

# 第 203 回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和 7 年 11 月 13 日 (木)  
10 時 00 分～12 時 00 分  
場 所 : T K P 新 橋

## (議題)

1. 医療保険制度改革について
2. 医療機関の業務効率化・職場環境改善の推進に関する論点について
3. マイナ保険証の利用促進等について

## (配布資料)

- 資料 1 - 1 世代内、世代間の公平の更なる確保による全世代型社会保障の構築の推進（高齢者医療における負担の在り方について）
- 資料 1 - 2 世代内、世代間の公平の更なる確保による全世代型社会保障の構築の推進（医療保険における金融所得の勘案について）
- 資料 2 医療機関の業務効率化・職場環境改善の推進に関する論点
- 資料 3 マイナ保険証の利用促進等について

## 社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

本 委 員	うちばり 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
	きくち よしみ ○ 菊池 馨実	早稲田大学理事・法学学術院教授
	たなべ くにあき ◎ 田辺 国昭	東京大学大学院法学政治学研究科教授
	はやし てっぺい 林 鉄兵	日本労働組合総連合会副事務局長
臨 時 委 員	いながわ ひでかず 伊奈川 秀和	国際医療福祉大学医療福祉学部教授
	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
	きたがわ ひろやす 北川 博康	全国健康保険協会理事長
	きもり こくと 城守 国斗	日本医師会常任理事
	さねまつ たかのり 實松 尊徳	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／神埼市長
	さの まさひろ 佐野 雅宏	健康保険組合連合会会長代理
	しま ひろじ 島 弘志	日本病院会副会長
	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理事
	たじま けんいち 田島 健一	全国町村会副会長・佐賀県白石町長
	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 りょうた 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
	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
専 門 委 員	いしわた いさむ 石渡 勇	公益社団法人日本産婦人科医会会長
	かめい よしまさ 亀井 良政	公益社団法人日本産科婦人科学会常務理事
	におり ひなえ 新居 日南恵	NPO法人manma理事
	みやがわ ゆみこ 宮川 祐三子	公益社団法人日本助産師会理事

(注1) ◎印は部会長、○印は部会長代理である。

(注2) 専門委員は「医療保険制度における出産に対する支援の強化に関する事項」を専門事項とする。



ひと、暮らし、みらいのために  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# 世代内、世代間の公平の更なる確保による全世代型社会保障の構築の推進

(高齢者医療における負担の在り方について)

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

# 1. これまでの議論等

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# 医療保険部会（2025年10月23日開催）における主なご意見

（文責：事務局）

（注）主な御意見を事務局で整理したもの。（御意見の趣旨を踏まえて文言を整理している。）

## （高齢者の負担の在り方について）

- 高齢者1人当たりの医療費水準は5歳若返っており、健康状態も改善傾向にあるのではないか。後期高齢者の所得額や就業率なども踏まえると、高齢者の年齢区分や負担割合の見直しを含めた構造的な見直しを図る時期に来ていると考えられる。
- 年齢階級別の1人当たり医療費は年代に応じて増えていく一方で、1人当たり自己負担額はパラレルになっていない。特に69歳から70歳で大きく下がることについては議論の余地が大きいのではないか。
- 所得のばらつきの問題があり、住民税非課税世帯など所得の低い層を精緻に分析する必要。低所得の方の負担を含め、全体としてバランスが取れた負担を考えていく必要がある。
- 給与所得以外の金融所得や金融資産等の状況も踏まえた検討が必要。
- 高齢者は収入を増やす可能性が少なく、大病等のリスクもあるため、年齢という考慮を全く外すことは反対。
- 年齢にかかわらず能力に応じて負担するという視点は理解するが、高齢者の収入構造の特性や多くの疾患を抱えがちな傾向であるといった身体的特徴、高額療養費の議論も踏まえて丁寧に議論してほしい。
- 医療保険がリスクへの備えではなく医療サービスへの補助金という形になってしまっている。現役世代よりも高齢者に対して特段に受診を促す制度設計は問題。

## （「現役並み所得」の判断基準について）

- 後期高齢者の現役並み所得者の給付費には公費が入っておらず、現状のまま現役並み所得者を増やすと現役世代の負担増につながるといういびつな負担構造になっている。この負担構造について、資料として示していただきたい。
- 現役並み所得については、そもそも「現役並み」とは何か考えてほしい。
- 現在の「現役並み所得」の基準は高い水準になっているが、現役世代は養育費など色々な費用がかかっており、扶養しなければならない子どもの数等の違いを考えると、この水準を低く考えてもいいのではないか。
- 高齢者の方の受診行動や所得状況などきめ細かく分析をして議論を進めていくことが必要ではないか。

## （その他）

- 制度の変更を伴う際には十分な周知期間、丁寧な説明をお願いしたい。
- 高齢者の健康作りについて、個人のモチベーションを高め、国民の意識改革、行動変容を導くような仕組みづくりについても御検討を願いたい。

# これまでの指摘等

## 全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）（令和5年12月22日閣議決定）（抄）

### 2. 医療・介護制度等の改革

#### ＜②「加速化プラン」の実施が完了する2028年度までに実施について検討する取組＞

##### ◆ 医療・介護の3割負担（「現役並み所得」）の適切な判断基準設定等

- 年齢に関わりなく、能力に応じて支え合うという観点から、医療における「現役並み所得」の判断基準の見直し等について、検討を行う。「現役並み所得」の判断基準や基準額の見直しに当たっては、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割負担の導入）の施行の状況等に留意する。
- 介護における「現役並み所得」の判断基準については、医療保険制度との整合性、介護サービスは長期間利用されること等の利用者への影響等を踏まえつつ、引き続き検討を行う。

## 医療保険部会における議論の整理（令和4年12月15日）（抄）

### （「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ことがあること
  - 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。

# これまでの指摘等

## 全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議（令和3年6月3日参議院厚生労働委員会）（抄）

- 三、後期高齢者医療制度の創設以降、高齢者世代と現役世代の人口バランスが大きく変化し、制度の支え手である現役世代に対する負担が加速度的に増していることや、現役並み所得の後期高齢者に係る医療給付費について公費負担が行われておらず現役世代に対する過重な負担となっていること等を踏まえ、後期高齢者医療制度における財源の在り方について検討を行うこと。
- 十一、窓口負担割合の見直しなど患者の受診行動に影響を与え得る制度変更を検討する場合は、医療費への効果額の詳細な内訳などを関係審議会等に明示した上で議論を進めること。
- 十二、二〇二二年以降後期高齢者が急増する中、現役世代の負担上昇を抑えながら、国民皆保険制度の維持に向けた持続可能な全世代型の医療保険制度を構築するため、保険料賦課限度額の引上げなど能力に応じた負担の在り方、保険給付の在り方、医療費財源における保険料、公費、自己負担の適切なバランスの在り方等について、税制も含めた総合的な議論に着手し、必要な法整備等を講ずること。

## 全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議

（令和5年5月11日参議院厚生労働委員会）（抄）

- 三、後期高齢者医療制度については、現役並み所得の後期高齢者に係る医療費給付について公費負担が行われておらず、現役世代に対する過重な負担となっていること等を踏まえ、後期高齢者医療制度における財源の在り方について検討を行うこと。
- 十六、急速に進行する少子高齢化等により、国民の間に社会保障制度の持続可能性に対する不安が高まっている現状を踏まえ、持続可能な全世代対応型の社会保障制度を構築するため、金融資産・金融所得を含む能力に応じた負担の在り方や保険給付の在り方等について、税制も含めた総合的な検討に着手し、課題や論点等を分かりやすく示した上で国民的な議論を進め、結論が得られた事項について、速やかに必要な法制上の措置等を講ずること。

## 自由民主党・日本維新の会 連立政権合意書（令和7年10月20日）（抄）

### 二 社会保障政策

- 令和七年度中に、以下を含む社会保障改革項目に関する具体的な骨子について合意し、令和八年度中に具体的な制度設計を行い、順次実行する。
  - （四）医療費窓口負担に関する年齢によらない真に公平な応能負担の実現

## 2. 「現役並み所得」の判断基準について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# 高齢者の「現役並み所得」について

## 医療保険

- 現役並みの所得水準として、協会けんぽ(旧政管健保)の平均収入額を設定し、窓口負担や高額療養費の負担区分の判定に用いている。

75歳～	後期高齢者医療	世帯内のいずれかの被保険者の課税所得が145万円※1以上の場合	かつ	世帯の被保険者全員の収入の合計額が520万円※2（世帯の被保険者が1人の場合は383万円※2）以上の場合
70～74歳	国民健康保険	世帯内のいずれかの被保険者の課税所得が145万円以上の場合		世帯の被保険者全員の収入の合計額が520万円（世帯の被保険者が1人の場合は383万円）以上の場合
	被用者保険	被保険者の標準報酬月額が28万円以上の場合		被保険者及び被扶養者の収入の合計額が520万円（被扶養者がいない場合は383万円）以上の場合

※1 平成16年度の政管健保の平均標準報酬月額に基づく平均収入額(夫婦二人世帯モデル:約386万円)から諸控除を控除し、課税所得として算出した額

※2 高齢者複数世帯又は単身世帯のモデルを設定し、その世帯の課税所得が145万円となる収入額を算出した額

注1 課税所得とは、収入から地方税法上の必要経費、所得控除等を控除した後の額をいう。

注2 国民健康保険と被用者保険における被保険者や被扶養者は70～74歳の者に限る。

## 介護保険

- 自己負担限度額(高額介護サービス費)の現役並みの所得基準は、医療保険と同様の基準を用いている。
- 一方で、利用者負担における現役並みの所得基準については、医療保険制度の現役並み所得の基準(課税所得145万円)をもとに、年金世帯をモデルに合計所得に換算した基準を用いている。

高額介護サービス費における現役並み所得者	医療保険（70歳以上）の現役並み所得者に相当する者		
利用者負担における現役並み所得者	合計所得金額が220万円以上（個人）の場合	かつ	年金収入とその他の合計所得金額が340万円以上（複数世帯の場合は463万円）以上の場合

注 合計所得金額とは、収入から地方税法上の必要経費を控除した後の額をいう。

## 平成14年10月～

※「一定以上の所得」（2割負担）の基準

【現役世代：夫婦2人世帯】

**402万円** (給与のみ)

〈諸控除：278万円〉

- ・給与所得控除（134万円）
- ・基礎控除（33万円）
- ・配偶者控除（33万円）
- ・配偶者特別控除（33万円）
- ・社会保険料控除（45万円）

〈課税所得（年額）〉

**124万円**

【高齢者：単身世帯】

**450万円**

（給与：244万円）  
年金：205万円

**637万円**

（給与：351万円）  
年金：285万円  
夫 205万円  
妻 80万円

〈諸控除：325万円〉

- ・給与所得控除（91万円）
- ・基礎控除（33万円）
- ・社会保険料控除（13万円）
- ・公的年金等控除（140万円）
- ・老年者控除（48万円）

〈課税所得（年額）〉

**124万円**

## 平成17年8月～

【現役世代：夫婦2人世帯】

**389万円** (給与のみ)

〈諸控除：244万円〉

- ・給与所得控除（132万円）
- ・基礎控除（33万円）
- ・配偶者控除（33万円）
- ・社会保険料控除（46万円）

〈課税所得（年額）〉

**145万円**

【高齢者：単身世帯】

**484万円**

（給与：280万円）  
年金：203万円

**621万円**

（給与：337万円）  
年金：283万円  
夫 203万円  
妻 80万円

〈諸控除：512万円〉

- ・給与所得控除（123万円）
- ・基礎控除（33万円）
- ・配偶者控除（38万円）
- ・配偶者特別控除（33万円）
- ・社会保険料控除（17万円）
- ・公的年金等控除（220万円）
- ・老年者控除（48万円）

〈諸控除：338万円〉

- ・給与所得控除（102万円）
- ・基礎控除（33万円）
- ・配偶者控除（38万円）
- ・社会保険料控除（15万円）
- ・公的年金等控除（140万円）
- ・老年者控除（48万円）

〈課税所得（年額）〉

**145万円**

〈諸控除：475万円〉

- ・給与所得控除（119万円）
- ・基礎控除（33万円）
- ・配偶者控除（38万円）
- ・社会保険料控除（17万円）
- ・公的年金等控除（220万円）
- ・老年者控除（48万円）

〈課税所得（年額）〉

**145万円**

## 平成18年8月～

※「現役並み所得」（3割負担）の基準

【現役世代：夫婦2人世帯】

**386万円** (給与のみ)

〈諸控除：241万円〉

- ・給与所得控除（131万円）
- ・基礎控除（33万円）
- ・配偶者控除（33万円）
- ・社会保険料控除（44万円）

〈課税所得（年額）〉

**145万円**

**383万円**

（給与：182万円）  
年金：201万円

**520万円**

（給与：240万円）  
年金：280万円  
夫 201万円  
妻 79万円

〈諸控除：374万円〉

- ・給与所得控除（90万円）
- ・基礎控除（33万円）
- ・配偶者控除（38万円）
- ・社会保険料控除（11万円）
- ・公的年金等控除（14万円）
- ・老年者控除（199万円）

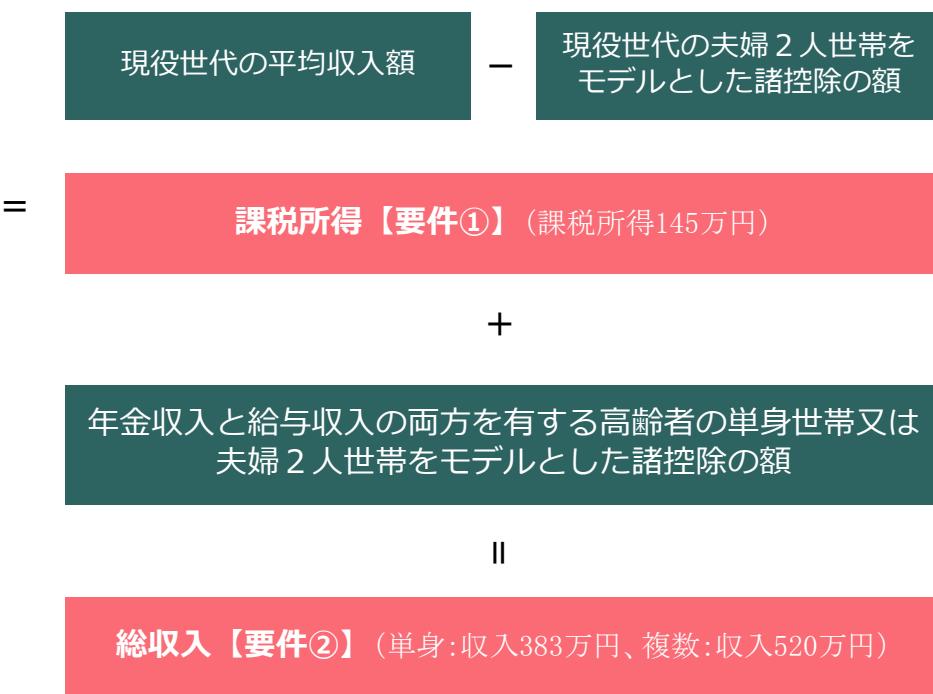
〈課税所得（年額）〉

**145万円 7**

# 「現役並み所得」の判断基準について

- 「現役並み所得」の判断基準は、  
①国保・後期高齢者医療制度加入者の場合は、課税所得145万円以上（被用者保険加入者の場合は、標準報酬月額が28万円以上）、かつ  
②収入額の合計額が単身世帯383万円以上、複数世帯520万円以上
- このうち「①課税所得145万円」は、平成16年度の政管健保の平均標準報酬月額に基づく平均収入額（夫婦二人世帯モデル：約386万円）から諸控除を控除し、課税所得として算出した額が設定されている。
- 「②収入383万円（複数520万円）」は、高齢者単身世帯又は複数世帯のモデル（年金収入と給与収入の両方を有するモデル）を設定し、その世帯の課税所得が145万円となる収入額を算出した額として設定されている。

（「現役並み所得」の判断基準の設定のイメージ）



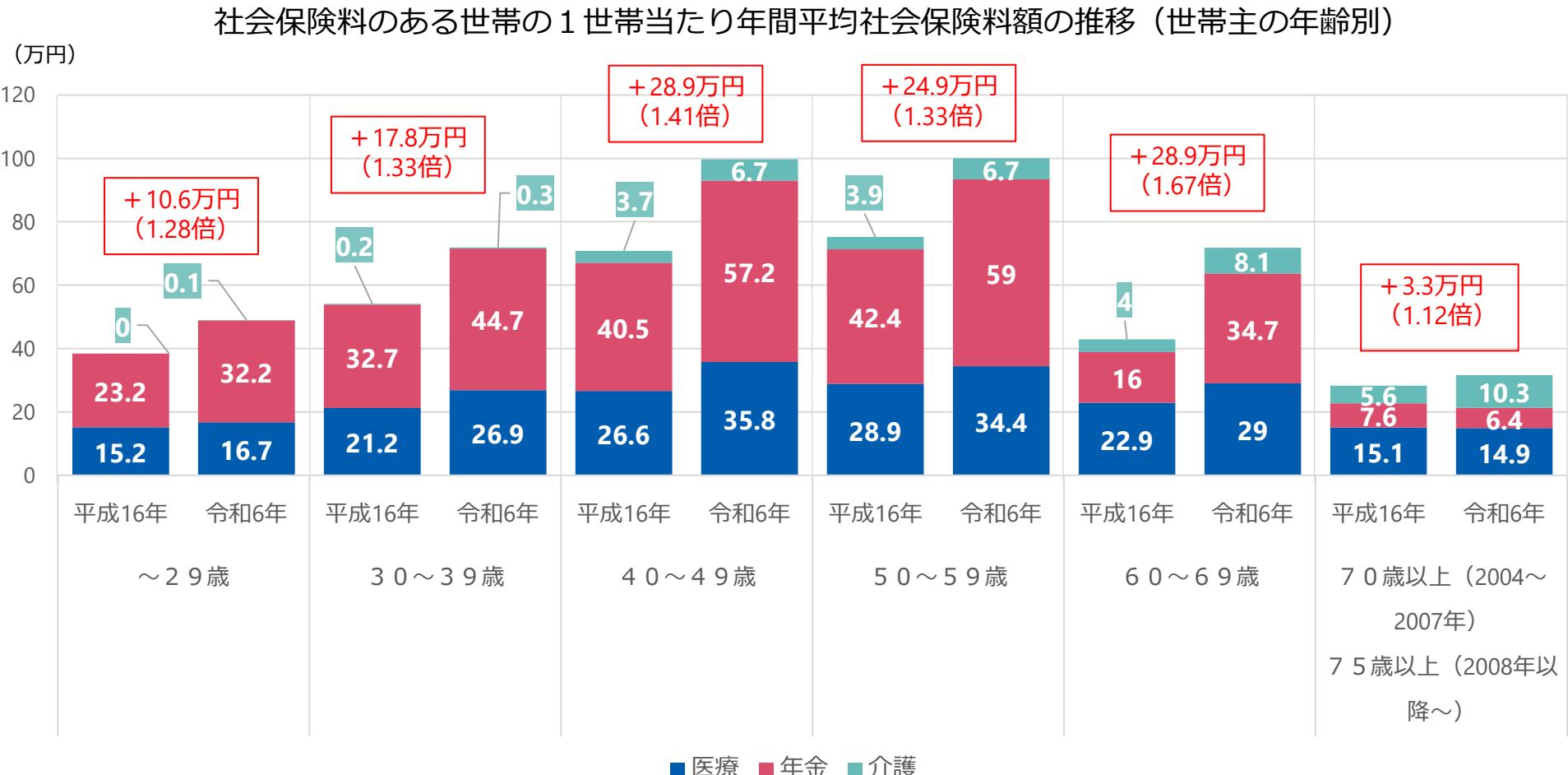
出典：健康保険・船員保険被保険者実態調査

（令和5年度の現役世代の平均収入額、諸控除等を用いて計算した場合）

- ①課税所得 :  $412\text{万円} - 262\text{万円} = 150\text{万円}$
- ②収入（単身） :  $150\text{万円} + 276\text{万円} = 425\text{万円}$
- 収入（複数） :  $150\text{万円} + 415\text{万円} = 565\text{万円}$

# 社会保険料額の変化

現役世代の社会保険料額は、70歳以上と比較し伸びが大きい。



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

# 「現役並み所得」の判断基準を見直す場合の影響

(後期高齢者の場合)

区分	判定基準	負担割合	外来のみの月単位の上限額 (個人ごと)	外来及び入院を合わせた月 単位の上限額 (世帯ごと)
現役並み所得	課税所得145万円以上 年収単身約383万円以上、複数約520万円以上	3割	収入に応じて80,100～252,600円 + (医療費 - 267,000～842,000円) × 1% <多数回該当: 44,400円～140,100円>	
一定以上所得	課税所得28万円以上 年金収入 + その他の合計所得金額が 単身約200万円以上、複数320万円以上	2割	18,000円 (年14.4万円)	57,600円 <多数回該当: 44,400円>
一般	課税所得28万円未満	1割	18,000円 (年14.4万円)	
住民税非課税	世帯員全員が住民税非課税 年収約80万円超			24,600
住民税非課税 (一定所得以下)	世帯員全員が住民税非課税 年収約80万円以下		8,000	15,000

- 現役並み所得を有する後期高齢者の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっている。このため、「現役並み所得」の対象拡大のみを行う場合、現役世代の支援金の負担が増加することとなる。

※ 平成14年(旧老人保健制度)から段階的に公費負担割合を3割から5割に引き上げるとともに対象年齢を70歳から75歳に引き上げた際に、一定以上の所得を有する高齢者(「現役並み」に当たる高齢者)の医療給付費について公費負担を行わないこととされた。

- 新たに「現役並み所得」に当たることとなる場合、窓口負担割合が3割となることとあわせて、高額療養費の区分も1つ上の区分が適用されることとなり、月額上限が引き上がるとともに、外来特例の対象から外れることとなる。

## 【後期高齢者の医療給付費の財源構成のイメージ】



# 現役並み所得の判定基準の見直し

- 高齢者医療制度では、「現役並み所得」のある方には、現役と同様に3割の自己負担を求めるとの考え方が採用されているが、現状、現役並み所得者に該当する高齢者は約7%にすぎない。
- 2006年以降、一度も手が付けられていない「現役並み所得」の判定基準については、課税要件の撤廃とともに、世帯収入要件については「年金収入+その他合計所得金額」へと変更することを軸に検討すべきと考えられるが、一方、そもそも、現役世代と同等の「負担能力」の有無を判断するにあたり、現役世代の平均的な所得水準を有しているか否かを基準とするのが妥当かについても検討されて然るべき。

(参考) 全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）（2023年12月22日閣議決定）

- ・ 年齢に関わりなく、能力に応じて支え合うという観点から、医療における「現役並み所得」の判断基準の見直し等について、検討を行う。「現役並み所得」の判断基準や基準額の見直しに当たっては、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割負担の導入）の施行の状況等に留意する。

## ◆現役並み所得（3割負担該当）の判定方法（現状）

要件① 世帯内に課税所得の額が145万円以上（個人）かつ

要件② 世帯の被保険者全員の収入の合計額が520万円以上であること  
(世帯の被保険者が一人の場合は、383万円以上であること)

(参考) 介護保険の判定基準

要件① 合計所得金額が220万円以上（個人）かつ

要件② 年金収入+その他合計所得金額が340万円以上（夫婦世帯は463万円以上）

高齢夫婦2人世帯の場合

### 要件②：世帯収入 520万円以上

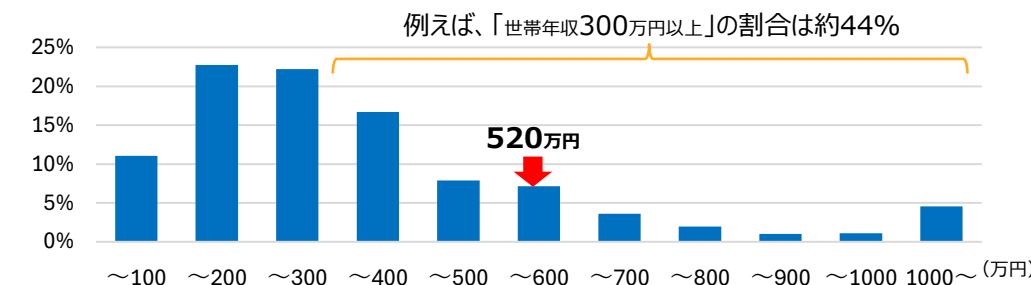
基礎控除	33万円
給与所得控除	90万円
配偶者控除	38万円
社会保険料控除	14万円
公的年金等控除	199万円
(控除額計)	374万円

### 要件①：課税所得 145万円以上

要件②の基準額は、要件①から逆算。給与所得控除と公的年金等控除が両方積み上げられている。

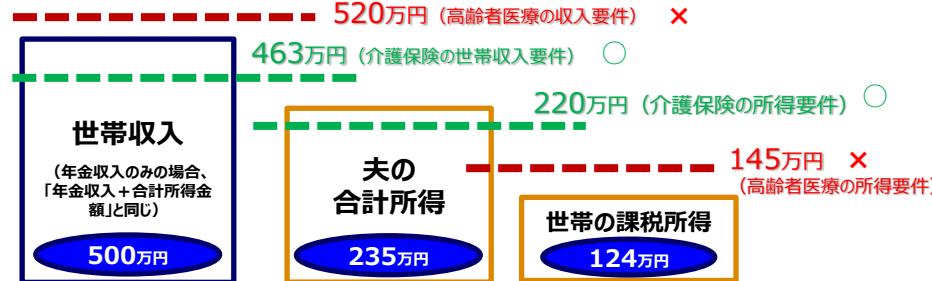
要件①の基準額は、現役夫婦2人世帯を念頭に2004年度当時の平均的収入386万円から各種控除の合計241万円を差し引いて算出。

## ◆所得金額階級別の世帯数割合（世帯主：75歳以上）



(参考) 医療・介護の3割負担への該当の有無（イメージ）

【夫の年金収入が350万円、妻の年金収入が150万円の場合（夫の現並該当の有無）】



※ 夫（年金収入350万円）の各種控除について、基礎控除：43万円、配偶者控除：38万円、公的年金等控除：115万円、その他控除（社会保険料控除や医療費控除等）：30万円として計算。

## 【改革の方向性】（案）

- 「現役並み所得」の判定基準について、高齢者の「負担能力」を図るために要件として相応しいか否か、ゼロベースでの検討を加え、早急に見直しに着手すべき。

### 3. 高齢者の受診の状況等

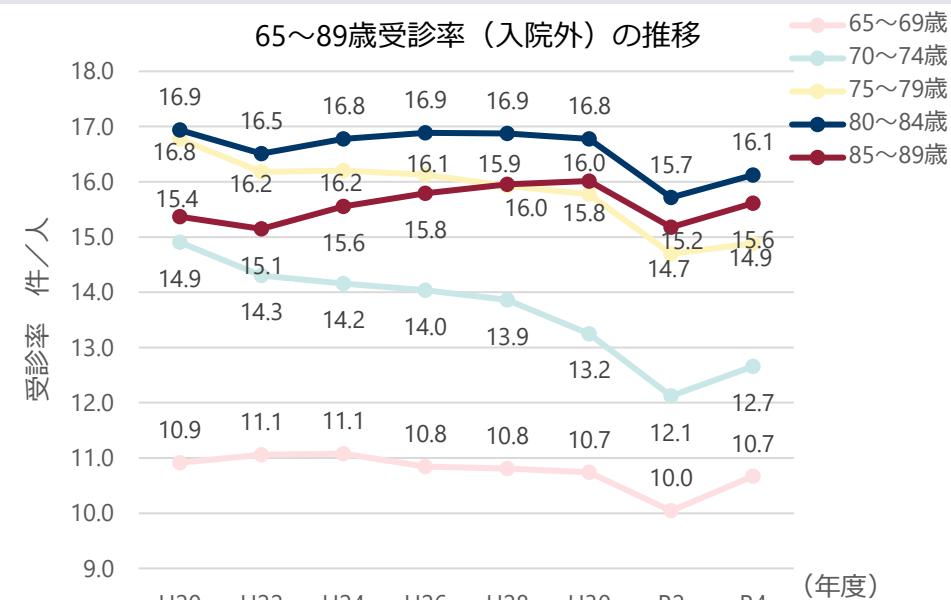
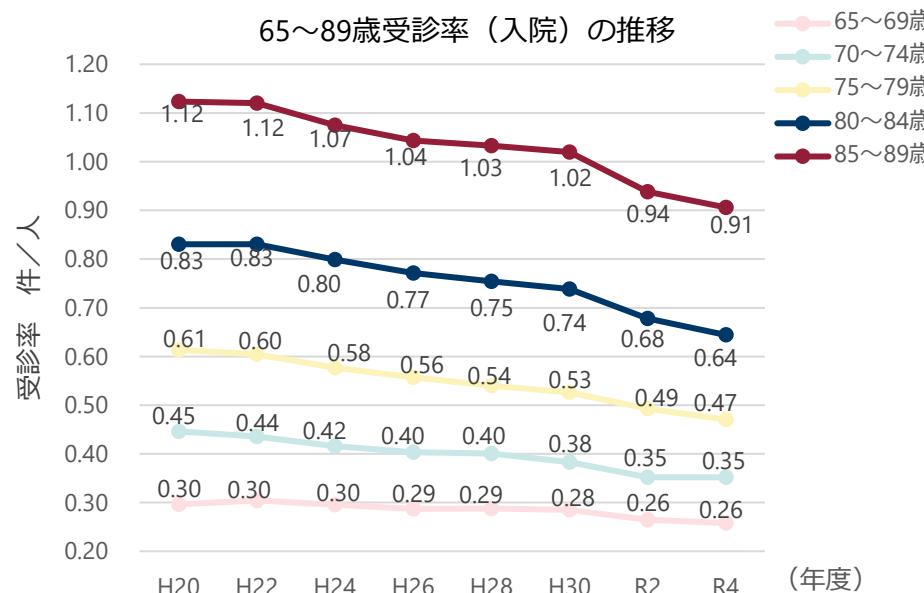
ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# 受診率の推移

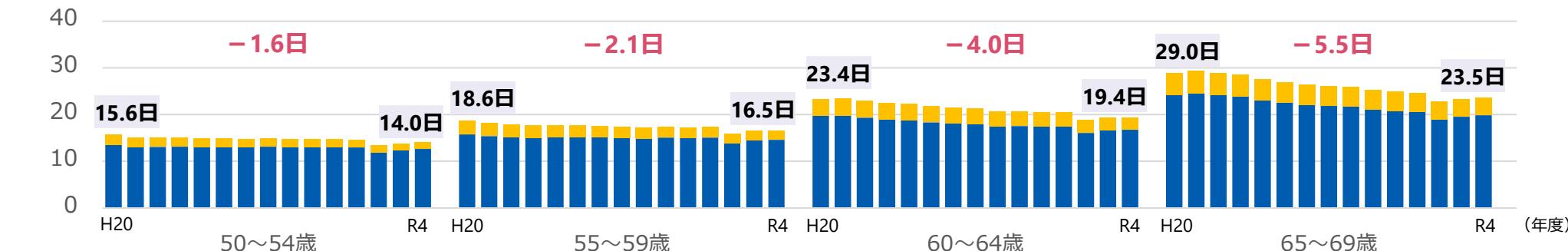
高齢者の受診率は、入院について低下傾向にある。



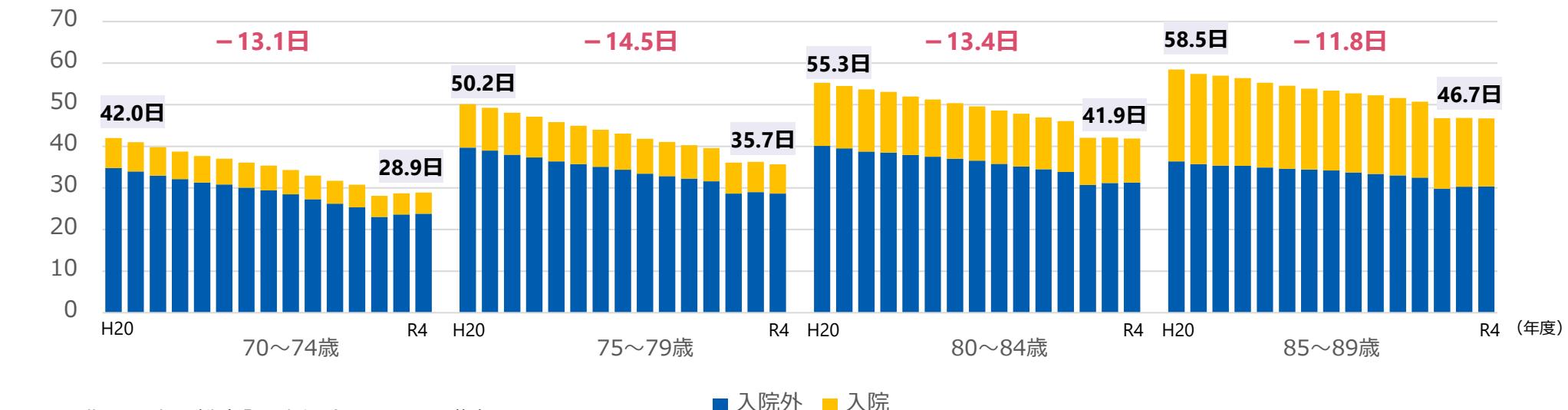
# 年齢階層別一人当たり受診日数（年間）の推移

70～74歳、75～79歳、80～84歳、85～89歳それぞれの入院・入院外いづれも、平成20年度と比較して年間の日数が減少している。

1人当たり日数（日）



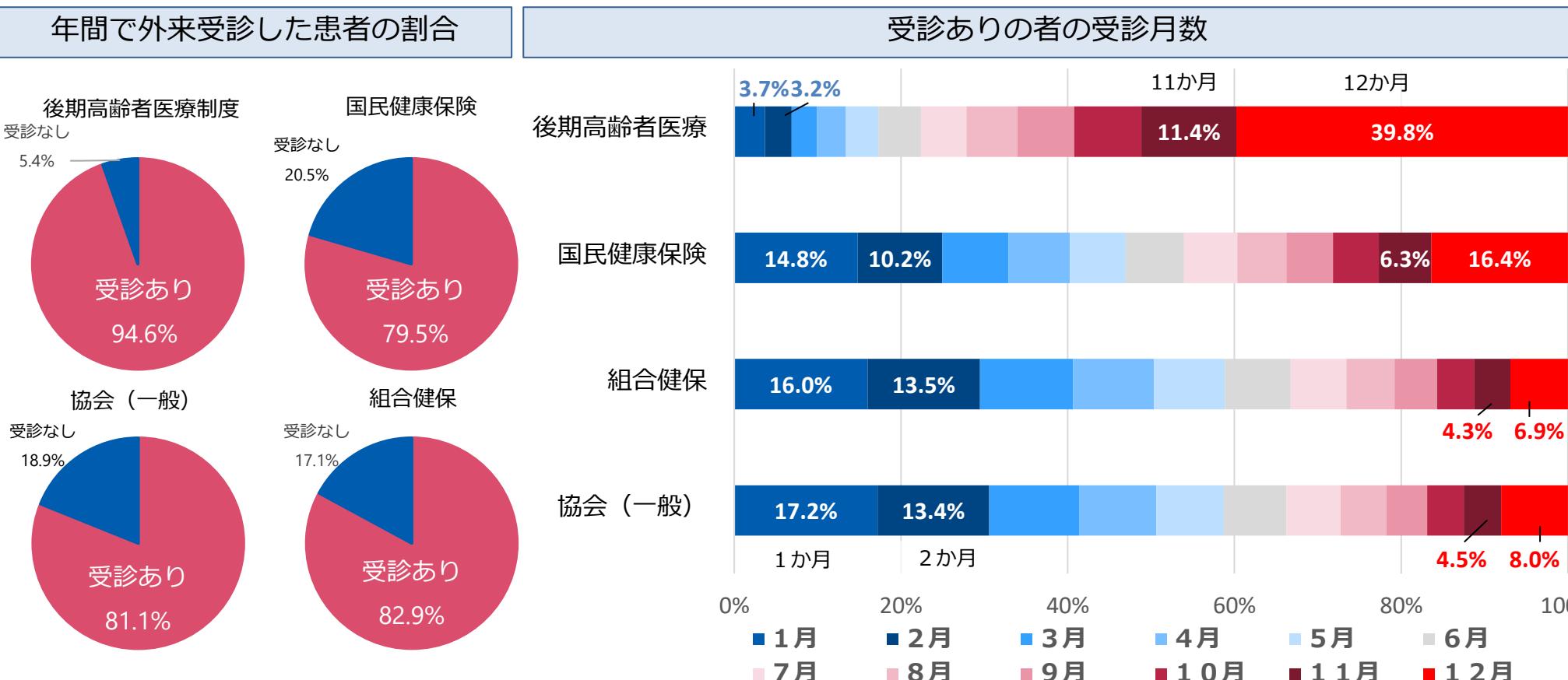
1人当たり日数（日）



出典：厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

# 外来の受診動向

- 外来診療を受けた者のうち受診月数が2月以下だったのは、被用者保険及び国民健康保険では約3割であるのに対し、後期高齢者医療は約1割。
- 後期高齢者医療では、外来受診者のうち約4割の者が毎月診療を受けている。



(出典) 医療給付実態調査（令和5年度）

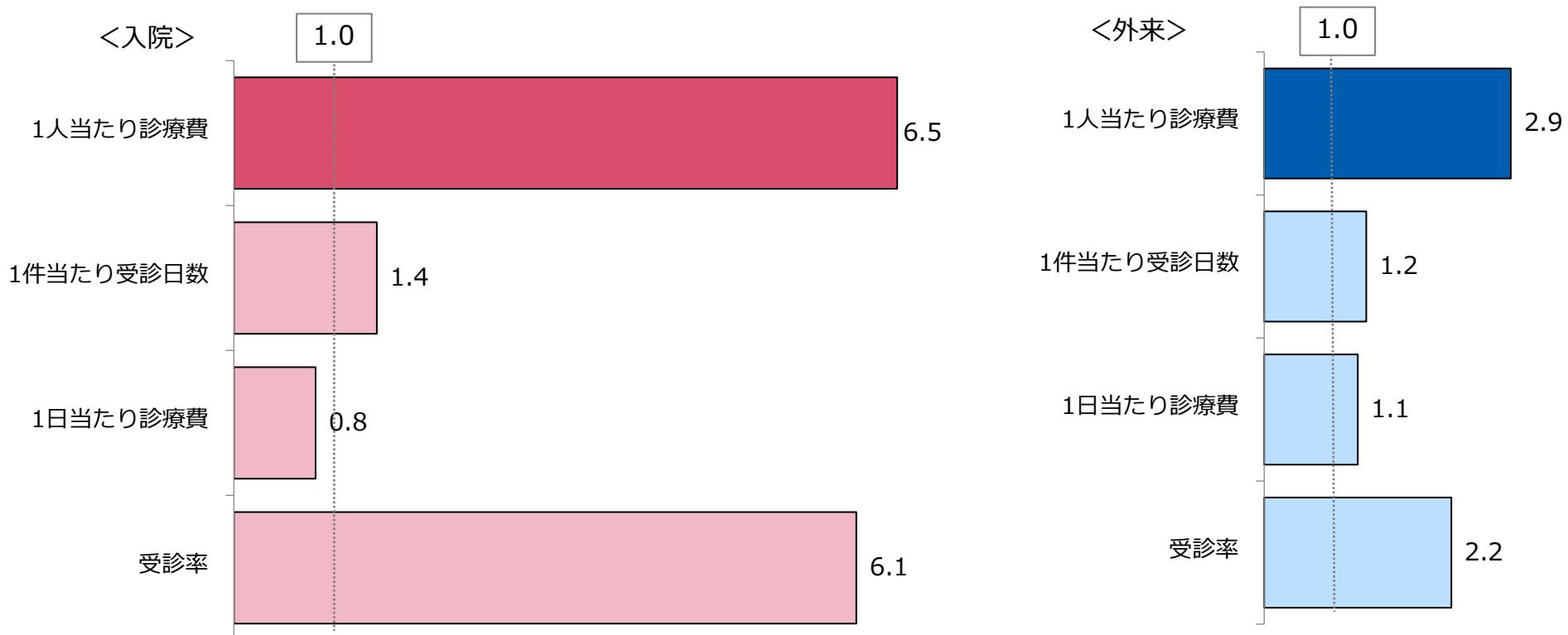
- (注) 1. 集計対象は、協会（一般）、組合健保、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入者である。
2. 同一医療保険制度内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして集計（「名寄せ」）したものから、令和5年度において1年間のうち外来を受診したことのある月の数を集計したもの。
3. 加入者数は、データの提出のあった保険者の加入者数の合計である。

# 後期高齢者の医療の特性

- 1人当たり診療費について比較すると、若人は約24.0万円、後期高齢者は約93.6万円であり、後期高齢者は若人の約3.9倍。
- 構成要素を比較すると、後期高齢者の受診率や1件当たり受診日数は若人より大きいが、1日当たり診療費をみてみると、外来は若人と同程度であり、入院は若人より小さい。

※ 1人当たり診療費 = 1件当たり受診日数 × 1日当たり診療費 × 受診率

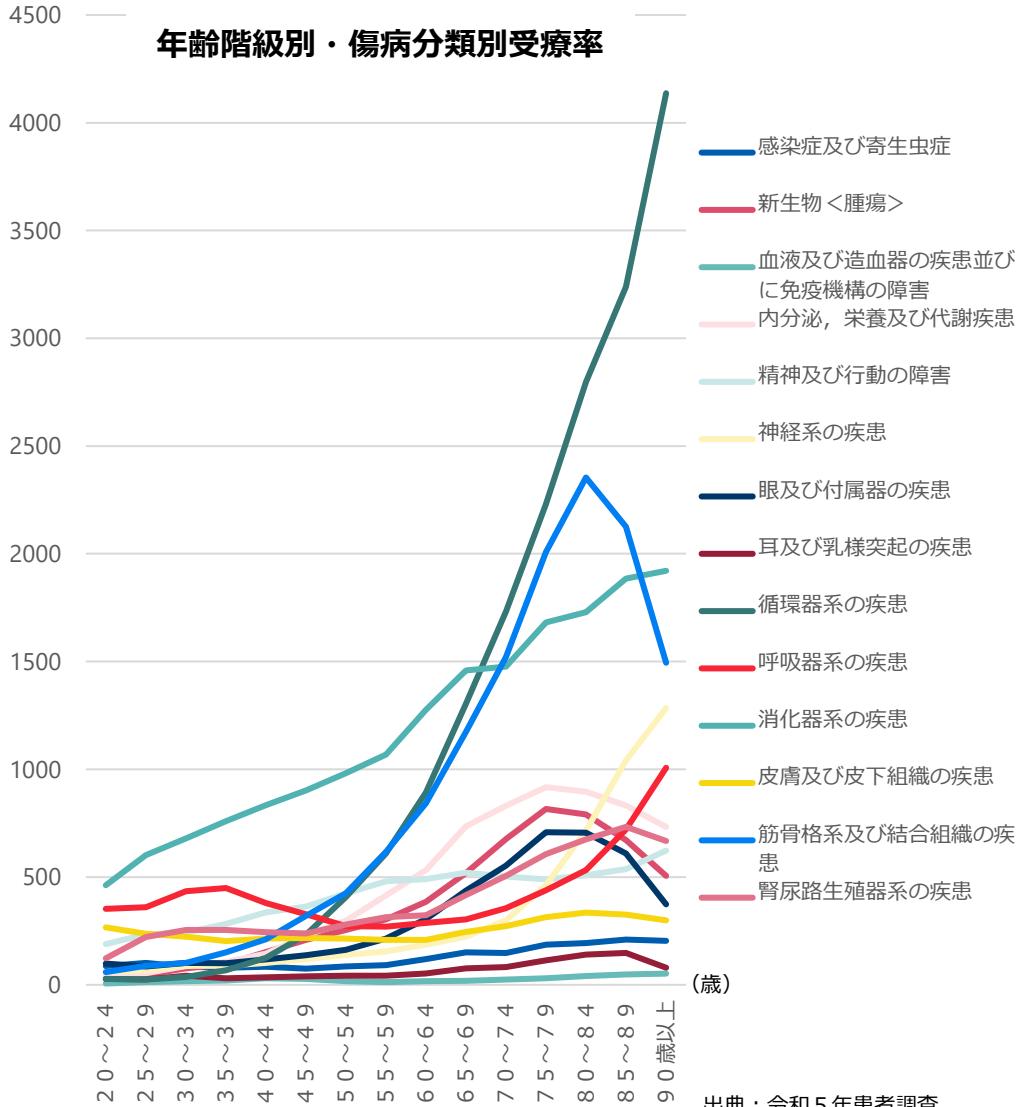
若人を1とした場合の後期高齢者の医療の値（倍）



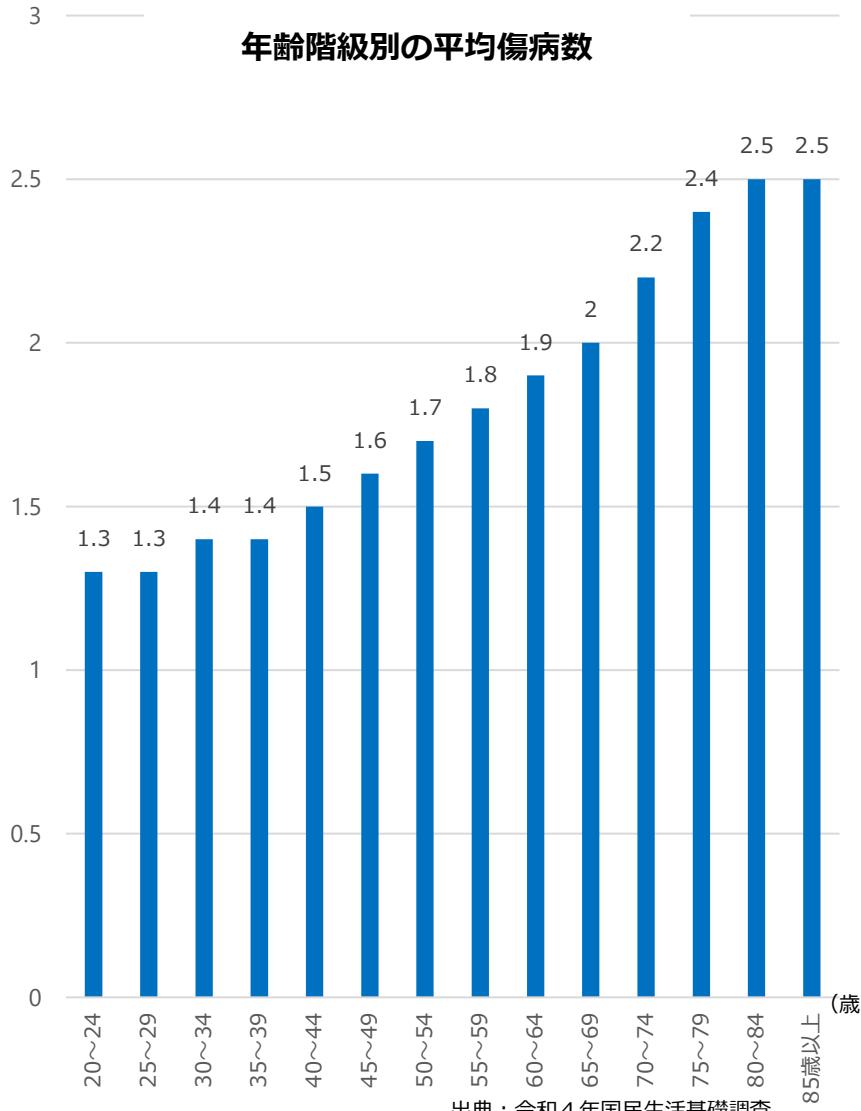
# 年齢階級別の傷病分類別受療率及び平均傷病数

- 年齢階級別の傷病分類別受療率をみると、特に循環器系疾患は、年齢が高くなるにつれて受療率の上昇が顕著。
- 年齢階級別の平均傷病数をみると、年齢が高くなるにつれ平均傷病数が増加。

(人) (人口10万人対)



出典：令和5年患者調査



出典：令和4年国民生活基礎調査

## 4. 高齢者の所得、負担の状況等

ひと、くらし、みらいのために

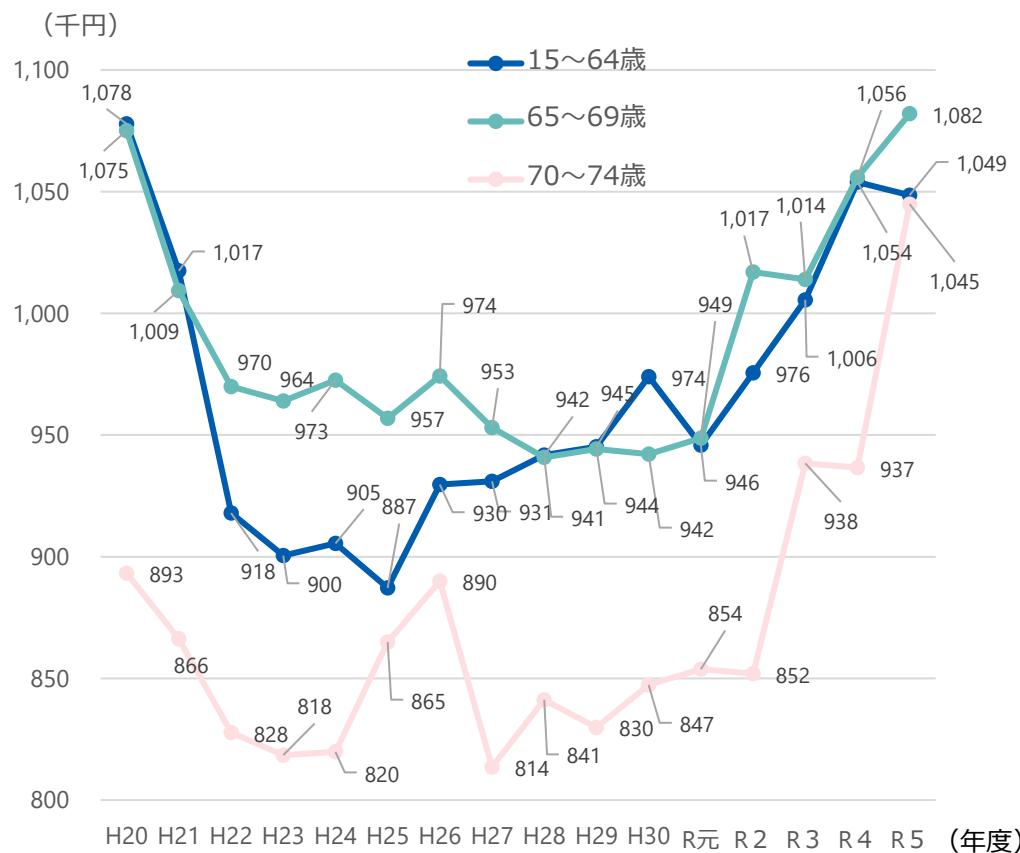


厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

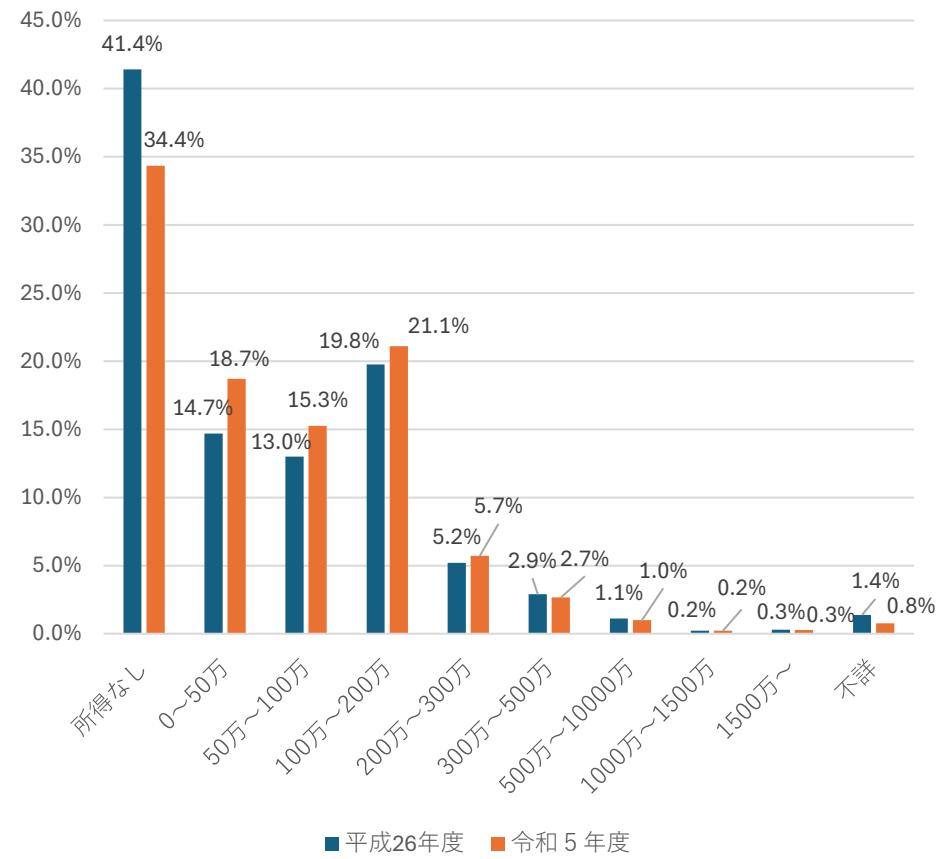
# 国民健康保険の被保険者一人当たり所得額の推移・所得分布

- 国保被保険者の一人当たり所得は近年増加傾向。
- 70～74歳の所得分布をみると、平成26年度と比較して「所得なし」が減少。

一人当たり所得の推移



70～74歳の所得分布（平成26年度と令和5年度）



※ 「所得」とは、収入から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除等を差し引く等して得られた所得（基礎控除前）をいう。

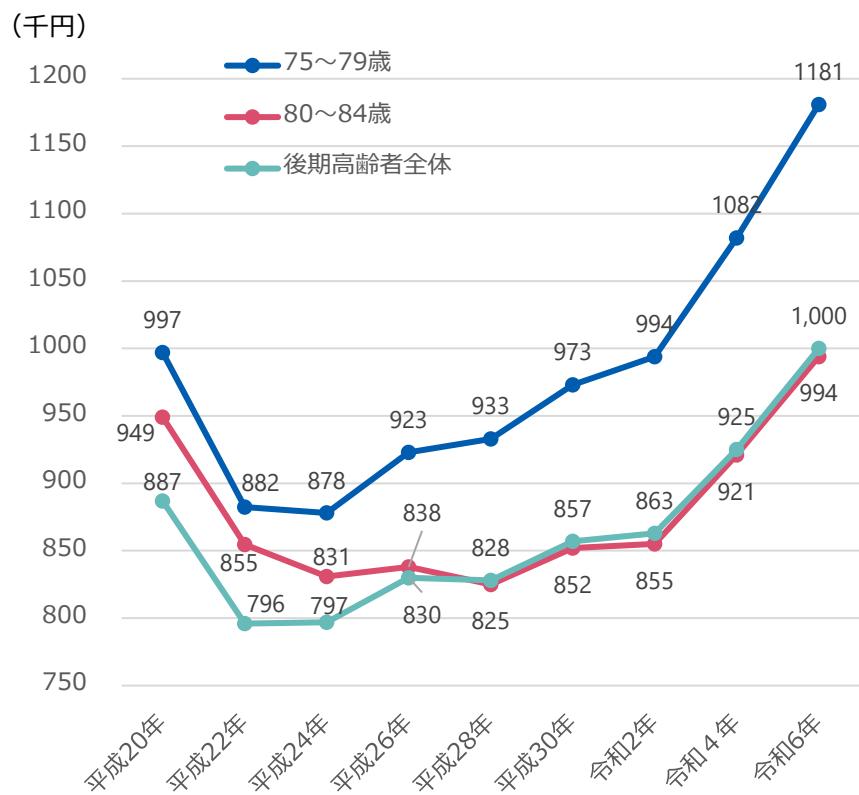
※ 令和2年度から令和3年度にかけては平成30年度税制改正による給与所得控除及び公的年金等控除の引き下げの影響に留意。

出典：厚生労働省「国民健康保険実態調査」

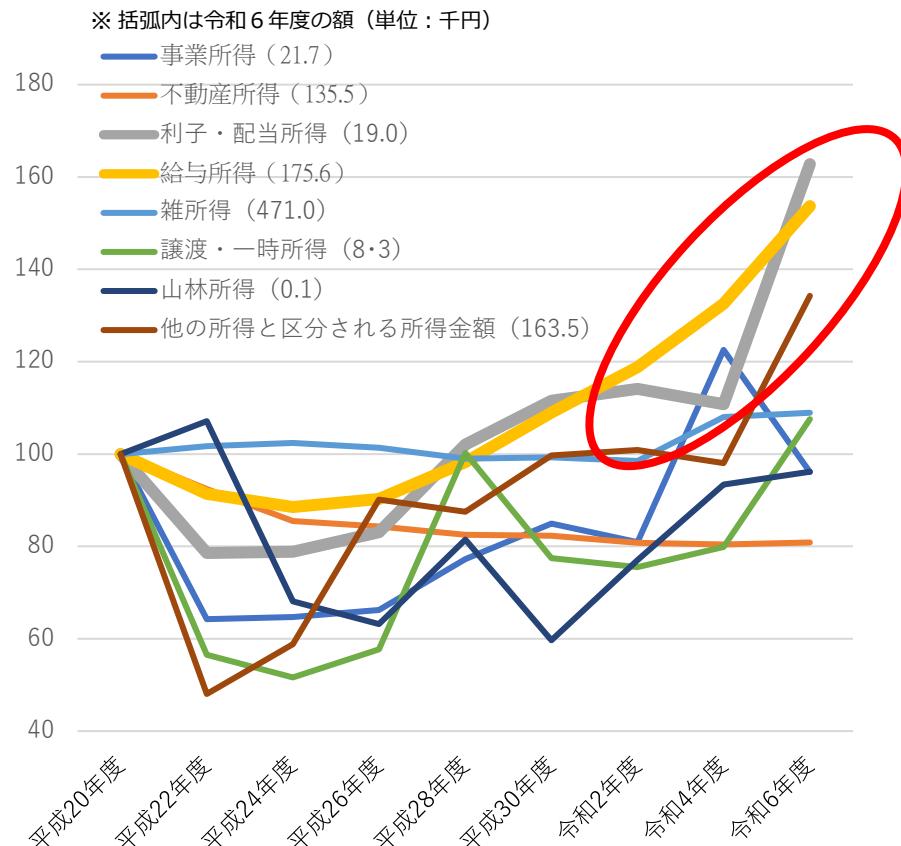
# 後期高齢者医療制度の被保険者一人当たり所得額の推移（平成20年度以降）

- 後期高齢者の一人当たり平均所得は増加傾向。特に75～79歳の所得が増加傾向。
- 一人当たり種類別所得の伸びをみると、「利子・配当所得」と「給与所得」が大きく伸びている。

後期被保険者一人当たり所得の推移



後期被保険者一人当たり種類別所得の伸びの推移  
(平成20年度 = 100)



※「利子・配当所得」は確定申告がされ保険料等の算定対象となっているものに限る。

※「他の所得と区分される所得」とは分離課税の所得を指し、土地や建物、株式の譲渡や先物取引などが含まれる。

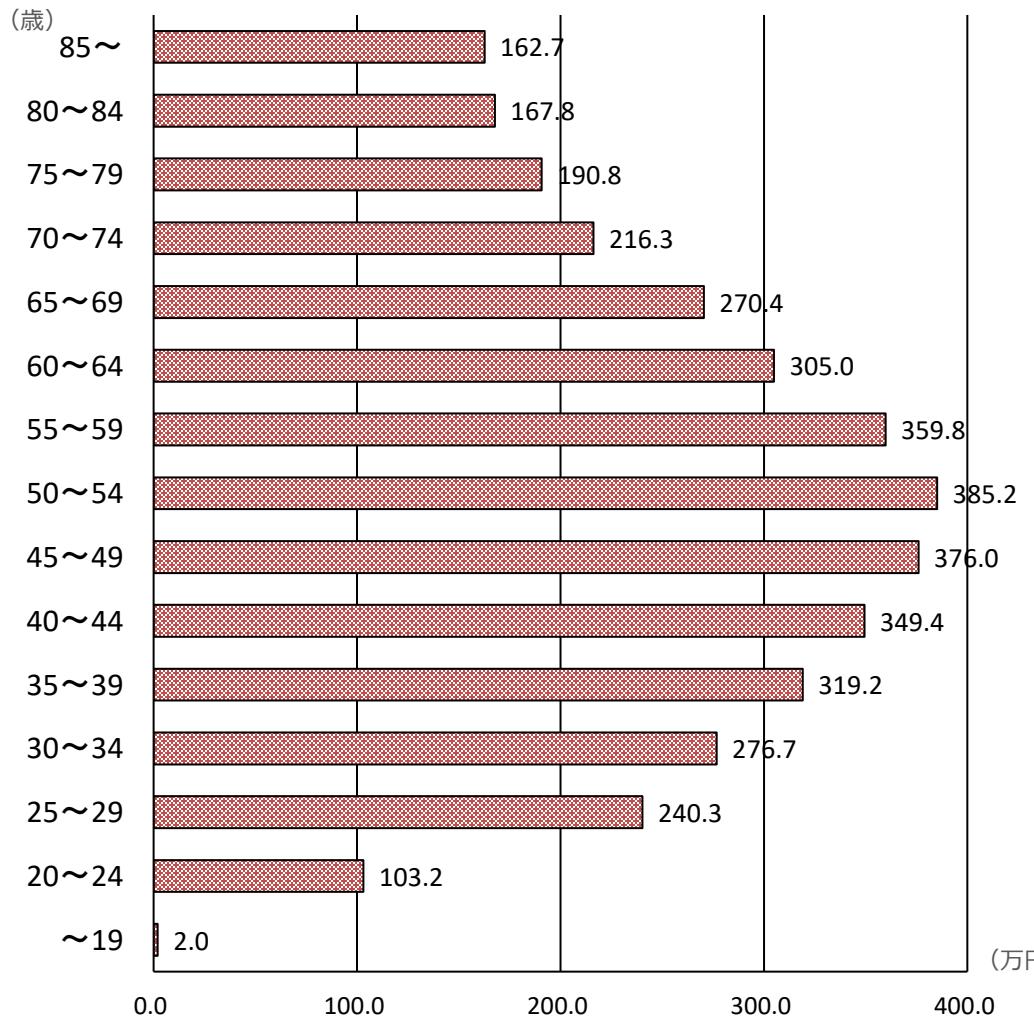
※「所得」とは、収入から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除等を差し引く等して得られた所得（基礎控除前）をいう。

※令和2年度から令和3年度にかけては平成30年度税制改正による給与所得控除及び公的年金等控除の引き下げの影響に留意。

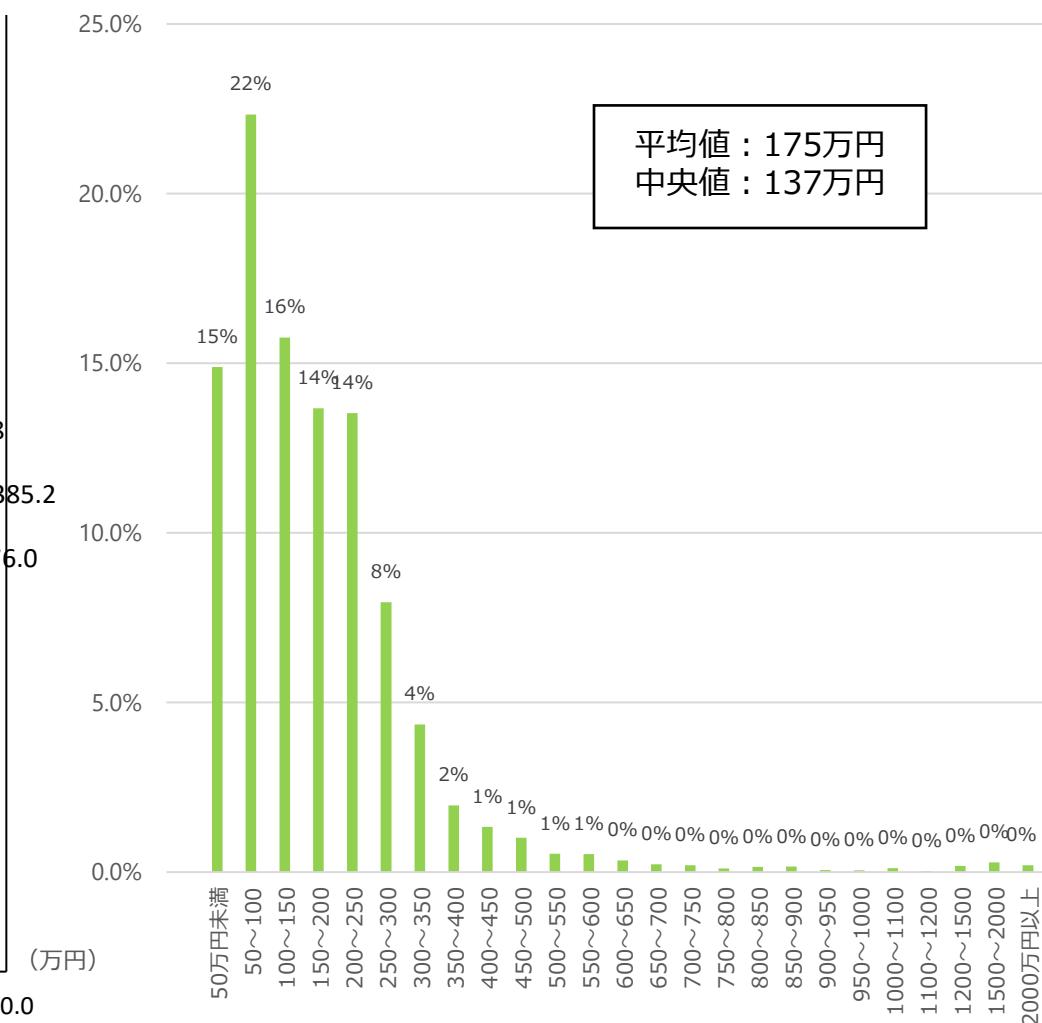
# 高齢者の収入の状況（2021年）

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

＜年齢階層別の平均収入＞



＜75歳以上個人の収入額の分布＞

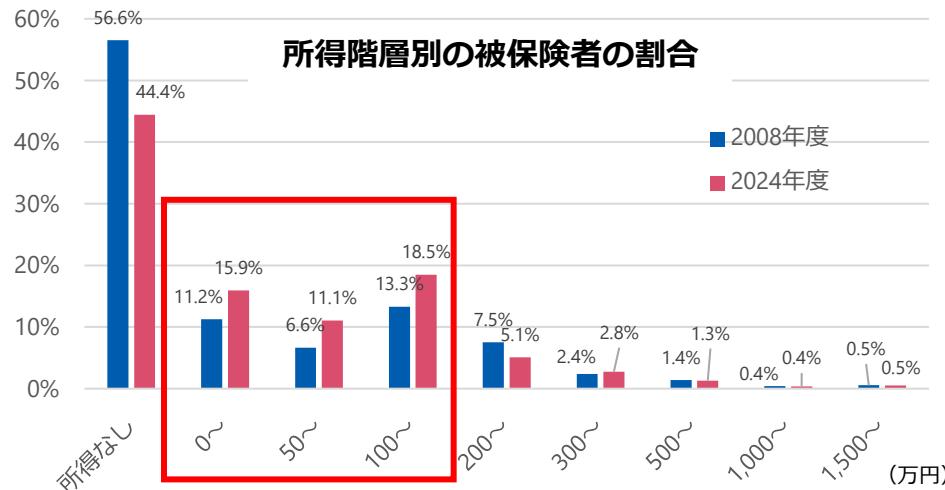


【出典】2022年（令和4年）国民生活基礎調査（抽出調査）

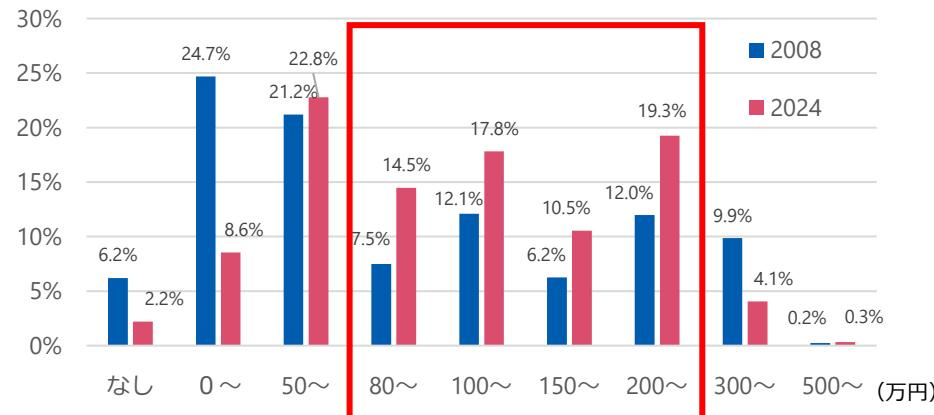
※「収入」は、給与収入、年金等については給与所得控除、公的年金等控除を適用する前の金額。（事業収入等に係る仕入原価や必要経費は差し引いている）

# 後期高齢者の所得等の状況（2008年度と2024年度の比較）

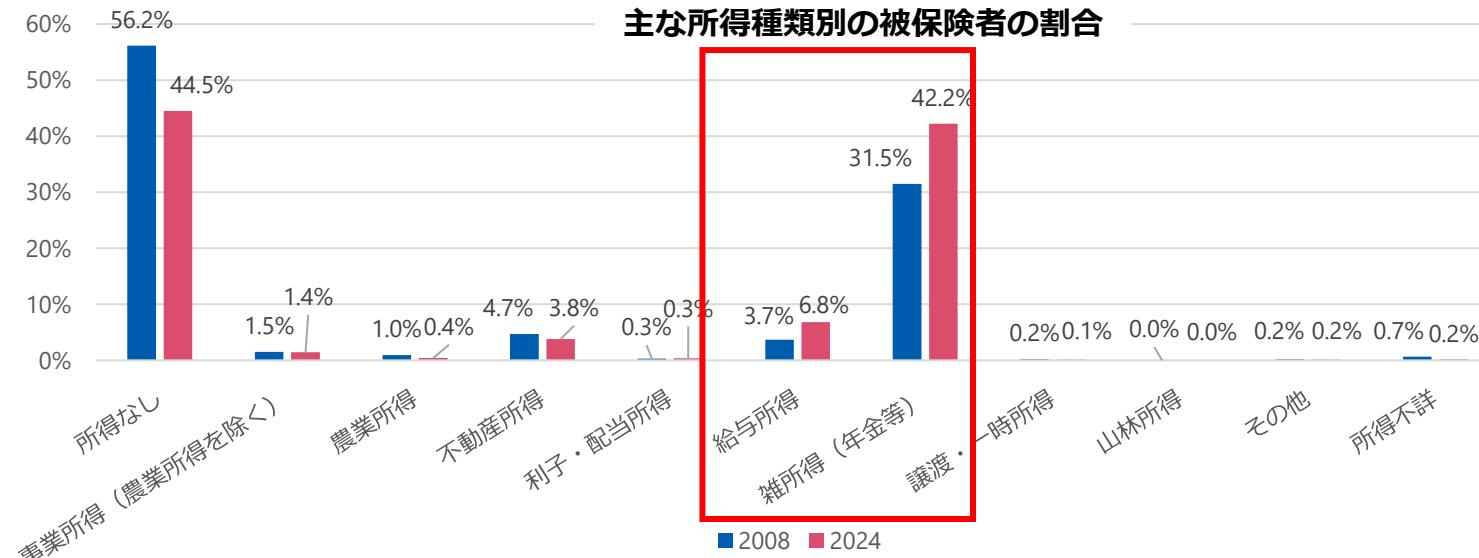
- 所得なしが減少し、所得200万円未満までの層が増加。また、年金収入80万円以上300万円未満の層が増加。
- 主な所得種類別の被保険者の割合をみると、「所得なし」が減少し、「給与所得」や「雑所得（年金等）」が増加。



### 年金収入階級別の被保険者の割合



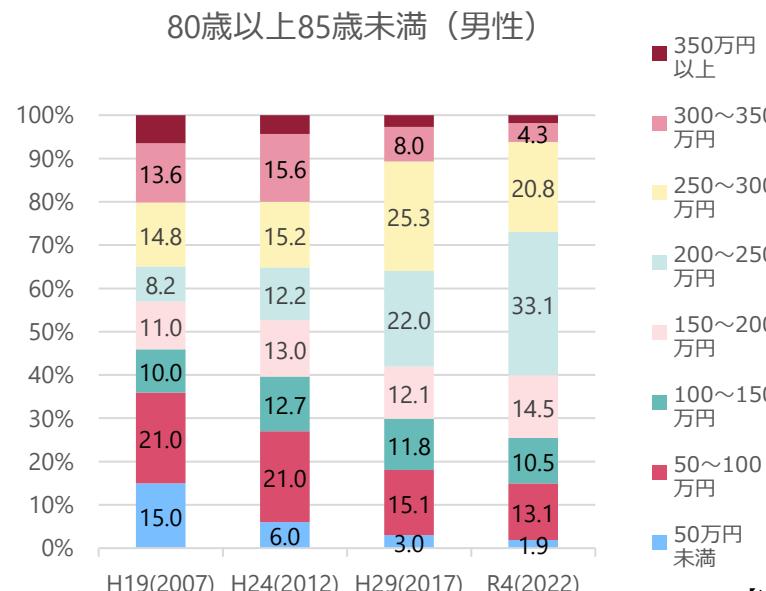
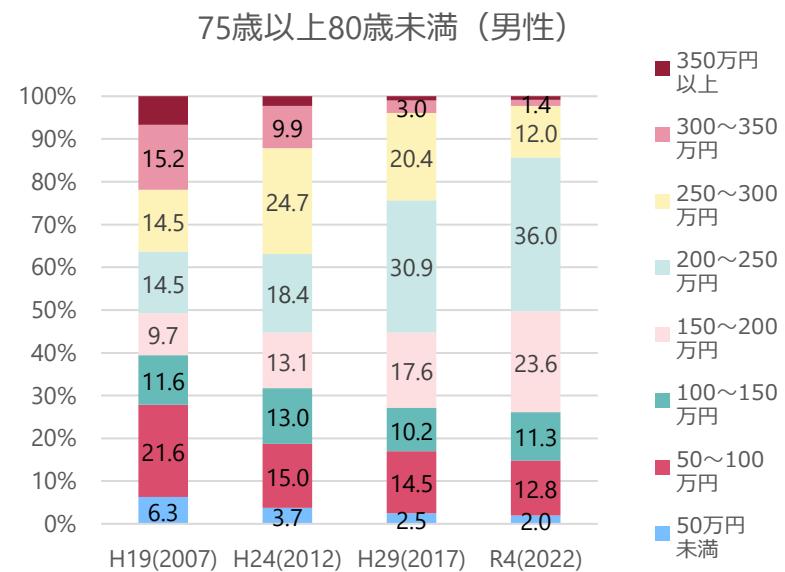
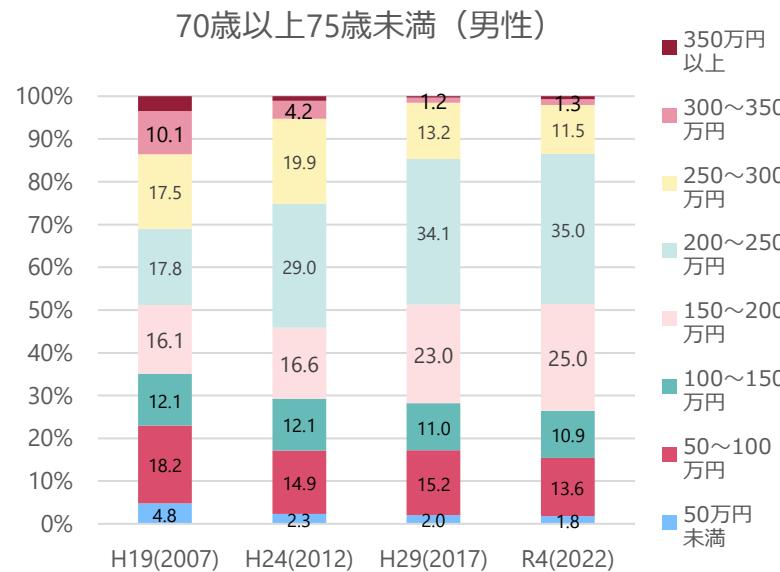
※「所得なし」は、必ずしも収入がないということではなく、収入から公的年金等控除等を差し引く等して得られた所得（基礎控除前所得）が無い被保険者をいう。



出典：厚生労働省「後期高齢者制度被保険者実態調査」※年金額には遺族年金・障害年金を含まない。

# 高齢者の公的年金受給額の分布（男性）

年金受給額が150万円以上の者の割合が増加。

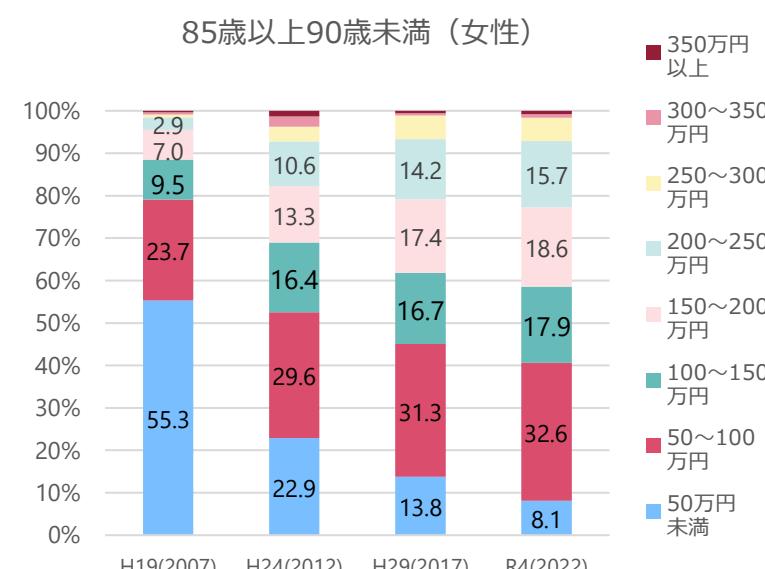
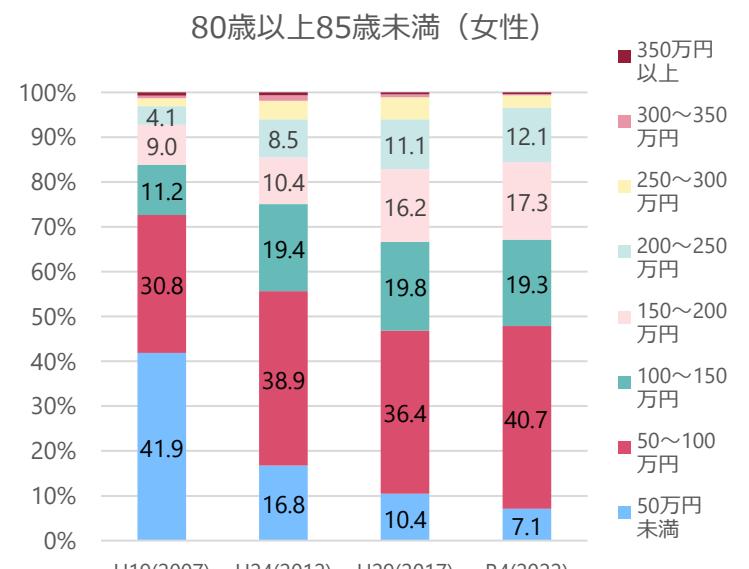
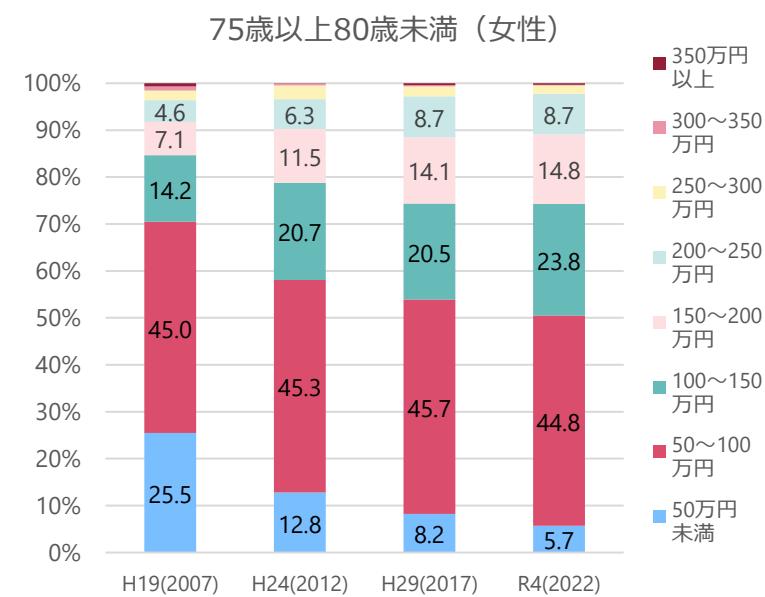
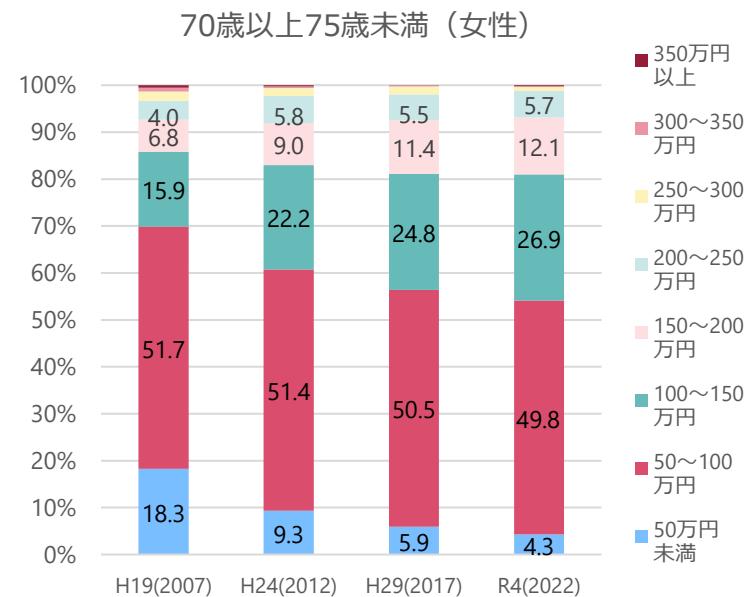


【出典】「年金制度基礎調査（老齢年金受給者実態調査）」を一部加工（受給者数/総数により算出、不詳除く）

※老齢年金受給者を調査の対象としている。なお、年金額には遺族年金・障害年金を含む。

# 高齢者の公的年金受給額の分布（女性）

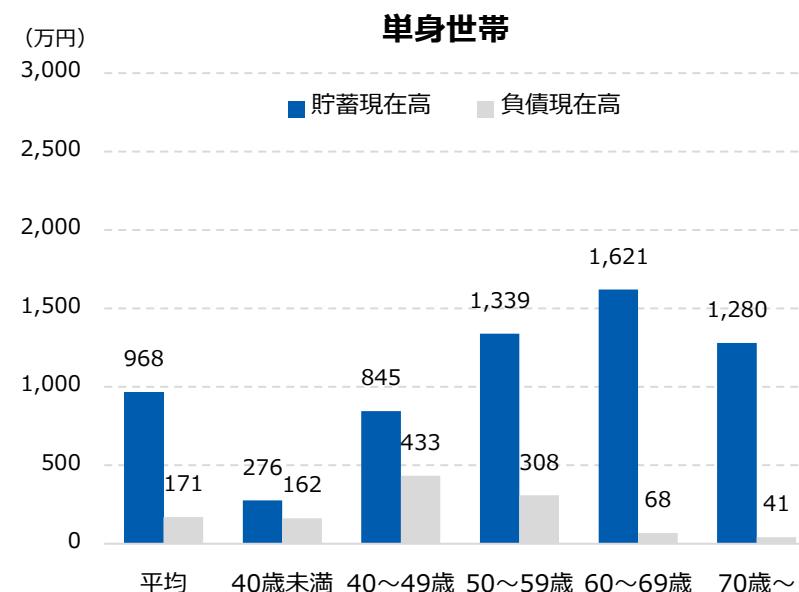
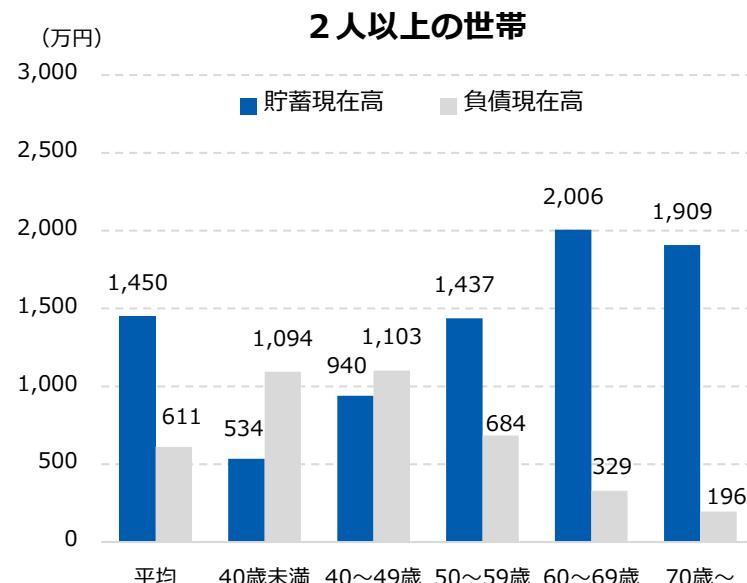
年金受給額が50万円未満の低年金の者の割合が減少。



【出典】「年金制度基礎調査（老齢年金受給者実態調査）」を一部加工（受給者数/総数により算出、不詳除く） ※老齢年金受給者を調査の対象としている。なお、年金額には遺族年金・障害年金を含む。

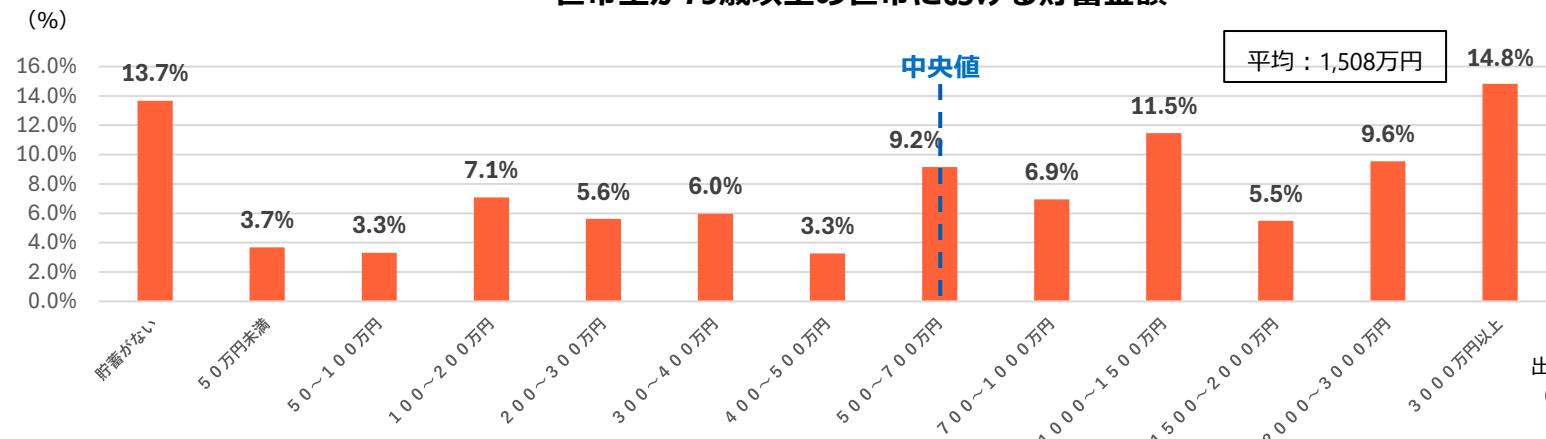
# 世帯主の年齢階級別貯蓄・負債現在残高

- 貯蓄現在高は、2人以上世帯・単身世帯とも60歳代をピークとする傾向、負債現在高は両者とも40歳代をピークとする傾向となっている。
- 世帯主が75歳以上の世帯の貯蓄金額の分布をみると、4割以上が1,000万円以上である一方、貯蓄がない世帯も13.7%存在する。



出典：総務省「2019年全国家計構造調査」

## 世帯主が75歳以上の世帯における貯蓄金額



出典：令和4年国民生活基礎調査  
(世帯数/総数による算出、不詳除く)

# 世帯主の年齢階級別の1世帯当たりの1ヶ月間の支出（2人以上世帯）

## 【勤労者世帯】

	2008年		2012年		2016年		2020年		2024年	
	65～69歳	70歳以上								
消費支出	299,381	282,949	293,530	291,231	280,089	259,309	293,783	254,993	310,457	279,179
非消費支出	55,773	53,941	54,042	59,818	61,426	47,183	64,742	48,573	75,674	41,457
(参考) 保健医療支出	14,428	11,249	17,680	20,708	15,594	14,307	17,842	14,754	16,910	16,467

(単位：円)

## 【無職世帯】

	2018年		2019年		2020年		2021年		2022年		2023年		2024年	
	70～74歳	75歳以上												
消費支出	252,654	219,742	256,315	222,574	242,579	213,303	239,704	210,024	249,589	220,810	268,095	234,521	269,015	242,840
非消費支出	30,889	26,461	32,745	30,021	33,611	29,597	33,982	29,367	33,622	29,679	34,959	29,846	34,824	30,558
(参考) 保健医療支出	15,268	14,368	16,844	15,171	16,497	15,079	16,227	15,105	15,909	15,461	16,114	15,544	17,540	17,280

(単位：円)

「消費支出」：いわゆる生活費のことであり、日常の生活を営むに当たり必要な商品やサービスを購入して実際に支払った金額

「非消費支出」：税金や社会保険料など原則として世帯の自由にならない支出

「保健医療支出」：医薬品、健康保持用摂取品、保健医療用品・器具、保健医療サービス

出典：家計調査

## 世帯主の年齢階級別の家計の1ヶ月間の消費支出の内訳（2人以上世帯）

現役世代の世帯と高齢者の世帯の家計の消費支出の内訳を比較すると、特に「教育」などにおいて、現役世代の世帯のほうが高齢者の世帯よりも支出額が大きい。

	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳～
消費支出	308,628	349,705	361,588	351,406	270,572	256,770	233,014	228,448
食料	90,671	92,762	92,893	91,243	82,401	80,153	73,250	73,186
住居	18,188	17,420	17,915	18,169	14,768	16,189	15,077	20,022
光熱・水道	21,455	22,950	24,278	23,601	24,114	23,497	22,875	22,588
家具・家事用品	12,520	12,459	12,822	13,224	11,916	12,343	11,068	9,061
被服及び履物	13,181	13,903	13,237	11,222	6,805	5,848	5,174	4,538
保健医療	12,234	13,517	13,203	14,147	17,358	17,146	16,233	19,162
交通・通信	42,300	51,162	54,900	48,995	35,250	27,132	23,826	19,124
教育	19,367	34,542	33,808	21,346	175	540	578	37
教養娯楽	35,760	35,800	30,539	34,158	26,473	24,291	20,477	17,662
その他の消費支出	42,952	55,189	67,993	75,302	51,311	49,632	44,456	43,069

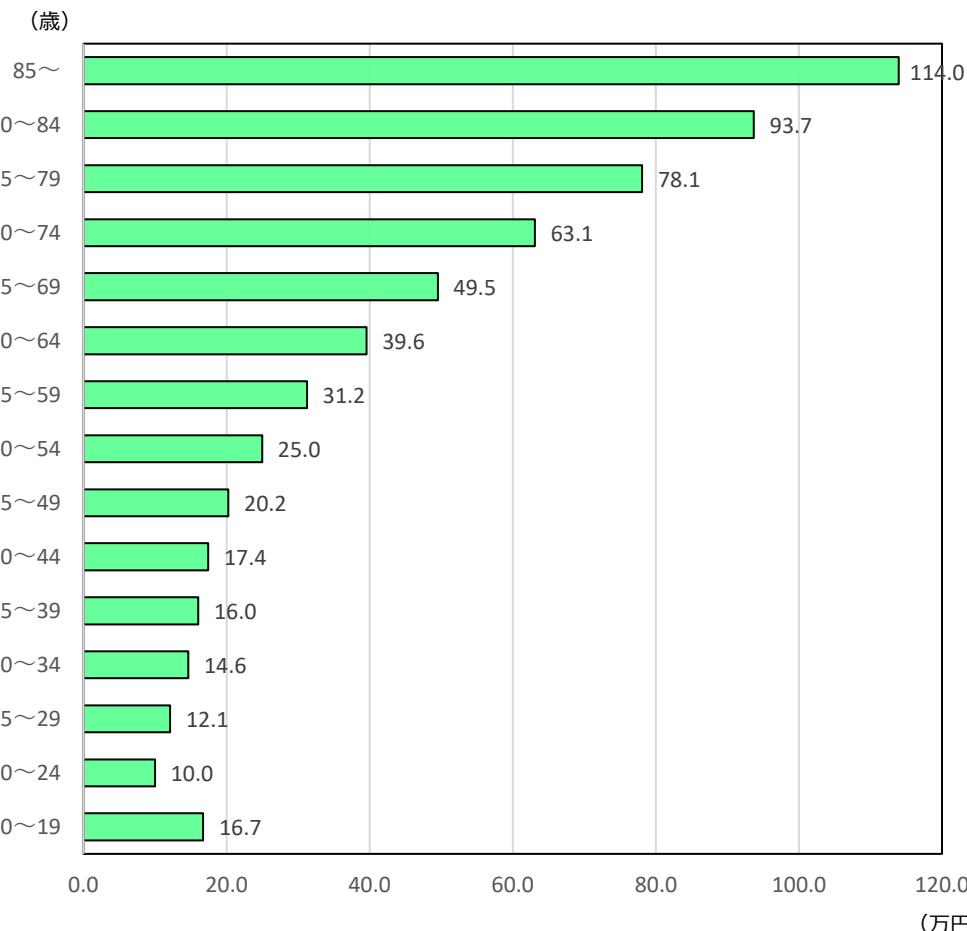
※教育：授業料等、教科書・学習参考教材、補習教育

(単位：円)

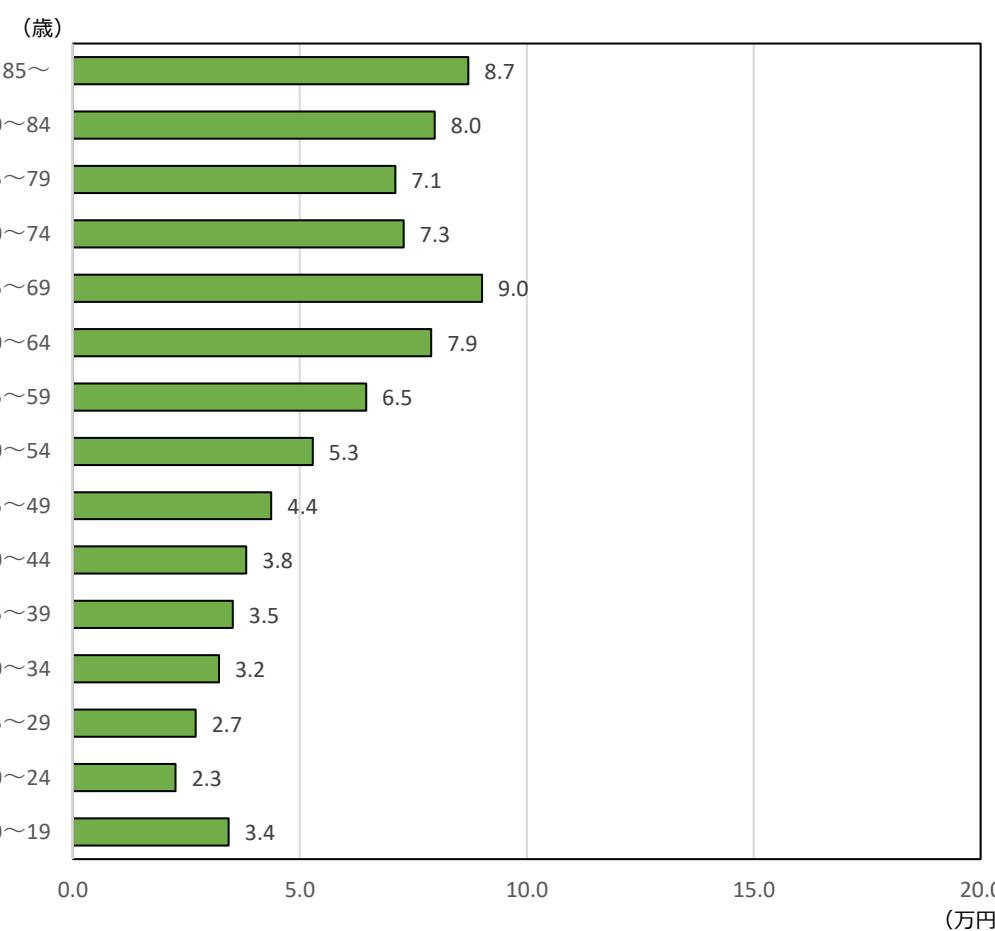
# 年齢階級別一人当たり医療費と自己負担額（令和5年度）

- 高齢になるにつれて一人当たり医療費は高くなるが、一人当たり自己負担額のピークは60代後半。
- 70代以降は、医療費は高額になるにもかかわらず、一人当たり自己負担額は低く抑えられている。

年齢別階級別一人当たり医療費



年齢階級別一人当たり自己負担額



出典：令和5年度の各医療保険制度の事業状況や医療給付実態調査等を用いて推計

## 5. 論点

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

## 【「現役並み所得」の判断基準を巡る状況】

- 「現役並み所得」の判断基準は、平成16年度の政管健保の平均標準報酬月額に基づく平均収入額から、夫婦2人世帯をモデルとした諸控除を差し引いて算出した課税所得要件と、課税所得を元に高齢者の総収入に換算した収入要件を設けている。
- 「現役並み所得」の判断基準は平成18年以降見直されておらず、過去医療保険部会で議論を行ったが、
  - ・ 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）の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などから、引き続き検討することとされた。
- 賃金や物価が上昇している局面においては、単純に基準額を更新すると、「現役並み所得」の判断基準の金額が上がることとなる。
- また、収入要件（総収入）の金額については、年金収入と給与収入の両方を有する高齢者世帯をモデルとして設定し、高い控除額が反映されており、現役世代との公平性等に係る指摘がある。

## 【高齢者の自己負担を巡る状況】

- 高齢者は一般的に、若年世代と比較し、所得が低い一方で医療費が高い傾向にあるとされており、窓口負担割合について、70～74歳は原則2割、75歳以上は原則1割とされている。高額療養費制度においても、外来特例などにより、一部70歳未満よりも負担が低く抑えられている。
- 年齢階級別の人当たり医療費と人当たり自己負担額をみると、高齢になるにつれ人当たり医療費は高くなるが、人当たり自己負担額は60代後半をピークに70代以降は低く抑えられており、人当たり医療費と自己負担額の逆転が生じている。
- 高齢者の状態像について、過去との比較や現役世代との比較でみてみると、
  - ・ 高齢者の受診状況等は改善傾向にある。一方、現役世代と比較すると、医療にかかる頻度が高く、日常的に受診している方も多い。
  - ・ 所得が低い層や年金受給額が低い層も一定数存在する。一方、全体に占める割合は低下傾向にあり、高齢者全体でみると所得は増加・多様化している。といった傾向が確認できる。



- 「現役並み所得」の判断基準を見直す場合には、賃金や物価上昇、税制等を踏まえた時点更新のみではなく、基準設定の在り方 자체を見直す必要があるのではないか。
- 「現役並み所得」の判断基準を見直す場合、
  - ・ 現役並み所得を有する後期高齢者の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となつており、現役世代の支援金と公費の取扱いの在り方に係る課題があること
  - ・ 新たに「現役並み」に該当することとなる高齢者については、窓口負担割合が3割となることに加え、高額療養費制度の区分も上がり個人の負担が増加すること
- を踏まえた検討が必要。

これらの課題を踏まえ、「現役並み所得」の判断基準を含む高齢者の自己負担の在り方について、どのような対応が考えられるか。
- 高額療養費制度の在り方に関する専門委員会において、「高額療養費制度だけではなく、他の改革項目も含め、医療保険制度改革全体の中で全体感を持って議論していくことが必要」とされたことを踏まえ、高齢者の窓口負担割合の在り方についてどのように考えるか。
- 高額療養費は高額な医療や長期の療養が必要な場合のセーフティネット、窓口負担は受益に応じて負担する仕組みと考えられるが、それぞれの制度の役割分担をどのように考えるか。
- 高齢者の自己負担の在り方を検討していくに当たっては、高齢者の受診の状況等は様々であり、経済状況も多様であることを踏まえ、どのような見直しが考えられるか。



ひと、暮らし、みらいのために  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# 世代内、世代間の公平の更なる確保による全世代型社会保障の構築の推進

(医療保険における金融所得の勘案について)

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

# 1. これまでの主な指摘等

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# 金融所得の勘案についての医療保険部会での議論

## 社会保障審議会医療保険部会「議論の整理」（令和4年12月15日）

（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こと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。

## 全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）（令和5年12月22日閣議決定）

### 2. 医療・介護制度等の改革

＜② 「加速化プラン」の実施が完了する2028年度までに実施について検討する取組＞  
(能力に応じた全世代の支え合い)

#### ◆ 医療・介護保険における金融所得の勘案

- ・ 国民健康保険制度、後期高齢者医療制度及び介護保険制度における負担への金融所得の反映の在り方について、税制における確定申告の有無による保険料負担の不公平な取扱いを是正するため、どのように金融所得の情報を把握するかなどの課題も踏まえつつ、検討を行う。

#### ◆ 医療・介護保険における金融資産等の取扱い

- ・ 預貯金口座へのマイナンバー付番の状況等を踏まえつつ、資産運用立国に向けた取組や国民の安定的な金融資産形成の促進などにも配慮しながら、医療・介護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検討を行う。介護保険の補足給付の仕組みがあるところ、医療保険では、保険給付と補足給付の仕組みの差異や、加入者数が多く保険者等の事務負担をどう考えるかといった指摘があることも踏まえ、検討を行う。

# 三党合意、骨太方針2025、連立政権合意書における金融所得勘案の記載

## 自由民主党・公明党・日本維新の会 合意（令和7年6月11日署名）

### 現役世代に偏りがちな構造の見直しによる応能負担の徹底

医療・介護保険における負担への金融所得の反映の在り方について、現役世代に負担が偏りがちな構造の見直しの観点から、税制における確定申告の有無により負担等が変わる不公平な取扱いを是正する必要がある。保険者が金融機関等からの情報を基に確定申告されていない金融所得を負担の公平性の観点から反映させる方法などが考えられるが、税制における金融所得に係る法定調査の現状も踏まえつつ、マイナンバーの記載や情報提出のオンライン化等の課題、負担等の公平性、関係者の事務負担等に留意しながら、どのように金融所得の情報を反映させるかを含め、具体的な制度設計を進める。年齢に関わらず負担能力に応じた負担を目指す観点から、現役世代から後期高齢者への支援金負担の軽減に配慮する。

## 経済財政運営と改革の基本方針2025（令和7年6月13日閣議決定）

### 第3章 中長期的に持続可能な経済社会の実現

#### 2 (1) 全世代型社会保障の構築

持続可能な社会保障制度のための改革を実行し、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を実現するため、OTC類似薬の保険給付の在り方の見直し<sup>208</sup>や、地域フォーミュラリの全国展開<sup>209</sup>、新たな地域医療構想に向けた病床削減<sup>210</sup>、医療DXを通じた効率的で質の高い医療の実現、現役世代に偏りがちな構造の見直しによる応能負担の徹底<sup>211</sup>、がんを含む生活習慣病の重症化予防とデータヘルスの推進などの改革について<sup>212</sup>、引き続き行われる社会保障改革に関する議論の状況も踏まえ、2025年末までの予算編成過程で十分な検討を行い、早期に実現が可能なものについて、2026年度から実行する。

<sup>211</sup> 医療・介護保険における負担への金融所得の反映に向けて、税制における金融所得に係る法定調査の現状も踏まえつつ、マイナンバーの記載や情報提出のオンライン化等の課題、負担の公平性、関係者の事務負担等に留意しながら、具体的な制度設計を進める。

## 自由民主党・日本維新の会 連立政権合意書（令和7年10月20日署名）

### 二. 社会保障政策

「OTC類似薬」を含む薬剤自己負担の見直し、金融所得の反映などの応能負担の徹底など、令和7年通常国会で締結したいわゆる「医療法に関する3党合意書」および「骨太方針に関する3党合意書」に記載されている医療制度改革の具体的な制度設計を令和7年度中に実現しつつ、社会保障全体の改革を推進することで、現役世代の保険料率の上昇を止め、引き下げていくことを目指す。

## 2. 医療保険における負担能力の把握について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# 保険料・負担割合等に勘案される所得

- 後期高齢者医療・国民健康保険においては、市町村民税の所得情報を基に保険料や負担割合等の計算を行っている。
- 非課税所得や源泉徴収で課税関係が終了する金融所得、金融資産等は勘案されていない。

勘案される所得の種類	具体例
事業所得	小売業・卸売業・製造業・サービス業など農業以外の事業からの所得
農業所得	農業からの所得
不動産所得	家賃・地代、船舶や航空機などの不動産の貸付による所得
利子・配当所得	非上場株式の配当・譲渡益、公社債の利子、確定申告した場合の上場株式の配当・譲渡益、特定公社債の利子(総合課税分)など
給与所得	給与
雑所得	公的年金(遺族年金、障がい年金など非課税年金を除く)、私的年金、原稿料・印税・講演料・謝礼など
譲渡・一時所得	土地・建物などの資産を譲渡した際の所得、生命保険の受取金、当選金など
山林所得	山林を伐採したこと等により生ずる所得
他の所得と区別される所得	分離課税として確定申告された土地・建物や株式等の譲渡所得など

- 保険料・負担割合等に勘案されない所得等として、
  - ・ 源泉徴収で課税関係が終了する上場株式の配当・譲渡益、特定公社債の利子など
  - ・ 源泉分離課税の預貯金利子など
  - ・ 非課税(NISA)口座の金融所得
  - ・ 金融資産(預貯金、有価証券等)
  - ・ 遺族年金・障害年金などの非課税年金

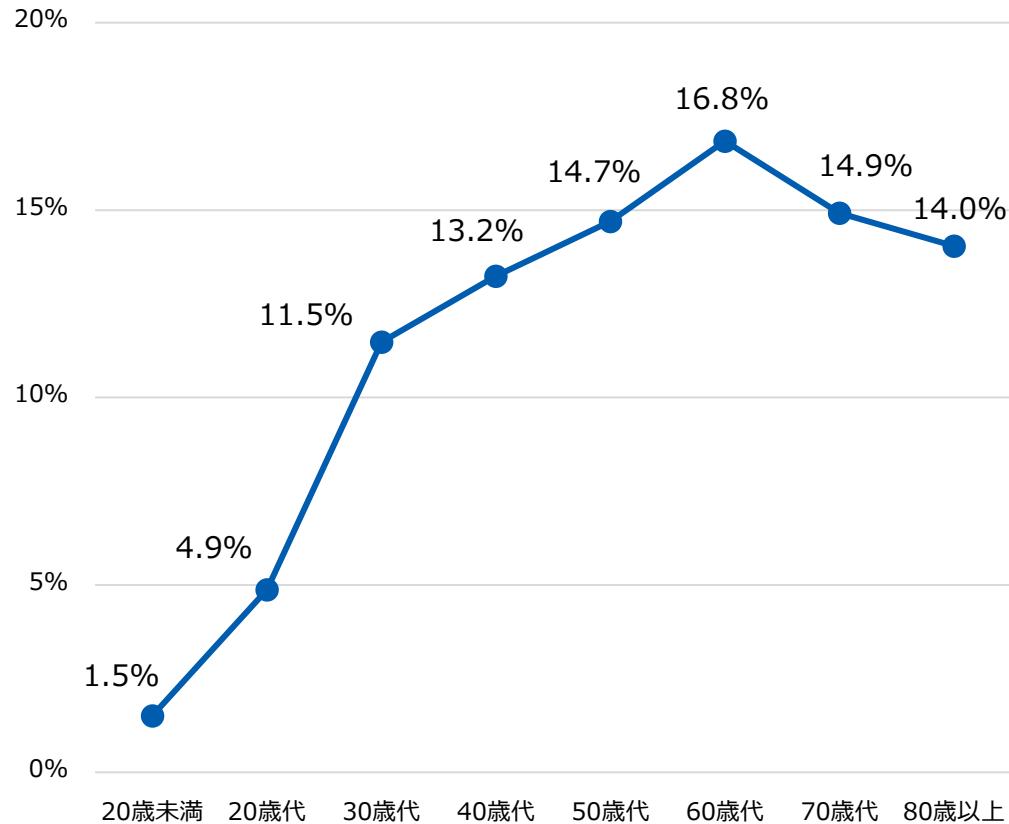
などがある。

※ これらの所得や資産は、市町村民税の所得情報を用いる医療保険や介護保険では原則として把握・勘案されていないが、介護保険の補足給付においては、本人からの自己申告により預貯金等の資産を確認し給付の判定に用いる仕組みを設けている(非課税年金は年金保険者から市町村への情報連携により確認)。

## 個人株主の状況

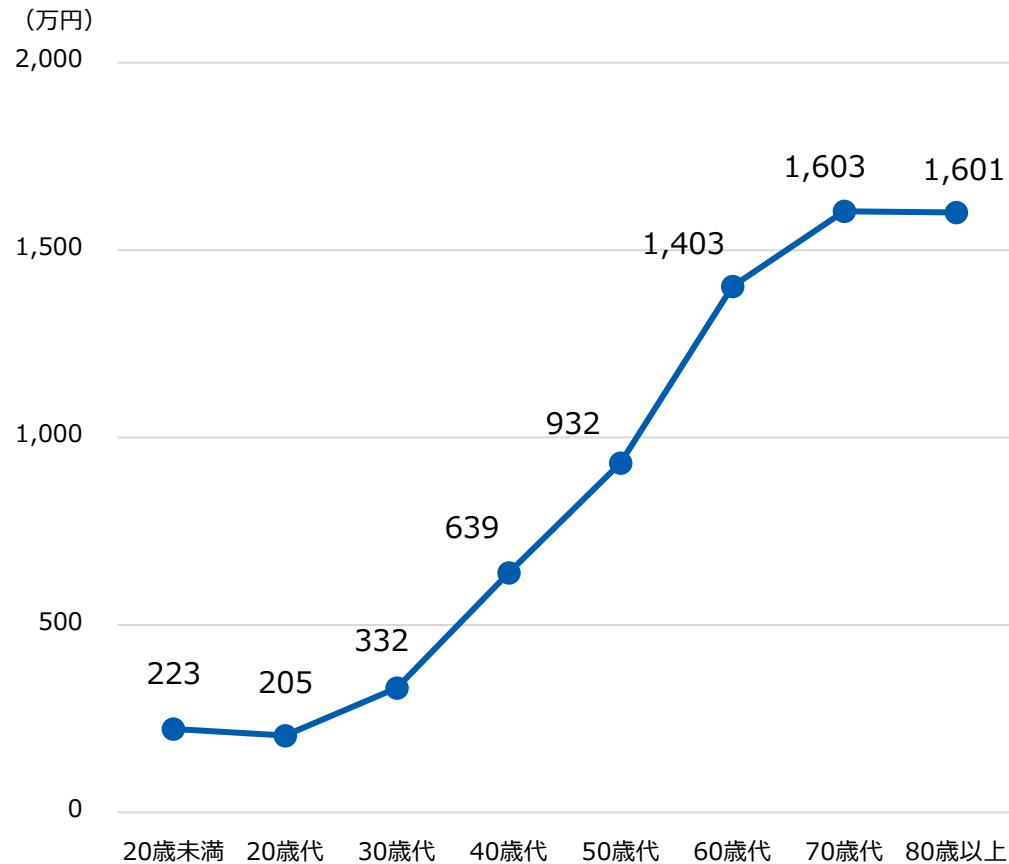
- 人口に占める個人株主の割合は、30代以上で10%を超えるが高い年代でも10%台半ば程度にとどまる。
- 一人当たり上場株式保有額は年齢に比例して増加し、70歳代以上になると1600万円程度となる。

年齢階級別の人団に占める個人株主の割合



出典：証券保管振替機構 年齢別株主数分布状況（6か月累計：2024年11月～2025年4月）、  
総務省統計局「人口推計」（2025年4月確定値）  
より厚生労働省保険局において作成

株式保有者の年齢階級別一人当たり上場株式保有額

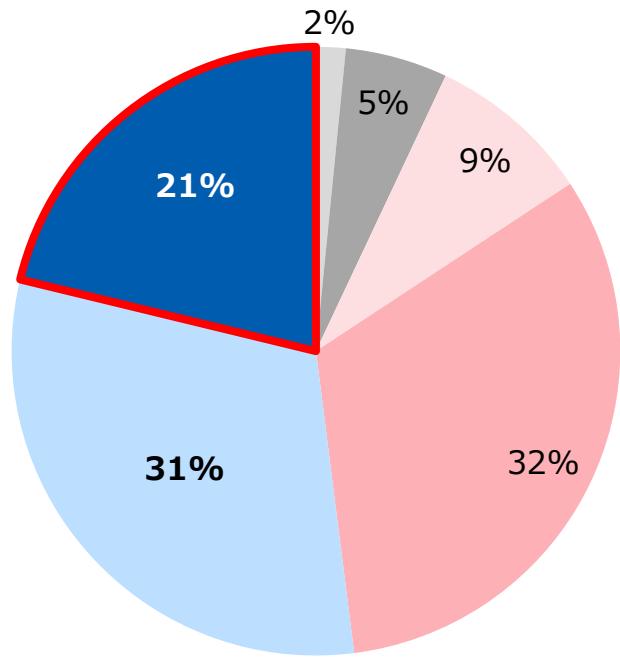


出典：証券保管振替機構 年齢別株主数分布状況、  
年齢別株式保有金額分布状況（6か月累計：2024年11月～2025年4月）  
より厚生労働省保険局において作成

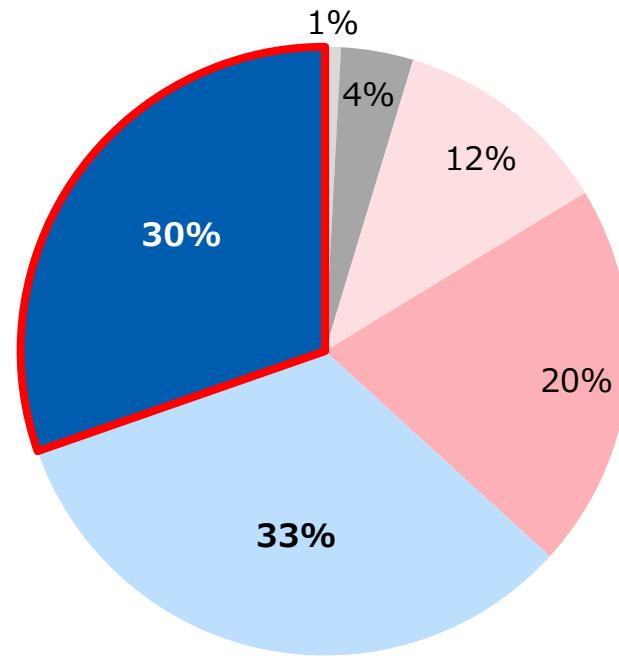
## 世帯主の年齢階級別 利子・配当金シェア（2人以上の世帯）

- 世帯主の年齢階級別の利子・配当金シェアは、2009年と比較して2019年は65歳以上の高齢者で増加（52%→63%）。
- 特に75歳以上において増加している（21%→30%）。

利子・配当金シェア（2009年）



利子・配当金シェア（2019年）



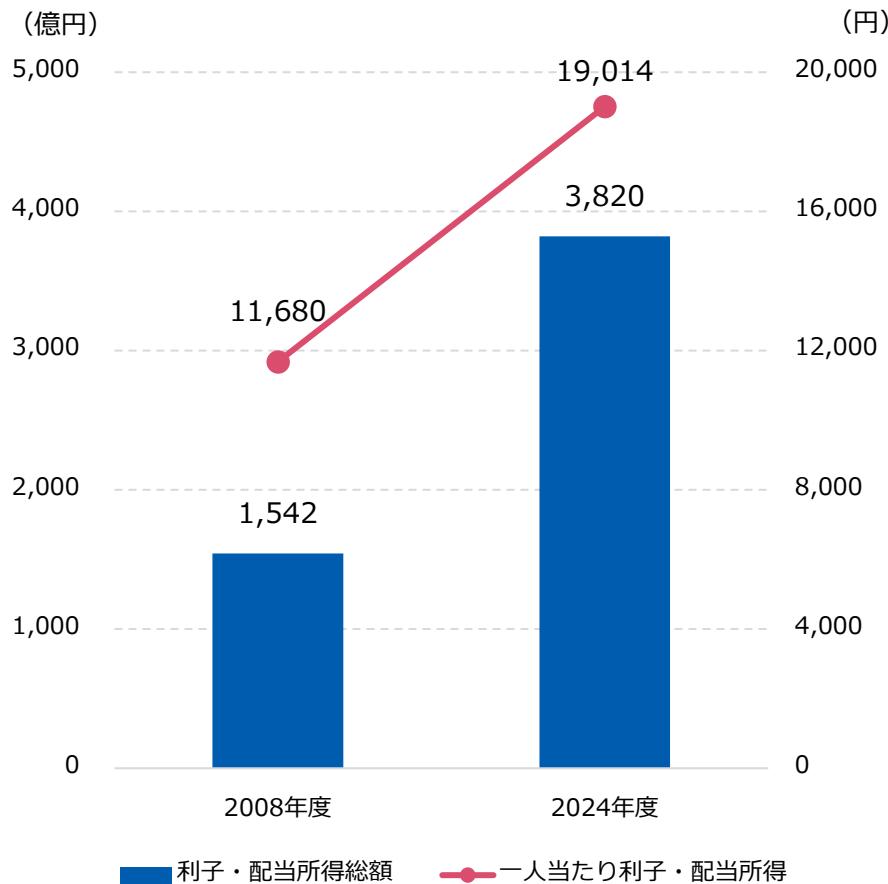
■ 35歳未満 ■ 35~44歳 ■ 45~54歳  
■ 55~64歳 ■ 65~74歳 ■ 75歳以上

■ 35歳未満 ■ 35~44歳 ■ 45~54歳  
■ 55~64歳 ■ 65~74歳 ■ 75歳以上

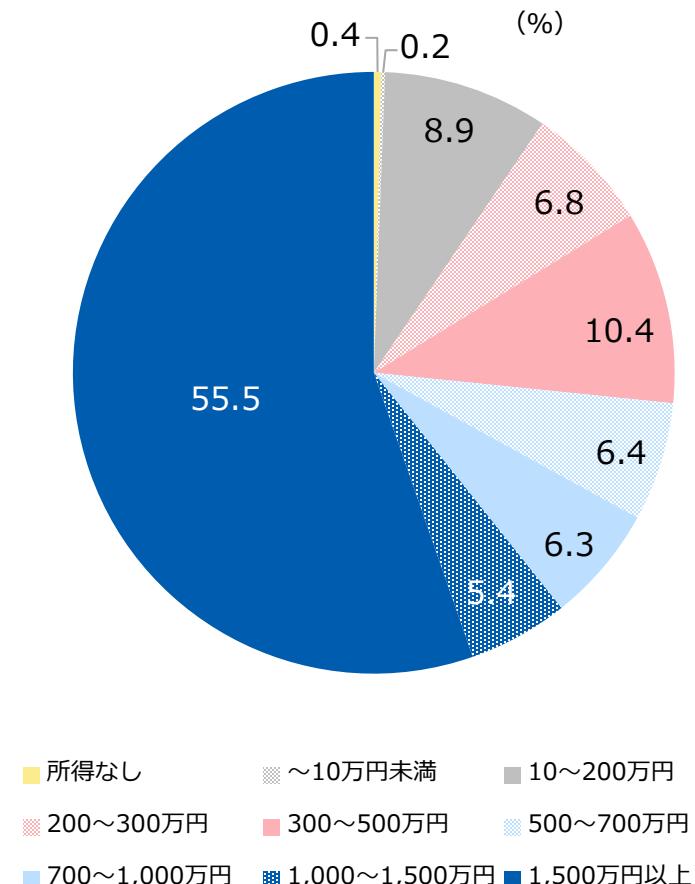
# 後期高齢者における利子・配当所得総額の推移（総合課税申告分）

- 総合課税申告分における利子・配当所得総額は増加し、一人当たり利子・配当所得も増加している。
- 所得階層別に利子・配当所得の保有状況を見ると高所得層に偏っている。

利子・配当所得総額の推移（総合課税申告分）

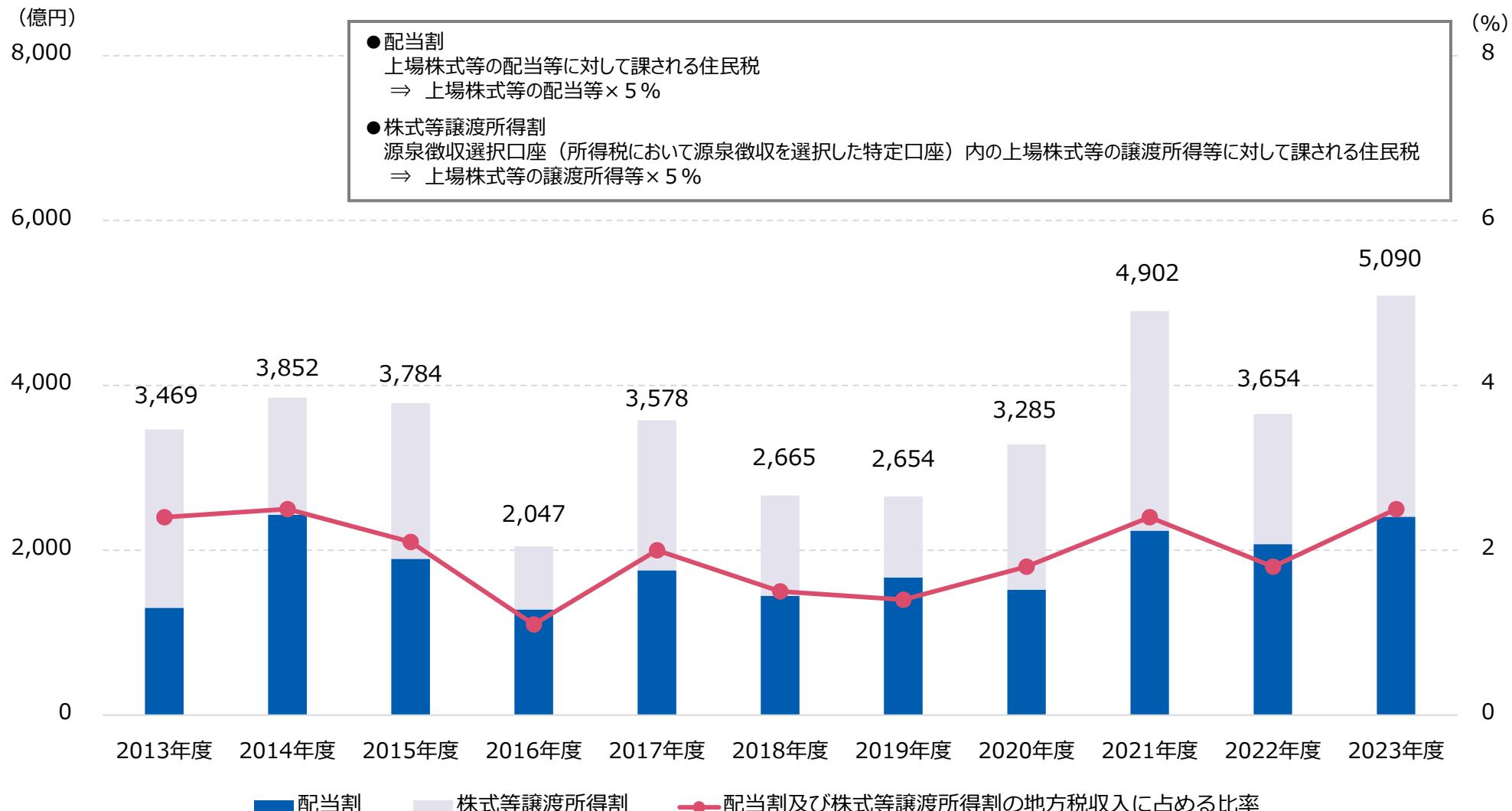


所得階層別利子・配当所得保有割合（2024年度）



# 個人住民税（配当割、株式等譲渡所得割）の推移

- 年によって変動があるが、2023年度における配当割、株式等譲渡所得割の合計は5,000億円を超えた。



### 3. 社会保険における金融所得の取扱い

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

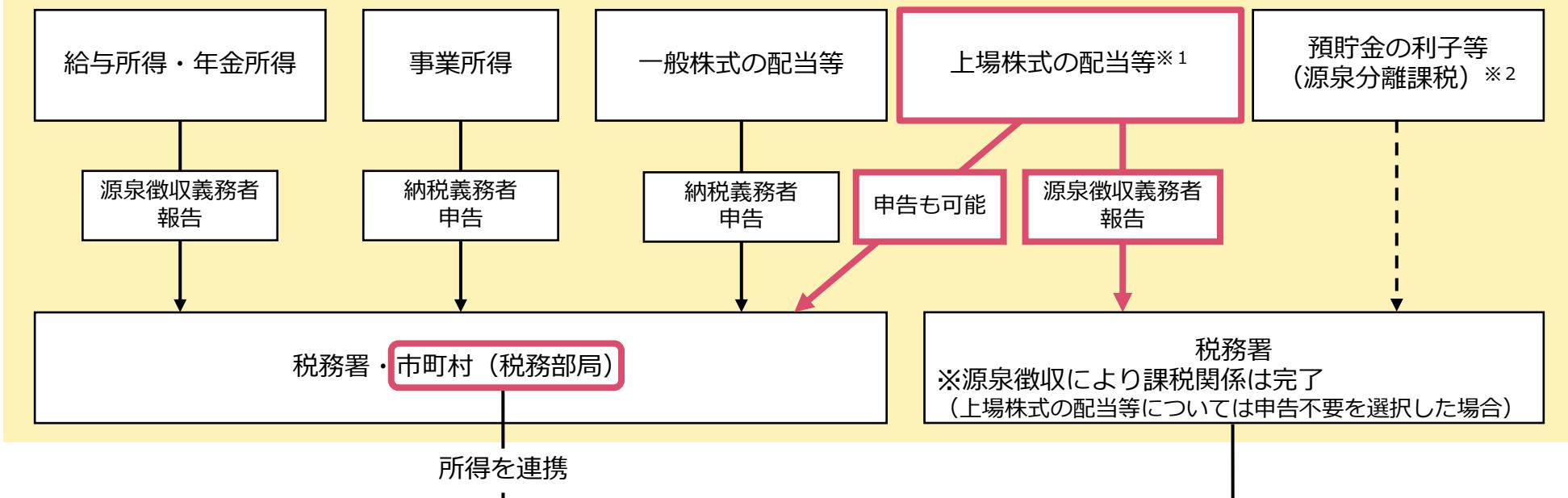
# 現行制度における保険料賦課、徴収の仕組みについて

	賦課・徴収主体	賦課方式	保険料負担主体
国民 健康保険 (市町村国保)	・市区町村	<ul style="list-style-type: none"> <li>・応益負担による均等割 → 定額</li> <li>・応能負担による所得割 → <u>市町村民税の所得を基に賦課</u></li> </ul>	・世帯主
後期高齢者 医療制度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・賦課：後期高齢者医療広域連合</li> <li>・徴収：市区町村</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・応益負担による均等割 → 定額</li> <li>・応能負担による所得割 → <u>市町村民税の所得を基に賦課</u></li> </ul>	・被保険者（個人単位）
介護保険	<ul style="list-style-type: none"> <li>・第1号被保険者（65歳～） → 市区町村</li> <li>・第2号被保険者（40～64歳） → 事業主（医療保険料と一体的に徴収）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・第1号被保険者 → <u>市町村民税の所得を基に賦課</u></li> <li>・第2号被保険者 → 加入する医療保険制度（国保/健康保険）の賦課方式によつて賦課</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・第1号被保険者 → 被保険者（個人単位）</li> <li>・第2号被保険者 → 加入する医療保険制度の保険料負担主体と同じ</li> </ul>
健康保険	・事業主	・賃金（標準報酬、標準賞与）に応じて賦課	・被保険者・事業主で折半

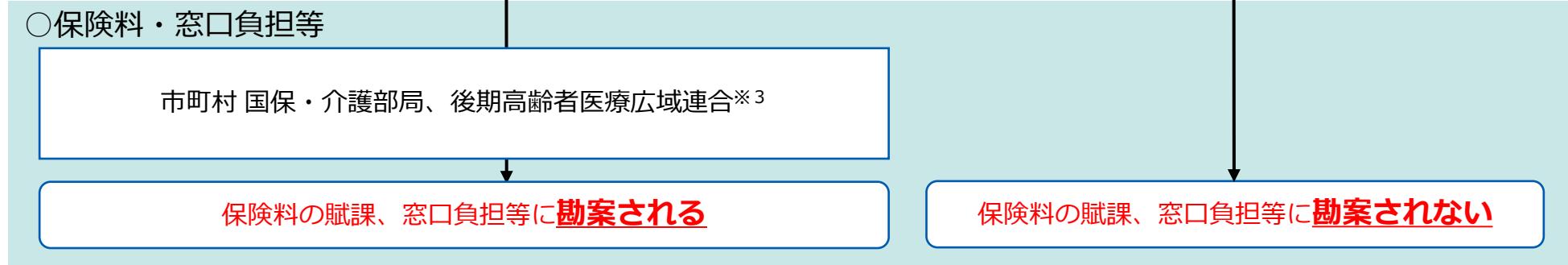
# 金融所得と課税所得との関係（イメージ）

金融所得のうち、確定申告を行うかどうか本人が選択できる上場株式配当等の所得は、確定申告の有無により医療・介護における保険料や窓口負担等の多寡が変わる構造となっている。

## ○所得税・市町村民税



## ○保険料・窓口負担等



※1）上場株式等の譲渡益について、源泉徴収口座（源泉徴収を選択した特定口座）を通じて取引が行われた場合は申告不要を選択可。

※2）源泉分離課税となる特定公社債以外の公社債や預貯金の利子等については、支払調書の提出義務がない。

※3）健康保険については、事業主が支払う賃金（標準報酬月額と標準賞与額）によって保険料を算出。

# 金融所得と課税及び保険料等への勘案の状況について（課税種別）

課税方式を選択できる金融所得の場合、申告の有無により保険料や窓口負担等の多寡が変わる。

※現状でも、源泉分離課税である預貯金の利子等や非課税（NISA）口座の金融所得は保険料や窓口負担等には勘案されない

	課税種別	口座	主な金融所得	課税	保険料等への勘案	
					国保・後期・介護	被用者
1	総合課税 【確定申告必須】	一般	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>利子</b>：公社債の利子で源泉徴収の規定が適用されないもの（外国預貯金・証券など）</li> <li><b>配当</b>：一般株式等（上場株式等以外の株式等）の配当所得、非上場株式のみなし配当</li> </ul> <p>※大口株主の配当所得は、源泉徴収されても総合課税の対象となる</p>	対象	対象	
2	申告分離課税 【確定申告必須】	一般	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>譲渡</b>：上場株式等、一般株式等に係る譲渡所得</li> </ul>	対象	対象	
		特定	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定口座（源泉徴収なし）に上場株式等に係る譲渡所得がある場合。</li> </ul>			
3	課税方式を選択可能 【申告不要を選択できる（※1）】	一般	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>利子</b>：特定公社債の利子、国外一般公社債等の利子等以外の国外公社債等の利子等</li> <li><b>配当</b>：上場株式等の配当等（特定株式投信の収益の分配を含む）、国外投資信託の配当等、上場株式のみなし配当、特定投資法人の投資口の配当、オープン型証券投資信託等、公募投資信託の分配金等（公募公社債投資信託等を含む）等</li> </ul>	対象	申告あり ⇒対象  申告なし ⇒対象外	対象外
		特定	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定口座（源泉徴収あり）内の所得。</li> </ul>			
4	源泉分離課税 【確定申告不可】	一般	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>利子</b>：預貯金の利子等、特定公社債以外の公社債の利子等、国外一般公社債等の利子等</li> <li><b>配当</b>：特定目的信託の社債的受益権の剩余金の配当等（私募に限る）、私募公社債等運用投資信託の収益の分配（※上場株式等以外）等</li> </ul>	対象	対象外	
5	非課税	NISA	<ul style="list-style-type: none"> <li>非課税（NISA）口座の金融所得</li> </ul>	対象外	対象外	

※1 原則源泉徴収されるが、その後に自らの選択で確定申告を行うことが可能

# 確定申告の有無による窓口負担割合、保険料額の現状の取扱いの差について

- 現状において、金融所得（株式等の配当、譲渡等に係る所得）について、確定申告の有無を選択することで、収入の実態は同じでも窓口負担割合や保険料額が変わる場合があるなど、取扱いに差が生じている。

※ なお、金融所得を勘案した場合、新たに金融所得が勘案される方の保険料負担が増える分、それ以外の方の保険料負担は軽減される。

（例）70代後半・配偶者（収入は基礎年金83万円のみ）あり、収入280万円の場合

- パターン①：年金230万円+金融所得50万円（金融資産（株式）2500万円の配当を勘案）  
○パターン②：年金のみ280万円

## 【窓口負担割合】

	確定申告	医療保険（後期）
パターン①（金融所得あり）	申告あり	2割
	申告なし	1割
パターン②（金融所得なし）	申告有無問わず	2割

## 【保険料額】

	確定申告	医療保険（後期）
パターン①（金融所得あり）	申告あり	年169,978円（月14,165円）
	申告なし	年118,928円（月9,911円）
パターン②（金融所得なし）	申告有無問わず	年169,978円（月14,165円）

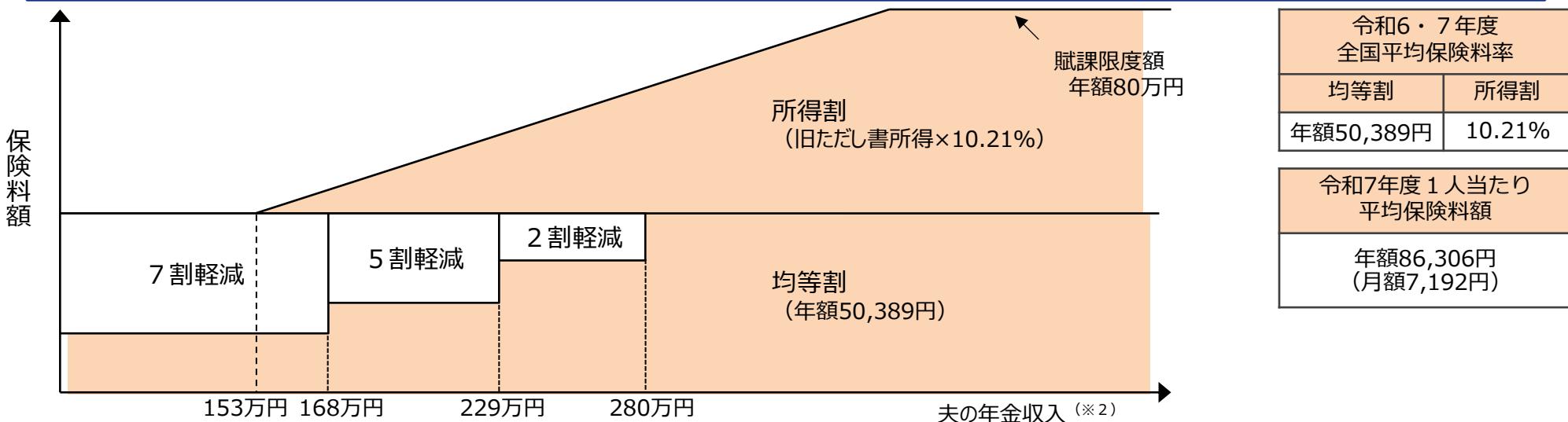
※1：年金額は、平均的な収入で40年間就業した場合の老齢厚生年金+老齢基礎年金の合計額（約190万円）を上回る一定所得がある水準。

※2：金融所得の額は、「日本取引所グループ」のプライム市場・スタンダード市場の配当平均利回りを基に、金融資産の額の2%として算出。

※3：医療保険料額は、令和6・7年度の後期高齢者医療制度における全国平均の均等割額、所得割率により算出。

# 後期高齢者医療の保険料について

- 被保険者の保険料は、条例により後期高齢者医療広域連合が決定し、毎年度、個人単位で賦課（2年ごとに保険料率を改定）。
  - 保険料額は、①被保険者全員が負担する均等割と、②所得に応じて負担する所得割で構成される。
  - ①均等割の総額と②所得割の総額の比率は、48：52。
  - 世帯の所得が一定以下の場合には、①均等割の7割／5割／2割を軽減。
  - 元被扶養者（※）については、75歳に到達後2年間に限り、所得にかかわらず、①均等割を5割軽減。②所得割は賦課されない。
- ※ 後期高齢者医療制度に加入する前日に被用者保険の被扶養者（被用者の配偶者や親など）であった者



均等割の 軽減割合	対象者の所得要件 (令和7年度)	年金収入額の例	
		夫婦2人世帯（※1）	単身世帯
7割軽減	43万円以下（※2）	168万円以下	168万円以下
5割軽減	43万円（※2） + 30.5万円×（被保険者数）以下	229万円以下	198.5万円以下
2割軽減	43万円（※2） + 56万円×（被保険者数）以下	280万円以下	224万円以下

（※1） 夫婦二人世帯で妻の年金収入80万円以下の場合における、夫の年金収入額。

（※2） 被保険者等のうち給与所得者等の数が2以上の場合は、43万円+10万円×（給与所得者等の数-1）

## (参考) 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

単位:円 平成22年度改定

平成24年度改定

平成26年度改定

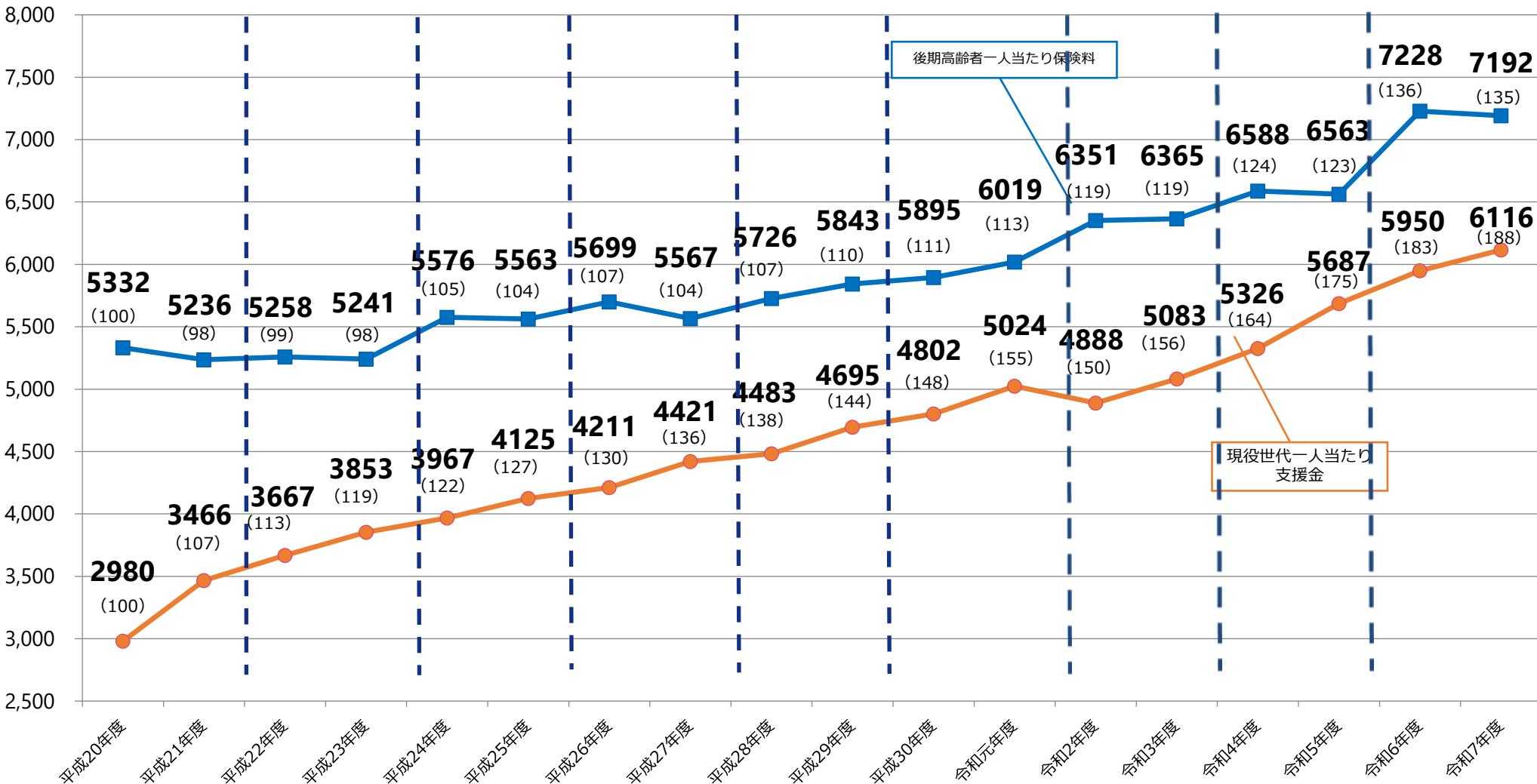
平成28年度改定

平成30年度改定

令和2年度改定

令和4年度改定

令和6年度改定



※ 後期高齢者一人当たり保険料額は、平成20～令和6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7年度は、保険料改定時見込み。

※ 現役世代一人当たり支援金額は、平成20～令和5年度は確定賦課、令和6年度及び令和7年度は概算賦課ベース。

※ 現役世代一人当たり支援金額の伸び率は、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。

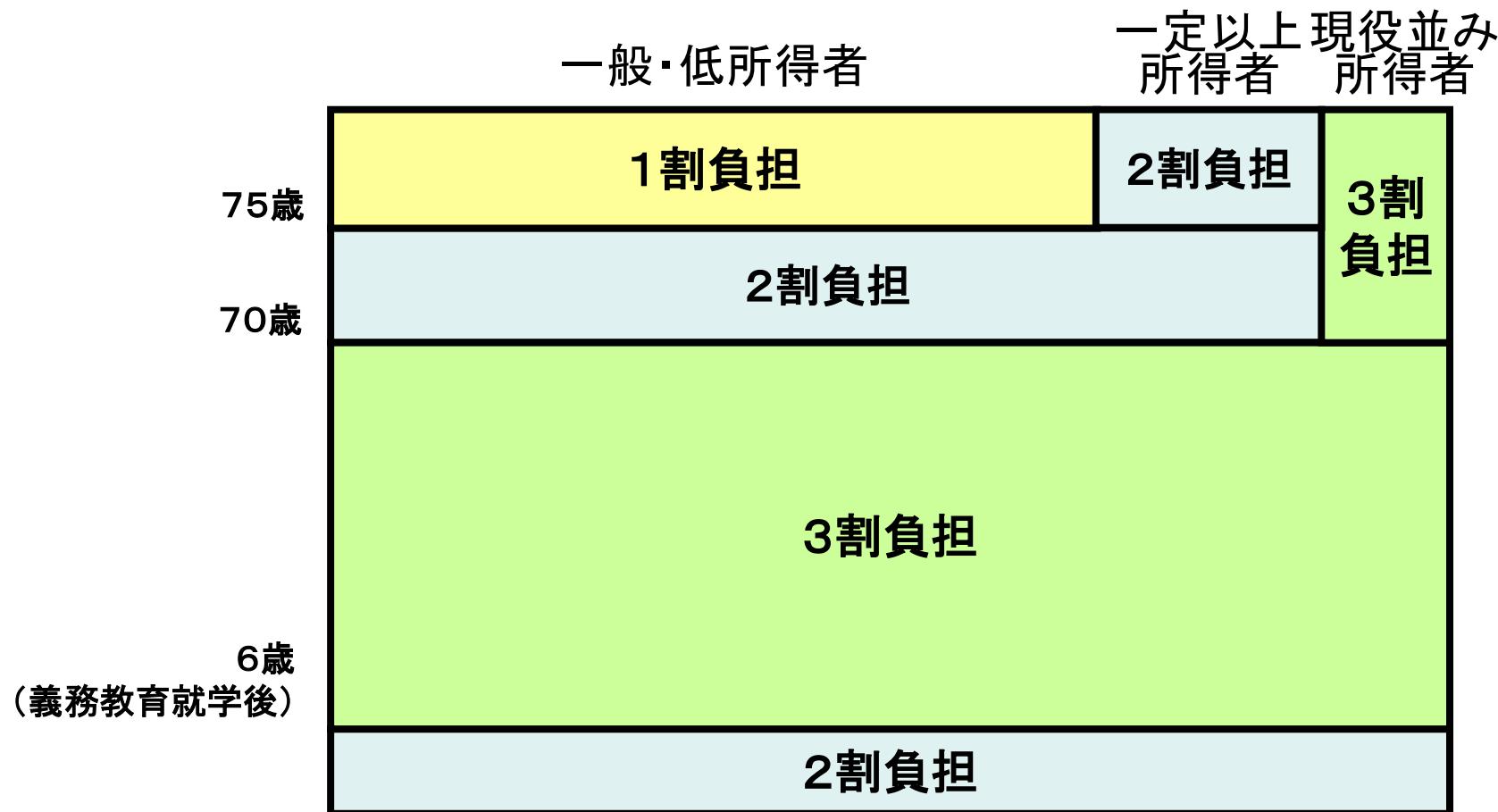
※ 平成28年度の現役世代一人当たり支援金額は、平成28年10月以降の適用拡大を含めた金額。

※ () 内の数値は、平成20年度の数値を100とした場合の指数。

## 医療費の一部負担（自己負担）割合について

- それぞれの年齢層における一部負担（自己負担）割合は、以下のとおり。

- ・ 75歳以上の者は、1割（現役並み所得者は3割、現役並み所得者以外の一定所得以上の者は2割）。
- ・ 70歳から74歳までの者は、2割（現役並み所得者は3割。）。
- ・ 70歳未満の者は3割。6歳（義務教育就学前）未満の者は2割。



# 後期高齢者の窓口負担割合及び高額療養費自己負担限度額

区分	判定基準	負担割合	外来のみの月単位の上限額(個人ごと)	外来及び入院を合わせた月単位の上限額(世帯ごと)
現役並み所得 約142万人(約7%)	課税所得145万円以上 年収単身約383万円以上、複数約520万円以上	3割	収入に応じて80,100~252,600円 + (医療費-267,000~842,000円) × 1% <多数回該当: 44,400円~140,100円>	
一定以上所得 約388万人(約20%)	課税所得28万円以上 年金収入+その他の合計所得金額が 単身約200万円以上、複数320万円以上	2割	18,000円 (年14.4万円) 負担増加額3,000円以内 (3年間)	57,600円 <多数回該当: 44,400円 >
一般 約601万人(約31%)	課税所得28万円未満 住民税が課税されている世帯(※)で「一定以上所得」以外	1割	18,000円 (年14.4万円)	
低所得Ⅱ 約505万人(約26%)	世帯全員が住民税非課税 年収約80万円超		8,000円	24,600円
低所得Ⅰ 約306万人(約16%)	世帯全員が住民税非課税 年収約80万円以下			15,000円

注) 年収は、単身世帯を前提としてモデル的に計算したもの。年収(収入基準に該当するかどうか)は一定以上所得者は「年金収入+その他の合計所得金額」で判定  
人数は「令和5年度 後期高齢者医療事業年報」の令和5年度平均のもの。  
一般の年収は、課税所得のある子ども等と同居していない場合は「155万円超」、同居している場合は「155万円以下」も含む。

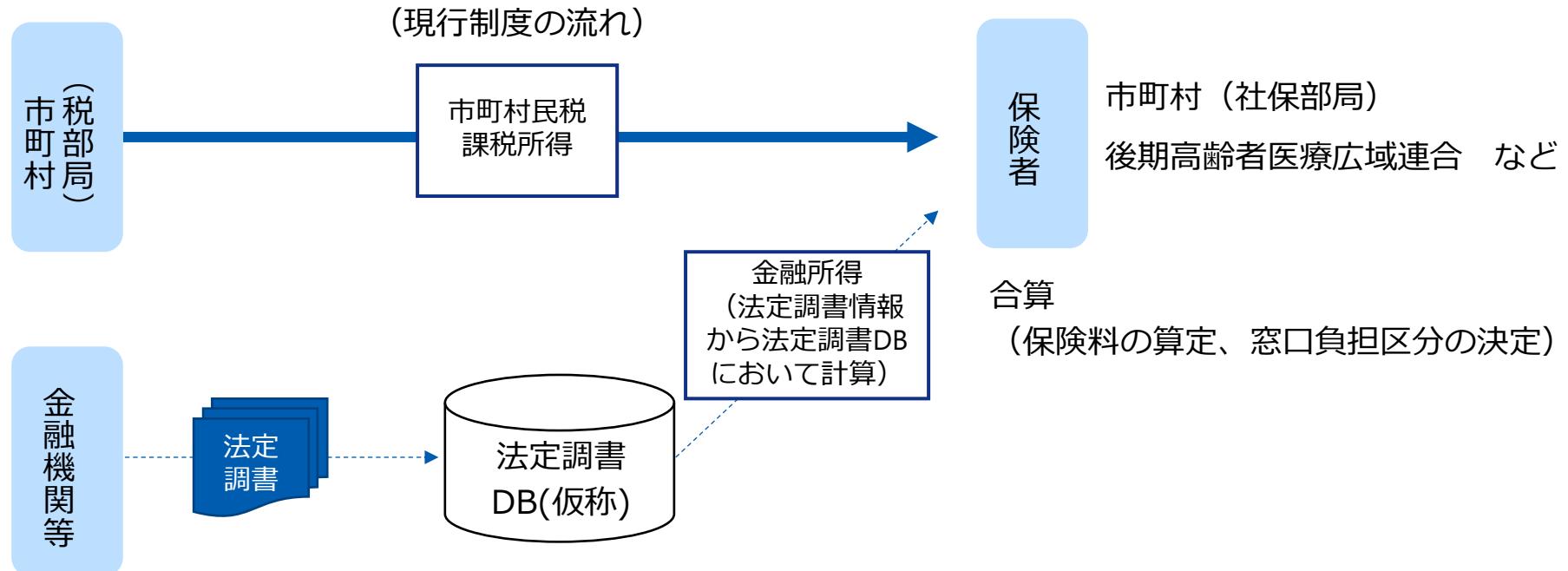
## 4. 論点

ひと、くらし、みらいのために

- 高齢者人口がピークを迎える2040年頃も見据え、全世代が安心できる社会保障制度を構築し、次の世代に引き継ぐためには、制度の持続可能性をより高める観点からも、負担能力に応じた負担と給付の内容の不断の見直しが必要。こうした中で、負担への金融所得の反映の在り方についても、課題の一つとされている。
- 金融所得（株や債券などの譲渡、配当、利子所得）については、確定申告を行う場合は課税所得とされ、結果として保険料や窓口負担等の算定においても所得として勘案されるが、後期高齢者の金融所得が増加している中、確定申告を行わない場合（源泉徴収で課税が終了する場合）は課税所得に含まれず、保険料や窓口負担等の算定においても勘案されない不公平な取扱いとなつており、その是正に取り組む必要があるのではないか。
- 金融所得を勘案する場合、税制における法定調書を活用して、社会保険における保険料や窓口負担等の勘案に活用することが考えられるのではないか。その場合に、法定調書のオンライン提出義務化、法定調書へのマイナンバーの付番・正確性確保、システムの整備、関係者との調整など実務面と、コストとスケジュールの検討が必要ではないか。なお、特に国民健康保険制度については、地方公共団体の基幹業務システムの統一・標準化のスケジュールに留意する必要があるのではないか。
- 金融所得を勘案する場合、後期高齢者医療制度は一律に75歳以上の高齢者が対象となるが、一方で、国民健康保険制度は後期高齢者医療制度と同じく市町村の税情報をベースに賦課するものの、賃金をベースに保険料等を賦課する被用者保険とのバランスについてどう考えるか。

## (参考) 法定調書方式のイメージ

### 【金融所得勘案方法のイメージ】



※金融機関等の事務負担に配慮し、税制上の法定  
調書の提出とのワンストップ化を図る



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

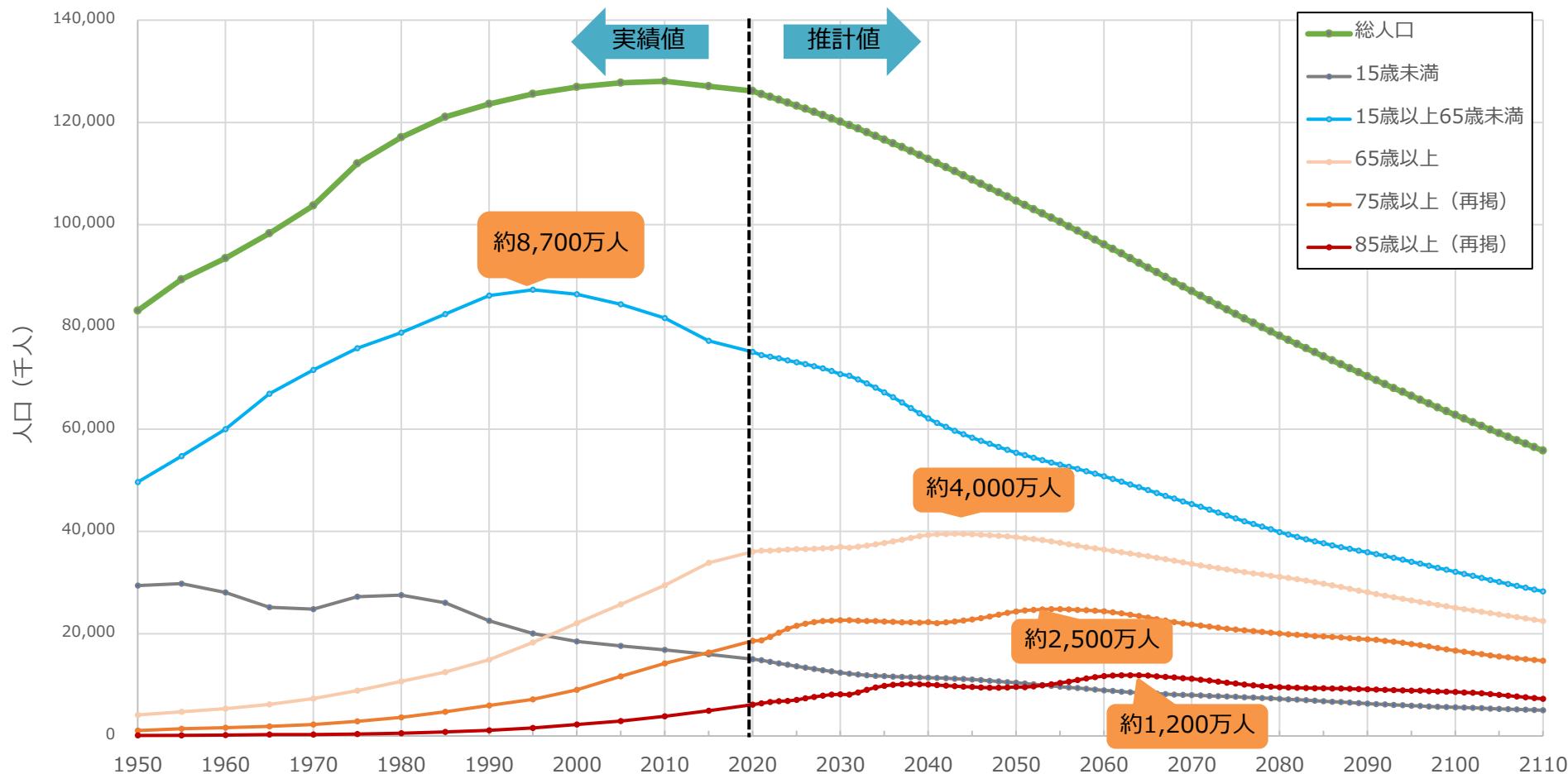
# 医療機関の業務効率化・職場環境改善の推進に関する論点

厚生労働省 医政局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

# 人口動態① 2040年頃に65歳以上人口のピークが到来

- 我が国の人団塊の世代が2022年から75歳（後期高齢者）となっていく。
- その後も、2040年頃まで、65歳以上人口の増加が続く。



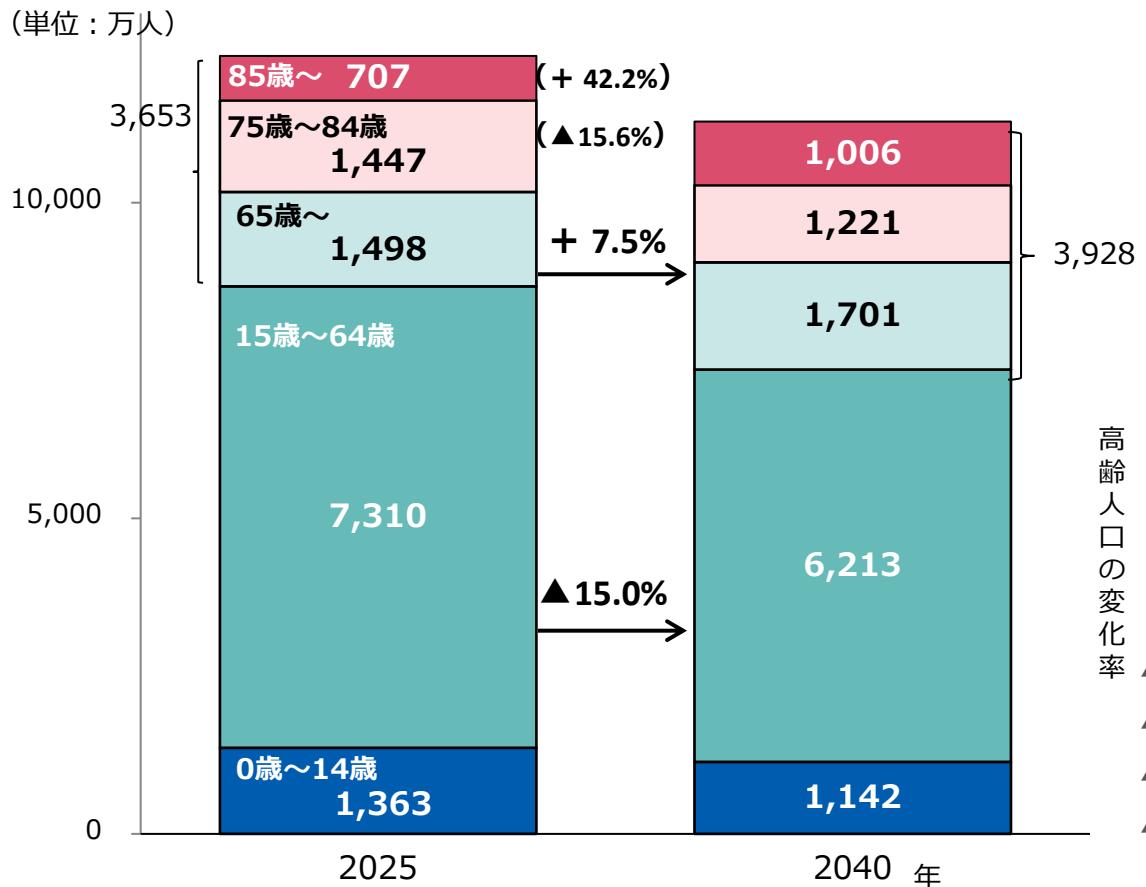
出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5年推計）

※ 2020年までは総務省「人口推計」、2021年以降は推計値。

## 2040年の人口構成について

- 2040年には、85歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が見られる。
- 地域ごとに見ると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域がある。

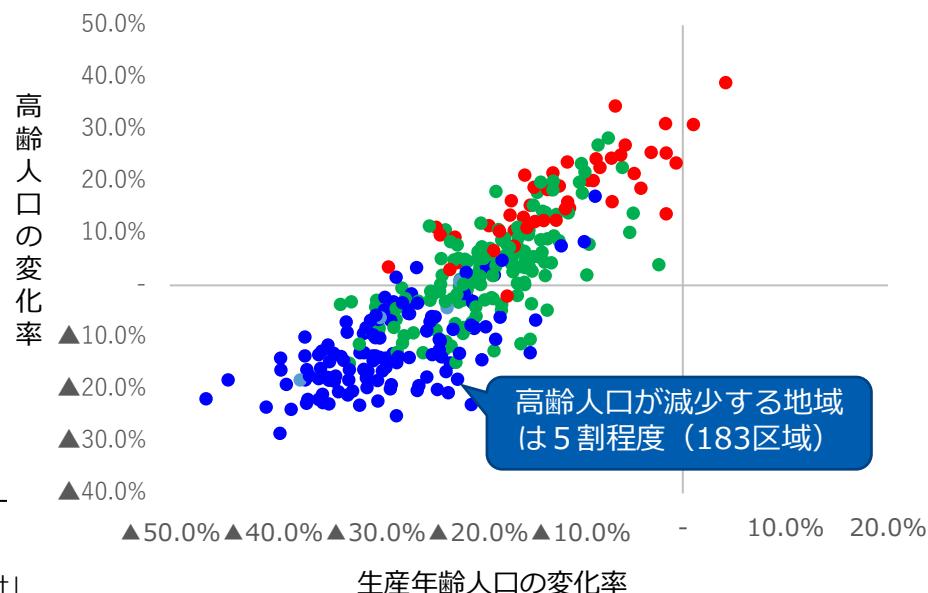
### ＜人口構造の変化＞



### ＜2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況＞

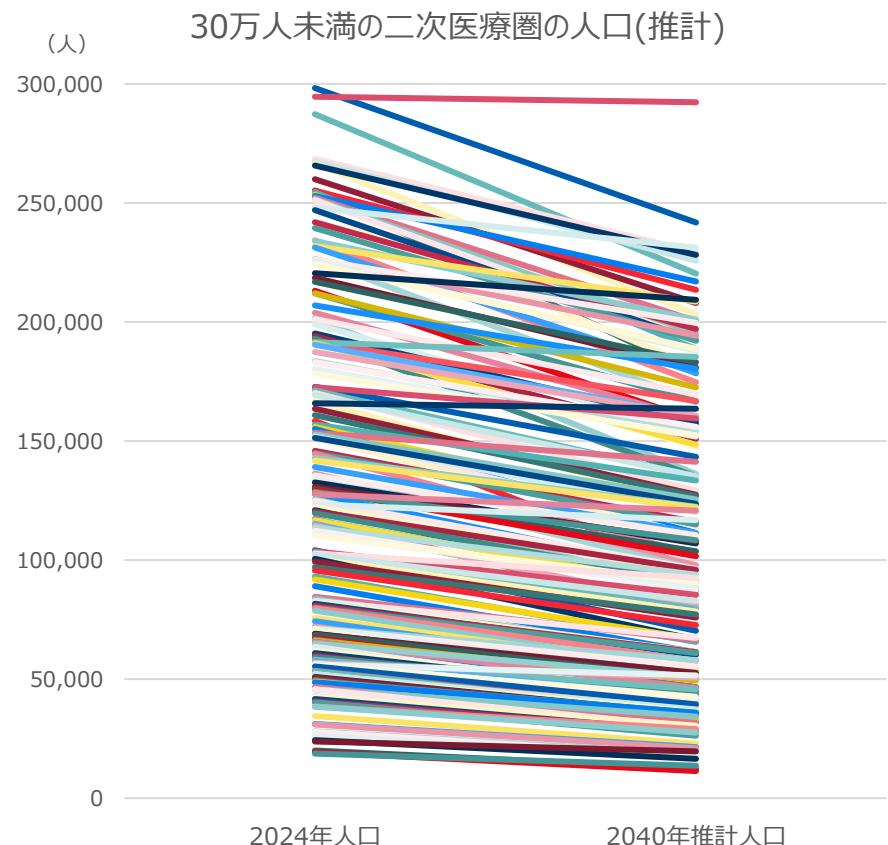
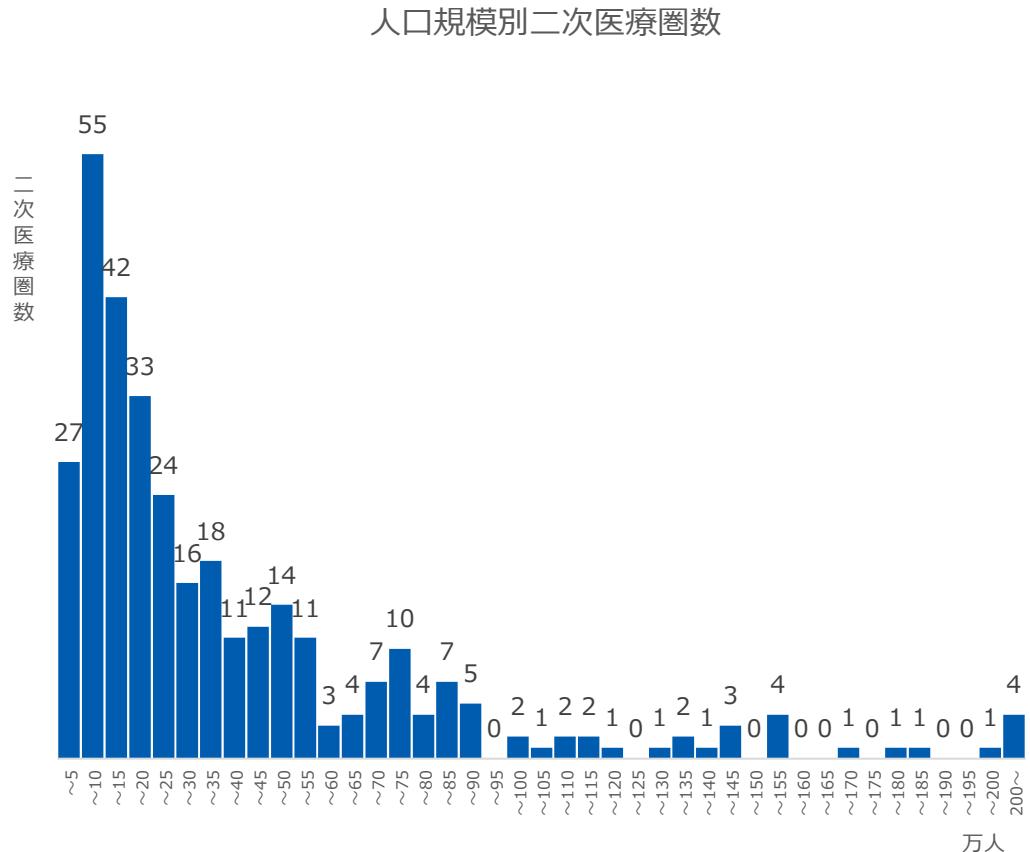
	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-11.9%	17.2%
●地方都市型	-19.1%	2.4%
●過疎地域型	-28.4%	-12.2%

大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km<sup>2</sup>以上  
 地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km<sup>2</sup>以上  
 過疎地域型：上記以外



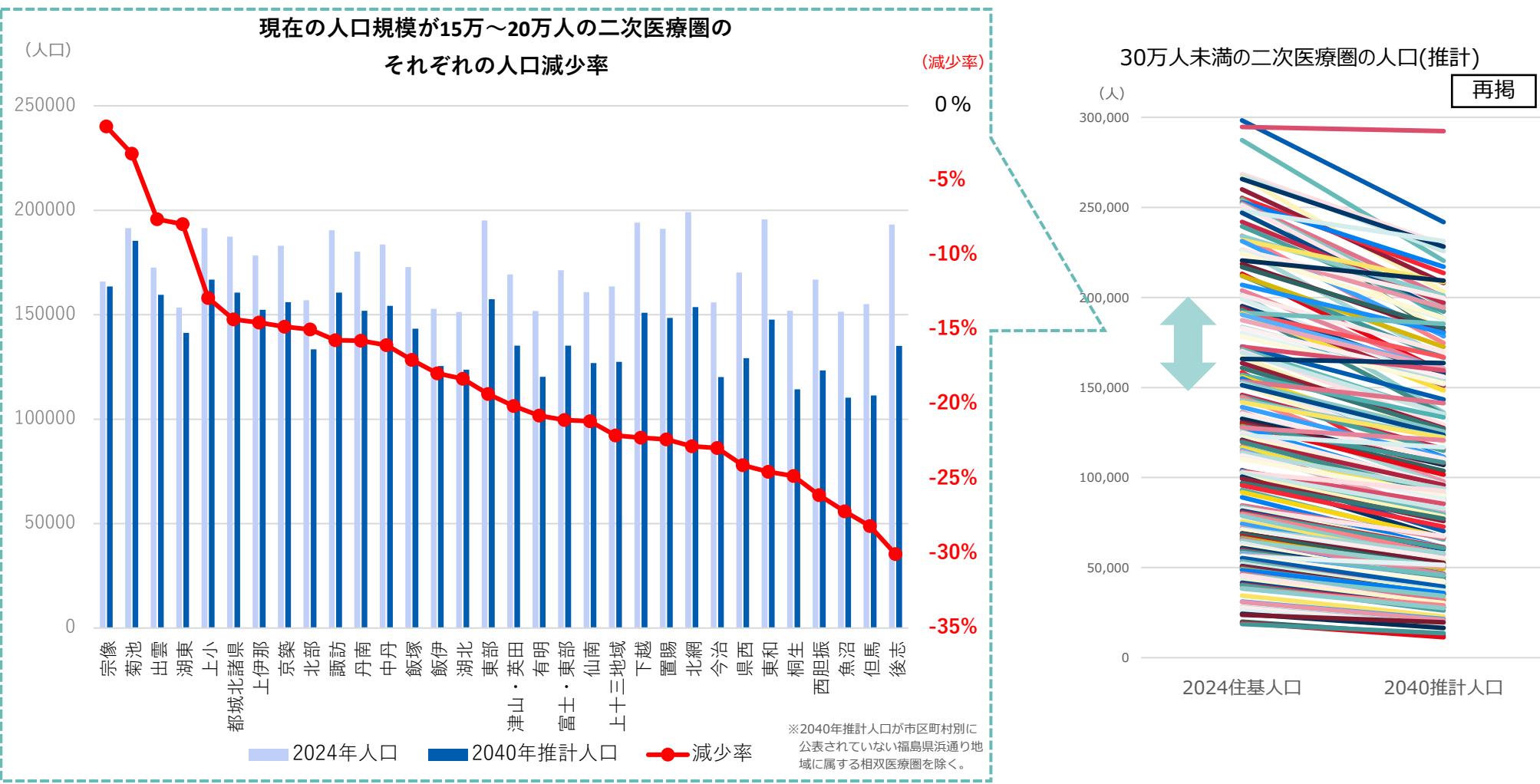
## 二次医療圏ごとの人口規模

- 二次医療圏ごとに入口規模はさまざまであり、中央値は20万人程度。人口規模が20万人未満の二次医療圏は157、100万人以上の二次医療圏は25ある。
- 二次医療圏を構成する市町村が変化しないと仮定すると、2040年には、人口規模が20万人未満の二次医療圏は182、10万人未満の二次医療圏は109となると推計される。



## 人口減少の度合いの地域差

- 現在の人口規模が同じような地域であっても、2040年に向けた人口減少の度合いは、今後約30%減少する地域から、数%の減少の地域まで様々である。



- 2040年を展望すると、高齢者の人口の伸びは落ち着き、現役世代（担い手）が急減する。  
→「総就業者数の増加」とともに、「より少ない人手でも回る医療・福祉の現場を実現」することが必要。
- 今後、国民誰もが、より長く、元気に活躍できるよう、以下の取組を進める。  
①多様な就労・社会参加の環境整備、②健康寿命の延伸、③医療・福祉サービスの改革による生産性の向上  
④給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保
- また、社会保障の枠内で考えるだけでなく、農業、金融、住宅、健康な食事、創薬にもウイングを拡げ、関連する政策領域との連携の中で新たな展開を図っていく。

2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現を目指す。

«現役世代の人口の急減という新たな局面に対応した政策課題»

## 多様な就労・社会参加

- 【雇用・年金制度改革等】
  - 70歳までの就業機会の確保
  - 就職氷河期世代の方々の活躍の場を更に広げるための支援  
(厚生労働省就職氷河期世代活躍支援プラン)
  - 中途採用の拡大、副業・兼業の促進
  - 地域共生・地域の支え合い
  - 人生100年時代に向けた年金制度改革

## 健康寿命の延伸

- 【健康寿命延伸プラン】
 

⇒2040年までに、健康寿命を男女ともに3年以上延伸し、75歳以上に

  - ①健康無関心層へのアプローチの強化、  
②地域・保険者間の格差の解消により、  
以下の3分野を中心に、取組を推進
    - ・次世代を含めたすべ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

## 医療・福祉サービス改革

- 【医療・福祉サービス改革プラン】
 

⇒2040年時点で、単位時間当たりのサービス提供を5%（医師は7%）以上改善

  - 以下の4つのアプローチにより、取組を推進
    - ・ロボット・AI・ICT等の実用化推進、  
データヘルス改革
    - ・タスクシフティングを担う人材の育成、  
シニア人材の活用推進
    - ・組織マネジメント改革
    - ・経営の大規模化・協働化

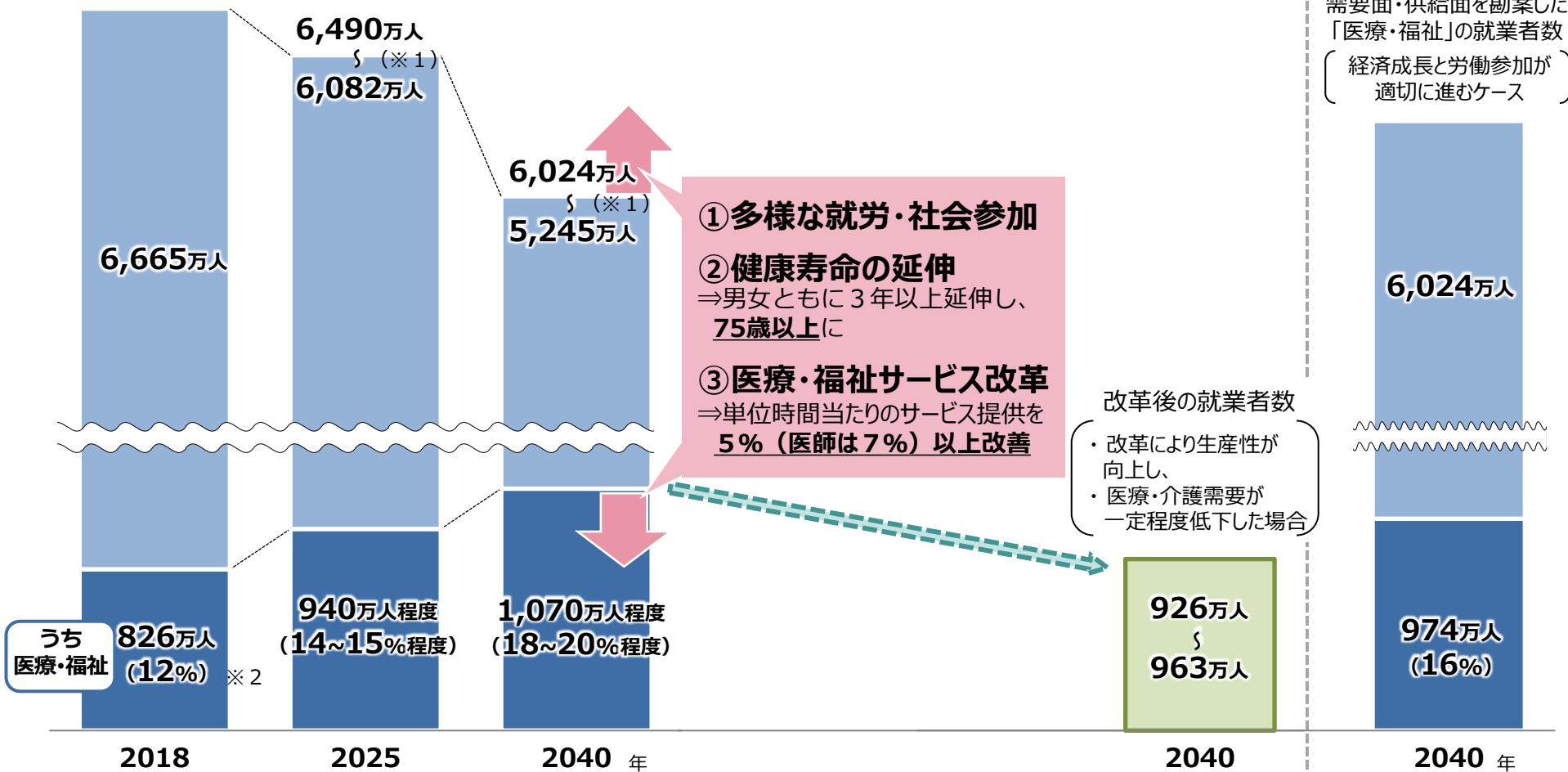
«引き続き取り組む政策課題»

給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保

# マンパワー 2025年以降、人材確保がますます課題となる

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



※1 総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」(2019年3月)による。総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。

※2 2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。

※3 独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」は、2024年3月11日に新しい推計が公表されている。2024年3月推計では、成長実現・労働参加進展シナリオで、総就業者数は、2022年の6,724万人から2040年に6,734万人と概ね横ばいであり、「医療・福祉」の就業者数は、2022年の897万人から2040年に1,106万人と増加する推計となっている。現時点では、『需要面から推計した医療福祉分野の就業者数』を更新したデータはないため、比較には留意が必要。

## 主要国と日本の医療・福祉の生産性投資

- 国際的にみると高齢化率が高まるにつれて医療・福祉業及びサービス業等の就業者の割合が高まる傾向にあるため、これらの産業における労働生産性の向上も重要である。【図1】
- しかし、我が国の医療・福祉業、卸売・小売業及び宿泊・飲食業の実質労働生産性の上昇率は米国、英国、ドイツと比較して低水準になっており、これらの産業をはじめ、AI等ソフトウェア投資などによる業務の効率化や省力化の推進、事務的な業務の軽減が重要である。【図2】

図1 国際的にみると主要国では医療・福祉業及びサービス業等の就業者の割合が高まる傾向

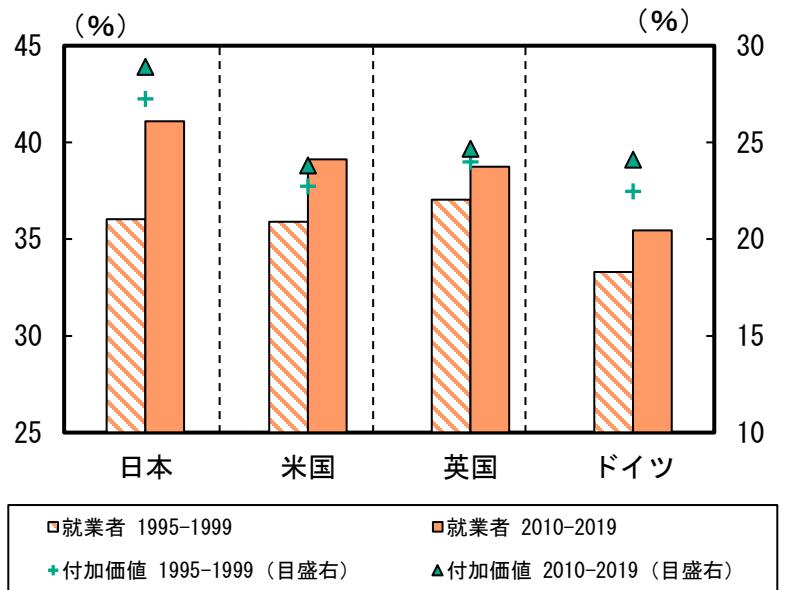
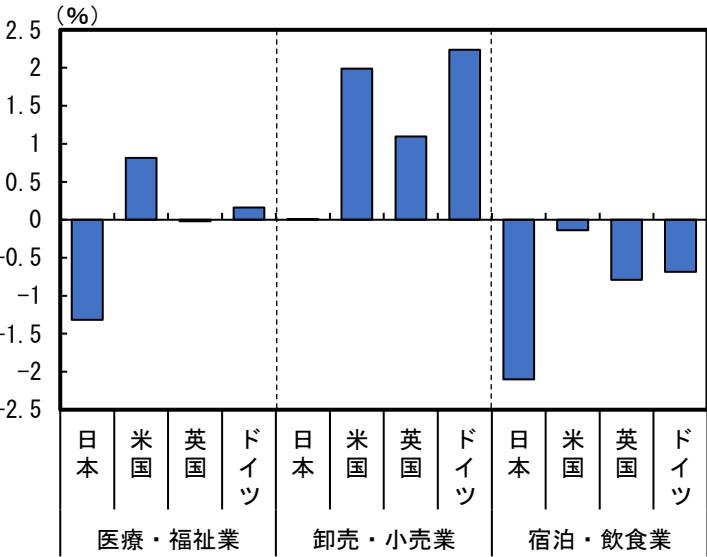


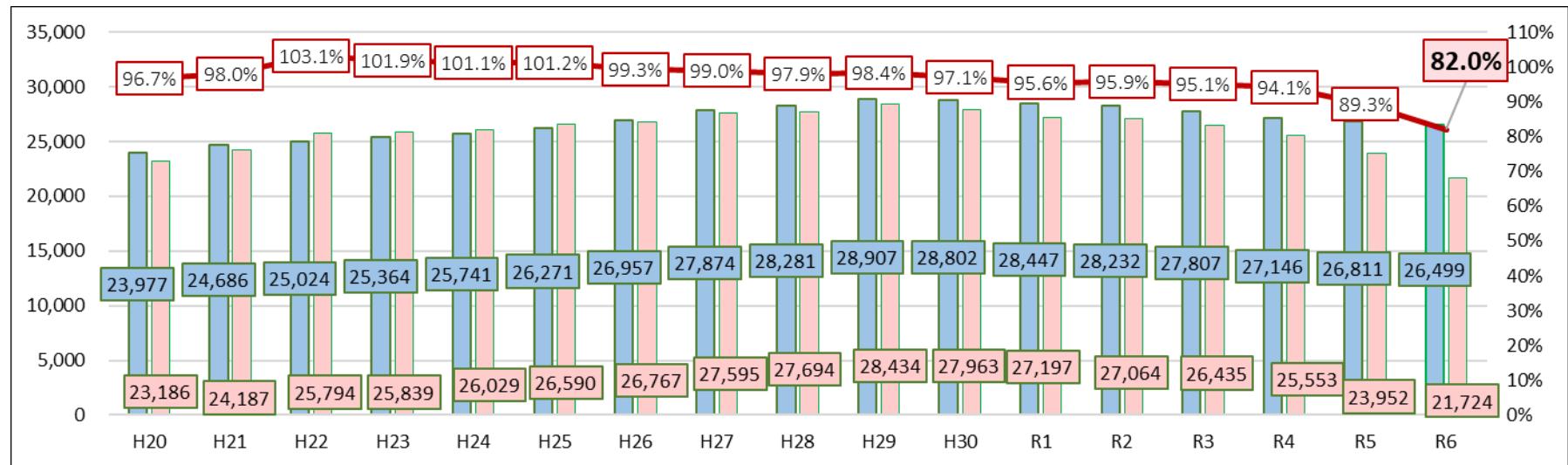
図2 我が国の医療・福祉業、卸売・小売業及び宿泊・飲食業の実質労働生産性の上昇率は低水準  
(2000年代～2010年代・年平均)



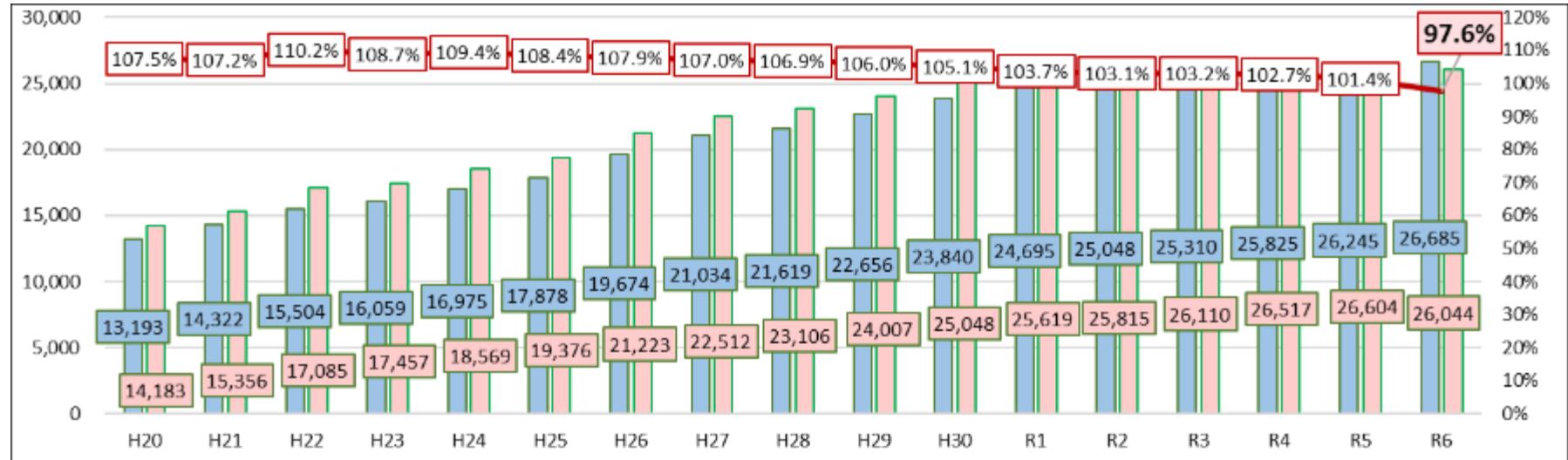
(注)産業別の国際比較データは、前提となるデータや計算方法によって結果が異なり、一定の幅をもってみる必要がある。

看護師学校養成所(3年課程)の定員充足率は低下傾向であるが、看護師養成所においてより顕著である。

## ■ 看護師養成所（3年課程）



## ■ 大学（3年課程）



# 看護師養成所（3年課程）の定員数及び施設数

- 看護師養成所（3年課程）が存在する都道府県は、令和6年度で47都道府県である。

(人)

2500

2000

1500

1000

500

0

(%)

120.0

100.0

80.0

60.0

40.0

20.0

0.0

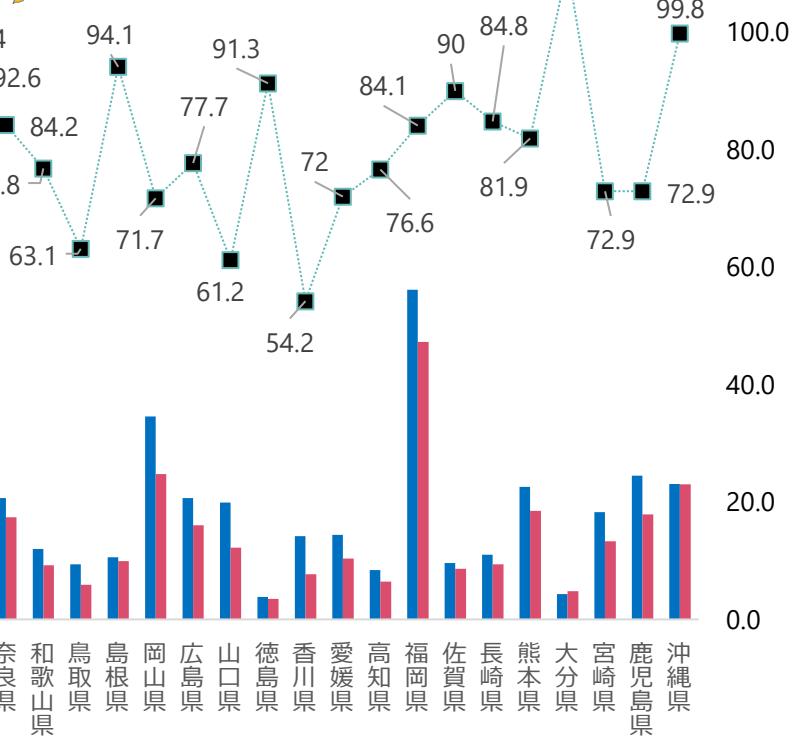
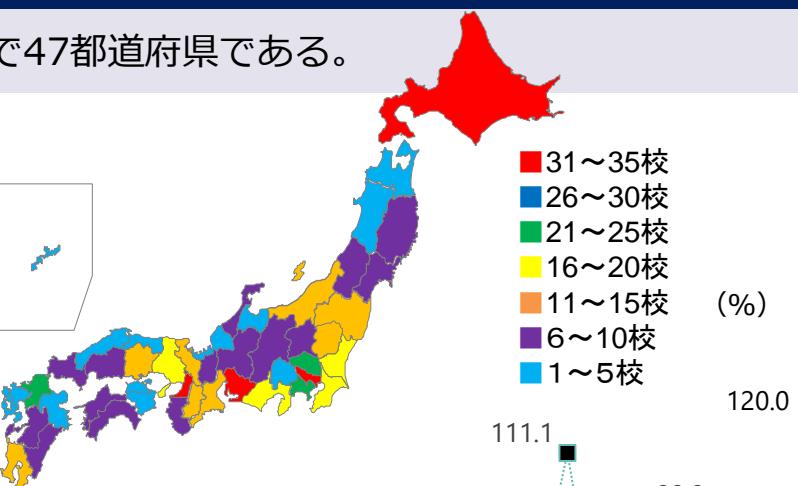
養成所数 35 2 7 7 5 6 12 16 11 9 24 16 32 25 15 3 6 4 4 9 6 16 33 11 8 12 35 17 11 6 4 4 13 9 8 2 5 8 6 22 5 4 8 3 8 12 5

入学定員数

入学者数

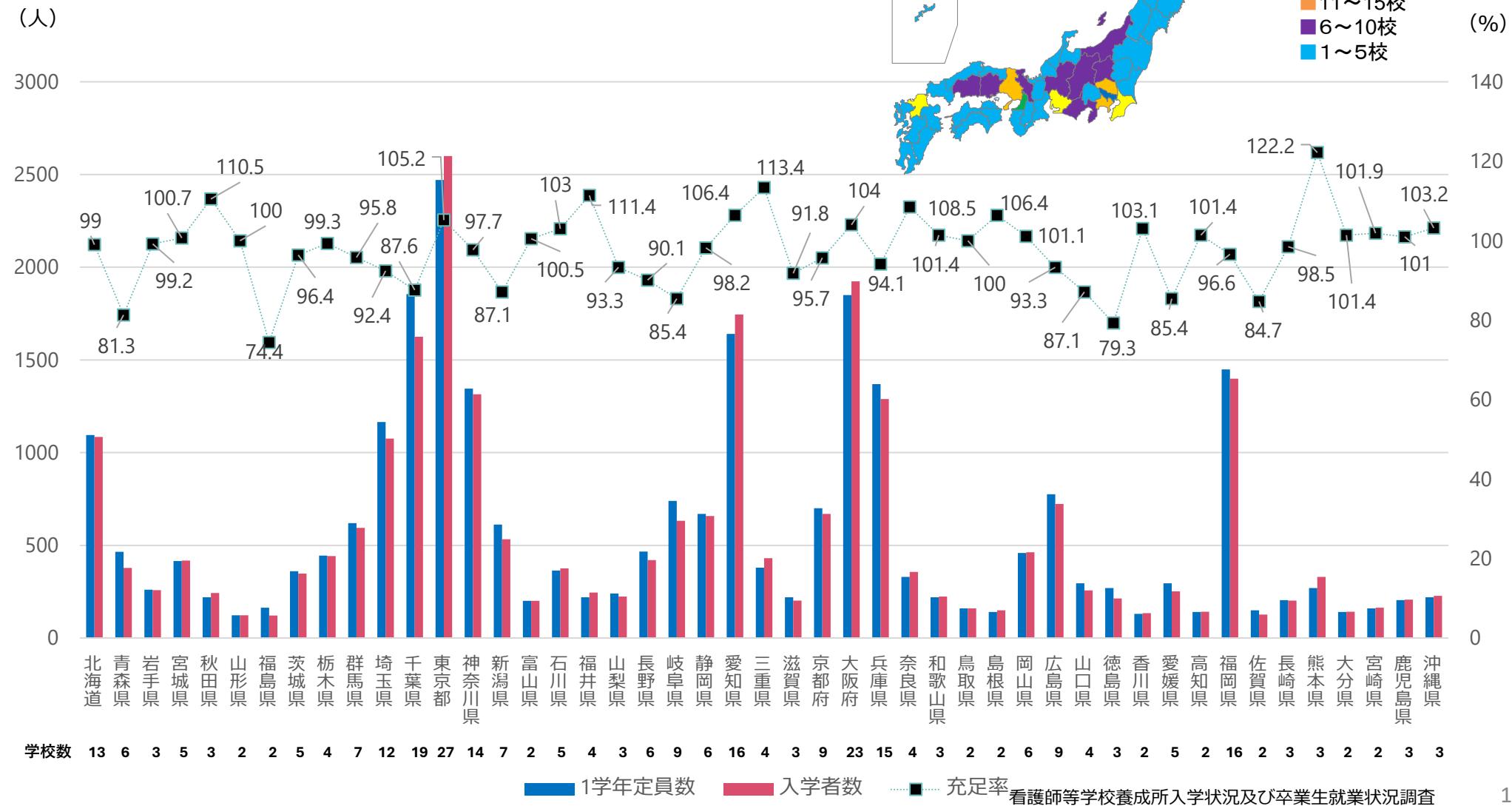
充足率

看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査 9



# 看護大学の定員数及び施設数

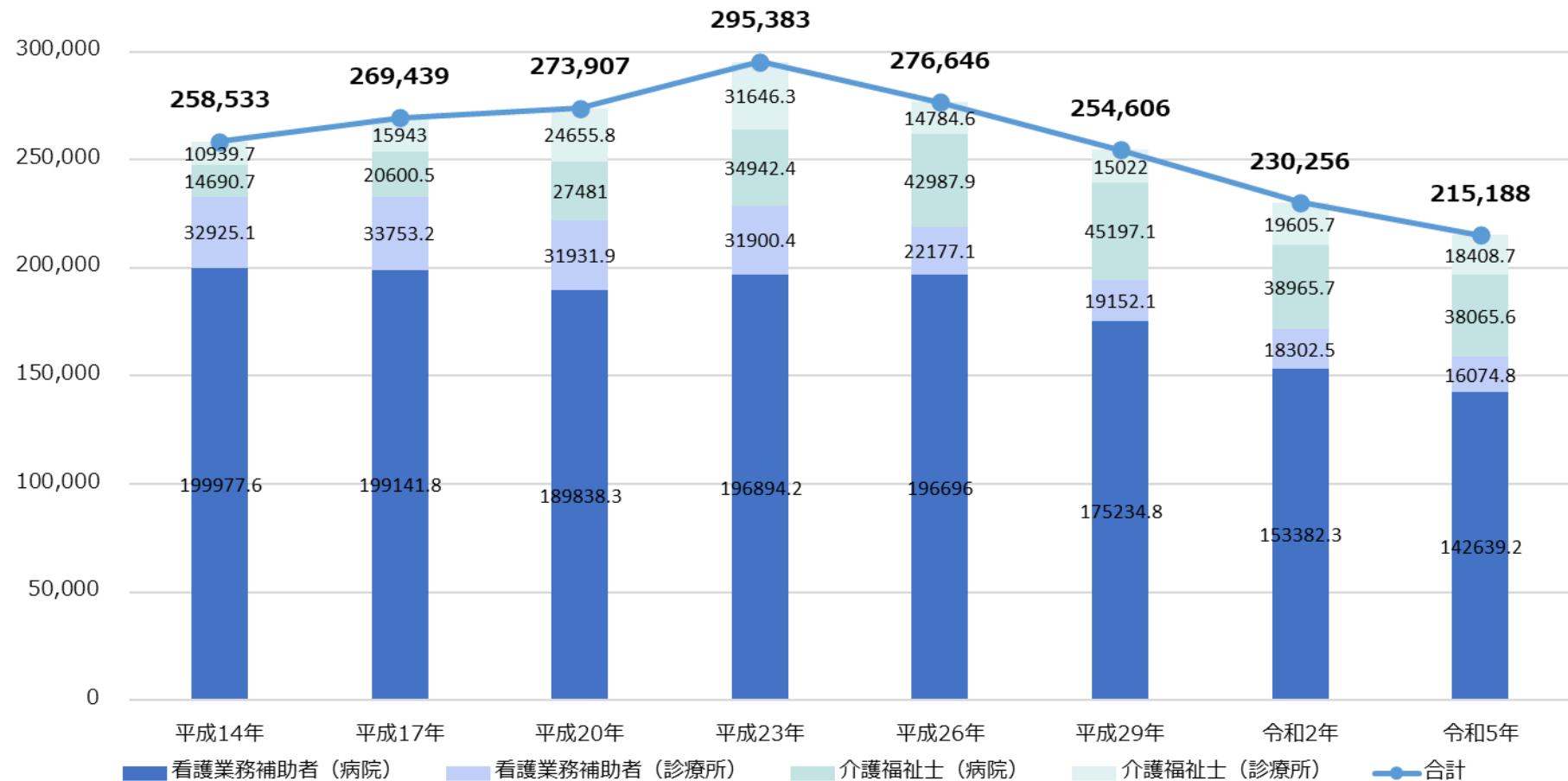
- 看護大学が存在する都道府県は、令和6年度で47都道府県である。



# 看護業務補助者等の従事者数の推移

中医協 総 - 4  
7 . 6 . 2 5

医療機関に勤務する看護業務補助者等の従事者数は平成26年以降減少しており、看護業務補助者と介護福祉士の合計数も同様である。



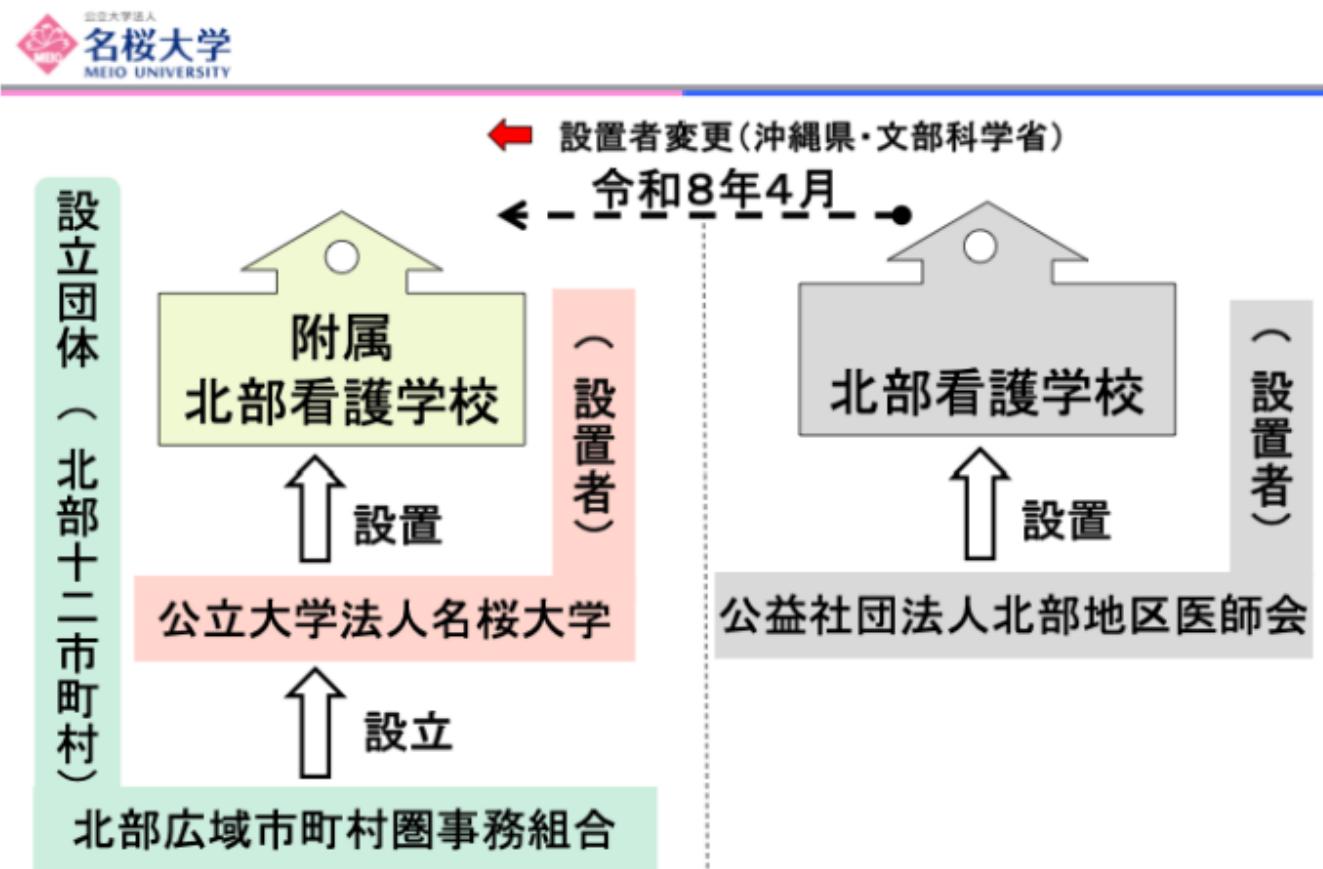
看護業務補助者：保健師、助産師、看護師及び准看護師の免許の有無にかかわらず、看護業務の補助業務に従事する者（看護学校などの学生及び生徒は除く）。例えば、看護助手、介護職員等であり、ベッドメイキングや物品の運搬、患者の移送などを行う。

出典：各年医療施設（静態・動態）調査・病院報告 従事者の状況 病院の従事者数

注：平成28年までは「病院報告」で把握していたが、平成29年からは「医療施設静態調査」で把握することとなり、平成29年以降は従事者数不詳の病院が存在するため、単純に年次比較することはできない。

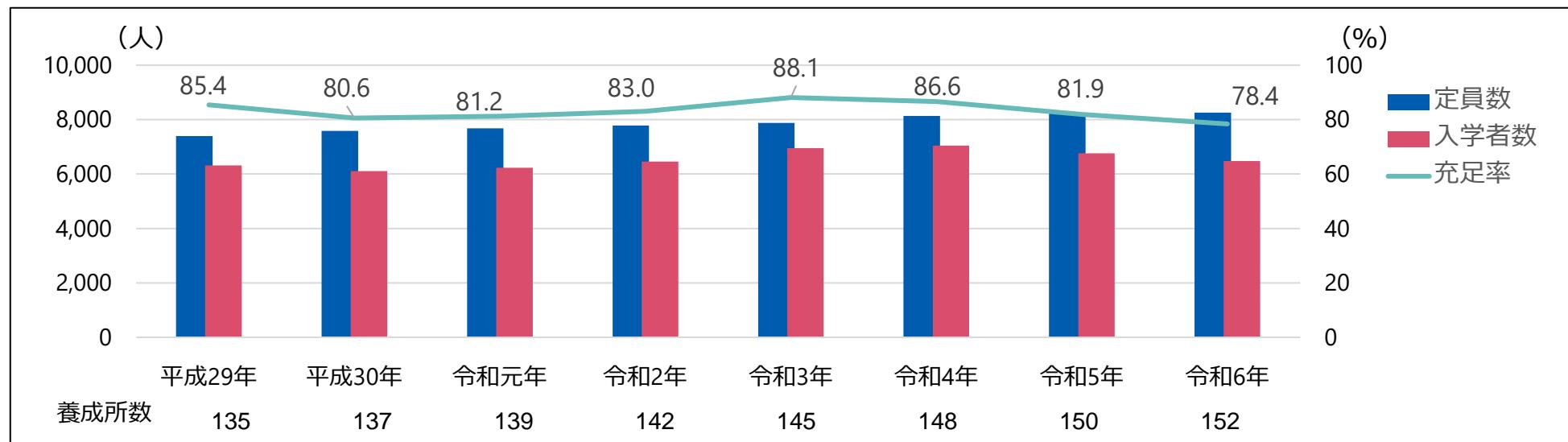
## 看護師養成所の設置者変更の事例

沖縄県名護市にある北部看護学校（公益社団法人北部地区医師会）は学校設置者変更（設置認可申請中）により、2026（令和8）年4月に「名桜大学附属北部看護学校（公立大学法人名桜大学）」となる予定。公立化されることで、学費の負担軽減、教育環境の充実、更なる地域への貢献などが期待されている。

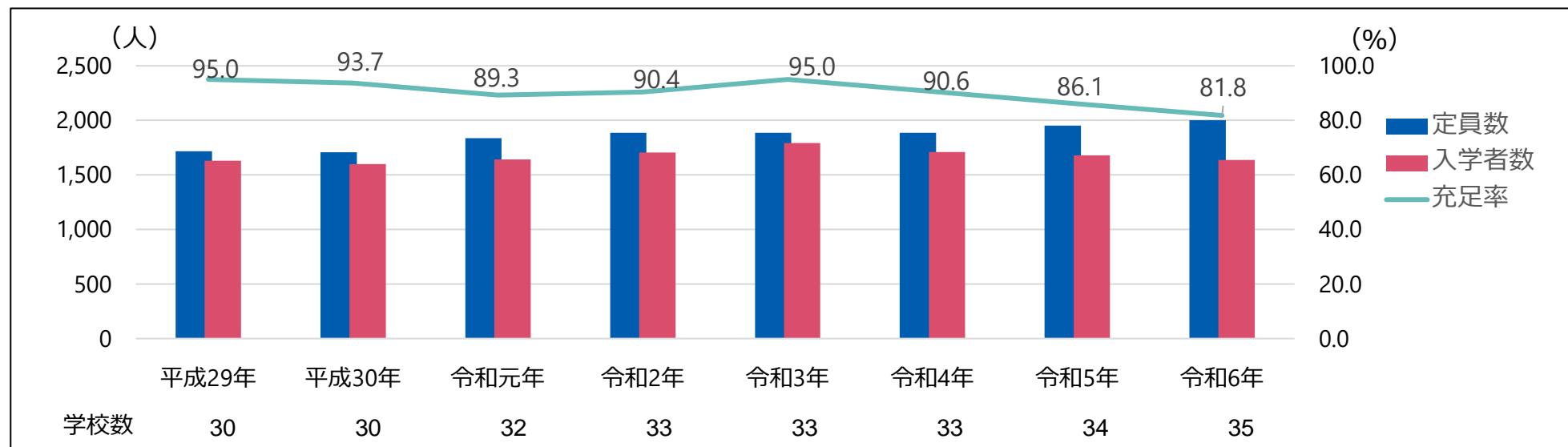


# 歯科衛生士養成施設の充足率の経年変化

## ■ 歯科衛生士養成所



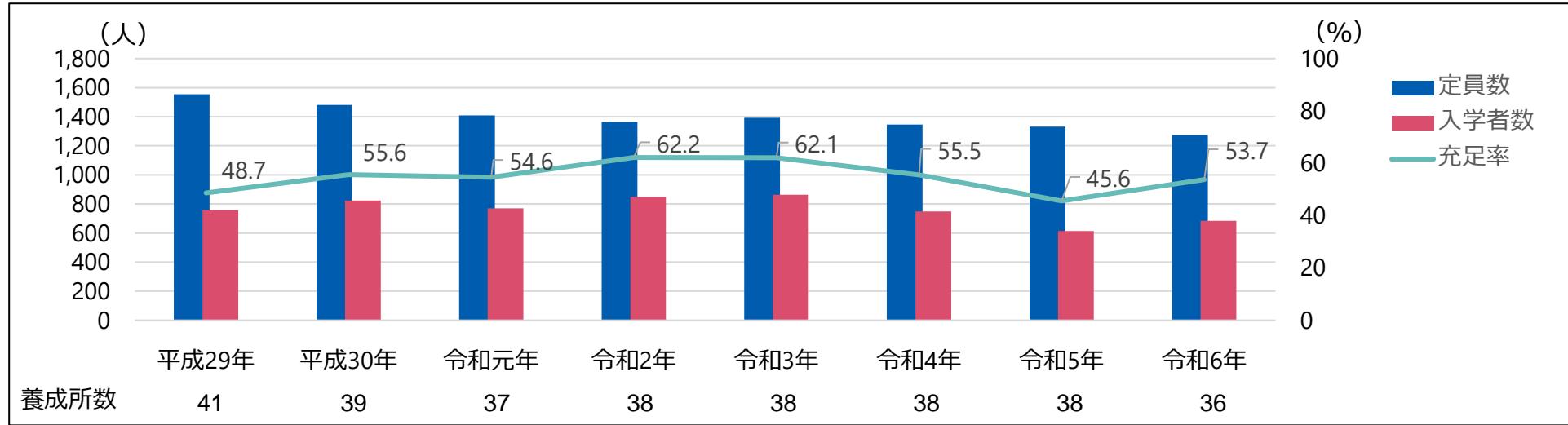
## ■ 歯科衛生士学校



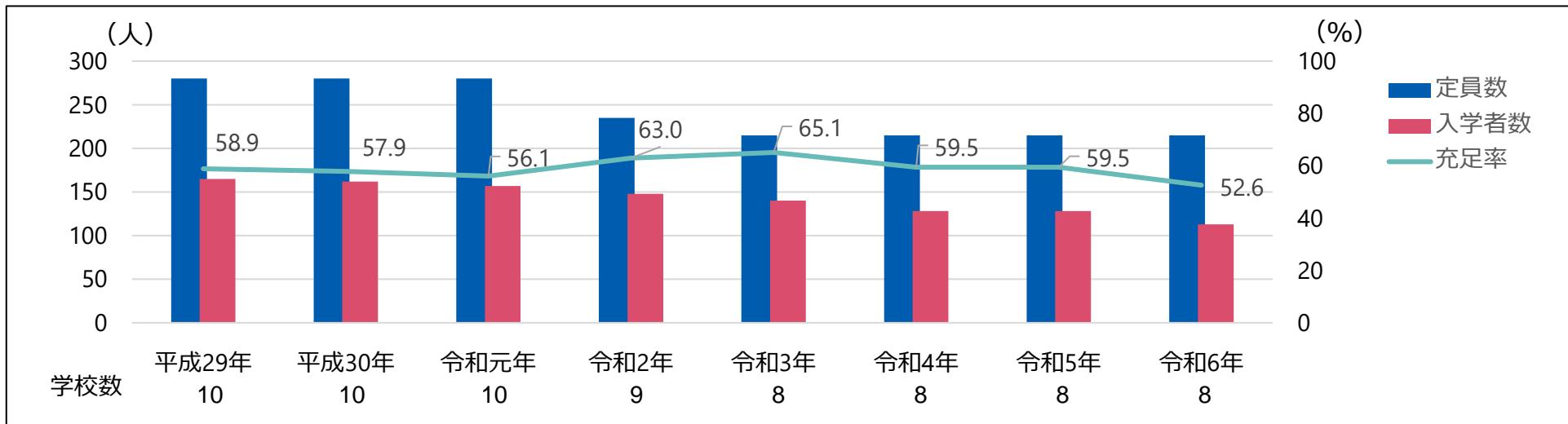
(\* 充足率 = 入学者数 / 定員数)

# 歯科技工士養成施設の充足率の経年変化

## ■ 歯科技工士養成所



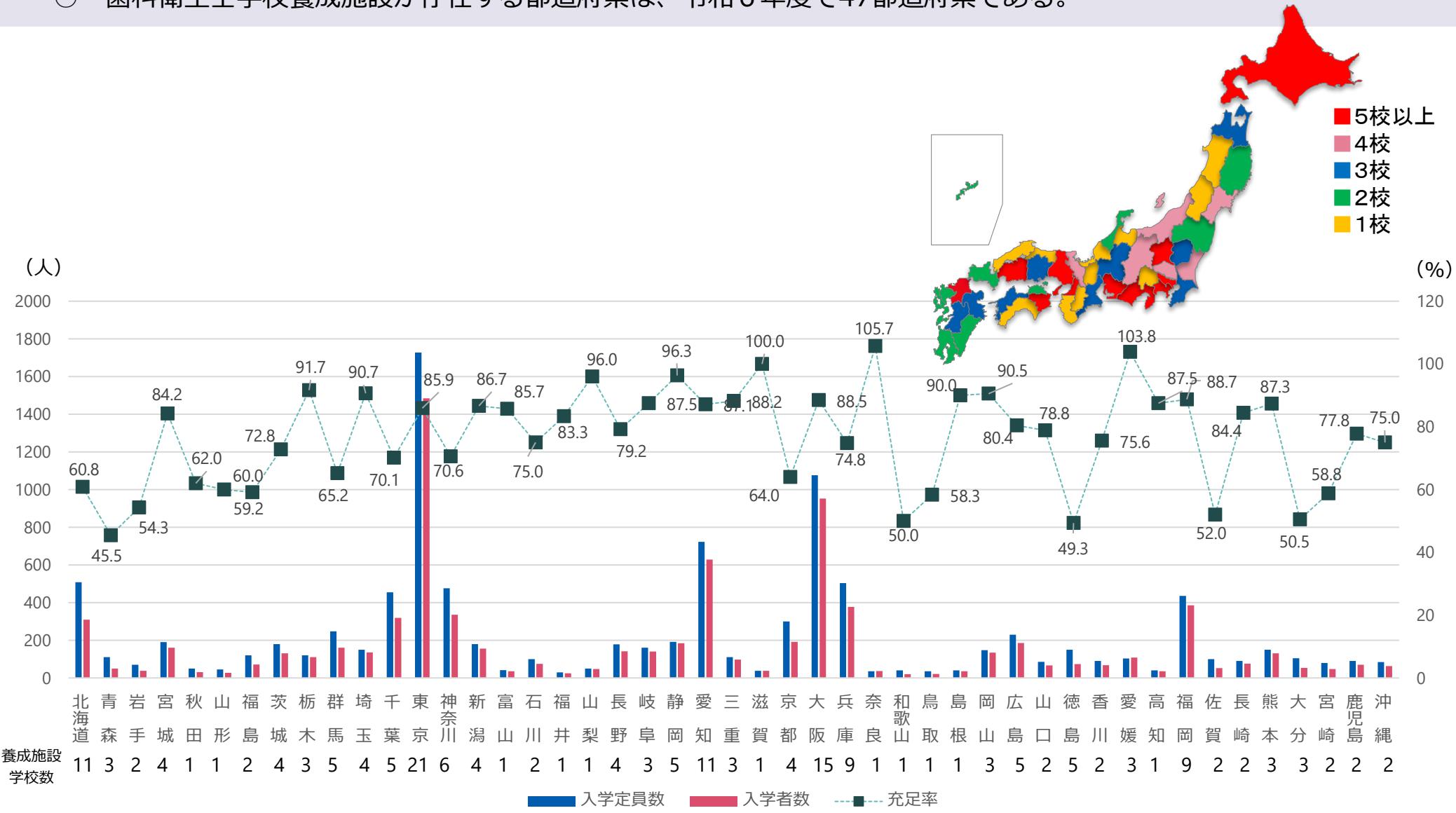
## ■ 歯科技工士学校



(\* 充足率 = 入学者数 / 定員数)

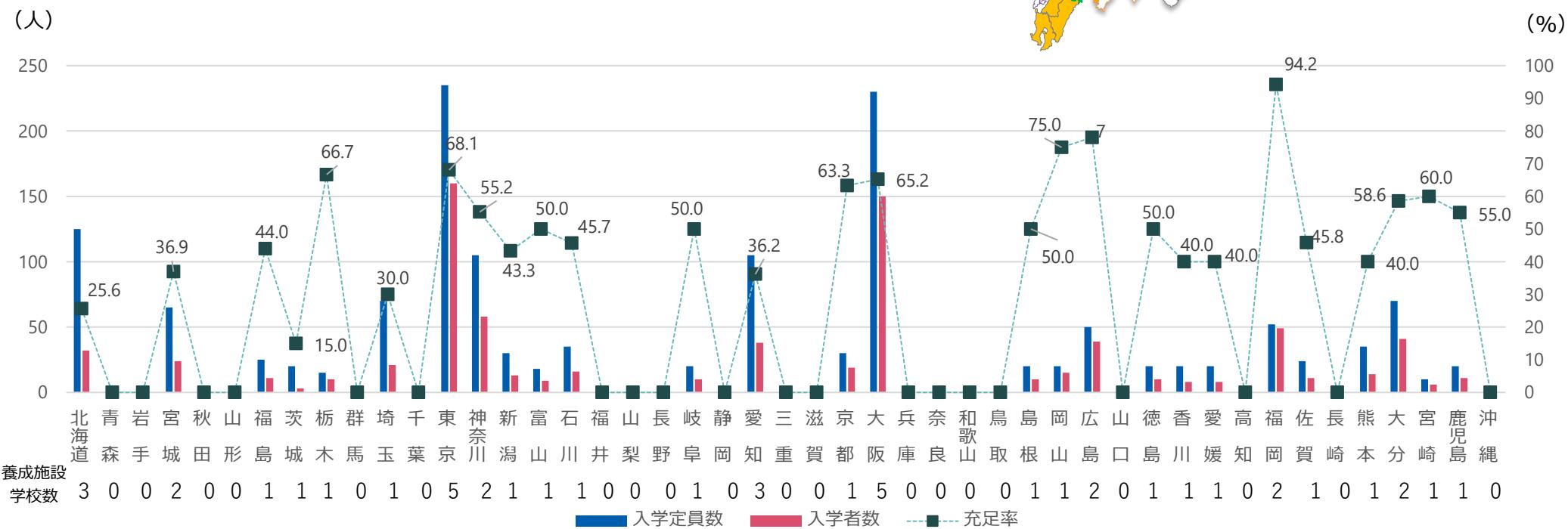
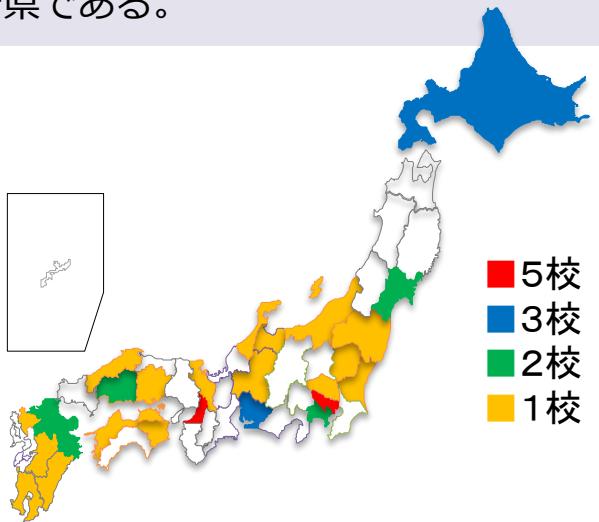
# 都道府県別歯科衛生士学校養成施設の定員数及び充足率

- 歯科衛生士学校養成施設が存在する都道府県は、令和6年度で47都道府県である。



# 都道府県別歯科技工士学校養成施設の定員数及び充足率

- 歯科技工士学校養成施設が存在する都道府県は、令和6年度で27都道府県である。

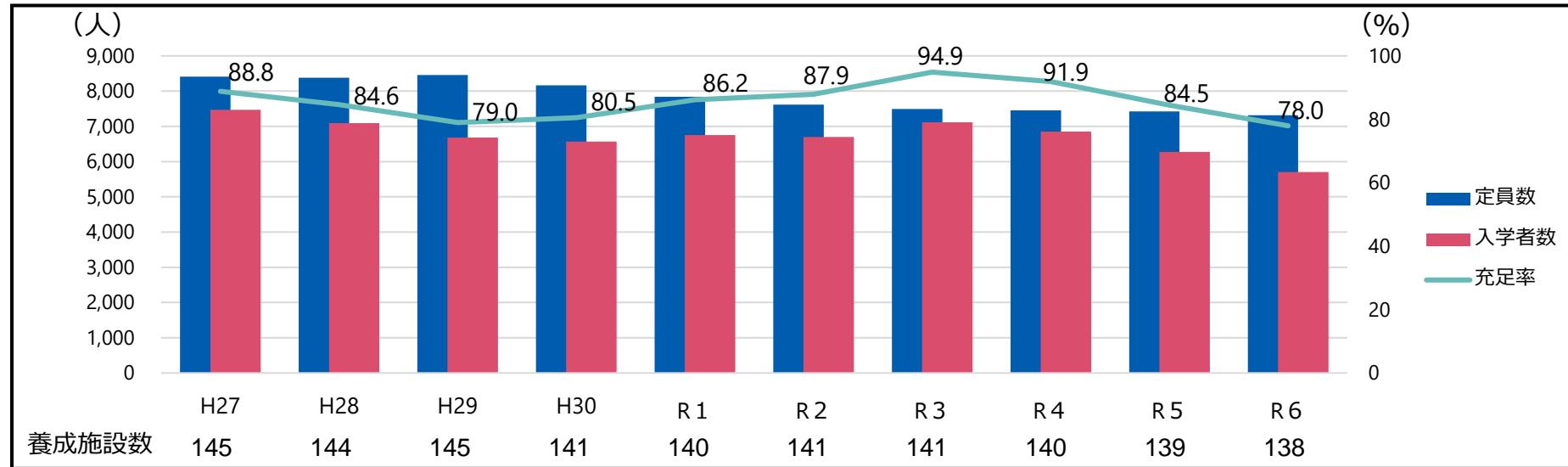


※1 ただし、養成施設数は当該年度において入学者を募集している施設数を示す。文部科学省所管の大学を含む。

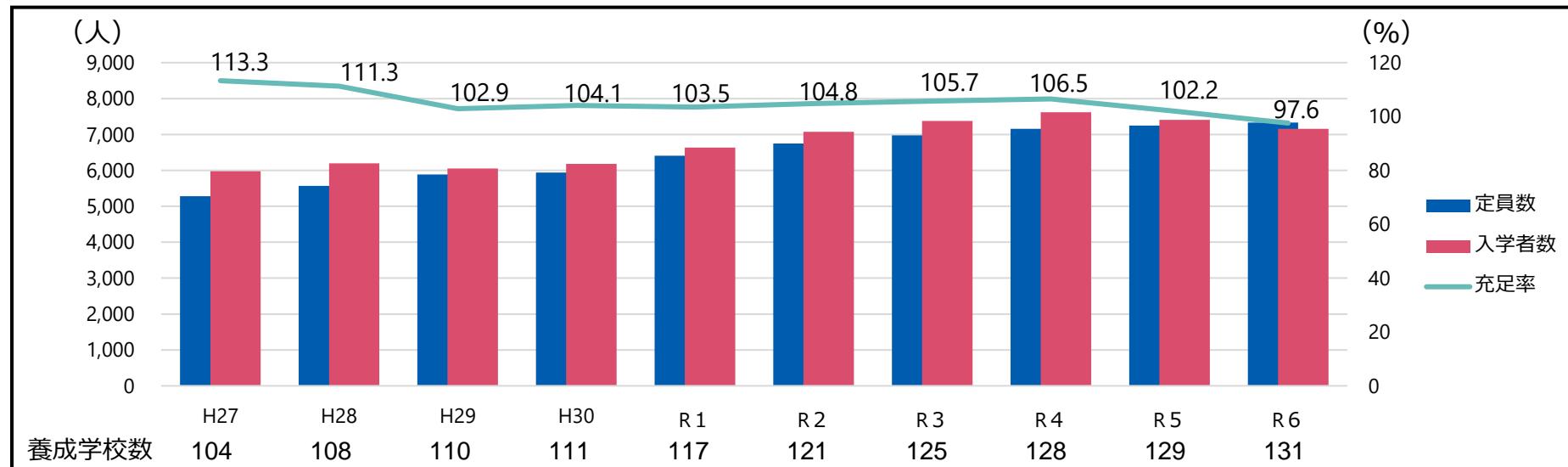
※2 充足率=R6年度入学者数/R6年度入学定員数

# 理学療法士学校養成施設の充足率の経年変化

## ■ 理学療法士養成施設



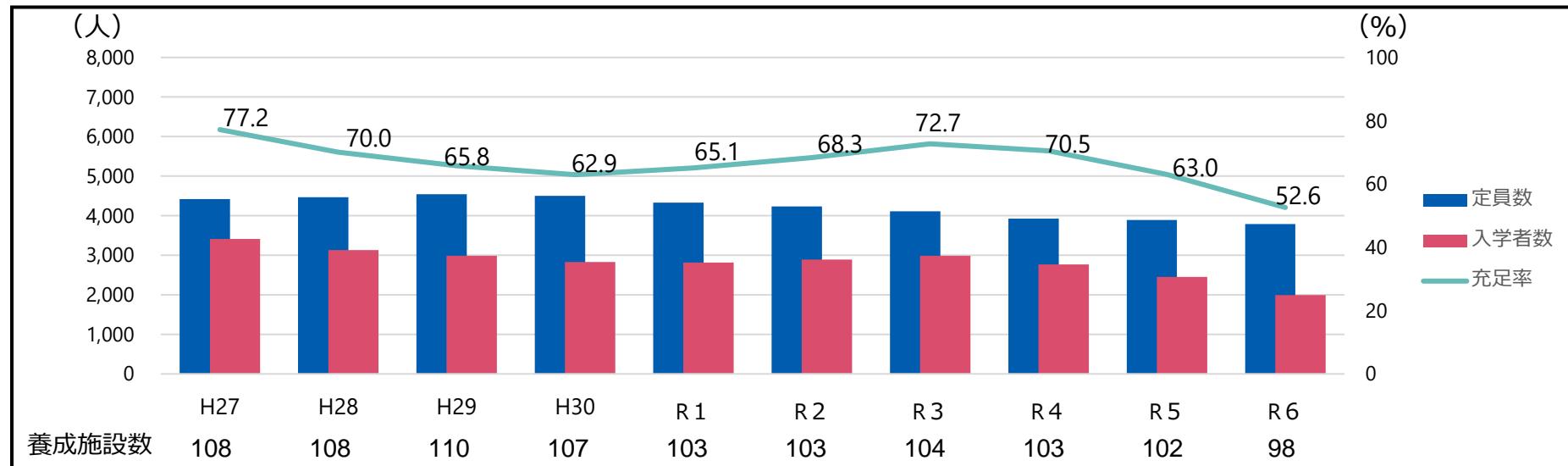
## ■ 理学療法士学校



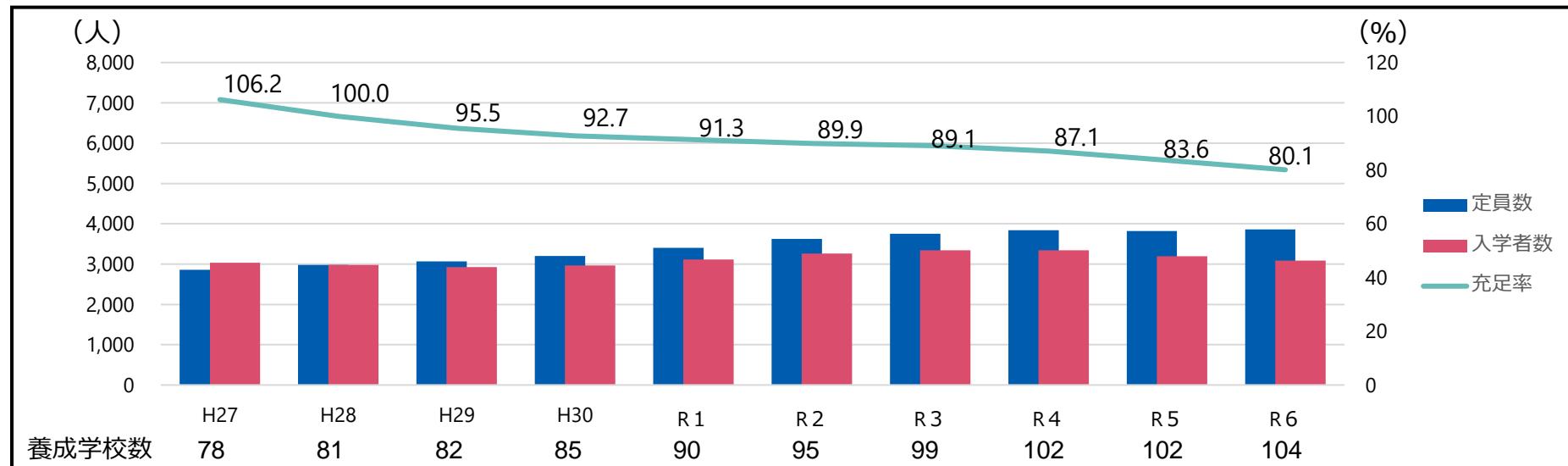
(\* 充足率 = 入学者数 / 定員数)

# 作業療法士学校養成施設の充足率の経年変化

## ■ 作業療法士養成施設



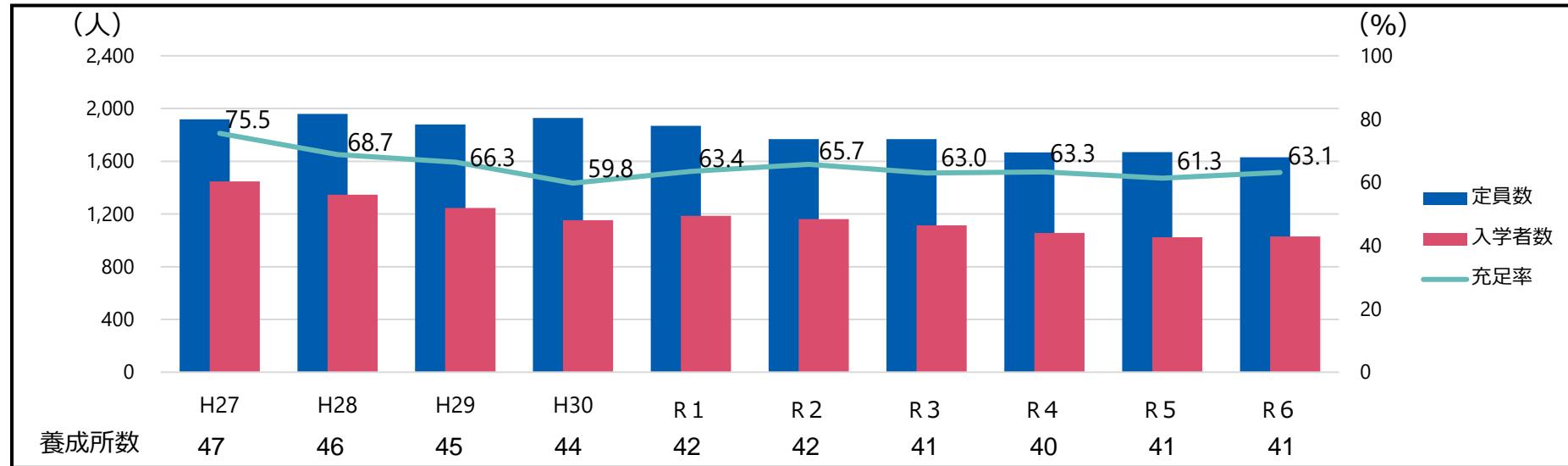
## ■ 作業療法士学校



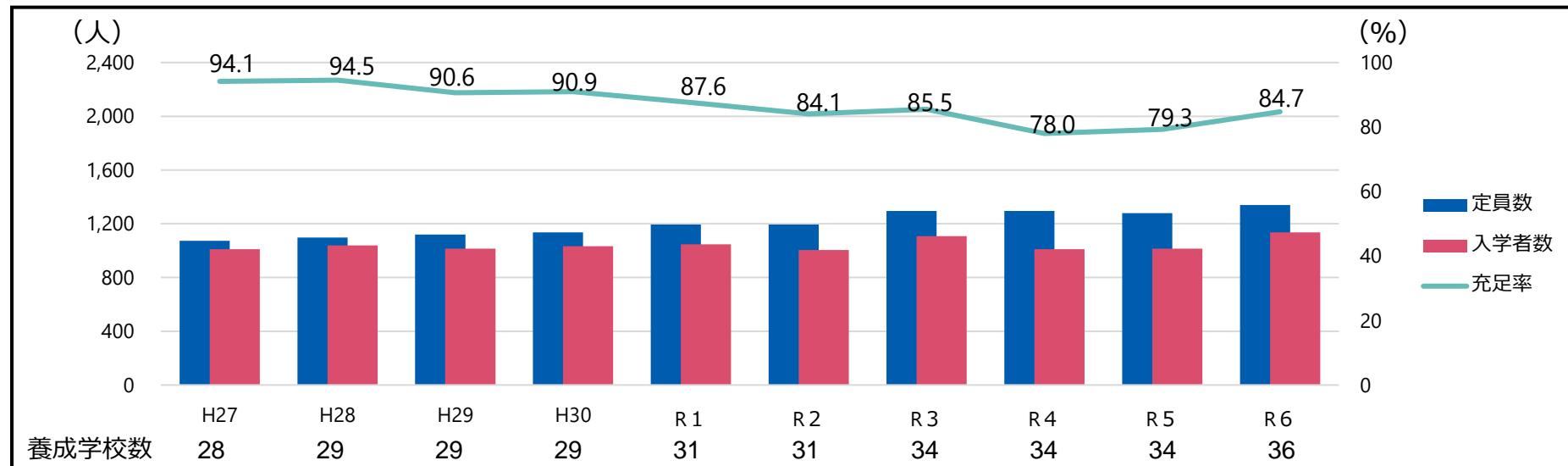
(\* 充足率 = 入学者数 / 定員数)

# 言語聴覚士学校養成所の充足率の経年変化

## ■ 言語聴覚士養成所



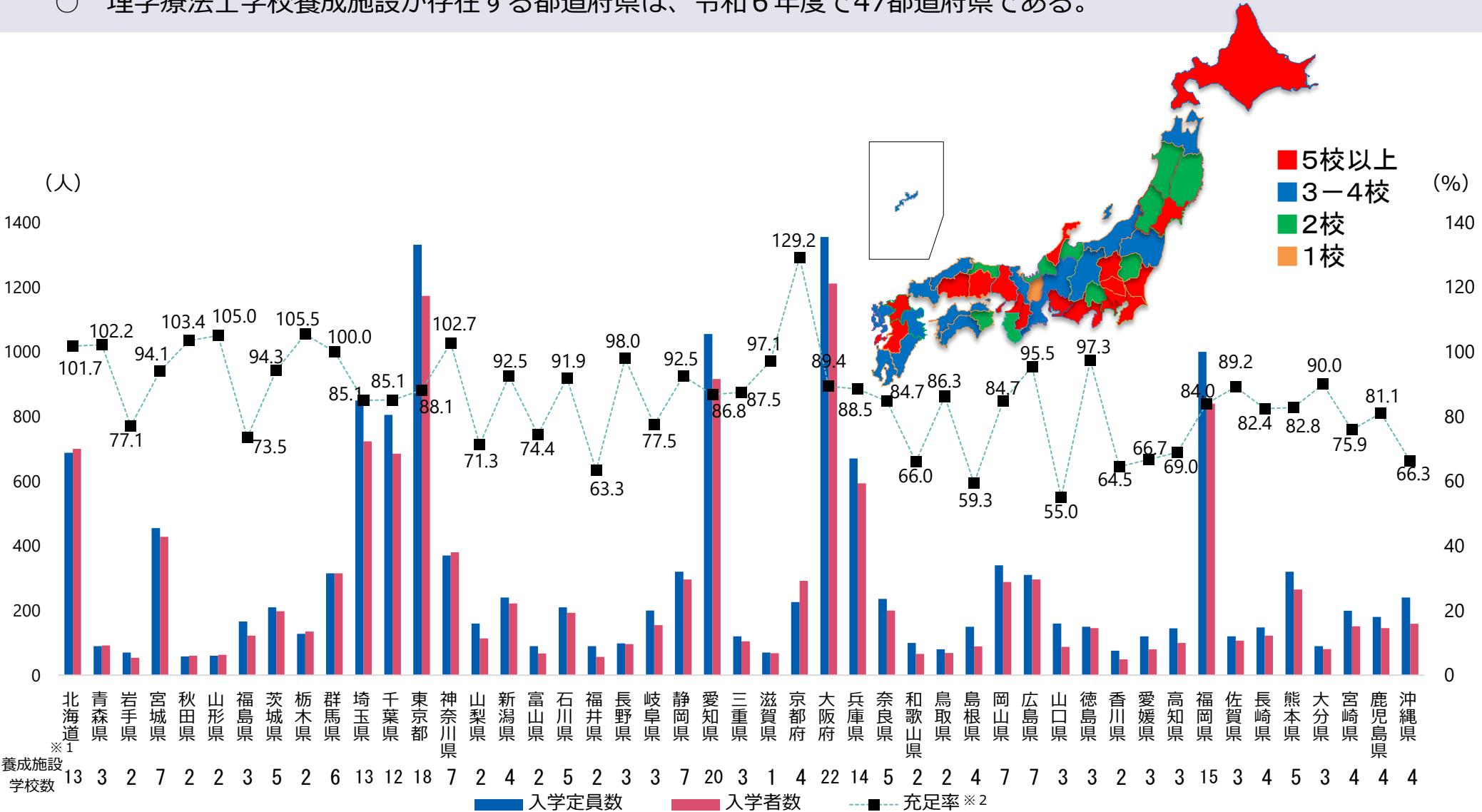
## ■ 言語聴覚士学校



(\* 充足率 = 入学者数 / 定員数)

# 理学療法士学校養成施設の定員数及び充足率

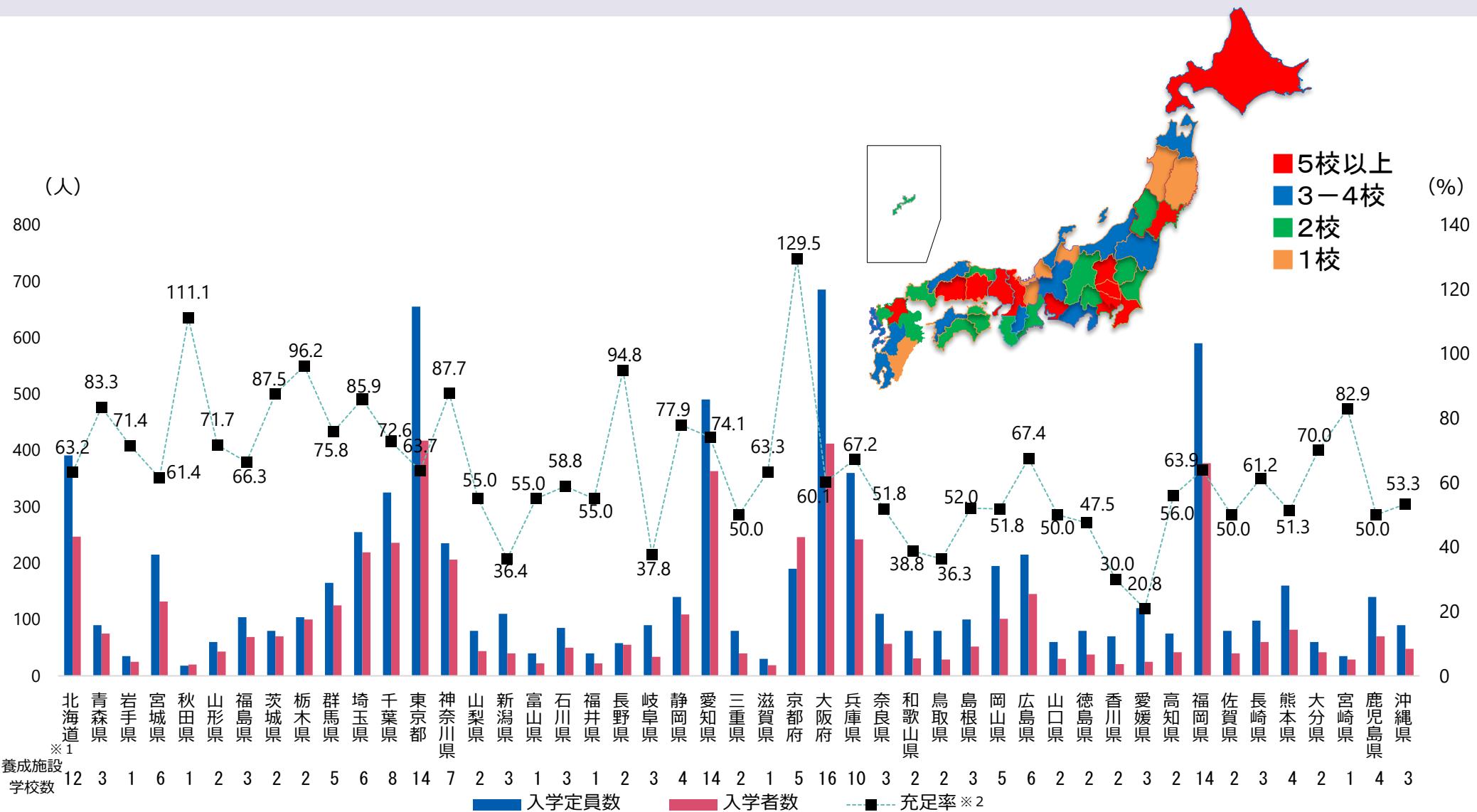
- 理学療法士学校養成施設が存在する都道府県は、令和6年度で47都道府県である。



\*1 養成施設数は当該年度において入学者を募集している施設数を示す。文部科学省所管の大学を含む。 \*2 充足率=R6年度入学者数/R6年度入学定員数

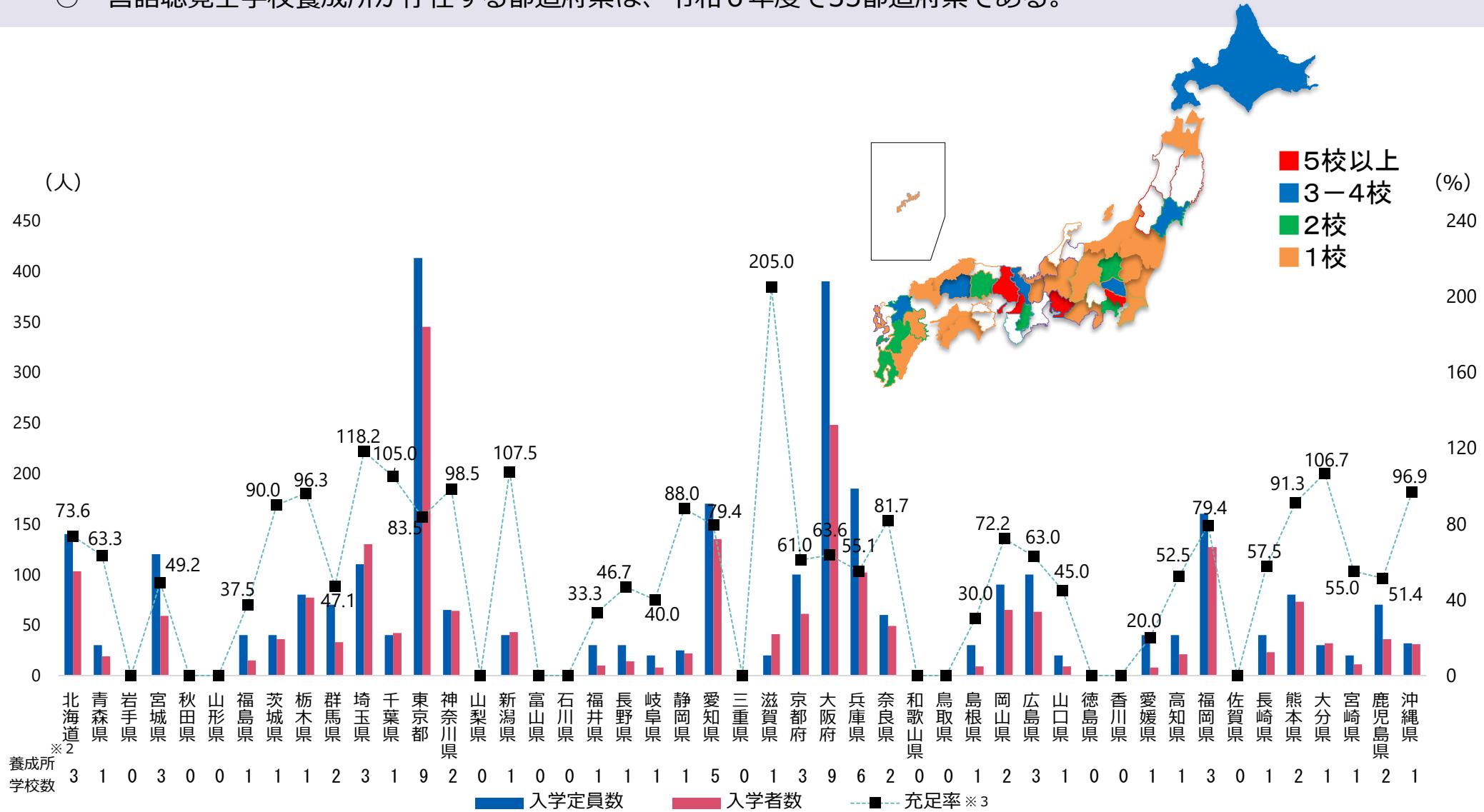
# 作業療法士学校養成施設の定員数及び充足率

- 作業療法士学校養成施設が存在する都道府県は、令和6年度で47都道府県である。



# 言語聴覚士学校養成所の定員数及び充足率

- 言語聴覚士学校養成所が存在する都道府県は、令和6年度で35都道府県である。<sup>※1</sup>



※1 言語聴覚士法第33条第4号に規定する大学を除く。

※2 養成施設数は当該年度において入学者を募集している施設数を示す。文部科学省所管の大学を含む。

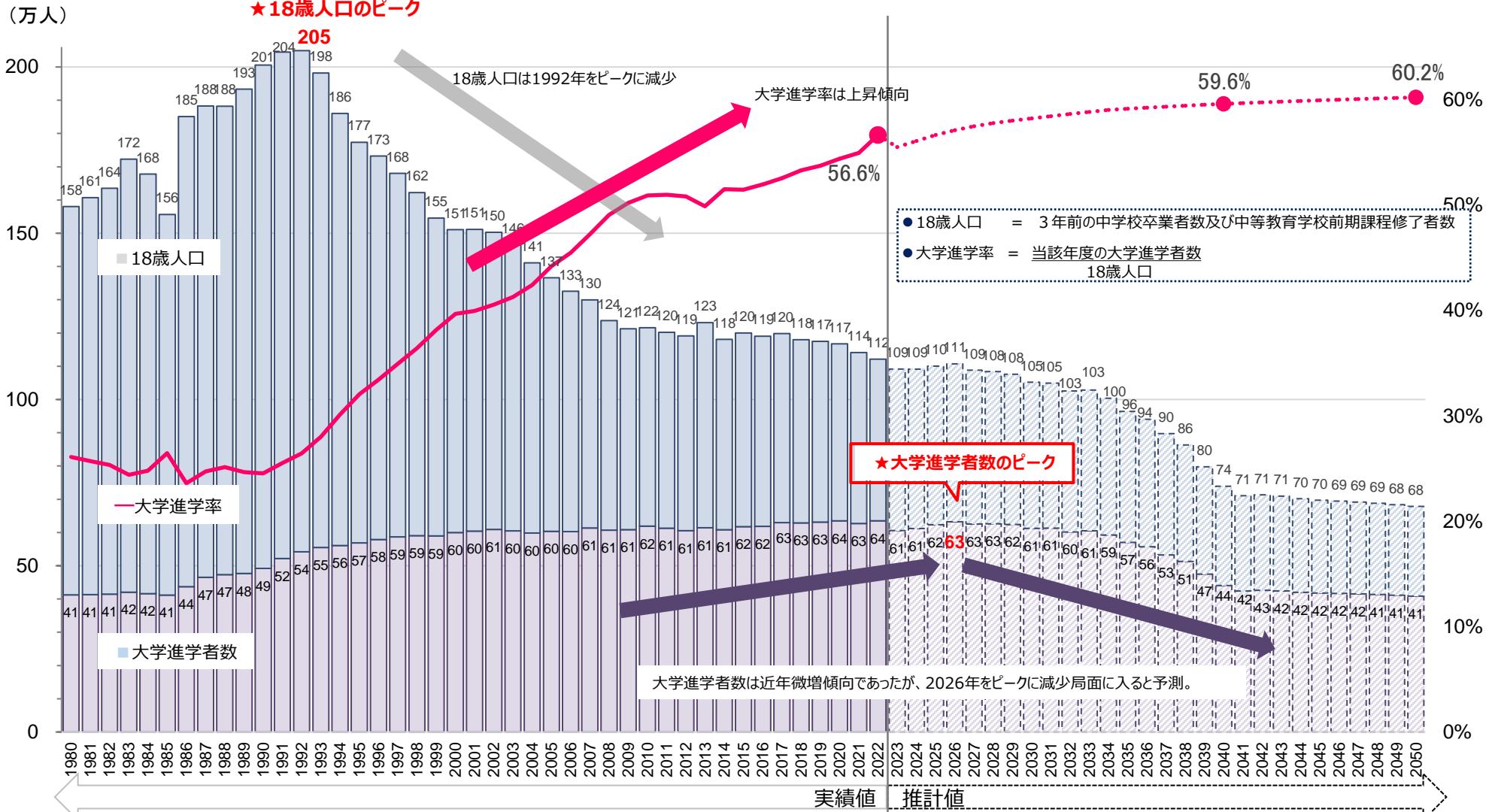
※3 充足率=R6年度入学者数/R6年度入学定員数

# 大学進学者数等の将来推計について

中央教育審議会大学分科会高等教育の在り方に関する特別部会（第12回）

資料2

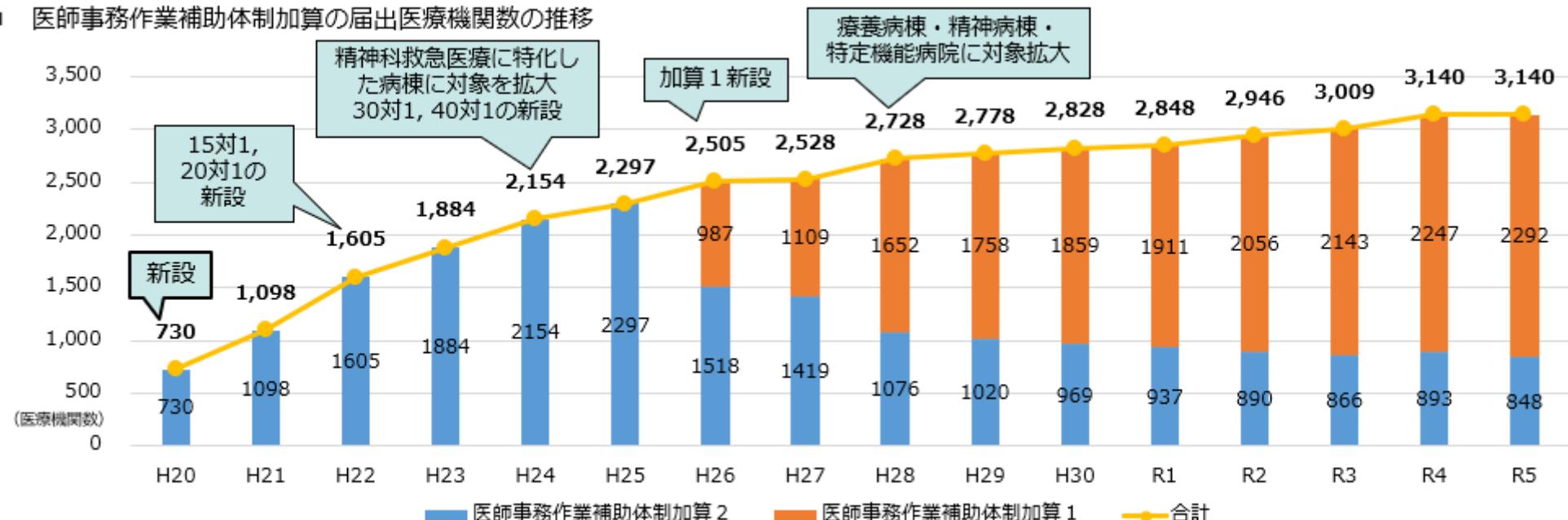
18歳人口が減少し続ける中でも、大学進学率は上昇し、大学進学者数も増加傾向にあったが、2026年以降は18歳人口の減少に伴い、大学進学率が上昇しても大学進学者数は減少局面に突入すると予測される。



# 医師事務作業補助者

医師の事務作業を補助する専従職員（医師事務作業補助者）を配置している等の評価である医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数は増加傾向である（令和4年から令和5年は横ばい）。

## ■ 医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数の推移



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日）

## 医師事務作業補助体制加算（平成20年度改定において新設）

- 勤務医負担軽減計画を策定し、医師の事務作業を補助する専従職員（医師事務作業補助者）を配置している等、病院勤務医の事務作業を軽減する取組を評価。
- 病院勤務医等の負担軽減策として効果があるものについて、複数項目の取組を計画に盛り込む（※）ことが要件となっている。

※ ①（必須）及び②～⑦のうち少なくとも2項目以上

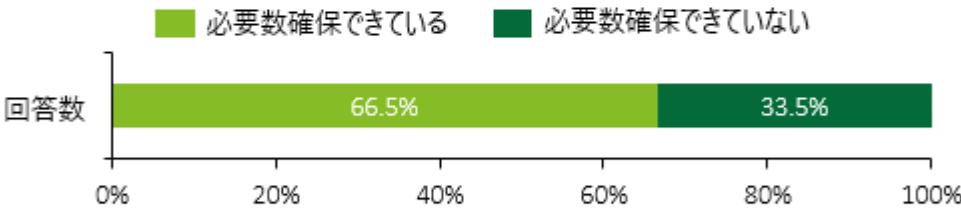
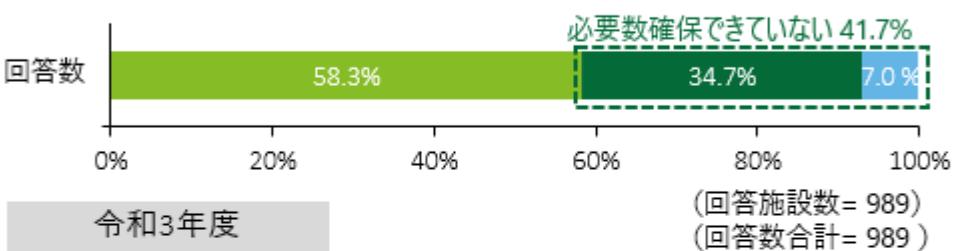
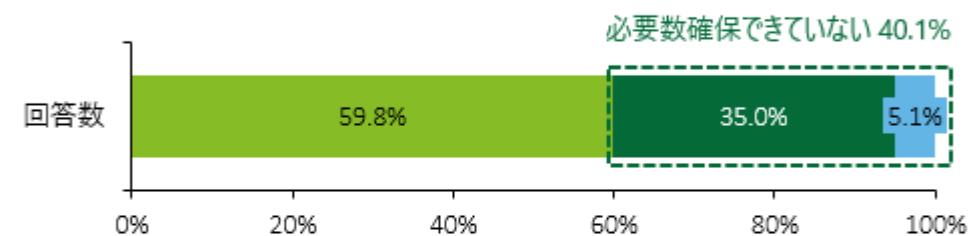
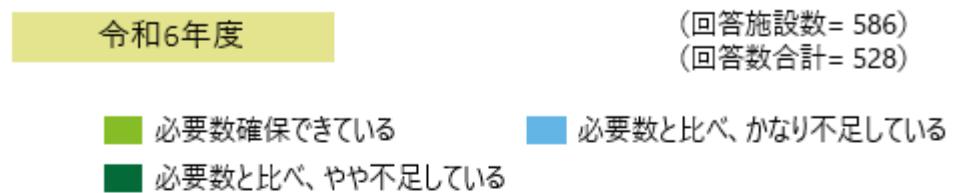
- ① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的な内容（必須）
- ② 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ③ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休憩時間の確保（勤務間インターバル）
- ④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- ⑤ 異常時における業務内容に対する配慮
- ⑥ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- ⑦ 短時間正規雇用医師の活用

配置	加算1	加算2
15対1	1,070点	995点
20対1	855点	790点
25対1	725点	665点
30対1	630点	580点
40対1	530点	495点
50対1	450点	415点
75対1	370点	335点
100対1	320点	280点

- 医師事務作業補助体制加算を届け出ている医療機関に対して、令和6年11～12月にかけて実施したアンケート調査において、約40%の対象医療機関で、医師事務作業補助者の必要数が確保できていないとの回答であった。

### 医師事務作業補助者の確保・定着状況（全体）\*

Q21.医師事務作業補助者の確保状況についてお聞かせください。



# 特定行為に係る看護師の研修制度の概要

## 1. 目的及び現状

- さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。
- このため、「地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」において、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設（平成27年10月）し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成している。
- さらに、平成31年4月の省令改正で、各科目の内容及び時間数を変更し、また在宅・慢性期領域、外科術後病棟管理領域、術中麻酔管理領域において、それぞれ実施頻度が高い特定行為をパッケージ化し研修することを可能としたことで（38行為21区分）、更なる制度の普及を図っている。

## 2. 特定行為の流れ



## 3. 特定行為研修の実施体制等

- 厚生労働大臣が指定する指定研修機関において、協力施設と連携して研修を実施
- 研修は講義、演習又は実習によって実施
- 看護師が就労しながら研修を受けられるよう、
  - 講義・演習は、eラーニング等通信による学習を可能としている
  - 実習は、受講者の所属する医療機関等（協力施設）で受けることを可能としている



## 4. 研修の内容

「共通科目」 全ての特定行為区分に共通するものの向上を図るための研修

共通科目の内容	時間数
臨床病態生理学（講義、演習）	3 0
臨床推論（講義、演習、実習）	4 5
フィジカルアセスメント（講義、演習、実習）	4 5
臨床薬理学（講義、演習）	4 5
疾病・臨床病態概論（講義、演習）	4 0
医療安全学、特定行為実践（講義、演習、実習）	4 5
合計	2 5 0

## 「区別科目」

特定行為区分ごとに異なるものの向上を図るための研修

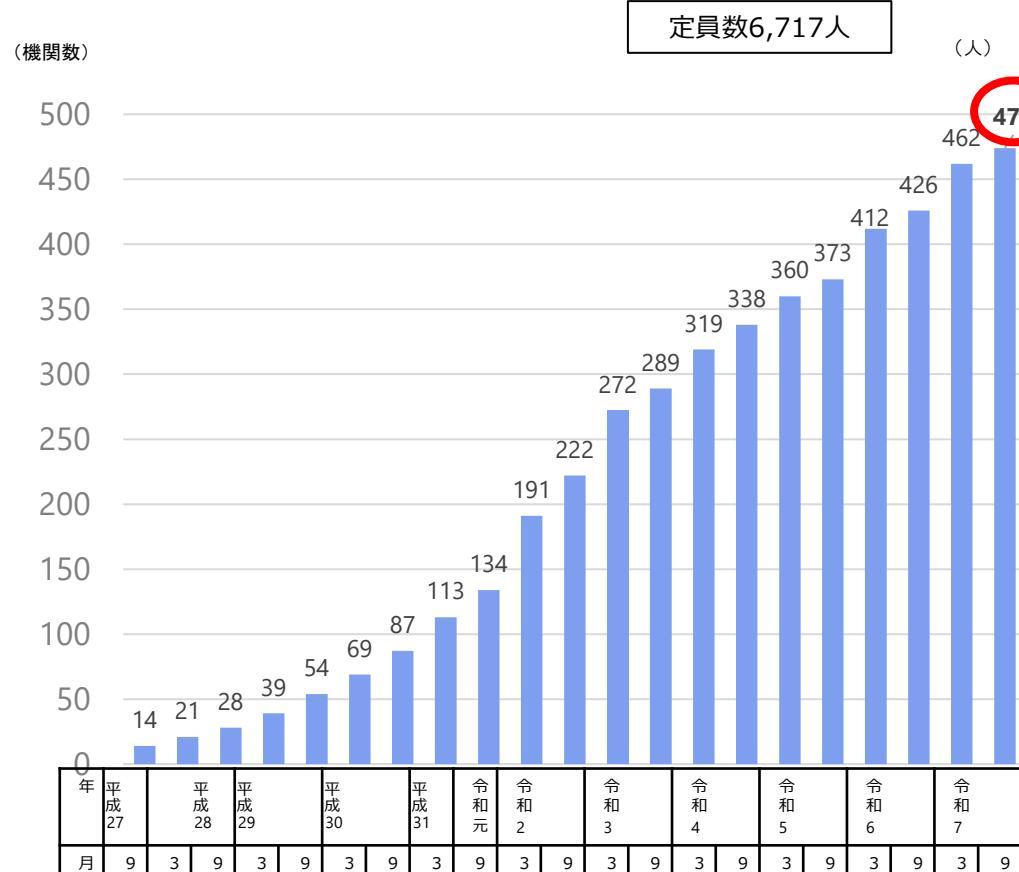
特定行為区分（例）	時間数
呼吸器（気道確保に係るもの）関連	9
創傷管理関連	3 4
創部ドレーン管理関連	5
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	1 6
感染に係る薬剤投与関連	2 9

※全ての科目で、講義及び実習を行う。一部の科目について演習を行う。  
※1区分ごとに受講可能。

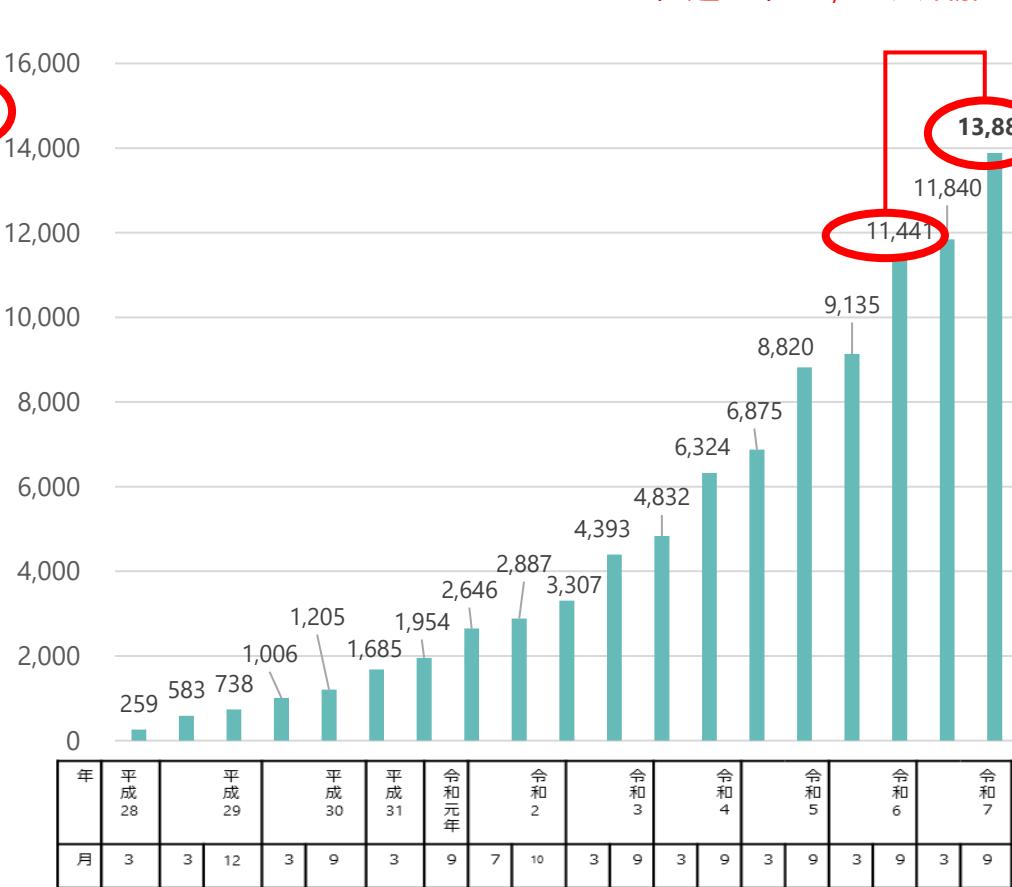
# 特定行為研修指定研修機関数・特定行為研修修了者の推移

- 特定行為研修を行う指定研修機関は、年々増加しており令和7年9月現在で**474**機関、年間あたり受け入れ可能な人数（定員数）は**6,717**人である。
- 特定行為研修の修了者数は、年々増加しており令和7年9月現在で**13,887**人である。

## ■指定研修機関数の推移



## ■特定行為研修修了者の推移

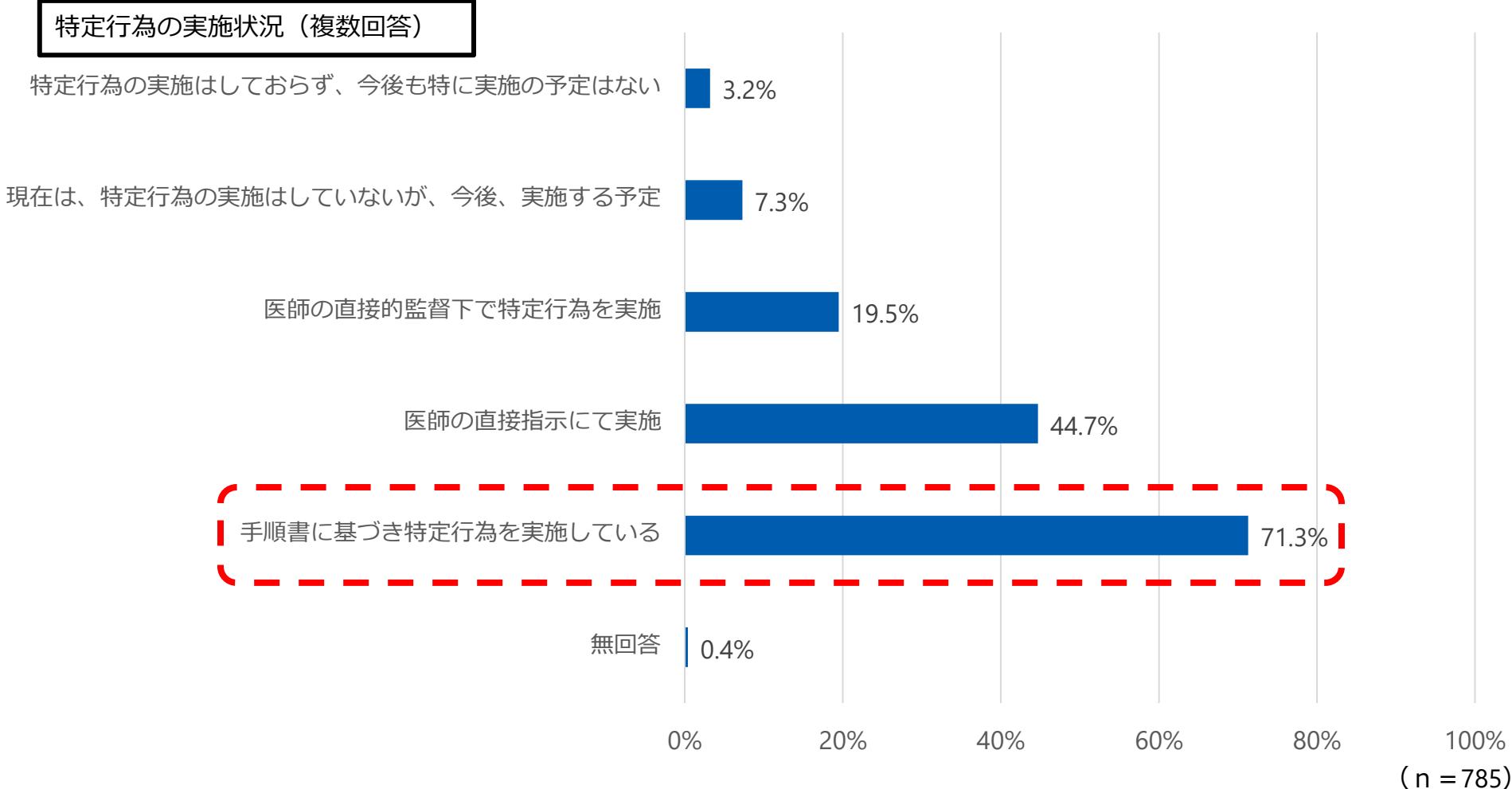


年間増加数 14 26 33 47 88 67 49 35 53 48

年間修了者数 324 423 679 961 661 1525 2043 2260 2705

# 特定行為の実施状況

調査において、特定行為の実施状況は、「手順書に基づき特定行為を実施している」が71.3%であった。



出典：令和5年度看護師の特定行為研修に係る実態調査・分析事業報告書 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

令和4年10月31日までに特定行為研修を修了した看護師が3人以上所属するとみられる病院の特定行為研修修了者を対象。回収率：65.1% (785/1,206件)

# 看護師の特定行為研修制度見直しに係るワーキンググループの概要

## 1 目的

2040年を見据えた医療提供体制の構築に向けて、看護師の特定行為研修制度を一層推進するため、これまでの看護師特定行為・研修部会等での議論を踏まえた制度の見直しの具体的な検討を行う。

## 2 検討事項

- 1) 効果的・効率的な研修について
- 2) 特定行為の内容の見直しについて
- 3) その他

## 3 スケジュール

- |       |                  |
|-------|------------------|
| 9月17日 | 第1回              |
| 10月以降 | 月1回程度開催予定（計3回程度） |
| 1月    | とりまとめ            |
| 2月    | 特定行為・研修部会に報告     |

## ■ワーキンググループ構成員

(氏名)	(所属・役職)
石丸 裕康	関西医科大学総合診療医学講座・教授
大滝 純司	東京医科大学医学部・客員教授
川崎 広志	なごみ訪問看護ステーション・管理者
小林 正宣	葛西医院・院長
今 明秀	八戸市立市民病院・事業管理者
渋谷 智恵	日本看護協会看護研修学校 認定看護師教育課程・課程長
鈴木 靖子	地域医療振興協会 NP・NDC研修センター・次長
中野 博美	前 台東区立台東病院・看護介護部長
春山 早苗	自治医科大学看護学部・教授
福永 ヒトミ	日本医科大学武蔵小杉病院・看護部長

厚生労働省補助事業：看護業務効率化先進事例収集・周知事業看護業務の効率化先進事例アワード2019【聖マリアンナ医科大学病院】  
**ナースハッピープロジェクト（NHP）～音声入力による記録時間の削減～**

### 【ナースハッピープロジェクト（NHP）～音声入力による記録時間の削減～について】

長時間勤務や慢性的な人手不足で離職率が高い一方、看護職員が担う業務の幅は年々広がっています。新病院開設を控える聖マリアンナ医科大学病院では、業務効率化による患者満足度・職務満足度の向上を目的に、スマートフォン向けの音声入力サービス「AmiVoice MLx」を活用しています。

患者情報収集等の記録業務に音声入力を用いる事で、1人あたりの月平均時間外勤務時間を約2分の1に削減する等、業務効率化に大きく貢献し、患者満足度・職務満足度の向上を実現しました。



#### 1人あたりの月平均時間外労働時間



# 令和6年度 看護現場におけるデジタルトランスフォーメーション促進事業 バイタルサインの自動入力活用による入力作業の効率化（医療法人育生会篠塚病院）

診調組 入-1  
7.6.26

## 課題・背景

- 看護師はバイタルサイン等の看護記録の入力など間接的な業務に多くの時間を要し超過勤務となる。
- タイムリーな入力ができず医師や他職種とのバイタルサインの迅速な情報共有ができない。

## 事業概要

- 看護記録に係る時間削減による看護業務効率化や、多職種との情報共有の円滑化による患者誤認等の医療安全の質の向上を目的に、バイタルサインの自動入力測定機器を導入。
- バイタルサインを専用機器で測定し患者のベッドサイドでICカードリーダーにタッチすると測定結果が自動的に電子カルテに反映される。

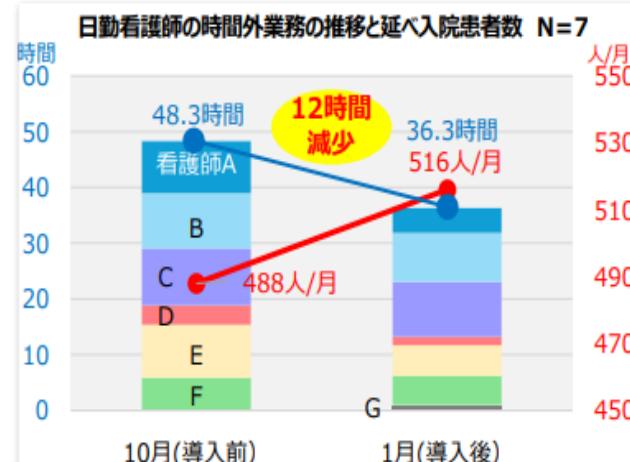


## 効果

- 看護記録の時間短縮、未入力や誤入力の防止、情報共有のタイムラグがなくなった。



### ■バイタルサイン測定機器導入による看護師の業務時間の削減



### 時間外業務の減少

バイタルサインの患者ベッドサイドでの電子カルテへの入力やその他にも情報共有方法をデジタル化したことで、日勤における看護師の時間外労働が10月(導入前)と比較して1月(導入後)は12時間減少した。なお、延べ入院患者人数は10月(導入前)より1月(導入後)が多かった。

# 複数のICT機器等を導入して看護業務の効率化に取り組んでいる事例

## 転倒・転落予測システムAI

（「看護業務効率化先進事例収集・周知事業」の表彰事例）

- 電子カルテに記載された看護記録をAIが解析し入院患者の転倒転落リスクを評価し、リスクの高い患者の要因を一目で把握する。

### ＜主な効果＞

- 転倒転落リスク判定に係る時間  
患者1人につき5分 ⇒ 0分へ削減
- 転倒・転落インシデント報告件数  
導入前460件 ⇒ 導入後 284件



## スマートグラスと見守りカメラ

（令和6年度 看護現場におけるデジタルトランスフォーメーション促進事業）

- 病室にカメラを設置し、看護師が装着しているスマートグラスから病室の状況を確認する。



### ＜主な効果＞

- 夜勤帯の看護師の訪室回数の比較  
導入前後での看護師の訪室回数を同一患者で比較  
導入前16.3回 ⇒ 導入後は13.0回へ削減

## スマートフォン

- スマートフォンのチャット機能、ビデオ通話、ファイルの共有などを1対1だけでなくグループで使用する。

### ＜主な効果＞

- 移動距離の減少(4~5km/日)  
⇒看護師 1人当たり1日100分の時間を創出⇒看護師(200名)の時間外労働が年間6000時間減少
- 日勤から夜勤への申し送りの時間が短縮された。
- 医師からの指示待ちの減少と指示が明確化された。



## 多職種協働セルケアシステム®

- スタッフステーションではなく、より患者に近い廊下を基地として多職種職員（看護職員、理学療法士、看護補助者等）を配置する。



病室前のセルカンファレンス  
患者の個別性に合わせた質の高い看護やリハビリ提供を目指す

### ＜主な効果＞

- ベッドサイド滞在時間の増加
- 患者の個別性に合わせたより質の高い看護やリハビリの提供が可能となり不安が軽減された。

複数の取組の結果として、ベッドサイドで患者に寄り添える時間がこれまで以上に創出でき、安全性にも留意しつつ、患者の個別性に合わせた看護やリハビリの提供が可能になった。

# 看護業務の効率化の主な例①

診調組 入-3  
7.9.11

業務内容（行為時間）	看護業務におけるICT機器等の主な導入例			
	業務内容	導入機器	機器の説明	主な効果
※行為時間合計1440分（24時間）  <b>A:入院</b> (13.22分) <ul style="list-style-type: none"><li>・入院オリエンテーション</li><li>・入院診療計画書</li><li>・転倒転落アセスメント</li><li>・アヌムネーゼ 等</li></ul>	転倒転落アセスメント	転倒・転落予測システムAI	電子カルテに記載された看護記録をAIが解析し入院患者の転倒転落リスクを評価し、リスクの高い患者の要因を一目で把握できる。 	○転倒転落リスク判定に係る時間 患者1人につき5分 ⇒ 0分へ削減 ○転倒・転落インシデント報告件数 導入前460件 ⇒ 導入後 284件
<b>B:情報共有</b> (190.68分) <ul style="list-style-type: none"><li>・患者等からの情報収集</li><li>・看護師間の報告・連絡・相談</li><li>・看護師間の申し送り</li><li>・医師への報告・連絡・相談</li><li>・他の職種への報告・連絡・相談・調整</li><li>・カンファレンス 等</li></ul>	看護師間の報告・連絡・相談	インターポミニューションシステム	無線機にイヤホンとマイクを取り付けた通信機器で、携帯電話と違い、作業をする両手が空き、複数の人と同時に通話を行うことができる。 	○報告・連絡に伴う時間・移動距離の削減 (日勤8時間内を想定) 導入前32分7秒/日 ⇒ 導入後0分/日
	看護師間の報告・連絡・相談	SNS: Teams等	チャット機能、ビデオ通話、ファイルの共有など様々な機能があり、1対1だけでなく、グループで使用できる。	○業務移動距離の減少(4~5km/日) ⇒看護師1人当たり1日100分の時間を創出⇒看護師(200名)の時間外労働が年間6000時間減少

※項目、業務内容、行為時間は令和6年度厚生労働科学研究補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「効率的な看護業務推進の評価に係る実態把握のための研究」分担研究者 菊池令子・小澤知子（研究代表者 坂本すが）を基に医政局看護課で作成。

※導入機器、主な効果は「看護業務効率化先進事例収集・周知事業」の表彰事例、看護現場のデジタルトランスフォーメーション促進事業で作成した事例集「これからはじめる看護DX事例紹介」、HITO病院、NTT東日本関東病院、恵寿総合病院、淡海医療センターからの提供資料を基に医政局看護課で作成。

# 看護業務の効率化の主な例②

診調組 入-3  
7.9.11

業務内容 (行為時間)	看護業務におけるICT機器等の主な導入例			
	業務内容	導入機器	機器の説明	主な効果
※行為時間合計1440分 (24時間)  <b>(再掲)</b> <b>B:情報共有 (190.68分)</b> • 患者等からの情報収集 • 看護師間の報告・連絡・相談 • 看護師間の申し送り • 医師への報告・連絡・相談 • 他の職種への報告・連絡・相談 • 医師への報告・連絡・相談 • 他の職種への報告・連絡・相談 • カンファレンス 等	看護師間の申し送り	SNS: Teams等	チャット機能、ビデオ通話、ファイルの共有など様々な機能があり、1対1だけでなく、グループで使用できる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>○日勤から夜勤への申し送りの時間が短縮された</li> <li>○始業前の労働時間の減少</li> </ul>
	医師への報告・連絡・相談		○医師からの指示待ちの減少と指示が明確化された。	
	他の職種への報告・連絡・相談		○タイムリーな情報共有 (適切な時期の職種間の打ち合わせや患者に合わせた対応が可能に)	
	患者等からの情報収集	AI問診	タブレット端末で予診票の入力を行う。入力結果をコピーして、電子カルテに貼り付ける。	<ul style="list-style-type: none"> <li>○外来受付から会計終了の平均時間 導入前177.0分 ⇒ 導入後165.6分</li> </ul>
<b>C:診察・治療 (416.38分)</b> • 観察 • 検査の準備・実施・片付け (採血・血糖測定・X-P等) • 診察・治療・処置の介助 • バイタルサインの測定 • 薬剤の準備 • 薬剤のミキシング • 人工呼吸器管理 • 吸引 等	観察	見守りセンサー 睡眠モニター	ベッド上の体動と心拍数・呼吸数から覚醒と睡眠状況を測定し、睡眠時間の持続や中途覚醒が確認できる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>○鎮静剤や麻薬などのコントロール、睡眠薬のコントロールを医師に提案できる。</li> <li>○睡眠と覚醒のパターンから排泄パターンも予測できるため、転倒転落リスクの高い患者に対するトイレ誘導が適切にできる。</li> <li>○定期的な巡視 (現在は2時間毎) の間隔をあけることができる。</li> <li>○患者の状況から優先順位を決めて巡視することができる。</li> </ul>
	検査の準備・実施・片付け (採血・血糖測定・X-P等)	双方向ホワイトボード	病棟と検査室の双方からホワイトボードに最新の状況を書き込み、患者の状態や検査の進捗等が一目で確認できる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>○病棟における1ヶ月あたりの検査・治療件数 130件/月 ⇒ 148件/月</li> <li>○出棟要請時間から出棟までの時間 8分27秒 ⇒ 7分</li> </ul>

※項目、業務内容、行為時間は令和6年度厚生労働科学研究補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「効率的な看護業務推進の評価に係る実態把握のための研究」分担研究者 菊池令子・小澤知子（研究代表者 坂本すが）を基に医政局看護課で作成。

※導入機器、主な効果は「看護業務効率化先進事例収集・周知事業」の表彰事例、看護現場のデジタルトランスフォーメーション促進事業で作成した事例集「これからはじめる看護DX事例紹介」、HITO病院、NTT東日本関東病院、恵寿総合病院、淡海医療センターからの提供資料を基に医政局看護課で作成。

# 看護業務の効率化の主な例③

診調組 入-3  
7.9.11

業務内容 (行為時間)	看護業務におけるICT機器等の主な導入例			
	業務内容	導入機器	機器の説明	主な効果
<b>D:患者のケア (302.16分)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・環境整備 (ベッド周囲の整理・整頓、清掃等)</li> <li>・リネン交換</li> <li>・見守り・付き添い</li> <li>・身の回りの世話</li> <li>・排泄介助 (おむつ交換・トイレ誘導・片づけ等)</li> <li>・患者への説明 (治療・手術・検査・病状等)</li> <li>・家族への連絡・説明・指導</li> <li>・死後処置 等</li> </ul>	見守り・付き添い	見守りカメラ スマートグラス	病室にカメラを設置し、看護師が装着しているスマートグラスから病室の状況を確認する。 	○夜勤帯の看護師の訪室回数の比較 導入前後での看護師の訪室回数を同一患者で比較 導入前16.3回 ⇒ 導入後は13.0回へ削減
	排泄介助 (おむつ交換・トイレ誘導・片づけ等)	マセレーター	再生紙で作られたパリプ製の便器や尿器を汚物ごと粉碎、排水処理する。 	○汚物処理に要する時間短縮 導入前190分/日 ⇒ 導入後26分/日へ短縮
	患者への説明 (治療・手術・検査・病状等)	患者説明動画サービス	予め説明用動画を作成し、患者はタブレット端末から検査の説明を視聴する。	○看護師の業務全体に占める説明時間が短縮 導入前9.7% ⇒ 導入後8.4%へ短縮
	その他	デジタルナースコール	各ベッド備え付けのスマートフォンの画面から看護師に伝えたい内容のボタン押す。それ以外の用件は、メッセージやビデオ通話機能を使う。 	○予め用件が分かるため、氷枕を持っていく等準備をした上で、看護師が訪室できるようになり、訪室回数が減った。 ○メッセージで送られた内容をAIが解析して、ケアの改善点を提案するため、ケアの質の向上につながった。
<b>E:退院(8.26分)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院指導 (身体と生活に関する指導)</li> <li>・退院時の栄養指導 等</li> </ul>				

※項目、業務内容、行為時間は令和6年度厚生労働科学研究補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「効率的な看護業務推進の評価に係る実態把握のための研究」分担研究者 菊池令子・小澤知子（研究代表者 坂本すが）を基に医政局看護課で作成。

※導入機器、主な効果は「看護業務効率化先進事例収集・周知事業」の表彰事例、看護現場のデジタルトランスフォーメーション促進事業で作成した事例集「これからはじめる看護DX事例紹介」、HITO病院、NTT東日本関東病院、恵寿総合病院、淡海医療センターからの提供資料を基に医政局看護課で作成。

# 看護業務の効率化の主な例④

診調組 入-3  
7.9.11

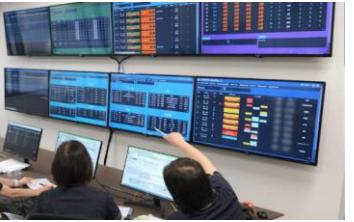
業務内容 (行為時間)	看護業務におけるICT機器等の主な導入例			
	業務内容	導入機器	機器の説明	主な効果
※行為時間合計1440分 (24時間)  F:看護記録 (196.46分)  ・看護計画作成・アセスメント ・日々の看護実施記録 ・退院時サマリー作成 ・重症度・医療看護必要度の入力 等	日々の看護実施記録	スマートフォン 音声入力システム	スマートフォンに音声で入力したメモが看護記録に送られる。  	○業務時間外記録 導入前平均92.2分 ⇒ 導入後平均59.2分 ○一人あたり月平均時間外勤務時間の削減 導入前21.86時間 ⇒ 導入後10.92時間 ○直接ケア時間は4.6%増加し、間接ケアが22.9%減少
		スマートフォン（モバイル端末を活用した電子カルテ入力補助）	モバイル端末で作成した記録や撮影した写真を電子カルテに取り込む。	○リアルタイムでの記録や写真の取り込みが容易になった。 ○モバイル端末で写真撮影し、その場でノートパソコンの患者カルテ画面を確認、確定することでカルテ入力が終了するため、患者間違いの不安がなくなった。
		通信機能付バイタルサイン測定機器	バイタルサイン測定の専用機器をベッドサイドでICカードリーダーにかざすと測定値が電子カルテに反映される。 	【バイタルサイン自動入力測定機器導入による看護師のバイタルサイン入力のタイムラグ】 ○日勤（午前検温）：導入前89.1秒⇒導入後64.8秒 ○日勤（午後検温）：導入前28.5秒⇒導入後20.2秒 ○日勤（臨時検温）：導入前25.7秒⇒導入後18.6秒 【バイタルサイン測定機器導入による看護師(7名)の時間外労働】 導入前48.3時間/月⇒導入後36.3時間/月
	退院時サマリー作成	生成AIサービス	文書作成機能で、日々の看護記録から生成AIが退院時看護サマリーを作成する。	○退院時看護サマリー作成時間が平均42.5%減少 ○退院時看護サマリー作成時間の心理的負担が平均27.2%減少

※項目、業務内容、行為時間は令和6年度厚生労働科学研究補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「効率的な看護業務推進の評価に係る実態把握のための研究」分担研究者 菊池令子・小澤知子（研究代表者 坂本すが）を基に医政局看護課で作成。

※導入機器、主な効果は「看護業務効率化先進事例収集・周知事業」の表彰事例、看護現場のデジタルトランスフォーメーション促進事業で作成した事例集「これからはじめる看護DX事例紹介」、HITO病院、NTT東日本関東病院、恵寿総合病院、淡海医療センターからの提供資料を基に医政局看護課で作成。

# 看護業務の効率化の主な例⑤

診調組 入-3  
7. 9. 11

業務内容 (行為時間)	看護業務におけるICT機器等の主な導入例			
	業務内容	導入機器	機器の説明	主な効果
※行為時間合計1440分 (24時間)  <b>G:搬送・移送 (10.21分)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・患者の搬送</li><li>・薬・検体・書類の搬送</li></ul>	薬・検体・書類の搬送	物品搬送ロボット	ロボットが検体や薬剤等を搬送する。 	○削減された搬送業務時間：約69時間/月の短縮
<b>H:点検作業 (5.14分)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・機器類の点検（車いす・酸素ボンベ・DC等）</li><li>・病棟の安全や管理の点検（施錠、消防設備等）</li><li>・薬品や物品の使用期限の点検</li></ul>	機器類の点検	総合滅菌管理システムAries/IoT(Internet of Things)技術	個々の手術機器に2次元バーコードが貼付され、洗浄・組立・滅菌・保管・使用・回収使用履歴管理ができ、手術準備等が効率的に行える。 	○手術1件の器械組み立てに要する時間が566.3秒 ⇒ 312.8秒 ○手術件数が1,134件増加 
<b>I:その他(297.50分)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・ME機器の取り寄せ・管理・返却</li><li>・書類の作成</li><li>・電話対応</li><li>・業務に関する打ち合わせ</li><li>・委員会・会議 等</li></ul>	その他	患者および病院資源の統合システム	入院、退院、検査、バイタルサイン等の情報をリアルタイムに把握、集約することで、業務量の可視化や業務の最適化が行える。 ※手術件数、内視鏡件数、血管造影件数、化学療法件数、呼吸器稼働台数等の指標からタスクスコアを算出。 	○ベッドコントロールがスムーズにできるようになり、病床稼働率が89.9%から94.1%へ上昇 ○看護師の応援体制が強化され、一般急性期病棟の超過勤務時間が5,700時間（1,100万円以上）減少 

※項目、業務内容、行為時間は令和6年度厚生労働科学研究補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「効率的な看護業務推進の評価に係る実態把握のための研究」分担研究者 菊池令子・小澤知子（研究代表者 坂本すぐ）を基に医政局看護課で作成。

※導入機器、主な効果は「看護業務効率化先進事例収集・周知事業」の表彰事例、看護現場のデジタルトランスフォーメーション促進事業で作成した事例集「これからはじめる看護DX事例紹介」、HITO病院、NTT東日本関東病院、恵寿総合病院、淡海医療センターからの提供資料を基に医政局看護課で作成。

- 医師事務作業補助者が実施している主たる業務のうち、いくつかの業務については、生成AIによる文書作成補助システム等を活用した、ICTによる労働時間短縮・作業効率上昇が想定される。

No.	業務の性質	業務内容	詳細	ICT活用
1	診断書等の文書作成補助	紹介状の返書の下書き・仮作成	紹介状の返書	文書作成補助システム
2		主治医意見書の下書き・仮作成	介護保険主治医意見書	文書作成補助システム
3		特定疾患等の申請書	特定疾患（難病）臨床調査個人表	文書作成補助システム
4		レセプト症状詳記の下書き・仮作成	レセプトに関する症状詳記	—
5		入院診療計画書等の下書き・仮作成	入院診療計画書の作成	—
6		診療情報提供書の下書き・仮作成	診療情報提供書	文書作成補助システム
7		退院等各種サマリーの下書き・仮作成	患者・家族への説明文書の作成	説明動画
8		診断書の下書き・仮作成	病院様式診断書	診断書作成支援システム
9			保険会社様式診断書	診断書作成支援システム
10			身障障害者診断書	診断書作成支援システム
11			労災後遺障害診断書	診断書作成支援システム
12	診療記録への代行入力	検査オーダーの代行入力	検査の指示	—
13			画像の指示	—
14			処置の指示	—
15			食事の指示	—
16		処方箋の代行入力	内服薬の処方	—
17			注射薬の処方	—
18		クリニカルパス等を代行入力	クリニカルパスの入力	—
19			地域医療連携パスの入力	—
20		診療録等の代行入力	外来診療録作成（SOAP全て記載）	音声入力
21			外来診療録作成（その他）	音声入力
22			病棟回診の記録	音声入力
23			手術記録	音声入力
24			麻酔記録	音声入力
25		診察前の予診	初診患者への予診の記録	WEB問診、AI問診
26			再診患者への予診の記録	WEB問診、AI問診
27		退院等各種サマリーの下書き・仮作成	退院サマリーの作成	文書作成補助システム
28			診察予約・変更や調整	—

No.	業務の性質	業務内容	詳細	ICT活用
29	医療の質の向上に資する事務作業	各種臨床データに関する調査・代行入力	がん登録（院内・全国）	RPA
30			NCD登録	RPA
31			JND登録	RPA
32			JCVSD登録	RPA
33			診療録や画像結果などの物的整理	画像ファーリングシステム
34			臨床データ集計	RPA
35		研究申請書の準備	臨床研修のための資料作成	—
36			学術論文などの資料の検索	—
37			教育や臨床研修のカンファレンス準備	WEB会議システム
38	教育や研修・カンファレンスのための準備作業	院内会議の資料作成	院内会議の資料作成	音声入力 文書作成補助システム
39			通信文の物理的整理	—
40			カンファレンスの記録	音声入力
41			救急医療情報システム入力	RPA
42		行政上の業務	ヒヤリ・ハット事例収集事業	—
43			感染症サーベイランス事業	RPA
44		入院時の案内等の病棟における患者対応業務	次回来院時の説明	説明動画
45			検査・手術等の日程調整	—
46			検査・手術のための説明・同意書取得	説明動画
47			入院手続きの説明	説明動画
48			逆紹介の説明	—

※RPA : Robotic Process Automationの略で、パソコンを使用した定型的な業務を自動化するシステム

# 生成AI等の活用による医師事務作業の負担軽減について

○生成AIによる文書作成補助システム、RPA、WEB問診・AI問診等による、文書作成や情報入力等に係る医師事務作業の業務時間の削減効果事例は以下のとおり。

## 生成AIによる文書自動作成

病院	対象文書	効率化効果（1件当たり作成時間）
国立大学病院 (1000床規模)	退院時サマリ作成	1時間 → 20分（削減率66%）
国立大学病院 (1000床規模)	診療情報提供書・退院時サマリ作成	平均47%削減（年間1人当たり63時間の削減）
民間病院 (750床規模)	退院時サマリ	医師事務作業補助者による下書き 30分 → 0分（削減率100%） 医師による作成 10分 → 5分（削減率50%）
民間病院 (400床規模)	退院時サマリ作成	15分 → 10分（削減率33%）
民間病院 (200床規模)	診療情報提供書・紹介返書・退院時サマリ・主治医意見書等	医師事務作業補助者による下書き 30分 → 15分（削減率50%）

## 生成AIによるがん登録作業効率化

病院	効率化効果
民間病院 (800床規模)	・登録の際の患者スクリーニング作業時間 (削減率27.1%) ・がん登録作業時間 (削減率16%)

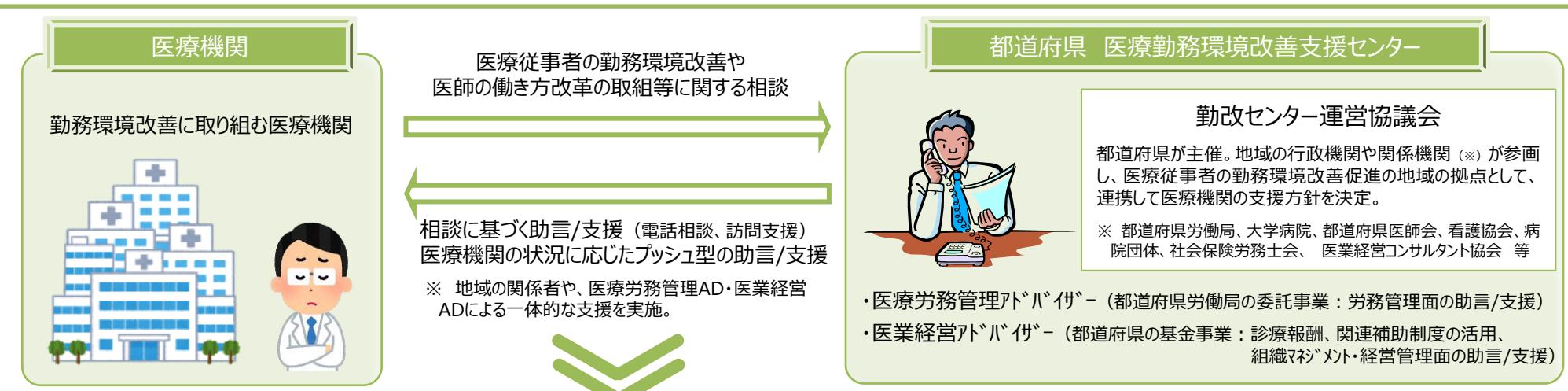
## WEB問診・AI問診

病院	効率化効果
民間病院 (300床規模)	1問診当たり約10分→6分に短縮 (削減率40%)
診療所	1問診当たり約12分→約6分に短縮 (削減率50%)

# 医療勤務環境改善支援センターの概要

## 概要

- ◇ 医療勤務環境改善支援センター（勤改センター）は、医療従事者の勤務環境改善を促進するための拠点として、各都道府県が設置。
  - ※ 改正医療法（平成26年10月施行）に基づき、平成29年3月までに全都道府県に設置。都道府県の直接運営や県医師会や病院協会等の団体への委託により運営。
- ◇ 勤改センターには、医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士等）や、医業経営アドバイザー（医業経営コンサルタント等）が配置され、医療機関からの相談に応じて、医療機関の勤務環境改善や医師の働き方改革の取組を支援。



## 医療従事者の勤務環境改善に関する助言・支援（例）

- 基本的な労務管理（労働時間管理、36協定等）に関する助言
- 勤務環境の改善に向けた取組方法やプロセス（勤務環境改善マネジメントシステム）に関する助言・支援
  - ・ 医療従事者に対するアンケート調査（満足度調査等）の実施
  - ・ 多職種による意見交換会の実施、取組に関する計画作成支援 等
- 具体的な取組への助言・支援（関係機関との連携）
  - ・ ハラスメント対策、育児や介護との両立支援対策、メンタルヘルス対策、医療従事者のキャリア形成等に関する助言、研修、好事例紹介等

## 医師の働き方改革に関する助言・支援（例）

- 医師に関する適切な労務管理に関する助言
  - ・ 副業・兼業、研鑽、宿日直許可取得後の適切な労務管理等
- 時間外・休日労働時間の特例を受ける医療機関の指定申請に向けた取組支援
  - ・ 労働時間短縮計画の作成支援、医療機関勤務環境評価センターの評価受審支援等
- 医師の労働時間短縮に向けた具体的な取組への助言・支援
  - ・ 労働時間短縮計画を実行していくためのPDCAサイクル実施のための助言
  - ・ タスク・シフト/シェア、ICTの導入等に関する助言、研修、好事例紹介等
- 長時間労働医師に対する面接指導、勤務間インターバルの実施に関する取組支援

# 医療勤務環境改善支援センター（勤改センター）の法的位置付け

## ○医療法（昭和23年法律第205号）

第三十条の十九 病院又は診療所の管理者は、当該病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善その他の医療従事者の確保に資する措置を講ずるよう努めなければならない。

第三十条の二十 厚生労働大臣は、前条の規定に基づき病院又は診療所の管理者が講すべき措置に関して、その適切かつ有効な実施を図るための指針となるべき事項を定め、これを公表するものとする。（→医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針）

第三十条の二十一 都道府県は、医療従事者の勤務環境の改善を促進するため、次に掲げる事務を実施するよう努めるものとする。

- 一 病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善に関する相談に応じ、必要な情報の提供、助言その他の援助を行うこと。
  - 二 病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善に関する調査及び啓発活動を行うこと。
  - 三 前二号に掲げるもののほか、医療従事者の勤務環境の改善のために必要な支援を行うこと。
- 2 都道府県は、前項各号に掲げる事務の全部又は一部を厚生労働省令で定める者に委託することができる。
- 3 都道府県又は前項の規定による委託を受けた者は、第一項各号に掲げる事務又は当該委託に係る事務を実施するに当たり、次に掲げる事項について特に留意するものとする。
- 一 医師の確保を特に図るべき区域に派遣される医師が勤務することとなる病院又は診療所における勤務環境の改善の重要性
  - 二 医療従事者の勤務環境の改善を促進するための拠点としての機能の確保の重要性

4 都道府県又は第二項の規定による委託を受けた者は、第一項各号に掲げる事務又は当該委託に係る事務を実施するに当たつては、第三十条の二十五第三項に規定する地域医療支援事務又は同項の規定による委託に係る事務を実施する者（→地域医療支援センター）と相互に連携を図らなければならない。

5 第二項の規定による委託を受けた者若しくはその役員若しくは職員又はこれらの者であつた者は、正当な理由がなく、当該委託に係る事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

第三十条の二十二 国は、前条第一項各号に掲げる事務の適切な実施に資するため、都道府県に対し、必要な情報の提供その他の協力をを行うものとする。

## ○医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）

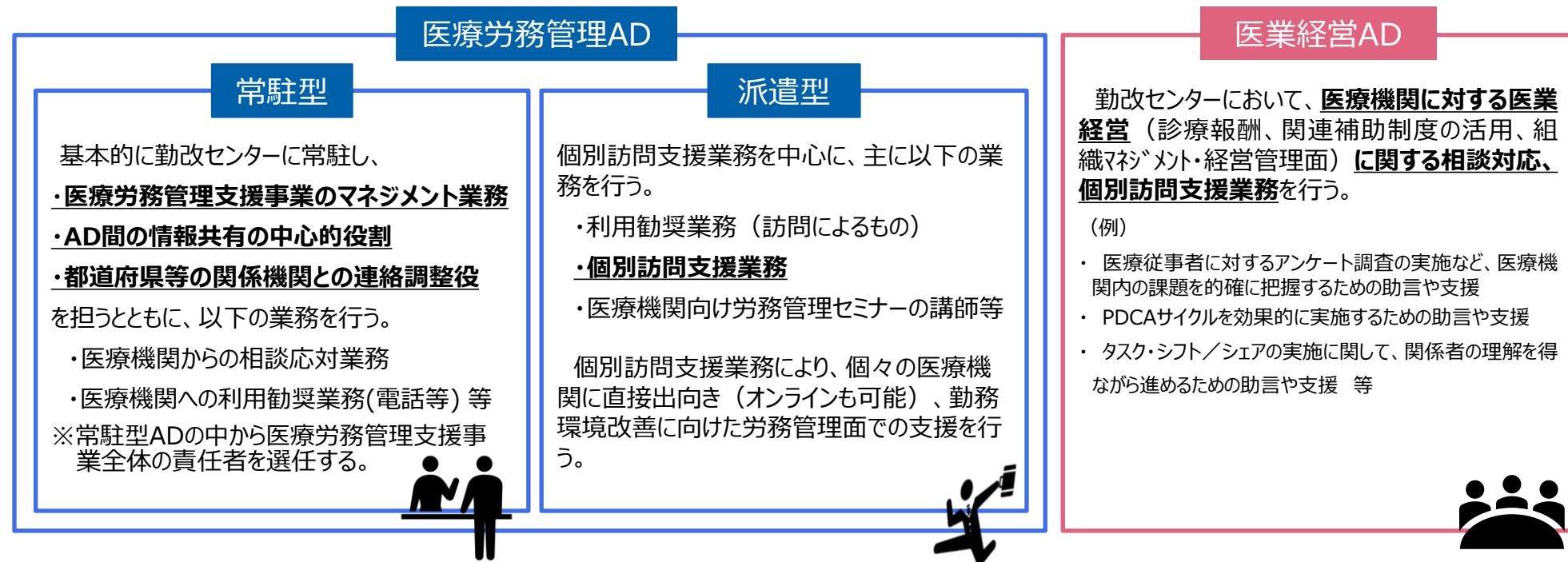
第三十条の三十三の十一 法第三十条の二十一第二項の厚生労働省令で定める者は、同条第一項各号に掲げる事務を適切、公正かつ中立に実施できる者として都道府県知事が認めた者とする。

# 勤改センターのアドバイザーの役割と連携

- ◇ 勤改センターには、医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士等）や、医業経営アドバイザー（医業経営コンサルタント等）が配置され、労務管理・医業経営双方の観点から医療機関を支援することが期待される。
  - ◇ 医療機関の効果的な支援に当たっては、労務管理又は医業経営のみの希望である場合であっても、両ADで訪問対応を行ったり、随時情報共有したりといった、センター内のAD間の連携は不可欠。
- 両ADの特長を活かした複層的な支援を行うためにも、適切に情報共有できる仕組みを構築することが重要（令和7年度新設予定のオンラインプラットフォーム（意見交換の場）の活用も想定）。

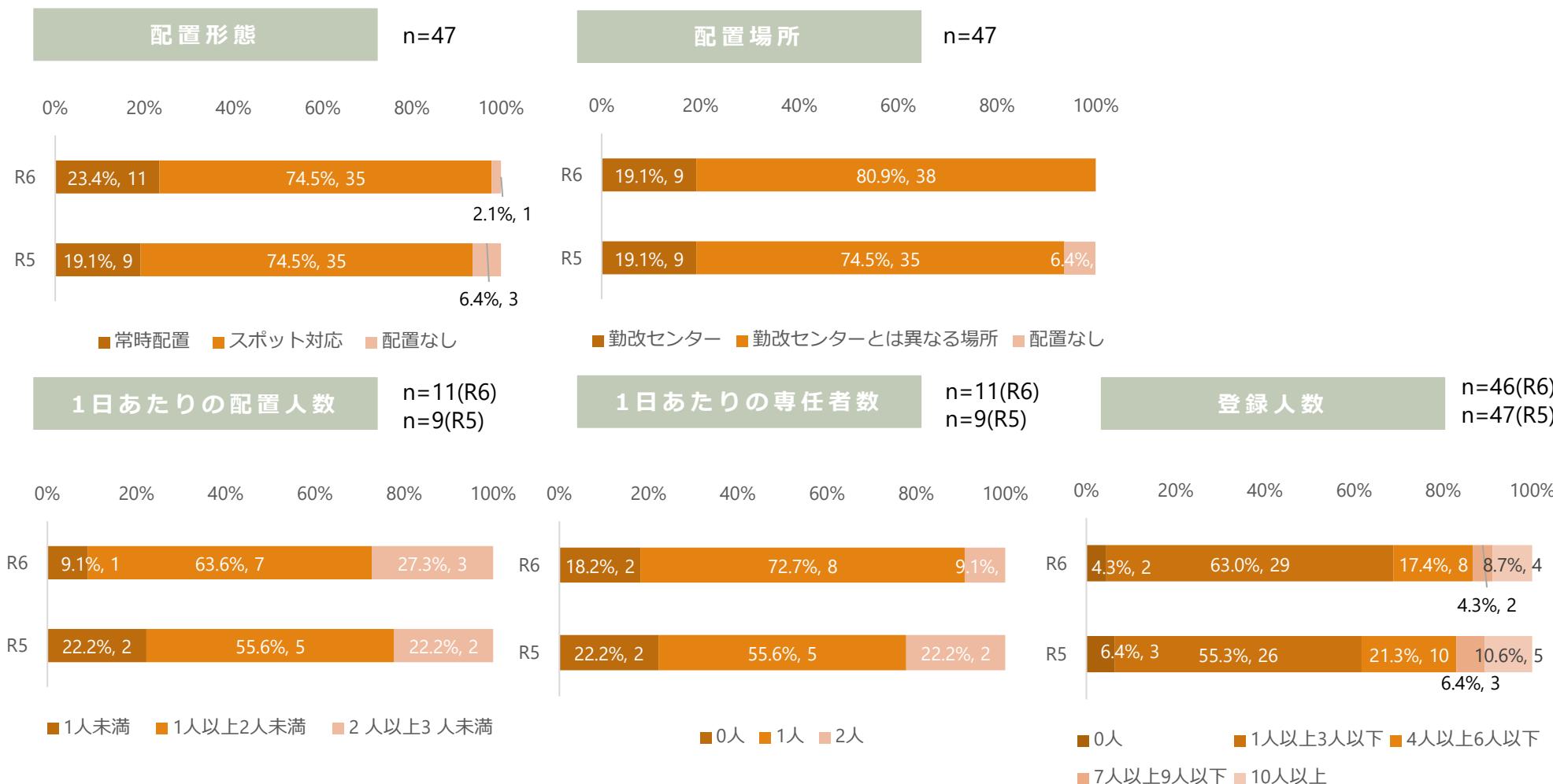
## 勤改センターのアドバイザー

- ◇ 勤改センターのADには、医療労務管理ADと医業経営ADがあり、医療労務管理ADには“常駐型”と“派遣型”がある（兼務あり）。



# 1 医療勤務環境改善支援センター (以下「勤改センター」という。) について (令和6年4月1日現在)

## (1) 職員配置 (医業経営アドバイザー) ①



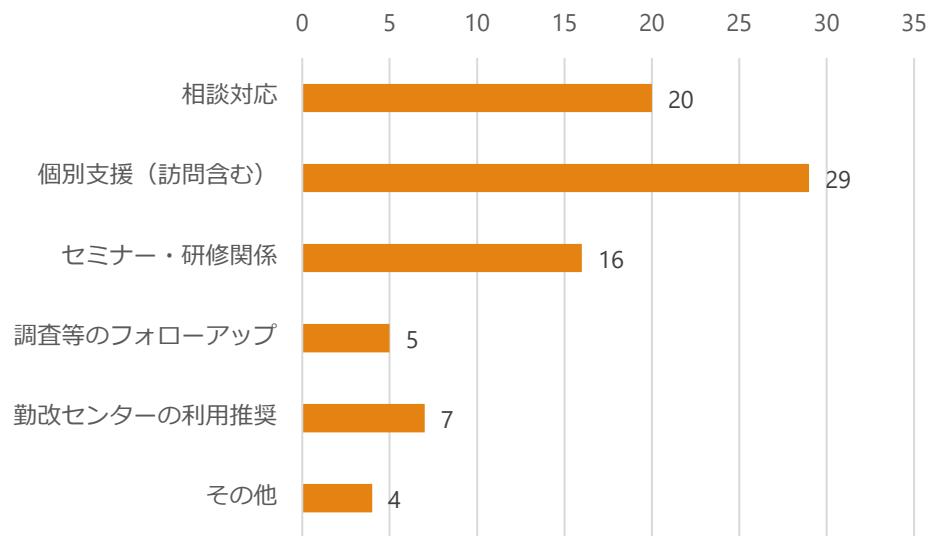
※「専任者」とは勤改センター業務のみを実施している者をいい、「常駐者」とは勤改センターの開所時間は常に勤改センターで業務を実施するものをいう。

※「登録人数」は当該職種として勤改センターに配置可能な職員の総数をいう。

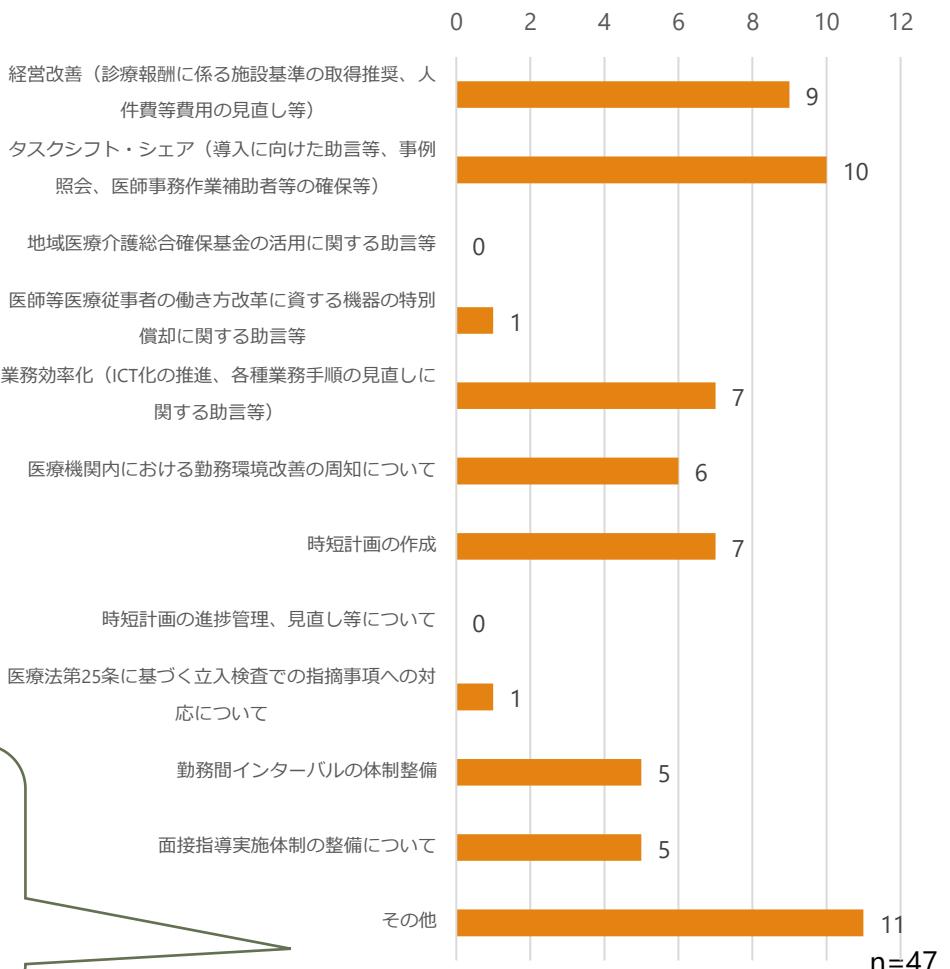
### 3. 令和5年度の取組内容

#### (2) 医業経営アドバイザーの業務実績

##### 業務内容



##### 相談・個別支援の内容（多い順に上位3つ）



##### ＜その他の内容＞

- 接遇・ハラスメント対策
- 人材の定着、人材確保と組織風土の改革
- 勤務医師との契約
- 宿日直許可申請
- 労働時間管理
- マネジメントシステムの運営支援

※3つ以上答えている自治体がある

# 第117回、第118回、第119回医療部会における業務効率化・職場環境改善に関するご意見①

## 【総論のご意見】

- 今後医療需要は増えるにもかかわらず、どんどん医療従事者が減っていくという中で、そこを埋めるものはDXなのではないか。医療現場でDXを進めて、今よりも少ない人手でも質を担保した医療サービスが提供できるような投資をしていただきたい。
- ICTや医療DXの推進は、持続可能な医療体制を構築するために重要であり、まさに国策である。
- いわゆる厚労省が進めている医療DXだけではなく、働き方改革や医療の質、安全のためのDXを推進しなくてはならない。
- 人的資源は逼迫していくため、特に病院の中において一番働き手として多い看護業務の効率化をICTを使ってやっていくという方向性は間違っていない。
- 医療現場の労働者が安心して働き続けられるために、働き方改革や業務負担軽減等の一層の推進が重要。

## 【必要な支援に関するご意見】

- ICTやAIを活用した医療DXの推進は、医療の質の向上や効率化、働き方改革に大いに貢献するものと思われるが、これらを導入するには多大なコストがかかり、現状の病院の経営状況では多くの病院が導入できない。十分な財政支援、あるいは診療報酬の評価が必須。
- 安心・安全で質の高い医療の実現については、医療機関に新たに発生するコストに対する支援がなければ、医療DX、ICT連携の普及の実現は不可能。
- DXの推進には高額な費用負担が伴い、現場の業務負担が増加する場合もある。現場の医療従事者や病院に負担にならないようなDXの推進のやり方について、十分配慮していただきたい
- より効率的で安全な医療提供をするためには、DXは長期的に見ても不可欠なので、多少コストがかかったとしても取り組んでいくべき。しかし医療機関の経営を圧迫してするべきではないので、予算を含めて別途制度設計する必要がある。

# 第117回、第118回、第119回医療部会における業務効率化・職場環境改善に関するご意見②

## 【必要な支援に関するご意見】（前頁の続き）

- 医療従事者でなければできない患者への直接的なケアやコミュニケーションに時間を割いていただくためにも、AIやICTの活用、DXを積極的に進めるべき。問診や記録作成など、AIを活用する事例を普及していくことで、勤務状況の改善につながる。AIやICTによる効率化は、あらゆる分野で人材不足の中で求められている生産性向上のための重要な手段。  
医療現場においても、その導入を加速して進めていくことが不可欠。医療機関が経営を圧迫されることなく、適正な価格で導入し、さらに現場で使いこなしていけるように、国や自治体による支援体制のさらなる構築も同時に必要。

## 【ルールや基準の見直しの検討に関するご意見】

- 今、都會も地方も医療従事者の確保が難しい。人員配置基準が足かせになっているならば、人員配置基準の見直し、緩和ということを検討いただきたい。
- 情報の標準化を伴わないICT化はコスト増につながるため、フォーマット標準化が必要である。
- 省力化・DXへの投資は、持続性を高める上では必要。タスク・シフト／シェアについても、医療への人材の確保・定着に不可欠。エビデンスを重ねて、さらにルールの見直しなども今後視野に入れていくべきではないか。  
省力化に伴う生産性の向上を、賃金の増加に的確に結びつけていくことも必要。
- 人口構造の変化に伴う必要な人材の確保も、安定性・持続可能性の確保に必要な要素。必要な人材とは、量的な問題だけでなく、効率化の観点も含めた職種ごとのサービスの質や範囲に関わるものも考えるべき。

## 【タスク・シフト／シェア、多様な働き方の促進等に関するご意見】

- 限られた人材で安全かつ効率的な医療を提供するにあたっては、タスク・シフト／シェア、ICTの活用、多職種連携等が必要。
- 業務負担の軽減に向けては、医療職一人一人が専門性を十分に発揮できるよう、タスク・シフト／シェアや、チーム医療に加えて、多職種連携も促進するとともに、ICTの活用を基金や補助金などで財政支援もしながら積極的に促していくこと、夜勤負担の改善に向けて、個人単位での夜勤回数の制限などを検討することが必要。
- 働き方改革については、時間外労働の上限規制にばかり目が向いているため、多様な働き方の選択肢をもう少し導入して、扱い手を増やす取組をもっと進めていくべき。

# 医療機関の業務効率化・職場環境改善に関する論点（1）

## 現状・課題認識

- 2040年に向けて高齢者人口がピークを迎える中で、サービスの需要面から推計した場合、医療福祉分野の就業者数は現在よりもさらに多く必要になると見込まれている。一方で、足下でも医療従事者は人手不足の状態にあるところ、今後、15歳～64歳人口が減少していく中で、医療従事者の確保はますます困難となっていくことが見込まれる。また、こうした人口減少のスピードは地域によって大きく異なるため、早晚、これまでと同じ医療提供が難しくなる地域も出てくる。
- 我が国は、十分な省力化投資やデジタル化が進んでおらず、他の先進国と比べ、医療福祉業の実質労働生産性の上昇率が低水準であるとの分析がある。一方で、現在の医療機関には、物価や建築単価の上昇等により、医療従事者の賃上げや省力化投資を行うだけの余力がないとの指摘も多くある。そうした中でも、先行投資を行い業務のDX化や、タスク・シフト／シェア等を積極的に実施している医療機関では、超過勤務時間の減少や職場満足度の向上といった結果につながっている事例がある。
- 厚生労働省では、2019年に「2040年を展望した社会保障・働き方改革本部」において、「医療・福祉サービス改革プラン」をとりまとめており、その中で、2040年時点で、単位時間当たりのサービス提供を5%（医師は7%）以上改善することとしている。また、2017年以降、医師の働き方改革に関する議論が進められ、2024年4月から、医師の時間外労働に関する上限規制が施行された。2025年6月には、「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画2025改訂版」において、サービス業を中心に、最低賃金引上げの影響を大きく受け、人手不足が取り分け深刻と考えられる12業種については、その生産性を向上させる必要性が一層高いとされ、医療分野については、「省力化投資促進プラン（医療分野）」を策定した。
- 2017年～2019年当時と比べ、医療従事者の不足状況は悪化しているとともに、新型コロナウイルス感染症等による医療需要の動向の変化や、物価や賃金の上昇など、医療機関をとりまく状況はさらに変わってきている。その一方で、生成AIやロボット技術など、省力化に資する技術が著しく進歩するとともに、様々な産業で導入・活用が進められている。こうした状況変化を踏まえ、2040年に向けて、医療分野における業務効率化・職場環境改善をより一層進める必要があるのではないか。

# 医療機関の業務効率化・職場環境改善に関する論点（2）

## 具体的な論点

### （1）業務のDX化の推進について

- 現在、業務のDX化については、物価や賃金の上昇等の影響でDX化投資を行う余力がない医療機関もあると考えられ、医療界全体での取組とはなっていない。一方で、積極的な投資を行い、ICT機器の導入や生成AIサービスの活用等によって、文書や記録作成等の業務のDX化を進め、超過勤務時間の減少や経費の節減等につなげている先進的な医療機関が出てきている。
- また、業務効率化を実現した場合の人員配置基準の緩和の検討が必要ではないかとの指摘や、医療機関が適正な価格でICT機器等を導入できるような環境整備が必要との指摘、国や自治体による更なる支援体制の構築が必要との指摘もある。
- 既に業務効率化を実施してきた医療機関がその取組をさらに加速化させるとともに、業務効率化に取り組む医療機関の裾野を広げ、医療界全体での実効ある取組とするために、どのような支援や制度的枠組みが必要か。

### （2）タスク・シフト／シェア推進等について

- 看護師の特定行為研修制度については、本年9月に「看護師の特定行為研修制度見直しに係るワーキンググループ」が設置され、見直しに向けた議論が開始された。特定行為研修を修了した看護師の活躍促進に向けて、どのような取組が必要か。
- 医師の働き方改革の推進に伴い、タスク・シフト／シェアの取組を進めてきているが、これまでの取組の定着化が必要ではないか。
- 医療の質や安全の確保を前提に、医療従事者の業務効率化という観点から、いわゆる「D to P with N」等によるオンライン診療などを適切に普及・推進するためにどのような対応が考えられるか。

# 医療機関の業務効率化・職場環境改善に関する論点

## 具体的な論点

### （3）地域における医療従事者の養成体制の確保

- ▶ 多くの医療関係職種の養成校の定員充足率は低下傾向にあり、また、今後、地域によっては18歳以下人口の減少が急激に進むところもあることを考えると、医療関係職を目指す若者が地域において必要な教育を受けられる体制を安定的に確保することが必要である。そのため、例えば、養成校における遠隔授業の活用、地域や養成校の実情に応じたサテライト化の活用など、多様な学び手のニーズを踏まえた学習環境の整備を図る必要があるのではないか。
- ▶ 併せて、こうした施策を含め、医療従事者の需給の状況を見通しつつ、都道府県等が医療従事者の養成体制の確保のために講ずることが考えられる施策のメニューを整理していくことが必要ではないか。

### （4）医療従事者の確保に資する環境整備等について

- ▶ 15～64歳人口の減少が急激に進む地域では、今後、医療機関等における医療従事者の確保が難しくなるほか、医療から他産業への人材流出が進んでいるとの指摘もある中で、医療現場の業務効率化を進めると同時に、現在の医療従事者が医療の現場に定着し、また、今後も、就業者が安定的に医療分野に参入する環境の整備が必要である。
- ▶ これまで、院内保育所の整備や研修の充実など、医療従事者の確保に資する勤務環境改善の取組を進めてきたところであるが、他産業と遜色ない賃上げを継続的に実施できるようにするとともに、（1）・（2）に掲げた点と併せ、医療水準を維持しつつ、より少ない人員でも必要な医療が提供できる環境整備を進める必要があるのではないか。
- ▶ また、医療関係職種が自身の能力を高めながら、意欲・能力やライフコースに合わせた働き方・キャリアを選択できたり、地域において活躍の場が広がることや、他業種から医療分野への就業者の参入など、若者のほか社会人にとっても医療関係職がより魅力あるものとなるよう、各職種の状況に応じた養成課程を含めた環境整備が必要ではないか。

# 参 考 资 料

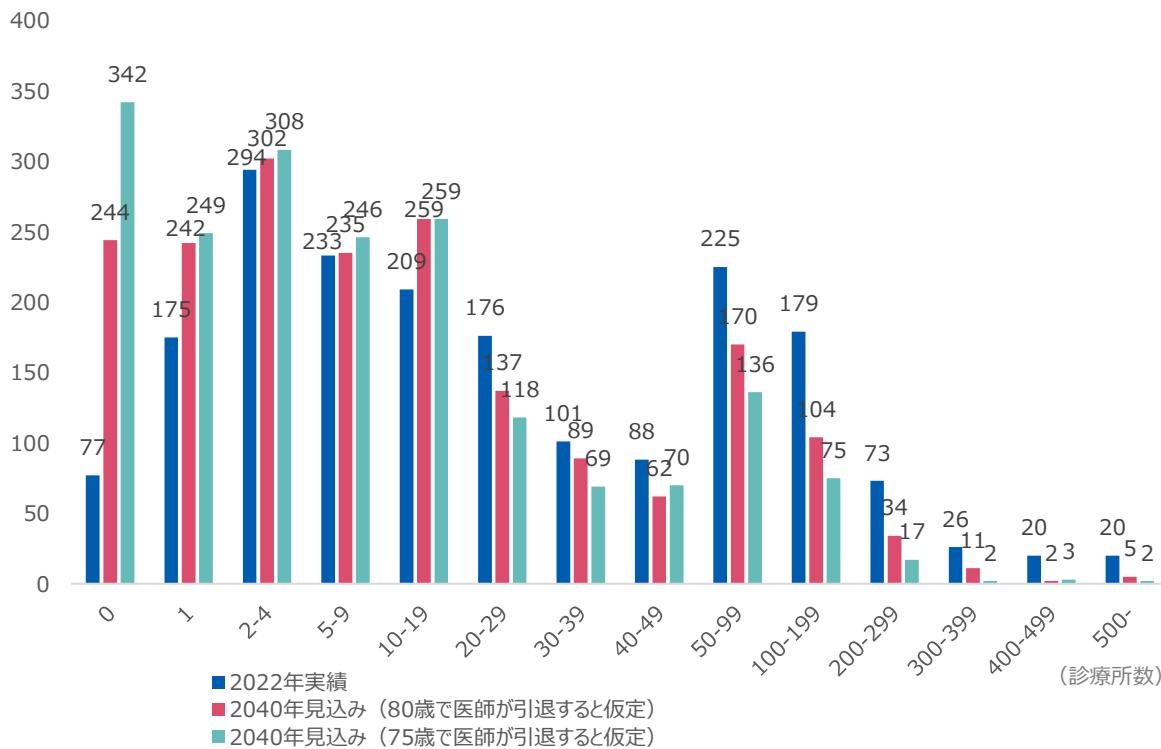
# 市区町村における診療所数と2040年の見込み

診療所医師が80歳で引退し、承継がなく、当該市区町村に新規開業がないと仮定した場合、2040年においては、診療所がない市区町村数は170程度増加する見込み。

※ 75歳で引退すると仮定した場合は270程度増加する見込み。

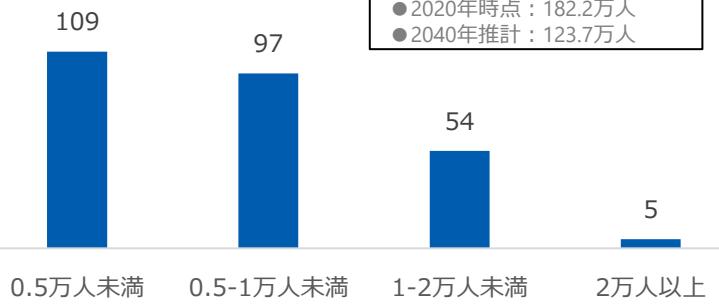
## ■ 市区町村別診療所数の見込み（2022年実績、2040年見込み）

（市区町村数）

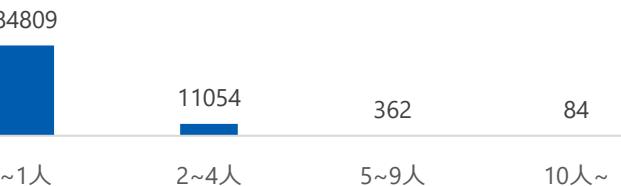


## ■ 2040年に診療所がなくなる可能性がある市区町村数（人口規模別）※75歳で診療所医師が引退すると仮定

該当する265市区町村の総人口  
 ● 2020年時点：182.2万人  
 ● 2040年推計：123.7万人



## ■ (参考) 常勤医師数別の無床診療所数



資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）、厚生労働省「医療施設調査」（令和2年）を特別集計。

※ 市区町別診療所数の見込みについては、医師届出票による主従事先市区町村の診療所医師数＝診療所数、診療所医師が80歳又は75歳で引退し、承継がなく、新規開業がないと仮定

※ 人口規模は2020年国勢調査結果、2040年推計人口は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」に基づくものである。

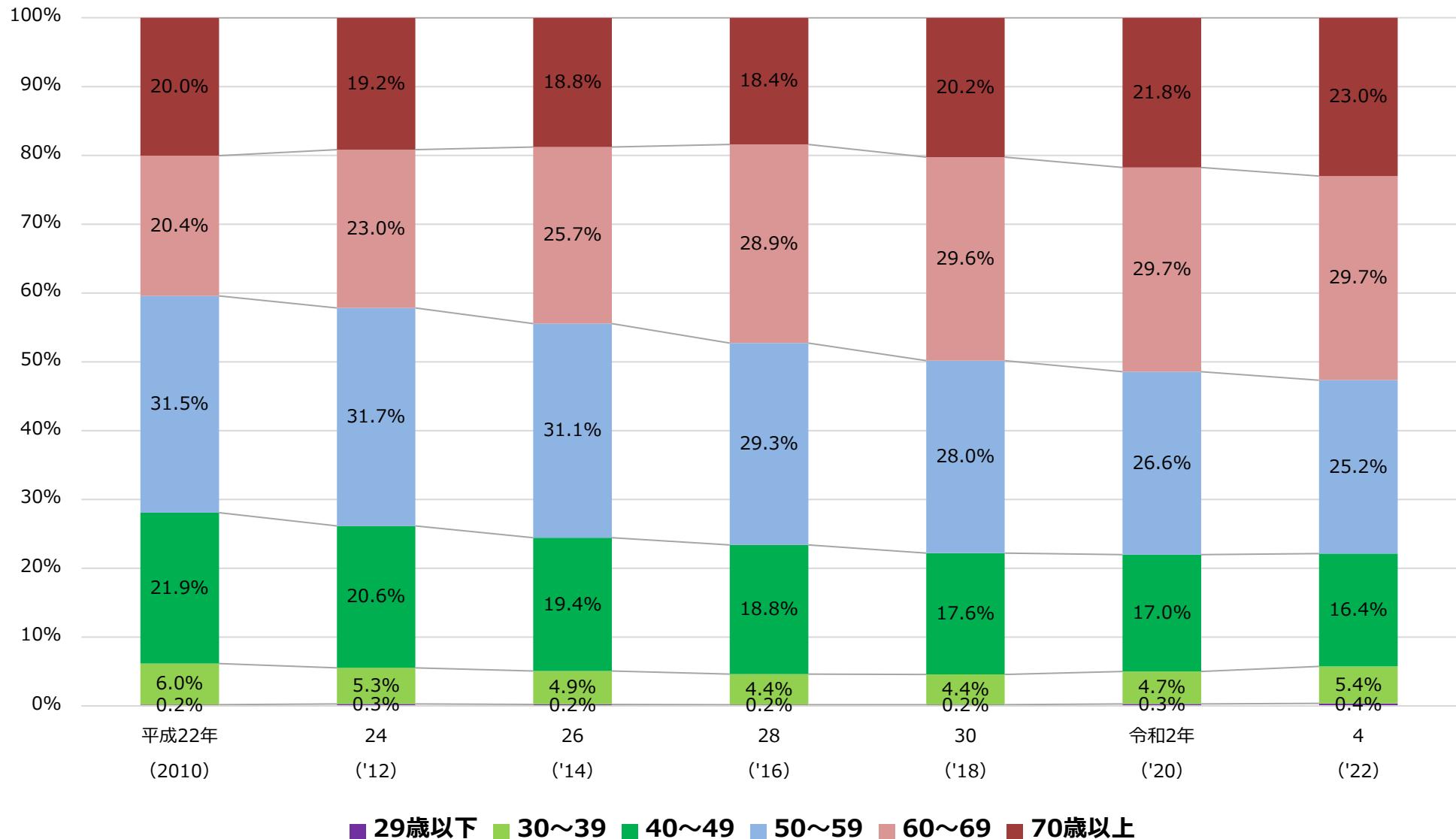
なお、福島県浜通り地域（13市町村）においては、市町村別の2040年人口が推計されていないため、2040年推計における総人口の集計からは除外している。

# 診療所従事医師の年齢階級別の割合の推移

第5回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会  
令和6年7月3日

資料2

- 診療所が主たる従事先の医師については、40歳未満の医師の割合は約6%である。
- 診療所が主たる従事先の医師については、60歳以上の医師の割合が増加してきている。

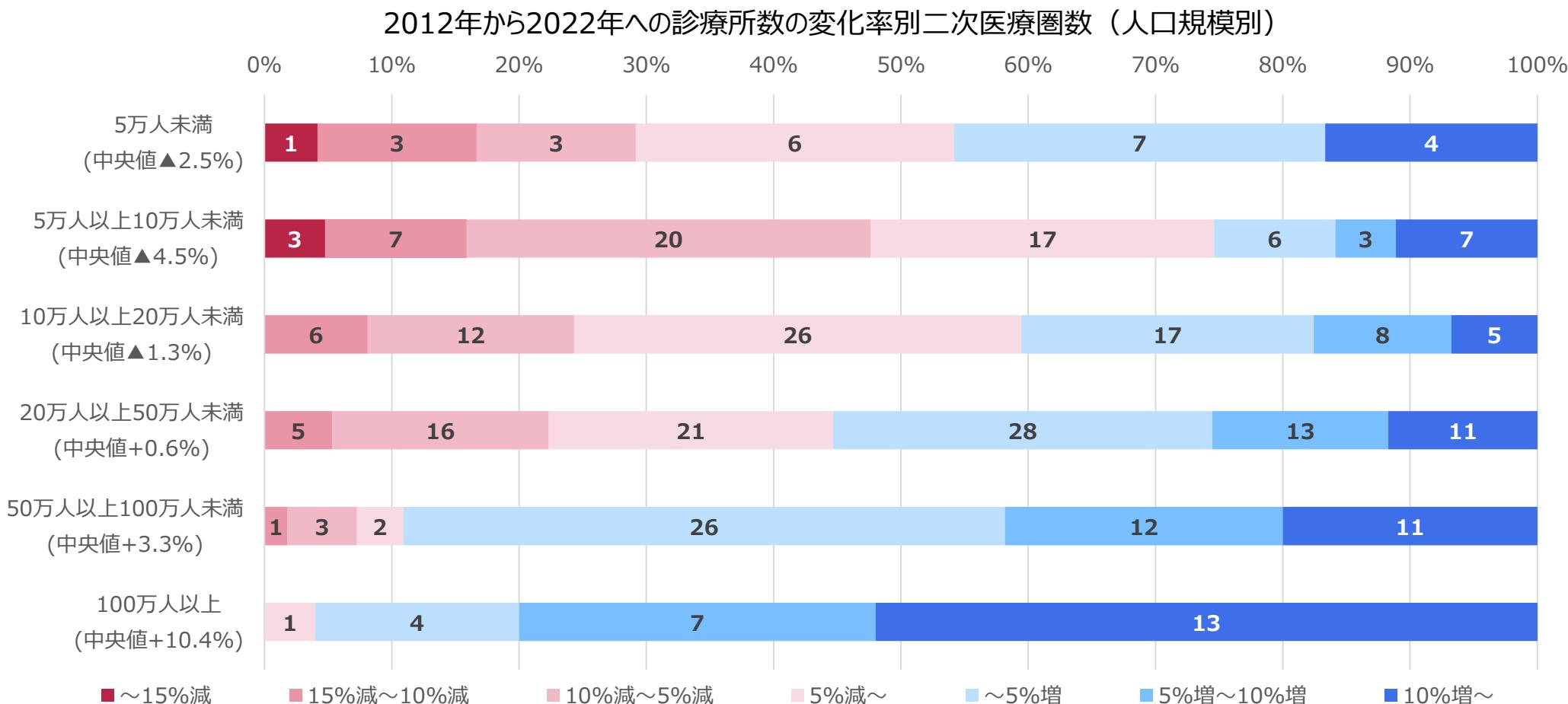


出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）

[https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/dl/R04\\_toukeihyo.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/dl/R04_toukeihyo.pdf)

# 人口規模別の二次医療圏毎の診療所数の変化（2012年→2022年）

- ・人口規模が小さい二次医療圏においては、2012年から2022年にかけて診療所数が減少傾向にある。
- ・50万人以上100万人未満、100万人以上の二次医療圏では、2012年から2022年にかけて診療所数が増加傾向にある。



資料出所：厚生労働省「医療施設調査」を基に地域医療計画課において作成。

※人口規模は、2020年国勢調査結果に基づくものであり、二次医療圏は第7次医療計画時点のもので統一して比較。

# 薬剤師偏在指標

## 薬剤師多数都道府県

都道府県コード	都道府県名	病院・薬局	薬剤師偏在指標	調整薬剤師労働時間	薬剤師の推計業務量
<b>都道府県別</b>					
13 東京都	薬局	1.42	3124766.9	2200768.2	多
14 神奈川県	薬局	1.25	1871356.8	1502254.6	多
34 広島県	薬局	1.19	591484.2	498667.7	多
28 兵庫県	薬局	1.19	1143149.0	963972.3	多
40 福岡県	薬局	1.17	1034782.4	881674.4	多
4 宮城県	薬局	1.16	459394.4	395568.7	多
27 大阪府	薬局	1.12	1687268.6	1502736.8	多
41 佐賀県	薬局	1.10	164380.9	149234.4	多
37 香川県	薬局	1.09	194886.1	178033.3	多
11 埼玉県	薬局	1.08	1308558.7	1209829.6	多
12 千葉県	薬局	1.07	1120861.3	1044579.3	多
35 山口県	薬局	1.04	272159.7	261327.0	多
9 栃木県	薬局	1.04	348688.0	336661.1	多
25 滋賀県	薬局	1.03	240643.1	233998.0	多
36 徳島県	薬局	1.03	142025.8	138515.6	多
22 静岡県	薬局	1.01	664016.8	654856.1	多
1 北海道	薬局	1.01	954723.1	948797.8	多
19 山梨県	薬局	1.01	151096.1	150309.0	多

目標偏在指標  
「1.0」

注) 目標偏在指標は小数点以下3位を四捨五入しているため、薬剤師偏在指標が「1.00」と表されている場合でも目標偏在指標を下回る場合がある。

## 薬剤師少数でも多数でもない都道府県

都道府県コード	都道府県名	病院・薬局	薬剤師偏在指標	調整薬剤師労働時間	薬剤師の推計業務量
<b>都道府県別</b>					
23 愛知県	薬局	1.00	1229135.8	1232028.2	
8 茨城県	薬局	0.99	500430.7	502956.2	
31 鳥取県	薬局	0.97	99959.9	102777.4	
33 岡山県	薬局	0.97	325189.8	334638.1	
3 岩手県	薬局	0.97	224987.6	232780.3	
5 秋田県	薬局	0.96	189172.0	196216.9	
17 石川県	薬局	0.96	191308.4	199831.2	
7 福島県	薬局	0.95	323414.2	339757.5	
26 京都府	薬局	0.95	418620.4	440930.8	
20 長野県	薬局	0.95	360887.4	380460.2	
15 新潟県	薬局	0.94	391732.7	414873.0	
26 京都府	病院	0.94	182012.4	192936.1	
36 徳島県	病院	0.94	67793.5	72130.9	
13 東京都	病院	0.94	821311.7	875810.8	
42 長崎県	薬局	0.93	235572.9	252169.9	
43 熊本県	薬局	0.93	298183.8	320770.8	
39 高知県	薬局	0.93	127675.5	137365.2	
40 福岡県	病院	0.93	366454.8	395400.5	
32 島根県	薬局	0.93	119381.6	128912.7	
38 愛媛県	薬局	0.92	231967.5	251431.3	
27 大阪府	病院	0.92	582116.0	631953.5	
29 奈良県	薬局	0.92	220878.6	239956.3	
10 群馬県	薬局	0.92	315961.4	345134.3	
21 岐阜県	薬局	0.91	328374.3	359862.9	
6 山形県	薬局	0.91	187668.5	205895.6	
47 沖縄県	病院	0.91	85054.5	93703.0	
45 宮崎県	薬局	0.91	182983.5	202054.0	
47 沖縄県	薬局	0.90	203596.2	226421.7	
24 三重県	薬局	0.90	285430.8	318757.7	
28 兵庫県	病院	0.89	356617.5	401123.8	
2 青森県	薬局	0.88	210915.6	238365.8	
44 大分県	薬局	0.87	185678.6	212401.4	
30 和歌山県	薬局	0.87	155419.8	178032.7	
17 石川県	病院	0.87	79155.2	90783.8	
46 鹿児島県	薬局	0.86	258307.2	301921.2	
29 奈良県	病院	0.86	84889.2	99226.0	
1 北海道	病院	0.85	385641.5	451989.7	
43 熊本県	病院	0.85	132931.0	156684.6	

## 薬剤師少数都道府県

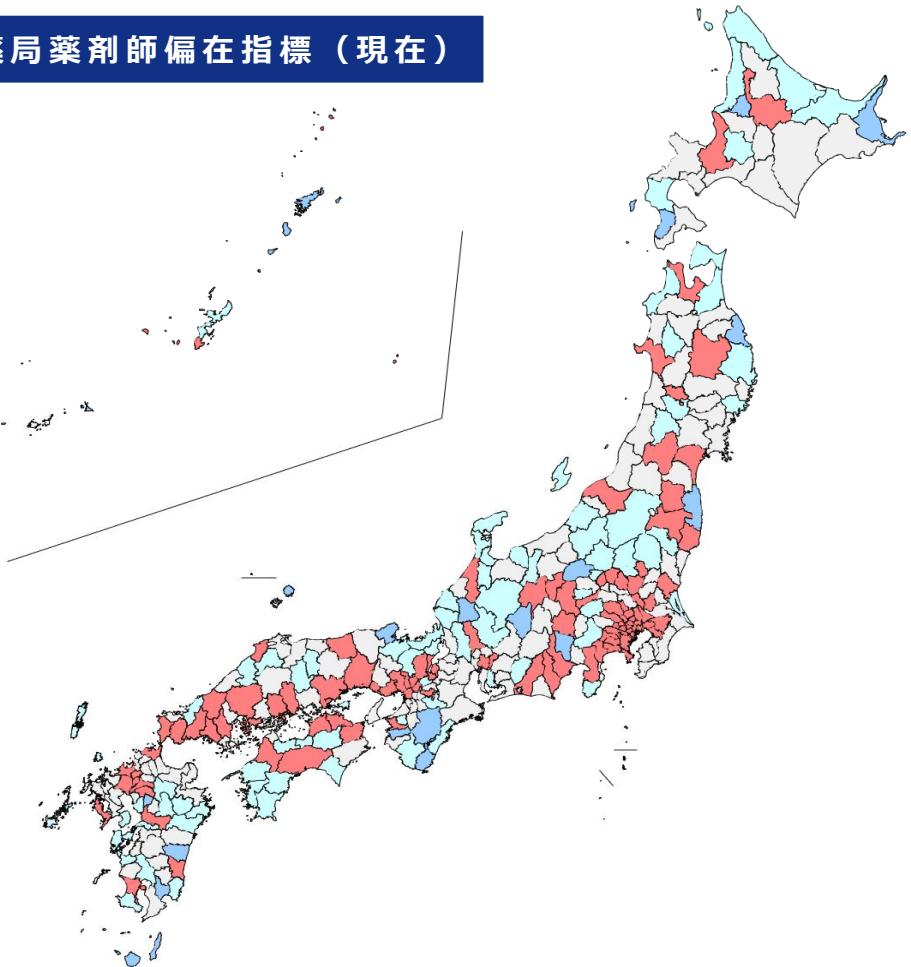
都道府県コード	都道府県名	病院・薬局	薬剤師偏在指標	調整薬剤師労働時間	薬剤師の推計業務量
<b>都道府県別</b>					
33 岡山県	病院	0.85	131070.1	155038.0	少
16 富山県	薬局	0.82	157867.0	192150.3	少
39 高知県	病院	0.81	60930.2	74855.0	少
25 滋賀県	病院	0.81	72606.0	89485.3	少
34 広島県	病院	0.81	182419.9	225916.9	少
14 神奈川県	病院	0.80	452421.9	567239.5	少
30 和歌山県	病院	0.80	63748.9	80025.5	少
12 千葉県	病院	0.78	338566.1	432520.7	少
37 香川県	病院	0.78	62886.3	80965.7	少
35 山口県	病院	0.77	94436.3	122634.6	少
4 宮城県	病院	0.76	127616.6	168545.2	少
11 埼玉県	病院	0.75	355161.3	470603.6	少
23 愛知県	病院	0.75	371388.3	492134.4	少
18 福井県	病院	0.75	47740.8	63373.6	少
42 長崎県	病院	0.75	88730.2	118968.2	少
16 富山県	病院	0.75	67809.8	90919.3	少
46 鹿児島県	病院	0.74	114479.4	154437.4	少
38 愛媛県	病院	0.74	87864.4	119275.0	少
10 群馬県	病院	0.74	112551.6	153068.5	少
18 福井県	薬局	0.73	100407.3	136953.4	少
20 長野県	病院	0.73	123097.8	168051.1	少
31 鳥取県	病院	0.73	36127.5	49390.9	少
44 大分県	病院	0.73	77215.9	106131.9	少
19 山梨県	病院	0.71	45914.6	64244.8	少
32 島根県	病院	0.70	40168.6	57286.8	少
9 栃木県	病院	0.69	100874.4	145674.0	少
21 岐阜県	病院	0.69	98108.2	142301.2	少
41 佐賀県	病院	0.69	50439.6	73312.8	少
15 新潟県	病院	0.67	120752.2	180310.7	少
8 茨城県	病院	0.67	142398.2	213880.4	少
22 静岡県	病院	0.66	179019.8	270610.1	少
7 福島県	病院	0.65	96778.6	149325.3	少
45 宮崎県	病院	0.65	64809.7	100234.3	少
3 岩手県	病院	0.64	68114.1	105729.1	少
24 三重県	病院	0.63	82580.9	131610.4	少
6 山形県	病院	0.60	55738.7	92781.2	少
5 秋田県	病院	0.56	49455.9	89027.7	少
2 青森県	病院	0.55	59804.8	108836.6	少

都道府県コード	都道府県名	病院・薬局	薬剤師偏在指標	調整薬剤師労働時間	薬剤師の推計業務量
13 鹿児島県	病院	1.50	315785.1	350298.0	少
36 鹿児島県	薬局	1.50	3971352.1	4305254.0	少
29 鹿児島県	病院	1.50	391484.1	439667.1	少
30 鹿児島県	薬局	1.50	1141149.1	1667072.0	少
32 鹿児島県	病院	1.50	1035782.1	136574.0	少
27 鹿児島県	薬局	1.50	1087749.1	1507736.0	少
41 鹿児島県	病院	1.50	1143380.1	140324.0	少
13 鹿児島県	病院	1.50	1306558.1	1306558.0	少
12 鹿児島県	薬局	1.50	1109861.1	1043976.0	少
38 鹿児島県	病院	1.50	271235.1	261327.0	少
31 鹿児島県	薬局	1.50	188172.1	188172.0	少
35 鹿児島県	病院	1.50	188172.1	188172.0	少
32 鹿児島県	薬局	1.50	124864.1	124864.0	少
29 鹿児島県	病院	1.50	124864.1	124864.0	少
34 鹿児島県	薬局	1.50	1119316.1	1119316.0	少
30 鹿児島県	病院	1.50	2199673.1	2310952.0	少
25 鹿児島県	薬局	1.50	32344.1	33957.5	少
29 鹿児島県	病院	1.50	104914.1	104914.0	少
32 鹿児島県	薬局	1.50	104914.1	104914.0	少
27 鹿児島県	病院	1.50	104914.1	104914.0	少
34 鹿児島県	薬局	1.50	104914.1	104914.0	少
29 鹿児島県	病院	1.50	104914.1	104914.0	少
35 鹿児島県	薬局	1.50	104914.1	104914.0	少
30 鹿児島県	病院	1.50	104914.1	104914.0	少
25 鹿児島県	薬局	1.50	104914.1	104914.0	少
34 鹿児島県	病院	1.50	104914.1	104914.0	少
29 鹿児島県	薬局	1.50	104914.1	104914.0	少
35 鹿児島県	病院	1.50	104914.1	104914.0	少
25 鹿児島県	薬局	1.50	104914.1	104914.0	少
34 鹿児島県	病院	1.50	104914.1	104914.0	少
29 鹿児島県	薬局	1.50	104914.1	104914.0	少
35 鹿児島県	病院	1.50	104914.1	104914.0	少
25 鹿児島県	薬局	1.50	104914.1	104914.0	少
34 鹿児島県	病院	1.50	104914.1	104914.0	少
29 鹿児島県	薬局	1.50	104914.1	104914.0	少
35 鹿児島県	病院	1.50	104914.1	104914.0	少
25 鹿児島県	薬局	1.50	104914.1	104914.0	少
34 鹿児島県	病院	1.50	104914.1	104914.0	少
29 鹿児島県	薬局	1.50	104914.1	104914.0	少
35 鹿児島県	病院	1.50	104914.1	104914.0	少
25 鹿児島県	薬局	1.50	104914.1	104914.0	少
34 鹿児島県	病院	1.50	104914.1	104914.0	少
29 鹿児島県	薬局	1.50	104914.1	104914.0	少
35 鹿児島県	病院	1.50	104914.1	104914.0	少
25 鹿児島県	薬局	1.50	104914.1	104914.0	少
34 鹿児島県	病院	1.50	104914.1	104914.0	少
29 鹿児島県	薬局	1.50	104914.1	104914.0	少
35 鹿児島県	病院	1.50	104914.1	104914.0	少
25 鹿児島県	薬局	1.50	104914.1	104914.0	少
34 鹿児島県	病院	1.50	104914.1	104914.0	少
29 鹿児島県	薬局	1.50	104914.1	104914.0	少
35 鹿児島県	病院	1.50	104914.1	104914.0	少
25 鹿児島県	薬局	1.50	104914.1	104914.0	少
34 鹿児島県	病院	1.50	104914.1	104914.0	少
29 鹿児島県	薬局	1.50	104914.1	104914.0	少
35 鹿児島県	病院	1.50	104914.1	104914.0	少
25 鹿児島県	薬局	1.50	104914.1	104914.0	少
34 鹿児島県	病院	1.50	104914.1	104914.0	少
29 鹿児島県	薬局	1.50	104914.1	104914.0	少
35					

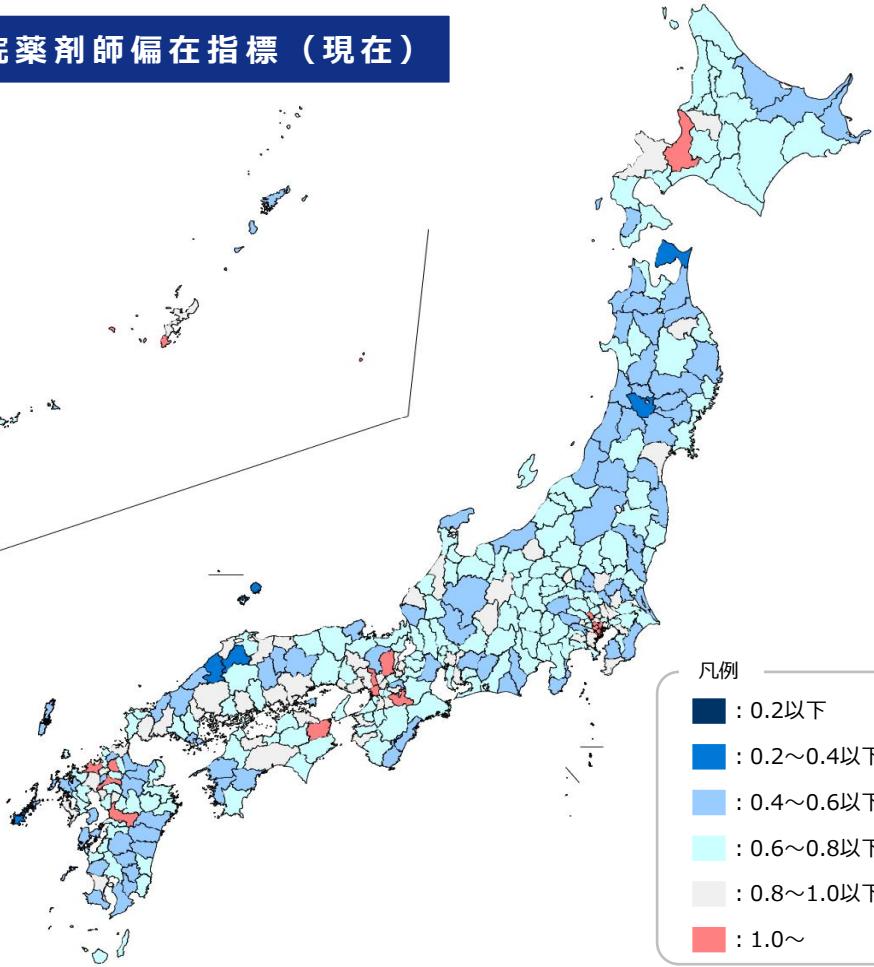
## 薬剤師偏在指標（現在）

- 二次医療圏335医療圏のうち、薬剤師偏在指標1.0を超える医療圏は、薬局107医療圏、病院17医療圏であった。
- 都道府県間に加え、同一都道府県においても、偏在指標に差があり、薬剤師の従事先には、業態、地域偏在がある。

薬局薬剤師偏在指標（現在）



病院薬剤師偏在指標（現在）

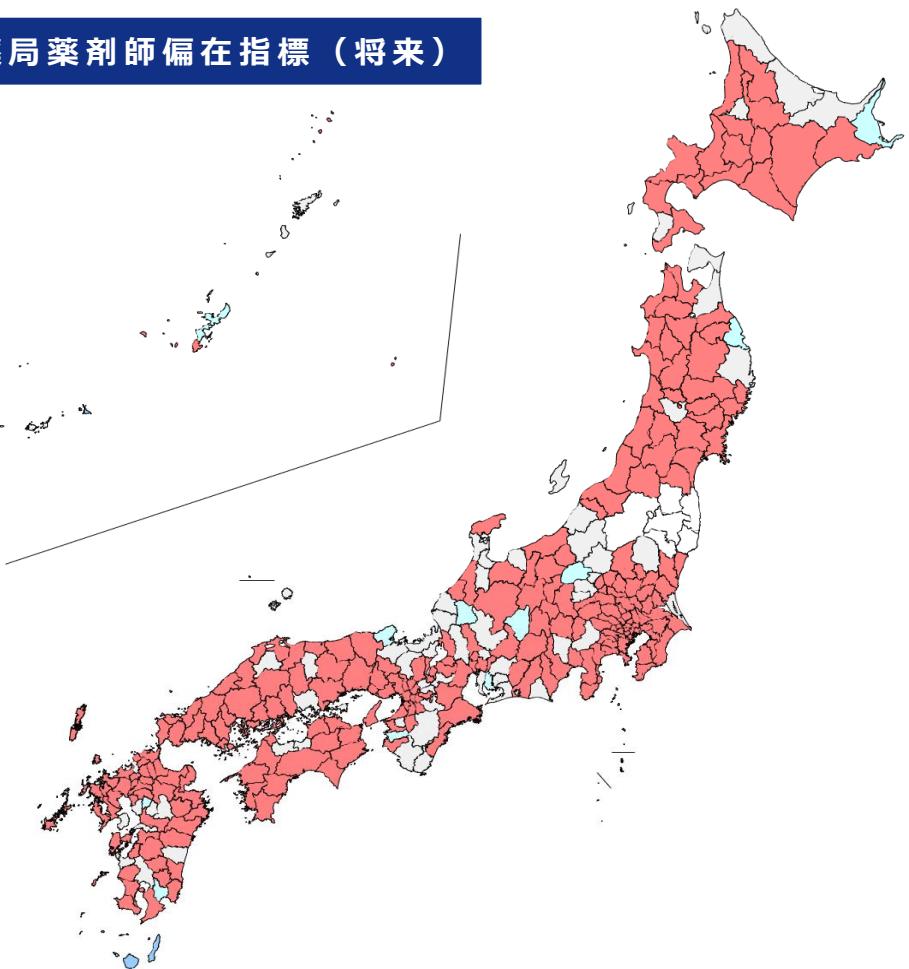


凡例
: 0.2以下
: 0.2~0.4以下
: 0.4~0.6以下
: 0.6~0.8以下
: 0.8~1.0以下
: 1.0~

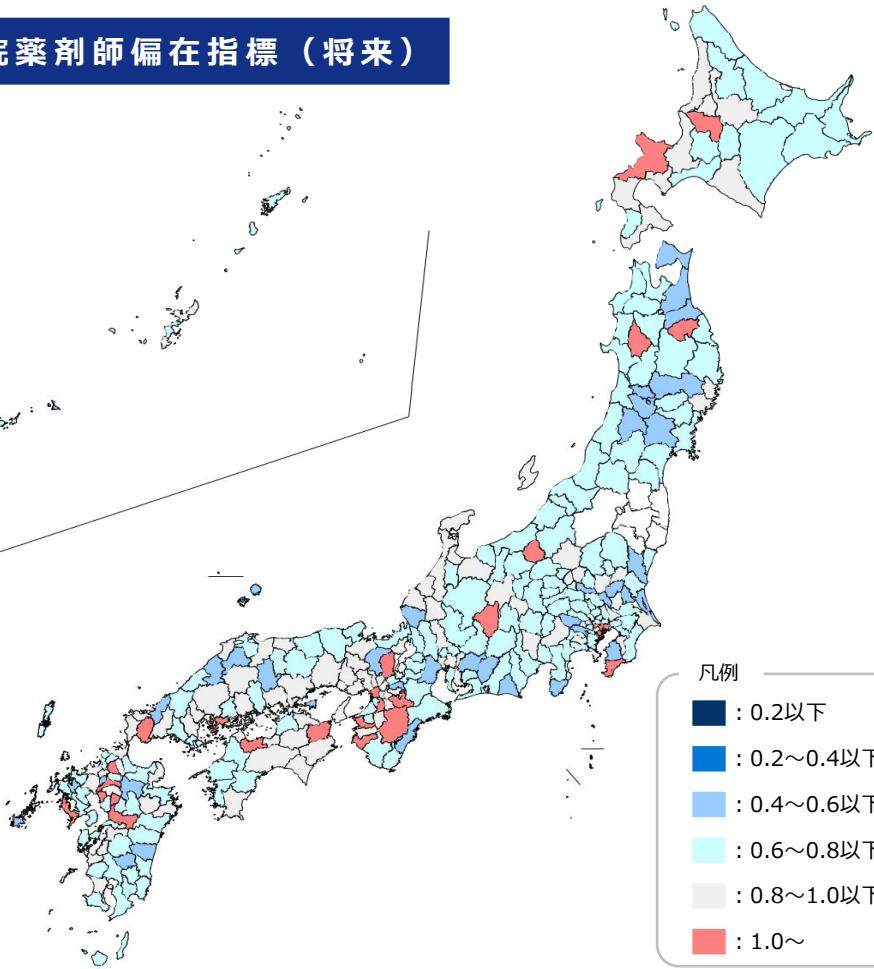
## 薬剤師偏在指標（将来）

- 二次医療圏335医療圏のうち、薬剤師偏在指標1.0を超える医療圏は、薬局250医療圏、病院29医療圏であった。
- 都道府県間に加え、同一都道府県においても、偏在指標に差があり、薬剤師の従事先には、業態、地域偏在がある。

薬局薬剤師偏在指標（将来）



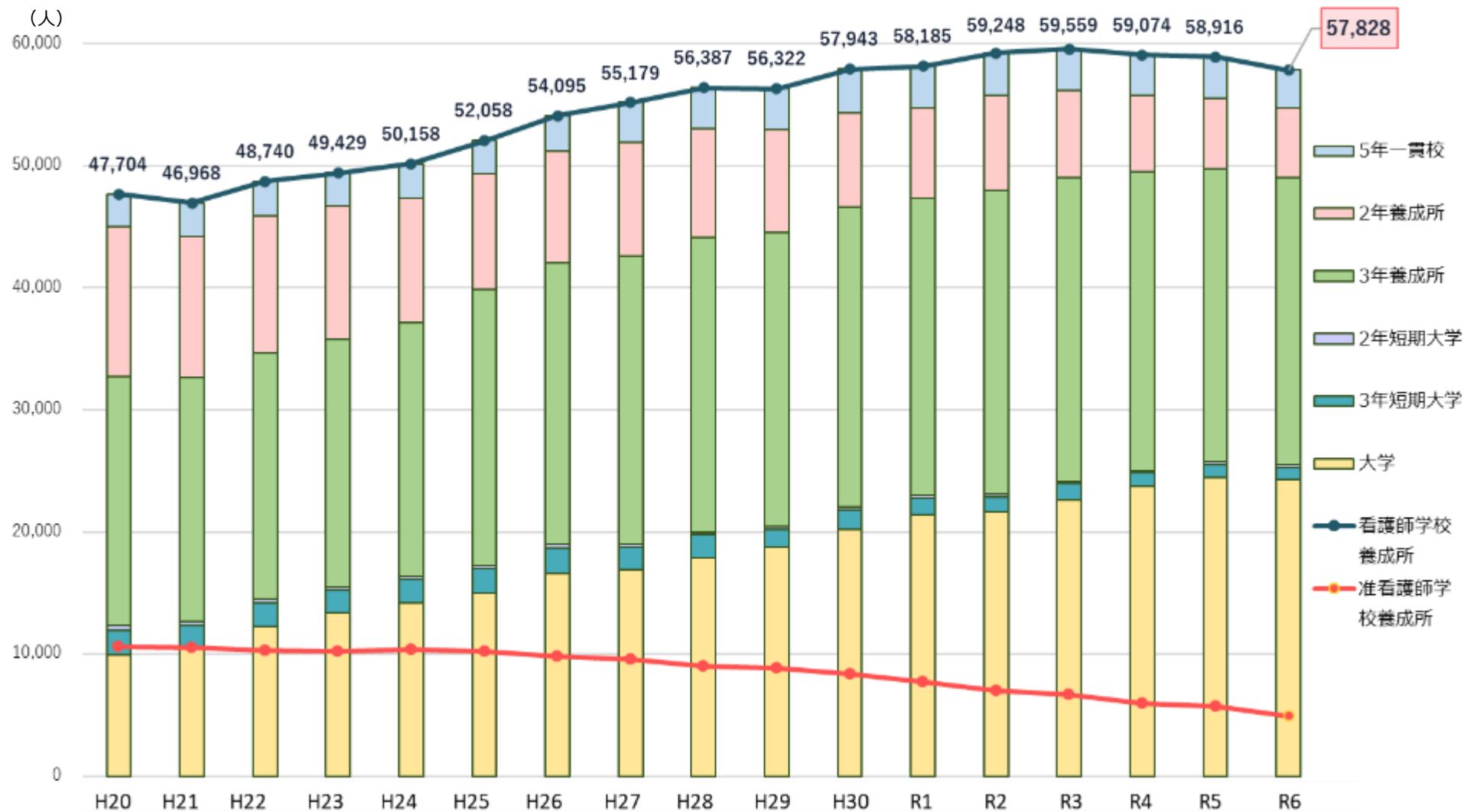
病院薬剤師偏在指標（将来）



※福島県の二次医療圏別の値については、人口推計がないため、将来の指標を算定していない  
 「薬剤師偏在指標等について」（令和5年6月9日付厚生労働省医薬・生活衛生局総務課事務連絡）より

## 看護師学校養成所卒業者数の推移

看護師学校養成所の卒業者数は、令和3年度（59,559人）以降は減少傾向となり、令和6年度は57,828人。



# 特定行為研修修了者の就業状況

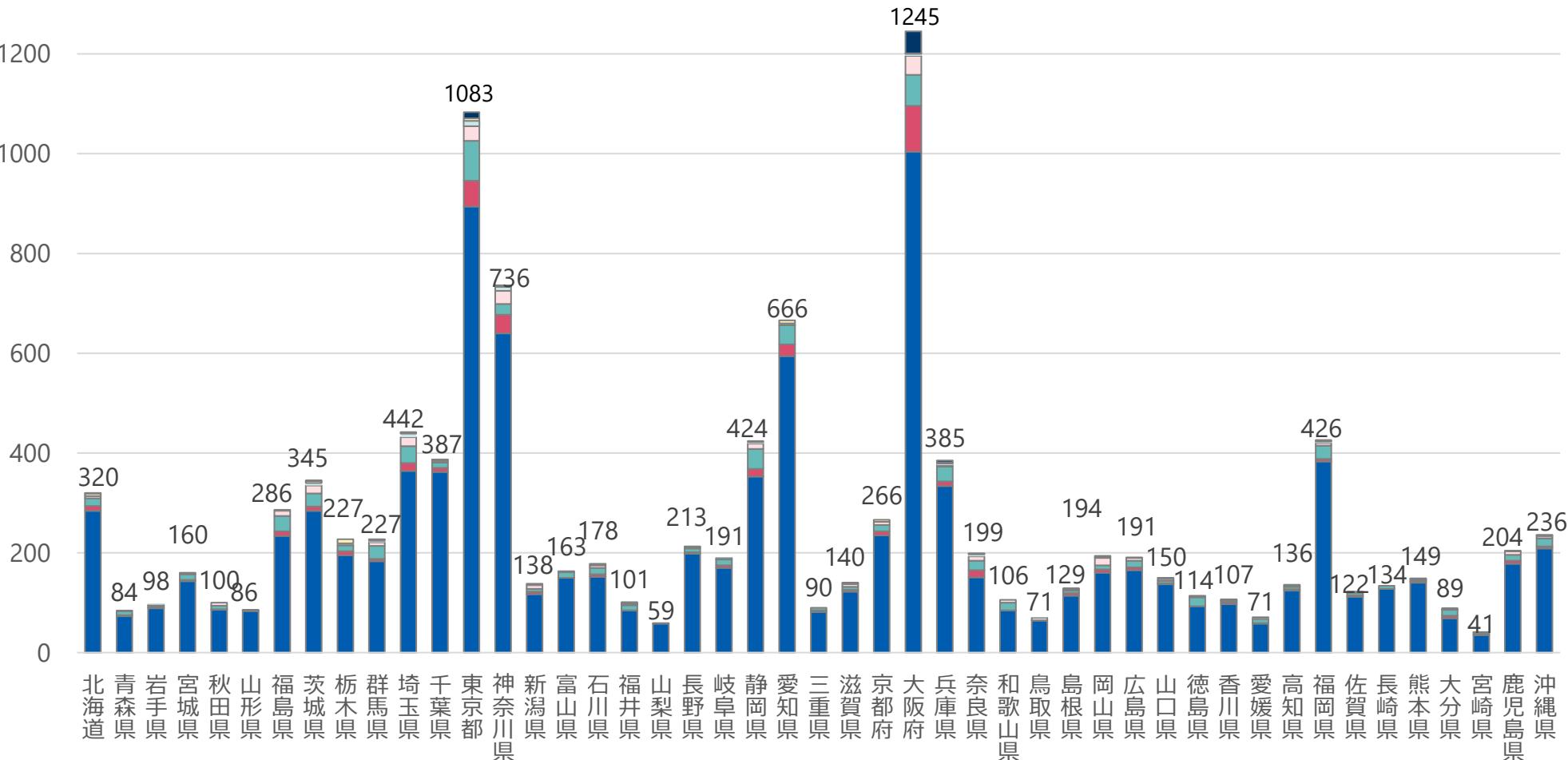
## 【就業場所別】

	病院	診療所	訪問看護ステーション	介護保険施設	社会福祉施設	看護師等学校養成所又は研究機関	その他	合計
就業者数(人)	10,067	409	725	293	67	68	80	11,709
割合	85.9%	3.5%	6.2%	2.5%	0.6%	0.6%	0.7%	100.0%

【出典】令和6年度衛生行政報告例より看護課作成

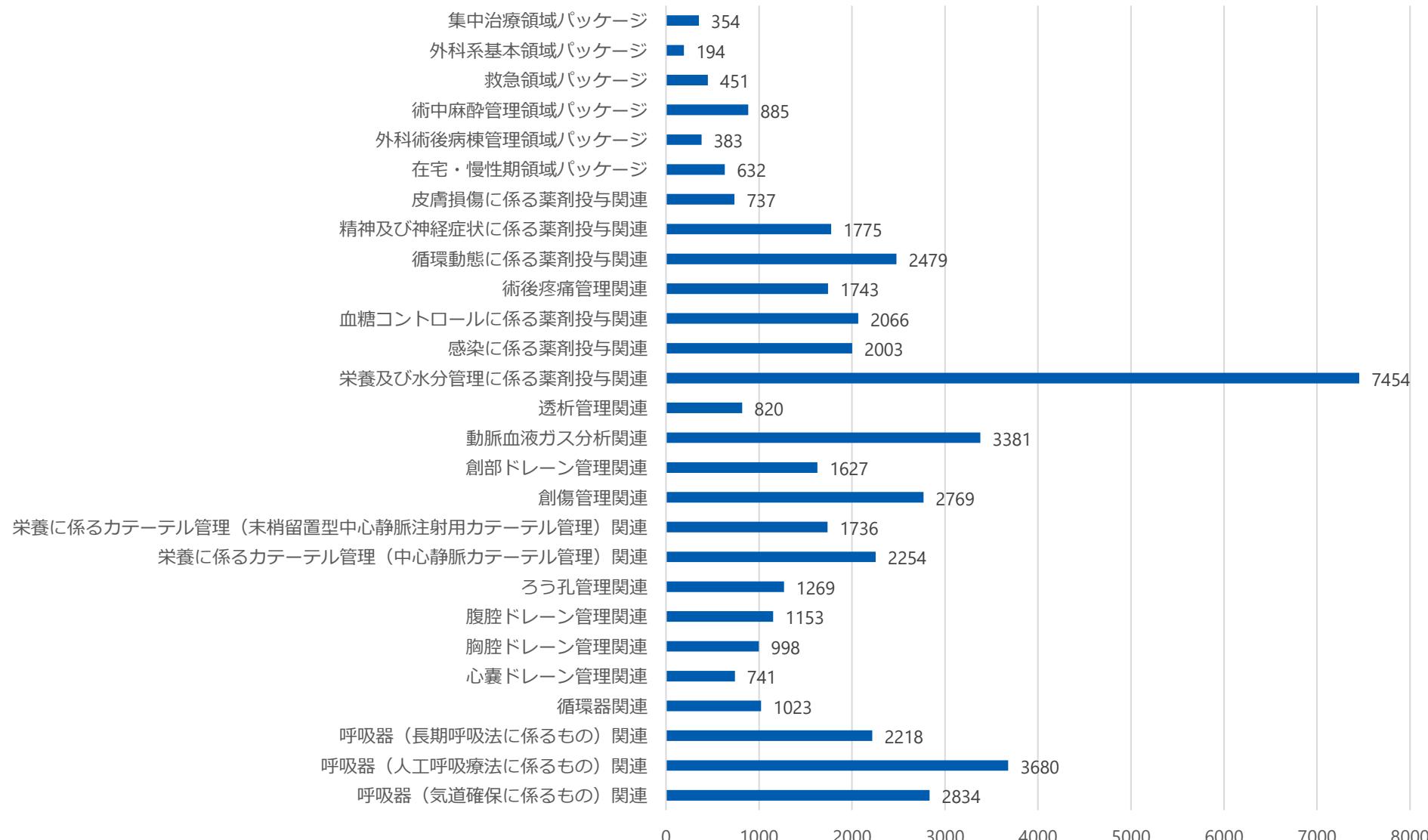
## 【都道府県別】

(人) ■ 病院 ■ 診療所 ■ 訪問看護ステーション ■ □ 介護保険施設 ■ □ 社会福祉施設 ■ □ 看護師等学校養成所又は研究機関 ■ □ その他



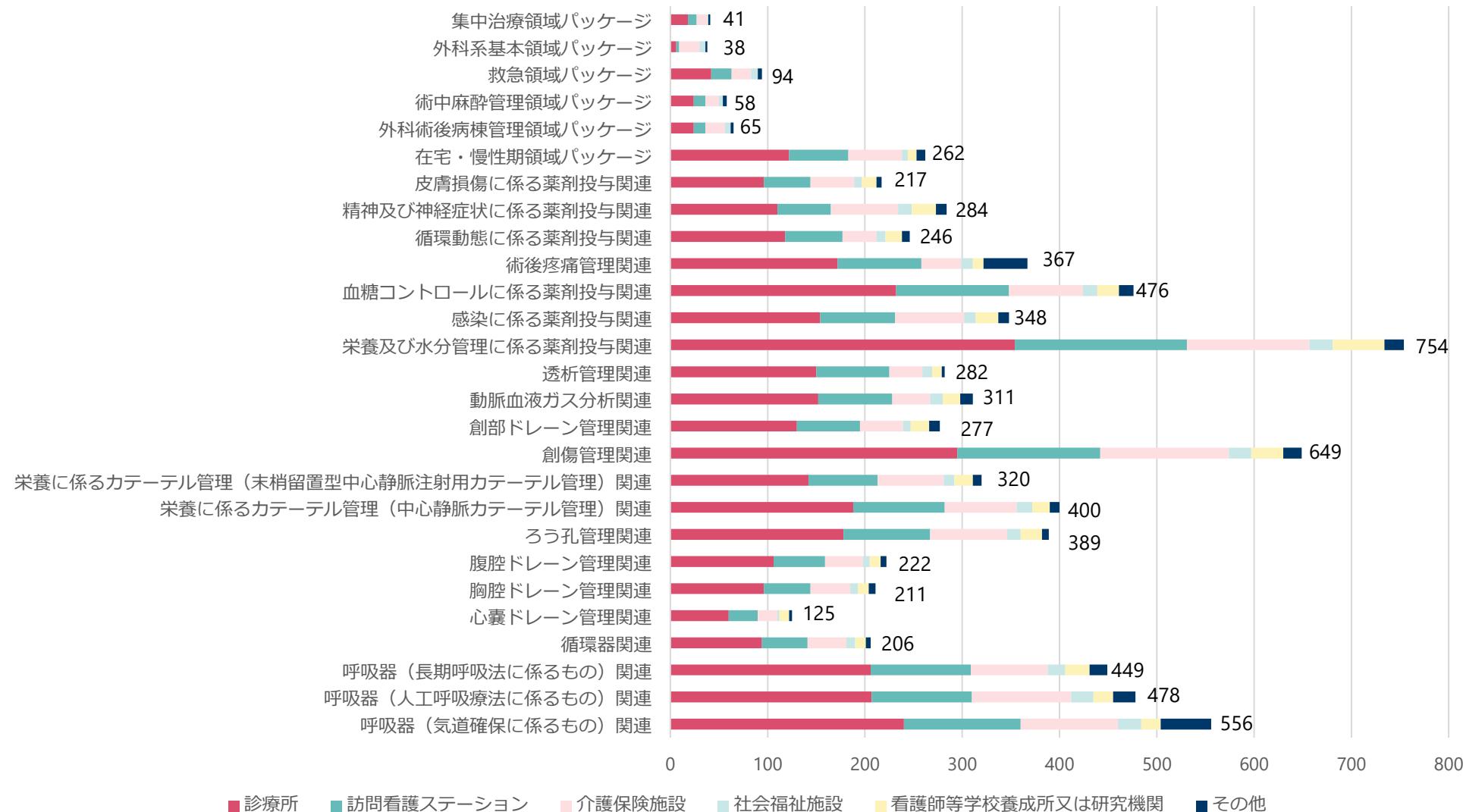
# 病院で就業する特定行為研修修了者が修了している区分・パッケージ

【出典】令和6年度衛生行政報告例より看護課作成



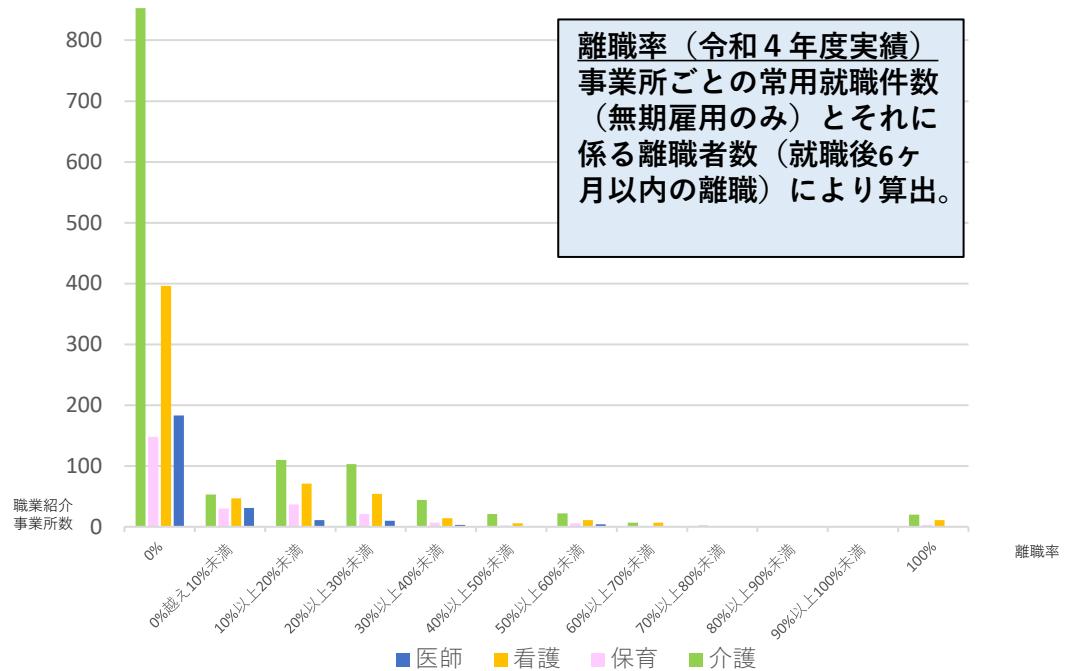
# 病院以外で就業する特定行為研修修了者が修了している区分・パッケージ

【出典】令和6年度衛生行政報告例より看護課作成



[全国]  
900

## 全国及びブロック別 職種別離職率

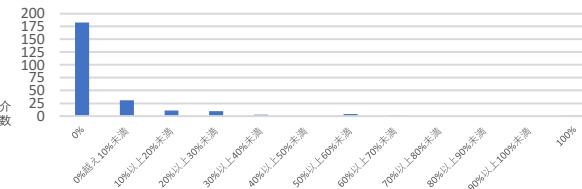
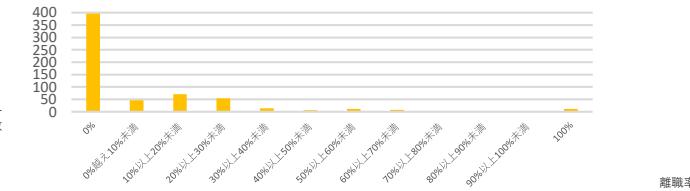
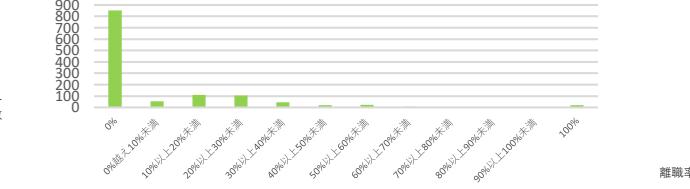


	医師	看護	保育	介護
全国	3.0% (0.1%)	10.5% (2.4%)	12.2% (3.8%)	15.3% (2.4%)
北海道	—	6.5% (0.7%)	17.0% (0%)	11.6% (0.8%)
東北ブロック	0.8% (0%)	7.5% (2.2%)	14.3% (0%)	16.2% (1.7%)
南関東ブロック	3.3% (0%)	10.3% (2.5%)	8.1% (6.6%)	11.8% (3.2%)
北関東・甲信ブロック	12.1% (0%)	6.6% (0%)	20.0% (0%)	17.5% (1.6%)
北陸ブロック	1.7% (0%)	14.4% (1.2%)	15.9% (0%)	16.7% (0.4%)
東海ブロック	2.5% (0.2%)	11.6% (3.5%)	20.7% (3.0%)	18.3% (2.1%)
近畿ブロック	1.2% (0%)	11.3% (2.8%)	16.2% (0.9%)	17.5% (2.6%)
中国ブロック	5.4% (8.1%)	12.0% (2.8%)	17.3% (0%)	20.1% (1.3%)
四国ブロック	16.7% (0%)	26.6% (0%)	20.2% (0%)	19.6% (0%)
九州ブロック	1.8% (0%)	11.0% (2.0%)	9.5% (1.9%)	18.2% (2.1%)

()内は、常用就職件数(無期雇用のみ)のうち、6ヶ月以内に離職したか否かが「判明せず」と報告された割合で、離職率の外数となる。

対象事業所(令和4年度 常用就職件数(無期雇用のみ)実績あり)が10事業所未満は計上せず「—」

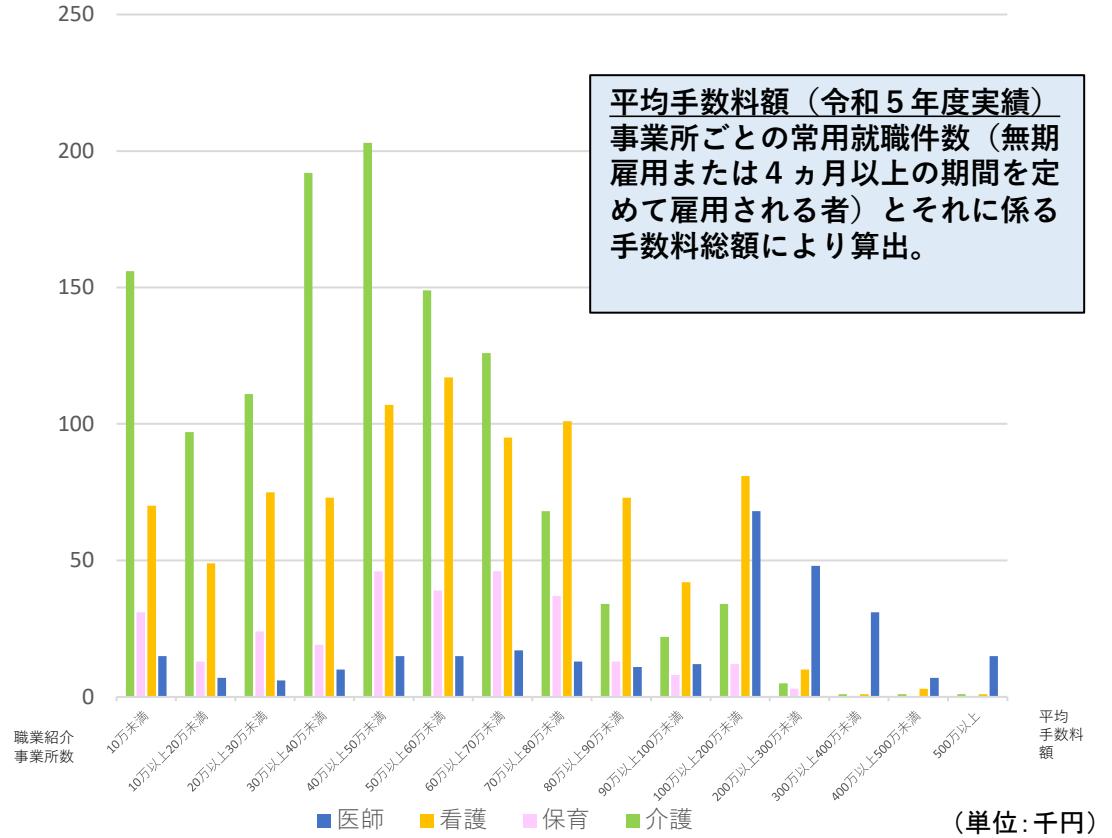
※ 全国において、常用就職件数(無期雇用のみ)の総数のうち、医師6件、看護1,392件、保育762件、介護934件について、6ヶ月以内に離職したか否か判明せず。

医師  
平均値: 3.0%  
(判明せずの率: 0.1%)看護  
平均値: 10.5%  
(判明せずの率: 2.4%)保育  
平均値: 12.2%  
(判明せずの率: 3.8%)介護  
平均値: 15.3%  
(判明せずの率: 2.4%)

資料出所 厚生労働省「職業紹介事業報告」

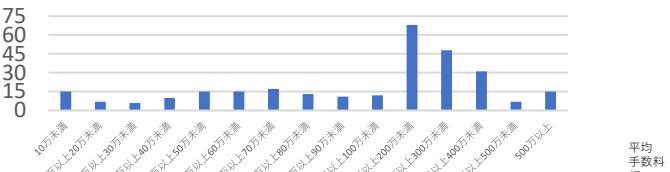
[全国]

# 全国及びブロック別 職種別平均手数料(額・分布)

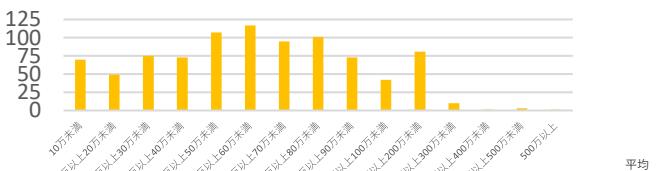


	医師	看護	保育	介護
全国	824	639	646	551
北海道	804	532	605	519
東北ブロック	934	677	524	509
南関東ブロック	935	657	725	547
北関東・甲信ブロック	751	472	534	393
北陸ブロック	680	740	650	609
東海ブロック	762	723	664	591
近畿ブロック	525	662	559	569
中国ブロック	1,184	595	595	613
四国ブロック	1,047	532	643	564
九州ブロック	839	508	570	537

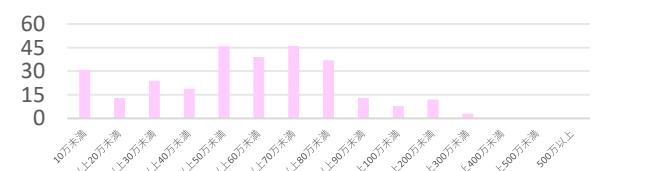
医師 平均額:82万4千円



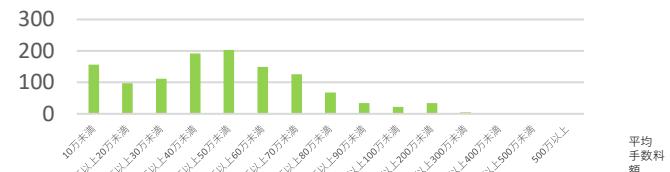
看護 平均額:63万9千円



保育 平均額:64万6千円



介護 平均額:55万1千円



# 進学率・進学者数推計結果（出生低位・死亡低位）

資料2

中央教育審議会大学分科会高等教育の在り方に関する特別部会（第12回）

令和6年11月12日

資料2

- 出生中位・死亡中位の出生数推計より、実際の出生数が少なく推移しているため、進学率・進学者数推計を**出生低位・死亡低位で推計**。
- 急速な人口減少に伴い、大学進学率の伸長を加味したとしても、**2040年の各都道府県の大学進学者数の合計は40万人台**。
- 外国人留学生数が上昇すると仮定しても**、現在の大学の入学定員の規模が維持された場合には、2040年の**定員充足率は70%台**。

## 【外国人留学生数が現状のままであった場合】

年	2021（実績値）	2025	2030	2035	2040	2045	2050
18歳人口	1,141,140	1,100,314	1,051,986	964,129	739,050	697,120	678,482
進学率	54.90%	56.65%	58.22%	59.14%	59.60%	59.94%	60.22%
(a)進学者数	609,121	623,368	612,514	570,194	440,489	417,861	408,566
(b)留学生等	15,138	17,096	17,096	17,096	17,096	17,096	17,096
(c)その他※1	2,781	3,074	3,021	2,812	2,172	2,061	2,015
大学入学者数 ((a)+(b)+(c))	627,040	643,539	632,631	590,102	459,757	437,018	427,677
定員充足率※2	100.56%	101.83%	100.11%	93.38%	72.75%	69.15%	67.68%

## 【外国人留学生数が増加すると仮定した場合】（2033年政府目標の留学生比率5%（教育未来創造会議第二次提言）の増加ペースで2023年から2040年まで増加すると仮定）

年	2021（実績値）	2025	2030	2035	2040	2045	2050
18歳人口	1,141,140	1,100,314	1,051,986	964,129	739,050	697,120	678,482
(a)進学者数	609,121	623,368	612,514	570,194	440,489	417,861	408,566
(b)留学生等	15,138	20,077	27,531	34,984	42,438	42,438	42,438
(c)その他	2,781	3,074	3,021	2,812	2,172	2,061	2,015
大学入学者数 ((a)+(b)+(c))	627,040	646,520	643,066	607,990	485,099	462,360	453,019
定員充足率	100.56%	102.31%	101.76%	96.21%	76.76%	73.16%	71.69%

※1 高等学校卒業程度認定試験合格者・専修学校高等課程修了者で大学に進学した者

※2 2023年度の定員に対する定員充足率（2021年度は2021年度の定員に対する定員充足率）

# 2040年の各都道府県進学者等推計（出生低位・死亡低位）①

2040年の18歳人口推計が2021年の18歳人口に比べて  
半分以下の地方自治体【青森県、岩手県、秋田県】

中央教育審議会大学分科会高等教育の在り方に関する特別部会（第12回）

令和6年11月12日

資料2

	北海道	青森県	岩手県	宮城県	秋田県	山形県	福島県	茨城県	栃木県	群馬県	埼玉県	千葉県																								
18歳人口【2021】	45,007	11,830	11,379	20,998	8,171	10,269	17,622	27,454	18,417	18,806	64,508	54,908																								
高校等卒業者数【2021】	40,596	11,056	10,585	19,412	7,586	9,555	16,130	25,234	17,183	16,849	56,216	49,294																								
大学進学者数【2021】	21,039	4,975	4,460	9,982	3,345	4,097	7,215	14,797	9,063	8,971	35,056	30,362																								
大学進学率【2021】	46.7%	42.1%	39.2%	47.5%	40.9%	39.9%	40.9%	53.9%	49.2%	47.7%	54.3%	55.3%																								
大学進学率(国公私別)【2021】	10.0%	3.4%	33.4%	12.0%	5.1%	25.0%	11.2%	5.4%	22.6%	9.3%	2.6%	35.6%	14.4%	4.4%	22.2%	11.0%	2.7%	26.2%	7.6%	3.2%	30.1%	8.5%	2.1%	43.3%	8.5%	2.0%	38.8%	7.9%	3.7%	36.0%	4.2%	0.9%	49.3%	4.3%	0.6%	50.4%
短大進学率【2021】		4.1%		4.8%		4.2%		4.6%		5.9%		4.7%		5.0%			2.7%		4.0%			4.2%			3.5%			3.1%								
専門学校進学率(現役)【2021】		20.8%		14.8%		17.8%		16.2%		16.5%		18.1%		15.6%			17.2%		16.9%			15.5%			16.1%			17.6%								
大学数【2021】	37	10	6	14	7	8	10	9	10	15	27	27																								
大学数(国公私別)【2021】	7	6	24	1	2	7	1	1	4	2	1	11	1	3	3	1	2	3	1	2	5	3	1	6	1	0	8	1	4	10	1	1	25	1	1	25
入学定員【2021】	18,806	3,363	2,509	11,511	2,090	2,766	3,579	6,461	4,668	5,785	28,855	25,751																								
入学定員(国公私別)【2021】	5,600	1,345	11,861	1,322	516	1,525	1,030	440	1,039	2,722	420	8,369	955	665	470	1,663	145	958	945	599	2,035	3,760	170	2,531	910	0	3,758	1,098	1,482	3,205	1,535	395	26,925	2,592	180	22,979
大学入学者数【2021】	19,119	3,407	2,544	11,713	2,075	2,792	3,451	6,697	4,823	5,983	28,847	27,402																								
(国公私別)【2021】	5,756	1,434	11,929	1,371	549	1,487	1,068	473	1,003	2,779	453	8,481	985	694	396	1,690	148	954	991	605	1,855	3,829	171	2,697	929	0	3,894	1,142	1,551	3,290	1,598	406	26,843	2,635	180	24,587
県外から流入【2021】	4,954	1,363	1,281	6,061	1,194	1,868	1,822	3,727	2,639	3,249	18,497	17,051																								
県内から流出【2021】	6,874	2,931	3,197	4,330	2,464	3,173	5,586	11,827	6,879	6,237	24,706	20,011																								
流出入差(流入-流出)【2021】	-1,921	-1,568	-1,916	1,731	-1,270	-1,305	-3,764	-8,101	-4,240	-2,988	-6,209	-2,961																								
自県進学率【2021】	67.3%	41.1%	28.3%	56.6%	26.3%	22.6%	22.6%	20.1%	24.1%	30.5%	29.5%	34.1%																								
18歳人口推計【2040】	25,440	5,732	5,609	12,328	3,865	5,334	8,873	15,183	10,379	10,284	41,712	35,741																								
大学進学者数推計【2040】	14,472	2,575	2,373	6,248	1,792	2,250	4,077	9,274	5,305	5,213	25,180	21,885																								
大学進学率推計【2040】	56.9%	44.9%	42.3%	50.7%	46.4%	42.2%	46.0%	61.1%	51.1%	50.7%	60.4%	61.2%																								
大学入学者数推計【2040】	13,186	1,939	1,465	7,223	1,250	1,691	2,093	4,832	3,034	4,702	21,388	20,123																								
(国公私別)【2040】	3,970	989	8,227	780	313	846	615	272	578	1,714	279	5,230	593	418	239	1,024	90	578	601	367	1,125	2,763	123	1,946	584	0	2,450	897	1,219	2,585	1,185	301	19,902	1,935	132	18,056
入学定員充足率推計【2040】	70.1%	57.7%	58.4%	62.7%	59.8%	61.1%	58.5%	74.8%	65.0%	81.3%	74.1%	78.1%																								
(国公私別)【2040】	70.9%	73.5%	69.4%	59.0%	60.6%	55.5%	59.7%	61.9%	55.6%	63.0%	66.5%	62.5%	62.1%	62.9%	50.8%	61.6%	61.8%	60.3%	63.6%	61.2%	55.3%	73.5%	72.6%	76.9%	64.2%	-	65.2%	81.7%	82.2%	80.7%	77.2%	76.2%	73.9%	74.7%	73.4%	78.6%
大学進学者数【2021】-大学進学者数推計【2040】	-6,567	(-31%)	-2,400	(-48%)	-2,087	(-47%)	-3,734	(-37%)	-1,553	(-46%)	-1,847	(-45%)	-3,138	(-43%)	-5,523	(-37%)	-3,758	(-41%)	-3,758	(-42%)	-9,876	(-28%)	-8,477	(-28%)												
大学入学者数【2021】-大学入学者数推計【2040】	-5,932	(-31%)	-1,468	(-43%)	-1,079	(-42%)	-4,490	(-38%)	-825	(-40%)	-1,101	(-39%)	-1,358	(-39%)	-1,864	(-28%)	-1,789	(-37%)	-1,281	(-21%)	-7,459	(-26%)	-7,278	(-27%)												
2040年の18歳人口推計)/2021年の18歳人口の割合(%)	56.5%	48.5%	49.3%	58.7%	47.3%	51.9%	50.4%	55.3%	56.4%	54.7%	64.7%	65.1%																								

(参考)

大学進学者…各県に所在する高校等を卒業した者で、全国いずれかの大学に進学した者  
大学入学者…各県に所在する大学に入学した者

# 2040年の各都道府県進学者等推計（出生低位・死亡低位）②

中央教育審議会大学分科会高等教育の在り方に関する特別部会（第12回）

資料2

令和6年11月12日

	東京都	神奈川県	新潟県	富山県	石川県	福井県	山梨県	長野県	岐阜県	静岡県	愛知県	三重県																								
18歳人口【2021】	104,150	78,433	19,807	9,656	10,574	7,584	7,768	20,242	20,034	34,622	71,537	17,458																								
高校等卒業者数【2021】	101,997	67,477	18,071	8,898	10,073	7,246	7,874	18,424	17,986	31,948	63,402	15,401																								
大学進学者数【2021】	78,180	44,498	8,698	4,561	5,607	4,104	5,018	9,269	9,760	16,879	38,573	7,864																								
大学進学率【2021】	75.1%	56.7%	43.9%	47.2%	53.0%	54.1%	64.6%	45.8%	48.7%	48.8%	53.9%	45.0%																								
大学進学率（国公私別）【2021】	6.7%	1.0%	67.3%	3.7%	1.2%	51.8%	9.6%	4.0%	30.4%	13.5%	5.6%	28.2%	13.7%	5.2%	34.1%	14.6%	6.3%	33.3%	9.5%	5.7%	49.4%	8.5%	4.1%	33.2%	9.1%	3.2%	36.4%	8.4%	3.9%	36.4%	9.6%	3.0%	41.3%	8.7%	2.5%	33.8%
短大進学率【2021】	1.9%	2.9%	3.8%	6.4%	5.7%	4.8%	5.4%	6.9%	5.4%	3.5%	3.1%	4.9%																								
専門学校進学率（現役）【2021】	11.8%	14.7%	24.6%	15.8%	13.5%	13.9%	17.9%	19.5%	12.4%	15.7%	12.1%	12.8%																								
大学数【2021】	146	32	22	5	14	6	7	11	13	14	52	7																								
大学数（国公私別）【2021】	12	2	132	2	2	28	3	4	15	1	1	5																								
入学定員【2021】	153,377	44,893	6,699	2,575	6,502	2,300	4,169	4,020	4,940	8,090	41,964	3,190																								
入学定員（国公私別）【2021】	9,716	1,570	142,091	1,662	1,130	42,101	2,467	765	3,467	1,770	495	310	1,726	590	4,186	855	450	995	825	990	2,354	1,978	960	1,082	1,240	200	3,500	2,145	935	5,010	3,976	1,764	36,224	1,310	100	1,780
大学入学者数【2021】	153,519	45,619	6,592	2,588	6,492	2,362	4,245	4,163	4,825	7,970	42,461	3,303																								
（国公私別）【2021】	10,055	1,592	141,872	1,697	1,174	42,748	2,547	826	3,219	1,832	480	276	1,764	620	4,108	895	485	982	851	1,075	2,319	2,023	1,007	1,133	1,265	220	3,340	2,166	1,051	4,753	4,092	1,830	36,539	1,335	102	1,866
県外から流入【2021】	100,599	28,384	3,132	1,640	3,813	1,083	3,012	2,276	2,679	3,165	14,960	1,554																								
県内から流出【2021】	25,261	27,263	5,238	3,613	2,928	2,825	3,785	7,382	7,614	12,074	11,072	6,115																								
流入出差（流入-流出）【2021】	75,339	1,121	-2,106	-1,973	885	-1,742	-773	-5,106	-4,935	-8,909	3,888	-4,561																								
自県進学率【2021】	67.7%	38.7%	39.8%	20.8%	47.8%	31.2%	24.6%	20.4%	22.0%	28.5%	71.3%	22.2%																								
18歳人口推計【2040】	92,106	52,183	11,136	5,640	6,596	4,651	4,521	11,393	10,969	19,553	49,082	10,378																								
大学進学者数推計【2040】	74,182	32,200	5,417	3,070	3,958	2,826	3,308	6,113	6,176	9,720	28,536	5,082																								
大学進学率推計【2040】	80.5%	61.7%	48.6%	54.4%	60.0%	60.8%	73.2%	53.7%	56.3%	49.7%	58.1%	49.0%																								
大学入学者数推計【2040】	121,312	34,648	4,163	1,773	4,473	1,648	3,025	2,831	3,307	5,082	30,368	2,276																								
（国公私別）【2040】	7,946	1,258	112,109	1,289	892	32,468	1,609	522	2,033	1,255	329	189	1,215	427	2,831	624	338	685	606	766	1,652	1,376	685	770	867	151	2,289	1,381	670	3,031	2,927	1,309	26,132	920	70	1,286
入学定員充足率推計【2040】	79.1%	77.2%	62.1%	68.8%	68.8%	71.6%	72.6%	70.4%	67.0%	62.8%	72.4%	71.4%																								
（国公私別）【2040】	81.8%	80.1%	78.9%	77.6%	78.9%	77.1%	65.2%	68.2%	58.6%	70.9%	66.4%	61.0%	70.4%	72.4%	67.6%	73.0%	75.2%	68.8%	73.5%	77.4%	70.2%	69.5%	71.3%	71.2%	69.9%	75.4%	65.4%	64.4%	71.7%	60.5%	73.6%	74.2%	72.1%	70.2%	70.3%	72.2%
大学進学者数【2021】-大学進学者数推計【2040】	-3,998	(-5%)	-12,298	(-28%)	-3,281	(-38%)	-1,491	(-33%)	-1,649	(-29%)	-1,278	(-31%)	-1,710	(-34%)	-3,156	(-34%)	-3,584	(-37%)	-7,159	(-42%)	-10,037	(-26%)	-2,782	(-35%)												
大学入学者数【2021】-大学入学者数推計【2040】	-32,206	(-21%)	-10,971	(-24%)	-2,429	(-37%)	-815	(-32%)	-2,019	(-31%)	-714	(-30%)	-1,220	(-29%)	-1,332	(-32%)	-1,518	(-31%)	-2,888	(-36%)	-12,093	(-28%)	-1,027	(-31%)												
2040年の18歳人口推計）/2021年の18歳人口） △割合（%）	88.4%	66.5%	56.2%	58.4%	62.4%	61.3%	58.2%	56.3%	54.8%	56.5%	68.6%	59.4%																								

（参考）

大学進学者…各県に所在する高校等を卒業した者で、全国いずれかの大学に進学した者  
大学入学者…各県に所在する大学に入学した者

# 2040年の各都道府県進学者等推計（出生低位・死亡低位）③

中央教育審議会大学分科会高等教育の在り方に関する特別部会（第12回）

資料2

令和6年11月12日

滋賀県		京都府			大阪府			兵庫県			奈良県			和歌山県			鳥取県			島根県			岡山県			広島県			山口県																	
18歳人口【2021】		14,328			23,145			79,549			51,482			12,973			8,809			5,195			6,233			18,190			26,108			12,219			6,581											
高校等卒業者数【2021】		12,836			22,526			71,803			45,157			11,585			8,163			4,820			6,014			17,342			22,985			10,855			6,054											
大学進学者数【2021】		7,185			15,965			47,469			29,769			7,877			4,366			2,177			2,748			9,328			14,387			4,706			3,246											
大学進学率【2021】		50.1%			69.0%			59.7%			57.8%			60.7%			49.6%			41.9%			44.1%			51.3%			55.1%			38.5%			49.3%											
大学進学率(国公私別)【2021】		6.7%	3.3%	40.1%	8.6%	4.2%	56.1%	5.9%	3.0%	50.7%	8.9%	4.2%	44.8%	10.5%	3.9%	46.3%	9.5%	3.9%	36.2%	14.2%	5.1%	22.6%	12.5%	7.0%	24.6%	12.7%	4.2%	34.4%	11.4%	5.2%	38.5%	10.0%	4.9%	23.6%	16.0%	-	29.9%									
短大進学率【2021】		4.7%			4.1%			4.6%			3.6%			4.2%			4.0%			7.2%			5.0%			4.0%			2.9%			4.5%			4.0%											
専門学校進学率(現役)【2021】		15.3%			13.1%			13.7%			12.1%			11.2%			16.6%			18.0%			20.1%			17.3%			10.7%			14.2%			14.9%											
大学数【2021】		9			34			56			36			11			5			3			2			18			21			10			4											
大学数(国公私別)【2021】		2	1	6	3	4	27	2	2	52	2	4	30	3	2	6	1	1	3	1	1	1	1	0	1	2	15	1	5	15	1	3	6	2	0	2										
入学定員【2021】		7,548			35,123			54,721			27,777			4,858			2,035			1,519			1,617			9,905			13,399			4,211			2,893											
入学定員(国公私別)【2021】		945	600	6,003	3,706	1,046	30,371	4,155	2,863	47,703	2,690	1,902	23,185	730	348	3,780	890	280	865	1,139	300	80	1,157	460	0	2,195	550	7,160	2,336	1,570	9,493	1,917	1,084	1,210	1,388	0	1,505									
大学入学者数【2021】		7,661			35,049			56,375			27,050			4,777			2,038			1,554			1,682			9,068			13,328			4,306			2,638											
(国公私別)【2021】		957	625	6,079	3,820	1,082	30,147	4,278	2,943	49,154	2,767	1,897	22,386	770	348	3,659	939	281	818	1,161	315	78	1,206	476	0	2,257	577	6,234	2,407	1,677	9,244	1,965	1,113	1,228	1,422	0	1,216									
県外から流入【2021】		6,052			26,717			28,439			13,866			3,648			1,261			1,223			1,203			5,111			5,662			3,090			1,455											
県内から流出【2021】		5,576			7,633			19,533			16,585			6,748			3,589			1,846			2,269			5,371			6,721			3,490			2,063											
流出入差(流入-流出)【2021】		476			19,084			8,906			-2,719			-3,100			-2,328			-623			-1,066			-260			-1,059			-400			-608											
自県進学率【2021】		22.4%			52.2%			58.9%			44.3%			14.3%			17.8%			15.2%			17.4%			42.4%			53.3%			25.8%			36.4%											
18歳人口推計【2040】		9,494			14,655			51,865			32,315			7,294			4,953			3,259			3,996			11,892			16,686			7,063			3,829											
大学進学者数推計【2040】		5,604			11,080			35,810			20,725			5,043			2,888			1,581			1,864			6,952			9,211			2,721			2,034											
大学進学率推計【2040】		59.0%			75.6%			69.0%			64.1%			69.1%			58.3%			48.5%			46.6%			58.5%			55.2%			38.5%			53.1%											
大学入学者数推計【2040】		5,606			25,337			41,204			19,487			3,378			1,434			1,100			1,169			6,514			8,838			3,011			1,778											
(国公私別)【2040】		700	457	4,448	2,762	782	21,793	3,127	2,151	35,927	1,993	1,367	16,127	545	246	2,588	661	198	576	821	223	55	838	331	0	1,621	414	4,478	1,596	1,112	6,130	1,374	778	859	958	0	820									
入学定員充足率推計【2040】		74.3%			72.1%			75.3%			70.2%			69.5%			70.5%			72.4%			72.3%			65.8%			66.0%			71.5%			61.5%											
(国公私別)【2040】		74.1%	76.2%	74.1%	74.5%	74.8%	71.8%	75.3%	75.1%	75.3%	74.1%	71.9%	69.6%	74.6%	70.7%	68.5%	74.2%	70.6%	66.5%	72.1%	74.3%	69.0%	72.4%	71.9%	-	73.9%	75.4%	62.5%	68.3%	70.8%	64.6%	71.7%	71.8%	71.0%	69.0%	-	54.5%									
大学進学者数【2021】-大学入学者数推計【2040】		-1,581			(-22%)			-4,885			(-31%)			-11,659			(-25%)			-9,044			(-30%)			-2,834			(-36%)			-1,478			(-34%)			-596			(-27%)			-884		

# 2040年の各都道府県進学者等推計（出生低位・死亡低位）④

中央教育審議会大学分科会高等教育の在り方に関する特別部会（第12回）

資料2

令和6年11月12日

	香川県	愛媛県	高知県	福岡県	佐賀県	長崎県	熊本県	大分県	宮崎県	鹿児島県	沖縄県	その他
18歳人口【2021】	9,310	12,483	6,184	46,524	8,412	12,691	16,741	10,244	10,517	15,625	16,363	
高校等卒業者数【2021】	8,593	11,445	5,891	41,516	7,697	11,857	15,073	9,745	9,842	14,227	14,424	
大学進学者数【2021】	4,840	6,144	2,845	22,333	3,455	5,434	7,075	4,091	4,180	6,126	7,002	17,919
大学進学率【2021】	52.0%	49.2%	46.0%	48.0%	41.1%	42.8%	42.3%	39.9%	39.7%	39.2%	42.8%	
大学進学率(国公私別)【2021】	13.5% 3.7% 34.7%	14.8% 4.2% 30.2%	9.9% 6.2% 29.8%	9.3% 3.0% 35.7%	12.3% 2.1% 26.7%	14.2% 5.3% 23.3%	10.1% 3.4% 28.8%	13.5% 4.2% 22.3%	12.8% 4.2% 22.8%	12.0% 2.4% 24.8%	9.6% 3.4% 29.8%	
短大進学率【2021】	4.8%	4.5%	4.3%	4.4%	4.2%	3.8%	3.2%	7.1%	4.7%	7.2%	3.6%	
専門学校進学率(現役)【2021】	15.8%	17.1%	16.1%	16.1%	16.5%	15.5%	18.1%	20.1%	16.1%	19.6%	24.0%	
大学数【2021】	4	5	5	35	2	8	9	5	7	6	8	
大学数(国公私別)【2021】	1 1 2	1 1 3	1 2 2	3 4 28	1 0 1	1 1 6	1 1 7	1 1 3	1 2 4	2 0 4	1 3 4	
入学定員【2021】	2,189	3,860	2,215	25,761	1,818	3,986	5,712	3,520	2,335	3,683	3,972	
入学定員(国公私別)【2021】	1,239 90 860	1,770 100 1,990	1,075 860 280	4,110 1,999 19,652	1,278 0 540	1,641 730 1,615	1,667 480 3,565	1,070 80 2,370	1,035 300 1,000	2,053 0 1,630	1,547 640 1,785	
大学入学者数【2021】	2,092	3,875	2,212	25,963	1,817	3,914	5,643	3,029	2,174	3,652	4,153	
(国公私別)【2021】	1,275 90 727	1,818 100 1,957	1,110 906 196	4,214 2,097 19,652	1,315 0 502	1,657 752 1,505	1,706 505 3,432	1,086 81 1,862	1,064 312 798	2,100 0 1,552	1,567 664 1,922	
県外から流入【2021】	1,260	1,840	1,459	11,422	1,244	1,942	2,357	1,947	1,096	1,601	937	
県内から流出【2021】	4,008	4,109	2,092	7,792	2,882	3,462	3,789	3,009	3,102	4,075	3,786	
流出入差(流入-流出)【2021】	-2,748	-2,269	-633	3,630	-1,638	-1,520	-1,432	-1,062	-2,006	-2,474	-2,849	
自県進学率【2021】	17.2%	33.1%	26.5%	65.1%	16.6%	36.3%	46.4%	26.4%	25.8%	33.5%	45.9%	
18歳人口推計【2040】	5,640	7,171	3,528	34,719	5,622	7,814	11,584	6,503	6,901	10,500	13,082	
大学進学者数推計【2040】	3,278	3,998	1,817	17,081	2,438	3,889	5,003	2,849	2,845	4,371	6,212	19,268
大学進学率推計【2040】	58.1%	55.7%	51.5%	49.2%	43.4%	49.8%	43.2%	43.8%	41.2%	41.6%	47.5%	
大学入学者数推計【2040】	1,444	2,589	1,497	19,315	1,326	2,857	4,052	2,813	1,528	2,673	3,527	
(国公私別)【2040】	880 62 502	1,215 67 1,307	751 613 133	3,135 1,560 14,620	959 0 366	1,209 549 1,098	1,225 363 2,465	1,009 75 1,729	748 219 561	1,537 0 1,136	1,331 564 1,632	
入学定員充足率推計【2040】	66.0%	67.1%	67.6%	75.0%	72.9%	71.7%	70.9%	79.9%	65.5%	72.6%	88.8%	
(国公私別)【2040】	71.0% 69.0% 58.3%	68.6% 66.8% 65.7%	69.9% 71.3% 47.4%	76.3% 78.0% 74.4%	75.1% - 67.8%	73.7% 75.2% 68.0%	73.5% 75.5% 69.1%	94.3% 94.0% 73.0%	72.3% 73.1% 56.1%	74.9% - 69.7%	86.0% 88.1% 91.4%	
大学進学者数【2021】-大学進学者数推計【2040】	-1,562 (-32%)	-2,146 (-35%)	-1,028 (-36%)	-5,252 (-24%)	-1,017 (-29%)	-1,545 (-28%)	-2,072 (-29%)	-1,242 (-30%)	-1,335 (-32%)	-1,755 (-29%)	-790 (-11%)	
大学入学者数【2021】-大学入学者数推計【2040】	-648 (-31%)	-1,286 (-33%)	-715 (-32%)	-6,648 (-26%)	-491 (-27%)	-1,057 (-27%)	-1,591 (-28%)	-216 (-7%)	-646 (-30%)	-979 (-27%)	-626 (-15%)	
2040年の18歳人口推計)/2021年の18歳人口)の割合(%)	60.6%	57.4%	57.1%	74.6%	66.8%	61.6%	69.2%	63.5%	65.6%	67.2%	79.9%	

(参考)

大学進学者…各県に所在する高校等を卒業した者で、全国いずれかの大学に進学した者  
大学入学者…各県に所在する大学に入学した者

## 【令和5年7月発表】

### ○ 全体

出生中位・死亡中位の推計※を用いて、18歳人口を推計

### ○ 各都道府県進学者等推計

「全国の大学進学者数推計【2040】」に、「全国の大学入学者数【2021】に占める各都道府県の大学入学者数【2021】」の割合を掛け算出

例：東京都の大学入学者数【2040】

$$= \text{全国の大学進学者数推計【2040】} \times \frac{\text{東京都の大学入学者数【2021】}}{\text{全国の大学入学者数【2021】}}$$

## 【令和6年11月更新】

**出生低位・死亡低位**の推計※を用いて、18歳人口を推計

「各都道府県の大学進学者数推計【2040】」に、「各都道府県の大学進学者数のうちの特定の都道府県に位置する大学への進学者の割合【2021】を掛け合わせたもの」を全都道府県分合計することにより算出

例：東京都の大学入学者数【2040】

$$= \text{北海道から東京都にある大学への大学進学者数【2021】} \times \frac{\text{北海道の大学進学者数【2040】}}{\text{北海道の大学進学者数【2021】}}$$

$$+ \text{青森県から東京都にある大学への大学進学者数【2021】} \times \frac{\text{青森県の大学進学者数【2040】}}{\text{青森県の大学進学者数【2021】}}$$

$$+ \dots \quad (47\text{都道府県分合計})$$

(参考)

大学進学者…各県に所在する高校等を卒業した者で、全国いずれかの大学に進学した者  
大学入学者…各県に所在する大学に入学した者

※ 【出典】国立社会保障・人口問題研究所

# (参考)大学入学者数等の将来推計について【推計の考え方】①

中央教育審議会大学分科会高等教育の  
在り方に関する特別部会（第12回）

資料2

令和6年11月12日

## 推計の考え方

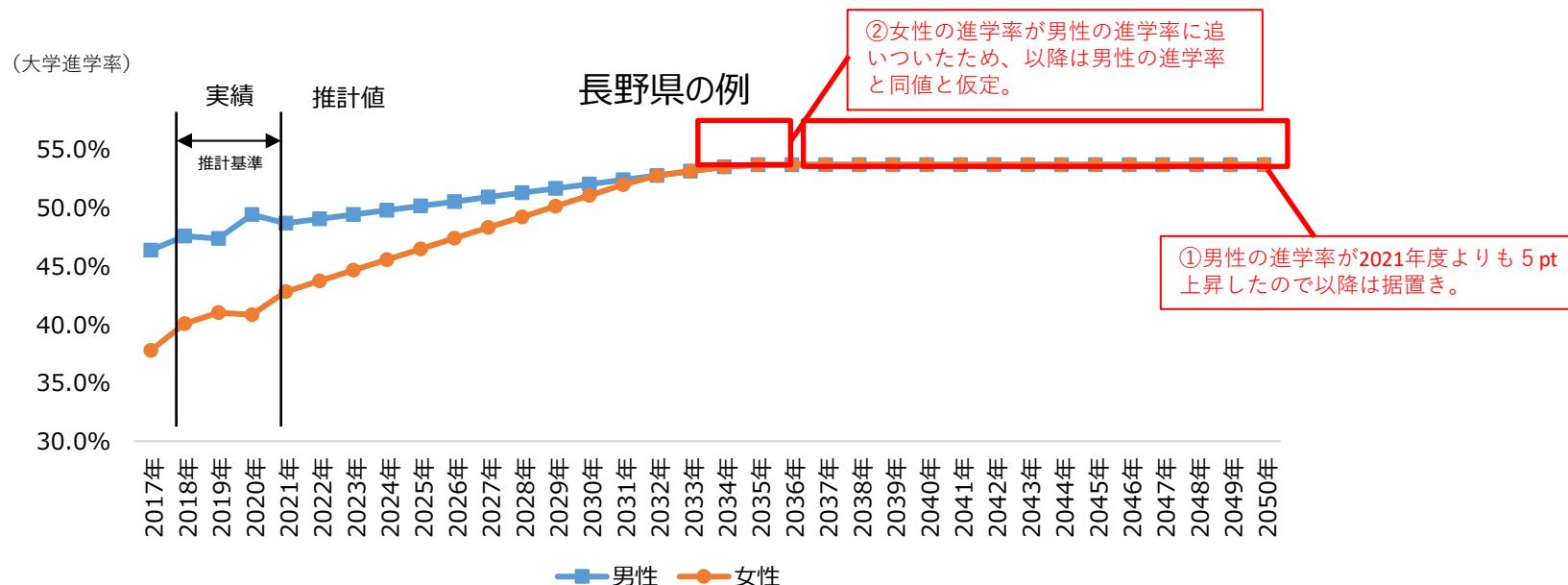
将来の大学入学者数（E）は、推計18歳人口（B）に推計大学進学率（A）を掛け算出される各都道府県からの大学進学者数（C）に、外国人留学生（D）等を足すことによって求められる。

### A.大学進学率の推計について

- 2018年度～2021年度における都道府県別、男女別の大学進学率の伸び率によって今後2050年まで大学進学率が上昇すると仮定して都道府県別に推計。

（例外）

- ①男性の進学率が2021年度と比較して5pt以上上回った場合、+5ptを上限として以降据置き。
- ②女性の進学率が男性の進学率を上回った場合、以降を男性の進学率と同値と仮定。
- ③進学率伸び率がマイナスの場合、2021年度の大学進学率が今後維持されると仮定。



# (参考)大学入学者数等の将来推計について【推計の考え方】②

## B.18歳人口の推計について

- 2040年から2050年までの18歳人口について以下の推計方法により都道府県別に18歳人口を推計。

2040年以降の日本の将来推計18歳人口（国立社会保障・人口問題研究所の推計）を2040年の都道府県比率※で案分

※ 2021年度中の出生者数に各都道府県の生存率を乗算することにより、大学等に入学することが想定される2040年4月時点の18歳人口の都道府県比率を算出

中央教育審議会大学分科会高等教育の在り方に関する特別部会（第12回）

資料2

令和6年11月12日

## C.各都道府県からの大学進学者数

- 各都道府県の推計18歳人口（B）に各都道府県の大学進学率（A）を掛けたものを合計することにより算出。

## D.外国人留学生の入学者数の推計について

- 2020年度～2022年度は新型コロナウイルス感染症の影響により外国人留学生数が一時的に激減したことを踏まえ、2019年度の外国人留学生数が維持されると推定。

## E.大学入学者数の推計について

- 各推計値に基づく（B）×（A）による都道府県別の大学進学者数の合計（C）に（D）及びその他を足したものが2040年以降の大学入学者数の推計値となる。

※その他は高等学校卒業程度認定試験合格者・専修学校高等課程修了者で大学に進学した者（各年の進学者数の推計値に2019年の進学者数に占めるその他の比率を掛けることにより算出）

### 【（例）2040年の大学入学者数推計】

#### (B.18歳人口推計)

#### (A.大学進学率推計)

$$\begin{array}{l} \text{北海道18歳人口 (男性) } 13,031 \text{人} \times \text{北海道進学率 (男性) } 56.9\% = 7,413 \text{人} \\ \text{北海道18歳人口 (女性) } 12,408 \text{人} \times \text{北海道進学率 (女性) } 56.9\% = 7,059 \text{人} \end{array} \left. \right\} \text{北海道進学者数 } 14,472 \text{人}$$

青森県 …

$$\begin{array}{l} \text{沖縄県18歳人口 (男性) } 6,699 \text{人} \times \text{沖縄県進学率 (男性) } 47.5\% = 3,181 \text{人} \\ \text{沖縄県18歳人口 (女性) } 6,383 \text{人} \times \text{沖縄県進学率 (女性) } 47.5\% = 3,031 \text{人} \end{array} \left. \right\} \text{沖縄県進学者数 } 6,212 \text{人}$$

大学進学率 (全国) 59.6%  
(男性) 61.2% (女性) 57.9%

(C.2040年の各都道府県からの大学進学者数)

**440,489人**

**440,489人**

(D.2040年の推計外国人留学生入学者数)

17,096人

(その他)

2,172人

(E.2040年の推計大学入学者数)

**459,757人**

※四捨五入の関係上、四則演算の値と記載の数値は必ずしも一致しない

(注) グランドデザイン答申時の推計について

881,782人（推計18歳人口）×55.5%（大学進学率）（※）+16,724人（外国人留学生等）=506,005人

（※）GD答申時は外国人留学生も含めて進学率を57.4%としていたが、18歳人口推計値に訪日予定の外国人等は含まれていないため上記の記載としている。

大学入学定員の総数  
631,949人 (R5)

# 省力化投資促進プラン（医療分野）概要

## 1 実態把握の深堀

- 将来の人口構造の変化に対応した医療提供体制を構築することが求められている。
- 人口は、全国的に生産年齢人口を中心に減少するが、85歳以上を中心に高齢者数は2040年頃のピークまで増加すると見込まれる。
- さらに、生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が更に困難となることが見込まれ、働き方改革等による労働環境の改善や、医療 DX、タスク・シフト/シェア等を着実に推進していくことが重要となる。

⇒医療行為の合理化・省力化と、医療に係る事務作業の省力化の二つの観点に留意して省力化を検討

## 2 多面的な促進策

- 看護業務の効率化の推進に資する機器等の導入支援
- 医師の労働時間短縮に資する機器等の導入支援
- 医療DXの推進のための情報基盤の整備
- 医療分野における適切で有効な機器等の開発・実装
- オンライン診療に関する総体的な規定の創設について
- タスク・シフト/シェアの推進

医療機関における配置基準について、引き続き合理的に見直しを図っていく。報酬上の評価の検討に資するエビデンスの構築を行う。

## 4 目標、KPI、スケジュール

- アウトプット
  - ・省力化機器を導入している医療機関数
  - ・AMED事業による医療機器等の研究開発支援における採択課題数
  - ・電子カルテ情報共有サービスの普及
- アウトカム
  - ・地域医療確保暫定特例水準適用医師(※)の時間外労働の目標時間数の削減（現状：上限1,860時間→2029年度まで：上限1,410時間）
    - ※地域医療の観点から必須とされる機能を果たすために、やむなく長時間労働となる医療機関に勤務する医師のうち、時間外労働が960時間を超えることが見込まれる者
  - ・看護職員の月平均超過勤務時間の削減（現状：5.1時間→2029年度まで：2027年度比で月平均超過勤務時間の減少を目指す）

## 3 サポート体制の整備・周知広報

- 省力化投資を通じた看護業務効率化のためのサポート体制（看護）
- 看護師養成におけるDX促進のための支援
- 省力化投資を通じた勤務環境改善のためのサポート体制（医師）

# 医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアが可能な業務の具体例（1）

## 【職種ごとにタスク・シフト/シェアを進めることができる業務】

### 看護師

- ① 特定行為（38行為21区分）の実施
- ② 事前に取り決めたプロトコール（※）に基づく薬剤の投与、採血・検査の実施
- ③ 救急外来における医師の事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づく採血・検査の実施
- ④ 血管造影・画像下治療（I V R）の介助
- ⑤ 注射、採血、静脈路の確保等
- ⑥ カテーテルの留置、抜去等の各種処置行為
- ⑦ 診察前の情報収集

### 助産師

- ① 院内助産 ② 助産師外来

### 薬剤師

- ① 周術期における薬学的管理等
- ② 病棟等における薬学的管理等
- ③ 事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等
- ④ 薬物療法に関する説明等
- ⑤ 医師への処方提案等の処方支援
- ⑥ 糖尿病患者等における自己注射や自己血糖測定等の実技指導

### 診療放射線技師

- ①撮影部位の確認・検査オーダーの代行入力等
- ②画像誘導放射線治療（I G R T）における画像の一次照合等
- ③放射線造影検査時の造影剤の投与、投与後の抜針・止血等
- ④血管造影・画像下治療（I V R）における補助行為
- ⑤病院又は診療所以外の場所での医師が診察した患者に対するエックス線の照射
- ⑥放射線検査等に関する説明、同意書の受領
- ⑦放射線管理区域内での患者誘導
- ⑧医療放射線安全管理責任者

### 臨床検査技師

- ① 心臓・血管カテーテル検査、治療における直接侵襲を伴わない検査装置の操作
- ② 負荷心電図検査等における生体情報モニターの血圧や酸素飽和度などの確認
- ③ 持続陽圧呼吸療法導入の際の陽圧の適正域の測定
- ④ 生理学的検査を実施する際の口腔内からの喀痰等の吸引
- ⑤ 検査にかかる薬剤を準備して、患者に服用してもらう行為
- ⑥ 病棟・外来における採血業務
- ⑦ 血液製剤の洗浄・分割、血液細胞（幹細胞等）・胚細胞に関する操作
- ⑧ 輸血に関する定型的な事項や補足的な説明と同意書の受領
- ⑨ 救急救命処置の場における補助行為の実施
- ⑩ 細胞診や超音波検査等の検査所見の記載
- ⑪ 生検材料標本、特殊染色標本、免疫染色標本等の所見の報告書の作成
- ⑫ 病理診断における手術検体等の切り出し
- ⑬ 画像解析システムの操作等
- ⑭ 病理解剖
- ⑮ 医療用吸引器を用いて鼻腔、口腔又は気管カニューレから喀痰を採取する行為
- ⑯ 内視鏡用生検鉗子を用いて消化管の病変部位の組織の一部を採取する行為
- ⑰ 運動誘発電位検査
- ⑱ 体性感覺誘発電位検査
- ⑲ 持続皮下グルコース検査
- ⑳ 直腸肛門機能検査
- ㉑ 法第11条に規定する採血(以下この条において「採血」という。)を行う際に静脈路を確保し、当該静脈路に接続されたチューブにヘパリン加生理食塩水を充填する行為
- ㉒ 採血を行う際に静脈路を確保し、当該静脈路に点滴装置を接続する行為(電解質輸液の点滴を実施するためのものに限る。)
- ㉓ 採血を行う際に静脈路を確保し、当該静脈路に血液成分採血装置を接続する行為、当該血液成分採血装置を操作する行為並びに当該血液成分採血装置の操作が終了した後に抜針及び止血を行う行為
- ㉔ 超音波検査のために静脈路に造影剤注入装置を接続する行為、造影剤を投与するために当該造影剤注入装置を操作する行為並びに当該造影剤の投与が終了した後に抜針及び止血を行う行為

# 医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアが可能な業務の具体例（2）

## 【職種ごとにタスク・シフト/シェアを進めることができる業務】

### 臨床工学技士

- ① 心臓・血管カテーテル検査・治療時に使用する生命維持管理装置の操作
- ② 人工呼吸器の設定変更
- ③ 人工呼吸器装着中の患者に対する動脈留置カテーテルからの採血
- ④ 人工呼吸器装着中の患者に対する喀痰等の吸引
- ⑤ 人工心肺を施行中の患者の血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更
- ⑥ 血液浄化装置を操作して行う血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更
- ⑦ 血液浄化装置のバスキュラーアクセスへの接続を安全かつ適切に実施する上で必要となる超音波診断装置によるバスキュラーアクセスの血管径や流量の確認
- ⑧ 全身麻酔装置の操作
- ⑨ 麻酔中にモニターに表示されるバイタルサインの確認、麻酔記録の記入
- ⑩ 全身麻酔装置の使用前準備、気管挿管や術中麻酔に使用する薬剤の準備
- ⑪ 手術室や病棟等における医療機器の管理
- ⑫ 各種手術等において術者に器材や医療材料を手渡す行為
- ⑬ 生命維持管理装置を装着中の患者の移送

### 理学療法士

- ① リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付

### 作業療法士

- ① リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付
- ② 作業療法を実施するに当たっての運動、感覚、高次脳機能（認知機能を含む）、ADL等の評価等

### 言語聴覚士

- ① リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付
- ② 侵襲性を伴わない嚥下検査
- ③ 嚥下訓練・摂食機能療法における患者の嚥下状態等に応じた食物形態等の選択
- ④ 高次脳機能障害、失語症、言語発達障害、発達障害等の評価に必要な臨床心理・神経心理学検査種目の実施等

### 視能訓練士

- ① 白内障及び屈折矯正手術に使用する手術装置への検査データ等の入力
- ② 視機能検査に関する検査結果の報告書の記載

### 救急救命士

- ① 病院救急車による患者搬送の際の患者観察
- ② 救急外来等での診療経過の記録
- ③ 救急外来での救急患者受け入れ要請の電話対応

### 義肢装具士

- ① 義肢装具の採型・身体へ適合のために行う糖尿病患者等の足趾の爪切等
- ② 装具を用いた足部潰瘍の免荷
- ③ 切断者への端端管理に関する指導

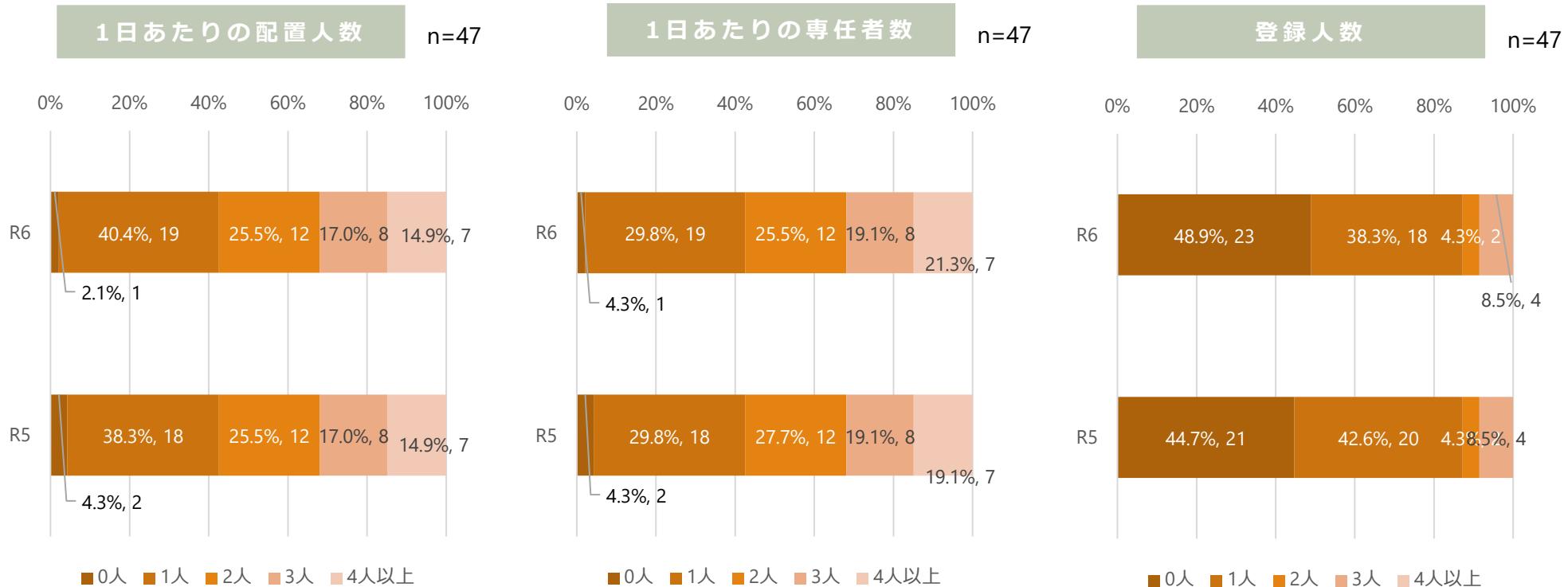
## 【その他職種にかかわらずタスク・シフト/シェアを進めることができる業務】

- ① 診療録等の代行入力（電子カルテへの医療記録の代行入力、臨床写真など画像の取り込み、カンファレンス記録や回診記録の記載、手術記録の記載、各種サマリーの修正、各種検査オーダーの代行入力）
- ② 各種書類の記載（医師が最終的に確認または署名（電子署名を含む。）することを条件に、損保会社等に提出する診断書、介護保険主治医意見書等の書類、紹介状の返書、診療報酬等の算定に係る書類等を記載する業務）
- ③ 医師が診察をする前に、医療機関の定めた定型の問診票等を用いて、診察する医師以外の者が患者の病歴や症状などを聴取する業務
- ④ 日常的に行われる検査に関する定型的な説明、同意書の受領（日常的に行われる検査について、医療機関の定めた定型的な説明を行う、又は説明の動画を閲覧してもらった上で、患者又はその家族から検査への同意書を受領）
- ⑤ 入院時のオリエンテーション（医師等から入院に関する医学的な説明を受けた後の患者又はその家族等に対し、療養上の規則等の入院時の案内を行い、入院誓約書等の同意書を受領）
- ⑥ 院内での患者移送・誘導
- ⑦ 症例実績や各種臨床データの整理、研究申請書の準備、カンファレンスの準備、医師の当直表の作成等の業務

# 1 医療勤務環境改善支援センター（以下「勤改センター」という。）について（令和6年4月1日現在）

医療従事者勤務環境改善のための 助言及び調査業務
第2回支援委員会（R06.10.11）

## （1）職員配置（事務担当職員）①

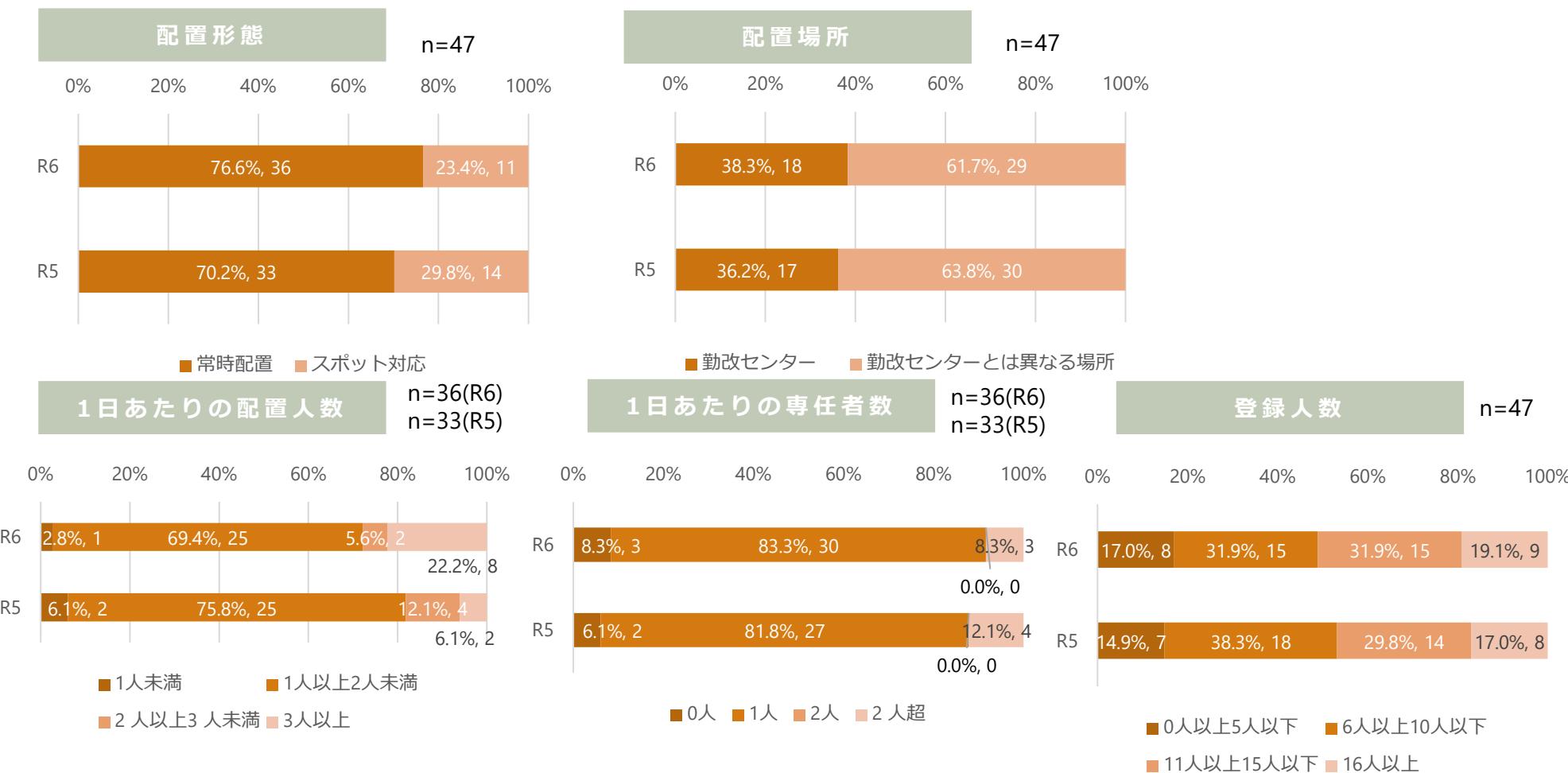


※「専任者」とは勤改センター業務のみを実施している者をいい、「常駐者」とは勤改センターの開所時間は常に勤改センターで業務を実施するものをいう。

※「登録人数」は当該職種として勤改センターに配置可能な職員の総数をいう。

# 1 医療勤務環境改善支援センター（以下「勤改センター」という。）について（令和6年4月1日現在）

## （1）職員配置（医療労務管理アドバイザー）①



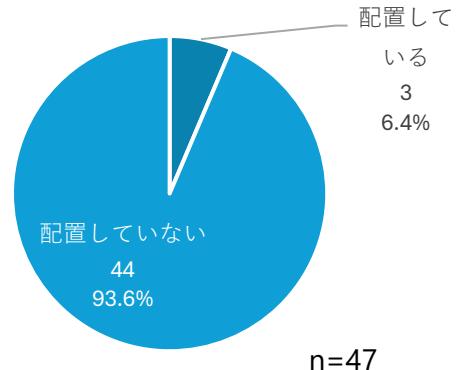
※「専任者」とは勤改センター業務のみを実施している者をいい、「常駐者」とは勤改センターの開所時間は常に勤改センターで業務を実施するものをいう。

※「登録人数」は当該職種として勤改センターに配置可能な職員の総数をいう。

## 2 都道府県の体制について（令和6年4月1日現在）

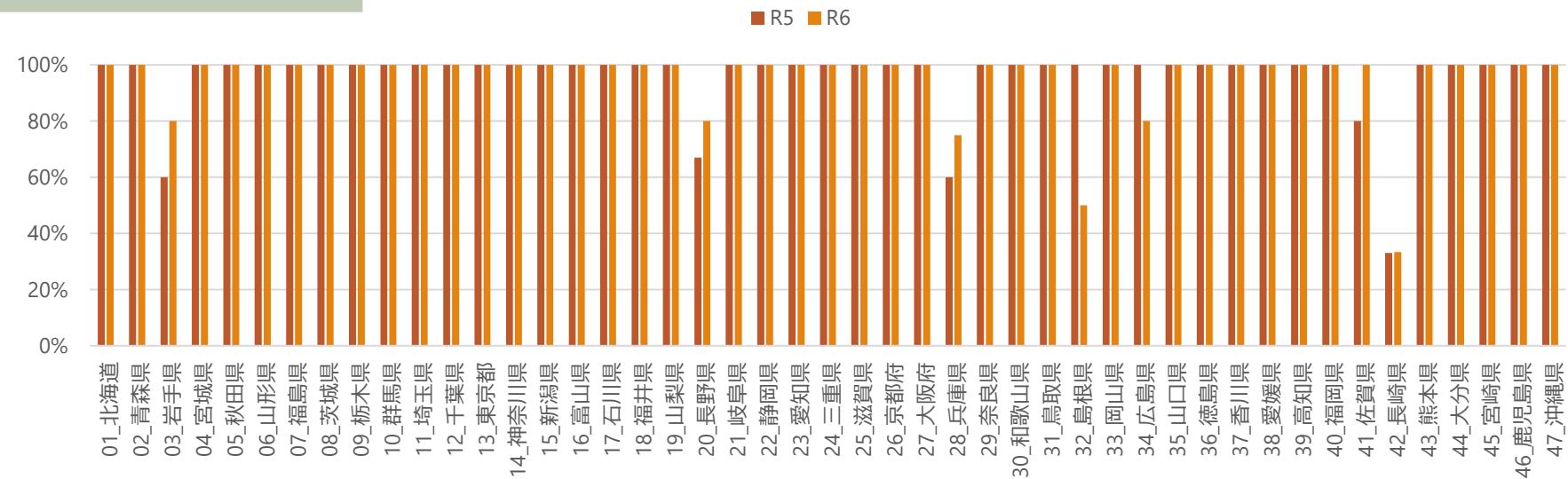
### 都道府県担当者の業務状況（令和6年度）③

#### 医師資格を有する職員の配置状況



山形県、富山県、福岡県が  
1人ずつ配置

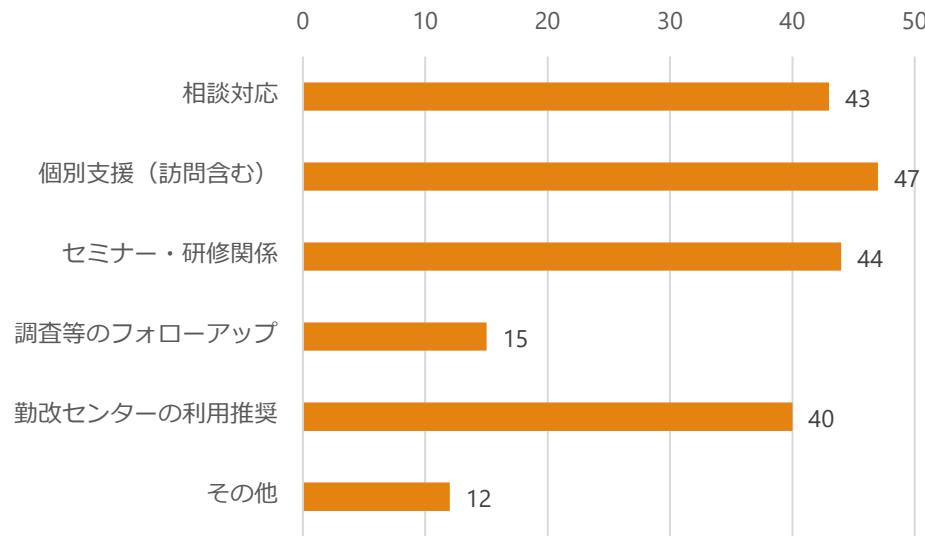
#### 常勤割合



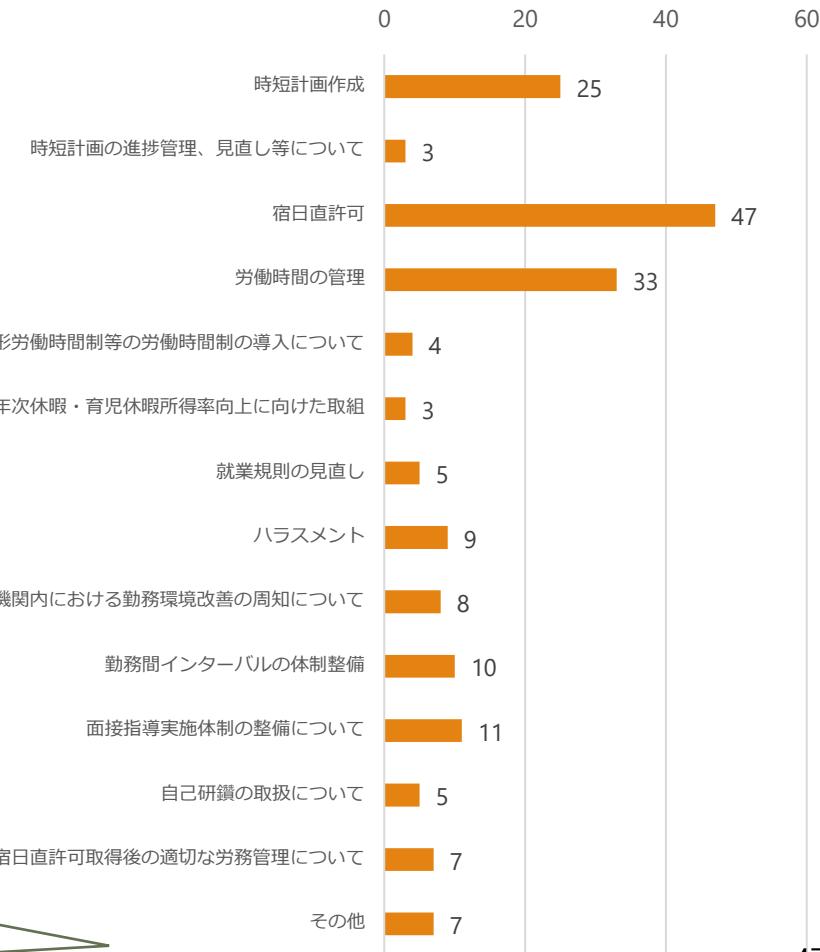
### 3. 令和5年度の取組内容

#### (1) 医療労務管理アドバイザーの業務実績

業務内容



相談・個別支援の内容（多い順に上位3つ）



#### ＜他の内容＞

- 医療機関勤務環境評価センターの受審について
- 特例水準
- 新規宿日直の申請時期、夜間専門の看護師の有給取得単位など
- 医師の働き方改革の内容

※3つ以上答えている自治体がある



ひと、暮らし、みらいのために  
Ministry of Health, Labour and Welfare

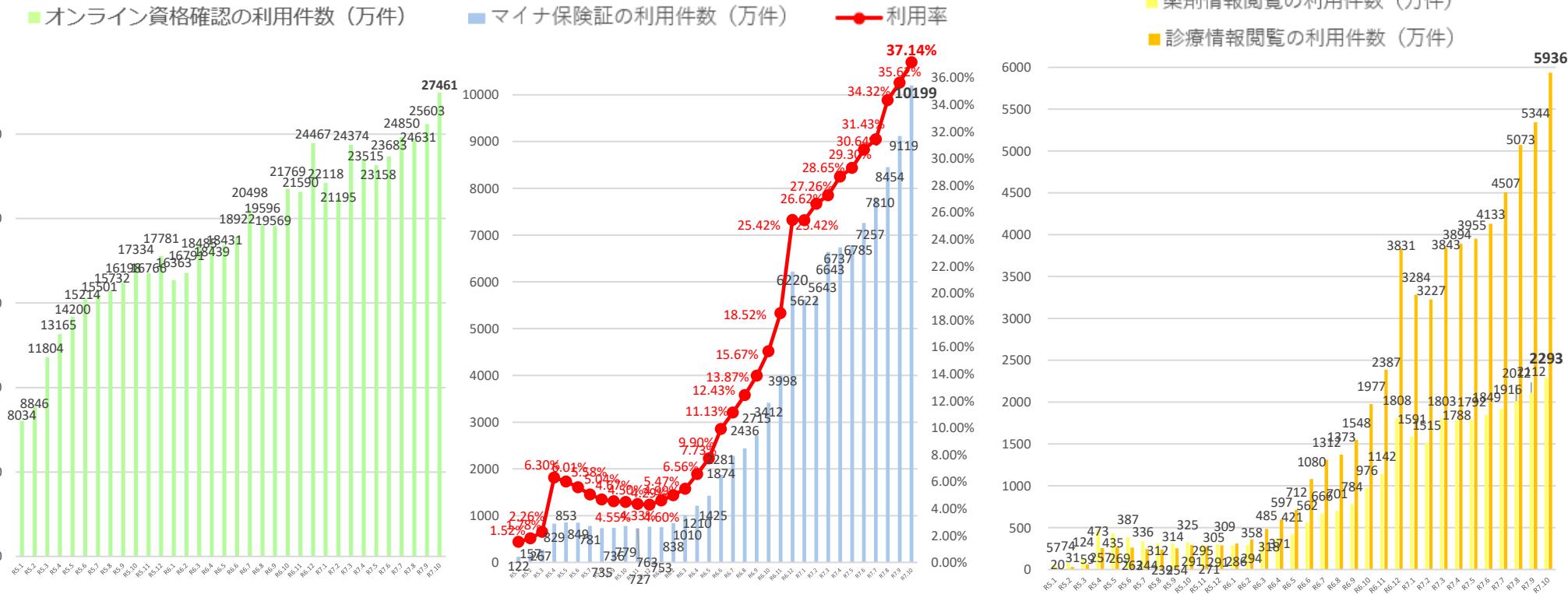
## マイナ保険証の利用促進等について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

# 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



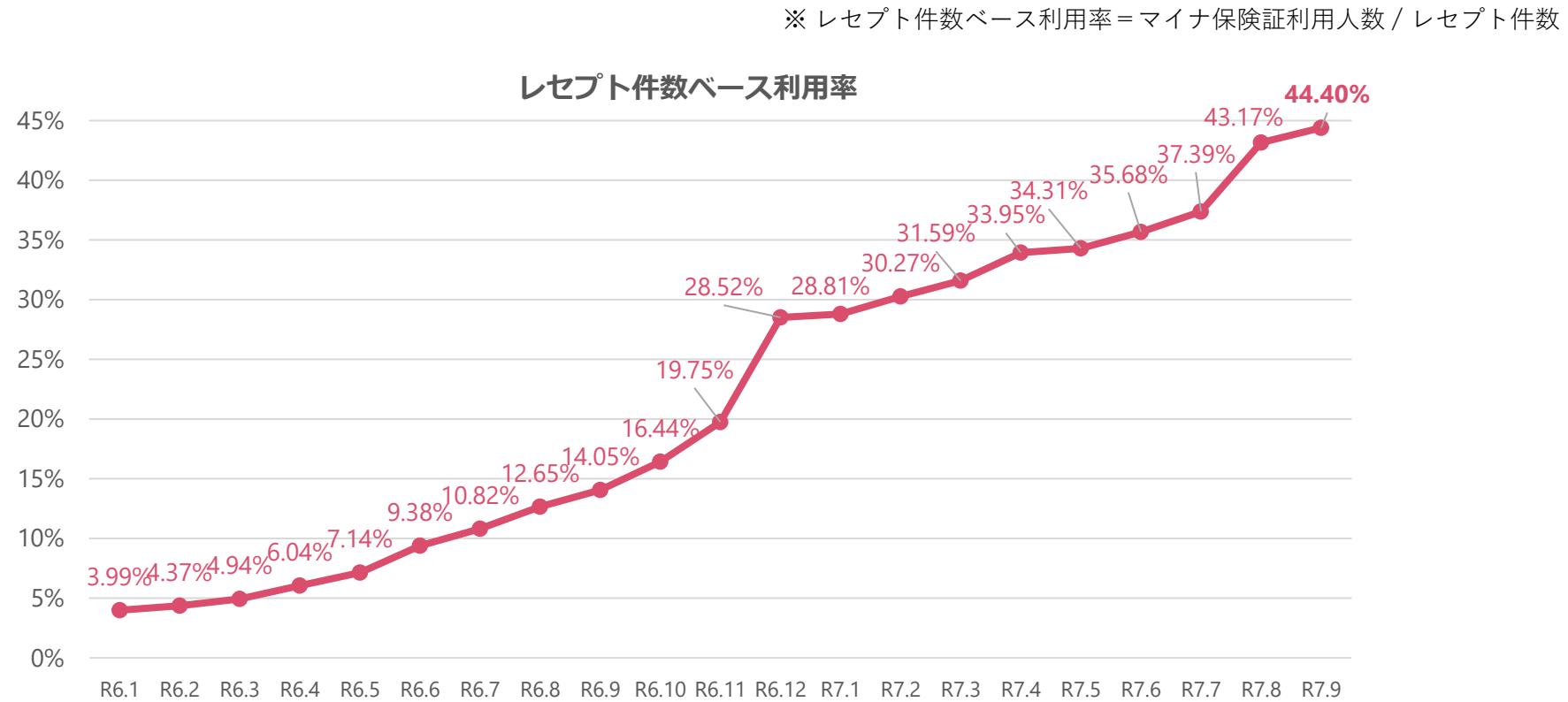
## 【10月分実績の内訳】

	合計	マイナンバーカード	保険証
病院	23,346,654	13,308,759	10,037,895
医科診療所	115,722,929	41,849,983	73,872,946
歯科診療所	24,017,408	12,017,176	12,000,232
薬局	111,518,308	34,815,123	76,703,185
総計	<b>274,605,299</b>	<b>101,991,041</b>	<b>172,614,258</b>

	特定健診等情報 (件)	薬剤情報 (件)	診療情報 (件)
病院	3,925,944	1,543,534	6,723,730
医科診療所	11,439,854	11,587,222	29,092,608
歯科診療所	3,324,469	2,545,970	3,321,388
薬局	12,019,713	7,250,107	20,225,846
総計	<b>30,709,980</b>	<b>22,926,833</b>	<b>59,363,572</b>

# マイナ保険証の利用状況について

令和7年9月のマイナ保険証の利用状況について、医療機関・薬局の受診時に発行されるレセプトの枚数に占めるマイナ保険証の利用人数の割合（レセプト件数ベース利用率）は44.40%。



## ＜参考＞

レセプト件数ベース利用率については、医療機関・薬局の受診時に発行されるレセプトの枚数に占めるマイナ保険証の利用人数の割合で算出されるため、その月に実際に医療機関等を受診した人数に基づくマイナ保険証利用状況を把握できる指標である一方、レセプトの枚数は受診月の翌月の一連の請求に関する手續が終わって初めて集計可能となるため、受診月から2か月遅れの数字になる。

# 令和7年12月に向けたマイナ保険証に関する周知広報について

本年12月1日をもって全保険者で発行済みの保険証が利用できる経過措置が終了することに伴い、マイナ保険証への円滑な移行を目的として以下の周知を実施。

## ○継続的に実施しているもの

### ・【医療機関・薬局向け】

支払基金から各医療機関・薬局への周知メールの配信

毎月のオンライン請求時にポップアップ画面の表示

マイナ保険証による受診方法や電子証明書の有効期限等に関するリーフレットの作成・周知

### ・【国民向け】

自治体への周知広報物の配布（HPでのダウンロード含む）

厚生労働省HPにてリーフレット・ポスターの掲載による周知

厚生労働省が投稿したX・FacebookでのSNSによる周知

＜受診方法・電子証明書の有効期限に関するリーフレット＞



＜12月の切替えに関するリーフレット＞

＜LINE広告＞

## ○現在実施中のもの

### ・【国民向け】厚労省作成の12月の切替えに関するリーフレットなどを保険者を介して周知依頼

### ・【国民向け】厚労省作成の各種縦型動画などをYouTubeにてショート動画として配信

### ・【国民向け】厚労省よりLINE広告での周知

・【国民向け】健保連による広報（「私たちをもっと守る、マイナ保険証」TVCM、デジタル広告での公開）

・【国民向け】健保連作成の各種縦型動画などをYouTube/Instagramなどで配信

・【国民向け】マイナポータルによるマイナ保険証の登録状況確認・利用促進メールの配信

・【国民向け】はじめて利用される方向けに「マイナ保険証クイックガイド」を作成しHPに掲載

・【国民向け】手話付き動画のYouTube配信、多言語対応（15言語）資料のHP掲載など、幅広い方がアクセスできる環境整備

・【国民向け】Web版月刊「厚生労働」への掲載

・【医療機関・薬局向け】国税庁作成の医療費控除の確定申告に関するリーフレットの周知



＜マイナ保険証クイックガイド＞



＜医療費控除の確定申告に関するリーフレット＞



## ○今後実施予定のもの

・【医療機関・薬局向け】今後の資格確認方法などに関するオンラインセミナーの実施（11月中旬予定）

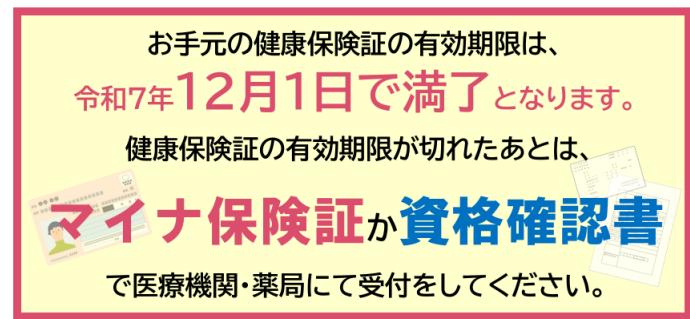
・【国民向け】12月以降の資格確認方法等に関する記者勉強会（11月下旬予定）

・【国民向け】Yahoo!バナー広告（12月初旬予定）

・【医療機関・薬局向け】資格確認方法に関するポスターなどの郵送（12月中旬予定）

# マイナ保険証を基本とする仕組みへの移行に向けた周知（被用者保険向け）

12月1日に被用者保険の加入者（約7,700万人）の健康保険証の有効期限が切れるため、被用者保険の保険者が活用できる以下のリーフレットを作成しつつ、マイナ保険証のメリットや健康保険証の有効期限、マイナ保険証として利用する上での留意事項（利用登録状況の確認方法や電子証明書の有効期限等）について周知。



## マイナ保険証ならではのメリット

- 過去のお薬・診療データに基づく、より良い医療が受けられる
- 突然の手術・入院でも高額支払いが不要になる
- 救急現場で、搬送中の適切な応急処置や病院の選定などに活用される
- マイナンバーカードは健康保険証として利用できるだけでなく、日常生活の中で利用できるシーンが広がっています。ぜひ日頃から持ち歩いて、ご活用ください！

## マイナ保険証の利用登録について

- 受診する際にマイナンバーカードをお持ちください。  
医療機関等の受付窓口に設置されている顔認証付きカードリーダーにマイナンバーカードを置くと、利用登録が済んでいない方には、その場で利用登録の案内がされます。
- 医療機関等に行く機会が少ない方は、マイナポータル（裏面参照）やセブン銀行のATMでの事前登録がおすすめです！

ご自身の利用登録状況が分からぬ方は、  
いまのうちに確認しましょう！

## ご自身がマイナ保険証の利用登録をしているか マイナポータルにてご確認いただけます

### マイナ保険証の利用登録状況の確認方法

- スマートフォン・マイナンバーカードを用意します
- 「マイナポータル（モバイルアプリ）」にログインします。
- 「健康保険証」を押します
- 「未登録」もしくは「登録済み」と表示されるのでご自身の登録状況をご確認ください

### あわせて確認！電子証明書の有効期限

- マイナンバーカードには、「ログインした者が、あなたであること」を証明するための電子証明書が搭載されています。
- 電子証明書には、有効期限が設定されています（確認方法は右図参照）。有効期限通知書がお手元に届きましたら、お早めに更新をお願いします。
- なお、電子証明書の有効期限切れから3ヵ月間<sup>※</sup>は、引き続きマイナ保険証で受診できます。ただし、保険資格情報の提供のみで、診療情報・薬剤情報等の提供はできません。

<sup>※</sup> 有効期限満了日が属する月の末日から3ヵ月間

### よくある質問

- マイナ保険証でないと受診等できないの？
- マイナ保険証をお持ちでない方には、申請によらず資格確認書が交付されます。登録したことを忘れている場合もあるので、記憶があいまいな方はマイナポータルにてご自身の利用登録状況をご確認ください。

マイナバーカード  
0120-95-0178  
5番目選択の「え、声出さダメにしたがってお読みください。」  
受付時間（平日午前9時～午後5時）  
平日：9時30分～20時00分  
土日祝：9時30分～17時30分

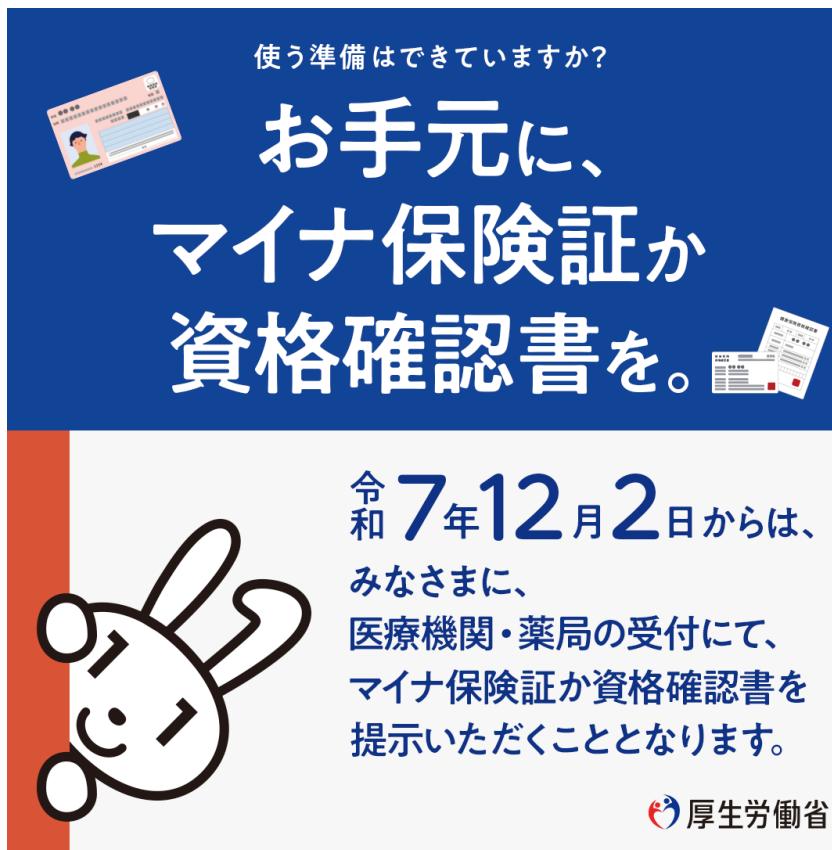


厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# マイナ保険証を基本とする仕組みへの移行に向けた周知（国民向け）

マイナポータルのほか、国民の方が目にする機会の多い様々な媒体（テレビCM、SNS等での広告や動画配信等）を通じ、本年12月のマイナ保険証への移行に向けた対応について改めて周知を実施。

## LINE配信の広告



## 厚労省Xへの投稿



# マイナ保険証を基本とする仕組みへの移行に向けた周知（医療機関・薬局向け）

マイナ保険証による資格確認を基本とした運用を行っていく上での留意事項について、医療機関・薬局に再周知。

## ①医療機関等の受付窓口の環境整備

- ◆受付窓口における患者の動線や職員体制等の確認など、マイナ保険証の利用患者が増加してもスムーズに受付・受診できる環境づくり
- ◆顔認証付きカードリーダーの不具合等の発生時に最初にご確認いただく簡単チェックシートの活用
- ◆顔認証付きCRの故障時等に医療機関のモバイル端末等でマイナ保険証の資格確認が行える仕組み（居宅同意取得型の活用）の案内

## ②オン資義務化対象外施設での対応

- ◆健康保険証の経過措置期間終了後の資格確認について、①資格確認書のほか、②マイナ保険証+「資格情報のお知らせ」、③マイナ保険証+マイナポータルの資格情報画面のいずれかで実施
- ◆医療機関等の希望に応じて、マイナ保険証による資格確認が行える簡素な仕組み（資格確認限定型）の案内

## ③「●」表示時の対応

- ◆オンライン資格確認の結果、患者氏名に「●」が表示される場合、文字を置き換えず黒丸表記のままでもレセプト請求が可能
- ◆このほか、患者の住所についても、「●」が含まれる場合や空欄になっている場合、患者に10割負担を求めるのではなく、3割等の一定の負担割合での支払を求める

## ④マイナ保険証で資格確認ができなかった場合の対応

- ◆マイナ保険証の利用時に資格確認ができない場合でも、過去の受診歴等での請求や、不詳レセプトの請求により、患者に10割負担を求めず3割等の一定の負担割合の支払を求めた上で、レセプト請求を行うことが可能

# 參考資料

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# マイナ保険証に関する現状

## ①マイナンバーカードの保有状況

※（ ）内は令和6年1月末時点

取得

マイナンバーカードの保有者

R7.10月末：9,948万人（9,168万人）、全人口の79.9%（73.1%）

保有率向上



## ②マイナ保険証の登録状況

※（ ）内は令和6年1月末時点

登録

マイナ保険証の登録者

R7.10月末：8,730万人（7,143万人）、カード保有者の87.8%（77.9%）

登録率向上



## ③マイナ保険証の利用状況

※（ ）内は令和6年3月時点

利用

利用率向上

マイナ保険証の利用実績

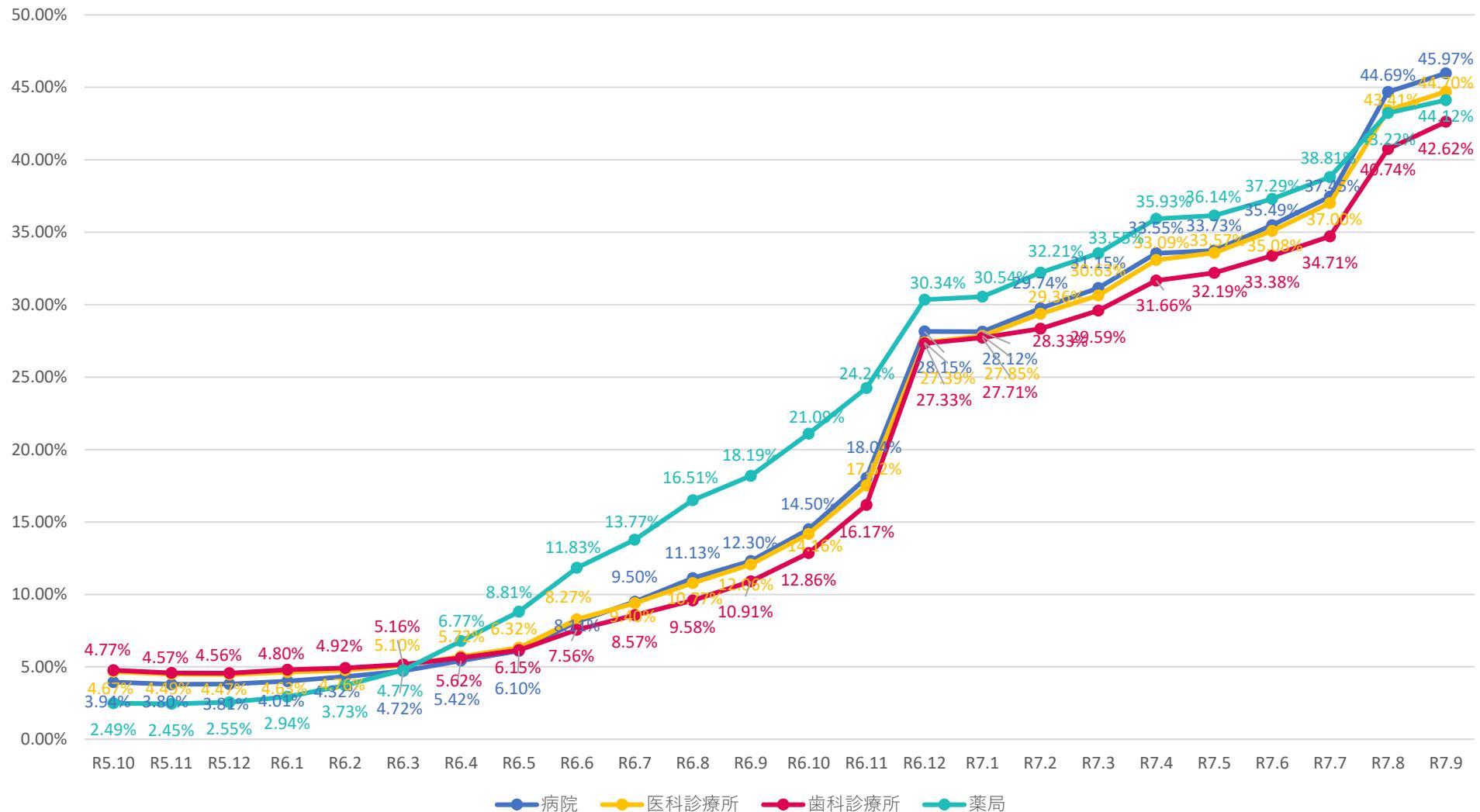
R7.10月：10,199万件（838万件）、37.14%（4.99%）

8,730万人 9,948万人

12,433万人

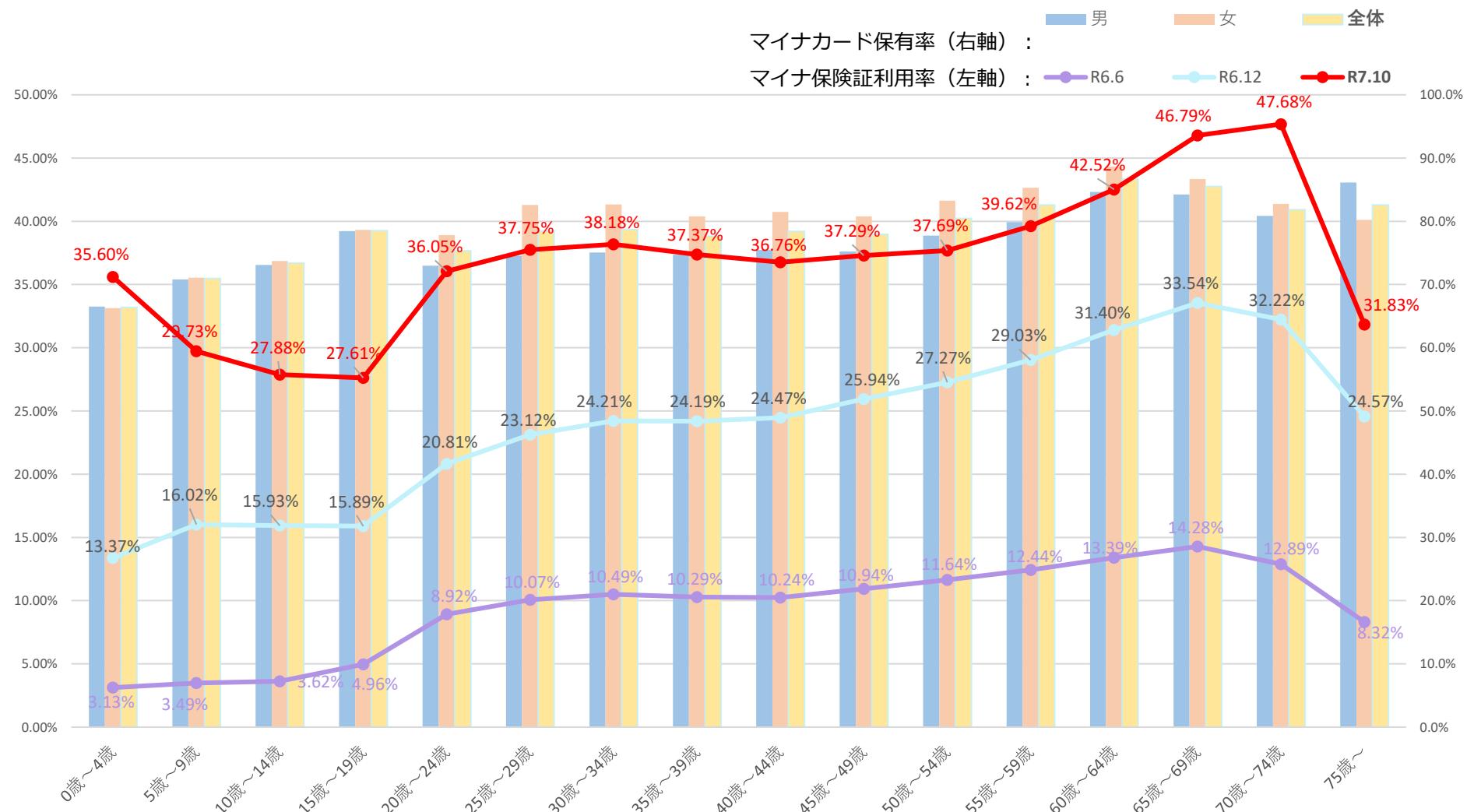
(マイナ保険証登録者)  
(R7.1.1時点の住基人口)  
(カード保有者)

# 施設類型別のマイナ保険証利用率の推移



※ 利用割合 = MNC利用人数 / レセプト件数

# マイナ保険証利用率（年齢階層別）



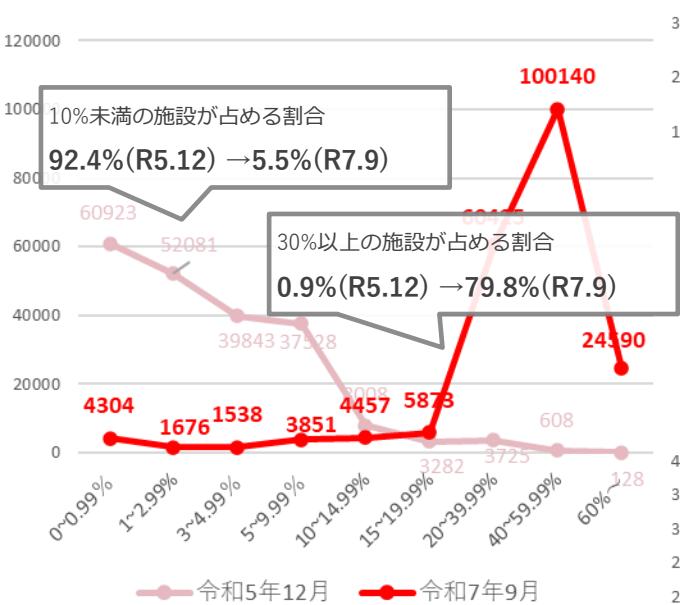
※利用率=マイナ保険証利用件数/オンライン資格確認利用件数  
 ※マイナカード保有率は令和7年9月時点のデータ

# マイナ保険証の利用状況

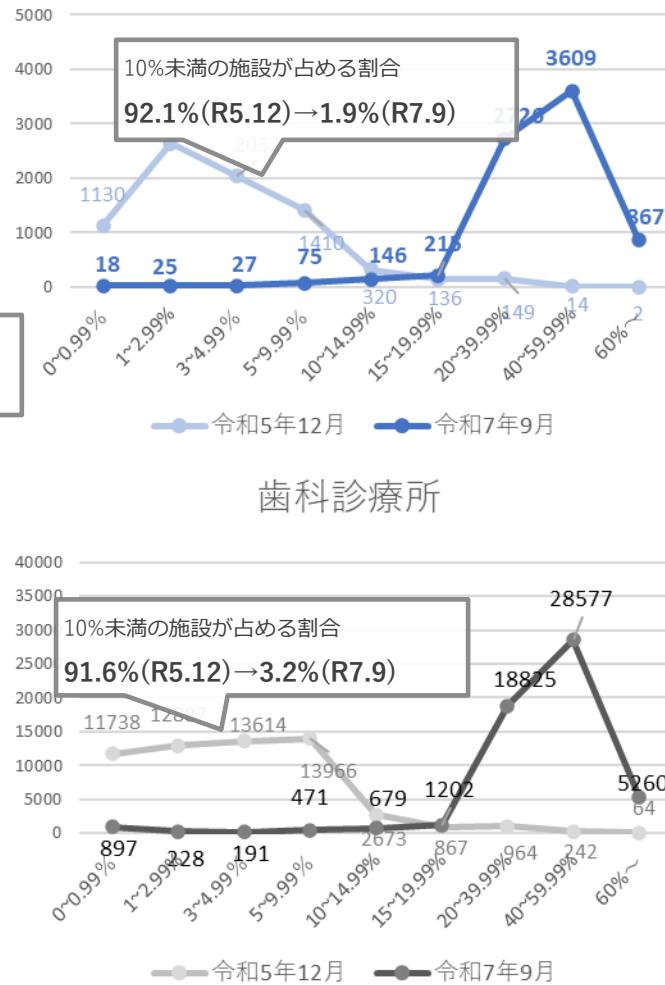
## ■マイナ保険証利用割合ごとの施設数の分布（レセプトベース利用割合）

令和5年12月、令和7年9月時点

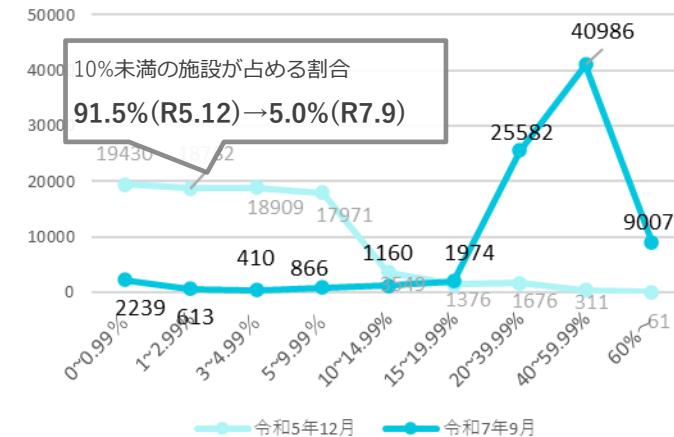
全体



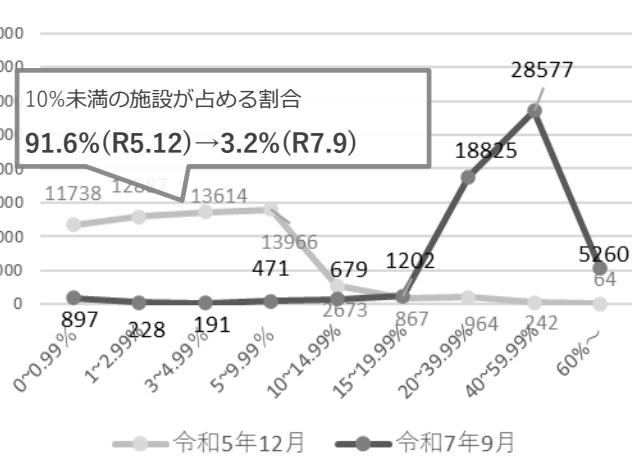
病院



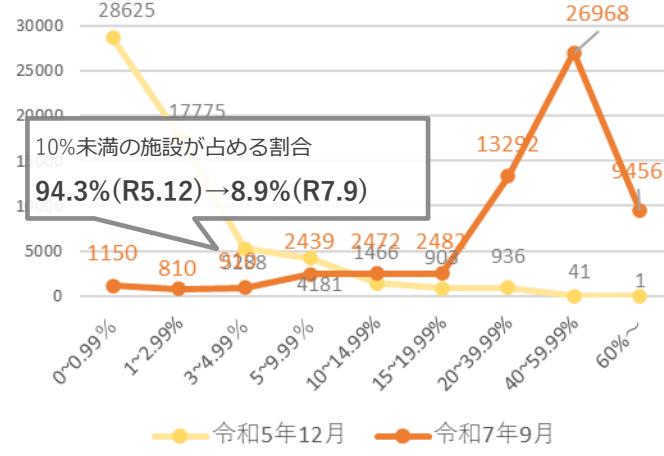
医科診療所



歯科診療所



薬局



※ 利用割合 = MNC利用人数 / レセプト件数

※ レセプト件数50以上等の施設を対象に算出（施設数：206,126(R5.12)、206,854(R7.9)）

# 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7年10月))

- 都道府県別のマイナ保険証の利用率（令和7年10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	34.34% (+0.93%)
青森県	38.03% (+1.14%)
岩手県	40.05% (+1.39%)
宮城県	34.68% (+1.97%)
秋田県	34.02% (+2.10%)
山形県	42.30% (+2.44%)
福島県	42.93% (+3.09%)
茨城県	40.52% (+2.02%)
栃木県	41.13% (+1.52%)
群馬県	38.58% (+1.25%)
埼玉県	36.55% (+1.43%)
千葉県	40.23% (+1.22%)
東京都	34.95% (+2.41%)
神奈川県	36.88% (+1.23%)

全国	37.14% (+1.52%)
----	-----------------

都道府県名	利用率
新潟県	44.84% (+1.50%)
富山県	46.79% (+1.60%)
石川県	43.09% (+1.33%)
福井県	54.71% (+2.49%)
山梨県	37.69% (+1.78%)
長野県	35.27% (+1.30%)
岐阜県	36.69% (+0.96%)
静岡県	39.30% (+1.03%)
愛知県	34.64% (+1.43%)
三重県	36.27% (+1.71%)
滋賀県	40.89% (+1.52%)
京都府	36.26% (+1.23%)
大阪府	32.70% (+1.66%)
兵庫県	36.26% (+1.36%)
奈良県	40.86% (+1.42%)
和歌山県	28.57% (+1.23%)

都道府県名	利用率
鳥取県	40.90% (+1.65%)
島根県	44.96% (+1.29%)
岡山県	36.75% (+1.43%)
広島県	40.04% (+1.31%)
山口県	42.72% (+2.06%)
徳島県	36.72% (+1.29%)
香川県	37.25% (+1.20%)
愛媛県	31.02% (+0.99%)
高知県	34.43% (+1.17%)
福岡県	37.14% (+1.82%)
佐賀県	40.48% (+1.42%)
長崎県	38.65% (+1.17%)
熊本県	40.43% (+1.18%)
大分県	36.22% (+0.97%)
宮崎県	42.48% (+1.18%)
鹿児島県	44.66% (+0.79%)
沖縄県	23.96% (+1.24%)

※ 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7年9月の値からの変化量 (%ポイント))

# 施設類型別・都道府県別の利用実績

※ 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

## 【医科診療所】

順位	R7.9順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オンライン件数
1	(4)	秋田	<b>46.76%</b>	291,565	623,568
2	(1)	青森	<b>46.53%</b>	449,155	965,252
3	(2)	福井	<b>45.75%</b>	223,058	487,605
4	(3)	新潟	<b>45.61%</b>	752,016	1,648,771
5	(5)	宮崎	<b>44.55%</b>	397,968	893,287
6	(6)	富山	<b>43.62%</b>	340,751	781,144
7	(7)	島根	<b>43.13%</b>	255,329	591,998
8	(8)	静岡	<b>41.54%</b>	1,450,895	3,492,411
9	(9)	鹿児島	<b>40.94%</b>	553,851	1,352,697
10	(10)	鳥取	<b>40.87%</b>	178,939	437,778
11	(11)	栃木	<b>40.50%</b>	669,280	1,652,407
12	(12)	千葉	<b>40.31%</b>	2,036,899	5,053,565
13	(13)	滋賀	<b>40.24%</b>	414,966	1,031,211
14	(19)	福島	<b>40.10%</b>	585,597	1,460,214
15	(18)	茨城	<b>39.84%</b>	844,091	2,118,808
16	(14)	山口	<b>39.32%</b>	548,656	1,395,432
17	(16)	岩手	<b>38.62%</b>	378,958	981,271
18	(15)	石川	<b>38.54%</b>	360,168	934,624
19	(17)	山形	<b>38.45%</b>	398,813	1,037,103
20	(21)	埼玉	<b>37.78%</b>	2,409,984	6,379,546
21	(23)	山梨	<b>37.38%</b>	216,117	578,235
22	(20)	群馬	<b>37.27%</b>	646,921	1,735,819
23	(22)	奈良	<b>37.11%</b>	421,646	1,136,161
24	(24)	北海道	<b>37.03%</b>	1,444,311	3,900,176
25	(28)	宮城	<b>36.97%</b>	785,278	2,124,094
26	(25)	神奈川	<b>36.81%</b>	3,498,596	9,505,145
27	(26)	香川	<b>36.62%</b>	275,715	752,904
28	(27)	長野	<b>36.30%</b>	589,908	1,625,027
29	(29)	愛媛	<b>35.72%</b>	378,570	1,059,930
30	(35)	東京	<b>35.47%</b>	5,566,853	15,692,482

## 【病院】

順位	R7.9順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オンライン件数
1	(1)	栃木	<b>69.75%</b>	257,396	369,027
2	(3)	山形	<b>69.05%</b>	144,375	209,074
3	(2)	新潟	<b>68.95%</b>	279,364	405,193
4	(4)	山梨	<b>67.47%</b>	90,528	134,179
5	(5)	島根	<b>66.48%</b>	89,741	134,997
6	(6)	茨城	<b>65.72%</b>	324,040	493,047
7	(7)	千葉	<b>65.53%</b>	698,081	1,065,355
8	(8)	富山	<b>62.72%</b>	192,062	306,227
9	(10)	奈良	<b>61.94%</b>	157,439	254,194
10	(12)	長野	<b>61.89%</b>	290,530	469,435
11	(9)	石川	<b>61.81%</b>	176,521	285,603
12	(11)	滋賀	<b>61.62%</b>	132,560	215,114
13	(13)	岐阜	<b>60.98%</b>	204,661	335,625
14	(14)	京都	<b>60.14%</b>	266,874	443,767
15	(23)	宮城	<b>59.96%</b>	247,224	412,326
16	(16)	鳥取	<b>59.70%</b>	69,023	115,617
17	(17)	山口	<b>59.68%</b>	169,466	283,973
18	(15)	青森	<b>59.39%</b>	158,377	266,664
19	(20)	三重	<b>59.37%</b>	175,757	296,034
20	(18)	神奈川	<b>59.12%</b>	800,652	1,354,258
21	(22)	福井	<b>59.05%</b>	114,802	194,423
22	(19)	北海道	<b>58.89%</b>	740,198	1,256,935
23	(24)	愛媛	<b>58.82%</b>	158,666	269,764
24	(30)	福島	<b>58.79%</b>	209,481	356,291
25	(21)	宮崎	<b>58.33%</b>	164,043	281,238
26	(25)	香川	<b>57.46%</b>	112,458	195,703
27	(28)	静岡	<b>57.41%</b>	365,985	637,467
28	(27)	長崎	<b>57.22%</b>	168,305	294,128
29	(26)	岩手	<b>56.62%</b>	138,210	244,105
30	(31)	埼玉	<b>56.34%</b>	682,906	1,212,083

# 施設類型別・都道府県別の利用実績

※ 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

## 【医科診療所】

順位	R7.9順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オンライン件数
31	(31)	熊本	<b>35.40%</b>	646,861	1,827,096
32	(30)	岐阜	<b>35.34%</b>	688,928	1,949,543
33	(32)	三重	<b>35.24%</b>	637,509	1,809,192
34	(36)	愛知	<b>34.07%</b>	2,792,047	8,193,865
35	(34)	広島	<b>33.56%</b>	964,545	2,873,922
36	(37)	徳島	<b>33.54%</b>	184,397	549,832
37	(39)	岡山	<b>33.50%</b>	522,991	1,561,224
38	(33)	大分	<b>33.45%</b>	307,344	918,938
39	(40)	兵庫	<b>33.27%</b>	1,646,609	4,948,949
40	(41)	高知	<b>33.15%</b>	136,948	413,123
41	(38)	長崎	<b>33.07%</b>	453,942	1,372,724
42	(44)	福岡	<b>32.42%</b>	1,771,168	5,462,911
43	(43)	京都	<b>32.12%</b>	612,528	1,907,015
44	(42)	佐賀	<b>31.68%</b>	280,810	886,520
45	(45)	大阪	<b>30.18%</b>	2,351,928	7,794,010
46	(46)	沖縄	<b>27.04%</b>	248,077	917,350
47	(47)	和歌山	<b>26.26%</b>	238,497	908,050

## 【病院】

順位	R7.9順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オンライン件数
31	(29)	大分	<b>56.12%</b>	165,217	294,383
32	(32)	広島	<b>56.12%</b>	300,339	535,166
33	(35)	秋田	<b>55.98%</b>	92,203	164,707
34	(33)	群馬	<b>55.50%</b>	210,656	379,532
35	(37)	佐賀	<b>54.71%</b>	112,058	204,838
36	(38)	東京	<b>54.66%</b>	1,262,681	2,310,140
37	(34)	鹿児島	<b>53.69%</b>	225,351	419,695
38	(39)	岡山	<b>53.55%</b>	235,570	439,909
39	(36)	兵庫	<b>53.11%</b>	486,875	916,769
40	(40)	熊本	<b>52.33%</b>	229,319	438,243
41	(41)	愛知	<b>50.96%</b>	651,741	1,278,948
42	(43)	大阪	<b>50.57%</b>	677,729	1,340,054
43	(42)	高知	<b>50.01%</b>	95,118	190,212
44	(44)	福岡	<b>49.97%</b>	503,321	1,007,341
45	(45)	徳島	<b>49.41%</b>	102,516	207,473
46	(46)	和歌山	<b>48.80%</b>	93,423	191,447
47	(47)	沖縄	<b>35.99%</b>	84,917	235,951

# 施設類型別・都道府県別の利用実績

※ 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

## 【歯科診療所】

順位	R7.9順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オンライン件数
1	(1)	宮崎	<b>70.53%</b>	120,670	171,090
2	(2)	山梨	<b>65.53%</b>	73,733	112,524
3	(4)	三重	<b>64.07%</b>	196,167	306,180
4	(3)	岐阜	<b>63.42%</b>	234,146	369,206
5	(5)	富山	<b>61.74%</b>	112,945	182,934
6	(6)	山口	<b>61.19%</b>	158,391	258,855
7	(8)	山形	<b>60.20%</b>	115,346	191,594
8	(10)	広島	<b>59.84%</b>	307,446	513,792
9	(11)	長野	<b>59.84%</b>	194,036	324,283
10	(7)	岩手	<b>59.74%</b>	105,638	176,825
11	(15)	奈良	<b>59.60%</b>	125,331	210,293
12	(12)	静岡	<b>59.51%</b>	420,550	706,654
13	(17)	石川	<b>59.40%</b>	105,536	177,677
14	(13)	滋賀	<b>59.30%</b>	126,845	213,909
15	(9)	鹿児島	<b>59.08%</b>	165,976	280,930
16	(18)	福井	<b>58.63%</b>	66,142	112,817
17	(21)	福島	<b>58.46%</b>	163,433	279,547
18	(14)	長崎	<b>58.44%</b>	139,614	238,888
19	(16)	熊本	<b>58.40%</b>	186,619	319,568
20	(19)	愛知	<b>56.75%</b>	801,051	1,411,445
21	(27)	秋田	<b>56.55%</b>	85,914	151,939
22	(23)	佐賀	<b>56.06%</b>	83,818	149,514
23	(22)	大分	<b>55.98%</b>	84,477	150,911
24	(20)	青森	<b>55.66%</b>	110,190	197,979
25	(24)	京都	<b>55.66%</b>	192,054	345,076
26	(25)	和歌山	<b>55.51%</b>	63,867	115,048
27	(26)	群馬	<b>54.43%</b>	191,774	352,323
28	(28)	茨城	<b>53.74%</b>	259,813	483,464
29	(29)	栃木	<b>53.16%</b>	216,839	407,923
30	(31)	福岡	<b>53.11%</b>	506,737	954,142

## 【薬局】

順位	R7.9順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オンライン件数
1	(1)	福井	<b>59.54%</b>	380,097	638,416
2	(2)	佐賀	<b>44.72%</b>	269,626	602,908
3	(3)	鹿児島	<b>42.77%</b>	636,263	1,487,743
4	(5)	富山	<b>40.83%</b>	351,792	861,555
5	(6)	広島	<b>39.97%</b>	932,288	2,332,745
6	(4)	島根	<b>39.54%</b>	205,853	520,583
7	(11)	山口	<b>39.12%</b>	526,010	1,344,513
8	(7)	熊本	<b>39.09%</b>	516,208	1,320,568
9	(8)	新潟	<b>38.71%</b>	765,642	1,977,892
10	(12)	山形	<b>38.70%</b>	543,166	1,403,452
11	(9)	福島	<b>38.62%</b>	527,399	1,365,440
12	(10)	石川	<b>37.95%</b>	294,600	776,352
13	(14)	福岡	<b>36.57%</b>	1,495,301	4,088,944
14	(13)	長崎	<b>36.10%</b>	360,307	997,985
15	(15)	奈良	<b>35.31%</b>	321,030	909,191
16	(16)	岩手	<b>34.56%</b>	385,981	1,116,795
17	(17)	鳥取	<b>34.13%</b>	142,519	417,531
18	(18)	滋賀	<b>33.65%</b>	358,992	1,066,701
19	(19)	茨城	<b>33.23%</b>	793,139	2,386,558
20	(23)	栃木	<b>32.93%</b>	579,866	1,761,031
21	(22)	岡山	<b>32.80%</b>	446,325	1,360,874
22	(20)	千葉	<b>32.77%</b>	1,657,673	5,058,310
23	(21)	兵庫	<b>32.72%</b>	1,402,055	4,285,109
24	(24)	宮崎	<b>32.31%</b>	353,091	1,092,661
25	(25)	群馬	<b>31.98%</b>	472,668	1,477,785
26	(26)	神奈川	<b>31.35%</b>	2,594,245	8,275,779
27	(27)	徳島	<b>31.18%</b>	151,083	484,531
28	(28)	香川	<b>31.06%</b>	236,097	760,112
29	(30)	京都	<b>30.95%</b>	548,674	1,772,632
30	(29)	静岡	<b>30.67%</b>	1,195,405	3,898,136

# 施設類型別・都道府県別の利用実績

※ 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

## 【歯科診療所】

順位	R7.9順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オンライン件数
31	(32)	兵庫	<b>52.58%</b>	467,540	889,244
32	(30)	島根	<b>52.47%</b>	70,048	133,506
33	(33)	徳島	<b>52.17%</b>	60,979	116,889
34	(34)	高知	<b>50.25%</b>	60,159	119,728
35	(35)	埼玉	<b>50.10%</b>	680,795	1,358,920
36	(36)	千葉	<b>48.32%</b>	618,313	1,279,650
37	(39)	宮城	<b>47.66%</b>	233,217	489,287
38	(37)	大阪	<b>47.59%</b>	694,649	1,459,805
39	(38)	新潟	<b>47.10%</b>	224,321	476,281
40	(41)	鳥取	<b>46.54%</b>	54,737	117,622
41	(40)	愛媛	<b>45.56%</b>	123,039	270,044
42	(42)	神奈川	<b>45.10%</b>	892,079	1,977,826
43	(44)	岡山	<b>44.89%</b>	169,618	377,862
44	(43)	香川	<b>43.82%</b>	81,543	186,088
45	(45)	北海道	<b>42.56%</b>	505,171	1,186,948
46	(46)	沖縄	<b>40.54%</b>	61,410	151,471
47	(47)	東京	<b>36.65%</b>	1,304,460	3,558,907

## 【薬局】

順位	R7.9順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オンライン件数
31	(32)	東京	<b>30.18%</b>	3,779,776	12,524,820
32	(31)	大分	<b>29.64%</b>	283,837	957,482
33	(33)	埼玉	<b>28.95%</b>	1,912,319	6,604,636
34	(35)	大阪	<b>28.84%</b>	1,943,032	6,737,424
35	(34)	岐阜	<b>28.47%</b>	532,306	1,869,991
36	(38)	山梨	<b>28.33%</b>	210,073	741,561
37	(36)	三重	<b>28.33%</b>	481,068	1,698,221
38	(37)	愛知	<b>27.99%</b>	1,998,733	7,140,934
39	(39)	青森	<b>26.93%</b>	422,014	1,567,010
40	(40)	宮城	<b>26.61%</b>	714,133	2,683,816
41	(42)	高知	<b>25.55%</b>	124,417	486,928
42	(41)	北海道	<b>25.48%</b>	1,469,597	5,767,015
43	(43)	長野	<b>24.37%</b>	495,104	2,031,572
44	(44)	秋田	<b>23.21%</b>	321,874	1,386,837
45	(45)	和歌山	<b>22.47%</b>	180,045	801,136
46	(46)	愛媛	<b>20.31%</b>	311,258	1,532,450
47	(47)	沖縄	<b>16.80%</b>	192,142	1,143,643