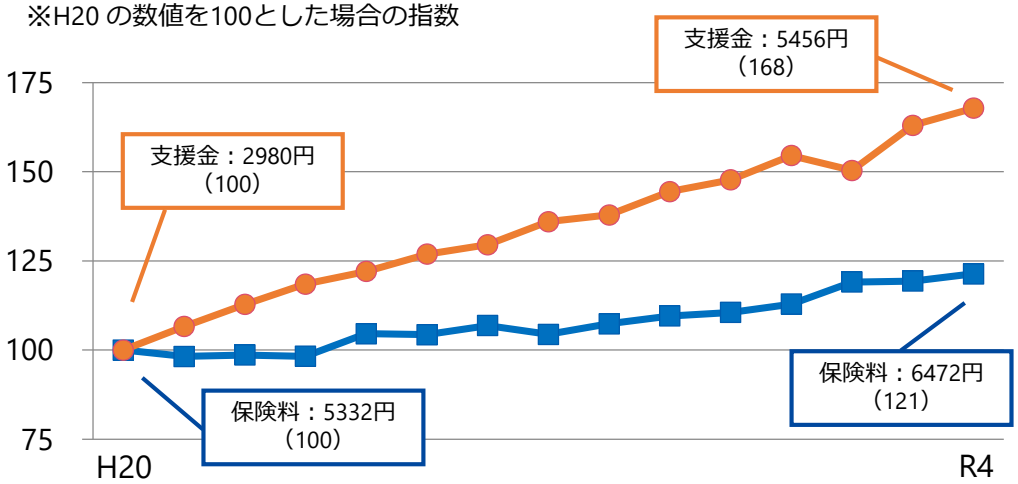
- ２年に１度、**現役世代人口の減少による増加分を高齢者と現役世代で折半**するように高齢者負担率（高齢者が保険料で賄う割合）を見直し

<イメージ>



<1人当たり保険料・後期高齢者支援金の推移>

※H20 の数値を100とした場合の指数

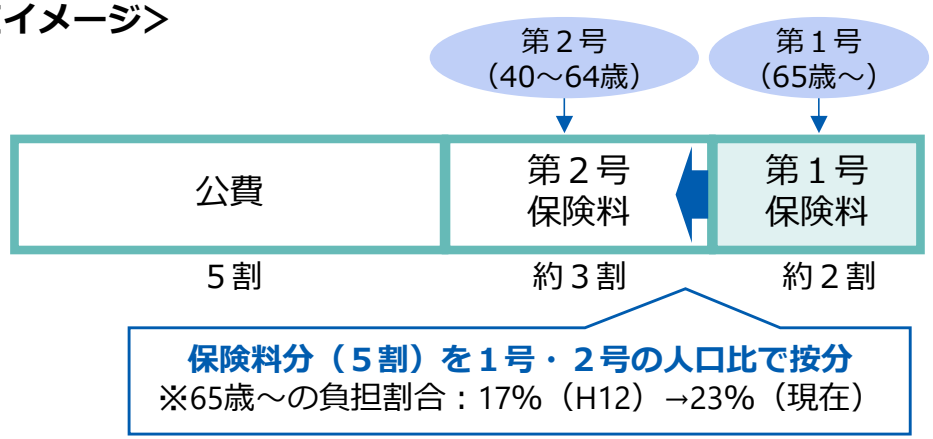


介護保険

- ３年に１度、第1号被保険者と第２号被保険者の**人口比に応じて負担割合を見直し**

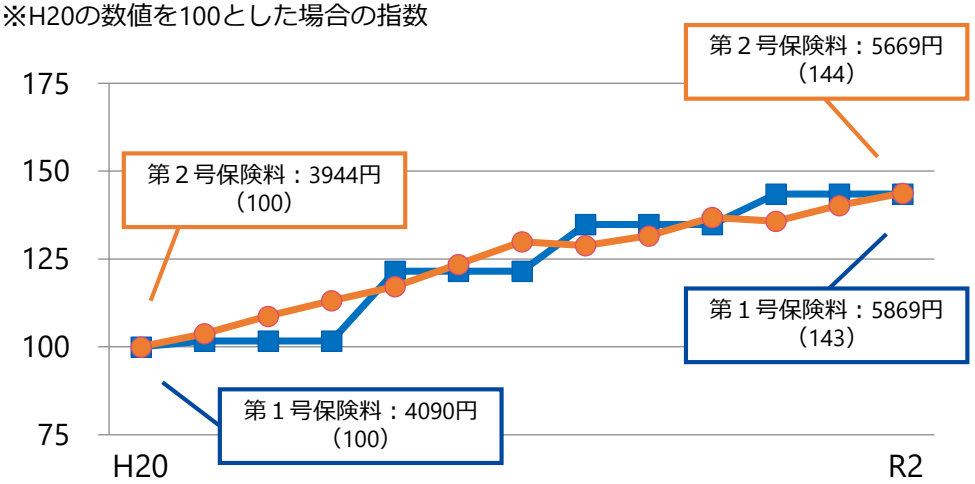
→ **第１号被保険者と第２号被保険者の１人当たり保険料額は概ね同じ**になる

<イメージ>



<1人当たり第１号・第２号保険料の推移>

※H20の数値を100とした場合の指数



第４期医療費適正化計画（2024～2029年度）に向けた見直し

① 複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供等の推進

2040年の医療・介護需要を見据え、より効果的・効率的に進めるための取組を推進

- 医療と介護の複合的なニーズを有する高齢者の増加が今後見込まれる中で、医療と介護にまたがるアプローチの重要性を関係者が認識し、限られた医療・介護資源を効果的・効率的に組み合わせた医療費適正化を推進する。
  - 医療・介護の機能連携を通じた効果的・効率的なサービス提供を新たに目標とする。例えば、今後の高齢化の進展に伴い増加が見込まれる高齢者の骨折について、急性期から回復期、在宅での介護や通院時の医療･介護の機能連携や適切な受診勧奨等を推進する。
  - 高齢者の心身機能の低下に起因した疾病予防・介護予防の取組を新たに目標とし、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について、医療費適正化計画に位置づける。

個別の医療サービスについて、エビデンスや地域差に基づく新たな目標を設定

- 個々の医療サービスの提供状況について、地域ごとに関係者が把握・検討し、適正化に向けて必要な取組を進められるよう、有識者による検討体制を発足してエビデンスを継続的に収集・分析し、都道府県が取り組める目標・施策の具体的なメニューを提示する。
- 第４期では新たに以下の項目を目標として位置づける。有識者の検討を踏まえて具体的なメニューを更に追加する。
  - 効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療（例：急性気道感染症・急性下痢症に対する抗菌薬処方）
  - 医療資源の投入量に地域差がある医療（例：白内障手術や化学療法の外来での実施、リフィル処方箋（※））

  （※）リフィル処方箋については、地域差の実態等を確認した上で必要な取組を進める。

② デジタル等を活用した既存目標に係る効果的な取組の推進

既存の目標についても更なる実効性の向上を図るために、デジタルの活用等を推進

- 特定健診・特定保健指導について、個人の受診者の行動変容につながり、成果が出たことを評価する方向（アウトカム評価の導入、ICTを活用した取組など）で見直す。
- 重複投薬・多剤投与の適正化について、電子処方箋の活用等により更に効果的に実施する。
- 後発医薬品の使用促進について、使用促進効果が確認されている個別通知や、医薬品の適正使用の効果も期待されるという指摘もあるフォーミュラリ等の取組を地域の実情に応じて検討・推進する。「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」の議論や、バイオ後続品の目標設定を踏まえ、医薬品の安定的な供給を基本としつつ、後発医薬品の使用促進に関する新たな数値目標を設定する。

第４期医療費適正化計画（2024～2029年度）に向けた見直し

③保険者・医療関係者との連携による実効性向上

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

① 保険者・医療関係者との方向性の共有・連携

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

② 都道府県の責務や取り得る措置の明確化

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

（１）出産時における保険料負担の軽減

１.導入の趣旨

○　国民健康保険制度の保険料は、加入者が等しく負担する均等割と所得に応じて負担する所得割により設定されている。その上で、低所得世帯に対しては、均等割保険料の軽減措置（７・５・２割軽減）が講じられている。

○　**子育て世帯の負担軽減、次世代育成支援等の観点**から、国・地方の取組として、国保制度において出産する被保険者に係る**産前産後期間相当分（４ヶ月間）の均等割保険料及び所得割保険料を免除する**。

（参考）**健保法等改正法　参議院附帯決議**（令和３年６月）
国民健康保険については、被用者保険と異なり（略）産前・産後期間等における保険料免除制度も設けられていないことから、少子化対策等の観点を踏まえ、財源や保険料負担の在り方等も勘案しつつ、出産に関する保険料における配慮の必要性や在り方等を検討すること。

２.免除のスキーム

○　対象は、出産する被保険者とする。

※　出産育児一時金支給件数：76,943件（令和２年度国民健康保険事業年報）

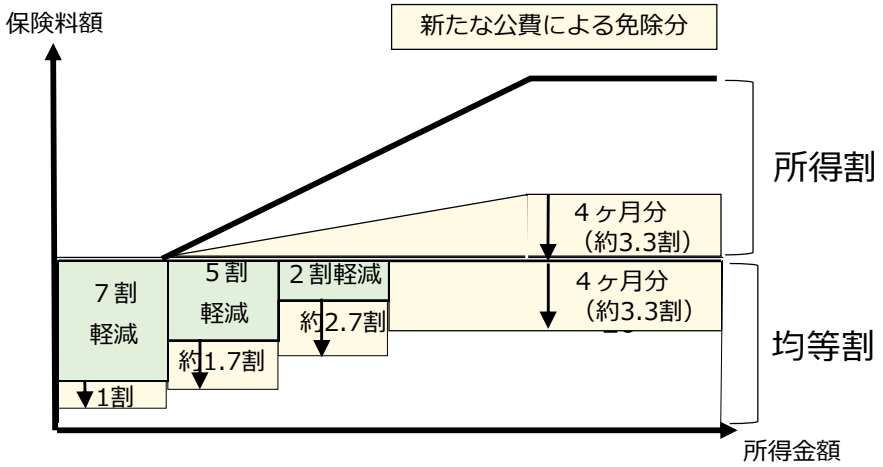
○　当該出産する被保険者に係る産前産後期間相当分（４ヶ月分）の均等割保険料と所得割保険料を公費により免除する。

○　令和５年度所要額（公費）４億円
（国１/２、都道府県１/４、市町村１/４）

※　令和５年度は、令和６年１月から３月までの３ヶ月間。年度ベースは16億円。

○　施行時期：**令和６年１月**（予定）

【イメージ：賦課方法が２方式（均等割、所得割）の場合】



出産に関する保険料の在り方（国会での附帯決議）

年金法等改正法　参議院附帯決議（令和２年５月）

十二　今後、社会保障の支え手である現役世代の負担増が見込まれる中、特に子育て世代の負担軽減を図るため、被用者保険には産前産後・育児休業期間の保険料の免除制度が設けられていることを踏まえ、財政負担の在り方にも留意しつつ、国民年金における本法附則第二条第四項の検討と併せて**国民健康保険の保険料における配慮の必要性や在り方等についても検討**すること。

（※）附則第二条第四項

政府は、国民年金の第一号被保険者に占める雇用者の割合の増加の状況、雇用によらない働き方をする者の就労及び育児の実態等を踏まえ、国民年金の第一号被保険者の育児期間に係る保険料負担に対する配慮の必要性並びに当該育児期間について措置を講ずることとした場合におけるその内容及び財源確保の在り方等について検討を行うものとする。

健保法等改正法　参議院附帯決議（令和３年６月）

七、国民健康保険に導入される未就学児に対する均等割保険料・税の減額措置について、市町村や都道府県等における財政状況等を勘案しながら、対象者や減額幅の更なる拡充を引き続き検討すること。また、国民健康保険については、被用者保険と異なり、出産手当金制度等の所得保障を目的とする現金給付が任意による実施とされ、産前・産後期間等における保険料免除制度も設けられていないことから、少子化対策等の観点を踏まえ、財源や保険料負担の在り方等も勘案しつつ、**出産に関する保険料における配慮の必要性や在り方等を検討**すること。

子どもに係る国民健康保険料等の均等割額の減額措置（国民健康保険制度）

１．現状及び見直しの趣旨

○　国民健康保険制度の保険料は、応益（均等割・平等割）と応能（所得割・資産割）に応じて設定されている。その上で、低所得世帯に対しては、応益保険料の軽減措置（７・５・２割軽減）が講じられている。

○　子育て世帯の経済的負担軽減の観点から、国・地方の取組として、国保制度において子どもの均等割保険料を軽減する。

（参考）平成27年国保法改正 参・厚労委附帯決議
「子どもに係る均等割保険料の軽減措置について、地方創生の観点や地方からの提案も踏まえ、現行制度の趣旨や国保財政に与える影響等を考慮しながら、引き続き議論する」

２．軽減措置スキーム

○　対象は、全世帯の未就学児とする。

※　対象者数：約65万人　（令和元年度国民健康保険実態調査）

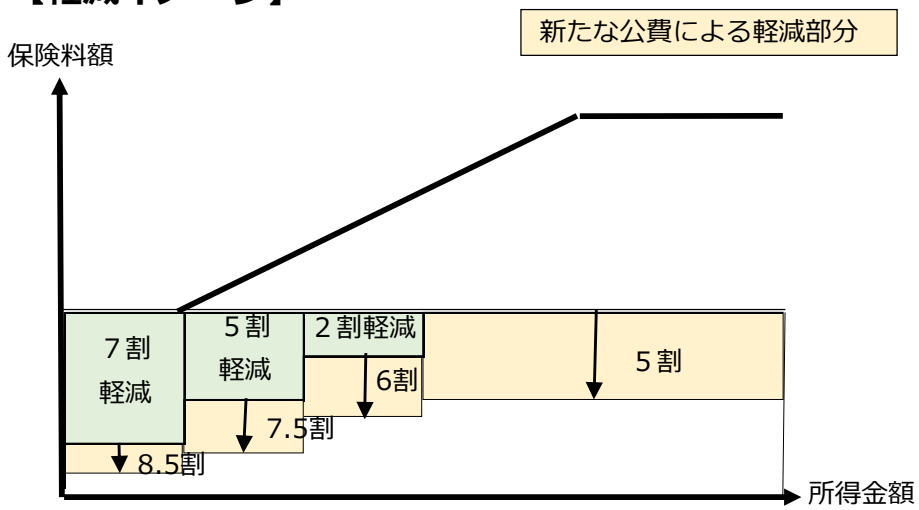
○　当該未就学児に係る均等割保険料について、その５割を公費により軽減する。

※　例えば、７割軽減対象の未就学児の場合、残りの３割の半分を減額することから８．５割軽減となる。

○　令和４年度所要額（公費）８１億円
（国1/2、都道府県1/4、市町村1/4）

○　施行時期：令和４年４月

【軽減イメージ】



（２）国保運営方針に基づく保険料水準の統一、医療費適正化の推進

１.現状及び見直しの趣旨

○　国民健康保険制度は、現在、平成30年度改革が概ね順調に実施されている。引き続き、財政運営の安定化を図りつつ、「財政運営の都道府県単位化」の趣旨の更なる深化を図るため、①保険料水準の統一に向けた取組、②医療費適正化の推進に資する取組を進めることが重要である。

２.見直し内容

○　国保運営方針の対象期間について、医療費適正化計画や医療計画等との整合性の観点を踏まえ、「おおむね６年」とする。また、国保運営方針の記載事項について、「医療費の適正化の取組に関する事項」と「市町村が担う事務の広域的及び効率的な運営の推進に関する事項」を必須記載事項とする。

※　現状、国保運営方針の対象期間について、法令上特段の定めはない。記載事項について、必須記載事項と任意記載事項に区分されている。

※　その他、国保運営方針の財政見通しについて、都道府県医療費適正化計画の国保の医療費見込みを用いることが望ましいこととする。

○　保険料水準の統一に向けた取組を国としても支援するため、統一の趣旨・意義、各都道府県での課題の解決事例等について整理した「保険料水準統一加速化プラン（仮称）」を策定する（令和５年度中予定）。

○　施行時期：**令和６年４月**（予定）

都道府県国民健康保険運営方針について

○　都道府県国保運営方針は、**都道府県と各市町村が一体となり**、**役割分担をしつつ**、保険者としての事務を**共通認識の下で実施する**体制を確保するために策定。

○　策定に当たり、**都道府県と各市町村が保険者として目指す方向性について認識を共有**しておくことが必要。

○　被保険者、医療関係者、学識経験者、被用者保険代表等の**地域の関係者の意見もよく聴いた上で、地域の実情に応じた方針を策定**することが必要。

○　策定後も運営状況等も踏まえ、**定期的に検証・見直し**を行い、**必要に応じ改善**していくことが重要。

○　**都道府県**は、県内の国民健康保険制度の「望ましい均てん化」を図るため、**一層主導的な役割を果たす**ことが重要。

都道府県国保運営方針の主な記載事項

（１）　国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し

（２）　市町村における保険料の標準的な算定方法<u>及びその水準の平準化</u>(※)に関する事項

（３）　市町村における保険料の徴収の適正な実施に関する事項

（４）　市町村における保険給付の適正な実施に関する事項

（５）　医療費の適正化の取組に関する事項

（６）　市町村が担う事務の広域的及び効率的な運営の推進に関する事項

（７）　保健医療サービス・福祉サービス等に関する施策との連携に関する事項

（８）　施策の実施のために必要な関係市町村相互間の連絡調整その他都道府県が必要と認める事項に関する事項

※下線部は、令和３年健保法等の一部改正法による国保法改正後（令和６年４月施行）の内容
※赤字囲は国保法上の必須記載事項。それ以外は任意記載事項

国民健康保険制度改革の状況

国保が抱える構造的課題

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

国保改革（平成30年度～）

①財政運営の都道府県単位化・都道府県と市町村の役割分担
- 都道府県が財政運営の主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等の国保運営に中心的な役割を担う
- 市町村は、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業等、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う
- 都道府県が統一的な方針として国保運営方針を示し、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進
- 都道府県に財政安定化基金を設置

②財政支援の拡充
- 財政支援の拡充により、財政基盤を強化（毎年約3,400億円）
  低所得者対策の強化、保険者努力支援制度　等

今後の主な課題

平成30年度改革が現在概ね順調に実施されており、引き続き、財政運営の安定化を図りつつ、「財政運営の都道府県単位化」の趣旨の深化を図るため、令和３年度からの国保運営方針に基づき、都道府県と市町村の役割分担の下、以下の取組を進める。

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

○保険料水準の統一に向けた議論
将来的には都道府県での保険料水準の統一を目指すこととし、地域の実情に応じて議論を深めることが重要

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

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

（３）その他保険者機能の強化：第三者行為求償事務の取組強化

１.現状及び見直しの趣旨

○　市町村は、給付事由が第三者の行為によって生じた場合に保険給付を行ったときは、その給付の価額の限度で、被保険者が第三者に対して有する損害賠償の請求権を取得するとされている。（第三者行為求償）

※　市町村は、損害賠償請求権に係る損害賠償金の徴収又は収納の事務（第三者行為求償事務）を国保連合会に委託することが可能。

○　第三者行為求償については、訴訟や調停等の法的手続きを要するなど専門性が高いもの、第三者の行為による保険給付が複数の市町村の被保険者に生ずるなど広域的な対応が必要なものなどがあり、国保の財政運営の責任主体である都道府県は、市町村とともに、第三者行為求償等を通じて保険給付の適正化により一層努めていただく必要がある。

２.見直し内容

○　都道府県は、市町村の委託を受けて、第三者行為求償事務のうち、保険給付の適正な実施を確保し、保険給付費等交付金を適正に交付するために必要があると認められる事務を行い、損害賠償請求権を代位取得することを可能とする。

○　市町村が、第三者行為求償事務を円滑に実施できるよう、関係機関（官公署、金融機関その他の関係者）に対し、保険給付が第三者の行為によって生じた事実に係る資料の提供等を求めることを可能とする。

【施行時期】都道府県への委託：**令和７年４月**（予定）　関係機関への資料提供等の求め：**公布日施行**（予定）

第三者行為求償の目的

○　第三者行為求償事務とは、被保険者が第三者の不法行為によって負傷又は死亡した場合に、国保法第64条に基づき、**保険者が行う保険給付と被保険者が第三者に対して有する損害賠償請求権とを調整**し、**保険者が第三者に対し損害賠償請求する法的制度**である。

○　第三者求償は以下の３つを目的とする。

⇒　保険者は責任主体として適切に権利を行使して第三者に請求し、保険者本来の役割を果たす。

１）二重利得の防止

保険給付を受けた被保険者が第三者に対して損害賠償請求権を行使すると、被保険者が同一の事故に対して二つの利得を得ることになる。

２）不法行為責任

損害についてすでに保険給付による補填がなされているからといって、加害者は損害賠償の責任を免責されるべきものではない。加害者は、民法第709条により、賠償責任の義務を負う。

３）公平・公正な財源確保

交通事故等に係る医療費は、第三者による不法行為がなければ発生しなかった費用であり、本来不要であった医療費は、本来の負担者に負担してもらうべきもの。

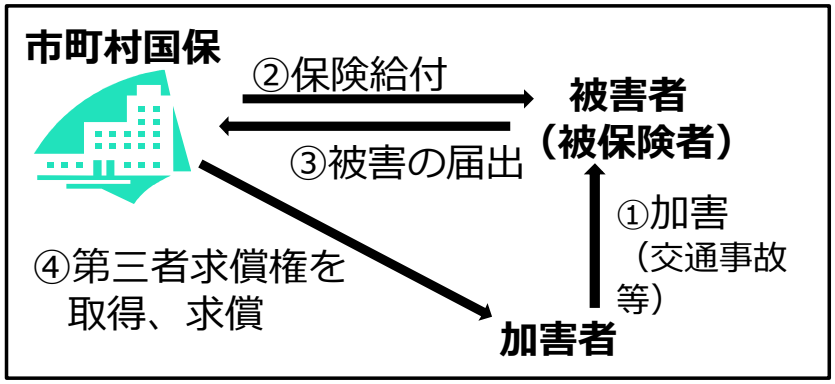
（参考）国民健康保険法（昭和33年法律第192号）

（損害賠償請求権）

第六十四条　市町村及び組合は、給付事由が第三者の行為によつて生じた場合において、保険給付を行つたときは、その給付の価額（当該保険給付が療養の給付であるときは、当該療養の給付に要する費用の額から当該療養の給付に関し被保険者が負担しなければならない一部負担金に相当する額を控除した額とする。次条第一項において同じ。）の限度において、被保険者が第三者に対して有する損害賠償の請求権を取得する。

２　前項の場合において、保険給付を受けるべき者が第三者から同一の事由について損害賠償を受けたときは、市町村及び組合は、その価額の限度において、保険給付を行う責を免れる。

３　（略）



（３）その他保険者機能の強化：退職者医療制度の前倒し廃止

１.現状及び見直しの趣旨

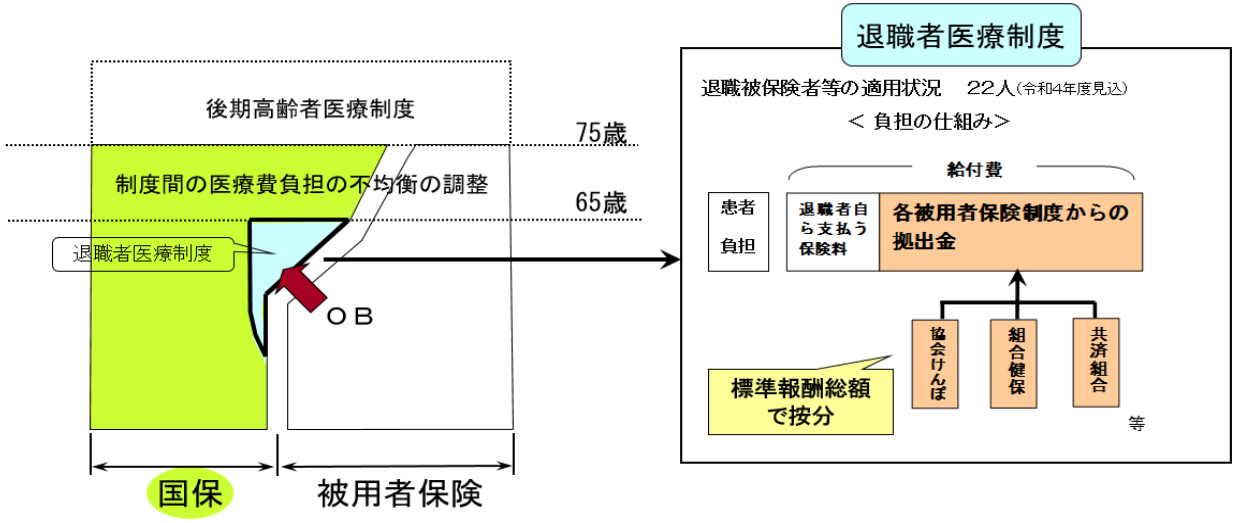
○　退職者医療制度は、医療費の高い高齢退職者に係る保険者間の財政調整の仕組みとして昭和59年に創設され、平成20年度に前期高齢者医療制度が創設されたことに伴い廃止。ただし、「団塊の世代」退職者の急増による国民健康保険財政への影響を勘案し、平成26年度までに新たに適用された者が65歳に達するまでの間、経過措置が設けられた。

○　対象者の激減に伴い保険者間の財政調整効果がほぼ無くなっている一方、保険者等の事務コストが継続しているため、業務のスリム化、事務コストの削減を図る必要がある。

※　対象者数は、制度創設時の昭和59年10月時点で約250万人であったが、令和４年度時点で22人(見込）まで激減した。

２.見直し内容

○　前倒しして制度を廃止する。

○　施行時期：**令和６年４月**（予定）

【退職者医療制度のスキーム図】