

第 176 回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和 6 年 3 月 14 日（木）
15 時 00 分～17 時 00 分
場 所：全 国 都 市 会 館

（議 題）

1. 後発医薬品に係る新目標について
2. 今後のNDBについて

（報告事項）

1. 子ども・子育て支援法等の一部を改正する法律案について
2. マイナ保険証の利用促進等について
3. 第3期医療費適正化計画に関する進捗状況の調査・分析結果について

（配布資料）

- | | |
|-------|---------------------------------|
| 資 料 1 | 後発医薬品に係る新目標について |
| 資 料 2 | 今後のNDBについて |
| 資 料 3 | 子ども・子育て支援法等の一部を改正する法律案について |
| 資 料 4 | マイナ保険証の利用促進等について |
| 資 料 5 | 第3期医療費適正化計画に関する進捗状況の調査・分析結果について |
| 参考資料1 | 子ども・子育て支援法等の一部を改正する法律案関係 |
| 参考資料2 | 第3期医療費適正化計画の目標と進捗状況（各都道府県別） |

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

いけばた ゆきひこ 池端 幸彦	日本慢性期医療協会副会長
いながわ ひでかず 伊奈川 秀和	東洋大学福祉社会デザイン学部教授
いのうち ゆうじ 猪口 雄二	日本医師会副会長
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
おおすぎ かずし 大杉 和司	日本歯科医師会常務理事
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
きたがわ ひろやす 北川 博康	全国健康保険協会理事長
こうの ただやす 河野 忠康	全国町村会理事／愛媛県久万高原町長
さの まさひろ 佐野 雅宏	健康保険組合連合会副会長
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
なかむら さやか 中村 さやか	上智大学経済学部教授
にん かずこ 任 和子	日本看護協会副会長
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
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
よこもと みつこ 横本 美津子	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
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)



後発医薬品に係る新目標について

厚生労働省 医政局

医薬産業振興・医療情報企画課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

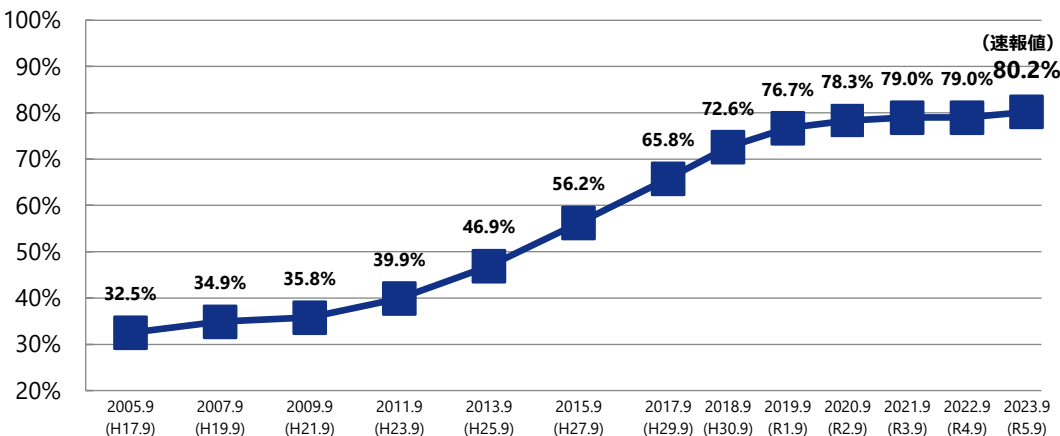
後発医薬品使用促進の推移・現状

後発医薬品の使用促進に向けた主な施策の推移

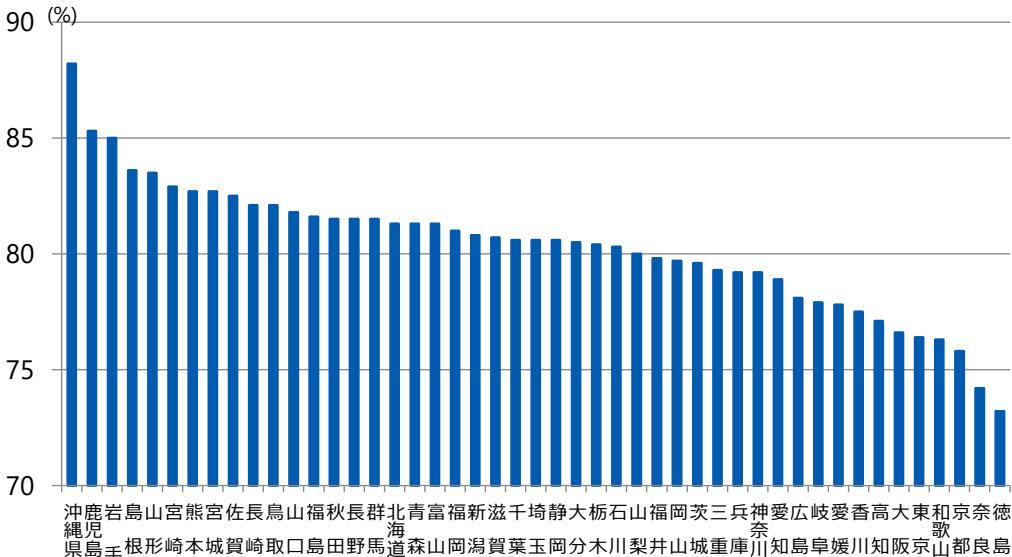
- ＜平成19年＞
 - 「経済財政改革の基本方針2007」で後発医薬品の数量シェア目標を設定。
⇒平成24年度までに30%以上（旧指標※）とする。
 - 「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」の策定。
- ＜平成20年＞
 - 都道府県において、後発医薬品使用促進のための協議会を設置。（都道府県委託事業）
- ＜平成25年＞
 - 「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」の策定。
⇒数量シェア目標を平成30年3月末までに60%以上（新指標※※）とする。
- ＜平成27年＞
 - 「経済財政運営と改革の基本方針2015」で新たな数量シェアの目標を設定。
⇒平成29年央に70%以上とするとともに、平成30年度から平成32年度末までの間のなるべく早い時期に、80%以上とする。
- ＜平成29年＞
 - 「経済財政運営と改革の基本方針2017」で80%目標の達成時期を決定。
⇒2020年（平成32年）9月までとする。
- ＜令和3年＞
 - 「経済財政運営と改革の基本方針2021」で新たな数量シェアの目標を設定。
⇒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。

※ 全医療用医薬品を分母とした後発医薬品の数量シェア
※※ 後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を分母とした後発医薬品の数量シェア

薬価調査における後発医薬品の使用割合（数量ベース）の推移



NDBデータにおける都道府県別後発医薬品割合（2022年3月（数量ベース））

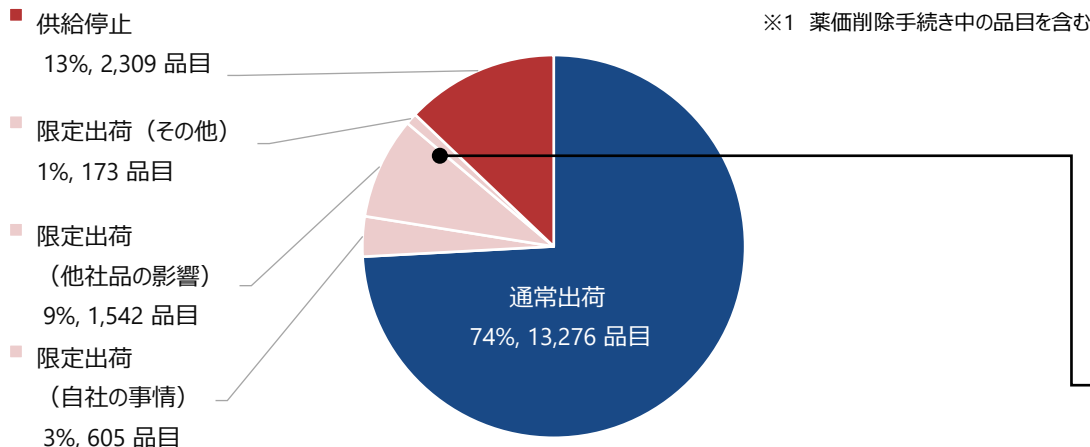


（計算方法） 使用割合（数量シェア）＝後発医薬品の数量÷（後発医薬品のある先発医薬品の数量＋後発医薬品の数量）

1 製造販売業者の対応状況—医薬品全体（令和6年1月）

- 製造販売業者の対応状況については、調査対象18,612品目に対し、17,905品目の回答を得た。
○ 結果としては、**限定出荷・供給停止が合計26%**（4,629品目）であり、限定出荷の要因としては「**他社品の影響**」による**ものが最多**であった。

1 医薬品全体の対応状況 ※1



カテゴリ別：「供給停止」、「限定出荷」の割合

2024年1月 調査結果	供給停止		限定出荷	
	銘柄数	構成比	銘柄数	構成比
先発品	106	5%	110	5%
長期収載品 ※	48	2%	141	6%
後発品	1,665	72%	1,634	70%
その他の医薬品 ※	490	21%	435	19%
合計	2,309	100%	2,320	100%

項目の定義

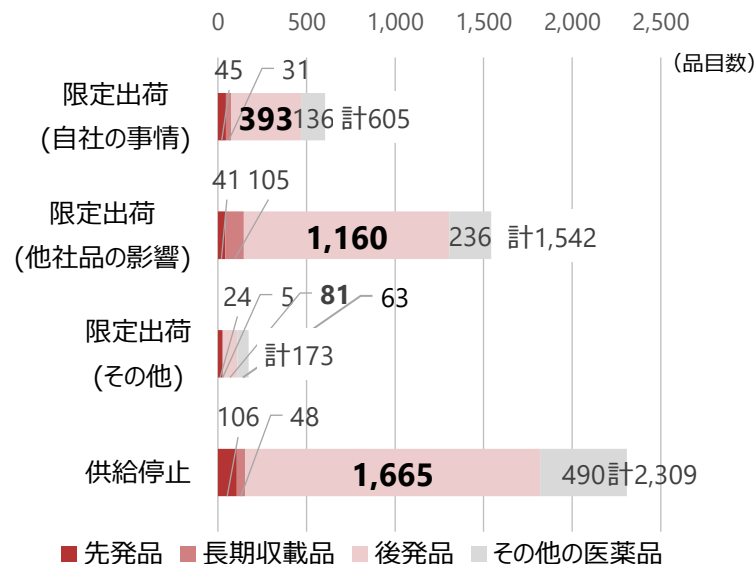
※長期収載品：後発品のある先発品

※その他の医薬品：局方品、漢方エキス剤、生薬、生物製剤（ワクチン、血液製剤等）、承認が昭和42年以前の医薬品など

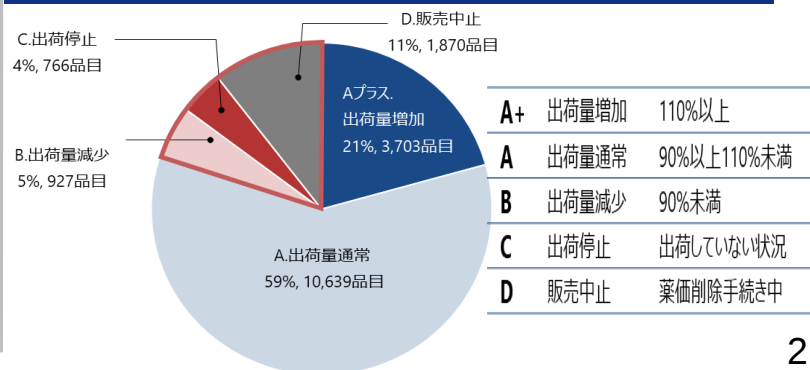
カテゴリ別：限定出荷の要因（自社事情、他社品の影響）分析

2024年1月 調査結果	限定出荷							
	自社の事情		他社品の影響		その他		合計	
先発品	45	7%	41	3%	24	14%	110	5%
	41%		37%		22%		100%	
長期収載品 ※	31	5%	105	7%	5	3%	141	6%
	22%		74%		4%		100%	
後発品	393	65%	1,160	75%	81	47%	1,634	70%
	24%		71%		5%		100%	
その他の医薬品 ※	136	22%	236	15%	63	36%	435	19%
	31%		54%		14%		100%	
合計	605	100%	1,542	100%	173	100%	2,320	100%
	26%		66%		7%		100%	

2 限定出荷・供給停止の内訳



3 医薬品全体の出荷量の状況



医薬品の安定供給に向けた取組

後発医薬品産業では、**少量多品目生産**といった構造的課題がある中で非効率な製造が行われており、メーカーの**薬機法違反を契機とした供給量の低下**や、**新型コロナウイルス感染拡大による需要の増加**により、

- ・ メーカーの**限定出荷による供給不足**のほか、
- ・ 薬局や医療機関が正確な供給状況を把握することが困難であるために、**先々の医薬品の確保に不安を感じて過大な注文を行うこと**によって、さらに**需給がひっ迫**するという事態が発生。

1. 製薬企業に対する働きかけ

- 咳止め薬や痰切り薬のメーカー主要8社に、**あらゆる手段による対応を要請（10/18武見大臣発表）**
【年内】他の医薬品の生産ラインからの緊急融通やメーカー在庫の放出等
 - 咳止め：約1100万錠、痰切り薬：約1750万錠の増加（**9月末時点と比較して1割以上の増加**）
- 【年明け】更なる増産対応のために24時間の生産体制への移行、他の生産ラインからの更なる緊急融通が必要
 - **補正予算における支援、令和6年度薬価改定**における薬価上の対応（不採算品目への対応）

2. 病院・薬局等の医療機関に対する働きかけ

- **供給状況に係る情報の公表**（先々の見通しを得ていただく）、**買い込みを控えること**の要請
- 小児用の剤型が不足している場合は、粉碎などの調剤上の工夫を行うよう要請し、診療報酬上も評価
- 咳止め薬や痰切り薬について、初期からの長期処方控え、**医師が必要と判断した患者へ最少日数での処方**とするよう協力要請（9/29）

3. 卸売業者に対する働きかけ

- 医療用解熱鎮痛薬等の安定供給に関する相談窓口の設置（昨年12月）、痰切り薬の追加（9/29）

有識者検討会報告書（6/9）を受けて新たな検討会を立ち上げ、中間とりまとめ（10/11。今後も継続して議論）。

1. 少量多品目構造の解消

- 品質が確保された後発品を安定供給できる企業を企業情報により市場で評価。評価結果を薬価制度等に活用。
- 新規収載品目の絞り込み、既収載品目の統合、供給停止・薬価削除プロセスの合理化

2. 後発品産業のあるべき姿（産業構造）の検討：業界再編も視野 等

報告徴収規定により得た供給情報の増産要請・公表への活用の基本的考え方（改正感染症法、改正医療法の施行の基本的な考え方）

平時・おそれ

需給状況の把握

供給不足

増産要請・公表等

■ 供給不安報告（供給リスク早期把握）

- 製造販売企業は、供給不足が生じるおそれが判明した際に、厚労省に報告を行う。

医療現場への影響が
大きい医薬品

基本情報など
供給不足が生じるおそれに関する情報

非公表

■ 供給状況報告

- 製造販売企業は、自社・他社事情を含め、供給不足が生じ、出荷状況の変更（限定出荷等）が生じた際には厚労省に報告を行う。

全ての医薬品

公表

改善見込時期、代替薬など

■ 医療法に基づく報告徴収

- 厚労省は、同一成分規格の品目など、他品目への影響を確認する必要がある場合等については、医療法の報告徴収に基づき需給の状況を確認する。

医療現場への影響
が大きい医薬品

整理して
公表

改善見込時期、代替薬など

■ 感染症法に基づく報告徴収

- 製造販売業者は、過去に不足して増産要請した一部感染症対応医薬品について、平時からのモニタリングとして、厚労省に供給情報の報告を行う。

増産要請をした一部
の感染症対応医薬品

改善見込時期、
代替薬など

非公表

■ 感染症法に基づく報告徴収

- 厚労省は、感染状況に応じてモニタリング品目の報告頻度を上げるほか、同一成分規格の品目など、他品目への影響を確認する必要がある場合等については、感染症法の報告徴収に基づき需給の状況を確認する。

一部の感染症
対応医薬品

非公表

改善見込時期、代替薬など

※

■ 報告徴収内容の公表や必要に応じた増産要請

- 医療法の規定等に基づき、供給情報を公表することで、医療の継続等に関する不安を解消し、代替薬への転換を円滑化する等により過剰購入等を防止し、医療を受ける者の利益を保護する。
- 医療法の報告徴収や供給不安報告により把握した需給の状況も活用し、供給不足を未然に防止するための措置（増産依頼、代替薬の調整等）について実施する。

■ 感染症法に基づく生産促進要請等

- 厚労省は、感染症対策物資等の確保に当たっては、報告徴収による供給状況の報告内容（製品の生産量や出荷量の推移）等を踏まえ、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある場合には、生産促進要請等を行う。生産計画に沿っていないと認める場合、公表することができる。

後発医薬品の安定供給等の実現に向けた産業構造のあり方に関する検討会について

後発品産業のあるべき姿の策定やその実現策を検討するため、「後発医薬品の安定供給等の実現に向けた産業構造のあり方に関する検討会」を開催。以下の論点について御議論をいただいている。

（これまでに7月31日に第1回を開催、10月に中間とりまとめを行い、現在も継続して議論を実施中。）

1. 後発医薬品産業の在るべき姿の明確化

- ・ 目指す状態（産業構造／品目数等）と達成時期等

2. 安定供給等の企業情報の可視化

- ・ 制度導入の目的
- ・ 可視化する情報や時期
- ・ 可視化した情報の評価方法
- ・ その他、可視化に当たって検討すべき事項

3. 少量多品目構造の解消

- ・ 制度導入の目的
- ・ 優先的に解消していく品目
- ・ 解消するための手法

4. 生産効率の向上

- ・ 他業種における生産効率の向上の取組
- ・ 生産効率の向上に係る後発医薬品産業特有の課題

5. その他、AGやサプライチェーンの強靱化など

- ・ AG（オーソライズド・ジェネリック）
- ・ サプライチェーン強靱化に必要な取組
- ・ 品質管理の在り方
- ・ その他

品質確保・信頼性確保のためのさらなる自主点検の実施

1. 現状と課題

今までも、H28.1.19付審査課長*に基づく一斉点検、日本ジェネリック製薬協会（JGA）作成チェックリストに基づく自主点検など様々な取り組みが行われてきたところであるが、以下のような課題が挙げられた。

- ・自主点検をしても、見逃されているものがあるのではないか
- ・今までの方法では、意図的／無意識にかかわらず、隠している／隠れているものは見つからないのではないか
- ・JGA会員以外の会社へはどう対応するか

* 「医薬品の製造販売承認書と製造実態の整合性に係る点検の実施について」審査管理課長通知（薬生審査発0119第3号平成28年1月19日）

2. 対応策

これまでの自主点検の課題を踏まえ、より実効性のあるものとするために、業界に対して以下のような自主点検の実施を求めることとする。

1) 点検の実施主体

JGA加盟・非加盟によらず、後発医薬品の製造販売承認をもつ企業

※ 外部機関を活用した点検の組み合わせも推奨する。

2) 対象

後発医薬品に係る承認書の「製造方法欄」、「別紙規格欄」及び「規格及び試験方法欄」と対応する手順書及び実際の業務内容

3) 方法

書面による点検に加え、最近の不適切事案を教訓に、各種の「書面」と「実際」の乖離がないかを確認するため、製造・試験等に従事している従業員等へのヒアリングも実施（統一的なチェックリストを用意）（公益通報窓口の社内周知も同時に実施）

4) 公表

点検の実施主体（企業自体か外部機関か）を明確にした上で、公表（別途検討中の「企業情報の可視化」の取組の中で公表することも検討）

5) スケジュール

- 既に自主点検を行っている項目については速やかに実施状況を（点検実施主体を明確にして）公表するとともに、厚労省にその旨を報告
- 今回新たな点検項目としてこれから実施する企業については品目数に応じて遅くとも6ヶ月間（4月から10月を目途）で実施し、速やかにその結果を公表すること。
- 6ヶ月間の調査結果を業界団体としてまとめ、厚労省に報告すること。また、各自主点検結果については、所管の都道府県にも報告することを想定。

6) 行政による実効性の担保

都道府県においても、全後発医薬品製造施設を対象範囲として、自主点検の内容を踏まえてリスクを評価の上、無通告立入検査を計画・実施するとともに、自主点検後に行政による無通告立入検査が続くことを事前に周知することで、企業による自主点検の実効性を担保する。さらに、都道府県の無通告立入検査については、都道府県の状況に応じて、PMDAが実施・支援できる体制とする。

後発医薬品に係る新目標（2029年度）について

基本的考え方

- 現下の後発医薬品を中心とする供給不安や後発医薬品産業の産業構造の見直しの必要性に鑑み、医療機関が現場で具体的に取り組みやすいものとする観点も踏まえ、現行の数量ベースの目標は変更しない。

主目標：医薬品の安定的な供給を基本としつつ、後発医薬品の数量シェアを2029年度末までに全ての都道府県で80%以上（継続）

※ 2023年薬価調査において、後発医薬品の数量シェアは80.2%。2021年度NDBデータにおいて、80%以上は29道県。

- バイオシミラーについては、副次目標を設定して使用促進を図っていく。

副次目標①：2029年度末までに、バイオシミラーが80%以上を占める成分数が全体の成分数の60%以上

- バイオシミラーの使用促進や長期収載品の選定療養等により、後発医薬品の使用促進による医療費の適正化を不断に進めていく観点から、新たに金額ベースで副次目標を設定する。

副次目標②：後発医薬品の金額シェアを2029年度末までに65%以上

※ 2023年薬価調査において、後発医薬品の金額シェア（*）は56.7% （*） $\frac{\text{後発医薬品の金額（薬価ベース）}}{\text{後発医薬品の金額（薬価ベース）} + \text{後発医薬品のある先発品の金額（薬価ベース）}}$

※ その時々金額シェアは、後発医薬品やバイオシミラーの上市のタイミング、長期収載品との薬価差の状況等の影響を受けることに留意が必要

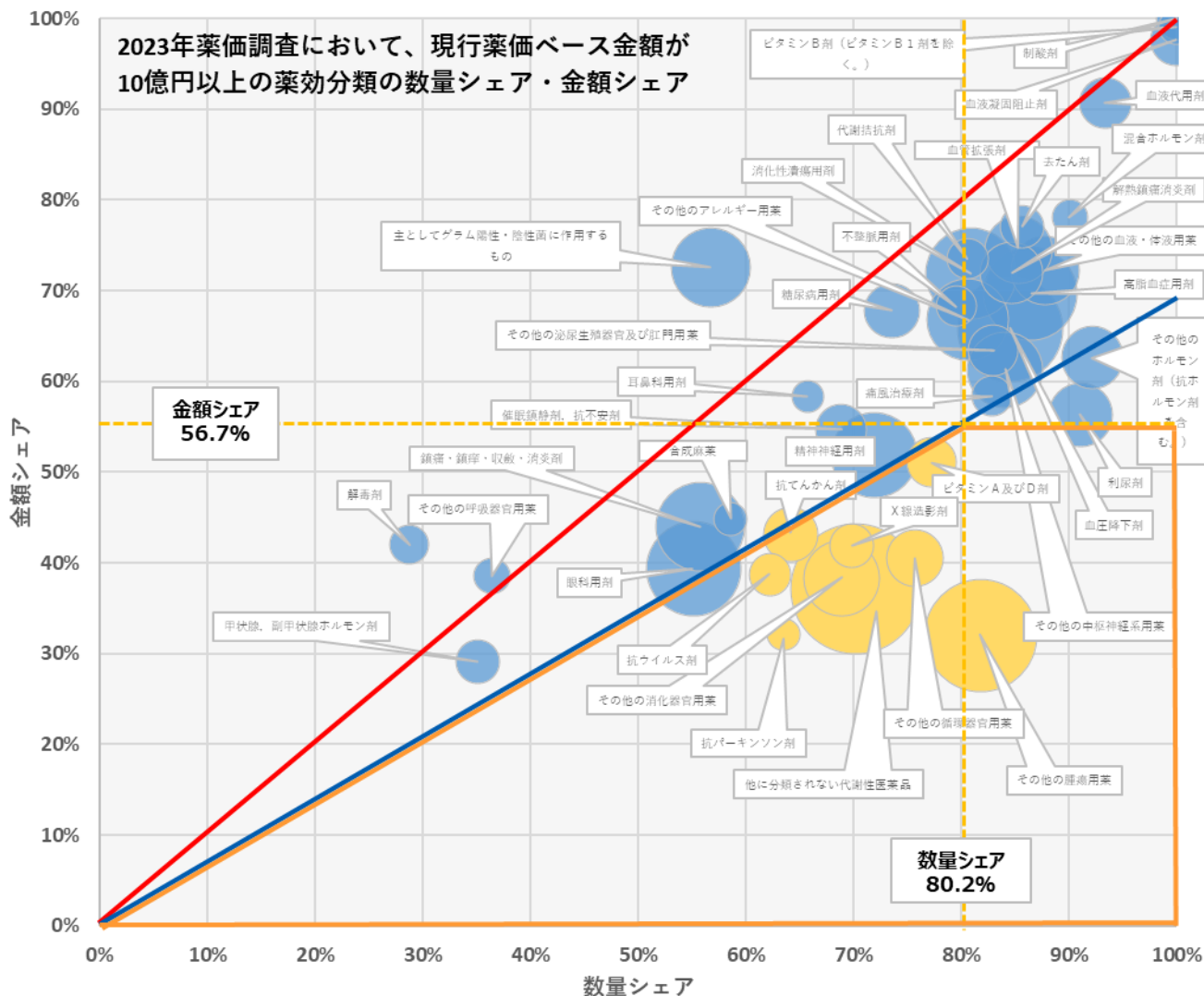
取組の進め方

- 限定出荷等となっている品目を含む成分を除いた数量シェア・金額シェアを参考として示すことで、後発医薬品の安定供給の状況に応じた使用促進を図っていく。
- 薬効分類別等で数量シェア・金額シェアを見える化することで、取組を促進すべき領域を明らかにして使用促進を図っていく。

さらに、目標年度等については、後発医薬品の安定供給の状況等に応じ、柔軟に対応する。
その際、2026年度末を目途に、状況を点検し、必要に応じて目標の在り方を検討する。

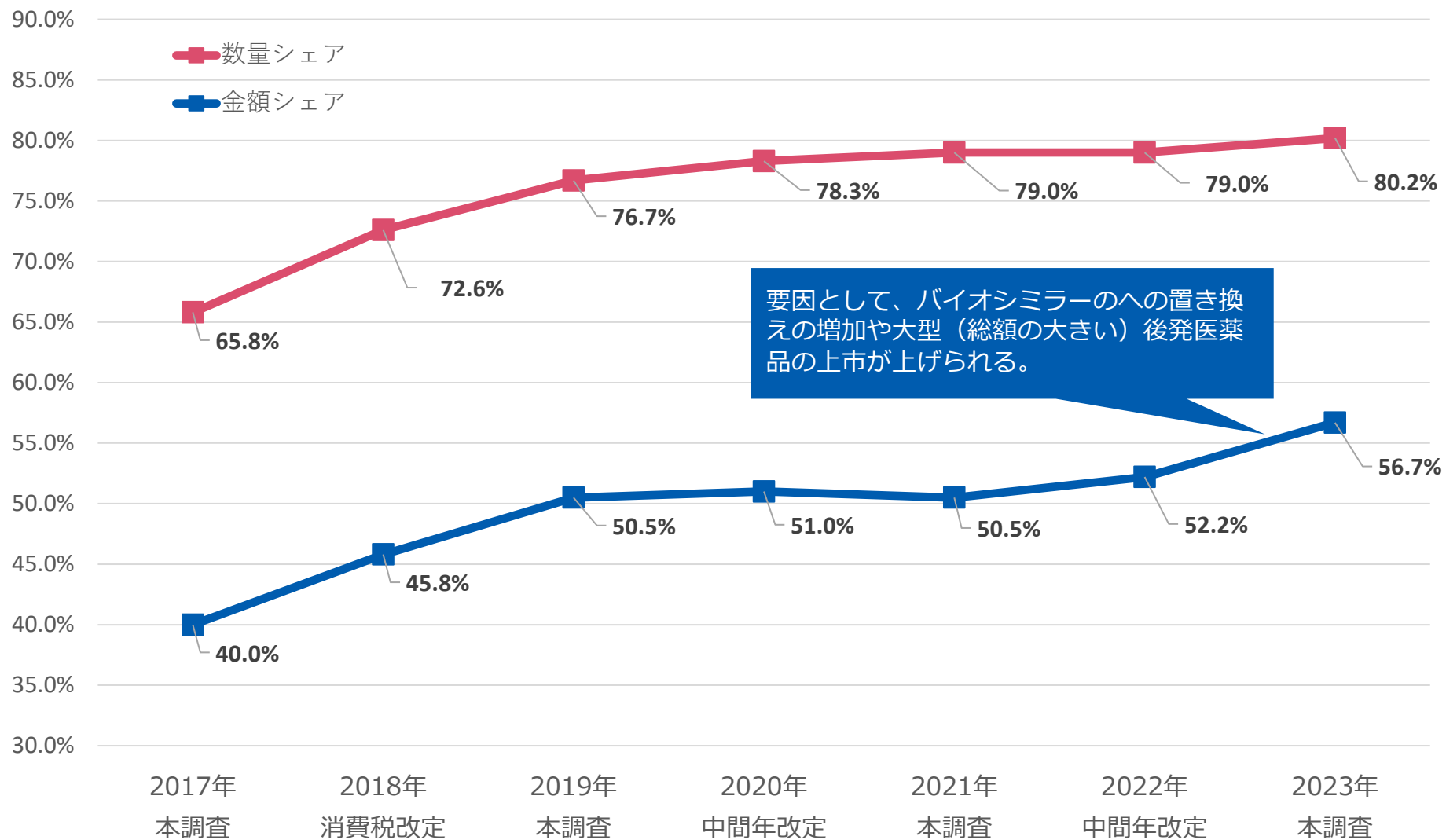
金額ベースでの目標値の設定についての考え方

薬効分類ごとに見て、金額ベースでの置き換えの余地があると考えられる領域（オレンジの台形）において、全体の金額シェア／数量シェアの傾き（青のライン）に近づいていくと仮定した場合の試算を参考に設定する。



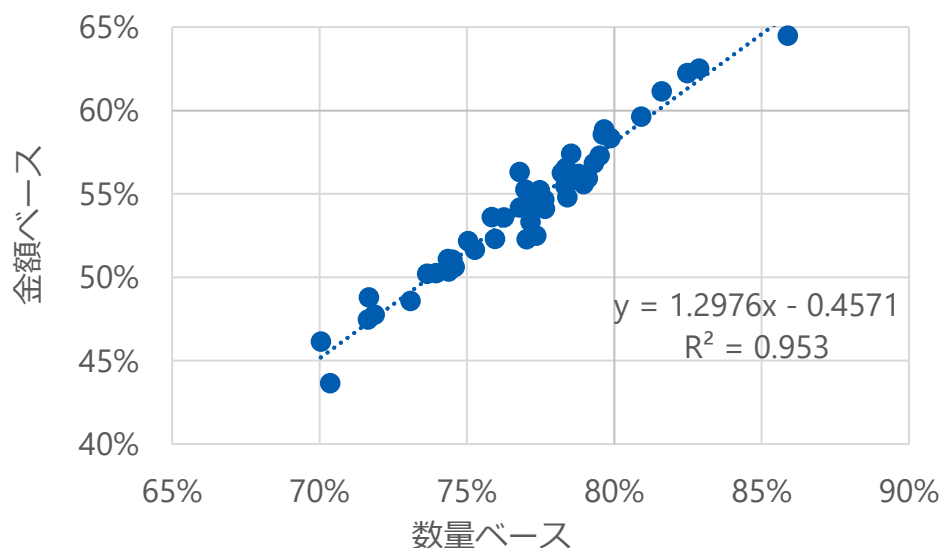
※ あくまで新たな目標値の設定に当たって参考とするために試算したものであり、新たな目標値の達成に向けた内訳を示したものではありませんことに留意が必要

薬価調査における数量シェア及び金額シェアの推移

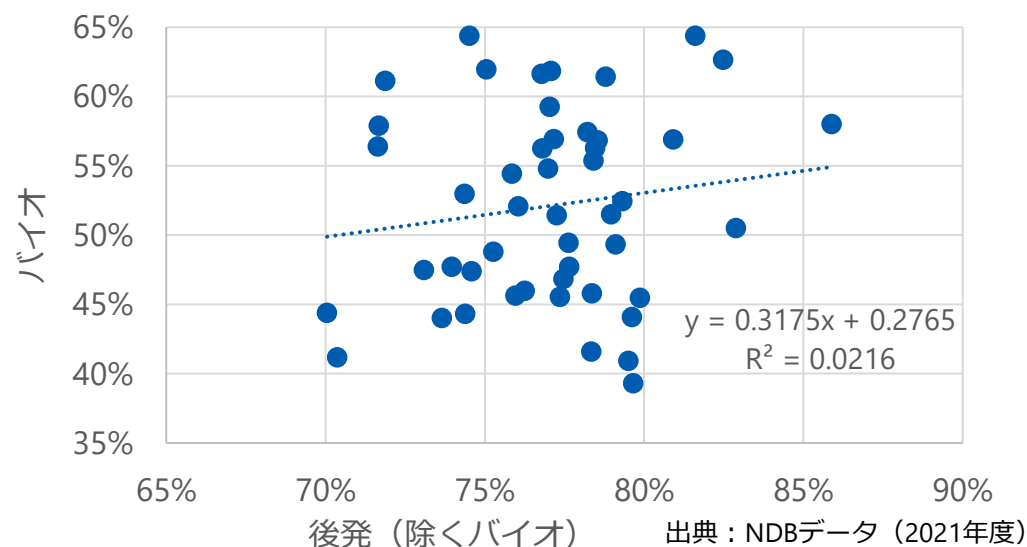


新たな目標も踏まえた医療費適正化計画の対応

- 後発医薬品について、数量ベースでの使用割合が高い都道府県は、金額ベースでの使用割合も高い傾向にあるが、後発医薬品の使用が進んでいても、バイオ後続品の使用割合が低い都道府県が見られる。
- 後発医薬品に係る政府目標の設定を踏まえ、第4期医療費適正化基本方針においても当該目標を位置付け、当該目標の達成に向けた都道府県の取組として、後発医薬品の使用促進の効果が確認されている差額通知の実施等の保険者等による後発医薬品の使用促進に係る取組を支援することのほか、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について、都道府県域内の医療関係者に対して「フォーミュラリの運用について」（令和5年7月）の周知をはじめとした必要な取組を進めることが考えられることを示している。
- さらに、都道府県に対して、金額ベースの使用割合を薬効分類別に示すなど、必要なデータの提供を行い、医療費適正化の取組を推進できるよう支援する。



- 数量ベースでの使用割合と金額ベースでの使用割合は正の相関関係にある。
- 数量ベースでの使用割合が80%に達成していても、金額ベースでは、最も高い沖縄県でも65%に達していない。



- 後発医薬品の使用が進んでいる都道府県においても、バイオ後続品の使用割合が相対的に低い都道府県が見られる。



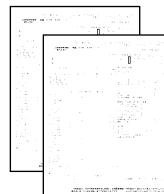
今後のNDBについて

NDBの利活用について

NDB（匿名医療保険等関連情報データベース）は、厚生労働省が、法律に基づき、レセプト情報（診療報酬明細書）等を収集し、個人の特定ができない形でデータベース化したもの。

1件あたり約1600項目を有するレセプトを約265億件分格納。

〈レセプト情報〉



〈NDBの格納データ〉

[illegible]

約265億件分
(2009～2023年診療分)
※年間約20億件が追加

【これまでの取組】

平成18年 (2006)	レセプト情報等をNDBに収載する制度を創設（高齢者医療確保法改正） 医療費適正化計画の策定等に活用するほか、大学の研究者等へ提供
令和元年 (2019)	第三者提供制度の法定化、他のデータベースとの連結（健保法等改正） 利用ルールを法定化し、民間事業者への提供を拡大。介護DB等との連結規定を整備し、医療・介護サービスの利用状況を複合的に分析解析
令和2年 (2020)	医療・介護レセプトの名寄せ精度を向上（社会福祉法等改正） 被保険者番号の履歴を利用した連結の仕組みを創設。転職等で保険証が変わっても、匿名性を保ったまま正確な名寄せが可能
令和2年～ (2020～)	利活用促進に向け、重点的な運用見直しを実施 医療機関の属性・居住地情報・所得階層情報の提供開始、医療扶助レセプトの提供開始。Web審査の導入や手続書類の簡素化、オンサイトリサーチセンターの拡充。医療・介護データ解析基盤（HIC）の運用開始。 分析可能なデータを更に拡充 NDBと他の公的DB・次世代DBとの連結解析を順次開始、死亡情報・事業者健診・被保護者の健診/保健指導、訪問看護レセプト等の収載

令和元年の第三者提供制度の法定化後、民間事業者等への提供が増加したほか、医療費適正化計画の策定等の利活用、厚生労働省によるエビデンスに基づく政策の企画立案のための利活用が進み、NDB活用のニーズが高まっている。

1. 収載・連結データの拡充について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

収載データの拡充

NDBでは、医療費適正化計画や国民保健の向上に資する研究利用のため、収載データの拡充を実施。

レセプト (医科・DPC・調剤・歯科)

- 診療（調剤）報酬明細書情報（H21.4診療分～）
※令和3年から公費医療関連情報の提供を開始。
- 居住地・所得階層情報（R4.3診療分～）
- 被保険者番号等を活用した匿名化ID（R4.2診療分～）

◎主なデータ

- 患者（性別・年齢・診療年月）、傷病名
- 医療機関所在地
- 診療行為等（診療行為/医薬品コード・量・回数）

特定健診・特定保健指導

- 特定健康診査情報（H20年度実施分～）
- 特定保健指導情報（H20年度実施分～）
- 被保険者番号等を活用した匿名化ID（R2年度実施分～）

◎主なデータ

- 受診者情報（性別・年齢階層・実施日）
- 質問票情報（喫煙歴・飲酒）
- 健診項目・結果（身長・体重・血圧・血糖・肝機能・メタボリックシンドローム）
- 保健指導情報（指導日、指導内容）

	主なデータ	収載・提供開始（予定） <法令改正>
死亡情報	- 死亡年月日時分 - 死亡の原因、種類、場所の種別	R6秋収載・順次提供 <R5.3公布・R5.4施行>
訪問看護レセプト	訪問看護療養費明細書情報 ※訪問看護療養費コード、指示区分、指示期間、訪問場所・回数・職種等の情報	R6.8～収載 ・順次提供（検討中） <改正予定>
事業者健診	事業者健康診査情報（40歳未満） ※情報項目は特定健診情報と同じ。	R7～収載・提供 <R6.1公布・施行>
医療扶助健診	被保護者の健康診査情報 ※情報項目は特定健診情報と同じ。	R7～収載・提供 <R6.1公布・施行>
医療扶助保健指導	被保護者の保健指導情報	R8～収載・提供 <R6.3下旬公布・R6.4施行予定>

他の医療・介護データ等との連結解析に向けて

EBPMや研究利用の基盤として、NDBの利便性・価値向上を図っていくため、**NDBと他の医療・介護データ等との連結解析**を順次進めていく。

識別子はID4, ID5

区分	DB名	主なデータ	NDBとの連結の意義・必要性	連結の検討状況等
公的	介護DB	・ 介護レセプト ・ 要介護認定情報	要介護者の治療前後の医療・介護サービスの利用状況の把握・分析に資する。	令和2年10月開始
	DPCDB	・ DPCデータ (診療情報、請求情報)	急性期病院の入院患者の状態の把握が可能となり、急性期医療の治療実態の分析に資する。	令和4年4月開始
	障害福祉DB	・ 給付費等明細書情報 ・ 障害支援区分認定情報	障害者の治療前後の医療・障害福祉サービスの利用状況の把握・分析に資する。	連結解析を可能とする法案が成立。施行に向けて検討中。
	予防接種DB	・ 予防接種記録 ・ 副反応疑い報告	予防接種の有無を比較した、ワクチンの有効性・安全性に関する調査・分析に資する。	連結解析を可能とする法案が成立。施行に向けて検討中。
	感染症DB	・ 発生届情報	感染症の治療実態と予後の把握・分析に資する。	連結解析を可能とする法案が成立。令和6年4月施行予定。
	難病DB	・ 臨床調査個人票	網羅的・経時的な治療情報を得ることが可能となり、より詳細な治療実態の把握・分析に資する。	連結解析を可能とする法案が成立。連結に向けて検討中。
	小慢DB	・ 医療意見書		
民間	全国がん登録DB	・ 届出対象情報 ・ 死亡情報	各種がんの各ステージ分類毎による治療実態と予後の把握・分析に資する。	引き続き検討中
	次世代DB	・ 医療機関の診療情報	医療情報と連結・分析を可能にすることにより医療分野の研究開発を促進する。	連結解析を可能とする法案が成立。令和6年4月施行予定。

他の医療・介護データ等との連結解析に係る案件の審査体制（案）

背景

- 令和6年5月までに改正法が施行され、新たに感染症DBと次世代DBについて、NDB・DPCDB・介護DBとの連結解析が可能となる予定である。
- 現在、NDB、DPCDB及び介護DBに係る第三者提供については、社会保障審議会の権限に属せられた事項について調査審議するための専門委員会において審議しており、また、これらの情報について連結して利用することができる状態で提供する案件については、令和2年から社会保障審議会医療保険部会長及び介護保険部会長が定める「匿名医療・介護情報等の提供に関する委員会」において一体的に調査審議している。
- 感染症DBについては、厚生科学審議会の権限に属せられた事項について審議するための小委員会が設置され、第三者提供に係る審議が行われる予定である。また、次世代DBについては、個別の認定匿名加工医療情報作成事業者が設置する審査委員会において、第三者提供に係る審議が行われている。

論点

- 新たにNDB等と連結可能となるDB（感染症DB及び次世代DB）の連結解析に係る案件について、どのようなプロセスで第三者提供に係る審議を行うべきか。

対応方針（案）

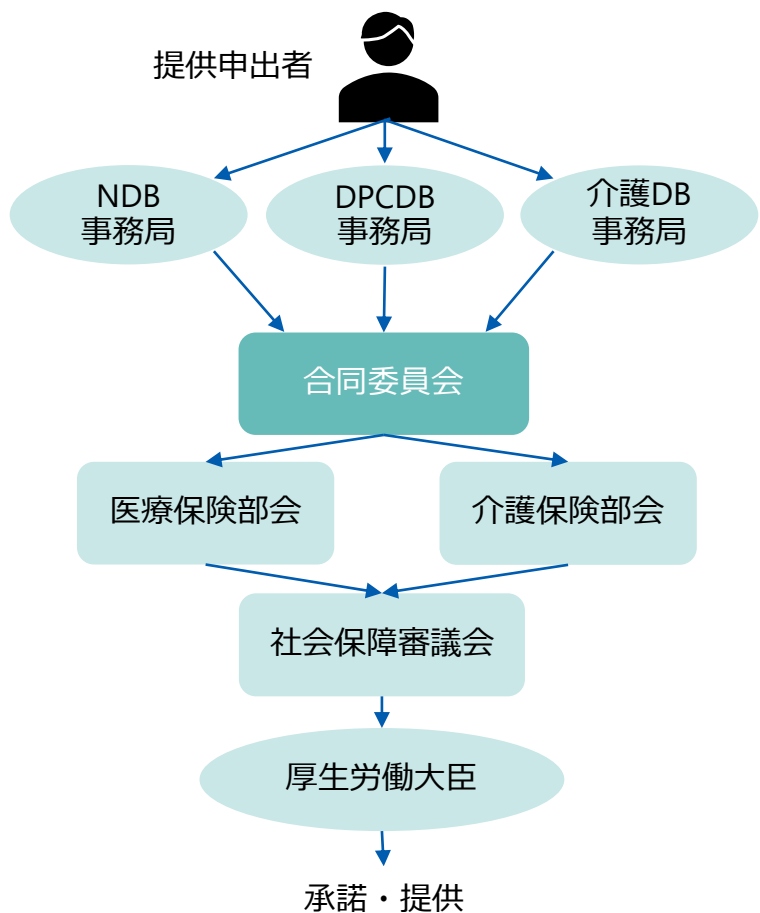
- 新たにNDB等と連結可能となる感染症DB、次世代DBの第三者提供については、法令上諮るべき審議体が異なることから、当面は、連結先のDBから提供されるデータの概要を踏まえつつ、それぞれのDBの審査委員会において第三者提供に係る審議を行うこととはどうか。

※NDB、DPCDB及び介護DBの連結解析に係る案件については、引き続き、匿名医療・介護情報等の提供に関する委員会において一体的に調査審議を行う。

- なお、研究者の利便性を向上するための一元的な利用申請の受付・審査体制のあり方等については、医療等情報の二次利用に関するWG等において今後検討が行われる予定。

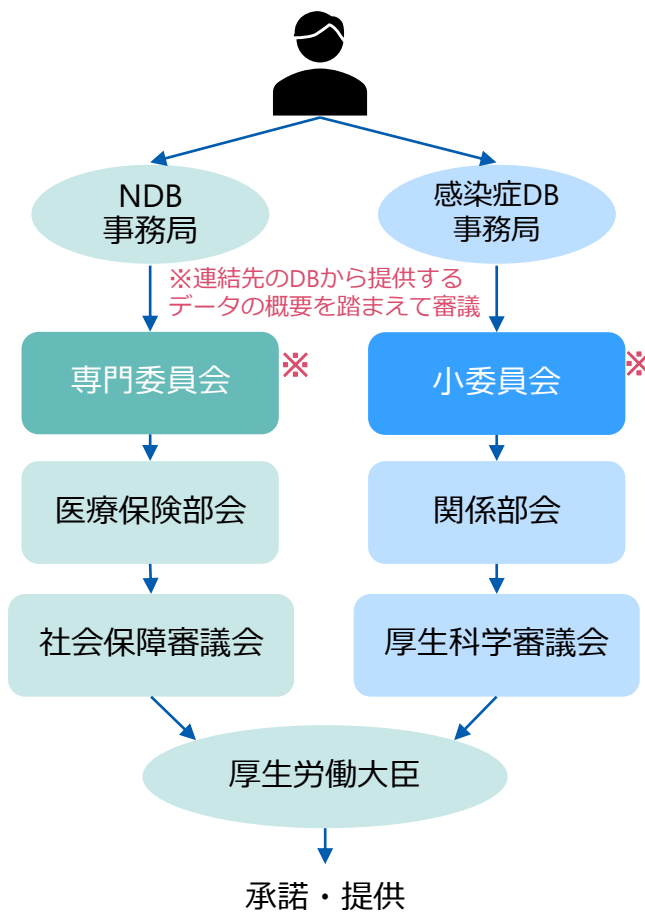
連結解析に係る審査体制のイメージ（案）

現在の介護DB等との連結案件の審査体制



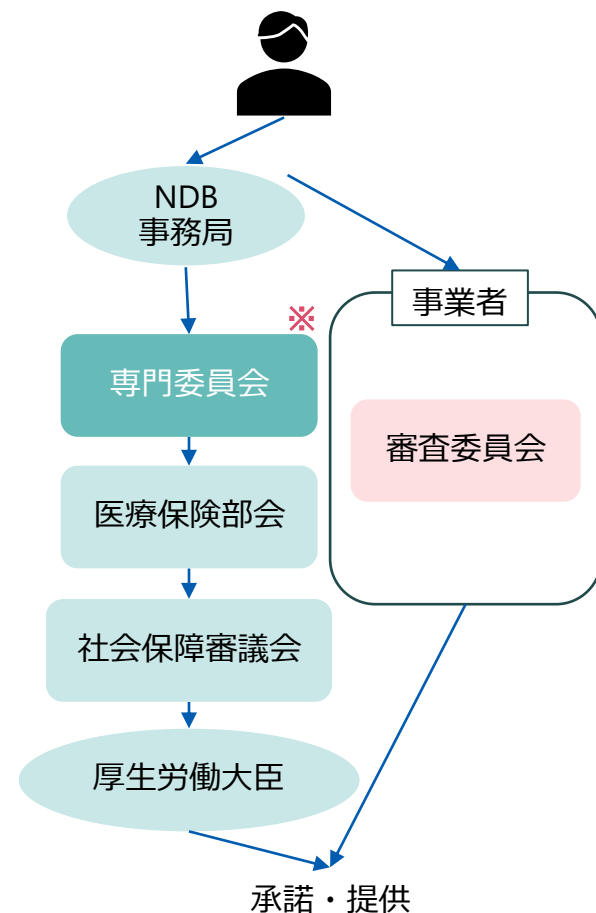
合同委員会を設置し、
一体的審議を実施している

感染症DBとの 連結案件の審査体制（案）



各審議会の下に設置された審査会（次世代においては認定事業者の審査委員会）において、
個別に審査し、全DBの提供について承諾となった場合に連結用データが提供される

次世代DBとの 連結案件の審査体制（案）



※研究者の利便性を向上するための一元的な利用申請の受付・審査体制のあり方等については、医療等情報の二次利用に関するWG等において今後検討が行われる予定。

合同委員会：匿名医療・介護情報等の提供に関する委員会、専門委員会：匿名医療情報等の提供に関する専門委員会、小委員会：匿名感染症関連情報の第三者提供に関する小委員会

2. 利活用の更なる推進について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

NDBデータ提供の抜本的見直し（概要）

令和5年6月29日

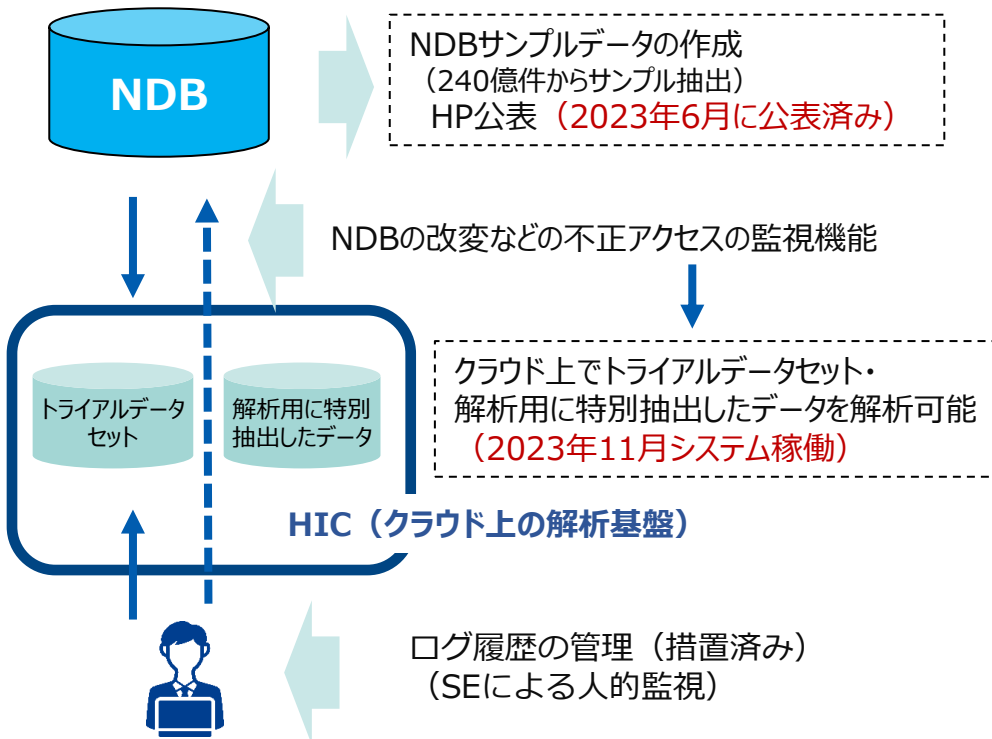
第165回社会保障審議会医療保険部会

資料2
更新

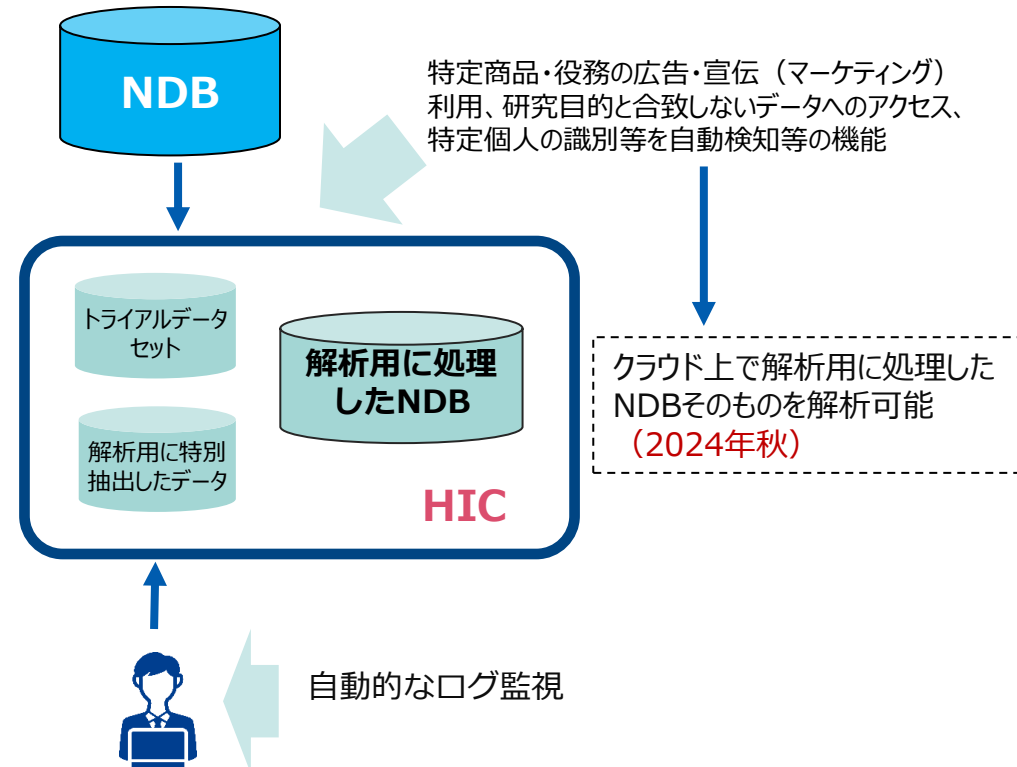
- **直ちに**、サンプルデータの作成、トライアルデータセットの作成、不正アクセス監視機能の実装に取り組み、
 - ・ **2023年6月**、NDBサンプルデータを厚労省HPに公表
 - ・ **2023年11月**、リモートアクセスでトライアルデータセット・解析用に特別抽出したデータを解析可能
- さらに、**不適切利用等の監視機能やポータルサイトの機能拡充**を開発・実装の上、
 - ・ **2024年秋**、リモートアクセスの解析データを拡大
 - ・ 申請からデータ提供まで平均390日の現状に対し、申請〆切を毎月設定し、申請から**原則7日**で処理

※申請が月5件程度であることを踏まえ、当面月1回を設定するが、今後申請件数が増えれば複数回設定する

対応済 【不正アクセスの監視機能の実装】

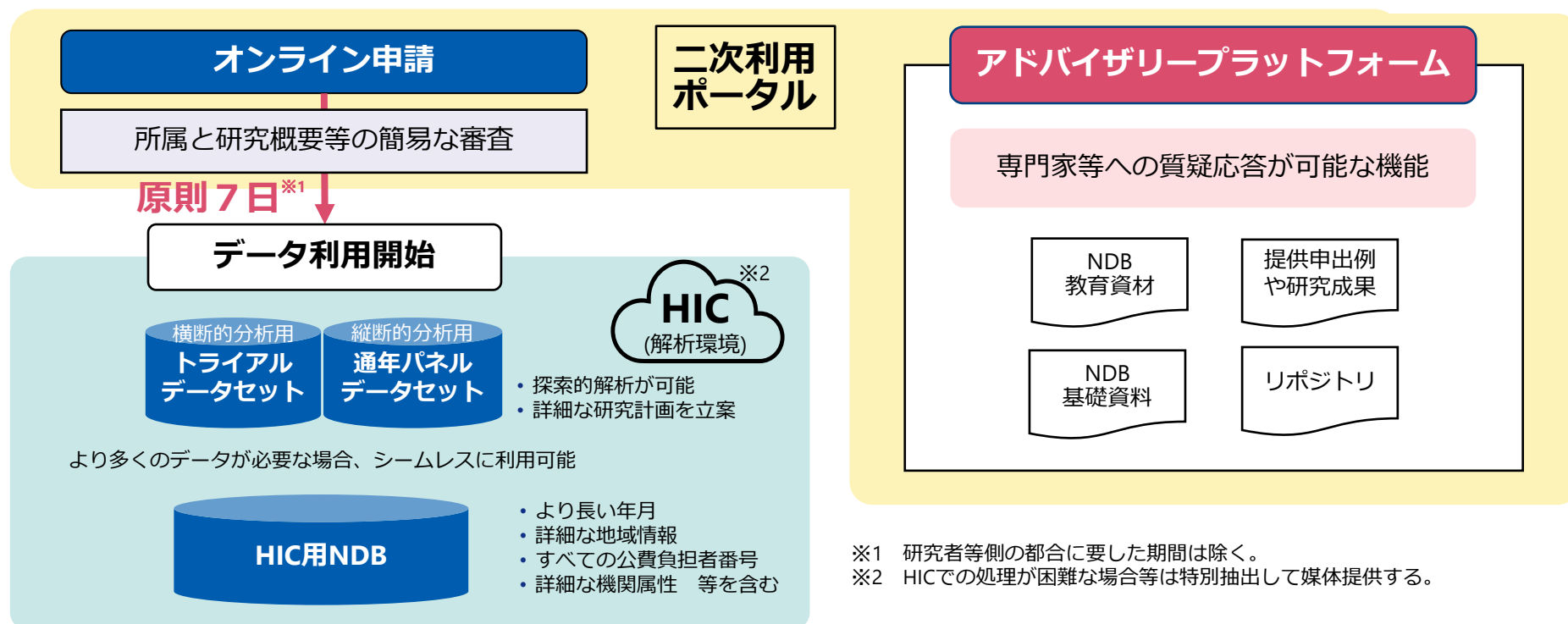


【不適切利用の監視機能の実装】



NDBデータの第三者提供フロー見直しの全体像（案）

「NDBの迅速提供に向けたスキーム再構築に資する研究」で指摘された課題	対応方針
研究ごとに必要なデータを調整・抽出することに時間を要している。	縦断的追跡研究に十分なデータ件数を確保した 通年パネルデータセット をあらかじめHIC環境に配置して迅速に提供する。
安全性確保を前提としつつ、書類審査の導入等、研究者の負担軽減の観点に立った運用の工夫が必要である。	トライアルデータセット、通年パネルデータセット等については、原則として オンラインでの簡易な書類審査 により利用可能とする。
探索的解析に基づいて研究を実施することが困難である。	迅速提供可能なデータを用いた探索的解析に基づく研究の詳細に係る 追加的な審査 を経て、より 広範なNDBデータの利用 を可能とする。
研究者への専門家等による支援体制が不十分である。	NDBに関する知見を集約し、研究者を専門家等が支援する機能等を備えた アドバイザリープラットフォーム を構築する。
申請手続きや研究に必要な情報が集約されていない。	オンライン申請手続きやアドバイザリープラットフォームについて、開発を進めている 二次利用ポータルに機能を集約 する。



3

3. その他の規制改革実施計画に沿った対応について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

規制改革実施計画に沿った対応

規制改革実施計画（令和5年6月16日閣議決定）に沿って、ガイドラインの改正を実施（令和5年10月）。

利用目的の明確化

以下、計画に定められた事項に関して必要な明確化を行う。

（d）厚生労働省は、NDBデータの利用の要件として高齢者医療確保法第16条の2に定める「相当の公益性を有すると認められる業務」について、特定の商品等の広告・宣伝を除く、医薬品や医療機器の創出又は改善に資する調査、研究又は開発（製薬企業を含む民間事業者等による医薬品安全性調査、市販後の有害事象のエビデンス収集等の研究を含む。）に利用可能であることを明確化する。

旧) 第5 匿名レセプト情報等の提供申出手続 6 提供申出書の記載事項	新) 第3 NDBデータの提供申出手続 5 提供申出書の記載事項
（4）匿名レセプト情報等の利用目的等 国民保健の向上に資する目的で行う匿名レセプト情報等を利用する研究の具体的な利用目的を記入すること。 また、研究の内容について、次の①～⑩を記載すること。なお、特定の商品又は役務の広告又は宣伝に直接利用する又は利用されると推測されるものは認めない。 （中略）しかしながら、匿名レセプト情報等の直接的な利用目的が、企業等の組織内部における業務上の資料として利用される場合や特定の顧客に対するレポート作成の基礎資料とされるような場合、あるいは学術論文として公表するもの以外の成果を別に作成し顧客等のみに提供する場合等、相当の公益性を有しないと考えられる研究等は本要件に該当するものとは認められない。	（4）研究計画 NDBデータ利用にあたっては、相当の公益性を有すると認められる業務であることを求める。特定の商品又は薬務の広告又は宣伝（マーケティング）に利用するために行うものを除き、広く利用が可能であり、具体的には、製薬企業をはじめとする民間事業者等による医薬品安全性調査、市販後の有害事象のエビデンス収集等の研究、医薬品や医療機器の創出又は改善に資する調査、研究又は開発などに利用可能である。一方、企業等の組織内部の業務上の資料としてのみ利用される場合、又は、特定の顧客に対するレポート作成の基礎資料としてのみ利用される場合は、相当の公益性を有するものとは考えられず、認められない。

規制改革実施計画に沿った対応

特許取得可能であることの明確化

以下、計画に定められた事項に関して必要な明確化を行う。

(e) 厚生労働省は、NDBデータの利用に関して、「匿名レセプト情報・匿名特定健診等情報の提供に関するガイドライン」（令和2年10月厚生労働省）において利用を行った研究者等に対して「他の研究や政策利用等を阻害するような特許の取得を禁止する」とされていることについて、当該記載は特許法（昭和34年法律第121号）第32条の不特許事由と同様の趣旨であり、NDBデータの利用による研究を基礎とする場合であっても、公の秩序、善良の風俗又は公衆の衛生を害するおそれがない限り、特許を受けることが可能であることを明確化する。

旧) 第13 実績報告書の作成・提出 5 利用終了後の研究成果の公表	新) 第7 研究成果等の公表 6 利用終了後の研究成果の公表
・・・（匿名レセプト情報等の提供の制度趣旨は国民保健の向上に資するといった相当の公益性を有することを求めるものであることを考慮し、他の研究や政策利用等を阻害するような特許の取得を禁止する。）	・・・なお、NDBデータの提供は、国民保健の向上に資するといった相当の公益性を有することを求める制度趣旨を考慮し、 特許法第32条に規定する公の秩序、善良の風俗又は公衆の衛生を害するおそれがない限り、特許の取得は可能である。

規制改革実施計画に沿った対応

審査等手続きの簡素化

以下、計画に定められた事項に関して必要な明確化を行う。あわせて、その他諸手続きについても、これまでの審査実態を踏まえ、審査ではなく届出で対応できる範囲を拡大。

(f) 厚生労働省は、学会誌への投稿手続きが進行している場合など一定の場合は利用期間の延長が可能であることを明確化する。あわせて、利用期間の延長手続きによって延長可能な期間が運用上1年以下となっている現状に対し、必要に応じて2年以上の延長が認められることを明確化する。

旧) 第9 提供後に提供申出書の記載事項等に変更が生じた場合 1 総則 (1) 専門委員会の審査を要しない変更	新) 第5 提供申出／変更申出が承諾された後の手続き 5 提供申出書の記載事項等に変更が生じた場合 (1) 専門委員会の審査を要しない変更
④ 利用期間の延長を希望する時点で、公表に係る手続きが進行中（査読の結果待ち等）の場合	iv) 利用期間の延長を希望する時点で 解析が終了し、具体的な公表見込みがある（査読の結果待ち等）場合 どのようなステータスかを具体的に記載し、その状況であることが確認できる書類を添付すること。 1回の延長は2年までとし、必要な場合は再度申し出ること。 ＜職名等変更届出書で認められる例＞ ・ 個票を用いた解析が終了し、論文を執筆中である ・ 厚生労働省に公表物確認を依頼している最中である ・ 厚生労働省の公表物確認を終え、英文校正等の最中である ・ 論文を投稿し、査読の結果待ちである ＜専門委員会での審議を要する例＞ ・ 提供されたNDBデータを用いて解析中である ・ 解析終了の見込みが立っておらず、研究計画の変更が必要である ・ 抽出条件や解析方法を変更する
⑥ 申出内容の基本的な方針に影響を及ぼさないような <u>抽出条件</u> の微細な修正を行う場合	vi) その他、申出内容の基本的な方針に影響を及ぼさないような微細な修正を行う場合

規制改革実施計画に沿った対応

令和6年度のオープンデータの公表から、マスキングについて取扱いを変更する予定。

対応

規制改革実施計画に定められた事項に則り、マスキングの方法を変更する。

(g) 厚生労働省は、NDBオープンデータ（診療行為、処方薬、健診項目等について、全国レベルで集計を行った集計表をいう。）について、個人情報の保護等を引き続き図るとともに、利用による研究等を精密化する観点から、①各セルにおける患者数の該当数値が0である場合にも公表データにマスキングを行っている現状について、当該セルの該当数値が0であることを明らかにすることによって、他のセルにおいて10未満の患者数であることが必然的に明らかとなるケースを自動的に判別するプログラム開発を行うことによって、マスキングの範囲を減らす運用を実施し、あわせて、②各セルにおける医療機関等の施設数が3未満となる場合についてマスキングを行っている現状について、マスキングを行わないことを基本に検討し、結論を得る。

①該当数値が0であるセルのマスキングに関する変更

- ✓ 値0のセルを10未満マスク処理の対象から除外する。
- ✓ マスク箇所が1カ所の場合、値10以上の最小値をマスクする。ただし値10以上の最小値が存在しない場合は値0のセルをマスクする。
- ✓ 値1のセルのみが複数マスクされた場合、値10以上の最小値をマスクする。ただし値10以上の最小値が存在しない場合は値0をマスクする。
- ✓ 全てのセルが値0の場合、マスクは行わない。

②医療機関等の施設数が3未満となるセルのマスキングに関する変更

- ✓ 当該マスキングを撤廃する。

参考資料

Ⅱ 実施事項 3. 個別分野の取組 <医療・介護・感染症対策分野>

(1) デジタルヘルスの推進① – データの利活用基盤の整備 – 2 NDBの利活用の容易化等

- 厚生労働省は、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高齢者医療確保法」という。）に基づくNDBに収載されたデータ（以下「NDBデータ」という。）の大学、民間事業者等の研究者その他の利用者（以下本項において「研究者等」という。）への提供（高齢者医療確保法第16条の2）等の迅速化及び円滑化を図り、医療サービスの質の向上につなげていくため、以下の措置を講ずる。
 - a. 厚生労働省は、NDBデータの利用を行おうとする者に対して、NDBデータの項目及びその構造等の理解を助け、NDBデータを効率的に解析し得るよう、そのサンプルデータを公開する。
 - b. 厚生労働省は、NDBデータの利用を行おうとする者が探索・試行的にデータ解析することを可能とするため、トライアルデータセット（NDBの各年1月、4月、7月及び10月分から無作為に数%程度抽出する等の処理をしたものをいう。以下同じ。）又は特別抽出（研究者等の指定した抽出条件に従ってNDBデータをNDBから抽出することをいう。）の承認を受け当該研究者等に提供されたデータに対する医療・介護データ等解析基盤（HIC: Healthcare Intelligence Cloud）を通じたりモートアクセス（国が指定する特定の施設に限定せず、研究者等の自宅や研究室等からセキュリティレベルを保ったまま調査票情報等を格納するシステムにアクセスし、分析・集計を行うことができるアクセス方式をいう。以下同じ。）による解析を可能とする。なお、トライアルデータセットの利用申請に関する審査については、匿名医療情報等の提供に関する専門委員会（以下「専門委員会」という。）における審査項目を減らすなど、審査を簡略化するものとする。
 - c. 厚生労働省は、解析用に処理したNDBデータ（ブラックリスト方式で個人特定の可能性のある項目を匿名化する等の処理をしたもの）に対するリモートアクセスを、以下の点に留意しつつ可能とする。あわせて、専門委員会による審査の効率化等を行い、利用申請から申請者が実際にデータの利用を開始し得るまでに要する期間について、平均で390日を要する現状から、原則7日（研究者等側の都合に要した期間は除く。）とする。また、現状の申請件数を踏まえ、当面月1回を設定するが、今後申請件数が増えれば複数回設定する。
 - 特定の商品又は役務の広告又は宣伝を目的とする利用、承諾された利用目的以外の利用、特定の個人を識別する目的での利用その他の不適切利用をオンラインで監視可能な解析環境を構築すること。なお、研究者等がNDBデータを利用する場合を含め研究を行うに当たっては、探索・試行的なデータ解析を行うことが通常であることに留意する。
 - 研究者等による、厚生労働省等に対するリモートアクセスの申請手続等をオンラインで行うことを可能とすること。
 - 研究者等が希望する場合に、NDBデータの専門家等が抽出条件のアドバイスを行う等の支援体制を構築するとともに構造化されたデータを整備するなど解析環境を整備すること。

Ⅱ 実施事項 3. 個別分野の取組 <医療・介護・感染症対策分野>

(1) デジタルヘルスの推進① –データの利活用基盤の整備– 2 NDBの利活用の容易化等

- d. 厚生労働省は、NDBデータの利用の要件として高齢者医療確保法第16条の2に定める「相当の公益性を有すると認められる業務」について、特定の商品等の広告・宣伝を除く、医薬品や医療機器の創出又は改善に資する調査、研究又は開発（製薬企業を含む民間事業者等による医薬品安全性調査、市販後の有害事象のエビデンス収集等の研究を含む。）に利用可能であることを明確化する。
- e. 厚生労働省は、NDBデータの利用に関して、「匿名レセプト情報・匿名特定健診等情報の提供に関するガイドライン」（令和2年10月厚生労働省）において利用を行った研究者等に対して「他の研究や政策利用等を阻害するような特許の取得を禁止する」とされていることについて、当該記載は特許法（昭和34年法律第121号）第32条の不特許事由と同様の趣旨であり、NDBデータの利用による研究を基礎とする場合であっても、公の秩序、善良の風俗又は公衆の衛生を害するおそれがない限り、特許を受けることが可能であることを明確化する。
- f. 厚生労働省は、学会誌への投稿手続が進行している場合など一定の場合は利用期間の延長が可能であることを明確化する。あわせて、利用期間の延長手続によって延長可能な期間が運用上1年以下となっている現状に対し、必要に応じて2年以上の延長が認められることを明確化する。
- g. 厚生労働省は、NDBオープンデータ（診療行為、処方薬、健診項目等について、全国レベルで集計を行った集計表をいう。）について、個人情報の保護等を引き続き図るとともに、利用による研究等を精密化する観点から、①各セルにおける患者数の該当数値が0である場合にも公表データにマスキングを行っている現状について、当該セルの該当数値が0であることを明らかにすることによって、他のセルにおいて10未満の患者数であることが必然的に明らかとなるケースを自動的に判別するプログラム開発を行うことによって、マスキングの範囲を減らす運用を実施し、あわせて、②各セルにおける医療機関等の施設数が3未満となる場合についてマスキングを行っている現状について、マスキングを行わないことを基本に検討し、結論を得る。
- h. （略）

d～f：令和5年秋措置 g：①令和5年度措置、②令和5年度検討・結論

「NDBの迅速提供に向けたスキーム再構築に資する研究」中間報告①

はじめに

令和5年6月の規制改革実施計画において、厚生労働省はNDBについて、利用申請から申請者が実際にデータの利用を開始し得るまでに要する期間について、平均で390日を要する現状から原則7日（研究者等側の都合に要した期間は除く。）とすることとされ、NDB提供体制の抜本的な見直しが進められる。本研究は、NDBデータの利活用の推進のために、令和5年度において対応が必要な政策・技術的課題の検討と、将来的なNDBのあり方も含めた課題解決に向けた具体的提言を行い、厚生労働行政に直接的に寄与することを目的としている。

NDBデータの提供については、現在運用が開始されつつあるHICでの提供の実現によって、新たにNDBを用いた研究を始めようとする者の初期投資を大幅に削減することが期待され、今後規制改革実施計画においてとりまとめられたような迅速なデータ提供が実現すれば、劇的に研究促進につながることを期待される。他方、単なるアクセス向上のみを目的とするのではなく、NDBが有する個人特定性等の課題を踏まえつつ、研究に必要な情報を迅速に提供し、結果として、公衆衛生の向上や厚生労働行政に資するNDB利活用を実現させることが重要である。そこで、本研究班では、短期的なアクセス向上への対応にとどまらず、NDBが政策や研究の発展に資するために長期的に目指すべき方向性となることを目的として、まず、NDBの特徴を踏まえた利活用のあり方を検討し、効率的な提供に資するデータの仕様及びそのための提供体制を議論し、更に、現在の審査体制の課題等について、厚生労働省において提供業務に携わったことのある複数の研究協力者に参画頂き、検討を行っている。本中間報告においては、NDBの特徴を踏まえた利活用のあり方や令和6年度に開始するデータ提供内容についての具体案について、専門委員会での議論に資するよう報告する。

NDBの特徴を踏まえた利活用のあり方

NDBは膨大で悉皆的なデータを保有しているという利点が最大の特徴であり、患者重症度等の調整が困難であるという弱点はあるものの、この利点を活かした厚生労働行政の評価や政策利用の手法開発等を推進することが必要である。また、NDBは診療報酬請求のため集められた各月のレセプト毎のデータベースであり、必ずしも研究のための利便性を考慮して構築されたものではない。このため、一般的なデータベースハンドリングや統計解析、疫学等の知識に加えて、レセプト構造の理解、コードの解釈のための診療報酬の知識が必要である。次項で詳述するがNDBを研究活用のためのパネルデータとして活用するためには、レセプト単位で作成されるデータを個人単位化する等の前処理が必要となる。このようなNDBの利便性を向上させるための前処理の一部は、これまでも厚生労働省において行われてきているが、NDB分析に関する知見は今も発展段階であり、今後広く利活用するためには、こうした個人単位化するために必要な情報の付与やデータベース構造の見直し等のデータベースを扱いやすくする不断の見直しが必要である。そのためには、研究者は利活用を通じて得られたNDBの分析に関する知見を厚生労働省に還元し、厚生労働省はその知見に基づき、次項で提案するような迅速提供のためのデータの整備を優先的に行いつつ、今後も新たに得られた知見を優先度に応じて発展させるようなアジャイル型のデータベースの発展させていくことが望まれる。

「NDBの迅速提供に向けたスキーム再構築に資する研究」中間報告②

規制改革実施計画の対応に向けたデータの仕様と提供体制

NDBを用いた多くの研究は、レセプト単位ではなく個人単位で行われるため、NDBデータが提供された初期段階において、個人単位のパネルデータにするために必要な情報の付与やその他研究に必要なデータを作成するために、データベース構造を再成形する処理等の前処理が実施されることが一般的である。迅速かつ効果的なNDBの政策活用や研究利用を発展させるためには、現時点で妥当と考えられる情報の事前の付与を行いつつ、将来的には、利用しやすい提供用のデータベース構造を設計可能か等も検討を進めることが望まれる。

原則7日での提供にむけては、これまで、研究に必要なNDBデータのみを抽出したデータセットが研究者に提供されていたため、抽出から提供までの時間がかかる要因となっていた。他方、提供期間短縮のために、全ての研究者が全てのデータに実質的な制限なくアクセス可能とすることは、個人特定性のリスクやインフラ維持のコストを考えたときに現実的なものとは言えない。研究利用の観点においては、全ての研究において必ずしもNDBに格納された十数年分の全てレセプトデータが必要ではなく、一定期間のデータについて、1/1000を抽出した場合でも外来入院合わせて年間で延べ200万レセプト程度のデータとなるため、一定の探索的な解析を含め、多くの研究には十分な数となる。この十分量のデータについて、事前のデータ処理やHIC上での提供を合わせて行うことで、個人特定性のリスクを減じることができ、コストも低減できると考えられる。従って、症例の縦断的追跡を可能となるような情報を付与・加工し、1～数年分の十分なデータ件数を確保したデータの提供を広く行い簡易な審査によって提供することで、短期間で安全性の高いNDBデータ提供が実現するものと考えられる。前述の加工済みデータよりも多くのデータが必要な研究については、追加的な審査の上で、提供された環境に追加的なデータ利用を可能とすることにより、初回の利用から切れ目無い研究環境を構築できると考えられる。

その他

このほか、一部の研究者は頻回にNDBを利用しているが、研究を始める際に様々な課題があり、新規でNDB研究を行おうとする者は多くはない現状がある。新規参入者を増加させるためにも、利便性の高い分析環境の構築とともに、研究者への支援体制も必要である。研究を始める上で特に困難となるのは、アクセスするNDBのデータ構造に関する理解や、それに基づく前処理手法、マスタ整備等がある。こうした課題に対しては、これまで複数の分担研究者がNDBに関するe-learning等を開発し、データベースを再構築するための提案等が行われてきている。こうしたNDBに関する分析等の知見を一元的に集約したプラットフォーム環境の構築が期待される。このほか、上記のような仕組みを前提とした申請・審査体制の再構築も必要である。複数のデータベースの連結解析に係る申請の際に同一の書類を複数の事務局に提出しなければならない、必ずしも個人特定性のリスクが低いデータセットの利用にも厳格に審査している、等の課題があり、データ利用における安全性確保、特にHIC特有の解析環境の課題やアクセス向上による新たなリスクへの対応等も前提としつつ、合理的でない申請業務は書類審査の実現等、研究者の負担軽減の観点に立った運用改善が必要である。

子ども・子育て支援法等の 一部を改正する法律案について

こども家庭庁長官官房総務課
支援金制度等準備室

法案の趣旨

こども未来戦略（令和5年12月22日閣議決定）の「加速化プラン」に盛り込まれた施策を着実に実行するため、ライフステージを通じた子育てに係る経済的支援の強化、全てのこども・子育て世帯を対象とする支援の拡充、共働き・共育での推進に資する施策の実施に必要な措置を講じるとともに、こども・子育て政策の全体像と費用負担の見える化を進めるための子ども・子育て支援特別会計を創設し、児童手当等に充てるための子ども・子育て支援金制度を創設する。

法案の概要

1. 「加速化プラン」において実施する具体的な施策

（1）ライフステージを通じた子育てに係る経済的支援の強化 【①児童手当法、②子ども・子育て支援法】

- ①児童手当について、(1)支給期間を中学生までから高校生年代までとする、(2)支給要件のうち所得制限を撤廃する、(3)第3子以降の児童に係る支給額を月額3万円とする、(4)支払月を年3回から隔月（偶数月）の年6回とする抜本的拡充を行う。
- ②妊娠期の負担の軽減のため、妊婦のための支援給付を創設し、当該給付と妊婦等包括相談支援事業とを効果的に組み合わせることで総合的な支援を行う。

（2）全てのこども・子育て世帯を対象とする支援の拡充 【①・②児童福祉法、子ども・子育て支援法等、③～⑤子ども・子育て支援法、⑥児童扶養手当法、⑦子ども・若者育成支援推進法、⑧子ども・子育て支援法の一部を改正する法律】

- ①妊婦のための支援給付とあわせて、妊婦等に対する相談支援事業（妊婦等包括相談支援事業）を創設する。
- ②保育所等に通っていない満3歳未満の子どもの通園のための給付（こども誰でも通園制度）を創設する。
- ③産後ケア事業を地域子ども・子育て支援事業に位置付け、国、都道府県、市町村の役割を明確化し、計画的な提供体制の整備を行う。
- ④教育・保育を提供する施設・事業者経営情報等の報告を義務付ける（経営情報の継続的な見える化）。
- ⑤施設型給付費等支給費用の事業主拠出金の充当上限割合の引上げ、拠出金率の法定上限の引下げを行う。
- ⑥児童扶養手当の第3子以降の児童に係る加算額を第2子に係る加算額と同額に引き上げる。
- ⑦ヤングケアラーを国・地方公共団体等による子ども・若者支援の対象として明記。
- ⑧基準を満たさない認可外保育施設の無償化に関する時限的措置の期限到来に対する対応を行う。

（3）共働き・共育での推進 【①雇用保険法等、②国民年金法】

- ①両親ともに育児休業を取得した場合に支給する出生後休業支援給付及び育児期間に時短勤務を行った場合に支給する育児時短就業給付を創設する。
- ②自営業・フリーランス等の育児期間中の経済的な給付に相当する支援措置として、国民年金第1号被保険者の育児期間に係る保険料の免除措置を創設する。

2. 子ども・子育て支援特別会計（いわゆる「こども金庫」）の創設 【特別会計に関する法律】

こども・子育て政策の全体像と費用負担の見える化を進めるため、年金特別会計の子ども・子育て支援勘定及び労働保険特別会計の雇用勘定（育児休業給付関係）を統合し、子ども・子育て支援特別会計を創設する。

3. 子ども・子育て支援金制度の創設 【①④子ども・子育て支援法、②医療保険各法等】

- ①国は、1(1)①②、(2)②、(3)①②（*）に必要な費用に充てるため、医療保険者から子ども・子育て支援納付金を徴収することとし、額の算定方法、徴収の方法、社会保険診療報酬支払基金による徴収事務等を定める。
 - ②医療保険者が被保険者等から徴収する保険料に納付金の納付に要する費用（子ども・子育て支援金）を含めることとし、医療保険制度の取扱いを踏まえた被保険者等への賦課・徴収の方法、国民健康保険等における低所得者軽減措置等を定める。
 - ③歳出改革と賃上げによって実質的な社会保険負担軽減の効果を生じさせ、その範囲内で、令和8年度から令和10年度にかけて段階的に導入し、各年度の納付金総額を定める。
 - ④令和6年度から令和10年度までの各年度に限り、（*）に必要な費用に充てるため、子ども・子育て支援特例公債を発行できること等とする。
- （*）を子ども・子育て支援法に位置づけるに伴い、同法の目的・「子ども・子育て支援」の定義に、子どもを持つことを希望する者が安心して子どもを生み、育てることができる社会の実現・環境の整備を追加し、同法の趣旨を明確化する。

※この他、子ども・子育て支援法第58条の9第6項第3号イについて、規定の修正を行う。

施行期日

令和6年10月1日（ただし、1(2)⑦は公布日、1(2)⑥は令和6年11月1日、1(1)②、(2)①③④⑤、(3)①、2は令和7年4月1日、1(2)②、3②は令和8年4月1日、1(3)②は令和8年10月1日に施行する。）1

子ども・子育て支援法等の一部を改正する法律案のポイント

こども未来戦略＜加速化プラン＞に基づく給付等の拡充

◎は支援納付金充当事業

1. ライフステージを通じた経済的支援の強化

○ **児童手当の抜本的拡充** (◎) ⇒全てのこどもの育ちを支える**基礎的な経済支援**としての位置付けを明確化 [令和6年10月分から]

- ・ 所得制限を撤廃
 - ・ 高校生年代まで延長
 - ・ 第3子以降は3万円
- + 支給回数を年6回に

* 多子加算のカウント方法は、22歳年度末までの子で親等に経済的負担がある場合にはカウントするよう見直し

	3歳未満	3歳～高校生年代
第1子・第2子	月額1万5千円	月額1万円
第3子以降	月額3万円	

○ **妊婦のための支援給付の創設** (◎) 10万円相当の経済的支援 ⇒ 2の妊婦等包括相談支援事業との効果的な組合せによる支援 [令和7年4月制度化]

2. 全てのこども・子育て世帯への支援の拡充

○ **妊婦等包括相談支援事業の創設** [令和7年4月]

- ・ 様々な不安、悩みに応え、ニーズに応じた支援につなげる

○ **乳児等のための支援給付（こども誰でも通園制度）の創設**

- ・ 月一定時間までの枠の中で**時間単位等で柔軟に通園が** (◎)
可能な仕組み [令和8年4月給付化]

○ **児童扶養手当の第3子以降の加算額の引上げ** [令和6年11月分から]

3. 共働き・共育ての推進

○ **出生後休業支援給付（育休給付率を手取り10割相当に）**

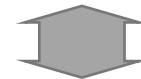
- ・ 子の出生後の一定期間に男女で育休を取得することを促進 (◎)
[令和7年4月]

○ **育児時短就業給付（時短勤務時の新たな給付）** (◎)

- ・ 2歳未満の子を養育するため、時短勤務中に支払われた賃金額の10%を支給 [令和7年4月] [令和8年10月]

○ **育児期間中の国民年金保険料免除措置の創設** (◎)

※これらのほか、産後ケア事業の提供体制の整備、教育・保育施設の経営情報の見える化、ヤングケアラーに対する支援の強化等を実施。



給付等を支える財政基盤の確保と見える化の推進

- **支援金制度の創設** ～少子化対策に受益を有する全世代・全経済主体が子育て世帯を支える新しい分かち合い・連帯の仕組み～
 - ・ 令和8年度に創設、令和10年度までに段階的に導入（8年度0.6兆円、9年度0.8兆円、10年度1兆円※）。医療保険料とあわせて徴収
※支援納付金総額のうち公費負担分を除いた被保険者・事業主の拠出額の目安
 - ・ 歳出改革と賃上げによって実質的な社会保険負担軽減の効果を生じさせ、その範囲内で構築
 - ・ 令和6～10年度の各年度に限り、つなぎとして子ども・子育て支援特例公債を発行

○ **こども・子育て政策の見える化の推進**

- ・ 令和7年度に子ども・子育て支援特別会計の創設（子ども・子育て支援勘定、育児休業等給付勘定）

こども・子育て政策の強化（加速化プラン）の財源の基本骨格（イメージ）（参考資料）

- 既定予算の最大限の活用等を行うほか、2028年度までに徹底した歳出改革等を行い、それによって得られる公費節減の効果及び社会保険負担軽減の効果を活用する。
- 歳出改革と賃上げによって実質的な社会保険負担軽減の効果を生じさせ、その範囲内で支援金制度を構築することにより、実質的な負担が生じないこととする。

【歳出面】 加速化プラン完了時点 3.6兆円

経済的支援の強化

1.7兆円

全てのこども・子育て世帯を
対象とする支援の拡充

1.3兆円

共働き・共育での推進

0.6兆円

【歳入面】 加速化プランの財源 = 歳出改革の徹底等

既定予算の最大限の活用等

1.5兆円

歳出改革の徹底等

1.1兆円

1.0兆円

予算を通じて支出

社会保険制度を通じて拠出する
仕組みを創設（支援金制度）

社会保障
経費の伸び

公費節減の効果

社会保険負担
軽減の効果

社会保障改革の徹底
（改革工程を策定）

+

賃上げ

その他
（福祉等）

社会保険
（医療・介護等）

公費（国・地方）

社会保険料財源

1 (1) ライフステージを通じた子育てに係る経済的支援の強化

児童手当の抜本的拡充

【児童手当法】

全てのこどもの育ちを支える基礎的な経済支援としての位置づけを明確化する等の観点から、所要の改正を行う。

① 支給要件にかかる**所得制限の撤廃・一定所得以上の者に対する特例給付の廃止**（全員本則給付とする）

② 支給期間を18歳年度末（**高校生年代**）までとする

③ **多子加算の拡大**

- ・ 多子加算の適用範囲を拡大（3歳以上小学校修了前まで→0歳から18歳年度末まで）
- ・ 現行受給者の額を増額（1.5→**3万円**）
- ・ **新たに多子加算を受けられる受給者を規定**（※）

※18歳年度末以降～**22歳年度末までの子について、監護に相当する世話等を生計費を負担している受給者にかかる支給額を規定**（いわゆる子のカウント方法の見直し）

④ **支払月を年3回（2月、6月、10月）から年6回（偶数月）に見直し**

⑤ 子ども・子育て支援金制度の創設に伴い、**財源の一つとして子ども・子育て支援納付金を位置づけ財源構成割合を見直し**

（見直し後）

	被用者		非被用者			公務員
3歳未満	支援納付金(※) 3/5	事業主 2/5	支援納付金 3/5	国 4/15	地方 2/15	所属庁 10/10
3歳以降	支援納付金 1/3	国 4/9	地方 2/9	支援納付金 1/3	国 4/9	地方 2/9
						所属庁 10/10

※支援納付金の収納が満年度化するまでの間（令和6～10年度）の財源構成として、子ども・子育て支援特例公債等を規定（経過措置）。

妊婦のための支援給付・妊婦等包括相談支援事業の創設

【子ども・子育て支援法、児童福祉法等】

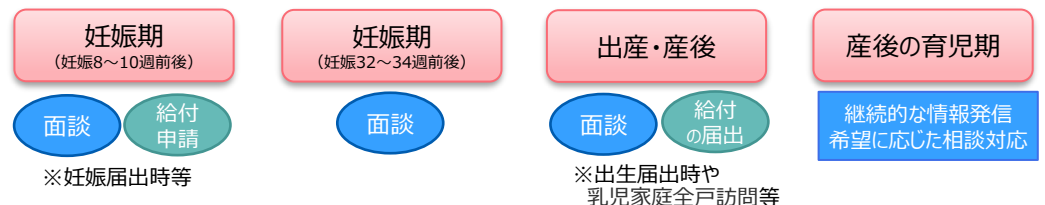
妊娠期からの切れ目ない支援を行う観点から、子ども・子育て支援法に**妊婦のための支援給付を創設**するとともに、児童福祉法に**妊婦等包括相談支援事業を創設**し、市町村は、**妊婦のための支援給付を行うに当たっては、妊婦等包括相談支援事業等の支援を効果的に組み合わせる**ことを子ども・子育て支援法に規定。

妊婦のための支援給付（子ども・子育て支援法）

- 市町村は、妊婦であることの認定後に**5万円**を支給。その後、妊娠しているこどもの人数の届出を受けた後に**妊娠しているこどもの人数×5万円**を支給する。
- 子ども・子育て支援金制度の創設に伴い、財源として**子ども・子育て支援納付金を位置づける**。等

妊婦等包括相談支援事業（児童福祉法）

- 妊婦・その配偶者等に対して面談等により情報提供や相談等（伴走型相談支援）を行う事業として新設する。
- 母子保健法の事業との連携確保について定めるとともに、子ども・子育て支援法上の地域子ども・子育て支援事業に位置づける。



【実施主体】市町村（こども家庭センター）
（NPO等の民間法人が実施する地域子育て支援拠点等への委託可）

伴走型相談支援 身近で相談に応じ、必要な支援メニューにつなぐ

妊婦の認定後：5万円の支給

妊娠しているこどもの人数×5万円の支給

※ 給付金の支払方法については、紛争の未然防止や事務の確実かつ効率的な実施の観点から、現金など確実な支払方法とする。

この場合においても、希望者が支給された給付金を妊娠・出産育児関連用品の購入・レンタル費用助成、サービス等の利用負担軽減のクーポン等で受け取れるようにすることは可能。

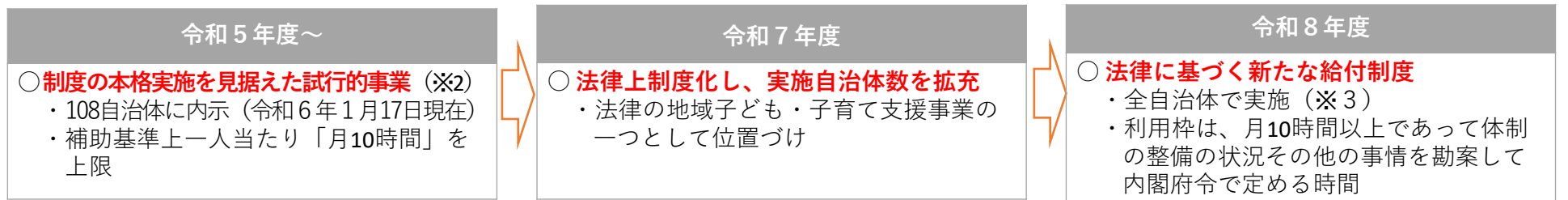
1 (2) 全てのこども・子育て世帯を対象とする支援の拡充①

こども誰でも通園制度の創設

【子ども・子育て支援法、児童福祉法、社会福祉法等】

- 保育所等に通っていないこどもへの支援を強化する観点から、現行の「子どものための教育・保育給付」とは別に、**新たに「乳児等のための支援給付」を創設**する。
- **利用対象者は、満3歳未満で保育所等に通っていないこども**（※1）とし、**月一定時間までの利用可能枠の中で利用が可能**。
（※1）0歳6か月までは制度として伴走型相談支援事業等があることや、多くの事業所で0歳6か月以前から通園の対象とするということはこどもの安全を確保できるのか十分留意が必要になるなどの課題があり、0歳6か月から満3歳未満を基本的に想定。
- 本制度を行う事業所について、市町村による指定（認可・確認）の仕組み、市町村による指導監査、勧告等を設けることとする。また、子ども・子育て支援金制度の創設に伴い、財源の一つとして**子ども・子育て支援納付金を位置づける**。 等

【本格実施に向けたスケジュール】



（※2）補正予算で前倒しし、令和5年度中の開始も可能となるよう支援

（※3）令和8年度から内閣府令で定める月一定時間の利用可能枠での実施が難しい自治体においては、3時間以上であって内閣府令で**定める月一定時間の利用可能枠の範囲内で利用可能枠を設定することを可能とする経過措置**を設ける。（令和8・9年度の2年間の経過措置）

産後ケア事業（※4）の提供体制の整備

【子ども・子育て支援法】（※4） 出産後の母子に対して心身のケアや育児のサポート等を行う事業

- 産後ケア事業について、支援を必要とする全ての方が利用できるようにするため次の課題への対応が急務。
 - ① 受け皿拡大に当たり、**市町村の管内では委託先が確保できない場合に、市町村の区域を超えた広域的な調整を都道府県が担う必要**。
 - ② **妊産婦のメンタルヘルスの対応のための関係機関のネットワーク体制の構築に当たり、医療体制を担う都道府県との連携が重要**。
- 産後ケア事業を**子ども・子育て支援法の地域子ども・子育て支援事業として位置付ける**ことで、**国・都道府県・市町村の役割分担を明確化**し、計画的な提供体制の整備（※5）を進める。

国 : **基本指針**を定める
市町村 : 基本指針に基づき**市町村事業計画**を作成し、**量の見込みと提供体制の確保の内容等を定める**。
都道府県 : 市町村事業計画の**協議を受け確認**する。また、基本指針に基づき**都道府県事業計画**を作成し、**市町村の区域を超えた広域的な調整等**を定めるよう努める。

（※5）母子保健法の改正（令和元年）により、令和3年度から産後ケア事業の実施が市町村の努力義務とされている。（令和4年度時点で1,462（約84%）の市区町村で実施）

1 (2) 全てのこども・子育て世帯を対象とする支援の拡充②

経営情報の継続的な見える化の実現 【子ども・子育て支援法】

更なる処遇改善等を進める上で、費用の使途の見える化を進めることが重要であることを踏まえて、以下の措置を講ずる。

- 幼稚園・保育所・認定こども園等の設置者に、**教育・保育施設の経営情報を都道府県知事に報告**することを求める。
 - ・ **施設型給付・地域型保育給付を受けるすべての施設・事業者を対象**とする。
 - ・ **毎事業年度の経営情報**（収支計算書、職員給与の状況等）について報告・届出を求める。
- 都道府県知事には、上記の設置者から報告された**経営情報を公表**することを求める。
 - ・ **職員の処遇等に関する情報であって、保護者の施設・事業者の選択等に必要な情報を個別施設・事業者単位で公表**。（モデル賃金や人件費比率等を想定。）
※個別の施設・事業者単位での収支計算書等の公表は行わない。
 - ・ **経営情報の集計・分析とその結果の公表に努める**。（施設・事業者の類型、経営主体の類型、地域区分の設定、定員規模などに応じて集計した、人件費や人件費比率の平均値や分布状況等を想定。）

子ども・子育て拠出金にかかる見直し 【子ども・子育て支援法】

既定予算の最大限の活用の観点から、0～2歳児に係る保育給付について、人事院勧告の引き上げに伴う所要額の半分を事業主拠出金から充当することとしたことに伴い、必要な規定の整備を行う。

- **事業主拠出金を0～2歳児の保育の運営費に充当できる上限割合の引き上げ（1/5→11/50）**を行う。
- 企業が賃上げ努力を行う中で、将来に向けた**拠出金負担の予見可能性を高めるための拠出金率の法定上限の引き下げ（0.45%→0.40%）**を行う。

児童扶養手当の第3子以降加算額の引き上げ

【児童扶養手当法】

- 生活の安定のため特に支援を必要とする多子家庭に対し、**令和6年11月分の手当から、第3子以降の児童に係る加算額を第2子に係る加算額と同額に引き上げる**（令和6年度額で6,450円→10,750円（全部支給の場合））。
- ※ あわせて、ひとり親の就労収入の上昇等を踏まえ、働き控えに対応し自立を下支えする観点から所得限度額を引き上げる（政令事項）

ヤングケアラーに対する支援の強化

【子ども・若者育成支援推進法】

- **ヤングケアラー（※）を国・地方公共団体等が支援に努めべき対象として子ども・若者育成支援推進法に明記**。
- ※ 家族の介護その他の日常生活上の世話を過度に行っていると認められる子ども・若者

基準を満たさない認可外保育施設の無償化に関する時限的措置の期限到来に対する対応

【令和元年子ども・子育て支援法一部改正法】

- 令和6年9月末までの5年間、基準を満たさずとも無償化対象とする経過措置に代えて、**令和6年10月～11年度末までの間、基準を満たさない施設のうち、設備基準など基準を満たすのに相当の期間を要し、かつ、転園も困難なケース（外国人児童の多い施設、夜間保育所など）を無償化対象とする新たな経過措置を設ける**。

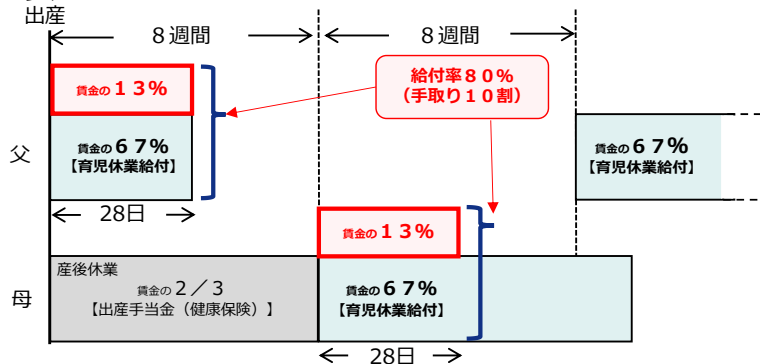
1 (3) 共働き・共育ての推進

出生後休業支援給付の創設 【雇用保険法等】

- 子の出生直後の一定期間以内（男性は子の出生後8週間以内、女性は産後休業後8週間以内）に、被保険者とその配偶者の両方が14日以上の子育て休業を取得する場合に、被保険者の休業期間について、28日間を限度に、休業開始前賃金の13%相当額を支給する「出生後休業支援給付」を創設する。

※ 配偶者が専業主婦（夫）の場合や、ひとり親家庭の場合などには、配偶者の育児休業の取得を求めずに支給する。

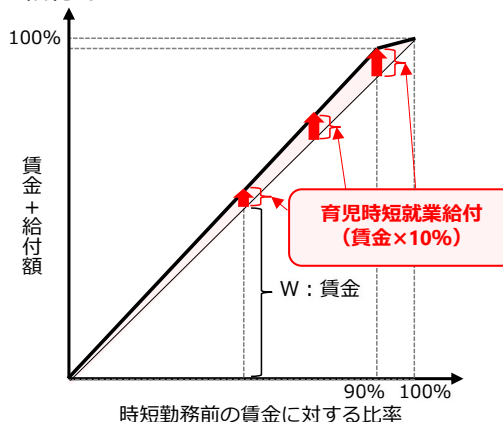
＜給付イメージ＞



育児時短就業給付の創設 【雇用保険法等】

- 被保険者が、2歳未満の子を養育するために、時短勤務をしている場合に、時短勤務中に支払われた賃金額の10%を支給する「育児時短就業給付」を創設する。

＜給付イメージ＞



国民年金第1号被保険者の育児期間に係る保険料の免除措置の創設

【国民年金法】

- 自営業・フリーランス等の国民年金第1号被保険者について、その子が1歳になるまでの期間の国民年金保険料免除措置を創設する。

※当該期間に係る被保険者期間の各月を保険料納付済期間に算入する。

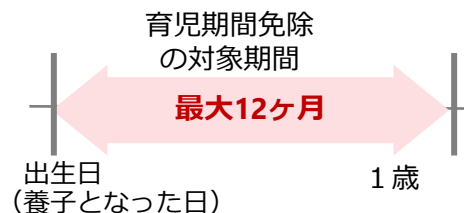
対象期間や要件等

- ・ 子を養育する国民年金第1号被保険者を父母ともに措置の対象とする。
- ・ 育児休業を取得することができる被用者とは異なり、自営業・フリーランス・無業者等の国民年金第1号被保険者については、育児期間における就業の有無や所得の状況はさまざまであることから、その多様な実態を踏まえ、第1号被保険者全体に対する育児期間中の経済的な給付に相当する支援措置とすることとし、一般的に保険料免除を行う際に勘案する所得要件や休業要件は設けない。

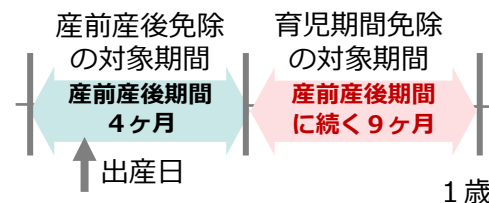
対象となる免除期間の考え方

- ・ 原則として子を養育することになった日から子が1歳になるまでを育児期間免除の対象期間とし、産前産後免除が適用される実母の場合は産後免除期間に引き続く9ヶ月を育児期間免除の対象期間とする。
- ・ 育児期間免除の対象期間における基礎年金額については満額を保障する。

＜実父や養子を養育する父母の場合＞



＜実母の場合＞



- これら3つの給付等につき、子ども・子育て支援法上の給付とも位置づけた上で、財源として子ども・子育て支援納付金を充てる。

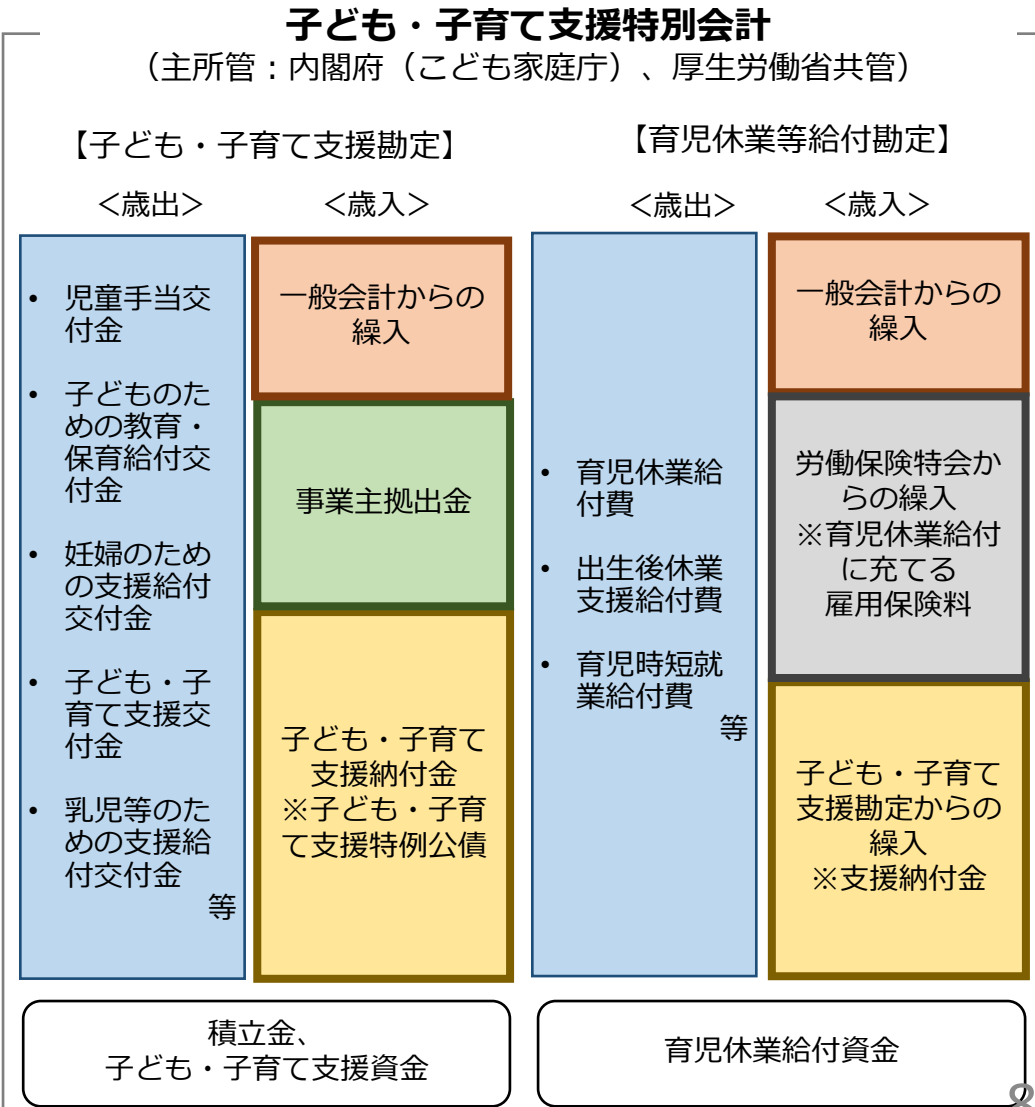
2 子ども・子育て支援特別会計の創設

こども・子育て政策の全体像と費用負担の見える化を進めるため、年金特別会計の子ども・子育て支援勘定及び労働保険特別会計の雇用勘定（育児休業給付関係）を統合し、子ども・子育て支援特別会計を令和7年度に創設する。

【特別会計に関する法律】

- ① 子ども・子育て支援特別会計は、児童手当、子どものための教育・保育給付、妊婦のための支援給付、乳児等のための支援給付、育児休業等給付等に関する政府の経理を明確にすることを目的とする。
- ② 子ども・子育て支援特別会計を「子ども・子育て支援勘定」及び「育児休業等給付勘定」に区分し、子ども・子育て支援勘定は内閣総理大臣が、育児休業等給付勘定は厚生労働大臣が管理する。※主な歳入・歳出は右図のとおり。
- ③ 事業主拠出金、子ども・子育て支援納付金、雇用保険料といった特定の財源に係る決算剰余金が、特定の財源を充当する経費以外に使われることのないよう、子ども・子育て支援勘定に「積立金（事業主拠出金）」及び「子ども・子育て支援資金（子ども・子育て支援納付金）」、育児休業等給付勘定に「育児休業給付資金（育児休業給付に充てる雇用保険料）」を置き、分別管理する。

※ 上記に伴い、年金特別会計・労働保険特別会計にかかる規定につき所要の整備を行う。



3 子ども・子育て支援金制度の創設

「加速化プラン」における少子化対策の抜本的強化に当たり、少子化対策に受益を有する全世代・全経済主体が、子育て世帯を支える新しい分かち合い・連帯の仕組みとして、医療保険の保険料とあわせて拠出いただく子ども・子育て支援金制度を令和8年度に創設する。

【子ども・子育て支援法】

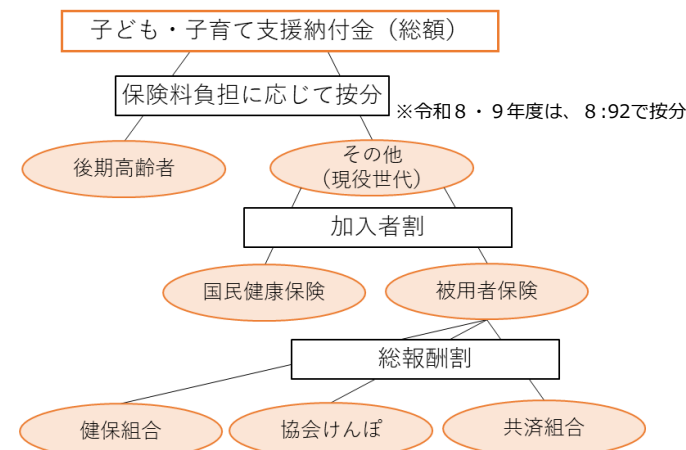
- ① 政府は、支援納付金対象費用（※）に充てるため、令和8年度から毎年度、医療保険者から支援納付金を徴収すること、医療保険者は、支援納付金を納付する義務を負うことを定める。

（※支援納付金対象費用）

- 出産・子育て応援給付金の制度化（妊婦支援給付金）（R7.4～）
- 共働き・子育てを推進するための経済支援（出生後休業支援給付金・育児時短就業給付金（R7.4～）、国民年金第1号被保険者の育児期間中保険料免除（R8.10～））
- こども誰でも通園制度（乳児等支援給付）（R8.4～）
- 児童手当（R6.10～） ■ 子ども・子育て支援特例公債の償還金等

* 支援納付金に関する重要事項について、こども家庭審議会の意見聴取規定を設ける。

- ② 医療保険者から毎年度徴収する支援納付金の額の算定方法を定める（※医療保険者間には、右図のとおり按分）。
- ③ 内閣総理大臣は、社会保険診療報酬支払基金に、支援納付金の徴収等の事務を行わせることができることとし、その業務等を定める。
- ④ 政府は、令和6～10年度までの各年度に限り、支援納付金対象費用の財源について、子ども・子育て支援勘定の負担において子ども・子育て支援特例公債を発行することができることとする。※償還期限は、令和33年度とする。
- ⑤ 附則において支援納付金の導入に当たっての経過措置・留意事項を定める。
- ・ 全世代型社会保障改革と賃上げによって実質的な社会保険負担軽減の効果を生じさせ、支援金制度の導入による社会保障負担率の上昇の効果がこれを超えないようにすること
 - ・ 令和8～10年度までの支援納付金の総額のうち被保険者又は事業主が全体として負担する具体的な額の目安（令和8年度概ね6,000億円、9年度概ね8,000億円、10年度概ね1兆円）
 - ・ 「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（R5.12.22閣議決定）を着実に進めること



【医療保険各法等】

- ① 医療保険者は、医療保険制度上の給付に係る保険料や介護保険料とあわせて、子ども・子育て支援金を徴収する。
- ※ 健康保険法において、保険料の規定に、一般保険料率と区分して子ども・子育て支援金率を規定。子ども・子育て支援金率は、政令で定める率の範囲内において、保険者が定める（総報酬割であることを踏まえ、実務上、国が一律の率を示すこととする）。
- ② 医療保険制度の取扱いを踏まえ、支援金の被保険者等への賦課・徴収の方法、国民健康保険等における低所得者軽減措置、医療保険者に対する財政支援等を定める。
- ※ 国民健康保険においては、18歳以下の支援金均等割額の全額軽減措置を講ずる。

施行期日について（一覧）

施行期日	改正事項
公布日	ヤングケアラーに対する支援の強化
令和 6 年10月 1 日	- 児童手当の抜本的拡充 - 基準を満たさない認可外保育施設の無償化に関する時限的措置の期限到来に対する対応 - 子ども・子育て支援特例公債の発行
令和 6 年11月 1 日	児童扶養手当の第 3 子以降加算額の引き上げ
令和 7 年 4 月 1 日	- 妊婦のための支援給付・妊婦等包括相談支援事業の創設 - こども誰でも通園制度を地域子ども・子育て支援事業に位置付け - 産後ケア事業の提供体制の整備（地域子ども・子育て支援事業に位置付け） - 経営情報の継続的な見える化の実現 - 子ども・子育て拠出金にかかる見直し - 出生後休業支援給付・育児時短就業給付の創設 - 子ども・子育て支援特別会計の創設
令和 8 年 4 月 1 日	- こども誰でも通園制度の給付化 - 子ども・子育て支援金制度の創設
令和 8 年10月 1 日	国民年金第 1 号被保険者の育児期間に係る国民年金保険料免除措置の創設



マイナ保険証の利用促進等について

医療DXの基盤となるマイナ保険証

電子処方箋

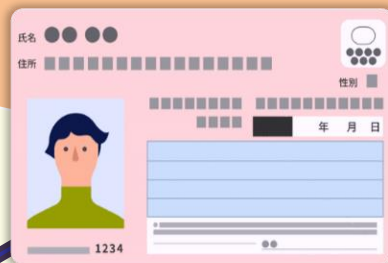
処方・調剤情報をリアルタイムで共有
→ 併用禁忌・重複投薬を回避

電子処方箋管理サービス



確実な本人確認により
なりすましを防止

オンライン資格確認等システム



電子カルテ

- 医療機関間での文書のオンライン送信、診療に必要なカルテ情報の共有
- マイナポータルでの自己情報閲覧 (PHR)

電子カルテ情報共有サービス (仮称)



レセプト返戻の減少

高額療養費の自己負担
限度額を超える分の
支払を免除

マイナ保険証
→将来的には、スマート
フォン1台で受診可能に

患者本人の健康・医療
データに基づくより良
い医療の実現

診察券・公費負担医療の
受給者証とマイナンバー
カードの一体化

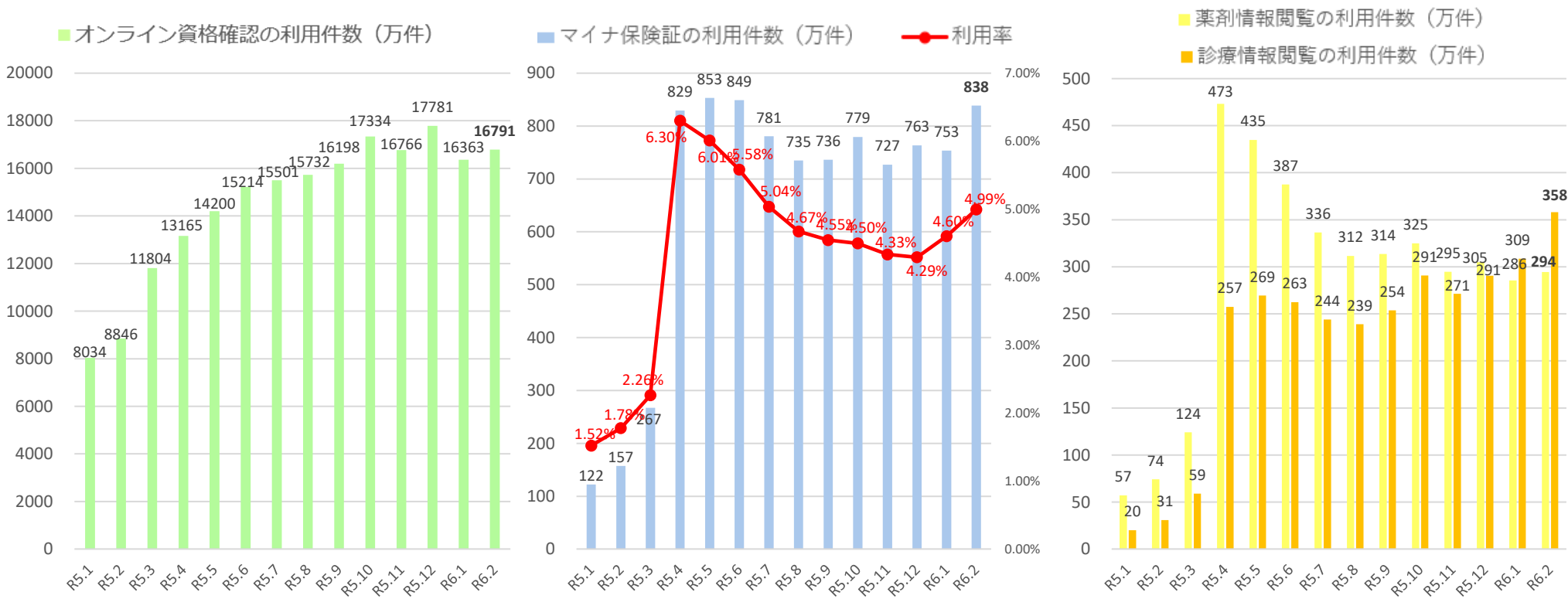


救急医療における
患者の健康・医療データ
の活用



オンライン資格確認の利用状況

※利用率=マイナ保険証利用件数/オンライン資格確認利用件数



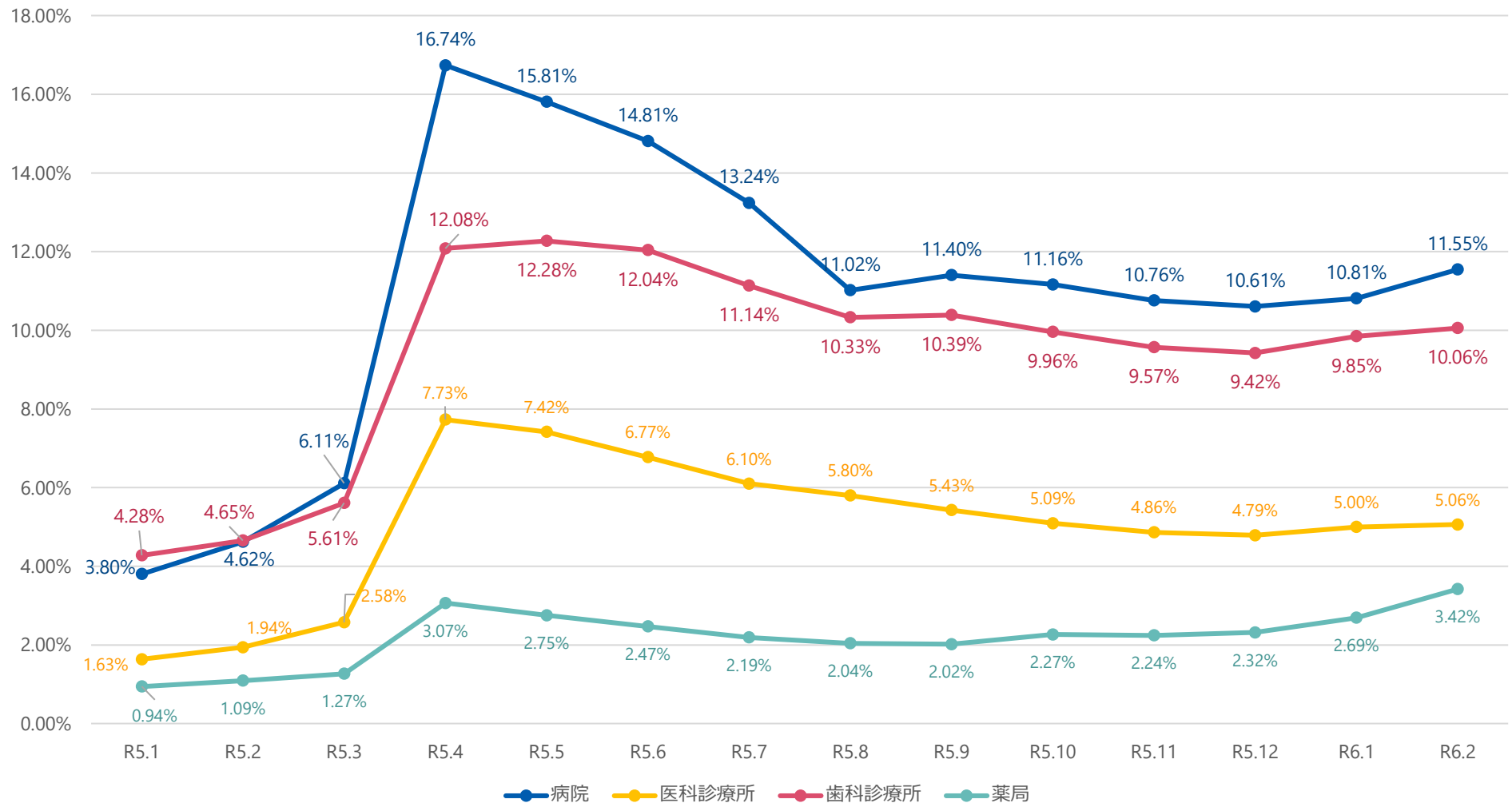
【2月分実績の内訳】

※紙の保険証受診であってオンライン資格確認を利用しない場合も含めた資格確認総件数は、直近で約2.46億件（令和5年6月）

	合計	マイナンバーカード	保険証
病院	8,739,846	1,009,166	7,730,680
医科診療所	72,113,389	3,649,066	68,464,323
歯科診療所	11,291,880	1,135,620	10,156,260
薬局	75,760,791	2,590,763	73,170,028
総計	167,905,906	8,384,615	159,521,291

	特定健診等情報（件）	薬剤情報（件）	診療情報（件）
病院	265,096	218,450	367,748
医科診療所	1,040,587	1,786,998	1,977,169
歯科診療所	178,062	225,054	107,216
薬局	856,629	713,786	1,129,798
総計	2,340,374	2,944,288	3,581,931

施設類型別のマイナ保険証利用率の推移



オンライン資格確認 マイナ保険証の利用実績 (都道府県別の医療機関・薬局での利用 (令和6年2月))

○ 都道府県別のマイナ保険証の利用率 (令和6年2月) は以下のとおり。

※黄色 = 上位5県 灰色 = 下位5県

都道府県名	利用率
北海道	5.16% (+0.64%)
青森県	3.13% (+0.25%)
岩手県	6.20% (+0.42%)
宮城県	4.86% (+0.39%)
秋田県	3.76% (+0.60%)
山形県	4.58% (+0.71%)
福島県	6.26% (+1.08%)
茨城県	6.32% (+0.97%)
栃木県	5.70% (+0.81%)
群馬県	5.68% (+0.54%)
埼玉県	4.56% (+0.34%)
千葉県	5.51% (+0.42%)
東京都	4.88% (+0.23%)
神奈川県	4.97% (+0.30%)

全国	4.99% (+0.39%)
----	----------------

都道府県名	利用率
新潟県	6.47% (+0.98%)
富山県	7.26% (+1.49%)
石川県	7.25% (+1.11%)
福井県	7.69% (+0.85%)
山梨県	4.26% (+0.36%)
長野県	4.09% (+0.51%)
岐阜県	4.43% (+0.37%)
静岡県	5.40% (+0.27%)
愛知県	3.71% (+0.15%)
三重県	4.77% (+0.23%)
滋賀県	5.70% (+0.31%)
京都府	5.37% (+0.48%)
大阪府	4.77% (+0.24%)
兵庫県	4.97% (+0.31%)
奈良県	5.36% (+0.24%)
和歌山県	3.22% (+0.22%)

都道府県名	利用率
鳥取県	7.58% (+0.39%)
島根県	6.19% (+0.59%)
岡山県	4.67% (+0.25%)
広島県	5.19% (+0.34%)
山口県	5.42% (+0.59%)
徳島県	3.43% (+0.28%)
香川県	5.46% (+0.68%)
愛媛県	3.14% (+0.49%)
高知県	4.16% (+0.42%)
福岡県	4.70% (+0.20%)
佐賀県	5.44% (+0.33%)
長崎県	5.27% (+0.55%)
熊本県	5.85% (+0.33%)
大分県	3.89% (+0.22%)
宮崎県	7.23% (+0.58%)
鹿児島県	8.96% (+0.52%)
沖縄県	2.56% (+0.25%)

※ 利用率 = マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数
(括弧内の値は令和6年1月の値からの変化量 (%ポイント))

2024年1月のマイナ保険証利用率（保険制度別）

健康保険組合・全国健康保険協会

	保険者名	利用率	加入者数
1	社会保険支払基金健康保険組合	17.47%	7077
2	日興毛織健康保険組合	13.33%	26
3	佐賀銀行健康保険組合	10.96%	3425
4	鹿児島県信用金庫健康保険組合	10.12%	2286
5	南日本銀行健康保険組合	10.03%	1585

共済組合

	保険者名	利用率	加入者数
1	厚生労働省第二共済組合 北海道東北グループ支部	19.23%	42
2	厚生労働省共済組合 東北厚生局支部	15.23%	413
3	厚生労働省共済組合 東海北陸厚生局支部	14.60%	612
4	厚生労働省共済組合 四国厚生支局支部	14.58%	210
5	厚生労働省共済組合 北海道厚生局支部	14.50%	363

市町村国保

	保険者名	利用率	加入者数
1	礼文町	23.31%	817
2	黒滝村	18.98%	168
3	葛巻町	17.74%	1608
4	上北山村	16.82%	82
5	草津町	16.71%	1417

後期高齢者医療広域連合

	保険者名	利用率	加入者数
1	黒滝村	16.28%	190
2	上北山村	15.83%	144
3	葛巻町	15.72%	1481
4	礼文町	14.55%	423
5	愛別町	14.38%	708

国民健康保険組合

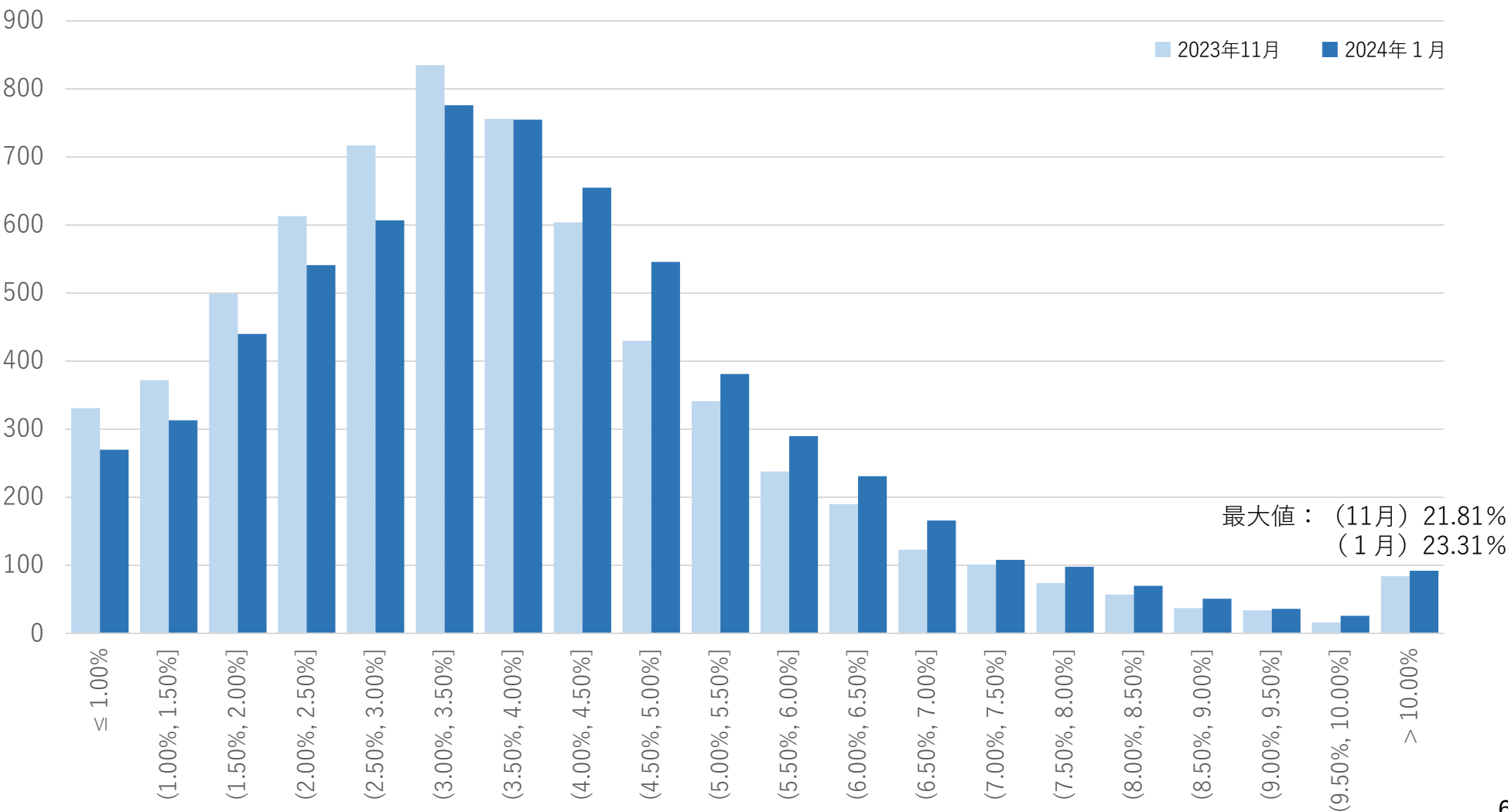
	保険者名	利用率	加入者数
1	鹿児島県歯科医師国民健康保険組合	14.66%	4208
2	宮崎県歯科医師国民健康保険組合	12.57%	2341
3	富山県医師国民健康保険組合	12.21%	1286
4	山形県医師国民健康保険組合	11.43%	1775
5	鹿児島県医師国民健康保険組合	10.89%	2233

分子：2024年1月のマイナ保険証によるオンライン資格確認利用人数（名寄せ処理後）
分母：各医療保険者等で受け付けた外来レセプト枚数（2024年2月請求分）

※保険者番号（支部等）ごとを基に集計し、加入者10人未満のものは除外
※医療保険情報提供等実施機関データ等により厚生労働省において算出

2024年1月のマイナ保険証利用率（全保険者）

2024年1月のマイナ保険証利用率（全保険者）



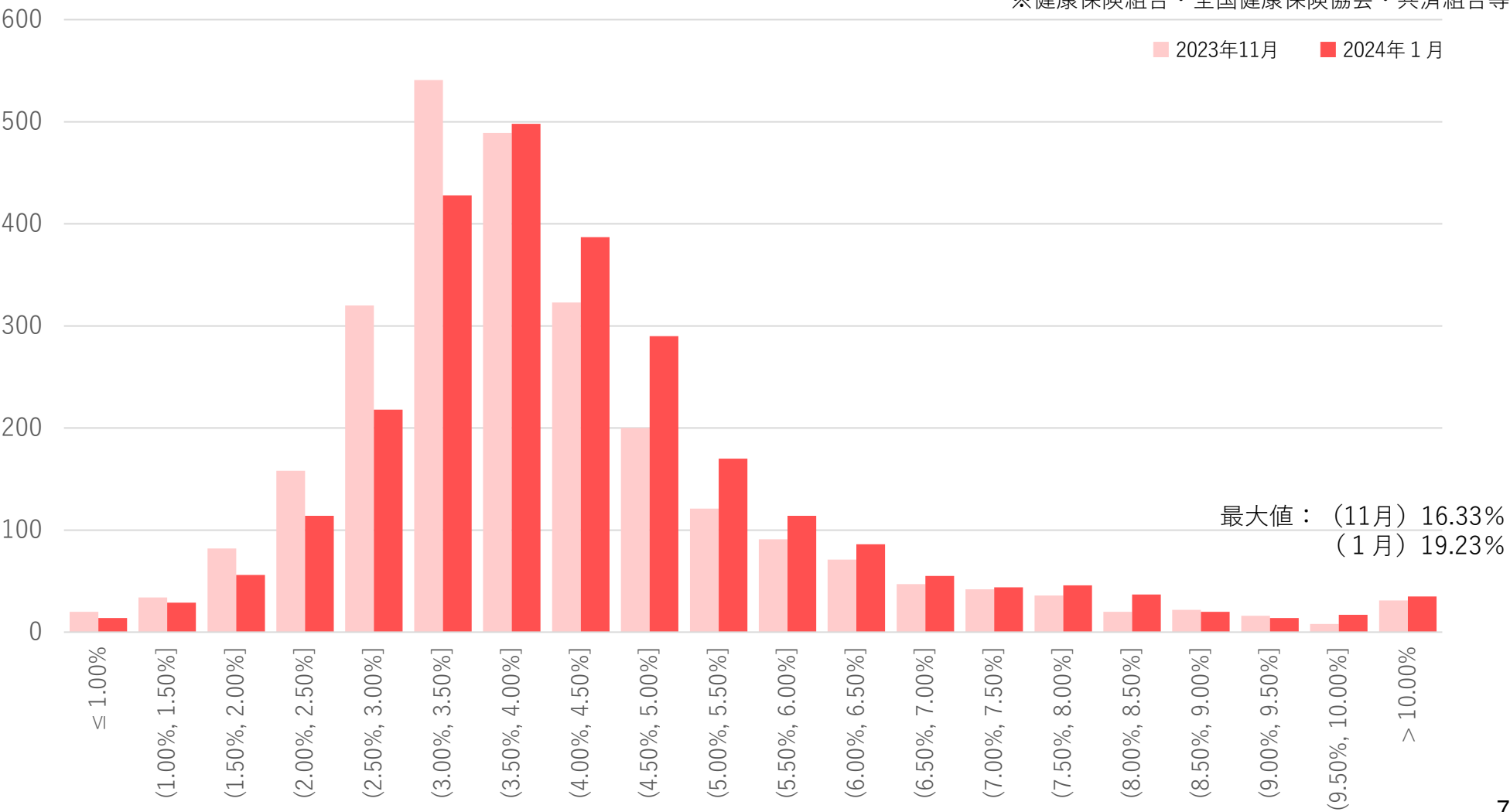
利用率：（分子）2024年1月のマイナ保険証によるオンライン資格確認利用人数（名寄せ処理後）
（分母）各医療保険者等で受け付けた外来レセプト枚数（2024年2月請求分）

※保険者番号（支部等）ごとを基に集計し、加入者10人未満のものは除外
※医療保険情報提供等実施機関データ等により厚生労働省において算出

2024年1月のマイナ保険証利用率（被用者保険）

2024年1月のマイナ保険証利用率（被用者保険）

※健康保険組合・全国健康保険協会・共済組合等



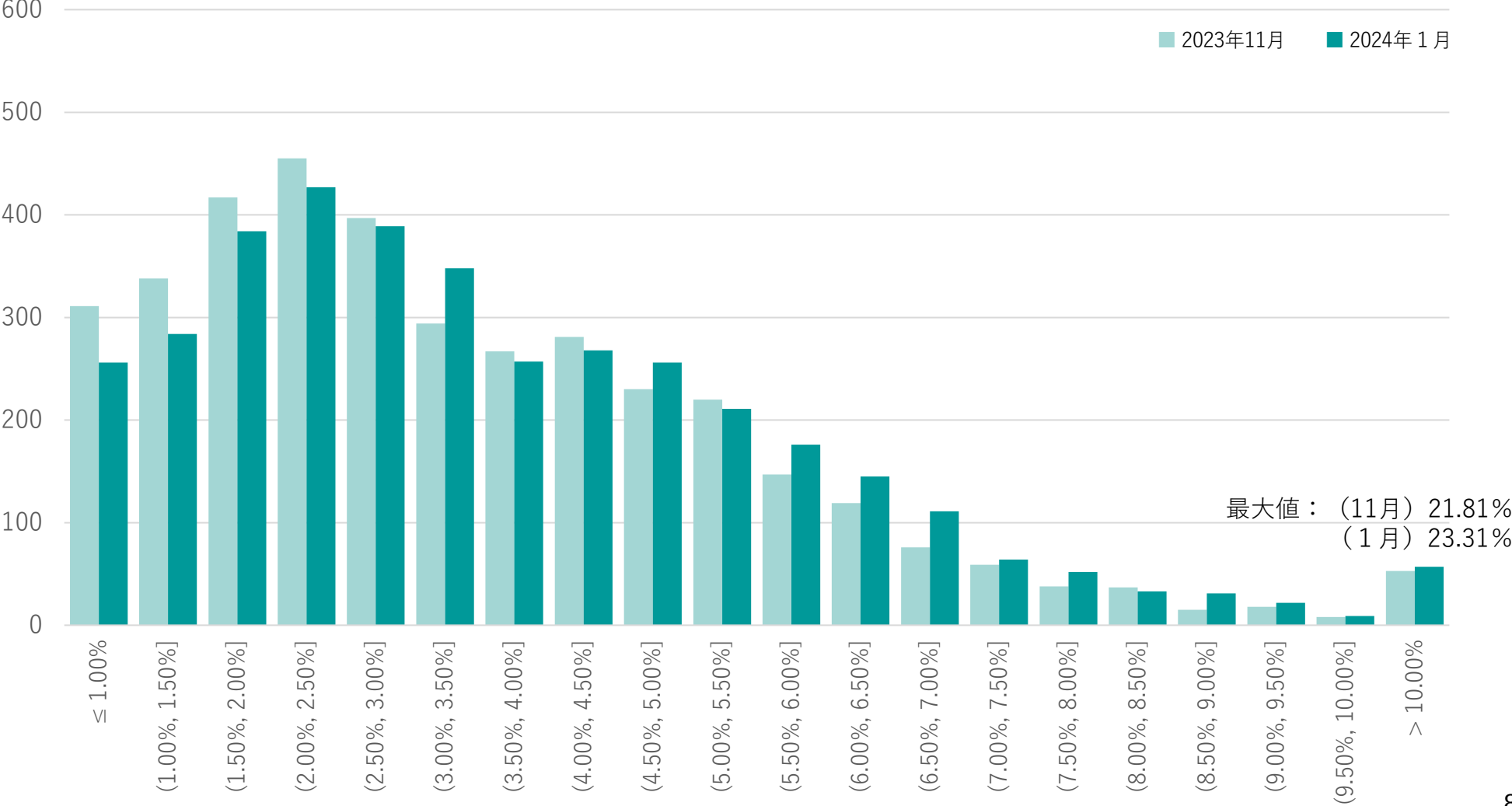
利用率：(分子) 2024年1月のマイナ保険証によるオンライン資格確認利用人数（名寄せ処理後）
(分母) 各医療保険者等で受け付けた外来レセプト枚数（2024年2月請求分）

※保険者番号（支部等）ごとを基に集計し、加入者10人未満のものは除外
※医療保険情報提供等実施機関データ等により厚生労働省において算出

2024年1月のマイナ保険証利用率（地域保険）

2024年1月のマイナ保険証利用率（地域保険）

※市町村国保・後期高齢者医療広域連合



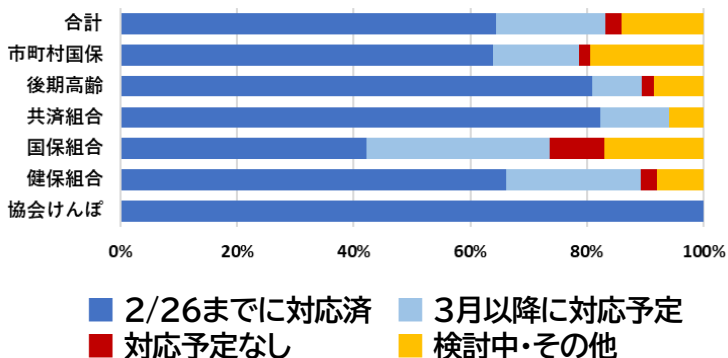
利用率：（分子）2024年1月のマイナ保険証によるオンライン資格確認利用人数（名寄せ処理後）
（分母）各医療保険者等で受け付けた外来レセプト枚数（2024年2月請求分）

※保険者番号（支部等）ごとを基に集計し、加入者10人未満のものは除外
※医療保険情報提供等実施機関データ等により厚生労働省において算出

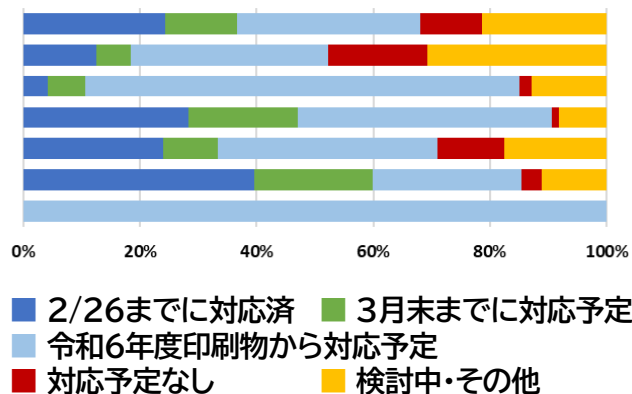
保険者によるマイナ保険証の利用促進の取組状況について

限度額適用認定証を契機とした利用勧奨の状況

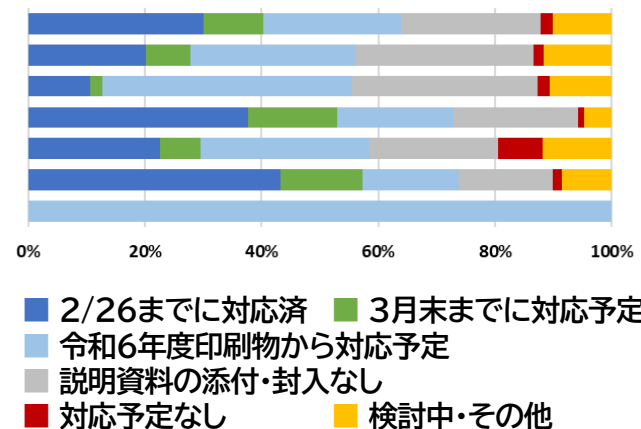
取得申請の案内ページ・チラシ等における周知



申請様式における周知

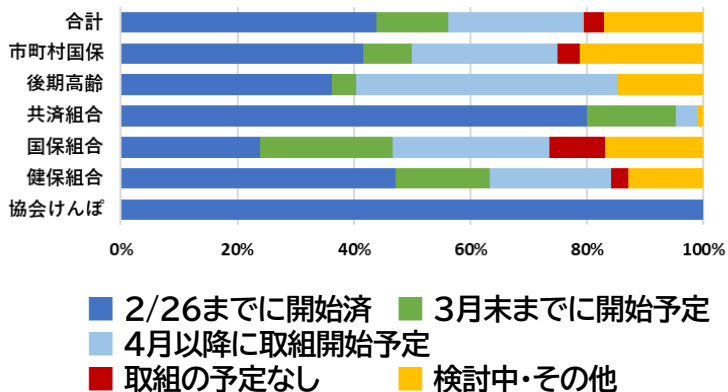


交付する際の説明資料における周知

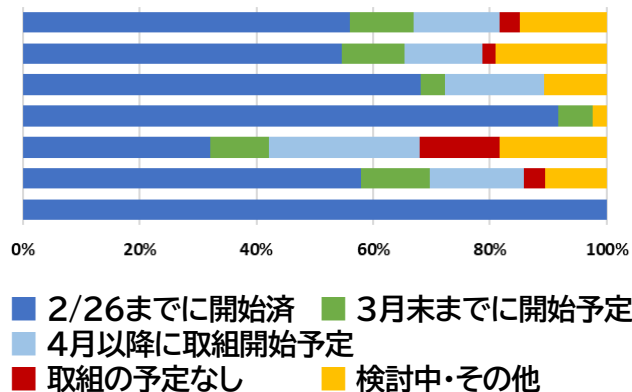


あらゆる機会を通じた利用勧奨の状況

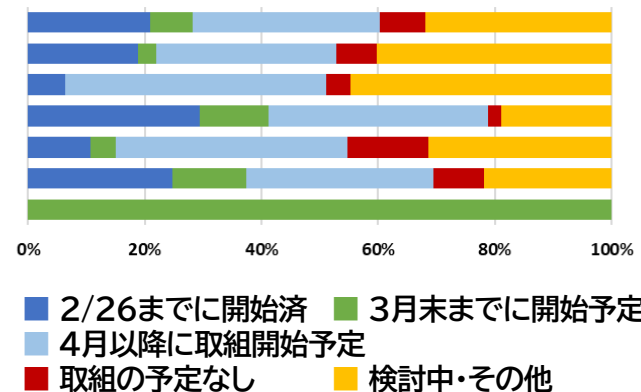
プッシュ型(能動的)利用勧奨
(メール・チラシ・説明会等)



プル型(受動的)利用勧奨
(HP・利用の手引き等)



保健事業の実施時における利用勧奨



資格確認書の切れ目のない交付について

健康保険証の廃止に際しては、マイナ保険証を保有しない方に、申請によらず資格確認書を発行することとしている。今後、必要なシステム改修等を実施し、以下のA～Cの方々などについて、申請によらず資格確認書を交付する。

A マイナンバーカードを取得していない方、健康保険証の利用登録をしていない方

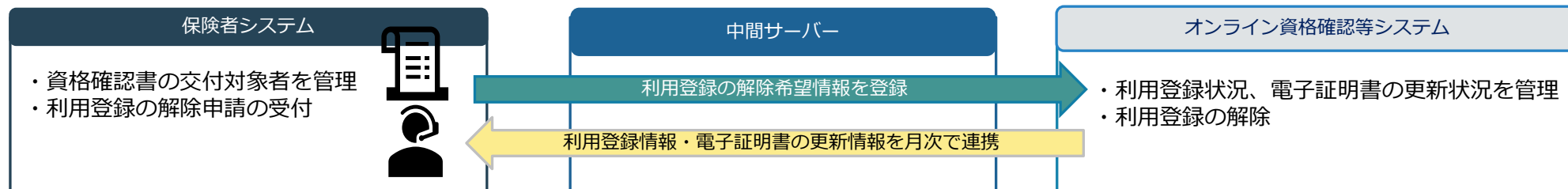
- 実施機関（社会保険診療報酬支払基金・国民健康保険中央会）は、オンライン資格確認等システムから対象者情報を月次で保険者へ連携 【令和6年10月頃～】
- 保険者は対象者に資格確認書を交付

B マイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除した方

- 利用登録の解除申請は保険者が受け付けることとする。【令和6年10月頃～】
- 申請を受け付けた保険者は申請者に資格確認書を交付するとともに、医療保険者等向け中間サーバーを通じて対象者情報をオンライン資格確認等システムへ連携。
- 申請から一定期間経過後（中間サーバーにおける申請受付の翌月末を想定）にオンライン資格確認等システムにおいて利用登録を解除。

C 電子証明書の更新を失念した方・マイナンバーカードを返納した方

- オンライン資格確認等システムから対象者情報を月次（返納者情報は日次）で保険者へ連携 【令和6年10月頃～】
- 保険者は対象者に資格確認書を交付
 - ※ 電子証明書の更新を失念した方について、有効期限から3ヶ月間は手元にあるマイナンバーカードを活用して資格確認を可能とする予定。
 - ※ カードの返納者に対しては、返納手続きの際に資格確認書の申請を併せて案内。



（注）施行後最大1年間、現行の保険証が使用可能な方には、その間は、資格確認書を交付しない運用を想定。



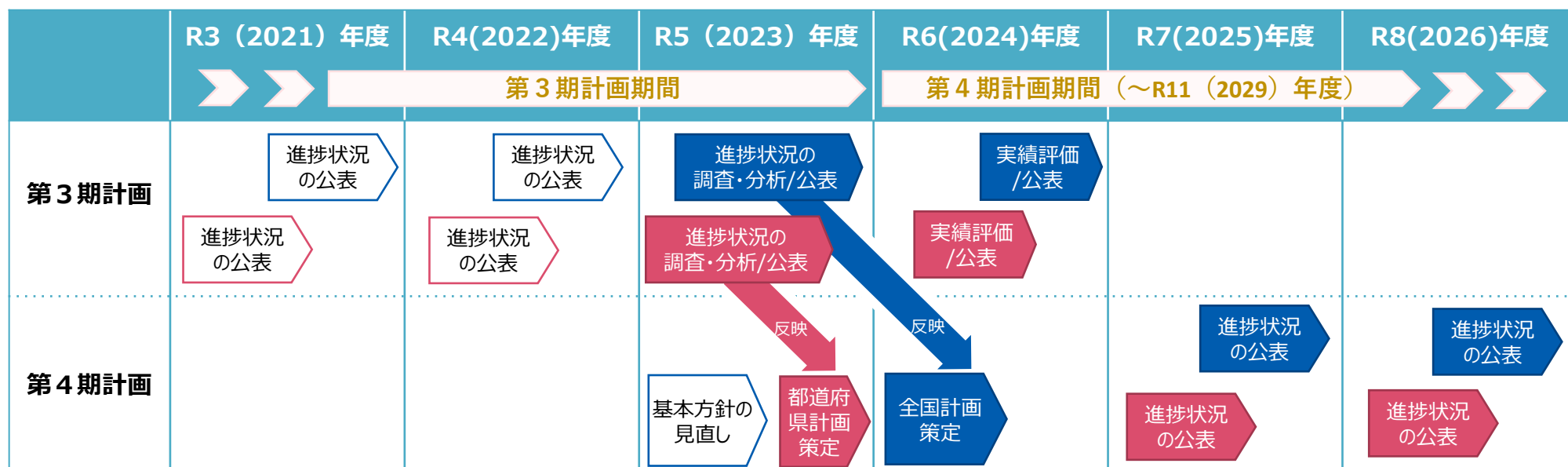
第3期医療費適正化計画に関する進捗状況の調査・分析結果 について

第3期医療費適正化計画の進捗状況の調査・分析について

- 医療費適正化計画については、高齢者の医療の確保に関する法律の規定により、PDCA管理を行っている。
- 第3期医療費適正化計画については、今年度、進捗状況の調査・分析を行った上で、来年度に実績評価を行う。

(参考) 医療費適正化計画のPDCA管理の仕組み

- 進捗状況の公表
(法第11条第1項・第5項) …各年度の目標に関する数字の管理を想定。
規定が設けられたH27年度(第3期計画期間)以降、計画最終年度とその翌年度を除き、毎年実施。
- 進捗状況の調査・分析/公表
(法第11条第2項・第6項) …計画期間内における行動目標に関する数字の推移を管理し、その推移の要因を探ることを想定。
※PDCAサイクルを強化するために、計画期間終了前に暫定的な評価を行い、当該結果を次期計画に反映させる。
計画最終年度に実施。H27年度(第3期計画期間)に規定が設けられ、今年度初めて実施。
- 実績評価/公表
(法第12条) …②進捗状況の調査・分析に加え、当該調査・分析を踏まえて計画の総括を行うことを想定。
計画最終年度の翌年度に実施。第1期計画以降、每期実施。



参考：高齢者の医療の確保に関する法律

（計画の進捗状況の公表等）

第11条 都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、年度（毎年四月一日から翌年三月三十一日までをいう。以下同じ。）（次項の規定による結果の公表及び次条第一項の評価を行つた年度を除く。）ごとに、都道府県医療費適正化計画の進捗状況を公表するよう努めるものとする。

2 都道府県は、次期の都道府県医療費適正化計画の作成に資するため、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県医療費適正化計画の期間（以下この項及び第四項において「計画期間」という。）の終了の日の属する年度において、当該計画期間における当該都道府県医療費適正化計画の進捗状況に関する調査及び分析の結果を公表するよう努めるものとする。

3・4 （略）

5 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、年度（次項の規定による結果の公表及び次条第三項の評価を行つた年度を除く。）ごとに、全国医療費適正化計画の進捗状況を公表するものとする。

6 厚生労働大臣は、次期の全国医療費適正化計画の作成に資するため、厚生労働省令で定めるところにより、全国医療費適正化計画の期間（以下この項及び次項において「計画期間」という。）の終了の日の属する年度において、当該計画期間における当該全国医療費適正化計画の進捗状況に関する調査及び分析の結果を公表するものとする。

7 （略）

（計画の実績に関する評価）

第12条 都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該計画の目標の達成状況及び施策の実施状況の調査及び分析を行い、保険者協議会の意見を聴いて、当該計画の実績に関する評価を行うものとする。

2 都道府県は、前項の評価を行つたときは、厚生労働省令で定めるところにより、その結果を公表するよう努めるとともに、厚生労働大臣に報告するものとする。

3 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、全国医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該計画の目標の達成状況及び施策の実施状況の調査及び分析を行い、当該計画の実績に関する評価を行うとともに、前項の報告を踏まえ、関係都道府県の意見を聴いて、各都道府県における都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価を行うものとする。

4 厚生労働大臣は、前項の評価を行つたときは、その結果を公表するものとする。

第3期医療費適正化計画の 進捗状況の調査・分析

第3期医療費適正化計画（2018～2023年度）の目標と進捗状況（全国）

○第3期の目標と適正化効果額

目標		数値目標	適正化効果額
健康の保持の推進	特定健診・保健指導	特定健診70%、特定保健指導45% メタボ該当者等▲25%（2008年度比）	約200億円
	生活習慣病の重症化予防	—	約1,000億円 （地域差半減の場合）
	たばこ対策	—	—
	予防接種	—	—
	その他の予防・健康づくりの推進 （例：普及啓発、個人インセンティブ、健診・検診）	—	—
医療の効率的な提供	後発医薬品の使用割合	80%	約4,000億円
	重複投薬・多剤投与の適正化	—	約600億円 （半減の場合）
合計			約6,000億円

○第3期の進捗状況

目標		実績						数値目標	
		2008	2014	2018	2019	2020	2021	2023	※適正化効果なし
医療費の見込み		34.8兆円	40.8兆円 （推計の足下）	43.4兆円	44.4兆円	43.0兆円	45.0兆円	49.7兆円	50.3兆円
	外来	21.2兆円	24.7兆円	26.0兆円	26.7兆円	25.9兆円	27.4兆円	29.9兆円	30.4兆円
	入院	13.6兆円	16.1兆円	17.3兆円	17.7兆円	17.1兆円	17.6兆円	-	19.9兆円
健康の保持の推進	特定健診の実施率	38.9%	-	54.7%	55.6%	53.4%	56.5%	70%	
	特定保健指導の実施率	7.7%	-	23.2%	23.2%	23.0%	24.6%	45%	
	メタボ該当者等の減少率	基準年	-	▲13.7%	▲13.5%	▲10.9%	▲13.8%	▲25%	
医療の効率的な提供	後発医薬品の使用割合	-	-	75.1%	77.9%	79.6%	79.6%	80%	

第3期医療費適正化計画の進捗状況の調査・分析①

1. 国民の健康の保持の推進に関する目標の達成状況

特定健康診査（全国の進捗状況は別紙）

- ・ 特定健康診査の実施状況については令和3年度実績で、対象者53,801,976人に対し受診者は30,389,789人であり、実施率は56.5%となっている。
- ・ 都道府県別に見ると、山形県・東京都・富山県・宮城県・新潟県・長野県・山梨県・滋賀県・石川県では実施率が60%を超えている。一方、50%を下回る都道府県もあり、都道府県ごとに差が見られる。
- ・ 第3期計画期間においては、実績は全国的に増加傾向にある。
- ・ 特に実績が高い県に共通している取組としては、保険者協議会と連携し各保険者の特定健康診査従事者向け研修会や、啓発用ポスターによる普及啓発を行っていることが挙げられる。他方、それ以外の多くの都道府県で受診率が低い働き盛り世代の国保被保険者・被用者保険の被扶養者等への普及啓発の方法を課題としている。
- ・ 一部の県では、新型コロナウイルス感染症の感染拡大期の令和2年度に実施率が大きく減少していることに留意が必要である。

特定保健指導（全国の進捗状況は別紙）

- ・ 特定保健指導の実施状況については令和3年度実績で、対象者5,262,265人に対し終了者は1,294,289人であり、実施率は24.6%となっている。
- ・ 都道府県別に見ると、熊本県・徳島県・香川県では実施率が35%以上となっている一方、20%を下回る都道府県もあり、都道府県ごとに差が見られる。
- ・ 第3期計画期間においては、実績は概ね増加傾向にある。
- ・ 特に実績が高い県に共通している取組として保険者協議会との情報共有・連携や普及啓発に向けた積極的な取組が挙げられる。他方、それ以外の多くの都道府県で保険者・関係機関との連携や従事者の人材育成を課題としている。
- ・ 一部の県では、新型コロナウイルス感染拡大期の令和2年度に実施率が大きく減少していることに留意が必要である。

第3期医療費適正化計画の進捗状況の調査・分析①

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率（全国の進捗状況は別紙）

- ・メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率（2008年度比）については、令和3年度実績で、13.8%の減少となっている。
- ・都道府県別に見ると、沖縄県・徳島県・長崎県・富山県では減少率が20%以上となっている一方、10%を下回る都道府県もあり、都道府県ごとに差が見られる。
- ・第3期計画期間においては、実績は横ばいである。
- ・特に実績が高い県に共通している取組として、生活習慣の改善・定着を目的とした、幅広い層に受け入れられるアプリや動画等の広報媒体の活用が挙げられる。他方、それ以外の多くの都道府県で効果的なICT活用や働き盛り世代への情報発信を課題としている。
- ・一部の県では、新型コロナウイルス感染拡大期の令和2年度に減少率が悪化していることに留意が必要である。

たばこ対策

- ・各都道府県においては、たばこ対策の取組として関係者と連携した受動喫煙防止対策の推進等啓発や禁煙指導を行っている。引き続き職場や家庭での望まない受動喫煙防止対策など一層の取組が必要との課題を認識している。

予防接種

- ・各都道府県においては、予防接種に関する正しい知識の普及啓発や、接種体制の整備を行っている。また、ワクチンの種類や接種対象者の属性に応じたきめ細かな取組もなされている。

生活習慣病等の重症化予防の推進

- ・各都道府県においては、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定や地域関係者との連携等により取組を推進している。一方で、医療機関間連携や多職種連携による重症化予防などの取組の一層の推進が必要との課題を認識している。

その他予防・健康づくりの推進

- ・各都道府県において、がん検診受診率の向上に向けた普及啓発や受診勧奨等の事例研修会の開催、運動・食事習慣の改善に向けた情報発信やICT活用等の取組を行っているほか、一部の都道府県では、こころの健康対策や飲酒対策などの取組もなされており、各都道府県において、多様な健康課題への一層の取組が必要との課題を認識している。

第3期医療費適正化計画の進捗状況の調査・分析②

2. 医療の効率的な提供の推進に関する目標の達成状況

後発医薬品の使用促進（全国の進捗状況は別紙）

- ・ 後発医薬品の使用割合を都道府県別に見ると、多くの都道府県で80%以上を達成している。
- ・ 都道府県によって引用しているデータが異なるので一概に比較はできないことに留意が必要だが、使用割合が80%に達していない都道府県であっても、70%は超えており、全国的に使用促進が進んでいる。
- ・ 第3期計画期間においては上昇傾向にある。
- ・ 実績の高い都道府県では、後発医薬品の使用に関する関係者協議会の開催、様々な機会をとらえた後発医薬品の普及啓発に向けた情報発信やジェネリック医薬品工場の見学会などの取組がなされている。他方、その他の都道府県では、患者、医療関係者への正しい知識の普及など、後発医薬品の使用促進のための有効な取組の検討が課題と考えている。
- ・ 後発医薬品を含む医薬品の供給状況の影響については留意が必要である。

医薬品の適正使用の推進

- ・ 各都道府県においては、医薬品の適正使用に関する普及啓発やかかりつけ薬剤師・薬局の定着に関する取組を行っている。他方、多くの都道府県では服薬情報の一元的・継続的管理に課題を認識しており、電子処方箋の活用等を含めた一層の取組が必要と課題認識している。

参 考 資 料

(子ども・子育て支援法等の一部を改正する法律案関係)

こども家庭庁長官官房総務課
支援金制度等準備室

こども未来戦略「加速化プラン」施策のポイント

1. 若い世代の所得向上に向けた取組

- ✓ **賃上げ**（「成長と分配の好循環」と「賃金と物価の好循環」の2つの好循環）
- ✓ **三位一体の労働市場改革**（リ・スキリングによる能力向上支援、個々の企業の実態に応じた職務給の導入、成長分野への労働移動の円滑化）
- ✓ **非正規雇用労働者の雇用の安定と質の向上**（同一労働同一賃金の徹底、希望する非正規雇用労働者の正規化）

児童手当の拡充

拡充後の初回の支給は2024年12月（2024年10月分から拡充）

- ✓ **所得制限を撤廃**
- ✓ **高校生年代まで延長**
すべてのこどもの育ちを支える
基礎的な経済支援としての位置づけを明確化
- ✓ **第3子以降は3万円**

支給金額	3歳未満	3歳～高校生年代
第1子・第2子	月額1万5千円	月額1万円
第3子以降	月額3万円 * 多子加算のカウント方法を見直し	

➔ 3人の子がいる家庭では、
総額で最大400万円増の1100万円

妊娠・出産時からの支援強化

2022年度から実施中（2025年度から制度化）

- ✓ **出産・子育て応援交付金**
10万円相当の経済的支援
①妊娠届出時（5万円相当）
②出生届出時（5万円相当×こどもの数）
- ✓ **伴走型相談支援**
様々な不安・悩みに応え、ニーズに応じた支援につなげる
➔ 妊娠時から出産・子育てまで一貫支援

子育て世帯への住宅支援

- ✓ **公営住宅等への優先入居等**
今後10年間で計30万戸 実施中

出産等の経済的負担の軽減

2023年度から実施中

- STEP 1 出産育児一時金の引き上げ
42万円 ➔ 50万円に大幅引き上げ
「費用の見える化」・「環境整備」
- STEP 2 出産費用の保険適用の検討
2026年度を目途に検討

✓ フラット35の金利引下げ

こどもの人数に応じて最大1%（5年間）の引下げ
2024年2月から実施

高等教育（大学等）

大学等の高等教育費の負担軽減を拡充

- ✓ **給付型奨学金等**を世帯年収約600万円までの多子世帯、理工農系に拡充 2024年度から実施
- ✓ **多子世帯の学生等**については**授業料等を無償化** 2025年度から実施
- ✓ 貸与型奨学金の**月々の返還額を減額**できる制度の収入要件等を緩和 2024年度から実施
- ✓ 修士段階の授業料後払い制度の導入 2024年度から実施

2. 全てのこども・子育て世帯を対象とする支援の拡充

切れ目なくすべての子育て世帯を支援

- ✓ **「こども誰でも通園制度」を創設**
 - ・月一定時間までの利用可能枠の中で、**時間単位等で柔軟に通園が可能**な仕組み
※2024年度から本格実施を見据えた試行的事業を実施（2023年度からの実施も可能）
※2025年度から制度化・2026年度から給付化し全国の自治体で実施
- ✓ **保育所：量の拡大から質の向上へ** 4・5歳児は2024年度から実施、1歳児は2025年度以降加速化プラン期間中の早期に実施
 - ・76年ぶりの配置改善：（4・5歳児）30対1→25対1（1歳児）6対1→5対1
 - ・民間給与動向等を踏まえた**保育士等の更なる処遇改善** 2023年度から実施
 - ・「小1の壁」打破に向けた放課後児童クラブの質・量の拡充 2024年度から常勤職員配置の改善を実施
- ✓ **多様な支援ニーズへの対応**
 - ・貧困、虐待防止、障害児・医療的ケア児等への支援強化 2023年度から順次実施
 - ・児童扶養手当の拡充 拡充後の初回の支給は2025年1月（2024年11月分から拡充）
 - ・補装具費支援の所得制限の撤廃 2024年度から実施

3. 共働き・共育ての推進

育休を取りやすい職場に

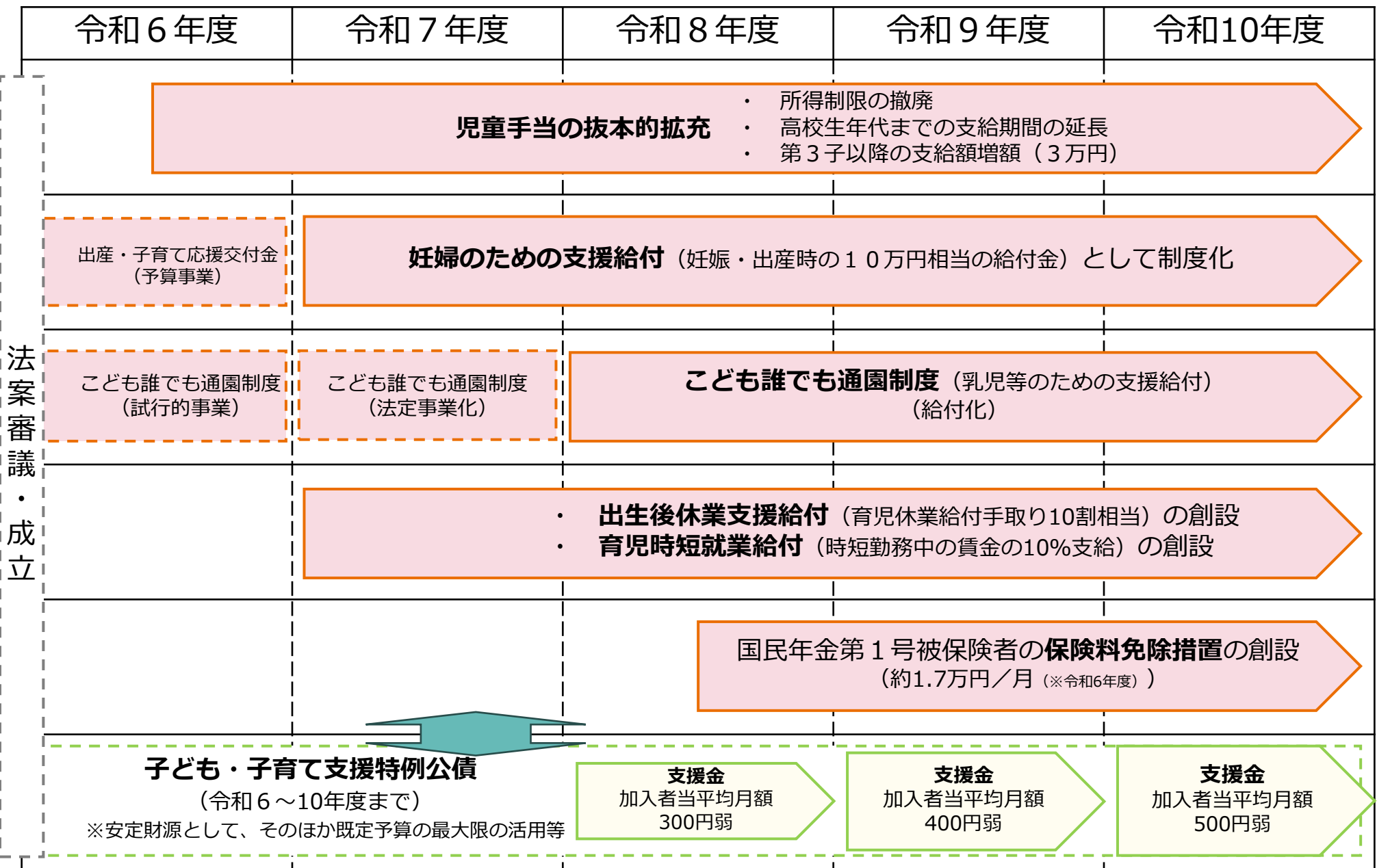
- 男性の育休取得率目標 **85%**へ大幅引き上げ（2030年）
➔ **男性育休を当たり前に** ※2022年度：17.13%
- ✓ **育休休業取得率の開示制度の拡充** 2025年度から実施
- ✓ **中小企業に対する助成措置を大幅に強化** 2024年1月から実施
 - ・業務を代替する周囲の社員への**応援手当**支給の助成拡充
- ✓ 出生後の一定期間に**男女で育休を取得**することを促進するため**給付率を手取り10割相当に** 2025年度から実施

育児期を通じた柔軟な働き方の推進

- ✓ **子が3歳以降小学校就学前までの柔軟な働き方を実現するための措置** 公布の日から1年6月以内に政令で定める日から実施
- ・事業主が、テレワーク、時短勤務等の中から2以上措置
- ✓ **時短勤務時の新たな給付** 2025年度から実施 ➔ **利用しやすい柔軟な制度へ**

注）上記項目のうち、法律改正が必要な事項は、所要の法案を本通常国会に提出。

加速化プランの実施に向けたスケジュール（支援金制度関係）



歳出改革・賃上げに向けた取組を先行・継続

（１）住民の健康の保持の推進に関する目標

① 特定健康診査の実施率に関する数値目標

都道府県		第 3 期計画期間						
		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度（目標値）	達成率
1	北海道	44.1%	44.2%	43.3%	45.7%	-	70.0%	65.3%
2	青森県	49.1%	49.6%	49.1%	-	-	68.0%	72.2%
3	岩手県	52.0%	53.2%	54.9%	57.3%	55.7%	58.0%	96.0%
4	宮城県	60.0%	61.2%	59.0%	61.7%	-	70.0%	88.1%
5	秋田県	49.8%	51.7%	48.9%	53.5%	-	70.0%	76.4%
6	山形県	63.9%	65.2%	64.4%	66.3%	-	70.0%以上	94.7%
7	福島県	53.8%	54.7%	52.5%	56.3%	-	70.0%以上	80.4%
8	茨城県	54.9%	55.4%	49.9%	54.8%	-	70%	78%
9	栃木県	53.4%	54.2%	52.2%	56.5%	-	70%	81%
10	群馬県	53.0%	54.9%	51.9%	55.9%	-	70.0%以上	79.9%
11	埼玉県	52.3%	53.8%	54.9%	56.3%	52.1%	70.0%	74.4%
12	千葉県	55.9%	56.9%	52.0%	55.8%	-	70.0%以上	79.7%
13	東京都	67.1%	65.9%	63.4%	65.4%	-	70.0%以上	93.4%
14	神奈川県	53.6%	55.1%	52.4%	56.2%	-	70.0%以上	80.3%
15	新潟県	59.7%	61.1%	58.3%	61.5%	-	70.0%	87.9%
16	富山県	59.7%	61.7%	60.8%	62.9%	-	70.0%	89.9%
17	石川県	59.1%	60.4%	57.1%	60.0%	-	70.0%	85.7%
18	福井県	54.3%	55.5%	52.8%	57.0%	-	70.0%	81.4%
19	山梨県	56.9%	57.9%	59.5%	60.5%	-	70.0%	86.4%
20	長野県	59.2%	60.2%	58.6%	61.5%	-	70.0%	87.9%
21	岐阜県	53.2%	54.9%	54.5%	57.5%	-	70.0%	82.1%
22	静岡県	56.6%	57.8%	56.4%	58.8%	-	70.0%以上	84.0%
23	愛知県	55.6%	57.2%	56.0%	59.2%	-	70.0%以上	84.6%
24	三重県	56.3%	58.3%	57.7%	59.3%	-	70.0%	84.7%
25	滋賀県	56.7%	58.4%	56.4%	60.0%	-	70.0%	85.7%
26	京都府	51.9%	53.5%	50.8%	53.7%	-	70.0%	76.7%
27	大阪府	50.6%	51.3%	49.6%	53.1%	-	70.0%以上	75.9%
28	兵庫県	51.1%	51.7%	49.7%	52.7%	-	70.0%	75.3%
29	奈良県	46.8%	48.8%	46.4%	49.4%	-	70.0%以上	70.6%
30	和歌山県	45.2%	46.8%	45.2%	48.9%	-	70.0%以上	69.9%
31	鳥取県	50.5%	51.1%	51.8%	54.4%	-	70.0%以上	77.7%
32	島根県	56.3%	58.2%	58.3%	59.5%	-	70.0%	85.0%
33	岡山県	49.8%	51.2%	50.3%	53.3%	-	70.0%以上	76.1%
34	広島県	50.1%	51.2%	49.7%	52.5%	-	70.0%以上	75.0%
35	山口県	46.4%	49.6%	48.1%	50.6%	-	70.0%	72.3%
36	徳島県	47.1%	51.5%	50.8%	52.8%	-	70.0%	75.4%
37	香川県	53.2%	54.5%	52.2%	55.8%	-	70.0%	79.7%
38	愛媛県	48.9%	50.4%	48.2%	51.1%	-	70.0%	73.0%
39	高知県	50.7%	52.5%	51.5%	53.7%	-	70.0%以上	76.7%
40	福岡県	50.5%	50.3%	48.9%	51.9%	-	70.0%以上	74.1%
41	佐賀県	51.9%	53.0%	51.2%	52.9%	-	70.0%	75.6%
42	長崎県	47.5%	48.7%	46.1%	48.8%	-	70.0%	69.7%
43	熊本県	51.1%	52.3%	51.2%	54.1%	—	70.0%以上	77.3%
44	大分県	56.6%	56.4%	54.3%	57.2%	-	70.0%	81.7%
45	宮崎県	48.1%	49.8%	49.9%	51.5%	-	70.0%	73.6%
46	鹿児島県	50.3%	51.2%	49.7%	-	-	70.0%以上	71.0%
47	沖縄県	51.6%	52.2%	48.8%	50.9%	-	70.0%以上	72.7%

※各都道府県によってデータの出典が異なることに留意が必要。

- (1) 住民の健康の保持の推進に関する目標
- ② 特定保健指導の実施率に関する数値目標

都道府県		第3期計画期間						
		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度（目標値）	達成率
1	北海道	18.7%	18.3%	17.2%	18.4%	-	45.0%	40.9%
2	青森県	27.3%	25.7%	27.1%	-	-	45.0%	60.2%
3	岩手県	16.6%	17.9%	21.4%	21.8%	-	45.0%	48.4%
4	宮城県	23.9%	25.2%	23.7%	25.1%	-	45.0%	55.8%
5	秋田県	24.6%	21.9%	27.5%	28.3%	-	45.0%	62.9%
6	山形県	28.9%	29.2%	28.9%	29.8%	-	45.0%以上	66.22%
7	福島県	24.5%	26.7%	26.8%	27.1%	-	45.0%以上	60.22%
8	茨城県	22.1%	22.0%	21.1%	22.7%	-	45.0%	50.4%
9	栃木県	26.3%	27.2%	26.6%	27.8%	-	45.0%	61.8%
10	群馬県	18.7%	18.6%	18.3%	19.7%	-	45.0%以上	43.78%
11	埼玉県	14.4%	15.1%	18.0%	17.5%	17.0%	45.0%	37.8%
12	千葉県	20.9%	20.4%	20.8%	22.7%	-	45.0%以上	50.44%
13	東京都	20.3%	20.2%	21.0%	23.1%	-	45.0%以上	51.33%
14	神奈川県	17.9%	18.5%	18.0%	20.1%	-	45.0%以上	44.67%
15	新潟県	25.9%	25.6%	25.6%	27.2%	-	45.0%	60.4%
16	富山県	28.1%	29.3%	28.1%	29.6%	-	45.0%以上	65.78%
17	石川県	28.7%	26.7%	25.1%	26.8%	-	45.0%	59.6%
18	福井県	24.6%	24.9%	25.1%	26.1%	-	45.0%	58.0%
19	山梨県	22.9%	21.6%	25.1%	26.5%	-	45.0%	58.9%
20	長野県	32.7%	30.9%	31.5%	34.7%	-	45.0%	77.1%
21	岐阜県	29.8%	31.4%	30.4%	31.1%	-	45.0%	69.1%
22	静岡県	24.8%	25.2%	26.0%	26.0%	-	45.0%以上	57.78%
23	愛知県	25.0%	25.8%	24.7%	27.7%	-	45.0%以上	61.56%
24	三重県	20.6%	23.6%	21.9%	23.7%	-	45.0%	52.7%
25	滋賀県	26.4%	26.9%	25.7%	26.3%	-	45.0%	58.4%
26	京都府	22.7%	23.5%	23.4%	26.0%	-	45.0%	57.8%
27	大阪府	20.2%	19.9%	20.7%	22.1%	-	45%以上	49.1%
28	兵庫県	20.2%	20.1%	20.1%	22.7%	-	45.0%	50.4%
29	奈良県	22.2%	23.1%	21.8%	23.6%	-	45%以上	52.4%
30	和歌山県	25.1%	24.3%	19.7%	23.2%	-	45.0%以上	51.56%
31	鳥取県	22.7%	21.9%	23.5%	24.3%	-	45.0%以上	54.0%
32	島根県	25.3%	24.9%	23.5%	25.2%	-	45.0%	56.0%
33	岡山県	27.5%	29.3%	31.0%	31.7%	-	45%以上	70.4%
34	広島県	25.6%	24.0%	23.7%	25.2%	-	45%以上	56.0%
35	山口県	23.2%	21.9%	22.7%	22.6%	-	45.0%	50.2%
36	徳島県	37.1%	32.9%	35.3%	35.8%	-	45.0%	79.6%
37	香川県	34.9%	33.6%	35.7%	35.0%	-	45.0%	77.8%
38	愛媛県	28.0%	26.9%	27.3%	27.4%	-	45.0%	60.9%
39	高知県	23.7%	23.7%	24.0%	24.4%	-	45%以上	54.2%
40	福岡県	25.4%	26.1%	22.9%	26.0%	-	45%以上	57.8%
41	佐賀県	32.5%	32.3%	28.9%	31.9%	-	45.0%	70.9%
42	長崎県	32.6%	30.5%	29.3%	32.2%	-	45.0%	71.6%
43	熊本県	36.6%	36.8%	36.9%	38.3%	—	45%以上	85.1%
44	大分県	27.7%	29.9%	31.1%	31.9%	-	45.0%	70.9%
45	宮崎県	31.4%	28.2%	27.2%	26.5%	-	45.0%	58.9%
46	鹿児島県	27.9%	25.6%	25.0%	-	-	45%以上	55.6%
47	沖縄県	40.3%	36.0%	35.6%	33.6%	-	45%以上	74.7%

※各都道府県によってデータの出典が異なることに留意が必要。

（１）住民の健康の保持の推進に関する目標

③ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率に関する数値目標

都道府県		第３期計画期間						
		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度（目標値）	達成率
1	北海道	17.1%	16.5%	13.6%	16.7%	-	25.0%	66.8%
2	青森県	11.7%	11.9%	12.1%	-	-	25.0%	48.4%
3	岩手県	26.3%	25.9%	25.6%	26.2%	-	27.5%	95.3%
4	宮城県	16.9%	16.4%	14.0%	18.0%	-	25.0%	71.9%
5	秋田県	11.0%	10.1%	12.1%	14.3%	-	25.0%	57.2%
6	山形県	15.0%	16.2%	15.0%	18.9%	-	25.0%以上	75.6%
7	福島県	12.1%	12.2%	10.9%	-	-	25.0%以上	43.6%
8	茨城県	12.5%	12.9%	11.6%	13.9%	-	25.0%	55.6%
9	栃木県	11.1%	10.8%	7.8%	10.3%	-	25.0%	41.2%
10	群馬県	9.1%	8.8%	5.6%	8.0%	-	25.0%以上	31.9%
11	埼玉県	15.1%	13.5%	12.6%	11.8%	8.3%	25.0%	47.2%
12	千葉県	8.8%	8.5%	4.3%	8.1%	-	25.0%以上	32.4%
13	東京都	16.4%	15.8%	12.0%	15.5%	-	25.0%以上	61.9%
14	神奈川県	13.6%	13.4%	10.8%	13.8%	-	25.0%以上	55.2%
15	新潟県	26.6万人	27.2万人	27.7万人	-	-	20.1万人未満	-
16	富山県	20.7%	19.9%	18.5%	21.3%	-	25.0%以上	85.2%
17	石川県	8.3%	7.7%	3.8%	8.9%	-	-	-
18	福井県	19.4%	18.5%	17.5%	-	-	25.0%	69.8%
19	山梨県	9.1%	9.4%	7.0%	6.0%	-	25.0%	24.0%
20	長野県	-	該当者及び予備群 （男性）40.3% （女性）9.9%	-	-	-	該当者及び予備群 （男性）40.0% （女性）10.0%	-
21	岐阜県	12.9%	13.0%	10.2%	13.1%	-	25.0%	52.6%
22	静岡県	16.5%	15.2%	12.3%	14.5%	-	25.0%以上	58.0%
23	愛知県	15.9%	17.2%	13.6%	16.4%	-	25.0%以上	65.6%
24	三重県	11.6%	12.6%	10.0%	12.2%	-	25.0%	48.8%
25	滋賀県	8.8%	9.0%	6.7%	9.1%	-	25.0%	36.4%
26	京都府	該当者及び予備群 26.1%	該当者及び予備群 26.5%	該当者及び予備群 27.6%	該当者及び予備群 27.0%	-	該当者及び予備群 24.0%	-
27	大阪府	-0.30%	-0.80%	-3.90%	0.30%	-	25%以上減少	1.2%
28	兵庫県	12.0%	11.7%	8.7%	11.8%	-	25.0%以上	47.2%
29	奈良県	8.4%	9.7%	7.1%	10.6%	-	-	-
30	和歌山県	11.0%	10.6%	9.2%	10.7%	-	25.0%	42.8%
31	鳥取県	（該当者）15.2% （予備軍）11.8%	（該当者）15.5% （予備軍）12.1%	（該当者）16.3% （予備軍）12.3%	（該当者）16.3% （予備軍）12.1%	-	（該当者）11.0% （予備軍）9.0%	-
32	島根県	14.9%	14.9%	13.2%	16.8%	-	25.0%	67.2%
33	岡山県	13.6%	13.9%	12.5%	14.8%	-	25.0%以上	59.2%
34	広島県	8.8%	9.2%	7.9%	11.3%	-	25.0%	45.2%
35	山口県	11.4%	11.1%	9.6%	10.8%	-	25.0%	43.2%
36	徳島県	-	-	21.1%	23.9%	-	25.0%	95.5%
37	香川県	13.6%	13.4%	12.4%	15.8%	-	25.0%	63.2%
38	愛媛県	14.8%	14.7%	13.6%	16.6%	-	25.0%	66.4%
39	高知県	9.7%	9.2%	8.6%	10.5%	-	25.0%以上	42.0%
40	福岡県	11.1%	11.6%	10.2%	12.2%	-	25.0%以上	48.8%
41	佐賀県	9.6%	9.3%	8.0%	9.1%	-	25.0%	36.4%
42	長崎県	22.2%	21.6%	21.0%	22.0%	-	25.0%	88.0%
43	熊本県	13.4%	13.6%	12.3%	14.4%	-	25%以上	57.6%
44	大分県	18.5%	18.0%	16.5%	19.0%	-	25.0%	76.0%
45	宮崎県	13.7%	14.7%	14.1%	16.5%	-	25.0%	65.9%
46	鹿児島県	15.4%	16.0%	14.2%	-	-	25.0%以上	56.8%
47	沖縄県	23.3%	23.1%	21.7%	23.9%	-	25.0%以上	95.6%

※各都道府県によってデータの出典が異なることに留意が必要。

（２）医療の効率的な提供の推進に関する目標

① 後発医薬品の使用促進に関する数値目標

都道府県		第３期計画期間						
		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度（目標値）	達成率
1	北海道	79.1%	81.9%	83.5%	83.4%	-	80.0%以上	104.3%
2	青森県	77.2%	79.8%	81.4%	81.3%	-	80.0%	101.6%
3	岩手県	83.5%	85.6%	86.7%	86.4%	87.6%	80.0%	109.5%
4	宮城県	80.7%	83.5%	84.8%	84.3%	85.9%	80.0%以上	107.4%
5	秋田県	78.6%	81.5%	83.3%	83.3%	84.5%	80.0%	105.6%
6	山形県	79.9%	82.7%	85.0%	85.4%	-	80.0%以上	106.75%
7	福島県	78.1%	81.5%	83.5%	83.3%	84.9%	85.0%	98.0%
8	茨城県	75.2%	78.6%	81.0%	81.7%	82.8%	80.0%	102.1%
9	栃木県	78.8%	81.7%	84.2%	84.2%	85.9%	80.0%	105.3%
10	群馬県	79.1%	81.5%	83.1%	85.2%	85.9%	80.0%以上	107.4%
11	埼玉県	74.1%	78.6%	81.3%	82.9%	82.7%	80.0%以上	103.38%
12	千葉県	76.5%	79.6%	81.8%	82.3%	83.4%	80.0%以上	104.25%
13	東京都	71.6%	74.6%	76.2%	76.4%	-	80.0%以上	95.50%
14	神奈川県	75.7%	78.6%	80.4%	80.4%	-	80.0%	100.5%
15	新潟県	79.9%	82.7%	84.2%	83.9%	-	80.0%以上	104.9%
16	富山県	77.4%	80.1%	81.8%	81.3%	-	80.0%以上	101.6%
17	石川県	77.9%	80.5%	82.2%	82.4%	83.5%	80.0%	104.4%
18	福井県	80.9%	83.1%	84.1%	83.1%	-	80.0%以上	103.9%
19	山梨県	64.0%	71.8%	76.9%	80.8%	-	80.0%	89.8%
20	長野県	79.4%	81.8%	83.8%	84.3%	85.4%	80.0%以上	106.8%
21	岐阜県	76.1%	78.9%	81.2%	81.4%	-	80.0%	101.8%
22	静岡県	79.1%	81.6%	83.5%	83.4%	-	80.0%以上	104.3%
23	愛知県	78.2%	80.9%	82.8%	83.1%	84.7%	80.0%以上	105.9%
24	三重県	79.2%	81.4%	82.7%	82.6%	84.2%	80.0%	105.3%
25	滋賀県	76.1%	79.5%	81.8%	82.2%	-	80.0%	102.8%
26	京都府	73.2%	77.0%	79.2%	79.6%	80.6%	80.0%	100.8%
27	大阪府	75.1%	78.2%	79.8%	79.9%	81.5%	80.0%以上	101.9%
28	兵庫県	74.8%	77.5%	79.1%	79.2%	-	80.0%以上	99.0%
29	奈良県	69.1%	71.8%	73.9%	74.2%	-	-	
30	和歌山県	75.7%	78.5%	80.4%	80.2%	82.1%	80.0%以上	102.6%
31	鳥取県	80.9%	83.4%	85.1%	84.7%	-	82.0%以上	103.3%
32	島根県	79.9%	82.7%	84.0%	83.6%	-	80.0%以上	104.5%
33	岡山県	77.8%	80.6%	82.5%	83.3%	-	80.0%以上	104.1%
34	広島県	73.4%	76.7%	79.2%	80.1%	-	80.0%以上	100.1%
35	山口県	79.8%	82.3%	84.3%	84.3%	-	80.0%	105.4%
36	徳島県	65.6%	69.7%	73.0%	73.2%	-	80.0%	91.5%
37	香川県	73.6%	76.6%	79.3%	80.0%	-	80.0%	100.0%
38	愛媛県	78.7%	81.4%	83.1%	83.2%	-	80.0%	104.0%
39	高知県	71.1%	75.4%	78.4%	79.3%	-	80.0%以上	99.1%
40	福岡県	76.9%	79.6%	81.1%	81.0%	-	80.0%以上	101.3%
41	佐賀県	80.6%	82.9%	84.2%	84.3%	-	80.0%以上	105.4%
42	長崎県	77.7%	80.7%	82.5%	83.2%	84.3%	80.0%	105.4%
43	熊本県	80.3%	83.4%	84.9%	85.0%	86.1%	80%以上	107.6%
44	大分県	78.1%	80.9%	82.9%	82.9%	-	80.0%	103.6%
45	宮崎県	82.0%	84.4%	85.8%	85.9%	-	80.0%	107.4%
46	鹿児島県	82.3%	84.5%	86.4%	86.6%	87.7%	80.0%以上	109.6%
47	沖縄県	86.6%	88.7%	89.5%	89.2%	-	80.0%以上	111.5%

※各都道府県によってデータの出典が異なることに留意が必要。