第 221 回社会保障審議会医療保険部会
議事次第

令和８年 11 月 17 日（火）
16 時 00 分～18 時 00 分
場所：航空会館大ホール

（ 議　題 ）

１．　医療保険制度改革について

２．　医師手当事業に関する今後の検討体制について（報告）

（ 配布資料 ）

資 料 １ － １　被用者保険制度について
資 料 １ － ２　医療費適正化計画について
資　　料　　２　医師手当事業に関する今後の検討体制について

社会保障審議会医療保険部会　委員名簿

本委員	いわむら　まさひこ ◎ 岩村　正彦	東京大学名誉教授
	うちぼり　まさお 内堀　雅雄	全国知事会社会保障常任委員会委員長／福島県知事
	のぐち　はるこ ○ 野口　晴子	早稲田大学理事・政治経済学術院教授
	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	小田原短期大学ライフデザイン総合学科特任教授
	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	日本医師会副会長
	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
	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
	とよみ　あつし 豊見　敦	日本薬剤師会副会長
	なかむら　さやか 中村　さやか	上智大学経済学部教授
	にん　かずこ 任　　和子	日本看護協会副会長
	はら　かつのり 原　　勝則	国民健康保険中央会理事長
	ふじい　りゅうた 藤井　隆太	日本商工会議所社会保障専門委員会共同委員長
	まえば　やすゆき 前葉　泰幸	全国市長会相談役・社会文教委員／津市長
	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
	よねかわ　たかし 米川　孝	健康保険組合連合会副会長・専務理事

（注）◎印は部会長、○印は部会長代理である。

社会保障審議会医療保険部会　委員名簿

専門委員	いしわた　いさむ 石渡　勇	日本産婦人科医会会長
	かめい　よしまさ 亀井　良政	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	日本助産師会理事
	あまの　しんすけ 天野　慎介	全国がん患者団体連合会理事長
	おおぐろ　ひろし 大黒　宏司	日本難病・疾病団体協議会代表理事
	たけかわ　あつゆき 武川　篤之	日本アレルギー友の会理事長
	やまぐち　いくこ 山口　育子	ささえあい医療人権センターCOML理事長
	おかだ　ゆきお 岡田　幸男	新宿区国民健康保険運営協議会委員
	たなか　とよつぐ 田中　豊嗣	千葉県シルバー人材センター連合会理事
	みふね　ともよ 美舩　智代	鳥取県在宅等保健師の会「梨花の会」元会長

（注）専門委員は、それぞれ「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」、「OTC類似薬の一部保険外療養の実施に関する事項」、「高齢者医療制度改革に関する事項」のいずれかを専門事項とする。

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

被用者保険制度について

厚生労働省保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1

被用者保険における被扶養者に係る取扱いについて

ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

現状

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

これまでの議論の状況

自由民主党・日本維新の会　社会保障改革項目に関する具体的な骨子（抄）（令和８年７月７日）

（10）配偶者の社会保険加入率上昇及び生涯非婚率上昇等をも踏まえた第３号被保険者制度等の見直し

共働き世帯の増加など家族構成や働き方の多様化に適合した、働き方に中立的かつ公平な社会保障制度を早期に構築する。

このため、第３号被保険者制度については、その縮小に向け、マルチワーカーへの対応等を含めた短時間労働者等への被用者保険適用拡大を早期に進展させるとともに、第３号被保険者に係る実態調査を実施し、令和８年度中にその結果をとりまとめ、課題の整理を行う。同整理及びそれに関する具体的施策の企画立案等のため、第３号被保険者制度に関する検討会を令和８年夏頃を目処に立ち上げ、政策を推進する。

第１回国民年金第３号被保険者制度等に関する検討会（令和８年９月４日）

（百瀬優 構成員）

○　（前略）第２に、健康保険との関係についてです。第３号と健康保険の被扶養者の仕組みは密接に関係しています。例えば、第３号を廃止しても、健保の被扶養者の仕組みがそのままであれば、年収130万円の壁が残ることに変わりはありません。

一方で、被扶養者の仕組みまで見直すということになれば、子供も含めて広い範囲の親族に影響が及びます。これは、第３号の見直しとは別の議論を要する問題です。（後略）

（嵩さやか 構成員）

○　（前略）先ほど百瀬さんの御意見にもありましたけれども、医療保険との関係ですね、これもやはり必要な検討事項だと思います。リスクが違うので、同列には検討できないかなと思いますけれども、医療への影響と、医療保険への影響というのも検討していく必要があると思っております。

第215回社会保障審議会医療保険部会（令和８年９月11日）

（林委員）

○　（前略）第３号被保険者制度については、連合としては働き方などに中立な社会保険制度とすることが必要と考えております。先般、検討会での議論が始まったということでございますので、その議論状況を踏まえつつ、健康保険の被扶養者についても議論を始めることが必要と考えています。その際には、働き方やライフスタイルだけではなく、リカレント教育などキャリア形成も多様化してきていますので、そうした観点も含めて検討することが求められていると思っています。（後略）

（参考）国民年金第３号被保険者制度等に関する検討会の概要

- 令和７年年金制度改正法の附則の検討規定や「社会保障改革項目に関する具体的な骨子」等を踏まえ、**第３号被保険者制度に係る検討を行うため、学識経験者や労使団体、若年層などの多様な方から構成する「国民年金第３号被保険者制度等に関する検討会」を本年９月に立ち上げ。**※　菊池 馨実 座長（早稲田大学理事・法学学術院教授）ほか全16名で構成
- **第３号被保険者**（※１、※２）**の現状や制度の在り方、マルチワーカーへの対応等を含めた適用拡大等**について、**データに基づき、丁寧な議論を行う。**
- 令和８年度中は、第３号被保険者の年齢・世帯構成や就労状況等のデータの共有、過去の議論の振り返り、実態調査の結果の報告等を行うほか、構成員の方々からのプレゼンを予定。その上で、**令和８年度中に課題の整理**を行い、**令和９年度にかけて、それまでの議論を踏まえた更なる検討を行う**ことを予定。

（※１）20歳以上60歳未満の者であって、厚生年金保険の被保険者（第２号被保険者）の配偶者かつ第２号被保険者の収入により生計を維持するものであり、生計維持関係の認定に当たっては、年間収入が130万円未満であることが必要。保険料を負担しないが、第３号被保険者期間については、保険料納付済期間として基礎年金の給付に反映される。

（※２）第３号被保険者（被扶養者）が週20時間以上労働した場合は厚生年金保険・健康保険に加入（第２号被保険者）し、それによらずとも、年収が130万以上となる場合は国民年金・国民健康保険に加入（第１号被保険者）することになり、保険料を負担する。

※　社会経済の変化を踏まえた年金制度の機能強化のための国民年金法等の一部を改正する等の法律（令和７年法律第74号）（抄）

附　則

（検討等）

第二条（略）

４　政府は、第三号被保険者（国民年金法第七条第一項第三号に規定する第三号被保険者をいう。以下この項において同じ。）の在り方について国民的な議論が必要であるという認識の下、その議論に資するような第三号被保険者の実情に関する調査研究を行い、その在り方について検討を行うものとする。

※　社会保障改革項目に関する具体的な骨子（令和８年７月７日 自由民主党・日本維新の会 社会保障制度改革協議体）（抄）

（10）配偶者の社会保険加入率上昇及び生涯非婚率上昇等をも踏まえた第３号被保険者制度等の見直し

共働き世帯の増加など家族構成や働き方の多様化に適合した、働き方に中立的かつ公平な社会保障制度を早期に構築する。

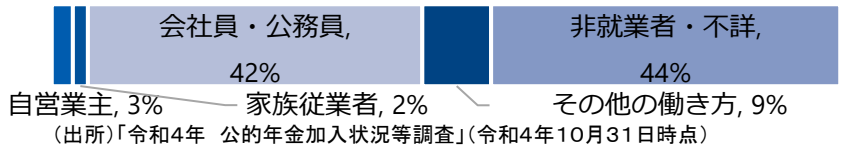
このため、第３号被保険者制度については、その縮小に向け、マルチワーカーへの対応等を含めた短時間労働者等への被用者保険適用拡大を早期に進展させるとともに、第３号被保険者に係る実態調査を実施し、令和８年度中にその結果をとりまとめ、課題の整理を行う。同整理及びそれに関する具体的施策の企画立案等のため、第３号被保険者制度に関する検討会を令和８年夏頃を目途に立ち上げ、政策を推進する。

第３号被保険者数の推移

	昭和61年度（1986年）【制度開始時】	平成７年度（1995年）【ピーク時】	令和８年（2026年）３月末【現在】
男性	3.0万人	4.1万人	13.8万人
女性	1089.8万人	1216.0万人	589.8万人
総数	1092.9万人	1220.1万人	603.6万人

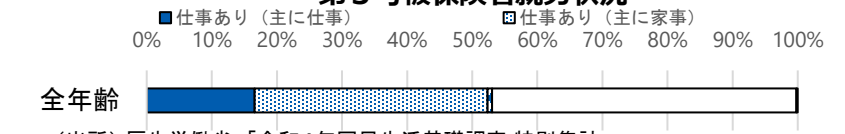
（出所）昭和61年度及び平成7年度「厚生年金保険・国民年金事業年報」（各年度末時点）
「厚生年金保険・国民年金事業月報（速報）令和8年3月」（令和8年3月末時点）

第３号被保険者の就業形態別割合



（出所）「令和4年　公的年金加入状況等調査」（令和4年10月31日時点）

第３号被保険者就労状況



（出所）厚生労働省「令和4年国民生活基礎調査 特別集計」

（参考）国民年金第３号被保険者制度等に関する検討会　構成員・開催実績

（構成員）

岩﨑 和人	JAM書記長
菊池 馨実	早稲田大学理事・法学学術院教授
倉田 賀世	熊本大学大学院人文社会学研究部教授
近藤 絢子	東京大学社会科学研究所教授
佐藤 麻衣子	株式会社ウェルスプラン代表取締役
清家 武彦	日本経済団体連合会経済政策本部長
高田 彩香	株式会社メヴィリエ代表取締役
武田 洋子	株式会社三菱総合研究所常務研究理事
嵩 さやか	東北大学大学院法学研究科教授
筒井 淳也	立命館大学産業社会学部教授
中條 美奈子	NPO法人子育てひろば全国連絡協議会理事長
永井 幸子	日本労働組合総連合会総合政策推進局長
永瀬 伸子	大妻女子大学データサイエンス学部教授、 お茶の水女子大学名誉教授
堀 有喜衣	独立行政法人労働政策研究・研修機構統括研究員
百瀬 優	明治学院大学社会学部教授
山内 清行	日本商工会議所企画調査部長

（開催実績）

第１回　９月４日

議事（１）座長の選出について

（２）第３号被保険者制度を巡る現状について

（３）第３号被保険者等に関する実態調査について

被扶養者制度について

○定義

○　以下の者で、原則として、日本国内に住所を有するもの
- 被保険者の直系尊属、配偶者（事実婚を含む）、子、孫及び兄弟姉妹で、主としてその被保険者により生計を維持するもの
- それ以外の３親等以内の親族で、被保険者と同一の世帯に属し、主としてその被保険者により生計を維持するもの
- 被保険者と事実婚関係にある者の父母及び子であって、その被保険者と同一の世帯に属し、主としてその被保険者により生計を維持するもの（また、事実婚関係にあった者の死亡後に、引き続き同様の状況が続く場合を含む）

○　「主として被保険者により生計を維持する」（生計維持要件）の内容は以下のとおり。
- 被保険者と同居している場合、対象者の年収について以下の条件を満たす場合。
  ①　130万円未満で（60歳以上又は障害厚生年金が受けられる程度の障害者であれば180万円未満）かつ、
  ②　被保険者の年収の半分未満
- 被保険者と同居していない場合には、対象者の年収が上記①を満たし、かつ、③被保険者からの仕送額より少ない必要。

（※）年間収入に係る認定要件のうち、その額を130万円未満とするものについて、当該認定対象者（被保険者の配偶者を除く）が19歳以上23歳未満である場合にあっては、150万円未満。

○経緯

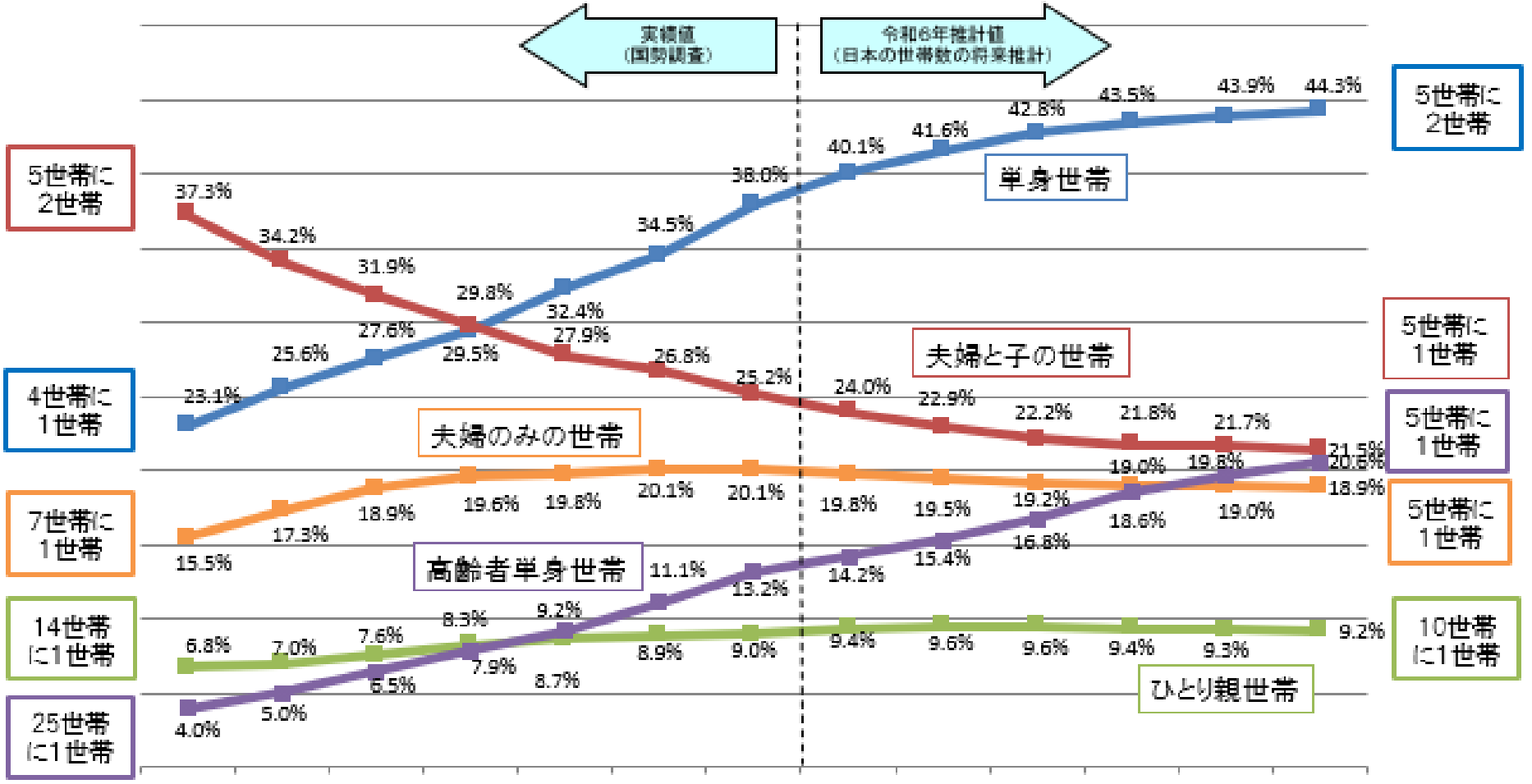
○　1922年の健康保険法制定当初は保険給付の対象は被保険者本人のみであったが、1939年に銃後の守りあるいは職場挺身者の家族の生活の安定が求められたことを背景に、任意給付として家族給付が導入。

○　その後、1942年に被用者家族の自己負担は５割として法定化。それ以後の経緯は→のとおり推移。

1942年（S17年）	被用者家族の窓口負担は５割。
1973年（S48年）	被用者家族の窓口負担３割。
1980年（S55年）	被用者家族の入院の自己負担が２割。
1997年（H９年）	薬剤一部負担の導入。
2002年（H14年）	薬剤一部負担の廃止＋３割負担化（被用者本人及び家族の負担割合の統合）

一般世帯における世帯構成の推移と見通し

○単身世帯、高齢者単身世帯(※1)ともに、今後とも増加が予想されている。
単身世帯は、2050年で44．3%に達する見込み。(全世帯数約5,570万世帯(2020年))



(出典) 総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)」(令和6(2024)年推計。なお、2020年の数値は、総務省「令和2年国勢調査に関する不詳補完結果(参考表)」に基づき、家族類型不詳、年齢不詳をあん分したもの。)

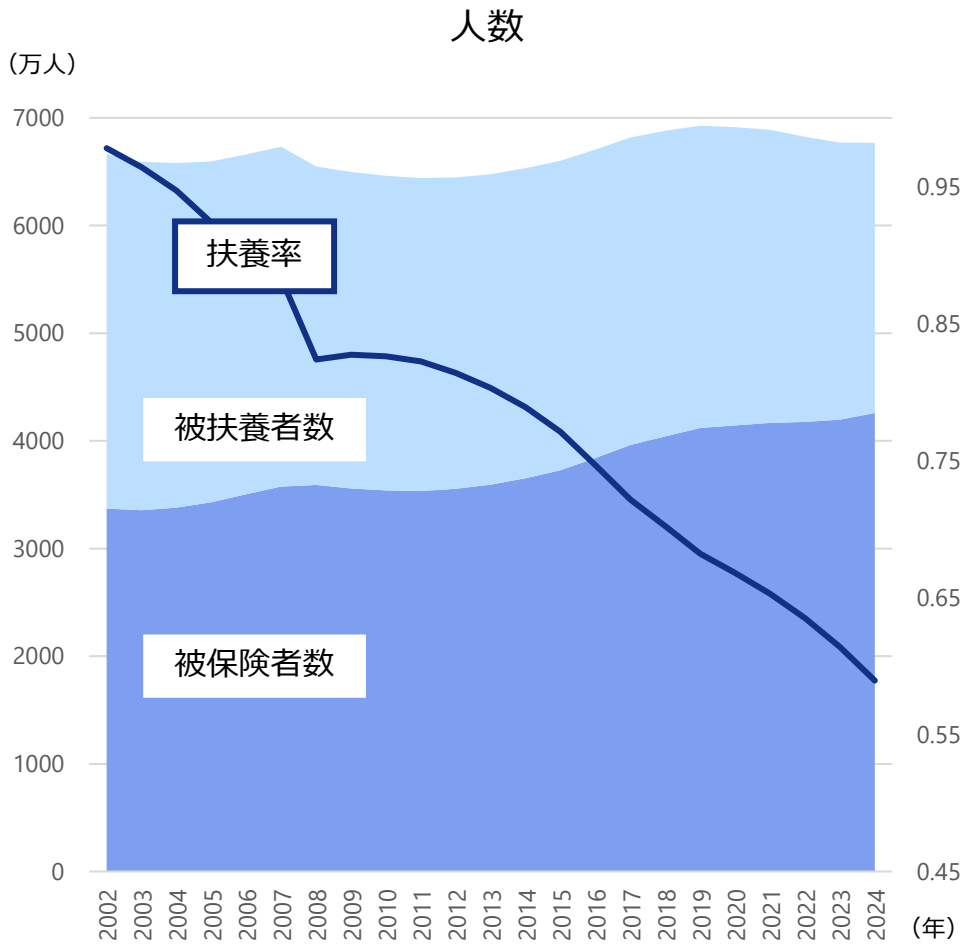
(※1)世帯主が65歳以上の単身世帯を、高齢者単身世帯とする。

(※2)全世帯数に対する高齢者単身世帯の割合はグラフのとおりだが、世帯主年齢65歳以上世帯に対する割合は、35.2%(2020年)から45.1%(2050年)へと上昇。

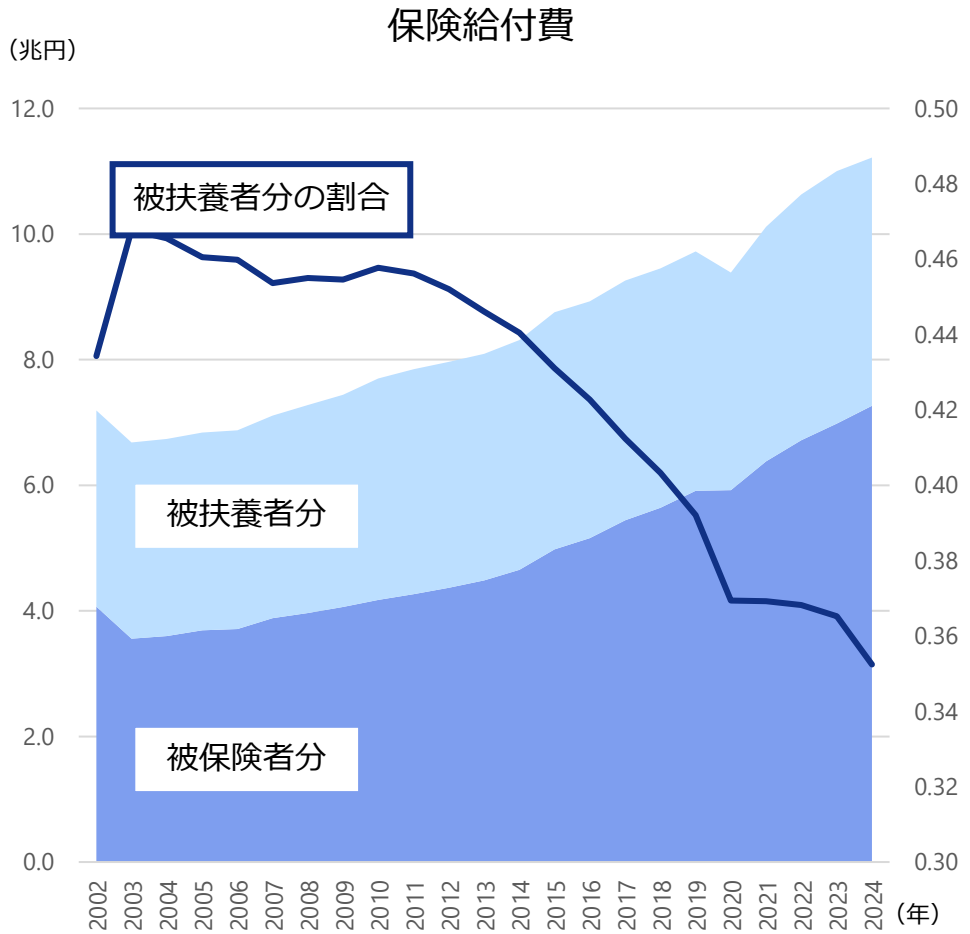
(※3)子については、年齢にかかわらず、世帯主との続き柄が「子」である者を指す。

被保険者及び被扶養者の人数、保険給付費等

○　被用者保険においては適用拡大等により被保険者が増加する中、被扶養者は減少、長期的には扶養率、保険給付における被扶養者分の割合は低下しているが、現在も一定の割合を占めている。



（注）全年齢の被保険者及び被扶養者。



（注）健康保険組合及び全国健康保険協会管掌健康保険（一般被保険者）分の合計。70歳未満分。切分けが困難な世帯合算高額療養費、高額介護合算療養費及び合算高額療養費付加金は除いた金額。

（出所）いずれも健康保険・船員保険事業状況報告をもとに作成。

他の医療保険制度との比較

○　被用者保険では、被保険者と被扶養者の給付水準はほぼ同等であるが、適用事業所に使用される者のみが被保険者であり、被保険者の標準報酬月額等に保険料率を乗じる形で保険料が算定される。
○　一方で、国民健康保険及び後期高齢者医療制度においては、全ての加入者が被保険者。後期高齢者医療保険では個人単位で保険料を賦課。また、国民健康保険では世帯主が保険料を支払うが、応益割により世帯に属する被保険者の所得や人数を踏まえた保険料算定がなされている。

	被用者保険	国民健康保険	後期高齢者医療制度
加入者	○適用事業所で使用される者が被保険者 ○被保険者の３親等以内の親族等で生計維持要件等の要件を満たすと被扶養者	○全ての加入者が被保険者	○全ての加入者が被保険者
保険料	○保険者の定める保険料率を被保険者の標準報酬月額等乗じて計算（応能分のみ）	○保険者である市町村の判断により、２方式（①③）、３方式（①②③）、４方式（①②③④）のいずれかで賦課。世帯主から徴収。 ・均等割（①。世帯の被保険者数ごと） ・平等割（②。世帯ごと） ・所得割（③。世帯の被保険者の所得に応じて） ・資産割（④。世帯の被保険者の固定資産税に応じて） （※）平均的な所得の都道府県における応益割分と応能割分の目安は50:50	○後期高齢者医療広域連合が保険料を決定し、毎年度、個人単位で賦課。 ○被保険者全員が負担する均等割と所得に応じて負担する所得割で構成。 ○均等割総額：所得割総額は48:52。
給付水準	○（傷病手当や出産手当金を除き）被扶養者にも同水準。 ○ただし、被扶養者分も含め給付の対象はいずれも被保険者。	○被保険者で一律	○被保険者で一律

被用者が加入する他の社会保険制度との比較

○　年金及び介護保険では、適用事業所に使用される者は、標準報酬月額等に料率を乗じて得られる保険料額を納付するが、いずれも被扶養者も含めて被保険者である。また、年金においては、健康保険等とは異なり、被扶養配偶者（国民年金の第３号被保険者）を有する被保険者（国民年金の第２号被保険者）が負担した保険料は、当該被扶養者配偶者が共同して負担したものである旨が法律上明記されている。

	健康保険等	年金（厚生年金保険等）	介護保険
加入者	○適用事業所で使用される者が被保険者 ○被保険者の３親等以内の親族等で生計維持要件等の要件を満たすと被扶養者	○適用事業所で使用される者が第２号被保険者（厚生年金被保険者） ○第２号被保険者の収入により生計を維持する配偶者(20歳以上60歳未満の者に限る)であって、国内に居住するものは第３号被保険者として加入	○65歳以上の者は第１号被保険者。 ○40歳から64歳までの医療保険加入者は第２号被保険者として加入
保険料	○保険者の定める保険料率を被保険者の標準報酬月額等に乗じて計算（応能分のみ）	○第２号被保険者は、標準報酬月額等に厚生年金保険料率(18.3%)を乗じて得た保険料 ○第３号被保険者は、自ら保険料を納める必要はない （※）第３号被保険者を有する第２号被保険者が負担した保険料は、当該第３号被保険者が共同して負担したものとされる	○第１号被保険者は、市町村が条例で定める基準額に前年の本人や世帯の所得に応じた率を乗じて保険料を算定。 ○第２号被保険者のうち被用者保険に加入する者は、標準報酬月額等に介護保険料を乗じて得られる保険料額を負担。被扶養者である第２号被保険者には別途の介護保険料負担は発生しない。
給付水準	○（傷病手当や出産手当金を除き）被扶養者にも同水準 ○ただし、被扶養者分も含め給付の対象はいずれも被保険者	○第２号被保険者の被保険者期間は、その加入期間や標準報酬月額等に応じて基礎年金に加え報酬比例部分として給付に反映 ○第３号被保険者の被保険者期間は保険料納付済期間として基礎年金の給付に反映	○被保険者の類型ごと（第１号被保険者または第２号被保険者）に一律。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

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

健康保険等における被扶養者の取扱いについて

○　健康保険等において、被扶養者に係る保険給付が法定されてから80年以上が経過した。この間、被扶養者に係る給付の水準は向上し、療養の給付等において、2002年以降は被保険者と同水準の給付を受けることが可能となっている。

○　時代の変化とともに、被保険者数は拡大し、世帯構成も大きく変化してきているが、一方、保険料負担の在り方については大きな見直しは行われておらず、料率の算定に当たっては、被扶養者は勘案されていない。

○　働き方、家族構成等に中立的な社会保障の構築が求められているところであるが、保険料負担の在り方について、どう考えるか。

○　その際、制度間の均衡の観点から、他の医療保険制度、各社会保険制度における整理や動向も踏まえる必要はないか。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

2

被用者保険における副業収入等の取扱いについて

ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

被用者保険における副業収入等の取扱いについて

○　被用者保険においては、二以上の事業所で適用対象となる場合を除き、本業における収入（標準報酬月額及び標準賞与額）をもとに保険料が算定され、副業収入等は勘案されない。この点、国民健康保険及び後期高齢者医療制度の応能割では、所得全体をもとに保険料計算を行う仕組みとなっている。
○　副業を有する者は近年増加傾向にあり、大企業の副業解禁なども相まって今後も増加していく可能性が高い。
○　働き方に中立的かつ公平な社会保険制度の構築が求められるなか、副業収入等をどう考えるか。
○　なお、被用者の給与収入以外の収入・所得としては、いわゆる副業として認識される収入のほかにも金融収入（所得）、不動産収入（所得）等、多様な内容が想定される。これらについてどう考えるか。

◇ 各医療保険制度における保険料算定の勘案対象

※雇用関係に基づく副業収入については「その他給与収入」に、フリーランス等で業務委託契約等に基づき得る所得については「事業所得」や「雑所得」になる

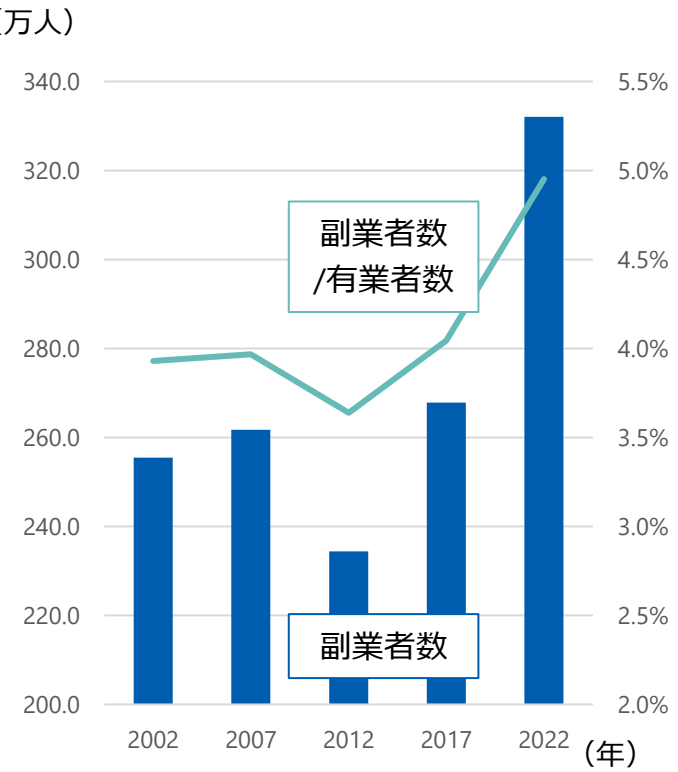
	被用者保険	国民健康保険	後期高齢者医療制度
本業収入	○	○	○
その他給与収入	△ （二以上適用者のみ）	○	○
雑所得等	×	○	○
金融所得	×	△ （確定申告がある場合）	△→○ （2028年～は確定申告のない場合も対応）

◇ 社会保障改革項目に関する具体的な骨子（抄）

（10）配偶者の社会保険加入率上昇及び生涯非婚率上昇等をも踏まえた第３号被保険者制度等の見直し

共働き世帯の増加など家族構成や働き方の多様化に適合した、働き方に中立的かつ公平な社会保障制度を早期に構築する。（後略）

◇ 副業者数・副業者の割合の推移



（出所）総務省「就業構造基本調査」

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

3

傷病手当金について

ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省

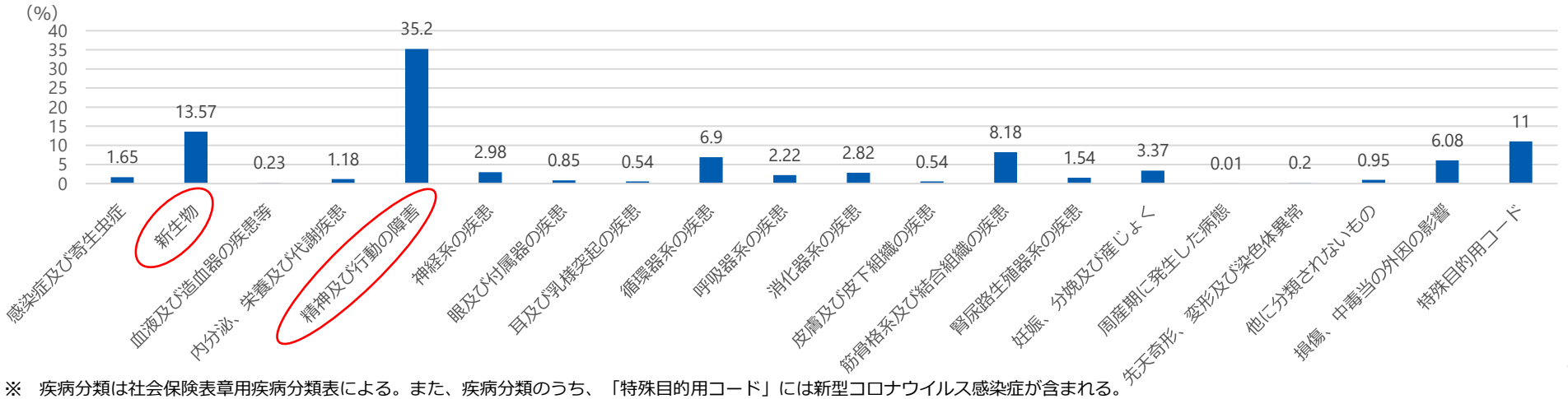
Ministry of Health, Labour and Welfare

傷病手当金について

給付要件	被保険者が業務外の事由による**療養のため労務に服することができないとき**は、その労務に服することができなくなった日から起算して３日を経過した日から**労務に服することができない期間、支給**される。
支給期間	同一の疾病・負傷に関して、**支給を始めた日から通算して１年６月を超えない期間**
支給額	１日につき、直近12か月の標準報酬月額を平均した額の30分の１に相当する額の**３分の２に相当する金額（休業した日単位で支給）**。 ※　国共済・地共済は、標準報酬の月額の平均額の22分の１に相当する額の３分の２に相当する額 私学共済は、標準報酬月額の平均額の22分の１に相当する額の100分の80に相当する額 なお、被保険者期間が12か月に満たない者については、 ①　当該被保険者の被保険者期間における標準報酬月額の平均額 ②　当該被保険者の属する保険者の全被保険者の標準報酬月額の平均額 のいずれか低い額を算定の基礎とする。
支給件数（令和５年度）	約 319万件（被用者保険分）うち協会けんぽ 184万件、健保組合 111万件、共済組合 22万件 ※　令和５年度中に支給決定された件数。申請のタイミングは被保険者によって異なるが、同一の疾病に対する支給について、複数回に分けて支給申請・支給決定が行われた場合には、それぞれ１件の支給として計算。
支給金額（令和５年度）	約 6,103億円（被用者保険分）うち協会けんぽ 3,296億円、健保組合 2,430億円、共済組合 351億円 （出典）医療保険に関する基礎資料 ～令和５年度の医療費等の状況～

【参考】協会けんぽにおける傷病手当金の疾病別構成割合（令和５年度･支給件数ベース）

（出典）全国健康保険協会、現金給付受給者状況調査（令和５年度）

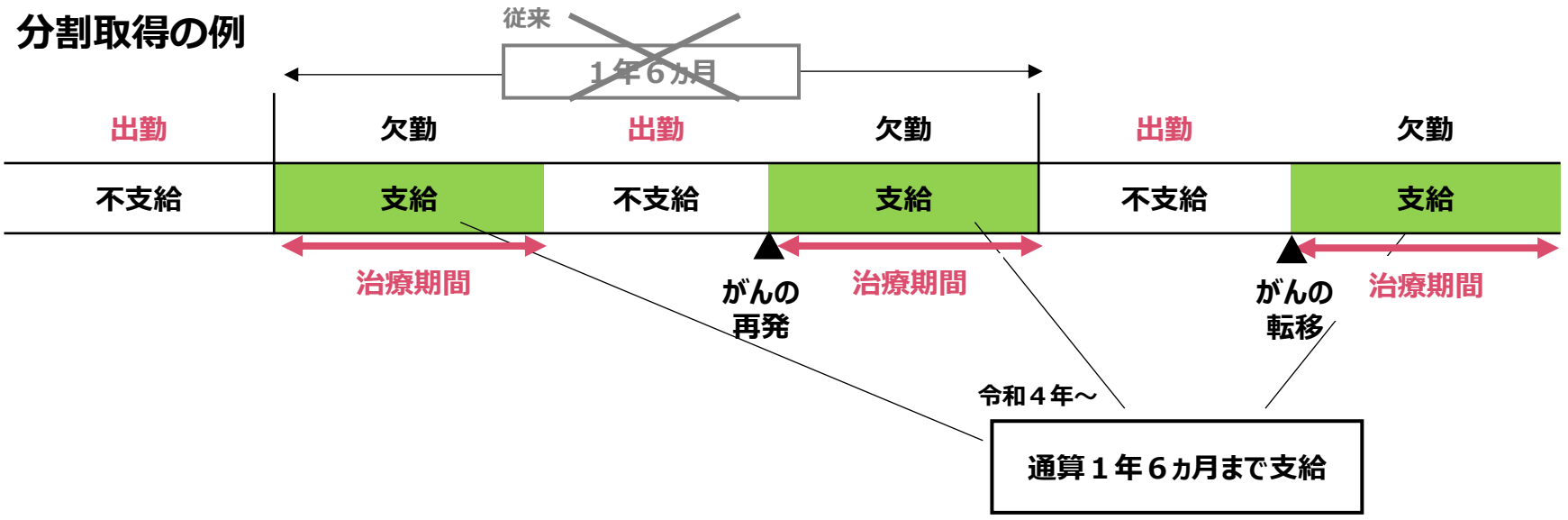


※　疾病分類は社会保険表章用疾病分類表による。また、疾病分類のうち、「特殊目的用コード」には新型コロナウイルス感染症が含まれる。

傷病手当金の分割取得

○　傷病手当金は、支給期間を通算して、１年６ヵ月を経過した時点まで支給。（延長される期限の限度はなし）

これまで傷病手当金は、支給開始から１年６ヵ月を経過する時点までが支給期間であったが、
がん治療のために入退院を繰り返すなど、**長期間に渡って療養のため休暇を取りながら働くケースが存在**し、
治療と仕事の両立の観点から、より柔軟な所得保障を行うことが可能となるよう、支給期間を通算化。（令和４年１月 施行）



傷病手当金の継続給付の概要

○　資格喪失時に受けていた傷病手当金について、一年以上被保険者であった者については、資格喪失後も、同一の保険者から傷病手当金を継続して受給できることとなっている。

※　出産手当金等の現金給付にも同様の仕組みがある。

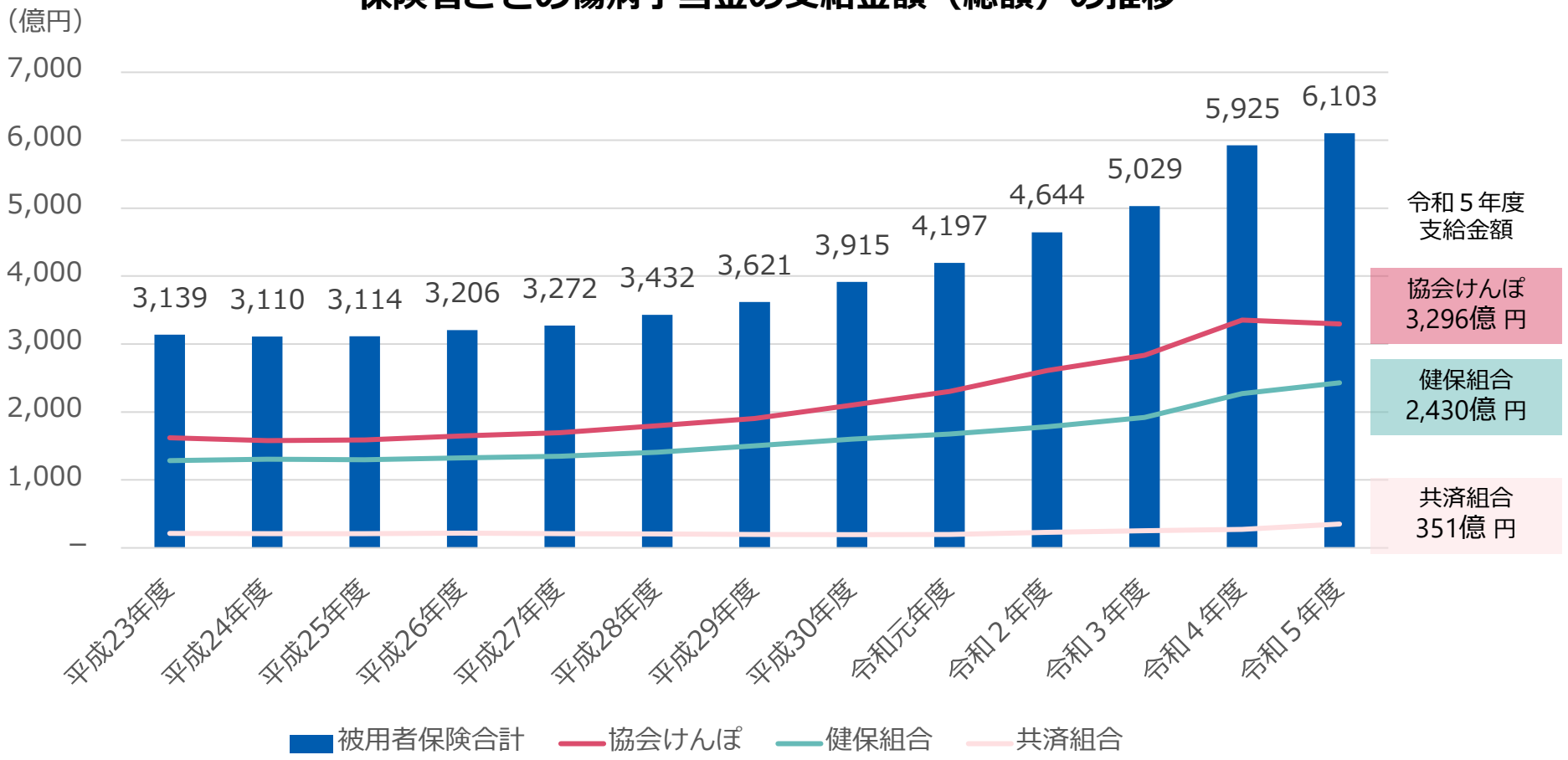
支給要件	・　被保険者の資格を喪失した日の前日までに一年以上被保険者であったこと ・　資格喪失時において、傷病手当金の支給を受けていること ・　継続して受給していること
支給額	・　受給している傷病手当金の額 ※　１日につき、直近12か月の標準報酬月額を平均した額の30分の１に相当する額の３分の２に相当する金額。
支給される期間	・　被保険者として受けることができるはずであった期間 ※　例えば、資格喪失前に６か月傷病手当金を受給している場合、受給できる期間は残り１年。

傷病手当金の支給金額の推移

○　被用者保険における令和５年度の傷病手当金の支給金額（総額）は、6,103億円となっている。
（うち、協会けんぽは3,296億円、健保組合は2,430億円、共済組合は351億円）

○　平成25年度以降、協会けんぽ・健康保険組合の支給金額は増加傾向にある。

保険者ごとの傷病手当金の支給金額（総額）の推移

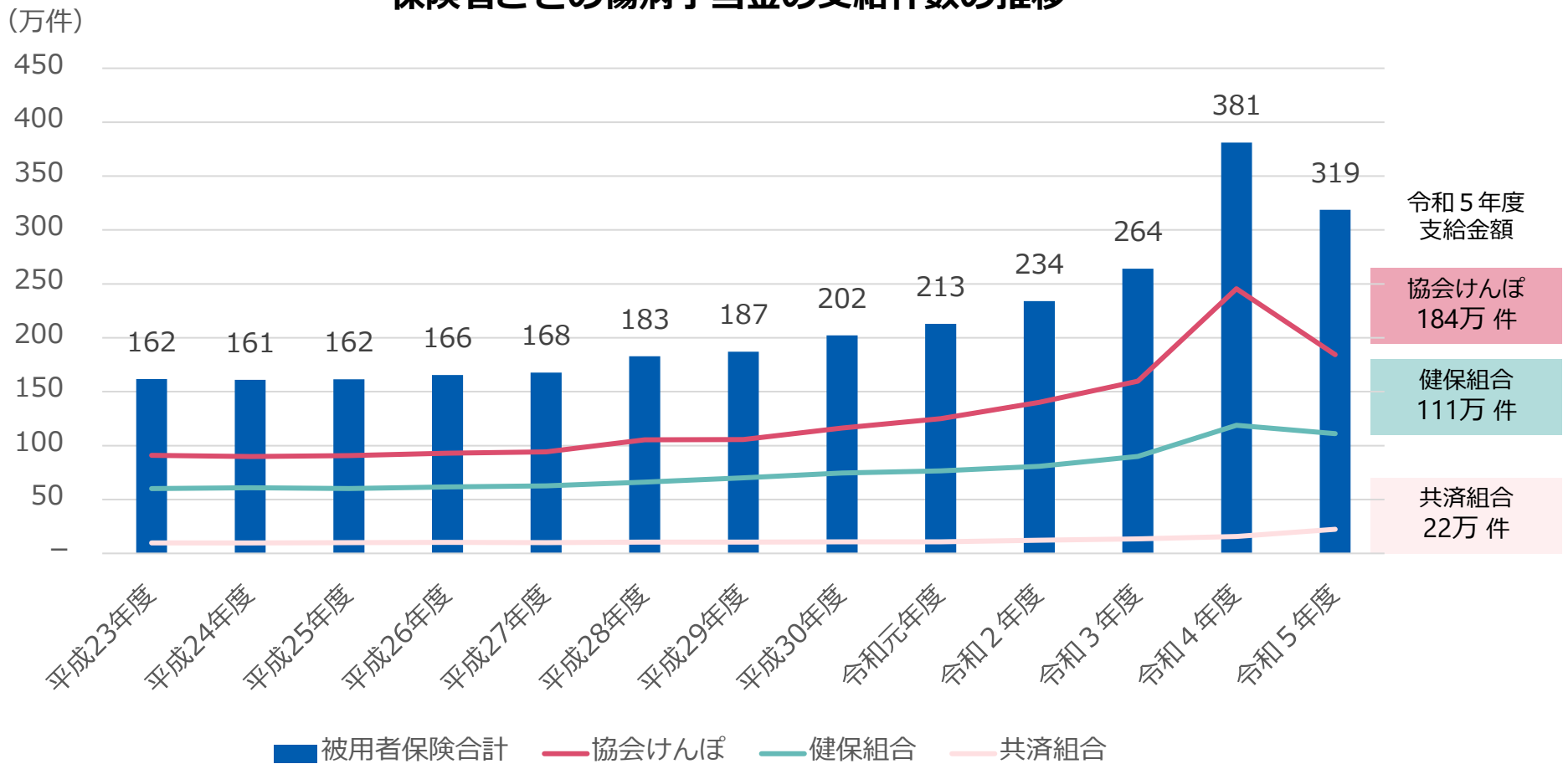


（出典）医療保険に関する基礎資料　～令和５年度の医療費等の状況～

傷病手当金の支給件数の推移

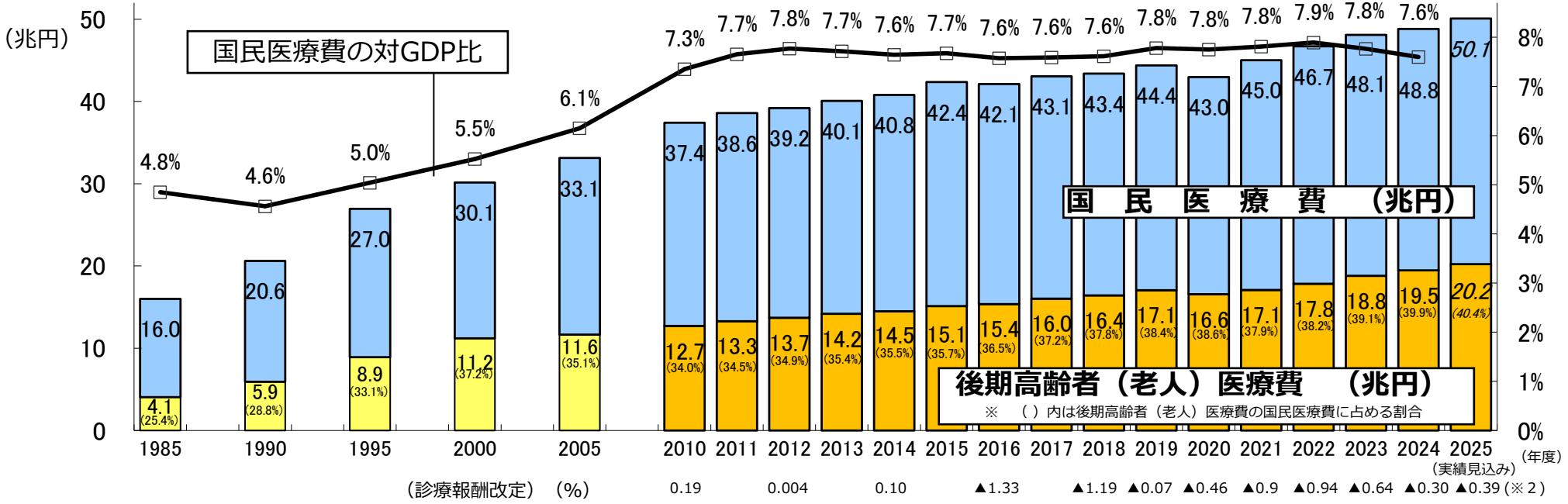
○　被用者保険における令和５年度の傷病手当金の支給件数は、319万件となっている。
（うち、協会けんぽは184万件、健保組合は111万件、共済組合は22万件）
○　平成24年度以降、協会けんぽ・健康保険組合の支給金額は増加傾向にある。

保険者ごとの傷病手当金の支給件数の推移



（出典）医療保険に関する基礎資料　～令和５年度の医療費等の状況～

（参考）医療費の動向



（主な制度改正）
2000年以降

- 介護保険制度施行
- 高齢者１割負担導入（2000）
- 高齢者１割負担徹底（2002）
- 老人医療の対象年齢５年間で段階的引上げ（2002～2007）
- 被用者本人３割負担等（2003）
- 現役並み所得高齢者３割負担等（2006）
- 未就学児２割負担（2008）
- 70-74歳２割負担(※1)（2014）
- 一定以上所得高齢者２割負担（2022）

＜対前年度伸び率＞

(%)

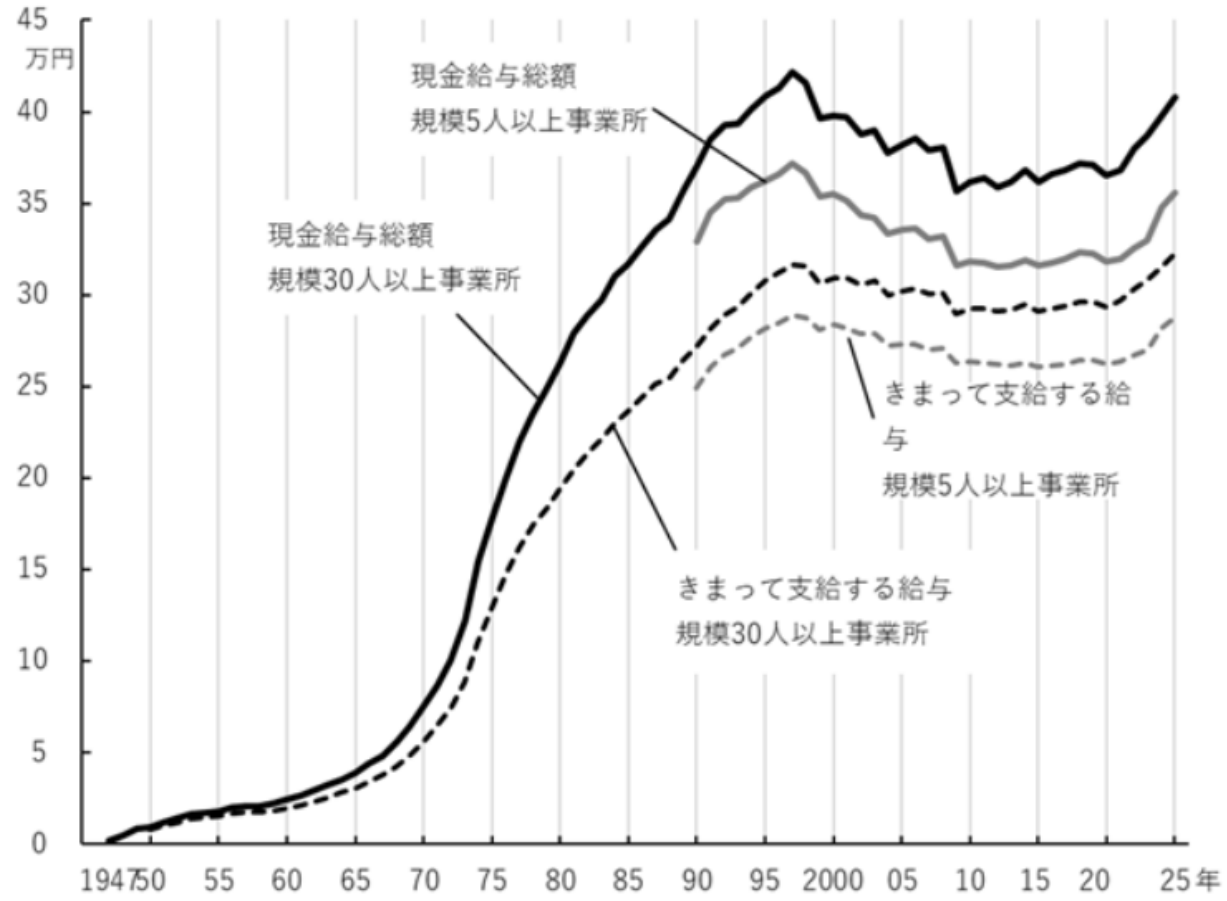
	1985 (S60)	1990 (H2)	1995 (H7)	2000 (H12)	2005 (H17)	2010 (H22)	2011 (H23)	2012 (H24)	2013 (H25)	2014 (H26)	2015 (H27)	2016 (H28)	2017 (H29)	2018 (H30)	2019 (R1)	2020 (R2)	2021 (R3)	2022 (R4)	2023 (R5)	2024 (R6)	2025 (R7)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	▲0.5	2.2	0.8	2.3	▲3.2	4.8	3.7	3.0	1.5	*2.6*
後期高齢者（老人）医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	0.6	5.9	4.5	3.0	3.6	2.1	4.4	1.6	4.2	2.5	3.8	▲2.9	3.1	4.5	5.4	3.6	*3.9*
GDP	7.2	8.6	2.4	1.7	0.8	1.7	▲1.0	0.1	2.9	2.8	3.4	0.8	2.0	0.4	0.1	▲2.9	4.0	2.6	4.7	3.7	-

注１　GDPは内閣府発表の国民経済計算による。なお、1993年度以前のGDPは平成12年基準、1994年度以降のGDPは令和２年基準の数値である。
注２　後期高齢者（老人）医療費は、後期高齢者医療制度の施行前である2008年3月までは老人医療費であり、施行以降である2008年4月以降は後期高齢者医療費。
注３　2025年度の国民医療費（及び2025年度の後期高齢者医療費。以下同じ。）は実績見込みである。2025年度分は、2024年度の国民医療費に2025年度の概算医療費の伸び率（上表の斜字体）を乗じることによって推計している。
（※1）70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除（1割→2割）。2014年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。
（※2）診療報酬改定のうち影響を受ける期間を考慮した値を計上している。なお、薬価の中間改定については、実績あるいは実績見込みの国民医療費を用いて、当該年度の薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算したもの。

（参考）賃金の長期トレンド

給与額は、2000年以降低下傾向にあったが、22年以降上昇傾向にある。

図1　常用労働者1人平均月間現金給与額　1947年～2025年 年平均



出典：独立行政法人労働政策研究・研修機構　早わかり　グラフでみる長期労働統計

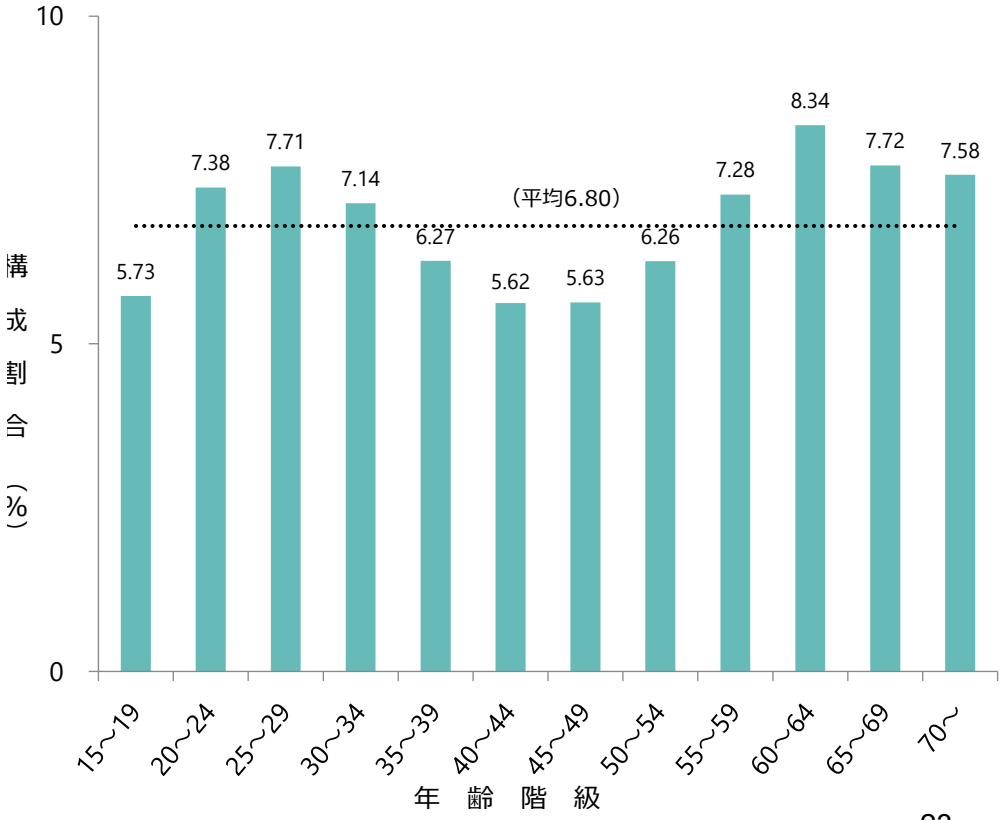
傷病手当金の支給状況

○　令和５年度の支給件数は、319万件（うち、協会けんぽは184万件、健保組合は111万件、共済組合は22万件）
○　令和５年度の支給金額は、6,103億円（うち、協会けんぽは3,296億円、健保組合は2,430億円、共済組合は351億円）
○　その上で、協会けんぽにおける支給状況を年齢階級別にみると、各年齢層において傷病手当金が幅広く支給されている状況が見て取れる。

年齢階級別支給状況

	件数の割合（%）			１件当たり金額（円）		
	総　数	男　性	女　性	総　数	男　性	女　性
総　数	100.00	100.00	100.00	174,810	197,436	151,953
15～19歳	0.43	0.41	0.46	95,532	86,596	103,570
20～24歳	6.42	4.44	8.42	125,936	127,490	125,109
25～29歳	10.45	7.06	13.88	151,554	159,345	147,548
30～34歳	9.56	7.27	11.88	161,086	176,880	151,326
35～39歳	9.06	7.95	10.18	169,228	189,037	153,609
40～44歳	9.11	8.47	9.76	175,796	205,014	150,158
45～49歳	10.84	10.61	11.08	182,950	214,611	152,333
50～54歳	12.14	12.46	11.83	192,066	223,010	159,139
55～59歳	11.34	12.71	9.97	201,423	226,294	169,387
60～64歳	10.51	13.72	7.25	192,285	208,922	160,496
65～69歳	6.22	8.92	3.49	173,370	183,703	146,667
70歳以上	3.91	5.98	1.81	172,179	176,415	158,054

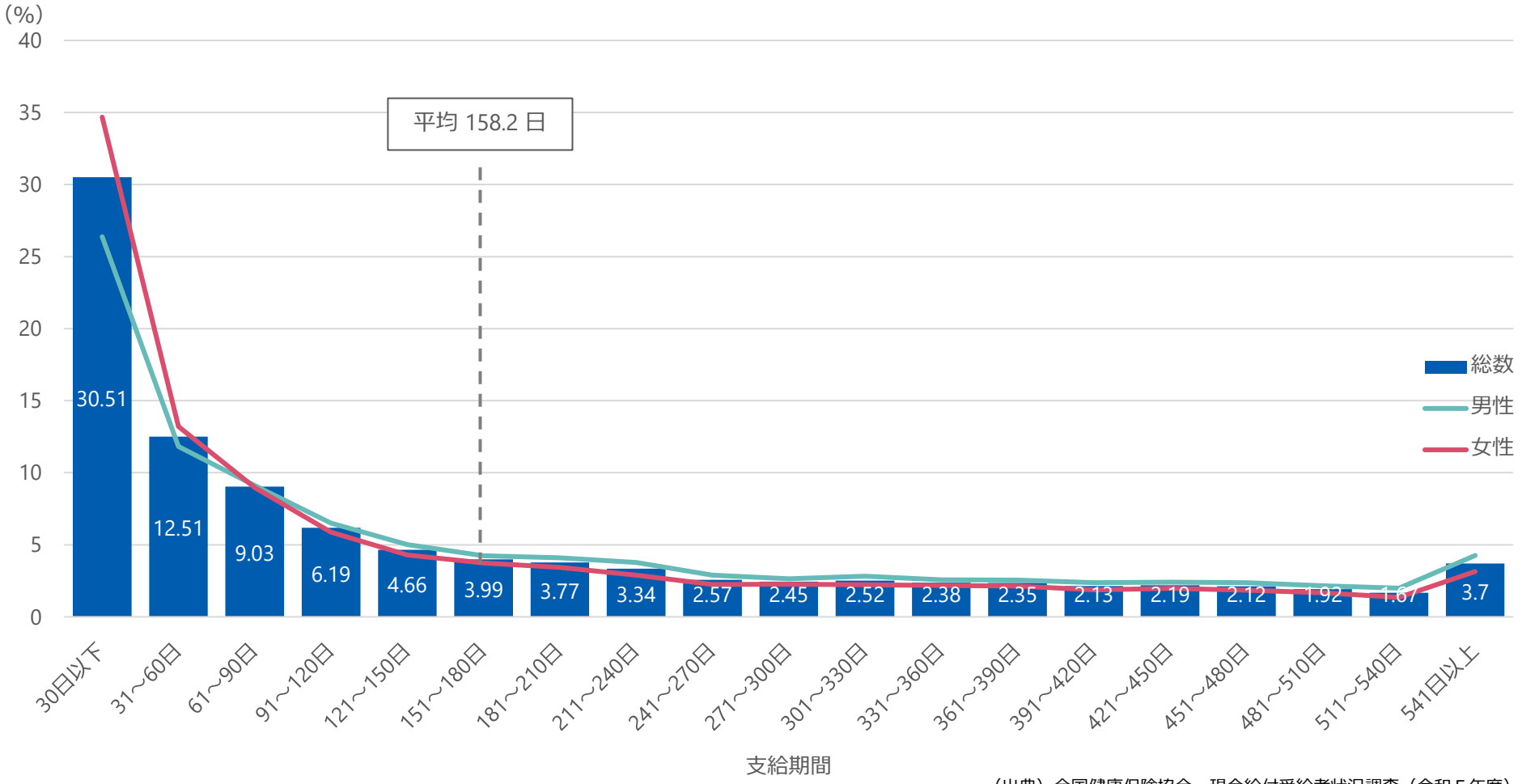
年齢階級別　被保険者千人当たり件数



（出典）全国健康保険協会「現金給付受給者状況調査報告（令和５年度）」

傷病手当金の支給期間の分布（協会けんぽ）

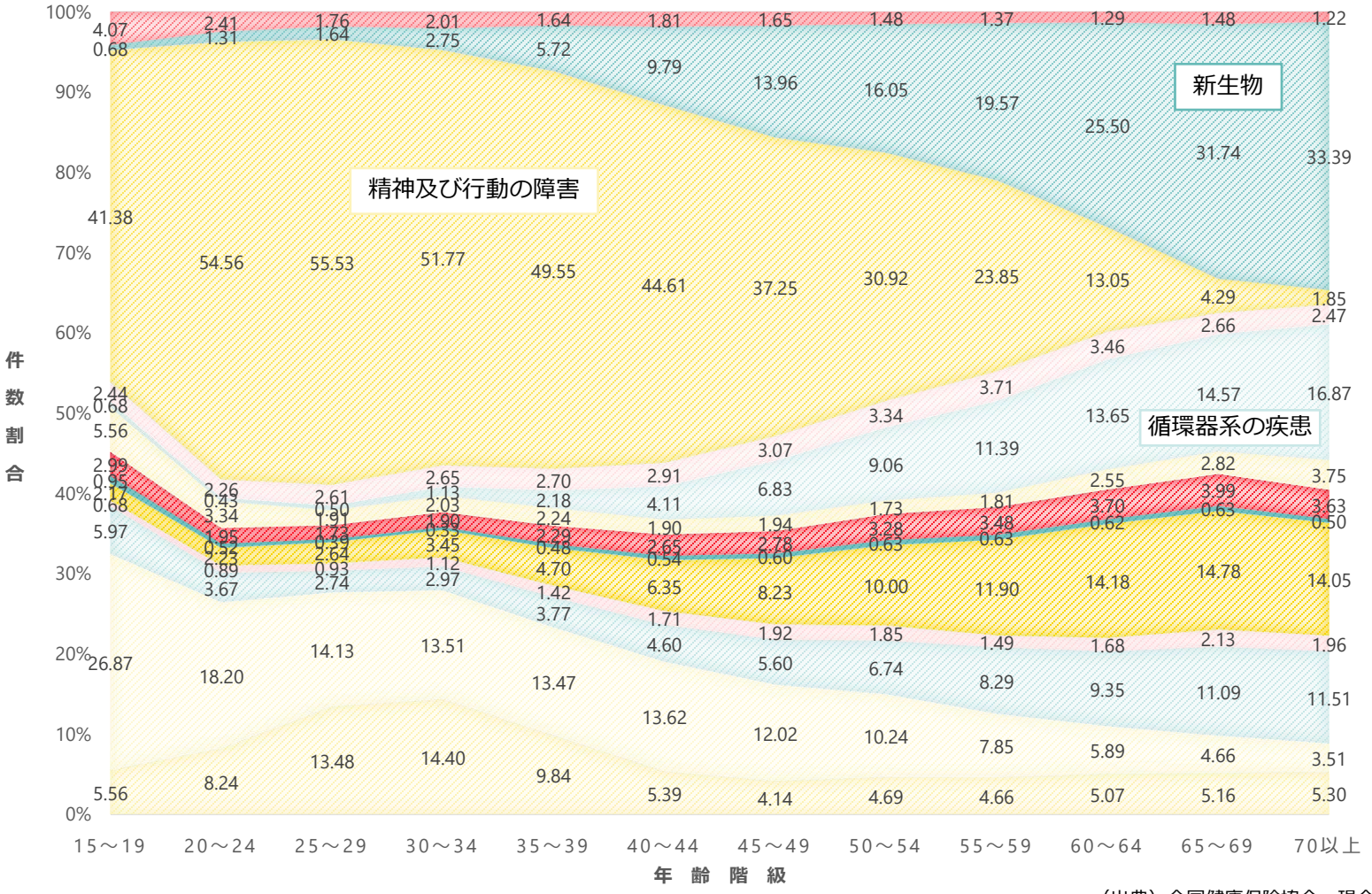
○　傷病手当金の支給期間（※）について、協会けんぽのデータを見ると、
・平均支給期間は約160日（男性173.84日、女性142.39日）となっており、
・全体の支給件数に占める割合は、30日以下は約31%、90日以内は約52%となっている。
(※) 支給開始日～令和５年10月の申請の支給末日までの期間



（出典）全国健康保険協会、現金給付受給者状況調査（令和５年度）

傷病手当金の年齢別・疾病別構成割合（協会けんぽ）

○　年齢階級別にみた傷病手当金の傷病別の件数割合について、協会けんぽのデータをみると、
「精神及び行動の障害」の割合は、60歳未満の階級では最も割合が高く、年齢階級が高くなるほど減少。
「新生物」の割合は、年齢階級が高くなるほど増加し、60歳以上では最も割合が高い。

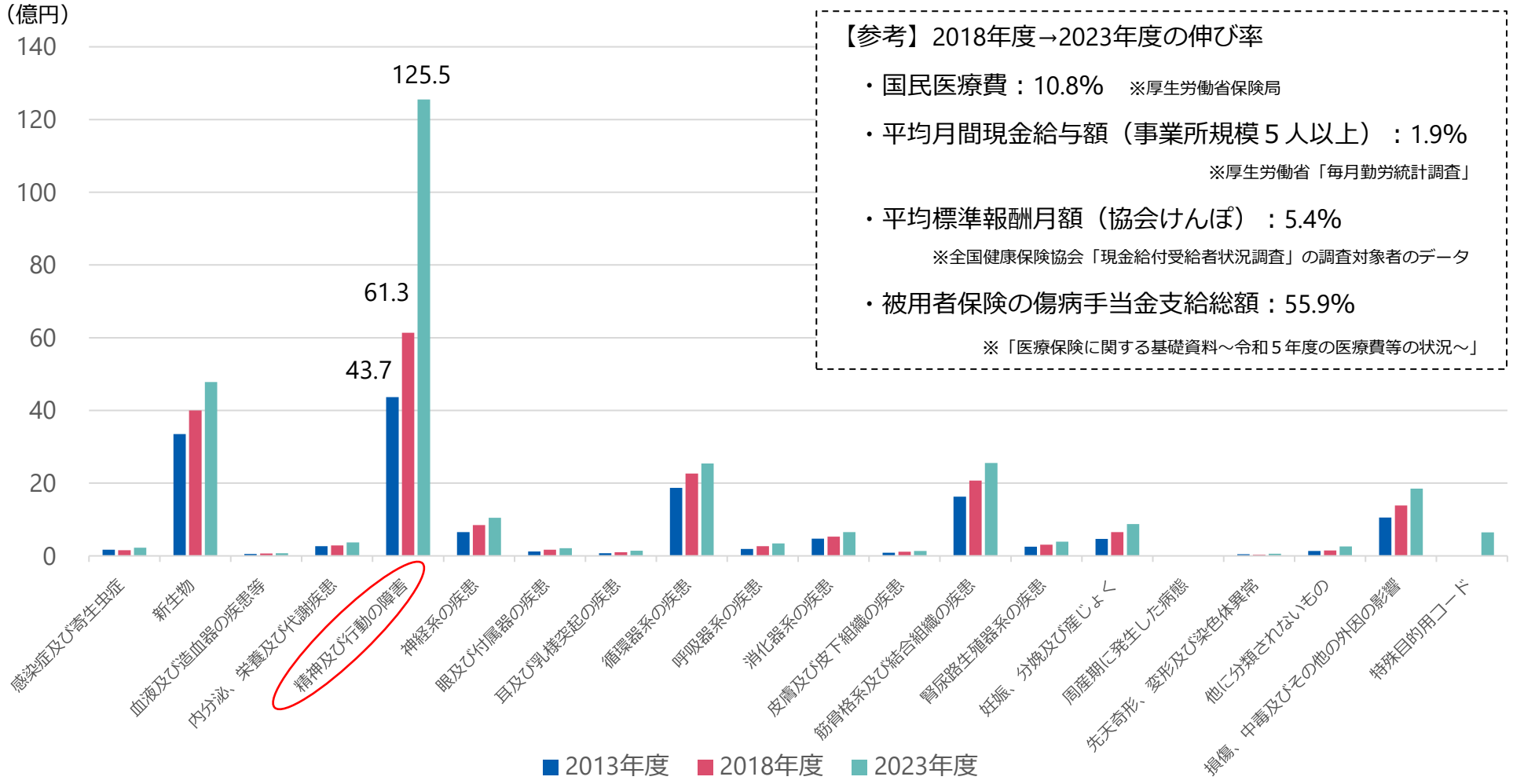


※「特殊目的用コード」には新型コロナウイルス感染症が含まれる。

（出典）全国健康保険協会、現金給付受給者状況調査（令和５年度）

傷病手当金の傷病別支給額の推移（協会けんぽ）

○　傷病別の支給額の推移について、協会けんぽデータを見ると、全体的に増加傾向にある中、「精神及び行動の障害」の伸びが特に大きい。



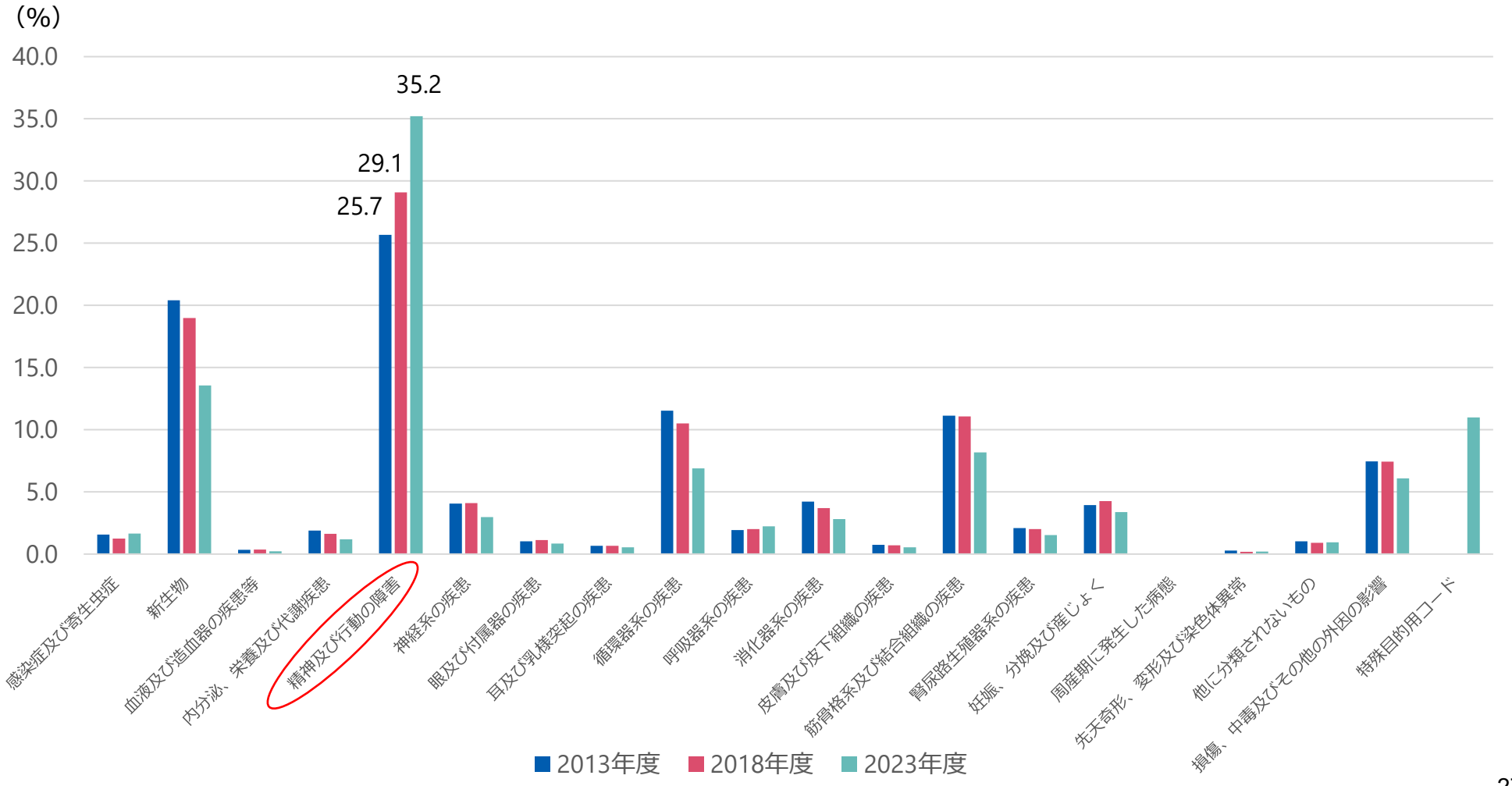
【参考】2018年度→2023年度の伸び率

- 国民医療費：10.8%　※厚生労働省保険局
- 平均月間現金給与額（事業所規模５人以上）：1.9%
  ※厚生労働省「毎月勤労統計調査」
- 平均標準報酬月額（協会けんぽ）：5.4%
  ※全国健康保険協会「現金給付受給者状況調査」の調査対象者のデータ
- 被用者保険の傷病手当金支給総額：55.9%
  ※「医療保険に関する基礎資料～令和５年度の医療費等の状況～」

※各年10月の傷病手当金受給者全員を調査対象としている。
※疾病分類は社会保険表章用疾病分類表による。また、疾病分類のうち、「特殊目的用コード」には新型コロナウイルス感染症が含まれる。（出典）全国健康保険協会、現金給付受給者状況調査

傷病手当金の傷病別構成割合の推移（協会けんぽ）

○　傷病別の件数構成割合の推移について、協会けんぽデータを見ると、「精神及び行動の障害」の割合は増加傾向となっている一方、他の傷病では、横ばい又は減少傾向となっている。

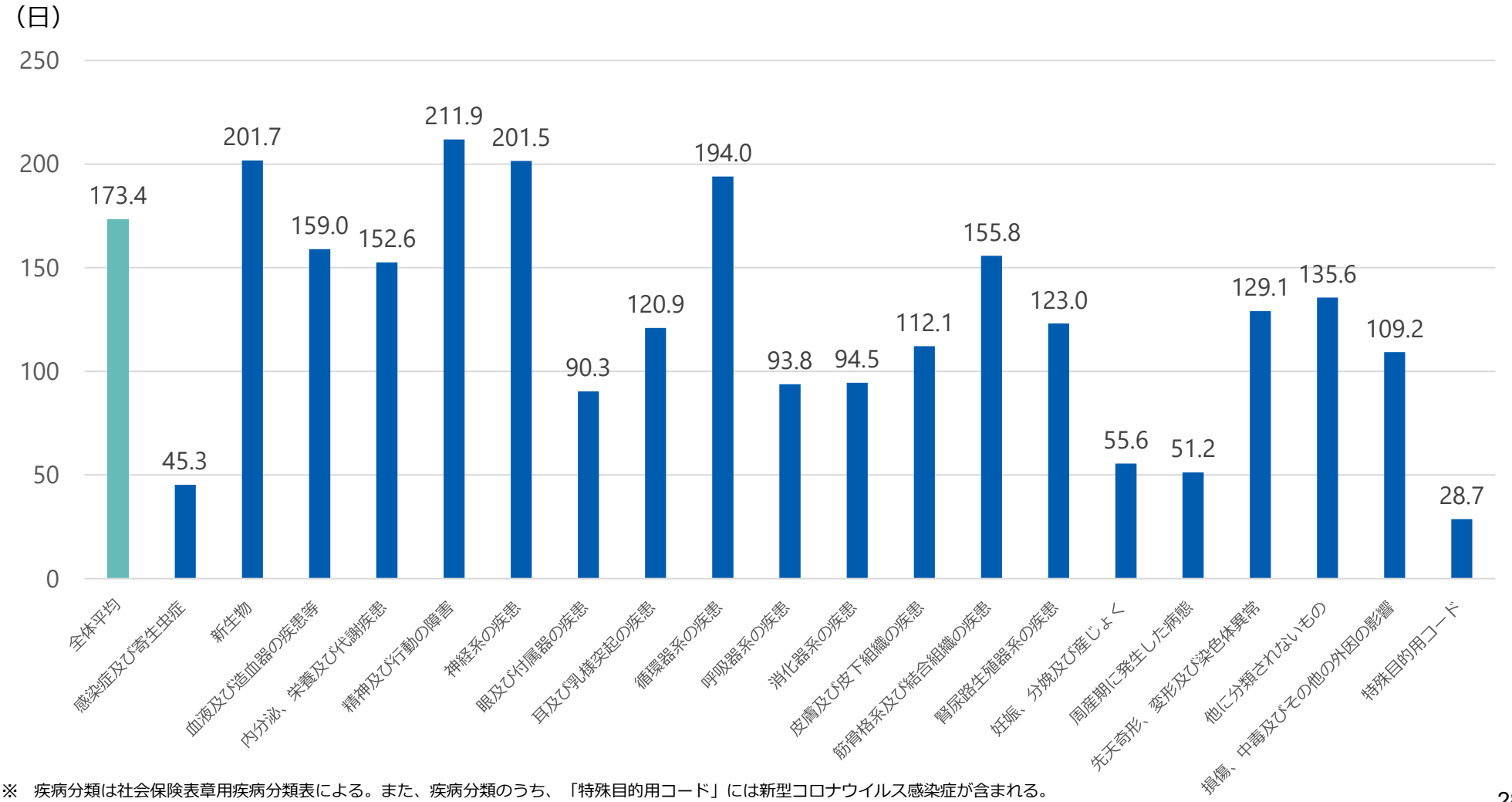


※　疾病分類は社会保険表章用疾病分類表による。また、疾病分類のうち、「特殊目的用コード」には新型コロナウイルス感染症が含まれる。

（出典）全国健康保険協会、現金給付受給者状況調査

傷病手当金の傷病別支給期間（協会けんぽ）

○　傷病手当金の傷病別の支給期間について、協会けんぽのデータを見ると、「精神及び行動の障害」が211.9日と最も長く、次いで、「新生物」が201.7日、「神経系の疾患」が201.5日となっている。



※　疾病分類は社会保険表章用疾病分類表による。また、疾病分類のうち、「特殊目的用コード」には新型コロナウイルス感染症が含まれる。

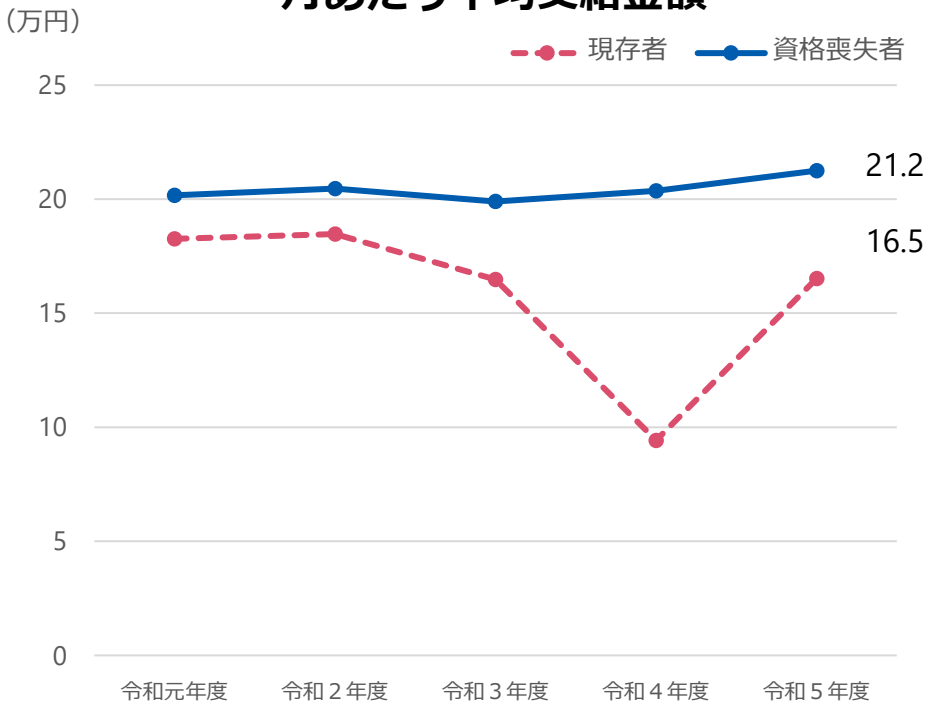
（出典）全国健康保険協会、現金給付受給者状況調査（令和５年度）

現存者と資格喪失者の傷病手当金支給金額・支給期間の比較（協会けんぽ）

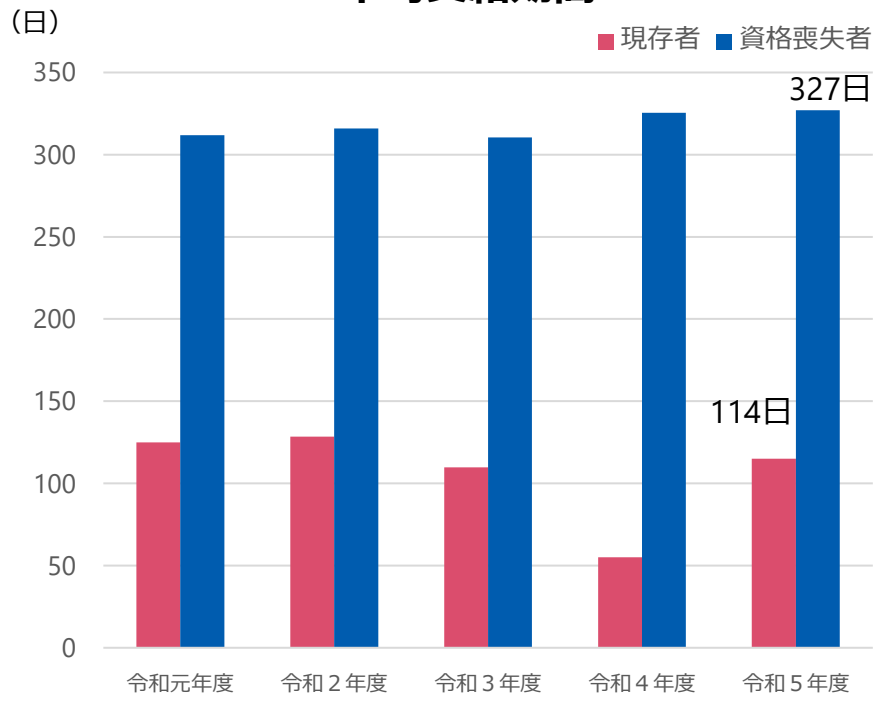
○　協会けんぽにおける現存者と資格喪失者の傷病手当金の平均支給額を比較すると、令和５年度では、現存者が月16.5万円である一方、資格喪失者が月21.2万円であり、現存者よりも資格喪失者のほうが高い金額で推移している。

○　平均支給期間では、令和５年度では現存者が約114日である一方、資格喪失者は約327日であり、資格喪失者は現存者の３倍程度の支給期間で推移している。

一月あたり平均支給金額



平均支給期間



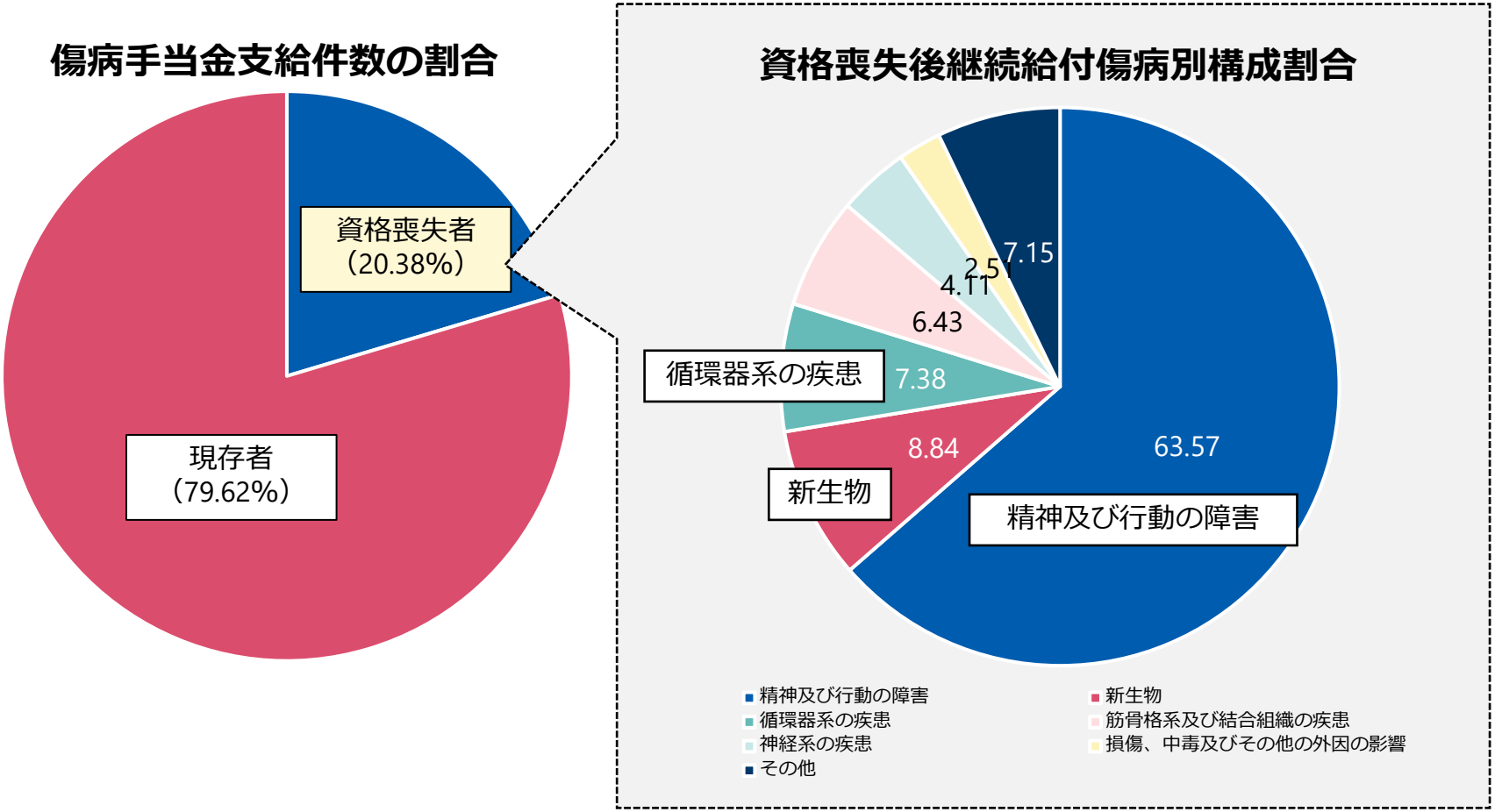
（注1）資格喪失者とは、各年度10月末時点のデータを基に、各年度10月に支給した傷病手当金の支給開始以前に資格喪失している者
（注2）平均支給金額は、各年度10月に支給した傷病手当金の支給金額の平均

（出典）「現金給付受給者状況調査特別集計」（全国健康保険協会）

傷病手当金の継続給付の支給状況（協会けんぽ）

○　協会けんぽにおける傷病手当金の支給件数のうち、資格喪失者に対する継続給付は全体の約20%。

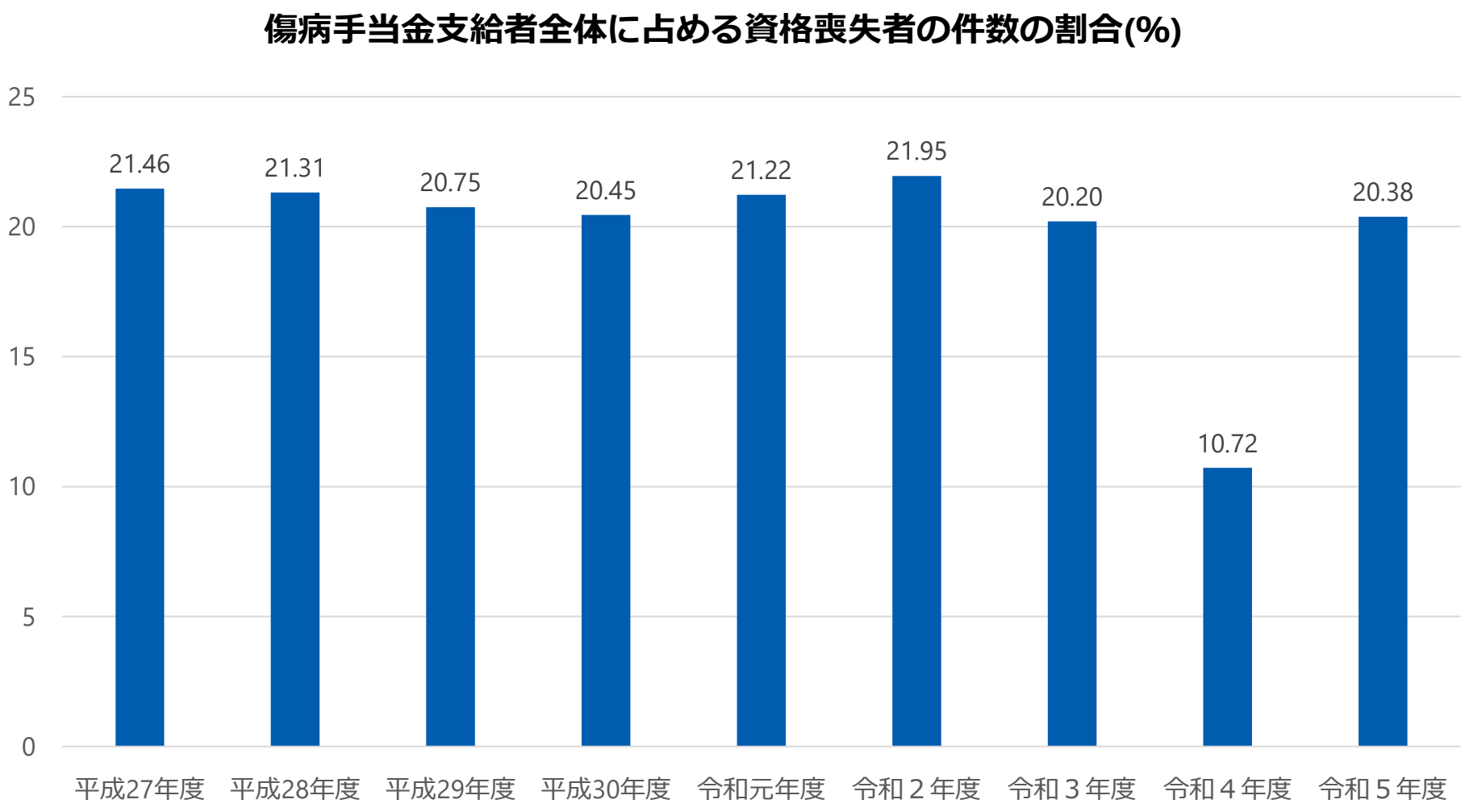
○　資格喪失者の傷病別構成割合は、「精神及び行動の障害」（63.6%）、「新生物」（8.8%）、「循環器系の疾患」（7.4%）の順で多くなっている。



（出典）全国健康保険協会、現金給付受給者状況調査（令和５年度）

傷病手当金の継続給付の支給状況（協会けんぽ）

○　協会けんぽにおける傷病手当金の支給件数のうち、資格喪失者に対する継続給付の割合は横ばいである。



（出典）全国健康保険協会、現金給付受給者状況調査（令和５年度）

（参考）傷病手当金に係る国会での指摘

〇2026年10月14日衆・予算委員会　福田徹議員質疑（抜粋）

傷病手当金は、業務外の事由で病気やけがで働けなくなった方の働けない期間の生活を保障する大切な制度で、国民の納めた社会保険料から支給されています。近年、主にメンタルヘルスの不調で支給が著しく増加していて、2023年度は6000億円と、５年間で1.6倍になっております。本当に必要とする人に確実に届く、これが大切なのは言うまでもありませんが、少し疑問に感じることも起こっております。

私、メンタルヘルスの問題を勉強しておりますので、よくインターネットで情報収集をするんですよね。すると、きっとこの人はメンタル不調で悩んでいるんだろうなと判断されるんでしょうね、関連する広告がたくさん流れてきます。そうすると、例えば、退職手続を支援する会社のホームページで、何百万円を受け取りませんかと大きな文字で書かれていたり、適用条件が、退職前であることとか社会保険の加入歴だけで、まるで病気やけががなくても自分が対象になるんじゃないかみたいに思わせるような表示、何か全員にチャンスがあるんじゃないかみたいな、そういう表示を見ることがあります。これはちょっと勘違いさせ得る環境なんじゃないかなと思っております。

お尋ねします。このようなホームページがあることは御存じでしょうか。もしあるとすれば、表現や説明は制度の理念に合っていますでしょうか。教えてください。

〇2026年10月23日衆・厚生労働委員会　日野紗里亜議員質疑（抜粋）

傷病手当金についてお伺いをします。傷病手当金は、病気やけがで働けなくなった方の生活を支える重要な制度ですが、その支給額は、2018年度の約3800億円から2023年度には約6100億円へ、５年間で約1.6倍増加しています。一方で、厚生労働省の患者調査によりますと、精神疾患を有する総患者数は、2020年の約615万人から2023年の約603万人へと微減しています。

お伺いさせていただきます。厚生労働省は、この５年間で支給額が約1.6倍増加した原因をどのように分析されていますでしょうか。お答えください。

（中略）

10月14日の予算委員会で我が党は、誰でも傷病手当金を受給できるかのように誤認させるおそれのあるビジネス広告について取り上げました。10日たちましたが、大臣はその後、指摘されたホームページ、確認してくださいましたでしょうか。

この質疑が中継された後、私どもの元には、保険者、医師、社労士、企業経営者、人事担当者などから、具体的な事例や利用体験談、問題提起が数多く寄せられました。

お伺いします。厚生労働省には、これまで、不適切な申請支援ビジネスや受給指南に関して、保険者などから相談や情報提供が私たち同様に寄せられていると思いますが、その寄せられてきた声に対してどのように対応をされてきましたでしょうか。お答えください。

傷病手当金について

○　傷病手当金については、被保険者が業務外の事由による療養のため労務に服することができないときの生活保障を行うものとして支給しており、令和４年には、治療と仕事の両立の観点から、より柔軟な所得保障を行うことが可能となるよう支給期間の通算化を行うなど、制度の充実に努めてきたところ。

○　そうした中、近年は、支給金額・件数が増加傾向にあり、協会けんぽのデータを見ると、特に傷病別件数では「精神及び行動の障害」の割合が大きく、増加が続いている状況。

○　被保険者の回復までの間の生活を保障するとともに、治療と仕事の両立を支援するという傷病手当金の目的を適切に果たしていく観点から、傷病手当金の支給のあり方についてどのように考えるか。

令和8年11月17日	第221回社会保障審議会医療保険部会	資料1－2

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

医療費適正化計画について

厚生労働省保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

医療費適正化計画（概要）について

国民の適切な医療の確保を図る観点から、医療費適正化を総合的かつ計画的に推進するため、国・都道府県は、医療費適正化計画を定めている。

- ▶ 根拠法　　：高齢者の医療の確保に関する法律
- ▶ 作成主体　：国、都道府県
- ▶ 計画期間　：６年　※第１期・第２期は５年
  （第１期：2008-2012年度、第２期：2013-2017年度、第３期：2018-2023年度、第４期：2024-2029年度）
- ▶ 主な記載事項：①医療費の見込み
  ②住民の健康の保持の推進に関する目標・取組
  ③医療の効率的な提供の推進に関する目標・取組
  ④医療計画を踏まえ見込まれる病床の機能の分化及び連携の推進の成果

【第４期医療費適正化計画の目標・取組】

	取組
住民の健康の保持の推進	特定健診・特定保健指導の実施率 メタボの該当者・予備群 たばこ対策、予防接種、重症化予防、高齢者の疾病・介護予防など
医療の効率的な提供の推進	後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進 医薬品の適正使用 医療資源の効果的・効率的な活用 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供

医療費適正化計画のPDCAサイクルについて

- 医療費適正化の取組において、都道府県は、医療提供体制の確保と市町村国保の健全な運営を担う責務を有することにかんがみ、医療費適正化計画の策定・取組・進捗確認等を通じて、中心的な役割を果たすこととされている。
- 第４期医療費適正化計画（2024～2029年度）に当たり、法律の改正や基本方針の策定を通じて、都道府県と保険者・医療関係者等による**医療費適正化の「PDCAサイクル」を強化**している。

医療費適正化計画の策定（Plan）

●都道府県は、医療費の見込み、健康の保持の推進や医療の効率的な提供に係る目標・取組を記載した計画を策定。

→目標・取組等の記載事項を充実。【第４期医療費適正化計画/３頁参照】

→医療費見込みを精緻化し、制度区分別（国保、後期、被用者保険）に見える化、一人当たり保険料を試算。【第４期医療費適正化計画】

●都道府県は、計画の策定に当たり、保険者協議会に協議。

計画に基づく取組実施（Do）

●保険者は、保健事業の実施主体として、データヘルス計画に基づき、特定健診・特定保健指導、重症化予防、後発医薬品の使用促進、重複投薬の是正等の取組を実施。

●医療関係者は、保険者等と連携した重症化予防等の取組、後発医薬品の使用促進、重複投薬等の是正等の取組を実施。

●都道府県は、保険者・医療関係者等に対し、必要な協力を求めることが可能。【高確法第9条第9項】

※都道府県が策定する市町村国保に係る国保運営方針の記載事項として、医療費適正化の取組を位置付け【令和5年高確法改正】

計画の進捗確認と対策（Check＆Action）

●都道府県は、毎年度、進捗状況を公表するよう努める。【高確法第11条第1項】

●都道府県は、医療費が医療費見込みを著しく上回る場合や、計画の目標を達成できないと認める場合、保険者・医療関係者等と連携して必要な対応を講ずるよう努める。【高確法第11条第4項】

●都道府県は、保険者・医療関係者等に対し、必要な協力を求めることが可能。【高確法第9条第9項】

→協力要請の具体的な内容を例示。【第４期医療費適正化計画】

保険者協議会

・保険者協議会を必置化し、計画への関わりを強化【令和５年高確法改正】
・保険者協議会への医療関係者の参画を促進【医療費適正化基本方針】

第４期医療費適正化計画の目標・取組

※赤枠は第４期で追加した内容

● **住民の健康の保持の推進に関する目標・取組**

目標に関する事項	取り組むべき施策
特定健診・特定保健指導等 （特定健診実施率70%、特定保健指導実施率45% メタボ該当者・予備群の減少率25%（2008年度比））	保険者に対する疾病状況等の情報提供、各種健診との同時実施、特定健診等に携わる人材の育成 等
たばこ対策	保険者や医療機関、薬局等と連携した禁煙の普及啓発、相談体制整備 等
予防接種	市町村や保険者等の普及啓発支援、感染症の発生動向の調査・情報公開 等
生活習慣病の重症化予防	市町村や保険者等、医療関係者等と連携した都道府県内の事業の横展開 等
高齢者の心身機能の低下に起因した疾病・介護予防	広域連合と市町村による一体的実施の支援、好事例の横展開 等
その他予防健康づくり	個人が自主的に健康づくりに取り組んだ場合等にポイントを提供する取組 等

● **医療の効率的な提供の推進に関する目標・取組**

目標に関する事項	取り組むべき施策
後発医薬品等の使用促進 （後発医薬品の数量シェア80%・金額シェア65% バイオ後続品に80%置き換わった成分数を全体の60%以上）	後発医薬品使用促進協議会を活用した医療関係者への情報提供等の普及啓発、地域フォーミュラリの取組推進 等
医薬品の適正使用の推進	重複投薬・多剤投与の是正 等
医療資源の効果的・効率的な活用	効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療の適正化 （急性気道感染症等の患者に対する抗菌薬処方、神経障害性疼痛を除く腰痛症に対するプレガバリン処方等）、 医療資源の投入量に地域差のある医療の適正化 （白内障手術や化学療法の入院での実施割合の適正化） 等
医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進	在宅医療・介護連携推進事業の支援、高齢者の大腿骨骨折等の骨折対策 等

第４期医療費適正化計画（2024～2029年度）の目標と進捗状況（全国）

○第４期の目標と適正化効果額

目標		数値目標	適正化効果額
健康の保持の推進	特定健診・保健指導	特定健診70%、特定保健指導45% メタボ該当者等▲25%（2008年度比）	約120億円
	生活習慣病の重症化予防	－	約678億円 （地域差半減の場合）
	たばこ対策	－	－
	予防接種	－	－
	その他の予防・健康づくりの推進 （例：普及啓発、個人インセンティブ、健診・検診）	－	－
	高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進に関する目標	－	－
医療の効率的な提供	後発医薬品・バイオ後続品の使用促進	・後発医薬品80% ・バイオ後続品80%/60%	約2,186億円
	多剤投与の適正化	－	約968億円 （半減の場合）
	重複投薬の適正化	－	約8億円 （半減の場合）
	効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療の適正化 （急性気道感染症・急性下痢症に対する抗菌薬処方の適正化）	－	約270億円 （半減の場合）
	医療資源の投入量に地域差のある医療の適正 （白内障手術や化学療法の入院での実施割合の適正化）	－	約106億円 （半減の場合）
合計			約4,336億円

○現在の状況

目標		実績						数値目標	
		2018	2019	2020	2021	2022	2023	2029	適正化効果なし
医療費の見込み		43.4兆円	44.4兆円	43.0兆円	45.0兆円	46.7兆円	48.1兆円	50.6兆円	51.0兆円
	外来	26.0兆円	26.7兆円	25.9兆円	27.4兆円	28.6兆円	29.5兆円	31.4兆円	31.8兆円
	入院	17.3兆円	17.7兆円	17.1兆円	17.6兆円	18.1兆円	18.6兆円	-	19.2兆円 （※）
健康の保持の推進	特定健診の実施率	54.7%	55.6%	53.4%	56.5%	58.1%	59.9%	70%	※地域医療構想による病床の機能分化及び連携の推進の成果を踏まえた数値
	特定保健指導の実施率	23.2%	23.2%	23.0%	24.6%	26.5%	27.6%	45%	
	メタボ該当者等の減少率	▲13.7%	▲13.5%	▲10.9%	▲13.8%	▲16.1%	▲17.2%	▲25%	
医療の効率的な提供	後発医薬品の使用割合	75.1%	77.9%	79.6%	79.6%	81.2%	82.9%	80%	
	バイオ後続品の使用割合	－	－	80%/12.5%	80%/12.5%	80%/12.5%	80%/17.6%	80%/60%	

第４期医療費適正化計画の目標と進捗状況（各都道府県）

	住民の健康の保持の推進						医療の効率的な提供の推進	
	特定健康診査の実施（%）		特定保健指導の実施率（%）		メタボ該当者・予備群の減少率（対2008年度比）（%）		後発医薬品の使用割合（%）	
	2023年度	目標	2023年度	目標	2023年度	目標	2023年度	目標
北海道	49.5	70	22.4	45	19.4	25	86.2	80
青森県	53.5	68	31.0	45	14.1	25	85.3	80
岩手県	60.4	70	26.2	45	30.5	40	88.8	80
宮城県	63.8	70	28.6	45	21.5	25	87.4	80
秋田県	56.4	70	28.8	45	17.3	25	86.7	80
山形県	69.9	70	33.9	45	22.2	25	89.2	80
福島県	58.3	70	29.5	45	15.8	25	86.7	80
茨城県	57.0	70	25.7	45	16.9	25	85.1	80
栃木県	60.8	70	31.6	45	13.7	25	87.2	80
群馬県	57.9	70	22.1	45	11.2	25	87.5	80
埼玉県	59.0	70	20.8	45	14.8	25	86.0	80
千葉県	58.1	70	26.0	45	11.4	25	85.8	80
東京都	74.6	70	26.7	45	19.8	25	81.9	80

※出典

目標：各都道府県の第４期医療費適正化計画

特定健診・保健指導の実施率、メタボ該当者及び予備群の減少率：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況」

後発医薬品の使用割合：NDBデータ

第４期医療費適正化計画の目標と進捗状況（各都道府県）

	住民の健康の保持の推進						医療の効率的な提供の推進	
	特定健康診査の実施（%）		特定保健指導の実施率（%）		メタボ該当者・予備群の減少率（対2008年度比）（%）		後発医薬品の使用割合（%）	
	2023年度	目標	2023年度	目標	2023年度	目標	2023年度	目標
神奈川県	59.3	70	25.0	45	22.8	25	83.6	80
新潟県	64.4	70	30.6	45	ー （参考：11.4）	20.0万人未満	87.3	80
富山県	65.9	70	29.9	45	25.0	25	86.6	80
石川県	61.2	70	28.5	45	12.2	25	85.8	80
福井県	60.3	70	28.2	45	20.1	25	86.5	80
山梨県	63.8	70	31.4	45	8.7	25	85.0	80
長野県	64.4	70	35.3	45	26.4	25	87.4	80
岐阜県	59.6	70	33.6	45	16.0	25	85.0	80
静岡県	61.2	70	28.5	45	16.1	25	86.4	80
愛知県	63.3	70	33.0	45	18.9	25	86.3	80
三重県	63.7	70	27.0	45	15.1	25	85.8	80
滋賀県	62.3	70	29.6	45	11.2	25	85.6	80
京都府	58.7	70	27.8	45	26.5	25	83.1	80

※出典

目標：各都道府県の第４期医療費適正化計画

特定健診・保健指導の実施率、メタボ該当者及び予備群の減少率：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況」

後発医薬品の使用割合：NDBデータ

第４期医療費適正化計画の目標と進捗状況（各都道府県）

	住民の健康の保持の推進						医療の効率的な提供の推進	
	特定健康診査の実施（%）		特定保健指導の実施率（%）		メタボ該当者・予備群の減少率（対2008年度比）（%）		後発医薬品の使用割合（%）	
	2023年度	目標	2023年度	目標	2023年度	目標	2023年度	目標
大阪府	54.8	70	21.5	45	3.6	25	83.5	80
兵庫県	56.3	70	24.6	45	15.8	25	84.4	80
奈良県	52.0	70	24.4	45	13.7	25	82.7	80
和歌山県	52.1	70	25.2	45	13.8	25	84.2	80
鳥取県	56.4	70	28.4	45	2.3	25	87.8	82
島根県	61.8	70	30.2	45	19.9	25	88.6	80
岡山県	58.7	70	35.5	45	17.5	25	86.1	80
広島県	56.3	70	28.5	45	17.4	25	83.9	80
山口県	53.4	70	24.6	45	15.4	25	87.5	80
徳島県	54.1	70	36.8	45	26.7	25	81.9	80
香川県	58.0	70	37.6	45	18.9	25	83.5	80
愛媛県	54.4	70	28.2	45	20.9	25	86.6	80
高知県	55.9	65	26.1	45	13.0	25	82.4	80

※出典

目標：各都道府県の第４期医療費適正化計画

特定健診・保健指導の実施率、メタボ該当者及び予備群の減少率：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況」

後発医薬品の使用割合：NDBデータ

第４期医療費適正化計画の目標と進捗状況（各都道府県）

	住民の健康の保持の推進						医療の効率的な提供の推進	
	特定健康診査の実施（%）		特定保健指導の実施率（%）		メタボ該当者・予備群の減少率（対2008年度比）（%）		後発医薬品の使用割合（%）	
	2023年度	目標	2023年度	目標	2023年度	目標	2023年度	目標
福岡県	55.1	70	31.0	45	16.8	25	85.9	80
佐賀県	56.5	70	34.6	45	12.6	25	87.4	80
長崎県	52.1	70	33.2	45	25.1	25	86.5	80
熊本県	56.4	70	41.5	45	17.0	25	87.9	80
大分県	60.0	70	35.4	45	22.2	25	86.0	80
宮崎県	54.7	70	30.8	45	19.7	25	88.9	80
鹿児島県	51.7	70	27.5	45	18.8	25	89.7	80
沖縄県	53.9	70	36.4	45	27.0	25	91.2	80

※出典

目標：各都道府県の第４期医療費適正化計画

特定健診・保健指導の実施率、メタボ該当者及び予備群の減少率：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況」

後発医薬品の使用割合：NDBデータ

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

住民の健康の保持の推進に関する目標・取組の進捗状況

ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

第４期医療費適正化計画の目標・取組

● 住民の健康の保持の推進に関する目標・取組

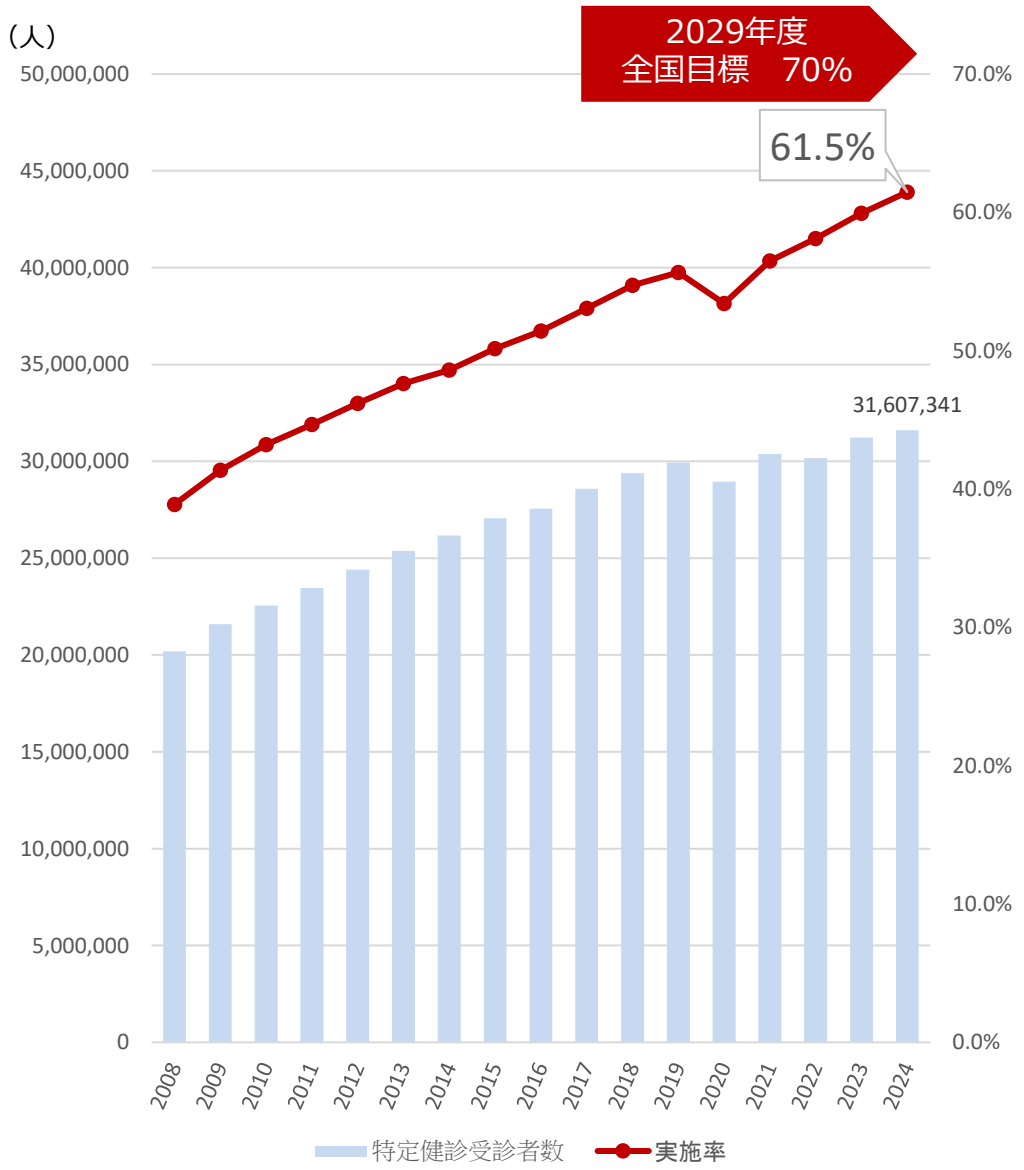
目標に関する事項	取り組むべき施策
特定健診・特定保健指導等 （特定健診実施率70%、特定保健指導実施率45% メタボ該当者・予備群の減少率25%（2008年度比））	保険者に対する疾病状況等の情報提供、各種健診との同時実施、特定健診等に携わる人材の育成 等
たばこ対策	保険者や医療機関、薬局等と連携した禁煙の普及啓発、相談体制整備 等
予防接種	市町村や保険者等の普及啓発支援、感染症の発生動向の調査・情報公開 等
生活習慣病の重症化予防	市町村や保険者等、医療関係者等と連携した都道府県内の事業の横展開 等
高齢者の心身機能の低下に起因した疾病・介護予防	広域連合と市町村による一体的実施の支援、好事例の横展開 等
その他予防健康づくり	個人が自主的に健康づくりに取り組んだ場合等にポイントを提供する取組 等

● 医療の効率的な提供の推進に関する目標・取組

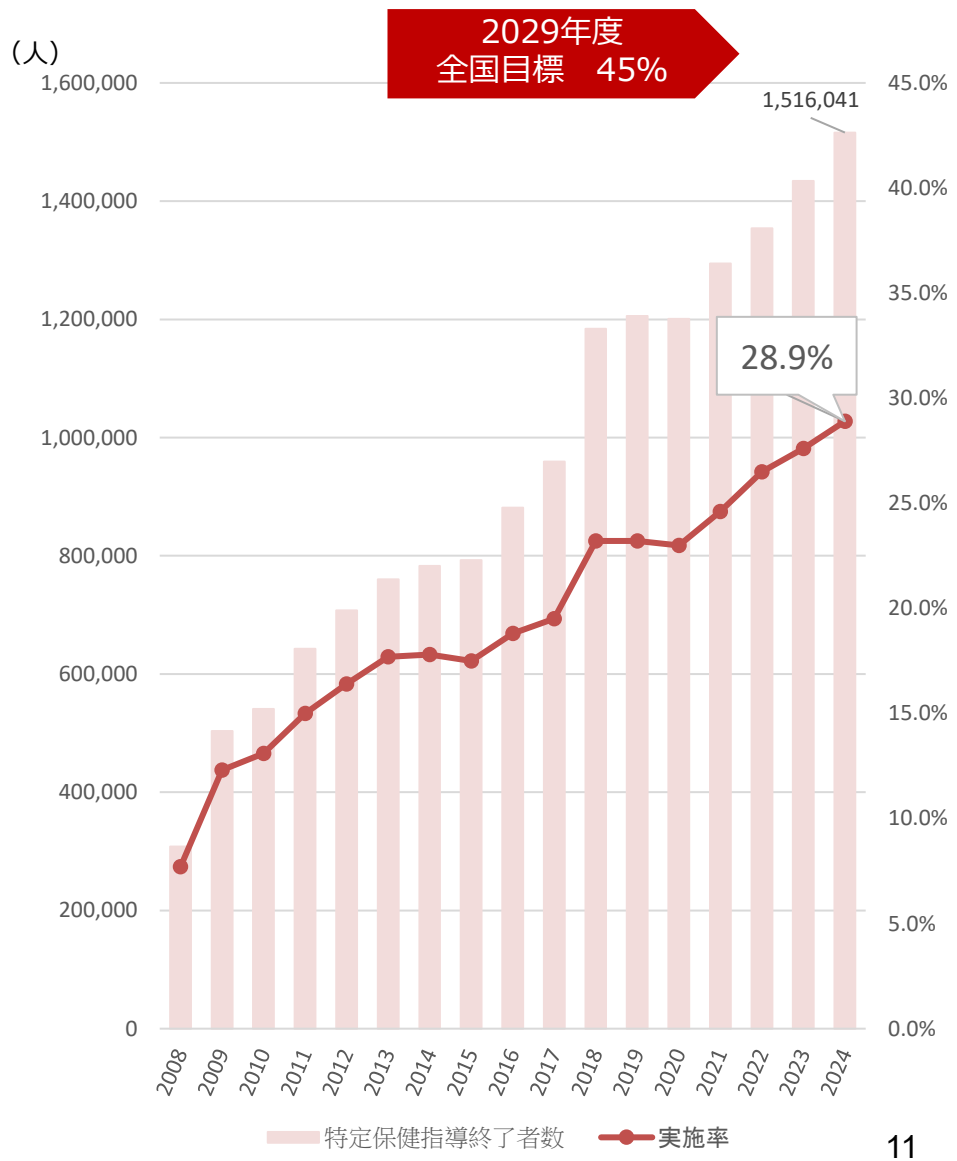
目標に関する事項	取り組むべき施策
後発医薬品等の使用促進 （後発医薬品の数量シェア80%・金額シェア65% バイオ後続品に80%置き換わった成分数を全体の60%以上）	後発医薬品使用促進協議会を活用した医療関係者への情報提供等の普及啓発、地域フォーミュラリの取組推進 等
医薬品の適正使用の推進	重複投薬・多剤投与の是正 等
医療資源の効果的・効率的な活用	効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療の適正化 （急性気道感染症等の患者に対する抗菌薬処方、神経障害性疼痛を除く腰痛症に対するプレガバリン処方等）、 医療資源の投入量に地域差のある医療の適正化 （白内障手術や化学療法の入院での実施割合の適正化） 等
医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進	在宅医療・介護連携推進事業の支援、高齢者の大腿骨骨折等の骨折対策 等

特定健診・特定保健指導の実施率の推移

【特定健診受診者数・特定健診実施率】



【特定保健指導終了者数・特定保健指導実施率】



第４期の見直しの概要（特定健診）

質問項目の見直しについて

- 標準的な質問項目に関する基本的な考え方について、「地域の健康状態の比較に資する項目」を「地域間及び保険者間の健康状態の比較に資する項目」に修正する。
- 喫煙に関する質問項目について、「過去喫煙していたが、現在は喫煙しない者」を区別するための回答選択肢を追加するとともに、「現在、習慣的に喫煙している者」についても現行の定義を維持した上で、分かりやすい表現に修正する。
- 飲酒に関する質問項目について、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」をより詳細に把握できるように、飲酒頻度と飲酒量の回答選択肢を細分化するとともに、「禁酒者」を区別するための回答選択肢を追加する。
- 保健指導に関する質問項目について、特定保健指導の受診歴を確認する質問に変更する。

健診項目の見直しについて

- 「標準的な健診・保健指導プログラム」の「健診検査項目の保健指導判定値」及び階層化に用いる標準的な数値基準について、食事の影響が大きい中性脂肪に、随時採血時の基準値（175 mg/dl）を追加する。

その他

- 「標準的な健診・保健指導プログラム」において、受診勧奨判定値を超えるレベルの場合に直ちに服薬等の治療が開始されるという誤解を防ぐための注釈等を追加するとともに、健診項目のレベルに応じた対応を示しているフィードバック文例集の構成等についても、活用がより一層進むような見直しを行う。
- 「標準的な健診・保健指導プログラム」に、医療関係者への情報提供を目的とした医療機関持参用文書（案）を掲載し、健診受診者が医療機関を受診する際等に持参・活用できるような見直しを行う。

第４期の見直しの概要（特定保健指導）

成果を重視した特定保健指導の評価体系

- 腹囲２ｃｍ・体重２ｋｇ減を達成した場合には、保健指導の介入量を問わずに特定保健指導終了とする等、成果が出たことを評価する体系へと見直し。（アウトカム評価の導入）
- 行動変容や腹囲１ｃｍ・体重１ｋｇ減の成果と、保健指導の介入と合わせて特定保健指導終了とする。保健指導の介入は、時間に比例したポイント設定を見直し、介入1回ごとの評価とする。

特定保健指導の見える化の推進

- 特定保健指導の成果等について見える化をすすめ、保険者等はアウトカムの達成状況の把握や要因の検討等を行い、より質の高い保健指導を対象者に還元する。
- アウトカムの達成状況等について、経年的な成果の達成状況等を把握する。

ICT活用の推進

- 在宅勤務や遠隔地勤務等の多様なニーズに対応することを促進するため、遠隔で行う保健指導については、評価水準や時間設定等は対面と同等とする。
- 保健指導におけるICT活用を推進するため、ICT活用に係る留意点を「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」や「標準的な健診・保健指導プログラム」で示す。

生活習慣病の重症化予防

- 令和７年度の市町村国保ヘルスアップ事業申請状況をみると、生活習慣病の重症化予防に係る取組を実施している市町村数は前年度に比べて増加している。

事業実施市町村数	1,671
前年度	1,650

小区分	事業名	事業数（件）	前年度
a	健康教育、健康相談	724	720
b	地域包括ケアの視点を踏まえた保健事業	182	160
c	保険者独自の取組	71	66
d	特定健診未受診者対策	1,632	1,599
(d)	離島における渡航費のみの申請	18	18
e	特定保健指導未利用者対策	454	434
f	40歳未満早期介入保健指導事業	686	654
g	特定健診継続受診対策等	374	347
h	その他生活習慣病予防対策	372	331
i	生活習慣病等重症化予防	1,179	1,134
j	糖尿病性腎症重症化予防	1,214	1,212
k-①	禁煙支援	26	28
k-②	二次性骨折予防に関する取組	19	9
k-③	その他保健指導	52	51
l	医薬品の適正使用を促す保健指導	793	854
m	PHRを利活用した保健事業	58	80
	都道府県の指定を受けて実施する先進的な保健事業	24	25

千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム概要（平成 29 年 12 月策定、令和３年３月改定、令和７年９月改訂）

【目的】糖尿病性腎症の発症・重症化のリスクがある、糖尿病未治療者・健診未受診者・治療中断者・糖尿病による通院中で重症化リスクの高い者等に対して、受診勧奨と適切な保健指導を行い、ＣＫＤについても健診から腎機能が低下している者を抽出し、早期受診やかかりつけ医・専門医との連携を強化することで重症化を予防する。これらの対策により、人工透析の導入を阻止することで、県民の健康増進と医療費の適正化を図ることを目的とする。
【性格】本プログラムは、県内の医療保険者が医療機関等と連携して、糖尿病性腎症及びＣＫＤ重症化予防対策として早期発見・治療へつなげることによる重症化予防に取組むための考え方や標準的な内容を示すものである。

本プログラムが推奨する対象者の抽出基準

【糖尿病性腎症重症化予防における対象者の抽出】

◆「７５歳未満の者を対象とする際の抽出基準」

【フロー１】２型糖尿病の診断を受けたことがない健診受診者（保険者が抽出）
空腹時又は随時血糖値（食後 3.5 時間以上）126 mg/dl 以上又はHbA1c 6.5 %以上、かつ次のいずれか
① 尿蛋白（±）以上
② 血清クレアチニン検査を行っている場合
ア. eGFR 60 ml/分/1.73 ㎡未満（７０歳以上：eGFR 50 ml/分/1.73 ㎡未満）
イ. eGFR 60 ml/分/1.73 ㎡以上（７０歳以上：eGFR 50 ml/分/1.73 ㎡以上）であっても eGFR 低下 5 ml/分/1.73 ㎡/年、又は eGFR の低下率 25 %/年以上

【フロー２】糖尿病の治療歴があるが治療を中断している者（保険者又は歯科・眼科・薬局等関係機関が抽出）
過去に一度でも糖尿病の治療歴がある者、又は過去３年程度の健診にて空腹時又は随時血糖値（食後 3.5 時間以上）126 mg/dl 以上若しくはHbA1c 6.5 %以上が確認されている者で、最近１年間に、健診を受診した記録やレセプトデータから糖尿病で受診した記録がない者及び、歯科、眼科、薬局等関係機関で治療中断や糖尿病の管理が不十分であることが判明した者

【フロー３】２型糖尿病で治療中の者（かかりつけ医等医療機関又は保険者が抽出）
２型糖尿病治療中の者に対して定期的に行う検査（少なくとも １回 /年）で、尿蛋白（±）以上、eGFR（判断基準は【フロー１】②参照）、尿アルブミン（微量アルブミン 30 mg/gCr 以上）等により、糖尿病性腎症第２期以上の腎機能低下が判明し、実生活に即した保健指導が必要であると医師が判断した者

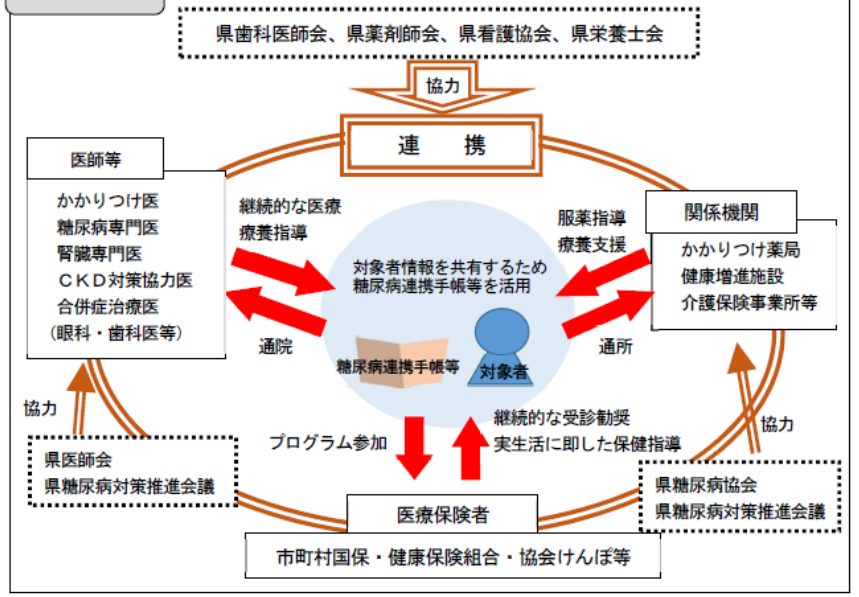
◆「７５歳以上の後期高齢者における留意事項」

包括的な対応を要するため、暫定的にHbA1c≧ 8.0 %かつ尿蛋白（+）以上の者

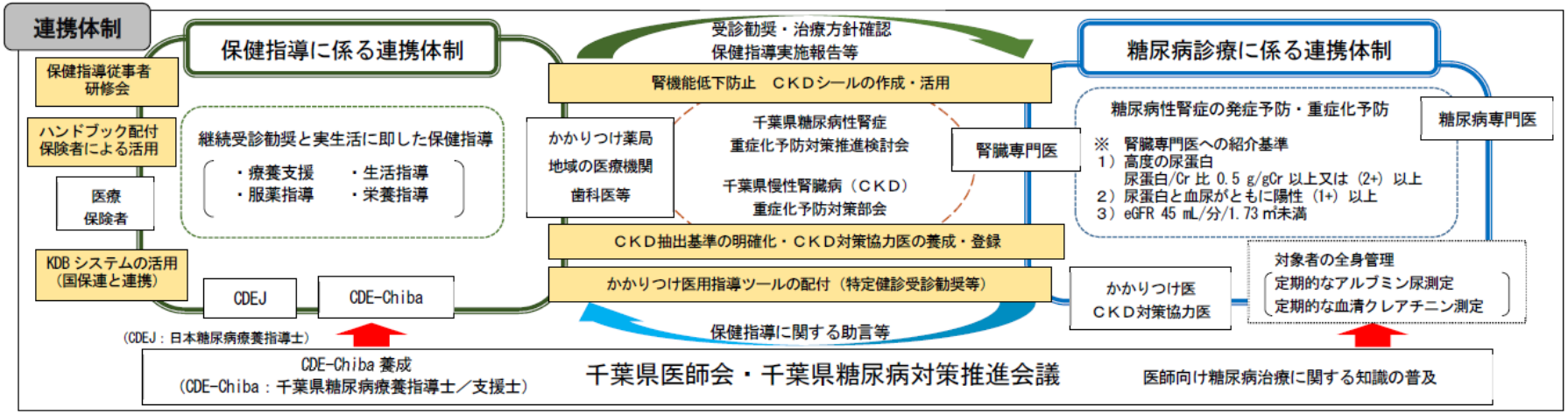
【ＣＫＤ重症化予防における対象者の抽出】

【フロー４】糖尿病でないが、腎機能の低下又は尿異常がみられる者

介入方法



連携体制



出典：千葉県ホームページ　https://www.pref.chiba.lg.jp/kenzu/kenkouken/dkdpuroguramu.html

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

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

○ 令和６年度において、ほぼ全ての市町村で一体的な実施を展開済み。

○ 令和６-８年度は、実施市町村における取組の質の向上と量の増加を目指す。

○ 令和９-11年度は、取組全体の拡大化と総合的な効果検証を目指す。

▼保健事業と介護予防の現状と課題

医療保険

退職等　　75歳

被用者保険
（健保組合、協会けんぽ）

国民健康保険
（市町村）

○特定健診、特定保健指導
○重症化予防（糖尿病対策等）等

後期高齢者医療
（広域連合）

○健康診査、重症化予防

事業の接続が必要

フレイル状態に着目した疾病予防の取組が必要

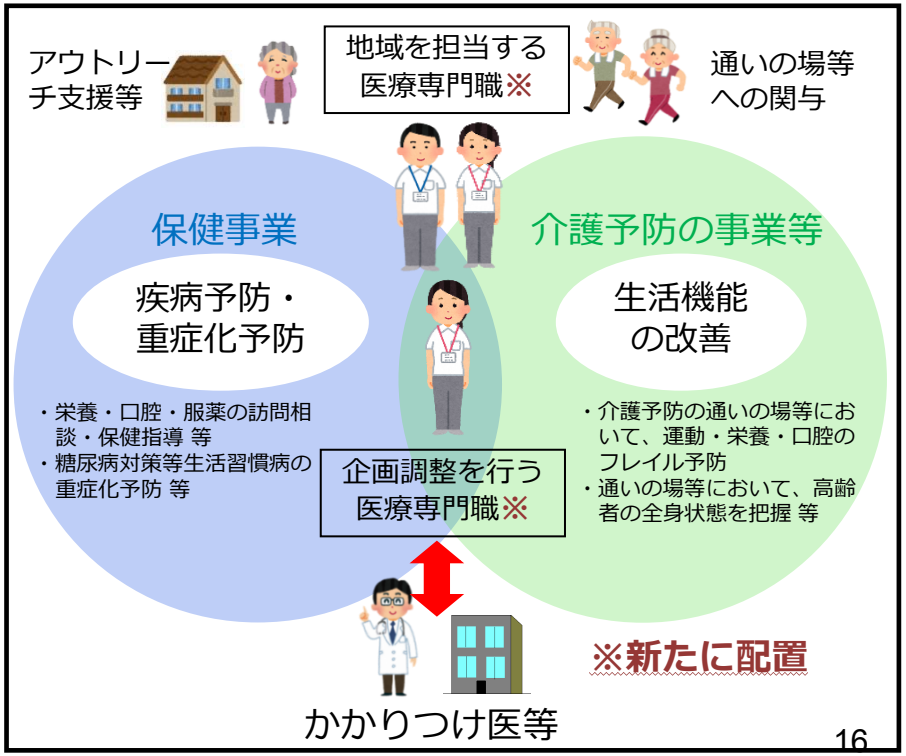
介護保険

65歳

介護保険の介護予防等
（市町村）

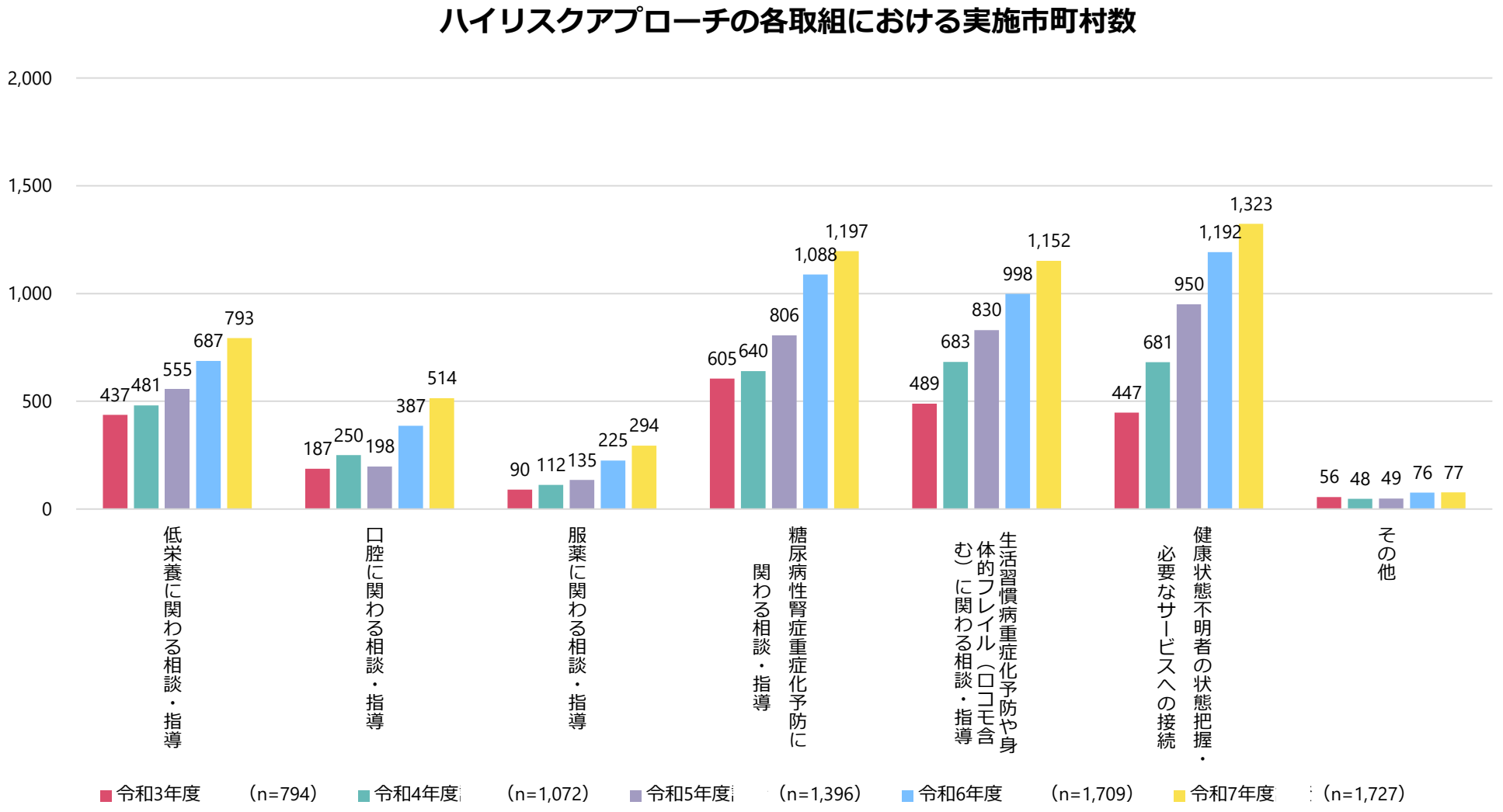
○一般介護予防事業
（住民主体の通いの場）等

▼一体的実施イメージ図



ハイリスクアプローチの各取組における実施市町村数（経年）

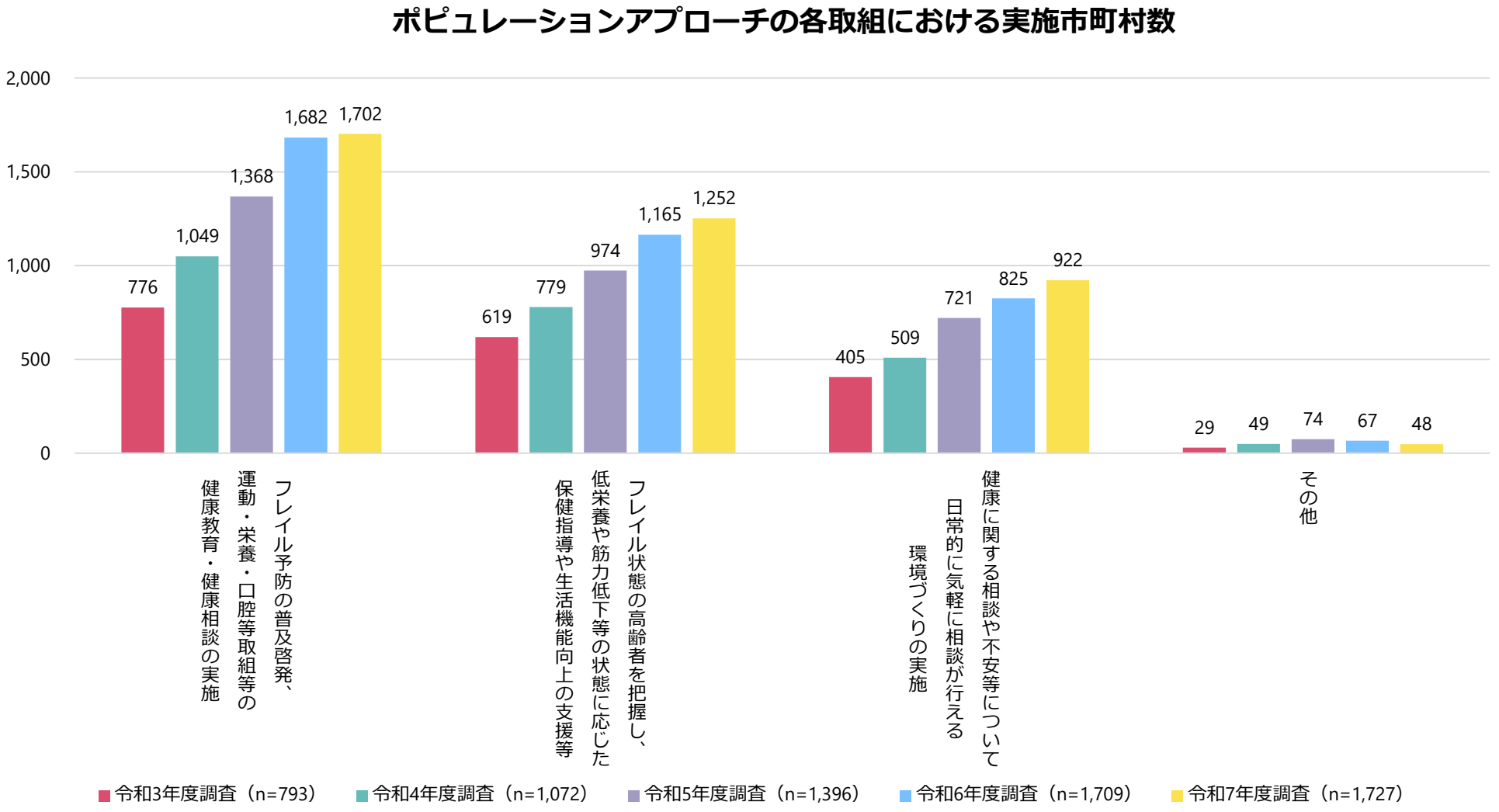
ハイリスクアプローチの取組では、全ての項目で取組市町村数が増加している。



一体的実施実施状況調査（市町村票）

ポピュレーションアプローチの各取組における実施市町村数（経年）

ポピュレーションアプローチの取組では、「その他」を除く全ての項目で取組市町村数が増加している。



一体的実施実施状況調査（市町村票）

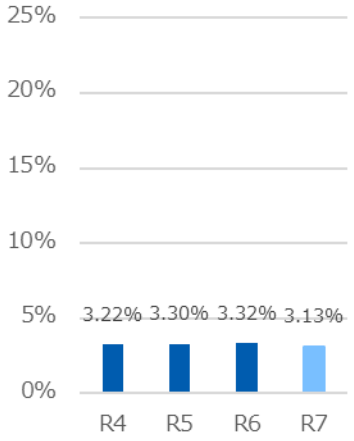
高齢者保健事業の実施計画（データヘルス計画）
共通評価指標のハイリスク者割合（経年）

令和８年９月10日
第21回　高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ
資料１
一部改

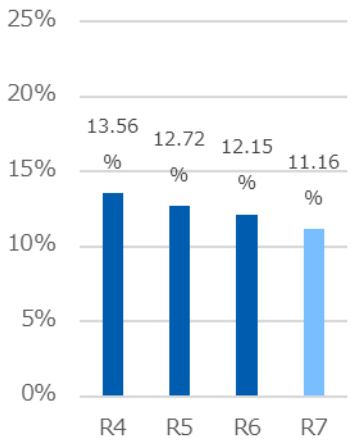
令和４～６年度：ハイリスク者数調査（R８年９月）
令和７年度：令和８年度実施計画書（暫定値）

一体的実施の取組を開始以降、複数の取組区分でハイリスク者割合は低下傾向にある。

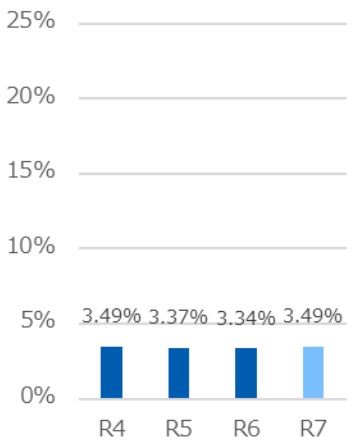
低栄養



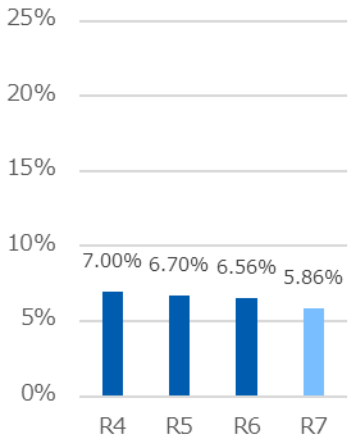
口腔



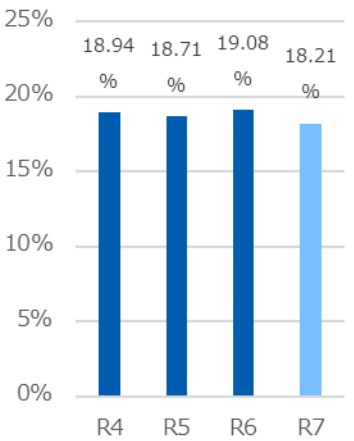
服薬（多剤）



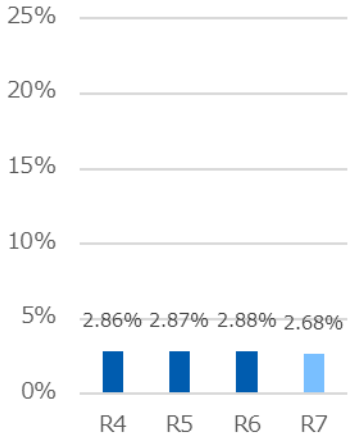
服薬（睡眠薬）



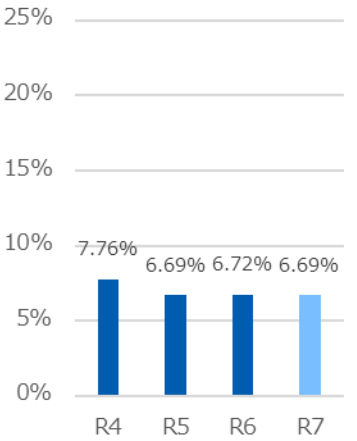
身体的フレイル（ロコモ含む）



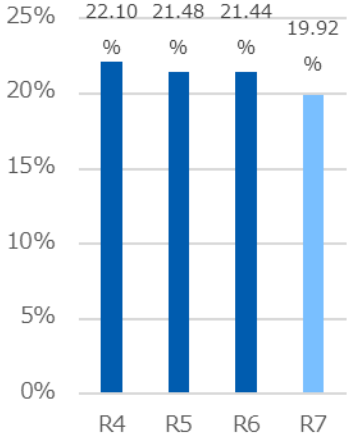
重症化予防（コントロール不良）



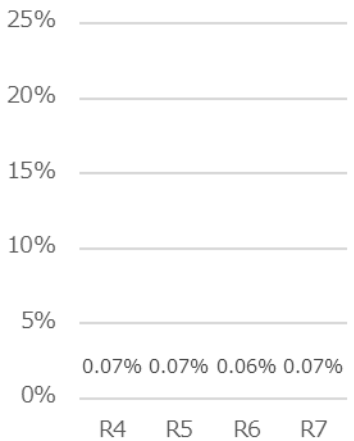
重症化予防（糖尿病等治療中断者）



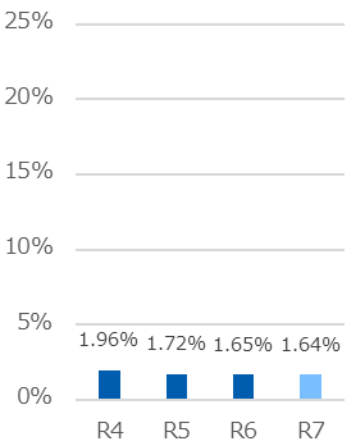
重症化予防（基礎疾患保有＋フレイル）



重症化予防（腎機能不良未受診者）



健康状態不明者



被保険者数	R4	R5	R6	R7	健診対象者数	R4	R5	R6	R7	健診受診者数	R4	R5	R6	R7
	18,505,125	19,210,190	19,854,288	20,170,123		17,466,187	18,100,977	18,787,630	19,145,223		4,774,783	5,083,628	5,504,578	5,443,180

個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブの経緯

○　平成28年４月施行の国保法等改正法で、健保法等において、加入者に予防・健康づくりのインセンティブを提供する取組について、保険者の努力義務として位置付け

○　平成28年５月「個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取組に係るガイドライン」を策定し、取組を広げるための効果的な事例を紹介

◎持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律（平成27年法律第31号）
○健康保険法の一部改正　※傍線部分を改正で追加（国保法、共済各法も同様に改正）

第百五十条　保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第二十条の規定による特定健康診査及び同法第二十四条の規定による特定保健指導（以下この項及び第百五十四条の二において「特定健康診査等」という。）を行うものとするほか、特定健康診査等以外の事業であって、健康教育、健康相談及び健康診査並びに**健康管理及び疾病の予防に係る被保険者及びその被扶養者**（以下この条において　「被保険者等」という。）**の自助努力についての支援**その他の被保険者等の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。

◎持続可能な医療保険制度を構築するための国民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
（平成27年5月26日　参議院厚生労働委員会）

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。
四　２　保健事業において保険者が実施する予防・健康づくりのインセンティブの強化に当たっては、**保険者に対し好事例の周知に積極的に取り組む**とともに、**必要な医療を受けるべき者が受診を抑制し、重症化することがないよう、インセンティブ付与の在り方について十分検討する**こと。

個人にインセンティブを提供する取組に係るガイドライン≪主なポイント≫

1　個人への分かりやすい情報提供
・ＩＣＴ等も活用しながら、分かりやすく健診結果を提供し、健康に対する問題意識を喚起することが重要（グラフの活用・検査値の意味の説明等）

2　個人へのインセンティブの評価･提供方法等
・本人の疾病リスクではなく、予防・健康づくりの積極的な取組を重視して評価することが必要 （健康教室への参加、体重や食事内容の継続的な記録等）
※必要な医療を受けるべき者が受診を抑制し、重症化を招くことがないよう、単に医療機関を受診していないことを評価することは慎む必要
・インセンティブの報酬の内容を個人の価値観に合わせて、魅力的なものとすることが必要 （健康グッズ、社会的な表彰、商品券等）
※金銭的な価値が高すぎる報酬の付与（現金給付等）は、報酬を得ることのみが目的化しやすく、慎重に考えることが必要

3　取組を広げるための推進方策
・口コミの誘発による参加者の増加や、民間企業を活用した事例の紹介
例）「市政だより」といった広報誌のみの広告から、商店街ののぼり旗やバスの車内広告等の媒体を活用し、口コミを誘発した事例
例）健康づくりを行うとポイントがたまり、協力店舗からお得なサービス（洗車半額・マッサージの割引き等）が受けられる事例

個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブ（今後の取組み）

○　健康長寿社会の構築に向け、国民一人ひとりが、「自らの健康は自らがつくる」という意識を持ち、それぞれの年齢や健康状態等に応じて、具体的な行動として第一歩を踏み出すことが重要。**平成28年４月施行の国保法等改正法で**、健保法等において、**加入者に予防・健康づくりのインセンティブを提供する取組について、保険者の努力義務として位置付け**。

○　平成28年５月、「個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取組に係るガイドライン」を策定し、さらに平成30年度からの保険者インセンティブの見直しに当たって、ヘルスケアポイントなどの個人へのインセンティブ等を保険者共通の評価指標に採用している。**保険者インセンティブにおける個人インセンティブ関連指標達成割合は**健保組合（2021年度38.9%→2023年度45.6%）・共済組合（2021年度41.7%→2023年度48.8%）、市町村国保（2018年度68.5%→2023年度86.8%）、広域連合（2021年度51.1%→2023年度61.7%）と**年々上昇しているが、保険者によって差がありさらに促進させる必要がある。**

○　個人へのインセンティブ提供に関する研究論文（国内）を試行的に検索したところ、インセンティブを活用した健康づくりに着目した研究は散見されるものの、個人への効果を定量的に示した研究は少ない。

- **「加西市で実施されたインセンティブ付与型健康づくり事業の効果の評価」（2024年）**

  ・兵庫県加西市で実施する健康づくり事業の参加者のBMIやコレステロール値等の健康評価指標を比較。
  ・肥満傾向のグループは歩数に応じて獲得できる報酬ポイント（買い物等で使用できるポイント）は低い一方、BMIやLDLコレステロール値が減少した者の割合が多かった。

今後の取組

◎　保険者における個人インセンティブの取組をより推進するため、保険者を通じて個人が主体的に健康づくりを進めるための様々な方策について、**国内外の個人インセンティブの事例・エビデンスを収集**し、個人インセンティブの設計の在り方や評価手法について保険者や事業者等の意見を聴きながら、**好事例の横展開や個人インセンティブのガイドラインの改正を進めていく。**

「個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取組に係るガイドライン」改正のポイント

令和８年３月

- 医療保険制度改革において、保険者が行う保健事業としてより一層のインセンティブの取組が推進され、**加入者に予防・健康づくりのインセンティブを提供する取組（個人インセンティブの取組）**が**保険者の努力義務**として位置づけられた。（H28年４月施行 国保法等改正法）
- 「**個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取組に係るガイドライン**」（H28年５月策定）について、有識者による議論をもとに、**さらなる実施の拡大とより効果的な取組の推進**に資するよう見直しを行った。

改正のポイント

① ヘルスリテラシーの形成・向上から、自発的かつ積極的な健康づくりの取組促進につなげる

✓ 取組の前提としてのヘルスリテラシーの形成と、プログラムの効果を高めるためのヘルスリテラシー向上の働きかけの重要性を強調

② 多様なインセンティブ・報奨を活用し、参加者の増加と取組効果の向上を図る（10保険者の取組を事例集として提示）

✓ 市町村における地域づくり、企業における人的資本への投資など、多様な視点から個人インセンティブの取組を推進

✓ 最新の取組例を踏まえて、**健康無関心層への働きかけ**、特定健診・特定保健指導と結びつけた取組、**地域貢献に資する報奨**設定など、様々な推進方策を例示

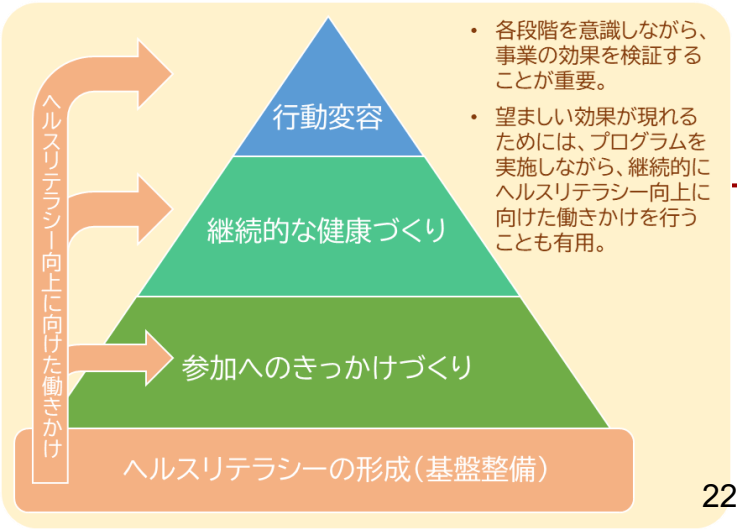
③ 新たな事業の計画や、PDCAサイクルにもとづく事業評価を通じたさらなる質の向上・事業の改善を支援する

✓ 予め事業評価の方法を定めて事業設計を行うことの重要性を強調し、**事業評価のための指標例**を提示

✓ 各保険者における事業の改善に活かせるよう、「**事業計画・事業評価のための標準的なテンプレート**」を提示

その他、さらなる実施の拡大と、より効果的な実践の推進に資するよう、アプリ等をはじめとしたICT活用、事業を委託する場合の留意点、活用可能性のある補助金等の例示も記載。

事業評価に当たっては、各段階（右図）を意識して対象者への効果を検証し、対象者の行動変容や、事業目的に見合う社会的・経済的インパクトが得られているか等の視点を持って多角的に評価していくことが重要。



Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

医療の効率的な提供に関する

目標・取組の進捗状況

ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

第４期医療費適正化計画の目標・取組

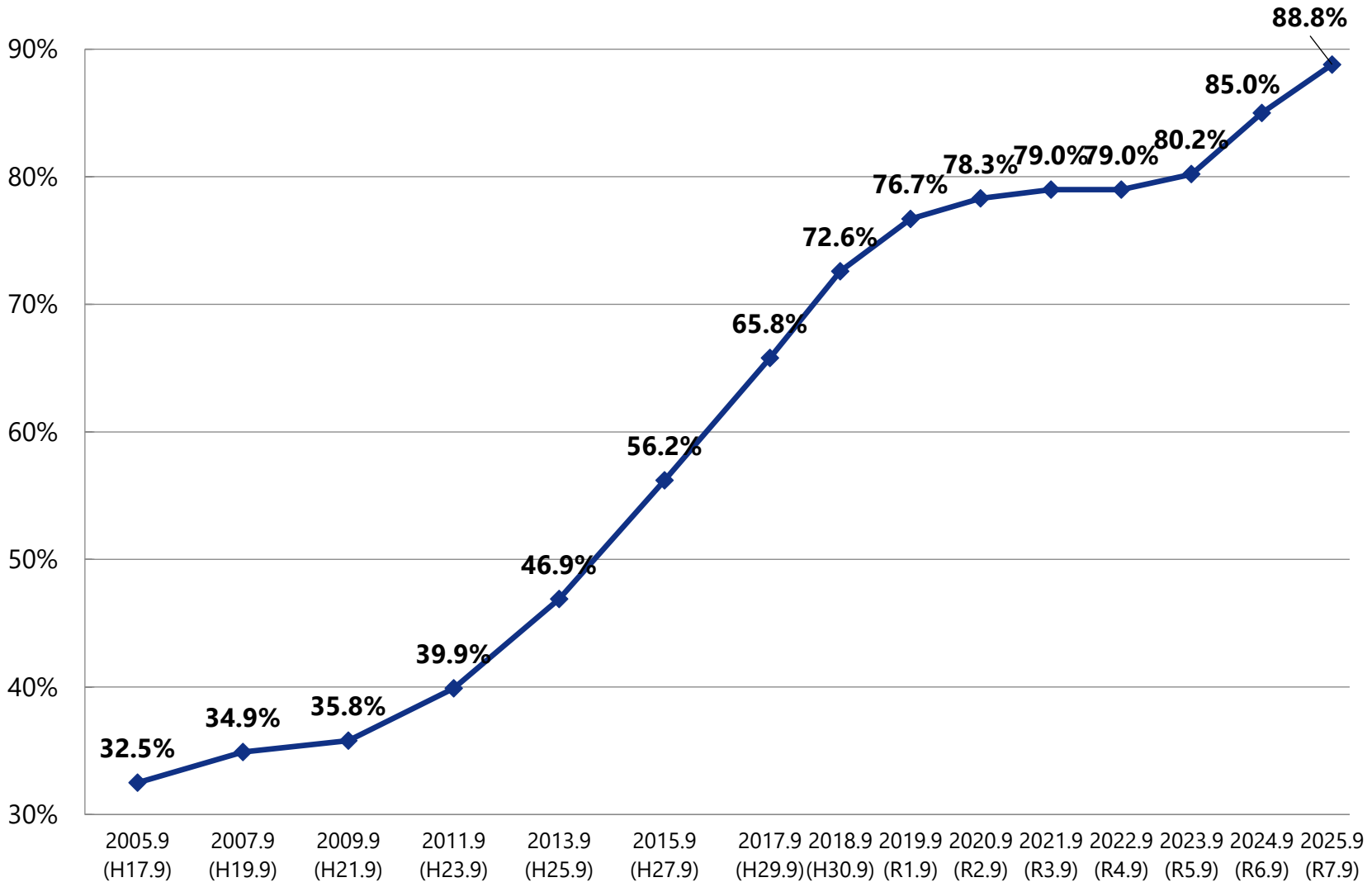
● **住民の健康の保持の推進に関する目標・取組**

目標に関する事項	取り組むべき施策
特定健診・特定保健指導等 （特定健診実施率70%、特定保健指導実施率45% メタボ該当者・予備群の減少率25%（2008年度比））	保険者に対する疾病状況等の情報提供、各種健診との同時実施、特定健診等に携わる人材の育成 等
たばこ対策	保険者や医療機関、薬局等と連携した禁煙の普及啓発、相談体制整備 等
予防接種	市町村や保険者等の普及啓発支援、感染症の発生動向の調査・情報公開 等
生活習慣病の重症化予防	市町村や保険者等、医療関係者等と連携した都道府県内の事業の横展開 等
高齢者の心身機能の低下に起因した疾病・介護予防	広域連合と市町村による一体的実施の支援、好事例の横展開 等
その他予防健康づくり	個人が自主的に健康づくりに取り組んだ場合等にポイントを提供する取組 等

● **医療の効率的な提供の推進に関する目標・取組**

目標に関する事項	取り組むべき施策
後発医薬品等の使用促進 （後発医薬品の数量シェア80%・金額シェア65% バイオ後続品に80%置き換わった成分数を全体の60%以上）	後発医薬品使用促進協議会を活用した医療関係者への情報提供等の普及啓発、地域フォーミュラリの取組推進 等
医薬品の適正使用の推進	重複投薬・多剤投与の是正 等
医療資源の効果的・効率的な活用	効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療の適正化 （急性気道感染症等の患者に対する抗菌薬処方、神経障害性疼痛を除く腰痛症に対するプレガバリン処方等）、 医療資源の投入量に地域差のある医療の適正化 （白内障手術や化学療法の入院での実施割合の適正化） 等
医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進	在宅医療・介護連携推進事業の支援、高齢者の大腿骨骨折等の骨折対策 等

薬価調査における後発医薬品の使用割合（数量ベース）



※出典：医薬品価格調査

地域フォーミュラリの作成状況（令和８年３月末時点）

- 全都道府県に対して、地域フォーミュラリの参加主体や医薬品の種類等の実態調査を令和７年５月に行い、同年９月に厚労省ＨＰにて公表した。
- その後の策定主体等への詳細調査の結果等も加えると全国での策定件数は26件（策定中のものも含む。）、一都道府県内の複数地域で策定されている例もあり、１件以上策定している都道府県数は15道府県であった（※）。具体的な調査結果は以下の通り。

（※）具体的には、北海道（３）、宮城県（２）、山形県（１）、茨城県（２）、埼玉県（１）、神奈川県（２）、石川県（１）、長野県（１）、愛知県（３）、大阪府（３）、和歌山県（１）、岡山県（１）、広島県（３）、香川県（１）、沖縄県（１）。（括弧内は策定件数内訳）

（※）上記数字は都道府県が把握しているものに限られており、例えば市町村のみが把握しているものなどは含まれないことから、過小な結果となっている可能性がある。

策定主体

策定主体としては薬剤師会、地域連携推進法人等が多かった。

医師会	１件
薬剤師会	12件
三師会全体	３件
地域連携推進法人等	４件
中核病院等	３件

フォーミュラリ作成時・運用時の課題

作成時・運用時の課題として、薬剤使用量データの収集や医療関係者との合意形成、費用面での課題が挙げられた。

（主なもの）

- **対象薬の選定における課題：**地域の薬剤の使用量データの収集が困難
- **関係者間での合意形成に係る課題：**医師会、医療機関、卸業者との連携、合意形成が負担
- **人材面での課題：**人材、時間の不足
- **周知に関する課題：**医師のフォーミュラリへの理解が浸透していない
- **維持に関する課題：**更新作業が負担、人件費・会議費等が不足

対象となる医薬品の種類

リストの提供があった17件の中では、HMG-CoA還元酵素阻害薬（スタチン）（13件）が最も多く、アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬（ARB）（12件）、経口酸分泌抑制剤（PPI・P-CAB）（12件）が続いた。

地域フォーミュラリの取組の記載の追加①
（第４期医療費適正化計画への追加（都道府県の取組））

- 「地域フォーミュラリ」（「医薬品のリスト・使用指針」）の導入について、令和７年５月の調査では限定的となっている状況を踏まえ、その普及に向けて、後発医薬品の更なる使用促進や患者の自己負担抑制等の観点から、**都道府県・国の必要な取組**を具体的に**第４期医療費適正化基本方針に追記する**。
- また**令和８年度中に各都道府県において策定に向けて検討する場が設けられ、都道府県内の地域フォーミュラリの取組が進むよう**に、都道府県の必要な取組だけでなく、保険者努力支援制度において保険者による地域フォーミュラリへの参画を促すインセンティブ設定、国による全国の地域フォーミュラリを分析し参考となる薬効群の成分リストの作成・公表をはじめとした必要な取組を推進する。

適正化計画基本方針への追記事項　**※ 赤字が主な追記事項**

第１　都道府県医療費適正化計画の作成に当たって指針となるべき基本的な事項
　二　計画の内容に関する基本的事項
　　3　目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項
　　⑵ 医療の効率的な提供の推進
　　②　後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進
　　（略）医薬品の適正使用の効果も期待されるという指摘もあるフォーミュラリについて、各都道府県において策定に向けて検討する場が設けられるよう、医療関係者との合意形成促進、会議運営、都道府県域内の医療関係者に対する「フォーミュラリの運用について」（令和５年７月）の周知、好事例の展開や都道府県域内の地域フォーミュラリの周知による理解促進、生活習慣病薬等の後発医薬品の成分別使用割合データ等の活用等の必要な取組を進めることが考えられる。また、「安定供給の確保を基本として、後発医薬品を適切に使用していくためのロードマップ」（令和６年９月。以下「ロードマップ」という。）を踏まえた取組を進めることも考えられる。

国による地域フォーミュラリの支援一覧（令和８年度）

地域フォーミュラリの推進のため、国において以下の取組支援を実施します。

説明会・研修会、個別相談

地域フォーミュラリの正確な理解の促進と、会議の立ち上げ等を支援するため、医療関係者や行政職員等を対象として、地域フォーミュラリの説明会・研修会及び個別相談を実施予定。

● 厚労省・有識者による説明会・研修会（オンライン）

時期 ： 令和８年10月21日（水）・11月18日（水）
対象 ： 医療関係者や行政職員等、地域フォーミュラリに関心のある方
視聴件数： 10月21日（水）医療関係者向け904件、自治体向け118件

● 厚労省による個別相談（オンライン）

時期 ： 令和８年度中随時（希望者と個別に調整）
対象 ： 「地域フォーミュラリ策定に向けて検討する場」にお悩みの行政職員

実績： 秋田県、宮城県、福島県、栃木県、東京都、福井県、滋賀県、奈良県、佐賀県

● 厚労省による都道府県、都道府県医師会・薬剤師会説明会（オンライン）

時期 ： （都道府県）令和８年３月・４月（都道府県医師会）令和８年６月・７月（都道府県薬剤師会）令和８年６月

財政支援

● 後発医薬品使用促進対策事業

地域フォーミュラリを対象とした周知等の取組を含む都道府県における後発医薬品の使用促進のため取組を推進する事業等に対し、実施にあたり必要な諸謝金、職員旅費、委員等旅費、庁費、委託費等を支援。

● 都道府県国保ヘルスアップ支援事業

後発医薬品やバイオ後続品の使用状況についての分析や地域フォーミュラリの策定に向けた分析を行い、得られた結果を活用するための体制構築について、都道府県の国民健康保険特別会計事業勘定（款）保健事業費において支出された経費を助成。

データ提供

都道府県に対し、**地域フォーミュラリの策定要否や候補地域・対象医薬品の検討に活用いただけるようなデータを提供。**
（2024年度NDBデータより以下のデータを令和８年４月に提供）

・薬効分類別 後発医薬品処方実績 （都道府県/二次医療圏単位）
・薬効群別 薬剤の処方実績（都道府県/二次医療圏単位）
・先行地域におけるフォーミュラリ対象薬効群・推奨薬の設定例
・都道府県分析例

普及啓発支援

● 地域の関係者等に対する説明会・セミナー等への厚労省職員の派遣

時期 ： 令和８年度中随時（希望者と個別に調整）

対象 ： 都道府県

● 周知材料の共有

ガイドライン（「フォーミュラリの運用について」（令和５年７月通知））や取組事例等の周知材料を厚労省HP等で随時共有。

● 派遣した都道府県

東京都、福島県
（予定）秋田県、栃木県、奈良県、宮城県、滋賀県

様式１別紙８
【都道府県国保ヘルスアップ支援事業（F）モデル事業（任意）】

出典：厚生労働省　令和５年度国保ヘルスアップ（支援）事業先進的モデル事業

福井県　―重複・多剤服薬多職種連携体制検討事業―

令和5年1月時点人口	757,903人	うち65歳以上高齢者人口	232,157人（ 30.6 %）	国保被保険者数	130,117人

■ 事業目的

〇R3～４年度にモデル地区（敦賀市）において作成した「薬剤適正使用多職種連携プログラム」の実践および県内への展開を図り、医師・薬剤師・保険者間における連携体制を強化し、薬剤適正使用の促進による患者の健康の保持増進や医療費適正化を目指す。

■ R5取組強化内容

薬剤適正使用に関する患者教育・住民への普及啓発の充実・強化を図る。

※ポスターおよびリーフレットの作成および配布

※配布先：県内医療機関・薬局・保険者

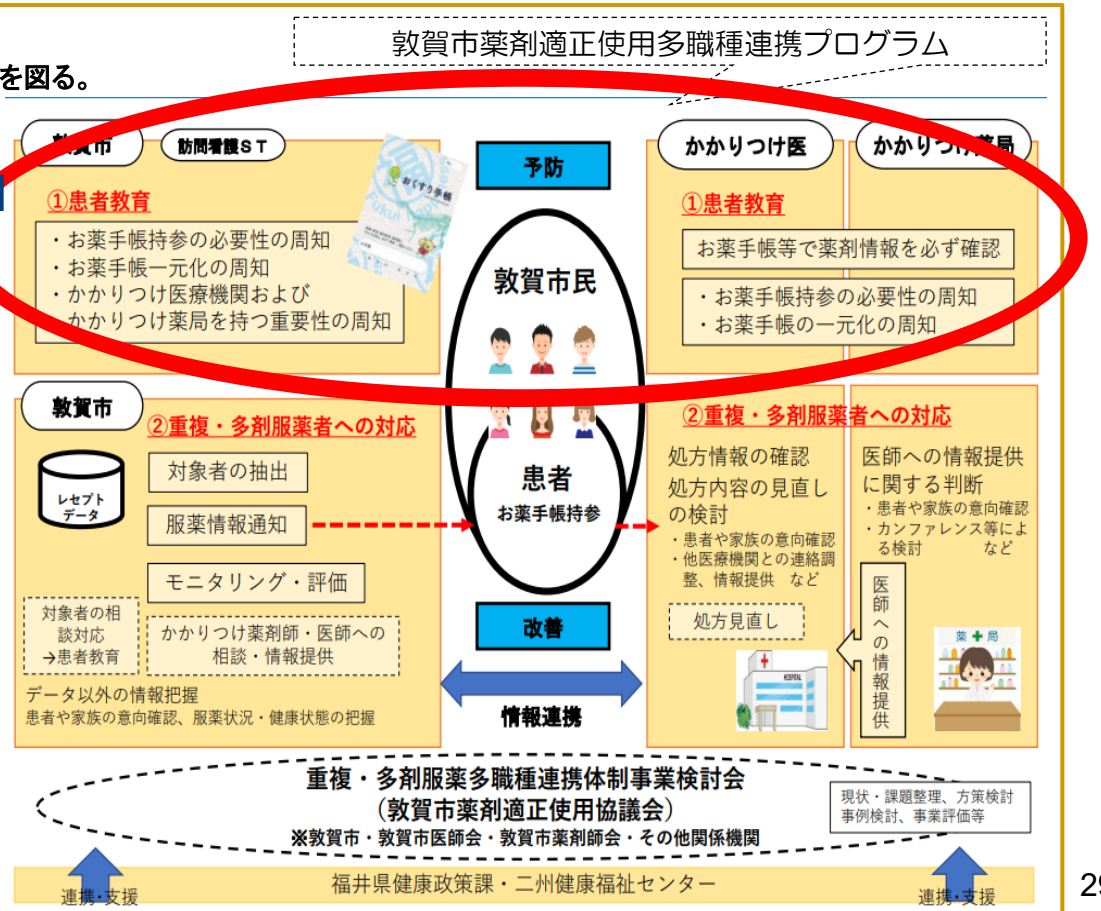




参考チラシ等

【プログラム内容（モデル地区実践継続）】

・お薬手帳1本化および1束化の周知（お薬手帳カバーの活用・普及）
・医療機関や薬局におけるお薬手帳確認の徹底
・かかりつけ医等における処方見直しへの取組み※重複は先行処方優先
・保険者からの通知を起点とした対象者への介入（KDBシステム活用）
　※重複多剤服薬の割合が多い9つの薬効分類による抽出
　※重複多剤服薬の可能性のある対象者への介入
　※医療機関および薬局における相談対応および情報連携
・保険者における直接的介入や評価



人口	482,796人 （令和５年１月時点）	国保被保険者数	77,575人（総人口の16%） （令和５年９月時点）

■　資料２：事業リーフレット

⚠ かかりつけの医師・薬剤師に「このお知らせ」と「お薬手帳」を持ってご相談ください。

このお知らせを手にしたあなたへ



このお知らせは、服用しているお薬の数や種類の多い方、または、飲み合わせや長期服用により注意が必要なお薬がある方にお送りしています。かかりつけ医師・薬剤師に確認してもらいましょう。なお、自己判断での服薬中止は絶対にしないでください。

お薬の多い方や長期服用に注意を要する方へ

処方されたお薬の飲み合わせによる相互作用や、長期に服用することで好ましくない症状や意図していない徴候（有害事象）が現れることがあります。その有害事象に対してさらにお薬を増やす前に、現在処方されているお薬を総合的に見直し、飲み合わせも確認してもらいましょう。



あなたのお薬一覧は裏面にあります

かかりつけ医師・薬剤師の方へ　以下の情報は、お薬手帳には記載のない患者様の医療情報が含まれます。治療、処方の参考としていただければ幸いです。

※医療機関と薬局をまとめたグループです。お薬などから問い合わせ先を調べる際にご活用ください。

受診した医療機関と処方を受けた薬局

2020年10月1日～10月30日、8件中5件を表示しています

医薬グループ	医療機関名	薬局名
A		
B		
C		
D		
E		

健康診断結果

2020年6月に受けた健康診断結果より抜粋しています

BMI	32.1	最高血圧	160 mmHg	最低血圧	90 mmHg		
血清クレアチニン	4.6 mg/dl	eGFR	19 ml/分/1.73m²	尿蛋白	(—)		
総コレステロール	130 mg/dl	HDL	35 mg/dl	LDL	160 mg/dl	中性脂肪(TG)	180 mg/dl
HbA1c	6.8 %	空腹時血糖	102 mg/dl	γGTP	15 U/L	ALT(GPT)	19 U/L

①傷病名および検査値に注意が必要な薬品名

4件中、4件分を表示しています

医薬グループ	傷病名/検査値	医薬グループ	薬品名
B	←左記医療機関の付与した傷病名	A	[先発]ジプレキサ錠10mg
検査値	eGFR≦30	A	[後発]メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「DSEP」
検査値	血清クレアチニン値≧3.0mg/dl	E	[先発]ミカムロ配合錠AP
B	←左記医療機関の付与した傷病名	D	[先発]アクトス錠15

医薬品の添付文書に従い記載しています。

②併用時に注意が必要な薬品名

2件中、2件分を表示しています

医薬グループ	薬品名	医薬グループ	薬品名
A	[先発]リズミック錠10mg	C	[先発]サインバルタカプセル30mg
B	[先発]タンボコール錠50mg	D	[先発]ベタニス錠50mg

③同一成分

4件中、2件分を表示しています

医薬グループ	薬品名	成分名
B	[後発]センノシド錠12mg「YD」	センノシドA・Bのカルシウム塩
D	[単先発]プルゼニド錠12mg	
B	[先発]マイスリー錠10mg	ゾルピデム酒石酸塩
C	[後発]ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「AA」	

④同種同効

6件中、2件分を表示しています

医薬グループ	薬品名	薬効名
B	[後発]アゾセミド錠30mg「JG」	利尿薬
D	[後発]スピロノラクトン錠25mg「KK」	
B	[先発]ルパフィン錠10mg	全身性抗ヒスタミン薬
C	[先発]ジルテック錠10	

⑤長期継続処方（6か月で120日以上服用）

3件中、1件分を表示しています

医薬グループ	薬品名	薬効名
A	[先発]ロキソニン錠60mg	解熱鎮痛薬

この通知はレセプトデータを元に作成されたものです。
データ分析の仕様上、レセプト上の記載と紙面上の表記がことなる場合があります。
お薬の件数が多い場合には、掲載しきれないことがございます。

＊令和６年度「国民健康保険における保健事業のあり方に関する調査研究等事業」

電子処方箋の利活用に向けた進捗状況

令和８年９月時点で、電子処方箋の導入率は43.2%（病院22.0%、医科診療所32.2%、歯科診療所12.1%、薬局91.8%）。電子処方箋管理サービスへの調剤結果登録は増加傾向。

電子処方箋 | 電子処方箋の利活用に向けた進捗状況

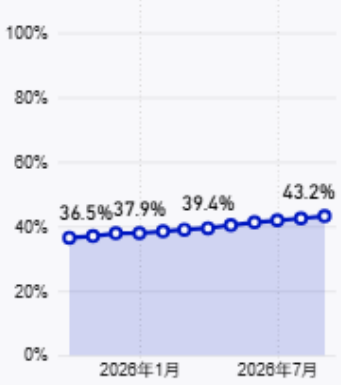
1 電子処方箋の導入拡大

電子処方箋の導入率

43.2%

電子処方箋の導入施設数	91,620
オンライン資格確認等システムの導入施設数	212,116

電子処方箋の導入率（月次推移）



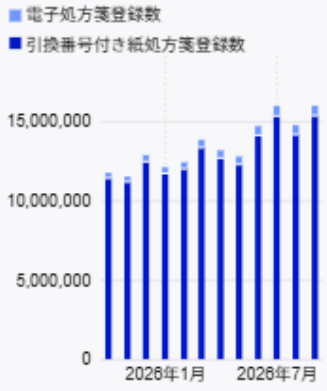
2 電子処方箋の活用・定着

処方情報の登録数

15,987,162

電子処方箋登録数	692,818
引換番号付き紙処方箋登録数	15,294,344

処方情報の登録数（月次推移）

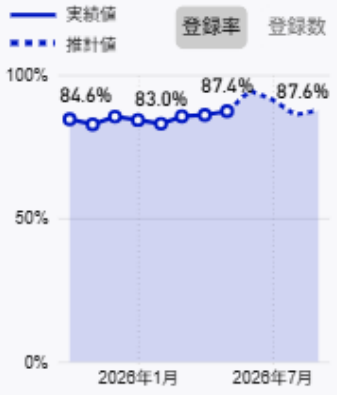


調剤結果の登録率

87.4%

調剤結果登録数	61,176,863
薬局で調剤した処方箋枚数	70,000,657

調剤結果の登録率（月次推移）



3 重複投薬等チェックの実行

重複投薬等チェックの実行件数

77,028,417

重複投薬アラート件数

12,044,562

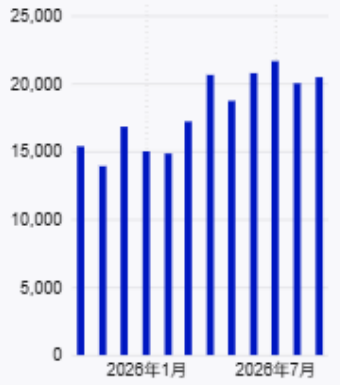
重複投薬アラート件数（月次推移）



併用禁忌アラート件数

20,465

併用禁忌アラート件数（月次推移）



2026年9月時点の数字

薬局における電子処方箋システムを活用した調剤までのプロセス

○　薬局において処方箋受付から患者への薬剤の調剤までに、電子処方箋システムによる重複投薬等チェックを実施。重複投薬等アラートの検知等を受け、疑義照会等によって薬剤の調整が行われている。

重複投薬等チェック

- 処方箋受付後、「調剤予定の薬剤」と「電子処方箋管理サービス上に登録されている直近の処方・調剤情報」と突合し、重複投薬等がないかをチェック。

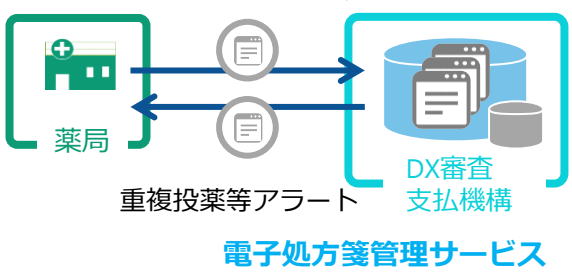
重複投薬等アラートの検知

- マイナ保険証での受付かつ薬剤情報の閲覧同意がある場合は、アラート対象の薬剤名や医療機関・薬局名も確認可能（口頭等での同意取得によっても、当該確認は可能）。
- 上記以外の場合も、どの調剤予定の薬剤で重複投薬等チェックのアラートが発生しているかの確認は可能。

薬剤の調整～調剤

- 疑義照会等を行い、必要に応じて調整の上、調剤。
- 調剤後、調剤結果を電子処方箋管理サービスに登録。

重複投薬等チェックの仕組み



電子処方箋又は引換番号が印字された紙処方箋の受付時に自動で実行される重複投薬等チェックと、調剤内容の確定までに必要に応じて任意のタイミングで複数回実施が可能な重複投薬等チェックがある。

重複投薬等アラート発生時のシステム上の画面イメージ

薬剤情報の閲覧同意あり

#	薬剤名	医療機関名	薬局名	対象薬剤名称	剤形	用法	調剤日	調剤数量	チェック分類	チェックメッセージ
1	アスピリン「ホエイ」	AAクリニック	AB薬局	アスピリン「キキン」	内服	１日３回 朝昼夕食後	2024/10/30	５日分	重複投薬	同一投与経路で成分が重複しています。
2	アスピリン「ホエイ」	BAクリニック	BB薬局	アスピリン「コウロウ」	内服	１日３回 朝昼夕食後	2024/10/25	10日分	重複投薬	同一投与経路で成分が重複しています。
3	ハルシオン	CA医院	CB調剤	イトラコナゾール錠50mg	内服	１日１回 食直後	2024/10/28	14日分	併用禁忌	併用禁忌の可能性がある薬剤があります。添付文書等を確認してください。

今回の処方　／　今回の処方に対しアラートが発生している処方

薬剤情報の閲覧同意なし等の場合

#	薬剤名	医療機関名	薬局名	対象薬剤名称	剤形	用法	調剤日	調剤数量	チェック分類	チェックメッセージ
1	アスピリン「ホエイ」								重複投薬	同一投与経路で成分が重複しています。
2	アスピリン「ホエイ」								重複投薬	同一投与経路で成分が重複しています。
3	ハルシオン								併用禁忌	併用禁忌の可能性がある薬剤があります。添付文書等を確認してください。

対応例

- ✓ 重複投薬等アラートの発生等をもって、疑義照会を行い、該当薬剤の削除や投薬日数を調整。
- ✓ 薬剤情報の閲覧同意がない場合も、口頭等で同意を促したり、患者への聞き取り等により、患者の服用状況を把握し、疑義照会を実施し、該当薬の削除や投薬日数を調整。
- ✓ 重複投薬等アラートの検知を踏まえた対応以外に患者の直近の薬剤情報を踏まえた原疾患等に係る禁忌、併用注意、同効薬の調整等も実施。

「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」の追加③
（第４期医療費適正化計画への追加）

- **腰痛症（神経障害性疼痛を除く）に対するプレガバリン処方**は、国内のガイドラインやプレガバリン添付文書との整合性を考慮すると、抗菌薬と同様に**「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」に該当する医療として第４期医療費適正化基本方針に追記する**（下記が推計イメージ）。来年度以降も引き続き、「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」等は研究班と連携しながら検討を進めていく。

＜推計式のイメージ＞　※都道府県ごとに推計

急性気道感染症・急性下痢症に対する抗菌薬処方、白内障手術や化学療法の外来での実施の推計式に下記のとおり、腰痛に対するプレガバリン処方を追加。

（ 当該県の令和元年度の腰痛に対するプレガバリン処方の薬剤費 ÷ 2 ）÷ 当該県の令和元年度の入院外医療費 × 当該県の令和11年度の入院外医療費（推計）

適正化計画基本方針への追記事項　**※ 赤字が主な追記事項**

第1　都道府県医療費適正化計画の作成に当たって指針となるべき基本的な事項
一　（略）
二　計画の内容に関する基本的事項
1　（略）
2　医療の効率的な提供の推進に関する目標に関する事項
（１）～（２）（略）
（３）急性気道感染症及び急性下痢症の患者に対する抗菌薬の処方、神経障害性疼痛を除く腰痛症の患者に対するプレガバリンの処方といった効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療や白内障手術及び化学療法の外来での実施状況などの医療資源の投入量に地域差がある医療については、個別の診療行為としては医師の判断に基づき必要な場合があることに留意しつつ、地域ごとに関係者が地域の実情を把握するとともに、医療資源の効果的かつ効率的な活用に向けて必要な取組について検討し、実施していくことが重要である。（略）
（４）　（略）

「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」の対応方針

- **厚生労働省において**研究班等で引き続き「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」を探索し、**国内の診療ガイドライン、診療報酬上の算定要件を確認**し、医療費適正化計画や診療報酬上の評価を検討していく。
- 先行研究の収集だけでなく、**令和８年度診療報酬改定の次の改定に向けた対応**として、**医療技術評価分科会※１において、医療技術の評価の一環として、学会等から提案を**広く募集する。

・**厚労科研「レセプト情報・特定健診等情報を用いた医療保健事業・施策等のエビデンス構築等に資する研究」等**において、「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」を探索的に先行研究の調査やNDBを活用した実態分析

医療技術評価分科会で学会等から提案を募集

医療技術評価分科会における検討

・**国内の関連学会に取り扱いを照会**
・**診療報酬上の留意事項通知や疑義解釈との整合を確認**

整合性等があることを確認

整合性等の確認を要する

医療費適正化計画への記載

・**関係学会調整後、中央社会保険医療協議会（中医協）で診療報酬上の取扱について個別に議論**
・**中医協での審議結果に応じた診療報酬上の対応**

※１　中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織医療技術評価分科会

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

次期の医療費適正化計画に向けた課題・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

次期（第５期）の医療費適正化計画に向けた課題について

- 第４期医療費適正化計画では、保険者協議会の必置化や医療関係者の参画促進、都道府県による進捗確認・要因分析の充実など、医療費適正化のPDCAサイクルの強化をしたところ。
- 一方、第４期医療費適正化計画の運用を通じて、**PDCAサイクルの各段階において、以下のような課題**がみられる。

医療費適正化計画の策定（Plan）

＜現状＞
・医療費適正化計画において、多様な目標・取組が追加されている。
・他方、「数値目標」が設定されているのは、**特定健診・特定保健指導や後発医薬品使用促進となっている。**
・また、こうした取組は、各保険者による被保険者の状況を踏まえた対策と、継続的な進捗管理が重要となるが、数値目標は、都道府県単位で設定しており、**保険者ごとの「数値目標」を設定していない。**

例えば、多剤投与・重複投薬の適正化について、独自に数値目標を設定している都道府県もある。

計画に基づく取組実施（Do）

＜現状＞
・各保険者の「保健事業実施計画（データヘルス計画）」の中で、特定健診・特定保健指導は明確に位置づけられている。
・他方、「医療の効率的な提供」に関する取組の位置づけや、目標設定の状況、**具体的な取組状況は保険者によって様々である。**

例えば、重複投薬・多剤投与に関する取組を実施している健保組合は約５割、市町村国保は重複投薬で約９割・多剤投与で約７割、後期高齢者医療広域連合は約８割となっている。

※各制度において把握方法や評価指標が異なるため、単純比較はできない。いずれも厚生労働省保険局調べ（健保：令和７年度後期高齢者支援金の加算・減算制度における総合評価指標の実績報告、国保：令和８年度の保険者努力支援制度の集計結果、後期：保険者インセンティブの集計結果）

計画の進捗確認と対策（Check＆Action）

＜現状＞
・医療費が医療費見込みを著しく上回る場合や計画の目標を達成できないと認める場合、高確法第11条第４項に基づき、要因分析や、保険者・医療関係者等と連携した「必要な対策」を確実に実施していく必要がある。
・他方、**取組状況は都道府県によって様々である。**

2024年度から2026年度の間に「高確法第11条第４項に基づく必要な対策」を講じた都道府県は９都道府県。対策を講じていない都道府県の中には、既存施策で対応する等を理由として「必要な対策」が検討されていない場合もある。

※厚生労働省保険局調べ

第５期医療費適正化計画に向けた検討に当たっては、①計画に定める目標・取組について、**より成果創出につながる内容**とするとともに、②**「PDCAサイクル」の更なる強化**を図る必要。

次期（第５期）の医療費適正化計画に向けた論点について

- 第５期医療費適正化計画に向けては、PDCAサイクルの各段階、すなわち、①Plan（医療費適正化計画の策定）、②Do（医療費適正化計画に基づく取組の推進体制）、③Check＆Action（医療費適正化計画の確実な進捗確認と必要な対策の実施）について、**都道府県と保険者・医療関係者等が一丸となって医療費適正化に取り組むための方策を検討する**こととしてはどうか。

①　Plan（医療費適正化計画の策定）

- 医療費適正化計画に定める目標・取組については、2028年度（令和10年度）末の「医療費適正化基本方針」の策定に向け、第４期医療費適正化計画に基づく取組の進捗状況を評価するとともに、保険者によるデータヘルス計画に基づく効果的・効率的な保健事業の実践に係る施策動向等を継続的に把握し、**より成果創出につながる項目を積極的に取り入れる方向で検討**してはどうか。【次頁参照】
- 計画の進捗確認の実効性を確保する観点から、都道府県単位の「数値目標」に加えて保険者（制度）別の「数値目標」の設定、**新たな「数値目標」の設定等、さらなる「見える化」を図る方向で検討**してはどうか。
- 医療費適正化の意義・方向性を保険者・医療関係者等と共有できるよう、第４期医療費適正化計画に**引き続き**、医療費見込みの精緻化を図る方向で、入院・外来医療費の推計方法や、それぞれに係る**医療費適正化効果額の推計方法について検討**してはどうか。

②　Do（医療費適正化計画に基づく取組の推進体制）

- 各保険者による保健事業について、加入者の健康の保持増進に加え、**医療費適正化にも資するよう取組を実施する旨の考え方を明確にしてはどうか。**併せて、例えば、各保険者の「保健事業実施計画（データヘルス計画）」の内容・目標等について、医療費適正化計画と整合性が確保されたものとするなど、具体的な取組方針を明確にしてはどうか。
- 引き続き、医療費適正化計画と保険者インセンティブ制度の評価指標との連動を図り、より成果創出につながる取組を積極的に後押しすることとしてはどうか。

③　Check＆Action（医療費適正化計画の確実な進捗確認と必要な対策の実施）

- 各都道府県において、**毎年度、医療費適正化計画の進捗状況等の評価・公表を行うことを、必須の取組**としてはどうか。
- 各都道府県において、医療費が医療費見込みを著しく上回る場合や計画の目標を達成できないと認める場合に、**要因分析を行うとともに、目標等の達成に向けて保険者・医療関係者の意見を聞いた上で必要な追加の対策を実施することを、必須の取組**としてはどうか。
- 併せて、都道府県が必要な対策を実施するに当たり、保険者・医療関係者に協力要請を行う場合、保険者・医療関係者の協力が得られるよう、**保険者・医療関係者において協力要請に協力するよう努める旨を明確にしてはどうか。**国においては、**協力要請の具体的な例示をさらに充実する**こととしてはどうか。

次期（第５期）の医療費適正化計画に向けた論点について（続き）

＜個々の目標・取組に関する検討の方向性＞　　＊現時点で想定される具体例

目標・取組	検討の方向性
特定健診・ 特定保健指導	• 令和12年度から開始される第５期特定健診・特定保健指導については、第４期特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会のとりまとめにおいて、中長期的な検討の在り方として「**特定健診・特定保健指導の既存の項目（質問項目、健診項目、階層化基準等）については、制度開始以降に蓄積されたエビデンス等に基づき、中長期的に必要な見直し等を検討する。**」とされていることを踏まえ、抜本的な見直しを含め、より効果的・効率的な実施の在り方について、検討を進めていく。※階層化基準における腹囲の取扱い等 • 上記に加えて、アウトカム評価、ICT活用、医療機関と保険者との連携、保険者の実施体制を踏まえつつ加入者の生活習慣病のリスクに応じた特定保健指導と他の生活習慣病予防の保健事業との関係性の整理や、受診勧奨の実効性向上等を通じて、**よりエビデンスに基づいた在り方を含めた効果的・効率的な実施方策について検討**してはどうか。特定健診・特定保健指導の内容の見直しに関しては、令和9年夏頃を目途に検討会を設置し進めていく。
生活習慣病の 重症化予防	• 「AI予防医療モデル」（AIを活用した保健事業の効果分析、健康課題に応じた最適な保健事業の提案）の取組状況等を踏まえ、次期医療費適正化計画において成果創出につながる重症化予防の積極実施を位置づける方向で検討してはどうか。
後発医薬品の 使用促進	• 医薬品の適正使用の効果も期待されると指摘される「地域フォーミュラリ」について、次期医療費適正化計画において各都道府県で具体的な運用や更なる導入推進が進むよう、国による支援の強化や取組の効果評価を進めることとしてはどうか。
多剤投与・重複 投薬の適正化	• 電子処方箋（重複投薬等チェック機能）の有効活用や、被保険者に対する服薬情報通知（薬剤師等への相談勧奨）、国保・後期等の連携した取組実施など、効果的・効率的な取組を一層推進する方向で検討してはどうか。
医療資源の効率 的・効果的活用	• 「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」について、医療技術評価委員会や厚生労働科学研究における議論を踏まえて随時追加し、周知をしていく。 • また、次期医療費適正化基本方針の策定（令和10年度末頃）に向け、医療費適正化計画に定めるべき目標・取組の内容等について引き続き検討してはどうか。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

参考資料

ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

経済財政運営と改革の基本方針2026（2026.7.21 閣議決定） 抜粋

経済財政運営と改革の基本方針2026

第３章 責任ある積極財政に基づく「中長期経済財政計画」

２．全世代型社会保障の構築

（２）成長型経済に合わせた持続可能な社会保障制度

・・・連立政権合意書（令和７年10月20日）に盛り込まれた13の社会保障改革項目について合意された具体的な骨子（注１）に基づき、2026年度中に具体的な制度設計を行い、順次実行する。

具体的には、経済・物価動向等に適切に対応し、安心して医療・介護・福祉サービスを受けられる体制を整備することとあわせて、医療・介護を中心とした社会保障制度改革を着実に実行することにより、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。このため、骨太方針2025と同様、経済・物価動向等を踏まえ、的確な対応を行いつつ、これまでの歳出改革努力を継続し、2027年度の社会保障負担率が2025年度と比較して上昇しないよう取り組む。また、社会保障制度が果たす機能を損なわないよう配慮しつつ、社会保障負担率の目標の検討を進め、これとあわせて、社会保障改革について2026年度中に改革項目の具体化と工程の明確化を図り、順次実施する（注２）。

（注１）「社会保障改革項目に関する具体的な骨子」（令和８年７月７日自由民主党・日本維新の会 社会保障制度改革協議体）。

（注２）特に、高齢化や高度化等への対応が必要な医療給付費については、経済が成長し賃上げが継続する「強い経済」の構築に向けた取組を進める中で、診療報酬に経済・物価動向等を基本的に反映しつつも、医療給付費の対ＧＤＰ比や雇用者報酬の伸びとの関係などを参照しつつ、医療費適正化計画の次期改定に向けて抜本的な見直しを行うことを含め、改革を継続する。

（医療・介護等）

医療保険制度では、70歳以上の高齢者の医療費窓口負担割合について、低所得者等の必要な受診が確保されるよう適切に配慮することを前提として、原則３割となっている現役世代との間で年齢によらない真に公平な応能負担を実現する観点から見直しを行う。そのための改革工程表を2026年末までに策定する。介護保険制度では、２割負担の判断基準の見直しについて2026年度中に結論を得る。さらに、医療・介護保険における金融所得・資産の扱い、ＯＴＣ類似薬の保険給付の見直しの施行とその状況等を踏まえた2027年度以降の対象範囲の拡大に向けた検討など、「改革工程」等に基づく取組を進める。先行バイオ医薬品について、バイオ後続品の普及促進に向けた環境整備の状況を踏まえ、保険給付の在り方の見直しを検討する。長期処方やリフィル処方箋の活用、地域フォーミュラリの全国展開、休薬・減薬などの効果的・効率的な治療の促進等により、給付の効率化や適正化を図りつつ、質の高いサービスを提供する。・・・

自由民主党・日本維新の会　社保制度改革協議

自由民主党・日本維新の会社会保障制度改革協議体　社会保障改革項目に関する具体的な骨子（令和８年７月７日）

（１）保険財政健全化策推進（インフレ下での医療給付費の在り方と、現役世代の保険料負担抑制との整合性を図るための制度的対応）

経済・物価動向等に適切に対応し、安心して医療・介護・福祉サービスを受けられる体制を整備することとあわせて、医療・介護を中心とした社会保障制度改革を着実に実行することにより、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。このため、骨太方針2025と同様、経済・物価動向等を踏まえ、的確な対応を行いつつ、これまでの歳出改革努力を継続し、令和９年度の社会保障負担率が令和７年度と比較して上昇しないよう取り組む。

また、社会保障制度が果たす機能を損なわないよう配慮しつつ、社会保障負担率の目標の検討を進め、これとあわせて、社会保障改革について令和８年度中に改革項目の具体化と工程の明確化を図り、順次実施する。

特に、高齢化や高度化等への対応が必要な医療給付費については、経済が成長し賃上げが継続する「強い経済」の構築に向けた取組を進める中で、診療報酬に経済・物価動向等を基本的に反映しつつも、医療給付費の対GDP比や雇用者報酬の伸びとの関係などを参照しつつ、医療費適正化計画の次期改定に向けて抜本的な見直しを行うことを含め、改革を継続する。

（２）医療介護分野における保険者の権限及び機能の強化並びに都道府県の役割強化（①保険者の再編統合、②医療介護保険システムの全国統合プラットフォームの構築、③介護保険サービスに係る基盤整備の責任主体を都道府県とする等）

データに基づく効率的な保険運営体制を構築するため、保険者機能の強化、国民健康保険における都道府県内の保険料水準の完全統一及び市町村の事務負担軽減や後期高齢者医療制度の運営主体のあり方などの保険者の再編統合（①）、医療・介護情報の共有等を実現するための医療介護保険システムの全国統合プラットフォームの構築（②）及び介護保険サービスの基盤整備に関する責任主体の市町村から都道府県への移行（③）について検討の上、実行することを中核として、医療介護分野における保険者の権限及び機能の強化、事務の広域化並びに都道府県の役割強化を行う。

また、「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」等について、データに基づいて保険者機能がより発揮できるような環境整備を進める。・・・・

自由民主党・日本維新の会　政調会長間合意（令和７年12月19日）　別紙

【地域フォーミュラリの全国展開】

国の運用に関するガイドラインを踏まえた「地域フォーミュラリ」（「医薬品のリスト・使用指針」）の普及に向けて、患者の自己負担抑制等の観点から、令和８年度中に各都道府県において策定する場が設けられるようにに、都道府県単位での医療関係者との合意形成促進、会議運営支援、ガイドライン周知や好事例展開による理解促進、生活習慣病薬等の後発医薬品の成分別使用割合データ等の都道府県への提供、保険者努力支援制度において保険者による地域フォーミュラリへの参画を促すインセンティブ設定、国による全国の地域フォーミュラリを分析し参考となる薬効群の成分リストの作成・公表をはじめとした必要な取組を推進する。これにより後発医薬品の数量ベースでの使用割合の地域差縮減や、有効性、安全性に加えて経済性を踏まえた先発医薬品を含む医薬品の推奨される選択順位の決定を進める。

U.E.N.O.Plan～攻めの予防医療厚生労働省関係施策～　概要（１）
: Understand, Exercise, Nourish and Optimize for Better Health

- 「**がん、循環器病をはじめとした生活習慣病**」は、死因の約５割、一般医療費の約３割を占めており、「**栄養・食生活**」も含めた対策が必要。他方で、健康寿命が延伸し、死因に占める老衰の割合の増加に伴い、人生100年時代をよりよく生きるために「**認知症対策**」や「**リハビリテーションの推進**」も重要である。また、全身の健康にもつながる「**歯と口腔の健康**」や就労やキャリア形成に影響を与える「**更年期症状**」など女性の健康課題への対策も求められている。
- **健康寿命の更なる延伸**に向けて、国民一人ひとりが自身の健康を「自分ごと」として捉え、主体的に健康づくりに取り組むことができるよう、**健康リテラシーの向上**を図るとともに、行政や保険者等による**能動的な介入**を強化し、実効的な**行動変容**を促進する**「攻め」の取組を具体化**するため、**６つの領域を重点領域として位置づける**。これらの取組により就労や地域活動への参画が促進され、**社会保障を支える基盤の維持・強化**につなげていく。



歯科保健　いわゆる国民皆歯科健診の具体化

＜歯周病で治療を受けている患者数＞　*1,135万4,000人*（男性*445万4,000人*、女性*689万9,000人*）

- **希望する国民が毎年、歯科健診を受けられるよう、自治体・医療保険者の双方で、簡易検査ツールを活用した方法を「簡易歯科健診」として位置づけ、制度化**
  - 自治体：歯周病検診を5歳ごとに拡大するとともに、節目年齢に関わらず、未受診者等に対して簡易歯科健診等を実施する自治体を支援
  - 職域：簡易歯科健診を推進する観点から、予防の取組実績に応じて医療保険者の負担金を加算・減算する制度に簡易歯科健診を追加

性差に由来するヘルスケア　更年期世代の女性を診療する一般診療医向けわが国初のガイダンス作成

＜更年期症状を自覚し始めてから３か月以内程度で医療機関を受診した人の割合＞　*40歳代・50歳代で約１割*（女性）

- 関係学会の協力を得て作成した更年期世代の女性を診療する一般診療医向けの**ガイダンス**（※男性中高年期の健康課題についても同様に作成）を用いて、研修等を通じて共通的な考え方を周知するとともに、**対応医療機関を検索可能**とする取組を進め、適切な医療につなげる。
- 心身の不調を抱える女性が、自らの症状や状態を記録する**ツール**を開発するなどの取組を進める。

栄養・食生活　生活習慣病等の疾病リスク低減のためのわが国初の「食事ガイド」作成

＜食塩摂取量（令和６年）＞　男性：*10.5g*/日、女性：*8.9g*/日　※日本は主要先進国の中で食塩摂取量が最も多い。
＜野菜摂取量が*350ｇ*未満の者の割合（令和６年）＞　男性：*73.8%*　女性：*78.0%*

- 生活習慣病リスク低減のための食事のポイントをまとめた**「食事ガイド」を作成し、国民に周知**

＊令和９年度予算に関する事業の詳細については、今後の予算編成過程で検討。

U.E.N.O.Plan～攻めの予防医療厚生労働省関係施策～　概要（２）
: Understand, Exercise, Nourish and Optimize for Better Health



がん・循環器病等　未受診者の原因究明と個人の就業状況に応じた受診勧奨

<がんの死亡者数（2024年）＞　年間約38.4万人（男性約22.2万人、女性約16.2万人）
<循環器病（心疾患及び脳血管疾患）の死亡者数（2024年）＞　年間約32.9万人（男性約16.3万人、女性約16.7万人）

がん

- **令和10年度までに受診率60%、精密検査受診率90%の達成**
  - ✓ 職場におけるがん検診の受診勧奨等の強化（大臣指針の改正）
  - ✓ 保険者による取組を推進するため、事業者ー保険者連携の促進
  - ✓ 自治体による職域を含めた受診状況の把握、未受診者への受診勧奨の徹底

循環器病

- **令和11年度までに特定健診受診率70%の達成及び受診勧奨の促進**
  - ✓ 特定健診等の生活習慣病に関する健診の受診促進
  - ✓ 保険者による健診、職場健診、後期高齢者健診等の場を活用した積極的な受診勧奨
  - ✓ 国立循環器病研究センターにおいて、情報の一元化及びポータルサイトを用いた情報発信

リハビリテーション　科学的分析を活用したリハビリテーションへの主体的な参加への支援

<介護保険におけるリハビリテーションサービスの受給者数（令和７年）＞
通所リハビリテーション：60.0万人　訪問リハビリテーション：15.3万人

- リハビリテーションへの主体的な参加を支援する**ポータルサイト等の作成**
- 予防・医療・介護を通じた**切れ目のないリハビリテーションの推進**

認知症　新たな検査技術を活用し、早期診断・早期対応等を推進

<認知症及び軽度認知障害（MCI）の高齢者数の将来推計（2040年）＞　認知症：584.2万人　MCI：612.8万人

- **早期診断・早期対応の社会実装に向けたモデル構築を進める**
  - ✓ **新たな検査技術（バイオマーカー）をモデル的に活用**し、**抗体薬投与の検査負担軽減と早期の治療開始の実現を目指す**
  - ✓ （早期診断により）支援（福祉的支援・社会参加等）に早期につなぐ

共通した基盤となる取組　データヘルスを基盤とした「AI予防医療モデル」の構築

- 保険者・地域の中小企業等における、がん・循環器病対策をはじめとした予防・健康づくりの取組を推進するため、**データヘルスを基盤とした「AI予防医療モデル」の構築**・成果創出へ向けた**保険者へのインセンティブの在り方を検討**する。
- **個人インセンティブに係る取組の推進**
- **健康経営の視点にも立った「事業主・保険者連携」（コラボヘルス）の推進**

＊令和９年度予算に関する事業の詳細については、今後の予算編成過程で検討。

第４期医療費適正化計画（2024～2029年度）策定時の見直し内容

医療費の更なる適正化に向けて、①新たな目標として、複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供等を加えるとともに、②既存の目標についてもデジタル等を活用した効果的な取組を推進する。また、計画の実効性を高めるため、③都道府県が関係者と連携するための体制を構築する。

計画の目標・施策の見直し

①新たな目標の設定

- **複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供等**
  - 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防
  - 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供（例：骨折対策）
- **医療資源の効果的・効率的な活用**
  - 効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療
    （例：急性気道感染症・急性下痢症に対する抗菌薬処方）
  - 医療資源の投入量に地域差がある医療
    （例：白内障手術や化学療法の外来での実施、リフィル処方箋（※））
    （※）リフィル処方箋については、地域差の実態等を確認した上で必要な取組を進める。

⇒ 有識者による検討体制を発足させて、エビデンスを継続的に収集・分析し、都道府県が取り組める目標・施策の具体的なメニューを追加

＋

②既存目標に係る効果的な取組

健康の保持の推進	**特定健診・保健指導の見直し** ⇒アウトカム評価の導入、ICTの活用など
医療の効率的な提供	**重複投薬・多剤投与の適正化** ⇒電子処方箋の活用 **後発医薬品の使用促進** ⇒個別の勧奨、フォーミュラリ策定等による更なる取組の推進や、バイオ後続品の目標設定等を踏まえた新たな数値目標の設定

➡ **さらに、医療ＤＸによる医療情報の利活用等を通じ、健康の保持の推進・医療の効率的な提供の取組を推進**

※ **計画の目標設定に際し、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意**

実効性向上のための体制構築

③ **保険者・医療関係者との方向性の共有・連携**
- 保険者協議会の必置化・医療関係者の参画促進、医療費見込みに基づく計画最終年度の国保・後期の保険料の試算　等

都道府県の責務や取り得る措置の明確化
- 医療費が医療費見込みを著しく上回る場合等の要因分析・要因解消に向けた対応の努力義務化　等

第４期医療費適正化計画（2024～2029年度）に向けた見直し

① 複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供等の推進

2040年の医療・介護需要を見据え、より効果的・効率的に進めるための取組を推進

- 医療と介護の複合的なニーズを有する高齢者の増加が今後見込まれる中で、医療と介護にまたがるアプローチの重要性を関係者が認識し、限られた医療・介護資源を効果的・効率的に組み合わせた医療費適正化を推進する。
  - 医療・介護の機能連携を通じた効果的・効率的なサービス提供を新たに目標とする。例えば、今後の高齢化の進展に伴い増加が見込まれる高齢者の骨折について、急性期から回復期、在宅での介護や通院時の医療･介護の機能連携や適切な受診勧奨等を推進する。
  - 高齢者の心身機能の低下に起因した疾病予防・介護予防の取組を新たに目標とし、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について、医療費適正化計画に位置づける。

個別の医療サービスについて、エビデンスや地域差に基づく新たな目標を設定

- 個々の医療サービスの提供状況について、地域ごとに関係者が把握・検討し、適正化に向けて必要な取組を進められるよう、有識者による検討体制を発足してエビデンスを継続的に収集・分析し、都道府県が取り組める目標・施策の具体的なメニューを提示する。
- 第４期では新たに以下の項目を目標として位置づける。有識者の検討を踏まえて具体的なメニューを更に追加する。
  - 効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療（例：急性気道感染症・急性下痢症に対する抗菌薬処方）
  - 医療資源の投入量に地域差がある医療（例：白内障手術や化学療法の外来での実施、リフィル処方箋（※））

（※）リフィル処方箋については、地域差の実態等を確認した上で必要な取組を進める。

② デジタル等を活用した既存目標に係る効果的な取組の推進

既存の目標についても更なる実効性の向上を図るために、デジタルの活用等を推進

- 特定健診・特定保健指導について、個人の受診者の行動変容につながり、成果が出たことを評価する方向（アウトカム評価の導入、ICTを活用した取組など）で見直す。
- 重複投薬・多剤投与の適正化について、電子処方箋の活用等により更に効果的に実施する。
- 後発医薬品の使用促進について、使用促進効果が確認されている個別通知や、医薬品の適正使用の効果も期待されるという指摘もあるフォーミュラリ等の取組を地域の実情に応じて検討・推進する。「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」の議論や、バイオ後続品の目標設定を踏まえ、医薬品の安定的な供給を基本としつつ、後発医薬品の使用促進に関する新たな数値目標を設定する。

第４期医療費適正化計画（2024～2029年度）に向けた見直し

③保険者・医療関係者との連携による実効性向上

医療費適正化計画の策定・実施主体である都道府県が目標達成に向けて実効性のある取組を実施できるよう、保険者・医療関係者と方向性を共有・連携する枠組みを設けた上で、都道府県の責務や取り得る措置を明確化

① 保険者・医療関係者との方向性の共有・連携

- 都道府県計画に記載すべき事項を充実させるとともに、保険者協議会を必置として都道府県計画への関わりを強化することにより、都道府県と関係者による医療費適正化のＰＤＣＡサイクルを強化する。
- 保険者協議会への医療関係者の参画を促進し、都道府県・保険者・医療関係者が協力して医療費適正化に取り組む場とする。
- 都道府県計画の医療費見込みを精緻化し、制度区分別（国保、後期、被用者保険）に見える化するとともに、それをもとに国保・後期の１人当たり保険料を試算することとし、医療費適正化の意義・方向性を保険者・住民と共有する。
- 国保運営方針においても医療費適正化の取組を記載すべき事項とするとともに、財政見通しについて、都道府県計画の国保の医療費見込みを用いることが望ましいこととする。
- 支払基金及び国保連合会の目的や基本理念等に、診療報酬請求情報等の分析等を通じた医療費適正化を明記する。

② 都道府県の責務や取り得る措置の明確化

- 都道府県は、住民の高齢期における医療費の適正化を図るための取組において中心的な役割を果たすべきであることを明確化する。
- 都道府県は、医療費が医療費見込みを著しく上回る場合等には、その要因を分析し、当該要因の解消に向けて、保険者・医療関係者等と連携して必要な対応を講ずるよう努めるべきであることを明確化する。
- 医療費が医療費見込みを著しく上回る場合や、都道府県計画の目標を達成できないと認める場合に都道府県が取り得る措置として、高確法第９条第９項に基づく保険者・医療関係者等に対する協力要請があることを明確化するとともに、その内容の具体的な例を示す。

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の概要

改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

改正の概要

1．こども・子育て支援の拡充【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。
（※）42万円→50万円に令和５年４月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。
② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

2．高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し【健保法、高確法】

① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。
② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。
健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

3．医療保険制度の基盤強化等【健保法、船保法、国保法、高確法等】

① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（６年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

4．医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法、介護保険法、高確法等】

① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長(令和５年９月末→令和８年12月末)等を行う。

等

施行期日

令和６年４月１日（ただし、３①の一部及び４⑤は公布日、４③の一部は令和５年８月１日、１②は令和６年１月１日、 ３①の一部及び４①は令和７年４月１日、４③の一部は公布後３年以内に政令で定める日、４②は公布後４年以内に政令で定める日）

新規 投資枠

データヘルスを基盤とした「AI予防医療モデル」の構築

保険局保険課（内線3136）

令和9年度概算要求額　50億円（－）　（）内は前年度当初予算額

うち投資枠　50億円

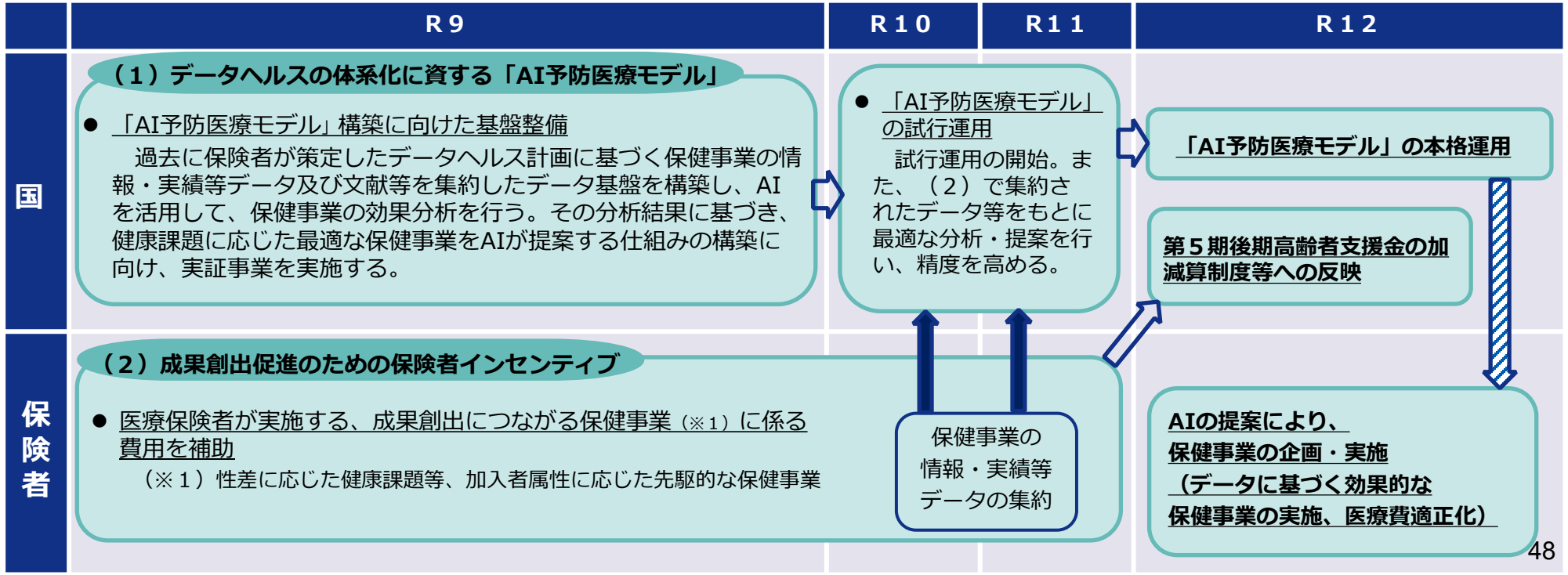
1 事業の目的

○　医療保険者は、レセプト・健診情報等を分析し、加入者の健康課題に応じた保健事業を実施しているが、保険者の取組内容によって成果には差異が生じており、データヘルスに係る膨大な暗黙知を再現可能な「知見」に体系化し、取組が必ずしも十分でない保険者にも活用できるようにすることが必要。

○　そのため、データの集積・活用の推進を通じて、AIによる健康課題の分析や効果的な保健事業の選択肢の提示等を可能とする「AI予防医療モデル」を構築し、データヘルスの体系化を図ることで、保険者による予防・健康づくりを推進する。

※「日本成長戦略2026」（令和８年７月21日閣議決定）において、「保険者インセンティブの在り方の検討、データヘルスに基づく効率的・効果的な保健事業の促進」について掲げられている。 また、「経済財政運営と改革の基本方針2026」において、「性差に由来する健康課題等への対応を推進するための論点整理」（令和８年５月25日攻めの予防医療に向けた性差に由来するヘルスケアに関する副大臣等会議取りまとめ）を踏まえて取組を推進するよう掲げられている。

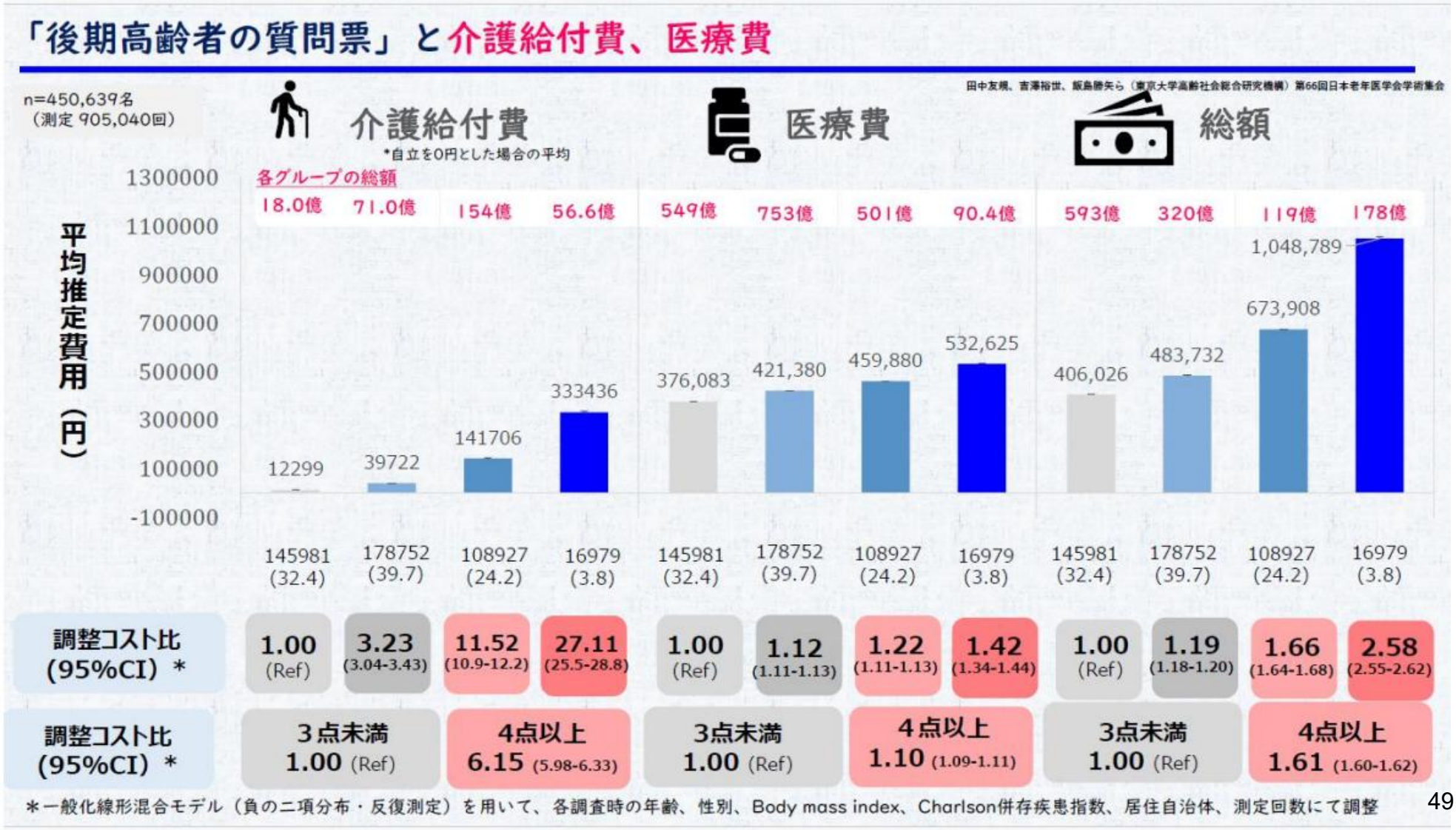
2 事業の概要・スキーム等



令和５～７年度厚生労働科学研究「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進及び効果検証のための研究」（研究代表者：津下一代）

「後期高齢者の質問票」と介護給付費・医療費との関連

後期高齢者健診で使用する質問票の該当数が多いほど、介護給付費及び医療費の推定費用が高くなると見込まれる。



新規 投資枠

高齢者保健事業の第４期データヘルス計画策定に向けた支援展開事業

令和９年度概算要求額　1.5億円（－）　() 内は前年度当初予算額　令和７年度補正予算1.5億円

うち投資枠　1.5億円

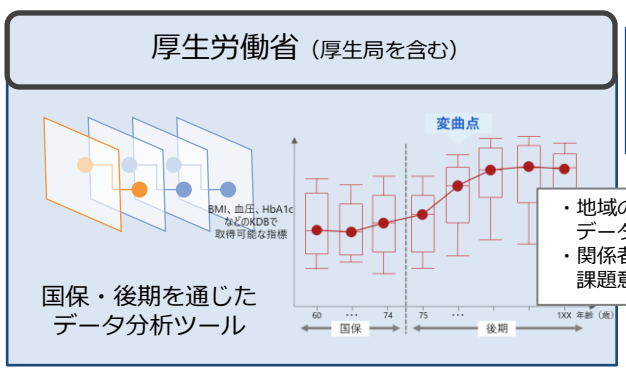
1 事業の目的

- 後期高齢者における令和６～11年度の第３期データヘルス計画（高齢者の保健事業実施計画）では標準化を推進し、国保・後期高齢を一気通貫したデータ分析が可能となる分析ツールを策定し、複数自治体におけるツールを活用した施策検討をモデル的に開始。
- **「攻めの予防医療」の実現**にあたっては、令和12年度からの**第４期データヘルス計画策定に向けて標準化を進めつつ**も、地域資源や高齢者の特徴にも自治体間の差が出てくる中で、**各地域の個別性にあわせた支援を展開していく**必要がある。特に、後期高齢に至る前からの国保における計画・保健事業との接続が重要であり、広域連合、市町村や都道府県における国保・後期担当部署、国保連、関係団体による協働が不可欠。
- これらの関係者の一層の協働を促進し、各保険者における**国保・後期の統合的なデータ分析を踏まえたデータヘルス計画の策定、効果的・効率的な保健事業の実践を支援**し、本事業で得られた知見をもとに**後期高齢者保健事業における保険者支援のあり方を検討**していく。

2 事業の概要・スキーム・実施主体等

- 厚生労働省からの委託により、以下の①～③の業務内容を実施する。

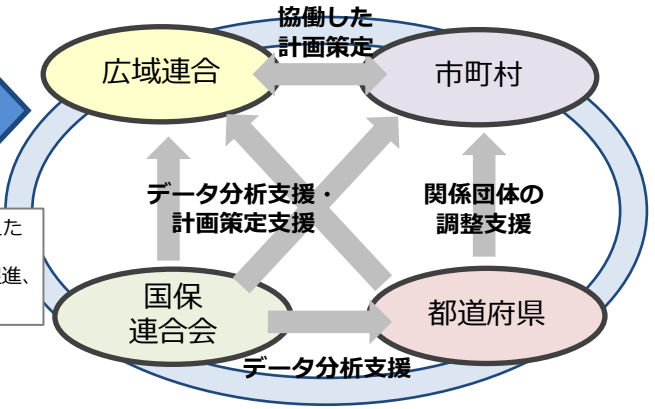
① 保険者への分析ツールを活用した国保・後期データの統合的な分析支援
（令和７年度作成、令和８年度モデル的な活用を開始）



本事業の委託により支援

・地域の特徴を踏まえたデータ分析支援
・関係者による議論促進、課題意識の醸成

② 各保険者・自治体における個別性にあわせた支援を展開し、関係者の協働を促進



③ 第４期データヘルス計画策定に向けた保険者支援のあり方の検討

各保険者における、
・国保・後期の統合的なデータ分析を踏まえたデータヘルス計画の策定
・国保・後期で連動した効果的・効率的な保健事業の実践
に向けた支援手法を検討



より良い取組を行う保険者に対する評価（インセンティブ等）にも将来的に反映

国保・後期高齢者保健事業のデータヘルス標準化 －事業概要－

- 国民健康保険及び後期高齢者医療制度におけるデータヘルスの標準化を推進し、効果的・効率的な保健事業の実施に資するよう、**国保・後期の各データヘルス計画等の標準化**や**統合的なデータ分析**に関する試行的な事業を実施。
- Ｒ７年度は標準化に関するアンケート・ヒアリング調査の他、３県の協力を得て**国保・後期の統合的なデータ分析ツール**を作成。Ｒ８年度は**分析ツールを活用した自治体・広域連合へのモデル的支援**へ発展させる予定。

Ｒ７年度の取組

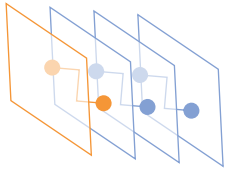
① データヘルス標準化に関する調査

- データヘルス計画の標準化や、効果的な保健事業の横展開等について、アンケート及びヒアリングにより実態把握。
- 国保（都道府県）・後期（広域連合）ともに自治体規模や社会資源のバラツキにより成功要因の分析が難しいこと、**好事例の紹介だけでなくプロセスを含めて展開していく必要性**や、**担当者・関係者同士の意見交換の重要性**が示唆された。

② 国保・後期の統合的なデータ分析ツールの作成

- 国保中央会及び３県の協力を得て、国保・後期のKDBデータ、既存の統計データやアンケート結果等の項目を紐付けたデータセットを作成。
- 今後、各自治体・広域連合の地域特性や健康課題の特徴を見える化し、**国保・後期で接続した施策検討に役立てるためのデータ分析**に活用できる可能性。

※ 標準化の意義や成果向上につながる方策の共有を図るために、自治体・広域連合を対象としたワークショップも開催。



Ｒ８年度の予定

① 国保・後期での接続・連携に関するニーズ把握

- データヘルス計画の策定・評価や保健事業の実践にあたっての**国保・後期の接続・連携やデータ分析に係るニーズ把握**のためのヒアリングを実施。

② 分析ツールを活用したモデル的支援

広域連合・都道府県・市町村の最大５セットへの支援を予定

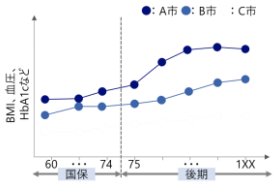
- 国保・後期担当部署間での意見交換を促進し、データヘルス計画の評価・見直しや効果的・効率的な保健事業の実践に資するよう、**分析ツールを活用したモデル的支援**を実施。

③ 分析ツールの活用ガイドライン・ワークショップ

- **モデル的支援を通じて得られたユースケース**をもとに、分析ツールの活用ガイドラインを作成し、国保・後期の接続・連携に資するワークショップを開催。

※ 分析ツールを活用ガイドラインとともに全国に配布できるよう準備予定。





第４期特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会（とりまとめ）

Ⅳ．第５期に向けた中長期的な検討の在り方について

今後も第５期に向けて、最新の科学的知見やNDB等に集積されたデータの解析等によるエビデンスに基づき、保険者とも情報共有を行いつつ、項目の精緻化の検討などを中長期的に行っていく必要がある。

○　特定健診・特定保健指導の既存の項目（質問項目、健診項目、階層化基準等）については、制度開始以降に蓄積されたエビデンス等に基づき、中長期的に必要な見直し等を検討する。

●　特定健診・特定保健指導の制度は平成20年度の開始から、10年以上が経過しており、その間に生活習慣病に係るエビデンスの蓄積が進むとともに、NDBに特定健診・特定保健指導に係るデータが集積され、第三者提供の制度等を通じて、研究者等の幅広い主体による解析も進んできている。

●　これらのエビデンスや解析結果等を踏まえて、階層化基準における身長の考慮といった課題等について、引き続き厚生労働科学研究等を通じた検証を実施しつつ、必要に応じた見直しを検討する。

●　特定健診・特定保健指導は、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少を目的として、保険者が主体となって実施しており、特定健診・特定保健指導の項目の検討においては、費用対効果の観点も含めた分析を継続的に行っていくことが重要である。

令和4年 10 月

第4期特定健診･特定保健指導の見直しに関する検討会

令和8年11月17日 | 第221回社会保障審議会医療保険部会 | 資料2

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

医師手当事業に関する今後の検討体制について

厚生労働省 医政局
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

医療法等の一部を改正する法律の概要

令和７年12月８日　第122回社会保障審議会医療部会　資料４　一部改

改正の趣旨

高齢化に伴う医療ニーズの変化や人口減少を見据え、地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、地域医療構想の見直し等、医師偏在是正に向けた総合的な対策の実施、これらの基盤となる医療DXの推進のために必要な措置を講ずる。

改正の概要

※赤字は、衆議院による修正部分

１．地域医療構想の見直し等【医療法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律等】

① 地域医療構想について、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。
- 病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする。
- 地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合の参画を求める。
- 医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能等）報告制度を設ける。

厚生労働大臣は、医療計画で定める都道府県において達成すべき五疾病・六事業及び在宅医療の確保の目標の設定並びに当該目標の達成のための実効性のある取組及び当該取組の効果に係る評価の実施が総合的に推進されるよう、都道府県に対し、必要な助言を行うものとする。

都道府県は、その地域の実情を踏まえ、医療機関がその経営の安定を図るために緊急に病床数を削減することを支援する事業を行うことができることとするとともに、医療機関が当該事業に基づき病床数を削減したときは、厚生労働省令で定める場合を除き、医療計画において定める基準病床数を削減するものとする。また、国は、医療保険の保険料に係る国民の負担の抑制を図りつつ持続可能な医療保険制度を構築するため、予算の範囲内において、当該事業に要する費用を負担するものとする。

② 「オンライン診療」を医療法に定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定を整備する。

③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。

２．医師偏在是正に向けた総合的な対策【医療法、健康保険法、総確法等】

① 都道府県知事が、医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定めることができることとする。
保険者からの拠出による当該区域の医師の手当の支給に関する事業を設ける。

② 外来医師過多区域の無床診療所への対応を強化（新規開設の事前届出制、要請勧告公表、保険医療機関の指定期間の短縮等）する。

③ 保険医療機関の管理者について、保険医として一定年数の従事経験を持つ者であること等を要件とし、責務を課すこととする。

３．医療DXの推進【総確法、社会保険診療報酬支払基金法、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等】

① 必要な電子診療録等情報（電子カルテ情報）の医療機関での共有等や、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。
政府は、医療情報の共有を通じた効率的な医療提供体制の構築を促進するため、電子診療録等情報の電磁的方法による提供を実現しなければならない。
政府は、令和12年12月31日までに、電子カルテの普及率が約100%となることを達成するよう、クラウド・コンピューティング・サービス関連技術その他の先端的な技術の活用を含め、医療機関の業務における情報の電子化を実現しなければならない。

② 医療情報の二次利用の推進のため、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベースの仮名化情報の利用・提供を可能とする。

③ 社会保険診療報酬支払基金を医療DXの運営に係る母体として名称、法人の目的、組織体制等の見直しを行う。
また、厚生労働大臣は、医療DXを推進するための「医療情報化推進方針」を策定する。その他公費負担医療等に係る規定を整備する。

（その他）

- 政府は、令和８年４月１日に施行される外来医師過多区域等に関する規定の施行後３年を目途として、外来医師過多区域において、新たに開設された診療所の数が廃止された診療所の数を超える区域がある場合には、当該区域における新たな診療所の開設の在り方について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。
- 政府は、都道府県が医師手当事業を行うに当たり、保険者協議会その他の医療保険者等が意見を述べることができる仕組みの構築について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。
- 政府は、この法律の公布後速やかに、介護・障害福祉従事者の賃金が他の業種に属する事業に従事する者と比較して低い水準にあること、介護・障害福祉従事者が従事する業務が身体的及び精神的な負担の大きいものであること、介護又は障害福祉に関するサービスを担う優れた人材の確保が要介護者等並びに障害者及び障害児に対するサービスの水準の向上に資すること等に鑑み、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を図りつつ介護・障害福祉従事者の人材の確保を図るため、介護・障害福祉従事者の適切な処遇の確保について、その処遇の状況等を踏まえて検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を機動的に講ずるものとする。

等

施行期日

このほか、平成26年改正法において設けた医療法第30条の15について、表現の適正化を行う。

令和９年４月１日（ただし、一部の規定は公布日（１①の一部及びその他の一部）、令和８年４月１日（１②、２①の一部、②及び③並びにその他の一部）、令和８年10月１日（１①の一部）、公布後１年以内に政令で定める日（３①の一部）、公布後１年６月以内に政令で定める日（３③の一部）、公布後２年以内に政令で定める日（１③及び３③の一部）、公布後３年以内に政令で定める日（２①の一部並びに３①の一部及び３②）等）

重点医師偏在対策支援区域に派遣される医師又は勤務する医師に対しての手当増額支援の概要

令和8年1月16日　第９回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料３

○支援対象

・　今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師が確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域など、人口規模、地理的条件、今後の人口動態等から、医療機関の維持が困難な地域である「重点医師偏在対策支援区域」(※)において、都道府県の地域医療対策協議会及び保険者協議会で支援対象として合意を得た医療機関に対して、派遣される医師及び従事する医師への手当増額の支援を行う。

（※）重点医師偏在対策支援区域については、都道府県において、厚生労働省が提示した候補区域を参考としつつ、地域の実情に応じて、医師偏在指標、可住地面積あたり医師数、住民の医療機関へのアクセス、診療所医師の高齢化率、今後の人口動態等を考慮して、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議して、区域を選定する。

○所要額の算定方法及び都道府県ごとの配分方法

・　国において、事業費の総額を設定した上で、その範囲内で、人口、可住地面積、医師の高齢化率、医師偏在指標等に基づき、都道府県ごとに按分し、配分する。

○財源構成

・　保険者：10/10

○実施主体

・　医療計画の策定主体であり、医療提供体制・医師の確保の責任を持つ**都道府県が実施主体**。
・　一方、医師の手当増額支援に要する費用については、保険者から徴収する拠出金をもって充てることとするため、保険者からの徴収システムを持つ**支払基金を徴収事務の実施主体**とする。また、業務の一部は国保連に委託することができることとする（直近の年度の診療報酬支払実績を支払基金に対して通知することを想定）。

○保険者間の按分等

・　本事業が、本来診療報酬により賄われている人件費に充てられるものであることを踏まえ、拠出金の各保険者の負担は、把握できる直近の年度の診療報酬支払実績に応じて按分し、一般保険料として徴収する
・　医療給付費と同様の、保険者間の財政調整（前期高齢者財政調整、後期高齢者支援金）及び公費負担を行う。
・　保険者からの拠出は、保険者の事務を簡素化にするため、後期高齢者支援金等と相殺する。

○実施時期

・　国保・後期の保険料設定の考え方や、システム改修期間を考慮して検討。

（参考）医師手当事業に関するとりまとめ

令和8年1月16日　第９回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会
資料３

「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」(令和6年12月25日　厚生労働省公表)

①　経済的インセンティブ

○　不足する地域における医師の勤務を促進するためには、医師の価値観、勤務・生活環境、キャリアパス等を踏まえた経済的インセンティブを通じて、医師が意欲をもって勤務する環境を整備することが重要である。

○　重点医師偏在対策支援区域における医師確保を推進するため、都道府県の医師偏在是正プランに基づき、経済的インセンティブを講じることとし、医師偏在是正プラン全体の策定にあわせて、令和８年度から経済的インセンティブの本格実施とする。

○　具体的には、令和８年度予算編成過程において、重点医師偏在対策支援区域における以下のような支援について検討する。

- 当該区域で承継･開業する診療所の施設整備、設備整備、一定期間の地域への定着に対する支援（緊急的に先行して実施）
- 当該区域における一定の医療機関に対する派遣される医師及び従事する医師への手当増額の支援
- 当該区域内の一定の医療機関に対する土日の代替医師確保等の医師の勤務･生活環境改善の支援、当該区域内の医療機関に医師を派遣する派遣元医療機関に対する支援

○　その際、国において、事業費の総額を設定した上で、その範囲内で、人口、可住地面積、医師の高齢化率、医師偏在指標等に基づき、都道府県ごとに予算額の上限を設定し、その範囲内で支援を行うこととする。

○　重点医師偏在対策支援区域における支援のうち、当該区域の医師への手当増額の支援については、全ての被保険者に広く協力いただくよう保険者からの負担を求める。また、医師への手当増額の支援については、診療報酬を代替するものであることを踏まえ、給付費の中で一体的に捉える。当該事業の実施について、保険者が実施状況や効果等を確認するための枠組みを検討する。

○　診療報酬において、医師偏在への配慮を図る観点から、どのような対応が考えられるか、さらに必要な検討を行う。

「大臣折衝事項」（令和７年12月24日　厚生労働省）

○　改正医療法に基づき、外来医師過多区域において無床診療所の新規開業者が都道府県知事からの要請に従わない場合には、診療報酬上の減算措置を講じることで、医師偏在対策の実効性を高めることとする。加えて、医師多数区域での診療報酬上での更なるディスインセンティブ措置の在り方や、重点医師偏在対策支援区域における医師手当事業に関する診療報酬での財源確保の在り方については、令和10年度診療報酬改定において結論を得ることとする。

重点医師偏在対策支援区域の医師への手当増額支援に係る今後の進め方について

現状・課題

○　医師手当増額支援事業（仮称）（以下、「医師手当事業」という。）は、医療法等の一部を改正する法律（令和７年法律第87号。以下「改正法」という。）において「公布後３年以内に政令で定める日」施行とされているところ、具体的な施行日を含め今後の進め方を検討する必要がある。

論点

○　医師手当事業の具体的な開始日については、事業実施にあたって必要なシステム改修等の期間を踏まえ、令和10年度中となることが見込まれるため、国においては、医師手当事業について、支援対象医師の要件、医師手当増額の補助基準額、支援期間等の詳細について、令和８年度以降に都道府県に示すこととする。これを踏まえ、都道府県においては、医師手当事業について、第９次医師確保計画（前期）に位置づけることとしてはどうか。

○　改正法については、「政府は、都道府県が医師手当事業を行うに当たり、保険者協議会その他の医療保険者等が意見を述べることができる仕組みの構築について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする」とされていることや、衆議院・参議院の附帯決議において、「拠出者である保険者協議会を含む保険者がその実施状況等について確認や検証を行い、意見を述べるなど関与できる体制を確保すること」とされていること等を踏まえ、医師手当事業の実施に向けて、国において引き続き必要な検討を行うこととしてはどうか。

地域医療構想、医師偏在対策等に関する検討体制

- 新たな地域医療構想の策定や医師偏在対策の推進、それらの内容を反映した第9次医療計画の策定等に向け、以下の検討会及びその下に関連ＷＧを設置することとしてはどうか。
- 具体的には、地域医療構想や医療計画全般に関する事項、医師偏在対策に関する事項等について検討会で議論し、新たな地域医療構想の策定や医師偏在対策の推進等について、令和７年度中に一定のとりまとめを行う。また、医療計画のうち、外来医療計画等の3か年の計画について、第８次医療計画(後期)に向けて令和７年度中に一定のとりまとめを行う。なお、在宅医療･医療介護連携、救急医療等について、新たな地域医療構想の策定に向けて議論が必要なものは検討会で議論を行う。
- 在宅医療･医療介護連携について、第８次医療計画(後期)に向けてWGで議論を行い、令和７年度中に一定のとりまとめを行う。小児医療・周産期医療について、WGで議論を行い、令和７年度中に一定のとりまとめを行う。救急医療、災害医療・新興感染症医療等については、第９次医療計画の策定等に向けてＷＧで議論する。

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

【検討事項】
・地域医療構想の策定及び施策の実施に必要な事項
（⇒新たな地域医療構想の具体的内容、現行の地域医療構想の進捗等）
・医療計画の策定及び施策の実施に必要な事項
・医師確保計画及び医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージに関する事項
・外来医療計画に関する事項
・その他本検討会が必要と認めた事項

在宅医療及び医療・介護連携に関するWG

【検討事項】
・在宅医療に関する事項
・医療･介護連携に関する事項　等

救急医療等に関するWG

【検討事項】
・救命救急センターに関する事項
・救急搬送に関する事項　　等

小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するWG

【検討事項】
・小児･周産期医療提供体制に関する事項　　等

災害医療・新興感染症医療に関するWG

【検討事項】
・災害、新興感染症発生･まん延時、国民保護事案等への対応　　等

連携

その他５疾病等に関する検討体制

がん、循環器疾患、精神医療　等

検討会スケジュール（各WGは必要に応じて順次開催）

７月～	議論の開始
秋頃	中間とりまとめ
１２月～３月	とりまとめ

→　ガイドライン及び医療計画指針(外来、在宅、医師確保)の発出

※ 医療法等改正法案の法律事項は法案成立後に検討

医師手当事業に関する今後の検討体制について

令和８年11月11日　第131回社会保障審議会医療部会
資料１（一部改）

- 医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージを踏まえ、2025年に成立した改正医療法において、重点医師偏在対策支援区域における医師手当事業を設ける等が規定された。
- 医師手当事業に関する診療報酬での財源確保の在り方については、令和10年度診療報酬改定において結論を得ることとしている。医師手当事業は、令和10年度中の開始が見込まれており、施行に向けた検討を進めていく必要がある。
- このため、「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」のもとにワーキンググループを設置し、医療の専門家や保険者等の有識者に参画いただきながら、検討を進めていくこととする。

＜医師手当事業に関するワーキンググループ＞

○主な検討事項

・医師手当事業の運用に係る事項

○構成員

・医療の専門家、保険者、自治体、学識者等

○検討スケジュール

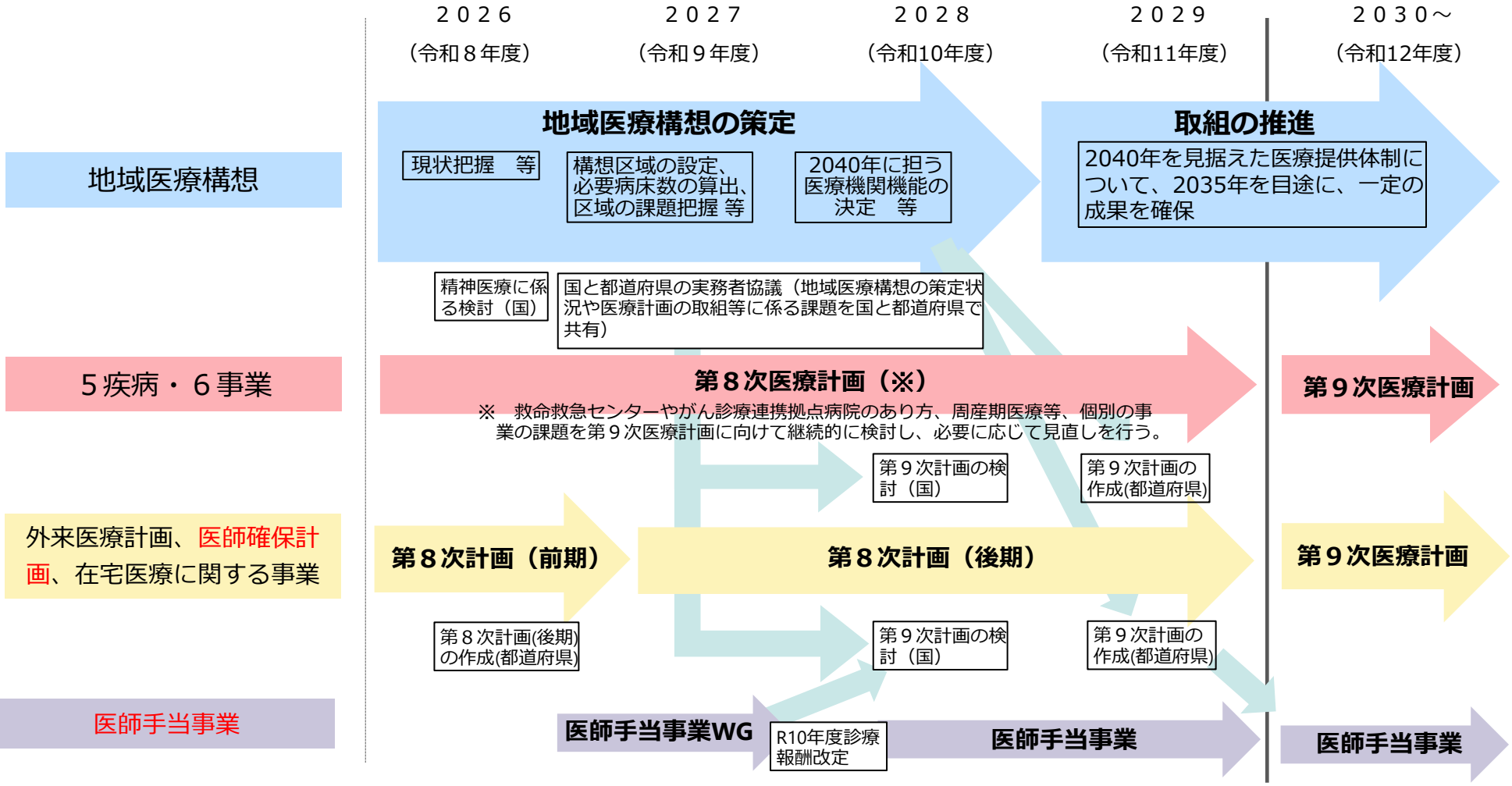
・2026年（令和８年）冬～　ワーキンググループにおいて議論。

・2027年（令和９年）夏を目途にとりまとめ

医師手当事業の進め方

○　地域医療構想調整会議における協議を通じて、地域の医療提供体制の方向性を整理し、2028年度末までに地域医療構想を策定する。具体の実行計画として、2029年度頃に第９次医療計画を策定する。

○　医師手当事業については、ワーキンググループにおいて、2028年度の施行に向けた検討を進める。検討内容を踏まえ、医師手当事業を、第９次（前期）医師確保計画に位置づける。



Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

- 参考資料

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

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（概要）①

令和6年12月25日
厚生労働省　公表資料

○　**地域ごとに人口構造が急激に変化する中で、将来にわたり地域で必要な医療提供体制を確保し、適切な医療サービスを提供するため、以下の基本的な考え方に基づき、制度改正を含め必要な対応に取り組み、実効性のある総合的な医師偏在対策を推進する。**

○　**総合的な医師偏在対策について、医療法に基づく医療提供体制確保の基本方針に位置付ける。**

※ 医師偏在対策は、新たな地域医療構想、働き方改革、美容医療への対応、オンライン診療の推進等と一体的に取り組む。

【基本的な考え方】

現状課題	医師偏在は**一つの取組で是正が図られるものではない**	**若手医師を対象**とした医師養成過程中心の対策	**へき地保健医療対策を超えた取組**が必要
基本的な考え方	経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程の取組等の**総合的な対策**	医師の柔軟な働き方等に配慮した中堅・シニア世代を含む**全ての世代の医師へのアプローチ**	地域の実情を踏まえ、支援が必要な地域を明確にした上で、**従来のへき地対策を超えた取組**

「保険あってサービスなし」という地域が生じることなく、将来にわたって国民皆保険が維持されるよう、**国、地方自治体、医療関係者、保険者等の全ての関係者が協働**して医師偏在対策に取り組む

- 医師偏在対策の効果を施行後５年目途に検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策を検討
- 医師確保計画により３年間のＰＤＣＡサイクルに沿った取組を推進

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（概要）②

令和6年12月25日
厚生労働省　公表資料

【総合的な対策パッケージの具体的な取組】

若手

医師養成過程を通じた取組

＜**医学部定員・地域枠**＞
・**医学部臨時定員**について、医師の偏在対策に資するよう、都道府県等の意見を十分に聞きながら、必要な対応を進める

・医学部臨時定員の適正化を行う医師多数県において、大学による**恒久定員内の地域枠設置**等への支援を行う

・今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う

＜**臨床研修**＞
・**広域連携型プログラム**※の制度化に向けて令和８年度から開始できるよう準備
※ 医師少数県等で24週以上の研修を実施

中堅・シニア世代

医師確保計画の実効性の確保

＜**重点医師偏在対策支援区域**＞
・今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが速い地域等を「**重点医師偏在対策支援区域**」**と設定し、優先的・重点的に対策**を進める
・重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地域医療対策協議会・保険者協議会で協議の上で選定（市区町村単位・地区単位等を含む）

＜**医師偏在是正プラン**＞
・医師確保計画の中で「**医師偏在是正プラン**」**を策定。**地対協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める
※ 医師偏在指標について、令和９年度からの次期医師確保計画に向けて必要な見直しを検討

地域偏在対策における経済的インセンティブ等

＜**経済的インセンティブ**＞
・令和８年度予算編成過程で**重点区域における以下のような支援**について検討
- **診療所の承継・開業・地域定着支援**（緊急的に先行して実施）
- **派遣医師・従事医師への手当増額**（保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える。保険者による効果等の確認）
- **医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援**

※ これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援

・**医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応**を検討

＜**全国的なマッチング機能の支援、リカレント教育の支援**＞
・医師の掘り起こし、マッチング等の**全国的なマッチング支援、総合的な診療能力を学び直すためのリカレント教育**を推進
＜**都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定**＞
・都道府県と大学病院等で医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する**連携パートナーシップ協定の締結**を推進

地域の医療機関の支え合いの仕組み

＜**医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等**＞
・対象医療機関に**公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の病院を追加**
・勤務経験期間を６か月以上から**１年以上に延長**。施行に当たって柔軟な対応を実施
＜**外来医師過多区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等**＞
・都道府県から外来医師過多区域の新規開業希望者に対し、開業６か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする
・要請に従わない医療機関への医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮
＜**保険医療機関の管理者要件**＞
・保険医療機関に管理者を設け、２年の臨床研修及び保険医療機関(病院に限る)において３年等**保険診療に従事したことを要件**とし、**責務を課す**

診療科偏在の是正に向けた取組

・必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援を実施
・外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な議論を行う

医療法等の一部を改正する法律案　医師手当事業関係条文

令和8年1月16日　第９回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料３

○　医療法（昭和23年法律第205号）【令和８年４月１日施行】　※下線部は改正後

第三十条の四　（略）

２　医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

一～十の二　（略）

十一　医師の確保に関する次に掲げる事項

イ　次に掲げる区域における医師の確保の方針（(2)に掲げる区域については、その設定が必要な場合に限る。）

(1)　第十四号及び第十五号に規定する区域

(2)　**重点的に医師の確保を図る必要がある区域として厚生労働大臣が定める基準を参酌して定める区域**

ロ・ハ　（略）

ニ　イ(2)に掲げる区域において確保すべき医師の数の目標（当該区域を定めた場合に限る。）

ホ　ロ及びハに掲げる目標の達成に向けた医師の派遣その他の医師の確保に関する施策並びにニに掲げる目標の達成に向けた医師の派遣その他の医師の確保に関する施策（イ(2)に掲げる区域を定めた場合に限る。）

○　地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号）【公布の日から起算して三年を超えない範囲内で政令で定める日施行】

（医師手当事業）

第十条の二　都道府県は、医療法第三十条の四第二項第九号イ(2)に掲げる区域において、当該区域に所在する病院又は診療所に勤務する医師の手当の支給に関する事業（以下「医師手当事業」という。）を行うことができる。

（特定医師手当）

第十条の三　医師手当事業が行われる場合において、都道府県又は市町村は、条例で定めるところにより、医療法第三十条の四第二項第九号イ(2)に掲げる区域に所在する病院又は診療所に勤務する医師（地方公務員法（昭和二十五年法律第二百六十一号）第四条第一項に規定する職員に限る。）に対して、特定医師手当を支給することができる。

２　特定医師手当の月額は、厚生労働省令で定める基準を参酌して条例で定める。

（費用）

第十条の四　医師手当事業に要する費用は、医療情報基盤・診療報酬審査支払機構（以下「機構」という。）が都道府県に対して交付する医師手当交付金をもって充てるものとする。

２　医師手当交付金は、次条第一項の規定により機構が徴収する医師手当拠出金をもって充てるものとする。

（医師手当拠出金等の徴収及び納付義務）

第十条の五　機構は、第二十四条各号に掲げる業務に要する費用に充てるため、年度ごとに、医療保険者（国民健康保険法（昭和三十三年法律第百九十二号）の定めるところにより都道府県が当該都道府県内の市町村とともに行う国民健康保険にあっては、都道府県。第十条の八及び第十条の十四第二項において同じ。）及び後期高齢者医療広域連合（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第四十八条に規定する後期高齢者医療広域連合をいう。第十条の十四第一項及び第三十五条第二項において同じ。）（以下「医療保険者等」という。）から医師手当拠出金を徴収する。

２　機構は、第二十四条各号に掲げる業務に関する事務の処理に要する費用に充てるため、年度ごとに、医療保険者等から医師手当関係事務費拠出金を徴収する。

３　医療保険者等は、医師手当拠出金及び医師手当関係事務費拠出金（以下「医師手当拠出金等」という。）を納付する義務を負う。

（医師手当拠出金の額）

第十条の六　前条第一項の規定により医療保険者等から徴収する医師手当拠出金の額は、医療法第三十条の四第二項第九号ロに規定する指標を踏まえ同号イ(2)に掲げる区域において医師を確保するために必要な手当の額として政令で定めるところにより算定した額を基礎として、厚生労働省令で定めるところにより算定した医療保険者等に係る当該年度の前々年度の診療報酬の支払額の割合に応じ、厚生労働省令で定めるところにより算定した額とする。

（医師手当関係事務費拠出金の額）

第十条の七　第十条の五第二項の規定により医療保険者等から徴収する医師手当関係事務費拠出金の額は、当該年度における第二十四条各号に掲げる業務に関する事務の処理に要する費用の見込額を基礎として、厚生労働省令で定めるところにより算定した当該年度における医療保険者等に係る高齢者の医療の確保に関する法律第七条第四項に規定する加入者及び同法第五十条に規定する後期高齢者医療の被保険者の見込数に応じ、厚生労働省令で定めるところにより算定した額とする。

令和８年１月16日　第９回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料３　一部改

医師確保計画策定ガイドラインにおける医師偏在是正プランの内容について

論点

○　医師偏在是正プランについては、各都道府県において、地域の実情に応じた緊急的な医師偏在対策を実施する観点から、医師確保計画策定ガイドラインにおいて、基本的な考え方を示すこととする。

医師偏在是正プランに記載することとしている項目	ガイドラインにおける医師偏在対策プランの項目に記載する内容（イメージ）
重点医師偏在対策支援区域	• 都道府県において、厚生労働省の提示する候補区域を参考としつつ、地域の実情に応じて、医師偏在指標、可住地面積あたり医師数、住民の医療機関へのアクセス、診療所医師の高齢化率、地域住民の医療のかかり方、今後の人口動態等を考慮して、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議した上で選定する。
支援対象医療機関	• 都道府県において、配分される事業費のほか、地理的条件等を踏まえて、地域医療対策協議会及び保険者協議会で合意を得た医療機関を支援対象医療機関として選定する。その際、都道府県において、新たな地域医療構想策定ガイドラインとの整合性に留意しつつ、国より配分される事業費も踏まえながら、対象医療機関候補の募集や事前調整等を行い、支援対象の医療機関及び補助額を決定する。 • 重点医師偏在対策支援区域において支援を行う医療機関に関しては、都道府県が、経済的インセンティブに係る事業ごとに設定ができる。
必要な医師数	• 厚生労働省が提示する候補区域を都道府県が区域として設定する場合は、厚生労働省が提示した候補区域の要件を脱することができる必要な医師数とすることとし、重点医師偏在対策支援区域が二次医療圏と異なる場合は、当該区域を設定した考え方を明示の上、その考え方を脱することができる必要な医師数を設定する。 ※医師多数都道府県は、原則として当該都道府県以外からの医師の確保は行わないこととする。
医師偏在是正に向けた取組	• パッケージに基づく「経済的インセンティブ」や「地域の医療機関の支え合いの仕組み」、地域医療介護総合確保基金等の支援策を活用する。
その他	• 医師偏在是正プランの策定に当たっては、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議した上で策定することとする。

重点医師偏在対策支援区域の候補区域（令和８年提示）

令和８年11月11日　第131回社会保障審議会医療部会　資料１

＜厚生労働省が提示する候補区域の要件＞　※以下のいずれかに該当する115区域

① 医師少数県の医師少数区域

② 医師少数区域かつ可住地面積当たりの医師数が少ない二次医療圏（全国下位1/4）

③ 各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏

※色塗り箇所は、新候補区域で新たに対象となった区域

都道府県	二次医療圏
北海道	南檜山
北海道	北渡島檜山
北海道	後志
北海道	南空知
北海道	中空知
北海道	北空知
北海道	東胆振
北海道	日高
北海道	上川北部
北海道	富良野
北海道	留萌
北海道	宗谷
北海道	北網
北海道	遠紋
北海道	十勝
北海道	釧路
北海道	根室
青森県	八戸地域
青森県	青森地域
青森県	西北五地域
青森県	上十三地域
青森県	下北地域
岩手県	岩手中部

都道府県	二次医療圏
岩手県	胆江
岩手県	両磐
岩手県	気仙
岩手県	釜石
岩手県	宮古
岩手県	久慈
宮城県	大崎・栗原
宮城県	石巻・登米・気仙沼
秋田県	県北
秋田県	県南
山形県	最上
山形県	置賜
山形県	庄内
福島県	いわき
福島県	会津・南会津
茨城県	日立
茨城県	常陸太田・ひたちなか
茨城県	鹿行
茨城県	取手・竜ヶ崎
茨城県	筑西・下妻
茨城県	古河・坂東
栃木県	県北
栃木県	両毛

都道府県	二次医療圏
群馬県	伊勢崎
群馬県	富岡
群馬県	吾妻
群馬県	桐生
群馬県	太田・館林
埼玉県	南西部
埼玉県	利根
埼玉県	北部
埼玉県	秩父
千葉県	山武長生夷隅
千葉県	君津
東京都	島しょ
神奈川県	県央
新潟県	下越
新潟県	県央
新潟県	中越
新潟県	魚沼
新潟県	上越
新潟県	佐渡
富山県	砺波
石川県	能登北部
福井県	奥越
福井県	丹南

都道府県	二次医療圏
山梨県	峡東
長野県	上小
長野県	上伊那
長野県	飯伊
長野県	北信
岐阜県	飛騨
静岡県	賀茂
静岡県	富士
静岡県	中東遠
愛知県	東三河南部
三重県	東紀州
滋賀県	甲賀
京都府	山城南
大阪府	泉州
兵庫県	北播磨
奈良県	西和
和歌山県	有田
鳥取県	中部
島根県	雲南
岡山県	高梁・新見
岡山県	真庭
広島県	広島中央
山口県	柳井

都道府県	二次医療圏
山口県	長門
山口県	萩
徳島県	西部
香川県	小豆
愛媛県	八幡浜・大洲
高知県	高幡
福岡県	京築
佐賀県	西部
長崎県	県南
長崎県	五島
熊本県	宇城
大分県	西部
宮崎県	都城北諸県
宮崎県	延岡西臼杵
宮崎県	西諸
宮崎県	西都児湯
宮崎県	日向入郷
鹿児島県	出水
鹿児島県	曽於
鹿児島県	肝属
鹿児島県	熊毛
鹿児島県	奄美
沖縄県	宮古